

多涎症辨治体会

李庆华¹ 周平安²**主题词** 流涎/中医药疗法 @ 多涎症

多涎症,是指唾液分泌过多,频繁吞咽或吐出,甚至自行流出口外之症,亦称喜唾。现结合临床验案3则,谈谈辨治体会。

1 脾胃虚寒,精聚为涎

胡某,男,45岁。1994年4月25日初诊。患多涎症5年余,加重半月。患者于1989年1月,因肺炎高热住某医院,经用静滴抗生素等药治疗半月,痊愈出院。出院前,自觉唾液较多,未予重视。出院后每因喝冷饮或吃冷食而唾液增多,昼夜频繁吞咽,睡眠时则自行流出,浸湿大片枕席,甚感苦恼。曾在多家大医院进行检查,均无阳性所见,始终未能诊断。曾以阿托品、维生素、谷维素等药治疗无效。半月前,因朋友相聚,勉强饮几杯冰镇啤酒,致使唾液更多,说话时唾液不能自制,每每流出口外,虽不停吞咽,仍吞之不尽,有时吐在杯中,每分钟3~4口,一个上午竟吐4~5杯(约1000ml),涎沫清沏如水,伴食欲不振,脘腹胀满,大便干结如栗,小便色白量少,脉沉细,舌淡胖、苔白滑。证属脾胃虚寒,脾失健运,胃失和降,精聚为涎。治宜健脾和胃,温补中阳,方用理中汤加味:党参15g,干姜6g,生白术15g,炙甘草5g,吴茱萸6g,大枣10g,水煎服。服药4剂后,唾液减半,多年的便秘亦随之畅通。继服6剂,诸症悉平。后以香砂六君子汤调理月余。随访1年,未再复发。

按:据临床观察,多种抗生素,无论口服、肌注或静滴,都有胃肠道反应,与中医理论“苦寒伤胃”相似。患者静滴抗生素旬余,损伤脾胃之阳可知。《素问·至真要大论》曰:“诸病水液,澄

沏清冷,皆属于寒”。《素问·宣明五气篇》曰:“五气所病,脾为吞。……五脏化液,脾为涎”。可见涎沫清沏而多,吞之不尽,属脾胃虚寒无疑。盖脾主运化,脾虚则运化失司,饮食精微,不能化为津液濡养脏腑,反而凝聚为涎;加之胃阳虚亏,失于通降,反上溢于口,致使涎沫过多,频繁吞咽。液气杂下,故脘腹胀满。津液不能下濡大肠,故大便秘结。正如《伤寒论》所说:“大病差后,喜唾,久不了了。”治以理中汤加味,用党参、白术、炙甘草、大枣,健脾和胃补虚,用干姜、吴茱萸温阳散寒泄浊,使脾升胃降,布精化液,继以香砂六君子汤调理脾胃,月余而痊愈。

2 中焦湿热,熏蒸为涎

李某某,男,5岁。1990年10月5日初诊。其母代述:患儿自幼牛奶喂养,经常便秘,1岁时患急性扁桃体炎,经西医药治疗好转。从此以后,长期涎水外流,昼夜不停,每天换围嘴布十余次,仍流湿衣襟,口角及下颌皮肤经常被涎水淹红,甚至波及颈部皮肤。涎水愈多,则大便愈干。涎水粘浊,围嘴布晒干后板硬。在当地曾多次服中西药,均不见效,已4年余。患儿食欲旺盛,饮食喜冷恶热。查患儿面赤唇红体胖,脉滑数,舌红苔黄腻。证属中焦湿热,熏蒸为涎。治宜清泄脾胃湿热,方用泻黄散加味:生石膏15g,炒栀子6g,藿香6g,防风6g,黄连3g,竹叶3g,生甘草3g,酒大黄3g(后下),水煎服。服1剂大便通,服2剂大便转溏,排出大量臭秽粘粪,涎水亦随之大减,脉略数,舌红苔黄。上方改酒大黄1g,继服3剂,大便成形偏溏,每日1次,涎水基本正常。上方去黄连、大黄,继服3剂而愈。嘱其少食肥甘厚味,多食瓜果蔬菜。随访4年,未再复发。

按:患儿嗜食肥甘,热蕴于内,感外邪而发为扁桃体炎,经抗生素治疗,虽咽痛发热好转,但因苦寒凉遏冰伏,致郁热不能外发,反而内

1 中国中医研究院,北京东直门内北新仓18号(100700)

2 北京中医药大学东直门医院

收稿日期:1997-01-02

伏。脾湿不运,胃火上炎。湿热熏蒸,上泛为涎,致使唾液量多而粘浊。《素问·至真要大论》曰:“诸转反戾,水液浑浊,皆属于热。”证属中焦脾胃湿热,熏蒸为涎,治以泻黄散加味。用石膏、山栀、黄连泻脾胃之湿热,用藿香、防风疏散伏火,芳化湿浊。加酒大黄导热下行,釜底抽薪,竹叶清火利尿,使湿热从小便而出。清、散、利、下四法合用,故中焦湿热分消化解而去。

3 肾失摄纳,水泛为涎

赵某某,男,67岁。1990年11月7日初诊。患支气管哮喘15年,每年初冬发病。近1周不慎受凉,哮喘发作,早轻暮重,端坐呼吸,张口抬肩,喘不能卧。哮喘发时,口中唾液如泉,清涎如水,持续外流,1至2小时即流1大杯(约200ml)。曾在某医院检查,过敏原有兽毛、棉絮、粉尘、油烟等20多种。每天服强的松30mg,仍不能控制,特请会诊。患者满头流汗,面色青灰,口唇紫绀,前倾坐位,两手按膝,喘不能言,涎水不停外涌。脉沉细欲绝,舌淡胖,苔白滑。证属肾阳虚衰,摄纳无权,气不归原,水泛为涎。治宜温补肾阳,纳气归原,益火之源,以消清涎。方用麻黄附子细辛汤合都气丸加味:炙麻黄6g,炮附子10g(先煎20分钟),细辛3g,熟地15g,

山萸肉10g,山药15g,茯苓10g,泽泻10g,丹皮10g,五味子10g,蛤蚧粉3g(分冲),人参粉3g(分冲),水煎服。服药5剂,喘减,唾液亦稍敛,夜间已可依息入睡,但涎水仍流湿枕席,自觉背部发凉,如冷风吹,手足欠温,脉沉细,舌淡苔白滑。上方改炮附子15g,加桂枝10g,水煎服。服上方7剂,喘大减,惟凌晨发作,天亮缓解,已能平卧,涎水亦趋正常。再服14剂,诸症悉平,唾液正常。从11月27日起,继服初诊方,每日1剂,连服3个月,强的松由递减而逐渐完全撤除。后以蛤蚧定喘丸和金匱肾气丸治疗两个月,完全复康。随访4年,未再复发。

按:《素问·六节脏象论》曰:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也。”久病哮喘,加之服强的松致肾阳虚衰,肾虚则封藏不固,肾不纳气而喘甚,肾不化精,水液上泛而为涎。治以麻黄附子细辛汤,益火之源,以消清涎,如离照当空,阴霾自散;以都气丸补益肾精,摄纳肾气,则气自归原;加蛤蚧粉和人参粉以增强补元气壮元阳之力。虑其病重,复诊时重用附子,更加桂枝温阳通脉。因长期服用强的松,恐其垂体—肾上腺皮质机能衰退,因此在涎平喘止后,继续服药3个月,渐停激素。为了巩固疗效,以丸药补肾收功。

术后肠麻痹1例治验

王士珍*

霍某某,男,40岁,住院号44061,会诊日期1995年1月14日。患者40余天前因急性坏死性胰腺炎在外院行手术治疗,因引流不净,引起反复发热、寒战,转入我院外科病房。入院时引流管未拔除,继续引流,并加入抗生素、生理盐水冲洗脓腔,引流物为黄白色脓液和褐色坏死组织残渣,仍反复发热。行剖腹探查术,发现胃体、小肠、大肠部分粘连,拔除原引流管,窦道内有脓液流出,并有多量坏死组织。另发现降结肠脾区与胰腺粘连,并见坏死组织。决定切除降结肠脾区结肠30cm,行横、降结肠端端吻合术,冲洗腹腔。术后4天,肛门不排气,肠鸣音微弱,不能拔除胃肠减压

管,并请中医会诊。

诊见,患者诉恶心腹胀,腹微痛,已10日无大便,纳呆,口干不欲饮,乏力,舌暗、白腐苔,脉沉细无力。证属脾虚湿阻中焦,肠腑不通,治以健脾化湿通腑。处方:茯苓30g,炒白术15g,砂仁10g,橘红10g,姜半夏20g,生姜5片,木香10g,枳壳15g,焦大黄10g(后下),赤芍10g。嘱每剂先煎300ml,分2次从胃管注入。每日1剂当日注入2次,12小时后排气,腹胀大减,能进少量流食。

1月17日二诊:患者精神转佳,停吸氧,停胃肠减压,每日能进少量流食,但胃纳仍差,腹部微胀略痛,口干不欲饮,舌暗苔腻,脉沉细。仍予健脾化湿开胃方调理,症状逐渐减轻,二便调,手术切口逐渐愈合,痊愈出院。

* 北京丰台医院中医科(100071)

收稿日期:1996-12-02;退修日期:1997-03-07