

# بررسی همبستگی و میزان تواافق نتایج $\text{PaCO}_2$ گازهای خون شریانی با $\text{CO}_2$ انتهایی بازدمی (End-Tidal $\text{CO}_2$ ) توسط کاپنوگرافی در بیماران مبتلا به تشدید حاد بیماری انسدادی ریوی (COPD)

دکتر رستم یزدانی: استادیار و فوق تخصص بیماری های ریه، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران .

\*دکتر محمدحسن توحیدی: متخصص بیماری های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران(\*مؤلف مسئول).

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۱۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری انسدادی مزمن ریوی (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD) یک مسئله بزرگ از لحاظ سلامت در جوامع محسوب می شود. در سیر بیماری دوره هایی از بدتر شدن علائم وجود دارد که به آن تشدید بیماری (Exacerbation) گفته می شود. در تشدید حاد بیماری یکی از اقدامات درمانی تجویز اکسیژن بدون ایجاد اختباس گاز دی اکسید کربن شریانی می باشد که از اندازه گیری گازهای خون شریانی (ABG) به عنوان استاندارد تشخیصی بررسی اختباس  $\text{CO}_2$  استفاده می شود. کاپنوگرافی روشنی است غیرتهاجمی برای اندازه گیری فشار نسبی  $\text{CO}_2$  در هوای بازدمی که در این مطالعه میزان همبستگی و تواافق نتایج  $\text{PaCO}_2$  انتهایی خون شریانی با  $\text{CO}_2$  انتهایی بازدمی توسط کاپنوگرافی در بیماران مبتلا به تشدید حاد بیماری انسدادی ریوی بررسی گردید.

**روش کار:** این مطالعه به صورت مقطعی بر روی بیماران مبتلا به تشدید حاد COPD که در نیم سال دوم ۱۳۸۹ به اورژانس بیمارستان افضلی پور مراغه کرده بودند انجام شد. هفتادوپنج بیمار مبتلا به تشدید حاد COPD بین سالین ۴۱ تا ۸۵ سال وارد این مطالعه شدند. میزان  $\text{CO}_2$  انتهایی بازدمی- (ET- $\text{CO}_2$ ) و  $\text{CO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  به صورت هم زمان به ترتیب توسط کاپنوگرافی و انجام ABG در دو مرحله ۱: بدو ورود ۲: سی دقیقه پس از شروع درمان با اکسیژن و برونکو دیلاتور اندازه گیری شد.

**یافته ها:** بین مقادیر ET- $\text{CO}_2$  حاصل از کاپنوگرافی و  $\text{PaCO}_2$  گازهای خون شریانی در هر دو مرحله ابتدای بستره و ۳۰ دقیقه پس از درمان همبستگی قوی وجود داشت (ضریب همبستگی به ترتیب ۰.773 و ۰.783). میانگین (انحراف معیار) اختلاف بین مقادیر  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{CO}_2$  در دو مرحله به ترتیب (7.17) ۹.99 و (6.84) ۹.97 میلی متر جیوه بود. ارزیابی بیشتر توسط آنالیز Bland-Altman بیانگر تواافق نتایج دو روش کاپنوگرافی و ABG جهت اندازه گیری فشار نسبی  $\text{CO}_2$  در هر دو مرحله بود.

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه بیانگر همبستگی و تواافق بین نتایج حاصل از دو روش کاپنوگرافی و ABG جهت بررسی میزان اختباس  $\text{CO}_2$  در بیماران مبتلا به تشدید حاد COPD می باشد.

**کلیدواژه ها:** بیماری انسدادی مزمن ریوی، کاپنوگرافی، فشار نسبی دی اکسید کربن خون شریانی،

## مقدمه

بدل شود(۲). میزان مرگ و میر در افراد مذکور به اوج خود رسیده است ولی در مقابل در بین افراد مؤنث میزان مرگ و میر کماکان رو به افزایش بوده و تعداد زنان مبتلا به COPD از مردان مبتلا پیشی گرفته است (۳).

در سیر بیماری COPD دوره هایی از تشدید علائم وجود دارد که به آن تشدید حاد (Exacerbation) گفته می شود. تشدید حاد COPD طبق تعریف عبارت است از "هرگونه تغییر در سیر طبیعی بیماری به صورت تغییر میزان تنگی نفس پایه، تشدید سرفه، تغییر ماهیت

بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD)، یک مسئله بزرگ از لحاظ سلامت در جوامع محسوب می شود و اثرات آن بر افراد جامعه به طور یقین کمتر از حد واقعی تخمین زده شده است. این بیماری چهارمین علت مرگ در ایالات متحده بوده و سالانه باعث مرگ ۱۲۰۰۰۰ نفر می شود (۱). شیوع COPD و عوارض آن در قرن بیستم به دنبال اپیدمی سیگار کشیدن برای چندین دهه رو به افزایش بوده و حدس زده می شود که COPD در سال ۲۰۲۰ به سومین علت مرگ در جامعه

نتایج  $\text{ET-CO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  در این بیماران پیدا کردند (ضریب همبستگی  $r=0.792$ ). اما در مطالعه دیگری که توسط وارنر و همکاران بر روی بیماران دچار ترومما که تحت انتوپاسیون قرار گرفته بودند انجام شد، ارتباط ضعیفی بین نتایج  $\text{ETCO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  گزارش گردید.<sup>(۶)</sup>

با توجه به اینکه در مورد پیش بینی نتایج  $\text{ET-CO}_2$  با  $\text{PaCO}_2$  نظرات مختلفی ارائه شده و تاکنون مطالعه ای در این خصوص بر روی بیماران مبتلا به تشديد حاد COPD انجام نشده است، تصمیم به انجام این پژوهش گرفته شد.

### روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۷۵ بیمار مبتلا به تشديد حاد COPD که در نيمه دوم سال ۱۳۸۹ طی یک دوره دو ماهه در اورژانس بیمارستان افضلی پور کرمان بستری شدند، انجام پذیرفت. کلیه مراحل مطالعه توسط کمیته پژوهش و اخلاق بیمارستان افضلی پور کرمان مورد تایید قرار گرفته و تمام بیماران قبل از ورود به مطالعه در جریان مراحل اجرای طرح قرار گرفتند و از تمام بیماران فرم رضایت اخذ گردید.

حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول  $\alpha$  معادل ۰.۵٪، خطای نوع دوم  $\beta$  معادل ۰.۲۰٪ و بر اساس مطالعات قبلی انجام شده ضریب همبستگی<sup>(۱)</sup> بین نتایج  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ETCO}_2$  معادل ۰.۷۰، حجم نمونه محاسبه شده ۳۴ نفر بوده. اما جهت افزایش دقت آزمون به حجم فوق افزوده، ۷۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفت.

با در نظر گرفتن معیارهای ورود و معیارهای خروج، هفتاد و پنج بیمار در این مطالعه تحت بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به طرح شامل بیماران مبتلا به COPD بوده که به علت تشديد حاد بیماری به اورژانس بیمارستان افضلی پور بستری شدند. تشديد حاد COPD بر اساس تعريف شامل بروز خلط چرکی، افزایش تنگی نفس و یا افزایش میزان خلط فرد بیمار در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از طرح شامل افرادی شد که در بدو ورود نیاز به احیای قلبی تنفسی پیدا کرده بودند، در سیر بستری نیاز به انتوپاسیون و تهويه

و یا افزایش میزان خلط که به صورت حاد اتفاق افتاده باشد و از حد معمول تغييرات روزانه خارج بوده و نياز بیمار به داروهای روزمره را افزایش دهد.<sup>(۴)</sup> در تشديد حاد COPD تجويز اکسيژن جهت حفظ  $\text{SaO}_2 > 90\%$  و  $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$  صورت می گيرد.<sup>(۴)</sup> میزان غلظت اکسيژن تجويز شده با توجه به شدت علائم بیمار و همچنین بیماری زمینه ای متفاوت می باشد. گازهای خون شريانی به طور روتين در ابتدا و ۳۰ دقيقه پس از تجويز اکسيژن جهت بررسی كفايت اکسيژناسیون و همچنین میزان احتباس  $\text{CO}_2$  بررسی می گردد.<sup>(۴)</sup>

اندازه گيري گازهای خون شريانی (ABG) به عنوان استاندارد طلایي جهت پایش میزان اکسيژناسیون و همچنین بررسی میزان احتباس  $\text{CO}_2$  در افراد مبتلا به تشديد حاد COPD مورد استفاده قرار می گيرد که روشي تهاجمي بوده و علاوه بر هزينه بر بودن، فقط به صورت ناپيوسته می تواند پایش اکسيژناسیون و میزان احتباس  $\text{CO}_2$  را انجام دهد. از طرفی کاپنوگرافی روشي است که با استفاده از اشعه مادون قرمز می تواند میزان دی اکسید كربن در هواي بازدمى را اندازه گيري کند و می توان از آن جهت پایش میزان احتباس  $\text{CO}_2$  بدون انجام ABG هاي مكرر استفاده کرد. اما پيش بینی نتایج  $\text{PaCO}_2$  بر اساس کاپنوگرافی مورد تردید بوده و در شرایط باليني متفاوت مطالعات قبلی نتایج متناقضی گزارش کرده اند.<sup>(۵)</sup>

محققان متعددی سعی کرده اند که از اندازه گيري  $\text{ET-CO}_2$  توسط کاپنوگرافی جهت جايگزيني انجام ABG در شرایط باليني مختلف استفاده کنند که نتایج يكسانی در بر نداشته است. در يك فرد بزرگسال سالم در شرایط طبيعي، میزان  $\text{ET-CO}_2$  تقریباً بین ۲.۰ تا ۵.۰ ميلی متر

جيوه کمتر از میزان  $\text{PaCO}_2$  می باشد.<sup>(۷)</sup> در مطالعه ای که توسط یوسفی و همکاران انجام گرفت،  $\text{ET-CO}_2$  به طور موفقیت آمیزی توانست میزان  $\text{PaCO}_2$  را در بخش اورژانس در بیماران مبتلا به دیسترس تنفسی پيش بینی کند.<sup>(۵)</sup> یوسفی و همکاران همچنین همبستگی قوي بین

پس از شروع درمان هم زمان با انجام ABG توسط دستگاه کاپنوگرام مدل CapnoTrue® ASP – C02/Sp02 Monitor سپس میزان اختلاف بین  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  جهت هر نمونه محاسبه و ثبت شد. تعداد ضربان قلب و تعداد تنفس در دقیقه نیز در هر مرحله اندازه‌گیری و ثبت گردید.

با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون میزان همبستگی بین  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  در هر مرحله آنالیز گردید و میزان p-value کمتر از 0.05 به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد. سپس جهت بررسی میزان توافق بین  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  در هر مرحله، از آنالیز Bland-Altman استفاده گردید و تمامی داده‌ها نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ آنالیز شد.

### یافته‌ها

طی این مطالعه هفتادوپنج بیمار مبتلا به تشیدی حاد COPD شامل ۴۳ مرد و ۳۲ زن بررسی شدند. میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد مطالعه به ترتیت ۶۵/۱۴ و ۱۱/۹۸ سال بود. کم سن ترین فرد مورد مطالعه ۴۱ سال و مسن ترین فرد ۸۵ سال داشت. اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است. مقادیر  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  در جدول ۲ نشان داده شده است. در ابتدای بستری بیماران بین نتایج  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  همبستگی قوی وجود داشت (ضریب همبستگی  $r=0.773$  و  $p<0.01$ ). همچنین ۳۰ دقیقه پس از درمان با اکسیژن و بروونکودیلاتور نیز بین نتایج  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  همبستگی قوی وجود داشت (ضریب همبستگی  $r=0.782$  و  $p=0.005$ ).

شكل های ۱ و ۲ ارتباط خطی میان  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  و شکل های ۳ و ۴ آنالیز- Altman را جهت بررسی میزان توافق دو روش اندازه‌گیری فشار نسبی دی اکسید کربن نشان می‌دهند. میانگین اختلافات و انحراف معیار در هر مرحله محاسبه گردید. در ابتدای بستری

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک بیماران

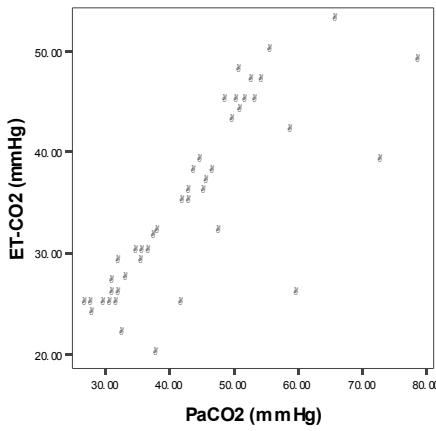
| تعداد         | سن (سال): میانگین (انحراف معیار)        |
|---------------|---|
| 65.14 (11.98) | مرد                                     |
| 43            | زن                                      |
| 32            | مصرف سیگار (درصد)                       |
| 68.00         | مصرف تریاک (درصد)                       |
| 52.00         | تعداد تنفس در دقیقه (انحراف معیار)      |
| 22.71 (5.61)  | تعداد ضربان قلب در دقیقه (انحراف معیار) |
| 80.70 (8.57)  | تعداد ضربان قلب در دقیقه (انحراف معیار) |

جدول ۲- مقادیر فشار نسبی دی اکسید کربن شریانی و انتهای بازدمی

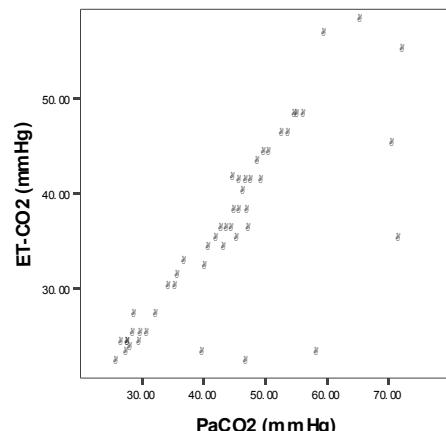
| تعداد        | شاخص                                 | ابتدای بستری | سی دقیقه پس از | درمان                                 |
|--------------|--------------------------------------|--------------|----------------|---------------------------------------|
| 75           | تعداد                                | 75           | 75             |                                       |
| 43.00(10.95) | (میلی متر جیوه) $\text{PaCO}_2$      | 44.14        | (11.24)        | $\text{ET-CO}_2$ (میلی متر جیوه)      |
| 33.03(9.17)  | مجموع دو روش: میانگین (انحراف معیار) | 34.14        | (9.35)         | اختلاف دو روش: میانگین (انحراف معیار) |
| 38.01(9.50)  |                                      | 39.14(9.70)  |                |                                       |
| 9.97(6.84)   |                                      | 9.99(7.17)   |                |                                       |

مکانیکی پیدا کردند و یا اینکه تشخیص دیگری به جز تشیدی حاد COPD (مانند آمبولی ریه، پنومونی لوبار و غیره) در نهایت جهت بیمار مطرح شد.

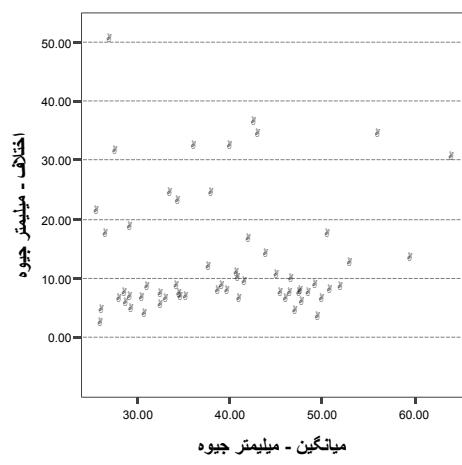
اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس و مصرف سیگار برای بیماران ثبت گردید. در زمان شروع بستری و قبل از تجویز اکسیژن پس از انجام تست آلن جهت اطمینان از جریان کولتال مناسب در دست مورد نمونه‌گیری، موضع نمونه‌گیری با الکل ۷۰ درجه استریل شد و سپس توسط یک سرنگ هپارینه سایز G20 از شریان رادیال بیمار ABG انجام گرفت. سپس درمان با اکسیژن و بروونکودیلاتور جهت بیمار شروع گردید و پس از ۳۰ دقیقه مجدداً ABG انجام شد. نمونه‌های ABG هر نوبت بلا فاصله به آزمایشگاه ارسال شدند و توسط دستگاه آنالیز گازهای خونی (AVL995 Blood Gas Analyzer) بررسی و میزان  $\text{PaCO}_2$  اندازه‌گیری و ثبت گردید. میزان  $\text{ET-CO}_2$  بیمار نیز در بدبو بستری و ۳۰ دقیقه



شکل ۲- ارتباط خطی بین نتایج  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  سی دقیقه پس از درمان



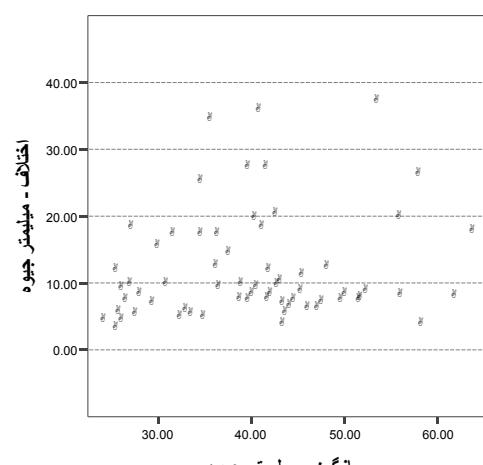
شکل ۱- ارتباط خطی بین نتایج  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  در ابتدای بستری



شکل ۴- نمودار Bland-Altman : میانگین مجموع و اختلاف بین نتایج  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  سی دقیقه پس از درمان .

میانگین اختلاف : 9.97 میلی متر جیوه  
انحراف معیار:  $\pm 6.84$

حد اطمینان 95% (میانگین  $\pm 1.96 \times$  انحراف معیار): 23.37



شکل ۳- نمودار Bland-Altman : میانگین مجموع و اختلاف بین نتایج  $\text{ET-CO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  در ابتدای بستری.

میانگین اختلاف : 9.99 میلی متر جیوه  
انحراف معیار:  $\pm 7.17$

حد اطمینان 95% (میانگین  $\pm 1.96 \times$  انحراف معیار): 24.04-4.06

داشت (ضریب همبستگی به ترتیب ۰.۵۵۱ و ۰.۵۰۴).

**بحث و نتیجه‌گیری**  
در این مطالعه نشان داده شد در افراد مبتلا به تشید حاد COPD بین نتایج  $\text{PaCO}_2$  و  $\text{ET-CO}_2$  همبستگی قوی وجود دارد. همچنین ارزیابی

به طور متوسط ۹/۹۹ میلی متر جیوه کمتر از  $\text{PCO}_2$  بود (انحراف معیار ۷.۱۷) و ۳۰ دقیقه پس از شروع درمان نیز  $\text{ET-CO}_2$  به طور متوسط ۹.۹۷ میلی متر جیوه کمتر از  $\text{PCO}_2$  بود (انحراف معیار ۶.۸۴). همچنین تعداد ۱۵ نفر از افراد مورد مطالعه تعداد تنفس بیشتر از ۳۰ تنفس در دقیقه داشتند که در این بیماران در هر دو مرحله ابتدای بستری و ۳۰ دقیقه پس از درمان بین نتایج

احتباس  $\text{CO}_2$  در افراد چاق در اتاق ریکاوری به دنبال عمل جراحی باریاتریک استفاده کرد (۱۲). بر خلاف مطالعات ذکر شده، وارنر و همکاران نشان دادند که نتایج ET- $\text{CO}_2$  در بیماران دچار تروما که نیاز به انتوباسیون پیدا کردند، همبستگی ضعیفی با نتایج  $\text{PaCO}_2$  داشته و بنابراین نباید از کاپنوگرافی جهت پایش این گروه از بیماران استفاده نمود (۶).

در این مطالعه بین نتایج ET- $\text{CO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  در هر دو مرحله همبستگی قوی وجود داشته و اختلاف بین  $\text{PaCO}_2$  و ET- $\text{CO}_2$  بیشتر از حد نرمال بوده که می‌تواند ناشی از عدم تطابق تهويه-خونرسانی (V/Q mismatch)، شانت و یا تئوری تهويه فضای مرده در این گروه از بیماران باشد. همچنین مشاهده شد که میزان اختلاف  $\text{PaCO}_2$  و ET- $\text{CO}_2$  در هر بیمار در هر دو مرحله تقریباً ثابت باقی می‌ماند. ما همچنین متوجه شدیم که در بیماران با بیشتر از ۳۰ تنفس در دقیقه هم در ابتدای بستری و هم ۳۰ دقیقه پس از شروع درمان بین نتایج  $\text{ET-CO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  همبستگی ضعیفی وجود داشته که می‌تواند ناشی از تشدید اثر تهويه فضای مرده و یا عدم تطابق تهويه-خونرسانی شدیدتر در این زیرگروه باشد. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که در بیماران مبتلا به تشدید حاد COPD که نیاز به بستری دارند بین نتایج ET- $\text{CO}_2$  حاصل از کاپنوگرافی و  $\text{PaCO}_2$  حاصل از ABG همبستگی قوی وجود داشته و ET- $\text{CO}_2$  حاصل از کاپنوگرافی به طور متوسط ۱۰ میلی متر جیوه کمتر از  $\text{PaCO}_2$  بوده و جهت پایش احتباس دی‌اکسید کربن در این بیماران می‌توان از کاپنوگرافی به عنوان جایگزین ABG استفاده نمود. در بیماران مبتلا به تشدید حاد COPD با بیشتر از ۳۰ تنفس در دقیقه بین نتایج ET- $\text{CO}_2$  حاصل از کاپنوگرافی و  $\text{PaCO}_2$  حاصل از ABG همبستگی ضعیفی وجود داشته و در این زیرگروه از بیماران جایگزینی ABG با کاپنوگرافی توصیه نمی‌شود.

بیشتر توسط آنالیز Bland-Altman بیانگر توافق نتایج دو روش کاپنوگرافی و ABG جهت اندازه‌گیری فشار نسبی دی‌اکسید کربن در هر دو مرحله تحقیق بود. میانگین اختلاف بین مقادیر ET- $\text{CO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  از حد انتظار بیشتر بود. حتی در ریه یک فرد سالم نیز گرادیان  $\text{PaCO}_2 - \text{ET-CO}_2$  برابر با صفر نبوده و گرادیان  $5.0 - 2.0$  میلی‌متر جیوه را در یک فرد با همودینامیک پایدار طبیعی در نظر می‌گیریم (۷).

از طرفی این یافته مطابق با مطالعات قبلی بوده که بر روی افراد مبتلا به بیماری‌های ریوی همراه با شانت و یا عدم تطابق تهويه پروفیوزن نشان داده شد که به علت افزایش تهويه فضای مرده گرادیان  $\text{PaCO}_2 - \text{ET-CO}_2$  افزایش سن نیز احتمالاً با افزایش فضای مرده  $\text{PaCO}_2 - \text{ET-CO}_2$  گردد (۱۰). بنابراین با توجه به گروه مطالعه که افراد مبتلا به COPD می‌باشند، این افزایش گرادیان مورد انتظار بوده و به طور میانگین میزان  $\text{ET-CO}_2$  حدود ۱۰ میلی‌متر جیوه کمتر از  $\text{PaCO}_2$  گزارش گردید.

در یک مطالعه که توسط یوسفی و همکاران انجام گرفت نشان داده شد که در بیمارانی که با دیسترس تنفسی در اورژانس بستری شده بودند، نتایج ET- $\text{CO}_2$  همبستگی قوی با نتایج  $\text{PaCO}_2$  دارد (۵). همچنین در این مطالعه یوسفی نشان داد که ارتباط پایداری بین نتایج ET- $\text{CO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  در هر بیمار وجود دارد. البته گروه مطالعه در این تحقیق اکثراً دچار ادم ریوی حاد (75.3%) بوده و فقط ۱۹٪ بیماران دچار تشدید حاد COPD بوده‌اند (۵).

تحقیق دیگری که توسط حسینی و چوی بر روی بیماران تحت بیهوشی حین عمل کرانیوتومی در مراحل مختلف جراحی انجام پذیرفت بیانگر توافق نتایج حاصل از کاپنوگرافی با ABG در تمام مراحل کرانیوتومی بوده و همبستگی قوی بین نتایج  $\text{ET-CO}_2$  و  $\text{PaCO}_2$  در تمام مراحل کرانیوتومی وجود داشته است (۱۱). در مطالعه‌ای که توسط یازیگی و همکاران انجام پذیرفت نشان داده شد که از کاپنوگرافی می‌توان جهت پایش

## تقدیر و تشکر

بدین وسیله از واحد پژوهش، تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان که حمایت علمی و مالی این طرح تحقیقاتی را عهده دار بودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

## منابع

1. Centers for Disease C, Prevention. Deaths from chronic obstructive pulmonary disease--United States, 2000-2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008;57(45):1229-32.
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990- 2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997; 349(9064):1498-504.
3. Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, Ford ES, Redd SC. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance--United States, 1971-2000. MMWR Surveill Summ. 2002;51(6):1-16.
4. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD Executive summary. Am J Respir Crit Care Med. 2007;176 (6):532-55.
5. Yosefy C, Hay E, Nasri Y, Magen E, Reisin L. End tidal carbon dioxide as a predictor of the arterial PCO<sub>2</sub> in the emergency department setting. EMJ. 2004;21(5):557-9.
6. Warner KJ, Cuschieri J, Garland B, Carlbom D, Baker D, Copass MK. The utility of early end-tidal capnography in monitoring ventilation status after severe injury. J Trauma. 2009;66(1):26-31.
7. Bhavani-Shankar K, Moseley H, Kumar AY, Delph Y. Capnometry and anaesthesia. Cana J Anaesth. 1992;39(6):617-32.
8. Nagler BJ, Krauss B. Capnographic monitoring in respiratory emergencies. Clin Ped Emerg Med. 2009;10:82-9.
9. Bongard F, Sue D. Pulse oximetry and capnometry in intensive and transitional care units. West J Med. 1992; 156:57-64.
10. Wahba WM. Influence of aging on lung function-clinical significance of changes from age twenty. Anesth Analg. 1983;62:764-76.
11. Husaini J, Choy Y C. End-tidal to arterial carbon dioxide partial pressure difference during craniotomy in anaesthetised patients. Med J Malaysia. 2008; 63(5):384-7.
12. Yazigi A, Zeeni C, Richa F, Chalhoub V, Sleilaty G, Noun R. The accuracy of non-invasive nasal capnography in morbidly obese patients after bariatric surgery. Middle East J Anesthesiol. 2007; 19(3):483-94.

## **The correlation and level of agreement between arterial blood gas PCO<sub>2</sub> and end-tidal CO<sub>2</sub> in patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation**

**Rostam Yazdani**, MD. Assistant Professor of Pulmonology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.  
r\_yazdani@kmu.ac.ir

**\*Mohammad Hassan Touhidi**, MD. Internist, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (\*Corresponding author). mtouhidi@gmail.com

### **Abstract**

**Background:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) represents a major public health problem. The course of COPD is characterized by episodic periods of worsening symptoms, termed exacerbations. Supplemental oxygen should be given to patients with COPD exacerbation without causing CO<sub>2</sub> retention. Arterial blood gas sampling is the gold standard for monitoring adequate oxygenation and for assessing CO<sub>2</sub> retention. Capnography is a noninvasive method based on measurement of end tidal carbon dioxide (ETCO<sub>2</sub>), which in this article we aim to evaluate the relationship between end-tidal carbon dioxide pressure (ETCO<sub>2</sub>) and arterial partial pressure of carbon dioxide (PaCO<sub>2</sub>) in patients with COPD exacerbation.

**Methods:** This was a cross-sectional study carried out in 75 patients with COPD exacerbation between the ages of 41 and 85 who required hospitalization in second half of year 2010. Measurements of ETCO<sub>2</sub> and PaCO<sub>2</sub> were taken by ABG and capnography simultaneously: 1) at admission, 2) 30 minutes after treatment with supplemental oxygen and bronchodilators.

**Results:** There was a significant correlation between ETCO<sub>2</sub> and PaCO<sub>2</sub> at both stages (correlation coefficient: 0.773 and 0.783, respectively). The mean (SD) difference for PaCO<sub>2</sub> and ETCO<sub>2</sub> were: 9.99 (7.17) and 9.97 (6.84) mmHg, respectively. Further analysis with Bland-Altman showed agreement between results of capnography and ABG in both stages of this study.

**Conclusion:** In this study we found strong correlation and agreement between arterial blood gas pco<sub>2</sub> and end-tidal co<sub>2</sub> results in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbation.

**Keywords:** Chronic obstructive pulmonary disease, End-tidal carbon dioxide pressure, Arterial partial pressure of carbon dioxide.