

關於用休克療法治療併發肺結核 之精神病人的問題

李心天* 劉鍾毅*

精神病人同時患有肺結核病的佔着相當不少的數目。美國 MacGlure 及 Brink 氏⁽¹⁾ 統計 10,500 住院精神病人中，患成年型肺結核的有 866 人，佔 8.24%；瑞典 Alstroöm 氏⁽²⁾ 統計 1,147 住院精神病人中，患活動性肺結核者為 5.3%；靜止性肺結核者為 6.1%（共 11.4%）。許多作者認為精神病人患肺結核的比率遠較一般居民患肺結核的比率為高，尤以分裂性精神病人患肺結核的更多。蘇聯 C. B. Массино 氏⁽³⁾ 更進一步地比較了莫斯科市立第一精神病院與莫斯科第一郊區精神病院的精神病人患結核的比率。前者治療着一些住院期較短，急性或經過較輕的病人；後者收容着一些慢性或無法好轉，大都住院一年半以上的病人。他指出在莫斯科市立第一精神病院中，結核病的感染率與開放性結核病患者的數目，與當地成年居民的指數相似；而在莫斯科第一郊區精神病院中，病人的結核病感染率則比當地成年居民高出三倍。在前一精神病院中，分裂性精神病與其他精神病對結核病的感染率並無差別；在後一精神病院中，則分裂性精神病對結核病的感染率比該院其他精神病高出一倍半。

精神病人患肺結核的比率不論比一般居民高或者甚至相等，在治療上都構成很大的困難。由於患肺結核病的精神病人不能嚴格遵行結核病治療常規，常使結核病科醫師感到束手無策；而精神病科醫師亦因患者肺部情況對於施行電休克、胰島素昏迷等劇烈治療有所顧慮。因此長時間以來，此種患者既未接受正規的結核病治療，亦未獲得應有的精神病護理方面的照顧而陷於悲慘的命運中。

精神病人患肺結核病時，究竟能否接受電休克或胰島素昏迷治療？應從下列幾個問題去研究和探討：一、如不接受該項治療，精神病對肺結核將會產生何種嚴重後果？反之，肺結核的存在是否會使

精神症狀延期、好轉或甚至惡化？二、如接受該項治療，是否對肺結核產生不良的影響？對何種肺結核有影響？三、何種精神狀況不利於肺結核而須接受劇烈的休克治療？應選擇患何種肺結核的何種精神病人來進行休克治療？

根據巴甫洛夫學說觀點，大腦半球不僅是一個使機體高度適應外界環境並與其保持完整平衡的器官，同時也是一個調節與聯繫機體內部所進行的各種生理過程，並使這些內部生命活動與軀體及外界保持着精密與相應配合的器官。精神病乃是大腦半球高級神經活動病理狀態的表現。因此除了外表行為的紊亂外，同時也在機體內部，內臟活動中，植物神經機能中表現了多種多樣的變動。所以精神病也是一種全身性的疾病，能改變整個機體的反應性，降低有免疫作用的保護裝置的機能，而使外來感染如結核桿菌能够在體內生存並且活動起來。Массино 氏的資料證明了患結核病比率的增高，只見於長期慢性處於嚴重精神退化狀態中的精神病患者。他觀察了 190 名活動性肺結核和 79 名非活動性肺結核的精神病患者兩年的經過，發現那些無生氣、淡漠，少活動，不關心周圍事物，表現着嚴重精神症狀的患活動性肺結核患者，其結核病死亡率比其他能經常參加院內勞動的同時患活動性肺結核的精神病患者高出十倍，雖然在開始的時候，這兩類患者的病型和結核病的病灶性質和嚴重程度是相同的。至於那些表現躁動、興奮或不能參加勞動的患者，其結核病的發病率與死亡率僅略遜於能參加工作的患者，而遠優於淡漠無生氣的患者。因為分裂性精神病患者常處於淡漠無生氣或癡呆狀態中，這就是為什麼他們患肺結核的比率高於其他精

* 湖南醫學院精神神經病學教研組

神病患者了。這些事實有力地說明了高級神經活動紊亂的嚴重程度對結核病的發生與發展起着主導的作用，尤其是在大腦皮層活動性降低或興奮過程長期不足的精神病患者。由於在精神病發生初期，精神病人患肺結核的比率與正常人的相似，根據巴甫洛夫的神經論觀點來看，如不積極地治療精神病人的嚴重精神狀況將增加肺結核的嚴重程度；反之，改善其精神狀況，將減少肺結核的發生率與死亡率。蘇聯 P. C. Kar 氏⁽⁴⁾ 總結了臨床和實驗方面的各種資料後，作出下列結論：「結核病的經過和結果是密切依賴於神經系統的功能狀態，首先是它的高級部分。任何這種狀態的不良變化，都能破壞抵抗結核病的生理機制與疾病有關而產生的代償機能。」這就使施用電休克與胰島素昏迷治療於患肺結核的精神病人提供了理論的根據。

在我院神經精神科住院和門診的患者中，曾經遇到過一些同時患肺結核的精神病患者，我們過去也是採取慎重保守的態度，勸患者休養，俟肺部情況好轉後，再進行休克治療。後來我們又遇見一些非常激動，興奮有肺結核的精神病患者，如果不去

治療他們的精神狀況，他們即將迅速地陷於嚴重的衰竭狀態，並因過度衰竭而死亡。因此我們也就冒險對這類病人施行電休克與胰島素治療。治療結果，有些患者不僅精神狀況好轉，而且肺部情況亦未惡化，甚至略有改善。此後，我們也曾選擇少數肺結核患者進行了休克治療。本文目的乃是報告這些患者的肺部和精神狀況，在接受休克治療後的變化情形，而企圖說明休克治療對肺結核影響的問題。

資料分析

本文收集的資料是 1951 年 2 月——1954 年 4 月，住院患者患肺結核而接受休克治療的病案，並選擇了四名當時在門診接受治療的病案。在該段時期，共收治嚴重精神病患者 339 人，其中併有肺結核的 21 名，佔 6.1%。21 名中 7 名未予休克治療，（內 2 名只作了一次電休克，因發現患有肺結核而停止治療，故亦算入未治之列。）茲將 7 名的病型，病期與肺結核的情況列表如下（表一）：

七名中，第七名係一神經梅毒與精神病患者，

表 一

順序	姓名	診 斷	病 期	肺 結 核 情 況
1	李×	偏執性精神病	6 月	左上肺浸潤型溶解播散期
2	彭×	癱瘓性癱瘓	5 月	右上肺浸潤型浸潤期
3	賀×	分裂性精神病	1 月	右上肺浸潤型
4	劉×	酒精中毒性精神病	4 月	雙側上肺浸潤型
5	童×	未定型之精神病	4 月	左上肺浸潤型
6	賀×	分裂性精神病	18 天	左上肺浸潤型
7	姜×	神經梅毒與精神病	1 月	右上肺浸潤型

表現緊張症狀與高熱，經青黴素注射與一般治療後，精神狀況逐漸好轉。因無指徵作休克治療不應計入。其餘六名，皆因肺部情況未獲得應有的治療，精神狀況未曾改善即令其出院。他們的病期都在半年以內，如果接受休克治療，可以設想，精神狀況恢復正常的可能性極大；但是由於肺結核的存在，不予治療，不僅精神狀況要延期緩解，並且肺部情況亦因患者的激動不安而無法好轉，其中第六名係一學生，因瘋狂無人照顧，整日在外遊浪，經追蹤得知其在治療半年後死亡於原因不明。

其餘接受治療的 14 名，加上在門診治療的 4 名，

共 18 名，他們的情況列表如下（表二）：

18 名中：男性 12 名，女性 6 名。平均年齡為 24.9 歲。病型分佈如下（表三）：

病期最長者為一年，最短者為三日，平均病期為 2.4 月。

肺結核情況：15 名為浸潤型肺結核，一名為病灶型肺結核，二名（12, 14）治療前僅作胸部 X 線透視，報告結果正常，治療後發現有浸潤性肺結核。

接受電休克次數：最少的 4 次，最多的 23 次，兼作胰島素昏迷或半昏迷的 3 人。單獨接受胰島素半昏迷的 3 人。半昏迷次數最高達 43 次，昏迷次

表 二

病 例 號	住 院 號 (住 或 門 診 號 (門))	姓 名	年 齡	性 別	診 斷	病 期	電 休 克 次 數	腹 治 藥 局 次 數	休 克 治 療 前		休 克 治 療 後		兩 檢 距 之 時 間 相 同	抗 結 核 化 學 治 療
									體 重 (公 斤)	肺 部 X 線 檢 查**	精 神 狀 況	體 重 (公 斤)		
1	住 57666	龍×	19	男	環型分裂性精神病	8日		牛29	47	健側上部浸潤型浸潤期	雙側上部浸潤型 硬結期	一個半月	鏈黴素22克, 異 菸肼12.500毫克	
2	住 34791	楊×	19	女	青春型分裂性精神病	2月	19	牛45 全50	34.5	左上部浸潤型	左上部浸潤型 硬結期	八個半月		
3	住 53931	陳×	17	女	青春型分裂性精神病	7日	22	牛20 全22	45	右上部浸潤型	透視下未能清 楚右出病灶	三個月零 三週		
4	住 19164	何×	40	男	妄想型分裂性精神病	牛月		牛58	46.5	雙側上部浸潤型浸潤期	左側肋膜炎	三個月零 十日		
5	住 53057	李×	26	女	緊張型分裂性精神病	25日	15		40	右上部浸潤型浸潤期	透視下無改變	一個半月		
6	住 33785	伍×	22	男	環型分裂性精神病	10日		牛40	54.5	右上部浸潤型浸潤期	右上部浸潤型 靜止期	三個月		
7	住 25567	陳×	55	男	狂躁性精神病	10日	7		45	右上部浸潤型浸潤期	透視下無改變	一 年		
8	住 20062	田×	42	女	狂躁性精神病	5日	4		46	右上部浸潤 (透視)				
9	住 36862	何×	22	男	環型分裂性精神病	10日	16	全43	44	左上部病灶型硬結期				
10	住 29633	黃×	27	男	阿的平中毒性精神病	10日	8		44	右上部浸潤型	右上部浸潤型 靜止期	一個半月		
11	住 25328	姚×	18	男	緊張型分裂性精神病	一個半月	15		41	右上部浸潤型浸潤期	透視下無改變	一個半月		
12	住 22212	王×	19	女	緊張型分裂性精神病	7月	10		51	透視正常	枝氣管淋巴結 核浸潤期	一星期		
13	住 35799	龔×	27	男	感染性精神病	10日	10		45	右上部浸潤型硬結期				
14	住 31036	楊×	19	男	分裂性精神病	4月	23		50	透視正常	雙側上部浸潤 型浸潤期	17日		
15	門444600	唐×	25	女	青春型分裂性精神病	2月	10			左上中、部浸潤型浸 潤期	左上、中部浸 潤型靜止期	一個月	鏈黴素8克異菸 肼5.000毫克	
16	門256471	孔×	27	男	妄想狀態	9月	21			雙側上部浸潤型	雙側上部浸潤 型部分硬結期	二 年		
17	門44885	鄭×	21	男	分裂性精神病	2月	11			左上部浸潤型	左上部浸潤型 吸收好轉期	一個月	鏈黴素8克異菸 肼5.000毫克	
18	門439814	曾×	27	男	妄想型分裂性精神病	1年	12			右中部浸潤型浸潤期	右中部浸潤型 吸收好轉期	二個月	鏈黴素9克異菸 肼5.500毫克	

* L牛 代表腹島素牛昏迷治療, L全 代表腹島素昏迷治療。

** 除非註明為透視, 皆為 X 光片。定型及關係結合可利用之臨床資料進行的。

表 三

病	型	人	數
分裂性精神病		15	名
環型		3	"
青春型		3	"
妄想型		2	"
緊張型		3	"
未定型		2	"
狂躁性精神病		2	"
阿的平中毒性精神病		1	"
感染性精神病		1	"
偏執型精神病		1	"

數最高達 43 次。

治療後，體重普遍增加，最多的增加 16.3 公斤(1)。精神狀況：12 名恢復正常。

4 名顯著進步(3, 4, 12, 17)。

1 名進步(9)。

1 名無改變(14)。

肺部情況：

進步的 8 名(1, 2, 6, 10, 15, 16, 17, 18)，其中 4 名同時接受抗結核藥物的治療。

無改變的 4 名(3, 5, 7, 11)。

未作檢查的 3 名(8, 9, 13)。

惡化的 3 名(4, 12, 14)。

無改變的四名都是在治療後因經濟困難或其他原因未曾照胸部 X 線片，僅照了透視，透視下未見有改變。體格檢查與實驗室檢查亦未指示體內有慢性活動性病灶存在。

未作檢查的三名，也是因為經濟狀況或時間過短，治療後未曾覆查肺部情況。一名(9)係患左肺尖病灶型硬結期肺結核，曾進行胰島素昏迷 48 次(全昏迷 43 次)，16 次電休克及睡眠療法一程。精神狀況時好時壞，最後因電療發生第六胸椎壓縮性骨折(非結核性)而出院回家療養，精神狀況比入院時期有進步，無發熱及其他證據指示體內有慢性活動性病灶存在的跡象。一名(13)為一右上肺浸潤型硬結期肺結核患者，經 10 次電療後，精神狀況完全恢復正常，其他檢查亦未有陽性發現。另一名(8)係狂躁性精神病患者，接受了第一次電休克後，基本上就安靜下來，因 X 線透視發現右上肺有浸潤型肺結核，故繼續進行了三次電休克後停止了治療，

住院僅八日。出院時精神狀況基本上已正常。

惡化的三名中：一名(4)於胰島素治療 38 次後發生左側胸腔積水，此時患者精神狀況已趨正常，能夠遵照醫囑休養，最後胸腔積水吸收，肺部情況亦好轉。另二名在治療前未照胸部 X 線片，故不能斷定是否完全由電休克所引起。其中一名(14)在門診接受了 19 次電休克，入院時曾經 X 線透視正常，入院後又接受了 4 次電休克，因有低熱，經胸部 X 線照片發現兩肺尖有浸潤型肺結核。另一名(12)於電休克第十次精神狀況恢復正常後，咯血一口，經胸部 X 線照片發現為枝氣管淋巴型浸潤期肺結核，痰中且發現抗酸桿菌存在。

今選擇病例四份報告如下：

病例一：龍×(1)，男性，19 歲，職員，住院號：57666，於 1953 年 12 月 24 日入院，診斷為環型分裂性精神病。病期 8 日，表現極端躁動，打人毀物，赤身裸體在街上亂跑，入院前四日開始拒絕飲食，大小便不能自理。入院時呈輕度失水。胸部 X 線照片顯示兩上肺浸潤型浸潤期肺結核。紅血球沉降率為 5.5 毫米/小時，阿耳內氏計數一次為 76，一次為 80，皆左傾。未曾驗痰。12 月 29 日開始抗結核治療：口服異菸肼每日兩次，每次 100 毫克，肌肉注射鏈黴素每週兩次，每次一克。1954 年元月 6 日開始胰島素中昏迷治療，首先採用波折療法，劑量曾高至 200 單位，以後逐漸降低，維持在 60—140 單位左右，每次在注射後四點鐘終止之。3 月 5 日結束治療，共注射 46 次，滿意的中昏迷有 29 次，異菸肼共用 12,500 毫克，鏈黴素 22 克。治療過程中，體溫一直保持正常，體重逐漸增加，精神狀況亦逐漸好轉。治療結束時，胸部 X 線照片顯示肺部病變有進步，診斷為浸潤型肺結核吸收好轉期。紅血球沉降率為 1.8 毫米/小時，阿內耳氏計數為 51.5。體重由 47 公斤增至 63.5 公斤。精神狀況恢復正常，自知力恢復，參加病室內各種活動，閱讀小說並能正確敘述其內容。於 1954 年 3 月 12 日出院。

病例二：編×(2)，女性，19 歲，大學生，住院號 54791，於 1953 年 8 月 1 日住院，診斷為青春型分裂性精神病。病期兩月，主要表現為妄想及幻聽。胸部 X 線照片顯示左上肺浸潤型肺結核。紅血球沉降率為 34 毫米/小時。體溫正常。入院後先作電休克治療 12 次，復改用胰島素中昏迷治療 34 次，因療效不著，又施行胰島素昏迷治療 30 次，並合併電休克 7 次，終於 1954 年 1 月 22 日痊愈出院。治療結束時，紅血球沉降率為 17 毫米/小時。出院一個月後(2 月 27 日)胸部 X 線照片復查為左上肺浸潤型肺結核硬結期。紅血球沉降率為 8 毫米/小時。病中未接受抗結核藥物治療。出院後九個月中患者一直表現正常，且已復學參加正規學習。

病例三：唐×(15)，女性，23歲，護士，門診號 444600，於 1954 年 3 月 25 日來門診檢查，診斷為青春型分裂性精神病。病期兩月，表現為見人就罵，語無倫次，拒絕飲食，澈夜不眠，並呈輕度失水。胸部 X 線照片顯示左上、中肺浸潤型肺結核浸潤期。紅血球沉降率為 41 毫米/小時，阿內耳氏計數為 90，極度左傾。3 月 30 日開始電休克治療，同時肌肉注射異菸胍每日兩次，每次 100 毫克，肌肉注射鏈黴素每週兩日，每日兩次，每次 0.5 克。第一次電療後半小時，患者咳出帶血痰一口（過去無咯血史），乃暫停電療。三日後未見有繼續咯血，且精神狀況極為惡劣，在嚴密觀察下，繼續電休克治療。為加速使患者安靜起見，採用電休克與 Coramine 結合治療四次。患者逐漸安靜，自動進食。以後精神狀況繼續進步，電休克 10 次後患者表現已與正常人同，乃停止電療，繼續抗結核治療。此時複照胸部 X 線片，與治療前照片比較無改變。紅血球沉降率為 37 毫米/小時，阿內耳氏計數為 63。繼續在門診觀察。

病例四：何×(4)，男性，40歲，職員，住院號：19164，於 1951 年 2 月 26 日入院，診斷為妄想型分裂性精神病。病期半個月，主要表現為被迫害妄想，無端哭笑，睡眠不寧等。十餘歲時有咯血史。平時痰中常帶血，1950 年 9 月曾咯血十數口。入院時面色萎黃，憔悴。胸部體檢：左上胸與背右側有濁音，兩側背上部皆有乾囉音。胸部 X 線照片顯示雙側上方浸潤型浸潤期肺結核及雙側肋膜增厚。紅血球沉降率 21.2 毫米/小時，阿內耳氏計數 70，痰屢次檢查與培養結核桿菌結果皆為陰性。體溫正常，體重 46.5 公斤。3 月 4 日開始胰島素半昏迷治療，劑量維持在 40—60 單位左右。治療六次後，精神狀況開始穩步好轉，體重亦逐漸增加，4 月 14 日（第 32 次治療）體重達最高峰為 55 公斤。4 月 28 日紅血球沉降率增至 26 毫米/小時，次日開始咳嗽，咳時左胸疼痛，4 月 20 日體溫突然增高達 39.7°C，白血球 12,000/立方厘米，嗜中性白血球 85%，以後三週內體溫一直維持在 38°C 上下，20 日即停止胰島素半昏迷治療，共接受半昏迷 58 次。4 月 23 日胸部 X 線透視除原來肺結核病灶外，左側肋膈處尚發現少量積液。5 月 4 日作胸腔穿刺，抽出胸水 170 毫升：液黃微濁具粘性，比重 1017，細胞數 510/立方厘米，白血球 380/立方厘米，淋巴球 65%，嗜中性白血球 35%。Rivalta 氏試驗陽性，未發現抗酸桿菌或其他細菌。5 月 10 日體溫漸趨正常，未接受任何抗結核藥物，體重逐漸減輕至 47 公斤。在發熱期間精神狀況仍繼續好轉。5 月 13 日出院，出院時已無被迫害妄想，能進行醫囑臥床靜養，表現與正常人無異。同年 7 月 21 日曾來結核科門診作胸部 X 線覆查，發現左側胸腔內已無積液，左側肋膜增厚有粘連，雙側浸潤亦有進步，精神狀況仍正常。

討 論

開始對精神病患者施行休克治療的時候，由於

經驗不足，臨床醫師對病人的選擇極為嚴格，認為禁忌症很多。最初，活動性肺結核被認為是絕對禁忌症，穩定的肺結核是相對禁忌症。並先後報告了「雷查，胰島素昏迷及電休克治療引起肺結核活動和惡化的病案^(5,6,7)」，雖然數目並不多。後來 Hughes⁽⁸⁾ 等首先建議：應就每個患者的具體情況來權衡其因治療可能引起的危險與不治療的後果如何而來決定是否須施行休克治療，因為常在一些迫不得已的情況下必須向肺結核的精神病患者施行各種休克以挽救患者的生命。此外，也有患肺結核的精神病患者於接受胰島素與電休克治療後精神狀況不僅進步而肺部情況亦未惡化甚至好轉的報告：例如 Smith 氏⁽⁹⁾ 曾報告一患雙側活動性肺結核若干年的患者於接受電休克 20 次，其精神狀況及肺部情況皆有進步，Berlin-Чертов 氏⁽²⁾ 亦曾報告了一纖維空洞性肺結核曾施行上肺胸廓成形術的分裂性精神病的病案，患者於接受胰島素昏迷治療後，精神狀況有進步，肺部情況亦未惡化。一年後再行檢查，精神狀況與肺部情況皆保持穩定狀態。Weinstein 氏⁽¹⁰⁾ 提出了較詳細的資料並報告了患肺結核的精神病患者接受電休克或胰島素昏迷治療的共 33 名，其中僅一例肺部情況惡化，此例有六年結核病史，曾施行一側肺葉切除及胸廓成形術，另一側肺部亦有空洞形成。肺部空洞於接受 16 次電休克治療後增大，但精神狀況却已恢復正常，故有可能對肺結核作較合理的療養。在其餘的病案中，亦有一例曾施行胸廓成形術並有空洞形成，經 43 次胰島素昏迷及 5 次電休克治療後，X 線照片顯示肺結核好轉，空洞有縮小趨勢。因此作者作出結論：鑒於結核病與精神病的近代治療日趨完善，已無任何理由採取格外保守的態度並延遲對精神病的治療。因為患者每於結核病變靜止前精神狀況即呈衰退。所以只要患者的精神狀況需要進行胰島素昏迷和電休克治療，即可施行此項治療。

本資料所列病案的特點是：一、患者病期皆在一年以內，絕大多數起病較急，發病時短。二、肺結核情況絕大多數是比較輕的浸潤型肺結核。三、患者一般地年齡較青。

18 名患者中精神狀況經治療後恢復正常和顯著進步者佔 16 名 (88.8%)。其中住院的 14 名中，恢復正常和顯著進步的佔 12 名 (85.7%)，其百分

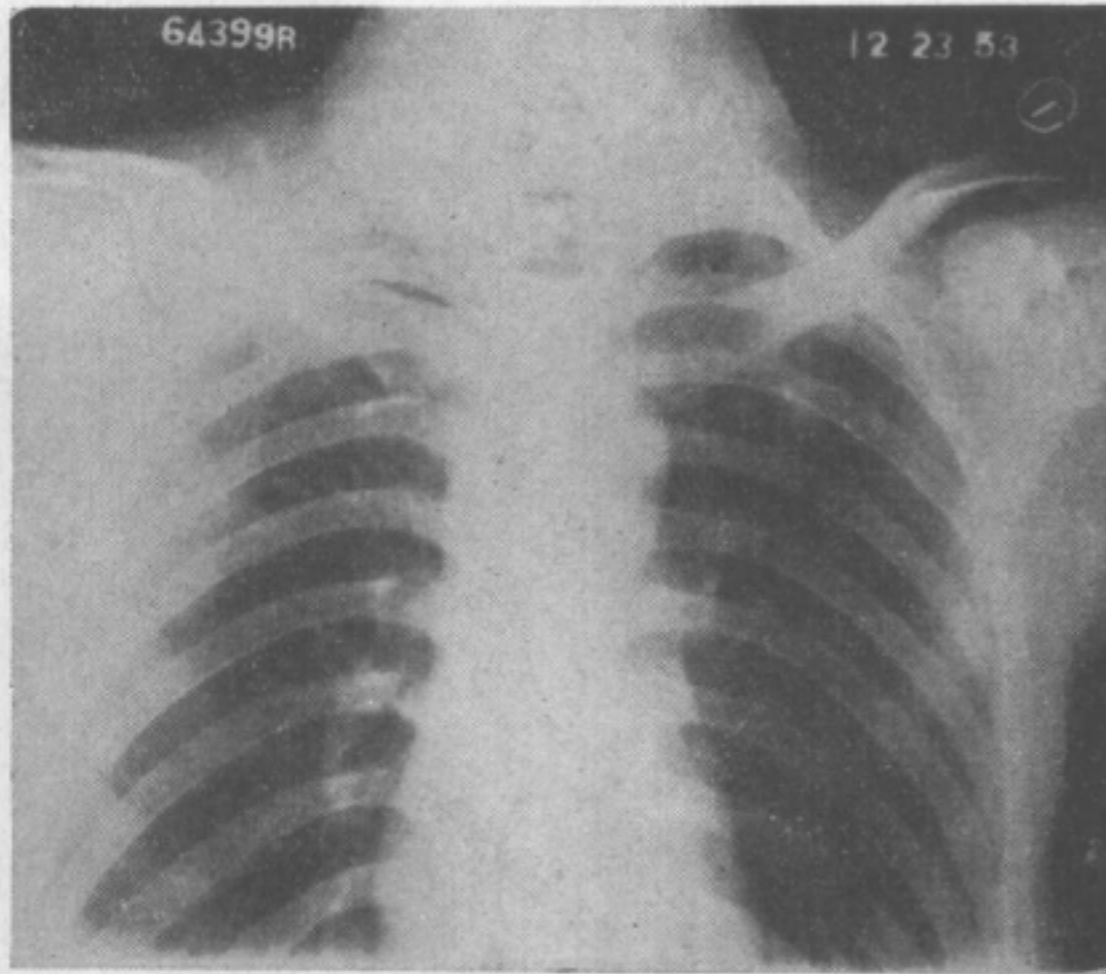


圖 1. 病例一, 龍×, 環型分裂性精神病, 雙側上部浸潤型浸潤期肺結核(胰島素半昏迷治療前)。

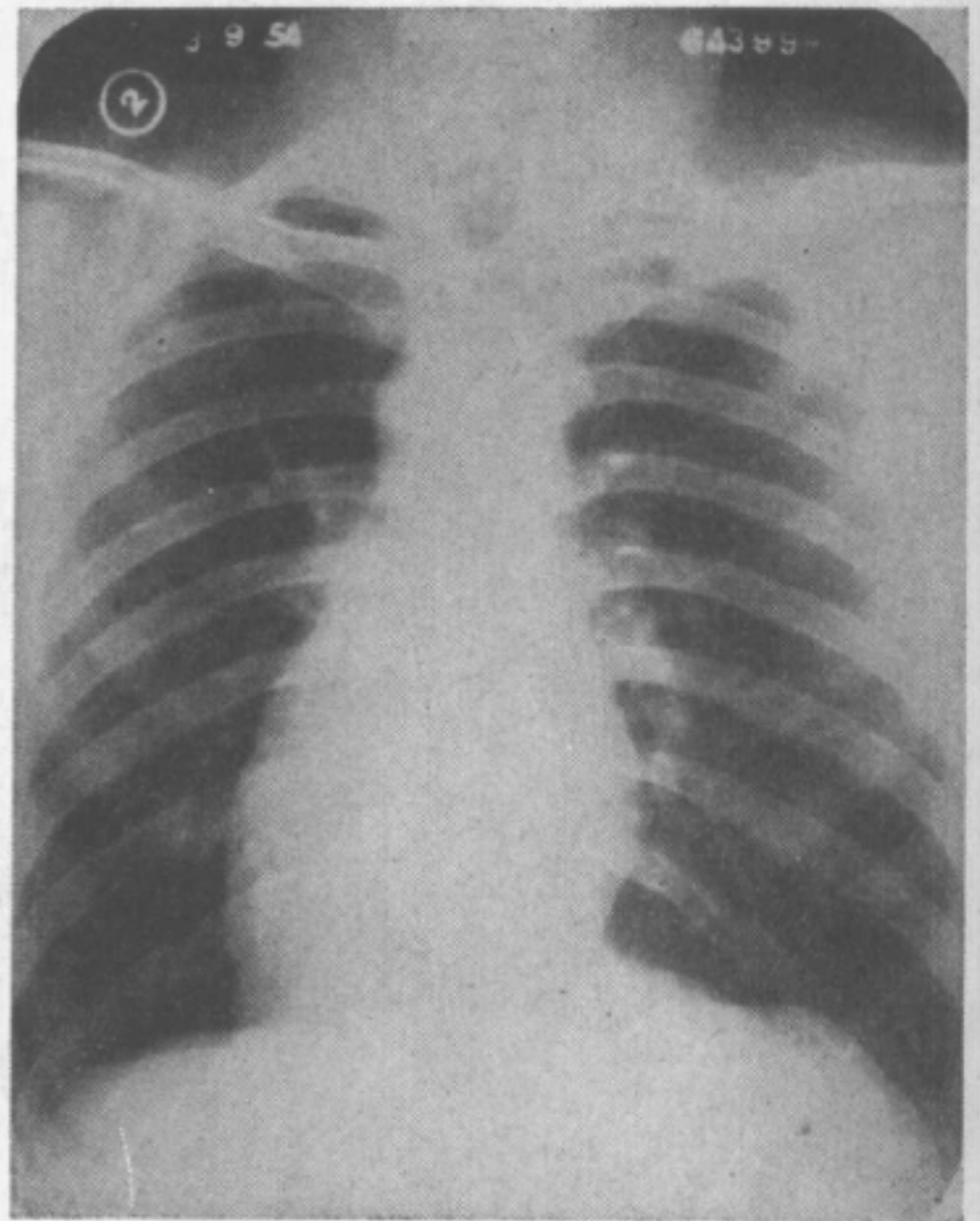


圖 2. 病例一, 龍×, 胰島素半昏迷 29 次以後, 精神狀況恢復正常, 肺部雙側浸潤型肺結核吸收好轉期。

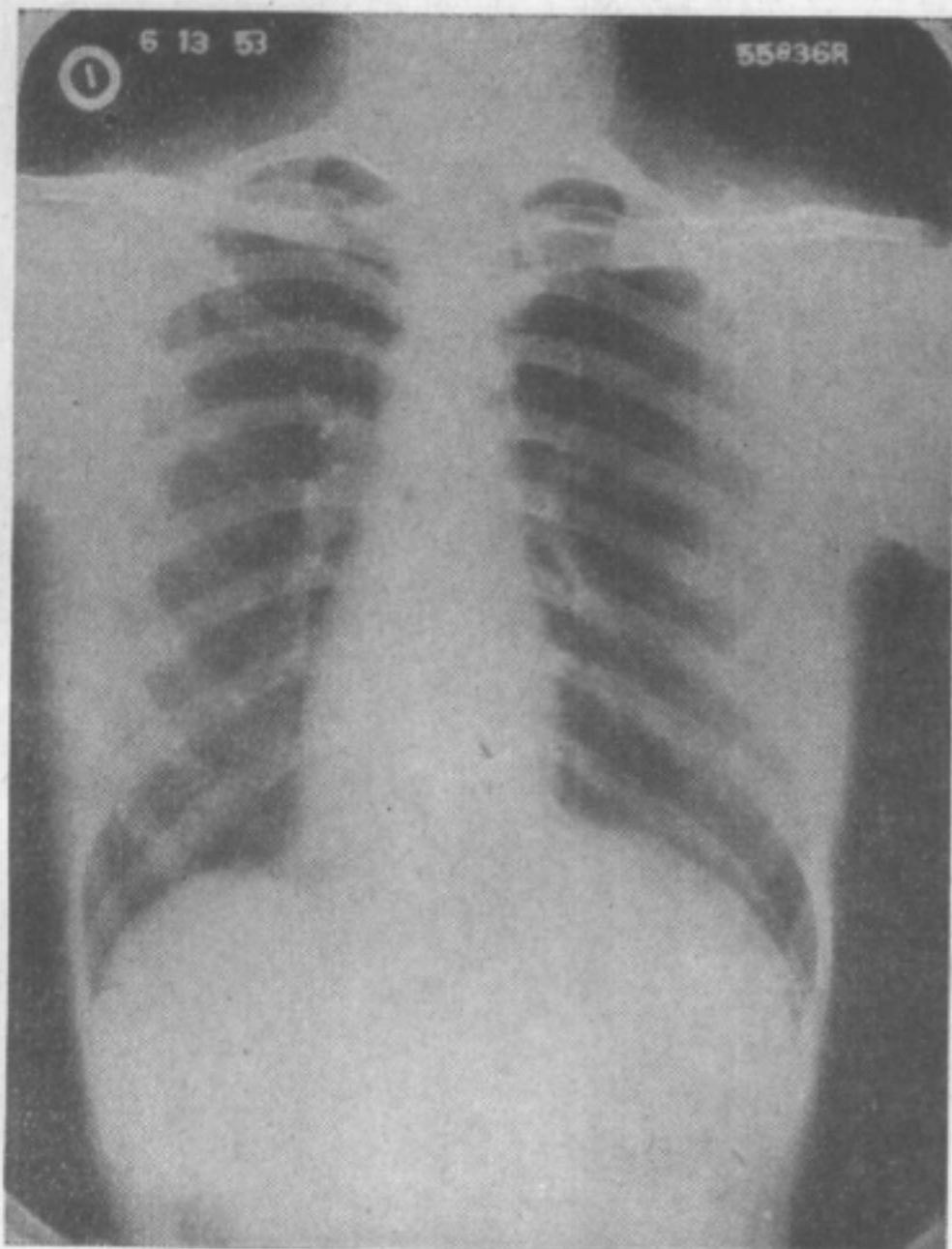


圖 3. 榻×, 青春型分裂性精神病, 治療前, 肺部左上側浸潤型肺結核浸潤期。

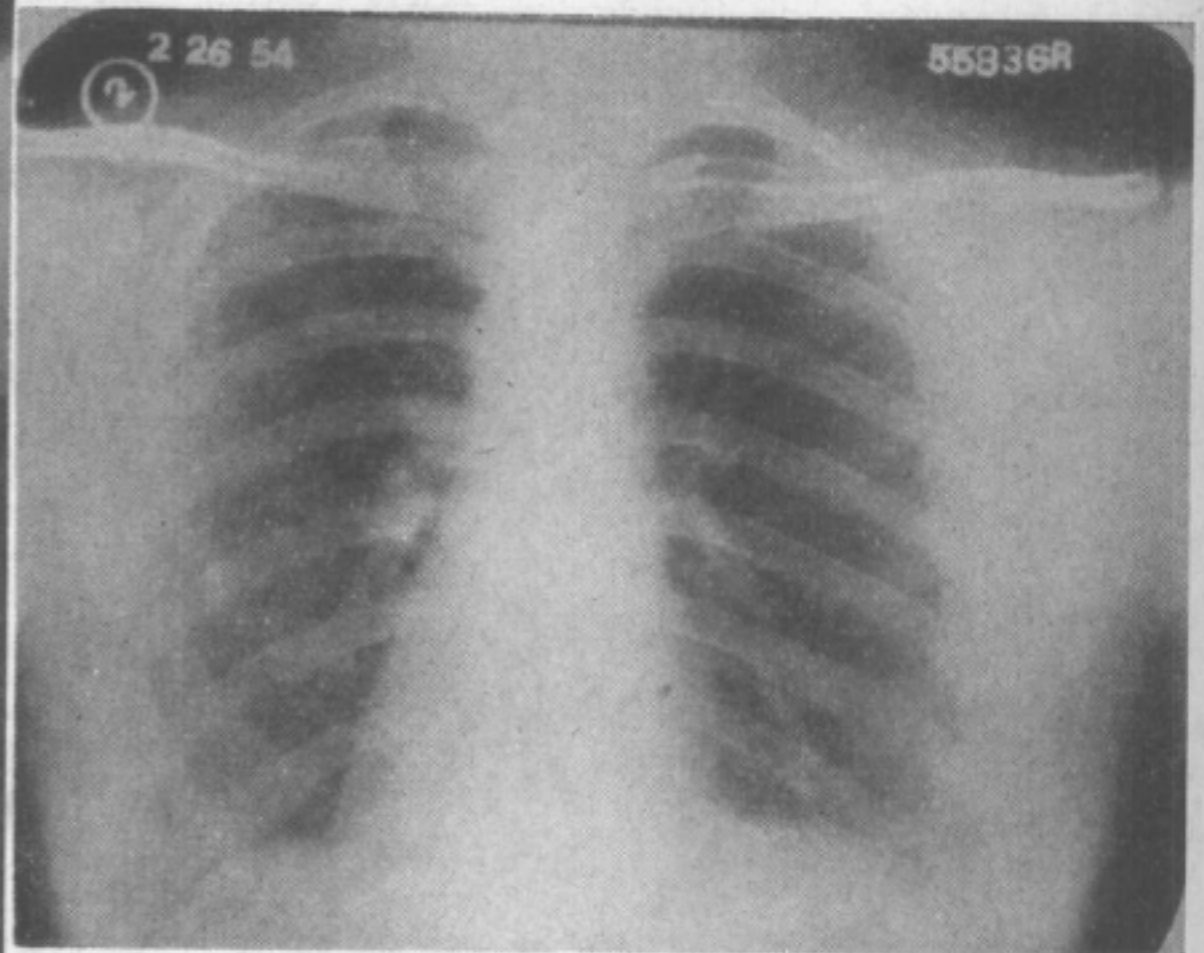


圖 4. 榻×, 胰島素昏迷 30 次與電休克 19 次後, 精神狀況恢復正常, 肺部為左上側浸潤型肺結核硬結期。

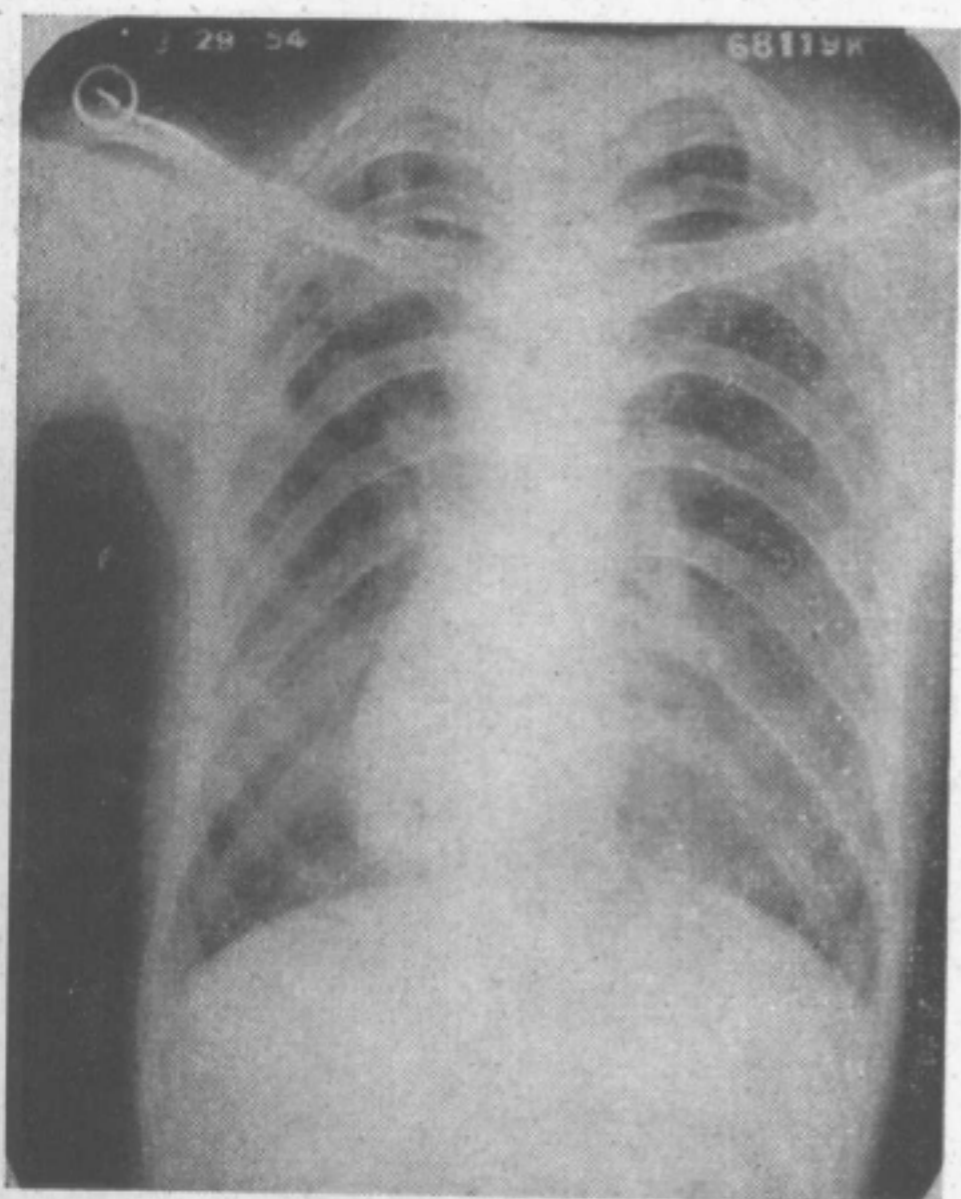


圖 5. 唐×, 分裂性精神病青春型, 治療前肺部爲左上中側浸潤型肺結核浸潤期。

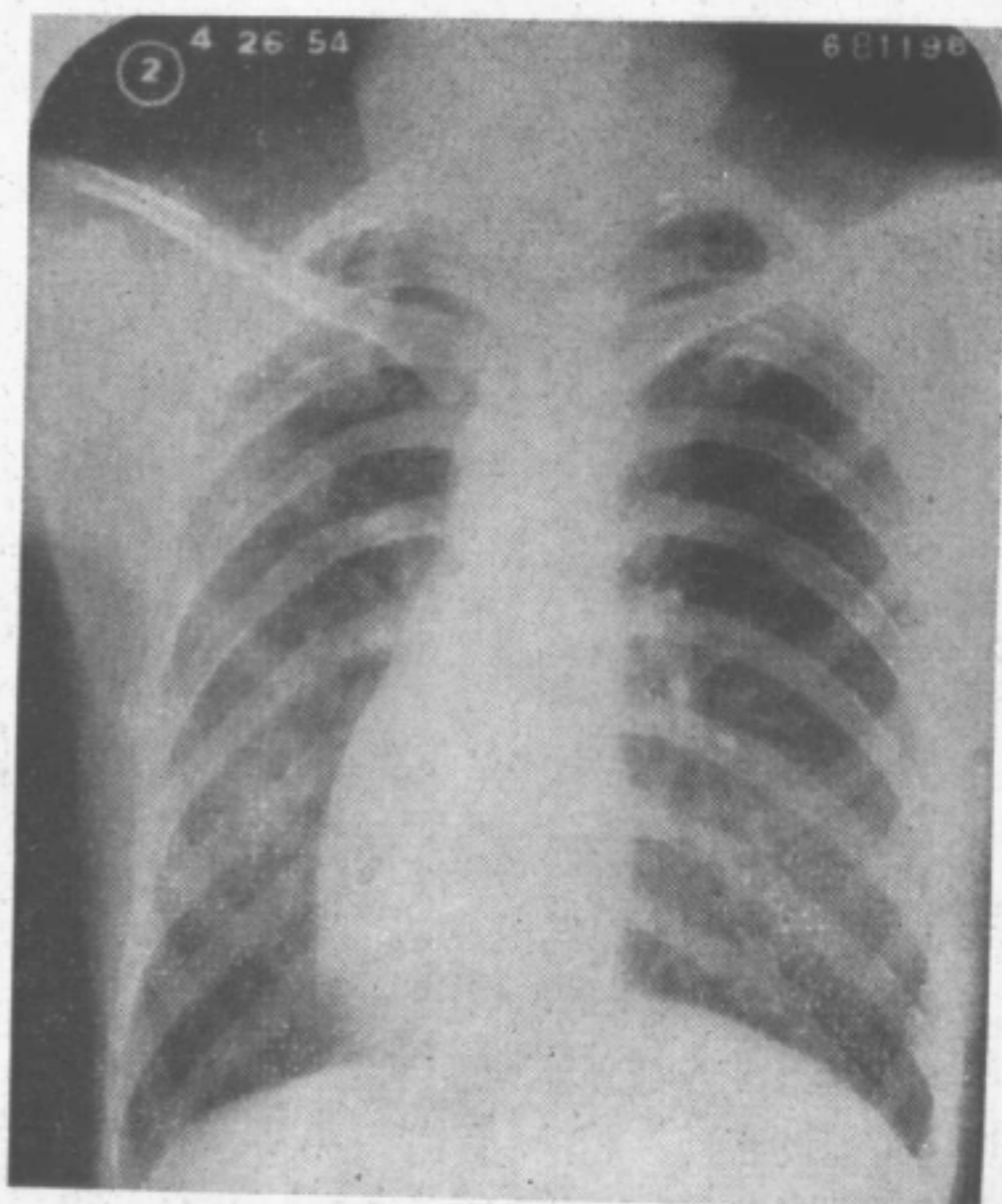


圖 6. 唐×, 接受電休克 10 次, 左上中側肺部浸潤型肺結核靜止期。精神狀況, 恢復正常。

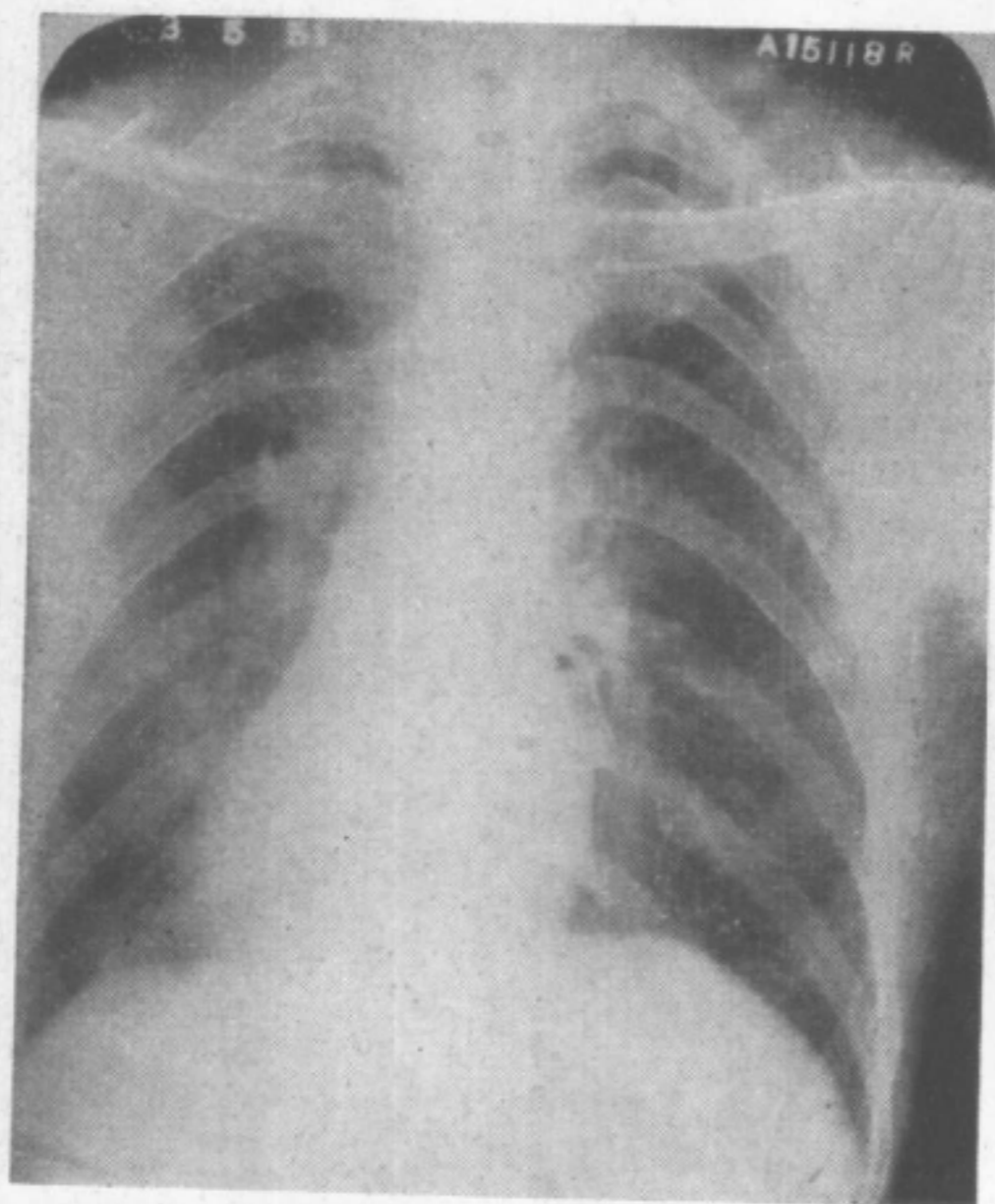


圖 7. 何×, 妄想型分裂性精神病治療前肺部情況爲雙側上方浸潤型肺結核浸潤期及雙側肋膜增厚。

比與我院 1948—1953 年內所有住院患者，病期在一年以內經治療後恢復正常與顯著進步者的百分比 (53.8%) 相較，要高出很多。這說明了病期仍是決定療效的主要因素之一。肺結核對病期較短患者的精神狀況尚未產生明顯的不良影響。

肺結核情況：有八名進步，四名無變化，佔 66.6%，這個百分比說明了這些患者在接受使身體產生劇烈反應的休克治療在大多數情況下並不產生使浸潤性肺結核惡化的結果。反之，休克治療改善了精神狀況，可使肺結核病變在與正常人相似的精神狀況下演變而趨向好轉。

惡化的三名中，一名雖併發肋膜炎，但由於經過治療，紊亂的高級神經活動得以調整，精神狀況恢復正常後，肺部病變亦能迅速好轉。另二名，事先皆未照胸部 X 線片，並且身體都不健康，一名有嚴重的貧血，一名發病時曾有一星期原因不明的高熱。這兩名都是處於身體過度衰弱的狀態下進行休克治療的。身體過度衰弱可能是使肺結核得以比較順利發展的一個條件。我們認為不論有無肺結核，只要精神患者不處於體力衰弱的狀態，是可以接受休克治療的。其次如患者肺部情況需要接受抗結核藥物治療，亦應同時給予。

從巴甫洛夫學說觀點並根據 Массино 氏的資料來看，精神患者同時患有肺結核時，起主導作用的應該是患者大腦皮層功能的狀態。本文所提供的資料都是屬於精神並未衰退而可以治療的精神病患者，其中併發肺結核的百分比與常人中患肺結核的百分比 5%⁽¹⁾ 相近。如予以治療，改善其精神狀況，即高級神經活動病理生理狀態，不僅能使患者遵循醫囑安心休養，而且對肺結核的演變上起着積極的影響。因此，「凡能在某種程度上恢復神經系統的活動性或發展代償機能的因素，都能從患者的積極方面影響結核病。」⁽⁴⁾ 所以精神病的治療本身對肺結核就具有積極的意義。

結 論

一、精神患者兼患肺結核的數字很大，這些患者過去常構成治療上的困難。

二、對精神病和肺結核二者的關係會加以討論，認為中樞神經系統高級部位，尤其是大腦皮層

的活動狀態起着主導作用。

三、報告了 18 名不同類型的早期精神患者同時患有肺結核。接受休克治療後，16 名精神狀況恢復正常或顯著進步，一名進步，一名無改變。肺結核情況：八名有進步，四名無變化，三名未作檢查但臨床上無惡化跡象。另三名惡化，並對惡化原因作了分析。

四、結論認為患有肺結核的精神患者，如一般情況不處於衰竭狀態，可以接受常規的休克治療，精神病的治療本身對肺結核有積極的影響。但應在嚴密注意下，結合其它一切可能的抗結核治療。

參考文獻

1. McGlure, B. & Brin, G.: A Tuberculous survey in Mental Hospital, A. J. Psychiat., 13: 975, 1933-1934. (見於 Берлин-Чертов, С. В.: 結核病與心理, 1948 年, 方敏德譯, 中華書局出版, 1951 年)
2. Берлин-Чертов, С. В.: 結核病與心理, 1948 年 (方敏德譯, 中華書局出版 1951 年)
3. Массино, С. В.: 精神病患者的結核病, 原載 Проблемы Туберкулеза 1952 年第 4 期, 譯載 [蘇聯醫學] 第八年 12 期。
4. Кан, Г. С.: 研究神經系統在結核病發原原理上的作用報告, 原載 Архив патологий, 1953 第 1 期。譯載 [俄文譯影] 創刊號, 湖南醫學院教務處出版 (對內刊物)。
5. Bulley, K. G. & Greene, B. L.: Incidence of pulmonary tuberculosis in schizophreniac patient following metrazol convulsive treatment, Am. J. M. Sc., 201: 504, 1941.
6. Kinsey, J. L.: Incidence & cause of death in shock therapy, Arch. Neurol. & Psychiat., 46: 56, 1941.
7. Hemphill, R. E.: Electrical convulsion therapy, Lancet, 2: 152, 1942.
8. Hughes, J. et al.: Electroshock treatment in the psychosis, Am. J. Psychiat., 98: 558, 1942.
9. Moore, M. T.: Electrocerebral therapy: Reconsideration of former contraindications, Arch. Neurol. & Psychiat., 57: 703, 1947.
10. Weinstein, L.: Electroconvulsive & insulin coma therapy in the presence of active pulmonary tuberculosis, J. Nervous & Mental Disease, 118: 36, 1953.
11. 譚禮智: 個人諮詢 (係根據全國各大城市約十萬人之統計資料)。

原發性腦膜成黑色素細胞瘤 之臨床病理觀察

王慰會 陳 詒*

在腦膜的原發性瘤腫中，除常見的腦膜瘤及血管瘤外，原發性成黑色素細胞瘤亦屬此類，但極少見。Schnitker、Ayer 二氏在 1958 年溫習了最近 90 年的文獻，僅有 30 例可資稽考。作者近曾有此病案一例，並詳作病理檢查，今介紹與討論如下。

病 史

病員，男性，35 歲，職員，54 年 4 月 17 日第一次入院，住院號 2222。入院前二月開始有陣發性的前額部鈍痛，並不嚴重，仍能堅持工作，精神比較萎靡。一月後頭痛加重，開始有噴射性嘔吐、頭暈、複視，頭痛嚴重時神志有時不清。過去史無特殊處。入院後脈搏、呼吸、血壓都維持正常。一般體格檢查發現病人有慢性病容，精神萎靡，但神智仍清楚。皮膚有少數瘡疤，無色素斑。在兩腋及兩腹股溝處有少數淋巴結節正可摸及。心肺之一般檢查和 X 線檢查都正常。腹部軟，肝脾不腫大，四肢及生殖系統正常。神經系統檢查發現兩眼近視 190° 及 170°，兩側視神經乳頭腫脹充血，網膜中心靜脈怒張。左眼外展略有限制，兩眼向外看時有快速的水平震顫。其餘顱神經正常。步態、四肢運動功能及肌張力都正常。感覺及反射亦正常，無病理反射。血、大小便各項化驗室檢查都正常。基礎代謝為 -0.52，每日輸入及排洩量之研究亦正常。入院前一週中，在他院曾作過多次腦脊液檢查，細胞數分別為 27、22、44、14；潘氏試驗 (+)，氯化物及糖定量正常。頭顱 X 線檢查發現蝶鞍扁平，鞍背顯著破壞，後床突已消失，兩側頂骨處之板障靜脈紋增加。入院後診斷腦瘤，因無定位體徵，疑為中線的、尤其顱後凹的瘤腫可能性較大。5 月 18 日出院並轉至天津總醫院神經外科行手術探視，在該院曾作腦室造影檢查，疑為第三腦室四週有廣泛性的病變，因之未行手術即出院。此後頭痛、嘔吐日漸加重，遂於同年 10 月 16 日因病危而再次入院。入院前數日病人之神志完全昏糊，入院之當日小便已瀰留。檢查發現頭部叩診發空響；瞳孔散大，視神經乳頭蒼白且邊緣極為模糊，而為繼發性萎縮狀態；頸強直；四肢肌張力增加甚著；腱反射明顯增高；有巴彬斯基及霍夫曼二氏徵。不幸，於入院之第二日呼吸停止而死亡。屍體解剖時，取腦

脊液檢查，並發現有紅血球 32 (由於血液污染)，淋巴球 7 及潘氏 (+)，但遠心沉澱後未發現瘤細胞。

病理檢查

肉眼觀察：死後六小時作頭部解剖。硬膜及血竇光滑灰白，無色素或滲出物。整個大小腦表面之蜘蛛膜下腔，為一層紅黑色物質所覆蓋 (見圖 1)。腦迴扁平，質較軟。大腦穹窿面腦膜尚光滑，無粘連或積液，血管形態及分佈正常。大腦基底面所覆蓋之紅黑色物質較穹窿面者為厚，尤以位於視神經交叉、大腦腳、橋腦和延腦之四周及頸脊髓上段者更為著明。腦底的血管及顱神經悉被包埋於此項紅黑色物質中。

兩側枕葉外側面有腦室造影痕跡，且左側造影之穿刺造成腦實質明顯的破損，並與硬膜及骨膜粘連。

冠狀切開後發現二側腦室中度擴大，第三腦室、大腦導水管及第四腦室的前部亦顯著擴大。在切面上，很清楚地看到腦表面之紅黑色物質已深入並完全充塞了每個腦溝。大腦皮層、皮層下白質、基底節、腦幹及頸脊髓之上段的形態、硬度、顏色皆正常。紅黑色物質在腦的穹窿面厚約一毫米，在底部一般為 2—4 毫米，最厚處達 7 毫米 (圖 2—3)。

左側室後角內壁處有一界限明顯，黃豆大小的黑色顆粒 (圖 4)。

大腦橫裂內亦充滿紅黑色瘤腫組織，並向前延至第三腦室頂部，而在穹窿體與視丘背側侵入側室底部室管膜下層和脈絡膜叢。在延腦底面瘤組織循第四腦室的側孔侵入第四腦室，以與脈絡膜叢纏連，而成為一個 2×1 厘米的黑色瘤體並充滿了第

* 南京精神病防治院