

# NGHIÊN CỨU DIỄN BIẾN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA SỐC ĐIỆN TIỀN MÊ TRÊN MỘT SỐ BỆNH TÂM THẦN

BÙI QUANG HUY, NGUYỄN THỊ VÂN  
Khoa Tâm thần - Bệnh viện 103

## TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 205 bệnh nhân tâm thần được điều trị bằng sốc điện (107 bệnh nhân dùng sốc điện tiền mê bằng haloperidol+ pipolphen+seduxen và 98 dùng sốc điện cổ điển, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Sốc điện tiền mê áp dụng điều trị được cho các bệnh tâm thần như sốc điện cổ điển (Tâm thần phân liệt thể căng trương lực, trầm cảm từ chối ăn uống, bệnh nhân có ý định và hành vi tự sát...).

- Thời gian từ sau tiêm đến lúc làm sốc điện: 2 phút.

- Số lần làm sốc điện: Đa số bệnh nhân làm sốc điện 6-7 lần (68,23%).

- Độ dài trung bình cơn co giật là 12,26 giây (thời gian chờ là 2 phút).

- Cơn co cứng chỉ gặp ở 33,64% trường hợp và kéo dài 2 - 4 giây. Cơn co giật gặp ở tất cả các trường hợp kéo dài 8 - 10 giây.

- Cơn co giật toàn thể gặp ở 33,64% bệnh nhân, còn lại 66,36% bệnh nhân chỉ có cơn co giật cục bộ.

- Đau đầu là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất chiếm 68,22%.

- Chỉ 36,45% số bệnh nhân còn lo lắng nhẹ.

**Từ khóa:** sốc điện

## SUMMARY

Studying 205 patients, who have mental disorder, 107 patients had been used new method of E.C.T (haloperidol+pipolphen+seduxen before of making E.C.T), and 98 patients had been used classic E.C.T, we have following conclusions:

- New method of E.C.T and classic E.C.T have the same indication.

- Interval of 2 minutes between making I.V drugs (haloperidol+pipolphen +seduxen) and making new E.C.T is the best.

- Percent of patients, who get 6-7 times of new

E.C.T, are 68.23%.

- Everage time of convulsival period in new E.C.T is 12.26 seconds.

- Tonic period appear on 33.64% of patient and prolonged 2-4 seconds, clonic period appear on all patient, who had been used new E.C.T, and prolonged 8-10 seconds.

- 36.64% of patients, who had been used new E.C.T, have generalized tonic-clonic, 66.36% of patients have complex partial.

- Headache is the most unwanted effect (68.22%) on the new E.C.T.

- Only 36.45% of patients, who had been new E.C.T, are mild worry about new E.C.T.

**Keyword:** E.C.T

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Sadock B. J. (2007), mặc dù ngành tâm thần đã có rất nhiều thuốc an thần, chống trầm cảm và chỉnh khí sắc, nhưng sốc điện vẫn là liệu pháp điều trị không thể thay thế trong một số trường hợp (tự sát, từ chối ăn, căng trương lực, kháng thuốc).

Theo Kaplan H. I. (1994), sốc điện tuy có hiệu quả điều trị rất cao với một số các bệnh tâm thần trên, nhưng trong quá trình phóng điện qua não của liệu pháp sốc điện, có một tác dụng không mong muốn là gây ra cơn co giật kiểu động kinh. Chính các cơn co giật kiểu động kinh do sốc điện gây nên đã tạo ra nhiều tác dụng không mong muốn của sốc điện như gãy xương, sai khớp, đau đầu, buồn nôn, giảm trí nhớ... và đặc biệt là gây ra tâm lý lo lắng sợ làm sốc điện cho cả bệnh nhân và người nhà họ.

Theo Gelder M. (1988), để hạn chế cơn co giật, người ta dùng sốc điện có gây mê tĩnh mạch bằng thiopental và thuốc giãn cơ cura. Phương pháp này đòi hỏi các trang bị kỹ thuật phức tạp hơn, khó làm hơn và tốn kém hơn nhiều so với sốc điện cổ điển.

Chúng tôi đã xây dựng phương pháp sốc điện tiền

mê để khắc phục nhược điểm của sốc điện cổ điển và sốc điện gây mê. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau:

1. Quy trình của sốc điện tiền mê.
2. Diễn biến của sốc điện tiền mê.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1 Đối tượng nghiên cứu.**

#### **1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

Gồm 205 bệnh nhân chẩn đoán là tâm thần phân liệt, trầm cảm, hưng cảm theo tiêu chuẩn tâm thần học Hoa kỳ(DSM –IV năm 1994), được chia làm hai nhóm.

- Nhóm 1: Gồm 107 bệnh nhân được điều trị bằng sốc điện tiền mê.

- Nhóm 2: Gồm 98 bệnh nhân được điều trị bằng sốc điện cổ điển.

Tuổi trung bình là  $31,08 \pm 3,52$ .

Các bệnh nhân này được điều trị nội trú tại khoa AM6 bệnh viện 103.

#### **1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Các bệnh nhân có các bệnh thực tổn (tim mạch, phổi, xương, khớp, gan, thận) chống chỉ định làm sốc điện.

### **2 Phương pháp nghiên cứu.**

- Dùng phương pháp tiền cứu cắt ngang, ghi chép cụ thể từng trường hợp, có mẫu bệnh án thống nhất.

- Máy sốc điện: NIHON KONDEN của Nhật

- Cường độ dòng điện phóng: 700mA

- Thời gian phóng điện: 0,75 giây

- Làm sốc điện hàng ngày hoặc cách ngày

- Các bệnh nhân nhóm 1 được chúng tôi sử dụng liệu tiền mê, tiêm tĩnh mạch chậm, còn các bệnh nhân nhóm 2 không sử dụng tiền mê. Cụ thể liệu tiền mê là:

+ Haloperidol 5mg x 2 ống

+ Pipolphen 50 mg x 1 ống.

+ Sedxen 10 mg x 1 ống.

### **3. Xử lý số liệu**

Các số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê Y học có sử dụng chương trình xử lý số liệu EPIINFO 6.04 của Tổ chức Y tế Thế giới.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

Bảng 1: Các bệnh tâm thần cần phải làm sốc điện.

Các bệnh	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Trầm cảm	58	28.29
TTPL	126	61.47
Hưng cảm	21	10.28
Tổng	205	100

Như vậy tâm thần phân liệt chiếm đến 61,47% số bệnh nhân. Điều này phù hợp với ý kiến Bùi Quang Huy (2010) khi cho rằng hơn một nửa số bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại các bệnh khoa tâm thần là bệnh tâm thần phân liệt.

Bảng 2: Số lần sốc điện.

Số lần	Bệnh nhân		Sốc điện cổ điển		Sốc điện tiền mê	
	n = 98	%	n = 107	%	n = 107	%
6-7 lần	15	15,31	73	68,23		
8-9 lần	50	51,02	34	31,77		
≥10 lần	33	33,67	0	0		
Tổng	98	100	107	100		

Ở nhóm bệnh nhân làm sốc điện cổ điển, tỷ lệ cao nhất là 8-9 lần (chiếm 51,02%). Còn ở nhóm bệnh nhân làm sốc điện tiền mê, tỷ lệ cao nhất là ở nhóm làm 6-7 (chiếm 68,23%). Kaplan H. I. (1994) cho rằng sốc điện cổ điển do có nhiều tác dụng phụ nên thường làm cách ngày, do đó hiệu quả không cao bằng sốc điện gây mê (làm hàng ngày).

Bảng 3: Khoảng cách từ sau khi tiêm tiền mê đến khi làm sốc điện.

Độ dài cơn co giật Thời gian	Sốc điện tiền mê
1 phút	$26,15 \pm 3,28$
2 phút	$12,26 \pm 2,57$
3 phút	$21,56 \pm 2,32$
Sốc điện cổ điển	$63,24 \pm 3,49$

Trên bệnh nhân nhóm 1, sau hai phút tiêm tiền mê chúng ta bắt đầu làm sốc điện thì hiệu quả đạt tối đa. Nếu chúng ta làm sốc điện sớm hoặc muộn hơn thì kết quả giảm sút rõ rệt thể hiện bằng độ dài cơn co giật tăng lên. Khi so sánh với sốc điện cổ điển chúng ta thấy độ dài cơn co giật giảm đi rõ rệt:  $12,26 \pm 2,57$  giây so với  $63,24 \pm 3,49$  giây.

Bảng 4 Diễn biến cơn co giật.

Bệnh nhân Giai đoạn	Sốc điện cổ điển			Sốc điện tiền mê		
	n=98	%	Thời gian	n=107	%	Thời gian
Co cứng	98	100	$8,63 \pm 1,52$	36	33,64	$2,56 \pm 1,48$
Co giật	98	100	$53,25 \pm 1,86$	107	100	$8,14 \pm 1,84$
Tổng	98	100		107	100	

Bảng 4 cho thấy cơn co cứng và co giật ở sốc điện tiền mê giảm rất rõ rệt về thời gian. Kết quả này phù hợp với Ngô Ngọc Tản (2003) khi cho rằng cơn co cứng của sốc điện cổ điển kéo dài chừng 10 giây, còn cơn co giật thường kéo dài khoảng 1 phút.

Bảng 5 Đặc điểm cơn co giật.

Đặc điểm	Bệnh nhân		Sốc điện cổ điển		Sốc điện tiền mê	
	n = 98	%	n = 98	%	n = 107	%
Co giật toàn thể	98	100	36	33,64		
Co giật cục bộ	0	0	71	66,36		
Tổng	98	100	107	100		

Bảng 5 cho thấy sốc điện cổ điển hầu hết các bệnh nhân có cơn co giật toàn thể. Trong khi đó sốc điện tiền mê thì đa số bệnh nhân (66,36%) có cơn co giật cục bộ, các cơn này chủ yếu xuất hiện ở vùng cổ, mi mắt. Kết quả này là giống với ý kiến của Gelder G. M (2009) khi làm sốc điện gây mê. Các bệnh nhân có cơn co giật toàn thể chiếm 33,64% với đầy đủ các giai đoạn co cứng, co giật như trong sốc điện cổ điển, tuy nhiên cơn ngắn hơn và cường độ giảm nhiều.

Bảng 6 Tác dụng không mong muốn của sốc điện.

Bệnh nhân Triệu chứng	Sốc điện cổ điển		Sốc điện tiền mê	
	n = 98	%	n = 107	%
Đau đầu	85	86,73	73/107	68,22
Đau cơ	54	55,10	39/107	36,45
Mệt mỏi	75	79,53	53/107	49,53
Buồn nôn	16	16,32	16/107	14,95
Sai khớp	8	8,17	0	00
Gãy xương	2	2,04	0	00
Tổng	98	100	107	100

Ở sốc điện cổ điển tiền mê đau đầu là triệu chứng hay gặp nhất với 68,22% số bệnh nhân. Tiếp theo là các triệu chứng mệt mỏi 49,53%, đau cơ 36,45%, còn triệu chứng buồn nôn ít gặp.

Còn ở sốc điện cổ điển đau đầu cũng là triệu chứng hay gặp nhất, nhưng chiếm một tỷ lệ cao tới 86,73%, tiếp đến là triệu chứng mệt mỏi với 76,53%. Ngoài các triệu chứng như sốc điện tiền mê còn có triệu chứng sai khớp chiếm 8,17% và triệu chứng gãy xương chiếm 2,04%.

Sadock B. J (2007) cho rằng đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, buồn nôn là hậu quả của cơn co giật kiểu động kinh và tình trạng nhện thờ trong lúc co giật.

Theo Van Gastel A (1997), sốc điện gây mê đã giảm được đáng kể các triệu chứng không mong muốn của sốc điện cổ điển.

Bảng 7 Tình trạng lo sợ sốc điện của bệnh nhân.

Bệnh nhân Triệu chứng	Sốc điện cổ điển		Sốc điện tiền mê	
	n = 98	%	n = 107	%
Không lo lắng	11	11,22	64	59,82
Lo lắng nhẹ	57	58,16	39	36,45
Từ chối	30	30,62	4	3,73
Tổng	98	100	107	100

Ở sốc điện tiền mê có 39 bệnh nhân (chiếm 36,45%) còn lo lắng nhẹ về sốc điện, có 4 bệnh nhân nào lo sợ đến mức từ chối làm sốc điện. So với sốc điện cổ điển có tới 30,62% từ chối làm sốc điện, lo lắng nhẹ với tỷ lệ 58,16%.

Theo Sadock B. J. (2004), chính cơn co giật và tác dụng phụ của sốc điện gây ra tâm lý lo lắng, sợ làm sốc điện.

Olgiasi P (2006) cho rằng tỷ lệ lo lắng và từ chối làm sốc điện gây mê là rất thấp.

## KẾT LUẬN

### 1. Quy trình làm sốc điện tiền mê

- Sốc điện tiền mê áp dụng điều trị được cho các bệnh tâm thần như sốc điện cổ điển (Tâm thần phân liệt thể căng trương lực, trầm cảm từ chối ăn uống, bệnh nhân có ý định và hành vi tự sát...).

- Liều tiền mê là:

1. Halopridol 5mg x 2 ống.

2. Pipolphen 50mg x 1 ống.

3. Seduxen 10 mg x 1 ống.

- Thời gian từ sau tiêm đến lúc làm sốc điện: 2 phút.

- Số lần làm sốc điện: Đa số bệnh nhân làm sốc điện 6-7 lần (68,23%).

### 2. Tác dụng của liều tiền mê trên sốc điện

- Độ dài trung bình cơn co giật là 12,26 giây (thời gian chờ là 2 phút).

- Cơn co cứng chỉ gặp ở 33,64% trường hợp và kéo dài 2 - 4 giây. Cơn co giật gặp ở tất cả các trường hợp kéo dài 8 - 10 giây.

- Cơn co giật toàn thể gặp ở 33,64% bệnh nhân, còn lại 66,36% bệnh nhân chỉ có cơn co giật cục bộ.

- Đau đầu là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất chiếm 68,22%.

- 59,82% số bệnh nhân không lo lắng gì về sốc điện, chỉ có 36,45% số bệnh nhân còn lo lắng nhẹ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Quang Huy (2010). Tâm thần phân liệt. NXB Y học Hà Nội.

2. Ngô Ngọc Tản, Nguyễn Văn Ngân (2003). Tâm thần học đại cương và điều trị các bệnh tâm thần (*Giáo trình giảng dạy sau đại học*) NXB QĐND. Hà Nội 2003.

3. Gelder G. M.; Andreasen N. C. and Geddes J. R. (2009). New Oxford textbook of psychiatry. Oxford university press. Peg 482-486. Vol 1.

4. Gelder M., Gath D., Mayor R. (1988). "Affective disorders", *Oxford textbook of psychiatry*, (Second edition), p. 268-323.

5. Kaplan H.I, Sandock B. J, Grebb J.A (1994). *Synopsis of Psychiatry*. (Sevent edition), p. 813-823. Washington DC

6. Olgiasi P, Serretti A, Colombo C.(2006), Retrospective analysis of psychomotor agitation, hypomanic symptoms, and suicidal ideation in unipolar depression", *Depress Anxiety*, (23(7)), p. 389- 397.

7. Sadock B.J; Sadock V.A (2004), *Concise textbook of clirical psychiatry*, Second edition.

8. Sadock B. J., Sadock V. A. (2007), *Synopsis of Psychiatry*, (10th Edition), p. 468-483. Washington DC

9. Van Gastel A, Schotte C, Maes M.(1997), "The prediction of suicidal intent in depressed patients", *Acta Psychiatr Scand*, (Oct;96(4)), p. 254- 259.