



无抽搐电休克治疗仪治疗严重精神疾病患者的临床疗效观察

金卫兵

湖北省黄冈市 438000

【摘要】目的 观察并总结无抽搐电休克治疗精神疾病的疗效及其安全性。**方法** 选择精神疾病患者48例,共计193人次。对相关情况登记表进行统计,应用SPSS11.0统计软件包进行分析。**结果** 有效率89.58%,其中,显进27例(56.25%),好转16例(33.33%);无效5例(10.41%),所有患者均未出现并发症。**结论** 无抽搐电休克治疗安全有效,值得推广。

【关键词】 封锁抽搐电休克;精神疾病;临床分析

【中图分类号】 R749 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 01-048-02

无抽搐电休克也称改良电休克,是在通电治疗前,首先肌肉松弛药物。虽然无抽搐电休克的治疗过程不出现抽搐发作,但大脑内依然有癫痫样放电,从而发挥其治疗作用。其治疗过程不会额外增加心脏负荷,可有效避免心血管意外事件的发生,同时也不存在关节方面的禁忌症和并发症。无抽搐电休克治疗自从问世以来已在国外被广泛应用,但在国内应用尚不广泛,经验不多^[1]。我院于2000年引进无抽搐电休克治疗仪,对一些精神疾病进行了治疗,治疗效果显著,现将有关资料总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

接受治疗患者共48例,其中男28例,女20例,共计193人次。年龄:最大61岁,最小21岁,其中21-30岁17例(35.41%),31-40岁18例(37.50%),41-50岁8例(16.66%),51-60岁4例(8.33%),61岁以上1例(2.08%),平均年龄34.93±10.29岁。病程最短1个月,最长19年,平均4.95±4.52年。

1.2 诊断

所有精神疾病均由一名住院医师和一名副主任医师根据CCMD-3诊断标准共同确定诊断,共48例患者,其中分裂症27例(56.25%),神经症3例(6.25%),情感障碍10例(20.83%),癔症4例(8.33%),其它精神障碍4例(8.33%)。

1.3 治疗仪器

无抽搐电休克治疗仪由美国鹰赛医学技术公司和Somatics公司联合向中国精神卫生服务和研究机构提供。

1.4 数据收集

由治疗护士对每位病人和每次治疗的相关数据进行登记,然后由治疗医师进行确认。项目包括:病人年龄、精神疾病诊断、病程、用药及全并药种类和效价剂量,治疗前血压、体重,每位病人治疗次数,疗前应用阿托吕、硫喷妥那和司可林剂量。抽搐指标:抽搐时间,抽搐指数、抑制指数,一致性指数,血氧饱和度,呼吸恢复时间,意识恢复时间。

1.5 数据统计

应用SPSS11.0统计软件包进行统计分析。

2 结果

2.1 无抽搐电休克治疗时合并用药情况

氯氮平12例次(25.00%),维思通7例次(14.58%),舒必利7例次(14.58%),氯丙嗪2例次(4.16%),奋乃静2例次(4.16%),阿米替林1例次(2.08%),多虑平1例次(2.08%),博乐欣1例次(2.08%),赛乐特1例次(2.08%),百忧解1例次(2.08%)。单一用药13例(27.08%);未用药25例(52.08%)。合并用药效价剂量:420.00±381.16mg。无抽搐电休克治疗期间减少原有抗精神病药、抗抑郁药和抗

焦虑药剂量,停用镇静催眠药、锂盐、利血平、抗癫痫药。

2.2 治疗前检查体格检查均无异常

收缩压:15.33±1.94kpa,舒张压:10.56±1.36kpa;心电图正常41例(85.41%),异常7例(14.58%);脑电图:48例均在正常范围;胸片:正常47例(97.91%),异常1例(2.08%);血生化:正常47例(97.91%),异常1例(2.08%)。

2.3 治疗次数

最少1次,最多10次,平均4.02±2.45次。治疗频率:日连续做5例(10.41%),隔日做43例(89.58%)

2.4 疗前用药

阿托吕,0.5mg40例(83.33%),1mg8例(16.66%),平均0.58±0.19mg。硫喷妥那,0.10g1例(2.08%),0.13g1例(2.08%),0.15g9例(18.75%),0.18g5例(10.41%),0.20g14例(29.16%),0.23g3例(6.25%),0.25g13例(27.08%),0.30g2例(4.16%),平均0.20±0.04g。司可林:50.00mg1例(2.08%),60.00mg4例(8.33%),70.00mg14例(22.91%),80.00mg19例(39.58%),90.00mg2例(4.16%),100.00mg10例(20.83%),120.00mg1例(2.08%),平均80.83±14.11mg。

2.5 抽搐监测指标

抽搐时间(秒):48.64±16.04,能量百分比(%):26.67±8.46,抽搐指数:1536.40±593.95,抑制指数(%):84.66±13.28,一致性指数:均>51%,血氧饱和度(%):99.75±0.69,呼吸恢复时间(分):4.33±0.48,意识恢复时间(分):12±0.12。

2.6 疗效判定

精神症状大部分消失为显进;精神症状小部分消失为好转;精神症状无变化为无效。本研究有效率89.58%,其中,显进27例(56.25%),好转16例(33.33%),无效5例(10.41%)。

3 讨论

本研究入组接受治疗的患者年龄20-40岁35例(72.91%),41-50岁8例(16.66%),51-60岁4例(8.33%),61岁以上1例(2.08%),41岁以上共计13例(27.07%),可见无抽搐电休克年龄适应范围大于有抽搐电休克的18-40岁范围^[2],无抽搐电休克对老年人也是一项安全有效的物理治疗^[3]。本研究共治疗患者48例,193人次。接受治疗的患者主要为分裂症和情感障碍占77.08%,但是神经症、癔症和其他精神障碍占22.92%。可见神经症性障碍亦是无抽搐电休克的适应症,无抽搐电休克病程适应范围大于有抽搐电休克,且无绝对的禁忌症^[4]。无抽搐电休克具有适用范围广,治疗效果显著及极高的安全性,为临床治疗精神病开辟了新道路,值得精神科推广使用。

参考文献:

(下转第50页)



平检测结果阳性率比较 [n(%)]

组别	例数 (例)	C 反应 蛋白阳性	血清脂肪酶 阳性	血清淀粉酶 阳性
对照组	64	1 (1.6)	3 (4.7)	2 (3.1)
研究 1 组	64	19 (29.7)*	22 (34.4)*	23 (35.9)*
研究 2 组	64	59 (92.2)*#	61 (95.3)*#	58 (90.6)*#

注：与对照组比较 *P < 0.05，与研究 1 组比较 #P < 0.05

3 讨论

急性胰腺炎在近年来已经成为临床较为的急腹症的一种类型，该类疾病的起病相对较急，病情程度较为凶险，且发展的速度较快，治疗期间和治疗后发生各种并发症的可能性较大，上述特点直接导致患者的临床死亡率长期处于居高不下的状态。且近年来在我国该病的发病率有持续上升的态势，根据相关领域所进行的研究显示，其发病率已经接近 10%^[3, 4]。

胰腺炎的发病主要是由于胰腺对自身产生消化从而导致的组织坏死，继而发生的一种急性炎症性反应类疾病。在很长一段时期内临床对急性胰腺炎进行诊断，只能通过医生的实际临床工作经验进行。随着影像学技术的不断发展，CT 成为临床对该疾病进行诊断的常用方法，通过平扫能够对处于肿大状态的胰腺和周围渗出液情况进行观察和判断，同时还能够对脏器的坏死程度进行确定，但其对于临床医生及相关操作者的专业知识水平要求相对较高，同时还需要进一步结合患者的实际临床症状表现对病情进行诊断，所以单纯依靠影像学检查对病情在早期进行确诊，目前还无法实现^[5, 6]。

血清学指标检测技术在临床上应用主要具有采样操作方法简单、快捷，指标水平测定速度快等几大基本特点，同时还可以对病情的变化情况进行动态的监测，所以探究一项或几项能够对急性胰腺炎进行确诊的血清学指标，已经成为近年来临床及相关领域所关注的一个热门性话题^[7, 8]。

血淀粉酶属于急性胰腺炎病情诊断过程中常用指标的一种，相关研究结果显示，血清淀粉酶的生物活性水平越高，发生胰腺炎的几率也就越大；而脂肪酶属于由胰腺泡负责分泌合成的一种酶类物质，胰腺炎疾病患者的腺泡会在一定程

度上受到损伤，脂肪酶就会大量的释放进行血液，使血液中脂肪酶的含量水平不断增加。C 反应蛋白属于非特异性的急性时相蛋白类物质的一种，其和炎症反应的严重程度之间有着非常密切的关系。临床上不仅仅可以用于对急性胰腺炎病情的诊断，还可以用于对病情严重程度进行判断，且 C 反应蛋白水平越高，病情程度也就越重^[9]。

通过本次研究可以证实，与健康人和其他急腹症患者比较，罹患急性胰腺炎疾病的患者，其血清淀粉酶、C 反应蛋白、脂肪酶三项指标水平会呈现异常升高状态，临床上可以将这一特点，作为对早期急性胰腺炎病情进行诊断、对治疗效果进行检测、对预后和转归进行预测的一项重要参考依据。

参考文献：

- [1] 闫冰. 重症急性胰腺炎坏死合并感染 60 例临床治疗分析 [J]. 昆明医科大学学报, 2013(11):111-112.
- [2] 李静. 重症急性胰腺炎的治疗策略 [J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21(10):1183-1184.
- [3] 佟敏. 重症急性胰腺炎的诊断与治疗进展 [J]. 山西医药杂志月刊, 2011(6):551-552.
- [4] 朱惠萍. 任光荣治疗急性胰腺炎的临床经验 [J]. 江苏中医药, 2013(9):29-30.
- [5] 叶本功. 73 例急性胰腺炎的螺旋 CT 诊断分析 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2016, 14(4):101-103.
- [6] 艾万里, 王宪军. 急性胰腺炎 CT 诊断与临床预后分析 [J]. 中国医疗器械信息, 2016, 22(2x):12-14.
- [7] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组, 《中华胰腺病杂志》编辑委员会, 《中华消化杂志》编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南 (2013 年, 上海) [J]. 临床肝胆病杂志, 2013, 29(9):656-660.
- [8] 王春容, 李佐. 联合检验血清淀粉酶脂肪酶及 C 反应蛋白在急性胰腺炎诊断及预后判断中的价值 [J]. 基层医学论坛, 2015, 14(24):3375-3376.
- [9] 田学昌, 刘吉盛, 曲畅, 等. 联合检验血清淀粉酶、脂肪酶与 C 反应蛋白在急性胰腺炎早期诊断中价值 [J]. 现代仪器与医疗, 2015, 14(2):76-78.

(上接第 46 页)

参考文献：

- [1] 张鹤凤. 格列吡嗪控释片治疗新发老年 2 型糖尿病临床观察 [J]. 西北药学杂志, 2016, 31(5):525-527.
- [2] 邵伶俐. 格列吡嗪控释片应用于老年 2 型糖尿病患者

的有效性 & 安全性 [J]. 医药前沿, 2015, 5(32):150-151.

- [3] 刘丽华. 格列吡嗪控释片治疗 2 型糖尿病的效果进展 [J]. 中国处方药, 2016, 14(6):27-28.
- [4] 林益龙. 格列吡嗪控释片联合盐酸二甲双胍肠溶胶囊治疗糖尿病疗效研究 [J]. 大家健康旬刊, 2016, 10(4):136-136.

(上接第 47 页)

临床效果比较 [J]. 基层医学论坛, 2015, 19(26):3641-3642.

- [2] 张军铭. 无张力修补术在腹股沟斜疝中的临床疗效及安全性分析 [J]. 医学综述, 2015, 21(03):534-536.
- [3] 宫焕松, 郑维波, 罗菲. 无张力修补术治疗 86 例腹股沟斜疝的临床效果分析 [J]. 安徽医药, 2014, 18(01):138-139.

[4] 张军. 传统修补术和充填式无张力修补术治疗腹股沟斜疝的疗效对比观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2014, 07(01):104-105.

- [5] 吕宝国. 传统腹股沟斜疝修补术与疝环充填式无张力疝修补术的临床效果比较研究 [J]. 吉林医学, 2013, 34(13):2479-2480.

(上接第 48 页)

- [1] 张丽英, 练亚芬, 马黎君. 精神科患者无抽搐电休克治疗不良事件分析及对策 [J]. 护理学报, 2013, 20(01):17-19.
- [2] 李璐君. 无抽搐电休克治疗精神病患者的临床疗效分析 [J]. 中国医药指南, 2012, 10(05):5-6.

[3] 张丽英, 练亚芬, 马黎君. 精神科患者无抽搐电休克治疗不良事件分析及对策 [J]. 护理学报, 2013, 20(01):17-19.

- [4] 任春生, 林振东, 徐秀梅, 黄海峰, 张传福, 潘锡龙, 杜宝国. 无抽搐电休克与传统电休克治疗精神分裂症对照研究 [J]. 中国健康心理学杂志, 2009, 17(10):1167-1169.