

# 儿童保健门诊中 Gesell 量表在精神发育迟滞儿童中的应用

张人方

商洛市中心医院 陕西 商洛 726000

**摘要:**目的 分析 Gesell 量表在精神发育迟滞儿童中的应用策略。方法 选择 2024 年 1 月-2024 年 2 月在我院接受治疗的精神发育迟滞儿童 80 名,并将这些儿童平均分入对照组和观察组,每组 40 名。对对照组的患者采用常规的方法进行治疗,对观察组患者采用 Gesell 量表评估后针对性地进行治疗。结果在接受训练之前两组患儿的语言 DQ 值和资料并无明显差异( $P>0.5$ ),患者在接受训练之后两组患者在精神 DQ 值大于 70 分上也有明显的差异。在接受训练之后观察组患者的治疗效果更好。结论 采用 Gesell 量表评估后治疗精神发育迟滞儿童的效果更好。

**关键词:**儿童保健门诊;Gesell 量表;精神发育迟滞儿童

百分之八十的精神迟滞患儿将会具备不同程度的语言障碍,我们必须趁早采用合适的方法治疗语言障碍才能有好的效果。本院收治了 80 名患有精神迟滞的患儿,文章借助 Gesell 发展量表中的语言 DQ 值来对 80 名患有精神迟滞的患儿进行评估,然后再根据患儿的精神语言发展情况进行评估,然后再采用合适的方法对早期的语言功能进行训练,目前都取得了满意的治疗效果。现报道如下:

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选择 2024 年 1 月-2024 年 2 月在我院接受治疗的精神迟滞患儿 80 名,所有的患儿都因为精神迟滞而存在动作和语言落后等不同的症状,所有的患儿也都在治疗中接受了针灸、运动和静脉滴注等不同类型的治疗方法。我们将 80 名患儿平均分入对照组和观察组,每组 40 名。

对照组中男性患儿有 25 名,女性患者有 15 名,患儿的平均年龄为  $7.26 \pm 3.62$  个月,其中有严重视神经损伤的有 8 例,有听觉损伤的患儿 13 例,有严重语言损伤的患者 19 名。观察组患儿中男性患儿有 27 名,女性患儿有 13 名,患儿的平均年龄为  $7.56 \pm 2.13$  个月。其中有严重神经损伤的患儿 16 例,有听觉损伤的患儿 22 名,有严重语言损伤的患儿 2 名。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 调查方法

借助回顾性调查的方法对选择真正符合《中国康复医学诊疗规范》针对精神迟滞患儿的诊断标准,语言

落后又复合 Gesell 发展量表关于幼儿语言发展的评分。

#### 1.2.2 疗效评估方法

可以根据 Gesell 发展量表将针对患儿语言发展能力的判定效果分为显效、有效和无效三个级别。显效:患儿会在短时间内全面好转,精神进步的分也达到了 15 分以上。有效:患儿原有的障碍也会直接好转,精神进步达到了 11-14 分;无效,患儿的原有障碍并没有明显好转,精神进步在 10 分以下<sup>[1]</sup>。

#### 1.2.3 干预方法

患儿在接受干预之前先借助 Gesell 发展量表进行评估,然后治疗人员也需要根据患儿的适应行为、精细动作和个人社交发育的测试结果制定合适的训练课题,然后再直接进行一对一的训练。应该让年龄小于 3 个月的患儿每次接受 10-15min 的训练;同时让年龄大于 3 个月的患儿接受每次 30 分钟的训练,每周训练 4 次<sup>[2]</sup>。每次治疗都需要以 1.5 个月为一个疗程,在接受 3 个月的疗程治疗之后再借助 Gesell 发展量表进行测量。

#### 1.3 统计学方法

可以直接测量患儿接受训练前后的精神 DQ 值进行检验,然后再配合  $\chi^2$  治疗效果进行检验。

## 2 结果

### 2.1 训练前后两组患儿精神 DQ 值比较

在接受训练之前两组患儿的语言 DQ 值和资料并无明显差异( $P>0.5$ ),患者在接受训练之后两组患者在精神 DQ 值大于 70 分上也有明显的差异,其差异具备一定的显著性( $P<0.05$ ),这进一步说明 Gesell 量表在测试患者的发育迟滞情况时将会发挥一定的作用。

表 2-1 训练前后两组患儿精神 DQ 值比较

组别	训练前				训练后		
	轻度	中度	重度	正常 (>70 分)	轻度	中度	重度
对照组	62.32±2.69 (26)	48±2.5 (13)	28.52±3.2 (5)	76.3±5.15 (20)	59.3±4.16 (12)	44±6.8 (15)	29±3.9 (5)
观察组	62.36±3.12 (22)	45.36±4.5 (15)	32±4.5 (3)	93.6±6.25 (21)	62.3±3.18 (8)	46.32±5.63 (4)	30.2±2.35 (2)

## 2.2 两组患儿疗效观察

表 2-2 两组患儿疗效观察

组别	n	平均月龄	显效	有效	无效
观察组	40	7.56±2.36	22 (55)	16 (40)	2 (5)
对照组	40	7.26±2.13	18 (45)	11 (27.5)	11 (27.5)

两组患儿在接受 Gesell 量表评估之前的个人资料并无明显差异,在接受 Gesell 量表评估之后观察组患者中显效人数有 22 人,有效人数有 16 人,治疗有效率为 95%。对照组患者中显效人数有 18 人,有效人数为 11 人,治疗有效率为 72.5%。可以看出观察组患者的治疗效果更好。

## 3 讨论

### 3.1 精神发育迟滞儿童的症状

精神发育迟滞一般被称为智力落后或者精神发育不全,这也是小儿常见的一种发育障碍。精神发育迟滞的幼儿的言语、注意力、记忆力、理解力和抽象思维能力都会明显落后于同龄的儿童<sup>[3]</sup>。但是一部分家长对于这方面的知识了解的并不是很多,所以并没有非常重视病情的发展,更无法到正规的医疗机构进行干预,从而耽误了治疗。

精神发育迟滞的儿童一般指的是因为儿童个体的差异和精神发育的迟缓而让患儿出现的各种不同类型的不良症状,主要包括如下几点内容:第一,语言发育障碍。多数精神发育迟缓的幼儿不仅发音不清楚,而且即便到了说话的年龄还是出现了说话不正确的现象,不仅无法表达自己的需要,也无法和别人正常交流。第二,多数精神发育迟滞的幼儿都存在智力低下的现象,不仅学习能力较差,而且注意力不能集中,在学习中更会遇到很多的困难,只能学习一些较为简单的内容,如果遇到稍微复杂的东西则学不会。第三,多数精神发育迟滞的患儿也会出现记忆力差的现象<sup>[4]</sup>。即便多次重复也还是记不住应有的内容,学会的东西过了一会儿就会忘记。

### 3.2 精神发育迟滞儿童的危害

精神发育迟滞儿童的危害包括如下几点内容:

#### 3.2.1 身体发育迟滞

精神发育迟滞的儿童也会出现明显的身体发育迟缓。幼儿不仅会出现长不高和瘦小的现象,自身的体重也会偏轻,体质变差,发育不良。

#### 3.2.2 语言发育

精神发育迟滞的儿童自身的语言能力会受损,更会因为发展不良出现语言学习能力低下的现象。如果情况变得严重时也会让患儿终身不语,更会影响患儿的语言能力和社交能力。

#### 3.2.3 智力发育

精神发育迟滞的幼儿会因为自身智力水平低下而使得自身的适应能力变差,今后对于周围环境的适应能力也会变差,这种情况更会直接影响幼儿的学习和生活

情况<sup>[5]</sup>。

### 3.2.4 精神发育

精神发育迟滞的儿童精神状态也会变差,这些不同类型的细分症状会直接影响患儿的语言和智力发育。所以今后幼儿不仅会反应迟钝,更会在遇到危险之后不知道躲避,更会出现情绪异常的现象。后续在和不同人交往的过程中不仅会受到排挤,更会产生非常强烈的攻击和破坏性行为。有些幼儿会因为终身发育不良而在生活上没有基本的自理能力,从而终身需要人照顾。

### 3.3 Gesell 发展量表

Gesell 量表主要用于评估出生后四周至六周岁的儿童,可以对儿童的中枢神经系统功能进行评价,评估儿童的发育情况,计算出儿童的发育商,对发育迟缓具有诊断价值。与其他同类型的量表相比,Gesell 量表不仅专业性很强,而且也可以在第一时间判断小儿的发育水平,并在第一时间发现儿童发展的情况,再采用合适的方法进行干预。Gesell 量表所评价的内容包括如下几点:第一,适应行为。可以借助这一表格评价患儿的适应性行为。这是一种针对外界刺激物的分析和综合能力,可以借助过去的经验来解决新的问题。例如我们需要直接评价患儿对环境的感知能力、运动调节能力、手眼协调能力和解决问题的能力等。这也属于是未来智力发展的先驱,更是幼儿智慧发展的重要基础。第二,分析患儿的语言的模仿能力、发声能力、表达能力、阅读能力和口头力量,幼儿不仅需要掌握不同类型的说话方式,更需要让后续的发展具备一定的程序性。第三,患儿的四肢活动能力、身体平衡能力和身体协调能力。同时也要测试患儿坐、站、爬、推、拉和其他不同动作的能力,这也是我们日常生活中必备的技能。第四,精细运动。这指的是患儿手的协调能力、操作能力和握、夹、剪、穿、敲和其他不同类型的动作。第五,个人社交能力。这种能力低对现实和社会文化的一种反应。很多人觉得年纪小的孩子是没有任何社交行为的,这是一种错误的说法。但是其实每个宝宝在和进行接触之后就已经有了社交行为,从参与到和家长进行互动都是社交中一种非常重要的部分。

Gesell 发展量表的作用包括如下几点:第一,可以借助量表来评价中枢神经系统发挥的功能;第二,识别患儿的神经和肌肉系统是否存在缺陷;第三,患儿在发展中是否出现了异常现象;第三,在第一时间对高危儿童进行随访,如果发现了异常现象则需要第一时间进行指导,对于后续治疗患儿孤独症也有一定的好处。

### 3.4 精神发育迟滞治疗的误区

我们可以从儿童的手势语言、肢体语言、面部表情和交流态度等不同方面入手来分析儿童精神发展的现状。正因为 0-1 岁的精神发育迟滞的患儿年龄很小,手操作能力和语言表达能力都会受到一定的限制。加上有一部分罹患精神迟滞患儿的家长会认为患儿的年龄较

小,更可以将语言当做幼儿说话的重要标准,所以对于患儿自身精神能力的发展认识不足,更不肯积极地配合治疗,所以医生无法在第一时间对精神迟滞患儿进行评估,并给与相关的指导性意见,最终会延误精神迟滞症状的治疗时机。

### 3.5 借助 Gesell 量表治疗精神发育迟滞患儿

#### 3.5.1 借助 Gesell 量表评价脑瘫患儿

精神发育迟滞的儿童和脑瘫儿童类似,是一种非常常见的神经系统疾病,。这种疾病的致残率和致死率都会很高,治愈率也很低。如果患者在发病时并没有在第一时间接受有关的治疗就容易引发其他病症,并对患儿的生命造成很大单位威胁。有一部分研究认为如果可以针对患儿的病症、情感、认知和语言等不同的方面采用合适的治疗措施就可以改善患儿的症状。后续我们也必须借助合适的治疗评估方法来对患儿的治疗情况进行评估。近些年来美国著名的心理学家盖塞尔也在 1925 年通过编制 Gesell 发育量表的方式来治疗精神发展迟滞的患儿。这个量表的内容主要和患儿的精细动作、语言、认知、运动和情感等不同方面的内容有直接的关系,所以必须在早期借助合适的方法来干预治疗。患儿在接受了一系列的治疗之后观察组针对动作、言语、运动和其他不同方面的评分都要更好<sup>[6]</sup>。本文针对 80 名精神发育迟滞患儿进行了分析,也可以看出无论是接受治疗之前还是接受治疗之后,观察组和对照组患儿的各类评分都要比治疗之前好,组间所显示的差异具有一定的统计学意义。

#### 3.5.2 最大限度地降低精神发育迟滞产生的影响

可以借助 Gesell 量表找出产生问题的原因之后再采用有效的控制措施。如果发现患儿出现了听力和视力方面的障碍就必须在第一时间为患儿配置合适的助听器和眼镜。

#### 3.5.3 借助 Gesell 量表的评估制定系统的训练方案

Gesell 量表中的多个关键词都存在于 1 岁之前,所以专业人员也需要根据患儿精神发展的状态和量表反应的情况来制定合适的治疗方案。0-3 个月的患儿应该以视听反射训练为基础,以便为后续患儿的发展和接受各种刺激形成良好的基础,避免残疾进一步加重。可以针对 4-6 的幼儿接受正确的中线活动,并让大部分患儿都能在短时间内接受高质量的训练。正常人的运动大部分都在躯体的中央进行,但是存在精神发展迟缓的患儿因为自身的肌张力不够也会出现很多不对称性,所以我们需要通过培养正确的运动模式来为后续的精微活动奠定良好的基础。而 7-9 个月的患儿的训练重点应该是借助合适的运动模式来训练患者的双上肢。重点可以通过高质量地运用腕部、手掌和手指来指导患儿进行运动。这个阶段也需要采用合适的方法让患儿学会不同类型的发音。而 10-12 个月训练的重点是借助食指对捏来确认发音,甚至可以在指导下指认少量的实物,这个时期的幼儿不仅可以讲述大量的单词,更可以为后续扩充自身的词汇量奠定一定的基础。

#### 3.5.4 尊重患儿水平,实现横向发展

在借助 Gesell 表进行评估时一定要在尊重患儿水平的基础上实现横向发展。需要注意这里指的并不是幼儿的智力水平和年龄,而是质的患儿出生的心理年龄。不能因为患儿自身水平偏低而采用不恰当的训练方法。

#### 3.5.5 让日常生活和训练效果相互融合

如果患儿的自身发展水平达到一个阶段时家长应该鼓励更多的患儿掌握更多的知识和动手能力,这样才能在第一时间提升患儿的学习兴趣。这也是借助 Gesell 表格进行评估的最终目的,未来也可以为患儿进入社会打下良好的基础。

综上所述,Gesell 发育量表已经从语言、认知和运动等多个方面入手来评估康复治疗的效果,可以评估精神发育迟滞儿童治疗的前后的情况,改善幼儿功能障碍,提升愈后效果,所以确实具备一定的临床推广价值。

### 参考文献:

[1] 王少雯,张贻霞,陈静静.Gesell 发展诊断量表在语言相关的发育性疾病中的应用 [J]. 中国儿童保健杂志,2019(2):23-26.  
 [2] 马居飞.孤独症谱系障碍患儿临床特点及发病影响因素分析 [N]. 青岛大学,2020(2):2-9.  
 [3] 翁娇,封敏,肖湘.照顾者因素对孤独症谱系障碍幼儿以游戏为基础促进交流与行为的干预疗效的影响 [J]. 中华实用儿童临床杂志,2018(2):19-21.

[4] 毕丽菊,杜莉红,卢艳容.延续性护理干预在孤独症谱系障碍合并轮状病毒性肠炎患儿中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志,2019(2):32-36.  
 [5] 方慧,任艳玲,李春燕.孤独症治疗评定量表中文版的信度和效度检验 [J]. 四川精神卫生,2019(2):25-29.  
 [6] 耿秀梅,陈强,何淑卿.综合护理干预对儿童孤独症谱系障碍患儿治疗效果的影响 [J]. 护理实践与研究,2018(5):32-38.