

### گروه طب اورژانس

ردیف	نام و نام خانوادگی	ایمیل	تخصص
۱	دکتر علیرضا سیستانی	Alireza.sistani@gmail.com	متخصص طب اورژانس
۲	دکتر امیرحسین میثمی	Amirhosein measami@yahoo.com	متخصص طب اورژانس
۳	دکتر محمد رضا قریبا	Dr.farlamohamad@yahoo.com	متخصص طب اورژانس
۴	دکتر نغمه حیدریان	Md-Heydarian@yahoo.com	متخصص طب اورژانس
۵	دکتر سمیه ولد خانی	Sm.valad@gmail.com	متخصص طب اورژانس
۶	دکتر سیده سارا پیامی	Payami.sara@gmail.com	متخصص طب اورژانس
۷	دکتر الهام حصاری	Hesarielham62@yahoo.com	متخصص طب اورژانس
۸	دکتر رضا قهرمند راد	rfarahmandrad@gmail.com	متخصص طب اورژانس
۹	دکتر اکرم ذوالفقاری	Azolfaghari88@gmail.com	متخصص طب اورژانس
۱۰	دکتر فرشید فرهادی	Farshidfarhadi11@yahoo.com	متخصص طب اورژانس
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			
۱۶			
۱۷			
۱۸			
۱۹			
۲۰			
۲۱			
۲۲			
۲۳			
۲۴			

## معرفی

طب اورژانس یک تخصص پزشکی است که دانش آن مبتنی بر درمان تمامی شرایط اورژانسی و فوری همه طیف های سنی است و شامل درک درستی از توسعه درمانی پیش بیمارستانی و اورژانس بیمارستانی و مهارت های لازمه آن میباشد. زمینه علمی رشته طب اورژانس شامل مراقبت های حاد از شرایط پزشکی و جراحی و داخلی و طب کودکان و زنان و زایمان است.

بسیاری از بیماران بستری در اورژانس با مراقبت های اولیه بهبود می یابند و عده ای از آنها تنها نیازمند بررسی اولیه و پیگیری در سرویس تخصصی هستند و نیاز به بستری فوری ندارند. حال با توجه به امکانات محدود اورژانس نسبت به جمعیت موجود در کلانشهرها، رسیدگی به وضعیت اورژانس ها، تعدیل نیروی انسانی شاغل در آن، استاندارد کردن وسایل، ارتباط اورژانس با دیگر بخش ها و تعیین تکلیف بیماران ویزیت شده، برعهده این گروه تخصصی می باشد. با این تفاسیر پزشک اورژانس نیاز به یک دانش گسترده و نیز مهارت های پیشرفته سایر تخصص های بالینی نظیر توانایی احیا بیمار، مدیریت راه هوایی دشوار، ترمیم پارگی های پیچیده، مدیریت شکستگی ها و در رفتگی ها، درمان حمله حاد قلبی، مدیریت سکنه مغزی، مدیریت حوادث یک فرد باردار، تعبیه لوله قفسه سینه و انجام و تفسیرگرافی، سونوگرافی و... دارد. متخصصین اورژانس علاوه بر مراقبت های اولیه بیماران، مسوولیت آموزش پرستاران اورژانس، پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی و بالا بردن آگاهی مردم در برخورد با سوانح و حوادث پزشکی و حتی بلایای طبیعی را نیز برعهده دارند. همچنین متخصصین طب اورژانس علاوه بر درمان شرایط اورژانسی و فوری بیماریه ها، مهارت های ویژه ای در امور مدیریتی اورژانس دارند که از آن جمله میتوان به موارد زیر اشاره کرد: مدیریت بخش اورژانس، طراحی فضای فیزیکی بخش اورژانس، مدیریت بحران در سطح بیمارستان و نیز در سطح جامعه، مدیریت و طراحی اورژانس پیش بیمارستانی و.....

پزشکان متخصص طب اورژانس می توانند دوره های فوق تخصصی را در مراقبت های تسکینی، مراقبت های حیاتی، تروما، مسمومیت ها، طب اورژانس اطفال، پزشکی ورزشی، پزشکی بلایای طبیعی، پزشکی تاکتیکی، رادیولوژی اورژانس، داروهای ضد درد، اورژانس های پیش بیمارستانی و پزشکی دریایی و... بگذرانند.

## الگوهای کار

الگوهای کشورهای و منطقه های جغرافیایی متفاوت است. در ایالات متحده متخصصین طب اورژانس در بیمارستانهای خصوصی و یا کلینیک های خصوصی، بیمارستانهای دولتی مشغول به کارند و یا در خدمت ارتش این کشور میباشند. در انگلستان، متخصصین طب اورژانس در خدمت برنامه خدمات بهداشت ملی هستند و دامنه فعالیت محدودی در حوزه های خصوصی دارند. در کشورهای دیگر مانند استرالیا، نیوزیلند و یا ترکیه، این متخصصین در بیمارستان های جنرال مشغول فعالیت هستند. در کشور ما نیز اغلب غریب به اتفاق متخصصین طب اورژانس در بیمارستانهای دولتی و با دامنه فعالیت کمتر در بخش خصوصی فعالاند.

## تاریخچه

طب اورژانس به عنوان یک تخصص پزشکی مستقل نسبتاً جوان است. قبل از دهه ۶۰ و ۷۰ میلادی بخش اورژانس بیمارستانها به طور کلی توسط پزشکان شاغل در همان بیمارستان اداره میشد؛ در میان آنها پزشکان خانواده، جراحان عمومی، متخصصین داخلی و دیگر متخصصین بیماران را تریاژ و بر اساس نوع آسیب یا بیماری تقسیم بندی میکردند. شایان ذکر است که بسیاری از پیشگامان رشته تخصصی طب اورژانس را پزشکان خانواده و متخصصین دیگر که شاهد نیاز به آموزش های اضافی در این حوزه بودند، تشکیل داده اند.

اولین بار در سال ۱۹۷۰ در سینسیناتی آمریکا اولین دستیاران این رشته پا به حوزه آکادمیک این رشته گذاشتند و در سال ۱۹۷۱ اولین دپارتمان طب اورژانس پا به عرصه وجود نهاد و در نهایت پس از بسیاری از تحولات و فراز و نشیب ها در نهایت در سال ۱۹۷۹ هیأت مورد تخصصان آمریکا رای به تأسیس رشته آکادمیک طب اورژانس در ایالات متحده آمریکا داد.

ضرورت راه اندازی این رشته در ایران نیز در سال ۱۳۷۵ مورد تصویب نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور قرار گرفت. ابتدا در سال ۱۳۷۹ راه اندازی این رشته به عنوان یک برنامه راهبردی در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مطرح گردید و در پی آن دانشگاه علوم پزشکی ایران با دریافت مجوز رسمی از شورای گسترش دانشگاهها، رسالت تربیت اولین دوره تربیت دستیاران طب اورژانس را بر عهده گرفت. بالاخره در سال ۱۳۸۰ اولین گروه آموزشی طب اورژانس در دانشگاه علوم پزشکی ایران و

در بیمارستان رسول اکرم با همت دکتر علی بیداری شکل گرفت و تربیت دستیار تخصصی طب اورژانس برای اولین بار آغاز شد. با افزایش تعداد متخصصین طب اورژانس نیاز به یک تشکل علمی و صنفی که نماینده حقوقی و علمی آنان باشد، احساس شد و در نهایت در سال ۱۳۸۴ انجمن علمی طب اورژانس ایران پایه گذاری شد. از سال ۱۳۸۴ انجمن طب اورژانس ایران تقریباً هر ساله کنگره ای را به منظور معرفی دستاوردهای علمی و پژوهشی در تمام زمینه های مراقبتهای اورژانس پیش بیمارستانی، بیمارستانی و بلایا برگزار مینماید. نخستین کنگره در آذر ۱۳۸۴ با شرکت میهمانانی از خارج از کشور برگزار شد.

گروه طب اورژانس کرمانشاه از سال ۱۳۸۷ فعالیت خود را در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه آغاز کرد که علاوه بر وظایف خود در تربیت کارورزان نیز نقش بسزایی را ایفا کرده است. از سال ۱۳۹۴ این گروه با پذیرش دستیار تخصصی طب اورژانس بر دامنه فعالیت های خود افزوده است. امید است با یاری خداوند متعال این گروه بتواند بر همه آرمان های آموزشی، پژوهشی و درمانی خود جامه عمل بپوشاند.

## **Introduction**

Emergency Medicine is a medical specialty—a field of practice based on the knowledge and skills required for the prevention, diagnosis and management of acute and urgent aspects of illness and injury affecting patients of all age groups with a full spectrum of undifferentiated physical and behavioral disorders. It further encompasses an understanding of the development of pre-hospital and in-hospital emergency medical systems and the skills necessary for this development.

The field of emergency medicine encompasses care involving the acute care of internal medical and surgical conditions. In many modern emergency departments, Emergency physicians are tasked with seeing a large number of patients, treating their illnesses and arranging for disposition—either admitting them to the hospital or releasing them after treatment as necessary. The emergency physician requires a broad field of knowledge and advanced procedural skills often including surgical procedures, trauma resuscitation, advanced cardiac life support and advanced airway management. They must have the skills of many specialists—the ability to resuscitate a patient manage a difficult airway , suture a complex laceration reduce (set) a fractured bone or dislocated joint , treat a heart attack , manage strokes , work-up a pregnant patient with vaginal bleeding , place a chest tube , and to conduct and interpret x-rays and ultrasounds. Emergency physicians also provide episodic primary

care to patients during off hours and for those who do not have primary care providers.

Emergency medicine is distinct from urgent care, which refers to immediate healthcare for less emergent medical issues. However, many emergency physicians work in urgent care settings, since there is obvious overlap. Emergency medicine also includes many aspects of acute primary care, and shares with family medicine the uniqueness of seeing all patients regardless of age, gender or organ system. The emergency physician workforce also includes many competent physicians who trained in other specialties.

Physicians specializing in emergency medicine can enter fellowships to receive credentials in subspecialties such as palliative care, critical-care medicine, medical toxicology, wilderness medicine, pediatric emergency medicine, sports medicine, disaster medicine, tactical medicine, ultrasound, pain medicine, pre-hospital emergency medicine, or undersea and hyperbaric medicine.

The practice of emergency medicine is often quite different in rural areas where there are far fewer consultants and health care resources. In these areas, family physicians with additional skills in emergency medicine often staff emergency departments. Rural emergency physicians may be the only health care providers in the community, and require skills that include primary care and obstetrics.

## **Work patterns**

Patterns vary by country and region. In the United States, the employment arrangement of emergency physician practices are either private (with a co-operative group of doctors staffing an emergency department under contract), institutional (physicians with an independent contractor relationship with the hospital), corporate (physicians with an independent contractor relationship with a third-party staffing company that services multiple emergency departments), or governmental (for example, when working within personal service military services, public health services, veterans' benefit systems or other government agencies).

In the United Kingdom, all consultants in emergency medicine work in the National Health Service and there is little scope for private emergency practice. In other countries like Australia, New Zealand or Turkey, emergency medicine specialists are almost always salaried employees of government health departments and work in public hospitals, with pockets of employment in private or non-government aeromedical rescue or transport services, as well as some private hospitals with emergency departments; they may be supplemented or backed by non-specialist medical officers, and visiting general practitioners. Rural emergency departments may be headed by general practitioners alone, sometimes with non-specialist qualifications in emergency medicine.

## **History**

During the French Revolution, after seeing the speed with which the carriages of the French flying artillery maneuvered across the battlefields, French military surgeon Dominique Jean Larrey applied the idea of ambulances, or "flying carriages", for rapid transport of wounded soldiers to a central place where medical care was more accessible and effective. Larrey manned ambulances with trained crews of drivers, corpsmen and litter-bearers and had them bring the wounded to centralized field hospitals, effectively creating a forerunner of the modern MASH units. Dominique Jean Larrey is sometimes called the father of emergency medicine for his strategies during the French wars.

Emergency medicine as an independent medical specialty is relatively young. Prior to the 1960s and 1970s, hospital emergency departments (EDs) were generally staffed by physicians on staff at the hospital on a rotating basis, among them family physicians, general surgeons, internists, and a variety of other specialists. In many smaller emergency departments, nurses would triage patients and physicians would be called in based on the type of injury or illness. Family physicians were often on call for the emergency department, and recognized the need for dedicated emergency department coverage. Many of the pioneers of emergency medicine were family physicians and other specialists who saw a need for additional training in emergency care.



During this period, groups of physicians began to emerge who had left their respective practices in order to devote their work completely to the ED. In the UK in 1952, Maurice Ellis was appointed as the first "casualty consultant" at Leeds General Infirmary. In 1967, the Casualty Surgeons Association was established with Maurice Ellis as its first President. In the US, the first of such groups was headed by Dr. James DeWitt Mills in 1961 who, along with four associate physicians; Dr. Chalmers A. Loughridge, Dr. William Weaver, Dr. John McDade, and Dr. Steven Bednar at Alexandria Hospital, Virginia, established 24/7 year-round emergency care, which became known as the "Alexandria Plan".

It was not until the establishment of American College of Emergency Physicians (ACEP), the recognition of emergency medicine training programs by the AMA and the AOA, and in 1979 a historical vote by the American Board of Medical Specialties that emergency medicine became a recognized medical specialty in the US. The first emergency medicine residency program in the world was begun in 1970 at the University of Cincinnati and the first Department of Emergency Medicine at a US medical school was founded in 1971 at the University of Southern California.

In 1990 the UK's Casualty Surgeons Association changed its name to the British Association for Accident and Emergency Medicine, and subsequently became the British Association for Emergency Medicine

(BAEM) in 2004. In 1993, an intercollegiate Faculty of Accident and Emergency Medicine (FAEM) was formed as a "daughter college" of six medical royal colleges in England and Scotland to arrange professional examinations and training. In 2005, the BAEM and the FAEM were merged to form the College of Emergency Medicine, now the Royal College of Emergency Medicine, which conducts membership and fellowship examinations and publishes guidelines and standards for the practice of emergency medicine.