

**专栏导读:** 会诊联络精神医学是以精神病学为基础,研究躯体疾病患者的社会心理因素、生物学因素与精神障碍之间相互关系的一门新兴交叉学科。在我国会诊联络精神医学还处在发展阶段,为了增强医务人员评估和处理心理方面问题的技能,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,特开辟此专栏,促使医务工作者树立整体医疗观念,在医疗诊治工作中运用生物学、心理学、社会学的方法,真正实现现代医学模式的转变。

## 酒精戒断综合征—震颤谵妄状态

姚远 杨春光 王夏红 李恒芬

**【关键词】** 癫痫持续状态; 酒精戒断综合征; 震颤谵妄  
doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.01.013

**Alcohol withdrawal syndrome—delirium tremens** YAO Yuan, YANG Chun-guang, WANG Xia-hong, et al.  
Zhengzhou Second Hospital, Zhengzhou 450006, China

**【Key words】** Status epilepticus; Alcohol withdrawal syndrome; Delirium tremens

### 1 临床资料

患者,男,32岁,以“发作性肢体抽搐2月余,幻视半月,频发1d”为主诉入院。

2月前患者突然不明原因摔倒于地,并出现四肢抽搐、牙关紧闭、双眼上翻及意识丧失,5~6 min自动缓解,事后不能回忆,无咬破舌头、大小便失禁。之后,日内频繁发作多次,一次2~3 min,发作间歇期意识不清,遂按“症状性癫痫”急入住于某省级医院急诊科,立即给予地西洋针10 mg肌肉注射一次;苯巴比妥100 mg肌肉注射2次;咪达唑仑5 mg静脉推注一次,丙泊酚50 mg一次性静脉泵入控制癫痫发作,给予脱水降颅压等对症治疗好转,后查头颅磁共振发现“脑桥右后区异常信号”,影像科诊断为:(1)亚急性腔隙性梗死;(2)右侧基底节陈旧性腔隙性梗死。脑脊液检查示:单核细胞偏高,蛋白(+)。对症处理1周左右抽搐得以控制,意识清醒出院。出院后双上肢持物不稳,震颤,双下肢行走不稳,曾多次摔倒在地,摔倒时无抽搐和意识障碍。1月前再次突发抽搐、摔倒、意识丧失,2~3 min后抽搐自行缓解,但患者间断出现四肢抽搐、嗜睡,2 h后入住当地医院,查脑电图发现“癫痫样异常放电”,再次按“癫痫”给予地西洋针70 mg/d静脉滴入,苯巴比妥300 mg/d肌

肉注射,1 h后抽搐停止,意识渐清醒。次日患者表现兴奋躁动,给予丙戊酸钠片1 200 mg/d控制癫痫,合并利培酮2 mg/d口服控制精神症状,住院后20 d病情好转出院,出院诊断“癫痫精神障碍”。因仍有“四肢震颤”转至北京求治,某三级医院门诊仍按“癫痫精神障碍”对症给予拉莫三嗪片100 mg/d、丙戊酸钠片1 200 mg/d、奥氮平片20 mg/d、氯硝西洋片8 mg/d等药物联合治疗,疗效欠佳。半月前开始反复诉说“嘴里有头发,手上缠有胶布”等,有时称“看到墙上有画”,双手摸索动作较多,表情迷茫意识尚清。1 d前突然频繁出现四肢强直,继而四肢阵挛,意识不清,伴幻视,胡言乱语,兴奋,躁动,在当地基层医院内科应用“氟哌啶醇、安定”等药物(具体用量不详)效果不好,病情渐加重,意识持续模糊,门诊按“癫痫持续状态”急入郑州市第二人民医院神经内科病房。

个人史、既往史及家族史无特殊。

入院体检: T 36.5℃, P 80次/min, R 20次/min, BP 140/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),兴奋躁动,胡言乱语,呈谵妄状态。查体不合作,粗查心肺听诊正常。双侧瞳孔等大等圆,直径约4.0 mm,对光反射灵敏,脑膜刺激征阴性,四肢肌力、肌张力正常,腱反射对称,共济运动检查不合作,巴宾斯基征阴性。定向力、记忆力、计算力及理解力无法检查。肢体抽搐发作频繁,数分钟发作一次,每次发作2~3 min,发作时四肢强直、阵挛,意识丧失,呼之不应,双侧瞳孔

作者单位: 450006 郑州市第二人民医院(姚远、杨春光、王夏红);  
郑州大学第一附属医院(李恒芬)

通讯作者: 王夏红 Email: wangxiahong@aliyun.com; 李恒芬  
Email: lihengfen8106@126.com

散大, 直径 5.0 mm, 对光反射消失, 巴宾斯基征阳性。

入院诊断: 癫痫持续状态。

## 2 住院及会诊经过

**2.1 神经内科病程记录** 入院第 1 天, 患者持续兴奋躁动, 胡言乱语, 肢体抽搐频繁发作, 给予地西洋针肌肉注射、静脉滴注, 用量 140 mg/d, 疗效差, 换用氯硝西洋针 6 mg/d 持续静脉滴注, 氟哌啶醇针 10 mg 肌肉注射, 每 6 小时一次, 共注射 4 次。因兴奋躁动未能控制, 期间又间断使用氟哌利多针 5 mg 联合山莨菪碱针 10 mg 肌肉注射 3 次, 患者仍兴奋躁动仍持续存在, 并频繁出现肢体抽搐。

**2.2 转科记录** 入院第 2 天转入 ICU, 诊断: 癫痫持续状态。告病危, 给予吸氧、心电监护, 留置胃管、导尿管, 应用丙泊酚针 (80 mg/h) 联合咪达唑仑针 (8 mg/h) 静脉泵入。同时联用苯巴比妥针 300 mg/d 肌肉注射, 口服奥卡西平片 900 mg/d、拉莫三嗪片 100 mg/d、丙戊酸钠片 1 200 mg/d 及氯硝西洋片 8 mg/d 控制癫痫。给予奥氮平片 20 mg/d, 临时应用氟哌啶醇针 10 mg、东莨菪碱针 0.3 mg 肌肉注射控制精神症状。第 3 天, 患者仍烦躁, 胡言乱语, 有幻视, 诉“看到病床旁边有人”, T 39.0°C, BP 206/107 mmHg, 四肢震颤。急查血常规示: 白细胞计数  $14.0 \times 10^9/L$ , 中性细胞百分比 93.2%, 中性粒细胞绝对值  $13.03 \times 10^9/L$ 。查 C 反应蛋白  $> 200 \text{ mg/L}$ , 降钙素原 4.72 ng/ml, 肝肾功能、血糖、电解质及生化指标均正常。对症给予头孢曲松针 3.0 g/d、更昔洛韦针 1.0 g/d 等药物治疗。因病因未明, 精神症状难以控制, 建议请精神科会诊。

**2.3 精神科会诊记录** 请某省级综合医院精神科教授会诊。补充询问病史: 患者原系领导司机, 平时嗜酒 10 年余, 日饮白酒约 450 ml。2 月前因头晕体检, MRI 检查发现脑部腔隙性梗死, 遂开始戒酒, 约 1 周后出现癫痫、抽搐、肢体及精神症状。会诊专家认为, 患者目前系癫痫持续状态, 病情危重, 根据酒精戒断史、肢体震颤、谵妄、幻视等体征及精神症状, 考虑诊断为: 酒精戒断所致癫痫持续状态、震颤谵妄综合征。建议进一步排除自身免疫性脑炎, 可减少抗精神病药奥氮平至 10~15 mg/d、大剂量维生素 (维生素 B1 针 100 mg/d 肌肉注射, 甲钴胺针 500  $\mu\text{g}$  静脉推注, 甲硫氨酸维 B1 针 2.2 g/d 静脉滴注, 维生素 C 针 3.0 g/d、维生素 B6 针 0.3 g/d 静脉滴注, 复合维生素 B1 片 3 片/d、叶酸片 5 mg/d 鼻饲给药) 治疗; 继续监测生命体征, 给予达唑仑对症抗惊厥治疗。

**2.4 ICU 病程摘要** 入院第 7 天停用丙泊酚针, 给予咪达唑仑针 (8 mg/h) 和右美托咪定针 (72  $\mu\text{g/h}$ ) 静脉泵入。入院第 12 天, 患者神志转清, 幻觉消失, 兴奋和躁动缓解, 言语含糊, 问话回答切题, 可以做指令性动作, 定向力和记忆力恢复, 计算力下降, 不能回忆入院时和治疗的全部过程, 查体可见口唇和四肢震颤。给予行头颅 MRI 平扫+增强示: 右侧基

底节区异常信号, 考虑软化灶; 自身免疫性抗体: 抗 ENA 抗体、抗双链 DNA 抗体、抗核抗体均为阴性; 行腰椎穿刺术, 查脑脊液常规: 无色透明, 蛋白阴性, 白细胞:  $150 \times 10^6/L$ ; 脑脊液生化: 蛋白、氯化物、葡萄糖均正常; 墨汁染色、抗酸染色和革兰氏染色阴性; 脑脊液脱落细胞学: 镜见少许上皮细胞、个别淋巴细胞、嗜中性粒细胞; 脑脊液抗谷氨酸受体 (NMDA、AMPA1、AMPA2 型) 抗体 IgG、抗福亮氨酸胶质瘤失活蛋白 1 抗体 IgG、抗接触蛋白关联蛋白 2 抗体 IgG 和抗 GABA B 受体抗体 IgG、脑脊液病毒抗体均为阴性。最终诊断为: 酒精戒断所致癫痫持续状态及震颤谵妄。

**2.5 转回神经内科记录** 入院第 22 天, 患者意识清, 未再出现肢体抽搐, 肌张力正常, 四肢可见震颤、四肢肌力 III 级, 不能行走, 示齿时口唇抽动, 转入神经内科普通病房继续康复治疗, 继续口服拉莫三嗪片 50 mg/d、丙戊酸钠片 700 mg/d、氯硝西洋片 12 mg/d, 奥卡西平片 900 mg/d 和奥氮平片 10 mg/d。

**2.6 出院记录** 入院第 63 天, 患者意识清, 精神佳, 定向力、记忆力、计算力及理解判断力正常, 经康复训练, 四肢肌力、肌张力恢复正常, 仍存在轻微肢体震颤, 但生活自理, 遂出院。出院诊断: 酒精戒断所致癫痫持续状态及震颤谵妄。拉莫三嗪片 50 mg/d、丙戊酸钠片 700 mg/d、氯硝西洋片 2 mg/d, 奥卡西平片 900 mg/d 和奥氮平片 10 mg/d。嘱继续原服药治疗。

**2.7 随访** 出院后 1 个月随访, 精神症状消失, 未再抽搐, 行走自如, 病情已达痊愈水平, 电话咨询医生, 建议逐步停用奥氮平治疗。

## 3 专家点评

### 3.1 结合本例癫痫持续状态谈癫痫持续状态

王夏红, 神经病学医学博士, 主任医师, 郑州市第二人民医院癫痫与神经电生理科主任, 曾做留美访问学者 2 年。兼任河南省抗癫痫协会理事, 河南省神经免疫委员会常委, 河南省残疾人康复协会精神障碍康复委员会常委, 发表学术论文 23 篇, 出版著作 2 部, 获省级或厅级科技进步奖项 5 项。

癫痫持续状态 (Status Epilepticus, SE) 是癫痫连续发作之间意识尚未恢复又频繁再发, 或癫痫发作持续 30 min 以上未自行停止。癫痫持续状态是神经内科的急危症之一, 可引起细胞代谢紊乱、葡萄糖和氧耗竭、离子跨膜运动障碍, 不能维持细胞的正常功能, 引起神经元死亡, 还会因合并感染、电解质紊乱、酸碱平衡失调、呼吸循环衰竭和肝肾功能障碍而导致死亡。

本例患者入院后频繁发作性肢体抽搐、意识丧失, 发作间歇期意识不清, 符合全面性癫痫持续状态的诊断标准, 癫痫持续状态常见病因有是停用抗癫痫药物及其中枢神经系统感染, 本例病因则是与酒

精戒断相关,该患者出现癫痫反复发作,继而进入癫痫持续状态,相对少见,容易误诊。酒精戒断引起的抽搐,也称为戒断性惊厥发作,多与其他戒断症状相伴存在,随其他症状的缓解而缓解,本例因癫痫发生在戒酒后相对较长时间段内,因前期病因未明导致了反复癫痫持续状态。

癫痫持续状态的治疗的首要任务是终止发作,常用治疗方法为应用地西洋、氯硝西洋、咪达唑仑和丙泊酚静脉注射或者滴注。本例患者应用地西洋和氯硝安定疗效欠佳,最后转入ICU,在呼吸机的保障下联合应用咪达唑仑和丙泊酚,癫痫持续状态才得到控制,属于难治性癫痫持续状态,成功的救治得益于多学科的联合会诊。

### 3.2 结合本例谈酒精戒断综合征及震颤谵妄

杨建明,副主任医师,许昌市建安医院副院长,从事临床工作32年,期中7年专职从事药物成瘾工作,对戒毒、戒酒工作有丰富的理论与实践经验。

本例为青年男性患者,首发症状是癫痫频繁发作,辗转多家医院,均以对症治疗为主,行腰穿CSF、头颅磁共振等检查结果正常,病因未明。末次住院精神科会诊补充病史发现患者已有酒史10年(平均白酒450 ml/d),戒酒数日后出现癫痫发作,结合肢体抖动,行走不稳等体征,考虑为酒精戒断导致的癫痫持续状态。因患者同时与幻觉,意识障碍,四肢震颤,符合酒精戒断综合征—震颤谵妄的临床特征,经大剂量补充维生素、解痉、镇静、对症等治疗后病情逐渐好转,验证了临床诊断。

酒精戒断综合征(Alcohol Withdrawal Syndrome, AWS)是长期大量饮酒者突然停止饮酒或饮酒量不足时所表现的一组特定的症状,可在末次饮酒后6 h左右出现,也可在36~48 h出现。临床常表现为焦虑,心动过速,手抖,失眠,恶心或呕吐等自主神经症状群,或短暂的幻视、幻嗅、幻听或错觉,也可见精神运动性激越,偶有强直阵挛性惊厥发作。尽管大多时候AWS症状轻微,可呈病程为自限性,部分患者如不加以干预(包括饮酒或药物治疗)可进一步加重,正如本例甚至出现了持续的惊厥发作及酒精戒断性谵妄,或称震颤谵妄(Delirium tremens, DT),危及生命。

随着我国经济社会的快速发展,烟草、酒精等合法精神活性物质的滥用已成为严重的社会与公共卫生问题,严重危及公民生命健康,因此,普及相关知识十分必要。

### 3.3 请点评精神科参与会诊处理的临床意义

郭华,精神科主任医师,驻马店市精神病医院副院长。中国中西医结合学会精神病学专业委员会委员,河南省医学会精神病学专业委员会副主任委员,河南省心理卫生协会副理事长,河南省农村居民重大疾

病医疗保障专家组成员。

这是一个成功的精神科联合会诊病例。从突然反复癫痫发作,到出现震颤谵妄状态,长达两个月之久,期间三次住院治疗一次外诊均诊断“癫痫”,未明确癫痫的原因。请精神科医师会诊后,补充了既往长期饮酒史,使临床诊断思路得以明晰,经进一步检查排除脑炎或免疫相关脑炎,最后验证了酒精戒断所致持续惊厥及DT的临床诊断。多数DT发生在断酒后48~96 h以内,本例症状发生在更长时间之后是客观上容易被忽略的原因。同时由于癫痫发生首发是人们容易忽略DT,事实上癫痫发作正是DT的危险因素之一。

精神科会诊后特别提出在控制惊厥的同时,要大剂量补充B族维生素,这也是治疗的关键环节。当然,由于本例持续存在发热意识障碍,排除脑炎及其他脑器质性病也十分必要,这是精神科会诊必须遵守的临床规则。总之,本例属危重案例,能成功救治是神经科、ICU及精神科联合作战的成果,更彰显了神经内科之间的联合会诊意义重大。

### 3.4 本例的经验与教训是什么?

寇绍杰,主任医师,硕士学位。河南开封市第五人民医院院长、河南省医学会精神病学分会副主任委员、河南省医师协会精神科副会长。出版医学专著5部,发表论文20余篇,主持和参加科研项目4项,从事精神疾病与心理障碍诊疗工作26年,具有较高的理论水平和丰富的临床经验。

通过本例的展示我认为应有以下经验和教训:

首先谈教训,患者曾先后三次因癫痫发作住院,因幼年无癫痫病史,成年后出现的癫痫应属继发性癫痫,应该重视其病因的查找。因病因未除,出院后抗惊厥治疗不规范是癫痫持续状态和DT主要诱因。由于患者该既往有长期大量饮酒已形成依赖,戒断时需缓慢递减,并需大剂量补充维生素,最好是在医生的监护下逐步戒断,本例突然中断饮酒是导致病危的根源。

其次谈经验,本例属临床疑难危重案例,幸得神经内科、ICU及精神的联合会诊,得到了合理救治。除了有关医护人员精心治疗与护理外,ICU的恰当处置为患者生命体征的稳定提供了保证,神经内科完善的辅助检查为鉴别诊断提供了条件,精神科会诊则为病因诊断提供了明确的依据。因而,本例的经验是“联合会诊”。

(收稿日期:2016-11-25)