

依托咪酯对丙泊酚诱导麻醉后改良电休克治疗运动发作时间不良精神分裂症

权连营

(河南省洛阳市精神卫生中心 洛阳 471013)

摘要:目的:观察依托咪酯对丙泊酚诱导麻醉后改良电休克治疗运动发作时间不良的精神分裂症患者的临床疗效。方法:选取 2017 年 5 月~2018 年 6 月精神科行丙泊酚诱导麻醉改良电休克治疗连续多次运动发作时间不良的 62 例精神分裂症患者为研究对象,根据是否使用依托咪酯干预治疗分为观察组与对照组,每组 31 例。观察组在麻醉诱导时给予依托咪酯,对照组则不予以使用,观察两组治疗前后阳性和阴性症状评分、发作恢复情况及不良反应情况。结果:两组治疗后精神分裂症阳性和阴性症状量表评分均较治疗前下降,且观察组下降幅度更为显著,总分减分率高于对照组($P<0.05$);观察组发作不良次数低于对照组,癫痫发作时间长于对照组,返回病房时间短于对照组($P<0.05$)。结论:依托咪酯对丙泊酚诱导麻醉后改良电休克治疗运动发作时间不良的精神分裂症患者能获得较好疗效,有助于缓解病情,延长癫痫发作时间,降低对患者认知功能的影响。

关键词:精神分裂症;依托咪酯;丙泊酚;改良电休克治疗

中图分类号:R749.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.029

改良电休克治疗 (Modified Electro-convulsive Therapy, MECT) 是在麻醉和肌肉松弛状态下进行的电休克治疗,能够减轻患者因传统电休克治疗带来的痛苦及恐惧感。一般 MECT 治疗的运动发作时间为 25~70 s,时间异常可能预示治疗效果差或者引发认知损害^[1]。使用丙泊酚诱导麻醉有利于缩短精神分裂症患者癫痫发作时间,但可能增加尿失禁等不良反应发生情况。有学者提出,依托咪酯在老年患者中应用广泛,心血管稳定性良好,能够延长脑癫痫波发作时间,提高治疗效果^[2-3]。本研究选取我院精神科住院经丙泊酚诱导麻醉后 MECT 治疗运动发作时间不良的精神分裂症患者 62 例,观察依托咪酯的临床效果,为临床用药提供依据与参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 5 月~2018 年 6 月我院精神科收治的精神分裂症患者 62 例为研究对象。纳入标准:(1)经临床相关检查符合国际疾病分类第 10 版(ICD-10)中精神分裂症诊断标准;(2)美国麻醉医师协会(ASA)分级为 I 或 II 级;(3)均在丙泊酚诱导麻醉下行 MECT 治疗,连续多次运动发作时间不良;(4)患者对本研究目的及意义知情,并在意识清醒状态下签署知情协议书。排除标准:(1)存在严重脑器质性损伤或其他严重躯体疾病;(2)合并胆碱酯酶缺乏症;(3)治疗前一周使用过抗精神病药物治疗。根据是否使用依托咪酯将 62 例精神分裂症患者分为观察组和对照组,每组 31 例。观察组男 16 例,女 15 例;年龄 22~67 岁,平均年龄 (48.37±6.05) 岁;体质量 45~87 kg,平均体质量 (68.91±

8.33) kg。对照组男 17 例,女 14 例;年龄 24~65 岁,平均年龄 (49.25±5.85) 岁;体质量 48~85 kg,平均体质量 (67.59±7.41) kg。两组患者临床一般资料相比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 麻醉方法 两组治疗前常规禁食、禁饮 6 h,术前不用药,入室后建立静脉通路,静脉注射阿托品(国药准字 H12020382)0.3~0.5 mg/次,丙泊酚(国药准字 H20040079)2 mg/kg 进行麻醉诱导,与初始阈值电量相比,首次治疗电量增量为 5%。观察组在麻醉诱导时同时,静脉注射依托咪酯(国药准字 H32022379)0.15 mg/kg,首次治疗电量与初始阈值电量相同。两组入睡及睫毛反射消失后,给予面罩加压辅助通气,待全身肌肉松弛后开始 MECT 治疗。治疗仪选用醒脉通电休克治疗仪,每天治疗 1 次,连续治疗 6 d 为 1 个疗程。

1.3 观察指标 (1)对比两组治疗前后精神分裂症阳性和阴性症状量表(PANSS)评分及总分减分率。采用 PANSS 评分评估患者阳性症状有无及病情严重程度,PANSS 量表共包括 30 个条目,每个条目均采用 7 级评分标准,根据病情水平递增,1 分,无;2 分,极轻;3 分,轻度;4 分,中度;5 分,偏重;6 分,重度;7 分,极重度^[4]。由评估者根据患者实际病情程度选择合适的数值计算总分减分率,减分率=(治疗前 PANSS 评分-治疗后 PANSS 评分)/治疗前 PANSS 评分×100%。(2)对比两组治疗后恢复情况:发作不良次数、癫痫发作时间及返回病房时间。

1.4 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计学软件建立数据库并处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为

差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 PANSS 评分及减分率对比 治疗后,两组 PANSS 评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组,总分减分率大于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 1 两组治疗前后 PANSS 评分及减分率对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前(分)	治疗后(分)	总分减分率(%)
观察组	31	67.49± 8.22	52.33± 4.64	16.71± 5.43
对照组	31	66.15± 8.59	61.80± 5.73	7.11± 3.82
t		0.269	3.321	2.971
P		>0.05	<0.01	<0.01

2.2 两组治疗后恢复情况对比 观察组治疗后发作不良次数低于对照组,癫痫发作时间长于对照组,返回病房时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组治疗后恢复情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	发作不良次数(次)	癫痫发作时间(s)	返回病房时间(min)
观察组	31	8.73± 1.22	35.11± 8.70	12.69± 3.50
对照组	31	16.89± 2.64	24.90± 8.54	17.84± 5.33
t		9.974	8.320	2.339
P		<0.001	<0.001	<0.05

3 讨论

精神分裂症是一组病未明的重性精神病,患者临床症状各异,涉及感觉、行为、思维等多个方面,目前使用抗精神病药物是临床首选的治疗措施,治疗需强调足量、足疗程,但由于一些患者用药依从性不高,导致难以达到预期效果^[5]。对于急性期或者疗效欠佳患者可考虑联合使用电休克治疗以巩固疗效,帮助其早日控制病情。

电休克治疗也称电抽搐治疗,是一种电刺激物理疗法,通过一定量的电流刺激大脑,引起患者意识丧失与痉挛发作,从而达到治疗目的^[6]。目前国内外对传统电休克治疗进行改良,即传统电休克治疗的基础上给予麻醉剂与肌肉松弛剂,以此来大大减轻患者的痛苦及恐惧感,使电休克治疗的安全性得以提升,目前临床中 MECT 已逐步取代传统电休克治疗^[7]。在 MECT 治疗过程中,理想的麻醉药物不仅需要具备起效快、恢复迅速的优点,还要不影响脑癫痫波。MECT 的临床效果与脑癫痫波发作时间相关,时间过短则达不到预期治疗效果;时间过长则需加大电量使用,易引起认知功能损害。此外,MECT 治疗过程中可能引起交感神经兴奋,使体内释放大量的茶酚胺类物质,诱导心率加快、血压升高,血流动力学发生大幅度变化可能造成严重后果^[8-9]。

丙泊酚是常用的短效、静脉麻醉药物,半衰期为

1.8~8.3 min,应用后患者可能出现恶心、头痛等不良反应,部分患者可能伴有局部静脉疼痛。依托咪酯是咪唑类衍生物,通过静脉注射麻醉诱导具有起效快、作用时间长、副作用少的优点,而且其血管稳定性好,对中老年及体质衰弱的患者有较好效果。将该药物应用于 MECT 治疗中,能够降低患者颅内压及脑氧代谢率,改善缺氧后代谢亢进现象,达到治疗效果。有学者认为依托咪酯能够延长癫痫发作时间,提高发作质量^[10]。本研究结果显示,观察组使用依托咪酯治疗,与对照组相比,观察组治疗后 PANSS 评分低于对照组,总分减分率高于对照组,而且观察组发作不良次数低于对照组,癫痫发作时间长于对照组,返回病房时间短于对照组,差异有统计学意义。丙泊酚诱导麻醉后 MECT 治疗运动发作时间不良会增加精神分裂症患者认知功能的损害,联合依托咪酯治疗能够改善认知功能损害,提高疗效的同时减少发作不良次数,提高治疗安全性,延长癫痫发作时间,对患者认知功能影响小,是此类患者的较理想的治疗方法^[11]。在电休克治疗中,若电刺激强度远远超过阈值,则有可能对患者认知造成严重损害,通过追加适量剂量的依托咪酯,能够有效保证治疗效果,同时减少患者的认知损害,因此是一种安全有效的治疗方法。

在临床实践中,需要对 MECT 治疗患者及家属进行必要的健康指导,以免患者及家属出现焦虑情绪,告知不恰当的治疗会导致严重抑郁发作,从而使其理解该治疗程序,提高治疗依从性。在治疗前还要仔细评估患者的麻醉史,进行相关检查,排除危险因素,确保治疗安全性。虽然采用依托咪酯行诱导麻醉比较安全,对患者认知影响轻微,但需要加强观察,注意躁动、谵妄等情况的发生。综上所述,对丙泊酚诱导麻醉后 MECT 治疗运动发作时间不良的精神分裂症患者联合使用依托咪酯治疗能够提升疗效及安全性,值得临床应用。但本研究样本量较少,还需今后临床提供较大的样本予以验证。

参考文献

[1]徐秋,杨俊,刘琳,等.依托咪酯联合丙泊酚麻醉对无抽搐电休克治疗患者躁动情况的影响[J].医疗装备,2018,31(20):4-5
[2]史晓宁,李艳茹,姜玮,等.改良电抽搐治疗术后谵妄患者的临床观察[J].中国民康医学,2017,29(6):19-20,75
[3]张玉新.无抽搐电休克治疗中应用不同剂量依托咪酯的临床效果观察[J].中国药理学杂志,2016,11(10):61-63
[4]杜保伦.不同剂量琥珀胆碱联合依托咪酯在无抽搐电休克治疗中的应用[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(13):120-121
[5]贾玉萍,苏亮,梁世桥,等.改良电休克治疗中丙泊酚与依托咪酯对照研究的系统评价[J].临床麻醉学杂志,2014,(下转第 126 页)

2.2 影响产妇剖宫产 PHUI 的多因素分析 将单因素分析有统计学意义的因素纳入 Logistic 回归分析,结果显示有既往剖宫产史、妊娠并发症、阴道和肛门检查次数、子宫肌瘤、胎膜早破、羊水污染为影响产妇 PHUI 的独立危险因素(OR=2.037,2.132,2.821,2.074,3.805,2.231, $P<0.05$ 或 $P<0.01$)。见表 2。

表 2 影响产妇剖宫产 PHUI 的多因素分析

危险因素	β	SE	wald	P	OR	95%CI
既往剖宫产史	0.642	0.205	11.302	0.002	2.037	1.372~3.118
妊娠并发症	0.725	0.349	4.263	0.013	2.132	1.082~4.346
阴道和肛门检查次数	1.023	0.419	5.473	0.025	2.821	1.175~7.125
子宫肌瘤	0.712	0.204	12.308	0.031	2.074	1.365~3.126
胎膜早破	1.347	0.409	11.021	0.021	3.805	1.724~8.650
羊水污染	0.736	0.413	4.318	0.014	2.231	1.075~4.317

3 讨论

PHUI 是剖宫产术后后期产妇产后出血、产褥感染的常见原因。剖宫产虽解决了因产道梗阻、胎儿宫内窘迫等不能经阴道生产的问题,但若患者免疫力低下,则易致机体组织局部缺血、感染,从而导致 PHUI 的发生,使产妇住院期延长,不利于产妇早期恢复^[3-5]。

通过多因素分析结果显示:(1)有既往剖宫产史、妊娠并发症是产妇发生剖宫产 PHUI 的独立危险因素,原因可能是既往有剖宫产史产妇由于身体状况、年龄及心理因素等瘢痕愈合需要长时间恢复,若再次生产行剖宫产易致瘢痕破裂不易愈合,针对此类产妇应采用早期合理锻炼、均衡营养、心理辅导等以降低产妇 PHUI 发生率;妊娠并发症如糖尿病,产妇由于免疫力低下和血糖值过高易引起细菌滋生而致伤口感染,待产时应监控血糖并行相应控制血糖药物治疗,以调节血糖至正常范围^[6-8]。(2)阴道和肛门检查次数 ≥ 5 次、子宫肌瘤是产妇发生剖宫产 PHUI 的独立危险因素,原因可能是多次阴道和肛门检查使得机体外生殖道及肠内菌群逆行使伤口感染率增加,应行相应抗菌药物治疗以降低感染风险;曾行子宫肌瘤摘除术易使机体环境变化而使子宫处于应激状态,进而诱发感染,应监测产妇各项指标并做对症处理以避免切口感染^[9-11]。(3)有胎膜早破、羊水污染

也是产妇发生剖宫产 PHUI 的独立危险因素,原因可能是胎膜早破会使得机体内病原体滋生致伤口感染,胎膜早破发生后应及时清洁,针对性药物治疗防止病菌积累;羊水污染提示机体已存在感染,更不利于伤口愈合,羊水污染发生后应及时对症治疗,给予精准护理以预防感染发生^[12-13]。

综上所述,影响产妇发生剖宫产 PHUI 的主要危险因素有既往剖宫产史、妊娠并发症、阴道和肛门检查次数、子宫肌瘤、胎膜早破、羊水污染。因此临床上应对产妇早期宣教、提高免疫力、保证均衡营养,医护人员应提升手术质量、加强无菌观念、对术后切口定期观察及处理,以降低剖宫产术后 PHUI 的发生率,促进产妇子宫切口早期愈合。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.92-99

[2]吴钟瑜.实用妇产科超声诊断学[M].天津:天津科技翻译出版公司,2000.325-328

[3]万秀娟.剖宫产术后子宫切口愈合不良的影响因素及预防[J].中国妇幼健康研究,2017,28(12):1665-1667

[4]谢金秀,叶丽华,黄瑞香.120 例剖宫产术后子宫切口愈合不良超声学检查结果回顾性分析[J].现代医用影像学,2019,28(2):360-361,363

[5]吴宁宁.剖宫产子宫切口愈合不良相关因素分析[J].河南外科学杂志,2018,24(3):138-139

[6]金力,陈蔚琳,周应芳.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识(2016)[J].全科医学临床与教育,2017,15(1):5-9

[7]付娟娟,张好,王文艳.剖宫产术后疤痕子宫足月妊娠分娩方式的临床分析[J].河北医学,2017,23(7):1080-1083

[8]何丽雅.瘢痕子宫再次妊娠剖宫产与非瘢痕子宫剖宫产的临床分析[J].中外医学研究,2017,15(3):119-120

[9]陈正云,赵立,阿斯燕·努斯拉提,等.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠实施子宫病灶切除术与子宫切除术的临床对比分析[J].中华妇产科杂志,2017,52(2):98-102

[10]陈丽玲,黄晓莉.剖宫产术后再次妊娠阴道分娩产妇真实体验的质性研究[J].护理学报,2017,24(4):68-71

[11]漆柳青,林建寨,陈景钗,等.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的阴道彩色多普勒超声诊断及临床治疗[J].中国当代医药,2017,24(1):125-128

[12]罗艳娣,孙颖.经腹超声和经阴道超声对剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的诊断价值比较[J].中国妇幼保健,2017,32(8):1788-1790

[13]王安,徐优文,吴晓荣.剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的可行性研究[J].西部医学,2017,29(5):666-669

(收稿日期:2020-02-28)

(上接第 64 页)30(11):1059-1064

[6]邹德成.异丙酚和依托咪酯对无抽搐电休克患者运动发作时间比较[J].黑龙江医学,2014,38(1):53-54

[7]欧益金,叶敏,胡风兴.依托咪酯联合丙泊酚在精神障碍共患高血压患者无抽搐电休克治疗的应用[J].实用医学杂志,2015,31(23):3935-3938

[8]谢珊珊.丙泊酚和依托咪酯在无抽搐电痉挛治疗中的对比观察[J].中国医药指南,2016,14(29):150-151

[9]李卫东,王彩丽,米立刚.依托咪酯联合芬太尼在改良电休克中的安全性分析[J].新疆医学,2017,47(6):648-649,642

[10]王志杰,张春平,黄雄.依托咪酯和丙泊酚在改良性电抽搐治疗中对老年人血流动力学的影响[J].中国医药科学,2017,7(9):137-139

[11]徐杨,王惠玲,谢琴,等.依托咪酯联合丙泊酚用于老年精神疾病患者行无抽搐电休克治疗的安全性分析[J].现代生物医学进展,2017,17(5):849-851,865

(收稿日期:2019-10-22)