

50 例儿童孤独症谱系障碍疾病临床特征分析

李立平

北京市顺义区天竺镇社区卫生服务中心

【中图分类号】R749.94

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2019) 02-029-02

孤独症与阿斯伯格综合症 (asperger syndrome, AS)、广泛性发育障碍未分类型 (PDD—NOS) 共同位于一个连续谱上, 在社交、语言、兴趣范围狭窄和刻板行为等症状上表现出严重程度不同的一组发育障碍, 统称为孤独症谱系障碍 (autism spectrum disorder, ASD) [1]。除这些核心症状外, 常伴有其他行为问题如: 焦虑、抑郁、睡眠问题、饮食障碍、注意力障碍等 [2]。近年来随着本病发病率的增高, 越来越受到重视。现将近 5 年本科室接诊的孤独症谱系障碍疾病患儿临床特征进行分析。

1 对象与方法

1.1 对象

选择 2010 年 1 月至 2014 年 5 月底在天竺社区卫生服务中心筛查并于三甲确诊的孤独症患儿, 依据美国精神障碍统计与诊断手册第 4 版 (DSM—IV) 诊断标准和排除标准, 经精神科主任医师最终确诊为孤独症谱系障碍的儿童共 50 例。年龄范围 1.74—7.00 岁, 平均年龄 (3.33±1.10) 岁; 男孩 47 名 (94.0%), 女孩 3 名 (6.0%); 城市 31 名 (62.0%), 农村 19 名 (38.0%)。按照患儿首次来本院就诊年份共分 5 组, 分析其临床特征。有关疾病的分析均经患儿监护人同意, 且分析对象是疾病特征, 不涉及个人隐私等。

1.2 方法

1.2.1 测评工具: 应用 (1) 孤独症儿童行为检查量表 (Autism Behavior Checklist, ABC): 该量表由 Krug 编制, 由描述儿童的行为、语言、运动、感觉和交往五个因素共 57 项问题组成, 得分越高疾病症状越重; (2) 儿童孤独症评定量表 (Childhood Autism Rating Scale, CARS): 该量表由 Schopler 等人于 1980 年编制, 评定内容包括: 人际关系、(词和动的) 模仿、情感反应等 15 项。2 个量表作为辅助诊断孤独症谱系障碍疾病的同时, 本文运用其评价患儿的临床症状表现及疾病程度。

1.2.2 测评方法: 对于所有符合诊断标准的儿童, 给予其家长 ABC 量表评价, 同时医生应用 CARS 量表进行评价。症状不明显者有必要进行多次观察综合评价。

1.2.3 统计处理: 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据整理分析, 主要采用描述性分析、t 检验等统计学方法。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 孤独症谱系障碍疾病患者一般情况

50 名孤独症谱系障碍疾病患者中, 孤独症 37 名, 平均年龄 (3.34±1.03) 岁, 9 名不会说话、8 名有语言倒退、20 名异常语言; 阿斯伯格 5 名, 平均年龄 (3.50±2.10) 岁, 语言刻板基本能交流; 未分类的广泛性发育障碍 8 名, 平均年龄 (3.18±0.70) 岁, 有语言, 但异常语言较多, 其中首次在本院确诊者 48 例 (8 例在常规体检智力筛查中检出; 40 例家长带来主动就诊, 其中 13 例首次到临床儿科就诊后转诊到本科室, 余 17 例经导医介绍挂号来本科室, 其他 10 例直接找到

本科室就诊), 另外 2 例年龄分别为 6.26 岁和 7.00 岁, 他们在 3 至 4 岁期间已在北京儿童医院儿研所确诊分别患有孤独症和阿斯伯格综合症; 按年度计每年经确诊的孤独症谱系障碍疾病患儿依次为 7 名, 8 名, 6 名, 15 名, 14 名; 在本科室首次确诊儿童平均年龄 (3.19±0.88) 岁, 每年确诊儿童平均年龄依次为 4.16 岁, 3.19 岁, 3.59 岁, 2.84 岁, 2.93 岁, 其中小于 3 岁有 21 人, 大于等于 3 岁有 29 人, 首次就诊最小年龄为 1.74 岁 (典型孤独症), 最大为 5.44 岁 (阿斯伯格)。

2.2 不同年龄孤独症谱系障碍疾病患者临床特点

3 岁以下患儿以与人交往、刻板行为为主要表现, 3 岁及以上患儿在各个维度都表现出异常, 其中尤以与人交往、语言障碍突出。两组间以视听感觉、语言能力差异具有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1: 不同年龄孤独症谱系障碍疾病患者 ABC 量表

量表维度	得分情况 (分, $\bar{x}\pm s$)		t 值	P 值
	<3 岁 (n=21)	≥3 岁 (n=29)		
感觉	0.65±0.35	0.99±0.60	2.24	<0.05
交往	1.46±0.50	1.37±0.59	0.56	>0.05
运动	1.21±0.61	1.08±0.64	0.68	>0.05
语言	1.19±0.46	0.92±0.45	2.05	<0.05
自理	0.96±0.28	1.08±0.52	0.95	>0.05
总分	60.35±11.63	65.69±23.07	0.95	>0.05

3 岁以下幼儿以语言障碍、模仿差、多动等问题突出, 3 岁以上儿童以模仿、人际关系以及语言障碍、多动等问题突出。两组间在与非生命体关系和语言交流能力差异具有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2: 不同年龄孤独症谱系障碍疾病患者 CARS 量表

量表问题	得分情况 (分, $\bar{x}\pm s$)		t 值	P 值
	<3 岁 (n=21)	≥3 岁 (n=29)		
人际关系	2.25±1.79	2.59±0.63	1.68	>0.05
模仿	2.65±1.04	2.83±0.85	0.66	>0.05
情感反应	1.95±0.83	2.24±0.74	1.29	>0.05
躯体运用	1.75±0.72	2.10±0.72	1.69	>0.05
与非生命体关系	1.90±0.55	2.34±0.72	2.33	<0.05
环境适应	1.70±0.57	2.00±0.80	1.44	>0.05
视觉反应	2.50±0.76	2.31±0.54	1.02	>0.05
听觉反应	2.00±0.32	2.24±0.79	1.30	>0.05
感觉反应	2.15±0.99	2.21±0.83	0.05	>0.05
焦虑	1.70±0.87	1.86±0.69	0.73	>0.05
语言交流	3.10±0.31	2.55±0.69	3.34	<0.05
非语言交流	2.10±0.31	2.34±0.48	2.00	>0.05
活动量	2.55±0.76	2.48±0.51	0.37	>0.05
智力水平	2.40±0.50	2.45±0.57	0.31	>0.05
总体印象	2.31±0.70	2.50±0.64	1.30	>0.05
总分	33.31±3.57	34.96±5.37	1.43	>0.05

3 讨论

依据门诊确诊的孤独症谱系障碍疾病患儿的临床特征分析,折射出本市广泛性发育障碍疾病儿童的发病情况、疾病的诊治水平,以及家长、社会、医务人员对此类疾病的认识及其变化趋势等。5年来确诊的孤独症谱系障碍疾病患者数量呈增高趋势,即由2010年的7名升至2014年前5个月14名;在一定程度上反映出疾病发病率的增高及人们对疾病认识提高的现象。但据本市官方数据7岁以下儿童人口数有412755人(截止12年3月份),以目前我市孤独症的患病率12.25/万计,目前全市孤独症患儿预计506人,此数字还不包括孤独症谱系障碍其他类型。因此疾病的检出率偏低(不到10%),反映出天竺地区尤其是2014年以前对该类疾病的诊断和认识不足。

经确诊的患儿平均年龄整体呈下降趋势,由2010年4.16岁至现在不足3岁,这与Susan等报道结果一致,反映出家长及医务人员对孤独症类疾病早期发现能力的提高,但从确诊情况看3岁以内尤其是在2岁内仍占少数。至今孤独症谱系障碍疾病的诊断年龄偏大的现象仍比较普遍,Muideen等报道非洲许多孤独症谱系障碍儿童首次被明确诊断的年龄已大于8岁。Mandell等的调查显示美国目前诊断孤独症的平均年龄为3.1岁,PPD-NOS为3.9岁,AS为7.2岁,本研究得出一致的结论即典型孤独症诊断年龄偏低,而AS的诊断年龄偏大。有研究证明,对3岁以内孤独症患儿进行干预治疗效果要比4岁以后效果好,而超过5岁开始治疗效果明显较差。因此提高疾病的早期识别能力尤为重要。

以3岁为界ABC、CARS量表分析显示,不同年龄段患儿表

现出语言能力差异具有统计学意义。Geraldine等。对幼儿早期孤独症现状调查研究结果也示语言发育迟缓是孤独症儿童早期最显著的特征之一,在早期识别孤独症谱系障碍疾病中具有一定意义。另通过量表分析可见,随着年龄增长患儿在各个维度都表现出异常,如视听觉异常、与人交往能力缺陷、对物体的异常兴趣、多动等问题,这与陈光华等。研究结论一致。由此提示,孤独症谱系障碍疾病在儿童不同年龄阶段表现不尽相同,孤独症疾病的早期征象对早期发现疾病具有重要意义。

从5年来在顺义区妇幼保健院儿童心理行为门诊就诊的孤独症谱系障碍疾病的临床分型可见,确诊的孤独症谱系障碍中以典型孤独症最多(74.00%),说明谱系障碍中其他类型疾病的诊断识别能力在本市专业队伍中尚需加强。

以上分析提示,加强家长及专业人员对疾病的早期认识及对谱系障碍疾病其他亚型的识别能力是今后的重点。另外,建议在县(区)各级儿童保健机构常规开展婴幼儿孤独症谱系障碍疾病的早期筛查工作,达到早期发现、早期诊断、早期干预的目的。

参考文献

- [1] 吉彬彬,唐四元,易容芳.孤独症儿童照顾者照顾负担及其影响因素[J].中华行为医学与脑科学杂志,2012,219:850-852.
- [2] 张作记.行为医学量表手册[M/CD].北京:中华医学电子音像出版社,2005:470471.476.477.
- [3] 汪卫华,翟灵伟,郑雨,等.江苏省儿童孤独症的流行病学调查[J].中国行为医学科学,2003,12:173-174.

(上接第27页)

胰腺炎的疼痛是由于胰被膜水肿和肿胀、胆道系统的梗阻以及胰酶引起的腹膜炎所致,根据患者程度遵医嘱给予止痛药物,观察止痛效果和生命体征变化。

6 加强血糖的监测

急性胰腺炎的患者由于胰腺β细胞受损,使胰岛素分泌减少,应激时胰高血糖素分泌增加和组织对胰岛素抵抗,使得高血糖的发生率增加,胰岛素的使用及禁食等使患者易发生低血糖,所以对于肠外营养还是肠内营养都可能发生低血糖和高血糖。术后加强血糖监测每2-4小时测快速血糖一次,发生异常及时处理。

7 做好发热的护理

重症胰腺炎由于胰腺及胰周组织的继发感染,以及肠道细菌和内毒素的移位而并发感染,患者常常发热甚至高热。本组有2例术后发生高热,经抗感染、降温等综合处理,病人体温逐渐降至正常。

8 体会

重症胰腺炎病情危重,变化迅速,要求护理人员要有高度的责任心,扎实的专业知识和熟练掌握患者病情变化的能力,对病情进行细致的观察,全方位的护理,积极采取有效的护理措施,减少并发症的发生,促进患者早日康复。

参考文献

- [1] 张春燕.医学信息.[J].2011,24(2)
- [2] 宋爱云,刘宏华.中国误诊学杂志.[J]2010,10(17):4238

(上接第28页)

力变得极差,应重视^[4]。

通过对骨折疾病的研究,多选用手术方案为其进行治疗,在实施治疗操作的过程中,手术也会对患者造成一定的损伤,疼痛感会加剧,使得患者滋生惧怕、心慌等负面情绪,进而导致治疗效果不甚理想,护理服务显得非常关键;优质护理作为人性化的干预措施,在护理人员掌握患者各项资料的基础上,为患者实施健康宣教、心理护理、饮食指导、康复训练等措施,应用价值非常高,值得选用^[5]。

综上所述,优质护理对骨折患者的应用效果显著,能减轻疼痛感,加快康复速度,提升疗效,优质护理值得骨折患者应用。

参考文献

- [1] 于丽新.优质护理对骨折患者骨折愈合和功能恢复的影响分析[J].中国继续医学教育,2015,7(18):242-243.
- [2] 孙俭娟.优质护理在胫腓骨骨折术后康复护理中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(92):244-248.
- [3] 张燕.骨折患者术后实施优质护理的体会[J].中国继续医学教育,2015,7(5):163-164.
- [4] 袁玉荣.优质护理服务模式对Dupuytren骨折患者术后活动、骨折恢复的作用分析[J].国际护理学杂志,2015,34(10):1377-1379.
- [5] 孙亚莉.个体化护理干预对创伤骨折心理状态的影响分析[J].中国继续医学教育,2015,7(26):216-217.