

抑郁障碍患者在门诊进行无抽搐电休克治疗的相关临床研究

沈文成

玉林市第四人民医院 广西玉林 537000

【摘要】目的 探究抑郁障碍患者在门诊进行无抽搐电休克治疗的相关临床研究。**方法** 选取 2021 年 7 月~2021 年 12 月我院门诊收入其中的 56 例抑郁障碍患者作为研究对象,按照随机数字表法分为两组各 28 例,对照组:常规药物治疗,观察组:常规药物联合无抽搐电休克治疗,对比两组治疗效果。**结果** 治疗后 1 周、3 周、8 周,观察组 HAMD 评分低于对照组;观察组治疗总有效率为 96.43%,高于对照组 75.00%,两组差异有统计学意义($P < 0.05$);两组不良反应率比较无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 抑郁障碍患者采取无抽搐电休克联合药物治疗,可有效改善患者抑郁症状,提高治疗有效率并降低并发症发生,值得应用。

【关键词】 抑郁障碍; 门诊; 无抽搐电休克; 临床

【中图分类号】 R749.4

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-7858 (2021) 06-030-02

近些年来我国抑郁症发病率约为 1.5%,呈现逐年上升趋势,而自杀率维持在 10%~15%,成为需高度重视的严重公共卫生问题,对家庭及社会均造成影响。因此,寻找治疗抑郁症方法或临床治疗新靶点为当前研究热点和难点^[1]。当前有关抑郁症发病机制仍然不明确,既往相关假说主要集中于神经内分泌系统中的下丘脑-垂体-肾上腺轴、单胺类神经递质及其受体等。当前有关抑郁症治疗药物较多,以选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂类药物为主,但对于重度抑郁障碍患者而言,出抗抑郁药物外,需联合无抽搐电休克治疗可获得显著成效。文章就抑郁障碍患者在门诊进行无抽搐电休克治疗的相关临床研究如下分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 7 月~2021 年 12 月我院门诊收入其中的 56 例抑郁障碍患者按照随机数字表法分为两组各 28 例,纳入标准:①患者均符合《国际疾病分类(第 10 版)》中抑郁障碍诊断标准;②≥2 种抗抑郁药物治疗,时间≥6 周;③足量足疗程用药;④患者及其家属均知晓本次研究内容,自愿参与;⑤本次研究经伦理委员会批准。排除标准:①伴有严重脑器质性疾病;②合并心、肝、肾等脏器功能障碍;③因疾病疾病所致抑郁障碍。对照组中男 18 例,女 10 例,年龄 15~25 岁,平均(20.65±2.26)岁,观察组中男 19 例,女 9 例,年龄 15~25 岁,平均(20.45±2.15)岁,两组一般资料无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组予以抗抑郁药物治疗,其中 6 例患者口服万特制药(海南)有限公司生产盐酸舍曲林(批准文号:国药准字 H20080019 规格:50mg*14s) 50~200mg/d,8 例患者口服 H. Lundbeck A/S 生产草酸艾司西酞普兰(批准文号: H20150163 规格:10mg*7 片) 5~20mg/d,14 例患者口服上海上药中西制药有限公司生产盐酸度洛西汀肠溶片(批准文号:国药准字 H20061261 规格:20mg*20s) 20~60mg/d。急性期连续治疗 8 周,当急性期治疗结束后,医师依据患者病情适当调整药物剂量进行巩固期、维持性治疗。观察组予以抗抑郁药物联合无抽搐电休克治疗,其中 5 例患者口服盐酸舍曲林 50~200mg/d,10 例患者口服草酸艾司西酞普兰 5~20mg/d,13 例患者口服盐酸度洛西汀肠溶片 20~60mg/d,当急性期治疗结束后,医师依据患者病情适当调整药物剂量进行巩固期、维持性治疗。无抽搐电休克:选取美国 Somatics 公司生产的醒脉通牌 IV 型电痉挛治疗仪进行治疗:治疗开展

前,予以阿托品 0.01mg/kg,丙泊酚 2.0mg/kg,氯化琥珀胆碱 1.0mg/kg,应用标准双侧颞部电极,设定电阻为 800~1800,通电时间 6~7s,首次刺激电量百分比依据年龄设置(如 25 岁患者首次刺激电量为 25%),之后每次治疗可增加电量 5%,治疗频率为 3 次/周,总计治疗 10~12 次。

1.3 观察指标

(1)采取抑郁量表(HAMD)^[2]评估患者治疗前后抑郁症状,总分>35 分、20~35 分、8~20 分、<8 分分别代表着严重抑郁症、存在抑郁症、可能有抑郁症、正常。(2)依据 HAMD 评分变化判断患者临床疗效^[3],分为以下四类:痊愈:<8 分;显效:8~17 分;有效:18~20 分,无效:>20 分,(痊愈+显效+有效)/例数×100%=总有效率。(3)比较两组用药治疗期间不良反应,包括头晕头痛、短暂记忆力减退、轻度恶心、胃部不适。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 18.0 统计软件,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料用百分比表示,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 HAMD 评分比较

治疗前两组 HAMD 评分无统计学意义($P > 0.05$),治疗后 1 周、3 周、8 周,观察组 HAMD 评分低于对照组,两组差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1: 两组治疗前后 HAMD 评分比较 (n=28, 分)

组别	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 3 周	治疗后 8 周
观察组	50.26±7.15	24.26±6.26	8.11±3.26	4.15±1.15
对照组	49.96±7.06	40.15±7.15	25.59±6.26	11.26±4.26
t	0.158	8.848	13.105	8.526
P	0.875	0.001	0.001	0.001

2.2 两组治疗有效率比较

观察组治疗总有效率为 96.43%,高于对照组 75.00%,两组差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组不良反应发生率比较

两组不良反应率比较无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

3 讨论

抑郁症作为常见一类精神疾病,以躯体不适、食欲不振、社交能力障碍、不合群等为表现。当前随着国内社会发展及压力增大,抑郁症整体发病率呈现上升趋势,且在校读书的中学生占比逐年增高。以往临床对抑郁症治疗上多采取药物干预,可显著减轻患者抑郁症状,恢复患者生活能力。但大

量临床研究证实, 约有 50% 重度抑郁患者采取一线抗抑郁药物治疗无效, 约 33% 患者对 ≥ 2 种抗抑郁药物联合或合并心力干预无效^[4]。基于抗抑郁药物治疗局限性, 临床当前联合物理治疗以提高疗效, 常见为针灸、电休克治疗等。

无抽搐电休克治疗通过诱发脑内癫痫发作, 借助皮质脑电同步化发放控制精神症状。临床对象研究指出, 电休克治疗作为一种有效对症治疗方法, 其目的可缓解抑郁症状, 改善患者主动记忆, 生活质量及执行能力。对抑郁障碍患者治疗中或心理治疗、药物治疗疗效欠佳重度抑郁障碍患者中, 取得显著成效^[5]。文章研究指出, 对抑郁障碍患者予以抗抑郁药物治疗基础上联合无抽搐电休克治疗, 患者抑郁症状评分显著偏低, 且整体治疗疗效显著, 与对照组比较, $P < 0.05$ 。对其结果得出, 抗抑郁药物联合无抽搐电休克治疗较单纯抗抑郁药物治疗效果更为显著。无抽搐电休克作用于患者脑内多种神经递质, 促使多巴胺系统、 γ -氨基丁酸系统、去甲肾上腺素等系统神经传导功能增强。联合应用下, 可弥补抗抑郁药物不足, 有效控制患者抑郁症状, 消除患者自杀念头^[6]。文章对两组患者治疗期间不良反应发生率进行分析, 两组不良反应发生率对比, $P > 0.05$ 。表明上述治疗整体安全性偏高, 且最为常见为头晕头痛、恶心等, 上述不良反应均为自限性, 表明抗抑郁药物联合电休克治疗并不会增加患者不良反应。

综上所述, 无抽搐电休克联合抗抑郁药物治疗门诊抑郁障碍患者中取得显著成效, 可控制抑郁症状, 且安全性高, 值得应用。更重要的是, 部分患者在治疗的过程中不脱离社会和家庭, 学生在治疗的同时不脱离校园和学习, 有助于病情的康复, 值得推广。

参考文献:

[1] 高俊, 唐本玲, 王在斌. 抗抑郁药联合无抽搐电休克治疗女性重度抑郁症的临床研究[J]. 神经损伤与功能重建,

2019, 14(9):479-481.

[2] 吴慧丽, 耿德勤, 路晴, 等. 单相重度抑郁临床特征及无抽搐电休克治疗临床疗效的对照研究[J]. 国际精神病学杂志, 2019, 46(3):441-444.

[3] 孙浩, 牟英峰, 姚蕾, 等. 抗抑郁药联合无抽搐电休克治疗重度抑郁患者短期疗效及复发率的相关分析[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(3):428-431.

[4] 韩克艳, 李宁, 李天舒, 等. 重复经颅磁刺激对无抽搐电休克所致记忆损害抑郁患者的效果研究[J]. 实用临床医药杂志, 2021, 25(7):51-54.

[5] 高毅, 冷玉芳, 司小萌, 等. 氯胺酮麻醉对无抽搐电休克治疗的抑郁患者眼压及抑郁情绪的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(3):436-438.

[6] 古智文, 黄雄, 张春平, 等. 氯胺酮联合异丙酚麻醉对无抽搐电休克治疗难治性抑郁症的疗效及认知功能的影响[J]. 疑难病杂志, 2021, 20(1):47-52.

表 2: 两组治疗有效率比较 (n=28, 例)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	10	8	9	1	27 (96.43)
对照组	6	7	8	7	21 (75.00)
χ^2	-	-	-	-	5.250
P	-	-	-	-	0.022

表 3: 两组不良反应发生率比较 (n=28, 例)

组别	头晕 头痛	短暂记 忆力减退	轻度 恶心	胃部 不适	不良反应率 (%)
观察组	1	0	1	1	3 (10.71)
对照组	1	1	0	0	2 (7.14)
χ^2	-	-	-	-	0.220
P	-	-	-	-	0.639

(上接第 29 页)

关资料显示^[6], 25 ~ 40% 创伤患者伴有凝血功能障碍, 且预后效果相对较差, 该类患者在抢救初期需大量输血, 在确立输注血浆、红悬、冷沉淀等成分血制品的前提为明确患者创伤后凝血功能状况以及是否需要大量输血。有学者指出, 在输血干预前预估患者是否需大量输血并采取针对性输血方案, 能有效提升其生存率。为此, 早期明确患者凝血功能极为重要。

常规凝血功能检查, 其对凝血过程中的部分凝血因子活性进行分析, 但其不能显示血凝块强度、血小板功能及血凝块形成速度等相关指标, 而上述指标均与凝血过程具有一定的相关性^[7]。本文研究结果显示, 研究组患者 24h 输血 FFP 低于对照组, 且 ICU 住院时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者 24h 输血 PLT、PRBCs 指标、总住院时间及并发症风险比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。以往凝血功能检查针对输注何种血制品、注入量等方面均具有一定局限性, 根据临床经验与传统凝血功能检测, 缺乏统一标准。极易导致输血不合理的状况, 加重凝血功能紊乱状况, 导致出血症状加重。血栓弹力图监测由 Hartert 于 1948 年首次被提出^[8], 该检查中 R 表示血样检测至第一块纤维蛋白凝块形成的潜伏期, 能有效显示凝血起始功能, 反应受凝血因子的水平及活性影响; K 指标能评估血凝块强度达到某一水平的速度, 可反应血块织网速度; α 可分析纤维蛋白块形成与凝块加固的速度, 能有效反应纤维蛋白原水平。MA 或最大幅度能直接显示纤维蛋白与血小板相互联结的纤维蛋白凝块的强度。该检测方式能提供血栓形成与纤溶信息的检测方式, 是凝血过程中相互对立的两个重要方向。为此, 血栓弹力图检测能明确指导血制品的输注, 有助于输血的安全管理, 可为制定

创伤患者的早期干预措施起到良好的指导价值。总而言之, 在创伤凝血功能障碍患者中应用血栓弹力图监测具有积极作用, 其能为临床输血方案制定提供可靠的参考, 保障输血的安全性, 促使患者快速康复, 具有良好的临床应用前景。

参考文献:

[1] 刘念, 徐晓玲, 舒会英. 红细胞悬液与血浆不同比例输注对急性创伤患者凝血功能、纤溶功能及血栓弹力图监测结果的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2021, 18(2):96-99.

[2] 何俊, 杜琴, 龚浩, 等. 血栓弹力图预测颅脑创伤病人术后预后不良的临床价值[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(17):3012-3015.

[3] 蔡婷婷, 李天星, 曾文, 等. 血栓弹力图指导创伤失血性休克急诊输血策略研究[J]. 创伤与急危重病医学, 2021, 9(2):128-131.

[4] 张伟, 刘同刚, 吕志华, 等. 血栓弹力图评估结果与叶青蛇咬伤致凝血功能障碍患者凝血功能的相关性分析[J]. 岭南急诊医学杂志, 2021, 26(4):421-423.

[5] 桂峰. 血栓弹力图仪检测危重症创伤患者凝血功能和指导输血的应用分析[J]. 数理医药学杂志, 2021, 34(6):913-915.

[6] 江玉, 曹燕, 王飞燕, 等. 血栓弹力图与常规凝血指标对老年创伤性骨折患者术后下肢深静脉血栓形成的预测价值分析[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2021, 13(10):112-116.

[7] 王琦, 李立宏, 田小溪, 等. 血栓弹力图和凝血功能指标在严重创伤性患者中的变化及临床意义[J]. 海南医学, 2020, 31(21):2790-2792.

[8] 杨道明, 张春林, 吴小龙. 血栓弹力图和凝血功能检测对颅脑创伤患者生存状况的预测效果对比[J]. 吉林医学, 2021, 42(11):2603-2605.