

43例智力低下幼儿智力测试结果分析

贺赞群¹, 邓冰²

(1. 贵阳市妇幼保健院 儿保科, 贵州 贵阳 550003; 2. 贵阳医学院 医学心理学教研室, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] 目的: 探讨学龄前智力低下幼儿的智力等级及相关因素, 为特殊儿童的心理保健提供依据。方法: 采用中国-韦氏学龄前期儿童智力量表和婴儿-初中学生社会生活力量表, 对医院就诊后筛查为智力异常的43例4~6岁幼儿, 按照一对一的方式进行诊断测试。结果: 43例智力低下幼儿轻度25例、中度11例、重度4例、极重度3例, 轻型与重型之比为1.39:1; 早产及低出生体重和新生儿窒息为智力低下幼儿的主要相关因素。结论: 医院门诊智力低下更多表现为轻度智力低下, 影响的因素也属可控制性, 因此加强孕前、孕期的各种保健是改善与提高儿童智力水平的重要措施之一。

[关键词] 儿童, 学龄前; 智力测验; 危险因素

[中图分类号] R725.9 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2012)02-0192-02

智力低下 (mental retardation, MR) 是指 18 岁以下儿童发育期智力明显低于同龄正常儿童水平, 并伴有社会适应行为显著缺陷。MR 是我国儿童致残的主要病患之一。了解儿童 MR 病因并制订相应的预防措施, 对防止儿童 MR 发生, 提高我国人口素质具有重要的指导意义。2007 年 9 月 ~ 2009 年 8 月对儿童保健专家门诊就诊的学龄前期智力异常儿童 43 例进行程度评定及相关因素分析, 现将结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 43 例智力异常幼儿年龄在 4.5 ~ 6.5 岁, 其中男 27 例, 女 16 例。

1.2 方法 详细询问患儿一般情况、出生史、生长发育史及家族史, 父母亲年龄、职业、文化程度以及母亲妊娠史。用中国-韦氏学龄前期儿童智力量表和婴儿-初中学生社会生活力量表进行测试, 测试人员均在上海医科大学儿科医院举办的智测培训班取得资格证书。按病因作用时间将影响因素分为出生前因素、产时因素和出生后因素。根据具体病例进行实验室检查, 如内分泌检测, 脑电图检查, 头颅 CT、MRI、血 TORCH、染色体分析等。

1.3 诊断标准 智商分级标准参照 1985 年 WHO 推荐标准^[1], 再根据总智商及社会生活评定量表评定结果综合评定 MR 等级, 分轻、中、重、极重度四级。从病因学观点出发, MR 可概括为重型 (包括极重度、重度和中度) 和轻型两大类^[2]。

2 结果

2.1 智力诊断测试程度评定结果 43 例智力异常幼儿, 男女比例为 1.69:1, 轻度 MR 25 例 (58.14%), 中度 MR 11 例 (25.58%), 重度 MR 4 例 (9.30%), 极重度 MR 3 例 (6.98%)。轻型与重型之比为 1.39:1。

2.2 相关因素分类 按病因作用时间不同统计: 出生前因素 15 例, 占 34.88%, 其中轻型 MR 5 例, 重型 MR 10 例; 产时因素 9 例, 占 20.93%; 出生后因素 10 例, 占 23.26%, 轻型 MR 7 例, 重型 MR 3 例; 原因不明 9 例, 占 20.93%。见表 1。

表 1 43 例智力低下相关因素分类

Tab. 1 Mental retardation related factor classification of 43 patients

影响因素	n	构成比 (%)
出生前因素	15	34.88
早产及低出生体重	7	16.28
先天性脑发育异常	2	4.65
染色体异常	2	4.65
小头畸形	2	4.65
宫内感染	1	2.33
近亲结婚史	1	2.33
产时因素	9	20.93
新生儿窒息	5	11.63
颅内出血	3	6.98
产伤	1	2.33
出生后因素	10	23.26
社会心理因素	3	6.98
颅内感染	3	6.98
癫痫	2	4.65
脑外伤	1	2.33
核黄疸	1	2.33
原因不明	9	20.93

2.3 父母文化程度与 MR 儿童的关系 MR 儿童父母大专及以上学历文化程度分别占 30.23% 和 23.26%, 而高中及以下文化程度分别占 69.77% 和 76.74%。见表 2。

表 2 智力低下儿童父母文化程度分布情况

Tab. 2 Cultural level distribution of mental retardation children's parents

MR 幼儿	父母	文化程度(例)		
		大专及以上学历	中专(高中)	初中及以下
轻型 (25)	父	8	12	5
	母	6	13	6
重型 (18)	父	5	5	8
	母	4	4	10

3 讨论

Wechsler 认为,智力是一个人去理解和应付周围世界的总的才能。学龄前期是人的智力发育关键期,也是神经系统可塑性的一个重要时期。本组 43 例学龄前期 MR 幼儿中,轻度 25 例,占 58.14%,轻度与重型之比为 1.39:1,与国内普通儿童智力低下轻型与重型之比 1.5:1 的报道基本接近^[3]。

造成 MR 的病因多达数百种,尚有很多病例原因不明。在脑发育的各个时期任何影响因素均有可能导致智力低下,有时几个因素同时存在并相互作用,很难以单一因素来区分其病因^[4]。本组 43 例学龄前期 MR 幼儿中,与出生前因素相关 15 例,占 34.88%,是导致 MR 的主要因素,主要为早产及低出生体重,占 16.28%;其次为先天性脑发育异常,染色体异常、小头畸形、宫内感染及近亲结婚史。另外,18 例重型 MR 患儿中出生前因素占 55.56%,与国外发达国家 55%~70% 相一致^[5],提示了在大脑发育初期中枢神经系统受损对智力的影响程度远高于后天因素;同时也可以看出,在出生前因素中大多数影响因素是可控制性的。因此,加强孕前、孕期的各种保健与咨询至关重要。首先,做好婚前健康检查,广泛开展医学遗传学的宣传咨询工作;其次,加强孕期保健与孕期营养,本组中早产及低出生体重占出生前因素的 46.67%,位居首位,因此认为营养不良可直接影响胎儿生长发育和智力水平;第三,对父母一方有遗传性疾病

或高龄妇女等需做产前诊断;最后,要禁止近亲结婚。本组产时和出生后因素分别占 20.93% 和 23.26%,主要为新生儿窒息,占 11.63%,排列第二;其次是颅内出血、颅内感染、社会心理因素及癫痫等。因此,提高医疗水平,防止和及时治疗新生儿窒息,降低新生儿颅内出血是孕产期保健的一项重要工作。有研究表明,早期教育可预防环境因素所致的 MR,使发育加速、智商提高^[6]。所以要不断地对儿童,尤其是 MR 的学龄前期儿童进行良好的环境刺激和教育刺激,为他们创造一个丰富多彩的适宜环境。

从表 2 可以看出,父母的素质对儿童的智力发育有一定的关系。家庭是儿童成长的摇篮,父母是儿童的第一任老师,家庭各成员之间的关系和父母的言行对子女起到潜移默化的作用。父母文化素质越高,所受的教育就越多,就越能意识到智力开发的重要性,就越能主动的给子女营造良好的学习环境和家庭氛围,促进孩子的智力发育。文化素质高的父母更会主动地、积极地、及时地到保健机构进行发育监测,采取干预措施,从而最大限度的降低高危因素对学龄前儿童的智力损害。

医院门诊确诊的 MR 幼儿的智力等级更多表现为轻度 MR,影响因素属于可控制性,因此加强孕前、孕期的各种保健是改善与提高儿童智力水平非常重要的措施之一。

4 参考文献

- [1] WHO Mental Retardation. Meeting in the challenge[M]. WHO Offset Publication Geneva, 1985:1-10.
- [2] 刘湘云,林传家. 儿童保健学[M]. 2 版. 南京:江苏科学技术出版社,1999:418.
- [3] 左启华,雷晶武,张致详,等. 全国 0~14 岁儿童智力低下病因流行病学研究. 中华医学杂志,1994(3):134.
- [4] 黄卫宇,李蓉萍. 198 例学龄期儿童智力低下病因分析[J]. 浙江医学,2006(12):1030.
- [5] 中华医学杂志编辑委员会. 南京世界卫生组织儿童心理卫生合作中心儿童智力低下专题座谈纪要[J]. 中华医学杂志,1994(3):170.
- [6] 赵继莲. 影响学龄前儿童智力发育相关因素调查研究[J]. 中国妇幼保健,2006(21):3022.

(2011-12-29 收稿,2012-02-17 修回)

编辑:潘 娅