

经验与教学

介绍一种恶性综合征评定量表 ——Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表

孙振晓 孙宇新 于相芬

【关键词】 Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表

中图分类号: R749

文献标识码: B

doi: 10. 11886/j. issn. 1007-3256. 2015. 04. 029

恶性综合征(Neuroleptic Malignant Syndrome , NMS) 首先由 Deley 等^[1]于 1960 年报道,是一种与抗精神病药物治疗有关的严重并发症,以高热、肌强直、自主神经功能紊乱和精神状态的改变为特征^[1-2]。目前,国内尚无恶性综合征严重程度评定量表。现介绍一种恶性综合征评定量表——Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表。

1 Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表简介

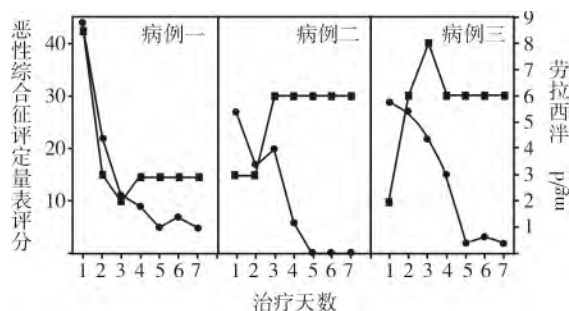
Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表(Francis - Yacoub NMS Rating Scale) 由 23 个项目组成,内容涵盖了恶性综合征的运动、行为、自主神经症状及实验室检查等各个方面^[3]。该量表设计用于评定恶性综合征的严重程度,而不能用于诊断。评定可以每隔一定间期进行,如每日 1 次或每 8 小时 1 次,结果可以以总分或得分的项目数表示。评估时应以观察期或评估间期最严重情况为准。

2 应用评价

Francis 等^[4]将其应用于 10 例诊断明确的恶性综合征患者来评定其信度和效度,所有病例在入组时均符合美国精神病学学会(APA) ^[5]及 Caroff - Mann 诊断标准^[6]。由两名研究者在入组时及治疗的第 3 天和第 5 天分别进行评定。结果发现,总的效度较高(总分 $r=0.99$,存在项目的数目 $r=0.98$;总分 0 ~ 53 分,项目评分 0 ~ 16 分)。一致性 Kappa 值 0.85(0.59 ~ 1.00)。同质性信度 Cronbach's α 值为 0.48。说明 Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表有较好的信度和效度。

Yacoub 等^[7]将其应用于劳拉西泮治疗恶性综合征 3 例的评定,1 例 66 岁男性痴呆及酒精滥用患

者在应用奥氮平治疗激越及攻击性症状后发生,1 例 62 岁男性精神分裂症患者应用氯氮平治疗 6 天后发生,1 例 43 岁的男性双相障碍患者在应用氯氮平治疗 14 天后发生,3 例患者均具有恶性综合征的典型特征,包括肌强直及发热,在停用致病药物,支持治疗及劳拉西泮治疗后,肌强直及发热症状均在 72 小时内缓解。应用 Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表每日评定一次,评分显示了快速的临床改善^[7]。见图 1。



● 恶性综合征评定量表评分, ■ 劳拉西泮日剂量
图 1 Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表评分与劳拉西泮日剂量关系

目前,尚未见应用 Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表的其他研究报道,尚需积累样本作进一步探讨。本量表只能用于评定恶性综合征的严重程度,而不能用于 NMS 的诊断。

附: Francis - Yacoub 恶性综合征评定量表

本量表设计用于评定恶性综合征的严重程度,而不能用于诊断。NMS 的诊断应通过各种诊断标准,如 APA 及 Caroff - Mann 诊断标准。当患者症状典型考虑 NMS 诊断时,引起发热及自主神经障碍的其他病因也应考虑。评定可以以一定的间期进行,如每日 1 次或每 8 小时 1 次,结果可以以总分或得分的项目数表示。评估时应以观察期或评估间期最严重情况为准。

0 [不计分]: 特有的药物治疗背景

作者单位: 276005 山东省临沂市精神卫生中心(孙振晓,于相芬); 山东大学医学院(孙宇新)
通信作者: 孙振晓, E-mail: szx.ywk@163.com

在发生前 7 天口服神经阻滞剂 [前 4 周应用长效制剂] 或其他与 NMS 有关的药物的历史, 如停用多巴胺激动剂, 调整抗巴金森症药物等。

有: 记录特定药物、剂量及用药途径。

无: 寻找肌强直、发热、自主神经症状等其他解释。

1. 锥体外系症状: 四肢强直

当患者取坐位放松状态下, 大关节处于被动运动时检查更可取 [卧位也可接受]。

0 分: 无

1 分: 极轻或仅当患者注意力不集中运动另一肢体时发现

2 分: 轻至中度

3 分: 明显的, 活动不受限

4 分: 严重, 活动受限或“铅管样”强直

2. 锥体外系症状: 颈部和/或上躯干强直

按照检查肢体一样检查, 上躯干通过(被动或主动)弯曲检查。

0 分: 无

1 分: 极轻或仅当患者注意力不集中运动肢体时发现

2 分: 轻至中度

3 分: 明显的, 但活动不受限

4 分: 严重, 活动受限或“铅管样”强直

3. 锥体外系症状: 咽部/吞咽

通过观察或评估间期的报告评分。

0 分: 正常

1 分: 极少影响吞咽或梗噎发作

2 分: 偶尔影响吞咽或梗噎发作

3 分: 需要改变饮食, 如软饭。

4 分: 需要鼻饲或胃肠造瘘口喂食

4. 锥体外系症状: 咽部/发声

通过观察或评估间期的报告评分。如为聋哑或气管插管评“0 分”。

0 分: 正常

1 分: 轻度影响。表达、清晰度或响度轻微受损, 理解无困难

2 分: 重度影响。发音含糊或单调, 或必须重复某些表述, 可以交流

3 分: 严重影响。常常必须重复某些表述或交流能力受损

5. 锥体外系症状: 静止性震颤

观察肢体、躯干和头部。记录和评定最严重部分。

0 分: 无

1 分: 轻度, 低振幅或间歇性

2 分: 中度, 持续性, 易于察觉, 给患者带来烦恼

3 分: 明显的, 显著地, 干扰某些活动

4 分: 严重, 干扰大多数活动

6. 意识/精神状态改变

试图进行交谈, 评估定向力。

0 分: 正常, 意识清晰/对时间、人物及地点定向正常, 言语交流正常

4 分: 谵妄 [意识或定向力波动], 或嗜睡/昏睡, 或 3 个定向力方面 1~2 个定向正确

8 分: 昏迷或定向力障碍

7. 紧张症

观察并发现紧张症征象, 可采用 Bush - Francis 紧张症量表。作为替代, 评估 DSM - IV 除僵住症外的紧张症征象: 不动、僵住症、蜡样屈曲、兴奋、违拗、缄默、作态、刻板动作、做作、扮鬼脸、及模仿动作/模仿言语。至少存在 2 项定义紧张症的征象。

0 分: 无

8 分: 存在

8. 体温

测量口腔温度较方便, 但测量直肠温度更能反映中心体温。直肠体温高于口腔温度 0.5℃。以评估间期的最高温度进行评估。

0 分: $\leq 37.0^{\circ}\text{C}$ [98.6°F] [直肠温度 $\leq 37.5^{\circ}\text{C}$]

4 分: $37.0^{\circ}\text{C} \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ [$98.6^{\circ}\text{F} \sim 99.5^{\circ}\text{F}$] [直肠温度 $37.5^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$]

8 分: $37.5^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ [$99.5^{\circ}\text{F} \sim 102.2^{\circ}\text{F}$] [直肠温度 $38^{\circ}\text{C} \sim 39.5^{\circ}\text{C}$]

12 分: $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ [$102.2^{\circ}\text{F} \sim 104^{\circ}\text{F}$] [直肠温度 $39.5^{\circ}\text{C} \sim 40.5^{\circ}\text{C}$]

16 分: $\geq 40^{\circ}\text{C}$ [104°F] [直肠温度 $\geq 40.5^{\circ}\text{C}$]

9. 收缩压

记录评估间期的最高值。

0 分: $< 140\text{mmHg}$

1 分: $140 \sim 160\text{mmHg}$

2 分: $160 \sim 180\text{mmHg}$

4 分: $\geq 180\text{mmHg}$

10. 舒张压

记录评估间期的最高值。

0 分: $< 90\text{mmHg}$

1 分: $90 \sim 100\text{mmHg}$

2 分: $100 \sim 110\text{mmHg}$

4 分: $\geq 110\text{mmHg}$

11. 脉搏

记录评估间期的最高值。

0 分: < 90 次/分

1 分: $90 \sim 100$ 次/分

2 分: $100 \sim 120$ 次/分

4 分: ≥ 120 次/分

12. 血压不稳 [收缩压或舒张压]

记录评估间期的最高与最低差值, 无论收缩压或舒张压均记录最大值。

0 分: $\pm 10\text{mmHg}$

1 分: $\pm 20\text{mmHg}$

2 分: $\pm 30\text{mmHg}$

4 分: $\pm 40\text{mmHg}$ 或更大

13. 脉搏不稳

记录评估间期的最高与最低差值。

0 分: ± 10 次/分

1 分: ± 20 次/分

2 分: ± 30 次/分

4 分: ± 40 次/分或更大

14. 出汗

观察面部、躯干及肢体出汗情况或检查衣物或被褥。

0 分: 无

1 分: 轻度/轻微

4 分: 显著地或被褥/衣物潮湿

15. 呼吸

询问主观不适或观察呼吸情况。

0 分: 无呼吸困难, 正常呼吸

2 分: 在轻微用力时[如说话]气短或呼吸急促[频率 ≥ 20 次/分]

4 分: 在休息或应用辅助呼吸肌时气短或呼吸急促[频率 ≥ 20 次/分]

8 分: 吸氧或甚至间歇地机械通气

16. 脱水

根据临床观察或实验室检查判断脱水。

0 分: 无

2 分: [A]皮肤弹性差和/或[B]皮肤干燥; 实验室检查正常

4 分: [A]或[B], 实验室检查有脱水的证据。如血 BUN 增高[血尿素氮/肌酐比 > 20 , 红细胞比容增加, 尿渗透压增高, 尿钠 $< 20\text{mEq/L}$, 体重减轻 $> 0.25\text{Kg/d}$ 等]

17. 尿失禁

在评估期间尿或大便失禁。如果使用导尿管, 评“0分”。

0 分: 无

2 分: 一次

4 分: 一次以上

18. 血 CPK

记录最高值, 如未重复做, 记录最近做的。数值基于正常值 $< 200\text{IU/L}$ 根据当地正常值调整。

0 分: 正常

1 分: $200 \sim 500 [2.5 \times \text{正常值}]$

2 分: $501 \sim 1000 [5 \times \text{正常值}]$

3 分: $1001 \sim 5000 [25 \times \text{正常值}]$

4 分: > 5000

19. 白细胞

记录最高值, 如未重复做, 记录最近做的。

0 分: 正常 [< 11000]

4 分: $1100 \sim 15000$

8 分: ≥ 15000

20. 谷丙转氨酶(AST 或 ALT)

记录最高值, 如未重复做, 记录最近做的。数值基于正常值 $< 50\text{IU/L}$, 根据当地正常值调整。如以前存在肝病评“0分”。

0 分: 正常 [≤ 50]

1 分: $51 \sim 125 [2.5 \times \text{正常值}]$

2 分: $126 \sim 250 [5 \times \text{正常值}]$

3 分: $251 \sim 1250 [25 \times \text{正常值}]$

4 分: $> 1250 [> 25 \times \text{正常值}]$

21. 血清铁

实验室结果基于当地正常值。

0 分: 正常

2 分: 水平降低

22. 肌红蛋白血症/肌红蛋白尿

肌肉溶解的实验室证据。

0 分: 无或者正常

4 分: 有或升高

23. 酸碱平衡

酸碱平衡失调的实验室证据。代谢性酸中毒最常见, 最好通过动脉血气分析确定。

0 分: 无 [PH, CO_2 , HCO_3 正常]

4 分: 存在但为代偿性, 或 HCO_3 减少, 未通过动脉血气分析确定

8 分: 存在且为失代偿性[如伴有 PH 低的代谢性酸中毒]

参 考 文 献

- [1] Deley J, Pichot P, Lempérière T, et al. Un neuroleptique majeur non-phénothiazine et non-réséperinique, halopéridol, dans le traitement des psychoses [J]. Annales Médicopsychologique, 1960, 118: 145 - 152.
- [2] 孙振晓, 于相芬, 孙波. 恶性综合征的研究进展[J]. 临床精神医学杂志, 2011, 21(6): 422 - 423.
- [3] Yacoub A, Kohen I, Caraballo A, et al. Rating scale of neuroleptic malignant syndrome [C]. American Psychiatric Association, 2004.
- [4] Francis A, Chandragiri S, Rizivi S, et al. Is Lorazepam a treatment for neuroleptic malignant syndrome? [J]. CNS Spectr, 2000, 5(7): 54 - 57.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder (DSM - IV) 4th ed [M]. APA: 1994.
- [6] Caroff SN, Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome [J]. Med Clin North Am, 1993, 77(1): 185 - 202.
- [7] Yacoub A, Francis A. Neuroleptic malignant syndrome induced by atypical neuroleptics and responsive to lorazepam [J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2006, 2(2): 235 - 240.

(收稿日期: 2014 - 11 - 07)