

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

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

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 王祖诤 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、患儿家长和老师选定治疗方法时，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，这些都将是改善 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。



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。