

清热利湿法治疗儿童炎症性肠病验案 3 则

范 菲 韩 斐

(中国中医科学院广安门医院儿科, 北京 100053)

关键词 炎症性肠病 清热利湿 验案 腹痛 泄泻 便血 中医药疗法

中图分类号 R259.74 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2017)04-0058-02

炎症性肠病(IBD)是一种原因不明的非特异性慢性胃肠道炎症性疾病,主要症状为腹痛、腹泻、便血等,包括溃疡性结肠炎(UC)和克罗恩病(CD)^[1]。前者临床主要表现为腹泻、腹痛伴黏液脓血便,后者主要表现为腹痛、腹泻、瘰管、肛门病变和不同程度的全身症状。因儿童临床常难以鉴别 UC 与 CD,故单独设有未定型性结肠炎(IC)这一分型^[1]。IBD 的具体病因至今仍未明确,现阶段研究认为其发病与遗传、免疫、感染等多种因素有关^[2]。近年来儿童 IBD 发病率有明显增长趋势^[3],但西医方面缺乏诊断的金标准,且尚无特异性的治疗药物、共识的治疗方案及根治方法,而中医药治疗本病有着独到的理论和不可替代的优势。中医学无“炎症性肠病”之名,结合本病病位、病性,根据临床主症可将其归属于“腹痛”“泄泻”“便血”等范畴。韩斐教授临床善用黄芩、黄柏等清热利湿药物,配以金银花、白头翁等清热解毒之品,缓解“腹痛”“腹泻”等症状,治疗各种儿童炎症性肠病,临床取得良好的疗效,现择其治疗儿童炎症性肠病验案 3 则,整理分析如下。

1 “清热利湿”法治疗主症为“腹痛”的炎性肠病

案 1. 周某,男,8 岁。2014 年 5 月 8 日初诊。

患儿反复发热、腹痛半年余。2013 年 11 月患儿出现不明原因发热、咳嗽伴间断脐周腹痛,于当地医院治疗 6 周效果不佳。2014 年 2 月至北京某医院就诊,查血常规示:WBC $14.94 \times 10^9/L$,腹部 B 超示:末端回肠肠壁肿胀,最大厚度 0.9cm,提示炎性肠病,继查电子肠镜,考虑为克罗恩病。予抗感染等治疗 3 周后出院,出院时体温正常,复查腹部 B 超示:肠壁最大增厚 0.7cm。出院后患儿仍反复发热,间断腹痛。刻诊:低热伴脐周腹痛,乏力,精神差,体型瘦小,面黄肌瘦,无咳嗽,偶腹泻,无腹胀,纳眠可,舌

红、苔白,脉弦。血常规:WBC $16.7 \times 10^9/L$ 。中医诊断为腹痛,辨证属湿热阻滞日久,脾气虚弱。治以健脾理气止痛,兼清热利湿。处方:

酸枣仁、柏子仁各 20g,煨瓦楞 15g,白芍、麸炒白术、苏叶、银花、黄芩、茯苓、乌药、延胡索、僵蚕各 10g,柴胡、厚朴、白豆蔻、陈皮、半夏、菖蒲、白芷各 6g。4 剂。常法煎服。

5 月 12 日二诊:患儿脐周腹痛减轻,体温正常,精神好转,小便频多,大便质稀。血常规:WBC $12.64 \times 10^9/L$ 。患儿服药后诸症缓解,但大便质稀,小儿稚阴稚阳之体,恐清利伤阴,故加葛根、诃子肉、藿香各 10g 解表止泻,麸炒白术用量改为 20g,去上方苏叶、银花、僵蚕、白豆蔻。7 剂。

5 月 19 日三诊:患儿腹痛次数减少,每日仅疼痛 3 至 4 次,体温正常,精神可,纳眠可,二便调。血常规:WBC $11.96 \times 10^9/L$ 。遂去上方陈皮、半夏、茯苓、菖蒲、远志,加银花 20g,白豆蔻、当归、炙黄芪、僵蚕各 10g,改白芷为 12g,首乌藤为 30g,清热利湿,益气活血。

服上方 2 周,患儿已无明显腹痛,无明显发热,精神佳,纳眠可,二便调。复查腹部 B 超示:肠壁最大增厚 0.5cm。继服上方加减治疗 1 年余,症状稳定,未有反复,于 2015 年 7 月 15 日复查腹部 B 超示:肠壁轻度肿胀,较前明显好转。

按:克罗恩病临床常见症状为腹痛、腹泻、低热等。本案患儿素体脾阳亏虚,虚寒中生,运化水液功能失调,湿滞肠道,加之调养不慎,外感风热之邪,风热夹湿,内外合邪,阻滞中焦,致中焦气机不畅,不通则痛,发为腹痛。小儿稚阴稚阳之体,湿热阻滞日久,脾气虚损,故虽外显以脾气虚弱之象,内实为湿热阻滞之症,应以健脾理气止痛,兼清热利湿为

法治之,以求标本同治。方中乌药、延胡索理气止痛,白豆蔻、厚朴行气燥湿,陈皮、半夏、茯苓、白术健脾利湿。数药共下,气行湿祛,腹痛自轻。且方中兼用柴胡、银翘、苏叶解表退热,以针对患儿反复低热之症。二诊时患儿腹痛、低热症状减轻,精神状态较前明显好转,加葛根、诃子肉、藿香等以解表止泻。三诊患儿诸症平稳,多症均已缓解,仍以上方加减治之,影像学检查提示肠壁肿胀较前明显好转。

2 清热利湿法治疗主症为“泄泻”“便血”的炎性肠病

案2.张某,男,5岁。2015年4月14日初诊。

患儿腹泻伴便血半月余。2015年3月无明显诱因出现腹泻伴便血,当地医院治疗后效果不佳。刻诊:腹泻,腹胀,便血,大便不成形,纳眠可,舌红有裂纹,苔白,脉弦。腹部B超示:乙状结肠、直肠肠壁炎性水肿,提示溃疡性结肠炎。中医诊断:泄泻,辨证属湿热瘀结证。治以清热凉血,利湿止泻。处方:

车前子、败酱草、虎杖、马齿苋各15g,赤芍、苍术、炒薏苡仁、茯苓、滑石、秦皮、白头翁、银花各10g,柴胡、枳壳、黄柏各6g。常法煎服。

加减服药1月余,患儿腹泻、腹胀、便血症状大减,后仍以上方化裁调理。

案3.李某,男,1岁3月。2015年10月13日初诊。

患儿腹泻伴便血10月余。2015年7月因腹泻伴便血于北京某医院就诊,诊断为“炎性肠病”,病理诊断为“(直肠)黏膜显轻度慢性炎”,入院治疗1月余效果不佳。刻诊:腹泻伴便血,大便臭鸡蛋味,咳嗽,干呕,局部口腔溃疡,纳差,眠不实,舌淡红,苔白根微厚,指纹拒查。双肺呼吸音清。中医诊断:泄泻,辨证属湿热瘀结证。治以清热凉血,利湿止泻。处方:

炒薏苡仁12g,苍术、败酱草、金银花、葛根、车前子各9g,柴胡、白芍、藿香、红藤、白头翁、苏叶、茯苓、当归各6g,枳壳3g。7剂。常法煎服。

10月20日二诊:下午及晚上腹泻已减少,大便色黑、无味,呕吐,汗多,易哭闹,纳少,眠不实。舌淡红,苔白。处方思路同前:浮小麦20g,煅龙牡(各)15g,金银花、炒白术各12g,葛根、生黄芪各9g,柴胡、白头翁、藿香、旋覆花、佛手、白芍、香橼、黄芩、黄柏、诃子肉、当归各6g,厚朴、干姜各3g。

服药2周,患儿诸症减。后以上方加减调理5月余,未再复发。

按:此两案患儿西医诊断应为溃疡性结肠炎,临床常见的早期症状是腹泻伴便血,一般发病缓

慢。泄泻日久,耗伤正气,胃肠脉络受损或气不摄血,致血液随大便而下发为便血,多属虚证或虚实夹杂证。案2中患儿腹泻,且舌红有裂纹,虽有腹泻日久伤阴之象,然若予补阴滋腻之药物,必有留邪之患,故不可贸然用之,故以清热利湿、凉血解毒之法为主,少量燥湿止泻药物为辅。方中败酱草、虎杖、马齿苋、白头翁、金银花清热解毒,黄柏、秦皮清热燥湿,车前子、茯苓、薏苡仁利水渗湿,滑石清热利尿,赤芍清热凉血散瘀,另加用燥湿健脾之苍术以顾护脾胃,行气宽中之柴胡、枳壳以调中焦气机,清中寓补,降中有升。案3中患儿李某,腹泻日久,年纪较小,初诊时未考虑予黄芩、黄柏等苦寒之药,择选白头翁、败酱草、金银花等清热解毒药物,配以薏苡仁、茯苓等以利水渗湿健脾,同时加葛根以升阳止泻,加苏叶、藿香宽中止呕。二诊时患儿腹泻已有缓解,加用炒白术、生黄芪等健脾益气以疗其本,少佐黄芩、黄柏等清热利湿,缓解腹泻症状,效果颇佳。

3 结语

腹痛、腹泻、便血是炎症性肠病的临床常见症状,儿童炎症性肠病除腹泻等症状外,还伴有面黄肌瘦、体型弱小、营养不良等临床表现,甚至可见阴虚之象,往往影响医者的辨证思路,加大治疗的难度,令医者见“虚”而不敢“清”,见“泻”而不敢“利”。儿童炎症性肠病发病主要责之于“热邪”和“湿邪”,故应采用“清热利湿”之法,采用黄芩、黄柏之品;兼有气滞时,可在清热利湿药物基础上佐以理气之品;素体虚弱者,清热利湿同时应兼顾补益脾肾,不可见泻止泻、见虚补虚,清中寓补,利中有涩,以此为则,可取得较好的临床疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)[J]. 内科理论与实践,2013,8(1):61.
- [2] PODOLSKY D K. Inflammatory bowel disease[J]. N Engl J Med,1991,325(13):928.
- [3] 游洁玉,张文婷. 儿童炎症性肠病的临床特点与营养治疗[J]. 中华实用儿科临床杂志,2015,30(19):1453.

第一作者:范菲(1989—),女,硕士研究生,中医儿科学临床专业。

通讯作者:韩斐,医学硕士,主任医师,硕士研究生导师。hanfei_363@163.com

收稿日期:2017-01-06

编辑:吴宁