

تأثیر نحوه ادرار کردن بر پارامترهای اوروفلومتری در بیماران کاندید انجام اوروفلومتری به علت علائم مجاری ادراری تحتانی

کامیار توکلی طبسی (MD)^{۱*}، رحیم تقوی (MD)^۱، فهیمه قانعی مطلق (MD)^۱، شبنم محمدی (PhD)^۲

۱- گروه اورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲- گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

دریافت: ۹۲/۸/۱۴، اصلاح: ۹۲/۱۰/۱۵، پذیرش: ۹۳/۲/۲۴

خلاصه

سابقه و هدف: اوروفلومتری روشی غیرتهاجمی، سریع و مناسب برای غربالگری اختلالات ادراری و عملکرد مثانه و مجرای می باشد. از آنجائیکه پوزیشن فرد هنگام ادرار کردن بر پارامترهای اوروفلومتری تأثیر دارد، لذا این مطالعه به منظور یافتن بهترین پوزیشن ادرار کردن برای کاهش فشار و تخلیه کامل مثانه، در بیماران با علائم مجاری ادراری تحتانی انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۶۳ بیمار با رنج سنی ۶۰-۱۸ سال شامل ۴۴ مرد و ۱۹ زن با علائم مجاری ادراری تحتانی شامل تکرر ادراری، فوریت ادراری، تأخیر در شروع ادراری و افزایش دفعات ادرار در شب انجام شد. بیمارانی که عفونت ادراری داشتند و یا به هر علتی نمی توانستند در هر یک از پوزیشن ها ادرار کنند، از مطالعه خارج شدند. پارامترهای اوروفلومتری برای بیماران مرد با مقایسه با منحنی الگوی طبیعی ادرار، در سه پوزیشن ایستاده، نشسته و چمباتمه زده و برای بیماران زن در دو پوزیشن نشسته و چمباتمه زده اندازه گیری و مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: حداکثر سرعت جریان ادرار تنها در مردان در پوزیشن ایستاده ($15/55 \pm 6/47$) کمتر از پوزیشن چمباتمه زده ($16/64 \pm 8/21$) و نشسته ($17/67 \pm 8/08$) بود ($P < 0/018$). تأخیر شروع ادرار تنها در زنان در پوزیشن چمباتمه به طور معنی داری کمتر از نشسته بود ($14/41 \pm 3/68$) در مقابل ($15/72 \pm 5/9$) ($P < 0/008$). باقیمانده ادرار تنها در مردان در ایستاده به طور قابل ملاحظه ای از دو پوزیشن دیگر بیشتر بود ($P < 0/001$). در هر دو جنس پوزیشن ادرار بر حجم ادرار تخلیه شده و نیز متوسط سرعت ادرار تأثیری نداشت.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که بهترین پوزیشن ادرار کردن برای تخلیه کامل مثانه در بیماران با علائم مجاری ادراری تحتانی و تنگی مجرا پوزیشن نشسته و چمباتمه می باشد.

واژه های کلیدی: اوروفلومتری، پوزیشن ادراری، باقیمانده ادرار.

مقدمه

چشم گیری در باقیمانده ادراری در پوزیشن نشسته نسبت به ایستاده مشاهده شد. اما پارامترهای حداکثر جریان ادراری در دو گروه تفاوت چشم گیری نداشتند. پس پوزیشن نشسته با کاهش در باقیمانده ادراری، به همان نسبت باعث کاهش عوارض مثل علائم ادراری تحتانی و سنگ مثانه می شود (۳). از طرفی دیگر مطالعاتی نیز وجود دارد که نشان می دهد، پوزیشن ادرار کردن بر پارامترهای اوروفلومتری بی تأثیرند. در مطالعه ای که توسط azici و همکاران در ترکیه انجام شد، نشان داد که پارامترهای اوروفلومتری تحت تأثیر پوزیشن ادرار کردن قرار نمی گیرد و پوزیشن ادرار کردن به روشی که فرد به آن عادت کرده و آن را ترجیح می دهد، برمی گردد (۴). باتوجه به اینکه مقالات کمی در رابطه با تأثیر

اوروفلومتری بخشی از بررسی های اورودینامیک و ثبت الکترونیکی جریان ادراری می باشد، اوروفلومتری قبل و یا همراه همه بررسی های اورودینامیک باید انجام شود. اوروفلومتری آزمایش غیرتهاجمی آسان و سریع مناسبی برای بررسی غربالگری اختلالات ادراری و عملکرد مثانه و مجرای می باشد (۱). نتایج برخی از مطالعات نشان می دهد که پوزیشن فرد در هنگام ادرار کردن بر پارامترهای اوروفلومتری تأثیر دارد. نتایج مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ در عربستان سعودی انجام شد، نشان داد که، تنها رزیدوی ادراری در پوزیشن ایستاده بالاتر از پوزیشن نشسته است و بقیه پارامترها تفاوت چشم گیری نداشتند (۲). نتایج تحقیق دیگری که در سال ۲۰۰۹ در کشور مصر انجام شد، حاکی از آن بود که تفاوت

این مقاله حاصل پایان نامه فهیمه قانعی مطلق دانشجوی پزشکی و طرح تحقیقاتی به شماره ۸۹۲۹۰ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر کامیار توکلی طبسی

آدرس: مشهد، بیمارستان امام رضا، گروه اورولوژی، تلفن: ۰۵۱۱-۸۰۲۲۵۵۳

e-mail: tavakolik@mums.ac.ir

بزرگی خوش خیم پروستات تقسیم شدند و تأثیر پوزیشن بر پارامترهای اوروفلومتری به تفکیک بیماری نیز مورد بررسی قرار گرفت. پارامترهای اوروفلومتری برای هر بیمار در پوزیشن های مختلف توسط دستگاه Ellipse ANBROMEDA ثبت شد. در دستگاه سرعت جریان به صورت الکترونیکی ثبت می شود. بیمار به داخل یک ظرف و بر روی یک وسیله اندازه گیری که به یک ترانس دیومر متصل است، ادرار می کند. وزن به حجم تبدیل شده و بر حسب میلی لیتر بر ثانیه بر روی یک چارت ثبت می شود. شکل کل منحنی جریان، ناهنجاری های که حدس زده نشده را آشکار می کند (۶).

جهت تعیین نوع آزمون آماری مورد استفاده در تجزیه و تحلیل پارامترهای اوروفلومتری بیماران و بررسی نرمال بودن پارامترها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که پارامترهای حداکثر سرعت جریان ادرار و متوسط سرعت جریان ادرار دارای توزیع نرمال می باشند بنابراین در تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به این پارامترها از آنالیز واریانس در اندازه های مکرر و آزمون Student زوجی استفاده شد. همچنین با توجه به عدم اثبات نرمال بودن داده های مربوط به پارامترهای تأخیر در شروع ادرار کردن و باقیمانده ادراری از آزمون فریدمن و ویلکاکسون برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد و $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از مجموع ۶۳ بیمار مورد بررسی ۴۴ بیمار (۶۹/۸٪) مرد و ۱۹ بیمار (۳۰/۲٪) زن بودند. افراد مورد مطالعه دارای حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال با میانگین سنی $43/24 \pm 11/94$ سال بودند. میانگین سن بیماران مرد $44/41 \pm 12/60$ سال و میانگین سن بیماران زن $40/53 \pm 9/91$ سال بود که تفاوت آماری معنی داری نداشت.

حداکثر سرعت جریان ادرار در مردان در پوزیشن چمباتمه، نشسته و ایستاده $15/64 \pm 8/28$ ، $17/67 \pm 8/08$ ، $15/55 \pm 6/47$ و در زنان در چمباتمه و نشسته $15/72 \pm 5/9$ و $14/41 \pm 3/68$ بود. تنها مردان در حالت ایستاده کمتر از دو حالت دیگر بود ($p < 0.018$). در مورد حداکثر سرعت جریان ادرار، در هر سه پوزیشن در بیماران اختلال عملکرد ادراری حداکثر و در تنگی مجرا کمترین مقدار را داشت. رابطه ی پوزیشن چمباتمه بر حداکثر سرعت جریان ادرار در بیماری های مختلف معنی دار نبود در حالی که در دو پوزیشن دیگر معنی دار گزارش شد (جدول ۱). متوسط سرعت جریان ادراری در مردان در حالت چمباتمه، نشسته و ایستاده $8/65 \pm 4/01$ ، $8/68 \pm 4/06$ و $9/02 \pm 4/50$ بود. زنان در چمباتمه و نشسته $8/33 \pm 3/56$ ، $6/98 \pm 1/31$ بود. پوزیشن در دو جنس بر متوسط سرعت تأخیری نداشت. تأخیر شروع ادرار در پوزیشن چمباتمه در مردان $14/77 \pm 15/75$ و زنان $14/14 \pm 20/40$ و نشسته در مردان $11/29 \pm 12/04$ و زنان $12/62 \pm 13/69$ و ایستاده در مردان $16/7 \pm 15/06$ بود. تنها در زنان در پوزیشن چمباتمه به طور معنی داری کمتر از نشسته بود ($p < 0.008$). در هر سه حالت تأخیر شروع ادرار کردن در بیماران با بزرگی خوش خیم پروستات بیشترین و در مورد بیماران مثانه نوروزنیک کمترین مقدار را داشت و پوزیشن های مختلف ارتباط معناداری با تأخیر شروع ادرار نداشتند (جدول ۲). باقیمانده ادرار در مردان در وضعیت چمباتمه، نشسته و ایستاده $60/63 \pm 95/71$ ، $60/63 \pm 95/71$ و $59/60 \pm 102/49$ و در زنان $71/02 \pm 112/10$ و

پوزیشن در حین ادرار کردن در نتایج اوروفلومتری وجود دارد و هنوز در مورد این نکته اتفاق نظر وجود ندارد و اینکه معیار پارامترهای استاندارد اوروفلومتری که در دسترس می باشد از کشورهایی است که پوزیشن ادرار کردن آنها بیشترین استفاده و نشسته بوده ولی در کشورهای شرقی به خاطر مسائل عرفی و مذهبی پوزیشن های اصلی چمباتمه و نشسته می باشد، ضرورت این مسأله احساس شد که تغییرات پارامترهای اوروفلومتری در پوزیشن های ادراری مختلف در کشور خودمان در بیماران با علائم مجاری ادراری تحتانی بررسی شود. با توجه به اینکه عادات ادرار کردن در بیماران انسداد مجاری ادراری و افراد سالم متفاوت است، هم چنین با توجه به این نکته که اطلاعات در زمینه پوزیشن بهتر در بیماران از تحقیق و بررسی بر روی بیماران با انسداد مجاری ادراری کشورهایی است که عادت ادرار کردن آنها ایستاده بود، لذا در این تحقیق بر آنیم بهترین پوزیشن ادرار کردن برای بیماران کشور خودمان را با توجه به عقاید فرهنگی و مذهبی بیابیم و در پی بومی سازی آن باشیم. لذا هدف از این مطالعه تأثیر پوزیشن ادرار کردن بر پارامترهای اوروفلومتری در بیماران با علائم مجاری ادراری تحتانی می باشد.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی ۶۳ بیمار با رنج سنی ۱۸ تا ۶۰ سال شامل ۴۴ مرد و ۱۹ زن انجام شد. بیمارانی که علائم ادراری تحتانی شامل تکرر ادراری، فوریت ادراری، تأخیر در شروع ادراری و افزایش دفعات ادرار در شب را داشتند (۵) و در آزمایشات انجام شده عفونت ادراری نداشتند و محدوده سنی آنها ۱۸-۶۰ سال بود و بیمارانی قادر به ادرار کردن در پوزیشن های مختلف بودند، وارد مطالعه شدند. بیمارانی که به دلایلی نتوانستند ادرار کنند و یا به دلایل مشکلات آناتومیک نتوانند پوزیشن های مختلف ادرار کردن را بگیرند، و بیمارانی که در آزمایشات انجام شده عفونت ادراری داشتند یا نتوانستند حجم ادراری بیشتر از CC ۲۰۰ را در مثانه خود نگهدارند، از مطالعه خارج شدند.

از بیماران خواسته شد که قبل از انجام اوروفلومتری به اتاق اورودینامیک رفته و با محیط آشنا شوند. اتاق اورودینامیک، محیطی آرام و بزرگ است که، در آن حریم خصوصی فرد رعایت می شود. طریقه ادرار کردن در هر پوزیشن برای هر بیمار در هر نوبت توضیح داده شد. از بیماران خواسته شد که مثانه خود را با خوردن مایعات پر کنند و هنگامی که احساس ادرار داشتند به اپراتور اطلاع دهند. سپس اوروفلومتری برای مردان در ۳ پوزیشن ایستاده، نشسته و چمباتمه زدن و برای زنان در ۲ پوزیشن نشسته و چمباتمه زدن انجام شد. هنگام ادرار کردن هر بیمار بعد از زدن دکمه دستگاه اوروفلومتری همه پرسنل اتاق را ترک کردند تا بیمار بدون هیچ گونه استرس و با رعایت حریم خصوصی ادرار کند. همچنین از بیماران خواسته شد که هنگام ادرار کردن از افزایش فشار شکم (مانور والسالوا) جهت تخلیه ادرار خودداری کنند. بعد از هر نوبت ادرار کردن، بلافاصله باقیمانده ادراری حداکثر در فاصله زمانی سه دقیقه بعد از ادرار کردن توسط سونوگرافی اندازه گیری شد. از افرادی که حجم ادراری آنها کمتر از CC ۲۰۰ بود خواسته شد که دوباره مثانه خود را با خوردن مایعات پر کنند و مجدداً تحت اوروفلومتری قرار گرفتند. چنانچه بیماران قادر به نگهداری بیش از CC ۲۰۰ ادرار در مثانه خود نبودند، از مطالعه خارج شدند. همچنین بیماران بر اساس تشخیص بالینی به پنج دسته مثانه نوروزنیک، بی اختیاری ادراری، تنگی مجرا، اختلال عملکرد ادرار و

جدول ۴. توزیع پارامتر حجم ادرار تخلیه شده بیماران شرکت کننده در مطالعه به تفکیک پوزیشن ادرار کردن

حجم ادرار	Mean±SD	میان (دامنه)	Pvalue
وضعیت ادرار			
مردان			
چمباتمه زده	۳۶۹/۸۴±۱۴۸/۴۳	۲۸۱/۵۰±۵۵۴	۰/۲۲۲
نشسته	۳۵۴/۳۰±۱۳۹/۲	۳۰۵/۰۰±۵۱۲	
ایستاده	۳۲۴/۳۶±۱۳۵/۶۳	۲۶۵/۰۰±۵۰۰	
زنان			
چمباتمه زده	۳۶۰±۱۴۶/۲۷	۳۴۲/۰۰±۴۳۷/۰۰	۰/۴۹۴
نشسته	۳۴۶/۱۱±۷۷/۲۸	۳۱۷/۰۰±۳۴۲/۰۰	

• p<۰/۰۵

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حداکثر سرعت جریان ادرار و باقیمانده ادراری تنها در مردان در حالت ایستاده کمتر از دو حالت نشسته و چمباتمه زدن است. تأخیر شروع ادرار تنها در زنان در پوزیشن چمباتمه به طور معنی داری کمتر از نشسته بود. در هر دو جنس پوزیشن ادرار بر حجم ادرار تخلیه شده و نیز متوسط سرعت ادرار تأثیری نداشت. در این مطالعه ما ۶۳ بیمار با رنج سنی ۶۰-۱۸ سال شامل ۴۴ مرد و ۱۹ بیمار زن شرکت داشتند که میانگین سنی بیماران زن و مرد از لحاظ آماری تفاوت چشم گیری نداشت. مردان در سه پوزیشن ایستاده، نشسته و چمباتمه (توالیت ایرانی) و زنان در دو پوزیشن نشسته و چمباتمه ادرار کردند.

به طور مشابه در مطالعه Agarwal و همکاران (۷)، ۱۷ مرد با بیماری بزرگی خوش خیم پروستات و مطالعه Aghamir و همکاران (۸) ۱۰ مرد با بیماری بزرگی خوش خیم پروستات و ۱۰ مرد سالم در سه پوزیشن ادرار کردند. اما در مطالعه Unsal و همکاران (۹)، ۴۴ مرد با بیماری بزرگی خوش خیم پروستات، در مطالعه EL-Bahnasawy (۲) و Salem و همکاران (۳)، ۱۰۰ بیمار با بزرگی خوش خیم پروستات، تنها در دو پوزیشن ایستاده و نشسته ادرار کردند و پوزیشن چمباتمه در آنها مورد بررسی قرار نگرفت. در هیچکدام از این مطالعات تأثیر پوزیشن ادرار کردن در پارامترهای اوروفلومتري و باقیمانده ادراری در زنان با بیماری علائم ادراری تحتانی، مورد بررسی قرار نگرفته است. در مطالعه ما حداکثر سرعت جریان ادراری در پوزیشن ایرانی و نشسته مشابه، اما نسبت به پوزیشن ایستاده بیشتر و اختلاف معنی داری داشت. همچنین ارتباط بین حداکثر سرعت جریان ادراری و نوع بیماری معنی دار گردید.

به طور مشابه در مطالعه EL-Bahnasawy و همکاران (۲) Qmax و پوزیشن، ارتباط معنی داری داشت، که در حالت نشسته بیشتر از ایستاده بود. همچنین در مطالعه Amjadi و همکاران (۱۰) که دو پوزیشن چمباتمه و ایستاده را مورد بررسی قرار داد، Qmax در پوزیشن چمباتمه به طور معنی داری بیشتر از حالت ایستاده بود. اما در مطالعات Agarwal و همکاران (۷)، Salem و همکاران (۳) و Aghamir و همکاران (۸) اختلاف معنی داری وجود نداشت، که احتمالاً به علت تعداد کم بیماران مورد مطالعه آنها بوده است. در مطالعه ما نیز در زنان بین Qmax و پوزیشن ادرار کردن ارتباط معنی داری وجود نداشت. در

در چمباتمه و نشسته ۵۶/۸۷±۹۱/۰۵ و ۷۵/۶۰±۸۹/۸۰ بود، که تنها در مردان در ایستاده به طور قابل ملاحظه ای از دو پوزیشن دیگر بیشتر بود ($P<۰/۰۰۱$). همچنین باقیمانده ادراری در پوزیشن های چمباتمه و نشسته در بیماران تنگی مجرا حداکثر و در مثانه نوروژنیک حداقل گزارش شد. در عین حال تأثیر پوزیشن بر باقیمانده ادراری در بیماری های مختلف معنی دار نبود (جدول ۳).

حجم ادرار تخلیه شده در مردان در پوزیشن چمباتمه، نشسته و ایستاده ۳۶۹/۸۴±۱۴۸/۴۳، ۳۵۴/۳۰±۱۳۹/۲ و ۳۲۴/۳۶±۱۳۵/۶۳ و زنان در چمباتمه و نشسته ۳۶۰±۱۴۶/۲۷، ۳۴۲/۰۰±۴۳۷/۰۰ گزارش شد. در هر دو جنس پوزیشن بر این پارامتر تأثیری نداشت. در مورد حجم تخلیه شده ادرار تنها پوزیشن چمباتمه در بیماری های مختلف تأثیر داشت و در اختلال عملکرد ادراری، بیشترین حجم و در مثانه نوروژنیک کمترین مقدار دیده شد (جدول ۴).

جدول ۱. توزیع پارامتر حداکثر سرعت جریان ادرار بیماران شرکت کننده در مطالعه به تفکیک پوزیشن ادرار کردن

حداکثر سرعت جریان ادرار			
Pvalue	میان (دامنه)	Mean±SD	وضعیت ادرار
۰/۰۱۸*	۱۴/۷۵±۳۱/۴۰	۱۶/۶۴±۸/۲۸	چمباتمه زده
	۱۵/۲۰±۲۹/۰۰	۱۷/۶۷±۸/۰۸	نشسته
	۱۶/۸۰±۲۶/۸۰	۱۵/۵۵±۶/۴۷	ایستاده
۰/۲۹۱	۱۶/۰۰±۲۰/۲۰	۱۵/۷۲±۵/۹۱	چمباتمه زده
	۱۳/۲۰±۱۴/۵۰	۱۴/۴۱±۳/۶۸	نشسته

* p<۰/۰۵

جدول ۲. توزیع پارامتر تأخیر شروع ادرار بیماران شرکت کننده در مطالعه به تفکیک پوزیشن ادرار کردن

تأخیر شروع ادرار کردن وضعیت ادرار			
Pvalue	میان (دامنه)	Mean±SD	
۰/۰۶	۱۱/۰۰±۷۷/۳۰	۱۴/۷۷±۱۵/۷۵	چمباتمه زده
	۸/۲۰±۶۸/۴۰	۱۲/۶۲±۱۳/۶۹	نشسته
	۱۲/۸۵±۶۲/۱۰	۱۶/۷۰±۱۵/۰۶	ایستاده
۰/۰۰۸*	۶/۹۰±۴۰/۷۰	۱۱/۲۹±۱۲/۰۴	چمباتمه زده
	۷/۴۰±۶۹/۰۰	۱۴/۱۴±۲۰/۴۰	نشسته

• p<۰/۰۵

جدول ۳. توزیع پارامتر باقیمانده ادراری بیماران شرکت کننده در مطالعه به تفکیک پوزیشن ادرار کردن

باقیمانده ادراری وضعیت ادرار			
Pvalue	میان (دامنه)	Mean±SD	
≤۰.۰۰۱	۱۶/۱۵±۴۱۴/۰۰	۶۰/۶۳±۹۵/۷۱	چمباتمه زده
	۱۶/۷۵±۴۸۳/۰۰	۵۹/۶۰±۱۰۲	نشسته
	۲۷/۵۰±۵۲۵/۰۰	۷۱/۰۲±۱۱۲/۱۰	ایستاده
۰/۸۰۹	۳۰/۰۰±۲۶۰/۰۰	۷۵/۶۰±۸۹/۸۰	چمباتمه زده
	۱۴/۵۰±۲۹۸/۰۰	۵۶/۸۷±۹۱/۰۵	نشسته

• p<۰/۰۵

بررسی نشده است. در مورد حداکثر سرعت جریان ادرار، در هر سه پوزیشن در بیماران اختلال عملکرد ادراری حداکثر و در تنگی مجرا کمترین مقدار را داشت. رابطه پوزیشن چمباتمه بر حداکثر سرعت جریان ادرار در بیماری های مختلف معنی دار نبود در حالی که در دو پوزیشن دیگر معنی دار بود. در هر سه حالت ادرار کردن تأخیر شروع ادرار کردن در بیماران با بزرگی خوش خیم پروستات بیشترین و در مورد بیماران مثانه نوروزنیک کمترین مقدار را داشت و پوزیشن های مختلف ارتباط معنی داری با تأخیر شروع ادرار نداشتند. باقیمانده ادراری در پوزیشن های چمباتمه و نشسته در بیماران تنگی مجرا حداکثر و در مثانه نوروزنیک حداقل شد. در عین حال تأثیر پوزیشن بر باقیمانده ادراری در بیماری های مختلف معنی دار نبود. در مورد حجم تخلیه شده ادرار تنها پوزیشن چمباتمه در بیماری های مختلف تأثیر داشت و در اختلال عملکرد ادراری، بیشترین حجم و در مثانه نوروزنیک کمترین مقدار دیده شد.

در مجموع پوزیشن ادرار کردن بر باقیمانده و حداکثر سرعت ادرار (Q_{max}) در مردان و تأخیر شروع ادرار در زنان تأثیر دارد ولی بر بقیه پارامترهای اوروفلومتری اثر چشم گیری ندارد. بر اساس عادات بیماران ایرانی، بهترین پوزیشن ادرار کردن برای تخلیه کامل مثانه در بیماران با علایم مجاری ادرای تحتانی با ظن بالینی بیشتر بزرگی خوش خیم پروستات و تنگی مجرا پوزیشن نشسته و چمباتمه می باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل حمایت مالی از تحقیق و همچنین از کلیه بیمارانی که با ما همکاری داشته اند، تشکر و قدردانی می گردد.

مطالعه ما در هر دو جنس بین متوسط جریان ادراری و پوزیشن ادرار کردن رابطه معنی داری یافت نشد؛ مردان ($p=0/768$)، زنان ($p=0/189$) به طور مشابه در مطالعه Unsal و همکاران (۹) و Agarwal و همکاران (۷) نیز بین این دو متغیر ارتباط معنی داری وجود نداشت. اما در مطالعه Amjadi و همکاران (۱۰) رابطه بین پوزیشن ادرار کردن و متوسط سرعت جریان ادرار معنی دار گزارش شد. در مطالعه ما در بین مردان حالت ادرار کردن برتأخیر شروع ادرار، تأثیر قابل توجهی نداشت. اما در زنان تأخیر شروع ادرار به طور معنی داری در پوزیشن چمباتمه کمتر از نشسته بود ($p=0/008$). در مطالعه Aghamir و همکاران (۸) نیز در بین مردان تأخیر شروع ادرار در پوزیشن چمباتمه، نسبت به دو پوزیشن دیگر کاهش چشم گیری داشت.

در این مطالعه باقیمانده ادراری به طور قابل ملاحظه ای در حالت ایستاده نسبت به دو حالت دیگر بیشتر بود، اما دو پوزیشن چمباتمه و نشسته با یکدیگر مشابه بودند. در مطالعات Amjadi و همکاران (۱۰)، Aghamir و همکاران (۸) و EL-Bahanasawy و همکاران (۲) نیز مشابه مطالعه ما باقیمانده ادراری در پوزیشن ایستاده به طور قابل ملاحظه ای نسبت به حالات دیگر بیشتر بود. اما در مطالعه Unsal و همکاران (۹) و Agarwal و همکاران (۷) ارتباطی بین پوزیشن ادرار کردن و باقیمانده ادراری کشف نشد. در مطالعه ما نیز در زنان پوزیشن بر باقیمانده ادراری تأثیری نداشت. در این مطالعه بین حجم ادرار تخلیه شده و حالات ادرار کردن در هر دو جنس تأثیر چشم گیری دیده نشد؛ مردان ($p=0/223$)، زنان ($p=0/494$). در مطالعات Unsal و همکاران (۹) و Agarwal و همکاران (۷) نیز همانند مطالعه ما بین این دو متغیر تفاوت چشم گیری مشاهده نشد.

در مطالعه ما همچنین بررسی هایی در رابطه با تأثیر پوزیشن ادرار کردن بر پارامترهای اوروفلومتری در بیماری های مختلف انجام شد که تاکنون مشابه آن

The Effect of Voiding Position on Uroflowmetric Parameters in Patients Who Candidate for Uroflowmetry with Lower Urinary Track Symptoms

K. Tavakkoli Tabassi (MD) ^{1*}, R. Taghavi Razavizadeh (MD) ¹, F. Ghanei Motlagh (MD) ¹,
Sh. Mohammadi (PhD) ²

1. Department of Urology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R. Iran

2. Department of Basic Sciences, Faculty of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, I.R. Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(8); Aug 2014; pp: 7-12

Received: Nov 5th 2013, Revised: Jan 5th 2014, Accepted: May 14th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Uroflowmetry is a non-invasive, fast and suitable procedure for screening of voiding dysfunction and bladder function. Since position of voiding affect uroflowmetry parameters, so the aim of this study was to detect the best of voiding position to decrease of bladder pressure in patients with lower urinary tract signs.

METHODS: In this cross-sectional study, 63 patients (range 18-60 years) with lower urinary tract signs consist of frequency, urgency, hesitancy and nocturia included 44 man and 19 women were enrolled. Patients with urinary infection and patients who could not void in any positions were excluded in this study. Uroflowmetry study was done for each subject in comparison with urinary normal curve in three positions: crouching, sitting and standing for men and two positions: crouching and sitting for women and then compared.

FINDINGS: The mean Qmax just in standing position (15.55 ± 6.47) for men was lower than crouching position (16.64 ± 8.28) and sitting position (17.67 ± 8.08) ($p < 0.018$). The mean hesitancy just in women in crouching was less than sitting position (14.41 ± 3.68 vs. 15.72 ± 5.9) ($p < 0.008$). Voiding residue just in standing position for men was significantly higher than two other positions ($p < 0.001$). In two genders, voided volume and mean Qmax did not seem to be affected by voiding position.

CONCLUSION: The results of this study showed that the best voiding position in patients with lower urinary tract and urethra stenosis were sitting and crouching positions.

KEY WORDS: Uroflowmetry, Voiding position, Post voiding residue.

Please cite this article as follows:

Tavakkoli Tabassi K, Taghavi Razavizadeh R, Ghanei Motlagh F, Mohammadi SH. The effect of voiding position on uroflowmetric parameters in patients who candidate for uroflowmetry with lower urinary track symptoms. J Babol Univ Med Sci 2014;16(8):7-12.

* Corresponding Author; K. Tavakkoli Tabassi (MD)

Address: Department of Urology, Imam Reza Hospital, Mashhad, I.R. Iran

Tel: + 98 511 8022553

E-mail: tavakolik@mums.ac.ir

References

1. Kavoussi R, Partin A, Novick A, Peters C. Campbell-Walsh urology. 10th ed. Philadelphia: Saunders Co 2012; pp: 35-40.
2. El-Bahnasawy MS, Fadl FA. Uroflowmetric differences between standing and sitting positions for men used to void in the sitting position. *Urology* 2008;71(3):465-8.
3. Salem TA, Abbas HH, Ali MH, Al Robigi A. The effect of voiding position on uroflowmetry findings and postvoiding residual urine in patients with benign prostatic hyperplasia. *Urol Today Int J* 2009;2(3):5-7.
4. azici CM, Turker P, Dogan C. Effect of voiding position on uroflowmetric parameters in healthy and obstructed male patients. *Urol J* 2013;10(4):1106-13.
5. Riehmman M, Bayer WH, Drinka PJ, et al. Position-related changes in voiding dynamics in men. *Urology* 1998;52(4):625-30.
6. Mundy AR, Stephenson TP, Wein AJ. Urodynamics principles, practice and application. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Living Stone 1994; pp:299-326.
7. Agarwal M, Bandawar M, Mandal A, et al. Position related changes in urine flow-volume relation in men with symptomatic Benign Prostatic Enlargement: Importance of average flow rates. *Urol J* 2008;2(4):217-32.
8. Aghamir SM, Mohseni M, Arasteh S. The effect of voiding position on uroflowmetry findings of healthy men and patients with benign prostatic hyperplasia. *Urol J* 2005;2(4):216-21.
9. Unsal A, Cimentepe E. Effect of voiding position on uroflowmetric parameters and postvoid residual urine volume in patients with benign prostatic hyperplasia. *Scand J Urol Nephrol* 2004;38(3):240-2.
10. Amjadi M, Madaen SK, Pour-Moazen H. Uroflowmetry findings in patients with bladder outlet obstruction symptoms in standing and crouching positions. *Urol J* 2006;3(1):49-53.