



成人注意缺陷多动障碍：流行病学、发病机制、临床特征、病程、评估和诊断

Author: Oscar Bukstein, MD

Section Editor: David Brent, MD

Deputy Editor: David Solomon, MD

翻译: 沈一峰, 副主任医师

我们的所有专题都会依据新发表的证据和[同行评议过程](#)而更新。

文献评审有效期至: 2021-10. | 专题最后更新日期: 2021-03-26.

There is a newer version of this topic available in [English](#). 该主题有一个新的[英文版本](#)。

引言

注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)是最常见的儿童期和青春期神经精神性疾病之一, 常持续至成人期[1]。研究已发现, 多数在儿童期诊断为ADHD的患者在成人期仍满足该病的诊断标准[2]。更近期的研究发现, 很大比例的ADHD成人在儿童期未患该病。成人期ADHD使职业、学业和社交功能显著受损。

有关成人ADHD的流行病学研究估计, 当前在美国的患病率为4.4%, 在全球为3.4%[1,3]; 但各项研究结果差异很大。成人ADHD的特征是存在注意缺陷、冲动及坐立不安的症状, 可导致功能损害。执行功能损害很常见。在这些患者中, 经常观察到情绪失调。

本专题将讨论成人ADHD的流行病学、发病机制、临床表现、病程、评估和诊断。成人ADHD的药物和心理治疗见其他专题。儿童和青少年的ADHD详见其他专题。(参见[“成人注意力缺乏多动障碍的药物疗法”](#)和[“成人注意缺陷多动障碍的心理治疗”](#)和[“儿童和青少年注意缺陷多动障碍的治疗和预后概述”](#)和[“儿童和青少年注意缺陷多动障碍的流行病学与发病机制”](#)和[“儿童和青少年注意缺陷/多动障碍的临床特征和诊断”](#)和[“儿童和青少年注意缺陷多动障碍的药物疗法”](#)和[“儿童和青少年注意缺陷多动障碍治疗药物的药理学”](#))

流行病学

有关成人ADHD的流行病学研究估计，目前患病率为：

- 美国国家共病再调查(National Comorbidity Survey Replication)显示，18-44岁人群的患病率为4.4%[\[3\]](#)。
- WHO的调查显示，在美洲、欧洲和中东地区共10个国家18-44岁的受访者中，患病率为3.4%(范围为1.2%-7.3%)[\[1\]](#)。
 - 在低收入国家中，患病率为1.9%
 - 在高收入国家中，患病率为4.2%

共病 — 成人ADHD经常共病其他精神障碍。美国的样本调查发现，ADHD成人比一般人群的成人更可能存在以下共病，共病相应的比值比(odds ratio, OR)如下[\[3\]](#)：

- 心境障碍，OR 2.7-7.5(95%CI 3.0-8.2)
- 焦虑障碍，OR 1.5-5.5(95%CI 2.4-5.5)
- 任何物质使用障碍(substance use disorder, SUD)，OR 3.0(95%CI 1.4-6.5)
- 间歇性暴怒障碍，OR 3.7(95%CI 2.2-6.2)

国际报告的结果与之相似[\[1\]](#)：

- 心境障碍，OR=3.9(95%CI 3.0-5.1)
- 焦虑障碍，OR=4.0(95%CI 3.0-5.2)
- SUD，OR=4(95%CI 2.8-5.8)

例如，一篇纳入29项有关SUD成人研究的meta分析发现，ADHD的终生患病率为23.1%[\[4\]](#)。

ADHD和共病数量间存在量-效关系(即，ADHD的症状越多，共病诊断的数量越多)，当同时存在3种或3种以上其他障碍时，比值比最高(OR 7.2，95%CI 5.1-10.2)[\[1\]](#)。

发病机制

成人ADHD的发病机制尚不清楚。在ADHD成人中，目前已发现存在具有临床意义的神经心理功能受损[\[5,6\]](#)。有关ADHD成人的神经心理学研究已发现，患者在觉醒度[\[7\]](#)、知觉-运动速度[\[8\]](#)、工作记忆[\[9\]](#)、言语学习[\[6,7\]](#)及反应抑制[\[10,11\]](#)检测中存在损害。

通常，最显著的注意缺陷与额叶-皮质下功能障碍有关，并且累及执行功能[\[12\]](#)，但ADHD成人也存在与执行功能无关的损害，包括记忆损害和信息处理速度缺陷。(参见下文[‘执行功能障碍’](#))

脑部影像学检查结果显示，ADHD成人的额叶-皮质下和顶叶环路功能障碍(尤其是右侧半球)

[13,14]，最突出的异常位于前额叶皮质和/或其与皮质下结构间的投射纤维。相互联系的脑区网络可能与ADHD个体的注意力-执行功能损害有关。

通过CT或MRI进行的成人结构和功能影像学检查发现，在ADHD患者中存在某些结构性脑异常的证据，这些异常与在ADHD中观察到的功能损害有关[14]。最常见的发现是额叶皮质、小脑和皮质下结构的体积较小。在ADHD患者中，额叶-皮质下通路和3个皮质下结构(即，尾状核、壳核、苍白球)存在功能障碍；这些通路和结构是运动控制、执行功能、行为抑制及奖赏通路调节神经环路的组成部分。这些额叶-纹状体-苍白球-丘脑环路可向大脑皮层提供反馈，对行为进行调节[15,16]。

在奖赏处理和动机方面，ADHD相关的异常可能导致奖赏预期较低、动机不足及倾向立即(而非延迟)奖赏的冲动行为[17]。

初步研究表明，在ADHD儿童期检查中发现的皮质下结构异常在成人期可正常化，但皮质异常持续存在[18]。

由于很多这些脑部环路具有儿茶酚胺能性质，额叶-皮质下环路中多巴胺和去甲肾上腺素活性降低是ADHD患者脑和功能障碍的基础[19]。去甲肾上腺素与多巴胺通过额叶-纹状体-小脑环路对行为和认知发挥神经调节作用[20]。阻断多巴胺转运蛋白或去甲肾上腺素转运蛋白的ADHD药物通过阻断去甲肾上腺素和多巴胺的再摄取并触发二者的释放，可增加这两种物质的脑内游离水平。这些药物被认为可针对这些系统，改善冲动、注意缺陷和多动的问题。[21]。

遗传学 — ADHD患儿的父母或兄弟姐妹发生ADHD的风险增加至2-8倍[22]，根据来自双生子研究的汇总数据，据估计遗传力为76%[22,23]。来自家庭、双生子和收养研究的行为遗传学研究与分子遗传学研究的结果均显示，基因可影响对ADHD的易感性。目前已显示几种基因与ADHD的病因有关，然而，其作用很小。多巴胺转运蛋白基因(DAT1, SLC6A3)和多巴胺4(D4)受体基因(DRD4)的多态性最常与ADHD有关[23]，这提示相关遗传学机制复杂，该病是由几种基因与环境危险因素的相互作用共同导致的。一篇纳入61项基因关联研究的meta分析发现，成人ADHD与BAIAP2基因中存在rs8079781及与rs8079626-rs7210438 GC单倍型有关。BAIAP2在人左侧大脑皮层中表达水平较高，参与神经元细胞的增殖、存活和成熟。

临床表现

成人ADHD的特征是注意缺陷、冲动、坐立不安、执行功能障碍及情绪失调的症状。这些症状共同导致了显著的功能缺陷[3]。

成人ADHD的主要特征与儿童ADHD的典型特征不同。在成人中，多动或冲动的症状较不明显(例如，冲动可能表现为言语啰嗦，而非躯体行为)；注意缺陷的症状更突出。

执行功能障碍 — ADHD成人的很多注意缺陷症状也归类为执行功能障碍，后者的定义是“选择目标并朝这些目标创造、制定和维持行动所需的自我指导行为”[24]。(参见下文‘[注意缺陷](#)’和‘[DSM-5](#)

诊断标准):

ADHD成人可能存在缺陷的执行功能包括:

- 工作记忆
- 任务转换
- 自我监控
- 任务启动
- 自我抑制

这些缺陷可导致成人ADHD特征性的注意缺陷问题:

- 对一项任务保持专注, 尤其是长时间的专注
- 组织活动
- 区分任务的优先次序
- 坚持到底并完成任务
- 健忘
- 时间管理(例如, 失约或错过最后期限)

注意缺陷 — 成人ADHD突出的注意力不集中症状主要表现为难以对一项任务保持专注, 尤其是难以长时间保持专注。ADHD成人常在组织活动、区分任务的优先次序、坚持到底并完成任务、健忘及时间管理(例如, 失约或错过最后期限)方面存在困难[25,26]。成人ADHD经常报告只在最后期限完成任务、经常推迟完成任务, 甚至根本完不成任务。注意缺陷可能引起更多的驾驶问题, 包括驾驶失误、交通违章和超速。(参见上文'[执行功能障碍](#)')

冲动 — 成人ADHD冲动的特征是: 过度参与活动或讲话, 这很可能导致不良后果。成人冲动经常导致比儿童期冲动更严重的后果, 可能包括过早中止人际关系或未找到下份工作即辞职[26,27]。冲动可导致驾驶失误、交通违章和超速(如上所述)。

多动(坐立不安) — ADHD成人患者看起来或报告感觉不安或坐立不安, 而非过度多动。与很多ADHD儿童相似, 成人患者及其知情者可能报告患者讲话太多和/或打断他人。

情绪失调 — 在ADHD成人中, 常见情绪不稳、易激惹、愤怒爆发, 挫折耐受力低及动机缺乏, 但这些表现不是该病特有的[26,28-30]。这些情绪症状统称为情绪失调, 即无法在必要时控制不舒服的情绪, 痛苦时无法从事恰当的行为(例如, 去上班、建立社交关系)。

其他损害、健康和社交问题 — 与未患ADHD的成人相比, ADHD成人在职业困难、犯罪活动、物质滥用问题、交通事故和机动车事故罚单方面的发生率较高[29,31-33]。儿童期开始的ADHD相关障碍(如教育困难、自尊问题、家庭和同伴关系严重受损)据认为构成了这些成人行为问题的基础, 或促发了这些成人行为问题。

2015年一项使用丹麦国家注册数据的研究发现, 诊断为ADHD的患者死亡率高于未患ADHD的人群[34]。在一项对过去30年间(截止2013年)出生的所有居民(近200万)进行的分析中, 32,061人诊

断为ADHD；在对社会人口特征和临床特征进行校正后，这些患者的死亡率高于未患ADHD的群体(5.85 vs 2.21/10,000人年)。在不合并较常见的、死亡风险较高的共病(对立违抗障碍、品行障碍、SUD)的情况下，ADHD患者仍存在超额死亡率。在ADHD个体中，事故是最常见的死因。与18岁前诊断为ADHD的个体相比，成人后诊断的ADHD个体超额死亡率更高。

病程

有关ADHD儿童的纵向研究发现，相当大比例病例的疾病持续至成人期；研究报道，40%-60%的患者在成人期仍持续存在显著的ADHD相关问题[2,35-37]。例如，一项研究对147例根据父母报告诊断为ADHD的儿童样本与71例在儿童期作为社区对照样本进行评估的患者进行了比较，结果发现，前者在成人期(19-25岁)接受再次评估时，ADHD的发生率更高(46% vs 5%)[2]。

一项研究评估了预测ADHD持续至成年期的儿童期因素，结果发现影响最大的因素包括初始ADHD症状严重程度、共病以及父母一方/多方存在精神卫生问题[38]。多变量分析纳入了纵向收集的453例ADHD参与者(平均年龄25岁)的数据，对初始评估时(平均年龄8岁)收集的患者、患者父母及家庭的特征进行了分析。成年期持续存在ADHD症状最重要的儿童期预测指标包括：初始ADHD症状的严重程度[OR 1.89, 标准误(standard error, SE)=0.28]、共病(OR 1.19, SE=0.07)、父母精神健康问题(OR 1.30, SE=0.09)。儿童期IQ、社会经济地位、父母教育及亲子关系与成年期是否持续存在ADHD症状无关。

某些证据表明，部分成年ADHD患者的症状减轻或消退。一项前瞻性随访研究纳入了一个包括344例在儿童期和入组研究时(平均34岁)存在ADHD的巴西人临床样本，结果发现，约1/3的参与者在平均7.3年后不符合该病的诊断标准，12.4%的样本满足完全缓解(少于4项症状)的标准[39]。持续存在ADHD的患者在纳入研究时，注意缺陷和多动/冲动症状的数量较多，且同时存在对立违抗障碍和社交恐惧。

迟发性亚型？ — 研究提示儿童期发病型ADHD与成年期发病型(迟发型)ADHD这两种综合征的发展轨迹不同[40-42]。这些发现可能提示需重新考虑一生中ADHD综合征的异质性：

- 一项研究纳入了一个代表性出生队列，该队列包括1,037例于1972-1973年间在新西兰出生的个体，随访至38岁发现，儿童期诊断为ADHD的参与者与成人期诊断为ADHD的参与者在ADHD方面几乎没有相同之处[41]。成人ADHD病例在儿童期无可检出的神经心理学缺陷；90%的成人ADHD病例无儿童期ADHD的病史。
- 一项纵向队列研究对1993年巴西佩洛塔斯出生的所有儿童随访至18或19岁，在5249例儿童中，393例在11岁时诊断为ADHD，492例在18-19岁时诊断为ADHD[42]。只有60例ADHD儿童患者(17.2%)在年轻成人时仍存在ADHD，只有60例ADHD年轻成人患者(12.6%)在儿童期存在ADHD。
- 一项全国代表性出生队列研究纳入了1994-1995年间在英格兰和威尔士出生的2232例双胞胎，Logistic回归分析结果表明，与从儿童期持续存在ADHD的患者相比，迟发型ADHD个

体在儿童期外化性问题更少且智商(intelligence quotient, IQ)更高[40]。然而，在18岁时，迟发型ADHD患者与从儿童期持续存在ADHD的患者相比，二者ADHD的症状和损害相当，精神障碍发生率增加的情况相似。

另一项研究发现，在初筛检出迟发型ADHD的患者中，仔细评估表明绝大多数为假阳性[43]。该研究分析了精神障碍纵向评估数据，针对ADHD多模式治疗研究中当地基准对照组的239例平均9.9-24.4岁患者。在使用症状检查表初筛检出迟发型ADHD的患者中，大约95%最终诊断为另一种疾病。

一项有关ADHD不良职业影响的系统评价发现，与对照组相比，ADHD成人的失业水平更高[44]。受雇的成人ADHD患者存在职场障碍和生产率降低；其发生事故、创伤和工伤的风险也增高，尤其是交通事故。成人ADHD相关的其他问题包括：学业成就下降，药物滥用和犯罪行为的发生率增加[2,35,36,45]。

一些成人患者仅在后来的生活中遇到具有成人期特征、不能通过已有的神经心理技能处理的日益复杂的新任务时，才出现临床障碍。

在ADHD患者中，情感、教育和社会适应领域的病程不同，程度从差至好。ADHD持续存在不会导致相同的功能结局，而是导致程度不一的情感、教育和社会适应结局[44,46]。

在ADHD成人中，精神障碍共病的发生率有随年龄增加的趋势[3,47,48]。研究表明，随着ADHD患者年龄增长，焦虑、抑郁、USD及反社会型人格障碍的可能性增加，经常变得更明显，而基础性ADHD变得不太明显。根据我们的临床经验，ADHD成人常被诊断为其他共病并进行治疗，而ADHD往往未得到识别和治疗。(参见上文‘[共病](#)’)

评估

对成人进行ADHD评估的主要目的是：识别符合《精神障碍诊断与统计手册第5版》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition, DSM-5)ADHD诊断标准的症状和行为，评估这些症状引起的损害，排除其他障碍(如，心境障碍和/或焦虑障碍)。患者的症状应持续存在、严重至足以导致严重的心理社会损害。

应记录具体的障碍，以及出现症状和损害时的年龄。回忆偏倚可影响自我评价的可靠性，尤其是对于ADHD患者[49]。许多成人很难忆起何时开始出现ADHD症状。从另一名成人知情者(例如父母、重要他人或朋友)获取患者病史对准确诊断ADHD非常有用。(参见下文‘[DSM-5诊断标准](#)’和‘[鉴别诊断](#)’)

评估成人ADHD的最佳方法可能是，使用结构化或半结构化诊断性会谈联合维度评定量表，后者可提供症状严重度和损害的定量指标。如果其他认知障碍提示需行神经心理学检测，则可在会谈和评定量表的基础上辅助使用该检测。(参见下文‘[成人用ADHD诊断性会谈](#)’和‘[评定量表](#)’)

成人临床表现 — 临床面谈应针对ADHD的成人临床表现。该病采用的DSM标准(DSM-5和更早期

本)制定用于诊断儿童ADHD，其内容反映了这一点。为评估成人是否存在ADHD，医生还应询问该病常见的成人表现[50]，这些内容详见上文并总结如下。(参见上文‘[注意缺陷](#)’和‘[冲动](#)’和‘[多动\(坐立不安\)](#)’)

- 多动症状
 - 坐立不安
 - 言语过多
 - 持续活动
 - 倾向于选择极活跃的工作
- 冲动症状—与儿童期相比，成人期冲动的后果可能更严重
 - 断绝关系
 - 辞职
 - 对挫折过度反应
 - 驾驶违规行为更多
- 注意缺陷症状
 - 拖延
 - 很难做出决定
 - 时间管理能力差
 - 组织活动困难

共病 — 医生应筛查精神共病，尤其是抑郁障碍、焦虑障碍和SUD，以及常与ADHD有关的症状和行为(例如对愤怒的控制能力差)。(参见上文‘[共病](#)’和‘[DSM-5诊断标准](#)’)

评定量表 — 目前已制定出几种评估DSM-IV 中ADHD的评定量表，但这些评定量表需进行改良以用于DSM-5，并需进行验证以专门识别ADHD成人患者[51]。研究已发现，评定量表对评估成人ADHD有帮助[50]，但在我们的临床经验中，应将这些量表作为临床访谈的补充，而不是临床访谈的替代。

评估工具应包括用于评价成人和儿童期症状的他评和自评版本[2,52]。在共计35项验证研究中采用的14种成人ADHD评定量表中，Conners成人ADHD评定量表(Conners’ Adult ADHD Rating scale, CAARS)和Wender犹他评定量表(简短版本)的心理测评统计和内容效度更强[51]。

Conners成人ADHD评定量表 — 建议精神卫生专业人员在ADHD患者治疗开始前和/或治疗过程中，使用CAARS评估患者。虽然CAARS比很多已有的评估工具更长且稍需成本，但CAARS可对相关症状和领域进行详细评估[53]。CAARS具有自我评价和观察者评价两种格式，可为同一行为和问题提供多模式评估，而且包含相同的量表、分量表和指标。CAARS表有长版、短版及筛查版本可供使用。CAARS-S的信度和效度令人满意。根据经验得出了9个有助于评估多种问题行为的量表，包括：

- 注意缺陷/记忆问题
- 冲动/情绪不稳
- 多动/坐立不安
- 自我概念问题

一项研究对CAARS区分249例仔细诊断为ADHD的接受中学后教育的学生和507例临床对照者的能力进行了探讨，结果发现，CAARS的总体区分效度为69%，其假阳性率和假阴性率高得令人不能接受[54]。在患病率较低时，CAARS评分较高准确识别ADHD个体的几率仅为22%。由于CAARS经常将存在其他心理问题的个体错误识别为存在ADHD，不应将其作为诊断的唯一方法。

ASRS — 在初级保健中，当对ADHD成人进行评估时，成人ADHD自评量表(Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS)是一个简短实用的选择。ASRS是针对成人ADHD的WHO评定量表，旨在测量当前的ADHD症状[3,55]。该量表包含18个项目，根据适用于ADHD成人的DSM-IV症状/标准制定，这些项目以5级进行评分(0分=从未出现/极少，4分=很常见)。1-9条项目涵盖了注意力缺乏的症状；10-18条涵盖了多动和冲动的症状。ASRS有常模数据，有关心理测量学特性的数据可用于多种人群[55,56]。目前已制定出更短的ASRS自我评价版本，用于筛查目的([表格 1](#))[56]。由于DSM-5修订了DSM-IV中的成人ADHD诊断标准，简短筛查量表也随之更新，只包含ASRS中的6个项目[57]。修订版筛查量表的敏感性和特异性较高，并且与盲法临床诊断的成人ADHD一致性极好。

诊断

DSM-5诊断标准 — ADHD的DSM-5诊断标准详见下文[58]。这些标准可用于在儿童和成人中诊断ADHD。对DSM-IV进行的更改包括对标准B的改进，标准B现在要求在12岁前(而在DSM-IV中为7岁前)存在几种注意缺陷或多动-冲动症状。该标准中加入了几个成人ADHD症状表现的例子，介绍如下：

- A、持续存在可干扰功能或发育的注意缺陷和/或多动-冲动模式，其特点是(1)和/或(2):
 - (1)、注意缺陷—6项(或更多)如下症状已至少持续6个月，达到与发育水平不相符的程度，且直接对社交和学业/职业活动产生负面影响：

注：这些症状并非单纯是对立行为、违拗、敌意或不能理解任务/指示的一种表现。年龄较大的青少年和成人(≥ 17 岁)至少需要存在5项症状。患者经常表现为：

- a、在学校功课、工作或在其他活动中，无法密切注意细节或犯粗心的错误(例如忽视或遗漏细节，作业/工作不精准)。
- b、在任务或游戏活动中难以保持注意力(例如在听课、对话或长时间阅读中难以保持专注)。
- c、当他人直接与其谈话时，看似没有在听(例如在没有任何明显干扰的情况下仍然

心不在焉)。

- d、不遵循指示，无法完成学校作业、家务或工作职责(例如开始任务后很快失去注意力，容易分心)。
 - e、难以组织任务和活动(例如难以管理有序的任务；难以将材料和物品摆放整齐；作业/工作凌乱无序；时间管理差；无法遵守截止日期)。
 - f、回避、厌恶或不愿从事需要持久脑力劳动的任务(例如学校作业或家庭作业；对于年龄较大的青少年和成年人，则为准备报告、完成表格、阅读冗长的文章)。
 - g、丢失任务或活动中必需的物品(例如学校资料、铅笔、书、工具、钱包、钥匙、文件、眼镜、手机)。
 - h、容易被外部刺激分心(对于年龄较大的青少年和成人，则可能包括无关的想法)。
 - i、在日常生活中健忘(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、遵守约定)。
- (2)、多动和冲动–6项(或更多)如下症状已至少持续6个月，达到与发育水平不相符的程度，直接对社交和学业/职业活动产生负面影响。

注：这些症状并非单纯是对立行为、违拗、敌意或不能理解任务或指示的一种表现。年龄较大的青少年和成人(≥ 17 岁)至少需要存在5项症状。

- a、经常手脚动个不停，或在座位上扭来扭去。
- b、经常在本应坐着时离开坐位(例如在教室、办公室或其他工作场所或其他需要保持原位的情况下，离开自己的位置)。
- c、经常在不恰当的情况下跑来跑去或爬上爬下。(注：对于青少年和成人，则可能仅限于感觉坐立不安。)
- d、经常不能安静地参与游戏或休闲活动。
- e、经常“忙个不停”，行为像是“马达驱动”(例如在餐厅或会议时，不能长时间保持静止或这样做感觉不舒服：可能使他人感觉到患者坐立不安或很难跟上)。
- f、经常喋喋不休。
- g、经常在问题还未问完时脱口说出答案(例如接别人的话；不能等待该自己说话时再说话)。
- h、经常难以等到轮到自己(例如排队时)。
- i、经常打断或侵扰他人(例如插入别人的对话、游戏或活动；在没有询问或征得允

许的情况下使用他人物品；对于青少年和成人，则可能侵扰或取代别人正在做的事情)。

- B、12岁之前存在几项注意缺陷或多动-冲动症状。
- C、在2个或更多场合下(例如家庭、学校或工作；与朋友或亲戚相处；其他活动中)存在几项注意缺陷或多动-冲动症状。
- D、有明确证据表明这些症状可干扰或降低社交、学业或职业功能的质量。
- E、这些症状不仅仅出现在精神分裂症或另一种精神病性障碍的病程中，也不能用其他精神障碍更好地解释(例如心境障碍、焦虑障碍、分离障碍、人格障碍、物质中毒/戒断)。(参见下文'[鉴别诊断](#)')

详细记录是否存在下列表现：

- **组合表现**：如果在过去的6个月满足标准A1(注意缺陷)和标准A2(多动-冲动)。
- **注意缺陷表现占主导**：在过去6个月中，如果满足标准A1(注意缺陷)，但不满足标准A2(多动-冲动)。
- **冲动/多动表现占主导**：在过去6个月中，如果满足标准A2(多动-冲动)，但不满足标准A1(注意缺陷)。

如存在如下情况，需详细记录：

- **部分缓解**：之前满足全部诊断标准，但在过去6个月不满足全部诊断标准且症状仍导致社交、学业或职业功能损害。

详细记录目前的严重度：

- **轻度**：不存在或较少存在超出诊断所需的症状，症状导致的社交或职业功能受损很轻。
- **中度**：症状或功能损害介于“轻度”和“重度”之间。
- **重度**：存在很多超出诊断所需的症状，或存在几项尤其严重的症状，或症状导致社交或职业功能严重受损。

DSM-5中的ADHD标准适用于在儿童和成人中进行诊断，并包括该病成人表现的例子[26]。ADHD成人可能表现的多动和冲动的例子分别包括烦躁不安和言语冲动。

目前已有的数据表明，在注意缺陷和/或多动-冲动领域存在6项ADHD症状的DSM-IV要求可能限制太严格，无法识别出存在损害社交或职业功能的更轻微注意力缺乏和组织能力缺乏的成人患者[59]。更近期的研究支持DSM-5标准，即年龄较大的青少年或成人除了存在相应损害，在任意一个或两个领域还至少存在5项症状[60]。(参见上文'[临床表现](#)'和'[成人临床表现](#)')

成人用ADHD诊断性会谈 — 使用结构化诊断性会谈，如成人用ADHD诊断性会谈(Diagnostic Interview for ADHD, DIVA; DIVA第2.0版)，可能是最佳的诊断基础。一项研究纳入了108例患者(其中60例为ADHD患者)，对成人用DIVA(DIVA第2.0版)与ASRS连同8种神经心理学检查进行了比较[61]。除DIVA外，每种工具均显示区别能力较差，DIVA显示区别两组患者的能力相对较好(敏感性=90.0%；特异性=72.9%)。持续性操作测试结果可联合DIVA，使特异性增加10%。

鉴别诊断 — 成人ADHD的鉴别诊断包括常与之共病的精神障碍，例如心境障碍、焦虑障碍和SUD。精神病性障碍(如精神分裂症)也存在与ADHD中类似的显著认知症状。(参见上文[‘共病’](#))

在诊断成人ADHD时，临床医生应谨记与下列疾病重叠的临床特征，以及可区别这些疾病的特征。

- 抑郁—ADHD与抑郁障碍的共同之处是思维或集中注意力的能力减弱、从事很多活动的动机不足、犹豫不决。抑郁的典型表现是起病较晚、呈发作性病程，据此可在成人中对抑郁与ADHD进行鉴别。
- 躁狂—ADHD与躁狂的共同之处是注意力分散、冲动和说话增多。躁狂的典型表现是起病较晚、呈发作性病程，据此可在成人中对躁狂与ADHD进行鉴别；目前已显示，心境高涨、快速循环、夸大及性欲增加等症状可对早发型双相障碍青少年与ADHD青少年进行区分[62]。
- 焦虑障碍—ADHD经常伴焦虑。焦虑障碍患者由于关注疾病而思想不集中，该表现与ADHD中所见的注意力分散相似。与ADHD相比，焦虑障碍的注意力分散仅发生于关注该病时[例如，当强迫症(obsessive compulsive disorder, OCD)患者经历强迫性思维，或社交恐惧患者专注于自我意识时]。在成人中，焦虑障碍的发作可能晚于ADHD的发病。
- SUD—在ADHD和SUD中，均可观察到认知和行为障碍(注意缺陷、注意力分散、多动)。然而，SUD中的急性障碍仅发生于物质使用的情况下。

总结与推荐

- 注意缺陷多动障碍(ADHD)是最常见的儿童期和青春期神经精神性疾病之一，经常持续至成人期。许多研究发现，多数在儿童期诊断的ADHD患者在成年期仍满足该病诊断标准。更近期的研究结果表明，相当一部分ADHD成人在儿童期末患该病。(参见上文[‘病程’](#))
- 成人ADHD的流行病学研究估计，当前在美国的患病率为4.4%，在全球为3.4%；但各项研究结果差异很大。ADHD成人常见共病其他精神障碍，包括心境和焦虑障碍、物质使用障碍(SUD)和间歇性暴怒障碍。(参见上文[‘流行病学’](#)和[‘共病’](#))
- 某些有关成人ADHD的研究已发现，患者存在有临床意义的神经心理功能受损，但与儿童期发病型ADHD成年患者相比，成年期发病型ADHD成年患者明显更少出现神经心理功能受损和IQ受累。没有任何特定缺陷或缺陷群是该病所特有。患者在觉醒度、知觉-运动速度、工作记忆、言语学习及反应抑制等神经心理学检测中存在障碍。(参见上文[‘发病机制’](#))

- 成人ADHD的特征为存在注意缺陷、冲动及坐立不安的症状，可致功能损害。执行功能损害很常见。这些患者常有情绪失调。(参见上文'[临床表现](#)')
- 《精神障碍诊断与统计手册第5版》(DSM-5)的ADHD诊断标准针对儿童患者制定，其内容反映了这一点。评估成人是否存在ADHD时，医生还应询问该病常见的成人表现。(参见上文'[DSM-5诊断标准](#)'和'[成人临床表现](#)')

使用UpToDate临床顾问须遵循[用户协议](#)。

参考文献

1. [Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry 2007; 190:402.](#)
2. [Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. J Abnorm Psychol 2002; 111:279.](#)
3. [Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006; 163:716.](#)
4. [van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. Drug Alcohol Depend 2012; 122:11.](#)
5. [Hervey AS, Epstein JN, Curry JF. Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neuropsychology 2004; 18:485.](#)
6. [Makris N, Biederman J, Monuteaux MC, Seidman LJ. Towards conceptualizing a neural systems-based anatomy of attention-deficit/hyperactivity disorder. Dev Neurosci 2009; 31:36.](#)
7. [Seidman LJ, Biederman J, Weber W, et al. Neuropsychological function in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 1998; 44:260.](#)
8. [Buchsbaum MS, Haier RJ, Sostek AJ, et al. Attention dysfunction and psychopathology in college men. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:354.](#)
9. [Kovner R, Budman C, Frank Y, et al. Neuropsychological testing in adult attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study. Int J Neurosci 1998; 96:225.](#)
10. [Rapport LJ, Van Voorhis A, Tzelepis A, Friedman SR. Executive functioning in adult attention-deficit hyperactivity disorder. Clin Neuropsychol 2001; 15:479.](#)
11. [Dinn WM, Robbins NC, Harris CL. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: neuropsychological correlates and clinical presentation. Brain Cogn 2001; 46:114.](#)

12. [Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, et al. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Biol Psychiatry 2005; 57:1336.](#)
13. [Kasperek T, Theiner P, Filova A. Neurobiology of ADHD From Childhood to Adulthood: Findings of Imaging Methods. J Atten Disord 2015; 19:931.](#)
14. [Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. Am J Psychiatry 2012; 169:1038.](#)
15. [Schweitzer JB, Faber TL, Grafton ST, et al. Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 2000; 157:278.](#)
16. [Valera EM, Faraone SV, Biederman J, et al. Functional neuroanatomy of working memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2005; 57:439.](#)
17. [Durstun S, van Belle J, de Zeeuw P. Differentiating frontostriatal and fronto-cerebellar circuits in attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2011; 69:1178.](#)
18. [Seidman LJ, Valera EM, Makris N, et al. Dorsolateral prefrontal and anterior cingulate cortex volumetric abnormalities in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder identified by magnetic resonance imaging. Biol Psychiatry 2006; 60:1071.](#)
19. [Arnsten AF. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. J Clin Psychiatry 2006; 67 Suppl 8:7.](#)
20. [Robbins TW. Chemistry of the mind: neurochemical modulation of prefrontal cortical function. J Comp Neurol 2005; 493:140.](#)
21. [Wilens TE. Mechanism of action of agents used in attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry 2006; 67 Suppl 8:32.](#)
22. [Smith AK, Mick E, Faraone SV. Advances in genetic studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. Curr Psychiatry Rep 2009; 11:143.](#)
23. [Franke B, Faraone SV, Asherson P, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. Mol Psychiatry 2012; 17:960.](#)
24. Barkley RA. Executive Functions: What They Are, How They Work, and Why They Evolve d, The Guilford Press, New York 2012.
25. [Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45:192.](#)
26. Barkley R, Murphy KR, Fischer M. ADHD in Adults: What the Science Says, Guilford Press, New York 2008.
27. Weiss G, Hechtman L. Hyperactive Children Grown Up: Empirical Findings and Theoretical Considerations, 2nd ed, The Guilford Press, New York 1993.

28. [Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. CNS Spectr 2008; 13:977.](#)
29. [Barkley RA, Cox D. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. J Safety Res 2007; 38:113.](#)
30. [Rapport LJ, Friedman SR, Tzelepis A, Van Voorhis A. Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. Neuropsychology 2002; 16:102.](#)
31. [Jerome L, Habinski L, Segal A. Attention-deficit/hyperactivity disorder \(ADHD\) and driving risk: a review of the literature and a methodological critique. Curr Psychiatry Rep 2006; 8:416.](#)
32. [Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, et al. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. J Clin Psychiatry 2006; 67:524.](#)
33. [Hodgkins P, Arnold LE, Shaw M, et al. A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. Front Psychiatry 2011; 2:84.](#)
34. [Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, et al. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. Lancet 2015; 385:2190.](#)
35. [Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, et al. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. Am J Psychiatry 1998; 155:493.](#)
36. [Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. J Am Acad Child Psychiatry 1985; 24:211.](#)
37. [Küpper T, Haavik J, Drexler H, et al. The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. Int Arch Occup Environ Health 2012; 85:837.](#)
38. [Roy A, Hechtman L, Arnold LE, et al. Childhood Factors Affecting Persistence and Desistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Adulthood: Results From the MTA. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016; 55:937.](#)
39. [Karam RG, Breda V, Picon FA, et al. Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study. Psychol Med 2015; 45:2045.](#)
40. [Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, et al. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. JAMA Psychiatry 2016; 73:713.](#)
41. [Moffitt TE, Houts R, Asherson P, et al. Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study.](#)

[Am J Psychiatry 2015; 172:967.](#)

42. [Caye A, Rocha TB, Anselmi L, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. JAMA Psychiatry 2016; 73:705.](#)
43. [Sibley MH, Rohde LA, Swanson JM, et al. Late-Onset ADHD Reconsidered With Comprehensive Repeated Assessments Between Ages 10 and 25. Am J Psychiatry 2018; 175:140.](#)
44. [Biederman J, Mick E, Faraone SV. Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. J Pediatr 1998; 133:544.](#)
45. [Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder \(ADHD\). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007; 257:371.](#)
46. [Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry 2000; 157:816.](#)
47. [Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. Can J Psychiatry 2009; 54:673.](#)
48. [Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65 Suppl 3:3.](#)
49. [Mannuzza S, Klein RG, Klein DF, et al. Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 2002; 159:1882.](#)
50. [Haavik J, Halmøy A, Lundervold AJ, Fasmer OB. Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Expert Rev Neurother 2010; 10:1569.](#)
51. [Taylor A, Deb S, Unwin G. Scales for the identification of adults with attention deficit hyperactivity disorder \(ADHD\): a systematic review. Res Dev Disabil 2011; 32:924.](#)
52. [Sandra Kooij JJ, Marije Boonstra A, Swinkels SH, et al. Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. J Atten Disord 2008; 11:445.](#)
53. [Erhardt D, Epstein JN, Conners CK, et al. Self-ratings of ADHD symptoms in adults II: Reliability, validity, and diagnostic sensitivity. J Atten Disord 1999; 3:153.](#)
54. [Harrison AG, Nay S, Armstrong IT. Diagnostic Accuracy of the Conners' Adult ADHD Rating Scale in a Postsecondary Population. J Atten Disord 2016.](#)
55. www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php (Accessed on April 01, 2014).
56. [Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale \(ASRS\): a short screening scale for use in the general population. Psychol](#)

[Med 2005; 35:245.](#)

57. [Ustun B, Adler LA, Rudin C, et al. The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. JAMA Psychiatry 2017; 74:520.](#)
58. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, 2013.
59. [Polanczyk G, Caspi A, Houts R, et al. Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49:210.](#)
60. [Rigler T, Manor I, Kalansky A, et al. New DSM-5 criteria for ADHD - Does it matter? Compr Psychiatry 2016; 68:56.](#)
61. [Pettersson R, Söderström S, Nilsson KW. Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. J Atten Disord 2015.](#)
62. [Geller B, Williams M, Zimmerman B, et al. Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. J Affect Disord 1998; 51:81.](#)

专题 1232 版本 25.0.zh-Hans.1.0

图表

Adult ADHD screening tool

The following questionnaire can be used as a starting point to help recognize the signs/symptoms of adult ADD but is not meant to replace consultation with a trained healthcare professional.
An accurate diagnosis can only be made through a clinical evaluation.

This Adult Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Screener is intended for people age 18 years or older.

Check the box that best describes how you have felt and conducted yourself over the past 6 months.					
	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very often
1. How often do you have trouble wrapping up the final details of a project once the challenging parts have been done?					
2. How often do you have difficulty getting things in order when you have to do a task that requires organization?					
3. How often do you have problems remembering appointments or obligations?					
4. When you have a task that requires a lot of thought, how often do you avoid or delay getting started?					
5. How often do you fidget or squirm with your hands or feet when you have to sit down for a long time?					
6. How often do you feel overly active and compelled to do things, like you were driven by a motor?					

Grading: Add the number of checkmarks that appear in the darkly shaded areas. Four or more checkmarks indicate that your symptoms may be consistent with Adult ADHD. It may be beneficial for you to talk with your family physician about an evaluation.

Adapted with permission from the World Health Organization.

Contributor Disclosures

Oscar Bukstein, MD Other Financial Interest: Guilford Press [Published books]; Routledge Press [Published books]. All of the relevant financial relationships listed have been mitigated. **David Brent, MD** Grant/Research/Clinical Trial Support: NIMH [Child and adolescent psychiatry]; AFSP [Suicide prevention]; Once Upon a Time Foundation [Suicide prevention]; Beckwith Foundation [Suicide prevention]. Consultant/Advisory Boards: Healthwise [Consumer health education]; Klingenstein Third Generation Foundation [Child and adolescent mental health]; AFSP [Suicide prevention]. Other Financial Interest: Guilford Press [Royalties, Depression and suicidality]; eRT Inc [Clinical assessment, electronic self-rated version of the C-SSRS]. All of the relevant financial relationships listed have been mitigated. **David Solomon, MD** No relevant financial relationship(s) with ineligible companies to disclose.

编辑组会认真审核作者的声明。之间的利益冲突将会通过编辑组对文章以及参考文献的多级审评来解决。所有的作者都必须提供与文章相关的文献，文章以及文献须严格依循UpToDate 的相关的标准。

利益矛盾的解决方案

→