

附表 UC各型患者CD_{62p}、CD₆₃、TXB₂及血小板粘附率变化($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	CD _{62p} (%)	CD ₆₃ (%)	TXB ₂ (ng/L)	血小板粘附率 %
对照组	20	1.9±0.91	1.6±0.87	347.8±42.1	34.7±9.6
I型	6	6.1±3.6△△	4.4±2.6△△	638.1±90.7△△	44.3±10.9△△
II型	7	3.6±2.3△	3.9±2.3△	433.9±88.8△	39.3±6.4△
III型	5	3.5±2.3△	3.8±2.2△	490.5±87.4△	38.9±6.4
IV型	4	3.8±2.6△	3.7±2.4△	437.4±85.1△	37.4±8.7△
V型	5	3.9±2.5△	3.9±2.3△	497.8±89.7△	40.1±8.9△
VI型	7	6.2±3.7△△	4.5±2.7△△	644.8±91.3△△	45.1±11.1△△

与对照组比较,△P<0.05,△△P<0.01

血瘀与血小板活化有密切关系,本研究发现,UC六个证型患者均不同程度存在血小板激活状态,尤以湿热内蕴型和气滞血瘀型明显,血小板活化及其衍生的TXA₂易使血小板聚集,引起高凝状态,阻塞肠粘膜微循环,加重肠粘膜缺氧损伤。另外,TXA₂通过引发局部血管收缩可加重缺血。活化的血小板通过局部释放炎症介质、化学趋化物(如PF₄、PAF)及激活其他炎症细胞,参与肠粘膜炎症过程。P选择素在中性粒细胞粘附分子中起关键作用,血小板内此种抗原的表达使中性粒细胞更易在炎症部位聚集。血小板衍生因子(成纤维细胞和单核细胞的化学诱导剂)从活化的血小板中释放出来,在组织损伤后的修复中起重要作用。以上资料表明,UC各证型均存在血小板激活状态,但程度不同,以湿热内蕴型和气滞血瘀型两实证更为明显,这不仅有利于阐明各证型的实质,而且

在确定治疗处方用药方面具有重要意义。

5 参考文献

- Collins S CE, Cahill MR, Newland AC, et al. Platelets circulate in an activated state in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1994;106(4): 840.
- 中国中西医结合学会. 慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准. *中国中西医结合杂志* 1994; 14(4): 239.
- Sedlmayr P, Grophaupt B, Muntean W. Flow cytometric detection of intracellular platelet antigens. *Cytometry* 1996;23: 284.
- 王新志,李燕梅主编. 特发性结肠炎证治. 天津:天津科技翻译公司,1994: 60.
- Graef V, Baggenstoss AH, Sauer WG, et al. Venous thrombosis occurring in nonspecific ulcerative colitis. *Arch Intern Med* 1966;117(3): 377.

本研究得到济南军区总医院流式细胞室尹格平博士、孙晓明主管技师的无私帮助,特此致谢

糖尿病并发急性颌下腺炎治验1例

李艳梅* 裴瑞霞* 指导:高上林*

胡某,女,65岁,于1997年1月6日初诊。1周前发现左侧颌下有一包块,胀痛。在某医科大学口腔医院就诊,X光片诊断:急性颌下腺炎,静脉点滴青霉素5天,未见好转,让其手术,因患有“糖尿病”,不便手术,特来就诊。左颌下有一约2.0cm×3.0cm大小的包块,推之可动,质中,局部体温稍高,大便稍干,舌质红,苔

薄白,舌体胖,边有齿痕,脉弦数。方用四逆散加味:柴胡10g,甘草10g,枳壳15g,白芍15g,元参30g,牡蛎30g,夏枯草20g,山药50g。6剂。1月13日复诊:左颌下胀痛好转,包块缩小过半,余如初诊,效不更方,前方中加花粉50g,再服6剂。1月20日三诊:包块消失,无胀痛,精神好,二便调,舌质红,苔薄白,脉弦细,停药观察。随访半年,没有复发。该患者患“糖尿病”多年,素体阴虚,热郁肝胆,并发急性颌下腺炎,故以四逆散加味,升阳解郁,和里清热,豁然而愈。

* 西安市中医医院(710001)

收稿日期:1997-09-18