维普资讯 http://www.cqvip.com

66例SLE所致精神障碍的临床分析

第一医院精神科 杨德兰 周惠卓 张良蓉 林建新 韩志琴 胡 华

提 要 本文报告了236例系统性红斑狼疮（SLE）中66例精神障碍的临床资料，精神障碍的发生率为23.3%，高于神经障碍的发生率（10.6%）。精神障碍依次有类神经症、意识障碍、类精神病等。有精神障碍者预后差，死亡率为21%，其中以意识障碍者预后最差。正确判断精神障碍对SLE诊治和预后有重要意义

关键词 SLE；精神障碍；死亡率
中图分类号 R593.241 R749

SLE为全身多系统器官受损的自身免疫性结缔组织疾病。精神障碍的发生率高，预后差，然而易被一般临床医生忽视。本文以分析精神障碍为主，并探讨其与有关因素的关系，提供临床参考。

一般资料

236例SLE为我院近25年来诊断明确，并有较完整病史的住院患者，符合美国风湿病协会

参考文献

[1] Malach M. Am J Cardial 1967; 20: 363
[2] Allison SP, et al. Br Med J 1972; 3: 675
[3] Haider W, et al. Anesthesiology 1984; 60: 422
[4] Balderman SC, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1984; 88: 57

（收稿日期1992-05-16）

MYOCARDIAL PROTECTION IN THE HIGH RISK PATIENTS UNDERGOING VALAE REPLACEMENT

Fang Xiusheng

Dept. of Anesthesiology, The First Hospital

The methods of myocardial protection in 63 cases of cardiac valve replacement are reported. The average aortic cross-clamping time was 54.±47.8min. The hearts were defebrillated spontaneously in 38 patients. Four patients died of severe low cardiac output syndrome postoperatively. Some problems of myocardial protection were discussed

KEY WORDS Cardiac valve replacement, Myocardial protection

维普资讯 http://www.cqvip.com

（ARA）1971年诊断标准。已剔除了继发于SLE肾损害致尿毒症脑病和颅内感染10例、激素引起即类固醇性精神障碍8例。剔除原则为精神障碍出现于SLE非活动期、具有明显继发原因或与激素应用明显有关者。236例中精神障碍66例（单纯精神障碍40例、伴神经障碍26例），神经障碍25例，无精神神经障碍145例。本文重点分析原发于SLE脑损害66例精神障碍。有关精神障碍的分类及诊断概念按照"中国精神疾病分类与诊断标准"（1989年）的基本原则。

66例中，男性5例，女性61例，男女之比为1:12。发病年龄为18～35岁者占69.7%（46/66），$\frac{2}{3}$以上患者为工农体力劳动者。

1、**发生精神障碍的时间与SLE的关系** 43例（65.1%）精神障碍出现于SLE活动期，20例（30.3%）发生于SLE缓解开始或以后，3例（4.5%）见于SLE其他症状明显以前。精神障碍持续时间不足一月者为83.3%。83.3%患者发生一次精神障碍，16.7%患者出现2～4次精神障碍。69.6%患者精神障碍出现于SLE病程一年内。

2、**精神障碍的表现及预后** 精神障碍中类神经症28例，意识障碍21例，类精神病12例，痴呆5例（见表1）。精神障碍组、神经障碍组预后均较无精神神经障碍组差，病死率分别为15.2%（10/66），36%（9/25），4.8%（7/145），有非常显著性差异（$x^2=22.7341$，$P<0.0001$）；对激素治疗的有效率分别为74%（49/66）、56%（14/25）、91%（132/145），亦有非常显著性差异（$x^2=22.7202$，$P<0.0001$）。在精神障碍组66例中，伴神经障碍预后较单纯精神障碍者差，病死率分别为31%，5%，有显著差异（$x^2=6.2583$，$P=0.01$），对激素治疗的有效率分别为57.6%，85%，亦有显著差异（$x^2=6.1447$，$P=0.01$）。单纯精神障碍组与无精神神经障碍组的病死率分别为5%，4.8%；对激素治疗的有效率分别为85%，91%，无统计学差异（$x^2=0.1371$，$P=0.71$；$x^2=0.6706$，$P=0.41$）（见表2）。器质性综合征26例中，好转15例，无效3例，死亡8例；对激素治疗的有效率

表1 精神障碍的表现

	症状		病例数(%)	
器质性综合征	意识障碍	嗜睡、昏睡	3	31.8
		意识模糊（含谵妄）	18	
	痴呆		5	7.6
功能性综合征	类精神病	类精神分裂症	6	18.2
		类抑郁状态	4	
		类躁狂状态	2	
	类神经症	神经衰弱综合征	23	42.4
		癔病样表现	5	

表2 SLE预后比较

分组		基愈、好转、无效、死亡				有效率%		病死率%	
精神障碍组	单纯精神障碍（40例）	2	32	4	2	85	74	5	15.2
	伴神经障碍（26例）	2	13	3	8	57.6		31	
神经障碍组（25例）		0	14	2	9	56		36	
无精神神经障碍组（145例）		19	113	6	7	91		4.8	

表3 精神障碍与预后的关系

精神障碍	基愈、好转、无效、死亡				有效率%		病死率%	
意识障碍（21例）	0	11	2	8	52.4	58	38.1	31
痴呆（5例）	0	4	1	0	80		0	
类精神病（12例）	1	9	1	1	85		16.7	5
类神经症（28例）	1	23	3	1			3.6	

维普资讯 http://www.cqvip.com

为58%，病死率为31%，其中意识障碍的病死率为38.1%。功能性综合征40例中，基愈和好转34例、无效4例，死亡2例，有效率为85%；病死率为5%，其中类神经症病死率为3.6%。器质性综合征与功能性综合征在病死率和有效率方面比较，均有显著性差异（$x^2=6.2583$，$P=0.01$；$x^2=6.1447$，$P=0.01$）（见表3）。

3. **精神障碍与SLE其他症状及实验室检查结果的关系** 在精神障碍的同时，26例（39.4%）伴神经障碍，如癫痫发作（23.1%），震颤麻痹综合征（19.2%）、植物神经障碍（15.4%）、周围神经障碍、昏迷、瘫痪、颅神经障碍、尿失禁、病理征（各为11.5%）。伴发热（71.2%）、皮肤红斑（56%）、关节炎（48%）、肝大（43.9%）、心悸（36%）、咳喘（34.8%）、水肿（31.8%）、恶心、呕吐、尿少（21.2%）、脱发（18.2%）。血沉增高（93.3%）、肾功损害（90%）、尿蛋白阳性（75.8%）、ANA阳性（90.9%）、蛋白电泳γ增高（72.7%）、补体C_3下降（44.4%），脑电图异常（56.3%）。

讨　论

精神障碍的发生率 据报道[1,2]SLE的精神障碍发生率差异颇大，为12～71.4%。近有报道[3]为20%左右。本文资料为23.3%（66/236）。作者在统计时除外了继发性和类固醇性精神障碍，也不包括仅有神经障碍而无精神障碍者，差异大与对精神障碍的认识不同有关。实际上原发性与继发性精神障碍并无严格的鉴别标准，要从脑部病理改变来鉴别尤其困难，除科研外，临床诊断往往未作区别。本文资料神经障碍的发生率（10.6%，25/236）明显低于精神障碍的发生率，这与大多数报道一致。

精神障碍的表现 Lishman[4]认为器质性综合征为SLE最常见的精神障碍。Estes和Christan[4]的资料中，21%患者为器质性综合征，16%为类精神病，5%为类神经症，器质性与功能性患者人数相等。也有报道功能性综合征发生率可能较高，但无具体统计数字。本文资料功能性综合征病例数（60.6%）多于器质性综合征病例数（39.4%），尤以类神经症较多（42.4%）。临床观察应当注意SLE所致类神经症表现，也不要误诊为神经症。类精神病12例中，有2例晚上反复出现幻觉，3例有妄想，有8例伴抑郁或兴奋情感障碍，全部病例意识清楚、智能无障碍，自知力部分或全部丧失。如果未发现同时存在的器质性精神障碍的症状和病程特征或神经障碍，很可能误诊为精神分裂症或其他精神病。因此SLE伴有精神障碍时，应首先考虑由SLE所致。18例意识模糊中，11例表现类似功能性精神病或神经症，意识障碍的判断错误往往导致基本诊断的错误。患者主要有定向力和记忆力障碍，病情波动大，晚上明显。轻者表情茫然，叙述含糊，计算有困难，虽无明显定向力障碍，但次日或数天后有遗忘。若早晚对比精神症状，常有助于意识障碍的正确判断。1例被误诊为心固性木僵，其主要原因是将原始反射，不自主运动当作癔病症状，也未重视尿失禁这一重要的神经障碍。有5例SLE在确诊前数天至1月，已出现意识模糊。本文资料没有发现以人格改变为突出表现者，原因可能系回顾性资料，统计受限。SLE所致精神障碍无论表现为器质性或功能性综合征，均具有器质性精神障碍的共同特征，如欣快、脆弱、烦躁易怒、淡漠迟钝、持续言语、原始性幻觉等。病程短暂、片段、反复出现。往往意识清楚与嗜睡、意识模糊、谵妄交替出现。尚需认识如原始反射、去脑僵直、尿失禁、不典型癫痫发作、震颤麻痹等常见，却又容易忽略并混淆为精神症状的神经障碍。

诊断、治疗及预后 精神障碍与SLE活动性关系意见不一。本文资料在精神障碍的同时，半数以上有发热和面部蝶形红斑。有48%有关节炎。有39.4%合并癫痫或震颤等神经障碍。这些症状不仅在SLE病程中始终为突出表现，而且也为SLE主要首发症状。实验室检查发现大多数患者血沉增高、肾功

维普资讯 http://www.cqvip.com

损害、尿蛋白阳性、ANA阳性等，说明精神障碍主要出现于SLE活动期。若出现精神障碍，提示病情活动或恶化，要考虑SLE脑病诊断。Feinglass等[5]报道有精神障碍者EEG异常为71%，本文为56.3%（9/16），百分率偏低。7例中度异常，2例轻度异常，主要为弥漫性慢波改变。1例于2月后复查，EEG异常程度随病情缓解而减轻。SLE的脑电图改变无特异性，但可作为SLE活动性和提示预后的一个有意义的指标进行研究。对于精神障碍者，若同时发热，皮肤红斑、关节炎或不典型癫痫、震颤等，尤其年轻女性，要考虑SLE，需进一步询问病史、检查确诊。对精神障碍的判断正确与否对SLE诊治和预后改善有重要意义。精神科医生应掌握精神病病史、精神检查及神经科基本知识，其他通科医生也应熟悉精神障碍的有关知识。

据报道[6]乙琥胺、苯妥英、氯丙嗪、肼苯达嗪、异烟肼、普鲁卡因酰胺、口服避孕药、磺胺等，可致SLE或加重SLE。氯丙嗪可产生LE细胞。本文资料中所用精神药物有氯丙嗪、三氟拉嗪、氟哌啶醇、舒必利、安定等。SLE患者应避免使用引起药源性SLE的药物。对精神障碍的治疗，应多选用苯二氮杂䓬类药物如安定。若兴奋躁动，幻觉妄想等症状，可选用氟哌啶醇、奋乃静等对内脏和心血管影响小的抗精神病药物。若明显抑郁可选用三环类抗抑郁药物。均为小剂量短期使用。

SLE有精神障碍者预后差，合并神经障碍者预后更差。精神障碍中，意识障碍者预后最差。病死率为15.2%，死因以肾、脑、心损害为主，这与Estes和陈天善报道接近[7,8]。但单纯精神障碍组与无精神神经障碍组预后比较，无统计学差异。原因可能为在单纯精神障碍组中包含了一部分合并神经障碍者，故对有精神障碍者需反复进行神经系统检查和长期预后观察。

有报道[1,4]在SLE所致精神障碍中，少见以痴呆为主的症状。本文发现5例痴呆，其预后（对激素治疗的有效率为80%）与功能性综合征（有效率为85%）比较，无显著差异（$P>0.05$）。出院时除1例无记载外，余4例智能均有改善。其中1例半年后智商IQ由33升至62。说明痴呆的预后并非很差，对其治疗应抱积极态度，并应加强社会心理治疗。我们还发现有时貌似痴呆，实则意识模糊或两者共存，需认真识别。

SLE产生精神障碍的原因尚不清楚。集中于脑部免疫学的研究可能是有前途的。近来认为[9]抗神经原抗体可能是中枢神经受累的重要原因之一。脑脊液中抗神经原抗体或抗脑抗体的测定可能成为SLE所致精神障碍的原因和实验室诊断手段的重要研究领域。

（本文蒙皮肤科袁承晏教授指导，衷心致谢。）

注：1. 南充地区精神病院
2. 四川省复原退伍军人精神病院
3. 长寿精神病院

参 考 文 献

[1] 池田久男，等. 国外医学精神科分册 1981,(4):212
[2] 邓秋明，等. 重庆医科大学学报 1990;(1):40
[3] 夏镇夷，等. 实用精神医学 1990:287
[4] Lishman 湖南医学院精神病学译文特集(7) 1981,232
[5] 杨 森. 安徽医科大学学报 1986;(1):75
[6] Hughes. 国外医学内科学分册 1987;(1):506
[7] 卢惠民. 中国神经精神疾病杂志 1988,(1):38
[8] 陈天善. 华西医讯 1988;(4):398
[9] 陈薇政，等. 中华内科杂志 1990;(3):161

（收稿日期1992-06-08）