

中药介入治疗肺痈溃脓期 23 例

★ 吕铭 (江苏省南京市六合区中医院 南京 211500)

关键词:肺痈;中药;介入治疗

中图分类号:R 256.13 文献标识码:B

肺痈是肺叶生疮形成脓疡的一种病证,属于内痈之一。临床以咳嗽、胸痛、发热、咯吐腥臭浊痰,甚则脓血相兼为主要特征。本病的病因病机主要为外感风热,肺受邪熏灼,肺失清肃,血热壅聚,或平素嗜酒太过,恣食膏粱厚味,蕴湿蒸痰化热,或宿有痰热蕴肺,复感风热均可致痰热与瘀热互结,蕴酿成痈,血败肉腐化脓,肺络损伤脓溃外泄。本病内治之法根据初期、成痈期、溃脓期、恢复期随证随期辨证施治,前辈及同道论述颇多,在此本人不再赘述。兹介绍中药介入治疗如下,以臻同道。

1 临床资料

23 例患者中,男性 20 例,女性 3 例;年龄 20~30 岁 1 例,30~40 岁 4 例,41~50 岁 12 例,50 岁以上 6 例;嗜酒者 7 例,脑血管意外者 4 例,肺结核空洞继发感染者 3 例,有支气管扩张者 5 例,牙龈脓肿或鼻窦炎者 4 例。全部病例均符合以下标准:(1)发病急,寒战高热,咳嗽胸痛,呼吸气粗。(2)咯吐脓血痰,气味腥臭。(3)局部叩诊呈浊音,呼吸音减弱或增强,语颤音增强,可闻及支气管呼吸音或湿性罗音。(4)血白细胞总数及中性粒细胞增高达 $20 \times 10^9/L \sim 30 \times 10^9/L$, ($N > 0.9$)。 (5)痰培养有致病菌,痰病理未见癌细胞。(6)肺部 X 线摄片可见透亮区、液平面及大片浓密阴影,脓肿直径在 2 cm 以上。

2 治疗方法

中药主要组成及制备:鱼腥草 30 g,金荞麦根 30 g,败酱草 30 g,黄芩 15 g,金银花 15 g,桔梗 20 g,白及 20 g。浓煎取汁沉淀取上清液高温高压消毒保温于 37℃ 水浴中备用。

常用器材:医用三棱套管针(外径 5 mm,内径 4 mm,长 80 mm),一次性输液器,无菌剪刀 1 把,无菌手术刀片一块,无菌纱布 4 块,胶布一卷,无菌手套 2 付,2%利多卡因 10 mL,胸穿包,封闭式引流水封瓶一个,生理盐水 500 mL,玻璃接管一个。

方法:经 B 超定位确定穿刺点及脓肿深度,根据患者患病部位取适当体位,局部皮肤常规消毒后,戴手套,铺洞巾,以 2%利多卡因自表皮至胸膜壁层逐层浸润麻醉,用手术刀片点破穿刺点表皮,用套管针经皮缓缓穿刺至 B 超确定的深

度,缓缓拔出针芯。嘱助手预先将输液器莫非氏管上方 30 cm 处剪断,并根据脓腔大小剪 2~4 个侧孔,将有侧孔端的输液皮条经套管送入脓腔,轻轻拔出套管,穿刺部位常规消毒后覆盖开叉无菌纱布,胶布固定。然后用胶布将输液皮条固定与皮肤和衣服上。用 50 mL 空针先抽出脓液(如较稠可注入少许生理盐水稀释),再抽取中药反复冲洗脓腔至抽出液变清,后将输液器与水封瓶以玻璃接管连接,行闭式引流。每日两次或多次。观察 2~5 天,直至引流液变清变少拔管。

3 治疗结果

疗效标准:治愈,症状及体征消失,实验室检查恢复正常;好转,症状及体征明显减轻,肺部病灶部分吸收,或脓腔范围缩小;未愈,症状及体征未见改善。23 例患者均于用药后数小时至 24 小时内自觉发热减轻或正常,胸痛明显减轻,咯吐脓血痰减少或消失。精神转佳,胃纳改善。18 例 WBC 在 $10 \times 10^9/L$ 以下;5 例在 $10 \times 10^9/L \sim 13 \times 10^9/L$, N 降至 80% 以下。通常第 1 天引流液较多,第 2 天引流液明显减少变清,第 3~5 天拔管。无一例中转手术,留院观察 1 周出院。出院后 1 个月随访,以上病例均痊愈,未见复发。

4 讨论

肺痈临床常因风热犯肺或痰热素盛,以致热伤肺气,蒸液成痰,热壅血瘀,肉腐血败,成痈化脓。病位主要在肺,属实热证候。根据病理演变过程可分为初期、成痈期、溃脓期、恢复期。本组病理均属溃脓期,治疗主要以解毒排脓为主。然而传统治疗主要以中药内服、体位引流或加用大剂量抗生素,病程长,费用高。本组病例均通过三棱套管针将导管导入脓腔予中药清热解毒排脓之品充分冲洗脓腔,大大缩短病程,减轻患者的痛苦,节省了不菲的医疗费用。方中金荞麦、鱼腥草清热解毒,为治疗肺痈之要药,金银花、黄芩以辅金荞麦、鱼腥草清热解毒,桔梗利肺气以排壅肺之脓痰,白及凉血止血。现代医学研究以上诸药多有抗金黄色葡萄球菌、链球菌、厌氧菌等作用。加之临床局部用药使药力直达病所,从而达到了非常理想的功效,大大节省了医疗资源,减轻患者痛苦和经济负担。不失为一种值得推广给广大同仁良法。

(收稿日期:2007-01-02)