رویای فردا

برای نخستین بار در کشور صورت گرفت

بهره‌گیری از دریچه‌های قلبی بدون دوخت‌ودوز

کامران باباژاده

کوره علم: برای اولین‌بار در ایران، عمل تعویض دریچه قلب با استفاده از دریچه‌های بدون دوخت‌ودوز (با بهره‌گیری از روش جراحی که‌تهاجمی (Sutureless) در بیمارستان میلاد تهران بر روی خانم ۶۷ساله‌ای که مبتلا به تنگی شدید دریچه آئورت بود، با موفقیت انجام شد که در نوع خود تجربه‌ای استثنایی به شمار می‌رود. گفتنی است این عمل جراحی به سرپرستی دکتر «کامران باباژاده» فوق‌تخصص جراحی قلب و عروق و مدیرگروه جراحی قلب بیمارستان میلاد انجام شد. آنچه در ادامه می‌آید مروری کوتاه بر شرایط تعویض دریچه‌های قلبی و روش‌های آنجام آن است.

دریچه آئورت در محل اتصال بطن چپ به سرخرگ آئورت قرار دارد و خروج خون از بطن چپ به این سرخرگ را تسهیل می‌کند. بیماری‌های این دریچه در دوگروه کلی می‌تواند باعث نارسایی یا تنگی این دریچه شود که در نوع شدید این اختلالات، تعویض دریچه قلبی، درمان مناسب تلقی می‌شود.

در این میان تنگی دریچه آئورت با توجه به شیوع آن از اهمیت خاصی در بین بیماری‌های قلبی-عروقی برخوردار است. از آنجایی که تخریب دریچه آئورت به دنبال رسوب کلسیم با افزایش سن ارتباط مستقیم دارد، امروزه با افزایش امید به زندگی و به تبع افزایش جمعیت سالمندان، تعداد مبتلایان به بیماری تنگی شدید دریچه آئورت افزایش یافته است. با ارتقای سطح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در ایران و افزایش امید به زندگی، تعداد بیماران نیازمند به تعویض دریچه آئورت در کشورمان نیز رو به افزایش است. تعویض دریچه آئورت به‌شکل متداول با استفاده از دریچه‌های فلزی و دریچه‌های بیولوژیک (حیوانی) انجام می‌پذیرد که انتخاب نوع دریچه با توجه به سن، جنس و تمایل بیمار تعیین می‌شود.

در دقیقه سینه و تنگی نفس، خصوصا در زمان فعالیت از علایم شایع تنگی دریچه آئورت است. مقاومت در مقابل خروج خون از بطن چپ به‌دنبال تنگی دریچه آئورت باعث افزایش فشار بر عضله چپ می‌شود. در صورت عدم‌توجه به علایم فوق و عدم شروع درمان مناسب، ضخامت عضله قلب افزایش یافته و نارسایی قلبی عارض می‌شود. ایست ناگهانی قلب از عوارض وخیم این بیماری بوده و در مراحل پیشرفته اتفاق می‌افتد.

در روش متداول عمل جراحی، پس از خارج‌کردن دریچه بیمار، یکی از انواع دریچه‌های مذکور با استفاده از نخ بخیه در محل طبیعی دریچه آئورت دوخته می‌شود. پس از جراحی، حداقل یک تا چندمورد از عوامل خطرساز مذکور را دارا هستند. از این‌رو در سال‌های اخیر دانشمندان با ابداع روش‌های جدید و طراحی دریچه‌های متفاوت تلاش خود را در جهت کاهش عوارض اعمال جراحی تعویض دریچه آئورت معطوف داشته‌اند.

در راستای همه هدف مذکور و با در نظرگرفتن ارتباط منطقی بین طول مدت عمل جراحی و عوارض ناشی از آن اخیرا تعدادی از شرکت‌های معتبر در عرصه تولید دریچه‌های قلبی دست به تولید دریچه‌های بدون نیاز به دوخت‌ودوز زده‌اند. این قابلیت باعث کوتاه‌شدن قابل‌ملاحظه طول مدت عمل جراحی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند از عوارض عمل جراحی قلب باز بکاهد. با بهره‌گیری از این تکنولوژی جدید می‌توان طول مدت ایست قلبی را در اعمال جراحی قلب باز حدود ۲۰ تا ۳۰درصد کاهش داد. دریچه‌های «Sutureless» از نوع دریچه‌های بیولوژیک هستند و به‌طور انتخابی در کشورهای بالای ۶۰سال با خانم‌هایی در سن باروری توصیه می‌شوند. لازم به ذکر است اعمال جراحی قلب باز با برشی حدود ۲۵سانتیمتر در خط میانی قفسه سینه انجام می‌شود. در کشورهای پیشرفته این عمل (Minimally invasive) عمل جراحی قلب باز با برش‌هایی در حدود پنج‌سانتی متر در خط وسط یا برش پهان‌شده زیر چین سینه انجام می‌گیرد. بهره‌گیری از دریچه‌های بدون نیاز به دوخت‌ودوز، اعمال جراحی قلب باز به روش کوتاه‌کردن زمان عمل، جراحی قلب در بیماران پرخطر را تسهیل می‌کند.

در تاریخ یازدهم اسفند ۱۳۹۳، برای اولین‌بار در ایران عمل جراحی تعویض دریچه آئورت با بهره‌گیری از دریچه بدون نیاز به دوخت‌ودوز به سرپرستی نگارنده و در حضور نمایندگان بین‌المللی گروه ایتالیایی «سورین» (Sorin) با موفقیت انجام شد. در این عمل جراحی با برشی حدود پنج‌سانتیمتر بر روی دریچه «Perceval» محصول گروه «سورین» ایتالیا در قلب خانم ۶۷ساله‌ای جایگزین شد. طول مدت این عمل حدودا یک‌ساعت‌ونیم بود و بیمار، پس از عمل، مراحل بهبودی را به‌سرعت طی کرده و آماده ترخیص از بیمارستان شد. لازم به ذکر است با توجه به بهره‌گیری از آلیاژهای خاص، قیمت دریچه‌های فوق‌الذکر در مقایسه با انواع متداول آن کم‌تر است. در پایان ذکر این نکته ضروری است که خوشبختانه کشورمان از معدود کشورهای منطقه در استفاده از این قناوری بدیع است و امید می‌رود با حمایت شرکت‌های بیمه‌گر بتوان استفاده از دریچه‌های فوق‌الذکر را توسعه بخشید.

• فوق‌تخصص جراحی قلب و عروق
مدیرگروه جراحی قلب بیمارستان میلاد

«محمدرضا میرزاآقایان» در گفت‌وگو با «شرق»:

هر سال بر کودکان نیازمند جراحی قلب افزوده می‌شود

سالانه صدها کودک مبتلا به بیماری‌های قلبی در کشورجان خود را از دست می‌دهند

زینب همتی

جراحی قلب کودکان ازجمله رشته‌های حساس، پراسترس و کم‌درآمد است. باید عاشق باشی تا هشت‌ساعت بایستی و قلب نوزادی را عمل کنی و حیات دوباره به او ببخشی؛ نوزادانی که پس از عمل جراحی، زنانی برای تشکر ندارند و بهبودی او و نگاه رضایتمندانه والدین به فرزند، بالاترین دستمزد برای پزشک جراح است. وقتی کودکی را چندماه بعد، پس از عمل، برای معاینه نزد جراح می‌آورند، به دلیل رشد سریع در این دوران، حتی چهره‌اش برای جراح قابل‌تشخیص نیست و پزشک او را از روی چهره والدینش می‌شناسد. نوزاد رنجور دیروز، اکنون کودکی سالم و نتدرست است. که این امر مرهون زحمات پزشک جراح و تیم همراه است. برپایی «سومین‌کنگره مشترک قلب‌وعروق ایران» که ۱۲ تا ۱۵ اسفند امسال در دانشگاه شهیدبهشتی تهران برگزار شد، فرصتی را فراهم آورد تا با دکتر «محمدرضا میرزاآقایان»، فوق‌تخصص جراحی قلب، جراح قلب کودکان، استادیار دانشگاه تهران و دبیر اجرایی این کنگره به گفت‌وگو بنشینیم که این گفت‌وگو در ادامه می‌آید.

■ شایع‌ترین بیماری قلبی نوزادان چیست؟ آیا تمام آنها از بدو تولد نیازمند عمل جراحی هستند؟

بیماری‌های سرشتی قلب کودکان (CHD) که به‌غلط به آن بیماری‌های مادرزادی اطلاق می‌شود، شایع‌ترین ناهنجاری سرشتی در نوزادان هستند. در بابع به سوال دوم باید بگویم که حداقل ۲۵درصد این نوزادان در سال اول زندگی به جراحی یا اقدام‌های مداخله‌گرایانه قوری نیاز دارند و بقیه آنها در سال‌های بعدی نیازمند درمان جراحی و طبی هستند.

■ چند نوزاد مبتلا به بیماری‌های قلبی سالانه در کشور متولد می‌شوند و چه تعداد از آنها نیازمند جراحی فوری هستند؟

سالانه بیش از ۱۴هزارکودک مبتلابه بیماری‌های قلبی در کشور متولد می‌شوند که از این تعداد سه تا چهارهزارنفر از آنها در همان سال اول بعد از تولد نیازمند اعمال جراحی قلب هستند. این درحالی است که به دلیل کمبود متخصص این رشته، کمبود مراکز درمانی و تخت‌های آی‌سی‌یو تخصصی برای قلب کودکان، سالانه حداکثر تنها امکان عمل جراحی دوهزاروپانصد تا سه‌هزار کودک در کشور وجود دارد و بقیه در لیست انتظار عمل‌های جراحی قرار می‌گیرند.

■ سرنوشت کودکانی که در لیست انتظار قرار دارند، چه می‌شود؟

با امکانات موجود از میان چهارهزار نوزاد متولدشده که فوقا نیازمند جراحی قلب هستند در خوشبینانه‌ترین حالت، سالانه حداکثر تنها برای هزاروپانصد فرصت رسیدگی به‌موقع وجود دارد. بقیه‌ازدیک‌ر، هرسال بر تعداد کودکان نیازمند جراحی قلب افزوده و تعداد زیادی هم از دست رفته یا غیرقابل‌جراحی می‌شوند که این امر باز برای بسیاری به والدینی که کودک آنها در لیست انتظار جراحی قرار دارد، وارد می‌کند. درواقع به‌دلیل کمبود امکانات درمانی برای جراحی قلب کودکان در بسیاری از مواقع، کودکان مبتلابه این نواقص سرشتی، به‌مدت طولانی در لیست انتظاری قرار می‌گیرند که هرساله بر آن نیز افزوده می‌شود.

■ در آمار فوق، فقط به بیماری‌های قلبی سرشتی اشاره داشتید، بفرمایید تکلیف کودکانی که به‌ظور اکتسابی مبتلا به بیماری‌های قلبی دچار می‌شوند و نیازمند عمل جراحی هستند، چه می‌شود؟

به نکته خوبی اشاره کردید. بعضی از کودکان هم ممکن است به‌دلیل عفونت‌ها، ایجاد تومور، مشکلات دریچه و... به بیماری قلبی مبتلا و نیازمند عمل‌های جراحی شوند که وجود این کودکان نیز بر تعداد کودکان نیازمند عمل جراحی می‌افزاید.

■ نحوه اولویت‌گذاری برای جراحی قلب نوزادان و کودکان چگونه است؟

اولویت‌گذاری نوزادان و کودکان برمبنای وخامت وضعیت بالینی آنان صورت می‌گیرد. ما بیشتر درگیر بیماران حاد و به‌اصطلاح بیرسورما هستیم. نوزادانی که زیر دستگاه تنفس قرار دارند، به تب و عفونت دچارند و پس از عمل نیازمند مراقبت‌های بعدی هستند تا به عفونت دچار نشوند. این درحالی است که روزبه‌روز بر تعداد بیماران در فهرست بیماران قلبی می‌بصد. ولی خطرناک فوقاوه می‌شود.

■ با توجه به محدودیت امکانات عمل‌های جراحی، آیا ممکن است نوزادانی که شانس عمل جراحی بالایی دارند، جزو اولویت‌های اول درمانی قرار نگیرند؟

بله. در مواقعی تاثرپیر به حدف بیمارانی هستیم که پیش‌بینی بهبود آنان پس از عمل‌های جراحی کمتر از پنج تا ۱۰درصد است. این بیماران حتی درصورت عمل جراحی هم نه‌تنها قادر به انجام ورزش و فعالیت‌های سنگین نیستند، بلکه زندگی‌شان از کیفیت مطلوبی هم برخوردار نخواهد بود و اغلب عمر کوتاهی هم دارند. درعوض، اکثر بیماران قلبی دیوطنی که در سال‌های اخیر عده‌ای به زندگی پایانی می‌گذرند. ازآنجاکه عمل جراحی قلب نوزادان بسیار هزینه‌بر است. اکثر خانواده‌ها از عهده پرداخت آن برنمی‌آیند. هرچند در طرح تحول نظام سلامت، دولت هزینه‌های مربوط به جراحی این کودکان را پرداخت می‌کند، اما باتوجه به محدودیت منابع مالی دولت، باید اولویت با نوزادان و کودکانی باشد که شانس بیشتری برای بهبود دارند.

■ با توجه به پیشرفت‌های رشته جراحی کودکان، چنددرصد از عمل‌های جراحی امروزه موفقیت‌آمیز است؟

این مساله بسته‌به نوع بیماری، متفاوت است. درواقع نوع بیماری در بهبود مریض، بسیار موثر است. بیش از ۸۰درصد کودکانی که صرفا مشکل قلبی دارند با عمل‌های جراحی بهبود می‌یابند. به‌خصوص سوراخ بطن و دهلیز اگر به‌موقع عمل شود، نتیجه رضایت‌بخش است. در ۲۰درصد موارد هم نمی‌توان برای بیماران کار زیادی کرد. این گروه معمولا به‌جز مشکلات قلبی، در سایر اندام‌ها نیز دچار اشکال هستند. برای مثال یک‌کلیه دارند یا به مشکلات گوارشی یا ضعف سیستم‌ایمنی بدن مبتلا هستند. درمجموع باید گفت: خوشبختانه امروزه توانایی تشخیص بیماری‌های قلبی کودکان نسبت‌به گذشته بیشتر شده و درایران‌زمینه وضعیت قابل قبولی داریم. اما امکانات درمانی همزمان با امکانات تشخیصی توسعه نیافته‌اند.

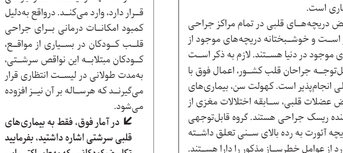
■ چندمرکز جراحی قلب کودک در کشور داریم؟ آیا این تعداد باتوجه به جمعیت کشورفالی است؟

درتهران سه‌مرکز و در شیراز، تبریز و اصفهان سه‌مرکز جراحی قلب کودک (درمجموع شش‌مرکز در کل کشور) داریم، که البته این تعداد کافی نیست. کشور انگلستان با دوسوم جمعیت ما، دارای ۱۳مرکز بسیار پیشرفته برای جراحی قلب کودکان است. درواقع علت محدودیت مراکز جراحی قلب اطفال، هزینه بالا و کمبود منابع مالی است. تاجایی‌که برخی مراکز دولتی هم تمایلی به راه‌اندازی بخش جراحی قلب کودکان ندارند. این درحالی است که هزینه عمل جراحی قلب نوزادان و کودکان در مراکز خصوصی، حدود ۳۰ تا ۴۰میلیون تومان است که پرداخت این هزینه از عهده اکثر خانواده‌ها خارج است. بسیاری از والدینی که فرزندشان دچار این مشکل است، تازه زندگی خود را شروع کرده‌اند و بعضا هنوز درگیر مخارج ازدواج و تشکیل خانواده هستند و از عهده پرداخت این مخارج برنمی‌آیند.

■ با کمبود چه تعداد تخت آی‌سی‌یوی تخصصی برای قلب کودکان در کشور روبه‌رو هستیم؟

درحال‌حاضر در مراکز دانشگاهی، تعداد تخت‌های آی‌سی‌یوی جراحی‌های قلب کودکان، تنها ۱۶تخت است که برای پاسخگویی به‌موقع، باید ظرفیت آی‌سی‌یوی جراحی قلب کودکان، حداقل سه‌برابر شده و به ۱۵۰ الی ۱۸۰تخت برسد. ازسوی‌دیگر، باتوجه به اینکه مساله مراقبت‌های پس از عمل جراحی، در موفقیت نهایی عمل بسیار موثر است، کمبود تخت‌های آی‌سی‌یو، علاوه‌بر آنکه جان نوزادان و کودکان دچار بیماری‌های قلبی را تهدید می‌کند، به همه اعضای تیم درمانی جراحی قلب کودکان نیز فشار کاری و روانی زیادی وارد می‌کند. مساله مهم در آی‌سی‌یوی قلب کودکان، نسبت پرستار به بیمار است و به هرکودک باید یک‌پرستار اختصاص داده شود. هرچند به‌دلیل کمبود پرستار در این بخش، حتی نسبت دوکودک به یک‌پرستار، از هم بی‌نظیریم. اما در برخی مراکز باز مشاهده با کمبود پرستار روبه‌رو هستیم.

■ به کمبود متخصص این رشته اشاره کردید. دلیل این کمبود چیست؟



سرمایه‌گذاری ناکافی در بخش‌های دولتی و دانشگاهی، آموزش ناکافی و سخت‌بیش از اندازه این رشته در کنار پایین‌بودن تعرفه خدمات درمانی ارایه‌شده جراحی قلب کودکان، منجربه بی‌رغبتی جراحان قلب به این رشته شده و هم‌اینک تمایل اندکی برای فعالیت در این رشته مشاهده می‌شود که همین امر سبب کمبود جراح در رشته جراحی قلب کودکان شده است. تاجایی‌که درحال‌حاضر در تمام کشور، تعداد جراحان قلب کودکان با تخصصی فلق در رشته جراحی قلب کودکان فارغ‌التحصیل دارند. از تعداد انگشتان دودست نیز کمتر است. به‌دلیل این کمبود در بعضی از مراکز، جراحی قلب اطفال توسط جراح قلب‌وعروق انجام می‌شود. این درحالی است که جراحی قلب کودکان اطفال یکی از گرایش‌های رشته جراحی قلب‌وعروق است که فوق‌تخصص‌های جراحی قلب در صورت تمایل باید یک‌دوره مصوب ۱۸ماهه را بگذرانند.

■ رویکرد صحیح برای حل این مشکل را چه می‌دانید؟

سرمایه‌گذاری مناسب برای ارتقای امکانات دولتی، تخصیص منابع کافی در جهت دو تا سه‌برابرشدن ظرفیت بخش‌های مراقبت‌ویژه جراحی قلب کودکان و جذب تبر درمانی زنده بدنبال بستر پرستار، فزیوتراپیست و... ضروری است. ازسویی‌دیگر ترغیب جراحان قلب برای فعالیت بیشتر در این رشته، ازطریق بالابردن منابع مالی تخصیص‌داده‌شده و افزایش کیفیت آموزشی جراحی قلب کودکان. با درنظرگرفتن دوره‌های آموزشی دلخواهی و دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت در خارج از کشور، ازجمله اقداماتی است که به کمک آن می‌توان به رفع موانع موجود کمک کرد.

■ نقش مراقبت‌های پس از عمل جراحی را درموفقیت جراحی تا چه‌حد مهم ارزیابی می‌کنید؟

پس از یک‌جراحی خوب، مراقبت‌های بعد از عمل، مهم‌ترین عامل برای حصول نتایج مطلوب است؛ برای مثال به‌دلیل ضعف سیستم‌ایمنی پس از جراحی، نوزادان و کودکان بسیار مستعد ابتلابه عفونت هستند و رعایت‌نشدن اصول پیشرفته مراقبتی می‌تواند زمینه‌ساز ابتلابه عفونت‌های کشنده شود. بنابراین، لزوم کارگروهی شامل فعالیت جراح قلب نوزادان، کاردیولوژیست (متخصص داخلی قلب) و همه اعضای تیم درمانی، برای دستیابی به یک‌عمل جراحی موفقیت‌آمیز بسیار حیاتی است. ازسوی‌دیگر، در کشورهای پیشرفته، مسوولیت آی‌سی‌یوی جراحی قلب برعهده متخصص آی‌سی‌یوی قلب کودکان است و فقط اقدامات تشخیصی و درمانی در حوزه کاردیولوژی و اقدامات جراحی برعهده جراح قلب کودکان است، اما در کشور ما برای دستیابی به نتیجه بهتر، ناگزیر مسوولیت مراقبت بعد از عمل هم برعهده جراح قلب و در برخی مراکز، برعهده متخصص داخلی قلب است که این امر فشار مضاعفی به تیم درمانی وارد می‌کند.

عکس: فرنی

گفت‌وگوی «شرق» با «محمدعلی یوسف‌نیا»
رییس انجمن جراحان قلب‌وعروق ایران

روان ناسالم احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد

بنفشه پورتاجی

آمار بیماری‌های قلب‌وعروق در کشور روبه‌افزایش است و متخصصان امر در مورد کاهش سن ابتلا به سکته‌های قلبی در کشور هشدار می‌دهند. علاوه‌براین، باوجود افزایش بیماری‌های قلب‌وعروق، رغبتی از سوی پزشکان جوان برای ورود به این رشته وجود ندارد و به گفته دکتر «محمدعلی یوسف‌نیا»، رییس انجمن جراحان قلب‌وعروق ایران، همین امر در آینده کشور را با بحران کمبود پزشک جراح قلب‌وعروق ماهر و باتجربه روبه‌رو خواهد کرد. دکتر «یوسف‌نیا»، البته معتقد است نه‌تنها آمار ابتلابه بیماری‌های قلب‌وعروق که به‌طورکلی، آمار ابتلابه بیماری در کشور زیاد است و «مهم‌ترین علت آن به‌نوع‌بحث به روش سلامت برمی‌گردد. برای «سومین کنگره مشترک قلب‌وعروق ایران» که ۱۲ تا ۱۵ اسفند امسال در دانشگاه شهیدبهشتی تهران برگزار شد، فرصتی را فراهم آورد تا با دکتر «محمدرضا میرزاآقایان»، فوق‌تخصص جراحی قلب، جراح قلب کودکان، استادیار دانشگاه تهران و دبیر اجرایی این کنگره به گفت‌وگو بنشینیم که این گفت‌وگو در ادامه می‌آید.

■ چندمرکز جراحی قلب کودک در کشور داریم؟ آیا این تعداد باتوجه به جمعیت کشورفالی است؟

درتهران سه‌مرکز و در شیراز، تبریز و اصفهان سه‌مرکز جراحی قلب کودک (درمجموع شش‌مرکز در کل کشور) داریم، که البته این تعداد کافی نیست. کشور انگلستان با دوسوم جمعیت ما، دارای ۱۳مرکز بسیار پیشرفته برای جراحی قلب کودکان است. درواقع علت محدودیت مراکز جراحی قلب اطفال، هزینه بالا و کمبود منابع مالی است. تاجایی‌که برخی مراکز دولتی هم تمایلی به راه‌اندازی بخش جراحی قلب کودکان ندارند. این درحالی است که هزینه عمل جراحی قلب نوزادان و کودکان در مراکز خصوصی، حدود ۳۰ تا ۴۰میلیون تومان است که پرداخت این هزینه از عهده اکثر خانواده‌ها خارج است. بسیاری از والدینی که فرزندشان دچار این مشکل است، تازه زندگی خود را شروع کرده‌اند و بعضا هنوز درگیر مخارج ازدواج و تشکیل خانواده هستند و از عهده پرداخت این مخارج برنمی‌آیند.

■ با کمبود چه تعداد تخت آی‌سی‌یوی تخصصی برای قلب کودکان در کشور روبه‌رو هستیم؟

درحال‌حاضر در مراکز دانشگاهی، تعداد تخت‌های آی‌سی‌یوی جراحی‌های قلب کودکان، تنها ۱۶تخت است که برای پاسخگویی به‌موقع، باید ظرفیت آی‌سی‌یوی جراحی قلب کودکان، حداقل سه‌برابر شده و به ۱۵۰ الی ۱۸۰تخت برسد. ازسوی‌دیگر، باتوجه به اینکه مساله مراقبت‌های پس از عمل جراحی، در موفقیت نهایی عمل بسیار موثر است، کمبود تخت‌های آی‌سی‌یو، علاوه‌بر آنکه جان نوزادان و کودکان دچار بیماری‌های قلبی را تهدید می‌کند، به همه اعضای تیم درمانی جراحی قلب کودکان نیز فشار کاری و روانی زیادی وارد می‌کند. مساله مهم در آی‌سی‌یوی قلب کودکان، نسبت پرستار به بیمار است و به هرکودک باید یک‌پرستار اختصاص داده شود. هرچند به‌دلیل کمبود پرستار در این بخش، حتی نسبت دوکودک به یک‌پرستار، از هم بی‌نظیریم. اما در برخی مراکز باز مشاهده با کمبود پرستار روبه‌رو هستیم.

■ به کمبود متخصص این رشته اشاره کردید. دلیل این کمبود چیست؟

سرمایه‌گذاری ناکافی در بخش‌های دولتی و دانشگاهی، آموزش ناکافی و سخت‌بیش از اندازه این رشته در کنار پایین‌بودن تعرفه خدمات درمانی ارایه‌شده جراحی قلب کودکان، منجربه بی‌رغبتی جراحان قلب به این رشته شده و هم‌اینک تمایل اندکی برای فعالیت در این رشته مشاهده می‌شود که همین امر سبب کمبود جراح در رشته جراحی قلب کودکان شده است. تاجایی‌که درحال‌حاضر در تمام کشور، تعداد جراحان قلب کودکان با تخصصی فلق در رشته جراحی قلب کودکان فارغ‌التحصیل دارند. از تعداد انگشتان دودست نیز کمتر است. به‌دلیل این کمبود در بعضی از مراکز، جراحی قلب اطفال توسط جراح قلب‌وعروق انجام می‌شود. این درحالی است که جراحی قلب کودکان اطفال یکی از گرایش‌های رشته جراحی قلب‌وعروق است که فوق‌تخصص‌های جراحی قلب در صورت تمایل باید یک‌دوره مصوب ۱۸ماهه را بگذرانند.

■ رویکرد صحیح برای حل این مشکل را چه می‌دانید؟

سرمایه‌گذاری مناسب برای ارتقای امکانات دولتی، تخصیص منابع کافی در جهت دو تا سه‌برابرشدن ظرفیت بخش‌های مراقبت‌ویژه جراحی قلب کودکان و جذب تبر درمانی زنده بدنبال بستر پرستار، فزیوتراپیست و... ضروری است. ازسوی‌دیگر ترغیب جراحان قلب برای فعالیت بیشتر در این رشته، ازطریق بالابردن منابع مالی تخصیص‌داده‌شده و افزایش کیفیت آموزشی جراحی قلب کودکان. با درنظرگرفتن دوره‌های آموزشی دلخواهی و دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت در خارج از کشور، ازجمله اقداماتی است که به کمک آن می‌توان به رفع موانع موجود کمک کرد.

■ نقش مراقبت‌های پس از عمل جراحی را درموفقیت جراحی تا چه‌حد مهم ارزیابی می‌کنید؟

پس از یک‌جراحی خوب، مراقبت‌های بعد از عمل، مهم‌ترین عامل برای حصول نتایج مطلوب است؛ برای مثال به‌دلیل ضعف سیستم‌ایمنی پس از جراحی، نوزادان و کودکان بسیار مستعد ابتلابه عفونت هستند و رعایت‌نشدن اصول پیشرفته مراقبتی می‌تواند زمینه‌ساز ابتلابه عفونت‌های کشنده شود. بنابراین، لزوم کارگروهی شامل فعالیت جراح قلب نوزادان، کاردیولوژیست (متخصص داخلی قلب) و همه اعضای تیم درمانی، برای دستیابی به یک‌عمل جراحی موفقیت‌آمیز بسیار حیاتی است. ازسوی‌دیگر، در کشورهای پیشرفته، مسوولیت آی‌سی‌یوی جراحی قلب برعهده متخصص آی‌سی‌یوی قلب کودکان است و فقط اقدامات تشخیصی و درمانی در حوزه کاردیولوژی و اقدامات جراحی برعهده جراح قلب کودکان است، اما در کشور ما برای دستیابی به نتیجه بهتر، ناگزیر مسوولیت مراقبت بعد از عمل هم برعهده جراح قلب و در برخی مراکز، برعهده متخصص داخلی قلب است که این امر فشار مضاعفی به تیم درمانی وارد می‌کند.

■ لطفا در مورد افزایش کیفیت رشته جراحی قلب بیشتر توضیح دهید.

رشته جراحی قلب مانند بسیاری از رشته‌های دیگر، هروز تخصصی‌تر می‌شود. فناوری، ابزارها و تجهیزات جدیدی وارد این رشته شده است که به‌کارگیری آن نیازمند شناخت دانش استفاده از این تجهیزات با هدف بهره‌گیری هرچه‌بیشتر از این دستگاه‌ها و رسیدن به نتیجه درمانی بهتر است. برای مثال در جراحی‌های کم‌تهاجمی، جراحان قلب علاوه‌بر ابزارهای جدید، برای افزایش کیفیت درمان، نیازمند حمایت‌های همه‌جانبه وزارت بهداشت نیز هستند.

■ به حمایت وزارت بهداشت از جراحی‌های کم‌تهاجمی اشاره داشتید. چرا این دست جراحی‌ها نیازمند حمایت‌های بیشتری است؟

جراحی به شیوه کم‌تهاجمی نیازمند یادگیری و آموزش و صرف وقت بیشتری هنگام عمل است. در حقیقت اعمال جراحی کم‌تهاجمی نیازمند زمانی دو تا سه‌برابری نسبت‌به اعمال جراحی قلب به روش‌های سنتی است. بنابراین یک جراح قلب باید به‌گونه‌ای عمل کند که برای او کم‌کننده باشد. این موضوع مطالعات متعددی که در این زمینه انجام شده، بیانگر آن است که این روش اختلالی در انجام بهینه عمل جراحی ایجاد نمی‌کند و نتایج کوتاه‌مدت آن با درآمدن آنها کاملا با عمل‌هایی که در آن قفسه‌سینه باز می‌شود، قابل‌مقایسه است.

■ با حمایت وزارت بهداشت از جراحی‌های کم‌تهاجمی اشاره داشتید. چرا این دست جراحی‌ها نیازمند حمایت‌های بیشتری است؟

جراحی به شیوه کم‌تهاجمی نیازمند یادگیری و آموزش و صرف وقت بیشتری هنگام عمل است. در حقیقت اعمال جراحی کم‌تهاجمی نیازمند زمانی دو تا سه‌برابری نسبت‌به اعمال جراحی قلب به روش‌های سنتی است. بنابراین یک جراح قلب باید به این کار می‌کند. نمی‌توان تعرفه یک جراح معمولی را تعیین کرد. برای توسعه و پیشرفت این دست جراحی‌ها باید توجه ویژه‌ای به این داشت که این امر درنهایت بر کیفیت درمان آنان بیشتری بجا خواهد گذاشت.

■ بزشکان جوانی که به رشته جراحی قلب بی‌میلی نشان می‌دهند، به نظر شما بیشتر به چه رشته‌هایی گرایش دارند؟

در حالی سالیانه ۱۵۱۰-۱۶۱۰ فارغ از پزشکان جوان در امتحانات ورودی فوق‌تخصصی جراحی پلاستیک شرکت می‌کنند، که تعداد متقاضیان برای شرکت در رشته جراحی قلب کمتر از هفت‌نفر است، حتی تعداد اندکی که در رشته جراحی قلب شرکت می‌کنند، پس از مدتی انصراف داده و وارد دیگر رشته‌های درمانی می‌شوند و حتی عده‌ای هم کشور را ترک می‌کنند. تفاوتی که تعهدنیشده برای دستمزد یک‌جراح قلب باید برای چهار تا پنج‌ساعت عمل جراحی، درحالی یک‌میلیون تومان تعیین شده، که شاهدیم هزینه، یک‌دقیقه تزریق بوتاکس ۸۰۰هزارتومان است و مراقبت بعد از عمل هم ندارد، اما جراح قلب تا مدت‌ها پس از عمل جراحی وقت‌وبی‌وقت درگیر بیمار است. در فرم استخدام جراحان جدید آمده است که باید «تماموقت جغرافیایی» باشند؛ یعنی حق تاسیس مطب ندارند، مگر آنکه در بیمارستان نیمه‌وقت مشغول‌به‌فعالیت باشند.

■ از نظر امکانات و تجهیزات درمانی، رشته جراحی قلب در چه جایگاهی قرار دارد؟

وضعیت نسبتا مناسب است. وسایل مربوط‌به مانیتورینگ، آنژیوگرافی، عمل‌های جراحی قلب مانند تعویض دریچه و باس‌پس عروق کرونری در کشور موجود است، اما زمان آن رسیده که به کیفیت جراحی بیمارانی که از نظرات آنها به‌طور جدی استفاده شود، می‌توان تعرفه‌ها را برمبنای واقعی تدوین کنیم.

■ آمار بیماری‌های قلب‌وعروق در کشور روبه‌افزایش است و متخصصان امر در مورد کاهش سن ابتلا به سکته‌های قلبی در کشور هشدار می‌دهند. علاوه‌براین، باوجود افزایش بیماری‌های قلب‌وعروق، رغبتی از سوی پزشکان جوان برای ورود به این رشته وجود ندارد و به گفته دکتر «محمدعلی یوسف‌نیا»، رییس انجمن جراحان قلب‌وعروق ایران، همین امر در آینده کشور را با بحران کمبود پزشک جراح قلب‌وعروق ماهر و باتجربه روبه‌رو خواهد کرد. دکتر «یوسف‌نیا»، البته معتقد است نه‌تنها آمار ابتلابه بیماری‌های قلب‌وعروق که به‌طورکلی، آمار ابتلابه بیماری در کشور زیاد است و «مهم‌ترین علت آن به‌نوع‌بحث به روش سلامت برمی‌گردد. برای «سومین کنگره مشترک قلب‌وعروق ایران»، که ۱۲ تا ۱۵ اسفند امسال در دانشگاه شهیدبهشتی تهران برگزار شد، فرصتی را فراهم آورد تا با دکتر «محمدرضا میرزاآقایان»، فوق‌تخصص جراحی قلب، جراح قلب کودکان، استادیار دانشگاه تهران و دبیر اجرایی این کنگره به گفت‌وگو بنشینیم که این گفت‌وگو در ادامه می‌آید.

■ شایع‌ترین بیماری قلبی نوزادان چیست؟ آیا تمام آنها از بدو تولد نیازمند عمل جراحی هستند؟

بیماری‌های سرشتی قلب کودکان (CHD) که به‌غلط به آن بیماری‌های مادرزادی اطلاق می‌شود، شایع‌ترین ناهنجاری سرشتی در نوزادان هستند. در بابع به سوال دوم باید بگویم که حداقل ۲۵درصد این نوزادان در سال اول زندگی به جراحی یا اقدام‌های مداخله‌گرایانه قوری نیاز دارند و بقیه آنها در سال‌های بعدی نیازمند درمان جراحی و طبی هستند.

■ چند نوزاد مبتلا به بیماری‌های قلبی سالانه در کشور متولد می‌شوند و چه تعداد از آنها نیازمند جراحی فوری هستند؟

سالانه بیش از ۱۴هزارکودک مبتلابه بیماری‌های قلبی در کشور متولد می‌شوند که از این تعداد سه تا چهارهزارنفر از آنها در همان سال اول بعد از تولد نیازمند اعمال جراحی قلب هستند. این درحالی است که به دلیل کمبود متخصص این رشته، کمبود مراکز درمانی و تخت‌های آی‌سی‌یوی تخصصی برای قلب کودکان، سالانه حداکثر تنها امکان عمل جراحی دوهزاروپانصد تا سه‌هزار کودک در کشور وجود دارد و بقیه در لیست انتظار عمل‌های جراحی قرار می‌گیرند.

■ سرنوشت کودکانی که در لیست انتظار قرار دارند، چه می‌شود؟

با امکانات موجود از میان چهارهزار نوزاد متولدشده که فوقا نیازمند جراحی قلب هستند در خوشبینانه‌ترین حالت، سالانه حداکثر تنها برای هزاروپانصد فرصت رسیدگی به‌موقع وجود دارد. بقیه‌ازدیک‌ر، هرسال بر تعداد کودکان نیازمند جراحی قلب افزوده و تعداد زیادی هم از دست رفته یا غیرقابل‌جراحی می‌شوند که این امر باز برای بسیاری به والدینی که کودک آنها در لیست انتظار جراحی قرار دارد، وارد می‌کند. درواقع به‌دلیل کمبود امکانات درمانی برای جراحی قلب کودکان در بسیاری از مواقع، کودکان مبتلابه این نواقص سرشتی، به‌مدت طولانی در لیست انتظاری قرار می‌گیرند که هرساله بر آن نیز افزوده می‌شود.

■ در آمار فوق، فقط به بیماری‌های قلبی سرشتی اشاره داشتید، بفرمایید تکلیف کودکانی که به‌ظور اکتسابی مبتلا به بیماری‌های قلبی دچار می‌شوند و نیازمند عمل جراحی هستند، چه می‌شود؟

به نکته خوبی اشاره کردید. بعضی از کودکان هم ممکن است به‌دلیل عفونت‌ها، ایجاد تومور، مشکلات دریچه و... به بیماری قلبی مبتلا و نیازمند عمل‌های جراحی شوند که وجود این کودکان نیز بر تعداد کودکان نیازمند عمل جراحی می‌افزاید.

■ نحوه اولویت‌گذاری برای جراحی قلب نوزادان و کودکان چگونه است؟

اولویت‌گذاری نوزادان و کودکان برمبنای وخامت وضعیت بالینی آنان صورت می‌گیرد. ما بیشتر درگیر ب