

天麻钩藤饮辅以针刺治疗肝阳上亢型成人抽动障碍的 临床观察

王鑫, 卢旭, 劳家珩*, 刘清银, 张会芳

(中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院, 河南 洛阳 471000)

[摘要] 目的:观察分析天麻钩藤饮辅以针刺治疗肝阳上亢型成人抽动障碍症的临床疗效。方法:选取64例2019年1月至2020年12月至中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院门诊及住院肝阳上亢型成人抽动障碍患者,采用随机数字表法将患者随机分为两组,对照组和观察组各32例,对照组口服西药盐酸度洛西汀胶囊,观察组口服天麻钩藤饮并辅以针刺,对两组患者各持续治疗8周,并观察临床效果。结果:与本组治疗前比较,对照组和观察组患者的中医证候积分、耶鲁综合抽动严重程度量表(YGTSS)积分、总胆汁酸(TBA)、甘油三酯(TG)、二氧化碳分压(PaCO₂)均有明显降低,Na⁺浓度、氧分压(PaO₂)均有明显升高(P<0.05);治疗后,与对照组比较,观察组中医证候积分、YGTSS积分和TBA明显降低,Na⁺浓度和PaO₂明显升高(P<0.05),在改善TG和PaCO₂上两组疗效相当。观察组临床总有效率为90.6%(29/32),明显高于对照组的64.5%(20/31)($\chi^2=6.210, P<0.05$)。观察组临床不良反应发生率为12.5%(4/32),明显低于对照组的35.5%(11/31)($\chi^2=4.585, P<0.05$)。治疗后随访半年,观察组复发率为9.4%(3/32),明显低于对照组的32.3%(10/31)($\chi^2=5.035, P<0.05$)。结论:天麻钩藤饮联合针刺治疗肝阳上亢型成人抽动障碍能够有效减轻成人抽动障碍患者的临床症状,降低TBA、TG和PaCO₂,提升Na⁺浓度和PaO₂,具有不良反应小、复发率低等优点。

[关键词] 天麻钩藤饮; 针刺; 肝阳上亢; 抽动障碍; 临床观察

[中图分类号] R22;R242;R2-031;R453.9;R285.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2022)22-0137-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20221422

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20220429.1130.008.html>

[网络出版日期] 2022-04-29 17:27

Clinical Efficacy of Tianma Goutengyin Combined with Acupuncture on Adult Tic Disorder with Ascendant Hyperactivity of Liver Yang

WANG Xin, LU Xu, LAO Jiaheng*, LIU Qingyin, ZHANG Huifang

(The 989th Hospital of Joint Logistics Support Force of Chinese People's Liberation Army, Luoyang 471000, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical effect of Tianma Goutengyin combined with acupuncture on adult patients with tic disorder of ascendant liver-yang hyperactivity. **Method:** The 64 adult patients with tic disorder of ascendant liver-yang hyperactivity who were treated in the outpatients and inpatients of the 989th Hospital of Joint Logistics Support Force of Chinese People's Liberation Army from January 2019 to December 2020 were selected and classified into the control group (32 cases) and the treatment group (32 cases) with the random number table method. The control group took oral western medicine Duloxetine Hydrochloride Enteric Capsules, and the treatment group was treated by Tianma Goutengyin and acupuncture. The treatment lasted 8 weeks for both groups and the efficacy was observed. **Result:** The traditional Chinese medicine (TCM)

[收稿日期] 2022-02-17

[基金项目] 河南省医学科技攻关计划联合共建项目(LHGJ20210829)

[第一作者] 王鑫, 硕士, 主治医师, 从事老年医学研究, E-mail: qinwx19840608@163.com

[通信作者] * 劳家珩, 副主任医师, 从事老年医学研究, E-mail: ljhs212@163.com

syndrome score, Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) score, total bile acid (TBA), triglyceride (TG), and partial pressure of carbon dioxide (PaCO_2) were significantly lower, and the Na^+ concentration and partial pressure of oxygen (PaO_2) were significantly higher than those before treatment in both groups ($P < 0.05$). After treatment, the TCM syndrome score, YGTSS score, and TBA were significantly lower, and the Na^+ concentration and PaO_2 were significantly higher than in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). The efficacy on TG and PaCO_2 was similar in the two groups. The total clinical effective rate of the treatment group was 90.6% (29/32), as compared with the 64.5% (20/31) of the control group ($\chi^2 = 6.210$, $P < 0.05$). The incidence of clinical adverse reactions in the treatment group was 12.5% (4/32) in comparison with the 35.5% (11/31) in the control group ($\chi^2 = 4.585$, $P < 0.05$). The recurrence rate in the treatment group (9.4%, 3/32) was lower than that (32.3%, 10/31) in the control group ($\chi^2 = 5.035$, $P < 0.05$). **Conclusion:** The combination of Tianma Goutengyin and acupuncture can remarkably alleviate the clinical symptoms of adult tic disorder patients with ascendant hyperactivity of liver yang, reduce TBA, TG and PaCO_2 , and increase the concentration of Na^+ and PaO_2 . Patients treated with the combination show small adverse reactions and low recurrence rate.

[Keywords] Tianma Goutengyin; acupuncture; ascendant hyperactivity of liver yang; tic disorder; clinical efficacy

抽动障碍是一种多发于儿童的慢性神经精神障碍疾病,临床症状主要为不自主、反复、快速的重复、无目的、无节律性的单一或多个部位肌肉抽动和发声抽动等^[1]。抽动障碍包括短暂性抽动、慢性运动性或发声性抽动和抽动秽语综合征。国外有研究指出,大部分抽动患者成年后病情可完全缓解或减轻,但也有5%~10%的患者成年后抽动症状依然存在^[2]。近年来抽动障碍的发病率有明显增多趋势,且治疗困难,难治性病例增多^[3]。成人抽动障碍患者的临床症状一般合并强迫症状,且强迫症状往往加重抽动障碍的程度,影响患者的生活质量^[4-5]。抽动障碍的确切发病原因及发病机制仍未明确,目前认为主要是遗传基因、神经生化递质、免疫与感染、心理压力、社会人文等条件所致。多项指南建议,对轻度抽动障碍患者,主要采用心理行为进行治疗;对中重度抽动障碍患者,主要采用药物与心理行为结合治疗^[6-7]。在西医治疗方面,使用的药物主要有多巴胺受体拮抗剂(如氟哌啶醇等^[8])、多巴胺自身受体激动剂(如阿立哌唑^[9]等)、中枢性受体激动剂(如可乐定透皮贴剂^[10]等)、选择性单胺拮抗剂(如奥氮平^[8])、选择性5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂^[5]等。但因大部分的药物不良反应较大,患者依从性差,不能达到预期的治疗效果。相对而言,中医在治疗本病时有着独特的优势,古代中医文献中并无抽动障碍相关病名的记载,但临床症状表现可归属于“肝风”“筋惕”“瘈瘲”“痉病”及“慢惊风”等范畴。虽然古籍中对抽动障碍的病名不统一,但对其病机的认识比较统一,主要以肝风内动为核心,或有外感风

邪或有内伤痰饮,或有脾肾虚损^[11-13]。

天麻钩藤饮^[14]出自《杂病证治新义》,具有平肝息风、清热活血、补益肝肾等功效,可用于治疗肝阳上亢引起的头痛、眩晕、耳鸣、失眠等。针灸在治疗本病时以疗效确切、无不良反应等优点越来越被接受,近年来有临床研究表明针刺治疗抽动障碍取得较好的临床疗效^[15-17]。本课题组在临床实践中从肝论治,使用天麻钩藤饮辅以针刺治疗肝阳上亢型成人抽动障碍症,取得了较好的临床疗效。为了进一步深入研究,课题组采用随机对照方法研究天麻钩藤饮辅以针刺治疗肝阳上亢型成人抽动障碍的临床疗效,为采用传统中医药经方和针灸疗法控制肝阳上亢型成人抽动障碍提供临床研究依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2019年1月至2020年12月期间中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院收治的64例肝阳上亢型成人抽动障碍患者,采用随机数字表法将患者随机分为两组,对照组和观察组患者各32例。试验结束时,对照组患者失访脱落1例,共观察31例。对照组中患者年龄18~60岁,平均(37.77±13.41)岁,病程3个月至30年,平均(12.90±8.52)年。观察组中患者年龄18~60岁,平均(37.06±12.27)岁,病程3个月至30年,平均(9.37±8.35)年。两组患者的年龄、病程等资料比较差异均无统计学意义,具有可比性。本研究经中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院卫勤处组织医学科研伦理专家审查并批准。患者知情同意,并签署知情同意书。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照美国精神病学学会编著的《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(DSM-V)^[18],符合DSM-V有关Tourette综合征的诊断标准;符合DSM-V有关持续性(慢性)运动或发声抽动障碍的诊断标准;符合DSM-V有关暂时性抽动障碍的诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 中医成人抽动障碍肝阳上亢证参照《中医证候鉴别诊断学(第2版)》^[19]之“肝阳上亢证”标准。主证为眩晕耳鸣,头目胀痛,头重脚轻;次证为面红目赤,烦躁易怒,失眠多梦,腰膝酸软;舌诊为舌红,苔薄黄;脉诊为脉弦或弦细数。

1.3 纳入标准 年龄18岁以上60岁以下患者,性别不限;符合抽动障碍中西医诊断标准要求者;症状至少持续2周以上;患者知情同意,签署知情同意书。

1.4 排除标准 对本课题研究使用的药物过敏;明确抽动症状是由于药物引起或患有其他内科疾病,如舞蹈病、癫痫、脑炎后等引起;患有重要脏器及系统疾病;近1周内服用治疗抽动障碍或其他精神疾病药物;不能接受随访。

1.5 剔除标准和病例脱落标准 剔除标准:不能配合接受治疗的患者;未按规定用药、中途加药或换药的患者;失访脱落患者。

病例脱落标准:研究过程中依从性差,影响临床疗效观察者;发生严重不良事件,不易观察临床疗效者;研究过程自行退出者;因死亡等原因退出者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 鉴于成人抽动障碍多伴随强迫症等精神障碍,5-HT作为中枢神经系统功能调节的重要神经递质,与情绪和冲动控制等密切相关,且有研究报道推测抽动障碍发病与5-HT水平的降低存在相关性^[11],对照组用药选择5-HT和去甲肾上腺素再摄取抑制剂盐酸度洛西汀肠溶胶囊(上海上药中西制药有限公司,国药准字H20061261,20 mg/片)。治疗方法为口服,每次1片,2次/d,1周后增加至每次1片,3次/d。

1.6.2 观察组 口服天麻钩藤饮辅以针刺疗法。天麻钩藤饮药物组成为天麻10 g、钩藤12 g、石决明15 g、栀子10 g、黄芩10 g、杜仲15 g、川牛膝15 g、桑寄生15 g、夜交藤20 g、茯神15 g、益母草15 g。以上饮片均由中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院中药房提供,药材质量经本单位药剂科程亚

丽主管药师鉴定合格。中药饮片由中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院中药房统一代煎,每剂中药煎液400 mL,并以200 mL中药袋包装,每日早晚饭后温服1包。

针刺穴位选取百会、风池、太冲、合谷、筋缩、肝俞、行间、侠溪。睡眠不足配安眠、神门、三阴交;眨眼配太阳、迎香;口角抽动配地仓、颊车;秽语配廉泉、金津、玉液。穴位定位参照国家标准《GB/T 12346-2006 腧穴名称与定位》^[20]。操作方法,患者取坐位,操作者以75%酒精常规消毒穴位,后取一次性无菌针灸针(苏州环球针灸医疗器械有限公司,0.25 mm×40 mm)针刺穴位。百会平刺,风池直刺,均以捻转发胀后留针;面部穴位斜刺、浅刺,不行针;肢体穴位直刺,轻幅度提插捻转至得气,均留针30 min,每周工作日休息1 d,周末休息。

两组疗程均为8周,治疗8周后随访半年。

1.7 观察指标

1.7.1 中医证候积分^[21] 肝阳上亢证包括主要症状和次要症状,症状程度均分为4个级别。主要症状包括眩晕耳鸣、头目胀痛、头重脚轻,量化评分标准为0、3、6、9分;次要症状包括面红目赤、急躁易怒、失眠多梦、腰膝酸软,量化标准为0、2、4、6分,得分越高说明患者的症状程度越重。

1.7.2 耶鲁综合抽动严重程度量表(YGTSS)评分^[22] 包括发声性抽动和运动性抽动两项,每项25分,总分50分,每项分为干扰程度、复杂程度、抽动频率、抽动强度和抽动类型共5个评分项,每个评分项量化评分标准为0、1、2、3、4、5分共6个等级,评分越高说明患者的抽动越严重。

1.7.3 实验室指标 生化指标:总胆汁酸(TBA),试剂盒购自重庆中元生物技术有限公司,批号181021;甘油三酯(TG)试剂盒购自北京豪迈生物工程股份有限公司,批号H181102。

电解质:Na⁺(电极法)。血气指标:氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)。仪器为全自动血气、电解质和生化分析仪(德国罗氏诊断公司,国械注进20182222686)。

1.8 不良反应 对可能发生的心悸、恶心、嗜睡等药物相关的不良反应进行比较。

1.9 疗效判定标准 根据YGTSS评分评估临床疗效,其中YGTSS评分降低>70%为显效;YGTSS评分降低30%~70%为有效;YGTSS评分降低<30%为无效^[8]。总有效率=显效率+有效率。

1.10 统计学处理 SPSS 26.0软件进行统计学处

理,计数资料采用 χ^2 检验,治疗前后计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者中医证候积分比较 与本组治疗前比较,对照组和观察组患者的中医证候积分均显著降低($P < 0.05$);治疗后与对照组比较,观察组患者的中医证候积分明显低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison of traditional Chinese medicine syndrome scores between two groups($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	31	31.71±4.57	13.48±3.72 ¹⁾
观察组	32	29.78±5.00	10.38±4.35 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ (表2-表4同)

2.2 两组患者GTSS积分比较 与本组治疗前比较,对照组和观察组患者的耶鲁发声积分、耶鲁抽动积分、耶鲁总积分均明显降低($P < 0.05$);治疗后与对照组比较,观察组耶鲁发声积分、耶鲁抽动积分和耶鲁总积分明显低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者YGTSS积分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of YGTSS scores between two groups($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	耶鲁发声积分	耶鲁抽动积分	耶鲁总积分
对照组	31	治疗前	15.29±2.05	18.65±2.27	33.94±3.65
		治疗后	6.94±3.80 ¹⁾	8.90±3.89 ¹⁾	15.84±7.55 ¹⁾
观察组	32	治疗前	16.91±2.73	18.66±1.79	35.56±3.06
		治疗后	4.41±3.24 ^{1,2)}	6.53±2.84 ^{1,2)}	10.94±5.85 ^{1,2)}

2.3 两组患者血清学指标比较 与本组治疗前比较,对照组和观察组患者的血清学指标TBA和TG均明显下降($P < 0.05$), Na^+ 浓度明显升高($P < 0.05$);治疗后与对照组比较,观察组TBA低于对照组($P < 0.05$), Na^+ 浓度高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者血清中TBA、TG、 Na^+ 比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of TBA, TG, Na^+ between two groups($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TBA / $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	TG / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	Na^+ / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	31	治疗前	10.32±1.85	1.44±0.20	137.52±2.73
		治疗后	7.94±2.16 ¹⁾	1.03±0.22 ¹⁾	141.39±3.19 ¹⁾
观察组	32	治疗前	9.47±1.95	1.44±0.22	138.78±3.35
		治疗后	6.53±1.05 ^{1,2)}	0.94±0.20 ¹⁾	147.19±2.39 ^{1,2)}

2.4 两组患者血气指标比较 与本组治疗前比较,对照组和观察组患者的血气指标 PaCO_2 均明显降低($P < 0.05$), PaO_2 均明显升高($P < 0.05$);治疗后与对照组比较,观察组 PaO_2 高于对照组($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者血气 PaCO_2 、 PaO_2 比较($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of PaCO_2 , PaO_2 between two groups($\bar{x} \pm s$) mmHg

组别	例数	时间	PaCO_2	PaO_2
对照组	31	治疗前	40.48±2.03	84.35±2.85
		治疗后	36.35±1.38 ¹⁾	92.94±4.07 ¹⁾
观察组	32	治疗前	41.03±1.82	83.47±1.95
		治疗后	36.25±1.08 ¹⁾	95.84±2.41 ^{1,2)}

注:1 mmHg≈0.133 kPa

2.5 两组患者临床总有效率比较 治疗后,观察组临床总有效率为90.6%(29/32),对照组临床总有效率为64.5%(20/31),观察组临床总有效率明显高于对照组($\chi^2=6.210, P < 0.05$)。见表5。

表5 两组患者临床总有效率比较

Table 5 Comparison of total efficient rates between two groups 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	31	15(48.4)	5(16.1)	11(35.5)	20(64.5)
观察组	32	24(75.0)	5(15.6)	3(9.4)	29(90.6) ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表6、表7同)

2.6 两组患者不良反应比较 观察组有4例发生不良反应(其中心悸1例,恶心1例,嗜睡2例),不良反应总发生率为12.5%(4/32),对照组有11例发生不良反应(其中心悸3例,恶心3例,头晕2例,嗜睡3例),不良反应总发生率为35.5%(11/31),观察组不良反应总发生率低于对照组($\chi^2=4.585, P < 0.05$)。见表6。

表6 两组患者不良反应比较

Table 6 Comparison of adverse reactions between two groups

组别	例数	心悸 /例	恶心 /例	头晕 /例	嗜睡 /例	总发生 /例(%)
对照组	31	3	3	2	3	11(35.5)
观察组	32	1	1	0	2	4(12.5) ¹⁾

2.7 两组患者随访复发率比较 在每组患者治疗出院后均对其随访半年,对照组患者中有10例病情复发,病情复发率为32.3%(10/31),观察组患者中仅有3例病情复发,病情复发率为9.4%(3/32),观察

组病情复发率明显低于对照组($\chi^2=5.035, P<0.05$), 表明观察组的远期临床疗效优于对照组。见表7。

表7 两组患者组随访复发率比较

Table 7 Comparison of the recurrence rates between two groups

组别	例数	复发	未复发
对照组	31	10(32.3)	21(67.7)
观察组	32	3(9.4) ¹⁾	29(90.6)

3 讨论

随着社会的发展,抽动障碍的发病率有逐年上升的趋势,近年来对成人抽动障碍的研究表明,成人抽动障碍仍与儿童时期抽动症状持续有关^[4]。该病治疗周期长,症状易于反复,西医治疗药物不良反应多,中医药因其安全性高、不良反应小,逐渐被临床认可^[12,15-17,23-25]。

中医学把抽动障碍归属于“肝风”“慢惊风”“抽搐”等病证范畴,认为其发病与先天禀赋不足、情志失调、饮食所伤等因素相关^[13]。该病病机与临床表现多与肝失疏泄、肝阳化风密切相关。肝喜调达,主疏泄。成人易为情志所伤,肝失疏泄,疏泄失常,气郁而见情绪低落、抑郁,久而气滞血瘀或化火而动阳。肝阳化火,易化热生风,可见面部、肢体等肌肉收缩,急躁易怒或口中秽语。气滞血瘀,则肢体筋脉濡养失常,可见抽动等症状。疾病日久,甚或累及心神,心为君主之官,心藏神,心神受累,伴见精神异常。故应从肝论治,平肝潜阳息风。抽动障碍患者的肌肉不自主收缩、抽动,与内风相关,肝阳上亢多见,故以平肝熄风为主要治则,随证加以理气、清热、活血、滋阴、安神等。天麻钩藤饮中天麻、钩藤平肝息风;石决明平肝潜阳,加强平肝功效;栀子、黄芩清肝降火;川牛膝引血下行,且能活血利水,益母草同奏活血利水之效,利于平降肝阳;夜交藤、茯神宁心安神。

《黄帝内经·灵枢》云:“用针之类,在于调气”,药之不及针及,针刺有助于解除局部肌肉痉挛,解痉调气、畅达气机。《难经》云:“督脉者,起于下极之输,并于脊里,上至风府,入属于脑”,脑为元神之府。督脉主治脊柱强痛,角弓反张等。肝阳上亢多为肝经病变,故针刺治疗以督脉、足厥阴肝经及头部穴位为主。百会、风池居于头部,平息风阳,调神导气;太冲与合谷相配伍,息风定搐;肝主筋,肝俞与筋缩相配,疏肝而调理筋脉。诸穴相配,共奏平肝熄风止痉之效。本课题研究结果显示,治疗后观

察组中医证候积分、YGTSS评分及临床总有效率均明显优于对照组,且不良反应发生率明显低于对照组,说明该疗法疗效确切,可有效缓解临床症状,随访半年,观察组患者复发病例数明显少于对照组,说明该疗法远期效果良好。

现代研究认为抽动障碍的发生与多巴胺、5-HT等单胺类神经递质异常有关^[11],与微量元素锌、铁、维生素A、维生素D的缺乏也具有一定相关性^[26]。钩藤的药理成分中含有钩藤碱能调节大鼠纹状体内单胺类神经递质的含量,因而可以有效抑制抽动^[25]。石决明中的锌、铁等微量元素可能对抽动症状也有一定的缓解作用^[26]。天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型成人抽动障碍的机制可能与以上所述相关。

肝脏是机体生物转化最重要的器官,其对脂类、氨基酸类等脂溶性物质进行氧化、还原、水解,使其水溶性提高,极性增强,从而易于通过胆汁或尿液排出体外。若肝脏转化能力失常,肝失疏泄,易造成脂类代谢紊乱,影响胆汁的分泌和排泄。课题组研究过程中,对患者的TBA、TG指标进行观察,根据统计结果发现,治疗前后,抽动障碍患者TBA、TG指标虽均处于正常范围内,但多数处于临界高值,治疗后TBA、TG指标均有明显下降,说明TBA、TG等血清学指标与肝阳上亢型成人抽动障碍症的发生具有一定相关性。

既往研究表明,神经系统疾病一般伴有不同程度的脑损伤,而抽动障碍症作为一种神经发育障碍性疾病,其发生发展可能与脑损伤也具有一定关联^[27]。从内环境变化和脑循环角度考虑,细胞内外钠离子交换障碍,出现细胞内水肿,影响神经细胞代谢而致脑损伤;不同原因所致的呼吸困难或窒息,长时间低血压及其他肺源性脑病,使脑细胞处于缺氧状态而致脑损伤。为此,课题组在研究过程中,对患者的Na⁺浓度、PaCO₂和PaO₂进行观察,以研究抽动障碍与Na⁺浓度、PaCO₂和PaO₂的关系。根据统计结果发现:抽动障碍患者Na⁺浓度、PaCO₂和PaO₂治疗前后虽均在正常范围内,但治疗后Na⁺浓度有明显上升、PaCO₂明显降低、PaO₂明显上升,由此推测Na⁺浓度、PaCO₂和PaO₂与肝阳上亢型成人抽动障碍症的发生具有一定相关性。

综上所述,天麻钩藤饮联合针刺治疗肝阳上亢型抽动障碍成人患者能够有效减轻成人抽动障碍患者的临床症状,具有不良反应小、复发率低等优点,患者临床总有效率优于选择性5-HT再摄取抑制剂疗法。此外,通过观察实验室指标TBA、TG、Na⁺

浓度、PaCO₂和PaO₂,也印证了抽动障碍与肝脏转化功能和脑损伤具有相关性。

[利益冲突] 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

[1] 胡思源. 抽动障碍中药临床试验设计与评价技术指南[J]. 药物评价研究, 2021, 44(9):1837-1842.

[2] OLUWABUSI O O, PARKE S, AMBROSINI P J. Tourette syndrome associated with attention deficit hyperactivity disorder: The impact of tics and psychopharmacological treatment options [J]. World J Clin Pediatr, 2016, 5(1):128-135.

[3] 望燕妮,周江堡. 儿童多发性抽动症的研究进展[J]. 重庆医学, 2009, 38(13):1668-1670.

[4] 彭晓宇. 成人抽动障碍的临床研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2014.

[5] 杨蕊. 抽动障碍成年预后调查及静心止动治疗方案远期疗效评价[D]. 北京:北京中医药大学, 2021.

[6] 中华医学会儿科学分会神经学组. 儿童抽动障碍诊断与治疗专家共识(2017实用版)[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32(15):1137-1140.

[7] 戎萍,马融,韩新民,等. 中医儿科临床诊疗指南·抽动障碍(修订)[J]. 中医儿科杂志, 2019, 15(6):1-6.

[8] 施一凡. 氟哌啶醇与奥氮平治疗抽动障碍临床疗效的比较研究[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(30):29-31.

[9] 王红,邳伟巍. 阿立哌唑联合心理行为干预治疗儿童抽动症的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(32):66-68.

[10] 顾水琴. 可乐定透皮贴片和盐酸硫必利治疗慢性抽动障碍的疗效[J]. 系统医学, 2021, 6(23):117-120.

[11] 郭璠. 健脾止动汤对慢性束缚应激TS模型鼠海马、下丘脑中5-HT_{1A}R表达的影响[D]. 北京:北京中医药大学, 2019.

[12] 薛德馨,彭丽娜. 从风论治小儿多发性抽动症[J]. 四川中医, 2014, 32(8):44-46.

[13] 阮铭,吴敏. 抽动障碍古代文献研究[J]. 上海中医药

大学学报, 2012, 26(2):24-26.

[14] 刘文,司娜,杨颂,等. 天麻钩藤饮口服缓释片中天麻素及松脂醇二葡萄糖苷同步缓释性考察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(23):46-48.

[15] 沈丽萍,袁秀丽. 针灸治疗儿童抽动障碍研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(3):381-382.

[16] 冯鹏,史正刚,孙治前,等. 中医外治法治疗儿童抽动障碍的研究进展[J]. 中医儿科杂志, 2021, 17(3):103-108.

[17] 黄兰芝. 调神平肝法针刺治疗儿童抽动障碍的临床疗效观察[D]. 福州:福建中医药大学, 2019.

[18] 美国精神医学学会. 张道龙,译. 精神障碍诊断与统计手册(第5版)(DSM-V)[M]. 北京:北京大学出版社, 2015.

[19] 姚乃礼,朱建贵,高荣林. 中医证候鉴别诊断学(第2版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:295-298.

[20] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局,中国国家标准化管理委员会. 腧穴名称与定位:GB/T 12346-2006[S/OL].

[21] 刘秀珠. 天麻钩藤饮穴位贴敷治疗肝阳上亢证高血压的疗效观察[D]. 福州:福建中医药大学, 2015.

[22] MURPHY T K, STORCH E A, BODZIN D K. Yale global tic severity scale (YGTSS) [J]. Encyclop Move Disorder, 2010, 26(11):345-347.

[23] 李楠,白晓红. 中西医治疗儿童抽动障碍研究概况[J]. 中国中西医结合儿科学, 2019, 11(1):36-40.

[24] 郭宁,李亚平. 儿童抽动障碍中医治疗研究进展[J]. 陕西中医, 2021, 42(7):983-985.

[25] 张晋资. 钩藤定风汤治疗肝亢风动型多发性抽动症的临床观察[D]. 杭州:浙江中医药大学, 2019.

[26] 崔圣涛. 小儿抽动症与微量元素及维生素A/D/E的相关性研究[D]. 长春:长春中医药大学, 2017.

[27] 孙志刚,彭富栋,赵志红,韩洁,马延博. 抽动症患者血清NSE水平变化与发病机制探讨[J]. 现代仪器与医疗, 2017, 23(4):52-54.

[责任编辑 张丰丰]