

مقایسه اثر درمانی ایمی‌پرامین و دسموپرسین در شب ادراری اولیه کودکان

دکتر احمد طالیان *، دکتر نسیم یونسی **، دکتر صفرعلی طلالی ***
سید غلامعباس موسوی ****

خلاصه

سابقه و هدف: شب ادراری یکی از شایع‌ترین و پیچیده‌ترین مشکلات کودکان است. با توجه به متفاوت بودن موفقیت درمانی، عوارض و سهولت مصرف ایمی‌پرامین و دسموپرسین این تحقیق به منظور مقایسه اثر درمانی داروی فوق در کودکان با شب ادراری اولیه مراجعه کننده به کلینیک خصوصی طی سال ۱۳۷۵ در شهر کاشان انجام گرفت.

مواد و روشها: این تحقیق به روش تجربی بر روی ۴۶ کودک ۱۳-۵ ساله مبتلا به شب ادراری اولیه صورت پذیرفت. افراد مورد مطالعه به طور تصادفی به دو گروه ۲۳ نفری تقسیم شده، به یک گروه فرص ایمی‌پرامین با دوز ۱ mg/kg ۱ هر شب به مدت ۴ هفته داده شد و به گروه دوم قطره دسموپرسین از طریق داخل بینی ابتدا با دوز ۲۰ میکروگرم و در صورت عدم جواب تا ۲ هفته به مقدار ۴۰ میکروگرم تا ۲ هفته دیگر داده شد. اثر درمانی با مقطع شب ادراری حداقل برای ۲ هفته متوازن ارزیابی و با آزمون χ^2 مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: کودکان دو گروه درمانی به لحاظ خصوصیات فردی با هم اختلافی نداشته، موفقیت درمانی با ایمی‌پرامین ۴۸ درصد و با دسموپرسین ۸۷ درصد بود. اختلاف اثر از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به موفقیت درمانی دسموپرسین در این تحقیق و تحقیقات مشابه توصیه می‌گردد در درمان این بیماران از داروی فوق استفاده شود و جهت بررسی عود بیماری بعد از قطع دارو انجام مطالعات دیگری پیشنهاد می‌شود.

وازگان کلیدی: شب ادراری، دسموپرسین، ایمی‌پرامین

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، گروه کودکان

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، رزیدنت جراحی

*** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، گروه انگل شناسی

**** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، دانشکده بهداشت

مقدمه

گرفت (۳) و موفقیت درمانی حدود ۷۰ درصد برای آن گزارش شده است (۵). چون درمان با ایمی پرامین نسبت به دسموپرسین قابل تحمل تر، ارزان تر و عود بعد از قطع دارو کمتر می باشد ولی میزان تاثیر دسموپرسین بیشتر بیان شده (۶)، از این رو در این تحقیق اثرات درمانی دو داروی فوق مورد مقایسه قرار گرفته است.

مواد و روشها

این تحقیق به روش تجربی (Clinical trial) بر روی ۴۶ کودک با محدوده سنی ۱۳-۵ سال مبتلا به شب ادراری اولیه (کودکانی که در هیچ زمانی کنترل ادرار را برای حداقل ۶ ماه تا یک سال بدست نیاورده و علت زمینه ای نداشته باشند) که به کلینیک خصوصی مراجعه کردند، صورت پذیرفت. بیماران توسط پزشک متخصص کودکان با توجه به شرح حال، معاینه فیزیکی، آزمایش کامل و کشت ادرار انتخاب و پس از اخذ رضایت نامه کتبی از والدین بطور تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. به یک گروه فرق ایمی پرامین (کارخانه داروسازی سبحان) با دوز ۱ mg/kg هر شب به مدت چهار هفته و به گروه دوم قطره بینی دسموپرسین (کارخانه ولکام) ابتدا با دوز ۲۰ میکروگرم هر شب و در صورت عدم تاثیر به مقدار ۴۰ میکروگرم هر شب جمعاً تا ۴ هفته داده شد. قطع شب ادراری برای ۲ هفته مداوم به عنوان جواب مثبت تلقی شد. نتایج مربوط به بیماران در پرسشنامه هایی

شب ادراری یا آنورزی عبارت است از دفع غیررادی ادرار پس از سنی که کنترل مثانه باید حاصل شده باشد (۱، ۲). این سن بین ۳ تا ۷ سال و معمولاً بعد از ۵ سالگی بیان می شود (۲). این مشکل دارای دو نوع اولیه و ثانویه است. در نوع اولیه یا شب ادراری مداوم کنترل ادرار در هیچ زمانی برای یک دوره حداقل ۶ ماه تا یک سال بدست نیامده و در نوع ثانویه کنترل ادرار برای مدت مذکور حاصل و مجددآ از دست می رود (۳). شب ادراری از مشکلات شایع در کودکان می باشد. به طوری که شیوع آن در سن ۵ سالگی در پسران ۷ درصد و در دختران ۳ درصد (۱) و در یک مطالعه دیگر تا ۱۵ درصد بیان شده است (۳). این شیوع هر ساله ۱۵ درصد کاهش می یابد، به گونه ای که شیوع آن در ۱۵ سالگی حدود ۱ درصد در پسران و در دختران نادر می باشد (۳).

در صورت عدم درمان، عارضه فوق می تواند باعث بروز مشکلات رفتاری در کودکان و نگرانی در والدین گردد. ایمی پرامین هیدروکلرايد شایع ترین دارویی است که در درمان شب ادراری به کار رفته (۳) و اولین بار توسط Maclean در سال ۱۹۶۰ مورد استفاده قرار گرفت (۴). موفقیت درمانی بین حداقل ۳ تا حداقل ۶۰ درصد برای آن بیان شده است (۳). داروی دیگر دسموپرسین استات می باشد که اولین بار توسط Dimson حدود ۱۵ سال قبل مورد استفاده قرار

۱۳-۹ سال قرار داشتند. ۳۱ کودک (۶۷/۴ درصد) دارای سابقه فامیلی مثبت و ۱۵ نفر (۳۲/۶ درصد) سابقه فامیلی منفی از نظر شبادراری داشتند (جدول ۱).

از ۲۳ کودک درمان شده با ایمی پرامین ۱۱

مورد (۴۸ درصد) و از بیماران درمان شده با دسموپرسین ۲۰ نفر (۸۷ درصد) پاسخ درمانی مثبت داشتند و اختلاف اثر درمانی دو دارو از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.01$) (جدول ۲).

درج و نتایج استخراج و جهت بررسی آماری از آزمون^۲٪ استفاده شد.

یافته ها

از ۴۶ کودک مورد مطالعه، ۲۵ نفر (۵۴/۳ درصد) پسر و ۲۱ نفر (۴۵/۷ درصد) دختر بودند. از نظر توزیع سنی ۳۵ نفر (۷۶ درصد) بیماران در گروه سنی ۹-۱۳ سال و ۱۱ نفر (۲۴ درصد) در گروه سنی

جدول ۱- توزیع خصوصیات مبتلایان به شبادراری در گروههای درمانی ایمی پرامین و

دسموپرسین علاجی کننده به کلینیک در سال ۱۳۷۵

سن	سابقه فامیلی	جنس	شاخصها	گروهها
تعداد				
۹-۱۳ سال	منفی	پسر	تعداد	ایمی پرامین
۵	۱۸	۱۲	۱۱	۲۳
۶	۱۷	۱۳	۱۰	۲۳
NS	NS	NS		نتیجه آزمون

جدول ۲- توزیع نتیجه درمانی ایمی پرامین و دسموپرسین در مبتلایان به شبادراری اولیه کودکان کاشان سال ۱۳۷۵

مشاهده گردید که موفقیت دسموپرسین نسبت به ایمی پرامین حدود ۳۹ درصد بهتر و آزمون^۲٪ نشان داد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار است ($P < 0.01$).

جدول ۲- توزیع نتیجه درمانی ایمی پرامین و دسموپرسین در مبتلایان به شبادراری اولیه کودکان کاشان سال ۱۳۷۵

جمع	منفی	مثبت	اثر درمانی	گروهها
۲۳ (۱۰۰)	۱۲ (۵۲/۲)	۱۱ (۴۷/۸)		ایمی پرامین
۲۳ (۱۰۰)	۳ (۱۳)	۲۰ (۸۷)		دسموپرسین

بحث

در مطالعه‌ای دیگر، Bradburg اثر دسموپرسین

و تشکچه زنگ دار را با تشکچه زنگ دار به تنها بر درمان شب ادراری اولیه کودکان مقایسه کرده و درمان توانم بطور واضح مؤثرتر بوده است (۹) و بالاخره در مطالعه Norgard در سال ۱۹۹۵ اثر دسموپرسین در ۸ کودک با شب ادراری اولیه ارزیابی شده که در ۵۰ درصد موارد مؤثر بوده است (۵). نتیجه حاصل بطور بارز از نتیجه مطالعه ماکمتر بوده که می‌تواند ناشی از تعداد کم نمونه و تفاوت شدت بیماری باشد. در مطالعه Blackwell ایمی‌پرامین در ۴۰ درصد کودکان با شب ادراری مؤثر بوده است (۱۰). اختلاف اثر با مطالعه ما می‌تواند ناشی از پیگیری طولانی تر بیماران در مطالعه فوق باشد.

از نظر توزیع جنسی در مطالعه ما ۵۵ درصد بیماران پسر و ۴۵ درصد دختر بودند. در همه مطالعات انجام شده قبلی نیز شیوع شب ادراری در پسران بیشتر بوده است (۲، ۳، ۶). از نظر سنی ۷۶ درصد از بیماران بین ۵ تا ۹ سال و ۲۴ درصد بین ۹ تا ۱۲ سال داشتند. یعنی با افزایش سن شیوع شب ادراری کاهش می‌یابد. این مطلب با منابع و مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد (۲، ۳). با توجه به نتیجه این تحقیق و تحقیقات مشابه، دسموپرسین در درمان شب ادراری اولیه کودکان مؤثر از ایمی‌پرامین بوده، بنابراین انجام تحقیقات بیشتر در مورد عوارض دو داروی

در این مطالعه از ۲۳ کودک با شب ادراری اولیه که با دسموپرسین درمان شدند، ۲۰ نفر (۸۱ درصد) پاسخ درمانی مثبت داشتند. در حالی که ایمی‌پرامین در ۴۸ درصد بیماران موثر بود. در دو مطالعه اثر این دو دارو مقایسه شده است. Monda و همکاران در سال ۱۹۹۴ اثر دسموپرسین و ایمی‌پرامین را در درمان شب ادراری اولیه کودکان مقایسه کردند که ایمی‌پرامین در ۳۶ درصد و دسموپرسین در ۶۸ درصد بیماران موثر بود (۷) و در مطالعه دیگر که توسط Ilyas و همکاران در سال ۱۹۹۶ صورت پذیرفت. ایمی‌پرامین در ۴۰ درصد و دسموپرسین در ۷۰ درصد موارد موثر بود (۶). نتایج حاصل از این دو مطالعه در مورد اثر هر دو دارو تا حدودی کمتر از نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر است. این تفاوت اثر می‌تواند ناشی از اختلاف در سن بیماران، دوز دارو، وجود شرح حال فامیلی مثبت، شب ادراری و مدت پیگیری بیماران باشد. تحقیقات دیگری وجود دارد که اثر دو داروی فوق را بطور جداگانه در شب ادراری بررسی کرده‌اند. Granados و همکاران در سال ۱۹۹۵ در اسپانیا در یک مطالعه اثر دسموپرسین را در ۲۱ کودک با شب ادراری اولیه بررسی کردند که در ۸۰ درصد موارد دارو موثر بود (۸). این اثر با نتیجه بدست آمده از مطالعه ما مطابقت دارد.

فوق و عود شب ادراری پس از قطع دارو را توصیه روانپردازشک که در ارجاع بیماران و انجام تحقیق ما را می نماید.

باری کرده اند و همچنین از بیماران عزیز و والدین گرامی آنها که با ما همکاری لازم را داشته اند ، تقدیر و تشکر می نماید.

تشکر و قدردانی

از همکاران عزیز متخصص کودکان و

References:

1. Enuresis In "Nelson textbook of pediatrie " 15 edition by WB Saunders Company 1996 : 79-80.
2. Allison C. Walker H. Walker E. Management of toilet training, enuresis and ecopresis. Pediatr Clin N Am. 1992; 39: 413-432.
3. Warady BA. Primary nocturnal enuresis current concept about an old problem. Pediatr Annal. 1991; 20: 246-254.
4. Maclean R. Imipramine hydrochloride and enuresis. Am Psych. 1960; 117 : 551.
5. Norgard JP. Jonler M Pharmacodynamic study of desmopressin in patients with nocturnal enuresis. J Urol. 1995; 153 : 1984-1986.
6. Ilyas M. Management of nocturnal childhood enuresis : A new challange. Pediatr Annal. 1996; 25: 258-264.
7. Monda JM. Husmann DA. Primary nocturnal enuresis a comparison observation between imipramine, desmopressin and bed wetting alarm. J Urol. 1995; 154 : 475-484.
8. Granados EA. Garat JM. Desmopressin in the treatment of primary nocturnal enuresis . Arch Esp Urol. 1995; 48 : 278-281.

9. Bradburg MG, Medow SR. Combined treatment with enuresis alarm and desmopressin for nocturnal enuresis. *Acta Pediatr.* 1995; 84: 1014-1018.
10. Blackwell B. The psychopharmacology of nocturnal enuresis in bladder control an enuresis. Philadelphia: Lippincott, 1973: 231-251.