

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2014.09.020

临证心得

李国勤治疗肺脓肿经验

国钰妍^{1,2} 侣庆帅^{1,2} 亢秀红^{1,2} 芮婷^{1,2} 李辉^{*} 指导:李国勤¹

(1. 中国中医科学院广安门医院,北京市西城区广安门内大街北线阁5号,100053; 2. 北京中医药大学)

摘要 由于抗生素的使用不当及耐药性增加,外科手术适应症的局限及难以避免的并发症,患者免疫功能低下或合并多种基础疾病等诸多因素,肺脓肿的治疗不断面临新的挑战。肺脓肿属于中医“肺痈”范畴,中医药在肺痈治疗方面有其独到之处。李国勤教授辨治肺痈主张“祛瘀通络消肺痈,扶正祛邪贯始终”,将活血化瘀通络法应用于肺痈,并结合患者体质、疾病进程、邪正消长,临证每获奇效。以李国勤教授治疗肺痈验案一则探讨其临床辨治经验。

关键词 肺脓肿;肺痈;李国勤;医案

肺脓肿是由一种或多种病原体引起的肺组织化脓性病变,早期可表现为化脓性肺炎,继而出现坏死、液化,最后导致脓肿的形成。临床上多起病急骤,以高热、畏寒、咳嗽、咳大量脓臭痰为主要症状,X线显示一个或数个含气液平的空洞^[1]。抗生素尚未问世之前,即便是积极地进行体位引流和足够的营养支持,肺脓肿的死亡率仍居高不下,且存活的患者大多遗留明显的呼吸道症状。随着抗生素的出现以及日益成熟的胸外科手术的发展,肺脓肿的治疗出现了巨大的突破。然而由于痰细菌培养滞后及其阳性率低,全身应用抗生素不易透过脓肿壁以致脓腔药物难以达到有效浓度,且滥用抗生素导致耐药菌株增多等原因,肺脓肿的治疗疗程由最初的4~6周延长为8~12周,治愈率仍不容乐观^[2-3]。此外,皮质类固醇激素、化疗药物、免疫抑制剂的长期使用,免疫力低下以及伴发其他疾病,都会使肺脓肿的罹患风险加大,死亡率增高。有文献报道,糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张等疾病的患者若发生肺脓肿死亡率可高达75%^[4-5]。经内科积极治疗脓腔仍不能闭合的或有反复感染、大咯血等情况的患者,只能接受手术治疗。然而肺脓肿周围炎症粘连,与正常组织界限不清,或病变累及多个肺叶,手术切除范围广,都会对术后的肺功能有不同程度的影响^[6],且肺叶切

除术对身体损伤大,术后脓胸发生率高,费用高,因此临床应用受限。此外,虽然经纤维支气管镜肺灌洗、CT引导下肺穿刺冲洗引流等一系列新兴治疗方式逐步被应用到肺脓肿的临床治疗中,但因其创伤大、有一定风险、患者痛苦且价格昂贵,仍未普及。

中医辨治肺脓肿,在传统典籍中有着丰富而详实的记载。中医学对肺脓肿分期论治,证候不同,方药自异,更有因时、因地、因人“三因”制宜的法则。现将中国中医科学院广安门医院李国勤教授临床辨治肺脓肿案例介绍如下。

1 病案举隅

患者,女,40岁,因“间断咳嗽、咯痰,伴左侧肋肋作痛2个月余”于2009年4月20日来诊。患者于2009年2月初感寒后出现咳嗽、咯大量白稀痰,鼻塞、流清涕,无明显恶寒发热,患者未予重视,未行诊治。2日后仍有咳嗽、咯痰,痰量转少,痰色转黄,质黏不易咯出,无明显诱因出现左侧肋肋部刺痛,持续不能缓解,因疼痛呼吸浅促、夜不能寐,当夜凌晨突觉发热恶寒,时测体温38.1℃,次日晨就诊于北京市某社区医院,胸部计算机X线摄影示左肺上叶空洞伴气液平面,考虑肺脓肿可能性大,予盐酸莫西沙星氯化钠注射液静脉滴注,3日后体温恢复正常,余症状未见明显改善。患者遂于2月8日就诊于北京市某三甲医院,

* 通讯作者:hui_li269@sina.com,13601051259

胸部 CT 平扫提示左肺舌叶薄壁空洞伴气液平面，双肺底多发斑片影，左侧胸腔积液，双侧胸膜增厚（图 1）。为系统诊疗收入该院住院治疗。住院期间行痰、血培养，支气管镜等相关检查（具体结果未见），临床诊断为肺脓肿，予抗感染、止咳化痰平喘等治疗，患者症状稍有改善后出院。出院后患者每周于该院呼吸科门诊随诊，继以抗感染及对症治疗，症状持续存在，3 月 10 日复查胸部 CT 示双肺底斑片影基本吸收，左肺舌叶薄壁空洞伴气液平面大致同前（图 2）。由于内科治疗收效甚微，建议行肺叶切除术，患者因畏于手术风险而拒绝，继而寻求中医治疗。

就诊时症见：咳嗽阵作，咯少量黄黏痰，难咯出，时有左侧胁肋作痛，口干，咽干，时感乏力、倦怠，胃纳尚可，眠佳，二便正常。舌质淡红、苔薄微黄，脉象濡滑。中医诊断为“肺痛”，证属痰热蕴肺、气阴耗伤。治以清热化痰、消痈排脓、益气养阴。方药：黄芪 30 g，冬瓜仁 15 g，鱼腥草 50 g，金荞麦 30 g，薏苡仁 30 g，瓜蒌 20 g，紫花地丁 20 g，百合 15 g，清半夏 10 g，川芎 15 g，天竺黄 12 g，竹茹 10 g，蒲公英 15 g。服药 7 剂后，舌脉、诸症大致同前，加用西洋参 20 g 以增益气养阴之功。再进汤药 14 剂，患者咳嗽、咯痰、胁痛

均有减轻，5 月 11 日复查 CT 示左肺舌叶空洞较前缩小，空洞内气液平消失，残留薄壁空洞（图 3）。患者症状减轻。

6 月 22 日五诊：患者病情平稳，已无明显咳嗽、咯痰，偶有活动后左侧胁肋作痛，口干乏力，纳可，眠安，二便调。舌质淡红、苔薄白，脉濡滑。证属痰热恋肺、瘀阻肺络、气阴两虚。治以清热化痰、活血通络、益气养阴。方药：黄芪 30 g，金荞麦 30 g，鱼腥草 50 g，蒲公英 30 g，黄精 12 g，芡实 15 g，薏苡仁 20 g，瓜蒌 15 g，川芎 15 g，莪术 15 g，菟丝子 12 g，竹茹 12 g，山药 15 g，紫花地丁 20 g，太子参 20 g。以此法加减连续服用 2 个月余。

9 月 14 日十一诊：患者病情平稳，无咳嗽、咯痰，仍偶有左侧胁肋部隐痛，乏力、口干不著，纳眠可，二便调。舌质淡红、苔薄白，脉弦细。证属气阴两虚、余邪未清、痰瘀阻络。治以益气养阴、清热化痰、祛瘀通络。方药：黄芪 30 g，金荞麦 30 g，蒲公英 30 g，连翘 15 g，川芎 20 g，北柴胡 12 g，莪术 15 g，全蝎 5 g，甘草 15 g，沙参 20 g，麦冬 15 g，醋香附 12 g，瓜蒌 20 g，郁金 15 g，太子参 15 g。以此方加减服用 1 个月余。

2013 年 10 月 20 日末诊，患者已无明显不适。4 年



图 1 初发病时患者胸部 CT 片（2009 年 2 月 9 日）

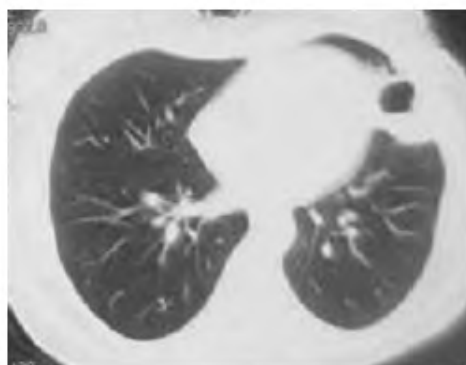


图 2 经西医住院治疗后患者胸部 CT 片（2009 年 3 月 10 日）

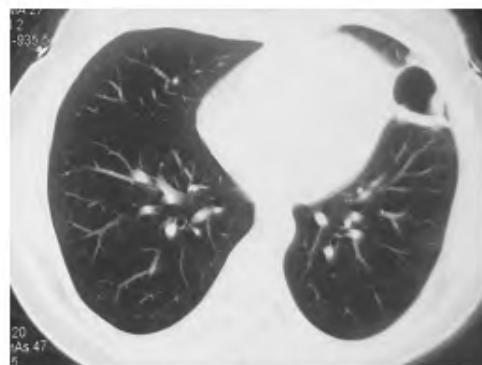


图 3 中医治疗 3 周后患者胸部 CT 片（2009 年 5 月 11 日）

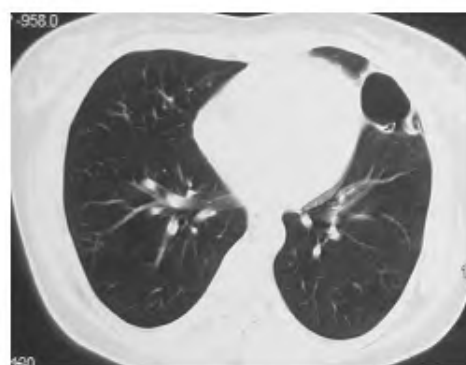


图 4 中医随诊 2 年余患者胸部 CT 片（2011 年 8 月 16 日）

来患者坚持定期前来复诊,病情始终平稳,偶因外感后咳嗽、咯痰,无频繁、反复病情加重。2011 年 8 月 16 日复查 CT 示左上肺舌叶遗留一薄壁空洞(图 4)。患者病程绵长,初起邪毒痰热蕴肺,后期邪气渐去,热势亦消,肺脏受损,肺络留瘀,正气渐虚,气耗津伤,故随着时间推移,渐减清热消痈之药,增益祛瘀通络、益气养阴之品,共奏祛邪扶正之功。

2 按语

肺脓肿,中医谓之“肺痈”,首见于《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》,该篇有“咳而胸满,振寒,脉数,咽干不渴,时出浊唾腥臭,久久吐脓如米粥者,为肺痈”的记载,并提出“始萌可救,脓成则死”的预后判断,强调早期诊断、早期治疗的重要性。中医言肺痈因风热邪毒蕴滞于肺,热壅血瘀,血腐化脓而成^[1]。《金匱要略》论及肺痈外因于风、痰、饮三邪致病^[2],内源于正气本虚、痰热素盛,病位在肺,热壅血滞成瘀,痰热与瘀血互结,蕴酿成痈,血败肉腐化脓,肺络损伤,脓疡溃破外泄而吐腥臭浊痰。《柳选四家医案·环溪草堂医案》有言:“肺痈之病,皆因邪瘀阻于肺络,久蕴生热,蒸化成脓。”可见成痈化脓的病理基础在于血瘀。肺痈临床分期有四,初期即为表证期,风寒或风热之邪袭表,内郁于肺,或内外合邪,肺卫同病,肺失清肃,法当疏风清肺、化痰止咳;成痈期邪毒蕴肺,热壅血瘀,蕴酿成痈,治以清肺解毒、排脓消痈;溃脓期血败肉腐,脓液内溃外泄,理应清热排脓解毒;恢复期邪毒渐去,正气渐虚,阴伤气耗,肺脏损伤,更重益气养阴、清养补肺。肺痈分期论治,是历代医家临床诊疗精萃所得,并在临床中不断探索推敲、发展进步,以此为据,临证多能显效。

李国勤教授结合多年临床经验,辨治肺痈不拘泥古训,主张“祛瘀通络消肺痈,扶正祛邪贯始终”。他认为肺痈的发展演变无外邪正的消长。辨治肺痈必据其邪正盛衰的程度,决定遣方用药中扶正、祛邪的强度。肺痈初起,祛邪当先,扶正宜慎,适当配伍益气扶正之品,可扶助正气驱邪外出,勿贸然过用扶正,以防留寇;痈脓已成或脓成已溃,祛邪为主,有脓必排,宜大剂清热解毒、消痈排脓之品,佐以扶正,可重用黄芪之类益气托毒排脓;恢复期邪去正虚或正虚邪恋,热退身凉,脓痰转清,反遗体倦乏力、自汗、盗汗、口干引饮等

气阴两虚之候,宜重扶正,佐以祛邪,重用益气养阴之品,共复已衰之正气、已亏之阴津、已损之肺体。与此同时,针对血瘀,李国勤注重活血祛瘀通络,根据患者脉证,辨别血瘀轻重,血瘀轻证药用川芎、郁金、丹参、桃仁、红花等行气活血祛瘀之品,血瘀重证则予三棱、莪术、穿山甲等破血消癥之药,对于肺痈之气血凝滞、肺络瘀阻,尤善用地龙、全蝎、蜈蚣等虫类药物通肺络、散邪毒、化痰瘀。经过治疗的患者咳嗽、咯痰、胸痛等症状多能药到症缓,CT 可观察到脓肿空洞洞壁变薄,逐渐缩小吸收。现代医学研究发现,活血化瘀药具有改善呼吸道及肺组织的微循环,增加其血流量及解除支气管平滑肌痉挛,抗感染,抗缺血缺氧,促进组织修复与再生,促进增生性病变的转化和吸收,改善机体免疫功能等多种作用^[10]。活血祛瘀通络用于肺痈证治,从中医学与现代医学的角度,均有据可循。中医药辨证肺痈应予以关注。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为.实用内科学[M].13版.北京:人民卫生出版社,2009:1784.
- [2] 买买提艾力·吐尔逊.经纤维支气管镜灌洗治疗肺脓肿 52 例效果分析[J].中国医药指南,2012,10(13):251-252.
- [3] Magalhães L, Valadares D, Oliveira JR, et al. Lung abscess: review of 60 cases[J]. Rev Port Pneumol, 2009, 15(2): 165-178.
- [4] Hogan MJ, Coley BD. Interventional radiology treatment of empyema and lung abscesses[J]. Paediatr Respir Rev, 2008, 9(2): 77-84.
- [5] Vartzelis G, Theodoridou M, Ali SI, et al. Lemierre's syndrome and defensive antibiotic prescribing tactics: lessons to be had[J]. Clin Pediatr (Phila), 2008, 47(5): 510-513.
- [6] Pohlson EC, McNamara JJ, Char C, et al. Lung abscess: a changing pattern of the disease[J]. Am J Surg, 1985, 150(1): 97-101.
- [7] 黄孝迈,秦文瀚,孙玉鄂.现代胸外科学[M].2版.北京:人民军医出版社,1997:306-312.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:12.
- [9] 赖俊宇,伍建光.《金匱要略》对肺痈病因的认识[J].江西中医药,2011,42(12):15-16.
- [10] 袁维真.运用活血化瘀法治疗呼吸系统感染性疾病 40 例报告[J].贵阳中医学院学报,1998,20(2):13-14.

(收稿日期:2013-10-28;修回日期:2014-01-24)

编辑:焦爽