

· 儿童保健 ·

小剂量氟哌啶醇结合支持性心理治疗 抽动 - 秽语综合征疗效观察

王文光¹, 张亚君¹, 肖洁芳²

(1. 鄞县人民医院儿科, 浙江 宁波 315040; 2. 宁波大学医学院附属医院儿科, 浙江 宁波 315020)

[摘要] 目的 探讨抽动 - 秽语综合征(TS)治疗方法。方法 观察组 26 例, 采用小剂量氟哌啶醇, (起始剂量每日 0.025 mg/kg, 最大剂量 2 mg/d) 结合支持性心理治疗, 并与 21 例单纯小剂量氟哌啶醇组(剂量同前)及 28 例常规剂量治疗组(起始量每日 0.05 mg/kg, 最大剂量 6 mg/d) 作对照。结果 观察组疗效显著高于单纯小剂量组 ($P < 0.01$), 与常规剂量组相近 ($P > 0.05$); 而药物毒副作用观察组 (11.5%) 明显低于常规剂量组 (46.4%) ($P < 0.05$)。结论 小剂量氟哌啶醇结合心理干预是治疗 TS 一个疗效好且安全的方法。

[关键词] 抽动障碍; 氟哌啶醇; 心理干预

[中图分类号] R741.05; R749.055 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008 - 8830(2001)01 - 0041 - 02

抽动 - 秽语综合征, 又称 Tourette 综合征 (TS), 我院自 1996 年 6 月至 1999 年 8 月采用小剂量氟哌啶醇结合支持心理治疗 TS 26 例, 与同期单纯小剂量氟哌啶醇治疗的 21 例及常规剂量氟哌啶醇加服安坦治疗的 28 例对比观察, 报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

本组 75 例 TS 为我院小儿神经内科专科门诊随访患儿, 均符合 DSM- 诊断标准^[1]。其中男 53 例, 女 22 例。年龄 6 岁 8 个月 ~ 13 岁, 平均 9.5 岁。病程 1 ~ 3 年, 平均 1.2 年。有早产、难产及窒息抢救史 17 例, TS 阳性家庭史 3 例。全组病例都有多发性抽动。首发症状出现在头颈部 62 例, 表现为眨眼、皱鼻、点头、歪嘴、吞咽、伸颈等动作; 在躯体四肢 13 例, 表现为耸肩、挺胸、扭腰、踢脚等; 伴不自主发音 44 例, 秽语 23 例, 注意力缺乏、多动 42 例, 攻击行为 9 例, 不同程度学习困难 31 例。家庭氛围: 父母关系和睦 32 例, 一般 27 例, 经常争吵 16 例。家庭教育: 父母对患儿采取打骂体罚者 37 例, 耐心说服、引导鼓励者 21 例, 百依百顺者 17 例。半数以上 (47 例, 62.7%) 家长紧张, 过分关注患儿抽动症状。75 例常规脑电图检查, 其中 66 例正常, 7 例有波

或波增多, 2 例颞叶或额叶出现少量棘慢波改变。脑 CT 扫描 75 例均未发现异常。

1.2 方法

随机分为观察组 26 例, 单纯小剂量氟哌啶醇组 21 例, 常规剂量氟哌啶醇组 28 例, 3 组患儿年龄、性别、病程、病情等无统计学差别。

1.2.1 观察组 氟哌啶醇单药口服, 均以每日 0.025 mg/kg 作为起始剂量, 然后根据症状控制情况调整至最适合治疗量, 全组病例最大剂量 2 mg/d。心理支持性治疗: 对患儿家长进行 TS 知识教育, 提高家长对 TS 认识, 告诫家长不要过分注意患儿的抽动症状, 更应避免采用打骂体罚的管教方式; 通过家长与学校老师沟通; 根据患儿兴趣爱好, 每天开展一些轻松愉快的文娱活动; 父母不在孩子面前争吵, 创造家庭和睦、轻松的气氛。

1.2.2 单纯小剂量组 氟哌啶醇单药口服, 剂量与观察组相同。

1.2.3 常规剂量组 给氟哌啶醇并用等剂量安坦治疗, 起始剂量每日 0.05 mg/kg, 以后逐渐加量, 最高 6 mg/d。

1.3 疗效判断

所有病例在治疗 2 个月后, 采用公开病症计分法^[2]观察, 即由家长和医生共同记录患儿 20 min 内不自主抽动次数和发声次数的总和作为总计量分,

[收稿日期] 2000 - 03 - 07; [修回日期] 2000 - 06 - 20
[作者简介] 王文光(1949 -), 男, 大学, 副主任医师。

然后按(治疗前计分 - 治疗后计分)/治疗前计分 × 100%, 计算控制率(计分以10次取平均值)。控制率 > 66% 为显效, 33% ~ 66% 为有效, < 33% 为无效。

1.4 统计学处理

组间比较作²检验。

2 结果

治疗效果观察组与常规剂量组基本相同($P > 0.05$), 而显著高于单纯小剂量组($P < 0.01$)。药物副反应: 观察组有3例, 单纯小剂量组2例, 在服药初1~2d出现轻度嗜睡; 常规剂量组中8例出现瞌睡、反应迟钝症状, 有5例在剂量增加到5~6mg/d时出现锥体外系反应。与观察组比较差异有显著性意义($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组治疗效果、药物副作用比较 例(%)

分 组	例数	疗 效			药物副反应	
		显效	有效	无效	嗜睡、认 知影响	锥体外 系反应
常规剂量组	28	22(78.6) ^a	3(10.7)	3(10.7)	8(28.6)	5(17.9) ^b
单纯小剂量组	21	1(4.8)	4(19.0)	16(76.2)	2(9.5)	0(0)
观察组	26	20(76.9) ^a	4(15.1)	2(7.7)	3(11.5) ^b	0(0)

注:a与单纯小剂量组治疗效果相比,²=20.08, $P < 0.01$; b药物副作用相比,²=6.29, $P < 0.05$

3 讨论

TS是一种儿童期起病,以多发运动性抽动伴发声性抽动为特征的神经精神性疾病。在普通人群中的发病率约为0.07%^[3]。近年来随着TS逐渐被临床医生认识,发病率有增高趋势。目前临床上主要应用多巴胺受体拮抗剂和促进多巴胺分解的药物如氟哌啶醇、泰必利等治疗。鉴于临床应用氟哌啶醇较大剂量可致瞌睡、静坐不能、锥体外系反应等副作用,本组采用小剂量氟哌啶醇结合支持性心理治疗

控制TS抽动,资料显示疗效显著高于单纯小剂量氟哌啶醇组,与常规剂量组比较无差异;而药物的毒副作用显著减少,且还可避免服用安坦。TS病因尚不清楚,认为是多巴胺活动过度所致,病情与情绪变化关系密切,社会心理因素对TS发病有一定的作用^[4,5]。本组中3例小学生,上课时挤眉弄眼,摇头晃脑,喉中发出声音。老师以为是调皮捣蛋,屡次批评不改,将其坐位换到讲台前一桌,家长为此经常打骂体罚患儿。结果患儿抽动症状不仅未减少,反而增多。接受治疗后,医生与家长、老师共同配合,采取诱导、鼓励,减轻患儿心理压力,避免打骂体罚,再结合小剂量氟哌啶醇口服,症状较快改善。2例3周后症状完全控制,1例抽动次显著减少。提示不良环境刺激对TS的发病可能有一定的影响,故用药配合心理辅导是必不可少的,适当安排患儿日常的作息时间和活动内容,避免过度兴奋和过度疲劳,开展一些韵律性的体育活动锻炼,行为治疗、心理辅导、习惯训练等有助于病情恢复。同时,帮助患儿家长和学校老师理解和认识TS症状特征和性质,取得他们对治疗的支持和配合。良好的社会支持,正确的对待患儿,消除心理上困扰,对促进TS康复具有重要意义^[6]。

[参 考 文 献]

- [1] 吴家骅. DSM - 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.
- [2] 任巧玲. 28例抽动-秽语综合征患儿的临床观察及认识护理 [J]. 中国行为医学科学, 1998, 7 (1): 21.
- [3] 刘智胜, 林庆, 左启华. Tourette 综合征患儿的感觉性抽动及家庭状况调查 [J]. 中华儿科杂志, 1999, 37 (5): 295 - 296.
- [4] Sandor P. Gilles de La tourette syndrome: a neuropsychiatric disorder [J]. J Psychosom Res, 1993, 37(3): 211 - 226.
- [5] 梁惠慈. 抽动-秽语综合征的行为异常 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 1999, 25 (3): 181 - 182.
- [6] 李雪荣. 现代儿童精神医学 [M]. 长沙: 湖南科技出版社, 1994, 250 - 256.

(本文编辑: 吉耕中)