

祝光礼学术思想与临证特色——革故鼎新 学贯中西

陈启兰, 指导: 祝光礼

(浙江中医药大学附属广兴医院心内科, 浙江 杭州 310007)

摘 要: 介绍祝光礼教授主要研究成果、学术思想及临证特色, 并结合临证经验及医案举例说明。临证特色可归纳为五大特点: ① 治学严谨, 融会新知; ② 倡学术独立, 重治病求本; ③ 辨“证”治“病”, “证”与“病”合; ④ 用药轻灵, “轻可去实”; ⑤ 如遇无“症”可辨, 强调整体调摄。临证经验及医案主要体现在对心血管疾病如高血压病、冠心病、椎基底动脉供血不足等疾病的诊治方面, 以及针对西药不良反应多发, 运用中医药辨证与治病相结合的治疗方法用于制约西药不良反应等方面。

关键词: 祝光礼; 名医经验; 学术思想; 临证特色

中图分类号: R249

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2009)04-0697-04

Academic Theory and Clinical Characteristics of Professor ZHU Guang-li

CHEN Qi-lan, advisor ZHU Guang-li

(Department of Cardiology, the Affiliated Hospital of Guangxinang of Zhejiang University of TCM, Hangzhou 310007, Zhejiang China)

Abstract To introduce the main research results, academic thought and clinical characteristics combined with clinical experience and case studies. Clinical characteristics can be summarized into five major characteristics: ① rigorous scholarship; ② academic independence; pay attention to fundamentality; ③ treatment according to syndrome differentiation; ④ medication brisk; ⑤ holistic concept. Clinical experience and medical case is mainly reflected in cardiovascular disease such as hypertension, coronary heart disease, vertebrobasilar insufficiency diagnosis and treatment of diseases, as well as the western medicine form any adverse reactions more, the use of Chinese medicine treatment, combination differentiation of syndrome and treatment the adverse reactions for the constraints of the western medicine and so on.

Key words ZHU Guang-li experience of famous doctor; academic thought; clinical characteristics

祝光礼, 男, 1955 年 7 月出生, 70 年代随师国家级名老中医杨少山, 1990 年南京中医药大学中西医结合心血管专业研究生毕业获硕士学位。现任浙江中医药大学附属广兴医院、杭州市中医院心内科中西医结合主任医师、教授、博士研究生导师; 市级名中医、杭州市名中医药学术经验指导老师。并任浙江省中西医结合学会心血管专业委员会主任委员、杭州市中医药学会理事等职。

祝光礼主任医师从事中医临床、教学、科研 30 余载, 本着“继承不泥古, 创新不离宗”的原则, 精研医典, 学识渊博, 治学严谨, 积累了丰富的临床经验, 尤其在治疗高血压病、冠心病、心力衰竭、心律失常、病毒性心肌炎、椎基底动脉供血不足、脑梗塞及其后遗症等心脑血管疾病方面, 有独到之处。针对高血压左室肥厚提出养阴平肝法予以治疗, 研制出“杞菊胶囊”应用于临床; 针对冠心病心肌缺血与血管新生研制出大剂量黄芪益气加失笑散活血之“黄芪失笑汤”应用于临床; 根据辨证将心律失常分为 3 型, 研制出相应的养血调肝、宁心安神之“牡丹养心合剂”、益气活血之“复方黄芪养心合剂”等制剂; 治疗慢性心力衰竭之温阳化气行水之“参附养心合剂”等。

收稿日期: 2008-11-23

作者简介: 陈启兰 (1976-), 女, 湖北仙桃人, 主治医师, 硕士, 研究方向: 中医药防治心脑血管疾病。

1 学术思想与临证特色

祝光礼长期从事心血管病的临床、科研及教学工作, 在心血管病的防治上逐渐形成了辨证与治病相结合的临证思路, 并贯穿和渗透于整个临床诊治过程中。临证特色可归纳为五大特点: ① 治学严谨, 融会新知; ② 倡学术独立, 重治病求本; ③ 辨“证”治“病”, “证”与“病”合; ④ 用药轻灵, “轻可去实”; ⑤ 如遇无“症”可辨, 强调整体调摄。

1.1 治学严谨 融会新知

心脑血管疾病多为慢性病、终生性疾病, 西医的治疗方案多为经过大规模循证医学临床试验证实并形成指南, 经过专科医生的继续教育而得以广泛运用于临床实践。随着社会的进步, 如果仅为验证中医药的疗效而拒绝使用西医的治疗手段是不现实的。虽然西医诊治心脑血管疾病存在优势, 但为增强疗效, 或为减少西药种类和用量, 或为更好的改善症状, 或为避免西药不良反应, 或为了综合调理, 病人仍较多求助于中医治疗。但是在运用西医治疗的基础上又如何评估中医药的疗效呢? 经过长期的临证实践和观察总结, 祝光礼发现中医药在治疗心脑血管疾病方面, 存在能够迅速改善患者症状, 增强西医疗效, 减轻西药不良反应, 从而达到改善预后, 提高患者生活质量的目的。

1.2 倡学术独立 重治病求本

对于时下风行的“血瘀证学”、“络病学”、“芳香温通

法”等理论,祝光礼认为从中医理论而言并无新意,只因其相应的研究严格按现代医学模式进行,试验结果较为可信,对中医中药确实有效提供佐证。由此产生的“血府逐瘀胶囊”、“麝香保心丸”、“通心络胶囊”等药物广泛运用于临床,其功效或以活血化瘀为主,兼以理气;或以芳香温通为主,兼以益气;或重用虫类药物。虽然疗效确切,但是多服久服往往损伤脾胃,耗气伤阴,难以纠偏扶正,综合调理。而且也不能针对每一例患者实施个体化治疗。

血瘀证的理论产生于 70~80 年代,并经过大量动物实验及临床验证形成共识,认为其病理学基础在于微循环障碍。“血瘀证”在当前中医界已被严重扩大应用,不仅在心血管领域,在肾脏病、肝病、妇科病甚至至于小到皮肤科、肛肠科等等诸多领域广泛应用,而不去深究血瘀形成的根源,如气滞、寒凝、阳虚、气虚等,即“血瘀”到底是“因”还是“果”,此其一也;血瘀证理论普及度相当高,很多病人拿活血化瘀中成药当补药长期服用,这当然与商业行为有着不可分割的联系,此其二也;如果碰到确实需要活血治疗的患者,又往往属于冠心病、卒中中的一级预防和二级预防人群,此时阿司匹林证据充分,应该把现代医学的最新研究成果拿来为我所用,同时也是对病人负责,此其三也。故临证提倡学术独立,强调治病求本。如临证确有舌质紫暗或有瘀斑瘀点,脉涩等血瘀征象,可选用丹参饮、黄芪合失笑散加减,总之,不可跟风,但也不宜为求标新立异而弃之不用,以“要用直需用,但切忌滥用”为准则,同时还需深究血瘀形成的原因而加以治疗。

随着社会、心理、饮食、环境、运动等因素的影响,作为遗传-环境-心理应激相关因素的心脑血管疾病如高血压病、冠心病、心律失常、心力衰竭、脑梗塞、抑郁症、失眠症、椎-基底动脉供血不足等发病率逐年上升。在临床诊治的过程中,祝光礼认为现代的环境变化和心理压力均易导致劳倦失宜、睡眠不足、情绪紧张,凡此种种,皆会耗气伤阴,相火妄动,产生心悸、失眠、眩晕、中风、喘证、郁证等,故临证时需考虑到本虚标实才是其根本病机,不可一味攻伐。每多应用益气养阴法,结合健脾和胃、补益肝肾、养血安神等法扶正固本,再予以平潜肝阳、化痰降浊、清热利湿、宽胸理气、调和肝脾祛其标实,殊获良效。

1.3 辨“证”治“病”“证”与“病”合

现代医学检测手段带来的是看得见的实实在在结果,也是中医临床工作者必须面对的客观现实。对现代医学理论知识和科技方法,采取“拿来主义”,拓展望诊视野,扩充辨治内涵,用以提高医疗质量。“辨证治‘病’”^[3]可以提供疗效的客观化、实证性、可比性,经得起重复、验证。祝光礼认为中西医结合是一种临床行之有效的治疗方法,中药可增强西药的疗效,显著改善患者的症状,还可减轻西药的副反应。病人的要求在提高,他们不但希望症状能够得到改善,同时也希望客观检测指标能够有所好转。西医的检测手段有助于我们“辨证治‘病’”。而且中医需要标准化、规范化,但是这个标准化、规范化不是简单的拿西医的一套价值观来生搬硬套,而是需要遵循中医自身的发展规律。这就需要现代化的文明成果拿来为中医所用。所以作为临床医生,应该融贯中西,汇通各家之说,根据现代医学对疾病的认识,结合中医辨证论治,然后形成自己的专业理论体系。

1.4 用药轻灵“轻可去实”

江浙一带多从叶天士学,用药以轻灵见长。但近些年来,药量有愈用愈重,药味有愈来愈多之势,且愈演愈烈,然而疗效反不见提高,此为何故?中药饮片质量下降是不争的事实。但是如此之多之重的药物用下去,只怕处方者自己也未必知道是用来治什么病的。祝光礼认为对于处方的分量,当如东垣法,宜轻不宜重,药物的作用是导引,是调整,是疏通,所谓“四两拨千斤”是也。东垣用药每味药数分至一二钱,近代之丁甘仁用药亦不过一至三钱而取效,以此例彼,即知用药过多过重完全是浪费的。故临证不过十来味药,从不超过 15 味,每味药分量多不超过 15g 仅少数质轻者如淮小麦、夜交藤等多用 30g 处方主次分明,一目了然。对内科杂病,不执一家之见,不以经方、时方划界,因人制宜。同时非常重视顾护脾胃,认为脾胃为后天之本,亦是中药取效的关键因素之一,临证时病人均能坚持服药,较少因为出现不良反应或肠胃不能耐受而停服。用药综合考虑患者体质、病势轻重缓急、饮食居所等因素,分主次、分阶段论治,均能取得良好疗效。用药不效后仔细分析,再作改动。

1.5 如遇无“症”可辨强调整体调摄

“辨证论治”是中医的一大特色,“证”是机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括,而“症”呢则是其外在表现形式。“病”主要讲疾病的相关性,而“证”就是这个相关性的提取。但是作为“辨证论治”的重要参考对象的“症”,临证把握时会遇到一些实际问题。比如病人没有症状而仅表现为检查结果的异常,可见于高血压病、高脂血症、肝功能、心电图以及 X 光片、B 超等检查结果异常。因为现代医学的发展带来了大量的客观检查证据,而病人往往处于疾病的早期或者本身尚未出现相关症状,此为第 1 种;患者诉说症状纷繁芜杂,内容众多,没有主症,没有重点,此为第 2 种;经过治疗以后症状逐渐改善或缓解,但舌脉证仍在或者检查结果仍然存在异常,此为第 3 种;另有一种特殊情况,表现为原有症状缓解而病情加重,此为第 4 种。临证如何应对颇费周折。

祝光礼临证处理上述情况时,经过思考总结,方法如下:其一,参见舌脉证,结合西医检查结果综合考虑,找出主要矛盾和病因病机。毕竟在中国古代中医的产生亦是建立在一定的解剖学基础之上的,作为同是研究生命的科学,中西医之间存在很多的异同点。如何运用中医的辨证思维理论体系来面对新出现的问题,就要看医者中医理论融会贯通的深度了。核心的一点仍然是辨证论治,重点参照舌脉象及切诊,西医体格检查的信息可供参考。其二,有些患者症状较多,有的是疾病本身关系反映到全身较多部位、脏器功能出现病状,有的是患者本人情绪过于紧张,有的是患者处于一种植物神经功能失调的状态。此时,抓主症成为突出的问题。根据患者的诉求、结合舌诊、脉诊及切诊,还有检查结果,作出综合判断,祛除“失效”症状,抓住主要矛盾,针对性的用药。这里强调对疾病相关信息的准确提取。其三,患者经过治疗症状改善或缓解,但舌脉证仍在或检查结果仍然呈现异常,此时需要做的是明确病变发展的过程,抓住疾病发展不同阶段的主要矛盾。如确定为经过治疗好转的患者,巩固疗效,调理收功是重点。参照前面治法,结

合脏腑间的相互关系,后期调理以脾肾为主。脾为后天之本,气血生化之源,肾为先天之本,肾中精气易耗而难补。可根据病情选择相应方法,如益气健脾、益气养阴、补肾填精、益气养血等。其四,另有一种复杂情况,即症状的改善与疾病的发展不平行甚而出现背道而驰的情况,比如冠心病心绞痛的患者胸痛症状好转但检查结果提示病情加重,如出现心肌梗塞、心力衰竭、心律失常等;慢性喘息性支气管炎患者气急好转但是血气分析提示二氧化碳分压升高、氧分压降低等等。由于病情危重患者症状本身往往就是一种代偿反应,此时需要关注的就不仅仅是症状的改善,而应着眼于疾病的发展变化及预后判断。中西医结合已经普遍应用于临床,临证时需注意权衡利弊,综合分析,全面处理。

总而言之,无“症”可辨时辨“证”论治是核心,“证变治亦变,证不变治亦不变”。

2 临证经验及医案

祝光礼主任医师对中老年多发的心血管疾病如高血压病、冠心病、椎基底动脉供血不足等疾病的临床诊治多有发挥,并针对西药不良反应多发,摸索总结出运用中医药辨证与治病相结合的治疗方法用于制约西药不良反应以及诊治心脑血管疾病的经验。

2.1 高血压病

祖国医学无高血压病之病名,临证发现高血压病多属中医“眩晕”“头痛”范畴,是由于情志所伤、饮食失节、先天禀赋不足或内伤虚损等原因引起的临床以头痛、眩晕为主要表现的病证。并由于临床表现与并发症不同而和“胸痹”、“中风”、“水肿”、“心悸”等病相联系。历代医家颇多论述,而以《证治汇补·眩晕》“以肝上连目系而应于风,故眩为肝风,然亦有因火、因痰、因虚、因暑、因湿者”之论较为全面、客观。

2.1.1 病因病机¹ 先天禀赋不足:人之精气禀自父母,父母阴阳气血偏盛偏衰影响其子女,高血压患者常有早发家族史;另一方面,禀赋的不同又易受后天因素的影响而形成阴阳失衡。现代医学原发性高血压病的遗传学说以及膜学说为此提供了支持。

④饮食不节:脾胃为后天之本,主运化水谷、水液,主升清降浊。久食肥甘厚味、咸味或饮酒过度,损伤脾胃,脾的运化功能减弱,导致水液在体内停滞,形成痰湿,单独或与肝风共同上扰清窍,成为本病。与现代医学肥胖和摄钠过多为高血压危险因素相一致。

④情志所伤:肝主理气机、调节情志,肝疏泄功能正常则气机调畅,气血调和,心情易于开朗,肝疏泄功能减退,则肝气郁结,心情抑郁;肝升泄太过,则阳气升腾,人则易怒。反之,恼怒、抑郁失节影响肝气,使肝气郁结或肝升太过。其实质可能与长期精神刺激引起大脑皮质功能失调,交感神经副交感神经调节不平衡,神经末梢儿茶酚胺类物质分泌过多导致血管收缩有关。

④内伤虚损:肝藏血,肾藏精,肝肾相济,精血互生,年老体弱,肾气渐耗,肾阴不足日久影响到肾,则肝肾之阴俱不足,水不涵木,则肝阳上亢,扰乱清空,而成“眩晕”、“头痛”。久病或过劳,皆能耗伤精气,使人之阴阳失衡,导致“眩晕”、“头痛”诸证。

2.1.2 临床分型 本病目前文献报道分型有几十种,总结起来有以阴阳虚实为纲,可以分为阳亢、阴虚、阴虚阳亢、阴阳两虚4型,以脏腑病位分为涉及肝肾、心、脑四脏。根据临床体会分型如下。

①肝火上炎型:头痛目眩,面赤,心烦易怒,口苦口干,大便秘结,舌红苔黄,脉弦数有力。予龙胆泻肝汤加减清肝泄火。

④肝阳上亢型:心烦少寐,面红潮热,头晕头痛,目眩耳鸣,口干,舌红苔黄,脉弦。以天麻钩藤饮加减平肝潜阳。

④肝肾阴虚型:头目眩晕,脑海空虚,耳鸣耳聩,腰膝酸软,失眠多梦,口干咽燥,舌少苔,脉细略数。予一贯煎加减滋阴柔肝。

④阴虚阳亢型:眩晕头痛,头重脚轻,心烦失眠,手足心热,耳鸣心悸,舌尖红,苔薄白,脉弦数。以杞菊地黄汤加减滋阴潜阳。

④阴阳两虚型:头痛眩晕,耳鸣,视物昏花,劳则气短,畏寒肢冷,夜尿增多,舌淡苔白,脉沉细。予金匱肾气丸加减育阴助阳。

2.1.3 兼证¹ 兼瘀:瘀血在高血压病中的病理地位目前受到重视,现代医学认为长期高血压可引起组织微循环功能障碍:血流减慢、组织缺氧、血管内膜损伤、微血栓形成、血黏度增高等病理变化,故主张防治高血压时应注意降低血小板活性、减少血管内膜损伤、改善血小板与血管壁相互作用。事实上,中医对此亦有论述,《内经》病久入深,营卫之行涩,经络时疏故不通。《医宗金鉴》瘀血停滞,神迷眩晕,又如:初病在气,久病入血,气病累血,血病累气。均说明高血压日久,累及血分,使血行不畅,而成血瘀,阻于脑脉则头痛经久不愈,痛处固定不移舌质黯,脉细涩,加用通窍活血汤等活血祛瘀之品。

④兼痰:痰浊是高血压病发生发展的重要病机之一,其实质山东中医药大学附属医院李运伦研究认为与血液流变学的异常、红细胞变形能力降低、胰岛素敏感性降低、自主神经功能失调、心钠素肾素血管紧张素醛固酮系统功能异常、自由基代谢失衡有关。临证中可加用祛痰的中药,方药可用半夏白术天麻汤。

2.1.4 高血压病理转归 本病初期以舒张压增高为主,多表现为头痛目眩,面赤,心烦易怒、心烦少寐,面红潮热等,属于肝火上炎、肝阳上亢型;久病不愈,伤及肝肾之阴,形成肝肾阴虚或阴虚阳亢之证,以舒张压和收缩压均增高患者为多见;再则阴损及阳,成为阴阳两虚,此时以收缩压增高为主,病情较重,且多兼夹痰、瘀、风诸证,故治疗上相应予以祛痰、化痰、熄风治疗,不仅可以有效改善症状,并且有助于降低血压水平。

2.1.5 特殊类型高血压的中医辨证¹ 老年性高血压:表现为阴损及阳,阴阳两虚型,此时治以育阴助阳法。临床观察阴虚阳亢、阴阳两虚两型患者,应用辨证与辨病相结合治疗,结果提示中西医结合治疗能快速、显著改善患者头晕症状,有效控制血压,平稳降压并使血压提前达标。

④晨峰血压:血压晨峰多出现于卯辰时刻,此时自然界阳气渐旺而患者阴虚导致虚阳浮越,两者相合,血压增高,因此予以养阴平肝法治疗。规范西药治疗基础上晨间血压仍无法有效控制者,加用养阴平肝方天麻钩藤饮化裁之中药治疗,临床

观察证实可有效控制晨峰血压。(四)高血压左室肥厚:临床研究证实滋补肝肾法代表药物杞菊地黄口服液与苯那普利联合应用时,其在滋补肝肾而缓解症状的同时有促进苯那普利对左室局部肾素血管紧张素系统的抑制作用,使血管紧张素Ⅱ生成减少,从而加快左室肥厚的消退。

曾治:沈某,女,56岁,退休。就诊日期:2006年6月24日。主诉:反复头晕3年。病史:高血压病史3年,最高血压160/100mmHg服用珍菊降压片、络活喜等药物,有高血脂病史。感颈部拘急,头昏目糊,夜寐尚安。现服用络活喜5mg,1日1次;普拉固20mg睡前服。诊查:血压125/82mmHg,心率65次/min,律齐,两肺呼吸音清晰,未闻及干湿性罗音,双下肢无水肿;脉细苔薄舌红少津。辅助检查:胆固醇6.28mmol/L,低密度脂蛋白3.7mmol/L,高密度脂蛋白1.48mmol/L。辨证:阴虚肝旺。中医诊断:眩晕。西医诊断:高血压病、高血脂症。治则:养阴平肝。处方:天麻9g,杭白芍15g,石决明(先煎)15g,钩藤(后下)15g,生龙骨15g,牡蛎15g,夜交藤30g,生地12g,甘菊12g,淮小麦30g,川石斛9g,麦冬12g,枸杞子15g,焦谷芽12g,桑叶12g,14剂。上药水煎,1剂两包,1日两次,每次1包。二诊:药后一般可,偶有头昏目糊,夜寐可,纳便无殊,脉细苔薄舌红中裂。治拟养阴滋肾平肝。处方:天麻9g,杭白芍15g,石决明(先煎)15g,钩藤(后下)15g,生龙骨15g,牡蛎15g,桑寄生15g,生地12g,甘菊12g,淮小麦30g,川石斛9g,决明子15g,枸杞子15g,灵磁石15g,葛根15g,14剂。

按 本例西医诊断为高血压病、高血脂症,中医辨证属肝肾阴虚,肝阳上亢,肝肾阴虚为本,肝阳上亢为标。故治以养阴平肝,按照“先标后本”的原则,首诊以平潜肝阳为主,二诊调理为主,补养肝肾之阴以固其本。

2.2 运用中医药治疗高血脂症合并肝功能异常

目前调脂药的运用在心血管疾病治疗中日益增多,尤其是他汀类,其还有降脂以外的效应,如抑制炎症反应,稳定粥样斑块,改善内皮功能,干预血管平滑肌细胞的增殖,抑制血栓形成等,临床上广泛应用于高胆固醇血症的治疗及冠心病的一级、二级预防。但是患有高血脂症的患者往往同时合并脂肪肝,出现肝功能的异常如血清肝酶的升高,并且他汀类药物亦可损害肝脏功能,引起血清肝酶升高。如何解决这之间的矛盾,发挥其最大的效应,祝光礼认为此时如加用中药,会收到令人满意的疗效。

ALT的升高作为一个检验学指标的异常,仅是中医“症”的表现,可无临床学症状。但从“辨病”角度入手,其病位在肝。祖国医学认为:“肝藏血,主疏泄”,“体阴而用阳”,“以血为体,以气为用”。肝性喜条达而恶抑郁,体阴而用阳是其生理特点,阴常不足阳常有余为其病理特点,郁、瘀、虚为其基本病机,多表现为肝气不通,气血同病,甚则干及他脏,脏腑同病。其有肝气易郁、肝血易瘀易亏、肝阴易虚、肝为五脏之贼的特点。

另调脂药所致肝酶升高的中医治疗,祝光礼认为当以“肝以通为用”理论为指导,着眼于通,既要补肝体,又要畅肝用,辨证论治。故在治疗上常用疏肝法合养肝血、益肝阴、滋水涵木等法,即四逆散合一贯煎、四物汤、补肝汤或六味地黄汤等。另外,在中医辨证分型基础上加入垂盆草、荷

包草、平地木等清热解毒、降血清 ALT、谷草转氨酶(AST)的药物,能起到更加显著的效果。垂盆草为景天科植物,药用全草,有效成份为垂盆草苷,水溶性。其治疗肝胆湿热在祖国医学上早有记载,动物实验证明有促肝细胞内的物质代谢、能量代谢及提高解毒功能,对肝细胞有保护作用,可抑制炎症渗出从而使肝细胞修复,有明显降低 ALT、AST及解酶作用,降酶作用迅速而持久。荷包草、平地木之类也具有较好的降低转氨酶的作用。诸药合用,则有整体调节功能,共同达到降低 ALT之功。

曾治:李某,男,40岁,教师。就诊日期:2006年7月15日。主诉:高血压病史2年,肝酶升高2天。病史:高血压病史2年,近来心悸胸闷伴头胀,中脘作胀,查血生化提示肝酶升高,纳便正常。诊查:血压120/65mmHg,心率70次/min,律齐,两肺呼吸音清晰,未闻及干湿性罗音,双下肢无水肿;脉细滑苔薄。辅助检查:肝酶升高(ALT 98U/L, AST 76U/L)。辨证:心脾两虚。中医诊断:心悸。西医诊断:高血压病、药物性肝损害。治则:健脾养心。处方:太子参15g,茯苓12g,炒冬术12g,怀山药12g,川朴6g,杭白芍12g,炒枣仁30g,大枣7枚,绿梅花6g,垂盆草15g,平地木15g,淮小麦30g,夜交藤30g,14剂。上药水煎,1剂2包,1日2次,每次1包。二诊:近日上腹部隐痛伴作胀,偶心悸胸闷,胃纳正常,脉细苔薄治拟理气和胃健脾。处方:娑罗子12g,佛手片6g,杭白芍15g,绿梅花6g,元胡10g,川朴6g,大枣6g,垂盆草15g,平地木15g,炒枳壳6g,太子参15g,茯苓12g,炒冬术12g,14剂。三诊:药后一般可,中脘作胀减轻,胃纳正常,大便无殊,脉细弦苔薄治拟理气和胃健脾。复查肝功能提示已经恢复正常。处方:娑罗子12g,佛手片6g,杭白芍15g,绿梅花6g,元胡10g,川朴6g,大枣6g,垂盆草15g,平地木15g,炒枳壳6g,太子参15g,茯苓12g,炒冬术12g,14剂。

按 本例西医诊断为高血压病合并降压药物所致肝损害,中医辨证属肝失疏泄,木郁乘土,脾失健运,又母病及子,木郁化火,扰乱心神,故见心悸胸闷伴头胀,中脘作胀等症,舌脉相符。“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。故治以疏肝郁,清肝火,健脾运,养心神。经治疗后脾运渐旺,心神转安,肝郁明显,故二诊治以疏肝解郁兼以健脾。三诊续前方调理工收工。

老辈医学家邓铁涛大师指出:“西药的副作用,越来越使人困扰,日本与欧美都在发掘中药这个宝藏……我们有责任领先于世界”。祝光礼教授认为西医药治疗疾病起效快、疗效强,但副反应大,而中医药相对起效慢,但改善症状优势强,且副反应小。临证治疗中,辨证施治辅以中药,可增强西药作用,减轻或制约西药的不良反应。两者优势互补,相得益彰。此种治疗方法亦为中西医结合治疗疾病提供了新思路。

参考文献

- [1] 周凡,陈启兰,祝光礼.中医药制约西药不良反应的经验介绍[J].中医药学刊,2006,24(11):1990-1991.
- [2] 陈启兰,祝光礼.椎基底动脉供血不足临证经验[J].中华中医药学刊,2008,26(3):477-479.
- [3] 俞尚德.“辨证治‘病’”是一种有效的临证思维方法[J].浙江中医药大学学报,2006,30(2):154-155.