

طب اورژانس؛ گذری در گذشته و نگاهی به آینده

علی بیداری^۱، حمید رضا حاتم آبادی^{۲*}

۱. دپارتمان طب اورژانس، بیمارستان حضرت رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. دپارتمان طب اورژانس، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: ایران، تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، دپارتمان اورژانس، دفتر گروه طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. کدپستی ۶۶۳۳۶۷۶۱۶. تلفن: ۹۸۲۱۷۳۴۳۳۸۰
hhatamabadi@sbm.ac.ir
پست الکترونیک:

در شهر پونتیاک ایالت میشیگان قانون پونتیاک پلان متخصصان داخلی و جراحی را موظف به کشیک دادن در بخش اورژانس به عنوان مکملی برای طبابت خصوصی کرد. در شهر الکساندریا ایالت ویرجینیا، طبق قانون پلان الکساندریا اولین بخش اورژانس که توسط پزشکان اورژانس به صورت تمام وقت گردانده می شد پایه گذاری شد. بیمارستان های متعددی از این روش ها در بکارگیری پزشکان در اورژانس پیروی کردند. همچنان که تقاضای بیماران و بیمارستانها برای پزشکان مجرب و با مهارت در بخش اورژانس افزایش پیدا می کرد، عضویت در این انجمن نیز رو به افزایش بود و اکثر اعضا این سازمان پزشکان دانشگاهی بودند و در اوایل مسئولیت آکادمیشان اداره بخش اورژانس به آنها سپرده می شد. لازم به ذکر است که در شروع کار فعالیت این گونه مراکز، تمرکز آنها بر آسیبها و اورژانسهای جراحی بود. در ایران نیز، قبل از دهه پنجاه، اورژانس ها بسیار کوچک بودند و با تجهیزات اندک و پرسنل نا کافی اداره می شد. بخش اورژانس در حد یک اتاق و یک پرستار و با نیروی متخصص غیر مقیم که در محلی خارج از بیمارستان به صورت تلفنی در دسترس بود اداره می شد. سالهای بعد تغییراتی در اورژانسها ایجاد شد اما این تغییرات نیز باعث تغییرات چشمگیر نشد. برای نمونه به دو مورد مشاهده شخصی نویسندگان که هر دو مربوط به سال ۱۳۷۲ یعنی ۸ سال پیش از راه اندازی رشته طب اورژانس در ایران اشاره می شود. این مشاهدات که در دو بیمارستان مهم آموزشی بزرگ در سطح شهر تهران اتفاق افتاده است تنها اندکی از مجموعه خاطرات متعدد نویسندگان از خطاهای چشمگیر در بخشهای اورژانس است (۷).

مشاهده اول (ع.ب): ساعات دیر وقت شب بود و من به عنوان دستیار کشیک داخلی مشغول گرفتن شرح حال از بیمار تازه بستری شده در بخش داخلی بودم. ناگهان کد احیا از بلندگوها اعلام گردید و درخواست حضور سریع دستیار داخلی در بخش اورژانس شد. به سرعت خود را از طبقات بالایی به بخش اورژانس رساندم. کارورز و پرستار مستقر در بخش اورژانس در حال عملیات احیاء بر روی یک جوان بودند. به سرعت به آنها پیوستم و مسئولیت اداره احیا را شخصا به عهده گرفتم. عملیات طولانی و بی سرانجام بود. پس از اتمام این تلاش بی ثمر، رو به انترن کردم و جویای ماجرا شدم. او توضیح داد که بیمار با خونریزی دستگاه گوارش فوقانی و افت فشار خون ساعتی قبل به اورژانس آمد. اما در معاینه بسیار تکیکارد بود و من به او پروپرانولول وریدی تزریق کردم! اندکی بعد متوجه شدم بیمار دچار ایست قلبی-تنفسی شده است!

قبل از استقرار و توسعه رشته تخصصی طب اورژانس در جهان، وضعیت ارائه خدمات در بخش های اورژانس بیمارستانی به شکلی دیگر بود. در آمریکا قبل از ایجاد بخش اورژانس به شکل تخصصی، آن را یک مکان دست دوم و بی اهمیت در نظر می گرفتند. جایی که در آن صف های طولانی انتظار و تشخیص های اشتباه امری طبیعی محسوب می شد. معمولاً این بخش توسط پرستاران اداره می شد و آنها بر اساس برآورد اولیه شان از پزشکان درخواست کمک می کردند. تیم پزشکی اورژانس از یک بیمارستان تا بیمارستان دیگر تفاوت فاحش داشت. در بیمارستان های غیر دانشگاهی، معمولاً پزشکان اورژانس کسانی بودند که تازه شروع به کار کرده و یا سال-های آخر کار خود را می گذراندند و در بیمارستان های دانشگاهی بخش اورژانس منطقه کارورزان با کشیک های ۲۴ ساعته در نظر گرفته می شد و رزیدنت های سال های بالاتر در رشته های مختلف تخصصی تا حد امکان از بخش اورژانس دوری می کردند (۱، ۲).

در طول دهه ۱۹۶۰ بیمارستان ها با افزایش درخواست ها برای ارائه خدمات تخصصی ۲۴ ساعته مواجه شدند. در این دوران نسبت پزشکان متخصص به پزشکان عمومی افزایش پیدا کرد و درعین حال پزشکان بیشتری برای پیدا کردن کار از محل سکونت خود دور شدند. در نتیجه تعدادی از بیماران دسترسی تمام وقت به پزشکان خود را نداشتند و خدمات درمانی مورد نیاز خود را در بخش های اورژانس جستجو می کردند (۳، ۴).

در میانه دهه هفتاد، سالانه بیش از ۸۰ میلیون بیمار در اورژانس بیمارستان های آمریکا درمان می شدند. علاوه بر تغییرات پزشکان و بیماران، زندگی ماشینی و افزایش بیماری های غیر واگیر و حوادث ترافیکی روند افزایش مراجعات به اورژانس ها را تسریع بخشید. در سال ۱۹۶۶ گزارشی با عنوان "مرگ و معلولیت حاصل از تصادفات، بیماری مورد غفلت قرار گرفته جامعه پیشرفته" توسط انجمن ملی تحقیقات آمریکا منتشر شد. این گزارش به پایه گذاری انجام اقدامات پیشرفته بیمارستانی کمک قابل توجهی کرد (۵). در سال ۱۹۸۵ گزارشی از طرف موسسه ملی بهداشت منتشر شد که تروما را به عنوان اولین عامل مرگ در بیماران ۱ تا ۴۵ سال آمریکایی معرفی می کرد. با توجه به این گزارش و با وضع قوانین ایالتی و فدرال ایالات متحده آمریکا مراکز تروما پایه گذاری و در دهه های ۸۰ و ۹۰ میلادی به ثمر رسیده و پستوانه منطقه ای سازی مدیریت بیماران ترومایی شدند (۶). جنگ ویتنام نیز دیدگاه ها را نسبت به تریاژ، پایدار کردن و جابجایی بیمار از خطوط مقدم جنگ به بیمارستان های تخصصی تغییر داد.

بود. به عنوان مثال در شروع استقرار طب اورژانس در سال ۱۳۸۰ ارتباط گروه طب اورژانس با گروه ارتوپدی و جراحی بسیار ضعیف بود در حالی که در بسیاری از بیمارستان‌ها وضع به گونه دیگری است. از نمونه فعالیت‌های مشترک فعلی ما با این گروه‌ها در حال حاضر می‌توان به القاء بی‌دردی برای جاندازی‌ها و پیگیری بیماران مدیریت شده توسط گروه طب اورژانس در معیت دستیاران و متخصصین ارتوپدی اشاره کرد که در سال‌های نه چندان دور این همکاری‌ها بسیار دور از تصور می‌نمود. البته این چالش‌ها هنوز در بیمارستان‌هایی که به تازگی طب اورژانس آکادمیک را شروع کرده اند وجود دارد که با توجه به نکات ذکر شده طبیعی به نظر می‌رسد و با گذشت زمان و ایجاد تعامل و اجراء پروتکل‌های درمانی مشترک قابل حل خواهد بود. علاوه بر آن حضور دستیاران سایر رشته‌ها در بخش اورژانس جهت گذراندن دوره اورژانس، مشکلات آموزشی مطرح شده توسط سایر گروه‌ها را نیز حل خواهد کرد. اما نکته مهمی که باید به آن توجه ویژه داشت انجام مسئولیت‌های مربوط به رشته، توسط متخصصین طب اورژانس، به بهترین شکل ممکن است.

به خاطر دارم که در سال ۱۳۸۰ زمانی که من دستیار سال اول بودم ارتباط ما با گروه ارتوپدی و جراحی بسیار ضعیف بود و این امر در شرایطی است که هم اکنون در بیمارستان محل فعالیت بنده این ارتباط قابل قیاس با آن دوران نیست. از نمونه فعالیت‌های مشترک فعلی ما با این گروه‌ها در حال حاضر می‌توان به القاء بی‌دردی برای جاندازی‌ها و پیگیری بیماران مدیریت شده توسط گروه طب اورژانس در درمانگاه ارتوپدی را نام برد که در سال‌های نه چندان دور این همکاری‌ها بسیار دور از تصور می‌نمود. البته این چالش‌ها هنوز در بیمارستان‌هایی که به تازگی طب اورژانس آکادمیک را شروع کرده اند وجود دارد که با توجه به نکات ذکر شده طبیعی به نظر می‌رسد و با گذشت زمان و ایجاد تعامل و اجراء پروتکل‌های درمانی مشترک قابل حل خواهد بود. علاوه بر آن حضور دستیاران سایر رشته‌ها در بخش اورژانس جهت گذراندن دوره اورژانس، مشکلات آموزشی مطرح شده توسط سایر گروه‌ها را نیز حل خواهد کرد. اما نکته مهمی که باید به آن توجه ویژه داشت انجام مسئولیت‌های مربوط به رشته، توسط متخصصین طب اورژانس، به بهترین شکل ممکن است.

دکتر پیترو روزن از پیشکسوتان رشته طب اورژانس مدیریت بیماران اورژانس را به صورت نجات کوه نوردی عنوان می‌کند که به لبه پرتگاهی آویزان شده و نیاز به کمک دارد، مأموریت اصلی تیم نجات بازگرداندن کوه نورد به یک مکان امن است و نیازی به دانستن علت افتادن یا فردی که او را هل داده است، در این لحظه نمی‌باشد. در بخش اورژانس در بسیاری موارد تشخیص گذاشته می‌شود ولی همیشه لازم نیست بیمار کاملاً درمان و پایدار شود. بلکه وظیفه اولیه طب اورژانس تشخیص و درمان تهدیدهای فوری حیات با استفاده از تمامی مهارت‌های یک تیم درمانی است (۸).

متخصص اورژانس باید فردی باهوش، حساس در برابر سرنوشت بیمار، فروتن، مهربان و با بصیرت باشد. وی باید همیشه بیمار را به عنوان یک عضو خانواده خود در نظر گرفته و بتواند با وجود اطلاعات ناکافی و عدم امکان دسترسی به پرونده پزشکی قبلی، توانایی برخورد با چند بیمار به طور همزمان را داشته باشد. او باید رسیدگی به بیماران را اولویت بندی کند، انواع

مشاهده دوم (ح.ج): برای نمونه به یاد دارم که در سال ۱۳۷۲ در بیمارستان شهدای هفتم تیرکارورز بودم. در آن سال در حدود ساعت یک صبح متخصص ترین فرد در اورژانس من بودم. در همان شب بیماری که دچار ضربه چاقو به ناحیه قفسه سینه شده بود به همراه چندین نفر به اورژانس آورده شد و من تنها کاری که توانستم انجام دهم تماس با دستیار سال اول جراحی بود که البته ایشان نیز در اتاق دیگری که در آن زمان، فاصله طولانی با اورژانس داشت مستقر بودند و زمانی که اورژانس رسیدند که همراهان بیمار چندین شیشه اورژانس را شکسته بود.

ضرورت راه اندازی رشته طب در کشور ما ابتدا در سال ۱۳۷۵ به صورت یک مصوبه در نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور مورد توجه قرار گرفت. اما تا چند سال بعد هیچ اقدام جدی در این زمینه صورت نپذیرفت. در سال ۱۳۷۹ راه اندازی این رشته به عنوان یک برنامه راهبردی در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مطرح گردید و تیم کارشناسی به سرپرستی دکتر علی بیداری در دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی تشکیل گردید و ضروریات این رشته تدوین شد. در پی آن دانشگاه علوم پزشکی ایران با دریافت مجوز رسمی از شورای گسترش دانشگاهها، رسالت تربیت اولین دوره تربیت دستیاران طب اورژانس را در سال ۱۳۸۰ بر عهده گرفت (۷).

اکنون پس از گذشت ۱۴ سال از آغاز این تجربه موفق و با تاسیس مراکز متعدد تربیت دستیار در ۱۹ دانشگاه علوم پزشکی، پدیده نگرش تخصصی به طب اورژانس به یک مقیاس ملی تبدیل شده است و در مسیر این پیشرفت ما شاهد اتفاقات خوبی بوده‌ایم. ارتقاء وضعیت ارائه خدمات در بخش‌های اورژانس، بهبود تعاملات اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی با یکدیگر، ایجاد مراکز تحقیقات مرتبط در سطح کشور، بنیان گذاری دو مجله تخصصی به زبان‌های فارسی (مجله طب اورژانس ایران) و انگلیسی (Emergency)، برقراری همایش‌های منظم سالیانه، تشکیل انجمن تخصصی و مشارکت متخصصین این رشته در حوزه سیاستگذاری‌های ملی و استانی از آن جمله‌اند.

مشخص است که وضع آن زمان اورژانس این بیمارستان با آنچه که در حال حاضر موجود است از نظر نیروی انسانی و وسایل و تجهیزات قابل قیاس نیست. از عوامل مهم این تغییرات فاحش، حضور متولی و فردی مسوول در اورژانس است که نسبت به بخش خود احساس تعلق خاطر داشته و برای آن برنامه ریزی کند. این اتفاق فقط مختص به این بیمارستان نبود به طوریکه بر اساس اینکه اینجانب جزو اولین دستیاران پذیرفته شده در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) در سال ۱۳۸۰ و جزو اولین اعضاء هیئت علمی طب اورژانس در بیمارستان امام حسین(ع) در سال ۱۳۸۳ بودم، شاهدیم که با حضور طب اورژانس تغییرات شگرفی در طراحی اورژانس و فرایندهای آن، در این دو بیمارستان بزرگ صورت گرفت (۷).

با وجود این اثرات مثبت که همگان بر آن اتفاق نظر دارند نگرانی‌ها و چالش‌هایی نیز، خصوصاً از طرف سایر گروه‌های تخصصی در بیمارستان‌های دانشگاهی به جهت تداخلات درمانی و آموزشی و همچنین از طرف پزشکان فارغ التحصیل این رشته از نظر آینده شغلی ایجاد شد. حل این مسائل نیازمند ارتباطات فعال داخل و خارج بیمارستانی و همچنین گذشت زمان

تنها سطحی از سطوح چالشی است. افزایش توقعات مردمی، نیاز به ایجاد شبکه امن بهداشتی برای طبقات کمتر برخوردار و افزایش تخصص‌های پزشکی و پیچیده شدن حوزه‌های بالینی همگی بر دوش متخصصین اورژانس در کشور سنگینی می‌کند. لذا جامعه متخصصین طب اورژانس باید با درک مناسب از موقعیت ممتاز خود در نظام سلامت با تلاش در جهت ارتقاء کیفی و مشارکت با نهادهای سیاستگذار سهم خود را ایفا نماید.

تقدیر و تشکر:

با تشکر از کلیه پیش کسوتان طب اورژانس خصوصاً جناب آقای دکتر بیداری که در این مدت ۱۵ سال طب اورژانس را به این درجه از بالندگی رساندند

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسنده تصریح می‌نماید که هیچ گونه تضاد منافعی درخصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی:

هیچ گونه کمک مالی جهت انجام پژوهش حاضر دریافت نگردیده است.

منابع:

1. Zink BJ. Anyone, anything, anytime: a history of emergency medicine: Elsevier Health Sciences; 2006.
2. Suter RE. Emergency medicine in the United States: a systemic review. World journal of emergency medicine. 2012;3(1):5.
3. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J, et al. Inappropriate emergency department visits. Annals of emergency medicine. 1985;14(7):672-6.
4. Hsia RY, Nath JB, Baker LC. California Emergency Department Visit Rates For Medical Conditions Increased While Visit Rates For Injuries Fell, 2005–11. Health Affairs. 2015;34(4):621-6.
5. Trauma NRCCo, Shock NRCCo. Accidental death and disability: the neglected disease of modern society: National Academies; 1971.
6. Research NRCCoT, Research CoT, Medicine Io. Injury in America: a continuing public health problem: Natl Academy Pr; 1985.
7. Shojae M, Kariman H, Hatamabadi HR, Sabzghabaie A, Dolatabadi AA, Moghadam MA, et al. History and Guideline of Emergency Medicine Residency Discipline in Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran; Review of 2014. Iranian Journal of Emergency Medicine. 2014;1(1):pp. 2-10.
8. Schaidler JJ, Barkin RM, Hayden SR, Wolfe RE, Barkin AZ, Shayne P, et al. Rosen & Barkin's 5-minute Emergency Medicine Consult: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
9. Baratloo A, Maleki M. Description of a Working Day as a Senior Emergency Medicine Resident; Burning Candle at Both Ends! Emergency. 2015;3(1):pp. 1.
10. Baratloo A, Maleki M. Iranian emergency department overcrowding. Journal of Emergency Practice and Trauma. 2015;1(2).

احتمالات را در نظر بگیرد و در عملکردی وابسته به زمان ارزیابی اولیه، تشخیص، پایدار سازی، ترخیص و انتقال بیماران را انجام دهد. استفاده به هنگام از روش‌های تشخیصی نظیر اندازه گیری قند خون، آنزیم‌های قلبی، سونوگرافی برای بیمار ترومایی، اکوکاردیوگرافی و قوانین راهنمایی کننده مثل اوتاوا (Ottawa)، نکسوس (Nexus) و غیره می‌تواند کمک شایانی در مدیریت بیماران اورژانس داشته باشد.

پزشک اورژانس باید مهارت درخواست مشاوره را کسب نماید. اما نکته مهم این است که در نهایت این پزشک اورژانس است که تصمیم نهایی را برای بیمار می‌گیرد و اگر پزشک مورد مشاوره بیمار را مرخص نمود و نظر پزشک اورژانس این بود که بیمار قابل ترخیص نیست می‌تواند وی را در بخش نگه دارد یا به سرویس دیگری مشاوره دهد و یا اینکه وضعیت بیمار را با رئیس بخش مربوطه در میان بگذارد.

پزشک اورژانس ممکن است در مورد توصیه پزشک جراح به عمل جراحی، انتخاب بیمارستان جهت ادامه درمان و سایر موارد نیز از طرف بیماران مورد سوال قرار بگیرند که احساس مسئولیت در مورد پاسخ مناسب به بیماران با رعایت تمام جوانب امر لازم است. و اصولاً صحبت کردن با بیمار راجع به روند درمانی انجام شده، تشخیص حال حاضر بیمار، و ادامه اقدامات مورد نیاز بسیار کمک کننده است.

اخیراً تمایل زیادی برای کاهش خطاهای پزشکی و ارتقاء ایمنی بیمار در اورژانس به وجود آمده است. خطای انسانی بیشتر در انتهای یک شیفت شلوغ، بعد از بی خوابی در تمام طول شب یا در مواردی که چند بیمار با هم مراجعه می‌کنند روی می‌دهد اما در هر لحظه احتمال وقوع دارد. لذا نیاز است قوانینی برای تعیین ساعت کار مجاز در روز و هفته وضع شود تا ایمنی بیماران به حداکثر برسد (۹، ۱۰).

بیمار ممکن است اولین باری باشد که جهت درمان به اورژانس مراجعه می‌کند و آشنایی قبلی با پزشک نداشته و نمی‌تواند وی را انتخاب کند. به علاوه محیط استرس‌زا و ترس بیمار به همراه درد، مدت زمان طولانی بستری و عدم وجود اتاق خصوصی در اورژانس موجبات بی‌قراری و اضطراب بیشتر بیماران را فراهم می‌کند. بنابراین پزشک اورژانس باید توانایی اطمینان بخشی و اعتماد سازی برای بیماران را داشته باشد. در انتها ذکر این نکته مهم است که در اورژانس با محیط بالینی متنوعی روبرو هستیم که به صورت استثنایی توانایی برخورد وسیع با انواع مختلف بیماران را به متخصص اورژانس می‌دهد که در هیچ تخصص دیگری یافت نمی‌شود. از طرف دیگر ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بار بیماری‌ها در ایران و جهت‌گیری سیاست‌ها در نظام سلامت به نحوی در حال تغییر است که مراقبت‌های اورژانس را با ابعاد جدید و چالش‌های متنوع روبرو خواهد نمود. ازدحام بیماران در بخش‌های اورژانس یک مشکل بزرگ و در حال تزايد است و این