

大黄合并无抽搐电休克治疗精神分裂症的疗效与安全性分析

杨永和*, 刘冬梅, 徐进

(宜宾市第四人民医院, 四川 宜宾 644000)

[摘要] **目的:**探讨大黄合并无抽搐电休克(MECT)对精神分裂症(Schizophreni)患者症状和安全性的影响。**方法:**选取我院自 2011 年 1 月至 2012 年 12 月收治的精神分裂症患者 100 例,按随机数字表法分为试验组和对照组。试验组 50 例采用大黄合并 MECT 治疗,对照组 50 例采用精神类西药治疗,比较两组患者临床疗效及安全性问题。**结果:**两组治疗后与同组治疗前 PANSS 的总分、阳性、阴性、正确数,WCST 的正确数、持续错误数、完成分类数、总应答数比较($P < 0.05$),治疗后两组 PANSS 和 WCST 的正确数、持续错误数、完成分类数、总应答数比较($P < 0.05$)。两组在肝功异常、白细胞减少比较,心律失常、嗜睡、便秘比较($P < 0.05$)。**结论:**大黄合并 MEC 治疗精神分裂症可显著改善患者的精神病症状和执行能力,改善 PANSS 的总分、阳性、阴性、正确数,WCST 的正确数、持续错误数、完成分类数、总应答数等指标,减少嗜睡、便秘发生率,安全性好,不增加肝功异常、白细胞减少的发生比率,值得临床应用推广。

[关键词] 精神分裂症; 大黄; 无抽搐电休克; 安全性

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)24-0335-03

[doi] 10.11653/syfy2013240335

Safety and Efficacy of Rhubarb and MECT in Treatment of Schizophreni

YANG Yong-he*, LIU Dong-mei, XU Jin

(Forth People's Hospital of Yibin, Yibin 644000, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the safety and efficacy of Rhubarb and MECT in treatment of Schizophreni. **Method:** One hundred patients of schizophrenia from January 2010 to January 2013 were analyzed, all cases were randomly divided into experimental group (50 cases) and control group (50 cases). Treatment group was given combined therapy of rhubarb and MECT, the control group was given psychotic western medicine treatment. **Result:** The PANSS (total score, positive, negative, right and correct number) and WCST (last error number, complete the classification number, total number of responses) compared in post-treatment in groups ($P < 0.05$). The score PANSS and WCST compared ($P < 0.05$). The Hepatic function abnormal, leukopenia, comparison, cardiac arrhythmia, sleepiness, constipation comparison ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combined therapy of Rhubarb and MECT can improve the psychotic symptoms and execution ability, reduce the incidence of sleepiness and constipation.

[Key words] Schizophreni; rhubarb; MECT; safety

精神分裂症(schizophreni)为慢性精神疾病,其中难治型占 20%~30%^[1],其阴性症状和认知功能受损,导致患者不能独立生活,严重影响患者的社会

和职业功能。精神分裂症临床上多用西药药物常规治疗,但是患者的复发比例较高,复发次数越多,认知功能损害越加严重,且相当大比例的患者对西药常规药物治疗反应欠佳甚至无效^[2]。本组研究应用大黄合并无抽搐电休克(MECT)治疗精神分裂症,临床疗效确切,安全性好。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院自 2011 年 1 月至 2012 年 12 月收治的精神分裂症患者 100 例,均符合第三

[收稿日期] 20130506(011)

[基金项目] 宜宾市科学技术局重点科技项目(社会发展)(2012SF012)

[通讯作者] *杨永和,主治医师,从事中西医结合治疗高血压病研究, Tel: 15983115599, E-mail: love2452@126.com

版《中国精神障碍分类与诊断标准》^[3,4]。100 例患者中男 50 例,女 50 例。年龄 19 ~ 64 岁,平均(43.7 ± 2.0)岁。病程 5 ~ 17 年,平均病程(9.3 ± 2.2)年。妄想型 71 例,非妄想型 29 例。排除标准:有药物、酒精依赖者;对入组药物过敏者;合并严重的躯体症状者;无法耐受药物治疗的患者。入组标准:入组前 3 个月未经系统抗精神病药物治疗;入组时阳性与阴性症状量表(PANSS)总分 $t > 60$ 分。排除标准:具有明显的自伤、伤人、自杀危险或极度兴奋躁动者;患有严重躯体疾病及脑器质性疾病、酒精或有药物滥用者;妊娠、哺乳期患者。100 例患者按照随机数字表法分为治疗组与对照组,两组患者在年龄、性别、病程等方面比较,在统计学上具有显著性差异,具有可比性。

1.2 方法 将 100 例患者分为治疗组与对照组。对照组给予氯丙嗪药物剂量 250 mg·d⁻¹,利培酮剂量 3 ~ 6 mg·d⁻¹。治疗组给予大黄合并 MECT。生大黄 30 g,先用冷水浸泡 1 小时,加水 200 mL,煎煮 2 次,煎煮液混合,1 次/d。研究组采用美国 SOMATICS 公司生产的醒脉通无抽搐电休克治疗仪。疗程开始每周 3 次,每周一、三、五施行。整个过程中全程监控脑电图、心电图、血氧饱和度、心率等生理参数。2 组均以 2 周为一疗程。

1.3 疗效评价^[5] 应用阳性和阴性症状量表(PANSS)评估患者精神病症状的变化。阳性量表:由情感障碍、情感交流障碍、情绪退缩、交谈缺乏流畅性、被动社交退缩、思维刻板、自发性与抽象思维

困难;阴性量表:由关注身体健康、自罪感、紧张、焦虑、装相和作态、动作迟缓、抑郁、不寻常思维内容、不合作、定向障碍、自知和判断力缺乏、注意障碍、意志障碍、先占观念、冲动控制缺乏、主动回避社交;根据精神分裂程度分为 7 个等级,分别为无、很轻、轻度、中度、偏重、重度、极重。比较 PANSS 的总分、阳性、阴性、正确数。威斯康星卡片分类任务测试软件(WCST)根据已往的经验进行分类、概括、工作记忆和认知转移的能力进行评分。比较正确数、持续错误数、完成分类数、总应答数。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件进行统计学处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 两组治疗前 PANSS,WCST 比较在统计学上不具有显著性意义,两组治疗后与同组治疗前 PANSS 的总分、阳性、阴性、正确数,WCST 的正确数、持续错误数、完成分类数、总应答数比较有显著性意义($P < 0.05$),治疗后 PANSS 的总分、阳性、阴性、正确数,WCST 的正确数、持续错误数、完成分类数、总应答数比较具有显著性意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 安全性 两组在肝功异常、白细胞减少比较,在统计学上比较不具有显著性差异,心律失常、嗜睡、便秘比较,在统计学上比较具有显著性差异($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者临床疗效比较($\bar{x} \pm s, n = 50$)

组别	时间	PANSS			WCST			
		总分	阳性	阴性	正确数	持续错误数	完成分类数	总应答数
对照	治疗前	62.7 ± 9.4	20.9 ± 4.2	14.7 ± 2.4	50.1 ± 9.7	4.7 ± 0.5	2.7 ± 0.6	124.7 ± 13.7
	治疗后	43.2 ± 9.5 ¹⁾	17.6 ± 3.5 ¹⁾	12.5 ± 2.5 ¹⁾	61.7 ± 11.5 ¹⁾	3.9 ± 0.9 ¹⁾	4.9 ± 0.7 ¹⁾	112.5 ± 11.8 ¹⁾
治疗	治疗前	62.3 ± 9.1	20.3 ± 5.3	14.5 ± 2.1	50.3 ± 9.2	5.5 ± 1.2	2.8 ± 0.3	121.5 ± 14.4
	治疗后	36.8 ± 9.2 ^{1,2)}	10.2 ± 3.7 ^{1,2)}	10.1 ± 2.2 ^{1,2)}	72.2 ± 13.2 ^{1,2)}	2.2 ± 0.3 ^{1,2)}	5.6 ± 0.8 ^{1,2)}	105.1 ± 10.5 ^{1,2)}

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与同组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

表 2 两组不良反应发生比较($n = 50$)

组别	心律失常	肝功异常	白细胞减少	嗜睡	便秘
对照	13	2	4	47	45
治疗	5	1	3	29	21

3 讨论

精神分裂症是基本个性改变,思维、情感、行为分裂,表现为精神活动与环境的不协调为主要特征

的一类最常见的疾病。精神分裂症多起病于青壮年,常有感知、思维、情感、行为等多方面的障碍和精神活动的不协调。一般无意识障碍和智力缺损,病程多迁延。精神分裂症患者多数有认知功能损害的情况存在,其中又以执行功能障碍损害程度最为明显。此病城市患病率高于农村,女性患病率高于男性,性别差异在 35 岁以上年龄组较明显,发病率均与家庭经济水平呈负相关。

精神分裂症在治疗上为精神科的难题,临床上多给予单纯的药物治疗。对于认知功能有改善效果,但对于长时记忆既往记忆以及总记忆水平及抽象思维能力均有影响^[5-6];对于执行功能影响较差,药物治疗依从性差,更有甚者出现病情发展恶化的现象^[7]。

MECT是用适量电流刺激中枢神经系统,使大脑皮层的电活动同步化,而导致出现短暂意识丧失治疗疾病的作用,具有安全、简单、起效迅速,能够早期改善其症状,缓解病情易于掌握等优点。传统的电休克治疗可引起呼吸暂停,短时缺氧,多数病人有逆行性遗忘和治疗后短期的信息保留障碍。部分患者会对治疗产生恐惧心理,而拒绝治疗。MECT治疗前给予,消除了患者对治疗过程的记忆以及对治疗的恐惧心理,肌肉松弛剂琥珀胆碱使骨骼肌松弛,避免了因肌肉强直收缩而导致的并发症,治疗过程中辅助以人工呼吸,不影响机体及脑部的供氧,给患者带来的痛苦少,易于接受治疗^[8-9]。MECT改善精神分裂症患者的机制是适当刺激大脑皮层,可引起大脑皮层广泛性的放电,加速脑部生理变化反应,而改善精神分裂患者的认知功能,从而有效改善患者的病情^[10]。

中医理论认为精神分裂症即为癫症、心风、狂症等范畴,临床表现为语言错乱,喜怒无因,神思不安,志意错乱,故令恍惚。辨证其病因主要分为瘀血型、痰火型、痰热痰火型。大黄自古以来就应用于精神分裂症的治疗,入血去瘀具有主下瘀血、血闭寒热、破积聚的攻效。近年来各地陆续报道精神分裂症患者甲皱微循环、球结膜微循环和血液流变学等检查有明显异常,证明了此病有血瘀,具体表现为脑内血液循环障碍或脑供血不足^[11-12]。

PANSS是评定精神分裂症症状严重程度的标准量表,它的评分即能兼顾患者病情的阳性与阴性症状,可以从整体方面反映患者的病情,从分类、概括、工作记忆和认知转移的能力各方面进行评价,是一种客观的神经心理学测查方法。WCST也是临床常用的客观的神经心理学测试方法,根据临床经验分类、概括、工作记忆和认知转移的能力,可以全面、客观、综合地评估患者的认知功能^[13]。本组研究表明,大黄与MECT联用,可以有效改善PANSS,WCST症状,同时安全性较好,与西药常规治疗方法比较,可减少心律失常、嗜睡、便秘的发生率。但是本组研究没有进一步探讨患者症状改善与血液流变学的关系,大黄与MECT对精神分裂症患者血液流

变学的影响,也尚不明确。

[参考文献]

- [1] Van Sant S P, Buckley P F. Pharmacotherapy for treatment-refractory schizophrenia [J]. Expert Opin Pharmacother, 2011, 12(3):411.
- [2] El-Badri S, Mellsop G. Clozapine use and outcomes among patients with treatment resistant schizophrenia [J]. Australas Psychiatry, 2011, 19(5):410.
- [3] 中华医学会精神科分会. 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, 2001:75.
- [4] 徐春军, 宋振铎. 精神分裂症中西医结合辨证分型与ICD-10分型关系研究[J]. 实用中西医结合杂志, 1997, 17(10):1693.
- [5] Thornton A E, Van Snellenberg J X, Sepehry A A. The impact of atypical antipsychotic medications on long-term memory dysfunction in schizophrenia spectrum disorder: a quantitative review [J]. J Psychopharmacol, 2006, 20(3):335.
- [6] 杨道良, 陈玄玄, 黄佩蓉, 等. 无抽搐电休克对精神分裂症患者症状和执行功能的影响[J]. 中国医药导报, 2011, 29(8):46.
- [7] 薛志强, 张少平, 汪作为, 等. 无抽搐电休克治疗对记忆及抽象思维的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2007, 17(1):38.
- [8] 张毅, 陈美娟, 徐斐康, 等. 抗精神病药对精神分裂症患者认知功能的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2010, 20(1):23.
- [9] 杨成龙, 蔡文治, 于顺利, 等. 传统和无抽搐电休克治疗精神分裂症的疗效和安全性研究[J]. 精神医学杂志, 2009, 22(2):132.
- [10] 杨森, 蒋庆飞, 朱跃华, 等. 无抽搐电休克对精神分裂症患者症状和执行功能的影响研究[J]. 中国现代医生, 2013, 51(1):23.
- [11] 张毅, 陈美娟, 徐斐康, 等. 抗精神病药对精神分裂症患者认知功能的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2010, 20(1):23.
- [12] 丁德正. 试论精神分裂症偏执型及其治疗[J]. 中国中医药现代远程教育, 2008, 7(10):139.
- [13] 侯敏, 唐茂芹, 成美. 中医药在精神分裂症中的应用[J]. 精神医学杂志, 2008, 21(6):468.
- [14] 李耀东, 唐立岩, 宋志文, 等. 无抽搐电休克对难治性精神分裂症认知功能影响的对照研究[J]. 右江民族医学院学报, 2001(2):135.

[责任编辑 邹晓翠]