

改良电痉挛治疗精神分裂症患者效果观察及心理护理

倪隽荟 申雁冰 范飞燕

精神分裂症是常见的慢性精神疾病,流行病学调查研究发现其发病率呈不断上升趋势,使患者身心健康、生活质量及社会功能受到严重影响^[1,2]。精神分裂症以认知损害、阴性症状及阳性症状为主要特征^[3]。目前,对于精神分裂症发病机制尚不十分明确,认为主要与环境因素、遗传因素共同作用的结果^[4]。改良电痉挛是一种应用于精神分裂症重要的物理方法,其疗效明显,但对其具有作用机制尚不十分明确^[5]。本次研究旨在分析改良电痉挛治疗精神分裂症患者临床疗效及心理护理。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年10月至2015年10月期间金华市第二医院收治的精神分裂症患者103例,其中男性43例、女性60例;年龄24~60岁,平均年龄(38.91±5.46)岁;病程6个月~10年,平均病程(4.78±1.08)年。103例均符合《精神病学》中关于精神分裂症诊断标准^[6];入院后服用单一抗精神病药物,无电痉挛治疗禁忌者,并签订知情同意书。剔除:①精神活性物质所致精神障碍者;②合并肺、肾、肝、心等功能严重异常者;③脑器质性及躯体疾病者;④哺乳期或妊娠期者。随机分为观察组52例和对照组51例。两组一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组一般资料比较

组别	<i>n</i>	性别(男/女)	平均年龄/岁	平均病程/年
观察组	52	23/29	39.42±5.78	4.90±1.12
对照组	51	21/30	38.46±5.23	4.53±1.03

1.2 方法 对照组给予奥氮平治疗,起始给药剂量为5 mg/d,每日2次,按照病情逐渐增加药物剂量,两

周内加至5~20 mg/d。观察组在对照组基础上结合改良电痉挛治疗,应用IV型电痉挛治疗仪(由美国醒脉通公司生产)治疗。采用DGX模式,双颞侧式电极刺激法。治疗前首先静脉注射麻醉药物和肌松药物,麻醉准备完毕后,每周3次。两组疗程均为8周。

两组患者均配合心理护理干预,具体如下:①护理人员首先与患者及其家属进行沟通,建立良好的信任关系,同时讲解疾病相关知识、注意事项,让患者了解一般情况,使其成分掌握精神性症状;②护理人员应对存在不良情绪的患者,分析其所致的原因,引导患者克服各种负性情绪影响的方法,教会患者疏泄不良心理情绪,充分调动其积极性;③护理人员应鼓励患者参与文娱活动,使患者能够主动参与到疾病治疗以及社交娱乐活动中,培养多方面的兴趣爱好,帮助患者建立良好的自信心。

1.3 疗效标准 采用阳性症状量表减分率评定:①显效:阳性症状量表减分率≥75%;②有效:阳性症状量表减分率为25%~74%;③无效:阳性症状量表减分率<25%。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%

1.4 观察指标 ①观察两组患者认知功能治疗前后变化,包括图形自由回忆、像特点联系回忆、指向记忆、联想学习、人无意义图形再认,评分越高则说明患者认知功能改善越好;②观察两组患者PANSS量表阴性症状和阳性症状评分治疗前后变化;③观察两组治疗4周末和8周末不良反应量表(treatment emergent symptom scale, TESS)评分变化。④观察两组的总有效率。

1.5 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行数据分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示;计量资料两两比较采用 t 检验;计数资料的比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组认知功能评分比较见表2

表2 两组患者的认知功能评分比较/分

组别		图形自由回忆	人像特点联系回忆	指向记忆	联想学习	无意义图形再认
观察组	治疗前	6.36 ± 1.24	5.24 ± 0.57	7.18 ± 0.57	8.03 ± 0.46	7.34 ± 0.65
	治疗后	9.64 ± 1.67*#	6.84 ± 0.79*#	9.03 ± 0.78*#	9.73 ± 0.67*#	9.54 ± 0.89*#
对照组	治疗前	6.27 ± 1.29	5.30 ± 0.61	7.26 ± 0.53	8.10 ± 0.51	7.23 ± 0.62
	治疗后	8.25 ± 1.58*	5.97 ± 0.68*	8.21 ± 0.67*	8.83 ± 0.60*	8.19 ± 0.80*

注: *:与同组治疗前比较, $P < 0.05$; #:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见, 两组患者治疗前的图形自由回忆、人像特点联系回忆、指向记忆、联想学习、无意义图形再认评分比较, 差异均无统计学意义 (t 分别=0.36、0.51、0.73、0.73、0.87, P 均 > 0.05); 两组患者治疗后的图形自由回忆、人像特点联系回忆、指向记忆、联想学习、无意义图形再认评分均高于治疗前 (t 分别=11.33、11.80、13.76、0.73、13.34、6.93、5.23、7.94、6.62、6.77, P 均 < 0.05); 观察组患者治疗后的各项指标均高于对照组治疗后 (t 分别=4.33、5.98、5.71、7.17、8.09, P 均 < 0.05)。

2.2 两组PANSS量表阴性症状和阳性症状评分比较见表3

表3 两组PANSS量表阴性症状和阳性症状评分比较/分

组别		阴性症状	阳性症状
观察组	治疗前	37.32 ± 3.89	34.67 ± 3.52
	治疗后	23.18 ± 2.46*	13.43 ± 2.03*
对照组	治疗前	37.78 ± 4.15	35.29 ± 3.70
	治疗后	28.98 ± 3.15*	19.37 ± 2.45*

注: *:与同组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见, 两组患者的PANSS量表阴性症状和阳性症状评分治疗前比较, 差异无统计学意义 (t 分别=0.58、0.87, P 均 > 0.05); 两组患者治疗后的PANSS量表阴性症状和阳性症状评分明显低于治疗前, 差异均有统计学意义 (t 分别=22.15、37.69、12.06、25.62, P 均 < 0.05); 观察组治疗后的PANSS量表阴性症状和阳性症状评分低于对照组治疗后, 差异均有统计学意义 (t 分别=10.42、13.40, P 均 < 0.05)。

2.3 两组TESS评分比较见表4

表4 两组TESS评分比较/分

组别	n	治疗4周末	治疗8周末
观察组	52	2.39 ± 0.64	2.57 ± 0.73
对照组	51	2.43 ± 0.67	2.69 ± 0.80

由表4可见, 两组患者治疗4周末和治疗8周末TESS评分比较, 差异无统计学意义 (t 分别=0.31、0.80, P 均 > 0.05)。

2.4 两组疗效比较见表5

表5 两组患者的疗效比较

组别	n	疗效 / 例			总有效率 (%)
		显效	有效	无效	
观察组	52	27	20	5	47(90.38)*
对照组	51	20	17	14	37(72.55)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表5可见, 观察组患者的总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2=5.44$, $P < 0.05$)。

3 讨论

精神分裂症是一种最常见的慢性、持续的精神疾病, 其临床特点主要为基本个性、行为、情感、思维的分裂, 其临床特征主要为精神活动与环境不协调^[7]。现代医学认为精神分裂症主要是基本的认知与思考结构出现破裂。目前, 临床上治疗精神分裂症主要为非药物与药物治疗, 但缺乏特效地治疗药物^[8]。

改良的电痉挛疗法是在传统电痉挛治疗基础上, 进行静脉麻醉和肌肉松弛治疗。改良电痉挛疗法近年来已于国内发展和普及, 在实施治疗前, 首先按照患者体重给予适量肌肉松弛药、解痉药剂麻醉药物, 再按照患者年龄给予适量的电流刺激大脑, 达到无抽搐发作, 且能够有效改善精神分裂症患者症状, 同时可降低其恐惧感的一种疗法^[9]。强瑞香等^[10]学者研究报道显示, 对于精神分裂症阳性症状患者应用改良电痉挛与686项目结合治疗总有效率为91.33%高于利培酮组62.41%, 且椎体体系反应低于利培酮组, 安全性良好。郭永芳等^[11]学者研究报道显示, 对于精神分裂症患者应用改良电痉挛治疗总有效率为63.8%高于药物组24.4%。精神分裂症恢复期是一个漫长过程, 患者极容易发生各种负性

情绪,如焦虑、抑郁等,若不能采取及时心理护理干预,则有可能发生严重后果,本次研究在改良电痉挛治疗基础上配合心理护理干预。本次研究结果显示,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$),两组图形自由回忆、像特点联系回忆、指向记忆、联想学习、无意义图形再认评分治疗后增加,且观察组治疗后各评分均高于对照组治疗后(P 均 <0.05),两组PANSS量表阴性症状和阳性症状评分治疗后降低,观察组PANSS量表阴性症状和阳性症状评分治疗后低于对照组(P 均 <0.05),提示改良电痉挛治疗精神分裂症患者可明显提高治疗疗效,减轻患者症状。

综上所述,改良电痉挛治疗精神分裂症患者临床疗效显著,可明显减轻患者症状,值得研究。但本次研究相对还存在一些不足之处,研究例数相对较少、研究疗程相对较短,故而笔者还需在后续研究工作中做进一步多中心、多样本深入研究,提供可靠的临床参考价值。

参考文献

- 朝当,王秀锦,吴俊遐,等.首发精神分裂症患者家庭动力、父母教养方式对心理特质及疗效的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2013,22(11):1007-1009.
- 王瑛,翟丽,李凯,等.首发精神分裂症患者家属心理健康与分裂症知晓情况的关系[J].中国医药导报,2014,6(36):88-90,95.
- 范毅敏,杨程青,胡国芹,等.精神分裂症与糖尿病共病流行病学、临床特征及发病机制新进展[J].中华临床医师杂志(电子版),2014,6(15):2857-2860.
- 胡学慧,王翠敏.利培酮治疗精神分裂症128例的不良反应及护理对策[J].中国药业,2014,23(1):76-77.
- 高海英,张淑艳,张继青,等.改良电痉挛治疗结合心理护理治疗精神分裂症的对照分析[J].河北医药,2014,9(23):3674-3675.
- 赫伟.精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2001.95-96.
- 周勤.利培酮与喹硫平治疗精神分裂症临床疗效对比分析[J].实用临床医药杂志,2011,15(19):128-129.
- 田小元,向永红.阿立哌唑与利培酮治疗精神分裂症的临床疗效对比分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(1):48-50.
- 腾丽娟.精神分裂症采用利培酮联合改良电抽搐疗法治疗的效果分析[J].临床医学工程,2015,8(12):1609-1610.
- 强瑞香,高海江,刘炳书,等.改良电痉挛治疗与686项目结合治疗精神分裂症阳性症状[J].中国健康心理学杂志,2014,22(5):658-660.
- 郭永芳,周小东,付华斌,等.改良电痉挛治疗对精神分裂症患者血清细胞因子及C-反应蛋白水平的影响[J].四川精神卫生,2015,28(2):119-122.

(收稿日期 2016-05-08)

(本文编辑 蔡华波)

·消息·

《全科医学临床与教育》在线投稿系统开通通知

本刊从2015年11月份起正式开通在线投稿系统,投稿网址为:www.zhqkyx.cn,点击主页左上方的“《全科医学临床与教育》杂志投稿系统登录”进行注册,并按照提示完成投稿过程,此后作者将可以在线查询文章的编辑审稿结果。该系统能实现网络投稿、查询、审稿、编辑等功能。热忱欢迎广大读者、作者和审稿专家使用。

2015年11月之前通过邮箱投稿和纸质投稿的稿件审理状态仍请拨打0571-86006390进行查询。

如果您在使用过程中遇到任何问题,请与编辑部联系:0571-86006390,Email:zjquankeyixue@163.com。感谢您的合作与支持!