



团 体 标 准

T/CACM 1373.22—2023

神志病中西医结合诊疗指南 第 22 部分： 注意缺陷多动障碍

Guidelines for diagnosis and treatment of mental diseases with integrated traditional Chinese and western medicine—Part 22: Attention deficit hyperactivity disorder

2023 - 04 - 17 发布

2023 - 04 - 17 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目次

前言	II
引言	IV
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 诊断与鉴别诊断	1
4.1 临床表现	1
4.2 诊断标准	2
4.3 中医辨证分型	3
4.4 鉴别诊断	4
5 治疗	5
5.1 治疗目的	5
5.2 西医治疗	5
5.3 中医治疗	5
5.4 社会、行为、心理治疗	6
5.5 物理治疗	7
5.6 经颅磁刺激（TMS）（低级证据，弱推荐）	7
6 预防与调护	7
7 转归和预后	7
8 注意事项	7
8.1 中枢神经兴奋剂	7
8.2 非中枢神经兴奋剂	8
附录 A（资料性）量表评定	9
附录 B（资料性）辅助检查	10
参考文献	11

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件是 T/CACM 1373《神志病中西医结合临床诊疗指南》的第22部分。T/CACM 1373 已经发布了以下部分：

- 第1部分：精神分裂症；
- 第2部分：疑病症；
- 第3部分：非器质性失眠症；
- 第4部分：躁狂症；
- 第5部分：强迫症；
- 第6部分：抽动障碍；
- 第7部分：癫痫所致精神障碍；
- 第8部分：急性应激障碍；
- 第9部分：惊恐障碍；
- 第10部分：酒精中毒性精神障碍；
- 第11部分：癔病；
- 第12部分：中风后精神障碍；
- 第13部分：恶劣心境；
- 第14部分：发作性睡病；
- 第15部分：焦虑障碍；
- 第17部分：躯体形式障碍；
- 第18部分：神经衰弱；
- 第19部分：围绝经期精神障碍；
- 第20部分：心理性勃起障碍；
- 第21部分：抑郁障碍；
- 第22部分：注意缺陷多动障碍。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华中医药学会神志病分会提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：新疆维吾尔自治区中医药研究院、新疆阿勒泰市人民医院、新疆巴州人民医院、新疆阿勒泰地区人民医院、北京中医药大学、浙江省立同德医院（浙江省精神卫生中心）、沈阳精神卫生中心、首都医科大学附属北京安定医院、北京中医药大学附属深圳医院、长春中医药大学附属医院、黑龙江中医药大学。

本文件主要起草人：陈俊逾。

本文件参与起草人：钟雯雯、努尔比亚·买买提明、王秦豫、李润涛、顾小萍、蒋辉、李志刚、白冰、都弘、贾竑晓、毕焕洲、王健、夏永刚、肖春霞、常春雷、胡颖、努尔扎提·地力夏提。

全国团体标准信息平台

引 言

随着现代医学模式的转变，精神卫生工作的重要性日益凸显，中医神志病学成为发挥中医药在精神卫生防治中的作用及特色优势的重要阵地，开展相关临床诊疗技术标准化研究工作是中医神志病学现代化发展的首要任务和重要内容。随着医学资源的不断融合，在充分发挥中医药防治优势和对现有西医疗“补短”效应基础上，中西医结合防治精神疾病的临床诊断与治疗业已成为国内外医生关注与患者关切的一个重要医学实践问题，通过相关指南的建立能够有效引导和促进其快速发展。

本文件以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础，以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合联合疗效的最优化为制定目标。结合近年来国内外临床研究证据，进行证据分级和意见推荐，经过专家讨论，形成具有指导临床诊疗注意缺陷多动障碍的中西医结合临床实践指南。

目前国内外仍缺乏注意缺陷多动障碍中西医结合诊疗的标准和指南，使得中医治疗注意缺陷多动障碍的研究在国际上缺乏影响力，缺乏统一性和认可度。因此，本文件在中医诊疗指南的基础上，整理国内外中医及中西医结合治疗注意缺陷多动障碍的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对注意缺陷多动障碍的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐，形成中西医结合防治注意缺陷多动障碍的临床实践指南，对于规范使用中医方法、提高注意缺陷多动障碍的临床疗效具有重要作用。本文件附录 A 和附录 B 给出了“量表评定”和“辅助检查”的资料性信息。

本文件的制订采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组，产生初始问题清单，起草 PICO（人群、干预、对照、结局）格式的关键问题及结局，制订工作计划。根据关键问题和结局制定检索策略，文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用德尔菲法获得临床专家对指南的共识意见，经专家论证形成最终指南。

T/CACM 1373《神志病中西医结合临床诊疗指南》拟由以下部分组成。

——第 1 部分：精神分裂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供精神分裂症中西医结合诊疗指导。

——第 2 部分：疑病症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供疑病症中西医结合诊疗指导。

——第 3 部分：非器质性失眠症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供非器质性失眠症中西医结合诊疗指导。

——第 4 部分：躁狂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躁狂症中西医结合诊疗指导。

——第 5 部分：强迫症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供强迫症中西医结合诊疗指导。

——第 6 部分：抽动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抽动障碍中西医结合诊疗指导。

——第 7 部分：癫痫所致精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癫痫所致精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 8 部分：急性应激障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供急性应激障碍中西医结合诊疗指导。

——第 9 部分：惊恐障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供惊恐障碍中西医结合诊疗指导。

——第 10 部分：酒精中毒性精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供酒精中毒性精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 11 部分：癔病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癔病中西医结合诊疗指导。

——第 12 部分：中风后精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供中风后精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 13 部分：恶劣心境。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供恶劣心境中西医结合诊疗指导。

——第 14 部分：发作性睡病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供发作性睡病中西医结合诊疗指导。

——第 15 部分：焦虑障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供焦虑障碍中西医结合诊疗指导。

——第 16 部分：进食障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供进食障碍中西医结合诊疗指导。

——第 17 部分：躯体形式障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躯体形式障碍中西医结合诊疗指导。

——第 18 部分：神经衰弱。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供神经衰弱中西医结合诊疗指导。

——第 19 部分：围绝经期精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供围绝经期精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 20 部分：心理性勃起障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供心理性勃起障碍中西医结合诊疗指导。

——第 21 部分：抑郁障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抑郁障碍中西医结合诊疗指导。

——第 22 部分：注意缺陷多动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供注意缺陷多动障碍中西医结合诊疗指导。

神志病中西医结合诊疗指南 第22部分：注意缺陷多动障碍

1 范围

本文件界定了注意缺陷多动障碍的术语与定义，给出了注意缺陷多动障碍的临床表现、诊断依据、评估工具、中医证候分型、中西医结合治疗方案等内容。

本文件适用于注意缺陷多动障碍中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB / T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病

GB / T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB / T 16751.3—2023 中医临床诊疗术语 第3部分：治法

3 术语和定义

GB / T 16751.1—2023、GB / T 16751.2—2021、GB / T 16751.3—2023界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

注意缺陷多动障碍 attention deficit hyperactivity disorder; ADHD

由遗传和环境等多种因素相互作用的一种疾病，主要临床表现为明显的注意力不集中和注意持续时间短暂，活动过多或冲动，导致学习效率低下和人际交往困难^[1]。

3.2

儿童多动症

因先天禀赋不足，后天调护不当导致脏腑功能失常，阴阳平衡失调所致的一种中医心肝系范畴疾病，其主要病变在心、肝、脾、肾，以注意缺陷、活动过度和冲动为核心症状，常伴学习困难、情绪及行为方面障碍，但智力正常或基本正常^[2]。

4 诊断与鉴别诊断

4.1 临床表现

ADHD 的临床表现主要为注意缺陷、活动过度、冲动性三大核心症状^[3]。

- a) 注意缺陷：是本病最主要的症状，表现为 ADHD 患者注意力的稳定性较差，注意力保持的时间达不到与其年龄相适应的水平，无论做什么事情都很难集中注意力，即使集中注意力也是时间非常短暂。
- b) 活动过度：是指与年龄发育不相称的活动水平过高，是 ADHD 的特征表现之一。
- c) 冲动性：ADHD 患者情绪常不稳定，自控力差，容易冲动，在采取行动前缺乏思考、不顾一切后果、凭一时兴趣行事。

4.2 诊断标准

4.2.1 西医诊断标准

4.2.1.1 ADHD 的诊断参照《精神疾病诊断与统计手册》第 5 版 (DSM-5)^[4] 作为诊断标准。4.2.1.2~4.2.1.6 对 DSM-5 诊断标准进行了详细描述了。

4.2.1.2 注意力缺陷 / 多动障碍是一种持续的注意缺陷和 / 或多动—冲动状态，干扰了功能或发育，以下列 a) 或者 b) 为特征。

a) 注意障碍：

至少有下列症状中 6 项（或更多），持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性地影响了社会和学业 / 职业活动：

- 1) 经常不能密切关注细节或在作业、工作或其他活动中犯粗心大意的错误（例如：忽视或遗漏细节，工作不精确）；
- 2) 在任务或游戏活动中经常难以维持注意力（例如：在听课、对话或长时间的阅读中难以维持注意力）；
- 3) 当别人对其直接讲话时，经常看起来没有在听（例如：即使在没有任何明显干扰的情况下，显得心不在焉）；
- 4) 经常不遵循指示以致无法完成作业、家务或工作中的职责（例如：可以开始任务但很快就失去注意力，容易分神）；
- 5) 经常难以组织任务和活动（例如：难以管理有条理的任务；难以把材料和物品放得整整齐齐；凌乱、工作没头绪；不良的时间管理；不能遵守截止日期）；
- 6) 经常回避、厌恶或不情愿从事那些需要精神上持续努力的任务（例如：学校作业或家庭作业；对于年龄较大的青少年和成人，则为准备报告、完成表格或阅读冗长的文章）；
- 7) 经常丢失任务或活动所需的物品（例如：学校的资料、铅笔、书、工具、钱包、钥匙、文件、眼镜、手机）；
- 8) 经常容易被外界的刺激分神（对于年龄较大的青少年和成人，可能包括不相关的想法）；
- 9) 经常在日常活动中忘记事情（例如：做家务、外出办事；对于年龄较大的青少年和成人，则为回电话、付账单、约会）。

注意：这些症状不仅仅是对立行为、违拗、敌意的表现，或不能理解任务或指令。年龄较大（17 岁及以上）的青少年和成人，至少需要症状中的 5 项。

b) 多动和冲动:

有下列症状至少 6 项（或更多），持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性地影响了社会和学业 / 职业活动

- 1) 经常手脚动个不停或在座位上扭动；
- 2) 当被期待坐在座位上时却经常离座（例如：离开他 / 她在教室、办公室或其他工作的场所，或是在其他情况下需要保持原地的位置）；
- 3) 经常在不适当的场合跑来跑去或爬上爬下（注：对于青少年或成人，可以仅限于感到坐立不安）；
- 4) 经常无法安静地玩耍或从事休闲活动；
- 5) 经常“忙个不停”，好像“被发动机驱动着”（例如：在餐厅、会议中无法长时间保持不动或觉得不舒服；可能被他人感受为坐立不安或难以跟上）；
- 6) 经常讲话过多；
- 7) 经常在提问还没有讲完之前就把答案脱口而出（例如：接别人的话；不能等待交谈的顺序）；
- 8) 经常难以等待轮到他 / 她（例如：当排队等待时）；
- 9) 经常打断或侵扰他人（例如：插入别人的对话、游戏或活动；没有询问或未经允许就开始使用他人的东西；对于青少年和成人，可能是侵扰或接管他人正在做的事情）。

注意：这些症状不仅仅是对立行为、违拗、敌意的表现，或不能理解任务或指令。年龄较大（17 岁及以上）的青少年和成人，至少需要症状中的 5 项。

4.2.1.3 若干注意障碍或多动—冲动的症状在 12 岁之前就已存在。

4.2.1.4 若干注意障碍或多动—冲动的症状存在于 2 个或更多的场合（例如，在家里、学校或工作中；与朋友或亲属互动中；在其他活动中）。

4.2.1.5 有明确的证据显示这些症状干扰或降低了社交、学业或职业功能的质量。

4.2.1.6 这些症状不能仅仅出现在精神分裂症或其他精神病性障碍的病程中，也不能用其他精神障碍来更好地解释（例如：心境障碍、焦虑障碍、分离障碍、人格障碍、物质中毒或戒断）。

4.3 中医辨证分型^[2,5]

4.3.1 心肝火旺证

多动多语，冲动任性，急躁易怒，注意力不集中，做事莽撞，神思涣散，面红目赤，语声高亢，大便秘结，小便色黄，舌质红或舌尖红，苔薄黄，脉弦或弦数。

4.3.2 痰火内扰证

烦躁不宁，多语难静，冲动任性，难以制约，兴趣多变，注意力不集中，胸中烦热，坐卧不安，难以入睡，口苦纳少，便秘尿赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

4.3.3 肝肾阴虚证

多动难静，烦躁易惹，时有冲动，神思涣散，注意力不集中，记忆力欠佳，作业拖拉，学习成绩低下，五心烦热，盗汗，遗尿，少寐多梦，舌质红，苔薄或少，脉细弦。

4.3.4 心脾两虚证

心思涣散，注意力不集中，记忆力差，多动但不暴躁，做事有头无尾，神疲乏力，形体消瘦或虚胖，面色欠华，自汗，偏食纳少，睡眠不实，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

4.4 鉴别诊断^[1, 3]

4.4.1 正常儿童活动水平高

有15%的学龄期儿童精力旺盛，活动水平高。鉴别要点是这些儿童没有社会功能受损，学习成绩和与伙伴交往均正常。他们的活动过度常常是在环境允许的场合，能够有效控制自己，没有ADHD儿童的行为缺乏计划性、组织性的特征。如果鉴别困难，参考老师的意见尤为重要。

4.4.2 学习障碍

患有学习障碍的儿童，由于对老师的课堂讲授不理解，常常产生厌倦而出现继发性注意问题和坐立不安。从症状发生次序来看，ADHD是先有行为问题，然后出现注意力不集中，最后出现认知缺陷。而学习障碍是先有认知缺陷，继而出现注意力和行为障碍。

4.4.3 焦虑障碍

儿童焦虑常出现与ADHD相似的症状，DSM-V广泛性焦虑障碍的诊断标准6条中有4条与ADHD类似，如坐立不安、注意力不集中、易激惹、睡眠问题。

鉴别要点：通过与儿童交谈，可发现儿童具有焦虑、烦躁、不快乐的主观体验。

4.4.4 躁狂发作

儿童躁狂发作的早期症状常表现为多动不宁、注意力涣散、学习成绩下降及睡眠不安，类似于ADHD。

鉴别要点：

- a) 起病年龄：躁狂发作常起病于12岁后，病前社会功能良好；而ADHD自幼就有ADHD病史。
- b) 精神症状：患儿有明显情绪高涨的主观体验，或明显易激惹，思维奔逸，夸大观念。
- c) 病程：躁狂为发作性病程，ADHD为慢性持续病程。
- d) 家族史：常有情感性障碍阳性家族史。

4.4.5 品行障碍

单纯的品行障碍常没有注意缺陷、多动不宁等表现，无神经系统发育延迟等表现。值得注意的是品行障碍可能出现一些类似ADHD的行为，例如不听讲、不完成作业、扰乱他人等行为，要从动机上予以鉴别。

4.4.6 精神分裂症

在精神分裂症早期患者可表现为不遵守学校纪律、活动过多、上课注意力不集中、学习成绩下降等，易与注意缺陷与多动障碍相混淆。随着病情进展，精神分裂症患者可出现幻觉、妄想、情感淡漠、行为怪异等症状，而注意缺陷与多动障碍不会出现这些症状。

4.4.7 孤独症谱系障碍

孤独症谱系障碍患者多数伴有多动、冲动和注意障碍等症状。但孤独症谱系障碍患者还同时表现人际交往和沟通困难，言语发育障碍，兴趣和活动内容局限等症状。

5 治疗

5.1 治疗目的

注意缺陷多动障碍的核心症状是注意缺陷、活动过度、冲动性，影响患者学习 / 学校、家庭、社会活动等多个领域功能。因此，缓解或者消除患者现有症状，减少社会功能受损是治疗目的。

5.2 西医治疗

5.2.1 药物治疗

ADHD 主要治疗药物机制包括中枢兴奋剂和非中枢兴奋剂。经大量循证证据验证，托莫西汀与哌甲酯为 ADHD 指南推荐的一线治疗药物。其他推荐药物包括选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs)、 α -肾上腺素能受体激动剂、安非他酮等。

5.2.2 中枢兴奋剂

哌甲酯（高级证据，强推荐）^[6-7]

中枢神经系统兴奋剂通常称为兴奋剂，是拟交感神经药物，哌甲酯可有效改善患儿多动症的核心症状，提高患儿的认知功能和注意力。是目前用于治疗 ADHD 的主要药物。6 岁以下小儿尽量避免使用，儿童长期用药应谨慎。

5.2.3 非中枢兴奋剂

盐酸托莫西汀（高级证据，强推荐）^[3,8-10]：

特异性去甲肾上腺素再摄取抑制剂托莫西汀，是选择性突触前膜去甲肾上腺素转运体的抑制剂，与其他受体或转运体亲和力很小，相比中枢兴奋剂无成瘾性，毒副作用低，可改善注意力缺陷 / 多动障碍症状，提高认知功能，有助于全面提升患者的社会功能，包括自尊、家庭和社会功能。

可乐定（高级证据，强推荐）^[3,11]：

α -肾上腺素能受体激动剂。可控制患者的多动和冲动行为，对注意缺陷型患者症状改善不明显。

《中国注意缺陷多动障碍防治指南》第二版推荐可乐定可作为推荐药物。

5.3 中医治疗^[2,5,12]

5.3.1 治疗原则

本病通过泻实补虚、调和脏腑阴阳进行辨证论治。治疗予以清心平肝、清热豁痰、滋阴潜阳、养心健脾等治法。同时，系统评估患者病情，给予中成药、针刺等治疗。

5.3.2 辨证论治

5.3.2.1 心肝火旺证

治法：清心平肝，安神定志。（低级证据，弱推荐）

方药：导赤散（出自《小儿药证直诀》）和龙胆泻肝汤（出自《医方集解》）加减。

黄连、生地黄、川木通、淡竹叶、龙胆草、柴胡、栀子、牡丹皮、龙骨、牡蛎、石菖蒲、郁金。

5.3.2.2 痰火内扰证

治法：清热泻火，化痰宁心。（低级证据，弱推荐）

方药：黄连温胆汤（出自《六因条辨》）加减^[13]。

制半夏、茯苓、竹茹、胆南星、枳实、黄连、石菖蒲、陈皮、龙骨、牡蛎、甘草。

5.3.2.3 肝肾阴虚证

治法：滋阴潜阳，宁神益智。（低级证据，弱推荐）

方药：杞菊地黄丸（出自《麻疹全书》）加减^[14]。

枸杞子、菊花、熟地黄、山药、山茱萸、泽泻、牡丹皮、茯苓、煅龙骨、炙龟甲。

5.3.2.4 心脾两虚证

治法：补益心脾，安神益智。（高级证据，强推荐）

方药：归脾汤（出自《济生方》）加减^[15]。

黄芪、茯苓、人参、白术、当归、酸枣仁、远志、木香、炙甘草、石菖蒲、炒麦芽。

5.3.3 中成药治疗

多动宁胶囊（中级证据，强推荐）

口服，一次（3~5）粒，一日3次。滋养肝肾，开窍，宁心安神。用于肝肾阴虚证所致儿童多动症之多动多语、冲动任性、烦急易怒等^[16]。

知柏地黄丸（浓缩丸）（低级证据，弱推荐）

口服，一次8丸，一日3次。用于肝肾阴虚证^[17]。

5.3.4 针刺疗法

头皮针^[18-19]（低级证据，弱推荐）

取穴：百会、四神聪、率谷、脑户、神庭、太阳、风池

使用平补平泻手法。选用直径0.25 mm、长25 mm 无菌毫针，针体与头皮角度约呈15°~30°平刺或斜刺，进针15 mm后快速捻转（3~5）次，留针约30 min。隔日1次，15次为1个疗程。

体针^[20-23]（中级证据，强推荐）

取穴：神门、合谷、三阴交、大椎、太溪。

配穴：心肝火旺者，加劳宫、太冲；痰火内扰者，加丰隆；心脾两虚者，加心俞、脾肾、足三里；肝肾阴虚者，加肾俞、肝俞。选用直径0.25 mm、长25 mm 毫针，直刺，留针约30 min，联合电针刺激增强疗效。隔日1次，15次为1个疗程。

5.4 社会、行为、心理治疗

5.4.1 父母行为训练^[3,11]（高级证据，强推荐）

父母行为训练 (Behavioral parent training, BPT) 是一种对 ADHD 患者有效的社会心理治疗方法。其应用正强化和负强化的原则来教导父母处理行为问题, 给予家庭和儿童之间密切关系的发展^[24]。

5.4.2 社会化的技能培训^[11, 25] (高级证据, 强推荐)

ADHD 患儿常表现出较低的社交游戏和社交技能, 这可能会增加社交互动的难度。通过游戏等方式进行社会技能培训、与有同情心的伙伴接触, 完成某些运动活动, 为多动患者提供完成社会化的环境, 可提高 ADHD 患者社交技能。

5.4.3 认知行为治疗法 (CBT)^[11] (高级证据, 强推荐)

CBT 对控制多动行为、冲动控制和侵略行为有效, ADHD 患者 CBT 治疗可改善和矫正患者的行为问题。

5.5 物理治疗

5.5.1 经颅直流电刺激 (tDCS) (高级证据, 强推荐)

经颅直流电刺激是一种非侵入性脑刺激技术, 具有副作用小、经济、便携等优势。通过弱电流调节特定目标脑区的兴奋性, 进而改善 ADHD 患者的执行功能, 改善 ADHD 青少年注意力不集中及冲动的症状^[26-27]。

5.6 经颅磁刺激 (TMS) (低级证据, 弱推荐)

TMS 基于电磁感应原理, 通过电流产生磁场在颅内产生感应电流, 进而调节皮质兴奋性。重复 TMS (rTMS) 目前在临床广泛使用, 具有无痛、无创、易操作等优势。低频 rTMS 可抑制运动皮层, 恢复患者兴奋性 / 抑制性失衡的运动皮层功能, 改善多动、冲动等症状。高频 rTMS 通过增加皮层兴奋性, 进而提高额区脑功能及觉醒水平, 改善注意力缺陷症状^[28]。

6 预防与调护^[3]

母孕期保持心情愉快, 避免精神压力过大及遭遇强烈应激。母孕期控制吸烟及酒精的摄入。加强家庭成员之间的亲密度及情感交流。

7 转归和预后^[3, 11]

很多儿童 ADHD 患者经过早期、规律、有效的治疗, 随着年龄的增长, 症状逐渐消失, 预后良好。但是, 仍有一部分患者症状持续至成年, 除了仍存在 ADHD 症状外, 同时, 更容易共患各种精神疾病, 如情绪障碍、焦虑障碍、物质滥用、反社会型人格障碍等。

8 注意事项

8.1 中枢神经兴奋剂^[1, 29]

代表药物:

- 盐酸哌甲酯片（利他林）；
- 盐酸哌甲酯缓释片（专注达）。

治疗期间可出现：

- 1) 食欲下降、体重减轻、头痛；
- 2) 心动过速、血压增高；
- 3) 烦躁。

8.2 非中枢神经兴奋剂^[1, 30]

代表药物：

- 特异性去甲肾上腺素再摄取抑制剂：
- 盐酸托莫西汀胶囊。

用药注意事项：

- 1) 用药期间需评估自杀观念；
- 2) 有严重的心血管疾病的患者，不推荐使用托莫西汀；
- 3) 对血压和心率的影响。

盐酸托莫西汀可使血压和心率增高。盐酸托莫西汀不应用于患有严重心脏或血管疾病的患者，如果这些患者出现临床意义的血压升高或心率增加，可能会使其病情恶化。

附录 A
(资料性)
量表评定

量表评定^[3, 31-32]如下:

- a) SNAP-IV 量表 (The Swanson, Nolan, and Pelham-IV)
是用 DSM 症状组成的量表, 由父母、教师评定, 用于 ADHD 症状及疗效评估, 有较好的信效度。
- b) Conners 评定量表
主要用于儿童行为问题的评估, 分为父母症状问卷、教师评定量表及简明症状问卷。
- c) Vanderbilt 父母及教师评定量表
包括行为、表现两部分, 可快速评估儿童的学习能力、人际交往。
- d) ADHD 诊断量表父母版
内容来源于注意力缺陷、多动-冲动核心症状共 18 个症状学标准, 用于评定 ADHD 症状, 以协助 ADHD 临床诊断及监测治疗效果。

附录 B

(资料性)

辅助检查

常规的体格检查及神经系统检查用于发现躯体病因如甲状腺功能亢进、神经系统疾病、视觉、听觉损害有帮助，并排除治疗禁忌症（如心脏病、肝肾功能不良等）。对于体格及神经系统检查中可疑的问题，可进一步进行相应检查，如视觉、听力、生化指标等^[3]。

参 考 文 献

- [1] 郝伟, 陆林. 精神病学 [M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 231-235.
- [2] 韩新民, 马融, 雷爽, 等. 中医儿科临床诊疗指南·儿童多动症(修订) [J]. 中医儿科杂志, 2017, 13(5): 1-6.
- [3] 杜亚松. 儿童心理障碍诊疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 383-415.
- [4] 美国精神医学学会, 精神障碍诊断与统计手册(第五版) [M]. 北京: 北京大学出版社, 2014: 25-29.
- [5] 赵霞, 李新民. 中医儿科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 182-186.
- [6] 麦文英, 谢笑英, 陈春燕, 等. 盐酸哌甲酯在多动症患者中的应用效果分析 [J]. 中国初级卫生保健, 2015, 29(6): 127-128.
- [7] 刘建花, 路俞群, 张晓华. 哌甲酯缓释片治疗注意缺陷多动障碍患儿的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2020, 36(15): 2232-2235.
- [8] 贾永飞, 贾永苗, 杨桃妮. 托莫西汀治疗注意力缺陷多动障碍患儿疗效观察 [J]. 海南医学, 2021, 32(20): 2659-2662.
- [9] Griffiths KR, Leikauf JE, Tsang TW, et al. Response inhibition and emotional cognition improved by atomoxetine in children and adolescents with ADHD: The ACTION randomized controlled trial [J]. Journal of Psychiatric Research, 2018, 102: 57-64.
- [10] 单艳红, 陈一心. 盐酸托莫西汀治疗注意缺陷多动障碍患儿的疗效及安全性 [J]. 临床精神医学杂志, 2020, 30(5): 345-348.
- [11] 陆林. 沈渔邨精神病学 [M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 247-265.
- [12] 赵永厚. 神志病中西医结合治疗学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 362-364.
- [13] 周进. 黄连温胆汤加减治疗痰火内扰型小儿多动症的效果观察 [J]. 当代医药论丛, 2017, 15(18): 180-181.
- [14] 孔德荣, 霍军, 付惠鹏, 等. 杞菊地黄丸治疗注意缺陷多动障碍60例 [J]. 山东中医杂志, 2007(7): 445-447.
- [15] 于超. 归脾汤加减治疗小儿多动症的效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(5): 120-122.
- [16] 杨思渊, 麦坚凝, 杜志宏, 等. 多动宁胶囊联合哌甲酯对注意力缺陷多动障碍患儿PSQ评分及血清皮质醇、促肾上腺皮质激素的影响 [J]. 世界临床药物, 2016, 37(7): 461-464.
- [17] 王玲. 知柏地黄丸加减治疗阴虚阳亢儿童多动症60例 [J]. 中医学报, 2010, 16(10): 3-5.
- [18] 刘瑞杰, 蔡晓雯, 颜国雄, 等. 针灸治疗儿童注意缺陷多动障碍概况 [J]. 河南中医, 2021, 41(2): 305-309.
- [19] 何彩娣, 郎伯旭, 金灵青, 等. 头针联合脑电生物反馈疗法治疗儿童注意缺陷多动障碍随机对照研究 [J]. 中国针灸, 2014, 34(12): 1179-1183.

- [20] 钟天平, 王铠, 冯梅珍, 等. 儿童多动症针灸心理治疗和药物治疗对照研究 [J]. 中国康复医学, 2010, 22 (13): 1661-1662+1664.
- [21] 梁繁荣, 王华. 针灸学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 259.
- [22] 孟言, 白鹏, 张重阳, 等. 基于数据挖掘技术探讨针灸治疗儿童注意缺陷多动障碍的取穴规律 [J]. 针灸临床杂志, 2021, 37 (4): 47-52.
- [23] 刘静. 醒脑开窍针刺法治疗注意力缺陷多动症临床疗效观察 [J]. 天津中医药, 2013, 30 (1): 54-56.
- [24] 丁利, 车月苹, 周斯斯, 等. 注意缺陷多动障碍儿童社会功能和父母焦虑情绪的关系及团体父母行为训练的效果 [J]. 中国康复医学杂志, 2021, 36 (2): 214-216.
- [25] Sarah WG, Anita B, Reinie C, et al. A Randomised Controlled Trial of a Play-Based Intervention to Improve the Social Play Skills of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [J]. Plos One, 2016, 11 (8): e0160558.
- [26] 周鑫, 王婷婷, 田博. 经颅直流电刺激治疗注意缺陷多动障碍的研究新进展 [J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47 (2): 240-242+308.
- [27] 成梅, 杨燕, 尹华站. 经颅直流电刺激在注意缺陷多动障碍治疗中的应用 [J]. 心理科学进展, 2018, 26 (4): 657-666.
- [28] 陶丹红, 孔微, 陶明, 等. 重复经颅磁刺激对注意缺陷多动障碍患儿的疗效研究 [J]. 浙江医学, 2021, 43 (15): 1633-1637.
- [29] Jaeschke RR, Sujkowska E, Sowa-Kućma M. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a narrative review [J]. Psychopharmacology, 2021, 238 (10): 2667-2691.
- [30] Kohn MR, Tsang TW, Clarke SD. Efficacy and safety of atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder [J]. Clinical Medicine Insights: Pediatrics, 2012, 6: 95-162.
- [31] 张明园, 何燕玲. 精神科评定量表手册 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015: 402-408.
- [32] 朱琳, 李斐, 陈立. 4种常见评定量表在儿童注意缺陷多动障碍诊断与随访管理中的应用 [J]. 重庆医科大学学报, 2020, 45 (1): 32-35.