

مقایسه دو روش پایش مداوم و متناوب بر روند تغییرات میزان فشار کاف لوله تراشه در بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه

طاهره خالق دوست محمدی (MSc)^۱، لیلا تسلیمی (MSc)^{۲*}، عاطفه قنبری خانقاه (PhD)^۱، احسان کاظم نژاد لیلی (PhD)^۲

- ۱- گروه پرستاری (داخلی - جراحی)، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۲- بیمارستان امام سجاد(ع)، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، رامسر، ایران
- ۳- آمارحیاتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

دریافت: ۹۸/۱۰/۶، اصلاح: ۹۸/۱۲/۳، پذیرش: ۹۸/۱۲/۱۶

خلاصه

سابقه و هدف: در طول بستری بیمار در ICU (Intensive Care Unit) و استفاده از لوله تراشه فشار کاف ممکن است افزایش یا کاهش یابد که هر دو می تواند برای بیمار مضر باشد. بهترین روش برای اندازه گیری و حفظ فشار کاف لوله تراشه و همچنین دفعات مناسب برای اندازه گیری آن نامشخص است. این پژوهش به منظور مقایسه دو روش پایش متناوب و مداوم بر روند تغییرات میزان فشار کاف لوله تراشه در بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه انجام شده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی مقایسه ای که بر روی ۶۱ بیمار اینتوبه تحت تهویه مکانیکی بالای ۱۸ سال بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد، ابتدا فشار کاف توسط مانومتر کنترل شده و پس از تنظیم آن بر روی ۲۵ سانتیمتر آب، به مدت ۶ ساعت توسط ترانسیدوسر متصل به مانیتور بطور مداوم پایش گردید و در انتها نیز مجدداً توسط مانومتر کنترل شده و در صورت لزوم اصلاح گردید. سپس میانگین فشار کاف و روند تغییرات طی دوره مداوم با میانگین آن در دو نوبت روش متناوب با یکدیگر مقایسه شده و میزان خطا و محدوده توافق با استفاده از آزمون بلاند - آلتمن (Bland-Altman) مقایسه گردید.

یافته ها: نتایج نشان می دهد که متوسط فشار کاف در دو نوبت اندازه گیری متناوب از لحاظ آماری معنی دار بوده است ($P < 0.05$). همچنین روند تغییرات در طول زمان های بررسی دارای نوسانات مقداری گوناگونی بوده است اما این اختلافات از لحاظ آماری معنی دار نبوده است ($P = 0.05$). یافته ها نشان داد که که میزان خطا در دو روش اندازه گیری 1.43 ± 3.99 و محدوده توافق نیز $9.41 - 6.33$ بوده است.

نتیجه گیری: با توجه به میزان خطا و محدوده توافق دو روش و حائز اهمیت بودن آن از نظر کلینیکی، تعیین اینکه کدام روش مناسب تر و ارجم تر است نیاز به مطالعات بیشتری دارد. اما می توان ذکر نمود که اندازه گیری منظم می تواند تا حد زیادی به حفظ قرارگیری فشار کاف در محدوده طبیعی کمک نماید.

واژه های کلیدی: لوله گذاری داخل تراشه، فشار، بیماران، بخش مراقبت ویژه.

مقدمه

خطر آسیب به دیواره تراشه گردیده است اما عوارض ناشی از فشار کاف کاملاً برطرف نشده است، و این لوله ها نیز می توانند فشار بالایی ایجاد کنند که موجب بروز عوارضی از قبیل استریدور، دردگلو، سرفه و تنگی نفس (۳) تا التهاب، نرم

شدن حلقه های غضروفی و فیستول نای-مری (۴) و تنگی تراشه گردد (۵). از طرفی فشار کم کاف موجب نشت هوا، پنومونی وابسته به ونتیلاتور (Ventilator Associated Pneumonia=VAP) و کاهش حجم جاری و اکستوباسیون تصادفی خواهد شد (۶). نشان داده شده که فشار پایین کاف موجب کاهش ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتری حجم جاری و در نتیجه تهویه غیر موثر در

بسیاری از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بعنوان بخشی از درمان خود تحت تهویه مکانیکی قرار می گیرند، که جهت این درمان نیاز به جایگذاری لوله تراشه دارند. لوله های تراشه در بالغین معمولاً در قسمت انتهایی از یک کاف حجم بالا- فشار پایین تشکیل شده است که بعد از جایگذاری توسط هوا پر می شود. هدف از پر کردن کاف، امکان ارائه تنفس با فشار مثبت بدون اتلاف حجم جاری و جلوگیری از آسپیراسیون ترشحات دهانی و معدی است (۱) و فشار آن باید بین محدوده ۲۰-۳۰ سانتیمتر آب حفظ گردد (۲). اگرچه پیشرفت ها در زمینه تولید لوله های تراشه دارای کاف حجم بالا-فشار پایین، موجب کاهش

*مسئول مقاله: لیلا تسلیمی

آدرس: مازندران، رامسر، خیابان شهید مطهری، میدان انقلاب، بیمارستان امام سجاد(ع)

تلفن: ۹۸-۹۱۱۲۳۵۸۴۴

E-mail: taslimy61@yahoo.com

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقایسه‌ای بصورت تک گروهی بوده که بر روی ۶۱ بیمار بستری در ICU های مراکز آموزشی-درمانی منتخب شهر رشت در سه ماهه تابستان سال ۱۳۹۳ انجام گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، بستری در آی سی یو حداقل به مدت ۲۴ ساعت، اینتوباسیون دهانی با لوله تراشه سوپا، اتصال به تهویه مکانیکی و پوزیشن با زاویه ۳۰ تا ۴۵ درجه است. در صورت جدا شدن از تهویه مکانیکی یا تغییر تنظیمات آن نسبت به شروع مطالعه، انجام ساکشن نیم ساعت قبل از نمونه‌گیری، اکستوبه شدن و دستکاری کاف به دستور پزشک در طی پایش مداوم، نمونه از مطالعه خارج می‌گردد. به دلیل ماهیت غیر مداخله‌ای مطالعه، طبق نظر کمیته اخلاق نیازی به اخذ رضایت شرکت در پژوهش از بیماران یا قیم قانونی ایشان نبود.

اندازه‌گیری متناوب فشار کاف توسط یک مانومتر صورت گرفت، که در همه نمونه‌ها در ابتدا فشار کاف توسط این کنترل کننده اندازه‌گیری و ثبت گردید. در صورت نیاز فشار کاف اصلاح شده و برطبق توصیه انجمن‌های توراسیک و بیماری‌های عفونی آمریکا در حد ۲۵ سانتی‌متر آب تنظیم شد (۲۱). سپس یک ست کا کوتاه به انتهای مخزن کاف لوله تراشه متصل شده و توسط یک سه راهی به ترانسدیوسر وصل گردید و توسط کابل مخصوص به مانیتور متصل شد. Zeroing ترانسدیوسر با فشار اتمسفر انجام گردید. سپس پیچ سه راهی باز شده و فشار مخزن کاف توسط ترانسدیوسر به صورت عدد و بر حسب سانتیمتر آب بر روی مانیتور ثبت شد و اندازه‌گیری مداوم فشار کاف توسط مانیتور به مدت ۶ ساعت صورت گرفت و پس از اتمام این دوره بلافاصله فشار کاف مجدداً توسط مانومتر اندازه‌گیری شده و در صورت نیاز اصلاح شد. فشار کاف اولیه (قبل از تنظیم و قراردادن بر روی ۲۵ سانتی‌متر آب) و ۶ ساعت بعد (قبل از اصلاح) با یکدیگر مقایسه شدند.

به دلیل عدم امکان دستیابی به تمام داده‌های مربوط به فشار کاف که در کمتر از هر یک ثانیه در مانیتور ثبت می‌گردد، در روش مداوم، فشار کاف را هر یک ساعت در قسمت Trend مانیتور-که قابل تنظیم برای هر یک ساعت می‌باشد مشاهده و میانگین فشار کاف را با انتخاب ده نقطه در طی یک ساعت محاسبه کرده و در پایان نیز میانگین فشار کاف طی دوره مداوم ۶ ساعته محاسبه شد. متغیرهای درجه حرارت و نمره RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) در دو نوبت یعنی هم در ابتدا و هم ۶ ساعت بعد مورد بررسی قرار گرفتند. ۶۹ نفر به مطالعه وارد شدند که طی دوره مطالعه نیز سه بیمار جهت سی‌تی‌اسکن و یک بیمار جهت رادیوگرافی منتقل شدند.

همچنین در دو نمونه فشار کاف توسط پرسنل دستکاری شده بود. یک بیمار نیز اکستوبه شده بود و در دو بیمار مد دستگاه تهویه مکانیکی به دستور پزشک تغییر کرده بود، که جمعا ۸ نمونه از مطالعه خارج شدند و در نهایت داده‌ها در مورد ۶۱ بیمار با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با

یک بیمار نیازمند تهویه مکانیکی می‌گردد (۷). با این حال در طول بستری بیمار در ICU و استفاده از لوله تراشه با یا بدون ونتیلاتور، فشار کاف ممکن است افزایش یا کاهش یابد که هر دو می‌تواند برای بیمار مضر باشد. برای پیشگیری از این عوارض توصیه شده است که فشار کاف هر ۴-۸ ساعت اندازه‌گیری گردد. (۸) یکی از روش‌های معمول که مورد علاقه پرسنل و پزشکان بیهوشی است پرکردن و کنترل کاف لوله تراشه بطور تخمینی و دستی و لمس بالن راهنما می‌باشد. اما نتایج مطالعات روش لمس کاف را دقیق نمی‌دانند (۹، ۱۰ و ۱۱). این مطالعات روش اندازه‌گیری مستقیم فشار کاف از طریق مانومتر را مناسب می‌دانند. اما Morris و همکاران گزارش کردند که استفاده از مانومتر برای کنترل فشار کاف شیوع فشار بالای کاف را کاهش نمی‌دهد و استفاده از روش پایش حساس‌تری را توصیه نمودند (۱۳). نگهداری و حفظ فشار کاف لوله تراشه در حد مطلوب یک چالش است چون عوامل زیادی از قبیل پوزیشن بیمار (۱۴)، گاز نیتروس اکساید بکار رفته در بیهوشی و جنس لوله تراشه (۱۵)، سایز آن (۱۶) و سدیشن دریافتی و مدت زمان اینتوباسیون (۱۷) ممکن است بر روی آن تأثیرگذار باشد، که تأثیر این عوامل بر روی فشار کاف در فاصله بین اندازه‌گیری‌ها در روش کنترل متناوب بوسیله مانومتر ممکن است قابل تشخیص نباشد و تأثیر عوامل متعدد بر آن بدون پایش مداوم فشار کاف مشکل است. در عین حال روش کنترل توسط مانومتر ممکن است موجب کاهش ۲ تا ۲/۲۸ سانتیمتری آب در فشار کاف لوله تراشه در زمان کنترل آن شود (۱۸).

یکی دیگر از شیوه‌های در حال مطالعه جهت کنترل فشار کاف، کنترل آن از طریق ترانسدیوسر فشار و از طریق مانیتور می‌باشد. Sole و همکاران پایش مداوم فشار کاف را در مقایسه با کنترل متناوب از طریق مانومتر، امکان‌پذیر و مفید اعلام نمودند (۱۷). در مطالعه دیگری توسط Memela پایش مداوم فشار کاف نشان داد که فشار کاف لوله تراشه بطور گسترده‌ای در طول تهویه مکانیکی در بیماران بد حال متغیر است. از این رو با پایش مداوم، تغییرات فشار کاف ممکن است زود تشخیص داده شود (۱۹). اما در مطالعه Valencia و همکاران علی‌رغم کنترل مداوم باز هم در چند مورد فشار کاف پائین‌تر از محدوده طبیعی بود (۲۰). از آنجائیکه بهترین روش برای اندازه‌گیری و حفظ فشار کاف لوله تراشه و همچنین دفعات مناسب برای اندازه‌گیری آن نامشخص است (۱۷)، و همچنین مطالعات نتایج متفاوتی را در پایش فشار کاف در روش متناوب و مداوم و عوامل موثر بر آن مطرح می‌نمایند، و از طرف دیگر تا کنون در ایران تحقیقی در زمینه پایش مداوم فشار کاف از طریق مانیتور و قابلیت انجام آن صورت نگرفته است، لذا پژوهشگر برآن شد که شاید بتواند با مقایسه دو روش اندازه‌گیری فشارکاف بصورت متناوب (مانومتر) و مداوم، روش مناسبی جهت اندازه‌گیری و کنترل فشار کاف لوله تراشه معرفی نماید، تا مطالعات بیشتری در این زمینه صورت گیرد و در نهایت موجب ارتقا کیفیت مراقبت در بیماران با وضعیت بحرانی شود.

استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت ارتباط سنجی با متغیرهای کمی مانند سن، مدت زمان اینتوباسیون، شاخص توده بدنی، نمره RASS، درجه حرارت، سائز لوله تراشه، طول مدت بستری از ضریب همبستگی پیرسون و جهت مقایسه این اختلافها در متغیر جنس از آزمون تی مستقل (Independent-Sample T Test) و جهت متغیرهای چند حالتی مانند تشخیص بیماری از آنالیز واریانس استفاده گردید.

برای بررسی روند تغییرات و تعامل آنها با متغیرهای مورد مطالعه از آزمون گرین هوس گیزیر استفاده شد. برای بررسی مقدار تغییرات در دفعات اندازه گیری از آزمون اندازه های تکراری آنوا استفاده گردید. به منظور بدست آوردن محدوده توافق و میزان خطا از آزمون بلاند-آلتمن استفاده شد و نتایج بدست آمده با میزان خطا 0.25 ± 1 - سانتیمتر آب و محدوده توافق در دو روش اندازه گیری فشار کاف با توجه به اینکه میزان طبیعی ۲۰-۳۰ سانتیمتر آب تعیین شده است، مقایسه شد.

یافته ها

این پژوهش بر روی ۶۱ نمونه با متوسط سن 42 ± 20 سال انجام شد که شامل ۲۷ نفر (۴۴/۳٪) زن و ۳۴ نفر (۵۵/۷٪) مرد بوده که با تشخیص داخلی (۱۹/۷٪، ۱۲ نفر)، جراحی (۳۱/۱٪، ۱۹ نفر)، تروما (۳۷/۷٪، ۲۳ نفر) و سایر موارد (قلبی، خودکشی،...) (۱۱/۵٪، ۷ نفر) در ICU های مراکز آموزشی- درمانی شهر رشت بستری شده بودند. متوسط شاخص توده بدنی در واحدهای پژوهش $25/26 \pm 4/33$ بود. متوسط روزهای اینتوباسیون نیز 3 ± 1 روز بود. فشار کاف در نوبت اول در ۱۹ نفر (۳۱/۱٪) پایین تر از ۲۰ سانتیمتر آب، در یک نفر (۱۶/۴٪) طبیعی (۲۰-۳۰ سانتیمتر آب) و در ۳۲ نفر (۵۲/۵٪) بالاتر از ۳۰ سانتی-

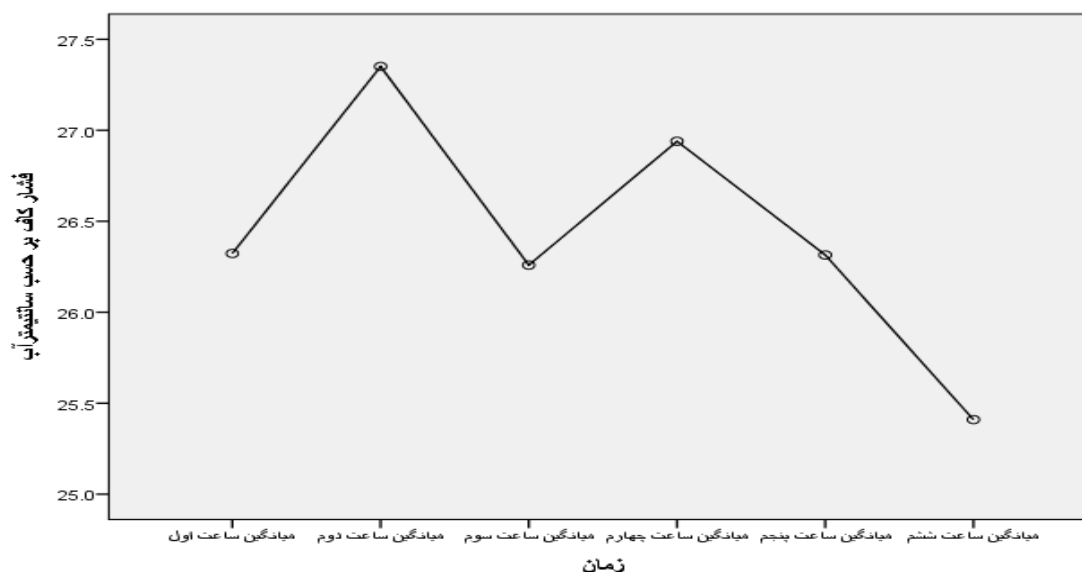
متر آب بود. درحالی که فشار کاف در نوبت دوم در ۵ نفر (۸/۲٪) پایین تر از ۲۰، در ۴۸ نفر (۷۸/۷٪) طبیعی و در ۸ نفر (۱۳/۱٪) بالاتر از ۳۰ سانتی متر آب بود. در نوبت اول اندازه گیری، پایین ترین و بالاترین فشارکاف به ترتیب ۱۲ و ۱۲۰ سانتی متر آب بود درحالی که این میزان در نوبت دوم ۱۷ و ۶۴ سانتیمتر آب بود و علی رغم فشار کاف در نوبت اول، باز هم در ۱۳ نفر (۳/۲۱٪) فشار کاف خارج از محدوده طبیعی قرار داشت، اما این میزان نسبت به ۵۱ نفری (۶/۸۳٪) که در نوبت اول فشار کاف لوله تراشه آنها در محدوده غیرطبیعی قرارداشت، کاهش یافته بود آزمون انوا (ANOVA) این اختلاف را معنی دار نشان داد ($p < 0.005$) (جدول شماره ۱).

یافته ها نشان می دهد که طی دوره پایش مداوم، میانگین فشار کاف در هر ساعت در محدوده ۲۰-۳۰ سانتیمتر آب و یا نزدیک به آن قرار داشته است. در بررسی روند تغییرات میزان فشار کاف در روش مداوم از آزمون اندازه گیری های تکراری آنوا استفاده گردید. نتایج بیانگر این بود که روند تغییرات در طول زمان های بررسی دارای نوسانات مقداری گوناگونی بوده است اما بر اساس نتیجه آزمون Greenhouse- Geisser این اختلافات از لحاظ آماری معنی دار نبوده است ($p = 0.51$). ($p = 0.001$, s W, P > 0.001) (نمودار ۱)

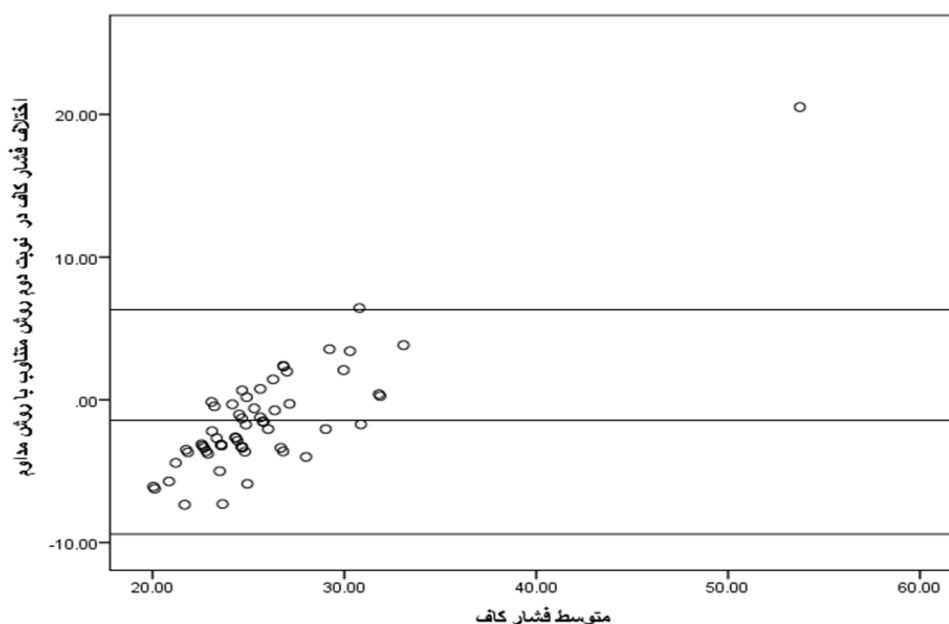
نتیجه نشان داد که اختلاف میانگین فشار کاف در نوبت اول متناوب نسبت به روش مداوم $10.09 \pm 21/78$ سانتی متر آب بیشتر بوده است. در حالیکه این اختلاف بین نوبت دوم متناوب نسبت به میانگین روش مداوم کمتر بوده است ($p < 0.001$) بنابراین می توان گفت که میزان خطای روش مداوم با نوبت اول متناوب نسبت به روش مداوم با نوبت دوم متناوب ۷/۲ برابر بیشتر بوده است. محدوده توافق و خطای پایش فشار کاف لوله تراشه واحدهای مورد پژوهش در دو روش مداوم و نوبت دوم روش متناوب در نمودار نمایش داده شده است (نمودار ۲).

جدول ۱. مقایسه وضعیت فشار کاف لوله تراشه واحدهای مورد پژوهش در نوبت اول و دوم روش متناوب

تعداد (درصد)		
فشار کاف بر حسب سانتیمتر آب	نوبت اول	نوبت دوم
	قبل از اصلاح	۶ ساعت بعد از اصلاح
$20 >$	۱۹ (۳۱/۱)	۵ (۸/۲)
$20 - 30$	۱۰ (۱۶/۴)	۴۸ (۷۸/۷)
$30 <$	۳۲ (۵۲/۵)	۸ (۱۳/۱)
جمع	۶۱ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار	$52/36 \pm 99/22$	$25 \pm 4/6$
نوع و نتیجه آزمون	Repeated measure ANOVA $p < 0.005$	



نمودار شماره ۱. فشار کاف واحدهای مورد پژوهش در روش مداوم (۶ ساعت) به تفکیک



نمودار شماره ۲. محدوده توافق و خطای پایش فشار کاف لوله تراشه واحدهای مورد پژوهش در دو روش مداوم و نوبت دوم روش متناوب

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش تفاوت میانگین فشار کاف در نوبت اول نسبت به نوبت دوم را معنی‌دار نشان داده است. این مسئله می‌تواند نشان دهنده عدم اندازه‌گیری منظم فشار کاف بصورت روتین باشد. همچنین می‌تواند نشان دهنده این موضوع باشد که کنترل فشار کاف، با وجود در دسترس بودن امکانات جهت پایش با مانومتر، اغلب بصورت لمس بالن پیلوت و تخمینی بوده که با توجه نتایج مطالعات (۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲) دقت آن زیر سوال می‌باشد.

همچنین میانگین فشار کاف طی دوره مانیتورینگ مداوم نشان دهنده این موضوع است که کنترل فشار کاف جهت حفظ آن در محدوده طبیعی موثر می‌باشد. اگرچه در این مطالعه روند تغییرات میزان فشار کاف لوله تراشه طی دوره ۶

ساعته پایش مداوم معنی‌دار نبود، اما به سطح معنی‌داری نزدیک بوده است. در مطالعه Sole و همکاران نتایج نشان دهنده کاهش فشار کاف در طول دوره ۱۲ ساعته پایش مداوم بود ($p < 0.001$) (۲۲).

در مطالعه ما میانگین فشار کاف در ساعت دوم بیشترین و در ساعت ششم کمترین بوده است. بالا بودن میانگین فشار کاف در ساعت دوم و چهارم را شاید بتوان به عواملی مانند ساکشن لوله تراشه، سرفه و یا عدم هماهنگی بیمار با دستگاه نسبت داد. اگرچه هدف از این مطالعه بررسی حرکات بیمار و مراقبت‌های پرستاری بر روی فشار کاف نمی‌باشد اما می‌توان این نکته را ذکر نمود همانطور که در مطالعه Sole و همکاران بیان شده فشار کاف طی ساکشن کردن، سرفه،

شاید بتوان یکی از علل آن را تفاوت در کارخانه های سازنده لوله تراشه به دلیل تفاوت در جنس آن برشمرد. البته جهت تعیین تغییر فشار کاف در سایزهای مختلف نیاز به مطالعات بیشتر می باشد. با اینکه مانند مطالعه Sengupta و همکاران کوچکترین سایز و بزرگترین سایز لوله تراشه به ترتیب ۷ و ۸/۵ بوده اما در آن مطالعه نشان داده شد که سایز لوله تراشه هیچ تاثیری بر روی فشار کاف ندارد (۲۴). بعد از بررسی ارتباط درجه حرارت با میانگین فشار کاف مشاهده شد که بین این دو متغیر در هیچ یک از حالات رابطه معنی داری وجود ندارد.

در حالیکه در مطالعه صالح مقدم و همکاران ارتباط معنی داری بین این دو متغیر نشان داده شد ($P < 0.001$) و ذکر گردیده که درجه حرارت بالا باعث افزایش فشار کاف لوله تراشه می شود (۲۳). شاید در مطالعه ما علت آن را بتوان این مطلب دانست که در این مطالعه میانگین درجه حرارت در محدوده طبیعی قرار داشته است. بررسی ارتباط نمره RASS با میانگین فشار کاف نشان داد که در همه حالات ارتباط بین این دو متغیر معنی دار بوده است. همانطور که در مطالعه Sole بیان شده بیماران با سطح هوشیاری بالا تر اغلب فشار کاف در آنها بالا تر بوده است (۲۲) در واقع بیمارانی که آرام هستند تغییرات در فشار کاف آنها کمتر رخ می دهد. علت این امر نیز اینست که بیمارانی که هوشیار تر و یا حتی بیقرار هستند حرکات بیشتری انجام می دهند که موجب افزایش گذرا در فشار کاف می گردد ولی در طول زمان موجب کاهش فشار کاف می شود. در مطالعه Nseir نیز نشان داده شد که عدم دریافت داروهای آرامبخش یک عامل موثر در کاهش فشار کاف طی یک دوره ۸ ساعته بوده است ($P = 0.03$) (۲۶).

نتیجه آزمون بلاند-آلتم نشان می دهد که میزان خطا در دو روش اندازه گیری ۱/۴۳- و محدوده توافق نیز ۹/۴۱- تا ۶/۳۲ بوده است. میزان اختلاف دو روش حدود ثابتی از ۹/۴۱- تا ۶/۳۲ می باشد که در فشارهای پایین مقدار فشار کاف در روش متناوب کمتر از روش مداوم است در حالیکه در فشار کاف بالا مقدار فشار کاف در روش متناوب بیشتر از روش مداوم بوده است، و میزان همبستگی دو روش در فشارهای پایین تر بیشتر بوده است. با توجه به اینکه فشار مناسب کاف جهت پیشگیری از عوارض از ۲۰ تا ۳۰ سانتیمتر آب می باشد، این میزان اختلاف یعنی از ۹/۴۱- تا ۶/۳۲ سانتیمتر آب از نظر کلینیکی قابل قبول می باشد و می توان گفت که در این مطالعه توافق بین دو روش وجود دارد. در این مطالعه میزان خطای 1.43 ± 3.99 - نیز با توجه به حد تعیین شده بر اساس مقاله Sole و همکاران زیاد می باشد که لزوم مطالعات بیشتر را نشان می دهد.

علی رغم تلاش هایی برای پیشگیری و کاهش عوارض ناشی از لوله تراشه، هنوز هم لوله تراشه و عوارض ناشی از آن برای بیماران نیازمند راه هوایی مصنوعی ایجاد مشکلات می کند. همچنین علی رغم سهولت اندازه گیری فشار کاف، وسایل مورد نیاز جهت اندازه گیری بطور گسترده ای در دسترس نمی باشد. در این مطالعه فقط میزان فشار کاف بررسی شده و سایر جنبه ها مانند عوارض ناشی از فشار کاف بررسی نشده است. این نتایج تاکید می بر پایش منظم فشار کاف و متغیرهایی است که می توانند بر روی آن اثرگذار باشند. در انتها پیشنهاد می گردد با توجه به نتایج بسیار متنوع و متفاوت در زمینه روش های اندازه گیری و عوامل موثر بر فشار کاف لوله تراشه، یافته های این پژوهش می تواند زمینه ساز مطالعات و پژوهش های گسترده تری در ارتباط با تغییرات فشار کاف لوله تراشه، عوامل موثر بر آن و مقایسه پژوهش ها، به منظور دستیابی به روش مناسب جهت اندازه گیری و کنترل فشار کاف باشد.

تغییر پوزیشن و عدم هماهنگی بیمار با دستگاه تهویه مکانیکی برای دوره کوتاهی افزایش می یابد که اکثر تغییرات گذرا بوده و به مدت ۵ دقیقه یا کمتر طول می کشد (۲۲)، همچنین عواملی مانند درجه حرارت بیمار (۲۳)، پوزیشن سر (۷)، سایز لوله تراشه و پوزیشن آن (۲۴) که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته اند، می توانند از دلایل غیرطبیعی بودن فشار کاف علیرغم کنترل ۶ ساعته آن باشد. البته شاید هم به کنترل فشار کاف با فواصل کمتر نیاز باشد همانطور که در مطالعه موسوی و همکاران علیرغم کنترل ۶ ساعته فشار کاف، در ۱۸٪ از موارد باز هم فشار کاف در محدوده غیرطبیعی بود (۲۵). همچنین در این مطالعه میانگین فشار کاف در هر ساعت در محدوده ۳۰-۲۰ سانتیمتر آب و یا نزدیک به آن قرار داشته است و در ساعت ششم نیز این میزان کمترین بوده است. زیرا آنچه که در نهایت موجب کاهش فشار کاف در طول زمان می گردد، همانطور که در مطالعه Nseir بیان شده، عدم سدیت شدن بیماران اینتوبه، سرفه و عدم هماهنگی بیمار با ونتیلاتور می باشد که علیرغم افزایش گذرا در مقدار فشار کاف، موجب افزایش فشار راه هوایی می گردد که این امر موجب خالی شدن هوای کاف و کاهش فشار آن در طول زمان می گردد (۲۶).

همان گونه که در مطالعه Hoffman و همکاران ارتباط معنی داری بین فشار کاف با سن و جنس مشاهده نگردید (۱۱)، در این مطالعه نیز ارتباطی بین فشار کاف و این دو متغیر یافت نشد، اما مانند مطالعه خوش سیرت و همکاران بیشترین علت لوله گذاری تروما بوده است (۵) و مانند مطالعات قبلی مردان بیشتر از زنان در مطالعه شرکت داشته اند (۲۶ و ۲۷). در بررسی شاخص توده بدنی نیز مشاهده شد که ارتباط این متغیر با میانگین فشار کاف ($P = 0.01$) معنی دار بوده است. در حالیکه در مطالعه Hoffman و همکاران که ارتباط بین فشار کاف با قد بیماران تحت بررسی قرار گرفته بود، این رابطه از نظر آماری معنی دار نشده بود (۱۱). شاید این مسئله همانطور که در مطالعه Hamilton بیان شده بخاطر تفاوت های آناتومیک و فیزیولوژیک بیماران بوده که ممکن است به مقادیر متفاوت هوا برای دستیابی به فشار هدف کاف لوله تراشه نیاز باشد (۶). ارتباط روزهای اینتوباسیون با میانگین فشار کاف ($P = 0.01$) هم معنی دار مشاهده شد. در مطالعه Nseir بیان شده که ارتباط بین روزهای اینتوباسیون و کاهش فشار کاف لوله تراشه، با این حقیقت توضیح داده می شود، که کاف های حجم بالا با فشار پایین بعد از چند روز استفاده متخلخل می شوند. همچنین عدم سدیت شدن بیماران اینتوبه، سرفه و عدم هماهنگی بیمار با ونتیلاتور موجب افزایش فشار راه هوایی می گردد که این امر موجب خالی شدن هوای کاف و کاهش فشار آن در طول زمان می گردد (۲۶).

همچنین این مطالعه به بررسی ارتباط فشار کاف لوله تراشه و تشخیص بیماری پرداخته است که این ارتباط نیز از نظر آماری معنی دار نبوده است ($p = 0.81$). که نتایج مطالعه Nseir و همکاران را نیز تایید می کند. شاید علت این امر هم اعمال مراقبتهای تقریباً یکسان جهت بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه باشد. ارتباط سایز لوله تراشه با میانگین فشار کاف در نوبت اول ($p = 0.001$) و دوم متناوب ($p = 0.01$) و روش مداوم ($p = 0.01$) نیز معنی دار مشاهده شد. در مطالعه Ranaweera نیز ارتباط معنی داری بین فشار کاف و سایز لوله تراشه گزارش گردید ($P = 0.04$) (۲۸). در مطالعه Nseir و همکاران ارتباط سایز لوله تراشه با میانگین فشار کاف در زمان کاهش آن معنی دار بوده در حالیکه ارتباط آن با فشار کاف در زمان افزایش فشار کاف معنی نداشته است (۲۶).

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی گیلان با شماره ۹۰۵۳ و بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی پرستاری رشته مراقبت‌های ویژه می‌باشد. بدین‌وسیله مراتب سپاس خود را از معاونت محترم تحقیقات و

فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی و کارکنان محترم بخش‌های آی سی یو مراکز آموزشی - درمانی پورسینا و رازی و کلیه بیماران و خانواده‌های ایشان که بزرگوارانه در این مطالعه ما را یاری رساندند، اعلام می‌داریم.

Comparison of Intermittent and Continuous Monitoring on Endotracheal Cuff Pressure Changes in Patients in Intensive Care Units

T. Khaleghdoost Mohammadi (MSc)¹, L. Taslimi (MSc)^{*2}, A. Ghanbari Khanghah (PhD)¹, E. Kazemnezhad Leili (PhD)³

1. Department of Nursing (Medical-Surgical), Instructor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, I.R.Iran

2. Clinical Nurse (MScN), Emam Sajjad Hospital of Ramsar, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, I.R.Iran

3. Bio-Statistics, Associate professor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, I.R.Iran

Caspian Journal of Health and Aging; 4(2); 2019-2020; PP:28-36

Received: Dec 27th 2020, Revised: Feb 22th 2020, Accepted: Mar 6th 2020.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: During patients' admission to intensive care units (ICUs) and use of an endotracheal tube, the cuff pressure may increase or decrease, both of which are harmful for patients. The best method to measure and maintain the endotracheal tube cuff pressure and also the appropriate times for measurement are not known. This study was conducted to compare the effect of intermittent monitoring with that of continuous monitoring on changes in endotracheal tube cuff pressure in patients admitted to ICUs.

METHODS: This descriptive comparative study was conducted on 61 intubated patients undergoing mechanical ventilation, aged >18 years, and admitted to ICU. The cuff pressure was first controlled using a manometer, adjusted on 25cm water, monitored continuously for 6 hours using the transducer attached to the monitor, and finally, controlled again using the manometer and modified if necessary. After these procedures, the mean cuff pressure and its changes during the continuous monitoring were compared with those during the two times of intermittent monitoring, and the error rate and limits of agreement were estimated using Bland-Altman test.

FINDINGS: The results showed that the mean cuff pressure in the two times of intermittent monitoring was statistically significant ($P < 0.005$). Moreover, the values over the monitoring time fluctuated, but these variations were not statistically significant ($P = 0.051$). The results revealed that the error rate and limits of agreement in both monitoring methods were -1.43 ± 3.99 and $-9.41-6.32$, respectively.

CONCLUSION: Considering the error rate and limits of agreement in both methods and their clinical importance, further studies are needed to distinguish the more suitable and preferable method. However, it can be suggested that regular measurement intermittently can keep the cuff pressure in the normal range to a great extent.

KEY WORDS: Endotracheal intubation, Pressure, Patients, Intensive care unit.

Please cite this article as follows:

Khaleghdoost Mohammadi T, Taslimi L, Ghanbari Khanghah A, Kazemnezhad Leili E Comparison of Intermittent and Continuous Monitoring on Endotracheal Cuff Pressure Changes in Patients in Intensive Care Units. *cjhaa*. 2019-2020; 4(2):28-36.

*Corresponding author: L. Taslimi (MSc)

Address: Emam Sajjad Hospital of Ramsar, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, I.R.Iran

Tel: +98 -9112935844

E-mail: Taslimy61@yahoo.com

References

1. Nikbakhsh N, Alijanpour E, Mortazavi Y, Organji N. Evaluation Of Tracheal Tube Cuff Pressure Complications In ICU Patients Of Shahid Beheshti Hospital 2007-2008 .J Babol Univ Med Sci.2010;12(2):30-4. [In Persian]
- 2.Sole ML, Aragon D, Bennett M, Johnson RL. Continuous Measurement of Endotracheal Tube Cuff Pressure. AACN Adv Crit Care. 2008;19(2):235-43.
- 3 .Duguet A, D'Amico L, Biondi G, Prodanovic H, Gonzalez-Bermejo J, Similowski T. Control of Tracheal Cuff Pressure: A Pilot Study Using a Pneumatic Device. Intensive Care Med. 2007;33(1):128-32.
- 4 .Lovett PB, Flaxman A, Sturman KM, Bijur P. The Insecure Airway: A Comparsion of Knots and Commercial Devices for Securing Endotracheal Tubes. BMC Emergency Medicine.2006;6(7).
- 5 .Koshirat Sh, Esmaili S., Tajik A. Evaluation of Post Intubation Tracheal Stenosis in Masih-Daneshvari Hospital. Journal of Medical Council of IRI. 2006;24(4):393-98. [In Persian]
- 6 .Hamilton VA, Grap MJ. The Role of the Endotracheal Thbe Cuff in Microaspiration. Heart & Lung . 2011;41:167-72.
- 7 .Sultan P, Carvalho B, Rose BO, Cregg R. Endotracheal Tube Cuff Pressure Monitoring: A Review of the Evidence. JPP. 2011;21(11):132-52.
- 8 .Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Critical Care Nursing :Diagnosis and Management_6th Edition. Mosby Co.2011; 648.
- 9 .Zand F, Nekooeian A, Rohani M. Endotracheal Tube Cuff Pressure Monitoring in Intensive Care Unite. Iranian Red Crescent Society.2008;10(3) :223-27. [In Persian]
- 10 .Emadi SA, Zamani A, Nasiri E, KhademloM, AM Tatar. Assessment of Endotracheal Tube Cuff Pressure after Tracheal Intubation during General Anaesthesia. Mazand Univ Med Sci. 2009; 20(76): 9-13. [In Persian]
- 11 .Hoffman RJ, Parwani V, Hahm I. Experienced Emergency Medicine Physicians Cannot Sefaty Inflate Or Estimate Endotracheal Tube Cuff Pressure Using Standard Technique. Am J Emerg Med. 2006;24(2):139-43.
12. Liu J1, Zhang X, Gong W, Li S, Wang F, Fu S, et al. Correlations Between Controlled Endotracheal Tube Cuff Pressure And Postprocedural Complications: A Multicenter Study. Anesth Analg. 2010;111(5):1133-7.
- 13 .Morris LG, Zoumalan RA, Roccaforte JD, Amin MR. Monitoring Tracheal Tube Cuff Pressure in ICU Can Prevent Injury.ENT Today. 2007;116(9):639-42.
- 14 .Gody ACFD, Vieria RJ, Capitani EMD. Endotracheal Tube Cuff Pressure Alteration after Changes in Position in Patients under Mechanical Ventilation. J Bars Pneumal. 2008;34(5):294-97.
15. Trivedi L, Jha P, Bajiya NR, Tripathi D C. We should care more about intracuff pressure: The actual situation in government sector teaching hospital. Indian J Anaesth 2010;54:314-7.
16. Jin-Young Hwang, Sang-Hyun Park, Sung-Hee Han, Seong-Joo Park, Soo-kyung Park, Jin-Hee Kim. The Effect of Tracheal Tube Size on Air Leak around the Cuffs. Korean J Anaesthesiol. 2011;61(1):24-9.

17. Sole ML1, Penoyer DA, Su X, Jimenez E, Kalita SJ, Poalillo E, et al. Assessment of Endotracheal Cuff Pressure by Continuous Monitoring: A Pilot Study. *Am J Crit Care*. 2009;18:133-43.
18. Douglas W Bolzan, Solange Guizilini, Sonia M Faresin, Antonio CC Carvalho, Angelo AV De Paola, Walter J Gomes. Endotracheal Tube Cuff Pressure Assessment Maneuver Induces Drop of Expired Tidal Volume in the Postoperative of Coronary Artery Bypass Grafting. *J Cardiothorac. Surg*. 2012;7:53.
19. Memela ME, Gopalan PD. Variations in endotracheal tube cuff pressure: Is 8 hourly monitoring enough?. *SAJCC*. 2014;30:2:35 40.
20. Valencia M1, Ferrer M, Farre R, Navajas D, Badia JR, Nicolas JM. Automatic Control Of Tracheal Tube Cuff Pressure In Ventilated Patients In Semirecumbent Position: A Randomized Trial. *Crit Care Med*. 2007;35(6):1543-49.
21. American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines For The Management Of Adults With Hospital Acquired, Ventilator-Associated, And Healthcare- Associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(4):388-416.
22. Sole ML, Su X, Talbert S, Penoyer DA, Kalita S, Jimenez E. evaluation of an intervention to maintain endotracheal tube cuff pressure within therapeutic range. *Am J Crit Care*. 2011;20:109-18.
23. Sanaie S, Rahmani F, Chokhachian S, Mahmoodpoor A, Rahimi Panahi J, Mehdizadeh Esfanzani R, et al. Comparison of tracheal tube cuff pressure with two technique: fixed volume and minimal leak test techniques. *J Cardiovasc Thorac Res*. 2019;11(1):48-52. [In Persian]
24. Sengupta P, Sessler DI, Maglinger P, Wells S, Vogt A, Durrani J, et al. Endotracheal Tube Cuff Pressure in Three Hospitals, and the Volume Required to Produce an Appropriate Cuff Pressure. *BMC Anesthesiology*. 2004; 29;4(1):8.
25. Mousavi S A J, niakan lahihi M, akhovatian F, moradi moghadam O, valizade hassanlouei M A. An Investigation of endotracheal Tube cuff Pressure. *DMed*. 2009;17(4):43-8. [In Persian]
26. Nseir S1, Brisson H, Marquette CH, Chaud P, Di Pompeo C, Diarra M, et al. Variations In Endotracheal Cuff Pressure In Intubated Critically Ill Patients: Prevalence And Risk Factors. *Eur J Anaesthesiol*. 2009;26(3):229-34.
27. Hoffman RJ, Dahlen JR, Lipovic D. Linear Correlation of Endotracheal Tube Cuff Pressure and Volume. *West J Emerg Med*. 2009; 10(3): 137-9.
28. Ranaweera JP. Measurement of endotracheal tube cuff pressure in patients admitted to intensive care unit of a University Hospital. *Sri Lankan Journal of Anaesthesiology*. 2013;21:36-8.