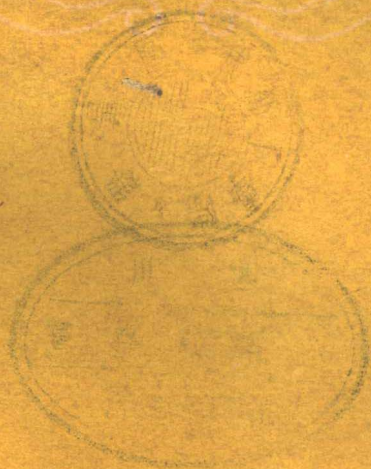


22-137399

東 聯

睡眠療法



東北醫學圖書出版社

1953

錄

聯

睡眠療法

東北醫學圖書出版社

1952

蘇聯睡眠療法

者：東北醫學圖書出版社編輯部編
版：東北醫學圖書出版社
刷：東北醫學圖書印刷廠
行：東北醫學圖書出版社
總社：瀋陽市和平區中山路84號
門市部：瀋陽市和平區太原街30號
哈爾濱市道裡地段街43號
長春市四馬路四段1號
大連市中山區天津街164號
推銷處：北京市西單北大街32號

版權所有 不准翻印

1952年9月初版1—8,000冊 編號 丙 97
1953年2月再版1—10,000冊 定價：6,600元

序 言

睡眠療法早已在蘇聯展開普遍地研究與實用。但我國在各科尚未有系統地展開推廣。爲了進一步廣泛的開展有系統地學習巴甫洛夫學說，特別是睡眠療法，本社特蒐集了國內外有關這方面的材料，編成此書。

本書首先介紹睡眠療法的總論，然後分節詳述在外科、內科及其他各科的應用，內容豐富、實際。希各地醫務人員學習與研究。

編 者

一九五二年八月十五日

目 錄

總 論

一、蘇聯關於睡眠療法實施的暫行指示	7
二、睡眠療法	14
三、巴甫洛夫之藥物睡眠及神經的 Novocain 封閉是一種病因療法	17
四、護士在施行睡眠療法中的作用	27
五、睡眠療法之應用	34

各 論

外科：一、巴甫洛夫的保護性睡眠療法在術前及術後時期的應用	39
二、睡眠療法對手術及術後期間的作用	57
三、外科手術時施行局部麻醉及藥物性睡眠麻醉法	64
四、手術後肺合併症的預防法——睡眠療法	70
五、睡眠療法在潰瘍性疾病外科治療中的作用	73
六、睡眠療法治療經久不癒的創傷和潰瘍	77
七、對於手及指的某種炎症疾患應用睡眠療法的經驗	79
八、神經系損害的睡眠療法	89
內科：一、睡眠療法對消化性潰瘍的治療	94
二、胃和十二指腸潰瘍的持續睡眠療法	99
三、胃潰瘍及十二指腸潰瘍的綜合療法	103
四、以斷續的睡眠療法治療慢性赤痢	109
五、高血壓症的睡眠療法	115

六、以結合方法應用催眠藥治療高血壓症.....	118
七、高血壓病之長期睡眠療法效果的初步觀察	123
神經科：一、催眠性睡眠阻抑在官能性神經病症候群之病因和 治療上的意義.....	128
二、睡眠療法對神經衰弱臨床效果的初步觀察.....	136
眼科：一、睡眠療法在眼科的應用經驗.....	141
產科：根據巴甫洛夫保護阻抑學說在產科臨床中電氣睡眠之 應用.....	147

總

論

蘇聯關於睡眠療法實施的暫行指示

(蘇聯保健部學術會議制定)

一、實施方法

1. 長時間的睡眠療法必須在住院條件下，藉有窗簾掩蔽而由木門關閉的窗與音響完全隔絕的病室內實施。病室內應有適宜溫度及通風條件。床前小桌宜搬開。在實施睡眠療法過程中，一切親友訪問都在絕對禁止之列。

2. 病室內必須有初級醫務人員（助理護士）經常輪流值班，並由值班護士擔任照看，病舍或病科內必須設有值班醫師。

3. 凡指定使用睡眠療法的患者都應受全面的臨床及實驗室檢查，連X射線檢查也包括在內。

4. 開始治療的前夕，用灌腸法清除腸管，入浴並測定體重。

5. 為得到每晝夜16—20小時的睡眠，可用巴比土酸鹽（Барбамил——相當於 Amytal-Sodium——譯者註）。Барбамил 的用量應該是個別化的。最初用量——每次 0.1—0.2。如果耐受力良好，以後可以每次服 0.2—0.3，每晝夜 3—4 次。

本品味很苦，宜裝入膠囊或與大量白糖同服。經過正常的睡眠通常在投藥後 20—40 分鐘開始；睡眠最沉熟時是在投藥後 2—4 小時。如果患者不能入睡，隔一小時半後，再投以原量之一半。

Барбамил 可與魯米那爾（luminal）併用，惟魯米那爾每晝夜的用量不得超過 0.6。並且至多連服 5 日；在此種條件下，Барбамил 的用量酌量減低。

在巴比吐鹽類效率不够場合，爲使睡眠更加沉熟，可以另再應用溴化物；如果連加了溴化物也不能充分奏效，那末祇要心臟血管系統方面沒有禁忌症，再可以應用水合三氯乙醛(chlotalum hydratum)，一晝夜用量——1.5—2.0；以灌腸方式一次(1.5)或分二次(1.0+1.0)納入；通常溶解在粘性煎劑(decoction)或葡萄糖溶液中應用。

爲減少催眠劑的一晝夜量起見，可以採用條件反射方法來延長睡眠；其法是以無作用的散劑一晝夜間數次替代催眠劑。

6. 各患者對催眠劑的個別感受性並不一致，所以若干例內，宜逐漸提高用量，可是以不超過上面所記量爲限度。如果發生蓄積作用，則宜把催眠劑用量漸次減低。

7. 患者醒覺之後，去便所，進食並服排定的藥量。

8. 如患者在應服藥或進食時尚未醒覺，不必強行把他喚醒，宜等他自動醒覺，通常他離規定的時間不久，就會醒轉來。患者的飲食（每日進食3—4次）應富營養性，多含維生素而柔軟易消化的。患者進食時，應該由護理人員餵飼。

9. 患者醒覺後前往便所時，來回必須由護理人員陪伴，因爲此時發生暫時的共濟失調。

10. 由於腸管的緊張力減弱，宜每日灌腸一次。每天早上必須漱口刷牙。如有活動義齒，睡眠時必須卸下。

11. 關於睡眠療法日期的久暫，在遷延性內科及神經疾病場合，宜延長至12—15日，中間最好間斷一日。每一病例內，睡眠療法時期的長短應隨患者的狀態和疾病的特性個別規定。

12. 使患者脫離睡眠狀態時，應出之以漸進的方式。在睡眠療法告終前2日，就宜漸漸減低催眠劑的一晝夜用量（每日減低一半）。催眠劑完全停止後隔1—2日，把患者轉送到統病室中去。睡眠療法之後，有時發生失眠，可以投予催眠劑及溴化物，一連2—3日。

13. 爲每一受睡眠療法的患者，編製一本個人的日誌，其中記載的是：投予催眠劑的量及次數時間，一晝夜量，醒覺時間，每晝夜睡眠小時數，睡眠的沉睡程度，患者覺醒時的狀態，進食時間，腸管的機

能，排尿次數。每日至少記載體溫、脈搏及呼吸數2—3次；每日至少測量血壓一次，必要時多次。

14. 如果疾病症狀重新出現，可以再把睡眠療法治程重複一次，但必須經過至少4—5個月以後。

二、長時間睡眠的經過

上述各催眠劑的用量引起與生理睡眠近似的長時間睡眠，

1. 入睡之際有時伴發輕度的言語興奮及欣快症。
2. 體溫正常。第6—7日，有時發熱，但絕不超過一日。
3. 血壓通常降低15—20公厘水銀柱。
4. 呼吸較稀，脈搏頻度大致正常。
5. 食慾增進，大多數患者體重增加。
6. 胃腸運動機能減弱。
7. 血液成分不變或正常化（在原有病變場合）。
8. 在睡眠期中，過去曾患的疾病可能增惡（關節疼痛、胸膜疼痛等）。

9. 在睡眠療法過程中，有時發生：共濟失調，吶吃，欣快狀態及輕度的精神發動興奮。

全部睡眠療法可以簡略分為下列各期：

第一期（第一至第三晝夜）：睡眠與正常類似，沉熟而安靜。醒覺期中，一般自覺良好。有時發欣快心緒，疼痛併合症狀減輕或消失。動脈血壓略降低。

第二期（第四至第八晝夜）：睡眠呈現淺性，由於對催眠劑的習慣，醒覺較頻。為增加睡眠的沉熟度及延長其時間，宜採取上面第一節（一、）中5項中的辦法。這幾天中，可能看到中毒現象（參閱第三節〔三、〕）。

第三期（第九至第十二晝夜）：中毒現象減輕，動脈血壓、脈搏、體溫均正常。

第四期（脫離睡眠期）：停止投予催眠劑後2—3日，發生一種無力

弛緩、嗜眠的狀態，有時則有頭痛及失眠。比較很少見的是興奮狀態及譫妄現象；這種狀態和現象通常自行消失。

若干患者在停服催眠劑後最初2、3日中，可能呈現抑鬱現象，或者相反，欣快狀態，以後又與正常情緒狀態相交替。

脫離睡眠期需要精密的觀察和護理。本期中宜給患者以豐富的飲食，使其沐浴，並靜脈注射葡萄糖及維生素C。

三、併發病

在催眠劑用量正確，患者選擇合理，考慮禁忌症場合，通常不會發生併發病。

1. 極少數病例內，發生頭痛、惡心、嘔吐及呃逆。在發生頭痛場合，可投以習用量的匹拉米董及非那西汀。睡眠療法最初數日中發生的嘔心，嘔吐及呃逆不足以成為停止睡眠療法的適應症，這些現象通常隨着睡眠的沉熟化而逐漸消失，如果這些現象在較晚期中發生，則乃是停止治療的指示。

2. 極少例內，可能發生心臟血管機能不全現象及呼吸減弱，此時祇要注射樟腦製劑，咖啡鹼，Корднамил（相當於可拉明Coramin）或 Цитион（呼吸刺激劑——譯者附註）。

3. 在催眠劑過量場合，可能發生神經系方面的病理症狀（複視、斜視、錐體束症狀）。

4. 在發熱不到 38° ，而且與偶發的傳染病無關的場合，暫時停止睡眠療法。

5. 在發生偶然的傳染病場合，睡眠療法應完全停止。

6. 在必須停止睡眠療病例內，立刻停止授予催眠劑，同時注射 Корднамил，咖啡鹼及樟腦製劑。在脫離睡眠狀態過快時，在少數例內，會發生癲癇發作；在通常脫離睡眠期中，極少例內有時也能發生此類現象。

睡眠療法的適應症

內科疾病

1. 適用保守療法的胃及十二指腸潰瘍性疾患病例。

下列各情况都不適用睡眠療法：

a) 胼蓋性潰瘍

b) 深入性潰瘍

c) 穿孔前期

d) 有癌腫變性的疑似的潰瘍

e) 大量出血的病例

f) 長時間出血的潰瘍

g) 伴有幽門狹窄的潰瘍

h) 伴有嚴重胃周圍炎，或十二指腸周圍炎及胃與十二指腸的持久性變形的病例。

2. 伴有疼痛及胃分泌過多的慢性胃炎。

3. 高血壓病的機能期（植物性期）及硬化期，大腦、眼底、心臟及腎臟方面無嚴重障礙的病例。如中樞神經系、眼底、心臟血管系統及腎臟方面有顯著障礙，睡眠療法即不適用。又惡性高血壓病中，也不宜應用睡眠療法。

4. 輕症甲狀腺機能亢進症。

外科疾病

1. 下肢營養性潰瘍，但因周圍神經損害及靜脈怒張而起的病例不適用。

在睡眠療法開始之前，必須先按習用方法局部處理潰瘍。

在睡眠療法開始之前，必須先按習用方法局部處理潰瘍。

2. 第一及第二型燙傷。此時睡眠療法與局部油質香膠制腐法及其他局部療法配合應用。

3. 急性炎性機轉（乳房炎、蜂窩織炎、重篤癰疽）的在尚無手術適應的時期者。此時睡眠療法也與局部油質香膠制腐法、青黴素療

法等配合應用。

4. 胸腔及腹腔器官嚴重手術之後。
5. 伴有間歇性跛行症的下肢閉塞性動脈炎的初期。

在外科疾病場合，採用持續1、2日至1、2星期的斷續性藥物睡眠療法。

中樞及周圍神經系疾病

1. 伴有中樞性及周圍性疼痛併合症狀的神經科疾病：與視丘外傷性及血管損害有關的疼痛，伴有疼痛併合症狀的頑固性神經痛及神經炎、灼性神經痛、虛痛（Phantom pain）。

2. 頑固偏頭痛
3. 瀰漫性硬化症，假性硬化症，共濟失調症狀。
4. 伴有共濟失調症狀的小腦經路血管性及外傷性損傷。

皮膚病

1. 神經性皮膚炎——限局性及蔓延性。
2. 紅色扁平苔癬（各種病型）。
3. 癢疹性濕疹。

睡眠療法過程中，可以同時採用習用局部治療。

每隔4—5日，患者可行雨淋浴一次（如無局部禁忌症——譯者附註）。

四、睡眠療法的禁忌

1. 伴有顯著血液循環不全現象的心臟血管系統疾病（第二、三期不全現象）。
2. 大腦及心臟冠狀動脈的顯著硬化現象。
3. 重篤的冠狀動脈機能不全及心臟梗塞。
4. 腦溢血。
5. 肺臟疾病：肺結核的活動型，慢性非特異性肺炎，枝氣管擴張症，顯著的肺氣腫。
6. 腎臟病：伴有腎機能不全現象的急性及慢性腎臟炎。擬脂性

及澱粉樣擬脂性細尿管上皮變性腎病(amyloid-lipoidic nephrosis)。

7. 肝及膽道疾病: 急性慢性肝炎、肝硬變、膽管炎、急性膽囊炎。

8. 惡性腫瘤及白血球增生病。

9. 糖尿病。

10. 巴塞陀氏病及其他內分泌性疾病。

11. 一切伴有嚴重全身衰竭的疾病。

12. 一切急性傳染病。

13. 過去曾有譫妄狀態及慢性酒精中毒。

14. 中樞神經系腫瘤，進行性癱瘓。

(朱濱生譯「蘇聯醫學」1951年第6期)

(轉載健康報第206期, 1951年12月)

睡 眠 療 法

在蘇聯睡眠療法已被許多城市和鄉村的治療機關廣泛地用來治療內科、外科、婦科、皮膚科、神經科及其他科疾患。睡眠療法的原理是建築在巴甫洛夫學說——睡眠的保護和恢復作用的基礎上的。長期使用睡眠療法的經驗證明它是一種很有效的治療方法。特別是對潰瘍性疾患、神經性皮膚炎、燒灼性神經痛、幻覺性疼痛、頑固性神經痛、早期性高血壓症、某些型的扁桃腺炎、營養性潰瘍、膿性蜂窩織炎（急性結締織炎）及火傷等患者，應用本療法有着極高的治療效果。睡眠療法與一切療法相同，同樣是依照患者神經系統的類型，疾病的時期和情形，正確的催眠藥用量才能收到確實的效果。不消說，假如不按照這種合理的指示是不允許採用這種嚴肅的方法的。

由於長期睡眠是作用於人體之最重要的器官，並特定地作用於其高級機能，即作用於腦髓，所以必須注意到該療法的使用方法問題。

應用長期麻醉性睡眠療法來治療疾病，已經不是新的方法。很早以前，在精神病科就已經用了長期麻醉法來抑制某些精神疾患的興奮，例如狂躁症的興奮、幻覺症及譫語等。Э. А. Асратян氏對外傷性神經系統疾患，В. И. Вирман氏對精神神經病都會用過長期麻醉性睡眠治療法。在戰爭時期，А. Г. Иванов氏和 Сморонский氏對外傷性震盪之症候群和戰後時期的某些精神病患者施用睡眠療法都收到很好的效果。

巴甫洛夫的實驗室，在病理學史上首先用狗的高級神經活動障礙做了實驗。在這些神經障礙的實驗中，М. К. Петрова氏觀察到各種自主神經症候：水瀉疹、頑固性皮膚疹、消化道活動障礙、關節疾患甚至癌腫的產生，他並指出，只有在溴的影響下才能消失自主神經疾患，而恢復正常的中樞神經機能。這說明了，去除高級神經性的病

因，是恢復某些自主神經疾患的前提。

必須特別強調的，在巴甫洛夫以前，對內科疾患病因之分析，祇限於自主神經的範圍內，而沒聯繫到高級神經系統對它的作用。

巴甫洛夫首先在自然科學、生理學和醫學史上，從二元論的論調過渡到真實的唯物的有機體與周圍環境的統一論，從有機體的完整和統一中，發掘了這些科學。而這些科學不僅可以作為瞭解有機體的正常生活，而且也是瞭解病理變化的重要根據。

巴甫洛夫指出了關於中樞神經系統高級作用的問題。他確定了：
『高級部份（大腦半球）掌管全身所發生的各種現象』。

巴甫洛夫指出了大腦皮層障礙的其他機轉：「由於情感的強烈刺激會增強大腦皮層的刺戟，並很快地擴大刺戟範圍及其刺戟能力。」

根據偉大生理學家的這些論據，可以決定腦內皮層障礙或自主神經病變的一般部位，也就是皮層的減弱和衰退與皮層下核領域的破壞，其徑路及其所支配的內臟；皮層下核的混亂與不適當的反應，能引起機能的，然後引起器質性的內臟障礙。

以所有部份組織都和中樞神經系統有求心性聯繫的觀點出發，我們就可得出結論：病灶無論從那開始，而衝動是皆由局部沿神經傳達於腦髓，主要是達於皮層下核，但也可達於皮層。

總的說來，可以根據巴甫洛夫學說的原理，在一般的自主神經病變的病因機轉範圍內解釋睡眠治療作用的本質。須要認識到腦髓——皮層及皮層下核——中樞的裝置基礎，是保證健康和預防疾病的。

在一定的條件下，腦皮層和皮層下核相聯聯的障礙可以引起內臟的營養障礙。這樣一來，真正的原因療法結局不外乎是恢復大腦的正常活動，首先是恢復其皮層及皮層下核。也就是睡眠能恢復腦的健康狀態。

應該這樣認識，在病變的最初，可能發生自主神經範圍內的充進，腦髓的興奮——大腦皮層機能的強化，這是它的補償反應。在某些情況下，很明顯，所有腦機能活動減低的影響下，例如催眠可使病變引起惡化。根據 A. B. Рабыхина 教授的觀察，對初期滲出性結核使

用長期睡眠會使其疾病之經過變為惡化。

治療內科疾患，如胃潰瘍、十二指腸潰瘍、下腿營養性潰瘍、皮膚疾患及其他疾患時，當怎樣使用長期睡眠療法呢？

蘇聯保健部所確認的長期睡眠方法並不複雜。施行長期睡眠療法必需住院，在一個單獨之絕對靜肅並帶有窗簾的病室裡。用巴比特魯製劑，尤其是 Барбамил，用量每次0.1—0.3克，一晝夜3—4次。如巴比特魯的效果不明顯時可追加溴製劑，如果沒有禁忌症，可以用水化氫銻1.5克進行灌腸。

治療急性疾患普通睡眠3至7日。治療慢性疾患時，要求更長一些的睡眠，平均約為15至20日。幾天之後可以運用條件反射。或用與催眠藥形態相類似的藥物代替催眠藥，來延長睡眠。由於巴比特魯的蓄積作用，可以在睡眠過程中，逐漸減少催眠藥用量。

睡眠療法的禁忌症是重症的心臟、血管、肺、腎、肝等疾患和嚴重的支氣管喘息。

在應用睡眠療法的過程中，作長期間的間歇是不妥當的。因為在精神飽滿時，外界作用常會破壞其安靜致使疾病復發。

某些著者主張應用睡眠療法時要併用其他療法，如抗生療法等。然而，在施用睡眠療法時再用藥物療法會減低其本身的效果。許多的觀察證明了長期睡眠會引起精神情緒的改變。常看到病人從刺激性、神經質和憂鬱的心情變成冷靜、沉默的、樂天派的狀態，恢復了工作能力。

催眠藥對個別患者是毫無效果的，因此，對於他們就不是用這種療法。

長期睡眠療法又可作為分析病因的方法。由於多種多樣的病因影響（營養的、傳染性的、精神性的及其他的）有時很難或甚至不可能決定腦髓在病因中所起的作用。長期睡眠之治療效果是疾病由腦髓引起的真確證明。

睡眠療法在原則上，是代表着新的獨創的療法。

（劉雄華、吳宜剛節譯自「Медицинский работник」1951.9.20. 第三版）

（原載健康報第208期，1951年12月）