

急性闌尾炎藥物新療法

黃省三著



急性闌尾炎藥物新療法

黃省三 著

商務印書館出版

內 容 提 要

急性闌尾炎雖以早期手術爲最優良之療法，但如因當地未有醫院，患者無以施行手術，則及早施用本書之有效方劑爲之治療，亦可獲良佳療效。

本書所述急性闌尾炎之治療方法，可供臨床醫師及專家在臨床工作與研究工作上之參考。

急性闌尾炎藥物新療法

黃省三著

出版者 商 務 印 書 館

香港皇后大道中三五號

印刷者 商務印書館香港印刷廠

香港英皇道芬尼街二號D

發行者 商務印書館香港分館

香港皇后大道中三五號

* 版權所有 *

1971年5月版

定價港幣三元

自序

急性闌尾炎之治療，以早期手術為最優良之療法，此外則並無特效方劑。關於本病的早期手術，在我國都市之醫療設備，當能適應患者的需求。但我國土地廣大人口眾多，住在農村之本病患者，如當地未有醫院，無從早期施行手術，則往往發生穿孔性弥漫性腹膜炎等併發病，故本病之有效方劑，現在仍為無從施行手術之病者所需要。

著者對於本病，根據中西醫理，研究國藥效能，更本個人診療經驗，以制成治療本病之方劑。本方（黃氏急性闌尾炎有效湯方）於一九一一年即以之施於臨床實用，在此數十年中，經診本病（急性闌尾炎）患者共三百零八例，皆以本方為之治療，其中病例之絕大多數可獲完全治愈，愈後不再復發。本方施於本病的單純性型或蜂窩織炎性型之患者，可獲良佳療效。如因本病而發生炎症性腫塊（浸潤塊），或炎症病變已波及闌尾系膜，或已併發限局性腹膜炎，或伴有心臟代償機能不全之患者，本方皆有良效。但本方對於本病之壞疽性破壞性型的患者，則其療效不著。而於穿孔性弥漫性腹膜炎之病者，則本方不能有效。故本病之藥物療法，亦必須早期診治，始能獲得滿意效果，如病變已達晚期或末期而有膈下膿腫、門靜脈炎、穿

孔性腹膜炎、肺栓塞或敗血型等併發病，然后施用本方为之治疗，則亦不能有效。

上文所述，乃是本著者数十年之临床实验，得以确知本方有此良佳疗效，且本方药性和平，完全无毒，绝无副作用及不良反应；用此全无毒性之方剂，竟能杀菌解毒以收原因治疗之效，此則国药最堪利用，而为吾人所当特殊注意者。用特將本方刊行，以就正有道，尚祈医界同仁予以批评指正，不胜厚幸。本书所引用諸家文献，对各著者謹表谢意。

一九五七年十二月二十五日

黄省三識于广州时年七十有大

目 录

自 序

第一章 急性闌尾炎之概論 1

(一)病因..... 1

(二)病理..... 2

(三)症狀..... 3

(四)併發病..... 4

(五)診斷..... 5

(六)預后..... 5

(七)療法..... 5

第二章 闌尾炎之历史 6

第三章 闌尾之解剖学及生理学 8

(一)闌尾之解剖..... 8

(1)闌尾之位置、形狀、長度及闊度 (2)

闌尾壁之構造 (3)闌尾之血管 (4)闌

尾之淋巴管 (5)闌尾之神經 (6)闌

尾可能有各种不同之位置

(二)闌尾之生理.....12

第四章 急性闌尾炎之病因学及病

發率.....13

(一)急性闌尾炎之病因.....13

(1) 主因 (2) 誘因 (3) 偶因

(二) 急性闌尾炎之病發率.....15

(1) 食物 (2) 年齡 (3) 性別

第五章 急性闌尾炎之病理解剖学 的变化16

(一) 本病在病理解剖上可分为三型.....16

(1) 單純性闌尾炎 (2) 蜂窩織炎性闌
尾炎 (3) 坏疽性闌尾炎

(二) 炎症病变波及闌尾系膜及腹膜.....18

(三) 液狀滲出物、粘連、膿腫.....19

第六章 急性闌尾炎之临床症狀20

(一) 疼痛.....21

(二) 嘔吐.....22

(三) 防御性肌緊張.....23

(四) 压痛.....23

(1) Mc Burney氏点 (2) Lanz 氏点

(3) Lenzmann氏点 (4) Dietrich氏点

(5) Morris 氏点 (6) Kummel 氏点

(7) 服部氏点 (8) Rapp氏四角形 (9)

Livingstoni 氏三角形

(五) 在闌尾炎时誘發局部疼痛的症狀.....25

(1) щеткин—Blumberg氏症狀 (2)

Rovsing氏症狀 (3) Ситковский 氏症狀

(4) Soreci 氏症狀

(六) 体温及脉率·····	26
(七) 血液象·····	27
(八) 右髂部腫塊(浸潤塊)·····	28
(九) 胃腸障礙·····	28
(十) 弥漫性腹膜炎·····	28
(十一) 急性闌尾炎之臨床型·····	28
(1) 无明显浸潤之輕度發作 (2) 有浸潤而无化膿之發作 (3) 有化膿性浸潤之發作 (4) 触不到浸潤之迁延性發作 (5) 敗血型	

第七章 急性闌尾炎之併發病·····29

(一) 闌尾穿孔及腹膜炎·····	30
(二) 腹膜粘連·····	32
(三) 闌尾周圍膿腫、盆腔闌尾膿腫·····	32
(四) 膈下膿腫·····	33
(五) 門靜脈炎·····	33
(六) 肺栓塞·····	34

第八章 急性闌尾炎之診斷·····35

(一) 一般診斷·····	35
(二) 鑒別診斷·····	36
(1) 腎或輸尿管結石(右側) (2) 急性胆囊炎 (3) 胃及十二指腸潰瘍穿孔 (4) 腸梗阻 (5) 肺炎(右肺下部)与橫膈胸膜炎 (6) 肺炎球菌性腹膜炎 (7) 子宮外孕破裂 (8) 急性輸卵管炎(右側)	

(9) 卵巢及子宮的疾患 (10) 腎周圍膿腫
(右側) (11) 腎盂积水 (右側) (12)
腎盂積膿 (右側) (13) 腎盂炎與腎盂腎炎
(右側) (14) 傷寒病 (15) 結核性腸系
膜淋巴結炎 (16) 結核性腹膜炎 (17)
出血性紫癜 (18) 急性胃炎 (19) Meckel
(美克耳) 氏憩室炎 (20) 脊髓癱之腹部危
象 (21) 多須精細鑑別以求正確診斷

第九章 特殊情況下之闌尾炎.....46

(一) 小兒急性闌尾炎.....46

(二) 老人急性闌尾炎.....50

(三) 孕婦急性闌尾炎.....51

第十章 急性闌尾炎之預后53

第十一章 慢性闌尾炎.....54

(一) 慢性殘余性闌尾炎.....54

(二) 原發性慢性闌尾炎.....55

(三) 診斷.....55

(四) 治療.....56

(五) 附述其他的闌尾疾患.....57

第十二章 急性闌尾炎之療法.....58

第一節 藥物療法.....59

(一) 黃氏急性闌尾炎有效湯方(附劑量表).....59

(二) 黃氏強心有效湯方(附劑量表).....62

第二節 臨床實驗.....67

(一) 無浸潤塊之單純性型.....67

(二)有浸潤而无化膿之病变·····	67
(三)有化膿性浸潤的病变·····	68
(四)臨床經驗的要言·····	70
(1) 闌尾炎之典型症狀 (2) 臨床症狀 与闌尾变化有时不相一致 (3) 腐敗性、 坏疽性型之特点 (4) 体温及脉率 (5) 血液象 (6) Шеткин-Blumberg 氏症狀 (7) 舌診 (8) 診察时的注意	
第三节 治驗病例·····	72
(一) 儿童急性闌尾炎(四例)·····	72
(二) 成人急性闌尾炎(五例)·····	87
(三) 老人急性闌尾炎(四例)·····	98
(四) 孕妇急性闌尾炎(一例)·····	108
第四节 食餌与安靜·····	113
(一) 食餌·····	113
(二) 安靜·····	114
第五节 禁用泻下葯剂·····	114
第六节 施用本书之方剂时所应注意的事項··	115
第七节 葯物·····	119
(1) 栝蒌实 (2) 苦楝子 (3) 延胡 索 (4) 蒲黄 (5) 五灵脂 (6) 当 归 (7) 桃仁 (8) 薤白 (9) 降真 香 (10) 郁金 (11) 枳壳 (12) 西洋 参 (13) 麦門冬 (14) 甘草 (15) 大 棗 (16) 半夏	
参考文献·····	134

第一章 急性闌尾炎之概論

闌尾炎是最常見的腹腔疾病之一，在临床上，按其經過及病理解剖的变化，可分为急性闌尾炎及慢性闌尾炎兩型。

(一) 病 因

急性闌尾炎之病原体最常見者为大腸杆菌、鏈球菌、腸球菌、葡萄球菌、双球菌及各种厭气菌。本病之病原体大多数为多种細菌之混合感染。其傳染經路，主要由于腸管内傳染，或有时为血行性傳染。

發生闌尾炎的素因为：闌尾过長、腔道狹小、蠕動衰弱、狹窄、弯曲、粪石、粘膜腫脹及其他能損害闌尾营养的因素。在此等因素存在时，闌尾内容物阻滯不易排出，可促进細菌的繁殖，并减低粘膜之抵抗力，因而有利于炎症的發展，即形成急性闌尾炎。

往往于闌尾內發現异物(牙刷毛、搪瓷器的碎片、果核、魚骨)，虽然此等异物能損伤粘膜，为細菌开辟入口而成为闌尾炎之原因，但此种情形只見于極少数的病例。

根据医家的記述有20%病例于闌尾炎內發現腸寄生虫(鞭虫、蟯虫、蛔虫)，但此种情形只能引起極微小的病因作用。

曾經觀察証明，以肉食为主及常患便秘之人患闌尾炎者居多数。急性闌尾炎在任何年齡皆可發生，但本病最多發生于青年人，即十岁以上二十五岁以下者較为多見，五岁以下六十岁以上者較为少見。本病之發生男子略多于女子。

(二) 病 理

急性闌尾炎在病理解剖上可分为三型，同时亦可將此三型視為炎症病变的相繼阶段。此三型为：單純性闌尾炎（Appendicitis simplex）、蜂窩織炎性闌尾炎（Appendicitis Phlegmonosa）及坏疽性闌尾炎（Appendicitis gangraenosa）。

(1) 單純性闌尾炎 單純性闌尾炎的病理解剖变化表現得甚輕或極不明显。肉眼可見闌尾稍肥厚及輕度充血。有时炎症浸潤性病变可能侵及闌尾各層。

炎症于此时期內可能消退而治愈。淋巴濾泡腫脹，有时其中有溢血。

(2) 蜂窩織炎性闌尾炎 蜂窩織炎型闌尾炎較为严重，是炎症病变进一步發展的阶段，此种病变常侵及闌尾壁的全層。其闌尾肥厚，强度充血，常呈紫紅色，并复盖有纖維素性——膿性薄膜。此时于闌尾壁內形成較大的多發性粟粒狀膿腫。此等膿腫一部分被吸收，一部分向闌尾腔內破潰，亦有向腹膜表面破潰而引起局限性或弥漫性腹膜炎。

(3) 坏疽性闌尾炎 此一病型由蜂窩織炎性闌尾炎进一步發展而致，于闌尾之組織中發生坏死性的变化，致使闌尾發生严重的解剖变化〔深部潰瘍（潰瘍性闌尾炎）、坏死〕，此种变化可以波及闌尾大部甚至全部，其結果發生穿孔。

(4)浸潤塊(炎症性腫塊) 在闌尾之炎症病變中，于闌尾附近的腹腔內出現漿液性及漿液纖維蛋白性滲出液，而引起浸潤(炎症性腫塊)形成。如感染透過蚓突壁，則滲出液變成混濁，以後變為化膿性。此種浸潤在患病後數日，于腹部觸診或經直腸作指診時即可觸知。此後浸潤依其範圍的大小，在不同時期(有時經過頗長的時期)內被吸收，則病者可以獲愈。纖維蛋白性滲出液在纖維沉着時引起腸攣間、腸襻與腹壁和網膜間的粘連，促成病變的局限。如本病發展甚速，形成闌尾膿腫或穿孔，且不能在腹腔內充分局限，則其病變必侵襲腹膜，因而引起弥漫性腹膜炎(普遍性腹膜炎)。

(三)症 狀

闌尾炎以右髂凹突然疼痛發病，最初往往在腹上部(由于幽門之反射性痙攣)或臍部。疼痛可能向會陰及睪丸部放散，或因闌尾部分堵塞和強烈蠕動而呈痙痛特性(闌尾性痙痛)；此種疼痛類似肝臟或腎臟的痙痛。在闌尾發生壞疽時，疼痛可能並不劇烈，特別是小儿患本病時是如此。發病時有惡心及嘔吐，但持續不久。大部分病者有便秘，甚至氣體完全滯留，但小儿患闌尾炎時，可能以腹瀉開始。體溫中等度升高，開始時無寒戰，中性白血球稍增多。經過嚴重時，甚至發生闌尾壞疽及弥漫性腹膜炎時，體溫可能仍不升高，但此時其他嚴重症狀(無力、心動過速)之出現足以說明病情增劇。全身狀態沉重，顏面蒼白，患者在病床上之特殊姿勢是仰臥位，同時右腿半曲(由于腰大肌之刺激)。

腹膨隆，右側特別顯著。第十至十二胸段區域之皮膚感覺

增高。如用一指持續而深入以壓迫闌尾部位時，則引起疼痛，有時甚至劇烈疼痛。如以手指按于炎症病灶部位之腹壁上，漸次緩慢壓迫，然後將手指立刻抬起，則病人于此時感到劇痛（Шетвин-Blumberg氏症狀），此則為炎症波及腹膜的表現。通常右下腹部有不同程度的防禦性肌緊張。有時作直腸觸診可以比較清楚察知疼痛。另一特征是，患者取左側臥位時闌尾部疼痛增劇（Ситковский氏症狀）。或壓迫左側降結腸時，闌尾部疼痛增劇（Rovsing氏症狀）。

闌尾位于升結腸之後，此時闌尾炎可能与有側腹顯著緊張的胆囊疾患相似。如滲出液向下移動或闌尾之位置向下時，可能出現骨盆及膀胱的症狀；疼痛可能位于左側，特別是如果闌尾之位置接近中綫，此一現象尤為多見。

除局部疼痛以外，通過腹壁或通過直腸，在婦女則通過陰道，往往可以在闌尾部觸知炎症腫脹（浸潤）；此項腫脹最初无明显之界限，其後逐漸局限，是闌尾周圍膿腫形成之表現。

（四）併發病

當闌尾的炎症尚局限于闌尾以內，則並不發生任何併發症，但一旦有細菌侵入闌尾表面之腹膜，即可發生嚴重而演變多端之各種併發病，如闌尾周圍膿腫、闌尾穿孔及腹膜炎、腹膜粘連、膈下膿腫、門靜脈炎及肺栓塞等症狀。本病最常見者為闌尾周圍膿腫，應特別重視者為闌尾穿孔、局限性或普遍性腹膜炎、盆腔闌尾膿腫（Douglas氏陷凹膿腫）及門靜脈炎等病變。

(五) 診 斷

为正确診斷急性闌尾炎，应以詳細搜集既往历，發病时之疼痛及繼起的發熱、患者之詳細檢查、嗜中性白血球的移动等为根据。

在鑒別診斷方面，首先应除外者是：急性腸梗阻、其他原因所引起之穿孔性腹膜炎、子宫外妊娠破裂、格魯布性肺炎（右肺下部）、急性胆囊炎、右侧腎結石、腎周圍炎、腎盂炎、子宫附件炎、腸伤寒、出血性紫癜等。在瘧疾地区中，应切記瘧疾發作时可能以类似闌尾炎或其他急腹症之症狀而表現。

(六) 預 后

輕症闌尾炎，通常于数日內或数日后痊愈，亦有因各种不注意，有突呈重篤症候而起危險者。时或自开始即呈重篤症候者。

(七) 疗 法

确診为急性闌尾炎后，应以外科疗法为原则，在發作开始后二十四或四十八小时內进行早期闌尾摘除，尤为适当。但住在农村之本病患者，如当地未有医院設置則必无法施行手术，此时如以本書之有效方剂为之治疗，亦可获良佳疗效，且治愈后不再复發。

第二章 闌尾炎之历史

闌尾炎及其治疗之研究开始已久，但闌尾炎外科疗法的卓越成就则为最近五六十年之事。傳說古埃及人曾用手术方法切开髭部之闌尾的膿瘍。Lannelongue氏曾經考据一具呈定型的闌尾切开之木乃伊。十六世紀Ambroise Pare氏及其門人曾經大胆切开右髭部的膿瘍。查現有闌尾炎手术之記錄，Claudius Amyand氏实为作闌尾截除术之第一人，其时为一七三五年十二月六日在倫敦聖乔治医院施术。其后一七五九年，Mestivier氏为一因臍孔右側膿腫切开手术后死亡之病者作尸体剖檢时，發現闌尾有穿孔現象，乃將闌尾炎的观察报告，一般公認 Mestivier氏为闌尾炎首先發表之第一人。在一八一二年Parkinson氏报告一个因腹膜炎而死的病例，認為是因闌尾穿破所致。十二年之后，又有Louyer-Villermay氏叙述两个坏疽性闌尾炎的病例而其盲腸并不同时發炎。Melier氏于一八二七年观察五个病例，而發表詳細的文章，同时 Melier氏又發見可用手术方法治疗本病之意見，且強調此病可能極多發生。Melier氏可信为首先在活人身上認識闌尾炎之第一人，但其成就不幸为当时的大学者 Dupuytren氏所排斥，此著名之外科医师 Dupuytren氏將腹部右側所發生之膿腫及腹膜

炎認為因盲腸發炎所致，他称之为盲腸周圍炎。Melier 氏用手术方法治疗本病之意見，至一八八四年始为 Mabomed 氏所实现。氏通过豁外动脉結扎术內采用的腹部切开，在腹膜外截除闌尾。同年 Kreinlein 氏在急性闌尾炎中，通过正中綫开切截除闌尾，其中闌尾用結扎方法而未用殘株埋入法截除。一八八六年，美国 Fitz 氏开始称本病为闌尾炎（Appendicitis），此一名称不久即为各国所采纳。Fitz 氏規定下列之定律：如果在二十四小时內急性闌尾炎腹膜炎現象不消失，則应立刻施行手术。一八八九年，Bull 及 Mc Burney 二氏竭力支持在急性闌尾炎中早期手术之意見。一九〇二年在巴黎外科学会會議席上討論闌尾炎之手术問題，曾通过下列之原則：“只須闌尾炎之診斷确定，則应立刻施行手术，不計發病时时日之多少”。

Payr 氏在其專著中（一九二六年）認為急性闌尾炎之早期手术是最完全的手术，其死亡率只有0.88%。于本病靜息期內，氏在下列場合中主張施行手术：（1）在包圍膿瘍形成时，（2）腹膜現象增剧时，（3）腸梗阻时，（4）惡寒及肝腫大时，（5）嘔血时。但是早期手术可以預防此等合併症。

关于急性闌尾炎之早期手术治疗，現已認為最适当之处理，但我国地土广大，人口众多，住在农村之本病患者，如当地未有医院，无从施行早期手术，則往往引起穿孔性腹膜炎等併發病，故本病之有效方剂，現在仍为无从施术之病者所需要。