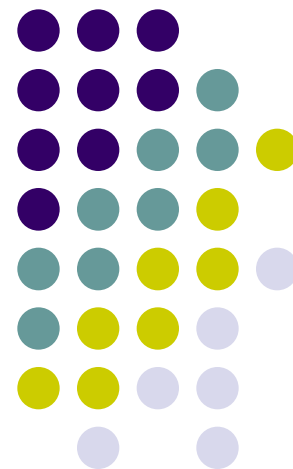


关于精神科常见急诊及处理



急诊精神病学

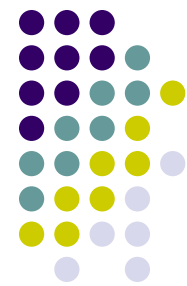


- 精神科急诊 (emergency medicine of psychiatry) 又称急诊精神病学 (emergency psychiatry), 是临床精神病学的一个分支, 也是急诊医学的一个分支, 主要研究精神障碍患者突然发病或病情突然加重、并危及自身或他人安全时, 医护人员所采取的紧急医护措施。



常见的精神科急症

- 急性精神病性障碍、自杀、暴力行为、精神药物中毒、精神药物所致急性不良反应、酒和精神活性物质滥用问题(包括过量、中毒和戒断综合征)等。



精神科急诊诊断三个要素

- 首先，尽量获取详尽可靠的病史
- 其次，必须进行全面的体格检查和相关的实验室检查，尤其需要判定患者的意识状态和记忆障碍
- 第三，应进行深入的精神检查



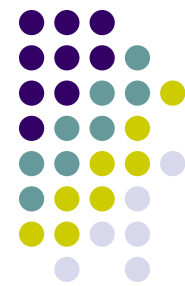
兴奋躁动状态

- 又称精神运动性兴奋，是指患者的动作和言语明显增加，患者常因缺乏自我保护导致外伤，或扰乱他人而被送至精神科急诊。当患者较长时间处于兴奋状态时，体力消耗过度，加之饮食和睡眠不足，容易导致脱水、电解质紊乱或继发感染，甚至全身衰竭。



兴奋躁动状态可见于以下疾病

- 精神分裂症
- 躁狂发作
- 癔症性精神病
- 反应性精神病
- 人格障碍 ①反社会型 ， ②冲动型 ， ③表演型 。
- 精神发育迟滞
- 癫痫
- 器质性精神障碍



兴奋躁动状态的处理方法

- 抗精神病药物控制兴奋躁动状态：一般选用镇静作用较强的抗精神病药物，如氯丙嗪、氟哌啶醇、氯氮平等药物，若需快速控制兴奋，可注射给药，兴奋程度较重者可静脉给药，第二代抗精神病药物对兴奋躁动状态有效，不良反应少而轻，是控制兴奋躁动的理想药物
- 苯二氮卓类药物：口服地西泮、氯硝西泮或劳拉西泮，也可采用氯硝西泮和劳拉西泮肌注
- 心境稳定剂：卡马西平、丙戊酸盐
- 电痉挛治疗
- 对症处理 兴奋躁动患者应予以补液，营养支持治疗，纠正水、电解质紊乱，抗感染，保持安静，减少兴奋。



谵妄状态

- 是一种急性脑器质性综合征，系非特异性病因所致，属于意识内容的改变，其病理基础是整个大脑皮层功能的障碍。由于患者有明显的精神活动的异常，故常被直接送到精神科急诊，或需要精神科医生急会诊。



谵妄的处理

- 病因治疗
- 支持和对症治疗
- 控制兴奋躁动：苯二氮卓类药物是安全有效的药物，可作为首选药物，氟哌啶醇可作为次选药物，第二代抗精神病药物有喹硫平、奥氮平等，小剂量使用
- 避免使用巴比妥类药物
- 幻觉、妄想症状 可短期使用抗精神病药物



缄默 / 木僵状态

- 缄默指患者在意识清晰状态下没有普遍的运动抑制、却始终沉默不语，或用表情、手势或书写表达自己的意见。
- 木僵状态指患者在意识清晰度相对完整时出现的普遍的精神运动性抑制，一般木僵状态需持续24个小时才有诊断意义。
- 木僵与昏迷不同，木僵患者因无意识障碍，各种反射均保存，患者通常注视检查者，或追视移动物体；常抗拒检查，可出现违拗行为；木僵解除后患者可回忆木僵期间的事情。

缄默，木僵状态可见于以下疾病



- 器质性疾病
- 紧张型精神分裂症
- 抑郁发作
- 反应性精神障碍
- 癔症性缄默症
- 选择性缄默症
- 药物性木僵



缄默/木僵状态的处理

- 器质性木僵： 主要是对因治疗
- 紧张性木僵： 首选电痉挛治疗，可用舒必利 200—800mg / 天。精神分裂症患者的缄默状态可予抗精神病药物治疗。
- 抑郁性木僵： 首选电痉挛治疗，同时予口服抗抑郁药治疗
- 癔症性缄默症： 暗示治疗有效
- 选择性缄默症： 以心理治疗为主
- 药源性木僵： 换用其他药物



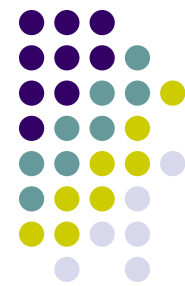
抽搐

- 抽搐是一个肢体、或一侧肢体、或全身肌肉强烈或节律性的收缩，可以同时有意识障碍。需精神科急诊处理的主要有以下情况
 - 癫痫持续状态
 - 抗精神病药物所致的急性肌张力障碍
 - 抗精神病药物所致的恶性症状群



癫痫持续状态

- 足量及时使用抗惊厥药
 - 地西洋10~20mg静脉推注（每分钟不超5mg）
 - 地西洋60~100mg加入10%GS500ml中静滴
 - 氯硝西洋2~4mg静脉推注或稀释于100ml生理盐水静滴
 - 静滴加用苯妥英钠0.1~0.25或鼻饲0.1~0.3
 - 使用地西洋同时加用苯巴比妥0.1~0.2肌肉注射
- 维持生命功能预防及控制并发症（脑水肿、酸中毒、呼吸循环衰竭、高热）
- 积极寻找及治疗原发病因
- 发作停止后长期口服维持剂量的抗惊厥药



急性肌张力障碍

- 常发生于治疗初始24小时内，男性青少年多见。临床表现为个别肌群的持续性痉挛如斜颈或颈后倾、动眼危象（仰视症）、角弓反张、牙关紧闭（锁颌症）等，同时伴有焦虑，烦躁及心率增快、出汗等植物神经症状。
- 处理：①即刻肌注东莨菪碱或苯甲托品，十几分钟后症状可迅速缓解。②预防措施可加用口服抗胆碱能药如安坦或苯甲托品。③预防措施效果不明显，则应减少抗精神病药物剂量。④重症肌无力和青光眼患者禁用抗胆碱能药，可试用抗组胺药苯海拉明或异丙嗪。



恶性综合征

- 是一种罕见但可致命的不良反应，几乎所有抗精神病药物都可引起，常见于剂量过大或加药过快者，其中以氟哌啶醇引起者最常见。该综合征可能是变态反应所致，或是一种遗传性的神经肌肉缺陷。
- 多发生于治疗初期，患者表现持续高热、肌肉僵硬、吞咽困难及明显的自主神经症状如心动过速、出汗、排尿困难和血压升高等；严重者出现意识障碍、大汗虚脱、呼吸困难，甚至死亡。实验室检查可发现白细胞增高，肌酸磷酸激酶升高。



恶性综合征处理

- ①即刻停用所有抗精神病药物。②支持和对症治疗，如物理降温、补液、纠正水和电解质紊乱，酸碱平衡失调、预防感染等。③继发感染者使用抗生素。④加快药物从体内排除。⑤使用多巴胺激动剂。



5-HT综合征

- 5-HT功能亢进所引起的一组症状和体征表现为认知功能/行为改变、神经肌肉异常、植物神经功能不稳定三联征，包括激越、焦虑、轻躁狂、意识模糊、昏睡、大汗、腹泻、瞳孔扩大、发热、恶心、呕吐、心动过速、共济失调、反射亢进、肌肉强直、肌阵挛、震颤、寒战、静坐不能、牙关紧闭等。



5-HT综合征处理

- 必须停用5-HT能药物
- 静脉注射（IV）电解质溶液以利尿，尿量大于50 - 100 mL/h，以避免肌红蛋白尿症的风险，给予抗焦虑药物以缓解焦虑。曾报道病人治疗应用普萘洛尔后获得部分改善。
- 5-HT_{1A}受体阻滞剂（美西麦角：2-6mg，最高剂量6mg/d；赛庚啶：起始剂量4-8mg，以后每2-4小时4mg，总量为0.5mg/kg/d）
- 病情严重者还需要复苏术（降温，机械通气，抗惊厥药，抗高血压药）。



急性幻觉状态

- 急性幻觉状态指患者突然出现大量持久的幻觉。幻觉以听幻觉和视幻觉为多见，也可出现触幻觉、味幻觉和嗅幻觉等。幻觉内容多为负性的、对患者不利的、引起情绪不愉快的幻觉，如听到辱骂、威胁或恐吓的声音。多数患者出现幻觉后可以继发妄想，且多为被害妄想。患者常伴有恐惧、愤怒的情绪反应，并可出现逃避、自伤、自杀或暴力攻击行为。



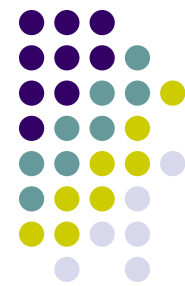
急性妄想状态

- 急性妄想状态指患者突然出现大量持久的妄想。妄想内容杂乱，如被害妄想、关系妄想，影响妄想等混杂在一起或者彼此交替出现，且患者的言行常常受到其妄想支配。患者也可表现为妄想知觉或妄想心境。急性妄想状态时常常产生拒食、逃避或攻击行为，患者往往因为这些异常行为而被带来急诊

急性幻觉，妄想状态 可见于以下疾病



- 精神分裂症
- 心境障碍
- 心因性精神病
- 癔症性精神病
- 精神活性物质所致精神障碍：①酒精性幻觉症 ， ②致幻剂或麻醉品引起的幻觉症
- 急性器质性精神障碍
- 感应性精神病



急性幻觉，妄想状态的处理方法

- 若患者出现兴奋或自伤、自杀、攻击行为等意外行为时，需优先处理。
- 药物治疗：经典和非经典的抗精神病药物，严重抑郁发作者需合并抗抑郁药治疗，严重躁狂发作者可合并心境稳定剂。
- 心理治疗 心因性幻觉症以心理治疗为主，癔症性精神病可予小剂量有镇静作用的抗精神病药物，待幻觉妄想缓解后可合并心理治疗。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/865001334001012001>