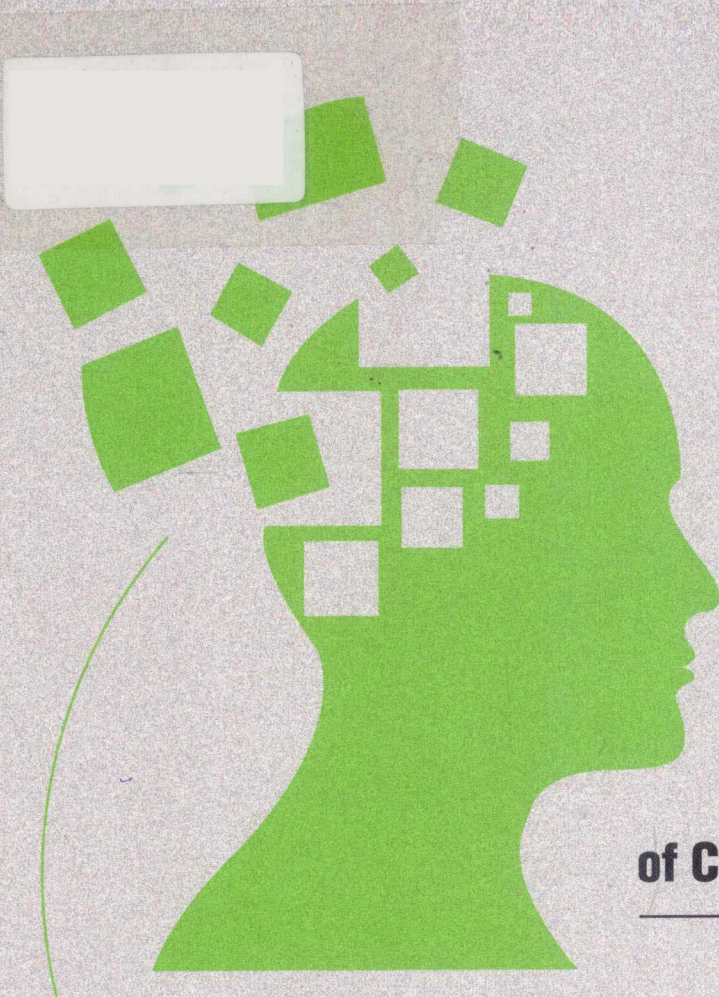
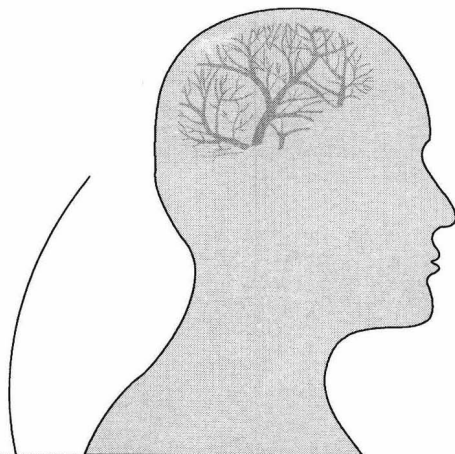




**Consultation
and Treatment
of Clinical Encephalopathy**

主编 刘中霖 王丽敏 刘 军

临床脑病会诊与治疗



临床脑病 会诊与治疗

主 编 刘中霖 王丽敏 刘 军

主 审 邢诒刚

编 委 (以姓氏笔画为序)

王丽敏(广东省人民医院·广东省
医学科学院)

王凌云(中山大学孙逸仙纪念医院)

刘 丹(中山大学孙逸仙纪念医院)

刘 军(中山大学孙逸仙纪念医院)

刘中霖(中山大学孙逸仙纪念医院)

朱凤英(中山大学孙逸仙纪念医院)

麦友刚(中山大学孙逸仙纪念医院)

李 艺(中山大学孙逸仙纪念医院)

杨炼红(中山大学孙逸仙纪念医院)

肖辉盛(中山大学孙逸仙纪念医院)

沐 楠(广州市脑科医院)

编 者 (以姓氏笔画为序)

付茹莹(中山大学孙逸仙纪念医院)

李子晨(中山大学孙逸仙纪念医院)

李彦杰(中山大学附属第一医院)

张 蓓(中山大学孙逸仙纪念医院)

秘 书 (以姓氏笔画为序)

刘云云(中山大学孙逸仙纪念医院)

温小军(中山大学孙逸仙纪念医院)

张 磊(中山大学孙逸仙纪念医院)

邵 强(中山大学附属第一医院)

周明根(中山大学孙逸仙纪念医院)

钟建斌(中山大学附属博济医院)

袁沃亮(中山大学孙逸仙纪念医院)

贾艳滨(暨南大学附属第一医院)

郭光全(广东省人民医院·广东省精神卫生
中心)

唐亚梅(中山大学孙逸仙纪念医院)

黄 辉(中山大学孙逸仙纪念医院)

董光富(广东省人民医院·广东省医学科
学院)

陈建平(广州市脑科医院)

赵仲艳(中山大学孙逸仙纪念医院)

容小明(中山大学孙逸仙纪念医院)

黄俏庭(暨南大学附属第一医院)

胡竞扬(中山大学孙逸仙纪念医院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床脑病会诊与治疗/刘中霖等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2012. 10

ISBN 978-7-117-16226-5

I. ①临… II. ①刘… III. ①脑病-诊疗
IV. ①R742

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 195090 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

临床脑病会诊与治疗

主 编: 刘中霖 王丽敏 刘 军

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 30

字 数: 749 千字

版 次: 2012 年 10 月第 1 版 2012 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

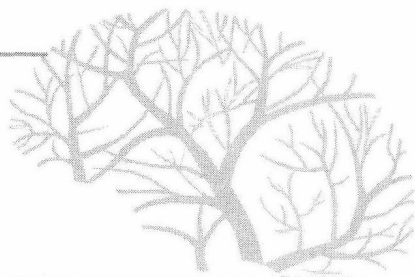
标准书号: ISBN 978-7-117-16226-5/R · 16227

定 价: 65.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序



临床脑病可由各内脏器官的器质性或功能性疾病所致,在综合医院的临床各大科室均可见到,如急诊科和重症监护科最常见的心肺复苏后缺血缺氧性脑病、呼吸科的肺性脑病、消化内科的肝性脑病与胰性脑病、肾内科的透析性脑病与肾性脑病、风湿科的狼疮性脑病、内分泌科的低血糖性脑病与桥本脑病、心血管内科的高血压性脑病与心源性脑病、血液内科的白血病性脑病、麻醉科与各大外科的渗透性脑病与围手术期脑病、小儿科的新生儿缺氧缺血性脑病与胆红素脑病,以及遍布所有科室的药物性脑病等。此类脑病在综合医院中具有发病率高、致死率高和致残率高的“三高”特点,因此所造成的危害极大。患者常有躯体疾病的表现,同时伴发的昏迷和谵妄等器质性精神行为异常,往往导致日常生活能力或社会功能严重受损,这已经成为临床一线医生很棘手的诊治重点与难点,在综合医院紧急会诊中占有相当高的比例(有学者报道达到50%以上)。此外,脑病综合征的预后与治疗时机相关,延误诊断和治疗往往会导致患者严重残疾甚至死亡。因此,在综合医院的临床工作中开展各种临床脑病的早期联合会诊与治疗是一项重要的、迫在眉睫的工作。

然而,多种临床脑病常常是需要跨学科诊治的综合征,大多数需要包括神经、精神科等多学科的联合会诊,年轻医师尤其是研究生,甚至总住院医师以及低年资主治医师,由于缺乏相关学科疾病的临床诊治经验,遇到各种临床脑病时几乎无从下手。迄今为止,在传统的教科书上很少提及跨学科临床脑病的诊治,也缺乏实用的临床参考书籍。临床医生迫切需要一本能融汇临床各科重大疾病所致脑病综合征的书籍用以指导临床工作。这本《临床脑病会诊与治疗》可谓应运而生,纵观其内容包含了综合医院临床各科中常见的脑病,因此本书的读者对象可以包括综合医院各科的年轻医师,尤其是硕士生、博士生、总住院医师甚至低年资主治医师。

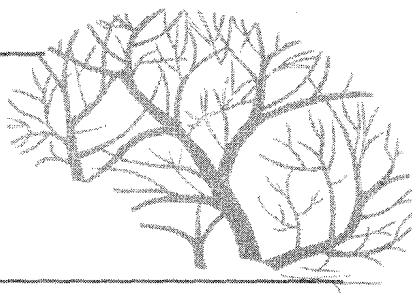
本书的主编一直从事综合医院中神经、精神跨学科专业各种器质性精神行为异常的临床工作,尤其擅长临床各科脑病综合征的联合会诊。参编者绝大多数是活跃在综合医院临床各科一线的中、青年临床医疗专家,同时还邀请了精神专科医院与老年病学专科的专家参与编写,他们不辞劳苦,参阅了大量的国内、外最新文献,编纂了这本对临床工作极具分量的参考书。全书内容丰富,实用性强,对一线医生正确、规范处理各科临床脑病具有极高的指导价值。

我由衷地感到综合医院中对临床脑病联络会诊的重要性,更感到神经、精神科在临床脑病的诊断和治疗中应当发挥主要的作用。衷心希望有更多的年轻医师能投身到综合医院临床脑病的临床、教学和研究工作之中,以造福处于急需救治的重病患者!

北京协和医院神经科

2012年8月

前 言



综合医院临床各专科都可能碰到脑病,如常见的缺血缺氧性脑病、肺性脑病、肝性脑病、肾性脑病、狼疮性脑病等。各种脑病的临床表现复杂,除了有原发躯体疾病的症状体征之外,还有大量的神经与精神行为异常症状,如昏迷、谵妄、痴呆、焦虑、抑郁、幻觉、妄想、躁狂等,疾病好转后部分患者还可能遗留人格障碍,因此给临床诊治带来了极大的困难。

各种临床脑病是指脑部以外的躯体疾病影响脑功能所致的各种神经精神综合征,它是一种横跨多学科的疾病综合征,已经成为临床一线医生很棘手的重要疾病综合征,因此需要神经精神科等多学科的联合会诊。年轻医生遇到各种临床脑病时几乎无从下手,临床很多科室碰到此类疾病时往往需要组织全院甚至多院的联合大会诊,而且在会诊时由于各专科医师往往都从本专科角度看待疾病,从而缺乏全局的观念,很难形成一致的结论,可能会延误患者的诊治。

随着医学研究和临床工作的日趋细化,在传统的教科书上很少提及横跨多学科临床脑病的诊治,而且目前尚缺乏临床脑病方面实用的参考书籍。《临床脑病会诊与治疗》恰是一本融汇临床各科重大疾病所致脑功能障碍的参考书,重点阐述了临床会诊工作中各种临床脑病的诊治思路,弥补了传统教科书的局限,因此该书的读者群会很广泛。本书可供神经科、精神科、老年科、急诊科、重症监护科、呼吸科、消化科、肾内科、风湿科、内分泌科、心血管内科、血液内科、麻醉科、外科、小儿科和全科医师等阅读参考。

全书分为上下两篇,上篇为总论分5章,分别介绍临床脑病的精神症状、检查、诊断治疗原则与护理;下篇为各论分19章,分别介绍临床常见脑病的会诊诊断与治疗,具体包括缺血缺氧性脑病、渗透性脑病、肺性脑病、肝性脑病、肾性脑病、透析性脑病、低血糖性脑病、桥本脑病、胰性脑病、狼疮性脑病、高血压性脑病、心源性脑病、白血病性脑病、Wernicke脑病、感染性脑病、药物性脑病、围手术期脑病、小儿常见脑病及癫痫性脑病。由于临床脑病的内涵和外延都非常广泛,本书不可能涉及所有临床脑病的诊断和治疗,期望再版时进一步补充和完善。

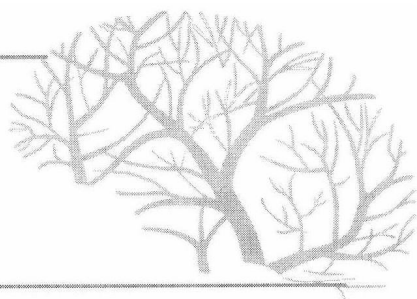
我们衷心希望《临床脑病会诊与治疗》一书能为综合医院临床各科的一线广大医生尤其是紧急会诊医师提供必要的参考和指导。

鉴于编者水平有限,疏漏之处在所难免,恳请广大读者批评指正。

刘中霖 王丽敏 刘 军

2012年8月

目 录



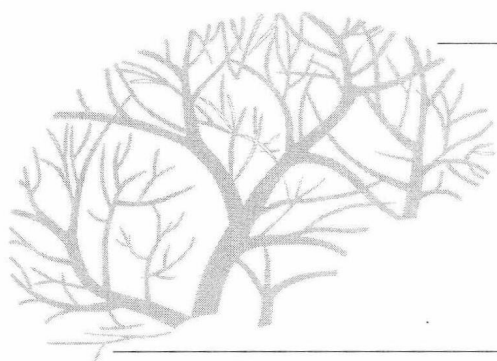
上篇 总 论

第一章 绪论	3
第二章 临床脑病的症状学	6
第一节 意识障碍	6
第二节 谵妄状态	18
第三节 痴呆状态	29
第四节 遗忘状态	44
第五节 焦虑状态	47
第六节 抑郁状态	51
第七节 幻觉状态	62
第八节 妄想状态	65
第九节 躁狂状态	74
第十节 人格障碍	79
第十一节 其他精神障碍	86
第三章 临床脑病的检查	95
第一节 临床检查	95
第二节 神经电生理检查	102
第三节 心理测试	109
第四章 临床脑病的诊断与治疗原则	159
第一节 诊断原则	159
第二节 治疗原则	162
第五章 临床脑病的护理	165
第一节 脑病患者常见的护理问题	165
第二节 脑病的护理评估与目标	166
第三节 脑病的护理措施	166
第四节 常见脑病精神症状的护理	172

下篇 各 论

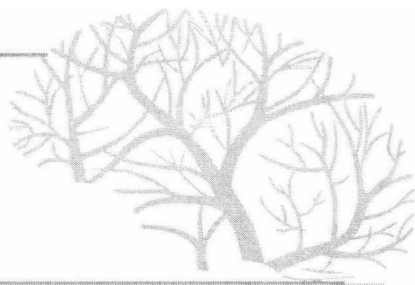
第六章 缺血缺氧性脑病	181
第七章 渗透性脑病	209

第一节 概述	209
第二节 低渗性脑病	210
第三节 高渗性脑病	217
第八章 肺性脑病	224
第九章 肝性脑病	233
第十章 肾性脑病	246
第十一章 透析性脑病	268
第十二章 低血糖性脑病	274
第十三章 桥本脑病	285
第十四章 胰性脑病	289
第十五章 狼疮性脑病	299
第十六章 高血压性脑病	311
第十七章 心源性脑病	316
第一节 概述	316
第二节 心源性晕厥	317
第三节 心房颤动	321
第四节 心源性脑栓塞	326
第十八章 白血病性脑病	331
第十九章 Wernicke 脑病	338
第二十章 感染性脑病	343
第一节 概述	343
第二节 病毒感染性脑病	343
第三节 结核性脑病	356
第四节 细菌性脑病	363
第五节 寄生虫感染性脑病	370
第二十一章 药物性脑病	379
第一节 概述	379
第二节 各种药物中毒性脑病	380
第二十二章 围手术期脑病	405
第一节 概述	405
第二节 术后认知功能障碍	406
第三节 常见脑病的围手术期处理	409
第二十三章 小儿常见脑病	416
第一节 新生儿缺氧缺血性脑病	416
第二节 胆红素脑病	422
第三节 瑞氏综合征	426
第二十四章 癫痫性脑病	431
第一节 癫痫性认知功能障碍	431
第二节 癫痫性精神障碍	450



上篇 总论

第一章 绪论



一、脑病的基本概念

1. 广义的脑病(encephalopathy) 包括任何原因导致的中枢神经系统结构破坏或功能紊乱而引起的神经和精神症状综合征,包括器质性脑病和功能性脑病。狭义的脑病指任何脑器质性损害,是指因遗传、变性、先天性脑发育不全、脑外伤、脑肿瘤、脑出血、脑梗阻、感染、化学药物中毒等引起的大脑神经组织损伤而导致的智力低下、思维、语言障碍、感觉异常、肢体瘫痪甚至大小便失禁等症状体征的一大类疾病。

2. 器质性精神障碍(organic mental disorders) 是指由于脑部疾病或躯体疾病引起的精神障碍,包括各种原发于脑部的明显器质性病变和继发于躯体疾病或中毒所致精神障碍。物质滥用和精神发育迟滞虽然符合上述定义,但常规上并不包括在此类障碍中。

(1)脑器质性精神障碍(mental disorders due to brain organic disease):是由脑部疾病导致的精神障碍,包括脑变性疾病、脑血管病、颅内感染、脑外伤、脑肿瘤、癫痫等所致精神障碍。

(2)躯体疾病所致精神障碍(mental disorders due to general medical conditions):是由脑部以外的躯体疾病影响脑功能所致的精神障碍,又称为症状性精神障碍,如躯体感染、内脏器官疾病造成的缺血缺氧性脑病、渗透性脑病(低渗性脑病和高渗性脑病)、肺性脑病、肝性脑病、肾性脑病、透析性脑病、低血糖性脑病、胰性脑病、高血压性脑病、心源性脑病、胆红素性脑病、Wernicke 脑病、中毒性脑病(包括酒精中毒性脑病、一氧化碳中毒性脑病、有机磷中毒性脑病、药物中毒性脑病、精神活性物质如海洛因等中毒性脑病)、感染性脑病(包括病毒感染性脑病、结核感染性脑病、细菌感染性脑病、寄生虫感染性脑病)等。

3. 功能性精神障碍(functional mental disorders) 是指根据目前的科技发展水平,还未能发现脑部存在明显的形态学或确切的脑组织病理变化,而仅仅表现为大脑功能紊乱的一类精神障碍。

本书下述所指的脑病主要包括由于各种原因导致各种躯体疾病,进而由各种躯体病变影响到中枢神经系统的功能,产生各种神经与精神障碍的综合征。

二、脑病的分类

脑病根据临床表现、起病形式、病程不同等分为两类脑病综合征:

第一类脑病综合征,又称急性脑病综合征(acute brain syndrome)。多由脑部弥漫性、暂时的病变所引起,以急性、一过性、广泛性认知障碍或意识障碍为主要特征。临床表现主要

为各种阶段的意识障碍,常有昼轻夜重的特点可伴有急性精神病表现如不协调性的运动性兴奋、紧张综合征、类躁狂状态或抑郁状态。病因包括:①感染;②代谢及内分泌紊乱;③电解质紊乱;④颅内损伤;⑤手术后的状态;⑥药物等。

第二类脑病综合征,又称慢性脑病综合征(chronic brain syndrome)。主要由慢性器质性疾病引起,亦可由急性脑病综合征迁延而来,多数不伴意识障碍。

临床以缓慢出现的、较严重的、持续的认知障碍为主要特征,伴有不同程度的人格改变,但没有意识障碍,如痴呆、遗忘综合征等。临床主要表现为痴呆,伴慢性精神病症状,如抑郁状态、类精神分裂症样表现,以及明显的人格改变和遗忘综合征。

有引起精神障碍的脑部疾病、脑损伤或脑功能不全的证据;脑部病变与精神障碍症状发作有时间上的关系;精神障碍可因原发性脑部疾病的变化而发生相应的变化。

三、脑病的共同发病机制

临床脑病综合征是由于脑以外的躯体疾病,如躯体感染、内脏器官疾病、内分泌障碍、营养代谢疾病等,引起脑功能紊乱而产生的神经与精神障碍。主要发病机制常为毒素作用、能量供应不足、神经递质改变、缺氧、酸碱平衡紊乱等,往往由于脑以外的躯体疾病,如躯体感染、内脏器官疾病、内分泌障碍、营养代谢疾病等,引起脑功能紊乱而出现精神障碍等临床症状群。

四、脑病的共同临床特征

脑病的临床表现包括躯体疾病症状和精神症状,其中临床脑病所致精神障碍的临床表现主要有昏迷、谵妄、痴呆、焦虑、抑郁、幻觉、妄想、躁狂等,疾病好转后部分患者可能遗留人格障碍。

临床分类可以综合征的形式分为意识障碍、认知障碍(痴呆、遗忘综合征)、精神病性症状(幻觉、妄想综合征)、情感症状、神经症样症状、人格改变,或以上症状的混合状态。

不同躯体疾病所致临床脑病的精神障碍有一些共同的临床特征:

(1)精神症状的发生、发展、严重程度及转归上与原发躯体疾病相一致呈平行关系,在时间上常有先后关系;精神症状具有昼轻夜重的特点。

(2)精神症状的非特异性,同一疾病可以表现出不同的精神症状综合征,不同疾病又可表现出类似的精神症状。

(3)患者都具有躯体疾病相应的症状、体征与实验室检查的阳性发现。

(4)急性躯体疾病常引起急性脑病综合征(如谵妄),多发生在疾病高峰期;慢性躯体疾病在疾病早期及恢复期以脑衰弱综合征为主,在疾病晚期则引起慢性脑病综合征(如智能障碍、人格改变等),从急性过渡到慢性期间,可有抑郁、躁狂、幻觉、妄想、兴奋、木僵等精神症状,并在躯体疾病的整个病程中,具有多变的错综复杂的特点。智能障碍和人格改变也可由急性期迁延而来。在急性期、慢性期、迁延期均可以叠加精神病性症状、情感症状及神经症状等。

(5)积极治疗原发疾病与对症治疗精神障碍,可控制精神症状。

(6)病程和预后取决于躯体病的病程和严重程度,预后一般是可逆的,偶可遗留人格改变或智能减退。

五、临床脑病会诊的重要性

老年期是脑病的高发时期,临床脑病是老龄化社会的必然问题,因此引起了医学界的重视。由于我国卫生条件的改善导致人均预期寿命延长及晚婚节育制度引起人口出生率降低,故人口老龄化问题显得尤为突出,2010年11月1日第六次全国人口普查数据显示,我国60岁及以上人口占13.26%,因此对临床脑病的研究更为紧迫。

脑病综合征分布在综合医院的临床各科,危害极大,患者常有躯体表现、精神症状导致日常生活能力或社会功能受损。此外,脑病综合征的预后与治疗时机相关,延误诊断和治疗会导致患者死亡。因此,在综合医院的临床工作中应该强调脑病的早期联合会诊与治疗。

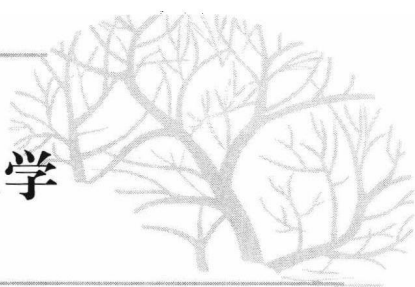
会诊联络精神医学属于综合医院精神病学,是精神病学的一门分支学科,是联系其他科室的桥梁。在国外,综合医院精神医学已经成为临床医疗服务的五大科室(即内科、外科、儿科、妇产科和精神科)之一。其内容为精神科医师在综合医院开展精神医疗、教学和科研工作,重点研究综合医院心理卫生、社会因素、躯体疾病和精神障碍之间的关系,以心理、社会和生物因素多维诊断及治疗患者。具体内容包括:①探讨在躯体疾病的诊断和治疗过程中心理社会因素对患者躯体疾病疗效、转归、预后等方面的影响;②探讨躯体疾病患者所伴发的精神障碍的识别、诊断分类以及治疗问题。

(刘中霖 王丽敏)

参 考 文 献

1. 贾建平. 神经病学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2008
2. Allen SR, Frankel HL. Postoperative complications; delirium. Surg Clin North Am, 2012, 92(2): 409-431
3. Flink BJ, Rivelli SK, Cox EA, et al. Obstructive sleep apnea and incidence of postoperative delirium after elective knee replacement in the nondemented elderly. Anesthesiology, 2012, 116(4): 788-796
4. Pillmann F, Wustmann T, Marneros A. Acute and transient psychotic disorders versus persistent delusional disorders; a comparative longitudinal study. Psychiatry Clin Neurosci, 2012, 66(1): 44-52
5. Vilke GM, Payne-James J, Karch SB. Excited delirium syndrome (ExDS): redefining an old diagnosis. J Forensic Leg Med, 2012, 19(1): 7-11
6. 勒士立, 王坤明, 韩曙光, 等. 器质性精神障碍. 青岛: 青岛出版社, 2003
7. Meagher D, Adamis D, Trzepacz P, et al. Features of subsyndromal and persistent delirium. Br J Psychiatry, 2012, 200(1): 37-44

第二章 临床脑病的症状学



第一节 意识障碍

意识是中枢神经系统对内外环境刺激所做出的有意义反应,缺乏这种反应能力即为意识障碍,严重者称为昏迷。意识障碍(dysfunction of consciousness)是多种原因引起的一种严重脑功能紊乱,为临床常见症状之一,所有影响脑部代谢的疾病,在其病情发展至严重阶段都可出现不同程度的意识障碍。

一、发生机制

医学上,意识不是单一的心理过程和反应,而是一种全脑的功能状态,是人脑反映客观现实的最高级形式,使人能正确而清晰地认识自身状态和周围环境,并做出适当反应。它是各种心理过程或活动的背景,涉及觉醒水平、注意、感知、思维、记忆、定向、行为等许多心理过程,是人们智慧活动、随意动作、意志行为的基础。

临床上将意识分为环境意识和自我意识两方面。环境意识指个体对外界事物和环境现状的确认,反映在高级神经活动中,最基本的就是对时间、地点和人物的定向力,其他还包括分析、综合、判断、推理、思考等;自我意识指个体对当前自身状态的认识,也就是自知力,包括对自己的姓名、年龄、性别、身份等的确认。

意识的含义包括意识内容、范围和清晰度。意识内容指人的知觉、记忆、思维、情感意志等心理过程和通过语言、视听觉及其复杂反应与外界保持联系的机敏力,是大脑皮质高级神经活动产生的,属于大脑皮层功能。意识的范围,亦即意识域,指短时间内个体对客观事物所能觉察到的范围。意识范围大小同注意的广度有关,为当前任务的要求所决定。个体能明显觉察到的事物,只限于注意所集中的部分,其他部分则比较模糊。意识清醒状态是指大脑皮质处于适宜的兴奋状态或预激状态,其有赖于所谓“开关”系统——脑干网状结构上行激活系统的完整,是意识活动的基础。在这种状态下,大脑皮质的张力得以保持,为各种高级神经活动过程的迅速发生、发展以及各种条件联系的顺利进行提供了条件。在意识清晰时,才能清晰地认识外在各种客观事物及其内心活动,并意识到自己的各种精神活动。意识清晰状态必须有完好的定向力、注意力及领悟能力。

脑干网状结构上行激活系统,是维持意识的重要结构,其不断发放冲动,弥散地作用于大脑皮层的广泛区域,唤醒皮层,维持觉醒状态。上升性网状激动系统的核团位于延髓、脑桥和中脑被盖部的灰质内,维持觉醒状态的中枢结构位于间脑后方和中脑的结合部。意识清醒的维持需要正常的大脑皮层及脑干网状结构不断地将各种内外感觉冲动经丘脑广

泛地投射到大脑皮层。脑干上行激活系统功能障碍是意识障碍的生理基础,如果双侧弥漫性大脑皮层或脑干网状结构发生损害或功能抑制时都可引起意识障碍。因此,脑干的损伤、受压,脑代谢紊乱,包括上行激活系统的神经递质紊乱,都不可避免地导致意识障碍。

颅内病变可直接或间接损害大脑皮质及网状结构上行激活系统,如大脑广泛急性炎症、幕上占位性病变造成钩回疝压迫脑干和脑干出血等,均可造成严重意识障碍。颅外疾病主要通过影响神经递质和脑的能量代谢而影响意识。例如:颅外病变所引起的缺血缺氧,可致脑水肿、脑疝形成,或使兴奋性神经介质去甲肾上腺素合成减少或停止,均可间接影响脑干网状结构上行激活系统或大脑皮质;肝脏疾病时的肝功能不全,代谢过程中的苯乙胺和酪胺不能完全被解毒,形成假介质(苯乙醇胺),取代了去甲肾上腺素(竞争性抑制),从而发生肝昏迷;各种酸中毒情况下,突触后膜敏感性极度降低,亦可导致不同程度的意识障碍;低血糖时由于脑部能量供应降低及干扰了能量代谢,可致低血糖性昏迷等。

二、病因

(一)颅内疾病

1. 局限性病变

- (1)脑血管病:脑出血、脑梗死、短暂性脑缺血发作等。
- (2)颅内占位性病变:原发性或转移性颅内肿瘤、脑脓肿、脑肉芽肿、脑寄生虫囊肿等。
- (3)颅脑外伤:脑震荡、脑挫裂伤、颅内血肿等。

2. 弥漫性病变

- (1)颅内感染性疾病:各种脑炎、脑膜炎、蛛网膜炎、室管膜炎、颅内静脉窦感染等。
- (2)弥漫性颅脑损伤。
- (3)蛛网膜下腔出血。
- (4)脑水肿,缺血缺氧性脑病。
- (5)脑变性及脱髓鞘性病变。
- (6)癫痫发作。
- (7)急性发作的各种功能性疾病:如急性心因性反应、癔症、急性精神分裂症及情感性障碍等。

(二)颅外疾病

1. 急性感染性疾病 各种败血症、感染中毒性脑病等。
2. 内分泌与代谢性疾病 如肝性脑病、肾性脑病、肺性脑病、糖尿病性昏迷、黏液水肿性昏迷、垂体危象、甲状腺危象、肾上腺皮质功能减退性昏迷、乳酸酸中毒等。
3. 外源性中毒 包括工业毒物、药物、农药、植物或动物类中毒等。
4. 缺乏正常代谢物质
 - (1)缺氧:血氧分压正常而含氧量降低者有一氧化碳中毒、严重贫血及变性血红蛋白血症等;血氧分压及含氧量降低者有肺部疾病、窒息及高山病等。
 - (2)缺血:见于心排血量减少的各种心律失常、心力衰竭、心脏停搏、心肌梗死;脑血管阻力增加的高血压脑病、高黏血症;血压降低各种休克等。
 - (3)低血糖:如胰岛素瘤、严重肝脏疾病、胃切除术后、胰岛素注射过量及饥饿等。
5. 水、电解质平衡紊乱 如高渗性昏迷、低渗性昏迷、酸中毒、碱中毒、高钠血症、低钠

血症、低钾血症等。

6. 物理性损害 如日射病、热射病、电击伤、溺水等。

三、分 类

(一)一般意识障碍

意识障碍可分为意识内容与清晰性障碍和意识范围缩小两类。意识清晰性障碍患者在认识外部事物时,不但在抽象认识(即对其内部联系的认识)方面受损,而且对客观刺激的感觉也发生困难或歪曲。临床上所说的意识障碍,即指此类意识清晰性障碍,从极轻度的困倦至昏迷时都可出现,通常是急性器质性精神障碍最常见的症状群。

1. 意识内容与清晰性障碍 以谵妄(delirium)最多见。此时患者同现实环境失去接触而生活在错觉、幻觉和妄想观念之中,环境定向有严重障碍,自我意识则大多保存。有丰富的景象式错觉与幻觉,尤多见幻觉,常见片段的妄想观念。情绪多变,常见恐惧,亦可有易激惹或欣快,言语不连贯,表情紧张,多伴发运动性兴奋。傍晚或夜间意识模糊加重。事后回忆往往不全。

程度较轻者具有梦境般的体验,出现大量假性幻觉和幻想性体验,如飞入太空、潜入海底、外表不动或少动,或有呓语,以往曾被称为梦样状态。意识障碍同样严重,而表现为刺激阈增高,精神活动贫乏、迟缓者,以往称为混浊。以精神活动无联系性和迷乱为特点,表现为思维和言语错乱,缺乏联系,出现持续言语、刻板零乱动作,不停地颤抖、摸索、自我意识有严重障碍者,以往称为精神错乱。

2. 意识范围缩小 最常见于朦胧状态(twilight state),特点是意识范围缩小的同时有环境定向障碍,但患者仍保持与外来刺激的相互联系,外表及举止仍连贯有序。另一个特点是突然发生,持续不长,突然结束。可有视幻觉、妄想和惊恐、仇恨等强烈情感体验。在幻觉、妄想和紧张情感影响下可突然发生杀人、破坏等危险行动。发作结束时往往继发深沉的睡眠,事后对发作完全不能回忆,或仅保留部分回忆。朦胧状态多见于癫痫,亦可见于癔症发作。心因性朦胧状态与精神创伤密切相关,发作时动作与体验内容一致,情感生动夸张,发作长短受周围人言语度影响。有时出现“近似回答”为特点的 Ganser 综合征,双重人格,或出现漫游。还有一些朦胧状态分别有其名称,如突然离家,短时间不随意游走,称为“神游症”。睡眠期间起床行走,次晨不能回忆,称为“睡行症”。瞬间发生的朦胧发作,称为“失神”,是癫痫发作的一种形式。

意识障碍的共同特征:

(1)与环境失去接触:患者此时对周围事物感知不清,概念固定困难或者完全不可能,注意力不能集中,外部事物的反映往往成为支离破碎、互不联系的片段。

(2)定向障碍:所谓定向正常,就是指个体能正确地回答时间、地点和人物。定向障碍时,患者不能确认当前所处的时间、地点以及环境中的人物,是意识障碍的一个可靠的和重要的标志,在一定程度上反映了疾病病理过程的轻重程度和性质。定向障碍出现时,常先累及时间定向,其后是地点,最后丧失人物定向。好转时定向恢复的次序则相反。

(3)思维失连贯与判断错误:有程度不等的思维不连贯,言语零碎或语不成句,概念间互不联系,判断常有错误,如把窗当成门等。

(4)回忆困难:对意识障碍期间的情况有不同程度的回忆困难,有的完全不能回忆。

为了判断意识障碍是否存在,上述四个方面的确定有重要意义。其中一个或两个标志

存在,还不能肯定有意识障碍,因为同环境失去接触,也能在淡漠、内向性时发生;定向障碍也可见于遗忘、淡漠和某些妄想;思维缺乏联系,判断错误也可见于痴呆等。

(二)自我意识障碍

自我意识是指个体对当前主观状态的确认。主要包括:①存在意识:是指人能够对自身存在有一个现实而又确切的体会,而不是虚无不实的;②能动性意识:是指人能够意识到自己的精神活动是受其本人而不是受他人的支配和控制;③统一性意识:是指人能够意识到在不同的时间内,自己是同一个人,同一个“我”,而不是在不同时间内成为两个或两个以上的“我”,在同一时间内,自己是一个单一的人,同样又是一个独立的人;④界限意识:是指意识到自己和其他人或事物之间,存在着一定的界限,并且体验到自己和其他人或他物之间都是相互独立存在的不同个体。

自我意识障碍是指以上诸方面中的某个或几个方面均受到不同程度的影响,以致患者对自身当前主观状态不能正确认识,包括不能感知自身的存在,不能意识到自身是一个单一的、独立的个体,不能正确认识现在的“我”和既往的“我”的区别,以及失去精神活动的自我支配和控制等。总之,患者不能正确认识自己的人格特点。主要见于各种疾病所致的昏迷状态、昏迷状态或精神错乱状态。但特殊形式的几种自我意识障碍,可见于各种功能性精神病,如神经症、精神分裂症、情感性精神病或轻度脑器质性精神病等。

1. 双重人格 是指同一个人在不同的时间内产生两种完全不同的内心体验,表现出两种不同的性格,也就是两种不同的人格在同一个人身上先后交替出现。当一种人格占优势时,另一种人格特点就完全被排除在他的意识之外。当同一个人先后出现两种以上的人格特点时则称为多种人格。均见于癔症患者。

2. 人格转换 患者否认自己是原来的自身,而自称是另外一个人或动物,但不一定有相应行为和语言的转变。多见于癔症或精神分裂症。

3. 人格解体 为一种奇怪的复合体验,患者丧失了现实体验,感到自身或外部世界发生了改变,具有一种陌生感和不真实感,患者觉得自己是空虚的,不属于自己的,或觉得自己是受异己的力量操纵的或成为自动的机体。如觉得环境发生改变、不真实、似若做梦,称为“现实解体”;如觉得身体某部变大、变小、分离、嵌合、空虚,称为“躯体解体”;如觉得体验情感能力丧失,似乎不能哭、不能爱和恨,则称为“情感解体”。人格解体多和虚无妄想有联系。正常人疲乏时或似睡非睡时亦可发生,多见于焦虑性障碍、抑郁症,有时也见于精神分裂症或颞叶癫痫。

4. 被泄露感 患者感受到自己的思想、情感已被泄露于世以致弄得满城风雨,人人皆知。见于精神分裂症。

5. 被支配感 患者感受到自己的思想、行动正在受到别人或外力的支配和控制,而自己不能主宰。见于精神分裂症。

6. 自知力缺乏 自知力也称内省力,是指患者对自身主观状态或精神状态的认识能力,也应是能否正确分析判断并指出既往与现在的自身状态和内心体验有何异同、自身有无精神疾病的能力。

自知力缺失是指患者面对自己的精神病理状态不能做出正确的估计或评价。对自己的精神状态和个性特点在发病前后的变化不能正确认识,认识不到自己病态的思维、情感和行为与常人之间的差异。即认识不到病前的“我”和病中的“我”的区别。甚至否认有病而拒绝接受治疗。这是精神病与神经症性障碍区分的标志之一,对判断精神病治疗效果也有一定

意义。神经症患者一般自知力都完整。重性精神病患者,如精神分裂症等,在疾病的早期或恢复过程中,常能体验到自己一部分精神病理现象是异常的,或对其一些症状表现半信半疑说明有部分自知力。自知力完全缺失多发生在疾病的进展期间或严重阶段。通过治疗或病情的缓解而自知力可逐渐恢复。当疾病治愈或完全缓解时,则自知力完全恢复;自知力恢复不完全标志着精神疾病没有彻底治愈或缓解不完全。所以自知力恢复完全与否是判断疾病是否痊愈的重要指标之一。

判断患者自知力是否完整应注意以下几个方面:①自知力完整的患者能充分认识到自己已患了疾病;②自知力完整的患者能体验或觉察到自己所患疾病系属于精神疾病;③自知力完整的评价能够辨认自己的表现或体验哪些是正常的,哪些是不正常的或反常的;④自知力完整的患者能清楚地分析说明病态表现或体验属于病态的原因,如自己的认识不符合客观事实或根本不存在客观现实等;⑤自知力完整的患者能清楚地认识精神疾病的发生、发展的背景和过程等;⑥自知力完整的患者,不但承认自己有病还能主动求医,迫切要求治疗,并给予积极配合。

四、临床表现

主要是给予言语和各种刺激,观察患者反应情况加以判断。如呼其姓名、推摇其肩臂、压迫眶上切迹、针刺皮肤、与之对话和嘱其执行有目的的动作等。按其深浅程度或特殊表现分为:

1. 意识水平下降的意识障碍

(1)嗜睡:是程度最浅的一种意识障碍,患者经常处于睡眠状态,给予较轻微的刺激即可被唤醒,醒后意识活动接近正常,但对周围环境的鉴别能力较差,反应迟钝,注意力不集中,刺激停止又进入睡眠。常见于颅内压增高者。

(2)昏睡:较嗜睡更深的意识障碍,表现为意识范围明显缩小,精神活动极迟钝,对较强刺激才可唤醒,醒时睁眼,但缺乏表情,对反复问话仅能作简单回答,回答时含混不清,常答非所问,旋即熟睡,各种反射活动存在。

(3)昏迷:意识活动丧失,对外界各种刺激或自身内部的需要不能感知。可有无意识的活动,任何刺激均不能被唤醒。按刺激反应及反射活动等可分四度:

1)浅昏迷:随意活动消失,对疼痛刺激有反应,可有无意识的自发动作,各种生理反射(腱反射、吞咽、咳嗽、角膜反射、瞳孔对光反应等)存在,体温、脉搏、呼吸多无明显改变,可伴谵妄或躁动。

2)中度昏迷:随意活动消失,对周围事物及各种刺激均无反应,很少有无意识的自发动作,对强烈刺激时防御反射及各种生理反射(腱反射、吞咽、咳嗽、角膜反射、瞳孔对光反射等)均减弱,体温、脉搏、呼吸多可有轻微改变,二便潴留或失禁。

3)深昏迷:随意活动完全消失,对任何刺激皆无反应,各种生理反射(腱反射、吞咽、咳嗽、角膜反射、瞳孔对光反射等)均消失,呼吸不规则、血压下降、大小便失禁、全身肌肉松弛、去大脑强直等。

4)极度昏迷:又称脑死亡或“不可逆昏迷”,是深昏迷的进一步发展。患者处于濒死状态,无自主呼吸,各种反射消失,依赖人工呼吸及药物维持生命体征,全身肌张力低下,眼球固定、瞳孔散大、体温低而不稳。脑电图呈病理性电静息,脑功能丧失持续在24小时以上,排除了药物因素的影响。