چاپار طبیب

آقای دکتر تیمورزاده مدیر مسئول محترم نشریه طبیب

تقاضا دارم در صورت امکان، شماره‌های اول هر ماه را که مخصوص پزشکان است برای اینجانب (که داروساز هستم) ارسال کنید.

طبیب: در صورت تمایل، با ارسال فرم اشتراک و پرداخت مبلغ نیم بهای نشریه، تمام شماره‌های نشریه برای شما ارسال خواهد شد.

الو طبیب

ـ در صفحه ۷ طبیب شماره (۳۸+٤)، در مطلب «طب جایگزین» نوشته مسعود اصغری، از کلمه «کی کونگ» استفاده کرده‌اید، در حالی که اشتباه است و صحیح آن «چی کونگ» است. در چین هم این تلفظ به کار می‌رود.

طبیب: از دقت نظر شما و از اینکه لطف کردید و با ما تماس گرفتید، متشکریم.

آخر پاییز

میثم رضایی

ایسنا ۸۵/۹/۵ – دکتر نورالدین پیرمؤذن، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی: «خلأ قانونی خرید ۲۳۰۰ آمبولانس و احداث بیش از ۳۰۰ مرکز اورژانس تا حدودی برطرف شده است».

ایسنا ۸۵/۹/۷ – وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بازسازی و نوسازی ۱۵درصد از خانه‌های بهداشت در سراسر کشور و تا پایان امسال خبر داد.

ایسنا ۸۵/۹/۸ – دکتر حسین ملک افضلی معاون فناوری و تحقیقات وزارت بهداشت گفت: «در حال حاضر ۱۳۰ مرکز تحقیقاتی در سطح کشور وجود دارد و قصد داریم در برنامه چهارم توسعه این مراکز را تا مرز ٤۰۰ مرکز برسانیم».

طبیب: آقایان دکتر ملک افضلی، لنکرانی و پیرمؤذن قصد جسارت نداریم. فقط برای مطلع شدن از روند اقدام‌های انجام شده در طول یک سال اخیر، اگر با ما تماس بگیرید از لطف شما ممنون خواهیم شد.

طبیب و رسانه

۵۰ درصد از شکایت‌های مردم از پزشکان سوء تفاهم است

ایسنا: رئیس سازمان نظام پزشکی، میزان شکایت‌های پزشکی در ایران را بسیار کمتر از سایر کشورها عنوان کرد و نیمی از شکایت‌های مردم از پزشکان را تنها ناشی از سوءتفاهم دانست. وی در این زمینه به آمار شکایت‌های پزشکی در سال ۸٦ اشاره کرد و گفت: «در سال گذشته پنج هزار شکایت به سازمان نظام پزشکی و حدود هفت هزار شکایت به سازمان پزشکی قانونی ارائه شده که این تعداد در مقایسه با میزان شکایت از پزشکان کشورهای خارجی ناچیز است». صدر تأکید کرد: «در سال گذشته تنها بیست مورد تخلف جدی از سوی پزشکان شناسایی شده که این تعداد در پی اشتباه پزشک در انجام اقدام‌های تکنیکی و عدم انجام مراحل ضروری بوده است».

بیمارستان‌ها موظف به تأمین وسایل مصرفی بیماران شدند

فارس: بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه از سوی دولت موظف شدند وسایل مصرفی مورد نیاز بیماران بیمه شده را طبق فهرست اعلامی وزارت بهداشت تأمین کنند. براساس این آیین‌نامه اجرایی، سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است در سال ۸٦ تمامی اعتبارات ردیف‌های مربوط به بیمه درمان را تنها به پرداخت سهم سازمان در درمان بیمه‌شدگان اختصاص دهد و سازمان‌های بیمه‌گر خدمات درمانی نیز موظفند هشتاد درصد صورتحساب‌های ارسالی از سوی بیمارستان‌های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی و تنها دو هفته پس از دریافت اسناد مربوط، به صورت علی‌الحساب به آنها پرداخت کنند. هزینه صورتحساب‌های بیمارستان‌ها براساس تعرفه‌ها و شمول تعهدات هیئت وزیران یا شورای عالی بیمه، از سوی سازمان‌های بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

چند وقت پیش در انگلستان استفاده از کراوات برای پزشکان ممنوع شد. این مسئله که برای پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی صورت گرفته تا چه حد اعتبار علمی دارد؟

خیلی! چه کراوات، چه روسری و مقنعه. هر چیزی که دم آن روی مریض بیفتد، می‌تواند عفونت را از این بیمار به آن بیمار منتقل کند. من مخالف استفاده از کراوات نیستم. برای بعضی‌ها کراوات مثل کمربند است ولی کسی که از آن استفاده می‌کند باید سنجاق کراوات بزند یا انتهای آن را داخل شلوارش بگذارد. آستین و لباس پرستاران و پزشکان هم باید کوتاه باشد. این لباس‌های فعلی به این صورت مناسب نیست. اگر می‌خواهیم جنبه اسلامی آن هم رعایت شود باید لباس جدیدی برای پرستاران طراحی کنیم.

چه بخش‌هایی از نظر ابتلا به عفونت بیمارستانی high risk به حساب می‌آیند؟

در درجه اول باید ICU را در نظر بگیریم. برای اینکه بیشترین کارهای تهاجمی برای مریض در ICU انجام می‌شود. بیمار حداقل یک یا دو کاتتر وریدی دارد. بعضی‌ها کاتتر ورید مرکزی دارند. بیماران اینتوبه می‌شوند. سوند ادراری دارند. گذشته از همه اینها مریض بدحال و بیهوش است. رفلکس‌های طبیعی بدنش برای عفونت از دست رفته، پس احتمال دارد ترشحات حلقش را آسپیر کند و پنومونی به وجود بیاید. ICU پرخطرترین بخش است.

آیا محل بخش‌های عفونی در ارتباط با بخش‌های دیگر و به طور کلی معماری و ساختمان بیمارستان در گسترش عفونت‌های بیمارستانی تأثیر دارد؟

این مسئله در گروهی از انواع انتقال عفونت‌های بیمارستانی مهم است. به طور مثال ممکن است یک نفر به ویروسی آلوده باشد و بیمارستان را آلوده کند. مثل اپیدمی SARS ، یا اگر در بخش ریه یک بیمار مبتلا به سل MDR داشته باشیم، رعایت ایزولاسیون برای او مهم است. این بیماران نباید به هیچ وجه با بیماران بخش خودشان و بخش‌های دیگر در تماس باشند.

وضعیت عفونت‌های بیمارستانی در تهران به چه صورتی است؟

ما دو کمیته داریم: کمیته عفونت و کمیته دارو. از نظر قانونی باید هر دو این کمیته‌ها در بیمارستان مستقر باشند تا بیمارستان بتواند پروانه‌اش را تمدید کند. این قانون خوبی است.کمیته دارو باید بر پروتکل‌های دارویی نظارت کند، به ویژه مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها. کمیته عفونت هم باید عفونت بیمارستانی را کنترل کند. البته عملکرد کمیته‌ها مهم است نه الزام قانون آن.

آیا برای مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک در کشور ما تدبیری اندیشیده شده است؟

این مسئله باعث مقاوم شدن میکروارگانیسم‌ها می‌شود. باید روی آن کار کنیم. کار باید از کاریکولوم پزشکی عمومی شروع شود. باید برای پزشکان به طور مرتب و به صورت کارگاهی بازآموزی داشته باشیم. در گذشته در دوره عمومی پزشکی درس نسخه‌نویسی وجود داشته اما درحال‌حاضر نیست.

در واقع دانشجوی پزشکی با فارماکولوژی نمی‌تواند نسخه بنویسد. در کمیته کشوری‌ای که با نام مصرف بی‌رویه داروها تشکیل شده قراراست گایدلاین‌هایی منتشر شود. پزشکان باید مصرف منطقی داروها را مانند CPR بلد باشند.

در دنیا برای رفع معضل عفونت‌های بیمارستانی چه تدبیری اندیشیده شده است؟

یک انجمن جهانی در این زمینه وجود دارد که ایران نیز الزامات آن را امضا کرده است.

این انجمن چه برنامه‌ای دارد؟

شاید تعجب کنید ولی بزرگ‌ترین و مهم‌ترین برنامه آن آموزش همگانی شست‌وشوی دست است. البته همه ما فکر می‌کنیم شستن دست را بلدیم. در صورتی که این طور نیست. نه پزشکان بلدند و نه پرستاران. در واقع پزشکان ما در دوره آموزشی روش صحیح شستن دست‌ها را آموزش نمی‌بینند. در روش جدید، شستن دست‌ها به کمک الکل انجام می‌شود و دیگر نیازی به آب نیست.

آیا برای پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی به امکانات خاصی نیاز نداریم؟

من یک بار دیگر روی فرهنگ‌سازی تأکید می‌کنم. فرهنگ‌سازی در پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی چه در پزشکان و چه در پرستاران و چه در کادر پیراپزشکی. باید دائم به آنها گفته شود تا ملکه ذهنشان شود. برای افرادی مثل من که سال‌ها کار کرده‌اند سخت است که از این به بعد بخواهند در هنگام معاینه بیماران دستکش به دست کنند. در مرحله بعد امکانات قرار می‌گیرد. مثل امکانات برای شستن دست با الکل، دستکش، عینک، ماسک و کیفیت خوب وسایل. در ضمن در ICU باید بالای سر هر تخت امکانات کاملی برای شستشوی دست باشد و پزشک بالای سر هر مریض، دستکش را در بیاورد، دستش را بشورد و دستکش دیگری دستش کند.

اشاره کردید که برای پزشکی مثل شما سخت است که بعد از این همه سال بد عادتی دستکش دستش کند، نکند خدای نکرده پزشکان هم رعایت نمی‌کنند؟

پزشکان بدتر از همه هستند. اصلاً حرف گوش نمی‌کنند!

«عفونت بیمارستانی عفونتی است که مریض پس از بستری در بیمارستان به آن مبتلا می‌شود».از خانم دکتر مینو محرز، متخصص عفونی و رئیس‌مرکز تحقیقات ایدز ایران، می‌خواهم hospital acquired infecton را تعریف کند و او در جواب جمله بالا را می‌گوید.وقتی در دفتر کارش که با دکوری چوبی و زیبا تزئین شده به ملاقاتش می‌رویم، او با پسته و چای و مولاژ پلاستیکی ویروس ایدز از ما پذیرایی می‌کند و گله دارد که بعضی‌ها اهمیت عفونت‌های بیمارستانی را جدی نمی‌گیرند و پشت گوش می‌اندازند. می‌گوید در ایران وضع خیلی خراب است. باید بجنبیم. او به سراغ چیزهای ساده می‌رود: آموزش health care provider به پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان.

نیماسیفی‌مقدم

عکس: محسن جزایری

مصاحبه با دکتر مینو محرز
متخصص عفونی و رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران

یک، دو، سه ... عفونت بیمارستانی

آپاندیس

میثم رضایی

کی بود، کی بود؟ من نبودم!

در روزگاران نه چندان دور مردی بود از دیار مصر که وی را وکالت از سوی مردم گذاشته بودند. هم او را پرسیدند: «در تشکیل وزارت رفاه نظرت چیست»؟ که فریاد برآورد: «مخالفم»! مدتی بگذشت و گفتند: «در ادغام این وزارت موافق کیستی»؟ هم او گفت: «من»! روزگار بگذشت و مصری وزیر رفاه گردید. مدتی گذشت و به او خبرنگاری گفت: «نظرتان در مورد سرانه درمان چیست»؟ مصری نگاه عاقل اندر سفیهی انداخت او را و گفت: «ما مخالف افزایش سرانه‌ها هستیم چون مردم نمی‌توانند این افزایش را تحمل کنند». خبرنگار مدهوش از این سخن در شگفت بود تا آنکه رندی به او گفت: «وزیر هنوز فرق سرانه و تعرفه را نداند». ایام نه چندان زیادی گذشت و وزیر تفاوت‌ها را دریافت. ادعا نمود: «سال آینده سرانه مناسبی در نظر خواهیم گرفت تا با مشکلات کمتری مواجه شویم». توپ شلیک شد و سال تحویل! سرانه همان بود که بود. صحبت سال بعد آمد. سینه سپر کرده و فرمود: «افزایش سرانه‌ها که فایده‌ای ندارد. تعرفه‌ها زیاد است. اصلاً سهم مردم از هزینه‌های درمان زیاد است، تقصیر ما نیست. تقصیر دیگری است». و از آن روز این جمله تاریخی در زبان‌ها چرخید که: «کی‌بود؟ کی بود؟ من نبودم!»

درنگ

محمدرضا شالبافان

منابع آزمون‌های جامع از کجا آب می‌خورند؟

در سال‌های پایانی دهه شصت با تصمیم وزارتخانه تازه تأسیس بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار شد دانشجویان پزشکی سراسر کشور در طول دوران تحصیل خود به‌گونه‌ای جامع و کشوری و در دو نوبت مورد سنجش قراربگیرند تا فاصله علمی دانشجویان فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های سراسر کشور کمتر شود.چند سال بعد هم امتحان پذیرش دستیار به‌همین سرنوشت دچار شد و بنا بر این شد که این آزمون هم به طور جامع برگزار شود.این روش‌ها با تمام خطاهایش در کل موفق بود چرا که سبب شد پزشکان عمومی با جمع‌بندی بهتر دانسته‌های پزشکی خود به جامعه قدم بگذارند، هر چند سال یکبار به کتاب‌های جدید نگاهی بیندازند و بخت خود را در ورود به دنیای تخصص نیز بیازمایند.

اما یکی از مشکلات همیشگی این آزمون‌ها آن بود که معمولاً منابع آنها با معیاری خاص معرفی نمی‌شد. این مشکل امسال و در معرفی منابع آزمون جامع پیش‌کارورزی اسفندماه هم که چند هفته پیش اتفاق افتاد، بسیار جدی بود.

منابع امتحان پیش کارورزی اسفندماه به طور مطلوبی به روز شده بود و تمام منابع براساس آخرین ویرایش کتاب‌ها انتخاب شده بودند. اما تغییری که همه را متعجب کرد این بود که منبع حدود یک چهارم سؤال‌ها، یعنی منبع بیماری‌های داخلی، از سسیل ۲۰۰٤ به سسیل ۲۰۰۷ تغییر پیدا کرده بود! کتاب اسنشیال سسیل معمولاً هر سه سال تجدید ویرایش می‌شود و معمولاً دربرگیرنده جدیدترین اطلاعات از اصلی‌ترین شاخه پزشکی است اما اینقدر به روز بودن هم در کشوری که وضع توزیع و افست کتاب‌ها چندان ایده‌آل نیست، نمی‌تواند توجیه‌پذیر باشد. این در حالی است که بپذیریم یک دانشجوی پزشکی وظیفه دارد این منبع چند هزار صفحه‌ای را به زبان اصلی بخواند. این منبع در نمایشگاه کتاب امسال، مورد بازدید دانشجویان پزشکی قرار گرفت و همانجا هم تمام شد. ولی آیا تمام دانشجویان در سراسر کشور پهناورمان می‌توانند تا اسفندماه به این کتاب دست بیابند؟

نکته دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که منبع آزمون‌های دستیاری یک سال پیش از آزمون و منبع آزمون جامع پیش‌کارورزی حدود چهار ماه پیش از امتحان معرفی می‌شود و اگر کسی نخواهد متخصص شود، به عنوان یک پزشک عمومی تقریباً تمام اطلاعات خود را برای درمان بیماران از مطالعه برای همین آزمون به دست می‌آورد.همه اینها مؤید این مطلب است که سال‌هاست متولیان آموزش پزشکی هم امتحان جامع پیش‌کارورزی را جدی نگرفته‌اند. هر چند دانشجویان همچنان ناچارند که این امتحان را جدی بگیرند تا در انتهای شش سال تلاش نفس‌گیر، با مدرک معادل کارشناسی اخراج نشوند!