

中華內科雜誌

一九五三年 第一號—第六號

中華內科雜誌

人民衛生出版社

一九五五年·北京

內 容 提 要

中華內科雜誌第一卷是前內科學報移京，由中華醫學會內科學會主編的第一年刊物。全卷共六期，478面，有論著 53 篇，蘇聯文獻譯述 11 篇，臨床病理討論 8 篇，病例討論 5 篇，醫療技術 13 篇，還附有索引。

本刊的目的是交流經驗，介紹蘇聯先進經驗，協助全國醫務工作者解決有關內科的理論和技術問題。爲了符合多數讀者的需要，編輯方針是在普及的基礎上求提高。內容切合實際，篇幅短小精練，敘述簡單明白，可以作業務學習的資料。

本卷的重要論著包括有：睡眠療法的國內經驗報道二篇，皮膚利什曼病的病理報告二篇，心臟導管檢查的原理、應用和病例報告共二篇，氯黴素治療傷寒的經驗介紹二篇，原發性非典型肺炎的病例分析和病毒分離各一篇，嗜鉻細胞瘤的報告一篇。此外還有近三十年來日本血吸蟲病國內研究工作的綜述一篇，可供從事研究該病者作案頭參考。

譯述的蘇聯文獻主要是 1952 年以後的作品，例如「巴甫洛夫對於病因和實驗治療的觀念爲微生物和免疫學的基礎」，「巴甫洛夫思想在內分泌學發展中的意義」，「全蘇內科學會理事會對睡眠療法工作的總結」等文都是對內科臨床工作有重大的啓示的。

本卷中的第二期和第三期是分別以寄生蟲病專號和心臟、血管病專號的姿態出現的，尤其適合系統學習之用。

中華內科雜誌

(雙月刊)

一九五三年一至六期

合訂本

• 編輯者 •

中華醫學會總會內科學會
中華內科雜誌編輯委員會
北京東單三條四號

• 總編輯 •

譚 壯

• 副總編輯 •

張孝壽 吳朝仁
朱憲彝 徐 采

• 出版者 •

人民衛生出版社

北京崇文區錢子胡同 36 號

• 發行者 •

新 華 書 店

• 印刷者 •

北京市印刷二廠

北京佟麟閣路 71 號

一九五三年合訂本總目錄

蘇聯共產黨中央委員會，蘇聯部長會議、蘇聯最高蘇維埃主席團告全體黨員、蘇聯全體勞動人民的公告	(2, i)
毛主席致電弔唁斯大林逝世	(2, iii)
中國共產黨中央委員會的唁電	(2, iv)
中華醫學會理事長傅連暉痛悼偉大的革命導師斯大林同志	(2, v)
中華醫學會總會唁電	(2, vi)

論 著

精神病睡眠療法和一百例病案總結	陶國泰 陳 詒	(1, 1)
內臟的條件病理反射	畢 涉 王維哲 張寶庚 何安光	(1, 13)
蜘蛛膜下腔出血	羅建仲 蔣明志	(1, 19)
蜘蛛膜下腔出血	張鍾儒	(1, 26)
視神經脊髓炎	胡用霖 鞠明誠 石珍榮	(1, 31)
肝硬變之組織療法	劉樹錚	(1, 34)
氰化物中毒	徐英含	(1, 38)
黑熱病皮膚利什曼病——文獻複習併報告二典型病例及用短程銻劑治療之觀察	陳子達 陳邦模 顧 仁 黎磊石 陳敬才	(2, 81)
黑熱病補體結合試驗——簡製抗原在七四二病例應用中準確度之研究	翁心植 鍾惠瀾 侯宗昌 賀聯印 陳灝珠	(2, 90)
我國肺吸蟲病之分佈概述	陳灝珠	(2, 93)
肺吸蟲病一例	王瑞棠 黃德光	(2, 100)
淮南所見的絲蟲病	蔡醒華 章學溥 黃明洲 殷慧生	(2, 101)
海羣生治療絲蟲病七九例的追查報告	張鴻典 強培源 龔建章	(2, 109)
東北所見人體條蟲病之概況	潘瑞孫 江紹基 俞國瑞	(2, 112)
檳榔治療有鈎條蟲病	王月如	(2, 117)
檳榔治療短小條蟲病	許本謙	(2, 118)
杭州市大中學生腸寄生蟲調查報告	黃天威 胡承洲	(2, 121)
阿米巴性肝左葉膿腫	王勝淼 盧筱英	(2, 124)
心臟導管檢查術對於診斷先天性心臟病的貢獻		
I. 心臟導管檢查術的原理和應用	黃 宛 方 圻	(3, 161)
II. 病案報告	黃 宛 方 圻 邵孝銑 孫紋曾 劉士珍	(3, 167)
心動電流圖的意義及其在診斷上的應用	吳 潔	(3, 175)
肺小動脈硬化病	孔慶德 楊承榮 余友煥	(3, 178)
心臟X線記波攝影的原理與臨床應用	劉玉清	(3, 182)
布氏桿菌病一例報告	楊開濟 劉經邦	(3, 189)
小劑量氯黴素治療傷寒及副傷寒的探討	林 琦 戴自英	(4, 241)
用氯黴素治療腸傷寒及副傷寒八十五例之療效	馮新爲	(4, 249)
腸屬細菌的鑑別和抗原性	朱其岩	(4, 257)
上消化道大量出血八十病例報告	麥智廣	(4, 264)
見於南京的七十名麻風患者病案之分析	丁榮施 胡文仙	(4, 268)
血流中嗜伊紅白血球數字昇降之機理	鄭安堃	(4, 272)
人工氣胸之作用機轉	胡曾吉 陳家倫	(4, 277)
氨硫脲 (TBI) 引起的顆粒性白血球減少症一例	王念斌	(4, 282)

胆石所引致之腸梗塞	江紹基	徐家裕 (4, 284)
南昌市大葉性肺炎一九八例臨床分析	徐叔雲 何自亮	王克惠 (5, 315)
原發性非典型肺炎		
I. 北京所見四十二例之臨床分析	張學德	丘福禧 (5, 319)
II. 由一例患者痰中分離出一種病毒之初步報告	張學德 丘福禧	蔡如升 (5, 334)
肺內注射青黴素治療肺膿腫之觀察	張淑延	(5, 329)
肺出血之腦垂體後葉素靜脈注射療法	陳廣田 錢元福	袁政漢 (5, 334)
胡豆黃	吳孝感	李世昌 (5, 338)
因撲瘧母星與阿的平合用引起之黑水熱病三例之臨床報告	戴懷遠	(5, 343)
日本血吸蟲病國內研究工作的綜述	毛守白	(5, 346)
應用酒石酸銻鉀三天療法治療日本血吸蟲病的初步報告	邵丙揚	(5, 356)
發作性腫病 (Narcolepsy) 病案報告	鄭成光	(5, 361)
嗜鉻細胞瘤	文士械 富壽山	(6, 395)
夾竹桃中毒——引起心傳導阻滯 (報告一病例)	郭 倉	(6, 403)
睡眠療法初步臨床觀察	胡健吾 張淑孟 何 瑾	(6, 405)
氣黴素及其在臨床上之應用	金 蘭	(6, 411)
青黴素過敏性休克之病例報告	蔡有章 溫珠麟	(6, 420)
日本血吸蟲病國內研究工作的綜述 (續)	毛守白	(6, 422)
旅大市流行性陰囊皮膚炎的調查研究初步報告	張永聖	(6, 427)
先天性一側萎縮	薛啓寬	(6, 431)
阿的平引發之精神病變	朱師晦 陳愛仁 符任才	(6, 437)
胆道蛔蟲病兼有胆總管結石病二例報告	古樞興	(6, 440)
巨大之阿米巴肝膿瘍	何南祥	(6, 443)

蘇 聯 醫 學

巴甫洛夫對於疾病原因和實驗治療的觀念爲微生物學和免疫學的基礎	金汝煌譯	(1, 41)
條件反射性低血糖在臨床上的應用	劉雄華譯	(1, 46)
巴甫洛夫神經論是蘇聯先進醫學的基礎理論	金汝煌	(2, 129)
全蘇內科學會理事會對睡眠療法工作的總結	金汝煌譯	(3, 192)
風濕性內皮細胞增生病與拔罐試驗	張蕙芬譯	(3, 196)
高級神經活動學說與內科臨床關係	李健羣節譯	(4, 289)
巴甫洛夫思想在內分泌學發展中的意義	周宗順譯	(4, 293)
巴甫洛夫生理學說與蘇聯病理解剖學	赫明昌譯	(5, 363)
靜脈注射奴佛卡因治療心絞痛	孫顯明譯	(5, 371)
高血壓病的病原和治療: 蘇聯文獻綜述	金汝煌譯	(6, 445)
長期睡眠療法對高血壓病患者腎臟機能的影响	徐趾麟譯	(6, 449)

文 摘 筆 記

人腦皮質與丘腦下部的解剖關係	俞壽民譯	(1, 48)
三氯化砷中毒	俞儀孟	(1, 53)
鈣及無機磷的代謝	陳培恩	(1, 56)
抗藥性與異菸鹼鹼肝	姚光弼	(2, 133)
用鹽酸奎那克林治療瘧病	克 摘譯	(2, 134)
動脈粥樣硬化症之新知	盧義欽譯	(3, 200)
慢性肺原性心臟病	錢元福譯	(3, 203)
內分泌官能紊亂所引起之高血壓症	沙榮慧 劉佐庭譯	(3, 209)

癌的化學治療.....徐昭榮 (3, 212)

異菸鹼肼治療結核病的進一步觀察的介紹.....謝少文 (3, 221)

異菸鹼肼對結核病的治療報告.....李立羣譯 (3, 224)

異菸鹼肼治療肺結核.....毛應驥譯 (3, 227)

氣氫素間斷療法對防止傷寒復發的效用.....黃越華譯 (4, 298)

血清澱粉酶測定的臨床價值.....彭孝敬譯 (4, 298)

消化性潰瘍引起大量出血的治療.....姚光弼譯 (4, 301)

普通感冒自然感染之研究.....胡希強譯 (5, 373)

黃疸治療之進展.....譚毓銓譯 (5, 376)

食道潰瘍所引起之主動脈侵蝕.....李雲之譯 (5, 379)

危險的氣氫素.....毛應驥摘譯 (5, 372)

磺胺劑耐性赤痢之抗生劑療法.....戴慶麟摘譯 (5, 378)

臨床病理討論

風濕性心臟病.....中國協和醫學院 (1, 61)

先天性多囊性肝腎.....天津市聯合臨床病理討論會 (1, 70)

第三例.....中國協和醫學院 (2, 135)

第四例.....天津市聯合臨床病理討論會 (3, 228)

第五例.....天津市聯合臨床病理討論會 (4, 302)

第六例.....漢口協和醫院傳染病院臨床病理討論會 (4, 304)

第七例.....天津市聯合臨床病理討論會 (5, 380)

第八例.....北京中國協和醫學院 (6, 461)

個案討論

瓦特氏壺腹周圍腺癌.....中國協和醫學院內科學系 (1, 76)

會務消息

..... (1, 79)

醫療技術

單極過導心電圖在臨床上之價值.....方 圻 黃 宛 (3, 232)

介紹胃鏡檢查法.....楊英福 (4, 308)

介紹蘇聯 Панченков 氏紅血球沉降率測定法.....楊蓉芬 (4, 312)

血清總蛋白量與蛋白分類之簡單測定法.....李茂文譯 (5, 388)

介紹精神病的工作療法.....傅 玲 (5, 390)

馬尿酸試驗之新的修正.....李茂文譯 (5, 393)

黑熱病補體結合試驗之簡製抗原製備及試驗操作法.....翁心植 (6, 467)

介紹一種安全易行的腰椎脊突穿刺術.....高學勤 (6, 469)

麻風的細菌學檢查.....李耀南譯 (6, 470)

網狀紅血球的染色方法.....周宗順譯 (6, 471)

原 著

精神病睡眠療法和一百例病案總結

陶 國 泰 陳 詒

南京精神病防治院

一、前 言

巴甫洛夫天才地創立睡眠療法的原則後，首先在蘇聯各地積極開展，不僅對精神病有卓越的效果，遠在 1942 年蘇聯衛國戰爭中，應用睡眠療法醫治創傷性休克，使死亡率大為減低，挽救了無數英勇戰士的寶貴生命。後來，睡眠療法又推廣至內外等各科，尤其對高血壓病、胃及十二指腸潰瘍、神經痛、腦外傷等，有顯著的成效。今天在蘇聯不僅是城市，而且連鄉村都採用這種療法醫治病人了。

睡眠療法，目前在我國也已開始廣泛地試用和推廣。南京精神病防治院吸收蘇聯的先進經驗，在 1951 年 12 月間成立睡眠療法治療室，至今年八月中旬已先後治療了 100 個精神病人，獲得很多成績。本文除總結 100 例治療的經驗外，並將精神病的睡眠療法作一般性的介紹。

二、睡眠療法的理論基礎

根據巴甫洛夫的研究，人類和動物的高級神經活動主要是興奮和抑制兩者相輔的作用。凡是引起機體任何一種活動的興奮，即意味着大腦皮層細胞物質的消耗。這種物質的消耗在一定範圍內不致引起細胞的損害，但是當興奮過久，或者外界來的刺激過份強烈時，皮層細胞就會很快地進入抑制狀態，不再對刺激發生反應。在抑制狀態下，皮層細胞得到完全休息的機會，進而恢復原來的工作能力。因此，抑制機轉具有這樣的功能：（1）調節大腦皮層的興奮傳播，（2）緩和皮層細胞對刺激反應的強度和速度，（3）增強恢復過程。總的說來，抑制機轉一方面保護皮層細胞，免於過度興奮後產生疲勞和衰弱，甚至遭受嚴重的損害，另一方面具有恢復皮層細胞工作能力的醫療作用，這種現象稱為保護性抑制。

巴甫洛夫認為睡眠和內抑制是同一個機轉，也就是說，睡眠不過是大腦半球皮層的某一點所發生的內抑制向全部大腦皮層擴散，同時也擴散到皮層下層的表現。所以，睡眠有保護性抑制的同樣功能，睡眠療法也就是用人工方法或藥物等取得這種功能來治療疾病。

從高級神經活動的病理、生理學上來看精神病的原因，主要依據有三：（1）神經系統基本程序——興奮和抑制的強度，（2）興奮和抑制間的平衡，（3）興奮和抑制過程的趨向或易變性。這三種因素就組成高級神經活動類型的基礎。不同類型在精神病中有不同的表現，也形成了精神病的特徵。例如：興奮過程的弱化，相對的引起抑制過程的優勢。如抑制過程擴散到全部大腦半球皮質和皮層下層，就入睡狀態；如僅限於局部，就成催眠狀態。而催眠狀態在矛盾期和超矛盾期的表現，成為昏睡、木僵狀、緊張型精神分裂症等。興奮過程弱化的原因，由於過度緊張，或與抑制過程起衝突的緣

故。在這種情況下，抑制祇能使神經系不再遭受更多的損害，還不能達到有醫療效果的深度，睡眠療法就加深了抑制的程度，使病人得到恢復。如果興奮過程發生易變性，可產生兩種後果：（1）對刺激特別過敏，起異樣反應，神經細胞很快就進入衰弱狀態，成為「激動性的衰弱」，（2）興奮過程在正常時應即轉換為抑制過程的情況下，仍堅持，以致發生「病理的惰性」，表現為強迫觀念和偏執狂。產生興奮過程易變性的原因，是興奮過程過於緊張，或者由於和抑制過程起衝突的緣故。睡眠療法可減低興奮過程的緊張度，並協助興奮和抑制恢復平衡。另外，有些精神病的原因由於內抑制的弱化，相對的引起興奮的亢進。此時刺激閾降低，對刺激反應十分迅速和強烈，使皮層細胞的機能消耗大量增加。在動物實驗中的表現是急躁、倔強和用力掙扎。在人類的表現就像興奮性亢進的神經衰弱、輕度躁狂症和躁狂症。產生內抑制弱化的原因是抑制過程過度的緊張，或者與興奮過程起衝突的緣故。睡眠療法就能加強內抑制，提高皮層細胞的刺激閾，並使抑制過程的緊張度降低，恢復平衡。

從總的方面來說：精神病是高級神經活動異常的表現，而且很多精神病是在廣泛形式的干涉現象中進行着的保護性抑制作用。巴甫洛夫說：「我們有理由相信當抑制機轉一直有效的時候，大腦皮層細胞不致受嚴重的損害，而且有望從極度衰竭中恢復過來，因此這種病理過程是可逆的。」所以，當保護性抑制存在着的時候，精神病恢復的可能性總是有的。有一些醫師看到病史較長的病人就感覺失望，認為沒有治療價值，這種看法是不正確的。精神病慢性病例的突然恢復，已屢見不鮮，證明巴甫洛夫的觀念是完全正確的。

三、睡眠療法在精神病中的適應症和禁忌症

幾乎任何種類的神經病都可以應用睡眠療法，不管病理過程是以興奮為主，或者以抑制為主。當然，在已經出現保護性抑制的情況下，更適合於睡眠治療。根據蘇聯的伊凡諾夫、斯摩梭斯基、紀里亞洛夫斯基、托拉斯夫等氏的報告，認為睡眠療法對於精神分裂症最有效。基輔巴甫洛夫紀念醫院的總結，也認為「一切精神分裂症的治療中最有效的是胰島素和睡眠療法。」按照伊凡諾夫、斯摩梭斯基的意見，以青春型及其他早期精神分裂症例，或帶有情感情彩的患者，治療效果較好。其他報告以木僵型精神分裂症及反應性抑鬱症為最佳。根據蘇聯文列差醫院的統計，應用睡眠療法治療精神分裂症，奏效的有46%。加倫科報告120例精神分裂症的治療效果是40%痊癒率。目前胰島素價格昂貴（一個療程約須二百多萬元），治療時間較長（約須二月），若以睡眠療法來比較，可縮短療程3/4，而且可以節省費用4/5。所以，在精神分裂症的治療中應廣泛推行睡眠療法。烏斯潘斯卡婭氏應用睡眠療法治療兒童期的精神分裂症，效果也很滿意。她更推想溴化鈉可阻抑兒童受情緒激動後可能產生的慢性興奮狀態。在躁狂抑鬱症的治療中，睡眠療法也可減輕症狀。其他，如神經衰弱、焦慮狀態、強迫觀念等，在我院治療中也作為適應症，並且有很好的效果。在100例中，有49例曾經過電休克治療、胰島素低血糖或昏迷治療，或電休克與胰島素聯合治療，由於此等病人治療無效或稍有進步，故再作睡眠療法，以觀成效。

在精神病治療中應用睡眠療法的禁忌症和內外等各科應用時的禁忌症大致相同，主要是心臟、血管機能的顯著障礙，動脈高度硬化，急慢性腎臟炎，肝臟病，內分泌系病和一般急性傳染病。其他，如身體過於虛弱，或年齡過大，以及慢性酒中毒、進行性麻痺等都屬禁忌症。

四、睡眠療法實施前的準備工作

1. 治療室的佈置 南京精神病防治院的睡眠治療室是以一部份病房改建的，共有10張床位。因限於物質條件和要求相差很遠。我們認為治療室的佈置要達到安靜、空氣流通、光線暗淡、並能保持

合適的溫度（約華氏 80 度）和濕度的原則。因此，治療室的位置要遠離其他建築物，以平房較適宜，每一小間安置一張床位。治療室的屋簷要向外伸，牆壁要厚，室內漆成天藍色，鋪地毯，掛窗簾。門上開一小窗，使工作人員在門外可觀察病人。我們採用的燈光裝置很簡單，就在燈泡下緊托上一塊直徑 25 厘米的白漆木板，使光線分散、柔和，並且使病人睡在床上看不到燈泡，避免刺激。最好要有冷氣和暖氣設備。根據我們現有經驗，認為一個治療單位以 15—20 張床位較合宜。

2. 藥品器械的準備 在安眠藥方面，要準備安密妥鈉、五碳巴比通、息肯那兒、水化氯醛、羅米那兒、溴化物、和三聚醋酸等。常備藥應有維生素 B，包括硫胺、核黃素、菸鹼酸和維生素 C 的片劑和針劑、33% 和 50% 的葡萄糖溶液、5% 葡萄糖鹽水、阿託品嗎啡針劑、利尿素、新斯的明、安息香酸鈉、腎上腺素、麻黃素、馬錢子素、防己鹼（匹科托克辛）、四氮五甲烷（卡地曹爾）等。器械方面須準備氧氣筒全套、鹽水注射器全套、張口器、舌鉗、血壓表、檢眼鏡、各種大小的空針和一般醫療設備。

3. 人員的配備 應有指定的醫護人員來擔任治療室的工作。根據我院各級人員的工作量檢查，認為 15 張床位的睡眠治療室須要有主治醫師一人（可兼管病房工作），助理住院醫生一人，護士和助理員 10 人，招護員七人。招護人員與床位的比例是 1:0.88。（招護人員分三班上班，內中包括 2—3 人輪流休息。因係精神病人的睡眠治療，需人較多，若為他科病人，工作人員可作適當減少。）

4. 病員在治療前的準備 在治療前，必須完成詳細的體格檢查，神經系和精神檢查，X 光胸部透視，血和大小便常規檢查，附帶血球沉降率和血型的測定。除此外，心理上的準備也非常重要。在治療前，必須向病員說明睡眠療法的意義、過程和可能發生的併發症，消除顧慮，加強他對治療的信心。還有，應該了解他過去睡眠和飲食的習慣以及對安眠藥的反應，作為參考。在進治療室前要洗澡，更換衣服，必要時灌腸。

五、睡眠治療的實施方法

1. 藥物 利用各種安眠藥使病人入睡是最通用的辦法，也就是所謂的藥物睡眠療法。在治療過程中，要求睡眠的深度和生理睡眠愈近愈好，過去所提倡的麻醉性昏睡是不須要的。不過利用藥物取得的睡眠終究是藥物性的，在醫療效果上比不上生理睡眠，而且時常會發生一些副作用，如頭痛、惡心、嘔吐等，使病人不能得到充份的安寧和鬆弛，影響一個理想治療的「無痛化」原則。因此，我們應儘可能少用藥物，而多利用一切天然條件和人工方法來促進睡眠。

2. 條件反射性睡眠療法 安靜的環境，新鮮的空氣，暗淡的光線和適當的溫度，以及舒適的臥舖都是建立條件反射性睡眠的必要條件。再重複使用一些單調的刺激，如通風器嗡嗡的響聲，拍節器，又如蘇聯馬卡洛夫區立醫院設計的「下小雨」的東西，發出像雨水打在屋脊和樹葉上的聲音。不但如此，外在環境的任何動因，不論其作用於聽覺的、視覺的、嗅覺的或皮膚感覺的，都可以發揮條件刺激因子的作用。在治療的起始，一方面服用安眠藥（非條件刺激因子），另一方面配合上述條件刺激因子，以後逐日減少藥量，直到最後完全不用藥，就能自然地熟睡了。這種條件反射性睡眠療法必須在十分安靜的環境內施行才能成功，否則會像我們醫院目前的睡眠治療室因靠近宿舍和病房，嘈雜聲太多，要實行條件反射性睡眠治療就會感覺條件不夠了。

3. 電氣睡眠療法 蘇聯中央精神病研究院吉里亞洛夫斯基、列文卓夫、基利諾娃等教授倡導用微弱的電流在病人的眼部和頭頂部作頻繁的刺激，可以引起睡眠，而且可避免一切藥物的副作用，當然是一種比較合理的辦法。關於具體實施的方法，現在還缺少參考資料。

睡眠療法因睡眠時間的久暫，也即療程的長短，又可分為三種：

1. 延長生理睡眠法：每晚睡前，給病人服較大劑量的安眠藥，如安密妥鈉 0.4—0.6 克。這樣，他

的睡眠就會加深，而且延長至 10 小時以上。這個方法可廣泛地在一般普通醫院內應用。優點是劑量不大，藥物中毒可能性小，不需要特殊護理，不僅節省人力物力，並且同時仍可施行其他治療。在精神病的治療中，雖然也常用，但效果不顯著，不作特殊治療看待。

2. 間歇性睡眠療法：睡眠的持續時間一般以五天為一療程，休息 1—3 天後，再重行治療，共 3—5 療程。施行方法，一般在早飯前用 1.5—2 克的水化氯醛灌腸，然後在早、中、晚三餐之後各服魯米那兒 0.1—0.2 克，可以引起 14—18 小時的睡眠。給藥種類和方法，可按具體情況適當變動。間歇性睡眠療法在重精神病不適用，原因是由於藥物劑量小，不能經常維持病人安靜，效果方面也不及持續性睡眠療法好。

3. 持續性藥物睡眠療法：根據蘇聯保健部 1951 年 6 月所公佈的指示，持續睡眠的時間是 12—15 天，中間須要有一晝夜的中斷。我們採用 14 日為一療程，以每天保持 16—20 小時睡眠為原則，中間並不間斷。原因是治療中斷常常會引起病人躁動不安，心中難過，有些病人精神症狀又活動起來了，破壞治療室的寧靜，就是一般神經官能症病人也不願意中斷，覺得睡着了反而舒服些。不過，持續性睡眠療法容易引起藥物中毒和併發症。

六、醫護人員在施行睡眠療法時的作用

睡眠療法是一件細緻而又複雜的工作，要順利地完成這項任務，醫生和護理人員首先要端正服務態度和作風，要有艱苦耐勞而且細心負責的精神。在工作上，醫護人員的明確分工、密切配合和發揮高度組織性，也是保證治療成功的重要因素。現在把醫生和護理人員在施行睡眠療法時的主要任務，分述如下：

醫生的任務

1. 審核病房申請單，合格者予以登記和通知。如不合格可加註意見後將申請單退回病房，或協同病房醫生進行覆查。

2. 負責治療室的領導工作，經常和護士長共同進行督促、檢查和業務指導。

3. 決定治療病人每次所需要的安眠藥種類和劑量，開臨時醫囑。

4. 經常觀察病人的睡眠狀態，如發現藥物中毒現象或其他併發症，及時處理。

5. 觀察神經系所表現的症狀和精神方面的改變。

6. 每日至少為病人檢驗血壓二次，尿一次。

7. 經常查看護理記錄，提出意見。

8. 每一病人治療完畢時，做好治療總結。病人回病房後，進行隨訪。

護理人員的任務

在睡眠治療中，護理工作是非常重要的。根據我們的經驗，認為護理工作的完善與否，是治療成功或失敗的重要條件之一。因此，除了做好一般護理工作外，還要做到細緻和週到，對病人態度更要親切溫和，並且隨時給病人講解有關治療問題，消除顧慮，加強他對治療的信心。現在將護理人員的主要任務，分述如下：

1. 準備工作：在治療開始前，做好一切準備工作，如準備各種記錄表格、床鋪，佈置治療環境等。

2. 給藥：按照醫囑給藥。如病人不易入睡，可在空腹時給藥。若病人不合作，應儘量說服，必要時，可用鼻飼法或灌腸。如服藥後一小時半，還沒有睡着，即通知醫生補開處方。

3. 觀察睡眠：時常觀察病人的睡眠情況（至少每半小時觀察一次），並且注意睡眠程度的深淺。若是病人熟睡 10—15 小時不醒，可將其從一側翻至另一側睡。如發現昏睡，對刺激失去反應，瞳孔縮小，

呼吸不規則，呈現巴彬斯奇氏徵時，應立即停止服用安眠藥，進行急救。

4.體溫、脈搏、呼吸：密切注意病人的體溫、脈搏和呼吸。但是爲了避免驚擾病人起見，除必要時有緊急醫囑外，每小時量脈搏和呼吸一次。量脈搏可輕按顳動脈或面前動脈。每24小時量體溫三次，儘可能在病人醒的時候，要用肛表。如發現脈搏和呼吸比例不正常，或體溫上升超過攝氏37.5°C時，應停止給安眠藥，並且立即報告醫生進行處理。

5.飲食：睡眠治療過程中，飲食以軟質爲主，要富於熱量和維生素，並且適合病人個別需要，可另加佐料。給飲食不能機械的規定時間喚醒病人，應等候病人醒來。早晨第一次醒來時，要進行晨間護理，包括洗臉、刷牙等，然後進食。大半病人經3—4天治療後，體力軟弱，有共濟失調現象，須要餵食。每次飯後，用清水漱口，保持口腔清潔，爲了預備飲食方便起見，睡眠治療室附設一小間備餐室，將廚房送來飲食保存在紗櫥或冰箱內。當病人需要時，可臨時加熱。飲食必須包括牛奶、雞蛋、水果等，使每天熱量在2,000—3,000卡之間，液體量在二升左右。乘病人飲食時間及夜間，將窗簾全部拉開。如此，每天可更換空氣數次。涼爽和新鮮空氣是保證良好睡眠的重要條件，而污濁空氣則將影響睡眠的深度，並產生多夢和頭痛。

6.排泄：病人醒後，首先問他是否須要大小便。最好在床上使用便壺和便盆，不可讓病人單獨起來，以免跌倒。若是病人不習慣而必須去廁所時，應由護理人員扶持。在治療過程中，要保持大小便暢通，如兩天不解大便，就要灌腸。如大小便特殊困難，則報告醫生處理。

7.記錄：做好各種記錄，並保證其準確性。記錄包括每次給藥的種類、劑量和時間，每次給安眠藥後睡眠的時間和深度，呼吸、脈搏、體溫和一般情況，每次飲食的種類、時間和量，排泄次數和尿量。經過一晝夜的治療後，小結一天內服藥的總劑量、輸入量、輸出量和睡眠的總時數。

表一 各種病人過去治療狀況統計

病 類	未經治療 (1)		電休克治療 (2)		胰島素治療 (3)		兼有(2)(3)兩種治療 (4)		合 計 (5)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
單純型精神分裂症			1						1	0
青春型精神分裂症		3	1		1	1	3		2	7
緊張型精神分裂症	1		4	1					5	1
偏執狂型精神分裂症	3	3	3	6	1	1	5	3	12	13
未分類型精神分裂症		2	5		1		1	1	7	3
躁狂症				1					0	1
抑鬱症	1		5						6	0
更年期憂鬱症		1		1					0	2
偏執狂狀態		2							0	2
焦慮反應及神經衰弱症	22	10		1			1		23	11
歇斯底里症	1							1	1	1
強迫觀念		1							0	1
疑病症(憂傷病)	1								1	0
總 計	29	22	19	10	2	2	8	8	58	42

8.一般護理工作 隨時給病人蓋好棉被，以免感冒。如手脚掛出床外，可輕輕扶回床上，並且防止病人在熟睡中或朦朧初醒時，從床上跌下。病人醒來後，給整理床鋪，保持被褥的清潔和乾燥，並將枕頭弄鬆軟，其他如抹澡、換衣、灌腸等。病人在治療結束後，量體重，並通知病房接回。在病床空閒時間，應將所有床墊被褥等在日光下曝曬，將房間打掃乾淨，拉開窗簾，更換空氣，並讓陽光照耀。如此數小時後，才能接受另一病人進行治療。

七、一百病例情况介紹

從 1951 年 12 月初開始，到 1952 年 8 月中旬，本院已先後治療了 100 個病人。最初二、三個月內，因受床位週轉率的限制，一時不能從門診接收很多適合於睡眠治療的病人，所以主要的治療對象是經過胰島素、電休克或聯合治療而沒有恢復的或稍有進步的重精神病患者，及少數神經官能症病人。以後就普遍地應用於各種已治而失敗的、未曾治療的、病期長短不同的精神病，目的是取得經驗，從實踐中找出睡眠療法較好的適應症。在 100 例中，重精神病佔 62 例，神經官能症佔 38 例；未曾經過任何特殊治療的佔 51 人，已經過胰島素、電休克等治療的佔 49 人。

這 100 例中，極大多數年齡在 20—35 歲之間，僅有一人超過 50 歲。身體健康情況，除一例有輕度肺結核和脊椎結核，一例患有輕度肺結核和腸結核，有一例患髖關節結核，另有一例有高血壓外，其他病人一般都沒有嚴重的器官性病變發現。精神病病程長短不一，最長的超過 10 年，最短的發病不滿一月。病程在一年內的佔 57%，在一年至三年間的佔 27%，三年以上的佔 16%。在 100 例的治療過程中，有二例維持七日，三例十日，其他的都經過兩星期的常規睡眠治療。

表二 病程統計

病 程	一 月 以 下	二 至 六 月	七 至 十二 月	一 至 二 年	二 至 三 年	三 至 五 年	五 年 以 上	合 計
人數	12	31	14	17	10	7	9	100

八、安眠藥的選擇及使用

安眠藥種類很多，一般性質雖然相似，但是在作用和效果上有區別，所以必須選擇。適合於睡眠治療的安眠藥須具備下列條件：

1. 必須產生可靠的安眠作用。
2. 開始產生安眠作用時，必須無躁動期。
3. 不刺激胃，不影響消化。
4. 必須很快吸收，使安眠作用在服藥後的一定時期內出現。
5. 安眠藥必須在體內很快的破壞或很快的排泄出來，不產生後患和蓄積作用，以免中毒。
6. 必須不產生有危險性的副作用，如變性血色蛋白血症，或抑制骨髓。
7. 在產生安眠作用和抑制延腦之間，有足夠的安全範圍。
8. 如長期給藥，不產生耐受量和藥癮。

其實，沒有一種安眠藥完全具備上述條件。現在介紹在睡眠治療中常用的安眠藥如下：

在我們施行睡眠療法的最初兩個月內，曾單獨使用一些安眠藥物，作為比較。最常用的是安密安鈉，因為安密安鈉是認為副作用最小最安全的藥物。但不久，我們發現如使用一種藥物，連續重複數次後，即產生耐受量。睡眠易醒，需要不斷增加劑量，每日須達 2—3 克。因此，容易發生中毒現象。幾乎極大多數病人在第二、三天即有共濟失調，並且開始尿床。以後我們即採用交替給藥方法。這樣，就不致對一種藥物產生耐受性，睡眠情況也改善，總的劑量也減少很多。如採用一般快作用和

中等速度的巴比士類，每日劑量不超過 1.5 克，再配合使用水化氯醛 10—30 毫升，大多數病人即能睡眠 16—20 小時。最明顯的是中毒現象減少，尿床僅為偶發事件，而且大部份病人醒來時，神智較清楚。

表三 睡眠治療中常用的安眠藥

藥名	給藥方式	效 用	效用持續時間 (小時)	使用量 (克)
巴 比 士 類				
潘 妥 散 鈉 (Sod. Pentothal)	靜 脈	超 速 度	1/4	0.5—0.5
息 肯 那 (Seconal)	口 服	快	2—3	0.1—0.3
安 密 妥 鈉 (Sod. Amytal)	口 靜	中 等 速 度	6—8	0.2—0.6
五 礞 巴 比 通 (Nembutal)	口 服	中 等 速 度	6—8	0.1—0.4
巴 比 通 (Barbital)	口 服	慢	8—12 ⁺	0.6—0.9
魯 米 那 兒 (Luminal)	口 服	慢	8—12 ⁺	0.06—0.12
乙 衍 化 物				
水 化 氯 醛 (Chloral Hydrate)	口 服	快	數十分鐘至數 小時	1—2
三 聚 醋 醛 (Paraldehyde)	口 灌	服 腸	快	數 小 時 8—12 毫升 10—30 〃

安眠藥交替使用法的實例；譬如第一次給安密妥鈉，第二次改用息肯那，第三次又換為五礞巴比通等。除交替使用法外，還可以採用藥物併合使用法。目的是以快作用藥物作誘導，以中等速度或慢作用藥物延長睡眠時間。優點是不僅避免耐受性，降低藥量，每次入睡快而持續時間長，而且不會像單獨使用快作用藥物因一時劑量過大而突然發生昏睡。

根據我們現有經驗，認為五礞巴比通的效果比安密妥鈉好，大致 0.25 克的五礞巴比通可與 0.4 克的安密妥鈉比擬，而且安眠作用出現較早，價格又便宜。因此，我們在睡眠治療中普遍使用五礞巴比通。但是有一缺點，就是病人醒來時會感覺頭昏頭痛。水化氯醛的效用也很好，如作為餵漿，服用較方便且不傷胃口，每天服用水化氯醛應不超過四克，因為它的有效量和中毒量比較接近，容易發生譫妄和降低血壓。皮疹也較常見，形態和分佈很一致，出現在上胸部、背部、頰部和上肢，很快可分散至全身，像麻疹一樣。停止服藥後，皮疹就會很快消失。以後服水化氯醛，不一定再發生皮疹現象。巴比通雖維持睡眠時間較長，但排泄慢，容易產生蓄積作用。因此，在長達兩週的持續睡眠療法中只能偶而配合使用。三聚醋醛在安眠藥中比較最安全，效力強，但是很難吃。由於部份從肺部排泄，使呼吸有氣味。如作靜脈注射，可引起急劇咳嗽；作肌肉注射，容易損害附近的神經。除非迫切需要時才作靜脈或肌肉注射三聚醋醛，否則應限於口服和灌腸。

精神病人用灌腸法給藥，會遇到一定的困難，因為多數病人不合作，又因治療中腸胃道呈半麻痺狀態，灌腸後很難將藥物保留住。溴化物也可與安眠藥合用，但容易產生蓄積作用。靜脈注射安密妥鈉和潘妥散鈉溶液的辦法，主要應用於病人服大劑量安眠藥後，仍睡不熟時，或者因精神病人吵鬧，不合作，拒絕服藥時，祇作誘導用，使他很快入睡。但是靜脈注射安眠藥應該認為是危險的方法，注射的速度要慢，每分鐘不超過 0.1 克。一面注射，一面觀察病人的脈搏和呼吸。如發現呼吸很慢時，應立即停止注射，否則血壓會突然降低，呼吸會停止。

安眠藥的使用量是個別化的，不同的病人可用不同的劑量，而且懸殊很大。有一些病人一日總量小至 0.3—0.4 克，甚至有一病人在治療期中，有一日沒有服藥也睡了 20 小時，也有大至三克而睡不好的。因此，給藥的時間和劑量要看病人對安眠藥的反應來決定。一般在治療早期，劑量小，睡的時間長。在 4—5 天後，劑量即逐漸增加，到第 7—9 天時，劑量達最高點。以後又略下降。一般病人在夜間睡比在白天好，持續時間也長。一方面因夜間安靜，另一方面也由於習慣。還有，隨着病理機轉的

不同，安眠藥使用量也不同。一般神經官能症病人使用量比正常人大，重精神病病人的使用量又比神經官能症病人大，在病理機轉中興奮佔優勢的病人的使用量又比抑制佔優勢的病人大。因此，在躁狂症或緊張型精神分裂症的激動期，使用量很大，而在緊張型精神分裂症的木僵期，使用量就小。但是，在同樣的病症，劑量也可有差別。原因是各人的神經型不同，對安眠藥的感受性也不一致。

個別病人對安眠藥的作用是很特殊的。例如有一男性病人，42歲，表現精神恍惚，重複言語，打呵欠，有時昏昏沉沉，似入催眠狀態。但到夜間就比較興奮，言語增多、唱戲。在睡眠治療中，安眠藥劑量愈大，興奮愈增。但在改用小劑量後反而能入睡。另一病人給很小劑量就造成昏睡，角膜反射也消失。

當病人從熟睡中清醒過來的時候，或是朦朧入睡的時候，往往有短期的興奮狀態出現，如言語增多，輕微躁動。但睡着後或清醒時即消失。如興奮過度，可根據這兩種不同的情況，進行不同的處理，如應用快作用安眠藥使病人於短期內入睡，或應用苯丙胺，四氮五甲烷等促使病人清醒。此種興奮狀態在有酒癮的病人比較常見。

安眠藥中毒現象常見的有言語障礙，尿失禁，共濟失調，譫妄等。在持續14日的睡眠治療中，多數病人在一定程度上都有一些中毒現象，但不一定需要終止治療，須視中毒的程度來決定。

在100例治療中，每日服藥次數平均為3—5次，每日平均用安眠藥1.2克—1.7克，最高劑量達2.75克，最低小至0.5克。曾有一個例外，在一日內最高劑量竟達3.5克。除了有五例因發燒，服很大劑量仍不能引起良好的睡眠，或因病人過份不合作而中途停止治療外，其他95例一般都能達到每日平均睡眠15—20小時。

九、治療期間精神狀態和神經系症狀的觀察

精神狀態 在治療期間，一般重精神病患者不致有明顯的進步，要在治療完結後一、二星期才會顯出效果。原有精神症狀的活動性受到抑制，妄想和幻覺也不如過去活躍。相反的，神經衰弱和焦慮狀態等神經官能症病人在治療期中會感覺症狀加重，這是附加藥物副作用的緣故。其中有一部份病人甚至會有暫時性的錯覺、幻覺和妄想，尤其在剛醒來的時候更為明顯。有些病人會把壓制的情緒問題暴露出來，有滔滔不絕的，也有痛苦流涕的。總之，一般病人對安眠藥的反應差異很大，有些病人從治療第三、四日起神智即模糊不清，也有除睡眠外，自始至終意識保持清晰的，好像沒有接受治療時一樣。不過，一般的理解和判斷能力都減低，自制力也差。因此，在治療期間有些病人就不能理智的考慮問題，就是過去修養很好的病人也變為主觀、固執和不合作，而且特別敏感。所以工作人員的一言一語可引起重大影響。曾有一例，因工作人員出言不慎，觸犯了病人的自尊性，引起病人大發雷霆。但治療後，自知不對，認為當時不免小題大做。如果工作人員能給病人適當的鼓勵、啓發和安慰，將有助於治療。在記憶方面，大多數病人表現很壞，剛量過體溫、嗽過口或服過藥，就忘記了，要求再給。做完14日治療後，只覺得睡了三、四天。

神經狀態 在治療的第二、三天，時常有頭痛頭昏；第三、四天後可有中樞性的惡心、嘔吐，呃逆等發生。共濟協調作用也有障礙，走路不穩，發言含糊。有三例表現顯著的結舌，眼運球動遲鈍，自覺視力減退，偶有複視和錐體束徵狀。這些現象都是輕度藥物中毒所致。

我們曾在一部份病人身上做反射研究，結果和蘇聯克拉耶夫斯基氏的報告略異。根據克拉耶夫斯基氏的觀察，腹壁反射的變化是很有規則的，大多數病人的下腹部反射先消失，其次是中腹部，最後是上腹部。消失的次序是治療期第三天下腹部反射消失，第六天中腹部，第八天上腹部。反射恢復的次序則相反，先是上腹部，其次中腹部，最後下腹部。在治療停止後第二日上腹部反射恢復，第四日中腹部，第六日下腹部。這個次序是由於下腹壁的反射在發生學上最年青，因此最先受到影響。我們

所觀察的病例，下腹部反射在第二、三日即從遲鈍轉向消失，第三、四日上腹部反射也消失，就是恢復也比較快。大多數病人的膝反射在第三天到第七天消失，但也有少數病人始終存在。上肢的肌腱反射不消失。

十、併發症及其處理

因藥物的影響，睡眠治療的第二天至第九天最易發生併發症，應該及時發現，適當處理，並視併發症的輕重，決定減少藥量，暫停治療或停止治療。100 例所見的併發症列表如下：

表四 併發症統計

併發症	頭痛	惡心嘔吐	呃逆	發熱	尿閉	尿潴留	尿床(尿失禁)	便秘	血壓降低	抽搐	皮膚疹	大出汗	跌傷	胸痛關節痛	昏睡
人數	40	17	21	33	5	9	36	40	1	1	6	6	12	2	1
百分率	40	17	21	33	5	9	36	40	1	1	6	6	12	2	1

1.頭痛：頭痛與其說是一個併發症，無寧說是治療過程中的一個普通現象。除了少數不知訴說的重精神病者外，多數病人，尤其神經官能症病人，在治療的第一週內即感覺頭部發重和頭痛。如頭痛較甚，可給阿斯匹靈。

2.惡心嘔吐：約有 1/5 的病人在治療期第三天起會發生惡心嘔吐，在女病人更多見。可繼續給藥，使睡眠深一些，就會消失。如嘔吐不停，可注射阿託品。

3.呃逆：呃逆也為在治療早期常見的併發症，約佔病例之 1/4。一般呃逆持續一刻鐘至一小時即自行停止。如不停，可給嗎啡、阿託品，並飲熱水。

4.發熱：治療的第四、五天以後會有體溫增高的現象，一般在攝氏37.5°—38°之間，也有個別病人高至 38.5°者。此種情形在第四至第九天較常見。檢查血像，可發現白血球略高，但多形核白血球的分類比例並不高。如能證明發熱與偶發傳染病無關，而體溫在 37.5°以下，可繼續治療。如超過此溫度，暫停藥，多給水，這樣很多病人的體溫可在數小時內恢復正常。天氣炎熱時，睡眠治療的病人在體溫調節方面時常表現不穩定，所以體溫升高的現象較多見。

5.尿閉：如小便排出量比輸入量少很多，或經過 12 小時無小便，應即暫停治療，多給水，並服利尿素（一次量 0.5—1 克）。

6.尿潴留：病人膀胱中有尿，但排出困難，這種現象在治療期常見。這時應以鼓勵病人自動排尿為原則。大部份病人只要用熱水袋在小腹部作熱敷，或去廁所，就可解出來。有時灌腸也有幫助。如上述辦法無效，我們慣用新斯的明，注射後膀胱肌張力增加，通常就能排出小便。新斯的明的功效很好，很少需要作第二次注射的。如膀胱已經漲的很大，在刻不容緩的情況下應即導尿。

7.尿失禁：有尿床的病人佔 36%，這是在我們開頭兩個月內在治療上遇到的最大困難。每天必須為病人換四、五次甚至七、八次床單，嚴重地影響了睡眠，而且加重了護理工作。後來，經過詳細的觀察和研究，發現尿床的主要原因是安眠藥劑量太大，睡眠過深。在適當地減輕劑量和採用藥物交替使用法後，尿床的情形就很少了。尿床在冬季較常見。

8.便秘：安眠藥可使內臟平滑肌的張力減低，使腸胃道呈半癱瘓狀態。因此，在治療期大便秘結

或不暢現象常見。如兩天不解大便，應用肥皂水灌腸。

9. 血壓降低：一次服安眠藥太多，或從靜脈注射，很容易使血壓突然降低，呼吸轉慢。這種情形在治療開始時也容易發生。如果收縮壓低於 90 毫米，應即口服麻黃素或皮下注射腎上腺素。

10. 抽風：在治療期間發生抽風較少見。我們所見到的一例是在治療第四日發生的，以後再沒有發過。如屢次發作，應立即停止睡眠治療，服顛立寧和魯米那，並多喝水。

11. 皮疹：有六例發生皮疹，都是因為服水化氯醛或魯米那的緣故。皮疹的形式和分佈情形有如麻疹，在停藥後即消失。過幾天後，再服水化氯醛或魯米那，並未再發。但其中有一例，因有奇癢，影響睡眠，停止治療。

12. 胸痛關節痛：病人在過去有受傷或風濕性關節炎等歷史，在治療期症狀重新出現，曾有二例有此情形。服止痛劑可減輕痛苦，不影響治療。

13. 大出汗：安眠藥可使末梢血管擴張，並作用於植物性神經系統，引起大出汗。曾有六例在治療後期發生這種現象。服少量阿託品可使出汗減少。

14. 昏睡：我們曾有一例服普通劑量的安眠藥，突然發生昏睡，角膜反射消失，未作特殊處理，數小時後即醒來。在睡眠治療中因服藥過多而發生昏睡，是一般人所顧慮的。其實，昏睡並不常見，因為病人不醒不致再給藥，而且每次劑量總是有限度的，尤其是快作用的安眠藥，排泄迅速，不會因蓄積作用而發生昏睡。一般昏睡情形多發生於意外事故，如發錯藥，或病人偷藏安眠藥，一次服下。安眠藥中毒的處理，先洗胃，靜脈注射生理鹽水，葡萄糖溶液，維他命 B 和 C，以及安眠藥對抗劑。常用的安眠藥對抗劑有四氮五甲烷，防已鹼，苯丙胺，咖啡因等。根據我們的經驗，情況危急時每半小時靜脈注射四氮五甲烷三毫升，注射時要慢，否則會引起抽風。

15. 跌傷：病人在熟睡中，或朦朧初醒時，容易從床上跌下來，造成外傷。在 100 例中就有 12 人從床上跌下。起初，用帆布套覆蓋在棉被外面，再固定在床的四週，但是這樣限制了病人在睡眠中翻身，尤其在夏天，帆布套壓在身上太熱。後來改用矮床，在床邊放草墊，以免病人掉下床來受傷。

除以上所述併發症外，肺炎也常見，由於病人在朦朧初醒或熟睡中，將食物或粘液吸入肺內所致，造成睡眠治療死亡的重要原因。在我們 100 例治療中，沒有發生肺炎。

十一、停藥

睡眠治療做完後，突然停藥，有可能引起抽風的危險，或是引起病人的躁狂發作。從治療的最後一天起，就要將藥量逐漸減少，尤其在晚上睡前，須服安密妥鈉或五碳巴比通 0.2 克，繼續 3—5 天後才停止。治療完結後，一般病人表現軟弱無力，數天後恢復，也有部份病人表現興奮狀態，就像喝醉了酒一樣。會有三個神經衰弱的病人在停藥後，發生很多生動的幻覺和迫害妄想。另有五例發生急性狂躁，經二、三天後才逐漸清醒過來。

十二、治療效果

在 100 例中，有五例中途停止治療。原因是一例感冒發燒；一例因肺結核和腸結核，體溫時常上下波動；一例因患皮疹，奇癢；一例因安眠藥劑量過大，仍不能引起良好睡眠，反呈興奮狀態；另一例因過份不合作。

除上述五例中斷治療外，100 例的治癒率是 32%；症狀減退，表現進步的也有 32%；經治療無效的 31%。其實，治療效果要比這還高，因為 100 例中包括各種輕重不同的精神病，而且有半數病例已經其他治療無效，病期也比較長。這樣，很自然的會影響到治愈率。

若是分析神經官能症，或者病期較短，未曾施行電休克及胰島素昏迷治療的病人的治愈率，會發

表五 100例治療效果統計

診 斷	總 計	痊 愈	進 步	未 愈	中 斷
單純型精神分裂症	1			1	
青春型精神分裂症	9	3	3	3	
緊張型精神分裂症	6	2	2	2	
偏執狂型精神分裂症	25	7	7	10	1
未分類型精神分裂症	10	1	3	6	
躁 狂 症	1	1			
抑 鬱 症	6	5	1		
更年期憂鬱症	2	1	1		
偏執狂狀態	2	1	1		
焦慮反應及神經衰弱	34	9	12	9	4
歇斯底里症	2	1	1		
強迫觀念	1	1			
疑病症(憂傷病)	1		1		
總 數	100	32	32	31	5

現睡眠療法的功效遠比以上統計數字為高。例如 32 例神經衰弱和焦慮反應症的病人，痊癒率達 40%，症狀進步的有 46.6%，治療無效的僅 13.3%；未經其他治療的偏執狂型精神分裂症六例，經睡眠治療後，治愈的四例(66.6%)症狀進步的一例(16.6%)，治療無效的一例(16.6%)。

關於睡眠療法的出現，僅極少數病人在治療期間即感覺症狀改善，多數病人要在治療停止後一、二星期，甚至一月左右後，才見效。

根據 100 例精神病睡眠治療效果的分析，我們發現：凡是在治療期睡眠情況極為良好的，服用安眠藥劑量較小的，病期較短的，並已出現保護性抑制病症的，治療效果最好。在重精神病患者中，有發作性衝動行為，有時又呈木僵型、不言不語、拒進飲食的緊張型精神分裂症，和消極悲觀、自認犯有嚴重錯誤、企圖自殺的抑鬱症者，效果出現最快、最明顯。在一般早期精神分裂症，治療效果都很好。在神經官能症方面，睡眠治療對神經衰弱的功效也很顯著。

十三、總 結

睡眠治療是建立在巴甫洛夫正確的理論基礎上的。利用人工方法或藥物等取得保護性抑制作用，使大腦皮層細胞得到充份的休息、恢復和加強機能。

巴甫洛夫指出精神病是高級神經活動的異常表現。由於興奮(刺激)過份強烈，或者興奮和抑制相互間長期的衝突，使大腦皮層細胞遭受損害。因此，精神病的治療以睡眠療法為最合宜。

睡眠治療室的佈置要達到安靜、空氣流通、光線暗淡，並能保持合適的溫度和濕度為原則。睡眠治療室以 15—20 張床位較為合適。

常用的安眠藥有安密妥納，五碳巴比通，息肯那，魯米那兒，水化氯醛等。給藥方式採用交替法和合併使用法，使病人很快入睡而且維持時間長。