学 位 论 文

“抑肝扶脾”针刺法结合耳穴贴压治疗儿童抽动障碍临床疗效观察

“Repress the Liver and support the Spleen” acupuncture and ear point sticking treatment of children with tic disorders clinical curative effect observation

胥春梅

指导教师姓名：袁秀丽　主任医师

申请学位级别：硕士研究生　专 业 名 称：针灸推拿学

论文提交时间：2017 年 5 月　论文答辩时间：2017 年 5 月

二〇一七年五月

中文摘要

目的：

观察“抑肝扶脾”针刺法结合耳穴贴压与单纯运用西药硫必利治疗儿童抽动障碍的临床疗效，比较二者的差异，探索针刺结合耳穴疗法对儿童抽动障碍的临床治疗优势。

方法：

将64例符合西医儿童抽动障碍诊断标准的患儿随机分为治疗组及对照组两组。治疗组予以“抑肝扶脾”针刺法结合耳穴贴压治疗，对照组予以西药盐酸硫必利治疗。总共治疗3个疗程，每个疗程持续4周。分别于治疗前及每个疗程后进行耶鲁抽动综合严重程度量表评分，疗程结束后6周观察随访期疗效。采用软件SPSS20.0进行资料统计分析，以评分结果分析两组疗效有无统计学意义。

结果：

1. 基线资料：两组分别从性别、年龄、病程、抽动障碍类型、共患障碍、治疗前耶鲁抽动量表评分6个方面进行比较，$P>0.05$差异无统计学意义。
2. 治疗前后对比：两组治疗前后耶鲁量表评分，针刺耳穴贴压组治疗前：42.26±14.30，治疗后：20.45±13.16，采用配对T检验，$P<0.05$,差异有统计学意义；西药盐酸硫必利组治疗前43.94±14.01，治疗后：17.87±15.23，采用配对T检验，$P<0.05$,差异有统计学意义。
3. 总有效率对比：（1）治疗后总有效率：针刺结合耳穴贴压组总有效率：71%，西药盐酸硫必利组总有效率：80.7%，wilcoxon秩和检验，$P>0.05$差异无统计学意义；(2)治疗后减分率：针刺耳穴贴压组：53.89±25.20%，硫必利组63.56±23.61%，采用wilcoxon秩和检验，$P>0.05$差异无统计学意义。
4. 不同疗程疗效：(1)4周后两组疗效比较，采用wilcoxon秩和检验，$P<0.05$差异有统计学意义；（2）8周、12周后两组疗效比较，采用wilcoxon秩和检验，$P>0.05$差异无统计学意义。

5. 随访期疗效结果：（1）总有效率方面：针刺耳穴组 67.7%，硫必利组：35.5%,采用 wilcoxon 秩和检验，P<0.05 差异有统计学意义；（2）减分率方面：针刺耳穴组 47.15±25.28 %，硫必利组：32.75±26.43%，采用 wilcoxon 秩和检验，P<0.05 差异有统计学意义。
6. 共患障碍疗效比较：治疗组治疗前共患障碍有 14 例，治疗结束后总有效率 71.4%；对照组治疗前共患障碍 16 例，治疗结束后，总有效率 31.2%，治疗组优于对照组。
7. 安全性比较：盐酸硫必利组中有 8 例患儿在治疗过程中出现副作用，占对照组患儿的 25.8%，而治疗组未发生不良反应。

结论：

1.“抑肝扶脾”针刺法结合耳穴贴压疗法治疗儿童抽动障碍临床疗效肯定；2．对于伴有共患障碍的抽动患儿，针刺耳穴组疗效明显优于西药组($P < 0.05$)，可能与针刺及耳穴有“中医疗法整体观”作用有关。3．西药组起效快，但针刺及耳穴组随访期疗效较为可观。4.西药组发生了副作用，而针刺结合耳穴治疗组未发生。

关键词： 儿童抽动障碍　“抑肝扶脾”针刺法　耳穴贴压　共患障碍

Abstract

Objective：

Through“Repress the Liver and support the Spleen”acupuncture method combined with the ear point sticking treatment and use Western medicine hydrochloric acid sulfur to treat children with tic disorders for comparing the curative effect .Exploring the clinical advantages of TCM therapy for children with tic disorders on the basis of this study.

Methods：

Firstly choosing 64 cases of children with the consistently diagnostic criteria of tic disders in western medicine and TCM,which were randomly divided into two groups. namely ,treatment group and control group.The treatment group is treated by “Repress the Liver and support the Spleen”acupuncture method combined with the ear point sticking, while the control group takes the Western medicine hydrochloric acid sulfur.One period of treatment lasts 4 weeks, the whole treatment takes three courses.And then the comprehensive scores of Yale twitch severity scale will be used to evaluate the treatment process before and after each course of treatment respectively. The forward curative effect observation will begin after the completion of all courses.The research date is analyzed by spass20.0 .Whether the curative efficacy of the two groups is of statistical significance or not is decided on the basis of the grading result.

Results:

1. Baseline results: the two groups were respectively compared in seven aspects,that is gender, age, course, the types of tic disorders,comorbid condition, the scores of Yale twitch scale and before treatment.There was no statistically significant difference ($P > 0.05$).

2. Results within the group： the Yale twitch severity scale and Hamilton anxiety scale showed : 42.26±14.30 (before treatment),20.45±13.16 （ after treatment ） ,and the paired T test showed P<0.05,which was statistically significant; Control group: 43.94±14.01(before treatment), 17.87±15.23(after treatment),and the paired T test showed P<0.05,which was statistically significant.
3. Results between the two groups:(1)the total efficacy after treatment:71%(treatment group) and 80.7%(control group):the Wilcoxon rank sum test indicated P>0.05,which was not statistically significant;(2)the reduced rate after treatment:53.89±25.20%(treatment group) and 63.56±23.61%（control group）;
4. The treatment efficacy results between groups in different treatment courses:(1)the Wilcoxon rank sum test indicated that P>0.05 at week 4,which was not statistically significant.(2)the Wilcoxon rank sum test indicated P> 0.05 at week 8 and 12 which was not statistically significant.
5. the curative effect during the follow-up phase:(1)the total efficiency:67.7%(treatment group)and35.5%(control group);the Wilcoxon rank sum test showed P<0.05,which was statistically significant in difference;(2)the reduced rate: 47.15±25.28 （treatment group） and32.75 ± 26.43(control group);the Wilcoxon rank sum test showed P<0.05, which was statistically significant in difference.
6. comorbid condition： the treatment group has fourteen cases， the total efficacy after treatment:71.4%,the control group has seventeen cases , the total efficacy after treatment:31.2%, which was statistically significant in difference.
7. In the treatment course of using hydrochloric acid,eightcases showed side effects,which accounted for 25.8% of the whole treatment group.

Conclusion:

1. the treatment of“Repress the Liver and support the Spleen”acupuncture method combined with the ear point sticking was effective ,so its clinical curative effect was certain.
2. The curative effect of “Repress the Liver and support the Spleen”acupuncture method combined with the ear point sticking was better than Western medicine hydrochloric acid sulfur on the children with comorbid condition. This may be related to the overall therapeutic effect of traditional Chinese Medicine.
3. The Western medicine group take effect quickly,but the acupuncture method combined with the ear point sticking has good curative effect during the follow-up phase.
4. Hydrochloric acid sulfur had certain side effects in the treatment course ,while the treatment of “Repress the Liver and support the Spleen”acupuncture method combined with the ear point sticking had none.

Keywords: Children with tic disorders, repress the Liver and support the Spleen acupuncture , ear point sticking, comorbid condition

英文缩略词

英文缩写	英文全称	中文全称
ADHD	attention－deficit hyperactivity disorders	注意缺陷多动障碍
CTD	chronic tic disorders	慢性抽动障碍
DA	Dopamine	多巴胺
ED	e-motional disorders	情绪障碍
GABA	Y-gamma-aminobutyric acid	Y-氨基丁酸
LD	learning difficulties	学习困难
NE	Noradrenalin	去甲肾上腺素
OCD	obsessive-compulsive disorders	强迫障碍
SD	sleep disorders	睡眠障碍
SIB	self－injurious behavior	自伤行为
TD	tic disorders	抽动障碍
TS	Tourette’s syndrome	抽动秽语综合征
TTD	transient tic disorders	短暂性抽动障碍
YGTSS	Yale Global Tie Severity Scale	耶鲁综合抽动严重程度量表
5-HT	5-hydroxytryp tamine	5-羟色胺

目录

中文摘要.....1
Abstract.....3
目录.....7
引言.....9
研究内容.....11
1 研究对象.....11
1.1 病例来源.....11
1.2 病例筛选.....11
2 研究方法.....14
2.1 临床资料收集.....14
2.2 研究设计试验类型.....14
2.3 随机方法.....14
2.4 对照.....15
2.5 盲法的使用.....15
2.6 样本量的估算.....15
2.7 技术路线图.....16
2.8 治疗方案.....17
2.9 观察指标.....19
2.10 数据统计分析方法.....21
2.11 研究质量控制.....22
2.12 伦理原则.....22
3 研究结果.....22
3.1 病例完成情况.....22
3.2 依从性分析.....23
3.3 基线分析.....23
3.4 治疗结果.....25
3.5 安全性分析.....30
讨论.....31

1 西医对本病的认识.....31
1.1 抽动障碍的病因病机.....31
1.2 抽动障碍的临床表现及分型.....32
1.3 共患障碍.....33
1.4 抽动障碍的治疗.....34
2 祖国医学对本病的认识.....36
2.1 中医对本病病名的记载.....36
2.2 病因病机的认识.....36
2.3 小儿生理病理特点.....37
2.4 中医治疗.....38
3 设计方案的确立.....38
3.1 “抑肝扶脾”治疗原则的确立.....38
3.2 针刺选穴依据.....39
3.3 耳穴选穴依据.....41
3.4 疗效指标的选择.....44
4 结果分析.....44
4.1 基线分析.....44
4.2 疗效结果分析.....45
4.3 疗效结果差异分析.....46
结论.....49
问题与展望.....50
致谢.....51
参考文献.....52
附件.....57
附件一：综述.....57
附件二：在读期间公开发表的学术论文、专著及科研成果.....66
附件三：相关量表.....67
附件四：申明及授权书.....73

引言

儿童抽动障碍(tic disorder，TD)是一种以快速的、反复的、不自主的一组或多组肌群运动性抽动，伴或不伴发声性抽动为主要特征[1]的慢性疾病，属神经精神类疾病。本病起于儿童和青少年时期，常伴有严重程度不一的心理行为问题及共患障碍,如易激惹、敏感、注意缺陷多动障碍(attention－deficit hyperactivity disorders,ADHD)、学习困难（learning difficulties,LD)、强迫障碍（obsessive-compulsive disorders,OCD)、睡眠障碍（sleep disorders,SD)、情绪障碍(emotional disorders,ED)甚至自伤行为(self-injurious behavior，SIB）等[2-3]。近年来，其患病率有增加趋势[4]，目前本病在儿童精神科和儿科已成为一种常见病。迄今，TD 的中西医病因病机仍未完全明确，相关学者多认为是遗传因素、神经生化、心理和环境因素等在儿童生长发育过程中相互作用的综合结果[5]。本病症状复杂、病程长，反复发作，不仅严重影响患儿的身心健康，对家庭、学校乃至社会均有较为不良的影响[6]。探索治疗 TD 较为有效的临床途径具有重要意义。

据国内外文献报道，本病国外患病率为 1-23.4%[7-8]，国内为 0.4%-7%[9-10]。由于学校的认识程度不够、部分家长不当的教育方式以及本病影响因素多，常可出现漏诊、误诊等情况[11]。国内报道 8 岁-12 岁人群中抽动障碍患病率 2.42‰，男性学龄儿童患病危险性最高，男女患病比率为 3：1-5： 1 [12] 。国外报道学龄儿童抽动障碍的患病率 12%-16%。学龄儿童中曾有短暂性抽动障碍病史者占 5%-24%，慢性运动或发声抽动障碍患病率 1%-2%，Tourette 综合征终身患病率 4/万-5/万。目前本病仍有上升趋势，本病虽不是重危疾病，对身体各脏器也没有明显的损害，但短期内发病症状不易很快控制，发病时症状的特殊性以及多数患儿的共患障碍对患儿身体、心理、学业，乃至对人格的健康塑造均有不可忽视的伤害。近年来，本病也越来越得到家庭、学校、社会的广泛关注。

西医对本病的病因病机有相关研究，但仍未完全明确。目前认为可能与遗传因素、神经生化异常、家庭不和睦，教育方式严格，学习压力大、精神上的刺激、围生期异常等环境及社会因素有一定的关系。本病在情绪紧张时加剧，精神集中时减轻，睡眠时消失。西医认为与基底神经节纹状体的神经突触多巴胺活动

过度及多巴胺受体超敏感有关，因此多采用多巴胺受体阻滞药治疗，但存在副作用，若不当地减量或者停药有加重复发的风险，且症状稳定后维持用药时间较长。中医认为儿童抽动障碍发病原因主要有几个方面：五志过极，化火生风而致肝亢风动；外感六淫，外风引动内风；饮食不节或后天失养，脾虚生痰，风痰鼓动；先天肝肾不足，阴虚风动。肝郁气滞，火旺生风。中医古籍无此病名，多将本病归于“慢惊风”“抽搐”“肝风证”等范畴。中医辨证治疗运用中药、针灸、耳穴等多种综合方法，针对个体差异灵活治疗。

根据小儿生理特点和病理特点，在辩证论治的基础上，导师结合自己的临床经验与心得，认识到疾病的病机为“脾虚肝旺，风痰为患”，并联系到脏腑阴阳五行学说和经络理论，总结了治疗本病的关键，并提出“抑肝扶脾”的中医疗法治疗本病。大量的临床实例及前期的相关研究表明，中医针刺疗法及耳穴贴压疗法对小儿抽动症疗效确切，无毒副作用，治疗期间同时配合做好患儿心理疏导以及家庭生活环境改善，对患儿症状的缓解尤为明显。在近远期疗效方面和在用药安全性方面均体现越来越显著的优势。

研究内容

1 研究对象

1.1 病例来源

病例主要是 2016 年 3 月至 2017 年 2 月就诊于绵阳市中医医院脑病科门诊、儿科门诊，绵阳市中心医院、绵阳市第三人民医院儿科门诊的儿童抽动障碍患者。

1.2 病例筛选

1.2.1 诊断标准

西医诊断标准：主要参照《美国精神疾病诊断与统计手册》第 4 版诊断标准、世界卫生组织《国际疾病分类》第 10 版诊断标准以及和 《中国精神障碍与诊断标准》第 3 版诊断标准而制定。

①短暂性抽动障碍诊断标准

（1）一种或多种运动性和或发声性抽动，表现为突然、快速、反复性、非节律性的及刻板的动作或发声。

（2）每天发作多次，持续至少 4 周，但不超过个 12 月。能受意志克制数分钟至数小时。

（3）上述症状引起明显不安，影响社交，就业等领域的活动。

（4）发病于 18 岁前。

（5）上述症状不是直接由某些药物（如兴奋剂）或内科疾病（如享延顿舞蹈病、病毒感染后脑炎）等引起。

（6）不符合慢性抽动障碍或多发性抽动症。

②慢性抽动障碍诊断标准

（1）一种或多种运动性或发声性抽动，表现为突然、快速、反复性、非节律性、刻板的动作或发声，在病程中不同时出现。

（2）每天发作多次，可每天发作或有间歇，病程超过 1 年，在此期间，其无抽动的间歇期持续不超过 3 个月。

（3）、（4）、（5）同短暂性抽动。

(6)不符合多发性抽动症。

③多发性抽动障碍（又称 Tourette 综合征、抽动秽语综合症）诊断标准

（1） 具有多种运动性抽动及一种或多种发声性抽动,有时不一定在同一时间出现。所指的抽动为突然、快速、反复、非节律性、刻板的动作或发声。

（2） 抽动每天发作,通常为一阵阵发作,病情持续或间断发作已超过 1 年,其无抽动间歇期连续不超过个 3 月。能受意志克制数分钟至数小时。

(3)、(4)、(5) 同短暂性抽动。

1.2.2 纳入标准

（1）符合上述西医诊断标准；

（2）年龄在 5-18 岁；

（3）自愿作为受试对象，签署知情同意书；

（4）血常规、肝功能、肾功能、尿常规、心电图检查无异常；

（5）接受分组治疗，保证完成疗程者。

1.2.3 排除标准

（1）年龄在 18 岁以上或 5 岁以下；

（2）抽动症状是由亨廷顿(Huntington)舞蹈症、病毒感染后脑炎等疾病引起；

（3）合并有智力障碍或其他严重精神障碍性疾病；

（4）既往有针刺、耳穴过敏史者；

（5）正在参加其它药物的临床试验者；

（6）不愿参与本研究,或不能接受所属分组治疗方案,不能治疗 12 周，或自然脱落者。

1.2.4 剔除病例标准

（1）治疗效果差,受试者因此提出中止用药者。

（2）治疗期间因严重不良事件需要停药者。

（3）患者中途要求退出者。

（5）资料不全等影响疗效或安全性判定者。

（6）依从性差,未按方案服药者。

1.2.5 剔除病例与脱落病例的处理

（1）不符合纳入标准而被纳入者或者符合排除标准者应予以剔除；（2）受试者未接受治疗，或合并使用其他药物或治疗方法者予以剔除；（3）研究中出现严重不良事件或其他意外事件，不宜继续参加临床观察的中止者予以剔除；（4）临床观察中因不良反应、治疗无效而中途自动退出者或失访者记作脱落。

1.2.6 剔除与脱落病例的处理

（1）当有受试者脱落，研究者应采取电话、登门等方式尽可能与受试者取得联系并询问理由，记录试验最后一次治疗时间，尽力完成相关评估项目；（2）因不良反应严重、治疗无效而退出的受试者，研究者应根据受试者实际情况采取相应措施。

1.2.7 临床中止标准

（1）临床观察中发生严重不良事件或意外事件，不宜继续参加研究者；（2）受试者中途提出退出临床观察；（3）受试者不合作、不服从治疗，经研究者反复解释无效者。

1.2.8 不良事件的预防及处理

本课题主要纳入的是年龄 5-18 岁的儿童抽动障碍患者，加上课题治疗方式的原因，可能出现晕针、滞针、断针、耳穴过敏、西药组产生副作用等不良事件。针对这些不良事件，我们应当及时给与正确有效的处理，具体如下:

在试验开始前招募患儿阶段就应该对参加试验的患儿及患儿家长做好良好的沟通，交流，与患儿建立良好的信任关系，让患儿接受针刺治疗。

在患儿过于饥饿、饱食，过于疲劳及受到惊吓时，操作医生不应立即操作，应等待患儿身体状况良好时再实施；在操作过程中操作医生应做好针具的消毒、针刺体位固定等前期准备，针刺时应严格把握针刺深度和方向，针刺后要嘱咐患儿及家长不要随意更换针刺体位，以保证留针 30min，在留针期间医生应随时观察患儿情况。

若出现晕针时应立即将针取出，投低脚高位平躺休息，予以温开水即可恢复。

因小儿皮肤娇嫩，贴耳穴时尤其应注意严格消毒；贴完耳穴贴后，告知患儿家属正确的按压方式以及按时到医院更换耳穴贴;如有不适,及时将耳穴贴取下；若已出现皮肤破损，避免患儿搔抓，用碘伏消毒，患处不再贴耳贴。

积极与患儿家长做好沟通交流，鼓励坚持完 3 个疗程的治疗，若实在不能继续治疗，则剔除本研究；

对于分组需要服用硫必利的患儿，完成本课题 3 个疗程临床疗效观察后，患儿需要继续服药，7 岁以下患儿最大剂量不超过 300mg，7 岁及以上患儿最大剂量不超过 500mg，直至症状消失 75%或完全消失，进入维持用药期，即保持病情稳定的最低的药物有效剂量，一般是常规药物剂量的一半或三分之一；如果儿童对治疗药物的反应良好、抽动症状能得到充分的控制，而且治疗药物的副作用比较小，在药物减量的基础上逐渐把药物停用。在减量、停药时如果抽动症状再次发作或者病情加重，则恢复到正常治疗量或者加大用药剂量。

西药副作用：医生根据患儿临床症状进行判断是否终止治疗停用西药，并进行肝、肾功、尿常规、心电图检查，同时予以相应的处理。

总之，研究者应当明确知晓本研究可能出现的不良事件，治疗中应当密切关注患儿的表情及症状，注重预防，一旦不可避免地出现了不良事件应当第一时间采取措施，做好相应处理，直到病情稳定。也应及时向患儿家属做好沟通，避免其过度紧张焦虑。同时，研究者应当详细地在病例报告表上记录患儿发生的不良事件，包括：发生时间、严重程度、持续时间、缓解日期、处理措施、结果、随访等。通过随访调查，以决定是否中止临床观察。

2 研究方法

2.1 临床资料收集

由专科医师详细记录每位患儿的相关临床资料，并予以整理核实。

2.2 研究设计试验类型

本研究的设计试验类型为临床随机对照研究。

2.3 随机方法

本研究采用 SPSS20.0 统计软件产生随机数字表，将入选病例随机分成两组：针刺加耳穴组与西药硫必利组。根据随机数字表填写随机分配卡，随机分配卡包含序号、随机数字及组别。用编号序号的不透光牛皮纸信封将随机分配卡密封。患者按就诊先后顺序，在符合纳入标准后启封，根据随机分配卡分配入组开始试验研究。

2.4 对照

根据研究设计，本研究分为两组，治疗组即针刺加耳穴组，对照组即西药硫必利组，两组根据研究设计分别采取不同的干预措施。本研究对照方法是治疗前后自身对照、不同组别之间采用平行对照。

2.5 盲法的使用

由于针灸治疗的特殊性，无法做到双盲。故试验采用单盲法。在资料统计阶段，采取将研究结果交给未参与试验设计以及临床研究的第三者，进行盲法统计分析，避免向受试者透露相关分组、治疗等信息，从而保证了研究结果的真实可靠性，尽量避免可能的偏倚。

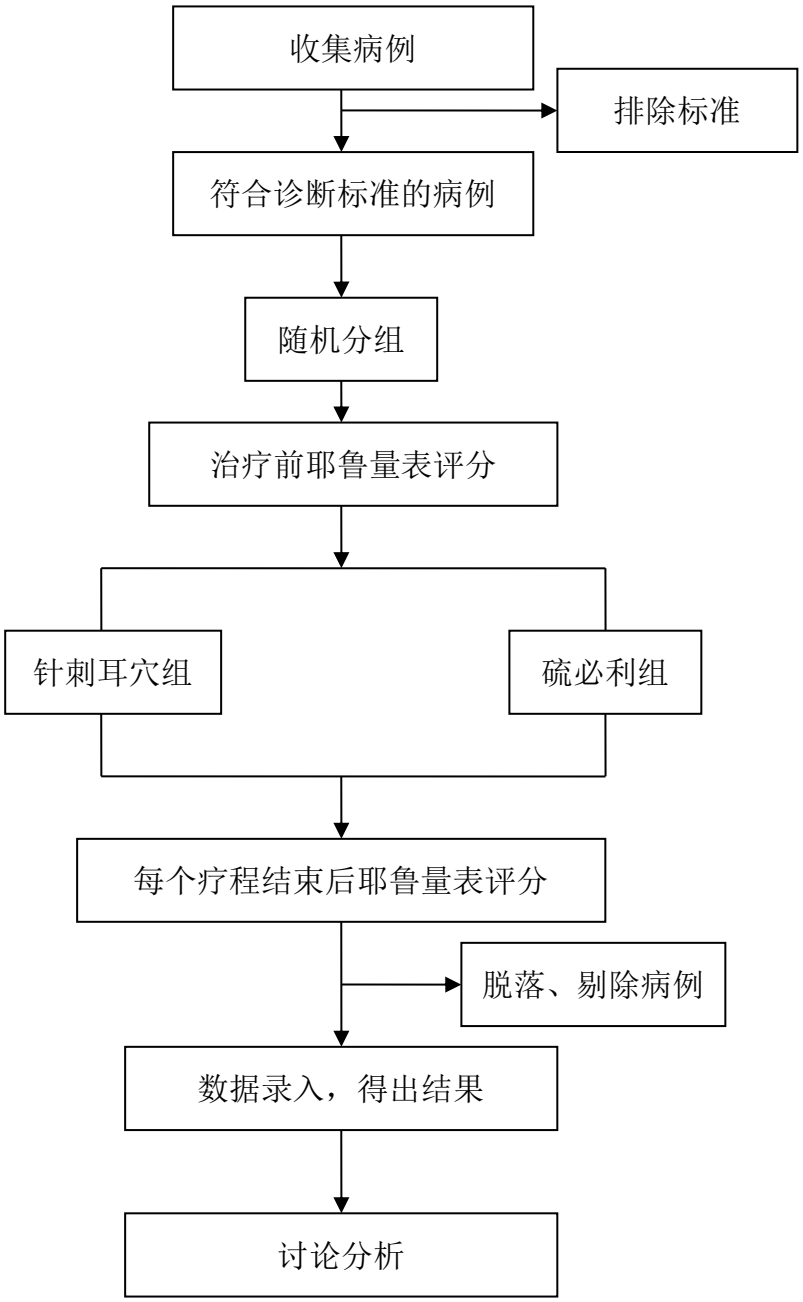
2.6 样本量的估算

根据王家良所写的《临床流行病学》[13]的“两样本率的比较”计算方式，并根据国内现有相关文献报道采取样本量计算（其中 α =0.05， β =0.20）。选用以下公式计算：

$$n=\frac{\left(\mu_{\alpha}+\mu_{\beta}\right)^{2} p_{o}\left(1-p_{o}\right)}{\left(p-p_{o}\right)^{2}}$$

， 加上 15%的脱失率，计算出样本量，两组样本例数均不应少于 82 例，两组总样本数应不少于 164 例。但由于病例来源、人力、经费等实际情况的限制，本试验观察例数共计 64 例， 每组 32 例。

2.7 技术路线图


收集病例
排除标准
符合诊断标准的病例
随机分组
治疗前耶鲁量表评分
针刺耳穴组
硫必利组
每个疗程结束后耶鲁量表评分
脱落、剔除病例
数据录入，得出结果
讨论分析

2.8 治疗方案

2.8.1 针具耳穴药物选择

针具选用华佗牌一次性毫针，直径 0.25mm, 0.25*25mm（1 寸），注册号 20122270864，苏州医疗用品厂有限公司。

耳穴贴选用润石牌王不留行籽耳穴贴， 5mm×5mm 的胶布贴，60 贴/板，10 板/包。注册号 131100000039721， 衡水润石贸易有限公司。

西药选用盐酸硫必利，恩华牌，0.1g/片，100 片/瓶，江苏恩华药业股份有限公司，国药准字 H32025477

2.8.2 腧穴定位

腧穴参照国家技术监督局发布的中华人民共和国标准《腧穴名称与定位》（GB/T12346—2006），针刺方法参考《针灸学》，耳穴定位参照睢明河编写的最新国家标准耳穴挂图，本书根据中华人民共和国国家标准 GB/T 13734—2008《耳穴名称与定位》绘制。

2.8.3 腧穴及耳穴的选择

针刺主穴：舞蹈震颤区 百会 肝俞 脾俞 太冲 合谷 三阴交 足三里

①舞蹈震颤区：位于大脑额叶运动中枢的前部，在头部定位于运动区体表投影前方 1.5cm 宽的平行带运动区向前移 1.5 厘米。（运动区：上点在前后正中线的中点向后移 0.5 厘米处，下点在眉枕线和鬓角发际前缘相交处，上下两点的连线即为运动区）。

②百会（GV20）：督脉经穴，在头部，前发际正中直上 5 寸。

③肝俞（BL18）：足太阳膀胱经经穴，肝的背俞穴，在脊柱区，第 9 胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸。

④脾俞（BL20）：足太阳膀胱经经穴，脾的背俞穴，在脊柱区，第 11 胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸。

⑤太冲（LR3）：足厥阴肝经，在足背，第 1、2 跖骨间，跖骨底结合部前方凹陷中，或触及动脉搏动。

⑥合谷（LI4）：手阳明大肠经，位于手背，第二掌骨桡侧中点处。

⑦三阴交（SP6）：足太阴脾经，小腿内侧，内踝尖上 3 寸，胫骨内侧缘后际。

⑧足三里（ST36）：足阳明胃经，小腿外侧犊鼻（ST35）下 3 寸，犊鼻（ST35）与解溪（ST41）连线上

针刺局部症状配穴：1）频繁眨眼、皱眉者配太阳、丝竹空、攒竹；2）皱鼻严重者，配迎香；3）撅嘴、咧嘴者，配地仓、颊车；4）异常发音、咽痒，喉中有痰者，配天突、廉泉、丰隆；5）肢体抽动者，配项颞前线；扭颈加颈夹脊；耸背加肩髃、肩井、肩髎；6）眠差者加印堂、神门、安眠；7）挑食者加足三里；

针刺脏腑辩证配穴：1）脾虚肝旺型：脾俞、胃俞、隐白；2）肝肾阴虚型：肾俞、太溪、复溜；3）心肝火盛型：心俞、神门、内关、曲池；4）肺虚肝亢型：肺俞、太渊、丰隆。

耳穴主穴：抽动穴、肝、心、脾、神门、脑、交感、三焦、皮质下、内分泌

①抽动穴：该穴为经验用穴，位于耳廓背面，耳尖直下约 3㎜ 处。

②肝：耳甲艇的后下部，即耳甲 12 区。

③心：耳甲腔正中凹陷处，即耳甲 15 区。

④脾：耳甲腔的后上部，即耳甲 13 区。

⑤神门：在三角窝后 1/3 的上部，即三角窝 4 区。

⑥脑点：别名缘中，脑垂体。位于对耳屏边缘上 1/3 的中点，对耳屏尖与轮间切迹之间中点处，当平喘与脑干穴之间，脑干穴与腮腺穴连线的中间处。

⑦交感：在对耳轮下脚前端与耳轮内缘交界处，即对耳轮 6 区前端。

⑧三焦：外耳门后下，肺与内分泌区之间，即耳甲 17 区。

⑨皮质下：对耳屏内侧面，即对耳屏 4 区。

⑩内分泌：在屏间切迹内，耳甲腔的底部，即耳甲 18 区。

耳穴局部症状配穴:1)频繁眨眼、皱眉者配眼、目 1、目 2、额；2）皱鼻严重者配内鼻、外鼻；3）撅嘴、咧嘴者配口、舌、牙；4）异常发音、咽痒，喉中有痰者配咽喉、气管、口；5）肢体抽动者扭颈者配枕、颈、颈椎；耸肩加锁骨、肩；摇腿者加髋、膝、踝；

耳穴脏腑辩证配穴：1）脾虚肝旺型：脾、耳背脾、大肠、小肠；2）肝肾阴虚型：肾、耳背肾 3）心肝火盛型：心、神门；4）肺虚肝亢型：肺、耳背肺、气管。

2.8.4 治疗组操作方法

针刺操作方法：采用合适体位，舞蹈震颤区、百会常规消毒，1 寸毫针与头皮呈 15°-30°角进针，刺入帽状腱膜下，快速捻转 3-5 次，肝俞、脾俞用 1 寸毫针平刺，平补平泻；太冲、合谷用 1 寸毫针直刺，捻转泻法；三阴交用 1 寸毫针直刺，平补平泻；足三里 1 寸毫针直刺，捻转补法。每次留针时间 30 分钟，留针期间约每隔 10 分钟在肝俞、脾俞、三阴交、太冲、合谷、足三里处行捻转补泻法，舞蹈震颤区不行针。针刺体位采取仰卧位和俯卧位交替进行，如本次针刺采用了俯卧位，则下次针刺采取仰卧位，反之同理。

耳穴贴压：选取的耳穴处进行常规消毒后将王不留行籽埋于此处，嘱患者一天按压 3-4 次，每处穴位按压 10 次，按压力度以耳廓发热、发胀、能忍受为度，双耳交替埋藏，夏季三日换一次，冬季五日换一次，1 个月为一个疗程，疗程间休息 2-3 天，共进行 3 个疗程。

2.8.5 对照组操作方法

西药采用目前疗效较好，且副作用相对较少的盐酸硫必利，起始剂量为 25-50mg/次，2 次/天，1 周后视症状控制情况可逐渐加量至 50-200mg。最大剂量不超过 600mg/天。

2.8.6 疗程

针刺结合耳穴治疗组每周一、周四、周日进行针刺及耳穴贴压治疗；西药盐酸硫必利组应严格遵循医嘱，按时按量规律服药，不得随意加减药量甚至停药，两组均以 4 周为一个疗程，总共进行 3 个疗程即 12 周的临床疗效观察。

2.9 观察指标

2.9.1 一般指标

身高，体重，文化程度、职业。

2.9.2 基线指标

包括性别、年龄、病程、抽动类型、共患障碍、治疗前 YGTSS 量表评分。

2.9.3 疗效性指标

国外学者根据病情轻重，将 TD 分为 3 级：I 级指抽动轻微，不影响学习与生

活，无需治疗；II 级指抽动严重，需要治疗；III 级指抽动严重并影响患儿学习与生活。

耶鲁综合抽动严重程度量表由美国耶鲁大学儿童研究中心编制，目前国内外普遍使用，在临床上运用最广泛以评估 TD 严重程度。YGTSS 通过一系列量纲（如数字、频度、强度、复杂性和对生活和行为的干扰性）治疗前后评估抽动症状总的严重程度。第一部分按照各个项目进行提问，包括了简单、复杂运动抽动和发声抽动。第二部分是具体评分量表内容。从运动性抽动和发声抽动在数量、频度、强度、复杂性和干扰程度这 5 个方面进行评分，每个方面 0-5 分，6 个等级，运动性抽动最高 25 分，发生抽动最高 25 分，两种抽动合计最高 50 分。第三部分：两种抽动所致的全部缺损率，0-50 分，6 个等级，最高 50 分，反映了患者因抽动症状给自身、家庭、社交、学习带来的困难。将抽动严重程度分为 3 个等级：轻度：<25 分；中度：25 -50 分；重度：>50 分

通过治疗前、后各用耶鲁抽动症整体严重程度量表观察评分，计算出总有效率、减分率，以此作为疗效评定标准；

①总有效率：[（治愈+显效+好转）/总例数] × 100%

②减分率=[（治疗前量表评分-治疗后量表评分）/治疗前量表评分] ×100%

③耶鲁量表评分=总的运动性抽动评分+总的发声抽动评分+全部缺损率

④总的抽动评分=数量+频度+强度+复杂性+受干扰程度

临床疗效分级标准:

①治愈：减分率≥80%

②显效：80%>减分率≥50%

③好转：50%>减分率≥30%

④无效：减分率<30%

2.9.4 安全性评价指标

两组分别于治疗前后进行血常规、肝功、肾功、尿常规、心电图等检查；临床观察可能出现不良事件，如针灸耳穴组可能有晕针、滞针、皮下血肿、耳贴胶布过敏等，西药组出现副作用等。根据不良事件对，临床研究的影响可将安全性分为如下四级：

1 级：安全，无任何不良事件

2 级：比较安全，有轻度不良事件，不需要任何处理，可继续针刺试验。

3 级：有安全性问题，发生中等程度不良事件，及时处理后仍可继续针刺试验

4 级：因严重事件中止本临床观察。

2.9.5 依从性评价

采用治疗次数计数法来评估受试者的依从性。

$$治疗依从性=\frac{受试者实际接受治疗次数}{受试者应接受治疗总次数}\times 100\%$$

依从性>80%者，表明依从性好，否则依从性差。为保证患者良好的依从性，首先研究者应当有责任心，临床专业知识要扎实，遵照本研究的设计准确操作，给受试者提供正确的生活健康指导，并与受试者保持良好的关系，密切关注受试者的病情，及时掌握受试者的病情变化，研究者通过改善就诊环境、提供免费的医学咨询等以保证受试者良好的依从性。本研究坚持自愿的原则在受试者入组前详细向其解释说明整个流程，受试者的获益和必须履行的义务，嘱咐患儿家属不要过度提醒或者暗示患儿的症状。

2.10 数据统计分析方法

2.10.1 数据记录

研究者填写临床试验记录要求：及时、准确、完整、规范、真实；病例报告表记录的数据要与原始检验报告核对无误。

2.10.2 数据管理

由专业统计学工作者承担统计分析任务，研究方案和病例报告表完成后制定统计分析计划，并在研究过程中根据需要进行必要的修改，数据分析完成后提供统计分析报告。

2.10.3 统计分析内容

实际受试者入选数量，脱落和剔除病例情况，基线资料，各项观察指标的疗效评价及安全性评价。

2.10.4 统计学分析方法

本研究采用临床观察者与统计者分离的方法进行统计分析，用 SPSS20.0 软件进行统计分析，定量资料先进行正态性检验和方差齐性检验，符合正态分布和方差齐性检验数据用 t 检验，不符合正态分布的数据用秩和检验，定性资料采用卡方检验。进行组间疗效及证型之间疗效差异性分析，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2.11 研究质量控制

为使本试验顺利完成，须对临床设计和试验过程的有关操作规程进行科学、严谨、规范的制定。确保研究者在试验实施前熟悉研究过程和具体实施细则，保证真实、准确、完整的记录研究数据和填写病例报告表，并保证与原始资料一致。在完成量表问卷过程中，研究者应详细向受试者解释清楚问卷的意义，并保证尽量由受试者独立完成各项问卷，避免研究者代选。

2.12 伦理原则

本临床观察严格按照《赫尔辛基宣言》的相关要求制定知情同意书。受试者家长或监护人有权知晓本临床观察的目的、方法及整个实施过程后，自愿参加本临床观察，并签署知情同意书。整个观察过程中，研究者有义务对受试者的个人资料保密，并对受试者提出退出此次临床观察的权利保持尊重。

3 研究结果

3.1 病例完成情况

本临床观察纳入受试者 64 例，治疗组 32 例，对照组 32 例，病程中针刺组脱落 1 例，硫必利组脱落 1 例，最终完成 62 例。本临床观察脱落病例，占样本总量的 3.1%；完成病例占样本总量的 96.9%。详见表 1 到表 2。

表 1　病例完成情况

组　别	入组（例数）	脱落（例）	剔除（例）	完成（例）	完成比例
治疗组	32	1	0	31	96.9%
对照组	32	1	0	31	96.9%
合 计	64	2	0	62	96.9%

表 2　病例剔除/脱落情况

随机号	组别	原因	处理
12	治疗组	自行退出	脱落
8	对照组	自行退出	脱落

3.2 依从性分析

根据表 3 可以看出，治疗组依从性≥80%的共 30 例，占 93.8%；对照组依从性≥80%的共 31 例，占 96.9%；总依从性≥80%的共 61 例，占 95.3%。组间依从性比较 P>0.05,差异无统计学意义。说明两组依从性好。详见表 3。

表 3 两组依从性比较

组　别	合计（例数）	≥80%的病例	<80%的病例
治疗组	32	30（93.8%）	2（6.2%）
对照组	32	31（96.9%）	1（3.1%）
合计	64	61（95.3%）	3（4.7%）
X^2		0.350	
P		0.554	

3.3 基线分析

分别从患儿性别、年龄、病程、抽动类型、治疗前耶鲁量表评分、共患障碍 6 方面进行比较，分析两组基线是否具有可比性，对比结果详见表 4 到表 9。

表 4　两组患儿性别分布情况比较

组　别	合计（例数）	男	女	*P*
治疗组	32	26	6	
对照组	32	24	8	0.545

注：本表采用四格表 X^2 检验。

表 5　两组患儿年龄段分布情况比较

组　别	合计（例数）	5-9 岁	10-13 岁	14-17 岁	*P*
治疗组	32	11	19	2	
对照组	32	8	21	3	0.679

注：本表采用 X^2 检验。

表 6　两组患儿病程分布情况比较

组 别	合计（例数）	病程（年）			*P*
		1 月-1.5 年	1.5 年-2 年	大于 2 年	
治疗组	32	7	20	5	
对照组	32	11	13	8	0.216

注：本表采用 X^2 检验。

表 7　两组患儿抽动障碍类型分布情况比较

组　别	合计（例数）	TTD	CTD	TS	*P*
治疗组	32	3	25	4	
对照组	32	6	23	3	0.542

注：本表采用 X^2 检验。

表 8 两组患儿治疗前耶鲁量表评分分布情况比较

组　别	合计（例数）	>20 分<25 分	25-50 分	>50 分	*Z*
治疗组	32	5	18	9	
对照组	32	3	19	10	-0.555

注：等级资料两样本的比较，采用 wilcoxon 秩和检验，P=0.579>0.05。

表 9 两组患儿治疗前共患障碍分布情况比较

组　别	合计（例数）	共患障碍	无共患障碍	共患障碍比例	*P*
治疗组	32	14	18	44%	
对照组	32	16	16	50%	0.616

注：本表采用 X^2 检验。

从表 4 到表 9 的对比结果可以看出，差异无统计学意义（P>0.05），两组满足组间均衡性，具有可比性。

3.4 治疗结果

3.4.1 组内比较

两组分别进行自身的前后对照，比较治疗前、后耶鲁量表总评分及减分率，分析比较有无统计学意义。通过表 10 和表 11 可以看出两组治疗后与治疗前相比，均有统计学差异（*P*<0.05）。

表 10　治疗组治疗前、后耶鲁量表总评分比较

病程	$\bar{x}\pm S$	减分率%	*T*	*p*
治疗前	42.26±14.30			
治疗后	20.45±13.16	53.89±25.20	10.626	<0.05

注：两样本采用配对 T 检验。

表 11　对照组治疗前、后耶鲁量表总评分比较

病程	$\bar{x}\pm S$	减分率%	*T*	*p*
治疗前	43.94±14.01			
治疗后	17.87±15.23	63.56±23.61	13.394	<0.05

注：两样本采用配对 T 检验。

3.4.2 组间比较

3.4.2.1 不同疗程总有效率比较（详见表 12-15、图 1）

两组分别在每个疗程结束后计算出耶鲁量表评分及减分率，并统计出治愈、显效、好转、无效的病例数，并计算出所占比率，采用秩和检验分析差异有无统计学意义。从表 12 到表 15 可以看出，两组在第 1 疗程结束后，差异有统计学意义（*P*<0.05）,而在第 2、3 疗程结束后，差异无统计学意义。

表 12　两组治疗 1 疗程后的疗效比较[n（%）]

疗效 / 组别	治愈	显效	好转	无效	总例数	*Z*
治疗组	0（0）	7（22.5）	9（29）	15（48.3）	31	-2.067
对照组	2（6.4）	11（35.4）	10（32.2）	8（25.8）	31	

注：采用 wilcoxon 秩和检验,P=0.039<0.05,差异有统计学意义。

表 13 两组治疗 2 疗程后的疗效比较[n（%）]

组别＼疗效	治愈	显效	好转	无效	总例数	Z
治疗组	4（12.9）	9（29）	7（22.5）	11（35.4）	31	-0.987
对照组	5（16.1）	10（32.2）	10（32.2）	6（19.3）	31	

注：采用 wilcoxon 秩和检验。P=0.324>0.05,差异无统计学意义。

表 14 两组治疗 3 疗程后的疗效比较[n（%）]

组别＼疗效	治愈	显效	好转	无效	总有效率	总例数	Z
治疗组	8（25.8）	7（22.5）	7（22.5）	9（29）	71	31	
对照组	10（32.2）	12（38.7）	3（9.7）	6（19.3）	80.7	31	-1.286

注：采用 wilcoxon 秩和检验, P=0.199>0.05,差异无统计学意义。

表 15 不同疗程总有效率

组别＼疗程	1 疗程后	2 疗程后	3 疗程后
治疗组	51.6%	64.5	71%
对照组	74.2%	80.6%	80.7%

图 1　不同疗程总有效率比较

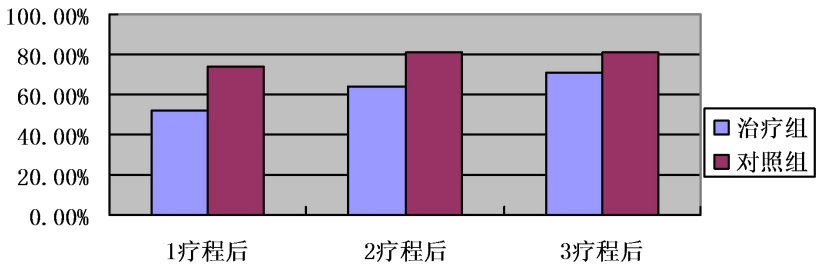


图1 两组不同疗程总有效率比较

3.4.2.2　3 个疗程后两组耶鲁评分变化及减分率比较（详见表 16-17）

两组分别在 3 疗程结束后计算出耶鲁量表评分变化及减分率，统计分析差异有无统计学意义。从表 16 到表 17 可以看出，差异无统计学意义（*P*>0.05）。

表 16　两组治疗前、后耶鲁评分变化比较

组别	治疗前后评分变化	*T*	*C*
治疗组	21.81±11.43	-1.514	>0.05
对照组	26.06±10.83		

注：采用配对 T 检验，*P*=0.141>0.05。

表 17 两组治疗后耶鲁评分减分率比较

组别	评分（ $\bar{x}$±S）	减分率%	*Z*	*p*
治疗组	20.45±13.16	53.89±25.20	-1.286	
对照组	17.87±15.23	63.56±23.61	-0.939	>0.05

注：采用 wilcoxon 秩和检验。

3.4.2.3 两组随访期疗效的观察（详见表 18-19，图 2）

治疗结束后 6 周，两组分别进行随访期疗效的观察，分别统计出治愈、显效、好转、无效的病例数，计算出总有效率和减分率，分析两组有无统计学意义。从表 18 和 19 可以看出差异有统计学意义（P<0.05）。

表 18　　治疗结束后 6 周后两组总有效率比较

组别	总有效			无效	总有效率	*Z*
	治愈	显效	好转			
治疗组	6	8	7	10	67.7%	-2.172
对照组	4	4	3	20	35.5%	

注：采用 wilcoxon 秩和检验,P=0.03<0.05 差异有统计学意义。

表 19　治疗结束 6 周后两组减分率比较

组别	减分率%	*Z*	*P*
治疗组	47.15±25.28	-1.953	＜0.05
对照组	32.75±26.43		

注：两组资料采用 wilcoxon 秩和检验。

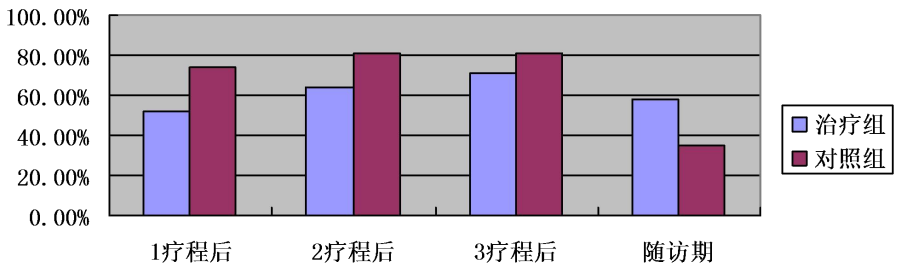


图2 不同疗程及随访期疗效比较

3.4.2.4 2 组随访期共患障碍疗效比较

治疗结束后 6 周，两组分别进行随访期共患障碍的疗效的观察，分别统计出治愈、显效、好转、无效的病例数，比较总有效率，分析两组有无统计学意义。从表 20 可以看出差异有统计学意义（P<0.05）。

表 20 两组随访共患障碍疗效比较

组别 \ 疗效	治愈	显效	好转	无效	总例数	总有效率	Z
治疗组	2	5	3	4	14	71.4%	-2.274
对照组	0	3	2	11	16	31.2%	

采用秩和检验，P=0.023<0.05,差异有统计学意义。

3.5 安全性分析

对照组接受针刺及耳穴贴压治疗，治疗期间未发生副作用，而对照组服用西药盐酸硫必利，在治疗过程中出现了副作用。详见表 21

表 21 对照组副作用记录

	嗜睡	乏力	恶心	头晕	肝功异常	总副作用
例数	2	1	1	3	1	8
百分比	（6.4%）	(3.2%)	(3.2%)	（9.6%）	(3.2%)	（25.8%）

讨论

1 西医对本病的认识

1.1 抽动障碍的病因病机

目前本病的病因和发病机制尚不明确，当前认为可能与遗传因素[14-15]、神经递质失衡[16-17]、躯体因素[18]、环境精神因素躯体因素[19]、感染因素躯体因素[20-21]、免疫病理损伤等诸多方面有关。国内外研究倾向认为本病是以上多方面因素相互作用的结果。

1.1.1 遗传因素

据报道,国外 40%- 50%和国内 15%－26%抽动患者有阳性家族史[22]。说明抽动症有明显的家族史，通过系谱分析，这种家族史的遗传模式表现为外显率降低的常染色体显性遗传[23]。

1.1.2 躯体因素

开始多由于局部刺激而产生抽动，如眼结膜炎、倒睫的刺激引起眨眼，咽喉炎引起干咳，鼻炎或上呼吸道感染而出现吸鼻、面肌抽动等。当局部疾病因素去除后，抽动症状仍继续存在。

1.1.3 神经递质失衡

大多数学者认为儿童抽动障碍存在着中枢神经递质失衡，多种中枢神经递质如多巴胺（DA)、去甲肾上腺素（NE)、5-羟色胺（5-HT）等单胺类神经递质以及氨基酸类 Y-氨基丁酸神经递质的异常在本病的发病过程中起着重要作用。

多巴胺异常:与基底神经节纹状体的神经突触多巴胺活动过度及多巴胺受体超敏感有关，近年研究显示，多巴胺 D2 受体与一些神经精神疾病的发病密切相关，同时本病应用多巴胺受体拮抗剂治疗后抽动症状明显减轻，提示多巴胺神经递质失衡与发病有关[24-25]。

去甲肾上腺素异常:文献报道 TD 患儿中枢 3-甲氧基、4-羟基苯乙二醇(MHPG)含量增高，而(MHPG)是 NE 的代谢产物，因此推断 NE 异常与本病发病有关。可乐定作为中枢受体激动剂，作用机理即反馈性抑制去甲肾上腺素的分泌，其良好的临床疗效提供了治疗学佐证。

5-羟色胺异常:5-HT 对脑的高级部位和神经活动方面具有稳定及调节作用，与睡眠、攻击行为有关。临床也有证据提示 5-HT 与 TD 发病密切相关，如文霞[26]等与 1998 年发现抽动症的广泛程度与 5-羟色胺乙酸的浓度有关。又如有人用 5-HT 的前身 L-5 羟色胺酸治疗 TD 患者，症状获得改善。

Y-氨基丁酸异常:文献报道 Y-氨基丁酸新型激动剂氟柳双胺，可明显减少抽动次数。因此推测 TD 发病与 Y-氨基丁酸的抑制功能降低有关。

1.1.4 环境精神因素

医学认为抽动是心理上的矛盾冲突在运动系统方面的反应，认为家庭不和睦，教育方式严格，家庭氛围紧张，学习负担过大，父母对患儿过多的责备和干预均可使小儿发生情绪障碍，另外，还有与患儿曾有过运动活动遭受限制的历史有关。精神上的刺激也可成为诱因。如患儿近期遭受意外事件如生病住院、遇见危险等。或患儿看紧张的电视、录像节目，玩紧张的游戏如打游戏机等，抽动成为心理应激的一种表现。这一因素在短暂性抽动障碍中起主要作用。

1.1.5 病理因素

母孕期或分娩期出现的某些围生异常因素[27]，如母孕期情绪不良或患某些疾病，早产、过期产、出生时窒息等与 TD 发生有关，也有一些研究显示[28]父亲的年龄、母亲孕期吸烟、低出生体重等与 TD 的发生、症状的严重程度和共患病有关。

1.1.6 免疫病理损伤及其他方面

Swed 等提出了链球菌感染相关的儿童自身免疫性神经精神障碍假说,即抽动障碍患儿中存在这样一种亚组, 症状在链球菌感染后出现或明显加重。有研究报道,11%TD 与 A 族溶血链球菌感染有关[29]，表明感染自身免疫过程参与了儿童抽动障碍的发病。其他药源性因素：长期或大剂量应用中枢兴奋剂（如哌甲酯）、抗精神病药物（如氯氮平）、左旋多巴、卡马西平及氨茶碱等，均可能诱发抽动症或使抽动症状加重。

1.2 抽动障碍的临床表现及分型

根据抽动形式，抽动可分为运动抽动和发声抽动，运动抽动是指发生于头面部、颈肩、躯干及四肢肌肉不自主、突发、快速的收缩运动，具体表现为眨眼、

皱鼻、摆头、耸肩、甩手、撅嘴、举臂、踢腿、腹部收缩等动作，其中眨眼是临床最常见的症状之一；发声抽动则主要累及呼吸肌、喉肌、咽肌、鼻肌和口腔肌，这些部位的肌肉收缩，继而通过鼻、口腔和咽喉的气流产生发声，表现出清嗓声、吸鼻声、尖叫声、犬吠声、秽语等。抽动还可进一步细分为简单抽动和复杂抽动 2 类，但简单与复杂之间的界限有时不易分清。

美国精神障碍诊断与统计手册第 4 版(DSM-IV)于 1994 年将本病分为短暂性抽动（transient tic disorder, TTD)、慢性抽动(chronic tic disord-er,CTD)、多发性抽动症(Tourette syndrome,TS)三种类型。

短暂性抽动障碍（transient tic disorder)， 主要表现为简单性运动抽动， 如眨眼，摇头，皱额，缩鼻，露齿，咬唇，点头，踢腿，耸肩等不自主抽动；少数表现为简单性发声抽动，如反复咳声，哼气或清嗓声等。

慢性抽动障碍（chronic motor or vocal tic disorder）包括运动或发声抽动障碍，通常只是一种抽动，即运动抽动和发声抽动并不同时存在，而且症状相对不变，可持续多年，甚至终生。

多发性轴动障碍（combined vocal and multiple motor tic disorder)，即我们常说的 Toure-tte 综合征，简称 TS，这一类型症状复杂多样，因此是病情较为严重的类型，常开始于眼、面部，以后逐步发展到肢体，以至于累及全身多部位肌肉，表现为简单性运动性抽动，如眨眼等；或表现为复杂性运动抽动，如冲动性地触摸周围物品，跺脚，下蹲，刺戳动作；或出现一系列连续无意义的动作，大多数病例可出现发声抽动（vocal tics)，表现为简单性发声如清嗓，干嗽，用鼻吸气声，哼哼声等；复发性发声如无聊的语调，重复刻板的秽语（coprolalia）等。

1.3 共患障碍

约半数 TD 有 1 种或 1 种以上心理行为障碍，被称为共患障碍。轻者表现为过度敏感、躁动不安、易激惹、行为退缩等，重者可表现为注意缺陷多动障碍（attention－deficit hyperactivity disorders,ADHD）、学习困难（learning difficulties,LD)、强迫障碍（obsessive-compulsive disorders,OCD)、睡眠障碍（sleep disorders,SD)、情绪障碍（emotional disorders,ED）甚至自伤行为（self-injurious behavior，SIB）等。其中 ADHD 较为常见，主要是指与

正常同龄儿童相比，患儿具有明显的注意力不集中、冲动、任性、活动过度，可导致患儿学习困难和人际关系不良；LD是指患儿学业方面的成就低于智力潜能的期望水平，由于疾病的抽动影响，患儿难以具有持久的注意力，TS患儿所伴发的LD还具有特殊障碍，如阅读障碍、计算障碍等；OCD是指反复出现刻板行为和（或）观念等，如反复洗手和开关灯，强迫性触摸，多次检查门窗，清除身上污物等；SD指患儿入睡困难、睡眠不安、遗尿、夜惊、梦游等，部分患儿睡眠障碍程度与白天抽动严重程度有一定关系；ED患儿表现为自卑、焦虑、哭泣、抑郁、社会退缩、自我评价低、容易发脾气等；SIB是指患儿出现无法克制的、严重的、反复的自伤行为，如咬伤自己、烫伤自己、用头撞击坚硬的物体，甚至砍伤自己，严重的可导致永久性自残损害。少部分患儿可以出现猥亵行为，此类行为常同时伴发秽语。尚有少数患儿可出现其他心理行为问题，如攻击行为，交往不良、行为不成熟，异常行为如口吃、拔毛癖。极少数患儿还可出现反社会行为，如说谎、逃学、伤害动物、偷窃、纵火等，属于品行障碍。

共患障碍构成TD整体的一部分，成为TD功能损害的来源，不仅增加了疾病的复杂性和严重性，并影响患者的学习、社会适应能力、个性及心理品质的健康发展，给治疗和管理增添了诸多困难。

1.4 抽动障碍的治疗

1.4.1 心理治疗

目前采用药物治疗为主，配合心理治疗。轻症的采用心理疗法包括：行为疗法、支持性心理咨询、家庭治疗等。对于影响到日常生活、学习或社交活动的重症抽动症患儿，需要加用药物治疗，来改善躯体症状。告诫患儿家长注意不要暗示患儿的抽动症状,合理地安排患儿日常生活、学习， 避免过度紧张疲劳，纠正营养的偏导，与学校老师及同学取得沟通等，就能取得良好疗效。

1.4.2 药物治疗方面

西医治疗本病的经典药物有1961 年由Seignot 首先应用的氟哌啶醇[30]和具有抗多巴胺效应的硫必利(tiapride)[31-32]；其他药物有哌迷清(pimozide)[33]、利培酮[34-39]、可乐定[40]等；也包括丙戊酸钠、肌苷、舒比利、氯硝基安定、五氟利多、左旋千金藤立啶、四氢小檗碱等治疗本病；尚包括外科手术治疗

[41-42] 及脑电生物反馈疗法 [43-44] 。

其中氟哌啶醇治疗抽动症有效率为 70%-80%。最早在 1961 年用于治疗抽动症,至今临床上仍应用广泛[45]，但具有较多的不良反应，较常见的是锥体外系反应。循症医学资料提示， 氟哌啶醇剂量较大时,易发生双手震颤、肌张力增高、静坐不能、急性肌扭转障碍等锥体外系副反应[46] ;利培酮作为 DA 受体与 5-HT2 受体平衡拮抗剂，能阻断 5-HT2A 和 D2 受体，同时可与肾上腺素能受体结合，抑制中枢 NE 的功能[47] ， 在改善运动抽动、发声抽动方面，有效率为 40%-70% [48]，利培酮副作用为头晕、肌张力障碍、软弱无力、静坐不能、抑郁焦虑和激惹等,限制了 14 岁以下儿童的应用[49]；可乐定系一种中枢性降压药[50] ，小剂量时作用于突触前α2 受体，大剂量时作用于突触后α2 受体，通过刺激突触前α2 受体从而反馈性抑制中枢去甲肾上腺素的合成和释放，以减弱中枢去甲肾上腺素的活动，从而减轻抽动症状。但仍有不良反应，少数患儿可出现心电图异常；

另外还有其他药物如抗抑郁药物氟西汀、帕罗西汀、舍曲林等；具有增强中枢 Y-氨基丁酸(GABA)活性作用的抗癫痫药丙戊酸钠等[51]。为巩固疗效和减少复发需维持用药，早期停药多导致症状复发。

1.4.3 手术疗法

目前还有尝试性神经外科手术治疗难治性小儿抽动症(包括边缘系统白质切开术、扣带回切开术[52])、丘脑和丘脑下毁损术 [53] 、扣带回切开术+丘脑下毁损术[54] 、右侧丘脑板内核脑深部电刺激仪(DBS)植入 [55] 术等治疗方法。然而这些仅仅是在世界范围内刚刚开展的一种尝试性治疗，至今尚无一种固定的能够由统计学资料证明的可靠术式。

1.4.4 脑电生物反馈疗法

是根据巴甫洛夫的经典条件反射理论而发展起来,是运用操作条件反射原理，以电子仪器收集人体的脑电波和身体生理信号(如肌肉紧张度，皮肤电阻，皮肤温度等)，并将这些信号反馈给受训者。反馈给受训者的生理信号即是条件刺激，也是经过大脑有意识调控的结果，当受训者生理信号达到或超过某设定阈值，生物反馈仪会给予受训者心理奖赏和强化，其治疗过程其实也就是一种学习和训练过程[56]。吴丹红[57] 等认为生物反馈治疗时可能存在起效慢，治疗周期长，费用高等问题，治疗具有局限性。

2 祖国医学对本病的认识

2.1 中医对本病病名的记载

在中医古籍里无儿童抽动障碍这一病名，本病根据病因病机可归属在“瘛”、“痉强拘挛”、“痫瘛痉挛”“慢惊风”的范畴。《素问．至真要大论》病机十九条提及：“诸风掉弦，皆属于肝”“诸暴强直，皆属于风”。明．王肯堂《证治准绳．幼科．慢惊》：“水生肝木，木为风化，木克脾土，故胃中有风，瘛疯渐生，其瘵疯症状，两肩微食，两手下垂，时腹动摇不已”。《小儿药证直诀．肝风有甚》对此类病证症状的描述与抽动症颇为相似，“凡病或新或久,皆引肝风，风动而上于头目，目属肝，肝风入于目，上下左右如风吹，不轻不重，儿不能任，故目连扎也，若热入于目，牵其筋脉，两俱紧，不能转视，故目直也。若得心热则搐，以其子母俱有实热，风火相搏故也。”

2.2 病因病机的认识

（1）五志过极，肝风内生 刘弼臣[58] 认为本病为内外之因相合而成“本源在肝，病发于肺，系风痰鼓动，上扰清窍，横窜经隧，形成阳亢有余，阴静不足，动静变化，平衡失制的病理变化”。

（2）禀赋不足，调养失宜 注受传[59] 认为本病是先天察赋不足，后天调养失宜，阴虚失守，阳浮妄动所致。徐佩莉[60] 认为本病为小儿生长发育期间阴阳失衡症，肾水不能涵木，则肝阳易亢，肝风内动所致。

（3）肺脏娇嫩，感受外邪 小儿肺脏娇嫩，最易受邪，每当感受外风[61] 后症状反复加重。

（4）饮食失宜，损伤脾胃 张氏[62] 认为脾弱肝旺为抽动的主要病因，其生机蓬勃，需大量水谷精气，又脏腑形而未充，运化功能尚未健全，加上小儿饮食不知自节，寒温不能自调，脾胃易受损伤，又小儿脾常不足，肝常有余，肝失疏泄，则克伐脾土，而出现脾失健运，脾失健，则痰浊内生，阻痹脉络，郁久则化火，痰火扰心，又可使气血生化之源不足而血虚，从而出现抽动。

（5）久病痰瘀为患 史氏认为本病与痰、瘀有关，怪病多痰，久病多瘀，痰凝则血瘀，血淤则痰滞，痰瘀互结，产生各种复杂表相，并使病证缠绵难愈，也有相关学者[63]认为本病病机为风痰所致。

故本病因病机复杂，涉及风、火、痰、瘀、虚等诸多方面，但与风痰最为相关，痰郁生风，风动痰壅，风痰鼓动经隧，振荡脏腑，导致怪症频仍，此起彼伏，反复无常。

在古人对本病病因认识的基础上，结合本病的症状，现代对本病病因病机的认识可以归纳为小儿先天禀赋不足，后天情志失调和饮食调养不当三个方面。先天因素如：患儿父母健康欠佳，致使子女先天不足，精血不充，易产生阴阳偏颇而出现抽动症状，如现代医学认为本病与小儿 生产过程不顺利，早产，低体重出生等有关。后天情志失调如现代家庭环境不良因素多或者对子女过度宠爱，小儿心理承受能力差，家庭学校给与过高的期望，施加过大的压力，或发生家庭突发事件等刺激到小儿。饮食调养不当主要因“小儿脾常不足”以及现代小儿多偏食、挑食、饮食无节制，多食肥甘厚味、辛凉之物、滥用抗生素等等。

2.3 小儿生理病理特点

中医认为小儿为纯阳之体，具有“脏腑娇嫩，行气未充，生机勃勃，发育迅速”的生理特点，同时也认为小儿为稚阴稚阳之体，吴鞠通将这种现象归结为“稚阴未长”“稚阳未充”，稚阴稚阳充分说明小儿无论在物质基础上或生理功能上，都是幼稚和不完善的，易出现阴阳失调的病变，具有“发病容易，传变迅速”的病理特点。明代. 万全在北宋. 钱乙的基础上提出：小儿肝常有余，脾常不足的观点。

肝常有余，生理上指小儿生长发育迅速，少阳生发之气如草木方萌，欣欣向荣，生长旺盛，正如万全在《育婴家秘. 五脏证治总论》中指出：“肝属木，旺于春，春得少阳之气，万物之所以发生者也，儿之出生曰芽儿者，谓如草木之芽，受气出生，其气方盛，亦少阳之气方长而未已，故曰肝常有余，有余者，乃阳自然有余也。”病理上指小儿感邪后肝阳易化火生风，引动肝风发生惊厥、抽搐等有余的症状。

脾常不足，生理上指小儿生长发育迅速，需要大量的水谷精微，而脾脏娇嫩，行气未充，主运化功能尚未健全，故可见小儿需要大量的水谷精微与谷物不足之间存在矛盾。病理上也正是由于小儿的脾脏娇嫩，行气未充的特点，导致脾胃容易损伤，出现运化水谷、津液等的失常。正如万全在《育婴家秘. 五脏证治总论》中阐述：“脾常不足者，脾司土气，儿之初生，所饮食者乳耳，水谷未入，脾未

用事，其气尚弱，故曰不足。不足者，乃谷气自然不足也。”

2.4 中医治疗

目前中医对本病的治疗有中药、针灸、耳穴、推拿等方法。可分别从心、肝、脾、肺、肾等脏腑偏盛以及从心神、风痰、痰瘀等病机辨证施治，针刺也可分为头针、体针、腹针、腕踝针等，耳穴有采用王不留行籽耳穴贴，也有采用磁珠贴压。推拿有采用振腹疗法、捏脊疗法等等，临床上不仅可以采用单一治疗方式，还可根据患儿具体情况采取多种治疗方式相结合，如中药结合针刺，针刺结合耳穴贴压，中药结合穴位注射等，有时还可以采用中药配合针刺及耳穴三种治疗方式相结合以提高疗效。

3 设计方案的确立

3.1 “抑肝扶脾”治疗原则的确立

“抑肝扶脾”，是疏肝健脾或平肝和胃以治疗肝脾不和或肝气犯胃病证的治法，也称抑木扶土法、疏肝健脾法、平肝和胃法，是根据中医基础理论之“五行学说”中的“五行相克规律”建立的一种治病原则。五行学说认为，宇宙间一切事物都是由木、火、土、金、水五种物质不断运动和相互作用的结果。对五行特性的经典概括，《尚书.洪范》:“水曰润下，火曰炎上，木曰曲直，金曰从革，土爰稼穑”。中医学在天人相应的思想指导下，认为人与自然是一个整体，以五行的特性来说明人体五脏的生理功能。木有生长、升发、舒畅、条达的特性，肝喜条达而恶抑郁，有疏通气血，调畅情志的功能，故肝属木。土性敦厚，有生化万物的特性，脾主运化水谷、化生精微以营养脏腑形体，为气血生化之源，故脾属土。而肝与脾在五行是属于相克的联系，生理上肝制约脾，即木克土，肝气调达，可疏泄脾气之壅滞；病理上，肝气郁结或肝气上逆，影响脾胃的运化功能而出现胸胁苦满、脘腹胀痛等“木旺乘土”的表现，也可以是脾胃本身虚弱，不能耐受肝气的克伐，出现头晕乏力、纳呆嗳气、腹痛泄泻等“土虚木乘”的表现。在疾病的传变方面《难经.七十七难》:“见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气”。

中医学认为人是一个有机整体，各个脏腑的生理活动和功能都是息息相关，五行中一脏发生病变会传及它脏，进而引起一系列病理表现。根据脏腑的偏盛偏

衰治疗上则相应地采用实则泻之，虚则补之，根据五行相生相克关系采用“抑强扶弱”的治病原则。抑强主要是疏肝平肝，抑其强者，弱者自然易于恢复。扶弱则指健脾运脾，扶住弱者，加强其力量，可以恢复脏腑的正常功能。

本病有“小儿肝常有余，脾常不足”的生理、病理特点的基础，加之先天禀赋不足，后天情志失调、饮食调养不当引起的水不涵木、肝阳过旺，或者脾虚生风、生痰，亦或肝木克伐脾土，风痰阻滞经络，四处流窜而出现运动性抽动和发声性抽动。根据古代文献对于慢惊的治疗记载:《明医杂著.急惊变慢惊》“急惊屡发屡治，用直泻药既多，则脾损阴消，变为慢惊，当主以补脾养血，佐以治肝之药”。《明医杂著.小儿病多属肝脾二经》:“若脾胃虚，肝木来侮，医见惊风抽搐动摇诸症，但其势微缓，明日慢惊，宜补养脾胃”。小儿生理特点为阳常有余，阴常不足，具体表现为：肝常有余，脾常不足。而阳主动，阳胜则热，热易生风，而生抽搐。其中尤以肝为主。肝主疏泄全身气机，若肝阳过胜，及肝之疏泄太过，出现气机逆乱，且肝属风木之脏，主升、主动，肝经循行为:“肝足厥阴之脉，起于大指丛毛之际，上循足跗上廉，去内踝一寸，上内踝八寸，交出太阴之后，上腘内廉，循股阴，入毛中，环阴器，抵少腹，夹胃属肝络胆；上隔，布胸胁，循喉咙之后，上入颃颡，连目系，上出额，与督脉汇与巅，其支者，从目系下颊里，环唇内。其支者，复从肝别贯隔，上注肺。”故肝阳过胜则出现肝经循行部位不自主运动性抽动如：眨眼，踢脚等，发声性抽动如:清嗓子、哼声等。脾胃为后天之本，小儿生机蓬勃，需大量水谷精气，而脏腑形而未充，运化功能尚未健全，加上小儿饮食不知自节，寒温不能自调，脾胃易受损伤，而小儿脾常不足，肝常有余，肝失疏泄，则更易克伐脾土，而出现脾失健运，痰浊内生，阻痹脉络，出现抽动，痰浊郁久化火，扰乱心神，出现睡眠障碍、情绪障碍等。

综上所述，根据本病的病因病机，结合小儿的生理病理特点、五行相克规律及经络联系，本病的治疗原则为：疏肝健脾，熄风化痰。治疗上采用“抑肝扶脾”的针刺法结合耳穴贴压治疗。

3.2 针刺选穴依据

针刺主穴：舞蹈震颤区 百会 肝俞 脾俞 太冲 合谷 三阴交 足三里

舞蹈震颤区为焦氏头针，即运动区前移 1.5cm 处的平行线。于 1971 年由山西焦顺发首先提出，以大脑皮层技能定位为理论依据，治疗对侧肢体不自主运动和

震颤，临床常用于脑源性疾病的治疗。舞蹈震颤区一方面：解剖位置处于大脑半球额、顶叶，而这两个脑叶中有对应人体大脑皮质投影的第一、二躯体运动中枢，可治疗运动障碍性疾病；另一方面：舞蹈震颤区贯穿督脉、斜穿足太阳膀胱经、足少阳胆经，督脉为阳脉之海，足太阳膀胱经为阳脉，胆经与肝经互为表里，故针刺舞蹈震颤区可调节阴阳平衡，平肝潜阳，熄内动之风而达到治疗抽动障碍的作用；现代研究针刺舞蹈震颤区可改变多巴胺系统活动情况。

百会穴位于后发际直上 7 寸，或耳尖直上，头项正中。百会属督脉，为督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经、手少阳三焦经足厥阴肝经这五条经脉之所会，故有“三阳五会”之称。《 资生经》云：“百会百病皆主。人身有四穴最应急，四百四病皆能治之，百会盖其一也。”百会穴位于巅顶，为诸阳之会，十二经脉、奇经八脉、十二经别、络脉等所有经脉的气血均汇聚在此处，贯通全身内外，具有调和脏腑，化生气血津液，益髓定颤之功。又与任脉相通，故本穴通达阴阳脉络，连络周身经穴，可升、可降、可静、可动，具有升阳举陷、醒脑开窍、平肝熄风、安神定志之功。百会穴能针能灸，能补能泻，其功效为祛风、醒脑、宣闭、开窍、泄热。因此，百会穴一直为临床要穴，被广泛应用，研究也较多，1984—2003 年期间，涉及百会穴的文献报道有 2000 多篇，仅篇名中含有百会穴的文献也有 204 篇之多。

《甲乙经》论述肝俞：在第九椎下，两旁各 1 寸 5 分，针 3 分，针刺达肌层即可。肝俞穴属背俞穴，循行在足太阳膀胱经上，肝主疏泄、主情志，肝俞作为肝脏的背俞穴，可调控全身气机。肝俞穴功能较多，可益肝降火、益肝止痉、益肝明目、疏肝理气、行气止痛。本课题主要取该穴抑制肝风、熄风止痉之功。

脾俞穴，是脾之背俞穴，本穴归属于足太阳膀胱经，为足太阳膀胱经循行路线上位于背部的背俞穴之一，也是健脾运脾穴之一，其性属土，此穴位也能培土生金，另外，脾胃为后天之本，气血生化之源，全身各个脏腑都能得到气血濡养。本课题取脾俞用以扶助脾气，健脾运脾，治疗小儿抽动症。

明代徐凤《 针灸大全》 ：“ 四关者占，五脏有六腑，六腑有十二原，十二原出于四关，太冲合谷是也”。首次指出四关为太冲、合谷。合谷为手阳明经原穴，阳明经为多气多血之经脉，合谷是气血运行之要枢，具有镇静安神、调理气血之功。太冲乃足厥阴肝经之原穴，具有平肝熄风止痉之功。合谷在上且属阳

经；太冲在下且属阴经。两穴配伍，上下相应，阴阳相合，相互协同。

三阴交是脾经穴，是足厥阴肝经、足太阴脾经、足少阴肾经三阴经的交会穴，针刺该穴具有健脾和胃、补益肝肾和活血化瘀、协调肝、脾、肾气机的功效。

足三里：小儿脏腑娇嫩，形气未充，卫气不固，机体功能都较脆弱，脾胃运化功能尚未健全，易受外邪入侵犯脾胃，导致胃失和降，影响气血的生成。《素问·玉机真藏论》中说：“ 五脏者，皆禀气于胃，胃者，五脏之本也。”说明胃气之盛衰有无，是关系至人体生命活动及其存亡的根本。《 素问· 举痛论》 中说：“ 寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕也。” 小儿若胃受外邪侵袭，便会发生呕吐等疾病。足三里是人体四大总穴之一，是足阳明胃经合穴，具有健脾和胃、补中益气、扶正祛邪之功能。根据“肚腹三里留”之说取穴，足阳明胃经自上而下自乳部内侧边缘向下， 沿脐旁、腹腔深层进入到腹股沟部，联系脏腑，属胃络脾，并与心、大肠、小肠有直接联系。现代医学研究证明此穴可调节胃肠蠕动，促进唾液淀粉酶的分泌；调节体内胃酸及胃蛋白酶的分泌水平日。所以针刺足三里能够刺激机体抗病能力，调节胃脾的功效，使脾胃健、气血和，促进营养吸收，增强体质，防治疾病。又因足阳明胃经与足太阴脾经互为表里，经络联系密切，脏腑功能活动也相互影响，故足三里具有达到调理脾胃的双重功效，在本课题中也主要达到和胃健脾，改善抽动患儿的症状。

综上，舞蹈震颤区、百会为治疗儿童抽动障碍的常用有效穴位，三阴交调理肝、脾、肾，肝俞、脾俞为背俞穴，调理脏腑气机，太冲、合谷两穴合用也被称为“开四关”以奏平肝熄风止痉之效，足三里调理脾胃。上述诸穴共用并在针刺时采取相应的补泻手法，以达抑肝扶脾治疗儿童抽动障碍。

3.3 耳穴选穴依据

耳穴是指分布在耳廓上与脏腑经络、组织器官、四肢躯干相互沟通的特定区域。耳与脏腑的生理、病理有着密切的联系。与生理相关的如《素问·金匮真言论》说：“南方赤色，入通于心，开窍于耳，藏精于心”，《灵枢·五阅五使》说：“耳者，肾之官也”，《灵枢·脉度》说：“肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣”，《千金方》说：“心气通于舌，非窍也，其通于窍者，寄见于耳，荣华于耳”，《证治准绳》说：“肾为耳窍之主、心为耳窍之客”，《杂病源流犀烛》说：“肺主气，一身之气贯于耳”。而《厘正按摩要术》在汇集前人经验基础上，提出了耳背与

五脏的关系，指出“耳珠属肾，耳轮属脾，耳上轮属心，耳皮肉属肺，耳背玉楼属肝”的生理联系。与病理相关的如《素问·脏器法时论》说：“肝病者，……虚则无所视，耳无所闻”，《素问·玉机真脏论》说：“脾为孤脏，……其不及则令人九窍不通”，《证治准绳》说：“肺气虚则少气，……是以耳聋”。而察耳的形态、色泽等改变，可“视其外应，以知其内脏”的病变，如《灵枢·本脏》说：耳“黑色小理者肾小，……耳薄不坚者肾脆”，《证治准绳》说：“凡耳轮红润者生，或黄或黑或青而枯燥者死，薄而白、薄而黑者皆为肾败”。现代科学研究表明，耳与脏腑器官在生理上密切联系，不仅存在着相关性，而且具有相对特异性，这为耳针法诊治疾病提供了客观依据。

耳与经络的关系。耳与经络之间有着密切的联系，早在 2000 多年前的医学帛书《阴阳十一脉灸经》就记述了“耳脉”，《内经》中所记述的经脉循行分布，说明耳与经络之间存在着密切的联系。近年来的耳穴经络感传实验，也表示耳与经络的相关性。在手足六阳经经脉循行中，有的直接入耳中，有的分布于耳郭周围。手足六阴经经脉循行，虽不直接上行至耳，但通过各自的经别与阳经相合，间接地上达于耳。所以，《灵枢·口问》说：“耳者，宗脉之所聚也”，可见耳与经络的关系在《内经》时期已奠定了基础。后世医著又多有阐述，如《医学真经》说：“十二经脉，上终于耳，其阴阳诸经，适有交并”，《丹溪心法》说：“盖十二经络，上络于耳”、“耳为诸宗脉客所附”，《类经国翼》说：“手足三阴三阳之脉皆入耳中”，《奇经八脉考》一书还从奇经八脉角度，阐述了耳和经络的关系。

人体的内脏或躯体发病时，往往在耳郭的相应部位出现压痛敏感、皮肤电特异性改变和变形、变色等反应。参考这些现象来诊断疾病，并通过刺激这些部位可防治疾病。可见，耳不仅与脏腑的生理活动有关，而且与其病理变化也是不可分割的。

耳穴贴压法简称压丸法，是指用硬而光滑的药物种子或药丸等物在耳穴表面贴压并用胶布固定治疗疾病的方法，耳穴贴压法是耳针治疗的方法之一，在耳穴表面贴敷王不留行籽、油菜籽、小米、绿豆、白芥子、及特制的磁珠等，并间歇揉按的一种疗法。本法既能持续刺激穴位，又安全方便，是目前临床最常用的耳穴刺激方法。本课题即采用目前临床上运用最广泛的王不留行籽压丸法。

主穴：抽动穴、肝、心、脾、神门、脑、交感、三焦、皮质下、内分泌

抽动穴：该穴为经验用穴，位于耳廓背面，耳尖直下约 3㎜ 处。耳廓背面上 1/3 主要有枕小神经分布，为抽动症患儿进行耳穴阳性反应点探查时，多在此处出现阳性反应，根据相关报道及临床经验观察，此穴位对于抑制抽动症具有特殊功效。

肝：可疏肝理气、活血化瘀、疏风开窍、舒筋止痛、祛风除痰、益目。可治疗的病症：因情志不调所致的肝气郁结、肝气上逆病症，如胃脘胀气、嗳气、肝炎等；“肝开窍于目”，眼科疾病如近弱视、眼干等；肝血不足或瘀血所致的妇科疾患月经不调、更年期等。

心：具有安神、宁心、镇静的作用。可治疗神经衰弱、失眠、健忘、心血管等疾患。

脾：脾胃虚弱，气血不足，形容失养枯萎；便秘，腹泻，食欲不振；白带过多，崩漏。

神门：具有镇静、安神、消炎、止痛的作用。有很强的安神作用，可用于治疗失眠多梦，心烦等。

脑：具有养血益阴,镇静安神，宁心利窍，行气解郁，疏郁调经的功能，有调节大脑皮层的兴奋与抑制作用。对神经、消化、内分泌、泌尿生殖系统等疾病都有治疗作用，可用于急惊风、健忘症及戒烟；有止血作用，可用于治疗出血性疾病。能治疗癔病及癫痫、脑垂体侏儒症、甲状腺功能亢进症等多种因脑垂体功能障碍而引起的各种疾病等。可配神门、心穴治失眠等。

交感：用于治疗植物神经功能紊乱诸证，如失眠，多汗，颜面潮红等。

三焦：通利三焦气机，可用于治疗便秘、腹胀、水肿、耳鸣等。

皮质下：具有止痛消炎以及调节大脑皮层兴奋与抑制的作用。

内分泌：治疗内分泌紊乱等一系列疾病。

简言之，神门、脑、心具有宁心、镇静、安神作用；肝、脾、三焦、内分泌等可调节脏腑功能；交感以调节大脑皮层的兴奋与抑制作用。皮质下不仅具有类似神门的功效,且能调节大脑皮层的兴奋与抑制。根据患儿症状随症配伍眼、目 1、目 2、咽喉、口、内鼻、外鼻、肾等穴。

耳穴贴压是一种传统的中医治疗方法，具有疏通经络、调整脏腑、平衡阴阳、预防保健的作用。现代理论从控制理论角度来看：耳穴是全身信息的一个反映点

和控制点。耳穴疗法通过从整体调整，弥补单一治疗的局限性，以辨证论治为基础，根据各个患儿的临床特点，全面改善患儿身体机能状态，调节患儿阴阳平衡和脏腑功能，从而提高临床疗效。

综上，笔者认为小儿抽动症为肝旺脾虚，因耳与各脏腑经络的密切联系而结合耳穴贴压，故本课题采用抑肝扶脾针刺法结合耳穴贴压疗法，根据中医基础理论，实则泻之，虚则补之。

3.4 疗效指标的选择

耶鲁综合抽动严重程度量表由美国耶鲁大学儿童研究中心编制，本表总共由 3 部分构成。第一部分通过问诊对病情进行初步评估，第二部分从运动性抽动和发声抽动在数量、频度、强度、复杂性和干扰程度这 5 个方面进行评分，每个方面 0-5 分，6 个等级，运动性抽动最高 25 分，发生抽动最高 25 分，两种抽动合计最高 50 分。第三部分分析两种抽动所致的全部缺损率，0-50 分，6 个等级，最高 50 分，反映了患者因抽动症状给自身、家庭、社交、学习带来的困难。根据总分将抽动严重程度分为 3 个等级：轻度：<25 分；中度：25 -50 分；重度：>50 分

耶鲁综合抽动严重程度量涵盖方面多，完成这样一份评估表大概需要 15 至 20 分钟。本表不仅对发声抽动和运动抽动分开评估增加了准确性，还涉及到了部分心理内容，操作容易实行，对病情进行综合全面的评估。由于以上优点，本表目前在临床应用最广泛。大量相关研究及临床报道表明耶鲁综合抽动严重程度量具有较高的可信度和权威性，因此本试验采用本表作为疗效评估指标。

4 结果分析

本研究对 64 例小儿抽动症的患儿进行临床观察，随机分为治疗组和对照组。采用耶鲁综合抽动严重程度量表进行评分，最后分别计算总有效率、减分率进行疗效评价。

4.1 基线分析

治疗前两组患儿从性别、年龄段、病程、抽动障碍类型、治疗前耶鲁量表评分、共患障碍分布 6 方面进行比较，差异无统计学意义，组间均衡，说明两组资料具有可比性。

4.2 疗效结果分析

4.2.1 总有效率

总有效率比较：针刺耳穴组 71%，本组总共 31 例患儿，其中无效 9 例，好转 7 例，显效 7 例，治愈 8 例；硫必利组 80.7%，本组总共 31 例患儿，其中无效 6 例，好转 3 例，显效 12 例，治愈 10 例。采用 wilcoxon 秩和检验，P＞0.05，差异无统计学意义，表明两组疗效相当 ；

4.2.2 治疗前后评分、减分率比较

①治疗前后量表评分：针刺耳穴组治疗前：42.26±14.30，治疗后 20.45±13.16，采用配对 T 检验，P＜0.05，差异有统计学意义；硫必利组治疗前：43.94±14.01，治疗后：17.87±15.23，采用配对 T 检验，P＜0.05；表明两组治疗本病临床疗效可；

②两组治疗前后耶鲁评分变化比较：针刺耳穴组 21.81±11.43，硫必利组 26.06±10.83，采用配对 T 检验，P＞0.05，差异无统计学意义。

③减分率(12 周后)：针刺耳穴组减分率 53.89±25.20%，硫必利组减分率 63.56±23.61%，采用 wilcoxon 秩和检验，P>0.05，差异无统计学意义，两组治疗本病在减分率方面相当，具有可比性；

4.2.3 不同疗程疗效比较

① 4 周后两组疗效比较，采用 wilcoxon 秩和检验，P＜0.05，早期起效硫必利组优于针刺加耳穴组；

② 8 周、12 周后两组疗效比较，采用 wilcoxon 秩和检验，p＞0.05，后期针刺耳穴组疗效可，与硫必利组疗效无显著差异；

③两组在 4 周、8 周、12 周分别统计出好转、无效的病例数。针刺耳穴组 4 周好转（9 例 29%）、无效（15 例 48.3%），8 周好转（7 例 22.5%）、无效（11 例 35.4%），12 周好转（7 例 22.5%）、无效（9 例 29%）；硫必利组 4 周好转（10 例 32.2%）、无效（8 例 25.8%），8 周好转（10 例 32.2%）、无效（6 例 19.3%），12 周好转（3 例 9.7%）、无效（6 例 19.3%）；治疗后期，针刺耳穴组疗效较为可观。

4.2.4 随访期疗效比较

两组分别于治疗结束后 6 周后进行随访，采用耶鲁综合抽动严重程度量表进行

评分，计算出总有效率、减分率，对两组随访期疗效进行比较。

①总有效率：针刺耳穴组 67.7 %，硫必利组：35.5%，采用 wilcoxon 秩和检验，P＜0.05；

②减分率：针刺耳穴组 47.15±25.28%，硫必利组：32.75±26.43% ，采用 wilcoxon 秩和检验，P＜0.05；因此，针刺加耳穴组远期疗效优于硫必利组。

4.2.5 共患障碍疗效比较

治疗组共患障碍的患儿有 14 例，治疗 12 周后，治愈 2 例（14.3%），显效 5 例（35.7%），好转 3 例（21.4%），无效 4 例（28.6%），总有效率 71.4%；对照组共患障碍的患儿有 16 例，治疗 12 周后，治愈 0 例（0），显效 3 例（18.8%），好转 2 例（12.5%），无效 11 例（68.8%），总有效率 31.2%；以上数据表明针刺结合耳穴疗法在治疗本病的同时能改善其共患障碍，提示可能与中医疗法的“整体观”有关。

4.2.6 安全性比较

①针刺耳穴组治疗前后：血常规、肝功、肾功、尿常规、心电图安全性指标未见异常，针刺及耳穴过程中未发生晕针、滞针、皮下血肿、耳穴过敏等严重的不良事件。

②西药盐酸硫必利在治疗前后：患儿出现嗜睡 2 例、过于乏力 1 例、恶心、呕吐 1 例、头晕不适 3 例、肝功异常 1 例（ALT、AST 值稍高于正常范围），共占治疗组患儿的 25.8%。上述不良事件未对患儿及疗效观察造成很大影响，未予以剔除。

4.3 疗效结果差异分析

本课题结果显示针刺及耳穴治疗儿童抽动障碍临床疗效确切，无毒副作用产生，并且在整体疗效、随访期疗效方面比单纯西药更有不可替代的优势。大量临床研究均证实针刺、耳穴的中医疗法以及抑肝扶脾的治疗原则对儿童抽动障碍具有确切疗效，并且两种中医疗法的联合使用疗效优于单纯运用西药，研究表明西药治疗本病存在一定的副作用，而针刺、耳穴这样的中医疗法并未产生副作用。故本实验结果的差异主要来源于针刺及耳穴贴压的中医疗法及西药疗法的差异。

在治疗儿童抽动障碍方面，多数学者头针采用了焦氏舞蹈震颤控制区，相关研究表明头针具有兴奋调节神经系统、改善脑血液循环的作用，从而可能影响中

枢神经介质改变,使纹状体中多巴胺能系统中多巴胺能活动保持平衡而达到治疗效果。现代医学则认为通过针刺治疗，可激发神经功能，调节神经递 质的释放，以达到疗效。由于本病在中医的病因病机方面主要有肝风内动以及小儿脾常不足，故主要采用抑肝扶脾的治疗原则，其中肝俞、脾俞、太冲、合谷、三阴交、足三里等穴用以调理肝脾，平息肝风。合谷为手阳明大肠经原穴，太冲为足厥阴肝经之原穴，古书中将合谷、太冲合称四关，针刺治疗此两穴一气一血， 一阴一阳，恰可相配，可平息肝火，调节气血，疏肝解郁，定志安眠。三阴交为肝脾肾脏器交汇之处，针刺此穴可健脾益气，调补肝肾，使精气充盈。有学者针刺患者三阴交后，对脑组织进行功能成像，结果显示大脑多个区域的功能均受到了调节作用，脑功能受到激活，从而改善了患儿的临床症状。耳穴与脏腑的生理病理、经络穴位分布等关系密切，另一方面，现代理论从控制理论角度认识耳穴：耳穴是全身信息的一个反映点和控制点。耳针治疗的本质就是通过耳穴这个控制点把机体病变部位的求援信息及时反馈给中枢，通过经络或某种神经体液调节通路传递到相应的低级或高级中枢， 唤起机体自身的修复，促使机体由病理状态向生理状态转化，用系统论的术语 就是从无序向有序转化。本课题耳穴选用神门、脑、心以宁心、镇静、安神；肝、脾、三焦、内分泌等调节脏腑功能；交感、皮质下以调节大脑皮层的兴奋与抑制作用。

盐酸硫必利对于共患障碍的治疗方面，硫必利是一种含有甲砜基的邻茴香酰衍生物，属于苯甲酰胺类药物，是一种应用较为广泛的新型神经精神安定药。硫必利能够对中脑边缘系统多巴胺能神经功能亢进起到抑制作用，对纹状体多巴胺能神经运动障碍起到拮抗作用，从而起到镇静、安定的作用。该药的特点是从感觉运动方面神经系统疾病有较为显著的疗效。研究表明盐酸硫必利联合维生素 B能够较为迅速改善患儿抽动障碍的症状，增强患儿的自信心，消除患儿心理上的负面影响[64]，为硫必利改善患儿心理障碍提供治疗依据。

整体观念是中医学认识疾病、治疗疾病的重要理论基础，是关于人体自身的完整性及人与自然、社会环境的统一性认识。中医把人看做一个有机的整体，人的各个部位和器官是不可分割的，人体五脏六腑的功能活动是相辅相成，相互协调，相至为用的；生理病理方面更是相互影响。中医治疗就是通过整体观念，达到人体的脏腑平衡、阴阳协调及气血的充盈。并认为人的整体变化是与外界环境

密切相关，不同的生活生理环境，会对人体生理病理造成不同的影响。中医整体观有着“以象论脏”、“有诸内必形诸于外” 的观点。

针刺及耳穴作为中医疗法，其治疗机制就是疏通经络，调和阴阳，畅通全身气机，治疗原则是补虚泻实、治病求本。这些均是中医整体观的宗旨和体现。儿童抽动障碍的患儿常有肝、脾等方面的病证，同时部分患儿具有各种心理、行为、生活方面的障碍，即共患障碍。根据临床报道，针刺治疗有益于患儿大脑功能、肝脾肾功能的恢复，并可以改善冲动、焦虑、抑郁等情绪障碍及睡眠障碍等伴随症状，对患儿精神状态的改善有积极的作用， 表明针刺可防止疾病的迁延及反复发作。并提出针刺对本病精神心理状态的改善可能成为针刺起效的关键机制之一，成为针刺治疗小儿抽动症的出发点。而实验室研究也有相关报道如针刺″百会″、″足三里″[65] 穴位能够改善情绪心理行为障碍，分析其机制与抑制海马内异常升高的 5-HT 水平有关。耳穴作用的产生是以迷走神经和交感神经为主的周围神经不断地向中枢端发放冲动，中枢将冲动进行整合后再作出相应的反应的结果[66]。耳穴疗法运用方便，对人体进行整体调整，结合针刺疗法，以辨证论治为基础，调节患儿阴阳平衡和脏腑功能，全面改善患儿身体机能状态，从而提高临床疗效。因此在整体治疗的基础上，由于共患障碍得到改善，在一定程度上反映了针刺耳穴组随访期疗效由于西药组。笔者根据家长描述、症状观察、疗效评分等综合观察，经过针刺结合耳穴治疗后的患儿确实在共患障碍方面收到了不错的疗效，比如睡眠障碍、注意力不集中等现象得到较好改善。

结论

1.“抑肝扶脾”针刺法结合耳穴贴压疗法治疗儿童抽动障碍临床疗效肯定；

2．对于伴有共患障碍的抽动患儿，针刺耳穴组疗效明显优于西药组(P＜0.05)，可能与针刺及耳穴有“中医疗法整体观”作用有关。

3．西药组起效快，但针刺及耳穴组随访期疗效较为可观。

4.对照组发生了副作用，实验组未发生。

问题与展望

中医在治疗小儿多发性抽动症方面，疗效较好，且在安全性方面有优势。但也存在一些问题：(1)本次临床观察样本量较小，统计结果的有效性可能具有一定偏差；（2）中医病名尚不统一，疗效判断标准不统一。（3）小儿抽动症共患病较多，症状相对复杂，本课题未能对共患病做详细分类与研究，得出的结论不够精确或存在偏差。（4）未对不同治疗方式对患儿性别疗效差异做出研究。

有待于今后进一步探讨完善的有以下几方面：(1)加大样本量，使统计结果更为精确有效；（2）确定统一的中医病名，并建立规范统一的诊疗方案。（3）今后可以对共患病的中医治疗做更多详细全面的研究。（4）可以针对患儿的患病性别比例差异，进入深层次的研究。

致谢

回顾 3 年研究生生活，所见、所思、所历都让我思想更加成熟，眼界更加宽阔，医学知识有所进步，工作经验更加丰富，这一路走来，离不开关心我的老师、亲人、朋友，在此，我对他们表示诚挚的感谢。

首先，感谢我的导师，绵阳市中医医院袁秀丽主任医师，感谢导师在学业上给予我的耐心指导，感谢在生活上给予我的关心与支持！

感谢研究生院、针灸推拿学院的所有老师们的辛勤付出！

感谢成都中医药大学附属医院和绵阳市中医医院让我在临床技能上收获知识与经验。感谢绵阳市中医医院李安洪、苏玲、黄飞、雷鹏和绵阳市中心医院王敏、绵阳市第三人民医院刘军等老师们对本课题的支持！

感谢与我同窗 3 年的同门、师姐、师妹师弟的支持！

同时，感谢我的父母、亲人和所有朋友们！

参考文献

[1] 彭云,汪蕾,张丽.儿童抽动障碍的研究进展[J].中国临床医生,2012,40（2）：32-33.

[2]刘智胜.抽动障碍的诊断与治疗[J].实用儿科临床杂志,2012,27（24）：1908-1912.

[3]Olumide O, OluwabusiSusan, ParkePaul J, Ambrosini.Tourette syndrome associated with attention deficit hyperactivity disorder: The impact of tics and psychopharmacological treatment options[J]. World Journal of Clinical Pediatrics,2016,5(1):128-135

[4]刘智胜.儿童抽动障碍——儿童抽动障碍诊断要点[J].中国实用儿科杂志,2012,27（7）：481-485.

[5]徐通,周翊.儿童抽动障碍病因及发病机制[J].中国实用儿科杂志,2012, 27（7）：502-505.

[6]邓红珠,邹小兵.儿童抽动障碍共患病[J].中国实用儿科杂志,2012,27（7）：485-487.

[7]中华医学会儿科学分会神经学组.儿童抽动障碍的诊断与治疗建议[J].中华儿科杂志,2013,51（1）：72-75.

[8]孙锦华,杜亚松.儿童抽动障碍预防及预后[J].中国实用儿科杂志,2012,27(7)：506-508.

[9] 韩丽彤.儿童青少年抽动障碍的调查研究[J].中国临床实用医学,2010,4（8）：249-251.

[10]刘玲,江志贵,李微等.顺德龙江地区小学生抽动障碍流行病学调查及其与微量元素的关系[J].中国当代儿科杂志,2013,15（8）：657-660.

[11]冷丽梅，衣明纪，张柱海.莱阳市城乡 4～16 岁儿童抽动障碍现状调查[J].社区医学杂志， 2012， 10(7):3-6.

[12]沈晓明.临床儿科学[M].第二版.北京：人民卫生出版社，2013，956.

[13]王家良.临床流行学[M].上海：上海科学技术出版社，2009:161.

[14]Jung Chieh Dul.Tourette syndrome in children:an updated review.[J]Pediatr Neo Natol,2010,51(5):255-264.

[15]JeremyStern.抽动秽语综合征的进展. [J]内科理论与实践，2010,5（5）：383-389.

[16] 吴立新,马文霞.耳鼻咽喉科首诊儿童抽动障碍分析[J].河北医药,2010,32（17）：2405-2406.

[17]LenezT,RobinsonDG,XuK,etal.DRDZ promoter region variation as a predietor of sustained response to antipsychotic medieation in first-ePisode sehizoPhrenia Patients[J].Am JPsyehiatry,2006,163(3)529-531.

[18] 罗胜芳,夏凤丽.儿童抽动障碍与病原微生物感染及其免疫的相关性[J].养生保健指南：医药研究,2015,0（15）：213.

[19] 程德君,张桂艳,王娟等.儿童抽动障碍患儿病毒与细菌感染血清中 IL-6 和 TNF-α 水平变化的分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26（17）:4070-4072.

[20] 陈毅华,区少萍,李智华等.儿童抽动障碍研究进展[J].广州医药,2012,43（5）：50-52.

[21]郑毅.儿童抽动障碍药物治疗[J].中国实用儿科杂志,2012,27（7）：491-494.

[22]王航雁.抽动障碍症研究进展[J].人民军医,2008,51(1):20-21.

[23]JeremyStern，刘小坤，王刚.抽动秽语综合征的进展[J].内科理论与实践,2010,5 (5):383-389.

[24]徐佩莉.中医治疗小儿多发性抽动症的临床进展[J].中国中医药科技,2014 ,21（2）：225-226.

[25]LenezT,RobinsonDG,XuK,etal.DRDZ promoter region variation as a predietor Of sustained response to antipsychotic medieation in first - ePisode sehizoPhrenia Patients. Am[J].Psyehiatry,2006,163(3):529-531.

[26] 李小萍,李杏色,李进华等.抽动障碍儿童单胺类神经递质和血锌、钙水平分析[J].河北医科大学学报,2014,35（6）：704-706.

[27]石志鸿，张本恕，程焱，等.607 例抽动秽语综合症患者临床分析[J].现代神经疾病杂志,2003,3(2):73-76.

[28]Mathews CA, Bimson B, Lowe TL, et al. Association Between Maternal Smoking and Increased Symptom Severity in Tourette’s Syndrome[J]. Am J

Psychiatry 2006,163(6):1066-107.

[29]陈会,钟佑泉,吴惧等.链球菌感染的儿童抽动障碍相关性研究[J].中国医学工程,2010（4）：99-100.

[30]易俊.氟哌定醇治疗儿童抽动障碍的疗效研究[J].中国医药指南,2015,13（2）：145-146.

[31] 张艳,苏静,胡忠杰等.阿立哌唑与盐酸硫必利治疗儿童抽动障碍的临床疗效与安全性对比[J]. 山东医药,2014,54（20）：44-46.

[32] 王媛,陈国洪.盐酸硫必利联合氟哌啶醇治疗儿童抽动障碍临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16（17）：83-84.

[33] Bruggean R,vander Linden L,Buitelaar JK,et al Risperidoneversus pimozide in Tourette’s disorder a comparative-double-blind paralled group study[J].clin psychiatry,2001,62(1):50-56.

[34] 李岩,高丽,王艳等.儿童抽动障碍临床分析及疗效观察[J].临床医药文献杂志（电子版）,2016,3（14）：2718-2719.

[35]谭庆荣,吴保仁,王怀海,等.利培酮治疗 Tourette 综合征对照研究[J].临床精神医学杂志,2004,14:42-43.

[36]Aman MG,Smedt GD,Derivan A,et al.Double-Blined,placebo-controlled study of Risperidone For the treatment of Disruptive behaviors in children with subaverage[J].Am J Psy2 chistry,2002,159:1337-1346.

[37]Mc Cracken JT,Mc-Gough J,Shah B,et al.Risperidong in children with autism and serious behav-Ioral problems[J].N Engl J Med,2002,347:314-321.

[38] 李文军.脑电生物反馈治疗儿童抽动障碍近期疗效研究[J].中国实用医药,2013,8 （6）:61-62.

[39] 柯钟灵,陈燕惠,念欲霞等.可乐定透皮贴治疗儿童抽动障碍疗效与安全性的系统评价和 Meta 分析[J].中国循证儿科杂志,2016,11（6）：426-430.

[40] 刘艳艳,陈燕惠,陈辉等.阿立哌唑与泰必利治疗儿童抽动障碍的对照研究[J].中国当代儿科杂志,2010,6:421-424.

[41] 朱晓华,方拴锋.心理支持联合盐酸硫必利治疗儿童慢性抽动障碍疗效分析

[J].中国妇幼保健,2012,27（5）：690-691.

[42] 杨春松,张伶俐,朱彩蓉等.非典型抗精神病药物在儿童多发性抽动障碍治疗中的研究进展[J].中国药事,2017,31（1）：7-11.

[43]伏洁，刘光陵，夏正坤，等.脑电生物反馈对诊断和治疗儿童注意缺陷多动障碍的临床探讨[J].医学研究生学报，2006,19（3）：241、243.

[44]吴丹红， 崔红媛， 王晓鸥等.生物反馈治疗小儿抽动障碍的疗效评价[J].全科护理 2010,8（6）：1434.

[45]张玉娟,王玉凤.盐酸托莫西汀治疗共患抽动障碍的注意缺陷多动障碍的临床疗效[J].实用儿科临床杂志,2009,24(3):79-81.

[46]刘侠.氟哌啶醇治疗儿童抽动障碍不良反应 20 例临床分析[J].内蒙古中医药,2014,33（2）：62-63.

[47]张燕,徐鹏,杨楹.利培酮口服液与氟呱咤醇治疗 Tourette.S 综合征的临床对照研究[J].精神医学杂志,2010,23(3):171-173.

[48]Dlony,AnnableL,SandorP,etal.RisPeridone in the treatment of Tourette Syndrome a double blind Plaeebo 一 controlledtrial[J]. Clin 一 Psyehopharmcol,2002,22(1):31.

[49]郑瞻培,高哲石.精神科疾病临床治疗与合理用药[M].北京:科学技术文献出版社,2007:237-244.

[50] 陈齐鸣，温伟．多发性抽动症的治疗[J]. 内科理论与实践,2010,(5):403-407.

[51] 陈香英,宋战义,庾金燕.丙戊酸钠治疗儿童抽动障碍的临床观察[J].医学理论与实践,2015,28（2）：181-182.

[52] Olumide O Oluwabusi, Susan Parke, Paul J Ambrosini . 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.

[53]Babel，tbwamkepc，Ostert，ag CB. Immediateand long term out come afterinfrathalamic and thalamic lesioning forintractable tourette7 syndro[J]. Neurol Neurosurg Psychiatry,2001，70(5)：666-671.

[54]Rauchsl，Baer L，Cosgrovegret a. Neurosurgical treatment tourette’ syndrome：a critical review [J]. Comprpsychiatry,1995，36：141-156.

[55]Vandewalle，Van derLlinden C. Stereotactic treatment ofgilles de la tourette syndrome by hi frequency stimulation ofthalamus [J]. Lancet，1999，353(9154)：724-732.

[56]伏洁，刘光陵，夏正坤，等. 脑电生物反馈对诊断和治疗儿童注意缺陷多动障碍的临床探讨[J]. 医学研究生学报，2006,19(3):241-243.

[57]吴丹红,崔红媛,王晓鸥,等.生物反馈治疗儿童抽动障碍的疗效评价[J].全科护理 2010,8(6):1434.

[58] 夏桂选.刘弼臣教授从肺论治儿童抽动障碍思路的形成及其治未病思想[J].中医儿科杂志,2011,7（1）：1-2.

[59]王文革,孟宪军.汪受传治疗小儿多发性抽动症的经验[J].辽宁中医杂志,2004,31(3):18.

[60]徐佩莉.知柏地黄丸新用[J].新中医,2005,37(11):76-77.

[61]李冰,陈黎,黄铁栓,等.小儿抽动障碍与 A 组溶血性链球菌感染的关系[J].中国妇幼保健,2008,23:490-492.

[62]张映梅.从小儿脾弱肝旺谈儿童多动症及抽动症[J].实用中医药杂志,200,21(1):55.

[63]俞婉静,阮红明,韩新民.韩新民从风痰论治儿童抽动症经验[J].浙江中医药大学学报,2017,41（1）：69-71.

[64]杨广娥. 盐酸硫必利联合维生素 B12 对 60 例抽动障碍患儿神经功能及心理的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19（8）：113-114.

[65]杨帅，任晓暄，赵雅芳,等.电针"百会""足三里"穴对 IBS 模型大鼠行为及海马 5-HT 水平的影响[J].现代生物医学进展 ，2013,13 10:1844-1848.

[66]张慧,杨思奇.耳穴贴压降压沟、三焦、肝区对血压变异的影响[J].陕西中医,2011, 32（10）： 1388-1389.

附件

附件一：综述

中医治疗儿童抽动障碍的研究概况

摘要：目的：总结近年来中医对儿童抽动障碍的治疗概况。方法：通过检索维普全文数据库、CNKI、万方数据库等资料库中近年来发表的中医治疗儿童抽动障碍的文献，对中医治疗儿童抽动障碍的临床研究进行归类整理、分析总结，为临床中医治疗儿童抽动障碍提供研究依据。结论:中医治疗儿童抽动障碍方法较多，临床常用的主要有中药汤剂、针刺、耳穴贴压及中成药等。

关键词：儿童抽动障碍；针刺；中药；耳穴；中成药

儿童抽动障碍（tic disorder，TD）是一种慢性神经精神类疾病，起病于儿童时期，临床表现以快速的、不自主的、反复的一组或多组肌群运动性抽动，伴或不伴发声性抽动为主要特征[1]，本病常伴有轻重不等的心理行为问题及共患病，如过度敏感、易激惹、注意缺陷多动障碍、学习困难、强迫障碍、睡眠障碍甚至自伤行为[2-3]。据国内外文献报道，本病国外患病率为 1-23.4%[4-5]，国内为 0.4%-7%[6-7]。国内报道 8 岁-12 岁人群中抽动障碍患病率 2.42‰，男性学龄儿童患病危险性最高，男女患病比率为 3：1-5：1[8]。近年来，其患病率有增加趋势[9]，目前本病已成为儿童精神科和儿科的一种常见病。因短期内发病症状不易很快控制，发病时症状的特殊性以及多数患儿的共患障碍，不仅严重影响患儿的身心健康，对家庭、学校乃至社会均有较为不良的影响[10]。

古代医籍无本病病名记载，根据临床症状可归属于“瘛”、“痉强拘挛”、“痫瘛痉挛”“慢惊风”。中医对本病病因病机的认识有五志过极，肝风内生[11]；禀赋不足，调养失宜[12-13]；肺脏娇嫩，感受外邪[14]；饮食失宜，损伤脾胃[15]；久病痰瘀为患[16]。中医疗法主要有中药、针刺、耳穴、中成药。

1.中药

1.1 常见证型

中药治疗本病以脏腑辩证为主，常见证型有

（1）脾虚肝旺型：面色萎黄,身体瘦小,神疲， 胸闷气短,叹息胁胀,抽动无力,时发时止,时轻时重,食欲不振,卧时露睛,大便稀塘,舌淡,苔薄白,脉细弱或沉缓。

（2）肝肾阴虚型： 形体消瘦,精神疲惫,两罐潮红,五心烦热,挤眉眨眼,摇头点头,耸肩、喉中出声,性情急躁,口渴唇红,睡眠不安,大便多干积,舌红降,苔少或无苔,脉细数。

（3）心肝火盛型：仰头伸颈,眨眼皱眉,挺胸鼓肚,扬手踢腿,口出秽语,时见发声如鸟吹催口哨,喉间时有不适,心烦口干,夜寐不安,多梦多惊,舌红,苔黄腻,脉滑数。

（4） 肺虚肝亢型： 摇头点头,耸肩踢腿,挤眉弄眼,缩鼻撅嘴,肢体扭动,胜者腹肌搐动,频繁发作,口出奇异之声,伴有恶寒发热,鼻塞流涕,喷嚏咳嗽等表现,舌淡红,苔薄白或薄黄,脉浮,指纹红。

1.2 辨证论治

从肝论治，最为多见。王素梅从“ 肝常有余” 辨证立法，根据病情特点，与疾病不同阶段，选择疏肝、柔肝、平肝、清肝等治法，药物多选用柴胡、白芍、川楝子、佛手、枳实、荔枝核、菊花、蝉衣、谷精草、自蒺藜等加减。王霞芳认为本病大多与先天不足或情志失调有关，病位在肝，涉及心、肺、脾、肾，病机属性是本虚标实，提出“从肝论治”，以平肝潜阳，滋补肝肾之阴，达到平衡阴阳。常用杞菊地黄汤或羚角钩藤汤、百合地黄汤加减。宣桂琪根据多年临床经验认为，本病属肝风为主，提出从肝风论治，自拟平肝熄风汤治疗，治疗 30 例的患儿，总有效率达 90%。李捷认为本病的发生主要在肝。应重在治肝，方选小柴胡汤加减，收到良好疗效。邹治文等认为本病以肝风内动、肾阴不足最为常见，治以平肝潜阳、滋补肝肾为主，从肝论治多发性抽动症 400 例，取得较好疗效，总有效率达 98.5%。[17]

从肺论治，刘弼臣教授认为儿童抽动障碍“病发于肺”。肺为娇脏，最易受到外邪侵犯。本病患儿常伴有鼻塞流涕、咽干咽痛等肺系症状，抽动和秽语也常因外感诱发或加重。因此刘老提出本病的发病规律为“外风引动内风”。在治疗方面，刘老提出“从肺论治”， 治肺以平肝。常用药物如下：辛夷、苍耳子利窍

通闭，治鼻子抽动；菊花、黄连清热明目，治眨眼；天麻、钩藤平肝息风，治摇头；木瓜、伸筋草舒筋活络，治肢体抽动；白芍、炙甘草酸甘化阴，治腹部挛急；蝉蜕、僵蚕、玄参、板蓝根、山豆根清热利咽，控制异常发声；石菖蒲、半夏、郁金豁痰通窍，止秽语；重者加用全蝎、蜈蚣行表达里，搜剔风邪，开痰行滞。全方共奏疏风宣肺、化痰通络、平肝息风之功，使肺窍得利，风邪得散，痰浊得清，抽动、秽语等症状自然消失。[18]

从脾论治,张新建教授认为本病为脾虚痰聚证，对小儿多发性抽动症治法为运脾化痰、平肝熄风，即运脾化痰祛风。治疗采用三九免煎颗粒，组成方药：龙骨、牡蛎、枳实、钩藤、僵蚕、白芍、苍术，并在此基础上再根据患儿的体质，病程，兼证之不同而随证用药[19]。李宜瑞等认为本病脾虚肝亢者，治宜扶土抑木，方用四君子汤合半夏天麻白术饮加减。方中四君子汤健脾益气；法半夏燥湿化痰；天麻、钩藤、白芍平肝熄风[20]。

从肾脏论治,小儿肾之精气不足，肾阴化生乏源，肾为先天之本，各脏之阴均有赖于肾阴的滋润；正常的动态平衡状态下，“阴平阳秘，精神乃治”， 若素体真阴不足，或热病、久病伤阴，或肝病及肾，肾阴虚亏、水不涵木，肝之阴血不足，无法制约肝阳，肝肾之阴阳失衡，导致阴虚阳亢、虚风内动。张新建教授以补肾益阴、柔肝息风为主要治则，取得良好疗效。[21]

从心论治，韩斐认为心神失调为小儿抽动症的病理基础，而患儿的各种肝风动摇的症状为本病的外在表现。临床发现抽动患儿发病前或多或少都有神经质特点，如性格内向、执拗、急躁易怒、易兴奋、易紧张、易委屈、敏感、自卑、胆小等，这些性格特点往往被家长忽视，加上过分溺爱和学习上过高的要求，加重了患儿的负担，使其精神压力过大，导致情绪无法释放，日积月累而表现为各种部位的抽动症状。故治疗应当重视调理心神。[22]

从风痰瘀辨治。汪受传教授从风痰论治本病，以豁痰熄风为大法，辅以平肝泄火、祛痰宁心、健脾养心、养肝滋肾四法，自拟风宁汤加减，疗效显著[17]。史英杰老师认为本病属“痰饮”范畴，病机与“痰”和“瘀”有关。在小儿多发性抽动症的治疗方面，史师提出了从肝、脾、肾出发，“痰”“瘀”同治，辨病与辨证相结合的治疗思路，创立了由《 济生方》化痰名方“涤痰汤”。[23]

2．针灸

2.1 针刺

刘媛媛等采用针刺背俞穴治疗本病28例，取穴：心俞、肝俞、脾俞、肾俞、三焦俞，采用轻浅弱刺激手法。肝俞(双侧)、肾俞(双侧)，接电针仪，连续波刺激20 分钟，TDP 照射背部，结果：总有效率96．43%。狯世芬等对30例患儿用头穴留针治疗，主穴取额中线、顶中线、顶旁1线，频繁眨眼加取枕上正中线、额旁1线，肢体抽动者配顶颞前斜线。异常发音配颞后线，进针与头皮呈30度夹角,先快速捻转2分续留针,每15分再捻转1次,每次1小时,隔天1 次，共治疗3 个月，结果，治疗组有效率73.4%，与西药对照组60%，疗效相当。在改善发声性拙动和整体损害方面，治疗组明显优于对照组(P<0.05)[17]。周德安老师经过多年实践总结出“安神方” 、“治痰方” 、“ 补中益气方”等针灸处方，临床疗效确切。[24]

2.2 推拿

李宗起对30例多发性抽动症患儿用推拿按摩加耳穴贴压治疗，根据不同临床表现选取不同部位推拿按摩，4 -6 岁患儿加捏脊。耳穴取神门、缘中、肝、脾、肾、心、肾上腺、皮质下、脑点、内分泌等相应部位，均1月为1疗程。连续3个疗程，结果治愈率，为80%，总有效率为96.7%。[25]

2.3 耳穴

戴方娣等予对照组口服氟哌啶醇及安坦片，试验组予以耳穴压籽，取病人耳穴：心、肝、脾、肺、肾，以王不留行籽贴压穴位，左右耳隔日交替贴压，嘱患者自行垂直按压每一个贴敷的穴位，每日按压5次，每次5m in。治疗结果：对照组 40例中，显效20例，有效8例，无效12例，总有效率70% 。实验组40例中，显效19例，有效8例，无效13例，总有效率67．5%，两组有效率无显著性差异(P ＞ 0．05)。耳穴是五脏之气输注于耳部的穴位，与全身脏腑经络关系密切，通过耳穴压籽具有调节五脏功能，达到阴阳气血平衡，而使诸症自消的作用。与氟哌啶醇治疗相比二者疗效统计学无显著性差异，而且也避免了药物的不良作用。[26]

2.4 整脊

韩春霞等采用整脊疗法治疗本病，第一步分筋理筋点按肩井、天宗、风池等穴，以舒筋活络止痛，然后用手指腹或手掌在颈肩部沿肌纤维垂直或平行的方向

推、拿、揉、提、捏以放松紧张的肌肉；第二部整脊复位，取得很好疗效。[27]

2.5 穴位注射

张洪等刺加穴位注射治疗小儿抽动症 69 例，与单纯西药氟哌啶醇治疗 56 例作疗效对比观察。主穴取百会、印堂、两侧的顶颞前斜线中下段，眨眼者配太阳，缩鼻严重者配迎香，歪嘴者配地仓，摇头扭颈者配风池。起针后，取肝俞、风门等穴，常规消毒后，用 4.5 号针头 5m l 注射器，抽取脑蛋白水解注射液(奥利达注射液)5 m 1 分别在上述穴位注射 1—2 m l。结果治疗组总有效率为 91．30%，对照组 83．92%，两组患儿治疗前后抽动量表差异有非常显著性意义(P<0．001)，而两组间差异无显著性意义(P>0．05)。结论针刺加穴位注射治疗小儿抽动症优于单纯西药氟哌啶醇治疗。[28]

3．内外合治

3．1 中药配合针灸

殷二航[30]对照组采用针刺法治疗,选取印堂、神门、四神聪、太冲、合谷、百会、阳陵泉、风池为主穴进行针刺，随证配穴。对患儿采用平补平泻法，每次留针 30 min，隔日对患儿针刺治疗 1 次。观察组采用滋水清肝饮联合针刺法治疗,滋水清肝饮药方：生地黄 24g，酸枣仁 15g，白芍、山茱萸、当归、山药各 12 g，泽泻、茯苓、山栀、丹皮各 9 g，柴胡 6g，辨证加减处方,患儿的针刺治疗法同对照组。对两组患儿持续治疗 2 个月。观察组的治疗有效率 93.8%，较对照组 78.1% 显著提高，且差异具有统计学意义(P＜ 0.05)。

3．2 中药配合耳穴贴压

杜淑娟等观察中药配合耳穴贴压治疗儿童抽动障碍疗效，治疗组予耳穴贴压。取穴：皮质下、神门、心、肝、肾，每次 2—3 穴，以王不留行籽或白芥籽贴压，每次按压 5 分钟，每天按压 3 次，每周施术 2 次，双耳交替。同时服益智宁神口服液(主要组成：熟地黄、北芪、白芍、龙骨、远志、石菖蒲、五味子)。治疗组愈显率 81．3%、总有效率 96．9%，单纯中药组愈显率 50%、总有效率 78．1%，西药组愈显率 58．3%、总有效率 83．3%。[31]

4.常用中成药[32]

静灵口服液：主要以熟地黄、山药、茯苓 、丹皮、龙骨、知母、黄柏等药物组 成。滋阴潜阳，补肾健脑，宁神益智。适用于肾阴不足，肝阳偏旺之儿童抽

动症。用量：3-5岁半支/次，2次/日；6-14 岁1 支/次，3 次/日 ；14 岁以上1 支/次，3次/日 。30天1个疗程，连续2-3个疗程。

小儿智力糖浆：调补阴阳，开窍益智。主要以龟甲、龙骨、远志、石菖蒲、雄鸡等药物组成。用于阴阳失调所致的轻微脑功能障碍综合征及抽动障碍。用量：≤5岁1支/次，6～8岁5支/次，3次/日 ；≥9岁2支/次，2次/日。 疗程1-3个月。

多动宁胶囊：潜养肝肾，开窍，宁心安神。主要以熟地黄、龟甲、山茱萸、龙骨、僵蚕、化橘红等药物组成。适于肝肾阴虚所致儿童抽动伴冲动任性，烦躁易怒。3-5粒/次，3次/日， 疗程 2-3个月。

5.心理疏导

儿童抽动障碍病程较长，病情易反复，且常伴发多种心理障碍和行为障碍，由于患儿的认知功能及发育尚未成熟，情绪控制力较差，在精神紧张及受到训斥、批评、压力大时症状会加重，家庭和睦、气氛轻松时，患儿心情愉悦，能够减轻抽动症状，利于疾病的恢复[33]。本病的治疗除药物治疗外，心理治疗这种非药物治疗方法正日益受到关注，在减轻抽动症状方面发挥重要作用。当儿童抽动明显时，家长此时不可强硬的制止，应转移他的注意力，有助于缓解症状，即为心理转移疗法。父母应尽力营造轻松愉悦、和谐亲密的家庭氛围，避免小孩过度紧张。学校老师应注意妥善安排儿童学业，尽可能减轻患儿压力，合理安排患儿日常作息时间，避免压力过大，也要适当参加文体活 。

6.小结

综上所述，本病共患病较多，伴随着诸多心理、行为问题，目前中医治疗小儿抽动症的疗法较多。近年来随着本病上升的发病趋势，越来越多人开始认识本病，父母、学校、社环境都是本病的重要影响因素。父母、学校等都应尽力为患儿营造轻松愉悦的环境。中医认为人是一个整体，与自然、社会环境也是一个整体。人的内在心理活动、情绪反应、脏腑器官功能都是一个整体，三者之间息息相关，互相影响。正因如此，中医疗法在治疗抽动症状的同时，也能改善其共患病。中医治疗本病具有整体治疗、无毒副作用的优势，在临床上发挥了不可替代的作用。今后中医定会以自己的优势得到更多人的认可。作为中医学者，也应当更加努力探索更多治疗本病有效的中医疗法。

参考文献

[1]李英,黎峥嵘,舒兰.小儿抽动障碍中西医病因病机述要[J].中医药导报,2006:12（5）：85-87.

[2]刘智胜.抽动障碍的诊断与治疗[J].实用儿科临床杂志,2012,27（24）：1908-1912.

[3]Olumide O. OluwabusiSusan. ParkePaul J. Ambrosini.Tourette syndrome associated with attention deficit hyperactivity disorder: The impact of tics and psychopharmacological treatment options[J]. World Journal of Clinical Pediatrics.2016,5(1):128-135.

[4]DE Comings，JA Himes，BG Comings An epidemiologic study of Tourette's syndrome in a single school district[J].Journal of Clinical Psychiatry, 1990, 51(11):463-9.

[5] R Kurlan，MP Mcdermott，C Deeley，etal. Prevalence of tics in school children and association with placement in special education[J].Neurology,2001,57(8):1383-1388.

[6]金嵘,郑荣远,黄文武,等.浙江省温州地区 7-16 岁人群 Tourette 综合征患病率调查[J].中华流行病学杂志,2004,25（2）： 131-133.

[7]刘玲,江志贵,李微,等.顺德龙江地区小学生抽动障碍流行病学调查及其与微量元素的关系[J].中国当代儿科杂志,2013,15（8）：657-660.

[8]沈晓明.临床儿科学[M].第二版.北京：人民卫生出版社，2013，956.

[9]刘智胜.儿童抽动障碍——儿童抽动障碍诊断要点[J].中国实用儿科杂志,2012,27（7）： 481-485.

[10]邓红珠,邹小兵.儿童抽动障碍共患病[J].中国实用儿科杂志,2012,27（7）：485-487.

[11]王俊宏,肖和印,尹丹.熄风静宁冲剂治疗抽动一秽语综合征的临床研究 [J].北京中医药大学学报,2002,25(5):67-68.

[12]王文革,孟宪军.汪受传治疗小儿多发性抽动症的经验[J].辽宁中医杂志,2004,31(3):18.

[13]徐佩莉.知柏地黄丸新用[J].新中医,2005,37(11):76-77.

[14]李冰,陈黎,黄铁栓,等.小儿抽动障碍与 A 组溶血性链球菌感染的关系[J].中国妇幼保健,2008,23:490-492.

[15]张映梅.从小儿脾弱肝旺谈儿童多动症及抽动症[J].实用中医药杂志,200,21(1):55.

[16]张霞,史英杰,刘鑫.涤痰化癖法治疗小儿多发性抽动症 32 例临床观察[J].四川中医,2009,27(3):87-88.

[17]徐佩莉.中医治疗小儿多发性抽动症的临床进展[J].中国中医药科技,2014,0（2）： 225-226.

[18]夏桂选.刘弼臣教授从肺论治儿童抽动障碍思路的形成及其治未病思想[J].中医儿科杂志,2011,7（1）：1-2.

[19]袁君茹,白东林,张新建.张新建教授治疗脾虚痰聚证小儿多发性抽动症经验探微[J].光明中医,2015,30（10）：2082-2083.

[20]李宜瑞,田慧.辨证治疗儿童抽动障碍 70 例[J].新中医, 2008,40(4):83-84.

[21]石海莎,王晓利.张新建教授治疗小儿多发性抽动症经验[J].世界中西医结合杂志,2010,5（12）:1024-1024.

[22]王春辉, 韩斐.韩斐治疗小儿抽动-秽语综合征经验[J].中国中医药信息杂志,2010, 17（3）：91-92.

[23]张霞,史英杰.史英杰辨治小儿多发性抽动症经验北京中医药[J]. 2009,28（1）：20-21.

[24]刘慧林,夏淑文,周德安.周德安针药结合治疗儿童抽动障碍临床经验[J].北京中医药,2010,29（12）：898-900.

[25]李宗起.推拿联合耳穴疗法治疗小儿多发性抽动症 30 例疗效观察[J].中医儿科杂志, 2011,7（5）：43-45.

[26]戴方娣,戴方瑜.耳穴压籽治疗儿童抽动障碍症 40 例疗效观察[J].浙江中医杂志,2011, 46（6）：447-447.

[27]韩春霞, 项柏冬.整脊疗法治疗儿童抽动症 60 例临床观察[J].中国妇幼保健,2010,25（21）:3063-3064.

[28]张洪,邓鸿. 针刺加穴位注射治疗小儿抽动症疗效观察[J].上海针灸杂志,2005,24（5）：15-16.

[29]李群.观察针刺加穴位注射治疗 45 例小儿抽动症的疗效[J].求医问药,2012,0（A11）：818-818.

[30]殷二航.滋水清肝饮联合针刺法治疗儿童抽动障碍的临床研究[J].中国社区医师,2016,32（9）：129-130.

[31]杜淑娟,郑燕霞，彭贝如.耳穴贴压联合益智宁神口服液治疗多发性抽动症 32 例疗效观察[J].四川中医，2006,24（6）：102-103.

[32]胡艳,季之颖.儿童抽动障碍的中医治疗方案[J].中国社区医师：医学专业,2010,0（4）：6.

[33]杨柳.小儿多发性抽动症的中医治疗研究探析[J].光明中医,2016,31（13）:1858-1860.

附件二：在读期间公开发表的学术论文、专著及科研成果

序号	成果（论文、专著、获奖项目）名称	成果鉴定、颁奖部门及奖励类别、等级或发表刊物与出版单位、时间	本人署名次序
1	袁秀丽教授“两点一圈”针刺治疗面瘫临床经验浅析	《光明中医》 2016 年第 16 期	第一作者
2	针灸在美容医学中的运用初探	《亚太传统医药》2016 年第 21 期	第一作者
3	中医疗法诊治麻风病历报道	《医药》2016 年第 7 期	第一作者
4	阴阳学说对古今中医理论的影响	《医药卫生》2015 年第 19 期	第一作者
5	论十二皮部在针灸领域里的重要意义	《医师在线》2016 年第 15 期	第一作者

附件三：相关量表

抽动问诊调查表

抽动类型	具体表现
运动性抽动	1）简单运动性抽动（快的、突然地、无意义的） 包括眨眼、眼睛转动、鼻子动、嘴动、做怪相、头动、耸肩、臂动、手动、腹部紧张、腿或脚或趾动，身体其他部位的不自主抽动； 2）复杂运动性抽动（较慢的、有“目的”的） 包括眼的表情和转动、嘴动、面部动作和表情、头部姿势和动作、肩的姿势、臂和手的姿势、书写抽动、肌张力障碍姿势、弯曲（屈曲）或转体、旋转、腿、脚或脚趾的运动、与抽动相关的强迫行为（触摸、轻拍、修饰发鬓、起效）、猥亵行为、自我恶习行为、阵发性抽动、不能抑制的行为，由抽动引起的其他社会和行为问题。
发声性抽动	1）简单发声性抽动（快的、无意义的发声） 声音、喧叫声（周期性的）：咳嗽、清嗓子、嗅、吹口哨、动物的声音或鸟叫声以及其他不自主发声 2）复杂性发声性抽动（语言：单字、短语、句子） 音节、单字、秽语、模仿言语、重复言语、言语中断、言语不规则，不能抑制的说话。

耶鲁综合抽动严重程度量表 YGTSS

项目	评分标准	运动性抽动		发声性抽动		总分	
		前	后	前	后	前	后
抽动类型	0 分 无抽动。 1 分 单一抽动。 2 分 不同形式抽动 2-5 种。 3 分 不同形式抽动>5 种 4 分 多种抽动伴 1 种系列抽动 5 分 多种抽动伴 2 种或更多系列抽动						
抽动频率	0 分 无抽动 1 分 极少发生（不是每天发生 2 分 偶尔发生 3 分 频繁，每天发生，但可有<3 小时的停歇期 4 分 经常（醒后每小时都发生） 5 分 持续性（间歇不超过 5-10 分钟）						
抽动强度	0 分 无抽动 1 分 不易觉察的轻微抽动 2 分 比正常动作稍强的抽动 3 分 比正常略强但未超过正常最大程度 4 分 强度明显超过正常行为 5 分 抽动极强，引人注目甚至自伤						

复杂程度	0 分 无抽动 1 分 可疑抽动 2 分 轻度抽动 3 分 中度(动作复杂或呈系列抽动 4 分 十分复杂、极易察觉 5 分 长程的复杂抽动						
干扰程度	0 分 无影响 1 分 抽动时并不打断连贯的行为或说话 2 分 抽动时偶尔打断连贯的行为或说话 3 分 常常打断连贯的行为或说话 4 分 常常打断连贯的行为或说话，偶尔打断意向性活动或交往 5 分 常常打断意向性活动或交往						
缺损（运动性和发声性所致的全部缺损	0 分 无影响 10 分 抽动给自尊、家庭生活、社交、学习或工作带来一点困难 20 分 抽动给自尊、家庭生活、社交、学习或工作带来少量困难 30 分 抽动给自尊、家庭生活、社交、学习或工作带来明显困难 40 分 抽动给自尊、家庭生						

率）	活、社交、学习或工作带来相当困难 50 分　　抽动给自尊、家庭生活、社交、学习或工作带来极大困难（不能上学或工作）						
总分							

附：

总量表严重程度分数=总的运动性抽动评分+总的发声抽动评分+综合性损害

总的运动性抽动评分=数量+频度+强度+复杂性+受干扰程度

总的发声性抽动评分=数量+频度+强度+复杂性+受干扰程度

将抽动严重程度分为 3 个等级：轻度：<25 分；中度：25 -50 分；重度：>50 分

通过治疗前、后各用耶鲁抽动症整体严重程度量表观察评分，计算出总有效率、减分率，以此作为疗效评定标准。

总有效率：[（治愈+显效+好转）/总例数] × 100%

减分率=[（治疗前量表评分-治疗后量表评分）/治疗前量表评分] ×100%

临床疗效分级标准：

①治愈：减分率≥80%。

②显效:减分率≥50%，＜80%

③好转：减分率≥30%，且＜50%。

④无效:减分率<30%。

病例报告表

病例序号：_____　　观察开始时间：_____

患者姓名：_____　　观察结束时间：_____

<table>
<tr><td colspan="2">姓名：</td><td>就诊时间：</td></tr>
<tr><td colspan="2">性别：</td><td>发病时间：</td></tr>
<tr><td>年龄：</td><td>民族：</td><td>病程：</td></tr>
<tr><td colspan="3">家庭住址：</td></tr>
<tr><td colspan="3">联系电话：</td></tr>
<tr><td colspan="3">主诉：</td></tr>
<tr><td colspan="3">简要病史：</td></tr>
<tr><td colspan="2">既往史：无　□　　有　□</td><td>家族史：无　□　　有　□</td></tr>
<tr><td colspan="3">胎产史：顺产　□ 早产　□ 难产　□ 剖腹产　□ 出生低体重　□ 出生超体重　□</td></tr>
<tr><td colspan="3">合并症：强迫症　□　注意力缺陷多动症　□　睡眠障碍　□
情绪障碍　□　自伤行为　□　猥 亵 行为　□
其他行为问题 □</td></tr>
<tr><td colspan="3">心理应激：教养方式不当　□　学习负担过重　□
长期焦虑不安　□　家庭生活事件　□
自卑抑郁心理　□</td></tr>
<tr><td colspan="3">生活方式：常接触刺激性事物　□
偏嗜肥甘厚腻及零食　□
生活作息无规律　□</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
</table>

评分结果表

疗程	评分结果	减分率
治疗前		/
第一疗程后		
第二疗程后		
第三疗程后		
治疗结束 6 周后		

附件四：申明及授权书

独创性声明

本人郑重申明：所呈交的学位论文是本人在成都中医药大学攻读硕士学位期间在导师指导下独立进行研究工作所取得的成果，无抄袭及编造行为。据我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，本论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名（亲笔）：屠春梅　　2017年5月17日

学位论文使用授权书

根据国家相关规定，已通过的学位论文应当公开发表。本人同意：成都中医药大学有权通过影印、复印等手段汇编学位论文予以保存，并提供查阅和借阅；有权向国家有关部门、其他相关机构送交论文及电子版，公布（或刊登）论文内容。

保密论文在解密后应遵守此规定。

学位论文作者签名（亲笔）：屠春梅　　2017年5月17日

指导教师签名（亲笔）：　　2017年5月17日