

肤温度的影响。结果表明,针刺补法在行针及出针以后,毛细血管管径比针前有增大倾向;针刺泻法则比针前明显缩小,不针刺(对照)时变动不大。其对皮肤温度的变化,针刺补法在行针时和出针后都比针前明显升高;针刺泻法在行针时虽略有上升趋势,但统计表明无意义;不针刺时则基本平稳,变化甚微小。

我们对以上两项指标在针刺补法和泻法之

间进行比较,结果表明,对甲皱毛细血管管径影响泻法与补法之间有明显差异;对皮肤温度的影响以补法更为明显。我们的实验提示,古代传统的针刺补泻手法对机体有不同的影响,但本组受试者均为健康人,不能充分反映出补泻手法对不同证候病人的影响。至于进一步对虚、实证病人分别作针刺补泻手法观测比较,还有待继续探索。

赤芝孢子粉制剂治疗内脏多动症 2 例报告

北京友谊医院神经科 王 芷 沅

北京部队 261 医院内二科 张 振 英

自 1973 年以来,我们应用中国医学科学院药物研究所所制的各种灵芝制剂于临床,发现此类药物用途很广,现将我们应用赤芝孢子粉制剂(即肌生)治疗内脏多动症 2 例报告如下:

例一:林×,男,58岁,干部,住院号 47342。因腹部“抖动”感 20 天于 1974 年 8 月住北京部队 261 医院。患者近 30 年来每当工作极度疲劳和精神高度紧张之后即感头昏、恶心,有便意,继则感到腹部抽动,四肢也抖动,言语不流利,但神志清楚,经过治疗和休息可以缓解,但每次发作均持续数月。此次入院前 20 天,旧病复发,感心烦、心慌、低热、腹痛、腹部抖动,并作自汗、盗汗,入睡困难,脑力也迟钝,不能阅读。

检查:神志清楚,言语尚清晰,坐位以一个特制的大枕头压在腹部,去枕后,肠的大幅度蠕动波在腹壁外清晰可见。其余一般检查、神经系统及实验室检查均无明显异常。

患者经多方治疗效果不著,于 1974 年 9 月 7 日开始肌注肌生,每日一次,每次 400 毫克。肌注 6 日后未见效果,第 7 天开始药量增至每日 800 毫克,分 2 次肌注。加量肌注一日后,病人即感睡眠有所改善,食欲转佳,以后腹内抖动的次数逐步减少,程度也减轻,盗汗和自汗显著好转。注射到 70 支时,腹内抖动感完全停止,病人可在院中散步,体力增加,脑力也有所恢复,可连续阅读文件 3~4 小时。前后共注射该药 100 支,所有症状消失出院。1982 年 12 月信访,至今已 8 年多,病人情况一直良好。

例二:王××,男,48岁,干部,住院号 155334。因呃逆、剧烈呕吐、抽动 4 周于 1974 年 10 月 10 日住入北京友谊医院神经内科。患者于 1951 年精神高度紧张、环境十分恶劣时开始发病。以后每于着急、生气或过劳后即复发。每次发作主要症状为打呃和剧烈呕吐,甚至可吐出胆汁和血液;出现不自主性多动,每次均从右季肋部至膝部之间先酸麻,继而该部抽动或哆嗦;剧烈喘气,且多在饭后发生,早饭后约喘 1 小时,中饭及晚饭后要喘 2 小时之久,喘时腹部胀满,但不伴紫绀,不感到呼吸困难,打呃、喘与哆嗦等交替出现,此外尚有睡眠时多恶梦。

检查:于喘时行透视,可见其膈肌上下活动,食道、胃钡餐透视正常,胃液分析正常,大便潜血阴性,脑电图及其他检查均在正常范围内。

入院后第 7 天起开始肌注肌生每日 400 毫克。治疗 6 日后打呃、呕吐等不再发作,哆嗦与喘持续时间亦缩短,间歇时间延长;9 日后喘由 5 小时减到 2 小时。用药后第 14 天哆嗦即停止,每次饭后只喘 10 余分钟。共注射该药 36 支,痊愈出院。出院后又继续注射 15 支。1982 年 11 月随诊,病人谓出院后至今未复发。

按:以上 2 例病人于发病前均有精神高度紧张和躯体的过度疲劳,且经过多项检查均未发现躯体和神经系统的器质性改变,符合神经官能症的范畴。患者的临床表现以内脏多动为主,因此,我们名之为内脏多动症(是运动性神经症中较少见者)。此 2 例用其他药物治疗均未见效,而改用本药肌注后在较短时间完全缓解,至今 8 年,未见复发。