

滋水涵木法治疗儿童注意缺陷多动障碍35例临床观察

钱 进

(首都医科大学附属北京中医医院儿科, 北京市东城区美术馆后街23号, 100010)

[摘要] **目的** 观察滋水涵木法治疗儿童注意缺陷多动障碍的临床疗效。**方法** 将70例注意缺陷多动障碍患儿随机分为治疗组和对照组各35例, 治疗组口服以滋水涵木法为治则的中药, 对照组口服利他林, 3个月为1个疗程。观察两组临床疗效、中医证候疗效, 进行数字划消试验以及观察多动指数、不良反应。**结果** 治疗组临床疗效总有效率74.3%, 对照组为77.1%, 差异无统计学意义($P>0.05$); 中医证候疗效治疗组总有效率91.4%, 对照组为65.7%, 治疗组明显优于对照组($P<0.05$); 数字划消净分、数字划消失误率、多动指数两组无统计学差异($P>0.05$), 但停药后2周多动指数治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。治疗组治疗过程中未见明显不良反应, 对照组34%患儿出现恶心、食欲下降等不适症状。**结论** 滋水涵木法是治疗儿童注意缺陷多动障碍的有效方法, 可显著改善儿童注意缺陷多动障碍临床症状及相关指标。

[关键词] 儿童注意缺陷多动障碍; 滋水涵木法; 数字划消试验; 多动指数

Clinical Observation on the Effect of Nourishing the Liver and Kidney on Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A report of 35 Cases

QIAN Jin

(Beijing TCM Hospital, Capital Medical University, Beijing 100010)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of nourishing the liver and kidney on children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Methods** Seventy ADHD cases were randomized into treatment group and control group with 35 in each. The treatment group was administered Chinese herbal decoction for oral taking while the control group was given Methylphenidate (Ritalin) for oral taking. Both groups were treated for 3 months for observation of general effect and TCM syndrome effect. The cancellation test was carried out to observe the hyperactivity index and untoward reactions. **Results** The clinical total effective rate was 74.3% in the treatment group and that was 77.1% in the control group, without significant difference ($P>0.05$). The total effective rate of TCM syndrome effect in the treatment group was 91.4% and that was 65.7% in the control group, with a significant difference ($P<0.05$). In the cancellation test, the cancellation score, mistaken rate, and hyperactivity index of both groups were not significantly different, but two weeks after medication, the hyperactivity index of the treatment group was significantly better than that of the control group ($P<0.05$). There was no obvious untoward reaction found in the treatment group ($P>0.05$), whilst in the control group, 34% of cases had nausea and poor appetite. **Conclusion** Nourishing the liver and kidney is an effective therapy for children with ADHD. It can significantly improve the symptoms and related indices.

Key Words Children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD); Nourishing the liver and kidney; Cancellation test; Hyperactivity index

注意缺陷多动障碍(ADHD)又称儿童多动症,是儿童时期较常见的一种行为障碍综合征,近年来其发病率有逐年增加的趋势。患儿智力正常或接近正常,以精神不集中、过分活动、任性冲动、学习困难为主要临床特征,严重危害儿童的身心健康。中医认为ADHD是心脾两虚、肝肾阴亏等阴阳失调所致。而临床上以肾阴不足、肝阳偏旺型为多见,笔者从调整肝肾入手,用滋水涵木法治疗儿童多动症35例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

病例收集于2007年7月~2009年5月在北京中医医院儿科门诊就诊的ADHD患儿70例,按随机数字表法

分为治疗组和对照组各35例。其中治疗组男27例,女8例,男女之比为3.38;年龄6~14岁,平均(9.43 ± 3.32)岁,其中6~10岁24例,10~14岁11例;病程7个月~7年,平均(1.96 ± 1.17)年,其中7个月~1年12例,1~2年7例,2~3年9例,3~4年5例,4~7年2例;病情程度:轻度5例,中度4例,重度26例;顺产者10例,剖腹产25例。对照组男29例,女6例,男女之比为4.8;年龄7~13岁,平均(8.2 ± 2.67)岁;其中6~10岁21例,10~13岁14例;病程8个月~6年,平均(2.0 ± 1.1)年,其中8个月~1年9例,1~2年10例,2~3年10例,3~4年4例,4~6年2例;病情程度:轻度11例,中度4例,重度20例;顺产12例,剖腹产23例。两组患儿性别、年龄、病程、病情程度等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及辨证标准

参照世界卫生组织(WHO)提供的国际疾病及相关健康问题统计分类第10版(ICD-10)的研究用诊断标准^[1-2]。中医辨证标准参照《中医病证诊疗标准与方剂选用》^[3],分为肾阴不足、肝阳偏旺型。主症:多动多语,急躁易怒,冲动任性,难以自抑,神思涣散,注意力不能集中。次症:①乖僻莽撞,少于谋虑与技巧。②指甲、发泽不荣。③少寐多梦,梦游梦呓。④口干咽燥,盗汗,喜食冷饮。典型舌苔:舌质红,少苔或无苔。脉细数或弦细。具备主症以及次症某项和典型舌脉者,即可确立本证候诊断。

1.3 纳入标准

年龄在14岁以下,近1周内未用过任何精神活性物质如哌醋甲酯、苯异妥因、右旋苯丙胺、丙咪嗪、奋乃静以及六味地黄丸等治疗与本症相同证型之中药制剂。

1.4 排出标准

合并有心血管、肝、肾、造血系统和神经系统等严重躯体器质性疾病,如慢性肾炎、肝炎、先天性心脏病、小舞蹈症、亚急性脑炎等;属于精神卫生问题的品行障碍、广泛性发育障碍、精神发育迟滞、情绪障碍及精神分裂症、抽动秽语综合征等;正在参加其他临床试验者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组口服中药汤剂。基本方药组成:柴胡10g,白芍10g,川芎3g,生地黄10g,女贞子10g,墨旱莲10g,防风5g,用法:水煎服,每日1剂,每次150ml,每日2次。随症加减:神情郁闷者加石菖蒲6~10g,合欢皮10g;纳差者加谷芽10g,神曲10g;大便干燥者加熟大黄5g。对照组口服利他林(苏州医药集团有限公司,国药准字H32023102),服药方法:6~8岁每次5mg;9~14岁每次10mg,早、午餐后服。两组均连续服药3个月,3个月后进行疗效评价。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 中医证候学积分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]症状分级量化,主症按无:0分,轻:2分,中:4分,重:6分;次症按无:0分,轻:1分,中:2分,重:3分计分。诊断参考分:实际积分值 ≥ 10 分。病情分级(根据积分值分级):轻度:10~15分,中度:16~20分,重度: > 20 分。分别于治疗前及治疗后3个月各测定1次。

2.2.2 Conners 多动指数 参照文献^[5]方法,Conners 父母问卷中10个在多动症最常见的条目组成,包括①扭动不停;②暴怒,不可预料的行为;③易分心或注意力不集中;④妨碍其他儿童;⑤噉嘴和生气;⑥

情绪变化迅速剧烈;⑦坐立不定经常“忙碌”;⑧容易兴奋冲动;⑨做事有始无终;⑩努力中易灰心丧气。分别按无:0分,稍有:1分,相当多:2分,很多:3分计分,总分相加除以10即是多动指数。分别于治疗前,治疗后1、2、3个月及疗程结束后2周测定。

2.2.3 数字划消试验 参照文献^[6]方法,划字(消)测验(cancellation test)为注意力测验,每次进行6min。包括划消净分及划消失误率,分别于治疗前及治疗后3个月测定。评定方法为:①统计总共划了多少“3”字。②统计6min内共划漏的数目,即未划掉“3”的数目。③统计6min内共划错的数目,即划了“3”以外其他数字的数目。比较治疗前后正确划的数目(越多越好),漏划及错划数目(越少越好)。粗分=全部划对之和,净分=粗分-(错划数+漏划数),失误率=(错划+1/2漏划数)/粗分 $\times 100\%$

2.2.4 安全性检查 观察治疗期间不良事件的发生,分别于治疗前后各查1次血、尿、大便常规,肝肾功能:包括丙氨酸氨基转移酶(ALT)、门冬氨酸氨基转移酶(AST)、肌酐(Cr)、尿素氮(BUN),心电图。

2.3 临床疗效评定标准

参照《最新国内外疾病诊断标准》^[7]及Conners 多动指数量表减分率^[8-10]共同拟定,临床治愈:主要症状消失,学习成绩显著提高,基本达到同龄水平,多动指数评分减少 $\geq 80\%$,划消测验基本正常。显效:主要症状明显改善,学习成绩有一定提高,多动指数评分减少 $\geq 50\%$ 但 $< 80\%$,划消测验明显改善。有效:主要症状改善,学习成绩改善,多动指数评分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 50\%$,不够稳定,划消测验有一定改善。无效:主要临床症状无变化,学习成绩无明显改善,多动指数评分无明显改善,划消测验无改善甚至加重。

2.4 中医证候疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[11]及《中药新药临床研究指导原则》^[4],采用尼莫地平法,计算证候积分减分率。证候积分减分率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。临床治愈:中医证候基本消失,学习成绩显著提高,减分率 $\geq 95\%$;显效:中医主要症状消失,学习成绩有一定提高,减分率 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$;有效:主要症状改善,学习成绩有改善,但不够稳定,减分率 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$;无效:主要证候无变化,学习成绩无明显改善,减分率 $< 30\%$ 。

2.5 统计学方法

应用SPSS 11.5统计软件,计量资料采用 t 检验,

计数资料采用 χ^2 检验。rights reserved. http://www.cnki.net

表1 两组患儿治疗前及治疗后不同时间点多动指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后1个月	治疗后2个月	治疗后3个月	停药后2周
治疗组	35	2.18±0.29	1.64±0.32*	1.49±0.31*	1.44±0.33*	1.48±0.33*△
对照组	35	2.16±0.22	1.58±0.38*	1.53±0.37*	1.49±0.40*	1.94±0.30*▲

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组同时点比较,△ $P<0.01$;与本组治疗3个月比较,▲ $P<0.05$

3 结果

3.1 两组患儿临床疗效比较

治疗后治疗组临床治愈0例,显效6例(17.1%),有效20例(57.1%),无效9例(25.7%),总有效率74.3%;对照组临床治愈0例,显效7例(20%),有效20例(57.1%),无效8例(22.9%),总有效率77.1%。两组临床疗效比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.136$, $P>0.05$)。

3.2 两组患儿中医证候疗效比较

治疗组临床治愈0例,显效9例(25.7%),有效23例(65.7%),无效3例(8.6%),总有效率91.4%;对照组临床治愈0例,显效5例(14.3%),有效18例(51.4%),无效12例(34.3%),总有效率65.7%。两组中医证候疗效比较有统计学差异($\chi^2 = 7.153$, $P<0.05$)。

3.3 两组患儿多动指数改善情况比较

表1示,两组患儿多动指数治疗后1、2、3个月均比治疗前明显降低($P<0.01$),两组治疗后1、2、3个月间比较无统计学差异($P>0.05$);停药2周后治疗组与服药期间多动指数比较无统计学差异($P>0.05$),说明停药后治疗组病情无反弹。对照组停药2周后多动指数与治疗后3个月比较有统计学差异($P<0.05$),两组停药2周后组间比较有统计学差异($P<0.01$),说明对照组停药后存在病情反复。

3.4 两组患儿数字划消试验结果比较

表2示,两组治疗后数字划消试验中划消净分及划消失误率均比治疗前明显下降($P<0.01$),两组治疗后组间比较无统计学差异($P>0.05$)。

表2 两组患儿治疗前后数字划消试验比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	划消净分(分)	失误率(%)
治疗组	治疗前	35	71.09±14.35	10.75±6.09
	治疗后	35	87.06±11.27*	5.92±4.71*
对照组	治疗前	35	73.73±14.00	11.01±4.44
	治疗后	35	86.44±11.96*	5.98±2.55*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$

3.5 两组患儿安全性指标结果

两组治疗后肝、肾功能及心电图均未见异常。治疗组在治疗过程中无患儿出现食欲下降等不适症状,对照组有1例服药2周后出现全身起皮疹过敏反应。对照组治疗过程中12例(占34%) 患儿出现食欲降低、恶心、

腹泻消化系统症状。

4 讨论

国内从20世纪80年代开始对部分省市地区进行了儿童多动症的研究,报道患病率为2%~8%,国外报道18岁以下患病率为3%~10%^[12]。治疗此病的西药仍首选精神兴奋剂,可使70%左右的儿童症状得到改善,但大多数患儿因其不良反应如恶心、食欲下降、头晕、入睡困难等限制了其使用^[13]。本病中医研究从20世纪80年代以后开始。本病可归属中医“肝风”、“脏躁”、“躁动”、“失聪”、“健忘”范畴,与心、肝、脾、肾诸脏关系密切,分为虚、实两大类,虚证多认为从心肾辨证,少数从脾辨证。实证多从痰火、肝火辨证。笔者通过大量临床实践认为,心、肝、脾、肾诸脏中,肝、肾对小儿多动症的发生最为重要。因无风不动,风由肝所致,肝为风木之脏,肝主人体生发之气,肝主疏泄,主风、主动。小儿生机蓬勃,精气未充,肝阳易旺,肝风易动,故《丹溪心法》有“小儿肝常有余”的生理特点。肝为刚脏而性动,主筋藏魂,其志怒,其气急,肝阳亢旺,魂失所藏则有多动,急躁冲动,神荡无主,夜寝不安,梦游梦呓,少于谋虑。小儿多动症阳亢为标,肾阴不足为本,肾主骨生髓,脑为髓之海,肾阴精不足,脑髓失充,故有思维短暂,注意涣散,记忆不强,心神不宁,学习困难等。依据中医理论为基础,总结多年临床经验,以滋肾阴、潜肝阳,宁神益智为治疗大法,方中柴胡疏肝解郁为君,生地黄、白芍清热养阴柔肝为臣,两药合用,滋阴清肝疏肝,女贞子、墨旱莲补益肝肾之阴,滋水涵木为佐;川芎行气活血,增强行气疏肝之效为佐药,防风辛甘微温,入肝经,祛风解痉,合欢皮甘平,归心肝经,可安神疏肝解郁。诸药合用滋肾阴,清肝热,平肝熄风,达到调整肝肾阴阳,使肝气平和、人体阴阳平衡的目的。本研究显示,滋水涵木法治疗儿童多动症疗效与西药相当;治疗组中医症状改善明显优于对照组,西医治疗此病服药时间长,不良反应大,且有停药病情反复之忧,中药治疗疗效可靠稳定,不良反应小,值得临床进一步研究。

参考文献

[1]WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines[M]. Geneva: World Health Organization, 1992: 195-196.
[2]刘平,于欣,汪向东. ICD-10精神与行为障碍分类(研究用标准)[M]. 北京:人民卫生出版社,1995:133-158.

- [3]戴慎,薛建国,岳沛平.中医病证诊疗标准与方剂选用[M].北京:人民卫生出版社,2001:122.
- [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:388-390.
- [5]李雪荣.现代儿童精神医学[M].长沙:湖南科学技术出版社,1994:72.
- [6]肖代齐,燕树勋.数字划消试验在治疗儿童多动症中的应用及观察结果[J].中华临床医药杂志,2004,11(7):5.
- [7]陈贵廷,薛赛琴.最新国内外疾病诊断标准[M].北京:学苑出版社,1991:220-223.
- [8]张明园.精神科评价评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1994:89.
- [9]丁正香,朱克俭,刘天舒,等.小儿智力糖浆治疗小儿多动症50例疗效观察[J].湖南中医杂志,2008,24(5):33-34.
- [10]袁静,郭华,王玉水.脑功能生物反馈联合益智汤治疗儿童注意力缺陷多动症[J].天津医药,2005,33(4):241-242.
- [11]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:89.
- [12]王惠梅,张惠清,梁英仪,等.太原市儿童注意多动障碍流行病学调查[J].中国心理卫生杂志,1997,11(1):47.
- [13]苏林雁.儿童多动症[M].北京:人民军医出版社,2005:4.
- (收稿日期:2009-06-04,修回日期:2009-08-03)
- [编辑:邓媛]

· 临床解惑 ·

怎样选用中成药治疗血栓闭塞性脉管炎

胡献国 胡皓

(湖北省远安县中医院,444200)

血栓闭塞性脉管炎(简称脉管炎),是常见的动脉慢性闭塞性疾病之一,多发生于青壮年男性,后期可导致肢端坏疽或溃疡,甚至需要截趾(指)、截肢,使患者丧失工作和生活能力。

本病多为青壮年男性,可有吸烟、外伤或寒冻史,慢性发病逐渐加重过程。早期症状为间歇性跛行、发凉、皮肤苍白、动脉搏动减弱;中期症状加重,出现静息痛和皮肤营养障碍,皮肤紫紺,动脉搏动消失;晚期发生肢端坏疽或溃疡。根据缺血程度的轻重,临床上将脉管炎病程分为三期。第一期局部缺血期:属早期阶段,间歇性跛行为本期特征性症状,患肢麻木、酸胀、发凉。足背和/或胫后动脉搏动减弱或消失。第二期营养障碍期:该期为第一期病情加重,出现静息痛是本期主症,疼痛夜间剧烈,患者抚足而坐,不能入睡。患肢营养障碍性改变。动脉搏动消失。第三期组织坏死期:病情至晚期,出现肢端坏疽或溃疡,坏疽多为干性,局限在足趾、足部,少数累及踝关节甚至小腿,并发感染时坏疽转为湿性,溃烂、流脓。可有纳少、消瘦、贫血、高热等症状。

脉管炎病在《内经》中已有记载:“发于足趾,名脱痛”,自晋代皇甫谧《针灸甲乙经》开始称之为“脱疽”。脉管炎的治疗目标为控制炎症的进一步发展,有效改善动脉供血。除了要求患者绝对戒烟、进行足部运动以增加侧支循环外,采用中医治疗有显著效果,可有效控制炎症反应、改善血液循环,降低截肢率。

1 内治法

脉络阴寒证:主要表现为患趾(指)喜暖怕冷,麻木,酸胀疼痛,多走疼痛加剧,稍歇痛减,皮肤苍白,触之发凉,趺阳脉搏动减弱;舌淡、苔白腻,脉沉细。当以温阳散寒、活血通络为治,可选用阳和丸,每次9g,每日3次;脉管炎片,每次8片,每日3次;金匱肾气丸,每次9g,每日3次。

脉络血瘀证:主要表现为患趾(指)酸胀疼痛较重,夜难入睡,步履艰难,患趾(指)皮色暗红或紫暗,下垂更甚,皮肤发凉干燥,肌肉萎缩,趺阳脉搏动消失。舌暗红或有瘀斑、苔薄白,脉弦涩。当以活血化瘀、通络止痛为治,可选用脑血康滴丸,每次10~20丸,每日3次;三七片,每次4片,每日3次;血府逐瘀口服

液,每次1支,每日3次。

脉络瘀热证:主要表现为静息痛,足凉而自觉灼热感,皮肤干燥,汗毛脱落,爪甲增厚变形,肌肉萎缩,皮色暗红,趾(指)干性坏疽。口干欲饮,舌红、苔黄,脉弦细数。当以养阴清热、活血解毒为治,可选用复方金银花冲剂,每次10g,每日3次;复方丹参片,每次5片,每日3次;柴枳四逆散,每次10g,每日3次。

脉络热毒证:主要表现为肢端坏疽或溃疡,周围皮肤暗红,皮肤溃破流脓,腐肉不脱,甚至扩大上攻,腐烂筋骨。痛如火灼,夜间剧烈,常彻夜抱膝而坐。全身伴发热、口渴喜饮,尿黄短赤,大便秘结。舌质红绛、苔黄燥或腻,脉弦数。当以清热解毒、活血通络为治,可选用四妙丸,每次9g,每日3次;西黄丸,每次6g,每日2次;银黄口服液(每次1支,每日3次)合三七片(每次4片,每日3次)。

气血两虚证:主要表现病程日久,坏死组织脱落后或截肢术后创面久不愈合,肉芽淡而不鲜,全身倦怠乏力,面色无华,形体消瘦,舌淡,脉细无力。当以益气养血为治,可选用八珍口服液,每次1支,每日3次;十全大补丸,每次9g,每日3次;八珍益母丸,每次9g,每日3次。

2 外治法

新瘡片:取本品8~12片研为细末,用凡士林适量调为膏状外敷患处,敷料包扎,胶布固定,每日换药1次,连续使用1~2周。可清热解毒,通络止痛。

云南白药粉剂:取本品适量,加蒲黄粉少许,用清水适量调匀,外敷患处,敷料包扎,胶布固定,每日换药1次,连续使用1~2周。可清热解毒,通络止痛。

正骨水:将本品适量倒入热水盆中洗浴,每日1~2次,并用热毛巾湿敷至膝关节上下,每次10~30min。可活血化瘀,通络止痛。

独活止痛搽剂:局部常规清洗后,取本品适量外搽疼痛处,并用热毛巾湿热敷,每日2~3次,每次10~20min。可祛风除湿,活血通络。

[编辑:李巍]