

中西医结合治愈一例 阿米巴肝脓肿并阿米巴肺脓肿

武汉部队总医院五内科 梁永盛

我们运用中西医结合治愈一例阿米巴肝脓肿并阿米巴肺脓肿，报告如下：

病例报告：曹××，男性，35岁，病案号138856，于1978年10月28日入院。

现病史：患者于1978年9月23日，突然畏寒，发烧，体温38°C。胸闷痛，但病人无咳嗽、咯血。无腹痛、腹泻。病后用青霉素等治疗，同时静滴“激素”后体温降至正常。至10月11日又开始发烧，体温波动在38~39°C，盗汗，右肩部疼痛。曾在某医院诊为“肺炎”、“肺结核”，用青、链、庆大霉素及激素治疗。用激素则体温下降，停激素则复高烧，因诊断不清而转入我院。

既往史：1975年曾患过“痢疾”。

体检：一般情况良好，神清，合作，自由体位。体温38°C，脉搏92次/分，血压110/70mmHg，面如土黑色。皮肤、巩膜无黄染。全身浅表淋巴结不大。头颅五官无异常。咽(-)，扁桃体不大。颈软、甲状腺不大，气管居中。心肺正常，腹软，肝脾未触及。

化验：WBC 11,200，N 70%，L 23%，E 7%，尿、粪常规(-)，血沉47mm/小时，GPT 270u。抗链“O”200u，血培养(-)。

X线胸片：右上肺有钙化点，右肋膈角变钝。

住院经过：按结核性胸膜炎治疗。经抗痨后仍低烧、盗汗、右肩疼，复查血沉52mm/小时。11月18日晚上1点钟突然右胸痛剧烈，呼吸困难，呻吟不止，咳嗽，并咳出典型巧克力色血性脓痰40ml，以后每日均咯脓血痰10~15口。体温38.2°C，脉搏100次/分，右下肺呼吸音低，肝大1.0cm，质软压痛。WBC 15,800，N 80%，L 14%，E 4%，M 2%，血痰多次未找到阿米巴滋养体，抗酸杆菌(-)，癌细胞(-)。肝超声波(-)。X线片右横膈明显升高，膈上方右下肺见一约7.5×4.5cm大小密度均匀一致阴影，考虑为“阿米巴肝脓肿穿破横膈及胸膜至肺引起右下肺阿米巴脓肿”。11月18日开始抗阿米巴治疗。氯喹0.25g，2次/日×28天，用了二个疗程。加灭滴灵联合治疗每天1.2g，分三次服，15天为一疗程，共用4个疗

程。抗阿米巴治疗72小时后体温退至正常，盗汗消失，右肩仍痛，痰中偶带少许血丝。肝超声波复查(-)，胸片复查见原病灶稍缩小，断层片上出现一个1.5×2.0cm的空洞。舌苔白，舌体胖有齿印，脉细滑微弦。面如土色。79年2月16日中医按“肺痈”治疗。中药以疏肝祛痰排脓，清热解毒，养阴补肺，活血化瘀及益气健脾利湿方法。方剂用逍遥散，托里透脓汤，柴胡疏肝散，沙参清肺汤，白头翁及四君子汤加减化裁后加鸦胆子治疗，方药如下(每天服一剂)：柴胡12g 茵陈15g 秦皮10g 郁金12g 丹参15g 瓜蒌10g 黄芪15g 当归9g 太子参15g 茯苓15g 白术10g 甘草10g 白头翁30g 鸦胆子10粒，3次/日(另包，去壳取仁打碎装入胶囊内)。服30剂药后转氨酶恢复正常，右肩痛消失，X线、超声波检查同前。同位素¹⁹⁸Au扫描见肝右叶上缘外侧放射线稀疏有“占位性改变”表现。痰中仍带血丝。3月17日西药全部停药，等待手术，仅用中药继续治疗。方药在上方内加入白芨20g、沙参15g、川贝10g、麦冬10g、茜草15g。单用中药至4月13日痰带血丝消失，肝已不大。X线复查见膈上方肺脓肿病灶全部吸收，空洞愈合。再行同位素¹⁹⁸Au扫描上述“占位性改变”已全恢复正常。4月17日治愈出院。经2年4个月随访无复发。

体会：本例有长期发烧，右胸、右肩痛，盗汗，突然剧烈胸痛与呼吸困难，咳典型巧克力色血痰。经用氯喹诊断性治疗，72小时体温正常。血痰中虽未找到阿米巴滋养体，但确诊为阿米巴肝脓肿并阿米巴肺脓肿无疑。

本例用同位素¹⁹⁸Au扫描显示肝右叶上缘放射线稀疏，肝右叶上缘外侧有“占位性病变”改变，治疗后上述改变恢复正常，同时经X线和超声波检查都证实单用中药疏肝、祛痰排脓、清热解毒、养阴补肺、活血化瘀及益气健脾利湿等法，治疗27天，肺部病灶已全部吸收，空洞完全愈合。说明本病应用中药治疗疗效确切，值得探讨。

(本文经我院杨永珍副主任审阅，特此致谢)