

1 例食用“见手青”时大量饮酒患者出现谵妄等精神行为异常治疗情况的个案报告

李红芳 李正开 尤忠红 马成艳

云南省临沧市精神病专科医院，云南临沧，677099；

摘要:本文介绍 1 例长期饮酒患者因大量饮酒同时食用“见手青”约 500g 后呈谵妄状态，伴有精神病性症状和言行紊乱，持续性意识不清 1 周等症状进行处置的整个过程。入院后给予地西洋酒精替代改善戒断症状、补液、抗感染、促醒、控制精神症状及补充 B 族维生素等对症处理，为期 1 月的治疗后病情完全康复。针对该病例存在酒精作用和野生菌毒相互作用致使患者病情变得复杂、难治，对治疗经过和治疗心得进行分享和探讨。

关键词:酒精；见手青；谵妄；言行异常；个案报告

DOI:10.69979/3029-2808.24.7.046

酒精属于中枢神经系统抑制剂，通过消化道和呼吸道进入人体，口服后 10min 左右即可吸收入血，约 30-90min 达到血浆浓度峰值。酒精主要在消化道吸收，约 20%在胃吸收而约 80%有十二指肠和空肠吸收。空腹状态时酒精吸收最快，而小肠比胃吸收快。酒精浓度和胃状态均可影响酒精在胃的吸收。酒品中酒精浓度为 10%及以下者在胃中吸收较少，15%-30%者在胃中的吸收较快，而 30%以上者可引起胃粘膜出血和糜烂。摄入小剂量酒精可表现出兴奋，扰乱睡眠结构，伴随频繁觉醒。摄入中等量酒精在很宽的计量范围内表现出焦虑和行为脱抑制。大剂量的酒精影响记忆编码引起顺行性遗忘。高剂量摄入则伴随精神活跃和后期的睡眠紊乱。

毒蘑菇又称毒菌或毒蕈，属大型真菌类。误采、误食毒蘑菇可引起急性中毒，呈现地域性、季节性发病，常有家庭聚集和群体性发病的特点，社会危害性大。一般依据蘑菇的摄入史、临床表现及其靶器官损害证据，可作出蘑菇中毒的诊断。时间窗内的血、尿、呕吐物、体液等样本中检测到相应的蘑菇毒素可确立诊断。

1 个案与方法

1.1 个案基本情况

患者徐某某，男，48 岁，初中文化，汉族，本地人。因“嗜酒 28 年，凭空视物、行为紊乱 1 天”入院。患者妻子李某某及儿子徐某某代诉：患者于 28 年前开始饮酒，起初饮酒量少，能正常劳动。近 4 年来饮酒量逐渐增加，多为白天干活，回家后每天都在饮酒 0.3-0.5 市斤，主要以清酒（酒精度 47-48%）为主，不分顿数，逢酒必饮，经常空腹饮酒，有晨起饮酒的习惯，不知节制，家属劝说难听。醉酒后能安静入睡，不能正常劳作。不得饮酒时出现四肢颤抖，出汗多，并开始到处找酒喝，

饮酒后四肢颤抖明显改善。（后来家属及本人补充病史：6 月 8 日中午 12 时患者饮清酒 2 两左右，19 点与家人共进晚餐时食用炒“见手青”约 200g，餐后继续食用“油炸见手青”约 300g 当下酒菜（饮酒约 3 两），共食用“见手青”约 500g，饮酒约半斤。患者诉对后面发生的事情都记不清。家属代诉 6 月 9 日患者继续饮酒，具体量不详。家属及患者均未出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻等不适。）6 月 10 日凌晨 02:00 左右患者出现胡言乱语，诉“看见桌子、手上有蚂蚁在爬”，凭空用手去拿、用手去抓，诉“看见有很多人要杀我、打我，要害我……”，感到很害怕。易激惹，谩骂家人，欲动手打人，全身颤抖，走路不稳，需家人搀扶，意识模糊，分不清东西南北，不认识身边的亲人，不知道自己在哪里，不知时间。家人无法管理，遂将患者送至当地医院就诊，完善血常规、血生化及头颅 CT 等检查无明显异常，未作特殊处理。患者精神症状明显，无法配合治疗，建议家属将其送至我院系统治疗，我科以“使用酒精引起的精神性障碍”收住院。入院查体：体温 36.2℃，脉搏 92 次/分，呼吸 20 次/分，血压 180/132mmHg，心肺腹检查不配合。四肢不自主颤抖，步态不稳。精神检查：谵妄状态，意识清晰度下降，年貌相符，衣饰尚整，由家属搀扶强行拉入病房，对入院四测被动合作，行为紊乱，兴奋躁动，比手划脚，对空谩骂，激惹，用脚踢打医务人员及家人，无法进行有效交谈，说话东拉西扯，答非所问，思维散漫。对时间、地点、人物的定向力差。注意涣散，东张西望，引出明显幻视及被害妄想，诉“看见桌子、手上有蚂蚁在爬”，凭空用手去拿、用手去抓，诉“看见有很多人要杀我、打我，要害我……”，感到很害怕。常识、记忆力、理解力、判断力、计算力不配合检查。自知力缺失。社会功能严重受损。既往史：两年来

反复发生低血钾。曾吸食海洛因 13 年, 现已戒 10 年。父母两系三代无精神异常者。辅助检查: 2024-06-11 血检验: 门冬氨酸转移酶 85.0U/L ↑, 总胆红素 39.4 μmol/L ↑, 直接胆红素 14.1 μmol/L ↑, 间接胆红素 25.3 μmol/L ↑, r 谷氨酰转氨酶 244.0U/L ↑, 总胆汁酸 43.70 μmol/L ↑, 肌酐 45.5 μmol/L ↓, 尿酸 545.0 μmol/L ↑, 肌酸激酶 1519.0U/L ↑, 肌酸激酶同工酶 48.0U/L ↑, 乳酸脱氢酶 478U/L ↑, α 羟丁酸脱氢酶 290.0U/L ↑, 红细胞 $3.21 \times 10^{12}/L$ ↓, 血红蛋白 121g/L ↓。甲功八项: 游离甲状腺素 T4 28.06pmol/L ↑。2024-6-12 心电图示 1. 窦性心动过速 (113 次/分) 2. P 波增宽, 3. 轻度 ST 段抬高 (II、aVF), 4. T 波低平 (II、aVF、V3、V4、V5、V6); 4. QT 间期延长。双肺 CT 无明显异常。头颅 CT 示: 轻度脑萎缩。2024-6-13 血检验示: 门冬氨酸转移酶 82.0U/L ↑, 总蛋白 57.5g/L ↓, 总胆红素 26.1 μmol/L ↑, 直接胆红素 7.6 μmol/L ↑, 间接胆红素 18.5 μmol/L ↑, r 谷氨酰转氨酶 193.0U/L ↑。2024-7-3 心电图示正常心电图。2024-7-4 血检验: 丙氨酸转移酶 61.0U/L ↑, 门冬氨酸转移酶 59.0U/L ↑, 总蛋白 54.2g/L ↓, 白蛋白 33.2g/L ↓, r 谷氨酰转氨酶 63.0U/L ↑, 总胆汁酸 33.10 μmol/L ↑, 前白蛋白 137mg/L ↓, 胆碱酯酶 3877U/L ↓, 肌酐 47.6 μmol/L ↓, 尿酸 480.0 μmol/L ↑, 高密度胆固醇 0.87mmol/L ↓, 肌酸激酶 39.0U/L ↓, 红细胞 $3.00 \times 10^{12}/L$ ↓, 血红蛋白 108g/L ↓。2024-07-24 甲功八项: 促甲状腺激素 4.88 μIU/mL ↑, 游离甲状腺素 T4 11.95pmol/L ↓。血检验: 总蛋白 56.6g/L ↓, 前白蛋白 157mg/L ↓, 尿酸 453.0 μmol/L ↑, 红细胞 $3.53 \times 10^{12}/L$ ↓, 血红蛋白 120g/L ↓, 凝血四项正常。2024-8-7 超声心动图示: 1. 右室增大。2. 二尖瓣、三尖瓣轻度关闭不全; 3. 左室舒张功能降低。

按照国际精神与行为障碍分类 (ICD-10)、美国精神障碍诊断与统计手册第 5 版 (DSM-V), 该患者急性起病, 呈谵妄状态, 有明显兴奋躁动, 意识障碍, 言行紊乱, 恐怖性幻觉及被害妄想, 定向力差, 四肢震颤等症状, 符合谵妄的诊断。入院诊断: 1. 谵妄查因: 1) 使用酒精引起的戒断状态伴谵妄; 2) 食入毒蘑菇中毒? 2. 使用酒精引起的依赖综合征; 3. 低钾血症; 4. 脑梗死。

1.2 治疗方案

治疗方案参照《中国物质使用障碍防治指南》、《精神障碍诊疗规范》(2020 版) 和《中国含鹅膏毒肽蘑菇中毒临床诊断治疗专家共识》、《中国蘑菇诊治临床专家共识》, 对患者实施系统规范化的治疗。患者有长期大量饮酒病史, 近两天来大量饮酒同时食用“见手青”,

出现谵妄等精神病性症状和行为异常, 除考虑酒精戒断状态伴谵妄外, 很难排除蘑菇中毒可能。虽然患者未出现胃肠道症状及进行性肝功能异常, 但患者意识障碍持续时间较长, 超过了通常情况下酒精引起的震颤谵妄持续时间 2-3 天。在病因不清楚情况下, 采取“大包围、全覆盖”的治疗原则, 给予苯二氮卓类药酒精替代改善酒精戒断症状, 积极补液, 维持循环稳定, 呼吸支持、护胃、保肝、护肾、促醒、控制精神症状, 防治脑水肿及 DIC, 预防感染, 营养支持, 维持水电解质和酸碱平衡等对症支持治疗。

1.3 评估工具

酒精使用障碍筛查量表 (AUDIT)、密歇根酒精依赖筛查量表 (MAST)、阳性症状量表 (SAPS)、阴性症状量表 (SANS)、简易智能状况 (MMSE)、简明精神病量表 (BPRS)、格拉斯哥昏迷评分 (GCS)。

1.4 治疗过程

入院后严格戒酒, 予乳酸钠林格组、西咪替丁组、氯化钠加钾组、能量组、地西洋组改善酒精戒断症状、补钾、抑酸护胃、补充能量、维持水电解质平衡; 予氟哌啶醇针、富马酸喹硫平片 0.1g bid 控制精神症状; 护肝片 1.44g tid 保肝护肝; 叶酸片 10mg bid 配合维生素 B12 注射液 0.5mg im bid、维生素 B1 注射液 0.1g im bid、维生素 B1 片 20mg bid、复合维生素 B 片 2# bid 改善贫血、补充 B 族维生素等对症支持治疗。2024-06-13 心肌酶测定: 肌酸激酶 1216.0U/L ↑, 肌酸激酶同工酶 38.0U/L ↑, 乳酸脱氢酶 372U/L ↑, α 羟丁酸脱氢酶 254.0U/L ↑, 心肌酶高给极化液改善心肌功能; 电解质回报低钾, 给复方氯化钠加氯化钾组、氯化钾缓释片 1g tid 补充钾。入院 1 周以来患者仍意识模糊, 加用 3 天纳洛酮组促醒处理, 意识逐渐清醒; 结合血常规及尿常规检查, 考虑尿路感染, 给予左氧氟沙星组抗感染; 2024-06-20 尿液分析: 潜血 3+, 考虑因长期插管膀胱粘膜损伤引起, 给氨甲环酸组止血处理。患者患有韦尼克脑病, 除补充 B 族维生素外, 予银杏叶胶囊 0.3g tid 活血化瘀通络、改善循环等对症治疗, 配合磁疗、生物反馈、工娱促促进病情康复治疗。

2 结果

在整个治疗过程中, 对患者采取“大包围、全覆盖”原则, 给予苯二氮卓类药酒精替代改善酒精戒断症状, 积极补液, 维持循环稳定, 呼吸支持、护胃、保肝、护肾、促醒、控制精神症状, 防治脑水肿及 DIC, 预防感染, 营养支持, 维持水电解质和酸碱平衡等对症支持治疗。量表评估显示: 治疗前, 患者 SAPS 评分 48 分, SANS 评分 13 分, GCS 评分 12 分。治疗后 SAPS 评分 7 分, SANS

评分 10 分, BPRS 评分 28 分, MMSE 评分 26 分, 为认知功能缺损。提示: 经过积极对症支持治疗后, 患者意识清楚, 幻觉、妄想消失, 社会功能恢复, 自知力完整。

3 讨论

夏季正值野生菌(蘑菇)上市高峰期, 野生菌(蘑菇)中毒较常见, 临床医生在接诊患者时询问病史思路要宽, 范围要广, 全面、仔细核实病情, 特别对于一些意识障碍、谵妄状态伴发精神行为异常的患者, 对怀疑中毒或以恶心呕吐、急性肝功能异常为主要表现的患者一定要重点询问患者及家属发病前 3 d 详细进食情况, 特别是蘑菇进食史, 包括鲜蘑菇、干蘑菇和含蘑菇的加工品。同食者是否出现相似症状。既往患者有无类似情况发生。食用过野生菌(蘑菇)的患者要着重询问食用野生菌(蘑菇)的种类, 有无同时食用其他东西, 如酒精、药物等。病情容易被明显的精神症状所掩盖, 或患者意识不清的情况下, 无法有效向患者及家属询问详细病因, 例如野生菌和酒精同时食用, 我们无法辨别到底是哪种物质中毒引起的症状时, 采取“大包围、全覆盖”的治疗方案进行救治患者, 同时尽快完善头颅 CT 或 MRI、血尿常规、肝肾功、电解质、乳酸、凝血功能、血清葡萄糖、尿素氮和肌酐等排除器质性疾病, 与相关疾病做好鉴别诊断。有条件的对血、尿、呕吐物、体液标本进行毒素检测以明确诊断。以免延误治疗危及患者生命。该病例中患者食用野生菌(见手青)同时大量饮酒, 很难辨别是野生菌中毒, 还是酒精引起的急慢性中毒引起的戒断症状。患者病程中没有明显胃肠道症状及肝功能进行性损伤情况, 暂不考虑野生菌中毒, 还是考虑酒精中毒引起的相关障碍。但该患者意识障碍持续时间较一般情况下酒精引起的震颤谵妄持续时间长, 病情变得更复杂、更难治, 作者考虑因为酒精促进野生菌(见手青)毒素的吸收, 并与其毒素发生化学反应产生新的毒素, 从而加重中毒症状和中毒症状相互叠加、混淆有关。往往被我们的年轻医生所忽视, 不被重视, 严重影响了患者病情尽快康复、预后, 加重患者经济负担。

4 结论

夏季是野生菌大量上市的季节, 不论居家还是餐馆都在食用美味的野生菌, 在食用野生菌时大量饮酒, 带来健康的问题令人堪忧。酒精可以促进毒素的吸收, 也可以与毒素发生化学反应产生新的毒素, 从而加重中毒症状。吃菌的时候喝酒过量, 可能会导致酒精中毒症状、野生菌中毒症状相互叠加、混淆, 让人弄不清到底是野

生菌中毒, 还是醉酒及酒精作用, 从而延误了治疗, 甚至危及生命, 因而吃菌时最好别饮酒。

5 未来研究方向

该患者急性起病, 病程短, 入院病史叙述不清, 病程中病情复杂, 基础疾病多, 意识障碍持续时间长, 虽然经积极对症治疗后, 患者病情恢复良好。但是野生菌对中枢神经系统的毒性作用、酒精对中枢神经系统的作用机制非常复杂多样, 相互间作用有待于进一步研究探讨。今后努力的方向是探索长期嗜酒患者同时食用野生菌、苯二氮卓类药物、抗精神病药物、抗抑郁药物等引起意识障碍、精神行为异常的作用机制, 两者之间相互作用, 以及如何对中枢神经系统的造成影响, 如何作出鉴别诊断, 如何精准治疗, 更好的指导于临床。

致谢: 本案例发表得到患者及其妻子知情同意。

参考文献

- [1] 胡建, 陆林. 中国物质使用障碍防治指南. 中华医学电子音像出版社, 2015, 8 (1): 17-85
- [2] 于欣, 陈华昌, 王丽华. 酒精医学理论与临床应用. 人民卫生出版社, 2021, 2 (1): 206-233
- [3] 中华医学会急诊医学分会中毒学组, 中国医师协会急诊医师分会, 中国毒理学会中毒与救治专业委员会. 中国含鹅膏毒肽蘑菇中毒临床诊断治疗专家共识[J/C D]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2020, 13 (1): 20-28.
- [4] 陈志恩, 吴绍长. 酒依赖及酒精相关障碍 浙江大学出版社, 2016, 12 (1): 71-279
- [5] 陆林, 沈渔邨精神病学 人民卫生出版社 2018, 2(6): 665-670
- [6] 李凌江, 陆林. 精神病学 人民卫生出版社 2005(3): 207-223
- [7] 周静, 袁媛, 朗楠等. 中国大陆地区蘑菇中毒事件及危害分析[J]. 中华急诊医学杂志, 2016, 25 (6): 724-728.
- [8] 孙承业. 蘑菇中毒防治工作亟待需加强[J]. 中华急诊医学杂志, 2016, 25 (8): 981-984.
- [9] 精神障碍诊疗规范(2020 版) 2020, 11: 83-88
- [10] 中国蘑菇中毒诊治临床专家共识, 2019, 20 (8): 583-589
- [11] 陈作红, 张志光. 蘑菇毒素及其中毒治疗(I)——鹅膏肽类毒素[J]. 实用预防医学, 2023, 10 (2): 260-262.