

# MECT联合利培酮治疗木僵12个月的精神分裂症患者1例

黄雨虹,王 瑜,李洪毅\*

(成都市第四人民医院,四川 成都 610036)

\*通信作者:李洪毅,E-mail:41232904@qq.com)

**【摘要】** 本文报告一例52岁女性精神分裂症患者,病程10余年,木僵12个月,采用改良电休克治疗(MECT)联合小剂量利培酮治疗后,患者木僵逐渐消失,功能逐渐恢复,且病情一直稳定。该病例提示,MECT联合利培酮方案能够使长时间木僵患者达到临床痊愈,并有助于控制精神病性症状。现基于此案例展开讨论,以期为临床相关治疗提供参考。

**【关键词】** 木僵;精神分裂症;改良电休克治疗;利培酮

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫描二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号:R749.3

文献标识码:A

doi:10.11886/scjsws20210907003

## MECT combined with risperidone in the treatment of schizophrenia complicating 12-month stupor: a case report

Huang Yuhong, Wang Yu, Li Hongyi\*

(The Fourth People's Hospital of Chengdu, Chengdu 610036, China)

\*Corresponding author: Li Hongyi, E-mail: 41232904@qq.com)

**【Abstract】** The report elaborated a case of a 52-year-old female patients with over 10 years of schizophrenia complicating 12 months of stupor. After a course of modified electroconvulsive therapy (MECT) combined with risperidone oral solution, the patient gradually became active and functionally recovered, and remained stable. This case suggests that MECT combined with risperidone may allow schizophrenia patients in a state of prolonged stupor to obtain clinical rehabilitation and effectively stabilize psychotic symptoms. The discussion is based on this case with a view to providing references for clinical treatment.

**【Keywords】** Stupor; Schizophrenia; Modified electroconvulsive therapy; Risperidone

紧张性木僵是紧张综合征的一种表现,主要表现为不言、不动、不食与违拗<sup>[1]</sup>。早期,Bleuler将紧张性木僵定义为精神分裂症的一种亚型<sup>[2]</sup>,然而,仅约10%~15%的紧张性木僵患者符合精神分裂症的标准<sup>[3]</sup>。除了精神分裂症之外,抑郁障碍、神经系统疾病、代谢和免疫系统疾病患者也可能存在紧张性木僵,药物毒性也可导致紧张性木僵<sup>[4-5]</sup>,但其病理生理机制尚不清楚。《国际疾病分类(第11版)》(International Classification of Diseases, eleventh edition, ICD-11)和《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)已经删除了对紧张性精神分裂症的诊断<sup>[5-6]</sup>。早期文献支持使用舒必利改善木僵症状,但增加了猝死的风险<sup>[7-8]</sup>。国内近期一篇病例报道也提示舒必利剂可引起或加重紧张性木僵<sup>[9]</sup>。一些证据表明,劳拉西泮联合地西泮方案可以快速、安全

地缓解精神分裂症、情绪障碍和器质性病变等引起的木僵状态<sup>[10-12]</sup>。但也有高剂量劳拉西泮与丙戊酸相互作用导致患者出现紧张性木僵的报告<sup>[13]</sup>。就目前为止,改良电休克治疗(modified electroconvulsive therapy, MECT)是木僵患者的首选治疗方法,抗精神病药物的使用仍存在争议<sup>[14]</sup>。利培酮属于非典型抗精神病药物,其对5-羟色胺(5-HT)和多巴胺(DA)等受体的高亲和力被认为是治疗精神分裂症阳性症状和阴性症状的机制<sup>[15]</sup>。国内外关于MECT联合利培酮治疗木僵的临床试验及个案报道较少,本文报告了一例木僵一年的患者,接受MECT联合利培酮口服液治疗后达到临床痊愈,以期紧张性木僵的临床治疗提供参考。

### 1 病 例

患者,女性,52岁,无业,离异。因“言行紊乱10年余,加重伴不吃不喝1年余”入院。2011年1月,

患者开始出现嫉妒妄想,坚信丈夫对自己不忠,反复查看丈夫手机,并多次跟踪丈夫。2017年1月,患者遭遇房屋拆迁,对拆迁补偿款不满意,反复找当地政府维权,但维权未果,患者便认为政府、警察、邻居甚至自己的丈夫和儿子都要害自己。时刻感觉自己被监控,看手机里的新闻认为与自己有关。情绪不稳定,多次与人争吵,不听家人劝阻,甚至用菜刀砍儿子。未正规治疗,病情持续存在。2019年12月,患者突然两次放火烧自己的房子,家属未能及时察觉患者存在精神异常,患者被判刑11个月。服刑第1天开始出现不吃、不喝、不动、不说话,一直卧床、闭眼,患者遂被送至某康复医院管理。此后近一年,患者一直在该康复医院进行肠内营养支持,并得到了高质量的护理,但由于该康复机构缺乏精神专科医疗技术支持,患者持续存在上述不言、不动、拒食的表现。刑满释放后,患者立即被儿子送入我科。体格检查:消瘦,体重42 kg,体重指数15.6,四肢肌肉萎缩,皮肤弹性差,无压疮,腹部皮褶厚度为0.5 cm。精神检查:双上肢肌张力高,右上肢较明显,保持双腿屈曲的固定姿势,存在违拗,紧闭双眼,尝试对患者进行瞳孔检查时,患者用力闭眼以抵抗。不语、不动,面部表情固定,压眶时有皱眉反应,阳性和阴性症状量表(Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)总评分105分。辅助检查:心电图提示T波低平,贫血三项提示铁蛋白偏低(8.30 ng/mL),血红蛋白115 g/L,白蛋白40.9 g/L,肾功、电解质、甲状腺功能、颅脑CT、重要脏器彩超均未见明显异常。诊断为精神分裂症、紧张性木僵、营养不良。诊断为精神分裂症是因为该患者在经历木僵之前存在精神运动性兴奋、嫉妒妄想及逐渐泛化的被害妄想、关系妄想、被监视感,且没有足够的证据表明患者存在器质性疾病。在鉴别诊断中考虑伴有精神病性症状的重度抑郁发作及分裂情感性障碍。因患者以妄想为主要表现,情绪不稳继发于精神病性症状,并无明显抑郁情绪,故排除重度抑郁发作及分裂情感性障碍这两种诊断。

入院后继续保留胃管,护理照护,营养支持,预防压疮与下肢深静脉血栓形成。紧张性木僵可见于精神分裂症的阳性症状,为MECT的适应症,而利培酮对精神分裂症的阳性症状及阴性症状均有效<sup>[15-16]</sup>。考虑到患者拒食,此前从未使用过精神科药物,而利培酮口服液给药途径方便,剂量调整灵活,可以从小剂量开始逐渐加量,故予利培酮口服液(杨森公司,起始剂量0.4 mg/d)及MECT(美国醒

脉通,第四代,2~3天一次)治疗。常规使用戊乙奎醚注射液抑制唾液腺和气道腺体分泌,依托咪酯注射液诱导全麻,氯化琥珀酰胆碱注射液术中维持肌肉松弛,能量比例从50%递增到100%,通电时间7秒左右。入院第8天和第10天,经过两次MECT治疗之后,患者出现眼角流泪、皱眉和轻微下肢活动。第三次MECT后数小时,患者表达进食意愿。经吞咽功能及误吸风险评估,仍继续鼻饲饮食。随着MECT治疗次数及利培酮剂量的增加,患者木僵状态渐缓解,开始饮水、流质食物,直至正常饮食。MECT治疗8次后(住院第27天)结束疗程,利培酮口服液也逐渐滴定到3 mg/d,后患者感白天困倦,遂降低利培酮口服液剂量为2.5 mg/d并维持该剂量。患者情绪稳定,表情自如,能自主活动,体重较前增加,能主动与病区病友交流沟通,未引出幻听及妄想等精神病性症状,复评PANSS总评分50分,对过去一年木僵状态不能回忆。住院期间,患者积极参与康复治疗,从活动四肢关节、尝试床旁站立到逐渐独立行走。患者自诉膝盖酸痛,磁共振显示双膝关节骨质退行性病变、骨髓水肿及骨质疏松症,予葡萄糖酸钙D2咀嚼片及阿法骨化醇软胶囊对症治疗。患者长期便秘,自主进食后便秘逐渐改善。

## 2 讨 论

紧张性木僵大大增加了某些医疗并发症的风险以及死亡率,如肺炎、尿路感染、深静脉血栓形成、肺栓塞、尿潴留、褥疮、肾功能衰竭、抗精神病药物恶性综合征等<sup>[17]</sup>。此病例的特殊性在于患者的紧张性木僵持续12个月,极大增加了治疗和护理的难度及并发症的风险。患者涉及纵火案件,因离异而缺乏家庭支持及日常护理,患者没有得到及时的精神科相关治疗,最终发展成木僵,并持续存在一年。此前国外一篇病例报道中,一患者存在木僵状态长达3周,存在严重脱水及营养不良等并发症<sup>[18]</sup>。而本案例中,患者木僵状态持续12个月,卧床和鼻饲整整一年,体型消瘦,存在严重的营养不良、便秘、双膝关节骨质退行性病变、骨髓水肿及骨质疏松症等并发症。由于之前康复医院的护理到位,患者皮肤状况尚好,也无多器官功能受损,所以当患者被送至我科时仍有机会恢复精神及躯体的功能。

自氯丙嗪问世以来,抗精神病药在精神分裂症的治疗中一直占据主导地位<sup>[19]</sup>,但单用抗精神病药物治疗木僵的效果并未得到公认。包括利培酮在

内的非典型抗精神病药物具有较弱的 $\gamma$ -氨基丁酸激动作用及5-HT拮抗作用,可刺激前额皮层释放DA,缓解紧张性木僵<sup>[20]</sup>。但因药物对木僵影响缓慢,MECT通常为首选治疗方案。对该例患者采用MECT联合利培酮口服液治疗,在患者拒食的情况下,利培酮口服液具有剂量调整灵活、给药途径方便等优点。本案例达到了预期的结果,患者的紧张性木僵得以缓解,表明MECT联合利培酮对紧张性木僵有效,即使是长达12个月的木僵,亦取得临床痊愈的效果。本案例使用利培酮,主要目的是借助药物来巩固和维持MECT治疗效果,而非木僵急性期的主要解决方案,所以并不急于在MECT治疗中过快增加利培酮剂量。

虽然目前关于木僵状态的治疗是否可采用抗精神病药物仍存在争议,但本案例提示,在巩固和维持MECT治疗效果时,利培酮是有益的。进一步的研究可关注与MECT相关的抗精神病药物对紧张性木僵的效果和安全性。

## 参考文献

- [1] Walther S, Stegmayer K, Wilson JE, et al. Structure and neural mechanisms of catatonia [J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(7): 610-619.
- [2] Wilson JE, Niu K, Nicolson SE, et al. The diagnostic criteria and structure of catatonia [J]. *Schizophr Res*, 2015, 164(1-3): 256-262.
- [3] Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own [J]. *Am J Psychiatry*, 2003, 160(7): 1233-1241.
- [4] Kim S, Kim TE, Kim D, et al. Prolonged stupor in perampanel overdose and pharmacokinetic considerations [J]. *J Epilepsy Res*, 2018, 8(2): 87-89.
- [5] 刘爽,王斌全. 1例亚木僵病人的护理及思考 [J]. *全科护理*, 2020, 18(18): 2300-2301.
- [6] Appiani FJ, Castro GS. Catatonia is not schizophrenia and it is treatable [J]. *Schizophr Res*, 2018, 200: 112-116.
- [7] Abe K, Kiriike N, Suzuki T. Sulpiride in stupor [J]. *Psychopharmacologia*, 1972, 26(1): 91-92.
- [8] Plans C, Tallada N, Yetano V, et al. Sudden death in a case of latent pheochromocytoma due to sulpiride [J]. *Rev Clin Esp*, 1979, 152(4): 327-329.
- [9] 吴存博. 舒必利治疗致木僵1例 [J]. *临床精神医学杂志*, 2021, 31(4): 336.
- [10] Lin CC, Hung YY, Tsai MC, et al. The lorazepam and diazepam protocol for catatonia due to general medical condition and substance in liaison psychiatry [J]. *PLoS One*, 2017, 12(1): e0170452.
- [11] Lin CC, Huang TL. Lorazepam-diazepam protocol for catatonia in schizophrenia: a 21-case analysis [J]. *Compr Psychiatry*, 2013, 54(8): 1210-1214.
- [12] Huang YC, Lin CC, Hung YY, et al. Rapid relief of catatonia in mood disorder by lorazepam and diazepam [J]. *Biomed J*, 2013, 36(1): 35-39.
- [13] de Neeling M, van Paesschen W. Stupor in a catatonic patient due to an interaction between high-dose lorazepam and valproic acid: a case report [J]. *Acta Neurol Belg*, 2021, 121(4): 1077-1078.
- [14] Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, et al. A clinical review of the treatment of catatonia [J]. *Front Psychiatry*, 2014, 5: 181.
- [15] 江开达. 精神药理学 [M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 364-366.
- [16] 郝伟. 精神病学 [M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 89-90, 285.
- [17] Funayama M, Takata T, Koreki A, et al. Catatonic stupor in schizophrenic disorders and subsequent medical complications and mortality [J]. *Psychosom Med*, 2018, 80(4): 370-376.
- [18] Kirino E. Prolonged catatonic stupor successfully treated with aripiprazole in an adolescent male with schizophrenia: a case report [J]. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 2010, 4(3): 185-188.
- [19] 李梦蝶, 杨晓敏, 佟靓, 等. 精神分裂症患者执行功能损伤特点的研究进展 [J]. *四川精神卫生*, 2020, 33(4): 373-378.
- [20] Cassidy EM, O'Brien M, Osman MF, et al. Lethal catatonia responding to high-dose olanzapine therapy [J]. *J Psychopharmacology*, 2001, 15(4): 302-304.

(收稿日期:2021-09-07)

(本文编辑:陈霞)