

临床报道

温肾法防治老年慢性支气管炎原理探讨

——附 522 例疗效分析

上海第一医学院华山医院脏象研究室

沈自尹 姜兴慧 查良伦 陈伟华 陈素珍

张瑞金 陈剑秋 陈响中 施赛珠 周杏仙

老年慢性支气管炎是一种老年常见病，本病发病率与年龄成正比。从 1972 年至 1981 年，我们先后对 8 批老年慢性支气管炎（以下简称老慢支）患者共 522 例开展温补肾阳法的防治。经与对照组进行比较，以及部分患者的五年远期随访，认为疗效可靠，能够重复而且远期疗效比较满意。在防治过程中，通过内分泌（下丘脑—垂体—肾上腺轴与甲状腺轴）与免疫（细胞免疫与体液免疫）的观察，对于原理方面作了初步探讨。

临床资料

一、病例选择*

（一）一般情况：本文病例均按全国慢性支气管炎临床诊断标准选入。以 1979 年 64 例为例，男 48 例，女 16 例；年龄 40~70 岁，平均 56 岁；病程 2~41 年，平均 12 年。其余各批防治对象性别、年龄、病程均与此相仿。

（二）对照组的设置：1972 年按随机分配设补肾组与对照组。1973 年在年龄、病程、病型、病情四方面相仿条件下设补肾组与对照组。由于连续两年对照组疗效相仿，以后即取消对照组。

（三）肾阳虚型与无特殊见证型的选择：为研究老慢支的内分泌改变，按制订的辨证标准^(1,2)选出典型的肾阳虚型 27 例，以及无特殊见证型（指除咳、痰、喘外，既无肾虚也无其它见证者）21 例，在内分泌检查中进行对比。

二、治疗方法

（一）药物制备：治本采用温阳片与滋阴片，治标采用急支糖浆与复方商陆片。具体药物及制备方法见另文⁽²⁾。

（二）治疗时间：在好发病的前 1~2 个月即开始服药预防，即每年从 9 月底开始至次年 4 月初结束，如此半年为一期防治，其余半年停药。

（三）治疗原则：

1. 温补肾阳法为主：各型患者均服用温阳片，在治程中出现口干、大便干结或其它热性症状者则合用滋阴片以调节阴阳。温阳片与滋阴片的比例或为 7:3，或为 5:5，可根据病情灵活掌握。肾阴虚患者酌情加大滋阴片比例。

2. 标本处理中以治本为主：整个疗程中，只要处于缓解期即连续服用温阳片。但逢急性感染或迁延期痰量增多时则暂停补肾药，须待感染控制，痰量减少，才能继续补肾扶本。如果病情复杂，本虚标实，则采用标本兼顾。在整个疗程中，抗感染用药不宜超过全疗程的 1/3，否则不作考核。

三、治疗效果

疗效考核均按国家标准，通常于每年 5 月份进行考核。

（一）1 年疗效考核：结果见表 1。对照组

* 本文历年患者来源于我院、杨浦区工人医院、康定路地段医院所属劳保工厂工人、嘉善农场社员、延西地段、天山街道、康定地段居民以及上海眼镜一厂工人等。

表 1 历年老慢支患者补肾防治 1 年
疗效对照观察

历年组别	例数	疗 效				总 计	
		基控 %	显效 %	好转 %	无效 %	有效率 %	显效以上率 %
1972对照组	36	2.9	11.4	31.4	54.3	45.7	14.3
1972补肾组	53	1.9	32.1	35.8	30.2	69.8	34.0
1973对照组	26	7.7	11.5	19.3	61.5	38.5	19.2
1973补肾组	44	6.9	45.4	40.9	6.8	93.2	52.3
1974补肾组	40	20.0	52.5	22.5	5.0	95.0	72.5
1976补肾组	54	22.2	46.3	27.8	3.7	96.3	68.5
1977补肾组	56	17.8	42.8	33.3	6.1	93.9	60.6
1978补肾组	78	10.3	32.1	46.1	11.5	88.5	42.4
1979补肾组	64	21.9	35.9	32.8	9.4	90.6	57.8
1980补肾组	71	7.0	38.0	42.4	12.6	87.4	45.0

显效以上者为 14.30~19.20%，而历年采用温肾法的防治组显效以上者为 42.40~72.50% (1972 年补肾组未按正确治则处理，故不计在内)。

(二) 5 年疗效随访：1973 年开始防治的一批患者中，有 34 例平均连续防治 3 年，进行 5 年远期随访，结果 3 年临床治愈率为 28.1%，显效以上者为 62.5%，且临床肾虚见证亦趋好转，甚至有转为无特殊见证型者。在随访时肾虚见证有退步者仅 3 例 (均属好转或无效患者)。

四、内分泌与免疫实验检查方法

(一) 24 小时 17 羟皮质类固醇 (简称尿 17 羟) 测定：采用 Reddy 修改法。

(二) 促肾上腺皮质激素 (ACTH) 二日静脉滴注试验 (简称 ACTH 试验)：试验前 2 日测尿 17 羟值，以其平均数作为基数；连续 2 日每日持续 6~8 小时静脉缓慢滴注 ACTH 25 国际单位，并分别测当日 24 小时尿 17 羟值作为反应值。

(三) 血浆 ACTH 浓度测定 (放射免疫法)：采用英国 Amersham 放射化学中心提供的 ^{125}I -ACTH 放射免疫试剂盒。

(四) 血浆皮质醇昼夜节律测定：血浆皮质醇测定采用放射免疫法。昼夜节律系每隔 6 小时测血一次，即晨 8 时、下午 2 时、晚 8 时、半夜 2 时、次晨 8 时，共 5 次。

(五) 总三碘甲状腺原氨酸 (T_3)、血清甲状腺素 (T_4) 放射免疫测定：系华山医院同位素室测定。

(六) 促甲状腺素释放激素 (TRH) 兴奋试验：均由华山医院同位素室提供 TRH 试剂与促甲状腺素 (TSH) 测定。TRH 剂量为 0.5 毫克，于注射前、注射后 30 分钟、60 分钟、120 分钟，分别测血清 TSH 一次。被测试者均已排除各种药物以及各种病理生理因素的影响。

(七) 免疫球蛋白 (IgG 、 IgA 、 IgM) 测定：采用单向琼脂扩散法，由华山医院哮喘组免疫室与我室人员专人操作。

(八) E-花环形成试验：总花环 (E_t) 与活性花环 (E_a) 测定均采用本院微生物学教研室建立的实验方法，由我室人员专人操作。

五、实验结果

(一) 内分泌功能检查：

1. 下丘脑—垂体—肾上腺轴：1972 年我们⁽³⁾测定 100 例老慢支患者尿 17 羟含量，其值低于 5 毫克 (正常低限为 5 毫克) 者占 63%，提示老慢支患者多数有肾上腺皮质排泄或代谢紊乱。

1973 年和 1979 年对老慢支肾阳虚型与无特殊见证型组作 ACTH 试验，并与正常人进行对照。以 ACTH 滴注日之尿 17 羟绝对值升高 10 毫克以上者为正常反应；若滴注 ACTH 第一日升高不到 10 毫克而第二日升高者为延迟反应；两日均低者为低下反应。实验中发现，无特殊见证型组虽尿 17 羟值偏低，其 ACTH 试验反应尚属正常 (11 例中仅 1 例为延迟反应)，说明其肾上腺皮质的反应性尚可。但肾阳虚型两年的结果均显示有半数以上患者 ACTH 试验呈延迟反应，提示肾阳虚型尿 17 羟值低下可能是继发于垂体功能低下，见表 2。1973 年肾阳虚型之 ACTH 试验呈延迟反应 10 例，经 1 个半月温肾治疗后，有 6 例恢复，再经 3 个月治疗，又有 3 例恢复。

1979 年直接测定 9 例老慢支肾阳虚患者血浆 ACTH 浓度，并与 12 名正常人者相比较，测定结果，肾阳虚患者 ($30.98 \pm 19.27^* \times$

表 2 老慢支肾阳虚型与无特殊
见证型的 ACTH 试验比较

组 别	例数	基 数	ACTH 试验	
			第一日	第二日
正 常 人	30	7.17	24.10	26.70
无特殊型 (1973)	正常反应	10	4.64	21.20
	延迟反应	1	5.10	14.70
肾阳虚型 (1973)	正常反应	5	4.82	21.00
	延迟反应	10	6.69	14.60
肾阳虚型 (1979)	正常反应	5	3.74	17.00
	延迟反应	7	3.37	10.12

注:表内数字为 24 小时尿 17 羟值(毫克)

10^{-12} 克/毫升) 低于正常人 ($43.76 \pm 24.54 \times 10^{-12}$ 克/毫升)。此外还对 7 例老慢支肾阳虚病人测定了治疗前后的血浆 ACTH 浓度, 治疗前为 $22.97 \pm 12.31 \times 10^{-12}$ 克/毫升, 治疗后为 $31.97 \pm 2.04 \times 10^{-12}$ 克/毫升, 结果表明, 经温肾法防治后其中 3 例低值者(血浆 ACTH 浓度本室正常范围为 $18.75 \sim 98.3 \times 10^{-12}$ 克/毫升) 均恢复正常, 进一步证明肾阳虚患者的垂体功能偏低。

正常人血皮质醇昼夜改变以晨间 6~8 时为最高峰, 曲线以 V、U、W 形为正常, 反此者为异常。若血皮质醇值之差距少于 2 微克(RIA 法)或 2 毫克(生化法)为扁平曲线, 亦为异常。现已知血皮质醇的昼夜节律是由下丘脑调节。在所测 12 例老慢支肾阳虚患者中, 7 例呈异常曲线(M形), 超过半数, 见表 3。可见老慢支肾阳虚患者具有下丘脑—垂体—肾上腺轴功能紊乱。

2. 下丘脑—垂体—甲状腺轴: 华山医院同位素室测定 13 名正常人的总 T_3 平均值为 146 ± 36 毫微克% (范围 68~212 毫微克%), 总 T_4 平均值 9.23 ± 1.75 微克% (范围为 5.73~12.73 微克%), 血清 TSH 范围为 0.3~4.4 毫微克/毫升。注射 TRH 后, TSH 峰值应在 30 分钟出现, 以在 60 分钟或以后出现为延迟反应⁽⁴⁾, 以 TSH 注射后升高值低于 3 毫微克/毫升为低弱反应, 升高值超过 9 毫微克/毫升为活跃反应。13 名正常人(男 6 名, 女 7 名)注

表 3 老慢支肾阳虚型与正常人的
下丘脑—垂体—肾上腺轴功能测定比较

测试项目与结果		慢支组 (例)	正常人组 (例)	组间比较
ACTH 静脉滴注二日试验	正常	10	30	$P < 0.001$
	异常	17	0	
血浆 ACTH 浓度测定(RIA 法)	正常	6	12	$P > 0.05$
	异常	3	0	
血皮质醇昼夜节律测定	正常	5	9	$P < 0.05$
	异常	7	1	
合 计	正常	21	51	$P < 0.001$
	异常	27	1	

射 TRH 0.5 毫克后 30 分钟, 血清 TSH 均达高峰值, 无延迟反应者, 仅 1 例呈活跃反应。

10 例老慢支肾阳虚组(平均年龄 54 岁, 男 6 例, 女 4 例)的下丘脑—垂体—甲状腺轴功能测定结果表明, 其总 T_3 平均值为 86.5 ± 30.5 毫微克%, 总 T_4 平均值为 8.69 ± 2.39 微克%, 与正常人相比较, 前者差异极为显著 ($P < 0.001$), 后者无明显差异 ($P > 0.05$)。10 例中有 4 例总 T_3 值低于 68 毫微克%, 总 T_4 值均属正常, 故为低 T_3 综合征。有 5 例 TRH 兴奋试验呈延迟反应。而与老慢支肾阳虚组性别、年龄相仿的 10 例老慢支无特殊见证组, 其下丘脑—垂体—甲状腺轴功能测定基本正常, 总 T_3 未有低下值, 总 T_3 平均值为 149 ± 36 毫微克%, 与肾阳虚者相比较, 差异极显著 ($P < 0.001$), 而与正常人相比则无明显差异 ($P > 0.8$)。总 T_4 平均值为 9.44 ± 0.33 微克%, 与正常人比较无明显差异。TRH 兴奋试验仅 1 例异常, 呈低弱反应。上述两组老慢支患者下丘脑—垂体—甲状腺轴功能测定之比较见表 4。

老慢支肾阳虚低 T_3 值 4 例, 治疗前平均值为 55 ± 7 毫微克%, 经温肾法治疗 3 个月后, 全部恢复正常, 平均值为 159 ± 37 毫微克%, 治疗前后比较有极显著意义 ($P < 0.01$)。治疗后统计总 T_3 值者共 8 例 (10 例中未治及失访

* 均值 ± 标准差, 下同。

表4 老慢支肾虚组与老慢支无特殊见证组患者的下丘脑—垂体—甲状腺轴功能测定比较

测试项目与结果		肾虚组(例)	无特殊见证组(例)	组间比较
总 T ₃ 、总 T ₄	正常	6	10	P<0.05
	异常	4	0	
血清 TSH	正常	8	9	P>0.05
	异常	2	1	
TRH 兴奋试验	正常	5	9	P>0.05
	异常	5	1	
合 计	正常	19	28	P<0.05
	异常	11	2	

各1例),其平均值为 164 ± 24 毫微克%,与治前者相比较有极显著意义 ($P < 0.001$)。治疗前 TRH 兴奋试验异常者5例,除1例尚未治疗外,余4例治疗后2例恢复正常反应。

(二) 免疫功能检查:

1. 体液免疫: 1973~1974年本院正常值 IgA 为 280~750 毫克%, IgG 为 1000~2000 毫克%。此2年中,对两批老慢支患者,在补肾治疗前、治疗中(2个月)和治疗后(4个月),分别测定了血 IgA 与 IgG,发现治疗中、治疗后均有升高,自身对照 P 值有显著意义。但在 1974 年 26 例不同疗效患者之间,经统计学处理,均无显著性意义,1973 年也作过类似观察,结果不同疗效间差异不显著。1975 年以后,免疫球蛋白诊断血清由上海市生物制品研究所供给,统一正常值 IgA 为 71~335 毫克%, IgG 为 760~1660 毫克%, IgM 为 48~212 毫克%。1979 年对 62 例老慢支患者的三种免疫球蛋白作了治疗前后的自身对照,结果也均无显著变化,见表 5。

表5 1979 年慢支患者补肾法治疗前后血清免疫球蛋白变化

项 目	例数	治疗前(毫克%) 均数±标准差	治疗后(毫克%) 均数±标准差	P 值
IgG	62	1093.14 ± 326.78	987.09 ± 263.87	>0.05
IgA	62	204.42 ± 75.43	203.68 ± 85.22	>0.05
IgM	62	108.71 ± 47.64	97.73 ± 6.15	>0.05

2. 细胞免疫: 我们选用 E-花环(包括 E_i、E_a) 形成率与绝对计数作为细胞免疫功能指标,于 1979 年对 49 例老慢支患者与 58 例年龄相仿的正常人作对照观察,发现 E_i、E_a-花环形成率(%) 值无明显差异 ($P > 0.05$); 20 例老慢支肾虚患者与正常人相比,仅 E_i-花环形成率有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 6。而老慢支患者经补肾治疗后, E_i、E_a-花环形成率及绝对数值计数与治疗前相比,仅后者有明显差异 ($P < 0.05$),见表 7。

表6 老慢支患者与正常人 E-花环形成率比较

组 别	例数	E _i -形成率(%) 均数±标准差	E _a -形成率(%) 均数±标准差
正 常 人	58	67.29 ± 8.24	37.09 ± 7.67
慢 支	49	67.41 ± 8.28	37.86 ± 7.09
慢支肾虚	20	$63.00 \pm 8.14^*$	35.50 ± 7.07

* 与正常人相比较, $P < 0.05$

表7 老慢支患者治疗前后 E-花环形成率与绝对数值计数比较

检查项目	例数	治 疗 前 均数±标准差	治 疗 后 均数±标准差
E-花环形成率(%)	E _i 49	67.41 ± 8.28	64.73 ± 6.37
	E _a 49	37.86 ± 7.09	36.94 ± 6.18
E-花环绝对计数	E _i 49	1265.62 ± 607.02	$1056.41 \pm 351.54^*$
	E _a 49	720.47 ± 428.17	$584.50 \pm 173.15^*$

* 与治疗前相比较, $P < 0.05$

讨 论

老年性慢性支气管炎患者随着年龄增长的趋势,病情以加重为多,如 Johnston⁽⁵⁾ 等于 1963 年选择平均 52 岁的慢性气管炎患者 111 例,第一个 5 年(1968 年)随访,有 7 例死亡,第二个 5 年(1974 年)随访,又死亡 17 例,多数死于心肺疾患。与对照组相比,死亡率在统计学上有极显著差异。我们发现老慢支患者中,辨证为肾虚型特别是肾虚型者占多数。以 1979 年 64 例为例,具有肾虚见证者 50 例,其中肾虚型 22 例。这一事实符合于“久病及

肾”、“母病及子”(不少疾病中,尤其是肺部疾病,常在未老时出现肾虚见证)的中医理论。按照《素问·四气调神大论》所述冬病夏治以养其阳的方法,几年来先后对8批老慢支患者共522例,以采用温肾法为主进行防治,除第一年(1972年)因缺乏经验,未按正确治则处理,防治效果较差外,其余7批显效以上者为42.4~72.5%,而2批对照组显效以上者仅为14.3~19.2%。据历年病例统计,显效以上者以1974年的72.5%为最高,可能与当年温阳片成分中加用紫河车和巴戟肉有关。再从1973年的34例5年远期疗效随访,显效以上者达62.5%,证实了温肾法是值得重视的防治老慢支的有效方法之一。

为说明温肾法是通过作用于机体哪些环节达到防治效果的,必然牵涉到老慢支患者存在着哪些机体内在因素的紊乱。对此,我们结合对肾阳虚证的机理研究,以老慢支肾阳虚型为重点研究对象,从内分泌与免疫两个方面进行研究。研究工作从发现100例老慢支患者尿17羟值低下开始,当进一步对老慢支无特殊见证者作ACTH试验,即发现其尿17羟值虽低,而ACTH试验的反应尚属正常,也即有轻微的或潜在的肾上腺皮质功能低下。而老慢支肾阳虚者不仅尿17羟低下,且ACTH试验呈延迟反应,血浆ACTH浓度低下,血浆皮质醇昼夜节律紊乱(异常者均约占半数左右),进一步提示有下丘脑—垂体—肾上腺轴功能紊乱。我们从哮喘的研究⁽⁶⁾中亦观察到类似的规律,即哮喘无肾虚(即无特殊见证型)者尿17羟值低下,对ACTH试验呈正常反应,而哮喘肾阳虚者则提示有下丘脑—垂体—肾上腺轴功能紊乱。

甲状腺与肾上腺皮质作为靶腺,均受制于垂体与下丘脑的相应促激素释放因子的调节,畏寒肢冷是肾阳虚的主症之一,是否下丘脑—垂体—甲状腺轴存在与肾上腺轴相似的功能紊乱?在选择性别、年龄相仿的老慢支肾阳虚型与无特殊型见证型各10例的对照观察中,发现肾阳虚型有低 T_3 之表现,且TRH兴奋试

验有半数呈延迟反应(有人称此为下丘脑型反应),提示老慢支肾阳虚型存在轻微下丘脑—垂体—甲状腺轴储备功能低下。

经温肾法治疗后,老慢支阳虚型患者ACTH之延迟反应、血浆ACTH浓度低下、总 T_3 低下均能恢复正常,而TRH兴奋试验异常者较少恢复。从而提示温肾法防治老慢支之所以取效,可能是作用于调节下丘脑以下,垂体及各个靶腺的功能而获得。当然,以上原理研究尚局限于对老慢支的无特殊见证型与肾阳虚型,在其它证型是否存在与各靶腺有关的紊乱,尚须进一步观察。

关于老慢支与免疫的关系,国内多有报道,多数资料⁽⁷⁾认为慢性气管炎患者免疫球蛋白水平在正常范围之内,治疗前后未见规律性变化。但细胞免疫水平却明显低于正常人,尤其以肾虚型患者更低,治疗后可回升。我们实验结果是:治疗前老慢支患者血清免疫球蛋白在正常范围之内,与国内多数报告相符。至于治疗前后变化,1973~1974年测定结果较治疗前有所上升。1979年结果却较治疗前反有下降,但其值均为在正常范围内波动。由此亦证明了治疗前后血清免疫球蛋白无规律性变化可循,故对判断疗效、指导治疗、阐明病因等方面意义不大。细胞免疫方面,我们未能重复出上述资料⁽⁷⁾报道的结果。由于机体的细胞免疫水平是随年龄的增长而下降的,故我们在正常人对照组中选入了部分老年人以消除年龄因素的影响,其E-花环形成率,老慢支组与正常人对比无明显差异,老慢支肾阳虚组与正常人对比仅 E_r -花环形成率有明显差异。经温肾法治疗后,其E-花环形成率与治疗前者相比差别不明显($P>0.05$),而其E-花环绝对计数则较治疗前有所下降(E-花环绝对计数影响因素较多,下降原因尚难解释)。我们测E-花环各项结果与外单位不同,是否由于目前细胞免疫指标的特异性和准确性尚不成熟、尚不稳定之故,因而难以推断老慢支发病机理及其防治效果与细胞免疫功能有无直接联系。但可以设想,温肾法是作用于提高非特异免疫功能为主。

综上所述,只要在防治老慢支过程中,正确处理“标”与“本”的关系,合理运用温肾疗法,是可以取得较可靠的疗效的。一般老慢支患者(无特殊见证者)其肾上腺皮质功能虽偏低,但其反应性尚可;而肾阳虚型则为进一步变化,表现为下丘脑—垂体及其靶腺系统有不同部位、不同程度的减退。至于温肾法防治老慢支的效果可能是作用于下丘脑—垂体及其靶腺,通过神经体液因素提高非特异性免疫功能取得的。

本项工作承上海第一医学院生化教研组张丽丽副主任,上海第一医学院华山医院同位素室林祥通副主任,康地地段

医院涂灏、陈博可、王杰医师,上海眼镜一厂李培林医师,以及上海中药一厂奚永林同志等共同协助完成,特此致谢。

参 考 文 献

- (1) 沈自尹等: 肾阴肾阳中西医结合辨证施治规律的初步探讨。上海中医药杂志(1):19, 1962。
- (2) 姜兴慧等: 补肾法防治慢性气管炎5年疗效随访。中医杂志(10):31, 1979。
- (3) 上海第一医学院脏象专题研究组: 补肾法防治慢性气管炎。新医药学杂志(4):20, 1976。
- (4) 林祥通等: 促甲状腺激素释放激素兴奋试验及其临床意义。上海第一医学院学报(5):305, 1979。
- (5) Johnston RN; Thorax 31:25, 1976。
- (6) 沈自尹等: 支气管哮喘采用补肾法防治及其内分泌和免疫方面的观察。中医杂志(6):21, 1981。
- (7) 中国医学科学院基础医学研究所免疫室: 慢性气管炎免疫研究工作近况。北京医学(4):241, 1979。

电 针 治 疗 癔 病 500 例 疗 效 观 察

苏州市精神病院 周 长 发

癔病是一种较常见的神经官能症。按症状的性质和形式可分为两型:转换型,表现以躯体的功能障碍为主;分离型,表现以精神症状为主。对转换型患者,用暗示疗法效果较好。而对分离型患者,因常伴有意识障碍,所以暗示疗法往往难以奏效。我们用电针治疗癔病500例,表现以精神症状为主患者,取得较好疗效。现报告如下。

本组500例中,男39例,女461例。年龄20岁以下者42例,21~30岁180例,31~40岁171例,41~50岁81例,51~60岁22例,60岁以上者4例。青壮年发病者为多。

主要临床表现以急性精神症状为主。包括情感爆发,意识朦胧或昏睡,或出现幻想性及心因性幻觉和错觉。部分病例伴有运动障碍、感觉障碍或植物神经症状。

治疗方法:

一、取穴:百会、人中、内关、丰隆。

二、刺激方法:进针后,用上海BT701A型电麻仪,采用连续波,将频率开至最大,然后均匀而缓慢地将输出电量开至所需强度。刺激强度分强、弱二种。强刺激:输出电压为60~70伏,1次刺激约10~

20秒钟。然后立即将电量减少,让患者适当休息。如症状不能控制,则进行第二次强刺激,可如此重复3次。弱刺激:输出电压8~20伏,持续刺激15分钟。发作时予强刺激,控制症状;发作后予弱刺激,巩固治疗。每天一次,可治疗1~7天。

三、治疗结果:症状消失为痊愈,计12例(占2.4%);症状基本消失,有复发,但较轻为显进,计144例(占28.8%);症状部分好转为进步,计312例(占62.4%);症状无变化为无效,计32例(占6.4%)。总有效率为93.6%。

体会:

一、电针治疗一般暗示疗法难以奏效的分离型癔病,疗效较好。在本组观察的500例中,大部分患者的精神症状得到控制或改善。初步认为,电针疗法是控制本病急性发作的有效方法。

二、癔病大部分属于祖国医学中“脏躁”范围。其中一部分因精神刺激而致情绪过度波动,肝郁气滞,气机失调。或肝失条达,或痰蒙清窍,致哭笑无常,精神恍惚,不能自主,与分离型癔病颇类似。急则治标,故选用百会、人中、内关、丰隆,醒脑开窍,清心豁痰,能迅速控制急性发作。