

④ 9-10

## 奔豚气与间歇性腹主动脉异常搏动现象

奔豚气  
腹主动脉  
异常搏动  
诊断

浙江省磐安县医院 陈匡时 (322300)

R246.04

奔豚，即贲豚，最早见于《灵枢·邪气脏腑病形篇》。《难经·五十六难》将奔豚视为“五积”之一，称“肾之积，名曰奔豚”。其发病与肝经密切相关，发作时有气块上攻，发作停止则气块消失，故又称奔豚气。

张仲景在其名著《金匮要略》(奔豚气病脉症治第八)中将该病作了系统阐述。“病有奔豚，有吐豚，有惊怖，有火邪，此四部病皆从惊发得之”。此阐明了奔豚气的病因与精神刺激有关，惊、不单是指惊吓或恐惧，尚应包括喜、怒、忧、思、悲、恐、惊的七情变化。

言其病状“奔豚病从少腹起上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆从惊恐得之”。重申了由惊恐所致的奔豚气是一过性的。发病时，好象有一股气从少腹起上冲咽喉部，患者痛苦得要死，但发作过后，又和正常一样。

“奔豚气上冲胸，腹痛，往来寒热，奔豚汤主之。”说明奔豚发作时除逆气上冲胸部外，尚可有腹痛，往来寒热等症状。该型属热性的奔豚证，当用奔豚汤治之，方药为甘草、川芎、当归、半夏、黄芩、生葛、芍药、生姜、甘李根白皮。

张仲景还列举了两种欲发奔豚的征兆：一是“发汗后，烧针令其汗，针处被寒，核起而未者，必发奔豚”。二是“发汗后，脐下悸者，欲作奔豚”。前者属寒性的奔豚证，治疗上在起赤色核块上各灸一炷，另外再用桂枝加桂汤(桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣)主之。后者为内有水饮欲发奔豚，用茯苓桂枝甘草大枣汤主治。

近年来，笔者在临床中观察到下列一组症候群：患者多为青壮年，尤女性居多。主诉为脐部疼痛或胀痛，痛而喜按，呈间歇性发作，可持续数分钟、数小时乃至数天，病程数天至数年不等。劳累、情绪激动等因素易诱发，多在夜间或休息时发作。并且在疼痛发作时，每例患者都具有一项明显的体征，脐左侧有条索状的波动，即腹主动脉搏动强烈。检查者用手指轻按压患者脐左侧部，就有明显的大血管波动感应

指。典型者，若把听诊器膜件置于其脐左侧时，可见膜件随着波动。腹痛缓解时，这种波动现象也消失或减弱。90%以上患者的心电图表现轻度异常，如左室面高电压、窦性心动过速或过缓，窦性心律不齐或不完全右束支传导阻滞等。在体格检查和实验检查后，排除了肠道、泌尿生殖系统疾患，笔者将上述征象拟为间歇性腹主动脉异常搏动症候群。

在1988年6月至同年10月期间，笔者所接诊的1792名门诊病人中，观察到具有上述症候群的病人有84例，占就诊病人数的4.69%。其中男性28例，占其总例数的33.3%，年龄范围在20—48岁之间，平均年龄29.4%。女性56例，占66.7%年龄在15—45之间，平均年龄在29.8%岁。

治疗上，笔者选择性的应用镇静剂， $\beta$ -受体阻断剂或血管扩张剂，如安定、舒乐安定、心得安、地巴唑等药物，有的加用毛冬青、密环片、谷维素等，女性患者可加用妇乐冲剂，均可取得明显的治疗效果。

间歇性腹主动脉异常搏动症候群，临床上常常被误诊为胃肠炎、胃肠痉挛、尿路感染、尿路结石、盆腔炎、附件炎等疾患。此症候群的患者多系青壮年，尤女性多见，疼痛发作时均有腹主动脉强烈搏动的征象，且呈一过性。90%的患者其心电图有轻度异常表现，而劳累、精神刺激多为诱发因素。故推测可能由于植物神经功能紊乱，而引起心脏血管的收缩舒张功能障碍，或血流速率增加而导致压力波动，从而出现上述症候群。

西医学中也有原发性高动力性综合症，也称高动力性心脏综合症或原发性高心输出量综合症，多见于年青成人，但某些文献中认为男性居多。在休息时常有心输出量增加与周围血管搏动征。大部分病人具有若干项的心脏与呼吸系症状，不到1/3的病例主诉心悸、不典型的胸痛，轻度活动后呼吸困难，端坐呼吸或乏力。心率有加快的倾向，常有不稳定的收缩压升高，脉压显著增大，达50%病例的心电图可显示左心室肥厚，但X线胸部检查心脏与大血管往往无异常发现。心脏听诊收缩期喷射附加音(Ejection

〔临床研究进展〕

⑤ 10-12

## 胃癌前病变微观论治研究进展

山东乳山县人民医院 宫伟星 宋旭日 (264500)

胃肿瘤  
超微结构  
R273.5205 中医药疗法

近年来,应用现代科学技术,将传统的宏观诊断、辨证引入细胞、分子水平,以探索疾病与证候及其康复演变实质,为治疗提供依据,称为“微观论治”<sup>[1,2]</sup>。萎缩性胃炎伴重度肠化或不典型增生称“胃癌前病变”,目前国内对胃癌前病变微观辨证治疗的研究业已取得一定成就和进展,本文作一综述。

### 1 微观研究

1.1 病变形态 临床观察结果表明,慢性胃部病变形态与癌变率之间关系非常密切( $P < 0.01$ )<sup>[3]</sup>。胃镜检查揭示周边隆起的不规则型溃疡、菜花样、糜烂性隆起等,癌变的可能性较大。有人提出大多数微小胃癌是在慢性萎缩性胃炎(CAG)的粘膜或基本正常的粘膜上发生,慢性浅表性胃炎(CSG)也可发生灶性萎缩、异型增生或肠上皮化生,进而有可能癌变<sup>[4]</sup>。

1.2 病理类型 CAG伴肠化和/或异型增生为癌前病变期,癌变率远远高于慢性浅表、糜烂性病变( $P < 0.01$ )<sup>[5]</sup>。异型增生愈重,癌变率愈高;Ⅱ型肠化癌变率显著高于Ⅰ型( $P < 0.05$ )、Ⅲ型( $P < 0.01$ ),说明Ⅱ型肠化与胃癌发生有密切关系<sup>[6]</sup>。癌前病变期的病变不是全部或必然要癌变,80例癌前病变患者追踪观察结果显示,发生癌变19例(23.7%),还有12例(15.0%)逆转为炎性改变<sup>[3]</sup>。

1.3 微量元素 应用质子激发X线荧光分析法对胃癌、癌旁组织和正常胃粘膜的微量元素含量进行分析和比较,发现Cu、Zn、K和P在胃癌组织中含明显高于正常胃;癌旁(为CSG、CAG伴肠化或异

型增生)亦高于正常胃。据Cu和Zn含量绝对值比值(Cu/Zn)计算,正常组与胃癌组间有显著性差异( $P < 0.02$ ),表明Cu/Zn比值变动在胃癌发生中可能有一定意义。值得探讨之点是,癌旁(CSG)组织K、P及Zn的数值接近胃癌,是否可认为癌细胞在向邻近浸润扩散的过程中,虽形态上尚未见到改变,但反映分子生物学水平的微量元素及细胞水平的营养成分与代谢已开始改变<sup>[6]</sup>。此种先于形态学的变化,在胃癌前病变的演变过程中,值得探讨其作为一种组织恶变的化学指标的可能性。

1.4 超微结构 胃癌超微结构的分类,目前一般可分为胃粘膜细胞型、杯状细胞型、吸收细胞型、潘氏细胞型、壁细胞型、主细胞型、内分泌细胞型、鳞状细胞型、未分化细胞型以及一些混合细胞型胃癌。胃癌超微结构研究的重要问题,即要寻找出特异性标志物(marker),将为胃癌细胞的组织发生、癌变过程、分化方向、功能状态以及癌细胞分型与诊断等起重要作用。现已从单纯的形态学转向形态与功能相结合,从进展期胃癌转向早期胃癌和癌前病变的研究<sup>[7]</sup>。

1.5 演变过程 从病变时间观察,病变持续时间愈长,发生癌变的可能性愈大,癌变率随病变时间的延长而显著升高( $P < 0.01$ )<sup>[3]</sup>。从细胞动力学推测,慢性胃部病变到癌变一般需要24年左右,演变过程中每个阶段往往持续数年,而实际演变过程中可因演变到某一阶段发生突变使癌变速度加快,或发生逆转使癌变速度减轻。从形态看,浅表性病变更可演变

clicks)与收缩期杂音常见,也可出现收缩全期杂音。本综合征的原因被认为由于交感神经活动度过高所致。

奔豚气、原发性高动力性综合症,间歇性腹主动脉异常搏动症候群是否即为同一疾患,笔者不敢妄断,但是确实有许多类同之处。在此不揣愚见,抛砖引玉,以期引起商讨和争鸣,求得理论和实践上的统

一认识。

### 参考文献

- [1] 中医研究院. 金匱要略语译. 人民卫生出版社, 1974; 85
- [2] 中山医学院编写组. 内科疾病鉴别诊断学. 人民出版社, 1975; 157