

肝阳上亢证的临床研究

高血压病组 翁伟强 胡随瑜 黎杏群 庞伟华

湖南医科大学中医基础理论研究室 更年期综合征组 潘其民 吴友善 向跃前 皮德仁

易振佳 林治湘

甲状腺机能亢进组 梁清华 张海男 石林阶

内容提要 选择 97 例高血压病、更年期综合征、甲状腺机能亢进中医辨证属肝阳上亢证的患者，进行异病同治的临床研究，并与 83 例同样疾病的阴虚阳亢证患者对照。结果 3 种病总有效率依次为 81.4% (降压)、100%、88.9%，其中高血压病肝阳上亢组的疗效明显高于对照组 ($P < 0.05$)。同时治疗前后检测植物神经功能、尿 MHPG- SO_4 、CA、血浆环核苷酸、血浆 TXB_2 与 6-Keto-PGF $_{1\alpha}$ 等指标，发现同证异病有类似的改变，且与疗效一致，说明这些指标对阐明肝阳上亢证本质有积极意义。

为探讨肝阳上亢证的本质，研制病证结合的治疗新方药，我室在开展辨证标准化⁽¹⁾与实验研究⁽²⁾的同时，选择高血压病、妇女更年期综合征(更综)、甲状腺机能亢进(甲亢)属肝阳上亢证者，进行同证异病、异病同治的临床研究，兹报告如下。

对象与方法

一、研究对象：(1)高血压病组 115 例，男 60 例，女 55 例；年龄 40~63 岁，平均 54 岁；Ⅱ期 109 例，Ⅲ期 6 例；肝阳上亢证 70 例，阴虚阳亢证 45 例。(2)更综组 35 例(其中手术切除卵巢者 6 例)，年龄 40~53 岁，平均 47 岁；肝阳上亢证 9 例，阴虚阳亢证 26 例；(3)甲亢组 30 例，男 10 例，女 20 例，年龄 20~60 岁，平均 36 岁；肝阳上亢证 18 例，阴虚阳亢证 12 例。上述 3 个病组，肝阳上亢证与阴虚阳亢证间的年龄、性别、病情各参数，经统计学处理均具可比性。健康人对照组为本校职工、学生，工厂工人及献血员，年龄、性别与上述组大致相同。

二、诊断标准：(1)疾病诊断：高血压病按 1979 年全国心血管流行病学人群防治座谈会制订的高血压病诊断标准⁽³⁾；更综按山东省人民医院等编《实用妇科学》的标准⁽⁴⁾；甲亢按上海医科大学编《实用内科学》的标准⁽⁵⁾。(2)证

型诊断按我室制订的标准和方法确定⁽¹⁾。

三、研究方法：(1)观察症状、体征变化，症状依其程度记分⁽¹⁾。对阳亢和阴虚中几个常见症状，如眩晕、头痛、烦热、烦躁、耳鸣、失眠、肢麻等，依其程度记 +~++++，其它症状均只记 1 个 +；舌红或绛，舌苔黄或剥，脉弦或细，各记 1 个 +，1 个 + 记 1 分。(2)全部病例治疗前后均作与该病种有关的实验检查，包括常规检查和特殊检查。后者如更综测血清促卵泡激素(FSH)、雌二醇(E_2)，甲亢测 T_3 、 T_4 等。(3)3 种病的肝阳上亢证病例检测植物神经功能，尿 3-甲氧-4-羟基苯乙二醇硫酸酯盐(MHPG- SO_4 ，为中枢去甲肾上腺素代谢产物)、外周儿茶酚胺(CA)、血浆环核苷酸(cAMP、cGMP)、 TXB_2 及 6-Keto-PGF $_{1\alpha}$ 等，检测方法详见本室另文报道^(2,6)。(4)按病种分组，专人负责治疗、观察。

四、治疗方案：基本方为石决明(或牡蛎)30g 夏枯草 15g 泽泻 15g 大黄 3~10g 玄参(或生地)15g 桑寄生 15g 白芍 10g 柴胡 10g，每日 1 剂，水煎分 2 次服。(1)高血压病组服基本方，其中肝阳上亢证 36 例，阴虚阳亢证 21 例，均加用双氢克尿噻 25mg，1 日 3 次。用药 4 周为 1 个疗程。(2)更综组为基本方去夏枯草、泽泻、大黄，加郁金 10g、五味子 5~10g、巴戟天 2~3g。4 周为 1 个疗程。(3)甲

亢组以基本方去桑寄生、泽泻、大黄，加浙贝10g。同时服心得安10mg，1日3次。40~60天为1个疗程。除更综组有6例为门诊患者外，其余全部为住院病例。

结 果

一、疗效评定标准

1. 高血压病：降压疗效按1979年全国心血管流行病学人群防治座谈会制订的高血压病疗效标准^[3]评定。症状疗效则以症状记分减少70%以上为显效，50~70%为有效，50%以下为无效。

2. 更综：显效：症状记分减少70%以上，FSH、E₂均明显好转者；有效：症状记分减少50~70%，FSH和E₂中有一项好转者；无效：症状记分减少未达50%，FSH、E₂均无好转者。

3. 甲亢：显效：症状基本消失，体征转阴或改善，T₃、T₄正常或接近正常；有效：症状、体征部分好转，T₃、T₄下降；T₃、T₄无变化，不论症状、体征改善与否，皆判无效。

二、临床疗效分析

1. 高血压病的降压疗效：肝阳上亢证70例中，显效45例，有效12例，总有效57例（占81.4%）；阴虚阳亢证45例中，显效21例，有效10例，总有效31例（占68.9%）。显效率两型比较 $P<0.05$ 。治疗后收缩压下降幅度（ $M\pm SD$ ，下同），肝阳上亢证组为 $26.08\pm 15.19\text{mmHg}$ ，阴虚阳亢证组为 $16.47\pm 11.74\text{mmHg}$ ；舒张压下降幅度，肝阳上亢证组为 $12.73\pm 8.42\text{mmHg}$ ，阴虚阳亢证组为 $7.10\pm 7.60\text{mmHg}$ 。两型比较

$P<0.05$ 。症状疗效：肝阳上亢证70例中，显效40例，有效26例，总有效66例（占94.3%）；阴虚阳亢证45例中，显效22例，有效12例，总有效34例（占75.6%）。两型显效率和总有效率比较 P 均 <0.05 。

2. 更综：肝阳上亢证9例中，显效3例，有效6例，总有效9例（占100%）；阴虚阳亢证26例中，显效9例，有效15例，总有效24例（占92.3%）。二型比较 $P>0.05$ 。

3. 甲亢：肝阳上亢证18例中，显效13例，有效3例，总有效16例（占88.9%）；阴虚阳亢证12例中，显效8例，有效2例，总有效10例（占83.3%）。二型比较 $P>0.05$ 。

三、实验指标变化

1. FSH测定（mIU/ml， $M\pm SD$ ）：更综35例治前为 61.38 ± 28.90 ，治疗后为 32.41 ± 15.65 （ $P<0.01$ ）。E₂测定（pg/ml， $M\pm SD$ ）：治前为 31.60 ± 8.28 ，治疗后为 47.10 ± 19.06 （ $P<0.05$ ）。

2. T₃测定（ng/dl， $M\pm SD$ ）：甲亢30例治前为 438.75 ± 26.70 ，治疗后为 256.69 ± 34.70 （ $P<0.01$ ）。

T₄测定（ng/dl， $M\pm SD$ ）：治前为 17.10 ± 0.97 ，治疗后为 13.92 ± 1.08 （ $P<0.05$ ）。

3. 各组治疗前后植物神经功能、尿MHPG-SO₄、CA测定：见表1。3种病的肝阳上亢证组均出现以交感亢进为主的植物神经功能紊乱，尿CA增高，而尿MHPG-SO₄则降低，与健康人组比较， $P<0.05$ 或 $P<0.01$ 。治疗后上述指标相应改善，治疗前后比较 $P<0.01$ 。

4. 各组治疗前后血浆环核苷酸测定：见

表1 各组治疗前后植物神经功能、尿MHPG-SO₄、CA测定值比较

组别		植物神经功能			MHPG-SO ₄		CA		
		例数	交感亢进率 (%)	总异常率 (%)	P 值	例数 ($\mu\text{g}/24\text{h}$, M $\pm$ SD)	P 值	例数 ($\mu\text{g}/24\text{h}$, M $\pm$ SD)	P 值
健康人		38	2.6	7.9		34 1401.30 $\pm$ 266.80		30 28.40 $\pm$ 7.10	
高血压	治前	21	81.0	90.5	<0.001	14 1135.61 $\pm$ 560.10	<0.01	12 42.94 $\pm$ 22.93	<0.01
	治后	21	19.0	19.0		14 1341.76 $\pm$ 500.25		12 18.63 $\pm$ 7.12	
更 综*	治前	19	68.4	84.2	<0.01				
	治后	19	21.2	31.6					
甲 亢	治前	14	64.3	71.4	<0.01	7 1144.62 $\pm$ 493.24	<0.01	6 5.93 $\pm$ 10.10	<0.01
	治后	14	21.4	35.7		7 1613.77 $\pm$ 74.02		6 23.75 $\pm$ 13.32	

* 含阴虚阳亢证10例

表2 各组治疗前后血浆环核苷酸
测定值比较 (M±SD)

组别	例数	cAMP (pmol/ml)	cGMP	cAMP/ cGMP
健康人	91	19.59±6.05	5.31±2.25	4.31±1.82
高血压				
治前	6	22.58±6.09	12.83±8.17	2.03±0.67
治后	6	18.25±3.58	6.07±2.75	3.37±1.13
P值		<0.05	<0.05	<0.05
更综*				
治前	28	19.33±4.76	12.66±4.70	1.77±0.57
治后	28	18.59±7.77	9.54±3.42	2.17±0.91
P值		>0.05	<0.05	>0.05
甲亢				
治前	15	21.99±5.54	11.24±4.56	2.22±0.93
治后	15	21.44±6.61	7.78±3.90	3.49±1.90
P值		>0.05	<0.05	<0.05

*含阴虚阳亢证19例

表2所示:肝阳上亢证组均见cGMP增高,遂使cAMP/cGMP比值下降,与健康人组比,P均<0.05;cAMP虽有上升趋势,但差异不明显。治后以上指标皆趋好转,治疗前后P均<0.05。

5. 各组治疗前后血浆TXB₂、6-Keto-PGF_{1α}测定:见表3。

表3 两组治疗前后血浆TXB₂与6-Keto-PGF_{1α}
测定值比较

组别	例数	TXB ₂ (pg/ml, M±SE)	6-Keto-PGF _{1α}	TXB ₂ /6- Keto-PGF _{1α} (M±SD)
健康人	70	188.17±52.53	142.78±50.05	1.49±0.08
高血压				
治前	17	352.41±124.96	171.76±76.63	2.25±0.91
治后	17	220.18±71.94	175.71±91.77	1.45±0.63
P值		<0.001	>0.05	<0.01
甲亢				
治前	15	308.33±42.62	164.66±12.48	1.96±0.29
治后	15	211.2±17.74	222.2±20.6	1.05±0.12
P值		<0.05	<0.05	<0.01

表3示:肝阳上亢证组TXB₂、6-Keto-PGF_{1α}及TXB₂/6-Keto-PGF_{1α}比值均升高,与健康人组相比,P<0.05或P<0.01。治后TXB₂下降,6-Keto-PGF_{1α}继续上升,TXB₂/6-Keto-PGF_{1α}比值下降,大多具有统计学意义(P<0.05; P<0.01)。

讨 论

一、本研究的基本方是根据清·王旭高“肝气、肝风、肝火皆同出而异名”的理论而设计的。以石决明(或牡蛎)、夏枯草平肝为君,白芍、玄参(或生地)、桑寄生柔肝为臣,泽泻、大黄清肝、泻肝为佐,柴胡疏肝为使,截断肝阳上亢证的各病理环节。同时又考虑高血压病易化风化火,更综以肾虚为本、甲亢多痰气交结等不同特点,而予以加减化裁,体现了异病同治,同中有异。也即同一证候在不同病种其临床表现和治法方药亦当略有所异。说明证的稳定性和实现证候的规范化都只能是相对的。也说明辨证必须结合辨病的道理。

二、肝阳上亢证与阴虚阳亢证本是同一类证型的不同层次,是由阳亢和阴虚这一对矛盾的发展所决定的。二者既相联系又可区分,不仅从实验指标的数据上可以看出差异^{〔2〕},而且临床上也可通过证效关系加以分析。本研究以平肝潜阳、清肝泻火为主的方药治疗,以方测证,高血压病肝阳上亢证组的疗效便明显高于阴虚阳亢证组,从而论证了证的阶段性和特异性,也说明辨病必须结合辨证的道理。至于更综和甲亢证组间的差异之所以不明显,可能与病种本身的特点,基本方中减去了清肝泻火之品以及观察病例较少等因素有关。

三、三个不同病种的肝阳上亢证组,治疗前后植物神经功能、尿MHPG-SO₄、CA、血浆环核苷酸、TXB₂与6-Keto-PGF_{1α}等指标出现类似的变化,并与临床疗效一致,说明这些指标对于阐明肝阳上亢证的本质是有积极意义的。概括而言,上述指标的改变揭示了肝阳上亢证的病理生理基础,主要可能为外周交感-肾上腺髓质机能的亢进,而中枢去甲肾上腺素的水平却低下。这与中医认为肝阳上亢证的病机为本虚标实是否有某种联系,值得进一步研究。此外,外周交感-肾上腺髓质功能活动的增强,CA等物质含量增加,导致血浆cAMP、cGMP的增高,特别是cGMP的增高^{〔2〕},遂使cAMP/cGMP比值下降。与此同

时,反映前列腺素-血栓烷系统水平的血浆 6-Keto-PGF_{1α}、TXB₂也发生与cAMP、cGMP一致的改变,因为前者是通过影响后者的代谢而发挥对血管和血小板的调节作用的^[8,9]。这两对生物活性物质的含量、比值的动态平衡,是构成机体内环境稳定的重要因素。肝阳上亢证的发生,正是这种平衡遭到破坏的结果,与中医阴阳失衡之说,是可以相互印证的。

(参加本研究工作的还有:湘潭市职工疗养院董坚、郝晋江、常兰,株洲市中医院李春球、齐星国,湖南省妇幼保健院钱平、汪淑惠、高玲,以及本院进修生李旺国、汤永平,中心实验室黄秀兰)

参 考 文 献

1. 陈国林,等。肝阳上亢证辨证标准探讨。中西医结合杂志

1988; 8(9):549.

2. 金益强,等。肝阳上亢证本质研究。中西医结合杂志 1988; 8(3):136.

3. 中国人民解放军总后勤部卫生部。临床疾病诊断依据治疗好转标准。第1版。北京:人民军医出版社,1987:58.

4. 山东省人民医院,等。实用妇科学。第1版。济南:山东科学技术出版社,1980:382.

5. 上海医科大学实用内科学编辑委员会。实用内科学。第8版。北京:人民卫生出版社,1986:1896.

6. 李家邦,等。肝郁脾虚证病人植物神经功能异常的特征。湖南医学院学报 1985; 1:65.

7. 刘亚光。现代自然科学与中医理论。第1版。福州:福建科学技术出版社,1983:290.

8. Moncada S, et al. Arachidonic acid metabolites and the interactions between platelets and blood-vessel walls. New Engl J Med 1979; 300(20):1142.

9. 申京建,等。前列环素(PGI₂)受体研究的一些进展。北京第二医学院学报 1984; 1:70.

急性高尿酸血症引起急性肾功能衰竭1例治验

江苏省盐城市第一医院 杨 林 孙 祥 叶永存

病历摘要 患者赵某,男,42岁,已婚,住院号725,住院日期:1986年1月29日。因进行性少尿、浮肿、恶心呕吐4天而入院。患者于春节前出现尿量逐渐减少,浮肿,呕吐,腰痛如折,病情日趋加重,日尿量约30ml。当地医院诊断为“急性肾功能衰竭”,用速尿500mg及20%甘露醇250ml交替使用,1日3次静脉注射2天,仍无尿而转入本院。既往无类似病史。家族中亦无类似病史,血压波动在150~180/90~100mmHg之间3年余。

体检:体温37℃,脉搏98次/min,血压210/100mmHg,急重病容,眼睑、颜面及双下肢浮肿。双侧肾区叩击痛。脉滑,舌质红,苔黄微腻。余无阳性体征。实验室检查:血WBC 6200,中性67%,淋巴31%,单核2%;RBC 357万,HB11g, BPC30万。尿蛋白++,尿比重1.012~1.015,尿pH5.2,红细胞100~130/高倍,白细胞20~25/高倍,盐类+++,颗粒管型8~10/低倍,本周氏蛋白阴性,尿糖阴性,24小时尿量30ml。血尿素氮57mg/dl,血肌酐4mg/dl,血尿酸18.8mg/dl,血钾725mEq/L,血钠132mEq/L,氯化物550mg/dl,血糖117mg/dl,肝功能正常。24小时尿肌酐=1575:1256mg。EKG提示“高钾”。腹部平片“左侧上端输尿管结石”,B型超声波“双侧肾盂炎症,左肾见74×29mm、右肾见77×24

mm液性暗区,左侧膀胱输尿管开口处见6×4mm光团并声影,不随体位活动改变”。双侧呈梗阻型肾图。诊断:(1)急性高尿酸血症,(2)急性肾功能衰竭。

治疗经过 入院后控制蛋白摄入量,使用速尿1000mg 1日3次静脉注射,碳酸氢钠1.5g 1日3次口服,青霉素80万u 1日2次肌肉注射。翌晨尿量720ml,恶心呕吐减轻,加用石苇散:石苇30g,车前子、瞿麦、赤茯苓、海金砂、榆白皮、冬葵子各15g,每日1剂。两天后尿量增加,24小时总尿量3180ml,症状明显好转,停用速尿,给予补液,纠正水电解质平衡。1周后尿中排出3×1mm白色结石2块,检查为尿酸盐结石。继续用中药原方加泽泻30g,碳酸氢钠改为1.0g 1日3次口服,22天后查血尿酸降至4.9mg/dl,血肌酐、血钾等均正常,出院门诊随访1年余,复查无异常,血压150/86mmHg。

体会 急性高尿酸血症是由于尿酸盐积于肾脏形成结石,使尿路梗阻,肾脏损害,而引起急性肾功能衰竭,属中医学“石淋”、“关格”范畴,利尿排石是治疗关键。石苇散方中石苇、海金砂清热排石;车前子、瞿麦、赤茯苓利水通淋,冲涤尿石;榆白皮、冬葵子滑利窍道,有利于结石排出。全方具有较强的泻火通淋之功,配合大剂量速尿等西药,使尿酸排出增加,沉积减少,梗阻消除,尿道通畅,肾损改善。

Abstracts of Original Articles

Probing of Allergic Rhinitis Treated by "Bu Qi Gu Biao" Therapy (补气固表法)

Lin Wensen (林文森), et al

ENT Dept, Nankai Hospital, Tianjin

The authors summarized 500 cases of allergic rhinitis treated by "Bu Qi Gu Biao" therapy since 1980. After treatment, long term curative effect was 87%. Moreover, the authors had observed serum IgE, IgA and IgG, plasma cyclic nucleotides, blood flow in nasal mucosa, and ultrastructure of nasal mucosa before and after the treatment in 200 cases. The results indicated that "Bu Qi Gu Biao" therapy could adjust immune function and cyclic nucleotides metabolism in organism, improve blood flow in nasal mucosa tissue, restore or improve cell's shape and function and eliminate partial deposition of immune compound in vascular basement membrane. Therefore, it could control or eliminate the symptoms of allergic rhinitis.

(Original article on page 263)

Clinical Study on "Liver Yang Exuberance Syndrome" (肝阳上亢证)

Weng Weiqiang (翁伟强), et al

TCM Basic Theory Research Section, The First Affiliated Hospital,

Hunan Medical University, Changsha

In order to study the nature of Liver Yang Exuberance Syndrome (LYES), and find new effective drug prescription to treat diseases with the syndrome, the authors chose 97 cases with LYES of hypertension, climacteric syndrome and hyperthyroidism. A clinical study was carried out on different diseases with the syndrome including the stagnancy of Liver Qi (气), excess of Liver Wind and rising of Liver Fire with a new prescription according to TCM theory. While another 83 cases with Yin Deficiency Yang Excess Syndrome (阴虚阳亢证, YDYES) of the same three diseases were employed as control group. The results showed that their total effective rates were 81.4% (in lowering blood pressure), 100% and 88.9% respectively. The marked effective rate of LYES of hypertension group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$), which showed the special characteristics of the TCM syndrome. Before and after treatment, the patients with LYES of the three diseases were examined in certain laboratory tests including function of autonomic nervous system, urinary MHPG-SO₄, CA, plasma cAMP and TXB₂, 6-keto-PGF₁α etc. The similar changes were found in different diseases with the same syndrome. The laboratory results of the cases got markedly improved with the improvement of their symptoms, which showed that these tests had active significance for comprehending the nature of LYES.

(Original article on page 266)

Tinnitus Treated with Combined TCM-WM

Yang Dajun (杨大俊), et al

Dalian Medical College, Dalian

Cases of annoying tinnitus were selected for this observation. They were examined by general physical examination, otoscopy and some of them by audiometry and tinnitus masking patterns test, and/or Ecoch G and BSER. Two groups, TCM-WM and controls, were designed with patient's sexes, ages, severity of tinnitus almost evenly distributed. Different kinds of medicines were given to the