

中国精神障碍防治指南丛书

# 儿童注意缺陷多动障碍 防治指南

主编单位 中华医学会

主编 郑毅



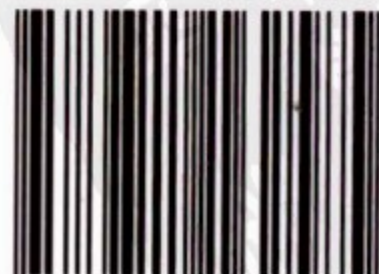
北京大学医学出版社

责任编辑 李小云  
封面设计 庄铁朋



- 精神分裂症防治指南
- 双相障碍防治指南
- ▶ 儿童注意缺陷多动障碍防治指南
- 抑郁障碍防治指南
- 老年期痴呆防治指南

ISBN 978-7-81116-258-5



9 787811 162585 >

定价：12.50 元

中国精神障碍防治指南丛书

# 儿童注意缺陷多动障碍防治指南

主编单位 中华医学会

主 编 郑 毅

副主编 王玉凤 苏林雁

北京大学医学出版社

# ERTONG ZHUYI QUEXIAN DUODONG ZHANGAI FANGZHI ZHINAN

## 图书在版编目 (CIP) 数据

儿童注意缺陷多动障碍防治指南/郑毅主编. —北京:  
北京大学医学出版社, 2007. 6

(中国精神障碍防治指南丛书)

ISBN 978-7-81116-258-5

I. 儿… II. 郑… III. ①小儿疾病—注意—缺陷—防治—  
指南②小儿疾病: 多动症—防治—指南 IV. R748-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 049498 号

## 儿童注意缺陷多动障碍防治指南

---

主 编: 郑 毅

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: [booksale@bjmu.edu.cn](mailto:booksale@bjmu.edu.cn)

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 李小云 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/32 印张: 5.5 字数: 138 千字

版 次: 2007 年 7 月第 1 版 2007 年 7 月第 1 次印刷 印数: 1-8000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-258-5

定 价: 12.50 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

## 《中国精神障碍防治指南》编写委员会

名誉主任 沈渔邨

主任 张明园 舒良

学术秘书 张鸿燕

委员 (以姓氏笔画为序)

马 崔 王祖沂 刘协和 严 俊 杨德森  
沈其杰 沈渔邨 张 立 张明园 陈远光  
陈彦方 周东丰 赵旭东 顾牛范 黄明生  
舒 良 蔡焯基

## 儿童注意缺陷多动障碍防治指南

主 编 郑 毅

副主编 王玉凤 苏林雁

编 者 (以姓氏笔画为序)

王玉凤 刘 津 刘 靖 苏林雁 杜亚松  
吴增强 陆 峥 金星明 郑 毅

顾 问 (以姓氏笔画为序)

王民洁 杨晓玲 何晓琥 邹丽萍 林 节  
秦 炯 徐 通 陶国泰 蔡方成

# 前 言

由卫生部疾病预防控制局、中国疾病预防控制中心精神卫生中心和中华医学会精神病学分会牵头，编写《中国精神障碍防治指南》(以下简称《指南》)。现已完成的是：精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍、老年期痴呆和儿童注意缺陷多动障碍(ADHD)。它们是《中国精神卫生工作规划，(2002~2010年)》(以下简称《规划》)中规定的重点疾病。

精神分裂症及双相障碍(旧称躁狂抑郁症)，无疑是目前我国精神科服务的重点，而且在今后一段时间内仍然是我国专科服务的重点病种。抑郁障碍，则包括一组以情绪低落为主要表现的精神疾病或精神障碍，患病率相当高，正在日益引起人们的重视。以上三类精神疾病，均被世界卫生组织列为造成主要劳动力年龄段(15~45岁)的十大主要致病病种。随着人口的老龄化，老年期痴呆将为今后一段时期中，致残率增长最快的精神障碍。ADHD(旧称多动症)，则为儿童最常见的精神障碍。

本《指南》参考和借鉴了国内外最新研究成果和指导建议，国际精神药物治疗规程委员会(IPAP)以及美国哈佛医学院的专家也多次提出咨询建议。在格式方面则参照卫生部和高血压联盟制定的《中国高血压防治指南》(试行本)。

本《指南》的指导思想之一是：精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍和ADHD的发生和发展，都是生物-心理-社会因素综合作用的结果，它们的防治必须采取生物-心理-社会的综合措施。合适的精神药物治疗对上述疾病有肯定的效果，但是不能忽视也不能偏废心理社会干预。老年期痴呆虽以生物学因素为主，但在

干预方面，社会心理干预仍占重要地位。

本《指南》的另一指导思想是上述各类精神障碍，都呈慢性或慢性发作性过程，因而需要全病程防治。在病程的不同阶段，采用以人为本的不同措施。在《指南》的编写中，还考虑到我国的国情和现实的社会经济发展水平，特别是与我国情况相应的卫生经济学原则。

《指南》的读者主要是在第一线服务的精神卫生工作者，包括专科医师、通科医师、综合医院心理科医师、临床社工师以及精神卫生管理人员。

本《指南》的起草委员会，包括来自全国各省市的 50 余名精神科临床及精神卫生预防管理的专家。老年期痴呆部分，还邀请神经科和老年科专家参与编写和审稿。

精神分裂症、抑郁障碍和双相障碍防治指南的试行本，于 2003 年 9 月推出。承全国同道在试行中，提出不少宝贵意见和建议，成为本《指南》修改和定稿的重要参考依据。实践是检验真理的唯一标准，我们竭诚期望大家在本《指南》的实施中，继续批评指正，使《指南》日臻完善。

张明园 舒 良

2006 年 9 月

## 绪 言

活泼好动是孩子的天性，几乎所有的孩子都有过注意力不集中和行为失控的时候。然而，有些儿童的行为失控绝非偶然。注意缺陷多动障碍（ADHD）患儿就是这样一些儿童，他们的行为问题是如此的频繁和严重，以至于影响了他们的正常学习和日常生活。

ADHD 是最常见的儿童行为问题。国际上估计至少有 6%~9% 的学龄儿童受累；我国小规模的投资，也发现约有 4.31%~5.83% 的学龄儿童罹患该种疾病。该病呈慢性过程，60%~80% 的患儿症状可持续到青少年，甚至影响到成年期。主要影响儿童的学习、行为调控、社会适应和自尊。ADHD 更是备受关注和研究最多的儿童行为障碍，每年至少有上千篇科研文章问世。但是，关于 ADHD 的本质和最佳治疗的研究仍然存在大量的问题和矛盾。你可能已经拥有了许多有关 ADHD 的书籍，网络上也可以查到大量的不同水平的研究信息和资料，各种建议和指导比比皆是。ADHD 常常被媒体同时报道有诊断过多和诊断不足，治疗过度和治疗不足。同样的治疗新药有的描述是基本用药，有的则认为是十分危险。真可谓众说纷纭。医生、教师和患儿父母如何分辨这些结论的真伪？又如何面对这些矛盾的信息？本书正是为医务工作者、教师和患儿父母们回答这些问题，正确规范 ADHD 在中国的诊断和治疗而编写的。

为什么会有这么多的矛盾和混乱？是否 ADHD 也像糖尿病或哮喘一样容易诊断？答案是“不”。对于 ADHD 的诊断，没有明确的实验室指标，没有血、尿化验的异常，更不能靠 X 线或脑电图等指标来帮助确定孩子是否患有 ADHD。只有在家长、



孩子、医生、老师等有关人员的共同合作下，通过观察、分析判断孩子的实际行为表现，并分析孩子的行为是否影响及如何影响他们在家庭、在学校及其他环境中的表现、学习状况以及他们的自尊来综合诊断。孩子们的状况和症状表现可以通过仔细的观察、各种信息的交流、行为问卷的评价和其他方法来进行分析和评价。这种诊断过程可能会因为其他影响因素而复杂化，如孩子本身的焦虑、抑郁或其他行为障碍等。因有些症状看似与 ADHD 很相似或伴随着 ADHD，与之共存。因此，本书所提到的各种信息会帮助你准确地进行诊断并进而获得有效的治疗。

有关治疗我们应该了解什么呢？医生和心理学家通常通过不断地变换和整合不同层次的信息以帮助患儿和其家庭找到 ADHD 最佳的治疗和改善预后的方案。这些最可信任和最稳定的信息就是我们称之为的“循证”。循证医学整合了临床医生的最佳经验和系统研究中的最佳临床证据，以做出适合于患者和家庭的最佳治疗方案。本书的治疗就是以循证为基础。目前，治疗中最强的证据显示药物和行为治疗是最佳选择，这些治疗经严格的临床研究证实是非常有效的。然而，有些治疗程序和常规在现实生活中不太容易实施，对临床实践来说一直是一种挑战。因此，最佳治疗应该是针对不同的患儿，尽可能在父母和老师的参与下，根据孩子自己的家庭和学校环境，灵活地采用本书提供的“最佳方案”，从而满足患儿的特殊需要。尽管每月定期的药物治疗管理随访是理想的，但是有时很难严格执行，因此，应该使药物略有几片储备，以防因无药而突然断药。

本书规范了行为治疗和学校及家庭环境调整的建议。你可以根据患儿和其家庭情况选择适合孩子的行为和环境治疗。关于系统的父母训练，可能受到父母文化和社区心理健康服务环境的影响，很难有统一的模式。但是，你可以从本书中获得有用的原则，实施一套适合于你自己病人的培训技术。学生假期训练营和学校训练项目也不一定能够在你所处的社区中找到，但是根据本

书提供的原则，你也可以实施类似的行之有效的集体治疗。当然，目前还没有足够的研究来指导一个循证的、行之有效的行为和环境治疗方案，主要的治疗方法还是基于专家的观点，有些观点尚缺少肯定的、大量的研究支持。因此，本书中的治疗建议，特别是对于家庭和学校附加的行为治疗是基于最佳实践经验的结果。

在信息化的社会，难免出现信息的拥挤和信息污染。许多书中有关 ADHD 诊疗的知识、网站上的资料、父母聊天室中的信息等令人迷惑。有许多矛盾、未定论，甚至错误的信息，如：流行一时的通过减少饮食中的“糖”来控制 ADHD 症状的方法已经被证实无效；生物反馈治疗、感觉统合治疗也还需要系统而充分的研究以证实其有效性。如何才能获得成功的治疗？很显然，充分考虑信息来源的正确性非常重要，只有同时经得起循证和实践效果检验的治疗方法才是可信的。因此，医生、患儿家长和老师在选择治疗方法时，一定要确定这种治疗方法有无科学研究的基础，是否有行之有效的实践依据，同时要注意排除虚假广告和推销目的为主的宣传对治疗选择的影响。本书强烈推荐选择通过循证和实践证实的最佳治疗。因此，无论医生、患儿家长或老师在读本书和其他有关 ADHD 诊断和治疗的资料时，都应该时刻保持科学和不断钻研的眼光，要不断地问自己：“你是否提供了经过循证检验的信息？”“你推荐或选择的治疗是否反映了专家最佳治疗经验？”“你是否排除了某些广告和营销宣传的影响？”

最后，本书的理念和指导将为 ADHD 的长期治疗和康复提供依据。尽管有关 ADHD 长期治疗的研究有限，特别是对现实生活背景中的长期治疗和影响因素的研究更少。但是，正如本书强调的观点所示，随着儿童精神医学的发展，最近几年里有关 ADHD 的研究不断深入，有关 ADHD 的知识普及也很快，这些都将有利于改善 ADHD 患儿的预后。只是要想看到这些研究转化为更好的、长期的预后结果还需要更长时间的研究和观察。

我们有信心，通过不断地努力提供有关 ADHD 最新的循证研究结果和最佳的临床实践信息，通过科学地规范 ADHD 的诊断和治疗，从而全方位地服务于 ADHD 患者，促进 ADHD 患者早日康复，造福于家庭和社会。

《儿童注意缺陷多动障碍防治指南》是在卫生部等有关领导的支持下，经过两年多时间反复多次地讨论，广泛征求儿童精神科、儿童神经科和儿科学众多著名专家和学者的意见，经过多名儿童精神科、儿童神经科和儿科学界的专家认真编写和多次修改完成的。在此对大家辛勤的劳动和无私的奉献表示衷心的感谢。同时还要感谢国际指南编写组织、美国哈佛大学和美国纽约大学提供参观、学习和交流的机会，使我们的指南起点高，科学性强，易于与国际接轨。

任何一部疾病防治指南都需要不断的完善和提高，我们非常愿意不断地得到广大读者的意见，继续努力工作，使我国儿童注意缺陷多动障碍防治指南达到更高的水平，以满足各科医生、教师、家长和有关人员不同的需要。

郑毅

2006. 9. 26

# 目 录

1	概念	1
2	注意缺陷多动障碍的流行病学和防治现状	3
2.1	流行病学概况	3
2.2	我国注意缺陷多动障碍的防治现状和任务	4
3	注意缺陷多动障碍的危险因素	6
3.1	病因及危险因素	6
3.2	危害和终生影响	16
4	注意缺陷多动障碍的临床诊断	24
4.1	诊断线索	24
4.2	病史收集	25
4.3	临床检查与评估	33
4.4	实验室和辅助检查	41
4.5	诊断标准与分类	43
4.6	鉴别诊断	49
5	注意缺陷多动障碍的共病及诊断	53
5.1	对立违抗障碍	53
5.2	品行障碍	55
5.3	焦虑障碍	57
5.4	心境障碍	60
5.5	学习障碍	61
5.6	抽动障碍	61
5.7	特定运动技能发育障碍	64
5.8	物质滥用	64
6	注意缺陷多动障碍的治疗	66
6.1	治疗目标	66
6.2	药物治疗	67

6.3	非药物治疗	90
6.4	综合治疗	107
6.5	成人注意缺陷多动障碍的治疗	109
6.6	注意缺陷多动障碍共病的治疗	117
7	注意缺陷多动障碍药物治疗流程	134
8	注意缺陷多动障碍的社会防治	135
8.1	政策和各部门的支持	135
8.2	人员培训	136
8.3	精神卫生的健康教育	138
8.4	社会防治计划的设计与评估	139
9	注意缺陷多动障碍防治指南的推广和实施	141
9.1	《中国精神卫生工作规划 2002~2010 年》中 与注意缺陷多动障碍预防有关的指标	141
9.2	加强卫生部门的主导作用, 协调多部门 共同参与精神疾病防治工作	142
9.3	推广和培训	143
9.4	开展普及教育, 提高对重点精神疾病的知晓率	143
9.5	多渠道筹集经费, 扩大推广范围	143
9.6	加强信息收集与评估, 增强《指南》的指导性	144
附录		145
	常用的行为评定量表	145
	神经心理测验	147
	ICD-10 多动性障碍诊断标准	149
	CCMD-3 注意缺陷与多动障碍诊断标准	151
	参考文献	153

# 1 概 念

注意缺陷多动障碍 (Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) 亦称为儿童多动综合征 (Hyperkinetic syndrome), 主要表现为与年龄不相称的注意力易分散, 注意广度缩小, 不分场合的过度活动和情绪冲动, 并伴有认知障碍和学习困难, 智力正常或接近正常。ADHD 常见于学龄期儿童, 但有 70% 的患儿症状持续到青春期, 30% 的患儿症状持续到成年期。ADHD 常共患学习障碍、对立违抗障碍、情绪障碍及适应障碍等, 对患者的学业、职业和社会生活等方面产生广泛而消极的影响。目前, 儿童精神科学者普遍认为 ADHD 是一种影响终身的慢性疾病。

早在 1845 年, Hoffmann 已把儿童的活动过度作为病态来描述。1937 年, Bradley 指出这是一种儿童行为障碍的特殊形式, 临床应用苯丙胺治疗取得很好的疗效。1947 年, Strauss 认为脑损伤是其重要病因, 故取名为“脑损伤综合征”。1949 年 Clements 等认为这种脑损伤是轻微的, 故称为“轻微脑损伤综合征”, 简称 MBD。1966 年 Gessel 指出多动症不是轻微脑损伤, 而是“轻微脑功能失调”, 也简称 MBD。随着对疾病本质的逐步认识, 1980 年美国精神病协会 (American psychiatric association, APA) 在精神疾病诊断和统计手册第 3 版 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition, DSM-III) 中提出该病, 当时的名称是注意缺陷障碍 (Attention deficit disorder, ADD), 明确诊断要求在注意缺陷、冲动两个症状群中症状的数量分别达到一定的条目数, 在此基础上, 如能满足多动症状群中的条目数, 则诊断为注意缺陷障碍伴多动 (Attention deficit disorder with hyperactivity, ADDH); 如达不到, 诊断为

注意缺陷障碍不伴多动 (Attention deficit disorder without hyperactivity)。1987 年修订后出现了 DSM-III-R 诊断标准, 疾病名称改为注意缺陷多动障碍, 对症状的描述有所改变, 要求在 14 个症状条目中达到 8 条, 不再分型, 而按严重程度划分为轻、中、重三级。1994 年修订而成的 DSM-IV 是目前最新的诊断标准, 仍沿用注意缺陷多动障碍的名称, 但诊断的结构发生了较大变化, 反映了对疾病实质的一些新认识和观点。DSM-IV 将症状分为两大核心症状, 一组为注意缺陷症状, 要求符合 9 个条目中的 6 条; 另一组为多动冲动症状, 也为 9 个条目, 同样要求符合其中的 6 条。将 ADHD 分为三型: 如仅满足前者, 即诊断注意缺陷为主型 (Predominately inattentive type, ADHD-I); 仅满足后者, 诊断为多动冲动为主型 (Predominately hyperactive-impulsive type, ADHD-HI); 两者均满足, 诊断为混合型 (Combined type, ADHD-C)。近年来, 世界卫生组织在《国际疾病分类》第 9 版和 10 版 (ICD-9 和 ICD-10) 中将该病命名为“儿童多动综合征”。

目前现行的两个系统 ICD-10 和 DSM-IV, 用于确定诊断的 18 个症状条目描述完全一致, 不同之处在于: ICD-10 要求注意缺陷、多动/冲动症状两大主征都要同时明显存在, 而 DSM-IV 只要一组症状明显存在即可; ICD-10 提倡一元诊断和诊断等级, 一旦存在心境障碍、焦虑障碍和广泛发育障碍, 则优先诊断这些疾病, 而 DSM-IV 允许 ADHD 和心境障碍、焦虑障碍共患。

不论是多动症、注意缺陷障碍或注意缺陷多动障碍, 这些名称均不涉及对病因的描述, 而都是症状描述性用语。

## 2 注意缺陷多动障碍的 流行病学和防治现状

### 2.1 流行病学概况

ADHD 的患病率一般报告为 3%~5%，男女比例为 4~9：1。Taylor 等跨文化研究发现几乎在所有的国家和文化背景中均有 ADHD 发生，但在不同的国家和社会经济文化阶层中，其患病率有差异。英国报告患病率不到 1%，一般他们把该类问题归为儿童行为问题；荷兰报告为 5%~20%；20 世纪 70~80 年代美国报告 ADHD 的患病率为 5%~10%，现在按 DSM-IV 标准，为 3%~5%；日本为 4%；我国报告学龄儿童 ADHD 患病率为 1.3%~13.4%，七项大型方法研究的荟萃分析患病率为 4.31%~5.83%（忻仁娥等，1981；Shen YC 等，1985；万国斌等，1993；李雪荣等，1993；胡虞志等，1998 等）。此外研究发现，ADHD 儿童来自父母分居或离婚的家庭、父亲经济地位低或为体力劳动者、父母婚姻不和谐以及家庭教育不一致者较多见。ADHD 儿童的父亲和男性亲属出现物质滥用、母亲和女性亲属出现布里凯综合征（Briquet's syndrome，一种癔症）等病理心理问题明显多见。

ADHD 的患病率主要与研究者所使用的评定工具、诊断标准（ICD-10、DSM-IV）、取样方法、报告人（父母、教师或两者都参与）、共患病情况、选择人群的年龄、国家及人口特征有关。应用 DSM-IV 诊断标准得到 ADHD 的患病率为 5%~10%（Offord 等，1987；Fergusson 等，1993；Newman 等，1996）；



Scahill 和 Schwab stone (2000) 总结以往研究得出应用 DSM 诊断标准, ADHD 的患病率为 1.9%~14.4%; Danckaerts 和 Taylor (1995) 综述及 Swanson 等 (1998a) 研究发现应用较严格的 ICD 诊断标准, 单纯 ADHD (无共患病) 的患病率为 1%~2%。通常在 DSM-IV-TR 中报道学龄期儿童 ADHD 患病率为 3%~7%, 男性多于女性, 男女之比约为 2.5:1 至 5.6:1。ADHD 在学龄期男孩患病率最高, 青春期患病率下降; 女孩患病率低, 但各年龄段患病率并无差异; 城市 ADHD 患病率高于农村 (Szatmari 等, 1989c)。

ADHD 的症状基本在学前出现, 但在九岁时最为突出。随着年龄的增长, 共患学习困难和其他精神障碍的几率明显增加, 共患比例如下: 破坏性行为障碍 23%~64%, 心境障碍 10%~75%, 焦虑障碍 8%~30%, 学习困难 6%~92%, 抽动 7%。总体来说, 约 65% 的患儿存在一种或多种共患病。共患病的存在常导致患儿社会功能严重受损, 临床疗效降低, 预后不良。为了使 ADHD 儿童的学业水平能与其智力能力保持一致, 大约有 20% 的 ADHD 儿童需要给予特殊教育, 15% 的 ADHD 儿童需要提供特殊的行为矫正服务。

## 2.2 我国注意缺陷多动障碍的防治现状和任务

目前的严峻形势和我们的任务:

ADHD 是最常见的儿童行为问题, 根据我国七项主要研究的荟萃分析, 患病率为 4.31%~5.83%, 估计全国约有患儿 1461 万~1979 万人。其中, 纯粹的 ADHD 仅为 28.1%, 71.9% 有共患病。即使是纯粹的 ADHD 患儿, 可由儿科医生治疗, 还有 71.9%, 即 1022 万~1385 万有共患病的 ADHD 患儿, 需要专门从事儿童精神病的专科医生服务, 而我国注册儿童精神科医生估计不足百名, 而他们还承担着儿童重症精神病的防治。来自

北京、上海和长沙 3 个城市 812 例 ADHD 影响与服务调查结果显示：90% 以上的 ADHD 儿童父母报告患儿在学校学习、遵守纪律和完成家庭作业方面存在一定困难；62% 的父母报告患儿在按时起床、准备上学方面有一定困难；87.2% 的父母对子女的 ADHD 症状感到紧张焦虑；94.8% 的父母担心 ADHD 症状影响孩子的学业；88.9% 的父母担心 ADHD 症状影响孩子将来事业的发展；34.2% 的父母认为家庭活动遭到破坏；26.8% 的父母婚姻关系遭到破坏。由此可见形势十分严峻。

美国儿童青少年精神病学会报告，美国现在有经过全面培训、注册的儿童精神科医生 6300 名，为了满足 750 万~1400 万儿童精神障碍患者，尤其是其中 5%~9% 有明显功能损害的患者们的服务需要，还需要 3 万名儿童精神科医生，因此计划 2020 年儿童精神科医生人数要增加 1 倍（达 13000 名）。

面对如上重大公共卫生问题和我国专业人员相对十分匮乏的现实，建议：

1. 整合医学、教育、社会和家庭各方面力量，增加对儿童精神卫生事业投入；

2. 大力在中小学校教师中进行健康教育，这对 ADHD 的早期识别和早期干预及综合干预有很大帮助；

3. 逐步建立多个培训中心，目前在有条件单位开始试点，大力加快对儿童精神病与精神卫生高级人才培养，并制定有关的倾斜政策；

4. 协同中华儿科学会的小儿神经学组和中华儿科学会的儿童保健学组进行 ADHD 知识的继续教育。

总之，要努力整合社会资源，加强对 ADHD 的防治，提高我国人口素质。

# 3

## 注意缺陷多动障碍的危险因素

### 3.1 病因及危险因素

目前认为 ADHD 是由多种生物学因素、心理因素及社会因素单独或协同作用造成的一种综合征（李雪荣，1994）。病因及危险因素总结如下：

#### 3.1.1 生物学因素

##### 3.1.1.1 遗传因素

多年来的研究发现 ADHD 儿童的生物学亲属的心理障碍往往比非 ADHD 儿童的亲属多，尤其是抑郁、酒瘾、品行问题或反社会行为、多动。这些研究提示 ADHD 可能有遗传倾向。

##### （一）家系和双生子研究

这是确定 ADHD 是否遗传的一种方法。一些研究比较了 ADHD 儿童的一级亲属（父亲、母亲和兄弟姐妹）、正常儿童（即无任何精神障碍的儿童）及其家庭成员的患病情况，结果发现超过 25% 的 ADHD 儿童一级亲属患有 ADHD，而在另外两组只有 5%。因随机抽取的任一儿童样本有 5% 的几率患该障碍（人群整体患病率），因此，如果一个儿童患有 ADHD，那么其家庭成员罹患 ADHD 的风险为普通人群的 5 倍。

双生子研究更具有说服力。科学家们发现，如果双生子之一患有 ADHD，那么另一个患病的危险性是 80%~90%。一般来说，同卵双生子的同病风险率是 79%，而异卵双生子只有 32%，但是后者与其他儿童 3%~5% 的患病率相比，风险高了 6~10 倍。

近期几项大型双生子研究显示儿童多动、冲动行为的遗传度是 55%~97%，平均是 80%。环境因素，如饮食、铅等毒素、或母孕期、围产期并发症，仅能解释病因的 1%~20%。由此可见，遗传因素在 ADHD 发病中起了主要作用。

## (二) 分子遗传学研究

ADHD 的遗传方式至今仍存在很多疑问，是单基因传递，还是多基因遗传？它和儿童的性别有关吗？可以确定基因在特定染色体上的位置吗？能通过检测血样来明确个体患病风险吗？随着科学的发展，我们很有可能在今后的几十年中得到答案。目前多数学者认为 ADHD 为多基因遗传（Comings 等，1996，1998）。分子遗传学研究发现儿茶酚胺类（多巴胺、去甲肾上腺素和 5-羟色胺）神经递质代谢通路上的受体、转运体、代谢酶等多个基因可能是 ADHD 的易感基因（Blum 等，2000；Morrow 等，1995；Seeger 等，2001），但是到目前为止尚无肯定的结论。ADHD 是一组复杂的人格特征，而这种特征常常由多基因决定，今后的研究方向无疑就是找出多基因如何相互作用从而导致了 ADHD。

### 3.1.1.2 环境因素

#### (一) 孕产期不利因素

母孕期吸烟摄入的尼古丁以及饮酒摄入的酒精都可以造成儿童大脑尾状核和额叶区的发育出现明显异常。1992 年，一项较大规模的研究发现受孕时直接吸烟或怀孕后被动吸烟可以增加儿童行为问题的出现几率。如果受孕时和怀孕后均有尼古丁暴露，那么儿童出现行为问题的可能性就更大。有研究发现，孕期吸烟的数量和孩子患 ADHD 的危险性之间有显著相关，甚至控制 ADHD 家族史后，仍有类似结果。综上，科学研究的结果表明吸烟与 ADHD 的高患病危险性相关。研究表明饮酒母亲的孩子更容易出现多动和注意力不集中的问题，甚至是 ADHD。母孕期饮酒量直接和 4~7 岁儿童出现注意力不集中、多动问题的危

险程度相关。

除此之外，动物研究已经表明尼古丁和酒精能够造成特定脑区的发育异常，这些异常可以导致多动、冲动和注意力不集中。所以可能最有意义的是母孕期吸烟或饮酒可以增加孩子出现 ADHD 的风险，尤其当母亲本人也患 ADHD 时，这种危险性就更大。

有一定比例的 ADHD 儿童母亲存在围产期异常史。母孕期间（尤其是妊娠早期）感染、中毒、营养不良、服药、饮酒及吸烟、X 线照射，以及各种原因所致婴儿脑损伤（宫内窒息、分娩时所致脑损伤）和非正常分娩（产程过长、过期产、早产）、低体重儿等均可能引起神经发育异常，使儿童出现多动和行为问题，成为 ADHD 的患病危险因素。

## （二）铅暴露

一些科学研究表明，儿童体内高血铅水平可能和多动、注意力不集中有关。如果儿童存在铅暴露，体内高水平的血铅有可能是 ADHD 的原因，因为研究表明中度至高度铅暴露可以损伤大脑组织。正如酒精和尼古丁一样，铅是大脑的一种毒素，可以把它看成 ADHD 的潜在病因。

### 3.1.1.3 大脑发育异常

到目前为止，多角度的科学研究结果表明，ADHD 人群大脑中特定的化学物质发生改变，而且特定脑区活动下降、发育不成熟和体积萎缩。大脑额叶区可能和 ADHD 的发生有关，该脑区被称为眼-额叶区，它的许多连接通路经过神经纤维与尾状核（纹状体的一部分）相连，而尾状核与大脑深层的边缘系统相连。这些大脑区域可以帮助我们抑制行为、保持注意，并且控制我们的反应。它们同样可以抑制和控制我们的感情与动机，同时帮助我们使用语言（规则或指示语）来控制行为和对未来作出计划。

## （一）神经生化研究

对于 ADHD 的生化研究提出了去甲肾上腺素（NE）功能不

足、多巴胺 (DA) 功能不足、5-羟色胺 (5-HT) 功能过高或相对不足等假说。Quay 引用行为促进系统和行为抑制系统的观点, 解释了神经递质系统与儿童行为之间的关系, 推测 ADHD 的病因可能是神经递质失调或去甲肾上腺素、多巴胺、5-羟色胺这三个系统出现失调所致的行为障碍。研究还发现 ADHD 儿童也可能存在兴奋性氨基酸 (Glu、Asp) 和抑制性氨基酸 (GABA、Gly) 的代谢失调。

## (二) 轻微脑损伤及神经系统发育障碍

自 ADHD 被提出以来, 曾有一种“轻微脑损伤”的假说, 但一些严格的病例对照研究表明, 患儿有明显脑损伤的比例并不太高。根据神经电生理研究结果, 提出了 ADHD 儿童脑发育迟滞 (Wikler 等, 1970)、脑发育偏离正常 (Chabot 等, 1996)、觉醒不足 (Satterfield 等, 1972) 三个假说。神经影像学研究主要发现 ADHD 患儿前额叶体积减小、右侧尾状核增大或左侧尾状核缩小、苍白球体积减小、胼胝体体积减小、小脑后下蚓部体积明显减小等 (Semrud-Clikeman 等, 2000; Castellanos 等, 1996; Baumgardner 等, 1996; Mostofsky 等, 1998)。

### 3.1.2 社会心理因素

#### 3.1.2.1 心理行为因素

个性是个体特定的行为方式或风格, 个性和行为是密切相关的。周韦华等 (2005) 研究发现 ADHD 患儿与正常儿童相比, 更倾向于出现情绪不稳、容易激动、行为不顾后果、自控能力差, 并且容易出现攻击行为。国内外研究证实: ADHD 儿童自我意识水平低, 自尊水平也偏低, 他们对自己的行为、智力以及在学校的状况评价过低, 并且幸福与满足感较低 (施意等, 1998)。与正常儿童相比, ADHD 儿童表现得更为外倾 (Barkley, 1998)。关于 ADHD 儿童个性特点的研究发现: 其异常偏离人数所占比例高于正常儿童组 (虞琳, 1999)。

父母个性特点和精神病理对于 ADHD 的发生也起着重要作用。有研究 (Morrison 等, 1971; Cantwell, 1972) 发现 ADHD 儿童父母的社交障碍、嗜酒、歇斯底里发生率高于正常儿童父母。Cathering 等报道, 如父母存在心理问题, 如压抑、焦虑或情绪问题, 其子女的 ADHD 患病率明显高于父母心理健康的儿童。伴有品行障碍的 ADHD 患儿的父亲, 其神经质倾向比不合并品行障碍的 ADHD 患儿的父亲更明显。陈顺珍等 (2004) 研究发现 ADHD 患儿中, 父母性格不良的占 76.09%。Nigg 和 Hinshaw (1998) 研究发现 ADHD 男孩的母亲曾有重性抑郁发作和/或有明显的焦虑症状、父亲儿时有 ADHD 病史的多于正常儿童。

儿童不良行为的形成与家庭教育中的正性强化和负性强化有关, 父母个性特征, 如神经质、低责任以及与子女的对立关系均可导致 ADHD 患儿不良行为的发生与发展。其途径可能通过直接的影响, 如父母行为的示范或遗传作用, 也可能通过间接的作用, 如父母的个性影响养育方式或亲子间的相互作用方式, 从而进一步影响儿童的行为。Walker 等 (1989) 提出了儿童病理心理形成的应激-素质模式, 强调了儿童气质和养育环境的相互作用。该理论认为, 多动儿童可能会给父母形成不寻常的应激事件, 导致易感素质的父母, 特别是高神经质倾向的父母, 对儿童的养育能力下降, 由此, 多动儿童形成不良社会行为的危险性增加。

### 3.1.2.2 家庭环境因素

儿童的行为与家庭环境密切相关, 不良的家庭环境对儿童的不良行为起示范和强化作用, 主要家庭环境因素包括以下几个方面:

#### (一) 家庭关系严重不和睦

ADHD 患儿父母比正常儿童父母存在更多的婚姻问题, 家庭成员之间缺乏信任和支持, 容易导致冲突, 缺乏亲密、轻松、

积极、健康的家庭环境。儿童生活在父母经常吵架、相互谩骂、攻击、讽刺、挖苦，甚至分居、离婚的环境中，精神常常处于紧张、压抑、恐惧、不安和矛盾的状态，容易出现神经兴奋性异常、功能紊乱、难于自控，进而出现冲动多动、注意力不集中、情绪不稳等行为问题，或加重 ADHD 的某些症状。Biederman 等（2002）研究发现 ADHD 儿童的家庭亲密度、情感表达和组织性等方面均低于正常儿童，提示不和谐的家庭环境是导致 ADHD 儿童发生各种不良行为的重要因素。

1. 父母教育方式 不当的教育方式是 ADHD 的危险因素之一。父母经常粗暴地打骂孩子、干涉孩子的活动，极大程度地挫伤了儿童的自尊心和自信心，儿童在这种教育方式直接影响下，精神常常处于高度警觉状态，唯恐触怒父母，长此以往，儿童就会缺乏独立性、自主性，一旦条件适宜，将毫无自控的发泄自己的心理能量，表现为活动过度、注意力不集中和冲动等行为问题。放任型教育方式，儿童虽然可自由发展，不受约束，但由于儿童缺乏适当的关心、爱护和适宜的管教，加之儿童神经系统功能发育不完善，认识能力、自控能力均较差，也有可能成为 ADHD 发生的引发因素（王丽敏等，1996）。

季军等（1994）的研究也表明 ADHD 儿童的父母养育子女的方式偏于拒绝、过度保护与缺乏温暖。皇甫智敏（2006）研究发现，不同父母教育方式间 ADHD 儿童的检出率有显著性差异，检出率大小依次为：干涉、溺爱和严厉型教育方式。金星明等（2005）研究发现父母对 ADHD 儿童存在着不良的应答模式，ADHD 组父母斥责打骂儿童的高达 37.8%，这些儿童较少受到父母的鼓励、赞扬和抚慰，而父母的粗暴行为又促成儿童的固执与蔑视，造成亲子关系紧张，形成恶性循环，加重 ADHD 的行为症状。

2. 父母社会经济阶层 父母经济阶层低（包括父母受教育程度和父母职业、经济收入）是 ADHD 的重要影响因素。国外



将社会经济阶层作为一项综合指标，探讨社会经济水平对不同健康人群的影响，发现家庭经济收入低、住房拥挤、学习环境差都是 ADHD 的危险因素。Paternite 研究发现，家庭的社会经济地位与 ADHD 的继发性症状，如攻击行为、冲动破坏及缺乏自尊等有关。洪峻峰等人（2002）研究发现母亲文化程度为“小学”或“文盲”的子女发生 ADHD 的危险性分别为母亲文化程度为“大学”的 5.6 倍和 9.0 倍；母亲职业为“工人或农民”、“个体”的子女发生 ADHD 的危险性分别为母亲职业为“技术干部”的 4.0 倍和 9 倍。

流行病学调查研究也显示父母文化程度和职业与 ADHD 的检出率有关（王玉凤等，1985；王丽敏等，1997；皇甫智敏，2006），父母的文化层次、职业直接影响其对孩子的培养和教育方式，父母本身不注重提高文化修养，对儿童的学习采取放任的态度，其子女往往对学习缺乏追求，行为缺乏规范，成为 ADHD 的危险因素。因此，家长应提高自身及整个家庭的文化素质培养。通常母亲比父亲有更多的时间接触孩子，对子女的影响更大，因此，应注意提高母亲的素质，为儿童的心理发育创造一个和谐健康的家庭环境。

## （二）学校因素

儿童缺乏安全感可引起多动。众多文献提示，在学校缺乏安全感的 ADHD 儿童常伴有咬指甲现象，因此，咬指甲是 ADHD 儿童内心缺乏安全感的一种外在表现。老师处理问题不当，可引起“情景性活动过多”和注意力不集中。如：老师对 ADHD 儿童缺乏理解，采取打骂或侮辱人格的方法，将严重影响儿童行为和情绪的发展，导致多动的发生，甚至产生反社会行为，出现青少年犯罪。

## （三）社会因素

儿童生活在社会中，必然受到周围社会大环境的影响，不良的社会风气，如抽烟、喝酒、父母离异，甚至吸毒对儿童心理将

产生巨大影响。ADHD 儿童是品行障碍、青少年犯罪的高危群体，更易受不良社会风气影响，成为青少年犯罪率上升的重要因素。在社会因素中，社会发展、生活工作节奏快、脑力劳动加重、就业竞争激烈、学习压力增大等均可增加儿童的社会心理压力及精神紧张刺激，引起心理行为障碍。

### 3.1.3 哪些人有罹患 ADHD 的危险

在儿童出生以前，特定的血缘和家庭特点就能够增加他/她罹患 ADHD 的概率。这些危险因素不会直接导致 ADHD，但出生在这种家庭的儿童比其他儿童更倾向于成为 ADHD 患者 (Barkley, 2000)。

#### 3.1.3.1 家长和家庭的特征

由于遗传因素的作用，如家长患有 ADHD，其孩子更有可能成为 ADHD 患者。实际上，任何 ADHD 家族史都能增加儿童罹患 ADHD 的概率。例如：同胞中有一人患 ADHD，那么另一个孩子罹患 ADHD 的可能性是 25%~35%。不考虑患有 ADHD 的同胞的性别，科学家们估计这种危险性在女孩中是 13%~17%，男孩中是 27%~30%。目前尚不清楚为什么在同一个家庭中男孩患病的危险性比女孩大，有可能是遗传方面的原因。这种性别差异不仅突出体现在 ADHD 上，而且精神发育迟滞、阅读障碍、学习障碍等都是如此。无论原因是什么，总之不能归为单纯的社会因素，如仅仅是家长对男孩和女孩采取不同的对待方式所造成。

其他和 ADHD 早期形成和症状迁延相关的家庭危险因素是：①母亲教育程度低；②父母的社会经济地位低；③单亲家庭；④被父亲抛弃的家庭。然而，这些因素只能使 ADHD 的危险性轻度增加，而不会导致 ADHD。它们只和 ADHD 的危险性增加有关。

#### 3.1.3.2 母孕期的特点

一些研究表明经历孕期或分娩并发症的母亲比那些没有并发

症的母亲更倾向于有 ADHD 孩子。并发症的类型似乎并不比并发症的数目重要。这种并发症可以通过影响胎儿的正常脑发育而造成 ADHD，或者存在第三种因素：母亲自身罹患 ADHD。在这种情况下，ADHD 母亲在围产期不会很好地照顾自己，引发较多的并发症，而孩子出现 ADHD 是由于遗传造成的。

实际上几乎没有迹象表明孕期或分娩期并发症可以导致 ADHD。20 世纪 70 年代由美国进行的一项大型研究“围产期协作项目”表明，下面陈述的并发症可以（轻度）增加儿童罹患 ADHD 的危险性：母亲每天的吸烟量、母亲的抽搐发作、母孕期间住院次数、分娩过程中和分娩后孩子的呼吸困难、分娩后受检胎盘的重量和健康状况。如果这些方面出现问题，就会增加儿童出现 ADHD 症状的概率。母亲的情况越糟，孩子的症状就越严重。

对早产儿和低体重儿的研究表明，这些儿童在童年后期很有可能成为 ADHD 患者，其风险是普通儿童的 5~7 倍，其原因可能是早产儿和低体重儿出现颅内少量出血的危险性较高。研究发现在存在颅内少量出血的婴儿中，有 40% 在童年后期符合 ADHD 诊断标准（同时存在其他发育和学习问题），而没有颅内出血的孩子很少出现这些问题。

### 3.1.3.3 婴幼儿期的特点

“围产期协作项目”发现下列问题是和儿童后期多动相关的危险因素，包括：运动发育迟缓、出生和一小时时头围小、羊水被胎粪（胎儿肠道内的物质）污染、出生后神经系统受损的体征、呼吸问题、低体重等。然而，即使这些体征存在，患病危险性也很小。那些婴儿期或学龄前健康状态欠佳、运动协调能力发育缓慢的儿童，其童年形成 ADHD 和 ADHD 症状迁延的危险性较大。

当然，过度活泼的儿童，即使是在婴儿期，其形成 ADHD 的危险性也很高。同样，那些关注外界事物或玩具时间短暂、不

能一直追踪视野范围内物体或对外界刺激有强烈反应的孩子都是高危人群。许多心理学家确信这些表现恰好是 ADHD 的早期症状，ADHD 症状不可能在婴幼儿期就充分发展、形成。

#### 3.1.3.4 学龄前的特点

在学龄前期（2~5岁），伴有高度注意力不集中和情绪障碍（如：经常易怒或发脾气，或容易沮丧）的婴幼儿也容易长大后罹患 ADHD。

另外，性情消极、尖刻的儿童以后容易被诊断为 ADHD。“性情/气质”指早期形成的持续存在的人格特征，包括：活动水平，对刺激的反应强度，持续或注意持久性，对别人的要求，情绪特点（易激惹、易怒或情绪外露），适应能力，睡眠-醒觉周期和排泄（控制大小便的能力）的规律性。作为预测因素，这些特征在学龄前和婴幼儿期都具有同样重要的作用。在这些特征当中，尤其是过度活动、反应强度高、注意力不集中、消极情绪和适应能力差，还可以预示儿童后期 ADHD 的转归。当然，那些有严重注意力不集中或多动症状的儿童足可以被诊断为 ADHD，而且在随后的 5~10 年间依然会满足该诊断。

另外最重要的是家长的人格特点，研究结果发现，早期母亲的消极、挑剔和严厉的管教模式可以预示多动儿童后期行为问题的存在。充满敌意或有婚姻问题的家长也可以是伴有消极气质的学龄前期儿童形成 ADHD 的危险因素。可以说儿童的气质是一项重要的早期危险预测因素，而且能够通过家长创造的家庭环境以及他们对待困难儿童的反应模式而改善或加重。这种环境氛围可以结合孩子的早期气质问题而增加后期形成 ADHD 的危险。

总之，在儿童进入幼儿园之前就有可能确定形成早发和持续型 ADHD 症状的危险性，甚至是在 2~3 岁期间。下面按照严重性的主次顺序罗列的因素，作为潜在的预测因素，对于判断儿童是否早期形成 ADHD 以及症状是否持续很有帮助：

- (1) 孩子婴幼儿时期和学龄前期出现活动水平增加和过于

苛刻；

(2) 在儿童幼年家长的批评/强制性行为，并结合第 1 项内容（这表明对重度 ADHD 症状的一种反应）；

(3) ADHD 家族史；

(4) 母孕期吸烟、饮酒、体质差；

(5) 母孕期出现超乎正常数量的并发症（尤其是早产和/或与颅内出血有关的低体重）；

(6) 单亲家庭，同时文化水平低于正常要求（这可以提示家长可能存在 ADHD 症状）；

(7) 婴儿期身体素质差，运动和言语发育迟缓。

### 3.2 危害和终生影响

20 世纪 70 年代，很多医生认为 ADHD 到了青春期症状就会缓解。80 年代初，相继有学者（Clampit, Pirkle, 1983; Thorley, 1984; Brown, Gorden, 1986）对 ADHD 到青春期缓解这一观点提出了挑战，他们认为：到青春期后，症状并未缓解，只是表现形式发生了变化。ADHD 患者仍持续存在与年龄不相称的症状（如过度活动减轻，但注意缺陷依然存在）。目前一般认为，虽然 ADHD 常见于学龄期儿童，但有 70% 的患儿症状持续到青春期，30% 的患儿症状持续到成年期。ADHD 易共患学习障碍、情绪障碍以及社会关系适应障碍，对患者的学业、职业和社会生活等方面产生广泛而消极的影响（Barkley, 1990; Biederman, 1996; Tannock, 1998）。

Barkley 等（1990）于 1980 年前后对 158 名多动儿童进行基线评估，除了父母和教师的主诉外，还要求在两个标准行为评定量表上的得分大于正常对照得分均值的两个标准差以上方能入组。8 年后对 123 名处于青春期的患者进行随访（平均年龄 14.9 岁），符合 DSM-III-R 标准的为 71.5%（对照 3%）。如以大于对

照症状条目均值两个标准差以上为确诊标准，则高达 83.3% 的随访患者符合 ADHD 诊断。将这部分患者继续追踪至成年早期时，高达 46% 的患者符合诊断，如以同年龄正常对照的症状条目数作为参考进行诊断，则 ADHD 诊断的保持率上升到 66%。Beiderman 等 (1996a) 以 DSM-III-R 为标准，对 128 名多动症患者进行 4 年后追踪直至青春期的研究也发现，65% 的患者仍完全符合 ADHD 的诊断。其他两项 (Claude 等, 1995; Hart 等, 1995) 相对近期的随访研究也表明经过 4~12 年后仍有相当比例的患者符合 ADHD 诊断。笔者等曾对 88 名 ADHD 儿童进行了随访，发现仅有 24% 的患者恢复了正常；有 48 例 (54%) 仍符合 ADHD 诊断，21 例 (24%) 已不符合任何疾病诊断，另外 19 例 (22%) 虽不符合 ADHD，但仍存在行为、心境或学习等方面的障碍。

破坏性行为障碍 (Disruptive behavior disorder, DBD) 是青春期和成年早期 ADHD 患者常出现的问题。虽然使用了不同的诊断体系和界定方法，关于儿童和青少年期的横断面研究大都指出 ADHD 与破坏性行为障碍的高共病率。流调研究显示 ADHD 患者共患对立违抗障碍或品行障碍的比例在 30%~50% 之间，甚至有高达 93% 的报道 (Anderson, 1987; Bird, 1993; Angold 等, 1993; Costello 等, 1997)。随访研究也得到较为一致的结果，提示 ADHD 儿童长大以后，即使部分患者 ADHD 症状缓解，但总体上他们共患对立违抗障碍或品行障碍的比例还是高于一般人群。Weiss 等 (1985) 的研究发现，25% 的患儿在青春期有反社会行为，这一比例远远高于对照人群。继续追踪至成年早期，其中有 23% 的患者符合 DSM-III 反社会人格障碍的诊断，对照人群中仅为 2.4%，两组之间有显著性差异，这也是唯一能区别两组的 DSM-III 疾病诊断。Gittelman 等 (1985) 和 Mannuzza 等 (1991) 对两个队列追踪至青春期末的研究得到了非常相似的结果，共患反社会人格障碍或品行障碍的比例在两个

队列中分别为 32%/8%（患者/对照，下同）及 27%/8%，ADHD 组显著高于正常对照组，而两个队列分别追踪至成年早期时，反社会人格障碍的发生率病例组也高于对照组，病例组与对照组之间存在显著性差异。Barkley 等（1990）和 Beiderman 等（1996）对 ADHD 患儿追踪至青春期的研究也得到了类似的发现。前者的研究中，共患对立违抗障碍为 59.3%/11.5%，品行障碍为 43.5%/1.6%；后者的研究中，共患对立违抗障碍为 73%/16%，品行障碍为 28%/6%。Barkley（2002）的研究还发现，成年早期的 ADHD 患者符合反社会人格障碍诊断的比例为 21%，是一般人群的 5 倍。丹麦的一项研究（Soren 等，2002）对 208 名初诊年龄为 4~15 岁的 ADHD 患儿进行追踪调查，了解他们成年后因精神疾患而住院的情况。随访的年限由 10~30 年不等，随访时的平均年龄为 31 岁。其中 47 人（22.6%）在平均年龄为 23 岁的时候第一次因精神疾病住院，最常见的诊断为各种类型的人格障碍，其中又以反社会人格障碍为最多，占 50%以上。

Beiderman 等（1991）提出 ADHD 和心境障碍是共同的病理基础呈现出的不同表现，两者在遗传上关系紧密。临床就诊的成年 ADHD 患者大约有 16%~31%同时符合重症抑郁发作的诊断，相比一般人群，其恶劣心境的比例是 19%~37%（Murphy 等，1996b；Roy-Byrne 等，1997；Shekim 等，1990）。几项针对儿童和青春前期进行的大型流行病学调查显示 ADHD 患儿共患抑郁障碍的比例从 5%~40%不等（Anderson，1987；McGee 等，1990；Bird，1993；Angold 等，1993；Costello 等，1997）。虽然具体的共患率报道并不一致，但大多数研究都发现 ADHD 患者共患抑郁障碍的比例高于一般人群，提示 ADHD 患者中确实更容易出现抑郁障碍。

Mannuzza 等的系列研究一致性地显示青春期和成人期 ADHD 患者出现抑郁障碍的比例并不高于一般人群（1991；

1993; 1998)。首先, 至青春期随访时, 两个队列的 ADHD 患者中没有一个人有持续的抑郁症状。其次, 如以抑郁症的终生患病率进行计算, 将两个队列的样本继续随访至成年早期, ADHD 组共患心境障碍的比例仍均与对照无异。而 Beiderman 等 (1996) 的研究得出了迥然不同的结论, 其结果显示至青春期随访时, ADHD 患者共患单相抑郁发作 (重度) 的终生患病率为 45%, 双相情感障碍为 23%, 均显著高于对照, 因此认为 ADHD 显著增加了共患抑郁障碍的风险。研究者还发现, 基线时共患心境障碍是青春期时共患心境障碍的预测因子, 也就是说心境障碍的存在比较稳定, 因此推测 ADHD 患者出现的情绪问题是一种“真”抑郁, 而并非是因患病的耻感或受挫后的继发情绪反应 (Beiderman 等, 1998), 也进一步佐证了他们关于 ADHD 与心境障碍有共同病理基础的假设 (Beiderman 等, 1991)。两个研究差异的最大原因可能是样本的来源不同, 前者基线时均因多动问题由教师推荐就诊, 而后者入组时 ADHD 并不一定是主要诊断, 基线时就有 29% 符合重症抑郁发作标准。由此可见入选样本的不同对结果有着很大的影响。其他的一些随访研究也得出了矛盾的结果。Barbara 等 (1998) 及 Hansen 等 (1999) 随访研究支持 ADHD 并不增加成人期共患抑郁障碍的风险。而 Fischer 等 (2002) 对样本追踪至成年早期, ADHD 共患抑郁障碍的比例高于正常对照, 为 26%/12%, 更接近 Beiderman 的研究结果。因而此问题还需要进一步的研究。

随年龄增长, ADHD 患儿因为常遭受挫折, 非常容易出现焦虑障碍。多项研究 (Weiss, 1993; Rucklidge, 2001) 显示青春期或成年早期 ADHD 患者较对照组更多地自我报告存在焦虑、恐惧及躯体化症状。综合各项结果, 在临床就诊的成人 ADHD 患者, 共患广泛焦虑障碍为 24%~43%, 共患过分焦虑反应为 52% (Biederman 等, 1993; Barkley 等, 1996a; Murphy, Barkley, 1996b)。如前所述, 对 ADHD 和焦虑障碍间关系的理



解也需要结合流调和随访的结果才能看清问题的全貌。对儿童和青春前期的 ADHD 患儿的流调研究显示，ADHD 患儿中出现焦虑障碍的比例大体在 10% ~ 25% 之间（Anderson, 1987; McGee 等, 1990; Angold 等, 1993），具体的数值与使用诊断标准（定式访谈或量表测查）和对焦虑障碍界定（如统计总体的焦虑障碍或单种焦虑障碍，如分离焦虑）的不同有关。有学者（Angold 等, 1999）通过计算联合 OR 值（Joint OR）来反映两个疾病的关联程度，ADHD 和焦虑障碍的关联虽有显著性意义，即 ADHD 患者比一般人群更容易出现焦虑障碍，但两者的关联程度（Joint OR 为 3.0）显著性地低于 ADHD 和抑郁障碍的关联（Joint OR 为 5.5）。从纵向的角度而言，随访研究大多显示儿童期存在 ADHD 并不增加青春期乃至成年早期出现焦虑障碍的风险。在这方面，除 Beiderman（1996）发现青春期 ADHD、各种焦虑障碍（除惊恐发作外）的终生患病率高于对照以外，Mannuzza 等（1993, 1998）的系列研究、Barkley 等（1990）、Hansen 等（1999）、Barbara 等（1998）的随访研究均未发现 ADHD 患者共患焦虑障碍与对照组有差别。

与正常人群比较，ADHD 患者认知功能、学业和职业能力常有损害。现有的研究较为一致的发现 ADHD 患者在青春期和成人期的学业及职业水平低于一般人群。纵向的随访研究发现，他们在学校期间，出现学习困难、阅读水平差、留级、休学、退学或就读于特殊班级的比例更高，他们比一般学生需要更多的额外辅导，至青春期时，大约有 10% 的患者曾出现过退学。ADHD 患者最后受教育年限短，学历低，和对照相比受正规教育的平均年限要少两年。另有研究（Hansen, 1999）显示 ADHD 患者中约 30% 不能正常高中毕业，只有 20% 能够进入大学学习，而仅有 5% ~ 12% 最后可完成大学学业，对照人群里的相应比例则超过一半以上。当然，虽不能如期得到学位，但很多 ADHD 患者以后可以相继获得同等学历。尽管大部分 ADHD 患

儿进入成年期能找到工作，就业率与一般人群无明显差异，但其所从事工作的专业技术性不强，社会经济地位低于对照，也低于同胞。此外，成年期 ADHD 患者工作表现差，容易被解雇，更频繁地更换工作。对就诊于临床的成人 ADHD 患者的研究也得到相似的结果，约 16%~40%留级，43%接受额外的帮助教程，28%接受了特殊教育，这些比例均高于一般人群。然而，与接受随访至成年期的患者相比，就诊于临床的 ADHD 患者结局要更好。他们的智商与一般人群无明显差异，尽管成就测验低于对照，但仍在正常范围内，且出现各种学习困难的比例也较低，为 0~12% (Matochik 等, 1996)，其中有 92%的人完成高中学业，68%的人进入大学学习。分析其原因，主动就诊反映了患者本身有一定的经济能力、工作较稳定、对自身的问题有自省和觉察、有求治的愿望，因此，他们应该属于成人 ADHD 患者中功能较好的人群。而被动接受随访的成年 ADHD 患者则不同，他们在童年期可能症状较突出，所以父母才带他们到临床就诊，而且往往是存在问题较明显的患者倾向于长期接受随访，因此，考察 ADHD 的预后应综合两方面的因素。

ADHD 患者出现物质依赖、犯罪是一般人群的 5~10 倍。ADHD 患者更早尝试吸烟 (Milberger 等, 1997) 及饮酒 (Ercan 等, 2003)。ADHD 患儿至青春期吸烟的比例高于对照，但并不增加其他精神活性药物成瘾的风险。但至成人期，ADHD 患者药物成瘾的风险大大增加。随访研究 (Mannuzza 等, 1993) 发现 ADHD 患者至成年时药物成瘾是正常对照的 4.6 倍，在有反社会行为的患者中约 10%~20%可诊断药物滥用。另一个队列研究显示 (Mannuzza 等, 1998) 成人期 ADHD 患者非酒精物质依赖比例明显高于对照 (12%/3%)。就诊于临床的成人 ADHD 患者中，约 32%~53%曾出现酒精成瘾或滥用，其中又有 8%~32%同时有另外一种药物成瘾或滥用 (Barkley 等, 1996b; Biederman 等, 1993; Murphy 等, 1996b)。

与前述 ADHD 患者出现更多反社会人格以及酒药依赖的结果相关，他们也有更多的违法犯罪行为。Mannuzza (1989, 1991) 的随访研究发现，青春期 ADHD 患者被拘留 (39%/20%)、判刑 (28%/11%) 及监禁 (9%/1%) 的比例均高于对照。Satterfield (1997) 报道的患者中青春期及成年期被拘留 (46%/11%) 及监禁 (21%/1%) 的比例都比对照有所增高。Barkley (1990, 2004) 的研究结果也大同小异。仅 Weiss 等 (1993) 的研究得出了较为不同的结果，他们对 ADHD 患者进行了为期 10~15 年的追踪，发现无论是青春期或成年早期随访时，患者与对照在违法犯罪率方面并无不同，但患者确实常因诸如超速驾车等问题被传讯至法庭。其他研究也发现 ADHD 患者违章驾车 (主要是超速驾车)、车祸的发生率都高于一般人群 (Barkley 等, 1993; Nada-Raja 等, 1997)。

ADHD 患者社会功能受损造成人际关系和家庭 (婚姻) 状况问题很多。ADHD 患儿常受到同伴拒绝，对患儿随访至青春期，发现很多患儿仍然存在社交困难。Catherine 等 (2001) 研究发现，与对照相比，ADHD 患儿至青春期后朋友较少，更多地受到同伴拒绝。一项有关社交技能的研究 (Weiss, 1993) 也发现 ADHD 患儿成年后存在更多社交技能和交流技巧方面的问题，特别在与异性交往以及自我肯定方面有所欠缺。Wilson (1996) 的研究发现 ADHD 患儿随访至 14~18 岁时，人际沟通能力欠缺，社会适应水平低于同年龄的一般人群，而这些缺陷在共患品行障碍的患者中尤其突出。

Barkley 及其同事 (1991) 的研究显示，追踪至青春期的 ADHD 患儿和母亲的冲突超过对照，患儿的母亲报告亲子冲突和烦恼的几率更高，程度更剧烈。对亲子沟通模式的观察发现，ADHD 患儿更倾向于采用消极和控制性的行为模式。Beiderman (1996a) 的研究提示他们与同龄人的交往、与同胞的交往以及和父母的关系都存在更多的困难，患儿的家庭中冲突更多，亲密程

度更低。当然，混乱的家庭环境，尤其父母患精神障碍本身就是 ADHD 发病的危险因素，因此，患儿不良的家庭功能并不能简单地理解为疾病的结果。此外，ADHD 成人患者婚姻状况也常常有更多的问题。一项对 172 名成人 ADHD 患者的研究（Murphy 等，1996b）发现，与对照相比，他们的离婚率更高，且更多地报告对目前婚姻不满。

综上所述，ADHD 患者在青春/成人期的多个领域的功能都存在着或大或小的损害，表现在共患破坏性行为障碍及心境障碍的几率更高、学业和职业成就差、更多的出现违法犯罪行为以及不良的人际和家庭关系等方面。



## 注意缺陷多动障碍的临床诊断

注意缺陷多动障碍（ADHD）是儿童最常见的行为障碍，也是学龄儿童患病率较高的一种疾病，对患儿的日常生活、学习带来很大的影响。ADHD的核心症状包括注意缺陷、多动和冲动三大主征，可导致儿童学习成绩较差，与家长、老师和同伴的关系紧张以及自尊心受损等。该疾病多于儿童期发病，但青春期和成人仍可表现症状，有观点认为ADHD可以是终身性的疾病。医生常常在老师和家长的要求下对儿童进行ADHD的评估。对疾病的早期发现、早期治疗可以改善多数ADHD患儿的教育和社会心理的发展。本部分内容针对ADHD患儿的筛查和诊断评估给予建议。

### 4.1 诊断线索

不同年龄儿童的ADHD表现有所不同。当出现以下问题时，医生应考虑ADHD的评估：

#### 1. 学龄前期儿童

- (1) 过分的喧闹和捣乱，不好管理，惹人厌烦；
- (2) 明显的攻击性行为，经常惹祸；
- (3) 无法接受幼儿园教育。

#### 2. 学龄期儿童

- (1) 不安静/好动；
- (2) 注意力难于集中；
- (3) 好发脾气/行为冲动/自我控制能力差；
- (4) 伙伴关系不良；
- (5) 学习成绩不佳；

(6) 对抗、不服从/品行问题。

### 3. 青少年

(1) 自己感到注意集中困难；

(2) 学习成绩大幅度下降，厌学；

(3) 做事不考虑后果，经常跟父母顶嘴、与老师争执，与同学缺乏合作精神，对一些不愉快的刺激做出过分反应等。

由于 ADHD 在学龄期更多见，本《指南》更适合于学龄期儿童。

ADHD 由于症状的非特异性（可以见于多种疾病），缺乏具有诊断意义的病因学或病理学改变，辅助诊断的客观体征与实验室资料少，诊断工作主要依据可靠的病史和对特殊行为症状的观察和检查，将各种资料综合分析，进行诊断。

## 4.2 病史收集

儿童的病史主要由父母或主要监护人提供，还可以请老师、亲戚、邻居、同伴等补充病史。

### 4.2.1 现病史

首先要了解父母带孩子来就诊的原因，在开始交谈时，鼓励父母按自己的看法介绍其子女的问题，取得信任，建立互动的合作关系。

根据家长提供的线索，我们大概了解了儿童可能存在的问题，例如：注意力不集中、学习成绩不好、好发脾气等。在脑中初步有了一个“拟诊”，下一步，就要对重点问题进行深入的询问，其内容主要围绕 ADHD 的主要临床表现、病程、共患病、社会功能和影响因素进行。

#### 4.2.1.1 注意障碍

注意障碍是 ADHD 的突出症状，也是诊断的必需症状。

ADHD 注意障碍的特点是主动的随意注意障碍，在注意的集中性、稳定性和选择性等方面异常；而被动的不随意注意相对增强，对完成工作任务有不良影响的无关刺激缺乏抗干扰能力。

可以从课堂、做作业、活动、生活等方面了解注意力情况，如：患儿从事一项活动时容易分心，不能较长时间保持注意，上课不专心听讲；做需要集中注意力的事没有耐心，做作业拖拖拉拉；学习马虎，容易出现粗心所致的错误；经常丢三落四，丢失学习或生活用品等。

需要注意的问题：

(1) 生长发育的差异：诊断标准中强调与发育水平不相称，这一概念是界定正常儿童与 ADHD 的一个重要指标。由于儿童是一个正在发育的个体，在判断注意障碍时，要用发展的观点看问题。正常儿童在不同年龄阶段注意集中的时间不同，随着年龄增长而逐渐延长。一般来说，5~6 岁时专注时间为 12~15 分钟，7~10 岁为 20 分钟，10~12 岁为 25 分钟，12 岁以上可以达到 30 分钟。判断儿童注意力是否集中，应该与儿童的生长发育水平相适应。只有当儿童的注意集中时间明显短于上述时间，且达到与班上大多数儿童明显不同，才能考虑其异常。例如：一个四年级的孩子，老师说他一节课听不了 10 分钟，可以视为病态；而一位母亲反映她的 4 岁孩子注意力不集中，不肯完成图画班的作业，做出诊断就比较困难。

(2) 注意障碍的性质：幼儿期以不随意注意占优势，学龄初期随意注意有了很大的发展，但其注意力更多的与兴趣相联系，一般来说，直观、生动、引起兴趣、产生美感的事物容易吸引注意力，而单调、刻板对象则容易分散注意力。正常情况下，由于儿童青少年在兴趣、技巧等方面的差异，注意集中性和稳定性有很大差异。学龄前期：除了简短的故事或任务，儿童很难对故事书或需要安静的事情（如涂颜色、画画）保持专注；学龄期：对于不想从事的活动，如阅读指定书籍、做家庭作业或需要集中

精力的任务，如做清洁，儿童可能无法坚持很长时间。青春期：在进行自己并不渴望完成的任务时，青少年也很容易分散注意力。因此，判断注意力问题要考虑儿童的兴趣水平。低年级儿童在教学内容缺乏直观、具体、生动性时，出现不能保持注意不能判定为异常。而有的家长反映当 ADHD 儿童玩电子游戏、看动画片时可以集中相当长的时间，那是由于电子游戏、动画片对注意力的要求很短（2~3 分钟），而且非常有刺激性所致，也不能就此认为其注意力没有问题。对于较大儿童，还要了解他们有没有想集中注意力而缺乏自我控制的主观感受。

（3）评价者因素：要注意病史提供者个人素质或对问题理解的偏差，对同一儿童的同—行为，有的人认为是异常，有的人认为是正常，病史来源不同会造成诊断不同。例如：一名对孩子期望很高的母亲，孩子稍有分心就担心患了 ADHD，她们经常拿着报纸上描述的症状，说自己的孩子条条都符合。而一名本身好动的父亲，则说“孩子爱动有什么关系，只要会吃饭就没病。”而对儿童的学习落后置若罔闻。

中国父母受传统文化影响，对儿童注意力要求较高。一项在学校儿童的研究发现，当请父母评价 DSM-IV ADHD 诊断标准时，82.3% 的父母认为自己的孩子符合第 1 条（在学习、工作或其他活动中，常常不注意细节，容易出现粗心所致的错误），57.33% 符合第 8 条（很容易受外界刺激而分心）。这提示父母希望儿童更专注于学习，也与当今中国父母望子成龙的心态有关，有的家长对于儿童生长发育中正常的注意力分散也不能容忍，这些因素会造成提供病史的偏差。

#### 4.2.1.2 多动、冲动

多动是 ADHD 的另一主要症状，表现为活动水平明显比正常儿童高，在需要坐下来或需要遵守秩序的场合表现得更为突出。评价活动过度，要从活动水平、发生频度、场合以及发育水平等方面考虑。ADHD 的多动症状受年龄影响，随年龄增长而



减轻，在幼年期躯体活动明显地比别的儿童多，不能安静下来，奔跑、跳跃，到处攀爬，不能动的东西也要去动，总是让大人担心他们的安危。到学龄期，大运动量的活动有所减少，主要表现为上课不安静，做小动作，玩文具书本，撩惹邻座同学。下课后在教室内外与别的同学追打，高声叫喊。到青少年期可能只有不安的主观感受。除运动性多动外，还有语言的增多，唧唧喳喳，喜欢插嘴，弄出噪声等。要了解多动发生的频度，是否每天、每节课都发生。由于教师面对的是一个群体，常常能够较客观地评价儿童的多动行为。ADHD 儿童由于行为问题突出，为了维持班级的纪律，教师常采取一些关注措施，例如：让他们坐特殊位子（靠近讲台以便提醒，和同学分开单独坐，以免影响别人等），或经常向家长反映，在家长会上重点提示等。教师的这种关注，提示儿童的行为与全班儿童的发育水平不相称，在诊断时很有价值。

近年研究认识到冲动是 ADHD 的核心症状，表现为自我控制能力差，情绪和行为失控，他们缺乏耐心，不能等待，对挫折的耐受能力低。认知方面的冲动常导致学习失误，行为方面的冲动导致不能遵守纪律、规则，与同伴发生冲突，不受人欢迎。而且这些问题经常重复发生，难以改正。

需要注意的问题：

(1) 生长发育的差异：儿童活动水平的变化很大，有些儿童从出生起就表现出较高的活动水平，据报道有 15% 的学龄儿童精力旺盛，活动水平高。正常情况下，婴幼儿和学龄前期儿童可能比较活跃冲动，常常绕圈奔跑，不愿停下来休息，碰撞别人或物体，或不停地询问；学龄期儿童也可能比较好奇、贪玩，喜欢长时间进行活动性游戏，有时做事比较冲动，尤其在比较兴奋的情况下或与同伴攀比时；青少年期喜欢长时间进行社会性活动（如跳舞、打球、与同伴参与冒险的活动）。但这些儿童没有社会功能的损害。

(2) 多动冲动的性质：与正常儿童的活泼好动不同，ADHD 儿童的行为具有鲁莽、唐突的特点，做事不考虑后果，凭一时冲动。当他们有要求时，必须立即得到满足，不能等待；遇到挫折时不能忍受，出现激烈的情绪波动和冲动行为，甚至常常会动手打人导致别人受伤害。ADHD 的活动过度和冲动是由于自我控制能力差，他们难于接受环境的约束，因此屡教不改，常常刚保证了又犯，父母打骂、老师批评都无济于事。

ADHD 的多动为多场合性，不但在玩的时候多动活跃，在教室上课、在家学习做作业、到医院就诊、到需要安静的公共场所都表现出活动过度。而正常儿童的活泼好动是分场合的，在要求安静的场合能够自控。

对儿童的多动、冲动行为的评价，还要考虑儿童本身的状态和环境。正常情况下，当儿童对事物产生厌烦或渴望时，活动和冲动性常常增加，而当这种厌烦或渴望得到解决后可以降低。

(3) 评价者因素：对活动和冲动性的判断必须考虑监护人对儿童的期望水平和自身的耐受力。不同的文化背景下，人们对 ADHD 的认识不一致可造成诊断偏差。有一项中国、美国、日本、印度尼西亚临床医师的跨国研究，共同观察了多动症儿童的录像带后，中国和印尼医师记录的多动评分显著高于日本和美国医师。受传统文化影响，中国父母希望其孩子安静、服从、守规矩，因此对多动-破坏行为容忍性差。正常情况下，婴幼儿和学前儿童可能比较活跃冲动，需要经常监护以免发生伤害，这些儿童的活动常常会给没有精力和耐心应对这些孩子的家长带来困扰。当父母本身有焦虑抑郁倾向时，对儿童可能期望更高而耐受性更低。

#### 4.2.1.3 起病年龄和病程

一般将 ADHD 起病年龄定为 7 岁前，事实上，ADHD 儿童的症状常在 3 岁左右就明显表现出来，定义为“起病于 7 岁前”有助于排除学习障碍和其他原因引起的注意不集中和多动症状，

例如：学习障碍儿童常在入学 2~3 年后，由于学业失败，出现“反应性”多动和注意力不集中。部分 ADHD 儿童的父母因缺乏比较，早期没有觉察到儿童的问题，直到上学以后，由于学习和纪律问题被老师发现才引起重视，他们提供的起病年龄常常是 7、8 岁以后，给诊断造成困难。这时，应引导父母追溯儿童幼时表现，从意识到孩子比别的儿童好动、难于管理算起。追溯儿童在幼儿园时的表现，老师对他的评价，也是很重要的线索。

多动和注意障碍可以由其他原因引起，可能是一过性的，例如：应激（如父母离异）。这些生活事件引起的境遇性多动常常在 6 个月内消失，规定“符合症状标准和严重标准至少已 6 个月”这一病程标准，旨在强调这些行为的持续存在。

#### 4.2.1.4 社会功能

由于注意力不集中、多动、冲动可以见于正常儿童，如何区别 ADHD 和正常儿童，评价社会功能损害程度是关键指标，只有当这些行为的程度明显超出正常，严重干扰了儿童的社会功能才能诊断。

社会功能指儿童学习、与人交往和适应环境的能力。

(1) 学习能力：ADHD 儿童由于注意缺陷，学习效率低，常不能获得所学的知识，因此表现为学习成绩差、成绩波动，随着功课难度的增加，学习成绩每况愈下，至初中时常常成为来就诊的主要原因。教师对这类儿童的评价是“聪明、有学习能力，但不用心”。

(2) 人际交往能力：①亲子关系：这些儿童自幼表现出困难气质，难于管理，常导致父母情绪急躁、缺乏耐心，采用粗暴、专制、拒绝的养育方式，亲子关系不良。而这种亲子关系又进一步加剧儿童不良行为的发展，形成恶性循环，至青春期，常出现严重的亲子冲突，甚至整个家庭的失和。②伙伴关系：由于多动，喜欢和同学擦擦打打；由于冲动，常和小伙伴发生冲突，因而同学都不喜欢和他们交往。③师生关系：由于不遵守纪律、经

常惹祸，给教师带来很多麻烦，加之不服从管教、与老师顶撞，导致师生关系不良。

(3) 适应环境的能力：在幼儿园、学校等集体环境中，常不能遵守学校、课堂纪律及适应集体生活；在社会活动中，不能接受社会规则、制度的制约，而表现出反社会倾向，不能很好地适应社会。

#### 4.2.2 个人史

了解个人史、既往史、家族史，既有助于分析病因和可能的影响因素，也为进一步的治疗奠定基础。

##### 4.2.2.1 出生史

胎儿期：

- (1) 严重感染（特别是妊娠头 3 个月病毒感染）；
- (2) 接触 X 线照射、药物或化学物品，使用毒品、吸烟、饮酒；
- (3) 先兆流产、妊娠高血压症；
- (4) 母亲患严重躯体疾病（如肝、肾或心功能不全、败血症）。

围生期：

- (1) 出生时 Apgar 评分；
- (2) 窒息（青紫或苍白）；
- (3) 产伤；
- (4) 早产、低出生体重；
- (5) 新生儿期惊厥、严重黄疸、颅内出血。

##### 4.2.2.2 生长发育史

(1) 运动发育：抬头、独坐、爬行、独立、独行、小跑、跳跃的年（月）龄，精细运动能力；

(2) 语言发育：咿呀学语、讲单词及短句、自动叙述一个简单的故事或事件的年龄；

(3) 自行控制大小便的年龄；

(4) 学习情况：入学年龄，学习成绩（尤其注意早期成绩），在校表现，理解及记忆能力，老师对他的评价；

(5) 人际交往情况：与父母、兄弟姐妹、邻里伙伴、同学之间相处情况。

#### 4.2.2.3 生活史

(1) 婴幼儿期抚养人：父母、(外)祖父母、寄养、收养；

(2) 入幼儿园(托儿所)情况：活动水平，能否安静玩耍，和小朋友交往及学习情况；

(3) 家庭及社会有无重大生活事件，如父母经常吵架、分居、离异；

(4) 教养方式：溺爱放任，粗暴打骂，冷漠忽视，民主；

(5) 在对待患儿的教育问题上，父母之间以及整个家庭成员之间是否意见一致；

(6) 父母对儿童学业的期望；

(7) 每日看电视或上网、玩电子游戏时间(是否超过2小时)；

(8) 家庭居住条件(贫困，居住拥挤)；

(9) 亲子之间、整个家庭成员之间的相互关系。

#### 4.2.3 既往史

(1) 中枢神经系统感染(脑炎、脑膜炎)，抽搐史(发生年龄、发作频度、可能的诱发因素)，运动和/或发声抽动；

(2) 严重躯体病、感染、中毒；

(3) 哮喘/过敏；

(4) 甲状腺功能低下或增高；

(5) 遗尿、大便失禁；

(6) 躯体发育不良；

(7) 头部外伤(有无昏迷、呕吐)；

(8) 视觉或听觉损害。

#### 4.2.4 家族史

- (1) 父母的躯体、精神健康状况及人格特点；
- (2) 家族成员精神障碍病史；
- (3) 家族中违法犯罪史；
- (4) 父母及其他亲属在幼年期有无类似表现。

### 4.3 临床检查与评估

对儿童的精神状况检查包括交谈与观察。

#### 4.3.1 观察

儿童常常不善于表达自己的想法，其心理活动常通过行为反映出来，因此观察是很重要的检查方式。从儿童进入候诊室、他的父母提供病史时，医师就应留意其语言、认知水平、情绪、社会行为及运动异常等表现，对年龄较小和不合作的儿童，这常常是主要的检查方法。

诊室也是在自然条件下观察家庭成员间相互作用及亲子关系的较好场所。家长对儿童是关怀备至还是态度粗暴？父母亲是相互补充，还是互相争吵、埋怨。经过观察，可以对儿童的行为、家庭关系基本了然于心。

儿童在不同的社会情景中，其行为的外在表现可能差异甚大。在诊室这一新环境中，可能限制了儿童某些行为的再现。因即使明显多动的儿童，在进入陌生环境时，可能也会在短时间内控制自己的行为。其父母在场与不在场，儿童的表现也不完全一样。因此，有条件的地方，设置单面镜观察室，儿童进入观察室后，以为无人看见他，时间一久，基本行为就会表现出来。观察者还可以应用量表记录儿童的行为表现，得到客观的行为记录。

游戏技术是了解儿童主观世界的良好手段。儿童常常通过游戏，表达他内心的喜怒哀乐，通过游戏的象征性意义，表达其家庭关系。通过游戏，可以达到与儿童亲近、沟通的目的，了解到真实情况。

还可以参考儿童的作业、日记、学校评语等。

#### 4.3.2 检查性交谈

检查性交谈是医师与儿童之间有目的的交谈，其目的是了解儿童的心理状况，为诊断提供依据，为下一步制定治疗方案收集资料。儿童的自我陈述是有价值的，特别是对6岁以上的儿童。在交谈前医师应熟悉病史，掌握必须了解的重点内容，才能做到有的放矢。交谈的同时，也要进行观察。在与患儿交谈中，医师亲切、真诚、同情的态度，柔和的语调，微笑的表情，耐心的倾听，可以使儿童感到安定、亲切、可信，将自己的想法无保留地谈出来。交谈时要采用适合患儿年龄的方式及语言，以便于患儿理解，才能使交谈更为融洽。非言语性沟通也是取得儿童信任、建立沟通的很好方式。交谈中要尊重儿童的人格，对于有些敏感问题，要迂回接近。有些青少年有些话只愿讲给医师听，而不愿他的父母知道，医师应给以承诺，为这些“小秘密”保密。如不是原则问题，就不反映给家长；如果有些情况确实很重要，在反馈给家长的同时，要告诫家长不要为这些问题惩罚孩子，以免在儿童面前“失信”。

检查性交谈主要内容包括：

(1) 对 ADHD 症状的评估：根据病史提供的线索，主要询问儿童对自己问题的了解和态度。对于年龄较小的儿童，通过交谈来判断诊断性症状的存在或缺失是不可靠的，在青少年则可以自己提供或补充病史。重点应放在家庭、学校、和同学交往的功能上，并且可以了解共病情况。

(2) 了解儿童的内心体验：父母常常忽略儿童个人的情绪问

题（如焦虑、抑郁、恐怖、激惹），儿童个人叙述的内心体验常常是比较可靠的，特别是情绪问题和自尊。有些儿童的某些反社会行为、与性有关的活动或性心理，常常不为父母所知，只有当医师有意识地与他倾心交谈时才有可能暴露出来。

（3）精神病理学的总体评估：最重要的是排除其他障碍，特别是焦虑、抑郁、自杀意念、幻觉及异常的思维等。

检查性交谈一般按照精神活动的三个组成部分：认识活动、情感活动、意志行为活动来记录。以下是精神状况检查提纲：

#### 4.3.2.1 一般表现

（1）生长发育与年龄是否相符，衣饰与年龄、性别是否相符；

（2）意识状况。意识是否清晰，有无思睡、昏迷；

（3）一般表现、生活自理水平与年龄是否相称，与医师接触交谈是合作还是过分羞涩、紧张、违拗、哭闹。有无伤人、自伤、攻击行为。

#### 4.3.2.2 认识活动

（1）知觉障碍：①错觉：种类、性质、出现时间及频度；②幻觉：种类、性质、出现时间及频度；③感知综合障碍：种类、性质、出现时间及频度；

（2）注意力：注意集中还是易分心，能持久还是很短暂，注意的广度、转换能力如何；

（3）记忆力：远、近记忆及记忆保持力；

（4）语言及思维：①言语：语音、语调、语速、语量是否适中，流畅性；②理解和/或表达语言有无困难；③用姿势、手势或眼神表达自己语言的能力如何；④思维障碍：包括思维形式——如思维迟缓、思维贫乏、思维奔逸或思维破裂等，思维内容——如各种妄想；⑤智力：应结合年龄及文化背景考虑，如对一般常识的了解，理解判断力、计算力；⑥自知力：指患儿对自己疾病的认识和态度。须注意年龄发育因素。



#### 4.3.2.3 情感活动

(1) 情感的性质：主要倾向是适度，还是抑郁、淡漠、焦虑、紧张、恐惧、愤怒、憎恨、易激惹、高扬、欣快或幼稚；

(2) 情感的协调性与稳定性：情感与内心体验是否一致，情绪稳定还是变化多端。

#### 4.3.2.4 意志与行为

(1) 意志增强或减退，本能（食、性意向）活动的增强或减弱；

(2) 有无不自主运动或抽动，如有，注明部位及频度；

(3) 有无刻板动作、强迫行为；

(4) 言语、动作增多或减少；

(5) 有无兴奋躁动，如有，应了解其是否协调。

### 4.3.3 体格检查及神经系统检查

常规的体格检查及神经系统检查对于发现躯体病因，如甲状腺功能亢进、神经系统疾病、视觉、听觉损害有帮助，并排除治疗禁忌证（如心脏病、肝肾功能不良等）。

### 4.3.4 心理评估

心理评估为临床和科研提供标准化的、数量化的、相对客观的资料，已成为临床心理学的重要辅助诊断手段。目前有许多对评估 ADHD 儿童有用的神经心理测验和量表，可以帮助医师了解儿童的症状、社会功能、共病情况、家庭环境等资料，用于辅助诊断。在应用时要考察心理测验和量表的效度、信度、年龄/性别常模，最好有国内常模。

#### 4.3.4.1 儿童行为评定量表

儿童行为评定量表多为他评量表，主要有父母用、教师用、专业人员用量表，年长儿则常用自评量表。使用量表的好处：

①资料完整全面：使用量表收集症状比较完整，不容易遗漏症

状，由与儿童密切接触的人填写，资料比医师在短时期内所观察的症状更全面；②客观：使用统一的评分标准，使个人的主观因素大大减少，能够较客观地反映问题；③便于交流；④方便：量表由父母或老师根据儿童的表现填写，易于掌握，不需经特殊训练。随着计算机的普及，将量表编制成软件，由计算机录入、输出结果，省去了计算、统计的麻烦，更适合在临床应用。量表的局限性：①受评定者主观因素影响：由于与儿童的关系、评定者的文化程度、情绪、智力等因素的影响，使评估者对条目的理解可能比较片面，不够客观。因而对同一儿童，可能父母之间，父母与教师之间得出不一致的结论；②横断面记录，不能了解症状的衍化过程：量表记录的仅为患儿症状的一个断面，不能从纵向说明症状的起源、发展及背景差别；③采用固定的评分方式，方法机械，不能辨别最突出的症状，不能发现患儿的个别特性。

#### （一）父母评定量表

父母是与儿童接触最密切的人，对自己的孩子观察细微，是评价儿童行为的重要来源，故父母评定量表是对儿童行为评估方法中应用最广泛的一种。从父母处往往可以获得较全面的资料，特别是一些仅在家中表现出来的症状。但因父母受文化背景、情绪因素以及对儿童问题的看法的影响，加之仅关注自己的子女，缺乏与其他儿童的比较，因此，父母对儿童的评估常有失偏颇，相对不如教师可靠。如果父母之间评分不一致，可能反映儿童与父或母相处的不同，或父、母一方过分强调儿童的症状或不愿承认儿童的问题。

常用的量表有：Conners 父母症状问卷（Parent symptom questionnaire, PSQ）；IOWA Conner's 父母问卷；Achenbach 儿童行为量表（Child behavior checklist, CBCL）；Rutter 儿童行为问卷；长处和困难问卷（家长版）（Strength and difficulties questionnaire, SDQ）；注意缺陷多动障碍诊断量表（父母版）等。

## （二）教师评定量表

学校是学龄期儿童活动的重要场合。教师面向的是一个群体，在儿童之间有比较，因此评价儿童行为较客观，尤其是多动、攻击等外化性问题。但教师对儿童的情绪问题、躯体化问题则不如父母观察仔细，易于忽略。

常用的量表有：Conners 教师评定量表（Teacher rating scale, TRS）；IOWA Conner's 教师问卷；Achenbach 教师报告表（Teacher's report form, TRF）；Rutter 儿童行为问卷；长处和困难问卷（教师版）；注意缺陷多动障碍诊断量表（教师版）等。

## （三）儿童自评量表

随着儿童年龄的增长，有些心理活动不愿意告诉家长，因此一些细微的心理变化难以被父母、教师掌握。对于较大的儿童，自我评定量表成为主要的资料来源，特别是焦虑、抑郁等情绪问题。

常用的量表有：Achenbach 青少年自我报告表（YSR，供11~18岁青少年自评）；长处和困难问卷（儿童版）；艾森克个性问卷（Eysenck personality questionnaire, EPQ）；儿童焦虑性情绪障碍筛查表（The screen for child anxiety related emotional disorders, SCARED）；儿童抑郁障碍自评量表（Depression self-rating scale for children, DSRSC）等。

## （四）专业人员评定量表

由医师、护士、心理治疗师以及其他经过训练的专业人员填写，需要一定的专业知识，对症状不仅是记录，更多是判断症状的有无和严重程度，因此准确性较高，可以排除由于家长、教师、儿童本人由于个人因素所造成的偏差。但是，症状必须严格定义，检查者必须经过专门培训，并进行一致性检验，达到标准才能应用。主要用于诊断、评定严重程度、追踪治疗效果。国内有：儿童大体评定量表（Children's global assessment scale,

CGAS)。

儿童行为评定量表请参阅附录。

儿童对自己的行为缺乏自我评价能力，常需由父母或其他人评价，因此，在测量儿童的心理行为时应参考评价者因素，父母的文化背景、情绪因素、对儿童问题的看法等均可影响评价的可靠性。因此，临床医师在应用中，应综合考虑这些因素。尤其值得注意的是，不同量表由于考虑的维度不同，描述方法不同，常模来源不同，因此，所测出的内容也不完全一致，要客观看待量表评定结果。因此，量表所得出的结果仅用于辅助诊断，量表不能代替临床诊断。只有将量表与临床工作相结合，才能得出确切诊断。

#### 4.3.4.2 定式和半定式诊断访谈

定式诊断访谈是按不同的疾病所需，为从儿童和/或父母获取儿童的症状和功能状况而设计的详细的检查内容、工作程序及专用的记录设备等。半定式诊断访谈不像定式诊断访谈那样需要一项不漏，在初查无此项问题时可以跳到另一项，相对省时。定式和半定式诊断访谈是收集病史的有效方法，有利于全面、系统地了解儿童的功能及问题，较少遗漏资料，保证资料的信度和效度，主要用于临床科研和流行病学调查，由经过训练的访谈者进行。其缺点是不能区别问题的轻重主次，耗时较多。

常用的定式检查评定有：学龄儿童情感性障碍和精神分裂症定式访谈问卷 (Kiddie-schedule for affective disorders and the schizophrenia for school age children, K-SADS)，是应用最广的半定式儿童精神病访谈问卷，用于6~18岁儿童，需要分别对父母和儿童进行访谈。该问卷特异性很高，但敏感性不够。需要评估者较丰富的临床经验。K-SADS-present and lifetime (目前和终生版) 主要用于评定儿童和青少年当前和既往精神病理学发作症状的严重度，评定依据为DSM-III-R和DSM-IV。有探查问题和客观标准来评定具体的症状。K-SADS-PL问卷所提供的探查

性问题并非一定要按照样式问，而是提供一种方法以引出每个项目评分所必需的信息。检查者应随意调整探查的问题以适应儿童的发育水平，追问特定症状时要用家长和孩子的语言。实施 K-SADS-PL 需要完成：①非结构式引导性检查（一般背景资料）；②筛查；③补充检查完成清单；④适当的诊断补充检查；⑤终身诊断总清单；⑥儿童总评问卷（C-GAS）的评定。K-SADS-PL 的实施分别从各知情者开始，然后综合所有数据并解决有分歧的知情者报告后，完成终身诊断归总清单和 C-GAS 评分的诊断。如果没有提示有当前或既往的精神病理，则完成筛查后不必做进一步检查。

另一个常用的诊断工具：美国国立精神卫生研究所儿童诊断访谈提纲（NIMH Diagnostic interview schedule for children version IV, DISC），是基于 DSM-IV 编制的诊断问卷，用于6~17岁儿童，有父母和青少年版。在科研及临床应用较为广泛。此外还有 Reich 的儿童青少年诊断访谈（Diagnostic interview for children and adolescents, DICA），Angold 的儿童青少年精神病评估（CAPA）等。

#### 4.3.4.3 智力和其他认知能力评定

韦氏儿童智力量表由龚耀先主持修订，称中国修订韦氏儿童智力量表（C-WISC，1993），包括知识测验、领悟测验、算术测验、分类测验、数字广度测验、词汇测验、译码测验、填图测验、木块图测验、图片排列测验和图形拼凑测验，输出言语智商、操作智商和总智商。ADHD 儿童一般智力在正常范围，进行智力测试，有助于排除精神发育迟滞，了解各智力因子发育水平及智力发展是否平衡，其注意/记忆因子（算术、背数、译码）在评估注意缺陷方面有较高的参考价值。

#### 4.3.4.4 神经心理测验

近年来评估注意力、冲动和执行功能的测验发展较快，实际上这些测验仍是研究工具，还没有为个体诊断进行标准化，但能

对患儿的问题性质提供线索，可作为客观的评定工具，是判断 ADHD 严重程度的客观指标。常用有：①持续性操作测验 (Continuous performance task, CPT)，注意力变量测验 (The test of variables of attention, TOVA, Greenberg 等, 1996)，划消测验，Stroop 测验；②反应/不反应任务 (Go/NoGo)；③威斯康星卡片分类测验 (Wisconsin card sort test, WCST)；④相同图形选择测验 (Matching familiar figures test, MFFT) 等。具体请参阅附录。

## 4.4 实验室和辅助检查

### 4.4.1 常规检查

首先要对体格及神经系统检查中发现的可疑问题进行进一步相应的检查，如视觉、听力、染色体、甲状腺功能等。一般常规检查应包括血、尿常规、肝肾功能、心电图、身高、体重等，便于了解儿童的基本躯体状况，排除用药禁忌，也有助于在治疗中监测药物副反应。

### 4.4.2 脑电图

ADHD 儿童有 45%~90% 有脑电图异常，表现为慢波增多、调幅不佳、不规则、基线不稳， $\beta$  波的频度及波幅均较低， $\alpha$  波的频度增高，但无特异性，大多数儿童为轻-中度异常，提示脑发育的滞后。如果该儿童幼时有高热惊厥史、抽搐史或抽搐家族史，应检查脑电图排除癫痫。特别是在应用兴奋剂前，以免诱发癫痫发作。

### 4.4.3 脑诱发电位

脑诱发电位是人体受外界刺激后在中枢神经系统所记录到的与刺激有关、诱发的脑电活动。脑诱发电位可分早、中、晚三个

成分，其中早、中成分比较稳定，不易受精神状态及外界因素的影响而变化，而晚成分不稳定，易因精神状态及外界因素的变化而改变，当注意高度集中时，其波幅可能会有明显增高，而当注意力不集中时，波幅就会降低。ADHD 常规脑干诱发电位的变化不大。由于注意力不集中，主动注意下降，被动注意亢进，ADHD 儿童主动注意时脑诱发电位晚成分的波幅较小，而被动注意时波幅降低不多，主动-被动状态之间诱发电位的变异率减小。常表现为在选择性注意时，事件相关诱发电位的 N1-P2、P3 波幅明显降低或延长，另外操作失误多，记数正确率低，提示 ADHD 儿童注意力不集中、觉醒度降低、认知功能降低。而用哌甲酯治疗后这种诱发电位的异常可以得到明显改善。

#### 4.4.4 脑电涨落图

脑电超慢涨落分析技术 (ET) 通过对脑  $\alpha$  波的涨落过程进行扫描，获得由各振荡频率优势几率构成的  $\alpha$  波涨落竞争图，从而反映  $\alpha$  波的能量分布情况、有序度等。该技术还分离出隐藏在脑波涨落过程中的超慢振荡系统，反映出神经递质在脑内的活动规律。随着年龄的增长，不同频率的  $\alpha$  波成分表现出不同的年龄特点。ADHD 患儿额区和颞区的异常明显，常出现  $\alpha$  波能量分布不集中， $\alpha$  波慢化，提示患儿觉醒状态不足；脑有序度低，提示 ADHD 患儿脑发育迟缓； $\alpha$  波左右不对称，提示左侧半球功能失调，左右脑协同不良。ADHD 儿童脑电超慢谱结果也提示在神经递质间可能存在协同功能异常。

#### 4.4.5 神经影像学

如果怀疑有颅脑先天性发育畸形或其他器质性疾病，可以进行 CT、磁共振扫描等。

## 4.5 诊断标准与分类

### 4.5.1 诊断标准简介

为使临床医师有章可循，提高诊断的可靠性和一致性，同时也为便于科研协作，必须使用统一的诊断标准。目前国际分类和诊断标准中有两大类为很多国家采用，其影响很广泛，我国精神病学界也制订了本国的诊断标准。简介如下：

#### 4.5.1.1 美国精神病学会《精神障碍诊断和统计手册》

1994年美国精神病学会出版《精神障碍诊断和统计手册》第4版（Diagnostic and statistical manual of mental disorders, forth edition, 简称DSM-IV）将具有注意缺陷、多动冲动的这类障碍命名为注意缺陷/多动障碍（AD/HD），列出18条症状，分为两维度（注意障碍和多动/冲动）三亚型，有详细的诊断标准，通过现场测试检验诊断的可靠性和一致性，使用“多轴诊断”，了解患者的发育水平、人格特征、躯体状况、所遇到的心理社会问题，以及适应功能水平，能全面地诊断和预测预后，制定完整的治疗方案。DSM系统的诊断标准，虽然主要通行于美国，但具有较大的国际影响。

#### 4.5.1.2 世界卫生组织《国际疾病分类》

世界卫生组织于1989年出版了《国际疾病分类》第10版（International classification of diseases, ten edition, 简称ICD-10）“临床描述和诊断指南”，主要用于一般临床工作、教学和服务。“临床描述”对每一个障碍的主要临床特征和重要的、但较少特征性的有关症状加以描述。诊断指南指出：作出一个确定无疑的诊断通常需要多少个稳定的症状组合。

1992年出版的“研究用诊断标准”包括症状学标准、病程标准、严重程度标准和排除标准。ICD-10对国际精神障碍分类学的影响很大，被纳入世界各国官方疾病统计范围。在ICD-10



中使用“多动性障碍”（Hyperkinetic disorders）这一名称命名该障碍，18项症状学标准与DSM-IV类似（仅有一项冲动项目的归类略有不同，常常“话多”在DSM-IV归为多动，在ICD-10归为冲动），但不分型，要求两大主征同时存在。在诊断上比DSM-IV更严谨（相当于DSM-IV混合型）。ICD-10多动性障碍诊断标准请参阅附录。

#### 4.5.1.3 中华医学会《中国精神障碍分类方案与诊断标准》

2001年出版的中国精神障碍分类方案与诊断标准第3版（CCMD-3）将该障碍命名为注意缺陷与多动障碍（儿童多动症）。该分类方案与诊断标准本着向ICD-10靠拢、又要保留中国特色的原则，既汲取ICD-10及DSM-IV的优点，又体现了中国的文化传统。在诊断标准中，症状学标准包含18个项目，项目筛选根据现场测试中症状的出现率予以选定，个别症状出现率虽较低，但很严重，且有重大诊断意义，仍予以保留。因此，该诊断标准的症状内容与DSM-IV/ICD-10略有不同，更适合我国文化背景；仍分为注意障碍和多动/冲动两个症状群；将符合症状的项目数均定为4项，并要求两大主征同时存在。CCDM-3注意缺陷与多动障碍诊断标准请参阅附录。

### 4.5.2 诊断标准

临床医生可以根据需要选用诊断标准。本指南建议采用DSM-IV关于ADHD的诊断标准，以确保诊断的准确性和减少诊断方法的变异。以下为ADHD的DSM-IV诊断标准：

要求满足A-E。

A 症状标准：

1. 注意缺陷症状：符合下述注意缺陷症状中至少6项，持续至少6个月，达到适应不良的程度，并与发育水平不相称。

(1) 在学习、工作或其他活动中，常常不注意细节，容易出现粗心所致的错误；

- (2) 在学习或游戏活动时，常常难以保持注意力；
- (3) 与他说话时，常常心不在焉，似听非听；
- (4) 往往不能按照指示完成作业、日常家务或工作（不是由于对抗行为或未能理解所致）；
- (5) 常常难以完成有条理的任务或其他活动；
- (6) 不喜欢、不愿意从事那些需要精力持久的事情（如作业或家务），常常设法逃避；
- (7) 常常丢失学习、活动所必需的东西（如：玩具、课本、铅笔、书或工具等）；
- (8) 很容易受外界刺激而分心；
- (9) 在日常活动中常常丢三忘四。

2. 多动/冲动症状：符合下述多动、冲动症状中至少 6 项，持续至少 6 个月，达到适应不良的程度，并与发育水平不相称。

- (1) 常常手脚动个不停，或在座位上扭来扭去；
- (2) 在教室或其他要求坐好的场合，常常擅自离开座位；
- (3) 常常在不适当的场合过分地跑来跑去或爬上爬下（在青少年或成人可能只有坐立不安的主观感受）；
- (4) 往往不能安静地游戏或参加业余活动；
- (5) 常常一刻不停地活动，好像有个机器在驱动他；
- (6) 常常话多；
- (7) 常常别人问话未完即抢着回答；
- (8) 在活动中常常不能耐心地排队等待轮换上场；
- (9) 常常打断或干扰他人（如别人讲话时插嘴或干扰其他儿童游戏）。

B 病程标准：某些造成损害的症状出现在 7 岁前。

C 某些症状造成的损害至少在两种环境（例如：学校和家里）出现。

D 严重程度标准：在社交、学业或职业功能上具有临床意义损害的明显证据。

E 排除标准：症状不是出现在广泛发育障碍、精神分裂症或其他精神病性障碍的病程中，亦不能用其他精神障碍（例如：心境障碍、焦虑障碍、分离障碍或人格障碍）来解释。

### 4.5.3 临床类型

DSM-IV 将 ADHD 分为三个亚型：

- 注意障碍为主型：在注意障碍症状的 9 条中符合 6 条以上。该型以注意障碍不伴多动为主，主要表现为懒散、困惑、迷惘、动力不足，伴较多焦虑、抑郁，有较多的学习问题，而较少品行问题。DSM-IV 现场测试资料及一些研究发现设置该型更适合女孩、青少年的诊断。

- 多动/冲动为主型：在多动/冲动症状的 9 条中符合 6 条以上。常见于学龄前和小学低年级儿童，以活动过度为主要表现，一般无学业问题，合并品行障碍和对立违抗性障碍较多。临床上这一类型较少。

- 混合型：注意障碍症状和多动/冲动症状都符合 6 条以上。这一类型活动水平、冲动、注意力、学业及认知功能损害最严重，代表了最常见的 ADHD 概念，合并对立违抗障碍（ODD）、品行障碍（CD）、焦虑抑郁障碍均高，社会功能损害重，预后差。

### 4.5.4 特殊人群的诊断问题

#### 4.5.4.1 幼儿 ADHD 的诊断

有关幼儿 ADHD 的诊断一直存在争议，因为注意力不集中、任性冲动、好动是大多数 2~5 岁儿童的日常行为。有研究显示大约 40% 的儿童在 4 岁时被父母和教师注意到有注意问题，这些问题是短暂的，常在 3~6 个月内消失。在 3~4 岁儿童即使其症状的频度和严重程度达到足以诊断 ADHD，在学龄期或青少年期也仅有 48% 仍保持原诊断。这些研究表明，3~4 岁儿童出

现显著注意不集中和多动，至少半数并不持续到青少年期。另一研究报道仅有大约 5%~10% 幼儿期被父母、教师认为注意力不集中的儿童在二年级时诊断为 ADHD。

然而，过分的冲动、注意不集中会影响亲子关系，阻碍儿童的认知功能和社会化的发展，因此，近年来强调早期诊断的必要性。由于幼儿的神经系统尚处于发育不成熟阶段，就其临床表现来说会比学龄儿童表现出更多、更明显的症状，在诊断时如果采用和学龄儿童一样的标准就会扩大诊断范围，DSM-III-R 规定在诊断幼小儿童时，要求符合诊断的条目要多些。Lahey 等报道 DSM-IV 的多动/冲动为主型平均年龄偏低。Byrne 使用 DSM-IV 诊断标准诊断 25 例 ADHD 幼儿，发现符合 DSM-IV 多动/冲动为主型者占 68%，混合型占 28%，注意缺陷为主型仅占 4%。因此在确定是否为 ADHD 诊断时不宜生搬硬套现有的诊断标准，一定要结合年龄特点。

在诊断标准中，“与年龄发育不相称的”活动过度和注意力不集中是与正常儿童重要的鉴别之点。症状的持续存在，超出了应激或环境改变所致的适应不良，也是有用的指标。症状出现在家庭以外的多种场合，如幼儿园、公共场所，症状表现在父母以外的人面前，如老师，严重影响其社交、教育或家庭管理也是必须考虑的。

#### 4.5.4.2 青少年 ADHD 的诊断

青少年 ADHD 最典型的症状是学业成绩差，且随年龄增长而加重，是就诊的主要原因。早期未就诊的原因可能与该类儿童智力水平较高，在小学阶段未出现明显学习问题，未引起家长和老师的注意有关。到青少年期，由于学习需要更高的认知水平，要求在学习时更注意细节、注意力更集中、更持久，因而表现出来。由于就诊时多动症状已不明显，如不仔细询问病史，常导致误诊。这些儿童早期可表现为典型的多动，至青春期后，主要表现为内心不安宁、坐不住，在需要坐着的场合有轻微的运动性行

为，但当环境有较大的空间允许其活动时，仍有活动过度的表现，干扰他人交谈，冲撞他人等。另一特点是行为不适当，如过分嬉笑、易兴奋、捉弄人而不顾他人感受、对他人的玩笑反应过度等，给人以“不成熟”的感觉。早期伴有攻击、违抗行为的儿童，青春期后这些症状易于发展为品行障碍、青少年违法。在诊断时，追溯小学阶段的病史是非常有价值的。

#### 4.5.4.3 女孩 ADHD 的诊断

临床资料发现 ADHD 男女比例为 4~9:1，社区流行病学调查资料为 2.1:1。说明有许多女孩未就诊或未被临床医师诊断。女孩以注意障碍为主要表现，多动不明显，但有更多的认知损害，阅读水平低，外化性行为问题（如对立违抗、品行障碍）的共患率低，社会功能有更多的损害，但对药物的反应比男孩好。由于女孩多动及外化性问题不如男孩明显，不易被家长和老师发现，应引起临床医师的关注。

#### 4.5.4.4 成人 ADHD 的诊断

ADHD 的主要特征是明显的注意力不集中和注意持续时间短暂以及活动过度 and 行为冲动。以往曾认为 ADHD 是儿童、青少年的行为问题，在青春期后会自然消失，但近二十几年来的研究发现，约 30%~50% 的患儿在进入成人期后仍可持续有 ADHD 症状，多项研究证实，成人 ADHD 可视为独立的一种精神障碍。在美国，约有 1.5%~3% 的成人患有 ADHD。患者常表现为注意力难以集中，健忘疏忽，完成组织任务有困难及冲动行为等，造成患者在认知、行为、情绪、学业、社会职业等方面的功能障碍，并常共患其他精神障碍，如焦虑障碍、抑郁障碍、双相情感障碍、反社会型人格障碍、物质滥用和依赖等。由于该病的高发病率、慢性病程及其所致的功能损害，1999 年美国国家疾病预防控制中心（CDC）已把它列为主要的公共卫生问题。

因 ADHD 是一种慢性疾病，患者往往会合并有多种相关行为问题，包括共患多种精神障碍，因此在做出成人 ADHD 诊断

时，应考虑临床多方面因素。最重要的是要详尽地收集个人史，包括其学习、工作及家庭生活功能。具体内容涉及个人发育史：是否存在学习困难、发育性协调运动障碍；童年表现：有无违抗行为、自我中心或对同龄人的敌对行为；在校表现：是否有注意涣散、多动、不良学习成绩、纪律问题；工作表现：是否经常变换工作单位、工作表现不良；家庭生活中有无家庭关系不良；是否有精神病史，如抑郁、焦虑、强迫障碍、物质依赖、精神病治疗史。这些都将有助于诊断，并将影响到愈后和疗效。

根据 DSM-IV 中 ADHD 的诊断标准，诊断成人 ADHD 的 3 个要点为：①儿童期起病；②具有特征性的临床表现，须满足注意障碍或多动/冲动 9 条主要症状的 6 条；③症状造成的社会功能损害，须有至少 2 个方面的功能损害：学习/工作，社会交往或家庭生活。DSM-IV 关于 ADHD 的诊断标准详见 4.5.2 ADHD 诊断标准。

## 4.6 鉴别诊断

ADHD 的临床表现是一些非特异性症状，可以见于多种情况，必须与下述疾病进行鉴别：

### 4.6.1 精神发育迟滞

精神发育迟滞儿童可以伴有多动不宁，ADHD 可以导致学习成绩差，给人以智力低下的假象。鉴别要点：精神发育迟滞儿童有明显语言、运动发育延迟，详细了解发育史有助于判断，智力测验智商  $< 70$  可资鉴别。值得注意的是，有的 ADHD 患儿智力测验时智商达不到 70，处于 65~69 之间，这时不要轻易诊断为精神发育迟滞，因为得分低，可能与测验时多动、注意力不集中影响其成绩有关。此时应该使用利他林治疗，待患儿症状缓解后复查，以确定是否存在精神发育迟滞。

#### 4.6.2 广泛性发育障碍

部分孤独症患儿表现为兴奋及多动，国内报道占 33.3%~84.2%。鉴别要点：病史及临床观察可发现典型的社交障碍、语言交流障碍和兴趣、活动内容的局限、刻板、重复特征，一般不难鉴别。

Asperger 综合征和高功能孤独症认知能力较好，往往上学后才来就诊，误诊为 ADHD 的很多。鉴别要点：患儿的多动常常是一个人独自活动，活动较为单调刻板，无目的性，与周围的人缺乏联系；注意力不集中是因为他们对于学习不感兴趣，而对于他们自己感兴趣的事物，却能够长时间地专注，甚至达到痴迷的程度；在社会交往方面处于封闭和隔离状态，常常缺乏人际交往所必须的基本社会技能，在社交场合中拘泥细节，缺乏灵活性，因而不能建立友谊。

#### 4.6.3 儿童精神分裂症

儿童精神分裂症早期可能以注意力不集中、多动不宁、情绪不稳为主要表现。鉴别要点：①起病年龄：本症一般起病于 10 岁以后，病前社会功能良好；②精神症状：深入询问病史和精神状况检查，可发现情感淡漠、对外界事物缺乏相应的情感反应、孤僻离群、行为怪异、思维脱离现实等症状，如果发现幻觉妄想则较容易鉴别。

#### 4.6.4 躁狂发作和双相障碍

儿童躁狂发作的早期症状常表现为多动不宁、注意涣散、学习成绩下降等，类似于 ADHD。鉴别要点：①起病年龄：躁狂发作常起病于 12 岁以后，病前社会功能良好。一般情况下，病后多动、注意障碍较 ADHD 更加严重；②精神症状：患儿有明显的情绪高涨的主观体验，或明显易激惹，思维奔逸，夸大观

念；③病程：躁狂症为发作性病程，双相障碍为反复发作的情绪高涨和情感低落的交替，间歇期社会功能正常；④家族史：常有情感性障碍阳性家族史。如果躁狂发作儿童在早期有 ADHD 史，可以诊断为共患病。

#### 4.6.5 焦虑障碍

儿童焦虑时常出现与 ADHD 相似的症状，DSM-IV 儿童广泛性焦虑障碍诊断标准的 6 个条目中有 4 条与 ADHD 类似，如坐立不安、注意力不集中、易激惹、睡眠问题。鉴别要点：有明显的起病，通过与儿童交谈，可发现儿童具有焦虑、烦躁、不快乐的主观体验。创伤性应激障碍、急性适应性障碍也可以有 ADHD 样表现，但发病前有明显的应激性生活事件，且病期一般达不到 ADHD 所要求的 6 个月，常有焦虑障碍家族史。ADHD 常常和焦虑障碍共同存在，如有的儿童在多动、注意缺陷的同时，存在分离性焦虑、广泛性焦虑、各种恐怖症状，临床上难分先后，可以诊断为共患病。

多动和注意力不集中可以作为焦虑的症状出现，但与 ADHD 的特征性表现性质不同，而作为焦虑症状组成部分的坐立不安也不应该成为 ADHD 的诊断依据。

#### 4.6.6 各种器质性疾患所导致的多动症状

如甲状腺功能亢进、癫痫、各种药物的副反应等也会引起多动不宁、注意力不集中等表现，例如：癫痫患儿可以表现明显的多动、注意缺陷，脑炎早期和恢复期也是如此。鉴别要点：详细了解病史、仔细的体格检查和实验室检查可以发现确定的躯体疾病，例如：癫痫患儿有发作性抽搐、失神，脑电图痫样放电；脑炎患儿有发热昏迷、抽搐、精神症状史，脑脊液、脑电图、CT 有相应改变等，可以鉴别。

诊断步骤归纳为流程图，见图 4-1。



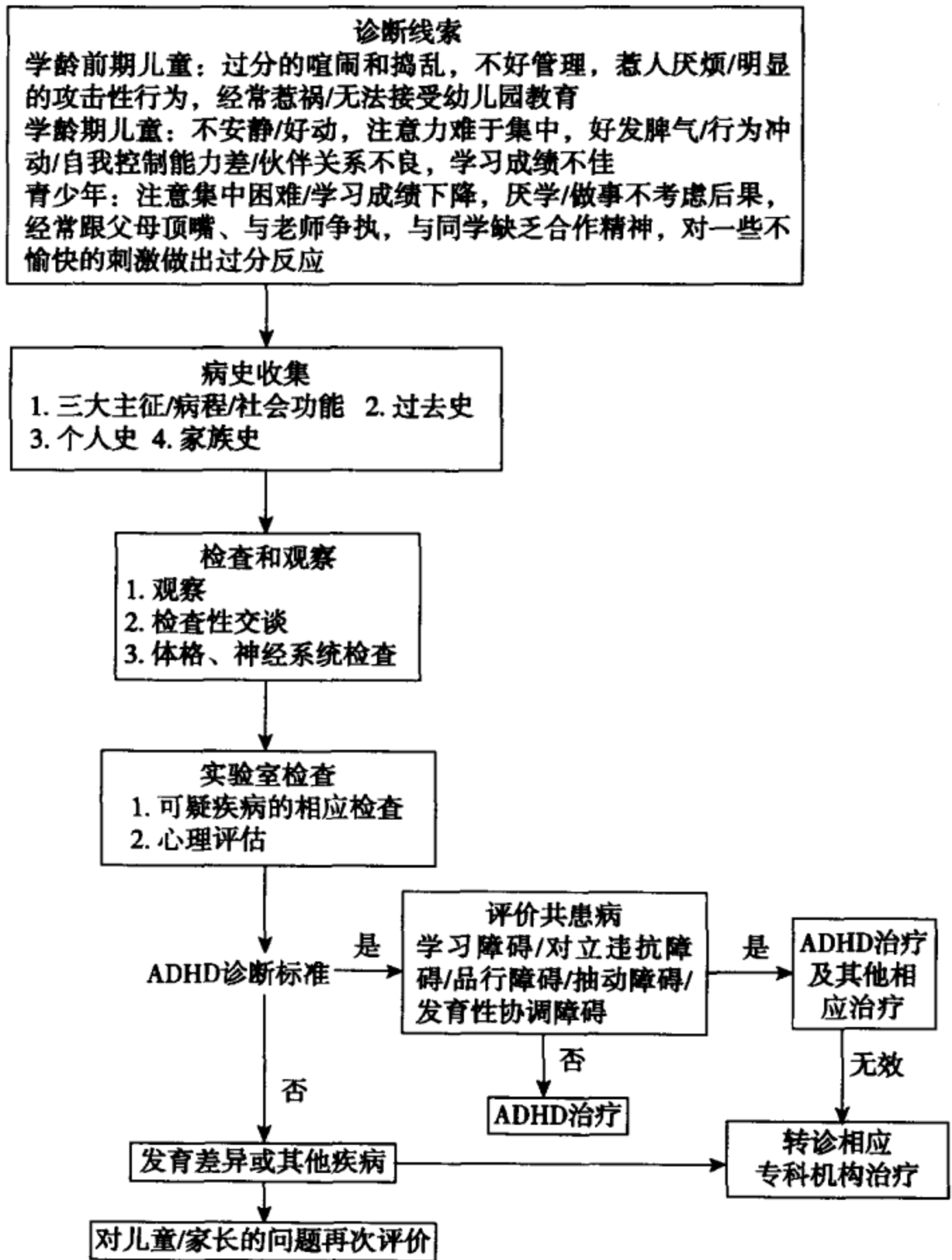


图 4-1 诊断流程图

## 5

# 注意缺陷多动障碍的共病及诊断

虽然 ADHD 需与其他发育障碍或心理障碍相鉴别，但是，ADHD 儿童伴随其他发育障碍或心理障碍却很常见，至少 1/3 的 ADHD 儿童合并有其他障碍。有研究显示在 ADHD 儿童中，共病的患病率为：对立违抗障碍 35.2%，品行障碍 25.7%，焦虑症 25.8%，抑郁症 18.2%。每一位医师在诊断 ADHD 时，要考虑到合并的其他问题。反过来也一样，在诊断这些疾病时，也要考虑合并 ADHD 的可能。

## 5.1 对立违抗障碍

至少 35% 的 ADHD 儿童伴有对立违抗障碍 (ODD)。对立违抗障碍的基本特点是“持续性地针对权威的对抗、逆反、拒绝服从和敌视行为”。持续存在的对立违抗障碍往往会发展成为品行障碍 (CD)。ADHD、ODD 和 CD 有时会相互重叠，因此，美国 DSM-IV 将这三种障碍统称为“注意缺陷和破坏性行为障碍”。年龄较小的 ADHD 儿童伴有对立违抗障碍较多，随着年龄的增长，对立违抗障碍发展到品行障碍是一个必然过程，所以，年龄较大的 ADHD 儿童伴有品行障碍较多。

不伴注意缺陷的对立违抗障碍有时很难做出诊断，特别是当无法控制的行为是对立违抗障碍的主要特征时。因为对于年龄较小的儿童，很难解释他的注意缺陷是否是真正意义上的问题。对于这些儿童，有必要跟踪随访一段时间，直到问题变得清楚。通常要到上学以后才有可能清楚地了解他是否具有 ADHD 症状。

CCMD-3 关于对立违抗障碍的诊断标准：

多见于 10 岁以下儿童，主要为明显不服从、违抗，或挑衅行为，但没有更严重的违法或冒犯他人权利的社会性紊乱或攻击行为。必须符合品行障碍的描述性定义，即品行已超过一般儿童的行为变异范围，只有严重的调皮捣蛋或淘气不能诊断本障碍。有人认为这是一种较轻的反社会性品行障碍，而不是性质不同的另一类型。采用本诊断（特别对年长儿童）需特别慎重。

#### （一）症状标准

1. 至少有下列 3 项：

- （1）经常说谎（不是为了逃避惩罚）；
- （2）经常暴怒，好发脾气；
- （3）常怨恨他人，怀恨在心，或心存报复；
- （4）常拒绝或不理睬成人的要求或规定，长期严重的不服从；
- （5）常因自己的过失或不当行为而责怪他人；
- （6）常与成人争吵，常与父母或老师对抗；
- （7）经常故意干扰别人。

2. 肯定没有下列任何 1 项：

- （1）多次在家中或在外偷窃贵重物品或大量钱财；
- （2）勒索或抢劫他人钱财，或入室抢劫；
- （3）强迫与他人发生性关系，或有猥亵行为；
- （4）对他人进行躯体虐待（如捆绑，刀割，针刺，烧烫等）；
- （5）持凶器（如刀、棍棒、砖、碎瓶子等）故意伤害他人；
- （6）故意纵火。

#### （二）严重标准

上述症状已形成适应不良，并与发育水平明显不一致。

#### （三）病程标准

符合症状标准和严重标准至少已 6 个月。

#### （四）排除标准

排除反社会性品行障碍、反社会性人格障碍、躁狂发作、抑

郁发作、广泛性发育障碍，或多动与注意缺陷障碍等。

## 5.2 品行障碍

品行障碍在 ADHD 儿童中很常见，共病率可以达到 25.7% 左右。共患品行障碍的 ADHD 儿童多数自儿科医师、儿童保健医师或社区医师转介到儿童精神科医师，在程度上相对于单纯品行障碍或单纯 ADHD 要严重。

有研究显示，相对于仅诊断有 ADHD (3.4%) 或品行障碍的同龄儿童，ADHD 与品行障碍共病的儿童犯罪或自我报告的不良行为发生率最高可以达到 30.8%。对 ADHD 与品行障碍共病的儿童进行纵向随访研究显示，相对于单纯诊断为 ADHD 的儿童，这些有共病的儿童在他们成年后的状况更差。

纵向研究结果显示学龄期 ADHD 儿童的行为是品行障碍的危险因子，即使那些刚出现的问题构不成品行障碍。只有单一 ADHD 行为的儿童随着时间的推移发生品行障碍的危险性也会增加，而品行障碍并不以同样的方式导致 ADHD。品行障碍通常是继发于 ADHD，也有研究者认为，品行障碍是个体对 ADHD 的反应。

品行障碍中也常出现较轻微的多动和注意力不集中，如果同时存在多动性障碍和品行障碍的特征，且多动广泛而严重，ICD-10 则建议诊断“多动性品行障碍”。这里的“多动性障碍”与 ADHD 性质还不完全相同。

如果 ADHD 与品行障碍共病，建议首先治疗 ADHD 症状。对品行障碍的干预也需要给予家长管理指导和认知行为治疗。

CCMD-3 关于反社会性品行障碍的诊断标准：

### (一) 症状标准

#### 1. 至少有下列 3 项：

- (1) 经常说谎（不是为了逃避惩罚）；

- (2) 经常暴怒，好发脾气；
- (3) 常怨恨他人，怀恨在心，或心存报复；
- (4) 常拒绝或不理睬成人的要求或规定，长期严重的不服从；
- (5) 常因自己的过失或不当行为而责怪他人；
- (6) 常与成人争吵，常与父母或老师对抗；
- (7) 经常故意干扰别人。

2. 至少有下列 2 项：

- (1) 在小学时期即经常逃学（1 学期达 3 次以上）；
- (2) 擅自离家出走或逃跑至少 2 次（不包括为避免责打或性虐待而出走）；
- (3) 不顾父母的禁令，常在外过夜（开始于 13 岁前）；
- (4) 参与社会上的不良团伙，一起干坏事；
- (5) 故意损坏他人财产，或公共财物；
- (6) 常常虐待动物；
- (7) 常挑起或参与斗殴（不包括兄弟姐妹打架）；
- (8) 反复欺负他人（包括采用打骂、折磨、骚扰及长期威胁等手段）。

3. 至少有下列 1 项：

- (1) 多次在家中或在外偷窃贵重物品或大量钱财；
- (2) 勒索或抢劫他人钱财，或入室抢劫；
- (3) 强迫与他人发生性关系，或有猥亵行为；
- (4) 对他人进行躯体虐待（如捆绑，刀割，针刺、烧烫等）；
- (5) 持凶器（如刀、棍棒、砖、碎瓶子等）故意伤害他人；
- (6) 故意纵火。

4. 必须同时符合以上第 1、2、3 项标准。

(二) 严重标准

日常生活和社会功能（如社交、学习，或职业功能）明显受损。

### (三) 病程标准

符合症状标准和严重标准至少已 6 个月。

### (四) 排除标准

排除反社会性人格障碍、躁狂发作、抑郁发作、广泛发育障碍，或注意缺陷与多动障碍等。

## 5.3 焦虑障碍

ADHD 与焦虑症的共病可以高达 34%。尽管有研究显示，ADHD 与焦虑症具有不同的家族分布特点，但对于诊断为 ADHD 的儿童和青少年，其亲属发生焦虑症的危险明显高于正常儿童的亲属。初步研究提示，焦虑症最多发生于 ADHD 的注意缺陷为主型和混合型儿童。无论哪种情况，收集详尽的家族史非常重要。实际上，焦虑症家族史、频繁出现的恐惧和对监护人尤其是母亲的过分依赖，往往提示有焦虑症状。

多动和注意力不集中可以作为焦虑的症状出现，但与 ADHD 的特征性表现性质不同，而作为焦虑症状组成部分的坐立不安也不应该成为 ADHD 的诊断依据。

### 5.3.1 CCMD-3 关于分离性焦虑症的诊断标准

儿童与其依恋对象分离时产生的过度焦虑情绪。

#### (一) 症状标准

##### 1. 至少有下列 3 项

(1) 过分担心依恋对象可能遇到伤害，或害怕依恋对象一去不复返；

(2) 过分担心自己会走失、被绑架、被杀害或住院，以致与依恋对象离别；

(3) 因不愿离开依恋对象而不想上学或拒绝上学；

(4) 非常害怕一人独处，或没有依恋对象陪同绝不外出，宁

愿待在家里；

(5) 没有依恋对象在身边时不愿意或拒绝上床就寝；

(6) 反复做噩梦，内容与离别有关，以致夜间多次惊醒；

(7) 与依恋对象分离前过分担心，分离时或分离后出现过度的情绪反应，如烦躁不安、哭喊、发脾气、痛苦、淡漠，或社会性退缩；

(8) 与依恋对象分离时反复出现头痛、恶心、呕吐等躯体症状，但无相应躯体疾病。

(二) 严重标准

日常生活和社会功能受损。

(三) 病程标准

起病于6岁前，符合症状标准和严重标准至少已1个月。

(四) 排除标准

不是由于广泛发育障碍、精神分裂症、儿童恐惧症，及具有焦虑症状的其他疾病所致。

### 5.3.2 CCMD-3 关于儿童恐惧症的诊断标准

指儿童不同发育阶段的特定恐惧情绪。

(一) 症状标准

对日常生活中的一般客观事物和情境产生过分的恐惧情绪，出现回避、退缩行为。

(二) 严重标准

日常生活和社会功能受损。

(三) 病程标准

符合症状标准和严重标准至少已1个月。

(四) 排除标准

不是由于广泛性焦虑障碍、精神分裂症、心境障碍、癫痫所致精神障碍、广泛发育障碍等所致。

### 5.3.3 CCMD-3 关于儿童社交恐惧症的诊断标准

指儿童对新环境或陌生人产生恐惧、焦虑情绪和回避行为。

#### (一) 症状标准

(1) 与陌生人（包括同龄人）交往时，存在持久的焦虑，有社交回避行为；

(2) 与陌生人交往时，患儿对其行为有自我意识，表现出尴尬或过分关注；

(3) 对新环境感到痛苦、不适、哭闹、不语或退出；

(4) 患儿与家人或熟悉的人在一起时，社交关系良好。

#### (二) 严重标准

显著影响社交（包括与同龄人）功能，导致交往受限。

#### (三) 病程标准

符合症状标准和严重标准至少已 1 个月。

#### (四) 排除标准

不是由于精神分裂症、心境障碍、癫痫所致精神障碍、广泛性焦虑障碍等所致。

### 5.3.4 CCMD-3 关于儿童广泛性焦虑症的诊断标准

儿童与少年广泛性焦虑的主诉及植物神经症状均较成人少，诊断需参照以下标准：

#### (一) 症状标准

(1) 以烦躁不安，整日紧张，无法放松为特征，并至少有下列 2 项：①易激惹，常发脾气，好哭闹；②注意力难于集中，自觉脑子里一片空白；③担心学业失败或交友遭到拒绝；④感到易疲倦、心力交瘁、精疲力竭；⑤肌肉紧张感；⑥食欲不振，恶心或其他躯体不适；⑦睡眠紊乱（失眠、易醒、思睡却又睡不深等）。

(2) 焦虑与担心出现在两种以上的场合、活动或环境中。



(3) 明知焦虑不好，但无法自控。

(二) 严重标准

社会功能明显受损。

(三) 病程标准

起病于 18 岁前，符合症状标准和严重标准至少已 6 个月。

(四) 排除标准

不是由于药物、躯体疾病（如甲状腺功能亢进），及其他精神疾病或发育障碍所致。

## 5.4 心境障碍

心境障碍的主要表现是躁狂发作和抑郁发作。躁狂发作的症状主要是情绪高涨、话多、夸大、活动多。ADHD 合并心境障碍的发生率仅为 4%。对青春期以前躁狂的存在和定义仍存在争议。在对现象学和儿童躁狂症的诊断以及本质的演变和家族的关系上需要做很多的工作。尽管如此，有些研究显示了 ADHD 和躁狂症之间有很大程度的交叉，提示在 ADHD 和躁狂症诊断及鉴别方面仍然有很多工作要做。

ADHD 合并抑郁性障碍（包括重性抑郁障碍和心境恶劣）占 18% 左右。ADHD 儿童常常有其他家庭成员有重性抑郁障碍病史。相对于没有合并疾病的同龄人，合并 ADHD 和抑郁性障碍的儿童进入青春期的结局可能会更差。例如：合并抑郁性障碍的 ADHD 青少年自杀的危险增高。初步研究提示，这些合并疾病最多见于 ADHD 注意缺陷为主型和混合型儿童。

对于 ADHD 和抑郁性障碍共病的原因我们知之甚少，有些 ADHD 儿童是由于在学校人际关系受挫而导致自尊心下降和不安全感。

只有当患儿具有与心境障碍无关的症状，这些症状又能明确显示出独立的 ADHD 存在时，才可以给出两个诊断。

儿童心境障碍的患病率远远低于成人，虽然不同年龄阶段的儿童心境障碍尤其是抑郁症有其特点，但是仍然没有可操作性的儿童心境障碍的诊断标准。

## 5.5 学习障碍

研究显示 ADHD 儿童可能有不同程度神经发育延迟。开口说话比正常儿童要晚，表达性语言过于简单，感觉运动协调性常常受到损害，书写能力较差，阅读能力落后于同龄儿童。

ADHD 儿童出现学习障碍的可能原因有以下几个方面：大约有 1/3 的 ADHD 儿童存在智力发展不平衡，言语智商相对落后于操作智商；注意力不能集中；部分儿童存在空间感知觉的异常。

ADHD 合并学习障碍的发生率为 12%~60%。到目前为止，还没有明确的研究资料就人口学特征、行为和情感功能、对各种干预手段的反应等问题描述 ADHD 合并不同类型学习障碍儿童的差异。与没有学习障碍的 ADHD 儿童相比，存在学习障碍的 ADHD 儿童最需要特殊教育措施。初步研究提示，这些合并疾病最多见于 ADHD 注意缺陷为主型和混合型儿童。有研究显示，ADHD 儿童易于共患阅读障碍，ADHD 儿童伴发的阅读障碍较多。

## 5.6 抽动障碍

抽动障碍以抽动为主要临床表现。抽动是一种不随意的突发、快速、重复、非节律性、刻板的单一或多部位肌肉抽动或发声。运动和发声抽动都可分为简单和复杂两类，但界限不清。如眨眼、斜颈、耸肩、扮鬼脸等属于简单的运动抽动；蹦、跳、打自己等属于复杂的运动抽动。清喉声、吼叫、吸鼻动作属于简单

发声抽动；重复言语、模仿言语、秽语属于复杂发声抽动。各种形式抽动均可在短时间内受意志控制，在应激下加重，在睡眠时减轻或消失。多发生于儿童时期，少数可持续至成年。根据发病年龄、临床表现、病程长短和是否伴有发声抽动而分为：①短暂性抽动障碍（抽动症）；②慢性运动或发声抽动障碍；③Tourette综合征。

许多 ADHD 儿童在学龄早期会有抽动症的出现。在这些病例中，社会心理损害的程度通常由 ADHD 来决定，而这也是治疗的目标。

30%~35%的发声与多种运动联合抽动障碍（Tourette syndrome, TS）儿童伴有 ADHD 症状，6~18 岁的 TS 患儿中 50%~60%伴有 ADHD。TS 症状越严重，伴随 ADHD 症状越多。Comings（1984）发现，轻度、中度和重度 TS 所伴随 ADHD 的发生率分别为 30%、50%和 70%。

需要注意的是，有的社区医师会将儿童抽动障碍当作 ADHD，给儿童服用利他林等药物，反而使抽动症状加重。抽动障碍是一小群肌肉的不自主抽动，例如：眨眼睛、歪嘴巴、缩鼻子、扭头颈、耸肩、甩手臂及发出怪声。而多动症的“动”是小动作增多，东奔西跑，手足不停，活动量增多。

CCMD-3 关于抽动障碍的诊断标准：

（一）短暂性抽动障碍（抽动症）

是抽动障碍的最常见亚型，特点为急性单纯性抽动，常限于某一部位一组肌肉或两组肌肉群发生运动或发声抽动，通常表现眨眼、扮鬼脸或头部抽动。起病于学龄早期，在 4~7 岁的儿童最常见，男孩多见。

1. 有单个或多个运动抽动或发声抽动，常表现为眨眼、扮鬼脸或头部抽动等简单抽动；

2. 抽动天天发生，1 天多次，至少已持续 2 周，但不超过 12 个月。某些患儿的抽动只有单次发作，另一些可在数月内交

替发作；

3. 18 岁前起病，以 4~7 岁儿童最常见；

4. 不是由于 Tourette 综合征、小舞蹈病、药物或神经系统其他疾病所致。

### (二) 慢性运动或发声抽动障碍

是以限于一组肌肉或两组肌肉群发生运动或发声抽动（但两者不并存）为特征的一种抽动障碍，抽动可以是单一的，也可能是多种的（通常是多种的），持续 1 年以上。

1. 不自主运动抽动或发声，可以不同时存在，常 1 天发生多次，可每天或间断出现；

2. 在 1 年中没有持续 2 个月以上的缓解期；

3. 18 岁前起病，至少已持续 1 年；

4. 不是由于 Tourette 综合征、小舞蹈病、药物或神经系统其他疾病所致。

### (三) Tourette 综合征（发声与多种运动联合抽动障碍）

是以进行性发展的多部位运动和发声抽动为特征的抽动障碍，部分患儿伴有模仿言语、模仿动作，或强迫、攻击、情绪障碍及注意缺陷等行为障碍，起病于童年。

1. 症状标准：表现为多种运动抽动和一种或多种发声抽动，多为复杂性抽动，二者多同时出现。抽动可在短时间内受意志控制，在应激下加剧，睡眠时消失。

2. 严重标准：日常生活和社会功能明显受损，患儿感到十分痛苦和烦恼。

3. 病程标准：18 岁前起病，症状可延续至成年，抽动几乎天天发生，1 天多次，至少已持续 1 年以上，或间断发生，但 1 年中症状缓解不超过 2 个月。

4. 排除标准：不能用其他疾病来解释不自主抽动和发声。

## 5.7 特定运动技能发育障碍

ADHD 儿童通常伴有感觉运动协调的问题，特别是书写困难、行动笨拙、体育运动差和达到运动里程碑的显著延迟。如果观察到学习成绩或日常生活明显受干扰，这表明需要用兴奋剂来治疗，它可改善运动协调和增加儿童进一步进行感觉运动的动机。

CCMD-3 关于特定运动技能发育障碍的诊断标准：

指运动技能发育的明显迟缓，常有视觉空间-运动功能的障碍，但不是由于神经系统疾病或运动系统缺陷所致。

1. 精细或粗大运动的共济协调能力明显低于其年龄应有的水平，或标准化运动技能测验低于其年龄期望值，达 2 个标准差以上；

2. 早期发生的运动技能障碍持续存在，并严重影响学习成绩或日常生活；

3. 不是由于视、听觉缺陷、神经系统疾病，或运动系统障碍所致。

## 5.8 物质滥用

ADHD 和物质滥用两者之间的关系复杂，而且研究相对较少。

研究显示，那些寻求鸦片、可卡因和其他物质滥用障碍的人患 ADHD 的比率升高。物质滥用往往是 ADHD 成人期的结局之一。ADHD 患者外表上看起来年龄要小，发生物质滥用的时间早，往往频繁和强烈地使用成瘾物质，包括烟草、酒精、药物甚至毒品。然而，目前的资料多数是对物质滥用的成人进行回顾性调查得到的结果。

对 ADHD 儿童和正常儿童随访到青少年和成人早期的前瞻

性研究也表明 ADHD 儿童发生药物使用和滥用的几率增加，特别是吸烟。在这些研究中，随访到成年早期的病例较随访到青少年的病例更具有说服力。因为随访年龄跨度较小的病例还没有完全通过物质滥用发生的危险年龄段，例如 19 岁到 22 岁之间。

## 6

# 注意缺陷多动障碍的治疗

ADHD 是儿童最常见的神经行为障碍，也是学龄儿童患病率最高的慢性精神健康问题之一。ADHD 的核心症状包括注意缺陷、多动和易冲动。ADHD 会对儿童社会功能产生明显的影响，如导致学习困难、缺少自尊、与家庭成员和同龄儿童关系紧张。ADHD 于儿童期发病，但青春期和成年后仍可表现出相应症状。因此，早期诊断、早期系统和规范地治疗 ADHD 至关重要。但是，目前我国儿童 ADHD 治疗的现状较为混乱，尚无规范化的临床治疗指南，而国外，无论是美国还是欧洲都已经出版了标准化的治疗指南。因儿童和青少年处于躯体和心理发展变化快、个体差异突出的时期，多数药物又缺乏在儿童中使用的资料和经验，因此，制定符合中国国情的 ADHD 临床治疗指南已势在必行。

中国儿童注意缺陷多动障碍临床治疗指南以循证医学为基础，综合了专家的临床经验，参考了美国、欧洲及苏格兰地区的治疗指南，并结合中国国情，为中国 ADHD 儿童的治疗提供规范、系统、科学的建议。

## 6.1 治疗目标

《儿童注意缺陷多动障碍防治指南》为诊断和治疗 ADHD 儿童提供下列基本建议和明确治疗目标：

1. 各相关学科的老师（儿童精神科、儿童神经科、儿科、儿童保健科及初级保健医生）应该认识到 ADHD 是一种慢性神经精神疾病，应首先制定一个长期的治疗计划；

2. 主管医生、家长、患儿与学校老师合作，应该针对每一个体，明确一个恰当的个体化的治疗目标以指导治疗；

3. 临床医生应该推荐恰当的药物和心理行为治疗来改善 ADHD 患儿的目标预后；

4. 若为 ADHD 患儿选择的治疗方案没有达到治疗目标，临床医生应评价初始诊断是否正确，所用的治疗方法是否恰当，治疗方案的依从性如何，是否有合并疾病等；

5. 临床医生应该对 ADHD 患儿定期进行有计划的随访，从家长、老师和患儿汇总信息直接监控目标预后和不良反应。

## 6.2 药物治疗

### 6.2.1 推荐药物

#### 6.2.1.1 主要推荐药物

##### (1) 中枢兴奋剂

哌甲酯 (Methylphenidate)

长效制剂：哌甲酯控释剂 (专注达, Concerta)

短效制剂：利他林 (Ritalin)

##### (2) 选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂

托莫西汀 (择思达, Atomoxetine)

#### 6.2.1.2 其他推荐药物

(1) 中枢去甲肾上腺素调节药物：可乐定 (Clonidine)

##### (2) 抗抑郁药：

三环类 (TCAs)：丙咪嗪、去甲丙咪嗪\*；

杂环类：安非他酮 (Wellbutrin、Wellbutrin SR\*)；

选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs)：舍曲林、氟伏沙明、氟西汀。

#### 6.2.1.3 其他治疗药物

在我国有许多中医方剂治疗注意缺陷多动障碍，但仍缺乏大



样本双盲随机对照研究证明其疗效。

\* 指中国目前尚未引进的药物。

## 6.2.2 药物治疗循证依据和应用指导

### 6.2.2.1 兴奋剂治疗儿童 ADHD

中枢神经系统兴奋剂通常被称为兴奋剂，是目前用于治疗 ADHD 的主要药物。匹莫林因为有增加急性肝衰竭的风险，已不再推荐使用。

Bradley 早在 1937 年就已报告，通过利用右旋硫酸苯丙胺治疗行为障碍儿童，这通常被看作是儿童精神药理学规律研究的开始。自这些初步研究以后，发表了很多关于兴奋剂和 ADHD 的研究。

1999 年，一个权威机构——注意缺陷多动障碍儿童综合治疗研究组 (MTA) 合作出版了划时代的论文 (MTA 合作小组, 1999a, 1999b)。他们在 579 名年龄 7~9.9 岁、诊断为 ADHD 的儿童中进行了为期 14 个月的随机、多中心的临床试验，再次证实了兴奋剂，尤其是利他林的治疗功效。在研究中，比较了四种治疗方法：①药物治疗；②强化行为治疗；③药物治疗结合强化行为治疗；④规范的集体支持治疗。所有四组儿童的症状都得以改善，但是药物治疗组和联合治疗组的改善较强化行为治疗组和规范化集体支持治疗组显著。联合治疗或单独药物治疗对 ADHD 的核心症状都有改善，然而，联合治疗可能对非 ADHD 的症状（例如：对抗和攻击症状）有更好的效果 (MTA 合作小组, 1999a, 1999b)。

70 多年的研究证明兴奋剂是治疗注意缺陷多动障碍的安全高效的药物，是儿童时期最常用的精神疾病处方药。在 1977 年，仅美国就有超过 50 万的儿童使用利他林治疗 (Sprague 和 Sleator, 1977)。到 1987 年，保守地估计，美国有 750 000 名青少年用药物治疗活动过度或粗心 (Safer 和 Krager, 1988)。在美

国马里兰州的巴尔的摩城，所有公立小学学生中，有 6% 接受这种药物治疗，利他林占所开出的兴奋剂药物的 93%，其他兴奋剂占 6% (Safer 和 Krager, 1988)。

直到前不久，利他林的用量一直占全部兴奋剂处方量的 80% 以上。因为利他林是治疗 ADHD 最常用的药物，所以尽管它比右旋硫酸苯丙胺出现晚，仍被当作范例用于说明兴奋剂的用途。新型的哌甲酯（如专注达）最近已被推出，将长期处于 ADHD 的主导治疗地位。

兴奋剂类药物通过提高突触内多巴胺和去甲肾上腺素的利用率而发生作用，其结果是强化注意的过程，增加对强化的敏感性以及行为抑制的控制。这类药不会产生似是而非的作用，即对有或无 ADHD 的人表现出性质相似的效果。

双盲、安慰剂对照研究发现，在提高注意广度、减少活动过度和冲动方面，兴奋剂显著优于安慰剂。一些调查研究还显示，利他林有提高学业成绩和社会适应的作用。大约 75% 的 ADHD 儿童用兴奋剂治疗会显示良好的反应 (Green, 1995)。

Wender (1988) 注意到对兴奋剂的耐药性是罕见的，一旦发生，在 1~2 年内会逐渐地发展。如果耐药性产生了，建议试用另一种兴奋剂，因为兴奋剂中不存在完全交叉耐药性 (Wender, 1988)。有一种意见认为，兴奋剂的药效一般随着年龄的增加而降低 (Taylor 等, 1987)。

近十年来越来越多的研究和报道显示，长效、缓释或控释哌甲酯疗效更持久、更稳定，有替代传统速效哌甲酯的趋势。国外有多种长效、缓释或控释哌甲酯制剂，我国目前只引进一种控释哌甲酯——专注达。

专注达是应用美国 ALZA 公司 Push-Pull™ 技术合成的口服剂型，只需日服一次。在美国市场上，专注达目前有 18mg、36mg、54mg 三种剂型，27mg 剂型正在研制中，我国市场上目前只有 18mg 和 36mg 两种剂型。专注达采用口腔渗透 (Oral

osmotic, OROS) 系统的设计, 当药物进入胃肠道, 药物包衣中含有的治疗初始剂量, 经过水的溶解后迅速释放, 其余的药物包裹在药物的片心中, 通过渗透压的改变, 从激光孔释放出来, 这种设计可以使盐酸哌甲酯以崭新、规范的形式发挥作用。它的研发满足了一天一次服用并且维持有效剂量的需求, 所以上市以后即吸引了广大学者对其疗效和安全性进行了各种各样的研究和探讨。

2001 年 Pelham WE 等人率先对专注达进行了研究。研究以专注达、利他林和安慰剂相对照, 共入组 68 例 ADHD 儿童, 年龄 6~12 岁。所有儿童在入组时都在服用利他林, 每个儿童在试验期的剂量根据以前服用利他林的剂量来确定, 具体剂量调整方法为: 利他林 5mg 每日 3 次对应专注达 18mg 每日 1 次; 利他林 10mg 每日 3 次对应专注达 36mg 每日 1 次; 利他林 15mg 每日 3 次对应专注达 54mg 每日 1 次。试验期 7 天。结果发现: 专注达和利他林的疗效显著优于安慰剂, 专注达和利他林彼此也不相同。专注达的效果与每天 3 次服用的利他林效果相当, 疗效至少能持续 12 小时。两种药物都能提高做数学作业的效率和准确性, 改善多动等负性行为, 使儿童更加遵守教室的规章制度, 即使在课间休息时。父母评定量表结果显示, 专注达疗效显著优于每天 3 次服用的利他林, 在药物选择上父母也更倾向于选择专注达, 而不是利他林和安慰剂。本研究支持专注达的疗效贯穿白天和晚上, 更容易成为父母的选择。

2001 年一项多中心、随机、双盲、对照临床试验共入选 282 例 ADHD 儿童, 包括所有 ADHD 亚型, 年龄 6~12 岁。试验期为 28 天。评定工具为 IOWA Conners 问卷父母版和教师版。无论 1 周末还是 4 周末的评定结果均显示: 专注达和利他林对 ADHD 患儿核心症状的改善均显著优于安慰剂, 专注达和利他林疗效相当。安慰剂组中断治疗率为 48%, 而利他林组和专注达组的中断治疗率分别为 14% 和 16%。专注达与利他林相比可以明显延长患儿治疗的连续性, 使治疗的依从性提高。2004 年

的一项研究也表明与利他林相比，专注达更容易使患者坚持治疗，而且发生意外事件/伤害的风险较小，每年平均健康投资较少。该研究亦支持 ADHD 患者使用专注达治疗。

除了哌甲酯控释剂专注达外，目前用于临床的尚有两种哌甲酯缓释剂型：Metadate CD (MCD) 和 Ritalin LA (RLA)。有研究对专注达与此两种缓释剂型进行了比较。一项 2005 年的前瞻性研究结果显示，专注达与 Ritalin LA 和速释剂型利他林的疗效相当，而且每天一次服药看起来更具优越性。专注达因为在下午放学后做家庭作业时仍有稳定的疗效而使家长更加满意。但有研究认为不同的释放机制导致对注意力和行为症状的控制的效果不同。一个多中心、随机、双盲、双模拟、三项交叉的研究对专注达和 Metadate CD 进行了比较。入组的 ADHD 患者接受等生物效价的 Metadate CD 或专注达治疗，最高剂量是 Metadate CD 60mg，专注达 54mg；中等剂量是 Metadate CD 40mg，Concerta 36mg；低剂量是 Metadate CD 20mg，专注达 18mg。每种治疗一周。结果显示 Metadate CD 胶囊型在上午（服药后 1.5~6 小时）对症状的控制较好，而专注达在傍晚（服药后 7.5~12 小时）对症状的控制较好。从而说明如果要达到相同的症状控制，在上午 Metadate CD 胶囊型所需要的剂量水平要低于专注达（前者对应剂量水平为 20 mg 或 40mg，后者对应剂量水平为 36mg 或 54mg），而在傍晚则相反。

2005 年的一项研究观察了从利他林转换为专注达的疗效。共入组 105 例 ADHD 患者，年龄 6~16 岁，入组时服用固定剂量的利他林（10~60mg/d）维持治疗。被转换成专注达 18mg/d、36mg/d 或 54mg/d 治疗，试验期 21 天。101 例患者完成了试验。第 21 天时，Conners 教师问卷评分无明显变化，Conners 父母问卷评分（5.2 分）与基线相比减少了 2.7 分，约 75% 的父母和研究者对治疗的评价是好或非常好，而且 Conners 父母问卷评分的变化表明专注达在孩子放学后仍然能够较好地控制症状。

此后一年的随访结果发现：63%的患者完成了1年的随访，父母/照看者总体满意度的评价为49%~69%，49%~71%的研究者认为治疗是适当的。专注达对于年龄较大（10~16岁）、用药剂量较高（36mg或54mg）尤其是注意缺陷为主型的ADHD患者效果和满意度较好。专注达的总体耐受性较好。本研究得出结论：对于儿童青少年ADHD患者由利他林转换为专注达是安全有效的，不会导致症状波动，依从性较好。

中国在2004年，进行了专注达上市前的研究。结果显示：与安慰剂相比，专注达具有明显的疗效，能够有效改善ADHD儿童的注意障碍，减少过度活动和冲动。

一项随机、开放、多中心对照研究观察了专注达（125例）和托莫西汀（58例）治疗ADHD的疗效。样本来自非洲和美洲的ADHD患儿。试验期3周。研究结束时专注达的剂量为 $32.8 \pm 10.9$  mg/d，托莫西汀的剂量为 $1.1 \pm 0.4$  mg/（kg·d）。结果显示：与基线相比，两组症状均有明显改善。然而专注达对注意迟钝和整体症状的改善优于托莫西汀。所以本研究的结论为：专注达和托莫西汀治疗非洲和美洲的ADHD患儿均有效，而且耐受性较好，专注达的疗效优于托莫西汀。此结果尚需进一步探讨。

有学者进行了一项专注达治疗青少年ADHD的专项研究。试验期2周，服用专注达18mg/d、36 mg/d、54 mg/d或72mg/d，并与安慰剂相对照。结果发现：ADHD评定量表的减分率专注达组显著高于安慰剂组，根据总体印象改善量表，专注达组52%的患者症状改善，而安慰剂组31%的患者症状改善。专注达的长期疗效如何同样引起了广大学者的关注。到目前为止，观察期最长的是一个24个月的研究。结果发现，入组407例患者，229例完成了试验。专注达在整个观察期内平均剂量较基线时增加26%，而且剂量的增加多发生在第一年中。专注达长期疗效稳定而持久。

总体而言，专注达的耐受性较好，即使服用剂量72mg/d仍

然耐受性良好。对生长发育无明显影响，对生命体征和实验室检查结果无有临床意义的影响。常见的与治疗有关的不良事件为：头痛、失眠、食欲减退、腹痛和抽动。其中最容易导致早期中断治疗的不良事件为：抽动和食欲减退。偶有导致抑郁、自杀观念和妄想的报道。

有一项研究分两部分：21天的治疗观察期和1年的随访期，并分别系统报告了专注达的安全性。21天的治疗观察期末，专注达耐受性良好，52.4%的患者（55例）报告了112例不良事件，其中绝大部分为轻度或中度，仅6.7%（7例）为重度，其中与治疗有关的重度不良事件主要包括：睡眠延迟，头痛，攻击，体重增加。这7例患者因为这些不良反应而未进入第二阶段的随访研究。其中40%的不良事件可能、很可能或肯定与治疗有关。常见的与治疗有关的不良事件为头痛、腹痛和抽动。而且研究还发现，服用36mg/d时不良事件的发生率比服用18mg/d或54mg/d时略高。没有明显的睡眠质量问题，在基线时睡眠质量被评定为好或极好者占56.2%，而在治疗21天时为57.8%；在较高剂量组（36mg/d和54mg/d）也没有明显的睡眠质量问题。在第7天和第21天时食欲减退者分别为10.6%和9.8%，食欲增加者分别为22.1%和14.7%。有15例既往有抽动的历史，在每次访视点报告有抽动的不超过9例。发声抽动在基线时为1例，而在21天时为3例，且都不严重。

在21天的治疗结束后进行了12个月的随访研究。结果发现：专注达的耐受性良好。72.4%的患者报告了不良事件，其中85.9%为轻度或中度，可能、很可能或肯定与治疗有关的不良事件所占比例不足40%，常见的不良事件为：头痛、抽动、腹痛、冲动行为和失眠。服用专注达18mg/d和36mg/d不良事件的发生率高于54mg/d。有4例严重的不良事件可能与治疗有关：2例发生在18mg/d组，其中1例为抑郁自杀观念（减量），1例为妄想（由于较严重治疗中止）；2例发生在36mg/d组，其中1例

为自杀企图（中度，治疗中止），1 例为攻击（由于较严重治疗中止）。没有明显的睡眠问题，18mg/d 组和 36mg/d 组的睡眠质量整体优于 54mg/d 组。对食欲没有明显的不良影响。在研究期间，报告发生抽动者不超过 8 例，且绝大部分为轻度。在基线时有 1 例报告发声抽动，3 例在研究的前 4 个月报告有发声抽动，之后没有进一步的有关报告。

有学者对有关研究进行了荟萃分析发现，抽动症状的发生率在专注达、利他林、安慰剂中并没有显著差异：专注达为 4.0%；利他林为 2.3%；安慰剂为 3.7%； $P=0.5249$ 。而且抽动症状的发生与专注达的剂量无相关性。有抽动症状历史的患者服用专注达治疗发生抽动症状的风险高于无抽动症状历史的患者（分别为 33%与 7%， $P<0.0001$ ），然而只有 4%的患者因为抽动症状而退出治疗。从而得出结论：ADHD 患者服用专注达治疗不会显著导致或加重抽动症状。

一项为期一年的专注达对 ADHD 患者血压和心率的影响的研究发现，在 12 个月末观察期结束时，与基线时相比血压和心率的变化没有明显临床意义，尽管有统计学上的显著差异，其中收缩压和舒张压的变化分别为 3.3 和 1.5mmHg，与基线时相比  $P<0.001$ ；心率的变化为 3.9 次/分，与基线时相比  $P<0.0001$ 。而且血压和心率的变化与服用剂量无明显相关性。

应用指导：

盐酸哌甲酯（利他林）在儿童和青少年精神病治疗中的适应证

美国食品与药物管理局批准用于治疗注意缺陷多动障碍（ADHD）和发作性睡病。

盐酸哌甲酯剂量范围表

● 6 岁以下的儿童：禁用。

- 6~17 岁的儿童和青少年：从每次 5 毫克，每日 1~2 次开始（通常 7:00AM 左右和中午），每周逐渐增加 5~10 毫克。每日最大推荐剂量是 60 毫克。常用最适量在 0.3~0.7 毫克/（公斤·日）之间，每日分 2~3 次给药（Duncan, 1990）。最后一次给药不要晚于入睡前 4 小时。
- 18 岁以上的青少年和成人：从最初的日剂量，5 毫克每日 2~3 次开始，通常在饭前服，根据临床反应调整剂量。平均量是 20~30 毫克/天，范围 10~60 毫克/天。

#### 现有盐酸哌甲酯药物制剂类型

- 利他林片剂（Ritalin、Methylphenidate）：5 毫克、10 毫克、20 毫克
- 利他林-缓释剂（利他林持续释放药片）：20 毫克，持续释放药片的作用大约持续 8 小时。在同一时间段，它们可以替代相同总剂量的利他林的标准制剂。它们必须被整个服用，不能压碎或咀嚼。
- Metadate 延释剂，Methylphenidate 延释剂（利他林延长释放药片）：10 毫克、20 毫克
- 专注达（Concerta，口服渗透性缓释利他林制剂）：18 毫克、36 毫克。Swanson 等（2000）研究显示专注达可以从 18 毫克/日，每日 1 次的剂量开始，对儿童直接一周一次调整剂量，最大推荐量 54 毫克/日。也就是说，一般不用预先使用利他林标准制剂，或在标准制剂上调整剂量。

### 6.2.2.2 中枢去甲肾上腺素调节药物治疗儿童 ADHD

#### （一）选择性去甲肾上腺素重摄取抑制剂：托莫西汀

托莫西汀是一种选择性去甲肾上腺素重摄取抑制剂（SNRI），其结构与氟西汀类似。该药是第一个被批准用于治疗



注意缺陷多动障碍（ADHD）的非兴奋型药物，在临床试验中也未发现该药会引起其他兴奋性药物或可导致欣快感药物的常见的典型反应。在儿童和成人中进行的随机、安慰剂对照试验已经证实该药可有效治疗 ADHD。国外已经有 3~4 年的使用经验，一些双盲随机对照研究及开放性前瞻性随机对照试验发现，该药治疗 ADHD 的疗效与哌甲酯相当。

该药已经于 2004 年完成了在中国上市前的临床研究，也证实该药与哌甲酯疗效相当，副作用不明显。

适应证：该药可用于治疗成人及 7 岁以上儿童的 ADHD。

禁忌证：闭角型青光眼患者禁用该药，因为患者出现散瞳症的危险性会因此增加。另外，该药不可与单胺氧化酶抑制剂（MAOI）合用。若必须给予 MAOI，则应在停用该药至少两周后才可使用。对该药或该药其他组成成分过敏者禁用。

不良反应：在临床试验中，导致患者中途退出的最常见原因包括患者出现攻击性、易激惹性、嗜睡和呕吐。最常见的不良反应包括消化不良、恶心、呕吐、疲劳、食欲减退、眩晕和心境不稳。除儿童和青少年患者表现出的不良反应之外，成人患者还可出现口干、勃起功能障碍、阳痿、异常性高潮等。

剂量和用药：该药为胶囊剂，将有 10mg、18mg、25mg、40mg、60mg 五种规格。对于体重小于 70kg 的儿童及青少年患者，每日初始总量约为 0.5mg/kg，服用至少 3 天后增加至目标剂量，每日总量 1.2mg/kg，可每日早晨单次服用或早晨和傍晚平均分为 2 次服用，每日最大剂量不可超过 1.4mg/kg 或 100mg，应选择其中一个较小的剂量。对于体重大于 70kg 的儿童、青少年及成人患者，每日初始总量可为 40mg，服用至少 3 天后增加至目标剂量，每日总量 80mg，可每日早晨单次服用或早晨和傍晚平均分为 2 次服用。再继续服用 2~4 周，如仍未达到最佳疗效，每日总剂量最大可增加到 100mg。每日最大剂量不可超过 100mg。该药停药时不必逐渐减量。

## (二) $\alpha_2$ -去甲肾上腺素能受体激动剂：可乐定

可乐定是作用于中枢的抗高血压药。经美国食品与药物管理局批准的仅有的治疗适应证是治疗成人和大龄青少年的高血压，在儿童中使用的安全性和有效性还未证实。

可乐定是  $\alpha_2$ -去甲肾上腺素能受体激动剂（兴奋剂），优先作用于脑突触前的  $\alpha_2$  神经元，抑制去甲肾上腺素的内源性清除（Hunt 等，1991）。作者认为，他们在 ADHD 儿童的研究中得到的阳性结果提示去甲肾上腺素系统可能在导致行为和认知异常方面很重要，至少在一些 ADHD 儿童中是这样。

Hunt 等（1985）对 12 名 ADHD 患儿（平均年龄  $11.6 \pm 0.54$  岁）进行了一项双盲安慰剂对照的交叉试验。有 10 名患儿完成了试验。有 7 名被试以前接受过兴奋剂治疗，其中 4 人由于显著的副作用而中止治疗。可乐定从  $0.05\text{mg/d}$  起步，每日加量直至  $4\sim 5\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ （约为  $0.05\text{mg}$ ，4 次/日）。父母、教师及医生均观察到了显著的疗效，疗效最好的是那些以前多动、不服管教、冲动并影响社交能力的患儿。而在换用安慰剂治疗期间，父母、教师及医生均看到了明显的退步，一般在中止药物治疗后 2~4 天内症状出现恶化。

Hunt 等（1990，1991）曾报道用可乐定治疗 ADHD 患者时，用固定剂量持续 5 年时间，临床疗效却没有出现衰减，然而，约有 20% 的患者几个月后就要增加剂量，也许与该药对肝药酶的自我诱导有关。

在关于对儿童及青少年精神障碍患者使用可乐定治疗的一篇综述中，Hunt 及其同事（1990）比较了使用可乐定与利他林治疗 ADHD 的差异，以及对它们可能有效的增效剂。作者认为这些治疗对 ADHD 患儿都非常有效。兴奋剂（利他林）可使注意力更集中，并降低注意分散的程度，而可乐定则使过高的警觉度降低，提高对挫折的耐受性，并提高任务的指向性。

盐酸可乐定禁忌证：已知的对盐酸可乐定过敏是禁忌证。严

重的心血管疾病是相对禁忌证，如果可乐定用于有这些情况的病人，需要仔细、经常地监测。有抑郁症、抑郁症历史或情绪异常家族史的儿童和青少年不应该服用可乐定（Hunt 等，1990）。

1995 年夏季（7 月 13 日），美国媒体报道，有 3 名合用哌甲酯和可乐定的儿童死亡，这使给儿童联合用药的父母和医生产生了警惕，但食品和药物管理局（FDA）没有公布资料或告知临床医师。

#### 应用指导：

Hunt 等（1990）建议可乐定开始时在就寝前服用，以利用它的镇静作用促进睡眠。镇静作用在头 2 至 4 周最严重，而后常常产生耐药性（Hunt 等，1991）。由于可乐定的血清半衰期很短，通常需要白天服用 3 至 4 次，就寝前服用一次。Hunt 等（1990）报道当可乐定服用次数较少时，一些儿童出现疗效降低或撤药反应，临时服用透过皮肤起作用的剂型可以消除这些影响。

#### 儿童及青少年精神障碍患者使用盐酸可乐定的适应证

目前 FDA 尚未批准对儿童及青少年精神障碍患者使用可乐定进行治疗。然而，可乐定已开始研究性地用于治疗一些患注意缺陷多动障碍和/或 Tourette's 障碍、常规治疗效果不佳的儿童与青少年。

#### 中止可乐定治疗/撤药注意事项

应用 2~4 天的时间来缓慢地撤除可乐定，以免出现高敏反应及其他撤药反应，如：紧张不安，焦虑及头痛（胀痛）。

#### 可乐定现有剂型

- 片剂（每片）：0.075mg, 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg
- 经皮治疗：贴片每日释放 0.1mg（可乐定-TTS1），0.2mg（可乐定-TTS2）或 0.3mg（可乐定-TTS3）可乐定，可持续 1 周。

### 6.2.2.3 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs) 治疗儿童 ADHD

SSRIs 因为以下原因受到儿童和青少年精神科医师极大的关注:

1. 只有 1 项青春期前儿童的双盲、安慰剂对照研究证明三环类抗抑郁剂治疗重性抑郁障碍的疗效比安慰剂更好,而在青少年还没有这样的研究。然而在前者的研究 (Preskorn 等, 1987) 中,使用了实验室监测手段来调整药量,从而保障丙咪嗪的血药浓度在治疗范围以内。

2. 根据几项报道,至少有 8 名儿童和青少年服用三环类药物治疗发生猝死,因此引发对于年轻患者心脏毒性的特别关注。SSRIs 明显更安全,包括过量致死的减少。

3. 尽管 SSRIs 有明显的不良反应,但与三环类和 MAOI 抗抑郁剂相比却更容易被耐受。

4. SSRIs 可以每日一次给药。

5. SSRIs 具有治疗儿童期抑郁以外的许多其他精神障碍的潜力,包括:伴或不伴有 Tourette's 障碍的强迫障碍、ADHD、选择性缄默症和进食障碍等。

有关这些药物在儿童和低龄青少年中应用的公开资料较少。然而,随着 SSRIs 在这个年龄组患者中临床经验的逐渐增加,SSRIs 已经成为儿童和青少年抑郁症及强迫障碍的治疗药物。但用于治疗 ADHD 的报道很少,须慎用。

Barrickman 等 (1991) 对氟西汀治疗儿童和青少年 ADHD 的疗效进行了研究和报道。他们使用盐酸氟西汀开放性治疗 19 例 7~15 岁的儿童和青少年 ADHD 患者,持续 6 周。14 例患者共患品行障碍 (N=6) 或对立违抗障碍 (N=8)。绝大多数患者先前曾使用精神药物治疗,或者疗效不满意,或者服用兴奋剂或抗抑郁剂时有不良反应 (如服用兴奋剂时出现抽动,服用抗抑郁剂时出现镇静)。氟西汀的初始日量为 20 mg,早晨服用。随

后的剂量个别调整，最终日量为 20~60 mg，平均 27 mg (0.6 mg/kg)；9 例 20 mg，8 例 40 mg，2 例 60 mg。绝大多数患者在达到治疗剂量 1 周后起效。使用大量标准化工具进行评估，11 例患者 (58%) 在 6 周后被评估为中等进步或进步很大，8 例有极小的进步。副作用极小，且都自然缓解。只有 1 例轻微镇静，随着剂量的减少而缓解；1 例出现神经质，未见有失眠或自杀观念等。特别是未见有食欲下降或体重的显著变化。

目前舍曲林 (可用于  $\geq 6$  岁的儿童强迫症)、氟伏沙明 (可用于  $\geq 8$  岁的儿童强迫症)、氟西汀 (可用于  $\geq 7$  岁的儿童强迫症和重性抑郁障碍) 有在儿童中使用的适应证。

#### 6.2.2.4 三环类抗抑郁剂治疗儿童 ADHD

尽管三环类抗抑郁剂没有获准用于治疗 ADHD，但对于兴奋剂治疗无效的 ADHD 患者，仍不失为最常用的二线药物可供选择。有些医生对于共病抑郁或焦虑障碍的 ADHD 患者首选此类药物予以治疗 (Green, 1995)。尽管盐酸去甲替林、盐酸阿米替林以及抗强迫药盐酸氯丙咪嗪也都有效，研究最多而且最常使用的还是盐酸丙咪嗪和盐酸去甲丙咪嗪。然而心脏毒性是主要的不良反应。有关三环类抗抑郁剂长期治疗 ADHD 的安全性和有效性的研究寥寥无几 (Green, 1995)。

三环类抗抑郁剂治疗 ADHD 的作用机制与治疗抑郁症的机制不同。通常需要的最佳剂量更低，临床起效迅速 (Donnelly 等, 1986; Linnoila 等, 1979)，然而，要证实去甲丙咪嗪治疗比安慰剂有显著临床疗效，研究需要持续 3~4 周 (Biederman 等, 1989b)。

多数公开的研究结果有力地表明三环类抗抑郁剂治疗 ADHD 有效。实际上，在 20 世纪 70 年代早期，就有人认为丙咪嗪可以被选择用于治疗 ADHD (Huessy 和 Wright, 1970; Waizer 等, 1974)。在比较抗抑郁剂与兴奋剂和/或安慰剂的双盲研究中，绝大多数结果证明，抗抑郁剂和兴奋剂都比安慰剂效

果好，但兴奋剂的疗效较三环类药物更佳或相同。总的来看，兴奋剂更好（Campbell 等，1985；Klein 等，1980；Pliszka，1987；Rapoport 等，1978）。

### 应用指导：

#### 盐酸丙咪嗪的儿童和青少年精神科适应证

丙咪嗪被许可用于治疗青少年和成年的抑郁症状。 $\geq 6$ 岁遗尿症患者慎用。药厂推荐儿童用药日量 $\leq 2.5 \text{ mg/kg}$ （PDR，1995）。

#### 丙咪嗪的剂量范围

##### ● $\leq 11$ 岁儿童：

治疗抑郁：不推荐。

治疗遗尿症： $< 6$ 岁儿童，不推荐；6岁~11岁儿童，初始日量为25 mg，入睡前1小时服用，如果1周内无效，增至50 mg/d。

治疗ADHD：没有正式关于年龄或剂量的推荐。根据文献和试验协议，对于 $\geq 6$ 岁的儿童推荐如下：需要对丙咪嗪进行血药浓度监测，从低剂量开始用药，25 mg/d或 $0.5 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，缓慢逐渐加量，每周加量1次或2次，每次25 mg/d。

##### ● $\geq 12$ 岁青少年和成年：

治疗抑郁：建议从30~40 mg/d开始，逐渐递增药量，总的来说不需要超过100 mg/d（药厂在药物包装中的用药说明）。

治疗遗尿症：从睡前1小时服用25 mg开始，如果1周内无效，日量增加至50 mg，最高可达75 mg。

治疗ADHD：没有正式关于年龄或剂量的推荐。根据文献和试验协议，推荐如下：从低剂量开始用药，25 mg/d或 $0.5 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，缓慢逐渐加量，每周加量1次或2次，每次25 mg。需要对丙咪嗪进行血药浓度监测。

#### 盐酸丙咪嗪的现有剂型

- 片剂（盐酸丙咪嗪）：10 mg，25 mg，50 mg
- 胶囊（双羟萘酸丙咪嗪）：75 mg，100 mg，125 mg，150 mg。这些胶囊设计用来每日一次给药。因其单位药效高，而儿童对于丙咪嗪心脏毒性作用的敏感度较高，故不推荐儿童和低龄青少年使用。

#### 6.2.2.5 ADHD 药物治疗建议

主要建议：

《指南》对于诊断为 ADHD 的儿童的治疗有以下建议：

建议 1：各相关学科的医生（儿童精神科、儿童神经科、儿科、儿童保健科及初级保健医生）应该认识到 ADHD 是一个慢性疾病，并制定一个相应的治疗计划。

考虑到 ADHD 在学龄儿童中的高患病率（4%~12%），基层保健医生在其诊所中会经常遇到 ADHD 患儿，因此，应该掌握该病的诊断和长期治疗方法。ADHD 患儿的基础医疗护理原则同儿童患任何慢性疾病时的主要医疗护理原则，例如：

- 提供该病的信息；
- 定期更新知识和指导家庭；
- 讨论疾病的家庭反应；
- 逐渐向患儿进行关于 ADHD 的恰当教育，并在患儿成长过程中不断更新；
- 有效地回答家庭问题；
- 确保保健和其他服务协调和互补；
- 帮助患儿家庭确定疾病治疗目标以及治疗对患儿每天活动的影响；
- 帮助患儿家庭与其他有类似慢性疾病儿童的家庭建立联系。

和其他慢性疾病一样，ADHD 的治疗需要形成一套专门针对患者的治疗方案，该方案描述了治疗方法、治疗目标和监测的手段，包括随访的方案（参见建议 5）。

基层保健医生应该使家长和患儿知道 ADHD 能影响学习、行为、自尊、社交技能和家庭功能。患者教育的初期阶段对于明确诊断和为家长及患儿提供疾病知识非常关键。通过教育，可以使家长与医生、老师（某些时候还包括精神卫生专业人员）一起工作，从而形成一个有效的治疗方案。当直接关注影响儿童健康和保健的文化价值观念时，临床医生、家长和患儿间的治疗联盟可被加强。ADHD 患儿的长期护理需要临床医生、家长、老师和患儿间合作关系的向前发展。其他相关人员，如护士、心理学家和咨询者也能够帮助推进治疗计划的实施和进展，并对其进行监测。

护理 ADHD 儿童的专门措施包括提供 ADHD 发病原因、治疗方法、长期预后和对日常生活与家庭行为影响的最新信息。在讨论治疗的选择和副作用前，必须让患儿的家庭成员对这些问题有全面的了解。与基层保健医生诊治的多数其他慢性疾病不同的是，教育体系在 ADHD 患儿的治疗和监控中发挥了重要作用。

临床医生应该知道可提供服务的社区资源及怎样进行安排。基层保健工作者可直接提供此信息或与其他工作者合作，尤其是与专科医生和心理健康工作者合作，以确保家庭获取所需信息的途径。

建议 2：主管医生、家长、患儿与学校老师合作，明确一个恰当的治疗目标以指导治疗。

ADHD 的主要症状（即注意缺陷、冲动、多动）可能导致多方面的、与患儿在家庭、学校或社会表现相关的机能障碍。治疗的首要目标应该是机能最佳化。理想的结果包括：

- 改善与家长、兄弟姐妹、老师和小伙伴间的关系；
- 减少破坏性行为；



- 提高学习成绩，尤其是工作量、效率、完成的准确性；
- 增加自我照顾或家庭作业的独立性；
- 改善自尊；
- 提高生活安全性，如过街或骑自行车等。

治疗目标应该与患儿表现出的主要症状和这些症状引起的特异损害相符合。

确定治疗目标的过程需要家长、儿童和老师，适当时还包括其他相关人员的共同参与。构建治疗方案的先决条件是他们应该就至少 3~6 个关键目标和期望的改变达成一致。当然，治疗目标应该是现实的、可达到的和可评价的。治疗和监测改变的方法随治疗目标而改变。

建议 3：临床医生应该推荐恰当的兴奋剂药物和/或行为治疗来改善 ADHD 患儿的目标预后。

临床医生应该逐渐完善一套针对目标预后的综合管理方案。

兴奋剂治疗：

目前可用的兴奋剂药物包括短效、中效和长效哌甲酯；短效、中效和长效右旋苯丙胺，后面的两种制剂是混合苯丙胺盐（75%右旋苯丙胺和 25%左旋苯丙胺）。匹莫林（一种长效兴奋剂）现在已很少使用，因为该药偶尔会引起致命的肝脏毒性作用。基层保健医生不应将匹莫林作为常规用药，本《指南》也没有将其列入 ADHD 的一线或二线用药。

确定兴奋剂剂量和用药程序表的详细说明超出了《指南》的范畴。然而，一些基本原则可对临床选择进行指导。

和其他大多数药物不同，兴奋剂的剂量通常与体重没有太大相关性，同时，兴奋剂的剂量-效应关系存在明显的个体差异，因此，临床医生应该从低剂量开始使用，之后逐渐调整剂量。患儿服用的第一个剂量可能不是改善功能的最适剂量，临床医生应该继续使用更高剂量以获得更好的反应。在高剂量产生副作用或没有进一步改善时，此时的策略可能要求降低剂量。对于某一患

儿，药物的最适剂量是产生最佳效应且副作用最小的剂量。给药方案可根据目标预后情况进行改变，尽管还没有一致地比较不同给药方案的对照研究。例如：如果只需要在学校时缓解症状，则每周 5 天的给药方案就足够了；相反，如果需要缓解在家和学校的症状，则应采用 7 天给药方案。

对于使用兴奋剂的儿童，如果一种兴奋剂在最大剂量时仍不起作用，临床医生应换用其他兴奋剂。

如果系统用药，至少 80% 以上的儿童会对一种兴奋剂有反应。对于缺乏阳性反应或出现难以耐受的不良反应的儿童，应换用另一个推荐的兴奋剂。研究和临床实践证实，对一种药物反应欠佳的儿童绝大多数在换用另一种兴奋剂后都会出现阳性反应。

建议 4：若为 ADHD 患儿选择的治疗方案没有达到治疗目标，临床医生应评价初始诊断是否正确、所用的治疗方法是否都恰当、治疗方案的依从性如何、是否有合并疾病等。

大多数学龄期 ADHD 儿童对治疗方案（包括兴奋剂治疗和/或行为/环境干预）都会有反应。如上面的建议 3 所述，当一种兴奋剂无效时（尽管进行了恰当的剂量调整），临床医生应该尝试使用第二种兴奋剂。持续疗效欠佳可能反映了：①不切实际的目标症状；②对患儿的行为缺乏了解；③诊断错误；④合并疾病影响了 ADHD 的治疗；⑤治疗方案的依从性不好；或⑥治疗失败。如前面所讨论的，ADHD 治疗往往只能减轻患儿的受损程度，而不能完全消除注意缺陷、多动和冲动的主要症状。同样，ADHD 儿童尽管接受了恰当的治疗，也可能会持续出现伙伴交往的障碍，或常常存在用标准手段进行评价时不能改善学习成绩的情况。

评价治疗结果需要从多种途径仔细收集信息，包括家长、老师、患儿活动环境中的其他成年人（如私人教师）和患儿。如果目标症状是切实的，但明显缺乏疗效，基层保健医生应对 ADHD 诊断的正确性进行重新评价。如美国儿科学会临床实践

指南中“注意缺陷多动障碍儿童的诊断”〔可通过国家指南库(NGC)获得指南摘要〕所描述的,再评价应包括对最初用来做出诊断的资料进行评述。再评价通常需要从患儿、学校、家庭汇集新的关于 ADHD 主要症状及这些症状对患儿功能影响的信息。应重新考虑患儿是否患有其他与 ADHD 症状相似的疾病。

如指南诊断部分所显示,ADHD 患儿常常伴发其他疾病,尤其是对立违抗障碍、焦虑、抑郁和学习障碍。这些疾病通常使 ADHD 的治疗复杂化。临床医生应该确定疗效不充分的患儿是否患有这些疾病(在其诊室直接确定或咨询恰当的专科医生,例如:发育行为儿科医生、儿科精神病医生、心理医生或其他心理健康医生,或学校体系专家,如:学习障碍的学校心理学家,以进一步评价)。这些合并疾病在开始时往往不能充分评价,因为患儿 ADHD 症状突出或患儿此时还没有患其他疾病。虽然其他障碍还需要另外的评价方法,但标准心理-教育测试可明确学习和语言障碍的程度。

典型的 ADHD 治疗方案需要患儿、家庭和学校融入一个长期方案,该方案包括复杂的给药计划,同时需要环境和行为的干预。环境和行为干预需要家长、老师和患儿共同不断地努力。因对治疗缺乏反应的一个常见原因是对治疗方案的依从性欠佳,因此,应对患儿的进展情况进行不断的监察,评价方案的执行程度,确定执行方案的主要难点和障碍,并且对药物治疗和行为治疗的依从性均给予评价。依从性不好并不等于治疗失败。在考虑治疗方案失败之前,医生应该帮助患儿家庭找到解决依从性问题的方法。

以下情况可被视为真正的治疗失败:①在无副作用的最大剂量情况下,仍然对 2 或 3 种兴奋剂缺乏反应或任何剂量都有不能忍受的副作用;②行为治疗或联合治疗不能控制患儿行为;③共存疾病干扰。在这些情形下,下一步应该请教精通儿童行为干预的精神卫生专家,除非基层保健医生具有丰富的处理这些情况的

专业知识和经验。

建议 5：临床医生应该对 ADHD 患儿定期进行有计划的随访。通过从家长、老师和患儿处汇总信息，直接监控目标预后和不良反应。

临床医生应该确定定期监测治疗效果的计划。计划应该包括定期通过门诊、书面报告和通电话获得关于目标行为、教育成果、药物副作用的信息。监测数据应包括补充药物日期、药物类型、剂量、给药频率、数量和治疗反应（包括药物和行为治疗）。可用流程图记录数据，或记录在每个患者的病历中。此计划还应包括两次访视之间家长、患儿与医生之间的通讯交流，同样，随访前，医生也应通过此方法与老师或其他学校人员定期保持联系。监测计划应该考虑到行为会随时间和正常发育而改变、教育期望会随年级而增加、患儿家庭和校园环境会存在动态的变化，因为这些因素的改变都可能影响目标行为。所有的参与者都应有计划议程。临床医生应该经常提供信息和支持以使患儿及其家庭做出明智的选择来促进患儿的长期健康和幸福。

临床医生应该连续从家长、患儿和老师处获取关于目标症状的信息。门诊、电话交谈、老师叙述和定期的行为报告卡/表是常用的获取所需信息的方法。对于诊断 ADHD 的患儿，医生应主动直接与学校进行联系。每次见面时，均应检查药物和行为治疗的依从性。

监测的频率取决于机能障碍的程度、并发症和依从性。一旦患儿病情稳定，可每隔 3~6 个月进行诊室访谈以评价学习和行为。这些访谈还评价兴奋剂潜在的副作用，例如：食欲下降和体重、身高及发育速度改变等。定期的药物补充请求提供了一个额外的与家庭进行沟通的机会。在请求补充药物时，可以询问家长患儿的人际关系和在学校的机能，以及更新与学校的联络内容和方式。如果某一随访评价显示目标结果降低，医生必须首先确定家庭是否坚持了治疗计划。

对药物的特异反应：两种兴奋剂治疗效果欠佳的儿童，可以试用第三种兴奋剂（或换用剂型）。（参见建议 4，当出现治疗反应欠佳时，临床医生应评价诊断是否准确，以及是否存在没有诊断出的合并症。）

### 6.2.3 ADHD 药物治疗的禁忌证

根据医师药物参考书（PDR）和药品说明书，哌甲酯禁用于有癫痫、癫痫病史或有痫样放电的异常脑电图的儿童。然而，关于哌甲酯使用的研究并未显示其添加到适当的抗惊厥药物时会增加癫痫发作的频率或影响其严重程度。

（1）兴奋剂：在治疗早期可能出现副作用，通常都较轻微而且短暂。最常见的副作用是食欲降低、胃痛或头痛、入睡延迟、神经过敏或社交退缩。这些症状大多数都能通过调整给药方案成功控制。大约 15%~30% 的儿童使用兴奋剂后会有运动性抽动，多数呈一过性。

接受过高剂量治疗或高度敏感的儿童可能会对药物过度关注或表现迟钝，多数时候，此副作用可通过降低剂量解决。偶尔在高剂量时，患儿会出现精神病反应、情绪障碍、幻觉。

在对照研究中没有发现一致的行为反跳、运动性抽动或剂量依赖性生长迟缓的报道，尽管这些不良反应在临床都有报告。目前对生长延迟这一问题很关注，但一个直到成年期的前瞻性追踪研究发现体重增长没有明显受损。

（2）三环类抗抑郁药：使用去甲丙咪嗪偶尔可能引起猝死。

### 6.2.4 《指南》的执行和注意事项

这是目前发布的中国儿童精神疾病临床实践指南的第一个版本。《指南》将定期由负责小组评述，做出撤除、修订、无改变重申等建议。

请注意：《指南》中信息是为医学专业人士提供的，以方便

他们将这些信息传授给患者，从而帮助患者了解自己的健康和所患疾病。《指南》为大多数 ADHD 患者提供了信息的获取途径，但并不包括为特别患者提供特殊医疗建议。我们希望患者或其代理人仔细阅读此材料，之后向有执照的医学专业人士咨询其诊断和治疗以及其他医学问题。

本《指南》并不想要成为治疗儿童注意缺陷多动障碍 (ADHD) 的唯一指导方针。更恰当的定位是，它被设计为通过提供一个选择框架给予临床医师以帮助。并不希望它替代临床判断或为所有此疾病患儿确定一个方案，同时它或许也不能提供针对此疾病的最佳方案。

本文中的建议并不表明唯一的治疗方法，也不能看作医疗保健的标准。应根据不同患者的具体情况进行调整 and 变化。

表 6-1 兴奋剂剂量总结

药物	作用持续时间	初始剂量	维持剂量	最大量
右旋苯丙胺*	4~7 小时	学龄前期 2~5mg/d, 较大者 5mg/d	10~30mg/d 2 次或 3 次/天	40mg/d
苯丙胺*	4~7 小时	学龄前期 2~5mg/d, 较大者 5mg/d	5~30mg/d 1 次或 2 次/天	40mg/d
利他林	3~5 小时	学龄前期 2~5mg/d, 较大者 5mg/d	10~40mg/d 2 次或 3 次/天	60mg/d
专注达	>12 小时, 高峰在 1~2、6~8 小时	学龄前儿童, 不建议使用, 学龄期儿童 18~36mg/d, 每天一次	18~36mg 每天一次	54 mg/d
哌甲酯缓释剂*	6~9 小时, 高峰在 1.5、4.5 小时	学龄前儿童不建议使用, 学龄期儿童 20mg 每天一次	20~40mg 每天一次	60mg/d

\* 指中国目前尚未引进的药物。

表 6-2 常用兴奋剂的药物代谢动力学特性

药物	主要代谢产物	达峰时间	半衰期	主要排泄途径
利他林 (Ritalin)	肝脏代谢, 75% 为无活性的利他林酸	利他林 1.9 小时 (范围 0.3~4.4 小时), 利他林缓释 4.7 小时 (范围 1.2~8.2 小时)	2~2.5 小时	70%~80% 肾脏排泄, 24 小时内主要以利他林酸的形式排出
右旋苯丙胺* (Dexedrine)	肝脏代谢, P-羟基化, N-去甲基, 脱氨基作用和共轭作用	片剂 2 小时, 缓释胶囊 8~10 小时	儿童 6~8 小时, 成人 10~12 小时	可以由肾脏以原形排出。根据尿 pH 值, 碱性尿可排出 2% 至 3%, 酸性尿可达 80%
匹莫林* (Cylert)	肝脏代谢, 结合形式: 碱基匹莫林、扁桃酸及其他产物	2~4 小时	8~12 小时	40%~50% 经肾脏以原形排出, 25%~40% 经肝脏代谢排出

\* 指中国目前尚未引进的药物或已经禁用的药物 (匹莫林)。

## 6.3 非药物治疗

### 6.3.1 行为治疗

在 ADHD 治疗中, 行为治疗是一种特异的干预, 经循证医学研究显示与兴奋剂同属一线治疗。这一治疗过程中, 医生、家长和教师对 ADHD 儿童的家庭和学校环境进行一系列的改变, 诸如提供更有序的活动, 使儿童注意专心和避免精力分散。

行为治疗 (Behavioral therapy) 是把治疗的重点放在可观察到的外在行为, 应用“学习的原则”, 根据具体的治疗步骤改善非功能性或非适应性行为。所谓学习的原则是指一个个体的行为, 如果受“正性应答”, 如他人的鼓励或赞赏, 或获取满意的结果, 则该行为容易学习且能保持; 相反, 如果一个个体的行为

受到“负性应答”，如遭处罚或获取不快的结果，该行为就不易学习或保持，甚至可能放弃。

行为治疗的第一步是评价 ADHD 儿童的行为，获取信息；第二步是制订和实施行为方案。在第一步的行为评价中，治疗者首先要关注 ADHD 儿童的家庭功能问题。应当告诫其父母在与孩子的沟通中必须有自我控制，使儿童青少年必须意识到行为症状能自行控制，这是改变 ADHD 儿童不良行为的基本保证。因为只有不良行为控制后，ADHD 儿童才能开始学习新的和良好的行为。

为使行为治疗取得成功，应遵循两个基本的行为观念：①奖赏较惩罚更易使行为发生改变，前者可使儿童产生期望的行为，后者则使儿童产生不期望的行为；②行为治疗中，对可接受行为和不可接受行为的应答必须自始至终保持一致，不一致的应答方式可能强化负性行为。

概念和方法：

1. 正性强化法 (Positive reinforcement procedures) 或称阳性强化法。该方法以操作性条件反射为依据，强调行为的改变是由行为后果所决定的，用于矫正不良行为，建立良好行为。正性强化法即每当儿童出现所期望的行为，或一种符合要求的良好行为之后，采取奖赏的方法，立即强化，以增强某一行为出现的频率。

方法：

(1) 确认目标行为，了解该行为的基线水平。所设定的目标行为应该是儿童能客观控制，可观察到的，且能够反复进行强化。例如：确认儿童作业分心为目标行为，了解该儿童作业时间 20 分钟可不分心为基线水平。

(2) 选择有效的强化方式，包括：社会性强化，如赞扬或鼓励；活动性强化，如儿童所喜爱的游戏和活动；物质性强化，如玩具、物品、食物或钱币等。



(3) 制订行为矫正方案，每当目标行为出现时，立即给予强化。例如：儿童做作业 20 分钟内不分心，立即给予儿童所喜爱的强化物，并使儿童知道强化的具体行为，懂得该行为的结果。

(4) 当目标行为重复出现时，应逐渐延长作业时间，从原来的 20 分钟增加到 25 分钟，然后更长的时间，最终使儿童作业时间与上课的 35 分钟相匹配。

(5) 强化目标行为的强化物视该行为出现的频率而有所改变，当目标行为多次出现后，强化应以社会性强化为主，如赞赏、表扬、鼓励，使目标行为保持下来。

2. 暂时隔离法 (Time out) 即当 ADHD 儿童出现某种不良行为时，及时将该儿童隔离在一个单独的地方，利用隔离的这段时间，让儿童安静下来，懂得被隔离是因为自己的不良行为所致，需要改变这种不良行为。

方法：

(1) 设定某一不能被家庭或教师所接受的行为为目标行为，例如：ADHD 儿童的进攻性行为 (打人)。

(2) 当目标行为即打人出现时，将儿童置于一隔离处，如房间一角。

(3) 明确规定隔离的时间。年幼儿童一岁隔离 1 分钟，8 岁以上儿童，可达 30 分钟，少年儿童则可 1 小时。如果隔离时间已到，儿童仍然大喊大叫，则重新规定隔离时间，直至其安静下来。

(4) 当儿童不愿服从隔离时，告知其必须遵守，否则加倍延长隔离时间，并坚持执行。

(5) 实施该方法时要让儿童知道只有改变了该不良行为，他才会得到父母和教师的强化，否则，当进攻性行为再次出现时就要再次受到隔离。

(6) 对发育迟缓或智能迟缓儿童，应根据发育年龄规定隔离时间。

3. 消退法 (Extinction) 是通过停止对某不良行为的强化, 从而使该行为逐渐消失的一种行为治疗方法。该方法包含两个特征: 在行为之后停止维持该行为的强化物的供给; 该行为出现的频率下降。采用消退法时应当注意: ①积极关注和强化孩子日常的良好行为是消退法获得长期效果的前提; ②应通过行为功能分析确定使不良行为长期存在的强化物; ③通过去除不良行为之后的强化物消退患儿的不良行为; ④因坚决彻底地执行上述消退程序是消退法产生效果的保证, 因此, 所有与孩子有关人员都应该理解并坚决一致地执行该程序, 这样才能够有效地消退不良行为。否则有可能不仅不能消退不良行为, 反而会加重不良行为; ⑤理解可能出现的消退爆发现象, 即: 在开始实施消退法时, 不良行为会出现短暂性的增加现象。了解这种现象, 能够避免因早期可能的“治疗失败”而终止该治疗; ⑥消退不等同于忽视。消退是针对维持问题行为的功能或强化物而言, 只有当问题行为的功能在于吸引他人注意的时候, 忽视才等于消退。

4. 示范法 (Modeling) 是指为个体呈现一定的行为榜样, 以引起该个体模仿良好行为的治疗方法。儿童的许多行为是通过观察和学习而产生的, 模仿与强化一样, 是学习的一种基本形式。示范法包括: ①现场示范, 如让 ADHD 儿童在现实环境中, 观察其他儿童如何遵守课堂纪律; ②参与模仿, 如让 ADHD 儿童在观察示范儿童与同伴友好交流后, 还让他在指导下试着参与交流活动; ③电视或录像示范, 让儿童通过媒介的宣传和教育, 逐渐模仿良好的行为举止。在运用示范技术时, 应根据 ADHD 儿童的能力确定目标行为。示范过程中, 还需评估儿童的注意能力, 如果注意力尚能集中, 则可适当增加示范行为的呈现时间, 让 ADHD 儿童有较多的时间观看示范行为。在模仿行为产生后, 应记录并给予强化, 使所模仿的行为保持下来。

### 6.3.2 家长培训

ADHD 属于破坏性行为障碍的一种，其病态行为也可看作是固定下来的不良的行为习惯或行为模式。培养良好习惯或纠正不良习惯的具体办法不少，但总的理念不外乎在一定时间内通过正确的关注方式和奖惩措施把某种好习惯固定下来或把坏习惯去掉。这里着重介绍父母培训法，完全可由经过统一培训 (Training of trainer) 的儿科医生/儿保医生教授给家长。

美国俄勒冈大学卫生科学中心的 Constance Hanf 博士于 30 年前首先开展了父母培训，经过其学生 Russell Barkley 博士近 20 年的不断努力，形成了一套实用性很强的父母培训手册，通过循序渐进的步骤教给父母如何管理孩子的行为。针对 ADHD 儿童，该父母培训可大大地减少家长对儿童破坏性、不顺从性、难以接受行为的烦恼感，同时减少儿童的对抗性行为。这样，父母训练可以创造一种长期、持续的有益恢复健康的社会环境，让儿童逐渐展示他们具有良好行为的能力。这一方法的最突出优点是可以在日常生活中持续使用，易维持效果。在美国和加拿大已有超过 6000 名精神科医生接受了这一方法的培训，使百万家庭受益，大大改善了儿童的行为和亲子关系。

2003 年，刘津、王玉凤首次在国内对 30 例 ADHD+ODD 患儿的家长进行了为期 10 周的父母培训开放性临床试验。结果注意缺陷症状总数、多动冲动症状总数、ODD 症状总数显著下降；ADHD 及 ODD 病例数显著下降（分别下降 57% 和 80%）；家长压力问卷总分显著下降；家长对培训的主观评价较好。目前，作为“十五”国家科技攻关计划“儿童心理行为问题干预模式研究”项目的一部分内容，正在全国 6 个研究中心对 ADHD 合并 ODD 的患儿进行单纯哌甲酯与父母培训联合哌甲酯治疗的随机对照试验。

父母培训的家长读本已获得作者授权，翻译并在国内正式出

版。培训者用手册也有内部用书。并有全套约 200 张培训用幻灯片。

培训对象为管理以下儿童的成人：

- 2~12 岁之间；
- 语言发育正常；
- 无攻击行为或无严重的破坏行为。

如有以下情况，则不要试用本方案：

- 语言发育水平低于 2 岁儿童的平均水平；
- 已经 13 岁或更大；
- 有攻击行为或严重的破坏行为。

培训内容：共分 8 个循序渐进的步骤，有理论，更多的是可操作的方法和技巧。

培训方式：给父母每周上 1.5 小时理论课，布置家庭作业，让父母回去试用所教方法，并做好记录。下次上课检查作业，在实际操作中如发现问题，可进行进一步指导或讨论。

该培训内容丰富，作为培训者既要有理论知识，又要有一定的实际经验，尤其要准备回答家长现场提出的各种问题。因此，培训者自身需要接受统一培训后方可针对家长实施该培训。现将该培训方法极为简要地介绍如下：

1. 第一步：了解孩子产生不良行为的原因

本步骤的培训目标是：

(1) 教育父母关心引起孩子行为问题的原因。

(2) 促使父母找到家庭中可能导致或促发孩子产生行为问题的因素。

(3) 鼓励父母开始在家庭中针对这些因素采取干预措施。

虽然家长对孩子出现行为问题的原因看法不一，但我们希望家长了解的原因大致可分为：①孩子的特点：如一些儿童天生就具有某种发展为破坏性行为和精神病的心理特征，可伴有不同程度的注意缺陷、冲动和易激惹，或在发育早期就表现出难抚养型

气质；儿童的外貌、运动协调性、力量、精力和总的体力在某种程度上也影响其与他人的交往；儿童的发展能力会成为他出现行为问题的危险因素。②父母的特点：如人格气质特点、心理障碍、躯体特征或残疾、发育障碍等。③家庭应激事件：如与家长的个人问题相关的应激原、婚姻关系、健康问题、经济问题、夫妻一方或双方的职业、亲属或朋友的问题，以及家中兄弟姐妹带来的问题。④各因素的相互作用。

## 2. 第二步：对孩子的正确关注方式

本步骤的培训目标是：

(1) 教育父母，使他们了解他们与孩子的交流方式可极大地影响孩子的行为动机。

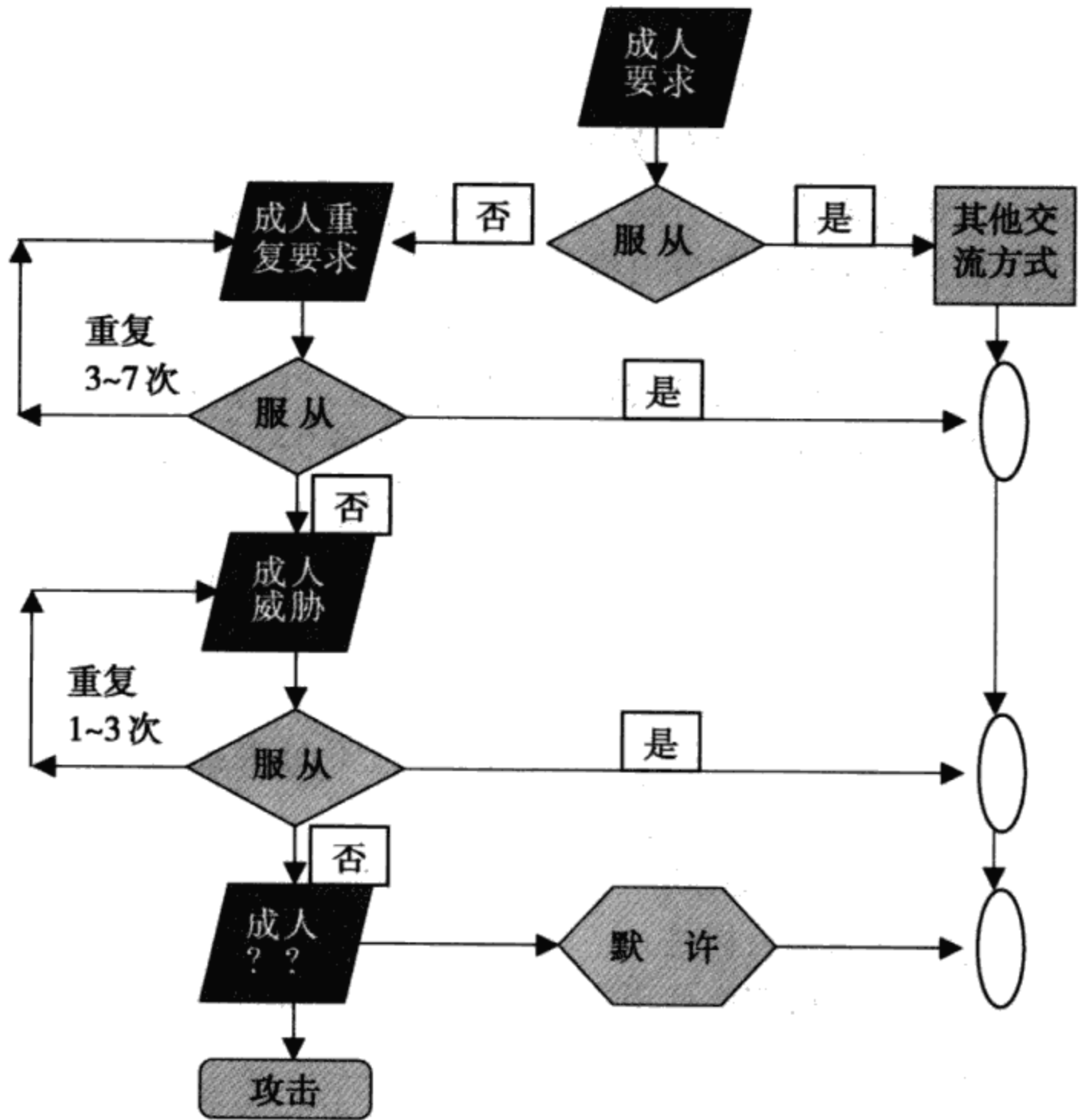
(2) 训练父母关注孩子的好行为、不理睬孩子问题行为的方法。

(3) 要求父母在一周的时间内，在家中练习这些不同的关注技巧。

(4) 在家长和孩子间开始建立更积极的相互交流的方式。

关注技巧的理论基础涉及正性强化和负性强化两个概念。正性强化指采用某种行为后得到了好处，这种行为就得到强化。负性强化指采用某种行为后避免了坏处，这种行为就得到强化。正性强化和负性强化都是中性的概念，能产生好的或坏的结果。在现实生活中，成人对孩子的关注方式往往不正确，造成的后果很严重，一是培养了孩子的对抗行为，二是使孩子产生不安全感，三是使孩子失去了行为准则。

成人在管理儿童行为时的一般模式见下图。这几乎是放之四海而皆准的世界通行模式。实际上，如果成人提出了要求，而儿童没有马上服从，就说明成人在对儿童的行为管理上存在问题。



如果成人不知道如何正确地关注孩子，可以建议他们先每天抽出 15~20 分钟和儿童一起玩，并且是让孩子决定玩什么、怎么玩，成人不要在旁过多指导，只是观察他，在他表现好时表扬他。

### 3. 第三步：增强儿童的服从性

本步骤的培训目标是：

(1) 培训父母，使他们能利用有效的关注技巧让孩子对家长的要求更服从。

(2) 增加家长对孩子行为要求的有效性。

(3) 增加家长对有效关注技巧的使用，使孩子能独立服从地

玩耍。

(4) 当孩子在家中及邻居家时，加强家长对其行为的监管。

教给家长如何发出有效的指令。其技巧包括：直截了当地发出指令；将复杂的指令分解为几个简单的指令；家长应该和孩子有直接的目光接触；在发出指令前应该减少周围环境中能明显分散注意力的事物；必要时让孩子向家长重复指令的内容；家长设定时间限期，并对需要持续精力的任务设立“任务卡片”。

设立服从性训练时间段，每次应该持续 3~5 分钟，在一天中应该至少进行 2 次或 3 次。在这些时间段中，家长应该让孩子执行一系列简单的要求，每一项要求只需要孩子付出微弱的努力，然后家长表达出对孩子服从性的关注、表扬和奖赏。

为了让孩子不打扰家长，家长需要在自己准备要忙碌的时候给孩子布置任务，然后边干自己的事边不时表扬孩子的独处行为。

4. 第四步：当表扬亦无效时，用扑克牌和奖励分  
本步骤的培训目标是：

(1) 通过实施家庭代币方案，建立给孩子服从性奖励的正式系统。

(2) 增加家长对孩子的服从性和恰当社会品行的关注和促进。

(3) 减少家长对孩子的专横管理。

对 4 岁及以上的儿童，可以采取代币奖励制度。大致方法是：4~7 岁的儿童使用扑克牌，8~12 岁的儿童用奖励分，即规定儿童如果能完成什么样的任务即奖励多少面值的扑克牌或分数，每天一统计。然后，拿出 2/3 的总分让儿童花费在每天的娱乐或享受上，留下 1/3 存起来到周末花或留待得到一个很大的奖励，如去春游、秋游。

家长需要制定奖励表、任务表、挣分表和花分表，并建立账本。

## 5. 第五步：隔离和其他惩戒方法

本步骤的培训目标是：

(1) 将惩罚方式引入家庭代币系统，对孩子的不顺从和不恰当社会品行进行处罚。

(2) 培训家长使用有效的“隔离”方法，作为对孩子某种错误行为的惩罚。

代币制实行 2 周后，如果做得不好就可以倒扣分。有些情况下，倒扣分会带来一个问题，即“惩罚螺旋”。其净效果是随着儿童不良反应的逐步升级，成人的惩罚会螺旋上升，儿童受惩罚的量会比他希望赢得的量要多，结果儿童对该方案丧失了兴趣。这种进退两难的处境可以通过成人遵从如下规则得以解决：通过代币系统儿童受到一次惩罚，然后如果出现不良反应，那么把儿童“隔离”。方法是让儿童坐在椅子上或站着，至少按 1~2 分钟/1 岁的比例完成“最短服刑期”，并且还要至少安静 2 分钟，答应按照成人的要求完成任务才能结束隔离。

## 6. 第六步：预见问题——在公共场所监管儿童

本步骤的培训目标是：

(1) 训练家长将以前所授方法加以修改并用于公共场所。

(2) 教给家长“大声想——想在前”的四步法，以预先想到并减少孩子在公共场所的行为不当。

(3) 训练家长在孩子参加可能出现行为不当的活动之前，就使用这一四步法。

“大声想——想在前”方法的四个基本部分为：进入公共场所前先停下来给孩子制订应该遵守的规则；给孩子服从指挥的动力；说明不服从的惩罚方式；给孩子布置一项活动或任务去做。可以应用到各种家长预见到孩子有可能出现行为问题的场合。

如果在公共场所需要被隔离，在地点的选择上很有讲究。隔离终止的条件与在家里时一样。



## 7. 第七步：改善儿童在幼儿园/学校的行为——幼儿园/学校行为日报卡

本步骤的培训目标是：

(1) 与家长一起总结孩子在幼儿园/学校有可能表现的行为问题的实质。

(2) 指导家长使用孩子的幼儿园/学校行为日报卡。

针对孩子在课堂上和课间休息时的不良行为，可以设计出课堂行为或课间行为的日报卡。然后请老师每天评分。家长每天晚上尽早地检查卡片，将老师的评分换算后纳入家庭代币制奖罚系统，以通过家长在家里的努力，改善孩子在学校的行为。

## 8. 第八步：解决将来的行为问题

本步骤的培训目标是：

(1) 鼓励家长思考孩子将来可能出现的行为问题，以及如何利用所学方法解决这些问题。

(2) 如不再使用其他方法，让家长做好结束治疗的准备。

讲解家长如何开始记录孩子出现的新的行为问题，7~10天后复习这些记录以明确家长是否又犯了普遍存在的错误。然后，家长们要改正其任何错误。如果这样不能改善行为，家长就应该对这种特殊的行为问题采取代币制的奖励和惩罚措施。

### 6.3.3 学校干预

学校干预是对 ADHD 儿童治疗的一个重要部分。正如美国儿科学会 (AAP) 的关于 ADHD 儿童临床诊疗指南所说，医生在治疗学龄期 ADHD 儿童时不能孤立地工作。与家长、老师和其他学校工作人员的及时沟通是必需的，以监测疾病的进展和治疗的有效性。家长是治疗计划中最重要的合作人员。心理学家、儿童精神病医生、教育学专家、儿科医生和其他精神卫生专业人员治疗服务的整合有利于 ADHD 儿童治疗的顺利进行。这个指南在建议 2 中提出了医生、家长和学校合作的目标，治疗的首要

目标应该是最大程度地改善患儿的机能。希望得到的结果包括：

- (1) 改善与家长、兄弟姐妹、老师和小伙伴间的关系；
- (2) 减少破坏性行为；
- (3) 提高学习成绩，尤其是工作量、效率、完成程度和准确性；
- (4) 增加自我照顾和家庭作业的独立性；
- (5) 改善自尊；
- (6) 提高生活安全性。

为了实现上述目标，使 ADHD 儿童的治疗在学校里得到更多的支持，促进他们健康成长，特提出以下建议：

#### 6.3.3.1 配合药物治疗，对 ADHD 儿童进行综合干预

ADHD 症状本身就是一种综合征，具有很大的异质性，就其形成原因有生理的、社会心理的。单一的治疗只能解决其某一方面的问题。特别是 ADHD 儿童，他们平时置身于学校的学习环境，会因注意缺陷多动症状，而引发许多其他的问题，诸如人际交往的问题、学习困难问题、自尊自信问题、情绪困扰问题等等。因此，需要采取综合干预的思路，整体地改变 ADHD 儿童的行为模式和心态，从而达到更好的治疗效果。

综合干预一则符合儿童心理和行为发展规律；二则可以整合医学界、学校和家庭的辅导资源。

综合干预包括对 ADHD 儿童的行为矫正、自我控制与注意力训练、学习辅导和家庭干预指导。从国内目前已经开展的综合干预研究看，这项干预计划不仅是可行的，也是有效的。综合干预由学校心理学家、医生、学校教师与患儿及家长共同制定一个系统的干预方案，主要包括行为训练和家庭干预指导。行为训练：它通过个别辅导和团体辅导，提高 ADHD 儿童自我控制、自我调节和问题解决技能。家庭干预指导：为了保证干预的连续性，除了在学校里采取干预措施，家庭干预是综合干预的重要组成部分。

### 6.3.3.2 对 ADHD 儿童进行个别辅导

根据每个 ADHD 儿童的实际情况，制定个案辅导计划，将他们比较突出的行为问题列为目标行为进行干预，以增强他们的良好的课堂行为，减少不恰当课堂行为。

行为矫正经常采用正强化和负性后果承担的方法。

正强化包括赞扬、实质性奖赏和代币制等。正性强化物有糖果、饼干、巧克力、粘纸、饮料、冰激凌、玩玩具、看动画片、送玩具、送动画片、外出活动等。当 ADHD 儿童安静地坐在位子上或者专注于做作业时，教师应该及时表扬和关注，如口头赞扬、微笑、点头和轻拍儿童的背部等。当儿童出现不恰当行为时则不给与正强化。当儿童正确完成了课堂作业也可以给以实质性奖赏，如可以让儿童有额外的自由活动时间。代币制是一种系统的正强化，ADHD 儿童表现出良好行为就可以获得分数、纸牌筹码、五角星、红花、贴纸等，儿童可以用得到的代币换取实质性奖励。

负性后果承担包括斥责、反应代价和情境隔离技巧。反应代价是指儿童出现不恰当行为时剥夺强化物，包括终止他正在享受的权利或喜爱的活动。这种策略常常结合在代币制中使用以减少破坏性行为，即因为良好行为而获得分数、因为不良行为而扣掉分数。有关材料证明，对 ADHD 儿童的行为治疗中，反应代价策略比斥责更为有效。情境隔离技巧对于有攻击性和破坏性行为的 ADHD 儿童常常是有效的。情境隔离具体做法有短时间隔离在单独的地方，面壁而坐，离开游戏场所等。

运用行为矫正方法对 ADHD 儿童进行干预的具体策略如下：

(1) 提出适当要求，根据各个 ADHD 儿童的特点，提出具体的目标行为。例如：上课不要随便离开座位；上课不要随便讲话；上课不要做小动作；回家作业不要拖拉等。

(2) 制定强化方案。一般可以采用代币制，也可以直接给以强化物。要求家长和患儿共同参与方案制定，家长参与强化方案

的执行。

(3) 对于精力过分充沛的儿童，可以让他多参加体育活动或者劳动，引导其释放精力。

(4) 课堂里教师注意鼓励 ADHD 儿童积极的课堂行为，逐步增强其行为控制能力。例如：当他们积极举手发言、认真思考、安静地看书等时，老师应该及时表扬、鼓励，或者给以原定的代币奖励，以逐渐延长其集中注意力的时间。

(5) 培养 ADHD 儿童良好的生活习惯，帮助他们遵守学校的作息时间表，督促其自我管理，培养其有规律的生活习惯，同时在家中也要按时饮食起居，有充足的睡眠时间，老师帮助他们制订完成作业的计划，将作业排排队，想好先做什么，后做什么。

(6) 帮助 ADHD 儿童建立自尊，在班级里老师引导同学们用宽容和理解来看待 ADHD 儿童，和他们做朋友，一起游戏学习，提高他们在学生群体中的地位，使他们找回自己的自尊，消除他们所存在的紧张心理，帮助他们提高自控能力。

#### 6.3.3.3 对 ADHD 儿童进行团体辅导

团体游戏辅导的目的在于通过同质群体的游戏活动，提高 ADHD 儿童的自我控制能力和集中注意能力。有关研究表明，团体辅导活动对于 ADHD 儿童的行为改变有一定的迁移作用，即不仅提高了他们注意力状况，而且还改善了动作协调、语言表达和学习成绩等等。

每周可以进行三次团体游戏辅导，每次 45 分钟（一般可以利用中午时间），通过游戏活动，增强儿童的注意力和自我控制能力。

团体辅导活动的设计应该体现针对性、趣味性和多样性的特点，并运用鼓励性评价手段，以增强 ADHD 儿童积极参与辅导活动的动机，提高团体辅导的有效性。

#### 6.3.3.4 对 ADHD 儿童家庭的辅导

家长是治疗 ADHD 儿童的重要资源，学校可以帮助医生做

以下工作：

(1) 为有关家长开设讲座，普及 ADHD 儿童教育干预的知识。这些知识包括：ADHD 儿童与一般儿童的区别和特点；ADHD 形成的原因；ADHD 对儿童各方面发展的影响；ADHD 儿童治疗的一般方法；正确认识药物治疗的作用；家庭和学校如何配合医生进行治疗等。

(2) 让家长参与 ADHD 儿童个别辅导计划的制定，根据个别辅导计划，在家里对孩子的行为训练做好记录、督促和实施奖励规则。

(3) 家长与孩子共同参与与提高注意力有关的游戏活动。学校团体辅导的部分活动内容可以在家庭开展，学校心理辅导教师可以对家长进行一定的指导。

(4) 学校组织家长进行不定期的经验交流分享。有成效的家长经验更有利于其他家长去学习，这是可贵的辅导资源。

(5) 学校心理辅导教师和班主任进行定期随访，以了解 ADHD 儿童治疗进展情况。

#### 6.3.3.5 对于接受药物治疗的 ADHD 儿童的服务

学校可以请医生对教师进行 ADHD 常识性讲座，以便让教师对于药物治疗有所了解，知道常用的药物、这些药物的效用，以及可能产生的副作用。

对于需要在学校服药的 ADHD 儿童，家长如希望得到学校的帮助，可以与学校联系并签定同意书，可以由学校卫生室教师监督他们服药，并做好相关记录。

对于服药的 ADHD 儿童，学校要注意保密，要注意维护学生的自尊。

#### 6.3.3.6 ADHD 儿童的课堂管理与安置策略

教师要向 ADHD 儿童讲清具体的课堂规则，并强调它应该是每个学生必须遵守的。鼓励和强化学生积极的课堂行为，并对违反规则的行为进行处罚。

合理的教室环境安置有助于改善 ADHD 儿童的课堂行为。例如：可以把 ADHD 儿童的座位安置在靠近老师的位置，可以得到老师经常的关注和强化。

在 ADHD 儿童周围应该尽量安排些行为表现良好而且又不容易受到负面影响的学生，给 ADHD 儿童以榜样示范。

对于每节课的课堂安排和组织，教师应当在教室里张贴一日计划表和课堂规则。为学生提供一些视觉提示是有帮助的，如使用手势信号，张贴颜色鲜艳的彩色张贴以提醒儿童注意自己的行为。

教学安排和学习任务布置要增加新颖性和趣味性。在向 ADHD 儿童布置学习任务前，教师首先要保证学生应该理解题意。如果需要，教师应该重复题目的要求。同时，应该确保这些学生在听教师布置任务时注意力集中。

#### 6.3.3.7 ADHD 儿童的早期识别和转介

早期识别 ADHD 儿童可以进行早期干预，一方面可以降低治疗的难度和成本，提高治疗的效果；另一方面能够减少 ADHD 问题对儿童其他方面的负面影响（诸如行为问题、学习困难、人际交往问题等等）。早期识别主要在小学一、二年级进行（也可以在幼儿园进行），可以从课堂行为、作业情况观察着手。

课堂行为具体包括以下几个方面：

(1) 课堂学习中反应迟缓，这有可能是理解知识发生困难，也有可能是注意力不集中等；

(2) 记忆效果差，这有可能是对知识组织、编码、复述和精细加工等方面的问题，也有可能是注意缺陷问题；

(3) 注意力涣散，表明儿童在感受、选择信息方面有困难，或者是自我控制能力较差；

(4) 解题或回答问题思路混乱，表明儿童对课堂活动投入不够，或者是根本不理解问题，有较多的知识缺陷，或者缺少解决

问题的技能和策略等；

(5) 行为问题。课堂上屡屡违纪或干扰别人，ADHD 儿童常常伴有课堂不安静行为。

作业表现，可以观察儿童做作业时注意集中时间是否持久；做作业时间是否拖拉；是否边做作业边做其他事情等。

如果学生在相当一段时间（几个月或半年以上）出现上述某些行为，则可以进一步对其进行 ADHD 诊断。

教师应该了解初步识别 ADHD 儿童的方法，有条件的学校，班主任可以请心理辅导教师进一步鉴别，将符合 ADHD 症状的儿童转介到医院治疗。

#### 6.3.3.8 对于不同类型 ADHD 儿童的特殊干预策略

ADHD 儿童有多动、注意力分散或者冲动等问题，不同问题应该采取不同的策略。

(1) 多动/冲动为主型：矫治多动的目标是让学生这种过剩的精力通过一些合理的行为来得到释放。例如：可以让他们替教师去办公室拿东西，把某些东西拿到别的教室等。如果学生在座位上表现出多动，教师就应该做一个事先约定的手势提醒他，不必公开批评，以给学生一个可以改正的机会。

冲动是很难在课堂中矫正的一个行为问题。教师要努力让学生学会等一等再行动。教师可以让 ADHD 儿童在桌上放一张纸用来记录他所想的问题、想说的内容，或者只是在上面随便的涂鸦，直到老师有空来接待他们。这里有两种较好的方法可供选择。一种是规定一个时间段，一定要过了这个时间才可以找教师。另一种是让学生通过给教师写纸条的方法，让他把要说的话写下来告诉教师。对于爱插嘴的学生，教师可以用特定的手势让学生意识到自己又插嘴了。

(2) 注意障碍为主型：教师可以将学习任务分解成在不同时间内学习的小单元。对于 ADHD 学生每次布置任务可以少些，回家作业也要相应减少。尽可能让他们与其他同学一起学习，可

以获得同学的帮助，并且尽量提高学习任务的趣味性，以吸引他们的注意力。

如果有的 ADHD 儿童很容易被一些不相关的声音吸引而分心，他就应该被安排在教室里最安静的区域就座，远离窗户、门等。如果有的 ADHD 儿童很容易受到无关视觉刺激的影响而分心，教师就应该尽量减少这些无关刺激。如果有的 ADHD 儿童很容易沉浸在自己的想法中而不听讲，教师可以让他们坐在讲台边。这样教师可以利用小声提示或者特定的手势（例如，摸摸他的头、拍拍他的肩），帮助他们从自己的沉思中走出来继续专心听课。

## 6.4 综合治疗

由于目前有关治疗 ADHD 的方法和信息太多，有些不准确的信息通过媒体、互联网及其他途径广泛传播。因此，正确的治疗信息和治疗的合理选择是非常重要的。特别是如何有效地根据症状的严重程度合理选择综合治疗措施。

美国儿科学会出版的 ADHD 官方综合治疗指南一书中指出“治疗 ADHD 必须在诊断明确和不明确儿童之间划条线，只有诊断明确的患儿才需要治疗。它更像治疗喘病，症状轻者不需要治疗或需要轻微的治疗，重者需要药物和积极的综合治疗。”

因此，如何选择 ADHD 的综合治疗措施是非常重要的，但是也是比较困难的。首先必须确定综合治疗的概念和各种治疗的价值，然后才能合理地应用有效的综合治疗。

### 6.4.1 综合治疗的概念

当开始制定一项治疗计划时，必须牢记一个重要的事实：没有任何一项治疗方案是一成不变的。因为 ADHD 的症状可能会随着时间而发生变化，患儿在生活的不同阶段有不同的治疗目



标，因此需要不同的治疗形式和治疗方法。同时患儿可能会对治疗产生不同的反应，医生在选择最佳治疗方案前可能会尝试不同的治疗方法，而一种方法对于某些患儿有效，对另一些患儿则可能无效。因此，需要运用多种方法对患儿进行治疗，这就形成了综合治疗的概念，即：根据患儿的病情和具体需要，合理选择并综合运用药物治疗、心理行为治疗或个体化教育项目等治疗方法，对患儿进行全面的干预，从而最大程度地改善患儿的症状及社会功能。

在对患儿进行综合治疗前，首先必须确定综合治疗中的各种治疗方法科学有效，如前面介绍过的各种治疗方法。综合治疗的关键是将这些治疗方法根据症状特点合理地予以选择。

#### 6.4.2 综合治疗的实施

前面已经介绍了 ADHD 儿童综合治疗研究组 (MTA) 的为期 14 个月的随机、多中心的临床试验。药物治疗组和联合治疗组的改善较强化行为治疗组和规范化集体支持治疗组显著。联合治疗或单独药物治疗对 ADHD 的核心症状都有改善，然而，联合治疗可能对非 ADHD 的症状（例如：对抗和攻击症状）有更好的效果。虽然这一研究主要以 ADHD 核心症状的缓解状况为评估标准，而 ADHD 的慢性状态及其他共患症状的缓解可能更为复杂，但是，考虑患儿的整体情况，综合地予以干预非常重要。因此，应该遵循“急则治标，缓则治本，标本兼治”的原则，对 ADHD 儿童进行综合治疗。多数情况下，急性初期应该以药物治疗为主，合并心理行为和家庭治疗；而慢性缺损或共患行为和情绪障碍时，则需要联合应用更多的治疗方法。如此，患儿才能取得较好的疗效。

临床实践已证实下列综合治疗方法科学有效，值得推荐。

治疗目标	综合治疗方法
ADHD 的慢性状态	家庭治疗：对患儿父母进行治疗知识的培训 团体治疗 强化儿童和青少年对治疗合作的自我管理 对治疗目标和计划实施的监测
ADHD 的核心症状 (注意缺陷、冲动、多动)	兴奋剂治疗（主要推荐药物） 有效的行为治疗 托莫西汀、三环类抗抑郁剂或安非他酮治疗 个体化的教育项目
对立违抗行为和严重的品行问题	行为矫正和控制：包括对父母的训练及学校行为管理 给予适合的药物治疗 个体化教育训练
抑郁、焦虑和情绪失控问题	认知行为治疗 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂或其他抗抑郁剂
家庭功能明显缺陷 学习和语言障碍	家庭治疗 个体化训练：特殊教育 创造轻松的学习环境 强调个体化的学习，包括语言能力培养和学习技巧训练

## 6.5 成人注意缺陷多动障碍的治疗

### 6.5.1 治疗目标和计划

成人 ADHD 治疗的首要目标是改善 ADHD 的主要症状，最大程度地改善患者的功能缺陷，提高患者在社会生活、工作及人际交往中的能力。治疗目标应该是现实的、可达到的和可评价的。具体包括：

- (1) 改善注意分散，减少冲动及破坏性行为；
- (2) 提高工作效率及按时完成任务的质量；

- (3) 改善与家人、同事、上司的关系，提高社交技巧；
- (4) 改善自尊，减少挫折感；
- (5) 提高生活质量，自我管理情绪，合理安排生活。

要建立与之相应的治疗计划及治疗联盟，并由患者、配偶或其他家庭成员、医生共同参与形成治疗方案。有效的治疗方案应该是包括药物治疗和社会心理行为干预的综合模式。

## 6.5.2 药物治疗

药物治疗是成人 ADHD 的重要治疗方法。虽然目前对成人 ADHD 的药物治疗经验尚不足，但已经证实对儿童治疗有效的药物同样也适合成人 ADHD 的治疗。

### 6.5.2.1 中枢兴奋剂

中枢兴奋剂是治疗成人 ADHD 的重要药物，其总有效率为 60%~80%。Spencer T 等 (2001) 曾通过随机双盲安慰剂对照交叉试验评价苯丙胺治疗 27 例符合 DSM-IV 诊断标准的成人 ADHD 患者的疗效，发现其疗效明显优于安慰剂对照组（苯丙胺组有效率为 66.7%，安慰剂组仅为 3.7%， $P < 0.001$ ）。

兴奋剂的具体种类、使用方法、药物不良反应请参见 6.2 注意缺陷多动障碍的治疗药物。匹莫林同样不推荐用于成人 ADHD 的治疗。

因短效兴奋剂作用时间短暂，因此在使用兴奋剂进行治疗时，开始可用短效兴奋剂，待达到合适的治疗剂量及治疗时机后，如有必要，可根据患者实际情况考虑换用长效兴奋剂，从而更好地改善患者全天的学习和工作功能，同时减少兴奋剂的用药次数。但多数服用缓释剂型的成人患者在夜晚时还要服用速释的兴奋剂。

一般情况下，在服用兴奋剂期间不需要进行血压监测，但对于伴有高血压的患者，在使用兴奋剂治疗初期需密切监测血压波动情况。

兴奋剂治疗的主要缺点在于作用周期短，有致成瘾可能性，且由于成人患者自己掌管药物，易产生遗漏服药、对一天多次服药的依从性欠佳等问题。因 ADHD 的核心症状影响着患者家庭、日常生活、职业工作、人际交往等多方面功能，故理想的治疗不仅是在患者每日工作或学习的 8 小时内起作用，而且在患者与家人在一起行使家庭职能时也能起作用。家庭成员及其他人的支持、提醒可能帮助患者提高应对能力，临床医生也应及时获得来自患者及其家人、亲属的反馈信息，合理评价疗效反应，适时调整治疗计划。

### 6.5.2.2 其他治疗药物

#### (一) 托莫西汀

托莫西汀由美国礼来公司生产，是第一个获得 FDA 批准的用于治疗成人 ADHD 的非兴奋剂类药物。该药治疗的有效性和安全性均较高。Michelson D 等 (2003) 研究发现该药可显著改善注意分散、多动、冲动症状，同时具有中等程度的抗抑郁作用，能有效减轻共患的焦虑抑郁症状。

托莫西汀的具体使用方法和不良反应请参见 6.2 注意缺陷多动障碍的治疗药物。

与兴奋剂比较，托莫西汀的优点在于：长作用周期，反跳风险小，导致抽动或其他精神病的风险小，耐受性好，安全性高，无潜在药物滥用性，投药方便，可口服 1~2 次/天，易于处方管理。有研究提示，该药的临床疗效与体重相关，成年人用药剂量一般要高于儿童，其最佳有效剂量可能为 0.9~1.2mg/(kg·d)，临床上通常的应用剂量为 60~100mg/d。

#### (二) 抗抑郁剂

最早应用抗抑郁剂治疗成人 ADHD 的研究是 Wilens 等人的报道，他们应用去甲丙咪嗪与兴奋剂和其他精神药物合并使用治疗成人 ADHD，取得一定疗效。还有 9 个研究对三环类抗抑郁药治疗 ADHD 的疗效进行了仔细分析 (6 个研究评价了去甲丙

咪嗪，3个研究评价了丙咪嗪），结果均显示三环类抗抑郁剂可有效治疗 ADHD。尚有4个研究比较了三环类抗抑郁药与哌甲酯的疗效，结果显示患者对二者的反应没有差异，或兴奋剂稍优。三环类抗抑郁药作用时间比短效兴奋剂长，不存在行为反跳作用及可能的物质滥用风险。该类药物1~2周后开始起效，通常为了取得更大、更持久的疗效，治疗剂量较高。因三环类抗抑郁药作用机制复杂，可能影响中枢神经系统多个神经递质，不良反应较多，因此，需注意药物不良反应的监测，尤其是心脏方面不良反应的监测。对于有心脏传导异常史的患者，三环类抗抑郁药应慎用。

单胺氧化酶抑制剂（MAIO）也曾用于儿童和青少年 ADHD 的治疗，一个小样本临床对照研究显示单胺氧化酶抑制剂 Selegiline 能有效改善 ADHD 患儿的学习能力和在课堂上的行为表现。但在治疗成人 ADHD 的研究中尚未得出一致性结论。且由于 MAIOs 副反应较大，易受饮食影响，药物间相互作用较多，故目前临床应用很少。

安非他酮为一类非典型儿茶酚胺能抗抑郁药，有类似兴奋剂作用的特性，其化学结构与苯丙胺相似，但不存在滥用可能性，且无镇静嗜睡作用。近来的临床对照试验证实该药能够有效治疗成人 ADHD，同等剂量药物在改善抑郁症状的同时也能有效改善 ADHD 症状。该药通常耐受良好，有些患者服用后出现坐立不安、失眠、头痛、恶心、出汗等副反应。有诱发癫痫的报道，不能用于贪食症或既往曾有癫痫发作的患者。

文拉法新（Venlafaxine，博乐欣 Effexor，Effexor-XR）治疗成人 ADHD 的有效性存有争议。有开放性试验研究表明博乐欣能够有效治疗成人 ADHD，但临床对照研究并未得到同样结果。因此，到目前为止，文拉法新并不推荐用于治疗成人 ADHD 的治疗。

当兴奋剂或托莫西汀（Strattera）疗效不理想或者不能耐受

时,可考虑应用抗抑郁剂进行治疗。对于合并抑郁症状的 ADHD 患者,可首选抗抑郁剂。抗抑郁剂通常能较好地改善多动、注意分散症状,但对冲动症状改善不明显。有文献报道抗抑郁剂在改善兴奋不安、注意缺陷、冲动性症状方面疗效与中枢兴奋剂相当。但也有研究认为抗抑郁剂除了能够改善心境恶劣外,其总体疗效不如中枢兴奋剂和托莫西汀。抗抑郁剂常单独或与中枢兴奋剂合并用于 ADHD 的治疗。

### (三) 抗高血压药

$\alpha_2$ -去甲肾上腺素能受体激动剂可乐定和 Guanfacine 能够增加神经末梢中去甲肾上腺素的含量,改善 ADHD 症状,因此适用于合并有冲动、攻击行为及不能耐受中枢兴奋剂治疗的 ADHD 患者。因可乐定改善冲动、多动、激惹症状比注意障碍显著,故往往与抗抑郁剂或兴奋剂合用。此外,可乐定和 Guanfacine 还能减少 Tourette's 综合征的抽动症状。

可乐定作为二线药物,在儿童和青少年病例中研究应用较多,目前在成人中研究报道较少,其疗效尚有待于进一步观察。可乐定最常见的不良反应是镇静嗜睡、低血压、头痛、头晕、胃部不适等,罕见情况下,会引起心律不齐,对于有低血压和心脏病史及相关的家族史者应禁用。可乐定与兴奋剂合用,可减少兴奋剂的不良反应,如失眠、行为激惹等。但关于两者的合用,目前尚有争议,因有两药合用导致患儿猝死的报道,但并不能因此确定死因与合并用药有关,且随后又有一些研究认为两药合用是安全的。为慎重起见,临床上合并使用两药时,应常规进行血压监测和心电图检查,注意有无心律失常等情况的存在。

### 6.5.3 社会心理干预

心理治疗是整个治疗计划中非常重要的一个组成部分,许多研究均证实了心理治疗对于成人 ADHD 的有效性。心理干预方法主要包括行为治疗(包括环境干预和职业技巧训练)、个体心

理治疗、家庭治疗。

#### 6.5.3.1 行为治疗及行为干预策略

行为治疗代表一组特异的干预方法，其治疗目的是通过对患者的行为予以正性或负性强化，改变患者不适应性行为，使其学会自我管理和自我控制，重塑新的有效的行为，改善其社会功能。尽管行为治疗有一套共同的原则，但它也包括不同的技术和许多策略，通常将各种技术和策略相结合组成一个综合治疗计划。主要策略为：

(1) 个体认知行为治疗，提高患者的自尊感：主要内容有：帮助患者了解其行为特征，学习如何去解决问题，预先估计自己的行为可能带来的后果，克制自己的冲动行为，帮助建立恰当的行为方式，纠正原有的认知缺陷，从而避免不良行为的重复发生，减少挫折感，改变自我的负性认知模式，重新建构新的适应性的行为及思维模式，提高患者的自尊感。

(2) 放松训练，应激管理：ADHD 患者因对应激高度敏感，自我控制力差，易产生冲动攻击行为，导致人际关系紧张，患者为此常常事后后悔，引起情绪不稳、焦虑抑郁、挫折感。可通过行为放松训练，如深呼吸、渐进性放松技术，指导患者如何调整稳定情绪，减少焦虑和应激反应。在情绪爆发、欲产生冲动行为时，让患者在心里默数 1 到 10，使自己镇定下来，以控制冲动情绪。

(3) 行为指导训练，教会患者管理家庭和工作活动的策略：主要是教导患者学会计划编制 (planning)，合理组织安排生活。鼓励患者制定日常生活计划表，给患者布置作业，要求患者遵循计划完成任务，以提高时间管理效率。可以利用电子定时器或闹钟等工具，为计划表中的任务设置“闹铃”，定时地提醒患者应该完成的计划事件，减少患者因疏忽健忘、注意分散所致的目的性任务完成困难。这对于组织管理困难 (Organizational difficulty) 或学习能力不足 (Learning disabilities) 的 ADHD 患者来说，是

一个十分有效的管理方法。

(4) 职业指导训练：由经过专门培训的有经验的职业辅导老师定期指导患者，帮助患者确立合理的职业理想目标，发现自己职业表现中的不足，帮助分析产生问题的原因，通过具体实践，来检查、调整治疗指导策略，以达到促进患者提高工作能力，建立良好的工作关系，改善职场工作表现的目标。

#### 6.5.3.2 个体心理治疗

个体心理治疗并非指一种特殊的治疗技术，而是就心理治疗所采用的形式而言的。成人 ADHD 患者往往存在自卑、挫折感、高失业率、人际交往困难等问题。个体心理治疗关注患者这些症状的核心问题——自我价值，采取内隐取向治疗、认知行为治疗等方法和技术，帮助患者识别与 ADHD 相关的不恰当的认知及行为，提高患者自我管理工作能力，提高自信心和社交技能。

#### 6.5.3.3 集体心理治疗

要求患者在集体中无拘无束地暴露自己的感受和体验，同时接受其他病人的评论，学习其他病人的良好示范，从集体中获取经验，建立能获得帮助的支持性系统，促使患者社会功能康复。集体心理治疗常采用心理剧的技术，如角色扮演技术，使患者能设身处地地体会不同“角色”的思想和感受，更加客观地看待自己的行为 and 反应。

#### 6.5.3.4 家庭及夫妻治疗

成人患者由于其症状，如遗忘应当对家人承担的责任，一时冲动性的言行，情绪爆发等，常常面临家庭职能受损，引起婚姻关系紧张，造成与家庭成员间的冲突。家庭治疗（夫妻治疗）通过鼓励患者与配偶和家庭成员的沟通，提高其社交沟通能力，教会解决冲突的方法和技巧，并教育患者的配偶有关 ADHD 的知识，使其明白注意分散、做事疏忽健忘并不是患者有意的品行表现，从而达到夫妻间相互理解和支持。这些策略对于改善夫妻关系、解决家庭问题起到很大作用。



#### 6.5.4 治疗效果评价

评价治疗效果需要从多种途径仔细收集信息，包括医生、患者及其配偶和家人。目前尚无有关成人 ADHD 疗效的系统研究文献。国外临床资料显示，大多数患者对治疗方案（包括药物治疗和/或心理治疗）都会有反应。若持续疗效欠佳可能反映了：①用药是否合理，药物剂量、用药频率是否恰当；②不切实际的目标症状；③合并疾病影响了 ADHD 的疗效；④诊断错误；⑤治疗方案的依从性不佳；⑥治疗失败。

如前所述，成人 ADHD 往往存在多种共病障碍，如焦虑抑郁障碍、冲动控制障碍、人格障碍、物质滥用等，这些疾病通常使 ADHD 的治疗复杂化。如药物治疗只考虑改善 ADHD 的主要症状，而忽视对共病症状的处理，则势必会影响最后疗效，因此，应对这些合并疾病给予充分评价。另一方面，临床上一些精神障碍，如抑郁、焦虑、学习困难等会出现不典型的症状表现，多动、注意分散、冲动症状可能是这些疾病的临床表现形式，这样易混淆诊断。如若被误当作是 ADHD 而给予兴奋剂治疗，会使原来的疾病症状加重。因此，当目标症状是切实的、却缺乏明显疗效时，应当考虑诊断是否正确。此时应对 ADHD 诊断的正确性进行重新评价，包括对最初用来作出诊断的资料进行再评述。

临床医生应对药物治疗和心理治疗的疗效均予以评价。许多研究支持了心理治疗用来辅助治疗 ADHD 的有效性，但也有人认为心理治疗对 ADHD 患者并无明显治疗作用。造成这种差异与设计心理治疗疗效评价的方法学手段较为困难有关，研究往往存在较多不可控因素，导致可操作性差。Hill (2001) 认为 ADHD 心理治疗的有效性取决于个案是否被仔细选择和比较。

本《指南》为成人 ADHD 的临床治疗实践提出了建议。《指南》主要强调：①ADHD 是一种慢性疾病，需要对患者的临床

症状进行全面评价和正确识别诊断，明确治疗目标，并制定相应的治疗计划；②药物治疗和心理社会干预策略的运用；③对治疗效果的分析评价。

## 6.6 注意缺陷多动障碍共病的治疗

尽管 ADHD 共病的治疗是目前研究尚不充分的领域，但是，由于共病的存在不仅使患儿的病情更为复杂，也对患儿的社会功能产生更大损害，不同程度地影响患儿的预后，因此，积极治疗共病非常重要。

### 6.6.1 对立违抗障碍的治疗

对立违抗障碍是 ADHD 儿童最为常见的共患病。对于共患对立违抗障碍的 ADHD 儿童，应在 ADHD 治疗的同时，针对对立违抗障碍予以心理、药物、父母培训等综合治疗。

#### 6.6.1.1 心理治疗

对于共患对立违抗障碍的 ADHD 儿童，可根据患儿的具体情况需要，予以适当的心理治疗。主要治疗方式包括认知治疗、认知行为治疗、行为矫正治疗、家庭治疗等。在上述治疗方法中，关于认知行为治疗的研究报道较多。这些研究表明认知行为治疗是治疗对立违抗障碍的有效方法，其疗效与父母培训基本相当。认知行为治疗之所以有效，主要原因在于对立违抗障碍儿童常常缺乏处理问题的技巧和方法。因此，运用认知行为治疗，设计人际交往情景，利用示范、排演、角色扮演、自我评价的内部语言等具体方法，帮助患儿学会如何有效地控制愤怒及解决问题的技巧方法，对改善患儿的症状将会有所帮助。除认知行为治疗外，行为矫正治疗也是一种重要的治疗方法。Kolko 等（1999）对共患对立违抗障碍或品行障碍的 ADHD 儿童进行行为矫正治疗，发现行为矫正治疗可有效改善患儿的对立违抗行为和

品行障碍症状，因此，对于共患对立违抗障碍的 ADHD 儿童，运用行为矫正治疗改善患儿的对立违抗行为非常重要。在多种行为矫正方法中，可运用正性强化法、塑造法、代币制等方法帮助患儿建立良好行为，可运用消退法、罚时出局、反应代价等方法减少患儿不良行为，还可运用行为契约进行行为矫正。行为矫正治疗虽然有效，但需要有目的、有计划、持之以恒地去实施，只有这样，才有可能取得疗效。

#### 6.6.1.2 父母培训

已有研究表明父母培训可有效治疗对立违抗障碍，因此，对于共患对立违抗障碍的 ADHD 儿童进行父母培训非常重要。通过父母培训，帮助父母了解患儿的行为特征；了解不良的教育方法、存在问题的亲子关系以及父母本身的处理问题方式，都会对对立违抗障碍的产生和持续存在产生不良影响；学会用尊重患儿、理解患儿、协商、鼓励和表扬的方法教育患儿；建立合理的、与患儿年龄相应的行为规则，并帮助患儿遵守；掌握对患儿问题行为进行矫正的具体方法；帮助父母处理父母本身的应激，鼓励父母与老师、医生配合等。只有这样，才能够使父母主动与医生配合，改善教育子女及与子女沟通中存在的问题，并运用行为矫正的方法矫正患儿的不良行为。

#### 6.6.1.3 社会技能训练

虽然关于该方法治疗对立违抗障碍的研究报道很少，但已有研究表明该方法能够有效帮助患儿学会倾听，改善患儿与他人的交流，增强患儿处理问题的灵活性，增强患儿对挫折的承受能力。这些都有助于患儿对立违抗行为的改善。

#### 6.6.1.4 药物治疗

兴奋剂是治疗共患对立违抗障碍的 ADHD 儿童的首选药物。已有双盲安慰剂对照研究表明，哌甲酯能够有效控制共患对立违抗障碍或品行障碍的 ADHD 儿童的冲动和攻击行为，而且低剂量组 [0.3mg/(kg·d)] 与高剂量组 [0.6mg/(kg·d)] 疗效相

当。因此，对于共患对立违抗障碍的 ADHD 儿童，如无兴奋剂使用的禁忌证，首选兴奋剂予以治疗非常重要，从而改善 ADHD 和对立违抗障碍两组症状。

还有随机双盲研究表明哌甲酯、哌甲酯合并可乐定、可乐定三种方法治疗共患对立违抗障碍或品行障碍的 ADHD 儿童疗效基本相同，都能够有效改善患儿的注意缺陷、冲动、对抗行为和品行障碍症状，药物耐受性均较好。因此，对于不适于使用兴奋剂或兴奋剂治疗效果不满意的患儿，选择可乐定对改善患儿的 ADHD 及对立违抗障碍两组症状可能均会有所帮助。但是，应注意可乐定的心血管系统不良反应，监测患儿心率、血压、心电图等方面的变化。同时，既往有哌甲酯与可乐定合并使用出现猝死的个案报道。虽然猝死和联合用药之间的关系尚不明确，但是如果联合使用哌甲酯和可乐定，更应注意药物对心血管系统的不良反应。

此外，有双盲对照研究表明利培酮（0.01~0.06mg/kg 或 1.5~4mg/d）可有效治疗品行障碍或对立违抗障碍儿童的情绪不稳、发脾气、多动、攻击行为及过度敏感，不良反应少。同时，无论单用利培酮或利培酮合并兴奋剂，都能够有效治疗共患对立违抗障碍或品行障碍的 ADHD 儿童的多动和破坏性行为，疗效及不良反应均无显著性差异。因此，无论是否合并兴奋剂，对于共患对立违抗障碍或品行障碍的 ADHD 儿童，利培酮都是一种安全有效的治疗方法。还有双盲对照研究表明双丙戊酸钠（0.75~1.5g/d）可有效治疗品行障碍或对立违抗障碍儿童的情绪不稳、发脾气和攻击行为，减少对对立违抗行为。因此，对于不适于使用兴奋剂或上述治疗疗效欠佳的患儿，也可选用双丙戊酸钠予以治疗。但是，目前尚缺乏双丙戊酸钠与哌甲酯联合使用的研究报道，如联合使用，应注意药物之间的相互作用及患儿对药物的耐受情况。

## 6.6.2 品行障碍的治疗

品行障碍也是 ADHD 儿童的常见共患病。对于共患品行障碍的 ADHD 儿童，应在 ADHD 治疗的同时，针对品行障碍予以心理、药物、父母培训等综合治疗。

### 6.6.2.1 心理治疗

心理治疗是品行障碍的重要治疗方法。可根据患儿的具体情况需要，予以适当的心理治疗，其中，认知行为治疗、行为矫正治疗和家庭治疗最为重要。目前，认知行为治疗的疗效已经得到较好证明。通过认知行为治疗，改善患儿在沟通交流技巧、解决问题技巧、冲动控制、愤怒处理等方面存在的问题，使患儿能够客观分析和评价情境，运用合理的方法解决问题，从而减少患儿的反社会行为，增加患儿的亲社会行为，改善患儿症状。除认知行为治疗外，已有研究证明行为矫正治疗和家庭治疗也能够有效改善品行障碍的症状。因此，对于共患品行障碍的 ADHD 儿童，进行行为矫正治疗和家庭治疗（尤其是功能式家庭治疗）也非常重要。关于行为矫正治疗，请参见 6.6.1。

### 6.6.2.2 父母培训

父母培训是品行障碍治疗中研究较多、并被很好证明有效的一种治疗方法。通过父母培训，帮助父母掌握管理患儿的技巧和方法，如：如何及时发现患儿的适当行为，并用鼓励的方法对待患儿的适当行为；如何帮助患儿建立亲社会行为，并用正性强化的方法强化亲社会行为；如何了解患儿的问题行为，并用温和的、非躯体的惩罚方法矫正患儿的问题行为；如何与孩子制定协约；如何用适当的方式与患儿沟通等等。从而改善家庭中父母和孩子的相互作用，帮助患儿建立良好的亲社会行为，减少患儿的对立和攻击行为，改善患儿症状。

### 6.6.2.3 社会技能训练

参见对立违抗障碍。

#### 6.6.2.4 药物治疗

虽然美国 FDA 没有批准任何药物用于品行障碍的治疗，但是，对于共患品行障碍的 ADHD 儿童，当其他治疗方法效果不明显或存在明显情绪不稳、冲动、攻击行为时，予以适当的药物治疗有所必要。

兴奋剂可有效改善 ADHD 和品行障碍两组症状。对于无兴奋剂禁忌证的患儿，首选兴奋剂进行治疗非常重要。具体参见对立违抗障碍的治疗。

对于不适于使用兴奋剂或兴奋剂治疗效果不满意的患儿，选择可乐定对改善患儿 ADHD 及品行障碍两组症状将会有所帮助。具体参见对立违抗障碍的治疗。

对于不适于上述治疗或上述治疗疗效不满意的患儿，可选用利培酮进行治疗，具体参见对立违抗障碍的治疗。虽然有双盲安慰剂对照研究表明氟哌啶醇、哌咪清、甲硫哒嗪能够有效控制品行障碍儿童的冲动、攻击及发脾气等症状，但是由于这些药物的不良反应，使得这些药物的使用受到限制。目前，还有开放性研究表明 5~20mg/d 奥氮平可有效改善其他方法治疗无效的品行障碍儿童少年的攻击行为，不良反应小。

双盲安慰剂对照研究尚表明，碳酸锂、双丙戊酸钠可有效治疗品行障碍儿童的情绪不稳、发脾气和攻击行为。Cueva 等 (1996) 对卡马西平治疗儿童少年品行障碍的疗效进行了双盲安慰剂平行对照研究，未发现疗效。因此，对于共患品行障碍的 ADHD 儿童，也可选用碳酸锂、双丙戊酸钠予以治疗。但是，碳酸锂与哌甲酯或双丙戊酸钠与哌甲酯联合使用的研究报道尚很少，故如联合使用，应注意药物之间的相互作用及患儿对药物的耐受情况。同时，由于碳酸锂存在甲状腺、肾脏等方面的不良反应和易于出现中毒反应的特点，故该药一般用于 12 岁以上青少年，并应监测血锂浓度。

在此尚需强调，因每个患儿都是不同系统中的一部分，如：

家庭、学校或社区等，因此，应根据患儿的具体需要，进行多系统的治疗，如：家庭治疗、社区治疗等，从而取得更好的治疗效果。

### 6.6.3 焦虑症的治疗

对于伴有焦虑症状的 ADHD 儿童，应首先判断焦虑症状的出现是否与兴奋剂治疗有关。如果与兴奋剂治疗有关，应调整兴奋剂剂量或药物种类。如考虑广泛性焦虑症，在治疗 ADHD 的同时，应从以下方面予以治疗：

#### 6.6.3.1 消除社会心理因素

广泛性焦虑症的发生常常与患儿个性特征和社会心理因素有关，因此，帮助患儿消除社会心理因素，对改善患儿症状将会有所帮助。

#### 6.6.3.2 心理治疗

心理治疗是广泛性焦虑症的重要治疗方法，因此，对于共患广泛性焦虑症的 ADHD 儿童，应根据患儿的具体情况需要，予以适当的心理治疗。目前，可采用的心理治疗方式较多，包括：支持性心理治疗，认知治疗，认知行为治疗，精神动力治疗，游戏治疗，家庭治疗等。在这些治疗方式中，有随机对照研究表明认知行为治疗具有较好的疗效，而且认知行为的小组治疗和个别治疗均有效。认知行为治疗的内容涉及以下几个方面：辨认焦虑情感和焦虑的躯体反应，对激发焦虑情景的认知重建，应用自我谈话技术，对恐惧刺激的暴露，对自我表现的评价，自我强化。如果认知行为治疗合并家庭干预，将会取得更好的疗效。

#### 6.6.3.3 放松训练

对于共患广泛性焦虑症的 ADHD 儿童，对患儿进行放松训练，帮助患儿学会自我放松，对缓解焦虑症状也有一定帮助。

#### 6.6.3.4 家庭指导

对于共患广泛性焦虑症的 ADHD 儿童，应对患儿父母进行

指导教育，从而帮助父母认识患儿疾病的特点，改善对待患儿疾病的态度，克服自身弱点或神经质倾向，消除家庭环境中的负性影响。这些都将是有益于患儿焦虑症状的缓解。

#### 6.6.3.5 药物治疗

目前，已有双盲安慰剂对照研究表明舍曲林、氟西汀、氟伏沙明可有效改善患儿的焦虑症状，安全性也较好，而且氟伏沙明治疗无效者，换服氟西汀，依然有效。因此，5-羟色胺再摄取抑制剂已成为儿童少年广泛性焦虑症的首选治疗药物。因此，对于共患广泛性焦虑症的 ADHD 儿童，当焦虑症状较明显或上述非药物治疗效果不明显时，在服用兴奋剂治疗 ADHD 同时，可选用 5-羟色胺再摄取抑制剂进行治疗。但是，因 5-羟色胺再摄取抑制剂与兴奋剂联合使用的研究报道尚很少，因此，需注意联合用药时药物之间的相互作用及患儿对药物的耐受情况。目前尚无三环类抗抑郁药治疗儿童广泛性焦虑症的双盲对照研究，因此，虽然三环类抗抑郁药可有效治疗 ADHD，但是该药治疗 ADHD 儿童共患的广泛性焦虑症的疗效还有待于进一步观察。虽然抗焦虑药广泛用于成人焦虑障碍的治疗，但目前缺乏抗焦虑药治疗儿童广泛性焦虑症的双盲对照研究，有个别资料支持对于年龄大一些的儿童少年的难治症状，可使用丁螺环酮、阿普唑仑、劳拉西泮、氯硝西泮。因此，对于高度焦虑的患儿或在 5-羟色胺再摄取抑制剂疗效尚未出现之前，可短期使用上述药物予以治疗。

### 6.6.4 心境障碍的治疗

#### 6.6.4.1 抑郁障碍的治疗

抑郁障碍主要包括重性抑郁障碍和心境恶劣障碍。对于共患该障碍的患儿，如抑郁症状较重，应优先予以治疗；如抑郁症状较轻，抑郁障碍和 ADHD 可同时予以治疗。

##### (一) 安全防护和住院治疗

ADHD 儿童无论共患重性抑郁障碍或心境恶劣障碍，只要



存在严重自杀观念或自杀行为，均应密切注意其安全，严防意外，并建议住院治疗。

## （二）药物治疗

虽然兴奋剂可能具有轻度抗抑郁作用，但是，对于伴有中、重度抑郁，或轻度抑郁、服用兴奋剂抑郁情绪改善不明显的 ADHD 儿童，运用抗抑郁药进行治疗非常重要。

已有随机双盲安慰剂对照研究表明，氟西汀、舍曲林、西肽普兰可有效治疗儿童少年重性抑郁障碍，安全性也较好。美国 FDA 已批准氟西汀用于 7 岁以上儿童的重性抑郁障碍的治疗。因此，对于共患抑郁障碍的 ADHD 儿童，可选择上述药物进行治疗。但是，因目前尚缺乏上述药物与兴奋剂联合使用的研究报告，因此，对于需要联合用药的患儿，应注意联合用药时药物之间的相互作用及患儿对药物的耐受情况。虽然有随机双盲安慰剂对照研究表明帕罗西汀可有效治疗儿童少年重性抑郁障碍，但有报道该药存在轻度增加重性抑郁障碍儿童少年自杀风险的问题。因此，美国 FDA 警告帕罗西汀可能增加重性抑郁障碍儿童少年的自杀观念，美国和加拿大已禁止帕罗西汀用于 18 岁以下重性抑郁障碍儿童少年的治疗。

虽然三环类抗抑郁剂能够有效治疗 ADHD，但是 Hazell 等 (1995) 对 12 个三环类抗抑郁药治疗 6~18 岁重性抑郁障碍儿童少年的随机对照研究进行了荟萃分析，结果表明该类药物治疗儿童少年重性抑郁障碍的疗效并不优于安慰剂。但是由于某些个体对三环类抗抑郁药的治疗反应比其他抗抑郁药更好，而且，该类药物可有效治疗 ADHD，因此，对于共患抑郁障碍的 ADHD 儿童，也可选择三环类抗抑郁剂予以治疗，但需特别注意药物不良反应。

除上述药物外，因托莫西汀能够有效治疗 ADHD，同时，有研究发现该药具有中等程度的抗抑郁作用，因此，对于共患抑郁障碍的 ADHD 儿童，选择该药予以治疗，有所必要。还有研

究初步表明，安非他酮可有效改善共患抑郁障碍的 ADHD 儿童的 ADHD 及抑郁两组症状，因此，也是一种可以选择的治疗方法。

目前，关于其他抗抑郁药治疗儿童少年抑郁障碍的研究报道还很少。由于单胺氧化酶抑制剂的不良反应，使得该类药物很少用于儿童少年抑郁障碍的治疗。

对于共患重性抑郁障碍的 ADHD 儿童，除急性期治疗外，应对患儿进行巩固期和维持期治疗，以巩固疗效，预防复发。目前，尚无儿童少年重性抑郁障碍巩固期及维持期治疗的研究报道，故可参考成人重性抑郁障碍的相应原则进行，具体参见《中国重性抑郁障碍诊疗指南》。

### （三）心理治疗

心理治疗也是抑郁障碍的一种治疗方法，主要用于轻度-中度抑郁障碍的治疗，因此，对于共患抑郁障碍的 ADHD 儿童，可根据患儿的具体情况，选择适当的心理治疗。

在各种心理治疗方式中，认知行为治疗是研究最多的治疗方式，并有随机对照研究证明其有效性。该治疗主要通过改变患儿的认知歪曲、鼓励增进正性心境的活动来缓解患儿的抑郁症状，同时，帮助患儿掌握解决问题的技巧，更好地处理负性生活事件。除认知行为治疗外，尚需加强对患儿的支持性心理治疗，并根据患儿具体情况，予以人际关系等治疗。家庭指导和家庭治疗对于共患抑郁障碍的 ADHD 儿童也非常重要，从而帮助父母认识患儿疾病的特点，了解治疗中应予注意的事项，建立治疗联盟，更好地促进患儿的康复，减少和预防疾病的复发。

目前已有研究表明，药物治疗合并心理治疗可提高重性抑郁障碍患儿的治疗疗效。在维持治疗期间，心理治疗可减少患儿重性抑郁障碍的复发。

#### 6.6.4.2 双相障碍的治疗

对于共患双相障碍的 ADHD 儿童，如双相障碍症状较重，

应优先予以治疗；如双相障碍症状较轻，双相障碍和 ADHD 可同时予以治疗。

### （一）药物治疗

情绪稳定剂是治疗儿童少年双相障碍的最主要药物。已有双盲安慰剂对照研究表明锂盐能够有效治疗青少年双相障碍，故该药已被美国 FDA 批准用于 12 岁以上青少年双相障碍的治疗。目前，虽然尚无卡马西平、丙戊酸治疗儿童少年双相障碍的双盲对照研究，但是鉴于开放性研究结果和成人双盲对照研究结果，上述药物也常被用于儿童少年双相障碍的治疗。因此，对于共患双相障碍的 ADHD 儿童，可选择上述药物进行治疗。但在治疗过程中，应注意药物不良反应。同时，如需要与治疗 ADHD 药物联合使用，需注意药物之间的相互作用及患儿对药物的耐受情况。Scheffer Re 等（2005）对共患双相障碍、服用双丙戊酸钠的 ADHD 儿童少年进行苯丙胺治疗的随机安慰剂对照研究，结果表明双丙戊酸钠合并苯丙胺可有效治疗两组症状，不良反应小。提示对于共患双相障碍的 ADHD 儿童少年，兴奋剂和情绪稳定剂的合并使用，可能安全有益。

Mina Hah 等（2005）运用托莫西汀治疗 7 名共患双相障碍并用情绪稳定剂治疗的 ADHD 儿童，6 名儿童的 ADHD 症状得到明显改善，没有儿童出现轻躁狂或躁狂发作，托莫西汀治疗的不良反应包括：镇静、恶心、食欲减退。提示对于共患双相障碍并用情绪稳定剂治疗的 ADHD 儿童，运用托莫西汀进行治疗可能安全有效。

目前，尚无抗精神病药治疗儿童少年双相障碍的双盲对照研究。有开放性研究提示利培酮、奥氮平能够有效治疗儿童少年的双相障碍，患儿对药物耐受良好，但需要进一步研究探讨。

对于共患双相障碍的 ADHD 儿童，除急性期治疗外，应对患儿进行巩固期和维持期治疗，以巩固疗效，预防复发。目前，尚无儿童少年双相障碍巩固期及维持期治疗的研究报道，故可参

考成人双相障碍的相应原则进行，具体请参见《中国双相障碍诊疗指南》。

## （二）心理治疗

对于共患双相障碍的 ADHD 儿童，可根据患儿的具体情况，予以适当的心理治疗。治疗方式包括：支持性心理治疗，认知行为治疗，人际关系治疗，家庭指导与治疗等等。Carla Kmett Danielson (2004) 提出了以经验为基础的青少年双相障碍的认知行为治疗模式，这个模式包括：心理教育，促进对药物治疗的依从性，情绪的监测，预见应激原和合理解决问题，辨识和改正没有帮助的思想，睡眠的调整和放松，家庭的沟通与交流。通过各种心理治疗，增进患儿家庭成员的沟通，帮助患儿掌握合理的解决问题方法，促进患儿对药物治疗的依从性，帮助家长和儿童早期发现情绪的变化，从而促进患儿康复，减少和预防疾病的复发。

### 6.6.5 抽动障碍的治疗

对于共患抽动障碍的 ADHD 儿童，许多医生同时选择兴奋剂和  $\alpha_2$  受体激动剂进行治疗，但部分医生可能对同时给予有争议的利他林和可乐定存有顾虑。心理治疗和社会心理支持对于不同严重程度的患儿均很重要，虽然这没有成为本规则的组成部分，但应该是综合性治疗计划中不可缺少的部分。

共患抽动障碍的注意缺陷多动障碍 (ADHD) 的药物治疗规则详见图 6-1 (\*\*注意：心血管副作用)。

### 6.6.6 学习障碍的治疗

学习障碍是 ADHD 儿童常常共患的一种障碍。学习障碍出现的原因主要包括：注意障碍和活动过度；智力发展不平衡，言语智商相对落后于操作智商；工作记忆受损；空间知觉异常；存在特定学校技能发育障碍，如：特定阅读障碍等等。对于存在学习障碍的儿童，应做必要的测查和评定，仔细分析其可能原因，

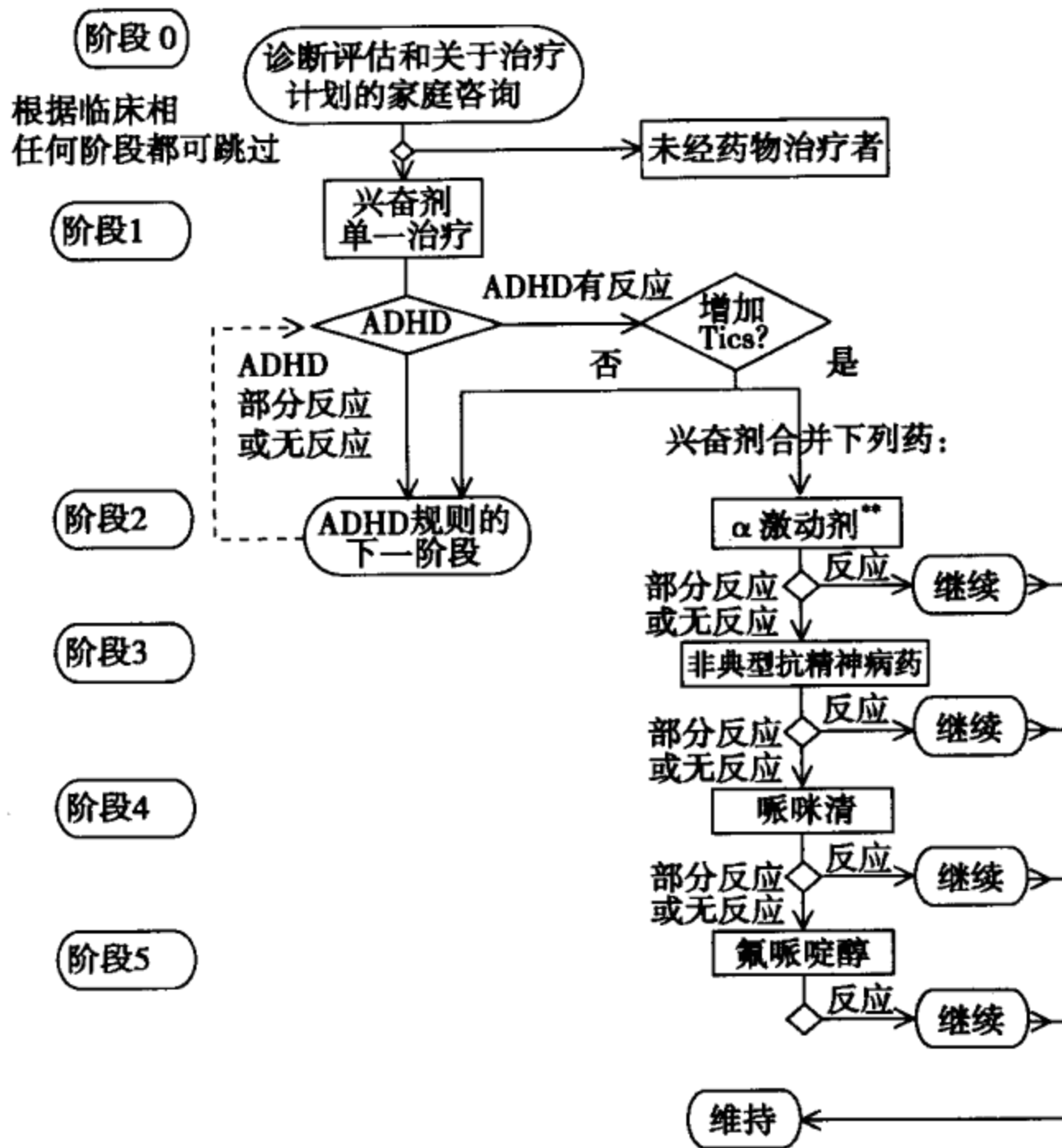


图 6-1 共患抽动障碍的注意缺陷多动障碍 (ADHD) 药物治疗建议

针对可能原因，予以相应的治疗和帮助。

#### 6.6.6.1 针对 ADHD 的系统治疗

针对 ADHD 的系统治疗，是共患学习障碍的 ADHD 儿童的最基本、同时又非常重要的治疗方法。通过针对 ADHD 的系统治疗，改善患儿的注意障碍和活动过度，同时，兴奋剂可有效改善患儿的认知功能，如：工作记忆，从而有利于患儿学习状态的改善和学习成绩的提高。但是，目前有随机双盲安慰剂对照研究表明，共患学习障碍的 ADHD 儿童对哌甲酯的治疗反应差于无共患病的 ADHD 儿童，前者有效率为 55%，后者有效率为

75%，在数学方面存在障碍的 ADHD 儿童更是如此。因此，对于共患学习障碍的 ADHD 儿童，可能需用更多的方法改善患儿的 ADHD 症状。同时，如果学习障碍程度严重，针对 ADHD 的治疗并不能够完全改善患儿的学习障碍，因此，予以其他方式的治疗干预非常重要。

#### 6.6.6.2 教育辅导和干预

因针对 ADHD 的系统治疗常常不能够完全改善患儿的学习障碍，因此，对于共患学习障碍的 ADHD 儿童，予以系统的教育辅导和干预非常重要。教育辅导和干预应基于患儿的具体困难，符合患儿的特殊需要，并涉及学校和家庭两个领域。学校应根据患儿的具体困难和需要，确定合理的教学目标，制定系统的教学计划，采用适当的教学方式，合理安排时间和课程，努力改善患儿存在的困难。家庭应和学校积极配合，在家庭中对患儿加强辅导。从而改善患儿的学习障碍，提高患儿的学习成绩。

#### 6.6.6.3 心理治疗

因共患学习障碍的 ADHD 儿童常常处于慢性应激之中，自信心、伙伴关系、与父母的相互作用、学习兴趣、学习动机等方面常常存在问题。因此，应根据患儿的具体情况予以适当的心理治疗，包括：支持性心理治疗，认知治疗，家庭治疗，小组治疗等。同时，有研究表明认知行为治疗可有效改善学习障碍儿童的考试焦虑，增强患儿的自尊和自信。因此，对于共患学习障碍的 ADHD 儿童，认知行为治疗也是一种重要的治疗方法。

#### 6.6.6.4 社会技能训练

有研究表明 75% 的学习障碍儿童存在明显的社会技能缺陷，因此，对于共患学习障碍的 ADHD 儿童加强社会技能训练有必要。

#### 6.6.6.5 家庭支持和指导

因共患学习障碍的 ADHD 儿童的家长也常常处于慢性应激之中，因此，加强父母的心理支持和咨询指导非常重要。通过支

持和指导，改善父母的情绪状态，帮助父母理解孩子的困难，指导父母合理调整期望，并运用有效并适合于患儿的方法帮助患儿改善学习方面的困难。

#### 6.6.6.6 针对特定缺陷及特定阅读障碍的治疗

对于存在视觉空间等障碍的儿童，可运用感觉统合训练等方法帮助患儿改善症状。对于存在特定阅读障碍的患儿，除上述治疗外，还应对患儿进行阅读方面的治疗和训练。有研究表明语音分析、词的辨认、阅读理解等方面的训练均有助于提高患儿的阅读水平，改善患儿的阅读困难。

#### 6.6.6.7 药物治疗

有学者对吡拉西坦治疗特定阅读障碍的疗效进行了双盲安慰剂对照研究，结果表明该药可提高阅读速度及书写速度，患儿对药物耐受良好。因此，对于共患特定阅读障碍的 ADHD 儿童，可选择吡拉西坦予以治疗。

### 6.6.7 特定运动技能发育障碍

特定运动技能发育障碍是 ADHD 儿童非常常见的共患病，约 50% 的 ADHD 儿童共患该障碍。对于共患该障碍的 ADHD 儿童，运用兴奋剂进行治疗非常重要。兴奋剂不仅可以改善 ADHD 症状，也可有效促进大运动技能的获得，改善大运动或精细运动的协调，提高运动的稳定性。同时，还应对患儿进行运动技能训练及感觉统合训练。通过运动技能训练及感觉统合训练，改善患儿的感觉-运动功能的缺陷，促进运动技能的获得，改善运动的协调性。此外，有研究显示特定运动技能发育障碍儿童自我评价较低，常常伴有焦虑，可获得的社会支持较少。因此，对于共患特定运动技能发育障碍的 ADHD 儿童，根据患儿的具体需要，予以支持性心理治疗、认知治疗、家庭治疗等有必要。

### 6.6.8 物质滥用

因兴奋剂存在潜在的成瘾的可能性，因此，探讨兴奋剂治疗与 ADHD 儿童共患的物质滥用之间的关系有所必要。目前，已有研究及荟萃分析表明，兴奋剂治疗不仅可以改善 ADHD 症状，而且可以减少 ADHD 儿童发生物质滥用的可能性。因此，对于 ADHD 儿童，积极进行治疗，从而减少物质滥用的发生风险非常重要。

对于已经共患物质滥用的 ADHD 患儿，ADHD 和物质滥用两种障碍的治疗应同时予以考虑。但是，物质滥用的治疗应首先予以强调，并根据物质滥用的病程和病情严重程度，决定是否需要进行住院治疗。在物质滥用治疗的同时，对 ADHD 症状予以治疗。

对于 ADHD 儿童共患的物质滥用，可运用以下方法予以治疗：

#### 6.6.8.1 教育和指导

因儿童青少年对物质滥用对健康产生的危害常常缺乏了解，对物质滥用对生活产生的不良影响常常缺乏认识，因此，加强健康教育，帮助患儿了解物质滥用的危害，是共患物质滥用的 ADHD 儿童的治疗基础。同时，因患儿父母常常缺乏有关疾病的知识，同时也缺乏有效地管理患儿的方法，因此，加强父母培训和指导也非常重要。通过父母培训和指导，帮助父母了解患儿疾病的特点，掌握如何使用行为矫正的方法管理患儿，从而在家庭中有效地帮助患儿减少物质滥用。

#### 6.6.8.2 心理治疗

心理治疗是物质滥用的一种重要的治疗方法，可根据患儿的具体情况需要，予以多种形式的心理治疗。在各种形式的心理治疗中，家庭治疗非常重要。已有研究表明家庭治疗可有效治疗物质滥用。认知行为治疗也是一种重要的治疗方式。通过认知行为治疗，帮助患儿学会如何拒绝他人的诱惑，如何控制自己对滥



用物质的渴求和想使用的想法。同时，因物质滥用患儿常常缺乏沟通交流及合理解决问题的方法和技巧，而这种缺陷与物质滥用的持续存在密切相关。因此，通过认知行为治疗，帮助患儿掌握沟通交流及解决问题的方法和技巧，对改善患儿物质滥用的症状也非常重要。此外，还可运用行为契约等行为矫正治疗方法帮助患儿，对于患儿回避用药等良好行为予以正性强化，对于患儿违反契约的行为，用反应代价等方法予以矫正，从而改善患儿物质滥用症状。

#### 6.6.8.3 自助小组

对于物质使用障碍患者，自助小组是一种有效的治疗方法，因此，对于共患物质滥用的 ADHD 儿童少年，可以通过自助小组予以治疗。

#### 6.6.8.4 药物治疗

药物治疗涉及 ADHD 和物质滥用两种障碍的治疗。有研究提示安非他酮能够有效治疗 ADHD 和物质滥用，对于共患物质使用障碍、抑郁障碍的 ADHD 少年，该药能够有效缓解物质使用障碍、抑郁障碍及 ADHD 三组症状，患儿对药物耐受良好。因此，对于共患物质滥用的 ADHD 患儿，抗抑郁药（安非他酮，三环类抗抑郁药）是一种较好的选择。还有短期开放性研究提示兴奋剂可有效缓解共患物质使用障碍的 ADHD 少年及成人的 ADHD 症状，同时，不加重患者的物质滥用或对滥用物质的渴求。因此，为改善共患物质滥用的 ADHD 患儿的 ADHD 症状，也可选用作用时间较长的兴奋剂。同时，因托莫西汀能够有效治疗 ADHD，也不存在成瘾的风险，因此也是一个较好的选择。无论选择何种药物，均应注意成瘾物质和所选择药物之间的相互作用。

#### 6.6.8.5 其他治疗

包括药物过量、戒断症状、因为物质滥用所产生的精神症状或躯体问题的治疗及替代治疗等。

除以上治疗方法外，在此尚需强调，因每个患儿都是不同系统中的一部分，因此，治疗应涉及患儿生活的各个环节，包括：家庭，学校，社区，这样才能够取得更好的疗效。

# 7 注意缺陷多动障碍药物治疗流程

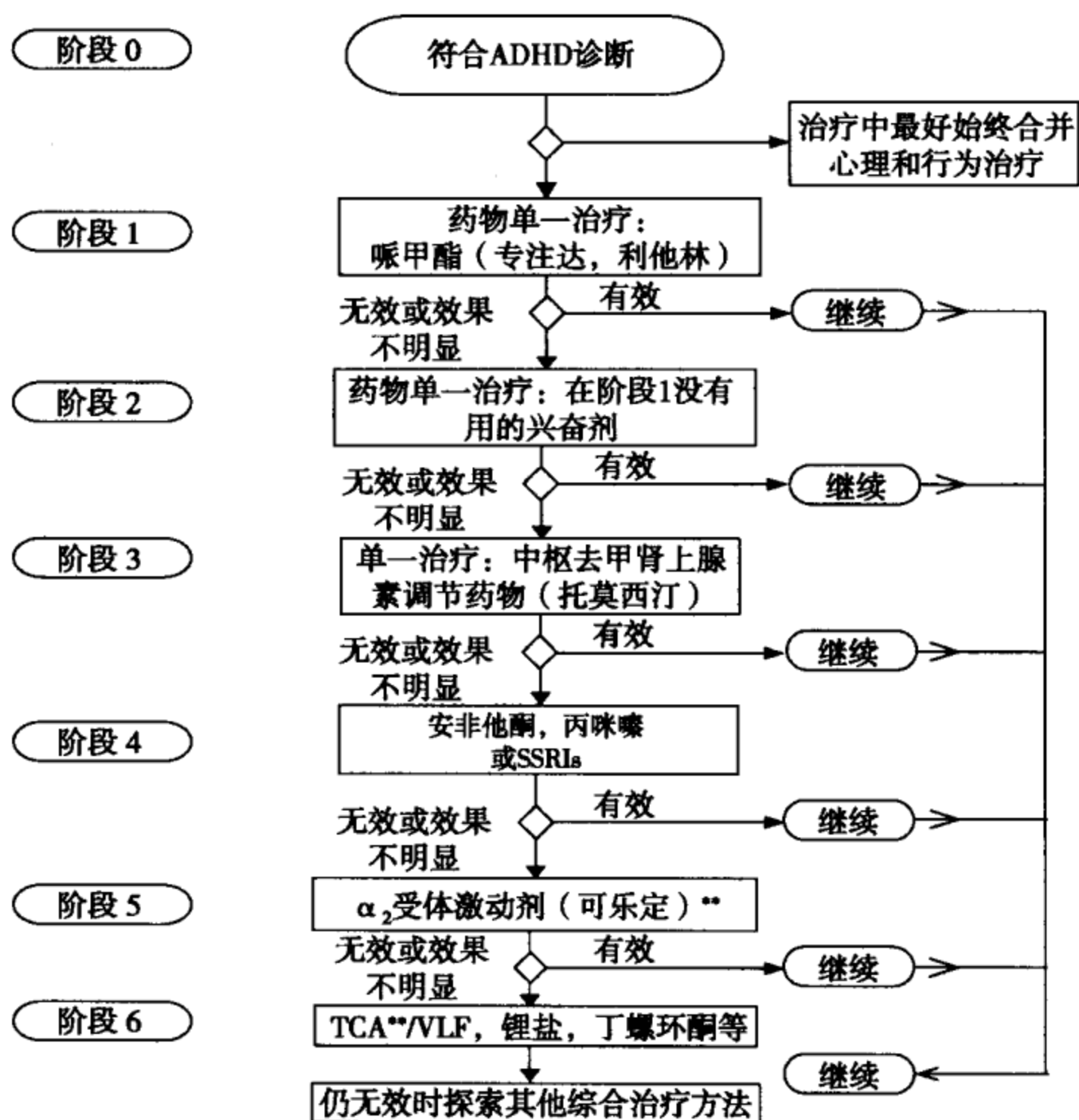


图 7-1 注意缺陷多动障碍药物治疗规则流程

(\* 目前中国市场上尚未上市的药物; \*\* 心血管副作用; TCA: 三环类抗抑郁剂; VLF: 文拉法辛)

## 8

# 注意缺陷多动障碍的社会防治

## 8.1 政策和各部门的支持

2004年9月20日，国务院办公厅向各省、自治区、直辖市人民政府以及国务院各部委、各直属机构转发了由卫生部、教育部、公安部、民政部、司法部、财政部、中国残联共同签署的《关于进一步加强精神卫生工作的指导意见》（以下简称指导意见），该《指导意见》被认为是中国的国家精神卫生政策。

在《指导意见》中，在第四部分《重点人群心理行为干预》的第一条即指明要“重视儿童和青少年心理行为问题的预防和干预。加强对学校教师、班主任、校医等的心理健康教育和精神卫生知识培训，提高早期发现儿童和青少年心理行为问题的能力。依靠学校现有工作队伍和网络，在心理健康教育和精神卫生专业技术人员的指导下，针对不同年龄儿童和青少年的特点，开展心理健康教育（包括技能训练）与咨询服务，为儿童和青少年提供心理指导和帮助。”

ADHD作为最常见的儿童青少年期行为障碍，其防治应该遵循社区防治的模式。防治工作的开展，需要得到包括卫生部门、教育部门在内的各级地方行政部门的支持。在2006年4月召开的“精神疾病流行病学调查方案设计讨论会”上，卫生部批准将ADHD定为儿童青少年期精神障碍流行病学调查的第一个重点疾病。作为重大的公共卫生问题，ADHD已经成为受中央政府重视的儿童精神科重点疾病。

在各地的防治工作中，应向有关领导和相关部门提供本地区

ADHD 流行情况、社会需求、可治疗性及不治疗所致不良预后的信息，大力宣传防治工作的意义和重要性，尽最大可能争取获得政府及相关部门的支持。

为使 ADHD 的社区防治能够长期开展，应将相关内容纳入地区整体卫生工作的发展规划，制定相应的地方性实施方案，明确卫生、教育、财政等不同部门的职责，形成有效、可行的工作机制和保障机制，使 ADHD 的防治常规化。

## **8.2 人员培训**

抓好人员培训，对于持续开展 ADHD 的社区防治至关重要。在各地社区精神卫生服务的组织管理系统中，应该将专题培训作为一项常规任务列于计划，给予专项培训经费的落实，并提供培训人员、场地及设备的保障。

### **8.2.1 培训目标**

建立一支由各类可动用人力资源组成的、能广泛和有效开展 ADHD 社区防治的精神卫生基础服务队伍。

### **8.2.2 培训对象**

主要包括各级儿童医院、儿保所、综合医院儿科/神经内科/心理科的儿科医生/儿保医生、心理咨询师、心理治疗师；社区和大中型企事业单位医疗设施中的全科医师、初级卫生保健人员；教育部门的幼教保育员、小学和中学各年级的班主任/德育教师/校医/心理辅导员；患儿的家长和其他抚养者等人员。

### **8.2.3 培训内容**

以适合于儿科医生/儿保医生的专题培训教材为主，依照不同培训对象的可接受水平，可编写繁简不一、深浅程度不一的有

关 ADHD 防治内容的适用教材。

儿科医生/儿保医生应熟练掌握诊断标准、针对非疑难病例和非多种共患病的常用药物治疗方法及可操作的心理社会干预手段。全科医师、初级卫生保健人员应掌握诊断标准、针对病情较轻的单一病种患儿的常用药物治疗方法及可操作的心理社会干预手段。心理咨询师、心理治疗师应能够识别、转诊 ADHD，掌握可操作的心理社会干预手段。幼教保育员、小学和中学各年级的班主任/德育教师/校医/心理辅导员应能够识别、转诊 ADHD，并协助患儿按时服药，掌握可操作的心理社会干预手段。患儿的家长和其他抚养者应对 ADHD 有一定程度的知晓，能及时到相关机构就治，运用可操作的家庭干预手段。

#### 8.2.4 培训方法

以各地精神卫生专业医疗机构为主要培训基地，并结合具备精神医学、医学心理学和教育心理学培训功能的学术团体、教学机构和研究机构开展培训。这些机构和团体应针对各地具体情况制定以 ADHD 社区防治为专题内容的培训计划和具体实施方案。可采用讲座或培训班的形式，采取启蒙性与提高性相结合的方法，举办定期或不定期的各级各类培训教学。除了理论教学，应针对重点内容组织安排适当的录像观摩、现场示教、见习或实习，以提高学员的感性认识，加深对 ADHD 社区防治知识的理解。

#### 8.2.5 培训师资

主要由具有中级及以上职称，具备儿童精神科专业系统理论知识和医疗实践经验与教学经验的专科医师担任培训教师。要依据各地区具体情况组织和动员师资力量。为保证教学质量，应集体备课、统一教材/教件。启蒙性培训可采取二级或三级培训的方法，逐级培训合格的师资。提高性培训所需的相应师资若短

缺，可聘请其他地区或国外具有上述同等资质的专家和学者，讲授与 ADHD 社区防治相关的内容。为了及时掌握 ADHD 诊治的最新进展，包括专业人员在内的各级培训人员，自身也要通过参加各类学术活动，不断更新知识和技能。

### 8.3 精神卫生的健康教育

健康教育应以健康促进为目标。《渥太华宪章》明确提出，健康促进是增强个人和社区控制影响健康的危险因素的能力，从而改善个人和社区人群健康的过程；健康促进又是一种全新的观念，它告诉人们：为了促进健康需要改变我们的生活方式和生活条件；健康促进更是一种促使个人选择健康行为和强调全社会的责任，协调人和环境关系，创建人类更加健康美好未来的基本策略。

ADHD 虽然是最常见的、可治疗的儿童青少年期行为障碍，但大众对 ADHD 的了解仍不足，在许多方面甚至存在不少误解。

#### 8.3.1 健康教育的目标

提高社区人群对 ADHD 及其危险因素、基本防治知识的知晓率；提高社区人群（尤其是家长、学校教师和全科医师、初级卫生保健人员）对 ADHD 的识别率；提高 ADHD 患儿的就治率和治愈率；最终达到控制 ADHD 的目标。

#### 8.3.2 健康教育的方法及形式

首先要进行上层动员——宣传有关领导。可在涉及各地政府决策的重要会议（如各级人大会议或政协会议）期间、重要卫生日（如 4 月 7 日世界卫生日和 10 月 10 日世界精神卫生日）的活动中，通过各种渠道提供 ADHD 社区防治的宣传资料及对策建议。如可通过组织专项调研，请“两会”代表向会议提交对防治

ADHD 相关政策倾斜的提案等。可通过邀请领导参加在卫生日举办的与 ADHD 相关的活动，引起各级政府及相关部门的重视。

为保证宣教活动的顺利开展，要开发和动员当地各种媒体的广泛参与，以不同的方法和形式造成较大的宣教效果。包括：①口头宣传——如专题讲座、研讨会、座谈会、报告会、健康大课堂等。②文字宣传——横幅、折页、壁报栏、黑板报等，报纸杂志上的科普文章，以及防治知识和常识问答等小册子。③形象宣传——海报、宣传画、连环画、小贴纸等。④电化宣传——录音播放、电台广播、电视台谈话节目、专题科普教育片、专题科普光盘、专题网站等。⑤活动宣传——如展览、流动宣传板、宣传车、义诊、街头咨询讲解、文艺剧，基层防治经验的交流等。

### 8.3.3 健康教育的内容

向社区人群宣传 ADHD 的概念、典型的临床表现、危险因素、共患病、可治疗性和常用的治疗手段及不治疗所产生的不良预后，使他们认识到 ADHD 是一种常见病，需要早发现、早治疗；病因包括生物、心理、社会等多种因素，其中一部分是可以预防的；治疗方法除了药物外，还有心理社会方法，家庭和学校可在治疗中起积极的作用。

## 8.4 社会防治计划的设计与评估

应该同时制定社会防治计划的项目方案与评估方案，而不是等到项目快完成时才考虑评估的问题。

项目方案应该包括几大部分：背景资料，项目目标，项目范围和内容，项目组织实施，项目执行时间，项目预算（包括每个项目内容的预算细目），项目监督。

根据当地当时的条件和资源水平，社会防治计划可以是分阶段的计划，也可以是整个社会防治体系的建设和服务计划。根据



不同的项目目标，项目内容应该与之密切对应。从大的内容上看无非是针对供方的体系建设或机构建设、工作机制建设和人员培训，以及针对需方的预防、治疗和康复。在每一个大的内容之下，需要有详细的、可执行的内容，与预算细目相对应。

在制定评估方案时，首先要列出最后的评估报告有哪几个层面或部门的人看，这些部门所关心的评估指标是什么，以及期望有何结果。综合这些指标后，可确定要进行方案评估（对项目设计方案的评估，在制定项目方案的过程中或实施项目之前进行评估）、过程评估还是结果评估，以及哪些是关键指标，哪些是次要指标。至于评估方法，可根据指标的性质采取定性法或定量法。如果设有对照，可以将社会防治组与对照组进行比较，社会防治组自身也可进行前后指标的比较。但有些指标只能做一次评估，无法进行前后比较。例如：要观察社会防治项目对患儿 ADHD 症状的影响，至少可做自身前后 ADHD 症状量表评分的比较，属于定量评估。如果设有对照组，还可进行对照组与防治组的比较。如果考查的是社会防治项目对社区人群针对 ADHD 的态度有何转变，或对该项目的满意度，可以采用定性法进行评估，且无法进行前后比较。如果要求项目执行单位写项目报告，在评估表中，可以规定报告的格式和内容，这对于设立多个项目点的项目可以统一风格和内容，以免最后的报告上交时无法使用。在评估方案的最后，需要以表格的形式列出每个项目内容应该在哪个年哪月哪日完成，形成一个直观的甘特表。这样，项目执行人和评估人在时间和内容上步调一致，避免遗漏或拖延。

## 9

# 注意缺陷多动障碍防治指南的推广和实施

## 9.1 《中国精神卫生工作规划 2002~2010 年》中与注意缺陷多动障碍预防有关的指标

在《规划》中，虽未将 ADHD 明确为重点疾病，但针对儿童青少年心理行为问题和精神疾病的指标对 ADHD 也具有参考作用和指导作用。原文如下：

目标二：开展重点人群心理行为问题干预，遏止精神疾病患病率上升趋势。

指标 2：加强儿童、青少年学生心理健康教育 and 干预，减缓心理行为问题和精神疾病上升趋势。

到 2005 年，在校学生心理保健知识知晓率达到 40%；到 2010 年，达到 60%。

到 2005 年，遏止儿童、青少年心理行为问题和精神疾病总患病率上升趋势；到 2010 年，儿童、青少年心理行为问题和精神疾病总患病率降低到 12%。

另外，与预防有关的其他内容还有：

教育部门要结合素质教育的实施，将心理健康教育、预防心理行为问题工作纳入学校日常工作计划，并落实保障措施。

各级共青团组织要积极配合学校素质教育和心理健康教育工作，加强培养学生良好道德和生活品质的工作力度；基层共青团组织应积极开展形式活泼、内容丰富，寓科学、教育、娱乐为一体的学生课外心理健康课堂活动，促进提高学生精神健康水平。

应高度重视儿童、青少年心理行为问题的预防与干预，将提高儿童、青少年心理健康素质作为一项重要工作来抓，使学生心理行为问题得到及时发现和适当处理。要依靠学校现有的工作队伍和工作网络，在精神卫生专业人员的参与和指导下，针对不同年龄段学生的特点，开展实用的心理健康教育和适应能力训练。加强对学校心理健康教育教师、班主任、校医等的精神卫生知识培训，提高早期发现学生心理行为异常、疏导和解决学生心理问题、指导学生寻求医疗帮助的能力。

## 9.2 加强卫生部门的主导作用，协调多部门共同参与精神疾病防治工作

在国家建立“全国精神卫生工作部际联席会议制度”，并明确卫生部门的主导作用、相关部门在精神卫生工作中的职责后，各级政府将建立相应的会议制度，共同参与精神疾病的防治工作。

针对 ADHD，卫生部门除了承担诊疗、培训、健康教育和研究的职责外，还需要广泛联合行政部门、计划部门、教育部门、财政部门、科技部门、民政部门、宣传部门和非政府组织

等，以建立政府领导、多部门合作和社会团体参与的 ADHD 防治体制和组织管理、协调机制。

### 9.3 推广和培训

利用学术团体和医师协会的组织网络、会议、活动、期刊和网站等各种方式广泛宣传《指南》实施的必要性和重要性。

在卫生部的领导下，分级、分期、分批组织各省、市、自治区的培训。组织编写与《指南》配套的培训材料，包括文本、幻灯和音像材料，统一标识，集体备课，以保证培训的规范和质量。

强化省、地市、区县各级之间的业务联系，健全业务技术指导系统及患者转诊制度。

### 9.4 开展普及教育，提高对重点精神疾病的知晓率

以卫生部门为专业主导，联合健康教育部门的技术力量和组织网络，利用各种媒体和宣传方式，广泛宣传 ADHD 的普及知识。

### 9.5 多渠道筹集经费，扩大推广范围

按照“以政府投入为主，多渠道、多方位、多层次筹资”的原则，加大对精神卫生工作经费的投入，同时鼓励单位、团体、个人和社会福利事业等对精神卫生工作进行支持，使健康教育、推广培训、改善基本医疗条件、基本医疗费用或医疗救助的资金得到保障。

## 9.6 加强信息收集与评估，增强《指南》的 指导性

利用现有的信息系统或通过专项调查（如流行病学调查、基线调查等），了解并监控 ADHD 及其危险因素，尤其是促成这些危险因素增长的社会经济文化环境的变化情况。

利用学术团体和医师协会的组织网络，了解对 ADHD 提供服务的专业人员和非专业人员在专业知识和技能方面的现有水平及需求。

与学术团体和研究机构密切联系，了解国际、国内对 ADHD 的最新研究成果及科技转化情况。



## 附录

### 常用的行为评定量表

#### 1. Conners 父母症状问卷 (PSQ) 和教师评定量表 (TRS)

由 Conners 编制，目前常用的是 1978 年版的父母用 48 项、教师用 28 项量表，主要用于评估儿童多动症。另外还设计了仅有 10 条的简明症状问卷（即多动指数），用于筛查儿童多动症及追踪疗效。PSQ 包括 5 个因子：品行问题、学习问题、心身问题、冲动-多动、焦虑；TRS 包括 3 个因子：品行问题、多动、注意缺陷-被动。父母量表的品行问题、冲动-多动、多动指数对儿童多动症有良好的鉴别能力。

#### 2. IOWA Conner's 父母和教师问卷

共 10 项，每项评价标准为 0（从不）到 3（非常）4 个等级标准。分为两个分量表：注意缺陷/过度活动 (I/O) 和对立/违抗 (O/D)。分值越高，提示 ADHD 症状越严重。该量表简单，是近年来评定 ADHD 疗效的有效工具。

#### 3. Achenbach 儿童行为量表 (CBCL)

Achenbach 儿童行为量表 (CBCL) 是国际上最常用的父母用儿童行为评定量表之一。Achenbach 教师报告表 (TRF) 评估儿童适应能力和行为问题。此外，作者还编制了直接观察报告表 (由观察者填)、青少年自我报告表 (YSR, 供 11~18 岁青少年自评)。这样，通过来自父母、教师、观察者、本人的不同方面的资料，形成了一个对儿童进行较全面评估的量表系列。CBCL 1991 版分社会适应能力和行为问题两部分。行为问题分为 8 个

分量表，即：退缩、躯体主诉、焦虑/抑郁、社交问题、思维问题、注意问题、违纪行为、攻击性行为，4~11岁男女孩增加了性问题分量表，与 TRF、YSR 的因子组成统一。又分为两个维度，即内化性行为问题及外化性行为问题。计算行为问题总分。其注意问题分量表对 ADHD 有较好的鉴别能力，违纪行为、攻击性行为对于冲动和对立违抗有较好的鉴别能力。TRF 用于评价 5~18 岁儿童，与 CBCL 相似，可输出学校情况、适应能力分和行为问题各分量表得分。

#### 4. Rutter 儿童行为问卷

由英国著名儿童精神病学家 Rutter 设计，分父母和教师问卷两种，适用于学龄儿童。问卷将行为问题分为 A 行为（反社会行为）及 N 行为（神经症行为）两大类，简单、明确，易于掌握，适用于儿童行为问题的流行病学调查工作。

#### 5. 长处和困难问卷（家长版）（SDQ）

由 Goodman R 编制，用于评估儿童青少年的行为、情绪问题，具有良好的信度和效度。量表共有 25 个条目，包括情绪症状、品行问题、多动注意不能、同伴交往问题和亲社会行为 5 个因子及困难总分。困难总分是由情绪症状、品行问题、多动注意不能、同伴交往问题构成。每个条目按 0~2 三级评分，0 分不符合，1 分有点符合，2 分完全符合。由家长根据平时对孩子的观察，对他（她）平常的行为、情绪等方面进行评定。其多动注意不能因子对 ADHD 有较好的鉴别能力。

#### 6. 注意缺陷多动障碍诊断量表

DSM-IV ADHD 诊断标准问世后，由于 18 条症状学条目的可操作性，而被世界范围内广泛接受。许多国家将其编制成量表形式，用于为 ADHD 的诊断提供量化指标，包括父母版和教师版。量表共有 18 个项目，直接来源于 DSM-IV 的 18 项症状学条目，去除诊断标准症状前面的“经常”，按无 0、有时 1、经常 2、总是 3 进行 4 级评分。奇数为注意缺陷的 9 个项目，偶数为

多动冲动的 9 个项目，将奇数项目分相加为注意缺陷分量表，将偶数项目分相加为多动冲动分量表，所有得分相加为总分。

### 7. 儿童大体评定量表 (CGAS)

由 Shaffer (1983) 根据成人大体评定量表改编而来。主要用于评定儿童心理障碍的严重程度、社会功能受损情况。适用于 4~16 岁儿童，由专业工作者根据儿童最近一个月表现进行评定。CGAS 按照儿童的功能（交往、参加各种活动、学习、生活）以及各种症状的严重程度，将量表分为 1~100 分，每 10 分一个等级，分数越低，症状越严重。一般 >70 分为正常范围。适用于住院及门诊患儿的疗效评定和病情变化追踪。

## 神经心理测验

### 1. 持续性操作测验 (Continuous performance task, CPT)

国外有十多个版本的 CPT 用于注意稳定性障碍的评定，包括 Conners (1995) 持续性操作测验、Gordon 诊断系统 (GDS, Gordon, 1983)、注意力变量测验 (Test of variables of attention, TOVA; Greenberg & Kindschi, 1996)、整合视听持续性操作测验 (Intermediate visual and auditory continuous performance test, IVA; Sandford, Fine, & Goldman, 1995)。持续性操作测验是一系列的刺激或成对的刺激随机快速呈现，要求儿童对指定目标反应。根据感觉通道的不同，分视觉持续性操作测验和听觉持续性操作测验，测验结果用漏报错误数和虚报错误数来表示，漏报数反映被试的持续性注意，错报数反映被试持续注意和冲动控制。ADHD 儿童的漏报、虚报数明显高于对照组儿童。用哌甲酯治疗后，漏报和虚报错误数明显减少。从而证明 ADHD 有注意力缺陷、冲动和抑制功能失调的特点。漏报数与 DSM-IV 评定量表中的注意障碍和 Conners 教师评定量表的不注意-冲动明显相关。CPT 在 ADHD 临床和科研中可作为一个客



观的评定工具。

## 2. 划消测验

划消材料为简单的符号、字母、图形和数字等。要求被试在短时间内准确知觉某个对象，并迅速将其划去。评估注意稳定性。注意稳定性的发展受年龄、性格、兴趣、知识水平等多种因素的影响，也是神经系统兴奋和抑制能力发展的结果。

## 3. Stroop 测验

Stroop 测验指字义对命名的干扰现象。Stroop 于 1935 年发现，当使用的刺激字与写它所用的颜色相矛盾时，例如：用绿颜色写成的“红”字，要求被试不念这个“红”字，而说出写它用的颜色，即“绿”时，结果被试的反应时比说出字的反应要长些，说明字色矛盾时认知过程受到干扰，即说出字的颜色受到字的意义的干扰。Stroop 测验包括读出单词、颜色命名、说出书写颜色词之墨迹的颜色名称。在色词命名中，被试必须抑制读词而说出其颜色。色词测试不仅可用来测量选择性注意，而且可以对大脑执行功能进行评定，包括语言阅读的流畅性、信息加工速度，还能反映受试者选择性地抑制无关刺激和冲动控制能力。几乎所有研究发现 ADHD 儿童的成绩比正常儿童差。

## 4. 反应/不反应任务 (Go/NoGo)

是先进行反应控制然后进行刺激控制的一组心理测验。测定注意和抑制，即注意与任务相关的信息加工过程，同时抑制无关信息。研究证明 ADHD 儿童在上述心理任务测验中存在缺陷。

## 5. 威斯康星卡片分类测验 (Wisconsin card sort test, WCST)

包括 4 张刺激卡片和 128 张反应卡片。每张卡片绘有红、绿、蓝、黄不同颜色，和十字、圆形、五角星、三角形不同形状，以及 1 至 4 不等数量的图案。其分类原则顺序为：颜色、形状、数量。当被试连续 10 次分类正确，主试即转换下一个形式的分类，依次类推。当完成三种形状的分类后，再重复一遍。完

成正确分类 6 次（或者未完成 6 次，但全部用完所限次数），即可结束测试。输出：①分类次数；②概括力水平百分比；③持续性错误数；④持续性反应数；⑤非持续性错误数；⑥全部错误数；⑦完成作业时间。

#### 6. 相同图形选择测验 (MFFT)

给被试出示一个标准图形和 6 个可供选择的图形，要求被试从这 6 个图形中选出一个与标准图形完全一样的图形，不限反应时间。全测验共包括 12 套这样的图形，记录被试对每套图形从开始思考到做出第一个反应所需的时间，以及所犯的误差量，这两者之间的关系为负相关，即思考时间较短、反应速度较快的被试，所犯的误差率也相对较高，反之亦然。研究发现冲动型儿童对认知问题回答的特征为快速作答及错误率高，说明他们的认知方式没有对解决问题的各种可能途径进行全面的思考和评价，而思考型儿童在解决问题的过程中，使用了全面检验假设的策略，因而使其解决问题的出错率较低。ADHD 儿童对认知问题的解决类似于冲动型儿童，通常采用快速作答，但错误率高。

## ICD-10 多动性障碍诊断标准

注：对多动性障碍做研究用诊断需肯定存在异常水平的不注意、多动不宁，而且发生于各种场合，持续存在，并非由其他障碍如孤独症或情感障碍所至。

G1. 不注意：下列不注意的症状至少 6 条，持续至少 6 个月，达到适应不良的程度，并与患儿的发育水平不一致：

(1) 常常不能仔细地注意细节，或在做功课、工作或其他活动中出现漫不经心的错误；

(2) 在完成任务或做游戏时常常无法保持注意；

(3) 别人对他（她）讲话时，常常显得没在听；

(4) 常常无法始终遵守指令，无法完成功课、日常杂务或工

作中的任务（不是因为违抗行为或不理解指令）；

(5) 组织任务和活动的的能力常常受损；

(6) 常常回避或极其厌恶需要保持精神努力的任务，如家庭作业；

(7) 常常遗失某种任务或活动的必需品，如学校的作业、铅笔、书、玩具或工具；

(8) 常常被外界刺激吸引过去；

(9) 在日常活动过程中常常忘事。

G2. 多动：符合下列多动性症状至少 3 条，持续至少 6 个月，达到适应不良的程度，并与患儿的发育水平不一致：

(1) 双手或双足常常不安稳，或坐着时蠕动；

(2) 在课堂上或其他要求保持坐位的场合离开位子；

(3) 常常在不适当的场合奔跑或登高爬梯（在少年或成年，可能只存在不安感）；

(4) 游戏时常不适当地喧哗，或难以安静地参与娱乐活动；

(5) 表现出持久的运动过分，社会环境或别人的要求无法使患儿显著改观。

G3. 冲动：符合下列冲动性症状至少一条，持续至少 6 个月，达到适应不良的程度，并与患儿的发育水平不一致：

(1) 常常在提问未完时其答案即脱口而出；

(2) 在游戏或有组织的场合常不能排队或按顺序等候；

(3) 经常打扰或干涉他人（如冲撞别人的交谈或游戏）；

(4) 常说话过多，不能对社会规则做出恰当的反应。

G4. 障碍的发生不晚于 7 岁。

G5. 弥漫性：应在一种以上的场合符合上述标准。例如：不注意与多动应在家和学校都有，或同时存在于学校和另一种对患儿进行观察的场合，如门诊（通常，这种跨场合的证据需要一种以上来源的信息，比如：父母对患儿在教室中行为的报告似乎并不充足）。

G6. G1-G3 的症状导致具有临床意义的苦恼，或损害其社交、学业或职业功能。

G7. 不符合广泛发育障碍 (F84.-)、躁狂发作 (F30.-) 抑郁发作 (F32.-) 或焦虑障碍 (F41.-) 的标准。

## CCMD-3 注意缺陷与多动障碍诊断标准

### 80 多动障碍 (F90)

#### 80.1 注意缺陷与多动障碍 (儿童多动症) (F90.0)

是发生于儿童时期 (多在 3 岁左右)，与同龄儿童相比，表现为同时有明显注意集中困难、注意持续时间短暂，及活动过度或冲动的一组综合征。症状发生在各种场合 (如家里、学校和诊室)，男童明显多于女童。

#### 【症状标准】

1. 注意障碍：至少有下列 4 项：
  - (1) 学习时容易分心，听见任何外界声音都要去探望；
  - (2) 上课很不专心听讲，常东张西望或发呆；
  - (3) 做作业拖拉，边做边玩，作业又脏又乱，常少做或做错；
  - (4) 不注意细节，或在做作业，或其他活动中常常出现粗心大意的错误；
  - (5) 丢失或特别不爱惜东西 (如常把衣服、书本等弄得很脏很乱)；
  - (6) 难以始终遵守指令完成家庭作业或家务劳动等；
  - (7) 做事难于持久，常常一件事没做完，又去干别的事；
  - (8) 与他说话时，常常心不在焉，似听非听；
  - (9) 在日常活动中常常丢三落四。
2. 多动：至少有下列 4 项：
  - (1) 需要静坐的场合难于静坐或在座位上扭来扭去；

- (2) 上课时常做小动作，或玩东西，或与同学讲悄悄话；
- (3) 话多，好插嘴，别人问话未完就抢着回答；
- (4) 十分喧闹，不能安静地玩耍；
- (5) 难以遵守集体活动的秩序和纪律，如游戏时抢着上场，不能等待；
- (6) 干扰他人的活动；
- (7) 好与小朋友打逗，易与同学发生纠纷，常不受同伴欢迎；
- (8) 容易兴奋和冲动，有一些过火的行为；
- (9) 常在不适当的场合奔跑或登高爬梯，好冒险，易出事故。

**【严重标准】**

对社会功能（如学业成绩、人际关系等）产生不良影响。

**【病程标准】**

起病于7岁前（多在3岁左右），符合症状标准和严重标准至少已6个月。

**【排除标准】**

排除精神发育迟滞、广泛发育障碍、情绪障碍。

## 参考文献

1. A. J. Allen, R. M. Kurlan, D. L. Gilbert, et al. Atomoxetine treatment in children and adolescents with ADHD and comorbid tic disorders. *Neurology* 2005, 65: 1941-1949
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Summary of the practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40 (11): 1352-1355
3. American Academy of Pediatrics. Clinical guidelines: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000, 105 (5): 1158-1170
4. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Treatment of the school-aged child with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001, 108: 1033-1044
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. Parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41 (Suppl): 26s-49s
6. Ana Miranda, Maria Jesus Presentacion, Manuel Soriano. Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*. 2002, 35 (6): 546-562
7. Asherson P. Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother* 2005, 5 (4): 525-39
8. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, et al. The adolescent

- outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, 29: 546-57
9. Barkley RA. Taking charge of ADHD, the complete, authoritative guide for parents. Rev. ed. 2000, the Guilford Press (New York).
  10. Bjornstad G, Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, 18: CD005042
  11. Buitelaar J. K. , Van der Gaag R. J. , Cohen-Kettenis P. , et al. A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *J. Clin. Psychiatry* 2001, 62: 239-248
  12. Canadian Medical Association. Eric Wooltorton Paroxetine (Paxil, Seroxat): Increased risk of suicide in pediatric patients. *Journal Ottawa* 2003, 169 (5): 446
  13. Canadian ADHD Practice Guidelines, CADDRA, Jan 2006
  14. Chang CC, Tsou KS, Shen WW, et al. A social skills training program for preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Chang Gung Med J* 2004, 27: 918-923
  15. Craig J Whittington, Tim Kendall, Peter Fonagy, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *The Lancet* 2004, 363: 1341-1345
  16. Daniel F Connor, Russell A Barkley, Heather T Davis. A pilot study of methylphenidate, clonidine, or the

- combination in ADHD comorbid with aggressive oppositional defiant or conduct disorder. *Clinical Pediatrics* 2000, 39 (1): 15-26
17. David Michelson, Lenard Adler, Thomas Spencer, et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biological Psychiatry* 2003, 53 (2): 112-120
  18. David Michelson, Jan K. Buitelaar, Marina Danckaerts, et al. Relapse prevention in pediatric patients with ADHD treated with atomoxetine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2004, 43 (7): 896-904
  19. Donovan, S. , Stewart, J. , Nunes, E. V. , et al. Divalproex treatment for youth with explosive temper and mood liability: a double-blind, placebo-controlled crossover design. *Am. J. Psychiatry* 2000, 157 (5): 818-820
  20. Douglas K. Kelsey, Calvin R. Sumner, Charles D. Casat, et al. Once-daily atomoxetine treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder, including an assessment of evening and morning behavior: a double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 2004, 114 (1): e1-e8
  21. Ditzza A. Zachor, Alicia W. Roberts, J. Bart Hodgens, et al. Effects of long-term psychostimulant medication on growth of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities* 2006, 2 (27): 162-174
  22. Emslie G. J. , Heiligenstein J. H. , Wagner K. D. , et al. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*



Psychiatry 2002, 41: 1205-1215

23. Faraone SV, Aleari M. Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2004, 24: 24-29
24. Hazell PO, Connell D, Heathcote D, et al. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ* 1995, 310: 897-901
25. Jan P. Piek, Murray J. Dyck. Sensory-motor deficits in children with developmental coordination disorder, attention deficit hyperactivity disorder and autistic disorder. *Human Movement Science* 2004, 23: 475-488
26. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. Findings for the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatr* 2001, 22: 60-73
27. Joseph Biederman, Eric Mick, Craig Surman, et al. A randomized, placebo-controlled trial of OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 2006, 59 (9): 829-835
28. Kolko, D. J. , Bukstein, O. G. , Barron, J. Methylphenidate and behavior modification in children with ADHD and comorbid ODD or CD: main and incremental effects across settings. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1999, 38 (5): 578-586
29. Kordon A, Kahl KG. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004, 54: 124-36
30. Larry B. Silver. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a

clinical guide to diagnosis and treatment for health and mental health professionals (3rd ed). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2003

31. Levin F, Evans S, Mcdowell D, et al. Methylphenidate treatment for cocaine abuse with adult ADHD: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 1998b, 59: 300-305
32. Mark L Wolraich, Laurence L Greenhill, William Pelham, et al. Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001, 108 (4): 883-892
33. Margaret Weiss, Rosemary Tannock, Christopher Kratochvil, et al. A randomized, placebo-controlled study of once-daily atomoxetine in the school setting in children with ADHD. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005, 44 (7): 647-655
34. Mina Hah, Kiki Chang. Atomoxetine for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with bipolar disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005, 15 (6): 996
35. Natalie Grizenko, Mamatha Bhat, George Schwartz, et al. Efficacy of methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2006, 31 (1): 46-52
36. Ramon Solhkhah, Timothy E. Wilens, Jeanine Daly, et al. Bupropion SR for the treatment of substance-abusing outpatient adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and mood disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2005, 15 (5): 777

37. Riggs P. Clinical approach to treatment of ADHD in adolescent with substance use disorders and conduct disorder. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, 37: 331-332
38. Scheffer RE, Kowatch RA, Carmody T, et al. Randomized, placebo-controlled trial of mixed amphetamine salts for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder after mood stabilization with divalproex sodium. *Am J Psychiatry* 2005, 162: 58-64
39. Shen YC, Wang YF, Yang XL, et al. An epidemiological investigation of minimal brain-dysfunction in elementary-schools in Beijing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1985, 26 (5): 777-787
40. Slavica K, Katusic, William J, Barbaresi, Robert C, Colligan. Psychostimulant treatment and risk for substance abuse among young adults with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based, birth cohort study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2005, 15 (5): 764-779
41. Swanson J, Greenhill L, Pelham W, et al. Initiating Concerta (OROS methylphenidate HCl) qd in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Clin Res* 2000, 3: 59-76
42. Taylor E, Sergeant J, Doepfner M, et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Society for Child and Adolescent Psychiatry* 1998, 7: 184-200
43. The Tourette's Syndrome Study Group. Treatment of ADHA in children with tics. A randomized controlled trial. *Neurology* 2002, 58: 527-536
44. The MTA cooperative group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity

- disorder: Multimodal treatment study of children with ADHD. Arch Gen Psychiatry 1999, 56: 1073-1086
45. Timothy E Wilens, Stephen V Faraone, Joseph Biederman, et al. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature, Pediatrics 2003, 111 (1): 179-186
  46. U. S. Food and Drug Administration. FDA issues public health advisory on cautions for use of antidepressants. Biotech Week 2004, 14: 380
  47. Wilens TE. Long-term safety and effectiveness of Concerta (methylphenidate HCl) in children with ADHD. Neurology 2000, 54 (supple3): A420
  48. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, et al. Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once a day in children with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics 2001, 108: 882-892
  49. 王玉凤, 沈渔邨, 杨晓玲等. 北京市不同地区六所小学 MBD 调查报告. 中国神经精神疾病杂志, 1985, 11 (5): 274-276
  50. 王丽敏, 应长青, 李德安等. 哈尔滨市动力区 7~10 岁儿童多动症流行病学调查. 中国行为医学科学, 1997, 6 (4): 284-286
  51. 陈顺珍, 曾芳, 唐辉屏等. 桂林市儿童注意缺陷多动障碍的流行病学调查及相关因素分析. 中国临床心理学杂志, 2004, 12 (4): 386-387
  52. 李雪荣, 万国斌, 苏林雁等. 湖南省 4~16 岁儿童少年精神卫生问题流行调查. 湖南医科大学学报, 1993, 18 (1): 43-46
  53. 万国斌, 杨志伟, 罗学荣等. 湖南省 7~16 岁儿童注意缺陷多动障碍流行病学调查. 中华神经精神科杂志, 1993, 26

(5): 298-301

54. 李飞, 苏林雁, 刘军等. 盐酸托莫西汀和盐酸哌甲酯治疗注意缺陷多动障碍门诊患儿的随机双盲对照研究. 中国神经精神疾病杂志, 2006, 32 (2): 182-184
55. 刘津 (译). 亲子成长 8 步法——怎样教育不听话的孩子 (Russell A. Barkley, Christine M. Benton 原著). 海南: 三环出版社, 2004, 3
56. 钱秋谨, 王玉凤, 杜亚松, 郑毅, 王民洁, 姚晨, 杨莉, 程嘉, 巫雪莹. 盐酸哌甲酯控释片治疗注意缺陷多动障碍的多中心、随机、双盲、交叉对照研究. 中华精神科杂志, 2005, 38 (2): 90-94
57. 任桂英, 钱铭怡, 王玉凤等. 家庭环境与 ADHD 儿童某些心理特征相关性的研究. 中国心理卫生杂志, 2002, 4: 197-199
58. 魏宝玉, 苏林雁. 家庭环境与 ADHD 儿童行为的相关性. 中国临床心理学杂志, 2004, 2: 116-118
59. 郑毅, 刘寰中, 崔永华等 (译). 儿童和青少年心理健康手册. (David L. Kaye, Maureen E. Montgomery, Stephen W. Munson. 原著). 北京: 科学技术文献出版社, 2005. 1
60. 王建中, 金星明. 注意缺陷多动障碍儿童的家庭环境研究. 临床儿科杂志, 2005, 23 (1): 49-51