

主 编 / 苏林雁

儿童多动症

ERTONG
DUODONGZHENGG



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

儿童多动症

ERTONG DUODONGZHENG

主 编 ◎ 苏林雁

编 者 ◎ (以编写章节为序)

李雪荣	黄春香	杨志伟	杜亚松
高雪屏	禹顺英	王 凯	张纪水
朱 焱	刘 军	李红政	刘学军
苏林雁	万国斌	陈 虹	徐莉萍
孙 凌	谢光荣	罗学荣	程灶火
陈志坚	刘永忠	陈晓岗	李思特
吴大兴			

人 民 军 医 出 版 社



People's Military Medical Press

图书在版编目(CIP)数据

儿童多动症/苏林雁主编. —北京:人民军医出版社, 2004. 7

ISBN 7-80194-175-6

I. 儿… II. 苏… III. 小儿疾病: 多动症—诊疗 IV. R748

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 107917 号

策划编辑:张怡泓 加工编辑:罗子铭 责任审读:李 晨
版式设计:赫英华 封面设计:吴朝洪 责任监印:李润云
出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编:100842
电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)
传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)
网址:www. pmmp. com. cn

印刷:三河市印务有限公司 装订:春园装订厂
开本:850mm×1168mm 1/32
印张:13.5 字数:342 千字
版次:2004 年 7 月第 1 版 印次:2004 年 7 月第 1 次印刷
印数:0001~4000
定价:30.00 元

版权所有 侵权必究
购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换
电话:(010)66882585、51927252

内 容 提 要

本书由研究儿童多动症的著名医学专家根据自己的临床经验和参考国内外有关资料编著而成。全书分为三篇十二章,全面、系统地介绍了儿童多动症的基础知识、病因学、流行病学、临床表现、共患疾病、心理评估、临床诊断、药物治疗、心理治疗、教育训练等,充分反映了当前儿童多动症临床诊疗水平,科学性、实用性较强,对从事儿童多动症临床和研究的医务人员,以及中小学和幼儿教师及家长有参考价值。

责任编辑 张怡泓 罗子铭

序 一

儿童多动症为儿童精神科的常见症,对此病的病因学及临床诊断、治疗的研究至为重要,此书在这些方面有重要贡献,为一优良作品,非仅精神科医生可作为重要参考书籍,对儿科医生亦有很大帮助。

陈学诗

2003. 12. 29

序 二

“It is an honor to be asked to endorse this informative yet compassionate book on the nature, diagnosis, and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as it occurs in China. Books such as this one that disseminate the wealth of scientific information available on ADHD are to be strongly encouraged, especially in Asian countries where it is often an under recognized disorder. My compliments to Dr. Su for the substantial investment of time and effort made to create this state of the art book on ADHD.”

Russell A. Barkley, Ph. D.

Professor, College of Health Professions

Medical University of South Carolina

Charleston, SC USA

Russell A. Barkley
9/2/03

能够推荐此书我深感荣幸。这是中国的一本关于注意缺陷多动障碍(ADHD)的发生发展、诊断和处理的书,内容丰富而满怀爱心。在亚洲各国,人们正在逐渐认识 ADHD,而这本书恰恰传播了有关 ADHD 的科学知识,值得推崇。本书作者苏林雁教授花费大量的时间和精力创作完成了这本具有较高学科价值的书,我向她表示衷心的祝贺。

美国南卡罗莱纳医科大学教授

R. A. 巴克利博士

2003 年 9 月 2 日

序 三

儿童多动症是儿童精神科和儿童心理卫生门诊中最多见的病种,在南京儿童心理卫生研究中心的门诊中占 32%,居第一位。美国儿童精神科医生宣称,他们门诊诊治的病儿中多动症占一半以上。多动症在儿科、小儿神经科和儿保门诊中也常见。如此众多的患儿,故多动症已成为心理学、教育学和社会学等人员共同研究的重点课题。患儿家长 and 家庭的苦恼及幼儿教育工作者受到的困扰难以用言语表达。综之,临床专科医生,有关心理学等学科,以及患儿家长及教师等共同的迫切心愿就是寻求一本多动症的专著,详细回答多动症的种种有关问题。

喜读由苏林雁教授主编的儿童多动症专著,此书可回答所关注的各种问题,观点新颖、内容翔实,且参考国内外最近临床和实验室,以及流行病学等研究成果,结合苏林雁等自己的研究内容与体验,感受更为深切。该课题已被国家教育部评为二等奖,也说明此书具有的先进性。

现选择书中几个要点进行评述,以说明本书作者选题的深思熟虑、观点的取向,即本书始终贯彻的宗旨在于先进性、实用性和操作性。

一、命名:本书仍采用儿童多动症为命名,相信是经过作者深思熟虑,以审慎态度而定的。早在 19 世纪中叶德国医生霍夫曼(Hoffmann)已经把儿童的活动过度作为病态来描述。近一百多年来,名称屡经变更。最近在国际疾病分类法第 10 版,即 ICD-10(1989)命名为多动性障碍,美国诊断统计手册第 4 版,即 DSM-IV(1994)则命名为注意缺陷多动障碍(ADHD);我国最新分类和诊断标准,即 CCMD-3(2001),仍称多动障碍。美国是儿童精神医学

大国,而 ADHD 这命名包括活动过度和注意缺陷两方面,较为全面,故现今国际上有关教科书、期刊和各文献资料几乎普遍称呼 ADHD 了。而本书仍采用儿童多动症这一名称,作者没有随大流,而明智地仍用多动症,因这一名称已为我国儿童精神科和其他学科所惯用,并在社会上家喻户晓,受大家所关注,所以对开展宣传教育的效果更好。同样理由,各学科对本症各有其不同的视角和观点,为开展各学科协作防治和科学研究,采用这一名称便于合用。本书选择“儿童多动症”为书名甚至对推动我国儿童心理卫生的发展也有积极影响。

二、流行病学调查:很多国家和地区为查明儿童中患有多动症的有多少,开展了流行病学调查。我国也不例外,20 世纪 80 年代前就有近 10 个城市包括牡丹江等,而调查次数之多超过儿童精神科其他病种。儿童多动症的患病率在 1.3%~13.4%,各地的差异很大。有人将此归之于调查工具敏感性和掌握诊断标准松或严。其实,这仅是一个方面。本书作者指出影响因素很多,如年龄、性别、父母性格、家庭的社会经济状况和结构,父母养育子女的观念和方法等等。对流行病学调查结果须进行多因素分析,这样患病率多少才有真实意义,且对开展防治才有指导性。

三、病因学研究:本书作者列举多动症病因学中的生物学因素,如遗传学、神经系统发育和脑电生理学,采用众多学科的研究,包括近年来最新研究成果。读者阅读后,可从中获得多动症病因学现代研究的动向。本书作者始终坚持生物-心理-社会现代医学模式,生物学因素很重要,但心理和社会因素也很重要,多动症既是生物、心理和社会模型的代表,也是生物、心理和社会诸因素共同作用的结果。作者的这一正确观点对多动症治疗和预防富有指导意义。

四、多动症与共患疾病:我国临床医生将学习障碍、品行障碍等行为多动症称为“伴有”的疾病,而实际上为“共患”疾病。“伴有”和“共患”在意义上是有差别的,前者系多动症为本,而学习障

碍则是“附带”的，而“共患”是两个疾病单元共同存在，没有主次之分。这一概念引入我国尚不久。本专著列出常见的共患疾病达6种之多，并详加讨论，在国内尚属首次。为什么有些多动症儿童出现这种共患病，而另一些儿童出现另一种共患病？据介绍，某些共患病属于同一遗传谱，另一些由不同心理社会因素引起，尚有些至今原因不明。本专著提出“共患疾病”问题是值得重视和研究的新课题。

五、多动症的治疗：多动症为儿童精神科、小儿神经科、儿童保健等常见的病种，多数专业人员都知道中枢神经系统兴奋药是治疗多动症的有效药物，甚至看成“仙丹灵药”。本专著作者指出用药有讲究，虽利他林等兴奋药在国际上是治疗多动症的首选药，但对幼儿、青少年、伴有抽动、癫痫时的用药问题，仍有许多不同看法。本书对多动症儿童服用兴奋药，或其他药物的适应证和服用方法提供指南。本书提出的非兴奋药治疗、中药治疗和心理治疗都是国际上所关注的重要研究课题。当今就诊患儿多数是独生子女，父母担心药物不良反应，故对药物存在畏惧，且多动症患儿存在自尊心和自我价值低下等，以及种种情绪和行为问题，这些问题非药物能解决，故提倡和推行心理治疗十分必要。本书一大特点，即列举种种心理治疗，针对儿童的不同缺陷由心理学家、儿童精神病学家、教师、学校心理卫生工作者、特殊教育教师等采取综合治疗方案，共同协作，以期获得持久的疗效。

六、多动症的教育训练及其他：本书将此专列一章也为一大特色。多动症的病因至今尚未确定，只知为生物、心理和社会诸因素共同作用的结果，经过多国包括我国的临床观察，多动症的结局不容乐观。很多患儿的多动症的核心或部分症状可持续至成年。现今，成年多动症成为值得关注的新课题。家庭和学校是儿童的主要活动场所，多动症患儿的治疗必须取得父母和学校的共同配合，以至开展社区服务，需要全社会有关部门的协作与配合。本书作者不仅着眼于患儿个体，并重视群体；不仅着眼于患儿当前，也重

视于长久。这一观点不仅新颖,而且富有整体性。

以上择题重点评述,由此已可见本书包括多动症的各个方面,既总结临床特点,又介绍最新科研成果;既介绍多动症的心理评估与行为评定,又讨论诊断程序;既讨论药物和心理疗法,又介绍一些患儿自身锻炼的方法与可供的继续治疗,并为家长和教师提供咨询,以及开展社区服务的模式等。这确是一本较为全面的多动症高级专著,可供儿童精神科及众多有关学科,教育工作者,以及有兴趣的家长阅读。

儿童心理卫生专家 陶国泰

2004 年 3 月

目 录

绪 论	(1)
-----	-----

第一篇 基 础 篇

第一章 儿童行为和注意的发展	(9)
第一节 儿童行为的发展	(9)
第二节 儿童注意的发展	(24)
第二章 多动症的病因学——生物学因素	(37)
第一节 多动症的生物化学研究	(37)
第二节 多动症的遗传学研究	(57)
第三节 多动症的免疫学研究	(65)
第四节 多动症与神经系统发育障碍	(71)
第五节 多动症的脑电生理研究	(76)
第六节 多动症的影像学研究	(82)
第七节 ADHD 动物模型研究	(90)
第三章 多动症的病因学——社会心理因素	(102)
第一节 心理因素	(102)
第二节 家庭因素	(105)
第三节 社会因素	(109)
第四章 多动症的流行病学研究	(115)
第一节 流行病学研究概述	(115)
第二节 ADHD 的流行病学研究	(120)



第二篇 临 床 篇

第五章 多动症的临床表现	(127)
第一节 主要临床表现.....	(127)
第二节 女性多动症的临床表现.....	(134)
第三节 幼儿的临床表现	(138)
第四节 青少年的临床表现	(142)
第五节 成人多动症.....	(147)
第六节 多动症的起病年龄、病程和预后	(156)
第六章 多动症与共患疾病	(163)
第一节 多动症与对立违抗性障碍.....	(163)
第二节 多动症与品行障碍	(169)
第三节 多动症与学习障碍	(176)
第四节 多动症与心境和焦虑障碍	(187)
第五节 多动症与抽动障碍.....	(197)
第六节 多动症与语言和言语发育障碍.....	(205)
第七章 多动症的心理评估——行为评定量表	(213)
第一节 儿童行为评定量表概述.....	(213)
第二节 父母评定量表.....	(218)
第三节 教师评定量表.....	(228)
第四节 儿童自评量表.....	(231)
第五节 专业人员评定量表.....	(236)
第八章 多动症的心理评估——心理测验	(241)
第一节 注意测验.....	(241)
第二节 有关执行功能的神经心理测验.....	(249)
第三节 智力测验.....	(256)
第四节 记忆测验.....	(262)
第九章 儿童多动症的诊断	(273)



第一节	病史的收集	(273)
第二节	观察和检查	(277)
第三节	病历记录提纲	(280)
第四节	ADHD 的诊断	(286)
第五节	鉴别诊断	(296)
第六节	综合性诊断	(298)

第三篇 治 疗 篇

第十章	多动症的药物治疗	(303)
第一节	概述	(303)
第二节	中枢兴奋剂	(306)
第三节	非兴奋性药物治疗	(312)
第四节	中药治疗	(317)
第十一章	多动症的心理治疗	(325)
第一节	行为治疗	(325)
第二节	认知行为治疗	(334)
第三节	社交技能训练	(343)
第四节	游戏治疗	(350)
第五节	家庭治疗	(358)
第十二章	多动症的教育训练及其他	(366)
第一节	辅导父母	(366)
第二节	学校干预	(379)
第三节	感觉统合训练	(386)
第四节	脑电生物反馈治疗	(392)
第五节	多维治疗	(400)
第六节	儿童青少年心理卫生服务模式	(404)
后 记		(414)

绪 论

儿童多动综合症(hyperkinetic syndrome)或多动症为一常见于儿童时期的行为障碍。主要表现为注意障碍、多动不宁;还有易激惹、好冲动等表现。其常见的伴发心理障碍有:学习困难、品行障碍、抽动障碍及某些情绪障碍。

儿童多动症在儿童期心理障碍中是发现较早,研究较多的问题之一。Hoffmann(1854)就曾观察了这一大类症状,并提了“多动症”这一症名。以后一个半世纪以来,世界上许多精神病学家、神经学家、儿科专家、心理学家、教育家及社会学家,从不同的角度对本症进行了多层次的研究。目前全世界有关本症的专著数以百计,论文数以万计。许多国家还成立了专门交流有关本症研究成果的学术团体;研究的内容涉及流行病学、病因学、症状学、诊断学、治疗学、预后、并发症等方方面面。

早在1932年Kramer和Pallow就以“儿童活动过多综合征”报道了本病。Strauss和Lehtinen(1947)认为这类症状与脑损伤有关,因此命名为“脑损伤综合征”。Gesell和Amatruda(1949)明确提出“轻微脑损伤”(minimal brain damage)这一诊断名称。Clemewts(1949)又改称为“轻微脑功能失调”(minimal brain dysfunction),简称MBD。1962年在英国牛津召开的国际儿童神经病学研讨会上,提出在本症的病因尚未明确之前,暂时保留MBD的诊断名称。世界卫生组织(WHO)出版的ICD-8(1969)、ICD-9(1977)及ICD-10(1989)均以多动性症状为主,命名为多动性障碍(hyperkinetic disorders)。而美国精神病学会(APA)出版的DSM-III(1980)认为本症主要是注意障碍,故命名为“注意缺陷障碍”(attentional deficit disorder),简称ADD。对于同时有明显多



儿童多动症

动症者,定名为注意缺陷障碍伴多动(attentional deficit disorder with hyperactivity),简称 ADDH。但进一步研究发现多动症也是本症的主要症状,故 DSM-Ⅲ-R(1987)又改称为注意缺陷多动障碍(attention deficit with hyperactivity disorder),简称 ADHD;而删除了 ADD 这一亚型。至 1994 年出版的 DSM-Ⅳ,则又分为:多动冲动为主型,注意缺陷为主型,以及多动和注意缺陷混合型,故在美国,如注意缺陷明显而多动并不明显时,仍可诊断本症。中华神经精神病学学会 1989 年通过的中国精神疾病分类方案与诊断标准第二版(简称 CCMD-2),诊断为:多动综合征(注意缺陷障碍);CCMD-2-R(1994)诊断为:儿童多动症(注意缺陷多动障碍);CCMD-3(2001)诊断为多动障碍,下分为:注意缺陷多动障碍(儿童多动症),多动症合并品行障碍等。我国自然科学名词审定委员会 1995 年公布并出版的《医学名词 4》将本病定名为“注意缺陷障碍伴多动”(attention deficit hyperactivity disorder)。而 MBD 这一命名,曾经十分流行,但现在已较少用,但在日文文献中仍常可见到。以上诊断命名并不能完全相互取代。Tripp 等(1999)曾对相同的病例进行严格的对比研究,发现 DSM-Ⅳ 的诊断较 ICD-10 宽。另一方面,精神病学家、心理学家及教育学家对这类儿童研究的标准及角度亦不完全一致,故其诊断分类也有一定的差异。

有关本症的患病率,世界上许多国家已有许多大规模流行病学调查的报告。不仅各个国家、地区之间的患病率差异很大,而且由于不同的研究者,采用不同的研究方法及诊断标准,所得结果也是差异极大。

一般来说,在美洲诊断偏宽,如仅以“活动过多”调查,美国的母亲反映 57% 的男孩与 42% 的女孩有多动行为。一般美国文献报道患病率占在校儿童的 5%~20% (Prewitt 和 Stemmer, 1962; Stewart 等, 1966; Miller 等, 1973)。这些患病率,多由教师量表评定得出。Lambert 等(1978)在美国旧金山对 8 岁以下在校儿童由教师量表评定有 12.7% 被评为多动,但与老师和家长面谈后,仅



1.2%可诊断为 ADDH。Bosco 和 Robin(1980)报道在美国 11 岁以下的在校儿童,经与老师家长面谈后,仅 1.3%可诊断为 ADDH。Trites 等(1981)在加拿大渥太华对 14 000 名学龄儿童用 Conners 教师评定量表查得患病率为 14.3%,而用 Conners 简明症状问卷在 6~9 岁男孩中达 12%。而在欧洲诊断偏严,如 Rutter(1976)在英国怀特岛对 2 199 名儿童的研究,由精神科医师检查后仅发现 2 例。Sckacher 等(1981)在怀特岛对 1 500 名儿童的研究,如仅凭教师报告,患病率为 8%。而由医师诊断,则仅为 2.2%。

现在西方的研究以 DSM-IV 为标准,本症的患病率为 3%~5%。Wolraich 等(1996)报告美国田纳西州,对教师按 DSM-IV 标准调查发现患病率如下:注意缺陷为主型 4.7%;多动冲动为主型 3.4%;混合型 4.4%。Baumgaectal 等(1995)用 DSM-IV 在德国调查结果三个亚型分别为:9.0%、3.9%和 4.8%。

国内结果差异也较大,估计与各地区用的调查方法不同有较大关系。如有的用量表法,如 Conners 量表等,有的依 DSM-III-R,或 ICD-10 标准,由医生面谈后诊断。是否中国各地区患病率确实存在差异?但到目前尚未见用统一方法、经过统一培训后,同时进行调查后得出的对比性结论。目前有关流行病学结果报道如下:广州(1977)为 1.3%,南京(1981)为 3%,上海(1983)为 13.4%,牡丹江(1983)为 3%,北京(1983)山区(7.0 ± 1.0)%,郊区(7.3 ± 1.3)%,湖南(1993)为 6.04%。

国内外流行病学调查及临床资料,均发现男孩患病率高于女孩,二者的比例为:2~9:1。

对本症的病因学研究,一直是研究的热门,涉及社会心理因素,一般研究认为不良社会环境及家庭环境对患病及预后均有明显影响。另一方面,生物学病因的研究曾涉及广泛的范围,某些食品添加剂、毒物、外伤、产伤等均曾被研究过。目前研究较多的为神经递质及其代谢产物,相关的酶等生化方面,以及遗传学研究,



家系研究是早就被关注的问题,而近 20 年来结合有关神经递质的分子遗传学研究更是方兴未艾。到目前尚未找到肯定的与本症发病的有关原因。很可能本症就是由多种不同社会心理和(或)生物学因素所致的一组综合征,而不是单一的疾病。

本症常与学习困难、品行障碍、情绪障碍、抽动症等合并存在。这些问题的同时存在不仅增加了治疗的难度,也使预后更加严峻。

对本症的治疗也经历了一个曲折的过程,最早 Bradley(1937)用精神兴奋剂苯丙胺类治疗,取得了较好的效果;Lindsley(1942)用巴比妥类安眠镇静剂治疗,使多动症状恶化。经过半个多世纪的实践,目前用药仍首选精神兴奋剂,可使 70%左右的儿童症状得到改善。但由于药物本身的不良反应限制了其使用的广泛性。中药治疗本症的尝试甚多,方兴未艾。近 20 年来,许多专家采用了多维治疗(multimodel treatment)的方式。Conners 等(2001)对多维治疗资料采用因子分析后,认为这种涉及患儿、家长、药物、心理等综合治疗的方法是一种有用的治疗方法。

对本症已有多篇数十年追踪的报道,预后并不十分乐观。一些长达 10~30 年的前瞻性研究,早期报道发现成人后仍有人格障碍、反社会行为、成瘾、伙伴关系不良、自尊心低下、成就低下、注意障碍、易冲动、不安分等(Hoy 等,1976;Mendelson 等,1978;Weiss 等,1979)。但这些预后不良者并未能完全排除伴有的品行障碍所致。20 世纪 90 年代以后的一些报道,如 McGee(1991)对 20 例 3 岁时怀疑有多动症的儿童追踪 12 年后,发现其中 50%仍有多动症等行为问题、情绪障碍或学习困难。Mannuzza 等(1991)追踪 50 例男性多动症至 16~23 岁(平均 18.3 岁),发现其中 50%仍有 DSM-III-R 诊断的一种或多种精神障碍,如注意障碍、品行障碍、物质滥用等。Scharcher(1991)报道一半以上患儿成人后仍有不同的精神障碍。一般认为症状严重者(持续性多动症)、有严重注意力不集中、语言发育较迟缓、智商偏低、学习成绩低下,学龄前症状已十分明显,有并发症如品行障碍等,预后较差。社会心理因素