

65 例住院精神病患者死亡原因临床分析

熊 辉, 李沛亨, 罗 明, 陈仁德(四川省攀枝花市第三人民医院 617061)

【摘要】 目的 分析住院精神病患者的死亡原因。方法 对 1990~2009 年 65 例住院死亡精神病患者作回顾性调查, 比较前后 10 年住院精神病患者的死亡率和死亡原因, 并采用 χ^2 检验进行数据分析。结果 总死亡率为 0.33%, 后 10 年(0.28%)较前 10 年(0.41%)有所下降, 但差异没有统计学意义($P>0.05$), 因躯体疾病和噎食死亡者下降明显, 差异有统计学意义($P<0.05$)。死亡原因以躯体疾病最多(60.0%), 其次为猝死(13.8%)和自杀(12.3%)。结论 20 年来医院管理水平、医疗质量有所提高, 但精神科医生仍需重视普通内外科知识的学习。

【关键词】 精神病; 死亡原因; 住院患者

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.02.049 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)02-0213-02

分析住院精神病患者死亡原因, 可以反映医疗技术水平和 管理水平, 有利于发现不足, 明确改进的方向, 从而降低精神病 患者的死亡率。作者调查了本院 20 年来住院精神病患者的死 亡原因, 发现本院医院管理水平、医疗质量有所提高, 但精神科 医生仍需重视普通内外科知识的学习, 医疗管理仍需加强。现 将调查结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 1990~2009 年在本院住院的精神病患者共 计 19 771 例(每例患者 1 个住院号, 同一个患者反复住院只计 1 例), 其中死亡 65 例。

1.2 方法 查阅 65 例死亡患者的住院病历, 采用自制的表格 进行登记, 内容包括姓名、性别、年龄、职业、住院天数、死亡日 期、精神疾病诊断、死亡原因、住院号、备注等。将 1990~2009 年按 10 年为一阶段, 划分为两个时期。根据疾病和有关健康 问题的国际统计分类(ICD-10)将死亡原因分为如下 6 个方面: 自杀、躯体疾病、咽下食物引起的呼吸道梗阻(以下简称噎食)、 药物中毒或不良反应(除自杀的原因)、意外事故、其他(主要指 不明原因死亡及猝死患者)。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验对数据进行分析。

2 结 果

2.1 一般资料 1990~2009 年住院精神病患者共计 19 771 例, 死亡病例 65 例, 死亡率为 0.33%。其中男 48 例, 女 17 例, 男:女为 2.82:1, 平均年龄 50 岁(17~72 岁)。65 例患者的 死亡原因排序如下, 躯体疾病 60.0%(39/65), 猝死 13.8%(9/ 65), 自杀 12.3%(8/65), 噎食 7.7%(5/65), 药物中毒或不良 反应 4.6%(3/65)。

2.2 不同时期住院患者死亡原因及死亡率 见表 1。

表 1 不同时期住院患者死亡原因及死亡率[例(万)]

死亡原因	1990~1999 年 (n=7 048)	2000~2009 年 (n=12 723)	合计	χ^2	P
躯体疾病	20(28.38)	19(14.93)	39(19.73)	4.16	<0.05
自杀	2(2.84)	6(4.72)	8(4.05)	0.07	>0.05
噎食	4(5.68)	1(0.79)	5(2.53)	6.44	<0.05
药物中毒/不良反应	0(0.00)	3(2.36)	3(1.52)	0.47	>0.05
意外事故	0(0.00)	1(0.79)	1(0.51)	—	—
猝死	3(4.26)	6(4.72)	9(4.55)	0.04	>0.05
合计	29(41.14)	36(28.30)	65(32.88)	2.28	>0.05

注:—表示无数据。

表 1 显示, 与前 10 年比较, 后 10 年因躯体疾病、噎食死亡

发生率明显下降, 差异有统计学意义($P<0.05$)。自杀、药物 中毒或不良反应、意外事故、猝死的发生率有所上升, 但差异没 有统计学意义($P>0.05$)。

住院精神病患者因药物中毒或不良反应死亡共 3 例, 均发 生在后 10 年。3 例均是因为患者在院外服药过量而入院治 疗。1 例出现恶性综合征; 1 例为患者将服药方法记错而导致 碳酸锂、氯丙嗪中毒; 1 例为吸毒人员, 服螺旋霉素过量, 诊断 为表皮坏死松懈症。

因噎食死亡者共 5 例, 男 4 例, 女 1 例, 3 例为脑器质性病 病, 2 例为抑郁症患者; 2 例年龄 50 岁以上, 3 例 30 岁以下, 因 进食面包、馒头、牛肉时发生噎食现象。

2.3 不同时期躯体疾病诊断构成的差异 见表 2。

表 2 不同时期躯体疾病诊断构成的差异

躯体疾病诊断	1990~1999 年	2000~2009 年	合计 [n(%)]	χ^2	P
感染	13	7	20(41.67)	4.86	<0.05
心脏病伴心力衰竭	3	4	7(14.58)	0.09	>0.05
上消化道出血	2	1	3(6.25)	1.91	>0.05
脑血管意外	1	1	2(4.17)	—	—
急腹症	1	1	2(4.17)	—	—
低血钾	1	1	2(4.17)	—	—
哮喘	1	0	1(2.08)	—	—
糖尿病	0	1	1(2.08)	—	—
重度营养不良	0	1	1(2.08)	—	—
多器官功能衰竭	0	1	1(2.08)	—	—
肺癌	0	1	1(2.08)	—	—
其他(原因不明)	4	3	7(14.58)	1.23	>0.05
合计	26	22	48(100.00)	6.78	<0.05

注:—表示无数据。

从表 2 可以看出, 感染在死亡精神病患者中最常见, 在 48 个躯体疾病诊断例次中, 感染 20 例次(41.67%); 其次是心血 管系统疾病和其他(诊断不明)各 7 例次(14.58%); 第 3 位是 消化系统疾病及上消化道出血 3 例次(6.25%); 脑血管意外、 急腹症、低血钾各 2 例次(4.17%)。上述结果显示, 后 10 年因 感染死亡的人数较前 10 年明显减少, 差异有统计学意义($\chi^2 = 4.86, P<0.05$)。因躯体疾病死亡的构成比后 10 年比前 10 年 明显下降, 差异也有统计学意义($\chi^2 = 6.78, P<0.05$)。

3 讨 论

本次调查显示, 本院住院精神病患者总死亡率为 0.33%, 与文献报道相近^[1-4]。2000~2009 年组与 1990~1999 年组比

较,住院精神病患者总死亡率有所下降(由 41.14/万人下降至 28.30/万人),躯体疾病和噎食死亡发生率明显下降,感染在躯体疾病中的构成比明显下降,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明本院的医院管理水平和医疗技术水平在不断提高。猝死在死亡原因中排名第 2(13.8%),与文献报道的调查结果一致^[3,5]。应引起足够的重视,可能与抗精神病药物的不良反应有关^[6]。因此能单一用药不要联合用药,能小剂量用药不大剂量用药,能口服不静脉用药,在用药过程中应严密注意患者的躯体情况,注意监测心电图、血糖、血脂、血钾、体质量等变化,尤其要重视抗精神病药物引起的 QT 间期延长等不良反应,尽量选用不良反应小的新型抗精神病药物。

自杀在死因顺位中排名第 3(12.3%),有被低估的可能,因为自杀有明显的隐蔽性,在本次调查中不明原因死亡和猝死患者中不排除有自杀患者的可能。因此对自杀的防范应该成为除躯体疾病外的第二大重视对象。

在本次调查中发现有患者因忘记医嘱而服错药物导致中毒的现象,该事件提示对出院患者的管理也应引起重视。药品应交给家属保管,由家属管理患者服药,药物的服用方法应在出院患者告知书中写明。医生在电话随访患者的病情时也应询问患者的服药情况,便于发现服错药时及时纠正。

噎食发生的原因据调查与脑器质性疾病和药物不良反应有关。本次调查中噎食死亡发生率明显下降,可能与近 10 年新型抗精神病药物的使用减少了药物不良反应的发生,以及医院加强了患者进食的管理有关。因此要提倡使用新型抗精神病药物,患者进食时应安排医务人员看护,对老年或有脑器质性疾病的患者进食面包、馒头、牛肉等干性食物时宜专人将食物撕碎后缓慢喂食,以减少噎食事件的发生。

本院住院精神病患者的死亡原因仍以躯体疾病最多(60.0%),这与李文俊^[3]的研究结果一致,与陈进等^[4]的研究结果不一致。其原因与各个医院收治患者的年龄结构、病种构

成等不同有关。后 10 年的躯体疾病死亡发生率有明显下降(28.38/万人降至 14.93/万人),差异有统计学意义($P < 0.05$)。这与医院医疗水平的提高和医院领导对精神病患者躯体疾病治疗的反复强调和重视分不开,与精神科医生不断学习普通内、外科知识有关,与加强精神病患者躯体疾病的会诊联络工作分不开。作为精神病专科医院,其药物品种不全,设备不完善,精神科医生对内、外科疾病的警觉性不高,知识结构与综合医院医生有明显差距。本次调查有 7 例患者诊断不明,考虑可能与急性心脑血管事件有关,所以躯体疾病在死亡原因中的比例可能会更高。因此精神病专科医院应加强精神疾病患者的躯体疾病管理,做好会诊联络工作,精神科医生应加强内、外科基础知识的学习,这对减少精神病患者的死亡率仍然具有十分重要的意义。

参考文献

[1] 李艳红,吴强.近 30 年来精神科住院患者死因变迁分析[J].中国健康心理学杂志,2006,14(5):544.
 [2] 张尧,李湘云.住院精神患者死亡原因分析[J].临床医学,2003,23(2):42-43.
 [3] 李文俊.32 例住院精神患者死亡原因分析[J].四川医学,2000,21(2):173-174.
 [4] 陈进,王筱兰,翟书涛.50 年精神科住院患者死亡原因的变迁[J].临床精神医学杂志,1999,9(2):68-69.
 [5] 侯振成,刘立芳.133 例住院精神病患者死亡原因分析[J].中国民康医学,2007,19(9):754-755.
 [6] 王端见,江开达.近 10 年住院精神病患者 26 例猝死的临床分析[J].上海精神医学,2000,12(3):148-149.

(收稿日期:2010-07-26)

超声介导穿刺抽液联合氟尿嘧啶治疗肾囊肿的临床应用

张治忆¹,冉海涛²(1.重庆市彭水县人民医院超声科 409600;2.重庆医科大学附属第二医院超声科 400010)

【摘要】 目的 探讨超声介导穿刺抽液联合氟尿嘧啶治疗肾囊肿的有效性。**方法** 32 例患者随机分为对照组 16 例与氟尿嘧啶组 16 例。所有患者的肾囊肿在超声引导下穿刺抽尽囊液,对照组不注入氟尿嘧啶,氟尿嘧啶组注入氟尿嘧啶,随访 1 年。**结果** 1 年后,对照组肾囊肿最大径线(3.16±1.40)cm,氟尿嘧啶组囊肿最大径线(0.29±0.67)cm,差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 超声介导穿刺抽液联合氟尿嘧啶治疗肾囊肿疗效优于对照组。

【关键词】 肾疾病,囊性; 氟尿嘧啶; 穿刺抽液术; 超声检查

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.02.050 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)02-0214-02

肾囊肿是一种常见疾病,体积较小的囊肿对人体造成的危害不大,但较大的囊肿会导致肾脏毁损、压迫周围组织与器官,给患者带来严重的后果。为了寻找一种对患者损伤小,又不会对患者造成较重经济负担治疗,本院自 2005 年 5 月以来对肾囊肿患者采用在超声引导下穿刺肾囊肿并注入氟尿嘧啶治疗,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005 年 5 月至 2009 年 10 月在本院经 B 超与彩色多普勒检查诊断为肾囊肿的患者共 32 例,男 13 例,女 19 例,年龄 24~61 岁,平均 34.4 岁。其中单发性囊肿 21 例,多发性囊肿 11 例;右肾 14 例,左肾 18 例。囊肿最小径 6.7 cm,最大径 11.5 cm。17 例患者诉上腹部及背部酸胀痛或小

便常规红细胞(+),3 例因患有药物难以控制性高血压就诊,另 12 例因生病常规超声检查时发现。

1.2 仪器 Philips HID4000 彩色超声诊断仪及 GELOGIQ 200 二维超声诊断仪,凸阵探头,频率 3~7 MHz,配有穿刺架,穿刺针为日本生产的 PTC 18~22 G、长 15~20 cm 带芯的不锈钢针。

1.3 方法 先用普通探头作初步定位,根据患者囊肿位置采取不同体位,一般多用俯卧位、健侧卧位等。垫高腰部,选择囊肿最清晰、距体表最近且能避开周围脏器处作为进针点,做好标记后,以此为中心进行皮肤消毒、铺巾后,用消毒后的穿刺探头再次校正最佳穿刺进针点,用 2%利多卡因局部麻醉后,先用注射针头刺破进针点处的皮肤及皮下组织,使穿刺针能顺利