

儿童多动综合症_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_84_BF_E7_AB_A5_E5_A4_9A_E5_c22_609105.htm

儿童多动综合征是以与年龄不相称的注意集中困难、行为冲动和活动过度等为特点，在临床上常同时合并出现，故名儿童多动综合征(hyperkinetic syndrome of childhood)。以前曾称轻微脑功能障碍(mbd)、因乏脑损害的证据而废用。美国精神病学会于1980年将其列入注意力不足范畴，在1987年的dsm -r中称之为注意缺陷-多动障碍(attention deficit hyperactive disorders)。国外报道，在学龄儿童中的患病率为4% - 20%(一般为5% - 10%)，我国的调查结果为1.3% - 13.4%，比较公认的患病率为3%，男孩比女孩多，约为4：1至9：1。[病因和发病机制]至今不明，可能是多因素的结果。(一)遗传因素 多动综合征患儿的父母、同胞和亲属中，在儿童期患该症者较一般家庭为多。孪生子研究发现单卵孪生子的同患病率达100%，而双卵孪生子仅为17%。这些研究支持遗传因素的作用，可能为多基因遗传。(二)脑部器质性病变 部分儿童在产前、产时或幼年早期有窒息缺氧、颅脑外伤、感染、中毒及营养代谢障碍，神经系统检查发现部分患儿有神经软体征，如动作笨拙、轮替运动不足，肌张力轻度增高、腱反射亢进或不对称等，少数有眼球震颤、言语困难。脑电图约50%出现轻微异常。但这些改变并不具特异性。另有报道，患有妊娠高血压中毒综合征者所生的孩子以及早产、足月小样儿，在儿童期该病患病率与正常儿童相比并无差别。因而多动综合征与脑损伤的关系尚难定论。有人认为，国外近2030年来发病数量

的增多与妇女吸烟增多有关；因孕妇吸烟可引起胎儿尼古丁中毒。(三)生物化学因素 有人认为多动综合征的发生与脑内神经递质代谢异常有关。实验证明，去甲肾上腺素、多巴胺、5羟色胺等的不足可能与该症有关。因为此类物质的不足可使兴奋系统占优势，脑的抑制机能减弱。这样可使小儿对外来的各种刺激不加选择地作出反应，以致引起过多的活动和注意力的不集中。(四)神经生理学因素 有人认为该症可能与大脑前额叶发育迟缓有关。前额叶在生物进化史上发育最晚，此区的神经纤维髓鞘化过程也最迟，多动综合征患儿则更晚，至少年期后才完成，遂于青春期后多动现象减少，注意集中困难改善。(五)心理因素 在正常儿童，对内驱力和外界压力可通过自我教育来控制，而儿童的自我教育的最好方式是用语言来表达其感受，但多动综合征患儿用行动代替了说话，从而表现出各种行为问题。另外，社会性学习(环境榜样的影响)对儿童的行为有影响。因此家庭内部关系紧张，父母离异，儿童在家得不到温暖，学校功课负担过重或缺少文体活动等等，均可诱发本病或使其症状加重。(六)其他 铅以及食物添加剂等近来报道有可能导致多动的发生。[临床表现] 以动作过多和注意力不集中为主，并有其它症状的一种或多种。(一)活动过多 大多开始于幼儿期，入学后更为明显。幼小儿童的活动过度常表现在全身粗大活动上，如过分地跑跳、翻滚或爬，不走直路；到学龄期小动作丛生，变化莫测，在课堂上不时翻弄书本、笔记本，玩铅笔，咬指甲，拔头发，撕纸，玩弄小辫子，卷衣角，屁股在椅子上扭转，碰碰邻近的同学。严重者可影响课堂秩序，如突然发出高声喊叫，擅自离开座位，与同学讲话，甚至在课桌底下钻来钻去。在

家做作业，边做边玩，常需家长监督。但要注意，部分患儿在接受医生检查时可不表现出活动过多，以致难以作出诊断。除活动过多外，部分患儿可有动作不协调，笨拙、不能做精细动作(如扣纽扣、系鞋带、临摹图画困难等)，眼手协调功能差。(二)注意力不集中 主动注意功能明显减弱，而被动注意亢进，常被环境中的无关刺激所吸引，而上课不专心听讲。有时看电视也难以坚持到最后，作业时做时停，非常拖拉。但对其感兴趣的事可以集中注意一段时间。有的患儿上课时似安静，但思想开小差，听不进去，而在考虑其它问题。注意力不集中与活动过多不一样，后者随年龄的增长而逐渐减少或消失，但前者可持续到青春期。(三)冲动性 不经思考即开始行动，由于缺乏克制能力，容易激惹，对愉快或不愉快的事件常作出过度兴奋或愤怒的反应，因此可在教室内大声喊叫，与同学争吵和打架。这三大症状常引起一系列继发性后果，如学习成绩下降，特别在3-4年级时表现尤为突出。由于自制力不足，常发生某些行为问题，如说谎、逃学、打架、私拿家中的钱、破坏公物，甚至发展到反社会行为。大多数儿童有情绪障碍，如自卑、消沉等。此外，部分患儿尚有认识功能上的障碍，如不能区别左右，听觉功能障碍、知觉转换困难，视觉-空间障碍等，这样更加重了学习上的困难。[病程和预后]到青春期后，以上症状大都会消失；也有部分患者多动消失，但注意力不集中和冲动性仍保持。在极少数病人，多动表现可延续至成人。预后的好坏除与疾病本身有关外，尚决定于各种治疗方法的有效性。[诊断](一)病史一般在幼年时期即好动，不能安静地看书和看节奏缓慢的电视。根据父母、老师的观察是否有注意力不集中、过多活动

和冲动性。(二)体格检查 约50%的患儿有协调功能不良、临摹图形困难、轮替运动笨拙和两侧反射不对称以及其它“软体征”，如联带运动、强迫性姿势、舞蹈样运动、共济失调等。近来研究发现，尚有短时记忆力障碍、偏利意识等。(三)心理测试 最常用的有韦氏智力量表(wisc)、注意/集中测试、记忆测验、学习成就测验(如wrat和piat)等。某些多动综合征患儿，wisc言语智商较操作智商高10分多，注意测试分数低。halsteadreitan成套测验与wisc配合应用，对于诊断和鉴别诊断有较多帮助。以上所述各点仅可做辅助诊断用，因它们对多动综合征的诊断均非特异，至今仍以病史和观察为诊断的主要根据。为此，dsm -r(198年)有以下诊断标准：在同具有这种行为的同年龄大多数儿童相比，唯有频繁发作者才应符合标准。一、至少有连续6个月障碍者，要有以下行为中的8条1．经常心不在焉地摇动手、脚，或坐在椅子上也不安静(在青春期也可能不能沉着地控制自己的主观感情)2．很难安安稳稳地坐着说话3．对外界刺激很容易分心4．在游戏和团体活动时，没有耐心依次等待5．经常提问还没完，就抢着回答问题6．对于别人的指示，很难轻易服从(反抗行为，但非理解障碍所致)。例：即使一点小事也不干7．学习和玩耍时很难长久地集中注意力8．通常一件事还没做完又去做另一件9．很难安安静静地玩耍10．经常多嘴多舌，喋喋不休11．总是又参与又捣乱(例如妨碍其他小朋友游戏)12．常常反复地自言自语，看起来好像心不在焉13．对于在学校、家庭中的学习和活动的必需品经常丢失(例如，玩具、铅笔、本子、作业)14．做事不考虑后果，经常做出对身体有危害的行动(并不是为取得惊险的目的)，例如走路时不好好看道二、不

足7岁发病三、无广泛性发育障碍标准应与以下疾病鉴别：1 . 精神发育迟缓 也有动作过多现象，但突出的是智力低下，情绪反应与年龄不符，动作笨拙等。2 . 儿童秽语多动症 也有多动表现 . 如眨眼、弄眉、耸肩、弄舌等。但常于肌肉抽动的同时口内发出咒骂的秽语。病变在基底神经节，服氟哌啶醇有一定疗效，服哌醋甲酯或匹莫林反使症状加剧。3 . 儿童焦虑症 常由各种精神紧张刺激所引起。小儿表现坐立不安，注意集中困难 . 脾气暴躁和冲动等，但突出症状是焦虑。如仔细了解，可见这些情绪反应有明显的心理社会因素，并与外界环境有密切联系。4 , 儿童精神病 儿童精神分裂症早期也可有活动过多和行为冲动。但有个性改变、情感冷淡和行为怪异等。随后，思维联系不联贯，内容离奇，如妄想幻觉等日益明显。婴儿孤独症常有活动过度和注意集中困难等，但有极端孤独及其他特征性表现。5 . 风湿热舞蹈病 可有肢体不自主的舞蹈样动作及情绪的改变。但上课时注意力尚能集中，实验室检查提示风湿热的诊断。6 . 癫痫 也常有活动过多。但有阵发性发作表现 . 脑电图有特殊改变。发作控制后，活动过多和冲动性等症可获改善。[治疗](一)心理治疗 首先应用支持性心理疗法。要对家长及老师说明该症的性质(是发育过程中的一种异常表现)，惩罚责骂不但不能收到预期效果，反会损害小儿的自尊心和进取心，造成精神创伤，加深与家长、老师间的矛盾，使患儿不易配合治疗。要向家长、老师说明，药物不能代替教育，要调整家庭环境，消除种种紧张刺激，严格作息制度，改进教学方法。对患儿本人要加强个别教育，消除自卑感和消极情绪，增强信心。通过训练的方法来增进全身协调动作和延长注意的集中时间。另外

，操作性条件处理法对儿童多动综合征也有一定疗效。一般用阳性强化法和消退法、惩罚法等相结合的方法。例如当儿童完成某一项要求动作时即以口头赞许或物质奖励(阳性强化)；当未完成或出现不良行为时，即取消奖励[惩罚法]或不予理睬(消退法)。(二)药物治疗 目前主要用中枢神经兴奋药。鲁米那非但无效，反使症状加剧，故属禁用。6岁以下患儿由于中枢神经兴奋药物对活动过多的症状改善不明显，故不主张用药物治疗。应用兴奋药应遵守以下原则： 利用康奈氏量表确定教师及父母对患儿基线水平的估计。 哌醋甲酯(利他林)和右旋苯丙胺开始用小剂量(上午和中午)，匹莫林和缓释利他林(ritalin-sr)仅上午用。 药物剂量宜从小量开始，逐渐加量，直到取得理想效果或剂量太大或症状恶化为止。

剂量过大可引起畏缩、哭泣和思睡。 药物作用消失时，小儿会更加多动，精力不集中。傍晚添加很小剂量，这种现象可减轻。 用药的目的是为了改善儿童的学习，因此在多数情况下是在上学或当小儿需要满意的注意力时给药。周末给药的好处可使父母在家中观察药物的效果。教师对药效的评价是重要的。 附加行为的减少和不断的给予劝告十分重要，因为不少患儿自我形象差，且有情绪障碍，有些尚伴学习不能。这就需要有一个适当的教育方案。应做听力评价，偶尔需要做脑电图。 为反复评价小儿对药物的持续性需要，必要时假期可以用药。9在用药期间要监测身高、体重和血压。10 有些患儿对三环类抗抑郁药(如丙咪嗪、去甲丙咪嗪)的治疗反应良好。这类药物应用时需要有一个心电图、sgpt、胆红素、全血细胞计数的基线水平，当药物达到最大剂量时，需予复查。丙咪嗪可降低发作阈。丙咪嗪可自10mg开始，每

天一次，每34天增加剂量一次，直到最大剂量3mg/kgd为止。11偶而对有攻击行为的患儿应用镇静剂，如硫利达嗪(chloridazine)。这患儿往往有器质性或精神性多动的状态。几种常用药物的剂量及作用：1.哌醋甲酯、苯丙胺、哌醋甲酯又名利他林，有效剂量每天为0.2 - 0.4mg / kg。药物剂量需个别化，有作者报道当其每天剂量大于0.4mg / kg时疗效减退。利他林服用后作用时间约46小时。开始时自小剂量开始(5-10mg / d)，观察23天后无效可逐渐增量。每晨上课前半小时服药，必要时中午再服晨量的一半。与改善认知功能相比，如要改善社会行为，则需大剂量，必要时可增至40mg / d。苯丙胺(dextroamphetamine, dexedrine)的剂量约为利他林的一半、作用时间可维持6-18小时，每晨服一次，必要时中午加一次，药量减半。无论是苯丙胺还是利他林，下午3-4点钟后不再给药，以免晚上失眠。治疗过程中易产生耐药性，可采用两药交替使用或将剂量逐渐增加。停药后症状易复现，再服后又显疗效，故不要擅自停药。用药有效者活动减少，注意力集中，专心听课，遵守课堂纪律，认真完成作业，学习成绩提高。原有遗尿者亦可得到改善或消失。但部分患儿由于用药时间较短，在校表现虽有好转，但回家后家长仍觉症状改善不明显。约1 / 3患者治疗后有戏剧性效果，即服药后12天，症状全消，若如二人。服药无效者表现为症状如前或反而加剧，或出现对药物的急性反应性精神病，停药后逐渐消失。副作用：利他林以食欲不振、皮肤苍白(由于血管收缩)、头晕、腹痛为常见。一般于用药后1 - 2周逐渐减轻或消失。其次可见心率加快、精神紧张、失眠以及过敏反应，如皮疹、发热、关节痛、剥脱性皮炎等。个别有头痛、心律

不齐、谵妄、运动障碍及恐惧等。苯丙胺的副作用与利他林相仿，唯食欲减退较明显。

2. 匹莫林(pemoline)又名苯异妥因、cylert等。该药有以下几点优于利他林：
药物在血中达到一定浓度后，由于半衰期为12小时左右，故只需每日上午服药一次即可；副作用轻，尤其拟交感神经的作用，故服药后心悸、面色苍白等少见；胃肠道副反应亦轻，对食欲影响不大；排泄较慢，56小时内仅排出65%，停药后仍可维持一定时期的疗效；未证实有诱发癫痫的现象。匹莫林开始用量为18.75mg(每片为37.5mg)，疗效需在服药后数天，如无效可每周增加半片。34周评价效果。其副反应轻，少数病人有食欲减退、胃痛、恶心、皮疹、头痛、头晕等，随着用药时间的延长，副反应可减轻或消失，1% - 2%的病人用药后可能有肝功改变。哌酯甲酯、苯丙胺和匹莫林均可抑制体重和身高的增长，且与剂量的大小有关。中枢神经兴奋药物对身高、体重的影响，除因所引起的食欲减低使摄入食量减少外，尚可能与生长介质分泌减少(下丘脑 - 垂体系统受抑制)有关。

3. 三环类抗抑郁药 最常用的是丙咪嗪，适用于对兴奋药无效的患儿。如与中枢兴奋药合用可有协同效果。剂量自10mg开始，每天一次，每34天增加剂量一次，可达23mg / kgd。该药作用时间较长，较少发生食欲减退。有暂时性白细胞降低和心电图、肝功能的改变，停药后即恢复正常。药物治疗的最大问题是时服时停，要劝说家长给予合作，坚持治疗。文献提及，疗程一般为6个月 - 1年，个别可延长至35年。为观察效果，可在每学期开学前暂停数天，如确认症状较前减轻或消失，则可考虑减量或停药。

4. 其它对兴奋药无效的患儿，可试用吩噻嗪(phenothiazine)类药物与一种兴奋药

合用，有些患儿可能有效。苯海拉明(diphenhydramine)和安太乐(hydroxyzine)对一些兴奋药无效的小儿亦可能有效。另外，苯海拉明可用于6岁内患儿。 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