



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

کمیته تحلیل اپیدمیولوژیک

کووید ۱۹

Journal Watch

۲۷

روزنگار کمیته تحلیل اپیدمیولوژیک کووید ۱۹



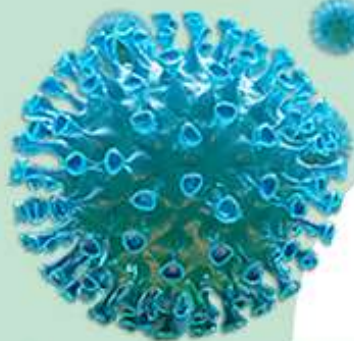
1



۲۷ فروردین ۹۹



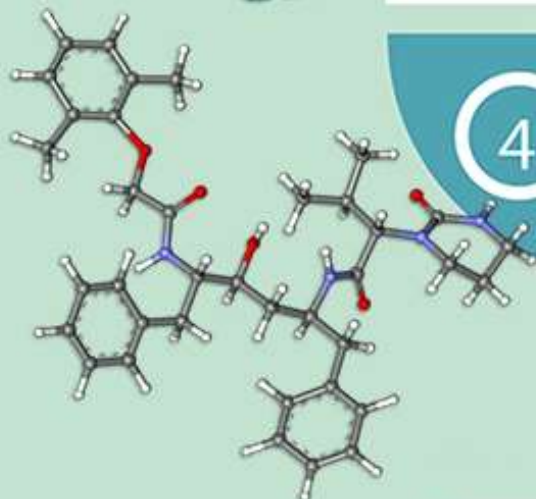
2



3



4



5



corona.behdasht.gov.ir



مطالب این شماره:

۱. غربالگری و تعیین شدت کووید ۱۹ در کودکان؛ مادرید اسپانیا / دکتر امین سعیدی نیا
۲. هایپرکلیسترولمی خانوادگی و کووید ۱۹: محرک افزایش پایدار ریسک قلبی عروقی / دکتر فائزه کیهانیان
۳. توزیع پخش ذرات ویروس، در محیط بیمارستانی / دکتر رضا میرشاهی
۴. مرگ و میر ناشی از «خودکشی» و کروناویروس / دکتر سعید منتظری، دکتر مرتضی فلاح کرکان
۵. تله‌ارولوژی (TELEUROLOGY) در پاندمی کووید ۱۹ / دکتر سعید منتظری، دکتر مرتضی فلاح کرکان
۶. درمان‌های اورولوژی در دوره‌ی کروناویروس / دکتر سعید منتظری، دکتر مرتضی فلاح کرکان



غربالگری و تعیین شدت کووید ۱۹ در کودکان؛ مادرید اسپانیا

دکتر امین سعیدی نیا، دستیار تخصصی، پزشک پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۱

نیازمند تهویه‌ی مکانیکی نازال شدند. از این ۴ بیمار، یک نفر دارای سابقه‌ی ویزینگ‌های مکرر بود. هیچ یک از بیماران فوت نکردند.

تشخیص اولیه عفونت دستگاه تنفسی فوقانی (URI) در ۳۴ درصد موارد، تب بدون کانون در ۲۷ درصد موارد، پنومونی ویرال در ۱۵ درصد موارد، برونشیت در ۱۲ درصد موارد، گاستروانتریت در ۵ درصد موارد، پنومونی باکتریال در ۵ درصد موارد و حمله آسم در ۲ درصد موارد بود. دو مورد از بیماران نیز دارای عفونت همزمان با آنفلوآنزای B بودند.

در این مطالعه، تنها بیمارانی که تماس با افراد COVID19 مثبت بودند ارزیابی شدند و در طی پیشرفت اپیدمی، توصیه‌ها عوض شد و تنها بیمارانی که نیازمند بستری بودند مورد غربالگری قرار می‌گیرند. نتایج این مطالعه نشان دهنده‌ی این بود که نسبت بیماران تأیید شده در میان بیماران دارای علائم، ۱۱ درصد بود و در کودکان، عفونت‌های شدید، نیاز به بستری در PICU و ونتیلاسیون نیز ممکن است رخ دهد.

◀ با شیوع COVID19، دانش در خصوص بیماری در حال پیشرفت است. گزارش‌های مرتبط با کودکان در حال افزایش است، اما همچنان اطلاعات در مورد آن‌ها کم است. مرکز شیوع بیماری به اروپا تغییر مکان داده است. در اسپانیا، با هدف تعیین نسبت موارد تشخیص داده شده قطعی با مواردی که برای آن‌ها تست انجام شده است و تعیین شدت بیماری در کودکان، رجیستری‌ای با مشارکت ۳۰ مرکز اطفال در مادرید اسپانیا، در طول ۲ هفته اول اپیدمی طراحی و راه‌اندازی شد. ۳۶۵ کودک بر اساس توصیه‌های مرکز سلامت اسپانیا در طول این دو هفته، غربالگری شدند.

در طول هفته نخست، ۶ مورد از ۱۰۳ کودک (۵/۸٪) و در انتهای هفته دوم ۴۱ بیمار از ۳۶۵ کودک (۱۱/۲٪) دارای تست مثبت از نظر COVID19 بودند. که این میزان در جمعیت عمومی معادل ۰/۸ درصد برای افراد زیر ۱۸ سال بود (۴۱ مورد از ۴۶۹۵ بیمار تأیید شده). میانه‌ی سنی بیماران ۳ سال بود (IQR: 0.9-6) و بازه‌ی ۰ تا ۱۵ سال) و میانه‌ی سنی بیماران، مثبت ۱ سال بود. ۲۵ نفر از ۴۱ کودک تأیید شده، در بیمارستان بستری شدند (۶۰٪)، ۴ نفر (۹/۷٪) از آن‌ها در PICU پذیرش شدند و ۴ نفر (۹/۷٪) نیز

- Tagarro A, Epalza C, Santos M, et al. Screening and Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid, Spain. JAMA Pediatr. Published online April 08, 2020.

هایپرکلسترولمی خانوادگی و کووید ۱۹: محرک افزایش پایدار ریسک قلبی عروقی

فائزه کیهانیان، متخصص، پزشک پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد



ریسک بالاتری از حوادث آتروترموپوتیک در بیماران مبتلا به COVID19، حتی بعد از بهبود آن همراه باشد. ملاحظات متعددی در خصوص درمان بیماران FH مبتلا به COVID19 وجود دارد که شامل تشدید درمان‌های پایین‌آورنده کلسترول به علت اختلال عملکرد بالقوه‌ی اندوتلیوم کرونر، ناشی از عفونت ویروسی است. درمان با استاتین، می‌تواند در برابر اختلال عملکرد اندوتلیال و حوادث عروق کرونر محافظت ایجاد کند و نباید در این بیماران و به خصوص بیماران مبتلا به CAD قطع شود. مهارکننده‌های PCSK9 به صورت مؤثری منجر به کاهش LDL می‌شوند و از وقوع حوادث کرونری در FH جلوگیری می‌کنند و استفاده از آن‌ها باید ادامه یابد. این داروها، پروفایل ایمنی مناسبی دارند اما تجربه استفاده از آن‌ها در بیماران به شدت وخیم COVID19 محدود است. به نظر می‌رسد بیمار FH ممکن است استعداد بیشتری به عوارض حاد ناشی از COVID19 نسبت به فرد سالم در یک سن داشته باشد. در همین راستا، انجمن قلب بریتانیا، در توصیه‌های خود راجع به COVID19 بیان می‌کند، بیماران مبتلا به FH و تشخیص بیماری قلبی، باید High risk، در نظر گرفته شوند.

در نهایت بیماران FH با احتمال بیشتری دچار حوادث آتروترموپوتیک ناشی از COVID19 در طولانی مدت می‌شوند. همان‌طور که در خصوص کلامیدیا پنومونیه و آنفلوانزا و CMV در مقایسه با جمعیت عمومی این موضوع دیده شد. بنابراین، دارو درمانی برای بیماران هایپرکلسترولمی شدید در بیمار FH مبتلا به COVID19 نباید در طول عفونت قطع شود و به علت ریسک بالای ASCVD، دوز دارو می‌تواند حتی بعد از بهبود COVID19 تشدید نیز شود.

داده‌های اولیه ووهان چین نشان داد، بیماران مبتلا به COVID19 معمولاً مرد و در بازه‌ی سنی ۴۰ تا ۶۰ سال هستند و حدود یک سوم موارد دارای بیماری‌های زمینه‌ای هستند. به‌علاوه از ۱۳۸ بیمار بستری COVID19 و درمان شده در ICU، ۲۵ درصد آن‌ها دارای بیماری‌های قلبی عروقی و ۵۸ درصد دارای هایپرتانسیون بودند که به ترتیب در بیماران غیر ICU، این موارد ۱۰ و ۲۲ درصد بود. بر اساس این داده‌های اولیه، استعداد ابتلا به عوارض قلبی حاد مرتبط با بیماری قلبی عروقی آترواسکلروتیک زمینه‌ای (ASCVD) در افراد، ممکن است به صورت معنی‌داری، منجر به افزایش شدت بیماری COVID19 شود.

هایپرکلسترولمی فامیلیال (FH)، یک بیماری ارثی همراه با شیوع تخمینی ۱ در هر ۲۵۰ نفر است. این بیماری اگر درمان نشود، منجر به ایجاد ASCVD زودرس و افزایش قابل توجه ریسک حوادث حاد کرونری در بیماران FH میان‌سال می‌شود. داده‌های اپیدمیولوژیک نشان داده بیماران FH مبتلا به COVID19 در مقایسه با بیماران غیر FH، ممکن است در ریسک بالاتری از عوارض قلبی باشند. نگرانی‌ها زمانی بیشتر می‌شود؛ که بدانیم نسبت بیشتری از بیماران با حال وخیم مبتلا به COVID19، زیر ۵۰ سال هستند.

در بیماران FH، احتمال دارد واریانت‌هایی از گیرنده‌های LDL وجود داشته باشد که پاسخ ایمنی طولانی مدت به COVID19 را تنظیم کند. این مورد در خصوص عفونت هپاتیت C نیز دیده شده است. عفونت با کروناویروس ممکن است منجر به ناهنجاری‌های طولانی مدت در متابولیسم گلوکز و لیپید همراه با عوارض جانبی واضح در بیماران FH شود. به علاوه بیماران FH سطح بالایی از لیپوپروتئین a در مقایسه با جمعیت عمومی دارند که ممکن است با

- Vuorio, A., Watts, G.F. and Kovanen, P.T. (2020), Familial hypercholesterolemia and COVID-19: triggering of increased sustained cardiovascular risk. J Intern Med.

توزیع پخش ذرات ویروس، در محیط بیمارستانی

دکتر رضا میرشاهی، متخصص MD-MPH، فلوشیپ، پزشک پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران



می‌شدند (مانند موس کامپیوتر، سطل آشغال و دستگیره‌ی در)، به میزان بالایی از نظر ویروس مثبت بوده‌اند. از نظر میزان آلودگی هوا، درصد مثبت شدن تست در بخش ICU، حدود ۳۵٪ و در بخش عمومی ۱۲٫۵٪ بوده است. همچنین دورترین فاصله‌ای از بیمار که ویروس در هوا قابل شناسایی بوده، «فاصله ۴ متری» است.

البته محدودیت این مطالعه، استفاده از تست RT-PCR است؛ که زنده بودن ویروس را نشان نمی‌دهد. همچنین انجام آن در محیط بسته بیمارستان و ندانستن دوز بیمارکننده ویروس، نتیجه‌گیری در مورد فاصله انتقال آئروسول بیماری را مخدوش می‌کند.

- Guo Z-D, Wang Z-Y, Zhang S-F, Li X, Li L, Li C, et al. Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020 Jul

◀ در مطالعه‌ای در شهر ووهان چین به بررسی میزان مثبت شدن تست RT-PCR ویروس کرونا بر روی نمونه‌های تهیه شده از سطوح مختلف و هوای بخش‌های بیمارستانی، پرداخته شده است. بخش‌های مورد مطالعه بخش عمومی کرونا (بیماران با علائم خفیف‌تر) و بخش ICU بوده است. بر اساس این مطالعه، میزان مثبت شدن تست‌ها در نمونه‌های ICU (۴۳٫۵٪) بسیار بالاتر از نمونه‌های بخش‌های عمومی (۷٫۹٪) بوده است و در هر دو محیط شناسایی ویروس از کف بخش (۷۰٪ در ICU و ۱۵٪ در بخش عمومی) از سایر سطوح بیشتر بوده است. این امر می‌تواند ناشی از «سنگین بودن ویروس» باشد. همچنین نشان داده شد؛ ویروس به واسطه راه رفتن کادر درمان از طریق کشیده شدن روی کف به محیط‌های دیگر انتقال پیدا می‌کند و نمونه کف داروخانه که از تماس با بیماران کرونا، عاری بوده است، در تست‌های انجام شده مثبت شد. نکته دیگر مثبت شدن تست «کف کفشی» نیمی از کادر درمان بوده است. همچنین اشیایی که مرتب توسط کادر درمان یا بیماران لمس

میزان مرگ و میر ناشی از «خودکشی» و کروناویروس؛ آیا طوفانی در راه است؟

۴

دکتر سعید منتظری، دستیار تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر مرتضی فلاح کرکان، دستیار تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویروس COVID-19 و شلوعی مراکز درمانی، در اولویت درمانی نیستند. از سویی دیگر، بخش‌های بیش از اندازه شلوع اورژانس ممکن است در درمان بیماران نجات‌یافته از اقدام به خودکشی، کاملاً موفق عمل نکنند.

ث) بیماری‌های مدیکال: مشکلات افزایش‌یافته‌ی جسمانی ممکن است که (به خصوص در افراد مسن‌تر) منجر به افزایش ریسک خودکشی شوند.

ج) نتایج اضطراب جمعی: پوشش ۲۴ ساعته‌ی اخبار مربوط به COVID-19 ممکن است به عنوان یک استرسور، به خصوص در بیماران با مشکلات روحی زمینه‌ای، عمل کند.

چ) میزان خودکشی کادر درمانی: بسیاری از مطالعات، نشان دهنده‌ی میزان بیشتر خودکشی در کادر درمانی است. در این گروه در معرض خطر، ممکن است مواجهه با پاندمی COVID-19 به دلیل افزایش ریسک بیماری برای افراد، خانواده‌ی آن‌ها و نیز کار در محیط پر استرس مراکز درمانی، منجر به افزایش ریسک خودکشی شود.

ح) در نیم کره‌شمالی، میزان خودکشی در انتهای بهار و ابتدای تابستان به پیک خود می‌رسد که این نکته نیز با توجه به نزدیک بودن زمان این پیک و ادامه‌ی شیوع ویروس کرونا، باید مد نظر قرار گیرد.

راه‌های پیشگیری

(۱) دوری‌گزینی فیزیکی به جای دوری‌گزینی اجتماعی: باید تلاش‌ها برای حفظ روابط اجتماعی صورت گیرد (به‌وسیله‌ی تماس‌های تلفنی و یا تصویری)، به خصوص در رابطه با افرادی که از قبل در ریسک خطر خودکشی قرار داشته‌اند.

◀ مدل نگران‌کننده شیوع بیماری COVID-19 منجر به اتخاذ اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از سرایت ویروس، به خصوص اقدامات منجر به جداسازی اجتماعی به صورت گسترده شده است که در نتیجه آن، روابط انسانی به صورت گسترده‌ای کاهش یافته است. این اقدامات اگرچه منجر به کاهش انتشار ویروس شد؛ ولی نتایج آن بر روی میزان اقدام به خودکشی به صورت بالقوه بالا خواهد بود. در رابطه با این نتایج باید موارد اقتصادی، سایکولوژیک و بیماری‌های مدیکال را مد نظر داشت.

الف) استرس‌های اقتصادی: ترس از این وجود دارد که تعطیل‌بودن مراکز اقتصادی منجر به افول اقتصادی خواهد شد. افول اقتصاد در مقایسه با دوران ثبات اقتصادی با افزایش میزان خودکشی همراه است. از زمان گسترش COVID-19، با تعطیلی مراکز اقتصادی، کسب و کارها، با کاهش تعداد کارگران مواجه بوده است و همچنین با تعطیلی مدارس، برخی والدین مجبور به گرفتن مرخصی از محل کار خود شده‌اند.

ب) جداسازی اجتماعی: تئوری‌های خودکشی از نقش کلیدی ارتباط فرد با اطرافیان، برای پیشگیری از خودکشی، حمایت می‌کنند. افکار و رفتار خودکشی با ایزولاسیون اجتماعی و تنهایی، همراهی دارند. از طرفی دیگر، افراد خانواده مجبور به دوری از افراد بستری در بیمارستان (ولو این‌که مرگ آن‌ها اجتناب‌ناپذیر باشد)، هستند که این امر می‌تواند منجر به عدم طی روند سوگ شود.

پ) افزایش میزان استرس به جامعه و حمایت مذهبی: مراجعه هفتگی به مراکز مذهبی در کاهش ۵ برابری میزان خودکشی مؤثر است و عدم دسترسی به این مراکز، ممکن است با افزایش میزان خودکشی، همراه باشد.

ت) ممکن است از اطلاعات ارائه‌شده توسط بسیاری از رسانه‌ها این‌گونه استنباط شود که بیماری‌های روانی با توجه به گسترش

و خط زندگی ملی پیشگیری از خودکشی را در برگیرند
(the National Suicide Prevention Lifeline)

بخش خوش بینانه

شاید بارقه‌ای از امید در وضعیت فعلی وجود داشته باشد: میزان خودکشی در آمریکا پس از حوادث بزرگ (همانند حادثه‌ی ۱۱ سپتامبر) کاهش یافته بود. یک فرضیه که به عنوان (اثر متحد شدن: Pulling together effect) نامیده می‌شود؛ بیان می‌کند افرادی که به دلیل یک حادثه‌ی مشترک تحت تأثیر قرار می‌گیرند، ممکن است از یکدیگر حمایت بیشتری انجام دهند؛ این امر ممکن است به افزایش ارتباطات اجتماعی منجر شود. پیشرفت تکنولوژی از جمله ارتباطات ویدیویی می‌تواند باعث تسهیل ارتباطات شود. همچنین اپیدمی‌ها ممکن است سبب تغییر دیدگاه فرد در رابطه با سلامتی و مرگ شده و از این طریق ریسک خودکشی را، کاهش دهند.

- Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm?. JAMA Psychiatry. Published online April 10, 2020. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060

(۲) سلامت روانی از راه دور: تلاش‌های زیادی از نظر افزایش به کارگیری (پزشکی از راه دور) برای درمان مشکلات روانپزشکی، استفاده شده است. این نکته در شرایط کنونی به خصوص در بیماران با ریسک بالای خودکشی، باید مورد توجه قرار گیرد. مشکلات زیادی؛ از جمله دسترسی به کامپیوتر و نیز اینترنت پرسرعت در این زمینه وجود دارد.

(۳) برنامه‌های کاهش خودکشی: برخی از برنامه‌های جلوگیری از خودکشی از راه دور وجود دارند؛ که از قبل به کار گرفته می‌شدند؛ از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

مداخلات ارتباطی مختصر از طریق تلفن (telephone-based outreach) و یا ارتباطات با نامه الکترونیک (the Caring Letters intervention) که این هر دو روش در مطالعات RCT، با کاهش میزان خودکشی همراه بوده‌اند. پیگیری این ارتباطات، به خصوص در ارتباط با بیماران مبتلا به COVID-19 که در ریسک خطر خودکشی قرار دارند، از اهمیت فراوانی برخوردار است.

(۴) گزارش رسانه‌ای (Media Reporting): به دلیل خطر خودکشی انتحاری، گزارش‌های رسانه‌ای در مورد این موضوع باید دستورالعمل‌های گزارش را رعایت کنند

تله‌ارولوژی (TELEUROLOGY)

در پاندمی کووید ۱۹

دکتر سعید منتظری، دستیار تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر مرتضی فلاح کرکان، دستیار تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



پزشک عمومی برای بررسی بیشتر ارجاع می‌شدند. در زمان حضور در کلینیک، تجهیزات حفاظت شخصی به بیماران داده می‌شد. قابل توجه است میزان مراجعه حضوری از ۶۳٪ در هفته اول به ۹٪ در هفته چهارم کاهش یافت. میانه سنی بیماران در گروه مراجعه حضوری و مشاوره تلفنی به ترتیب ۵۹ (محدوده ۲۰-۶۹) و ۶۵ سال (محدوده ۳۷ تا ۸۸) بود. ۷۴٪ از مراجعات حضوری، مربوط به عود علائم بدخیمی قبلی در ۲۴ بیمار (۳۵٪)، ۸ بیمار (۱۱٪) مشکوک به ابتلا به سرطان و برای بیوپسی، احتباس ادراری در ۷ بیمار (۱۰٪)، بروز سنگ‌های انسدادی در شش بیمار، نیاز به ویزیت پس از عمل در چهار بیمار و عفونت ادراری تبادل در دو بیمار (۳٪) بود. در این بازه، ۱۸ بیمار نیاز به تعویض سوند ادراری و یا تعبیه سوپراپوبیک داشتند.

پاندمی COVID-19، یک سناریو پویا است که نیاز به سازماندهی مجدد و انعطاف‌پذیر شیوه‌های ارائه خدمات درمانی، دارد. Telemedicine، یک رویکرد عملی غربالگری کارآمد بیماران برای ویزیت حضوری و محافظت کافی از بیماران و کادر درمانی، فراهم می‌کند.

در این مطالعه، تمام فعالیت‌های کلینیک سرپایی گروه اورولوژی استان Trento کشور ایتالیا (ارایه‌دهنده خدمات پزشکی به ۵۴۰۰۰۰ نفر و میانگین ویزیت ۲۵۰ بیمار سرپایی در هفته) در طی ۴ هفته اول lockdown ملی (۹ مارس - ۳ آوریل ۲۰۲۰) مورد بررسی و طبقه‌بندی قرار گرفت. در این بازه زمانی، کادر درمانی خبره دپارتمان اورولوژی پرونده الکترونیکی بیماران را مورد بررسی قرار دادند و ویزیت‌های درمانگاهی را لغو و یا تأیید می‌کردند.

به طور کلی، ویزیت برنامه‌ریزی شده ۴۱۵ بیمار از ۹۲۸ نفر (۴۵٪) بیمار، توسط کادر درمانی و بعضاً خود بیماران بدون تعیین تاریخ لغو شدند. این بیماران مربوط به درمانگاه تخصصی ناباروری و مشکلات جنسی، بزرگی خوش‌خیم پروستات، سنگ‌های غیرانسدادی، عفونت ادراری بسیار خفیف و غیرعفونی بود. ۵۲۳ بیمار (۵۵٪) باقی‌مانده، تحت مشاوره تلفنی در ۲۹۵ مورد (۵۶٪) و ویزیت حضوری در ۲۲۸ مورد (۴۴٪)، قرار گرفتند. قبل از هماهنگی مراجعه حضوری، علائم مرتبط با بیماری COVID-19 مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت احتمال ابتلا، به کلینیک

- L.G. Luciani , D. Mattevi , T. Cai , G. Giusti , S. Proietti , G. Malossini , TELEUROLOGY IN THE TIME OF COVID-19 PANDEMIC: HERE TO STAY?, *Urology* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.04.004>.

درمان‌های اورولوژی در دوره‌ی کروناویروس



دکتر سعید منتظری، دستیار تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر مرتضی فلاح کرکان، دستیار تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یک اتاق عمل برای انجام جراحی‌های اورژانس و جراحی‌های اورولوژی، اختصاص یافت.

تغییر در فعالیت‌های جراحی وابسته به فاکتورهای متعددی بود، که عبارتند از:

- اول؛ متخصصین بیهوشی برای درمان بیماران COVID-19 مورد نیاز بودند؛
 - دوم: تخت‌های مختص اورولوژی باید برای درمان بیماران COVID-19، اختصاص می‌یافت؛
 - سوم: جلوگیری از ابتلای بیماران الکتیو به COVID-19 از طریق مراجعه به بیمارستان؛
 - چهارم و شاید مهم‌ترین: به جز از دست دادن کادر درمانی به علت ابتلا به COVID-19 (۹ نفر از ۱۳ اورولوژیست شاغل در مرکز، به دلیل تست rT-PCR مثبت، در ایزولاسیون خانگی قرار داشتند)، ۳۰ درصد پرسنل باقی‌مانده سرویس اورولوژی باید در درمان بیماران مبتلا به COVID-19 مشارکت می‌کردند.
- بنابراین انتخاب بین درمان بیماران مبتلا به COVID-19 و بیماران مبتلا به سایر بیماری‌ها، دشوار است. در بیمارستان مورد بحث نویسندگان مقاله، در وضعیت بحران، تنها اعمال جراحی اورولوژیک زیر انجام می‌شود:
- اعمال جراحی اورژانس، بیماران مبتلا به کانسر (همانند بیماران مبتلا به توده‌ی مثانه‌ی غیر مهاجم به عضله که نیازمند به سیستم‌سکوپ‌های فالوآپ منظم‌اند). اما تقسیم‌بندی و اولویت‌بندی صحیح موارد فوق بسیار دشوار است. فعالیت‌های کلینیک سنگ کلیه و اعمال جراحی مربوط به آن، بررسی‌های یورودینامیک، ESWL، کلینیک باروری و نمونه‌برداری پروستات به طور کامل متوقف شد.

◀ در پاندمی COVID-19، تغییر در اولویت‌های درمانی، تمام سیستم‌های بهداشتی- درمانی را تحت تأثیر قرار داده است. اورولوژیست‌ها همانند بسیاری از پزشکان، مجبور به متوقف کردن و یا کاهش فعالیت‌های پزشکی تخصصی خود و کمک به بخش‌های کروناویروس هستند. نتایج این تأخیر در درمان، در طولانی‌مدت مشخص خواهد شد.

وضعیت در **لومباردی** ایتالیا: اولین مورد کروناویروس در ایتالیا ۲۱ فوریه در منطقه‌ی لومباردی کشف شد و در طی زمان ده روز، تقریباً دو سوم تخت‌های بیمارستان ۹۰۰ تخت‌خوابی منطقه به درمان بیماران COVID-19، اختصاص یافت. بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه و sub-intensive care، با بیش از ظرفیت خود به بیماران COVID-19، اختصاص داده شد. عدم وجود تجهیزات تنفسی و به خصوص کمبود پرسنل پزشکی و پرستاری، مهم‌ترین مشکل در روند درمان بیماران، محسوب می‌شود.

یکی از مشکلات اساسی در ایتالیا، عدم توانایی سیستم درمانی در مواجهه با سایر مشکلات درمانی (به جز کرونا ویروس) است. بنابراین تصمیمات از برطرف کردن نیازهای بیماران به برطرف شدن نیازهای جامعه معطوف شده است. این واقعیتی است که تمام جراحان و به خصوص اورولوژیست‌ها، باید با آن روبه‌رو شوند.

نویسندگان مقاله بیان می‌کنند، در بخش اورولوژی بیمارستان آن‌ها (بیمارستان Papa Giovanni XXIII منطقه‌ی لومباردی ایتالیا)، ۴۵ تخت و ۱۳ اورولوژیست تمام‌وقت و ۳ اتاق عمل فعال وجود داشته‌اند که در مجموع ۲۵۰۰ عمل جراحی به صورت سالیانه توسط آن‌ها، انجام می‌شده است. طی دو هفته‌ی اول بیماری، فعالیت‌های بخش به سی درصد و سپس ۱۵ درصد حالت عادی کاهش یافت، به صورتی که تنها

یافت، مشخص خواهد شد. به صورت مشخص، جلوگیری از دریافت درمان‌های مورد نیاز در بیماران، اثرات منفی غیرقابل پیش‌بینی خواهد داشت. از سوی دیگر، با روند کاهشی برخی از اقدامات تشخیصی - همانند انجام سیستم‌سکوپی برای بررسی هماچوری - درمان‌های مورد نیاز احتمالی نیز به تأخیر خواهند افتاد. به نظر می‌رسد؛ انجمن‌های اورولوژیک باید از طریق ارایه‌ی گایدلاین‌هایی برای اولویت‌بندی بیماران در اولویت درمان، در رابطه با درمان مناسب‌تر بیماران، به پزشکان یاری رسانند.

- Naspro R, Da Pozzo LF. Urology in the time of corona. Nature Reviews Urology. 2020 Mar 23:1-3.

بر طبق گایدلاین‌ها، هر بیماری که نیازمند به جراحی‌های انکولوژیک باشد، باید تا حداکثر سی روز از زمان تشخیص بیماری تحت عمل جراحی، قرار گیرد. به دلیل پاندمی کروناویروس، این قانون ابطال شده و قانون سی روز، تنها شامل اولویت‌های جراحی انکولوژیک می‌شود. با توجه به محدودیت‌های منابع، این‌که چگونه باید اولویت‌های جراحی را تعیین کرد مورد بحث است. به عنوان مثال، آیا یک بیمار مبتلا به کانسر پروستات، نسبت به یک بیمار با توده‌ی مثانه‌ی حجیم در اولویت قرار دارد؟ و یا یک توده‌ی کلیه T3 در یک فرد مسن وضعیت بدتری را نسبت به فتوکروموسیتوما در یک فرد جوان ایجاد می‌کند؟

تأثیرات طولانی مدت این تأخیرها در درمان براساس این‌که بحران پاندمی COVID-19 تا چه زمان ادامه خواهند
