

专家门诊咨询丛书



# 儿童 多动症

● 郭莲舫

● 上海医科大学出版社



# 儿童多动症

郭莲舫 编著

上海医科大学出版社

(沪)新登字 207 号

责任编辑 肖 英  
封面设计 朱振东

**儿 童 多 动 症**

郭莲舫 编著

---

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

常熟新华印刷厂印刷

开本 787×960 1/32 印张 2.25 字数 42000  
1993 年 10 月第 1 版 1993 年 10 月第 1 次印刷  
印数: 1—5000

---

ISBN 7-5627-0167-9/R·158

---

定价: 2.10 元

## 目 录

1. 儿童多动症是怎么回事? ..... 1
2. 小儿为什么会患多动症? ..... 2
3. 儿童多动症有哪些主要表现? ..... 4
4. 多动症诊断标准是什么? ..... 7
5. 有些多动症为何没有多动表现? ..... 9
6. 怎样正确对待多动症儿童? ..... 10
7. 对多动症有哪些中医治疗? ..... 13
8. 服多动症药会发呆变憨吗? ..... 14
9. 刚入学儿童是否有多动症? ..... 16
10. 多动儿童的不良行为习惯是什么? ..... 18
11. 多动症儿童容易发脾气怎么办? ..... 21
12. 怎样解决多动症儿童的品行问题? ..... 23
13. 为什么多动症儿童学习困难? ..... 24
14. 有多动症儿童的家庭应怎样创造良好的学习环境? ..... 26
15. 怎样对待多动孩子的多问? ..... 28
16. 多动症应与哪些疾病相区别? ..... 30
17. 儿童多动症与低能儿童区别在哪里? ..... 32
18. 如何区别顽皮还是多动症? ..... 34
19. 孩子“人来疯”算多动症吗? ..... 36
20. 抽动症和“多动症”是一回事吗? ..... 38
21. 多动儿童迷恋电子游戏机怎么办? ..... 40
22. 怎样对待多动孩子的退缩行为? ..... 42
23. 对不多动孩子的孤僻怎么办? ..... 44
24. 儿童多动是坏事吗? ..... 45

25. 多动症孩子有“逆反心理”怎么办? .....	47
26. 怎样利用幼儿“多动”开发智力? .....	50
27. 如何开发多动儿童的智力? .....	51
28. 多动症儿童遗尿怎么办? .....	55
29. 怎样对待多动症儿童的手淫习惯? .....	57
30. 怎样树立多动症儿童的自信心? .....	59
附: 盐酸甲氯芬酯胶囊提高儿童智力新用途 .....	61

## 1. 儿童多动症是怎么回事？

有些儿童从小活动过多，动作不停，注意力不集中，易被各种事物所干扰。不论看电影，还是听故事，只能坐定片刻，甚至吃饭也端了饭碗东走西逛。放学后常在外游荡，直到天黑才肯回家。对于父母告诉他们的事，经常丢三忘四，不能有始有终。

这些儿童在学校里，或惹事生非，追逐同学；或废话连篇，影响他人学习；或两眼盯着黑板，思想却在“开小差”；或小动作不断，扭衣角、玩辫梢、切橡皮、咬铅笔、玩手帕；因此，学习成绩较差，常被人们称为“聪明面孔笨肚肠”。

父母、老师对这些儿童伤透脑筋，抓得紧一些，成绩暂时好转，父母打骂一顿上课略有好转，但好景不长，不久又依然如故。父母费尽心机，老师千方百计，仍收不到应有的效果。

为此，家长只得把孩子带到医院去找医生，但是医生的意见可能很不一致，有的认为根本没病，有的却判为“低能”，有的诊断为“多动儿童”，有的诊断“多动症”，有的诊断“注意力缺损障碍”，那么到底是什么呢？

远在18世纪，德国著名医学专家霍夫曼，曾把儿童活动过多，作为一种病态症状描述。1937年随着药物发展，勃莱特勒应用苯丙胺予以治疗这类症状的病人，取得较好疗效。但当时都没有得到应有的重视。

直到20世纪50年代以后，研究该病的学者较

多,然而意见分歧,众说纷纭。于1962年世界各国小儿神经精神科专家,在英国牛津集会讨论,会上统一了看法,暂时定名为“脑功能轻微失调(MBD)”,即“多动症”。

近20年来国内外开始进一步研究,进展较快,发表了较多的学术文章,当前美国决定把这组症状诊断为“注意力缺损障碍(ADHD)”。

国内由颜文伟教授首先开展这项研究工作,并设立门诊,随即在上海、北京、南京和广州等地都开展这项研究工作,多数地区仍习惯用多动症诊断,但是为了免得给这些孩子戴上“疾病”的帽子,有的医师分别称它为“多动儿童”、“多动综合征”、“学习困难综合征”、“注意力障碍”等。虽然,这些名称不同,但均有不同程度地包含着“注意障碍”。

## 2. 小儿为什么会患多动症?

目前世界各国学者,从各方面进行病因探讨,提出种种说法,认为脑器质性因素、遗传因素、发育成熟延迟以及生化代谢异常,社会教育等因素与小儿的多动症有关:

### (1) 器质性因素

包括母体孕期疾病,早产、先兆流产、围产期的损害(如胎盘异常、宫内感染和营养不良、难产、窒息以及产伤等);婴幼儿期由于中枢神经系统感染、严重疾病、颅脑外伤、中毒和高热昏迷等因素导致脑组织不同程度损害,而产生多动症。

## (2) 遗传

曾有人研究报道，发现多动症双生子的相同患病率高达100%，也就是说双生子之一患多动症，另外一个几乎百分之百的也有多动症。也有人调查双生子的相同患病率为85.7%，总之，多动症与遗传有一定关系。在家庭调查中也往往可以看到一些多动儿童的父母或父母之一在幼年时也曾有多动症的表现。至少可以发现其父母的个性比较外向，脾气比较急躁，性格比较活跃。

由此可见，多动症与遗传有关，至少可以说发生多动症的內因是有一定的遗传素质，但所遗传的不一定就是多动症本身，而是容易发生多动症这样一个素质的內因，至于是否会发生多动症，还要看后天环境的影响如何而定。

## (3) 成熟延迟

根据发病特点，年幼发病，一般青春期可能自愈转归，同时伴有言语能力及骨骺年龄等发育迟缓，研究认为与中枢神经系统发育延迟有关，同时与额叶皮层发育及髓鞘形成发育迟缓有关。

## (4) 生化代谢异常

生化代谢异常，主要由于神经细胞突触间隙的神经递质缺陷，因而影响神经功能的调节，妨碍信息传递，削弱自制能力，导致活动过多、注意障碍和学习困难等症状。

目前研究主要发现，去甲肾上腺素功能不足，多巴胺活动功能减低，5-羟色胺代谢障碍等。当然有些引起障碍和代谢缺陷原因，尚不明白，这些问题均



有待进一步研究探讨。

#### (5) 饮食及中毒因素

有人认为食品中的某种附加物质（如调味剂和人工颜色）对那些有遗传素质的儿童可能产生多动症状，也有认为铁的缺乏和轻度贫血可影响儿童的行为，以致注意力减弱，脾气急躁易怒。也可因有些儿童轻度铅中毒所致注意力不集中，学习能力减退和精神发育迟缓。

对于饮食及中毒中是否因某些稀有元素缺乏，如缺锌也可导致注意力不集中，尚在进行研究中。

#### (6) 环境与教育因素

儿童在不良家庭环境及教育方式的影响下可能促使发生多动症状或使症状加剧。

### 3. 儿童多动症有哪些主要表现？

虽然儿童多动症表现多种多样，但是归结到一点，便是自我控制能力较差，在注意功能方面，由于主动注意所需要的意志努力、控制能力均不足，思想就不易集中。

在动作方面，在需要自我克制的场合，显得活动过多，或小动作不断。

在情感方面，由于不能很好地自制，以致情绪不稳。

在意志方面，同样的由于自制能力不足，会出现冲动任性、为所欲为。

多动症关键在于自我控制能力的不足，各种主

要表现由此而来。

### (1) 注意力涣散

多动症儿童在这方面的表现相当突出。从心理学观点分析，注意有两种：一种是被动注意（不随意注意），客观事物因其自身的特点吸引了人们的注意，于是人们会不随意地、不自觉地、不费劲地把注意指向并集中于这些事物。另一种是主动注意（随意注意），人们给自己提出一定任务，按照自觉的目的把精力集中于某个事物，这种注意需要意志的努力，就要费劲。

多动症儿童在注意方面的特点，是主动注意功能的减弱。因此，在课堂上难以集中思想听老师讲课，甚至在课后也很难专心玩耍某种游戏或玩物。他们往往明知应该专心听课，但却控制不住自己，思想常常开小差，不论看电影或看电视，还是看连环画或听故事，都只能集中注意片刻，甚至会感到无聊而入睡。

多动症儿童被动注意就相对地比较亢进，外界任何细小变化都会引起他们的注意。听到树梢鸟叫、外面汽车声音，他们就盯视窗外，家里来客人讲话、电视机的声音等都会引起他们的注意，致使上课或做作业不集中。

总之，由于运动注意减弱，被动注意相对亢进，以致注意力明显涣散。

可以说，每个多动症儿童都有这种表现，但其程度可因人因时而异。有的在上课时注意难以集中，但在看电影时注意力可以相当集中，这时电影里的

新奇内容，吸引了他们的注意，是被动注意的效果，与多动症的主动注意障碍在客观上是一致的。

一般说来，注意力涣散这种表现往往会程度不等地延续到成年以后。

## (2) 活动过多

大多数多动症儿童都有这种表现，因此有人称为“多动儿童”、“多动综合征”。至于活动过多的程度则各有不同，有的简直一刻不停，有的只是在理应安静的场合，显得活动过多。他们在教室里不能安稳坐定，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，一会儿毅然擅离座位。有的则慑于老师的威严，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、在书本中乱涂乱画等。

但是，并不是所有多动症儿童都患有多动，至少有10%~15%的多动症儿童，特别是女孩子，活动并不多，甚至外表看来很安静，两眼盯着黑板，一动不动，实际上思想却在开小差。

也并不是说多动症儿童在任何场合都显得多动，他们在陌生环境，在医生面前，特别在严父身旁，在“一对一”的场合下，往往会一下子变得规矩文静，而且可以维持相当长的时间。

然而，多动儿童即使是活动过多，他们的实际活动量却不一定过大，国外有人用各种仪器测量活动量，发现多动症儿童与非多动症儿童，他们的活动“量”对比，没有明显差别。

由此可见，多动症儿童的多动，应该说他们是在

需要自我控制的场合不能克制自己的行动，由于其活动目的的多变，给人一种多动的假象。

### (3) 冲动任性

多动儿童往往不能很好地控制自己的情绪和意志。他们的情绪很不稳安，遇到一些小事情便会大喊大叫、大哭大闹，但是，片刻以后，却又嘻皮笑脸，欢快无比。

他们常会感情用事，想干什么就干什么，做事情往往心血来潮，一时冲动，常不顾及后果；有的儿童在上课时突然大声喊叫或唱歌，或者屡屡惹恼邻座同学；有的自己年纪很小，却无缘无故地向比他大的孩子惹事挑衅；有的甚至会突然做出一些危险性的动作或破坏性行为，如高攀树梢再突然跳下、与飞驰的汽车比赛速度等等，往往因此造成自伤或伤及他人等严重恶果。

一般说，在儿童长大成人后往往仍会有不同程度的这种表现。

以上3条为多动症主要表现，当然还可以有学习困难、品行问题、协调动作缺陷、发育方面的延迟等表现，均在后面有关问题中作解答。

## 4. 多动症诊断标准是什么？

多动症需要一定诊断标准，为调查、治疗、预防提供依据。

由于对多动症诊断标准不统一，对多动症患病率调查数字忽高忽低，据我国调查情况来看，上海儿

童多动症患病率3%~10%，北京8.6%，广州1.5%，西安8%，福州2.5%，河南焦作8.8%。

以上统计数字的显著差异一方面与诊断标准有关，另一方面地区之间也有差异，看来工业化大城市和偏僻农村可能有较大差异。但主要还是诊断标准。

1989年美国精神病学会提出诊断新标准，把多动症(MBD)诊断为注意缺损多动障碍(ADDH)，成为当前世界各国学者关注的问题，并已学习应用。

该诊断标准是7岁以前起病，不符合广泛性发育障碍，当与大多数同年龄儿童相比，下列行为更频繁，符合下面14条中8项，并持续6个月，即可诊断ADDH，即过去多动症。

① 手或脚不停地动作，或在座位上扭动(少年为坐立不定的主观感受)。

② 即使必须坐定，也很难静坐在座位上。

③ 易受外界因素影响而分散注意力。

④ 在集体活动或游戏时，不能耐心地等待轮转。

⑤ 别人问话尚未结束，便立即抢着回答。

⑥ 不按他人指示做事情(并非故意违抗或不理解)。

⑦ 在做功课或玩耍时不能持久地集中注意力。

⑧ 一种事尚未做完，又做其他事情。

⑨ 不能安安静静地玩耍。

⑩ 说话太多。

⑪ 常常打断他人的活动或干扰他人学习、工作。

⑫ 人家对他讲话，往往没有听进去。

⑬ 学习时的必需用品，如书本、作业本、铅笔等常常丢失在学校或家中。

⑭ 往往不顾可能发生的后果，参加危险活动，例如不加观察便奔到马路当中。

## 5. 有些多动症为何没有多动表现？

父母并不感到自己孩子多动，但老师反映孩子上课时思想常开小差，屡加说服教育，毫不见效，而有的医师也称这孩子是多动症，为何有这种没有多动的多动症？

多动症研究学者，最初从异常多动孩子中发现并认识这组症状。经过大量的临床观察和分析，发现有10%~15%的病儿没有多动的表现，却表现出其他症状，其中以注意力不集中最为突出，而且以女孩为多见。

有些孩子上课时两眼盯在黑板上，看上去既安静又专注，但实际上并没有看进去和听进去，因为思想一直在开小差。做作业时也是这样，一个人静坐桌前几个小时，作业却完不成。

其原因并不一定是不会做，而是极易受外界因素干扰，注意力分散，坐在那里无所事事，心神不定。

国外许多学者用许多方法研究多动症，发现多动症的儿童，其多动活动量，并不一定比正常儿童大。因此较多学者认为，对多动症比较合理的描述，应该是在需要自我控制的场合不能克制自己的行动，注意力不集中，目的多变，给人以一种活动过多

的印象。

过去我们称为多动症(M B D)，即脑功能轻微失调的英文缩写，在美国DSMⅢ诊断与DSMⅢR诊断，称为ADD或ADHD，即注意力缺损障碍，并认为注意力不集中是主要症状，而严重多动可有可无。可见，人们对一种病的认识是随着认识的深化，而更进一步接近其本质。

因此，不要因为没有多动症状就不求医，对学习困难，注意力不集中，应该及时找医师诊断与治疗。

## 6. 怎样正确对待多动症儿童？

多动症儿童在个性发育过程中出现的一些延迟或偏离，属于“正常中的不正常”，一般说来，还不能算为“病态”。

因此，从这个意义上来看，重要的是如何正确对待多动儿童。如果家长和老师都能正确对待多动症儿童的话，他们的个性就有可能正常地发展、健康地成长。

那么，究竟应该怎样对待多动症儿童呢？

### (1) 首先不可歧视多动症儿童

有些家长或老师不了解多动症，往往把多动症儿童的行为表现完全看成思想问题和品德问题。于是，老师严予责备，家长横加打骂，而情况却越来越严重。

实际上，多动症儿童的表现，虽说不是真正的“疾病”，但是这种个性发育过程中的问题，毕竟带有

几分病理的性质，与纯属思想意识问题终究还有区别，并不完全是靠教育所能解决的。

对于多动症儿童固然要加强教育，但是我们坚决反对打骂孩子，因为这与思想品德不良是截然不同的两码事。

还有一些老师与家长片面地把多动症儿童当作“病儿”，甚至把他们当作“精神病人”或“低能儿”来看待，想尽办法把他们推出学校，以致使他们遭受同学们的歧视，得不到正当的教育，给这些孩子造成不应有的心理创伤，这是完全不应该的。

## **(2) 教育与药物相结合，药物为教育创造条件**

目前我们还不可能从根本上改变多动儿童的个性发育，我们只能应用一些药物来暂时补充神经递质的不足，并不是“治本”，而只是“治标”。其目的是为教育创造良好条件。我们知道，多动症儿童自制能力差，注意力不集中，往往把老师或家长的金玉良言置于耳边。在这种情况下，必须辅以药物治疗，使他们的注意力得到改善、自制能力增强，然后才能谈得上教育，才能培养良好习惯。

但从另一方面看，药物并非万能，在药物发挥作用的的时间里，固然有利于多动症儿童的自我控制，但是药物本身不可能产生出知识和品德来。若要获得丰富的知识和良好的品德，必须依靠家长和老师的身传言教。所以我们强调指出，应正确对待多动症儿童的药物与教育，它们是相辅相成的，不可偏废的两个方面。

药物治疗一般选用中枢兴奋剂，可以提高多动



症儿童自我控制能力。较多儿童服用后，多动行为得到明显改善。

常用药物有如下几种：

1) 利他林，初日剂量 10 毫克，一日两次，以后根据情况可增加剂量，多数儿童日量达 20~40 毫克时即可见效。

2) 苯丙胺，初日量为 2.5~5 毫克，一日两次，以后逐渐增加剂量，一般日量在 10~20 毫克即出现良好效果。

3) 匹莫林，每天早晨服一次，初次服 20 毫克，以后可增加至 20~60 毫克/日，均能起到较好的效果。

药物治疗必须在医师指导下使用，一般只在早晨与中午服用，如果中午超过 1 点钟后服用往往儿童晚上睡眠不良，特别是匹莫林应该在早晨服一次为佳。

对儿童某些行为问题还可服用舒必利，每日 100 毫克，分 2 次服用，以后可增加到每日 200 毫克，对某些行为障碍有一定效果。

### (3) 在教育多动症儿童方面应注意的问题

1) 尽量利用“被动注意”，提高教学质量。多动症儿童对他爱看的电影或电视一般都能坚持观看一定时间，就因为它们“生动有趣”，“有吸引力”。如果小学老师能够想办法把自己的讲课也搞得“生动有趣”，那就可以调动小学生的学习积极性，特别要发挥多动儿童的被动注意来弥补他们的主动注意之不足。

2) 及时表扬，避免惩罚。对多动症儿童来说，事