

临床研究

祛风止动方治疗儿童抽动障碍 31例临床研究

吴 敏¹ 肖光华² 张建明¹ 张 欣¹ 马 博² 王树霞² 周亚兵¹ 张婧延³

(1 上海交通大学医学院附属新华医院中医科, 上海市杨浦区控江路 1665号, 200092;

2 上海交通大学医学院; 3 上海中医药大学附属龙华医院)

摘要】目的 评价祛风止动方治疗儿童抽动障碍 (TD) 的临床疗效与不良反应。**方法** 将入选患儿随机分为中药组 (31例) 和西药组 (30例), 中药组以祛风止动方治疗, 西药组予氟哌啶醇和苯海索片。12周为 1 个疗程, 观察 2 个疗程, 以耶鲁综合抽动严重程度量表 (YGTSS)、抽动症状评分量表 (TSSS)、中医证候评分量表 (TCM SSS) 以及治疗副反应量表 (TESS)、实验室检查评价临床疗效与不良反应。**结果** 中药组和西药组总有效率分别为 100%、60.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 在各项评分方面中药组均优于西药组 ($P < 0.05$)。**结论** 祛风止动方能显著改善 TD 患儿抽动症状及体征, 且无毒副作用。

关键词】 抽动障碍; 祛风止动方; 耶鲁综合抽动严重程度量表; 抽动症状评分量表; 中医证候评分量表; 临床观察

祛风止动方治疗儿童抽动障碍 31 例临床研究

WU Min¹, XIAO Guanghua², ZHANG Jianming¹, et al

(1. 上海市杨浦区新华医院中医科, 上海市杨浦区控江路 1665 号, 200092; 2. 上海交通大学医学院; 3. 上海中医药大学附属龙华医院)

Abstract】To assess the effect and adverse effect of Qufeng Zhidong Decoction (Decoction for Dispelling wind to stop abnormal movements) on children Tic Disorder (TD). The enrolled patients were randomized into TCM group (31 cases) and western medicine group (30 cases). The former was treated with Qufeng Zhidong Decoction while the latter treated with haloperidol and trihexyphenidyl. Twelve weeks was of one course of treatment. Two courses were observed. The therapeutic and adverse effects were assessed by Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS), Tic Symptom Score Scale (TSSS), Traditional Chinese Medicine Syndrome Score Scale (TCM SSS), Treatment Emergent Symptom Scale (TESS) and laboratory examinations. The total effective rate of TCM group and western medicine groups were 100% and 60.0% respectively, the difference was significant ($P < 0.05$). All the scores of TCM group were better than those of western medicine group ($P < 0.05$). Qufeng Zhidong Decoction could significantly improve symptoms and signs of TD children without adverse effect.

Key words】Tic Disorder; Qufeng Zhidong Decoction (Decoction for Dispelling wind to stop abnormal movements); Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS); Tic Symptom Score Scale (TSSS); Traditional Chinese Medicine Syndrome Score Scale (TCM SSS); Clinical observation

抽动障碍 (tic disorders, TD) 是以某种形式的不随意、快速、重复的非节律运动或发声和/或无明显目的、突发性发生抽动为特点的一种复杂的慢性神经精神障碍^[1], 多见于儿童青少年时期, 其发病机制尚不明确^[2]。2007 年报告称 5% ~ 20% 学龄儿童曾有短暂性抽动史, 1% ~ 2% 儿童患慢性抽动障碍, 约 0.1% ~ 0.5% 儿童患抽动秽语综合征^[3], 近年来该病的发病率有逐年上升趋势。目前抽动障碍已引起国内外许多学者的关注, 但临床治疗尚无特效药物。我们师承著名儿科专家刘弼臣教授“从肺论治”学术思想, 以“肝肺同调”为基本治则,

创制祛风止动方用于治疗抽动障碍。为评价祛风止动方治疗儿童抽动障碍的临床疗效并探讨该复方在改善抽动症状等方面的作用, 采用随机、平行、开放及对照的实验方法进行前瞻性研究, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准

根据《ICD-10 精神与行为障碍分类、临床描述与诊断要点》^[4]: ①一种或多种运动性和 (或) 发声性抽动, 表现为突然的、快速的、反复性的、非节律性的及刻板的动作或发声; ②引起明显不安, 影响社交、就业等领域的活动; ③发病于 18 岁前; ④排除由某些药物 (如兴奋剂) 或内科疾病 (如亨廷顿舞蹈病或病毒感染后脑炎) 引起。根据美国精神障碍诊断 (DSM) IV, 按照病程和症状分为 3 型^[5]: ①短暂性抽动障碍 (TTD): 运动性

基金项目: 上海市卫生局基金资助项目 (2006L014); 申康医院发展中心基金资助项目 (SHDC12007409); 上海市中医临床优势专科 (专病) 第二批建设项目 (2008YSZK003)

通讯作者: 肖光华, xiaoguanghua@sina.com, 13916191254

和(或)发声性抽动,每天发作多次,持续至少 4周,但不超过 1年。②慢性运动性或发声性抽动障碍(CTD):运动性或发声性抽动症状,持续 1年以上,每天发作多次,或间歇好转期持续不超过 3个月。③Tourette综合征(TS):多种运动性抽动及一种或多种发声性抽动,不一定在同一时间出现。每天发作多次,病情持续或间断发作超过 1年,其间歇期好转期持续不超过 3个月。

1.2 中医诊断标准

参照国家标准^[6]及全国高等中医药院校规划教材^[7]制定:主症为头面肢体抽动,或皱眉眨眼,或嘴角抽动,或喉中痰鸣,或异声秽语,并伴有风寒或风热等症;次症为烦躁易怒,头晕头痛;面黄体瘦,精神倦怠;两颧潮红,五心烦热等。

中医证候标准:共分 4型:①外风袭肺,肝风内动型(I型);②外风袭肺,肝风内动兼有肝郁化火型(II型);③外风袭肺,肝风内动兼有脾虚痰聚型(III型);④外风袭肺,肝风内动兼有阴虚风动型(IV型)。

1.3 纳入及排除标准

纳入符合 TD 诊断标准和中医证候诊断标准者。排除有习惯性抽搐、肌阵挛性癫痫、风湿性舞蹈病、肝豆状核变性、脑外伤、脑炎后遗症和其他锥体外系疾病者;未按规定用药、不配合治疗及资料不全者。

1.4 一般资料

61例均为 2007年 10月~2008年 9月在上海交通大学医学院附属新华医院抽动障碍专科门诊就诊的患儿。根据患儿就诊先后顺序按照数字表法随机分为中药组 31例,男 27例,女 4例,平均发病年龄(7.11 ± 3.67)岁,平均就诊年龄(8.61 ± 3.16)岁,平均病程(18.85 ± 7.75)个月;临床分型:TTD 14例,CTD 12例,TS 4例;辨证分型:I型 19例,II型 6例,III型 2例,IV型 3例;耶鲁综合抽动严重程度量表(YGTSS)总分为(56.64 ± 4.09)分,中医证候评分为(9.09 ± 2.21)分。西药组 30例,男 24例,女 6例,平均发病年龄(6.93 ± 2.64)岁,平均就诊年龄(9.30 ± 2.32)岁,平均病程(19.52 ± 9.43)个月;临床分型:TTD 15例,CTD 10例,TS 5例;辨证分型:I型 17例,II型 7例,III型 2例,IV型 4例;YGTSS总分为(58.20 ± 4.23)分,中医证候评分为(10.53 ± 2.03)分。两组性别、发病年龄、就诊年龄、病程、临床分型、辨证分型等方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

中药组:祛风止动方,组成:天麻 10g,钩藤 10g,木瓜 10g,伸筋草 10g,全蝎 5g,辛夷 10g,板蓝根 10g)水煎剂,采用韩国产 DJQ 252型自动煎药包装机煎煮包装药

物,每剂药连续煎煮两次,将两次煎液合并浓缩成 200ml 分装备用,每次服 100ml 每日 2次。西药组:氟哌啶醇片(上海信谊九福药业有限公司生产,批号 080302) 50μg/kg⁻¹·d⁻¹,分 2次服用,待病情控制后再逐渐减少剂量,同时服用等量苯海索片(商品名:安坦,上海华氏制药有限公司天平制药厂生产,批号 03080502)以减少副反应。

两组均以 12周为 1个疗程,共观察 2个疗程。

2.2 疗效评价方法

2.2.1 耶鲁整体抽动严重程度量表(YGTSS) 由美国耶鲁大学儿童研究中心研制^[8],该量表共分 3部分,第一部分是关于运动性和发声性抽动的问诊条目,如运动性或发声性抽动的主要部位和方式;第二部分是在数量、频度、强度、复杂性和对正常行为的干扰 5个维度上的抽动症状严重程度(分别作 0~ 5级评分,总分 25);第三部分是总体损害总分(作 0~ 5级评分,总分 50)。减分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。减分率 ≥ 67%为显效;33%~ 66%为有效; < 33%为无效;治疗后症状完全消失,随访 6个月后症状不再复发者为治愈。

2.2.2 抽动症状评分量表(TSSS) 参照《小儿多发性抽动症》^[9],根据抽动症状发作频度制定,其发作频度分级为:0分:无症状;1分:发作次数较少(约每 45min 1次);2分:发作次数较多(15~ 44min 1次);3分:发作次数很多(5~ 14min 1次);4分:频繁发作(1~ 4min 1次);5分:总是发作(几乎每分钟 1次)。计算各症状的减分率。

2.2.3 中医证候评分量表(TCMSSS) 参照中南大学湘雅医院中西医结合研究所编制的抑郁症常见中医证候标准临床流行病学调查工作手册(国家“十五”科技攻关项目,编号 2001BA 701A 22)中的调查表体例,制定包括 27条证候及舌脉的中医证候评分量表,按其轻重程度分为 4级,无症状者计 0分,症状轻者计 1分,症状中等者计 2分,症状严重者计 3分。计算各证型的减分率。

2.3 安全性评价

2.3.1 副反应量表(TESS) 根据美国 NIMH 1973年编制的副反应量表^[10]在治疗后第 12周、第 24周评价药物不良反应,该量表分为行为毒性、化验异常、神经系统、植物神经系统、心血管系统及皮肤症状等内容,其严重程度分级为:0级:无,1级:可疑或极轻,2级:轻度,3级:中度,4级:重度。

2.3.2 实验室检查 两组患儿均在治疗前后进行脑电图、抗链球菌溶血素“O”、血沉、血常规、尿常规、肝肾功能检查,各项检查均在上海交通大学医学院附属

新华医院检验科进行。

2.4 统计学方法

采用 SPSS13.0 统计软件,计量指标采用成组设计的 t 检验或方差分析,计数指标采用 χ^2 检验。

3 结果

共入组患儿 66 例。中药组 33 例,脱落 2 例;西药组 33 例,脱落 3 例,最终完成 61 例,脱落率为 7.6%。

3.1 两组患儿不同周期 YGTSS 总评分比较

表 1 示,在治疗 4、8 周时中药组 YGTSS 评分高于西药组,且差异有统计学意义 ($P < 0.05$),而在治疗 20、24 周后中药组 YGTSS 评分低于西药组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);两组组内比较可见,中药组在治疗 12 周后 YGTSS 评分均低于治疗前,且差异有统计学意义 ($P < 0.05$),而西药组只是在治疗第 4 周 YGTSS 评分显著低于治疗前 ($P < 0.05$),以后随着疗程逐渐上升趋于平稳。

3.2 两组患儿临床疗效比较

表 1 两组患儿治疗不同周期 YGTSS 评分比较 (份,抗±物)

组别	例数	0 周	4 周	8 周	12 周	16 周	20 周	24 周
中药组	31	56.64±4.09	53.43±3.86	47.26±3.12	38.27±3.02 [△]	30.28±2.87 [△]	26.43±2.65 [△]	14.33±2.36 [△]
西药组	30	58.20±4.23	34.51±3.10 [△]	35.49±3.95	37.81±2.83	35.36±3.14	32.81±3.21	30.23±3.19

注:与西药组同周期比较, $P < 0.05$;与本组 0 周时比较, $\Delta P < 0.05$

表 2 两组患儿各治疗周期临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	疗效	4 周	8 周	12 周	16 周	20 周	24 周
中药组	31	显效	1 (3.2)	2 (6.5)	4 (12.9)	9 (29.0)	15 (48.4)	23 (74.2)
		有效	3 (9.7)	9 (29.0)	10 (32.3)	11 (35.5)	12 (38.7)	8 (25.8)
		无效	27 (87.1)	20 (64.5)	17 (35.5)	11 (35.5)	4 (12.9)	0 (0)
		总有效	4 (12.9)	11 (35.5)	14 (45.2)	20 (64.5)	27 (87.1)	31 (100)
西药组	30	显效	10 (33.3)	6 (20.0)	5 (16.7)	3 (10.0)	2 (6.7)	2 (6.7)
		有效	14 (46.7)	9 (30.0)	9 (30.0)	11 (36.7)	17 (56.7)	16 (53.3)
		无效	6 (20.0)	15 (50.0)	16 (53.3)	16 (53.3)	11 (36.7)	12 (40.0)
		总有效	24 (80.0)	15 (50.0)	14 (46.7)	14 (46.7)	19 (63.3)	18 (60.0)

注:与西药组同周期比较, $P < 0.05$, $P < 0.01$

表 3 两组患儿治疗前后 YGTSS 运动性抽动评分变化比较 (份,抗±物)

组别	时间	例数	次数	频率	强度	复杂度	干扰度
中药组	治疗前	31	3.34±0.48	3.50±0.72	3.16±0.72	2.66±0.75	2.34±0.60
	治疗后	31	1.19±0.90 [△]	1.13±0.83 [△]	1.91±0.73 [△]	0.47±0.57 [△]	0.25±0.44 [△]
西药组	治疗前	30	3.13±0.51	3.67±0.48	3.20±0.55	2.47±0.57	2.07±0.64
	治疗后	30	2.87±0.73	2.90±0.92	0.90±0.36	0.77±0.69	0.77±0.49

注:与本组治疗前比较, $P < 0.05$;与西药组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 4 两组患儿治疗前后 YGTSS 发声性抽动评分变化比较 (份,抗±物)

组别	时间	例数	次数	频率	强度	复杂度	干扰度
中药组	治疗前	31	2.40±0.63	2.47±0.99	2.27±0.80	0.97±0.62	1.53±0.74
	治疗后	31	2.13±0.35	0.15±0.263 [△]	0.29±0.15 [△]	0.79±0.26	0.11±0.20 [△]
西药组	治疗前	30	2.63±0.72	2.53±0.17	2.44±0.81	1.09±0.70	1.25±0.68
	治疗后	30	2.31±0.70	0.40±0.25 [△]	0.95±0.58	0.92±0.24	0.19±0.34

注:与本组治疗前比较, $P < 0.05$;与西药组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

两组分别在治疗 4、8、12、16、20、24 周后计算 YGTSS 减分率,并根据减分率计算总有效率。表 2 示,中药组治疗各疗程总有效率呈上升趋势,而西药组呈下降趋势;两组在治疗 1 个疗程,即治疗 4、8、12 周时的西药组总有效率均高于中药组,但在治疗 12 周以后总有效率均低于中药组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.3 两组患儿 YGTSS 各项评分比较

表 3 示,不论是运动性抽动还是发声性抽动,两组在抽动次数、频率、程度、复杂度、干扰度等方面均有不同程度改善。中药组运动性抽动的次数、频率、强度、复杂性、干扰性方面均有显著改善,并优于西药组 ($P < 0.05$),而西药组只对运动性抽动的强度、复杂性、干扰性方面有较大改善 ($P < 0.05$);对于发声抽动,两组对抽动频率、强度、干扰性方面均有显著改善,但中药组优于西药组 ($P < 0.05$)。

3.4 两组患儿抽动症状的比较

表 5 示,中药组对眨眼、耸鼻、噘嘴、斜颈、臂动、腿

表 5 两组患儿抽动症状减分率的比较 (抗±物)

组别	例数	眨眼	耸鼻	撅嘴	斜颈	臂动	腿动	清喉	秽语
中药组	31	0.86±0.05	0.96±0.07	0.89±0.06	0.94±0.07	0.78±0.05	0.72±0.04	0.95±0.07	0.59±0.01
西药组	30	0.22±0.01	0.44±0.01	0.89±0.06	0.97±0.15	0.71±0.02	0.57±0.02	0.43±0.02	0.51±0.01

注:与西药组同症状比较, $\chi^2 < 0.05$

表 6 两组患儿治疗前后常见中医症状评分变化比较 (份,抗±物)

组别	时间	例数	烦躁	情志抑郁	失眠	纳呆	盗汗
中药组	治疗前	31	2.03±0.68	1.30±0.47	1.14±0.60	1.21±0.60	1.64±0.65
	治疗后	31	0.82±0.53	0.42±0.50	0.30±0.46	0.52±0.41	0.12±0.33
西药组	治疗前	30	2.30±0.10	1.35±0.51	2.00±0.19	1.23±0.34	1.81±0.40
	治疗后	30	0.52±0.51	0.39±0.50	0.48±0.72	0.58±0.50	0.32±0.48

注:与西药组治疗后比较, $\chi^2 < 0.05$

动、清喉、秽语等均有较好改善 (减分率> 50%),而西药组仅对撅嘴、斜颈、臂动、腿动、秽语有所改善 (减分率> 50%);两组间比较,发现在眨眼、耸鼻、清喉症状改善方面中药组明显优于西药组 ($\chi^2 < 0.05$)。

3.5 两组患儿中医证候比较

表 6 示,两组患者症状及体征也有不同程度改善,其中对 2 项中的烦躁、情志抑郁、失眠、纳呆、盗汗等常见症状及体征有明显的改善作用 ($\chi^2 < 0.05$),并且中药组对烦躁、失眠、纳呆、盗汗的改善优于西药组,两组比较差异有统计学意义 ($\chi^2 < 0.05$)。

表 7 示,中药组中不同证型之间证候减分率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 < 0.05$),以 I 型和 II 型改善最为明显;而西药组各证型减分率比较差异无统计学意义 ($\chi^2 > 0.05$);两组间比较,可见 I、II、III 型中药组要优于西药组,且有统计学差异 ($\chi^2 < 0.05$)。

表 7 两组患儿不同证型 TCM SSS 评分减分率比较 (抗±物)

组别	例数	I 型	II 型	III 型	IV 型
中药组	31	0.96±0.21	0.91±0.23	0.80±0.20	0.63±0.12
西药组	30	0.62±0.13	0.60±0.14	0.64±0.11	0.59±0.16

注:与西药组比较, $\chi^2 < 0.05$

表 8 两组患儿不同时间 TESS 评分比较 (份,抗±物)

组别	例数	12周	24周
中药组	31	3.02±0.16	3.21±0.20
西药组	30	10.42±3.26	19.73±3.26 [△]

注:与西药组比较, $\chi^2 < 0.01$;与本组 12 周比较, $\Delta \chi^2 < 0.05$

3.6 安全性评价

表 8 示,中药组在治疗第 12、第 24 周后 TESS 评分均显著低于西药组 ($\chi^2 < 0.05$),并且西药组随着疗程的增加,评分也随之增高 ($\chi^2 < 0.05$)。其中中药组副反应主要表现为轻度食欲减退,而西药组则表现为学习成绩下降、体重增加、活动减退、嗜睡等。

实验室检查:中药组与西药组在治疗第 12、第 24 周与治疗前各项实验室指标均在正常范围内,两组组内治疗不同疗程比较差异均无统计学意义 ($\chi^2 > 0.05$),而两组组间比较在治疗 24 周时西药组血小板计数显著高于中药组 ($\chi^2 < 0.05$)。

4 讨论

TD 是一组以头、肢体和躯干等部位肌肉突发性不自主抽动,和 (或)伴爆发性喉音和行为紊乱的神经精神障碍性疾病^[11]。中医将本病归于“癇疾”、“慢惊风”、“肝风证”等范畴^[12]。病位主要在肝,与心、肺、脾、肾关系密切,公认的基本病机为肝风内动。

TD 患儿常有反复呼吸道感染史,或因发热、鼻塞流涕、咽部红肿等风邪侵袭肺卫而使抽动症状加重或复发。现代医学研究提出 TD 可能是“与链球菌感染后自身免疫反应 (PANDAS)”的观点^[13],因此,我们提出 TD 病机为“外风袭肺,金不克木,肝风内动”,外风引发内风。在师承名老中医刘弼臣“从肺论治”的基础上,提出 TD 以“肝肺并调”为主要治则,一则宣肺肃降祛外风,二则平肝通络熄内风,根据祛除外风的苍耳子散和平肝熄风的天麻钩藤饮化裁出祛风止动方。全方既搜外风,又熄内风,既治病之因,又治病之本,肝肺同调,标本兼治,则诸证可除^[14]。

本研究显示,中药组 YGTSS 评分随着疗程的增加逐渐递减,而西药组在治疗 4 周时 YGTSS 评分迅速下降以后又开始回升,表明祛风止动方治疗 TD 持续、稳定、可靠,而氟哌啶醇短期治疗效果明显,但由于该病常易反复,随着氟哌啶醇的继续维持,其治疗作用逐渐缩小。在治疗 1 个疗程以后总有效率呈 50% 水平线。同时,两组在对运动性或发声性抽动的次数、频率、强度、复杂性、干扰性方面均有不同程度改善,尤其是在运动性抽动的次数、频率、复杂性、干扰性和发声性抽动的频率、强度、干扰性等项评分比较时中药组显著低

于西药组 ($P < 0.05$)。显然,中药组对抽动症状的改善是全方位的。

TD患者中医辨证以外风侵袭,肝风内动为主,可以兼夹有肝郁化火、脾虚痰聚、阴虚风动等兼证。中药治疗 TD不仅能治疗抽动,并且能改善伴随的症状和体征。TD患者临床症状反复多变,往往初始症状可能仅限于头面部,随之该症状消失或变化发展为四肢、发声等抽动,这与我们认为该病病机“外感风邪,引动肝风”相一致,“风邪善变,常易袭上”,肝肺同调,标本兼治。研究中发现,中药组对眨眼、耸鼻、撅嘴、斜颈、臂动、腿动、清喉、秽语等均有较好改善,而这些症状恰恰是风邪致病的常见症状。另外,本研究中所入选病例均有外风侵袭,肝风内动,但实际临床中常常兼夹有肝郁化火、脾虚痰聚、阴虚风动等证型,而祛风止动方尤其对外风侵袭,肝风内动及兼夹肝郁化火、脾虚痰聚等证型证候评分改善显著 ($P < 0.05$)。同时,中药组对烦躁、失眠、纳呆、盗汗等常见症状及体征的改善优于西药组 ($P < 0.05$)。由此可见,中药治疗 TD不仅能治疗抽动,同时对其他伴随的症状和体征也有很好的改善作用,并且临床应用安全可靠,无毒副作用。我们认为,TD的治疗首选中医药,至少规范化治疗 1个疗程(3个月),建议治疗 2个疗程;如若抽动症状严重,可以短期、足量辅以氟哌啶醇以控制抽动,待症状好转逐渐撤除西药,以中药继续巩固治疗。

参考文献

[1]郑毅.抽动障碍新观念及诊疗进展[J].中国儿童保健杂志, 2006, 14(2): 111-112
[2]肖光华,吴敏. Tourette综合征与多巴胺相关基因的研究[J].山西医药杂志, 2008, 37(8): 716-717

[3]刘智胜,静进.儿童心理行为障碍[M].北京:人民卫生出版社, 2007: 138
[4]范肖冬,汪向东,于欣,等译. ICD 10精神与行为障碍分类、临床描述与诊断要点[M].北京:人民卫生出版社, 1993: 55
[5]吴家骅. DSM IV关于抽动障碍的分类与诊断标准[J].中华儿科杂志, 1996, 34(5): 352
[6]国家中医药管理局. 中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语证候部分》(GB/T 16751.2) [S].北京:中国标准出版社, 1997: 17-33
[7]汪受传. 中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社, 2002: 137-140
[8]Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, 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): 566-573
[9]刘智胜. 小儿多发性抽动症[M].北京:人民卫生出版社, 2002: 209
[10]张明圆. 精神科评定量表手册[M]. 2版.长沙:湖南科学出版社, 1998: 150-153
[11]李大年. 现代神经内科学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2004: 542
[12]刘弼臣. 中医药治疗抽动秽语综合征临床研究述评[J]. 中国医学理论与实践, 2001, (8): 560
[13]吴敏,路薇薇,张建明. 中药治疗儿童抽动秽语综合征临床疗效分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(11): 68-69
[14]吴敏,倪红宝,戈阿康,等. 肝肺并调法治疗抽动秽语综合征的临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2005, 39(12): 35-36

收稿日期: 2008-10-09;修回日期: 2009-01-19

编辑:邓媛

第七届全国中医难治病学术研讨暨基层优秀中医表彰大会征文通知

为了深入探讨中医药在防治肿瘤、心血管、糖尿病等疑难杂病方面所发挥的作用,总结交流中医药防治的新技术、新方法、新思路。由中华中医药学会主办、北京聚医杰医药科学研究院承办的 **第七届全国中医药治疗难治病学术研讨会暨全国基层优秀中医表彰大会**”拟定于 2009 年 10月下旬在广西桂林市召开,现将征文通知如下。

- 1 征稿内容:**中医药在防治肿瘤、心脑血管病、糖尿病、肝病、肾病、脾胃病、痛风、风湿病等难治病方面的经验和民间疗法。
- 2 征文要求:**文稿在 3000字左右,须打印并附 500字文摘和 200字以内作者简介。每位作者限投 1篇。
- 3 其他:** (1)本次征文将评选优秀论文,颁发优秀论文证书; (2)入选的交流论文将安排在《科普文摘》(中华医学论坛专辑)杂志发表; (3)参会代表将授予国家继续教育 I类学分; (4)在本次会议上由中华中医药学会表彰一批“全国基层优秀中医”。
- 4 全国基层优秀中医”评选申报事宜:** (1)评选对象:在地市以下各级医疗机构中工作的中医人员;具有合法行医资格(中医师执业证或乡村医生执业证)的民间中医、乡村医生等。 (2)评选条件:热爱祖国,热爱人民,遵纪守法,品德高尚;热爱中医、扎根基层,从事中医工作 10年以上;熟悉中医基本理论和临床实践技能,能发挥中医药特色疗法优势,辩证论治常见病、多发病、难治病,疗效好,在当地享受一定的声誉;工作认真负责,诊疗精心,医德医风良好者;工作业绩突出,参加过全国性中医药学术会或在省以上刊物上发表过学术论文者。 (3)申报方法:撰写 1000字左右的个人业绩介绍,单位签署推荐意见并加盖单位公章;乡村医生或民间医生须当地乡镇政府或街道办事处签署推荐意见并加盖公章。

5 投稿时限:请在 2009年 8月 30日前将交流论文和“基层优秀中医”评选申报材料、2寸彩照 4张和参会报名费 200元邮寄至:北京市 100036(98信箱)第七届全国中医难治病”会务组;叶继宗主任收;邮编:100036;联系电话:010-63772051, 87013859, 13366499730;欢迎登录中国医疗卫生信息网 [www. ylwx. com](http://www.ylwx.com)