

合并呼吸衰竭患者中的应用 (J). 齐鲁护理杂志, 2018, 24(11): 92-94.

(7) 何会, 李荆萍. BiPAP 无创呼吸机联合呼吸兴奋剂治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭效果观察 (J). 中外医学研究,

2018, 16(7): 140-141.

(8) 李国先. 无创呼吸机对合并呼吸衰竭的慢阻肺患者进行呼气末正压通气治疗的效果分析 (J). 系统医学, 2018, 39(3): 161-163.

[文章编号] 1007-0893(2021)09-0191-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.09.090

# 无抽搐电休克与药物治疗双相情感障碍躁狂相临床观察

陈伟荣

(茂名市第三人民医院, 广东 茂名 525000)

**[摘要]** **目的:** 探究无抽搐电休克 (MECT) 与药物治疗双相情感障碍 (BPD) 躁狂相的效果。**方法:** 将 2016 年 10 月至 2018 年 10 月在茂名市第三人民医院确诊的 72 例 BPD 躁狂相患者随机分为对照组和观察组, 每组 36 例, 对照组给予患者静脉注射丙戊酸钠注射液, 观察组在对照组基础上合用 MECT 治疗。采用简明精神病评定量表 (BPRS) 以及 Bech-Rafaelsen 躁狂量表 (BRMS) 评价治疗前和治疗后 1、2、3 周后患者的精神状况。同时记录两组患者治疗过程中发生的不良反应。**结果:** 两组患者治疗后 BPRS 以及 BRMS 评分均低于治疗前, 同时治疗前和治疗 1 周后两组 BPRS 以及 BRMS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗 2 周和 3 周后观察组两项评分显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** MECT 与药物治疗 BPD 躁狂相具有良好效果。

**[关键词]** 双相情感障碍; 躁狂相; 无抽搐电休克

**[中图分类号]** R 749.4 **[文献标识码]** B

双相情感障碍 (bipolar disorder, BPD) 指的是兼有心境高涨 (狂躁) 和低落 (抑郁) 两极性特点, 并在之间往返摆动、交替发作。研究表明, BPD 发病率占精神科疾病的 1%~8%, 终生患病率为 1.5%~3.0%<sup>[1]</sup>。其中, 该病躁狂相患者临床表现多为夜眠减少、情绪高涨、易冲动, 具有较强的破坏性和攻击性, 因而在治疗和护理方面均有一定的难度。临床研究表明, 丙戊酸盐对于躁狂的显效率为 67.6%~93.2%, 其副作用少且对快速循环性疗效较好, 是传统治疗 BPD 药物中疗效和安全性较好的一种<sup>[2]</sup>。无抽搐电休克治疗 (modified electroconvulsive therapy, MECT) 是精神科疾病常见的治疗方式之一, 但 MECT 联合药物治疗 BPD 的临床效果仍存在异议。本研究探讨了 MECT 联合药物与单纯药物治疗 BPD 的临床效果, 旨在为临床治疗 BPD 提供更优的诊疗方案, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2016 年 10 月至 2018 年 10 月在本院确诊的 72 例

BPD 躁狂相患者, 随机分为对照组和观察组, 各 36 例, 其中对照组男性 24 例, 女性 12 例, 平均年龄 ( $34.7 \pm 2.14$ ) 岁; 观察组男性 26 例, 女性 10 例, 平均年龄 ( $36.1 \pm 1.51$ ) 岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 符合中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版 (Chinese classification and diagnostic criteria of mental disorders-3, CCMD-3) BPD 躁狂相的诊断标准<sup>[3]</sup>; 入组前均未接受 MECT 治疗。

1.1.2 排除标准 合并严重躯体疾病; 由器质性精神障碍和精神活性物质所致的躁狂相。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 采用单药物治疗: 给予患者静脉注射丙戊酸钠注射液 (成都诺迪康生物制药有限公司, 国药准字 H20068133)  $800 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ ,  $2 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 。

1.2.2 观察组 在对照组基础上合用 MECT 治疗: 治疗前 8 h 禁食禁水, 进入治疗室, 待相关生命体征平稳后, 静脉注射阿托品 (焦作福瑞堂制药有限公司, 国药准字

[收稿日期] 2021-02-24

[作者简介] 陈伟荣, 男, 主治医师, 主要研究方向是情感障碍方向。

H41021272) 0.5 mg, 并推注同等剂量的丙泊酚(广东嘉博制药有限公司, 国药准字 H20051842)。待患者睫毛反射消失后, 静脉滴注 0.6~1.0 mg·kg<sup>-1</sup> 的琥珀胆碱(西安汉丰药业有限责任公司, 国药准字 H20054745), 此时面罩加压给氧, 待患者肌束收缩消失后, 插入橡胶口腔保护器, 然后给予 MECT 治疗, 并同时监护患者的血氧饱和度、心率、血压等指标, 分 3 周进行治疗, 第 1 周治疗 3 次, 第 2 周 2 次, 第 3 周 1 次。

### 1.3 观察指标

采用简明精神病评定量表(brief psychiatric rating scale, BPRS)评价治疗前后患者的精神状况, 该表采用 7 级评分法进行评价, 评分 > 45 分有临床意义。采用 Bech-Rafaelsen 躁狂量表(Bech-Rafaelsen mania rating scale, BRMS)评价治疗前后患者的躁狂相症状, 该表采用 5 级评分法进行评价, 0~5 分为无明显躁狂症状; 6~10 分为有肯定躁狂症状; 22 分以上为严重躁狂症状。同时记录两组患者疗程中发生的不良反应情况。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后精神状况比较

两组患者治疗后 BPRS 评分、BRMS 评分均低于治疗前, 同时治疗前和治疗 1 周后两组 BPRS 评分、BRMS 评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05), 治疗 2 周和 3 周后观察组显著低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后精神状况比较 (*n* = 36,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	BPRS 评分	BRMS 评分
对照组	治疗前	51.26 ± 4.23	26.89 ± 2.17
	治疗 1 周后	45.78 ± 3.11 <sup>a</sup>	21.75 ± 4.51 <sup>a</sup>
	治疗 2 周后	39.88 ± 4.25 <sup>a</sup>	17.34 ± 1.63 <sup>a</sup>
	治疗 3 周后	28.61 ± 2.58 <sup>a</sup>	7.98 ± 3.09 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	50.63 ± 4.14	28.27 ± 1.39
	治疗 1 周后	44.33 ± 2.89 <sup>a</sup>	20.29 ± 3.12 <sup>a</sup>
	治疗 2 周后	31.17 ± 2.76 <sup>ab</sup>	11.55 ± 2.21 <sup>ab</sup>
	治疗 3 周后	22.19 ± 1.57 <sup>ab</sup>	4.47 ± 2.81 <sup>ab</sup>

与同组治疗前比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05; 与对照组同时间比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05  
注: BPRS — 简明精神病评定量表; BRMS — Bech-Rafaelsen 躁狂量表

### 2.2 两组患者不良反应发生情况比较

治疗过程中两组患者均发生一定例数的心动过速、肝功能损害、锥体外系反应、震颤、嗜睡、便秘等不良反应。其中观察组共 7 例, 总发生率 19.4%, 对照组共 8 例, 总发生率 22.2%, 两组比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。

## 3 讨论

BPD 病因复杂, 一般认为与遗传、社会心理和生物学因素密切相关。该病属于周期复发性疾病, 致残率、死亡率相对较高, 常导致患者不同程度的人格改变和社会功能受损, 从而给患者及其家庭带来巨大的影响<sup>[4]</sup>, 因此探讨 BPD 的临床诊疗方案十分必要。

研究表明, 丙戊酸钠在治疗 BPD 躁狂相的预防与治疗方面均有一定的效果, 近年来已成为一线用药<sup>[5]</sup>。γ-氨基丁酸对于躁狂的发作具有抑制作用, 丙戊酸钠能够增加脑中这一抑制性介质的水平, 进而改善 γ-氨基丁酸的传递, 抑制其转移酶活性, 并改善 Na<sup>+</sup> 通道敏感性。同时, 丙戊酸钠对于糖原合成激酶也有抑制作用, 有利于心境稳定, 对双相障碍的症状进行调节<sup>[6-7]</sup>。MECT 属于物理疗法, 其主要通过适量脉冲电流刺激使患者大脑皮层部位产生广泛性放电, 使脑细胞发生一系列生理变化, 从而达到控制及预防躁狂症的效果。同时, 在治疗过程中麻醉剂与肌肉松弛剂的使用能够有助于缓解患者紧张与恐惧情绪, 降低体内应激反应, 安全性较高, 有效提高治疗效果。

本研究中, 两组患者治疗后 BPRS 以及 BRMS 评分均低于治疗前, 说明单纯药物以及 MECT 联合药物治疗 BPD 均能取得一定的疗效。同时治疗前和治疗 1 周后 BPRS 以及 BRMS 评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05), 治疗 2 周和 3 周后观察组两项评分显著低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 说明 MECT 联合药物治疗比单纯药物治疗 BPD 取得更快更好的效果。同时, 联用 MECT 治疗后患者并没有明显增加不良反应, 两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。

综上所述, MECT 与药物治疗 BPD 躁狂相具有良好效果。

### [参考文献]

- (1) 熊祖伦. 双相情感障碍临床治疗进展 (J). 临床身心疾病杂志, 2007, 13(1): 92-95.
- (2) 张伟. 双相心境障碍的药物治疗进展 (J). 齐齐哈尔医学院学报, 2014, 35(20): 3043-3045.
- (3) 中国精神科学会. 中国精神障碍分类与诊断标准 (M). 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 83-87.
- (4) 覃荣刚, 罗慧芳, 桂文进, 等. 药物合并无抽搐电休克治疗双相情感障碍躁狂相临床应用研究 (J). 世界最新医学文摘, 2019, 19(21): 14-15.
- (5) 李成云. 无抽搐电休克治疗 (MECT) 合并药物与单纯药物治疗双相情感障碍躁狂相临床对照研究 (J). 山东医学高等专科学校学报, 2016, 38(4): 264-266.
- (6) 叶碧瑜, 李焯, 周贤, 等. 齐拉西酮和奥氮平对双相 I 型患者疗效和不良反应的比较 (J). 中外医疗, 2015, 34(2): 123-125.
- (7) 秦金, 孙喜蓉, 张少君, 等. 双相情感障碍患者治疗前后性激素水平变化及相关性 (J). 检验医学与临床, 2015, 12(23): 3466-3468.