

综合医院精神障碍诊疗

疑难危重案例解析

主编 李红政 雷美英

综合医院精神障碍诊疗

——疑难危重案例解析

主 审 郝 伟

主 编 李红政 雷美英

副主编 苏琴基 赵立琼 许春杏

编 者 (按姓氏笔画排序)

马宏丽	王周然	王彦海	卢素洁	刘 耿	刘小兵
许春杏	阳 睿	苏琴基	李 易	李 霞	李大创
李红政	李杰锋	宋 妍	张 玲	张 涛	罗若芸
罗维肖	周宏奎	赵立琼	赵晓瑾	胡 静	徐 曙
黄品德	温 健	雷美英			

学术秘书 刘 耿 马宏丽

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

综合医院精神障碍诊疗: 疑难危重案例解析 / 李红政, 雷美英主编. —北京: 人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26702-1

I. ①综… II. ①李… ②雷… III. ①精神障碍 - 诊疗 - 病案 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 094975 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

综合医院精神障碍诊疗
——疑难危重案例解析

主 编: 李红政 雷美英

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: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司(胜利)

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 28 插页: 4

字 数: 681 千字

版 次: 2018 年 6 月第 1 版 2018 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26702-1/R · 26703

定 价: 138.00 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市场营销中心联系退换)

编审人员及单位

主 审

郝 伟 中南大学湘雅二医院

主 编

李红政 中国人民解放军第三〇三医院

雷美英 中国人民解放军第三〇三医院

副主编

苏琴基 中国人民解放军第三〇三医院(现广西医科大学第二附属医院)

赵立琼 中国人民解放军第三〇三医院

许春杏 中国人民解放军第三〇三医院

编 者(以姓氏笔画排序)

马宏丽 中国人民解放军第三〇三医院

王周然 中国人民解放军第三〇三医院(现深圳市康宁医院)

王彦海 中国人民解放军第三〇三医院(现济宁市精神病防治院)

卢素洁 中国人民解放军第三〇三医院

刘 耿 中国人民解放军第三〇三医院

刘小兵 中国人民解放军第三〇三医院 191 临床部

阳 睿 中国人民解放军第三〇三医院

李 易 中国人民解放军第三〇三医院

李 霞 中国人民解放军第三〇三医院

李大创 中国人民解放军第三〇三医院

李杰锋 中国人民解放军第三〇三医院

宋 妍 南宁市第五人民医院

张 玲 南宁市第五人民医院

张 涛 中国人民解放军第三〇三医院

罗若芸 中国人民解放军第三〇三医院

罗维肖 中国人民解放军第三〇三医院 191 临床部

周宏奎 中国人民解放军第三〇三医院

赵晓瑾 中国人民解放军第三〇三医院(现三峡大学附属仁和医院)

胡 静 中国人民解放军第三〇三医院 191 临床部

徐 曙 中国人民解放军第三〇三医院 191 临床部

黄品德 中国人民解放军第三〇三医院

温 健 中国人民解放军第三〇三医院

主审简介

郝 伟 教授,博士生导师。中南大学湘雅二医院精神卫生研究所副所长,联合国国际麻醉品管理局第一副主席,世界卫生组织(World Health Organization, WHO)药物与酒精专家顾问委员会委员,WHO 成瘾行为与健康合作中心主任,中国药物滥用防治协会(一级协会)会长,全国统编五年制教材《精神病学》第4~8版主编。曾两次在WHO工作。获国家科技进步二等奖(名次第二)1项。



主编简介

李红政 主任医师, 硕导。解放军第三〇三医院心理卫生科主任、全军心理卫生指导中心负责人, 精神病与精神卫生学博士, 应用心理学博士后。现为全军心理学专业委员会副主任委员、中国心理学会军事心理学专业委员会副主任委员、广西心理卫生协会副理事长。主要研究领域为心理选拔与分类、精神障碍筛查、心理行为问题风险评估与安全管理。获军队科技进步一(合作)、三等奖共2项, 获广西科技进步三等奖1项; 在国内外发表研究论文119篇; 主编、副主编专著5部。先后被原总政治部、原广州军区表彰为全军优秀地方大学生干部、优秀科技干部。立三等功3次, 2次享受军队优秀专业技术人才岗位津贴。



雷美英 解放军第三〇三医院心理卫生科副主任医师。1992年毕业于原湖南医科大学精神病与精神卫生系, 先后在解放军第191医院精神科、第四军医大学西京医院精神科、解放军第三〇三医院心理卫生科、驻香港部队医院从事精神卫生工作26年。现为广西心理卫生协会理事、广西精神疾病残疾评定及慢病评审专家。发表研究论文59篇, 主编、副主编专著4部, 获军队科技进步三等奖、广西科技进步三等奖共2项。



序 一

精神科常被人们误解为仅仅是“用抗精神病药治疗疯子”的十分简单的医疗科室,事实上这完全是误解。由于人是一个身心合一的整体,在精神科常常会碰到许多疑难的问题,包括以下三方面:精神病人可以得各种不同的躯体疾病,而精神病人常常不会诉述自己的不适,如果精神科大夫没有其他科室疾病的基础知识,则常会延误对躯体疾病的治疗;各种躯体病有可能出现不同的精神症状,从轻度的情绪障碍到严重的精神错乱,必须给予相应的精神科治疗;各个躯体器官在没有明显病损的情况下,可出现严重的症状,诸如心脏神经症、胃神经症等。综上所述,对精神科医生而言,没有多余的知识,只有不够的学问。

本书选了近七年收集整理的 100 多个不同的病案,介绍了不同原因所致的精神疾病,既有常见的精神分裂症,也有多种躯体病所致的精神症状,还有合并躯体疾病的精神病案,是一本很好的精神科临床读物。

李雪荣

于湖南长沙中南大学湘雅二医院

2017.10.30

序 二

在临床精神医学领域,对一些疑难危重精神障碍患者,尤其是器质性精神障碍和精神障碍伴发严重躯体疾病患者,部分精神科医生在其联络会诊、跨学科诊疗、安全管理以及预后评估等工作方面都有不少困惑。特别是对基层医务人员而言,往往缺乏综合医院其他科室的技术支撑,如何早期识别、及时转诊和最大程度规避诊疗风险都可能都是大难题。

李红政主任医师及其团队近十多年来一直在三级甲等综合医院从事临床精神医学工作,接触到了不少器质性精神障碍和精神障碍伴发严重躯体疾病的患者。为总结经验,经过六年多的不懈坚持,成功编写了《综合医院精神障碍诊疗——疑难危重案例解析》。该书所涉学科领域较多,案例解析重点从精神障碍临床角度出发,涉及精神心理、神经系统、风湿免疫系统、内分泌系统、传染性疾病、遗传性疾病等学科病种,其中不乏临床中罕见、危重、易误诊及漏诊的案例,值得借鉴。

书中翔实记录了每一案例病情的变化、诊治、转归的过程,总结了疾病的临床表现,并查阅大量文献、书籍,介绍了相关疾病的诊疗新进展、新观点,尤其是精神障碍的症状表现及临床处理,展现了精神障碍疾病的诊断新思路,是临床不可多得的经验交流。本书专家点评入木三分,用语严谨而不乏风趣,图文并茂,是一本值得临床大夫阅读、参考的好书。

翻阅本书,能感受到该团队对患者的尊重、对生命的敬畏和对职业的热爱,更为年轻人对精神医学的专业执着感到欣慰。“临病若能三思,用药终无一失”,愿本书的出版能为更多的医生拓开临床思路,使更多患者从中获益。

杨玲玲 左成业
2017年12月

救治精神障碍患者要有深厚的临床功底,更需要多学科技术支撑。但现实工作中却常常事与愿违,尤其是在精神卫生服务需求更大的基层医院,精神科医护人员内外科基础相对不足、内外科医生精神障碍处置经验欠缺、精神障碍诊疗多学科联络会诊渠道机制不畅等等,都在很大程度上影响了精神障碍的早期识别、患者的风险评估和安全管理,给精神障碍患者的诊疗护理、临床与社会康复等工作带来了不少弊端,也免不了会给医护人员带来从业困惑和职业风险,甚至包括人身威胁。

十多年前,我有机会在综合性三甲医院组建了新的精神科。两年时间不到,急危重症综合救治工作在精神科展现得淋漓尽致,患者剖腹自残、自挖眼睛、跳楼断腿、撕脱阴茎皮肤、吞食铁钉、上吊自杀未遂的,只要是伴有严重躯体疾病或损伤,经多学科联合诊疗,躯体疾病缓解后都被要求转入精神科病房,这有些让人害怕。更有甚者,初期表现为精神异常的狂犬病患者在住院期间出现伤人行为,或入院前慢性鼠药中毒患者出院时全身黏膜出血,或慢性酒精中毒患者谵妄状态时突发大面积脑出血,这些情况更让人恐惧,但这都被我们碰上了。2008年,一位患者因“焦虑紧张伴少动”曾经四次住院,其中两次住神经内科病房均考虑为“神经症?”而又二次转入心理科病房,并做了头部和脊髓MRI检查未发现异常。最后一次住心理科期间,患者基本躺在床上,即使外出也要求坐轮椅,说是没有力气。出于医生的责任感和职业敏感性,本书主编雷美英医师多次为其检诊,发现患者有不恒定的胸部皮肤浅感觉缺失或腹壁反射减弱体征,后经科室大查房,初步认定患者存在脑或脊髓病变的可能性。为明确诊断,作为科室主任,我亲自陪同患者做核磁共振检查,遗憾的是,常规检查还是未发现问题,但我坚持自己的临床感觉,再次诚恳地和患者商量,建议第三次做脊髓MRI并加强。患者及家属采纳了我的建议,于是,我忐忑不安地陪伴着患者家属在检查室外等来了第三次检查结果“全脊髓脱髓鞘病变”。结果一明确,我没有兴奋放松感,倒是深吸一口气,感觉似乎是老天爷救了患者,更是救了我这个科主任。之后的三年中,这类事情经常发生,多次让我们胆战心惊。于是,从2011年3月开始,我们团队决定做好一件事——写一本综合医院精神科的疑难危重案例集,以供大家分享。做一个决定容易,让一个团队坚持七年收集案例写一本书并不容易。为整理案例,写作小组成员往往要在工作之余抽出大量时间加班,或克服种种困难完成任务,也正是有了这些编写人员的辛勤劳动,才最终有了这本书的诞生。

本书共收集103个典型疑难危重案例,绝大多数是我们亲自诊疗、护理过的患者,他们或是住院患者、或是门诊患者、或是联络会诊患者,只有极少数案例遴选于其他医院,但均为真实、典型的临床案例。全书分五章:第一章为脑器质性精神障碍,包括脑血管病、颅内感



染、脑肿瘤、脑变性疾病、癫痫、脑外伤等所致精神障碍；第二章为躯体疾病所致精神障碍，包括艾滋病、狂犬病、梅毒、甲亢、席汉氏综合征、胰岛素瘤、系统性红斑狼疮、血栓性血小板减少性紫癜等所致的精神障碍；第三章为精神活性物质等所致精神障碍，包括酒精中毒、酒精滥用以及氯胺酮、感冒药、多巴丝肼、糖皮质激素等所致的精神障碍；第四章为精神障碍合并躯体疾病，包括精神障碍合并姜虫病、带状疱疹、糖尿病、脑积水、严重压疮、重度营养不良等；第五章为少见、易误诊、高危或与用药有关的精神障碍，包括病理性偷窃、误诊为癌病的胰腺癌、寄生虫妄想症、Kleine-Levin 综合征、精神障碍患者外伤性脂肪液化、儿童氯氮平集体中毒、复方甘草酸苷注射液所致假性醛固酮增多症等。每个案例均按照病历摘要、分析讨论、经验总结、专家点评四个部分进行写作，部分案例配有图片，保证每个案例既有客观资料的呈现，又有编者个人的临床分析和经验总结，尤其是专家点评部分更是画龙点睛、突出重点。

本书适用于临床医学生、精神科医护人员、急诊和内外科工作人员参考使用，也可用于住院医师规范化培训、专业型医学研究生案例教学，还可以作为《部队军医实用技术丛书——心理卫生工作手册》的配套用书或部队军医专业培训的辅助教材。

曾经以为做精神科医生特别简单，现在觉得要种好这一亩三分地也很难。作为医学生，回顾成长的艰辛和曲折，我们懂得了感恩和尊重，尤其是对我们的老师，无论他们年老体迈，还是已经老去；作为精神科医生，面对患者家人的痛楚和无奈，我们深知自己的职业责任，特别是面对患者，不管他们患病时误解我们，还是康复后感谢我们；作为学科带头人，目睹年轻同事们的专业执着和默默奉献，我逐渐明白了自己肩上的责任，深知他们需要正确引领，需要成长机会和平台。

感谢母校中南大学湘雅二医院精神卫生研究所老师们的鼓励与支持，尤其要感谢郝伟教授在百忙之中为本书进行审核并作指导，感谢老前辈杨玲玲教授、左成业教授、李雪荣教授为本书作序并提出修改建议，感谢谭立文教授、王小平教授对本书的写作过程出谋划策；感谢空军军医大学苗丹民教授在写作、出版过程中的具体指导；也要感谢编委会所有成员的辛勤劳动和无私奉献，特别感谢解放军第三〇三医院内分泌科程时武博士、妇产科龙海红主任，以及精神科覃梅、赵敏、王骞、研究生赵倩南等同志对编写工作的帮助。此外，作为全军心理卫生应用性重点建设项目的研究成果之一，本书出版得到了人民卫生出版社的大力支持，在此一并致谢！

由于编者们的水平有限，对部分案例资料的采集、理解、分析以及经验总结会有错误或者不妥，望专家、同道和读者们指正！

李红政

2018年5月12日

目 录

第一章 脑器质性精神障碍.....	1
1. 健忘多疑的老太太——阿尔茨海默病	1
2. 痴呆的幕后真凶——血管性痴呆伴嗜铬细胞瘤	5
3. 白天不懂夜的黑——多发腔隙性脑梗死所致精神障碍	10
4. 妈妈的谎言——多发性腔隙性脑梗死所致痴呆	14
5. 脑袋要“爆炸”的男子——脑梗死所致神经症样综合征	18
6. 真假病毒——以幻觉妄想为主要表现的病毒性脑炎	21
7. 精神异常的脑炎患者——脑炎所致精神障碍误诊为精神分裂症	27
8. 亡灵的声音——脑炎后继发性癫痫伴精神障碍	31
9. 糊涂的畸胎瘤少女——抗 NMDAR 脑炎所致精神障碍	35
10. 怪异的感冒——抗 NMDAR 脑炎所致精神障碍	40
11. 险致误诊的“癱病样瘫痪”——脊髓脱髓鞘疾病	45
12. 脾气暴躁的少年——首发精神异常的脱髓鞘脑病	50
13. 用领带自缢的老人——额叶病变所致抑郁发作	55
14. 绿褐色美瞳眼中的幻象——肝豆状核变性所致精神障碍	59
15. 失控的舞蹈——小舞蹈病所致精神障碍	63
16. 颤抖的手躁动的心——帕金森病所致精神障碍	67
17. 装脑起搏器后的“高官”——脑深部电刺激治疗后躁狂样发作	71
18. 头痛易跌倒的精神病患者——双侧小脑软化灶所致精神障碍	74
19. 失眠的元凶——症状性松果体囊肿伴发精神障碍	79
20. 矫情的农妇——颅内肿瘤所致精神障碍	82
21. 失踪的女子——垂体腺瘤所致精神障碍	88
22. 倔女子的真假抽搐——脑灰质异位症	93
23. 六个我——癫痫所致人格解体	98
24. 急起失明的真相——癫痫所致精神障碍共病枕叶皮质盲	102
25. 失语之谜——获得性癫痫性失语	107
26. 爱“发呆”的笨小孩——漏诊 11 年的儿童癫痫	111
27. 受伤的脑子虚幻的世界——脑外伤后精神障碍	116
28. 车祸一年后——脑积水所致精神障碍	119
29. 喜从悲来——器质性情感障碍	123



30. 自幼好动的低智儿——Dandy-Walker 综合征	126
第二章 躯体疾病所致精神障碍	131
31. 人类免疫缺陷综合征职业暴露之风险——HIV 感染所致精神障碍	131
32. 转院后死亡的已婚者——人类免疫缺陷病毒感染所致精神障碍	135
33. 悔不该当初的放纵——梅毒所致精神障碍	140
34. 命丧犬口——狂犬病所致精神障碍	144
35. 拔牙后也“疯狂”——感染性心内膜炎	148
36. 难了我的胸痛之忧——心肌桥	153
37. 疯狂爱上男医生——甲状腺功能亢进所致精神障碍伴自杀	157
38. 抬不起腿的暴躁女人——甲状腺功能亢进所致精神障碍合并低钾性周期性麻痹	162
39. 大闹急诊科的瘦男人——甲状腺功能亢进所致精神障碍	166
40. 给她动力——甲状腺功能减退所致精神障碍	171
41. 一次出血“疯”二年——席汉氏综合征所致精神障碍	175
42. 不听话的孩子——代谢性疾病所致精神发育迟滞	178
43. 扮鬼脸的“小”男人——低促性腺激素性腺功能减退症伴发精神障碍	182
44. 性欲下降的年轻女工——肾上腺皮质功能减退症	186
45. 异样的“小”女子——先天性卵巢发育不全所致精神障碍	190
46. 奇怪的精神异常——POEMS 综合征	193
47. 凌晨的惨叫——胰岛素瘤所致精神障碍	197
48. 懒妹妹——误诊为“精神分裂症”的维生素 B ₁₂ 缺乏症	201
49. 殉情的蝴蝶——系统性红斑狼疮所致精神障碍	208
50. 受“天兵天将”保护的男子——巨幼红细胞性贫血所致精神障碍	213
51. 缺失的血小板——血栓性血小板减少性紫癜所致精神障碍	217
52. 惊恐时眩晕的“美”女——惊恐发作共病梅尼埃病	220
53. 不敢上课的老师——颈椎病伴发焦虑	224
54. 不一般的皮肤病——硬皮病所致精神障碍	228
第三章 精神活性物质和非成瘾性物质所致精神障碍	232
55. 醉生梦死久生乱,人醒时分命也悬——酒精依赖综合征伴脑桥中央髓鞘溶解症	232
56. 走路摇晃的男子——慢性酒精中毒后 Wernicke 脑病	237
57. 劝君莫饮千杯酒——慢性酒精中毒所致精神病	240
58. 口吐“录音带”的逃难者——慢性酒精中毒所致精神障碍	244
59. 嗜酒 37 年一夜丢命——慢性酒精中毒所致精神障碍合并脑出血	248
60. 氯胺酮滥用也发疯——氯胺酮所致精神障碍	252



61. 瘦身女子的“噩梦”——减肥药所致精神障碍	256
62. 令人兴奋的感冒药——OTC 感冒药所致精神障碍	260
63. 药能治病,也能致病——多巴丝肼所致精神障碍	264
64. “神药”惹的祸——糖皮质激素所致精神障碍	268
 第四章 精神障碍合并躯体疾病	273
65. 寄生虫的侵入——精神分裂症合并寄生虫病	273
66. 还是外伤惹的祸——精神分裂症共病破伤风	277
67. 草坪上的秘密遭遇——精神分裂症合并恙虫病	281
68. 病中病——精神分裂症合并肝胝体炎性损伤	286
69. 裹青布头巾的头痛老人——躯体化障碍合并带状疱疹	290
70. “武则天”的高血压——精神分裂症合并库欣综合征	294
71. 烂苹果味的外走男子——精神分裂症伴糖尿病酮症酸中毒	300
72. 天外来音好困惑——精神分裂症误诊为甲状腺功能亢进所致 精神障碍	305
73. 不受伤也出血——精神分裂症共病神经精神狼疮	309
74. 第四次发病——精神分裂症患者伴发脑积水	314
75. 大学生的分裂世界——精神分裂症共病蛛网膜囊肿	318
76. 网瘾者的蹒跚步态——多系统萎缩	322
77. 朦胧中的幻境——精神分裂症治疗过程中的癫痫发作	327
78. 骨瘦如柴也多疑——精神分裂症伴重度营养不良	332
79. 约束保护过犹不及——精神分裂症合并压疮	337
80. 夜躺地板的独居者——精神分裂症患者一氧化碳中毒	342
81. 准妈妈的两难抉择——妊娠期精神分裂症患者的治疗选择	346
 第五章 其他少见、易误诊、高危或与用药有关的精神障碍	352
82. 重享夕阳好时光——老年抑郁症的无抽搐电休克治疗	352
83. 歇斯底里的喊叫——误诊为“癌病”的胰腺癌	357
84. 神秘的夜行者——甲状腺功能亢进症伴发睡眠行症	361
85. 偷窃的快感——病理性偷窃	365
86. 赶不走的“虫子”——寄生虫妄想症	368
87. 止不住的呕吐——神经性呕吐	374
88. 极度恐惧的背后——惊恐障碍	378
89. 瞌睡虫来袭——Kleine-Levin 综合征	383
90. 胖女子跳楼后——精神障碍患者外伤性脂肪液化	387
91. 饥饿男人的真假服药——自杀姿势	390
92. 皮肤被剥脱的阴茎——精神分裂症患者的自残行为	393
93. 丢失的象棋子——精神分裂症患者吞食异物	397
94. 以毒攻毒险丢命——精神分裂症患者有机磷农药中毒	402



95. “假药”不假——抑郁症患者慢性鼠药中毒	405
96. 半夜突发呼吸困难的老人——老年抑郁患者自杀未遂	410
97. 服药自杀的女患者——氯氮平中毒	414
98. 下肢“深部”的蠕动——药源性不宁腿综合征	418
99. 抬不起来的腿——利培酮所致迟发性运动障碍的治疗	422
100. 服药后全身强直的男人——恶性综合征伴大面积压疮	426
101. 看不见的肌肉溶解——齐拉西酮致恶性综合征	431
102. 老人心脏骤停的背后——复方甘草酸苷注射液致假性醛固酮增多症	435
103. 误食猪饲料的孩子们——儿童氯氮平集体中毒	440

第一章

脑器质性精神障碍

1. 健忘多疑的老太太——阿尔茨海默病

作者: 阳睿

关键词: 阿尔茨海默病, 血管性痴呆, 脑梗死

一、病例资料

患者, 女性, 76 岁, 因“缓起记忆减退、言行异常 6 年余, 右侧偏瘫 3 年, 发热 1 周”于 2008 年 9 月 3 日入院, 家属提供病史。

现病史: 患者 2002 年初被人骗去数万元, 心情不好, 逐渐出现不愿与人接触, 少语、少动。家人发现患者记忆力逐渐减退, 丢三落四, 不认识回家的路, 不记得说过的事, 经常找不到东西, 不记得如何做饭等。曾在外院住院治疗, 行头颅 CT 检查, 未见明显异常, 诊断为“老年痴呆症”, 经治疗症状稍改善。出院后自行停止治疗, 病情控制不佳, 逐渐出现记不起别人姓名, 不认识自己的亲人, 不知道吃饭、喝水、睡觉, 日常生活均需别人督促、照顾, 并且敏感多疑, 怀疑家人对她不好; 看电视节目时认为有人在骂她。情绪不稳定, 爱发脾气, 乱骂人, 有时打人, 有冲动、毁物行为, 曾砸坏电视机。2005 年患者出现血压高、右侧肢体偏瘫、不能自由行走, 在外院住院治疗, 诊断“脑梗死”, 此后终日卧床, 生活需要别人照顾。2006 年逐渐出现言语表述含糊不清, 不能说完整的句子, 只能说些简单词语。入院前一周发现患者烦躁, 不配合家人照顾, 只能发出简单的“嗯嗯啊啊”声。进食速度慢, 吞咽困难, 食量减少, 不愿喝水。发热, 最高体温 38.7℃, 伴咳嗽、咳痰。病后患者进食差, 睡眠一般, 常有便秘, 需使用开塞露才能解大便。无抽搐、昏迷。

既往史: 2005 年因偏瘫在外院诊断“脑梗死、高血压”, 具体诊治不详。

个人史: 小学文化, 从事个人小商品工作。丈夫于 20 年前去世。

家族史: 无特殊。



体格检查:体温 37.6℃,脉搏 84 次/分,呼吸 15 次/分,血压 140/80mmHg。头颅五官无畸形,双肺呼吸音粗,双下肺可闻及散在干湿啰音。心、腹查体未见异常。左臀部有一约 3cm×3cm 的皮肤破损。四肢肌张力正常,肌力检查不配合,双下肢膝反射减弱,双上肢腱反射正常,病理征未引出。

精神状况检查:定向力检查不合作。患者不说话,不回应别人,自主活动少,检查不配合,情绪不稳定,有冲动、毁物行为,情感反应欠协调,自知力缺乏。

辅助检查:①血常规:白细胞计数 $11.9 \times 10^9/L \uparrow$,正常参考值 $(3.5 \sim 9.5) \times 10^9/L$,嗜酸性粒细胞百分比 91.8% $\uparrow$ (正常参考值 40%~75%)。②胸部 X 线:左下肺感染,治疗后复查:心影增大,请结合临床;胸主动脉硬化。③心电图:窦性心律;S-T、T 改变;左心室高电压;P-R 间期稍缩短;心前导联呈逆钟向转位。④头颅磁共振:脑干、左侧基底节区腔隙性脑梗死;皮层下动脉硬化性脑病;老年性脑萎缩;右侧乳突异常信号灶,考虑乳突炎。⑤韦氏记忆商数 40,韦氏智力测试患者不能配合。大小便常规、肝肾功能、电解质、甲状腺功能未见明显异常。

入院诊断:阿尔茨海默病;脑干、左侧基底节区腔隙性脑梗死;皮层下动脉硬化性脑病;老年性脑萎缩;左下肺感染;胸主动脉硬化;压疮。

给予改善脑循环、营养脑细胞、抗感染、营养支持等对症治疗。患者入院后卧床,近记忆力差,常常生气,拍打陪护,认为陪护不给她吃饭,欺负她。要求多,但当家人满足其要求时,患者又大发脾气,认为家人故意气她,砸坏或乱扔东西。考虑患者目前以记忆力障碍为主,幻觉妄想等精神病性症状不明显,故未使用抗精神病药物,治疗以营养脑细胞、改善记忆力、改善脑循环等对症治疗为主。住院治疗 20 天,症状改善不明显,家属要求出院。

随访:出院后半年患者病情逐渐加重,两年后去世。

二、讨论

阿尔茨海默病(Alzheimer disease, AD),又称老年性痴呆,是一种中枢神经系统变性疾病,起病隐袭,病程呈慢性进行性,是老年期痴呆最常见的一种类型。主要表现为渐进性记忆障碍、认知功能障碍、人格改变及语言障碍等神经精神症状,严重影响社交、职业与生活功能。该病预后不良,部分患者病情进展较快,最终常因营养不良、压疮、肺炎等并发症或因心肺衰竭死亡。

目前为止,AD 的病因及发病机制尚未阐明,一般认为 AD 是复杂的异质性疾病,多种因素可能参与致病,如遗传因素、神经递质、免疫因素和环境因素等。特征性病理改变为 β 淀粉样蛋白沉积形成的细胞外老年斑和 tau 蛋白过度磷酸化形成的神经细胞内神经元纤维缠结,以及神经元丢失伴胶质细胞增生等。近年来的流行病学及病理学研究表明,AD 与血管因素有关联。尸检证明,60%~90% 的 AD 患者合并多种脑血管病变。可导致心脑血管病的危险因素(高血压、糖尿病、高血脂、吸烟等)亦被认为是 AD 的危险因素,血管因素不仅会造成血管性痴呆(VD),也可能参与 AD 的病理生理机制,增加 AD 的患病风险。另有研究表明血管因素在 AD 发生和进展中具有潜在促进作用,从而导致 AD 恶化,其作用机制可能与脑局部血流量的降低等因素有关。



临床表现包括认知症状:记忆力障碍,为其核心症状;视空间和定向障碍,为AD的早期症状之一,如迷失方向,时间定向差等;言语障碍,如刻板啰嗦、不得要领的表达方式,甚至出现失认等;智力障碍,包括既往的知识和经验及形成新概念的能力等。

以往研究者们一直关注痴呆的认知功能,忽略了痴呆的精神症状。实际上,正是痴呆的这些精神症状决定了患者及照料者的生活质量,也构成了照料者的主要应激来源,也是患者被收入住院或住院陪护的最常见原因。1996年世界老年精神病学组织将痴呆的精神症状统一称为“痴呆行为和精神症状”(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)。

AD的精神障碍可分为认知和非认知功能两大类,但临床上很难区别。1996年Cumming TL等提出下列分类:认知功能缺损:记忆、语言、视空间领域技能、执行功能;神经精神性障碍:激越、焦虑、抑郁、情绪不稳定、幻觉、妄想、心境恶劣、淡漠、孤独、退缩;行为障碍:漫游、激惹、对抗、重复、拾垃圾;功能缺陷:日常生活功能丧失、日常工具性应用活动功能丧失;原始神经病学的症状:大小便失禁、四肢僵直、自主活动丧失;睡眠节律改变;性功能改变;食欲缺乏。Burgio等研究指出,痴呆患者BPSD的总发生率为70%~90%。AD与VD都伴有不同程度的行为和精神症状,有研究显示,AD组患者偏执和妄想、行为紊乱、攻击行为、焦虑和恐惧等发生率均明显高于VD组,VD患者情感障碍较为明显。

AD的辅助检查包括心理学检查如阿尔茨海默病评定量表,该量表主要评定与AD相关所有最重要的症状的严重程度。实验室检查包括EEG、CT、MRI、SPECT等。ICD-10中有关AD的诊断如下:①存在痴呆;②潜隐起病,缓慢衰退,通常难以指明起病时间,但他人可突然发现其症状,疾病进展过程中可出现一个相对稳定阶段;③无临床依据或特殊检查结果能够提示精神障碍是其他引起痴呆的全身疾病或脑部疾病所致;④缺乏突然卒中样发作,在早期无局灶性神经系统损害的体征,如轻瘫、感觉丧失、视野缺损及共济失调。

AD患者后期可出现脑梗死,故需重点和VD相鉴别。鉴别如下:前者起病隐渐,缓慢发展,后者起病较急,常有高血压病史,呈波动或缓慢恶化;前者早期出现近记忆力障碍,后者早期出现神经衰弱综合征;前者出现精神症状主要表现为全面性痴呆,自知力缺乏,往往有人格改变及情感淡漠后欣快,后者一般自知力较好,人格改变不明显,情感脆弱;前者早期多无局限性体征,后者可出现局灶性症状和体征,如病理反射或偏瘫等;后者CT提示多发梗死、腔隙或软化灶等。

本病病因不明,目前尚无特效疗法。其治疗主要包括:药物治疗、心理或社会行为治疗。药物治疗旨在改善缺损的促认知药物及针对BPSD的药物治疗,药物治疗BPSD必须遵守以下原则:①治疗必须遵循“靶症状”。以最小有效剂量进行治疗;②根据病情变化动态调整药物剂量;③起始剂量宜小,剂量调整幅度宜小,剂量调整间隔时间宜长;④需警惕药物不良反应及药物之间相互作用。具体药物:①促智药物,胆碱酯酶抑制剂在一定程度上改善患者的精神行为问题。②抗精神病药物,包括经典抗精神病药物及非经典抗精神病药物,常用氟哌啶醇、奋乃静、硫利达嗪、利培酮、奥氮平、喹硫平等药物;使用抗抑郁药可改善抑郁症状,如氟西汀等SSRI类新型抗抑郁药物;心境稳定剂可用于有明显的攻击或激越现象的患者;抗焦虑药物或苯二氮草类可用于焦虑或失眠患者。