

بررسی ارتباط درصد اکسیژن دمی و درجه حرارت با فشار کاف لوله تراشه بیماران تحت تهویه مکانیکی

تاریخ پذیرش: ۳۰ مهر ۱۳۹۱

تاریخ اصلاح: ۱۱ مهر ۱۳۹۱

تاریخ دریافت: ۲۰ شهریور ۱۳۹۱

چکیده

مقدمه: لوله گذاری داخل تراشه فرآیندی است که به طور معمول در بخشهای مراقبت ویژه و اورژانس توسط پزشکان، پرستاران و مراقبین تیم سلامت انجام می‌شود. از آنجا که عوامل متعددی از جمله تهویه با فشار مثبت، مدت انتوباسیون، پوزیشن سر نسبت به بدن، درجه حرارت، حرکات بدن و انتشار گازها می‌توانند میزان فشار کاف را تغییر دهند اما نتایج مطالعات قبلی و تجربیات بالینی نشان می‌دهد برنامه لازم برای کنترل تاثیر این متغیرها بر فشار کاف لوله تراشه بیماران تحت تهویه مکانیکی وجود ندارد. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین ارتباط درصد اکسیژن دمی و درجه حرارت بر فشار کاف لوله تراشه بیماران تحت تهویه مکانیکی انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع همبستگی و طی آن ۷۰ بیمار دارای لوله تراشه یا تراکتوستومی (کافدار) متصل به تهویه مکانیکی با مد حجمی بستری در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی مشهد به روش در دسترس انتخاب و فشار کاف لوله تراشه و درجه حرارت آنها هر یک ساعت تا ده نوبت توسط دستگاه فشارسنج مخصوص و ترمومتر استاندارد اندازه گیری و ثبت شد. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ وبا استفاده از آزمونهای همبستگی اسپیرمن و پیرسون، ضرایب مدل خطی عمومی، کراسکال والیس و من ویتنی، تحلیل گردید.

یافته ها: یافته ها نشان داد میزان فشار کاف پایه ۸۰ درصد بیماران خارج از محدوده استاندارد (۳۰ می لیتر آب) قرار داشت و می‌ان درجه حرارت بدن واحد های پژوهش با فشار کاف آنها ارتباط معنی داری ($P < 0.001$) وجود داشت. اما بین درصد اکسیژن دمی با فشار کاف ارتباط معنی داری وجود نداشت. همچنین اثر متقابل می‌ان درصد اکسیژن دمی و درجه حرارت بدن با فشار کاف ملاحظه نشد.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه فشار کاف خارج از حد طبیعی منجر به مراجعه مجدد بیماران با عوارض بعد از انتوباسیون می‌شود، کنترل دوره‌ای و دقیق فشار کاف لوله تراشه و متغیرهای موثر بر آن از جمله درجه حرارت و درصد اکسیژن دمی ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: انتوباسیون، درجه حرارت، درصد اکسیژن دمی، لوله تراشه، فشار کاف.

امیررضا صالح مقدم^{۱*}
جواد ملک زاده^۲
زهرا مصباحی^۳
حبیب‌الله اسماعیلی^۳

^۱ گروه مدیریت پرستاری،
^۲ گروه داخلی و جراحی،
دانشکده پرستاری و مامائی،
^۳ گروه آمار حیاتی،
دانشکده بهداشت،
دانشگاه علوم پزشکی مشهد،
مشهد، ایران

* نویسنده مسئول:

مری گروه مدیریت پرستاری،
تلفن: ۶۴۳ ۸۷۰ ۹۳۲ (۰۹۸+)

پست الکترونیک: Salehmoghaddamar@mums.ac.ir

مقدمه

این امر اقدامات گوناگونی صورت می‌پذیرد که از جمله این اقدامات، قراردادن لوله داخل تراشه برای بیمار است که یک فرد متبحر این کار را انجام می‌دهد و از این طریق، راه هوایی بیمار از راه گوارش وی جدا و امکان حمایت تنفسی و تهویه ای و اعمال فشار مثبت در راه هوایی به وجود می‌آید [۲].
علی رغم منافع فراوان این اقدام درمانی در بیماران، مانند سایر اقدامات درمانی، اگر به عوارض ناشی از آن توجه نشود، امکان بروز عوارض خطرناک و گاهی برگشت ناپذیر وجود خواهد داشت که یکی از مهمترین این عوارض، آسیب مخاط تراشه

در سالهای اخیر موارد استفاده از لوله گذاری داخل نای جهت باز نگه داشتن و حفاظت از راههای هوایی، استفاده از دستگاه ونتیلاتور، انجام جراحیهای مختلف و کنترل اورژانس راههای هوایی افزایش یافته است [۱]. با بهبود امکانات نگهداری بیماران با شرایط بحرانی، تعداد بیمارانی که به علل مختلف نیاز به لوله گذاری در تراشه می‌یابند بیشتر شده است. هدف از حفظ راه هوایی، اطمینان از تهویه کافی بیمار است. برای حصول

بیمارستانهای قائم (عج) ، امام رضا (ع) و شهید کامیاب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. آن دسته از بیمارانی که دارای لوله تراشه یا تراکتوستومی (کاف دار) متصل به تهویه مکانیکی با مد حجمی بوده و در جریان بستری اکسیژن تراپی شده و دارای درجه آرامبخشی رامسی ۲ و یا ۳ بوده، وارد مطالعه شدند.

پس از گرفتن مجوز کمیته اخلاق ، ارائه معرفی‌نامه کتبی و هماهنگی با مسئولان محیط پژوهش، بیماران واجد شرایط طبق فرم معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش به بیمار یا همراه وی و کسب رضایت آگاهانه، مشخصات فردی آنان با تکمیل پرسشنامه مربوطه، جمع‌آوری شد. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه اولیه بر روی ۱۴ نفر با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد معادل ۵۲ نفر محاسبه که برای جبران ریزش ، در نهایت ۷۰ بیمار بستری در بخشهای منتخب به روش نمونه‌گیری در دسترس، در مطالعه شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از سیاهه ثبت اندازه‌گیری درجه حرارت، درصد اکسیژن دمی و فشار کاف لوله تراشه استفاده شد در این فرم درجه حرارت به وسیله ترمومتر الکترونیکی از طریق پرده تهمپان به مدت ۳ تا ۵ ثانیه اندازه‌گیری و بر حسب سانتی‌گراد ثبت شد. جهت ثبت میزان درصد اکسیژن دمی بیماران از میزان ثبت شده بر روی دستگاه تهویه مکانیکی استفاده شد و جهت تعیین میزان فشار کاف لوله تراشه واحدهای پژوهش از دستگاه فشارسنج عقربه‌ای مالینی کوردت ساخت کشور آلمان، براساس سانتی‌متر آب استفاده گردید که اندازه‌گیری فشار کاف در وضعیت آرام بخشی رامسی ۲ یا ۳، در انتهای بازدم و در حالی که سر بیمار در راستای محور بدن قرار داشت، انجام شد. در اولین مرتبه اندازه‌گیری فشار کاف لوله تراشه، در صورتی که میزان آن با میزان استاندارد تفاوت داشت، ابتدا تصحیح و سپس ثبت شد. برای گردآوری داده‌ها، برای هر بیمار به فاصله ۱ ساعت تا ۱۰ نوبت، متغیرهای سه گانه فوق اندازه‌گیری و ثبت گردید. سپس ارتباط بین درصد اکسیژن دمی و درجه حرارت و همچنین اثر متقابل این دو عامل با فشار کاف لوله تراشه مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های مربوط به مشخصات فردی و وضعیت بیماران در خصوص سن، جنس، فشارخون، علت بستری، مدت زمان انتوباسیون، علت انتوباسیون، نوع انتوباسیون (دهانی، تراکتوستومی)، درجه آرام بخشی بیمار طبق جدول رامسی، موقعیت قرارگیری بدن بیمار در زمان اندازه‌گیری فشار کاف (به پشت خوابیده، نیمه نشسته)، قطر داخلی لوله تراشه مورد استفاده در بیمار (۷ - ۷/۵ - ۸ میلی‌متر) و میزان متوسط فشار راه هوایی با مشاهده، اندازه‌گیری و مطالعه پرونده پزشکی آنها جمع‌آوری شد. بیمارانی که در طول مطالعه میزان درجه حرارت یا درصد اکسیژن دمی آنان

ناشی از اتساع بیش از حد کاف لوله تراشه (بیشتر از ۳۰ سانتی متر آب) است که با فشار بر مویرگ‌های جدار تراشه که در حالت طبیعی فشاری معادل ۲۲ میلی‌متر جیوه دارند، موجب ایسکمی و بروز عوارضی از قبیل اروزیون، التهاب، نرم شدن حلقه‌های غضروفی، اتساع تراشه، خونریزی و عفونت و تنگی تراشه خواهد شد. از طرفی اتساع ناکافی کاف لوله تراشه (کمتر از ۱۸ سانتی متر آب) منجر به آسپیراسیون ریوی ترشحات راههای هوایی فوقانی می‌شود [۳]. برای پیشگیری از بروز این عوارض، فشار داخل کاف لوله تراشه باید به فواصل زمانی مناسب ثبت و کمترین فشار با حجم مناسب تعیین گردد [۴]. با اقدامات مراقبتی و پیشگیرانه می‌توان به میزان قابل توجهی از بروز چنین عوارضی کاست. یکی از این اقدامات کنترل فشار کاف در محدوده نرمال می‌باشد [۵].

مطالعه نصیر و همکارانش (۲۰۰۹) در رابطه با بررسی فشار کاف لوله تراشه نشان داد که تنها ۱۸ درصد بیماران فشار کاف نرمال داشته و ۸۲ درصد بیماران، علیرغم کنترل دستی کاف، دچار کم فشاری و پر فشاری کاف لوله تراشه شدند. برخی مطالعات نشان دادند، عواملی از جمله عوامل فیزیولوژیک مانند درجه حرارت و فشار خون بیمار نیز بر میزان فشار کاف تاثیر دارد، همچنین انتشار گازهایی که از میان لوله تراشه می‌گذرند و به داخل کاف نفوذ می‌یابند نیز بر مقدار فشار کاف لوله تراشه، می‌توانند مؤثر باشند. نتایج مطالعه وی همچنین نشان داد طول مدت انتوباسیون و عدم استفاده از آرام بخشها بر کم بادی کاف لوله تراشه مؤثر است [۶]. همچنین می‌اورا^۱ (۲۰۰۹) در مطالعه، نشان داد که جنس لوله تراشه می‌تواند بر میزان فشار کاف تاثیر داشته باشد [۷]. علاوه بر این، شواهد نشان داده‌اند در بیمارانی که با دستگاه مکانیکی با فشار مثبت تهویه می‌شوند فشار کاف لوله تراشه به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد [۳].

از میان عوامل مذکور مؤثر بر فشار کاف، درجه حرارت و اکسیژناسیون از جمله معیارهای مهم بیماران بستری در بخشهای ویژه می‌باشند [۸]؛ همچنین این دو عامل از مهمترین پارامترهای علائم حیاتی در بیماران بخشهای مراقبت ویژه می‌باشند [۳] بنابراین پژوهشگر بر آن شد مطالعه‌ای در رابطه با ارتباط درصد اکسیژن دمی و درجه حرارت با فشار کاف لوله تراشه انجام دهد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر به صورت همبستگی با طرح یک گروهی درنیمه اول سال ۱۳۹۰، بر روی بیماران بستری در بخشهای مراقبت ویژه (جراحی، داخلی، اعصاب) و اورژانسهای داخلی

¹Miure

۳۰ <		۲۰-۳۰		< ۲۰	
بالاتر از حد طبیعی		طبیعی		پایینتر از حد طبیعی	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۵۱/۴	۳۶	۲۰	۱۴	۲۸/۶	۲۰

جدول ۱: توزیع فراوانی میزان فشار اولیه کاف بیماران بر حسب سطوح پایین تر از حد طبیعی، طبیعی و بالاتر از حد طبیعی.

درصد اکسیژن دمی		درجه حرارت		نوبتهای اندازه گیری فشار کاف
p	r	p	r	
۰/۳۰۲	۰/۱۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۷	اول
۰/۷۲۱	۰/۰۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱	دوم
۰/۵۷۱	۰/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲	سوم
۰/۲۶۰	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	چهارم
۰/۱۶۱	۰/۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷	پنجم
۰/۲۳۴	۰/۰۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶	ششم
۰/۷۸۴	۰/۰۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	هفتم
۰/۳۴۰	۰/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱	هشتم
۰/۱۷۷	۰/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷	نهم
۰/۱۸۵	۰/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴	دهم

r: ضریب همبستگی پیرسون

جدول ۲: همبستگی پیرسون میزان فشار کاف در نوبتهای اندازه گیری مختلف با درجه حرارت و درصد اکسیژن دمی.

درصد اکسیژن دمی با فشار کاف لوله تراشه بیماران اثر متقابلی بین دو متغیر درجه حرارت و درصد اکسیژن دمی با فشار کاف مشاهده نشد. در ضمن یافته های فرعی مطالعه، نشان می دهد میان متغیرهای سن، جنس، شماره لوله، نوع انتوباسیون، علت انتوباسیون و علت بستری با فشار کاف لوله تراشه ارتباط معنی داری وجود نداشته است اما فشار متوسط راه هوایی تاثیر معنی داری بر روی فشار کاف می گذارد ($P=0/003$).

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد میزان فشار کاف لوله تراشه در بیش از نیمی از بیماران (۵۱/۴٪) بیماران تحت تهویه مکانیکی در محدوده بالاتر از حد طبیعی (۳۰ سانتی متر آب) قرار داشت، این یافته نمایانگر این حقیقت هستند که یا فشار کاف لوله تراشه

تغییر نکرده، یا بین نمونه گیری فوت کردند از مطالعه حذف شدند. با توجه به تخمین حجم نمونه، تعداد ۷۰ پرسشنامه برای ۷۰ بیمار تکمیل شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای تعیین روائی این ابزارها از روش شاخص روائی محتوی^۱ استفاده شد. برای سیاهه ثبت اندازه گیری درجه حرارت، درصد اکسیژن دمی و فشار کاف لوله تراشه $CVI = 0/94$ و برای فرم مشخصات فردی و وضعیت بیماران $CVI = 0/92$ محاسبه شد. پایائی سیاهه ثبت اندازه گیری درجه حرارت، درصد اکسیژن دمی و فشار کاف لوله تراشه به روش توافق مشاهده گران $r = 0/84$ تأیید شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا بر خورداری متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال، توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد تأیید قرار گرفت. داده های حاصل با نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و با استفاده از شاخصهای میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی نسبی و مطلق، دامنه میان چارکی، و نیز آزمونهای همبستگی اسپیرمن و پیرسون، ضرایب مدل خطی عمومی، کراسکال وایس و من ویتنی، توصیف و تحلیل شدند.

یافته ها

در این مطالعه، میانگین سنی بیماران $47/56 \pm 19/3$ سال و شرکت کنندگان اکثراً (۷۱/۴٪) مرد بودند. ۴۵/۷۱٪ از بیماران در بیمارستان شهید کامیاب و ۳۰٪ در بیمارستان قائم (عج) و بقیه در بیمارستان امام رضا (ع) بستری بودند. ۵۰٪ علت بستری مربوط به اختلالات ریوی، و در ۵۵/۷۱٪ موارد علت انتوبه مربوط به اختلالات ریوی، و در ۷۷/۱۰٪ انتوباسیون از نوع دهانی و در ۵۱/۴٪ لوله انتوباسیون مورد استفاده شماره ۸ و در ۷۸/۵۷٪ بیماران موقعیت قرار گیری آنها در حالت نیمه نشسته بود. بیشترین میزان متوسط فشار راه هوایی ۲۰ میلی متر جیوه و کمترین آن ۴ میلی متر جیوه بود.

بررسی میزان فشار کاف لوله تراشه بیماران نشان می دهد که این عامل در ۵۱/۴٪ موارد بالاتر از حد طبیعی و ۲۸/۶٪ کمتر از حد طبیعی و فقط ۲۰ درصد در محدوده طبیعی قرار داشتند (جدول ۱). همچنین بررسی ارتباط بین درصد اکسیژن دمی با فشار کاف لوله تراشه بیماران با آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد، بین میزان فشار کاف لوله تراشه با تغییرات درصد اکسیژن دمی همبستگی وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۲). در حالیکه بررسی ارتباط بین درجه حرارت بیمار با فشار کاف لوله تراشه بیماران با آزمون همبستگی پیرسون نشان داد، بین میزان فشار کاف لوله تراشه در ده نوبت اندازه گیری با تغییرات درجه حرارت، همبستگی معنی دار و مثبتی وجود داشت ($P = 0/001$) (جدول ۲). در بررسی اثر متقابل درجه حرارت و

¹Content validity Index

قانون فیک میزان نفوذ یک ماده به ضریب نفوذ آن بستگی دارد بنابراین با توجه به اینکه اکسیژن نسبت به گازهای دیگر از قبیل نیتروکساید دارای ضریب نفوذ کمتری است، سرعت انتشار کمتری داشته و در نتیجه کمتر از جدار لوله تراشه به داخل کاف انتشار پیدا می‌کند و در میزان فشار کاف تأثیری چندانی ندارد.

همچنانکه ایکدا^۵ و اسپچوز (۱۹۸۰) [۱۱] بیان کردند که تغییرات حجم کاف در طی عبور نیتروکساید از درون لوله تراشه در کافهای پر شده از هوا یا اکسیژن وجود داشته و در زمان عبور گاز اکسیژن از لوله تراشه تغییرات حجم بسیار کم بوده و ارتباط معنی داری دیده نشد. از آنجا که فشار با حجم ارتباط تنگاتنگی دارد، پس بر آن تأثیر می‌گذارد. بنابراین نتایج مطالعه آنها نشان داد که عبور گاز اکسیژن بر فشار کاف تأثیر قابل توجهی نداشته که این نتیجه با یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر نیز همخوانی دارد.

این مطالعه همچنین نشان داد، همبستگی معنی‌دار و مثبتی بین میزان درجه حرارت با تغییرات فشار کاف لوله تراشه وجود دارد، که این یافته در راستای مطالعات قبلی است. نتوء^۶ و همکارانش (۱۹۹۹) [۱۲] در مطالعه‌ای با موضوع تأثیر درجه حرارت بر روی فشار کاف لوله تراشه در طی بای پس قلبی-ریوی، نشان دادند درجه حرارت بالا باعث افزایش فشار کاف لوله تراشه می‌شود. همچنین ایندادا^۷ و همکاران [۱۳] در مطالعه خود بیان کردند، که فشار کاف در طی بای پس قلبی-ریوی، قبل از گرم کردن به ۸ میلی متر جیوه کاهش یافت و بعد از گرم کردن به ۱۷ میلی متر جیوه رسید. یعنی افزایش یافت و به عبارتی تغییرات درجه حرارت با فشار کاف رابطه مستقیم داشت.

مطالعه گلین اطلس [۱۴] نشان داد، که کاف لوله تراشه در اثر گرم شدن دمای محیط افزایش مختصری پیدا می‌کند که این موضوع ممکن است در بیمارانی که دچار هایپوترمی یا هایپوترمی هستند از اهمیت به سزایی برخوردار باشد و باعث تغییرات مقادیر فشار کاف و متعاقب آن بروز عوارض افزایش و کاهش فشار آن شود، در مطالعه حاضر نیز نتایج نشان داد ارتباط معنی داری بین هایپوترمی بیمارانی با افزایش فشار کاف بیمارانی وجود دارد. میانگین فشار کاف در ده نوبت اندازه‌گیری، روند نزولی داشته که از ۲۷/۸ به ۲۵/۸ میلی متر جیوه کاهش یافته است، که علت این کاهش آن است که در اولین اندازه‌گیری درجه حرارت، بیمار تب بالایی داشته و فشار کاف نیز به تبع آن بالا بوده است. با توجه به اقدامات انجام شده جهت کاهش تب، میزان درجه حرارت در نوبتهای بعدی اندازه‌گیری کاهش یافته و میزان فشار کاف لوله تراشه نیز کم شده است.

در رابطه با هدف چهارم (تعیین اثر متقابل میان درجه حرارت و درصد اکسیژن دمی با فشار کاف لوله تراشه بیمارانی تحت

بیماران بستری در بیمارستانها کنترل نمی‌شود، یا روش معمول پر کردن کاف لوله تراشه یعنی حداقل نشت از اطراف کاف روش صحیحی نمی‌باشد یا اینکه استفاده از لمس دستی بالون جهت تخمین فشار کاف روش مطمئنی نیست. که با مطالعه نصیر^۱ (۲۰۰۹) و استین^۲ (۲۰۱۱) همخوانی داشت [۱۱، ۶].

به طوریکه استین (۲۰۱۱) در مطالعه خود که با تخمین فشار کاف با لمس انگشتی بالون توسط تیمی شامل ۲۴ پزشک و ۱۹ پرستار با سابقه کار بالینی بیشتر از ۵ سال در بخش اورژانس انجام شد، نشان داد فشار کافها اکثراً خارج از حد استاندارد بوده و بیانگر آن است که تجربه و تحصیلات متضمن تخمین صحیح فشار کاف لوله تراشه با لمس انگشتی بالون نمی‌باشد [۹].

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد همبستگی معنی‌دار و مثبتی بین میزان فشار کاف لوله تراشه با تغییرات درصد اکسیژن دمی وجود ندارد. در بررسیهای انجام شده مطالعه‌ای که تأثیر درصدهای مختلف اکسیژن بر فشار کاف را مورد بررسی قرار دهد پیدا نشد، اما مطالعاتی در زمینه تأثیر سایر گازها بر فشار کاف انجام شده است، در دو تحقیق صورت گرفته توسط ایشیگورو^۳ و همکارانش (۲۰۰۰) [۱۰]، می‌را^۴ و سوزوک (۲۰۰۹) [۷] هم نشان داده شده که گازهای نیتروکساید و زنون که از داخل لوله تراشه می‌گذرند، از میان غشاء آن عبور کرده و به داخل کاف نفوذ می‌کنند و سبب افزایش فشار کاف می‌شوند. در این رابطه نصیر^۱ و همکارانش در مطالعه‌ای با هدف مقایسه تغییرات فشار کاف هنگامی که کاف با هوا، لیدوکائین و مخلوط اکسیژن با نیتروکساید پر شده بودند، آنها در این مطالعه نشان دادند که در گروه هوا فشار داخل کاف در تمامی مراحل از سطح استاندارد بالاتر بوده و در گروه لیدوکائین یک درصد و در گروه مخلوط نیتروکساید و اکسیژن تغییرات قابل ملاحظه نبود.

همچنین می‌اور^۴ و سوزوک (۲۰۰۹) هم در توکای ژاپن در مطالعه‌ای با موضوع یک روش آزمایشگاهی برای اندازه‌گیری انتشار گازها از میان غشاء لوله تراشه به داخل کاف در برابر عبور مخلوطی از ۵۰ درصد نایتروس اکساید و ۵۰ درصد اکسیژن، نشان دادند به علت اختلاف گرادیان فشار بین گازهای اطراف کاف (عبوری از لوله) و گازهای موجود در کاف، تبادل گازها صورت گرفته و سبب تغییر در فشار کاف لوله تراشه شده است [۷].

به نظر می‌رسد علت عدم همخوانی این مطالعات با مطالعه حاضر ممکن است به این دلیل باشد، که با توجه به قوانین انتقال جرم مولکولی، انتشار گازها به صورت مولکول صورت گرفته در انتقال جرم، غلظت و سرعت تأثیر داشته و در نتیجه در انواع مختلف گازها، متفاوت می‌باشد. از طرفی مطابق

¹Nseir, ²Stein, ³Ishiguro, ⁴Miure, ⁵Ikeda, ⁶Neto, ⁷Inada

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این طرح پژوهشی را بعهده داشته است، کمال قدردانی را داریم. این مقاله حاصل بخشی از یافته های پایان تحصیلی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد.

منابع

1. Moslem AR, Nazemi SH. Comparing of post-operation pharyngitis between intubation with air and Normal Saline cuff. *Ofoogh-e-danesh* 2003; 9: 93-88. (Persian)
2. Nseir S, Duguet A, Copin M, Jonckheere J, Zhang M, Similowski T, et al. Continuous control of endotracheal cuff pressure and tracheal wall damage: a randomized controlled animal study. *Crit Care* 2007; 11: R109.
3. Valencia M, Chan S, Wong C, Cherng C. Determining an optimal tracheal tube cuff pressure by the feel of the pilot balloon: a training course for trainees providing airway care. *J Acta Anaesthesiol Taiwan* 2009; 47: 79-83.
4. Valencia M, Ferrer M, Farre R, Navajas D, Badia J, Nicolas J, et al. Automatic control of tracheal tube cuff pressure in ventilated patients in semirecumbent position: a randomized trial. *Crit Care Med* 2007; 35: 1543-1549.
5. Nick-bakhsh N, Naghshineh AA. Case report of tracheal stenosis with tracheal esophageal fistula following tracheal tube. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 1380; 2. (Persian)
6. Nseir S, Brisson H, Marquette C, Chaud P, Pompeo C, Diarra M, et al. Variations in endotracheal cuff pressure in intubated critically. *J Anaesthesiology* 2009; 26: 229-234.
7. Miure M, Suzuk T. An in vitro method to measure permeability of gases through a cuff membrane of tracheal tube in conditions relevant to its clinical Uses. *J Exp clin med* 2009; 34: 42-47.
8. Parvani V, Hoffman RJ, Russell A, Bharel C, Preblich C, Hahn IH. Practicing paramedics cannot generate or estimate safe endotracheal tube cuff pressure using standard techniques. *Prehosp Emerg Care* 2007; 11: 307-311.
9. Stein C, Berkowitz G, Kramer E. Assessment of safe endotracheal tube cuff pressures in emergency care - time for change. *S Afr Med J* 2011; 101: 44-57.
10. Ishiguro Y, Saito H, Nakata Y, Goto T, Terui K, Niimi Y, et al. Effect of xenon on endotracheal tube cuff. *J Clinical Anesthesia* 2000; 12: 371-373.

تهویه مکانیکی) نتایج حاکی از آن است که تغییرات درجه حرارت و درصد اکسیژن دمی بر فشار کاف لوله تراشه، مستقل از یکدیگر عمل می کنند. چرا که اثر تعاملی آنها ارتباط معنی داری را نشان نداد. این نتایج نشان دهنده این است که تغییرات حاصله در فشار کاف تنها ناشی از تغییرات درجه حرارت بوده است. تاکنون هیچ مطالعه ای در ایران و خارج از کشور که به طور همزمان تاثیر این دو پارامتر را بر فشار کاف مورد بررسی قرار داده باشند و متعاقب آن اثر تعاملی آنان را بر فشار کاف بسنجند، انجام نشده است.

در ضمن یافته های فرعی مطالعه حاضر نشان داد که در بررسی ارتباط میان میزان فشار کاف با مدت بستری، علت بستری، نوع انتوباسیون، شماره لوله، فشار خون سیستولیک، فشار خون دیاستولیک و فشار متوسط راه هوایی، تنها رابطه معنی دار مشاهده شده بین فشار کاف لوله تراشه و فشار متوسط راه هوایی بوده است. بنابراین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه نصیر و همکاران که نشان می دهد، ارتباط خطی بین حداکثر فشار راه هوایی و فشار کاف وجود داشت [۶]، همخوانی دارد.

انتوباسیون مطمئن و ایمن از موضوعاتی است که امروزه از اهمیت به سزایی برخوردار است به گونه ای که انتوباسیون به عنوان یک عامل پاتوژنیک و آسیب راه هوایی محسوب می شود، و اثر خود را به عنوان عاملی برای باز نگه داشتن راه هوایی و پیشگیری از آسیب راسیون و بروز پنومونی وابسته به ونتیلاتور خدشه دار می کند. شواهد حاکی از آن است که بیشتر فشار کافها در بخشهای مراقبت ویژه نامطلوب بوده و نیازمند اصلاح و کنترل است. علاوه بر آن وجود متغیرهایی از جمله تغییرات درجه حرارت به شکل هایپوترمی، هایپوترمی و تب به عنوان عاملی موثر در افزایش و کاهش فشار کاف بوده که کنترل و نظارت بیشتر جهت پیشگیری از بروز عوارض ناشی از آن را می طلبد. با توجه به افزایش خطر مرگ و میر در رابطه با عوارض افزایش و کاهش فشار کاف نیاز به اخذ تدابیری در زمینه آموزش پرسنل پرستاری و سرپرستاران این بخشها و همچنین تاکید بر نیاز به کنترل دقیق فشار داخل کاف لوله تراشه، در فواصل زمانی مناسب و در نهایت تامین امکانات مورد نیاز الزامی است.

تشکر و قدردانی

گروه تحقیقاتی این مطالعه بر خود لازم می داند از کلیه مسولان محترم دانشکده پرستاری و مامائی مشهد، استادان، مدیران، پرستاران و واحد های پژوهش در بیمارستانهای امام رضا(ع)، قائم(عج) و شهید کامیاب مشهد که در این پژوهش نهایت همکاری را داشته اند، کمال تشکر را بنماید. همچنین از حوزه

11. Ikeda S, Schweiss JF. Tracheal tube cuff volume changes during extracorporeal circulation. *Can J Anaesth Soc* 1980; 27: 453-457.
12. Neto S. Influence of temperature on tracheal tube cuff pressure during cardiac surgery. *J Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43: 333-337.
13. Inada T, Kawachi S, Kuroda M. Tracheal tube cuff pressure during cardiac surgery using cardiopulmonary bypass. *J Br Anaesth* 1995; 74: 283-286.
14. Glen M, Atlas MD. A mathematical model of differential tracheal tube cuff pressure: effects of diffusion and temperature. *J Clin Monit Comput* 2005; 19: 415-425.

Archive of SID