

文章编号:1005-2224(2012)02-0099-03

# 2011版美国儿科学会《儿童青少年注意缺陷多动障碍诊断、评估和治疗临床实用指南》解读

邓红珠, 邹小兵

中图分类号:R72 文献标志码:B

2011年10月美国儿科学会(AAP)发布了新的注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)指南——《儿童青少年ADHD诊断、评估和治疗临床实用指南》<sup>[1]</sup>。AAP首次发表的临床指南是2000年的《ADHD儿童诊断与评估指南》<sup>[2]</sup>;随后,2001年发表了《ADHD儿童治疗指南》<sup>[3]</sup>。ADHD是儿童时期最常见的一种神经行为障碍,美国学龄期儿童ADHD患病率为3%~5%<sup>[4]</sup>。中国人群ADHD发生率也在逐渐增高,但目前尚无大样本流行病学调查资料。ADHD患儿主要临床表现为注意力障碍、活动过度、冲动、控制力差等,对其学业成绩、适应能力、社会交往能力等造成广泛影响,70%~80%的ADHD患儿症状可持续至青少年期甚至成年期,易发展为反社会人格、品行障碍、药物或酒精滥用、青少年违法、成年期就业不良,并易发生安全事故(如车祸等),这也引起患儿家长、老师乃至全社会关注。目前针对ADHD的治疗主要包括药物治疗和行为治疗。近年来,随着新的信息和证据不断涌现,AAP依照循证医学原理重新修订了已发指南以指导临床工作。本文就该指南的重点内容进行解读如下。

## 1 诊断与评估

1.1 年龄 以往ADHD诊断与治疗指南针对的年龄范围为6~12岁;现有证据表明,ADHD发病年龄范围包括学龄前儿童和青少年,因此新指南覆盖年龄为4~18岁<sup>[5-6]</sup>。证据等级B/强烈推荐。

1.2 诊断标准 与以往指南所述一致,新指南仍将美国精神病学学会(APA)制定的《精神疾病诊断与统计手册》第4版(DSM-IV)作为ADHD最佳诊断标准<sup>[7]</sup>。DSM-IV中ADHD诊断标准包括ADHD分型及诊断必须标准。ADHD有4种亚型:(1)注意缺陷型:必须有以下症状中6个或6个以上,持续6个月以上并达到与发展水平不相适宜和不一致的程度。①在工作/课业中经常粗心犯错误或不留意细节;②保

持注意力困难;③经常不能注意聆听;④常不能按要求把事情做完,不能完成作业/工作等(不是由于敌对或不明白指令);⑤在组织任务或活动方面有困难;⑥常常回避或不情愿做需要长时间投入脑力的任务;⑦做事时常丢三落四;⑧很容易受外界刺激干扰;⑨在日常生活中容易忘事。(2)多动冲动障碍型:必须有以下症状中的6个或6个以上,持续6个月以上并且达到与发展水平不相适宜和不一致的程度。①在座位上不停的扭动手,脚或扭动身体;②在教室中离开座位走动;③特别爱跑动或攀爬;④很难安静的玩耍;⑤经常忙个不停或像装了发动机似的动个不停;⑥经常说话过多;⑦常抢话或抢着回答问题;⑧常很难排队等候;⑨常打断或干扰别人的活动。(3)联合型:既有注意缺陷又有冲动多动障碍。(4)ADHD中的未经分类型。诊断ADHD必须标准包括:(1)发病在7岁或7岁以前;(2)症状必须要在2个或2个以上环境中表现,如学校、工作场所或家里;(3)在社交、学业或职业功能方面存在临床上的明确损害;(4)需排除广泛性发育障碍、精神分裂症、情绪障碍或其他精神障碍性疾病。

DSM-IV 现已被精神科、心理科、健康保健和初级保健医师等广泛应用。目前APA正在评估制定DSM-V,但至少在新指南发表1年内DSM-V不会出台,因此,初级保健医师在诊断ADHD时,应明确患儿是否符合DSM-IV标准(包括超过1个以上方面异常);应从患儿父母或监护人、老师、学校及精神健康临床医师获得相关信息;还应当排除其他可能原因。证据等级B/强烈推荐。

1.3 共患病评估 初级保健医师对ADHD患儿进行评估时,应评估可能与ADHD共患的其他疾病,包括情绪和行为异常如焦虑、抑郁、对立违拗和品行障碍,发育异常如学习语言障碍或其他神经发育障碍,躯体疾病如抽动症、睡眠障碍。证据等级B/强烈推荐。

各种不同的其他行为、发育、躯体疾病可与ADHD共存,具体包括学习问题、语言障碍、破坏性行为、焦虑、情绪障碍、抽动障碍、癫痫发作、发育协调性不良、睡眠障碍等。倘若存在上述共患病,初级保健医师应对其共患病风

作者单位:中山大学附属第三医院儿童发育行为中心,广州510630

通讯作者:邹小兵,电子信箱:zoux@vip.tom.com

险进行判断。在存在共患病的 ADHD 患儿中,共患病的存在可能会改变其治疗。因此,初级保健医师有必要将存在共患病的 ADHD 患儿(如共患严重情绪焦虑障碍者)转至亚专科医师进行评估和治疗,此类亚专科医师包括儿童精神病学家、发育行为儿科学家、神经发育疾病医师、儿童神经病学家、儿童或学校心理学家。

对于青少年 ADHD 还存在一种特殊情况:临床医师应对新诊断的 ADHD 青少年患者评估其物质滥用症状和体征,一旦发现存在物质滥用症状及体征,评估和治疗应先于 ADHD 治疗,如有必要也可谨慎开始 ADHD 治疗。

1.4 我国 ADHD 诊断评估现状 目前我国大多数发育行为专业医师采用 ADHD DSM-IV 诊断标准,通常应用“ADHD 父母、教师评估量表”(该表根据 ADHD DSM-IV 诊断标准编制),并进一步进行临床分型,必要时进行智力测试或其他心理评估以了解是否存在共患病。这些操作与新指南一致。但目前我国对 ADHD 的诊断年龄仅限于学龄期,对学龄前期和青春期的确诊患者还非常少。

## 2 治疗

2.1 ADHD 的保健模式和治疗原则 初级保健医师应意识到 ADHD 是一种慢性疾病,正如以往指南所述,新指南基于 ADHD 是一种导致症状和功能异常直至成年的长期疾病,目前的治疗只能减轻症状、改善功能,而不能根治。虽然在 ADHD 儿童青少年患者中未进行慢性病保健模式研究,但在其他慢性疾病如哮喘,该模式已被有效证明。因此,应将 ADHD 儿童青少年患者纳入有特殊需要健康保健的人群中,管理 ADHD 儿童青少年患者应遵循慢性病保健模式和家庭治疗原则。证据等级 B/强烈推荐。

2.2 治疗方法 推荐根据 ADHD 患儿不同年龄应用不同治疗方法。(1)对于学龄前儿童(4~5岁):初级保健医师应将患儿父母和(或)教师管理下的行为矫治作为首选一线治疗方法;若行为干预未取得明显改进且持续对患儿日常功能造成中至重度影响,可予哌醋甲酯口服。临床医师必须权衡小年龄患儿药物治疗的风险并尽量避免延误诊断及治疗所带来的危害。证据等级 B/推荐。(2)对于学龄期儿童(>5~11岁):初级保健医师应使用美国食品药品监督管理局(FDA)批准可用于 ADHD 治疗的药物,并采用患儿父母和(或)教师管理下的行为矫治,两者联合效果更好。药物治疗包括中枢神经兴奋剂、托莫西汀、缓释胍法辛、缓释可乐定。托莫西汀、缓释胍法辛、缓释可乐定应用文献较少,但也有充分证据显示其有效性。学龄期 ADHD 患儿所在学校环境、配置、课程安排等都属于其治疗方案的一部分。证据等级 A/强烈推荐。(3)对于青少年(>11~18岁):初级保健医师应在取得青少年本人的同意后,给予 FDA 批准可用于 ADHD 治疗的药物,也可应用行为治疗,最好是两者联合。证据等级 C/推荐。

2.2.1 药物治疗 目前治疗 ADHD 的药物包括中枢兴奋剂(哌醋甲酯)和非中枢兴奋剂(托莫西汀等)。与以往指

南推荐用药相似,中枢性兴奋剂对于减轻绝大多数 ADHD 患儿核心症状具有高度有效性,非中枢兴奋剂即选择性去甲肾上腺素能再摄取抑制剂(托莫西汀)、 $\alpha 2$  肾上腺素能激动剂(缓释胍法辛、缓释可乐定)也可减轻 ADHD 核心症状,但作用效果较中枢性兴奋剂弱。因为后两种药物较新,尽管 FDA 已批准应用,但其疗效的支持证据不如中枢性兴奋剂。中枢性兴奋剂和非中枢性兴奋剂目前都没有证据显示可用于学龄前儿童。仅两种药物达到 FDA 作为中枢性兴奋剂附加治疗的要求,分别是胍法辛和可乐定;其他药物的联合治疗则为超适应症使用,目前疗效和安全性仅有个案报道,故新指南不做推荐。

以往指南提到中枢性兴奋剂最常见副反应是胃纳差、上腹痛、头痛和睡眠障碍。多模式治疗 ADHD 结果提示,较先前研究更明显的持续副反应为抑制身高增长,尤其是在应用剂量较高、应用时间较长者,患儿治疗的第 3 年药物效应减弱,身高增长减慢 1~2 cm<sup>[8-9]</sup>。中枢性兴奋剂另一个常见副反应为幻觉和其他精神症状,对学龄前儿童可能会增加其烦躁和情绪不稳定。近年来,对使用中枢性兴奋剂治疗 ADHD 儿童时发生心脏猝死的关注增加,尽管非常罕见,且使用中枢性兴奋剂是否会增加心脏猝死发生率目前尚存争议,但提示临床医生在用药前了解患儿有无特殊心脏病史,有无 Wolf-Parkinson-White 综合征、猝死家族史、心肌肥大或长 QT 综合征非常必要。非中枢性兴奋剂(托莫西汀)副反应主要是嗜睡和胃肠道症状,尤其是剂量增加过快时。胍法辛、可乐定副反应主要是嗜睡和口干。

2.2.2 行为治疗 行为治疗包括一系列不同干预方法,其共同目标是通过自然和社会环境的改变而改变人的行为。行为治疗一般是通过父母完成,ADHD 患儿父母接受特殊训练以提高其改变和重塑患儿行为能力及患儿对行为的管理能力。行为治疗策略包括:(1)正性强化法,通过奖赏等方式强化良好行为,当患儿出现良好行为时立即给予正性强化。(2)消退法,治疗前需确定何种因素对患儿不良行为起强化作用,通过对有计划地忽视(停止强化)减少或消除某些不良行为。(3)处罚法,当患儿达不到目标时,承担适当后果或给予处罚。进行行为治疗过程中,任务完成前一直运用奖赏-结果对应策略,且逐渐提高每一项任务的期望值直至患儿行为改变。

学校计划与支持:ADHD 儿童行为治疗方案中学校配合与家庭配合同样重要,学校计划包括提供教室调整如优先座位安排、调整作业量、考试方式调整(在有监管的场所考试,考试时间灵活,可分批完成)及行为管理策略。

2.2.3 指南推荐个体化 多模式治疗 ADHD 研究显示,超过 70% ADHD 儿童青少年患者对中枢性兴奋剂反应存在最佳剂量,因此,推荐初级保健医师应逐渐调整 ADHD 患儿药物剂量以达到最大疗效和最小副反应,而不是严格按照 mg/kg 调整剂量。证据等级 B/强烈推荐。

2.3 我国治疗现状 新指南中提到的治疗方法包括药物治疗、行为治疗国内均已开展。在药物治疗的中枢兴奋剂

中, 哌醋甲酯(长效制剂为专注达、短效制剂为利他林)国内已有文献[10-11]证实可有效改善 ADHD 核心症状(注意力不集中、多动、冲动), 且可改善相关功能(如学习成绩、社交功能、与同伴关系、与父母关系等); 非中枢兴奋剂中, 托莫西汀(择思达)在国内是治疗 ADHD 的新药, 目前尚未有双盲随机对照研究报道。与国外相比, 国内在 ADHD 治疗方面最欠缺的是学校相关干预与支持, 具体包括提高教师对 ADHD 的认识、调整教学环境安排、特别课程设置、个别辅导等。

#### 参考文献:

- [1] American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents [J]. Pediatrics, 2011, 128(5): 1007-1022.
- [2] American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder [J]. Pediatrics, 2000, 105(5): 1158-1170.
- [3] American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder [J]. Pediatrics, 2001, 108(4): 1033-1044.
- [4] Centers for Disease Control and Prevention. Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children: United States, 2003-2007 [J]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2010, 59(44): 1439-1443.
- [5] Egger HL, Kondo D, Angold A. The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder [J]. Infant Young Child, 2006, 19(2): 109-122.
- [6] Wolraich ML, Wibbelsman CJ, Brown TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications [J]. Pediatrics, 2005, 115(6): 1734-1746.
- [7] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [M]. 4th ed Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- [8] Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, et al. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006, 45(11): 1284-1293.
- [9] Swanson J, Elliott GR, Greenhill L. Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007, 46(8): 1015-1027.
- [10] 杜亚松, 查彩琴, 李雪荣. 哌醋甲酯治疗注意缺陷多动障碍的疗效研究 [J]. 上海精神医学, 1997, 9(1): 21-23.
- [11] 潘学霞, 麻宏伟, 万彬, 等. 盐酸哌甲酯控释片治疗注意缺陷多动障碍疗效观察 [J]. 中国当代儿科杂志, 2008, 10(4): 471-474.

2011-12-02 收稿 本文编辑: 陈 婕

## 消 息

### 第十七届全国小儿心血管病学术会议征文通知

由中华医学会儿科学分会心血管学组和《中华儿科杂志》编辑委员会举办的第十七届全国小儿心血管病学术会议将于2012年6月在广东省广州市召开。征文内容包括先天性心脏病、心律失常、心肌炎、心肌病、心包疾病、感染性心内膜炎、川崎病、功能性心血管疾病、晕厥、肺动脉高压、高血压、血脂紊乱、心力衰竭、风湿性心脏病等。

1. 征文要求: (1) 内容具有科学性、先进性和实用性, 数据准确无误; (2) 未公开发表的学术性论著; (3) 论著全文要求3000字左右; 论文摘要要求800字左右, 按本刊摘要书写格式, 应包括目的、方法、结果和结论四部分。以上文件以word格式保存(请调整字体字号, 将摘要单独排版在一页以内); (4) 稿件务必注明工作单位、地址和邮政编码。

2. 投稿方式: 将稿件(全文及摘要) email 至 pedcardiology@126.com, 稿件的文件名请用“第一作者-文章题目”命名, 邮件主题请注明“小儿心血管会议”。同时请将稿件纸质版邮寄至: 北京市西城区西安门大街1号北京大学第一医院儿科办公室 金红芳副教授收, 邮编100034。

3. 截稿时间: 2012年3月1日。未投稿代表如需会议通知, 也可与联系人索取。

4. 联系人: 北京市西城区西安门大街1号北京大学第一医院儿科办公室 金红芳副教授, 邮编100034, 电话: 010-83573209, 传真: 010-66530532 或 010-66551298, Email: pedcardiology@126.com。

中华医学会儿科学分会心血管学组  
《中华儿科杂志》编辑委员会