

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

高俊,唐本玲,王在斌

摘要 目的:研究抗抑郁药联合无抽搐电休克治疗女性重度抑郁症患者的临床效果。方法:76例女性重度抑郁症患者根据治疗方法的不同分为对照组和研究组各38例,分别实施抗抑郁药治疗、抗抑郁药联合无抽搐电休克治疗。比较2组患者的汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、临床效果、韦氏记忆量表(WMS)评分、不良反应和复发率。结果:2组患者HAMD评分治疗前差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后1、4、6、8周均较治疗前降低($P<0.05$),且研究组下降幅度更大($P<0.05$);研究组患者临床总有效率明显高于对照组($P<0.05$);研究组患者治疗1 d WMS评分明显降低($P<0.05$),但治疗1、2周 WMS评分较治疗前差异无统计学意义($P>0.05$);2组患者不良反应发生情况比较差异无统计学意义($P>0.05$);研究组患者复发率低于对照组($P<0.05$)。结论:女性重度抑郁症患者采用抗抑郁药联合无抽搐电休克治疗达到明显治疗效果,不增加不良反应发生率。

关键词 重度抑郁症;女性;无抽搐电休克;抗抑郁药

中图分类号 R741;R749.41 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssngcj.2019.09.016

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.

作者单位

江油市第三人民医院
院精神科

四川 江油 621700

收稿日期

2018-06-04

通讯作者

高俊

gaojunjiangyou@

163.com

近年来,我国抑郁症发病率约1.5%,呈逐年上升之势,其中自杀率约10%~15%,已成为需高度重视的严重公共卫生问题,影响家庭和社会^[1-3]。因此,寻找治疗抑郁症的方法或者临床治疗新靶点一直是研究的热点和难点。抑郁症的发病机制至今仍不明确,既往相关假说主要集中在神经内分泌系统中的下丘脑-垂体-肾上腺轴、单胺类神经递质及受体、神经营养因子、细胞因子学说等^[4]。目前,治疗抑郁症的方法很多,主要以选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)类药物为主,但其针对重度抑郁症患者的效果不太理想^[5]。无抽搐电休克通过电流刺激大脑,造成患者一定时间段意识丧失,不出现抽搐,进而达到明显治疗效果,且起效快,不良反应小,临床上已广泛使用^[6]。本研究采用抗抑郁药联合无抽搐电休克治疗重度抑郁症患者,旨在研究联合疗法的安全性、有效性,为临床提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2015年8月1日至2016年8月2日江油市第三人民医院精神科诊治的女性重度抑郁症患者76例,符合《中国精神障碍分类与诊断标准》(第3版)(CCMD-3):汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depressive scale, HAMD-24)评分 ≥ 35 分。排除标准:伴其它脑器质性疾病者;有严重心、肝、肾功能障碍等器质性疾病者;器质性精神障碍、精神活性物质和非依赖性物质致精神障碍者、精神分裂症及精神发育迟滞等其他精神疾病患者;既往有躁狂发作史者;孕妇或哺乳期妇女。根据治疗方法的不同分为对照组和研究组各

38例,分别实施抗抑郁药治疗、抗抑郁药联合无抽搐电休克治疗。对照组38例,平均年龄(31.42 \pm 7.65)岁;病程1个月~10年。研究组38例,平均年龄(31.50 \pm 7.71)岁;病程2个月~9年。2组患者临床基本特征差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会审批通过,患者监护人或家属签署知情同意书。

1.2 方法

对照组采用抗抑郁药治疗。15例患者予以口服氟西汀胶囊20~60 mg/d,14例患者予以口服西酞普兰5~30 mg/d,9例患者予以口服舍曲林胶囊50~150 mg/d,均连续治疗8周。

研究组使用抗抑郁药与对照组相同,同时在麻醉师协助下进行无抽搐电休克治疗。无抽搐电休克治疗:治疗前8 h叮嘱患者禁饮禁食,排空膀胱,取下发卡、义齿等,解开领口、腰带。治疗前静脉推注阿托品0.5~1 mg,再予以丙泊酸1.5~2.5 mg/kg,当患者睫毛反射消失且眼球固定时予以肌松剂司可林0.5~0.75 mg/kg静脉注射,使用麻醉机控制患者的呼吸,将口腔保护器插入。选用美国somutilsuc HVJ-880 m MECT治疗仪,接通电源,采用双侧单脉冲刺激,刺激电量(库仑):年龄 $\times 5$,发作时间30~120 s,治疗过程中应用美国迈瑞公司生产的多功能监护仪监测其心电图、血压、血氧饱和度变化。治疗结束后继续监护15 min以防止患者在意识恢复过程中因意识模糊、躁动不安致意外。治疗2~3次/周,8~10次1疗程。苯二氮卓类药物可在治疗结束后恢复使用。

1.3 观察指标及疗效判定

采用HAMD在治疗前、治疗后1、4、6、8周评估2组患者的抑郁症状。总分>35分、20~35分、8~20分、<8分分别代表存在严重抑郁症、存在抑郁症、可能有抑郁症、正常^[7]。

根据HAMD评分变化判断临床疗效:①痊愈:<8分;②显效:8~17分;③有效:18~20分;④无效:>20分。临床总有效率=1-无效概率^[8]。

在治疗前和治疗后1 d、1周、2周使用韦氏记忆量表(Wechsler memory scale, WMS)测定研究组患者的记忆力,主要项目包括再认、图片、背数、联想^[9]。

统计2组患者治疗期间出现的不良反应,并统计1年内复发率。

1.4 统计学处理

应用软件SPSS21.0进行数据分析。计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后HAMD评分比较

2组患者治疗前HAMD评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后1、4、6、8周HAMD评分均较治疗前降低($P<0.05$),且研究组下降幅度更大($P<0.05$),见表1。

表1 2组患者治疗前后HAMD评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗1周
对照组	38	50.16±7.71	40.26±8.54
研究组	38	49.72±7.28	24.32±9.00
t 值		0.256	7.920
P 值		0.800	0.001

组别	治疗4周	治疗6周	治疗8周
对照组	25.06±12.87	11.67±13.54	9.91±10.04
研究组	8.11±8.45	5.07±11.35	4.82±9.02
t 值	6.787	2.303	2.325
P 值	0.001	0.024	0.023

2.2 2组患者治疗后临床效果比较

研究组患者临床总有效率明显高于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 2组患者临床效果比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效
对照组	38	12(31.58)	8(21.05)
研究组	38	19(50.00)	11(28.95)
χ^2 值		2.670	0.632
P 值		0.102	0.427

组别	有效	无效	总有效
对照组	10(26.32)	8(21.05)	30(78.95)
研究组	6(15.79)	2(5.26)	36(94.74)
χ^2 值	1.267	4.146	4.146
P 值	0.260	0.042	0.042

2.3 2组患者治疗前后WMS评分比较

研究组患者治疗后1 d WMS评分较治疗前明显降低($P<0.05$),但治疗1、2周WMS评分较治疗前差异无统计学意义($P>0.05$),见表3。

表3 研究组患者治疗前后WMS评分比较($n=38$, 分, $\bar{x}\pm s$)

时间点	再认	图片	背数	联想
治疗前	8.12±3.35	7.14±2.26	8.46±2.54	8.15±3.80
治疗1 d	6.19±2.04 ^①	5.60±1.82 ^①	6.55±3.87 ^①	6.30±1.94 ^①
治疗1周	7.64±2.54	7.20±2.11	8.40±2.71	7.80±4.39
治疗2周	8.17±2.46	7.49±2.78	8.39±3.00	8.34±2.41

注:与治疗前比较,^① $P<0.05$

2.4 2组患者治疗后不良反应和复发率比较

2组患者不良反应比较差异无统计学意义($P>0.05$),经对症治疗后症状缓解;研究组患者复发率较对照组低($P<0.05$),见表4。

表4 2组患者不良反应及复发率比较[例(%)]

组别	例数	不良反应	
		头晕头痛	短暂记忆力减退
对照组	38	5(13.16)	2(5.26)
研究组	38	4(10.53)	4(10.53)
χ^2 值		0.126	0.724
P 值		0.723	0.395

组别	不良反应		1年复发率
	轻度恶心	胃部不适	
对照组	2(5.26)	6(15.79)	10(26.32)
研究组	1(2.63)	3(7.89)	3(7.89)
χ^2 值	0.347	1.134	4.547
P 值	0.556	0.287	0.033

3 讨论

抑郁症是临床上常见的精神疾病,主要表现为躯体不适、食欲不振、社交能力障碍、不合群、情绪低落等^[10,11]。我国女性重度抑郁症的发生率高于男性^[12]。以往抗抑郁药为治疗重度抑郁症的首选方法,可显著减轻患者的抑郁症状,恢复患者的生活能力。但经大量临床实践证实,仍有约50%的重度抑郁症患者一线抗抑郁药治疗无效,约33%的患者对 ≥ 2 种抗抑郁药联用或合并心理干预治疗无效。另一方面,大多数抗精神病药对催乳素和体重增加有明显影响。相较于男性抑郁症患者,女性抑郁症患者可能因为月经、妊娠、心思敏感、工作压力大、心理素质差及心理调节能力差等特点,在治疗方面更为困难。鉴于抗抑郁药治疗的局限性,临床上开始联合物理治疗提高治疗效果,方法包括针灸、经颅磁刺激、电休克治疗等^[13,14]。

电休克治疗在上世纪30年代应用于精神科临床治疗,而且得到满意疗效,但是它的一些明显不良反应和患者家属对该项治疗的恐惧影响了该项治疗在临床的广泛应用^[15]。目前使用的

无抽搐电休克治疗又称改良电痉挛治疗,是在原来电休克治疗基础上通过麻醉镇静和适量肌松达到无抽搐发作,降低不良反应,易为患者和家属接受,为精神病患者提供了一个快捷而有效的治疗方法^[6]。该项治疗技术是精神科唯一被证实有效和安全的物理治疗方法,目前已被精神专科医院广泛应用。

无抽搐电休克能够对女性重度抑郁症患者脑内的多种神经递质产生影响,促使多巴胺系统、 γ -氨基丁酸系统、去甲肾上腺素等系统的神经传导功能增强^[7]。同传统电休克治疗比较,无抽搐电休克可使患者内在肌肉松弛、镇静的情况下完成电休克治疗,患者依从性好,副反应不会明显增加^[8]。抗抑郁药和无抽搐电休克联合应用在女性重度抑郁症患者的治疗中,起效快,疗程短,可弥补抗抑郁药存在的不足,能对抑郁症状较好地控制,消除患者的自杀念头^[9]。同时对于一些易冲动、兴奋、拒食及有自杀、自伤倾向的女性抑郁症患者,往往应用无抽搐电休克治疗更直接、快速起效。本研究数据显示,研究组患者治疗后HAMD评分低于治疗前且低于对照组($P<0.05$),临床总有效率高于对照组($P<0.05$),较好说明联合治疗能够快速、有效控制抑郁症状。

对于大家普遍担心的无抽搐电休克治疗安全性问题,本次研究也证明,联合应用无抽搐电休克并不会增加患者的不良反应。与对照组比较,研究组治疗后1 d WMS评分降低,存在短暂记忆力下降但影响不大,具有可逆性,不良反应轻微且未出现明显增加;研究组复发率低于对照组,较好说明研究组并没有出现明显记忆力下降、严重药物副反应、锥体外系反应等问题,而治疗所引起的不良反应也均在合理范围内,提示无抽搐电休克治疗女性抑郁症,在提高疗效的同时也有较高安全性。

总之,抗抑郁药联合无抽搐电休克治疗女性重度抑郁症患者的安全性、有效性较高,可有效降低复发率,远期效果较好。是否适合推广应用还有待进一步大样本研究。

参考文献

- [1] Lin JY, Huang Y, Su YA, et al. Association between perceived stressfulness of stressful life events and the suicidal risk in Chinese patients with major depressive disorder [J]. *Chin Med J (Engl)*, 2018, 131: 912-919.
- [2] Li J, Kale Edmiston E, Tang Y, et al. Shared facial emotion processing functional network findings in medication-naïve major depressive disorder and healthy individuals: detection by sICA [J]. *BMC Psychiatry*, 2018, 18: 96-96.
- [3] Inoshita M, Umehara H, Watanabe SY, et al. Elevated peripheral blood glutamate levels in major depressive disorder[J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2018, 14: 945-953.

- [4] 董强利,万平,孙金荣,等.抑郁缓解期患者认知功能特征前瞻性研究[J].*中华精神科杂志*, 2017, 50: 182-186.
- [5] Tiger M, Varnäs K, Okubo Y, et al. The 5-HT_{1B} receptor - a potential target for antidepressant treatment[J]. *Psychopharmacology (Berl)*, 2018, 235: 1317-1334.
- [6] Grover S, Sikka P, Saini SS, et al. Use of modified bilateral electroconvulsive therapy during pregnancy: A case series[J]. *Indian J Psychiatry*, 2017, 59: 487-492.
- [7] Kyle PR, Lemming OM, Timmerby N, et al. The validity of the different versions of the Hamilton depression scale in separating remission rates of placebo and antidepressants in clinical trials of major depression [J]. *J Clin Psychopharmacol*, 2016, 36: 453-456.
- [8] Kishi T, Matsuda Y, Matsunaga S, et al. Escitalopram versus paroxetine controlled release in major depressive disorder: a randomized trial [J].*Neuropsychiatr Dis Treat*, 2017, 13: 117-125.
- [9] Wang L, Shi CJ, Xu Q. Association between EHD3 gene and the cognitive function of patients with major depressive disorder [J]. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*, 2014, 36: 227-233.
- [10] 任艳萍,姜玮,李艳茹,等.不同刺激电量无抽搐电痉挛治疗抑郁发作的疗效及不良反应比较[J].*中华行为医学与脑科学杂志*, 2016, 25: 713-717.
- [11] Ulibarri MD, Roesch S, Rangel MG, et al. Sexual relationship power, intimate partner violence, depression symptoms and HIV risk among female sex workers who use drugs and their non-commercial, steady partners in Mexico[J]. *AIDS and Behavior*, 2015, 19: 9-18.
- [12] 汪周兵,武文庆,魏燕,等.女性复发性抑郁症与广泛性焦虑共病的临床特征研究[J].*中华行为医学与脑科学杂志*, 2015, 24: 540-543.
- [13] Modirrousta M, Meek BP, Wikstrom SL. Efficacy of twice-daily vs once-daily sessions of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of major depressive disorder: a retrospective study[J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2018, 14: 309-316.
- [14] Lin CH, Huang CJ, Chen CC. ECT has greater efficacy than fluoxetine in alleviating the burden of illness for patients with major depressive disorder: A Taiwanese pooled analysis[J]. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2018, 21: 63-72.
- [15] Deng P, Wang XH, Sui JJ, et al. Nonconvulsive status epilepticus and central paralysis after modified electroconvulsive therapy in a schizophrenic patient[J]. *Indian J Psychiatry*, 2017, 59: 387-388.
- [16] Lin CH, Yang WC. The Relationship between symptom relief and psychosocial functional improvement during acute electroconvulsive therapy for patients with major depressive disorder[J]. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2017, 20: 538-545.
- [17] Sugita K, Mori Y, Kanemoto K, et al. Clinical findings showing that non-convulsive electric shock administration for patients receiving clozapine therapy for schizophrenia may contribute to stability of granulocyte number, the most critical drug side-effect[J]. *J Neuropsychopharmacol Mental Health*, 2017, 2: 115-115.
- [18] Murata Y, Watanabe O, Taniguchi G, et al. A case of autoimmune epilepsy associated with anti-leucine-rich glioma inactivated subunit 1 antibodies manifesting electrical shock-like sensations and transparent sadness[J]. *Epilepsy Behav Case Rep*, 2015, 8: 91-93.
- [19] Peyron PA, Cathala P, Vannucci C, et al. Wrist fracture in a 6-year-old girl after an accidental electric shock at low voltages[J]. *Int J Legal Med*, 2015, 129: 297-300.

(本文编辑:雷琪)