

Investigation of ERCP-Related Medical Complaints Referred to Forensic Medicine Department of Tehran over a Six-Year Period (2011-2016)

Hatami B.¹ MD, Davari F.^{*2} MD, Mohammad Alizadeh A.H.¹ MD, Alimohammadi A.M.³ MD

¹Gastrointestinal & Liver Diseases Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Forensic Medicine Department, Medical Faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Tehran Forensics General Office, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Considering that ERCP is one of the most difficult and high risk activity fields of gastroenterologists, it is expected that a great percentage of complaints exist in this area. Therefore, the aim of this study was to investigate the ERCP-related medical complaints referred to the forensic medicine department of Tehran over six years (2011-2016).

Instrument & Methods: This study was conducted by descriptive-analytical and retrospective method. First, the statistics of the recorded complaints in the forensic medicine department of Tehran province against gastroenterology subspecialist or subspecialist assistants were extracted over six years (2011-2016). Then, the ERCP-related complaint cases, that their investigation was completed were selected.

Findings: The ERCP-related complaints over the years of 2011-2016 included 35 cases, which 21 patients (60.0%) were males and 14 patients (40.0%) were females. In the 34 cases (97.1%) ERCP had accurate and scientific indication and only one case did not have an indication. In 26 (74.2%) cases after ERCP, proper diagnosis and treatment were performed. According to the primary commission, medical malpractice had been recognized in 10 cases (28.6%), and 25 cases (71.4%) had led to the acquittal of the doctor.

Conclusion: The selection of the patients based on the correct indication for ERCP operation and examination the patients after operation of the procedure in order to diagnose the probable side effects and its proper treatment have a significant role in reducing the number of complaints.

Keywords

Professional Negligence [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68008318>];

Medical Error [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68019300>];

Informed Consent [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68007258>];

Medical Complaint [Not in MeSH];

ERCP [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68002760>]

* Corresponding Author

Tel: +98 (21) 66761126

Fax: +98 (21) 66703641

Post Address: Monitoring & Accreditation Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Hafez Street, Tehran, Iran. Postal Code: 1134845764

far95779@yahoo.com

Received: January 30, 2019

Accepted: June 2, 2019

ePublished: June 20, 2019

بررسی شکایات پزشکی مرتبط با ERCP رسیدگی شده در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی یک دوره شش ساله (۹۵-۱۳۹۰)

بهزاد حاتمی MD

پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

فرنوش داوری MD*

گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

امیرهوشنگ محمدعلیزاده MD

پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

علی محمد علی محمدی MD

اداره کل پزشکی قانونی استان تهران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: با توجه به این که ERCP یکی از پرخطرترین و دشوارترین حیطه‌های فعالیت پزشکی فوق تخصص گوارش است، انتظار می‌رود درصد بالایی از شکایات را به خود اختصاص دهد. لذا هدف این مطالعه، بررسی شکایات پزشکی مرتبط با ERCP رسیدگی شده در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی یک دوره شش ساله (۹۵-۱۳۹۰) بود.

ابزار و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی و گذشته‌نگر انجام گرفت. ابتدا آمار شکایات ثبت شده در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران علیه پزشکان فوق تخصص یا دستیاران فوق تخصص گوارش طی یک دوره شش ساله (۹۵-۱۳۹۰) استخراج شد. سپس از بین آنها پرونده‌های شکایات مرتبط با ERCP که رسیدگی به آنها به اتمام رسیده بود انتخاب شدند.

یافته‌ها: کل شکایات مرتبط با ERCP طی سال‌های ۹۵-۱۳۹۰، ۳۵ مورد بود که از این میان ۲۱ بیمار (۶۰٪) مرد و ۱۴ بیمار (۴۰٪) زن بودند. در ۳۴ مورد (۹۷٪)، انجام ERCP اندیکاسیون صحیح و علمی داشت و تنها در یک مورد اندیکاسیون نداشت. در ۲۶ مورد (۷۴٪) عارضه ایجاد شده بعد از انجام ERCP، به موقع تشخیص و درمان مناسب انجام شده بود. براساس نظر کمیسیون اولیه در ۱۰ مورد (۲۸٪) قصور پزشکی تشخیص داده شده و ۲۵ مورد (۷۱٪) منجر به تیرنه پزشک شده بود.

نتیجه‌گیری: انتخاب بیماران براساس اندیکاسیون صحیح برای انجام ERCP و تحت نظر گرفتن آنان بعد از انجام پروسیجر به منظور تشخیص به موقع عارضه احتمالی و درمان مناسب آن نقش بسزایی در کاهش میزان شکایات دارد.

کلیدواژه‌ها: سهل انگاری حرفه‌ای، قصور، خطای پزشکی، رضایت آگاهانه، شکایت پزشکی، ERCP

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۱۲

*نویسنده مسئول: far95779@yahoo.com

مقدمه

فعالیت در هر حرفه‌ای دارای تنش‌های شغلی مربوط به خود است. شکایات بیمار از پزشک را شاید بتوان به عنوان یکی از مهم‌ترین تنش‌های شغلی حرفه پزشکی به حساب آورد^[1]. شکایات بیمار از درمانگر، بیشتر در مواردی اتفاق می‌افتد که نارضایتی حادث شده است و این لزوماً به معنی بروز صدمه و سوء درمان نیست^[2]. هر چند همه رویدادهای نامطلوب منجر به شکایت و دعوی قانونی نمی‌شوند، اما آمار خطای درمانی در مراکز بهداشتی درمانی رو به افزایش است^[3,4].

ابزارهای موجود برای تشخیص و درمان بیماری‌ها علی‌رغم مفید و موثر بودن با خطرات و عوارضی همراهند، لذا بازگرداندن عملکرد بیولوژیک به وضعیت سالم اولیه گاهی ناکامل یا ناموفق است و در

مواردی به سبب آسیب‌های درمان‌زاد عوارضی به دنبال دارد^[5,6]. پیامدهای منفی یا ناخواسته می‌تواند شامل خطاهای تشخیصی یا تکنیکی، عدم درمان موثر، عوارض درمان، هزینه‌های بالا، افزایش مدت بستری و غیبت از کار و فعالیت‌های روزمره باشد. این عوارض ممکن است به نارضایتی بیمار و تمایل وی به مقصر شمردن گروه درمانی و گرفتن غرامت بینجامد. در چنین شرایطی، مسایل پزشکی قانونی یا به عرصه می‌گذارد^[5,6]. از این رو به نظر می‌رسد مطالعه مسایل پزشکی قانونی توسط پزشکان به ویژه در حیطه تخصصی‌شان و افزایش آگاهی آنان برای بهینه‌سازی پیامد بیماری و کاهش زیان و نارضایتی بیماران و کاهش دعاوی حقوقی مرتبط با سوء طبابت ضروری باشد.

متخصصان گوارش نیز مانند همه پزشکان از دعاوی قضایی خطای پزشکی مصون نیستند. داده‌های موجود در متون علمی درباره دعاوی مرتبط با اندوسکوپی ناچیز است و اغلب به اعمال اندوسکوپی رایج‌تر مربوط می‌شوند. اطلاعات در مورد حجم کلی و علل شکایات مربوط به ERCP (کلانژیوپانکراتوگرافی اندوسکوپی رتروگرید) از این هم کمتر است^[5-13].

ERCP یکی از شایع‌ترین پروسیجرهای اندوسکوپی است که برای ارزیابی و درمان انواع بیماری‌های مجاری صفراوی و پانکراس انجام می‌گیرد. در ERCP، اندوسکوپ دارای دید جانبی به داخل دوازدهه هدایت شده، امکان عبور وسایل به داخل مجاری صفراوی و پانکراس را فراهم می‌سازد. این مجاری توسط ماده حاجب آشکار شده، بدین ترتیب مشاهده آنها و انواع مداخلات درمانی امکان‌پذیر می‌شود^[8]. از آنجا که ERCP از نظر تکنیکی یکی از دشوارترین پروسیجرهایی است که توسط پزشکان فوق تخصص گوارش انجام می‌شود و جزو پروسیجرهای پرخطر به شمار می‌آید و از سوی دیگر عوارض نامطلوب و گاهی شدید آن نسبت به سایر پروسیجرهای اندوسکوپی بیشتر است، ممکن است درصد قابل توجهی از شکایات علیه متخصصان گوارش را شامل شود. عوارض نامطلوب در ۵-۱۰٪ موارد رخ می‌دهد که در ۱٪ موارد شدید و در یک در ۱۰۰۰ مورد مرگبار است^[7,8].

درباره شکایات سوء طبابت علیه پزشکان فوق تخصص گوارش در ایران اطلاعات دقیقی وجود ندارد و هیچ مطالعه‌ای در این زمینه انجام نگرفته است. از سوی دیگر، با توجه به این که ERCP یکی از پرخطرترین و دشوارترین حیطه‌های فعالیت این متخصصان است، انتظار می‌رود درصد بالایی از شکایات را به خود اختصاص دهد. لذا در این تحقیق بر آن شدیم تا شکایات سوء طبابت مرتبط با ERCP را در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی یک دوره شش ساله (۹۵-۱۳۹۰) مرور کنیم و براساس گزارش نهایی کمیسیون پزشکی، انواع خطاهای متخصصان گوارش را در زمینه ERCP شناسایی نماییم. بی‌شک افزایش آگاهی پزشکان می‌تواند یکی از راه‌های کاستن از تعداد شکایات سوء طبابت باشد.

لذا هدف این مطالعه، بررسی شکایات پزشکی مرتبط با ERCP رسیدگی شده در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی یک دوره شش ساله (۹۵-۱۳۹۰) بود.

ابزار و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی و گذشته‌نگر انجام گرفت. ابتدا آمار شکایات ثبت شده در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران علیه پزشکان فوق تخصص یا دستیاران فوق تخصص گوارش طی یک دوره شش ساله (۹۵-۱۳۹۰) استخراج شد. سپس از بین آنها پرونده‌های شکایات مرتبط با ERCP که رسیدگی به آنها به اتمام

غیر هیات علمی تنها در ۶۰٪ موارد عارضه ایجاد شده را به موقع تشخیص داده بودند. به علاوه در ۸۰٪ موارد شکایت از پزشکان عضو هیات علمی، ضایعه مورد شکایت از عوارض شناخته شده بیماری یا درمان بود و تصور از نوع بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی یا عدم تبحر پزشک نبود، در حالی که پزشکانی که عضو هیات علمی دانشگاه نبودند در بیش از نیمی از موارد شکایات مرتکب قصور شده بودند که شامل ۲۶/۷٪ بی‌مبالاتی، ۲۰/۰٪ بی‌احتیاطی و ۶/۷٪ عدم مهارت بود. بالاخره بین رای نهایی صادره و جایگاه علمی پزشک معالج نیز رابطه معنی‌داری موجود بود ($p=0/005$). پزشکان عضو هیات علمی در ۹۰٪ موارد شکایات تیره شده بودند. در مقابل پزشکان غیر هیات علمی تنها تقریباً در نیمی از موارد (۴۶/۷٪) تیره شده و در ۵۳/۳٪ رای به نفع شاکی صادر شده بود.

بحث

قصور پزشکی شامل مواردی است که اقدامات پزشکی و درمانی ارایه شده به بیمار توسط سیستم بهداشتی درمانی (بیمارستان، پزشک، دندان‌پزشک، پرستار، ماما و غیره) در حد استاندارد قابل قبول نبوده و باعث ضرر و زیان بیمار شود^[11]. از آنجا که تمامی بیماران از نظر قانونی حق دارند انتظار یک مراقبت پزشکی استاندارد را داشته باشند، پزشک موظف است در برخورد با بیمار کلیه اقدامات تشخیصی اعم از گرفتن شرح حال کامل یا معاینات فیزیکی، استفاده از آزمایش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی و در صورت نیاز مشورت با همکاران دیگر را انجام دهد و در نهایت بعد از تشخیص صحیح، درمان را شروع نماید. ولی به دلیل دخالت عوامل متعدد بیولوژیک، محیطی و غیره، پزشک سیستم درمانی نمی‌تواند نتیجه رضایت‌بخش درمان را تضمین نماید و گاهی با انجام تمامی این اقدامات، به تشخیص صحیح نمی‌رسد یا درمان به نتیجه مطلوب ختم نمی‌شود. هر گاه این عدم تشخیص یا عدم پاسخ به درمان مطابق با موازین علمی و فنی باشد، خطا و قصور پزشکی محسوب نمی‌شود^[14-16].

چنانچه فردی در اموری که قانوناً مسئولیت دارد، کوتاهی کند و سبب آسیب دیدن فرد دیگری شود، فرد مسئول در قبال فرد دیگر، دچار قصور شده و اگر او، پزشک معالج بیمار باشد، قصور پزشکی صورت گرفته است.

قصور پزشکی به دو دسته بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی تقسیم می‌شود. پیش‌تر در کتاب قانون مجازات، انواع دیگر قصور، شامل عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی نیز آمده بود که آن مطالب، در کتاب جدید، در بخش "بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی" گنجانده شده است^[16].

- بی‌مبالاتی: انجام‌دادن کاری که باید انجام می‌گرفت را بی‌مبالاتی گویند؛ مانند عدم معاینه دقیق، نگرفتن شرح حال، انجام‌دادن مقدمات عمل جراحی مانند تایید بیهوشی یا قلب و موارد مشابه.

- بی‌احتیاطی: انجام‌دادن کاری که نباید انجام می‌گرفت را بی‌احتیاطی گویند؛ مانند تزریق خون اشتباه، قطع عصب یا شریان در جراحی و تزریق داروی بی‌مورد.

بعضی از خطاهای پزشکی، ترکیبی از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی هستند؛ مانند قطع حالب به‌جای لوله رحمی. قطع حالب، بی‌احتیاطی و نیستن لوله رحمی، بی‌مبالاتی است، یا کشیدن دندان سالم (بی‌احتیاطی) به‌جای دندان خراب (بی‌مبالاتی).

برای تحقق قصور پزشکی باید همه شرایط زیر وجود داشته باشد:

الف - پزشک می‌بایست مسئولیتی در خصوص بیمار داشته باشد.

رسیده بود انتخاب شدند. در مورد هر یک فرمی مشتمل بر اطلاعات مرتبط با بیمار، بیماری و پزشک و اقدام درمانی انجام‌گرفته تکمیل شد، بدون این که اسامی بیماران، پزشکان و مراکز درمانی مشخص باشد. آنگاه آنالیز آماری توسط نرم‌افزار SPSS 17 و با استفاده از آزمون مجذور کای صورت گرفت.

یافته‌ها

کل شکایات مرتبط با ERCP طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵، ۳۵ مورد بود که بیشترین موارد مربوط به سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ (به ترتیب ۸ و ۹ مورد) و کمترین موارد مربوط به سال ۱۳۹۰ (۳ مورد) بود. از مجموع ۳۵ بیماری که طی این شش سال در ارتباط با ERCP شکایت کرده بودند، ۳ مورد ۳۰ سال و کمتر، ۱۷ مورد بین ۳۱ تا ۶۰ سال و ۱۵ مورد بالای ۶۰ سال داشتند که از این میان ۲۱ بیمار (۶۰/۰٪) مرد و ۱۴ بیمار (۴۰/۰٪) زن بودند. نیمی از آنها به‌طور اورژانسی و نیمی دیگر به‌طور الکتیو برای انجام ERCP مراجعه کرده بودند (در یک مورد نحوه مراجعه بیمار به مرکز درمانی ثبت نشده بود) که ۱۵ مورد در بیمارستان‌های دولتی آموزشی، ۷ مورد در بیمارستان‌های دولتی غیرآموزشی، ۱۲ مورد در بیمارستان خصوصی و یک مورد در کلینیک خصوصی انجام گرفته بود.

از بین پزشکانی که مورد شکایت قرار گرفته بودند ۲۰ مورد عضو هیات علمی و ۱۵ مورد غیر هیات علمی بودند. از کل پرونده‌های بررسی شده، در ۳۴ مورد (۹۷/۱٪)، انجام ERCP اندیکاسیون صحیح و علمی داشت و تنها در یک مورد اندیکاسیون نداشت. در این میان، شایع‌ترین اندیکاسیون انجام ERCP، سنگ مجرای صفراوی مشترک بود (۵۸/۸٪). شایع‌ترین عارضه منجر به شکایت، پانکراتیت به‌دنبال ERCP (۸ مورد، ۲۲/۹٪) و در مرتبه بعد پرفوراسیون روده (۷ مورد، ۲۰/۰٪) بود. سایر عوارض منجر به شکایت عبارت از خونریزی، کلانژیست و عوارض قلبی ریوی بودند.

در ۲۶ مورد (۷۴/۲٪) عارضه ایجاد شده بعد از انجام ERCP، به‌موقع تشخیص و درمان مناسب انجام شده بود. از مجموع ۳۵ بیمار، ۱۷ مورد منجر به بهبود و ۱۸ مورد منجر به فوت شده بود. در ۳۲ مورد (۹۱/۴٪)، قبل از انجام پروسیجر رضایت آگاهانه از بیمار اخذ شده بود. فاصله زمانی بین انجام ERCP و بروز ضایعه منجر به شکایت در ۲۰٪ موارد کمتر از یک روز، در ۴۸/۶٪ موارد بین یک تا دو روز و در ۳۱/۴٪ موارد سه روز یا بیشتر بود.

براساس نظر کمیسیون اولیه در ۱۰ مورد (۲۸/۶٪) قصور پزشکی تشخیص داده شده و ۲۵ مورد (۷۱/۴٪) منجر به تیره پزشک شده بود. از ۱۰ مورد قصور تشخیص‌داده شده، ۵ مورد (۱۴/۳٪) از نوع بی‌مبالاتی، ۴ مورد (۱۱/۴٪) از نوع بی‌احتیاطی و یک مورد (۲/۹٪) از نوع عدم مهارت پزشک بود. میزان درصد قصور پزشکی نیز در ۵ مورد (۵۰/۰٪) کمتر از ۵٪، در ۳ مورد (۳۰/۰٪) ۶-۱۰٪ و در ۲ مورد (۲۰/۰٪) بالای ۱۰٪ بود. از این میان، ۱۳ مورد از طرفین دعوا به رای کمیسیون اولیه اعتراض نموده که کمیسیون دوم در ۵ مورد حکم به تغییر رای اولیه داده بود.

بروز عارضه بعد از ERCP با جایگاه علمی پزشک معالج (یعنی این که عضو هیات علمی باشد یا نباشد) رابطه معنی‌داری نداشت ($p=0/064$), در حالی که بین تشخیص به‌موقع و درمان مناسب و اصولی عارضه ایجاد شده و جایگاه علمی پزشک معالج ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p=0/049$). در بررسی پرونده‌های شکایات، ۸۹/۵٪ پزشکان عضو هیات علمی عارضه ایجاد شده را به‌موقع تشخیص داده و اقدام به درمان آن کرده بودند. در مقابل، پزشکان

منابع

- 1- Nobakht Haghighi A, Zali MR, Mahdavi MS, Nourozi A. Causes of patient complaints, physician referred to the Medical Council of Tehran. J Med Counc Iran. 2000;18(4):295-303. [Persian]
- 2- Anderson JP, Bush, JW, Berry CC. Classifying function for health outcome and quality of life evaluation: self-versus interviewer modes. Med Care. 1986;24(5):454-70.
- 3- Neslin SA, Rhoads EE, Wolfson P. A model and empirical analysis of patient compliance and persistence in pharmaceuticals. Manag Sci. 2010; 24:1-36.
- 4- Schneider KI, Schmidtke J. Patient compliance based on genetic medicine: a literature review. J Community Genet. 2014; 5(1):31- 48.
- 5- Conklin LS, Bernstein C, Bartholomew L, Oliva-Hemker M. Medical malpractice in gastroenterology. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008;6(6):677-81.
- 6- Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. New Engl J Med. 2011;365:629-36.
- 7- Cotton PB. Analysis of 5q ERCP Lawsuits; mainly about indications. Gastrointest Endosc. 2006;63(3):378-82.
- 8- Cotton PB. ERCP is most dangerous for people who need it least. Gastrointest Endosc. 2001;54(4):535-6.
- 9- Gestenberger PD. Malpractice in gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc Clin N Am. 1995;5(2):375-89.
- 10- Gestenberger PD, Plumeri PA. Malpractice claims gastrointestinal endoscopy: analysis of an insurance industry data base. Gastrointest Endosc. 1993;39(2):132-8.
- 11- Hiyama T, Tanaka S, Yoshihara M, Fukuhara T, Mukai S, Chayama K. Medical malpractice litigation related to gastrointestinal endoscopy in Japan: a two- decade review of civil court cases. World J Gastroenterol. 2006;12(42):6857-60.
- 12- Neale G. Clinical analysis of 100 medico legal cases. BMJ. 1993;307(6917):1483-7.
- 13- Frakes JT. The ERCP – related Law suit: “Best avoid it”. Gastrointest Endosc. 2006;63(3):385-8.
- 14- Haghshenas M, Vahidshahi K, Amiri A, Rezaei M, Rahmani N, Pourhossen M, et al. Study the frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council, Sari, 2006-2011. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012;21(86):253-60. [Persian]
- 15- Rafihzade Tabaei Zavare SM, Hajmanoochehri R, Nasaji Zavare M. Frequency of failure of general physicians in referral complaints to the forensic medicine commission of Tehran from 2003 to 2005. Iran J Forensic Med. 2007;13(3):152-7. [Persian]
- 16- Siabani S, Alipour AA, Siabani H, Rezaei M, Daniali S. A survey of complaints against physicians reviewed at Kermanshah Medical Council 2001-2005. J Kermanshah Univ Med Sci. 2009;13(1):74-83. [Persian]
- 17- Sadr Momtaz N, Dehnavi H. Legal standards in the health system. Tehran: Barga; 2015. [Persian]
- 18- Alimohammadi AM. Laws and professional law of the medical society. 1st Edition. Tehran: Resane Takhassosi; 2018.

ب - پزشک در انجام وظیفه خود کوتاهی کرده باشد.
 ج - در نتیجه این کوتاهی، به فرد آسیب رسیده باشد.
 د - رابطه علیت بین آسیب ایجاد شده و رفتار مرتکب (پزشک) وجود داشته باشد [18].

به طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که انتخاب بیماران براساس اندیکاسیون صحیح برای انجام ERCP و تحت نظر گرفتن آنان بعد از انجام پروسیجر به منظور تشخیص به موقع عارضه احتمالی و درمان مناسب آن نقش بسزایی در کاهش میزان شکایات داشته است، به طوری که در بیمارستان‌های آموزشی که عمدتاً این اصول رعایت می‌شود، شکایات اغلب منتهی به تایید قصور توسط مرجع قانونی نشده است.

بنابراین به منظور کاهش میزان شکایات از پزشکان فوق تخصص گوارش که ERCP انجام می‌دهند توصیه می‌شود:

- ۱- بیمار و همراهان وی را از عوارض احتمالی و غیرقابل پیش‌بینی پروسیجر آگاه نموده و رضایت آگاهانه اخذ شود و ارتباط مناسبی بین پزشک و بیمار قبل و بعد از انجام پروسیجر برقرار شود.
 - ۲- مشاوره‌های لازم قبل از انجام ERCP انجام شود.
 - ۳- ERCP فقط براساس اندیکاسیون درست و قطعی انجام گیرد، به ویژه این که امروزه روش‌های تشخیصی غیرتهاجمی از جمله MRCP و EUS (اندوسونوگرافی) به راحتی در دسترس هستند.
 - ۴- بعد از انجام ERCP، بیماران از نظر عوارض احتمالی به دقت تحت نظر باشند و در صورت بروز عارضه، بلافاصله اقدام درمانی مناسب انجام گیرد.
- از محدودیت‌های این مطالعه، تعداد کم پرونده‌های مرتبط در دوره شش‌ساله است، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه در دوره زمانی طولانی‌تری انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

انتخاب بیماران براساس اندیکاسیون صحیح برای انجام ERCP و تحت نظر گرفتن آنان بعد از انجام پروسیجر به منظور تشخیص به موقع عارضه احتمالی و درمان مناسب آن نقش بسزایی در کاهش میزان شکایات دارد.

تشکر و قدردانی: از کارکنان اداره کل پزشکی قانونی استان تهران به خاطر همکاری در جمع‌آوری اطلاعات این مطالعه، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تأییدیه اخلاقی: مجوز انجام این طرح به تایید شورای پژوهشی استان و مرکز تحقیقات پزشکی قانونی کشور رسیده است.

تعارض منافع: تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: بهزاد حاتمی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناسی/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۵٪)؛ فرنوش داوری (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۳۵٪)؛ امیرهوشنگ محمد علیزاده (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی (۵٪)؛ علی محمد علی محمدی (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی (۵٪)

منابع مالی: منابع مالی این طرح از بودجه اختصاصی مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی تامین شده است.