

統活动增强来解释。认为在每一个病人都能观察到第二信号系统活动、第一信号系统活动、食物反射、防御反射逐渐被抑制的现象，并根据这个规律将治疗过程分为四期。第一期是注射胰岛素以后至出现超限抑制以前；第二期是由于超限抑制的出现第二信号系统活动开始被抑制至完全被抑制之前；第三期是第二信号系统活动完全被抑制至防御反射完全被抑制之前；第四期（昏迷期）是防御反射完全被抑制以后；作者结合这个规律解释了各期的主要临床现象消长的机制，并且规定了划分各期的临床标志以及检查方法。这个分期法与 Malzberg, Frostig, Серенский 等的分期法有些相类似，但作者应用了巴甫洛夫学说，并对胰岛素治疗中临床变化的规律阐述得比较详细，因而使医师和护士都能够较前更准确、更迅速地掌握每一个病人治疗过程的规律，使他们提高理论和技术水平。此外由于从临床现象揭露了治疗中超限抑制扩散的情况，对于某些问题，如治疗的深度和疗效的关系、治疗中精神状况的变化、血糖的变化、脑电图变化的分析等各方面，可以进行更细致的研究。这些工作都在继续进行。

高柏良等就一例静脉注射1000单位正规胰岛素仍不产生昏迷的抗胰岛素精神病人做了血液化学的研究。他们认为该患者血液中有一种使实验动物血糖升高的因素，并称其为“高血糖素”。

此外，北京市安定医院、四川医学院精神病学教研组、重庆市立精神病院、东北地区的各精神病院以及其他各地精神病院也都有不少的治疗经验和研究题目。

解放十年来，我们在开展胰岛素治疗工作中获得了一定成就，这是与党的正确领导分不开的，目前全国各地精神病院都开展了这项工作，并已很好地掌握了这项疗法的理论和技术。在提高疗效，消除合并症，对技术操作的改进，理论的探讨各方面也都做出了一些成绩。我们今后必须珍视这些成绩并且为获得更大的成绩继续奋斗。

参考文献

1. 陶国泰等, 2663例胰岛素休克治疗的临床观察(未发表)
2. 夏镇夷, 中华神经精神科杂志4:89, 1958.
3. 王鸿麟等, 同上3:203, 1957.
4. 罗和春等, 胰岛素治疗对躁狂抑郁性精神病躁狂状态的疗效观察(未发表)。
5. 傅雅各等, 中华神经精神科杂志1:271, 1955.
6. 李心天等, 同上3:324, 1957.
7. 朱汉英等, 同上1:257, 1955.
8. 龙式昭等, 同上1:267, 1955.
9. 莫澄明, 同上1:263, 1955.
10. 上海第一医学院精神病学教研组, 同上3:331, 1957.
11. 高柏良等, 同上5:1305, 1959.
12. 高柏良, 同上3:337, 1957.
13. 高柏良, 同上4:233, 1958.
14. 粟宗华等, 中华医学杂志27:527, 1941.
15. 粟宗华等, 中华神经精神科杂志1:6, 1955.
16. 沈鼎烈等, 同上1:215, 1955.
17. 王景祥等, 对胰岛素昏迷剂量若干问题的探讨(未发表)。
18. 傅毓骏等, 中华神经精神科杂志1:209, 1955.
19. 许昌麟等, 同上3:25, 1957.
20. 殷国宝等, 同上3:31, 1957.
21. 王景祥, 同上2:105, 1956.
22. 高柏良等, 同上5:126, 1959.

十年来我国关于睡眠疗法的临床应用

中国科学院心理研究所 李心天

先进的苏联医学科学使我国精神病学工作者从欧美反动的学术思想影响中解放出来。以巴甫洛夫保护性抑制学说为基础的睡眠疗法被广泛地应用在精神病临床，便是积极向苏联医学学习的成果之一。早在1950年7月哈尔滨医科大学就应用睡眠疗法于某些内科疾病的治疗上，其中也包括了神经衰弱的治疗，获得了显著的疗效⁽¹⁾。1951年天津⁽²⁾、成都⁽³⁾、南京⁽⁴⁾以及随后北京⁽⁵⁾等地相继应用了睡眠疗法。不久随着学习巴甫洛夫学说的高潮，全国各大精神病机构均将睡眠疗法列为精神病临床的主要疗法之一。目前睡眠疗法中的电睡眠已成为一般或专科门诊最常用的一种疗法。

睡眠疗法被应用到精神病临床的初期，各医院主要都用催眠药物来达到睡眠。翟书涛、陈学诗⁽⁶⁾报告南京精神病防治院采用长期持续性睡眠疗法(每日睡

眠20小时，一疗程持续14日)治疗180例不同类型的精神病人，其中75例神经症的治疗结果为：痊愈28例(37.3%)，进步41例(54.5%)。180例中，神经衰弱55例，痊愈14例(25.5%)，进步35例(63.6%)；精神分裂症93例，痊愈24例(25%)，进步31例(34%)。陶国泰⁽⁴⁾认为，凡是在治疗期间睡眠情况极为良好、服用催眠药剂量较小、病期较短、并已出现保护性抑制的病人，治疗效果最好。周树舜等⁽⁹⁾报告用长期间断性睡眠疗法(治疗6日后休息1—2日，再作6日为一疗程)治疗40例神经衰弱，痊愈11例(27.5%)，显著进步9例(22.5%)，进步12例(30%)。作者认为临床上出现抑制性症状、焦虑情绪不重的病人效果较好。

由于长期麻醉性睡眠病人需服大量催眠剂，药毒性反应较大，所以各医院采用了各种改良的方法，尽量减少药物剂量，使之接近正常的生理睡眠。周树舜

等^[3]报告用延長生理睡眠疗法(每日規定睡眠17小时,但平均睡着时数仅为8小时56分,14日为一疗程),治疗神經衰弱80例,11例痊愈(13.8%),11例显著进步(13.8%),30例进步(37.5%)。翟書濤等^[6]报告用条件反射性睡眠疗法(每日睡眠时数为12小时)治疗1121例各种类型精神病人,治疗结果为:795例神經症中53例痊愈(6.6%),46例显著进步(5.7%),544例进步(68.4%);200例精神分裂症中,38例痊愈(19%),13例显著好转(6.5%),72例进步(36%),以妄想型及紧张型的疗效较高,痊愈分别达到24%与22.2%;47例躁郁性精神病中,25例痊愈(53.2%),4例显著进步(9.2%),14例进步(28.4%);57例反应性精神病中,19例痊愈(33.8%),6例显著进步(10.5%),15例进步(26.9%)。虽然延長生理性睡眠或条件反射性睡眠的疗效不如長期持續性藥物睡眠高,睡眠时数短,抑制深度淺,但是却減輕了由藥物引起併發症的危險。作者們^[3]列举許多优点說明这种疗法的优越性。因而許多医院都先后摒棄了長期麻醉性藥物睡眠疗法,而多用接近深熟的生理睡眠的長期治疗性睡眠疗法。

通过对吉里亞罗夫斯基“电睡眠”一書的学习,上海第二医学院神經精神病学教研組仿制了第一具电睡眠机,于1955年4月在上海第二医学院附屬医院与市立精神病院正式应用^[7],随后电睡眠机即在上海大量制造,同年10月以后便陸續在全国各大城市精神病机构应用。上海市立精神病医院^[8]报告了用电睡眠治疗門診200例各种类型精神病人(每日一次,每次半小时或一小时,上、下午分批进行),其中神經衰弱120例的治疗效果为痊愈13例(11%),显著进步37例(31%),好转35例(29%);精神分裂症23例的治疗效果为痊愈2例(9%),显著进步2例(9%);好转8例(35%)。翟書濤等^[6]报告了电睡眠治疗病人786例,其中神經衰弱639例,痊愈及显著进步73例(11.4%),进步364例(56.9%);精神分裂症39例,痊愈及显著进步3例(7.7%),进步18例(46.1%);腦震盪症候羣66例,痊愈及显著进步9例(13.6%),好转39例(59.1%)。張逢春^[9]报告了精神分裂症44例的治疗效果为痊愈12例(27.2%),显著好转9例(20.4%),进步5例(11.3%),以幻觉妄想型和早期精神分裂症的疗效较好;又报告了反应性精神病19例的治疗效果为痊愈10例(52.6%),显著好转5例(26.3%),进步1例(5.3%),疗效很高。由于电睡眠比較安全,操作簡便,这一疗法已在各專科門診中广泛应用,被認為是对神經症治疗的主要方法之一,並成为神經衰弱快速綜合治疗中的一个主要医疗措施。

关于睡眠疗法的临床方面,如改进各种睡眠的方法和操作,选择藥物,分析各类精神病的疗效和其他因素的关系,曾作了較多的研究。多数医院采用各种

藥物(如噴妥撒鈉,安密妥鈉,魯米那,佛罗拿,息肯拿,戊巴比妥,水化氯醛,付醛等)交替或混合使用的方法,並常与匹拉密董,溴剂,咖啡因,33%葡萄糖等藥結合使用,这样可減少催眠藥物的剂量和某些副作用。強調用藥的个别化,有时小剂量反較大剂量能促進睡眠,在治疗过程中可間歇使用中性的藥物替代原用的催眠剂。在电睡眠治疗方法上,为了消除病人眼部的不适感,有时可將电極置于眼眶上前額部分,效果一样。为了促使病人入睡,並延長睡眠时间,可同时服用安眠朋(Evipan)125—250毫克,大部分病人能在通电后15分鐘內入睡。在电睡眠的过程中睡眠时间亦增加,約41.3%病人能睡1—2小时,入睡的人比不服藥組增加三倍^[9]。在分析各类疾病疗效和其他因素的关系时,周树舜等^[3]認為經睡眠疗法获得痊愈与显著好转的病例在神經衰弱病因去除与未去除兩組中的比例为3:1,睡眠疗法治疗無效的病例在病因去除与未去除兩組中为1:10之比,因而作者強調了睡眠疗法結合心理治疗的重要性。許多作者都認為在神經衰弱的治疗中采用心理治疗以及其他多种藥物的綜合治疗,疗效更高,因而近年来单独使用藥物或电睡眠疗法的措施已經少見。鍾友彬^[5]認為采用藥量較大、睡眠时数較多的方式与采用藥量較小、睡眠时数較少的方式兩者的疗效相差不多,但因作者所依据的病例不多,不能因此否定治疗方式与疗效的关系。多数作者的材料^[3,6]指明:長期持續性藥物睡眠疗法对各种疾病的疗效比長期治疗性睡眠与电睡眠为高。睡眠时间長短与疗效兩者間虽絕非平行关系,但前者卻是影响疗效的可能因素之一^[3,5],如每日睡眠时间在8小时以下者,特别是抑制深度較淺的延長生理性睡眠,不論治疗日期为二週或三週,無一例神經衰弱痊愈,無效的比例較高。疗效出現的日期,根据多数作者的材料分析^[3,4,5,8,9],藥物睡眠疗法多在治疗結束后一週至兩月內出現,电睡眠疗法多在治疗过程中出現。此外,关于疗效与治疗次数的关系、藥物毒性反应的关系、神經衰弱临床类型的关系、电睡眠时间安排的关系等諸問題也作了探討^[5,8]。

关于睡眠疗法治疗精神病的問題,多数作者^[4,6,8,9]肯定了对精神分裂症,特别是早期、急性和具有幻觉妄想色彩和紧张症狀的病人,以及反应性精神病和躁郁性精神病具有一定的疗效。延長生理性睡眠或电睡眠疗法的疗效虽不如長期持續性藥物睡眠的疗效为佳,但电睡眠疗法如結合其他治疗(胰島素或电休克),比单独使用胰島素或电休克为佳,不仅疗效提高,还可減少后者治疗的次数^[6,9]。24例精神分裂症經电睡眠与胰島素休克綜合治疗后(內3例系与电休克綜合治疗),有效率达到87.1%,內痊愈11例(45.8%),显著好转10例(11.3%)。6例反应性精神病經綜合

治疗后则全部治愈⁽⁹⁾。

从治疗后的随访来看, 55例神經衰弱病人出院后经过半年的观察, 好转或显著好转者25人, 其中回到原来工作或学习岗位者达18人。半年内病情好转后又复发的共14人, 其中11人是恢复工作后复发的⁽⁵⁾。72例各类精神病人经过1—10月(大部分为3—6月)的随访, 正常者占44.4%, 继续好转者占26.4%, 病情复发者占15.3%。复发病人大部分系反应性精神与歇斯底里⁽⁹⁾。由此可见睡眠疗法的后效是比较巩固的。

遗憾的是对睡眠疗法的神经机制的研究, 即结合高级神经活动与脑电图的研究, 在精神病学界迄今没有一篇正式报告, 虽然有些医院曾进行了这类研究。南京精神病防治院⁽¹⁰⁾曾在睡眠疗法过程中进行身体动作(床动及心搏动)和呼吸的测睡描记实验, 并结合“言语运动实验”测定治疗病人的睡眠情况。根据不同类型精神病人47人在电睡眠治疗中所进行的“言语运动”实验2341次的实验结果来看, 应用这种方法测定病人是否已经入睡可靠率达81%+, 这种方法的优点

是不必进入患者病室, 惊动病人, 即可在护士办公室观察记录所有病人的睡眠情况, 从而显著地减轻了护士观察病人的劳动量。

最后, 可以肯定地说, 由于学习了苏联先进医学经验, 睡眠疗法在精神病临床中已被确定为治疗某些精神病的一个重要方法, 特别是电睡眠疗法更是广泛普遍地应用在门诊和住院的病人。环绕电睡眠进行睡眠机制的高级神经活动研究已在各医院进行。可以预料, 不久的将来精神病学界对睡眠疗法的实验研究和临床研究一样会大大丰富我国精神病实践的經驗。

参考文献

1. 周延闈, 哈医季刊 1(4):511, 1951.
2. 叶维法等, 中华医学杂志 39:681, 1953.
3. 周树舜等, 中华神经精神科杂志 3:13, 1957.
4. 陶国泰等, 中华内科杂志 1:1, 1953.
5. 鍾友彬, 中华神经精神科杂志 3:19, 1957.
6. 翟青涛等, 未发表.
7. 徐德隆等, 中华神经精神科杂志 2:301, 1956.
8. 上海市立精神病医院, 中华神经精神科杂志 2:308, 1956.
9. 张逢春, 中华神经精神科杂志 4:57, 1958.
10. 洪士元, 中华神经精神科杂志 4:52, 1958.

顱骨及顱內上皮样囊腫及皮样囊腫

北京同仁医院神經外科 王忠誠

天津医学院神經外科、北京同仁医院神經外科 赵以成 赵雅度

顱骨及顱內上皮样囊腫及皮样囊腫是很少見的, 尤其是后者。关于这种腫瘤之名称有: 珍珠瘤(Tumors perleés)、胆脂瘤(Cholesteotoma)、皮增生囊腫(Cutaneous proliferating cyst)、上皮样囊腫及皮样囊腫、原发性上皮样囊腫及皮样囊腫等等。这种腫瘤与常見的一般所謂中耳之胆脂瘤不同, 那是慢性炎症使上皮脱落形成之集团。至于中耳真正的胆脂瘤則稀有。胆脂瘤系因含胆固醇而命名。实际上并非所有这类腫瘤皆含有胆固醇; 而其它腫瘤如顱咽管瘤、乳腺瘤及睪丸瘤等皆可含有胆固醇。珍珠瘤是以其外观命名。馬之腦室內此种外形之腫瘤頗常見, 但瘤之性質却迥然不同。它是發生在兩側腦室脉絡叢, 由含有無數胆固醇的結締組織構成, 血管丰富, 並無上皮組織。对于人的上皮样囊腫及皮样囊腫还有人名之为軟膜上皮样囊腫及皮样囊腫, 但是它不一定与軟膜有关, 且可在硬膜外、板障及骨膜。所以現在大多数著者仍采用着發生学上的命名——上皮样囊腫及皮样囊腫。

关于上皮样囊腫及皮样囊腫之来源, Remark (1854)及 Bostroem (1897) 二氏認為系外胚叶細胞于胎生时移位所致。上皮样囊腫由外胚叶外层而来; 皮样囊腫即不仅包括外胚叶的組織, 亦可包括中胚叶者。移

位多發生在胎生第3至第5星期。移位較早者多在中線, 較晚者可离开中線。当大腦皮質及小腦已形成时發生移位, 則腫瘤可發生于硬膜外、板障及骨膜。Graumann氏記載一例由于外伤致成的上皮移植。Love及 Kernohan 二氏亦認為外伤可能是此类腫瘤發生因素之一。

病 理

此类腫瘤在肉眼上即可診斷(圖1, 2, 3)。有一銀灰色光彩的珍珠狀包囊, 不透明, 囊表面極不規則, 囊壁可薄至1毫米而脆, 偶可呈黃色、棕色、綠色, 甚至于紅色。經福尔馬林浸过后光彩即消失。囊之內容似白色微黃而稠的牙膏, 亦可干如豆腐渣, 是由上皮脱落而成; 可不含胆固醇結晶; 可有少量液体, 多呈黃色油性, 后者在皮样囊腫多見。皮样囊腫还含有毛髮及皮脂腺(圖3)。囊壁与內容極易分开, 少数在囊壁之外有纖維組織包裹。整个腫物甚軟, 用腦針穿刺时阻力的感觉与腦組織不易区别。显微鏡下(圖4, 5, 6)可見上皮样囊腫之囊壁为一层纖維組織, 其內为扁平上皮細胞层, 細胞內有时含有角化玻璃样顆粒, 囊內为脱落之細胞, 常呈环状向上排列。至于皮样囊腫除上述外还含