

儿童癫痫共患注意缺陷多动障碍诊断治疗的中国专家共识（2022 修订版）



中国抗癫痫协会共患病专业委员会

执笔：周水珍（复旦大学附属儿科医院 神经科）

癫痫是儿科神经系统最常见的疾病之一。据统计，全球儿童癫痫患病率约 0.9%^[1]，中低收入地区如亚洲、非洲的疾病负担明显高于发达地区如北美、西欧^[2]。随着多学科的发展和协作，癫痫的诊断、分类与处理日臻完善并逐步与国际接轨，但我们对于癫痫患儿共患精神行为障碍的临床意义认识还很不充分，诊断和干预往往不够及时和完善。

注意缺陷多动障碍（Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD）是儿童时期最常见的行为障碍之一，癫痫共患 ADHD 发病率高，除了癫痫本身对患儿的影响外，注意缺陷、多动和冲动等症状严重影响患儿和家庭的生活质量，也给家庭和社会带来沉重经济负担。有研究统计发现，ADHD 患儿父母的经济支出是正常家庭的 5 倍以上，且 ADHD 患儿父母的工作效率更低、失业率更高^[3]。尽早诊断和治疗干预能够有效改善癫痫共患 ADHD 患儿的预后^[4]。中国抗癫痫协会共患病专业委员会于 2018 年首次颁布《儿童癫痫共患注意缺陷多动障碍诊断治疗的中国专家共识》，成为临床医生规范化诊疗癫痫共患 ADHD 的有力依据。随着对疾病研究的深入、筛查或诊断技术的提高、相关治疗药物的研发等，癫痫共患 ADHD 的诊疗在近些年有一定进展。为此，中国抗癫痫协会共患病专业委员会对共识进行更新，旨在为临床医生诊治癫痫共患 ADHD 的患儿提供最新的临床依据。

1 癫痫共患注意缺陷多动障碍的现状

1.1 癫痫共患注意缺陷多动障碍的流行病学

ADHD 是癫痫患儿中最常见的共患病之一^[5]。基于人口的流行病调查显示，癫痫患儿中 ADHD 共患率在 13%~70%^[4]。丹麦一项纳入 90 万名儿童随访 22 年的前瞻性研究提示，癫痫患儿中 ADHD 共患率是普通人群的 2.72 倍^[6]；台湾地区学者报道

癫痫患儿中 ADHD 的共患率为非癫痫患儿的 2.54 倍，而 ADHD 患儿中癫痫的共患率也高于普通儿童^[5]。国内研究提示，癫痫患儿中 ADHD 患病率明显高于健康儿童（24.76% vs. 5.17%）^[7]，6~11 岁癫痫患儿合并 ADHD 比例高于 11~16 岁癫痫患儿（29.29% vs. 13.85%）^[8]；与中国相似，土耳其的一项回顾性分析也发现 5~11 岁癫痫患儿合并 ADHD 的比例较 12~18 岁癫痫患者显著更高（81.3% vs. 18.8%, $P=0.001$ ）^[9]。

1.2 癫痫共患注意缺陷多动障碍的特点

由于癫痫本身的特点，癫痫共患 ADHD 在发病年龄、性别分布、症状特点、ADHD 亚型、智商、发病原因等方面，不同于单纯的 ADHD^[10]（表 1）。西方多数研究认为与女性癫痫患儿相比，男性癫痫患儿合并 ADHD 的风险并未增加^[10-13]。而中国、印度、韩国等亚洲国家有研究显示男性癫痫患儿合并 ADHD 概率高于女性癫痫患儿^[8, 14, 15]提示癫痫共患 ADHD 可能存在人种或地域差异，但需要更多研究予以证实。另外，某些癫痫及癫痫综合征患儿更容易出现 ADHD 样行为^[16]。

1.3 癫痫共患注意缺陷多动障碍的危害

癫痫共患 ADHD 的患儿更容易出现情感、行为和认知方面的异常，如对立违抗障碍、发展性协调障碍等^[17]。与癫痫的症状为发作性不同，ADHD 的核心症状为持续性，癫痫共患 ADHD 进一步影响患儿的心理健康、长期受教育水平、社交功能、社会地位等，严重影响患儿的生活质量^[5]。部分患儿症状持续至成年，不仅影响身心健康，而且危及就业情况^[18]。有研究显示，成年癫痫患者中 ADHD 的共患率达 35%，其中高达 72.9% 的患者存在认知功能异常^[19]。单纯 ADHD 和癫痫共患 ADHD 的特点比较详见表 1。

专家共识意见一：ADHD 在癫痫患儿中共患率高，影响患儿的学业、社会行为和心理健康。建议尽早采用综合治疗降低其对生活质量的影响。



表 1 单纯 ADHD 和癫痫共患 ADHD 的特点

分类	单纯ADHD	癫痫共患ADHD
ADHD 发病年龄	7岁前; 可能在学龄前	不清楚; 可能在癫痫发作前
性别分布	男孩明显多于女孩	男孩多于女孩(亚洲研究)/ 无明显性别差别(西方研究)
症状特点	多动冲动为核心症状	注意缺陷较多多动冲动更严重, 也更常见
ADHD亚型	混合型多于注意障碍为主型	注意缺陷为主型
智商	正常或略低于正常	低于正常
症状随年龄增长后的改变	年龄增长后症状有所减轻	年龄增长后多动冲动减轻
兴奋剂的作用	混合型效果好, 注意障碍为主型有一定效果	有一定效果; 研究有限
发病原因	不明; 可能和遗传有关	不明; 可能是多因素共同作用结果

2 癫痫共患注意缺陷多动障碍的发病机制

癫痫共患 ADHD 发病机制复杂, 目前不完全清楚。可能包括:

2.1 癫痫共患注意缺陷多动障碍的神经生物学基础

定量核磁共振成像 (Magnetic resonance imaging, MRI) 显示, 癫痫共患 ADHD 的患儿额叶的灰质容量异常增加, 脑干体积减小, 而这一改变在第一次癫痫发作之前即存在。基于体素的形态学分析对体积增大的额叶研究发现, 其灰质容量异常部位为感觉运动区、辅助运动区和额叶前区, 这些区域的异常与运动、精神运动过程、注意、执行功能的核心神经心理学异常相关, 推测这些异常可能导致了癫痫共患 ADHD 的发生。有研究人员通过脑功能网络构建及检测, 发现癫痫、ADHD、孤独症谱系疾病共享重叠的全局网络属性, 且有很强的相似性。这一结果支持癫痫和 ADHD 存在共同的病理生理机制^[20]。虽然目前癫痫共患 ADHD 的机制未明, 但两者可能存在共同的神经生物学基础。

2.2 癫痫共患注意缺陷多动障碍的遗传与环境相关因素

ADHD 和癫痫存在共同的潜在病因。ADHD 及癫痫有共同的遗传易感性, 部分相关基因出现重叠。另外, 生物化学因素方面, 两者的儿茶酚胺水平均低, 提示肾上腺素能系统功能失调可能是导致癫痫及 ADHD 的共同原因。这些导致癫痫的遗传和环境因素交互作用继而影响了脑可塑性、神经细胞凋亡及神经再生的病理改变, 导致癫痫以外的其他行为或认知功能改变, 从而发生癫痫共患 ADHD^[21]。有研究显示, 儿科用于治疗癫痫的生酮饮食对于 ADHD 亦有改善作用, 这也提示癫痫和 ADHD 可能具有共同的神经发育方面的易感性^[22]。ADHD 和癫痫都是儿童期常见疾病。这两种常见病有可

能同时发病于同一个患儿^[21]。

2.3 癫痫共患注意缺陷多动障碍的直接因果关系

癫痫发作本身能够导致或者加重 ADHD。研究发现, 癫痫患儿与健康同胞^[21]相比, ADHD 发生率明显增加; 癫痫病程越长, 癫痫共患 ADHD 的发病率越高。另外, 部分的抗发作药物 (Anti seizure medications, ASMs) 本身也可能导致 ADHD 及行为障碍^[21, 23]。反之, ADHD 患儿发生癫痫的风险也增加。有研究显示, 癫痫患儿在首次发作之前出现注意障碍的比例比正常儿童高 2.4 倍。同时, ADHD 患儿脑电图异常的比例也较正常儿童更高^[5]。

3 癫痫共患注意缺陷多动障碍的筛查

目前尚无关于何时开始筛查 ADHD 的研究, 但有报告显示新诊断癫痫和有一次痫性发作的患儿合并 ADHD 的风险更高^[24], 建议有条件者从 6 岁开始对每例癫痫患儿每年进行 ADHD 筛查。对于 >6 岁者, 尽量在首次诊断时进行筛查。在对 ASMs 进行调整后建议重新进行评估^[7]。

6 ~ 18 岁的癫痫患儿和青少年, 如果存在以下问题, 应进行 ADHD 筛查/评估 (表 2):

目前 ADHD 筛查/评估常用的量表主要包括: 评估 ADHD 症状或共患病量表包括: ADHD 症状量表或 SNAP-IV 量表、Conners 父母症状问卷 (PSQ) 和教师评定量表 (TRS)、长处和困难问卷 (SDQ) 等; 心理测试包括: 持续性操作测试 (Continuous performance test, CPT)、划消测验、Stroop 测验等。

4 癫痫共患注意缺陷多动障碍诊断

4.1 诊断标准

ADHD 以 ICD-10 注意缺陷多动障碍诊断标准为依据 (附录 1), 当学龄前儿童出现过分喧闹捣

表 2 提示癫痫患儿和青少年需进行 ADHD 筛查/评估的常见症状

过度活动	手脚动作多,或常常在座位上扭动 在教室或其他需要待在座位上的情况下离开座位 在不恰当的场合跑来跑去或爬上爬下,摸这摸那,难以安静地玩或从事休闲活动,说话过多 常常忙忙碌碌,像有马达驱动一样
维持注意困难	听讲和做作业都不能专心,很容易受环境影响 与他对话时,他总是记不住,不知在想什么,整天迷迷糊糊 总是不愿做作业,拖到不能再拖才开始,做到很晚,经常做不完 特别粗心,经常丢三落四,没有监督就不能做作业,需要反复指导,一项活动还没完成又转向另一项
行为冲动	在课堂上常常不举手就发言,甚至在问题还没说完答案已脱口而出,结果常常说错 没有耐心,想要的东西就立刻要得到,很难等待 经常打断或插入别人的活动,在社会交往、学校或工作场所中带来麻烦
学习问题	看似聪明,成绩低下

乱、攻击的行为,学龄期儿童出现好动、注意力难以集中、好发脾气自控力差、对抗不服从或品行问题,青少年反应感到难以集中注意力、学习成绩大幅下降、与父母教师顶嘴争执等行为后,应及时就诊并进行诊断评估。以全面、客观、详尽地采集病史、临床检查与评估、辅助检查、综合分析并结合诊断标准确定诊断,流程可参考癫痫共患 ADHD 的规范化管理流程(附录 2)^[25,26]。

专家共识意见二: 癫痫患儿家长主诉中如包括注意缺陷、多动、行为冲动,行为问题,或条件允许的情况下,建议对学龄期癫痫患儿进行 ADHD 筛查。常用 ICD-10 诊断或 ADHD 父母评定量表。

4.2 诊断注意事项

癫痫共患 ADHD 诊断时需要详细询问整个癫痫病程及治疗过程,分析产生 ADHD 症状的可能相关因素;进行智力及学习能力测试,以发现是否存在任何学习困难或认知障碍导致的类似 ADHD 行为;评估是否存在其他合并精神问题,如抑郁、焦虑等;评估是否存在睡眠障碍。另外要注意,ADHD 症状常可先于癫痫首次发作出现,要注意 ADHD 症状与癫痫病程的关系,特别要注意抗癫痫治疗的变化与 ADHD 症状增加的关系。

此外,需要加以鉴别的还包括:儿童失神癫痫;其他癫痫共患神经系统疾病;癫痫共患家庭或学校的重大心理应激,如恐吓,校园欺凌;癫痫共患其他疾病,如物质滥用、颅脑外伤、甲亢等。

在癫痫共患 ADHD 的基础上共患多种疾病的情况也很多,如共患精神障碍性疾病,焦虑、抑郁、对立违抗障碍;共患发育问题,如学习和语言障碍或其他神经发育障碍;共患躯体疾病,如抽动障

碍、睡眠障碍等。诊断时应予以重视。对于超出本专业范畴的共患病,要及时转诊或多学科会诊。

专家共识意见三: 癫痫患儿除共患 ADHD 以外还可能共患其他疾病,诊断时注意共患病诊断的完整性。

5 癫痫共患注意缺陷多动障碍的治疗

癫痫共患 ADHD 患儿的治疗同样以癫痫控制为优先,定期评估和调整治疗方案,需要家长、儿童、教师共同参与^[27]。

5.1 癫痫共患注意缺陷多动障碍抗癫痫发作药物的选择

癫痫共患 ADHD 的风险因素包括:癫痫发作类型、癫痫发作频率、年龄和 ASMs,因此癫痫共患 ADHD 治疗时建议优先遵循癫痫治疗药物选用原则,同时关注 ASMs 对 ADHD 的影响^[28]。

可能改善 ADHD 的 ASMs 包括卡马西平、拉莫三嗪和拉考沙胺:卡马西平在部分患者中可改善注意力^[29];拉莫三嗪可能有改善患儿行为与认知^[30-33];拉考沙胺可能改善患儿的情绪和认知^[34-37]。同时,有研究显示丙戊酸钠可能改善癫痫共患 ADHD 患儿的情绪及 ADHD 症状^[38]。

专家共识意见四: 明确癫痫发作或癫痫综合征分类后根据需要需要使用 ASMs。关注用药前后癫痫共患 ADHD 儿童的认知及行为改变,加强癫痫共患 ADHD 的筛查/评估,权衡个体化受益后谨慎选择合适的药物进行治疗。

5.2 癫痫共患注意缺陷多动障碍抗注意缺陷多动障碍治疗的选择

5.2.1 系统治疗 足量,足疗程;定期评估和调整

表 3 主要的 ADHD 治疗药物

药物	起始滴定剂量	给药频率	治疗和最大剂量
缓释盐酸哌甲酯	18 mg	每日1次	最大剂量：54 mg (癫痫共患 ADHD 患儿18 ~ 36 mg为宜, 54 mg有增加癫痫发作频率的风险)
盐酸托莫西汀	0.5 mg/ (kg·d)	每日1 ~ 2次	治疗剂量：1.2 mg/ (kg·d), 最大剂量：1.4 mg/ (kg·d)

表 4 专家共识意见汇总

- 一、ADHD 在癫痫患儿中共患率高, 严重影响患儿的学业、社会行为和心理健康。建议尽早采用综合治疗降低其对生活质量的影
- 二、癫痫患儿家长主诉中如包括注意缺陷、多动、行为冲动, 行为问题, 或条件允许的情况下, 建议对学龄期癫痫患儿进行 ADHD 筛查。常用 ICD-10 诊断或 ADHD 父母评定量表
- 三、癫痫患儿除共患 ADHD 以外还可能共患其他疾病, 诊断时注意共患病诊断的完整性
- 四、明确癫痫发作或癫痫综合征分类后根据需要使用 ASMs。关注用药前后癫痫共患 ADHD 儿童的认知及行为改变, 加强癫痫共患 ADHD 的筛查/评估, 权衡个体化受益后谨慎选择合适的药物进行治疗
- 五、癫痫发作控制良好的儿童可以选用盐酸哌甲酯或盐酸托莫西汀控制 ADHD 症状
- 六、建立儿童癫痫共患 ADHD 患者的全生命周期管理理念, 儿童癫痫共患 ADHD 等患者向成年期过渡时, 需要及时转介至成人神经内科治疗及进行多学科协作综合诊疗, 以进一步改善癫痫的预后

治疗方案和目标; 需要医生、家长、儿童、教师共同参与。药物治疗、行为治疗、家长培训、学校干预综合进行。对于超出本科范畴的共患病, 在诊断癫痫治疗的初期、过程当中出现新症状或者相关症状加重, 或者治疗一个月内无改善, 要及时转诊或多学科会诊, 可参考癫痫共患 ADHD 的规范化管理流程(附录 3)。所有药物应从低剂量开始用药, 减少相关不良反应。

5.2.2 对于有 ADHD 的相关表现但未达到 ADHD 诊断标准的癫痫患儿 不宜使用药物, 对这部分患儿及家长进行疾病教育, 内容包括: 明确和消除引起注意力不集中、多动或冲动的诱因; 行为管理措施, 包括行为治疗或父母教育项目; 传授改善患儿在校学习或行为的策略; 给予针对注意力不集中和多动、冲动症状系统指导建议等。

5.2.3 对于达到 ADHD 诊断标准的癫痫患儿 给予上述行为治疗的同时, 在抗癫痫治疗的基础上, 针对 ADHD 进行药物治疗。推荐药物包括盐酸哌甲酯、盐酸托莫西汀, 详见表 3。

专家共识意见五: 癫痫发作控制良好的儿童可以选用盐酸哌甲酯或盐酸托莫西汀控制 ADHD 症状。

5.3 行为治疗

运用某些程序和方法, 来帮助儿童改变他们的行为。要被改变的行为称为目标行为。行为过度 and 行为不足都可以成为行为矫正的目标行为。行为治疗目的是让儿童得以全面发展和提高儿童的生活质量, 而不仅仅是处理儿童的行为问题^[39]。

5.4 治疗随访

患儿需坚持服药, 每年随访。随访的内容包括

针对核心症状和功能的系统性再评估; 针对治疗目标的定期再评估; 确认患儿家庭对协作治疗的其他医生是否满意; 进一步进行患儿/家庭教育; 确保协作性管理, 并满足患儿和家庭期望; 确认服用治疗药物的依从性, 必要时进行调整; 监测心率、血压、身高和体重。如果行为治疗不能完全控制症状, 应该和药物治疗同时进行。

研究显示, 2/3 癫痫共患 ADHD 患儿的 ADHD 症状持续至成年^[40], 因此需引起医生和患者的重视, 坚持服药和随访, ADHD 症状持续至成人的患者建议转介成人神经内科进行治疗。

专家共识意见六: 建立儿童癫痫共患 ADHD 患者的全生命周期管理理念, 儿童癫痫共患 ADHD 等患者向成年期过渡时, 需要及时转介至成人神经内科治疗及进行多学科协作综合诊疗, 以进一步改善癫痫的预后。共识意见汇总表详见表 4。

利益冲突声明 所有作者无利益冲突。

参考文献

- 1 Olusanya BO, Wright SM, Nair MKC, et al. Global burden of childhood epilepsy, intellectual disability, and sensory impairments. *Pediatrics*, 2020, 146(1): 120-125.
- 2 Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Health*, 2018, 6(10): e1100-e1121.
- 3 Zhao X, Page TF, Altszuler AR, et al. Family burden of raising a child with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*, 2019, 47(8): 1327-1338.
- 4 中国抗癫痫协会. 临床诊疗指南: 癫痫病分册. 北京: 人民卫生

- 出版社, 2015.
- 5 Chou IC, Chang YT, Chin ZN, *et al.* Correlation between epilepsy and attention deficit hyperactivity disorder: a population-based cohort study. *PLoS One*, 2013, 8(3): e57926.
 - 6 Bertelsen EN, Larsen JT, Petersen L, *et al.* Childhood epilepsy, febrile seizures, and subsequent risk of ADHD. *Pediatrics*, 2016, 138(2): 321-324.
 - 7 Wang M, Zhao Q, Kang H, *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children with epilepsy. *Ir J Med Sci*, 2020, 189(1): 305-313.
 - 8 Zhao Q, Wang M, Kang H, *et al.* Behavior problems in children with epilepsy and attention-deficit hyperactivity disorder in Central China. *Epilepsy Behav*, 2018, 89: 79-83.
 - 9 Goker Z, Yilmaz A, Eraslan AN, *et al.* Seizures in children with epilepsy and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Int*, 2019, 61(10): 1043-1047.
 - 10 Sherman EM, Slick DJ, Connolly MB, *et al.* ADHD, neurological correlates and health-related quality of life in severe pediatric epilepsy. *Epilepsia*, 2007, 48(6): 1083-1091.
 - 11 Hermann B, Jones J, Dabbs K, *et al.* The frequency, complications and aetiology of ADHD in new onset paediatric epilepsy. *Brain*, 2007, 130(Pt 12): 3135-3148.
 - 12 Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, *et al.* ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Arch Gen Psychiatry*, 2004, 61(7): 731-736.
 - 13 Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, *et al.* ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol*, 2003, 45(1): 50-54.
 - 14 Kim EH, Yum MS, Kim HW, *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder and attention impairment in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *Epilepsy Behav*, 2014, 37: 54-58.
 - 15 Choudhary A, Gulati S, Sagar R, *et al.* Childhood epilepsy and ADHD comorbidity in an Indian tertiary medical center outpatient population. *Sci Rep*, 2018, 8(1): 2670.
 - 16 Barnes GN, Paolicchi JM. Neuropsychiatric comorbidities in childhood absence epilepsy. *Nat Clin Pract Neurol*, 2008, 4(12): 650-651.
 - 17 Williams AE, Giust JM, Kronenberger WG, *et al.* Epilepsy and attention-deficit hyperactivity disorder: links, risks, and challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2016, 12: 287-296.
 - 18 Bechtel N, Weber P. Attention problems in children with epilepsy. How is the long-term outcome? *Eur J Paediatr Neurol*, 2015, 19(3): 383-385.
 - 19 Ashjzadeh N, Sahraeian A, Sabzgolini I, *et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2019, 101(Pt A): 106543.
 - 20 奚晓隽, 汤继宏. 癫痫共患注意缺陷多动障碍发病机制的研究进展. *癫痫杂志*, 2020, 6(4): 341-344.
 - 21 Kaufmann R, Goldberg-Stern H, Shuper A. Attention-deficit disorders and epilepsy in childhood: incidence, causative relations and treatment possibilities. *J Child Neurol*, 2009, 24(6): 727-733.
 - 22 Hamoda HM, Guild DJ, Gumlak S, *et al.* Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and epilepsy in pediatric populations. *Expert Rev Neurother*, 2009, 9(12): 1747-1754.
 - 23 Lin JJ, Mula M, Hermann BP. Uncovering the neurobehavioural comorbidities of epilepsy over the lifespan. *Lancet*, 2012, 380(9848): 1180-1192.
 - 24 Austin JK, Harezlak J, Dunn DW, *et al.* Behavior problems in children before first recognized seizures. *Pediatrics*, 2001, 107(1): 115-122.
 - 25 郑毅. 中国注意缺陷多动障碍防治指南(第二版). 中华医学电子音像出版社, 2015.
 - 26 刘靖, 郑毅. 《中国注意缺陷多动障碍防治指南》第二版解读. *中华精神科杂志*, 2016, 49: 132-135.
 - 27 冯晶, 徐通. 儿童癫痫共患注意缺陷多动障碍. *中国实用儿科志*, 2014, 29(4): 315-318.
 - 28 Reilly CJ. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood epilepsy. *Res Dev Disabil*, 2011, 32(3): 883-893.
 - 29 Schubert R. Attention deficit disorder and epilepsy. *Pediatr Neurol*, 2005, 32(1): 1-10.
 - 30 Bootsma HP, Ricker L, Hekster YA, *et al.* The impact of side effects on long-term retention in three new antiepileptic drugs. *Seizure*, 2009, 18(5): 327-331.
 - 31 Han SA, Yang EJ, Song MK, *et al.* Effects of lamotrigine on attention-deficit hyperactivity disorder in pediatric epilepsy patients. *Korean J Pediatr*, 2017, 60(6): 189-195.
 - 32 Ijff DM, Aldenkamp AP. Cognitive side-effects of antiepileptic drugs in children. *Handb Clin Neurol*, 2013, 111: 707-718.
 - 33 Shinnar RC, Shinnar S, Cnaan A, *et al.* Childhood Absence Epilepsy Study Group. Pretreatment behavior and subsequent medication effects in childhood absence epilepsy. *Neurology*, 2017, 89(16): 1698-1706.
 - 34 Gul A, Mehreen S. Effectiveness of Lacosamide on everyday cognitive deficits, psychiatric symptoms and resilience in patients with epilepsy. *J Pak Med Assoc*, 2020, 70(9): 1611-1615.
 - 35 Meschede C, Witt JA, Rademacher M, *et al.* Evaluating the longer-term cognitive effects of adjunctive perampanel compared to lacosamide in a naturalistic outpatient setting. *Seizure*, 2018, 58: 141-146.
 - 36 Yakovleva YA, Yanaeva AN, Spikina AA, *et al.* Lacosamide in treatment of patients with focal epilepsy and comorbid mental disorders. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*, 2018, 118(10): 98-104.
 - 37 Dim IJ, Van Veenendaal TM, Majoie HJ, *et al.* Cognitive effects of lacosamide as adjunctive therapy in refractory epilepsy. *Acta Neurol Scand*, 2015, 131(6): 347-354.
 - 38 Kanemura H, Sano F, Tando T, *et al.* EEG improvements with antiepileptic drug treatment can show a high correlation with behavioral recovery in children with ADHD. *Epilepsy Behav*, 2013, 27(3): 443-448.
 - 39 Wolraich M, Brown L, Brown RT, *et al.* ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 2011, 128(5): 1007-1022.
 - 40 Montano CB, Young J. Discontinuity in the transition from pediatric to adult health care for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgrad Med*, 2012, 124(5): 23-32.

附录1 ICD-10 多动性障碍诊断标准

不注意	说明
1. 常常不能仔细地注意细节, 或在做功课或其他活动中出现漫不经心的错误。	如忽视或注意不到细节、工作粗枝大叶
2. 在完成任务或做游戏时常常无法保持注意。	如在演讲、谈话和长时间阅读时难以保持注意力集中
3. 别人对他(她)讲话时常常显得似听非听。	如思绪似乎在其他地方, 即使没有任何明显分散注意的事物。
4. 常常无法始终遵守指令, 无法完成功课、日常杂务或工作中的义务(并不是因为违抗行为或不理解指令)	如开始任务但很快失去注意力, 并容易分心
5. 组织任务和活动的的能力常常受损。	如难于管理顺序性任务; 难于有序保管资料或物品; 做事凌乱、无序; 糟糕的时间管理; 很难如期完成任务
6. 常常回避或极其厌恶需要保持注意去努力完成的任务, 如家庭作业。	如学校作业或家庭作业, 对较大青少年和成年人则为准备报告、完成表格、审阅较长文章
7. 常常遗失物品, 如作业本、铅笔、书、玩具或工具。	如学习资料、铅笔、书、钱包、钥匙、文书工作、眼镜、移动电话
8. 常常易被外界刺激吸引过去。	对较大青少年和成人, 可包括无关思维
9. 在日常活动过程中常常忘事。	如做杂务, 跑腿时; 对较大青少年和成人: 回电话, 付账单或保持预约时
多动	说明
1. 双手或双足常不安稳, 或坐时身体蠕动。	
2. 在课堂上或其他要求保持坐位的场合离开位子。	如在教室、办公室的地方或其他工作场所离开他/她的位置, 或其他要求留在原地的情境
3. 常常在不适当的场合奔跑或登高爬梯(在少年或成年可能只存在不安感)。	注意: 在青少年或成人, 可能只有坐立不安的感受
4. 游戏时常常不当地喧哗, 或难以安静地参与娱乐活动。	
5. 表现出持久的运动过分, 社会环境或别人的要求无法使患儿显著改变。	如在长时间内很难安静或感到不舒适, 如在餐馆, 会议中; 可能让他人感到烦躁或很难跟上
冲动	说明
1. 常在提问未完时其答案即脱口而出。	
2. 在游戏或有组织的场合常不能排队或按顺序等候。	如完成别人的句子; 抢着对话
3. 经常打扰或干涉他人(如冲撞别人的交谈或者游戏)。	如排队等候时
4. 常说话过多, 不能对社会规划做出恰当的反应。	如插入谈话、游戏或活动; 可能未询问或得到别人允许就开始用别人的东西; 对青少年和成年人, 可能侵入或接管别人正在做的事情

对多动性障碍诊断需肯定存在异常水平的不注意、多动或不安, 而且发生于各种场合, 持续存在, 并非由其他障碍如孤独症或情感障碍所致。

符合至少 6 条不注意症状、至少 3 条多动性症状、至少 1 条冲动性症状, 持续至少 6 个月, 达到适应不良的程度, 并与患儿的发育水平不一致。

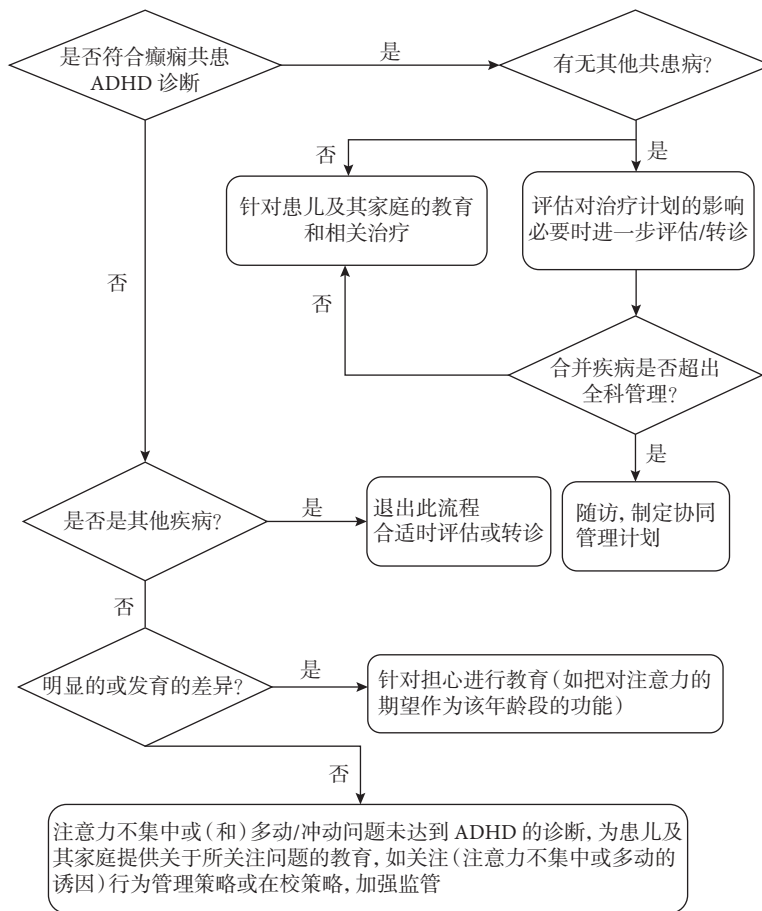
障碍的发生不晚于 12 岁。

应在 1 种以上的场合符合上述标准。例如, 不注意与多动应在家和学校都有, 或同时存在于学校和另一种对患儿进行观察的场合, 如门诊。通常, 这种跨场合的证据需要 1 种以上来源的信息, 比如父母对患儿在教授中行为的报告似乎不充足。

不注意、多动和冲动的症状导致具有临床意义的苦恼, 或损害其社交、学业、或职业功能。

不符合广泛反应障碍、躁狂发作、抑郁发作或焦虑障碍的标准。

附录 2 癫痫共患 ADHD 的规范化管理流程 1



附录 3 癫痫共患 ADHD 的规范化管理流程 2

