



无抽搐电休克治疗对精神分裂症患者认识功能的影响

彭妍 代光明 (常德市康复医院精神科 湖南常德 415000)

摘要: **目的** 分析精神分裂症患者应用无抽搐电休克治疗时对其认知功能的影响。**方法** 选择本院2015年5月~2016年10月收治的精神分裂症患者74例,均给予无抽搐电休克治疗,分别于治疗前、治疗3次后、治疗后2周、治疗后2个月检测患者的认知功能。**结果** 治疗3次后WCST持续反应数、持续错误数均低于治疗前;治疗后2周,WCST总正确数,WAIS-R言语智商、操作智商、总智商高于治疗3次后,WCST总错误数、持续反应数、持续错误数低于治疗3次后,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 精神分裂症患者接受无抽搐电休克治疗时,认知功能可能会受到短暂的影响,但为可逆性,随着治疗时间的延长,可改善患者的认知功能。

关键词: 无抽搐电休克治疗 精神分裂症 认知功能

中图分类号: R749.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)05-147-01

精神分裂症为临床上比较常见的精神病中的一种,病程较长,病情易出现反复,多数患者伴有认知功能障碍,影响患者正常生活的开展,降低其生活质量^[1]。临床治疗精神分裂症患者时,多采用抗精神疾病药物治疗,可改善患者的认知功能,但仍在部分患者中无法发挥药效。研究表明,给予精神分裂症患者无抽搐电休克治疗后,可以提升治疗效果。不过临床实践时,部分患者家属担忧无抽搐电休克治疗会损害患者的认知功能,影响其在临床中的应用。本院在治疗精神分裂症患者时,即采用无抽搐电休克治疗,观察其对患者认知功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院2015年5月~2016年10月期间收治的精神分裂症患者74例,男39例,女35例;年龄20~43岁,平均(38.9±3.2)岁;病程1~5年,平均(2.2±1.4)年;文化水平:本科及以上16例,大专15例,高中18例,初中12例,小学及以下13例。纳入及排除标准:(1)符合精神分裂症的诊断标准;(2)无无抽搐电休克治疗的禁忌症;(3)2个月内未曾接受无抽搐电休克治疗;(4)对本研究知情,自愿参与;(5)排除麻醉药物过敏、器质性精神病、症状性精神病者。

1.2 方法

患者入院后,均接受常规药物治疗,给予患者利培酮(西安杨森制药有限公司,国药准字H20010309),初始剂量0.5mg,每天1次,依据患者病情,在2周内剂量逐渐增加至1~2mg,每天2次。

在此基础上,患者接受无抽搐电休克治疗,方法如下:治疗前8h,禁止进食进水;治疗时,于治疗床上平卧,给予患者阿托品(江苏涟水制药有限公司,国药准字H32020166)0.01mg/kg,静脉推注,之后给予患者丙泊酚(FreseniusKabiAB,国药准字J20080023)2mg/kg,静脉推注;患者失去睫毛反射后,给予氯化琥珀酰胆碱(上海旭东海普药业有限公司,国药准字H31020599)1mg/kg,静脉推注,以松弛患者肌肉;结束肌颤后,通电,面罩给氧,氧流量100%,受控呼吸,无肌束收缩后,将口腔保护器插入,以患者具体情况为依据,利用醒脉通多功能电休克治疗仪,设置相应参数后,开始治疗,期间,对患者的血压、心率、血氧饱和度情况密切的检测,预防异常情况的发生。第1周时,隔天治疗1次,第2周时,治疗每周2次,共治疗10次。

1.3 观察指标

分别于治疗前、治疗3次后、治疗后2周、治疗后2个月测量患者的认知功能,利用威斯康星卡片分类测验(WCST)、中国修订韦氏成人智力测验(WAIS-R)进行,分别与前次评价结果比较。

1.4 统计学分析

采用SPSS18.0软件对数据统计分析,以标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,计量资料利用t检验, $P < 0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

治疗3次后WCST持续反应数、持续错误数低于治疗前;治疗后2周,WCST总正确数,WAIS-R言语智商、操作智商、总智商高于治疗3次后,WCST总错误数、持续反应数、持续错误数低于治疗3次后,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1:治疗前后WCST评分、WAIS-R评分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗前	治疗3次后	治疗后2周	治疗后2个月
总正确数	45.7±19.2	44.3±22.7	53.8±25.1*	54.6±24.9
总错误数	57.7±24.6	56.9±23.8	41.3±30.2*	40.9±31.5
持续反应数	55.6±39.1	48.3±18.9*	44.8±18.3*	45.2±20.4
持续错误数	58.9±28.2	48.1±29.2*	43.1±32.9*	44.6±29.8
言语智商	87.3±13.1	87.0±11.2	95.4±13.4*	93.4±12.6
操作智商	88.6±12.2	86.9±10.8	95.6±13.1*	94.6±10.8
总智商	88.3±12.6	87.9±11.0	94.9±14.6*	95.2±14.8

注:与前次相比,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

认知障碍为精神分裂症患者接受电休克治疗期间较为常见的并发症之一,学者在研究其诱发机制时,研究时间段多包含两个,一个为即刻效应,一个为患者已经完全的恢复定向力,本研究综合了这两个时间段作出研究^[2]。由本研究结果显示,完成3次治疗后,各认知能力评价项目的评分均有所降低,尽管并无明显的差异,但这表示,无抽搐电休克治疗期间,短时间内可对患者的认知功能产生一定影响,治疗继续开展后,逐渐的改善了患者的认知功能,而且较长时间内并未出现降低,表示治疗所产生的认知障碍属于可逆性,随着治疗的进一步深入,可显著改善患者的认知功能,提升患者的认知能力,促使患者逐步的回归社会^[3]。

综上,精神分裂症患者接受无抽搐电休克治疗时,整体上看,可提高患者治疗后的认知功能,并控制患者病情进展,减轻疾病严重程度,改善患者预后,提升其生活质量。

参考文献

- [1] 寇根生,王萍,平军辉,等.无抽搐电休克对女性精神分裂症患者脑电图和认知功能的影响[J].现代预防医学,2013,14(21):3961-3963.
- [2] 李桦,吴荣琴,孙复林.无抽搐电休克治疗对精神分裂症的效果及患者认知功能的影响[J].四川精神卫生,2014,28(05):418-421.
- [3] 马晓华.不同疗程无抽搐电休克治疗对精神分裂症患者认知功能的影响比较[J].中国医药指南,2016,13(04):146.

(上接第146页)

水平与血管内皮功能关系[J].临床合理用药杂志,2016,9(01):155-156.

[3] 江波,许士民,张红香.急性脑梗死患者血管内皮功能和同型半胱氨酸水平变化及治疗分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(23):105-107.

[4] 李立国.急性脑梗死患者血管内皮功能和同型半胱氨酸水平变化及其治疗[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(76):8-9.

[5] 邓远琼,刘伯胜,邓远琪,胡志彪,刘贞,范华,胡建新,王海荣.急性脑梗死患者血管内皮功能和同型半胱氨酸水平变化及其治疗[J].中国全科医学,2013,16(32):3057-3061.