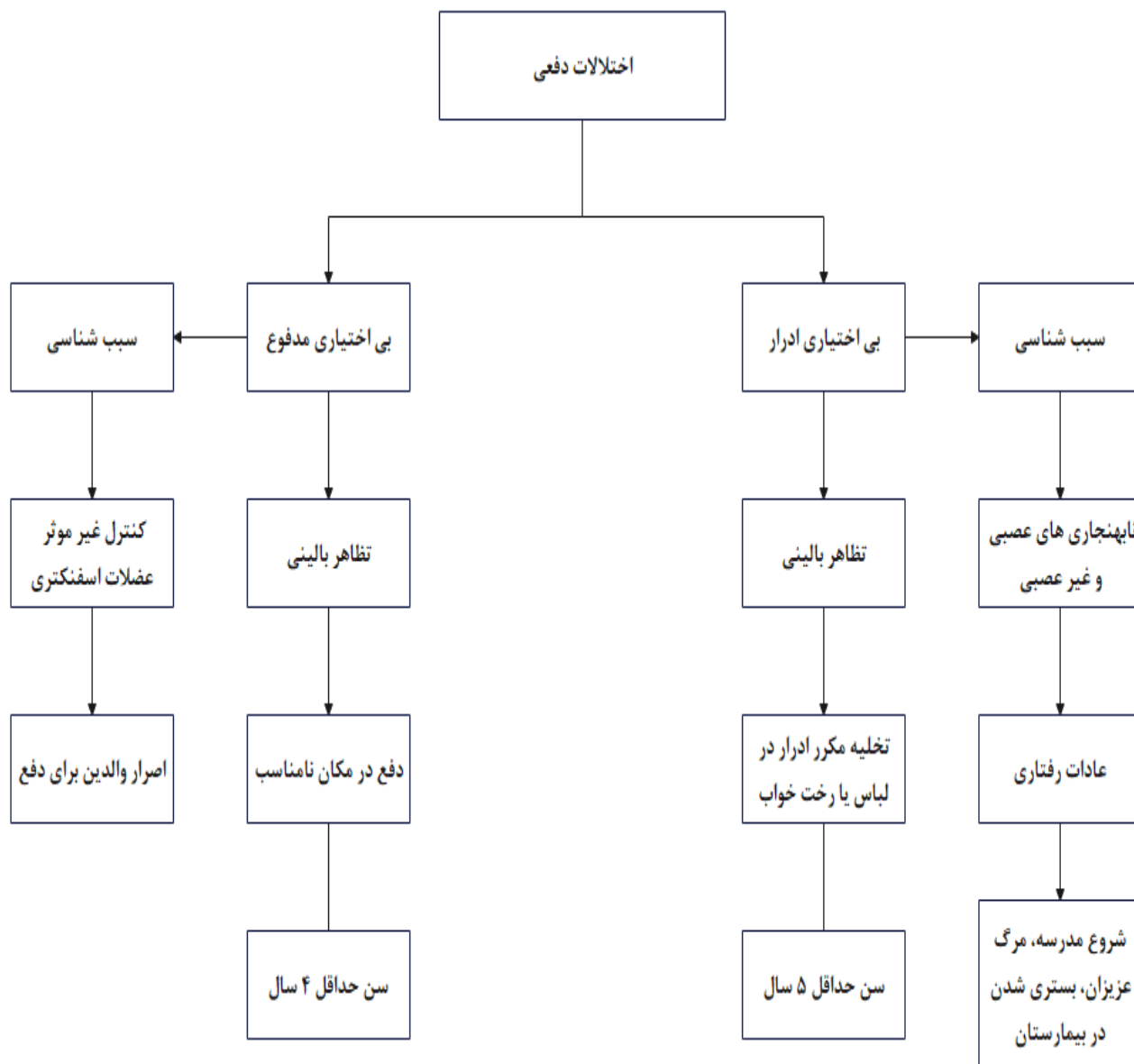


## فصل دهم: اختلالات دفعی



شاخص‌های رشدی تسلط در کنترل عملکرد مثانه و روده فرایندهای پیچیده‌ای هستند که شامل کارکردهای حسی و حرکتی بوده و از طریق فعالیت‌های لوب پیشانی هماهنگ می‌شود و توسط نورون‌های واقع در **پل مغزی** و ناحیه **مغز میانی** تنظیم می‌شوند. معمولاً در کودکان نوپا این تسلط چند ماه طول می‌کشد. به مرور که شیرخوار به دوره نوپایی می‌رسد، ظرفیت مثانه افزایش می‌یابد و **بین ۱ تا ۳ سالگی** مسیرهای مهاری قشری رشد کرده و به کودک امکان می‌دهد بر روی رفلکس‌های کنترل‌کننده عضلات مثانه کنترل ارادی داشته باشد. توالی طبیعی رشد کنترل بر کارکردهای روده و مثانه به ترتیب زیر است: (۱) کسب کنترل شبانه مدفوع (۲) کسب کنترل روزانه مدفوع (۳) کسب کنترل روزانه مثانه (۴) کسب کنترل شبانه مثانه. به طور کلی کنترل روده و مثانه به تدریج و در طول زمان پدید می‌آید. برخی از کودکان که دچار تأخیرهای رشدی هستند ممکن است در کنترل مثانه و روده هم تأخیر نشان بدهند. دو نوع اختلال دفعی در این فصل مورد بررسی قرار می‌گیرد: بی‌اختیاری مدفوع (دفع مکرر مدفوع در مکان‌های نامناسب) و بی‌اختیاری ادرار (تخلیه مکرر ادرار در رختخواب یا لباس). تشخیص بی‌اختیاری مدفوع نباید قبل از **۴ سالگی** تشخیص بی‌اختیاری ادرار نیز نباید قبل از **۵ سالگی** گذاشته شود. این اعداد نشان‌دهنده سن‌هایی هستند که کودک معمولاً تسلط در این مهارت‌ها را به دست می‌آورد.

## ۱- بی‌اختیاری مدفوع

### الف) خصوصیات بالینی و تشخیصی

تشخیص بی‌اختیاری مدفوع<sup>۱</sup> زمانی گذاشته می‌شود که کودک به طور منظم مدفوع را در مکان‌های نامناسب تخلیه کند. جدول ۱-۱۰ رویکردهای تشخیصی به بی‌اختیاری مدفوع را بیان می‌کند. بی‌اختیاری مدفوع ممکن است در کودکان دیده شود که با وجود کنترل روده، به دلایل مختلف هیجانی مدفوع را در لباس یا جاهای نامناسب دفع کنند. گاهی بی‌اختیاری مدفوع مربوط به **تظاهر خشم یا غضب در کودکی** است که **والدین تنبیه‌گر** یا نشانگر **خصوصیت کودک** نسبت به والد است. در چنین مواردی هر بار که کودک این رفتار نامناسب تکراری را بروز می‌دهند، نوعی توجه منفی را در والد برمی‌انگیزد و شکستن حلقه توجه منفی پیوسته دشوار است. در برخی دیگر از کودکان، دوره تک‌گیر بی‌اختیاری مدفوع ممکن است در دوره‌های استرس (مثل نزدیک به زمان تولد یک خواهر یا برادر) روی دهد، ولی در چنین مواردی این رفتار معمولاً گذرا بوده و واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال نیست. بی‌اختیاری مدفوع در غیاب نابهنجاری‌های فیزیولوژیک نیز ممکن است به طور غیر ارادی وجود داشته باشد. در چنین مواردی کودک ممکن است به دلیل مجذوب شدن در فعالیتی دیگر یا عدم آگاهی از فرایند دفع، بر عضلات اسفنکتر کنترل کافی اعمال نکند. قوام مدفوع ممکن است طبیعی، نزدیک طبیعی، یا آبکی باشد. برخی از موارد کثیف کردن شلوار ناشی از نگه داشتن مزمن مدفوع است که به سرریز آبکی آن می‌انجامد. مطالعات نشان داده است که در کودکان مبتلا به بی‌اختیاری مدفوع که بیماری گوارشی ندارند میزان انقباضات غیر طبیعی اسفنکتر مقعدی بالاست. این یافته خصوصاً در کودکان مبتلا به بی‌اختیاری مدفوع توام با یبوست و بی‌اختیاری سرریز شدن که در شل کردن عضلات

<sup>1</sup> encopresis

اسفنکتر در هنگام دفن مشکل دارند، شایع است. کودکان مبتلا که قوام اسفنکتر در آن‌ها طبیعی است، احتمالاً در مدتی کوتاه بهبود می‌یابند.

جدول ۱-۱۰

نام تشخیصی	بی‌اختیاری مدفوع
مدت	حداقل برای یک‌بار در ماه برای ۳ ماه یا بیشتر
علائم	تخلیه مدفوع در لباس یا کف اتاق می‌تواند ارادی یا غیرارادی باشد
موارد رد تشخیصی	سن کمتر از ۴ سال مصرف مواد وجود یک اختلال طبی دیگر (به جز مواردی که موجب یبوست می‌شوند.)
مشخصه‌های شدت	همراه با یبوست و بی‌اختیاری سرریز شدن بدون یبوست و بی‌اختیاری سرریز شدن

### ب) آسیب‌شناسی و بررسی آزمایشگاهی

آزمایش خاصی برای تشخیص بی‌اختیاری مدفوع وجود ندارد اما بالینگر پیش از گذاشتن تشخیص باید بیماری‌های داخلی نظیر هیرشپرونک<sup>۲</sup> را رد کند. برای تعیین این که بی‌اختیاری مدفوع یبوست و بی‌اختیاری سرریز شدن است معاینه شکمی ضروری است و رادیوگرافی شکمی می‌تواند در تعیین میزان یبوست موجود مفید باشد.

### پ) تشخیص افتراقی

در بی‌اختیاری مدفوع توام با یبوست و بی‌اختیاری سرریز شدن، یبوست ممکن است در سال نخست زندگی ظاهر شود؛ اما بین سال‌های دوم تا چهارم به حداکثر خود می‌رسد. کثیف کردن شلوار معمولاً از سن ۴ سالگی شروع می‌شود. مدفوع معمولاً شل است و در معاینه رکتوم و لمس شکمی، توده‌های سفت مدفوع در کولون و رکتوم حس می‌شود. عوارض اختلال عبارتند از فشردگی مدفوع، مگاکولون و شقاق مقعد.

### ت) سیر و پیش‌آگهی

فرجام بی‌اختیاری مدفوع به علت، میزان طول کشیدن علائم و مشکلات رفتاری همراه بستگی دارد. در برخی از موارد، این اختلال خود به خود از بین می‌رود، ولی به ندرت پس از سال‌های میانه نوجوانی نیز دوام می‌آورد. در کودکانی که عوامل فیزیولوژیک دخیل نظیر کندی حرکات معده و ناتوانی برای شل کردن اسفنکتر مقعدی را دارند،

<sup>۲</sup> یک اختلال عصبی - عملکردی در ناحیه شکمی بوده که طی آن تمام یا بخشی از روده بزرگ یا قسمت‌های ابتدایی دستگاه گوارش فاقد اعصاب و در نتیجه دچار اختلال عملکردی می‌شوند. (م)

درمان مشکل‌تر از مواردی است که بیوست وجود دارد ولی قوام اسفنکتر طبیعی است. بسیاری از کودکان مبتلا عزت نفس بسیار پایینی دارند و از طرد شدن مداوم از سوی دیگران آگاهند.

### ث) درمان

طرح درمان معمول برای این کودکان تجویز روزانه ملین‌های خوراکی مانند peg (دارویی رایج در تخلیه و پاکسازی دستگاه گوارش) می‌باشد. اجزای دیگر درمان عبارتند از: مداخله شناختی رفتاری مستمر برای شروع اقدام منظم برای ایجاد تحرک در روده در توالت و کاهش اضطراب مرتبط با تحرک روده. تنش‌های خانوادگی مربوط به اختلال باید کاهش یافته و فضایی عاری از تنبیه ایجاد شود. کوشش‌های مشابهی نیز بایستی در مدرسه صورت گیرد تا از شرمندگی کودک در محیط مدرسه کاسته شود. تعویض مکرر لباس زیر کودک، با کمترین حس شرمساری باید صورت بگیرد. زمانی که کودک احساس کنترل بر حوادث زندگی‌اش را دارد، پیش آگهی خوب است. میزان بروز رفتار بی‌اختیاری مدفوع به شکل بارزی با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند. جنس مذکر ۳ تا ۶ بار بیش از جنس مؤنث دچار بی‌اختیاری مدفوع می‌شود.

### ج) سبب‌شناسی

کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با انقباض عضلات گلوئتال خود، مدفوع را نگه می‌دارند، پاهای خود را به هم می‌چسبانند و اسفنکتر بیرونی مقعد خود را سفت می‌کنند. در برخی از این موارد یک پاسخ رفتاری ریشه‌دار به حرکات قبلاً دردناک روده به دلیل مدفوع سفت است که منجر به ترس از دفع مدفوع و رفتارهای نگهداشت می‌شود. بی‌اختیاری مدفوع شامل یک تعامل اغلب پیچیده بین عوامل فیزیولوژی و روانشناختی است که منجر به اجتناب از دفع مدفوع می‌شوند. شواهد حاکی از این است که برخی کودکان مبتلا به این اختلال در تمام طول عمر خود، کنترل اسفنکتری غیر مؤثر یا ناکارآمد داشته‌اند. یک مطالعه نشان داده است که بی‌اختیاری مدفوع در کودکان قربانی سوء رفتار جنسی در مقایسه با کودکان طبیعی شیوع بسیار بالاتری دارد. البته بی‌اختیاری مدفوع نشانگر اختصاصی سوء رفتار جنسی نیست. کشمکش بین کودک و والدینی که اصرار بر دفع مدفوع دارند پیش از درمان کافی کودک ممکن است باعث تشدید اختلال و بروز مشکلات رفتاری ثانویه شود. از سوی دیگر در کودکان مبتلا به بی‌اختیاری مدفوع که آشکارا قادر به کنترل عملکرد روده خود هستند و مدفوع با قوام نسبتاً طبیعی در محل‌های نامناسب دفع می‌شود معمولاً مشکلات رشد عصبی وجود دارد. بی‌اختیاری مدفوع در برخی کودکان می‌تواند ثانویه باشد، یعنی پس از یک دوره عادات روده‌ای طبیعی و همراه با رویدادهای مختل‌کننده زندگی نظیر تولد خواهر یا برادر و یا نقل مکان به خانه جدید بروز می‌کند.

## ۲- بی‌اختیاری ادرار

### الف) خصوصیات بالینی و تشخیصی

بی‌اختیاری ادرار به تخلیه مکرر ادرار در لباس یا رختخواب گفته می‌شود، دفع ادرار ممکن است ارادی یا غیرارادی باشد. برای گذاشتن تشخیص، سن تقویمی یا رشدی کودک باید حداقل ۵ سال باشد. **خطر بروز ADHD** در

کودکان بی‌اختیاری ادرار بیش از جمعیت عمومی است. احتمال ابتلای همزمان این کودکان به بی‌اختیاری مدفوع نیز بیشتر از سایر کودکان است. DSM-5 این اختلال را به سه دسته تقسیم کرده است: نوع منحصراً شبانه، نوع منحصراً روزانه، نوع روزانه و شبانه. جدول ۲-۱۰ رویکردهای تشخیصی به بی‌اختیاری ادرار را بیان می‌کند.

جدول ۲-۱۰

نام تشخیصی	بی‌اختیاری ادرار
مدت	حداقل ۲ بار در هفته برای ۳ ماه یا بیشتر
علائم	ادرار کردن در رختخواب یا لباس می‌تواند ارادی یا غیرارادی باشد
موارد رد تشخیصی	سن کمتر از ۵ سال مصرف مواد وجود یک اختلال طبی
مشخصه‌های علامتی	فقط شبانه فقط روزانه روزانه و شبانه

### ب) آسیب‌شناسی و بررسی آزمایشگاهی

هیچ یافته آزمایشگاهی خاصی برای این اختلال تشخیص تلقی نمی‌شود، اما بالینگران باید عوامل عضوی نظیر عفونت دستگاه ادراری مستعدکننده بی‌اختیاری ادرار را رد کنند.

### پ) تشخیص افتراقی

تشخیص‌های افتراقی عبارتند از اوروپاتی انسدادی، اسپینا بیفیدای نهفته، التهاب مثانه- سایر اختلالات عضوی که ممکن است موجب پر ادراری و بی‌اختیاری ادرار شوند دیابت شیرین و دیابت بی‌مزه هستند. آشفتگی‌های خواب و هوشیاری مثل تشنج، مسمومیت، اختلال خوابگردی که ضمن آن کودک ادرار می‌کند نیز نقش دارند؛ و عوارض جانبی ناشی از داروها نیز در این امر دخیل هستند.

### ت) سیر و پیش‌آگهی

بی‌اختیاری ادرار معمولاً خود به خود برطرف می‌شود. در اکثر کودکان مبتلا با کسب کنترل، عزت نفس و اعتماد اجتماعی آن‌ها بهبود می‌یابد. **حدود ۸۰ درصد** کودکان مبتلا به نوع اولیه اختلال دچار بوده و هرگز به مدت یک

سال پیاپی کنترل مثانه نداشتند. بی‌اختیاری ادرار پس از حداقل یک سال خشکی بستر، معمولاً بین سنین ۵ تا ۸ سالگی شروع می‌شود، اگر شروع آن دیرتر باشد (به خصوص در دوران بزرگسالی) علل عضوی باید بررسی شود. مشکلات اجتماعی و هیجانی عمده در کودکان مبتلا عبارتند از: خودانگاره ضعیف، کاهش عزت نفس، محدودیت و شرم اجتماعی و تعارضات داخل خانواده. انجام یا عدم انجام ارزیابی و درمان مناسب اختلال همراه شایع، نظیر ADHD می‌تواند بر سیر کودکان مبتلا تأثیر بگذارد.

### ث) درمان

قدم اول در هر برنامه درمانی مرور آموزش‌های آداب مناسب توالی رفتن است. جدول ستاره با موفقیت زیادی همراه است. سایر فنون سودمند عبارتند از محدود کردن مایعات قبل از خواب و بیدار کردن شبانه کودک برای آموزش دفع ادرار. **هشدار درمانی** که بر اثر خیس شدن لباس زیر فعال می‌شود، **پایه درمان** بی‌اختیاری ادرار است. هشدار درمانی به این صورت کار می‌کند که هنگامی که دفع ادرار در خلال شب شروع می‌شود بچه را بیدار می‌کند. دستگاه هشدار وسیله‌ای است که با باتری کار می‌کند و می‌توان آن را به لباس زیر یا تشک کودک وصل نمود. موفقیت این روش به توانایی کودک برای بیدار شدن سریع و پاسخ به دستگاه هشدار به صورت برخاستن و تخلیه ادرار در توالی بستگی دارد. برای پاسخ مطلوب باید سن کودک دست کم **۶ تا ۷ سال** باشد.

### رفتار درمانی

شرطی‌سازی کلاسیک با زنگ و تشکچه مخصوص **مؤثرترین درمان** برای بی‌اختیاری ادرار است. آموزش مثانه‌ای (تشویق یا جایزه دادن برای به تعویق انداختن دفع ادرار برای مدت‌های طولانی‌تر در طول ساعات بیداری) نیز به کار رفته است.

### درمان دارویی

دسموپرسین، ترکیب ضد ادراری است که به صورت اسپری داخل بینی تجویز می‌شود به افراد مبتلا موفقیت‌آمیز بوده است. شیوع بی‌اختیاری ادرار با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند. بی‌اختیاری ادرار شبانه در پسرها حدود ۵۰ درصد شایع‌تر است و حدود ۸۰ درصد موارد بی‌اختیاری ادرار کودکان را تشکیل می‌دهد. اختیاری ادرار روزانه نیز در پسرهایی که تخلیه مثانه را به تعویق می‌اندازند شایع‌تر است.

### ج) سبب‌شناسی

بی‌اختیاری ادرار سیستم‌های عصبی زیستی پیچیده‌ای را در بر می‌گیرد که شامل مراکز طناب نخاعی و مغز، کارکردهای حسی حرکتی و سیستم‌های عصبی ارادی و خودکار است. دفع ادرار به وسیله نوروهای در پل مغزی و مغز میانی تنظیم می‌شود. بی‌اختیاری ادرار روزانه ممکن است بر اساس عادات رفتاری شکل گرفته در طول زمان بروز کند. عوامل فیزیولوژیک اغلب در بروز بی‌اختیاری ادرار نقش دارند و الگوهای رفتاری سبب حفظ دفع ادرار غیر انطباقی می‌شود. با توجه به اینکه بروز بی‌اختیاری ادرار در بستگان درجه اول افراد مبتلا، به میزان چشمگیری بالاتر از سایر کودکان است، اعتقاد بر این است که عوامل ژنتیک در بروز بی‌اختیاری ادرار نقش دارد. به نظر می‌رسد استرس‌های روانی - اجتماعی در برخی موارد، بی‌اختیاری ادرار را تشدید می‌کند.

## تست‌های سال ۱۳۹۵ الی ۱۴۰۲

۱- تشخیص بی‌اختیاری مدفوع در کودکان بر اساس کدام ملاک می‌باشد؟

۱) مدفوع به طور منظم و هفته یک بار در لباس یا جاهای نامناسب تخلیه می‌شود.

۲) مدفوع به صورت نامنظم ولی به صورت ماهیانه در منزل تخلیه می‌شود.

۳) مدفوع به طور نامنظم و به دور از چشم والدین در مکان‌های مختلف تخلیه می‌شود.

۴) مدفوع به طور منظم و حداقل ماهی یک بار و به مدت ۳ ماه در مکان‌های نامناسب تخلیه شود.

### پاسخنامه

۱- گزینه ۴ (بخش بی‌اختیاری مدفوع، خصوصیات بالینی و جدول ۱-۱۰ / تشخیص بی‌اختیاری مدفوع زمانی گذاشته

می‌شود که کودک به طور منظم و حداقل برای یک‌بار در ماه برای ۳ ماه یا بیشتر مدفوع را در مکان‌های نامناسب

تخلیه کند.