

注意缺陷多动障碍的疾病治疗临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/594/2021_2022__E6_B3_A8_E6_84_8F_E7_BC_BA_E9_c22_594108.htm ADHD儿童的治疗需要老师、家长和医生一起共同采用心理支持、行为矫正、家庭和药物治疗的综合措施，才能收到好的效果。

（一）心理支持 采用疏泄、解释、鼓励、安慰、暗示等方法，与患儿和家长进行思想交流，让他们倾诉患病后的感受和委屈、帮助他们分析原因和应采取的对策。鼓励他们树立信心，纠正不良行为。心理支持对改善患儿情绪障碍、自尊心不足和人际关系紧张等症状有帮助。

（二）行为矫正 由治疗者针对患儿的症状设计治疗计划，通过有针对性的训练程序，减少患儿的过多活动和不良行为。训练要对不同的患儿选用不同的方法。

1 阳性强化法 通过表扬、赞许、奖赏等方式使小儿良好的行为得以持续。在应用此法前应先确定要求小儿应改变的靶行为（不良行为）和需建立的适宜行为。当患儿出现这种良好行为时立即给予阳性强化，使患儿感到欣快和满足（反溃）。如带患儿进入公共场所之前要告诫小儿不该出现哪些不良行为和应遵守的行为规则。当出现不良行为前兆时应立即予以制止，对规范的行为就立即给予赞许、表扬和奖励。

行为矫正的阳性强化法要注意做到：（1）立即反溃

当ADHD儿童一旦出现良好行为时就应尽可能迅速地给予赞许和表扬。和正常儿童相比，ADHD儿童更需要这种“立即反溃”。这种反溃应该非常特别而明确。而且越迅速效果越好。使患儿留有深刻的印象。除了赞许、口头表扬外，还可以是一种许诺或是特别的玩具或食物等奖励。

（2）频繁反

溃对于正常儿童每天只需几次“反溃”就能起到督促和鼓励作用。而对于ADHD儿童则需要更多的“反溃”，应用频繁反溃让孩子始终知道自己做得怎样，该如何做，恰如其分的频繁反溃对ADHD的矫正效果较好。（3）突出反溃 ADHD患儿对一般的赞许、表扬的敏感性会逐渐降低，难以调动他们的行为积极性。必要时可以运用更大、更突出的奖励。如对幼小患儿的身体亲昵，特别的食物、对年长儿的物质奖励等。（4）阳性强化法可与自我控制法、处罚法、消退法等合并使用。如指导患儿学会用自我监督、自我强化等方法控制自己的行为，令患儿作行为记录，每天或每周作比较，不良行为减少时就给予表扬奖励，使患儿自觉主动地去控制不良行为。

2 处罚法 处罚有助减少或消除儿童的不良行为。但对于孩子的不良行为要避免开始就进行严厉的处罚。要坚持先鼓励后惩罚的原则，处罚可采用暂时隔离法，使其明白其行为的不适宜性，轻微的处罚应与鼓励相结合。或许在有2-3次的表扬时加1次批评效果更好。对ADHD儿童的刻板运动、冲动、攻击和破坏性行为，也可采用矫枉过正的处罚方法。

3 消退法 治疗前需确定何种因素对小儿不良行为起着强化作用。再对其进行消退。如老师对小儿上课时坐不住，不停地扭动身体的行为过于关注，就会使这一行为动作得以加强，出现次数增多。在不影响课堂秩序的情况下，如老师予以漠视，久之因失去注意而得不到巩固就会逐渐消失。（三）学校、老师、家长的学习和教育方法的改进 要向家长老师宣传ADHD的有关知识（必要时举办学习班）消除他们对ADHD的误解和疑虑，使家长老师认识到ADHD不是儿童的天性，也不是儿童的故意行为，是小儿难以自控的病态

。ADHD不是急性、短时的病态过程，需要较长时间的心理行为矫正和辅以必要的药物治疗。家庭、学校附加的不良行为（频繁的斥责、处罚、歧视等）只会导致ADHD症状的加重。家长老师需要学习教育管理ADHD儿童的方法。实施正性有效的行为矫正方式、改正不良的教养态度和方式，学会选择较合理的期望水平。家庭和学校教育要密切配合。

- 1 家庭治疗 是指从根本上改变原有不适合正常家庭功能的成员之间的关系，重新建立新的、能面对ADHD儿童现实的家庭成员间的关系。包括他们交流模式、认识水平和教育方法等方面的改进。
- 2 改进教育管理方法 学校和老师要改进教学和管理方式，探讨适宜ADHD儿童的教学方法，增强授课的趣味性和艺术性以吸引患儿的注意力。有的国家将部分ADHD儿童安排接受1-2年的特殊教育，但这并非是“低能学校”而是尽量使其教育环境和方法更适合于ADHD儿童。如放慢教学进程、变换作业难易程度、适当减少作业量、学生可以选择自己喜欢的座位等。对并非精神发育迟缓的儿童而被转入低能伤残学校学习是不可取的。

（四）社会技能和躯体训练项目 ADHD儿童多有人际关系问题，要鼓励他们多参与集体活动，尽可能让他们与有同情心的伙伴多接触，为他们提供适宜的社会生活环境，同时有目的、有计划地让小儿作一些有助培养主动注意能力的训练、游戏和体育活动。如每天定时定量的作业测试、素描，适合的体育活动等，通过这些活动，使他们的自我控制能力、协调运动、主动注意能力增强。并有助于他们自尊心的重新建立。近年开展的感觉统合训练也有助于增强ADHD儿童的自我控制能力。

（五）药物治疗 当ADHD儿童症状明显，导致儿童学习困难成绩下降，或有

明显的行为异常时，在心理和行为矫正的同时应予药物治疗。目前治疗ADHD的药物有下列几类。

1 精神兴奋剂 (1) 哌甲酯Methylphenidate (利他林Ritalin) 其作用机理可能为促进神经传递介质的释放，阻滞儿茶酚胺类神经递质的回收，从而加强大脑皮层的兴奋过程。哌甲酯每片10mg，口服后20min内迅速吸收，1-2h内血药浓度达高峰，有效血药浓度7-10mg/ml。半衰期6h。70%以上在24h内代谢降解或排出体外、不积蓄、不成瘾。常用剂量为每次0.1-0.6mg/kg，也可按年龄给药，按小学生体重20-30kg计算，每次用量为5-10mg，宜从小剂量开始。7岁儿童，开始早餐时服5mg，1周后递增至10mg/次，如疗效不明显可每周递增5mg直至显效。有效剂量因人而异，每次最大量不宜超过20mg，每日总量不超过30mg。单独用药中午可加服早晨的半量。高年级学生如必要时在下午3点尚可加服1次中午的半量。对完成家庭作业有帮助，下午3时以后不应服药，以免影响睡眠。应避免大剂量长时间用药。常见的副作用为食欲减退、头昏、失眠、心悸、腹痛等。持续用药可耐受。严重时减量或停药后即可消失。为减少副反应和耐药性的产生，双休日、寒暑假、节假日不学习时停药。学龄前期儿童、青春期后的年长儿原则上不用药。有癫痫、高血压、心脏疾病儿童宜慎用或禁用。

(2) 苯异妥因Phenoxazole (匹莫林Pemoline) 该药能改善患儿注意力不集中、自制能力不足等症状。可在哌甲酯疗效不显著时改用苯异妥因。或与哌甲酯合用。每片剂量为20mg，半衰期长为12h，故有效血药浓度可维持8-12h，只需每日用药1次，免于带药到校服的麻烦。开始剂量为早餐时服10mg，一周后药效不明显可递增至20mg。单独用药每日1次，最大剂量

不超过60mg。与利他林合用时二药均应相应减少。该药起效缓慢，服药后1-2周后才能出现疗效。副反应较利他林轻，肝肾功能不全者慎用或禁用。（3）苯丙胺（Amphetamine）是最早治疗ADHD的药物，作用与利他林相似。药物作用时间较利他林长，比匹莫林短。由于该药副反应明显，日前已为上二药替代。

2.受体激动剂（1）可乐定（Clonidine）原为治疗高血压药物。但发现其对ADHD有效，与利他林合用对治疗顽固性ADHD和ADHD伴有抽动的患儿较适宜。开始剂量为0.05mg/d（半片），以后缓慢加量至每天0.15-0.3mg，分3次服。可有低血压、嗜睡、头昏、腹痛等副作用。需定时监测血压，长期服药不可突然停药，以防血压反跳。（2）三环类抗抑郁药 此类药物有丙咪嗪（Imipramine）和去甲丙咪嗪（Desipramine）。丙咪嗪适用于合并有焦虑和抑郁的ADHD患儿。剂量为开始每日早晚各12.5mg，如疗效不明显可逐渐加至早晚各25mg，每日总量不超过50mg。副作用有嗜睡、口干、头晕、便秘、震颤等。去甲丙咪嗪半衰期较丙咪嗪长，作用时间也长。该二药在年长儿和成人应用副作用较儿童应用相对安全。儿童服用因易出现心血管方面的副作用而需谨慎。抗抑郁药氟西汀（Nuoxetine）也可用于伴有抑郁焦虑症状的年长儿。（3）其他 新研制的药物有安非布他酮（Bupropion）、去甲替林（Nortriptyline）等治疗ADHD也有一定疗效。但观察时间尚短，有待进一步临床积累经验。

更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库
百考试题执业医师加入收藏 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com