

两种体位对无抽搐电休克治疗精神患者复苏期间的效果影响

关丹, 刘育清, 黄伟冰, 唐翠英*

(梧州市第二人民医院, 广西 梧州 543001)

摘要: **目的** 探讨两种体位对无抽搐电休克治疗精神患者复苏期间的效果影响。**方法** 选择2021年11月至2023年5月在我院接受治疗的100例精神患者, 随机将患者分为两组, 观察组和对照组分别为50例, 两组患者分别选择无抽搐电休克(MECT)治疗术后的不同复苏体位。对照组选择去枕平卧头侧一边体位, 观察组选择摇起床头支架成 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角半卧体位, 比较两组患者在治疗术后复苏期间的舒适度、复苏时间、各种不良反应发生情况和护理满意度。**结果** 观察组MECT术后的清醒程度进展时间快于对照组, 对照组清醒程度进展明显慢于观察组。两组患者1~4级清醒程度进展时间快慢对比($P < 0.05$); 观察组的复苏时间短于对照组($P < 0.05$); 观察组的不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$); 观察组的护理满意度评价等级高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 对精神患者进行无抽搐电休克治疗后采取 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角半卧体位, 能够提高患者在治疗复苏期间的舒适度、缩短复苏时间, 减少术后不良反应的发生, 护理工作满意度得到进一步提高, 值得选择。

关键词: 两种体位; 无抽搐电休克治疗; 精神患者

中图分类号: R749.3

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2023.100.025

本文引用格式: 关丹, 刘育清, 黄伟冰, 等. 两种体位对无抽搐电休克治疗精神患者复苏期间的效果影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2023, 23(100): 135-140.

A Study on the Effect of Two Positions on the Resuscitation Period of Convulsive Free Electric Shock Therapy for Mental Patients

GUAN Dan, LIU Yu-qing, HUANG Wei-bing, TANG Cui-ying*

(Wuzhou Second People's Hospital, Wuzhou, Guangxi, China)

ABSTRACT: Objective To explore the effects of two different postures on the recovery period of non convulsive electroconvulsive therapy for psychiatric patients. **Methods** One hundred psychiatric patients who received treatment in our hospital from November 2021 to May 2023 were randomly divided into two groups: the observation group and the control group, with 50 patients in each group. The two groups of patients were selected to have different recovery postures after MECT treatment. The control group chose a supine position with the head side removed from the pillow, while the observation group chose a semi supine position with the bedside support shaken up at an angle of $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$. The comfort, resuscitation time, occurrence of various adverse reactions, and nursing satisfaction of the two groups of patients during postoperative resuscitation were compared. **Results** The progression time of wakefulness after MECT in the observation group was faster than that in the control group, and the progression of wakefulness in the control group was significantly slower than that in the observation group. The progression time of grade 1 to 4 wakefulness was compared between the two groups ($P < 0.05$); The recovery time of the observation group was shorter than that of the control group ($P < 0.05$); The incidence of adverse reactions in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$); The nursing satisfaction evaluation level of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Adopting a semi recumbent position with an angle of $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ after electroconvulsive therapy for psychiatric patients can improve their comfort during treatment and resuscitation,

基金项目: 梧州市科学研究与技术开发计划项目。

项目编号: (2021F01559)。

通讯作者: 唐翠英(1969-), 女, 汉族, 广西梧州, 本科, 副主任护师, 研究方向: 精神科护理。



shorten resuscitation time, reduce postoperative adverse reactions, and further improve nursing satisfaction. It is worth choosing.

KEY WORDS: Two postures; Non convulsive electroconvulsive therapy; Psychotic patients

0 引言

精神患者的医疗护理一直备受关注,因为他们的病情往往伴随着复杂的精神状况变化和生理特征,需要特殊的关怀和治疗策略。在精神疾病的治疗中,无抽搐电休克(MECT)又称改良电痉挛治疗,此治疗一直被临床广泛应用,这一治疗方法是通过在非插管的静脉全身麻醉状态下给予患者适量的直流、短窄矩形脉冲刺激大脑皮层,引起患者短暂的意识丧失和全身痉挛发作,以达到有效控制精神病症状的一种治疗手段。在适量电刺激下诱发短暂的癫痫发作,改善了患者的精神健康状况^[1]。尽管MECT在多种情况下都显示出显著的疗效,但在其治疗过程中的复苏阶段,特别是复苏体位的选择,仍然面临许多未解决的问题^[2]。MECT治疗术后的复苏阶段在整个治疗过程中至关重要,因为在这个时刻,患者必须从癫痫状态中迅速清醒过来,同时要维护良好的生命体征和气道通畅性。复苏体位的选择对于实现这些目标有着重要作用,但至今尚无一致的共识,究竟是采用半卧位还是常规的去枕平卧位更加有利于精神患者MECT治疗后的复苏^[3]。因此,本研究目的在于探索两种体位对无抽搐电休克治疗精神患者复苏期间的效果影响,详细分析两种体位对精神病患者的影响,现做如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2021年11月至2023年5月在我院接受治疗的100例精神患者,随机将患者分为两组,每组50例。对照组中男性21例,女性29例,年龄17~59岁,平均 (36.41 ± 2.35) 岁;观察组中男18例,女32例;年龄16~58岁,平均

(37.32 ± 2.41) 岁。对照两组患者的基本资料对比无明显差异,可对比。

纳入标准:(1)符合精神分裂偏执型诊断(ICD-10精神与行为障碍诊断标准)^[4];(2)患者的临床资料完整;(3)患者及家属均同意参与本次研究;(4)病程小于3年;(5)本研究经过伦理会批准同意。

排除标准:(1)中途自动退出本次研究的患者;(2)脑质性及躯体疾病、妊娠或哺乳其他妇女;(3)以往有高血压病史、窦性心动过缓、体质消瘦、营养不良患者。

1.2 方法

治疗开始前,患者接受详细的评估,包括身体健康状况、药物过敏史、心血管疾病和精神健康史等方面的信息^[5]。这些信息有助于确定患者是否适合接受MECT治疗。同时,患者会接受全身麻醉前的禁食和禁水,以确保治疗期间没有饮食或液体吸入的风险^[6]。在治疗室内,麻醉师会为患者提供全身麻醉,通常使用丙泊酚或依托咪酯等麻醉药物。全身麻醉后将患者带入无痛无意识的状态,以确保治疗期间没有疼痛或不适感。患者进入麻醉状态,医生会在患者头部粘贴电极,通常是双侧电极放置^[7],这些电极用于传递电流以诱发癫痫发作。在电极放置后,医生会向患者施加适量的直流电刺激,电流的强度和持续时间将根据患者的情况和治疗需求进行个性化调整。这一刺激过程会引发短暂的意识丧失和全身痉挛,通常持续数十秒。在电刺激结束后,对照组患者实施去枕平卧头侧一边体位,观察组患者则采取半卧体位,摇起床头支架成 $15^\circ \sim 30^\circ$ 角,再摇起膝下支架 $15^\circ \sim 30^\circ$ 角以防下滑,必要时床尾可置一枕垫于患者的足底。在整个治疗过程及复苏期中,医疗团队会密切监测患者的生命体征变化,包括心率、呼吸、血压、血氧饱和

度和体温等,这有助于确保治疗后复苏过程的安全性和有效性。一旦治疗完成,电刺激将停止,电极将被移除。患者会逐渐从全身麻醉状态中清醒过来,这个复苏过程可能需要数分钟甚至数十分钟。在这个阶段,患者通常会感到疲倦和困惑,而医疗团队会提供术后护理支持和监测,确保他们安全地恢复到清醒状态。治疗结束后,患者将继续接受监护,以评估不同体位对复苏期间的影响。监测内容包括患者气道通畅性、呼吸频率、心率、血压、血氧饱和度、术后不良反应和复苏时间记录等。一旦患者完全清醒并且生命体征稳定,医疗团队将为其提供出室准备。患者治疗结束后通常需要一段时间来恢复,通过医务人员对其身体状况的观察和评估,才能被允许离开医院。

1.3 观察指标

①对比两组患者MECT治疗术后的清醒程度进展,分为1~4个等级,统计每个等级患者清醒所需要的时间,计算出平均时间。②统计两组患者的复苏时间,监测内容主要包括患者麻醉诱导时间、治疗时间、呼吸恢复时间、完全清醒时间、完全恢复自主活动时间及麻醉苏醒各项指标评分等。麻醉患者苏醒监测包括气道是否通畅、呼吸是否自如、肤色、意识、血压、心率、血氧饱和度、肢体活动度等情况。麻醉苏醒各指标评分总和为患者的麻醉苏醒监测评分,最高分为14分,分值越高,苏醒程度越好。③对比两种体位患者的不良反应发生情况,主要包括恶心、呕吐、头晕、头痛、反流误吸、舌后坠、喉痉挛、低血压、低氧、躁动。④对比两种体位患者的护理满意度,采用自制量表进行满意度调查,主要包括7个项目,分为4个等级,主要有很满意、满意、尚可和很不满意,满意度调查表。总满意度=(很满意+满意)例数/总数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,经 t 检验,计数资料经 χ^2 检验,以(%)

表示,差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比两组患者MECT术后清醒程度的进展

观察组MECT术后的清醒程度进展时间快于对照组,对照组清醒程度进展明显慢于观察组。两组患者1~4级清醒程度进展时间快慢对比存在统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 对比两组患者MECT术后清醒程度进展($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	1级所需时间	2级所需时间	3级所需时间	4级所需时间	平均所需时间
观察组	50	3~8	4~10	4~9	3~9	7.23 $\pm$ 1.13
对照组	50	5~10	8~15	9~18	6~20	8.67 $\pm$ 1.78
t						2.075
P						0.041

注: *与1级所需时间对比, * $P < 0.05$

2.2 两组患者复苏时间比较

观察组的复苏时间评分均优于对照组,在治疗期间的总治疗时间和恢复所需的时间均短于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 两种患者复苏时间比较($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	总治疗时间	恢复所需时间
对照组	50	15.21 $\pm$ 3.34	58.42 $\pm$ 5.56
观察组	50	9.23 $\pm$ 2.44	26.31 $\pm$ 4.55
t		8.819	31.603
P		0.000	0.000

2.3 两组患者不良反应发生情况

观察组的不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$),见表3。

2.4 护理满意度比较

观察组的护理满意度等级评定高于对照组($P < 0.05$),见表4。

3 讨论

精神疾病在未经治疗的情况下可能会导致病情加重和延续性发病及潜在的不可逆转的身

表 3 两种患者不良反应发生情况 [n(%)]

组别	例数	恶心	头晕	头痛	反流误吸	舌后坠	喉痉挛	低血压	低氧	躁动	总发生
对照组	50	5 (10.00)	5 (10.00)	6 (12.00)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (16.00)	24 (48.00)
观察组	50	0 (0)	2 (4.00)	2 (4.00)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.00)	5 (10.00)
χ^2											17.533
<i>P</i>											0.000

表 4 护理满意度比较 [n(%)]

组别	例数	很满意	满意	尚可	不满意	总满意
对照组	50	7 (14.00)	22 (44.00)	20 (40.00)	1 (2.00)	29 (58.00)
观察组	50	45 (90.00)	4 (8.00)	1 (2.00)	0 (0)	49 (98.00)
χ^2						23.310
<i>P</i>						0.000

体损害。精神疾病特别是严重抑郁症，常伴随着自伤、自杀风险的增加^[9]，及时治疗可以减轻这一风险，拯救患者的生命；同时精神疾病也存在一定的攻击性行为，如不及时治疗会对自身、周围人和环境造成不可预知的损害。在进行常规治疗措施无抽搐电休克（MECT）治疗后的复苏期间，现研究采取的体位是半卧位，摇起床头支架成15°~30°角，这一体位选择是为了确保患者的气道通畅性，减少气道阻塞和舌头滑入气道的风险，同时也使患者处于一个较为舒适的体位。而去枕平卧头偏一侧体位是以往常规采取的术后体位，相对来说更容易实施，因此在临床中更为常见。

在无抽搐电休克（MECT）治疗后复苏期间，选择适当的体位对患者的复苏和治疗效果至关重要。在去枕平卧头偏向一侧的常规体位中，其主要目的是确保颈部、头部和颅内的位置处于中性状态，以减少颈部弯曲和压力分布的不均匀^[10]，患者的整个身体处于水平位置，没有头部或身体其他部位的抬高。头侧一边是指将患者头部稍微偏向一侧，是为了确保患者相对平稳的状态下，减少头部和颈部的运动，同时有助于气道管理^[11]，有助于维持稳定的身体姿势，减少患者的身体运动和位置变化。这种体位相对容易实施。但是该体位也会导致一系列的不足之处，例如，头侧一边体位的患者

存在气道管理方面的挑战。平卧时头部的偏斜会导致舌头滑入气道的风险增加，尤其是在患者意识未恢复的状态下，不利于呼吸^[12]，这会影 响治疗的接受程度和舒适度。患者的体型和生理特点也存在不同的差异，因此，特别是在气道管理和个体差异方面。治疗团队在选择体位时需要权衡各种因素，以确保患者的安全性和治疗效果。

本研究中对照组选择去枕平卧头侧一边体位，观察组选择摇起床头支架成15°~30°角半卧体位。两种患者选择不同的体位，结果表现有显著的差异。首先，观察组MECT术后的清醒程度进展时间快于对照组，对照组清醒程度进展明显慢于观察组（ $P<0.05$ ）。这一发现表明采用床头支架半卧体位的患者在MECT治疗后更容易迅速恢复清醒状态。床头支架半卧体位是相对于去枕平卧头侧一边体位的一种改进体位。半卧体位的头部略高于躯干，形成15°~30°的倾斜，半卧体位相对于平卧头侧一边体位更有助于改善脑血流。头部略高于躯干的位置会减轻颅内压力，促进脑血管灌注。这意味着更多的氧气和营养物质能够供应到大脑，对促进大脑的清醒有一定的帮助。床头支架的倾斜也使得患者的喉部处于更加自然的位置，减少了喉部阻塞的风险，有利于正常呼吸，降低了通气不畅的可能性，从而维持了足

够的氧合。清醒的患者更容易与医护人员合作接受治疗,他们能够理解治疗的过程,配合医护人员的指导,从而提高治疗效果。第二,观察组的复苏时间评分均优于对照组,在治疗期间中总治疗时间和恢复所需的时间均短于对照组($P<0.05$)。这意味着在治疗期间,观察组患者从电休克状态中恢复到完全清醒状态的速度更快。观察组的患者总治疗时间明显短于对照组,这包括了治疗的实际进行时间以及患者从治疗状态恢复到意识完全清醒及肢体正常活动的稳定状态所需时间,这一结果提示半卧体位更有助于提高治疗的效率。半卧体位更有助于维持气道通畅性,减少气道阻塞的风险。相比之下,去枕平卧头侧一边体位就会导致增加患者气道阻塞的风险,需要更多的时间来保持气道通畅。半卧位会增大咽喉部通道的弧度有利于呼吸,也因为膈肌下垂,通气量相对增多而有助于减少肺水肿的发生,降低肺部积液的风险,从而减轻了呼吸负担。这也会导致观察组患者在复苏过程中呼吸更为顺畅,恢复时间更短。采用半卧体位的患者更容易维持心血管稳定性,这一体位可以有助于减少体位相关的心血管反应,如心率和血压的波动,从而保持心血管系统的稳定性。对照组可能需要更长的时间来适应平卧头侧一边体位引起的心血管变化。第三,观察组的不良反应发生率低于对照组($P<0.05$)。观察组中有2例患者报告轻微的头晕和头痛,而对照组中分别出现了5例恶心、5例头晕和6例头痛患者。这些症状的出现与体位选择有关,半卧体位存在对颅内压力和血流分布产生影响。头晕和头痛这些症状在观察组中的发生率明显较低,这也说明由于半卧体位对颅内压力和血流分布产生影响方面的优势,减少了头晕和头痛的风险。半卧体位可以降低反流误吸的风险,因为它有助于维持上半身高于胃部。相比之下,对照组采用平卧头侧一边体位可能增加了反流误吸和舌后坠的风险。在对照组中术后发生躁动的有8例,这与麻醉药

物使用有关,另外,与采取的被迫平卧体位有关,患者在意识朦胧的状态下感觉不舒适而发生的烦躁。低血压和低氧是常见的不良反应,与治疗本身使用麻醉药物以及体位选择有关。在此研究中采取两种不同体位的患者均没有发生明显低血压和低氧。半卧位能促进呼吸、循环功能恢复,迅速改善缺氧状况,更有助于维持血压和氧饱和度的稳定性,减少了低血压和低氧的风险。以上可见,采用半卧体位的观察组患者在不良反应发生率方面表现出明显的优势。第四,观察组的护理满意度等级评价高于对照组($P<0.05$)。采用半卧体位的患者更容易保持镇静和放松,这种心理状态对于治疗过程中的患者非常重要,因为焦虑和不安就会影响治疗效果。观察组患者在心理上感到更受关注和照顾,从而提高了他们对护理服务的满意度。半卧体位需要更多的护理细节和支持,包括调整床头支架的角度和监测生命体征变化及身体舒适度的感知。半卧体位也可以为患者提供更好的环境舒适度,如视野更好、更容易与医护人员交流等,这可能有助于改善患者的整体体验,使观察组患者感到更多关心和重视,从而提高了他们对护理工作满意度评价。采用半卧体位的患者能更容易与护理人员进行有效的交流和沟通,包括表达他们的需求和关切,这种良好的交流能够改善了护理过程的质量,增强满意度^[13]。

综上所述,半卧体位可能是一种更为有效和舒适的复苏体位选择,可应用于无抽搐电休克治疗精神患者的复苏期间。此体位可以提高患者的舒适度,缩短复苏所需要的时间,在一定程度上减少术后不良反应发生。

参考文献

- [1] 程悠笛,曹晓华,王斌红.无抽搐电休克联合抗精神病药物治疗对精神分裂症患者记忆功能影响的荟萃分析[J].临床与病理杂志,2021,41(2):383-394.
- [2] 黄旭初.无抽搐电休克联合抗精神病药物治疗对精神分裂症患者血糖、血脂水平的影响[J].实用糖尿病杂



- 志,2021,17(1):114-115.
- [3] 权敏芝,李蒙蒙,王为为,等.人文关怀护理对精神分裂症患者无抽搐电休克治疗效果与QOL评分的影响[J].山西医药杂志,2021,50(3):478-480.
 - [4] 祝欣欣,鲍喜燕.无抽搐电休克治疗对精神分裂症患者认知功能的影响[J].临床医学,2021,41(1):25-26.
 - [5] 郑玉玲,张少霞,熊灿标,等.无抽搐电休克联合利培酮治疗流浪精神分裂症患者急性期疗效及安全性研究[J].中国医药科学,2021,11(1):229-232.
 - [6] 李艳茹,姜玮,赵希希,等.无抽搐电休克治疗术后谵妄危险因素分析[J].中国神经精神疾病杂志,2020,46(12):721-724.
 - [7] 金红,江春燕,周珏.老年精神分裂症患者无抽搐电休克治疗中运用丙泊酚复合依托咪酯进行全麻诱导的安全性分析[J].老年医学与保健,2020,26(6):991-994,999.
 - [8] 王敬巍,王永良.无抽搐电休克联合奥氮平治疗精神分裂症患者的临床效果[J].中国民康医学,2020,32(24):76-78.
 - [9] 王红.无抽搐电休克治疗对难治性精神分裂症患者认知功能的影响评价[J].中国现代药物应用,2020,14(22):80-82.
 - [10] 郑榕艳,魏敏,李凌恩,等.无抽搐电休克治疗对首发精神分裂症患者睡眠的影响[J].中国卫生标准管理,2020,11(22):78-82.
 - [11] 冯玉宏,白义宝,黄文琴.无抽搐电休克联合抗精神病药物治疗精神分裂症住院患者的临床疗效[J].实用临床医药杂志,2020,24(17):92-95.
 - [12] 宋茜.无抽搐电休克治疗对精神分裂症患者认知功能的价值体会[J].中国医疗器械信息,2020,26(16):55,173.
 - [13] 厉兆杰.全程化护理方案在对精神分裂症患者进行无抽搐电休克治疗中的应用价值探讨[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(51):93,95.

(上接第122页)

- 院,2020,20(8):1197-1199.
- [3] 傅伟,游旭军,李其信,等.基于中医传承辅助平台(V2.5)探讨中药香薰疗法在新型冠状病毒肺炎中的用药规律[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(10):60-62.
 - [4] 苏立硕,毕颖斐,田咏,等.天津地区13例新型冠状病毒肺炎复阳病例中医病证特点及典型病案分析[J].天津中医药,2023,40(2):146-149.
 - [5] 彭思萍,徐明明,温芳艳,等.八段锦之“调理脾胃须单举”联合足三里穴位按压对新冠肺炎患者纳差效果评价[J].陕西中医药大学学报,2021,44(6):6-10.
 - [6] 王秀锋,王淑娟,冯霞,等.八段锦联合五行音乐对新型冠状病毒肺炎患者负性情绪及生活、睡眠质量的影响[J].西部中医药,2021,34(9):9-12.
 - [7] 国家卫生健康委办公厅,国家中医药管理局办公室.新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第三版)[J].天津中医药,2020,37(1):1-3.
 - [8] 鞠娅,浦明之,周运海.从卫气营血理论探讨武汉地区69例新型冠状病毒肺炎患者中医证候[J].西部中医药,2022,35(12):15-18.
 - [9] 赵怀洋,付利然,谢长才,等.基于互联网模式对新冠肺炎出院患者灸法干预效应的观察[J].江西中医药,2022,53(2):46-49.
 - [10] 李爱军,姚淳,邝春燕,等.耳穴压豆联合八段锦对新型冠状病毒肺炎康复期患者焦虑抑郁的影响[J].护理学报,2021,28(6):48-52.
 - [11] 吴赛,毛红蓉,彭若轩,等.结合凝血-纤溶系统探讨艾灸改善新型冠状病毒肺炎恢复期患者肺功能优势及选穴[J].亚太传统医药,2021,17(1):167-170.