

ضرورت اجرای راهنماهای بالینی توسط هیئت‌های بورد دانشگاه‌های پزشکی

محمد رضا ظفر قندی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران با تأکید بر اینکه راهنماهای بالینی باید در هیئت‌های بورد دانشگاه‌ها تعریف شوند، گفت: «تا زمانی که مرجعیت بر اجماع ذهنی برای اجرای راهنماهای بالینی در دانشگاه‌ها شکل نگیرد، نمی‌توانیم این گایدلاین‌ها را با موفقیت عملیاتی کنیم.» وی در شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی اظهار کرد: «دغدغه‌های ذهنی ما همواره این بوده است که باید طرح تحول سلامت و آینده آن بر اساس گایدلاین‌ها و راهنماهای بالینی اجرایی و عملیاتی شود چرا که حرکت اجرای این طرح بر اساس دستورالعمل آینده بسیار موفق خواهد داشت.» ظفر قندی در ادامه با تأکید بر اینکه اجرای دستورالعمل‌های بالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی نیازمند اجماع ذهنی جامعه پزشکی است، تصریح کرد: «این اجماع ذهنی از دو طریق یعنی ورود و همکاری انجمن‌های علمی و همچنین تشکیل یک مرجعیت در هیئت‌های بورد امکان‌پذیر است. در واقع این دو پیشنهاد باید برای اجرایی شدن و موفقیت راهنماهای بالینی فراهم شود.»



کمک‌بیمه‌ها به اجرای راهنماهای بالینی

علیرضا زالی، رئیس کل سازمان نظام پزشکی با تأکید بر لزوم همراهی سازمان‌های بیمه‌گر در تحقق اجرای راهنماهای بالینی، در عین حال پیشنهاد کرد که راهنماهای بالینی در سازمان نظام پزشکی هم تصویب شوند. زالی در نشست شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی، گفت: «شالوده اجرای راهنماهای بالینی، طبابت بالینی مبتنی بر شواهد است. از طرفی راهنماهای بالینی قابلیت استقرار در نظام سلامت کشور را دارند اما باید بدانیم که مهمترین بخش استقرار آنها سازمان‌های بیمه‌گر هستند که باید حتما در این زمینه کمک کرده و با طراحی بسته‌های تشویقی به استقرار راهنماهای بالینی در کشور کمک کنند.» وی در خطر راهنماهای بالینی را پیچیدگی آنها و اصرار در بومی‌سازی آنها دانست و گفت: «ممکن است با افراط‌گری در بومی‌سازی گایدلاین‌ها اصالت آنها از بین برود بنابراین باید به این نکات توجه شود.» زالی با بیان اینکه در حوزه بازآموزی نیز به آموزش مداوم این راهنماهای بالینی نیاز است، ادامه داد: «بر این اساس باید تمرکزمان را در آموزش‌های مداوم بر روی راهنماهای بالینی قرار دهیم.»

ابلاغ ۲۰۰ راهنمای بالینی به دانشگاه‌های علوم پزشکی

حسن هاشمی وزیر بهداشت، بر ضرورت همکاری و هماهنگی تمامی سازمان‌ها به خصوص سازمان‌های بیمه‌گر برای اجرای راهنماهای بالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی تأکید کرد و گفت: «اجرای گایدلاین‌ها در وزارت بهداشت بدون هماهنگی و برنامه‌ریزی همه نهادها و سازمان‌ها میسر نخواهد شد، بنابراین لازم است کمیته اجرایی برای راهنماهای بالینی راه‌اندازی شود تا چگونگی و نحوه اجرای آن در دانشگاه‌ها مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرد.» سیدحسین هاشمی در جلسه کمیته راهبری تسهیل راهنماهای بالینی به مهم‌ترین هدف تدوین راهنمای بالینی اشاره کرد و گفت: «هدف استفاده از راهنمای بالینی ارتقای کیفیت ارائه خدمات، کاهش ایجاد ریسک برای پزشک و بیمار و جلوگیری از ایجاد هزینه‌های غیرضروری می‌باشد. در واقع در حوزه سلامت نباید صرفاً به بحث مالی توجه کنیم. راهنمای بالینی یک ابزار علمی است که در اختیار بیمار و پزشک قرار می‌گیرد و با تدوین آن یک وحدت رویه در جامعه پزشکی شکل می‌گیرد.»



نگاه متخصص

وظایف متخصص بیهوشی، قبل و بعد از جراحی
متخصص بیهوشی، سربازان گمنام
نظام سلامت هستند



علی حاج قاسمی

متخصص بیهوشی، عضو کمیته اجرایی کنگره پس از بیهوشی و جراحی بیمار، مرحله‌ای داریم به نام ریکاوری، که در آن بیمار نه به بخش منتقل می‌شود و نه بیهوش است. عملاً متولیان بخش ریکاوری، متخصصین بیهوشی هستند. در این مکان، مریض بیدار می‌شود و حالت‌های مخصوص پس از بیداری را طی می‌کند. در این زمان تنها بیدار شدن، مطرح نیست و همه شرایط وی از قبیل درد، فشار خون، ضربان قلب و دیگر موارد چک می‌شود. به صورت کلی و عمومی، مردم متخصصین بیهوشی را تنها در اتاق عمل می‌بینند و کسی آنها را نمی‌شناسد. ولی اگر با نگاه دیگری به بخش جراحی نگاه کنیم، به نتیجه متفاوت تری هم می‌رسیم. مسئول اتاق عمل، مسئول نظارت بر قلب و ریه بیمار و مسئول بخش ریکاوری همگی متخصصین بیهوشی هستند. همه جراحانی منتقل‌القول هستند که حضور متخصص بیهوشی رکن اصلی اتاق عمل است و بدون حضور آنها در اتاق جراحی، عملی امکان‌پذیر نیست. در واقع برای حفظ امنیت جامعه، ما برخی نیروهای انتظامی و ارتشی داریم و برخی هم سربازان گمنام. سربازان گمنام نظام سلامت، متخصصان بیهوشی هستند. به این علت که اگر دقت کرده باشید، بسیاری از مردم برای پیدا کردن جراح مناسب برای بیماری خود، کلی جستجو می‌کنند. در حالی که هیچ‌گاه متخصص بیهوشی خود را انتخاب نمی‌کنند، ولی همگی به لحاظ بخش بیهوشی سالم از اتاق بیرون می‌آیند. عوارض بیهوشی در ایران و دنیا یک در ۳۰۰ هزار بیمار ریکاوری‌کننده کسی می‌شود که رقم بسیار ناچیز و پایینی است. به همین دلیل امروزه عوارض بیهوشی خوشبختانه جان کسی را نمی‌گیرد و آمار بسیار پایین است. درصد میزان عوارض بیهوشی در ایران نیز مانند سایر کشورها در سطح بین‌المللی است و ما در تلاش هستیم این آمار را از این میزان هم پایین‌تر بیاوریم. در رابطه با بخش ریکاوری، باید مواردی را برای بیمار در نظر بگیریم که وجود چنین کنگره‌ای، اینجا به کمک ما می‌آید. برای مثال آیا بیماری را که می‌خواهیم به بخش منتقل کنیم، بی‌درد است؟ آیا وضعیت قلب و عروق وی به شکلی هست که بتواند استرس ناشی از جراحی را تحمل کند؟ بسیار پیش آمده بیمار را با موفقیت جراحی کردند و به بخش فرستادند و پس از دو روز فوت کرد. بنابراین احتمالاتی مانند فشارخون و میزان منظم بودن ریتم قلب حتماً باید مورد توجه قرار بگیرد. امروزه کار متخصصان بیهوشی صرفاً این نیست که بیمار را از ریکاوری ترخیص کند، بلکه کنترل درد نیز با این دسته از متخصصان است. کنترل درد امروزه تنها به این صورت مطرح نمی‌شود که درد بیمار کنترل شود تا بیمار راحت باشد، بلکه از این جهت اهمیت دارد که بیماری که درد ندارد، می‌تواند حرکت کند و به فعالیت‌های روزانه خودش برسد. وقتی بیمار می‌تواند راه برود، تنفس بهتری دارد، آمبولی نمی‌کند و به عفونت هم دچار نمی‌شود. در نتیجه دیگر ضروری نیست بیمار در تخت یا حتی بیمارستان بماند و سریع‌تر ترخیص می‌شود. پیش از جراحی، کلینیک‌های بیهوشی داریم که در آن بیمار را از لحاظ آمادگی برای جراحی در پیش رو، ویزیت می‌کنیم. بیماری که قرار است جراحی شود، ابتدا به کلینیک بیهوشی مراجعه می‌کند و ما بر اساس سن، جنس، بیماری و وضعیت بیماری‌های همراه مانند فشارخون، کم‌خونی، دیابت و مواردی شبیه به این، وی را چک می‌کنیم تا مطمئن شویم می‌تواند برای جراحی پیش رویش آمادگی لازم را دارد یا نه. بنابراین آزمایش‌هایی تجویز می‌کنیم، بیمار را معاینه می‌کنیم و گاه پیشنهاد می‌کنیم جراح، عمل را به تعویق بیندازد. برای مثال فردی برای جراحی زیبایی بینی مراجعه می‌کند و ما متوجه می‌شویم، تیروئید کم‌کار دارد. این دستور وزارتخانه است که تمام بیمارانی که قرار است جراحی از پیش تعیین شده‌ای داشته باشند، حتماً پیش از جراحی توسط یک متخصص بیهوشی، ویزیت شوند. حال فرقی نمی‌کند جراحی کوچک و بی‌خطر باشد یا سنگین و ریسک‌پذیر. این جراحی‌ها بیهوشی و غیربیهوشی ندارند و بیماری که می‌خواهد وارد اتاق عمل شود، باید توسط متخصص مورد بازبینی قرار بگیرد، تنها استثنا در این موارد بیمار اورژانس است. در مورد بیماری که همان لحظه به اورژانس آمده است و قرار است تحت جراحی قرار بگیرد، دیگر فرصتی برای پایش نیست و در همان حین جراحی تلاش می‌شود، اطلاعات مورد نیاز برای جراحی کسب شود و در اختیار تیم جراحی قرار بگیرد. این پایش در تمام بیمارستان‌ها، خصوصی و دولتی انجام می‌شود و در اعتباربخشی بیمارستانی نیز در نظر گرفته می‌شود. در گذشته اگر بیماری برای دیسک کمر خود می‌خواست اقدام کند و برای مثال قند و فشارخون بر ما داشت، باید از پزشک قلب و عروق و غدد خود نامه می‌گرفت که در دو مکان متفاوت بودند و دو ویزیت جداگانه تلقی می‌شدند. اما اکنون همه کارها در مراکزهای بیهوشی توسط متخصص بیهوشی انجام می‌گیرد.

برای ناز قاسمی

کنگره ERAS با نام کامل (Enhanced Recovery After Surgery) برای نخستین بار، هفته گذشته در بیمارستان امام خمینی تهران برگزار شد. متولی برگزاری این کنگره انجمن بیهوشی ایران بود. هر چند به گفته مسئولین این انجمن، محدوده پروتکل‌های ERAS به تخصص بیهوشی نیست و تمام بخش‌های درمانی بیمارستانی را در بر می‌گیرد. علیرضا سلیمی، رئیس انجمن بیهوشی و رئیس کنگره ERAS در رابطه با موضوع اصلی این پروتکل به سید توضیح داد: «به صورت کلی، از زمانی که بیمار برای انجام جراحی، وارد بیمارستان می‌شود، تا زمان ترخیص، می‌تواند طبق پروتکل‌ها و گایدلاین‌های مشخصی که به مجموعه آنها ERAS می‌گویند مورد مراقبت قرار بگیرد.» وی توضیح داد: «پس از بستری بیمار در بیمارستان، باید اقداماتی پیش از عمل، حین عمل، در زمان ریکاوری و حضور در بخش بیمارستان برای وی انجام شود تا زمانی که به ترخیص بیمار منجر می‌شود. اقدامات ERAS مجموعه‌ای از پروتکل‌ها و راهنمای بالینی پیرامون اعمال جراحی است که با انجام آنها، میزان مرگ‌ومیر بیمار، عوارض پس از جراحی و در نتیجه هزینه‌های بیمارستانی رو به کاهش خواهد گذاشت.» این پروتکل‌ها در کنگره



برگزار شده، توسط سخنرانان مدعو خارجی برگزار شد و روسای بیمارستان‌ها، مسئولین سیستم درمان و سلامت کشور و همچنین بسیاری از جراحان، متخصصان درد و باقی اعضای کادر پیراپزشکی مخاطبان این همایش بودند. به گفته رئیس کنگره، یکی از اهداف ERAS کاهش هزینه‌های اقتصادی برای بیمار و بیمارستان است و در نهایت، طرح تحول سلامت را به هدفش نزدیک‌تر می‌کند. به گفته سلیمی، ایده این مجموعه دستورات، نخستین بار توسط پروفیسور هنری کهلت در سالهای ۱۹۹۰ تا ۹۱ مطرح شد و بنیاد غیرانتفاعی آن نیز در سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۱ کار خودش را شروع کرد. رئیس انجمن بیهوشی، در مورد علل پیشگام شدن این انجمن در برگزاری چنین کنگره‌ای توضیح داد: «پروتکل ERAS مورد توجه همه حوزه‌های پزشکی و پیراپزشکی است و متخصصین زیادی در آن دخیل هستند. انجمن بیهوشی ایران با هدف افزایش کیفی استانداردهای بخش پروتکل‌های ERAS، افزایش سطح کیفیت کار انجمن‌های بیهوشی و برقراری ارتباط تنگاتنگ با گروه‌های جراحی و سایر گروه‌های بیمارستانی اعم از پزشکان و پیراپزشکان در برگزاری این همایش قدم گذاشت.» سلیمی در مورد اهمیت وجود این پروتکل‌ها گفت: «در حال

لزوم اجرای پروتکل ERAS در ایران

پروتکلی برای تمام سیستم درمان بیمارستان



حاضر موجی در پزشکی نوین دنیا به وجود آمده است که شامل استفاده و پیروی از پروتکل‌ها و گایدلاین‌ها می‌شود که در آن همه سعی می‌کنند، اطلاعات به‌روز و راهکارهای عملی را تبدیل به الگوریتم مشخصی کنند تا همه بتوانند با استفاده از آنها، مسیر بهتری برای درمان بیمار طی کنند. نوشتن این پروتکل‌ها و گایدلاین‌ها یک بخش مجزا دارد که باید طی شود و دارای اهمیت است، ولی جان‌انداختن استفاده از این دستورالعمل‌های بالینی یک بحث مجزای دیگری است که به همان اندازه تألیف این موارد مهم است. در تألیف اطلاعات به‌روز شده حتماً باید در نظر بگیریم که اطلاعات منتشر شده قبلی چقدر دیده شده و چقدر مورد استفاده و استقبال بوده. بعد از نظر گرفتن این موارد، اطلاعات جدید را بنویسیم و چرخه را از سر بگیریم.» سلیمی همچنین در پاسخ به این پرسش که چه ارگانی متولی این فرهنگ‌سازی است، توضیح داد: «بهترین سازمانی که می‌تواند برای نوشتن و انتشار این دستورالعمل‌ها پیش‌قدم شود، خود انجمن بیهوشی ایران است. البته برای رسیدن به این هدف به همه ارگان‌ها مانند بیمه، سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت و سایر سازمان‌ها احتیاج داریم و انجمن به تنهایی نمی‌تواند در فرهنگ‌سازی استفاده از این پروتکل‌ها موثر عمل کند،

ولی به عنوان قوه و محرکه اصلی ما پیش قدم شده‌ایم که امیدوارم کار خودمان را بتوانیم به درستی انجام دهیم.» با همه این وجود، تجهیزات لازم برای بخش مونیورینگ در کشور وجود ندارد. رئیس انجمن بیهوشی، در توضیح لزوم این تجهیزات توضیح داد: «قطعاً بخشی از انجام این پروتکل‌ها به تجهیزات مشخصی مانند دستگاه‌های مونیورینگ نیاز داشته باشد. اما این مسئله که اول پروتکل باید یا اول تجهیزات، موضوع قابل بحثی است که به عقیده من بهتر است پروتکل ابتدا در بین کارکنان جایبفتد و نیاز برای انجام آن و تجهیزاتی احساس شود تا بعد بر پایه آن نیاز، این تجهیزات تهیه شود. تجربه‌های اخیر در زمینه‌ها تأمین تجهیزات پیش از هر چیز نشان داده تا زمانی که نیاز برای وجود تجهیزات حسن نشده بهتر نیست آنها را وارد سیستم درمانی کنیم.» اما پروتکل ERAS تا چه اندازه در کشور اجرا شده و تا چه زمانی به اوج خود می‌رسد؟ پاسخ سلیمی، این بود: «شاید کلیت پروتکل ERAS در کشور در حال انجام نباشد، اما در نظر بگیریم که سایر اجزای آن در حال حاضر در دست اجرا است و در برخی بخش‌ها نیز خدمت‌گذاری ایده‌آلی دارند. تنها به یک نیروی مرکزی احتیاج داریم که این موارد را سرجمع کند و از آنها یک کلیت بسازد.»

یادداشت

در ایران پروتکل‌های ERAS استفاده نمی‌شود



اتابک نجفی
متخصص بیهوشی،
دبیر عملی کنگره

ERAS به معنای تسریع ریکاوری و بهبود بیمار بعد از جراحی است. یعنی با استفاده از پروتکل‌های ERAS روند بهبودی بیمار بعد از جراحی تسریع می‌شود. در حال حاضر عوارض بسیار بالا بوده و طول درمان بعد از عمل جراحی طولانی است. گاهی بیماران به ICU منتقل می‌شوند که با استفاده از راهنماهای بالینی ERAS شاید اصلاً به ICU منتقل نشوند. یا اگر به ICU رفت، طول درمان در ICU کاهش پیدا کند. پروتکل‌هایی که در ERAS به کار می‌رود، شاید جزو پروتکل‌های تجویز مایعات، پروتکل‌های تجویز داروهای محرک قلبی و داروهای که حین بیهوشی و در فاصله دوران بیهوشی تا دوران بهبودی بیمار بعد از عمل جراحی استفاده می‌شود، باشد. متأسفانه در ایران پروتکل‌های ERAS استفاده نمی‌شود و همین موضوع باعث افزایش مرگ و میر و افزایش بیمار و طولانی شدن مدت اقامت و بستری بیماران در ICU و بیمارستان می‌شود. عدم استفاده از ERAS از لحاظ کیفیت درمانی و مرگ و میر بیماران باعث بروز مشکلاتی است؛ کیفیت درمان را کاهش داده و آمار مرگ و میر در بخش بیهوشی را افزایش داده و طول درمان را افزایش می‌دهد. برای بهبود تمام این حالات باید با دستور کار جلو برویم. به کارگیری ERAS شامل استفاده از پروتکل‌های تجویز مایعات و مانیورینگ است. چراکه بدون داشتن مانیورینگ‌های خاصی که در تمام دنیا استفاده می‌شود، کرون قلبی یا مقاومت عروقی، پاسخگویی به مایعات را نمی‌توان اندازه گرفت. اما با داشتن چنین مانیورینگ‌هایی می‌توان پروتکل‌های ERAS را به کار برد و تمام عوارض بعد از جراحی، مرگ و میر یا طول اقامت و بستری در بیمارستان را کاهش داد. مشکل اصلی ما در این رابطه عدم وجود مانیورینگ است. چراکه مانیورینگ خاص مربوط به اندازه‌گیری پارامترها را در اکثر بیمارستان‌ها نداریم، در نتیجه امکان استفاده از پروتکل‌ها وجود ندارد. زمانی که پالس اکسیمتر نداشتیم، بیماران ما از نوبد اکسیژن آزیبن می‌رفتند. در حال حاضر خوشبختانه چنین عوارض کمتر شده و بیماران در اثر نبود اکسیژن دچار مشکل نمی‌شوند. اما به دلیل نداشتن مانیورینگ، بیماران، سیستم درمانی و پزشکان صدمه می‌بینند. مثلاً زمانی را که بر سر بالین بیماری صرف می‌شود را می‌توان برای بیمار دیگری در نظر گرفت. تا هم بیمار نتیجه بهتری بگیرد و از طرف دیگر سیستم پرداختی درمانی منحل هزینه کمتری می‌شود. اما از سویی نیازمند سرمایه‌گذاری در جهت تهیه تجهیزات مانیورینگ است.

یادداشت

گستره ERAS بیشتر از بخش بیهوشی است



کامیار کروندیان
متخصص بیهوشی، دبیر
اجرائی کنگره SARE

آنچه در مسئله پروتکل ERAS باید در نظر داشت، گستره وسیع این پروتکل است که برنامه‌های این کنگره تنها بخش بیهوشی آن را پوشش می‌دهد. با این همه، جراحان، پرستاران، متخصصان کنترل درد و همچنین متخصصین بیهوشی زیادی دعوت شده‌اند که در تمام بخش‌های مختلف جراحی فعالیت می‌کنند. مسئله خود ERAS با نام ریکاوری بعد از جراحی، پوششی جهانی دارد که پروتکل مربوط به آن هر سال به‌روز رسانی می‌شود، مانند آماده‌سازی بیمار، کنترل درد وی، مونیورینگ قلب و ریه، مایع‌درمانی و سایر موارد. نکته اینجا است که این موارد در بخش‌های مختلف بیمارستان مانند مراقبت‌های ویژه، اورژانس، اتاق عمل، بخش ریکاوری و بخش کلینیک بیهوشی پیش از جراحی صورت می‌پذیرد و متخصصین بیهوشی در اجرای همگی آنها نقش اساسی و مهمی را ایفا می‌کنند. ما در مورد جامعه بیهوشی صحبت می‌کنیم که به مرور زمان زیرشاخه‌های آن از بخش اصلی جدا و در باقی بخش‌های دیگر بیمارستان مانند ICU یا بخش کنترل درد جذب شد. این گسترش پیدا کردن بخش بیهوشی باعث شد تا این حوزه از محدوده اتاق عمل خارج شود. البته این اتفاق مدت‌ها پیش رخ داده بود، اما عرضه نمی‌شد و به علت ماهیت کار بیهوشی که بیمار با آن ارتباطی ندارد، در جامعه پزشکی حسن نمی‌شد، در حالی که ما همه این خدمات را انجام می‌دادیم. همه جراحان حاذق و باتجربه‌ای که وجود دارند، به این نکته اشاره می‌کنند که بالغ بر ۹۰ درصد کار آنها زمانی امکان‌پذیر است که متخصص بیهوشی حضور داشته باشد. بیماران نتیجه را می‌بینند و برای اکثریت بخش پزشکی نیز، بعد اخلاقی ماجرا، مهمتر از بعد تبلیغاتی است. به همین علت بخش زیادی از این موارد تاکنون دیده نمی‌شد. اکنون نیز که این مسائل و خدمات مطرح شده‌اند، هدف از بازگویی آنها چیز دیگری است. هدف این است که به جامعه این پیام را برسانیم که از بخش بیهوشی رو به پیشرفت و پیشروی هستیم و در تلاشیم تا خدمات را با کیفیت بالاتری به بیماران عرضه کنیم. همچنین باید خدمات را دسته‌بندی کنیم و به شکل سازمان‌یافته‌تری آنها را به باقی همکاران منتقل کنیم تا بیماران فکر نکنند، کار کادر درمانی پس از جراحی، با وی تمام شده است و همچنان مورد نظارت قرار دارد و کادر درمانی در تلاش هستند زمان اقامت وی در بیمارستان را تا حد ممکن پایین بیاورند.