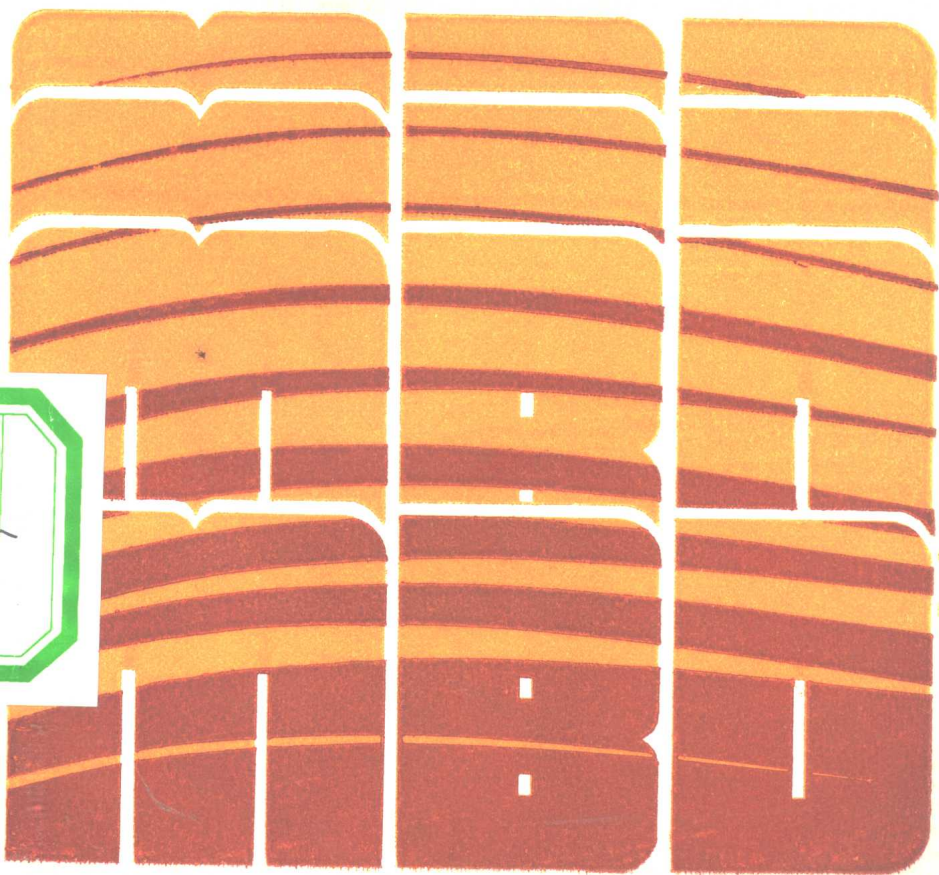


脑功能 轻微失调

颜文伟 编著
夏镇夷 审阅
人民卫生出版社



脑功能轻微失调 (MBD)

颜文伟 编著
夏镇夷 审阅

人民卫生出版社

脑功能轻微失调

(MBD)

颜文伟 编著

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

楼台印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米 32开本 2 $\frac{3}{4}$ 印张 57千字

1983年12月第1版 1983年12月第1版第1次印刷

印数：00,001—15,100

统一书号：14048·4470 定价：0.24元

〔科技新书目 53—73〕

前 言

脑功能轻微失调 (MBD) 或称儿童多动综合征, 是儿童精神卫生工作中客观存在的一个问题。当前世界各国已逐渐认识到这是小儿科、神经科、精神科、心理学和教育学等方面共同关心的重点研究课题。国内近年来也已开始重视对这方面的研究。在我国当前提倡“一对夫妇生一个孩子”的情况下, 这个问题更引起社会各界人士的关注。

这本小册子是作者根据近年来的工作实践经验写出的, 内容丰富, 条理清楚, 文字通畅, 可供基层卫生工作人员、有关儿童工作者及家长们的参考, 使大家对 MBD 有一个比较全面的认识。我们认为只有通过医生、教师、家长们的共同配合, 才能做到较为合理地解决 MBD 儿童的问题。

夏镇夷

一九八二年七月二十六日

上海第一医学院

目 录

一、MBD 究竟是怎么一回事？

——关于 MBD 的简单介绍 (1)

(一) MBD 是怎么一回事？ (1)

(二) 在学龄儿童中 MBD 究竟有多少？ (3)

(三) MBD 算不算疾病？ (4)

二、MBD 有哪些表现？

——MBD 的临床症状 (6)

(一) 几种主要表现 (6)

1. 注意涣散 (6)

2. 活动过多 (7)

3. 冲动任性 (9)

4. 学习困难 (9)

5. 品行问题 (10)

6. 协调动作的缺陷 (10)

7. 发育方面的延迟 (11)

(二) MBD 与非 MBD 儿童的比较 (11)

(三) 从心理学角度看 MBD (13)

三、怎样才能确定一个孩子是不是 MBD？

——MBD 的诊断方法 (15)

(一) 国外诊断 MBD 的标准和依据 (15)

(二) 依靠家长或老师提供的情况进行诊断，
是否可靠？

——“儿童行为量表”的诊断价值 (17)

(三)有没有比较客观的检查方法和诊断指标?	(19)
1. “软性”神经系体征与“翻手试验”	(19)
2. 介绍一种注意稳定性测验——“儿童校对试验”	(21)
3. 一项新的尝试——乙酰胆硷皮内试验	(24)
(四)推荐一种综合性的 MBD 筛选诊断标准	(26)
四、在诊断方面有哪些情况容易和 MBD 混淆?	
——MBD 的鉴别诊断	(28)
(一)怎样区分 MBD 与低能儿童?	
——MBD 与精神发育迟滞(智能发育不全)的鉴别诊断	(28)
(二)MBD 与习惯性抽搐有没有关系?与多动秽语综合征有什么不同?	
——MBD 与神经科所谓“多动症”的鉴别诊断	(30)
(三)是 MBD 呢?还是小舞蹈症?	
——MBD 与风湿性舞蹈症的鉴别诊断	(31)
(四)是 MBD 呢?还是精神分裂症?	
——MBD 与儿童型精神分裂症的鉴别诊断	(32)
(五)MBD 与淘气顽皮的正常儿童有没有区别?	(34)
五、为什么会发生 MBD?	
——MBD 的“病因”	(35)
(一)MED 的表现是怎样发生的?	
——MED 的发病机制	(35)

(二)为什么会发生 MBD?

——MBD 的病因 (39)

(三)为什么有的孩子是 MBD, 有的却不是?

——我们对 MBD “病因”和“发病机制”的
看法 (42)

六、应该怎样正确对待 MBD 儿童?

——MBD 的治疗 (46)

(一)治疗 MBD 应该遵循的原则 (46)

1. 切不可歧视 MBD 儿童 (46)
2. 教育与药物治疗相结合, 药物治疗为教育
创造条件 (47)

(二)如何教育 MBD 儿童? (49)

1. 尽量利用“被动注意”, 提高教学质量 (49)
2. 重视“正强化”, 及时表扬, 避免惩罚, 禁
止打骂 (50)
3. 扬长避短, 因材施教 (50)
4. 启发自觉, 改造个性 (50)
5. 父母保持一致, 加强自身修养 (50)

(三)怎样使用药物? (51)

1. 精神振奋剂 (52)
 - (1) 精神振奋剂能起什么作用? (52)
 - (2) 精神振奋剂治疗 MBD 的效果如何? (53)
 - (3) 应该怎样服用精神振奋剂? (55)
 - (4) 应该怎样评价药效? (57)
 - (5) 精神振奋剂有没有副反应? 对儿童身体健
康有没有妨碍? (58)
 - (6) 为什么长期服用精神振奋剂后, 药效就不
太显著了? (59)

(7) 常用的精神振奋剂有哪一种? 应该怎样选用?	(60)
(8) 药物治疗有没有疗程? 究竟应该服用多久?	(62)
(9) 既然精神振奋剂并不能治愈 MBD, 那么是否值得应用? 应该怎样确定某个 MBD 儿童该不该服药?	(63)
(10) 精神振奋剂会不会被滥用?	(64)
(11) 长期服用精神振奋剂, 会不会促使成瘾?	(65)
2. 三环抗忧郁药	(66)
3. 其他药物	(67)
七、MBD 儿童长大成人后会不会自愈?	
——MBD 的预后	(69)
八、附录	(72)
(一) 国外各种儿童行为量表	(72)
(二) 1971 年美国“关于应用精神振奋剂治疗行为障碍学龄儿童”讨论会的结论	(76)
(三) “软性”神经系体征	(77)
(四) 乙酰胆硷皮试溶液的配制方法	(79)
主要参考文献	(79)

一、MBD究竟是怎么一回事？

——关于 MBD 的简单介绍

(一) MBD是怎么一回事？

有些父母发现他们的孩子从小活动过多，整天忙碌不停，注意力很短暂，容易被各种事物所吸引。不论看电影还是听故事，都只能坐定片刻，甚至吃饭也端着饭碗东走西逛。放学后常在外游荡，直到天黑才肯回家。有时父母交给他们一些家务事情，也往往丢三忘四，不能有始有终。在学校里，有的经常惹事生非，逗恼同学；有的成天废话连篇，影响他人学习；有的虽然两眼盯着黑板，但是思想却在“开小差”；有的小动作不断，不是扭衣角，就是玩辫梢，不是切橡皮，就是咬铅笔；有的甚至动不动就争吵，碰不碰便打架。这些孩子看起来好像并不笨，但由于注意力不容易集中，在课堂上不能专心听讲，所以学习成绩较差，常被人们称为“聪明面孔笨肚肠”。父母和老师为他们伤透脑筋。有时抓得紧一些，成绩会暂时好转，可是好景不长，不久又“吃鸭蛋”、“开红灯”，甚至“车轮滚滚”——都是0分。即使父母费尽心机，老师想尽办法，也收不到应有的效果。为此，家长只得把孩子带到医院去找医生。有的医生在检查后认为没有病，有的医生却说是“低能”，有的医生诊断为“行为儿童”，真是众说纷纭，莫衷一是。但是共同的一点是，大家都认为没有什么好办法。然而，如今对于这个问题已经有了新的认识，他们实际上是“MBD 儿童”（也可称为“多动儿童”），

可以设法对症治疗。

回顾一下历史，可以知道国外对于 MBD 的看法曾经经历了一个相当曲折的发展过程。早在 1845 年，就有德国医生霍夫曼把儿童的“活动过多”作为一种症状予以描述。1932 年克雷默正式以“儿童多动综合症”的名称予以报道。1937 年，勃雷特莱试用苯丙胺治疗取得良效。1942 年，林斯莱发现苯巴比妥可以使症状加重，但在当时并没有受到应有的重视。直到五十年代以后，文献报道才日益增多，用药物治疗奏效的实例比比皆是，但是各家看法尚未一致，甚至连名称也没有统一。为此，国际上有关专家在 1962 至 1966 年曾多次举行专题讨论会，初步统一看法，决定在病因等问题尚未完全阐明之前，暂时定名为“脑功能轻微失调 (minimal brain dysfunction, MBD)”，并从多方面进行研究。然而，不少医生为了通俗易懂，为了避免给人们一个“疾病”的印象，往往就笼统地称之为“多动儿童 (hyperactive child)”。此后，学龄儿童中服药者越来越多，随之也带来了各种问题和看法。为此，美国在 1971 年召开了“关于应用精神振奋剂治疗行为障碍学龄儿童”的讨论会，制定了七项结论性建议：①必须由医生考虑全面情况后才可作出诊断；②治疗必须根据家长自愿；③如果诊断确切，药物治疗对于儿童健康并无妨碍；④不会导致药物成瘾；⑤药厂不可直接给学校提供药物；⑥应该禁止儿童自行取服药品；⑦并且强调不应歧视那些曾用药物治疗的儿童，更不应给他们留下任何“污点”。从此，MBD 的防治工作日益受到重视。有关文献报道已逾百篇，专著书籍也不下十余册；如今 MBD 已为世界各国所公认，用药物防治 MBD 的观点和方法也逐渐为各国医生所接受。1980 年，美国精神病学会决定用“注意缺损障碍 (attention

deficit disorder, ADD) ”的名称正式把它列为一种独立的诊断。现在,世界各国都已逐渐认识到MBD是当前有关小儿科、神经科、精神科、心理学和教育学的一项综合性重大课题,并积极从事研究。

至于国内,MBD的问题近年来也已引起各方面的注意。从1977年起,在上海、北京、南京、西安和广州等地都已先后开展了MBD的防治。儿童保健是卫生保健工作的基础,在我国当前提倡“一对夫妇生一个孩子”的情况下,这个问题的重要性更加突出。儿童保健不仅应该着眼于躯体的健康,更应重视精神之卫生。MBD问题实际上是儿童精神卫生方面的一个重要课题。在广大儿童中间,MBD虽然只占少数,但是其影响还是很大的。他们不但影响个人的生活、学习和前途,甚至还会给父母和家庭带来不安,所以,应该怎样正确认识 and 对待MBD,确实是当前一个值得重视的问题。

(二) 在学龄儿童中MBD究竟有多少?

在学龄儿童中,MBD究竟有多少?换句话说,它的“发病率”究竟是多少?在这个问题上,各国学者的看法不一。据马斯兰估计,在美国小学生中,MBD儿童大约有5~20%。史蒂华调查6~12岁的学龄儿童,发现MBD占4%。赖伯特在美国旧金山市海湾区仔细调查后,认为MBD的患病率是1.2~5%。韦德调查了荷兰两个地区,患病率都是10%。然而,有的学者认为MBD儿童并没有这么多。例如罗特1970年报道,在英国的怀特岛上10~11岁儿童共2,199人,其中符合MBD标准的只有2名,说明患病率只有1/1,000,与美国大城市的统计数值相比,竟相差百倍以上。

至于国内,调查统计的结果也各各不一,“患病率”有高

有低。据广州报告患病率为1.5%，福州为2.5%，西安8%，贵州12%，延边是3.5%，北京是8.6%，河南焦作是8.8%，而上海地区多次在多所学校调查，结果为3~10%。

为什么在国家之间，地区之间，MBD的调查统计结果竟会如此悬殊呢？看来主要原因在于诊断标准不一。目前世界各国对MBD的诊断主要依靠老师和家长提供的情况，没有特殊的检查方法，缺乏明确的客观指标，所以诊断标准各不相同，于是统计结果就高低悬殊。其次，有些医生（如英国）习惯于把那些既有活动过多和注意涣散等症状，又有打架或偷窃等品行问题的儿童称为“品行障碍（conduct disorder）”，不纳入MBD项下，这就使患病率的统计出现差异。最后，工业化大城市和偏僻农村的MBD患病率可能本来就有较大差异。所以，目前还很难根据个别调查报告得出结论认为某一地区MBD的患病率较高或较低。但是，起码有一点认识是共同的，即MBD儿童在学龄儿童中所占的百分比至少在1%以上，即使如此，总数已相当可观。

至于男女性别差异，各家报道均以男性较多，有的说是4:1，有的说是9:1，国内调查为2:1至5:1。最近有的学者用美国精神病学会的诊断标准，不论患儿是否多动，把诊断依据侧重在注意障碍方面，结果发现男女的差别就并不太大。这个问题究竟如何，看来尚待进一步研究。

（三）MBD算不算疾病？

MBD儿童占学龄儿童5~20%，它的症状与正常儿童的表现没有什么根本性的区别，再加上以后我们还要谈到的，当患儿长大后，MBD往往能够“自愈”。面对这些事实，不由得不得不使人产生这种想法：MBD究竟是不是“疾病”？

关于这个问题,如能亲自到小学校去调查一、二个班级,就可以得到有益的启示。你会发现不论哪个班级都有下列三种学生:有一些学生规规矩矩、少年老成,不但自己遵守纪律,努力学习,而且还能协助老师搞好班级工作。另有少数孩子比较顽皮好动,思想不易集中,往往冲动任性,难以控制自己。而大多数同学则处于中间状态,在课堂上一般都能克制自己,集中注意听讲,而在下课后却活泼可爱,甚至淘气顽皮。如果遇到老师讲课不够生动,他们也可能讲些废话,做些小动作,但在老师提醒之后,便能立即改正。前二种学生为数都较少,后一种学生则占全班同学的大多数。这种“两头少、中间多”的分布情况(见图 1·1),正象人们的身

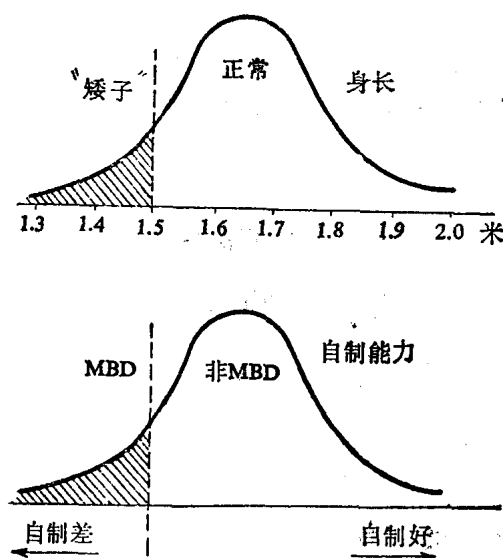


图 1·1 自制能力的正态分布

自制能力和身高一样,均属正态分布,其分界线是人为的“矮子”,指身材矮。MBD,代表自制能力差。

长或体重一样，在统计学上被称为正态分布。如今我们所谓的 MBD 儿童实际上就是在正态分布中处于较差一端的上述第二种孩子，也就是那些按自我控制能力来说是比较弱的，可算“矮子”的学生。但是这也正象“身高多少厘米才算矮子”并没有绝对标准一样，自我控制能力究竟差到什么程度才算 MBD，也很难订出绝对标准。正如身高 1.6 米的人在某些国家或地区可能要算“矮子”，但是到了另一个国家另一个地区可能就属一般。我们说，由此可见，自我控制能力的高低强弱，只是一种相对的个性表现；而“MBD”或“非 MBD”所指的正是他们自制能力的高低，所以也是一种相对的概念。因此，不论自制能力较差的 MBD 儿童，还是自制能力较强的非 MBD 儿童，应该说都属于正常儿童的范畴。总之，严格说来，MBD 只是儿童个性方面的一些问题，并不能算作“疾病”，当然更不是什么“精神病”。

二、MBD 有哪些表现？

——MBD 的临床症状

(一) 几种主要表现

MBD 儿童的临床表现多种多样，一般说，主要有以下几个方面：

1. **注意涣散** MBD 儿童在这方面的表现相当突出。从心理学的观点看来，注意可以分成二种：一种是被动注意，或称不随意注意。客观事物可以因为它们自身的特点吸引了人们的注意，于是人们便会不随意地、无目的地、不费劲地

把注意指向和集中于这些事物。另一种是主动注意，或称随意注意。人们给自己提出一定的任务，按照自觉的目的把精力集中于某个事物。这种注意就需要意志的努力，就要费劲。MBD 儿童在注意方面的一个特点是主动注意功能减弱，因此在课堂上难以约束自己，不能集中思想听老师讲课，甚至在课后也很难专心玩耍某一种游戏或玩物。他们往往明知应该专心听讲，但却控制不住自己，思想常常开小差。他们对玩物只图新鲜，最好经常变换花样。注意障碍严重的，甚至不论看电影或电视，还是看连环画或听故事，都只能集中注意十几分钟，便要站起来走动或在坐位上扭摆，或者做出各种各样小动作，甚至感到无聊而入睡。与此同时，他们的被动注意却相对地比较亢进，外界任何细小变化都会引起他们的注意。听到树梢鸟叫，他们就盯视窗外；同学咳嗽声响，就立刻转过头去。总之，他们由于主动注意减弱，被动注意相对亢进，以致注意明显涣散。一般说，几乎每个 MBD 儿童都有这种症状表现，但其程度可因人因时而异。有人主张凡是在看电影时能够集中注意的儿童就不应称为 MBD。其实，殊不知 MBD 儿童的注意障碍在于主动注意方面，而不在于被动注意。所以，如果电影内容新奇，能够投其所好，那就必然能够吸引住 MBD 儿童的注意，这是被动注意的效果，对 MBD 可以说不足为奇。

一般说，注意涣散这个特点往往会程度不等地延续到成年以后。

2. 活动过多 大多数 MBD 儿童往往都有这种表现，因此人们常称之为“多动儿童”。至于活动过多的程度则各各不同。有的非常严重，不论什么场合都东钻西窜、一刻不停、手舞足蹈、从不安宁，给人一个“小猴子或小老鼠”的印象

——有些孩子也确实获得了这种绰号。有的只是在理应安静的场合活动过多，例如在教室里不能坐定，一会儿叩桌子，一会儿站起来，一会儿吹吹口哨，一会儿大声讲话，一会儿转向旁边的同学，一会儿竟然擅离座位。正象有的 MBD 儿童自己说的那样：“能够动一下手指也是好的，不动的话觉得心里难受”，“坐久了，好象和椅子粘在一块儿，非得站起来不可，至少要扭动扭动才好”。有的则慑于老师威严，不敢放肆活动，便悄悄地从事各种小动作，例如咬铅笔、吮手指、切橡皮、剥指甲、嚼衣角、扭辫梢等等。但是，也有 10~15% 的 MBD 儿童，特别是女孩子，活动并不过多，甚至竟然表现为活动过少或者显得呆滞。他们两眼盯着黑板，一动都不动，看起来似乎很安静，很专心，实际上思想却在开小差。所以，活动过多虽然是最常见的 MBD 表现，但也并非其必具症状。其次，即使是活动过多的 MBD 儿童，也并不见得在各种场合都显得活动过多。有的平时活动过多，但一旦处在陌生环境，例如在医生面前，却变得规规矩矩，文文静静；或者在某种“一对一”场合，例如在父亲面前，也可以静坐相当长时间。再说，即使是活动过多，其实际活动量也不一定过大。例如在操场上，MBD 儿童的活动就不见得比其他儿童更多，在这种场合就很难用“多动”来鉴别一个孩子是否 MBD。国外曾有不少学者认真研究过活动过多这个问题，他们采用多种方法测定 MBD 儿童的实际活动量，有的用活动地板、光电管或超声波来测量，有的用电影摄制或电视录象进行监视，但都未能发现其活动量与正常对照儿童有何明显差异。因此看来，与其说 MBD 儿童活动过多，还不如说他们在需要自我控制的场合比较不能克制自己的行动，以致其活动的目的多变，容易给人一种活动过多的印象。

一般说，MBD 儿童在成年以后，活动过多的症状表现往往会自行减轻或消失。

3. 冲动任性 MBD 儿童在情绪和意志方面也不能很好地控制自己。他们的情绪往往不很稳定，比较容易激惹。遇到些许小事便会大喊大叫、大哭大闹，但是片刻之后，却又嘻皮笑脸，欢欣愉快。他们常常感情用事，想干什么就干什么，做事都凭心血来潮、一时冲动，往往不顾及后果。有的 MBD 儿童在课堂里会突然大声叫喊或唱歌，或者屡次惹恼邻座同学。有的孩子自己年纪很小，却无缘无故地向比他大好几岁的孩子惹事挑衅。有的甚至会突然做出一些危险性动作或破坏性行为，例如攀登树木后突然跳下，与飞驰汽车比快慢等等，真可称作胆大妄为，往往因此造成伤人自伤等严重后果，甚至在患儿长大成人后，在这个方面也往往仍然有所表现。

上述三条是 MBD 的主要表现，而以下几点则因人而异，或有或无。

4. 学习困难 在 MBD 儿童中间，有的天资聪明，有的智能一般，有的比较愚笨。天资聪明的，在上课时虽然也不专心，但却一听就懂，学习上困难不大。然而那些智能一般或比较愚笨的，就会表现出明显的学习困难。他们的学习成绩可以很差，或者时好时坏，往往因此被误认为低能、愚笨。其原因比较复杂，除了与老师教学方法的好坏和对待 MBD 儿童的态度有关以外，主要有以下几个方面：

(1) 注意涣散 注意集中是学习与记忆的先决条件。注意如不能集中，当然不能理解老师所讲授的内容，更谈不上记忆。

(2) 冲动任性 MBD 儿童做事凭感情冲动，在学习上