

揮別 尿尿小童的歲月

文／兒童過敏免疫腎臟科 主治醫師 魏長菁



尿床的困擾自古有之，是許多小孩與父母揮之不去的夢魘。過去的觀念大多認為尿床是一個良性的問題，小孩本身並沒有生理或解剖結構方面的異常，隨著年紀增長，往往會自動痊癒，並不需要費心探究它發生的原因。然而，1985年，丹麥奧胡斯（Aarhus）大學一群學者的研究，開啟了近年來對尿床病因與治療的積極研究，促使人們重新去認識這個疾病。

初生嬰兒的排尿屬於反射動作，當膀胱滿了就自然排出，1天大約20次左右，不受大腦神經的控制。但隨著年齡增長，大約2-3歲時，大腦皮質控制排尿的中樞神經慢慢成熟，膀胱容量也漸漸加大，這時1天小便的次數會減少至10次。一般而言，大便的訓練可以在寶寶1-2歲之間，肛門括約肌的控制比較成熟時開始；小便的訓練大約是在2-3歲之

間，膀胱的控制功能成熟時開始。慢慢地，幼童將擺脫尿布的束縛，揮別尿尿小童的歲月。

男6歲女5歲後，尿床需接受治療

世界衛生組織定義尿床為：5歲以上的孩童在沒有神經學或尿路系統異常的前題下，夜晚睡眠時不自主的排尿現象。國際小兒禁制協會（ICCS）則定義遺尿為在不恰當或社會上不能接受的時間或地點「正常」的解尿，而尿床的定義為睡眠中發生遺尿的現象。以上屬於原發性尿床，繼發性尿床則是指原來已經至少6個月不再尿床的孩童，再度發生尿床的現象。單一症狀尿床意指只有單純夜間尿床，白天並無尿失禁的現象。多症狀尿床係指從出生到現在，除了尿床外，還伴隨著日間遺尿、排尿障礙、便秘、泌尿道感染或神經學病變等情形。



現在的觀念是，男生6歲後，女生5歲後，仍持續地每個月有2次或2次以上晚間尿床者，就需要接受幫助及治療。

研究發現，6-12歲孩童5.5%會尿床

由於定義有別，許多研究的結果並不完全相同。如果定義為每個月尿床超過1次，其盛行率在6歲的孩童約有10%，10歲的孩童約有5%，成人甚至0.5-1%仍會尿床。男性為女性的1.5-2倍。隨著年紀增長，尿床的孩童大約每年有15%會自動痊癒。臺灣地區的研究，6-12歲的孩童，1個月內尿床超過1次的盛行率約有5.5%。若定義為6個月內超過1次的尿床盛行率，則為8%。

尿床會影響心理，也影響親子關係

父母若對尿床的孩子另眼看待，難免會影響親子關係。孩子會將自己與別人比較，實際生活中也帶來許多不便，例如永遠洗不乾淨、總是有異味的床單。

尿床的孩童常會經驗到困惑、羞辱、社交孤立、害怕被監測，以及覺得自己不成熟的不愉快感受，外顯表現常會呈現漠然、不在乎，在競爭的情境下則顯得缺乏自尊。雖有研究顯示，大多數有尿床問題的孩童，其

社交及情緒上自覺和一般孩童並無二致，但其中確實有部分孩童對挫折的承受力明顯較差，尤其容易被過當體罰或情緒虐待。

尿床的原因

● 遺傳因素

尿床具有遺傳傾向，父母中若1人有幼年尿床的病史，子女尿床的機率為40%；父母雙方若皆有幼年尿床的病史，子女尿床的機率為70%。最近的分子遺傳學研究顯示，它的基因可能在體染色體13、12、22上。

● 神經系統發育遲緩

會尿床的小朋友，神經系統發育成熟的速度比一般小朋友來得慢，但他們的神經構造與控制中樞是正常的，並沒有真正的神經病變或疾病存在。這可由大部分小朋友隨著年紀增加，尿床現象逐漸好轉而得到印證。

● 夜間逼尿肌過度收縮

單一症狀尿床的孩童雖然在白天時的膀胱容積正常，但尿路動力學的研究顯示，大約30%的孩童有夜間逼尿肌過度收縮的現象，造成膀胱容積較小而尿床。這類小朋友往往一個晚上尿許多次，每次尿量都不多。

● 夜間多尿

研究發現，有些尿床的孩童，其膀胱容量與其他同齡孩童沒有太大差異。正常孩童在夜間睡覺時的尿液是濃縮而減少的，這是因為他們睡眠時的抗利尿激素分泌比白天增加所致。會尿床的小孩則不然，其夜間的抗利尿激素分泌量較少，所以會有夜間多尿的情形，當夜間尿液量超過膀胱容積時，尿床就可能發生。為什麼會有這種現象？一般認

為與大腦發育較慢有關，因而影響抗利尿激素的日夜分泌量。

● 睡眠太深沈

許多家長與研究都發現，尿床兒幾乎都睡得比較沈，不易由睡眠中清醒或被喚醒，這也是為何他們不是「夜尿」而是「尿床」的原因之一。但根據對尿床兒的睡眠研究，夜尿可發生於睡眠中的任何階段，即夜尿發生時的睡眠程度有深也有淺，這就說明了並非是睡眠較深時才會產生夜尿現象。「睡得很沈」是夜尿的另一個特徵，但並非是夜尿發生的原因。

● 心理因素

大多數原發性尿床都與心理問題無關（少數繼發性尿床與心理因素有關），但尿床容易造成孩童的心理障礙，為人際關係、自尊心，甚至人格發展都帶來不良影響。

● 器官的疾病

有些小朋友是因為器官方面的疾病如生殖泌尿系統構造異常，或神經系統問題及尿路感染等，導致尿床。

尿床的評估診斷

尿床在評估診斷時，應先排除繼發性或其他多發症狀尿床的原因，包括解尿性功能障礙（常合併白天尿失禁）、泌尿道感染（膀胱炎）、膀胱輸尿管迴流症、便秘、心理障礙、神經性膀胱、腎間質性病灶、尿崩症、糖尿病、尿道阻塞性病灶（如：後尿道瓣膜）、呼吸道阻塞導致睡眠時呼吸暫停等。

醫師藉由詳細的病史、問診、理學檢查與基本的尿液例行檢驗，幾乎就可以排除掉上述的繼發性原因，有時還可以加上膀胱與腎臟超音波檢查。其他進一步的檢查，例如解尿期膀胱尿道攝影、尿液培養、尿路動力學檢查、膀胱內視鏡、脊椎MRI檢查等，要視個別的致病原因來安排。對於藥物反應不良的病例，也應考慮進一步檢查。

尿床的治療

治療孩童尿床常用的方法，可以簡單分為非藥物治療與藥物治療。

● 非藥物治療

1. 一般治療

不論原發性或次發性夜尿，初步處理的方式皆相同。一般來說，次發性夜尿常合併心理障礙，應先予以改善。如果幼童同時合併便秘或滲便的情形，則排便障礙要先行治療，隨著排便問題的改善，夜尿可有72%的治癒率。若是非單一症狀的夜尿，白天的合併症狀如頻尿，應該先治療。

為了減少夜晚尿量，晚飯後不要喝太多的水或飲料，尤其是含咖啡因有利尿作用的



碳酸飲料。午餐及晚餐可選擇低鈣和低鈉的飲食。睡前養成上廁所將膀胱排空的習慣。還有，晚上當孩子睡了一段時間之後，將其叫醒，並且陪著走到廁所，讓孩子排完尿再回到床上繼續睡眠。藉由這種方式，可訓練孩子學會自己醒過來，並且去廁所將尿液排出。

此外，應教導孩子白天要規律如廁，不要憋到最後一分鐘才衝進廁所，並且排尿和排便時應該採取正確的姿勢（坐姿，雙腿張開與肩同寬，腳底不可懸空，身體略向前傾，給骨盆充分支撐，並適當的放鬆骨盆底肌與外括約肌，小腹不要用力，否則反而會促使骨盆底肌與外括約肌跟著收縮，造成尿道阻塞）。學校教師也應該了解這些基本原則。

Devlin和O'Cathain在1990年統計的資料顯示，尿床兒經過8星期的一般治療，治癒率達18%。

2. 動機治療法

善用獎賞或懲罰，每當孩子不尿床便要適當的獎勵，以及讓孩子一起清理尿濕的床單，並且每天做記錄，看看是否有進步。讓孩子主動參與，建立責任感，給予情緒支持，這個方法單獨使用的效果雖然不是很好，但適用於所有夜尿的孩子，可作為輔助療法。對於上小學前的孩童，可先單獨試行3-6個月動機療法

3. 行為療法

(1) 膀胱滯尿訓練：要求孩子在白天練習憋尿，剛開始先憋幾分鐘，隨後慢慢增加時間，藉此訓練膀胱肌肉的力量。在施

行訓練前，必須先排除發炎、尿逆流及其他膀胱問題。

(2) 尿床警報器（條件反射治療）：這個方法在臺灣較少採用，是利用尿液導電的特性，安裝電極片在尿布上，尿布如果濕了便會發出很大聲響，把孩子吵醒。此一訓練能使孩子逐漸學會不尿床或者在尿漲時起床排尿，成功率約為40-80%，但停用後，大約30%的孩子會復發。此法需要治療一段時間，當孩子已可控制尿床後，還要繼續裝設3週，若太早停止，復發率會提高。雖然即使復發，只要再次使用，仍有相同療效，但還是以1次就持續到底為最佳。

4. 針灸

有研究指出，尿床孩子接受針灸治療，覺醒閾值（arousal threshold，正在睡覺者被喚醒的難易程度）會降低。也有澳洲學者指出，6個月內平均做12.45次針灸治療，65%的孩童尿床會得到改善。

● 藥物治療

藥物治療主要針對3種造成遺尿的主要原因：夜間多尿症、過動性膀胱、睡眠太深沈。

1. Desmopressin (DDAVP)

抗利尿激素類似物（DDAVP），睡前使用，已證實可以有效治療尿床，成功率40-80%；但若短期使用，尿床易復發；長期使用，停藥後的復發率不高。有研究指出，6-12歲的尿床孩童，使用1年停藥後有61%的治癒率；另有研究指出，使用3-6個月停藥後，16%以上的幼童不再尿床。這比起不用藥物治

療每年也有15%的自癒率，雖無明顯差異，但似乎有加速改善的效果。有研究觀察242位尿床的幼童長期用此藥治療，32%停藥後不再尿床，另30%是在使用此藥時不會尿床。

此藥可以口服錠劑或噴鼻方式給予，一段時間後再以漸漸減量的方式慢慢停藥，可以減少尿床的復發率。按目前所知，DDAVP除了可以改善夜間多尿，對於中樞神經甦醒系統的成熟也有幫助。DDAVP的使用安全性很高，但不應在睡前喝太多水，以免造成低鈉症，並有少數使用噴鼻方式給藥的病人，可能造成鼻黏膜出血。

2. Oxybutynin (合併Desmopressin使用)

抗副交感神經劑，主要是減少無法抑制的膀胱收縮，以增加膀胱的有效容積，可用來治療夜尿合併過動性膀胱而造成的膀胱容量減少。有研究顯示，3成以上夜尿的幼童屬於這一型。

Oxybutynin的副作用包括口乾、便秘和暈眩。便秘是比較困擾的問題，因為過動性膀胱的病人常會便秘，而便秘會加重過動性膀胱的症狀。使用Oxybutynin的病童還要注意解完小便後是否還有餘尿，因為餘尿會增加泌尿道感染的機率。另有一種新藥Tolterodine，和Oxybutynin的效果相當，但副作用較少，在成人已納入治療組合中，在孩童也有些報告顯示效果不錯。

3. Tricyclic antidepressants

三環抗憂鬱劑（尤其是Imipramine）早已用於治療尿床，大約50%的病患對此藥有反應，但復發率高。雖然已有長期使用的經驗，不過它治療尿床的機轉仍然不清楚。副

作用包括口乾、噁心、焦慮、人格改變等，若誤食或服用劑量過大，會導致心臟傳導障礙，可能致死。

大約30%的尿床兒服用三環抗憂鬱劑能夠改善症狀，但停藥後常會復發。一般需要至少連續服用3個月後，再採漸進的方式停藥。此藥有很大的副作用，使用前應做心電圖以確定沒有QT間隔異常，並且此為第二線選擇用藥，當使用尿床警報器或者Desmopressin治療失敗了，醫師才會考慮使用。

尿床對學齡兒童所造成的困擾，可能遠比想像中來得大。若父母不用正確的態度面對這些孩子，容易使他們產生自卑感與挫折感，進而影響人格的不正常發展。尿床是可以治癒的，父母、醫師與病童本身都應正視這個問題，藉由積極治療，揮別尿尿小童的歲月。🌍

醫師的叮嚀

