

儿童精神分裂症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_84_BF_E7_AB_A5_E7_B2_BE_E7_c22_308442.htm 名称儿童精神分裂症所属科室儿科病因与成的精神分裂症一样，迄今病因还不清楚，目前认为可能与下列因素有关：1.遗传因素 本症患儿家族中有精神病遗传史的发生率较高（16%～64%）。夏镇夷等（1982）认为儿童精神分裂症的遗传方式以多基因遗传可能性为大，其遗传度为70%，一级亲属中本症发病率：父母为4.0%；同胞为6.7%。有人认为父母同患精神分裂症，其子女患精神分裂症的危险性为40%左右；父母之一患本症其子女发生同病的危险率为7%～17%，表明遗传因素具有重要作用。2.器质性因素 本症患儿有围生期损害史较为常见。神经系统发育成熟延迟、神经系统检查有软体征和脑电图异常亦较多见，近年来研究发现精神分裂症患儿诱发电位P300潜伏期显著缩短及波幅降低；头颅CT扫描、磁共振影像（MRI）等研究结果，提示额叶、基底节、颞叶损害与精神分裂症密切相关。3.心理社会因素 儿童受到强烈精神创伤，如父母离异，亲人死亡、升学未成等生活事件诱发精神分裂症者较为常见，而且心理社会因素对于病程的延续及预后也有重要影响。4.病前性格特征 本症患儿病前性格多为内向，在性格偏异或不健全基础上，受到环境因素的影响，增加发病的危险性。5.生物化学因素 这方面在儿童精神分裂症研究较少。一般认为本症与中枢多巴胺能系统活动过度去甲肾上腺素能功能不足有关。有些研究发现本症患儿血浆多巴胺&beta.-羟化酶增高，而胆碱能系统受抑制。临床表现1.起病形式 缓慢

起病为多，随年龄增长，急性起病逐渐增多。2.早期症状 儿童精神分裂症早期症状主要为情绪、行为改变、睡眠障碍、注重不集中、学习困难等，部分病例早期出现强迫观念和强迫行为。3.基本症状特征（1）临床症状与年龄因素密切相关，年龄小者症状不典型，单调贫乏；青少年患者基本症状逐与成人相近似。（2）情感障碍：大多表现孤僻、退缩、冷淡，与亲人及小伙伴疏远或无故滋长敌对情绪。无故惧怕、焦虑紧张、自发情绪波动等症状。（3）言语和思维障碍：年小的病例常表现言语减少、缄默、刻板重复、言语含糊不清、思维内容贫乏。年长患儿可有病理性幻想，内容离奇古怪的妄想内容，并常有被害、罪恶、疑病和非血统妄想。（4）感知障碍：儿童精神分裂症感知障碍多较生动鲜明，恐怖性和形象性为特征，可有幻视、幻听（言语性或非言语性）、幻想性幻觉以及感知综合障碍（如认为自己变形、变丑等），尤以少年患儿为常见。（5）运动和行为异常：常表现兴奋不安、行为紊乱、无目的跑动，或呈懒散、无力迟钝、呆板少动，或出现奇异的动作或姿势，常有模拟动作或仪式性刻板动作。少数患儿表现紧张性木僵和兴奋，冲动、伤人和破坏行为。（6）智能活动障碍：主要见于早年起病的患儿。大多病例一般无明显智能障碍。诊断儿童精神分裂症诊断的主要指征如下：1.症状标准 具有精神分裂症的基本症状，以思维联想障碍、情感障碍为主要特征，并与相应年龄行为的活动表现有明显异常和不协调，同时至少有下列症状之一：（1）思维贫乏，联想散漫或破裂，思维内容离奇，有病理性幻想和妄想。（2）情感淡漠，孤独退缩，爱好减少，自发情绪波动，无故哭笑或焦虑惧怕。（3）意识清楚情况下，出现有感

知障碍、行为紊乱、精神运动兴奋、作态、违拗或迟钝少动。2.严重标准 适应能力明显受损，与大多数同龄正常儿童相比明显异常，包括在家庭、学校各种场合下的人际关系、学习表现、劳动和自助能力的变化和缺陷。3.时间标准 病程至少持续1个月。4.排除 脑器质性精神障碍、躯体疾病所致精神障碍、情感性精神障碍和发育障碍。儿童精神分裂症往往潜隐起病，缓慢进展，症状不典型，诊断比较困难，尤其年小的患儿，故须细致检查和深入观察。并须与儿童孤独症、精神发育迟滞、多动障碍、品行障碍以及器质性精神障碍等相鉴别，以免误诊或漏诊。治疗本症疗法基本与成人相近似，主要采取抗精神病药物治疗、心理治疗和教育练习相结合，各种治疗的选择，除了根据临床主要症状之外，还要结合患儿具体情况，如年龄、躯体发育、营养状况加以全面考虑。抗精神病药物常用为氯丙嗪、氯哌啶醇、奋乃静、舒必利和氯氮平等，显效率50%~60%。预防及预后随访观察结果表明，起病年龄小、缓慢起病而且产现程缓慢；呈进行性发展以及智力减退者预后较差。因此，早期诊断，及时采取积极治疗，对儿童精神分裂症的预后具有重要关系。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

www.100test.com