

躯体常见疾病的精神神经障碍

李忠勤 林祥珍 主编

中国医药科技出版社

躯体常见疾病的精神神经障碍

李忠勤 林祥珍 主编

中国医药科技出版社

图书在版编目(CIP)数据

躯体常见疾病的精神神经障碍/李忠勤,林详珍主编.

北京:中国医药科技出版社,1996.3

ISBN 7—5067—1427—2

I. 躯… II ①. 李… ②. 林… III. 精神神经障碍—精神病, 躯体感觉皮质—诊疗 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(95)第 14326 号

躯体常见疾病的精神神经障碍

李忠勤 林祥珍 主编

*

中国医药科技出版社出版
新华书店总店北京发行所经销
泰安市郊区印刷厂印刷

*

开本 787×1092mm 1/32 印张 9.75

字数 210 千字 印数 1—850 册

1996 年 6 月第一版 1996 年 6 月第一次印刷

ISBN 7—5067—1427—2

R·1279 定价:12.80 元

前 言

躯体疾病常易并发神经精神症状,对于这些器质性精神病与功能性精神病能够及时加以识别,使病人及早得到正确的诊断及治疗是极为重要的。本书之编写的目的即在于能使广大基层医务工作者通过学习能有所受益,具备这方面的知识,提高对器质性与功能性精神病的鉴别能力。

本书共分十一章,分别对内科各系统中较易出现神经精神障碍之疾病,就其病因、病理、临床表现、鉴别诊断及防治进行了介绍,而重点在临床表现中的神经精神症状及其治疗。

本书适用于医学院校学生学习及基层医院内科、神经科、精神科医生工作参考之用。本书之特点简明扼要、重点突出、实用性强。

由于我们学识水平有限,书中可能存在不少缺点和不妥之处,敬祈有关专家和广大读者批评指正。

编 者

一九九五年七月于泰安

主 编:李忠勤 林祥珍

副主编:刘启珍 邹来英 邢向忠 王成贵

王龙会 梁 田 肖力群 周长来

编 委(以姓氏笔划为序)

王龙会 王会芳 王成贵 亓桂香

叶立生 刘予东 刘延平 刘启珍

朱 倩 邢向忠 齐志田 孙宝民

任秋兰 李务坤 李志华 李忠勤

李 敏 李树元 苏 华 苏吉亮

肖力群 陈广金 张庆禹 张启慧

邹来英 周长来 杨风莲 林祥珍

赵玉军 赵圣林 侯明进 胥树海

徐继芳 梁 田 黄文明 黄希泉

董泗新 焦履普

目 录

第 1 章	呼吸系统疾病的神经精神障碍	1
1.1	支气管哮喘	1
1.2	肺炎	6
1.3	呼吸衰竭	9
第 2 章	循环系统疾病的神经精神障碍	18
2.1	高血压	18
2.2	脑动脉硬化	23
2.3	风湿性心脏瓣膜病	31
2.4	冠心病	34
2.5	亚急性感染性心内膜炎	36
2.6	多发性大动脉炎	39
2.7	慢性心功能不全	41
2.8	心律失常	44
2.9	二尖瓣脱垂综合征	55
第 3 章	消化系统疾病的神经精神障碍	58
3.1	肝性脑病	58
3.2	胃肠神经官能症	64
第 4 章	泌尿系统疾病的神经精神障碍	69
4.1	慢性肾盂肾炎	69
4.2	肾功能不全	72
4.3	透析疗法引起的精神障碍	77
第 5 章	血液系统疾病的神经精神障碍	80
5.1	贫血伴发的精神障碍	80

5.2	白血病伴发的精神障碍	82
第6章	内分泌系统疾病的神经精神障碍	85
6.1	肢端肥大症	85
6.2	巨人症	87
6.3	脑垂体机能减退症	88
6.4	尿崩症	93
6.5	甲状腺机能亢进	95
6.6	甲状腺机能减退	98
6.7	甲状旁腺机能亢进	101
6.8	甲状旁腺机能减退	102
6.9	性腺机能异常所致的精神障碍	104
6.10	皮质醇增多症	111
6.11	嗜铬细胞瘤	115
6.12	肾上腺皮质机能减退症	117
第7章	代谢疾病的神经精神障碍	121
7.1	糖尿病	121
7.2	低血糖	128
7.3	水、电解质代谢和酸碱平衡失调的神经精神障碍	131
第8章	风湿性疾病的神经精神障碍	138
8.1	系统性红斑狼疮	138
8.2	风湿热	143
8.3	类风湿性关节炎	146
第9章	神经系统疾病的神经精神障碍	150
9.1	脑血管疾病伴发的精神障碍	150
9.2	颅内感染所致的精神障碍	156

9.3	肝豆状核变性所致精神障碍	167
9.4	颅脑肿瘤所致精神障碍	170
9.5	癫痫伴发精神障碍	181
9.6	阿尔采木氏病	193
9.7	多发性硬化症	202
9.8	麻痹性痴呆	209
9.9	狂犬病所致精神障碍	217
第10章	理化因素所致疾病的神经精神障碍	222
10.1	急性一氧化碳中毒	222
10.2	中暑	225
10.3	急性有机磷农药中毒	228
10.4	酒精中毒所致精神障碍	232
第11章	药物中毒所致神经精神障碍	241
11.1	抗胆碱能药中毒	241
11.2	萝芙制剂中毒	242
11.3	肾上腺皮质激素所致精神神经障碍	243
11.4	异菸肼中毒	245
11.5	抗癌药物中毒	247
11.6	巴比妥类药中毒	248
11.7	溴化物中毒	252
11.8	醛类中毒	254
11.9	其他镇静催眠药中毒	256
11.10	精神药物所致精神障碍	260
11.11	抗抑郁药中毒	272
11.12	抗焦虑药中毒	277
11.13	碳酸锂中毒	279

第 1 章

呼吸系统疾病的神经精神障碍

1.1 支气管哮喘

支气管哮喘为一种常见的气管—支气管反应性过度增高的变态反应性疾病。其临床特点为反复发作的带有哮鸣音的呼气性呼吸困难。

1.1.1 病因和发病机理

本病的病因及发病机理尚未完全明了。按其病因及发病机理不同,可分为外源性和内源性,两类亦可相互影响而混合存在。

(1)外源性 常于幼年发病,具有明显的多种过敏原的变态反应史。多数认为具有过敏体质的患者,首次接触过敏原后,体内产生反应素,即 IgE 抗体,IgE 抗体附着于肥大细胞后致敏;当过敏原再次进入体内,即产生抗原—抗体反应,肥大细胞或嗜硷粒细胞脱颗粒,释放生物活性物质,如组胺、过敏性慢反应物质、缓激肽、血小板聚集因子等;上述物质作用于支气管,引起平滑肌痉挛、粘膜充血、分泌增加,广泛小气道狭窄,发生哮喘。

(2)内源性 常见于成人。多由于呼吸道感染、寒冷空气、

刺激性气体及其他生物、理化、精神神经等非抗原性因素刺激引起,其引起的病理改变和外源性哮喘一样。一般认为内源性哮喘患者表现有副交感神经系统的异常,在哮喘时可能由于迷走神经感受器的阈值降低所致;但在此异常的神经反应中也不能排除有过敏现象中的生物活性物质释放的存在。

1.1.2 临床表现

(1)外源性哮喘 春秋季发病较多,多数病人有明显的过敏原接触史。发作时多有鼻或眼睑痒、喷嚏、流涕或干咳等前驱症状,继之出现带哮鸣音的呼气性呼吸困难,患者常被迫坐起,两手前撑,两肩耸起、头部出汗、口唇发绀、常出现三凹征,发作维持数分钟至数小时,咳出少量或较多稀薄痰液后气促减轻,发作缓解。

(2)内源性哮喘 可有很多非过敏原诱发因素引起的哮喘。感染性哮喘为最常见,咳嗽、咳痰,逐渐出现或加重哮喘。其次为药物性、空气污染、运动性或神经精神性哮喘。

(3)混合哮喘 哮喘长期反复发作,各种因素相互影响,症状表现不典型或混合存在,症状复杂。哮喘可长年发作,无明显缓解季节。

(4)哮喘持续状态 严重哮喘发作持续 24 小时以上者。患者张口呼吸,显著发绀,大汗,四肢厥冷,甚至出现呼吸循环衰竭。哮喘持续状态的发生和感染未能控制,过敏原未能去除,体液损耗过多,体力过度消耗,精神过度紧张等有关。

(5)体征 发作时,胸廓饱满,呼吸幅度小,双肺广泛哮鸣音。长期发作并发肺气肿时,叩诊过清音、肺界下移、心浊音界缩小,呼气延长,合并呼吸道感染时,肺部听诊干、湿罗音同时存在。

(6)精神神经障碍 支气管哮喘病人常并发精神异常,可有以下几种表现:

①出现神经衰弱症候群 如失眠、多梦、易怒、情绪不稳、倦怠、乏力等,常发生于轻度支气管哮喘发作过程中或长期发作病人的间歇期。

②癔症样发作 可见于中度支气管哮喘发作过程中,患者先出现头昏、多汗、无力、情绪不稳、焦虑、手指震颤等,继之在轻微刺激下出现喉头阻塞感、肢体抖动、抽搐等癔症样发作,发作时意识常保持清晰。

③严重精神障碍 如睡眠障碍、忧郁状态、强烈恐惧感、片断妄想、幻视、幻听,并伴有轻重不同的意识障碍和精神运动性兴奋,重者可渐入昏迷,清醒后常遗忘发病过程。

支气管哮喘并发精神障碍是因肺通气功能障碍而发生脑缺氧所致,所以在精神症状出现前常表现为支气管哮喘发作加剧,且随着支气管哮喘病情的好转而好转。也有少数病人精神障碍的临床经过常不因哮喘发作的停止而改变,这种情况可能为精神病与支气管哮喘的偶然巧合,而支气管哮喘对这些精神病始发起了诱发作用。

1.1.3 辅助检查

(1)血常规 发作时嗜酸粒细胞可增高,并发感染时可白细胞增高。

(2)痰液检查 可见较多嗜酸粒细胞。

(3)血气分析 哮喘发作时,如有缺氧,可有动脉血氧分压(PaO_2)降低;轻中度哮喘,因过度通气,可使动脉血二氧化碳分压(PaCO_2)降低,pH值上升,表现为呼吸性碱中毒;哮喘持续状态,气道阻塞,可使 CO_2 潴留, PaCO_2 上升,表现为呼

吸性酸中毒,如缺氧明显,可合并代谢性酸中毒存在。

(4)呼吸功能检查 哮喘发作时,有关呼吸流速的全部指标均显著下降,如一秒钟用力呼气容积($FEV_{1.0}$),一秒钟用力呼气容积占用力肺活量比值($FEV_{1.0}/FVC\%$),最大呼气中期流量(MMFR)及呼气流速峰值(PEFR)均减少。

(5)胸部X线检查 早期在哮喘发作时可见两肺透亮度增加,呈过度充气状态;如并发呼吸道——肺感染时,可见肺纹理增加及炎性浸润阴影。

1.1.4 诊断

根据起病年龄、发作季节、既往支气管哮喘发作史、带有哮鸣音的呼气性呼吸困难的典型表现,结合辅助检查,如肺功能检查、X线检查、嗜伊红细胞计数等,诊断较易成立。但需注意排除慢性喘息性支气管炎急性发作、心脏性哮喘等疾病。

1.1.5 治疗

(1)消除病因,避免或消除引起哮喘发作的各种诱发因素

(2)一般治疗 如吸氧,且注意气道湿化;如有失水表现时适当补液。

(3)平喘药的应用 较常用的有拟肾上腺素类药物及茶碱类药物

①拟肾上腺素类 目前多选用对 β_2 受体起主要作用的 β_2 受体兴奋剂,以减少对 β_1 受体兴奋影响心脏的作用。此类药物舒张支气管平滑肌作用较快。常用有舒喘灵,每次2.0~4.0毫克;口服3次或吸入,氯喘,每次2.5~5.0毫克,口服3次;或喷吸,每次0.1~0.2毫克。上述药物作用一般能维持4~6小时。可有头痛、头晕、心悸等副作用。

②茶碱类 此类药物为磷酸二酯酶抑制剂,通过减慢环

↑
β
磷酸腺苷(cAMP)的分解速度,从而增加细胞内cAMP的含量使支气管平滑肌舒张,缓解哮喘。常用为氨茶碱0.1~0.2克,日服3次;也可用氨茶碱0.25克加入50%葡萄糖20~40毫升静脉缓慢注射;也可用0.25~0.5克氨茶碱加入500毫升液体内静脉滴注。氨茶碱每日总量不宜超过1.2~1.5克。喘定,口服每次0.2克,日服3次;或0.25克,肌注;或0.5~1克加入500毫升液体内静滴。

此外,钙离子拮抗剂及抗胆碱能类药物也可选用。

(4)肾上腺皮质激素 激素具有提高 β 受体对拟肾上腺素药物的效应,抑制 α 受体作用,稳定细胞溶酶体膜,提高腺苷环化酶和抑制磷酸二酯酶的作用,对抗释放生物活性物质,且有抗炎、抗过敏等作用,因而对哮喘有明显的疗效。但因激素有较多副作用,故在哮喘时仅使用于:哮喘持续状态;患者近2~3月内有使用激素史一周以上,估计其内生激素水平不足者;患者已呈慢性发作过程,用一般扩支药物不能缓解者。激素的用法及剂量视病情而异,尽量短程使用。在使用激素时仍宜选用适当的支气管舒张剂治疗。

(5)控制感染 哮喘可由感染诱发,也可反复发作继发感染,使呼吸道狭窄或阻塞,加重呼吸困难,应选用有效抗菌素及时应用,积极抗感染治疗。

(6)纠正酸碱失衡和电解质紊乱 根据血气分析及酸碱度测定进行治疗。

(7)精神神经障碍的处理 对合并精神障碍的支气管哮喘病人的治疗,主要是消除哮喘发作,改善脑缺氧;对于精神症状严重、过于兴奋躁动者,可适当应用安定、奋乃静等药物。对于持续存在的精神异常的病人可按精神病治疗,但需注意,

此类病人不宜大剂量应用氯丙嗪,因其可造成哮喘发作。

(焦履普、张启慧)

1.2 肺炎

肺炎是肺实质的炎症,可由多种病原体所引起,如细菌、真菌、病毒、寄生虫等。其它如放射线、化学、过敏因素等亦能引起肺炎。各种病原体所致的肺炎均可能产生精神神经障碍,而且是精神科较常见的一种感染性精神障碍。

1.2.1 病因及发病机理

正常呼吸道的防御机制(支气管内纤毛运载系统、肺泡内的吞噬细胞等)使气管隆凸以下的呼吸道无菌。许多因素可以损伤这些防御机能和人体免疫力,致使病原体到达下呼吸道滋生繁殖,引起肺泡壁毛细血管充血、水肿,肺泡内有纤维蛋白等渗出和白细胞浸润,从而引起一系列临床表现。究其原因可分为:①细菌性肺炎,如肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎克雷白杆菌等;②病毒性肺炎,如腺病毒、流感病毒等;③支原体肺炎;④真菌性肺炎;⑤其它病原体所致的肺炎,如立克次体、原虫等;⑥理化因素和过敏因素所致的肺炎。在上述众多病因中,以细菌性肺炎最为常见。

别外,上呼吸道感染、受寒、醉酒、劳累、全身麻醉史等常常成为细菌性肺炎的诱发因素。

肺炎患者气体交换常受到不同程度的障碍,除某些由葡萄球菌和革兰氏染色阴性菌所致的坏死性病变外,肺炎治愈后一般不留疤痕,肺脏可以恢复原来的结构和功能。

1.2.2 临床表现

患者大多数起病较急,发热、咳嗽、咳痰,咳痰量及痰的性质可因不同病因的肺炎而有所不同,如肺炎球菌性肺炎可为铁锈色,克雷白杆菌肺炎痰呈粘稠脓性、量多、带血、灰绿色或红砖色胶冻状。肺炎患者常出现胸痛、气促、心悸、紫绀等,有时可伴有明显的消化道症状。

肺炎常出现神经精神障碍 主要有下述表现:肺炎特别是大叶性肺炎发生高热,可出现发热性谵妄,有意识障碍,定向与理解不良,并出现大量形象生动而恐怖的错觉、幻觉,特别是视幻觉,因而紧张、恐惧、精神运动性兴奋,并有片断妄想。在热退时又可出现虚脱性谵妄,尤以老年人或有慢性酒精中毒者为多见。这类精神障碍的出现与毒素、大量出汗所致的缺钠和急性低氧血症等因素有关。

肺炎时可出现合并有妄想的精神运动性兴奋、脑卒中、脑膜炎等神经精神病变。呼吸机能障碍而发生缺氧和酸硷失衡在引起神经病变方面有很大意义。病人常有衰弱无力、肌力降低、肌张力降低或增高,肌腱反射改变。有的合并有脑病症候群,表现有头晕、睡眠障碍,眼球震颤,意向性震颤、强劲性肌张力增高等。有的呈脊髓炎症候群,出现双下肢张力疲劳性增高,肌腱反射增高、降低或不对称,有节段型或传导束型感觉过敏。有的表现为多发性神经炎症候群;且病情逐渐发展;有的出现于肺炎恢复期;下肢症状重于上肢,表现为疼痛,感觉异常、轻瘫,并有神经干、肌肉压痛和植物神经障碍。

肺炎时脑血液循环障碍特点是弥散性侵犯广泛的大脑皮层、皮层下部和脑干,说明肺炎时亦可因通气障碍或急性心功能不全继发循环障碍而出现脑缺氧和郁血,使大脑皮层、脑干

和脊髓供氧不足而发生水肿甚或出血,从而引起上述表现。

肺炎的体征 肺炎病变范围及部位不同,因而可查得的体征差异较大,可有胸廓呼吸幅度减弱、叩浊、呼吸音减低,肺部罗音、胸膜摩擦音等。肺实变时可有典型体征,如语颤增强、支气管呼吸音等。

1.2.3 辅助检查

(1)白细胞计数 白细胞计数多增高,但须注意年老体弱者白细胞计数常不增多。

(2)痰液检查 痰涂片查有大量白细胞,痰培养在 24~48 小时可确定病原体。

(3)血培养 在抗菌素使用前作血培养,部分病人可呈阳性。

(4)X 线检查 各种不同病因的肺炎可有其相应表现,如肺炎球菌性肺炎表现为按肺叶、肺段分布的均匀一致的片状模糊阴影;金黄色葡萄球菌表现为片状阴影伴有空洞或液平;克雷白杆菌肺炎显示肺叶或小叶实变,有多发性蜂窝状肺脓肿、叶间隙下坠等。

1.2.4 诊断

根据病史、全身中毒症状、咳嗽、咳痰及肺部体征,结合白细胞增高,X 线相应表现,大多能作出正确诊断,但对一些年老体弱或临床表现不典型者,需注意排除渗出性胸膜炎、肺癌并发阻塞性肺炎等。

1.2.5 治疗

(1)一般治疗 应卧床休息,注意足够蛋白质、热量及维生素等摄入。观察呼吸、心率、血压、尿量,注意可能发生的休克。明显胸痛者可给少量止痛剂;重症者应吸氧;确有失水者

可输液,并注意电解质的补充。

(2)抗菌素 应及早使用,可根据不同的病因选择抗菌素,如肺炎球菌性肺炎首选青霉素,克雷白杆菌肺炎首选氨基甙类抗菌素。

(3)并发症的处理 对肺炎病人出现的并发症要及时处理,尤其是感染性休克,一旦出现应及时抗休克治疗。

(4)精神障碍的处理 在肺炎发病期间如出现明显的精神障碍者,如烦躁不安、谵妄等,可给予安定或水合氯醛等治疗,不宜使用抑制呼吸的药物。

(李务坤、朱倩)

1.3 呼吸衰竭

呼吸衰竭是由多种原因所引起的肺通气或换气功能的严重障碍,以致不能进行有效的气体交换,导致缺氧伴有或不伴有二氧化碳潴留,从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合症。

呼吸衰竭有急性和慢性之分。急性呼吸衰竭为原无呼吸系统疾病,而短时间内发生肺功能障碍者。常见原因有呼吸中枢障碍、末梢神经肌肉疾患引起的呼吸肌障碍、理化因素损伤引起的肺部气体交换障碍等。慢性呼吸衰竭主要为原有慢性呼吸系统疾病致肺功能障碍逐渐增剧者。临床上以慢性呼吸衰竭多见,故本节主要介绍慢性呼吸衰竭。

1.3.1 病因

(1)呼吸道阻塞 如慢性阻塞性肺病(慢性支气管炎、慢