

DOI:10.7499/j.issn.1008-8830.2013.09.006

论著·临床研究

Asperger 综合征患儿临床特征及共患病分析

傅晓燕¹ 谢晓恬¹ 梅竹¹ 程文红²

(1. 上海同济大学附属同济医院儿科, 上海 200065;
2. 上海交通大学医学院附属精神卫生中心, 上海 200030)

[摘要] **目的** 探索与归纳 Asperger 综合征(AS)患儿的症状表现及其常见共患疾病的临床特征, 为提高对 AS 的认识与诊断水平提供理论依据。**方法** 采用详细询问病史、体格检查、行为观察、精神检查、问卷调查及韦氏智力测评量表等方法, 归纳并分析 95 例 AS 患儿的主诉、症状、围生期及家庭情况、家族遗传史和常见共患疾病等临床资料。**结果** AS 患儿多见于男性, 常以多动、注意力不集中、不合群为首诉主诉, 主要临床症状分别为人际交往障碍(95%)、兴趣狭窄(82%)、重复刻板行为(77%)、语意理解缺陷(74%)和不听指令(68%), 多数患儿言语智商高于操作智商。AS 患儿常共患其它神经精神疾病, 包括注意缺陷多动障碍(39%)、情绪障碍(18%)和精神分裂症(2%); 共患情绪障碍多见于 13~16 岁年龄段患儿, 共患注意缺陷多动障碍多见于 7~16 岁年龄段患儿。61% 患儿的父亲和 43% 患儿的母亲性格内向, 且 19% 的患儿有精神疾病家族史。**结论** AS 临床表现有其独特性, 提高对 AS 及其共患病的认识非常重要, 有助于早期识别和诊断 AS, 减少漏诊和误诊并及早干预。 [中国当代儿科杂志, 2013, 15(9): 733-736]

[关键词] Asperger 综合征; 临床特征; 共患病; 儿童

Clinical features and comorbidities of Asperger syndrome in children

FU Xiao-Yan, XIE Xiao-Tian, MEI Zhu, CHENG Wen-Hong. Department of Pediatrics, Tongji Hospital of Tongji University, Shanghai 200065, China (Xie X-T, Email: xtxie@163.com)

Abstract: Objective To investigate and summarize the clinical features and comorbidities of Asperger syndrome (AS) in children and to provide a theoretical basis for improving the understanding and diagnosis of AS. **Methods** Inquiry of medical history, physical examination, behavioral observation, psychiatric examination, questionnaire survey, and the Wechsler Intelligence Scale were used to summarize and analyse the clinical data of 95 children with AS, including chief complaint, symptoms, perinatal and familial conditions, family genetic history, and common comorbidities. **Results** AS was more common in male children, with hyperactivity, inattention, and social withdrawal as frequent chief complaints. The main clinical manifestations included poor communication skills (95%), restricted interest (82%), repetitive and stereotyped patterns of behavior (77%), semantic comprehension deficit (74%), and indiscipline (68%). Verbal IQ was higher than performance IQ in most patients. The comorbidities of AS included attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (39%), emotional disorder (18%), and schizophrenia (2%); emotional disorder was more common in patients aged 13-16 years, while ADHD was more common in patients aged 7-16 years. Among these patients, 61% had fathers with introverted personality, 43% had mothers with introverted personality, and 19% had a family history of mental illness. **Conclusions** AS has specific clinical manifestations. It is essential to know more about the clinical features and comorbidities of AS, which is helpful for early identification and diagnosis of AS.

[Chin J Contemp Pediatr, 2013, 15(9): 733-736]

Key words: Asperger syndrome; Clinical manifestation; Comorbidity; Child

Asperger 综合征(Asperger syndrome, AS)是一种广泛发育障碍综合征, 是孤独症谱系障碍中的一个常见亚型, 具有类似于儿童孤独症的某些

特征, 其核心症状为人际交往障碍, 局限、刻板、重复的兴趣和行为方式, 但无明显的言语和智能障碍。AS 易共患注意力缺陷多动障碍(attention

[收稿日期] 2013-03-10; [修回日期] 2013-04-18

[作者简介] 傅晓燕, 女, 学士, 副主任医师。

[通信作者] 谢晓恬, 教授。

deficit hyperactivity disorder, ADHD)、情绪障碍和精神分裂症等神经精神疾病,对患者及其家庭造成严重影响。目前国内对AS的认识还很不足,临床误诊及漏诊率很高,故本文对AS的临床特征及其共患病进行总结,以争取有助于提高临床诊治水平。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2008年4月至2012年12月在我院和上海市精神卫生中心儿童心理门诊确诊的AS患儿共95例,其中男81例,女14例,年龄4~16岁(平均年龄 9 ± 4 岁);城市儿童69例(73%),农村儿童26例(27%),学龄前儿童16例(17%),学龄儿童79例(83%)。

1.2 诊断标准

所有患儿均符合美国精神疾病诊断统计手册第4版(DSM-IV)中的AS诊断标准^[1]。具体内容包括:(1)在社交方面存在障碍,表现出至少以下两种情况:①在使用一些非言语性的行为进行社会交往的能力上有显著的缺损;②不能建立与其年龄相称的适当的伙伴关系;③缺乏自发地寻求与他人分享快乐、喜好或者成功的欲望;④缺少交际性的和情感性的互惠行为。(2)在行为、喜好和活动方面固执地坚持重复和不变的模式,表现出至少以下一种情况:①总是处于一种或以上的不变的兴趣中,其强烈程度和兴趣集中的地方都是不正常的;②显著而顽固地坚持一些特殊的、无意义的程序和仪式;③重复不变地维持一些自己形成的特殊习惯;④长时间地注意物体的一部分。(3)上述障碍严重损害了儿童在社会交往、职业或其它重要领域的功能。(4)在语言发育上没有明显的具临床意义的全面迟滞(比如在两岁以前会讲单个词,3岁以前懂得使用交谈性的短语)。(5)在认知能力的发育、自理能力、适应行为(社交方面的除外)和儿童时期对外界环境的好奇心等方面的发育不存在明显的具临床意义的迟滞。(6)不符合其它广泛性发育障碍和精神分裂症的诊断标准。

1.3 方法

通过详细询问病史、体格检查、行为观察、精神检查、自编的问卷及韦氏智力测评等方法获得相关资料,包括Asperger综合征患儿的一般资料、首诊主诉、临床表现、孕期及围生期不良因素、相关的家庭因素以及韦氏智力结构特点。分析95

例AS患儿的共患病情况。

1.4 统计学分析

应用SPSS 13.0统计软件包对数据进行统计学分析,计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 AS患儿的临床资料

2.1.1 首诊主诉 首诊主诉主要包括多动、注意力不集中37例(39%),伙伴关系差或不合群25例(26%),学习困难18例(19%),语言问题15例(16%),不听指令12例(13%)。

2.1.2 主要临床表现 临床资料分析显示,AS患儿的常见临床表现可归纳为:(1)人际交往能力障碍:包括不能建立适当的伙伴关系、使用非言语性的行为进行社会交往的能力缺损和缺乏自发地寻求与他人分享快乐的欲望等;(2)行为喜好和活动方面:表现为兴趣狭窄、行为刻板重复、不听指令、个别领域具有特殊的能力等;(3)语言方面:表现为语意理解缺陷和语言呆板单调等;(4)其他:包括笨拙、动作不协调,多动、注意力不集中以及具有冲动、攻击行为等。见表1。

表1 95例Asperger综合征患儿常见的临床表现检出率

常见临床表现	例(%)
社交方面	
不能建立适当的伙伴关系	90(95)
非语言交流贫乏	69(73)
缺乏分享	51(54)
行为喜好和活动方面	
兴趣狭窄	78(82)
行为刻板重复	73(77)
不听指令	65(68)
个别领域特殊能力及机械的记忆力	62(65)
语言方面	
语意理解缺陷	70(74)
呆板单调的语言	49(52)
其他	
笨拙、动作不协调	61(64)
多动、注意力不集中	37(39)
冲动、攻击行为	27(28)

2.1.3 智力结构调查 95例患儿中有45例做了韦氏智力测试,其中35例采用韦氏学龄期儿童智力量表测评,智商在70~86分为边缘智力,结果显示35例患儿在知识、分类、词汇方面得分较高,在算术、领悟、编码方面得分较低。具体表现为言语智商(VIQ)为81~130分,平均为 105 ± 13 分,

操作智商 (PIQ) 为 72~123 分, 平均为 98 ± 12 分, 总智商 (FIQ) 为 80~125 分, 平均为 102 ± 10 分, 75% 患儿言语智商大于操作智商, 其中 18 例言语智商超过操作智商 15 分。

2.1.4 围生期及家庭情况 95 例 AS 患儿中, 母孕期宫内感染 8 例, 妊高症 5 例, 出生时早产 6 例, 窒息 3 例。AS 患儿父母文化与受教育程度分布分别为, 大学及以上 63%, 高中 26%, 初中及以下 10%; 父亲性格内向的比例为 61%, 母亲性格内向的比例为 43%; 有神经精神病家族史的比例为 19%。

2.2 AS 患儿共患疾病分析

2.2.1 AS 共患 ADHD AS 患儿常以多动、注意力不集中首诊, 使用 DSM-IV ADHD 诊断标准评价, 95 例 AS 患儿中 37 例符合 ADHD 的诊断^[2], 占 39%; 均为学龄期儿童, 其中注意缺陷为主型 23 例 (62%), ADHD 混合型 10 例 (27%), 冲动-多动为主型 4 例 (11%); 有 9 例在外院误诊为 ADHD, 未及时诊断出 AS。

2.2.2 AS 共患情绪障碍 95 例 AS 患儿中共患

情绪障碍 17 例 (18%), 分别为焦虑症 7 例, 抑郁症 10 例 (诊断标准符合参考文献^[3]), 均为年长儿和青少年, 其中 6 例有精神疾病家族史。

2.2.3 AS 共患精神分裂症 95 例 AS 患儿中共患精神分裂症 2 例 (2%), 在门诊随访中发现患儿出现幻觉、妄想和情感淡漠等精神症状, 符合精神分裂症的诊断标准^[4]。男女各 1 例, 男性 12 岁, 女性 16 岁, 2 例患儿的母亲均有精神分裂症病史。见表 2。

2.2.4 AS 共患疾病相关因素分析 AS 共患疾病存在一定发病年龄分布规律, AS 共患焦虑症、抑郁症和 ADHD 发生率在各年龄组之间差异均有统计学意义 (分别 $\chi^2=10.02$ 、 14.32 和 17.85 , 均 $P<0.01$), 其中共患焦虑症、抑郁症多见于 13~16 岁年龄段患儿, 共患 ADHD 多见于 7~16 岁年龄段患儿; 共患疾病在性别方面差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$); 有精神疾病家族史的 AS 患儿共患精神分裂症的发生率高于无精神疾病家族史的 AS 患儿 ($\chi^2=4.18$, $P<0.05$)。见表 2。

表 2 95 例儿童 AS 共患疾病比例分布 [例 (%)]

临床资料	例数	焦虑症 (n=7)	抑郁症 (n=10)	ADHD (n=37)	精神分裂症 (n=2)
年龄 (岁)					
4~	16	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
7~	59	2(3)	3(5)	28(47)	1(2)
13~16	20	5(25)	7(35)	9(45)	1(5)
精神疾病家族史					
有	18	2(11)	4(22)	10(56)	2(11)
无	77	5(6)	6(8)	27(35)	0(0)
性别					
男	81	5(6)	8(10)	34(42)	1(1)
女	14	2(14)	2(14)	3(21)	1(7)

3 讨论

Asperger 综合征是一种起病于儿童期的严重发育障碍性疾病, 由奥地利医生 Hans Asperger 于 1944 年首先报道。男性比例高于女性。AS 患儿的社会交往存在障碍, 语言发育方面和认知能力不存在明显的缺陷。本组病例 95% 的 AS 患儿存在人际交往障碍, 缺乏朋友和伙伴, 面部表情单一, 不能自发地与他人分享快乐。在语言沟通方面虽然词汇量丰富, 但生活中不能灵活应用, 语意理解较差, 很难与对方合拍, 言语的韵律性差, 呆板、单调, 缺乏抑扬顿挫。77% 的 AS 患儿有刻板重复的行为, 82% 的 AS 患儿兴趣狭窄, 但在某些方面如天气、认字、数字及地图等表现出特殊的兴趣,

这类患儿大多具有很强的机械记忆力。35 例学龄期患儿在韦氏测评中大多数患儿智力正常, 言语智商大于操作智商, 智力发展不平衡, 表现在知识、分类、词汇的项目中得分高, 而在算术、领悟、编码项目中得分较低, 患儿由于社会理解能力缺陷、心理理论发展滞后或缺失, 导致在领悟分测验中得分低。本研究发现 AS 患儿还会出现运动发育和运动协调性问题, 61% 患儿有笨拙、运动不协调、容易跌倒磕绊, 故他们常常不喜欢上体育课, 往往书写有困难。本组病例中, 多数患儿父母性格内向, 且父母文化程度比较高, 能够及时发现孩子存在的问题, 及时就医, 明确诊断。

我国有关 AS 的研究起步较晚, 随着对 AS 的研究不断深入, 发现 AS 很少单独存在, 常共患其

它神经精神疾病, AS 常见的共患病包括 ADHD、焦虑、抑郁、强迫症、动作协调障碍等等, 共患病中最常见的是 ADHD^[5]。本组病例中共患 ADHD 的比例达 39%, 均为学龄期儿童。AS 患儿因不存在明显的语言落后和智力低下, 早期常常表现出多动、冲动、注意力不集中等 ADHD 症状, 常常以上述症状就诊, 所以早期 AS 与 ADHD 症状容易混淆^[6], 临床工作中 AS 的误诊或漏诊相当常见, 临床医生对 AS 共患 ADHD 与单纯的 ADHD 的正确识别很重要, 普及相关 AS 知识也很有必要。

Sverd 等^[7]研究发现 AS 容易合并精神疾病。AS 共患精神疾病最常见的诊断是抑郁症, 占 1/3 左右, 很多临床研究提示 AS 共患精神分裂症也不少见, AS 可能是作为儿童少年精神分裂症的一个独立危险因素, 两者可能存在共同的病因基础和发病机制^[8]。AS 共患疾病存在一定发病年龄分布规律^[9], 本组病例共患情绪障碍发生比例为 18%, 焦虑、抑郁发生率在各年龄组差异均有统计学意义, 多见于青少年, 其中共患抑郁症 10 例, 临床症状符合儿童抑郁症和一些附加症状(刻板行为增加和兴趣关注下降、自伤等)^[10]。AS 患儿对情感的表达方面存在缺损, 需要家长和医生去发现他们潜在的抑郁症状, 所以临床上容易漏诊。95 例 AS 患儿中共患精神分裂症 2 例(2%), 患儿有幻觉、妄想和情感淡漠, 符合精神分裂症的诊断^[4], 2 例患者在其精神分裂症症状缓解后仍符合 AS 诊断^[1]。本研究发现 AS 患儿共患精神疾病常有家族史, 不同年龄的 AS 患儿出现不同的共患病, 焦虑、抑郁常见于青少年, 而 ADHD 则是学龄期和青少年期 AS 患儿最常见的共患病, 与 Ghanizadah 等^[11]的研究结果相似。

为了提高 AS 的诊断水平, 临床医生在工作中要从家长、教师等多方面收集病史, 仔细对患儿进行精神状况检查, 认真观察儿童的行为、情感反应, 进行心理测试及语言评估, 正确掌握诊断标准, 才能做出比较可靠的诊断。对确诊的患儿要进行定期随访, 及时发现存在共患病, 可以减少漏诊和误诊, 对共患精神疾病诊治的延误很不利于康复。AS 患儿目前没有特效的药物治疗, 主

要是行为和教育干预, 可以采取在医生的指导下、以家长为主导, 学校配合的原则, 家长要耐心细致地教导患儿, 对患儿社交能力进行有目的的训练, 对某些特殊能力进行培养, 充分发挥其优势。对不良行为进行矫正, 明确其不良行为与社会意识障碍有关。对于运动不协调的 AS 患儿, 可以进行感觉统合训练, 合并 ADHD 及精神疾病的 AS 患儿可以配合药物治疗。总之, 提高 AS 及其共患病的认识有利于早期诊断和干预, 当前特别需要提高儿科、儿童保健、儿童心理卫生专业人员以及家长对该疾病的认识。

[参 考 文 献]

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders[M]. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994: 75-77.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders[M]. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994: 80-85.
- [3] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 [M]. 第 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 87-106.
- [4] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 [M]. 第 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 75-77.
- [5] 梁亚勇, 杨翠萍, 岑超群, 邹小兵. 学龄阿斯伯格综合征儿童与注意缺陷多动障碍共患率调查及误诊原因分析 [J]. 中国儿童保健杂志, 2012, 20(4): 357-360.
- [6] 静进. Asperger 综合征与注意缺陷多动障碍的鉴别诊断 [J]. 中国儿童保健杂志, 2011, 19(1): 7-9.
- [7] Sverd J. Psychiatric disorders in individuals with pervasive developmental disorder[J]. J Psychiatr Pract, 2003, 9(2): 111-127.
- [8] Gillberg C, Billstedt E. Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders[J]. Acta Psychiatrica Scand, 2000, 102(5): 321-330.
- [9] Rosenberg RE, Kaufmann WE, Law JK, Law PA. Parent report of community psychiatric comorbid diagnoses in autism spectrum disorders[J]. Autism Res Treat, 2011, 2011: 405849.
- [10] Magnuson KM, Constantino JN. Characterization of depression in children with autism spectrum disorders[J]. J Dev Behav Pediatr, 2011. [Epub ahead of print]
- [11] Ghanizadah A. Comorbidity and factor analysis on attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder DSM-IV-derived items[J]. J Res Med Sci, 2012, 17(4): 368-372.

(本文编辑: 万静)