

佐金平木联合健脾化痰法治疗小儿多发性抽动症 70例临床研究

陈宏¹ 佟丽丽² 张伟¹ 陈群³ 宋倩男⁴ 延宇欣⁴ 杜浩然⁴ 苏玉明¹

(1.黑龙江中医药大学附属第一医院儿一科,黑龙江哈尔滨150040; 2.天津市滨海新区中医医院,天津300457; 3.哈尔滨市阿城区人民医院检验科,黑龙江哈尔滨150300; 4.黑龙江中医药大学,黑龙江哈尔滨150040)

摘要 目的:观察佐金平木联合健脾化痰法治疗小儿多发性抽动症的临床疗效。方法:选择140例多发性抽动症患者,随机分为治疗组和对照组,每组70例。治疗组采用以佐金平木联合健脾化痰法立论的中药汤剂治疗,对照组采用氟哌啶醇治疗。2组均以治疗4周为1个疗程,连续治疗3个疗程。比较2组患者治疗前后中医证候积分变化以及耶鲁抽动评分疗效和不良反应发生率。结果:2组患者治疗4、8、12周时中医证候积分均较治疗前明显降低($P<0.05$, $P<0.01$),治疗组明显低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$),且治疗时间越长,差距越明显。治疗组耶鲁抽动评分总有效率为92.86%,明显高于对照组的77.14%($P<0.05$)。对照组嗜睡、心动过速、头晕乏力、恶心等不良反应总发生率明显高于治疗组($P<0.01$)。结论:佐金平木联合健脾化痰法治疗小儿多发性抽动症临床效果显著,安全性好,值得临床推广应用。

关键词 多发性抽动症 佐金平木 健脾化痰 耶鲁抽动评分 中药复方 儿童

中图分类号 R749.940.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2018)09-0038-03

基金项目 黑龙江省中医药管理局课题(ZHY16-030)

多发性抽动症又称Tourette综合征(简称TS),是指患者表现既有运动性抽动又兼有发声性抽动,但两种症状不一定会同时表现的慢性精神障碍性

疾病^[1],其发病原因和发病机制尚不十分明确。近年来,本病有增多趋势,已成为儿童常见病,严重影响生活与学习。西医主要采用多巴胺受体阻滞剂

对,分析患侧与健侧的皮肤免疫状态差异以及主要影响因子可能会给我们提供进一步的研究思路。

参考文献

[1] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2010.
[2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
[3] 赵炳南,张志礼.简明中医皮肤病学[M].北京:中国展望出版社,1983:134.
[4] 时万杰,孙泽军,李清洁,等.紫蓝方熏洗治疗泛发性跖疣34例[J].中国民间疗法,2007,15(10):18.
[5] 李红兵,张璐璐,徐萍,等.中药浸泡治疗成人跖疣61例[J].福建中医药,2016,47(4):9.
[6] BUNNEY M H, NOLAN M W, WILLIAMS D A. An assessment of methods of treating viral warts by comparative treatment trials based on a standard design[J]. Br J Dermatol, 1976, 94(6):667.
[7] 杨番,任英云,刘建军,等.液氮冷冻治疗跖疣面积变化及与预后关系的临床研究[J].临床皮肤科杂志,2016,45(7):542.

[8] BRUGGINK S C, GUSSEKLOO J, BERGER M Y, et al. Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: randomized controlled trial[J]. Journal de l'Association medicale canadienne, 2010, 182(15):1624.
[9] KHALED A, BEN ROMDHANE S, KHARFI M, et al. Assessment of cryotherapy by liquid nitrogen in the treatment of hand and feet warts[J]. Tunis Med, 2009, 87(10):690.
[10] 黄泰康.中医皮肤病性病[M].北京:中国医药科技出版社,2000:112.
[11] 颜正华.中药学[M].北京:人民卫生出版社,1995:662,680.
第一作者:李红兵(1966—),男,本科学历,主任中医师,主要从事中医皮肤科临床工作。
通讯作者:王晓华,本科学历,主任中医师。
wangxh8000@sina.com

收稿日期:2018-03-20

编辑:吴宁

等治疗,但存在易复发、副作用大的弊端,限制其临床运用^[2-3]。中医药防治本病的研究虽起步较晚,但通过辨证论治,在控制复发、缓解症状等方面具有一定优势^[4-5]。笔者基于中医五脏相关理论,采用佐金平木联合健脾化痰法治疗,取得较好疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2016年7月至2017年1月黑龙江中医药大学附属第一医院儿科门诊多发性抽动症患者140例,随机分为中医辨证治疗组(治疗组)和多巴胺受体阻滞剂组(对照组),每组70例。治疗组男43例,女27例;年龄5~12岁,平均年龄(8.65±2.02)岁;病程2~5年,平均病程(2.64±1.56)年。对照组男39例,女31例;年龄6~11岁,平均年龄(9.05±1.62)岁;病程1~6年,平均病程(2.55±1.59)年。2组患儿一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照DSM-IV多动症诊断标准^[6]。

1.2.2 中医证候辨证标准 肝脾不和、痰盛风动型诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]、新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医儿科学》^[8],并结合本病临床表现特点拟定。

1.3 纳入标准 符合多发性抽动症西医诊断标准和肝脾不和、痰盛风动型中医证型诊断标准;开始治疗前2周停用其他治疗TS的药物;年龄在5~15岁;法定监护人及受试者知情。

1.4 排除标准 近1个月内参加其他临床试验者;合并心、肝、肾等其他系统疾病的患儿。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用以佐金平木合健脾化痰法立论的中药汤剂治疗(此方为医院自拟方)。药物组成:钩藤6g、柴胡6g、桑白皮10g、白菊花6g、白芍10g、炙麻黄4g、法半夏6g、陈皮9g、茯苓10g、竹茹6g、太子参6g、白术9g、枳实6g、远志6g、石菖蒲6g、甘草6g。依据患儿的年龄确定服药剂量,5~6岁,1日1剂,水煎取100mL;6~10岁,1日1.5倍剂量,水煎取150mL;10~15岁,1日2倍剂量,水煎取200mL。均每日分2次服用。

2.2 对照组 予氟哌啶醇(济南恒基制药有限公司生产,批号20160212),从小剂量开始,即每日0.5~1.0mg,每晚睡前顿服,以每隔4~7d增加0.25~0.5mg为度,调整至症状控制为止,每日总量达到2~8mg,一般为每日5mg为宜。症状控制后巩固2~3周开始减量,每隔7d减量0.5mg。

2组均以治疗4周为1个疗程,连续治疗3个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 中医证候积分 参考《中药新药临床研究指导原则》^[9]制定,按无、轻度、明显分为3个级别,并以0、1、2分3种分值标识。以面红、口干、烦急易怒、舌质红、舌苔黄五项为主症,盗汗、少寐、大便干结、小便短黄、脉滑数5项为次症。

3.1.2 耶鲁抽动评分 利用耶鲁综合抽动严重程度量表(YGTSS)观察患者治疗前后运动型抽动和发声型抽动发作次数、频率、强度、复杂性等,并进行评分,分值越高症状越严重^[10]。

3.1.3 安全性指标 治疗前后分别检查血、尿、大便常规,肝、肾功能,心电图等。

3.1.4 药物不良反应 观察2组患者治疗期间嗜睡、心动过速、头晕乏力、恶心等不良反应发生情况。

3.2 耶鲁抽动评分疗效判定标准 耶鲁抽动评分减分率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。减分率>95%为控制;75%≤减分率<95%为显效;25%≤减分率<75%为有效;减分率<25%为无效。^[10]

3.3 统计学方法 数据采用SPSS 18.0分析软件进行统计分析,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗前和治疗后4周2组患者中医证候积分比较无统计学差异($P>0.05$),治疗后组内及组间比较见表1。随着治疗时间的延长,治疗组患者中医证候改善更加明显。

表1 治疗组与对照组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后4周	治疗后8周	治疗后12周
治疗组	70	17.32±2.32	17.03±1.34	11.43±1.04 [#]	7.43±1.34 ^{###}
对照组	70	17.43±2.24	17.34±2.45	14.64±3.82 [*]	11.34±1.72 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与同时期对照组比较,# $P<0.05$,### $P<0.01$ 。

3.4.2 2组患者耶鲁抽动评分疗效比较 结果见表2。

表2 治疗组与对照组耶鲁抽动评分疗效比较 例(%)

组别	例数	控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	70	34 (48.57)	15 (21.43)	16 (22.86)	5 (7.14)	92.86 [#]
对照组	70	18 (25.71)	19 (27.14)	17 (24.29)	16 (22.86)	77.14

注:#与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.5 2组患者安全性指标情况及不良反应发生率比较 2组患者治疗前后安全性指标检测均无异常。不良反应发生率组间比较见表3。

表3 治疗组与对照组不良反应发生率比较 例(%)

组别	例数	嗜睡	心动过速	头晕、乏力	恶心	合计(%)
治疗组	70	0(0)	1(1.43)	0(0)	1(1.43)	2.86 [#]
对照组	70	4(5.71)	5(7.14)	3(4.29)	3(4.29)	21.43

注：#与对照组比较， $P < 0.01$ 。

4 讨论

多发性抽动症多见于2~7岁儿童。在我国，报告显示学龄儿童注意缺陷多动障碍患病率约为1.3%~13.4%。本病是儿童时期常见的行为障碍性疾病，也会导致大脑神经和精神发育缺陷性障碍，由于其病因尚未明确，引起儿童心理学家、教育学家、精神病学专家以及被此障碍困扰的父母、教师广泛关注，成为世界性问题。当前，西医治疗该病首选药物是氟哌啶醇，其属于丁酰苯类药物，自1961年开始用于临床治疗，已取得一定效果。但该药不良反应较大，主要表现为锥体外系反应，长期反复使用可出现迟发性运动障碍，且患者会出现口干、视物模糊、出汗等症状。

中医古代文献虽没有对多发性抽动症病名的记载，但根据其临床表现，可归于“癔痲”“慢惊风”“抽搐”等病范畴。基于《内经》“诸风掉眩，皆属于肝”，“风为阳邪，其性善行而数变”等记载，而本病表现多以抽动为主，多归由“风”所致，因而多数医家认为本病与肝关系最为密切，临床多从肝风立论。而小儿肝常有余，若过度紧张，神机受累或外邪留恋，均可致肝失疏泄，肝郁化火，肝阳上亢，引动肝风而发抽动。肝主升发，肺主气，肝与肺主要体现在人体气机升降调节方面。肝气多以升发为宜，肺气多以肃降为顺，若肺气肃降正常，则肝气升发有利，反之肺金肃降失常，则肝气、肝风不易平息。因而临床可基于生克乘侮关系，采用佐金平木法治疗本病。另脾为后天之本，居中焦主运化，虚则聚湿生痰。明代王肯堂《证治准绳》有“水生肝木，木为风化，木克脾土，胃为脾之腑，故胃中有风，癔痲渐生，其癔痲症状，两肩微耸，两手下垂，时腹动摇不已”的论述^[11]，与本病症状表现颇为相似。因而本病与肝、肺、脾三脏功能有关，可将病因病机总括为风痰作祟，风既可生痰，痰亦可生风，风痰四处传动，发为抽搐。因此，本病肝风内动是标，脾气亏虚是本，审证求因，当以佐金平木、健脾化痰法。

自拟方以钩藤息风止痉、清热平肝；柴胡理气，有助于肝气畅达；白菊花清肝平肝；白芍柔肝养血，缓急止痉，且柴胡与白芍相配，正合肝体阴用阳之势。四药共为君药，息风止痉治其标。太子参、白术益气健脾，并可扶土抑木为臣药，君臣相合，相得益彰。由于本病与痰关系密切，方中再佐以法半夏、陈皮、茯苓、竹茹、枳实化痰除湿、健脾和胃，远志、石

菖蒲为治疗痰阻心窍所致之癫痫抽搐、惊风发狂等症之要药，另以麻黄、桑白皮宣肺清肺，有助于肺金肃降，克制肝木，使肝木不旺，风气不盛，上药共为佐药。用麻黄取其宣发肃降作用，但考虑小儿体质因素，加之用药量大会加重患儿兴奋感，故用4g，另麻黄用其炙制品。甘草调和诸药为使。全方配伍，标本同治，三脏同调。

本研究结果表明，中药煎剂或氟哌啶醇治疗后患儿中医证候积分均有改善，中药改善程度明显优于西药，且具有一定的疗程依赖性；中药对耶鲁抽动评分的改善也明显优于西药。同时，中药药物不良反应发生率明显低于西药。提示临床治疗本病应从中医理论入手，究其源头，方可达到满意效果，但有关该方的作用机制还需进一步研究。

参考文献

- [1] 葛国岚, 韩雪, 金玉晶. 归脾汤加减治疗心脾两虚型多发性抽动症31例疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(4): 52.
- [2] 吕娟, 朱乾乾, 郝云鹏, 等. 抽动宁胶囊治疗小儿多发性抽动症双盲双模拟的临床研究[J]. 环球中医药, 2013, 6(S1): 85.
- [3] 于文静, 张雯, 史晓伟, 等. 基于五脏辨证调治小儿多发性抽动症[J]. 现代中医临床, 2015, 22(1): 53.
- [4] 刘莎莎, 马融, 张喜莲, 等. 佐金平木法在儿童肝系疾病治疗中的应用[J]. 中医杂志, 2015, 56(7): 618.
- [5] 黄星. 柴胡桂枝汤合理中汤治疗胃脘痛疗效观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(27): 71.
- [6] 陶国泰. 儿童少年精神医学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999: 217.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 306.
- [8] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 137.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 260.
- [10] LECKMAN J F, RIDDLE M A, HARDIN M T, et al. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1989, 28(4): 566.
- [11] 王肯堂. 王肯堂医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 1497.

第一作者: 陈宏(1977—), 男, 医学博士, 副主任医师, 儿科学专业。

通讯作者: 苏玉明, 医学博士, 副主任医师。
chenrongsheng1977@163.com

收稿日期: 2018-02-24

编辑: 吴宁