

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.01.023

病例报告

健脾化湿法治疗克罗恩病 1 例

史佳宁¹, 郝微微^{1,2*}, 温红珠², 刘玉婷³, 曹丽静², 邵兰君²

(1. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海市甘河路 110 号, 200437; 2. 上海中医药大学附属龙华医院; 3. 上海市光华中西医结合医院)

摘要 介绍中医药治疗克罗恩病验案 1 则。认为湿、热、毒、瘀为克罗恩病发病之标, 根据脾虚湿热的病机特点, 拟健脾益气、清热化湿、止血止痢治疗大法, 立健脾化湿汤, 并对健脾化湿汤在治疗本病中的临证运用经验进行分析。

关键词 克罗恩病; 痢疾; 健脾益气; 清热化湿; 健脾化湿汤

克罗恩病是一种病因尚不明确、病程迁延、复发率高的炎症性肠病, 临床以反复发作的腹痛、腹泻为主要表现, 可伴腹块、肠梗阻、瘘管以及发热、贫血、营养障碍等全身症状。该病可累及胃肠道各部位, 以末端回肠及其邻近结肠好发, 多呈节段性或跳跃式分布^[1]。克罗恩病属中医学“痢疾”范畴, 兹介绍采用健脾益气、清热化湿法治疗克罗恩病验案 1 则。

1 病历介绍

患者, 男, 26 岁, 2014 年 7 月 30 日初诊。主诉: 大便次数增多伴反复黏液脓血便 10 余年, 加重 1 个月。患者 2004 年无明显诱因而出现大便次数增多, 经行肠镜检查确诊为克罗恩病。10 年内曾有两次肠穿孔病史, 并于 2013 年 3 月行右半结肠切除 + 横结肠切除 + 末端回肠降结肠端吻合术。现自服甲氨蝶呤片, 每周 2 次, 每次 7.5 mg; 奥硝唑片, 每日 2 次, 每次 0.5 g, 病情控制欠佳。

刻诊: 大便次数增多不成形, 日行 3 或 4 次, 伴明显黏液脓血便及下腹部隐痛, 肛门略感灼热, 无明显里急后重, 无发热恶寒, 舌淡、苔薄黄, 脉细滑。平素乏力嗜睡, 食欲不振, 小便偏黄, 夜寐尚安。查体: 神清, 精神可, 面色稍萎黄, 形体偏瘦。腹部平软, 触诊无明显压痛、反跳痛, 未触及腹部包块, 无胃肠型蠕动波。肠鸣音 5~6 次/min,

略亢进。血常规: 白细胞 (WBC) $3.3 \times 10^9/L$, 红细胞 (RBC) $4.96 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 (Hb) 147 g/L, 中性粒细胞百分比 (N%) 61.2%; 血沉 18 mm/h; C 反应蛋白 (CRP) 7.80 mg/L; 便常规: 隐血 (+)。克罗恩病活动性指数评分 246 分, 炎症性肠病生存质量量表总积分 135 分。西医诊断: 克罗恩病 (中度活动期, 回结肠型)。中医诊断: 痢疾, 证属脾胃虚弱、大肠湿热。治以健脾益气、清热化湿、止血止痢, 处方以健脾化湿汤加减: 党参 9 g, 白术 9 g, 茯苓 9 g, 山药 15 g, 炒薏苡仁 15 g, 藕节炭 15 g, 地榆炭 15 g, 败酱草 9 g, 大腹皮 10 g, 石榴皮 15 g, 苍术 9 g, 黄连 6 g, 甘草 6 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎服。嘱忌食生冷、辛辣刺激、海鲜类。

2014 年 8 月 13 日二诊: 患者大便次数有所减少, 日行 2 次, 欠成形, 夹少量黏液及血丝, 下腹部隐痛改善, 偶有肛门坠胀感, 肛门灼热不显。胃纳一般, 小便调, 夜寐安。舌淡、苔薄腻, 脉细小滑。遂守上方, 加莲子肉 15 g、升麻 9 g, 14 剂。

2014 年 8 月 27 日三诊: 患者大便日行 1 或 2 次, 稍欠成形, 已无明显黏液, 偶见少量血丝, 无腹痛腹胀, 无里急后重感。食入后偶感胃脘胀满, 小便调, 夜寐安。舌淡、苔薄, 脉细小滑。上方去苍术、黄连、大腹皮, 加八月札 9 g, 续服 14 剂。

2014 年 9 月 17 日四诊: 患者每于晨起定时排便 1 次, 质软色黄, 基本成形, 无明显黏液脓血, 无腹痛腹胀, 无里急后重。胃纳可, 胃脘胀满不适

基金项目: 国家自然科学基金 (81403362); 国家中医临床研究基地“龙医学者-龙医团队”第二批建设项目

* 通讯作者: hao2364@hotmail.com, 18917763158

缓解,小便调,夜寐安。舌淡、苔薄,脉细。上方去莲子肉,加肉桂 6 g、益智仁 12 g,续服 14 剂后患者大便质软色黄成形,未见黏液脓血,腹无不适,纳渐馨,体重增加 3 kg。甲氨蝶呤片减至每周 10 mg,奥硝唑片每日 1.0 g。2014 年 11 月复查血常规: WBC $3.9 \times 10^9/L$, RBC $4.87 \times 10^{12}/L$, Hb 153 g/L, N% 55.1%; 血沉 6 mm/h; CRP 2.25 mg/L; 便常规: 隐血 (-)。克罗恩病活动性指数评分 150 分,属临床缓解期; 炎症性肠病生存质量量表总积分 194 分。循健脾益肾、化湿止泻法续行调服中药,渐增党参用量至 30 g,加黄芪 15 g 以彰健脾益气补中之效。至 2015 年 4 月患者停用免疫抑制剂及抗生素,病情稳定未见反复。

2 讨论

克罗恩病的中医病因为外感时邪、饮食劳倦、情志所伤、禀赋不足等。本案患者发作时期正值克罗恩病好发之夏秋季。《藏气法时论》指出“脾主长夏”,此时令湿热疫邪受困于脾胃肠腑,邪正清浊交争,最易致病。且患者由于工作繁重、劳倦过度,故而脾气受损愈甚,不仅外湿无力运化,又令内湿从中聚生。脾在调控水谷精微运化输布的同时,既承生化之源而厚气血,又摄诸经之血免溢脉外。一旦运化失健,必水湿内生,停聚中焦,则痞满脘闷、纳谷不馨; 泛溢肌肤,则肢肿身困、倦怠乏力。加之湿性重浊趋下,易袭阴位,滞于下焦,常诱溏泄而下、便夹黏液多发。脾升清阳之职受遏,必气滞不畅,湿浊不化,更因气机之行,于是腹痛腹胀、里急后重可见。脾统血失司,血不循经,引起便血加重可能。湿、热、毒、瘀为本病发病之标,临床尤以湿热者最为多见。湿性黏腻,不易得化,与外邪互结或郁久生热往往令湿无从泄、热无从越,也成为克罗恩病迁延反复的原因之一。不论是外感风热暑热、嗜食膏粱厚味,还是情志失宜而肝郁化火乘脾所致的湿热内蕴,凡攻抵下焦、积于肠内,便会令大肠传导无力。同时,湿热之邪或循肝经下注直肠肛周,热胜肉腐,发作肛周痈疽,加之血得热蒸愈妄行,遂形成黏液脓血便之候。然瘀、毒实乃久病所累,瘀热相搏伤络则血溢更甚。湿热蕴久不解化毒,毒邪浸渍,肠道溃腐,实邪内生,滞塞肠腔,积聚为腹部包块,甚则可致肠结。湿热毒瘀胶结,诸邪互为因果,病自难愈。

依据患者脾虚湿热的病机特点,拟健脾益气、清热化湿、止血止痢治法,立健脾化湿汤为基本

方。初诊时,患者腹泻难止,遂厚薏苡仁、山药之用量助化湿邪。又因伴较明显的黏液脓血便,一方面添地榆炭、藕节炭止血化瘀兼顾; 另一方面则以败酱草清热排脓、解毒消痈、除瘀定痛。《本草衍义》言地榆性沉寒,入下焦,热血痢则可用^[1]。藕节炭味甘涩、性平,收敛止血,兼能活血以消留瘀之弊。败酱草味苦辛咸、性微寒,辛散苦泄,可助本病患者除痈肿、消结热。针对患者下腹隐痛之候,投以大腹皮行气宽中,因其味辛而行气宽中、利水消肿之效而擅解湿邪内阻、气滞不畅所致脘腹胀闷不舒、下利不爽,诚如《本经逢原》中言“腹皮性轻浮,散无形之滞气”^[2]。从患者肛门灼热、溲偏黄、困倦纳少及舌脉之象俱可辨其湿中挟热之征较为突出,遂于方中佐入苍术、黄连两味以助燥湿健脾、清热泻火,且黄连尚具止泻之效。党参、白术、茯苓、甘草共寓四君子之意,通守皆不离补益之根。山药、薏苡仁亦为方之佐,乃取参苓白术散之韵,健脾益气的同时犹增化湿止泻之功。甘草为使,缓急止痛,调和诸药。遣方布药特点为气血同调,补虚不忘通利,止血不碍化瘀,使脓血愈、腹痛减; 清温并用,辛苦共施,使热结得散,又防寒凉过而伤正。二诊时患者大便次数已少,然仍欠成形,以莲子肉增补脾止泻之用,取其补益与固涩兼备之性。肛门坠胀则予升麻解之,撷其清热解毒、升阳举陷之功,与大腹皮行降之性相辅,令升降有方,气机调畅,久泻后重可除。三诊时患者大便次数基本控制,且黏液已未见,肛门灼热感消失,苔黄腻明显改善,遂减苍术、黄连; 腹部隐痛缓解,故去大腹皮。四诊时患者诸症基本已消,每于晨起定时排便 1 次。考虑本病病机日久及肾之由,加之脾本虚,脾肾之阳无以互充互养,为更有效稳定病情,故值湿邪已除、病症趋于缓解之际,主张重用补脾补肾之品,尤当以温煦肾阳为要。凡胃纳可、脘腑无胀满者,可渐增党参、黄芪用量以实脾土,同时增补肾之味。以此调治数月,患者腹泻腹痛缓解、黏液脓血便未见,纳增寝安,收效显著。

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健. 内科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 390.
- [2] 寇宗奭. 本草衍义 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1990: 63.
- [3] 张璐. 本经逢原 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 156.

(收稿日期: 2015-09-16; 修回日期: 2016-05-13)

编辑: 侯建春