

شب ادرااری

شب ادرااری اختلال شایعی در بین کودکان است، بطوریکه ۱۵ درصد کودکان پنج ساله، ۷ درصد کودکان هفت ساله و احتمالاً یک درصد نوجوانان به آن مبتلا هستند. شب ادرااری در مقایسه با برخی از اختلالات مزمن شایع، در بین کودکان، از اهمیت کمتری برخوردار است. برای بسیاری از کودکان، شب ادرااری یک گرفتاری مصیبت بار است که به مخفی کاری، احساس گناه و کاهش اعتماد به نفس منتهی میشود. این احساس مصیبت، به والدین نیز منتقل میگردد، چرا که هم نگران بهبودی کودک خود هستند و هم زحمت شستن رختخواب آلوده را بر عهده دارند.

بیماریزایی

بعید بنظر میرسد که شب ادرااری یک علت واحد داشته باشد. این اختلال در پسر ها و بچه های اول شایعتر است. از عوامل دیگر می توان تعلق به طبقه پایین اجتماع، وجود تنشهای بزرگ در اوایل زندگی و سابقه خانوادگی را نام برد. اگر چه شب ادرااری در کودکانی که بیماری مزمن دارند نیز شایع است، اما بندرت از تظاهرات بیماریهای ارگانیکی مانند اختلال عصبی مشانه، عفونت مجاری ادرااری یا پرادراری می باشد. بیشتر این کودکان هیچ نوع اختلال روانی ندارند.

ظرفیت کارآمد مشانه در بعضی از کودکان مبتلا به شب ادرااری، کاهش می یابد. والدین مکرراً مشاهده می کنند که کودکان به سختی از خواب بیدار میشود. شواهدی در دست است که حتی داروهای محرک نیز در این زمینه موثر نیستند. اخیراً به نقش هورمون ADH در شب ادرااری توجه شده است. یک مطالعه نشان داده است که کودکان مبتلا به شب ادرااری در حقیقت مبتلا به پرادراری ثانویه بدلیل سطح پایین ADH در شب می باشند. اگر چه سایر بررسیها، این یافته ها را تأیید نمی کنند.

مترجم:

افسانه پاشا

کارشناس ارشد بهداشت جامعه

عضو هیئت علمی

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

می باشد. بروز شب ادراری ثانویه ممکن است بدنبال وقوع حادثه خاصی باشد، اگر چه به لحاظ درمانی اهمیت چندانی ندارد.

تدابیر انجام شده قبلی باید مورد ارزیابی قرار گیرد. محدود کردن مایعات موثر نیست، اما از خوردن مایعات کافئین دار در عصر باید پرهیز شود. توالیت بردن کودک قبل از خوابیدن والدین، ممکن است از خیس شدن رختخواب جلوگیری کند. اما در درمان شب ادراری موثر نیست و ممکن است کودک را جهت ادرار کردن در همان ساعت شرطی کند. تنبیه معمولاً مشکل را تشدید می کند، رشوه دادن نیز بی فایده است، هر دوی این روشها، چنین تداعی می کند که کودک عمداً جای خود را خیس می کند.

تدابیر پیشنهادی:

اصول کلی اقدامات و تدابیر مطرح شده در جدول شماره یک ذکر شده است.

بررسی:

اختلالات عضوی باید از طریق شرح حال و سابقه، معاینه فیزیکی، آزمایش کامل ادرار و کشت ادرار مورد شناسایی قرار گیرد. اختلال عصبی مثانه بیشتر اوقات نادیده گرفته میشود. وجود یک الگوی طبیعی ادرار کردن در روز و خیس نکردن کودک در طول روز، به اضافه وجود حرکات سریع و طبیعی قوزک پا، وجود حساسیت اطراف مقعد، فقدان فرورفتگی ساکرال یا خال مودار تا حدود زیادی تشخیص اختلال عصبی مثانه را رد می کند. البته خیس کردن در طول روز به خودی خود دال بر اختلال عصبی مثانه نیست.

عوامل موجود در منزل که به نوعی با شب ادراری ارتباط دارند یا درمان را با مشکل مواجه میسازند باید شناسایی شوند. این عوامل شامل وجود اختلافات زناشویی، عدم موفقیت درمان قبلی، رختخواب مشترک، قنداق کردن و کهنه بستن کودک، انگیزش کم مایه، اختلالات رفتاری و احساسی

جدول شماره ۱: تدابیر اصولی متداول

- * توضیح دادن، اطمینان بخشیدن و دادن اطلاعات - این اطلاعات را می توان از مراکز اطلاعاتی شب ادراری و یا مراکز بهداشتی دریافت کرد.
- * درگیر کردن کودکان و والدین در طرح درمانی - درمان در صورتی کارساز است که هر دو نفر (کودک و والدین) مشتاق باشند.
- * پیگیری منظم بوسیله یک فرد مشتاق - حتماً یک پزشک برای پیگیری مورد نیاز نیست. بیشتر کلینیکهای شب ادراری بوسیله پرستاران، مددکاران اجتماعی و روانشناسان اداره می شوند.
- * کودک باید درمان را ثبت کند - کودک خود باید مسئول ثبت اطلاعات بوده و در هنگام پیگیری آن را ارائه کند.
- * تشویق - همیشه یک عامل مثبتی برای تشویق هست، حتی اگر آن عامل، فقط آمدن به کلینیک باشد.

توضیح و جلب اعتماد، همه آن چیزی است که کودکان زیر پنج سال به آن نیاز دارند.

جدول ستاره ها و اصلاح رفتاری: والدین

می توانند یک شب خشک را بوسیله یک ستاره و تشویق پاداش دهند. در صورت ساده بودن هدف (مانند یک شب خشک) روش جایزه و تشویق را می توان متناسب با هدف تعیین شده تغییر داد. حدود ۵۰ درصد کودکان با استفاده از این روش خشک خواهند ماند.

زنگ شب ادراری، موثرترین روش درمان

است. از این روش در کودکانی که سن آنها بیشتر از هفت سال بوده و طبیعتاً بهتر می فهمند و همکاری می کنند استفاده میشود. کودک، والدین و پزشکان عمومی باید با وسایلی مانند زنگهای استاندارد، روتختی یا لباسهایی که در صورت خیس شدن زنگ کوچکی در آن صدا در می آید، آشنا باشند. باید تاکید شود که ممکن است، ۶-۸ هفته پس از استفاده از این روش، همچنان شب ادراری وجود داشته باشد. کودک باید قسمت اعظم درمان را خودش انجام دهد، او باید ساعت را کوک کرده و پس از بصدادرآوردن زنگ مجدداً آنرا کوک کند. شبهای خشک خود را ثبت کند و اندازه قسمتی را که خیس شده است بعد از خاموش کردن زنگ ثبت کند. اگر با صدای این زنگ نتواند از خواب بیدار شود، از زنگی با صدای بلندتر استفاده شود. اگر این روش موثر نبود، والدین باید در صورتیکه جای بچه خیس شد سریعاً او را از خواب بیدار کنند و اینکه به چه وسیله یا مکانیسمی او را از خواب بیدار کنند مهم نیست. برای حفظ اشتیاق کودک استفاده از پاداش بسیار مفید است.

۸۰-۶۰ درصد کودکان، ۸-۱۲ هفته بعد از

بکارگیری این روش، خشک خواهند بود و ۲۰ درصد این کودکان شش ماه پس از قطع درمان، شب ادراری را مجدداً از سر می گیرند، اما به درمان مجدد پاسخ خوبی میدهند. میزان عود شب ادراری را با بکارگیری

روشهای دوباره یادگیری^۱ می توان کاهش داد. وقتی کودک با استفاده از زنگ خشک می ماند، نوشیدن مقادیر زیاد آب، قبل از به رختخواب رفتن را آغاز می کند و استفاد از زنگ را جهت خشک ماندن ادامه میدهد.

شکل شماره ۲ اساس استفاده از زنگ شب ادراری را در درمان کودکان مبتلا نشان میدهد. این اقدامات شدنی و قابل اجرا می باشند.

تعلیم خشک ماندن یک روش ویژه رفتار درمانی است که از سوی برخی روانشناسان بالینی مورد استفاده قرار می گیرد. در این روش، روزهای اول، هر شب یکساعت به یکساعت جهت اطمینان از خشک بودن، کودک را در طی شب، از خواب بیدار می کنند. استفاده منظم از زنگ شب ادراری و ثبت شبهای خشک در کارت مخصوص جهت بازخورد مثبت و تشویق بیمار به ادامه این روش درمانی، لازم است. این روش به اندازه استفاده از زنگ شب ادراری موثر بوده و خشک ماندن سریعتر حاصل میشود. اگر چه نتایج بدست آمده از مطالعات گوناگون، تفاوت بسیاری با هم دارند.

داروها، فقط تأثیر مثبت دسموپرسین^۲ (یک مشتق صنعتی هورمون ADH) و داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای (آمی تریپتی^۳، ایمی پرامین^۴) در درمان شب ادراری با شواهد کافی نشان داده شده است. این داروها اثرات مشابه ای دارند، بهبودی کوتاه مدت ایجاد کرده و پس از توقف درمان در بیشتر موارد بیماری عود می کند.^۲ کودکان بهبودی قابل ملاحظه ای پیدا می کنند و این در حالیست که^۱ آنها بطور کامل بهبود می یابند. دوره درمان حدود سه ماه

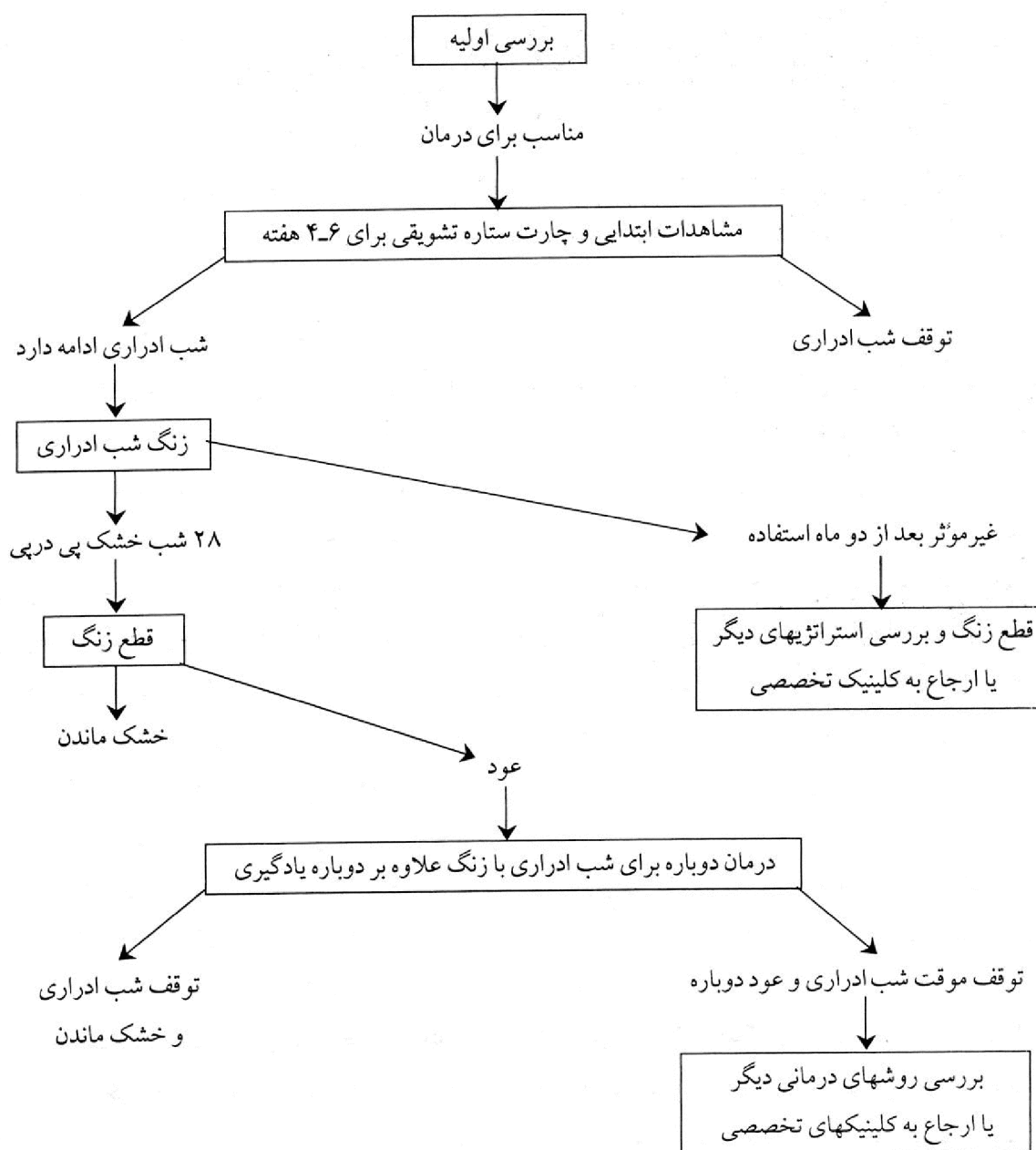
1. Overlearnig

2. Desmopressin

3. Amitriptyline

4. Imipramine

شکل شماره ۱:
فلوچارت برای درمان شب ادراری کودک



میشود. بنظر میرسد این دارو در کودکان بزرگتر موثرتر باشد. بروز عوارض جانبی شایع نیست، اما موارد نادری از احتباس مایع و کاهش سدیم گزارش شده است. ایمنی پرامین، بصورت تک دوزی و شبها تجویز میشود. معمولاً در ابتدا با ۲۵ میلی گرم شروع و سپس تا ۵۰-۷۵ میلی گرم افزایش می یابد. پاسخ درمانی

طول می کشد. در صورت لزوم، به منظور بررسی نتیجه درمان، دسموپرسین را می توان موقتاً یک هفته قطع کرد.

دسموپرسین بصورت اسپری بینی مورد استفاده قرار می گیرد. پاسخ درمانی وابسته به دوز دارو می باشد. معمولاً شبها ۲۰-۴۰ میکروگرم تجویز

وابسته به دُر می باشد، اگر ۲-۳ ساعت قبل از خواب خورده شود نتیجه مطلوبتری خواهد داشت. این دارو باید فقط برای بچه های ۶ سال به بالا تجویز شود. عوارض جانبی آنتی کولیزژیکی آن وابسته به دُر می باشد. اما این عوارض معمولاً با درمان تداخل نمی کنند. دُر بالای آن کشنده است.

موارد استعمال: در درمان سریع شب ادراری که به سایر درمانها پاسخ نمیدهد یا وقتی که برای زمانی کوتاه نیاز به قطع شب ادراری باشد، اندیکاسیون درمان دارویی وجود دارد.

هزینه های درمانی - در جدول شماره ۲ هزینه های درمان دارویی و هزینه سایر روشهای درمانی مقایسه شده است.

جدول شماره ۲: هزینه روشهای درمانی گوناگون

درمان	هزینه
زنگ متصل به لباس	۵۲ پوند (قابل استفاده دوباره)
زنگ کنار تخت	۵۹ پوند (قابل استفاده دوباره)
قرص ایمی پرامین ۵۰ میلی گرم	۱۰ پنی / در هفته
شریت ایمی پرامین ۵۰ میلی گرم	۲۶ پنی / در هفته
اسپری دسموپرسین ۵۰ میلی گرم	۵ پوند و ۸۰ پنی در هفته

سایر روشهای درمانی - هیپنوتیزم و طب سوزنی نیز در درمان شب ادراری مطرح شده است. اگر چه تأثیر آن در جمعیت غیرانتخابی ناشناخته می باشد.

شب ادراری صعب العلاج

وقتی درمان موفقیت آمیز نبود، باید دلیل آنرا جستجو کرد:

- آیا کودک انگیزه و تمایل لازم نسبت به این روش درمانی دارد؟

- آیا در ارتباط با زنگ مشکل تکنیکی وجود دارد؟

- باید مشکلات احساسی زمینه ای یا بیماریهای جسمی

مورد شناسایی قرار گیرند.

از جمله عواملی که بر کاهش پاسخ درمانی مؤثرند، می توان فقدان توجه در کودک یا والدین، اختلال روانی کودک، خیس کردن شدید در طی روز، استرسهای خانوادگی و وضعیت نامطلوب خانه را نام برد. اگر هیچ عامل قابل اصلاحی شناسایی نشد تدابیر دیگری از جمله، توقف درمان برای مدتی (خصوصاً کودکان جوانتر)، درمان بیشتر با زنگ شب ادراری (بعد از یک وقفه چند ماهه) یا درمان دارویی می تواند کمک کننده باشد. در صورت عدم پاسخ به درمان و بررسی علت عدم موفقیت درمان، ارجاع بیمار به یک کلینیک شب ادراری، پزشک متخصص اطفال و روانپزشک اطفال راه حل مناسبی است.

منبع:

Jonathan Evans. "Nocturnal enuresis". The practitioner East Mediterranean Epition. August 1994 pp: 468-480