•标准•方案.指南.

儿童抽动障碍的诊断与治疗建议

中华医学会儿科学分会神经学组

抽动障碍（tic disorders,TD）是起病于儿童期，以抽动为 主要临床表现的神经精神疾病"2〕。其发病是遗传、生物、心 理和环境等因素相互作用的综合结果,确切病因和发病机制 不清，中枢神经递质失衡，纹状体多巴胺活动过度或突触后 多巴胺受体超敏感为其发病机制的关键环节"⑶。TD的发 病近年有增多趋势，其临床表现多样，共患病复杂，诊断与治 疗需要予以规范。

一、临床特征

1. 一般特征：起病年龄2 ~21岁，以5 - 10岁最多 见⑷。病情通常在10-12岁最严重;男性明显多于女性，男 女之比为3~5：1。
2. 抽动:为一•种不自主、无目的、快速、刻板的肌肉收 缩⑸。抽动的表现复杂多样，分类见表1⑹。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;发声性抽动实际上是口鼻、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 动可进一步分为简单和复杂两类，有时二者不易分清⑺。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， 且非持久性存在。

病初抽动症状通常从面部开始,逐渐发展到头、颈、肩部 肌肉，而后波及躯干及上、下肢。抽动形式也可以从一种形 式转变为另一种形式，不断有新的抽动形式岀现。抽动频度 和强度在病程中呈现明显的波动性，新的抽动症状可以取代 旧的抽动症状，或叠加在旧的抽动症状之上。病程较长的患 儿，有时在出现抽动或发声后，迅速做一另外动作企图掩饰， 使得临床表现更加复杂。抽动症状常常时好时坏，可暂时或 长期自然缓解，也可因某些诱因而加重或减轻。常见加重抽 动的因素包括紧张、焦虑、生气、惊吓、兴奋、疲劳、伴发感染、 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⑹。

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，被认为是先兆症状（前驱 症状），年长儿尤为多见⑹，包括压迫感、痒感、痛感、热感、 冷感或其他异样感。运动性抽动或发声性抽动很可能与对 局部不适感的缓解相关。

1. 共患病:大约半数患儿共患一种或多种心理行为障

D01：10. 3760/cma, j. issn, 0578-1310. 2013. 01. 015

通信作者:刘智胜,430016武汉市儿童医院神经内科(Email： liuzsc@ 126. com)；秦炯,100034北京大学第一医院儿科(Email： qinjiong@263. net) 碍⑶，包括注意缺陷多动障碍（ADHD）、学习困难、强迫障 碍、睡眠障碍、情绪障碍、自伤行为、品行障碍、暴怒发作 等［M.8］。其中共患ADHD最常见，其次是强迫障碍。TD共 患病的发生存在性别差异，通常ADHD、学习困难、品行障碍 和暴怒发作的发生男性较多，而强迫障碍和自伤行为的发生 则女多于男。共患病进一步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⑻。

二、诊断

1. 诊断方法：尚乏特异性诊断指标。目前主要采用临 床描述性诊断方法，依据患儿抽动症状及相关伴随精神行为 表现进行诊断。因此，详细的病史询问是正确诊断的前提， 而体格检查包括精神检查和必要的辅助检査也是必需的，检 查目的主要在于排除其他疾病。

脑电图、神经影像及实验室检查一般无特征性异常。少 数患儿可有非特异性改变，如脑电图检查可发现少数患儿背 景慢化或不对称等;头颅CT或MRI检查显示少数患儿存在 尾状核体积偏小、额叶及枕叶皮质稍薄、脑室轻度扩大、外侧 裂加深等非特异性结构改变，检查目的主要是排除基底神经 节等部位有无器质性病变，如肝豆状核变性（Wilson病）及 其他器质性锥体外系疾病⑼。

1. 临床分型:根据临床特点和病程长短,本病可分为短 暂性 TD、慢性 TD 和 Tourette 综合征（Tourette syndrome, TS） 三种类型。短暂性TD是最多见的一种类型，病情最轻，表 现为1种或多种运动性抽动和（或）发声性抽动,病程在1年 之内。慢性TD是指仅表现有运动性抽动或发声性抽动（二 者不兼有），病程在1年以上。TS又称多发性抽动症，是病 情相对较重的一型,既表现有运动性抽动，又兼有发声性抽 动，但二者不一定同时出现,病程在1年以上。过去常称的 “抽动秽语综合征”这一病名欠妥，因为秽语的发生率不足 三分之一,秽语并非诊断TS的必备条件，又具有明显的贬 义，现已被弃用"°】。短暂性TD可向慢性TD转化,而慢性 TD也可向TS转化。

有些患者不能归于上述任何一类,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，系指经过 氟哌嚏醇、硫必利等常规抗TD药物足量规范治疗1年以上 无效，病程迁延不愈的TD患儿［4J，］O

多种器质性疾病也可引起TD,即继发性TD,临床应注 意排除。继发性TD的原因很多,包括遗传因素（如唐氏综 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（如卒中、头部外伤、发育障碍、神 经变性病等）〔⑵。

1. 病情评估:根据病情严重程度，可分为轻度、中度及 重度。轻度（轻症）是指抽动症状轻，不影响患儿生活、学习 或社交活动等；中度是指抽动症状重，但对患儿生活、学习或 社交活动等影响较小;重度（重症）是指抽动症状重,并明显 影响患儿生活、学习或社交活动等。也可依据抽动严重程度 量表进行客观、量化评定，如耶鲁综合抽动严重程度量表'⑶ 等。此外,TD伴发共患病越多，病情越严重⑹。
2. 诊断标准：可依据《国际疾病分类》第10版（ICD- 10）［14］、《美国精神疾病诊断与统计手册》第4版修订本 （DSM-IV-TR）［4］和《中国精神障碍与诊断标准》第3版 （CCMD』）质。目前国内外多数学者倾向于采用DSM-IV- TR中的诊断标准，简述如下。

（1） 短暂性TD：①一种或多种运动性抽动和（或）发声 性抽动;②抽动1 d发作多次,几乎每天发作持续时间至少4 周，但不超过1年;③既往无慢性TD或TS病史;④18岁以 前起病;⑤TD症状不是直接由某些药物（如兴奋剂）或内科 疾病（如亨廷顿舞蹈病或病毒感染后脑炎）所致。

（2） 慢性TD：①一种或多种运动性抽动或发声性抽动， 但在病程中不同时出现;②抽动每天发作多次，可每天发作 或有间歇,但间歇期持续不超过3个月，病程超过1年;③ 18岁以前起病;④TD症状不是由某些药物（如兴奋剂）或内 科疾病（如亨廷顿舞蹈病或病毒感染后脑炎）所致。

（3） TS：①在病程中具有多种运动性抽动及一种或多种 发声性抽动，而不必在同一时间出现;②抽动可每天发作多 次（通常为丛集性）或间歇发作，但间歇时间不超过3个月， 抽动病程在1年以上;③抽动的部位、次数、频率、强度和复 杂性随时间而变化;④18岁以前起病;⑤抽动症状不是直接 由某些药物（如兴奋剂）或内科疾病（如亨廷顿舞蹈病或病 毒感染后脑炎）所致。

5-诊断流程:临床诊断有赖于详细的病史、体检和相关 辅助检査。应与患儿直接会谈,观察抽动和一般行为表现， 弄清症状的主次、范围、演变规律及发生的先后过程。要注 意患儿的症状可短暂自我控制，易被忽视而漏诊。同时,TD 由于常共患ADHD、强迫障碍等,也易被误诊。需注意排除 风湿性舞蹈病、肝豆状核变性、癫頫、药源性抽动、心因性抽 动及其他锥体外系疾病。诊断流程见图1⑹。

三、治疗

治疗前应确定治疗的靶症状，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，而 有些患儿治疗的靶症状是共患病症状，如多动冲动、强迫观 念等。治疗原则是药物治疗和心理行为治疗并重，注重治疗 的个体化。

1. 药物治疗:对于影响到日常生活、学习或社交活动的 中至重度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,a受体激动剂以及其 他药物等U6］。药物治疗要有一定的疗程，适宜的剂量，不宜 过早换药或停药。



图1 TD诊断流程图

（1）常用药物:治疗TD的常用药物见表2。表中标签外 用药包括超病种适应证范围用药和超年龄适应证范围用药, 用药前应与患儿家长进行有效的洶通,并注意监测药物的不 良反应。常用药物主要包括以下4类。

1. 多巴胺受体阻滞剂:是TD治疗的经典药物。常用药 物如下：氟哌嚏醇常用治疗剂量为1 ~4 mg/d, 2 ~3次/d,通常加服等量苯海索（安坦），以防止氟哌嚏醇可 能引起的药源性锥体外系反应;硫必利又称泰必利,常用治 疗剂量为150-500 mg/d,2~3次/d,副作用少而轻，可有头 昏、乏力、嗜睡、胃肠道反应等;舒必利常用治疗剂量为200 ~

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表1抽动的分类 | | |
| 抽动类型 | 简单抽动 | 复杂抽动 |
| 运动性抽动 | 眨眼、斜眼、皱眉、扬眉、张口、伸舌、撅嘴、歪嘴、舔嘴唇、皱 鼻、点头、仰头、摇头、转头、斜颈、耸肩、动手指、搓手、握 拳、动手腕、举臂、伸展或内旋手臂、动脚趾、伸腿、抖腿、踮 脚、蹬足、伸膝、屈膝、伸散、屈髄、挺胸、收腹、扭腰等 | 挤眉弄眼、扮“鬼脸”、眼球转动、旋扭手指、甩手、拍手、挥 舞上臂、刺戳动作、四肢甩动、用拳击胸、弯腰动作、下颌触 膝、扭动躯干、跳动、下蹲、跪姿、踢腿、靠膝、跺脚、蹦、跳、 扔、敲打、触摸、嗅、修饰发鬓、走路转圈、后退动作等 |
| 发声性抽动 | 单音、吸鼻声、吼叫、哼哼声、清嗓子、咳嗽声、吱吱声、尖叫 声、喊叫声、咕噜声、吐唾沫、吹口哨声、吸吮声、犬吠声、鸟 叫声等 | 单词、词组、短语、短句、重复单词或短语、重复语句、模仿 言语、秽语等 |

表2常用抗抽动障碍的药物

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药名 | 作用机制 | 起始剂量 | 治疗剂量" | 常见副作用 | 备注 |
| 硫必利 | D2受体阻滞 | 50 ~ 100 mg/d | 150 -500 mg/d | 嗜睡、胃肠道反应 | 一线药物，有TD适应证 |
| 哌迷清 | D2受体阻滞 | 0. 5 〜！ *mg/*d | 2 ~8 mg/d | 锥体外系反应，心电图改变 | 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 | 嗜睡、体重增加 | 一线药物，标签外用药 |
| 阿立哌哇 | D2受体部分激动 | 2. *5* mg/d | 5 ~ 20 mg/d | 嗜睡、胃肠道反应 | 一线药物，标签外用药 |
| 可乐定 | 受体激动 | 0. 025 ~0. 05 mg/d | 0. 1 ~ 0. 3 mg/d | 嗜睡、低血压、心电图改变 | 一线药物(TD + ADHD),标  签外用药 |
| 弧法辛 | 受体激动 | 0. 25 ~0. 5 mg/d | 1 ~3 mg/d | 嗜睡、低血压、心电图改变 | 一线药物(TD+ADHD),标 签外用药 |
| 氟哌嗟醇 | D2受体阻滞 | 0. 25 ~ 0. 5 mg/d | 1 ~4 mg/d | 嗜睡、锥体外系反应 | 二线药物，同服等量安坦，  有TD适应证 |
| 利培酮 | D2受体阻滞 | 0. 25 mg/d | 1 ~3 mg/d | 体重增加、锥体外系反应 | 二线药物，标签外用药 |
| 奥氮平 | D2受体阻滞 | 2. *5* mg/d | 2. 5 ~ 15 mg/d | 体重增加，静坐不能 | 二线药物，标签外用药 |
| 托毗酯 | 增强GABA作用 | 0. 5 mg/(kg - d) | 1 〜4 *mg/*( kg • d) | 体重下降、认知损害 | 二线药物，标签外用药 |
| 丙戊酸钠 | 增强GABA作用 | 5-10 mg/(kg ・ d) | 15 ~ 30 mg/( kg - d) | 体重增加、肝功异常 | 二线药物，标签外用药 |

注：“治疗剂量建议根据年龄进行选择，*W7*岁者使用最小治疗剂量~约】/2最大治疗剂量，如硫必利150-300 mg/d； >7岁者，使用约 1/2最大治疗剂量~最大治疗剂量，如硫必利300 -500 mg/d

400 mg/d,2 ~3次/d,以镇静和轻度锥体外系反应较常见； 利培酮常用治疗剂量为1 ~3 mg/d,2 ~3次/d,常见副作用 为失眠、焦虑、易激惹、头痛和体重增加等;阿立哌哩试用于 治疗TD患儿，取得较好疗效ri748］,推荐治疗剂量为5 ~ 20 mg/d,l ~2次/d,常见副作用为恶心、呕吐、头痛、失眠、 嗜睡、激惹和焦虑等。该类药物还有很多，如哌迷清、奥氮 平、喋硫平、齐拉西酮、舍呵噪、匹喳酮、丁苯喋嗪、氟奋乃静 和三氟拉嗪等，均具有一定的抗抽动作用，儿科临床应用 不多。

1. 中枢性«受体激动剂:常用可乐定系％受体激动剂， 特别适用于共患ADHD的TD患儿；常用治疗剂量为 0. 1 ~0.3 mg/d,2 ~3次/d；对口服制剂耐受性差者,可使用 可乐定贴片治疗;该药副作用较小，部分患儿出现镇静，少数 患儿出现头昏、头痛、乏力、口干、易激惹，偶见体位性低血压 及P-R间期延长。服法辛也是用于TD + ADHD治疗的一线 药物由，国内儿科经验不多，常用治疗剂量为1 ~3 mg/d, 2~3次/d,常见副作用有轻度镇静、疲劳和头痛等。
2. 选择性5羟色胺再摄取抑制剂：为新型抗抑郁药，如 氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明等，有抗抽动作用;与利 培酮合用可产生协同作用;还可用于TD +强迫障碍治疗。
3. 其他药物:氯硝西泮、丙戊酸钠、托毗酯等药物具有抗 TD作用，其中氯硝西泮治疗剂量为1 ~2 m"d,2 ~3次/d, 常见副作用为嗜睡、头昏、乏力、眩晕等;丙戊酸钠治疗剂量 \*15-30 mg/(kg • d),注意肝功能损害等副作用；托毗酯 治疗剂量为1 ~4 mg/(kg • d),应注意食欲减退、体重下降、 泌汗障碍、认知损害等副作用。对于难治性TD患儿，应及 时转诊至精神科或功能神经外科，进行进一步的药物或神经 调控治疗。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31。

(2)药物治疗方案：①首选药物:可选用硫必利、哌迷 清、舒必利、阿立哌哩、可乐定、脈法辛等。从最低剂量起始， 逐渐缓慢加量(1 ~2周增加一次剂量)至目标治疗剂量。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，予以强化治疗。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 ~2/3o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。若症状再发 或加重，则恢复用药或加大剂量。⑤联合用药：当使用单一 药物仅能使部分症状改善,或有共患病时，可考虑请神经科 会诊，考虑联合用药;难治性TD亦需要联合用药。

1. 非药物治疗
2. 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⑵I。对于社会适应能力良好的轻症 患儿,多数单纯心理行为治疗即可奏效。首先通过对患儿和 家长的心理咨询，调适其心理状态，消除病耻感，通过健康教 育指导患儿、家长、老师正确认识本病，不要过分关注患儿的 抽动症状，合理安排患儿的日常生活，减轻学业负担。同时 可给予相应的行为治疗，包括习惯逆转训练、暴露与反应预 防、放松训练、阳性强化、自我监察、消退练习、认知行为治疗 等⑵上其中习惯逆转训练、暴露与反应预防是一线行为 治疗⑵］。
3. 神经调控治疗:重复经颅磁剌激、脑电生物反馈和 经颅微电流刺激等神经调控疗法，可尝试用于药物难治性 TD患儿的治疗。深部脑刺激疗效较确切，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的 治疗。
4. 共患病治疗

(1)共患ADHD (TD + ADHD)：是最常见的临床共患病。 可首选受体激动剂，如可乐定，同时具有抗抽动和改善注 意力的作用⑵］。托莫西汀不诱发或加重抽动，也适用于共 患ADHD的TD患儿口4】。中枢兴奋剂存在加重或诱发抽动 的潜在危险,但临床证据并不一致，临床实践中也有将哌甲 酯用于TD + ADHD治疗的成功经验。现一般主张采用常规

剂量多巴胺受体阻滞剂（如硫必利）与小剂量中枢兴奋剂 （如哌甲酯,常规用量的1/4 - 1/2）合用，治疗TD + ADHD 患儿〔刼，可有效控制ADHD症状，而对多数患儿抽动症状的 影响也不明显。

（2）共患其他行为障碍:如学习困难、强迫障碍、睡眠障 碍、情绪障碍、自伤行为、品行障碍等，在治疗TD的同时，应 采取教育训练、心理干预、联合用药等庁法，并及时转诊至儿 童精神科进行综合治疗。

（刘智胜秦炯蔡方成陈燕惠邹丽萍王华执笔） 参与本建议审定人员（以姓氏汉语拼音为序）：蔡方成 陈曦 陈燕惠郭学鹏韩颖黄绍平黄珍妮姜玉武蒋莉李光乾 李岩梁东林庆刘智胜罗蓉麦坚凝秦炯施荣富 束晓梅孙道开孙若鹏唐久来王华王家勤王立文 王守磊王蔵王艺王治平杨琳尹飞张玉琴钟建民 钟佑泉邹丽萍

参考文献

1. Jankovic J, Kurlan R. Tourette syndrome: evolving concepts. Mov Disord, 2011,26:1149-1156.
2. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, et al. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1989, 28： 566­573.

[14]

[15]

[16]

[17]

[18]

[19]

1. Cath DC, Hedderly T, Ludolph AG, et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment Eur Child Adolesc Psychiatry, 2011, 20:155-17L
2. Leckman JF. Tic disorders, BMJ, 2012, 344：7659.
3. 刘智胜，静进.儿童心理行为障碍.北京:人民卫生出版社, 2007：137-160.
4. Kurlan R, Handbook of Tourette1 s syndrome and related tic and behavioral disorders. 2nfl ed. New York： Maecel Dekker, 2005 : 155471.

[5 ] Singer HS. Tourette syndrome and other tic disorders. Handb Clin Neurol, 2011, 100：64i-657.

1. 刘智胜.儿童抽动障碍诊断要点.中国实用儿科杂志,2012, 27： 481-485.
2. Kurlan R. Clinical practice:Tourette\*s Syndrome. N Engl J Med, 2010, 363： 2332-2338.
3. 刘智胜,Tourette综合征共患病的诊治进展.中国儿童保健 杂志，2010, 18：94-95, 99.
4. 李惠琳，孙锦华，杜亚松.儿童抽动障碍脑磁共振成像研究 进展.实用儿科临床杂志，2011, 26； 457459.
5. 刘智胜.小儿多发性抽动症’北京：人民卫生出版社，2002： 17-21.
6. 崔永华，郑毅，刘寰忠.难治性抽动秽语综合征的临床特点. 上海精神医学，2005, 17： 13-17.

[20]

[21]

[22]

[23]

[24]

World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [ EB/OL ] . www. who. int/classifications/icd/en/ bluebook. pdf.

中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准.3 版.济南：山东科学技术出版社,2001: 9-125.

Parraga HC, Harris KM, Pdrraga KL, et al. An overview of the treatment of Tourette\* s disorder and

Psychopharmacol f 2010 , 20 : 249-262. Lyon GJ, Samar S, Jummani R, et al. and adolescents with Tourette's disorder: tolerability study. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2009, 19 : 623-633.

刘智胜，陈燕惠，钟佑泉，等.阿立哌哇治疗Tourette综合征 患儿的多中心对照研究.中华儿科杂志，2011,49： 572-576. 郑毅.抽动障碍药物治疗.中国实用儿科杂志,2012, 27； 491-494,

卢大力，苏林雁.儿童抽动障碍心理评估及心理治疗.中国 实用儿科杂志，2012, 27： 494-499.

Franklin SA, Walther MR, Woods DW. Behavioral interventions for tic disorders. Psychiatr Clin North Am, 2010, 33： 641-655.

Verdellen C, van de Griendt J, Hartmann A, et al. European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders.

Part III: behavioural and psychosocial interventions, Eur Child Adolesc Psychiatry, 2011 , 20:197-207.

Bloch MH, Panza KE, Landeros-Weisenberger A, et al. Meta­analysis: treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with comorbid tic disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009, 48： 884-893.

Prasad S, Harpin V, Poole L, et al. A multi-center, randomized, open-label study of atomoxetine compared with standard current therapy in UK children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD). Curr Med Res Opin, 2007, 23 : 379-394.

WWW.

tics. J Child Adolesc

Aripiprazole in children an open-label safety and

[25 ] Pliszka SR. Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. Paediatr Drugs, 2003, 5: 741 -750,

(收稿日期;2012-07-22)

（本文编辑:付晓霞）

•作者须知•

关于本刊网上投稿按照双盲审稿要求上传稿件的通知

本刊从2008编辑年度（2007年11月1日）起开通网上 投稿、审稿系统。作者通过《中华儿科杂志》稿件远程处理 系统为我刊投稿。请注意:我刊为双盲审稿,网上投稿上传 的Word稿件以及中、英文摘要均应删去所有作者姓名、单位

信息。正文以“某医院”、"##医院”的方式进行表述。请以 Word格式投稿。不符合双盲审稿要求的投稿无法进入后期 审稿流程,编辑部收稿后将退回作者整理格式后重新投稿。



作者：

作者单位：

刊名：

英文刊名： 年，卷（期）：

[中华医学会儿科学分会神经学组](http://s.g.wanfangdata.com.cn/Paper.aspx?q=Creator%3a%22%e4%b8%ad%e5%8d%8e%e5%8c%bb%e5%ad%a6%e4%bc%9a%e5%84%bf%e7%a7%91%e5%ad%a6%e5%88%86%e4%bc%9a%e7%a5%9e%e7%bb%8f%e5%ad%a6%e7%bb%84%22+DBID%3aWF_QK)

**[儿童抽动障碍的诊断与治疗建议](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhek201301015.aspx)**

[中华儿科杂志](http://c.g.wanfangdata.com.cn/periodical-zhek.aspx)八11 ：1! I

[Chinese Journal of Pediatrics](http://c.g.wanfangdata.com.cn/periodical-zhek.aspx) 2013,51(1)

本文链接：[http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhek201301015.aspx)\_zhek201301015.aspx

