

مدیریت طغیان کووید-۱۹ در بیمارستان‌های ایران؛ نقاط قوت و ضعف COVID-19 Outbreak Management in Hospitals of Iran; Strengths and Weaknesses

محمد جواد بهزادنی^{۱*}، فاطمه صبوری^۲
Mohammad Javad Behzadnia^{1*}, Fatemeh Sabouri²

^۱ مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۲ دپارتمان پاتولوژی، بیمارستان شهید، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

¹ Trauma Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Pathology, Shohada Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

دیدگاه

محسوب شود (۳). وجود سرویس‌های بهداشتی مشترک در مراکز درمانی و نیز تردد همراهان بیماران در محیط‌های مشترک به خصوص در اورژانس نیز تا حدی به احتمال افزایش این آلودگی‌ها می‌افزود، به نحوی که پس از گذشت چندین هفته از فراگیر شدن کشوری و جهانی آن، بیمارستانها به عنوان یکی از مراکز آلوده با امکان انتقال بالای ویروس مطرح گردیدند (۴).

اهمیت این موضوع وقتی مشخص تر گردید که جمعی از کادر درمانی نیز مبتلا به این ویروس شده و حتی شاهد از دست رفتن جمعی از آنها بوده‌ایم. دیری نپایید که گزارش احتمال انتقال ویروس در محیط از احتمالی در حد ریزقطرات (Droplets) به انتقال از طریق هوا (Airborne) بدل گردید. البته اثبات این موضوع هنوز در دست بررسی است ولی در هر صورت لزوم مراقبت‌های بیشتر در محیط‌های جمعی و حتی در مواجهه غیرمستقیم با بیماران و افراد مشکوک را بیش از پیش مورد تاکید قرار می‌دهد (۵). به نظر می‌رسد علیرغم مراقبت‌های حین مواجهه با بیماران، این گروه از کادر درمانی بیشتر در محیط‌های آلوده بیمارستانی و یا احتمالاً سایر محیط‌های اجتماعی که در ابتدا کم خطر متصور می‌شد و چه بسا در زمان‌هایی که مراقبت‌ها و وسایل حفاظت شخصی چون ماسک کمتر به کار می‌رفته، آلوده شده باشند که می‌تواند ناشی از نادیده گرفتن احتمال خطر در مراحل اولیه برخورد با این تهدید باشد. از سوی دیگر خطر درگیری کادر درمانی با توجه به مواجهه مکرر و بار ویروسی بیشتر در این مواجهات قطعاً بیش از جمعیت عادی جامعه خواهد بود. چنین به نظر می‌رسد که در این واقعه و حوادث مشابه در آینده، به عنوان بخشی از مدیریت دفاع بیولوژیک، بایستی ضمن پیش‌بینی کارشناسانه حجم و ابعاد درگیری جامعه بلافاصله مراکز خاصی به طور کامل به این امر اختصاص یابند (۶). استفاده از مراکز چون نمایشگاه‌های دائمی و ورزشگاه‌ها می‌تواند گزینه‌ای مناسب و

اولین موارد گزارش ابتلا به کرونا در ایران با فوت دو بیمار در شهر قم در حالی مشخص گردید که بیش از یک ماه از شروع اولین موارد گزارش شده در شهر ووهان چین و گسترش سریع آن در دنیا می‌گذشت (۱،۲). شاید در ابتدا آمادگی مواجهه با چنین پاندمی و طغیان سریع آن در جنوب شرق آسیا و سایر کشورهای دنیا وجود نداشت؛ به نحوی که مردم و تا حدی سیستم بهداشت و درمان کشورمان هم تصور چنین حجم فراگیری را نمی‌کردند. با افزایش تعداد افراد درگیر و سیر مراجعات به بیمارستان‌ها کم‌کم علائم خطر، خود را بیشتر نمایان ساخت؛ به گونه‌ای که روزانه و به سرعت، بخش‌های مشخص شده بیمارستانی مملو از بیماران مشکوک به کرونا گردید و نیاز به اضافه کردن تخت‌ها و حتی بیمارستان‌های معین در شهرهای درگیر و متعاقباً در کل کشور احساس شد. به هر حال کسب آمادگی کشوری در چنین سطحی خود تمرین مانوری واقعی در مواجهه با حملات بیولوژیک به شمار می‌آید.

نکته حائز اهمیت آنکه در ابتدا بسیاری از مراکز درمانی در ایران، به طور کامل به عنوان مرکز کرونا و ارجاع جهت درمان بیماران مشکوک قرار نگرفته بودند؛ به نحوی که در کنار پذیرش روزمره سایر بیماران خود، بخش یا بخش‌هایی به این مقوله اختصاص یافت. این امر در بسیاری از کشورهای دیگر هم صادق بود. طبعاً بسیاری از بیماران در ابتدای امر و به طور ناخودآگاه از امکانات پاراکلینیک آزمایشگاهی و تصویربرداری مشترک استفاده نموده‌اند. بخش تریاژ و درمان سریع (Fast Track) اولیه بسیاری از بیماران مشکوک به کرونا و بیماران غیرکرونايي در محلی مشترک بوده و این خود می‌توانست امکان مواجهه‌ی بیشتر افراد غیردرگیر را در محیط‌های مشترک دو چندان کند و می‌تواند به عنوان چالشی نادیده گرفته شده در مدیریت سلامت در این بحران

دیگر، توصیه‌های عمومی و اقدامات پیشگیرانه از جمله در خانه ماندن و حفظ فاصله فیزیکی، بیش از پیش قدرت گرفت. مدیریت امواج متعدد مراجعین و افراد مشکوک از یک سو و تصمیم‌گیری فوری در تبدیل بخش‌های عادی بیمارستانی به بخش‌های ویژه درمانی بیماران کرونا بر اساس شواهد و رصد لحظه به لحظه ورودی بیماران بسیار مهم و حیاتی است؛ کاری که در ایران و به همت همه گروه‌های پزشکی و کادر درمانی و حمایت مدیریت کلان کشور صورت گرفت و در مقایسه با کشورهای دیگر و حتی پیشرفته، آن هم در شرایط تحریم به عنوان نقطه قوت کار، بسیار ستودنی و ارزشمند بوده است.

با اینحال، به نظر می‌رسد به منظور مدیریت بهتر امکانات و پرهیز از انجام آزمایشات و رادیولوژی غیرضروری نیازمند عزم جدی‌تر سیستم درمانی کشور در ایجاد وحدت رویه تشخیصی و درمانی می‌باشیم. در حال حاضر آنچه که حائز اهمیت است بررسی دقیق تر ابعاد تشخیصی-درمانی مبتنی بر شواهد و تکمیل و تصحیح دانسته‌ها در جهت سودمندی حداکثری مبتلایان می‌باشد.

تضاد منافع: نویسنده تصریح می‌نماید که هیچگونه تضاد

منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Ghinai I, McPherson TD, Hunter JC, Kirking HL, Christiansen D, Joshi K, et al. First known person-to-person transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in the USA. *The Lancet*. 2020.
2. Farnoosh G, Alishiri G, Hosseini Zijoud S R, Dorostkar R, Jalali Farahani A. Understanding the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease (COVID-19) Based on Available Evidence - A Narrative Review. *J Mil Med*. 2020; 22 (1):1-11.
3. Peters A, Vetter P, Guitart C, Lotfinejad N, Pittet D. Understanding the emerging coronavirus: what it means for health security and infection prevention. *Journal of Hospital Infection*. 2020.
4. Zhou P, Huang Z, Xiao Y, Huang X, Fan XG. Protecting Chinese Healthcare Workers While Combating the 2019 Novel Coronavirus. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020:1-4.
5. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2020;83(3):217-20.
6. Coignard-Biehler H, Rapp C, Chaplain JM, Hoen B, Che D, Berthelot P, et al. The French Infectious Diseases Society's readiness and response to epidemic or biological risk—the current situation following the Middle East respiratory syndrome coronavirus and Ebola virus disease alerts. *Medecine et maladies infectieuses*. 2018;48(2):95-102.

بالقوه برای پرهیز از درگیری سریع بیمارستان‌های ارجاعی کشور و در عین حال مدیریت امکانات درمانی و نیز نیروی انسانی در سطح ملی به شمار آید.

مواجهه کادر درمانی با موجی از انواع مراجعات مرتبط با کرونا نیز نیازمند مدیریت و برنامه ریزی است. این سیل مراجعات بیماران را می‌توان به موارد زیر تفکیک نمود: ۱- بیماران علامت‌دار واقعی نیازمند بررسی و در نهایت، بستری یا ترخیص. ۲- سایر افراد خانواده که صرفاً به علت همراهی با بیمار جهت بررسی آمده‌اند. ۳- افرادی که به هر دلیل و قبل از هرگونه علامتی خودشان تست RT-PCR کرونا داده و مثبت بوده‌اند. ۴- افراد بدون علائم بالینی واضح که با درگیری در سی تی اسکن ریه از سایر مراکز ارجاع می‌شوند. ۵- گروه بدون علامتی که صرفاً نگران از احتمال بیماری‌اند. با توجه به شرح فوق، مراجعات غیرضروری، خود سبب شلوغی بیش از حد مراکز و خستگی کادر درمانی می‌شوند.

خوشبختانه، مدیریت هر گروه از بیماران و مراجعین بر اساس شرایط بیمارستانی و با گذشت زمان خود دست خوش تحول و تکمیل گردید؛ به طوری که بیمارستان‌ها در انتخاب بیماران و تریاژ آنها به تدریج حرفه‌ای و تخصصی‌تر عمل کرده و بسیاری از بیماران بر اساس پروتکل‌های وزارت بهداشت و پس از شرح حال، معاینات و پاراکلینیک مناسب با دستورات دارویی ترخیص و توصیه به قرنطینه خانگی گردیدند. افراد مشکوک و علامت دار نیز در سیر بررسی‌های تکمیلی و بعضاً بستری قرار گرفتند. از سوی