

تأثیر محلول کلرگزیدین گلوکونات ۲ درصد بر پیشگیری از فلبیت ناشی از کاتتر ورید محیطی در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی در یک بیمارستان نظامی

مریم پورمحمدی^۱، زهرا فارسی^۲، ناهید رجایی^۳

چکیده

مقدمه: تعبیه کاتترهای وریدی محیطی جهت تجویز مایعات، داروها و فرآورده‌های خونی، رایج‌ترین اقدام درمانی - تهاجمی انجام شده برای بیماران بستری در بیمارستان می‌باشد. یکی از عوارض جدی مایع درمانی وریدی فلبیت است که می‌تواند وضعیت سلامت بیماران را کاملاً تحت تأثیر خود قرار دهد.

هدف: هدف از این مطالعه بررسی تأثیر محلول کلرگزیدین گلوکونات ۲ درصد بر پیشگیری از فلبیت ناشی از کاتتر در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سو کور روی ۴۰ بیمار بستری در واحد مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان نظامی بعثت تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. بیماران به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص یافتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل، چک لیست اطلاعات دموگرافیک و سوابق پزشکی بیمار و ابزار دیداری فلبیت جکسون بود. در گروه مداخله، پس از استعمال محلول کلرگزیدین گلوکونات اطراف کاتتر، درجه‌ی فلبیت نیز به صورت روزانه تا ۷۲ ساعت تعیین و پانسمان جدید روی کاتتر گذاشته می‌شد. در گروه کنترل، فقط درجه‌ی فلبیت مشخص شده و پانسمان کاتتر تعویض می‌گردید.

یافته‌ها: آزمون من ویتنی یو از نظر میانگین شدت (درجه) فلبیت و آزمون کای دو از نظر درصد ابتلا به فلبیت، بین دو گروه در ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری را نشان ندادند ($P > 0/05$). آزمون فریدمن نشان داد، با گذشت زمان میانگین ابتلا به فلبیت در هر دو گروه افزایش یافت ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، تعویض روزانه‌ی پانسمان کاتتر جهت پیشگیری از فلبیت و به منظور کاهش هزینه‌ها کافی به نظر می‌رسد. انجام مطالعات بیشتر با حجم نمونه بالاتر پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: بخش مراقبت ویژه قلب، پیشگیری، فلبیت، کاتتر ورید محیطی، کلرگزیدین گلوکونات دو درصد.

کد آی آر سی تی: IRCT۲۰۱۶۰۵۳۰۲۳۴۴۶۶۷

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال چهارم ■ شماره ۱ ■ بهار ۱۳۹۶ ■ شماره مسلسل ۱۱ ■ صفحات ۱۹-۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۰

تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۳/۲۷

مقدمه

برای بیماران بستری در بیمارستان می‌باشد. در قرن حاضر، حدود ۶۰-۹۰ درصد بیماران بستری در طول مدت درمان تحت درمان‌های وریدی قرار می‌گیرند (۱) و سالانه بیش از ۵۰۰ میلیون

تعبیه کاتترهای داخل وریدی، جهت تجویز مایعات، داروها و فرآورده‌های خونی، رایج‌ترین اقدام درمانی - تهاجمی انجام شده

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری.

۲- دکترای تخصصی پرستاری، دانشیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه بهداشت جامعه (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: z.farsi@ajajums.ac.ir

۳- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه بهداشت مادر و نوزاد.

پرسنل، مراقبت از کاتتر، آلودگی پوست اطراف محل ورود کاتتر و تکنیک‌های غلط ضدعفونی پوست ناحیه، جنس و اندازه‌ی کاتتر، زمان باقی ماندن کاتتر در ورید، تعبیه کاتتر در مناطق مفصلی، تجویز مایعات هایپراسمولار (Hyperosmolar) و با PH کمتر از ۵ یا بیشتر از ۹ و تزریق داروهای آسیب رسان به رگ مانند آنتی بیوتیک‌ها (۵، ۱۷-۲۲).

همان طور که اشاره شد، پوست اطراف محل ورود کاتتر، یکی از منابع اصلی میکروارگانسیم‌هایی است که می‌توانند منجر به تشکیل بیوفیلم (Biofilm) میکروبی روی سطح خارجی کاتتر شده (۱۷) و منجر به بروز عفونت و فلبیت گردند. در کتاب روش‌های بالینی پرستاری توصیه شده است که پرستاران برای ضدعفونی کردن محل ورود سوزن، از مرکز به خارج به شعاع ۵ سانتی‌متر از پنبه آغشته به کلرهگزیدین استفاده نمایند و با یک پانسمان استریل برچسب دار محل را پوشانده و محل تزریق وریدی را نیز هر ۸ ساعت یک بار مورد مشاهده و لمس قرار داده و علائم بالینی التهاب وریدی را بررسی نمایند (۲۳). کتب برونر و سودارت و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (Centers for Disease Control and Prevention) نیز برای پیشگیری از عفونت‌های مرتبط با کاتترهای وریدی، محلول با پایه کلرهگزیدین گلوکونات را به عنوان ضد عفونی کننده‌ی انتخابی توصیه نموده است (۱۷، ۲۴). کلرهگزیدین گلوکونات یک ماده مؤثر روی باکتری‌های گرم مثبت و گرم منفی و قارچ‌ها است، این ماده هم اثر باکتریوسیدی (Bactericidal) و هم اثر باکتریواستاتیکی (Bacteriostatic) دارد و حتی بر روی ویروس‌ها نیز مؤثر است، مزیت اصلی آن نسبت به سایر آنتی‌سپتیک‌ها، فعالیت طولانی مدت آن است که می‌تواند تا ۶ ساعت یا بیشتر ادامه داشته باشد (۲۵). متأسفانه در بیمارستان‌های کشور ما، استفاده از این محلول به عنوان یک ضدعفونی کامل و طولانی مدت در موضع کاتتر، کاربرد محدودی دارد از طرفی همان طور که اشاره شد، مدت فعال بودن آنتی‌سپتیک محدود است و بنابراین با یک بار استفاده از یک ماده‌ی آنتی‌سپتیک نمی‌توان انتظار داشت که پوست اطراف کاتتر در طول روزهای بستری بیمار عاری از آلودگی بماند، حال آنکه استفاده از محلول ضدعفونی کننده در موضع کاتتر فقط یکبار و موقع تعبیه کاتتر مرسوم است. در

کاتتر داخل وریدی محیطی به منظور ارائه درمانی مفیدتر در کل جهان جایگذاری می‌شود (۲). با وجود استفاده‌ی گسترده و روزانه‌ی این کاتترها، استفاده از آن‌ها خالی از عیب نبوده و عوارض متعددی به دنبال دارد. از جمله این عوارض برای بیمار، می‌توان به نشست مایع، التهاب وریدی (Phlebitis)، تجمع مایعات در بدن، خونریزی و عفونت ناحیه تزریق اشاره کرد که فلبیت شایع‌ترین عارضه و عفونت خطرناک‌ترین عارضه‌ی این کاتترها می‌باشد (۳)، فلبیت به معنی التهاب لایه داخلی عروق می‌باشد، که از علائم آن می‌توان به قرمزی، درد، تورم ناحیه‌ی تزریق و حتی تب اشاره نمود (۵). فلبیت ادامه‌ی درمان وریدی را مختل نموده و منجر به ایجاد درد و ناراحتی برای بیمار، تحمیل هزینه‌های اضافی به وی و اتلاف وقت پرسنل درمانی می‌گردد (۶، ۷). سارانی و همکارانش بیان کرده‌اند که فلبیت، منبع بالقوه خطرناکی برای ایجاد عفونت‌های سیستمیک بوده به طوری که شانس بروز عفونت‌های سیستمیک در حضور فلبیت تا ۸ برابر افزایش می‌یابد (۷). بنابراین فلبیت منجر به افزایش مدت اقامت در بیمارستان شده و در برخی موارد می‌تواند خطر مرگ را برای بیمار به دنبال داشته باشد (۸). همچنین بیماران بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به کسب عفونت بسیار حساس‌تر از سایر بخش‌ها هستند (۹) و عوارض و مرگ و میر ناشی از ابتلا به عفونت‌ها در بخش‌های ویژه بیشتر است (۱۰). بنابراین فلبیت از عوارض جدی مایع درمانی است که براحته می‌تواند تاثیرات منفی روی وضعیت سلامت این بیماران اعمال نماید.

در پژوهشی که اخیراً در کالیفرنیا به مرور مطالعات انجام شده از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۴ پرداخته است، شیوع فلبیت ۰/۱ درصد تا ۶۳/۳ درصد گزارش شده است (۱۱). در کشور ما محققان میزان شیوع فلبیت را در بیمارستان‌های سنندج ۶۹ درصد (۱۲)، اصفهان ۸۸/۶ درصد (۱۳)، زنجان ۶۵/۹ درصد (۱۴)، بجنورد ۸/۶ درصد (۱۵) گزارش کرده‌اند؛ اما انجمن پرستاران آمریکا شیوع ۵ درصد و یا کمتر را قابل قبول می‌دانند (۱۶)؛ که این خود مؤید اجتناب ناپذیر بودن، بروز فلبیت می‌باشد.

مقالات و کتب معتبر عوامل خطر مرتبط با فلبیت را به‌طور کلی شامل موارد زیر می‌دانند؛ وضعیت بالینی و بیماری‌های زمینه‌ای شخص، سن و جنس بیمار، وضعیت تغذیه‌ای و سائز بدن بیمار، شکنندگی بافتی-عروقی، سابقه فلبیت قبلی، مهارت و تخصص

$$\alpha = 0.05 \quad Z_{1-\alpha/2} = 1.96 \quad \sigma_1 = 0.65 \quad \mu_1 = 0.52$$

$$\beta = 0.1 \quad Z_{1-\beta} = 1.28 \quad \sigma_2 = 0.1 \quad \mu_2 = 0.1$$

$$\sigma_1^2 = 0.4225 \quad \sigma_2^2 = 0.1$$

$$n = \frac{(1.96 + 1.28)^2 \left((0.65)^2 + (0.1)^2 \right)}{(0.52 - 0.1)^2}$$

$$n = \frac{(1.0 / 4976)(0.65)^2}{(0.52)^2} = 16 / 40.25 \cong 20$$

مرحله‌ی اجرای مداخله از تیر ماه تا مهر سال ۹۵ ادامه داشت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو قسمت اصلی بود؛ قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بیماری‌های فعلی و زمینه‌ای، محل آنژیوکت و زمان جایگذاری آن بود و قسمت دوم شامل جدول امتیازدهی روزانه‌ی فلجیت بر اساس ابزار دیداری فلجیت جکسون می‌شد (۳۱) (جدول ۱).

طبق ابزار از امتیاز ۲ به بالا فلجیت نیازمند مداخله‌ی درمانی بوده و در چنین مواردی کاتتر ورید محیطی تعویض می‌گردید. روایی فرم ثبت اطلاعات و ابزار شدت فلجیت به وسیله‌ی روش اعتبار محتوی و صوری و پایایی ابزار شدت فلجیت با روش مشاهده‌ی هم زمان بین دو ارزیاب تعیین گردید. مشاهده توسط دو مشاهده‌گر (پژوهشگر و یک کارشناس پرستاری آموزش دیده به عنوان کمک پژوهشگر که دارای ۱۰ سال سابقه‌ی کار در بخش قلب بود) با به کارگیری یک دستورالعمل یکسان، روی ده بیمار انجام شد و ضریب کاپای ۰/۹۳ به دست آمد.

پژوهشگر پس از اخذ تصویب طرح پژوهشی و اخذ کد کمیته اخلاق، به محیط پژوهش مراجعه نمود و بعد از ارائه توضیحات و کسب رضایت آگاهانه از بیماران، شرکت کنندگان را به صورت تصادفی در دو گروه آزمون استفاده از «محلول کلرهگزیدین گلوکونات ۲ درصد» و «کنترل» قرار داد. در روز اول پژوهشگر، بعد از شستن دست‌ها به روش استاندارد و برداشتن پانسمان کاتتر به آرامی، محلول کلرهگزیدین گلوکونات ۲ درصد را تا شعاع ۵ سانتی‌متر از اطراف محل ورود سوزن کاتتر (۲۳) اسپری نمود. سپس برای حداقل ۳۰ ثانیه (۲۳) پوست اطراف ناحیه ورود کاتتر را از مرکز به خارج، با اپلیکاتور تمیز آغشته نموده تا حدی که این ماده خشک شود و چسب زدن به راحتی انجام گردد. در نهایت

بررسی مطالعات انجام شده با این محلول نیز به استفاده‌ی یکباره از آن اکتفا گردیده بود. (۲۶-۲۹) بنابراین در مطالعه‌ی حاضر بر آن شدیم تا تأثیر ضدعفونی کردن روزانه‌ی موضع کاتتر را بر پیشگیری از فلجیت بررسی نماییم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور با طرح پس آزمون می‌باشد که به منظور بررسی تأثیر محلول کلرهگزیدین گلوکونات ۲ درصد بر پیشگیری از فلجیت ناشی از کاتتر ورید محیطی در بیماران بستری در واحدهای مراقبت ویژه قلبی صورت گرفته است. جامعه‌ی پژوهش شامل بیماران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان نظامی بعثت تهران بودند که واحدهای مورد مطالعه از بین آن‌ها به روش در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بین ۳۵-۷۵ سال، هشیاری کامل، رضایت و توانایی برای همکاری در طرح، داشتن کاتتر وریدی محیطی در یکی از اندام‌های فوقانی، اولین کاتتر جایگذاری شده در بیمارستان، داشتن کاتتر شماره‌ی ۲۰، نیاز به داشتن کاتتر وریدی حداقل تا ۷۲ ساعت، ضدعفونی شدن موضع با الکل ۷۰ درصد در موقع تعبیه کاتتر، عدم وجود تب در بدو ورود به مطالعه، عدم ابتلا به بیماری‌های خود ایمن، عدم ابتلا به بیماری‌های پوستی، نداشتن سابقه شیمی درمانی، عدم نیاز به همدیالیز، عدم دریافت داروهای آمیودارون، آنتی بیوتیک‌ها، فنی توئین، دیبازپام، آسیکلوویر، فرآورده‌های هایپرتونیک، کلسیم گلوکونات وریدی، عدم دریافت سرم. معیارهای خروج عبارت بودند از: عدم رضایت بیمار برای ادامه شرکت در مطالعه، ترخیص بیمار قبل از ۷۲ ساعت، تزریق داروهای آسیب رسان به رگ یا محلول‌های هایپرتونیک (Hypertonic)، آنتی بیوتیک‌ها و سایر داروهای ذکر شده در معیارهای ورود از طریق کاتتر وریدی تحت مطالعه، خروج تصادفی کاتتر وریدی، خرابی کاتتر به علت نشت مایع و عللی غیر از فلجیت.

حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و شاخص میانگین و انحراف معیار برگرفته از مطالعه‌ی مشابه (۳۰) در هر گروه تقریباً ۱۶ نفر محاسبه شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش در هر گروه ۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱- ابزار دیداری فلبیت جکسون

مرحله	درجه	علائم
بدون علامت	۰	خط وریدی سالم به نظر می‌رسد
احتمال ایجاد فلبیت	۱	یکی از این علائم دیده می‌شود؛ درد خفیف محل کاتتر قرمزی محل کاتتر
فلبیت خفیف	۲	دو مورد از علائم زیر هم زمان دیده می‌شود: درد، قرمزی، تورم
فلبیت متوسط	۳	تمام علائم زیر دیده می‌شود: درد، قرمزی، تورم
فلبیت شدید (ترومبوفلبیت)	۴	کلیه علائم زیر با شدت بیشتر مشاهده می‌شود: درد، قرمزی، تورم، قابل لمس بودن طناب وریدی
ترومبوفلبیت شدید	۵	کلیه علائم زیر با شدت بیشتر از قبل مشاهده می‌شوند: درد، قرمزی، تورم، قابل لمس بودن طناب وریدی، تب

خریداری شد و برای تمام بیماران از یک مدل پانسماں مخصوص آنژیوکت ساخت چین به نام ویکر (Waycare) استفاده شد که از شرکت ثنایا تهیه گردید. با هماهنگی سرپرستار بخش، عنوان «تحت پژوهش» روی کاردکس بیمار ثبت گردید تا پرستاران بخش از انجام پژوهش مطلع باشند. کمک پژوهشگر نیز از پرستاران محیط پژوهش انتخاب شد. یک پوستر آموزشی رنگی با موضوع اهمیت رعایت نکات استریل در تعبیه‌ی کاتتر در تابلوی اعلانات بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه‌ی قلب نصب گردید و به پرستاران توصیه شد به نکات آموزشی مندرج در آن توجه نمایند. به منظور کورسازی پژوهشگر، از روز دوم، اجرای مداخله به کمک پژوهشگر محول شد و با کشیدن روکش روی اسپری، کمک پژوهشگر و بیماران قادر به شناسایی نام محلول نبودند. روزانه تغییرات داروهای دریافتی و برنامه‌ی درمانی بیمار توسط کمک پژوهشگر مورد بررسی قرار می‌گرفت. لازم به ذکر است ۶ بیمار به علت ترخیص زودهنگام از بیمارستان، ۳ بیمار به دلیل شروع آنتی بیوتیک وریدی، ۳ بیمار به دلیل احتیاج به انجام سی تی اسکن با تزریق ماده‌ی حاجب و ۱ بیمار به دلیل عدم رضایت بیمار به ادامه‌ی همکاری، ۵ بیمار به علت خروج تصادفی و یا خرابی کاتتر به علت نشت مایع از مطالعه خارج شدند که شامل ۶ بیمار در ۲۴ ساعت اول، ۸ بیمار در ۴۸ ساعت دوم، ۴ بیمار در ۷۲ ساعت بعد از مداخله می‌شدند (مجموعاً ۱۸ بیمار) (نمودار ۱).

کاتتر را با پانسماں جدید ثابت نموده و نام فرد تعبیه کننده و تاریخ تعبیه کاتتر مجدداً توسط پژوهشگر ثبت گردید. در گروه کنترل، بررسی روزانه‌ی محل کاتتر و نمره دهی بر اساس ابزار انجام شده و پانسماں جدید روی کاتتر چسبانده می‌شد. در روز اول، به واحدهای مورد پژوهش آموزش یکسان جهت مراقبت از کاتتر داده شد که شامل موارد زیر بود:

الف) از اعمال وزن یا فشار روی اندام دارای کاتتر وریدی اجتناب نمایند.

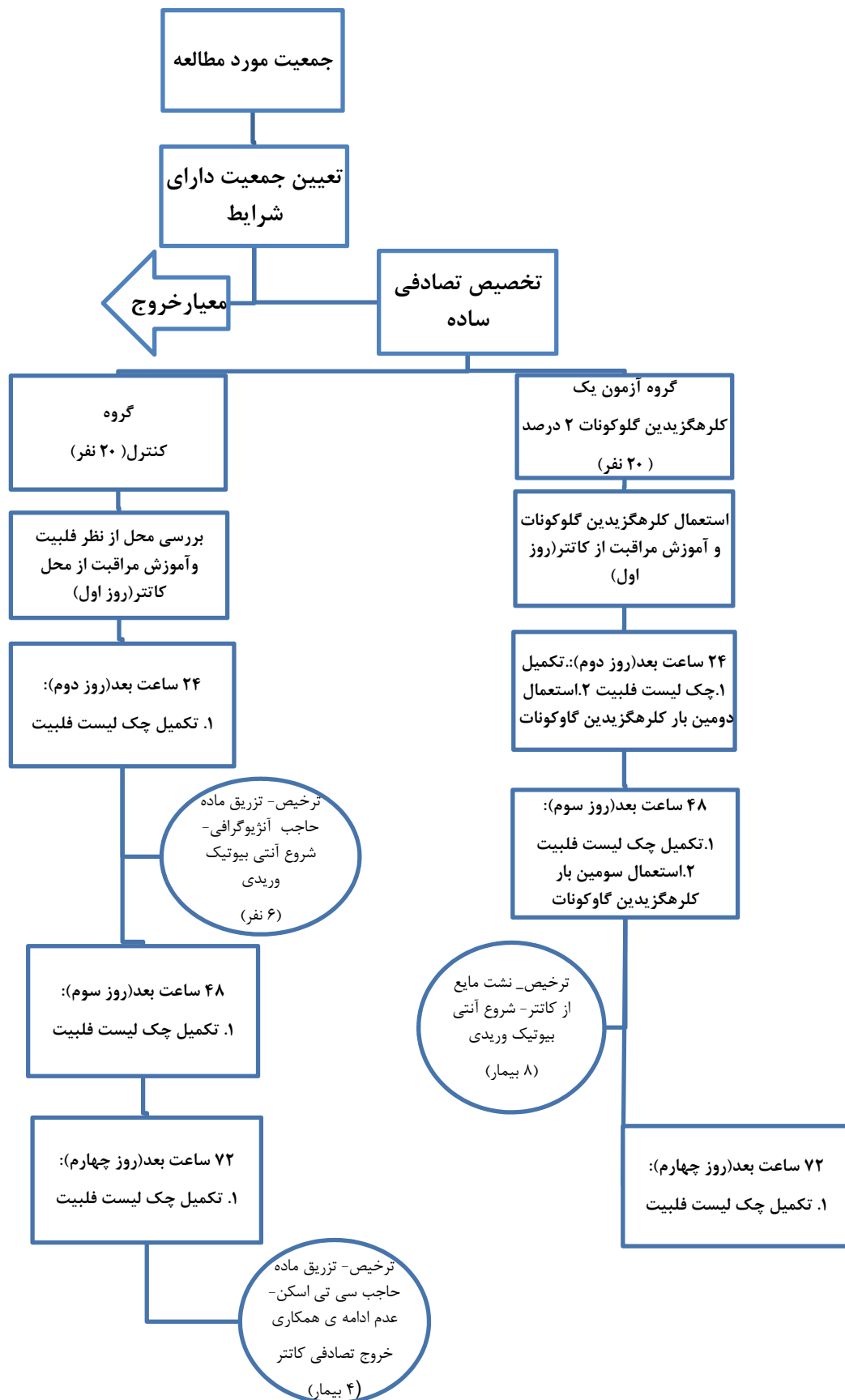
ب) از خیس نمودن محل کاتتر و چسب آنژیوکت خودداری گردد.

ج) برای وضو گرفتن از سنگ تیمم استفاده نمایند (در بخش مربوطه سنگ تیمم در اختیار بیماران بود).

د) از استعمال هرگونه روغن یا پماد غیرضروری در محل و اطراف کاتتر اجتناب نمایند.

از روز دوم اجرای مداخله به کمک پژوهشگر آموزش دیده واگذار شد. کمک پژوهشگر بعد از ورود به بخش و شناسایی بیماران تحت پژوهش، ابتدا کاردکس و تغییرات روزانه‌ی دارویی بیمار را به دقت بررسی کرده و بعد از شستن دست‌ها و برداشتن پانسماں مخصوص کاتتر، درجه‌ی فلبیت را بر اساس ابزار موجود در چک لیست تعیین نمود. سپس برای هر واحد، بر اساس گروه آزمون و مشابه با روش کار ذکر شده، مداخله را انجام داد.

محلول کلرهگزیدین گلوکونات ۲ درصد، از شرکت بهبان شیمی



نمودار ۱- مراحل اجرای مداخله

شد. لازم به ذکر است تحلیل گر آماری نیز از تخصیص افراد به گروه‌ها مطلع نبود.

یافته‌ها

یافته‌ها حکایت از آن داشت که ۶۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش مرد بودند و میانگین سنی در گروه کلرگزیدین گلوکونات ۲ درصد ۱۱/۱۳۳±۵۸/۵۵ سال و در گروه کنترل ۱۲/۹۲۷±۵۶/۵۰ سال بود. مطالعه‌ی حاضر نشان داد که توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب خصوصیات دموگرافیک در دو گروه از لحاظ متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، ابتلا به دیابت و فشارخون، مصرف داروهای ضد التهاب و محل جایگذاری کاتتر، همسان بوده و اختلاف معنی داری بین آن‌ها وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۲).

در ۲۴ ساعت اول مطالعه، کل افراد مبتلا به فلبیت، در گروه کلرگزیدین گلوکونات دو درصد قرار داشتند و در گروه کنترل کسی مبتلا به فلبیت نشد. در ۴۸ ساعت بعد، ۸ نفر (۳۸/۱٪) از افراد مبتلا به فلبیت در گروه کلرگزیدین دو درصد و ۱۳ نفر (۶۱/۹٪) در گروه کنترل بودند. در مرحله‌ی پایانی پژوهش (۷۲ ساعت بعد)، ۱۷ نفر (۴۷/۲٪) در گروه کلرگزیدین دو درصد و

این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا به شماره (IR.AJAUMS.RES.۱۳۹۵.۰۵) به تصویب رسید و در سامانه‌ی کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT) با شماره IRCT۲۰۱۶۰۵۳۰۲۳۴۴۶N۷ ثبت گردید. لازم به ذکر است پژوهشگران خود را ملزم به رعایت مفاد بیانیه هلسینکی دانستند. به طور مثال، قبل از شروع پژوهش هدف از انجام پژوهش و فواید و عوارض احتمالی پژوهش برای هر یک از واحدهای مورد پژوهش به طور شفاهی توضیح داده شد و رضایت کتبی آگاهانه کسب شد. واحدهای پژوهش در رد یا قبول شرکت در مطالعه کاملاً آزاد بوده و به واحدهای پژوهش اطمینان داده می‌شد که در صورت تمایل، در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از مطالعه خارج شوند و این امر تأثیری در مراقبت از آن‌ها نداشت. حفظ رازداری، عدم آسیب به بیماران و رعایت نکات مطرح شده در اخلاق نشر از دیگر موارد رعایت شده در این پژوهش بود. به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های کاسکوئر، من ویتنی و فریدمن) استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. سطح معنی داری $P < 0.05$ در نظر گرفته

جدول ۲- مقایسه خصوصیات فردی دو گروه آزمون و مداخله

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون آماری
سن (میانگین ± انحراف معیار)	۱۱/۱۳۳ ± ۵۵/۵۸	۱۲/۹۲۷ ± ۵۰/۵۶	تی زوجی ۰/۲۱۴
جنس	زن (تعداد- درصد) ۶ (۴۲/۹)	مرد (تعداد- درصد) ۸ (۵۷/۱)	تست دقیق فیشر ۰/۵۰۷
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم (تعداد- درصد) ۱۴ (۵۳/۸)	دیپلم و زیر دیپلم (تعداد- درصد) ۱۲ (۴۶/۲)	کای دو ۰/۵۰۷
ابتلا به دیابت	بله (تعداد- درصد) ۸ (۵۰)	بله (تعداد- درصد) ۸ (۵۷/۱)	تست دقیق فیشر ۰/۱۰
ابتلا به فشار خون	بله (تعداد- درصد) ۱۴ (۴۲/۲)	بله (تعداد- درصد) ۶ (۴۲/۲)	تست دقیق فیشر ۰/۲۵۶
مصرف داروهای ضد التهاب	بله (تعداد- درصد) ۶ (۴۲/۲)	بله (تعداد- درصد) ۱۷ (۵۴/۸)	تست دقیق فیشر ۰/۲۵۶
محل جایگذاری کاتتر	مچ و اطراف آن (تعداد- درصد) ۵ (۴۵)	مچ و اطراف آن (تعداد- درصد) ۵ (۴۵)	کای دو ۰/۷۴۱
	فضای مفصلی آرنج (تعداد- درصد) ۶ (۶۰)	فضای مفصلی آرنج (تعداد- درصد) ۴ (۴۰)	

همچنین آزمون فریدمن نشان داد که در گروه کنترل نیز میزان ابتلا به فلبيت افزایش معنی داری یافت ($P < 0/001$) (جدول ۶).

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر محلول کلرگزیدین گلوکونات ۲ درصد بر پیشگیری از فلبيت ناشی از کاتتر در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی انجام شد. یافته‌های این پژوهش

۱۹ نفر (۵۲/۸٪) در گروه کنترل به فلبيت مبتلا شدند. (جدول ۳). بر اساس نتایج آزمون من یو ویتنی بین میانگین شدت (درجه) فلبيت در دو گروه آزمون و مداخله در روز اول، دوم و سوم از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشتند ($P > 0/05$) (جدول ۴). آزمون فریدمن نشان داد که در گروه آزمون طی سه روز متوالی میزان ابتلا به فلبيت افزایش یافت و این تغییر از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/0001$) (جدول ۵).

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و درصد افراد مبتلا به فلبيت در هر گروه و در طی سه زمان مورد مطالعه

گروه	زمان		
	۲۴ ساعت اول	۴۸ ساعت دوم	۷۲ ساعت بعد
کلرگزیدین گلوکونات ۲٪	تعداد (درصد) ۲ (۱۰۰٪)	تعداد (درصد) ۸ (۳۸/۱٪)	تعداد (درصد) ۱۷ (۴۷/۲٪)
کنترل	تعداد (درصد) ۰ (۰٪)	تعداد (درصد) ۱۳ (۶۱/۹٪)	تعداد (درصد) ۱۹ (۵۲/۸٪)
آزمون کای دو و سطح معنی داری	Value = ۲/۱۰۵ df=۱ P=۰/۱۴۷	Value = ۲/۵۰۶ df=۱ P=۰/۱۱۳	Value = ۱/۱۱۱ df=۱ P=۰/۲۹۲

جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات شدت (درجه) فلبيت در دو گروه

گروه‌ها	زمان		
	۲۴ ساعت بعد	۴۸ ساعت بعد	۷۲ ساعت بعد
کلرگزیدین گلوکونات ۲٪	۲۱/۵۰	۱۷/۶۰	۲۰/۷۳
کنترل	۱۹/۵۰	۲۳/۴۰	۲۰/۲۷
سطح معنی داری*	P=۰/۱۵۲	P=۰/۰۷۷	P=۰/۸۹۳

جدول ۵- مقایسه میانگین رتبه‌ها و میانگین میزان ابتلا به فلبيت در گروه آزمون کلرگزیدین گلوکونات ۲ درصد در ۴۸، ۷۲ و ۲۴ ساعت بعد از مداخله

زمان مطالعه	میانگین رتبه‌ها	میانگین	انحراف معیار
۲۴ ساعت اول	۱/۴۳	۰/۱۰	۰/۳۰۸
۴۸ ساعت بعد	۱/۷۸	۰/۴۰	۰/۵۰۳
۷۲ ساعت بعد	۲/۸۰	۱/۴۵	۰/۸۲۶
نوع آزمون و سطح معنی داری	فریدمن $P < 0/0001$	df= ۲	Value = ۲۹/۷۰۹

جدول ۶- مقایسه میانگین رتبه‌ها و میانگین میزان ابتلا به فلبيت در گروه کنترل در ۴۸، ۷۲ و ۲۴ ساعت بعد از مداخله

زمان مطالعه	میانگین رتبه‌ها	میانگین	انحراف معیار
۲۴ ساعت اول	۱/۲۰	۰/۰	۰/۰۰
۴۸ ساعت بعد	۲/۲۰	۰/۷۵	۰/۶۳۹
۷۲ ساعت بعد	۲/۷۸	۱/۴۵	۰/۶۰۵
نوع آزمون و سطح معنی داری	فریدمن $P < 0/001$	df= ۲	Value = ۳۱/۵۲۴

که پژوهشگر تعبیه کننده‌ی کاتتر نبوده، میزان بروز فلبيت بالاتر بوده است. به عنوان مثال در مطالعه‌ی علميرمايي که به بررسي بروز فلبيت در بيماران داراي کاتتر وريدي محيطي در بيماران بستري بخش ويژه پرداخته بود، شيوع فلبيت در بيماران حدود ۷۰ درصد گزارش شد (۱۲). علاوه بر اين، استفاده از حجم نمونه‌هاي بيشتر و کاربرد ابزار متفاوت تعيين شدت فلبيت در اين مطالعات نسبت به مطالعه‌ی حاضر نيز، به احتمال قوي بر کسب نتايج متفاوت در زمينه‌ی نمرات شدت و يا درصد بروز فلبيت مؤثر بوده است.

با توجه به نتايج کسب شده از اين پژوهش، مي‌توان نتيجه گرفت که تعويض روزانه‌ی پانسما کاتتر وريدي محيطي به تنهائي تأثيري معادل ضدعفوني با کلرهگزيدين دارد، بنابراین مي‌توان به جای ضد عفوني روزانه‌ی محيط کاتتر، از تعويض پانسما روزانه جهت پيشگيري از فلبيت استفاده نمود.

به اين علت که حضور مستمر پژوهشگر در تمامي ساعات مطالعه بر بالين بيمار ممکن نبود، احتمال دستکاري و يا پاک شدن محلول مطالعه وجود داشت هرچند از بيماران و پرسنل درخواست شد تا از محل کاتتر مراقبت نمايند همچنين به دليل اينکه تعدادي از بيماران از بخش اورژانس همراه با کاتتر تعبیه شده به بخش مراقبت قلب منتقل مي‌شدند، امکان کنترل روي روش کار فرد تعبیه کننده کاتتر وجود نداشت.

پيشنهاده مي‌شود مطالعات بعدي با حجم نمونه‌ی بيشتر انجام گردد. جهت يکسان سازي بيشتر پژوهشگر تعبیه‌ی کاتتر را بر عهده بگيرد و يا مطالعه پس از برگزاري دوره بازآموزي در رابطه با استانداردهاي تعبیه کاتتر وريدي و اهميت رعايت اين اصول در پيشگيري از فلبيت انجام شود.

تشکر و قدرداني

اين مقاله برگرفته از پايان‌نامه کارشناسي ارشد رشته پرستاري مراقبت‌هاي ويژه مي‌باشد که در دانشکده پرستاري دانشگاه علوم پزشکي آجا با شماره ۵۹۵۲۹۷ به صورت طرح تحقيقاتي در تاريخ ۱۳۹۵/۰۲/۲۰ به ثبت رسيد. بدین وسيله از مسئولين محترم دانشگاه، مديران آموزش بيمارستان بعثت، پرسنل محترم بخش‌هاي سي سي يو، قلب زنان و قلب مردان بيمارستان مذکور و بالأخص بيماران شرکت کننده در اين پژوهش قدرداني مي‌گردد.

نشان داد که هرچند در ۴۸ و ۷۲ ساعت بعد از شروع مداخله بروز فلبيت در گروه کلرهگزيدين کمتر بود اما تفاوت معنی‌داری میان محلول کلرهگزيدين گلوکونات ۲ درصد با تعويض پانسما روزانه در گروه کنترل مشاهده نشد. در مرور متون انجام شده برخی مطالعات نتایجی مشابه و برخی نتایجی متفاوت با مطالعه حاضر گزارش نموده‌اند. به طور مثال، در پژوهش زمانزاده و همکاران که به مقایسه تاثیر سه محلول ضدعفونی کننده کلرهگزيدين گلوکونات ۲٪، الکل اتیلیک ۷۰٪، بتادین ۱۰٪ در پیشگیری از فلبيت پرداختند، گزارش نمودند که تفاوت معناداری در استفاده از سه محلول فوق برای پیشگیری از فلبيت دیده نشد، هرچند میزان فلبيت در گروه کلرهگزيدين کمتر از ساير گروه‌ها بود و ۳۶/۷٪ گزارش شد (۲۹). اين مطالعه در راستای پژوهش حاضر طی سه روز انجام شده بود با اين تفاوت که، نمره دهی فلبيت هر ۱۲ ساعت انجام شده بود. در پژوهش ديگري که اشک تراب و همکاران به مقایسه محلول ترکیبی کلرهگزيدين گلوکونات و اتانل نسبت به الکل در بيماران قلبی پرداختند نشان دادند که محلول ترکیبی کلرهگزيدين گلوکونات و اتانل نسبت به الکل در کاهش بروز فلبيت موثرتر بود و میزان فلبيت ناشی از آن ۱۵ درصد گزارش شد (۲۷) که در راستای نتایج مطالعه‌ی ما بود. در مطالعه‌ی باقري نسامي و همکاران نيز، طی ۷۲ ساعت بعد از کاتتر گذاری ابتلا به فلبيت در گروه آزمون با کلرهگزيدين و نيتروگليسیرين تفاوت آماری معنا داری را نشان نداد، ولی در ۴۸ ساعت بعد اين اختلاف معنادار شد و گروه نيتروگليسیرين فلبيت کمتری را تجربه نمودند. میزان بروز فلبيت طی ۷۲ ساعت بعد از کاتتر گذاری در گروه کلرهگزيدين ۳۲ درصد گزارش شد (۳۲) که با نتایج مطالعه‌ی ما متفاوت بود. در مطالعه‌ی کلاهدوزی پور و همکاران نيز، تفاوت آماری معنا داری بين دو محلول کلرهگزيدين و الکل در پيشگيري از فلبيت ايجاد نشد، هرچند شدت علائم فلبيت در گروه کلرهگزيدين کمتر از الکل بود. میزان بروز فلبيت در گروه کلرهگزيدين ۳۶/۷ درصد گزارش شد (۲۸) که هم راستا با نتایج مطالعه‌ی ما بود.

در هر ۴ مطالعه‌ی مذکور، تعبیه کاتتر با روش کاملاً استاندارد توسط پژوهشگران مذکور انجام شده است، در صورتی که در مطالعه‌ی حاضر پژوهش بر روی کاتترهايی اجرا شد که با روش‌هاي رایج باليني، توسط پرسنل تعبیه شده بودند. به نظر می‌رسد در پژوهش‌هايی

References

- 1- Rickard CM, Webster J, Wallis MC, Marsh N, McGrail MR, French V, et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. *J Lancet*. 2012;380(9847):1066-74. DOI: 10.1016/s0140-6736(12)61082-4
- 2- Borzou S, Salavati M, Zandyeh M, Zamanparvar A, Torckman B. [The effect of sterile gauze bandage on preventing of phlebitis and local infections due to using intravenous catheter]. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2003;5(2):71-6.
- 3- Koh D. Exploration of the patterns of microbial colonization of intravascular devices in severely ill patients: University Tasmania; 2011.
- 4- Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BM. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2008.
- 5- Hadaway L. Short peripheral intravenous catheters and infections. *J Infus Nurs*. 2012;35(4):230-40. DOI: 10.1097/NAN.0b013e31825af099 PMID: 22759827
- 6- Kalani Z, Pourmovahed Z, Vaezi AA, Vaziri SF. [Risk factors to peripheral catheter related phlebitis incidence: an analytical study]. *J Hosp Res*. 2015;14(3):93-9.
- 7- Sarani H, Ahmadi F, Dabiri S. [Comparison of Alcohol, Betadine and Alcohol-Iodine in the Incidence of Complications Venous Catheter]. *J Arak Nurs Sci*. 2000;3:11-7.
- 8- Potter P, Perry A. *Basic Nursing – A Critical Thinking Approach*. Philadelphia: Mosby co; 2004.
- 9- Larypoor M, Frsad S. [Evaluation of nosocomial infections in one of hospitals of Qom, 2008]. *Iranian J Med Microbiol*. 2011;5(3):7-17.
- 10- Borji Kermani E, I M, A S, Sivandipur H, Nekhei M, Afshar G. [a study on the rate and the types of hospital infection in the trauma ICU departments of Kerman hospitals in the first half of 1393]. *J Iran Soc Anaesthesiol Intensive Care*. 2015;2(3):166-71.
- 11- Helm RE, Klausner JD, Klemperer JD, Flint LM, Huang E. Accepted but unacceptable: peripheral IV catheter failure. *J Infus Nurs*. 2015;38(3):189-203. DOI: 10.1097/NAN.000000000000100 PMID: 25871866
- 12- Rmayy A. [Assessment Of Phlebitis Caused By Intravenous Catheters In Patients Hospitalized In I. C. U. Beast City Medical Center]. *Oromiyeh J Nurs Midwifery*. 2008;6(3):127-34.
- 13- Eghbali-Babadi M, Ghadiriyan R, Hosseini SM. [The effect of saline lock on phlebitis rates of patients in cardiac care units]. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(4):496.
- 14- Avazeh A, Elahi N, Asadizaker M, Rasekh A, Haji HF. [Effect Of Topical Nitroglycerin On The Occurrence And Severity Of Phlebitis Due To Indwelling Intravenous Catheter In Hospitalized Patients]. *J Zanzan Univ Med Sci Health Serv*. 2004;47(12):15-21.
- 15- Zoljalali F, Saffar zade M. [The Impact Of Education On The Nursing Staff To Reduce The Incidence Of Phlebitis in Orthopedic Men]. The first National Conference on teaching and learning methods in the Universities Bojnord, Iran 2014
- 16- Malach T, Jerassy Z, Rudensky B, Schlesinger Y, Broide E, Olsha O, et al. Prospective surveillance of phlebitis associated with peripheral intravenous catheters. *Am J Infect Control*. 2006;34(5):308-12. DOI: 10.1016/j.ajic.2005.10.002 PMID: 16765211
- 17- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin Infect Dis*. 2011;52(9):e162-93. DOI: 10.1093/cid/cir257 PMID: 21460264
- 18- Furtado LCdR. Incidence and predisposing factors of phlebitis in a surgery department. *Br J Nurs*. 2011;20(7):16-25. DOI: 10.12968/bjon.2011.20.Sup7.S16
- 19- Gorski L. *Infusion Nursing Standards of Practice*. *J Infusion Nurs*. 2007;30(3):151-2.
- 20- Dychter SS, Gold DA, Carson D, Haller M. Intravenous therapy: a review of complications and economic considerations of peripheral access. *J Infus Nurs*. 2012;35(2):84-91. DOI: 10.1097/NAN.0b013e31824237ce PMID: 22382792
- 21- Yarbeygi H, Hosseini MJ, Rokhsarizadeh H, Meftahi GH, Salesi M. [Routine Offered Protocol is not reliable for Thrombophlebitis Prevention]. *Hosp Pract Res*. 2016;1(2):41-4. DOI: 10.20286/hpr-010241
- 22- Norton L, Ottoboni LK, Varady A, Yang-Lu CY, Becker N, Cotter T, et al. Phlebitis in amiodarone administration: incidence, contributing factors, and clinical implications. *Am J Crit Care*. 2013;22(6):498-505. DOI: 10.4037/ajcc2013460 PMID: 24186821
- 23- Mousavi MS, Alikhani M. [Procedures in Clinical Nursing And Physical Assessment 7th ed]. *Ayande Sazan Shahreab*. 2014:421-4.
- 24- Brunner L, Suddarth D. *Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott Co 2012. 2033-60 p.
- 25- Marino P. *The ICU Book*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 26- Nesami Bagheri M, Miri Khodadadian J, Cherati Yazdani J, Tabiban S, Ala S. [The Comparison Of 2% Nitroglycerin Ointment And 2% Chlorhexidine Solution Effect In Preventing Catheter-Related Phlebitis]. *J Babol Univ Me Sci*. 2014;16(6):7-25.
- 27- Ashk Torab T, Soleymanian T, Borzabadi Farahani Z, Majd Alavi H, Samini M. [Effects Of Skin Disinfection By Alcohol And Chlorhexidine On Catheter-Related Phlebitis: A Clinical Trial Study]. *J Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2006;16(53):39-46.
- 28- Kolahdoozipour J, Abdollahzadeh F, Zamanzadeh V, Vahedi A, Lotfi M, Heidarzadeh M. [The comparison of the effect of chlorhexidine gluconate 2% and alcohol ethylic 70% in prevention of phlebitis]. *Horiz Med Sci*. 2009;14(4):48-54.
- 29- Zamanzadeh V, Kolahdoozipour J, Abdollahzadeh F, Lotfi M. [The Effect of 2% chlorhexidine gluconate antiseptic solution, 70% ethyl alcohol, 10% povidone iodine in the prevention of phlebitis].

- J Tabriz Univ Med Sci. 2008;30(3):55-60.
- 30- Hajihoseini F, Beheshti Z, Nazari R, Rezaie R, Hajiahmadi M. [Comparison of warm and moist compresses and piroxicam topical gel on catheter-related phlebitis peripheral veins]. J Babol Univ Med Sci. 2007;9(3):33-8.
- 31- Moureau NL. Reducing the cost of catheter-related bloodstream infections. Nurs. 2009;39(7):14-5. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000357259.58840.eb PMID: 19543031
- 32- Hemmati Maslarpak M, Baghaie R, Yosefi M, GHavami H. [Investigates Complaints Incoming To The Medical Council Of West Azarbaijan Province During 1385 To 1389]. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2013;1(42):7-13.

The Effect of 2% Chlorhexidine Gluconate Solution on Prevention of Phlebitis Related to Peripheral Venous Catheter in Patients Hospitalized in Cardiac Care Units of a Military Hospital

Poormohamadi. M¹, *Farsi. Z², Rajai. N³

Abstract

Introduction: Peripheral intravenous catheterization is the most common invasive therapy for hospitalized patients to administer fluids, drugs, and blood products. Phlebitis is one of the serious complications that could influence the patient's health status.

Objective: This study aimed at investigating the effect of 2% chlorhexidine gluconate solution on prevention of phlebitis related to peripheral venous catheter in patients hospitalized in cardiac care units.

Material and Methods: This double-blind randomized clinical trial study was conducted on 40 patients admitted to cardiac care units of Beasat Military Hospital, Tehran, Iran during years 2016 and 2017. Patients were recruited by the convenience sampling method and randomly allocated to 2 intervention and control groups. The Jackson Phlebitis Scale (Visual Infusion Phlebitis Scale) was used to assess phlebitis. The 2% chlorhexidine gluconate solution was used daily around the peripheral venous catheter in the intervention group for 3 days. Degree of phlebitis was recorded at the same time and IV dressing was changed. In the control group, degree of phlebitis was recorded and IV dressing was changed in 3 days.

Results: The Mann-Whitney U and chi-square tes showed no significant differences between the 2 groups regarding intensity (degree) and incidence of phlebitis at 24, 48, and 72 hours after the intervention ($P > 0.05$). Friedman test showed that average of phlebitis in both groups increased during the 1st, 2nd, and 3rd day ($P > 0.05$).

Discussion and Conclusion: It seems that the IV dress changing is effective and daily use of the 2% chlorhexidine gluconate solution is not recommended. Future studies with a large sample size is recommended.

Keywords: Cardiac Care Unit, Chlorhexidine Gluconate Solution 2%, Phlebitis, Prevention, peripheral venous catheter.

IRCT Code: IRCT2016053023446N7

Poormohamadi M, Farsi Z, Rajai. N. The Effect of 2% Chlorhexidine Gluconate Solution on Prevention of Phlebitis Related to Peripheral Venous Catheter in Patients Hospitalized in Cardiac Care Units of a Military Hospital. *Military Caring Sciences*. 2017; 4 (1). 19-29.

Submission: 14/2/2017

Accepted: 28/2/2017

Published: 17/6/2017

1- MSc Student of Critical Care Nursing, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Medical –Surgical Department.

2- (*Corresponding Author) Ph.D. in Nursing, Associate Professor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Community Health Department. Email: z.farsi@ajajums.ac.ir

3- MSC in Nursing Care of Newborns, Instructor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Maternal Newborn Health Department.