

中医治疗阑尾炎的方法

吉林省第一医院编

科学普及出版社

1959年·北京

目 次

一、前言.....	1
二、祖国医学对阑尾炎之認識.....	2
三、大黃牡丹皮湯及敗醬湯之配制及其煎服法.....	4
四、大黃牡丹皮湯及敗醬湯組成葯味之葯理作用.....	5
五、大黃牡丹皮湯和敗醬湯及其組成葯品的抑制細菌作用(二次实验报告).....	7
六、治疗方法.....	9
七、临床統計分析.....	11
八、典型病例报告.....	16
九、服中葯后之阑尾病理学改变.....	20
十、中葯治疗阑尾炎治愈机轉之探討.....	21
十一、总结.....	22

一、前 言

闌尾炎中医称为腸痼，远在公元 1800 年前汉代名医張仲景（公元 142—210 年）所著“金匱要略”中已經詳載該病之診治方法。西医外科对該病之認識是 200 年前的事。一般公認墨司蒂佛（Mestivier）是在 1759 年第一个发表闌尾炎的观察报告的。直到 1884 年，克隆倫因（Krönlein）为第一个認識一个因闌尾穿孔而致之腹膜炎病例，且把闌尾截除的外科医师，惜未获得成功。直到 1887 年，才有莫頓（Morton）給患急性腹膜炎之病者施行剖腹手术，將穿孔之闌尾截除而获得痊愈。以后才奠定了西医对闌尾炎之手术治疗。截至目前，还都认为以手术切除闌尾，为治疗闌尾炎独一无二的方法，一待診斷确定，即須开刀。闌尾炎临床症狀的輕重，并不能一定准确表示其病理变化的程度，有的症狀虽輕，但其病理变化可以演变严重。近年来由于党的中医政策激发了广大中医医师积极研究与发揚祖国医学遗产，应用中葯以治疗闌尾炎，在国内已有不少病例报告。

吉林省夾皮溝金矿职工医院中医張旭大夫几年来致力鑽研用中葯治疗闌尾炎的方法，虽在最初阶段，曾受到一些具有保守思想的人的非难和阻碍，但在党和工会的支持下，终于在 1957 年治愈了 76 名闌尾炎病人，获得了滿意疗效。因此吉林省卫生厅組織了省市医院的中西医务人員，在張旭大夫領导下进行临床治疗观察，从 1958 年 1 月到 5 月期間，共用中葯治疗闌尾炎病人 200 例。現將張旭大夫多年来精心專研的葯方治疗方法及 200 例临床观察統計分析作一介紹，同时复习了祖国医学有关闌尾炎的文献記載，再將我們使用的大黃牡丹皮湯和敗醬湯

的制菌作用及服藥后闌尾病理学改变的初步报告加以說明，以供同道們参考。由于我們水平有限，治疗期間短，在这一观察过程中还遺留很多問題，希望关心此疗法的同志們能进一步研究和批判，以使此疗法达到更完全的地步。

二、祖国医学对闌尾炎之認識

闌尾炎中医称为腸瘕，在“金匱要略”一書中对該病之病因、症候及治疗方法已有詳細記載。到了隋代“巢氏病原”“腸瘕候”所載的有关腸瘕发病机轉，更充实了对闌尾炎的認識。现将古代医学有关本病之記載作一簡單复习：

一、腸瘕之病源

“巢氏病原腸瘕候”說：“腸瘕者由寒温不适，喜怒无度，使邪气与荣卫相干，在于腸內遇热，加之血气蘊积，結聚成瘕，热积不散，肉血腐敗，化而为膿。”

“医灯續焰”說：“腸瘕者即腸內生瘕也，不节食欲，不适寒温，或积垢瘀凝，或敗血留滯，壅塞不行，久郁不化成热，久热腐膿，而瘕斯成矣。”

由以上文献所載，腸瘕之由来，有以下諸因：

(1)由于内伤，暴飲暴食，不知节制，以致腸內痞塞不通，腸內运化不能通暢，致血气凝結，郁而为热，热而成瘕。

(2)冷热不調，邪之不解，侵入腸胃，郁热成瘕，即为外因性刺激。

(3)喜怒不节，气滯食积，粪块凝結，郁积于腸內，日久化热，亦能成瘕。

(4)疲劳过度或跌扑损伤，以致气滯血凝，郁留日久，亦能成瘕。

以上所述发病原因与現代医学对闌尾炎之发病誘因的認識，有很多相同之处。闌尾不仅是一个一端不通的盲管，而且它的口徑相当狭小，很容易被粪便物質，異物或寄生虫堵塞，促使粘液在闌尾中发生潴留，而使闌尾腔内压力增高，血运受阻，利于細菌的发育滋長，造成感染。从文献上之临床分析报告，闌尾发病誘因多为腹瀉、便秘、感冒、疲劳过度或外伤所致。正是古人早已指出由于暴饮暴食，寒热不調，疲劳过度或跌扑损伤，胃腸生理机能紊乱，粪块凝結，淤积于腸内，日久化热，而成瘕。

二、症狀和診斷

“金匱要略”說：腸瘕之为病，其身甲錯，腹皮急，按之濡，如腫狀，腹无积聚身无热，脈数，此为腸内有瘕腫。”又云：“腸瘕者少腹腫痞，按之即痛如淋，小便自調，时时发热自汗出，复惡寒，其脈迟紧者，瘕未成，脈洪数者，瘕已成。”

張仲景把腸瘕之症狀及体征划分为膿腫形成与未形成两个阶段，完全符合現代对闌尾炎发病病理过程的認識。膿腫未形成阶段病人之表现为小腹疼痛，压痛明显，伴有发热发冷；如已形成膿腫，病人显脫水現象(其身甲錯)，肌緊張(腹皮急)，小腹腫痞，脈快速。

三、治疗

治疗原則多根据張仲景“金匱要略”。

1. 腸内有瘕腫的，用薤白附子敗醬散法。
2. 膿未成的，用大黃牡丹皮湯法。

“內經”云：“通則不痛，痛則不通。”据此病理治疗此症，是用通暢活血，推旧致新，消炎鎮痛，按其辨症施治的方法。

綜上所述，祖国医学在一千几百年前既已对腸瘕有了一套系統的認識和治疗經驗，虽无細菌学及病理解剖学根据，但是

可以肯定在这一千多年以来，有着千千万万的人民患了阑尾炎是应用中药治愈的。所以我们今天来发掘整理关于肠癌的治疗经验是有意义的。

三、大黄牡丹皮湯及敗醬湯 之配制及其煎服法

張旭大夫应用中药治疗阑尾炎，开始是采用大黄牡丹皮湯，疗效不显著。以后采用清腸飲合大黄牡丹皮湯治疗，亦不能获得满意的效果。经过很长时间临床上的鑽研，提出了改用敗醬湯与大黄牡丹皮湯合并交替应用，从而提高了治愈率。现将加味之大黄牡丹皮湯及敗醬湯配方列下：

一、大黄牡丹皮湯

大黄—兩半 朴硝三錢 西归四錢 双花二兩 丹皮三錢 桃仁五錢
冬瓜仁五錢 連翹八錢 枳壳一錢 桔梗一錢 甘草一錢

此方为一付之剂量，其煎法首先加水 1,800 毫升，煎成 400 毫升，紗布濾过为头汁。第二次再加水 1,200 毫升，再煎成 300 毫升，紗布濾过为二汁。余下干渣挤出 300 毫升。分別装入瓶中，置于冰箱或凉处，留待随时取用。

二、敗醬湯

敗醬二兩 附子三錢 苡米四錢 双花五錢 西归三錢

加水 1,200 毫升，煎成 300 毫升；

二次加水 1,000 毫升，煎成 300 毫升；

干渣挤出 300 毫升。

煎藥时須注意先用武火急煎，后用文火。煎藥時間以不少于一小时为宜。朴硝須煎好后服藥前加入。因为朴硝屬結晶体，易溶化。如在煎藥前加入，則头煎之湯藥几乎全含有朴硝剂量；而二煎及干渣內之湯藥則不含有其成分在內。我們把朴硝

分成小包，每包一錢，于每次服藥時加入一包溶化，最多每次不超过2錢。

四、大黃牡丹皮湯及敗醬湯組成 藥味之藥理作用

一、大黃牡丹皮湯之藥理作用

大黃：藥用其根，主要成分为蒽醌配糖体类，其作用有

二：

1. 緩下作用：瀉下作用的部位在于大腸，故作用緩慢。
2. 抗菌作用：对金黄色葡萄球菌、赤痢杆菌、伤寒杆菌、大腸杆菌均有杀菌作用。

朴硝：又名芒硝，化学名为硫酸鈉，藥理作用与硫酸鎂一样，服后腸管内成为高滲压溶液，使腸内水分增加，引起机械的刺激，促进腸蠕動。

連翹：藥用部分为其果壳，其煎剂在試管中对赤痢、大腸、伤寒杆菌及葡萄球菌均有抗菌作用。中医称之为瘡家圣藥，主治一切炎症。

桔梗：藥用根部，内服有优良的祛痰疗效，有催促气管分泌的作用。

丹皮：又名牡丹皮，藥理作用有三：

1. 有解热作用。
2. 有抗菌作用，尤以对伤寒、赤痢杆菌抗菌力强。
3. 緩和通經作用，促进血运。

甘草：用其根部，服用有以下作用：

1. 能促进咽喉及气管的分泌，使痰易于咯出。
2. 有肾上腺素的强心作用。
3. 有类似肾上腺皮质激素的作用。

桃仁：用为呼吸之兴奋药，有镇咳，通经及通润大便的作用。

冬瓜仁：为利尿润肠药，功能除热，散结、利小便。

西归：又名当归，其作用如下：

1. 有抑制子宫肌的收缩作用，以治痛经有效。
2. 有滑肠作用，能除便秘。
3. 有抗菌作用，治痢疾。
4. 有镇静大脑皮层活动的作用，能镇痛。

双花：又名金银花，具有广泛的抗菌作用，增高血压的作用，系中医外科圣药，可治疮疽，疗丹毒。

枳壳：有排脓消腫作用。

以上所述系大黄牡丹皮汤各药成分之药理作用，在这 11 种药物中，具有抗菌作用者占有 6 种。大黄属温和泻剂，朴硝属容积性泻剂，两者的作用都是促使泻下。桃仁有活血通经作用（即改善血液循环），诸药合用，可以促使回盲部之蠕动亢进，消除盲管腔之阻塞，消炎制菌，改善局部血运，使阑尾炎症得到治愈。

二、败酱汤之药理作用

苡米：用作利尿及健胃药，有止泻作用。

附子：药用其根部，具芳香，有镇静健胃作用，可治霍乱吐泻及腹痛。

败酱：根作陈败豆酱味，故名。具破血解毒，消痈排脓作用，能化脓为水。

双花、西归：均具抗菌作用。

综观上述，败酱汤内含有止泻药物，故服用后可以对抗大黄牡丹皮汤之泻下作用。加以败酱有消痈排脓作用，促使阑尾炎症易于消散，以达病变痊愈。

中醫認為君敗醬，開大腸郁結，化膿為水；臣附子，性熱回陽，散寒氣；佐薏米，開通心氣，營養心境；使當歸而養血，加雙花能去臟腑的瘟毒。

五、大黃牡丹皮湯和敗醬湯及其 組成藥品的抑制細菌作用

(二次實驗報告)

一、煎劑的制备

取丹皮、朴硝、雙花、西歸、枳殼、敗醬、大黃、桔梗、甘草、薏米、附子、冬瓜仁、桃仁及連翹各 10 克，分別置于有蓋的瓷制煎器中，加蒸餾水約 100 毫升，于時時攪拌的同時，加熱煮沸 20 分鐘，以後放冷至 40°C，用精制的脫脂棉過濾，并在濾器上加蒸餾水適量，使成 100 毫升，即得。大黃牡丹皮湯和敗醬湯按給病人服用的煎制方法煎成。

二、操作方法及結果

此試驗只用金黃色葡萄球菌及大腸桿菌二種。

操作方法：

1. 每種煎劑各取 5 毫升，分別加入金黃色葡萄球菌及大腸桿菌之菌液（肉湯培養基 5 毫升，加 1 白金耳細菌，37°C 培養 24 小時）0.1 毫升，在 37°C 溫箱中放置 24 小時以後，分別塗抹于瓊脂肉腸培養基上，于 37°C 溫箱中置 24 小時；觀察其結果（表 1）。

2. 取瓊脂肉湯培養基 8 毫升，加熱溶解，于 60—70°C 時分別加入各種煎劑 0.5 毫升，混合后置于玻璃皿中，作成平板培養基，再分別將金黃色葡萄球菌及大腸桿菌菌液塗于此培養基上，于 37°C 溫箱中放置 24 小時，觀察其結果（表 2）。

表 1

号	药 名	I	葡萄球菌发育情况	大肠杆菌发育情况
1	丹 皮	5.8	未发育	未发育
2	朴 硝	7.2	全发育	"
3	双 花	5.8	发育 14 个集落	"
4	西 归	5.8	发育 1/1	发育 3/4
5	枳 壳	5.8	发育 1 个集落	未发育
6	败 醬	5.8	全发育	发育 3/4
7	大 黄	5.8	未发育	发育 4 个集落
8	桔 梗	6.0	" "	未发育
9	甘 草	5.6	全发育	全发育
10	苡 米	5.8	发育 1/5	"
11	附 子	5.8	全发育	"
12	冬 瓜	5.8	"	"
13	桃 仁	6.0	"	"
14	連 翹	5.6	"	"
15	大 黄	6.0	"	"
16	败 醬	6.0	发育 1/3	发育 1/3

表 2

号	药 品	葡萄球菌发育情况	大肠杆菌发育情况
1	丹 皮	发育 1/5	发育 4/5
2	朴 硝	全发育	全发育
3	双 花	发育 2/5	"
4	西 归	全发育	"
5	枳 壳	"	"
6	败 醬	"	"
7	大 黄	未发育	发育 4/5
8	桔 梗	全发育	全发育
9	甘 草	"	"
10	苡 米	"	"
11	附 子	"	"
12	冬 瓜	"	"
13	桃 仁	"	"
14	連 翹	"	"
15	大 黄	未发育	发育 1/5
16	败 醬	"	"

此 16 种煎剂之 pH 最低为甘草及連翹二种煎剂 5.6, 最高者为朴硝 7.8, 其他均界于此二者之間。一般大腸杆菌可以发育的 pH 范围为 4.6—8.8, 最适合发育的 pH 为 7.0—8.0; 金黄色葡萄球菌可以发育的 pH 范围为 4.5—9.8, 最适合发育的 pH 为 6.5—8.0, 因此煎剂之 pH 不致影响細菌的发育。

結果:

根据試驗結果可以看出:

1. 在 2 种試驗方法中均有抑制細菌作用者如: 丹皮、大黃及敗醬湯

2. 在一种試驗方法中有抑制細菌作用者如: 朴硝、双花、西归、枳壳、敗醬、桔梗、苡米、大黃湯。

3. 在二种試驗方法中, 均无抑制細菌作用者如: 甘草、附子、冬瓜仁、桃仁、連翹。

由于我們的能力有限, 同时参考材料也很少, 試驗方法也未能制成不同濃度的煎剂和不同含量的培养基分別进行多种細菌的制菌作用的試驗, 因此这一結果会存在很多缺点, 希望讀者給以指示。

六、治疗方法

一、服藥前拔火罐法

闌尾炎患者多伴有噁心嘔吐症狀, 时有因这类症狀而不能服藥, 因此張旭大夫对这类患者先用拔火罐法。現將拔火罐之具体应用法, 敘述如下:

1. 用具: 取盛裝罐頭果子用的玻璃罐一个及三棱針或采血針一定。

2. 針刺部位: 选定左右或中、中庭、身柱及灵台这五个針灸穴位。

或中：在第一、二肋骨之間，鎖骨中綫上。

中庭：在胸骨體接近劍突的一端，即在劍突上2—3橫指處。

身柱：在第三、四胸椎棘突之間。

靈台：在第六、七胸椎棘突之間。

3. 取好穴位，以酒精棉球消毒皮膚，用三稜針刺破皮膚，于罐內置酒精棉球數個，燃點火柴，投入罐內，急速倒叩于選定部位上，即可牢吸不落，一般停留五分鐘然後起罐。

4. 遇有下列情況時，不宜施行。

(1) 皮膚有激烈的過敏症時。

(2) 拔火罐部位有皮膚病。

(3) 有出血性疾患者。

二、服藥方法

入院後，先投服大黃牡丹皮湯400毫升(頭煎)，加朴硝者定名為急下劑，不加朴硝者為緩下劑，若病人一般狀態佳良，無脫水現象，均採用急下法，反之病人全身狀態較弱者，可不加朴硝。應用急下劑時，每次服藥可加朴硝1—2錢。隔12小時續服二煎之大黃牡丹皮湯300毫升，再隔12小時服干渣汁300毫升。如此連服大黃牡丹皮湯三次後，大便即達十餘次左右，右下腹疼痛漸漸減輕或消失，脈象走向和緩，即可改服敗醬湯，每次300毫升，隔12小時一次，連服三次。如病人訴說腹脹感，便秘，有腹膨隆現象，即應改服大黃牡丹皮湯。如此交替服用，達到痊愈為止。若服敗醬湯無上述現象，可繼續服用至痊愈止。

小兒服用劑量遞減，一般7—9歲服頭煎100毫升，10—12歲服200毫升，15歲以上300毫升。

七、临床統計分析

闌尾炎为腹部外科常見疾病之一，1956 和 1957 兩年，吉林省第一医院和長春市医院的总出院人数是 32,124 名，其中闌尾炎患者有 3,465 名，占总出院人数的 10.35%，死亡率則为 0.09%。这与国内各方面的报告数目大致相同。由此可見闌尾炎的患病率是相当大的。現將 200 例統計数字列下，仅供参考。

一、发病率

① 性別：200 例中男性患者 139 例，占 69.5%；女性患者 39 例，占 30.5%。男与女之比約为 2:1，与大多数文献之統計符合。

表 1

性 別	男	女
例 数	139	61
百 分 率	69.5%	30.5%

② 年齡：本組統計中最高年齡 70 岁，最低年齡 6 岁，相差悬殊，說明闌尾炎任何年齡皆可发病，而以青壯年較多发病。

表 2

年 齡	10 岁以下	11—12	21—30	31—40	41—50	51—60	60 以上
例 数	3	32	113	22	13	6	4

③ 職業：本組病人以工人及職員为最多，共 144 名，占 72%。

表 3

职业	工人	职员	学生	农民	家庭	其他
病例数	78	66	28	10	12	6

二、临床症状

① 发病时间：一般以发病 24 小时以内住院为最多，在本组中共 93 例，占 46.5%。

表 4

发病时间	一天	二天	三天	四天	五天	六天以上
例数	93	40	21	18	5	23

② 腹痛变迁：阑尾炎的发病多先在心窝部或脐部周围感觉疼痛，以后转移至右下腹部。然亦有起始即在右下腹部感觉疼痛的。

表 5

直接出现于右下腹部	91 例
先心窝部或脐周围痛，后转移下腹	119 例

③ 恶心与呕吐：阑尾炎伴随腹痛可有恶心及呕吐症状出现，本组病例有恶心呕吐者仅占 32.5%，有恶心无呕吐和无恶心呕吐者共占 67.5%。

表 6

有恶心呕吐	有恶心无呕吐	无恶心呕吐
65 例	68 例	67 例

三、右下腹部体征

局部压痛为急性阑尾炎主要症状，本组病例全有右下腹部压痛，以麦氏点压痛占大多数，反跳痛及肌抵抗则视阑尾病变

輕重而出現否。本組病例出現反跳痛者 55 例，同時有肌抵抗者 27 例。右下腹部可觸及腫包即勃起之闌尾者 13 例。

表 7

	限局性壓痛	反 跳 痛	肌 抵 抗	硬 結
陽 性	200	55	27	13
陰 性	0	145	173	187

四、體溫變化

文獻及教科書所載，急性闌尾炎多數有體溫升高，本文統計體溫在 37°C 以下者有 168 例，占 84%；體溫在 $37-38^{\circ}\text{C}$ 者有 25 例，占 12.5%； 38°C 以上者有 7 例，占 3.5%。

五、既往闌尾炎史

有類似發作史 50 例，無類似發作史 150 例。

六、白血球的變化

① 白血球數量的變化：

表 8

白血球數	8,000 以下	8,000—10,000	10,000—15,000	15,000—20,000	20,000 以上
病例數	55	49	78	16	2

② 嗜中性多核白血球數：

表 9

80% 以上	76
70—80%	21
70% 以下	13

七、脈象

本組病例入院時脈象約 80% 以上為洪數，腹膜炎病人脈

象与急性闌尾炎无大差别，慢性闌尾炎均显和緩脈象。

八、服藥后之改变

① 局部压痛消失時間：

表 10

服藥后	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天	第 7 天	第 8 天	9 天以上
病例数	19	56	41	25	24	16	19	9

② 白血球数恢复時間：一般服藥后病情的改变，以白血球的变化为較快，往往局部仍有压痛，而白血球数及分类均已恢复正常。本組病例就入院时白血球数 10,000 以上者共 96 例，在服藥后均做了白血球計数分类檢查，大部分病人在服藥后第二、三天血象就恢复到正常值。

服藥后	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天以上
病例数	44	23	11	6	12

③ 排出的大便：肉眼所見多为粘性紅褐色，含有药渣之粘液样稀水便。有 20 例大便鏡檢，見到含有紅血球者 11 例，含有白血球及膿細胞者 9 例。腹瀉次数則由每日 2—3 次乃至十余次不等，大部分病人每日瀉下 3—6 次。瀉下后普遍感到腹痛減輕，全身舒暢，局部性压痛、反跳痛及肌抵抗減輕。一般在服藥后 2—6 小时內开始瀉下。

④ 脈象变化：服藥后隨着瀉下多次，腹痛減輕，白血球下降而脈象亦趋向和緩。大部分病人在服藥后 30 小时，脈象由洪数而变为和緩。

九、本組闌尾炎分类

本組病例多数为急性(196 例)，仅极少数为慢性(5 例)，急性的又分为三种类型：

- ① 急性單純性闌尾炎.....181 例
- ② 急性闌尾炎合并局限性腹膜炎..... 12 例
- ③ 急性闌尾炎合并泛发性腹膜炎..... 2 例

十、住院日数

平均住院日数是 8 天，最早 2 天即出院，最迟者 23 天。單純性闌尾炎服藥后一周即可出院。如伴有腹膜炎者，則住院日数显著延長。

十一、治疗結果

① 181 例急性單純性闌尾炎經服中藥治疗后，截至 1958 年 6 月 8 日止共 5 个月的观察，症狀复发再次入院的共有 13 例。經再服中藥治愈者 7 例，經手术切除闌尾者 6 例。这 13 例二次入院之時間平均在第一次出院后 10 天左右，最長者达 52 天。入院时之症狀及体征，除有 2 例表现为局限性腹膜炎外，其余病例仅馬氏点有触痛，而体温、白血球数均正常。經手术切除闌尾 6 例中，仅有一例手术中所見为闌尾穿孔并发局限性腹膜炎，其余病例均为慢性炎症改变或闌尾梗阻。說明虽有症狀复发，而多无急性炎症复发。

② 合并局限性腹膜炎 12 例均經服中藥，未加用其他疗法而治愈出院。未見有复发。

③ 合并泛发性腹膜炎 2 例，其中一例，因病人拒絕动手术而繼續服中藥，再并用抗生素补液疗法而获治愈。另一例手术治愈。

④ 慢性闌尾炎 5 例中，有 2 例治疗一周无效而行手术。一例治疗无效，动员出院。余 2 例症狀消失而出院。

十二、本疗法之禁忌症

① 妊娠闌尾炎：

本組治疗中无妊娠闌尾炎者。盖本疗法有瀉下作用，对于