**综合护理在无抽搐电休克治疗重度抑郁患者中的效果研究**

**一、研究背景**

在这 21 世纪经济高速发展的时代，人们面临的竞争和压力也是越来越大，人类对于这个高压环境也越来越不适应，很多人每天都处于高度紧张、快节奏的生活状态中，身心健康也越来越受影响。很多人承受不住外在的压力，开始变得焦虑、恐惧、失眠以至于有自杀的想法等，最终有可能导致抑郁症的发生[1]。抑郁症是一种以显著而持久的心境低落为临床表现的常见心境障碍[2]，具有高患病率、高复发率[3]、高致残率[4]以及高自杀率[5]的特点，严重影响人们的身心健康。现在临床上对于抑郁症的治疗大多数还是采取传统的药物治疗，大多数都有很好的疗效。

现在目前国际上对于重度抑郁患者的治疗主要采用多种药物联合治疗和（或）改良无抽搐电休克（Modified Electroconvulsive Therapy, MECT）治疗，在许多国家的治疗指南中也首推 MECT 作为治疗 重度抑郁的第一治疗方法，是国际上公认的最有效的治疗手段[6-7]。MECT 作为新生代的非药物治疗手段，其出现刚好弥补了药物起效慢的不足，且安全性高，副作用少[8]，疗效也是更加显著，其完全缓解率可高达 75%以上[9]。

本研究以重度抑郁患者为研究对象，通过综合护理在MECT 治疗后观察重度抑郁患者的疗效情况，为临床治疗重度抑郁提供可靠的资料。

**二、国内外同一研究领域的现状与趋势分析**

随着社会压力的越来越大，自杀率也越来越高，抑郁症患者又是自杀的高危人群[10]。患者从接受药物治疗一直到病情稳定期都会处于自杀的高危期，而传统的药物治疗手段，一般需要数周才能达到平稳起效期，难以控制患者急性期发作时出现的自杀或自残行为[11]。由于抑郁症患者伴有高自残率和高自杀率，抑郁症的临床治疗急需新的治疗手段来降低抑郁患者的自杀风险。

电休克治疗（electroconvulsive therapy，ECT）是一种神经刺激物理治疗方法，通过在特定的神经皮质区域施加电流来诱导治疗性癫痫发作。虽然其缓解率高于其他非手术的物理治疗方法[12]，但其复发率，尤其是电休克抑郁症急性期治疗结束早期的复发率，一直被认为是 ECT 存在的主要问题之一[13,14]，在抑郁症的巩固、维持期治疗中降低复发率，延长缓解状态持续时间，是电休克治疗临床使用上的一个关键的挑战[15]。20 世纪 70 年代到 21 世纪，改良的无抽搐电休克（modified electroconvulsive therapy，MECT）逐渐成为电休克治疗的主流，对比传统电休克治疗，具有疗效好，副作用小，并发症风险小，依从性好的优点，但是高复发率并未得到解决[16]。

长期无抽搐电休克治疗目前已经有一些个案报道、前瞻性研究、回顾性研究和随机对照研究报道，长期无抽搐电休克治疗对抑郁症复发有良好的效果，显著降低了患者的住院次数、平均住院日、总住院日和医疗负担，患者对其有良好的耐受性和依从性，且不会像电休克急性期治疗一样，带来认知功能的不良反应[17-18]。刘群、李艳（2018）[19]分析了综合护理干预对 25 例无抽搐电休克治疗抑郁症患者中的应用效果，对照组患者采取常规护理干预，实验组患者采取综合护理干预，对比两组患者对护理的满意度、抑郁情绪自评量表评分以及NOSIE 量表评分。结果显示综合护理干预在很大程度上提高无抽搐电休克治疗的抑郁症患者的生活质量和生活水平，及对护理工作的满意度。黄辛（2022）[20]选取 2019 年 5 月—2020 年 3 月确诊的重度抑郁症患者 86 例患者，对照组患者采取常规护理干预，实验组患者采取综合护理干预。结果显示将综合护理干预应用于 MECT 中，对于提升重度抑郁症患者的治疗效果和安全性方面具有积极意义。但是目前国内对于无抽搐电休克治疗使用及护理研究依旧存在研究过少，样本不足的情况，来研究综合护理在长期无抽搐电休克治疗的具体疗效具有一定实践意义。

三、选题的意义

在临床上，药物治疗是治疗中度及以上抑郁症的主要治疗措施之一，除此之外，还有心理治疗、物理治疗、无抽搐电休克治疗等，本次研究中所实施的护理措施应用于采取无抽搐电休克治疗的抑郁症患者，无抽搐电休克治疗又称为改良电痉挛治疗，该种治疗手段的原理：在通电治疗前，先注射适量的肌肉松弛剂，利用一定量的电流对患者大脑进行刺激从 而引起抑郁症患者的意识丧失，达到无抽搐发作而治疗的精神障碍，在使用这一项治疗手段的同时需要引进相应的护理措施来提高治疗的效果，而不同的护理干预措施所得到的护理效果不同。本研究通过对综合护理在无抽搐电休克治疗重度抑郁患者中的效果进行研究，能够全面的为抑郁症患者提供优质的护理服务，帮助抑郁症患者逐步恢复自身的正常意识，通过心理辅导帮助抑郁症患者重新建立积极的心理模式，从而以全新的态度来面对生活，通过健康知识的教育能够使患者增强对于疾病的认识，更进一步的预防抑郁症的复发或者恶化。

**四、研究的主要内容及方法**

（一）研究对象

采用前瞻性研究方法，对我院收治的XXX例患者采取随机性分组。

纳入标准：1）入选患者符合国际疾病分类（ICD-10）中抑郁发作的诊断标准；2）临床上已使用2种或2种以上不同作用机制的抗抑郁药，且每种抗抑郁药物均使用到最大推荐量的2/3以上，治疗6周以上而患者抑郁症状无明显改善疗效不佳者；3）患者及其监护人均自愿接受MECT治疗并签署MECT治疗知情同意书；4）符合MECT治疗的适应症及无禁忌症。

排除标准：1）伴有严重躯体疾病者；2）既往有器质性精神障碍者；3）药物依赖及滥用者；4）对麻醉药过敏者；5）妊娠哺乳期妇女；6）严重智能、听力障碍或重度失语及其他原因无法交流者；7）有MECT治疗禁忌症者；8）患者及其监护人无法配合完成评估者。

（二）研究方法

1.一般情况调查表：

性别、年龄、学历、职业和婚姻状况等一般资料，以及既往高血压、糖尿病、冠心病、吸烟和饮酒史等。该量表于患者进行MECT治疗前完成。

2.汉密尔顿抑郁量表（HamlitonDepressionSeale，HAMD）-24项：

该量表是由Hamliton于1960编制。该量表为他评量表，主要适用于评价抑郁严重程度及抗抑郁药治疗效果。该量表于患者开始行MECT治疗前、治疗3次后、治疗6次后、治疗9次后、治疗12次后由专业的精神科医生进行评定。按照HAMD减分率评价疗效，HAMD减分率=[(治疗前HAMD评分-治疗后HAMD评分)/治疗前HAMD评分]×100%，其中HAMD减分率≥75%为痊愈，50%~75%为显效（包括50%），30%~50%为好转（包括30%），<30%为无效；有效率=[(痊愈患者数+显效患者数)/总例数]×100%[14]。

3.仪器：

本研究使用美国SOMATICS公司生产的醒脉通多功能电休克治疗仪。所有入组患者均于行MECT治疗前4周开始停用抗抑郁药、抗精神病药、抗焦虑药和抗癫痫药，经过4周充分的药物清洗后行MECT治疗。MECT治疗于晨起8:00~12:00进行，每周进行三次，每次治疗间隔时间不超过2天，共治疗12次，每3次作为一个疗程，共四个疗程。治疗期间患者禁用抗抑郁药、抗精神病药、抗焦虑药以及抗癫痫药物。每一次的MECT治疗由一名专业的精神科医师、一名专业的麻醉科医师和一名陪床护士共同进行。所有患者均于治疗前8小时内禁止饮食，排空大小便，取下活动假牙，松解衣带等，治疗前10分钟监测并记录患者体温、脉搏、呼吸以及血压情况，治疗时嘱患者仰卧于治疗台上，四肢自然伸直，两肩胛骨间垫一沙枕，使其头部过伸，脊柱前突，将涂有导电胶的电极片紧贴于患者头部两颞侧，给予阿托品1mg静注（以减少呼吸道分泌物及防止心脏骤停），丙泊酚（2.0~2.5mg/Kg）静脉注射诱导麻醉，氯化琥珀胆碱50~80mg（1.0~1.5mg/Kg）静注松弛肌肉，至患者全身肌肉松弛，腱反射消失，放置牙套，通电（时间3~7秒，频率30~70Hz，电量及时间视病人年龄而定），通电后患者可出现面部肌肉抽动，双眼球同向固定或者肢端出现抽动，通电结束后立即给予患者面罩气囊做加压人工呼吸，直至患者自主呼吸恢复。

4.护理

对照组予以MECT期间常规检查、禁食、排空尿便、病情观察、体位护理等常规护理。

干预组在对照组基础上配合综合护理干预。（1）治疗前护理。向患者、家属介绍MECT的优势、相关注意事项与不良反应，消除患者的紧张、恐惧等心理，纠正其错误认识，并提高患者和家属的治疗配合度。以沟通、倾听等形式了解患者的内心痛苦，予以患者共情护理，从而建立和谐护患关系。治疗前护士陪同患者到MECT室，予以患者鼓励，以减轻患者负性情绪，依据MECT护理程序治疗前1d禁食、8h禁饮，协助患者洗头。（2）治疗中护理。通过主动与患者交流分散其注意力，给予患者情感支持，以减轻患者的心理压力。嘱患者取下身上金属饰品、穿宽松且舒适的衣服、解开领口和腰带，认真核对患者身份信息，做好安全保护与保暖工作。治疗期间，护理人员在身旁鼓励患者，帮助其擦去额颞部导电胶、口角唾液。（3）治疗后护理。将患者安置于苏醒室并密切监护，做好安全防护，观察患者呼吸状况、生命体征。向记忆障碍患者解释记忆力减退属于暂时情况，指导患者将重要的事情做好记录，有助于记忆恢复。出现剧烈头疼、神志不清等状况的患者，需及时与医生联系并遵医处理。另外，予以患者心理疏导，讲解治愈案例，增强患者治疗信心，并指导其参与正念、脉轮冥想等病房活动，为患者回归社会做准备。（4）饮食护理：在患者实施治疗后，当患者自主呼吸恢复时，可以送至普通病房采取护理措施，先给予患者一定的流食来补充能量，帮助患者逐步恢复意识，在患者意识清晰后，可以根据患者的各项生命指标，采取科学合理的饮食计划，帮助患者恢复正常的饮食过程。（5）健康知识教育：抑郁症患者在接受一定疗程的无抽搐电休克治疗后，护理人员可以向患者发放健康知识手册，陪同在患者身边，与患者逐条讲解其中的具体知识内容，教育患者在面对精神障碍和反复时，如何有效的控制自己，正确面对所产生的情绪障碍、躯体不适等，为患者建立基本的预防知识体系，使患者有一定的能力对自身病情做到基本的控制。

**五、研究步骤**

（1）准备阶段:

通过座谈和调研形式，对于我国抑郁症患者的具体情况和无抽搐电休克治疗重度抑郁患者护理需求进行调研和调查，通过制定合理的研究方案，配合科研小组，成立综合护理在无抽搐电休克治疗重度抑郁患者中的效果研究专项研究组，明确各项方案的具体步骤。

（2）实施阶段:

从网络图书馆、中国知网以及图书馆来进行对于无抽搐电休克治疗、抑郁症综合护理以及重度抑郁患者相关理论数据的搜索，搜索研究案例，对于综合护理在无抽搐电休克治疗重度抑郁患者应用的内容和实际开展形式进行管理，阶段性的分析和总结。

（3）研究实践、鉴定、结题阶段:

总结有效的科研研究结果，找出在本次研究过程中方法和结果分析方面的不足，并且通过研究，提出相应的改善措施，最后撰写结题报告。

**六、主要参考文献**

[1]Sampath H Sharma I Dutta S. Treatment of suicidal depression with ketamine in rapid cycling bipolar disorder[J]. Asia Pac Psychiatry. 2016, 8(1): 98 -101.

[2] CollinsP Y, Patel V, Joest1 S s, et al. Grand challenges in global mental health[J] Nature, 2011, 475(7354):27-30.

[3] Whiteford H A. Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease atributable to mental and substance use disorders: findings from the globa1 burden of disease Study 2010[J] Lancet, 2013, 382(9904): 1575-1586.

[4]孙萍，卢卫红.难治性抑郁症增效治疗研究进展[]精神医学杂志2012, 25(4): 305-309.

[5]钟盈花，瞿正万.难治性抑郁症的临床特征、发病机制及治疗研究进展[].中华临床医师杂志2012,6(19): 5995- 5596.

[6]张延霞，张桂青难治性抑郁症的发病机制研究现状[J].现代生物医学进展，2011, 11(6): 1194-1196.

[7]陆峥, 蔡军,江三多。等5-羟色胺2A、2C受体基因多态性与难治性抑郁症的关联分析[D]临床精神医学杂志2005, 15(4): 193-195.

[8]施梅， 刘薇,潘尚哈,等. TPH基因A218C多态性与单相抑郁症及其症状表型的关联分析[J中国神经精神疾病杂志2006, 32(4): 332-333.

[9]刘晓华，徐一峰。江开达。等首发抑郁症遗传效应及方式的初步研究[刀].中华精神科杂志, 2005, 38(1):7-10.

[10]Sullivan P F, Neale M C, Kendler K S. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis[] Am J Psychiatry, 2000, 157(10): 1552-1562.

[11]Kendler K S, Gatz M, Gardner C O, et al. Age at onset and familial risk for major depression in a swedishnational twin sample[D]. Psychol Med, 2005, 35(11): 1573-1579.

[12]Keshtkar M, A Ghanizadeh, A Firoozabadi Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy for the treatment of major depressive disorder, a randomized controlled clinical trial [J]. Journal of Ect, 2011, 27(4): 310-4.

[13] Kellner C H, R G Knapp, G Petrides, T A Rummans, M M Husain, K Rasmussen, M Mueller, H J Bernstein, K O'Connor, G Smith Continuation electroconvulsive therapy Vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE) [J]. Arch Gen Psychiatry, 2006, 63(12): 1337-44.

[14] Sackeim H A. J Prudic, D P Devanand. M S Nobler, S H Lisanby, S Peyser, L Fitzsimons, B J Moody, J Clark A Prospective, Randomized, Double-blind Comparison of Bilateral and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities [J]. Arch Gen Psychiatry. 2000, 57(5): 425-34.

[15] Sackeim, Harold, A. Prudic, Joan, Devanand, P D.. Kiersky, Judith, E. Effects of Stimulus Intensity and Electrode Placement on the Efficacy and Cognitive Effects of Electroconvulsive Therapy [J]. New England Journal of Medicine, 1993.

[16] Mccall W V, A Dunn, P B Rosenquist, D Hughes Markedly suprathreshold right unilateral ECT versus minimally suprathreshold bilateral ECT: antidepressant and memory effects [J]. Journal of Ect, 2002, 18(3): 126-9.

[17]Prudic J, M Olfson, S C Marcus, R B Fuller. H A Sackeim Effectiveness of electroconvulsive therapy in community settings [J]. Biological Psychiatry, 2004. 55(3): 301-12.

[18] Bourgon L N, C H Kellner Relapse of depression after ECT: a review []. The journal of ECT, 2000 16(1): 19.

[19]刘群,李艳.综合护理干预在25例无抽搐电休克治疗抑郁症患者中的应用效果分析[J].中国现代医生,2018,56(29):148-151.

[20]黄辛.综合护理在无抽搐电休克治疗重度抑郁患者中的效果观察[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(03):290.

