

中医临証参考小丛书

阑尾炎

湖南省中医藥研究所編



湖南人民出版社

编号：(湘)1744

阑 尾 炎 (中医临証参考小丛书)

編著者：湖南省中医药研究所

出版者：湖南人民出版社

(湖南省书刊出版业营业許可証出字第壹号)

长沙市新村路

印刷者：湖南省新华印刷厂

长沙市兴汉门口

发行者：湖南省新华书店

开本：787×1092 1/32

印张：9/16

字数：11,000

1959年7月第一版

1959年7月第1次印刷

印数：1——3,000

统一书号：14109·39

定价：(5)五分

R256.39
687

G39
723-3

編 者 的 話

祖国医学，几千年来，积累了很丰富的临床经验，特别是解放后，中医在党的领导下，确实解决了很多现代医学尚不能解决的疾病治疗问题，获得国际医学科学界的重视。这说明只有正确贯彻了党的中医政策，祖国医学才能取得伟大的成就；也说明党所指示的继承和发扬祖国医学文化遗产来丰富现代医学内容的措施，是完全正确和必要的。

我所计划编写一套临证参考小丛书，目的是供广大中西医师临床参考之用，一方面帮助西医学习中医，一方面使中医对现代医学有初步了解。因此，这套小丛书在内容方面，首先简要地介绍现代医学，再广泛搜集祖国医学历代文献有关记载，作了比较的论证。在治疗方面，仍然坚持“辨证论治”的原则，避免脱离中医原则，避免脱离中医原有的理论体系。这样的编写，还是一种新的尝试，难免不有穿凿附会之处，我们热烈地欢迎读者批评和指正。

湖南省中医药研究所

一九五九年五月



39115

目 录

前言.....	(1)
病原.....	(1)
症状.....	(2)
诊断.....	(4)
治疗.....	(5)
〔附〕 针灸疗法.....	(9)
护理.....	(11)
常用方剂.....	(11)
本病用药分类.....	(15)

21198

前 言

闌尾是盲腸的附屬物。盲腸的闌尾部份，形似蚯蚓，闌尾发生炎性病变，称为闌尾炎。本病在腹部外科病中，是比較常見而又很重要的一种疾病。据一般医院統計，約占外科入院患者10%左右。

祖国医学早在两千几百年以前的“灵樞”、“金匱要略”里面，就有关于腸痛一病的記載。所謂腸痛，系包括腹膜、腸管、盆腔等多种腹痛疾患而言，闌尾炎就是其中的一种。

病 原

本病发生的因素，根据中西医学文献的記載，予以归納，可分为下列二因：

(一) 闌尾腔道梗阻 急性闌尾炎发生的主要因素，为闌尾腔道梗阻。梗阻的形成，一是先天性的腔道狭窄、弯曲，二是病理性的粘膜肿胀、蠕动衰弱，以及粪石、寄生虫类的阻滞等。由于腔道梗阻，闌尾腔內的粘液分泌物等无法排入盲腸，形成郁积，引起血循环障碍，使闌尾部組織細胞的营养供給，受到影响，对細菌的抵抗力减弱，因而发生炎性病变。这种应排出而不能排出的廢物，郁积日久，逐漸腐敗，这就有利于細菌的繁殖。所以中医認為男子暴急奔走、飢飽劳伤；妇女产后体虛多臥，失血敗瘀；以及

平日生冷并进，湿动痰生，都可使腸胃运化不通，敗血浊气壅遏，形成梗阻。又由于梗阻而致血肉腐敗，化为痈膜。这些認識，与現代医学是一致的。

(二) 异物墮入腔內 闌尾居于盲腸末尾下端，腸內含有多种細菌的糞便、寄生虫类，或因暴食、飽餐之后，进行剧烈劳动，致不及消化的食物，經過盲腸出口时，墮入闌尾腔內，不能排出，于是引起发炎。如果有化膿球菌，則成膿灶。“灵樞：上膈篇”說：“喜怒不适，飲食不节，寒溫不时，則寒汁流入腸中。流于腸中則虫寒，虫寒則积聚，守于下管，則腸胃充郭，卫气不营，邪气居之。……积聚已留，留則痈成，痈成則下管約，其痈在管內者，即而痈深，其痈在外者，則痈外而痈浮。”古人認為任何病變的发生，无不与气候、飲食、精神等息息相关。关于病理机轉的描述，都有系統的認識。此后“巢氏病源：腸痈候”对本病也有所闡述。

症 狀

本病的主要症狀，为腹部疼痛与腹肌强直。因为病灶在消化道，故能直接影响大便的正常排泄，又由于腸道的壅滯，也妨碍食慾和影响泌尿机能。病變发展至后期，形成潰瘍穿孔，危及生命。茲将本病常見症狀，擇要分述如下：

(一) 腹部疼痛 本病腹部疼痛，是由陣发性的鈍痛而逐漸地强烈。痛的部位，起初在肚臍的周圍或上腹部，以后逐漸轉移到右髂骨凹。有一定的压痛点，即从肚臍至右腹角高骨引一直綫，此綫与右腹直肌边綫相交之处，便是腸痈腹痛的特定区域，按之則疼痛加剧。如病灶扩大，压痛点也較大，如膿瘍形成，則压

痛点局限于一处。本病腹痛的特征，用手在患者腹壁上輕輕按压后，突然离开，病人可感到疼痛忽然增加，这对本病诊断是很好的帮助。病者仰卧时，常屈其右足，以緩其痛，故又有“縮脚腸痛”之称。如果疼痛未經治疗而突然消失，应当特別注意腸穿孔的变化。

(二) 腹肌强直 因腹膜的刺激，引起腹壁肌强直。“巢氏病源”說：“腹皮急如肿状，……甚至腹胀大”。这是一种反射性的保护現象。强直的程度，决定于腹膜炎的大小和疼痛的輕重。在检查时，用手輕輕地压迫腹壁，右侧全不参加呼吸动作，即使参加，也必落后于左侧。当傳染扩大至全腹膜时，則全腹呈板样强直，不参加呼吸动作。

(三) 噁心嘔吐 本病常見食欲不振，噁心嘔吐，但不一定每个病例都有。嘔吐常与疼痛一起出現，与病情輕重有关。頻繁不断的嘔吐，表現病情很严重，間隔一个時間后复发的，是病情轉变和蔓延的現象，常常表示有穿孔和腹膜炎的发生。

(四) 大便异常 本病常有便秘現象，但也有不秘而反泻的。

(五) 体温升高 本病一般在初起时体温升高，时时发热，但也有腹痛发生后数小时內，体温仍保持正常而不发热的。在发热的同时，可能伴有輕度的恶寒，或自汗出。这是由于病毒引起的全身症状，与普通感冒发热有所不同。如痛膿已成，則可能无热。

(六) 排尿困难 本病有尿量不多和排尿困难的現象，“巢氏病源：腸痛候”說：“小便数似淋。”就是闌尾疼痛放射至尿道，并影响排尿的意思。

本病如因穿孔，形成局限性腹膜炎(闌尾膿腫)時，其主要病征：在右下腹部疼痛，腹壁肌緊張，可摸到腹內肿块，体温升高，脉搏显著增快，臉色蒼白。但也有頰部潮紅，双眼下陷、手指发紫等現象。

診 断

本病的臨床診斷，也和其他疾病一樣，可从脉診、舌診，腹診等辨其病變發展情況與病理機轉，以為辨證施治的依據。因為病在腹部，故腹診尤為重要，茲分述如下：

(一) 脉診 “金匱要略：痞痛篇”診腸痛的脉法：“身无热、脉数，此为腸內有痛膿；……脉迟紧者，膿未成；……脉洪数者，膿已成，……”。根据臨床經驗，腸痛病者，因多伴有發熱症狀，故脉多洪数。如果脉見迟紧，則是氣滯血瘀之証，其膿未成。

(二) 舌診 本病舌苔多呈浮膩而黃，或黃白膩苔，有時也發生口臭，這是消化道阻滯、大便秘結不暢所形成的象徵。

(三) 腹診 腹壁肌強直，是本病的典型病征。病者腹痛初起，如有腹肌強直現象，便可懷疑是本病。可用手輕輕地壓迫腹壁，診其有無壓痛。在進行腹部觸診的同時，還可結合視診，注意探視腹部的呼吸動作，如有前所述腹肌強直現象，診斷便易明確。

本病應與下列各病鑑別：

(1) 腸胃炎(結腸炎)疼痛，缺乏嚴格的局限性，而腸鳴與腹脹，說明非闌尾炎。

(2)胆囊炎疼痛,在右季肋部,并向肩胛和右臂放射,有黄疸,更表明非阑尾炎。

(3)肾绞痛、疼痛,沿输尿管下降到大腿、睾丸、阴茎头;女性则放射到大阴唇,有尿意频数和血尿,如阑尾炎位于盲肠后面时,腰部疼痛,非常强烈,较难区别。

(4)胰脏炎疼痛,急剧开始,位于胃部和臍部,同时有剧烈的腹壁强直。

(5)胃溃疡穿孔时,在胃部有剧烈的腹部疼痛,并有休息,上腹部的腹壁肌强直。

(6)急性肠套叠,多发生于一、二岁以下的儿童。此症有带血的粘液性大便,有肠梗阻的症状,体温正常。

治 疗

现代医学对于阑尾炎的治疗,是采用早期的手术切除,认为只有这样,才能根治。可是事实证明,本病是可以用药内服把它治好的。这不仅免除了手术治疗的麻烦和痛苦,而且符合广大群众的心理和当前农村的医药条件。通过用中药内服,使阑尾炎不须开刀可以治愈的事实,又一次证明祖国医学的丰富多采。

中医对于阑尾炎,一向是根据“金匱要略”治疗肠痛的法则,把它分成两个阶段进行治疗的。这两个阶段的划分,即脓未成的,用大黄牡丹皮汤;脓已成的,用薏苡附子败酱散。我们从这两个方剂的药效进行分析、对比,得知大黄牡丹皮汤用大黄、芒硝,是承气汤的变化,适宜于急性的实热症;薏苡附子败酱散,用薏苡、附子,是理中汤的变化,适宜于慢性的虚寒症,这是临床上必

須掌握的治疗原則。

南海譚次仲先生論消炎的藥理，認為：“以種種方法使紅腫熱痛之狀態消退或減少者，謂之退炎劑。中醫退炎之方法，當不出下列五種藥物：其一，即血份之劑，此類藥能活潑血流，借以促進新陳代謝，喚起物質交調，而收退炎之效用，即所謂去瘀者是也；……其二，即寒涼劑，不論苦寒、甘寒、甘潤諸藥，大概皆有解灼熱、退潮紅、緩疼痛之效；……以上兩種藥大抵于炎症中之急性或亞急性者宜之。其三，為收斂劑，……可以促吸收、制分泌，消腫脹、緩疼痛；……其四，為強壯劑，……以強壯療法，喚起物質交調，亢進其細胞治愈之機轉；其五，為行氣劑，此類藥以辛芳之作用，刺激患部神經與組織，亦有消腫止痛之效。……後三種消炎劑，則宜于慢性。”（見“中藥性類概說”）他這種歸納法，雖系泛指一切炎症而言，但用來說明本病用藥的方法，仍是很恰當的。

茲就治療本病的幾個重要方劑，將其藥理與醫療作用等，分別申述如下：

（1）大黃牡丹皮湯：“金匱要略：痃痛篇”說：“腸痛者，少腹腫痞，按之即痛如淋，小便自調，時時發熱，自汗出，復惡寒，其脈遲緊者，膿未成，可下之，當有血，大黃牡丹皮湯主之。”這裡說明大黃牡丹皮湯的適應症，是膿未成，少腹腫痛處按之痞硬，脈見遲緊等；但炎症初起，病毒較重的，多有發熱、惡寒，或頭痛、汗出、脈浮數等全身症狀。仲景說：“脈遲緊，乃是膿未成時，血流滯滯之診。”如上述全身症狀不存在時，可能有此現象，這是可以理解的。大黃牡丹皮湯是由大黃、芒硝、牡丹皮、桃仁、冬瓜仁五味組成。牡丹皮在“本草綱目”上記載有瀉血中伏火、破積血、療

痛瘕之功；桃仁能通大腸血秘，有行血潤燥之功。兩者都是血份藥。大黃為植物性緩下劑，芒硝為鹽類下劑，冬瓜仁能清熱消炎，排膿消癰，為腸胃內壅要藥，這三味都是寒涼藥，仲景以血份藥與寒涼藥配合應用，以治熱毒內郁、氣血郁滯的腸癰，使腸內積穢，得到排除，不再作痛、化膿，病自痊愈。故在本病治療中，占有極其重要的地位。

歷代醫家在本方的基礎上，結合自己的臨床經驗，予以加減化裁，又有許多新的驗方，為臨床醫者所採用，如“聖惠方”的牡丹散、甜瓜子散、赤茯苓散。“聖濟總錄”的大黃湯、梅仁湯，“醫宗金鑑”的丹皮湯（藥味與大黃牡丹皮湯同），以及最近吉林省第一醫院的大黃湯，都是由本方脫化而出。

這裡應該特別提出加以說明的，現代醫學主張本病禁用瀉劑，而祖國醫學則以具有瀉下作用的大黃牡丹皮湯為主要方劑，兩者恰恰相反，這個矛盾應該如何統一認識呢？我們知道，腸內積穢不除，即為促成病變發展的有利因素，當闌尾發炎尚未成膿之際，下之則邪有出路，所謂“乘其未潰而襲之”，可免腐化成膿之患。並且大黃開瀉，很少發生腹痛不適之感；芒硝開瀉，只能增加腸內水份，以利排泄，這些藥都對腸壁沒有多大刺激作用，故在癰膿未成之際用之，並沒有多大妨礙。但如癰膿已成之後，或病體虛弱而便溏的，確應忌下，如孟浪下之，則難保不有穿孔之虞，這和叶桔泉先生治一僂寒（真性腸熱症，初起一周內，體實便秘、腹滿、舌苔厚膩）患者，用大承氣湯一、二劑而獲良效之例（見“古方臨床之運用”同一理由。由此可見中醫辨證論治的重要，同時，也可体会到古人經驗的寶貴。

（2）憲效附子敗醬散：“金匱要略：痼痛篇”說：“腸癰之為病，

其身甲錯，腹皮急，按之濡，如腫狀，腹無積聚，身無熱，脈數，此為腸內有痛膿，薏苡附子敗醬散主之。”這裡說明薏苡附子敗醬散的適應症，是膿已成，少腹腫痛處按之濡軟，身無熱而脈數等。古人認為痛膿形成，主要由於濕痰敗瘀壅阻所致，証雖化熱，病原實起於寒，血遇寒則凝，凝則痛，久而化熱。故在治療上，重用薏苡仁以利濕行滯而破毒腫，用敗醬草以活血、散瘀而排痛膿，略用生附子解其寒凝以止痛，它在本病治療中，也有相當重要的地位。

歷代醫家在本方的基礎上，結合自己的臨床經驗，予以加減化裁，也有許多新的驗方，為臨床所採用，如“千金要方”的兩個腸痛湯，“聖惠方”的木通散，“聖濟總錄”的牡丹湯、薏苡仁湯，“外科正宗”的薏苡仁湯，“醫宗金鑑”的薏苡湯，以及最近吉林省第一醫院的加味薏苡附子敗醬湯等，都是由本方脫化而出。

(3) 復方紅藤煎劑：近數年來，中醫對於本病的治療，除應用上面所列諸方外，還有新擬復方紅藤煎劑，試用於臨床，屢獲滿意的療效。復方紅藤煎劑的主要藥為紅藤與紫花地丁二味，這兩味藥被用以治療本病，是淵源於“景岳全書”的腸痛秘方，也許是更早。“景岳全書”原方系先用紅藤一兩許，以好酒二碗，煎一碗，午前一服醉臥之；午後用紫花地丁一兩許，亦如前煎服，服後痛必漸止，為效，然後服末藥除根。末藥方：當歸五錢，蟬退、僵蚕各二錢，天龍、大黃各一錢，石蠅蛇（草藥）五錢，老蜘蛛二個，捉放新瓦上，以酒鍾蓋定，外用火燉干存性。和上藥共研成末，每次空心用酒調送一錢許，日逐漸服，自消（見“景岳全書：新方因陣”）沈仲圭先生說：“石蠅蛇一說即映山紅之根，治腫毒；蜘蛛治疮腫（時珍），蜈蚣（即天龍）性散，消腫止痛。”這個秘方，除末藥方尚

沒有看見驗案报导外,关于紅藤与紫花地丁二药的疗效,都是很高的,据浙江“中医杂志”(1957年12月)介紹,上海市第六人民医院的紅藤煎剂、上海市徐汇医院的复方紅藤煎剂、江苏省崇明县人民医院的七味紅藤煎,都是重用紅藤至二两之多,紫花地丁用一两,此外配用乳香、沒药、玄胡索、牡丹皮等味,帮助紅藤以和血止痛;配用銀花、連翹、甘草等味,帮助紫花地丁以清热解毒。上海市第六人民医院的紅藤煎剂,仍仿大黃牡丹皮湯法,用少量大黃以利腸。崇明医院在初起炎症較剧阶段,亦加大黃、丹皮、桃仁、冬瓜仁、赤芍等,以为排瘀逐毒之用。

以上三方,都是治疗本病具有代表性的方剂,但临症时究应如何采擇,还須根据病情、掌握病变发展規律,灵活运用,絕非生搬硬套所能济事。历代医家治疗本病,大多推重大黃牡丹皮湯。曹穎甫先生使用本方,大黃的用量都是五錢,并強調:“腸痛一症,舍大黃牡丹皮湯以外,別无良法。”(見“經方实验录”)冉雪峰先生也說:“查此方仲师治热毒內郁,气血壅滯,因而成痛,……余每用减硝黃之半,加重冬瓜仁,再加三七末、土貝母、土牛膝、土木香之屬。”高德明先生用本方,則加紅藤、敗醬。沈仲圭先生用本方,則加紫花地丁与敗醬。(以上均見“临床实用方剂学”)邓鉄濤先生用本方,于痛甚者,則加田三七或蒲公英。(見“中医杂志”1956年11月号)由此可見大黃牡丹皮湯在本病治疗中,是确有其一定的价值。

[附]針灸療法

祖国医学丰富多采,不但用藥物內服可以代替手术以治疗

本病，還可用針灸療法予以征服。據北京鐵路醫院外科用針刺療法治療本病的經驗報導，單取關尾穴進行針刺，獲得非常令人滿意的療效，茲將該科針刺方法摘要轉介如下：

(1)針刺穴位：右下腿脛前肌外側，子午系統之外面，在足三里下約5厘米而又稍偏前位，此為關尾炎針刺點，一般急性關尾炎均在右側該部證實有明顯壓痛（內臟轉位關尾位於左側的，此壓痛點亦在左側下腿），將本穴位暫命名為關尾炎新壓痛點。

(2)針刺程序及具體操作：取仰臥位，用捻轉法，直刺，進入2—4厘米左右，以找到酸、麻、脹，或蟻走等感覺為準，在穴道內歷時約30分鐘。為了減少退針時的痛苦，可以手指壓迫，分段抽拔，一般每天1—2次，病情較重的，可刺2—3次，共刺3—6次。

(3)針刺適應症：凡臨床診斷為急性關尾炎的病者，在發病後48小時以內，臨床檢查認為無穿孔可能性，無慢性關尾炎病史者，可抓緊時機用針刺療法救治。

(4)針刺禁忌症：由於急性關尾炎穿孔所致之局限性或泛發性腹膜炎、關尾周圍膿腫、慢性關尾炎急性發作、孕婦並發急性關尾炎等，均不宜針刺；發病後多量飲酒者，針刺無效。

另據其他雜誌報導，關尾炎新壓痛點，就命名為關尾穴，對於單純性關尾炎的輕症，當然針幾次就可治愈，如系重症，還要加針兩側足三里或內庭等穴位。病人如果發熱，應加刺兩側曲池；腹脹腰酸的，針兩側大腸俞和次髎；腹痛已除而壓痛消失較慢的，加針右側外陵和大巨。治好了以後，還要在關尾穴進灸10壯（用艾灸制成米粒大小，一顆謂之一壯）。以巩固療效。

护 理

薛立斋为明代名医，长于外科，他在“外科樞要”里面說：“‘內經’云：‘腸痛为病，不可惊，惊則腸断而死。’故患是者，其坐臥轉側，宜徐緩，时少飲薄粥，及服八珍湯固其元氣，靜养調理，庶可保全其生。”我們在本病治疗过程中，对于病人飲食起居的护理，确应如薛氏所提出的，特別加以注意。飲食方面，在治疗之初，給半流質飲食或流質飲食，待腹痛減輕、体溫下降、肿块縮小后改为軟食，如发生腹脹嘔吐等症狀，則暫時禁食，对于酒类或辛辣等刺激性食物，以及难于消化的食物，都应避免摄取；起居方面，可使病者取半坐位，使腹壁松弛，坐臥轉側应徐緩，提防对腹部有所震触，从而促进坏死闌尾的穿孔，或加重腸糞从穿孔的闌尾散布到腹腔，引起腹膜炎。病愈以后，还应繼續靜养，少参加重劳动，以防因劳而复发。

常用方剂

大黃牡丹皮湯（“金匱要略”）：治腸痛，少腹腫痞，按之即痛，如淋，小便自調，时时发热，自汗出，复恶寒，其脉迟紧者。

大黃四两 丹皮一两 桃仁五十枚（研）冬瓜仁五合 芒硝三合

先将前四味，加清水六升，煮取一升，去滓，加芒硝，再煮数沸，頓服之，有膿当下，无膿当下血。

按：本方具有泻下作用，病者服药后，必須泻下如血水或如

污泥一样的东西，才为有效。如投药一剂后，历四五小时仍不泻，可再服，得泻乃止。为了彻底消除肠内积秽，第二天以后，仍可减量续服，用至诸症消退为止。如遇身体虚弱的人，可于第二剂后酌加人参。

薏苡附子败酱散（“金匮要略”）：治肠痛，脉数，身无热，腹无积聚，按之濡。

薏苡仁十分 附子二分 败酱五分

上三味为散，取方寸匕，以水二升，煎减半，顿服，小便当下。

肠痛汤（“千金要方”）：牡丹、甘草、败酱、生姜、茯苓各二两 薏苡仁、桔梗、麦门冬各三两 丹参、芍药各四两 生地黄五两

上十一味药咬咀，以水一斗，煮取三升，分三天服，每日三次。

肠痛汤（“千金要方”）：薏苡仁一升 牡丹皮、桃仁各三两 瓜瓣仁二升

上四药咬咀，以水六升，煮取二升，分再服。

薏苡仁汤（“外科正宗”）：治肠痛，腹中疼痛，或胀满不食，小便涩滞。

薏苡仁、瓜蒌仁各三钱 牡丹皮、桃仁（去皮尖）各二钱 白芍一钱

上药以水二钟，煎至八分，空心服。

排脓散（“外科正宗”）：治肠痛，小腹胀痛，脉滑数，里急后重，时时下脓。

黄芪、当归、金银花、白芷、川山甲、防风、川芎、瓜蒌仁各一钱

上藥以水二鍾，煎至八分，食前服；或為末，每服二三錢，食遠蜜湯調下，亦可。

大黃湯（“外科正宗”）：治腸痛，小腹堅硬，如掌而熱，按之則痛，肉食如故，或焮赤微腫，小便頻數，汗出，憎寒，脈緊實而有力，日淺未成膿者。

大黃（炒）、朴硝各一錢 牡丹皮、白芥子、桃仁（去皮尖）各二錢

上藥以水二鍾，煎至八分，食前或空心溫服。

薏苡湯（“醫宗金鑑”）：治腸痛，痛膿已成，脈見洪數，肚臍高突，腹痛脹滿不食，動轉側身則有水聲，便淋刺痛。

薏苡仁、瓜蒌仁各三錢 牡丹皮、桃仁各二錢

上藥以水二鍾，煎至一鍾，不拘時服。

濟腸飲（“辨証奇聞”）：治大腸痛，腹中痛甚，手不可按，右足屈不能伸。

金銀花三兩 當歸二兩 地榆一兩 麥冬一兩 玄參一兩
甘草三錢 苡米五錢 黃芩二錢

水煎頓服，一日可連服二劑。

紅藤煎劑（上海市第六人民醫院）：治闌尾膿腫。

紅藤二兩 紫花地丁一兩 銀花、連翹各四錢 乳香、沒藥、丹皮各三錢 玄胡索二錢 大黃一錢半 粉甘草一錢

上述處方加水600毫升，文火煎煮，水份漸次蒸發，直至濃縮至150毫升，瀝出，是為頭劑；再加水600毫升，煎成150毫升，是為二劑。頭劑與二劑飲服時間相距五小時，每日一帖，直至腫塊明顯縮小乃至消散時止。（上海市衛生局“中醫中藥臨床實驗匯編”）