



Ascertain Changes in the Volume of Neurosurgical Procedures Carried Out Before, During, and After the COVID-19 Pandemic

Bahram Aminmansour¹ MD, Sajad Parvar² MD, Mohammadmehdi Fakhri² MD, Amir Mahabadi¹ MD

¹ Department of Neurosurgery, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*Correspondence to: Amir Mahabadi, Email: amirmahabadi@med.mui.ac.ir

Received: June 2, 2023

Revised: August 14, 2023

Accepted: September 2, 2023 Online Published: September 20, 2023

Abstract

Introduction: The novel severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (COVID-19) pandemic has had drastic effects on global healthcare. This study aimed to ascertain changes in the volume of neurosurgical procedures carried out before, during, and after the COVID-19 pandemic in Isfahan city hospitals, Iran.

Methods: This retrospective cohort study was conducted at the three Hospitals of Isfahan. Data of the neurosurgical patients (both urgent and nonurgent) treated from the February in 2017 to 2022 were collected. Two groups were thus created COVID-19 (2020-2022), pre-COVID-19 (2017-2019) and Post-COVID (2022-2023).

Results: We treated 30456 admissions under neurosurgery during the COVID-19 (2020-2022) compared with 42300 admissions in pre-COVID-19. Pre-COVID-19, the median number of referrals was 46 per 24 hour. During COVID-19, this decreased to 33 per day. During the post-COVID era, there was an admission of 17,341 patients, which escalated to 37 cases within a 24-hour timeframe during the post-COVID period. A noteworthy disparity was evident in the overall count of admitted patients, the aggregate of surgical procedures executed, and the elective surgical procedures performed during the post-COVID phase when juxtaposed with the pre-COVID and the COVID-19 pandemic periods ($P < 0.05$). Additionally, there was a marked contrast in spinal column issues between the post-COVID period and the pandemic period ($P < 0.05$).

Conclusion: The capacity to safely treat patients requiring urgent or emergency neurosurgical care was maintained at COVID-19 pandemic. Moreover, following the conclusion of the pandemic, there was a decline in the number of surgical procedures in contrast to the pre-pandemic period.

Keywords: Neurosurgery, COVID-19, Pandemic, Elective Neurosurgery, Emergency Neurosurgery

Highlights

1. The neurosurgery department is one of the treatment departments that was affected during the outbreak of the COVID-19 epidemic. The guidelines related to this section during the epidemic period should be influenced by various economic and cultural factors of the societies.
2. Safe treatment capacity was maintained for patients who needed elective and non-elective neurosurgery care during the COVID-19 pandemic

Citation:

Aminmansour B, Parvar S, Fakhri M, Mahabadi A. Ascertain changes in the volume of neurosurgical procedures carried out before, during, and after the COVID-19 pandemic Iran J Health Insur. 2023;6(2):123-130.



بررسی تغییرات تعداد عمل‌های جراحی مغز و اعصاب قبل، حین و بعد از شیوع کووید-۱۹

بهرام امین‌منصور^۱ MD، سجاد پرور^۲ MD، محمدمهدی فخر^۱ MD، امیر مهابادی^۱ ID

^۱ گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: امیر مهابادی، پست الکترونیک: amirmahabadi@med.mui.ac.ir

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۱

تصحیح: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳

دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۲

چکیده

مقدمه: همه‌گیری کرونا ویروس (کووید-۱۹) اثرات شدیدی را بر مراقبت‌های بهداشتی جهانی داشته است. هدف از این مطالعه تعیین تغییرات تعداد عمل‌های جراحی مغز و اعصاب قبل، حین و بعد از شیوع کووید-۱۹ در بیمارستان‌های شهر اصفهان بود.

روش بررسی: این مطالعه گذشته‌نگر در سه بیمارستان شهر اصفهان انجام شد. داده‌های مرتبط با بیماران جراحی مغز و اعصاب (اعم از الکتیو و غیرالکتیو) تحت درمان، از سال ۱۳۹۶ تا سال ۱۴۰۲ جمع‌آوری شد. بنابراین سه دوره ایجاد شد: قبل از شیوع کووید-۱۹ (اسفندماه سال ۱۳۹۶ تا اسفندماه ۱۳۹۸)، حین شیوع (اسفندماه سال ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۴۰۰) و دوران پساکووید-۱۹ (اسفندماه سال ۱۴۰۰ تا اسفندماه ۱۴۰۱). داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: ۳۰۴۵۶ مورد پذیرش برای جراحی مغز و اعصاب در حین کووید-۱۹ در مقایسه با ۴۲۳۰۰ پذیرش قبل از همه‌گیری مورد بررسی قرار گرفت. همچنین در دوران پساکووید ۱۷۳۴۱ نفر پذیرش شده بودند. پیش از همه‌گیری، میانگین تعداد ارجاعات ۴۶ مورد در ۲۴ ساعت بود که در حین شیوع کووید-۱۹ به ۳۳ روز کاهش یافت. در دوران پساکووید به ۳۷ مورد در ۲۴ ساعت رسید. در دوران پساکرونا تفاوت معناداری در تعداد کل بیماران پذیرش شده، تعداد کل اعمال جراحی انجام شده و اعمال جراحی الکتیو انجام شده نسبت به دوران قبل از شیوع کووید-۱۹ و حین شیوع آن مشاهده شد ($P < 0.05$). همچنین تفاوت معناداری از نظر مشکلات ستون فقرات بین دوران پساکرونا با حین شیوع آن وجود داشت ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: ظرفیت درمان ایمن، برای بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های الکتیو و غیرالکتیو جراحی مغز و اعصاب داشتند، در حین همه‌گیری کووید-۱۹ حفظ شد. همچنین پس از اتمام همه‌گیری تعداد عمل‌های جراحی نسبت به دوران قبل از آن کاهش داشت.

واژگان کلیدی: جراحی مغز و اعصاب، کووید-۱۹، پاندمی اعمال الکتیو، اعمال غیرالکتیو

نکات ویژه

۱- بخش جراحی مغز و اعصاب یکی از بخش‌های درمانی است که در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ تحت تأثیر قرار گرفت. دستورالعمل‌های مرتبط با این بخش در دوران همه‌گیری بیماری بایستی متأثر از عوامل مختلف اقتصادی و فرهنگی جوامع باشد.

۲- ظرفیت درمان ایمن، برای بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های الکتیو و غیرالکتیو جراحی مغز و اعصاب داشتند، در حین همه‌گیری کووید-۱۹ حفظ شد.

مقدمه

علاوه بر اقدامات عمومی که در سطح کشوری صورت گرفت (ماسک اجباری، قرنطینه، قوانین سخت‌گذر از مرزها و غیره) پروتکل‌های بیمارستانی نیز برای جلوگیری از انتشار ویروس در داخل بیمارستان‌ها و بهداشت عمومی اعمال شد [۳]. مراکز بیمارستانی برخی از اقدامات مانند کاهش خدمات سرپایی، به تعویق انداختن جراحی‌های انتخابی، مقررات سختگیرانه در

پس از اولین موارد شناسایی شده در ووهان چین، کووید-۱۹ به سرعت گسترش یافت و باعث ایجاد یک بیماری همه‌گیر جهانی شد [۱]. این بیماری، تلفات غیرقابل اندازه‌گیری را به‌وجود آورد، به یک بحران بهداشت عمومی تبدیل شد و بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی تأثیر گذاشت [۲].

شیوع کووید-۱۹ در بیمارستان‌های شهر اصفهان پرداخته است.

روش بررسی

این مطالعه گذشته‌نگر پس از کسب مجوزهای لازم در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان (الزهرا، کاشانی و امام حسین) انجام شد. داده‌های بیماران پذیرش شده در بخش جراحی مغز و اعصاب (الکتیو و غیرالکتیو) تحت درمان از اسفندماه ۱۳۹۶ تا اسفندماه ۱۴۰۱ از پایگاه داده‌های بیمارستان‌های آموزشی الزهرا، کاشانی و امام حسین به دست آمد.

سه دوره ایجاد شد: بیماران پذیرش شده (۴۲۳۰۰ نفر) از اسفندماه سال ۱۳۹۶ تا اسفندماه سال ۱۳۹۸ (دوران قبل از همه‌گیری کووید-۱۹)، بیماران پذیرش شده (۳۰۴۵۶ نفر) از اسفندماه سال ۱۳۹۸ تا اسفندماه سال ۱۴۰۰ (دوران حین همه‌گیری کووید-۱۹) و بیماران پذیرش شده (۱۷۳۴۱ نفر) از اسفندماه سال ۱۴۰۰ تا اسفندماه سال ۱۴۰۱ (دوران پساکووید-۱۹). داده‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک، تشخیص (جمعیه یا نخاع، تروما یا غیرتروما)، پیامدها (مرگ و میر در بیمارستان، عوارض، بستری شدن در بیمارستان) و غیره بین سه گروه مقایسه شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داده‌های مربوط به بیمارانی بود که تحت جراحی الکتیو و غیرالکتیو بخش مغز و اعصاب قرار داشتند. در مواردی که اطلاعات پرونده بیماران کامل نبود از مطالعه حذف شدند. تحلیل‌های آماری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

وضعیت بیماران پذیرش شده در بخش جراحی مغز و اعصاب مراکز درمانی شهر اصفهان از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ به تفکیک سه دوره، به شرح جدول ۱ نشان داده شده است. ۳۰۴۵۶ مورد پذیرش در بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان در حین همه‌گیری کووید-۱۹ در مقایسه با ۴۲۳۰۰ پذیرش قبل از همه‌گیری کووید-۱۹ مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین در دوران پساکووید ۱۷۳۴۱ نفر پذیرش شده بودند. تعداد کل جراحی‌های انجام شده در بخش‌های جراحی مغز و اعصاب (الکتیو و غیرالکتیو) نشان داد که تعداد اعمال

هنگام پذیرش بیمار، در نظر گرفتن مکان‌هایی برای بیماران پرخطر یا مبتلا به کووید-۱۹ کاهش کمی برنامه جراحی و تخصیص کارکنان به بخش‌های کووید را در پیش گرفتند [۴].

در این میان، بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس به صورت مستقیم درگیر شدند و جراحان مغز و اعصاب نیز به طور غیرمستقیم درگیر شدند. اکثر جراحی‌های الکتیو (انتخابی) به حالت تعلیق درآمد [۵] و براساس دستورالعمل‌ها، خونریزی مغزی، هیدروسفالی حاد، تومورهای در معرض فشارخون داخل جمجمه و تروماهای جمجمه و نخاع به عنوان فوریت‌های جراحی مغز و اعصاب تعریف شدند [۶].

گروه جهانی جراحی در سال ۲۰۲۰ گزارش کرد که خدمات جراحی، اعم از الکتیو و غیرالکتیو، به شدت تحت تأثیر کووید-۱۹ قرار گرفتند و افزایش مرگ و میر ۳۰ روزه تا ۲۳/۸ درصد در بیماران افزایش یافت [۷]. موارد اورژانسی تهدیدکننده زندگی به طور روزانه، توسط جراحان مغز و اعصاب شناسایی شد و با مهارت تصمیم‌گیری، مشخص شد که کدام بیمار می‌تواند تا پایان کووید-۱۹ برای ادامه درمان صبر کند و کدام بیمار نیاز به اقدام فوری دارد [۸]. با این حال، موارد مشکل‌سازی وجود داشت که خطر به تعویق افتادن درمان را بر پیشرفت بیماری هدف قرار داده بود [۹].

بسیاری از مطالعات در کشورهای مختلف مانند ایالات متحده، ایتالیا، ایران و عربستان سعودی، پس از تحقیق در مورد تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر روی اعمال جراحی مغز و اعصاب، گزارش کردند که تعداد اعمال در طول دوره همه‌گیری با کاهش روبه‌رو بوده است [۱۰-۱۳]. با توجه به اینکه تعداد موارد بستری و جراحی در این حیطه کاهش یافت، فشار مالی بر سیستم‌های درمانی و بیمارستانی وارد شد و در سوی دیگر حجم انجام اعمال جراحی در دوران پساکرونا را افزایش داد [۱۴].

براساس مطالعات انجام شده در ایران، همه‌گیری کووید-۱۹ چالش بی‌سابقه‌ای را برای سیستم بهداشت و درمان به همراه داشت. هزینه‌های بالای مراقبت، کمبود تجهیزات حفاظتی مانند ماسک، کمبود تخت‌خواب و دستگاه‌های تهویه، همچنین هزینه درمان افراد بیمه‌شده و نشده منجر به پیامدهای قابل توجهی در بخش سلامت شد [۱۵]. در همین راستا مطالعه حاضر به تعیین تغییرات تعداد عمل‌های جراحی مغز و اعصاب قبل، حین و بعد از

پذیرش شده، تعداد کل اعمال جراحی انجام شده و اعمال جراحی الکتیو انجام شده نسبت به دوران قبل از شیوع کووید-۱۹ و حین شیوع آن مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین تفاوت معناداری از نظر مشکلات ستون فقرات بین دوران پساکرونا با حین شیوع آن وجود داشت ($P < 0/05$).

۲۳۴۳۵ بیمار (۵۵/۴ درصد) در دوران قبل از همه گیری کووید-۱۹ ۲۴۳۲۱ بیمار (۷۹/۸ درصد) در حین همه گیری کووید-۱۹ و ۱۱۳۴۵ نفر در دوران پساکووید مرد بودند. تعداد کل بیماران پذیرش شده از نظر سن ($P = 0/001$)، جنسیت ($P = 0/001$) و میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان ($P = 0/02$)، حین همه گیری کووید-۱۹ با دوران قبل از شیوع، تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0/05$). همچنین سن ($P = 0/022$)، جنسیت ($P = 0/013$) و میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان ($P = 0/0001$)، حین همه گیری کووید-۱۹ با دوران پساکووید تفاوت معنادار داشت ($P < 0/05$). سن ($P = 0/321$)، جنسیت ($P = 0/112$) و میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان ($P = 0/098$) قبل از همه گیری کووید-۱۹ با دوران پساکووید تفاوت معنادار نداشت ($P > 0/05$). بین سن و جنسیت با انجام عمل جراحی (الکتیو و غیرالکتیو) تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P > 0/05$).

بحث

جراحی مغز و اعصاب در دوران شیوع کووید-۱۹ بسیار کاهش یافته است. ۳۷۲۳ جراحی در حین همه گیری کووید-۱۹ در مقایسه با ۵۴۹۵ جراحی قبل از همه گیری کووید-۱۹ انجام شده بود. تعداد جراحی های غیرالکتیو نیز ۱۱۱۷ در مقابل ۱۶۴۸ مورد بود. میانگین تعداد اعمال جراحی در روز، ۶ مورد (قبل از همه گیری کووید-۱۹) در مقابل ۴ مورد در روز در حین همه گیری کووید-۱۹ محاسبه شد.

در دوران پساکووید عمل های جراحی نسبت به دوران همه گیری افزایش یافت اما کمتر از دوران قبل از شیوع بود. میانگین تعداد اعمال جراحی نیز ۴/۵ مورد در روز تخمین زده شد.

قبل از همه گیری کووید-۱۹ میانگین تعداد ارجاعات ۴۶ مورد در ۲۴ ساعت بود که در حین همه گیری به ۳۳ مورد کاهش یافت. در دوران پساکووید به ۳۷ مورد در ۲۴ ساعت رسید. در نهایت تعداد کل بیماران پذیرش شده، تعداد کل اعمال جراحی انجام شده و اعمال جراحی الکتیو انجام شده، اعمال جراحی برای بیماران ترومایی، بیماران با مشکلات ستون فقرات و بیماران دچار خونریزی مغزی/عروقی در دوران حین شیوع کووید-۱۹ نسبت به دوره قبل از آن تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0/05$).

در دوران پساکرونا تفاوت معناداری در تعداد کل بیماران

جدول ۱ | وضعیت بیماران پذیرش شده در بخش جراحی مغز و اعصاب

سطح معناداری ۳*	سطح معناداری ۲*	سطح معناداری ۱*	پساکووید	حین همه گیری کووید-۱۹	قبل از همه گیری کووید-۱۹	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۱۷۳۴۱	۳۰۴۵۶	۴۲۳۰۰	تعداد کل بیماران پذیرش شده
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۴۱۲۴	۳۷۲۳	۵۴۹۵	تعداد کل اعمال جراحی انجام شده
۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۲۸۹۱	۲۶۰۶	۳۸۴۷	تعداد کل اعمال جراحی الکتیو (انتخابی)
۰/۰۹۷	۰/۴۲۱	۰/۳۴۵	۱۲۳۳	۱۱۱۷	۱۶۴۸	تعداد کل اعمال جراحی غیرالکتیو (اورژانسی)
تعداد کل اعمال جراحی برای بیماران						
۰/۳۲۰	۰/۴۵۰	۰/۰۱	۴۱۶۳	۱۶۷۶	۹۳۷۷	ترومایی
۰/۸۲۳	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۴۶۷۸	۱۲۸۹	۱۰۴۳۲	مشکلات ستون فقرات
۰/۲۱۲	۰/۳۳۰	۰/۴۵۶	۷۸	۷۶	۱۴۵	هیدروسفالی
۰/۴۵۵	۰/۵۶۷	۰/۶۷۶	۶۱	۱۸۴	۲۰۳	تومورهای مغزی
۰/۱۲۳	۰/۰۹۴	۰/۰۰۳	۱۷۸۹	۱۰۹۵	۵۶۴۳	خونریزی مغزی/عروقی

* سطح معناداری ۱: قبل از همه گیری کووید-۱۹ نسبت به حین شیوع آن؛ سطح معناداری ۲: پساکووید نسبت به حین شیوع آن؛ سطح معناداری ۳: پساکووید نسبت به قبل از همه گیری کووید-۱۹

جدول ۲ | خصوصیات دموگرافیک بیماران پذیرش شده در بخش جراحی مغز و اعصاب

تعداد کل بیماران پذیرش شده	قبل از شیوع همه‌گیری کووید-۱۹	حین شیوع همه‌گیری کووید-۱۹	پسا کووید	سطح معناداری ۱	سطح معناداری ۲	سطح معناداری ۳
جنسیت (مرد / زن)، (تعداد)	(۱۸۸۶۵ / ۲۳۴۳۵)	(۶۱۳۵ / ۲۴۳۲۱)	(۵۹۹۶ / ۱۱۳۴۵)	۰/۰۰۱	۰/۰۲۲	۰/۳۲۱
سن، سال، (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۴۸/۹۷ $\pm$ ۱۸/۱۱	۴۷/۲۵ $\pm$ ۱۸/۵	۴۸/۲۳ $\pm$ ۱۷/۹	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳	۰/۱۱۲
مدت زمان بستری در بیمارستان (روز)، (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۸/۶ $\pm$ ۱۱/۰۷	۶/۳۲ $\pm$ ۷/۸۵	۷/۶۵ $\pm$ ۹/۲۳	۰/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۹۸
تعداد کل اعمال جراحی انجام شده						
جنسیت (مرد / زن)، (تعداد (درصد))	(۲۲۵۴ / ۳۲۴۱)	(۱۵۷۸ / ۲۱۴۵)	(۱۰۲۶ / ۳۰۹۸)	۰/۳۱۸	۰/۲۱۴	۰/۴۹۰
سن، سال، (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۴۳/۲۱ $\pm$ ۱۱/۶	۴۲/۱۴ $\pm$ ۹/۴۳	۴۲/۸۷ $\pm$ ۱۱/۷۶	۰/۴۳۲	۰/۱۱۳	۰/۳۳۸
تعداد کل اعمال جراحی الکتیو (انتخابی)						
جنسیت (مرد / زن)، (تعداد (درصد))	(۱۳۹۱ / ۲۴۵۶)	(۹۳۵ / ۱۶۷۱)	(۱۱۴۸ / ۱۷۴۳)	۰/۳۴۳	۰/۰۹۳	۰/۷۲۱
سن، سال، (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۳۸/۳۶ $\pm$ ۹/۳	۳۹/۳۴ $\pm$ ۱۰/۴	۳۸/۵۴ $\pm$ ۱۰/۷	۰/۵۲۱	۰/۱۴۱	۰/۰۶۵
تعداد کل اعمال جراحی غیرالکتیو (اورژانسی)						
جنسیت (مرد / زن)، (تعداد (درصد))	(۶۱۵ / ۱۰۳۳)	(۱۳۰ / ۹۸۷)	(۴۶۸ / ۷۶۵)	۰/۳۰۹	۰/۷۶۵	۰/۱۱۵
سن، سال، (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۳۶/۱۲ $\pm$ ۱۰/۴	۳۷/۸۷ $\pm$ ۱۱/۶۵	۳۸/۳۶ $\pm$ ۱۰/۳	۰/۵۴۶	۰/۳۲۱	۰/۰۸۷

الکتیو به میزان ۳۳/۶ درصد در حین دوره شیوع کووید-۱۹ مشاهده شد که تا حدودی با نتایج به دست آمده از این مطالعه مطابقت داشت. کاهش بار جراحی را می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد. اکثر مطالعات بیان داشتند که جراحان مغز و اعصاب، محدودیت‌های ناشی از سیاست‌های داخلی بیمارستان را عامل اصلی کاهش بار جراحی می‌دانستند. عامل دیگری که می‌توانست در این امر نقش داشته باشد تصمیم شخصی بیمار برای به تاخیر انداختن اعمال الکتیو به منظور محدود کردن خطر انتقال کووید-۱۹ بین بیماران و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی است.

برخی از بیماران برای پیشگیری از قرار گرفتن در معرض ابتلا به ویروس در بیمارستان‌ها، انجام اقدامات الکتیو را به تاخیر انداختند. منابع محدود در برخی بیمارستان‌ها، مانند کاهش ظرفیت بخش مراقبت‌های ویژه جراحی نیز در این امر دخیل بود. یک نظرسنجی در عربستان سعودی نیز نتایج مطالعه حاضر را تایید کرد [۱۲]. در آن مطالعه نیز حجم بیماران مراجعه‌کننده به مقدار کمی کاهش یافته بود.

مقررات سختگیرانه‌ای که برای جلوگیری از هرگونه تجمع وضع شد، اعمال فاصله‌گذاری اجتماعی با دو متر مجاز بین هر

باوجود تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر جهان، باز هم بسیاری از جنبه‌های آن در کشورهای در حال توسعه با ابهام روبه‌رو بوده است. چندین مطالعه در ایتالیا، آمریکای لاتین و عربستان سعودی، عوامل خطر و عوارض مختلف کووید-۱۹ را شناسایی کردند. با توجه به پیچیدگی بیماری‌هایی که نیاز به مداخلات جراحی مغز و اعصاب دارند و عوارض مرتبط با آن، ارزیابی اثر کووید-۱۹ بر اعمال جراحی مغز و اعصاب ضروری است.

تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر روی اعمال جراحی مغز و اعصاب در ایران، برخلاف آنچه در سایر مناطق گزارش شده بود، نشان‌دهنده کاهش ۲۸ درصدی در تعداد اعمال جراحی مغز و اعصاب انجام شده در حین همه‌گیری در مقایسه با قبل از شروع آن بود. کاهش مراجعات در کشورهای آمریکای لاتین [۱۶]، ایالات متحده آمریکا [۱۳] و ایتالیا [۱۱] بین ۵۹ تا ۷۳ درصد متغیر بوده است. همچنین در عربستان سعودی [۱۲]، کاهش ۴۴ درصدی در خدمات جراحی مغز و اعصاب مشاهده شد. در هند [۱۷] کاهش حدود ۷۳ درصدی در روش‌های جراحی و کاهش شدید ۹۷ درصدی در خدمات سرپایی در حین شیوع کووید-۱۹ مشاهده شد.

در بریتانیا (۲۰۲۰) [۱۸] کاهش اعمال جراحی مغز و اعصاب

نفر، انتقال داده های پزشکی از طریق مسیرهای الکترونیکی مانند ایمیل، چت، رسانه های اجتماعی و گروه های پیام رسانی، محدود کردن تعداد پرسنل غیرضروری و جابه جایی های غیرضروری در داخل و خارج از بیمارستان ها، همگی به کاهش تعداد مراجعات کمک کرد [۱۹].

همان گونه که نتایج نشان داد، سن، جنسیت و میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان در زمان شیوع کووید-۱۹ نسبت به دوران قبل و بعد از آن تفاوت معناداری را نشان داد اما بین دوران قبل و بعد از شیوع کووید-۱۹ تفاوت معناداری بین این متغیرها وجود نداشت.

با توجه به اینکه مطابق با دستورالعمل های وزارت بهداشت اعمال الکتیو محدود شدند، تفاوت معناداری بین اعمال جراحی هیدروسفالی و تومورهای مغزی بین دوران شیوع کووید-۱۹ با قبل و بعد از شیوع وجود نداشت، اما مشکلات مربوط به ستون فقرات، خونریزی های مغزی و تروما تفاوت معنادار را نشان داد. در این راستا می توان به این نکته توجه داشت که به علت شرایط قرنطینه، کاهش تردد، برگزاری کلاس های آنلاین و همچنین دورکاری، تعداد تصادفات کاهش یافت و در نتیجه بیماران ترومایی کمتری به عمل جراحی نیازمند شدند، همچنین خونریزی های مغزی ناشی از آن نیز کاهش یافت. افراد دچار مشکلات ستون فقرات به استفاده از درمان های کمکی تمایل بیشتری نشان دادند و از بستری شدن در بیمارستان و انجام عمل جراحی منصرف شدند.

نکته دیگر آن بود که در دوران شیوع کووید-۱۹ پذیرش کلی مردان نسبت به زنان در بخش های جراحی مغز و اعصاب به طور معناداری بیشتر بود. آنچه محرز است این است که در زمان غیر از شیوع کووید-۱۹ نیز تفاوت معناداری بین پذیرش مردان نسبت به زنان وجود دارد، زیرا تصادفات و حوادث پیش آمده برای مردان بیشتر از زنان است. بنابراین، براساس نتایج، مردان در دوران شیوع کووید-۱۹ به طور معناداری نسبت به زنان بیشتر پذیرش شدند و تفاوت معناداری نیز نسبت به دوران قبل از شیوع داشتند اما تفاوت جنسیتی بین دوران قبل و بعد از شیوع کووید-۱۹ مشاهده نشد. این موضوع گویای آن است که همواره تفاوت های جنسیتی در پذیرش بیماران بخش جراحی مغز و اعصاب وجود دارد.

سن بیماران نیز با شرایط مشابهی روبه رو بود. در دوران

شیوع کووید-۱۹ سالمندان از گروه های در معرض خطر بودند که تمایل کمتری به حضور در جامعه داشتند، بنابراین تعداد بیماران پذیرش شده از نظر سنی تفاوت معناداری را نسبت به دوران قبل و بعد از شیوع کووید-۱۹ نشان داد، به طوری که سن بیماران کاهش داشت. در دوران پساکووید مجدداً تفاوت معناداری بین سن بیماران پذیرش شده با دوران قبل از شیوع مشاهده نشد. نکته قابل توجه این است که بیماران تحت عمل جراحی از نظر سنی تفاوت معناداری را در هر سه مقطع زمانی نسبت به یکدیگر نشان ندادند که می تواند ناشی از اضطراری بودن برخی عمل های جراحی باشد.

مدت زمان بستری در بیمارستان در دوران شیوع کووید-۱۹ نسبت به دوران قبل و بعد از همه گیری کاهش یافته بود. بیماران و کادر درمانی تمایل زیادی به بستری ماندن در بیمارستان، به علت خطر ابتلا به کووید-۱۹، نداشتند، بنابراین پروسه درمان بیمار به درمان در منزل موقوف شد.

علاوه بر این، اگرچه دستورالعمل ها در سراسر جهان (صرف نظر از وضعیت مالی کشورها) یکسان بود، اما کشورهای با درآمد متوسط و پایین با آنکه دارای تخت های بیمارستانی، تخت های بخش مراقبت ویژه، دستگاه های تنفس مصنوعی و نسبت پزشک به جمعیت کمتری بودند، کاهش مناسبی را در تعداد مراجعات تجربه نکردند. این کمبودها فشار قابل توجهی را بر سیستم مراقبت های بهداشتی در دوران کووید-۱۹ وارد کرد [۲۰].

در نهایت می توان بیان کرد با توجه به اینکه منابع متنوعی برای مدیریت همه گیری کووید-۱۹ صرف شد، مرگ و میر و عوارض، هزینه های بیشتری را به همراه آورد و بیمه ها بیش از پیش تحت فشار قرار گرفتند، به طوری که خدمات مرتبط با کووید-۱۹ به خدمات قبلی غیر مرتبط با کووید-۱۹ اضافه شد. به این دلیل، چالش ها برای کشورهای با درآمد متوسط و پایین، هم از نظر کیفی و هم از نظر کمی، متفاوت بود. در این راستا می بایست دستورالعمل ها و راهکارهای ارائه شده برای کشورهای با درآمدهای متفاوت، انعطاف پذیرتر طراحی و مدیریت می شد.

نتیجه گیری

تأثیر همه گیری کووید-۱۹ بر اعمال جراحی مغز و اعصاب را می توان از این منظر مهم دانست که مراکز درمانی کشور، از

References

1. Sun Y, Mao Y. Response to COVID-19 in Chinese neurosurgery and beyond. *J Neurosurg.* 2020;133(1):31-2. doi: [10.3171/2020.3.JNS20929](https://doi.org/10.3171/2020.3.JNS20929).
2. Burke JF, Chan AK, Mummaneni V, Chou D, Lobo EP, Berger MS, et al. The coronavirus disease 2019 global pandemic: a neurosurgical treatment algorithm. *Neurosurgery.* 2020;87(1):e50-6. doi: [10.1093/neuros/nyaa116](https://doi.org/10.1093/neuros/nyaa116).
3. Aminmansour B, Mahmoodkhani M, Shafiei M, Mokhtari A, Hematzadeh M, Sheibani Tehrani D. Medical Tourism Challenges After the Prevalence of COVID-19: The Neurosurgery Field. *Int J Travel Med Glob Health.* 2022;10(2):83-8. doi: [10.34172/ijtmgh.2022.15](https://doi.org/10.34172/ijtmgh.2022.15).
4. Aminmansour B, Shafiei M, Sabouri M, Mahmoodkhani M, Hematzadeh M, Sheibani Tehrani D. Managing Neurosurgery in the COVID-19 Pandemic. *Hosp Pract Res.* 2022;7(3):97-104. doi: [10.34172/hpr.2022.20](https://doi.org/10.34172/hpr.2022.20).
5. Diaz A, Sarac BA, Schoenbrunner AR, Janis JE, Pawlik TM. Elective surgery in the time of COVID-19. *Am J Surg.* 2020;219(6):900-2. doi: [10.1016/j.amjsurg.2020.04.014](https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.04.014).
6. Gupta P, Muthukumar N, Rajshekhar V, Tripathi M, Thomas S, Gupta SK, et al. Neurosurgery and neurology practices during the novel COVID-19 pandemic: a consensus statement from India. *Neurol India.* 2020;68(2):246. doi: [10.4103/0028-3886.283130](https://doi.org/10.4103/0028-3886.283130).
7. Ashkan K, Jung J, Velicu AM, Raslan A, Faruque M, Kulkarni P, et al. Neurosurgery and coronavirus: impact and challenges—lessons learnt from the first wave of a global pandemic. *Acta Neurochir (Wien).* 2021;163(2):317-29. doi: [10.1007/s00701-020-04652-8](https://doi.org/10.1007/s00701-020-04652-8).
8. Alimohammadi E, Eden SV, Anand SK, Ahadi P, Bostani A, Bagheri SR. The impact of coronavirus 2019 (COVID-19) on neurosurgical practice and training: a review article. *Br J Neurosurg.* 2022;36(5):569-73. doi: [10.1080/02688697.2021.1888874](https://doi.org/10.1080/02688697.2021.1888874).
9. Tavanaei R, Ahmadi P, Yazdani KO, Zali A, Oraee-Yazdani S. The impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on neurosurgical practice and feasibility of safe resumption of elective procedures during this era in a large referral center in Tehran, Iran: an unmatched case-control study. *World Neurosurg.* 2021;154:e370-81. doi: [10.1016/j.wneu.2021.07.047](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.07.047).
10. Farahbakhsh F, Rostami M, Khoshnevisan A, Naderian N, Ghorbani M, Fehlings M, et al. The management and outcomes of coronavirus disease 2019 infection in a series of neurosurgical patients. *Asian J Neurosurg.* 2021;16(1):78-83. doi: [10.4103/ajns.AJNS_187_20](https://doi.org/10.4103/ajns.AJNS_187_20).
11. Zoia C, Bongetta D, Veiceschi P, Cenato M, Di Meco F, Locatelli D, et al. Neurosurgery during the COVID-19 pandemic: update from Lombardy, northern Italy. *Acta*

نظر حجم جریان بیمار، بسیار شلوغ هستند. در این راستا و براساس دستورالعمل‌ها، بایستی پذیرش‌های الکتیو و خدمات سرپایی به طور قابل توجهی کاهش می‌یافت. اگرچه این امر توسط پزشکان، نظام سلامت و بیماران کنترل شد، اما در مقایسه با سایر مطالعات در کشورهای دیگر، بار مراجعات به میزان کمی کاهش یافته بود. این کاهش اندک نسبت به سایر کشورها را می‌توان در فرهنگ ضعیف درمانی مردم برای دریافت خدمات پزشکی، نوع بیماری‌ها و سبک زندگی مردم و همچنین رعایت نشدن مقررات سختگیرانه (قرنطینه) جستجو کرد. همچنین در دوران همه‌گیری، سن بیماران پذیرش شده کاهش یافت، مردان کماکان بیشتر از زنان پذیرش شدند و مدت‌زمان بستری در بیمارستان نیز کاهش یافت. در این راستا پیشنهاد می‌شود در شرایط عادی، پزشکان توضیحات لازم را درمورد انواع روش‌های درمانی، خصوصاً روش‌های غیرتهاجمی، ارائه دهند و بیماران از انجام عمل‌های بی‌مورد منع شوند. از طرف دیگر با همکاری چندجانبه، سازمان‌ها به کاهش تروما کمک کنند و با غربالگری صحیح مادران باردار، از تولد فرزندان دچار مشکلات هیدروسفالی جلوگیری شود. با اجرای این اهداف در شرایط عادی می‌توان انتظار داشت که در شرایط بحرانی نیز جامعه آمادگی بیشتری برای پذیرش دستورالعمل‌ها درمورد اقدامات درمانی متفاوت و کمکی غیرجراحی داشته باشد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله برخود لازم می‌دانند از کلیه پرستاران و همکاران بخش جراحی مغز و اعصاب در بیمارستان‌های الزهرا، کاشانی و امام حسین شهر اصفهان نهایت تشکر را داشته باشند.

تأییدیه اخلاقی: این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع دکترای حرفه‌ای پزشکی است که با کد ۳۴۰۰۹۸۹ و کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1401.124 مورد تأیید دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قرار گرفت.

تعارض منافع: در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

سهم نویسندگان: طراحی پژوهش و اصلاح مقاله توسط بهرام امین منصور انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها توسط محمدمهدی فخر و نگارش مقاله توسط سجاد پرور و امیر مهابادی صورت پذیرفته است.

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی موسسه یا ارگان خاص قرار نگرفته است.

- Neurochir (Wien). 2020;162(6):1221-2. doi: [10.1007/s00701-020-04305-w](https://doi.org/10.1007/s00701-020-04305-w).
12. Almufarriji RM, Alobaid AO, Alsubaie FA. Saudi neurosurgery residency and COVID-19: How are we coping?. *Neurosci J*. 2020;25(5):343-4. doi: [10.17712/nsj.2020.5.20200100](https://doi.org/10.17712/nsj.2020.5.20200100).
13. Tosi U, Chidambaram S, Schwarz J, Diaz SM, Singh S, Norman S, et al. The world of neurosurgery reimagined post COVID-19: crisis↔ opportunities. *World Neurosurg*. 2021;148:251-5. doi: [10.1016/j.wneu.2020.11.167](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.11.167).
14. Dash C, Venkataram T, Goyal N, Chaturvedi J, Raheja A, Singla R, et al. Neurosurgery training in India during the COVID-19 pandemic: straight from the horse's mouth. *Neurosurg Focus*. 2020;49(6):e16. doi: [10.3171/2020.9.FOCUS20537](https://doi.org/10.3171/2020.9.FOCUS20537).
15. Roshanzadeh M, Jamalnik M, Hasheminik M, Tajabadi A, Tajabadi A. Stigma of Covid-19: The basic challenge in health economics. *Iran Occupational Health*. 2020;17(1):137-41. [Persian]
16. Guiroy A, Gagliardi M, Coombes N, Landriel F, Zanardi C, Willhuber GC, et al. COVID-19 Impact Among Spine Surgeons in Latin America. *Global Spine J*. 2021;11(6):859-65. doi: [10.1177/2192568220928032](https://doi.org/10.1177/2192568220928032).
17. Sharma R, Garg K, Katiyar V, Alam I, Tandon V, Raheja A, et al. Analysis of neurosurgical cases before and during the coronavirus disease 2019 pandemic from a tertiary-care centre in India. *World Neurosurg*. 2021;152:e635-44. doi: [10.1016/j.wneu.2021.06.019](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.06.019).
18. Sinha S, Toe KK, Wood E, George KJ. The impact of COVID-19 on neurosurgical head trauma referrals and admission at a tertiary neurosurgical center. *J Clin Neurosci*. 2021;87:50-4. doi: [10.1016/j.jocn.2021.02.021](https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.02.021).
19. Singh R, Sahu A, Singh K, Prasad RS, Pandey N, Singh RC. Impact of COVID-19 pandemic on neurosurgical practice in a tertiary care center in India. *J Neurosci Rural Pract*. 2021;12(1):24-32. doi: [10.1055/s-0040-1716455](https://doi.org/10.1055/s-0040-1716455).
20. ElGhamry AN, Jayakumar N, Youssef M, Shumon S, Mitchell P. COVID-19 and changes in neurosurgical workload in the United Kingdom. *World Neurosurg*. 2021;148:e689-94. doi: [10.1016/j.wneu.2021.01.094](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.01.094).