

科學研究論文彙編

第二期

上海中醫學院

1959.10.1.

序 言

我們选集了1959年的科学研究論文中的59篇，彙編成册，向偉大的国庆十周年献礼。它是1958年上海中医学院科学研究論文摘要彙編第一輯的繼續，在順序上算第二輯。我院科学研究工作，在党的领导下，青老年中西医师紧密合作，共同努力，已取得了一定成就。

1959年的选题，截至九月中旬止，已完成112項，其中理論机制，重点是經絡本質的探討，針灸机制的研究26項，临床研究47項，文献整理、著作等31項，其他8項。

經絡与針灸机制的研究，是我院的一个重点，論文也較多，虽还不能得出全面的、肯定的結論，但对今后繼續研究提供了重要的資料。临床研究，也取得了显著的成效，如針刺治疗聾啞有效率达84.7%，針刺治疗小兒麻痺症有效率达95.8%，推拿治疗椎間盤突出有效率达91.2%，治癒率75%，中医中药治疗高血压有效率达74.6%，中医中药治疗矽肺，疗效亦較理想，症狀改善88.2%，肺功能恢复85%，X綫胸片的观察，在23例中有7例矽结节阴影及網狀阴影吸收好转。

这些成就，是党的正确领导，坚决贯彻了党的中医政策，广大羣众对繼承发揚祖国医学遺產的积极性空前提高的必然产物。

1959年的科学研究工作，无论从量或質方面來說，都有所提高，但我們并不滿足这些成果，相反的，我們应在新的基础上，更加努力，对人民作出更大的貢獻。

因時間匆促，不及仔細地审訂、修正，錯誤之处，恐在所难免，請批評指正。

目 录

理論探討和机制研究

阴阳五行学說在临床上的应用

經絡学說的研究

針刺对加强孕妇子宫收縮的作用

灸石門穴对小白鼠生殖系統（性週期及受孕率）影响初步报告（摘要）

針刺对人心臟动作电流的影响

艾灸对高血压患者手指容积影响的初步观察（摘要）

X綫下观察針刺对胃蠕动的影响以及穴位選擇性問題的初步探討

正常人胃蠕动的描記及針灸对胃蠕动的描記波的影响

針刺“足三里”对兔胃运动机能的影响及其机制的初步探討

12經脈循行部位及其穴位与人体結構关系的解剖观察

手太阴肺經循行部位解剖結構的观察

手三里穴解剖結構的观察

关于“关元”、“三阴交”穴位臨床針刺感应和解剖結構的关系

皮肤穴位导电量与温度正常值的測定及其周身分布情况的研究

电极面积、电极与皮肤接触的压力以及接触时间的長短对皮肤穴位导电量的研究

几种經絡仪的測定（直流电阻器的設制）

皮肤电位測定器的設制

“蒺藜”經不同方法处理后的毒性和对家兔血吸虫病疗效的进一步观察

針灸对血清中白血球数量、补体、抗体影响的初步試驗

中藥对流感病毒的抑制作用

臨 床 研 究

高血压病的中医理論和治疗（摘要）

中医对慢性腎炎的理论机制及其治疗（摘要）

石斛銀翹湯治疗20例腎盂炎初步观察

中医治疗慢性腎炎20例初步小結

中医中藥治疗子宮頸癌的研究

25例矽肺的中医治疗

中藥治疗21例支气管扩张初步疗效观察

运用中医中藥治疗再生障碍性贫血的体会

中医中藥对糖尿病的疗效

中醫對慢性泄瀉的認識和治療
雷丸治療鉤蟲病的初步療效觀察
驅鉤合劑治療鉤蟲病的療效觀察
驅鉤煎劑治療鉤蟲病的初步分析
祖國醫學治療晚期血吸蟲病

中醫治療小兒傳染性肝炎的臨床報告
麻疹併發肺炎臨床總結

中醫中藥治療急性闌尾炎和闌尾膿腫 138 例病案分析
中醫外科手法治愈慢性復發性伴有乳頭內縮的乳部瘻管 24 例臨床觀察報告
海藻玉壺湯加減治療瘰癧（甲狀腺腫及囊腫）33 例臨床觀察
藥烘療法治療神經性皮炎 50 例初步報告

針刺治療聾啞症 301 例的初步總結
針刺治療精神分裂症的臨床觀察
針刺治療小兒麻痺症後遺症 214 例的臨床觀察
針刺治療遺尿症
針刺治療視神經萎縮
針刺治療慢性痹痛
針刺治療膽囊炎
針刺治療肺結核
針刺治療 127 例高血壓病療效總結
針刺治療癲癇 61 例報導
兒科指針治療應用子午流注法的經驗介紹
針刺治療視網膜色素變性
“失眠症”的水針療法

推拿治療腰推間盤突出症的臨床觀察與探討

其 他

若干中藥中鐵、鈣與磷含量的測定
黃芩的藥理作用

肝臟疾病時血清轉氨酶活性的測定
雙縮脲反應測定血清蛋白質的研究
蜂蟻對於腎上腺皮質的作用

檢查全院寄生蟲的感染
利用溫差電偶溫度計測定循環時間

中医中药治疗急性阑尾炎及阑尾脓肿

138例病案分析

上海中医学院

1959年7月

中医中药治疗急性阑尾炎及阑尾脓肿

138例病案分析

上海中医学院附属第十一人民医院外科

一、前言

急性阑尾炎是腹部外科急性疾患之一，病发率是相当高的，按照西医治疗原则在确诊后，必须争取时间进行手术，很少考虑服药问题的，并且更不能服用泻下作用的药物，以免发生阑尾穿孔的危险，这些理论几乎是一致公认的“定律”，很久以来没有人怀疑过。

我国有数千年历史，急性阑尾炎的疾患，也必定是历代都有，仅不过名称各别而已，因此在祖国医学中对阑尾炎的疾斗争，肯定和其他疾患一样亦有一套完整的治疗方法。

考祖国医学远在二千年以前的内经上已有类似本病的肠痈记载，而后历代医家对肠痈的病因、症状、部位、诊断和鉴别诊断、治疗以及护理等均有所开发，古人从实践中所取得的宝贵知识和丰富经验，给予我们对治疗肠痈奠定有利的基础。

通过我们在日常临床的应用，疗效确实显著，近年来由于党的中医政策和总路线的光照耀下，并在中西医大团结大协作精神下，我们十一人民医院外科和第十人民医院外科、中医研究班外科组，共同互相密切配合，运用了中医原有治疗肠痈的方法来治疗急性阑尾炎及阑尾脓肿，并且组织专题研究小组，自1958年9月8日起至1960年2月底止共收治了138例（其中包括急性阑尾炎、慢性阑尾炎急性发作、阑尾併发穿孔并脓肿形成等）获得了显著疗效，兹将如下几点分析。

二、祖国医学对肠痈的记载

祖国古代医学关于“肠痈”的最早文献当为公元前240年内经中已有类似肠痈的记载①，“天枢穴隐痛者大腸疽，内微起者大腸痈”，这就说明了肠痈的部位。

又灵枢上膈篇②，“喜怒不适，饮食不节，寒温不时则寒汁流于肠中……人食、虫上、管下虚，而邪气疝之，积聚已留，留则痈”，说明了肠痈的病因。

汉张仲景金匮要略③“肠痈之为病，其身甲错，腹皮急按之濡如腫状腹无积聚，身无热，脉数，此为肠内有痈膜，薤白附子散主之。”“肠痈者少腹腫痞，按之则痛，如淋小便自调，时时发热自汗出，复恶寒，其脉迟紧者膜未成可下之，脉洪数者膜已成不可下也，大黄牡丹汤主之。”

隋巢氏病源肠痈候④“肠痈者由寒温不适喜怒无度，使邪气与营卫相干在于肠内遇热加之，血气凝积聚成痈，热积不散，血肉腐败化而为脓，其病之状，小腹重而微强，抑之则痛，小便数似淋，时时汗出复恶寒，其身皮皆甲错，腹皮急如腫状，诊其脉洪数者已有膜也，其脉迟紧者未自膜也，甚者腹腫大，轉側聞水声，或繞脐生管穿而膿出，或膿自脐中出，或大便去膿血，惟宜急治之。”又云“大便膿血，似赤白下，而实非者是肠痈也，幸得肠痈而

不脫治之，錯者殺人，寸脈滑而數，滑則為實，數則為熱，滑則為營，數則為衛，卫下降營上升，遇熱營卫相干，血為濁敗，小腹否鞠，小便否難，汗出，或復惡寒，膿為已成，設脈遲緊，聚為瘀血，血下則愈，膿成引日，又諸原數脈，當發熱而反洗漸惡寒，若有痛處者，當積有膿，脈滑濇者，小腸癰出血者也。”

張景岳曰⑥“經言腸癰為病不可償，……故患者其坐臥轉側理宜徐緩，時少飲薄粥及服八珍湯固其元氣，靜養調理庶可保全其生。”又曰“凡腸癰生于小肚角微腫而小腹墜痛不止者是若毒氣不散，漸大內攻而潰則成大患，急宜以此藥治之，先用紅電兩許以好酒二碗煎一碗，午前一服醉臥之，午後用紫花地丁兩許如前煎服，服後痛必漸止為效……”

外科正宗⑦“夫腸癰者皆濕熱瘀血流入小腸而成也，又由來有三：一、男子暴急奔走以致胃腸傳送不能舒利，敗血濁氣乘遏而成者一也；二、婦人產後體虛多臥，未經起坐又或坐草艱難，用力太過，育後失逐敗瘀，以致敗血停積胃腸結滯而成者二也；三、飢飽勞傷，担負重物，致傷脾胃，又或醉飽房勞過傷精力，或生冷并進以致氣血乖違，濕動痰生，多致腸胃痞塞，運化不通，氣血滯滯而成者三也。”又曰“初起小腹疼痛小便不利六脈微緩不作寒熱者輕，已成小腹腫而堅硬小便數而不不利六脈洪數者險，已潰時下膿里急後重日夜無度疼痛不減者重，潰後膿腥臭穢或流血水濁瘀虛熱更增不食者死。”

外科啟玄⑧曰“……如膿左甚者，小腸癰，右甚者，大腸癰，則右寸洪數逸臍痛，或臍出膿，或大便膿血，以大黃牡丹湯。”

張氏醫通⑨“腸癰下血，腹中疔痛，其始發熱惡寒，欲驗其証，必小腹滿痛，小便淋漓，反側不便即為腸癰之確候，無論已成未成俱用大黃牡丹湯加厚角急服之，小腹痛若腫滿不食，小便不利，膿塞也，用薏苡、丹皮、桃仁、養仁，煎服以排之，若至反側作水聲，此膿已成熟，千金托里散下太乙膏，若膿從大便出者為直腸癰可治，若從臍中出者，為盤腸癰，多不治……”

陳遠公⑩“人腹中疼甚手不可按，右足屈而不伸，人以為腹中火盛而存食也，誰知大腸生癰乎，凡腹痛足不能伸者俱腸癰也，而大腸癰足抗不能伸也……治法不必治火，壯水以制火毒氣自消矣，清腸飲水煎服……”又曰“大腸生癰右足不伸腹疼甚，便出膿血肛門如刀割，此已潰爛也，能食者生，不能食者死……”

綜合各代醫家學說可以歸納如下：

(一) 腸癰的病因：

1. 喜怒不適飲食不節寒溫不時。
2. 暴急奔走或登高蹲下致腸道傳送不利敗血濁氣乘遏而成。
3. 婦人產後體虛多臥以致毒血停結胃腸積滯而成。
4. 飢飽勞傷担負重物致傷脾胃或醉飽房勞過傷精力或生冷并進，以致氣血乖違凝滯而成。

(二) 腸癰的症狀：

1. 天樞穴作痛，手不可按，按之則痛，右足屈而不伸。
2. 少腹腫痞脹之則痛如淋，小便自調時時發熱自汗出復惡寒，其脈遲緊者膿未成，脈洪數者膿已成。
3. 小腹重而強，抑之則痛，小便數如淋，時時汗出復惡寒，其身皮皆甲錯，腹皮急如腫狀，甚者腹脹大，轉側聞水聲，或繞臍生瘡，或膿從臍中出或大便出膿血。

(三) 腸癰的治法：

既明腸癰发病的原因是由于饮食不节，寒温不时，瘀血浊气壅遏而成，故治疗的法则都主張用瀉下、破瘀、敗膿、解毒、消腫、通絡为主，初起时用大黃牡丹皮湯下之，蓋癰膿既成于內不下毒从何泄？至后期則用薏苡附子敗醬散，但必須具有腹无积聚身无热为沉寒固結者說，蓋虽下无济，若热甚而阴伤者純用攻毒降火徒損腸胃，故有清腸飲之益阴潤腸法，其他尚有紅屯、地丁的秘方，均是依据辨証論治的原則进行施治的。

(四) 腸癰的预后：

1. 初起小腹疼痛，小便不利六脈微緩不作寒热者輕。
2. 已成小腹腫而坚硬，小便数而不利，六脈洪数者險。
3. 已潰时时下膿里急后重日夜无度疼痛不減者重。
4. 潰后膿腥臭穢或流敗水濁瘀虛热更增不食者死。
5. 如內癰膿病視腫皮緊急光亮臍下大热此內癰不妨。
6. 若膿从大便出者为直腸癰可治，若从臍中出者为盤腸癰多不治。

(五) 腸癰的护理：

1. 休养方面、腸癰为病不可惊，故患者其坐臥轉側理宜徐緩，靜养調理，注意寒温。
2. 飲食方面、宜少飲薄粥，忌食生冷。

三、主要方剂組成及治疗法则

从上面历代文献中关于腸癰的描写非常清楚，尤其以大腸癰的症狀來說很象現代的闌尾炎，因此我們參照各家治疗腸癰的法则大都以大黃牡丹湯为主，我們再參入了各家的驗方拟訂主要方剂，定名为复方大黃牡丹皮湯，其中方药列表簡述如下：

药名	剂量	功	用	归	經
生大黃	三錢	下瘀血血閉，燥結、除癰熱、蕩滯腸胃		脾、胃、肝、心包絡、大腸	
丹皮	三錢	治瘀血留舍，破癰膿涼血清熱		心、肝、腎	
薏苡仁	五錢	破血腫，利腸胃，化濕熱		脾、肺	
敗醬草	五錢	治暴熱火瘡，排膿破血		胃、大腸、肝、心包絡	
銀花	五錢	治諸腫惡瘡，散熱解毒，消腫通絡		肺、胃、心、脾	
紫地丁	五錢	清涼解毒，消腫止痛		胃	
桃仁	五錢	治疝癰邪氣，下瘀血血閉		心、肝	
紅屯	五錢	祛諸風治五淋杀虫			
生甘草	一錢	清熱解毒和腸胃		通行十二經	

表列主要处方并非一成不变，依据辨証論治的法则再需隨証加減。

加減法：

如大便秘結加元明粉三錢分二次冲服。

如大便干燥加瓜蒌仁四錢研，火麻仁四錢研。

如噁心嘔吐加姜汁炒川連五分，淡吳萸五分，仙半夏二錢。

如腹脹脫痛，加金鈴子三錢，广木香一錢，制香附三錢，烏藥一錢半。

如泄瀉過多，將生川軍改制川軍，或不用川軍加重紅屯劑量為一兩。

如右下腹發生腫塊者，加當歸三錢，赤芍三錢，澤蘭一錢半，生軍改制川軍或不用川軍。

如香白膩胸膈濕重者加川朴一錢，青陳皮各一錢半。

如小便不利者加赤苓三錢，車前子三錢包。

如腹皮急腹痛劇烈，身熱高壯者，另川連粉3~5分（裝入膠囊）；每4~6小時吞服一次。

如腹痛劇烈者另以延胡索粉二錢吞服以止痛。

如泄瀉過多，腹無積聚，身無熱或微熱，脈細數苔薄白者，加熟附塊三錢先煎，減去川軍、銀花、地丁。

煎法：上藥一帖加水600毫升煎成200毫升為頭汁，再加水400毫升煎成200毫升為二汁。

服法：將頭二汁合成一起分二次服，每隔4~6小時服一次，初起病重者可日夜服二帖，如闌尾穿孔引起腹膜炎時，則仍服一日一帖，可加重主要方劑中的紅屯為一兩，敗醬草為一兩，地丁草為一兩，此時宜限制飲量。

外治方法：

1. 外敷法：主要是涼敷，以冀局部消腫、退熱、止痛，症見腹皮急局部熱痛勢嚴膿或膿已成，可敷玉露油膏（即芙蓉葉粉25%凡士林油膏）。

2. 針刺法：主要刺手足陽明經，瀉熱止痛，取穴：闌尾穴，內庭雙側留針30~60分鐘，每日1~2次。

如噁心嘔吐服藥不能者，先針內關、中脘，留針20分鐘，以止嘔吐，而後服湯劑。

如腹脹不舒者針大腸俞、次膠，留針20分鐘。

如腹痛甚者針合谷、曲池，留針20分鐘以止痛。

護理方法：

1. 入院後須臥床休息，如已闌尾穿孔併發腹膜炎等情況，需絕對臥床休息及半臥位。

2. 入院後服流汁飲食，以後再視病情決定。

3. 入院後除其他常規化驗外，三天內每天驗白血球總數和分類一次，視病情的輕重；由醫囑決定而增加或停止。

4. 入院後三天內體溫、脈搏、呼吸每四小時測量一次，以後再由醫囑更改之。

5. 入院後三天內注意記錄大便次數及糞便情況。

6. 忌食生冷與不易消化的食品。

四、臨床病例分析

自1958年9月8日起至1959年2月份止，共收治了188例，完全治癒出院占132例，其他6例接受手術治療，治癒率為95.6%。

1. 療效分析及治癒平均總天數

病例数	治愈出院例数	手术例数	治愈率
138	132	6(註)	95.6%

註：手術6例中內3例為中斷治療，由於病員信心不足，不能合作，經說服無效而施行手術；另3例因併發膿腫醫生信心不穩，當膿腫穿孔而採取手術治療。

病种分类	急性阑尾炎	慢性阑尾炎急性发作	穿孔与脓肿
平均治愈总天数	5.07天	6.08天	18.5天

註：6例手术病例未统计在内。

2. 病种分类

病例数	急性阑尾炎	慢性阑尾炎急性发作	穿孔与脓肿
138	91	25	22(註)

註：穿孔与脓肿22例病例中，其中包括入院前及入院后治疗过程中发生者。

3. 发病率

(1) 性别：男性96例，占70.3%，女性42例，占29.7%，男与女比约2:1，这数字与大多数文献统计相仿。

性别	男	女
例数	96	42
百分率	70.3%	29.7%

(2) 年龄：我们收治病人标准，在13岁以下的儿童是暂不治疗的，因此最小年龄为13岁，最大年龄为61岁，但发病率最高的年龄为青壮年时期。

年龄	13—20	21—30	31—40	41—50	51—60	60以上
例数	28	49	31	16	12	2

(3) 职业：本组病人职业以工人为多，占报告例中的50%，其次为学生、职员与家庭妇女。

职业	工人	学生	职员	家妇	文教	农民	其他
例数	69	23	16	11	7	1	11

4. 发病时间

急性阑尾炎病人一般在24小时以内住院的较多，本组病例与此相符，但发病在2~3天入院者亦不少。

发病时间	12小时以下	12—24小时	2天	3天	3天以上
例数	38	47	33	14	6

5. 临床症状

(1) 发热：文献报告急性阑尾炎一般均有体温增高，本组病例中以不发热与有轻度发热者较多（见下表）。

体温	不发热	37°C—37.5°C	37.6°C—38°C	38°C以上
例数	34	45	28	31

(2) 右下腹体征：急性阑尾炎主要体征为阑尾点及其附近部分有压痛。或压痛与腹肌

緊張等情況，本組病例均有輕重程度不同的存在。

(3) 白血球总数与中性变化:

白血球总数	10000以下	10000—15000	15001—20000	20001—25000
例数	31	74	22	11
中性	80%以下	81%—83%	86%—90%	90%以上
例数	68	31	29	10

註：多数病例的白血球、中性升高。

治疗后症状与体征进步和恢复正常的天数:

(1) 发热：多数病例在治疗后三天内已被控制或恢复正常。

控制天数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
例数	51	20	15	5	0	5	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1

恢复正常天数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
例数	34	17	15	12	4	17	3	3	1	3	1	1	0	0	1	0	1	0	1

註：控制天数指发热在服药已被控制不再上升。

以上共104例在入院时有发热，其余34例入院时无发热，故未统计在内。

(2) 腹痛：多数病例在二天内已被控制，在2—5天腹痛症状消失。

控制天数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
例数	67	34	10	9	2	1	2	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1

消失天数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	20	24	25
例数	2	20	34	22	13	8	8	5	3	3	0	3	3	1	0	4	0	1	1

註：控制天数指腹痛已不再加重。

以上共131例，6例手术时腹痛未控制，故未统计在内，另1例记录不詳。

(3) 压痛：多数病例在4天内減輕，在5天内腹部压痛症状消失。

退天数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
例数	58	37	10	9	5	2	3	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1

消失天数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	20	24	25
例数	1	18	33	21	10	6	11	7	4	4	0	3	3	2	0	3	1	1	1

註：腹部压痛包括右下腹及全腹之压痛在内。

(4) 白血球：多数病例在1天内开始下降，在3天内已恢复正常。

开始下降天数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20
例数	81	19	6	3	1	0	0	1	1	0	1

恢复正常天数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	20
例数	38	29	13	9	4	1	2	5	3	2	1	0	2	1

註：入院时白血球原来正常之病例和6例手术病例均未统计在内。

(5) 大便情况：服药后三天内大便次数多数病例每天2~3次者，5次以上者仅为少数。

大便次数	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
第一天例数	50	8	18	10	14	7	3	3	1	0	1	0	0	0	0	0
第二天例数	20	16	21	31	13	8	3	7	4	1	2	1	2	1	0	0
第三天例数	29	8	21	20	14	11	5	2	5	1	0	0	0	0	0	1

註：病者在傍晚或夜間入院时，服药后之大便次数記在第二天內。

由于记录不詳之病例未统计在内。

五、中医中药治愈阑尾炎的机轉探討

我們此次通过运用复方大黃牡丹皮湯治疗急性阑尾炎(膿腫及穿孔)138例的临床观察，肯定的說有其显著的疗效，亦进一步証实了古代的腸經包括現代所称的阑尾炎，其所以运用复方大黃牡丹皮湯能治愈腸癰的机制，可以分作如下几点：

(一) 大腸的功能，“大腸者，傳道之官，變化出焉。”由于大腸的功用是傳導糟粕，职司大便，凡傳道失职所以其病變在临床上可以发生大便秘結或发生癰腫等疾患，治疗时首先以疏導和通利大便为主。

(二) 在內經上首先指出天樞穴隱隱痛者大腸疽，肉微起者大腸癰。按天樞穴系大腸募穴，腹之中行系任脈一經，开兩旁系足少阴腎經，又开兩旁系足阳明胃經，故天樞穴屬胃經。手阳明大腸与足阳明胃相通，故阑尾炎之腹痛往往先見于中脘(屬任脈系胃之募穴)部而后移于右下腹，并往往伴有噁心嘔吐，且募穴系經气聚集之处，若本經有病首先反映在体表的募穴，天樞虽有左右之分，然其痛在右，而右足不移，大腸生癰也，痛在左而左足不移，小腸生癰也。

我們既然明确了大腸是傳導糟粕职司大便，由于机体不能适应外界环境的寒温或精神刺激喜怒不适，加之飲食不节以致腸道失司变化不出，气血乖違积滯成癰。病理已明，病因亦曉方能言治，內經“通則不痛，不通則痛”“諸痛屬実痛隨利減”之立論，大凡不可按不可揉者実也，痛无休息者実也，且邪滯積腸中不瀉毒从何泄，故历代医家对腸癰的治疗大多初起均以瀉下为主。况且阳明为多气多血之經，金鑑曰“气多者行其气，血多者破其血”，故瀉下之中必須佐以行气破血之品，故我們复方大黃牡丹皮湯中以大黃之为君，其歸經于腸胃，下腸胃之积滯瀉血分之实熱。丹皮之治瘀血留舍破癰膿涼血清熱为臣，佐以銀花治諸腫惡瘡散熱解毒消腫通絡，使以甘草調和腸胃，再參以治腸癰秘方之紅屯、地丁，配合薏苡、敗醬之破血驅風腸胃化濕濁，集各家之大成成为我們治疗阑尾炎的基本方剂，并按着辨証論治

原則加減使用，故收效顯著。

六、臨床觀察

甲、症狀方面：

1. 發熱：一般在服藥後第一天能控制，2~3天能恢復正常，倘併發闌尾膿腫及穿孔一般在8~10天以後開始下降，12天後恢復正常，1例瀰漫性腹膜炎至19天才恢復正常。

2. 舌苔：在治療闌尾炎中對臨床診斷上是有很大的價值，當我們看到初起患者一般的舌苔是薄膩，微黃或微灰，在治愈後則轉為薄苔，倘由薄膩轉為厚膩（黃膩或灰厚膩），同時體溫升高腹痛增劇腹皮急，則為病情有擴展醱膿的趨勢，即使腹痛減輕體溫驟然下降（由39°C降至37.5°C左右），而舌苔厚膩未化時則體溫往往又會復升，腹痛又會增劇，此種情況亦屬闌尾炎穿孔之現象，倘舌苔由厚膩化為薄膩或薄苔，大部腹痛亦隨着減輕；體溫與白血球亦同時下降，即使腹痛體溫白血球均未減輕和下降，而見到舌苔厚膩化為薄膩時，是為病情可控制的先兆。

3. 脈象：一般闌尾炎初起病人脈象並不遲緊，多為數脈或滑數，勢醱膿或已成膿，脈必洪數或弦數，已潰後（腹膜炎）由洪數可轉為細數、濡數。當病情向愈時，脈象由洪數或弦數可轉為濡數或濡緩。

4. 腹痛：闌尾炎初起腹痛往往開始於上腹部，伴有噁心嘔吐，漸移於右下腹持續性疼痛，依據經絡學說天樞穴本屬足陽明胃經循行之穴，亦為手陽明大腸經氣聚會之所（募穴），而中脘（上腹部）為足陽明胃經之募穴，手陽明大腸與足陽明胃本屬經府而亦經絡相通，夫疾病之發展必由淺入深，由經入腑，故其痛往往始於上腹部而漸移至右下腹，如遇再成急腹痛劇烈而突然腹痛緩解是為穿潰之征，而其痛往往一天後仍會增劇，倘局限於右下腹痛者輕，兼有小腹及左下腹痛者甚，有腫塊而疼痛局限較滿腹痛而無腫塊者輕，闌尾炎單純性腹痛消失多數在2~5天，包塊或膿腫腹痛消失多數在10~14天，穿孔引成瀰漫性腹膜炎之腹痛消失約在21天左右。

5. 大便：闌尾炎病人治療前多為大便秘結或正常，服藥後腹瀉大多數在1~3次，而腹痛多能隨之減輕，內經之所謂“痛隨利減”實乃經驗積累之言，當膿已成潰時，我們並不服瀉下之藥物，而大便次數亦能增多，但必伴有里急後重或似病不爽，此乃實系腹膜炎刺激症狀，當病況控制時，其大便次數逐漸減少，里急後重亦逐漸消失，倘病將痊愈時大便恢復正常。

乙、治療方面：

1. 黃連：在復方大黃牡丹皮湯中另加用黃連粉吞服，在中醫中藥治療闌尾炎开辟了一個新的途徑，我們在臨床中再遇勢醱膿，已成膿或膿成穿潰者加用黃連後均能收到控制和消退的滿意效果，推其原因內經云“諸痛痒瘡皆屬於心”，熱甚則疼痛，熱勝則肉腐，而該藥苦寒，功能清火泄熱解毒，入心、胃、大腸等經，所謂熱除則痛停，熱除則不膿，相輔而用故收效更速。

2. 附子：先賢對腸膿膿已成時主張用蓋效附子散，而我們對膿已成之病例僅採用蓋效之利濕開壅，散毒之苦寒排膿，而未採用辛熱之附子，但亦必須提出有個別病例症見泄瀉過多腹無積聚身無熱或微熱，脈細數或濡數苔薄白者加用了附子後，確能收到良好效果。

3. 針刺：我們在介紹45例中單純應用中藥治療，雖獲得了顯著療效，當和華東醫院共同開了現場會議後，吸取了他們針刺治療闌尾炎的先進經驗，此後合併施治，確有功效，值得

提出。尤其对不能服药的呕吐，臃成时的腹痛，腹膜炎引成的脹气均能輔助解决，在本組病例中有一例系孕妇，既不能手术，又不能服通下攻滲之藥物，改用清腸和胃之剂，加以針刺合併施治，一天控制三天而愈。

4. 补液：在關尾形成包块膿腫或腹膜炎时，往往高热持續不退，不思納食，舌苔厚膩，口有臭味，此时当結合西医理論加以补液之輔助，以免失水誠屬必要，但單純性關尾炎不禁食的病人，我們一般不采用补液。

5. 抗生素：抗生素指用的指征多是關尾炎引成包块、膿腫或腹膜炎的病例，在138例中仅有7例应用青霉素或鏈霉素，其中一部分是由于病者的信心不足，而要使用抗生素，一部分是由于控制天数緩慢而应用。

七、結 語

1. 本文介紹祖国医学对腸臃有关的病因、症狀、治疗、预后、护理的記載，中医的大腸臃大致符合于今天所称的關尾炎。

2. 介紹主要方剂的組成及其藥物功用和依据辨証論治加減使用的方法。

3. 138例的病案分析（包括急性關尾炎、慢性關尾炎急性发作，關尾穿孔引起局限性或瀰漫性腹膜炎，以及關尾膿腫）其治愈率为95.6%，疗效确实，由于小孩服药困难未作临床施治，虽然其中有6例手术，而3例由于医师在开始治疗阶段发现關尾穿孔瀰漫性腹膜炎信心不足，而采取手术治疗，另3例为中断治疗，病人坚决要求手术未能加以說服，但通过治疗过程中目前已摸出治疗規律，体会到今后对關尾炎或關尾膿腫运用中药治疗可以免去手术治疗，并同样在短期内能够治愈，不仅在經濟与時間上对病人有好处，同时对工作生产上也起了一定作用，若在医疗較差的地区则更能发挥积极作用，这是符合于建設社会主义多快好省的精神，故是值得推广的一种疗法。

本文中有关中医中药治疗關尾炎的机轉探討及經絡学說，由于我們水平有限，尚希同道們进一步研究加以指正。

4. 在治疗过程中未曾追蹤隨訪，不能統計正确复发病例数，但在本組138例病例中据不完全的观察，亦有数例复发再来門診治疗而愈。

5. 我們这一次的中医中药治疗關尾炎专题小組的成績，主要是归功于党的領導，政治挂帥和各單位的大协作，当我们訂出了专题小組研究計劃向領導提出后，立即获得了中医学院、第十一人民医院、第十人民医院的党組織和行政的大力支持，而在工作开展以后，更获得芭蕉区、盧灣区兄弟医院以及其他医疗單位的热情支持，尤其受到卫生局領導和中央卫生部首長的重視，給予我們极大的鼓舞，从而也坚定了我們的信心，因而才能获得了这一項工作的成就，在这项工作中表明了整理研究与发揚祖国医学这一工作，必須在党的领导下，中西医紧密团结和互相协助通力合作，共同严密观察的基础上才能做得更好，并使我們思想上对祖国医学的認識有了进一步的提高，坚定了我們挖掘祖国医学遺產的信心，在贯彻党的中医政策的基础上紧密团结起来，共同努力，更好地繼承和发揚祖国医学遺產，在社会主义卫生事业中作出更大的贡献而奋斗。

参 考 文 献

- | | | |
|-------------|--------|--------|
| ① 內經 | ④ 巢氏病源 | ⑦ 外科啟玄 |
| ② 灵樞 | ⑤ 景岳全書 | ⑧ 張氏医通 |
| ③ 金匱要略（張仲景） | ⑥ 外科正宗 | ⑨ 洞天奧旨 |