

Selective and Elective Surgeries During COVID-19 Epidemics

Hassan Moayeri¹, Anvar Elyasi²

1.Assistant Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran., (Corresponding Author), Tel: 087-33227890, Email: Moaiery@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-3221-476X

2.Assistant Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-4434-6604

ABSTRACT

Background and Aim: Covid-19 is spreading in the world and the governments are taking further steps to curb the rate of virus infection. Increase in the number of cases of Covid-19 has led to a challenging condition and we have to decide to decrease or stop elective surgeries.

Materials and Methods: Using keywords of elective surgery, emergent surgery, coronavirus, Covid 19, we searched Persian and international databases (SID Magiran, Iranmedex, Google Scholar, Medline, Scopus, Elsevier, Pubmed, Sciencedirect) for the related English or Persian studies. Finally, we selected 31 articles.

Results: All hospitals and surgeons must draw up a plan to limit, postpone or cancel elective scheduled operations, endoscopy, or other invasive procedures until the necessary health care facilities and measures for the patients are available.

Conclusion: During the current Covid-19 epidemic protection of hospital resources such as hospital beds and ICUs, respirators, and patients and staff is necessary. It is recommended that hospitals stop elective surgeries. Accurate clinical judgment should be considered as the determinative factor in performing operations

Keywords: Elective Surgery, Emergent Surgery, COVID-19, Medical judgment

Received: Apr 14, 2020

Accepted: Feb 14, 2021

How to cite the article: Hassan Moayeri, Anvar Elyasi. Selective and Elective Surgeries During COVID-19 Epidemics. SJKU. 2020;26 (2):93-102.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

جراحی‌های انتخابی (الکتیو) و ضروری در طی همه‌گیری COVID-19

حسن معیری^۱، انور الباسی^۲

۱. استادیار، گروه آموزشی جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۸۷۳۳۲۲۷۸۹۰، پست الکترونیک:

Moaieri@gmail.com، کد ارکید: X-۰۰۰۳-۰۰۰۳-۳۲۲۱-۴۷۶

۲. استادیار، گروه آموزشی جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۶۶۰۴-۴۴۳۴-۰۰۰۳-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: از آنجا که کووید ۱۹، در سرتاسر جهان در حال انتشار است، دولت‌ها در حال انجام اقدامات فزاینده‌ای برای محدود کردن میزان آلودگی و ویروس هستند. با افزایش تعداد بیماری انجام اعمال جراحی الکتیو یا غیر اورژانسی با چالش جدی مواجه خواهیم شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مروری با بررسی مطالعات مرتبط با موضوع مورد مطالعه که به زبان انگلیسی یا فارسی به رشته تحریر آمده بودند وارد پژوهش ما شدند. کلیدواژه‌های مورد استفاده شامل جراحی انتخابی، جراحی اضطراری، کرونا ویروس، کووید ۱۹ به زبان فارسی و Coronavirus, Elective Surgeries, COVID-19 به زبان انگلیسی بود. برای یافتن مطالعات از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر فارسی و بین‌المللی SID، Magiran، Iranmedex، Google Scholar، Medline، Scopus، Elsevier، PubMed، Science Direct استفاده شد. در نهایت ۳۱ مقاله وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها: هر بیمارستان و جراح باید با طرحی برای به حداقل رساندن، به تعویق انداختن یا لغو عمل‌های برنامه‌ریزی شده انتخابی (الکتیو)، آندوسکوپی یا سایر روش‌های تهاجمی اقدام کند تا زمانی که از زیرساخت‌های بهداشتی و مراقبتی بیماران اطمینان حاصل شود.

نتیجه‌گیری: در طول همه‌گیری فعلی کووید ۱۹ برای محافظت از منابع مراقبتی و درمانی مانند تخت بیمارستان و ICU، دستگاه تنفس و بیماران و کارکنان، به طور کلی توصیه شده است که بیمارستان‌ها جراحی‌های انتخابی را متوقف کنند در حالی که هیچ چیز جایگزین قضاوت بالینی صحیح پزشکی و تصمیم‌گیری موردی نخواهد بود.

واژه‌های کلیدی: جراحی انتخابی، جراحی اضطراری، کووید ۱۹، قضاوت بالینی

وصول مقاله: ۹۹/۱/۲۶ اصلاحیه نهایی: ۹۹/۱۱/۲۴ پذیرش: ۹۹/۱۱/۲۶

مقدمه

از آنجا که کرونا ویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) در سرتاسر جهان در حال انتشار است، دولت‌ها در حال انجام اقدامات فزاینده‌ای برای محدود کردن میزان آلودگی ویروس هستند. با افزایش تعداد موارد، به زودی با تصمیماتی در مورد محدود شدن فضای بیمارستان روبرو خواهیم شد. این تصمیمات در بالاترین سطح توسط سیاستمداران متأثر از نظرات کارشناسان اپیدمیولوژی پزشکی و بر اساس موازین اخلاق پزشکی در مورد نحوه رسیدگی به شرایط اضطراری پزشکی اتخاذ می‌گردد.

در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی (WHO) بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) را به عنوان یک بیماری همه گیر جهانی اعلام کرد و شیوع این بیماری را به عنوان یک فوریت بین المللی طبقه بندی کرد (۱). در زمان تهیه این مقاله، بر اساس آخرین آمار جهانی پایگاه اطلاعاتی "worldometer" تا این لحظه یک میلیون و ۴۳۱ هزار و ۹۷۳ نفر به ویروس کرونا مبتلا شده اند که از این تعداد، ۸۲ هزار و ۹۶ نفر جان خود را از دست داده اند. از مجموع مبتلایان در جهان، تاکنون ۸۲ هزار و ۹۶ نفر بهبود یافته و توانسته اند این ویروس را شکست بدهند؛ و این حاکی از نرخ مرگ و میر بالای این بیماری است. شیوع سریع آن، بار بی سابقه ای را به اثربخشی و پایداری سیستم مراقبت های بهداشتی ما تحمیل نموده است. چالش های حاد شامل افزایش ویزیت های بخش اورژانس (ED) و حجم پذیرش بستری ها، در رابطه با خطر قریب الوقوع کمبود کارکنان مراقبت های بهداشتی به دلیل مواجهه با ویروس بیماری تنفسی و تعطیلی گسترده مراکز بهداشتی درمانی خصوصی در این شرایط است (۲). پس از اعلامیه سازمان بهداشت جهانی (WHO)، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مانند بسیاری از مراکز جهان به دلیل نگرانی از گسترش ویروس لغو جراحی های انتخابی در بیمارستان ها را به طور رسمی اعلام کرد. برداشت های متفاوت از دستورالعمل بحث و گفتگو در سراسر کشور در مورد ایمنی و امکان ادامه انجام جراحی های انتخابی در

طول بیماری همه گیر COVID-19 را تشدید کرد (۳، ۴). بسیاری از بیمارستان ها برای لغو کلیه جراحی های انتخابی در کشور آمریکا اقدام کردند (۵).

عدم امکان پیش بینی دوره زمانی پاندمی (عالمگیر شدن) بیماری و شیوع یا زمان دقیق کنترل COVID-19 حاکی از این است که بیماران ممکن است از دسترسی به مراقبت های جراحی به موقع که احتمالاً برای مدت نامعلومی، محروم شوند. احتمالاً لغو عمل های جراحی انتخابی، ممکن است تأثیر چشمگیر و بی سابقه ای بر سلامت جامعه ما داشته باشد و عوارض و مرگ و میر ناشی از این تأخیر ممکن است از مرگ و میر بیماری کرونا ویروس نیز فراتر برود. به لحاظ اهمیت این موضوع، درک این نکته ضروری است که اصطلاح «جراحی انتخابی» به معنای جراحی اختیاری نیست، بلکه دلالت بر این دارد که یک عمل در حال حاضر تهدید کننده سریع زندگی بیمار نیست. یک برآورد فعلی نشان می دهد که بیش از ۵۰٪ از کل موارد جراحی انتخابی، این امکان را دارند که در صورت لغو یا تأخیر، آسیب قابل توجهی به بیماران وارد کنند (۶). وضعیت فیزیولوژیکی برخی از گروه های آسیب پذیر از بیماران در صورت عدم مراقبت جراحی مناسب ممکن است به سرعت بدتر شود و تأخیر آن در سلامتی بیماران احتمالاً باعث می شود که آن ها در برابر عفونت کرونا ویروس آسیب پذیرتر شوند (۶).

از دیدگاه اخلاق در هنگام بحران سلامتی چگونگی دسترسی به مراقبت های بهداشتی مانند دریافت خدمات جراحی در پاسخ به بحران و اهمیت دادن به پیامدهای سلامت بیماران و کادر درمانی و مراقبتی تصمیمات اتخاذ شده توسط سیستم مدیریتی و جراحان به چالش کشیده می شود. تصمیم گیری های فردی در این خصوص باعث نابسامانی و اتلاف منابع با ارزش و محدود می شود و از سوی دیگر اجرای دستورالعمل های کلی ابلاغی بدون در نظر گرفتن شرایط و امکانات و دشواری های منطقه ای می تواند باعث افزایش آسیب های غیر قابل برگشت به سلامت بیماران و نهایتاً افزایش بار اضافی به سیستم بهداشتی و درمانی بشود. همچنین آموزه های اخلاقی و

و امکان سنجی و شرایط موجود از نظر امکانات درمانی و نیروی انسانی مطرح می‌شود:

هر بیمارستان و جراح باید با طرحی برای به حداقل رساندن، به تعویق انداختن یا لغو عمل‌های برنامه ریزی شده انتخابی، آندوسکوپی یا سایر روش‌های تهاجمی اقدام کند تا زمانی که اطمینان حاصل شود که زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی ما می‌تواند نیازهای مهم مراقبت از بیمار را پشتیبانی کند.

استفاده از امکانات ضروری مورد نیاز مراقبت از بیماران، از جمله ICU، تجهیزات محافظ شخصی، وسایل تمیز کردن و ونتیلاتورها را برای شرایط اضطراری به حداقل رسانید. بسیاری از بیماران بدون علامت وجود دارند که ناخواسته سایر بیماران بستری، سرپایی و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را در معرض خطر انتقال COVID-19 قرار می‌دهند.

با توجه به همه فرضیات و عدم قطعیت آن‌ها، به نظر می‌رسد الگوریتم‌های بالینی مرتبط و ایمن محور از نظر بالینی برای هدایت تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت‌های جراحی مناسب بایستی طراحی و پیاده‌سازی شود. این بدان معناست که با تأخیر در جراحی (برای یک دوره زمانی مشخص) از جراحی‌های غیر ضروری اجتناب شود.

در طول همه‌گیری فعلی COVID-19 برای محافظت از منابع مانند تخت بیمارستان و ICU، دستگاه تنفس و بیماران و کارکنان، به‌طور کلی توصیه شده است که بیمارستان‌ها جراحی‌های انتخابی را متوقف کنند در حالی که هیچ چیز جایگزین قضاوت بالینی پزشکی صحیح و تصمیم‌گیری موردی نخواهد بود. این اطلاعات برای کمک به بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمت که با بار فزاینده بیماران COVID-19 روبرو هستند می‌تواند راهنمای خوبی بوده و این سند در مورد نحوه مدیریت انواع جراحی‌ها در طول بیماری همه‌گیری در مراکز آموزشی و درمانی سطح استان کردستان باشد. نمونه‌هایی از انواع مورد جراحی که طبق نشانه و فوریت طبقه‌بندی شده‌اند (۷) (جدول ۱).

مؤلفه‌های اصلی حقوق بیمار می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری است که در آن از مقالات مربوط به مطالعات نمایه شده در سایت‌های معتبر انجمن‌های علمی مانند سایت کالج جراحان آمریکا و پایگاه‌های اطلاعاتی نظیر علمی؛ SID, Iranmedex, Magiran, Google Scholar, Medline, Scopus, Elsevier, PubMed, Science Direct انجام شد. کلیدواژه‌های مورد استفاده شامل جراحی انتخابی، جراحی ضروری، کرونا و ویروس، کووید ۱۹ به زبان فارسی، coronavirus, elective surgeries, COVID-19 به زبان انگلیسی بود. ابتدا با استفاده از این کلیدواژه‌های انتخاب شده به وسیله چکیده مقالات استخراج شد. سپس معیارهای ورودی مشخص شده جهت بررسی متن کامل مقاله بدین شرح بود؛ مرتبط بودن عنوان مقاله با سؤال پژوهش ورود مقاله به مطالعه شامل: انجام مطالعه در ایران و جهان که مرتبط با بیماری‌های همه‌گیر و جراحی‌ها در این شرایط بوده است و معیار خروج مقاله شامل: عدم امکان دسترسی به متن کامل مقاله و نتایج غیر مرتبط مقاله بود. نهایتاً از بین ۳۱ مقاله مرتبط که داری تمام متن بودند و پس از اطمینان از اعتبار آن‌ها و تجربه‌های مؤلفین در بخش‌های جراحی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و بررسی امکانات و شیوع بیماری در استان و مشورت با متخصصین اپیدمیولوژی به جمع بندی مطالب پرداخته شد تا بتوانیم با شرایط موجود به حداکثر خدمت رسانی و حداقل آسیب به بیماران و منابع انسانی و لجستیکی بپردازیم.

یافته‌ها

توصیه‌های زیر در مورد جراحی‌های انتخابی و ضروری بر اساس مطالعات گسترده و دستورالعمل‌های موجود در منابع

جدول ۱. نمونه‌هایی از انواع اعمال جراحی که طبق نشانه و فوریت طبقه‌بندی شده

اورژانسی بودن اضطرابی (Emergent)	زمان لازم برای مداخله > ۱ ساعت	نمونه بیماری
		اورژانس‌های تهدیدکننده زندگی
		شوگ حاد/ خفگی / خونریزی
		تروما
		آسیب حاد یا انسداد عروق
		پارگی آنورت
		انسداد روده/ سوراخ‌شدن روده
		سندرم کمپارتمان
		پریتونیت
فوری (Urgent)	> ۲۴ ساعت	
		آپاندیسیت/ کوله سیستیت
		آرتریت سپتیک
		شکستگی‌های باز اندام
		شکستگی‌های لگن خونریزی-دهنده
		شکستگی شافت استخوان ران و شکستگی لگن
		صدمات حاد عصبی/ آسیب نخاعی
		عفونت‌های جراحی
فوری - انتخابی (Urgent-Elective)	> ۱ ماه	
		مداخلات قلبی و عروقی
		ترمیم آنوریسم مغزی
		دسترسی عروقی
		پیوندهای پوستی/ بستن زخم
		شکستگی ستون فقرات و شکستگی استابولار
		شکستگی‌های بسته
انتخابی - ضروری (Elective-Essential)	۱-۳ ماه	
		جراحی سرطان و بیوپسی
		ترمیم فتق

هیسترکتومی	
جراحی ترمیمی	
انتخابی - اختیاری (Elective -Discretionary)	۳ ماه <
جراحی زیبایی	
جراحی چاقی (باریاتریک)	
تعویض مفصل	
روش های ناباروری	

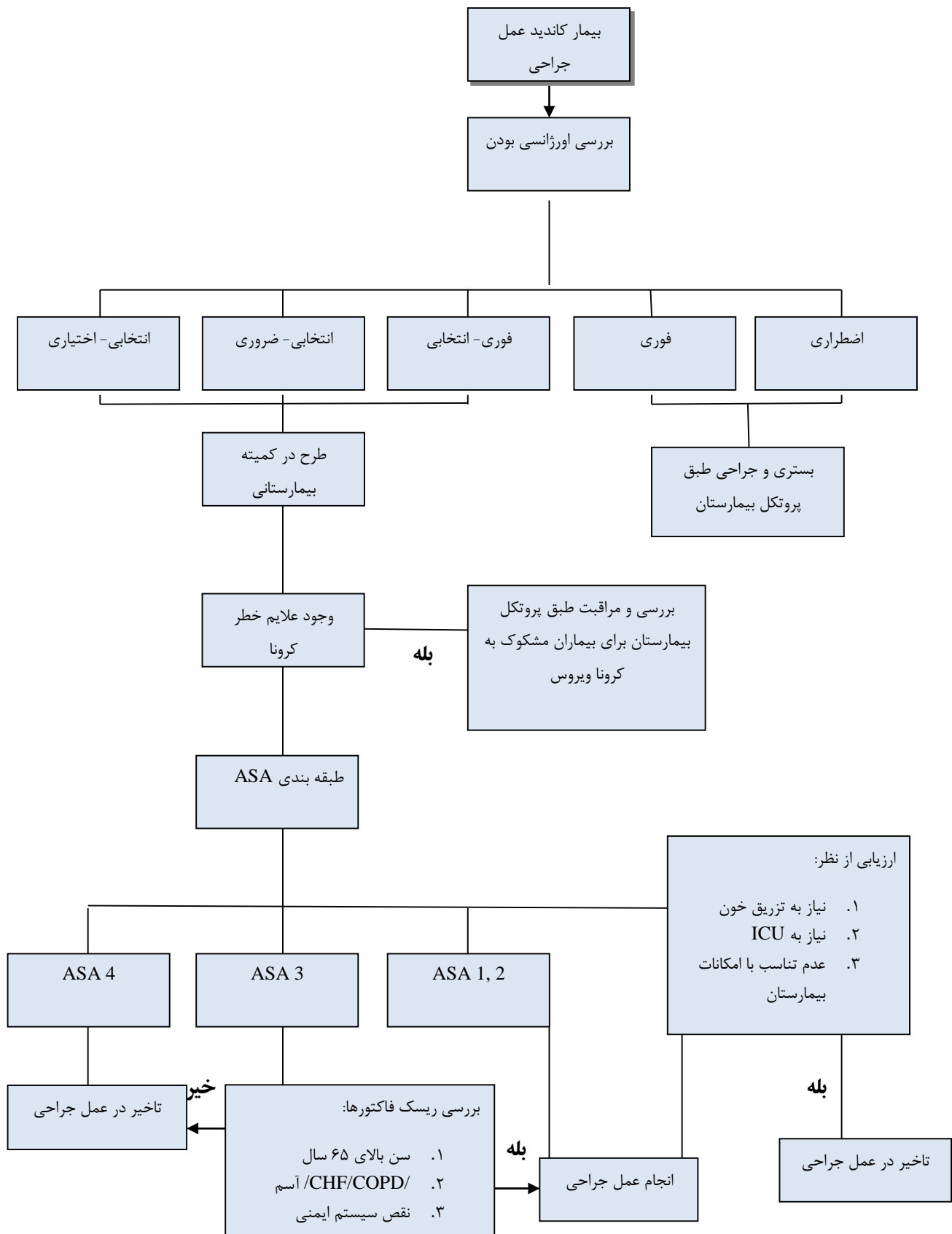
بیماران به دو گروه اورژانس و غیر اورژانس (الکتیو) تقسیم می شوند که اعمال جراحی اورژانس در دو گروه اعمال جراحی اضطراری که تهدید کننده حیات بوده و می بایست در کمتر از ۱ ساعت مداخله جراحی انجام شود. گروه بعد اعمال جراحی فوری است که در کمتر از ۲۴ ساعت مداخله جراحی انجام شود. اعمال جراحی الکتیو در سه گروه فوری - انتخابی، انتخابی - ضروری و انتخابی - اختیاری تقسیم بندی می شوند. اعمال الکتیو فوری - انتخابی اعمالی است که این پتانسیل را دارد که به سرعت بدتر شود تا جایی که ممکن است اضطراری شود. پذیرش در مدت ۳۰ روز امکان پذیر است و به طور مثال اعمال تعویض دریچه قلب بیمار، قطع عضو و ... اعمال الکتیو انتخابی - ضروری اعمالی است که باعث ایجاد درد، اختلال در عملکرد یا ناتوانی شود و بعید است که به سرعت بدتر یا اضطراری شود. پذیرش در مدت ۹۰ روز امکان پذیر است به طور مثال کولپوسکپی و ... اعمال الکتیو انتخابی - اختیاری اعمالی است که می تواند باعث ایجاد درد، اختلال در عملکرد یا ناتوانی شود و بعید است که به سرعت بدتر شود. پتانسیل تبدیل شدن به اورژانس را ندارد. پذیرش در مدت پس از ۹۰ روز امکان پذیر است به طور مثال اعمال جراحی زیبایی.

با محدود کردن روش های جراحی انتخابی می توان به اهداف زیر نائل شد:

۱. کاهش نیروی انسانی (جراحان، متخصص بیهوشی، پرستاران اسکراب، کارکنان بهداشتی) در اتاق عمل برای متعادل کردن نیروی انسانی و پیشگیری از ایجاد خستگی نیروها ضمن حفظ قابلیت های اقدام فوری
۲. کاستن سرایت بیماری از مبتلایان به COVID-19 تشخیص داده نشده با رعایت اصول محافظت فردی و افزایش پاک سازی سطوح
۳. آزاد کردن ظرفیت خدمت رسانی و منابع انسانی بخش های ویژه
۴. تجزیه و تحلیل ریسک پزشکی از طریق سنجش نیاز به جراحی انتخابی و خطرات به تعویق افتادن جراحی
۵. بررسی نیاز به مراقبت های بستری بعد از عمل در بخش های عمومی، در خصوص واحدهای مرتبط با اتاق عمل و ICU

در شرایط کنونی که اضطراب گسترده در مورد همه گیری COVID-19 وجود دارد طراحی یک راهنمای عملی مبتنی بر طبقه بندی خطر بر اساس منابع علمی ضروری به نظر می رسد که در نمودار ۱ به آن می پردازید.

تقسیم بندی اعمال جراحی:



نمودار ۱. راهنمای عملی مبتنی بر طبقه بندی خطر

بحث

توصیه‌های ما با بهره‌گیری از توصیه‌های کالج جراحی آمریکا در شرایط خاص و در خصوص بیماری‌های مربوط به جراحی عمومی با توجه به شرایط موجود در ایران و منطقه کردستان بدین شرح است (۸):

هموروئید حاد (خونریزی/ نکروز): با توجه به قضاوت جراح، در اغلب شرایط بواسیر حاد را می‌توان بدون عمل جراحی مدیریت کرد. در صورت امکان، مدیریت تحت بی‌حسی موضعی در یک مرکز سرپایی ممکن است مناسب باشد. روش‌های جراحی اورژانسی به‌طور کلی باید برای خونریزی قابل توجه و بیماری شدید یا بیماری که مقاوم به درمان غیر جراحی است، انجام شود.

آبسه Perianal or Perirectal: آبسه‌های که سطحی و موضعی هستند ممکن است با برش با بی‌حسی موضعی بر اساس نشانه‌های معمول جراح درمان شوند. برای جلوگیری از گسترش بیماری به یک عفونت تهاجمی و کوتاه کردن مدت بستری برش و تخلیه آبسه‌های بزرگ‌تر در اتاق عمل باید صورت گیرد.

عفونت‌های بافت نرم: آبسه‌های سطحی و موضعی ممکن است با برش و درناژ با بی‌حسی موضعی کنترل شود. آبسه‌های بزرگ‌تر یا کسانی که دارای یک بیماری زمینه‌ای هستند برای اطمینان از درناژ اولیه کافی و کوتاه کردن مدت زمان بستری در بیمارستان ترجیح داده می‌شود برش و تخلیه در اتاق عمل انجام شود.

پانکراتیت حاد همراه با نکروز: در صورت تأیید نکروز عفونی باید از درمان‌های ضد میکروبی استفاده شود. روش «گام به گام» توصیه می‌شود که شامل: درناژ از راه پوست، دبریدمان آندوسکوپی یا تکنیک‌های مداخله رادیولوژیک باشد، به دنبال آن عمل لاپاروسکوپی یا عمل جراحی باز انجام می‌شود (۹).

پنوموپرتونیوم، ایسکمی روده، انسداد روده: بیمارانی که با تشخیص سوراخ شدن مشکوک روده، ایسکمی روده، یا

انسداد ثانویه در فتق گیر کرده شده مراجعه می‌کنند، باید تحت عمل جراحی فوری قرار گیرند. مدیریت درمان انتظاری برای انسداد روده کوچک ثانویه به چسبندگی باید از روش معمول پیروی کند.

آپاندیسیت، بدون عارضه: شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به آپاندیسیت بدون عارضه را می‌توان با آنتی‌بیوتیک‌های IV و به دنبال آن تغییر به آنتی‌بیوتیک‌های PO درمان شوند. البته با توجه به قضاوت جراح و وضعیت بیمار، آنتی‌بیوتیک در نظر گرفته می‌شود (۱۰).

آپاندیسیت عارضه‌دار شده: همه بیماران باید تا آن زمان که از نظر بالینی بهبود یابند، آنتی‌بیوتیک‌های وریدی دریافت کنند و به دنبال آن به آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی تغییر یابند. بیماران مبتلا به آبسه باید تحت درناژ جلدی قرار گیرند. بیماران با شواهد پرفوراسیون باید تحت عمل جراحی قرار گیرند.

کوله لیتازیس علامت‌دار: برای بیماران مبتلا به کوله لیتازیس علامت‌دار و کوله سیستیت مزمن باید درد را کنترل کرد. اگر این امکان‌پذیر باشد، عمل جراحی باید به تأخیر بیفتد و به صورت انتخابی انجام شود. برای بیمارانی که علائم افزایش‌یافته یا عود علائم دارند کوله سیستکتومی لاپاروسکوپی در نظر گرفته شود.

کولِدو کولیتازیس (سنگ مجاری صفراوی): بیماران مبتلا به کِلِدو کولیتازیس بدون علائم کلانژیت و علائم حیاتی پایدار ممکن است به صورت انتظاری درمان شوند.

کوله سیستیت حاد: بیماران سالم مبتلا به کوله سیستیت حاد باید تحت عمل کوله سیستکتومی لاپاروسکوپی قرار بگیرند تا اقامت در بیمارستان به حداقل برسد. اگر بیمار برای جراحی خیلی پرخطر است یا اتاق عمل لاپاروسکوپی در دسترس نیست، آنتی‌بیوتیک وریدی را در نظر بگیرید. بیمارانی که از نظر بالینی بر روی آنتی‌بیوتیک‌ها بهبود نمی‌یابند و افرادی که علائم بیماری سپسیس دارند باید علاوه بر تجویز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی، تحت عمل کوله سیستوستومی قرار بگیرند.

کولانژییت: بیماران مبتلا به کولانژییت اغلب به آنتی بیوتیک های طیف گسترده و احیا مناسب پاسخ می دهند. برای بیمارانی که از نظر بالینی بهبود نمی یابند و مبتلایان به سپسیس، ERCP و اسفنکترتومی توصیه می شود. در صورت وجود نگرانی در مورد کوله سیستیت همزمان، ممکن است کوله سیستوستومی از راه پوست مناسب باشد.

دیورتیکولیت: دیورتیکولیت بدون عارضه با مراقبت معمول قابل کنترل است که شامل آنتی بیوتیک های وریدی و تبدیل به آنتی بیوتیک های خوراکی است. بیماران با پریتونیت چرکی یا مدفوعی همراه با پنوموپریتونیم منتشر باید تحت عمل جراحی قرار گیرند.

جراحی سرطان کولورکتال:

مواردی که باید در اسرع وقت انجام شود (۱۱):

۱. انسداد روده بزرگ
۲. انسداد سرطانی رکتوم
۳. سرطان های روده بزرگ بدون علامت
۴. سرطان های رکتال بعد از شیمی درمانی و بدون پاسخ به درمان
۵. نگرانی در مورد سوراخ شدن
۶. سرطان های رکتال در مرحله اولیه که درمان کمکی برای آن ها مناسب نیست

تشخیص هایی که می تواند ۳ ماه به تعویق بیفتد:

۱. پولیپ های بدخیم، با یا بدون برداشتن آندوسکوپی قبلی
۲. جراحی پیشگیری از شرایط ارثی
۳. پولیپ های بدون علامت بزرگ و خوش خیم
۴. کارسینوئیدهای کولون کوچک و بدون علامت
۵. کارسینوئیدهای رکتال کوچک و بدون علامت

جراحی پستان (خوش خیم و سرطان)

مواردی که باید در اسرع وقت انجام شود:

۱. بیمارانی که شیمی درمانی آن ها به اتمام رسیده
۲. تومورهای مرحله T2 یا N1 هورمون مثبت یا HER2 منفی

۳. بیماران سه گانه منفی یا HER2 مثبت

۴. بیوپسی های احتمالاً بدخیم

۵. برش و تخلیه آبنه سینه

۶. تخلیه همانوم

۷. فلپ ماستکتومی ایسکمیک

استفاده از جراحی های محافظت از پستان نسبت به ماستکتومی / یا بازسازی تا زمان حل شدن بیماری همه گیر COVID-19 ارجحیت دارد و بازسازی اتولوگ باید به تعویق افتد.

مواردی که باید به تعویق افتاد:

۱. برداشتن ضایعات خوش خیم فیبرونونوما، ندول ها و غیره
۲. بیوپسی هایی احتمالاً خوش خیم هستند.
۳. ضایعات در معرض خطر مانند آتیپی، پاپیلوما و غیره
۴. جراحی پیشگیرانه در موارد سرطان و غیر سرطان در شرایطی که خارج این دستورالعمل قرار می گیرند می بایست در کمیته ای که شامل متخصص جراحی و متخصص بیهوشی و کارشناس پرستاری از گروه مدیریت بیمارستان می باشد مطرح و در خصوص اینکه عمل جراحی می تواند به تأخیر بیفتد تصمیم گرفته شده و در صورت تأیید این کمیته اقدام لازم انجام شود.

تغییر استراتژی های ذکر شده در اینجا بسیار محتمل است؛ زیرا درک ما از چالش های منحصر به فردی که COVID-19 در هر زمان و مکانی ایجاد می کند، تغییراتی را در استراتژی های بعدی ایجاد می کند و هرگز قضاوت بالینی با چیز دیگری جایگزین نخواهد شد.

بیماری همه گیر COVID-19 به سرعت در حال گسترش است و سیستم های بهداشتی را در سراسر جهان تحت الشعاع قرار می دهد. در برخورد با COVID-19، جراحان و گروه های جراحی در سراسر جهان با چالش های منحصر به فرد در کارهای روزمره روبرو هستند. امیدواریم تجربیات خود را از منظر گروه جراحی بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان در مورد اقدامات خود در پاسخ به این چالش به اشتراک بگذاریم، با این امید که در طول این بحران جهانی این تجربیات به نفع دیگران نیز باشد.

نتیجه گیری

در طول همه گیری فعلی کووید ۱۹ برای محافظت از منابع مراقبتی و درمانی مانند تخت بیمارستان و ICU، دستگاه تنفس و بیماران و کارکنان، به طور کلی توصیه شده است که بیمارستان ها جراحی های انتخابی را متوقف کنند در

حالی که هیچ چیز جایگزین قضاوت بالینی صحیح پزشکی و تصمیم گیری موردی نخواهد بود.

تشکر و قدردانی

از کلیه کادر درمان که با فداکاری خود به نجات جان انسان ها می پردازند تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع

1. McKay B, Calfas J, Ansari T. Coronavirus declared pandemic by World Health Organization. The Wall Street Journal. 2020 Mar 11.
2. UNICEF. Covid-19 educational disruption and response. 2020..
3. Evans M, Wilde MA. Hospitals push off surgeries to make room for coronavirus patients. The Wall Street Journal. 2020 Mar 16.
4. Martines J. UPMC shuns health experts' calls to cancel elective surgeries. Pittsburgh Tribune-Review, 17, 2020.
5. Sathya C. Your elective surgery will be canceled. It's for everyone's good. The Washington Post, March 16, 2020.
6. Zhang S. What it really means to cancel elective surgeries: to make room for coronavirus patients, hospitals are delaying procedures that would make major differences in people's lives. The Atlantic, 17, 2020.
7. Stahel P.F. How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic?. Patient Saf Surg. 2020; 14: 8
8. American College of Surgeons (ACS). COVID-19 update: guidance for triage of non-emergent surgical procedures. March 13, 2020. (www.facs.org).
9. van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS, Boermeester MA, Dejong CH, van Goor H, Schaapherder AF, van Eijck CH, Bollen TL, van Ramshorst B. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. N Engl J Med. 2010;362(16):1491-502.
10. Mahida JB, Lodwick DL, Nacion KM, Sulkowski JP, Leonhart KL, Cooper JN, et al. High failure rate of nonoperative management of acute appendicitis with an appendicolith in children. J Pediatric Surg. 2016;51:908-11.
11. Yu GY, Lou Z, Zhang W. Several suggestion of operation for colorectal cancer under the outbreak of Corona Virus Disease 19 in China. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2020;23(3): 9-11.