

حساسیت و ویژگی درجه حرارت زیر بغلی در تشخیص تب

دکتر مجتبی صداقت*: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر روزبه کاظمی: پزشک عمومی

دکتر ابراهیم گل محمدی: پزشک عمومی

فصلنامه پایش
سال دوم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۲ صص ۲۷۷-۲۸۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۴/۲۲

چکیده

سنجش حرارت بدن جزء ابزارهای با استفاده وسیع در طب بالینی است. تردیدهای به وجود آمده جدید در خصوص صحت سنجش درجه حرارت زیر بغلی، به عنوان یک روش ساده و در دسترس، پرسش‌هایی را در خصوص همخوانی این اندازه با سایر سنجش‌ها، نظیر درجه حرارت مقعدی و دهانی مطرح ساخته است. لذا بر آن شدیم که به مطالعه‌ای در خصوص حساسیت و ویژگی این آزمون دست بزنیم.

در این مطالعه مجموعاً ۴۰۰ نفر مراجعه کننده سالم و یا تب‌دار بالای ۵ سال به درمانگاه‌ها و بخش‌های بیمارستان شریعتی تهران مورد نمونه‌گیری به روش غیر احتمالی و سنجش درجه حرارت به هر دو روش زیر بغلی و دهانی قرار گرفتند. از ۴۰۰ فرد مورد بررسی قرار گرفته، ۲۶۷ نفر (۶۶/۷ درصد) مرد و ۱۳۳ نفر (۳۳/۳ درصد) زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۶/۳۹ سال ($\pm 0/56$)، میانگین درجه حرارت دهانی ۳۷/۵ ($\pm 0/51$) و میانگین درجه حرارت زیر بغلی ۳۶/۶ ($\pm 0/56$) درجه سانتی‌گراد بود. در صورت عدم افزودن ۰/۵ درجه سانتی‌گراد به درجه حرارت زیر بغلی در نقطه تشخیصی ۳۶/۸۵ و در صورت افزودن ۰/۵ درجه سانتی‌گراد در نقطه تشخیصی ۳۷/۳۵ حساسیت ۱۰۰ درصد و ویژگی ۹۸ درصد به دست آمد. نتیجه آن که استفاده از درجه حرارت زیر بغلی در صورت رعایت اصول استاندارد در اندازه‌گیری و انتخاب درجه حرارت صحیح برای تشخیص، کماکان از کارایی مناسبی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: درجه حرارت، زیر بغلی، دهانی

* نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی

تلفن: ۰۲۱۲۳۳۸۸۸۹۶۲۳۵۷

E-mail: sedaghat@sina.tums.ac.ir

مقدمه

سنجش حرارت یکی از ابزارهایی است که به طور شایع برای رسیدن به تشخیص و ارزیابی درمان از آن استفاده می شود. هدف این اندازه گیری تعیین حرارت مرکزی بدن است. حرارت مرکزی بدن علی رغم تغییرات پیرامونی در دمای محیط نسبتاً ثابت و در حدود ۳۷ درجه سانتی گراد باقی می ماند [۱]. اما آنچه از طریق پوست و بافت های سطحی اندازه گیری می شود تحت تأثیر دمای محیط قرار داشته و به ندرت ثابت می ماند [۲].

سنجش دمای مرکزی بدن از طریق زیر بغل روشی است که به دلیل دسترسی آسان و ایمن بودن به فراوانی و به ویژه در گروه های خاص نظیر اطفال، سالمندان و بیماران بدحال در بخش های مراقبت ویژه مورد استفاده قرار می گیرد. اما تردیدهایی در مورد دقت و صحت درجه حرارت زیر بغلی در اندازه گیری حرارت مرکزی ایجاد شده است [۳، ۴].

سهولت اندازه گیری از طریق زیر بغل در موارد فوق الذکر از یکسو و عدم استفاده و نظافت صحیح ترمومترهای دهانی و مقعدی که موجب نگرانی از انتقال بیماری (به ویژه بیماری های عفونی از جمله عفونت HIV) در جامعه بیماران شده است از سوی دیگر، ما را بر آن داشت تا با انجام پژوهشی در این زمینه پاسخی برای تردیدهای ارایه شده در مورد اندازه گیری درجه حرارت زیر بغلی به دست آوریم.

مواد و روش کار

در یک مطالعه مقطعی با نمونه گیری غیر تصادفی تعداد ۴۰۰ نفر از افراد سالم و یا تباردار مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی شهر تهران که بالاتر از ۵ سال سن داشتند و فاقد مشکلاتی در بستن دهان و زخم های دهانی، کاهش هوشیاری یا بی قراری، سابقه صرع و همچنین فاقد زخم در ناحیه زیر بغل بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

برای سنجش درجه حرارت دهانی از دماسنج جیوه ای «مخصوص دهان» استفاده گردید. دماسنج به مدت ۳ تا ۵ دقیقه در فضای زیر زبانی خلفی و پس از خواندن آن مجدداً ۱ دقیقه در همان محل قرار داده می شد و در صورت ثابت بودن نتیجه ثبت می گردید. سپس در همین افراد با رعایت شرایط استاندارد، دماسنج به مدت ۴-۶ دقیقه در خط میانی زیر بغل «در وضعیت موازی با بدن» و پس از خواندن آن مجدداً ۱ دقیقه در همان محل قرار داده می شد و در صورت ثابت بودن نتیجه ثبت می گردید.

نتایج مشاهدات با نرم افزار SPSS-10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و ویژگی و حساسیت درجه حرارت زیر بغلی نسبت به آزمون طلایی تشخیصی «درجه حرارت دهانی» در تشخیص تب در نقاط مختلف تصمیم گیری و بر اساس منحنی تشخیص (Receiver Operator Characteristic Curve) ROC مورد بررسی قرار گرفت.

نقطه تقاطع منحنی ROC با محور افقی بالایی نمودار برای به حداکثر رساندن حساسیت و بهترین ویژگی انتخاب گردید (در آنالیز حساسیت با توجه به تطابق قسمتی از نمودار با محور افقی، از میان اعداد با حساسیت ۱۰۰ درصد بالاترین ویژگی همدیاف انتخاب گردید).

همچنین در آنالیز تک متغیره از ضریب همبستگی Pearson و Independent sample t-test و برای بررسی رابطه متغیرهای باقیمانده از رگرسیون خطی استفاده گردید.

یافته ها

آماره های توصیفی افراد مورد بررسی در جدول شماره ۱ مشاهده می شود.

جدول شماره ۱- آماره های توصیفی سن، وزن، قد، درجه حرارت دهانی و زیر بغلی در ۴۰۰ فرد شرکت کننده در مطالعه

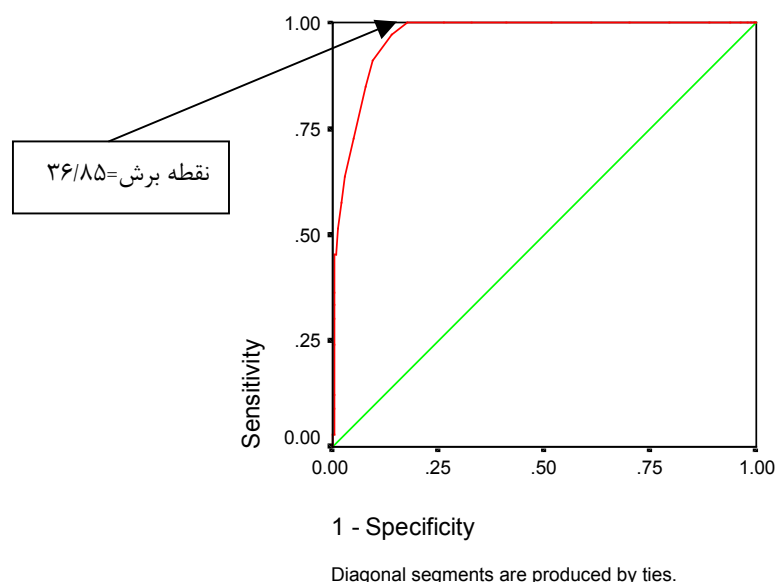
حد اقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
۱۱	۸۰	۴۶/۳۹	۱۷/۴۱
۳۵	۹۷	۶۲/۱۳	۱۰/۹۴
۱۴۵	۱۸۵	۱۶۵/۳۹	۷/۷۵
۳۶/۱	۳۹/۳	۳۷/۰۵	۰/۵۱
۳۵/۴	۳۹	۳۶/۶۰	۰/۵۶
سن (سال)			
وزن (کیلوگرم)			
قد (سانتی متر)			
درجه دهانی (سانتیگراد)			
درجه زیر بغلی (سانتیگراد)			

افزودن ۰/۵ درجه سانتی گراد به درجه حرارت زیربغلی تکرار شد. نقاط مناسب و حساسیت و ویژگی در هر یک از این نقاط در جدول شماره ۲ آورده شده است.

در آنالیز تک متغیره بین جنس، سن، BMI و درجه حرارت دهانی رابطه‌ای به دست نیامد (جدول شماره ۳)، ولی همبستگی درجه حرارت زیر بغلی در حد قوی معنی دار شد ($P < 0/05$) که از آن در رگرسیون خطی برای پیشگویی درجه حرارت دهانی استفاده شد (جدول شماره ۴).

از ۴۰۰ فرد مورد بررسی ۳۶۸ (۹۱/۸ درصد) سالم و ۳۳ مورد (۸/۳ درصد) تب دار بودند. میانگین اختلاف درجه حرارت دهانی و زیربغلی ۰/۴۵ درجه سانتی گراد با انحراف معیار ۰/۳۱ و خطای معیار ۰/۱۵ بود. برای رسیدن به بهترین نقطه از نظر حساسیت و ویژگی برای تشخیص تب، نقطه تقاطع منحنی ROC با محور افقی بالایی نمودار برای به حداکثر رساندن حساسیت و بهترین ویژگی انتخاب گردید که در آن، حساسیت ۱۰۰ درصد و ویژگی ۹۸ درصد بود (شکل شماره ۱). این کار با

شکل شماره ۱- نمودار ROC برای تعیین نقطه تشخیصی تب در درجه حرارت زیر بغلی بدون افزودن ۰/۵ درجه سانتی گراد



جدول شماره ۲- نقاط برش برای تشخیص تب یا بدون افزودن ۰/۵ درجه سانتی گراد به درجه حرارت زیر بغلی

ویژگی	حساسیت	نقطه تشخیصی	
۹۸	۱۰۰	۳۶/۸۵	بدون افزودن ۰/۵ درجه
۸۲/۳	۱۰۰	۳۷/۳۵	با افزودن ۰/۵ درجه

جدول شماره ۳- آنالیز تک متغیره رابطه سن، BMI، درجه حرارت زیر بغلی با درجه حرارت دهانی

P	
۰/۸۷۶	سن*
۰/۲۵	BMI
۰/۰۰۱	درجه حرارت زیر بغلی
۰/۳۷۴	جنس**

* به دست آمده با آنالیز همبستگی، ** به دست آمده با آزمون t مستقل

جدول شماره ۴- ضرایب آنالیز رگرسیون خطی پیش بینی درجه حرارت دهانی با درجه حرارت زیربغلی

P	خطای معیار	B
<۰/۰۰۱	۰/۹۳۵	۰/۷۶۱
<۰/۰۰۱	۰/۰۲۶	۹/۱۹۲

 $R^2=0/691$

بحث و نتیجه گیری

یک درجه حرارت غیرطبیعی ممکن است نشانگر عفونت، نئوپلاسم، اختلال در عملکرد تنظیم حرارت و یا بسیاری از تشخیص‌های دیگر باشد. سنجش درجه حرارت را شاید بتوان یکی از شایع‌ترین اقدامات پرستاری در بیماران دانست که بسیاری از تشخیص‌های طبی بر اساس آن بنا نهاده شده است. Watson در ۱۹۹۸ تأکید می‌کند که اندازه‌گیری دمای بدن باید دقیق و استاندارد باشد تا بتوان از آن برای اقدامات به موقع درمانی استفاده کرد. با این حال نتایج مطالعه وی نشان می‌دهد که تنها ۳۵ درصد از ترمومترها در جای صحیح قرار داده می‌شوند و ۷۶ درصد موارد به اندازه زمان توصیه شده در محل قرار داده نمی‌شوند و در هیچ موردی تمیزی آنها با روش‌های مطمئن صورت نمی‌گیرد [۵]. درجه حرارت شریان پولمونر به عنوان دقیق‌ترین نشانگر درجه حرارت مرکزی بدن در نظر گرفته می‌شود زیرا در واقع میانگین دمای خونی را که از ارگان‌های اصلی بدن می‌آید نشان می‌دهد. به هر حال به دلیل غیرعملی بودن و غیرضروری بودن آن در بخش، شاید بتوان آن را فقط در بیماران بسیار بدحال توصیه کرد [۶]. چند نقطه مفید دیگر از نظر بالینی در بدن وجود دارند که علاوه بر تهاجمی نبودن، عملی‌تر و دارای پذیرش بیشتری از طرف بیماران هستند.

Erikson در ۱۹۸۰ در مورد درجه حرارت دهانی اختلاف ۱/۷ درجه سانتی‌گراد را در نقاط مختلف دهان نشان داد و ثابت کرد که قراردادن صحیح درجه حرارت دهانی یعنی در حفره زیرزبانی خلفی در نزدیکی گیرنده‌های ویژه حرارتی بهترین نتایج را فراهم می‌کند [۷]. این روش شایع‌ترین روش اندازه‌گیری درجه حرارت بدن محسوب می‌شود [۸]. انجام این روش آسان و برای بیماران با پذیرش بیشتری همراه است. Edwards در ۱۹۹۷ بیان می‌کند که اندازه‌گیری درجه حرارت دهانی در بعضی بیماران از جمله افراد با کاهش هوشیاری،

کودکان کم سن و افراد مستعد به سرعت نمی‌تواند مناسب باشد [۹]. علاوه بر این نگرانی‌های به وجود آمده در مورد احتمال انتقال آلودگی‌های مختلف در اثر عدم رعایت شرایط استاندارد پاکسازی ترمومترها در میان مردم توجه‌ها را به سمت روش‌های ساده‌تر، مطمئن‌تر و ارزان‌تر سنجش سوق داده است. در مورد روش سنجش زیربغلی بحث‌های زیادی وجود دارد.

Fulbrook در ۱۹۹۳ اظهار می‌کند روش زیربغلی نمایشگر ضعیفی از حرارت مرکزی بدن است زیرا به هیچیک از عروق اصلی بدن نزدیک نمی‌باشد. دماسنج در سطح پوست قرار می‌گیرد که این باعث می‌شود در معرض تغییرات دمای محیطی قرار گیرد [۱۰]. Heindenreich و Giuffe در ۱۹۹۰ با این نظر مخالف بوده و اظهار می‌دارند که اگر از این روش به درستی استفاده شود به همان اندازه از صحت برخوردار است [۱۱]. تغییری در حدود ۰/۵ درجه سانتی‌گراد بین سنجش‌های زیربغلی چپ و راست گزارش شده است اما Holtzclaw در ۱۹۹۰ بیان می‌کند که تا زمانی که محل اندازه‌گیری ثابت است این روش از نظر بالینی سودمند خواهد بود [۱۲].

روش رکتال دقیق‌تر از روش دهانی یا زیربغلی محسوب می‌شود اما مطالعات اندکی وجود دارند که این روش‌ها را مستقیماً با هم مقایسه کرده باشند [۱۰]. نشان داده شده است که درجه حرارت رکتال ۰/۵ درجه سانتی‌گراد از درجه حرارت مرکزی بالاتر است [۱۱]. به هر حال تهاجمی بودن، مشکل و خجالت آور بودن روش رکتال باعث گردیده که کمتر مورد استفاده قرار گیرد.

در مطالعه ما میانگین اختلاف درجه حرارت دهانی و زیربغلی ۰/۴۵ با خطای معیار ۰/۱۵ برآورد گردید که نشانگر صحت نتایج مطالعات قبلی در مورد کمتر بودن درجه حرارت زیربغلی به میزان حدود ۰/۵ درجه سانتی‌گراد از درجه حرارت دهانی است. اما برای رسیدن به نقطه مناسب یا جدیدی برای تصمیم‌گیری از منحنی ROC استفاده گردید. محاسبات مورد

هر صورت دستیابی به حساسیت و ویژگی بالا در نقاط مورد نظر نشانگر مفید بودن روش سنجش درجه حرارت زیربغلی به عنوان نشانگری از درجه حرارت مرکزی بدن و وضعیت سلامت عمومی بدن محسوب می شود. به شرط آن که با روش و با نقاط تصمیم گیری صحیح به کار برده شود.

نظر برای رسیدن به نقطه ای با حساسیت ۱۰۰ درصد و ویژگی ۹۸ درصد در ۲ حالت مختلف انجام شد. ابتدا بدون افزودن عدد ثابت ۰/۵ و سپس با افزودن آن نقاط بهینه برای تصمیم گیری محاسبه گردید. چنانچه در جدول شماره ۲ مشاهده می شود در حالت اول نقطه برش مناسب برای تشخیص تب ۳۶/۸۵ و در حالت دوم ۳۷/۳۵ برآورد گردید. در

منابع

- 1- Edholm OG. Alan hot and cold. 1st Edition, Edward Arnold Ltd: London, 1978
- 2- Stainer MW, Mount LE, Bligh J. Energy balance and temperature regulation. 1st Edition, Cambridge University Press: London, 1984
- 3- Haddock BJ, Merrow DL, Swanson MS. The falling grace of axillary temperature. Pediatric Nurse 1996; 22: 121-5
- 4- Mari I, Pouchot J, Vinceneux P. Measurment of body temperature in clinical practice. Revica Medica Interna 1997; 18: 30-6
- 5- Watson R. Controlling body temperature in adults. Nursing standard 1998; 12: 49-5
- 6- Bartlett EM. Temperature measurment: why and who in intensive care. Intensive and Critical Care Nursing 1999; 12: 50-54
- 7- Erikson R. Oral temperature differences in relation to thermometer and technique. Nursing Research 1980; 29: 157-64
- 8- Brown P. Temperature taking: getting it right. Nursing Standard 1990; 5: 4-5
- 9- Edwards S. Measuring temperature. Professional Nursing 1997; 13: 55-57
- 10- Fulbrook P. A comparison of rectal, axillary and pulmonary artery blood temperature. Intensive and Critical Care Nursing 1993; 9: 217-225
- 11- Heindenreich T, Giuffe M. Postoperative temperature measurement. Nursign Research. 1990; 39: 153-55
- 12- Holtzclaw B. Temperature problems in the post-operative period. Critical Care Nursing Clinics of North America 1990; 2: 589-97