

مقاله آموزشی

تحلیلی در مورد عوارض پزشکی و جراحی

دکتر سیدعلی جلالی*

عارضه در جراحی و یا درمان بیماران همیشه مسئله‌ای آزاردهنده برای پزشکان و جراحان بوده و هست. جراحان سخت تلاش و کوشش کرده و در اعمال جراحی طولانی سلامت جسم خود را چه از طریق ایستادن متمادی در وضعیت‌های غیرعادی و ناموزون و یا از طریق تماس با اجسام برنده و ترشحات آلوده به خطر می‌اندازند و در تمام مدت درمان و یا پس از عمل جراحی و دوران نقاهت با همه دقتی که می‌کنند، شب‌ها با هر تلفنی دچار اضطراب و نگرانی از عارضه‌دار شدن بیمارشان می‌شوند. گاه دچار تردید می‌شوند که اگر روش درمان را تغییر دهیم شاید بهتر باشد و همچنان این دغدغه و اضطراب از عارضه و ناهموار بودن روند بهبودی بیمار در ذهن آنهاست و عمیقاً با خون و رگ و پوست جراحان آشنا است. به همین جهت است که طبق آمار جراحان نسبت به افراد غیر از حرفه خود با توجه به یکسان بودن وضعیت جسمی ده سال کمتر زنده می‌مانند. این کاهش ده ساله در اثر فشار و اضطرابی است که شغلشان ایجاد کرده است.

هنگامی که خطری جان بیمار را تهدید کند، پزشک در فکر هیچگونه بازده مالی نبوده و به علت احساس همدردی که با خانواده بیمار دارد، بهره مادی در فکرش نیز راه نمی‌یابد و اگر ناآرامی و یا جنگی درگیر شود، وظیفه خود می‌داند که آنچه در توان دارد انجام دهد و چه بسا در این راه جانباز و یا جان‌باخته شود. ولی آیا صاحبان سرمایه در هنگام ناامنی و ناآرامی مانند جراح و پزشک فکر می‌کنند؟ یا خدای ناکرده درصد افزایش میزان سرمایه هستند؟ انگار که کسی از آنها توقع فداکاری و ایثار ندارد ولی از پزشک بحد قداست، توقع دارند.

بنابراین پزشکان و جراحان عارضه را خود خوب می‌شناسند و لازم نیست کسی تعاریف فلسفی از عارضه برایشان منتشر کند. اگر امروز کسی تحت عمل جراحی فتق اینگوئینال قرار گیرد، معمول آن است که بدون هیچ مشکلی پس از انجام جراحی بیمارستان را ترک کند و انتظار عارضه‌ای هم نداشته باشد. ولی نیم قرن پیش در کشورهای پیشرفته هم درصدی انتظار عارضه وجود داشت و یا هم اکنون در کشوری مانند بنگلادش بغیر از سایر عوارض نزدیک به سی درصد احتمال عفونت وجود دارد. حتی در کشور همسایه غربی بیماران با لباس خیابان به اطاق عمل برده می‌شوند و لذا احتمال عفونت در همین یک مقوله حتی در اعمال جراحی انتخابی چندین برابر معیارها و آمارهای بین‌المللی و غربی است.

عارضه را می‌توان اینگونه تعریف کرد که عبارت است از یک حادثه نامطلوب و ناخواسته که در اثر مستقیم یک عمل جراحی و یا یک نوع درمان دامن‌گیر بیمار شود و به عبارت دیگر چنانچه عمل جراحی و یا درمان طبق پیش‌بینی و انتظار و نظر جراح پیش می‌رفت، این اتفاق نمی‌افتاد.

حال با توجه به این تعریف سوالی پیش می‌آید و آن اینکه اگر چند روز پس از عمل جراحی بیمار دچار سکت قلبی یا مغزی شود، بنا به تعریف بالا چون اثر مستقیم جراحی نیست، نمی‌تواند عارضه باشد زیرا در حقیقت سکت در بیمار مبتلا به اتروسکلروز، از قبل و از مدت‌ها پیش پایه‌ریزی شده بود و در کمین نشست‌ه بوده است؛ و متأسفانه این اتفاق پس از عمل جراحی افتاده است و از

* نویسنده پاسخگو: دکتر سیدعلی جلالی

تلفن: 88766331-6

E-mail: s.aliJalali@Yahoo.com

* استاد گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات گوارش، دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ وصول: 1395/09/29

تاریخ پذیرش: 1396/01/15

طرفی می‌دانیم که آترواسکلروز علت وراثتی داشته و با پس زمینه قبلی ایجاد شده است. پس طبق این تعریف عارضه محسوب نمی‌شود و یا اینکه بایستی تعریف عارضه را تغییر داد. اما بعضی نیز بخصوص در ممالک متحده آنقدر افراطی برخورد می‌کنند که بیماری که قرار است برای درمان به بیمارستان مراجعه کند، حتی در راه بیمارستان اگر دچار هر حادثه‌ای شود که در خانه احتمال وقوع نبود، عارضه محسوب می‌کنند و اینگونه استدلال می‌شود که اگر او آن روز به قصد دیدار پزشک از خانه خارج نمی‌شد، این اتفاق پیش نمی‌آمد. اما در کشورهای پیشرفته دیگر که پزشکی همگانی است، عارضه به آسانی تعریف نشده و اغلب از کنفرانس‌های داخل گروه‌های پزشکی تجاوز نمی‌کند.

در کشور خود ما هم قبل از نیم قرن که گذشت پزشک در اجتماع حکیمی آگاه و با فداست بود و با منشی فراتر از انسان معمولی تصور می‌شد و بالاتر و فراتر از امکان تعلل بود.

حال نخبگان پزشکی و سایر همکاران پرکارمان بایستی تعریف کنند که ما کجا ایستاده‌ایم؟ آیا ما دنباله رو ایالات متحده هستیم؟ و یا بازگشته به معنویات و تفکرات ذهنی پاک و بی‌آلایش گذشته خود می‌باشیم؟

آیا در واقع پزشکی حرفه‌ای صرفاً تجاری است؟ و اگر پزشکان، با کسر هوشی خوب و نمرات عالی که در کنکور می‌آورند، چنانچه وارد تجارت می‌شدند، موفقیتی دو چندان نداشتند؟ پس اینها بیشتر بخاطر جنبه معنوی آن، رشته پرمخاطره و پرزحمت پزشکی را انتخاب کرده‌اند، نه به خاطر جنبه تجاری آن. البته باید گفت که خود ما پزشکان نیز در این تغییر طرز تفکر سهمی داشته‌ایم، زیرا ما خود نیز قداست حرفه را فراموش کرده و خویشتن را با سایر صنوف مقایسه می‌کنیم.

اما عارضه به خفیف، متوسط و یا سخت و شدید تقسیم‌بندی شده است. همچنین عارضه ناشی از اشکال در عملکرد جراح و یا از عدم عملکرد ممکن است پیش آید و آیا اتفاق و پیش آمد غیرقابل پیشگیری بوده و یا همراه با غفلت و کوتاهی و یا امکان کوتاهی پیش آمده است و نیز آیا عارضه عملکردی، یا کوتاهی و قصور غیرعملکردی است. اما برای تعیین عارضه بطوری که مثال آورده شد بایستی افراطی و یا تفریطی برخورد کرد، بلکه باید از تعادل برخوردار باشد و بنابراین تعیین عارضه جراحی فقط به عهده پزشکان و جراحان انتخابی و با تجربه از کل صنف، همانند هیئت منصفه است که خود دست اندر کار آنگونه اعمال جراحی و یا درمان باشند، نه آنکه کار اداری داشته باشند و یا از کار جراحی دست کشیده‌اند. تخصص‌های دیگر مانند پزشکی قانونی و یا پاتولوژی نمی‌توانند برای جراح تصمیم بگیرند، همچنانکه جراح برای متخصص‌های داخلی نمی‌تواند تصمیم گیرنده باشند. همچنین پیش آمده‌ها نسبت به عضو جراحی شده، مکان و امکانات شهری که در آن عمل جراحی انجام شده متفاوت است. مثلاً احتمال عفونت در کشور بنگلادش و یا عراق بیست برابر بیش از مراکز دانشگاهی ما است. احتمال عفونت در برش اپی‌زیوتومی بیش از ده برابر انسیزیون‌های شکمی است. اما از طرف دیگر امکان عفونت محل عمل در ایمپلنت‌های دندانی بسیار کمتر از پروتزهای ارتوپدی است، با وجودی که محیط دهان استریل نیست و اعمال ارتوپدی در محیطی فوق استریل انجام می‌شود.

باید اضافه کرد که در کشورهای پیشرفته انواع و اقسام وسائل مورد نیاز جراح هنگام عمل جراحی در دسترس است؛ مانند انواع استاپلرهای روده، عروقی و همچنین وسائل ترموکواگولاسیون و فتوکواگولاسیون (لیزر) با قدرت‌های مختلف و نیز وسایل برنده اولتراسونیک. به غیر از الکتروکواگولاسیون و لیگاشور که در اینجا گاهی هست و به درستی کار می‌کند و گاه نیست و یا به خوبی کار نمی‌کند. پس یک عارضه در کشورهای پیشرفته غربی نمی‌تواند در کشورهای در حال پیشرفت عارضه محسوب شود.

از حدود چهار دهه پیش دو فیلسوف بزرگ خطاهای انسانی را تعریف و مورد بررسی قرار دادند، و به این مسئله پرداختند که چگونه یک هواشناس گاهی نمی‌تواند محل وقوع طوفان را به طور دقیق پیش بینی کند. دلیل این اشکال را به سه عامل نسبت دادند که دلیل نخست آن ندانستن و به عبارت درست‌تر عدم کفایت دانش بود، زیرا علم نحوه رفتار و طرز عمل طوفان را به درستی آشکار نمی‌کند. عامل دوم نارسائی و یا قصور هواشناس است که نتوانسته علم هواشناسی را در آن مورد مذکور به درستی فهمیده باشد و با موقعیت پیش آمده تطبیق دهد. این فیلسوفان معتقدند که علم بالاخره بر ندانستن‌ها چیره خواهد شد و نارسائی علمی را تا آنجا که دانش هواشناسی روشن و آشکار کرده در مراکز دانشگاهی جبران خواهد کرد. اما عامل سوم وجود ضریب خطا است که ناگزیر اتفاق می‌افتد. باید گفت که بسیاری از مسائل علمی وجود دارند که هنوز هم بشر به فهم آن دست نیافته و یا اینکه دست نیافتنی است و در این مورد می‌توان گفت که نمی‌توان از علم هواشناسی انتظار داشت که بگوید نحوه عمل دقیق طوفان با سرزمین طوفان زده چه

می‌شود و چه خواهد شد؟ اگر چه طوفان‌ها همه در کل به علت طوفان بودنشان تند بادی از تغییرات جوی هستند ولی همانند همدیگر نبوده و هم قدرت هم نیستند و نیز توان آن در معرض تغییر است.

در راه رسیدن به مقصد نیز با بسیاری از عوامل شناخته شده و ناشناخته مواجه می‌باشند. بنابراین رفتار طوفان در مقصد به درستی قابل پیش‌بینی نیست و برای پیش‌بینی دقیق احتیاج به شناسائی کامل جزئیات اتفاقات جوی در کره زمین است که نیاز به یک دانش مافوق بشری است. همچنین نحوه پیش‌بینی بر حسب برخورداری از وسائل مختلف سنجش هوا که در دسترس مؤسسه مورد نظر می‌باشد، یقیناً متفاوت است.

در علم فیزیک به یقین می‌دانیم که اگر تکه‌ای یخ را درون آتش بیفکنیم ذوب خواهد شد؛ ولی وقتی پیش‌بینی از جدال بیماری و درمان در بدن یک شخص است، قضیه بیشتر به طوفان و تأثیر بر سرزمین طوفان زده شباهت دارد تا افتادن یخ در آتش. ما تصور می‌کنیم که هنگام بیماری عکس العمل افراد نسبت به آن بیماری خاص یکسان است. البته در اکثر موارد چنین است، اما در اقلیتی اینگونه نیست. همانطوری که فشارهای روحی در همه افراد یک اندازه و یکسان بازتاب ندارد. در فشارهای جسمی هم همینطور است، اما در آن اکثریتی هم که انتظار عکس العمل یکسان داریم نیز به دلیل تفاوت‌های سنی، جسمی و فیزیولوژیک کاملاً یکسان نمی‌باشند، بخصوص که بعضی نیز بیماری زمینه‌ای دارند و برخی داروهایی مصرف می‌کنند که اثر آن داروها نیز در افراد کاملاً یکسان نیست.

همانطوری که در علوم گفته شد ضریبی از خطا وجود دارد. در پزشکی هم که علم کاملی نیست ضریب خطا فراوان تر است. در بهترین مراکز دنیا در مورد آپاندیسیت حد حدود ده درصد ضریب خطا وجود دارد و به همین جهت در آن بیمارستان‌ها اگر پزشکی در مدت یک سال تعداد آپاندیس‌هائی که خارج کرده و به پاتولوژی فرستاده، بیش از ضریب خطا باشد اخطار خواهد گرفت. در همین بیماری بخصوص در کودکان، شیرخواران، میانسالان و سالمندان ضریب خطا بیشتر است و لذا این گروه‌ها اغلب مواجه با عوارض بیماری می‌شوند. در اینجاست که اگر به پزشکان و یا جراح دیر مراجعه شود، بیماری پیشرفت کرده و عوارض سخت و گاه کشنده در انتظار بیمار خواهد بود و اگر زود هنگام و یا با قاطعیت برخورد شود، ضریب خطا ممکن است افزایش داشته باشد. پس بهتر است پزشکان و جراحان را به حال خود وا گذاشت، بطوری که فقط به تحصیلات، تجربیات و دانستنی‌های خود پای بند باشند؛ زیرا عوامل بیرونی ممکن است آنها را وادار به درمان بیش از حد و یا کمتر از اندازه نماید. بهتر است تعادل مثل همه جا در درمان هم رعایت شود.

بطوری که گفته شد و باز تکرار می‌شود کسانی می‌توانند عارضه را در پزشکی تعیین کنند که خود در آن رشته پرکار و فعال باشند، نه آنکه عارضه را در کتاب‌ها و اینترنت جستجو کنند.

زیرا عوارض در سنامه‌ای غربی، نمی‌تواند به هر جا تعمیم پیدا کند. پزشکی در کشورهای جهان سوم را شاید بتوان با فوتبالشان مقایسه کرد؛ با اینکه ورزش هیچ رمز و رازی ندارد، خطا و قصور بازیکنان مانند بازی آنها متفاوت و از نظر نتیجه با کشورهای پیشرفته غیرقابل مقایسه است. همانطور که بازیکنان بایستی هم آهنگی کامل با یکدیگر داشته باشند، جراحی و درمان نیز یک کار تیمی است و تمام افراد تیم هر یک نقش خود را داشته و می‌توانند در سرنوشت تیم مؤثر باشند.

مثلاً اجرا نشدن دقیق دستورات پس از عمل، از تزیقات گرفته تا چرخاندن بیمار، فیزیوتراپی و یا ساکشن ترشحات، هر یک ممکن است در نتیجه کار تأثیر بسزائی داشته باشد. البته تأثیر نحوه هوشبری و هم آهنگی دیگر پزشکان و پرسنل دست اندرکار از آزمایشگاه گرفته تا پرسنل اطاق عمل قبل و پس از عمل در نتیجه کار خود توضیح واضح است.

گفته شد که عارضه جزئی از زندگی روزمره پزشکان و جراحان است و باید با آن صمیمی و شفاف برخورد کنیم و با تجزیه و تحلیل علت، از تجربیات تلخ خود و دیگران بیاموزیم.

می‌توان گفت اکثر اعمال جراحی حیات‌بخش و نجات‌دهنده نیستند، شاید تعدادی هم باشند، لذا باید دید کیفیت زندگی در بیمار پس از عمل جراحی بهبود یافته است؟ گاه با بیمارانی برخورد می‌کنیم که مایلند عمل جراحی برایشان انجام شود و با اینکه خطرات آن به آنها گوشزد می‌شود، باز تصمیم به انجام آن دارند. مانند بیماری که از یک بیماری وخیم و پیشرفته رنج می‌برد و گمان می‌کند عمل جراحی می‌تواند نجات بخش باشد ولی پس از جراحی مواجه با اتفاقات ناگوار می‌شوند. برعکس نیز کسانی هستند که داروی تجویز شده و یا عمل جراحی پیشنه‌ای به صلاح آنان و گاه نجات‌دهنده بوده و به تصور آنکه می‌توانند خود بر بیماری غلبه کنند و یا از درمان‌های عوام فریبانه استفاده نمایند، از درمان و یا عمل اساسی سر باز می‌زنند و یا آنقدر دیر مراجعه می‌کنند که

هیچ اقدامی کارساز نخواهد بود. مانند بیمار مبتلا به پای دیابتیک که اگر نیاز به قطع قسمتی از عضو دارند با نفی درمان و عدم اقدام به جراحی و با اضافه شدن عفونت در بیماری و کاهش ایمنی، زندگی خود را در معرض خطر جدی قرار می‌دهند. آیا در این موارد پزشک باید نقش یک حکیم ناصح را نیز بازی کند تا بتواند او را متقاعد کند؟ در صورت نپذیرفتن درمان و یا پس از مواجه شدن با خطر جدی نخواهد گفت که پزشک می‌بایستی برای پذیرش درمان به او بیشتر تلاش می‌کرد؟ و یا اطرافیان که از جزئیات واقعه خبر ندارند، پزشک را به تعلل متهم نخواهد کرد و اینگونه است که ممکن است پزشکان وضعیت تدافعی بخود گرفته و از پذیرش و درمان بیمار بدحال شانه خالی کنند و بدین جهت است که مثال طنزگونه دراز کردن حکیم باشی از گذشته‌های دور مصطلح شده است. لذا مسئولیت پزشک چیزی فراتر از یک درمانگر در اجتماع معرفی می‌شود.