



مرکز تحقیقات سینوس و جراحی آندوسکوپیک
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

درس هایی از شرح حال های ویژه

تالیف:

دکتر نعمت الله مختاری امیرمجدی

تقدیم

نوشته موجود را که نقدی بر روش‌های متداول ما در گذشته می‌باشد به افراد زیر که سهمی عمده در بقلم در آوردن آنها دارند تقدیم می‌دارم:

همسر مهربانم (خانم هما ثقفی) که در تمام دوره‌های فراگیری و آموزشی تخصصی جراحی همکاری بی‌شائبه داشتند.

برادر ارجمندم (آقای دکتر رحمت الله مختاری) که الگو و اسوه اخلاق، رفتار و منش پزشکی من بوده و هستند.

دانشجویان عزیز که اگر من سهمی در آموزش‌های آنها داشته‌ام ادامه خواهند داد.

دکتر نعمت الله مختاری امیرمجدی

بی نام تو نامه کی کنم باز ای نام تو بهترین سر آغاز

مقدمه

شرح حال‌های بالینی بویژه وقتی پای آزمایشگاه لنگ باشد، گاهی مسائلی را بوجود می‌آورد که منجر به خطاهای بالینی می‌شود.

خطای بالینی از کجا منشأ می‌گیرد

اگر روند یک اقدام بالینی را از ابتدا در نظر بگیریم در هر مرحله از مسیر پیشرفت کار بالینی ممکنست وقفه یا تغییر مسیر و به گمراهی کشیده شدن وجود داشته باشد که حاصل آن نرسیدن به کمال مطلوب که تشخیص صحیح و تصمیم‌گیری درست است می‌باشد.

این روند با مراجعه بیمار و شروع با یک سلام و درود و احوالپرسی برای جلب اعتماد وی که نشان دهد طیب آماده بررسی مشکلات او می‌باشد شروع می‌شود.

پس از این مرحله اعتماد سازی و آماده سازی برای تهیه یک شرح حال حرکات تشخیصی و اقدامات آن بصورت ردیف شده بایستی پیشرفت کند که اگر این مسیر خوب پیش نرود و مسیر درست انتخاب نشود، مانند قطاری است که سوزن بان مسیر درستی را فراروی راننده قطار نگذارد.

این مسیر صحیح مشتمل بر موارد زیر است:

۱- استماع شکایت بیمار: گاهی بیماران بعلت رنجی که کشیده اند، علائم عوارض را با بزرگنمایی بیشتری توضیح می‌دهند. این وظیفه طیب است که در هدایت او بسوی بیان سیستماتیک مشکلاتی که از ابتدا برای او پیش آمده‌است به او کمک رساند. در این امر یک پوزش و طرح سوالی که بیمار را به راه اصلی بیان شکایت سوق دهند، کمک می‌کند. بایستی به او فرصت داد که بویژه در بیان مشکلات حاصل از بیماریهای مزمن تواتر پیدایش و عوارض را گم نکند و زمانی که او به اشکالات حاصل شده از عوارض می‌رسد هم بایستی فرصت مناسب به او داده شود.

وقتی بیمار دانستنی‌ها و گفتنی‌های خود را از بیماری مطرح شده اش بیان کرد، گرچه ممکنست مطالبی هم باشد که طیب به شنیدنش راغب تر از خود بیمار باشد. زیرا وسعت و دامنه تفکر و مطالعات

طیب مسلماً گسترده تر از آنی است که در یک رویارویی اولیه توسط بیمار گفته شود. یا بیمار بیاد نمی آورد یا آن موضوع مطرح شده از سوی طیب رانیزمند بازگویی ندیده است یا فراموش کرده است. بعنوان مثال در زمینه کاری نویسنده بارها اتفاق افتاده است که بعلت ادواری بودن سرگیجه و بیماری مزمن بیمار در پیشینه خود و در پاسخ سوالات مبحث **past history** یا شرح بیماریهای گذشته از بیان آن فروگذاری می کند در حالیکه اهمیت بالینی آن برای رسیدن به تشخیص پوشیده نیست. یا بیان شباهت علائم تکرار شده، زمان وقوع آن و علائم همراه و اقدامات انجام شده و نتایج حاصل شده، همه و همه نیازمند بازگویی و بازنگری است.

مطابق یک اسلوب درست شرح حال گرفتن تا طیب متقاعد نشده باشد که از شرح حال فعلی و پیشین بیمار نکات بایسته را که به پی ریزی یک معاینه سیستماتیک و جهت دار دریافته است نبایستی به چنین معایناتی اقدام کند. در مورد معاینات بالینی گرچه هر پزشکی باتجربه پیشین خود میتواند هدایت شود که براساس گفته بیمار چه عضو یا اعضای بیشتر بایستی مورد توجه معاینه بالینی قرار گیرند ولی یک اصل نبایستی به فراموشی سپرده شود که هر متخصصی ابتدا یک پزشک عمومی است و اگر بیمار بطور اولیه به او مراجعه نموده و از سیستم ارجاع خوب و منبسط با شرح حالی که نکات عمومی وی را در برگرفته باشد ارجاع نشده است، خود بایستی این وظیفه را بعهده بگیرد زیرا او ابتدا یک پزشک است و سپس یک متخصص.

بنابراین مروری بر تمامی اعضاء بخصوص اعضاء رئیسه ضرورت کامل داشته و یا در حداقل ممکن به یک **system review** آگاهانه و هدفمند رسیده باشد. در پایان این بررسی سیستم های مختلف به بررسی فیزیکی اعضای می رسد که ممکنست شکایت بیمار از آن برخاسته باشد.

بسیار ساده اندیشی است که هر بیماری که به یک متخصص مراجعه می کند یا خودآگاه باشد که دشواریش از چه عضو و چه تخصصی منشاء گرفته یا در سیستم ارجاع (ارجاع غیرهدفمند) ملاحظات او لیه صورت گرفته باشد پس بایستی هر بیمار را بعنوان یک مورد جدید اطلاق نموده و همه کار را از نو شروع کرد.

در پایان یک معاینه فیزیکی خوب و هدفمند (**Problem Oriented**) بایستی تلفیق علایم بالینی (**subjective**) دریافت شده از گرفتن شرح حال با یافته های فیزیکی بعمل آید. در بسیاری از موارد این دو بخش کار بالینی باندازه کافی اطلاعات **subjective** و **objective** در اختیار پزشک قرار میدهد که از

ارتباط دادن آنها به یک نتیجه بالینی برای ابراز یک تشخیص اولیه ختم شود. این تشخیص اولیه، یکی از چند مورد قرار گرفته در لیست تشخیص افتراقی طبیب است که اولویت درجه‌ی یک را بدان داده است و اگر بحد تشخیص قطعی برای شروع و زمان بدان باور دارد می‌تواند نتیجه بالینی و تشخیصی را با بیمار در میان گذاشته و اقدامات درمانی را شروع نماید.

گاهی در بعضی رشته‌های تخصصی دو اقدام فوق تا ۷۰-۸۰٪ تشخیص را پیش میبرد و برای تأیید و تکمیل تشخیص نیازمند ورود به حیطه تشخیص پاراکلینیک و آزمایشگاهی می‌باشیم.

تشخیص آزمایشگاهی و لزوم استفاده از تعدادی آزمایشات پاراکلینیک، رادیولوژیک و یا تصویربرداری منوط به شناخت کامل حالت بیمار و یافته‌های بیمارگونه است که طبیب در او جستجو نموده و یافته‌است. باید سعی نمود حداقل مورد نیاز که نتایج آنها راهگشا باشد مورد استفاده قرار گیرد. وقتی پاسخ آزمایشات پاراکلینیک هر مورد را با یافته‌ها و نشانه‌هایی که از پیش براساس آنها تقاضا نموده‌ایم بایستی به درجه اعتبار هر آزمایش برای تشخیص واقف باشیم و موارد مثبت کاذب و منفی کاذب را در نظر گرفت و براساس آنها به یک تشخیص جزم‌تری در بین تشخیص‌های افتراقی مطرح شده باشیم.

در این مرحله که مرتبه نخست از پیشبرد تشخیص بالینی است که طبیب بخود اجازه می‌دهد راجع به کم و کیف حالت بالینی بیمار وارد سخن شود و از تصمیمات خود در مورد اقدام‌های درمانی با او صحبت کند. اگر روش درمانی پیشنهادی او دارویی است مقدار و مدت تجویز و عوارض و عواید دارو تشریح شود. اگر این درمان ارزش کمک تشخیصی دارد برای بیمار توضیح داده شود. عوامل سبب ساز و عوامل مساعد کننده تولید بیماری در حدی که ضرورت دارد مورد بحث قرار گیرد و عوامل کمک درمانی نظیر پرهیز از عوامل موثر و خطر ساز چه در مورد نتیجه درمانی و چه عوارض دارویی صحبت شود.

در صورتیکه روش درمانی جراحی است، روش پیشنهادی چقدر فوریت دارد، چقدر موثر است برای حصول به نتایج درمانی تا چه اندازه می‌توان باین اقدام پیشنهادی امیدوار بود. عوارض جراحی چیست؟ کی و کی آن تکنیک را بهتر پیاده می‌کند. و اگر خود پزشک مسئولیت این اقدام را می‌پذیرد سوابق قبلی خود را در حدی غیر مبالغه‌آمیز و حدوث عوارض جنبی را نه در حد بیم دهنده توضیح دهد و در این روند کار بالینی لغزش‌هایی ممکن است پدید آید. این لغزش‌ها در هر مرحله ای ممکنست اتفاق افتد بنحوی که ایجاد مشکل کند.

در مرحله تشخیص عدم پرسش از تمامی مسائل بیمار، عدم اولویت دادن به مسائل مهمتر، در نظر نگرفتن قوانین احتمالات ممکنست پزشک را به معاینات بالینی جهت دار، دریافت نشانگان کم تأثیر در تشخیص رهنمون باشد و در پایان مرحله شرح حال و معاینات بالینی عدم ارتباط دادن درست و نتیجه گیری منطقی می‌تواند این توان را از طیب بگیرد که در اتخاذ روشهای پاراکلینیک به بیراهه هدایت شود.

امروزه با گسترده‌گی روشهای پاراکلینیک و تصویربرداری لزوم استفاده آگاهانه از هر کدام آنها و درجه اعتبار پاسخ آنها مبحثی جالب توجه شده‌است. بیمارانی مورد مشورت قرار می‌گیرند با انبوهی نتایج آزمایشگاهی بویژه تصویربرداری که لزوم بررسی تمامی آنها برای پزشک مورد مشاوره ضروریست و حتی اگر پاسخ منفی برخی از آنها در تشخیص و یا رد تشخیص کمک کند خود خالی از لطف نیست ولی دریغاً که بسیاری از آنها به اصرار بیمار، اطرافیان و یا اگر جسارت آنها داشته باشم بگویم که برای نقصان پیش برد هدفمند دو مرحله قبلی تشخیصی یعنی شرح حال و معاینه بالینی است.

این مقدمه برای هر اقدام بالینی در مقابل بیماری که دشواری خود را با گمان خود به طیب حاذق و کاردان مورد نظرش عرضه نموده‌است مصداق دارد.

ولی فرهنگ پزشکی جامعه و دیسپلین و نظم حاکم بر سیستم ارجاع مسائلی بوجود می‌آورد که اولین کسی که از نقائص موجود و پیامدهای آن آگاهست جامعه پزشکی است.

لذا نویسنده در مورد رشته خود که عمری کاری را بدان اشتغال داشته و به امر آموزش تخصصی آن پرداخته‌است، براساس مطالعات دانشگاه‌های معتبر جهان (از جمله دانشگاه هنری فورد) برای راهنمایی بیان میدارد مسلماً در رشته‌های دیگر نیز چنین مسائلی وجود دارد که براساس فن قیاس هر پزشکی می‌تواند از این گزارش نتیجه سودمند خود را بگیرد.

در این دانشگاه براساس یک تحقیق ۳۰٪ مراجعات آمریکاییها به کلینیک‌های گوش و گلو و بینی و سر و گردن ضروری نبوده‌است. توضیح اینکه شاید کشورهایی که نظام ارجاع صحیح دارند پزشکان عمومی خود را برای پیشگیری از مراجعات زائد تعلیم داده اند کمتر بدین دشواری گرفتار شوند.

و از میان آنان که بخوبی به طیب متخصص گوش و گلو و بینی مراجعه نمودند پس از یک تهیه شرح حال و معاینه هدفمند «Problem Oriented Workup» در حدود ۳۰٪ نیازمند ارجاع بهمکاران

همجوار می‌باشند که از آن جمله شعب مختلف رشته دندانپزشکی، اعصاب، روانپزشکی و چشم پزشکی و عفونی و آلرژی را می‌توان نام برد. علاوه بر این برای آماده سازی یک بیمار جهت ورود به رشته استفاده از مهارت‌های جراحی بررسی‌های تخصصی قلب و ریه و داخلی ضرورت تمام دارد که برخی از این نیازها را با انجام تستهای متداول (چون آگاهی از میزان قند و هموگلوبین) از آزمایشگاه‌های بالینی استمداد و تقاضا نموده ولی برخی را بسته به توصیه همکاران کاردیولوژیست، اینترنیست و پولمونولوژیست بایستی تقاضا نمود.

ماحصل این توضیح واضحات و پیشگفتار این است که دخالت‌های انوازیو جراحانه ما وقتی متمر ثمر است که ما با یک نظم و انضباط شناخته شده پزشکی وارد میدان عمل شویم و ابتدا خود بدانیم و در درجه دوم به اطلاع بیمار جراحی شونده برسانیم که وجود او و سلامتی او حتی برای یک دخالت کوچک جراحی که هدفمند و برخوردار از شناخت طبییانه ماست آنقدر اهمیت دارد که بایستی یک تیم برای مداوای او و جراحی او بکار گرفته شود و حیات او و سلامت عضو او یا تمامیت اعضا او در گرو کار گروهی است تا تصویری که بیمار از جراح خود دارد او را در حد یک قهرمان طراز اول بالا نبرد که بموازات آن توقعات او هم بالا می‌رود. در حالیکه طیب هم یک انسان است با قدرت محدود و شناخت محدود که برای اكمال قدرت خود در درمان بیماری بیمار و تأمین سلامت او مستلزم بکارگیری نیروهای هم رأی و همقدم است که در نیل به یک هدف مقدس با هم دست بکار می‌شوند.

پیشگفتار

نوشتن کتاب در زمینه پزشکی تخصصی، کاریست بس دشوار بویژه که امروزه با جهانی شدن انتشارات پزشکی و ورود روشهای غیرحضوری اطلاع رسانی و برداشت علمی که در اینترنت مقدور شده و نمایه‌های پزشکی و اطلاع رسانی متعدد (server) فراتر از تهیه؛ تصحیح، چاپ و انتشار سودمندترین مطالب را در اختیار دانشجویان قرار می‌دهد. لذا اگر دستی بجسارت به قلم برده می‌شود بایستی در زمینه‌هایی که اینترنت نمی‌تواند بطور مبسوط منعکس کننده آن باشد، پردازد. و آن چیزی نیست جز به قلم در آوردن تجربیاتی که از حفظ و خاطره شخصی بر نوک قلم و روی کاغذ منعکس می‌شود تا شاید روالی را تصحیح نماید، راهی را بنمایاند و یا تذکری باشد از حوادثی که ممکنست یکبار برای دید تیزبین به معرض دید در آید و برای مشاهده مجدد آن همانند وقوع یک کسوف زیبا منتظر گذشت سالیان دراز باشیم. ولی زیبایی بیان یک شرح حال جالب را نمی‌توان با کسوف و حوادث طبیعی مقایسه نمود چه زیبایی‌های نهفته در بیان یک خاطره علمی ممکنست زشتی یا دشواری یک خاطره ناگوار را در پی داشته باشد.

در این مجموعه سعی شده‌است از میان مجموعه شرح حال‌های بالینی آموزنده به آنانی اشاره نمود و تمسک جویم که هدفی آموزشی و عملی را در پی داشته باشد بنحوی که از برداشت‌های تخصصی یک متخصص مطابق اصل تعمیم درسی فرا راه هم قطاران قرار گیرد چون متخصصین دیگر هم بموارد مشابه برخورد نموده و از آن درسهای مشابهی گرفته اند. پس اصل این نیست که این شرح حال‌های قابل یادآوری فقط برای آموزش تخصصی گوش و گلو و بینی بکار گرفته شود.

دکتر نعمت الله مختاری امیرمجدی

فهرست مطالب

مقدمه:	۴-۸
پیشگفتار:	۹-۹
فصل ۱: انقباض و دقت در استفاده از دارو.....	۱۱-۱۴
فصل ۲: سوالات جنبی را دست کم نگیریم.....	۱۵-۱۹
فصل ۳: راه و رسم کلاسیک پیگیری بیماری را با دریافت یک سابقه مثبت رها نکنیم.....	۲۱-۲۴
فصل ۴: بیماری های عمومی سیستمیک را بر بیماری تخصصی مقدم بشماریم.....	۲۵-۲۹
فصل ۵: ارجحیت مسائل طبی بر اقدامات جراحی.....	۳۱-۳۶
فصل ۶: دشواری انتوباسیون.....	۳۴-۴۴
فصل ۷: راحتی هر مشکل بیمار را نشناخته علت شماریم.....	۴۵-۴۹
فصل ۸: انجام جراحی برای اولین بار.....	۵۱-۵۵
فصل ۹: نکاتی چند پیرامون اصلاح روش کار.....	۵۷-۶۹



انضباط و دقت در استفاده از دارو

خاطره و شرح حال

ساعت دو بعد از ظهر روز ۱۰ دی ۱۳۵۷، روز غم افزا در تاریخ مشهد و بیمارستان‌های آموزشی آن بود. فکر می‌کردم کار روزانه تمام شده من لباس کار را بیرون آورده و عازم خانه شدم در حال عبور از راهرو بخش در یکی از اتاقها متوجه تعویض پانسمان صورت مجروحی توسط انترن شدم اندکی کنار درب ایستادم. با هر حرکت انترن برای پیچانیدن باند در اطراف سر و صورت بیمار که بمنظور جلوگیری از خونریزی انجام می‌پذیرفت سر بیمار بدون کنترل برمیگشت. از این حالت غیرعادی بخود آمدم و بدرون رفتم، کنترل خونریزی تقریباً انجام گرفته بود ولی جوان بیمار صورتی کبود و نفسی کند و عمیق داشت که بدرستی به سوالات من جواب نمی‌داد. وقتی مردمکش را نگاه کردم بسیار کوچک باندازه مقطع نوک مغزی خود کار بود. سریعاً وسایل انتوباسیون خواستم و او را در همان حال انتو به نموده و بدستگاه تنفس مصنوعی وصل نمودم. وپس از تأمین راه هوایی و کنترل دپرسیون تنفسی بیمار با دستگاه تنفس مصنوعی و تأمین اکسیژن مورد نیاز او را تحت نظر گرفته و بقیه اقدامات را قدم به قدم انجام و نتیجه را بررسی کردیم.

از جمله نقائص موجود در شرح حال، حالت اورژانس جوان بیمار که در میدان مرکزی شهر بعلت اصابت گلوله بخشی از گونه و دیواره قدامی سینوس او تخریب شده بود و خونریزی از بینی و از زخم باز او هر دلسوزی امقادییری وسایل پانسمان بر آن افزوده بودند. با تامپونمان مجدد و دبریدمان و انجام اصول زخم بندی سومین مسأله اورژانس بیماری که کنترل خونریزی بوده انجام پذیرفت و سپس برگشتیم به جستجوی سابقه بالینی و شرح حال و حلقه‌های مفقوده ای که در یک امر اورژانس از این زنجیره بهم پیوسته گم شده بود و بایستی یک یک آنها را جستجو می‌کردیم.

راه هوایی بیمار تأمین شده بود، تنفس بیمار در اختیار گرفته شده بود خونریزی او کنترل شده بود و حالا موعد رسیدگی بچهارمین اصل اورژانس شده بود که بیماری او چیست؟

در اولویت بندی مشکلات بیمار بخشی را از سد راه خود برداشته بودیم ولی هنوز تشخیص قطعی اصلی ترین مشکل او را نمی دانستیم آیا حالت کمبود پاسخ بیمار به سوالات شروع تقلیل ضریب هوشی او بوده بجهت حوادث در داخل جمجمه ای؟ که در جستجوی زخم معلوم شده بود که گلوله تنها بصورت بیمار برخورد نموده و با تخریب بافت نرم و استخوان گونه و دیواره قدامی سینوس بیرون رفته بود و خروجی دیگر نداشت و xray حضور گلوله یا تغییر را در جمجمه نشان نداد.

اینک برگشتیم به جمع بندی آنچه در شرح حال و معاینه و مطالعه xray و نتایج حاصل از اقدامات اورژانس بدست آمده بود. باز هم بنظر می آمد که در توجیه مشکلات بیمار مجهول ترین نکات در شرح حال بوده چون هیچگونه شرح و یادداشتی از گروه های پزشکی و پارامدیkal وجود نداشت ولی اینکه او را در گروه های امدادگر مورد پرستاری قرار داده و بعلت هیجانانقلابی تمامی دلسوزیهای انجام شده و ایستگاه به ایستگاه تا به بخش مرجع که محل پذیرش بیماران ترومای سرو گردن بوده رسانیده بود.

برای تسکین بیمار از چندین تزریق مورفین که از فراهم ترین داروهای موجود برای تسکین درد بود استفاده شده بود.

بیمار بعنوان مسمومیت مرفین به متخصصین داخلی سپرده شده بود و پس از انجام مراقبت های آنان برای دیردیمان ثانویه و ترمیم استخوانهای شکسته دوباره تحت نظر ما قرار گرفت و مطابق اصول جراحات سر و صورت در حالیکه وضعیت تنفسی او روبراه شده بود اقدام شد. در چنین مورد و با اهداف آموزشی که بر تذکار آن در اینجا وارد است دیگر نیازی به این وجود ندارد که زخم او چه اندازه بوده چه بافت هایی آسیب دیده بودند چه عروقی لیگاتور شدند استخوانهای شکسته را چه سان بحالت اول برگردانیده و تثبیت نمودیم پوست صورت آسیب دیده را بچه شکلی و با چه اصول و رعایت نکاتی ترمیم نمودیم.

آنچه ضرورت دارد که توضیح داده شود اینست که سیستم مراقبت های بیمار ترومایی ما مطابق اصول مشروح در مراقبت بیمار تروماتیزه مورد درمان قرار نگرفته بود و آنچه یک مورد کم خطر را بموردی خطیر مبدل نموده بود دخالت های غیرسیستماتیک و عدم رعایت اصول رویارویی بیمار تروماتیزه بود.

آیا اینک پس از گذشت ۳۳ سال و آنچه تجربه در جنگ آموختم و بدان اندازه که آموزش را پیش بردیم، تسهیلات و تجهیزات را فراهم تر نمودیم آیا اینگونه مشکلات ببار نمی آید؟ آیا امروزه انترنها و فارغ التحصیلان خط اول ما میدانند که هر اقدامی که برای بیمار انجام می شود بایستی بصورت یک مختصر Resume به یک شرح حال کوتاه اولیه اضافه شود و سپس بیمار به ایستگاه دوم مراقبت ها منتقل شود.

آیا بیمار تروماتیزه ما مطابق اصول ABCD مورد مراقبت قرار می گیرید؟

از زمانی که ما بصورت سیستماتیک وارد حیطة درمان شدیم اولویت بندی براساس فوق اعمال شد:

۱- A - راه هوایی بیماری که بعلت خونریزی شدید و عادی ناشناخته دپرسیون تنفسی تحت مراقبت قرار می گرفت با لوله آندوتراکئال تأمین شد.

۲- B- تنفس نامبرده که کند و ضعیف و موجب سیانوز شده بود در اختیار گرفته شد و با دستگاه تنفس مصنوعی بر آن غلبه نمودیم.

۳- C- گردش خون بیمار با یک زخم بندی اولیه و تامپونها کنترل شد.

۴- D- سپس به بیماری بیمار پرداخته شد که در حداقل علائم و یافته های مثبت آنرا بصورت

زیر جمع بندی می کنیم:

دپرسیون

سیانوز

میوزیس

آپاتی و کمبود حالت شعوری بیماری

چه تشخیصی می توانست بهتر از ظن بالینی قوی تجویز بی رویه مورفین توجیه کننده مجموعه علائم فوق باشد. در سیر بیماری و اقدامات انجام شده و نتیجه گیری به نکته ای رسیدیم که با خوش بینی گفتیم در توفیق جای احتجاج نیست (No Argue with success) ولی اگر موفق نشدیم جای احتجاج داشت. باید از خود می پرسیدیم که کنترل خونریزی از نظر زمان بندی بایستی در آن زمان انجام می شد؟ لذا باید گفت استاندارد نبودن روش های مراقبت از بیمار تروماتیزه هنوز هم اتفاق می افتند. بویژه وقتی شخصیت مسوول و آموزش دیده تعریف نشده باشد و بیمار به او سپرده شده باشد هر اتفاقی محتمل است.

وقتی بی انضباطی در نحوه ارجاع یا در صحنه نظامی در کیفیت انجام صحیح تخلیه عنوانی که پزشک نظامی به این اصل ارجاع نام نهاده است. در پزشکی نظامی و تخلیه محیط عملیات برای صحت

انجام عملیات نظامی تخلیه ضرورت دارد، دلسوزی جای کمتری دارد ولی بی توجهی به آن اگر در عملیات کلاسیک توجیه پذیر باشد در صدمات غیرنظامی (Sevile) قابل توجیه نمی‌باشد.

آیا ما برای پزشک خط اول خود ABCD را آموزش داده ایم اگر به C, D اولویت می‌دهیم آیا نحوه تجویز داروی مخدر و مضعف تنفسی توصیه شده و ثبت هر داروی تجویز شده در پرونده بیمار قید شده‌است؟ لذا بیش از این نمی‌توان تأکید نمود که با مرور شرح حال‌هایی از این قبیل تجویز ناصحیح دارو می‌تواند بر روند یک بیماری تأثیر بگذارد و یا خود آغازگر یک حالت بالینی باشد که هر پزشکی نمونه‌های آنرا بعنوان عارضه دارویی می‌شناسد.

درسی که از مورد فوق می‌توان گرفت اینست که بی انضباطی در نحوه تجویز داروهایی که مضعف سیستم عصبی هستند می‌تواند مرگبار باشد و تنها تشخیص بموقع و تأثیر درمانی و اقدامات صحیح و گام بگام اجرای آن می‌تواند نجات بخش باشد.

کمینه آنکه مقدار دارو و نوع دارو درست انتخاب شود زمان استفاده از آن نسبت به زمان نیاز بیمار و فاصله از تجویز قبلی داروی مشابه و یا داروهایی که اثر تقویتی بر هم در ایجاد عارضه دارند مطلع بود و ما خود زمان تجویز و اجرای تزریق آنرا ثبت نماییم.

یکی از بی انضباطی‌های رایج در مراقبت‌های از بیمار اورژانس ما که هنوز در مواردی با آن دست بگریبانیم نحوه تحویل و تحول ساعت کار پرسنلی و یا انتقال بیمار از واحد درمانی به واحد دیگر است که گروه جدید و گروه قدیم دارای یک انقطاع ارتباطی با هم هستند که شاید در نظام‌های جدید پرستاری و پزشکی اورژانس این رویه اصلاح شود.

نظارت مستمر بر سیستم ارجاع و خانه‌های بهداشت و الکترونیزه کردن ثبت اطلاعات و اقدامات پزشکی بین بیمارستانها و شبکه ای کردن و توسعه آن می‌تواند سروسامانی باین نابسامانی بدهد.

Reading suggestion Comprehensive Pharmacy review 7th edition by leonShargel 2010 lippincott, Williams wilkns page 1266.

۲

سوالات جنبی را دست کم نگیریم

در اوایل دهه ۶۰ شمسی بیمار مونث خردسالی (۲-۳) ساله را معرفی نمودند که تمامی عمر خود را در سکوت و آرامش میگذرانید و کودکی و نوزادی او حتی دوران جنینی او برای مادر بدون حادثه و مخاطره و یاتجویز داروی خاصی گذشته بود. زایمان او بطور طبیعی و به موعده و بدون دشواری انجام شده بود و لزوم به نگهداری نوزاد در انکوباتور یا ICU نبوده و زردی نوزادی هم قابل ذکر نبود. در پیشینه او بیماری تبار و تشنج آور وجود نداشته است کودک به صدای بلند پاسخ نمی‌داده و اصطلاحاً کودکی بی آزار بوده است بنحوی که بتدریج گمان داشتن علتی برای این آرامش و سکوت و کم تحریک پذیری کودک مطرح شده بود. زمانی که به ما رسید بیش از ۲-۳ سال از عمر کودک میگذشت. و او تا آن زمان هیچگونه رشدی در زبان آموزی نیافته بود در حالیکه از نظر قد و وزن و رشد و توجه به محیط از کودکان دیگر کم نداشت.

به نور و رنگ و اشاره توجه می‌نمود و مردمک او به نور واکنش مناسب نشان می‌داد. در شرح معرفی او از سوی پزشک خانوادگی اطفالش مشکلات رفلکس‌های عصبی و دیگر مشخصه‌های فیزیکی و رشد و حس او متناسب با سن او بود.

در هر صورت معرفی و ارجاع آگاهانه و با گزارش خوب و آگاهانه از پیشینه و سلامت فعلی با شکایت از تأخیر رشد گفتار که حقیقتاً یکی از سرفصل‌های اصلی تخصص ما بود.

از نظر ENT و تخصص گوش و گلو و بینی تأخیر رشد گفتار در یک کودک بایستی بمعنی کم شنوایی و ناشنوایی مطرح و تمامی اقدامات تشخیصی در این زمینه برایش انجام شود.

کودکی محصول یک حاملگی کامل با زایمان در ترم بدون عارضه زایمانی و سلامت خاص در ۲۸ روز اول بویژه از نظر اکسیژناسیون و علائم هیپریلیرونیمی، تب و یاتشنج.

شرح حال بالینی از والدین که او فرزند اول آنان بوده هم نکته ای دلیل بر وجود کم شنوایی را در خانواده نشان نمی‌داد در معاینه بالینی دختری خردسال سالم بدون هیچگونه علائم ظاهری عمومی یا ساختار تشکیل گوش خارجی و ناهنجاری که بهر صورت پزشک را متوجه معاینه سیستمیک اعضاء می‌نمود. در شرح ارجاع هیچگونه ناهنجاری در اعضاء و بویژه کلیه و کبد و قلب و ریه وجود نداشت و حرکات عضلانی و براه افتادن بیمار صحیح بود. رفلکس‌ها هم طبیعی گزارش شده بودند ولی رفلکس‌هایی را که ما آزمایش کردیم مثل تحریکات صوتی بی جواب و یا کند بود. ولی بینایی کامل و توجه او به نور و رنگ کافی بود. معاینه اتوسکوپی فاکد هر گونه تغییر در لاله مجرا و پرده گوش بود.

با این میزان اطلاعات بالینی و سلامتی که در پاسخ آزمایشات اولیه آزمایشگاهی بود متوجه آزمایشات شنوایی شدیم که در آن زمان مجموعه آزمایشات شنوایی شناسی ما محدود بویژه در عصری بود که هنوز OAE متداول نبود ولی روشهای PTA، اودیومتری گفتاری و رفتاری و play Audiogram فراهم بودند دستگاهی هم بتازگی به مشهد رسیده بود که می‌توانستیم به زحمت با اطلاعات محدود خود موج V را با رفلکس‌های الکتریکی click با شدتهای مختلف ثبت کنیم که به آن ABR می‌گوئیم که بجهت عدم حضور متخصص شنوایی در حد اطلاعات ما فقدان رفلکس دوطرفه در مقابل click و عدم پیدایش موج V را بحساب کری کامل دو طرفه گذاشتیم که هیچگونه دلیل بالینی برای کشف علت آن و یا وجود عامل خطر ساز در والدین و کودک جستجو ولی حاصلی را برای ثبت در پرونده نداشت.

تلاش والدین حتی مشاوره با همکاران خارج مرز را پیش پای ما گذاشت. در آن زمان نه تنها ما آموزش کاشت حلزون را نداشتیم و در کشور و بخصوص در شهر ما متداول نشده بود همکاران برون مرزی ما هم در آن زمان کاشت حلزون را برای کودکان خردسال متداول نکرده بودند و اقدام نکردند، تنها راه ما در آن زمان و با آن مقدار اطلاع یک اقدام عام در تجویز سمعک بود که سعی ما روشی از طریق cisterhen بود که خود امروزه out of date محسوب می‌شود. ولی سعی ما با تجویز آن و سپردن کودک به مدارس استثنایی بود که او را از حداقل امکانات برخوردار کنیم.

با همین اقدامات کودک و با پوشش آموزشی وسیع والدین رشدگفتار همانی بود که از یک کودک با کری شدید دوطرفه می‌توان انتظار داشت. چندین سال گذشت و با آنکه کودک و والدینش معرف جامعه شنوایی شناسی و متخصص گوش و گلو بینی و آموزش استثنایی ما بود با سوالی از سوی والدین روبرو شدیم. این سوال و مانند آن از طیبیان بطور مکرر می‌شود.

من بعنوان یک متخصص و معلم گوش و گلو و بینی و در مقابل پاسخگویی به والدین بیمار ناشنوا دچار زحمت و چالش شدم امیدوارم اینگونه چالشها با تکمیل اطلاعات پزشکی که در اینگونه بیماران و دیگر متبلیان بارها به مدد ما می آید بتوانیم پاسخ در خور را داشته باشیم.

کم شنوایی و ناشنوایی از عمده ترین نقائص فونکسیونل بیماران ما می باشد که هم شایع بوده و هم در تربیت نیروی انسانی سازنده اجتماع آینده اهمیت وافر دارد. از نظر اتیولوژی در گروه های اکتسابی، مادرزادی، ارثی و نشناخته علت قرار می گیرد و از نظر کلاسیفیکاسیون بالینی بدو گروه سندرومیک و غیرسندرومیک تقسیم می شوند.

در ایران و با تجارب و آمارهایی که در مطبوعات بدست ما می رسد مسائل اکتسابی اهمیت بیشتری دارد و در اولویت بندی پاسخ سوال فوق در نظر گرفته می شود ولی نباید تمامی ذهن ما را اشغال نماید. چه انواع غیرسندرومی بصورت تک گیر بارها مارا بخود مشغول داشته و انواعی از ناشنوایی ها چون Sheibe, Mandinie, Alexander به ذهن ما می رسد. و در میان انواع سندرومیک به دنبال علائم مشترک مانند البینیسیم، تغییر شکل های ظاهری چون سندرم (Mandibulo facial) Teacher collins فانکونی، سندرمهای مشترک کم شنوایی و ناشنوایی همراه با پلی ساکاریدوزها و بسیاری دیگر در ذهن ما بیاد آورده می شود تا علائم همراه آن در بیمار جستجو می شود، گاهی باید به مسائل رشد بدنی غیر از رشد گفتار هم توجه شود نظیر بیماران Mandinie همراه با هیپوترئیدی موسوم به سندروم pendred که جستجوی علائم دیگر بیمار در اعضای چون اندام و رشد تیروئید و زبان قابل جستجو هستند و گاهی مسائل کلیه و پروتئینوری را بایستی جستجو نمود.

گاهی وجود چند رشته موی سفید در وسط پیشانی و هتروکروماسی عنبیه و اختلال توزیع پیگمان در بدن مطرح می شود که همگامی آنها با هیپرتلوریسم یا فاصله داشتن دوچشم به ما یادآور تشخیص سندروم Wardenburg می شود.

اما چون شیوع علت کریها چنانکه ذکر شد انسان را به فکر اتفاقات و احتمالات بروز کم شنوایی و ناشنوایی در نتیجه مسائل اکتسابی چون لطمات و صدمات حاصل از ضربه های دوران بارداری، تأثیر عوامل تراژون اعم از داروها و ویروسها (چون سرخجه) و حوادث زمان عبور از کانال زایمانی و ناسازگاری Rh، وزن کم، زایمان زودرس، تأثیر بندناف و یرقان و هیپوکسی و عفونتهای عمومی دوران نوزادی می اندازد.

تمامی این موارد در پیش این بیمار جستجو جواب آنها منفی بود. ولی نه در اوائل دهه ۶۰ خورشیدی و نه در این زمان پاسخ قاطع برای رد یا تأیید عیوب ژنتیک وجود نداشت و حتی امکان

مطالعات کروموزومی وجود نداشت و حتی در این زمان که این امکان وجود دارد شاید با مطالعات کروموزومی موارد مثبت صادق را بتوان به احتمال مطرح نمود ولی منفی های کاذب همچنان پاسخگویی علمی ما را به این سوال ظریف پزشکی دشوار می کند.

تشکیل شجره نامه به ویژه چون مسائل مربوط به تأثیر نسبت های فامیلی و اثرات ژن های غالب و مغلوب و وابسته یا غیروابسته به جنس را منعکس می کند یک راه نسبتاً مطلوب برای رسیدن به پاسخ بود که کمی اطلاعات ذکر شده از سوی والدین و عدم دسترسی یا تعقیب تمامی جنبه ها و موارد مارا دچار ناتوانی هایی در پاسخگویی در این زمینه نمود.

در کتاب بیماری های ژنتیک وارثی اثر ارزشمند Gorling که در آن زمان بهترین منبع مورد مراجعه ما باین سوالات بود و هنوز هم به جامعیت آن نمی توان شک نمود نه اختصاصاً در مورد سندروم Wardenburg که در تمامی موارد کم شنوایی ها و ناشنوایی های سندرومیک بروز جداگانه یا Sporadic علائم گوشزد شده است بطوریکه مولف هر گاه جوانی را با چند تار موی سفید در پیشانی یا ریشه بینی پهن می بیند راجع به شنوایی فرد کنجکاو می شود.

برگشت مجدد بشرح حال و رجوع به system Review به من کمکی ننمود گرچه نمی توانم بگویم که همان کاستی ها که در مطالعه ژنتیک آن زمان بود در گرفتن شرح حال و مرور سیستمیک ما و مطالعه شجره نامه نیز می توانست وجود داشته باشد. ماحصل تمامی این کنجکاوئی ها که بتوانم پاسخ مستند و مبتنی بر مطالعه طبی و علمی ارائه دهم مرا بسوی پاسخ «آری» سوق داد.

شرح حال ویژه این مورد ناشنوایی بهمین جا ختم نشد. زیرا کودک دوم کاملاً Albino بدنیا آمد. فاقد هیچگونه رنگدانه در مود عنبیه و شاید ته چشم و تمامی پوست بدن. در مقابل این رویداد چه باید می گفتیم جز کمبود اطلاعات که نتوانسته بود «آری» مرا به «نه» مستند تبدیل کند. مگر ما از این «آری» های نابجا کم گفته ایم. آیا همیشه آری های ما مستند و با مطالعه همه جانبه بوده است. این هم موردی دیگر از پی آمد یک پاسخ «آری» بی مطالعه یا کم مطالعه بود.

خوشبختانه هر دو کودک این خانواده با روشهای بازتوانی و آموزشی بدرجات خوبی از تحصیل و کارآمدی نائل شدند ولی اگر نمی شدند تقصیر در کجای کار بود. ما که با هزاران جستجو در شرح حال معاینه و سابقه پاسخ «آری» تقریباً همه جانبه ای دادیم با چنین پی آمدی روبرو شدیم. آیا سوالاتی که ساده اندیشانه و کوتاه بینانه در زمینه مسائل طبی گفته می شوند چه عواقبی در پی دارند. لذا نتیجه ای که

بعنوان تعمیم از این مورد بالینی گرفته می‌شود را بصورت فهرست وار برداشت نموده و در ذهن خود نگهداشته و در رفتارها و گفتارها و نتیجه گیری‌های پزشکی خود منعکس نماییم:

- ۱- هر سوال بیمار یا والدین در زمینه بیماریها و مسائل طبی را جدی بگیریم.
- ۲- در اطراف پاسخی که می‌دهیم بخوبی مطالعه نماییم.
- ۳- در شرایط نامناسب نظیر کنار پلکان یا درون آسانسور سوالات طبی بیماران را جواب ندهیم.
- ۴- خود را همیشه آماده تمام عیار به پاسخگویی سوالات طبی بیمار ندانیم.
- ۵- برای پاسخگویی بسوالات ظاهراً ساده ولی پیچیده طبی طلب وقت کنیم و با فرصت پاسخ دهیم.

Reading list hereditary hearing loss and it's syndroms by Robert J. Gorling Helga V. Torriello, M Michael cohen.

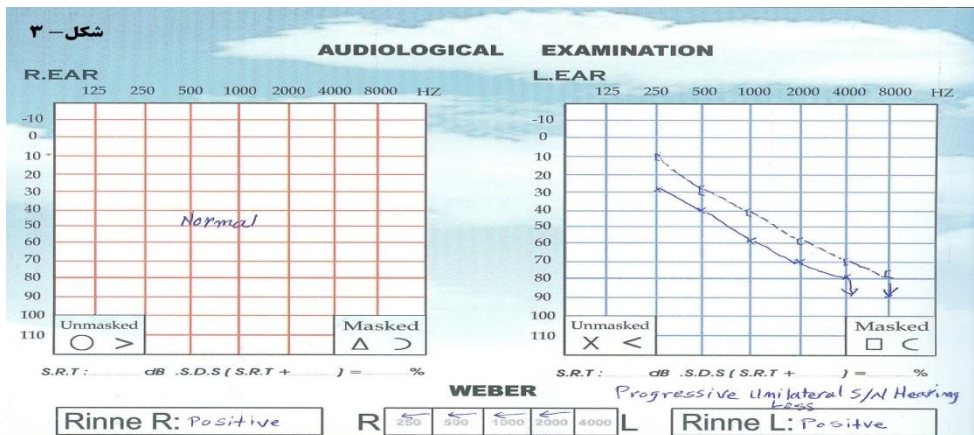
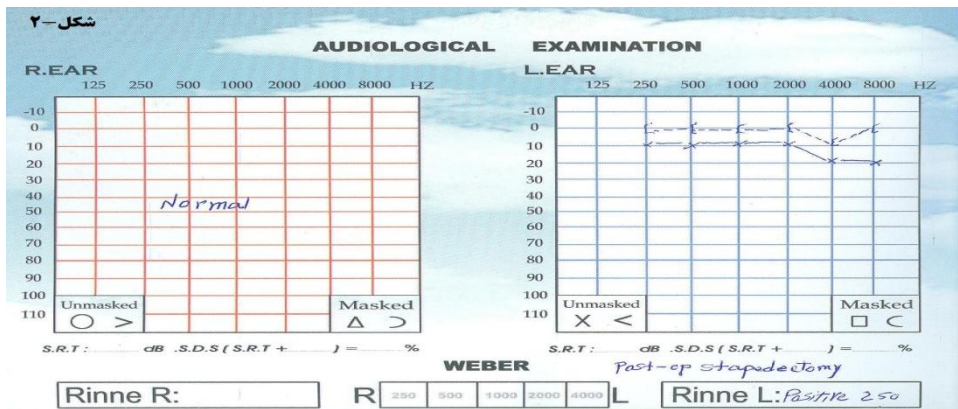
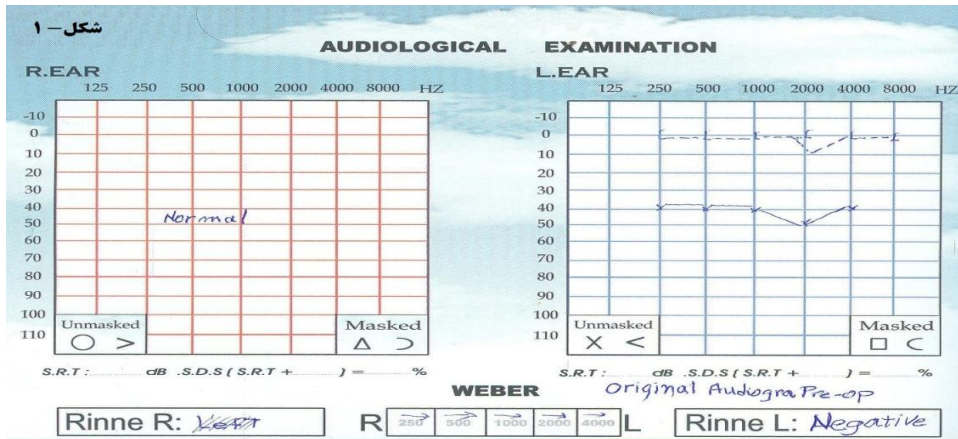


راه و رسم کلاسیک پیگیری بیماری را با دریافت یک سابقه مثبت رها نکنیم.

مرد میان سالی (۴۵ساله) با پیشرفت کم شنوایی در یک گوش خود شکایتش را برای ما عنوان می‌کند. پانزده سال پیش همین گوش بنحو موفقیت آمیزی تحت عمل جراحی برای کم شنوایی پیشرونده قرار می‌گیرد و چندین سال شنوایی این گوش بهبودی کاملاً رضایتبخشی پیدا می‌کند و تقریباً با گوش طرف مقابلش برابری میکند. ولی سپس بتدریج شنوایی همین گوش عمل شده بدتر می‌شود که سبب مراجعه او شده‌است. در جستجوی سابقه بیماری فعلی او با توجه به شرح عملی که به‌مراه دارد و پروتزی که بکار رفته‌است ابتلا وی به بیماری اتواسکلروزیس و انجام عمل جراحی اتواسکلروزی به روش استاپدکتومی مورد تأیید قرار می‌گیرد. سرگیجه و دیگر علائم گوش‌ی چون اوتوره را قید نمی‌کند. فقط گاهی وزوز گوش وجود دارد. در جستجوی شرح حال پیشین دخالت‌های مولد کم شنوایی دیگر چون تروما مصرف دارو و ضربه‌های انفجاری ذکر نمی‌شود و پیشرفت مجدد کم شنوایی او باز هم تدریجی بوده‌است. معاینات گوش او طبیعی و تست‌های دیاپازونی او حکایت از کم شنوایی حسی عصبی گوش عمل شده می‌کند و سه ادیوگرام زیر موید شنوایی او در سه حالت بالینی او می‌باشد.

راه و رسم کلاسیک پیگیری بیماری را

◆ فصل ۳ ————— با دریافت یک سابقه مثبت رها نکنیم ◆



تمپانوگرام او قبل از عمل و مرحله پس از عمل حکایت از انجام عمل استاپدکتومی برای تشخیص صحیح اتوسکلر می باشد ولی در مرحله فعلی عدم وجود Air bone gap را نشان میدهد و منحنی AS وجود دارد.

از نظر اتولوژی تشخیص های محدودی سر راه ما قرار میگیرد و ساده است که بگویید کم شنوایی بهبود یافته شده بتدریج بعلت پیشرفت بسوی ابلیتراسیون مجدد بسوی کم شنوایی حسی عصبی پیش رفته که نتیجه گسترش پدیده اتواسپونژیوزی بداخل گوش درونی است چون فرکانسهای بالای او هم تخریب بیشتری دارد که مجاور منطقه اتواسپونژیوزی او در حول و حوش درجه بیضی است. و اگر بیمار نیازی به شنوایی دو گوش دارد بهتر است از سمعک استفاده کنند.

ولی وقتی تشخیص های دیگر را مطرح می کنیم نیازمند انجام تستهایی چون ABR بعنوان تعیین محل ضایعه هستیم که در نتیجه آن پی می بریم برخلاف کم شنوایی های حسی تأخیری بین موجهای I, V , III-V دیده می شود. این یافته ما را وامی دارد از روش های تصویربرداری مدرن استفاده کنیم. تهیه Ct اسکن با ماده حاجب وجود نورینوم اکوستیک و اسکن با ماده حاجب وجود نورینوم اکوستیک به اندازه ۲-۳ سانتیمتر در حد Porus نشان داد.

این اتفاق که نورینوم در گوشی پیدا شود که قبلا مبتلا به اتواسکلروز بوده است بسیار نادر است. ولی اگر تداوم در پیشبرد روشهای تشخیصی نبود کشف آن محال می نمود. و بیماری در این مرد میان سال به سیر خود ادامه می داد و امکان درمان موفقیت آمیز از او گرفته می شد و عوارض مترتب بر پیشرفت بیماری شوانوم عصب وستیبولار چپ بتدریج برایش پدیدار می شد.

گرچه این اتفاق اندک است ولی موارد مشابه زیاد دیگری در تمامی رشته های بالینی وجود دارد که دو اتیولوژی یکی پس از دیگری همان علامت بالینی را بروز میدهد و ساده اندیشی است اگر فرض نماییم که شکایت فعلی بیمار هم ادامه همان بیماری اولیه است و اگر ما به روش اصلی خود که تجدید کلیه روشهای تشخیصی برای کشف عللی که مولد شنواییهای پیشرونده باشد ادامه نمدادیم بیماری فعلی او تشخیص داده نمی شد.

پس هر بیماری در هر زمان مراجعه یک حالت بالینی مخصوص بخود (clinical entity) بحساب آید و کلیه روشهای متداول و مقدور برای پیشبرد تشخیص مطابق آنچه سیر بالینی و اطلاعات بدست آمده جدید حکم می کند روش تشخیصی را اجرا و پیش ببریم و تا کلیه وظایف تشخیصی تکمیل نشده است بصرف جستجوی یک نکته مثبت بالینی در سابقه، کار تشخیص و نتیجه گیری و درمان او را رها نکنیم.

نمونه‌های این مورد بالینی وجود دارد نه تنها در رشته اتولوژی که در دیگر رشته‌ها هم بمراتب وفور بیشتری دارد و تنها مواردی که متخصصین بالینی به آن عنایت خاص دارند تا جنبه‌های بدخیمی است که بعلت ادامه پدیده نهفته بدخیمی فکر همچنان به احتمال ادامه پدیده بدخیمی در جایی دیگر از بدن یا در محل اولیه سیر خود را ادامه می‌دهد. در این موارد متخصصین بالینی بایستی در صورت تکمیل معالجات جراحی بین دو پدیده recurrence , persistent disease تمایز قائل شوند که با مختصر دقت در شرح بالینی و آسیب شناسی Surgical finding می‌توان جواب خود را جستجو نمود. در مورد عود بیماری بسیاری از عودها طرح و الگوی بالینی مخصوص هر هویت بالینی را دارد که در صورت توفیق کامل درمان جز در موارد بدخیمی‌های well differentiated یا بیماریهایی چون کارسینوم‌های اندوکرینی و داکتال غدد بزاقی متاستاز تأخیری بسیار اندک ولی دیررس است ولی در موارد رادیوتراپی و شیمی درمانی جز موارد geographic miss که ضایعه در مجاور میدان دریافت اشعه عود می‌کند و یا متاستازهای شناخته شده در بافت لنفاوی و عضو Target نظیر مغز ریه و استخوان و کبد در پیگیریهای بعدی (Follow up) شناسایی می‌شوند اما در بیماریهای خوش خیم نه این بدبینی و نه این حالت صبر و انتظار وجود دارد و نه بیماران بخوبی پیگیری بیماری خود را انجام می‌دهند. اینگونه موارد هستند که بایستی دقیقاً مورد توجه قرار گیرند و بویژه آن عده حالت‌های بالینی که یا دخالت و استمرار سمپوماتیک دارند یا خصلت پیشروندگی در سیر بالینی آنها ذکر شده‌است.

در مورد بیماریهایی که در نهایت به یک نقص عضو حسی یا حرکتی ختم می‌شوند پذیرفتن آن نقیصه بعنوان عارضه نهایی بیماری وقتی قابل قبول است که تمامی راههای تشخیصی را برای کشف علت‌های فرعی و ثانوی را مورد تحقیق قرار داده باشیم. حتی در همین موارد هم اگر پزشک و بیمار نقیصه را پذیرفتند دیدار ادواری بیمار برای پیدایش صدمات و نقیصه‌های بعدی، تشدید یا بهبودی و یا تطبیق او با پیشرفتهای نوین و کشفیات جدید جزو وظایف طبیب بشمار می‌آید حتی اگر بیمار بهترین مراقبت‌ها را از سوی همکاران بازتوانی دریافت نموده و به رضایت نسبی دست یافته باشد.

Reading suggrstion surgery of the Ear, Shambough Glasscock, W.B Saunders.co

۴

بیماری‌های عمومی سیستمیک را بر

بیماری تخصصی مقدم بشماریم.

بانوی جوان (۳۲) ساله با وزن ۱۲۰ کیلوگرم با دشواری تنفس که خود اندیکاسیون عمل جراحی تیغه میانی بینی را گذاشته و یا از زبان دیگران روایت می‌نمود مراجعه کرد. برای نشستن نامبرده روی صندلی معاینه‌ام مجبور شدم یکی از بازوان (hand rest) جانبی صندلی را باز کنم تا او بتواند براحتی روی صندلی قرار گیرد. و از او شرح حال گرفته و معاینه‌ام را آغاز نمایم او از سلامت نسبی و کاملی برخوردار بود و هیچگونه شکایت دیگری را بویژه در مورد تشخیص احتمالی که خود بیان می‌کرد (انسداد بینی و انحراف تیغه بینی) ذکر نمی‌کرد. از جمله از سردردهای سینوسی (متمرکز بر ناحیه پیشانی و ریشه بینی با پریودیسیته همزمانی با سرماخوردگی و صبحگاهی و علائم همراهی چون ترشح از جلو یا عقب بینی) نظر او را در مورد جراحی ظاهری بینی که گاهی مشکل تنفسی از بینی را بدان اضافه می‌کند تا وسیله ای برای توجیه این اندیکاسیون بگذارند، پرسیدم.

خوشبختانه نه دلیلی برای آن وجود داشت و نه خود او در این فکر بود. تنها دشواری تنفسی خود را به مسأله انحراف بینی نسبت می‌داد و به درست یا غلط باین مطلب مراجعه نموده بود (در اینجا یادم آمد از خلاصه ای که از یک کار تحقیقی دانشگاه هنری فورد آمریکا سالها پیش ترجمه تایپ و تکثیر نموده و در اختیار دانشجویان قرار داده بودم که خلاصه آن این بود که ۳۰٪ مراجعات به مطب‌های گوش و گلو و بینی بی ربط بوده و ۳۰٪ از آنانی که نظیر این بیمار بدرستی مراجعه نموده بودند، بایستی توسط متخصص گوش و گلو و بینی به همکار دیگری معرفی شوند).

همانند هر مراجع دیگری از شرح حال شروع کردم در آن جز دشواری تنفسی بهنگام فعالیت و خواب چیز دیگری دستگیرم نشد و در مرور اجمالی بعلائم دیگر اعضاء که خود با دیدن چاقی و چند موی در زیر چانه بیمار بدان رهنمود شده بودم و از دشواریهای دیگری آگاه شدم که قابل ذکرترین آن اختلال در عادات ماهانه و دشواری در باروری بود که هم ایشان و هم همسرشان که در معیت ایشان بود با تعجب به این سوال پاسخ مثبت دادند و گفتند ما پس از چندین سال و به دشواری و حمایت دیگر متخصصین زنان و نازایی دچار یک فرزند شده‌ایم.

خونریزی و کم خونی و آسم و بیماریهای قلبی را ذکر نمی‌کرد.

با همین مقدار یافته مثبت توانستم به مرحله بعدی کار تشخیصی که شروع معاینات بالینی و جستجوی علائم فیزیکی بود پردازم و چون بنا به پیشنهاد بیمار و حیطه تخصصی خود فرض را بر صحت هدایت و ارجاع او نهاده بودم در معاینات سر و گردن به معاینه بینی توجه بیشتری نمودم که در معاینه بینی مختصر انحراف تیغه میانی بینی، بدون چسبندگی، پولیپ، هیپرپلازی شاخک و یا ادم حاصل از رینیت‌های الرژیک و غیره بود و ترشحاتی در حفره بینی و یا در دیواره خلفی بینی مشاهده نشد. تعمیم شکایت بیمار به دیگر اعضاء سرو گردن که تنگی نفس در حال خواب را موجب می‌شد نظیر بلندی کام نرم و افزایش حجم قاعده زبان و زیادی بافت نرم دیواره جانبی حلق و کوتاهی شدید گردن، توده حجیم گردنی، فلج دوطرفه طناب صوتی و تغییر شکلهای اسکلتال استخوانهای مجمله صورت و فک را نداشت. و مراجعه مجدد به نوع شکایت بیمار از دشواری تنفس مسائلی چون دسترس تنفسی در حال خواب که باعث حالت Arousal (از خواب پریدن را داشته باشد) و عواقب آن چون خواب آلودگی در طول روز (که در کمکاری تیروئید و چاقی و بویژه وقفه تنفسی در حالت خواب با RDI (Respiratory distress Index) بیش از ۵ بار پیدا می‌شود مرا به این نتیجه گیری رسانید که آنچه را بیمار نمی‌تواند بخوبی عرضه بدارد یک تنگ نفسی موقع فعالیت است (dispnea on exertion) که خود سالها در درس نشانه شناسی حنجره آنرا از دیدگاه یک پزشک عمومی به دانشجویان پزشکی تدریس می‌نمودم و یادم می‌آید که در همین زمینه گوشزد می‌کردم که شایعترین علت تنگی نفسی موقع فعالیت در جامعه ما در دو سوی مخالف اتیولوژیک قرار می‌گیرند گروهی چاق‌ها هستند (که به اصطلاح عامیانه ما از سیری می‌میرند) و گروهی افراد ضعیف، کاشکتیک و آستنیک (که اصطلاحا از ضعف و لاغری می‌میرند) و شاید تلویحا تناقض شدید موجود درد جامعه را می‌رساند که دانشجویان بدانند در چه جامعه ای و در چه ترکیب اجتماعی کار می‌کنند.

مرور سیستم های دیگر مرا بجایی نرسانید و با رد تشخیص بیماریهای عمده دیگر نظیر بیماریهای سیستم گردش خون و آئمی و بیماریهای کاردیووسکولار و بیماریهای ریوی خود را به تشخیص Morbid obesity با BMI (body Mass Index) بالا قانع نموده و او را با رد نمودن اندیکاسیون اصلاح انحراف تیغه میانی و دخالت در تشریح بینی که بنظم طبیعی بنظر رسید به همکاران اندوکرینولوژیست و ژینکولوژیست ارجاع دادم.

تشخیص احتمالی من در این مطالعه بالینی تنگ نفس موقع فعالیت حاصل از چاقی یا Indogenous و یا در درجه دوم exogenous بود. مسلماً من او را دچار اشتباه دومی نکردم که رسم و عرف جامعه بسوی ارجاع بیماران مبتلا به چاقی بسوی جراحان عمومی است و morbid obesity که برای exogenous روشهای مدرن و موثر را پیشنهاد و اقدام می کنند.

در اولویت ارجاع این بیمار ضرورت را براین پایه نهادم که چون تفوق علائم با نشانگان آندوکرینی چاقی و هیرسوتیسم بودو تنگ نفس چیزی جز یک سمپتوم بالینی حاصل از چاقی نبود. ضرورت اولیه مطالعات اندوکرینولوژیک و ژینکولوژیک بود.

تحت تأثیر بیمار قرار گرفتن و بد راهنمایی شدن بیمار و عدم هدایت یک روش بالینی صحیح problem oriented ممکن بود مرا دچار یک اشتباه بالینی نماید که نتیجه قضاوت بالینی نادرست آن تحمیل یک عملی جراحی و مخاطرات آن برای دریافت و نتیجه ای که اگر نگویم صفر باید بگویم اندک بود.

مسلماً برای این بیمار مطابق موازین موجود و امکانات تشخیصی در دسترس میتوانستیم فیبروسکپی در حال خواب، مطالعه خواب Polysomnography و سفالومتری لاترال جمجمه را پیشنهاد کنیم که همه آنها در بهترین شکل ارزش واهمیت ارتباط دادن تنگ نفس به چاقی و گذاشتن تشخیص چاقی اندوژن بعلت حضور هیرسوتیسم نداشت. و البته جز افزودن به هزینه های بیمار و عدم بهره برداری صحیح و اتلاف وقت در برنداشت.

تفسیر مکانیسم پیدایش تنگ نفس موقع کار در چاقی

فرض اینکه دیگر علل دخیل در تنگ نفس موقع فعالیت که عمده ترین آنها و خطرترین آنها در زمینه بیماریهای کاردیووسکولار و سپس بیماریهای عمده ریوی است. و در زمینه بیماریهای گوش و

گلو و بینی کمتر بیمار است که بتواند خود را در ایجاد تنگی نفس موقع فعالیت همپا و همسنگ بیماریهایی قلبی ریوی قرار دهد چون بیماریهای راههای تنفس فوقانی چون هیپوفارنگس فوقانی ولارنگس و نای گردنی.

این بیماریها در شرح حال خود را تنها با تنگ نفس موقع کار معرفی نمی‌نمایند کما اینکه بیماریهای قلبی ریوی هم عمدتاً سابقه و علائمی به همراه دارند که ما را در تشخیص و یا پیشبرد و تشخیص با انجام معاینات بالینی و روشهای پاراکلینیک هدایت می‌کنند: نظیر کیفیت خواب، نوع نفس کشیدن، رنگ چهره ورم اندام و غیره ولی بیماران راههای فوقانی تنفسی عموماً یا دشواری را بهنگام خواب هم دارند (چون مشکل تشریحی سر راه عبور هوا) بهنگام خواب هم نشانگانگی دارد یا با تنفس صدادار و Stridor و کشیدگی فضاهای نرم بالای استخوان جناغ و بافت نرم گردن همراهند. در زمانی که تنها علامت بیمار دشواری تنفس بهنگام فعالیت باشد، معاینات بالینی بایستی تغییرات تشریحی بر سر راه ورود هوا بداخل راههای تنفسی تحتانی را نشان دهد.

من مواردی از چاقیها را بعلت کوتاهی گردن، حجم زبان، تغییر شکل آرواره، عقب افتادن زبان کمکاری تیروئید و موکوپولی ساکاریدوز را دیده‌ام و شاید شرح حال آموزنده ای را از میان آنها برگزینم که بار آموزشی عمومی برای تمامی همکاران داشته باشد ولی در افتراق تأثیر چاقی از تغییرات مورفولوژیک و تشریحی اسکلتال سرو صورت که موضوع پایان نامه تخصصی یکی از همکاران جوان بود در همین دانشگاه و با هدایت همکاران رادیولوژیست که شاخص‌های تشریحی عمده ای را در ارزیابی‌های سفالومتریکی وارد حیطه تشخیص تخصصی کرده بودند باین نتیجه رسیدیم که BMI حرف اول را می‌زند و این تحقیق در مجله رادیولوژی ایران بشرف به چاپ رسید. (Dr. Pishva- Dr. Zandi- Dr. Mokhtari)

چرا باید در قضاوت بالینی و اقدامات درمانی برای تنگ نفس هنگام فعالیت چاقی را در اولویت قرار دهیم؟

- ۱- وفور این پدیده در کل جامعه بسیار زیاد است بویژه اگر بیمار جوانی باشد که هنوز مسائل عمده حاصل از پدیده سن در قلب و عروق و ریه فرصت پیدایش نکرده اند.
- ۲- نقش چاقی در ایجاد تنگی نفس موقع کار و فعالیت امری بدیهی و ساده‌است زیرا نیاز عمومی بدن به اکسیژن و اکسیژناسیون بالا می‌رود و تأمین و تدارک آن بعلت تأثیر چاقی بر حجم هوای تنفسی در گردش (Tidal volume) محرز است. بویژه در شب که توسعه یا اکسیپانسیون قفسه صدر در تمامی جهات محدود می‌باشد.

۳- انسداد بینی را با فلومتری و یا رینومانومتري می توان ثابت نمود ولی در حداقل فراهم بودن ابزارهای تشخیصی معاینه مستقیم (رینوسکپی قدامی) می تواند بسیاری از نکات را روشن نماید.

۴- در مواردی که چاقی باعث افزایش حجم قاعده زبان شده و فاصله آن تا دیواره خلفی حلق تحتانی (Posterior Air Space) را محدود نماید نیز نقش چاقی دوباره خود را می نمایاند.

امروزه روش های سعی و خطا و راه های بالینی همچون گذشته نمی تواند مورد قبول بیماران باشد زیرا عمدتاً بیماران به درصد موفقیت عملی و هر اقدامی فکر می کنند و از پزشک درمانگر و بویژه جراح خود استفاده می کند بعضی بیماران به اصول مطالعات الکترونیک و ماهواره ای و اینترنتی واقف بوده و از آن بهره میگیرند و گاهی پزشک را در مورد گزینش یک روش درمانی بچالش می کشند. در حیطه فراهم بودن ابزارهایی که نقائص فونکسیونلی را بصورت کمی بیان می کنند (Objectivitise) گستردگی مهندسی پزشکی بحدی پیشرفت نموده است که می توان هر شکایت بیمار را بصورت هندسی ثبت و نمودار آن را در معرض دید بیمار قرارداد. نمونه هایی از آنرا در ذکر رینومانومتري معمولی و اکوستیک و فلومتری برای ثبت حجم های ریوی بویژه Tidal Volume یکی از ساده ترین اقداماتی است که امروزه وارد کارهای تشخیصی پزشکی شده اند و در خصوص مسأله تنگ نفس موقع فعالیت که با دشواری بهمراه خواب همراه باشد این Objective کردن دشواری هم در قضیه تشخیص اتیولوژی وارد شده است و هم در باب شدت دشواری که امروزه عامه کلینیسینها با جزئیات آن آشنا هستند. و ممکنست فصل دیگری را فقط به اهمیت این دشواری و کمک هایی که ابزارها می کنند اختصاص دهیم. مسلماً سرنوشت این بیمار از نظر سیرتنگ نفس تحت تأثیر این ارجاع صحیح قرار گرفت زیرا نامبرده با آموزش های پزشکی یاد گرفت که چگونه در زمینه چاقی های با منشأ خارجی با قضیه روبرو شود و نیز از دخالت های متخصص زنان و آندوکرینولوژیست بهره گیرد که علاوه بر تنگ نفس مشکلات دیگر او هم که برایش مهم بشمار نمی آید اصلاح شود. Reading list:

Otolaryngic clinics of North 1990
 Otolaryngic clinics of North 1998
 Otolaryngic clinics of North 1999



ارجحیت مسائل طبی بر اقدامات جراحی

مقدمه

اگرچه بیماران امید دارند که در رفع مشکلشان یک روش جراحی و یک دست معجزه گری وجود داشته باشد که چون از آستین بیرون آید نتیجه سریعتر حاصل می‌شود و این خود در کشورهایی که نظام ارجاع صحیح ندارند موجب کجروی‌هایی شده‌است ولی در میان بیماریهایی که درمان طبی بخش عمده حل مشکل را تشکیل می‌دهد تشخیص مسائل طبی پایه ای ضرورت اول است. شرح حال زیرین شاید بتواند در تنویر افکار تشخیصی ما پزشکان سهمی داشته باشد.

در اینجا یادم آمد از واگوئی یک سخن نقل شده در کلاسهای پیشین خودم توسط همکار جوانی که می‌گفت شما در کلاس درستان گفته اید ما اول طبیب هستیم که برای آن ۷ سال زحمت درس خواندن را بخود داده ایم سپس متخصص که به منظور آن فقط ۴ سال از عمر ما صرف شده‌است، لذا همیشه اهمیت آن هفت سال را به بهای عنوان تخصصی که دریافت نموده ایم دست کم نگیریم.

اینک شرح حال و خطای بالینی نویسنده:

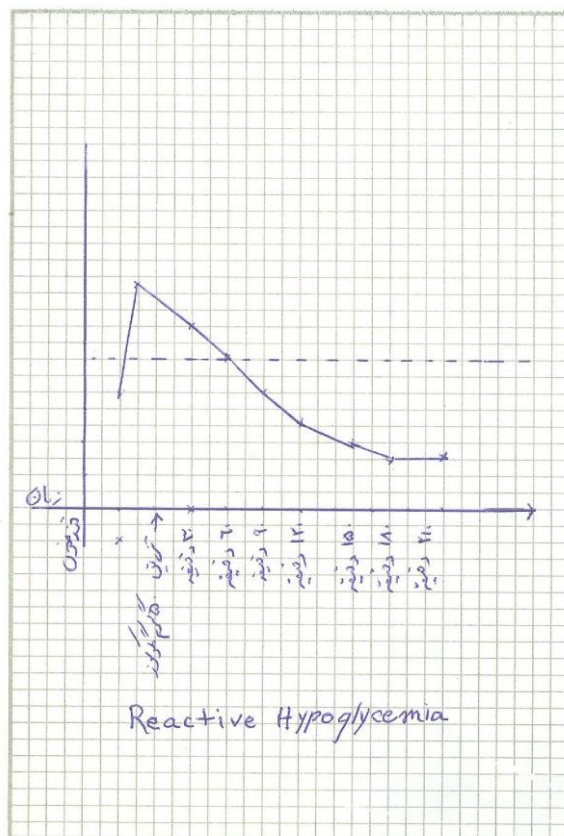
بانوی بانکدار جوانی در شروع کار بانکداری و حسابداری خود که روزی شاید بیش از ۸ ساعت برای آن سیستم کار می‌کرد در سنین ۲۸-۳۰ سالگی برای سرگیجه‌هایش معرفی شد که حملات سرگیجه ای صرفنظر وقت در زمان پیدایش در نخستین بررسی سرپایی اینجانب بعنوان سرگیجه حاصل از سندروم منیر اگر نگویم بیماری منیر در قالب تشخیص ما می‌گنجید.

سرگیجه همراه با حالت حمله ای بود و رنگ پریدگی وضعف همراه آن که تداعی سمپتوم‌های دفاعی پاراسمپاتیکی برای کاستن از پدیده‌ها سمپاتیک چون تشویش و اضطراب بود و صدای گوش علیرغم فقدان کم شنوایی می‌توانست بیمار را بعنوان مراحل مقدماتی سندروم یا بیماری منیر معرفی نماید که مسئولیت زیاد با حجم کار و استرس حاصل از کار و زندگی شهرنشینی و اهمیت دادن به ارتباطات اجتماعی همه در جهت تأیید تشخیص بکار گرفته می‌شد و مشخصه سرگیجه حقیقی که در بیان دشواری بیمار منعکس می‌شد. نظیر حس افتادن و تغییر محل و استمداد برای استقرار بدن و عدم کاهش هشیاری همه حکایت از رابطه سرگیجه با سیستم وستیبولار و شکایت از صدای گوش احتمال تأثیر یا لااقل وجود آزرده‌گی در سیستم اکوستیک را هم مطرح می‌نمود. لذا شروع یک درمان آزمایشی با دیورتیک و داروهای دپرسور که کمک کنند تفسیر علائم عدم تحمل احساس تغییر وضعیت در تنه مغز و مخچه بهتر صورت گیرد جایز بشمار می‌آمد ولی این اقدام اولیه بر خلاف بسیاری از بیماران که بهمراه رژیم کم نمک پاسخ مساعدی را فرا راه طبیب و بیمار قرار می‌داد به هنگام معاینه دوم از درخشش و تأثیر کافی برخوردار نبود لذا بعنوان یک خطا در شرح حال گرفتن و بکارگیری روش‌های آزمایشگاهی به حساب آمد و اقدامات تشخیصی مجدداً گام به گام از سر گرفته شد.

در تهیه شرح حال مجدد به نکات طبی بیشتری توجه شد و در واکاوی زمان پیدایش سرگیجه متوجه نکته مهمی شدیم و آن تکرار پیدایش سرگیجه در موقع معینی از روز که زمان گرسنگی و فاصله از غذای صبحگاهی بود و اینکه در طول این ۸ ساعت کار این خانم جوان از چاشت بین روز استفاده نمی‌کرد. علائمی از کم خونی و بیماریهای ضعیف کننده نظیر دیابت وجود نداشت و سابقه بیماری سفر را (Motion sickness) هم ذکر نمی‌کرد. با کسب این میزان یافته‌های مثبت و منفی و عدم وجود نیستاگموس در زمان معاینه و بررسی آزمایشات وضعیتی نکته ای به نفع برتری جهتی و کاهش و تخفیف نیستاگموس‌های تولیدی با چشم باز برای تأیید تشخیص بالینی تقاضا شد که از بیمار ضمن تهیه دیگر آزمایشات خون شناسی آزمایشات شیمی خون منظور شد که مهمترین آن تست تحمل گلوکز ۵ ساعته بود.

وقتی بیمار با پاسخ آزمایشات مراجعه نموده سلامت خون شناسی و فقدان کم خونی دیابت و یا هیپرلیپمی ما را متوجه نکته مثبتی در تست تحمل گلوکز ۵ ساعته نمود. این نتیجه نشان می‌داد که علیرغم قند خون طبیعی ناشتا از ساعت ۳/۵ به بعد پس از رساندن ۵۰ گرم گلوکز افت شدیدی در میزان گلیسمی بیمار پیش می‌آمد که اگر آنرا (میزان گلیسمی هر نیمساعت بیمار را در این پنج ساعت مطابق

نمودار آقای دکتر عباس کتابچی (پروفسور طب داخلی دانشگاه ممفیس آمریکا) ثبت کنیم چنین نموداری بدست می‌آید.



با دقت در منحنی تست تحمل گلوکز بیمار معلوم می‌شود که از ۴ ساعت پس از یک تغذیه گلوکزی مقدار گلیسمی بیمار بحدی بسیار پایین تر از طبیعی می‌افتد و با تطبیق زمان پیدایش افت گلیسمی معلوم می‌شود که این زمان همزمانی دارد با پیدایش علائم سرگیجه بیمار و به هم خوردن حال او و عدم تعادل و رنگ پریدگی و دیگر علائم سیستمیک که با مشکل تعادلی او همراه می‌شود. همین یافته آزمایشگاهی که با شرح حال بالینی بیمار تطبیق می‌کند کفایت می‌کند که در روند درمانی بیمار تجدید نظر نموده و او را بیهوده بسوی درمانهای سندروم و یا بیماری منیر نکشانیم. بیهوده از نمک محروم نکنیم و داروی دیورتیک و دپرسورسیستم تعادلی ندهیم. تشخیص او را سندروم منیر حاصل از پدیده هیپوگلیسمی واکنشی بدانیم و از او بخواهیم که در روال زندگی و کار خود تجدید نظر کند:

- مواد قندی به مقدار زیاد یکباره در صبح دریافت نکند.

- بین روز از یک چاشت نیمروزی استفاده کند.

این توصیه ها بکار گرفته شد و نتیجه مثبت داد.

گزارش مورد فوق از معدود گزارشاتی است که کلاسیک مورد مطالعه قرار گرفت و با برخورداری از مطالعات پروفیسور کتابچی بصورت مستدل و مستند راه و رسم درمان سرگیجه بیمار به وی آموزش داده شد. نظیر این مورد را بارها تجربه کرده ام و یادم آمد از همکار متخصص بیهوشی که در روزهای کار طولانی و با استدلالتی که به روش زندگانی خودش مربوط بود گاهی دچار رنگ پریدگی و عدم تعادل می شد و نمی توانست بکارش ادامه دهد که در شرح حالش مصرف داروی کاهنده گلیسمی و کم خونی وجود نداشت ولی اصرار در رژیم غذایی برای کاهش وزن ذکر می شد که بنحو متدبک انجام نمی شد هر بار نامبرده دچار چنین حالتی می شد که یکی دوبار بحال کاهش هوشیاری هم می انجامید آب قند او را از این حال بیرون می آورد. این بیمار به دلیل دفع الوقت و دشواری تست تحمل گلوکز و اینکه متخصص آزمایشگاهی گفته بود طیب او از پاپ هم کاتولیک تر شده است چون چنین تست دشوار و وقت گیری بندرت از سوی طبیبان اصلی (بنظر آن متخصص آزمایشگاه که متخصصین آندوکرینولوژی یا داخلی باشد) کمتر توصیه شده بود اینک یک پاپ تازه وارد این زحمات را از ایشان تقاضا نموده بود. (که متخصص گوش و گلو و بینی باشد) تن به انجام چنین تستی نداد. بهمین جهت علیرغم تشخیص بالینی و غیر مستند به تست تحمل گلوکز توضیح لازم به آن همکار داده شد و او هم بکار بست و نتیجه گرفت.

در اینجا یک نکته قابل ذکر است که در دیگر انواع سندرم منیر یا شبیه منیر هرگز اختلال هشیاری به بیمار دست نمی دهد. و این وجه تمایز سرگیجه و عدم تعادل حاصل از بیماری سیستم وستیبولار یا حالت های مشابهی نظیر ناکولپسی می باشد. ولی در هیپوگلیسمی رآکتیو مشابه آنچه در بیماران دیابتیک بدنبال مصرف بیش از حد انسولین پیش می آید تغییر هشیاری بارز و می تواند خطرناک باشد. تعدد و تنوع و شیوع اختلالات تعادلی و آموزشهای دوره طب عمومی که باعث شده نقش سیستم وستیبولار را در ایجاد سرگیجه بخوبی بشناسند و از شهرت خاصی برخوردار شود. بنحوی که امروزه بدون رعایت سیستم ارجاع هر نوع اختلال تعادل را به سیستم وستیبولار نسبت داده و یا بیماران خودسرانه هرگونه اختلال تعادلی خود را از ابتدا به متخصصین گوش معرفی نمایند.

لذا برای اولویت بندی سیستم ارجاع راهنمایی‌های اولیه جهت بیماران مبتلا به اختلال تعادلی چند نکته دانستنش ضروری است.

۱- تعریف سرگیجه و این که اختلال تعادلی حقیقی که بنحوی به احساس حرکتی ویی تعادلی که با تغییر وضع بیمار و یا کمک خواستن برای برقراری مجدد تعادل همراه باشد بنحوی سیستم وستیبولار و بخش تعادلی گوش درونی مربوط است ولی اینکه خواستگاه این نوع اختلالات تعادلی که عمدتاً شدید و حمله‌ای بوده و با علائمی چون تهوع دل آشوب اضطراب و تشویش همراه می‌شود.

گرچه سیستم وستیبولار (دهلیز و مجاری نیم دایره‌ای) می‌باشد ولی نباید فراموش نمود که این سیستم هم بخشی از ارگان‌های بدن ماست که از سیستم‌های دیگر بدن تأثیر پذیر می‌باشد. بطور خلاصه چند عضو را که بر سیستم تعادلی وستیبولار تأثیر گذار هستند نام می‌بریم.

۱- سیستم گردش خون چه پلی سیستمی - چه آنمی، چه هیپرتانسیون و آترواسکلروز که بطور سیستمیک بر تغذیه و تبادل مواد بیوشیمیائی و متابولیسم گوش داخلی تأثیر گذار هستند و چه در صورت علل تشریحی لکالیزه و محدود نظیر آرتروز مهره‌های گردنی، سندروم دزدی شریان تحت ترقوه‌ای.

۲- سیستم روانی و حالات روحی روانی بیمار بنحوی که امروزه برخی بیماری منیر یا سندروم منیر را در گروه بیماریهای سایکوسوماتیک قرار می‌دهند.

۳- مسائل شیمی خون نظیر احتباس نمک و کم آبی بدن

۴- وجود اختلالات گوناگون غیر وستیبولار که شباهت‌هایی به اختلال تعادلی حقیقی دارند ولی تمامی ویژگی‌های آنرا ندارند.

بطور خلاصه بایستی سرگیجه‌ای را حقیقی دانست و به سیستم وستیبولار نسبت داد که یکی یا چند ویژگی زیر راداشته باشد.

حمله‌ای باشد - بخودی خود محو شود.

با اختلالات حسی حرکتی ولی عمدتاً با حفظ حالت شعوری و آگاهی همراه باشند خصلت ادواری داشتن در برخی از آنها جزو ویژگیهای بیماری است مسلماً دو عضو کمکی برای تخفیف شدت وحدت علائم سرگیجه‌های وستیبولار کمک شایانی میکنند که بینایی و حس پروپریوسپتیو باشد. زیرا چشم با حالت خیره شدن به نقطه‌ای و سیستم پروپریوسپتیو باگرفتن دست و باز کردن پاها می‌توانند در تعدیل اختلال تعادل حاصل از سیستم وستیبولار سهم بسزایی داشته باشند.

فراموش نکنیم در میان تمامی بیماریهای مولد سرگیجه که علل داخل جمجمه ای دارند تنها سرگیجه حاصل از سندروم والنبرگ (نارسایی ورتبروبازیلار) است که مانند سرگیجه های محیطی حاد و پرسروصدا بوده و خلاف سرگیجه های مرکزی که دوام و استمرار بیشتر ولی شدت کمتری دارند، عمل می کند. شاید دلیل عمده آن همزمانی عدم برخورداری سیستم وستیبولار در سیستم گردش خون تنه مغز باشد و یا عدم خونرسانی به تنه مغز آن سیستم را در عمل inhibitory روی ورودیهای سیستم وستیبولار ناتوان می کند.

پیدایش و وجود علائم اکوستیک و کم شنوایی از علائم همراهی است که ارتباط سرگیجه را به بیماریهای گوش (نه الزاماً بیماری و سندرم مینر) تسهیل می نماید. بلکه لزوم بررسی های تخصصی از سوی متخصص گوش و گلو و بینی را الزامی می نماید.

گنجاندن فرازهایی از مکانیسم و فیزیوپاتولوژی حاکم بر پیدایش سرگیجه از مبداء گوش در این مختصر مقدور نمی باشد ولی دیکته نمودن وسعت اتیولوژی و دخالت سیستم های گوناگون بدنی در تولید اختلالات تعادلی یک ضرورت است که همین مختصر و شرح حال مشروح فوق اهمیت در اولویت بیماریهای طبی و داخلی را در پیدایش آن بخوبی گوشزد نمود.

پرواضح است که آنگونه که بعضی بیماران فکر می کنند یا توقع دارند جایگاهی تخصصی برای جراحی این سرفصل از سمپتوماتولوژی عمده وجود دارد که آگاهی از آن ضرورت دارد هنگامی که مولد سرگیجه حقیقی فیستولهای لایبرنتی حاصل از تروما یا عفونت باشد.

هنگامی که مولد سرگیجه حقیقی بیماری عفونی استخوان ماستوئیدوپتروس باشد.

هنگامی که توموری چون گلوموس، نورینوم اکوستیک و گرانولوم و کلستاسکتوم در آن باشد.

هنگامی که بیماری مینر به درمان طبی و رژیم و دیگر روشهای مشروح پاسخ ندهد.

ولی بنحویکه گزارش شرح حال فوق و خلاصه ای از مکانیسم پیدایش اختلال تعادلی گزارش شد.

اولویت اول مربوط به شناخت و درمان مسائل طبی حاکم بر کل ارگانسیم می باشد.

Reading suggestion:

Otolaryngology clinic of North America (Inner ear)



دشواری انتوباسیون

مقدمه

دو شرح حال زیرین بجهت اشکال بالینی که ایجاد کرده اند در یک فصل گنج‌نیده می‌شوند و در جریان شرح آنها خوانندگان بخوبی به موضوع ایجاد شده توجه خواهند کرد و بخوبی در خواهند یافت که چنین معضلی ممکنست دامان هر یک از جراحان و پزشکان را بگیرد. زیرا تا وقتی اقدام به انتوباسیون نشود این دشواری خود را نشان نمی‌دهد و بسیاری از این بیماران با اینکه از پیش از عمل جراحی و اقدام به انتوباسیون دارای دشواری هستند مشکل خود را تحمل می‌کنند ولی بهنگام دخالت در انجام انتوباسیون است که مشکل بروز می‌کند.

بسیاری از پزشکان اورژانس و متخصصین بیهوشی بیمارانی را داشته اند که بهنگام انتوباسیون عدم توفیق داشته و از انجام موفقیت آمیز این اقدام حیات بخش ناموفق بوده و گاهی با دشواریهایی نظیر عوارض داروهای فلج کننده برای شروع بیهوشی (Induction) روبرو شده اند.

متخصصین گوش و گلو و بینی و سرو گردن و جراحان فک و صورت گاهی به بیمارانی بر می‌خورند که شروع بیهوشی را میتوان حدس زد که، با دشواریهایی همراه باشد نظیر بیمارانی که میگروگناسی یا رتروگناسی دارند یا آنکیلوز فک آنها باعث می‌شود که دهان برای انجام اولیه و ورود لارنگوسکوپ با مشکل همراه باشد، آنان که تجارب بیشتری دارند توده‌هایی فضاگیر در داخل راه هوایی فوقانی و یا توده‌های حجیم با فشار خارجی بر راه هوایی را در نظر می‌گیرند و از بیهوش کردن افراد چاق و با گردن کوتاه یا زبان بزرگ اکراه دارند. در مطبوعات پزشکی نیز گزارشاتی از بیماران Difficult to intubate آمده‌است و لاقلاً چهار راه برای توفیق در انتوماسیون آنان پیشنهاد شده‌است:

۱- انجام تراکتوتومی موقت که پس از اجرای عمل جراحی و تکمیل مراقبت‌های لازمه لوله را بیرون می‌آورند. این اقدام چون با بی حسی موضعی بخوبی انجام پذیر بوده و از حجم هوای مرده می‌کاهد و راه تنفسی و اداره آنرا براحتی در اختیار متخصص بیهوشی قرار می‌دهد مطلوب ترین راه بشمار می‌آید ولی همگان بخوبی واقفند که تفهیم آن برای بیمار و رویارویی با عوارض تراکتوتومی ساده نیست.

استفاده از روش Awake intubation که خود مهارت خاصی لازم داشته و برای بیماری که از منافع داروهای مخدر کوتاه مدت شروع کننده بیهوشی و فلج کننده عضلانی که در اکثر انتوباسیون‌ها استفاده می‌شود برخوردار نیستند زحماتی را در بردارد. متخصصین بیهوشی امروزه بخوبی میتوانند لوله بلند آندوتراکئال را با یک بی حسی توپیکال داخلی بینی تا inlet laryngeal و اقدام فروردن را با شنیدن صدای دمیدن هوای بازدمی در درون لوله همزمان نموده (Synchronous) و با شروع یک آنتی‌اسپیراسیون لوله را بداخل اندولارنکس و نای که قبلا به روش Topical بی حس شده‌است وارد و در این حالت است که بلافاصله محذر سریع‌التأثیر و فلج کننده به روال هر بیهوشی دیگر شروع و ادامه می‌یابد.

استفاده از ابزار راهنما که این خود به دو صورت انجام می‌گیرد. امروزه بهترین راهنما همان فیبروسکوپ ظریف است که لوله آندوتراکئال مناسب بر آن سوار می‌شود و اقدام کننده با رویت تمامی مسیر بینی نازوفازنگس و اوروفازنگس به Laryngeal inlet بی حس شده بتوسط داروی بی حس کننده موضعی می‌رسد. سپس همزمان با یک دم بیمار لوله بیهوشی را بدون صدمه زدن به طناب‌های صوتی با دید باز به فضای زیرگلو می‌راند سپس با نگهداشتن لوله بیهوشی در یک دست و در محل فیبروسکوپ خود را بیرون آورده، لوله آندوتراکئال را ثابت و بیهوشی خود را پیش می‌برد.

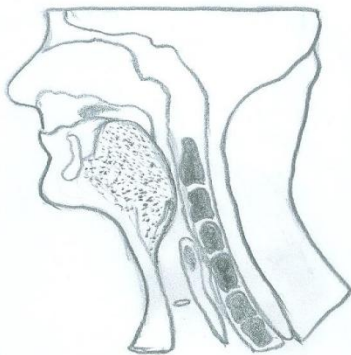
راهی که ما قبل از ورود فیبروسکوپهای ظریف که از سوراخ درونی (Calibre) لوله بیهوشی بگذرد انجام می‌دادیم. ورود یک نخ یا سیم از سوراخی (Puncture) در فضای کریکوتیروئید (در خط وسط) و پیش بردن آن به بالا بنحوی که در لارنگوسکوپ آنرا در حلق جستجو نموده بطرف دهان بکشیم و با اتصال آن به نوک لوله بیهوشی از پیش بردن و در محل صحیح قرار دادن لوله بیهوشی اطمینان حاصل کنیم و سپس دیگر اقدامات را شروع نماییم.

مسئله امروزه گنجاندن این روش‌ها برای حل معضل مشکلات انتوباسیون متداول شده و بکار گرفته می‌شود و از بسیاری حوادث ناخواسته شروع بیهوشی پیشگیری می‌کند. ولی دلایل نویسنده برای گنجاندن دو شرح حال آموزشی زیر برای بالابردن اطلاعات همگانی در تأثیر برخی بیماریهای ناشناخته ضروری به نظر می‌رسد.

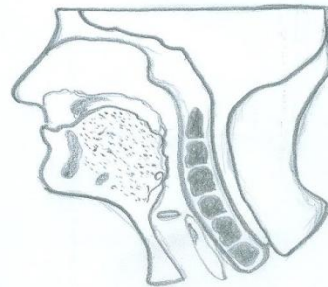
بیمار اول

بانوی بلند قامتی در اواخر دهه ۶۰ حیات خود برای انجام یک هیستریکتومی انتخابی با اندیکاسیون کاملاً ضروری (متروراژی پس از یائسگی) و اطلاعاتی که متخصص زنان از آن بهتر آگاه بود در اطاق عمل دچار مشکل انتوباسیون می‌شود. بنحوی که ناگزیر می‌شوند پروسه انتوباسیون را متوقف و با اکسیژناسیون و مراقبت از عوارض داروهای شروع بیهوشی. او را بحال اولیه برگردانیده و موقتا از انجام عمل جراحی منصرف شوند تا راهکاری پیدا شود. یکی از این راهکارها مشورت با متخصص گوش و گلو و بینی بوده در شرح مشورت عدم وجود توده درون راه هوایی فوقانی ذکر شده و بدون مشکل بودن بیمار یادآوری می‌شود.

در تکمیل شرح حال و معاینه بیمار و انجام لارنگوسکپی غیرمستقیم نکات زیر قابل ذکر است بیمار از خر خر شبانه شدید شکایت داشت. ولی وقفه تنفسی حین خواب را ذکر نمی‌کرد و در حال بیداری هیچگونه استرایدور و مشکل تنفسی و سابقه جراحی روی گردن را نداشت. در معاینات بالینی؛ بانوی سالم با گردن کشیده و درجاتی از میکروگناسی و رتروگناسی مشاهده شد که در کلیشه سفالومتری لاترال از جمجمه صورت و گردن او نکات زیر قابل ذکر و ترسیم است.



شکل ۲- تأثیر عقب افتادگی زبان بر PAS



شکل ۱- طبیعی

فاصله خار خلفی بینی از عمق Valleculla زیاد، قاعده زبان کاملاً خلفی و فاصله آن تا سایه بافت دیواره خلفی حلق فوقانی کم بود (کمبود PAS (Posterior Air Space) در لارنگوسکپی غیر مستقیم

که با جلو کشیدن زبان و درحال همکاری خوب بیمار انجام می‌شود و طنابهای صوتی قابل رویت و حرکات آن طبیعی و فاقد هرگونه تأثیر فشاری یا وجود ضایعه فضاگیر بالا و زیر گлот بود از نظر فیزیوپاتولوژی و مکانیسم پیدایش دشواری، یادآوری می‌شود که تنها عضله تنفسی در حجم عضلانی زبان عضله ژینوگلوکوسوس می‌باشد که محل اتصال آن با استخوان فک تحتانی درخلف سمفیز ماندیبول بوده و از نظر تحریک اینرواسیون آن همزمانی خاصی در انقباض آن با عضلات گشاینده گлот و دیافراگم وجود دارد. لذا بهنگام یک عمل تنفس بدخل (آسپیراسیون) توده حجیم عضلانی را به جلو و بالا می‌کشد تا راه تنفس باز شود، در حالی که دیگر عضلات زبان برای بلع بوده و بهنگام انقباض زبان را به بالا و عقب می‌برند.

در حالت induction بجهت وضعیت استقرار بدن (خوابیده به پشت) و شلی عضلانی قطعاً قاعده زبان بعقب برگشته و پدیده ای را بوجود می‌آورد که متخصصین بیهوشی اصطلاحاً می‌گویند حنجره قدامی است.

برای این بیمار جهت تسهیل انتوباسیون دو روش پیشنهاد شد.

روش اول که هم دشواری انتوباسیون و هم خرخر شبانه او را حل می‌کرد انجام یک گلوکسوپکسی دائمی بود که باتوضیحات که در زمینه عوارض و نحوه انجام آن داده شد از سوی بیمار رد شد. روش دوم گلوکسوپکسی موقت بود که انتوباسیون را تسهیل و پس از تکمیل بیهوشی و مراحل جراحی میتوانست بیمار کاملاً بحالت قبل از عمل برگردد نحوه انجام آن عبور یک نایلون نسبتاً قوی از زیر مخاط کف دهان تا رسیدن بقاعده زبان و عبور آن از توده عضلانی قاعده زبان به سمت مقابل و برگشت این نخ در خلاف جهت ورود ولی بازهم زیرمخاطی تا محاذات مجرای خروجی غده تحت فکی بود. سپس انتهای این نایلون را ازبین دندانهای پیشین عبور داده و جلو آنها گره می‌زنیم این اقدام پذیرفته شد و با بی حسی موضعی انجام شد و قاعده زبان به جلو کشیده و در هیمن وضعیت نگهداری شد. با این وضع بیمار دوباره به بلوک اتاق عمل برده شد و انتوباسیون او بدون دشواری انجام شد. هیستریکتومی انجام و صبح روز بعد با اطمینان از برگشت کامل تنفس بیمار و عدم نیاز بجلو نگهداشتن زبان نایلون را بریده و بیرون کشیده شد و بیمار دوران پس از عمل بی حادثه ای را سپری نمود.

بیمار دوم

آقای ۳۵ ساله (ز) در خلال شروع بیهوشی باعدم توفیق در انتوباسیون روبرو شد جراحی او برای انجام هیپوفیزکتومی و خارج کردن میکروآدنوم افزاینده هورمون رشد می‌بایست انجام می‌شد. لذا با صرفنظر از پیش برد بیهوشی و برگردانیدن بیماری، او را به اطاق خود برگردانیده و تا مطالعه بیشتر در زمینه پیدایش این دشواری عمل بتأخیر افتاد و در برگه مشورت معاینه گوش و گلو و بینی بازه دشواری انتوباسیون و جلو قرار گرفتن حنجره ذکر شده بود.

در شرح حال بیمار تغییر الگوی رشد اندام‌ها، سردرد و درجاتی از دشواری نیز ذکر می‌شد و با استفسار بیشتر از وضع تنفس او بخصوص هنگام خواب خور خور و دشواری تنفسی را یادآوری نمود که همچون بسیاری از بیماران دیگر امری عادی یا عادت‌ی به زعم بیمار ذکر می‌شد و لی با تجسس تخصصی تر در شکایات بیمار و خواب آلودگی در طول روز از خواب پریدن بهنگام شب و درجاتی از کمبود تمایلات جنسی را به یاد آورد ولی تعداد از خواب پریدن‌ها را بخوبی نمی‌توانست نه خود و نه همسرش بیادآورد که احتمالاً در حد ۵ بار یعنی اندکس دشواری تنفس او در مرز سالم و بیمار ذکر می‌شد.

در معاینه مرد میانسالی بود که بظاهر سالم می‌آمد و دشواری خاصی را نشان نمی‌داد ولی با معاینه دقیقتر حجم زیاد زبان و کوچکی ناحیه سمفیزماندیبول را رشد بی رویه اسکلتال می‌پوشانید انگشتان دستها و پیشانی و بویژه پاها نمودار یک بیمار اکرومگالی بود. برای مطالعه بیشتر دشواریهای تنفسی بیمار در حال خواب و مطالعه پولی سومنوگرام به مطالعات پارامدیکال بیمار اضافه شد:

۱- نتیجه سفالومتری لاترال نامبرده بزرگی زین ترکی ولی سلامت رابطه کف جمجمه با نازیون و گناسیون ولی کم بودن فضای هوادار خلفی زبان و سوپریورهیپوفارنگس و پُری والکولا بعلت درشتی و حجم دار بودن قاعده زبان بچشم می‌خورد.

در مطالعه خواب (پولی سومنوگرافی) که در زمان این بیمار از نعمت وجود آن در شهر برخوردار بودیم و توسط یک مفسر متخصص تفسیر می‌شد. حاصل بررسی منحنی‌های ۱۶ گانه آن تأثیر بارز انسداد راه‌های فوقانی تنفس بر اشکالات تنفسی در حال خواب یادآوری شده و آپنه در حال خواب خفیف تا متوسط بدون اینکه منشا عصبی (central) داشته باشد گزارش شد.

با این مطالعات مسلماً نقش بافت نرم زیادی دیواره حلق فوقانی و بخصوص حجم قاعده زبان در تولید دشواری تنفس مشخص و با مروری در مطبوعات پزشکی موارد مشابهی از میکروگناسی،

آکرومگالی و دشواری تنفس در حال خواب جستجو و بدست آمده برای بیمار تبیین شد، همین یافته‌ها علت عدم توفیق متخصصین بیهوشی را در انتوباسیون توجیه نمود و وقتی امکان رفع این مشکلات با یک جراحی قبل از اقدام به جراحی هیپوفیز توضیح داده شد رضایت بیمار کسب و نتایج حاصل از این عمل را برای اصلاح دشواریهایی چون خرخر و از خواب پریدن و خواب آلودگی در طول روز شرح داده شد که نیاز دوم بیمار به شمار می‌آمد. گرچه اهمیت آن در دراز مدت کمتر از عوارض حاصل از رشد بی تناسب حاصل از زیادی هورمون رشد نبود.

به جهت نیاز نامبرده برای تسهیلات انجام یک بیهوشی بدون عارضه در مرحله induction در درمان جراحی هیپوفیز و نیز مشکلات حاصل از انسداد راه تنفسی در حال خواب در محل تشریحی هیپوفارنگس فوقانی و اینکه این عمل بخودی خود زمان بر و با دشواریهایی همراه است توصیه شد که ابتدا اعمال جراحی برای راه هوایی انجام شود و سپس بعد از بهبودی از این عمل برای درمان انتخابی بیماری اولیه اقدام شود.

با پذیرفتن بیمار همین اقدامات در برنامه کار او قرار گرفت و برای induction بیهوشی، این بار از awake intubation با همکاری متخصص گوش و گلو و بینی و بیهوشی راه تنفسی در اختیار قرار گرفت و با پیشبرد بیهوشی اقدامات زیر برای غلبه بر تنگی راه فوقانی در حد هیپوفارنگس فوقانی (Collapsible zone) شروع شد و بانجام رسید. اقدامات انجام شده برای نامبرده شامل دو اقدام زیر بود:

اوولوپالاتوفارنگوپلاستی برای غلبه بر ازدیاد حجم نسج دیواره حلق (Redundent Mucosa) برداشت یک ellipse مرکزی در اطراف سوراخ Coacum در قاعده زبان بنحوی که از حجم قاعده زبان کاسته شده و درگیری با عروق و اعصاب زبان پیش نیاید.

این عروق و اعصاب کاملاً جانبی یا لاترال (از عقب بجلو سیر می‌کنند) ترمیم defect و نقص حاصل از این ellipse بصورت اولیه ترمیم شد و نقص دیواره حلق هم با advance کردن مخاط دیواره خلفی و بستن defect لوزه و کام نرم و محل کوتاه کردم شرع لحنک صورت گرفت. و عملی اصلی برای برداشت میکروادنوم به مرحله دیگر بعهدہ تعویق گذاشته شد.

بیمار دوران نقاهت پس از این عمل را با مقداری آنتی بیوتیک پیشگیرانه (نوع عمل را clean contaminated) قلمداد نمودیم و مسکن به خوبی طی نمود. در تعقیب بعدی بیمار دشواری تنفسی در حال خواب بکلی مرتفع شده بود و بیمار خواب آرام و تنفس کافی را تجربه نمود و حالت از خواب

پريدن (Arousal) را که از ویژگی این بیماران است حالا می‌فهمید و غلبه بر آن را توسط این عمل جراحی دریافتی بود. بدینوسیله بیمار آماده انجام عمل جراحی هیپوفیز و درمان بیماری پیشین و بزعم او بیماری اصلی او قرار گرفت و induction این بیمار که در حضور متخصص گوش و حلق و بینی و بیهوشی شروع شد و پیشرفت بدون هیچ دشواری انجام گرفت.

گزارش این دو مورد در میان بیمارانی که ما متخصصین بیشتر از بیماران بدشواریهایی مترتب بر عیوب آناتومیکی بدان واقف هستیم. جز در مواردی که بیمار خود وقوفی بر دشواری داشته باشد و از آن رنج ببرد و یا برایش مهم باشد یکی از معضلاتی است که تا برای بیمار تبیین و تفسیر نشود، بیمار و اطرافیان او بکلی از آن بی‌خبرند. گاهی اطرافیان بویژه همسران چنین بیمارانی از دشواری تنفس بهنگام خواب همسرانشان بیشتر رنج می‌برند و آنها در تقاضای مراجعه به پزشک پیشقدم می‌شوند.

متخصصین گوش و گلو و بینی و سرو گردن امروزه با سندرم انسداد تنفسی در حال خوب بخوبی آشنا هستند و اقدامات تشخیصی و درمانی آن را در محدوده کار خود قرار داده اند ولی بخوبی واقفند که این سندروم نقطه عطفی بین تخصص‌های گوناگونست که از نظر تشخیص و درمان به یاری بیماران فراخوانده می‌شوند.

اولین مسأله ای را که در نظر میگیرند محیطی یا مرکزی بودن علت وقفه تنفسی در حال خواب است که از نظر بالینی با وجود تقلای تنفسی (Respiratory effort) شناخته می‌شود که حاصل جهد و کوشش بیمار برای رساندن ستون هوایی بدستگاه تنفس تحتانی است. این هدف به مورد اجرا در نمی‌آید مگر آنکه مانع انسدادی در منطقه (Collapsible) که هیپوفازنگس فوقانی است مرتفع گردد. یک Nasal airway که از قاعده زبان بطرف حلق تحتانی برود و بیمار بتواند آنرا تحمل کند گره گشاست انجام فیبروسکوپي در حال خواب محل collapse را نشان می‌دهد و ما را از عدم وجود توده فضاگیر در مسیر راه تنفس فوقانی واقف می‌کند.

دومین مسأله رد تشخیص بیماریهای دیگری چون سندروم Pick vikian، چاقی و آپنه سنترال (مرکزی) است که خوشبختانه اولی با معاینه و دومی با آزمایشات پولی سومنوگرافی امروزه قابل تشخیص هستند.

دومین مسأله در این بیماران شناخت و تبیین مشکل و چند تخصصی بودن آن برای بیمار است این اقدام را میتوان با اطلاع اولیه پزشک معالج از دو گروه سمپتوم‌های عادی و خطیر و توضیح آن برای

بیمار شروع کرد. نظیر عدم تمرکز و خواب آلودگی در طول روز بیحوصلگی، تا کیکاردیهای صبحگاهی خشکی دهان و کاهش تمایلات جنسی که تا برای بیمار توضیح داده نشود بعضی از آن ها بکلی به این دشواریها خو گرفته اند. ولی سمپتوم های خطیر نظیر اختلال ریتم قلب بالا رفتن فشار خون پلی سپتیمی های جبرانی و احتمال بروز حملات قلبی و گاهی وقفه قلبی مسائلی هستند که بایستی با گاهی بیمار رساند. وقتی اثبات شد که دشواری تنفس در حال خواب انسدادی بوده و محل وقوع و شدت آن کشف شد تنوع روشهای درمانی آن مساله بعدی است که بایستی توضیح داده شود رئوس این اقدامات به قرار زیرند:

استفاده از (Continous positive Air Pressure) CPAP که نیازمند یک ماشین است که فشار هوا را در انتهای مرحله آنسپیراسیون بنحوی افزایش دهد که بر مقاومت انسدادی موجود در راه تنفس غلبه کند.

۱- رفع موانع تشریحی در حد بینی و فضای پشت کام نظیر انحراف تیغه میانی، پولیپ شاخک های بزرگ و انسدادی و حتی آدنوئید

۲- درمان طبی ادم مخاطی بهرعلتی که باشد (بویژه آلرژی) UPPP (اوولوپالانوفارنگوپلاستی)

با یا بدون استفاده از Laser برداشتن یک wedge یا ellipse از قاعده زبان بزرگ

۳- برداشتن توده های انسدادی داخلی یا خارج راه هوایی

۴- اصلاح فلج دوطرفه طناب صوتی در صورت وجود

۵- هیوئیدوپسکی

Mandibular Advancement برای به جلو کشیدن محل اتصال عضله ژینوگلو سوس

۶- تراکتوتومی

این مختصر برای آگاهی کلیه همکاران برای شناخت تعدد عوارض، تعدد عوامل انسدادی شناخت راههای تشخیص و کمکهایی که از روش های پارامدی کال گرفته می شود و نیز تنوع مداخلات طبی و جراحی لازم بود. ولی شگفتی دو گزارش مورد در ناشناخته ماندن آنها تا زمان شروع بیهوشی و مخاطراتی که ممکنست بوجود آورند و حل قضیه به روش چند تخصصی ضروری بود.

Reading suggestion:

Otolaryngic clinic of North America 1998

Otolaryngic clinic of North America 1990

Otolaryngic clinic of North America 1999



براحتی هر مشکل بیمار را نشناخته علت شماریم

مقدمه

در رشته تخصصی ما دو مشکل نسبتاً شایع را بنام سندروم‌های نشناخته علت معرفی نموده‌اند ولی در هر دو مورد تذکر داده‌اند ابتدا همه (تکرار می‌کنیم همه) راهها را برای کشف علت آن بگردید در صورت عدم پیدایش علتی آنگاه آنرا بدون علت یا نشناخته علت قلمداد نموده و حل مشکل را براساس نشناخته علت بودن شروع نمایید. این دو مشکل عبارتند از نورالژی عصب سه شاخه و پارالیزی عصب هفتم.

بیمار اول: خانم میانسالی در اواخر دهه چهارم زندگیش توسط نورولوژیست معرفی شد که مدتها از درد نیمه راست صورت رنج می‌برد و دردهایش را به Tic douloureux یا نورالژی عصب سه شاخه نسبت داده و برای همین تشخیص هم معالجه را شروع کرده بودند و چون دردهای نیمه صورت و سر او مدتهای مدید ادامه داشت بیمار حاضر شده بود بنوعی عمل جراحی که دردش را تسکین دهد تن در دهد و بهمین لحاظ نورولوژیست حاذق او قبل از معرفی برای قطع عصب سه شاخه یک نظر دومی هم از متخصص گوش و گلو و بینی تقاضا نمود (second opinion) مقدار زیادی نتایج آزمایشگاهی و روشهای تصویر برداری همراه بیمار بود و او با دلسردی هر چه تمامتر باین مجموعه محموله اطلاعات پزشکی نگاه می‌کرد و بهنگام شروع مشورت آنها را بعنوان سند عدم توفیق در تشخیص روی میز گذاشت بیماری رنج کشیده دوباره بایستی به سوالات بعضاً تکراری برای چندمین بار جواب می‌گفت و خود نیز نکته‌های مهمی را در لابلائی شکایات عدیده اش نظیر ربودن خواب عدم تمرکز در انجام کار، از کار افتادگی بعلت استمرار درد، و شروع وقت و بی وقت درد بدان میافزود. از جمله از شدت گرفتن درد بهنگام خواب نیز سخن گفت.

در بازبینی شکایت بیمار که درد نیمه سر و صورت در طرف راست بود سوالات تخصص ما در چند جهت متمرکز شد.

- ۱- تطبیق علائم با دردهای سینوزیتیک و رینوژنیک
- ۲- کیفیت درد و مقایسه درد با آنچه بعنوان ویژگی های دردهای Tic douloureux بشمار می آمدند.
- ۳- جستجوی آغاز درد و ارتباط آن با حوادثی که از دشواریهای مهره های گردن و یا دندان منشأ می گیرند.
- ۴- مرور سیستمیک مشکلات سیستم عصبی اینتراواکستراکرینال

و بعضی سوابق دیگر نیز جستجو شد. نکات مثبت و منفی که در شرح حال این خانم وجود داشت بقرار زیرند:

۱- مجموعه علائم که شکایت اصلی بیمار را تشکیل می داد علیرغم مدید بودن، یکطرفه بودن، نیمه صورت بودن که در سندروم نامبرده از اصول اولیه تشخیص است فقدان Triger zone و یا تیر کشیدن درد در یک مسیر از انشعابات عصب سه شاخه که غالباً به توسط پزشک قابل ردیابی است جلب توجه نمود. سابقه اقدامات دندانپزشکی متعدد و نتایج رضایتبخش که بیمار بدانها نسبت میداد نظیر بهداشت دهان و دندان و کم شدن بوی دهان (Halitosis) عدم اعتیاد به سیگار و عدم وجود رینوره قدامی و خلفی و سندرومهای انسداد بینی و تنفسی ذهن را از طرف تشخیص و انتساب آن به بیماریهای بینی و سینوسی منحرف نمود. گرچه انگیزه برای توجه Tension Headache فراوان بود ولی الگو و تمرکز و لکالیزاسیون درد شباهتی بدان نداشت. مشکلات مربوط به میگرن، یبوست، سردردهای حاصل از مسائل اینتراکرینال و چشمی و اختلالات انکسار در شرح معرفی و ارجاع بخوبی مطالعه و رد شده بودند. چنانکه بیمار در لابلائی توضیح شکایات خود تکرار نموده بود دردها شب هنگام شدت می گرفت.

در معاینات بالینی ما هم اثری از بیحسی صورت و کشف نقطه ای به عنوان Triger Zone پیدا نشد در معاینات گوش و حلق و بینی براحتی بیماریهای لاله گوش و گوش خارجی و میانی که می توانند سهمی در ایجاد دردهای طول کشنده داشته باشند علامتی کشف نشد. مفصل فک و کندیل آن حساس نبود. در دهان نامبرده چند دندان بخوبی و بظاهر بخوبی پر شده بودند که عیوبی ظاهری در معاینه آنها دیده نمی شد

ولی در فشاری که روی لثه مجاور ریشه‌های دندان وارد می‌شد معاینه لثه و فشار بر بافت‌های مجاور دندان ششم تحتانی راست تفاوتی را از سوی بیمار نشان می‌داد.

مطالعه رادیوگرافیهای سینوسهای پاراناژال و استخوانهای فک و صورت جز چند دندان پر شده را نشان نمی‌داد. بقیه تصاویر تهیه شده پیشین از مناطقی بود که برخی بعنوان Screening ضرورت داشت و نکته مثبتی از آنها دستگیر نشد. در این مرحله نیاز به یک مشورت دندانپزشکی حس شد که با یکی از افراد زبده فن هم مشورت شد که برای نامبرده ارتباط آن همه درد و مشکل طول کشیده و عنوان پرطمطراق به چند دندان پر شده دشوار بود. و بناچار با مرور در سابقه و مشکلات بیمار ایشان هم چاره در رفع درد به روش‌های Destructive (یعنی قطع عصب) تشخیص داده بودند.

با چنین پاسخی ضمن جستجو و تطبیق اطلاعات موجود بر یافته‌های احتمالی از ابتدای فضای خلفی جمجمه که عصب صورت - سیستم عصبی را ترک می‌گوید و بسوی کانال dorello از لیگمان پتروکلاویال می‌رود و در تمامی مسیر کف جمجمه و داخل سینوس کاورنو و سوراخهای سه گانه کف جمجمه و فضای زیر استخوان گیجگاهی و پتريكو پالاتین سینوسها و فک‌ها بازنگری شد و با وجود بررسیهای کامل نکته ای مشاهده نشد.

از بیمار تقاضا شد که مطالعات رادیوگرافیک را اختصاصاً متمرکز بر دندان ششم فک تحتانی راست انجام دهد و با تهیه و بازسازی (که امروزه مقدور شده‌است) در مجاورت ریشه دندان شش فک تحتانی نیمه راست، یک منطقه Luscent با اندازه ۳*۶ میلی‌متر متصل به Apex همان دندان شناسایی و بعنوان آخرین تیر ترکش در تشخیص علت درد بیمار مورد بحث قرار گرفت و پس از درمان تخصصی این استئیت محدود و بازنگری بیماری‌دندانی در ریشه مجاور و رفع آن بیمار را از یک عمل تخریبی که ضمن رهایی از درد بیمار از حس نیمه صورت محروم می‌ساخت رهایی بخشید.

بیمار دوم

نوجوان ۱۳-۱۴ ساله ای با وجود پارالیزی Total incomplete پیشرونده از چندین سال پیش که دارای مراحل بهبودی و پیشرفت بود مورد معاینات مکرر عصب فاسیال قرار می‌گیرد. و چون علتی دیده نمی‌شود آنرا بعنوان یادگاری از یک Bell's palsy معرفی می‌نمایند. در حالیکه مطالعات نسبتاً جامعی هم برای او شده بود. نامبرده از ترشح و درد گوشی و کم شنوایی شکایت نداشت و سابقه ای را هم ذکر نمی‌کرد. در دوسه سال گذشته که فلجی عصب هفت برای او مطرح بود ضعف زیادی در عضلات

صورت مشاهده نمی‌شد و سابقه ترومای کف جمجمه هم در سابقه خود نداشت. ما هم به پزشکان قبلی او حق می‌دادیم که با این کمبود علائم پارالیزی فاسیال بیمار را نشناخته علت قلمداد کنند.

بررسی مطالعات قبلی انجام شده روی بیمار ضعف نسبی عصب فاسیال چپ و در تحریکات الکتریکی و تفاوت عمده آن به طرف سالم مشخص بود و کلیشه‌های شولر مقایسه ای درجات خوبی از هوادار بودن سلولهای ماستوئید را نشان می‌داد. ادیوگرام بیمار هم طبیعی بود و با سلامت آن نیازی به جستجوهای بیشتر حس نشده بود.

در معاینات میکروسکوپی گوش که از بیمار بعمل آمد عدم شفافیت پرده گوش چپ و احساس پری و تغییر رنگ در ناحیه pars flaccid در گوش چپ دیده شد. هیچگونه سوراخ یا ترشح در گوش و مجرای گوش دیده نشد.

رادیوگرام جدید هم نرمال ولی تمپانوگرام و رفلکس‌های همین گوش غیر طبیعی بود. میزان تولید اشک این چشم با چشم مقابل برابر نبود و نقصان نشان می‌داد. بازنگری تصویر برداریهای قبلی کمبود اطلاع در ناحیه CP Angle و استخوان گیجگاه را نشان میداد که با تقاضای CT اسکن به روش اسپیرال نقطه Luscent نسبتاً منظم با اکسپانسیون از مرکز به محیط در زیر Tegmen مطابق با ناحیه ای که منصوب به بخش ژنیکوله ای عصب فاسیال و آتیک بود ملاحظه شد. این بیمار از وجود ضایعه ای در کنار عصب فاسیال مبتلایش آگاه شد و تشریح اهمیت آن آماده پذیرش یک جراحی کوچک گوش شد و در ماستوئیدکتومی نامبرده که حکم تشخیص و درمان را بصورت توامان داشت. یک کلسیاتوم کنترتیتال کشف و تخلیه و رفع فشار عصب فاسیال بعمل آمد و دوران بهبودی خوبی را سپری نمود.

بازنگری این دو مورد فوق العاده تخصصی در رشته دندانپزشکی و اتولوژی با سمپتوم‌های بسیار شایع نورالژی عصب سه شاخه و فلج عصب صورت از آن نظر حائز اهمیت است که اینگونه بیماران به پزشکان متعددی مراجعه می‌کنند و این همکاران از آنچه در آموزشهای پیشین خود در نظر می‌گیرند، انتساب بیش از حد این دو مشکل به نشناخته علت بودن (Idiopathic) می‌باشد. در اینجا یادآوری می‌شود که برای انتساب یک مشکل بالینی به نشناخته بودن علت مستلزم آنست که ما تمامی راهها را برای کشف اتیولوژی بکار برده باشیم. در دو مورد ویژه فوق مسیر طولانی این دو عصب در داخل جمجمه و عبور از استخوانها و سوراخهای تعبیه شده در کف جمجمه و مسیر طولانی خارج جمجمه ای بویژه از عبور فضاهایی که شناخت آناتومیک آنها و ارزیابی تخصصی آنها به کمک وسایل تصویربرداری هنوز هم دشواریهایی را

در بردارد. آنچه را شایان تذکر می‌بینیم در نکات زیر خلاصه می‌نماییم:

- ۱- در **work up** این بیماران زود از پاننشینیم و ساده اندیشانه آنها را به شناخته علت بودن نسبت ندهیم.
- ۲- از همفکری همکاران تخصص‌های هم جوار استفاده کنیم.
- ۳- از روشهای مدرن معاینه و ارزیابی چون معاینات میکروسکوپی، اندوسکوپی و تصویربرداریهایی با یا بدون ماده حاجب بروشهای بازسازی و اسپیرال استفاده نماییم.
- ۴- سنت‌های کهن را کنار نگذاریم و از نوآوریها هم دریغ نکنیم.

Reading list: Microsurgery of the skull base, Fisch, Mattox Theime 1988.



انجام جراحی برای اولین بار

گاهی در مطبوعات پزشکی دیده می‌شود که یک جراح یا یک بیمارستان بعنوان اعتبار بخشی یا بهتر بگوییم کسب اعتبار، ادعای انجام یک عمل جراحی برای اولین بار می‌کنند. ضمن اینکه این اقدام میتواند شروع و راه‌گشایی برای شروع یک مسیر خدمت‌رسانی باشد که شایان ستایش و نیازمند حمایت و زینده‌اعلام عام می‌باشد ولی کار ساده‌ای نیست و گاهی اقدام جسورانه و نسنجیده می‌تواند مشکل‌زا باشد.

در سال ۱۳۵۰ شمسی در منطقه‌ای بنام شهرستان درجه ۳ و محروم در سازمانی مشغول بکار شدم که بیمارستان تازه‌احداثی داشت. زیبا و شکیل و پرسنل تازه آموزش دیده با لباس‌های یک شکل و تمیز که فکر می‌کردم بهمان اندازه که به ظاهر آنان توجه شده‌است. در تعلیم حرفه‌ای آنان هم سعی بلیغ شده‌است. یکی از چهار پزشک عمومی شهر بودم که دوتن پیش کسوت بودند و هر یک بکاری حتی اداری مشغول بودند و ما دو نفر جدید، تمام وقت در خدمت آن سیستم بودیم. یک جراح تمام وقت و یک جراح دارای مطب هم بودند که کار جراحی آن بیمارستان را پوشش می‌دادند و تنها به اعمال انتخابی و عمومی مشغول بودند و جز چند مورد شکستگی یا زایمان یا رویزیون برای خروج جفت و شکافتن آبسه بقیه موارد اعزام می‌شدند.

شرح این شرایط زائد نیست تا همکاران محیطی را که در آن محیط مشغول کار می‌شوند شناسایی کنند و بدانند که در چه محیطی و با چه آمادگی‌هایی کار خواهند کرد. اقدام به هر کاری تنها به توان فردی جراح و علاقه و عشق او به خدمت و نیاز بیماران خلاصه نمی‌شود و به نتیجه رسیدن هر اقدام بخصوص اقدامی که برای اولین بار انجام می‌شود شرط اولیه وارد شدن در این زمینه کاری است. در شب کشیک که عهده دار اورژانس دو بیمارستان قدیمی و تازه‌احداث شهر بودم و درحالی‌که دو جراح در شهر حضور نداشتند بیماری را آوردند در حدود سنین دبستانی و راهنمایی (۱۴-۱۳ ساله) که بعلت

اختلال تنفسی پیشرونده کبود شده بود و در چند روز گذشته دچار گلو درد و علائم التهابی شده و بتدریج بلع و تنفس او دشوار شده بود.

من پزشک عمومی بودم ولی در سابقه آموزشیم اینترنی بخش ویژه ام را گلو و بینی انتخاب کرده بودم و با اساتید بنامی بخوبی کار کرده بودم و می دانستم با چنین بیماری چگونه باید روبرو شد و بدنبال چه مسائل تشخیصی گشت.

در یک نگاه سطحی استرایدور با کشیدگی فضاهاى نرم بالای استرنوم و بین دنده ای و دشواری تنفس وضع خطیر بیمار مشخص و سابقه چند روزه و عدم ورود جسم خارجی براه هوایی و وجود علائم عفونی و یک نگاه سطحی با چوب زبان و نور چراغ قوه که حداقل امکانات موجود بود، تشخیص اپیگلوتیت حاد را محرز و ناگزیر از موقعیت اورژانسی شدم که انجام تراکتوتومی را می طلبید. در آن زمان در آن شهر یک متخصص بیهوشی و یک تکنیسین بیشتر فراهم نبود که آنها هم همکاری و یا تجربه لازم را نداشتند. من با آموزشهایی که دیده بودم و با رضایت والدین و با بی حسی موضعی اقدام به تراکتوتومی نمودم. نفس نوجوان راحت شد و لوله را مستقر نموده و تمام محکم کاریهای لازم را از نظر کیفیت استقرار لوله و نحوه بستن آن به دور گردن و گذاشتن گاز و اصول زخم بندی را بنحوی که آموزش دیده بودیم انجام دادم و توصیه هایی هم به پرستاران کردم و با بیمار به اطاقش رفتم و پس از چندی که از تنفس بیمار و تغییر سیانوز او مطمئن شدم با تجویز آنتی بیوتیک و دیگر داروها، شرح عمل و خوب بودن حال بیمار را به اطرفیانش اطلاع دادم و به اطاق خود رفتم و خوشحال بودم و خوشحال بودند که این اقدام اورژانس برای آن شهر و در آن حال توسط یک پزشک مسوول بطور موفق انجام شده است. قبل از خواب شبانه و ویزیت آخر شب و اطمینان از خوبی حال بیمار به اطاق خود رفتم و خواب خوبی هم داشتم ولی صبح که دوباره برای عیادت صبحگاهی به بخش رفتم تخت او را منظم و جای خالی او و افسردگی پرستاران برایم ناگوار آمد. این حالت برای یک طبیب اقدام کننده و این مشاهده از مات شدن در صحنه شطرنج در یک مسابقه بین المللی ناگوارتر است.

با پرسش های رتروگراد و برای کشف علت مرگ به نتایجی رسیدم. دیدم همکاران من هم پس از رفتن من به عادت همیشگی به اطاق خودرفته اند و پس از برگشتن دریافته بودند که پوشاک خواب بیمار روی لوله تراکتوتومی را سد نموده و دست و پای او را هم که بخاطر عدم خارج کردن لوله تراکتوتومی بسته بودند و عدم توانایی او در صحبت کردن و فریاد زدن (بعلت استقرار لوله تراکتوتومی)

اعلام نیاز او را بی فایده و بی تأثیر ساخته بود و احتمالاً او با همان تابلوی دشواری تنفس که بخاطر آن آمده بود و بخاطر آن تحت عمل جراحی قرار گرفته بود، در گذشته بود.

چه اتفاقی افتاده بود برای ایجاد این عدم موفقیت؟

تشخیص درست - اندیکاسیون درست - اقدام درست. باصطلاح آمریکائیا «عمل با موفقیت انجام شد ولی بیمار در گذشت». این طعنه جانسوز در محیط‌های آموزشی آمریکائیا بارها برای هشدار به دستیاران تازه کار تکرار می‌شود. در یک بازبینی مجدد باید گفت توفیق در یک اقدام جراحی به شخص جراح منحصر نمی‌شود. او قهرمان دو نیست که بتواند به تنهایی به خط پایان برسد. یک گروه باید با هم هماهنگ کار کنند و هر یک باید حدود وظایف، زمان ورود خود به صحنه درمان و نوع اقدامی که بایستی برای هر مورد در نظر گرفته شود و رویارویی با هر صحنه حاد و ناخواسته را بدانند و در صحنه بمانند تا کار در نهایت به نتیجه مورد نظر بیانجامد.

عمل جراحی تراکتوتومی اقدامی نجات بخش برای هر مورد انسداد تنفسی حاد و تنگی نفس دمی رو به افزایش می‌باشد. این اقدام نجات بخش از قدیمی‌ترین اعمال جراحی است که قدمت آن به قبل از شروع بیهوشی و روش‌های مدرن آن و احداث بخش‌های ICU بر میگردد و در آن زمانها هم بسیاری از افراد مبتلا ادامه حیات خود را مدیون این اقدام بموقع بوده اند. در تاریخچه انجام این جراحی حتی اشکالی بسیار خشن که حکایت از انجام آن در صحنه‌های غیر اطاق عمل بوده‌است به معرض چاپ و نمایش گذاشته شده‌است از جمله شکلی که برای ایجاد اکستانسیون گردن و توفیق در پیدا کردن محل صحیح ورود به تراشه گردنی و دور از محل انسداد، با قرار دادن گردن فرد مبتلا روی زانوی جراح و صحنه ای که حکایت از عدم شباهت آن به اطاق عمل و آمادگیها می‌کند نشان می‌دهد که نیاز و فوریت، طبیب را وادار با انجام آن در هر صحنه ناخواسته ای می‌کند.

در طول دوران آموزشی خود یک عبارت به تعریف همیشگی تراکتوتومی اضافه نموده و در مورد آن تأکید داشته‌ام که «تراکتوتومی عبارتست از باز کردن راه هوایی و در اختیار گرفتن آن» اگر راه هوایی را باز کنیم و آن را در اختیار نگیریم و باز بودن آن را برای و تا زمانی که علت اصلی انسداد رفع نشده‌است تأمین نماییم کار بدرستی انجام نشده‌است. باید بدانیم که گذاشتن لوله تراکتوتومی ضمن کارهای خوبی که برای بازنگهداشتن راه هوایی بیمار انجام می‌دهد، راه طبیعی نیمه بسته خود بیمار را از

او می گیرد و تنها عضو کمکی منحصر به فرد برای ابقاء حیات بیمار بسته می شود. هر گونه رخنه ای مانند جابجایی، پرت شدن به بیرون، بستن لخته های ترشعی، ورود جسم خارجی و مواردی از این قبیل همین تنها راه ادامه حیات بیمار را از او میگیرد.

در شرح حال فوق الذکر نقطه ضعف تیم جراحی ما، ناآشنایی پرسنل پرستاری با مراقبت از لوله تراکتومی در زمینه در اختیار گرفتن و بازنگهداشتن این تنها راه تنفس بیمار تا رفع عامل انسدادی اولیه (اپی کلوتیت حاد) بود.

حالا دیر است که بگویم مقصر کیست، ولی در محیط های با انضباط کاری، فرمانده تیم مقصر اصلی است. اوست که بیشترین اطلاع را دارد، اقدام کننده و تصمیم گیرنده است و تجربه های مشابه داشته است. سختی و موانع راه را می داند و مدیریت تیم کاری و نظارت مستمر بر آنان را به عهده دارد. البته هر یک از افراد به اندازه میزان مسئولیت، آموزش و حیطة اجراء نقش خود مسئول و مقصر شناخته می شوند ولی باز هم تأکید می شود که مدیر اصلی و اقدام کننده نقش اول را دارد. در مورد نتیجه کلی از شرح حال ذکر شده بایستی به موارد زیرین اشاره کرد.

نتیجه اصلی

هر اقدام جراحی که برای اولین بار در شرایط ناآماده انجام می شود نیازمند پیش نیازهایی است که اقدام کننده بایستی خود و تیمش را برای آن آماده کند. مسلماً جراح توان و آمادگی و تسلط و تجربه خود را برای هر اقدامی که بدان مبادرت می ورزد سنجیده است.

دومین موضوع آمادگی تیم همراه اوست که در حداقل آگاهی و آموزش یافتگی تیم های پرستاری و پیراپزشکی همراه است، هر اقدام جراحی مراقبت های پس از عمل خاصی را می طلبد که نیازمند آموزش ورزیدگی و فراهم بودن افراد واجد صلاحیت است.

سوم ابزار مخصوص انجام آن کار است. مبدا برای یک وسیله حیاتی کار به گره بخورد. نظیر وسائل جراحی، پروتزها، مواد سازگار با محیط بیولوژیک بدن و غیره. آموزش مستمر عمومی و اختصاصی برای هر مورد خاص و نوآوری در برخی آموزش های ویژه مورد نیاز است که توسط سرپرست تیم جراحی بایستی تعلیم داده شود.

چهارم دستورات پس از عمل بایستی صریح، روشن و قدم به قدم نوشته شود. تا تیم پرستاری که پس

از تیم جراحی وارد مراقبت از بیمار می‌شوند بدانند با چه نوع بیمار و با چه مشکلاتی مواجهند و برای پیش آمد هر یک از عوارض با استفاده و استعانت از آموزشها و مهارت‌های قبلی خود اقدام کنند. ما در این جا گزارشی از تجربیات ۴۰ سال قبل را از شهری و از بیمارستانی تازه احداث آوردیم. گرچه بسیاری از دشواریهای آن زمان مرتفع شده‌است ولی اشکالات مشابه هنوز هم بچشم می‌خورد نظیر راه اندازی یک رشته جدید، یا اقدام جدید که تیم‌های پارامدیكال با روال مراقبت‌های پیش از آن عمل و اقدام آشنایی ندارند.

برای مراقبت از یک بیمار تراکئوتومی شده که عملی حیات بخش برایش انجام شده آگاهی‌ها و سفارشات حداقلی زیر برای تیم پارامدیكال ضروریست

- ۱- تراکئوتومی انجام شده برای انسداد دستگاه تنفس فوقانی باقیمانده راه تنفس طبیعی بیمار را می‌بندد و لذا اتکا بیمار برای زنده ماندن تنها محدود به همان محل تراکئوتومی است و لذا سهم پرستاران بازنگهداشتن این محل به هر قیمتی است که حداقل نیازهای اطلاعاتی آنان این است که بدانند این روزنه نبایستی توسط ترشحات تنفسی تغلیظ شده، افتادن شیئی در درون لوله، جابجا شدن لوله و حوادثی از این قبیل مسدود شده و یا کار اصلی خود را که بازنگهداشتن راه عبور هوا به ریه‌است مختل نماید.
- ۲- پیگیری دمام جراح و پرستار از کیفیت تنفس و لوله، محل استقرار و باز بودن آن الزامی است.
- ۳- پرستاران بایستی آموزش اولیه ای از پرستاری بیمار تراکئوتومی دیده باشند و از حوادث و عوارضی چون جابجایی لوله، هموتراکس و پنوموتراکس و دلایل تغییر تابلو تنفسی بیمار آگاه باشند.
- ۴- چنین بیمارانی بایستی یا در ICU نگهداری شده و یا در دسترس و نزدیک ایستگاه پرستاری باشند.
- ۵- ضرورت تمامی این مواظبت‌ها در کودکان اهمیت بیشتری خواهد داشت.
- ۶- بیماران تراکئوتومی شده چون محل تراکئوتومی پایینتر از طنابهای صوتی آنانست (جز در موارد بکار گرفتن لوله‌های دارای سوراخ (fenestrate) قادر به حرف زدن یا اعلام خطر به پرستار خود از راه کلامی نمی‌باشند. این یک مورد ویژه در رشته گوش و گلو و بینی است. همکاران جوانی که در رشته‌های خطیرتر در مکان جدیدی اقدام به فعالیت میکنند و عملی که توانش را دارند و برای اولین بار انجام می‌دهند باین مسائل حاشیه ای پر اهمیت توجه داشته باشند.

Reading suggestion:

Surgery for Larynx, Trachea, esophagus and Neck. W.W. Montgomery.

۹

نکاتی چند پیرامون اصلاح روش کار

سالهای همکاری با پزشکی قانونی و نظام پزشکی بعنوان کارشناس نقائصی در روند کارهای درمانی دیده‌ام که برای رفع کاستی‌ها و قراردادن امور در راستای صحیح بصورت اختصار شرح می‌دهم:

۱- پرونده: پرونده بستری بیماران در مراکز درمانی و یا سرویس‌های خصوصی تظاهر خارجی کارهایی است که ما برای بیمارانمان انجام می‌دهیم. این پرونده‌ها مصارف زیاد دارند.

الف- مصارف تحقیقاتی و پژوهشی: برگشت به محتویات این پرونده‌ها، آیندگان ما را کمک می‌رساند که بتوانند از تجارب گذشته درس بگیرند. گاهی مطالعات پژوهشی و کلاسیک را امکان پذیر می‌کنند. گاهی شرح حال‌های نادر و آموزشی را برای فراگیری و درج در مجلات و نوشتارهای پزشکی قرار می‌دهند. لذا بایستی مستدل و مستند و کامل باشند. خوانا باشند- با ماشین تحریر نوشته شوند و در بایگانی مراکز بصورت خوبی که دست رسی به آنها آسان باشد نگهداری شوند.

ب- مصارف پزشکی قانونی و داوری: در موارد تشکیل پرونده‌های قضایی اعم از دعوی خسارت یا نقص عضو یا خطاهای حرفه ای همین پرونده تنها مستندات محکمه پسند می‌باشند.

ج: مطالعه در سیر بیماریها و جستجوی علت عود بیماریها

د: پاسخگویی به مشاورات و نظرخواهی همکاران دیگری که در آینده مسئولیت درمان بیمار را بعهده می‌گیرند.

باتوجه به اینکه پرونده بیماران نماد خارجی و محصول کار ما برای عرضه به مراجع خارجی است که در بسیاری از موارد ارزش حقوقی پیدا می‌کند، بایستی در ثبت کلیه آثار کارهای بالینی خود نهایت همه جانبه نگری و ثبت کلیه نکات را با ذکر روز و ساعت و تاریخ با مهر و امضاء در برداشته باشد.

این پرونده‌ها بایستی از زمان بستری شدن بیمار با تمامی مشخصات بیمار و شماره بیمارستانی ثبت شده در تمامی صفحات باشد و اگر تعداد صفحات بعلت تمدید مدت بیماری و درمان واقامت در بیمارستان دچار کمبود شد، صفحات مکرر بویژه در صفحات دستورات پزشک، گزارش پرستاری و پیشرفت بیماری از همان format و با ذکر «مکرر» اضافه شود.

در موقع تحویل پرونده بایستی تمام صفحات مرتب شده و خلاصه پرونده شرح حال و گزارشات جراحی با ماشین تایپ شده باشد و به تمامی و بدون کم و کاست به بایگانی تحویل شود در موقع فعال بودن پرونده که پزشک یا پزشکان مسئول و پرستاران مشغول اجراء وظایف خویش می‌باشند پرونده در ایستگاه پرستاری نگهداری شود و هرگز در اختیار بیمار و اطرافیان او و کنار تختش رها نشود. هرگاه افرادی جز مسئولین ذی ربط تقاضای پرونده بیمار را می‌کنند، منشی بخش بالینی بایستی از نقش او در مطالعه پرونده و هویت شخص متقاضی آگاه بوده و به سرپرستار وقت گزارش نموده و در شرح پرستاری منعکس گردد. اگر نامبردگان می‌خواهند تأثیری در پرونده بگذارند بایستی جایگاه آنها بعنوان مشاور از سوی پزشک درمانگر یا مقامات ناظر با شناسایی هویت آنان و مسئولیتشان باشد و اثرات آنان در پرونده الزاماً بایستی با حضور پرستار مسوول بوده و با اطلاع پزشک کشیک و یا درمانگر انجام شود. هرگونه دستور درمانی یا دخالت در اقدامات درمانی آنان بایستی با اطلاع و تأیید پزشک مسوول باشد و تا مورد تأیید پزشک مسئول نرسیده به اجرا در نیاید.

بهنگام تحویل پرونده به بایگانی وخاتمه اقدامات درمانی اعم از تکمیل درمان، انتقال به بخش دیگر یا فوت، پرونده بایستی حاوی تمامی نکات اعمال شده و آخرین وضعیت بیمار در زمان تغییر و تحویل و ترخیص و تابلو مرگ در صورت فوت باشد حتی در نیمه شب پزشک کشیک بایستی یافته‌های نهایی خود بویژه تابلو مرگ را در صفحه سیر بیماری و صفحه خلاصه پرونده مشروح بنویسد و به تأخیر نیندازد و با قید روز تاریخ ساعت ذکر و مهور و خوانا با نام مسوول توشیح شود.

از جمله صفحاتی که نباید بهیچوجه از قلم بیافتند صفحه شرح حال، دستورات پزشکی - گزارش پرستاری - پیشرفت بیماری شرح عمل جراحی نتایج آزمایشات، گزارشات تصویربرداری پاسخ آزمایشات هیستوپاتولوژی و صفحه خلاصه پرونده می‌باشد.

محتویات صفحات پیوست فوق بایستی همه واقعی و با ذکر توالی اقدامات انجام شده باشد پرونده بسته شده و تحویل شده به بایگانی بیماران کارنامه اعمال ما در قبال انجام وظیفه ایست که بلافاصله پس

از پذیرش بر دوش ما می‌افتد. هرگونه سهل انگاری در تکمیل مستندات آن نه تنها موجب کم اجر کردن خدمات ما شده بلکه در مواردی که به داوریهای قضایی و حقوقی منجر شود می‌تواند بیانگر خبط و خطای ما باشد. در صورت پیدایش شکایات پزشکی از زمان پیگیری، مقامات قضایی پرونده را با همان محتویات موجود مهر و موم نموده و از دسترس پزشک، پرستار و بایگانی خارج می‌کنند و در اختیار مقامات قضایی قرار می‌دهند و وارد کردن هرگونه مطلب از آن پس در پرونده بیمار ناممکن و فاقد سندیت می‌باشد.

تکمیل پرونده بیمار با هر کدام از مقاصد فوق باشد باید گویای تمام ریزه کاریها و دقت‌هایی باشد که بهنگام مراقبت و درمان و تجویز دارو و اقدام جراحی و پیگیری‌های تشخیصی و درمانی باشد. ذکر «همان» دریافته‌ها و یا تشخیص «ادامه دستورات روز قبل» و نظائر آنها برای پرونده، نوعی سهل انگاری و کم اهمیت جلوه دادن کار است.

زمان تغییر روش درمان، قطع دارو، میزان دارو، خارج کردن درن، لوله قفسه صدری سند معده، لوله تراکئوتومی بایستی منعکس شود.

در صورت تغییر حالت شعوری و آگاهی بیمار زمان شروع نحوه پیشرفت زمان تغییر و اقدامی که باید برای تنفس و علائم حیاتی بطور متناسب انجام شود لحظه به لحظه قدم به قدم در شرح پیشرفت بیماری قید شود. تصمیمات گرفته شده و دستور برای اجرا در صفحه دستورات پزشک، گزارش پرستاری و صفحات پیشرفت بیماری همخوانی و هماهنگی و همزمانی داشته باشد. اطلاعاتی از بیماری نظیر تصویربرداریه‌ها و پاسخ آزمایشات بالینی و آسیب شناسی نبایستی در جایی جز پرونده بیمار نگهداری شود و منشی بخش بایستی قبل از تحویل پرونده به بایگانی اینگونه کمبودها را از پزشک مسئول دریافت و در جایگاه مخصوص آن در پرونده قرارداد و تحویل بایگانی دهد.

بیماران سرپایی

عیادت، معاینه و تشخیص و شروع تصمیم گیری اعم از دارویی، سرپایی و یا جراحی، بستری کردن کم اهمیت تر از بستری نمودن و تکمیل پرونده درمانی نیست.

آنچه در عرف جامعه ما بکار گرفته شده‌است انتخاب پزشک یا متخصص توسط خود بیمار یا اطرافیان اوست که بعلت کمبود آگاهی از بیماریها و سیر و سرنوشت آنها و اینکه بیماران تابع فرهنگ

حاکم بر جامعه هستند. دنبال شهرت رفتن، بیماری ساده را زیاد انگاشتن و عدم رعایت انضباط اصل ارجاع موجبات پیدایش مشکلاتی را فراهم نموده‌است که حاصل آن اتلاف وقت و هزینه هم از سوی بیماران و هم پزشکان می‌باشند.

اینکه بیماران حق دارند بیماری خود را زودتر برطرف کنند و زودتر به متخصص مربوط دسترسی یابند قابل نقد نیست ولی اگر انتقادی هست بر نداشتن سیستم درست، ضابطه مند و اصولی است که از طرفی از مراجعات بیهوده جلوگیری شود و از سویی پزشکان تازه فارغ التحصیل شده که هنوز اصول تدریس شده را در ذهن دارند همان اصول را بکار گیرند و از بیراهه روی پزشکان و بیماران جلوگیری شود.

وقتی بعلت کمبود و برخورداری از بهداشت خوب و حکومت اپیدمیولوژیست‌ها بر اصلاح عمومی عوامل محیطی و اکوسیستم بر شیوع بیماریها در جامعه، موجبات وفور بیماریهای واگیر دار ولی حاد و کوتاه مدت و یا محدود شونده و نیز علائمی فرعی و کم اهمیت که در تابلو هیچ بیماری نمی‌گنجد و تنها مقصر در تولید آن آلودگی محیط زندگی اعم از هوای استنشاقی یا محیطهای روانی و رفتارهای نادرست اجتماعی است. بسیاری از مشکلات حاصل از بیماری و شبه بیماری در افراد جامعه ایجاد می‌کند که تدابیر درمانی پزشکان تنها راه علاج یا بهترین راه علاج آن نیست ولی افراد جامعه حق دارند که پزشکان را بعنوان بالاترین تحصیل کردگان دلسوز بعنوان ملجاء خود انتخاب کنند.

من وارد این حیظه سخن پراکنی نمی‌شوم که کجای کار اپیدمیولوژی و بهداشت ما کمبود دارد که مسلماً کمبود نیروی انسانی و کمبود سهم دولتی در تأمین نیروی انسانی چه سهمی در خلاء این بخش مهم پیشگیری و درمان دارد. ولی می‌توانم بگویم که بخشی از نابسامانی‌ها باین مسأله مربوط می‌شود. حاصل این نابسامانی در محیط کار پزشکان و متخصصان بصورت افزایش بیهوده و بحساب نیامده حجم کار پزشکان و صرف وقت آنان در مسائلی که بایستی جای دیگر حل و فصل می‌شد، نمی‌باشد. نمی‌توان منکر شد که جایگاه پزشکان اعم از عمومی و متخصص در بکارگیری دروس اپیدمیولوژی و پیشگیری در تمام صحنه‌های درمانی خود و در تمام کار ضروریست.

این مسائل عمده سایه بر کار همه پزشکان و متخصصان انداخته است بنحوی که یک محیط آلوده کاری ایجاد نموده‌است که خود باید مبنایی برای چاره اندیشی‌های آتی باشد ولی ماییم و این محیط و این بیمار و این عرف و این فرهنگ که مارا غرق در کار خود بعنوان گره گشایی معضلات بیماران نموده که بعضی از آنها آلام عضوی نبوده و ممکنست روحی و اجتماعی و رفتاری باشد پس از نزدیک

به نیم قرن در محیط های آموزشی و درمانی و علاقمند بحل مشکلات بیماران، احساس می کنم که در چنین عرف و چنین فرهنگی تنها متخصص بودن و فوق تخصص داشتن و حیظه کاری خود را به جهت توان تکنیکی محدود و کم گسترده کردن ما را از طیب بودن و حیب بودن و درد آشنا بودن و رفع مشکل در درمان دور می کند.

علائم این نابسامانی ها در اصلاح روش آموزش بهداشتی درمانی و سبک و سیاق محیط های درمانی است که همه ما اطباء بنحوی و تا حدی تا آخر عمر کاری از آن غافل نبوده و حتی دست مدیران بسوی ما دراز می شود از هیچگونه همکاری فروگذار نمی کنیم.

آنچه تذکر آن لازم است اینست که تا وقتی به آن ایده آلهای اصلاح کار گروهی برسیم وظیفه پزشکان بعنوان تحصیل کرده ترین افراد در حل مشکلات بیماری درمندان و نیازمندان با هر جو حاکم بر نحوه درمان و عرف و فرهنگ بایستی در حداقل و کمترین میزان ارائه خدمت این باشد که تمام توان علمی و آموزشی و اندوخته های خود را در راه بهبود یک بیمار و در یک زمان در حد اعلا بکار گیریم. نکاتی را که ذیلا یادآوری می نمایم شامل درمان در این جامعه و این شرایط ولی مشترک برای درمان و پذیرش و جوابگویی همه رشته های پزشکی است.

تنها تفاوت در حیظه خدمت رسانی به بیماران اورژانس و انتخابی است که مدیریت کردن آن در این جامورد بحث نیست.

۱- هرگز دو یا چند بیمار را باهم نبینید. این امر مشکلاتی به بیمار می آورد. ممکنست راز یک بیمار بر غیر پزشک مکشوف گردد. ممکن است یک بیمار نتواند تمامی مشکلات را بگوید. حق دارد سلب اعتماد کند. درمورد رشته ما حتی ممکنست یک دختر جوان نخواهد کسی بفهمد یا از کم شنوایی او خبردار شود مشابه این اسرار در زندگی و بیماری افراد مختلف وجود دارد که کشف و افشاء آن تنها بر طیب معالج رواست و بر دیگران مجاز نیست.

اضافه براین در فرهنگ بومی ما علاوه بر ادب و احترام و رعایت بسیاری از شئونات طرح مسأله حیا و شرم یک حقیقت بیادسپردنی است و مخصوصا در حیظه شخصیت، سلامت، حیثیت و اعضاء بدنی این مسأله حیا بیشتر خود را نشان می دهد. باید از بکاربردن کلمات و اقدام به رفتارهایی ولو بصرف لزوم آن برای یافتن آثار و نشانگان بیماری بایستی در کمال مراقبت و مطابق موازین و فرهنگ غالب جامعه و اندیشه عموم افراد جامعه باشد. و از به زبان آوردن کلمات و اقدامات معاینه ای بدون کسب

اجازه و آماده سازی قبلی بیماران برای رویت اعضاء گوناگون و محدودده مورد معاینه برای کشف علائم هفته بیماریها پرهیز نمود.

۲- جلب اعتماد بیمار و یا افزودن بر اعتماد پیشین بیمار به طبیب آسان بدست نمی آید بایستی دربرخورد یا صحبت و رفتار معاینه ای منضبط و هدفمند و سیستماتیک اصرار ورزید. خوشرویی با بیماران دردمند، آرام بودن و آرامش بخشیدن و کاستن اضطراب بیمار بدون اینکه اهمیت بیماری او را کم جلوه دهد ضروریست.

۳- پس از تهیه شرح حال و معاینه ضروری و رسیدن به نتایج کافی برای اظهارنظر جهت تقاضای روشهای تکمیلی و یا نیل به یک تشخیص تقریبی که بتواند خلاصه اقدامات متدیگ را به اطلاع بیمار یا والدینش برساند. بر صحت دریافت‌های خود و نتیجه گیری درست آنها مروری داشته باشید سپس باب صحبت در زمینه تشخیص یا تشخیص‌های احتمالی و سیر و روند بیماری و پیش آگاهی صحبت را آغاز کنید. حتی اگر پس از معاینه و کشف علت و پدیده‌های بیماری زایی و آگاهی بر آینده نزدیک و دوردست بیماری یقین باطنی شما بر صحت تشخیص و رسیدن بزمانی که مناسب برای آگاهی دادن به بیمار است به نحوه اطلاع رسانی با او بایستی بدون برانگیختن احساس منفی و یا وارد کردن او به واکنش باشد ملایم و صبور صحبت کنید و به او وقت بدهید که مضامین طبی را که عنوان می کنید در اندیشه خود بسنجد و واکنش او را نسبت به دریافت این اطلاعات تشخیصی و نیازهای آنی در نظر بگیرید طبیب نبایستی در مقابل واکنش بیمار پس از دریافت عاقبت و سرانجام خود بی تفاوت باشد.

بویژه در مورد بیماریهای سرطانی که عموماً بیماران واکنشهای نامساعدی دارند. بهمین منظور وقتی اطلاعات پزشکان بویژه جراحان بطور یقین به چنین تشخیص‌هایی ختم شده بسته به فرهنگ و اخلاقیات روش مناسبی را در باطالع رساندن تشخیص و نحوه رویارویی با آن و کاهش حساسیت بیمار نسبت بنام بزرگ و غیرقابل تصور تشخیص «سرطان» اتخاذ نماید. روشی را که نگارنده انتخاب نمود و هرگز واکنش تند یا منفی از سوی بیماران و اطرافیان دریافت ننمود. این روش شامل چند پایه و اساس است ولی هرگز نباید موجبات بی اطلاعی و بی خبری بیمار و تضعیف تصمیم گیری او را در پذیرش درمان فراهم کند.

۱- روش تدریجی: برای این کار نحوه تأثیر عوامل موثر در سرطان وجود آنها در محیط و در پیشینه بیمار را باطالع او میرسانید و تغییرات بافتی را که بچنین بیماری بدنام یا دشوار درمان شونده موثر است یادآوری می کنید.

۲- پیشرفت‌های نوین را که در تکمیل تشخیص و بهتر درمان شدن این بیماری فرا راه او و پزشک قرار گرفته بیان کنید مثلا یادآوری نمایید که نقش جراحی در ریشه کن کردن ضایعات انتشار نیافته چقد راست و چه بیماریهای مشابهی که قبلا در مان نمی‌شده اند در زمان شما به بیماریهای درمان پذیر تبدیل شده اند حتی بیماری منتشر تری از آنچه ما جراحان درمان می‌کنیم نظیر لوسمی و لوکوز و لنفوم امروزه چقدر خوب درمان شده اند حتی از تجربیات خود و نوشتجات پزشکی برای استدلال کمک بگیرید. سرطان پستان را مثال بیاورید و تغییرات شگرفی که در درمان هوچکین و سرطانهای پوست پیش آمده چقدر می‌تواند از یأس بیمار در دوران پذیرش درمان بکاهد.

۳- با این روش‌ها ذهن بیمار کم کم متوجه می‌شود که بیماری مهمی دارد و از طرفی حساسیت او برانگیخته نمیشود.

۴- گاهی بیماران تا این مرحله که تفهیم آنان پیشرفت نمود یک سوال کلیدی میکنند که پزشک نباید غافلگیر شود و همیشه پاسخی مهیا داشته باشد و به آرامی و با اینکه بیمار احساس کند طیب یا جراح او بارها با این مشکل روبرو شده و توان حل و راه درمان را هم در اختیار دارد با او صحبت کنید و پاسخ بگویید. او می‌پرسد آیا من هم سرطان دارم؟

می‌گوییم آنچه بنام سرطان می‌شناسید لغتی قدیمی است و مربوط بزمانی است که علم پیشرفت نکرده بود. امروزه تغییرات بافتی که در بدن یا عضو شما پیدا شده تغییراتی است که در سابق این نام را شاید بر آن اطلاق می‌کردند ولی امروزه که این تغییرات شناخته شده اند و روشهای درمانی گوناگونی برای آن هنر و علم، تکنولوژی و همت پزشکان و دانشمندان پیدا شده ما بر حسب تغییرات، آنها را درجه بندی می‌کنیم. می‌گویید درجه بیماری من از کدام نوع است؟ می‌گویید نظیر نردبانی است که دارای پلکان متعددی است هر چه تعداد پله‌ها زیاده‌تر باشد دشواری درمان بیشتر است. اگر پرسید من در پله چندم قرار دارم اگر یکی دو پله بالا یا پایین هم گفتید عیبی ندارد. ولی مواظب باشید که کم شدن اهمیت پذیرش درمان را باعث نشوید و به یأس یا گریز از درمان او نینجامد.

۵- سرانجام وقتی پذیرفت که بایستی مجدانه در مسیر درمان قرار گیرد یا او از عوارض درمان می‌پرسد یا شما بایستی اندک اندک دشواریهای حاصل از درمان و منافع آنرا که بر مضارش می‌چربد به اطلاع او برسانید. در رشته نگارنده یک عامل بازدارنده از قبول درمان جراحی عوارض حاصل از جراحی برای کانسر حنجره بود که خوشبختانه امروزه جراحی‌های کمتر مخرب متداول شده است نظیر جراحی‌های

محافظه کارانه، استفاده از لیزر و روشهای تیمی درمانی به همراه پرتودرمانی. ولی عده معدودی که به از دست دادن حنجره و تکلم ختم می‌شوند بایستی بدانند که تکلم تنها فوناسیون نیست که فقط منحصر به حنجره باشد. و برای این تقیصه مهم پس از عمل لارنژکتومی توتال علم و تکنولوژی چه تسهیلاتی را فرا راه او گذاشته‌است. نقش گفتار درمانی، لوله‌های تکلمی، گلوت نوساخته بایستی بیان شود. بیان این موارد بایستی موکول شود به زمانیکه شما اندیکاسیون چنین جراحی را گذاشته اید و بیمار غیر از پذیرش آن راهی ندارد.

۶- همیشه خودتان مثبت ببانیدشید و افکار مثبت را در ذهن بیمار و اطرافیانش برانگیزانید.

عواملی که باعث شکایات پزشکی می‌شود

در زمان تصدی مناصب کارشناسی پرونده‌های شکایت بیماران از پزشکان نکاتی را فراگرفته‌ام که در حد توان جهت پیشگیری و روشهای اصلاح منش پزشکی به قلم می‌آورم.

۱- عوامل فرعی و بی رابطه به جامعه پزشکی:

فقر، فرهنگ تلکه کردن، بدآموزیهای سیستم و کالت، سوء استفاده از بیمه که بیان آن از سوی نگارنده بعنوان فرافکنی تفسیر می‌شود لذا از بازگو کردن آن پرهیز کنیم.

۲- عوامل اصلی:

اینکه کلیه پزشکان در پذیرش و اقدامات تشخیصی و درمانی خود همیشه حسن نظر و نیت خیر دارند ادعائی بی شائبه‌است.

اینکه جامعه پزشکی از درجاتی تحصیلی و فراتر از دیگر رشته‌ها برخوردارند و برای نیل به این درجات عالی سالها زحمت کشیده اند نیازمند بحث اضافی نیست. اینکه هر پزشک و هر هنرمند نتیجه کار خود را در بالاترین سطح انجام یا performance می‌خواهد امری طبیعی است.

ولی طبابت هم سرانجام بعنوان یک شغل درآمد و درآمدزایی و روزمرگی و غرقه شدن در روالهای حاکم بر کلیه مشاغل سرانجام چنین فرایندی است.

یک نکته که حائز اهمیت است طرف سرویس گیرنده از خدمات پزشکی و درمانی عموماً عناصری دردمند و دردآزموده هستند که چون بخش عمده تر عمر خود را در تنعم سلامت خوب گذرانیده اند

قبول بیماری و از کار افتادگی و پرداخت هزینه و رنج بردن از دخالت های تشخیصی و درمانی برای آنان ناگوار است. برای بسیاری از آنان زود به تشخیص رسیدن و زود به درمان رسیدن و زودتر به کار برگشتن یک آرزو است که دیر دست یافتن به آن برای آنان قابل تصور نیست. شاید برای یک بیمار حادی چنین هدفی بزودی دست یافتنی باشد ولی برای بیماریهای مزمن و طول کشنده، پاسخ درمان تأخیری و اشتغال فکری و صرف وقت بیماران برای نیل به بهبودی وقت گیر است.

طیب نمی تواند عضو بیمار یا بیماری را به تنهایی مورد نظر قرار دهد. او باید مجموعه بیمار، بیماری و خانواده را منظور نظر قرار دهد.

بسیاری از بیماران حق دارند که بخواهند»

طیب با آنها خوش رفتار باشد.

طیب با آنها خوب صحبت کند.

طیب به آنها و خواسته آنها احترام بگذارد.

طیب مشکل آنها را دریابد و به چاره جویی بپردازد.

از سویی پزشکان حق دارند از بیماران خود بخواهند که:

رعایت انضباط مطب را برای پیشبرد بهتر کارها بنمایند.

تمامی مشکلات خود را به طیب بگویند

بخشی از اطلاعات خود را که به تشخیص کمک می کند کتمان نکنند.

بیماران در حیطه دشواری خود صحبت کنند و به بزرگنمایی عوارض حاصله از بیماری نپردازند.

سوالات پزشک را در همان زمینه و در حد اعلاای اطلاع خود پاسخ بگویند.

خواسته های بیش از اندازه و غیر منطقی نداشته باشند.

آنچه را پزشک نیازمند کسب اطلاع و پاسخ های تشخیصی و تاریخچه بیماری و اقدامات قبلی است

بدون کم و کاست در اختیار او قرار دهند.

در چنین شرایطی است که می توان انتظار داشت که روند تشخیص و درمان بخوبی سیر پیشرونده در

پیش گیرد و جز سرنوشت یا **outcome** یک بیماری بدخیم عامل بازدارنده ای در سر راه قرار نگیرد.

در اینصورت طیب بایستی در اولین فرصتی که به چنین نتیجه ای میرسد به روشی که در صفحات قبلی

گذشت او را مطلع نماید.

جملاتی نظیر: می دانستم نگفتم «نخواستم بگویم» «ترسیدم بگویم بدتر شود» پاسخهای نادرستی است که در جواب دکتر چرا به من نگفتید؟ می شنویم.

نگارنده پزشکی قانونی نخوانده است. اخلاق پزشکی را در دوره دانشجویی و از اساتیدی که نهاد اخلاق و حسن رفتار و سلوک بوده و اسوه حسنه بشمار می آیند فرا گرفته است. در آن زمان اگر شکایتی از پزشک بوجود می آمد تنها به خود او گفته میشد چون بهتر از او کسی نبود که در رفع آن شکایت و گله براید و تصور اینکه پزشک ممکنست در روش درمانی خود براه خطا رود تصور باطلی بود.

اعتماد بر پزشکان اصلی خدشه ناپذیر بود و بحق پزشکان در برآوردن نیازهای آنان سنگ تمام می گذاشتند. امکان گذشت و فداکاری از سوی پزشکان چه در زمینه های مادی و چه معنوی وجود داشت. تأثیر عوامل اجتماعی و روال های غلط فرهنگی و اخلاقی و اقتصادی در رفتار پزشکان وجود نداشت. اینکه بیماران پزشکان را عناصری مهربان، دلسوز، فداکار و مددکار می شناختند همانند دیگر اخلاقیات حسنه حاکم بر جامعه نظیر احترام به والدین و بزرگترها، حسن رفتار و سلوک به همسایگان اصولی بود که وارد عرف کاری پزشکان شده بود. اینک در این جامعه آلوده به هزار گونه عیوب فرهنگی و اخلاقی که ریشه در مادیات زیاد طلبی و آز و حرص دارد، تنها چاره پزشکان که تحصیل کرده تر و مطلع تر هستند اینست که نظم و قانون را در کار و حیطه کاری خود حکمفرما نمایند و بهمین حال تاسی به اسوه های پیشین را رها نکنند.

اجرای یک طبابت منظم و قانونمند و هدفدار که بتواند نیاز دردمندان را پاسخ بگوید در درون خود محسنات طبابت های پیشین را دارد. از دلسوزی و مهربانی و وظیفه شناسی در آن هست بانضمام این نکته که برای نیل به آن نحوه درست رویارویی با مشکل بیمار کشف نشانگان بیماری و ارتباط یافته ها و نتیجه گیری نهایی از آنهاست بمنظور رسیدن تشخیص وجود ددارد این مسائل دست طبیب را گرفته و به سوی یک درمان درست هدایت می کند. آنچه در این میان بیش از همه جلب توجه بیماران را فراهم میکند وجایی برای احساس کمکاری از سوی تیم درمانگر را بوجود نمی آورد اهمیت دادن به بیمار و بزرگ شمردن نیازها و توجه مصروف شده از سوی پزشک برای کشف معضل بیمار و پرداختن درست به نحوه درمان آن است.

بیمارانی که نیازمند اقدام جراحی هستند در سه زمینه زیر بایستی مورد مذاقه و توجه خاص قرار گیرند:

۱- رسیدن به تشخیص تصمیم گیری صحیح و قاطع، تفسیر علائم، اقدام یک جراحی که بتواند رفع مشکل بیمار را بنماید.

بیان دشواری بیماری بزبانی ساده و همه کس فهم بدون سخت و دشوار جلوه دادن و لزوم آن دخالت انوازیو بنام جراحی بایستی رسا و واضح و با تبیین اهداف مترتب بر آن از سوی طبیب بیمار گزارش شود. آنگاه که بیمار دریافت که مشکل او با چه نسبتی با روش درمانی جراحی قابل حل شدنی است و بدان رضایت داد این رضایت بایستی مکتوب و با آگاهی تمام به صحنه بیمار برسد و تأیید پذیرش او و رضایت براحساس قبول کردن بعضی حوادث مرتب بر جراحی امضاء و در پرونده بیمار قید و نگهداری شود.

اندیکاسیون دخالت جراحی را بایستی بیمار از سوی طبیب دریابد و خود به طبیب دخالتی را لقاء نکند. اگر نیاز به جراحی های انتخابی و کمتر ضروری از سوی بیمار از سوی طبیب خواسته می شود بدرستی بشناسد و طبیب هم اگر تأیید برانجام آن می گذارد بداند که این خواسته صحیح و عقلانی و با آگاهی درست بیمار تقاضا می شود و هیچ پیش زمینه احساسی وجود ندارد. در اینگونه جراحی ها رعایت تمامی جوانب از سوی بیمار سنجیده شود. و زیربنای سلامت فکری و روحی درونی بیمار از سلامت کاملی برخوردار باشند. این تذکار در مورد جراحی های زیبایی امروزه کاملاً مطرح است و بعضی تناقض ها و اختلافات که بین بیماران و جراح زیبایی بوجود می آید از همین جا منشأ می گردد. نقطه ضعفی به حساب می آید که پس از این همه سال تحصیل و اخذ تخصص و نکات ریز و باریک موجود در شناخت سلامت و بیماری و جایگاه دخالت انوازیو در درمان عیوب و بیماریها، طبیب احاطه تخصصی خود را زیر پا بگذارد و تنها پاسخگویی به نیاز بیمار را که گاهی معقول نبوده و گاهی عملی نیست مورد نظر قرار دهد.

در رضایت نهایی بیمار از دخالت جراحی و قبول عوارض هر چه نیاز تأمین سلامت در دوران پیش از اقدام به جراحی بیشتر احساس شود، در دوران پس از عمل بهتر به دست می آید. و توجه پیدایش عوارض برای او پذیرفتنی است.

قیاس کنید بیماری که بعلت پریتونیت پس از یک عمل جراحی ابدومنیال مدتها در بیمارستان بستری بماند و دشواریهایی را تحمل کند با بیماری که پس از یک جراحی زیبایی با یک تغییر شکل ظاهری بجا مانده شاکی و گله مند باشد. فکر می کنید آنکه بیشتر دنبال این عدم حصول نتیجه را می گیرد کیست؟ یا کسی که دنبال جراحی ماستوئید با پارالیزی عصب فاسیال روبرو شود با آنکه پس

از جراحی ریتیدکتومی باین عارضه گرفتار شود. حال اگر آگهی بیمار از احتمال بروز این عارضه قبل از اقدام‌ها به بیمار گفته شده باشد برای کدام یک پذیرفتن پیدایش این عارضه پذیرفتنی است.

لذا درست، تشخیص دهید، درست پیشنهاد کنید و شما تصمیم بگیرید نه بیمار.

۲- اقدام جراحی که پس از روشن شدن نیاز به انجام آن از سوی بیمار اقدام می‌شود، بایستی آماده سازی تمام و در شرایط و زمان مناسب اقدام شود. هر آنچه را برای بیمار انجام می‌دهید برایش گفته باشید و احتمال تغییر تکنیک و دلایل ناکافی در پیشبرد جراحی را گوشزد کنید کار اضافی انجام ندهید و تمامی هم خود را مصروف به کمال اقدام بکار برید و آنچه را انجام می‌دهید قدم بقدم و مرحله به مرحله در شرح جراحی بنویسید. صفحه شرح جراحی بایستی حاوی اندیکاسیون و تشخیص و یافته‌های جراحی؛ نوع تکنیک برای حذف بیماری و حصول فونکسیون یا عواقب استتیک باشد. وجود درن، اجسام خارجی جنس آنها و نوع پروتز و سازگار بودن آن با بیولوژی بدن و میدان مغناطیسی یادداشت شود. هر گونه تغییر و مدیفیکاسیون تکنیک با ذکر نیاز و نوع و پیامد آن را یادداشت کنید.

در دستورات پس از عمل روش مراقبت‌های پرستاران از بیمار با قید شماره و مشروح و متناسب با نیاز بیمار و اقدام جراحی ذکر شود. مثلاً مراقبت در ICU یا بخش عمومی باشد آیا بیمار باید NPO باشد یا کی می‌تواند به روش عادی تغذیه شود و اگر باید از تغذیه مصنوعی استفاده نماید امکانات آن مثل گاستروستومی یا لوله تغذیه نحوه نگهداری آن و دفعات و زمان شروع آن و نوع مواد مورد استفاده شود. نگهداری از سیستم تنفس و تنفس خودبخودی را بنویسید. کنترل علائم حیاتی چگونه باشد. اگر لوله تراکتوتومی دارد چه مراقبت‌هایی می‌خواهد.

چه داروهایی را استفاده کند مقدار و دفعات و نوع آن بوضوح نوشته شود تجویز مایعات و راه تجویز آن چگونه است.

گزارش چه یافته‌هایی را به شما ضروری می‌دانید مثلاً پاسخ هماتوکریت یا گازهای خونی و دیگر ضروریات بلافاصله پس از عمل. وعده دیدار شما از بیمار که برحسب خواست پرستارانست یا بصورت روتین انجام خواهد شد و برگشت بحال خوب مورد انتظار شما پس از خاتمه عمل را به اطرافیان بگویید.

بعضی اقدامات دوران بلافاصله پس از عمل را به دیگران وا نگذارید نظیر آگاهی دادن از حال بیمار و روش پیشرفت کار؛ پانسمان‌های تخصصی نظیر تپانوپلاستی ترمیم‌های عروقی، تعویض لوله تراکتوتومی برداشتن یا تعویض درن، این مقوله برای همه رشته‌های پزشکی مشترک بوده و بسته به نوع اقدام متفاوت است.

- ۳- ترخیص و پیگیری: تنها پس از رویت و معاینه و تأیید وضعیت مناسب توسط خود جراح یا دستیار ارشد او بیمار مرخص می‌شود. برای آمادگی جهت ترخیص وضعیت زخم جراحی حال عمومی بیمار و اطمینان از عدم پیدایش عوارض (آگاهی از زمان احتمالی بروز عوارض) زمان ترخیص را روشن می‌کند. چه اقداماتی پس از ترخیص ضروریست. مشاورات، پیگیری، کمک گرفتن برای تکمیل درمان نظیر فیزیوتراپی، رادیوتراپی، شیمی درمانی و پیش بینی زمان اقدام به آنها بایستی توسط خود جراح یادآوری و در پرونده قید شود. پرونده بیمار بایستی گویای تمامی اقدامات انجام شده پس از اتمام عمل جراحی تا زمان ترخیص و گویای تابلو حالت عمومی بهنگام ترخیص باشد.
- در این روند عوامل جانبی می‌توانند موجبات نارضایتی بیمار را فراهم کنند بقرار زیر:
- بی توجهی و یا کم اهمیت دادن بیماری و احتمال عوارض و مشکلات احتمالی
 - خوب صحبت نکردن با بیمار و اطرافیان
 - پیدایش عوارض را بخوبی توجیه و دلائلی آنرا مستدل و مشروح بیان نموده و به او و اطرافیانش اعتماد بدهید که اصولی در رفع آن برمی‌آید.
 - گشاده رو، امیدوار و پیگیر باشید و برای رویارویی با هر احتمالی خود را آماده نشان دهید.