



**The Hong Kong Society of
Child Neurology & Developmental Paediatrics**
香港兒童腦科及體智發展學會

兒童專注力失調 / 過度活躍症
2007 立場書記者發佈會 新聞稿
二零零七年七月五日

2005 年，衛生福利及食物局公佈檢討『香港康復計劃方案』(下稱「方案」)，為香港康復服務發展制定新的藍本。自 1976 年第一份方案發表以後，一般明顯的殘疾類別正式被列入方案當中。除著社會進步，對不同殘疾類別的認識與日俱增，尤其在隱性殘疾方面，因此方案中列出的殘疾類別有需要重新檢討。

在檢討過程中，專注力失調/過度活躍症及特殊學習障礙引起了關注，這兩種障礙會對個人方面造成不同的負面影響，社會方面亦要付上極大的代價。在 2005 年，檢討委員會進行了兩次特別的會議，出席包括專業人士及委員會成員，會議最後同意特殊學習障礙應被包括在新的方案中，而專注力失調/過度活躍症，由於部分議會成員覺得香港對此類別認識不足，認為不應列入方案，建議方案檢討完畢後成立一個專注力失調/過度活躍症工作小組，詳細了解以備未來參考。

故此，香港兒童腦科及體智發展學會決定提前擔起這份工作，搜查專注力失調/過度活動躍症在香港及國際性方面科學研究的發展情況，探討香港現有的服務和兒童及個人患者的處境，並提出相關建議。由香港兒童腦科及體智發展學會帶領成立、不同專業人員組成的專注力不足/過度活躍症工作小組，經過一年半的工作及廣泛諮詢後，草擬了一份「兒童專注力失調 / 過度活躍症 2007 立場書」，其中包括對現有狀況的檢視、數據資料及具體建議，這些資料將提交到各政府部門及相關團體作參考。

今天會上發表的立場書，亦同時遞交到 7 月 9 日立法會『香港康復計劃方案』會議上。香港兒童腦科及體智發展學會十分高興兒童專注力失調 / 過度活躍症及特殊學習障礙最終都能夠成功列入殘疾類別，正式納入在香港康復服務的範疇。衛生福利局檢討委員會及本會工作小組經過兩年的努力，最終也能做出這個令人振奮的結果，我們期望這些建議能夠為香港康復服務帶來更豐盛的發展。

長久以來，有專注力失調/過度活躍症兒童及其家庭的需要，一直被社會忽視。根據研究指出，美國約有 3-7% 兒童患有專注力失調/過度活躍症，中國約有 3%，在其他國家則約有 3-9%，男女比例方面為 2:1 至 9:1 不等。1996 年梁永亮博士及研究團隊在本港曾進行一項調查，發現有 6.1% 的男童發現有專注力失調/過度活

躍症，而近年研究更在青少年當中發現男和女的發病率分別為 5.7%及 3.2%。

會上，第一個個案家長的兒子在小二時証實患有過度活躍及專注力不足症（下稱 ADHD）。期間家長積極搜尋有關資料，又主動與學校聯繫，惟個別老師對 ADHD 認識不足，甚至暗示家長不善管教，以孩子有病卸責/逃避，不認同學生有特殊教育需要，未有給予孩子課堂調適，加上學校功課繁重，最後家長決定轉校。轉校過程困難重重，有學校本給予面試機會，但一得知學生有 ADHD，隨即表示額滿。現時孩子已成功轉校，新校功課較前輕鬆，班主任更可安排同班同學擔任課堂伙伴，提醒孩子上課時安坐及守規。家長指出家校合作非常重要，全校參與，讓其他學生及家長認識 ADHD 是實踐融合教育成功的基礎。

另一位家長她的兒子同時患有過度活躍症及特殊學習障礙(學障)，她指出由於教師對兒子情況的不理解，令兒子出現很大的情緒問題，又曾著她為兒子另找一些較適合的學校，以免他承受極大壓力，加上學校給予孩子的課堂調適，一年有一年沒有，嚴重影響孩子的學習。家長認為學校要有一位專責主任教師跟進學童的學習進度，經常與學童的各科教師溝通加以協助；同時，學校也必須每年約見家長兩至三次進行「個案會議」，保持家校溝通，讓家長更容易掌握如何與學校配合。

第三位家長在孩子小二上學期輪候政府評估，歷時 18 個月，仍未能確診，後來家長經志願機構輔導熱線得悉，轉向私人兒童精神科醫生求助，第一次面診已証實孩子患有 ADHD。家長在政府兒童精神專科診所排期期間自行支付每月數千元私家診金藥費。學校方面未有課程調適，只以「寫手冊」/電話投訴孩子在校不當行為，要求家長管教。坊間針對 ADHD 的行為認知課程，數千至數萬元不等，志願機構或政府診所辦的課程輪候期長，家長大感無奈。現時孩子在藥物及行為治療雙管齊下，表現大有改善。家長指出早日面對孩子的病症，實行適切的治療方法，可減低 ADHD 對孩子生活的影響，例如自我形象低落，對抗行為，親子 / 人際關係惡劣，學業成績偏低等等。

總括而言，家長希望當局可以從以下三方面落實有關政策措施，以支援有兒童專注力失調/過度活躍症兒童及其家庭的需要。

短期方面(1-2 年)：

- 1) 在學校或教師發展日，加強教師、社工/輔導人員的專業培訓，了解學童的特性。
- 2) 制定有系統及有效的「特殊教育需要學童學校政策」，並由專責的主任教師擔當統籌人員，每年定期與各科教師溝通商討在課堂、學習、測考等支援策略；每年與家長進行兩至三次「個案會議」，保持家校溝通。
- 3) 盡快縮短學童獲醫生/校內專業人仕評估的論候時間最多不超過三個月。

- 4) 加強有兒童專注力失調/過度活躍症父母的情緒支援，設立家長求助熱線及支援小組。

中期方面(3-5年)

- 1) 為有兒童專注力失調/過度活躍症學童開設「個人學習計劃」(IEP)。
- 2) 加強培訓兒童精神科醫生，增加人手比例。
- 3) 於每區設立有兒童專注力失調/過度活躍症家長支援及資源中心，為學童及其父母提供全面的協助。

長遠方面(5-10年)

- 1) 研究專上學院及大學的對有兒童專注力失調/過度活躍症的支援。
- 2) 對有兒童專注力失調/過度活躍症人士提供就業及培訓支援。

接著，香港兒童腦科及體智發展學會會長陳作耘醫生表示，在 2005 年度『香港康復計劃檢討』中，專注力失調/過度活躍症被提出為一個需要多部門關顧及資源的獨特實況，同時被納入計劃中成為一個正規的殘疾類別。為回應政策發展的需要，推動有效及綜合支援系統予有關人仕，學會於 2005 年 11 月份成立一個專注力失調/過度活躍症的工作小組，並撰寫了一份「兒童專注力失調 / 過度活躍症 2007 立場書」，此文件亦會分發至各學術、專業、及執業團體作參考，並提交決策者和執政者作跟進。

會上陳醫生向各位陳述立場書中以下幾個重點：

1. 專注力失調/過度活躍症 (AD/HD)定義及成因

專注力失調/過度活躍症是來自神經生理差異的情況，會影響個人能力去集中精神、維持專注於工作、或抑制衝動的行為。它的特點在於未能吻合發展情況的專注技巧，及/或衝動魯莽和過度活躍。徵狀多於七歲前開始出現。

其成因最少會有部份是由家族及遺傳因子所引致，而環境因素和負面的心理因素也有可能在此神經系統發展期間引發異常情況，出現專注力失調/過度活躍症。

2. 專注力失調 / 過度活躍症普遍性

在美國，兒童病發率約為 3 - 7 百份點；中國為 3 百份點；而其他國家則為 3 - 9 百份點。男女比例約從 2 比 1 至 9 比 1 之間。

1996 年研究報告在一大群本土男生樣本中發現 6.1 百份點的流行率。年青人當中，估計男孩的流行率為 5.7 百份點而女孩則為 3.2 百份點。根據香港衛生署兒童體能智力測驗服務於 2003 - 2006 年的紀錄，男女比例為 6-8 比 1。

在華人口認可性方面，華人兒童的基因研究發現在漢族兒童中 DRD4 基因的 2R 對偶基因與專注力失調 / 過度活躍症有關連。香港華人兒童神經顯影研究，

用磁力共振掃描，顯示腦部認為負責專注力及執行工作的地方出現結構性異常 (McAlonan G.M., 2007)。

3. 專注力失調 / 過度活躍症診斷及治療

專注力失調/過度活躍症的徵狀本質涉獵多方面，而診斷此症取決於細心查閱兒童成長發展的歷史，垂詢各種臨床徵狀。

有研究多元化治療的文獻顯示孩童單接受藥物治療或藥物配合行為治療比那些單接受行為治療或慣常社區服務的孩童有更大和顯著的改善。

而專注力失調/過度活躍症主要徵狀可能是引致持久學業困難的隱蔽成因，例如不合格或開除學籍等。整體而言，一個包括教育、行為、社會和藥物治療的模式，再加上夥拍家庭參與乃目前最具效能和值得選取的治療方法。

4. 社會的代價與承擔

專注力失調/過度活躍症對個人發展的影響可自短期的困難至長遠後果，形成社會要承擔沉重代價。對患者個人而言，他可能有種種問題，包括社交及人際關係、自尊心、學業失敗、就業困難、受傷、意外和濫用藥物。治療專注力失調/過度活躍症已直接涉及高昂的醫療費用，再加上要處理並存的病況，例如行為障礙和焦慮症及情緒障礙，甚至因患者差勁的專注力或衝動抑制能力而造成意外的意外，包括不良駕駛習慣而產生的問題，代價更昂貴。經濟重擔亦加諸其他地方，學校要多撥資源以應付校本支援服務及特別教育服務的支出，僱主要擔負家長因需照顧有問題子女而缺勤的經濟後果，而患者多因工作表現欠佳而失業，或容易沾上犯罪行徑。因藥物治療可改善孩童的功能，簡接減低家庭及其他人仕的負擔，故藥物治療被視為物有所值。

5. 香港面臨的挑戰及發展建議

有關專注力失調/過度活躍症的本地服務，大多是由醫療、教育及社會服務機構分別處理，近年教育及人力統籌局已視專注力失調/過度活躍症為一個有特殊教與需要的類別，同時衛生及福利局亦於 2005 /06 年度『香港康復計劃方案』檢討中把專注力不足/過度活躍症包括在殘疾類別之中。

5.1 醫療服務

兒童及青少年精神科新症輪候時間最近已推延到一至三年才獲接見。曾接受專業訓練處理專注力失調/過度活躍症兒童的兒童精神科醫生及兒科醫生嚴重短缺人手。

我們倡議一個四層的醫療分工服務模式：

第一層：非精神科醫療專業人仕

第二層：具處理專注力失調/過度活躍症兒童專門知識的專業團隊，包括接受有關培訓的兒科和精神科醫生等

第三層：兒童精神科的多專業團隊

第四層：精神科住院服務團隊

上述團隊應在社區和各醫療機構，透過分流及互相轉介，建立一個具協調性的支援網絡。政府應迫切地儘快增加公共服務人手及增強在職培訓各層工作人員。

5.2 教育服務

大班教學限制了教師向患有專注力失調/過度活躍症兒童提供個別支援服務的範籌。人力資源問題包括缺乏能幫助專注力失調/過度活躍症兒童的專業教師和輔助人員(教師助理)，與及缺乏給予他們具良好素質的訓練。

我們建議首要是減少每班學生的人數、有系統提供特殊訓練予教師、教師助理、學校社工及輔導人員。同時，學校應委任一位資深人員統領這個支援團隊，及協調各部門工作，而學校社工及輔導人員則於此制度下提供個案跟進服務。

5.3 社會服務

縱然香港已推行綜合性家庭服務，惟復康服務與家庭服務之間仍不幸地存在着廣濶的空隙。專為家長及家庭成員的需要而設的親職教育訓練計劃和家庭支援服務大致仍然不足。

我們建議資源應發放至有關的工作單位，包括提供社區服務的機構及綜合家庭服務中心。社會工作的職前、研究院及在職訓練計劃需改善以覆蓋專注力失調/過度活躍症的處理。發展具證效的社會工作模式並予以推廣至有關兒童及家庭。自助及倡導工作組織應獲專業人仕和有關社工的引導和支持。

5.4 服務配合協調

專注力失調/過度活躍症兒童的治療及復康工作端賴多專業及多部門的協調合作。各部門人仕需熟識系統情況以便有效地運作和倡助此等人仕的需要。

5.5 專業訓練用以處理專注力失調/過度活躍症兒童

關乎兒科醫生、家庭醫生、兒童精神科醫生、臨床心理學家、教育心理學家、教師、輔助醫療人員及社會工作者於入職前、研究院和在職期間諸般培訓計劃的建議，在本報告作詳細討論。預計約需十年時限才能將目前不足之處提升至合理水平。

5.6 結論

通過認識香港兒童及其家庭之文化及生態發展，憑藉各界及多層面的合作

和貢獻，再加上有效分流機制及順利分層過渡，復康服務才能向前邁進。社會培訓足量專業人仕，發展證實具療效之服務計劃及夥拍家庭參與皆十分重要。一如其他複雜情況，生理差異、環境和文化會互相磨合影響結果，故發展復康制度需設定界限指標、以便跟進和監察。