

盐酸哌甲酯对多动症患儿临床疗效的影响

徐琪 戴立英

安徽省儿童医院 安徽 合肥 230041

【摘要】目的：探究盐酸哌甲酯对多动症患儿临床疗效的影响。**方法：**选取2018年10月—2020年10月我院收治的120例多动症患儿为主要研究对象，按随机数字表法的分组方式将患儿分为对照组与观察组，每组各60例，对照组给予盐酸托莫西汀胶囊，观察组给予盐酸哌甲酯缓释片，对比分析两组患儿治疗前后的注意缺陷多动症状评分（DSM-IV）、视听整合连续情况（IVA-CPT）及不良反应发生率。**结果：**治疗后，观察组患儿的注意力、多动指数及对立违抗症状评分明显低于对照组；观察组患儿的听觉控制力、视觉控制力、听觉注意、视觉注意评分明显高于对照组；观察组患儿的不良反应发生率为5.00%，对照组为16.67%，观察组明显高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**给予多动症患儿盐酸哌甲酯缓释片治疗，不仅能够改善患儿的临床症状和视听情况，还能在一定程度上降低患儿的不良反应发生率。

【关键词】盐酸哌甲酯；多动症；幼儿；临床疗效

【中图分类号】R72

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)50-49-02

多动症是儿童最常见的神经发育障碍之一，又称为注意缺陷多动障碍，临床表现为注意力不集中、多动及冲动等，发病后若不能及时进行治疗，极易影响幼儿后续的学习与生活^[1]。目前，临床主要利用药物治疗该病，其中最为常见的药物为盐酸哌甲酯缓释片，该药物属于中枢神经兴奋剂^[2]。据相关研究显示^[3]，采用盐酸哌甲酯缓释片对多动症患儿进行治疗，在改善其临床症状方面可发挥出至关重要的作用。基于此，本文就盐酸哌甲酯对多动症患儿临床疗效的影响进行研究，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年10月—2020年10月我院收治的120例多动症患儿为主要研究对象，按随机数字表法的分组方式将患儿分为对照组与观察组，每组各60例。对照组男女比例为32:28，年龄6~12岁，平均年龄（ 9.58 ± 0.36 ）岁，病程1~3年，平均病程（ 2.11 ± 0.12 ）年；观察组男女比例为31:29，年龄6~13岁，平均年龄（ 9.63 ± 0.48 ）岁，病程1.5~3年，平均病程（ 2.15 ± 0.21 ）年。两组患儿年龄、病程无差异（ $P > 0.05$ ）。本次研究经医院伦理委员会批准，患儿及家属已签署知情同意书。

纳入标准：经脑电图、智力测试检查确诊为多动症的患儿；韦氏智力量表智商 ≥ 80 分的患儿。排除标准：合并癫痫疾病者，患有抽动症的患儿，严重躯体疾病者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予患儿盐酸托莫西汀胶囊（择思达，Eilydel/CafibeInC，进口药品文号H20110141）口服治疗，初次给药为 $0.5\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ ，随后根据患儿自身情况适当增加至 $1.2\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 。

1.2.2 观察组 给予患儿盐酸哌甲酯缓释片（OROS-MPH，专注达，西安杨森制药有限公司，国药准字J20170701）口服治疗，初次给药为 $18\text{mg}/\text{次}$ ，随后根据患儿自身情况适当增加至 $36\text{mg}/\text{次}$ 。

两种患者均持续治疗3个月。

1.3 观察指标

分别在治疗前及治疗3个月后将两组患者的注意缺陷多动症状、视听整合连续情况进行比较，并对其不良反应发生率进行对比。其中注意缺陷多动症状采用注意缺陷多动症状评估量表（DSM-IV）进行评定，测定维度主要包括注意力、多动指数及对立违抗症状，每项分值为0~3分，分数越高代表患者多动症状越严重^[4]。视听整合连续情况采用视听整合连续测试（integrated visual and auditory continuous performance test, IVA-CPT）进行评定，测评维度包括听觉控制力、视觉控制力、听觉注意及视觉注意，每项分值为100分，分数越高表示患者视听整合连续情况越好^[5]。

1.4 统计学分析

处理工具为SPSS 22.0统计软件。计量数据比较行 t 检验，计数数据比较行 χ^2 检验。比较差异有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 治疗前后 SNAP-IV 症状评分

治疗前，两组患儿的注意力、多动指数及对立违抗症状评分不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组患儿的注意力、多动指数及对立违抗症状评分明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 对比两组患儿治疗前后的 DSM-IV 症状评分 [($\bar{x} \pm s$) , 分]

组别	例数	注意力		多动指数		对立违抗	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	2.36 ± 0.02	1.75 ± 0.05	2.15 ± 0.08	1.62 ± 0.06	2.25 ± 0.06	1.58 ± 0.06
观察组	60	2.32 ± 0.05	1.12 ± 0.03	2.16 ± 0.05	1.05 ± 0.04	2.23 ± 0.08	1.06 ± 0.02
t		3.714	54.022	0.124	39.522	1.322	41.110
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 治疗前后 IVA-CPT 评分对比

治疗前，两组患儿的听觉控制力、视觉控制力、听觉注意、视觉注意评分不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组患儿的听觉控制力、视觉控制力、听觉注意、视觉注意评分明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

2.3 不良反应发生率对比

观察组患儿的不良反应发生率为5.00%，对照组为16.67%，观察组明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

3 讨论

既往研究中^[6]，临床多是采用盐酸托莫西汀胶囊治疗该病，虽能取得一定的效果，但长期使用该药物治疗，极易引发头晕、食欲下降等不良反应，影响患儿的康复速度。

表 2 对比两组患儿治疗前后的 IVA-CPT 评分 [($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数	听觉控制力		视觉控制力		听觉注意		视觉注意	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	62.24 ± 3.25	72.25 ± 3.24	63.54 ± 3.21	73.69 ± 3.28	63.54 ± 3.24	72.96 ± 3.84	63.25 ± 3.84	74.24 ± 3.24
观察组	60	62.31 ± 3.21	82.36 ± 3.54	63.47 ± 3.25	83.21 ± 3.17	62.47 ± 3.24	82.36 ± 3.21	63.28 ± 3.47	84.36 ± 3.71
<i>t</i>		0.077	10.534	0.068	10.234	0.071	10.521	0.065	11.321
<i>P</i>		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

表 3 对比两组患儿的不良反应发生率 [*n* (%)]

组别	例数	头晕	食欲下降	入睡困难	总发生率
对照组	60	4 (6.67)	3 (5.00)	3 (5.00)	10 (16.67)
观察组	60	1 (1.67)	1 (1.67)	1 (1.67)	3 (5.00)
χ^2		4.227			
<i>P</i>		< 0.05			

盐酸哌甲酯是临床常见的中枢神经兴奋剂,其作用机制主要是通过阻断突触前神经元对去甲肾上腺素和多巴胺的再摄取,促进单胺类物质释放到神经元外空间,进而达到觉醒患儿中枢神经兴奋性的目的,有利于进一步改善患儿的自控能力^[7]。本文研究结果显示,治疗后观察组患儿的注意力、多动指数及对立违抗症状评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。由此可见,给予多动症患儿盐酸哌甲酯治疗,可加快患儿的临床症状改善速度。盐酸哌甲酯进入人体后,能够阻断突触前神经元对去甲肾上腺素和多巴胺的再摄取,同时还能直接兴奋延脑呼吸中枢,使得神经中枢保持兴奋状态,有利于进一步提高患儿视觉、听觉的自控能力^[8]。本文研究结果显示,治疗后观察组患儿的听觉控制力、视觉控制力、听觉注意、视觉注意评分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结果表明,给予多动症患儿盐酸哌甲酯治疗,可帮助患儿提升其自控能力。盐酸哌甲酯的半衰期较长,患儿无须频繁服药即可保障治疗效果,一定程度上改善短效兴奋剂所产生的峰谷不一的缺陷,避免患儿频繁用药而引发头晕、食欲不振等不良反应,有助于进一步提高治疗的安全性。本文研究结果显示,治疗后观察组患儿的不良反应发生率为 5.00%,对照组为 16.67%,观察组明显高于对照组 ($P < 0.05$)。由此可见,给予多动症患儿盐酸哌甲酯治疗,其治疗安全性较高,可在一定程度上降低患儿的不良反应发生率。

综上所述,针对多动症的患儿,给予其盐酸哌甲酯治疗,不仅能够缓解其临床症状,改善其视听整合情况,还能在一定程度上降低患者的不良反应发生率。

参考文献

[1] 余智荣,陈创鑫,姜尚林.盐酸哌甲酯缓释片联合感觉统合训练治疗儿童注意缺陷多动障碍临床效果分析[J].白求恩军医学院学报,2019,17(2):112-114.

[2] 梁淑晶.盐酸托莫西汀(ATX)与盐酸哌甲酯(MPH)治疗儿童注意缺陷多动障碍(ADHD)的临床疗效及安全性比较[J].中国医药指南,2020,18(7):82-83.

[3] 张蓓,孙永法,蒋楠.盐酸哌甲酯缓释片治疗注意缺陷为主型,冲动-多动为主型及混合型注意缺陷多动障碍的效果及安全性[J].中国实用医刊,2020,47(20):101-104.

[4] 田佩瑶.盐酸哌甲酯缓释片联合感觉统合训练治疗儿童注意缺陷多动障碍的临床观察[J].中国现代药物应用,2020,14(6):231-232.

[5] 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):47-48.

[6] 叶蓓,方拴锋,张赞.盐酸哌甲酯控释片治疗注意缺陷多动障碍不同亚型疗效比较[J].儿科药学杂志,2019,25(9):16-18.

[7] 岑瑞祥,彭聪,许昱,等.特异性免疫治疗联合盐酸哌甲酯在中-重度持续性变应性鼻炎伴注意缺陷多动障碍患儿中的应用效果[J].广西医学,2020,42(6):661-664,702.

[8] 顾晓星,朱大倩,徐燕清,等.盐酸哌甲酯缓释剂对注意力缺陷多动障碍儿童身高和体重的影响[J].上海医药,2020,41(8):21-24.

(上接第 10 页)

阴道收缩反应的速度、耐力、力度等进行客观检测,并基于其盆底肌肉受损情况以及临床症状、病程等对症治疗^[8]。同时该技术能够充分利用模拟视觉信号,向患者与医生反馈患者的盆底肌肉异常或正常活动状态,以此为患者进行相关治疗与训练,更有利于使其盆底肌肉张力增强,将其提肛肌形态结构改善,最终强化整体治疗效果,使患者更快、更好地康复^[9-10]。

综上所述,为 PSUI 患者行盆底磁刺激、生物反馈盆底肌训练联合治疗可取得明显的治疗效果,建议在临床广泛应用并推广。

参考文献:

[1] 高洁,吴丽群,陈游沓,等.盆底肌训练联合生物反馈电刺激治疗产后压力性尿失禁的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2021,43(6):526-528.

[2] 李晓平.生物反馈电刺激对产后压力性尿失禁患者盆底表面肌电信号及尿动力学的影响[J].实用医院临床杂志,2020,17(4):209-211.

[3] 赵琦,赵新.生物反馈盆底肌训练联合肌电刺激对产后压力性尿失禁患者尿动力学及生活质量的影响[J].保健医学研究与实践,2017,14(2):81-82,84.

[4] 刘景超,李丹凤,何允涛,等.生物反馈电刺激联合盆底肌训练对产后压力性尿失禁的效果观察[J].中国社区医

师,2020,36(5):44-45.

[5] 刘水清清,叶平.补中益气颗粒联合生物反馈盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁的疗效及对尿动力学指标水平影响[J].中华中医药学刊,2020,38(10):202-205.

[6] 郑玉红,谢晓英,成珍燕,等.生物反馈电刺激联合盆底肌训练对产后压力性尿失禁的疗效观察[J].基层医学论坛,2019,23(29):4197-4198.

[7] 田荣,李莉,马娟.生物反馈电刺激联合盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁的疗效观察及影响因素分析[J].中国临床医生杂志,2019,47(4):486-488.

[8] 葛君,冶海红,蒲巍林,等.研究康复训练联合生物反馈及电刺激在产后压力性尿失禁中的应用效果[J].中国妇产科临床杂志,2019,20(1):59-60.

[9] 张兰芹,李建,武婷婷.生物反馈电刺激联合盆底肌训练对产后压力性尿失禁的临床疗效分析[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2018(73):73-74.

[10] 周艳娜,甘桂萍,张伟华.电刺激联合生物反馈盆底肌训练治疗产后盆底功能障碍性疾病的临床疗效观察[J].中国医师进修杂志,2020,43(5):393-397.