

بررسی نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی مرکز آموزشی درمانی شهر رشت

پژوهش از: ماریا کلهر*

چکیده:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی^۱ است که با هدف «تعیین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت در سال ۱۳۷۷ انجام شده است. بکارگیری روشهای پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی به دو صورت پیشگیری دارویی و غیردارویی بررسی شده است. نمونه‌های مطالعه به روش تصادفی انتخاب شدند و شامل ۲۷۰ نفر بیمار بستری در بخشهای جراحی مراکز آموزشی درمانی شهر رشت می‌باشد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش است که بخش اول پرسشنامه‌ای در زمینه مشخصات فردی و بخش دوم فرم فهرست کنترل است که مشتمل بر دو قسمت بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی و غیردارویی بود جهت تحلیل یافته‌ها از آزمون آماری کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. در پاسخ به سؤال اول پژوهش، یافته‌ها بیانگر این بود که نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی در بیماران بستری در مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت ۱۶/۷ درصد در حد مطلوب و ۸۳/۳ درصد در حد نامطلوب بوده است. در پاسخ به سؤال دوم پژوهش یافته‌ها نشان داد که نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی در بیماران بستری در مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت ۵۵/۲ درصد در حد مطلوب و ۴۴/۸ درصد در حد نامطلوب بوده است. در پاسخ به سؤال سوم پژوهش که آیا نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی از ترومبوز ورید عمقی با برخی مشخصات فردی ارتباط دارد؟ آزمونهای دقیق فیشر و کای دو نشان داد که بین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی با متغیرهای سن، جنس، محل عمل جراحی، نوع بیهوشی، مدت بیهوشی، عوامل مستعدکننده ترومبوز (واریس، مصرف قرص ضدبارداری، بیماریهای قلبی، بدخیمی‌ها، حوادث مغزی عروقی)، طول مدت استراحت مطلق ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. در پاسخ به سؤال چهارم پژوهش که آیا نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی با برخی مشخصات فردی ارتباط دارد؟ آزمونهای کای دو و فیشر نشان داد که بین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی با متغیرهای سن، نوع بیهوشی، واریس، مصرف قرص ضدبارداری، بیماریهای قلبی، طول مدت استراحت مطلق و حوادث مغزی عروقی ارتباط معنی‌دار وجود ندارد. اما آزمون کای دو میان متغیرهای جنس ($P < 0/01$)، محل عمل جراحی ($P < 0/001$)، مدت بیهوشی ($P < 0/001$) و بدخیمی‌ها ($P < 0/001$) ارتباط معنی‌دار را تأیید نمود. در پایان، کاربرد نتایج این پژوهش در حیطه‌های آموزش و خدمات بالینی بیان شده و براساس یافته‌ها، پیشنهاداتی جهت پژوهشهای بعدی ارائه گشت.

مقدمه:

ترومبوز ورید عمقی بیش از صد سال است که جزو

* کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی متنجد

مکانیکی تقسیم گردیده است (کیلوچ^۱ و همکاران ۱۹۹۵). پیشگیری از عوارض پس از جراحی و ارتقاء بیمار به سطح ممکن سلامتی یکی از نقشهای بارز پرستاری است بطوری که پرستاران با استفاده از برنامه‌ریزی و اجرای تدابیر صحیح و بموقع و کسب اطلاعات و درک اهمیت پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی می‌توانند نقش خود را به بهترین وجه ایفاء نمایند (دیانتی ۱۳۷۴).

اهداف پژوهش:

هدف کلی:

تعیین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت سال ۷۷.

اهداف ویژه:

- ۱ - تعیین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیر دارویی از ترومبوز ورید عمقی.
- ۲ - تعیین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی.
- ۳ - تعیین ارتباط نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیر دارویی از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی با برخی مشخصات فردی بیماران.
- ۴ - تعیین ارتباط نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی با برخی مشخصات فردی بیماران.

بیماریهای شایع شناخته شده است (نلسون^۱، ۱۹۹۱) بیماران تحت عمل جراحی از گروههای در معرض خطر ترومبوز ورید عمقی می‌باشند (سی‌ویتا و همکاران^۲، ۱۹۹۷).

فولر^۳ (۱۹۹۵) از مواردی چون سن بالا، ترومبوز قبلی، بدخیمی، عدم حرکت طولانی یا فلج، وریدهای واریسی، نارسایی قلبی، چاقی، مصرف سیگار، صدمه به پایین ساق پا، جراحیهای نظیر ارتوپدی، زنان، زایمان، اعصاب، مصرف قرصهای ضد حاملگی و بیماریهای کلیوی بعنوان عوامل خطر ترومبوز ورید عمقی نام برده است.

معمولاً ترومبوز ورید عمقی در طی ۵ روز بعد از عمل اتفاق می‌افتد (تورپی^۴، ۱۹۹۵). شیوع این بیماری در بیش از ۵۰ درصد بیماران تحت عمل جراحی ارتوپدی بویژه ناحیه لگن و زانو، ۱۰ تا ۴۰ درصد جراحیهای شکمی و سینه‌ای (هاریسون، ۱۹۹۸)، ۴۰ درصد جراحی زنان (طولابی^۵، ۱۳۷۳)، ۱۳ تا ۲۹ درصد جراحی اعصاب، ۸۰ درصد صدمات نخاعی (فولر^۳، ۱۹۹۵) و ۸ تا ۸۰ درصد جراحیهای ادراری گزارش شده است (کو^۶ و همکاران، ۱۹۷۸). ترومبوز ورید عمقی که در بیماران بستری در بیمارستان بوجود می‌آید تهدیدی برای بهبودی محسوب می‌گردد و بطور غیرمنتظره‌ای با مرگ و میر همراه است و به آمبولی ریه که یک عارضه کشنده است منجر می‌گردد (اوتار^۷، ۱۹۹۶).

۹۹ درصد آمبولی ناشی از ترومبوز است و تقریباً ۹۰ درصد آن مربوط به وریدهای ساق و لگن می‌باشد (لاکمن^۸، ۱۹۹۷).

آمبولی ریوی سومین عامل شیوع مرگهای ناگهانی در ایالات متحده آمریکاست، تخمین زده می‌شود که حدود ۵۰۰/۰۰۰ مورد ابتلاء سالانه وجود دارد و ترومبوآمبولی وریدهای عمقی همراه با آمبولی ریوی موجب مرگ بیش از ۵۰۰/۰۰۰ مورد در سال می‌شود (شقایی فلاح، ۱۳۷۶).

بنابراین روشهای پیشگیری کننده از ترومبوز ورید عمقی بطور قابل توجهی از درمان باارزستر است (اوتار^۷، ۱۹۹۶). روشهای پیشگیری به دو دسته دارویی و

1 - Neilson

2 - Civita. etal

3 - Fowler

4 - Turpie

5 - Co & etal

6 - Autar

7 - Luckman

8 - Killwich etal

مروری بر مطالعات:

مرلی و همکاران (۱۹۹۲) در آمریکا مطالعه‌ای تحت عنوان پیشگیری مکانیکی و دارویی برای ترومبوز ورید عمقی در بیماران با صدمات طناب نخاعی انجام دادند. هدف از این مطالعه ارزیابی استفاده همزمان فشار هوای خارجی، آستین و جورابهای کشی و تزریق زیرجلدی هپارین به مقدار کم به عنوان پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در دو هفته اول پس از صدمات نخاعی حاد بوده است. نمونه‌های این مطالعه شامل ۲۱ بیمار ۱۵ سال به بالا با صدمات مهره‌ای بین C و T همراه با اختلال نسبی یا کامل تحرک بودند که ظرف ۷۲ ساعت گذشته ایجاد شده بود. بیماران دارای اختلالات خونریزی دهنده و بروز سکت قلبی ظرف شش ماه گذشته، شکستگی استخوانهای بلند، صدمه به شریانها، سندرم بعد از فلجیت، سلولیت اندام تحتانی، اختلالات کبدی، کلیوی و همچنین بیماران باردار و بیمارانی که داروهای ضد انعقاد دریافت می‌کردند، حذف گردیدند. از همه بیماران بعد از توضیح روشها رضایت‌نامه گرفته شد. توسط وسیله‌ای که فشار تدریجی روی زانو ایجاد می‌کرد فشار هوای خارجی استفاده شد. آستین و جوراب کشی ۲۳ ساعت در روز استفاده و یک ساعت برای حمام و مراقبت پوست خارج می‌شد. هپارین به مقدار ۵۰۰۰ واحد زیر جلدی در ناحیه شکم هر ۱۲ ساعت تزریق می‌شد. بطور روزانه از بیماران بوسیله فیبرنوژن ید ۱۲۵ به مدت ۲ هفته اسکن گرفته شد. ضابطه تشخیص ترومبوز ورید عمقی افزایش جذب به میزان ۲۰ درصد یا بیشتر بود که موارد مثبت بوسیله ونوگرافی تأیید شد.

۲۱ بیمار با توجه به سن، جنس، سطح ضایعه، جراحی و طول ید ۱۲۵ اسکن با گروه بیماران قلبی پژوهشگران که گزارش شده بود مطابقت داده شد. ۱۷ نفر به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند.

ترومبوز در ۱/۱۹ درصد بیماران ظاهر گردید. در حالی که در گروه شاهد (تحت درمان نبودند) در ۶/۸۷ درصد بیماران ترومبوز مشاهده شد که در مقایسه این دو گروه کاهش ابتلاء به ترومبوز (۰/۰۲) $P =$ در گروه تحت

درمان نشان داده شد. بروز ترومبوز در بیماران گروه شاهد ۶ مورد و در گروه تجربه یک مورد بود که نتایج آزمونهای آماری تفاوت معنی‌داری را با (۰/۰۴) $P =$ نسبت به گروه مداوا (تجربه) نشان می‌داد. نتایج نشان داد استفاده توأم از سه روش، رویکرد مؤثرتری در پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در مبتلایان به صدمات نخاعی است.

روش پژوهش:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است و نمونه‌های پژوهش شامل ۲۷۰ بیمار بستری در بخشهای جراحی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت که به روش تصادفی انتخاب گردیدند و دامنه تغییرات سنی ۸۵-۲۵ سال بوده که تحت یکی از اعمال جراحی عمومی، ارتوپدی، زنان، اعصاب و اورولوژی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه که در دو بخش تنظیم شده است. بخش اول حاوی ۱۶ سؤال از نوع بسته پاسخ، بخش دوم، فهرست کنترل جهت مشاهده از دو قسمت تشکیل شده است: قسمت اول شامل ۶ سؤال در مورد بکارگیری روشهای پیشگیری کننده غیر دارویی از ترومبوز ورید عمقی و قسمت دوم، شامل ۳ سؤال در مورد بکارگیری روشهای پیشگیری کننده دارویی از ترومبوز ورید عمقی می‌باشد. در نهایت جهت طبقه‌بندی تعیین نحوه بکارگیری پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی از مقیاس سنجش رتبه‌ای استفاده شد. به این صورت که امتیاز کسب شده بالای ۵۰ درصد بعنوان اقدامات مطلوب و امتیاز پائین تر از ۵۰ درصد بعنوان اقدامات نامطلوب طبقه‌بندی گردید.

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوا^۱ و جهت تعیین اعتماد علمی از شیوه مشاهده همزمان^۲ استفاده گردید. اطلاعات بدست آمده از طریق کامپیوتر و با استفاده از نرم افزار SPSS آنالیز گردید.

1 - Merli et al

2 - Content validity

3 - Interobserver Reliability

بحث و نتیجه گیری

نمودارها گویای آن است که بیشترین واحدهای مورد پژوهش (۳۲/۶٪) دارای سن ۳۹ - ۲۵ سال وزن (۵۴/۴٪) بوده‌اند. بیشترین واحدهای مورد پژوهش (۴۷٪) در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران (۲۸/۹٪) در بخش ارتوپدی، (۲۰/۷٪) در بخش عمومی (۱۹/۳٪) در بخش اورلوزی (۱۹/۹٪) در بخش زنان و (۱۲/۲٪) در بخش اعصاب مورد بررسی قرار گرفتند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۸/۹٪) جراحی در ناحیه شکم و زنیال داشتند. اکثریت نمونه‌ها (۸۰/۷٪) تحت بیهوشی عمومی و (۵۸/۹٪) بمدت ۲ ساعت و بیشتر تحت بیهوشی بوده‌اند. (۱۰/۷٪) از واحدهای مورد پژوهش واریس و (۸۴/۲٪) کمتر از ۵ روز استراحت مطلق داشتند در رابطه با سؤال اول پژوهش "نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی چگونه بوده است" نتایج نشان می‌دهد که نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی از ترومبوز ورید عمقی در اکثریت واحدهای پژوهش (۸۳/۳٪) در حد نامطلوب و (۱۶/۷٪) در حد مطلوب بوده است (نمودار شماره ۱).

در رابطه با سؤال دوم پژوهش که "نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی چگونه بوده است" نتایج نشان می‌دهد که نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی در بیشترین واحدهای پژوهش (۵۵/۲٪) مطلوب و (۴۴/۸٪) نامطلوب بوده است (نمودار شماره ۲).

در رابطه با سؤال سوم پژوهش که "نحوه به کارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی از ترومبوز ورید عمقی با برخی مشخصات فردی بیماران ارتباط دارد" نتایج آزمون

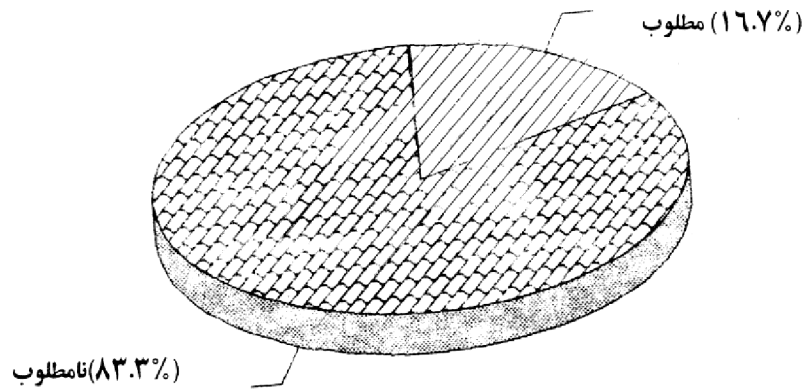
کای دو و دقیق فیشر نشان داد که متغیرهای سن، جنس، ناحیه عمل جراحی، نوع بیهوشی، مدت بیهوشی، برخی عوامل مستعدکننده ترومبوز (واریس، مصرف قرص ضدبارداری، بیماریهای قلبی، بدخیمی‌ها، حوادث مغزی عروقی) و طول مدت استراحت مطلق با نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیر دارویی از ترومبوز ورید عمقی ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد.

همچنین یافته‌های پژوهش در رابطه با این سؤال پژوهش که "نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی با برخی مشخصات فردی بیماران ارتباط دارد، نتایج آزمون کای دو و دقیق فیشر نشان داد که متغیرهای سن، نوع بیهوشی، واریس، مصرف قرص ضدبارداری، بیماریهای قلبی، حوادث مغزی، عروقی و طول مدت استراحت مطلق با نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد. ولی نتایج آزمون کای دو نشان داد که متغیرهای جنس (۰/۰۰۱ < P)، محل عمل جراحی (۰/۰۰۱ < P)، مدت بیهوشی (۰/۰۰۱ < P) و بدخیمی (۰/۰۰۱ < P) با نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی ارتباط معنی‌داری دارد.

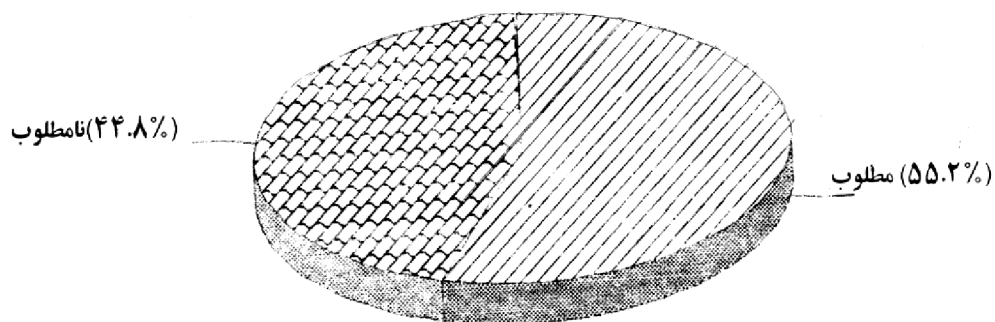
نتایج این پژوهش می‌تواند مورد توجه مسئولین آموزش بالینی پرستاری و معاونین آموزشی سراز آموزش درمانی جهت برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی قرار گیرد و همچنین می‌تواند راهنمای مناسبی برای مدیران خدمات پرستاری و پرستاران بالینی باشد تا با بهره‌گیری از یافته‌های این پژوهش بتوانند تغییرات اصولی و ضروری را در برنامه مراقبتهای پرستاری به بیماران بعد از جراحی که به مراقبتهای خاص نیاز دارند، ایجاد نموده و بدین ترتیب موجب ارائه هر چه بیشتر و بهتر خدمات پرستاری در این گروه شوند.

منابع

- دیانتی، منصور. بررسی میزان تأثیر روشهای غیردازویی در پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در بیماران جراحی اعصاب. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پزشکی. دانشگاه تربیت مدرس، تهران ۱۳۷۴.
- شقایب فلاح، مریم. تشخیص بالینی و درمان بیماران مبتلا به ترومبوز وریدهای عمقی و آمبولی ریوی. فصلنامه دانشکده پرستاری و بویه گرگان. شماره ۳. پاییز و زمستان ۱۳۷۶.
- طولابی، طاهره. بررسی مقایسه ای میزان تأثیر فشار هوای خارجی (EPC)، هپارین و توأم (هپارین، EPC) بر پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی بیماران تحت عمل جراحی بزرگ شکمی، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران: ۱۳۷۳.
- Autar, R. "Nursing assessment of clients at risk of deep vein Thrombosis(DVT): the Autar DVT Scale"
Journal of advanced Nursing. vol 23. No:60. 1996. PP: 763 - 769.
- Civeta, J.M., Taglor, R.w, and kirby, R.R. *Critical Care*. Philadelphia: Lippincott - Varen co. 1997.
- Coe, N. P, etal. "prevention of Deep vein thrombosis in urological Patients: Acontrolled, randomized trail of low. dose heparin and external pneumatic compression boot"s. *Surgery*.
Vol:83. No:2, february, 1987, PP:230-234.
- Fowler, S.B. "Deep vein thrombosis and Pulmonary emboli in neurosciene patients".
Journal of neuroscience Nursing. Vol:22. No:4. August, 1995, PP:224-228.
- Harrison, T.R; etal. *principles of internal medicine*. 13thed. Newyork: McGraw - Hillco. 1998.
- Killewich, L.A; etal. "venous hemodynamics during inpulse foot pumping. "*Journal of vascular surgery*.
Vol:22. No:5. Novembers, 1995. PP:598 - 604.
- Luckman, j. *Saunders manual of nursing care*. philadelphia: W.B. saunders Co. 1997.
- Merli, G.J; etal. "Mechanical plus pharmaco logical prophylaxis for Deep vein thrombosis."*Paraplagia*.
Vol:30.No:80 August, 1992. PP:558 - 562.
- Neilson, H.K."pathophy siology of venous thromboembolism."*seminar in thrombosis and hemostasis*.
supplements. Vol:7.1991. PP:252 - 254.
- Turpie, A.G."Deep vein thrombosis prophylaxis in the out patient setting: preventing complication following hospital discharge."*orthopedics*. Vol: 18. Jul, 1995. PP:15 - 17.



۱) نمودار توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی از ترومبوز ورید عمقی در بخشهای جراحی



۲) نمودار توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی در بخشهای جراحی