

بررسی ارزش استفاده از IPSS در پیش‌بینی احتباس ادراری بعد از بیهوشی عمومی در مردان بالای ۵۰ سال

دکتر سعید شاکری*^۱، دکتر پیمان حکمتی^۲، فاطمه السادات امیر لطیفی^۳

چکیده

مقدمه و هدف: احتباس ادراری پس از بیهوشی عمومی یکی از عوارض شایع و آزاردهنده می‌باشد. یکی از علل ثابت شده آن در مردان مسن بزرگی پروستات می‌باشد. این مطالعه به منظور تعیین ارزش استفاده از امتیازبندی بین‌المللی علائم پروستات (IPSS) در پیش‌بینی احتباس ادراری پس از بیهوشی عمومی در مردان بالای ۵۰ سال انجام شد. بیماران و روش‌ها: تعداد ۱۰۰ بیمار مرد بالای ۵۰ سال بدون سابقه مشکلات ارولوژیک و مغزو اعصاب کاندید عمل جراحی انتخابی غیر از اورولوژیک و مغزو اعصاب بودند، انتخاب شدند. IPSS قبل از عمل جراحی در این افراد محاسبه شد و بیماران از نظر احتباس ادراری در ۲۴ ساعت دوم پس از انجام عمل جراحی مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها: ۱/۸ درصد افرادی که امتیاز آن ۰-۷ بود، ۲۰ درصد افرادی که امتیاز آنها ۸-۱۹ بود و ۵۳/۳ درصد افرادی که امتیاز آنها ۲۰-۳۵ بود دچار احتباس ادراری شدند که از نظر آماری بین ازدیاد IPSS و احتمال وجود احتباس ادراری پس از بیهوشی عمومی رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بیمارانی که امتیاز آنها ۲۰-۳۵ می‌باشد در معرض خطر بالایی برای احتباس ادراری پس از بیهوشی عمومی قرار دارند با استفاده از این روش می‌توان احتباس ادراری پس از بیهوشی عمومی در مردان بالای ۵۰ سال را پیش‌بینی نمود.

واژه‌های کلیدی: IPSS، احتباس ادراری، بیهوشی عمومی

*۱- استادیار بخش جراحی کلیه و مجاری ادراری دانشگاه علوم پزشکی شیراز، نشانی: شیراز، خیابان زند، بیمارستان سعدی،

دفتر بخش جراحی، تلفن و نمابر: ۰۷۱۱-۲۳۳۱۰۰۶، پست الکترونیک: shakeris@sums.ac.ir

۲- متخصص ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

۳- دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

احتباس ادراری یکی از عوارض شناخته شده پس از بیهوشی عمومی می‌باشد. میزان بروز آن ۴ تا ۲۵ درصد ذکر شده است. عوامل متعددی در ایجاد این عارضه دخیل هستند از جمله اتساع بیش از حد مثانه، کاهش آگاهی از پر بودن مثانه، کاهش انقباض مثانه، افزایش مقاومت بر سر راه خروج ادرار، کاهش رفلکس ادرار کردن و اثر مهارکنندگی درد (۱). بیمار به ادرار کردن در حالت درازکش یا نشسته عادت ندارد و گاه محیط تنهایی را در بیمارستان جهت ادرار کردن پیدا نمی‌کند (۲ و ۳). استفاده از مخدرهای سیستمیک مانند مورفین باعث کم شدن پیام‌های ادراری از یک مثانه پر، به مرکز می‌شوند (۴).

واضح است که احتباس ادراری پدیده‌ای ناخوشایند و آزاردهنده می‌باشد و در صورت پیش‌بینی احتمال ایجاد آن و آماده بودن جهت رفع آن می‌تواند در کاهش مورد موربیدیته بعد از عمل مفید باشد.

بزرگی پروستات و ایجاد مقاومت بر سر راه خروج ادرار عاملی است که می‌تواند فرد را به ایجاد احتباس ادراری بعد از بیهوشی عمومی مستعد کند (۱). امتیاز بندی بین المللی علائم پروستات (IPSS)^۱ جهت ارزیابی اولیه علائم ادراری تحتانی توصیه شده است (۵ و ۶). باید توجه داشت که این امتیازبندی نمی‌تواند تشخیص BPH را مسجل کند (۷). این امتیازبندی شامل پرسش در مورد تکرر ادرار، شب ادراری، جریان ضعیف ادرار، زور زدن هنگام ادرار کردن، قطع و وصل شدن جریان ادرار، احساس عدم تخلیه مثانه و احساس فوریت در ادرار کردن می‌باشد. این مطالعه به منظور تعیین ارزش استفاده از امتیازبندی بین‌المللی علائم پروستات (IPSS) در پیش‌بینی

احتباس ادراری پس از بیهوشی عمومی در مردان بالای ۵۰ سال انجام شد.

بیماران و روش‌ها

این مطالعه روی ۱۰۰ بیمار مرد بالای ۵۰ سال که در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۰ در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز تحت عمل جراحی انتخابی غیرارولوژی و مغز و اعصاب قرار گرفته‌اند انجام شد. در صورتی که بیمار سابقه کاتتریزاسیون پیشابراه، سنگ سیستم ادراری عفونت ادراری و تنگی پیشابراه داشتند، از مطالعه حذف شدند. هیچ‌یک از بیماران سابقه بیماری عصبی نداشتند. طول اعمال جراحی انجام شده در این بیماران همگی کمتر از ۲ ساعت و تحت بیهوشی عمومی انجام شده بود. اعمال جراحی انجام شده در این بیماران شامل کوله سیستمی، ترمیم هرنی اینگوینال و هموروئیدکتومی بود.

قبل از جراحی IPSS، در این بیماران اندازه‌گیری شد. به هر پرسش با توجه به جواب ۵-۰ امتیاز داده می‌شود. اگر امتیاز ۷-۰ بود علائم ملایم، اگر ۱۹-۸، بود علائم متوسط و در صورت امتیاز ۳۵-۲۰، علائم شدید می‌باشد. با توجه به IPSS، بیماران به سه گروه تقسیم شدند. گروه یک آنهایی که امتیاز ۷-۰ داشتند، گروه دو امتیاز ۱۹-۸ و گروه سه امتیاز ۳۵-۲۰ داشتند. در هر گروه افرادی که احتباس ادراری در ۲۴ ساعت اول و یا ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل جراحی داشتند مشخص شدند و سپس پس از اتمام بیهوشی عمومی از نظر احتباس ادراری پیگیری شدند. با توجه به اثرات داروهای بیهوشی و مقدار مایع دریافتی در حین بیهوشی و با توجه به این که بیماران توسط افراد مختلفی بیهوش شده بودند احتباس ادراری در ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل مورد توجه قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های

آماري کای اسکوتر با ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha \leq 0.05$)

^۱ International Prostatic Symptom Score

جدول ۱: دسته بندی نتایج به دست آمده با توجه به IPSS

گروه	IPSS	تعداد بیماران		احتباس ادراری افراد در ۲۴ ساعت اول		احتباس ادراری افراد در ۲۴ ساعت دوم	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۰-۷	۵۵	۸	۱۴/۵	۱	۱/۸	
۲	۸-۱۹	۳۰	۱۳	۴۳/۳	۶	۲۰	
۳	۲۰-۳۵	۱۵	۱۰	۶۶/۷	۸	۵۳/۳	

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۵۵ نفری که در گروه یک بودند ۸ نفر در ۲۴ ساعت اول و یک نفر در ۲۴ ساعت دوم احتباس ادراری داشتند. از ۳۰ نفری که در گروه دو بودند ۱۳ نفر در ۲۴ ساعت اول و ۶ نفر در ۲۴ ساعت دوم احتباس ادراری داشتند و بالاخره از ۱۵ نفر گروه ۳، ۱۰ نفر در ۲۴ ساعت اول و ۸ نفر در ۲۴ ساعت دوم احتباس ادراری داشتند (جدول ۱).

افرادی که IPSS بالاتر از ۲۰ داشتند (۵۳/۳ درصد) در ۲۴ ساعت دوم احتباس ادراری داشتند درحالی که این میزان در گروه دو ۲۰ درصد و در گروه یک ۱/۸ درصد بود. این اعداد نمایانگر احتمال بالای احتباس ادراری بعد از بیهوشی عمومی در ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل جراحی در افراد با IPSS به میزان ۲۰-۳۵ می باشد ($P < 0/05$).

بحث

این مطالعه نشان داد که افرادی که علائم شدیدتر یا به عبارت دیگر IPSS بالاتری دارند بیشترین شانس احتباس ادراری را بعد از بیهوشی عمومی دارند.

توسط Marya - SK در سال ۱۹۹۲ نشان داده شده است که پیش بینی احتباس ادراری در بیماران مرد بالای ۵۰ سال بعد از بیهوشی عمومی توسط یوروفلومتری انجام پذیر است (۸).

اما انجام این آزمون توسط همه کس قابل انجام نیست. درحالی که محاسبه IPSS علاوه بر این که در پیش بینی احتباس ادراری بعد از بیهوشی عمومی در مردان بالای ۵۰ سال قابل استفاده است، بسیار ساده می باشد و توسط افرادی که با این پرسشنامه آشنایی دارند قابل انجام است. تنها این آزمون در برخی بیماران که مشکلات نورولوژیک یا دمانس دارند، محدودیت دارد (۹). البته قابل ذکر است که در بعضی از موارد باید در مورد سؤالات این پرسشنامه به پرسش شونده توضیح داد. بدیهی است که اندازه گیری IPSS در افرادی که از سطح فرهنگی - اجتماعی بالاتری برخوردارند آسان تر است. در صورت IPSS بالاتر از ۲۰ در فرد مذکر بالای ۵۰ سال که کاندید عمل جراحی تحت بیهوشی عمومی می باشد، توصیه می شود احتمال بالای ایجاد احتباس ادراری به وی و گروه درمانی تذکر داده شود و در صورت نیاز با ارولوژیست مشاوره گردد و یا در صورت امکان عمل وی تحت بی حسی موضعی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه کارکنان اتاق عمل و بخش جراحی کلیه و مجاری ادراری بیمارستان شهید فقیهی شیراز تقدیر و تشکر می گردد.

منابع

- 1) Wein AJ. Neuromuscular dysfunction of the lower urinary tract and its management. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan EDJr, Wein AJ. Campbell's Urology. Vol2. 8th edition. Philadelphia: WB Saunders. 2002; PP:996.
- 2) Burger DH, Kappetein AP, Boutkan H, Breslua PJ. Prevention of urinary retention after general surgery: a controlled trial of carbachol/diazepam versus alfuzosine. J Am Coll Surg. 1997; 185(3):234-6.
- 3) Horgan AF, Prasad B, Waldron DJ, O'Sullivan DC. Acute urinary retention. Comparison of suprapubic and urethral catheterisation. Br J Urol. 1992; 70(2): 149-51.
- 4) O'Riordan JA, Hopkins PM, Ravenscroft A, Stevens JD. Patient-controlled analgesia and urinary retention following lower limb joint replacement: prospective audit and logistic regression analysis. Eur J Anaesthesiol. 2000; 17(7): 431-5.
- 5) McConnell JD, Barry MJ, Bruskewitz RC. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. Agency for Health Care Policy and Research. Clin Pract Guidel. Quick Reference Guide for Clinicians. 1994; (8):1-17.
- 6) Denis L, McConnell J, Khoury S, Abrams P, Barry M, Bartsch G, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: the evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic obstruction. In: Denis L, Griffiths D, Khoury AT, Cockett K, McConnell J, Chatelain C, et al. Proceedings of the 4th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia. United Kingdom: Plymbridge Distributors, Ltd.1998; PP: 669-684.
- 7) Lepor H. Natural history, evaluation, and nonsurgical management of benign prostatic hyperplasia. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan EDJr, Wein AJ. Campbell's Urology. 7th edition. Philadelphia: WB. Saunders. 1998; PP: 1453-1477.
- 8) Marya SK, Garg P, Gupta AK. Prediction of postoperative retention in elderly patients undergoing nonprostatic surgery by preoperative uroflowmetry. Urol Int. 1992;48(3):307-9.
- 9) MacDiarmid SA, Goodson TC, Holmes TM, Martin PR, Doyle RB. An assessment of the comprehension of the American Urological Association Symptom Index. J Urol. 1998; 159(3): 873-4.