

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0169-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.083

托莫西汀对儿童 ADHD 并短暂性抽动障碍的疗效

王晶¹ 孙洁²

(1. 洛阳市妇幼保健院, 河南 洛阳 471000; 2. 洛阳市中心医院, 河南 洛阳 471009)

〔摘要〕 目的: 探讨并分析托莫西汀对儿童注意缺陷多动障碍 (ADHD) 并短暂性抽动障碍患儿的治疗效果。方法: 选取 2019 年 5 月至 2020 年 4 月在洛阳市妇幼保健院和洛阳市中心医院治疗的 ADHD 并短暂性抽动障碍患儿 50 例, 根据治疗方案的不同将其分为对照组和观察组, 每组 25 例, 对照组患儿给予小儿黄龙颗粒治疗, 观察组患儿给予托莫西汀治疗, 比较两组患儿治疗前后注意缺陷评分、多动障碍评分、Conners 父母用症状问卷 (PSQ) 评分、Conners 教师用评定量表 (TRS) 评分以及用药期间的不良反应情况。结果: 治疗前, 观察组患儿注意缺陷评分、多动障碍评分、PSQ 评分、TRS 评分与对照组比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患儿注意缺陷评分、多动障碍评分、PSQ 评分、TRS 评分均降低, 且观察组降低更加明显, 与对照组比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患儿的不良反应率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 对 ADHD 并短暂性抽动障碍患儿采用托莫西汀治疗, 能够有效改善患儿的注意缺陷、多动障碍等临床症状, 用药不良反应较少, 治疗安全性较高。

〔关键词〕 注意缺陷多动障碍; 短暂性抽动障碍; 托莫西汀; 小儿黄龙颗粒; 儿童

〔中图分类号〕 R 749.94 〔文献标识码〕 B

儿童注意缺陷多动障碍 (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) 在儿科比较常见, 也被称为多动症, 是儿童群体中比较常见的行为障碍。患儿虽然智力正常, 但其存在着行为、情绪、学习等方面的障碍, 主要表现为活动过度、注意力集中困难、学习困难、品行障碍、神经发育异常等状况。大多数情况下, 多动症患者同时合并短暂性抽动障碍, 由于其病情复杂, 临床治疗难度较高, 对患儿的正常生活及学习造成了极大的影响^[1]。目前, 临床上对 6 岁以上 ADHD 并短暂性抽动障碍患儿的治疗主要以药物为主。托莫西汀是新一代去甲肾上腺素再摄取抑制剂, 在治疗多动症患儿的临床中取得了较好的效果。本研究详细分析了托莫西汀的治疗效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 5 月至 2020 年 4 月在洛阳市妇幼保健院和洛阳市中心医院治疗的 ADHD 并短暂性抽动障碍患儿 50 例, 根据治疗方案的不同将其分为对照组和观察组, 每组 25 例。对照组男 15 例, 女 10 例, 年龄 6~13 岁, 平均年龄 (8.52 ± 2.17) 岁, 病程 5~22 个月, 平均病程 (10.21 ± 0.26) 月; 观察组男 16 例, 女 9 例, 年龄 5~12 岁, 平均年龄 (8.01 ± 2.24) 岁, 病程 6~23 个月, 平均病程 (10.18 ± 0.24) 月。两组患儿一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 符合 ADHD 并短暂性抽动障碍的诊断标准^[2], 且被确诊; (2) 表现为不同程度的注意力集中困难、活动过度、学习困难、神经发育异常等症状; (3) 患儿及家属均自愿参与本研究。排除标准: (1) 合并心、肝、肾等器官功能障碍; (2) 合并精神疾病。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予小儿黄龙颗粒 (重庆希尔安药业有限公司, 国药准字 Z20143009), 6~9 岁, $5 \text{ g} \cdot \text{次}^{-1}$, $2 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$; 10~14 岁, $10 \text{ g} \cdot \text{次}^{-1}$, $2 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 。连续治疗 2 个月。

1.2.2 观察组 给予托莫西汀 (河南天方制药有限公司, 国药准字 H20120098) 治疗。第 1 周, 以患儿体质量 $0.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 的标准计算用药量, 口服, $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$; 治疗 1 周后, 将剂量增加至体质量 $1.2 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$, 口服, $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$; 用药最大剂量不得超过 $1.4 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 。连续治疗 2 个月。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患儿治疗前后注意缺陷评分、多动障碍评分、Conners 父母用症状问卷 (parental symptom questionnaire, PSQ) 评分和 Conners 教师用评定量表 (teacher rating scale, TRS) 评分情况。采用 Vanderbilt 父母评定量表对患儿的注意缺陷和多动障碍情况进行评分, 注意缺陷中包括 8 个条目, 多动障碍中包括 9 个条目, 每个条目计分 1~5 分, 评分越低, 提示功能越好; 采用 PSQ 对患儿的临床症状进行调查, 包括焦虑、身心、学习、品行、冲动等 5 个因子, 一共 48 个条目, 每个条目计分 0~3 分, 评分

〔收稿日期〕 2021-01-20

〔作者简介〕 王晶, 女, 主治医师, 主要研究方向是儿童生长发育及心理行为疾病。

越低，提示症状越轻；采用 TRS 对患儿的临床症状进行评分，包括注意力不集中、多动、品行、多动指数等 4 个因子，一共 28 个条目，每个条目计分 0~3 分，评分越低，提示症状越轻。（2）不良反应情况，包括恶心呕吐、腹痛、食欲减退和头晕。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计软件分析数据，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗前后各项评分指标比较

治疗前，观察组注意缺陷评分、多动障碍评分、PSQ 评分、TRS 评分与对照组比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，两组患儿注意缺陷评分、多动障碍评分、PSQ 评分、TRS 评分均降低，且观察组降低更加明显，与对照组比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患儿治疗前后各项评分指标比较 (*n* = 25, $\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 时间 | 注意缺陷评分 | 多动障碍评分 | PSQ 评分 | TRS 评分 |
|-----|-----|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 26.23±2.49 | 29.42±2.70 | 115.51±8.37 | 54.37±6.37 |
| | 治疗后 | 17.29±1.78 ^a | 14.21±1.54 ^a | 84.28±7.25 ^a | 27.35±5.95 ^a |
| 观察组 | 治疗前 | 26.24±2.47 | 29.53±2.76 | 115.49±8.28 | 54.33±6.34 |
| | 治疗后 | 10.13±1.20 ^{ab} | 5.24±1.01 ^{ab} | 56.32±6.53 ^{ab} | 15.12±4.43 ^{ab} |

与同组治疗前比较，^a*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05
注：PSQ — Conners 父母用症状问卷评分；TRS — Conners 教师用评定量表评分

2.2 两组患儿不良反应发生率比较

观察组患儿的不良反应发生率 (16.00%) 低于对照组 (20.00%)，但差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 2。

表 2 两组患儿不良反应发生率比较 (*n* = 25, 例)

| 组别 | 恶心呕吐 | 腹痛 | 食欲减退 | 头晕 | 总发生/ <i>n</i> (%) |
|-----|------|----|------|----|-------------------|
| 对照组 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5(20.00) |
| 观察组 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4(16.00) |

3 讨论

ADHD 是儿童时期常见的精神神经系统疾病，现代医学认为家庭因素、环境因素和心理因素为主要病因^[3]。临床表现为注意力不集中，自我控制力差，情绪不稳，冲动任性，伴有不同程度的学习困难，但智力正常。中医属于心肝系疾病范畴，先天真赋不足，元阴亏虚，或后天护养不当，阴阳失调为主要病因。ADHD 在影响儿童学校与家庭生活的时候也会影响其学习困难、行为问题和自尊心等方面，部分不能得到及时治疗的儿童会持续终身。

ADHD 患儿常合并其他发育障碍、心理障碍等疾病。短暂性抽动障碍是其比较常见的合并症之一。关于其发病机制，

目前临床上还未有明确的定论，有研究人员认为，ADHD 合并短暂性抽动障碍疾病的发生可能与孕妇妊娠期间营养不良、遗传、多巴胺分泌减少、肾上腺素分泌减少等因素有关^[4]。

目前临床上对 ADHD 合并短暂性抽动障碍的治疗主要以药物为主，中医辨证认为 ADHD 儿童多为阴虚阳亢证，临床中成药使用以小儿黄龙颗粒为主，滋阴潜阳、安神定志。I、II 期临床研究采用随机双盲、阳性药平行对照和多中心研究，结果显示总有效率分别为 86.84%、86.65%，提示该药的有效性与安全性，且无不良事件报道^[5]。西药治疗中，中枢神经兴奋药物发挥着重要的作用，目前以盐酸哌甲酯和托莫西汀为主。盐酸哌甲酯是一种中枢神经兴奋剂，其能够有效促进大脑神经间隙的增加，从而促进去甲肾上腺素的释放，减少去甲肾上腺素的灭活，细胞间隙中的去甲肾上腺素浓度随之增加，患儿的多动症状以及认知功能得到了较好的改善。但是随着临床研究的增多，有研究人员发现，单纯的使用此种药物会导致抽动障碍症状加重，并且随着患儿个体差异的不同，导致其临床治疗效果欠佳^[6]。盐酸托莫西汀是近年来被研究出来的一种非中枢神经兴奋药物，属于选择性去甲肾上腺素重摄取抑制剂，通过有效抑制大脑内去甲肾上腺素再摄取的过程，进一步减少去甲肾上腺素的吸收，有效实现了去甲肾上腺素的翻转效益，对患儿的注意力、认知功能、行为能力等进行改善^[7]。对 ADHD 合并短暂性抽动障碍患儿实施盐酸托莫西汀治疗，不会对机体中多巴胺以及 5-羟色胺受体的分泌造成影响，有效避免了抽动障碍的加重。且生物利用度较高。本研究结果显示，与对照组相比较，治疗后观察组的注意缺陷评分、多动障碍评分、PSQ 评分、TRS 评分均降低，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)；并且在不良反应方面，两组差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，证实了托莫西汀治疗 ADHD 并短暂性抽动障碍患儿的优势。

综上所述，临床上对儿童 ADHD 并短暂性抽动障碍采用托莫西汀治疗，能够有效改善患儿的注意缺陷、多动障碍等临床症状，用药不良反应较少，治疗安全性较高。

[参考文献]

- (1) 张月霞. 盐酸托莫西汀治疗儿童多动症合并短暂性抽动障碍的疗效观察 (J). 临床医学工程, 2020, 27(2): 167-168.
- (2) 李慧. 托莫西汀对抽动障碍伴注意缺陷多动障碍患儿的疗效改善情况 (J). 中国妇幼保健, 2018, 33(22): 5165-5167.
- (3) 景兰, 王毅, 张文静, 等. 盐酸托莫西汀治疗儿童多动症合并短暂性抽动障碍的临床效果 (J). 中国医药导报, 2019, 16(17): 54-58.
- (4) 黄盛宇, 张峰, 陈福建, 等. 盐酸托莫西汀治疗儿童多动症合并短暂性抽动障碍的有效性及其安全性 (J). 医疗装备, 2018, 31(12): 126-127.
- (5) 刘小凡, 马融, 丁樱, 等. 小儿黄龙颗粒治疗注意缺陷多

动障碍随机、双盲双模拟、多中心临床研究 (J). 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(2): 171-176.

(6) 方拴锋, 朱晓华, 叶蓓, 等. 盐酸托莫西汀治疗儿童多动症合并短暂性抽动障碍的临床疗效及安全性评价 (J). 中

国临床药理学杂志, 2016, 32(8): 678-680.

(7) 王晓宏. 盐酸托莫西汀治疗儿童多动症合并短暂性抽动障碍的疗效评价 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(23): 59-60.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0171-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.084

手术时机对腹腔镜阑尾切除术预后的影响

胡 丽

(中山市南区医院, 广东 中山 528455)

〔摘要〕 **目的:** 分析手术时机对腹腔镜阑尾切除术预后的影响。**方法:** 选取中山市南区医院 2016 年 1 月至 2019 年 1 月收治的 150 例腹腔镜阑尾切除术患者, 根据患者手术时机分三组, 发病时间 ≤ 48 h 手术病例 70 例; 48 h < 发病时间 ≤ 72 h 手术病例 40 例; 发病时间 > 72 h 手术病例 40 例。分析不同的手术时机与手术时间、术中出血、术后排气时间、住院时间、住院费用、术后并发症情况。**结果:** 与其他两组患者相比, 发病时间 > 72 h 手术病例组手术时间及术中出血量增加, 住院时间延长、住院费用增加, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 三组患者术后并发症发生情况比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 对于急性阑尾炎患者来说, 在发病 72 h 之内实施腹腔镜阑尾切除术治疗可以缩短手术时间, 减少术中出血, 降低手术风险、住院时间及住院费用。

〔关键词〕 急性阑尾炎; 腹腔镜阑尾切除术; 手术时机

〔中图分类号〕 R 656.8 〔文献标识码〕 B

有学者认为, 患者入院后完善 CT 等首要检查确诊为阑尾炎后, 于 48 h 内行手术治疗可降低术后并发症发生率^[1]。也有学者认为入院至手术时间的延长虽然会延长患者住院时间, 但并不会增加患者术后并发症发生率, 并提出急性阑尾炎为半择期手术, 可延期 6 ~ 24 h 至第 2 天白天进行手术以节约夜间医疗资源和减轻术者疲劳感^[2]。临床普遍认为, 在阑尾炎发病 3 d 以内行阑尾切除术治疗效果最佳, 对于发病超过 3 d 的患者则采用保守治疗^[3]。本研究选取 150 例腹腔镜阑尾切除术患者为研究对象, 分析手术时机对腹腔镜阑尾切除术预后的影响, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2016 年 1 月至 2019 年 1 月收治的 150 例腹腔镜阑尾切除术患者, 所选患者均经病理学检查确诊, 与诊断标准相符合^[4], 排除合并其他疾病患者。根据患者手术时机分三组, 发病时间 ≤ 48 h 手术病例 70 例, 其中男 40 例, 女 30 例, 年龄 23 ~ 58 岁, 平均年龄 (44.23 ± 10.51) 岁, 平均体温 (36.89 ± 0.56) °C, 10 例患者存在发热症状; 48 h

< 发病时间 ≤ 72 h 手术病例 40 例, 其中男 22 例, 女 18 例, 年龄 24 ~ 59 岁, 平均年龄 (44.23 ± 10.60) 岁, 平均体温 (36.90 ± 0.60) °C, 5 例患者存在发热症状; 发病时间 > 72 h 手术病例 40 例, 其中男 23 例, 女 17 例, 年龄范围 25 ~ 57 岁, 平均年龄 (44.19 ± 10.48) 岁, 平均体温 (36.79 ± 0.49) °C, 4 例患者存在发热症状。三组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

腹腔镜阑尾切除术具体操作方法如下: 首先对患者行以气管插管全麻, 在脐上缘做 10 mm 弧形切口, 建立二氧化碳气腹, 之后将 10 mm 套鞘置入, 再置入腹腔镜。在腹腔镜直视条件下探查, 并在左右下腹部分别建立操作孔, 将 5 mm 套鞘置入。选择头低足高 15°, 并向左侧倾斜 15 ~ 30°, 首先将腹腔脓液吸尽, 沿结肠带找到阑尾, 将盲肠提起, 对阑尾进行确定, 对周围粘连进行分离处理, 通过超声刀将阑尾系膜分段离断, 直至阑尾根部, 如果患者存在阑尾体部穿孔或末端穿孔现象, 则可以通过套扎线进行双重结扎或用可吸收夹进行结扎, 并在远侧 0.5 cm 位置剪断, 电凝处理阑尾残端黏膜。如果阑尾根部坏疽或穿孔不能进行结扎处理,

〔收稿日期〕 2021 - 01 - 25

〔作者简介〕 胡丽, 男, 主治医师, 主要从事普通外科临床及研究工作。