مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی چهاردهم، شماره‌ی ۳، صفحه‌های ۲۹۷ ـ ۲۹۶ (شهریور ۱۳۹۱)

هنر انفرادی نمودن طبابت

دکتر عباس توکلیان[۱]، امیر امامی زیدی[۲]

۱) گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، ۲) کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی حضرت زینب آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** آمل، خیابان طالب آملی، کوچه شهید فیاض‌بخش، دانشکده‌ی پرستاری و پیراپزشکی آمل، گروه پرستاری، کد پستی: ۶۱۴۶۷- ۴۶۱۵۸ ، امیر امامی زیدی؛ e-mail:emamizeydi@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌ها مجموعه‌ای مدون، یک‌رنگ و یکسان از علایم و نشانه‌ها نیستند که به شکل یک قانون خشک و غیر قابل تغییر در آمده و هر نوع نابسامانی در سلامت را بر اساس آن بتوان تعریف نمود. حکیمانه‌ترین سخنی که در این زمینه بیان گردیده، این است که در پهنه‌ی گسترده‌ی علم طب «بیماری» وجود ندارد، بلکه «فرد بیمار» وجود دارد. پزشکی نیز مانند تمام علوم موجود قانون‌مند است، اما بر هر قانونی از این کتاب حجیم و بی‌نهایت، بی شمار تبصره نگاشته شده است. بی‌شمار یعنی به شمار انسان‌ها در تمام زمان‌ها و عصرها. به این‌معنی که هر انسانی در هر مقطعی از زمان، یک بیماری ویژه را در بسته‌ای از تبصره‌های خاص خود به نمایش می گذارد. تبصره‌هایی که در سوژه‌ای دیگر، و در برهه‌ی دیگری از زمان و در گوشه‌ی دیگری از جهان تغییر خواهند کرد. بنابراین طب نیز قانون مدار است، اما علمی است که از بی‌شماری تبصره‌های نوشته شده بر هر قانون، بی‌قانون جلوه می‌کند.

طبابت هنر انفرادی نمودن (Individualization) بیماری‌ها و علم تسلط بر بی‌نهایت تبصره‌ی نوشته شده بر قانون‌های عام بیماری‌ها می‌باشد. هم‌چنین، طبابت دانش دستیابی بر ساقه‌ی علت از میان انبوه نشانه‌ها و علامت‌های مدام در تغییر بیماری است و طبیب، هنرمند بی‌بدیلی است که نه تنها صورت عام یک مرض را می شناسد، بلکه بر بی‌نهایت اشکال متغیر آن بیماری نیز اشراف کامل دارد. بیماری یک مجرم «هزار چهره» است و حکیم که حقیقت اشیا و پدیده‌ها را به نور حق مشاهده می‌کند، ماهیت هر کدام از این چهره‌ها را به کرات دیده و ترفند هر مرض را برای پنهان نمودن چهره‌ی واقعی خویش، می‌داند. طبابت علم انفرادی کردن قانون‌های عام بیماری‌ها و هم‌چنین علم انفرادی نمودن یک بیماری عام، در یک بیمار خاص می‌باشد.

آنچه در کتب مرجع پزشکی می‌آید، شرح عام بیماری‌ها است، و با مرور آن متون، فرد فقط اسامی، تعاریف، علائم و نشانه‌هایی از بیماری را به طور ناپایدار و فرّار در ذهن خویش خواهد نشاند. عملی که چند لوح فشرده نرم‌افزاری، بسیار دقیق‌تر و پایدارتر انجام خواهند داد. اینک با مثالی ذهن شما را مدد خواهم داد. به عنوان نمونه در کتاب هاریسون و پیرامون کتواسیدوز دیابتی (DKA= Diabetic ketoacidosis)، دستورالعمل جامعی برای درمان این اختلال حاد متابولیک شرح داده شده، چه در متن و چه در جدول‌ها، همه جا سخن از یک کمبود حجم (volume deficit) معادل ۷-۵ لیتر بوده و پیرامون سدیم نیز سخن از کمبودی معادل ۴۰۰-۳۰۰ میلی‌اکی والان و در مورد پتاسیم نیز سخن از کمبودی معادل ۳۵۰-۲۵۰ میلی اکی والان می‌باشد. در ذهن خواننده‌ای که در صدد حفظ خط به خط این کتاب است، این توهم ایجاد می‌شود که هر بیماری که در تعریف و تشخیص کتواسیدوز دیابتی بگنجد، بایستی ۷-۵ لیتر سرم به همراه ۴۰۰-۳۰۰ میلی‌اکی‌والان سدیم و چیزی معادل ۳۵۰-۲۵۰ میلی‌اکی‌والان پتاسیم ظرف ۲۴ ساعت در رگ وی تزریق شود. این در حالی است که حقیقت احوال بیمار DKA چیز دیگری می‌باشد. اعداد عنوان شده در بالا، در بیماری صادق است که توسعه و استقرار کتواسیدوز دیابتی در وی،

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-05]

کمینه چند روزی به طول انجامیده باشد تا بدن با یک دیورز اسموتیک طول کشیده و تمام عیار- ناشی از دفع گلوکوز و کتون بادی- حجمی قابل ملاحظه از مایعات و نیز کسری قابل توجه از املاح را از دست داده باشد. بهترین نمونه این حالت، کودک یا نوجوانی است که دیابت تیپ یک را اول بار با کتواسیدوز دیابتی به نمایش گذاشته باشد. در این حالت افزایش قند خون فزاینده، در چند هفته‌ی اول بروز دیابت و گلیکوزوری قابل توجه، بیمار را به شدت دهیدراته کرده و با توسعه‌ی افزایش شدید کتون در خون و کتواسیدوز، این دیورز اسموتیک به اوج خود رسیده و فرد را به یک بی‌آبی شدید (profound dehydration) و کمبود جدی املاح، به ویژه سدیم و پتاسیم دچار خواهد ساخت. این بیمار ویژه، سوژه‌ی مناسبی برای اجرای تمام و کمال برنامه‌های ارایه شده توسط کتب مرجع در درمان کتواسیدوز دیابتی خواهد بود و اعداد عنوان شده فقط در مورد این بیمار، مستدل و مقبول خواهد بود. اما در مورد نوجوانی که دیابت تیپ یک شناخته شده داشته و از رژیم چند تزریق روزانه‌ی انسولین رگولار یا لسپیرو و NPH آخر شب استفاده می‌کند و به دنبال یک مشاجره با خانواده، ۲۴ ساعت از تزریق انسولین خودداری کرده و به یک کتواسیدوز دیابتی مبتلا گشته، و یا یک دیابتی تیپ یک که از پمپ انسولین استفاده می‌کند و در حین بازی تنیس، پمپ دچار نارسایی (failure) شده و پس از ۸-۶ ساعت علایم و نشانه‌های اولیه‌ی کتواسیدوز دیابتی بروز می‌نماید، و یا یک بیمار دیابتی با کنترل مطلوب که به علت یک سانحه‌ی موتور سیکلت دچار ترومای متعدد شده و در ظرف چند ساعت به یک کتواسیدوز دیابتی شدید مبتلا شده، چه باید کرد؟ آیا در موارد خفیف کتواسیدوز دیابتی یا موارد با توسعه‌ی سریع کتواسیدوز، که البته هر سه جز تشخیصی اختلال حاد متابولیک یعنی دیابت، کتونمی و اسیدوز متابولیک را کامل نموده، همان برنامه‌ی ۷ لیتر سرم و ۳۵۰ میلی اکی والان سدیم، و ۲۵۰ میلی‌اکی‌والان پتاسیم در ظرف ۲۴ ساعت اول درمان را اعمال خواهید کرد؟ بیماری که تمام پروسه‌ی توسعه‌ی کتواسیدوز دیابتی در وی به ۸ ساعت نمی‌رسد، چگونه ۷ لیتر مایع و ۴۰۰-۳۰۰ میلی‌اکی‌والان املاح محلول از دست داده که پزشک در صدد جایگزینی آن برآید؟ پر واضح است که در این موارد، ۳-۲ لیتر سرم نرمال سالین، به همراه دوزهای نگهدارنده‌ای از سدیم و پتاسیم در ۲۴ ساعت، کافی بوده و چیزی که نیاز اصلی بیمار است، دوزهای قابل قبولی از انسولین با اثر کوتاه یعنی انسولین رگولار یا لسپیرو می‌باشد. بیماران عنوان شده، اسم کتواسیدوز دیابتی و تعریف علمی آن را دارا هستند، اما رسمِ یک کتواسیدوز دیابتی تمام عیار طول کشیده با دهیدراتاسیون شدید را ندارند. بنابراین طیفی وسیع از بیماران مبتلا به کتواسیدوز دیابتی وجود دارد. گروه زیادی از آن‌ها فقط انسولین کم داشته و آب و املاح فراوانی از دست نداده‌اند، عکس آن در سوی دیگر، بیمارانی هستند که یک کتواسیدوز دیابتی طول کشیده با دهیدراتاسیون شدید را تجربه کرده که در این گروه، جایگزینی سریع و حجیم آب و املاح، نیاز اصلی و تجویز انسولین، نیاز فرعی درمان آن‌ها خواهد بود. اینجاست که ضرورت انفرادی نمودن طب نمود عینی می‌یابد. یک بیمار مبتلا به کتواسیدوز دیابتی دو لیتر مایع کمبود دارد، دیگری سه لیتر، دیگری چهار لیتر، چهارمی پنج لیتر و آن دیگری هفت لیتر. این طبیب است که با شرح حالی دقیق، که درکی صحیح از سرعت استقرار بیماری بیان می‌نماید و نیز معاینه‌ای دقیق و استادانه که درک عمیق دهیدراتاسیون را نشانه رفته باشد، می‌تواند نقطه‌ای را که بیمار مورد نظر، در طیف وسیع کتواسیدوز دیابتی به خود اختصاص داده، شناخته و متناسب با جایگاه او در واژه‌ی عام کتواسیدوز دیابتی، برنامه‌ی درمانی اصلاح شده‌ای را برای وی به کار گیرد. تمام موارد یاد شده را در پرسشی خلاصه می‌نماییم. آیا شما به بیماری که ۸ ساعت پس از نارسایی پمپ انسولین دچار تهوع مختصر، پلی اوری خفیف، افزایش قند خون و کتون دو مثبت در ادرار شده و بررسی گازهای خون شریانی (ABG) انجام شده در وی، بیکربنات ۱۵ و PH معادل ۷/۲۹ را نشان داده، و تعریف کلاسیک کتواسیدوز دیابتی را کامل نموده، ۷ لیتر سرم از هر دو جنس سالین و گلوکز، به همراه ۳۰۰ میلی‌اکی‌والان سدیم و ۲۵۰ میلی‌اکی‌والان پتاسیم، تجویز خواهید کرد؟ به طور قطع این طور نیست و درمان مناسب و خفیف‌تری را ارایه خواهید نمود.

امید است با شرح این نمونه که به عنوان مشتی نمونه از خروار بیان گردید، روشن شده باشد که هنر انفرادی نمودن (individualization) در طبابت را چه معنا و مفهومی در کار است.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-05]