

住院精神病患者噎食窒息的成因分析

龚昌富, 刘 兵, 沈小静[△](重庆市九龙坡区精神卫生中心精神科 400052)

【摘要】 目的 探讨住院精神病患者噎食窒息的危险因素。**方法** 对 1998 年 8 月至 2013 年 2 月在九龙坡区精神卫生中心发生的 27 例噎食窒息精神病患者的临床资料进行分析。**结果** 27 例噎食窒息患者中, 老年 22 例, 中年 5 例; 15 例单独使用典型抗精神病药物, 3 例单独使用非典型抗精神病药物, 8 例联合使用抗精神病药物, 1 例未使用抗精神病药物; 咬合牙对数多于 10 对者 2 例, 少于 10 对者 22 例, 情况不清楚 3 例; 活动能力明显下降 10 例, 长期卧床 5 例, 生活完全能自理 12 例; 11 例患者站立进食发生, 7 例患者在行走间进食发生, 5 例患者在坐着进食发生, 4 例患者进食体位不清; 食物为大块肉类 11 例, 为馒头 8 例, 为普通食物 5 例, 为鸡蛋 3 例; 抢救成功 20 例, 死亡 7 例, 死亡病例中 6 例为馒头所致。**结论** 出现噎食窒息的住院精神病患者常为老年患者, 与伴有脑器质性疾病及严重躯体疾病, 抗精神病药物不良反应, 咀嚼功能下降, 活动能力下降, 站着进食, 进食大块固体食物等因素相关, 其中馒头所致的噎食窒息抢救难度大, 致死率高。

【关键词】 噎食窒息; 精神病患者; 成因分析; 抗精神病药物

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 13. 033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)13-1819-03

噎食窒息是指进食过程中, 大量食物不能下咽, 或在咽喉部阻塞、或在食管第一狭窄处压迫气道、或误入气管引起的呼吸道阻塞, 引起急性吸气性呼吸困难, 甚至死亡。由于精神科患者身体机能下降, 自控能力较差以及治疗、管理的特殊性, 精神病患者噎食窒息在临床上偶有发生, 致死率高, 成为精神科临床猝死的常见病症之一, 且易引发医疗纠纷。噎食窒息急骤出现, 要在 3~5 min 内完成应急判断及处置, 其难度较大, 致死率较高。但噎食的预防相对容易, 为更好地做好预防, 特对噎食窒息的成因进行探讨。本文通过对 27 例精神病患者噎食窒息的成因进行回顾分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1998 年 8 月至 2013 年 2 月收治的 3 035 例住院精神疾病患者中, 发生噎食窒息 27 例, 本组病例诊断符合中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-2-R 或 CCMD-3)。

1.2 方法 自制调查表, 内容包括一般人口学资料、诊断、使用的精神病药物及药物不良反应、口腔情况、自理能力、进食时体位、引起窒息的食物种类、抢救效果等情况。通过查阅病历、访谈方式获得资料, 并对资料进行分析讨论和总结。

1.3 统计学方法 采用 SPSS11.0 统计软件处理, 计数资料采用 χ^2 检验和 u 检验进行统计学分析, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 发生率、致死率 1998 年 8 月至 2013 年 2 月住院精神疾病患者 3 035 例, 发生噎食窒息 27 例, 噎食窒息发生率为 0.89%; 死亡 7 例, 致死率 25.93%(7/27)。

2.2 性别、年龄分布 男性患者 17 例, 占 62.96%; 女性患者有 10 例, 占 37.04%。性别与其发生率差异无统计学意义($\chi^2=0.102, P>0.05$)。所有发生噎食窒息的患者年龄均大于 50 岁。其中年龄 50~60 岁的患者 5 例, 占 18.52%; 60 岁以上患者 22 例, 占 81.48%, 就此 2 个年龄段患者进行比较, 其发生率差异有统计学意义($\chi^2=2.93, P<0.05$)。

2.3 精神疾病分布 精神分裂症 15 例, 占 55.56%。脑器质性疾病所致精神障碍 4 例, 占 14.81%; 阿尔茨海默病 4 例, 占 14.81%; 乙醇所致精神障碍 2 例, 占 7.41%; 癫痫所致精神障碍 1 例, 占 3.70%; 心境障碍 1 例, 占 3.70%。不同精神疾病

患者发生噎食窒息的发病率比较见表 1。其中以器质性疾病所致精神障碍患者发病率更高。

表 1 不同精神疾病患者发生噎食窒息的发病率比较

精神疾病种类	发生	未发生	合计	发生率(%)	<i>u</i>	<i>P</i>
精神分裂症	15	2 448	2 463	0.61	1.71	>0.05
脑器质性疾病所致精神障碍	4	41	45	8.89	47	<0.05
阿尔茨海默病	4	62	66	6.06	30.35	<0.05
乙醇所致精神障碍	2	90	92	2.17	7.47	<0.05
癫痫所致精神障碍	1	20	21	4.76	22.71	<0.05
心境障碍	1	80	81	1.23	1.94	>0.05
其他精神疾病	0	267	267	0.00	—	—
合计	27	3 008	3 035	0.90	—	—

2.4 重大躯体疾病分布 无重大躯体疾病 11 例, 占 40.74%; 伴有重大躯体疾病 16 例, 占 59.26%。对有无伴有重大躯体疾病患者噎食窒息发病率比较见表 2, 伴有重大躯体疾病的精神病患者其噎食窒息发病率高于无重大躯体疾病的精神病患者, 差异有统计学意义($\chi^2=40.94, P<0.01$)。其中原发性高血压 7 例, 占 25.93%; 慢性支气管炎、肺气肿 8 例, 占 29.63%; 脑血管意外后遗症 5 例, 占 18.52%; 糖尿病 3 例, 占 11.11%; 冠心病 2 例, 占 7.41%。

表 2 有无伴有重大躯体疾病患者噎食窒息发病率比较

组别	发生噎食窒息	未发生噎食窒息	合计	发生率(%)
无重大躯体疾病	11	2 562	2 573	0.43
有重大躯体疾病	16	446	462	3.59
合计	27	3 008	3 035	0.90

2.5 口腔情况及就餐习惯 咬合牙对数多于 10 对者 2 例, 占 7.41%; 咬合牙对数少于 10 对者 22 例, 占 81.48%; 情况不清楚者 3 例, 占 11.11%。部分噎食患者有不良的就餐习惯, 比较明显的方面是进食体位及速度。以站立位进食者 11 例, 占 40.74%; 行走间进食者 7 例, 占 25.93%; 以坐位进食者 5 例, 占 18.52%; 进食时体位不清者 4 例, 占 14.81%。其中 3 例平时进食过急、过快, 占 11.11%。

2.6 意志活动及生活自理能力 无明显意志活动缺乏 1 例,

[△] 通讯作者, E-mail: 466698849@qq.com。

占 3.70%；有明显意志活动缺乏 26 例，占 96.30%。生活完全能自理，体力无明显下降 12 例，占 48.15%；生活基本自理，体力下降明显，行走缓慢 10 例，占 37.04%；生活不能自理，行走困难或长期卧床 5 例，占 14.81%。

2.7 用药情况及药物不良反应 未使用抗精神病药物 1 例，占 3.70%；使用抗精神病药物 26 例，占 96.30%。在使用抗精神病药物的 26 例中，单独使用典型抗精神病药物 15 例，占 57.69%；单独使用非典型抗精神病药物 3 例，占 11.54%，两类药物联合使用 8 例，占 30.77%。典型抗精神病药物与非典型抗精神病药物噎食窒息发生率比较见表 3，其发生率差异有统计学意义($\chi^2=4.99, P<0.05$)。12 例患者存在不同程度的锥体外系不良反应，占 44.44%。27 例患者使用抗精神病药物及锥体外系反应情况见表 4。

2.8 造成窒息的主要食物 以大块食物居多，其中大块肉类食物 11 例，占 40.74%；馒头 8 例，占 29.63%；鸡蛋 3 例，占 11.11%；普通食物(蔬菜、小块肉类、米饭)5 例，占 18.52%。

2.9 抢救结果 存活 20 例，占 74.07%；死亡 7 例，占 25.93%。死亡病例中，因进食馒头而噎食致死的患者 6 例，占

85.71%；因大块肉类噎食致死的患者 1 例，占 14.29%。存活与死亡患者情况对照见表 5。

表 3 两组患者噎食窒息发病情况

组别	患者	非患者	合计	发生率(%)
典型抗精神病药物	15	1 123	1 138	1.32
非典型抗精神病药物	3	837	840	0.36
合计	18	1 960	1 978	0.91

表 4 27 例噎食窒息患者抗精神病药物使用情况

药物	n	构成比(%)	用量(mg)	锥体外系 不良反应例数(n)
氯丙嗪	8	29.63	50~500	4
奋乃静	4	14.81	4~26	2
氟哌啶醇	3	11.11	6~18	2
利培酮	2	7.41	1~5	1
喹硫平	1	3.70	400	0
多种抗精神病药物合用	8	29.63	低、中等剂量	3
未使用抗精神病药物	1	3.70	0	0

表 5 噎食窒息存活与死亡患者情况对照(n)

组别	n	生活自理能力			不同食物引起窒息的例数				锥体外系 不良反应例数
		完全	部分	不能	肉类	馒头	鸡蛋	普通食物	
存活	20	8	8	4	10	2	3	5	9
死亡	7	4	2	1	1	6	0	0	3
合计	27	12	10	5	11	8	3	5	12

3 讨 论

本文结果显示，造成精神科患者噎食窒息的危险因素主要有：(1)中老年患者。本研究中出现噎食窒息的精神病患者全为年龄大于 50 岁的中老年人，主要原因是中老年人生理机能逐年下降。参与吞咽的肌肉功能退化，吞咽反射、咳嗽反射减退，食道退化，唾液分泌也减少到年轻时的 1/3。他们的生活自理能力也日渐变弱，故中老年人在进餐时容易出现噎食^[1]。精神科常见疾病，如精神分裂症、心境障碍等，常常是青年时期起病，迁延不愈，在长达数十年后，患者生理机能及生活自理能力较非精神病同龄人下降更明显，更容易出现噎食窒息，这与文献[2-4]关于精神病患者噎食窒息的报道相一致。本研究中男性患者发生噎食窒息比女性患者多，但在统计学上无差异，这与男性住院患者更多有关。(2)器质性精神疾病患者及伴有严重躯体疾病的精神疾病患者。此类患者身体情况差，反应能力下降更明显，吞咽功能减弱、噎食后咳嗽反射进一步下降。尤其在患有肺部疾患及脑器质性疾病患者中出现的可能性更大。如当患者患有肺气肿时，其呼吸频率更快，气道打开时间更长，吞咽时食物更易进入气道。而脑器质性疾病使患者反应迟钝，自我控制能力下降，当发生噎食时咳嗽反射减退，堵塞物不易咳出，进而发生窒息。这与黄建平^[2]、熊辉^[5]关于精神病患者噎食窒息的报道相一致^[2,4,5]。(3)咀嚼功能下降。老年人口腔健康目标是至少保持 20 颗功能牙，以维持最基本的口腔功能状态^[6]，但部分精神病患者因长期患病，不注重口腔卫生，龋齿及牙齿缺失情况严重。本研究结果显示，噎食窒息患者龋齿及牙缺失明显，多数患者咬合牙对数少于 10 对，咀嚼功能丧失较多，不能很好地嚼烂食物，当过大食物被囫圇吞咽，梗在咽喉部而引起窒息。(4)意志活动缺乏，生活自理能

力下降。此类精神病患者活动少，行动缓慢，反应迟钝，出现噎食时反应差，更易发生窒息。(5)使用抗精神病药物。抗精神病物作为一种神经递质阻滞剂，能阻断多巴胺受体、5-羟色胺受体、 α_1 -受体等。当它阻断黑质-纹状体通路上的多巴胺 D_2 受体，引起基底节对运动的调节功能失常，表现出锥体外系反应，肌张力增强、运动减少、不灵活、震颤。在吞咽方面表现为流涎、进食慢、吞咽困难。抗精神病药物对咳嗽有抑制作用，对唾液的分泌也有影响，进一步促成了噎食窒息的发生^[7]。本研究结果显示，使用抗精神病药物与未使用抗精神病药物发生噎食窒息有显著性差异，印证了噎食窒息与抗精神病药物的使用明显相关，与以往的相关报道一致^[2-5]。精神病患者长期服用抗精神病药物大大增加了出现噎食窒息的概率。使用典型抗精神病药物(如氯丙嗪、奋乃静等)较非典型抗精神病药物(如利培酮、喹硫平等)的锥体外系不良反应更明显^[1]，二者噎食窒息的发生率差异有统计学意义($P<0.05$)。(6)大块固体食物。造成噎食窒息的食物以大块固体食物为主，如馒头、肉类、鸡蛋等，它们相对不宜嚼碎，且固体较液体食物到达贲门的时间更长，易促成噎食发生。本研究结果显示，噎食患者多由固体食物导致，这与其他报道一致^[2,4]。(7)采取非坐位方式进食。以坐位进食时，上身常向前倾斜 15°，气道关闭，食道打开，有利于食物通过。当患者在站位或卧位进食时，在会厌处，气道呈开放状态，食管闭合，进行吞咽时食物易误入了气道，发生窒息的可能性更大。(8)噎食窒息发生率低，但致死率高。本研究结果显示，噎食窒息发生率为 8.90%，致死率高达 25.93%，这与黄建平^[2]报道一致。在死亡的病例中有 2 个特点：一是大部分病例年龄相对较小，生活自理能力尚可，但他们进食较快；二是常在进食馒头时发生噎食，因其进展快，抢救难度大而导致

死亡。馒头引起的窒息致死率最高,在本次研究中达到 85.71%。其原因是:馒头常在早餐时食用,此时,患者体内抗精神病药物血药浓度较高(多数抗精神病药物是在晚间服用),镇静作用仍明显,对患者的反应力有所限制;此时医护人员较少,馒头引起的噎食窒息抢救难度大。在抢救馒头所致噎食窒息的病例中,当馒头堵塞在咽喉部时,经唾液浸湿,馒头周围很快发胀变大,成了食糜状,其中心仍呈食团状,很难完整掏出,即使用力挤压腹部也很难将堵塞的馒头从咽喉部冲出。在使用喉镜时发现部分食糜状馒头已进入了气管,不排除已进入下支气管的可能。肉类及鸡蛋所致窒息,因其易于排除而致死率相对低些。(9)发现不及时。及时发现是及早作出正确判断及处理的先决条件。如果延迟发现,梗塞的食物引起咽喉部水肿,抢救将更加困难。

综合分析,噎食窒息是急重症,致死率高,在精神科多发生于中老年精神病患者,尤其是老年患者。他们常伴有这些特点:使用了典型抗精神病药物、意志活动缺乏、生活自理能力差、反应迟钝、咀嚼功能丧失较多、患有器质性精神疾病、伴有重大躯体疾病。当这些患者站着进餐、食较大固体食物,未嚼烂就快速下咽时就容易发生噎食窒息。噎食窒息来势急骤,抢救时限短暂,只有 3~5 min。虽然抢救措施相对简单、易操作,效果较好,但是如果发现不及时,判断错误,诊断为体位性低血压、心、脑血管意外等情况,错过了最佳抢救时机,那么患者死亡的可能性极大^[4]。其中在进食馒头时更易导致噎食窒息,其抢救难度大,致死率高,应予以高度重视。本研究中有有的地方因样本例数过少,未进行统计分析,有待进一步研究。

为了能有效避免噎食,并能及时发现、判断噎食窒息,可从以下方面开展工作:营造一个安静舒适的就餐环境;增加早餐

时的工作人员;集中坐着就餐;减少抗精神病药物不良反应;对那些曾发生过噎食的患者重点关注、做好信息备案;对中老年人进行进食训练;实施分级饮食干预^[8];备好有效急救器材,如环甲膜套穿刺针^[9]。

参考文献

[1] 黄敬亨. 健康教育学[M]. 3 版. 上海:复旦大学出版社, 2003:170-182.

[2] 黄建平, 昂正荣, 张湖. 住院精神病人急性异物窒息 24 例分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1994, 20(2):101-102.

[3] 冯玉芳, 张少丽, 崔红梅, 等. 精神科病人噎食窒息的相关因素分析[J]. 齐鲁医学杂志, 2009, 24(1):47-48.

[4] 郭京燕, 孙书凯. 住院老年精神病患者噎食的原因分析[J]. 河北医药, 2012, 34(9):1368-1369.

[5] 熊辉, 李沛亨, 罗明, 等. 65 例住院精神病患者死亡原因临床分析[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(2):213-214.

[6] 郭颖, 台保军, 杜民权, 等. 湖北省中、老年人群牙齿缺失及修复情况[J]. 口腔医学研究, 2007, 23(5):580-581.

[7] 沈渔邨. 精神病学[M]. 4 版. 北京:北京医科大学出版社, 2002:651-681.

[8] 张招萍, 蒋海红, 吕斌军, 等. 分级饮食干预预防精神障碍患者噎食窒息的效果观察[J]. 护理与康复, 2011, 10(5):413-414.

[9] 刘亚军, 李爱芬. 环甲膜套管穿刺针治疗急性喉梗阻 3 例报告[J]. 河北医药, 2008, 30(5):735.

(收稿日期:2013-11-14 修回日期:2014-02-05)

(上接第 1818 页)

以涵盖 HCV 感染血清阳转前的窗口期^[1-2]。追踪检测结果表明,经过 6 个月屏蔽期后,有 69.44%(25/36)献血者 ELISA 双试剂、NAT 及 RIBA 3 项试验均为阴性,由此证明原单试剂有反应性的检测结果为假阳性,其阴性检出率与国内黄成垠^[3]、余辉等^[4]及李天君等^[5]报道的单试剂阳性献血者追踪检测检测结果相类似,高于刘宇宁等^[6]的研究报道。但仍检出有 27.78%(10/36)为 ELISA 抗-HCV 筛查单试剂有反应性,且仍是原品牌试剂出现反应,而未检出新增单试剂反应样本,且该 10 例样本 NAT 未检出阳转状况,而在 RIBA 确证试验中有 2 例分别检出条带为 NS3(+)和 NS3(++),单条带反应的不确定结果。6 个月后单试剂反应性献血者血液学试验仍未出现阴转或双试剂阳转,可能是由于试剂厂商间采用基因工程抗原与合成肽抗原片段,导致人体内源性物质,如人体内类风湿因子、补体、嗜异性抗体、嗜靶抗原自身抗体、医源性诱导的抗鼠 Ig(s)抗体、交叉反应物质等出现的非特异性反应,具体原因有待进一步研究。

值得注意的是,本追踪发现 1 例抗-HCV 单试剂反应性献血者,经过屏蔽期后血清出现阳转,其 ELISA、NAT 及 RIBA 确证均为阳性,证实当时献血者处于病原体感染标志物阴性的窗口期。因此,ELISA 筛查单试剂反应性献血者血液存在感染传染病病毒风险,对其血液报废处理及屏蔽献血也非常必要。在献血者中开展 NAT 和 ELISA 平行检测,可以有效缩短感染窗口期,有效降低输血传播感染病毒的风险^[7]。

为保障献血者权益及缓解血液供需紧张,确保血液质量,本文建议对此类血液及献血者实施如下方案:(1)对血液 ELISA 筛查单试剂有反应性的血液视为有传染性作为报废处

理,并进行 6 个月以上屏蔽献血处置;(2)在献血者回告服务中应明确说明不合格的原因,并告知其 6 个月的屏蔽献血期后可以重新参加检测确证,确证合适献血的可进入归队献血程序;(3)对 ELISA 筛查单试剂反应性献血者实施回招制度,规定回招对象和条件、检测与确证方法、合格标准和回招审批流程。

参考文献

[1] 郭永建, 姚凤兰, 林授, 等. HIV-1 和 HCV 核酸检测、血液处置和献血者屏蔽与归队指引(上)[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(1):79-85.

[2] 葛红卫, 林授, 汪德海, 等. HIV-1 和 HCV 核酸检测、血液处置和献血者屏蔽与归队指引(下)[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(2):172-176.

[3] 黄成垠. 抗-HCV 筛查反应性献血者的抗体补充试验及病毒核酸检测[J]. 中国输血杂志, 2012, 25(增刊):99.

[4] 余辉, 徐强, 靳艳燕. 无偿献血者 HIV 假阳性献血员去留的探讨[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(20):2580-2581.

[5] 李天君, 田庆华, 张文学, 等. 梅毒螺旋体筛查方案和献血者归队[J]. 临床输血与检验, 2013, 15(4):357-359.

[6] 刘宇宁, 蔡菊英, 刘晓音. 血液筛查 HBsAg、抗-HCV 假阳性献血者归队的调查分析[J]. 中国输血杂志, 2012, 25(3):260-262.

[7] 任芙蓉, 王憬惺, 赵海燕, 等. 我国 5 城市合格献血者血液 HIV 及 HCV 残余风险研究[J]. 中国输血杂志, 2007, 20(6):469-475.

(收稿日期:2013-10-22 修回日期:2014-02-11)