

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