

آگاهی پزشکان ایرانی در رابطه با نقش هلیکوباکتریلوری در اتیولوژی زخم

پپتیک و نحوه درمان آن، فاصله عمیق بین دانش علمی و عمل

نویسندگان: حسین پوستچی*، مهدی تنها*، علی حیدری*، محبوبه خلیلی* و دکتر صادق مسرت**

H.Pylori Infection In peptic ulcer, deep gap between scientific fact and the clinical practice

A, Heidary, H.Pustchy, M.Tanha, M. Khalli and S.Massarat

Digestive Diseases center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran / Iran

Cure of peptic ulcer disease by H.P eradication is one of the most medical advances in this century. Awareness of physicians about H.P is precondition for the benefit to health service. Although regular medical education is established by law in Iran, its impact on clinical practice is unknown.

359 physicians in Tehran and its suburb [20 GI specialists, 46 internists and 293 general practitioners (GP)] were asked first by questionnaire about the initial approach of patient with peptic ulcer, and then by face to face interview about the role of H.P, appropriate medical treatment of peptic ulcer (PU) and the kind to get last medical information.

100% of GI specialists and 75% of Internists and 54% of GP believe in the involvement of H.P infection in PU. 100% of GI specialists, and 53% of Internists and 43% of GP identify H.P infection as the primary cause of PU. 46% of Internists and 72% of GP refer the PU patients to GI specialists for final treatment. Among the physicians treating PU, 90% of Internists and 68% of GP use 3 or 4 drugs for H.P eradication. The extent of best knowledge on H.Pylori was among young internists (< 45 yrs), with 52% more than older one with.25%. The corresponding values among the GP were 23% vs 7.5 (P<0.010).

Awareness of general physicians, especially in higher age group (>45 yrs), on treatment of H.Pylori is very low in Iran. Most of physicians refer the PU patients for final treatment to GI specialists. This fact reveals low optimal impact of the present educational system on clinical practice.

خلاصه مقاله :

ریشه‌کن کردن هلیکوباکتریلوری برای درمان زخم پپتیک یک پیشرفت بزرگ علمی در این قرن است. از این موهبت علمی هنگامی جامعه می‌تواند بهره‌مند گردد که پزشکان درمان صحیح و درست این بیماری را انجام دهند. لذا آگاهی پزشکان در سطح جامعه برای این هدف از ضروریات است. با وجود اجباری شدن برنامه‌های بازآموزی برای پزشکان از سال ۱۳۷۰ در ایران، ما هنوز نمی‌دانیم از نتایج این پیشرفت تا چه اندازه استفاده عملی می‌شود.

تعداد ۳۵۹ پزشک (۲۰ متخصص گوارش، ۲۶ متخصص داخلی، و ۲۹۳ پزشک عمومی) در سه شهر تهران، کرج و ورامین توسط پرسشنامه و سپس گفتگوی حضوری مورد مصاحبه قرار گرفتند. میزان اطلاعات در رابطه با زخم پپتیک، درصد نقش هلیکوباکتریلوری در زخم و درمان مناسب آن و تجویز رژیم غذایی و چگونگی کسب اطلاعات پزشکی و همکاری با متخصصین به دست آمد.

۱۰۰٪ متخصصین گوارش و ۷۵٪ متخصصین داخلی و ۵۴٪ پزشکان عمومی در اولین برخورد درمانی با بیمار مبتلا به زخم پپتیک، به هلیکوباکتریلوری به عنوان عامل مؤثر فکر می‌کردند. از بین پزشکان عمومی فقط ۴۳٪ نقش بالای ۸۰٪ را برای درمان هلیکوباکتریلوری در به وجود آوردن زخم پپتیک قائل بودند. برای درمان زخم ۴۶٪ از متخصصین داخلی و ۷۲٪ از پزشکان عمومی بیماران را در نهایت جهت درمان به متخصصین گوارش ارجاع می‌دادند. از بین پزشکانی که خود اقدام به درمان می‌کردند، درمان شامل درمان چهار دارویی و سه دارویی بود که به وسیله ۹۰٪ از متخصصین داخلی و ۶۸٪ از پزشکان عمومی انجام گرفت. مدت درمان دارویی دو هفته توسط ۸۲٪ از متخصصین گوارش و ۳۱٪ از متخصصین داخلی و ۳۹٪ از پزشکان عمومی اجرا می‌شد. میزان اطلاعات مطلوب پزشکان راجع به هلیکوباکتریلوری در سن بالای ۴۵ سالگی نسبت به سن پایین‌تر از ۴۵ سال در متخصصین داخلی ۲۵٪ به ۵۲٪ و در پزشکان عمومی ۷/۵٪ به ۲۳٪ (p<0.01) بود.

میزان اطلاعات پزشکان عمومی بخصوص در سنین بالا در رابطه با درمان بیماران مبتلا به زخم پپتیک بسیار پایین است و اغلب آنها برای درمان نهایی به همکاری با متخصصین گوارش نیازمندند. این حقیقت تأثیر آموزش پزشکی به طریق فعلی را زیر سؤال برده و بازنگری آن را قویاً توصیه می‌کند.

درمان زخم پپتیک و جلوگیری از عود آن با ریشه‌کن کردن هلیکوباکتریلوری یکی از پیشرفت‌های بزرگ پزشکی در قرن است که به تازگی خاتمه یافته است، تعداد مقالاتی که هر سال از زمان کشف مجدد آن به وسیله مارشال و وارن (Marshall and Warren) در سال ۱۹۸۳ تا به حال انتشار یافته است به حدی است که حجم زیادی از مجلات تحقیقی و تعداد بسیار زیادی از مقالات ارائه شده در کنگره‌های ده سال اخیر را می‌گیرد، در کشورهای صنعتی آمار دقیقی راجع به میزان آگاهی پزشکان در رابطه با این باکتری و نوع درمان آن در دست است ولی از ممالک در حال رشد اطلاعات بسیار ناقصی در دست ما است، هدف از این مطالعه، سنجش سطح آگاهی پزشکان ایرانی در مورد نقش هلیکوباکتریلوری در زخم پپتیک است و می‌توان گفت در صورت پائین بودن این آگاهی به بازنگری برای تغییر سیستم آموزشی پزشکی کشور نیاز خواهد بود.

روش مطالعه:

نام تمام پزشکان عمومی و داخلی و فوق تخصص‌های گوارش در سه منطقه از شهر تهران، چند منطقه از شهر کرج و تمامی شهر ورامین از روی تابلوهای نصب شده در خیابان‌ها ثبت شد، سپس تقاضا شد پرسشنامه‌ای را پر کنند. در پی آن درخواست شد به چند پرسش شفاهی پاسخ دهند. عده‌ای از پزشکان در ابتدا امتناع می‌کردند ولی با رجوع مجدد و دادن اطلاعات به آنها در رابطه با هلیکوباکتریلوری به صورت یک بروشور، حاضر به انجام مصاحبه می‌شدند. این پرسش‌ها به صورت زیر یکی پس از دیگری مطرح می‌شد (پرسش شماره ۲ تا ۶) ابتدا از ۲۴ پزشک در شهر تهران و کرج و ورامین به صورت رهیابی (Pilot) سوالات انجام گرفت و حجم نمونه در سه منطقه تهران، کرج و ورامین از نظر آماری با ۳۶۰ پزشک محاسبه گردید. جمعاً از ۳۵۹ نفر در سه شهر تهران، کرج و ورامین مصاحبه به

جدول شماره ۱ - درمان پیشنهادی برای زخم پپتیک چیست؟

	درمان ریشه‌کنی	درمان غیرریشه‌کنی
GI specialists n=16	100%	0%
IM n=40	69%	31%
GP n=286	54%	46%

GI = پزشکان متخصص گوارش
IM = پزشکان متخصص داخلی
GP = پزشکان عمومی

عمل آمد که از این تعداد ۲۰ نفر فوق تخصص گوارشی داشتند و در بیمارستان‌های شهر تهران مشغول به کار بودند، در شهر تهران از ۳۴ متخصص داخلی و ۱۲۲ پزشک عمومی، در شهر کرج از ۸ متخصص داخلی و ۸۱ پزشک عمومی و در شهر ورامین از ۴ متخصص داخلی و ۹۰ پزشک عمومی پرسشنامه کسب گردید، مصاحبه رودرویی معمولاً ۱۵ دقیقه طول می‌کشید مصاحبه‌ها در اسفند ۷۷ تا شهریور ۷۸ انجام گرفت.

بر حسب اطلاعات پزشکان و این که تا چه حدی نقش هلیکوباکتریلوری را در ایتولوژی زخم پپتیک مؤثر می‌دانند و مطابق آن از درمان ضد ریشه‌کنی استفاده می‌کنند پزشکان به سه گروه با اطلاعات بسیار خوب (بیش از ۸۰ درصد نقش هلیکو و درمان سه یا چهار دارویی به مدت دو هفته) و متوسط (نقش کمتر از ۸۰ درصد و درمان غیر مطلوب) و ناقص (نقش کمتر از ۵۰ درصد هلیکو و درمان غیر متعارف) تقسیم می‌شدند.

نتایج:

از تعداد پزشکان ۴ پزشک فوق تخصص گوارش و ۶ متخصص داخلی و ۷ پزشک عمومی حاضر به همکاری و مصاحبه نشدند. در مقابل اولین سؤال که درمان پیشنهادی در مورد زخم پپتیک چیست پزشکان فوق تخصص گوارش همه درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری را پیشنهاد کردند، اما ۶۹ درصد پزشکان متخصص داخلی و ۵۴ درصد پزشکان عمومی ۵۴ این پیشنهاد را دادند.

از میان پزشکان متخصص (IM) و عمومی (GP) که درمان‌های دیگری را تجویز می‌کردند داروهای پیشنهادی آنها در جدول شماره ۲ آورده شده است. پزشکان متخصص داخلی که درمان غیر ریشه‌کنی را تجویز می‌کردند، داروی اول آنها اومپرازول بود، که گاه آنرا همراه آنتی‌اسید می‌دادند در صورتی که پزشکان عمومی مداوای دو دارو یعنی آنتی‌اسید همراه با داروهای مهار کننده ترشح اسید از نوع H2-

جدول شماره ۲ - درمان زخم پپتیک در پزشکانی که از

ریشه‌کنی نام نبرده بودند

	IM	GP
فقط Antiacids	2.6%	2.7%
فقط H2-Blockers	10.5%	14%
Antiacids + H2Blockers	5.3%	18.7%
Omeprazole (Omeprazole)	39.5%	17%
Omeprazole + H2-Blockers	0%	1.6%
Antiacid + Omeprazole	18.4%	11.2%
Antiacid+Omeprazole+H2Blockers	21.1%	24.6%

GI = پزشکان متخصص گوارش
IM = پزشکان متخصص داخلی
GP = پزشکان عمومی

Blockers را تجویز می‌کردند.

فقط ۴۰ درصد از متخصصین داخلی و ۲۰ درصد از پزشکان عمومی به نقش مهم هلیکوباکتریپیلوری در اتیولوژی زخم پپتیک اعتقاد داشتند (جدول شماره ۳). میزان اطلاعات پزشکان در رابطه با هلیکوباکتریپیلوری در سه منطقه تهران، کرج و ورامین بر حسب تخصص آنها در جدول شماره ۴ آورده شده است که به نظر می‌رسد پزشکان عمومی ورامین و کرج به علت پایین بودن سنشان نسبت به پزشکان عمومی شهر تهران یا سن بالاتر از اطلاعات بهتری راجع به درمان جدید زخم پپتیک برخوردارند.^۱

۳۱ درصد از فوق تخصص‌های گوارش و ۶۲ درصد از متخصصین داخلی و ۷۹ درصد از پزشکان عمومی رژیم غذایی را برای بیماران خود توصیه می‌کنند و ۴۶٪ از متخصصین داخلی و ۷۲ درصد از پزشکان عمومی بیماران را برای معالجه قطعی زخم پپتیک به متخصصین گوارش ارجاع می‌نمایند؛ متخصصین گوارش در ۸۲ درصد درمان دو هفته را تجویز می‌کنند در صورتی که متخصصین داخلی و پزشکان عمومی درمان بیش از دو هفته را برای ریشه‌کنی هلیکوباکتریپیلوری جایز می‌دانند (جدول شماره ۶).

پزشکان متخصص گوارش اطلاعات خود را از راه مطالعات خارجی و داخلی و کنگره‌های مختلف به دست می‌آورند. کسب اطلاعات همگانی چه از راه مجلات خارجی و داخلی و کنگره‌ها فقط در ۳۷/۵ درصد از متخصصین داخلی انجام می‌گیرد و ۲۰ درصد آنها از کنگره‌ها و مجلات داخلی استفاده می‌کنند و ۴۱ درصد از پزشکان عمومی از کنگره‌ها و مجلات داخلی و ۲۲ درصد آنها از کنگره‌ها و مجلات داخلی و خارجی اطلاعات پزشکی را به دست می‌آورند (جدول شماره ۷) ۳/۵ درصد از پزشکان عمومی هیچگونه دسترسی به مجلات و کنگره‌ها ندارند.

بحث:

اطلاعات جدید پزشکی معمولاً از زمان مشخص شدن قاطعیت و مؤثر بودن آن تا این که کاربرد عملی را کسب کنند بیش از ۱۰ تا ۲۰ سال طول می‌کشد، البته در بیست سال اخیر شیوه کسب اطلاعات کاملاً تغییر پیدا کرده و هر سال به سرعت اطلاع‌رسانی شتاب زیادتری داده شده است. وجود انجمن‌های تخصصی و راهنمودهای آنها که به صورت پیشنهاد درمانی (Guidelines) در مجلات اختصاصی منتشر می‌شوند مدت زمان اطلاع‌رسانی را از هنگام ثبوت تا

جدول شماره ۳ - میزان درصد نقش هلیکوباکتریپیلوری در اتیولوژی زخم پپتیک

درصد	GI	IM	GP
> 80%	100%	40%	20%
50% - 80%	0	25%	24%
< 50%	0	35%	56%

GI = پزشکان متخصص گوارش

IM = پزشکان متخصص داخلی

GP = پزشکان عمومی

هنگام کاربرد کاملاً کوتاه کرده است. اولین بررسی‌های ریشه‌کنی هلیکوباکتریپیلوری و عدم عود اولسر که در سال ۱۹۸۷ و ۱۹۸۸ در مجله Lancet منتشر شدند (۲ و ۱) تصمیم در کنفرانسی که ۱۹۹۴ در واشنگتن (که از طرف انجمن ملی بهداشت آمریکا با شرکت متخصصین ممالک مختلف گرفته شد و هلیکوباکتریپیلوری را به عنوان عامل اصلی زخم پپتیک دانستند و ریشه‌کنی این باکتری را به پزشکان کشورهای آمریکای شمالی توصیه کردند)^(۳) ۷ سال طول کشید.

از این تاریخ به طور چشمگیری درمان ریشه‌کنی به وسیله مجلات و کنگره‌ها و به خصوص رسانه‌های گروهی و روزنامه‌ها بین پزشکان و مردم عام توصیه شد بطوری که اگر در سال ۱۹۹۴ اغلب متخصصین گوارش معتقد به وجود هلیکوباکتریپیلوری به عنوان عامل زخم پپتیک بودند ولی فقط یک سوم از پزشکان عمومی از این رابطه مطلع بودند^(۵). در سال ۱۹۹۶ بعد از این توصیه از ۵۹۹۴ پزشک که ۵۲ درصد آنها در آمریکا حاضر به پرکردن پرسشنامه در رابطه با نقش هلیکوباکتریپیلوری

جدول شماره ۴ - اطلاعات پزشکان بر حسب تخصص و محل کار و سن پزشکان و محل کار

میزان اطلاعات	ورامین		کرج		تهران	
	GP	IM	GP	IM	GP	IM
خیلی خوب	30%	75%	23.8%	50%	10.3%	32.1%
خوب	19%	0%	20%		32.8%	35.7%
ناقص	51%	25%	56.2%	50%	56.9%	32.2%
درصد پزشکان کمتر از ۴۵ سال	93.3%	100%	86.4%	75%	68.6%	36.4%

*P (Tehran vs Karaj and Waramin) = 0.055

GP = پزشکان عمومی IM = پزشکان متخصص داخلی GI = پزشکان متخصص گوارش

شدند ۹۴ درصد از متخصصین گوارش و ۶۸ درصد از پزشکان عمومی معتقد به اهمیت بالای هلیکوباکتریپیلوری در ایجاد زخم اثنی عشر بودند (Breuer)^(۶، ۷) تعداد درصد پزشکان آگاه به اهمیت باکتری در ایجاد زخم در کشور آلمان هم بین پزشکان عمومی با ۹۲/۸ درصد در سال

^۱ - از کسانی که درمان ریشه‌کنی را در برخورد اولیه با بیماران تجویز می‌کردند بیشتر از درمان چهار دارویی یا سه دارویی استفاده می‌کردند (جدول شماره ۵)

جدول شماره ۵ - رژیم‌های درمانی اتخاذ شده از طرف پزشکان در برخورد اولیه با بیماران مبتلا به زخم پپتیک

GI n=16	IM n=9	GP n= 158	
87%	66.7%	39.2%	درمان چهار دارویی
13%	33.3%	41.1%	درمان سه دارویی
0%	0%	15.2%	درمان دو دارویی
0%	0%	3.8%	درمان با یک دارو
0%	0%	6%	درمان‌های دیگر از جمله گیاهی
31%	62%	79%	سفرش به حفظ رژیم غذایی
0%	46%	72%	ارجاع بیمار به پزشک متخصص

GI = پزشکان متخصص گوارش

IM = پزشکان متخصص داخلی

GP = پزشکان عمومی

۱۹۹۵ بالا بود^(۷) و این نشان می‌داد که در شمال اروپا اعتقاد به ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری در درمان زخم پپتیک به علت تحقیقات وسیعی که به خصوص پس از استرالیا در اروپا شده بود زودتر جنبه عملی پیدا کرده بود. در کشور سوئد و نروژ ۹۰ درصد از پزشکان عمومی در سال ۱۹۹۶ اطلاعات خوبی در رابطه با هلیکوباکتریلوری داشتند (۹). در ایتالیا ۲۵ درصد از پزشکان عمومی بیماران را برای درمان سوءهاضمه به متخصصین گوارش ارجاع می‌کردند و در برخورد با بیمار مبتلا به زخم پپتیک فقط در ۶۴ درصد خود ریشه‌کنی هلیکوباکتر را به عهده می‌گرفتند.^(۱۰)

در ایران اطلاعات راجع به هلیکوباکتریلوری به وسیله متخصصین گوارش که در کنگره‌های بازآموزی شرکت فعال دارند و خود همانطوری که در جدول شماره ۶ ذکر شده است از راه مطالعه مجلات خارجی و داخلی کسب اطلاع می‌کنند به پزشکان عمومی انتقال داده می‌شود. ۹۶/۵ درصد از پزشکان عمومی گزارش داده‌اند که اطلاعات پزشکی را در درجه اول به وسیله مجلات پزشکی داخلی و کنگره‌های داخلی (۴۱٪) و یا همراه با مجلات پزشکی بین‌المللی (۲۲ درصد) و یا فقط مجلات داخلی و خارجی (۱۹/۷ درصد) دریافت می‌کنند و ۴۶ درصد آنها در سال ۱۹۹۹ اعتقادی به ریشه‌کنی هلیکوباکتر نداشتند و ۷۲ درصد از همکارانی هم که اعتقاد به رل مهم ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری داشتند بیماران را به متخصصین گوارش برای درمان صحیح ارجاع می‌دادند و خود از تجویز داروها در برخورد با بیماران اجتناب می‌کردند.

عدم اعتقاد به درمان و یا ارجاع تعداد زیادی از بیماران برای درمان به متخصصین گوارش نشانه وجود ضعف در انتقال اطلاعات جدید به پزشکان است که خود ممکن است علل مختلفی داشته باشد. اولین

بررسی راجع به ریشه‌کنی هلیکوباکتریلوری در ایران در شیراز انجام گرفت و نتایج آن در سال ۱۳۷۰ در مجله نبض منتشر شد^(۱۱). مقاله دیگری که به خصائص میکروبیولوژی این باکتری پرداخته بود در سال ۱۳۷۱ و در مجله دارو و درمان منتشر شد^(۱۲). مقاله بالینی دیگری که در این رابطه انتشار یافت پس از دو سال از ارسال آن در سال ۱۳۷۴ در مجله نظام پزشکی بود^(۱۳) و بعد از آن مقاله تا سال ۱۳۷۷ در مجله نظام پزشکی منتشر نشد^(۱۴). فعلاً مجله نبض منتشر نمی‌شود و مجلات پزشکی‌ای که اطلاعات پزشکی را در اختیار پزشکان می‌گذارند و یا کم هستند یا در تعداد کمی منتشر می‌شوند و به هر صورت در حد کافی در اختیار پزشکان قرار نمی‌گیرند؛ این امر یکی از دلایل نآشنائی پزشکان با اطلاعات و یافته‌های جدید پزشکی از جمله مسئله هلیکوباکتریلوری است. از سوی دیگر می‌دانیم سال‌هاست شرکت در کنگره‌های بازآموزی اجباری است که البته به نظر نمی‌آید این کنگره‌ها جذابیت و جامعیت کافی را برای بازآموزی و اطلاع‌رسانی پزشکی داشته باشند. از این رو دو وسیله اطلاع‌رسانی ناقص عمل می‌کنند، بدیهی است که نقیصه فعلی ناشی از این نقص عملکرد است.

در کشورهای پیشرفته عضویت هر پزشک در مجمع نظام پزشکی که اعضاء اداره کنندگان آن را خود پزشکان بدون هیچگونه محدودیتی تعیین می‌کنند ضروری است و عدم عضویت در آن با عدم فعالیت پزشکی برابر است، مجمع نظام پزشکی در ممالک پیشرفته بطور منظم هر هفته یک مجله پزشکی را منتشر می‌کند که در آن علاوه بر موضوعات صنفی تمام پیشرفت‌ها و راهنمایی‌ها پزشکی که از اهمیت برای آموزش پزشکان عمومی برخوردار است در آن انتشار می‌یابد و این مجله مجاناً برای همه پزشکان فرستاده می‌شود و البته باید گفت که پزشکان بر طبق درآمدی که دارند موظفند که مخارج انجمن پزشکان و نظام پزشکی را خود با حق عضویت تأمین کنند و دولت هیچگونه نفوذی در این انجمن‌ها ندارد غیر از دریافت مجله صنفی بطور منظم در هر ماه کنگره‌های مختلفی در شهرهای بزرگ و کوچک از طرف پزشکان

جدول شماره ۶ - مدت درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتر به وسیله پزشکان بر حسب تخصص آنها

GI	IM	GP	
6%	46%	47%	بیش از دو هفته
82%	31%	39%	دو هفته
12%	15%	3%	دو هفته همراه با تجویز طولانی داروهای مهارکننده اسید
0%	7%	12%	کمتر از دو هفته

GI = پزشکان متخصص گوارش

IM = پزشکان متخصص داخلی

GP = پزشکان عمومی

جدول شماره ۷ - چگونگی کسب اطلاعات پزشکی به وسیله پزشکان

GI	IM	GP	
	12.5%	19.7%	۱ - مجلات علمی داخلی و خارجی
100%	37.5%	22%	۲ - مجلات علمی داخلی و خارجی و کنگره‌ها
	7.5%	1.7%	۳ - به وسیله رسانه‌های عمومی
	2.5%	5.3%	۴ - کنگره‌های پزشکی
	20%	41%	۵ - کنگره‌های پزشکی و مجلات داخلی
100%	10%	6.7%	۶ - همه امکانات بالا
	0%	3.5%	۷ - هیچکدام از این امکانات

GI = پزشکان متخصص گوارش

IM = پزشکان متخصص داخلی

GP = پزشکان عمومی

بهره‌مندی مردم از تشخیص و درمان می‌گشت در ده ساله اخیر، این مسائل برطرف شده است و ما از جهت امکانات چه از نظر پزشکی و چه وجود بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها مشکل نداریم. کمبود دارو در مقطع زمانی کارهای درمانی را به عقب می‌اندازد ولی عدم توجه به درمان صحیح و مطلوب به وسیله پزشکان در اثر نقصان دانش نقش عمده را دربر دارد. عدم اطلاعات پزشکی از پیشرفت‌ها در بین پزشکان عمومی ما یک بازنگری کلی در سیستم بازآموزی را ایجاب می‌کند، بطور قطع کنگره‌های بازآموزی قادر به انتقال این پیشرفت‌ها به حد لازم و کافی نبوده‌اند و تعداد کم مجلات پزشکی و فاصله طولانی انتشارات و عدم ارسال آن برای تمام پزشکان یک نقص کلی در سیستم آموزشی را به وجود آورده است. به نظر می‌رسد که سیستم نظام پزشکی هم به شکل فعلی قادر به انتقال اطلاعات لازم به پزشکان نیست شرکت فعال پزشکان در به وجود آوردن یک نظام پزشکی مورد قبول همه و کمک مالی تمام پزشکان به این نظام بطور اجباری مطابق با میزان درآمد و کمک مالی کمپانی‌های دارویی از راه پرداخت درصد از درآمد خود به مجلات پزشکی و تشکیل کنگره‌های بازآموزی با سخنرانان مجرب و با نام پرداخت پاداش خوب و به آنها ضروری است، کمک مالی دولت هم به نظام پزشکی منتخب آحاد پزشکان برای پخش منظم با فاصله‌های کوتاه

همان منطقه دایر می‌شود که از متخصصین بنام برای سخنرانی راجع به پیشرفت‌های پزشکی که جنبه کاربردی و عملی آن زیاد است دعوت می‌شود و پزشکان معمولاً یک بعدازظهر هر هفته را برای انجام کارهای مربوط به مطب و همچنین شرکت در جلسه‌های بازآموزی آزاد می‌گذارند باید به خاطر داشت که نظام پزشکی منطقه استان هم خود بطور مستقل مجلات پزشکی انتشار می‌دهد که بیش از نیمی از حجم آن به مطالب مهم پزشکی تعلق دارد. نباید نقش کمپانی‌های دارویی را در به وجود آوردن کنگره‌ها و قبول مخارج کنگره‌های پزشکی چه سالیانه و چه ماهانه در مناطق مختلف نادیده گرفت. این کمپانی‌های دارویی هم مخارج مجلات پزشکی را با دادن آگهی‌ها و هم مخارج کنگره‌های بازآموزی منطقه را با پخش بروشورهای تبلیغاتی راجع به داروها بین پزشکان به عهده می‌گیرند به هر صورت امکانات کسب اطلاعات هم به وسیله مجلات منتشر شده در فواصل هفته و ماه و هم شرکت در کنگره‌ها برای پزشکان وجود دارد. وجود رقابت در کاربرد پیشرفت‌های پزشکی بین پزشکان خود عامل مهمی برای جذب و داشتن بیماران زیادتر است. آگاهی مردم از پیشرفت‌های پزشکی از راه رسانه‌های گروهی و خواندن مجلات خود یک عامل دیگر برای ترغیب پزشکان به داشتن آخرین اطلاعات علمی است. عواملی که باعث عدم کاربرد پیشرفت‌های پزشکی در مملکت ما می‌شود چند بعدی است که همگی بستگی به هم دارند. اگر در سال‌های قبل از انقلاب تعداد کم پزشکان و نبود امکانات درمانی و بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها مانع از

سوالات انجام شده از پزشکان

نوع تخصص / سن پزشک / جنس / منطقه طبابت / سال اخذ آخرین مدرک پزشکی

- درمان پیشنهادی شما در مورد زخم پپتیک چیست؟
الف: آنتی‌اسید ب: H2 blocker ج: امپرازول د: موارد دیگر (لطفاً ذکر کنید)
- چه رژیم غذایی را برای بیماران مبتلا به زخم پپتیک پیشنهاد می‌کنید؟
- ۳ - طی سال گذشته چند بیمار مبتلا به دیس‌پسی (سوء هاضمه) را برای درمان به پزشک متخصص معرفی کرده‌اید؟
- ۴ - اطلاعات جدید پزشکی از چه راهی در اختیار شما قرار می‌گیرد؟
۱ - از طریق خواندن مجلات: داخلی بلی خیر
خارجی بلی خیر
- ۲ - از طریق رسانه‌های گروهی بلی خیر
- ۳ - از طریق کنگره‌های پزشکی بازآموزی بلی خیر
- ۱ - به نظر شما هلیکوباکتریلوری چند درصد در ایجاد زخم پپتیک نقش دارد؟
- ۲ - کدام رژیم دارویی را جهت ریشه‌کنی باکتری فوق‌الذکر پیشنهاد می‌کنید؟
- ۳ - مدت درمان چند روز است؟
- ۴ - آیا شما شخصاً این داروها را تجویز می‌نمائید؟ بلی خیر
- ۵ - در صورت منفی بودن جواب علت عدم تجویز چیست؟
- ۶ - آیا بیماران درمان مخصوص ریشه‌کنی این باکتری را تحمل می‌کنند؟

مجلات پزشکی با محتوی بازآموزی و شرکت مجانی پزشکان در این کنگره‌ها می‌تواند شرایط کسب اطلاعات پزشکی جدید را بهتر کرده، درمان مطلوب را برای بیماران فراهم آورد.

در حالی که جوامع پزشکی در ممالک پیشرفته برای درمان بیماری‌های شایع همانند بالا بودن فشار خون، بیماری‌های قلبی، سردرد، آسم و غیره دستورهای جامع دارند (Guideline) که از طرف انجمن‌های فوق تخصصی روی آن کار شده و مطابق پیشرفت‌های پزشکی و امکانات در مجلات برای اطلاع عموم پزشکان منتشر می‌شود تا هنگام شکایات از طرف بیماران به این راهنمایی‌های علمی تکیه شود هنوز در مملکت ما از طرف نظام پزشکی چنین کمیسیون‌هایی (که هدف آن مطالعه دستورهای جامع در ممالک دیگر و تطابق آن با شرایط مملکت ما برای انتخاب بهترین روش کار باشد) تشکیل نشده است. با آن که ممکن است گفته شود به علت کمبودهایی که جامعه ما با آن درگیر است این پیشنهاد نمی‌تواند به خوبی جنبه عملی پیدا کند و از طرف همه پزشکان پیاده شود باید باز هم تأکید کرد که در هر صورت باید چنین کمیسیون‌هایی تشکیل گردد که با در نظر گرفتن امکانات موجود بهترین شیوه درمان شایع‌ترین بیماری‌ها را تعیین کند و به همه

پزشکان اطلاع دهد.

نظام پزشکی و انجمن‌های فوق تخصصی باید خود در رساناهای گروهی به خصوص رادیو و تلویزیون نفوذ کند و در برنامه‌های خاص نقش اطلاع رسانی را به عامه مردم با پخش برنامه‌های عامیانه و قابل درک اکثریت به مقدار متناسب به عهده بگیرند و اطلاعات همگان را بالا ببرند. به نظر می‌رسد که مثلاً به وجود آوردن برنامه‌های فشرده و در مقطع زمانی خاص در هر سال از جمله به عنوان "هفته بهداشت و درمان" به وسیله رسانه‌های گروهی چه رادیو و چه صدا و سیما و روزنامه‌ها بتواند آگاهی‌های مهم و لازم را به مردم و پزشکان بدهد و نقش مهمی را در انتقال اطلاعات جدید ایفا کند. نظام پزشکی باید مسئولیت فعالانه را در نقش و تنظیم این برنامه به عهده بگیرد.

* - پزشکان آماده برای اخذ پایان نامه جهت درجه دکتری عمومی بخش گوارش بیمارستان شریعتی
** - استاد بخش گوارش بیمارستان دکتر شریعتی تهران

REFERENCES:

1. Coghlan J.G., Gilligan D., Humphries H. et al. "Campylobacter pylori and recurrence of duodenal ulcers - a 12 month follow-up study" *Lancet* 1987; 11: 1109-1111
2. Marshall B.J., Goodwin O.S., Warren J.R. et al. "Prospective double-blind trial of duodenal ulcer relapse after eradication of campylobacter Pylori" *Lancet* 1988; II: 1437-1442
3. "NIH consensus development panel on Helicobacter Pylori in peptic ulcer disease" *JAMA* 1994;272;65-69
4. Hopkins R.J. "Current FDA-approved treatments for Helicobacter Pylori and the FDA approval Process" *Gastroenterology* 1997;113;5128-5130.
5. Fendrick A.M., Hirth R.A. and chernew M.E. "Differences between generalist and specialist physicians regarding Helicobacter Pylori and peptic ulcer disease" *Am. J. Gastroenterology* 1996; 91: 1544-1548
6. Breuer T., Sudhop T., Goodman K., Graham Dy, Malfertheimer P. "Treatment regimens used in Helicobacter Pylori Postive ulcer disease : a comparison of gastroenterologists and family practitioners" *Gut*; 1996; suppl 2 : 22
7. Breuer T., Goodman K.J., Malaty H.M., sudhop T. and Graham D.Y. "How do clinicians practicing in the U.S. manage Helicobacter Pylori - related gastrointestinal diseases? A comparison of primary care and specialist physicians" *Am. J. Gastroenterol.* 1998; 93: 553-561
8. Breuer T., Sudhop T., Goodman K. J., and D.Y. Graham "How do practicing clinicians manage Helicobacter pylori-related gastrointestinal disease in Germany? A survey of gastroenterologists and family practitioners". *Helicobacter* 1999;3:1-8
9. Martin P., Thomsen AS, Rautenem K., Hjalt C.A., Jonsson A and Lofroth G., " Diffusion of knowledge of Helicobacter Pylori and its practical application by Nordic clinicians" *Scand J. Gastroenterol.* 1999; 34; 974-98
10. Marconi G., Tesetti C., Miroglio G., Parente F., Colombo E., Sainaghi M., Bianchi Porro G. "Management of Helicobacter Pylori-related gastrointestinal diseases by general practioners in Italy" *Aliment Pharmacol Ther.* 1999; 13: 1499-1504
11. سهیلا سالاری، نجف دهباشی، شهاب زارع و صادق مسرت «درمان و پیشگیری زخم پپتیک با ریشه‌کن کردن هلیکوباکتر» نبض ۱۳۷۰، شماره پنجم، سال اول
12. اکبر میرصالحیان، دکتر پرویز ادیب‌پور. «بررسی کمپیلوباکترپیلوری (هلیکوباکترپیلوری) در مبتلایان به گاستریت و اولسره‌های پپتیک» دارو و درمان ۱۳۷۱، سال نهم، صفحه ۱۳ - ۲۰
13. رضا ملک‌زاده و صادق مسرت «ریشه‌کن کردن هلیکوباکتر پیلوری از معده، تحولی چشمگیر در معالجه زخم پپتیک» مجله نظام پزشکی ۱۳۷۴، دوره سیزدهم، صفحه ۲۴۴-۲۷۵
14. شهاب دولت‌آبادی «تأثیر ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری در کاهش عود خونریزی» مجله نظام پزشکی ۱۳۷۷، دوره شانزدهم، صفحه ۲۵۰ - ۲۵۲.