



دکتر بهروز جلیلی*

بررسی بی‌اختیاری ادرار در کودکان مراجعه‌کننده به مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی تهران

چکیده

بی‌اختیاری ادرار کارکردی^(۱) یکی از شایع‌ترین موارد ارجاع به کلینیک‌های روانپزشکی کودکان را تشکیل می‌دهد. در برخورد با این کودکان حداقل سن لازم برای عنوان کردن تشخیص، ارتباط با صرع و مراحل خواب، تشخیص افتراقی با ضایعات عضوی مولد علائم مشابه و اختلالات روانی شایع همراه با آن از نکات مورد توجه در ارتباط با این اختلال عنوان شده است. در بررسی ۸۷۵ مورد کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار (۱۵۷ دختر و ۷۱۸ پسر) که از دی ماه ۱۳۶۲ تا دی ماه ۱۳۷۰ به مدت ۸ سال به مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی مراجعه نموده‌اند نتایج زیر بدست آمده است. شیوع بی‌اختیاری ادرار کارکردی در پسرها بیش از دخترها و نسبت آن تقریباً چهار و نیم به یک بوده است. موارد بی‌اختیاری ادرار اولیه بیش از موارد بی‌اختیاری ادرار ثانویه بوده است. میزان وجود صرع همراه با این اختلال بسیار ناچیز بوده است. میزان موارد گزارش شده در خانواده‌های شلوغ و پرجمعیت بالاتر از خانواده‌های کم جمعیت بوده است.

کلید واژه: بی‌اختیاری کارکردی ادرار، شب ادراری، تهران

بی‌اختیاری ادرار کارکردی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که به کلینیک‌های روانپزشکی کودکان ارجاع داده می‌شوند. همچنین روشهای درمانی و دیدگاههای گوناگون بررسی آن همواره مورد بحث و

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، میدان انقلاب، اول جمال زاده جنوبی مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی.

1-functional enuresis 2-enuresis

اختلاف نظر بوده است. هم اکنون نیز در بررسی این مبتلایان نکات زیر همواره ذهن پزشک را به خود معطوف می‌دارد:

- ۱- در چه سنی باید این مسئله را نابهنجار دانست.
 - ۲- ارتباط آن با صرع و مراحل خواب چگونه است.
 - ۳- در بررسی آن تا چه میزان باید به ضایعات ارگانیک دستگاه ادراری توجه نمود.
 - ۴- اختلالات روانی شایع همراه آن کدامها می‌باشند.
- جهت ورود به بحث پیرامون موارد یاد شده نخست باید شب ادراری^(۲) را تعریف نمود. تاکنون تعاریف بی‌شماری برای بی‌اختیاری ادرار ارائه گردیده است که بیشتر آنها جامع و کامل نمی‌باشند، برای نمونه:
- ۱- بی‌اختیاری ادرار به خروج غیر ارادی ادرار پس از سنی که معمولاً در آن سن باید کنترل مثانه حاصل شده نخست باید شب ادراری^(۱) را تعریف نمود. تاکنون تعاریف بی‌شماری برای بی‌اختیاری ادرار ارائه گردیده است که بیشتر آنها جامع و کامل نمی‌باشند، برای نمونه:
 - ۱- بی‌اختیاری ادرار به خروج غیر ارادی ادرار پس از سنی که معمولاً در آن سن باید کنترل مثانه حاصل شده باشد گفته می‌شود (بهرمن^(۲)، واگان^(۳)، ۱۹۹۲).
 - ۲- بی‌اختیاری ادرار در مورد خروج ادرار تکراری، نامتناسب و غیر ارادی به کار برده می‌شود. (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴). تا بالاخره DSM-IV معیارهای تشخیصی زیر را برای شب ادراری کارکردی در نظر می‌گیرد (ای. پی. ای. ۱۹۹۴)^(۴).

- A- دفع مکرر ادرار به لباس یا رختخواب (خواه عمدی یا غیر عمدی).
- B- رفتار کودک از نظر بالینی اهمیت دارد بطوری که با وقوع دو بار در هفته به مدت سه ماه پیاپی یا وجود ناراحتی قابل ملاحظه بالینی، یا افت در کارکرد اجتماعی، تحصیلی (یا شغلی)، یا سایر زمینه‌های مهم همراه است.

C- سن تقویمی حداقل ۵ سال (یا سطح رشدی معادل آن).
D- رفتار موجود در نتیجه تأثیر مستقیم یک ماده (مثل مدرها) یا یک اختلال پزشکی کلی (مانند دیابت، اسپینابیفیدا، اختلال تشنجی) نمی‌باشد.

در صورتی بی‌اختیاری ادرار (شب ادراری اولیه^(۵)) تلقی می‌گردد که پیش از آن یک تاریخچه دست کم یکساله کنترل ادرار^(۶) موجود نباشد و در غیر آن صورت ثانویه^(۷) گفته می‌شود (ای. پی. ای، ۱۹۹۴؛ کلب، کیت، برودیو، ۱۹۸۲؛ گلیس، کاگان، ۱۹۹۰).

در $\frac{۴}{۵}$ موارد بی‌اختیاری ادرار اولیه است، شیوع آن در پسرها دو برابر دخترها بوده و نوع شبانه آن فراوانتر است (هاتاوی، ۱۹۹۱). در این نوع معمولاً هیچگونه ضایعه فیزیکی سیستم اعصاب یا ادراری تناسلی کشف نمی‌گردد.

به هر حال بی‌اختیاری ادرار (شب ادراری) در پسران، طبقات اقتصادی پایین و فرزندان اول شایعتر بوده و گرایش^(۸) خانوادگی نسبتاً مهمی در مورد آن ملاحظه می‌گردد. (کلب، کیت، برودیو، ۱۹۸۲). در این قسمت به بررسی چهار مسئله عمده که در بالا یادآور شدیم پرداخته، سپس روش بررسی و نتیجه‌گیری در مورد مراجعین مبتلا به بی‌اختیاری ادرار به مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی ذکر خواهد گردید.

I- در چه سنی باید این مسئله را نابهنجار دانست.
خیس کردن رختخواب بین سنین ۳-۲ سالگی به سرعت کاهش می‌یابد تا آنجا که در ۵ سالگی در کمتر از ۱۵٪ کودکان و در ۸ سالگی در کمتر از ۷٪ آنان آنهم گاه به گاه و بطور اتفاقی رخ می‌دهد (گلیس، کاگان، ۱۹۹۰). کمتر از ۲٪ کودکان ۵ ساله در طول روز خود را خیس می‌کنند (بی‌اختیاری ادرار در روز)^(۹)، و آن هم تقریباً هفته‌ای یک

1-enuresis	2-Behrman
3-Vaughan	4-A. P. A.
5-primary enuresis	6-urinary continence
7-secondary enuresis	8-tendency
9-diurnal enuresis	

بار. اما معیارهای تشخیصی DSM-IV حداقل سن تقویمی ۵ سال و یا سن عقلی معادل آن را ملاک تشخیص می‌گیرد. بدین سان در مورد عقب افتادگان ذهنی نیز می‌توان بر مبنای سن عقلی سن کودک را مشخص نمود.

II- ارتباط بی اختیاری ادرار با صرع و مراحل خواب: در این مورد عقاید بسیار متناقضی ابراز گردیده است: ریتو^(۱) معتقد است با تهیه EEG از مبتلایان می‌توان انواع شب ادراری را افتراق نمود و حتی وی تقسیم بندی خود را بر اساس داشتن یا نداشتن سابقه خانوادگی شب ادراری، اختلالات نوروتیک و مسایل رفتاری و غیره پایه گذاری می‌کند.

به عقیده کاپلان این نظریه که بی اختیاری ادرار طی مرحله ۲-۴ خواب رخ می‌دهد فرضی است و به نظر نمی‌رسد بی اختیاری ادرار هیچ گونه ارتباطی با مرحله خاصی از خواب داشته باشد و مبتلایان به بی اختیاری ادرار که دچار اختلال رفتاری نیز هستند، الگوی خوابی متفاوت با سایر مبتلایان به این اختلال ندارند.

پارکر^(۲)، سادوک و برخی از پژوهشگران دیگر اعتقاد دارند که این مسئله هیچ گونه ارتباطی با صرع ندارد چنانکه اکثر کودکان مبتلا به صرع هم دچار بی اختیاری ادرار نمی‌باشند.

- بر اساس یک نظریه بی اختیاری ادرار می‌تواند در عبور از هر مرحله خواب به مرحله دیگر رخ دهد. (به نقل از هاتاوی، ۱۹۹۱).

- عقیده دیگر حاکی از آن است که در اول مرحله "رم"^(۳) و مراحل ۳ و ۴ خواب (نان رم)^(۴)، بسیار شایع تر است. در جریان آن افزایش تحرکات بدنی و افزایش تونوس عضلانی و تکیکاردی و تاکی پنه و در مردها نعوظ^(۵) دیده شده و ادرار کردن^(۶) در عبور به مرحله آرام یعنی مرحله ۱ و ۲ خواب رخ می‌دهد.

در کودکان بزرگتر و نوجوانها شب ادراری^(۷) پس از گذار از مرحله ۱ و ۲ خواب بیش از مرحله ۳ و ۴ خواب

دیده می‌شود.

III- مسایل روانی شایع همراه بی اختیاری ادرار:

اگر چه اختلالات روانی در کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار بیشتر دیده می‌شود (بخصوص در دختران و بالاتر از ۹ ساله‌ها) ولی رویهمرفته $\frac{3}{4}$ تا $\frac{4}{5}$ آنان از نظر روانی در گستره بهنجار قرار دارند (ضیایی، ۱۹۹۰). به هر حال مسایل روانی دخیل در نوع بی اختیاری ادرار در روز از جمله گرایشهای منفی گرایانه و اضطرابهای مزمن و اختلالات شخصیتی از نوع اضطرابی می‌باشد و در نوع شبانه نیز تأخیرهای مربوط به رشد و اختلالات نوروتیک و تنشی^(۸) قابل ذکرند.

IV- توجه به ضایعات عضوی بخصوص در دستگاه ادراری:

چون تظاهرات بسیاری از اختلالات بصورت بی اختیاری ادرار می‌باشد برخی از پژوهشگران عقیده دارند که در این بررسی پزشک باید فهرست مفصل بسیاری از این بیماریها را جهت تشخیص افتراقی در نظر داشته باشد که از آن جمله‌اند:

الف- واکنشهای دارویی مانند تیوریدازین، کلرپرومازین، هالوپریدول و فلوفازین.

ب- مشکلات عصبی مثانه^(۹)

پ- صرع، که تا کنون حملات آن فقط در خواب رخ داده و خروج ادرار در ضمن حمله صرع با بی اختیاری ادرار اشتباه می‌گردد.

ت- اختلالات خواب مانند خواب گردی^(۱۰) که در ضمن آن کودک کوشش در ادرار کردن دارد.

1-Ritvo	2-Parker
3-REM	4-Non REM
5-penile erection	6-urination
7-nocturnal enuresis	8-tention discharge disorder
9-neurogenic bladder	10-somnambulism

جدول ۱ - توزیع فراوانی و فراوانی نسبی بی‌اختیاری ادرار در افراد مورد بررسی.

متغیر	فراوانی (N=۸۷۵)	درصد
کل مراجعین		
پسر	۳۴۴۹	۶۰/۸
دختر	۲۲۲۳	۳۹/۱۹
جنس		
دختر پایین ۸ سال	۹۹	۶۳/۱
دختر بالای ۸ سال	۵۸	۳۶/۹
جمع	۱۵۷	۱۷/۹۴
پسر پایین ۸ سال	۴۲۰	۵۸/۴۰
پسر بالای ۸ سال	۲۹۸	۴۱/۵
جمع	۷۱۸	۸۲/۱
سطح اقتصادی - اجتماعی خانواده		
خانواده پرجمعیت	۵۲۰	۵۹/۴
خانواده کم جمعیت	۳۵۵	۴۰/۵۷
نوع بی‌اختیاری ادرار		
اولیه، دختر	۱۱۰	۱۲/۶
اولیه، پسر	۶۲۰	۷۰/۹
ثانویه، دختر	۴۷	۵/۴
ثانویه، پسر	۹۸	۱۱/۲

در دختران، و همچنین در هر دو جنس در نوع ثانویه کشت ادرار نیز انجام گردیده است. در صورت کشت مثبت ادراری آزمایش کلیوی کامل درخواست گردیده و در صورت وجود نشانه‌های مشکوک و لزوم بررسی پرتونگاری تا حد "آی. وی. پی" (۴)، سونوگرافی و "وی. سی. یو. جی" (۵) انجام گردیده است. از پسران یک نفر دچار اوروپاتی انسدادی با مگالواورترویدرونفروز یک طرفه و یک مورد "وی. یو. رفلکس" (۶) درجه ۳ کشف

1-spinal tumor
3-Vaughan
5-V. C. U. G

2-Behrman
4-I. V. P.
6-V. U. reflux

ج- بیماری قند که ظهور ناگهانی بی‌اختیاری ادرار از نشانه‌های شایع آن است.

ح- تومور نخاع (۱)، گرچه در کودکان نادر است.

خ- سایر علل مانند وجود اجسام خارجی در مجاری ادرار، آماس مهیل، عقب ماندگی ذهنی، نارسایی مزمن دستگاه ادراری، انگل‌های روده‌ای.

از سوی دیگر چون بی‌اختیاری ادرار اولیه شایعتر بوده و کمتر امکان دارد که به علت یک ضایعه عضوی به وجود آمده باشد، در شب ادراری بدون بی‌اختیاری روزانه، قطره قطره آمدن ادرار، تکرر ادرار، احساس سوزش همراه با خروج ادرار که آزمایش ادرار طبیعی باشد هیچگونه اقدام تشخیصی دیگری لازم نیست (بهرمن) (۲)، واگان (۳)، (۱۹۹۲).

روشن پژوهش

تعداد کل کودکان مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی شهید اسماعیلی طی ۸ سال (بهمن ۱۳۶۲ تا دی ۱۳۷۰)، ۵۶۷۲ نفر بوده است که از این تعداد ۲۲۲۳ مورد دختر و ۳۴۴۹ مورد پسر بوده‌اند. بررسی ۸۷۵ مورد مبتلایان به بی‌اختیاری ادرار که طی مدت یاد شده به مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی مراجعه نموده‌اند، در جدول ۱ ارائه شده است.

از همه مراجعین آزمایش کامل ادرار به عمل آمده،

در نوع شبانه نیز تأخیرهای
مربوط به رشد و اختلالات
نوروتیک و تنشی قابل
ذکرند.

مسایل روانی دخیل در نوع بی اختیاری ادرار در روز از جمله گرایشهای منفی گرایانه و اضطرابهای مزمن و اختلالات شخصیتی از نوع اضطرابی می باشد.

و هر دو مورد در دسته ثانویه قرار داشتند که مشاوره اورولوژی و نفرولوژی در مورد آنان به عمل آمده است (جدول ۲).

جدول ۲- فراوانی و فراوانی نسبی مشکلات و ناراحتیهای همراه با بی اختیاری ادرار در افراد مورد بررسی.

ناراحتی همراه	فراوانی (N=۸۷۵)	درصد
وجود کشت ادرار مثبت		
پسر	۵۳	۷/۳
دختر	۸۷	۵۵/۴
ناراحتیهای دستگاه ادراری		
پسر	۲	۰/۲
دختر	۳	۱/۹
صرع		
پسر	۵	۰/۷
دختر	۳	۱/۹
عقب افتادگی ذهنی		
پسر	۲	۰/۲
دختر	۳	۱/۹

از دختران نیز یک نفر نارسایی کلیوی مزمن و دو نفر مشکلات دیگری در دستگاه ادراری داشته‌اند. که از این سه نفر نیز دو نفر در دسته ثانویه قرار داشته‌اند. از تمامی مبتلایان در مصاحبه بالینی، بررسی شخصیتی و رفتاری به عمل آمده است که از کل موارد ۲۳۰ مورد دچار این اختلالات تشخیص داده شده‌اند (۶۳ دختر و ۱۶۷

پسر). شایعترین اختلال رفتاری در این افراد اختلالات سلوکی^(۱) بوده است. از موارد مشکوک به صرع EEG گرفته شده که وجود صرع تنها در ۸ مورد به اثبات رسیده است. از نظر اقتصادی - اجتماعی ۵۲۰ مورد به خانواده‌های شلوغ و پر جمعیت و ۳۵۵ مورد به خانواده‌های کم جمعیت و نسبتاً مرفه تعلق داشته‌اند.

بحث در نتایج

با بررسی آمار یاد شده، نکات زیر در مورد مبتلایان به بی اختیاری ادرار قابل توجه است:

- ۱- بررسی کامل کلیه مبتلایان از نظر معاینه بدنی توصیه شده، به ویژه در مورد مبتلایان به بی اختیاری ادرار ثانویه، خصوصاً در دختران، این معاینه با توجه به دستگاه ادراری - تناسلی^(۲) آنها باید دقت بیشتری اعمال گردد.
- ۲- از نظر پیراپزشکی آزمایشهای معمول ادرار در همه موارد، ضروری به نظر می‌رسد ولی به ویژه در موارد بی اختیاری ادرار کارکردی بررسی گسترده آزمایشگاهی لازم به نظر نمی‌رسد.
- ۳- تهیه EEG قدمی اساسی و نکته‌ای قابل توصیه در بررسی معمول مبتلایان نمی‌باشد.

۴- دیدگاههای منفی کودک از خود و کاهش اتکاء به نفس در کودک و نظرات اغراق آمیز و خشونت آمیز والدین در بسیاری موارد به چشم می‌خورد که اداره مسئله را دچار اشکال می‌کند و در بررسی مبتلایان، توجه به نکات بالا برای تشخیص و درمان روانپزشکی دارای اهمیت است.

1-conduct disorder

2-genitourinary

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition), Washington D. C.: APA.
- Behrman, R. E., Vaughan, V. C. (1992). *Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Gillis, S. S., Kagan, B. M. (1990). *Current pediatric therapy*. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Hathaway, W. E. (1991). *Current pediatrics, diagnosis & treatment*. C. T. San Mateo C. A.: Appleton & Lange.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Graef, J. W. (1994). *Manual of pediatric therapeutics*. Boston: Children's Hospital.
- Kolb, L. C., Keith, H. & Brodio, H. (1982). *Modern Clinical Psychiatry* (10th edition). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Ziai, M. (1990). *Pediatrics*. Boston: Little Brown Co.



بسمه تعالی

اولین گردهمایی فارغ التحصیلان انستیتو روانپزشکی تهران

۱۱ و ۱۲ آبان ماه ۱۳۷۴

انستیتو روانپزشکی تهران

جهت کسب اطلاعات بیشتر و ثبت نام با شماره تلفن ۷۵۳۷۱۴۲ تماس حاصل فرمائید.