

میزان بروز ترومبولیت ناشی از کاتتر ورید محیطی در بیماران بالغ بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان

دکتر راهب قربانی*: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
دکتر محمد نساجی زواره: استادیار، گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
دکتر گوهر جورابلو: پزشک عمومی

فصلنامه پایش

سال چهارم شماره سوم تابستان ۱۳۸۴ صص ۱۷۵-۱۸۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۴/۱۸

چکیده

از عفونت‌های شایع و مهم بیمارستانی، ترومبولیت ناشی از کاتتر ورید محیطی است. فاکتورهایی که خطر ابتلا به ترومبولیت را افزایش می‌دهند موارد زیر را شامل می‌شوند: سن بالای ۶۰ سال و وجود یک سری بیماری‌های زمینه‌ای (سوختگی پوست، بیماری عفونی و...)، گذاشتن اورژانسی کاتتر، کاتتر اندام تحتانی و اندازه کاتتر. هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان بروز ترومبولیت کاتتر ورید محیطی در بیماران بالغ بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان و بررسی برخی عوامل مرتبط با آن است. سیصد بیمار بستری در بیمارستان که حداقل ۷۲ ساعت کاتتر داشتند، تحت نظر گرفته شدند و اطلاعات لازم ثبت شد. این بیماران روزانه از نظر علائم ترومبولیت (گرمی، قرمزی، درد یا حساسیت و تورم محل کاتتر) بررسی و هر بیماری که چهار علامت فوق را پیدا می‌نمود، از نظر ابتلا به فلبیت مثبت تلقی می‌گردید. بیمارانی که قبل از سه روز ترخیص کاتتر آنها خارج می‌شد، از مطالعه خارج شدند. داده‌ها نیز با استفاده از رگرسیون لجستیک در سطح معنی‌داری ۵٪ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در مطالعه انجام شده ۲۶ درصد بیماران (با فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۱-۲۱٪) دچار ترومبولیت شدند. بین میزان بروز ترومبولیت کاتتر ورید محیطی با محل قرار گرفتن کاتتر ($OR=3/3$)، نحوه گذاشتن کاتتر ($OR=2/1$)، بیماری عفونی زمینه‌ای ($OR=6/2$)، بیماری دیابت ($OR=7/8$)، جنس بیمار ($OR=1/5$) و سوختگی پوست محل ورود کاتتر ($OR=4$) ارتباط معنی‌داری دیده شد. به طوری که بروز فلبیت در زنان بیشتر از مردان بود. همچنین اورژانسی گذاشتن کاتتر نسبت به حالت غیر اورژانسی و نیز قرار دادن کاتتر در اندام تحتانی نسبت به اندام فوقانی خطر بروز فلبیت را بیشتر می‌کند. با توجه به شیوع قابل توجه فلبیت در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان، توصیه می‌شود آموزش‌های لازم در خصوص نحوه گذاشتن و محل قرار دادن کاتتر داده شود. همچنین در بیماران دیابتی حتی الامکان از گذاشتن کاتتر خودداری شود و در بیماران عفونی از آنتی بیوتیک‌هایی استفاده شود که احتمال فلبیت در اثر مصرف آنها کمتر است.

کلیدواژه‌ها: کاتتر، ترومبولیت، ورید محیطی

* نویسنده پاسخگو: سمنان، بلوار بسیج، مدیریت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

تلفن: ۰۲۳۱-۴۴۴۱۴۲۰ نامبر: ۰۲۳۱-۴۴۴۰۲۲۵

E-mail: R_ghorbani@sem-ums.ac.ir

مقدمه

پیشرفت‌های علم پزشکی منجر به استفاده از وسایل زیادی جهت درمان بیماران شده است که این امر مشکلات زیادی را نیز به همراه داشته است. یکی از این وسایل که به کرات از آن استفاده می‌شود، کاتتر وریدی است که از یک طرف کاربردهای مختلفی از جمله دادن مایع یا دارو، فرآورده‌های خونی و یا گرفتن نمونه خون دارد و از طرف دیگر راهی برای آسیب عروقی و ورود میکروارگانیسم‌ها به داخل خون محسوب می‌شود [۱]. یکی از عوارض کاتترهای وریدی ترومبوفلیت می‌باشد که عبارت است از التهاب دیواره ورید به علت تحریک مکانیکی یا شیمیایی و یا عوامل عفونی. تشخیص این عارضه معمولاً بالینی و بر اساس علائم درد، گرمی، قرمزی و حساسیت و برجستگی در محل ورید تشخیص داده می‌شود [۲]. عفونت منتشره و آمبولی (به خصوص آمبولی ریه) دو عارضه مهم ترومبوفلیت هستند [۳].

حدود ۲۰ درصد موارد فلیت‌ها با کولونیزاسیون باکتری در کاتتر همراه است (فلیت چرکی) که می‌تواند منجر به انتشار میکروب به خون شود [۴]. عوامل شایع فلیت‌های عفونی، میکروب‌هایی هستند که مرکز کاتتر و پوست اطراف محل ورود کاتتر را کلونیزه می‌کنند و گرم مثبت‌ها به‌ویژه استاف کوکولاز منفی و استاف اورئوس و انتروکوک شایع‌ترین عوامل هستند که از سوراخ یا سطح خارجی کاتتر وارد جریان خون می‌شوند [۳]. میزان بروز ترومبوفلیت ناشی از کاتتر در مطالعات مختلف، با توجه به تعداد معیارهای بالینی به کار برده شده (۲ تا ۴ معیار) بین ۲/۳ درصد [۴] تا ۳۹ درصد [۵] گزارش شده است. ایجاد فلیت به عوامل زیادی بستگی دارد از جمله: نوع کاتتر (پلاستیکی و تفلونی نسبت به فلزی خطر بیشتری دارد)، محل قرار دادن کاتتر (اندام تحتانی خطر بیشتری نسبت به اندام فوقانی دارد)، نوع قراردادن (اورژانسی بیشتر از انتخابی)، اندازه، طول مدت حضور کاتتر در بدن، دستکاری‌های مکرر، سن بالای ۶۰ سال و کمتر از یک سال، سوختگی و بیماری‌های ضعیف کننده ایمنی [۱]. با توجه به این که ترومبوفلیت ناشی از کاتتر، منشأ عفونت‌های شایع بیمارستانی است که جدی‌ترین و کشنده‌ترین عارضه آن، پیدایش ترومبوآمبولی ریوی است و این که علاوه بر افزایش

مورتالیتی و موربیدیتی بیماران، هزینه زیادی جهت مراقبت از بیماران متوجه بیمار و بیمارستان می‌شود، مطالعه حاضر در صدد است با برآورد میزان بروز ترومبوفلیت ناشی از کاتتر ورید محیطی در بیماران بالغ بستری در بیمارستان، ارزیابی مناسبی از وضعیت موجود در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان ارائه نماید.

مواد و روش کار

سیصد بیمار بالغی که به هر علت طی سال ۱۳۸۲ حداقل سه روز در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان بستری و دارای کاتتر وریدی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد روزانه از نظر علائم ترومبوفلیت (گرمی، قرمزی، درد یا حساسیت و تورم محل کاتتر) بررسی شده و هر بیماری که چهار علامت فوق را پیدا می‌نمود، از نظر ابتلا به ترومبوفلیت مثبت تلقی می‌شد [۲، ۴، ۶-۷]. از این بیماران اطلاعات مربوط به جنس، سن، سابقه ابتلا به دیابت (اگر بیمار قبلاً تحت درمان دارویی یا رژیم قرار داشته، دیابتیک در نظر گرفته می‌شد)، سوختگی پوست محل ورود کاتتر، وجود تروما، وجود بیماری عفونی (بر اساس معیارهای بالینی و آزمایشگاهی که بیمار به آن علت در بیمارستان بستری شده است)، محل قرار گرفتن کاتتر و نحوه گذاشتن آن (اورژانسی یا انتخابی) دریافت و ثبت شد. بیمارانی که قبل از سه روز ترخیص یا کاتتر آنها خارج می‌شد و همچنین بیماران مصرف کننده قرص‌های ضد حاملگی و بیماران دارای بیماری‌های همراه با حالت انعقادپذیری شناخته شده (نظیر آنتی کاردیولپین آنتی بادی، آنتی فسفو لیپید آنتی بادی و کمبود پروتئین C و S) از مطالعه حذف شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، با تعیین میزان بروز در گروه‌های مختلف، ارتباط آن با عوامل دیگر از طریق رگرسیون لجستیک در سطح معنی داری ۵٪ تعیین شد.

یافته‌ها

از سیصد بیمار مورد بررسی ۵۱/۷ درصد زن بودند. از نظر سنی ۵۶/۳ درصد زیر ۶۰ سال و مابقی ۶۰ سال و بالاتر سن داشتند. میزان بروز ترومبوفلیت ناشی از کاتتر ورید محیطی در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان ۲۶ درصد (با فاصله

با سوختگی پوست محل ورود کاتتر ۴ برابر بیماران بدون سوختگی پوست محل ورود کاتتر در خطر ابتلا به فلبیت بودند (جدول شماره ۱). ۷۶/۹ درصد از بیمارانی که محل کاتتر، اندام تحتانی بود و ۲۳/۷ درصد از بیمارانی که محل کاتتر اندام فوقانی بود، مبتلا به فلبیت شدند. خطر بروز فلبیت در افرادی که محل کاتتر در اندام تحتانی بود ۳/۳ برابر بیمارانی بود که محل کاتتر اندام فوقانی بود. همچنین بیمارانی که گذاشتن کاتتر در مورد آنان اورژانسی بود ۲/۱ برابر بیماران غیر اورژانسی در خطر ابتلا به فلبیت قرار داشتند (جدول شماره ۲). بین وجود تروما، اندازه کاتتر و سن بیمار با بروز فلبیت ارتباطی دیده نشد (جدول شماره ۱ و ۲).

اطمینان ۹۵٪ (= ۳۱-۲۱٪) بوده است. میزان بروز ترومبوفلیت در زنان ۳۱ درصد و در مردان ۲۰/۷ درصد بوده است. به طوری که زنان ۱/۵ برابر مردان ($OR=1/5$) در خطر ابتلا به فلبیت بودند. از نظر سنی ارتباط معنی داری بین سن و میزان بروز ترومبوفلیت دیده نشد (جدول شماره ۱). ۵۷/۷ درصد بیماران دیابتی و ۷/۴ درصد بیماران غیر دیابتی، مبتلا به فلبیت شدند. خطر بروز فلبیت در بیماران دیابتی ۷/۸ برابر بیماران غیر دیابتی بود ($OR=7/8$). وجود بیماری‌های عفونی ($OR=6/2$) و همچنین سوختگی پوست محل ورود کاتتر ($OR=4$) به عنوان عامل خطر بروز فلبیت بوده‌اند. به طوری که بیماران مبتلا به بیماری عفونی ۶/۲ برابر بیماران غیر عفونی و همچنین بیماران

جدول شماره ۱- میزان بروز فلبیت کاتتر ورید محیطی در بیماران بالغ بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان

به تفکیک مشخصه‌های فردی

تعداد نمونه	تعداد بیمار مبتلا به ترومبوفلیت	میزان بروز ترومبوفلیت (%)	نسبت شانس (OR^*)	فاصله اطمینان ۹۵٪ (نسبت شانس) (OR)
جنس				
زن	۱۵۵	۳۱	۱/۵	۱/۰۱-۲/۲
مرد	۱۴۵	۲۰/۷		
سن (سال)				
کمتر از ۶۰	۱۶۹	۲۷/۸	۱/۲	۰/۸-۱/۷
۶۰ و بالاتر	۱۳۱	۲۳/۷		
ابتلا به دیابت				
+	۱۱۱	۵۷/۷	۷/۸	۴/۶-۱۳/۲
-	۱۸۹	۷/۴		
سوختگی پوست محل ورود کاتتر				
+	۳	۱۰۰	۴	۳/۳-۴/۸
-	۲۹۷	۲۵/۳		
وجود تروما				
+	۵۸	۳۲/۸	۱/۳	۰/۹-۲/۱
-	۲۴۲	۳۴/۴		
وجود بیماری‌های عفونی				
+	۶۷	۷۴/۶	۶/۲	۴/۳-۹
-	۲۳۳	۱۲		
	۲۸			

*OR: Odds Ratio

جدول شماره ۲- میزان بروز فلبيت کاتتر ورید محيطی در بيماران بالغ بستری در بيمارستان‌های آموزشی شهر سمنان
به تفکیک عوامل مربوط به بيمارستان

تعداد نمونه	تعداد بيمار مبتلا به ترومبوفلبیت	میزان بروز ترومبوفلبیت (%)	نسبت شانس (OR*)	فاصله اطمینان ۹۵٪ (نسبت شانس) (OR)
محل قرار گرفتن کاتتر				
اندام تحتانی	۱۳	۷۶/۹	۳/۳	۲/۲-۴/۸
اندام فوقانی	۲۸۷	۲۳/۷		
نحوه گذاشتن کاتتر				
اورژانسی	۱۴۰	۳۵/۷	۲/۱	۱/۴-۳/۱
غیر اورژانسی	۱۶۰	۱۷/۵		
اندازه کاتتر				
20G1 صورتی	۱۰۹	۲۷/۵	۱/۱	۰/۸-۱/۷
18G1 سبز	۱۹۰	۲۴/۷		

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد ۲۶ درصد بيماران (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۱-۳۱٪) دچار ترومبوفلبیت شدند. در مطالعات مختلف این میزان از ۲/۳ درصد [۴] تا ۳۹ درصد [۵] گزارش شده است. میزان بروز فلبيت در مطالعه‌ای در فرانسه بر روی ۵۲۵ بیمار ۲۲ درصد [۸]، در آلمان بر روی ۱۷۵ بیمار ۱۲/۹ درصد [۹]، در سوئیس ۱۹/۷ درصد [۷] و در آمریکا بر روی ۳۰۹۴ بیمار با کاتتر غیر فلزی ۲/۳ درصد [۱۰] بوده است. معیار فلبيت در برخی از مطالعات [۸، ۱۱] حداقل دو علامت از چهار علامت (قرمزی، دردناکی در لمس و تورم یا برجستگی) بوده است. مسلماً اگر معیار فلبيت در مطالعات فوق چهار علامت ذکر شده در نظر گرفته می‌شد، میزان بروز فلبيت کمتر بود. این نشان دهنده بروز بالای فلبيت در بيمارستان‌های آموزشی شهر سمنان است. از یافته‌های دیگر مطالعه وجود ارتباط بین بروز فلبيت با جنس، دیابتی بودن بیمار، داشتن بیماری عفونی، وجود سوختگی پوست در محل ورود کاتتر، اورژانسی گذاشتن کاتتر و گذاشتن کاتتر در اندام تحتانی بوده است. مطالعاتی [۱۱، ۱۲] وجود ارتباط معنی‌داری را بین جنس و بروز فلبيت گزارش کردند. هر چند مطالعات دیگری [۹] وجود چنین ارتباطی را تأیید نکردند. شاید تفاوت‌های هورمونی در زنان و مردان نقش داشته باشد.

برخلاف نتایج این مطالعه، مطالعات دیگری عامل خطر بودن سن بیمار را گزارش کرده‌اند [۸، ۷]. مکان قراردادن کاتتر، نسبت به تعویض آن خیلی مهم‌تر است [۱۳]. بیشتر عفونت‌های کاتتر ناشی از

مهاجرت میکروارگانیسم‌های پوست به درون زیر جلد از راه کاتتر هستند. پس کاتتر در مناطقی که میکروب تمایل بیشتری برای کلونیزاسیون دارد یا جایی که حرکات بیمار می‌تواند کاتتر را جا بجا کند، مثل گردن و حفره قدامی آرنج گذاشته نشود. در ضمن به خاطر افزایش خطر عفونت و ترومبوفلبیتی بیشتر در اندام تحتانی، اندام فوقانی امتیاز بیشتری برای گذاشتن کاتتر دارد [۱۴]. همچنین قرار دادن کاتتر به صورت اورژانسی به علت عدم رعایت استریلیزاسیون با خطر بالای عفونت همراه است [۱۳]. اندازه کاتتر نیز یکی از عواملی است که بر اساس نتایج مطالعات زیادی [۷، ۱۵، ۱۶] احتمال فلبيت را بیشتر می‌کند. ولی در این مطالعه به عنوان عامل خطر مطرح نشد. شاید یکی از دلایل این باشد که کاتتر خیلی بزرگ (طوسی) در این مطالعه استفاده نشده است. از عوامل خطر دیگر ابتلا به فلبيت در این مطالعه سوختگی در محل کاتتر است که در برخی مطالعات [۷] به آن اشاره شده است و دلیل آن احتمالاً از بین رفتن به هم پیوستگی و نیز کولونیزه شدن بیشتر میکروب‌ها در محل سوختگی است.

ابتلا به بیماری عفونی از عوامل دیگر خطر ابتلا به فلبيت در این مطالعه بوده، که در برخی از مطالعات دیگر نیز به آن اشاره شده است [۸، ۱۱، ۱۷]. یکی از دلایل احتمالی آن مصرف آنتی بیوتیک است که از علل فلبيت شیمیایی محسوب می‌شود. در مطالعه‌ای در اسپانیا میزان بروز فلبيت در بیمارانی که آنتی بیوتیک وریدی می‌گرفتند ۳۹ درصد گزارش شده است [۵]. ابتلا به دیابت نیز در این مطالعه به عنوان یک عامل

محل کاتتر هر ۷۲ ساعت عوض شود و اگر کاتتر در بیمار به‌طور اورژانسی گذاشته شده است یا اگر فرد، بیماری زمینه‌ای مثل بیماری عفونی و یا نقص ایمنی داشته باشد هر ۲۴ ساعت کاتتر عوض شود. در بیماران عفونی هم دقت شود که آنتی بیوتیک‌ها بیشتر به صورت انفوزیون و نیز از آنتی بیوتیک‌هایی استفاده شود که احتمال بروز فلجیت را کمتری کنند. همچنین در بیماران دیابتی حتی الامکان از گذاشتن غیر ضروری کاتتر اجتناب شود.

خطر مطرح بوده است. دلیل بالا بودن بروز فلجیت در بیماران مبتلا به دیابت، احتمالاً به علت تغییراتی است که در اندوتلیوم عروق یا در سیستم ایمنی ایجاد می‌شود. با توجه به شیوع نسبتاً بالای فلجیت در این مطالعه توصیه می‌شود که آموزش‌های بیشتری در مورد نحوه گذاشتن و مراقبت از کاتترهای وریدی صورت گیرد. شستن دست‌ها یک اقدام مهم در کنترل عفونت و پیشگیری است که در تمام مراحل گذاشتن کاتتر تا نگه داشتن آن در بدن و برداشتن کاتتر اهمیت دارد.

منابع

- 1-David H. Infections due to percutaneous intravascular devices. In: Mandell, Douglas ,Bennett's Principles and practice of infectious diseases. 5th Edition, Churchill Living stone: Philadelphia, 2000: 3005-20
- 2-Paul W, Tham R. Diagnosis and management of disease of the peripheral arteries. In:Hurst's The Heart. 10th Edition, McGraw Hill: New York, 2001: 2443
- 3-Robbins C, Iiumar K. Pathologic Basis of Disease. 6th Edition, Saunders Company: UK, 1999: 530-31
- 4-Blot F. Infections of intravascular perfusion sets. Review Practice 2003; 53: 2119-2127
- 5-Monreal M, Quilez F, Rey-Joly C, Rodriguez S, Sopena N, Neira C, et al. Infusion phlebitis in patients with acute pneumonia: a prospective study. Chest 1999; 115: 1576-80
- 6-Creager MA, Dzau VJ. Vascular Diseases of the Extremities. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th Edition, McGraw-Hill: New York, 2001: 1440-41
- 7-Bregenzer T, Conen D, Sakmann P, Widmer AF. Is routine replacement of peripheral intravenous catheters necessary? Archive of Internal Medicine 1998; 158: 151-156
- 8-Barbut F, Pistone T, Guiguet M, Gaspard R, Rocher M, Dousset C, et al. Complications due to peripheral venous catheterization. Prospective Study Pressed Medicine 2003; 32: 450-56
- 9-Cornely OA, Bethe U, Pauls R, Waldschmidt D. Peripheral teflon catheters: factors determining incidence of phlebitis and duration of cannulation. Infection Control of Hospitals Epidemiologists 2002; 23: 249-53
- 10-Tager IB, Ginsberg MB, Ellis SE, Walsh NE, Dupont I, Simchen E, et al. An epidemiologic study of the risks associated with peripheral intravenous catheters. American Journal of Epidemiology 1983; 118: 839-51
- 11-Maki DG, Ringer M. Risk factors for infusion related phlebitis with small peripheral venous catheters: a randomized controlled trial. Annual of Internal Medicine 1991; 114: 845-54
- 12-Tully JL, Friedland GH, Baldini LM, Goldmann DA. Complications of intravenous therapy with steel needles and Teflon catheters: a comparative study. American Journal of Medicine 1981; 70: 702-6
- 13-O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, Center for Disease Control and Prevention: US: Pediatrics 2002; 110: 51-55
- 14-Rigdon RO. Protocols for the prevention of intravascular device-related infections. Critical Care Nursing 2001; 24: 39-47
- 15-Mermel LA, Prevention of intravascular catheter-related infections Annual of Internal Medicine 2000 ; 132: 391-402
- 16-Tan RH, Dart AJ, Dowling BA. Catheters: a review of the selection, utilization and complications of catheters for peripheral venous access. Australian Vet Journal 2003; 81: 136-39
- 17-Ena J, Cercenado E, Martinez D, Bouza E. Cross-sectional epidemiology of phlebitis and catheter-related infections. Infection Control of Hospitals Epidemiologists 1992; 13: 15-20