

早期脑梗死误诊为精神分裂症 30 例临床分析

胡少瑾¹, 李素芳²

(1. 贵阳医学院 校医院, 贵州 贵阳 550004; 2. 新乡医学院三附院 神经内科, 河南 新乡 453003)

【摘要】目的:探讨以精神分裂症为首发和突出表现的急性脑梗死的临床特点、头颅 CT 特点及鉴别诊断要点。**方法:**对 30 例急性脑梗死误诊为精神分裂症的临床资料进行回顾性分析。**结果:**精神症状发作时,患者出现语无伦次、夸大妄想、幻觉及行为异常等各种精神症状,经常被误诊为精神分裂症,延误了治疗时机。经 CT 确诊,额叶梗死灶 16 例,颞叶梗死灶 12 例,基底节区腔隙性梗死灶 2 例。误诊患者中老年人和有高危因素的人较多。**结论:**以精神分裂症为突出表现的急性脑梗死临床较少见,精神科医生要重视系统的神经系统检查。老年人和有高危因素的人出现精神症状要行头颅 CT 检查排除脑梗死的可能。头颅 CT 提示误诊的患者梗死部位多位于额、颞叶,也有少数为基底节区腔隙性脑梗死。

【关键词】脑梗塞; 精神分裂症; 误诊

【中图分类号】 R743.33 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1000-2707(2011)01-0073-02

急性脑梗死常常表现为各种神经功能缺失,而以精神分裂症为首发症状的急性脑梗死临床较少见,易误诊^[1]。2002 - 2010 年收治以精神障碍为首发症状的脑梗死 30 例,均在当地医院误诊为精神分裂症,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者 30 例,男 21 例,女 9 例,年龄 50 ~ 75 岁,平均(67 ± 2)岁,病程 1 ~ 15 d,平均 7 d。30 例患者均符合全国第四届脑血管病学术会议修订的急性脑梗死的诊断标准,并符合脑血管疾病所致精神障碍的诊断标准^[2,3]。所有病例病前均无精神诱因,无精神病既往史及家族史,既往患有高血压病 18 例,糖尿病 12 例,高脂血症 13 例。

1.2 临床表现

主要表现为精神症状,18 例于晨起床时出现精神症状,12 例于白天安静状态下出现精神症状。精神症状表现为语无伦次、夸大妄想、幻觉、时哭时笑、懒言少语及行为异常等。神经系统检查,肢体肌力 III ~ IV 级 16 例,IV ~ V 级 14 例,双下肢巴彬斯基征阳性 25 例,共济失调 13 例。30 例患者神志均清晰,在当地医院按精神分裂症治疗无效后转院。

1.3 辅助检查

30 例患者入院后均行头颅 CT 检查,额叶梗死灶 16 例,颞叶梗死灶 12 例,1 例为基底节区多发腔隙性梗死灶;1 例未见异常,但是 24 h 后复查见基底节区多发腔隙性梗死灶。13 例血脂检查异常,5 例

血糖升高,15 例血液黏稠度升高,心电图正常。

1.4 治疗方法

30 例全部给予 20% 甘露醇脱水、抗自由基,拜阿司匹林抑制血小板聚集,改善微循环,营养神经,调控血压、血糖、血脂,注意水、电解质、酸碱平衡等处理。并合用小量抗精神病药物奋乃静、氟哌啶醇,同时配合康复和心理治疗。

2 结果

30 例患者中有 14 例是经河南省精神病院按照精神分裂症给抗精神病药物治疗后效果不佳转院而来,另 16 例是由外地县级医院按照精神分裂症治疗后效果差转诊入我院。入院后所有病例均按脑梗死给予常规治疗,同时积极治疗原发病,控制高危因素。精神症状在脑梗死治疗过程中逐渐好转出院,出院后停用抗精神病药,长期服用小剂量阿司匹林抑制血小板聚集,随访 1 年未见精神症状复发。

3 讨论

脑梗死是由于脑供血障碍使脑组织缺血、缺氧而引起的脑软化,临床上大多有相应的神经系统症状,但少部分以精神症状为首发,特别是老年人。老年人常有一定程度的脑萎缩,颅内代偿空间增大,故一旦发生神经系统疾病,临床症状不如青壮年典型,有时甚至缺如,多以意识或精神障碍为首发表现。所以老年人首次诊断精神分裂症,且没有追问出精神分裂症家族史时,应尽早做头颅 CT 检查。

脑组织的各种细胞对缺血的反应有选择性,如易受暂时缺血损伤的部位,包括:海马、纹状体、皮质的神经元。因此,边缘叶等边缘系统、额叶、颞叶等部位易因梗死缺血损伤而产生功能障碍,临床常表现如下精神症状:(1)知觉障碍,包括幻觉和错觉,本组患者有 5 例;(2)记忆障碍,大多表现为逆行性遗忘;(3)情感障碍,包括欣快感及情感淡漠,本组患者有 10 例;(4)智能障碍,表现为不同程度的痴呆^[4]。本组有 1 例痴呆被认为是精神淡漠。一般认为额叶是高级神经中枢,脑梗死损伤额极及额叶底部时,产生智能和行为障碍。本组头颅 CT 多证实梗死灶位于额叶、颞叶。

本组有 2 例为基底节区脑梗死,该部位梗死的表现多种多样,但以高级智能减退为首发症状的基底节区脑梗死更少见,考虑其原因,基底核是从大脑皮质到神经系统其它部分通路的一个重要环节,梗死后导致中枢神经递质平衡失调,从而影响额叶的功能,产生高级智能减退^[5]。腔隙性脑梗死出现精神症状,其原因是由于大脑深部的多个微小梗死灶中断了与高级精神活动有关的投射纤维,如患者表现为痴呆等精神症状,是由丘脑向边缘系统的纤维投射中断所致^[6]。因此基底节区的腔隙性脑梗死也可以造成精神障碍,被误诊为精神分裂症,

精神科医生也要重视。

诊断精神分裂症的患者,精神科医生及基层医生要格外重视系统的神经系统体格检查,特别是有躁动不安、抵触等不能配合的病人更是要检查。并且有吸烟、喝酒、高血压、糖尿病、高脂血症等高危因素的人,如伴有神经系统阳性体征时,要想到有脑梗死的可能,注意查头颅 CT,以免误诊,错过宝贵的治疗时机。

4 参考文献

- [1] 陈建南. 急性冠状动脉综合征患者血清 hs-CRP 与颈动脉粥样硬化的相关性研究[J]. 实用临床医药杂志, 2009(17):6-9.
 - [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996(6):379-380.
 - [3] 中华医学会精神科学会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001:34-35.
 - [4] 冯莲英. 以精神症状为首发和突出表现的急性脑梗死 86 例分析[J]. 临床误诊误治, 2009(12):41-42.
 - [5] 宋立珍. 以精神障碍为首发症状的脑梗死 4 例分析[J]. 疑难病杂志, 2003(2):113.
 - [6] Peter Duus, 刘宗惠, 徐霓霓, 等. 神经系统疾病定位诊断学[M]. 北京: 海洋出版社, 2006:240-245.
- (2010-08-04 收稿, 2010-11-08 修回)

(上接第 72 页)

璃样改变,其间有斑点状或大片状渗出,且病变越靠近肺门越明显,肺尖及肺周围相对清晰,但要注意鉴别。该病 X 线及 CT 表现与急性传染性非典型性肺炎(SARS)尤为相似,但临床上 SARS 有明确的接触史,常短时间内爆发流行,影像学表现可为磨玻璃密度影,而 PCP 是从肺门向肺野辐射,外带相对清晰。细菌性肺炎影像学表现多呈小叶或段性分布。所以当艾滋病患者临床出现发热、干咳及呼吸困难等症状,而体征不明显,即症状与体征不成比例时,实验室检查血气分析呈低氧血症,乳酸脱氢酶升高,结合上述影像学表现,高度怀疑 PCP 的存在。可及时提示临床医师进行相应的治疗,以提高患者的生存率。

4 参考文献

- [1] 刘士远, 陈启航. 胸部影像诊断必读[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007:91-93.
- [2] 白明, 李元桂. 现代肺部疾病诊断与治疗[M]. 北京: 人

民卫生出版社, 2006:355-357.

- [3] 陈秀萍, 黄湛铤. 艾滋病合并肺孢子虫肺炎的胸部影像学分析[J]. 实用临床医学, 2007(10):100-101.
- [4] 李凡, 刘晶星. 医学微生物学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008:343-344.
- [5] 陆普选, 杨根东, 刘锦清, 等. 艾滋病并发卡氏肺孢子虫肺炎的 X 线和 CT 诊断[J]. 中国医学影像学杂志, 2003(3):166-168.
- [6] 杨东根, 党勇, 陈志刚. 艾滋病合并卡氏肺孢子虫肺炎的影像分析[J]. 实用放射学杂志, 2001(6):411-412.
- [7] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008:34.
- [8] 中国疾病预防控制中心. 艾滋病临床治疗与护理培训教材[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2003:55-58.
- [9] 兰剑峰, 梁庆梅. 艾滋病相关性卡氏肺孢子虫肺炎误诊分析[J]. 临床误诊误治, 2008(7):39-40.
- [10] 高剑波. 艾滋病胸部影像学[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2009:185-191.
- [11] 陈桂娥. AIDS 肺部机遇性感染 X 线和 CT 诊断[J]. 罕少疾病杂志, 2005(1):12-14.

(2010-09-16 收稿, 2010-11-01 修回)