

در اثر عوارض قلبی - عروقی الکتروشوک حادث می گردد و بیشتر در بیمارانی روی می دهد که قبلاً از نظر قلبی دچار مشکل بوده اند .
امروزه استفاده از ECT بدنبال معرفی داروهای جدید و محدودیت های قانونی ، کمتر شده و به بخشهای روانی بیمارستانهای عمومی و بیمارستانهای روانپزشکی محدود گشته است .

نگرانی ها:

- ۱- زمانی که امکان استفاده از درمان دیگری وجود دارد ، آیا می توان از ECT استفاده کرد؟
- ۲- آیا امکان استفاده نابجا وجود دارد؟
- ۳- آیا استفاده از ECT به حقوق بیماران لطمه نمی زند؟
- ۴- آیا عدم استفاده از ECT بیمار را از درمان مؤثر محروم نمی سازد؟
- ۵- آیا براستی ECT مؤثر است؟

اثرات ECT:

۱- در درمان افسردگی^۵

- الف : مؤثرترین درمان برای کنترل سریع بیماران افسرده است .
- ب : میزان عود بیماری زیاد است مگر آنکه درمان نگهدارنده با داروهای ضد افسردگی ادامه یابد .
- ج : برای افسردگی های خفیف نظیر کج خلقی و یا اختلال انطباقی مؤثر نیست .
- د : اثر درمانی آن کوتاه مدت است .

۲- در درمان افسردگی هذیانی^۶

- الف : در این نوع افسردگی تاثیر بیشتری دارد .
- ب : کاربرد آن در مقایسه با داروهای ضد افسردگی یا نرولپتیک ها ارجح تر است .
- ج : در بیمارانی که به درمان دارویی پاسخ نداده اند ، مؤثر تر است .
- د : اثرات طولانی مدت آن ناشناخته است .

یافته ای جدید در مورد الکتروشوک درمانی ECT

گردآوری :

کلثوم سلمان قاسم

کارشناس ارشد روان پرستاری

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی رشت

ECT^۱ تحریک الکتریکی مختصر برای تولید یک حمله کلی است که در آن جریان الکتریکی از طریق الکترودهایی در ناحیه گیجگاهی به فرد وارد می گردد و موجب یک تشنج وسیع با اثرات درمانی می شود .

تاریخچه:

ECT اولین بار در آوریل ۱۹۳۸ در رم توسط دکتر یوگوسرلی^۲ و دکتر لوسیوینی^۳ مورد استفاده قرار گرفت . این روش ، در ابتدا ، الکتروشوک درمانی (EST)^۴ خوانده می شد . اما بعدها به نام تشنج درمانی الکتریکی (ECT) معروف گردید .

کاربرد الکتروشوک درمانی در ایران از سال ۱۹۴۳ میلادی شروع شد و در سالهای ۱۹۵۰-۱۹۴۰ ، به دفعات و با دوز بالا توسط مؤسسات روانپزشکی برای بیماران بسیار بدحال و مبتلایان به انواع اختلالات مورد استفاده قرار گرفت . همچنین این روش درمانی در بیماران مزمن غیر قابل کنترل و یا مقاوم به درمان ، به عنوان یک وسیله تنبیهی بکار گرفته می شد .

میزان مرگ و میر ناشی از الکتروشوک حدود ۰/۰۰۲ درصد موارد درمان ، و ۰/۰۱ درصد برای هر بیمار است . مرگ معمولاً

1- Electro convulsive therapy

2- Ugo cerletti

3- Lucio Bini

4- Electro shock therapy

5- Depression

6- Delusional Depression

۳- در درمان افسردگی درون زاد مالیخولیایی^۱

الف: در کوتاه مدت مؤثر است

ب: در بیمارانی که به ضد افسردگیها پاسخ نداده اند، مؤثر است.

ج: اثرات طولانی مدت آن ناشناخته است.

۴- در درمان مانیای حاد:

الف: اثر درمانی آن مشابه درمان با لیتیوم است.

ب: بیشتر از درمانهای جسمی مانند نوردرمانی یا خواب درمانی اثر می کند.

ج: ادامه درمان نگهدارنده با لیتیوم، بعد از ECT خطر عود بیماری را کمتر می کند.

۵- در درمان اسکیزوفرنی

الف: داروهای نروپلیتیک، اولین درمانی هستند که باید امتحان شوند.

ب: در افراد دارای علایم حاد، شدید و تازه و یا دارای علایم عاطفی شدید مفیدتر است.

چگونه فایده های ECT را به حداکثر برسانیم؟

۱- انجام معاینات پزشکی شامل گرفتن تاریخچه پزشکی، انجام معاینات جسمی و عصبی، تهیه یک نوار قلبی (ECG) و انجام آزمایشات تشخیصی.

۲- آندسته از داروهای مصرفی بیمار را که آستانه تشنج را تغییر می دهند، باید قطع و یا به حداقل رسانده شوند. برای مثال داروهای MAOI دو هفته قبل از درمان با ECT قطع شود و از مصرف لیتیوم نیز اجتناب گردد.

۳- قبل از شروع درمان با ECT، فشارخون بیمار کنترل گردد.

۴- وضعیت قلبی بیمار باید مورد ارزیابی و پایش قرار گیرد.

۵- قبل از گرفتن اجازه ECT توضیحات لازم به بیمار و اقوام وی داده شود.

۶- یک بخش خاص باریکاوری جهت اجرای ECT با شرایط ذیل در نظر گرفته شود:

a- یک نفر روانپزشک و یک نفر متخصص بیهوشی جهت اجرای ECT حضور داشته باشند.

b- داروها و وسایل لازم جهت احیاء و موارد اورژانس مهیا باشد.

۷- در تیم ECT یک نفر پرستار که دوره تخصصی ECT را گذرانده

باشد، حضور داشته باشد.

۸- از کمترین ولتاژ برای ایجاد یک تشنج مناسب استفاده شود.

۹- باید بخاطر داشته باشیم که ECT دو طرفه اغلب مؤثرتر از ECT یکطرفه است.

۱۰- اگر ECT یک قطبی در نیمکره غیر غالب مغز استفاده شود، فراموشی و گیجی بعد از ECT کمتر است.

۱۱- محرك الکتریکی به شکل موج کوتاه عوارض شناختی کمتری نسبت به محرك موج سینوسی ایجاد می کنند.

۱۲- قبل از تزریق داروهای شل کننده و بیهوشی، دستگاه فشارسنج برای کنترل فشارخون سیستولیک، روی دست یا پای بیمار قرار داده شود.

۱۳- بعد از ECT در مان بیمار با داروهای ضد افسردگی یا لیتیوم ادامه داشته باشد.

۱۴- آموزش ECT در دانشکده های پزشکی و در دوره های رزیدنتی روانپزشکان اضافه و سوالات نیز در مورد ECT در امتحانات کتبی و شفاهی گنجانده شود.

۱۵- بعد از ECT وسایل مربوطه چک و کنترل شود.

نحوه درمان

۱- بیمار بین ۸ الی ۱۲ ساعت ناشتا بوده و ECT صبح زود شروع شود.

۲- آتروپین یا یک داروی آنتی کولینرژیک دیگر قبل از اجرای ECT تزریق شود.

۳- یک IV در یک ورید محیطی تا هشیاری کامل بیمار قرار داده شود.

۴- داروی بیهوشی مثل متوهگزیتال^۲ و سپس سوکسینیل کولین^۳ بعنوان شل کننده عضلانی استفاده شود.

۵- کمک به تهویه و استفاده از اکسیژن ۱۰۰٪

۶- EKG، فشارخون و نبض در تمام مدت کنترل شود.

۷- الکترودهای تحریکی را در ناحیه دوطرف پیشانی گیجگاهی قرار داده یا یک الکتروده در ناحیه پیشانی گیجگاهی و الکتروده دوم در بالای سر (ملاج جلو) قرار داده شود.

1- Endogenous melancholic

2- Methohexital

3- Succinyl choline

- ۲- کنترل آزمایشات، نتایج رادیوگرافی قلب، ریه ها، جمجمه و EEG
- ۳- کنترل بیمار از نظر ناشتا بودن، تخلیه روده و مثانه، پوشیدن لباس مناسب و راحت
- ۴- خارج نمودن وسایل فلزی (سنجاق و ...) اعضای مصنوعی و نگهداری این وسایل در قفسه خاص
- ۵- کنترل و ثبت علائم حیاتی قبل از اجرای ECT
- ۶- تزریق سولفات آتروپین طبق تجویز پزشک، ۳۰ دقیقه قبل از شروع درمان
- ۷- ثبت گزارشات قبل از ECT در پرونده بیمار
- ۸- دادن آمادگی روحی به بیمار و همراهی وی تا واحد ECT
- ۹- در حین دریافت ECT، توجه به باز بودن راههای تنفسی، گرفتن IV و کنترل علائم حیاتی
- ۱۰- پس از دریافت ECT به جهت جلوگیری از آسپیراسیون، خواباندن بیمار به پهلو چپ.
- ۱۱- مراقبت از نظر سقوط از تخت و گذاشتن نرده تخت.
- ۱۲- متداولترین علائم پس از دریافت ECT، فقدان حافظه و گیجی موقت است. بنابراین حضور پرستار در کنار بیمار، تابرگشت کامل هشیاری، الزامی است.

منابع:

- ۱- متقی، محمدحسین، مراقبت از بیماران روانی با تأکید بر روشهای درمانی ۱۳۶۸.
- ۲- پورافکاری، نصرت الله، خلاصه روانپزشکی کاپلان. جلد سوم ۱۳۷۵
- ۳- نقوی، ابراهیم، نگرشی بر الکتروشوک. ۱۳۶۵.
- ۴- بهروش-هما، گلاب-رقیه. روانپرستاری در جامعه و بیمارستان. ۱۳۷۰ صفحه ۱۸-۲۱۶.
- ۵- شاهسوند، اسماعیل. محتشمی، جمیله. نوغانی، فاطمه، بهداشت روان. ۱۳۷۷.

- 1- Institute & psychiatry disorder cleveland USA 1999.
- 2- Mark ottson, MD, M.P.H & etal. "Use of ect for the inpatient treatment of Recurrent Major Depression". Am J Psychiatry 155: 1 January 1998. P=23-4

۸- معمولاً ۶ تا ۱۲ جلسه ECT موثر است.

۹- ECT بطور معمول در آمریکا، سه بار در هفته، انگلیس دو بار در هفته و کشورهای در حال توسعه یکروز در میان انجام می شود.

چه موقع درمان با ECT مناسب است؟

- ۱- در بیماران با تشخیص اختلالات هذیانی و افسردگی شدید درون زاد، مانپای حاد و سندرومهای مشخص اسکیزوفرنی.
- طبق تحقیق بعمل آمده از ۹۱۳ بیمارستان در ۱۷ ایالت آمریکا سال ۱۹۹۳، از بین ۲۴۹۶۰۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستانهای عمومی ۴۷/۷٪ با افسردگی مازور عودکننده، ۳۹/۶٪ افسردگی با یک حمله افسردگی، ۶/۴٪ افسردگی نامشخص و ۶/۳٪ دیستیمیا بوده اند و میزان کاربرد ECT بیشتر از همه در بیماران افسرده مازور عودکننده (حدود ۹/۴٪) بوده است افسردگی تک حمله ای (۳/۲٪)، دیستیمیا (۵/۰٪) و نامشخص (حدود ۰/۸٪) نیز از جمله موارد استفاده ECT بودند.
- ۲- و تئیکه کلیه درمان هاروی بیماری اثر شناخته شده باشند.
- ۳- زمانی که قطعاً برای حفظ زندگی بیمار نیاز است.
- ۴- زمانی که خطر خودکشی بیمار، بوسیله درمان دیگر قابل کنترل نباشد.
- ۵- اجرای ECT بدون در نظر گرفتن نفع مؤسسه، به نفع بیمار باشد.
- ۶- امکان استفاده از درمانهای دیگر نباشد (شرایط پزشکی اجازه درمان های دیگر را نداده باشد).

موارد منع استفاده:

- افزایش فشار داخل جمجمه، وجود ضایعات فضاگیر مغزی، انفارکتوس حاد میوکارد، آنورسم های بزرگ، داشتن تاریخچه فردی حاکی از پاسخ به درمان، در صورت عدم اطلاع بیمار از نحوه درمان، عوارض و خطرات احتمالی آن و عدم اعلام رضایت بیمار برای انجام درمان، از جمله موارد منع استفاده از این روش درمانی است.
- توجه: اگر بیمار صلاحیت امضای رضایت نامه برای انجام ECT را نداشته باشد، قیم او، در صورت نداشتن قیم، دادگستری باید اجازه را صادر نماید.

توصیه های پرستاری:

- ۱- کنترل رضایت نامه ECT قبل از اعزام بیمار به واحد ECT