

·疑难病案·

# 中西医结合治疗肝脓肿 1 例报告

陈欢,李秀惠

(首都医科大学附属北京佑安医院中西医结合中心,北京 100069)

关键词:中西医结合;肝脓肿;肝病

中图分类号:R575.4

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2020.08.064

文章编号:1006-1959(2020)08-0186-03

肝脓肿(liver abscess)是致病菌通过各种途径侵入肝脏而引起的感染性疾病,以老年人多发<sup>[1]</sup>。研究发现,目前住院患者肝脓肿的发病率仍维持在(8-22)/100000,死亡率为7.8%~28.6%<sup>[2]</sup>。胆系疾病和糖尿病是肝脓肿的两个主要易患因素<sup>[3]</sup>。肝脓肿属中医“肝痈、胁痛”的范畴,多为正气虚弱,感受疫毒、或嗜酒肥甘而生热、或阳亢肝郁而化火,致火热成毒,瘀滞于肝,使血肉腐败而成痈<sup>[4]</sup>。单纯运用西医方法治疗肝脓肿已经不能完全缓解临床症状,实现患者最大限度康复的需求。本研究运用中西医结合治疗肝脓肿可有效提高临床疗效,现将收治的1例中西医结合治疗肝脓肿的典型病例报道如下。

## 1 临床资料

王某,男,60岁,牧民,长期接触牛、羊等家畜,既往体健。因“间断发热伴右上腹饱胀不适10天。”入院。患者10天前无明显诱因出现发热,最高体温39.8℃,同时出现右上腹饱胀不适,无腹痛、无咳嗽咳痰、无呕吐便血等不适,遂至当地医院检查,腹部CT提示:肝右叶占位,肝脓肿可能性大,血常规提示白细胞及中性粒比值偏高,在当地医院行抗感染治疗(具体不详),效果欠佳。2017年5月8日于北京佑安医院住院治疗,入院症见:患者自发病以来,精神差,食欲差,右上腹疼痛拒按,间断发热,最高体温38.5℃,小便黄,大便偏干。查体:T:36.5℃、R:16次/min、P:75次/min、BP:116/69 mmHg。神清,精神差,面色稍暗,蜘蛛痣阴性,皮肤巩膜无明显黄染,双肺呼吸音清,心率98次/min,律齐,腹平软,右腹轻压痛,无反跳

痛,墨菲征(-),移动性浊音(-),双下肢无水肿。入院辅助检查:白细胞:14.34×10<sup>9</sup>/L、中性粒细胞百分率87.6%,ALT:83.8 U/L、AST:39.3 U/L、Tbil:10.8 μmol/L、ALB:22.8 g/L,肝脏B超(2017年5月10日)提示:肝右叶可见大小约115 mm×132 mm,不均质低至强回声团,边界欠清。胆囊壁毛糙增厚,厚度10 mm,考虑肝脓肿可能性大。入院期间完善:a-淀粉酶、血培养(厌氧、需氧)、可溶性曲霉菌抗原(GM-AG)、布氏杆菌虎红凝集实验、EB+细小病毒检测均未见明显异常。查普通细菌涂片(便球杆比)+便涂片找霉菌真菌及孢子:便涂片:可见真菌孢子。球杆比:少量格兰氏阴性杆菌,大量格兰氏阳性球菌。入院诊断:肝脓肿、慢性胆囊炎。

## 2 治疗方法

2.1 住院治疗 患者肝脓肿诊断明确,由于患者脓肿灶液化坏死不完全,暂无法行穿刺引流治疗,肝病外科建议暂予内科保守治疗。入院后予亚胺培南0.5 g Q8 h抗感染治疗16 d后改为拉氧头孢2.0 g Q12 h抗感染治疗15 d后停用抗生素。同时配合补充白蛋白,纠正低钾血症、营养支持等对症治疗。经过治疗患者体温恢复正常,腹胀腹痛症状较前减轻,食欲较前好转,于2017年6月8日出院。住院期间检查指标变化见表1。通过抗生素抗感染等对症支持治疗后血常规及生化指标均恢复正常。但肝区疼痛不适,腹胀,乏力纳差等症状并未完全缓解,且患者仍觉不适感影响正常生活,有进一步改善症状的需求,遂出院后转入李秀惠教授门诊继续寻求中药治疗。

表1 患者住院期间检查指标变化表

日期	抗感染天数	B超下脓肿大小(mm)	WBC(×10 <sup>9</sup> /L)	NEUT%(%)	ALT(U/L)	AST(U/L)	Tbil(μmol/L)	ALB(g/L)
2017/5/8	第1天	115×132	14.34	87.6	83.8	39.3	10.8	22.8
2017/5/11	第4天	/	14.18	87.5	52.1	36.5	13.8	35.7
2017/5/14	第7天	/	10.87	84.7	46.1	30.8	17.3	38.9
2017/5/17	第10天	/	8.88	79.9	28.7	20.2	12	38.7
2017/5/23	第16天	86×67	4.5	55.1	19.9	20.2	7.2	39.4
2017/6/8	第31天	62×46×47	3.89	33.9	43.8	27.8	10	38.6

基金项目:北京市自然科学基金(编号:7132105)

作者简介:陈欢(1993.12-),女,湖北天门人,硕士研究生,主要从事中西医结合肝病研究

通讯作者:李秀惠(1960.1-),女,北京人,本科,主任医师,主要从事病毒性肝炎重症化、肝纤维化、原发性肝癌的中西医结合临床与基础研究

2.2 门诊治疗 一诊:肝脓肿病史 2 月余,目前患者自觉肝区仍有疼痛胀闷不适,乏力,时有腹胀,面色晦暗,精神欠佳,口苦,纳眠差,舌红,苔厚腻色偏黄,脉沉弦。查血常规、肝功能均正常。肝脏 B 超(2017-6-27) 提示脓肿大小约 43 mm×40 mm。诊断为:肝痛。证为:毒淤阻络、脾虚湿困证,治以托毒排脓兼健脾燥湿,具体方如下:黄芪 30 g,党参 15 g,半枝莲 20 g,炒薏苡仁 30 g,郁金 15 g,白茅根 30 g,败酱草 20 g,鱼腥草 25 g,陈皮 10 g,鸡血藤 15 g,川芎 10 g,土茯苓 30 g,川楝子 9 g,莱菔子 10 g,14 付水煎服,150 ml/次,2 次/d。二诊:复诊时患者肝区疼痛胀闷感较前减轻,四肢乏力较前明显减轻,纳食可,苔由厚腻偏黄转为苔白腻偏厚。汤药起到了很好的效果,继于原方加减,再进 28 付。三诊:患者未诉明显肝区疼痛,四肢乏力较前明显减轻,纳眠可,二便调,舌淡红边有齿痕,苔白偏厚腻,给予原方 28

付。嘱咐患者服完药后若不适症状已经完全缓解,可停药,3 个月后复查。3 个月后回访:患者精神可,面色荣润,诉无明显肝区疼痛及胀闷感,无腹胀腹痛,无乏力纳差,眠可,二便调。舌稍红,苔白略厚,脉沉弦。复查血常规、心肝肾功能均正常。肝脏 B 超提示脓肿大小约 18 mm×14 mm。症状体征较前明显改善。1 年后回访:患者停药后 1 年内肝区无不适,无再次发热,无恶心厌油不适,纳眠可,二便调。复查血常规、肝功能均正常。腹部超声显示肝区未见异常高、低回声,胆囊壁毛糙,余无特殊。患者 2017 年 6 月~2018 年 12 月一直服用中药方剂治疗肝脓肿,具体方药均在原方的基础上适当加减。服用中药期间患者的症状得到了很好的改善,多次复查血清学指标均未见明显异常。接受中西医结合治疗期间 B 超下肝脓肿大小变化见图 1、表 2。

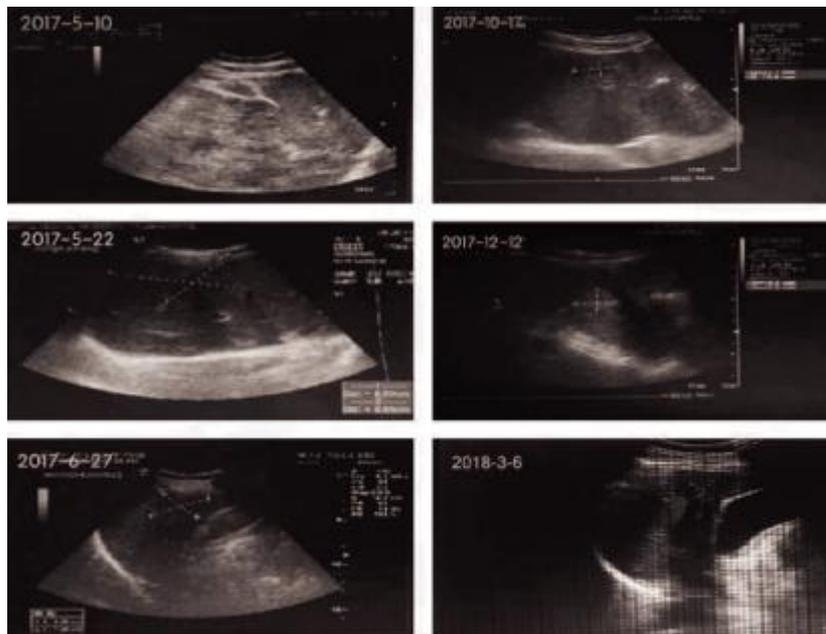


图 1 患者治疗期间 B 超下肝脓肿大小变化

表 2 患者治疗期间肝脓肿大小及胆囊壁变化情况

日期	肝脓肿大小(mm)	B 超下肝脏回声	胆囊壁
2017/5/10	115×132	不均质低至强回声团,边界欠清	毛糙增厚
2017/5/22	86×67	不均质低至高回声团,边界欠清	双边影征,增厚
2017/6/1	49×45×65	不均质低回声团,边界欠清	毛糙增厚
2017/6/12	62×46×47	不均质低回声团,边界欠清	毛糙
2017/6/27	43×35×40	不均质低回声团,边界欠清	毛糙
2017/7/25	55×45×37	不均质低至高回声团,边界欠清	毛糙
2017/10/17	27×15	不均质低至高回声团,边界欠清	毛糙
2017/11/14	28×26	不均质低至高回声团,边界欠清	毛糙
2017/12/12	25×18	稍高回声区,边界不清	稍毛糙
2018/3/6	18×14	片状不均质高回声区,边界不清	毛糙
2018/12/18	未检测到	肝内未见异常回声	毛糙

### 3 讨论

肝脓肿是临床常见疾病,其症状重,尤其是老年患者,身体各器官功能代偿能力减弱,免疫力下降,对手术耐受力下降,手术风险加大。对于肝脓肿发病早期,炎症尚未形成液化区,脓肿直径较小的单发或多发者,不适合穿刺或手术治疗,因此在积极治疗原发病的同时,静脉滴注大剂量抗生素是细菌性肝脓肿一线治疗的支柱措施。本例患者应用抗生素抗感染治疗后,脓肿的范围逐渐缩小,炎症指标得以控制,体温恢复正常,但其临床症状并未完全改善,直至出院时仍有明显肝区不适,食欲差,腹胀,眠欠佳等临床表现。转中医治疗后症状明显改善,说明中医药在改善患者临床症状上发挥了很大的作用。

肝痛相当于现代医学“肝脓肿”,中医理论认为,本病系饮食不节,过食厚味,湿热内蕴,或暴怒伤肝,思虑伤脾,肝失疏泄,气机郁结,血涩成瘀,导致湿、热、瘀滞凝肝之经络,郁而化热,热胜肉腐而成痈肿,大部分医家多以苦寒之剂治之<sup>[6]</sup>。本例患者在经过几个月的抗感染治疗后,除有湿、热、淤的症状外还有木克脾土,导致脾虚湿困的临床表现。方中黄芪、党参补虚托毒,驱邪外出,败酱草、鱼腥草、薏苡仁排脓开痛,为治内痛之要药,鸡血藤、川芎、郁金行滞散瘀以消散污脓,川楝子疏肝理气,陈皮健脾燥湿兼以理气,莱菔子消食降气除胀,半枝莲、土茯苓以清热解毒、白茅根清热利尿,使邪有所去路。诸药合用,使正气得补,脓毒瘀血自散,药中病机,因此取得了很好的疗效。西医药理研究发现黄芪<sup>[6]</sup>具有提升患者免疫能力的作用,而且可调节患者的免疫功能。党参多糖<sup>[7]</sup>具有增强机体免疫、清除体内自由基 Iq 和促进血液再生的作用。半枝莲<sup>[8]</sup>具有明显的抗老年痴呆、抗肿瘤、抗氧化、抗病毒、抑菌、保肝和增强免疫等作用。败酱草<sup>[9]</sup>的主要成分为黄酮类、三萜皂苷类、环烯醚萜类、挥发油类、甾醇类和苯丙素类

(香豆素类和木脂素类)等,具有抑菌、抗病毒、抗炎作用,其提取液对多种球菌、杆菌都呈不同程度的抑制作用;其还具有保肝利胆、抗氧化等作用。本方无论从中医理论还是西医的药理研究都适用于肝脓肿的治疗,患者在经过西药控制感染后继续服用中药治疗很好的解决了患者的临床不适,同时也促进了肝脓肿逐渐吸收缩小,使患者得以康复,由此可见中西医结合治疗可以提高临床疗效。

综上所述,中西医结合治疗细菌性肝脓肿可达到标本兼治,巩固疗效,加快脓腔愈合,缩短抗生素的应用疗程。提示临床治疗肝脓肿时可以采用中西医结合疗法,以提高临床疗效。

### 参考文献:

[1]张成龙,郭晶晶,贾天野,等.75 例细菌性肝脓肿临床和病原学特点分析[J].传染病信息,2014,27(3):157-159,166.  
 [2]Mavilia MG,Molina M,Wu GY.The evolving nature of hepatic abscess:A Review [J].J Clin Transl Hepatol,2016,4 (2):158-168.  
 [3]刘霞,陈雪娥,陈金通,等.细菌性肝脓肿的临床特点分析[J].福建医科大学学报,2018,52(4):271-273.  
 [4]雷飞飞,谭华炳,李芳,等.清热化脓汤联合西药治疗肝脓肿疗效观察[J].湖北中医学院学报,2010,12(4):49-50.  
 [5]程井军,任婕,吴其恺,等.中西医结合治疗细菌性肝脓肿 35 例[J].湖北中医药大学学报,2016,18(2):80-82.  
 [6]袁楠,付庆江,马向明.中西医结合治疗细菌性肝脓肿 51 例临床观察[J].中医杂志,2012,53(23):2024-2026.  
 [7]李学清.薏苡附子败酱散加味治愈肝痈 48 例临床体会[C]//江西省中医药学会 2011 年学术年会论文集.2011.  
 [8]郝艳艳,聂春霞,武晓伟,等.党参多糖及其结构改性对免疫调节作用影响的研究进展[J].中国医药导报,2018,15(28):25-28.  
 [9]王海花,李德成,孙靓.黄芪的药效成分及药理作用研究[J].中国处方药,2018,16(11):22.

收稿日期:2019-03-25;修回日期:2019-04-10

编辑/成森