

运用中西医结合治疗肝脓肿经验一则

韦 蓝¹, 金 伟²

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院急诊科, 四川 成都

收稿日期: 2024年5月15日; 录用日期: 2024年6月17日; 发布日期: 2024年6月25日

摘 要

肝脓肿作为临床上常见的消化系统疾病, 多以发热、腹部不适、肝区疼痛、乏力等为主要临床表现, 抗生素以及手术切除脓肿、手术引流为主的治疗方式, 但治疗结果或其愈合不尽人意。现以中西医结合治疗的肝脓肿医案为例, 探讨中西医结合治疗肝脓肿的疗效, 提供中医药治疗肝脓肿的临床经验。

关键词

肝脓肿, 肝痛, 中西医结合治疗

A Medical Case of Treating Liver Abscess with Combination of Traditional Chinese and Western Medicine

Lan Wei¹, Wei Jin²

¹School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Emergency Department, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: May 15th, 2024; accepted: Jun. 17th, 2024; published: Jun. 25th, 2024

Abstract

As a common digestive disease in clinic, liver abscess is mainly characterized by fever, abdominal discomfort, liver pain and weakness. Antibiotics, surgical removal of abscess and surgical drainage are the main treatment methods, but the treatment results or the healing is not satisfactory. Taking the medical case of liver abscess treated by integrated Chinese and Western medicine as an

example, this paper discusses the curative effect of integrated Chinese and Western medicine in the treatment of liver abscess and provides the clinical experience of traditional Chinese medicine in the treatment of liver abscess.

Keywords

Liver Abscess, Liver Carbuncle, Integrated Treatment of Chinese and Western Medicine

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肝脓肿(Liver abscess, AL)是消化系统常见的感染性疾病之一, 由细菌、真菌、阿米巴虫等致病菌侵入肝脏, 引起肝内局限性、化脓性的病变所致[1], 发病率仍维持在(8~22)/100,000, 死亡率为 7.8%~28.6% [2]。细菌性肝脓肿占比最大, 占有肝脓肿的 80% [3]。随着现代医学的进一步发展, 抗生素联合超声或 CT 引导下经皮穿刺引流术已成为该病的主要治疗方法。但随着抗生素耐药、穿刺引流不彻底等问题的出现, 单纯的西医治疗已无法达到令人满意的效果[1] [4], 越来越多的临床医师开始使用中西医结合治疗, 充分发挥中医药优势, 以达到标本兼治、提高临床疗效的目的。现我们将报道 1 例中西医结合治疗 AL 的病例, 旨在为中西医结合治疗肝脓肿提供新的诊疗思路。

2. 临床资料

李某, 男性, 49 岁, 2023 年 3 月 22 日以右下腹疼痛 6 天, 伴发热 3 小时为主诉入院。刻下症见: 现腹部疼痛消失, 暂未发热, 大汗淋漓, 无头痛身痛, 无鼻塞流涕, 无咳嗽咳痰, 无恶心呕吐, 无心慌胸闷, 自主排气排便, 小便正常, 舌淡暗, 苔黄腻, 脉浮滑。入院血常规 + CRP: 白细胞: $14.08 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞数: $12.21 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 百分比: 86.7%、全血 C 反应蛋白: 236.19 mg/L; 生化: 丙氨酸氨基转移酶: 81 U/L、门冬氨酸氨基转移酶: 53 U/L、碱性磷酸酶: 138 U/L、谷氨酰基转移酶: 130 U/L、总胆汁酸: 17.51 mol/L、直接胆红素: 10.4 umol/L; 胸部 + 腹部 CT: 肝右前叶 - 左内叶近包膜下见团片稍低密度影, 较大层面约 5.3×4.0 cm, 性质? 占位病变可能, 建议结合增强扫描; 腹部增强 CT 示: 肝左内叶近包膜下混杂密度影, 考虑肝脓肿, 请结合临床相关检查; 上腹部磁共振: 肝左叶内侧段异常信号, 考虑感染性病变, 肝脓肿可能, 必要时增强扫描。中医诊断: 肝痛, 湿热蕴结证; 西医诊断: (1) 肝脓肿; (2) 肝功能异常。

3. 治疗方法

3.1. 西医治疗

1) 用药: 抗感染: 1) 0.9 氯化钠注射液 100 ml + 拉氧头孢注射液 2 g q12, 静脉滴入, 30 滴/分; 2) 甲硝唑氯化钠注射液 250 ml q8h, 静脉滴入, 30 滴/分;

保肝: 0.9 氯化钠注射液 100 ml + 复方二氯醋酸二异丙胺葡萄糖酸钠 156 mg·qd, 静脉滴入, 30 滴/分;

2) 请肿瘤科介入科会诊, 评估在排除手术禁忌症的情况下是否可行肝脓肿穿刺置管引流术。

3.2. 中医治疗

中医中药围绕“清热解毒，化瘀透脓”，选用透脓散合膈下逐瘀汤加减治疗，具体药物如下：

黄芪 30 克 皂角刺 10 克 金银花 15 克 炒牛蒡子 10 克
白芷 15 克 穿山甲 3 克 桃仁 10 克 牡丹皮 10 克
赤芍 10 克 乌药 10 克 醋延胡索 15 克 当归 15 克
五灵脂 10 克 红花 10 克 枳壳 10 克 醋香附 10 克
剂数：6 剂，免煎颗粒；用法：水冲服，1 日 3 次，1 次 1 格

4. 病情转归与愈后

2023 年 03 月 24 日：患者暂未诉右下腹疼痛，间断发热，体温最高 38.7℃，余未见特殊不适，舌淡暗，苔黄腻，脉浮滑；查体未见异常；辅助检查：(2023-03-23)腹部 CT：肝右前叶 - 左内叶近包膜下见团片稍低密度影，较大层面约 5.3*4.0 cm，性质？占位病变可能，建议结合增强扫描；(2023-03-23)增强 CT 示：肝左内叶近包膜下混杂密度影，考虑肝脓肿，请结合临床相关检查；治疗上：针对患者发热，予以复方氯化钠注射液补液、复发巴比妥注射液退热等对症处理；患者于 23 日在超声技术引导下肝脓肿穿刺引流术，术后引流液培养呈革兰氏阳性菌，故西医上抗生素调整为替考拉宁注射液抗感染。

2023 年 03 月 27 日：患者神清，精神可，诉右下腹穿刺引流处偶有疼痛，未再发热，余未见特殊不适，舌淡，苔黄，脉滑；辅助检查：血常规 + 全血 C 反应蛋白：中性粒细胞数：7.27 × 10⁹/L，中性粒细胞百分比：79.6%，淋巴细胞百分比：12.7%，全血 C 反应蛋白：75.5 mg/L，肝功 + PCT：白蛋白：37.4 g/L、丙氨酸氨基转移酶：81 U/L、门冬氨酸氨基转移酶：54 U/L、谷氨酰基转移酶：90 U/L、血浆降钙素原：0.14 ng/ml；处理：患者炎症指标下降，故更改抗生素为左氧氟沙星注射液，中医中药遵法守方。30 日复查上、下腹部 + 胸部 CT 提示：1、双肺散在慢性感染；2、双侧胸膜局限性增厚，右侧胸腔少量积液，较前片积液量减少；3、肝左内叶近包膜下稍低密度团块影。

2023 年 04 月 1 日：患者神清，精神可，诉右下腹穿刺引流处疼痛缓解，未再发热，余未见特殊不适，舌淡，苔黄，脉滑；辅助检查：血常规 + 全血 C 反应蛋白：白细胞：9.97 × 10⁹/L，中性粒细胞数：7.58 × 10⁹/L，中性粒细胞百分比：76%，全血 C 反应蛋白：28.62 mg/L，肝功 + PCT：白蛋白：39 g/L、丙氨酸氨基转移酶：144 U/L、门冬氨酸氨基转移酶：50 U/L、谷氨酰基转移酶：112 U/L，处理：患者肝功能指标上升，请感染科会诊后加用异甘草酸镁 40 ml ivgtt qd，中医中药守法守方继续治疗。2023-04-05 日复查血常规提示：血常规+全血 C 反应蛋白：白细胞：9.16 × 10⁹/L，中性粒细胞数：6.83 × 10⁹/L，全血 C 反应蛋白：35.9 mg/L，肝功 + PCT：白蛋白：39.4 g/L、丙氨酸氨基转移酶：119 U/L、门冬氨酸氨基转移酶：47 U/L、谷氨酰基转移酶：105 U/L；2023-04-06 日腹部超声提示：肝内低回声区，结合病史考虑肝脓肿术后改变。

2023 年 04 月 10 日：患者神清，精神可，未诉腹痛，未再发热，舌淡，苔薄黄，脉滑；辅助检查：血常规 + 全血 C 反应蛋白：全血 C 反应蛋白：20.46 mg/L，肝功 + PCT：丙氨酸氨基转移酶：90 U/L、谷氨酰基转移酶：120 U/L，血浆降钙素原 0.06 ng/ml；复查腹部 CT：1) 肝右前叶上段及左内叶病灶考虑肝脓肿，较 2023-03-30 范围稍缩小，局部密度减低，肝包膜下少许积液，请结合临床。2) 扫及双肺下叶纤维灶，右侧胸膜增厚伴少许积液。患者自诉症状较前明显好转，复查腹部 CT 提示脓肿范围缩小，病情稳定，予以出院。

出院后患者门诊就诊，后续予以参苓白术散合透脓散加减治疗，健脾益气，解毒透脓，以巩固疗效。2023 年 4 月 25 日，患者门诊腹部超声结果描述：左肝叶可见一大小约 4.3 × 3.1 cm 低回声区，结合病史

考虑肝脓肿术后改变, 中药守法守方予以参苓白术散合透脓散治疗; 2023 年 7 月 18 日于门诊再次行腹部超声检查, 结果描述: 左内叶未见确切低回声区, 肝脓肿术后。期间患者未诉特殊不适。

5. 讨论

本例患者病属中医学“肝痈”的范畴,《灵枢·痈疽》对“痈”有所记载:“营卫稽留于经脉之中, 则血泣而不行, 不行则卫气从之而不通, 壅遏而不得行, 故热。大热不止, 热胜则肉腐, 肉腐则为脓。[5]”中医学对该病的病机认识主要为内有蕴热, 外感六淫等因素导致湿热疫毒郁结于肝, 气滞血瘀, 郁而化热, 最终血败肉腐, 久酿成脓[6]。结合患者舌暗淡, 苔黄腻, 脉浮滑的舌脉象特点, 不难发现湿热瘀毒是此例的病机关键, 中医治疗上应清热解毒、活血化瘀排脓。

患者正值脓肿成熟之时, 应及时透脓托毒, 避免邪毒稽留脏腑。秉承“祛腐引流, 防止闭门留寇”的原则, 应用超声技术在其导下行肝脓肿穿刺引流术, 同时在中医治疗上选用透脓散合膈下逐瘀汤加减治疗。透脓散出自《外科正宗》, 适用于肿疡脓肿期, 局部已成脓。方中重用黄芪意在补肝气、益肝血, 益气托毒, 助脓外排, 所谓脓液为肝血所化, 脓泄则肝气暗耗; 当归、川芎入肝经血分, 养血调肝、补益肝肾, 川芎还作为“血中之气药”, 以达祛瘀活血, 行气通滞之效, 助黄芪利水之效, 使湿邪去而有道; 皂角刺辛散温通, 可疏风化痰、软坚散结; 穿山甲发挥贯通经络、消肿排脓之效, 二者搭配可溃痈破坚、走窜入络, 无处不达, 还可辅助黄芪达到软坚溃脓的效果, 祛除脉络积, 脓陈腐之气[7], 全方各药共之, 共奏益气托毒溃脓之效; 王清任设立的膈下逐瘀汤主要针对膈以下、脐以上的血瘀证候, 组方取活血行气、化瘀止痛之功, 加以金银花、牛蒡子清热透邪; 桃仁、红花破血逐瘀, 通利血脉, 二者相须为用; 赤芍、牡丹皮清血分伏热, 凉血散瘀; 五灵脂行气活血、散瘀止痛, 再加共有疏肝行气之效的延胡索、香附、乌药、枳壳, 畅调气机, 肝气疏泄正常, 共助肝用; 再加用金银花, 既善清气血之热毒, 又能清宣透邪, 为治痈疮之要药; 配以牛蒡子、白芷助之, 宣于皮毛肌肉之间, 使之行而不滞, 解毒排脓之力更甚。现代研究表明[8], 清热解毒活血化瘀等中药合用, 具有抗细菌、毒素及加速其从体内代谢的速度, 有效地阻止或消除脓肿壁的形成, 提高治疗疗效。有研究证实, 膈下逐瘀汤可改善肝功能、肝脏血流动力学以及肝脏微循环, 且效果显著[9]; 透脓散通过多靶点调节内环境, 从而发挥抑菌杀菌、减轻炎症反应、调节免疫及促进组织修复等作用[10] [11]。综上, 全方诸药合用, 共奏清热解毒、活血化瘀、托毒透脓、补益气血之功。

患者服用该方后复查炎症指标下降且腹部 CT 脓肿范围较前缩小, 后续在透脓散巩固治疗的基础上, 予以参苓白术散健脾益气, 顾护脾胃, 正所谓“托里则气血壮而脾胃盛, 使脓移自排, 毒气自解, 死肉自溃, 新肉自生” [12]。

本案例采用中西医结合治疗 AL, 各取所长。西医上予以抗生素抗感染、营养支持、退热补液对症施治等治疗, 并运用现代医学技术即超声引导下经皮穿刺置管引流脓液。但考虑到目前虽然经皮肝穿刺引流术联合抗生素治疗已经成为 LA 的一线治疗措施, 能够迅速地给邪毒以出路, 减缓病程恶化, 具有创伤小、伤害低、恢复快的特点, 但其在出现脓肿分隔、脓液黏稠或脓肿内存在大量坏死组织的情况下, 常存在因引流不充分导致脓液蓄积加重感染的问题, 若不有效治疗其致死率可达 5.8%~9.0% [13]。此外, 有研究指出[14], 抗生素的应用会延缓脓肿的液化过程, 培养脓液时降低细菌检测率, 延长抗生素的使用时间和剂量, 易产生细菌耐药或二重感染。因此, 结合中医辨证施治, 促进脓液排出及脓腔的愈合, 标本兼治也是无可厚非。该案外治法与内治法并举, 应用益气扶正、活血化瘀、清热解毒的组方辅助排脓、控制感染缩短抗生素的使用时间, 并且促进后期恢复, 这是对中医痈疡治疗“托法”理论的一种继承与创新发扬, 也是中西医结合治疗优势互补的体现。

参考文献

- [1] 陈欢, 李秀惠. 中西医结合治疗肝脓肿 1 例报告[J]. 医学信息, 2020, 33(8): 186-188.
- [2] Mavilia, M.G., Molina, M. and Wu, G.Y. (2016) The Evolving Nature of Hepatic Abscess: A Review. *Journal of Clinical and Translational Hepatology*, 4, 158-168. <https://doi.org/10.14218/JCTH.2016.00004>
- [3] 尹大龙, 刘连新. 细菌性肝脓肿诊治进展[J]. 中国实用外科杂志, 2013, 33(9): 793-795.
- [4] 毕保洪, 李伟, 李华. 中西医结合治疗细菌性肝脓肿临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(1): 157-159.
- [5] 周娇娇. 内挂线术治疗直肠后间隙脓肿的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 中国中医科学院, 2018.
- [6] 冉渊. 肝脓肿联合超声引导穿刺置管引流术治疗细菌性肝脓肿的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 大连: 大连医科大学, 2020.
- [7] 郭光鑫, 孙颖, 栾海鹏, 等. 基于网药学方法探究透脓散治疗慢性骨髓炎的分子作用机制[J]. 世界中医药, 2022, 17(6): 773-778.
- [8] 石汝铸, 高松燕. 中西医分治肝脓肿 36 例疗效分析[J]. 中国中医急症, 1994, 3(4): 168-169.
- [9] 赵晨露, 刘文全. 膈下逐瘀汤治疗肝小静脉闭塞病验案 1 则[J]. 湖南中医志, 2019, 35(3): 77.
- [10] 常晓丹, 刘钰, 董浩宇, 等. 透脓散不同提取液主要成分的含量及其体外抑菌作用的研究[J]. 中药新药及临床药理, 2020, 31(11): 1277-1281.
- [11] 赵亮, 关溪, 白长川, 等. “消托并举”论治细菌性肝脓肿[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(11): 1879-1881.
- [12] 张均克. 《外科正宗》托里剂组方规律探析[J]. 陕西中医学院学报, 2010, 33(6): 110-111.
- [13] 蔡伟, 尹大龙. 细菌性肝脓肿的发病特点与诊治变迁[J]. 国际外科学杂志, 2020, 47(10): 688-692.
- [14] 盛天骄, 林一帆, 王长洪, 等. 中西医结合治疗肝脓肿有效性的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 21(12): 638-641.