

文章编号: 1005-0957 (2024) 07-0713-06

· 专题研究 ·

# 穴位敏感点揸针配合中药治疗多发性抽动症的疗效观察

丁金磊<sup>1</sup>, 刘伙生<sup>1</sup>, 王红<sup>2</sup>, 何天峰<sup>1</sup>, 马洁<sup>1</sup>, 张立娜<sup>1</sup>, 陶善平<sup>1</sup>

(1. 上海市嘉定区中医医院, 上海 201899; 2. 上海市宝山区中冶医院, 上海 200941)

**【摘要】 目的** 观察穴位敏感点揸针配合中药治疗多发性抽动症的临床疗效。**方法** 将 150 例多发性抽动症患者随机分为治疗组、对照 1 组和对照 2 组, 每组 50 例。治疗组采用穴位敏感点揸针配合中药治疗, 对照 1 组采用揸针配合中药治疗, 对照 2 组采用口服盐酸硫必利片治疗。观察 3 组治疗前后耶鲁抽动程度综合量表 (Yale global tic severity scale, YGTSS) 各项评分及各项中医证候积分的变化情况, 比较 3 组临床疗效及不良反应发生率。**结果** 治疗组总有效率为 89.6%, 对照 1 组为 80.4%, 对照 2 组为 69.6%, 治疗组总有效率明显高于对照 1 组和对照 2 组 ( $P < 0.05$ ), 对照 1 组总有效率明显高于对照 2 组 ( $P < 0.05$ )。3 组治疗后中医证候积分及 YGTSS 各项评分均较同组治疗前显著下降, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组和对照 1 组治疗后中医证候积分及 YGTSS 各项评分均明显低于对照 2 组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后运动抽动、烦躁易怒、精神倦怠、纳差积分及 YGTSS 各项评分均明显低于对照 1 组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组治疗期间不良反应发生率为 6.3%, 对照 1 组为 8.7%, 对照 2 组为 26.1%, 治疗组和对照 1 组不良反应发生率均明显低于对照 2 组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 穴位敏感点揸针配合中药治疗脾虚肝旺型多发性抽动症有较好的临床疗效, 能够改善多发性抽动症患者的临床症状, 安全性较高。

**【关键词】** 针刺疗法; 抽动症; 揸针; 皮肤针疗法; 中药; 针药并用

**【中图分类号】** R246.4 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.07.0713

**Therapeutic observation of thumbtack needles at the sensitive spots around points plus Chinese medication for Tourette syndrome** DING Jinlei<sup>1</sup>, LIU Huosheng<sup>1</sup>, WANG Hong<sup>2</sup>, HE Tianfeng<sup>1</sup>, MA Jie<sup>1</sup>, ZHANG Lina<sup>1</sup>, TAO Shanping<sup>1</sup>. 1.Shanghai Jiading District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201899, China; 2.Shanghai Baoshan District Zhongye Hospital, Shanghai 200941, China

**[Abstract] Objective** To observe the clinical efficacy of thumbtack needles at the sensitive spots around points plus Chinese medication in treating Tourette syndrome (TS). **Method** A total of 150 TS patients were randomly allocated to a treatment group, control group 1, and control group 2, each consisting of 50 cases. The treatment group received thumbtack needles at the sensitive spots around points plus Chinese medication, control group 1 was treated with thumbtack needles plus Chinese medication, and control group 2 received oral Tiapride hydrochloride tablets. The Yale global tic severity scale (YGTSS) scores and traditional Chinese medicine (TCM) symptom scores were observed before and after the treatment, and the clinical efficacy and adverse reaction rate were compared among the three groups. **Result** The total effective rate was 89.6% in the treatment group, versus 80.4% in control group 1 and 69.6% in control group 2; the treatment group had a significantly higher total effective rate than control groups 1 and 2 ( $P < 0.05$ ), and control group 1 was markedly higher than control group 2 ( $P < 0.05$ ). In the three groups, the TCM symptom scores and YGTSS scores all dropped significantly after the intervention ( $P < 0.05$ ). The TCM symptom scores and YGTSS

基金项目: 上海市嘉定区名老中医工作室 (流派工作室) (2021MLZYGS-03)

作者简介: 丁金磊 (1982—), 男, 副主任医师, Email: djl\_jdtcm@126.com

通信作者: 陶善平 (1970—), 男, 主任医师

scores were notably lower in the treatment group and control group 1 than in control group 2 ( $P < 0.05$ ). The scores of motor tics, irritation, lassitude, and poor appetite and YGTSS scores were significantly lower in the treatment group than in control group 1 after the intervention ( $P < 0.05$ ). During the treatment, the treatment group had an adverse reaction rate of 6.3%, and it was 8.7% in control group 1 and 26.1% in control group 2; the rate was lower in the treatment group and control group 1 than in control group 2, both showing statistical significance ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion** Chinese medication plus thumbtack needles at the sensitive spots around points can produce satisfactory clinical efficacy in treating TS due to spleen deficiency and liver hyperactivity. This method can improve clinical symptoms in TS kids with good safety rating.

**[Key words]** Acupuncture therapy; Tourette syndrome; Thumbtack needle; Dermal needle therapy; Chinese medicines; Acupuncture medication combined

多发性抽动症(tourette syndrome, TS)是一种多发于儿童的,以抽动为主要表现的神经精神疾病。其主要表现为患者不受自我控制的、快速、反复的肌肉抽动,如面部、颈部、头部、四肢或躯干等部位肌肉抽动;有部分患者喉间不自主突然发声,甚至有少部分患者会不自主地骂人、说脏话,因此本病曾被称作“抽动秽语综合征”。近年来,TS的发病率呈上升的趋势,我国对TS的大样本流行病学研究较少,且研究结果不一,有研究显示我国TS发病率约为6.1%<sup>[1]</sup>,且男孩明显多于女孩。该病对患者的身心、家庭以及整个社会造成了重大的负面影响。西医对TS的治疗主要依赖抗精神病药物,但这类药物不良反应明显,严重者常不得不停药而寻求其他疗法。中医学认为本病为风、痰、火、瘀等病理因素导致,和肝、脾、心、肾等脏腑有关<sup>[2]</sup>。患者脾胃虚弱,病程日久则肝气乘脾,脾虚肝旺,发为本病。中医治疗有中药、毫针、头皮针、揸针、耳穴贴压、推拿等多种方法,患者及家长较易接受,简便,无不良反应,应用前景广泛。本研究观察穴位敏感点揸针配合中药治疗脾虚肝旺型TS的临床疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

150例脾虚肝旺型TS患者均为2021年1月至2022年12月上海市嘉定区中医医院针灸科(67例)、儿科(52例)、推拿科(11例)及上海市宝山区中冶医院中医科(20例)门诊患者。所有患者按随机数字表法分为治疗组、对照1组和对照2组,每组50例。治疗组中男43例,女7例;年龄4~15岁;病程2~48个月;采用耶鲁抽动程度综合量表(Yale global tic severity

scale, YGTSS)评分示轻度28例,中度14例,重度8例。对照1组中男45例,女5例;年龄5~16岁;病程3~36个月;采用YGTSS评分示轻度24例,中度19例,重度7例。对照2组中男46例,女4例;年龄5~14岁;病程3~42个月;采用YGTSS评分示轻度29例,中度11例,重度10例。3组患者性别、年龄、病程及病情严重程度比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本研究经上海嘉定区中医医院伦理委员会审批通过(2020伦理审查030号)。

### 1.2 诊断标准

#### 1.2.1 西医诊断标准

以《中国精神障碍与诊断标准》第3版(CCMD-III)<sup>[3]</sup>中TS相关内容作为诊断标准。18岁之前起病,症状可延续至成年;表现为多种运动抽动和一种或多种不发声抽动,多为复杂性抽动,二者多同时出现;抽动症状几乎每日发生,1d多次,已持续1年以上,或间断发生且1年中症状缓解不超过2个月;抽动在短时间内可受意识控制,睡眠时消失,在应激下加剧;导致社会功能和日常生活明显受损,患者感到十分痛苦和烦恼;不能用其他原因来解释的不自主抽动或者发声。以上前4条为必备条件,参考最后2条即可确定诊断。

#### 1.2.2 中医辨证标准

参考《中医儿科常见病诊疗指南》<sup>[4]</sup>中抽动障碍脾虚肝旺证诊断标准。主症为抽动无力,手脚多动,腹部抽动,性情急躁,睡眠不安;次症为面色萎黄,食欲不振,精神倦怠,健忘,夜卧不安,大便不调;舌脉为舌质淡、苔薄白,脉细或细弦。

### 1.3 纳入标准

符合西医诊断标准和中医脾虚肝旺型诊断者;年龄4~16岁,性别不限;对本研究中所用中药或西药无

禁忌证及过敏反应者;能接受本研究所采用的治疗者;入组前 2 周内未口服抗儿童抽动症的中、西药者;患者及其家长签署知情同意书。

#### 1.4 排除标准

风湿性舞蹈病、肝豆状核变性、肌阵挛性癫痫、脑炎后遗症及其他锥体外系疾病、迟发性运动障碍、手足徐动症、小儿精神病等患者;合并注意力缺陷多动障碍、强迫症、学习困难等共患病者;有心、肝、肾等严重内科疾病者。

## 2 治疗方法

### 2.1 治疗组

#### 2.1.1 穴位敏感点揸针治疗

取大椎、太阳、印堂、足三里、三阴交、肝俞、脾俞穴。用指腹在太阳穴四周 0.5 cm 区域内、印堂循经上下 0.5 cm 区域内,余穴循经在穴位上下 1 cm 区域内按压探查敏感点。对压痛敏感、皮下结节、条索处,先用 75%乙醇消毒,再用 0.20 mm×1.5 mm 揸针贴于穴位敏感点,并在揸针上按压 20 下,使局部有酸胀感,以激活穴位增强疗效。留针 2 d,留针期间嘱家长每日早晚各按压埋针处 1 次,每次 1~2 min,埋针处尽量避免碰水,以防感染。2 d 后自行取下揸针,休息 1 d,再进行下次埋针。1 个月为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

#### 2.1.2 中药治疗

采用缓肝理脾汤加减,具体药物组成为桂枝 10 g,党参 10 g,炒白术 10 g,茯苓 10 g,柴胡 10 g,白芍 10 g,炒山药 6 g,陈皮 6 g,炙甘草 6 g,炮姜 3 片,大枣 3 枚。肝气亢旺加钩藤(后下)12 g,龙骨(先煎)20 g;抽动频数者加葛根 10 g,天麻 6 g;手足蠕动频繁者加木瓜 6 g,伸筋草 10 g;腹部抽动明显者加木瓜 6 g,枳壳 6 g;搐鼻者加辛夷 3 g,苍耳子 10 g;喉部发声者加桔梗 6 g,玄参 6 g;食欲不振者加焦三仙各 10 g;睡眠不安者加柏子仁 6 g,珍珠母 20 g。剂量随患者年龄适当调整。中药饮片为上海万仕诚公司生产,由医院代煎,每日 2 次,早晚各 150 mL。共服用 2 个月。

### 2.2 对照 1 组

给予常规揸针配合中药治疗。中药治疗同治疗组。揸针治疗选穴同治疗组,但不探查穴位敏感点,直接在穴位上埋针,其他操作与治疗组相同。共治疗 2 个月。

### 2.3 对照 2 组

给予盐酸硫必利片(江苏天士力帝益药业有限公

司,国药准字 H32026011)口服,4~6 岁初始剂量每次 1/3 片,每日 2 次;服药 10 d 后增加至每次 1/2 片,每日 2 次。7~12 岁初始剂量每次 1/2 片,每日 2 次;服药 10 d 后增加至每次 1 片,每日 2 次。13~16 岁初始剂量每次 1 片,每日 2 次;服药 10 d 后增加至每次 2 片,每日 2 次。连续服用 2 个月。

## 3 治疗效果

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 YGTSS 评分

3 组治疗前后分别采用 YGTSS<sup>[5]</sup>对运动性抽动和发声性抽动的抽动频率、抽动次数、抽动强度和损害率,按症状轻重评分,评分越高表示症状越重;比较患者 YGTSS 总分,以评估抽动症状总的严重度。

#### 3.1.2 中医证候积分

3 组治疗前后分别参照《中医儿科学》<sup>[6]</sup>对中医证候进行评估,主症为运动抽动、发声抽动;次症为烦躁易怒、精神倦怠和纳差。得分随严重度加重依次为 0、2、4、6 分,得分越高表示病情越严重。

#### 3.1.3 安全性评价

观察 3 组患者治疗期间胃肠道不适、皮肤发红、嗜睡、头晕、乏力、心悸等不良反应发生情况。

### 3.2 疗效标准<sup>[7]</sup>

根据 YGTSS 评分减分率进行疗效评判。

痊愈:YGTSS 评分减分率 $\geq 95\%$ ,抽动症症状完全缓解,偶有发作但不需要药物治疗。

显效:YGTSS 评分减分率 $\geq 75\%$ 且 $< 95\%$ ,抽动症症状明显好转。

有效:YGTSS 评分减分率 $\geq 30\%$ 且 $< 75\%$ ,抽动症症状有所好转。

无效:YGTSS 评分减分率 $< 30\%$ ,抽动症症状没有改善甚至加重。

### 3.3 统计学方法

所有数据采用 SPSS26.0 软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示,组内比较采用配对  $t$  检验,组间比较采用单因素方差分析;不符合正态分布的计量资料比较采用非参数检验。计数资料组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用秩和检验。以  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

治疗组最终完成研究 48 例(因不能坚持服用中药

而脱落 1 例,因个人原因未能按要求治疗而脱落 1 例),对照 1 组完成研究 46 例(因个人原因未能按要求治疗而脱落 4 例),对照 2 组完成研究 46 例(因药物反应不能坚持治疗而脱落 4 例)。

3.4.1 3 组各项中医证候积分比较

3 组治疗前各项中医证候(运动抽动、发声抽动、烦躁易怒、精神倦怠、纳差)积分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。3 组治疗后中医证候积分均较同组治疗前显著下降,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组和对照 1 组治疗后中医证候积分均明显低于对照 2 组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组治疗后运动抽动、烦躁易怒、精神倦怠、纳差积分均明

显低于对照 1 组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表 1。

3.4.2 3 组治疗前后 YGTSS 各项评分比较

3 组患者治疗前 YGTSS 各项评分(运动抽动、发声抽动、损害、总分)比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。3 组治疗后 YGTSS 各项评分均较同组治疗前显著下降,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组和对照 1 组治疗后 YGTSS 各项评分均明显低于对照 2 组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组治疗后 YGTSS 各项评分均明显低于对照 1 组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表 2。

表 1 3 组治疗前后各项中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

| 组别           | 时间  | 运动抽动                        | 发声抽动                      | 烦躁易怒                        | 精神倦怠                        | 纳差                          |
|--------------|-----|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 治疗组(48 例)    | 治疗前 | 4.26±0.49                   | 4.18±0.41                 | 4.36±0.45                   | 4.30±0.49                   | 4.44±0.45                   |
|              | 治疗后 | 1.40±0.21 <sup>1)2)3)</sup> | 1.82±0.25 <sup>1)3)</sup> | 1.52±0.22 <sup>1)2)3)</sup> | 1.36±0.35 <sup>1)2)3)</sup> | 1.67±0.25 <sup>1)2)3)</sup> |
| 对照 1 组(46 例) | 治疗前 | 4.28±0.41                   | 4.21±0.40                 | 4.30±0.39                   | 4.28±0.49                   | 4.39±0.42                   |
|              | 治疗后 | 1.93±0.25 <sup>1)3)</sup>   | 1.89±0.24 <sup>1)3)</sup> | 1.90±0.28 <sup>1)3)</sup>   | 1.94±0.26 <sup>1)3)</sup>   | 1.99±0.40 <sup>1)3)</sup>   |
| 对照 2 组(46 例) | 治疗前 | 4.20±0.48                   | 4.16±0.42                 | 4.30±0.45                   | 4.35±0.47                   | 4.42±0.39                   |
|              | 治疗后 | 2.16±0.43 <sup>1)</sup>     | 2.49±0.39 <sup>1)</sup>   | 2.29±0.38 <sup>1)</sup>     | 2.95±0.40 <sup>1)</sup>     | 3.01±0.39 <sup>1)</sup>     |

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与对照 1 组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$ ;与对照 2 组比较<sup>3)</sup> $P<0.05$ 。

表 2 3 组治疗前后 YGTSS 各项评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

| 组别           | 时间  | 运动抽动                        | 发声抽动                        | 损害                          | 总分                           |
|--------------|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 治疗组(48 例)    | 治疗前 | 15.60±2.25                  | 9.21±3.40                   | 25.88±3.85                  | 50.69±9.50                   |
|              | 治疗后 | 2.65±1.30 <sup>1)2)3)</sup> | 2.36±1.06 <sup>1)2)3)</sup> | 5.81±3.72 <sup>1)2)3)</sup> | 10.82±6.08 <sup>1)2)3)</sup> |
| 对照 1 组(46 例) | 治疗前 | 16.01±2.14                  | 9.45±2.89                   | 26.41±2.95                  | 51.87±7.98                   |
|              | 治疗后 | 4.10±1.56 <sup>1)3)</sup>   | 3.18±1.53 <sup>1)3)</sup>   | 7.92±2.88 <sup>1)3)</sup>   | 15.20±5.97 <sup>1)3)</sup>   |
| 对照 2 组(46 例) | 治疗前 | 16.23±3.01                  | 8.96±3.15                   | 25.50±3.14                  | 50.69±9.30                   |
|              | 治疗后 | 6.54±2.83 <sup>1)</sup>     | 4.08±1.74 <sup>1)</sup>     | 13.09±3.08 <sup>1)</sup>    | 23.71±7.65 <sup>1)</sup>     |

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与对照 1 组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$ ;与对照 2 组比较<sup>3)</sup> $P<0.05$ 。

3.4.3 3 组临床疗效比较

表 3 3 组临床疗效比较 单位:例

| 组别     | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%)              |
|--------|----|----|----|----|----|----------------------|
| 治疗组    | 48 | 20 | 14 | 9  | 5  | 89.6 <sup>1)2)</sup> |
| 对照 1 组 | 46 | 16 | 12 | 9  | 9  | 80.4 <sup>2)</sup>   |
| 对照 2 组 | 46 | 12 | 10 | 10 | 14 | 69.6                 |

注:与对照 1 组比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与对照 2 组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$ 。

治疗组总有效率为 89.6%,对照 1 组为 80.4%,对照 2 组为 69.6%,治疗组总有效率明显高于对照 1 组和对

照 2 组( $P<0.05$ ),对照 1 组总有效率明显高于对照 2 组( $P<0.05$ )。详见表 3。

3.4.4 3 组不良反应发生率比较

表 4 3 组不良反应发生率比较 单位:例

| 组别     | 例数 | 胃肠<br>不适 | 皮肤<br>发红 | 嗜睡 | 头晕 | 乏力 | 心悸 | 总发生<br>率(%)       |
|--------|----|----------|----------|----|----|----|----|-------------------|
| 治疗组    | 48 | 2        | 0        | 0  | 0  | 1  | 0  | 6.3 <sup>1)</sup> |
| 对照 1 组 | 46 | 2        | 1        | 0  | 0  | 1  | 0  | 8.7 <sup>1)</sup> |
| 对照 2 组 | 46 | 3        | 0        | 4  | 2  | 2  | 1  | 26.1              |

注:与对照 2 组比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ 。

治疗组治疗期间不良反应发生率为 6.3%, 对照 1 组为 8.7%, 对照 2 组为 26.1%, 治疗组和对照 1 组不良反应发生率均明显低于对照 2 组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 4。

#### 4 讨论

多发性抽动症 (TS) 发病因素目前不明确, 目前认为与遗传、患者生理心理特点、家庭和社会环境密切相关, 在患者成长过程中多种因素综合作用的结果<sup>[8-9]</sup>。目前多认为其发病机制为多巴胺能基底神经节环路功能出现了异常<sup>[10-11]</sup>。西医对本病的治疗主要是药物治疗和心理行为治疗, 药物治疗主要是各种神经阻滞剂, 包括经典抗精神病药物 (如硫必利、氟哌啶醇、匹莫齐特等) 和非经典抗精神病药物 (如利培酮、奥氮平、喹硫平等)<sup>[12]</sup>, 前者疗效好于后者, 但长期使用锥体外系和代谢的不良反应 (如嗜睡、急性肌张力障碍、焦虑、抑郁等) 更加明显<sup>[13]</sup>, 这常导致患者减药甚至停药。

TS 在中医学中属“慢惊风”“肝风”“癰瘕”“抽搐”等范畴, 多认为其病位主要在肝, 和心、脾、肾、肺密切相关。小儿肝常有余, 脾常不足, 加上多数小儿饮食不节, 饥饱失常或恣食油炸、腥膻、寒凉等食物, 导致脾气受损、脾阳不足, 脾虚肝旺, 肝木旺则乘脾土, 肝旺则生风, 发为抽动, 脾虚则运化不足。《证治准绳·幼科·慢惊》: “水生肝木, 木为风化, 木克脾土, 胃为脾之腑, 故胃中有风, 癰瘕渐生……两肩微耸, 两手下垂, 时腹动摇不已……”现代医家治疗本病也重视从肝脾论治, 如王素梅教授<sup>[14]</sup>认为本病的治疗大法为扶土抑木、平肝熄风, 并将该思想贯穿整个治疗过程, 临床常使用六君子汤合泻青丸加减治疗本病。全国名老中医宣桂琪教授<sup>[15]</sup>认为, 本病“阴常不足, 阳常有余”“脾常不足”“心肝有余”, 病机多属虚实夹杂, 常以三甲复脉汤、柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗。赵历军教授<sup>[16]</sup>认为本病分为肝阳上亢、脾虚痰聚、脾虚肝旺、阴虚风动等临床证型, 临证脾虚患者所占比例较大, 多见脾虚肝旺和脾虚痰聚。中医外治法如毫针、头皮针、穴位埋针、穴位敷贴、推拿等, 以其疗效确切、无不良反应等特点, 越来越广泛地用于 TS 的治疗。本研究中治疗组和对照 1 组针对脾虚肝旺型患者使用缓肝脾汤治疗, 方中党参、白术、茯苓、甘草为四君子汤方, 能健脾益气, 扶助中焦; 山药健脾; 陈皮理气化痰; 柴胡疏肝、白芍养阴柔肝、桂枝平抑肝木, 三药合用疏敛结

合, 平衡阴阳; 生姜、大枣温中健脾为引药; 诸药合用共奏平肝健脾、熄风止痉之效。揠针是一种新型的皮内针, 针长 1 mm, 直径 0.2 mm, 针具短, 刺入皮肤浅, 可留针 2~3 d 或更长时间。因此, 揠针疗法结合了针刺和穴位埋线的优点<sup>[17]</sup>, 其有疼痛感轻甚至无痛, 操作快捷 (整个过程仅需 1~2 min), 作用温和持久, 安全性高的优点<sup>[18]</sup>。儿童往往对疼痛较敏感, 学习负担重, 没时间经常到医院治疗, 而揠针能很好地解决患者对常规针刺的抗拒情绪, 同时对患者日常的学习和生活影响较小。针灸治疗 TS 多选头部穴位、督脉、肝经、脾经、胃经穴位和背俞穴<sup>[19]</sup>。本研究揠针治疗所选穴位中, 大椎为手足三阳经交会穴, 属督脉, 入络脑, 可通督镇静安神; 太阳、印堂位于头部, 可清利头目、安神定志; 足三里为胃之下合穴, 可健脾益气, 下气; 三阴交为肝脾肾三经交会穴, 可健脾、疏肝、补肾; 肝俞、脾俞为肝和脾的背俞穴, 为肝脾在背后的反应点, 二穴可调理肝脾。

本研究中, 治疗组采用穴位敏感点揠针配合中药治疗、对照 1 组采用常规揠针配合中药治疗, 两组均取得了较好的疗效, 优于西药组, 但治疗组疗效更佳, 说明穴位敏感点揠针治疗效果更优。宋代王执中临证取穴时, 非常注重选取疾病反应点, 即压痛处, 名之曰“针灸受病处”。如其所著《针灸资生经·喘》中云“凡有喘与哮喘者, 为按肺俞, 无不酸疼, 皆为缪刺肺俞, 令灸而愈”。在《灵枢·背腧》中记载“胸中大腧在杼骨之端, 肺腧在三椎之傍……皆挟脊相去三寸所。则欲得而验之, 按其处, 应在中而痛解, 乃其腧也”。肺俞取穴应先定大体位置即第三椎旁, 去脊三寸, 然后通过按压找到穴位痛敏点再进行精确定位<sup>[20]</sup>。穴位不是一成不变的, 而是动态变化的, 其面积大小和功能状态都可能会改变<sup>[21]</sup>, 当人体处于疾病状态时穴位会活化、敏化, 穴位面积会扩大, 穴位对热刺激、压痛更加敏感, 局部也会出现凹陷、结节、条索、皮色改变等异常<sup>[22]</sup>。由于穴位在疾病状态下活化、敏化, 其在体表是有一定面积的, 而进针处却是一个很小的点, 针刺穴位时, 在穴位及其周围按压, 找到最酸胀或最舒适的点, 称作穴位敏感点, 对穴位敏感点针刺、推拿或艾灸治疗其疗效往往更优。穴位敏感点有特定名称, 属于位置相对固定的一类反应点<sup>[23]</sup>, 这和无固定位置和也无特定名称的阿是穴是不同的。硫必利为多巴胺 D2 受体阻滞剂, 为治疗多发性抽动症的一线药物, 该药通过抑制位于中脑的边缘

系统多巴胺能神经元、拮抗纹状体多巴胺能神经元而产生镇定作用<sup>[24]</sup>,但其常有嗜睡、胃肠道反应、乏力、头晕等不良反应<sup>[25]</sup>。

从不良反应方面看,治疗组和对照 1 组,主要是中药轻度的胃肠道反应,嘱患者于饭后 0.5~1 h 服用,胃肠道不适消失;对照 2 组的不良反应发生率明显高于其他两组,主要表现为嗜睡、胃肠道不适、头晕和乏力。

综上所述,穴位敏感点揅针配合中药治疗脾虚肝旺型 TS 有较好的临床疗效,能够改善 TS 患者的临床症状,安全性较高,且揅针疼痛轻微,操作快捷,患者易于接受,对患者的学习生活影响较小,适合在临床应用。

### 参考文献

- [1] YANG C, ZHANG L, ZHU P, *et al.* The prevalence of tic disorders for children in China: a systematic review and meta-analysis[J]. *Medicine*, 2016(30): e4354.
- [2] 刘璐佳,张迪,戚潇禹,等. 针灸治疗多发性抽动症选穴规律文献分析[J]. *江苏中医药*, 2019(7): 71-74.
- [3] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 161-162.
- [4] 中华中医药学会. 中医儿科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 79-80.
- [5] 钟佑泉,吴惧,谢晓丽,等. 耶鲁抽动症整体严重度量表对抽动障碍患儿的临床评估[J]. *中国实用儿科杂志*, 2006(3): 214-216.
- [6] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 137-140.
- [7] 吴家骅. 抽动障碍的分类、诊断及病情严重程度评估[J]. *中国实用儿科杂志*, 2002(4): 196-197.
- [8] 刘智胜. 儿童抽动障碍[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 42-44.
- [9] 何凡,黄环环,戚艳杰,等. Tourette 综合征难治性相关因素的研究[J]. *医学研究杂志*, 2020(6): 99-104.
- [10] HERNAEZ R, LAZO M, BONEKAMP S, *et al.* Diagnostic accuracy and reliability of ultrasonography for the detection of fatty liver: a meta-analysis[J]. *Hepatology*, 2011(3): 1082-1090.
- [11] 梁芳妮,马燕辉,刘红玉,等. 揅针主要临床应用研究进展[J]. *中医药导报*, 2019(11): 122-124.
- [12] 戎萍,马融,张喜莲,等. 《中医儿科临床诊疗指南·抽动障碍》多中心一致性评价[J]. *天津中医药*, 2018(8): 580-582.
- [13] 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(1): 7-11.
- [14] 郑宏,王素梅. 王素梅从肝脾论治小儿多发性抽动症经验[J]. *辽宁中医杂志*, 2017(11): 2284-2285.
- [15] 宣晓波,陈健,宣桂琪. 宣桂琪教授辨治小儿多发性抽动症经验[J]. *中医儿科杂志*, 2017(6): 16-19.
- [16] 张伊,赵历军. 赵历军“健脾化痰,平肝熄风”辨治多发性抽动症[J]. *实用中医内科杂志*, 2018(12): 1-3.
- [17] 梁芳妮,马燕辉,刘红玉,等. 揅针主要临床应用研究进展[J]. *中医药导报*, 2019(11): 122-124.
- [18] 高寅秋,李辛洁,贾擎,等. 皮内针疗法在疼痛治疗中的应用[J]. *北京中医药*, 2017(4): 373-375.
- [19] 刘璐佳,张迪,戚潇禹,等. 针灸治疗多发性抽动症选穴规律文献分析[J]. *江苏中医药*, 2019(7): 71-74.
- [20] 周兰,黎铭玉,周巍,等. 膻穴定位法探究[J]. *湖南中医杂志*, 2020(12): 111-112.
- [21] 王渊,王健,章薇,等. 食管、胃十二指肠疾病牵涉痛与穴位敏化的研究[J]. *上海针灸杂志*, 2020(4): 501-507.
- [22] 朱兵. 穴位可塑性: 穴位本态的重要特征[J]. *中国针灸*, 2015(11): 1203-1208.
- [23] 赵京生. 论针灸施治处范畴与分类[J]. *针刺研究*, 2020(10): 856-861.
- [24] CRAVEDI E, DENIAU E, GIANNITELLI M, *et al.* Disentangling tourette syndrome heterogeneity through hierarchical ascendant clustering[J]. *Dev Med Child Neuro*, 2018(9): 942-950.
- [25] HARTMANN A, WORBE Y. Tourette syndrome: clinical spectrum, mechanisms and personalized treatments[J]. *Curr Opin Neurol*, 2018(4): 504-509.

收稿日期 2014-01-17