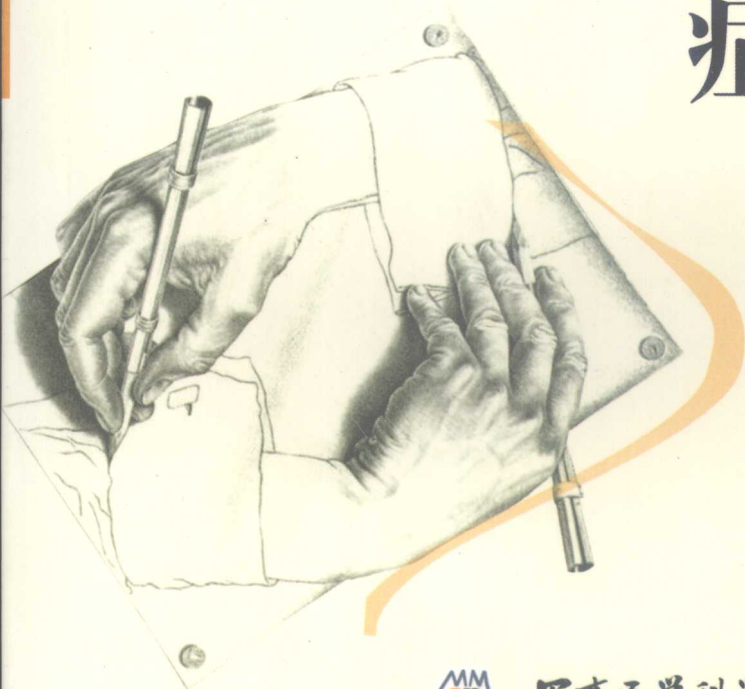


SHIYONG

JINGSHENKE JIZHENG

精神科急症 实用

◇主编 刘增龙 储耀辉 李佳勋



军事医学科学出版社

实用精神科急症

主 编 刘增龙 储耀辉 李佳勋

副主编 于雪竹 邓春继 魏昆岭

杨彩儒 刘 倩 张 姝

编 委 (按姓氏笔画为序)

于雪竹 邓春继 刘 倩

刘增龙 齐巧玲 张学真

张香云 李佳勋 杨彩儒

杨淑恩 陈金平 周会爽

郑云茹 庚寅卯 高 燕

储耀辉 魏昆岭

军事医学科学出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用精神科急症/刘增龙,储耀辉,李佳勋主编.

-北京:军事医学科学出版社,2008.1

ISBN 978-7-80245-050-9

I. 实 II. ①刘… ②储… ③李… III. 精神病-急救
IV. R749.059.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 169212 号

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路 27 号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,86702315,86702759

86703183,86702802

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:三河佳星印装有限公司

发行:新华书店

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:14.125

字数:361千字

版次:2008年5月第1版

印次:2008年5月第1次

定价:29.00元

本社图书凡缺损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书从我国基层精神专科医院实际情况出发,参考国内外有关的新资料、新技术编写而成。全书分为十三章,包括精神科常见的重要症状的诊断和急救处理,精神科临床常用急救技术,精神科常见的紧急状态,精神药物严重副反应,循环系统急症,呼吸系统急症,消化系统急症,泌尿系统急症,外科急症,五官科急症,内分泌代谢急症,神经系统急症和急性中毒。每章选择精神科最常见的急症,及在精神科临床上最经常遇到的情况编写,略述各种疾病的主要病变及病因,在诊断方面重点讨论临床表现的基本特征、重要的鉴别诊断及危险性的临床评估,以及有确诊价值的辅助检查,详尽和具体介绍了治疗方法(包括药物的应用及有关的技术操作)。

作者简历

刘增龙,男,河北省精神卫生中心、河北省第六人民医院精神科副主任医师。发表学术论文数篇,分别发表于《河北精神卫生》(124例分裂症患者停药原因分析),《河北职工医学院学报》(赛乐特合剂特灵致5-羟色胺综合征一例报告、44例戒毒者相关因素分析),《中国行为医学科学》(40例急性心肌梗死后情绪障碍调查、精神分裂症患者的执行功能和防御机制研究、米安色林与博乐欣治疗抑郁症对照研究、舒思与维思通治疗精神分裂症的对照研究),参编《内科学应试习题集》。其中“精神分裂症患者的执行功能和防御机制研究”获“2006年保定市科技进步”一等奖。

前 言

随着我国精神卫生事业的发展,从事精神医学专业的医生队伍不断壮大,包括中专生、大专生、本科生,及部分硕士或博士研究生,其中也有相当比例的中医专业毕业生,构成了我国当前精神病院从事日常诊疗任务的基本队伍。由于精神病院大多属于独立的专科医院,知识储备、急救设备都明显落后于综合性医院。在精神科临床工作中,经常会遇到各种紧急情况,有时需要立即转送综合性医院,有时需要我们紧急处理后再转送,无论哪种情况都需要我们识别、鉴别和最后做出判断,最终作出转院和治疗决定。如处理不当,往往会对患者的健康造成负面影响,形成医患纠纷。因而也要求精神卫生工作者掌握更丰富的急症医学知识和技术。而精神科急症的处理水平和医疗质量,直接取决于精神科医生的急救知识储备和急救技能的训练。目前,我们见到的各种有关精神科急症知识的书籍很少,对精神科医生的业务培训和学习造成了不便。鉴于此,我们从基层医疗单位的实际出发,参考国内外有关的新资料和新技术,编写成这本《实用精神科急症》,以供广大精神卫生工作者在实际工作中查看对照。本书力求简明实用,对各种急症重点阐明如何诊断和如何判断,对专业性较强的治疗简单陈述。对辅助检查,只重点介绍有确诊价值及在精神病院可行的部分。在治疗方面,除了论述治疗原则外,还详细论述药物的应用,简明的药理、剂量、应用的方法和注意事项,包括转院的时机及转院时注意事项。

由于编者水平有限,书中难免有错误或不当之处,敬请各位专家和读者批评指正。

目 录

第一章 精神科临床常见急症	(1)
第一节 急性发热	(1)
第二节 休克	(12)
第三节 昏迷	(26)
第四节 急性腹痛	(35)
第五节 急性胸痛	(43)
第六节 头痛	(56)
第七节 晕厥	(59)
第八节 眩晕	(69)
第九节 咯血	(76)
第十节 急性呼吸困难	(81)
第十一节 呕吐	(85)
第十二节 水肿	(88)
第十三节 急性尿潴留	(91)
第十四节 少尿与无尿	(92)
第十五节 心脏停搏及心肺复苏	(94)
第十六节 水电解质及酸碱平衡	(98)
第二章 精神科临床常用急救技术	(119)
第一节 建立静脉通道	(119)
第二节 氧气疗法	(120)
第三节 气管内插管	(124)
第四节 气管切开术	(127)
第五节 机械通气	(128)

第六节	导尿及留置导尿术	(131)
第七节	清创术	(132)
第八节	止血、包扎、固定、搬运术	(135)
第三章	精神科常见的紧急状态	(139)
第一节	兴奋状态	(139)
第二节	谵妄状态	(149)
第三节	抑郁状态	(152)
第四节	木僵状态	(157)
第五节	缄默状态	(160)
第六节	急性幻觉状态	(163)
第七节	急性妄想状态	(166)
第八节	急性痴呆	(171)
第九节	惊恐发作	(174)
第十节	自杀	(177)
第十一节	冲动和暴力行为	(187)
第十二节	拒食	(195)
第四章	精神药物的严重副反应	(198)
第一节	急性肌张力障碍	(198)
第二节	静坐不能	(200)
第三节	药源性帕金森综合征	(204)
第四节	迟发性运动障碍	(206)
第五节	恶性综合征	(210)
第六节	5-羟色胺综合征	(213)
第七节	粒细胞缺乏症	(216)
第八节	嗜酸细胞增多症	(218)
第九节	高催乳素血症	(219)
第十节	QT 间期延长	(222)
第十一节	阴茎异常勃起	(227)
第十二节	性功能障碍	(228)

第五章 循环系统急症	(229)
第一节 急性心肌梗死	(229)
第二节 心律失常	(236)
第三节 高血压危象	(270)
第四节 急性左心衰竭	(275)
第六章 呼吸系统急症	(283)
第一节 急性支气管炎	(283)
第二节 支气管哮喘	(284)
第三节 慢性阻塞性肺疾病	(289)
第四节 肺性脑病	(292)
第五节 急性呼吸衰竭	(297)
第七章 消化系统急症	(300)
第一节 急性上消化道出血	(300)
第二节 溃疡病急性发作	(304)
第三节 腹泻	(308)
第四节 肝性脑病	(310)
第八章 泌尿系统急症	(316)
第一节 急性泌尿系感染	(316)
第二节 急性肾功能衰竭	(320)
第九章 外科急症	(328)
第一节 创伤	(328)
第二节 骨折	(332)
第三节 颅脑损伤	(335)
第十章 五官科急症	(339)
第一节 窒息的急救	(339)
第二节 颞下颌关节脱位	(340)
第三节 急性泪囊炎	(342)
第四节 急性结膜炎	(344)
第五节 鼻出血	(346)

第六节	急性会厌炎	(348)
第七节	喉阻塞	(349)
第八节	喉、气管、支气管异物	(351)
第九节	食管异物	(353)
第十节	急性化脓性中耳炎	(354)
第十一章	内分泌代谢急症	(355)
第一节	垂体危象	(355)
第二节	糖尿病酮症酸中毒	(357)
第三节	糖尿病高渗性非酮症性昏迷	(359)
第四节	低血糖昏迷	(364)
第十二章	神经系统急症	(366)
第一节	颅内感染	(366)
第二节	脑血管病	(373)
第三节	癫痫持续状态	(378)
第十三章	急性中毒	(384)
第一节	急性中毒的诊治原则	(384)
第二节	细菌性食物中毒	(388)
第三节	苯二氮䓬类药物中毒	(391)
第四节	氯丙嗪类中毒	(393)
第五节	氯氮平中毒	(395)
第六节	卡马西平中毒	(397)
第七节	丙戊酸钠中毒	(398)
第八节	奋乃静中毒	(399)
第九节	氟哌啶醇中毒	(400)
第十节	阿托品中毒	(401)
第十一节	三环类抗抑郁药中毒	(402)
第十二节	新型抗抑郁药中毒	(406)
第十三节	锂盐中毒	(408)

第十四节	常见第二代抗精神病药中毒	(409)
第十五节	农药中毒	(410)

第一章 精神科临床常见急症

第一节 急性发热

急性发热是指热程在 2 周以内的发热,既可见于短程的急性发热性疾病,也可见于急性起病的长程(热程在 2 周以上)发热疾病的初期。急性发热的程度分为低热($37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$)、中度热($38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$)、超高热(41°C 以上)。在精神科急症中,病例中经常遇到以发热超过 39°C 为主诉,或以高热为唯一症状的患者,应当予以及时的诊断和处理。

【病因与分类】

急性发热的病因很多,可分为感染性和非感染性发热两大类,但以前者多见。

1. 感染性发热 各种病原体如病毒、细菌、支原体、衣原体、螺旋体、真菌等所引起的感染,不论是局部或全身性的感染均可引起急性发热。

2. 非感染性发热 包括无菌性坏死物质的吸收(大手术后组织损伤、内出血、大血肿,心、肺、脾等内脏的梗死和肢体坏死、组织坏死和细胞破坏如白血病、淋巴瘤和溶血反应),抗原-抗体反应(风湿热、血清病、药物热,如氯氮平、结缔组织病),内分泌和代谢性疾病(甲亢和重度脱水),体温调节中枢功能异常(物理性如中暑,化学性如重度安眠药中毒,机械性如脑出血、颅骨骨折、脑震

荡,高热无汗是这类发热的特点)。皮肤散热减少如广泛性的皮炎、鱼鳞病、心衰等引起的发热,一般为低热。自主神经功能紊乱所致为原发性低热、夏季低热和生理性低热。我们遇到1例酒精所致精神障碍之震颤谵妄的患者,戒断反应出现后体温高达 38.7°C ,应用苯二氮草类药物控制戒断症状后,体温恢复正常。

3. 氯氮平所致发热 多发生在用药的早期阶段,其发热可能与下列因素有关:①个体差异及对药物过分敏感有关;②给药速度过快或剂量过大。汪卫华将氯氮平所致发热、肺炎、白细胞增高等症状称为氯氮平所致类感染综合征,发生率为16%。其发生率与年龄呈正相关,与病程呈负相关,与性别剂量无相关。发生机制不详,可能与免疫系统有关,即通过调节血浆内致热性细胞激素而引起发热。

4. 恶性综合征 恶性综合征的发病率为 $0.02\% \sim 2.4\%$,男性比女性多(3:2)。躯体状况差、并患心脏病、高血压和神经系统疾病的患者患病危险性大,是应用抗精神病药物或者其他降低中枢多巴胺功能的药物治疗时所出现的一种严重药物副反应。其症状特点是高热、肌肉强直、意识障碍和植物神经功能紊乱。病情凶险,若不及时治疗会导致患者死亡。

5. 5-羟色胺综合征 是指中枢5-羟色胺功能亢进引起的意识改变、植物神经功能紊乱和神经-肌肉功能障碍三联征。随着选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)的临床使用越来越多,近年来5-羟色胺综合征的临床报道也越来越多。

【诊断】

急性发热绝大多数是常见的、较易诊断的、伴有定位症状(如咽喉痛、咳嗽、腹泻、尿频尿急)的急性感染性疾病,其次是较少见的非感染性发热。必须从病史、体格检查、辅助检查三方面进行综合分析,及时确立诊断。

一、病 史

(一) 流行病学史

1. 地区性 有严格地区性分布的传染病如森林脑炎、钩端螺旋体病、黑热病、血吸虫病、恙虫病、疟疾、流行性出血热等。

2. 发病季节 冬春季常见呼吸道传染病,如流行性出血热、麻疹、流行性脑脊髓膜炎等。夏秋季常见胃肠道传染病,如伤寒、菌痢、细菌性食物中毒;与蚊子活动季节有关的乙型脑炎、登革热、疟疾等。此外,在亚热带与热带地区,伤寒、副伤寒、疟疾终年可见;急性散发性脑炎并无严格的季节性和地区性。

3. 接触史 钩端螺旋体病、急性血吸虫病有疫水接触史;鼠咬热、野兔热、狂犬病有被易感动物咬伤或抓伤史,回归热、斑疹伤寒患者身上发现虱子;菌痢、食物中毒者,有不洁饮食史;布氏杆菌病、炭疽病与职业(畜牧、屠宰、皮毛业)有关。此外应注意家庭中患有结核和病毒性肝炎的患者。

4. 过去病史 曾患过较牢固免疫力的疾病(如麻疹、猩红热、伤寒、水痘、天花等),再次发病的可能性甚少。曾预防接种牛痘、脊髓灰质炎、伤寒等疫(菌)苗后,在一定期间内获得免疫力。

(二) 起病快慢

起病较急,体温在几十分钟至几小时内骤升达高峰的有流行性感、大叶性肺炎、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等起病较缓,体温渐升,在数日内才达到高峰的有伤寒、结核病等。

(三) 输血后发热

在输血时即发热者,考虑为致热源反应、血型不符或血受细菌污染引起败血症;迟发的有疟疾、病毒性肝炎等。

(四) 热型

1. 稽留热 为持续性高热 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 数天或数周,日夜波动不超过 1°C 。常见于伤寒、大叶性肺炎。

2. 弛张热 每日高热波动在 2°C 以上,但不降至正常。见于

败血症、化脓性或局灶性感染(如肺脓肿、肝脓肿)、结核病、亚急性感染性心内膜炎、风湿热、恶性组织细胞病等。

3. 消耗热 每日高热波动超过 3°C ,即变动范围比弛张热更显著。常见于败血症、重症肺结核等。

4. 双峰热 在一日内有2个小波动,形成双峰,见于革兰氏阴性杆菌(如大肠杆菌、绿脓杆菌)败血症、黑热病、恶性疟疾等。

5. 间歇热 体温突然上升达 39°C 以上,常伴有恶寒或寒战,经数小时降到正常,隔一天到数天后又重复发作。常见于间日疟、三日疟,化脓性局灶性感染、慢性胆道感染、肾盂肾炎等。

6. 不规则热 发热持续时间不定,波动无一定规律,见于流行性感、支气管炎、肺结核、胸膜炎、亚急性感染性心内膜炎、风湿热、癌性发热等。发热伴有寒战者,常见于某些细菌感染,如败血症、大叶性肺炎、亚急性感染性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、钩端螺旋体病,以及输血或输液反应。寒战罕见于结核病、伤寒、病毒感染,一般不见于风湿热。此外应用退热剂也会引起寒战,切莫相混。

【临床表现】

一、一般状况

注意高热患者的全身中毒症状、神志、脉搏、呼吸和血压变化。

1. 神志 是否清醒。若表现为目光无神、表情呆滞、烦躁不安、循衣摸床等神志障碍,甚至意识模糊、昏睡、昏迷者,须注意严重感染、败血症、中毒、代谢障碍及神经系统疾病。

2. 脉搏 发热时,体温升高 1°C ,每分钟脉搏增加16次左右。如增加不成比例时,称相对速脉或相对缓脉。相对速脉常见于败血症、风湿热等;相对缓脉常见于伤寒、脑膜炎及某些病毒感染。

3. 呼吸 发热时,体温升高 1°C ,每分钟呼吸增加3~4次。呼吸次数明显增加,须注意呼吸系统疾患,如大叶性肺炎、化脓性

胸膜炎、肺脓肿、粟粒性肺结核等。还应注意心脏疾患,如心包炎、亚急性感染性心内膜炎、风湿热等。

4. 血压 血压下降时应想到感染性休克。

二、局部症状和体征

1. 皮肤和黏膜

(1) 皮疹:见于急性发疹性传染病,也可见于某些非感染性疾病,应当从皮疹出现的日期、大小、形态、颜色、分布和伴随症状加以区别。唇疱疹的出现,可见于流行性脑脊髓膜炎、大叶性肺炎、间日疟、流行性感冒等。

(2) 出血点:常见于流行性脑脊髓膜炎、败血症、感染性心内膜炎、流行性出血热、钩端螺旋体病及血液病。

(3) 皮下结节:常见于风湿热、结节性多动脉炎、黑热病等。

(4) 黄疸:常见于急性病毒性肝炎、胆道感染、钩端螺旋体病、败血症、传染性单核细胞增多症、流行性出血热、急性溶血、肝癌等。

2. 淋巴结肿大 局部淋巴结肿大伴压痛者,多为相应部位的急性感染;质硬而固定者,须注意转移癌;全身性淋巴结肿大,伴压痛者,应考虑传染性单核细胞增多症;不伴压痛者,考虑为结核、急性淋巴性白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病等。

3. 头颈部 结膜充血,见于流行性感冒、流行性出血热、钩端螺旋体病、斑疹伤寒等。咽部、鼻窦部、乳突部、外耳道或齿龈痛、压痛和脓性分泌物,为局部炎症引起。颈部甲状腺肿大时,须注意甲亢危象、甲状腺脓肿。

4. 胸部 呼吸运动受限、不对称,肺部叩诊浊音,听诊有啰音或支气管呼吸音时,须注意肺炎、肺脓肿、胸膜炎等。心脏扩大、心脏听诊有杂音或心包摩擦音时,注意风湿热、亚急性感染性心内膜炎、心包炎等。

5. 腹部 全腹压痛、反跳痛、肌紧张者考虑弥漫性腹膜炎;局

限性压痛者见于胆囊炎、急性阑尾炎或阑尾脓肿等；肾区压痛和叩击痛见于肾盂肾炎、肾周围炎及肾周脓肿。

6. 肝脾肿大 以肝肿大为主者，见于病毒性肝炎、肝脓肿（细菌性或阿米巴性）、肝癌；以脾肿大为主者，考虑为感染性心内膜炎、粟粒性肺结核；以肝脾均肿大者，见于伤寒、败血症、钩端螺旋体病、疟疾、血吸虫病、黑热病、急性白血病、恶性组织细胞病等。

7. 四肢及关节 发热伴关节红肿及压痛者，考虑化脓性关节炎、急性风湿性关节炎或类风湿性关节炎、结核变态反应性关节炎、金黄色葡萄球菌败血症、布氏杆菌病等；伴腓肠肌压痛者，考虑钩端螺旋体病。

8. 有脑膜刺激征、病理反射、运动和感觉障碍时，考虑中枢神经系统疾病。

三、辅助检查

急症的化验检查应重视三大常规。因为三大常规检查简单易行，参考价值较大，能迅速提供诊断方向和线索。X线检查、特殊检查也不能忽略。

1. 血常规

(1) 白细胞总数及嗜中性粒细胞升高者：绝大部分为全身性或局灶性细菌感染。若中性粒细胞特别高，核左移并出现中毒性颗粒或空泡时，应考虑严重感染，如中毒性肺炎、败血症、流行性脑脊髓膜炎等。极度的白细胞增多，出现幼稚细胞，见于白血病，但须与类白血病反应鉴别。

(2) 白细胞总数在正常范围者：一般为病毒感染、疟疾、结核病等。

(3) 白细胞总数偏低者：常见于某些杆菌（伤寒、结核、布氏杆菌）、病毒（流感、麻疹）或原虫（疟疾、黑热病）的感染，急性再生障碍性贫血以及使用某些药物后。

(4) 嗜酸性粒细胞：增多见于过敏性肺炎、白血病、寄生虫病