

儿童抽动障碍诊断与治疗专家共识

(2017 实用版)

中华医学会儿科学分会神经学组

通信作者：秦炯，Email:qinjiong@263.net；刘智胜，
Email:liuzsc@126.com

出处：中华实用儿科临床杂志, 2017,32(15): 1137-1140.

抽动障碍(tic disorders, TD)是一种起病于儿童时期、以抽动为主要表现的神经精神疾病。其临床表现多样,可伴多种共患病,部分患儿表现为难治性。2013 年中华医学会儿科学分会神经学组制定了《儿童抽动障碍的诊断与治疗建议》,近年来又有新的认识。为了提高儿科及相关专业临床医师对 TD 的规范诊疗水平,避免误诊误治,制定此实用版,并更新了 TD 的诊断标准、治疗方法和部分用药,增加了难治性 TD 的治疗、TD 教育干预和预后评估等内容。

1 临床表现

1.1 一般特征

TD 的起病年龄为 2~21 岁,以 5~10 岁最多见,10~12 岁最严重;男性明显多于女性,男女之比为(3~5) 1。

1.2 抽动分类及特点

1.2.1 抽动分类

分为运动性抽动和发声性抽动。其中运动性抽动是指头面部、颈、肩、躯干及四肢肌肉不自主、突发、快速收缩运动；发声性抽动是口鼻、咽喉及呼吸肌群的收缩，通过鼻、口腔和咽喉的气流而发声。运动性抽动或发声性抽动可再细分为简单性和复杂性 2 类，有时二者不易分清。40%~55%的患儿于运动性抽动或发声性抽动之前有身体局部不适感，称为感觉性抽动(sensory tics)，被认为是先兆症状(前驱症状)，年长儿尤为多见，包括压迫感、痒感、痛感、热感、冷感或其他异样感觉。

1.2.2 抽动特点

抽动表现为一种不自主、无目的、快速、刻板的肌肉收缩。(1)抽动通常从面部开始，逐渐发展

到头、颈、肩部肌肉，而后波及躯干及上、下肢；(2)可以从一种形式转变为另一种形式，或者出现新的抽动形式；(3)症状时好时坏，可暂时或长期自然缓解，也可因某些诱因而加重或减轻；(4)与其他运动障碍不同，抽动是在运动功能正常的情况下发生，非持久性存在，且症状可短暂自我控制。

常见加重抽动的因素包括紧张、焦虑、生气、惊吓、兴奋、疲劳、感染、被人提醒等。常见减轻抽动的因素包括注意力集中、放松、情绪稳定等。

1.3 共患病

约半数患儿共患 1 种或多种行为障碍，被称为共患病，包括注意缺陷多动障碍 (attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD)、学习困难 (learning difficulties, LD)、强迫障碍 (obsessive-compulsive disorder, OCD)、睡眠

障碍(sleep disorder, SD)、情绪障碍(emotional disorder, ED)、自伤行为(self-injurious behavior, SIB)、品行障碍(conduct disorder, CD)、暴怒发作等。其中共患 ADHD 最常见,其次是 OCD。TD 共患病越多,病情越严重。共患病增加了疾病的复杂性和严重性,影响患儿学习、社会适应能力、个性及心理品质的健康发展,给治疗和管理增添诸多困难。

2 诊断

2.1 诊断标准

根据临床特点和病程长短,TD 分为短暂性 TD、慢性 TD 和 Tourette 综合征(Tourette syndrome, TS)3 种类型。其诊断标准依据《国际疾病分类》第 10 版(ICD-10)、《美国精神疾病诊断与统计手册》第 5 版(DSM-5)和《中国精神障碍与诊断标准》第

3 版 (CCMD-3)。目前国内外多数学者倾向于采用 DSM-5 的诊断标准, 具体如下。短暂性 TD: (1) 1 种或多种运动性抽动和/或发声性抽动; (2) 病程短于 1 年; (3) 18 岁以前起病; (4) 排除某些药物或内科疾病所致; (5) 不符合慢性 TD 或 TS 的诊断标准。慢性 TD: (1) 1 种或多种运动性抽动或发声性抽动, 病程中只有 1 种抽动形式出现; (2) 首发抽动以来, 抽动的频率可以增多或减少, 病程在 1 年以上; (3) 18 岁以前起病; (4) 排除某些药物或内科疾病所致; (5) 不符合 TS 的诊断标准。TS: (1) 具有多种运动性抽动及 1 种或多种发声性抽动, 但二者不一定同时出现; (2) 首发抽动后, 抽动的频率可以增多或减少, 病程在 1 年以上; (3) 18 岁以前起病; (4) 排除某些药物或内科疾病所致。

有些患儿不能归于上述任一类型诊断, 属于尚

未界定的其他类型 TD，如成年期发病的 TD(迟发性 TD)。而难治性 TD 是近年来小儿神经/精神科临床逐渐形成的新概念，尚无明确定义，通常认为是经过盐酸硫必利、阿立哌唑等抗 TD 药物足量规范治疗 1 年以上无效，病程迁延不愈的 TD 患者。

2.2 辅助检查

TD 的诊断缺乏特异性诊断指标，主要采用临床描述性诊断方法，依据患儿抽动症状及相关共患精神行为表现进行诊断。因此，详细询问病史是正确诊断的前提，体格检查包括神经、精神检查；可选择的辅助检查包括脑电图、神经影像、心理测验及实验室检查，目的在于评估共患病及排除其他疾病。TD 的辅助检查结果一般无特征性异常，仅少数 TD 患儿可有非特异性改变；如脑电图检查可发现少数 TD 患儿背景慢化或不对称等，主要有助于

鉴别癫痫发作；头颅 CT 或磁共振成像 (MRI) 等神经影像学检查主要在于排除基底核等部位有无器质性病变；心理测验有助于判别共患病。

评估抽动严重程度可采用耶鲁综合抽动严重程度量表 (YGTSS) 等进行量化评定，其 TD 严重程度判定标准：YGTSS 总分 < 25 分属轻度，25 ~ 50 分属中度，> 50 分属重度。

2.3 诊断流程

临床诊断依赖于详细的病史询问、体检和相关辅助检查。应与患儿直接交流，观察抽动和一般行为表现，了解症状的主次、范围、演变规律及发生的先后过程，具体诊断流程见图 1。

病史收集

1. 运动性抽动或/和发声性抽动；
2. 共患的精神症状；
3. 学习、生活及社交功能改变；
4. TD家族史；
5. 个人史



临床检查与评估

1. 全身及神经系统检查；
2. 精神检查:观察与检查性交谈



实验室和辅助检查

1. 常规实验室检查；
2. 疾病鉴别的辅助检查；
3. 心理测验



TD诊断标准

继发性TD

可能的病因治疗



原发性TD

分型：短暂性TD、慢性TD和TS



TD 治疗

评价共患病



转诊相应专科治疗

TD 治疗+共患病治疗

图 1TD 诊断流程图

3 鉴别诊断

肌张力障碍也是一种不自主运动引起的扭曲、重复运动或姿势异常，亦可在紧张、生气或疲劳时加重，易与 TD 相混淆，但肌张力障碍的肌肉收缩顶峰有短时间持续而呈特殊姿势或表情，异常运动的方向及模式较为恒定。诊断 TD 还需排除风湿性舞蹈病、肝豆状核变性、癫痫、心因性抽动及其他锥体外系疾病。

多种器质性疾病及有关因素也可以引起 TD，即继发性 TD，临床应加以鉴别。继发性 TD 包括遗传因素(如 21—三体综合征、脆性 X 综合征、结节性硬化、神经棘红细胞增多症等)、感染因素(如链球菌感染、脑炎、神经梅毒、克—雅病等)、中毒因素(如一氧化碳、汞、蜂毒等中毒)、药物因素(如哌甲酯、匹莫林、安非他明、可卡因、卡马西平、

苯巴比妥、苯妥因、拉莫三嗪等)及其他因素(如脑卒中、头部外伤、发育障碍、神经变性病等)。

4 治疗方法

TD 的治疗应确定治疗的靶症状(target symptoms)，即对患儿日常生活、学习或社交活动影响最大的症状。

抽动通常是治疗的靶症状,对于轻度 TD 患儿,主要是心理疏导,密切观察;中重度 TD 患儿的治疗原则是药物治疗和心理行为治疗并重。而有些患儿靶症状是多动、冲动、强迫观念等共患病症状时,需在精神科医师等多学科指导下制定治疗方案。

4.1 药物治疗

对于影响到日常生活、学习或社交活动的中重度 TD 患儿,单纯心理行为治疗效果不佳时,需要加用药物治疗,包括多巴胺受体阻滞剂、 α 受体

激动剂及其他药物等。药物治疗应有一定的疗程，适宜的剂量，不宜过早换药或停药。

4.1.1 常用药物

儿科临床医师常用治疗 TD 的 5 种药物见表 1，表中标签外用药是指超病种和超年龄适应证范围用药，用药前应与患儿家长进行有效沟通，并注意监测药物不良反应。亦有文献报道托吡酯(Topiramate)、丙戊酸钠(Sodium valproate)等药物具有抗抽动作用。其中丙戊酸钠治疗剂量为 15~30 mg/(kg·d)，2 次/d 或 3 次/d，注意肝功能损害等不良反应；托吡酯治疗剂量为 1~4 mg/(kg·d)，2 次/d，应注意食欲减退、体质量下降、泌汗障碍、认知损害等不良反应。

表 1 治疗抽动障碍的常用药物

药名	作用机制	起始剂量	治疗剂量 ^a	常见不良作用	备注
硫必利	D2 受体阻滞	50~100 mg/d	150~500 mg/d	头晕、乏力、嗜睡、胃肠道反应等，少而轻	一线药物，有 TD 适应证
舒必利	D2 受体阻滞	50~100 mg/d	200~400 mg/d	镇静、嗜睡、体质量增加、轻度锥体外系反应	一线药物，标签外用
阿立哌唑	D2 受体部分激动	1.25~2.50 mg/d	2.5~15.0 mg/d	头痛、失眠、易激惹、焦虑、嗜睡、胃肠道反应	一线药物，标签外用
可乐定 ^b	α_2 受体激动	1 mg/周	1~2 mg/周	镇静、头晕、头痛、乏力、口干、易激惹、嗜睡、体位性低血压、P-R 间期延长	一线药物(TD+ADHD)，有 TD 适应证
氟哌啶醇	D2 受体阻滞	0.25~0.50 mg/d	1~4 mg/d	嗜睡、锥体外系反应	二线药物，同服等量盐酸苯海索，有 TD 适应证

注：TD：抽动障碍；ADHD：注意缺陷多动障碍；^a 治疗剂量建议根据年龄进行选择，≤7 岁者，使用最小治疗剂量至大约 1/2 最大治疗剂量，如硫必利 150~325 mg/d；>7 岁者，使用大约 1/2 最大治疗剂量至最大治疗剂量，如硫必利 325~500 mg/d；^b 透皮贴片

4.1.2 治疗方案

(1) 一线药物：可选用硫必利、舒必利、阿立哌唑、可乐定等。从最低起始剂量开始，逐渐缓慢加量(1~2 周增加 1 次剂量)至治疗剂量。(2) 强化治疗：病情基本控制后，需继续治疗剂量至少 1~3 个月，称为强化治疗。(3) 维持治疗：强化治疗阶段后病情控制良好，仍需维持治疗 6~12 个月，

维持剂量一般为治疗剂量的 $1/2 \sim 2/3$ 。强化治疗和维持治疗的目的在于巩固疗效和减少复发。(4) 停药：经过维持治疗阶段后，若病情完全控制，可考虑逐渐减停药物，减量期至少 1~3 个月。用药总疗程为 1~2 年。若症状再发或加重，则应恢复用药或加大剂量。(5) 联合用药：当使用单一药物仅能使部分抽动症状改善，难治性 TD 亦需要联合用药。(6) 如共患 ADHD、OCD 或其他行为障碍时，可转诊至儿童精神 / 心理科进行综合治疗。

4.2 非药物治疗

4.2.1 心理行为治疗

心理行为治疗是改善抽动症状、干预共患病和改善社会功能的重要手段。轻症 TD 患儿多数采用单纯心理行为治疗即可奏效。通过对患儿和家长的心理咨询，调适其心理状态，消除病耻感，采用健

康教育指导患儿、家长、老师正确认识本病，淡化患儿的抽动症状。同时可给予行为治疗，包括习惯逆转训练、效应预防暴露、放松训练、阳性强化、自我监察、消退练习、认知行为治疗等。其中习惯逆转训练和效应预防暴露是一线行为治疗。

4.2.2 教育干预

在对 TD 进行积极药物治疗的同时，对患儿的学习问题、社会适应能力和自尊心等方面予以教育干预。策略涉及家庭、学校和社会。鼓励患儿多参加文体活动等放松训练，避免接触不良刺激，如打电玩游戏、看惊险恐怖片、吃辛辣食物等。家长可以将患儿的发作表现摄录下来，就诊时给医师观看，以便于病情的判别。家长应与学校老师多沟通交流，并通过老师引导同学不要嘲笑或歧视患儿。鼓励患儿大胆与同学及周围人交往，增进社会适应能力。

4.3 难治性 TD 的治疗

在排除诊断错误、选药不当、剂量不足、不良反应不耐受、用药依从性差等假性难治性 TD 后可采用综合治疗方法，包括联合用药、尝试新药、非药物治疗、共患病治疗等。其中联合用药包括抗 TD 药物联用、抗 TD 药物与治疗共患病药物联用等，非药物治疗包括心理治疗、神经调控治疗和手术治疗等，也可以进行药物治疗与非药物治疗联用。已有报道治疗难治性 TD 新药包括新型 D1/D5 受体拮抗剂(如依考匹泮)、囊泡单胺转运体抑制剂(如四苯喹啉)、尼古丁类药物(如美卡拉明)、大麻类药物(如四氢大麻酚)、谷氨酸类药物(如利鲁唑)、 γ -氨基丁酸、非那雄胺、欧米珈-3 等。也有报道显示对于一些药物难治性 TD 患儿，可尝试重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic

stimulation, rTMS)、经颅微电流刺激(cranial electrotherapy stimulation, CES)、脑电生物反馈(electroencephalogram biofeedback)等神经调控疗法;少部分可考虑转诊至神经外科行深部脑刺激(deep brain stimulation, DBS),但属于有创侵入性治疗,主要适用于年长儿(12 岁以上)或成人难治性 TD。应用多受体调节药物联合治疗或探索新药,已成为难治性 TD 治疗的趋势。通常对于难治性 TD 患儿,需要寻求多学科协作(MDT),及时转诊至儿童精神科或功能神经外科治疗。

5 预后评估

TD 症状可随年龄增长和脑部发育逐渐完善而减轻或缓解,需在 18 岁青春期过后评估其预后,总体预后相对良好。大部分 TD 患儿成年后能像健康人一样工作和生活,但也有少部分患者抽动症状

迁延或因共患病而影响工作和生活质量。TD 患儿到成年期的 3 种结局：近半数患者病情完全缓解；30%~50%的患者病情减轻；5%~10%的患者一直迁延至成年或终生，病情无变化或加重，可因抽动症状或共患病而影响患者生活质量。TD 患儿的预后与是否合并共患病、是否有精神或神经疾病家族史及抽动严重程度等危险因素有关。

(刘智胜 秦炯 王家勤 姜玉武 罗蓉 蔡方成 林庆 执笔)

参与本共识审定专家(以单位和姓氏拼音为序)：安徽医科大学第一附属医院(唐久来、吴德)；澳门仁伯爵综合医院(蔡翔)；北京大学第一医院(韩颖、姜玉武、林庆、杨志仙)；北京大学人民医院(符娜、秦炯)；重庆医科大学附属儿童医院(蔡方成、洪思琦、蒋莉)；海南省人民医院(阙利双)；

河北省沧州市人民医院(王荣); 河南省人民医院(高丽); 复旦大学附属儿科医院(孙道开、王艺、郁莉斐、周水珍); 福建医科大学附属协和医院(陈燕惠、胡君); 广西医科大学第一附属医院(韩蕴丽); 广州市妇女儿童医疗中心(麦坚凝、杨思达); 哈尔滨市儿童医院(王春雨、王葳); 杭州市儿童医院(李光乾); 河北省儿童医院(施荣富); 吉林大学第一附属医院(梁东、梁建民); 江西省儿童医院(钟建民); 中国人民解放军总医院(杨光、邹丽萍); 兰州大学第二医院(陈永前); 内蒙古医科大学附属医院(杨光路); 宁夏医科大学总医院(卞广波); 青海省妇幼保健院(王守磊); 山东大学齐鲁医院(李保敏、孙若鹏); 山西省儿童医院(韩虹); 上海儿童医学中心(王纪文、王治平); 上海交通大学医学院附属新华医院(李玲); 深圳市儿童医院(廖建湘);

首都儿科研究所附属儿童医院(陈倩、王立文、杨健); 首都医科大学附属北京儿童医院(方方); 四川大学华西第二医院(罗蓉、钟佑泉); 苏州大学附属儿童医院(李岩); 天津市儿童医院(张玉琴); 华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院(刘智胜、孙丹); 华中科技大学同济医学院附属同济医院(刘艳); 乌鲁木齐市儿童医院(陈曦); 西安交通大学医学院第二附属医院(黄绍平、杨琳); 西藏自治区人民医院(赵蓉); 新疆维吾尔自治区人民医院(孙岩); 新乡医学院(郭学鹏); 新乡医学院第三附属医院(王家勤); 云南省第一人民医院(汤春辉); 中国医科大学附属盛京医院(王华、张俊梅); 中南大学湘雅医院(彭镜、尹飞); 浙江大学附属儿童医院(高峰); 遵义医学院附属医院(束晓梅)

参考文献 (略)