

اشتباهات پزشکی

دکتر کمال الدین آرمین*

حس میکنم که جا دارد ما پزشکان خودمان را بهتر با اجتماع بشناسانیم. شاید شناساندن خودمان با اجتماع در بعضی رشته‌های پزشکی چون جراحی- داخلی- چشم پزشکی و مامائی که سالیان دراز است همه آنها را میشناسند مشکلی بزرگ نباشد، ولی باید اعتراف کرد که هنوز آسیب شناس (پاتولوژیست) نتوانسته است آنچنان که شاید و باید خود را بشناساند و بالا اقل در این مرزوبوم نتوانسته است در این امر توفیق یابد و با اجازه همکاران از این هم پارافرا تر میگذاریم و میگوئیم شاید ما خودمان هم خودمان را نشناخته ایم و بکار و ارزش کار خود آشنا نیستیم و نمیدانیم برای چه و برای که و بچه منظوری تن بدین کار میدهیم، اگر ما بخواهیم این اسمی را که بخود نسبت داده ایم خوب تفسیر و حلاجی کنیم باید گفت که پاتولوژیست یعنی طلبه مطالعه بیماری Student of disease یا étudiant de la maladie و یا عبارت دیگر یعنی کسی که بیماری را مطالعه میکند.

بنابر این میتوان این نام را برای کلیه متخصصین گوناگون پزشکی که بیماری را مطالعه میکنند بکار برد.

ولی فقط در حدود یک قرن است که این اصطلاح برای پزشکانیکه از طریق کالبد شکافی بمطالعه بیماریها میپردازند بکار برده میشود. در قرون گذشته طلبه های پزشکی بمطالعه علائم بیماری میپرداختند در حالیکه پاتولوژیست بمعنی امروزی بمطالعه اثر بیماری در بافت ها و اعضای بیماران میپردازد یعنی پاتولوژیست (آسیب شناس) بحقیقت بیماریها، آنچنان که هست پی میبرد و از بیماریها تفسیر زنده میسازد و بواسطه امکانات بیشتری که برای مطالعه دارد بیشتر به اشتباهات پزشکی که متأسفانه امروز در جامعه پزشکی زیاد بچشم میخورد، پی میبرد.

* دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۳، صفحه ۱۵۳، ۱۳۴۹

البته پزشك هم مانند هر فرد دیگری اشتباه میکند و بقول سقراط اشتباه توبه پذیر است، ولی چون به تکرار گراید عملی است شیطانی و نابخشودنی و قابل مجازات. کمتر پزشکی است که با اشتباه خویش واقف گردد و از این رو هر پزشکی باید کوشا باشد تاراهی پیدا کند که بتواند با اشتباهات خود پی ببرد و به بررسی آنها بپردازد. بهترین راه این کار تشکیل مجالس و محافلی است که در آن بتوانند به نقد و بحث و شرح حال و عاقبت بیماران خویش بپردازند. البته در اغلب موارد نمای بیماری چنان گول زننده است که پزشك هیچگاه نمیتواند فکر کند که مرتکب اشتباهی شده باشد ولی همان مورد چون حلاجی علمی گردد چیزی دیگر از آب درمیايد و اینجانب خود زیاد شاهد چنین مواردی بوده ام. مواردی اتفاق افتاده است که رحمی را با علائم يك فیبروم برداشته اند و بعداً معلوم شده که آبستنی بوده است.

همکاران نه تصور فرمایند آنچه که تحت عنوان اشتباه پزشکی گفته میشود منظور اشتباهات آنهاست، خیر، بلکه بیشتر روی اشتباهات خودمان تکیه میکنم. چه بسا اتفاق میافتد که با چشم باز و با وجودیکه جنازه در اختیار داریم در روی میز اتوپسی اشتباه میکنیم و تشخیص غلط میدهیم که بعداً تشخیص میکروسکوپی آنرا تأیید نمیکند و یا آنکه در برش تشخیصی میدهیم که بعداً غلط درمیاید. من فکر میکنم که اگر هر آسیب شناسی هر پنج سال یا ده سال بگذشته خود نظر افکند و تشخیص های خود را مرور کند متوجه اشتباهات خود میشود و حقیقتاً هم باید هر پاتولوژیستی این کار را بکند. خلاصه آنکه اگر با اجازه همکاران محترم این اشتباهات را برای پزشك يك مرض تصور کنیم شکی نیست که برای آن باید علت، علائم، پیش آگهی و درمان قائل شویم.

علت :

۱- غرور پزشکی

گمان میکنم بزرگترین علتی که سبب میشود پزشک اشتباه کند غرور است که اکثراً در حرفه خویش گریبانگیر او شده و گاه این غرور بقدری زیاد میشود که بخود اجازه نمیدهد در اطراف بیماری بیمار خود مطالعات بیشتری نماید و متأسفانه این غرور موقعی بیشتر او را گرفتار میسازد و بخود مشغول میدارد که بیمار به پزشک دیگری مراجعه کند. تأسف بیشتر در اینجاست که پزشک دوم حتی الامکان میکوشد تا تشخیص تازه‌ای بترشد و تشخیص پزشک نخستین را نادرست جلوه گر سازد.

دوستان عزیز و همکاران گرامی، هر پزشکی که از دانش و بینش کافی برخوردار باشد به تشخیص‌های فوری و بلادرنگ نمیرداند. هیچ پزشک دانشمندی تشخیص خود را صحیح تر از دیگران نمی‌پندارد. چه هر قدر پزشک بیشتر بداند، کم میدانند. تابداً نجا رسید دانش من که بدانم همی که نادانم

۲- عدم سازش و آمیزش‌های علمی

یکی از علل دیگر اشتباهات که در حرفه خود مرتکب میشویم بیشتر مربوط باین است که ما پزشکان باهم آمیزش علمی نداریم و اکثر ماحتی آنهایی هم که در يك شهر كوچك زندگی میکنند همدیگر را نمیشناسند. مخصوصاً ما پاتولوژیست‌ها اغلب همکاران پزشک یا جراح را صرفاً از روی بافت‌ها و یا جنازه‌هایی که برای اتوپسی نزد ما میفرستند میشناسیم و اغلب موقعی باهم تماس نمیگیریم که تشخیص‌های ما باهم جور در نیاید. وجه بسا اتفاق میافتد که در این موارد فقط يك تماس تلفنی برقرار میشود و بهمدیگر پر خاش میکنیم و محتملاً ازهم قهر میکنیم، من او را بی‌سواد میدانم و او مرا بی‌سواد می‌انگارد.

در صورتیکه این رویه صحیح نیست، ما باید بیشتر باهم تماس داشته باشیم و بیشتر از طرز فکر یکدیگر استفاده کنیم و به مشکلات هم بیشتر واقف گردیم. ما پزشکان باید بکوشیم تا بیشتر در تفسیر ضایعات بیماری توفیق حاصل کنیم. چه از این رهگذر است که میتوانیم سرشت و ماهیت بیماری بیمار خودمان را بهتر روشن سازیم. بعلمت عدم اطلاع از اشکالات کار یکدیگر، اکثر همکاران از ما میخواهند که همه مسائل حل نشده را سریع و یکجا برایشان روشن کنیم و یا علت مرگ را توضیح دهیم ولی همکاران گرامی نیز باید توجه فرمایند که تشخیص درست ما وابسته بشرح حال کامل و دقیقی است که بدست مامیرسد. شرح حالی که مینویسید راهنمای تصمیم و اقدام ماست و ما را راهنمایی میکند که چگونه شروع کنیم و بدنبال چه چیز بگردیم.

روی سخنم باهمکاران عزیز جراح میباشد. خوشبختانه وضع پزشکی و مخصوصاً پزشکی نوین امروز طوری است که جراح و پاتولوژیست را باهم دوست و صمیمی کرده و باتشريك مساعی هم بکار بیمار میپردازند.

حرف یکدیگر را میفهمند و از کمک بهم برخوردار هستند و حقیقت هم همینطور باید باشد، و هیچ دلیلی ندارد که پزشکان نتوانند در يك بیمارستان درددل هم را گوش کنند. شاید اساساً طبیعت جراح و پاتولوژیست را از دوماهیه مختلف ساخته باشند، یکی مرداندیشه است و دیگری مردعمل.

ماعدات داریم که هر قدر هم برای ما تشخیص روشن و ساده باشد بگوئیم باز يك امکان دیگر هم وجود دارد، زیرا که میدانیم آنچه را که میدانیم در مقابل آنچه را که باید بدانیم آنقدر ناچیز است که بحساب نمیآید ولی جراح هر قدر هم که تشخیص برای او دشوار و پیچیده باشد، چون مردعمل است فوری تصمیم میگیرد و برای بهبود مریض اقدام میکند. اگر پاتولوژیست با این خصیصه‌ای که دارد جراح شود و ای بحال بیماران، چون دیگر بیماری عمل نخواهد شد و اگر برعکس جراح که سرشتی متحرک و مصمم دارد پاتولوژیست گردد بی‌شک دنیای پزشکی باید چشم براه سر نوشتی شوم باشد چون دیگر تشخیص درست و بجا امکان پذیر نیست.

اجازه میخواهم که چند کلامی هم باهمکاران پزشک خود صحبت نمایم. چنانکه گفته شد طب جدید، جراح و پاتولوژیست را خیلی بهم نزدیک کرده است و متخصصان این دو رشته در کارهای روزانه تماس بسیار باهم دارند ولی بطور کلی پاتولوژیست و همکاران پزشک بیشتر باهم مربوط هستند و اکثراً صمیمیت بیشتری پیدا مینمایند و شاید علت این باشد که اولین پاتولوژیست‌ها، خود پزشکان داخلی بوده‌اند و بعداً هم که پاتولوژی بصورت يك شعبه و حرفه جداگانه در آمد این رابطه نزدیک محفوظ ماند.

بزرگترین هنر یا کار خوب يك انتر نیست تشخیص صحیح است. يك پزشک وقتی مواجه با بیماری میشود که علت ناخوشی او روشن نیست، از کلیه وسائل بالینی و آزمایشگاهی باید استمداد کند و از روی آنها ماهیت بیماری را روشن سازد. بدیهی است هر قدر بیماری بطول انجامد امکان تشخیص آن بیشتر خواهد شد ولی باهمه اینها ممکن است بیمار بمیرد بی آنکه مرضش روشن گردد. پس سزاوار است که از تشخیص‌های خیلی زود بپرهیزیم تا بعداً مجبور نشویم تشخیص خود را عوض کنیم. معمولاً کسانی که دیرتر تشخیص میدهند، تشخیص آنها صحیح تر است.

همه‌ما واقف هستیم که در این ۳۰ سال اخیر حقیقتاً علم طب پیشرفت

نشود و اصلاً در هنگام حیات بیمار بدان واقف نگردیم و سرانجام بیمار را از پای درآورد.

و اما علائم سوئز کتیو یعنی آنچه را که ما عادتاً از دهان خود بیمار می‌شنویم در این بیماری از جسدی روح می‌شنویم یعنی، بگفته یکی از پاتولوژیست‌های مشهور « درست است که مرده سخن نمی‌گوید. ولی با ما پزشکان بازبانی فصیح و چون استادی چیره دست از مطالبی بکر حرف می‌زند و ما را به یکایک اشتباهاتی که کرده‌ایم واقف می‌سازد ».

گمان می‌کنم که جدول‌های زیر ترجمان درد دل و علائم سوئز کتیف مردگان مامیباشد.

جدول ۱

چنانکه در این جدول مشاهد می‌شود اشتباه تشخیص در موارد و بخشهای مختلف ۲۵٪، ۴۰٪، ۲۰٪، ۳۰٪ و مخصوصاً در نوزادان و کودکان ۶۴٪ بوده است.

جدول ۲

در جدول ۲ در بین ۱۹۲۷ اتوپسی که انجام گرفته ۷۸۱ نفر از ۱۴ سال کمتر و ۱۱۴۶ نفر از ۱۴ سال بیشتر داشته‌اند.

جدول ۳

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود در گروه سنی از ۱۴ سال بی‌الا فقط ۳۷٪ تشخیص‌های بالینی صحیح بوده‌است. در ۳۴٪ تشخیص غلط و ۲۹٪ بطور کلی تشخیص داده نشده است و در گروه سنی از ۱۴ سال پیاپی ۲۰٪ تشخیص صحیح بوده است و ۴۵٪ تشخیص غلط و ۳۵٪ بی تشخیص بوده است.

جدول ۴

چنانکه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود متأسفانه در درجه اول بیماری سل و در درجه دوم بیماری‌های ریوی و بیماری‌های عروقی و نفریتها و ضایعات قلبی تشخیص داده نشده است، در صورتیکه تصدیق می‌فرمائید با پیشرفت روش درمانی اکثر این بیماران می‌توانسته‌اند از بیماری رهایی یابند.

جدول ۵

جدول پنج مشخص شیوع و نسبت بیماری‌هایی است که یافته‌های اتوپسی تشخیص‌های بالینی را تأیید نکرده است (در کودکان). پیش‌بینی - پیش‌بینی بیماری بسیار خطرناک و عاقبتش مرگ است منتفی در اینجا با مرگ بیمار، آبرو، حیثیت و شرافت پزشکی ما هم تباه می‌شود. چنانکه عملاً ملاحظه می‌فرمائید بواسطه تکرار همین اشتباهات است که اعتماد بیماران از ما سلب گشته و آن مقام روحانیت که در عالم پزشکی بود درهم شکسته شده تا جائیکه هر بیماری بهر علت ولو پوچ و بی‌معنی از ما شکایت می‌کند، زحمات طاقت فرسای شما را فراموش می‌کند، آنچه را که کرده‌اید اشتباه مینامد و بردباری و متانت شما را نادیده می‌انگارد.

کرده و تست‌های جدیدی برای تشخیص بیماری‌ها پیدا شده است. بطوریکه شاگرد طب سال سوم می‌تواند بیماری‌هایی را تشخیص دهد که در ۳۰ سال قبل حتی پزشکان بسیار آزموده باین امر قادر نبودند. پر دور نرویم، مگر نه این بود که سرطان ریه را فقط روی میز اتوپسی تشخیص می‌دادند در حالیکه امروز شما اولین جوانه سرطانی ریه را با سانی تشخیص می‌دهید.

اما دوستان، طب نوین متأسفانه با پیشرفتی که نموده آن متانت پزشکی سابق را از دست داده، یعنی آن توجهی که باید به بیمار بشود، نمی‌شود و قضایای پزشکی چون جدول ضرب حل می‌شود. در قدیم بشر حال بیماران توجه بیشتری میشد و رابطه بین پزشک و بیمار حقیقتاً بر روی عواطف انسانی استوار بود و به همین جهت هم بود که پزشک نیمه شب بی‌الین بیمار میرفت، شگفت آنکه بدون دادن نسخه و یا تشخیص صحیح وضع بیمار بهبود می‌یافت.

همکاران عزیز فراموش نفرمائید: شما وقتی که وارد خانه بیماری می‌شوید بگانونی پراز درد ورنج قدم نهاده‌اید و بایک دنیا غم و نگرانی روبرو می‌شوید ولی می‌توانید با چند کلمه، وضع آن ماتمکده را دگرگون سازید. اگر شما خودتان را طوری نشان دهید که شریک رنج بیمار هستید مطمئن باشید هیچگاه بیمار از شما گله نخواهد داشت.

۳- یکی از علل دیگر اشتباهات پزشکی این است که بعضی از پزشکان متخصص یک رشته مخصوص با مطالعه مختصری در رشته دیگر خود را در این فن نیز متخصص میندازند.

در جامعه پزشکی ما اطبائی هستند که مدتی در بخش پاتولوژی هم کار کرده‌اند و در تفسیر بیماری‌ها تسلط دارند و از دانستنی خود بنفع بیماران استفاده مینمایند، ولی گاهی اتفاق می‌افتد که بعضی از این پزشکان بظاهر می‌دارند که اسلایدهای شما را درباره فلان مریض دیدم ولی تشخیص من فرق دارد و از ما می‌خواهند که دو مرتبه لام‌ها را ببینیم. بدون شک این یگانه آرزوی همه همکاران پاتولوژیست می‌باشد و همیشه این قبیل پزشکان دقیق مورد احترام قلبی مامیباشند. ولی این نکته را هم باید گفت که اغلب، معلومات ناقص خطرناک می‌شود چه کسانی هم هستند که پاتولوژی را از روی کتاب می‌خوانند و مسلم است که با خواندن کتاب، همانطور که شخص نوازنده پیانو نمی‌شود، پاتولوژیست هم نخواهد شد.

از آنچه گفته شد این نتیجه گرفته می‌شود که ما پزشکان از هر گروهی که هستیم باید برای بهبود تشخیص بیماری‌های همکاران صمیمانه داشته باشیم.

علائم بیماری

در این بیماری (بیماری اشتباه پزشکی) چون بیماری‌های دیگر علائم سوئز کتیو و ابرکتیو موجود است، علائم ابرکتیو هم ممکن است آشکار باشد و جراح یا پزشک بمحض مشاهده آن متوجه اشتباه خود شود ولی متأسفانه این علائم ابرکتیو ممکن است آفتابی

از آنچه که گفته شد برای پیش گیری و درمان اشتباهات پزشکی باید نکات زیر را شعار خود ساخت :

- ۱- ایمان باینکه آنچه را که میدانیم در مقابل آنچه که باید بدانیم بسیار ناچیز است.
- ۲- تسهیل تشریفات اتوپسی حتی برای بیمارانی که بیمارشان بسیار روشن و بنظر قابل اشتباه نمیرسد.
- ۳- تشکیل کنفرانسهای کلینیکال پاتولوژی برای کلیه مواردی که اشتباهی در تشخیص وجود دارد.
- ۴- بیم از اشتباه - فرار از بازهم اشتباه ، بازهم اشتباه.

وفور و نسبت اختلافی تشخیص بالینی و آسیب شناسی در ۱۳۷۶ مورد اتوپسی

اتوپسی کننده	عده اتوپسی انجام شده	تشخیص بالینی و آسیب شناسی مطابق داشته	نسبت درصد تشخیص صحیح	بدون تشخیص	تشخیص بالینی و آسیب شناسی مطابق نداشته	نسبت درصد تشخیص غلط
دکترس پیشوا	۳۰۰	۲۲۷	۷۵٪	-	۷۳	۲۵٪
دکتر حجازی	۱۰۰	۶۰	۶۰٪	۱۴	۲۶	۴۰٪
دکتر خیریه	۵۲۴	۴۲۳	۸۰٪	۱۵	۸۶	۲۰٪
دکتر شریفی	۱۵۰	۱۰۵	۷۰٪	۲۱	۲۴	۳۰٪
دکتر کریمی نژاد	۳۰۲	۱۱۱	۳۶٪	۱۶۸	۲۳	۶۴٪
جمع کل	۱۳۷۶	۹۲۶	۶۴٪/۲	۲۱۸	۲۳۲	۳۵٪/۸

جدول شماره (۱)

عده اتوپسی نسبت به گروه سنی مختلف

از ۱۴ سال بیلا	از ۱۴ سال به پایین	جمع کل
۱۱۴۶	۷۸۱	۱۹۲۷

جدول شماره (۲)

وفور تشخیص غلط در «۱۹۲۷» مورد اتوپسی

گروه سنی	تشخیص صحیح	نسبت درصد	تشخیص غلط	نسبت درصد	بدون تشخیص	نسبت درصد	جمع
از ۱۴ سال بیلا	۴۳۶	۳۷٪	۴۰۹	۳۴٪	۳۰۱	۲۹٪	۱۱۴۶
از ۱۴ سال به پایین	۱۶۲	۲۰٪	۳۵۸	۴۵٪	۲۶۱	۳۵٪	۷۸۱
جمع	۵۹۸	۵۷٪	۷۶۷	۷۹٪	۵۶۲	۶۴٪	۱۹۲۷

جدول شماره (۳)

شیوع و نسبت بیماری‌های یافته‌های اتوپسی تشخیص بالینی را تأیید نمی‌کند (از سال ۱۴۰۰ به بالا)

ردیف	نوع بیماری	تعداد	تشخیص غلط / %	نوع بیماری	تعداد	تشخیص غلط / %	نوع بیماری	تعداد	تشخیص غلط / %
۱	سل	۱۰۱	۱۴	سرطان‌های دیگر	۱۱	۱۱	سرطان کلیه	۶	۰/۸۴
۲	ضایعات ریوی مختلف	۷۴	۱۰	سرطان معده	۱۲	۱۲	رتیکولوسارکوم روده	۵	۰/۸
۳	بیماری‌های عروقی	۶۸	۹/۵	آمیلوئیدوز	۱۳	۱۳	کانسر مری	۵	۰/۸
۴	نفريت‌ها	۶۲	۹	پریتونیت چرکی	۱۴	۱۴	هوجکین + سل	۴	۰/۵۸
۵	ضایعات قلبی	۵۸	۸	سرطان کبد	۱۵	۱۵	تیفوئید	۴	۰/۵۸
۶	عفونت‌های سایر بیماری‌های کبد	۳۹	۵/۵	سرطان کیسه صفرا	۱۶	۱۶	کیست هیداتیک	۴	۰/۵۸
۷	لکوزولنفوم	۳۷	۵	مننژیت چرکی	۱۷	۱۷	پرستاتیت و کارسینوم	۴	۰/۵۸
۸	سیروز	۳۴	۴/۵	هوجکین	۱۸	۱۸	میلوم مولتیپل	۲	۰/۲۸
۹	سرطان ریه	۳۰	۴/۲	آمیوباز	۱۹	۱۹	لوپوس اریتماتو	۲	۰/۲۸
۱۰	تومورهای مغز	۲۵	۳/۵	تومر مثانه	۲۰	۲۰	متفرقه	۳۱	۴/۳

جدول شماره (۴)

شیوع و نسبت بیماری‌های یافته‌های اتوپسی تشخیص بالینی را تأیید نمی‌کند (از سال ۱۴۰۰ به پایین)

ردیف	نوع بیماری	تعداد	تشخیص غلط / %	نوع بیماری	تعداد	تشخیص غلط / %	نوع بیماری	تعداد	تشخیص غلط / %
۱	عفونت‌های ریوی و غیر سلی	۱۲۶	۲۰/۱	موکوکوسیدوز	۱۱	۱۱	راشی تیسیم	۶	۰/۹
۲	ناهنجاری‌های مادرزادی	۵۶	۹/۱	مننژیت چرکی	۱۲	۱۲	لنفوسارکوم	۴	۰/۶
۳	نارسی	۴۶	۷/۴	سیروز	۱۳	۱۳	تومر ویلمز	۲	۰/۳۲
۴	خونروی مغز و پرده‌ها	۴۳	۷	گوش درد چرکی	۱۴	۱۴	دیفتری لارنژ	۲	۰/۳۲
۵	سوء تغذیه	۳۰	۴/۸	گاستروانتریت	۱۵	۱۵	نورو بلاستوم	۲	۰/۳۲
۶	سل	۲۶	۴/۲	لکوز	۱۶	۱۶	کیست هیداتیک مغز	۲	۰/۳۲
۷	سورشارژ چربی کبد	۲۲	۳/۵	مننژیت سلی	۱۷	۱۷	تیفوئید	۱	۰/۱۶
۸	استنشاق مایع آمیوتیک	۲۲	۳/۵	پریتونیت چرکی	۱۸	۱۸	بیماری‌های متفرقه	۹۵	۱۵/۳
۹	نفريت	۱۷	۲/۷۴	تومرهای مغز	۱۹	۱۹			
۱۰	اریتر و بلاستوز	۱۵	۲/۴۲	بیماری‌های قلبی	۲۰	۲۰			

جدول شماره (۵)