

ICS
C **

** . ** . **



团 体 标 准

T/CACM ****—20**

神志病中西医结合临床诊疗指南 ——抽动障碍

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for
Integrated Chinese and Western Medicine -- Tic Disorder

目 次

前言.....	I
引言.....	II
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 诊断.....	1
5 治疗.....	4
6 疗效评价标准.....	11
7 预防与调护.....	12
8 预后.....	13
9 注意事项.....	13
参考文献.....	14

前 言

本指南根据GB/T 1.1—2020的相关规则起草。

本指南由中华中医药学会神志病分会提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：黑龙江神志医院。

本指南主要参与起草单位：黑龙江省精神心理卫生研究中心、山西中医药大学、无锡市精神卫生中心、复旦大学附属中山医院、上海市第九医院、黑龙江中医药大学、深圳市中医医院、沈阳市精神卫生中心、沈阳市安宁医院、浙江省立同德医院、长春中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院、北京中医药大学第三附属医院、北京市大兴区精神病医院、山东省中医药高等专科学校、福建省平南市人民医院。

本指南主要起草人：赵永厚、柴剑波、赵玉萍、赵思涵、王群松、于明、李卡、孙珊、杨炳友、吴永刚、都弘、高德江、刘兰英、王健、刘华、时素华、李高飞、井霖源、叶瑞华。

本指南的起草程序遵守了中华中医药学会团体标准管理办法和立项流程。

本指南在 20**年**月**日由中华中医药学会审议通过。

本指南由中华中医药学会发布，版权归中华中医药学会所有。

引 言

目前国内外缺乏抽动障碍中西医结合诊疗的标准和指南，中医药治疗抽动障碍的研究在国际上缺乏影响力，缺乏统一性和认可度。因此，本指南在抽动障碍中医诊疗指南的基础上，整理国内外中医药及中西医结合治疗抽动障碍的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对抽动障碍的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐，形成中西医结合防治抽动障碍的临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高抽动障碍的临床疗效具有重要作用。

《神志病中西医结合临床诊疗指南—抽动障碍》以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础，以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合联合疗效的最优化为制订目标，在中华中医药学会 2018 年发布的《中医神志病临床诊疗指南·抽动障碍》（标准号：T/CACM 1133-2018）基础上，结合近年来国内外临床研究证据，进行证据分级和意见推荐，经过专家讨论，形成具有指导临床诊疗抽动障碍的中西医结合临床实践指南。

本指南的制订采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组，产生初始问题清单，起草 PICO（人群、干预、对照、结局）格式的关键问题及结局，制订工作计划。根据关键问题和结局制订检索策略，文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用 Delphi 法获得临床专家对指南的共识意见，经专家论证形成最终指南。

本指南主要针对抽动障碍提供以中西医结合为主要内容的诊断、治疗、预防、保健意见，推荐有循证医学证据的抽动障碍现代医学和中医药诊断、治疗方法。本指南的使用者为中医、西医、中西医结合临床医师、护理人员，抽动障碍诊疗和管理相关专业人员。应用环境为具备开展中西医结合治疗抽动障碍的所有医疗机构。

神志病中西医结合临床诊疗指南—抽动障碍

1 范围

本指南规定了抽动障碍的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于小儿抽动症、小儿抽动秽语综合征、小儿多动症中医、中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15657-1995《中医病证分类与代码》

GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-1997《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 13016-2009《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 14396-2016《疾病分类与代码》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

抽动障碍 Tic Disorder

是一种常见的神经类精神疾病。临床以不自主的突发、重复、快速、非节律性、刻板的一个或多个部位肌肉运动和（或）发声抽动为主要表现。其特征为：抽动症状先从面、颈部开始，逐渐向下蔓延。抽动的部位和形式多种多样，比如眨眼、斜视、撅嘴、摇头、耸肩、缩颈、伸臂、甩臂、挺胸、弯腰、旋转躯体等；发声性抽动则表现为喉鸣音、吼叫声，可逐渐转变为刻板式咒骂、陈述污秽词语等；有些患儿在不自主抽动后，逐渐产生语言运动障碍，部分患儿还可产生模仿语言、模仿动作、模仿表情等行为。相当于中医神志病学“肝风证”、“慢惊风”、“癔瘕”、“痉病”等范畴。

4 诊断

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，首先根据西医诊断标准进行疾病诊断，再根据中医诊断标准判断，属于中医的哪种疾病，并进行中医证候诊断。^[1]

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

抽动障碍以运动性抽动和发声性抽动为临床核心症状，根据涉及肌群多少及复杂程度可以分为简单或复杂性抽动两种形式。简单运动抽动是突然的、短暂的、没有意义的运动，如眨眼、耸鼻、摇头、耸肩、收腹等；复杂运动抽动是稍慢、持续时间长、似有目的的动作行为，如旋转、跳跃、模仿他人动作、猥亵动作等。简单发声抽动是突然的、无意义的发声，如清嗓声、咳嗽声、吠叫声、吸鼻声等；复杂发声抽动是突然的、有意义的发声，如重复自己或别人说的话，重复刻板单一的秽语。

4.1.2 诊断标准

参照国际疾病分类第十版(ICD-10)中抽动障碍的诊断标准：

(1) 暂短性抽动障碍

①通常多在儿童或少年期起病，以4~5岁儿童最常见；

②有反复性，不自主、重复、快速、无目的单一或多部位肌群抽动或单一的发声，以眨眼、扮鬼脸或头部抽动常见；

③抽动能受意志暂时控制数分钟或数小时，入睡后消失，检查未能发现神经系统障碍；

④抽动强度或抽动部位可以改变；

⑤抽动症状1天内可出现多次，几乎天天如此，至少持续2周，但连续期不超过1年；

⑥排除小舞蹈症、肝豆状核变性、癫痫性肌阵挛以及其他神经系统疾病引起的运动障碍。

(2) 慢性运动抽动或发声抽动障碍

①有反复性，具有不自主、重复、快速、无目的抽动，任何一次抽动不超过3组肌群；

②在病程中，曾有运动或发声抽动，但两者不同时存在，在数周或数月内，抽动强度不变；

③能受意志控制抽动症状数分钟或数小时，病程至少持续1年以上；

④21岁前起病；

⑤排除慢性锥体外系疾病、肌阵挛、面肌痉挛和精神病症状。

(3) 发声与多种运动联合抽动障碍

- ①起病于 21 岁之前，大多数在 2~15 岁之间；
- ②具有反复性，不自主、重复、快速、无目的抽动，影响多组肌肉；
- ③多种抽动和一种或多种发声抽动同时出现于某些时候，但不一定同时存在；
- ④能受意志克制数分钟或数小时；
- ⑤症状强度在数周或数月内有变化；
- ⑥抽动一天内发生多次，几乎日日如此，病程超过 1 年，且在同一年之中症状缓解不超过 2 个月以上；

⑦排除小舞蹈症、肝豆状核变性、癫痫肌阵挛发作、药源性不自主运动及其他椎体外系病变。

严重程度分级标准：

(1) 轻度抽动障碍

症状轻，不影响患儿生活、学习或社交活动等，耶鲁抽动症整体严重程度量表总分 <20 ；

(2) 中度抽动障碍

症状重，对患儿生活、学习或社交活动等影响较小， $20 \leq$ 耶鲁抽动症整体严重程度量表总分 <40 ；

(3) 重度抽动障碍

症状严重，明显影响患儿生活、学习或社交活动等，耶鲁抽动症整体严重程度量表总分 ≥ 40 。

4.1.3 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室检查排除其他躯体性疾病，同时符合耶鲁抽动严重度量表（YGTSS）、抽动秽语综合征量表（TSGS）、抽动秽语综合征生活质量量表（GTS-QOL）对本病的评定。

4.2 鉴别诊断

抽动障碍当与小舞蹈病、风湿性舞蹈病、亨廷顿舞蹈病、癫痫发作、注意缺陷多动障碍、肝豆状核改变、苍白球黑质变性、神经棘红细胞病、手足徐动症、迟发性运动障碍、角膜炎、结膜炎、咽喉炎等做出鉴别。^[2]

4.3 中医诊断

中医并没有明确提出抽动障碍的病名，但根据其特点可归属于中医“肝风证”、“慢惊风”、“癔瘕”、“痉病”、“筋惕肉瞤”、“抽搐”等范畴。^[3]抽动障碍的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊信息进行辨证，并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

4.4 中医病机及证候分型

4.4.1 中医病因病机

抽动障碍根据其特点可归属于中医“肝风证”、“慢惊风”、“癔瘕”、“痉病”、“筋惕肉瞤”、“抽搐”等。其主要病机是肝风内动，肝为风木之脏，主疏泄，若情志不畅，疏泄失职，导致筋脉失养，气郁日久，则化火生风，风阳鼓动，则出现眨眼、举眉、努鼻、点头等症状。其常见的病理因素是风和痰，风为六淫之首，常兼挟他邪（寒、湿、燥、热等）经口鼻侵入肺卫，外风引动内风；脾失健运化生痰湿，肝木横逆化火生风，土虚木亢，风痰合而为邪，上犯清窍，流窜经络而致抽动。^[4]

4.4.2 中医证候分型

参考中国中医药出版社2016年出版的《神志病中西医结合诊断学》^[5]，临床常见证候如下：

（1）外风引动证

喉中异声或秽语，挤眉眨眼，搐鼻、噤嘴、摇头，每于感冒后症状加重，常伴鼻塞流涕，咽红咽痛，或有发热，舌淡红、苔薄白，脉浮数。

（2）肝风内动证

急躁易怒，面红目赤，挤眉眨眼，吸鼻瞬目，摇头点头，肢体扭动，耸肩踢腿，多急性起病，发作频繁而有力，难以自制。舌质红，苔白或黄，脉弦或洪大有力。

（3）痰热动风证

喉中痰鸣，口中秽语，或有怪叫，仰头伸颈，挺胸鼓肚，扬手踢腿，烦躁口渴，夜寐不安，多梦，或呕吐干呕。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

（4）脾虚痰聚证

面色萎黄，形体瘦小，精神倦怠，喉中作响，肢体动摇，耸肩吸腹，抽动无力，时发时止，时轻时重，胸闷不舒，泛吐痰涎，食欲减退，大便稀溏。舌质淡，苔薄白，脉细弱。

（5）脾虚肝亢证

肌肉抽动无力，时发时止，时轻时重，精神倦怠，面色萎黄，胸闷气短，叹息肋胀，食欲不振，脾气急躁，喉中时有吭吭作响，声低力弱，大便稀溏，舌质淡，苔薄白，脉沉无力。

（6）肝肾阴虚证

抽动日久，形体消瘦，精神疲惫，肢体颤动，挤眉弄眼，耸肩摇头，抽动力弱，口出异声，语声不高，咽干，口渴，盗汗，两颧潮红，手足心热，睡眠不安。舌质红，苔少或光剥，脉细数。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治疗原则

抽动障碍以息风止动为基本治疗原则。以调整阴阳、增强体质、减少复发为纲。根据疾病的不同证候和阶段，分清正虚与邪实的关系，辨证论治。实证以平肝息风，豁痰定抽为主；虚证以滋肾补脾，柔肝息风为主；虚实夹杂证治当标本兼顾，攻补兼施。

5.1.2 西医治疗原则

抽动障碍一般根据临床类型和严重程度选择治疗方法。短暂性抽动障碍或症状轻、持续时间短的患儿，并不对其造成困扰，这部分患儿并不需要特别的治疗，注意早期干预，进行心理治疗即可。若为慢性运动或发声抽动障碍、发声与多种运动联合抽动障碍或抽动症状引起患儿焦虑不安并干扰其生活时，需要进行抗精神病药物治疗。并且应根据患儿具体情况，在药物治疗的基础上制订个体化治疗方案。^[6]

西医对于抽动障碍的治疗策略主要有：^[7]

(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，需继续以治疗剂量治疗至少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1/2~2/3。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，难治性抽动障碍亦需要联合用药。

(6) 综合治疗

如共患注意力缺陷多动障碍、强迫症或其他行为障碍时，可转诊至儿童精神、心理科进行综合治疗。

5.2 中西医结合治疗策略

中西医结合治疗可以扬各自之长，避各自之短，提高各自疗效。中医治疗可以减少西药用量及服药时间，从而减少或缓解西药产生的锥体外系反应等不良反应，增强疗效，减少复发，抽动障碍全程治疗均可用，特别是对于轻症患者，中医早期干预可减少药物依赖，预后较好。西医治疗优势在于见效快，一般1-2周即可缓解症状，对于治疗中重度患儿及合并共患病患儿有重要意义。在中西医结合治疗过程中，根据临床类型和严重程度选择相应的治疗方法。例如，对于短暂性抽动障碍患儿或轻度患儿，以心理治疗与中医治疗为主；对于慢性运动或发声抽动障碍、发声与多种运动联合抽动障碍或中重度患儿，以中西医结合治疗为主，配合心理治疗。另外，针灸、推拿等对抽动障碍也有一定作用。

[4, 8-9]

5.3 中医治疗

5.3.1 中药辨证治疗

(1) 外风引动证

治法：疏风解表、息风止动。

方药：银翘散^[10-11]（《温病条辨》）加减。

常用药：金银花、连翘、牛蒡子、薄荷、桔梗、竹叶、淡豆豉、荆芥穗、生甘草。

加减：清嗓声明显者，加金果榄、胖大海、玄参等；眨眼明显者，加菊花、决明子；吸鼻明显者，加辛夷、苍耳子、白芷。（中级证据，强推荐）

(2) 肝风内动证

治法：清肝泻火，息风止痉。

方药：四逆散^[12-13]（《伤寒论》）加减。

常用药：柴胡、芍药、枳壳、炙甘草。

加减：咽喉不利者，加山豆根、桔梗；耸鼻者，加辛夷、苍耳子、石菖蒲；头部抽动为主者，加葛根、川芎；四肢抽动为主者，加木瓜、宽筋藤；肝火旺者，加龙胆草；胁下胀者，加香附；目赤者，加谷精草；热盛痰多者，加黄芩、瓜蒌仁；大便秘结者，加生大黄。（中级证据，强推荐）

(3) 痰热动风证

治法：涤痰清热，宁心安神。

方药：加味黄连温胆汤^[14-16]（《六因条辨》）加减。

常用药：法半夏、陈皮、茯苓、枳实、竹茹、黄连、甘草。

加减：便秘难解、痰火重者，加芒硝、大黄或瓜蒌、青礞石；痰浊壅盛者，加青礞石、白附子；抽动较重者，加全蝎、白芍、天麻；发声异常者，加白僵蚕、蝉蜕、青果、桔梗；秽语频繁者，加白僵蚕、胆南星、郁金。（高级证据，强推荐）

（4）脾虚痰聚证

治法：健脾化痰，平肝息风。

方药：温胆汤^[17-18]（《三因极一病症方论》）加减。

常用药：陈皮、清半夏、茯苓、麸炒枳实、竹茹、生甘草。

加减：抽动频急者，加钩藤、蜈蚣、全蝎；尿频或遗尿者，加桑螵蛸、益智仁、龙骨；脾虚明显者，加党参、黄芪；情绪不稳者，加柴胡；心神不宁者，加炙远志、五味子。（中级证据，强推荐）

（5）脾虚肝亢证

治法：健脾疏肝，熄风止痉。

方药：缓肝理脾汤^[19-20]（《医宗金鉴》）加减。

常用药：桂枝、白茯苓、炒白术、人参、白芍、炒山药、炙甘草、陈皮、扁豆。

加减：痰湿较盛者，加石菖蒲、胆南星、薏苡仁、芡实等；兼有饮食积滞者，加焦山楂、焦神曲、炒麦芽、炒谷芽等，肝风偏亢者，加全蝎、蜈蚣等虫类药。（中级证据，强推荐）

（6）肝肾阴虚证

治法：滋阴潜阳，柔肝息风。

方药：滋水清肝饮^[21-23]（《医宗己任编》）加减。

常用药：熟地黄、山茱萸、泽泻、当归身、白芍、枣仁、茯苓、山药、柴胡、山栀、丹皮。

加减：五心烦热者，加地骨皮、青蒿；夜卧不安者，加酸枣仁、夜交藤；夜寐盗汗者，加浮小麦；烦躁不安者，加紫贝齿、珍珠母；食少者，加山药、白术；头昏者，加全蝎、天麻；病久者，加丹参、红花等；合并注意缺陷与多动障碍者，加石菖蒲、远志。（高级证据，强推荐）

5.3.2 中医非药物治疗

（1）针刺治疗

①体针

主穴取太冲、合谷、风池、百会、神庭、头维、四神聪、顶中线、额中线、顶旁1线、舞蹈震颤

区。随症加减：抽动出现在面部配地仓、颊车；抽动出现在颈部配天柱、人迎；抽动出现在上肢配外关、肩髃；抽动出现在下肢配照海、丰隆；喉间发声异常配廉泉；耸鼻配迎香、素髎。肝风内动者配合谷、行间；痰热动风者配公孙、大椎、天枢；脾虚痰聚者配足三里、中脘、阴陵泉；肝肾阴虚者配肝俞、肾俞、太溪。^[24-25]（中级证据，强推荐）

“泻南补北法”：以神门、内关、心俞、太溪、照海、太冲、行间为主穴，肝俞、胆俞、太陵、复溜、三阴交、肾俞、合谷、风池、百会、四神聪为辅。随症加减：眨眼加四白；耸鼻加迎香；口角动加地仓；发声性抽动或喉中痰滞感明显加廉泉；下肢抽搐加阳陵泉；挺腹加气海、关元；抽动严重者加涌泉。太冲、行间、肝俞、胆俞、神门、内关、太陵、心俞，均用捻转泻法；太溪、照海、复溜、三阴交、肾俞均用捻转补法，余穴均用平补平泻；头部穴位均（除风池向对侧 眼镜方向斜刺 0.5 寸）平刺 0.5 寸，余穴均直刺 0.5~1 寸，留针 30 分钟。^[26-27]（中级证据，强推荐）

“调神熄风针法”：主穴有肝俞、百会、印堂、风池、合谷、外关、太冲、足三里、三阴交。根据患者的抽动部位和证型不同加减配穴，夹心火者配内关、劳宫；夹痰者配丰隆。^[28-29]（中级证据，强推荐）

②头针

可选额中线、顶颞前斜线（下 2/5）、枕下旁线、顶中线，配合行针手法；可头穴透刺，百会透四神聪，正营透头维，前顶透囟会，上星透神庭，印堂，神门，内关，三阴交。^[30-31]（中级证据，强推荐）

“百会八阵”针刺法：选“百会八阵”之外阵穴，“百会八阵穴”操作规定：首先设定百会穴为圆心，以 4.5 寸（同身寸）为半径，作一个圆形，并将此圆形均匀地划分成八段弧形。圆心百会穴即为中宫，均等份分割圆形的八个点即为八个卦位点，再按照先天八卦的方位分别命为乾卦、坤卦、离卦、坎卦、巽卦、震卦、兑卦、艮卦，此八个卦点即是穴点，又依次名为“天”、“地”、“鸟”、“蛇”、“风”、“龙”、“虎”、“云”，是为“外阵”穴。针刺百会穴时，实证针尖朝向脑户穴，虚证针尖朝向神庭穴；针刺八阵穴时按一定针刺顺序施术，实证顺时针取穴进针，虚证逆时针取穴进针，八穴进针针尖均朝向百会。^[32]（低级证据，弱推荐）

③耳针

主穴选肝、脾、脑、交感、皮质下。根据症状选择不同配穴。眨眼、皱眉者，加眼、目；皱鼻、耸鼻严重者，加肺、内鼻、外鼻；撅嘴、咧嘴者，加口、舌、牙；发音异常、咽部发痒、喉中有痰者，加肺、咽喉、气管；肢体抽动、扭颈者，加枕、颈、颈椎；耸肩者，加锁骨、肩；摇腿者，加髌、膝、踝；心烦易怒者，加心、神门；饮食较差或大便稀溏、腹胀者，加大肠；易感冒、恶风者，加肺、耳背肺等；毛发稀少或夜间遗尿者，加肾、三焦。^[33-35]（高级证据，强推荐）

（2）推拿疗法

开天门、推坎宫各 20 次，按揉百会、四神聪、太阳各 50 次，点按风池、风府各 50 次，清肝经、补脾经、揉二马各 300 次，按揉五指节、精宁各 30 次，摩腹 300 次，捏脊 5 遍。辩证取穴：以眨眼、吸鼻、皱眉等头面部抽动为主者，加用按揉迎香、下关、牙关各 20 次；以扭脖子、点头等颈部抽动为主者，加用拿颈项、肩井 3~5 次；以甩手、耸肩等上肢抽动为主者，加用掐揉曲池、手三里、尺泽、合谷各 30 次；以下蹲、踢腿等下肢抽动为主者，加用拿血海 5 次，按拨委中、承山筋腱 5 次，按揉大腿肌肉群 3min，拿小腿肌肉群 3min；以吸肚子、挺肚子等腹部抽动为主者，加用拿肚角 20~50 次，分腹阴阳 50~100 次；喉间有痰者，加用揉膻中、天突、肺腧、丰隆 50~100 次。^[36-40]（高级证据，强推荐）

（3）情志疗法

开导劝慰法”、“抑情顺理法”、“发泄疏导法”“习以治惊法”、“移情易志法”、“以情胜情法”、“模仿法”、“消愁愉悦法”和“修身养性法”均适用于本病。^[41]（低级证据，强推荐）

5.3.3 中成药

小儿黄龙颗粒：滋阴潜阳，安神定志。6岁~9岁，每次1袋，每日2次；10岁~14岁，每次2袋，每日2次，疗程6周，口服，或遵医嘱。用于阴虚阳亢证。

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[6-7, 42-43]

抽动障碍的药物治疗包括多巴胺受体阻滞剂、 α_2 受体激动剂、抗癫痫药物等。当单一用药不能完全控制症状，或有共患病时，考虑联合用药。目前，一线药物有硫必利、舒必利、阿立哌唑、可乐定等。（高级证据，强推荐）

（1）多巴胺受体阻滞剂

多巴胺受体阻滞剂是儿童抽动障碍治疗的经典药物，尤其是中重度抽动障碍的治疗。典型抗精神病药物包括氟哌啶醇、泰必利等。虽然这类药物疗效肯定，但不良反应多，目前很少作为一线使用，而是选择非典型抗精神病药物，舒必利、利培酮、阿立哌唑等。

氟哌啶醇：有效率 60%~90%，起始剂量为 0.5~1.0mg/日，睡前顿服；如疗效欠佳者，以后每周可增加 0.25~0.5mg，推荐剂量范围为 1~4mg/日，每天 1~2 次，观察 3~7 天。在加量过程中应根据治疗效果和副反应调整剂量。不良反应主要有嗜睡和锥体外系反应等。

泰必利（硫必利）：有效率 76%~87%，起始剂量为 50mg/日，分 2~3 次口服；推荐剂量范围为

100~400mg/日。其特点是锥体外系反应较少，适用于7岁以上患者。可有头晕、乏力、嗜睡、胃肠道等轻度不良反应。

舒必利：起始剂量为50~100mg/日，分2~3次分服，推荐剂量为200~400mg/日。不良反应主要有嗜睡、体重增加，轻度锥体外系反应等。

(2) α_2 受体激动剂

α_2 受体激动剂类常用药物主要是可乐定。

可乐定：有效率50%~86%。起始剂量为0.025~0.05mg/日，分2~3次口服，如疗效不显者，可每周增加0.05mg，推荐剂量范围为0.05~0.3mg/日。该药还可改善注意缺陷和多动症状，合并注意力缺陷多动障碍，或因使用中枢兴奋剂治疗注意力缺陷多动障碍而诱发抽动症状者首选此药。对口服制剂耐受性差者，可使用可乐定贴片治疗。不良反应有嗜睡、低血压、头昏、口干、易激惹、心率加快等。

(3) 选择性单胺能拮抗剂

利培酮：起始剂量为0.25~0.5mg/日，分2次口服，以后每隔3~7天增加0.5~1mg，推荐剂量范围0.5~6mg/日，目前国内用于15岁以上青少年患者。主要不良反应有轻度锥体外系反应、闭经、溢乳、性功能障碍、嗜睡、头晕、恶心、便秘、消化不良、鼻炎、皮疹等。

阿立哌唑：起始剂量为1.25~2.50mg/日，推荐剂量为2.5~15.0mg/日。主要不良反应有头痛、焦虑失眠、嗜睡、小便失禁、静坐不能等。

(4) 抗癫痫药物

有报道指出，托吡酯、左乙拉西坦、氯硝西洋、丙戊酸钠等对抽动障碍治疗有效。

丙戊酸钠：治疗剂量为15~30 mg/(kg·d)，2次/日或3次/日，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/日，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。

(5) 肉毒杆菌毒素

有研究证实，肉毒杆菌毒素有助于减少或消除抽动症状的先兆冲动。^[44]

5.4.2 非药物治疗

(1) 神经调控治疗

重复经颅磁刺激、脑电生物反馈、经颅微电流刺激等神经调控方法，可尝试用于药物难治性抽动障碍患儿。深部脑刺激的疗效确切，但由于其属于有创侵入性治疗，主要适用于年长儿或成人难治性抽动障碍的治疗。^[7]（中级证据，强推荐）

（2）心理治疗

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。轻症抽动障碍患儿多数采用单纯心理行为治疗即可奏效。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。^[7, 45-48]（高级证据，强推荐）

（3）教育干预

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，。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。^[7]（低级证据，弱推荐）

5.5 中西医结合分期治疗^[7]

5.5.1 急性治疗期

初始期治疗主要目的是控制症状，尽量达到临床痊愈。轻度抽动障碍患儿可选择中医药治疗及心理治疗，中重度患儿可选择一线药物如硫必利、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，并定期对患者的症状、药物不良反应、治疗依从性和功能状态进行量化评估。西医治疗优势在于见效快，一般1-2周即可缓解症状，对于治疗中重度患儿及合并共患病患儿有重要意义。同时配合中医药治疗，以减少药物的不良反应、有效控制症状及减少复发率。

5.5.2 巩固治疗期

病情基本控制后，需以治疗剂量继续治疗至少1~3个月，以巩固疗效和减少复发。推荐联合中医药治疗及心理治疗，稳定症状，改善残留症状，预防复发。

5.5.3 维持治疗期

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1/2~2/3。一旦发现有复发早期征象，迅速恢复用药或加大剂量。同时建议采用中医药系统治疗，以调整阴阳、增强体质、减少复发。

5.6 疗程

病情基本控制后，需强化治疗 1~3 个月，若病情控制良好，仍需维持治疗 6~12 个月，目的是巩固疗效和减少复发。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。

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准^[49]

痊愈：中医临床表现完全或基本消失，评分改善率 >95%；

显效：中医临床表现较前显著改善，60% < 评分改善率 ≤ 95%；

有效：中医临床表现较前有所缓解，30% < 评分改善率 ≤ 60%；

无效：评分改善率 ≤ 30%。

6.2 西医疗效评价标准

结合患者的实际病情和临床表现，以及体格检查结果和相关实验室报告，可以根据治疗前后耶鲁综合评分量表 (YGTSS) 各项评分、总分及治疗前后各组 YGTSS 减分率进行临床疗效评估。

6.3 安全性指标

6.3.1 相关实验室检查

随时监测血压、心率等基础生命体征；定期进行心电图检查，血常规、血糖、血脂，肝、肾功能等化验；必要时进行血药浓度监测。

6.3.2 量表评价

副反应量表 (TESS) 适用于评定各类抗精神病药物引起的副作用。根据体格检查结果以及实验室报告，结合患者的实际病情，做出相应评定。一般治疗前及治疗后 2 周、4 周和 6 周进行评价。

7 预防与调护^[50]

7.1 预防要点

适龄结婚，提倡婚前体检，禁止近亲结婚。母孕期避免接触可损害胎儿脑发育的有害因素，避免服用能致畸的药物，预防妊娠并发症，防止难产和产伤。出生后注意饮食调理，增强婴幼儿体质，合理安排作息时间，养成良好的生活习惯。为孩子创造一个轻松和谐的家庭、学校和社会环境，以减少精神压力。

7.2 调护要点

关心和鼓励患儿建立信心，加强体格锻炼，合理安排作息时间，避免诱发或加重抽动的因素，如过度劳累、兴奋、焦虑、紧张、感冒发热及躯体疾病等。在饮食方面应避免应用食物添加剂、色素、咖啡因和水杨酸等。

8 预后

抽动障碍患者预后与抽动严重程度相关，患儿病情处于轻度时，其学习状态和社交能力未受到影响，能正常的日常生活，不依赖药物治疗，并可以自愈。但病情呈现中度或重度时，严重影响学习、生活和社交能力，所以预后较差。反复次数、合并共患病、精神或神经病家族史等也会加重抽动障碍患者的治疗负担，增加治疗难度，影响患者预后。^[51-53]（中级证据，强推荐）

9 注意事项

本指南不适用于特殊群体（儿童、妊娠哺乳期妇女、老年人）抽动障碍的诊断与治疗。应用本指南时应先明确诊断，本指南不能应用于除抽动障碍外的其他疾病，如：小舞蹈病、风湿性舞蹈病、亨廷顿舞蹈病等，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

指南中的内容仅仅是用来指导临床工作的概括性或综合性标准，单纯依据指南中的内容和标准并不能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功，更不能简单认为指南中的内容已经囊括了抽动障碍临床操作中的所有规范，而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。在判断某一特定医疗程序和治疗计划正确与否时，所有的结论首先必须是建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上，而不能简单的依据指南中的相关内容来做出判断或评价。指南中制定的临床诊疗标准并不是一成不变的，其内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家共识。在指南使用过程中，要不断对其相关理论知识、操作技术及护理规范等进行提炼和总结，形成更为合理和更为科学的操作模式。

参 考 文 献

- [1]郭雅明,汪金涛,李文芳.中西医结合治疗精神疾病发展和现状[A].第二届全国焦虑症中西医结合论坛、中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第18次全国年会暨第三届京津冀中西医结合精神病学年会论文集[C].中国中西医结合学会:中国中西医结合学会,2019:3.
- [2]王华.儿童抽动障碍鉴别诊断[J].中国实用儿科杂志,2012,27(07):487-491.
- [3]阮铭,吴敏.抽动障碍古代文献研究[J].上海中医药大学学报,2012,26(02):24-26.
- 王华.儿童抽动障碍鉴别诊断[J].中国实用儿科杂志,2012,27(07):487-491.
- [4]张永明,龚树辉.中医药治疗儿童抽动障碍的研究进展[J].陕西中医药大学学报,2019,42(04):133-137.
- [5]贾竑晓,张宏耕.神志病中西医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [6]翟倩,丰雷,张国富.儿童抽动障碍病因及治疗进展[J].中国实用儿科杂志,2020,35(01):66-72.
- [7]刘智胜,秦炯,王家勤,等.儿童抽动障碍诊断与治疗专家共识(2017实用版)[J].中华实用儿科临床杂志,2017,32(15):1137-1140.
- [8]张弛,班慧慧,据伟.中西医治疗ADHD研究进展[J].河南中医,2013,33(04):628-632.
- [9]李楠,白晓红.中西医治疗儿童抽动障碍研究概况[J].中国中西医结合儿科学,2019,11(01):36-40.
- [10]徐雅茹.钩藤饮子加减治疗小儿外风引动型抽动障碍的临床观察[D].黑龙江中医药大学,2020.
- [11]樊晓阳.息风止动方治疗小儿抽动障碍(外风引动型)的临床疗效观察[D].山西中医药大学,2020.
- [12]管子娇,徐建涛,李军艳.四逆散加减治疗小儿抽动障碍临床研究[J].世界中西医结合杂志,2020,15(02):310-313.
- [13]张聪聪.从“和解少阳枢机”论治儿童抽动障碍的临床观察[D].辽宁中医药大学,2020.
- [14]许杨.加味黄连温胆汤治疗小儿抽动障碍痰热动风证临床效果分析[J].中医临床研究,2019,11(35):58-59+62.
- [15]王清,樊晋萍,倪新强,等.加味黄连温胆汤治疗小儿抽动障碍痰热动风证临床研究[J].中国中医药信息杂志,2018,25(01):10-14.
- [16]李兰,廖福建.加味黄连温胆汤治疗小儿抽动障碍痰热动风证临床价值评价[J].健康前沿,2018,27(12):194.
- [17]潘鸿,徐荣谦,王洪峰,等.中医综合疗法治疗小儿抽动障碍胆虚痰热型的临床研究[J].中国社区医师,2020,36(24):106-107.

- [18]童瑶. 四君温胆汤治疗儿童抽动障碍（脾虚痰聚型）的临床观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2020.
- [19]杨亚峰, 王晓燕, 孔令霞, 等. 柴术调肝理脾汤治疗儿童抽动障碍疗效观察[J]. 中医临床研究, 2020, 12(21): 21-23.
- [20]向静宇. 学龄期儿童多发性抽动症的中医诊疗方案研究[D]. 成都中医药大学, 2017.
- [21]吴杰妍, 陈文利, 凌钦亮, 等. 从肝肾论治疗小儿抽动障碍的临床效果观察[J]. 中国病案, 2018, 19(10): 106-109.
- [22]田慧, 李宜瑞, 刘振寰. 滋肾调肝法治疗注意缺陷多动障碍共患抽动障碍 46 例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2011, 7(03): 26-28.
- [23]王波. 滋养肝肾方治疗儿童抽动障碍的临床及与过敏相关性的研究[D]. 中国中医科学院, 2010.
- [24]陈雨临. 针刺治疗儿童抽动障碍的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2016, 38(12): 6-8.
- [25]李娅茹. “抑肝扶脾” 刺灸法治疗小儿抽动障碍临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2016.
- [26]钱雄, 张银敏, 李宗起, 等. 泻南补北法针刺治疗小儿一过性抽动障碍 37 例[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(08): 608.
- [27]陈爽. 泻南补北针刺法治疗小儿一过性抽动障碍的临床效果观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37(05): 616.
- [28]轩辕极. “调神熄风针法” 对短暂性抽动障碍儿童的临床疗效观察[D]. 南京中医药大学, 2019.
- [29]黄兰芝. 调神平肝法针刺治疗儿童抽动障碍的临床疗效观察[D]. 福建中医药大学, 2019.
- [30]杨艳梅. 头针配合耳针治疗小儿抽动症的临床研究[D]. 云南中医学院, 2016.
- [31]王世杰. 头穴透刺治疗儿童多发性抽动症的临床观察[D]. 黑龙江省中医药科学院, 2020.
- [32]彭良. 针刺“百会八阵” 治疗抽动障碍的临床对照研究[D]. 成都中医药大学, 2019.
- [33]李君. 耳穴埋针结合中药治疗儿童抽动障碍的临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2018.
- [34]戴方娣, 戴方瑜. 耳穴压籽治疗儿童抽动障碍症 40 例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(06): 447.
- [35]管静莹. 耳穴贴压联合盐酸硫必利治疗学龄期儿童抽动障碍的临床研究[D]. 浙江中医药大学, 2018.
- [36]沈红岩, 张子鹤, 王雪峰. 安神宁志推拿法联合中药治疗儿童抽动障碍临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2020, 12(04): 284-287.
- [37]米继强, 张小洁. 疏肝扶脾法推拿治疗小儿短暂性抽动障碍(肝郁脾虚型)的临床观察[J]. 中国社区医师, 2017, 33(26): 89-90.
- [38]何嘉莹, 周翔, 吴婷. 熄风止痉整脊推拿法结合热敏灸治疗脾虚湿滞型小儿抽动障碍 35 例[J]. 浙江中医杂志, 2020, 55(11): 811.

- [39]吴莉城,何嘉莹. 中医推拿结合耳尖放血治疗肝亢风动型儿童抽动障碍临床疗效观察[J]. 浙江临床医学, 2017, 19(9): 1643-1644, 1647.
- [40]赵鹏. 祛风安神推拿法治疗慢性运动或发声性抽动障碍的临床观察[D]. 山东中医药大学, 2011.
- [41]胡钰颖. 中医辨证论治结合情志疗法治疗抽动障碍的临床探索[D]. 广州中医药大学, 2010.
- [42]赵欣, 吴敏, 张欣, 等. 抽动障碍药物治疗现状分析[J]. 国际精神病学杂志, 2016, 43(04): 617-619.
- [43]Tanya K.Murphy, Adam B.Lewin, Eric A.Storch, et al.Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Tic Disorders[J].Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2013, 52(12).
- [44]万新华, 胡兴越, 靳令经. 中国肉毒毒素治疗应用专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(10): 779-786.
- [45]李婉婉, 罗强, 和宁辛, 等. 阿立哌唑联合心理疗法治疗儿童抽动障碍研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(09): 29-32.
- [46]陈宇, 钟燕, 丁大为, 等. 氟哌啶醇结合心理行为疗法治疗儿童抽动障碍疗效观察[J]. 临床医学工程, 2016, 23(04): 489-490.
- [47]王文光, 张亚君, 陈彩萍. 小剂量氟哌啶醇结合心理干预治疗 Tourette 综合征疗效观察[J]. 临床儿科杂志, 2002(02): 82-83.
- [48]吕冰聪, 刘郴州, 郭青云, 等. 心理行为疗法联合小剂量药物治疗儿童抽动障碍的效果分析[J]. 右江民族医学院学报, 2006(03): 423-424.
- [49]中华中医药学会儿科分会临床评价学组. 儿童抽动障碍中药新药临床试验设计与评价技术指南[J]. 药物评价研究, 2015, 38(6): 589-595.
- [50]孙锦华, 杜亚松. 儿童抽动障碍预防及预后[J]. 中国实用儿科杂志, 2012, 27(07): 506-508.
- [51]杨静, 廖恒, 俞丹, 等. 中国抽动障碍患者预后及影响因素的系统评价[J]. 脑与神经疾病杂志, 2018, 26(06): 335-339.
- [52]秋艳萍, 焦爱萍, 张孝兴, 等. 抽动障碍儿童血清 S100 β 、CK-BB 及 GFAP 的变化及预后的影响因素分析[J]. 神经损伤与功能重建, 2016, 11(06): 529-532.
- [53]王春辉, 韩斐. 中药治疗 207 例小儿抽动-秽语综合征的预后相关因素分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2012, 32(02): 64-65+69.