

比较, 经t检验均无显著性差异($P>0.05$)。

讨 论

一、PLC出现肝癭线时已多属中、晚期。肝癭线组全血粘度、血浆粘度、红细胞压积、血沉、血沉方程K值、红细胞电泳、纤维蛋白原值明显地高于健康人组, 表明患者血液处于高度的浓、粘、聚、凝状态, 是形成肝癭线的病理基础。这可能由于肝癌细胞常沿门静脉分支侵入其它肝实质增殖, 压迫血管网, 使之畸形、闭塞, 甚则压迫门、肝静脉, 造成门静脉高压, 并且破坏肝功能, 使Kupffer细胞清除能力下降, 异常蛋白大量增多, 在脉管内形成网状结构, 遮蔽红细胞表面负电荷, 造成红细胞易于相互迭合聚集⁽⁶⁾, 致使全身血液粘度增加, 血流缓慢不畅。同时还造成血液缺氧, 代谢产物堆积, 某些毒素刺激血管壁, 使毛细血管脆性增加, 通透性升高, 血液易渗出血管外凝固、沉着, 因此肝癭线又可能是PLC长期瘀血后继发性变化, 属于中医学的“恶血”范畴⁽⁷⁾。

二、舌是人体的外露器官, 由于舌固有层血管丰富薄脆而浅表, 故其在瘀血后继发出血形成显而易见的肝癭线。实际上PLC与肝硬化关系密切, 门静脉高压是常见的症候群, 它不仅通过食道静脉、上腔静脉等影响舌微血管网, 还影响腹腔内各脏器血管。解剖发现这时门静脉所容纳的各静脉群均有不同程度的出血、渗

出, 如胃肠粘膜呈胶冻样外观, 腹腔内大量腹水等现象⁽⁸⁾。因此, 肝癭线也可能只是全身微循环障碍的局部表现。

三、PLC伴高纤维蛋白血症日益受到重视, Sherlock认为PLC患者纤维蛋白原增高可能与肝癌有异常蛋白合成有关⁽⁹⁾。本文测定结果提示肝癭线组纤维蛋白原平均值约高于健康人组1.7倍。因此对有PLC临床症状而AFP阴性者, 可否参考纤维蛋白原值升高和肝癭线出现, 作为中西医结合辅助判别条件之一。

参 考 文 献

1. 童国璋, 等。原发性肝癌舌诊特征的发现。福建中医药 1962; 7(6): 7.
2. 江苏省启东县合丰公社医院。舌两侧青紫斑块与肝癌关系的观察。新医药学杂志 1975; 16(9): 390.
3. 徐 飞, 等。213例癌症病人的舌质改变分析。中西医结合杂志 1984; 4(1): 28.
4. 《实用肿瘤学》编辑委员会。实用肿瘤学。第二册。第1版。北京: 人民卫生出版社, 1979: 125.
5. 阮景辉, 等。血液流变学、细胞电泳的正常值及其技术误差。福建医药杂志 1981; 3(3): 40.
6. 梁子钧。血液流变学及其在医学临床上的应用。生理科学进展 1979; 10(4): 306.
7. 中医研究院, 等。中医名词术语选释。第1版。北京: 人民卫生出版社, 1980: 104.
8. 武汉医学院, 等。病理学(病理解剖学分册)。第1版。北京: 人民卫生出版社, 1983: 188.
9. Sherlock S. Systemic effect diseases of the liver and biliary system. 5th ed. London: Blackwell, 1975: 677.

“临床科研设计、衡量、评价讲习班”在京举办

中国中西医结合研究会于1987年6月29~7月11日在北京举办了“临床科研设计、衡量、评价(DME)讲习班”, 由富有科研和教学经验的中山医科大学的侯灿教授、广州中医学院DME国家培训中心副主任赖世隆副教授担任主讲。学员为来自全国的35名教授、副教授、主任、主治医师和科研处长等。

DME是近年来国际上临床医学领域中一门新兴学科, 因此在学习过程中, 学员们表现出极大的兴趣与

热情, 针对讲课进行热烈地讨论及答疑, 并能结合专业杂志发表的论文进行分析, 找出问题, 从而提高了实际科研设计能力和对科研成果评价的能力。学员们表示, 回到原单位后要积极宣传、普及DME, 进一步提高中医、中西医结合临床科研水平和医疗质量, 并希望总会继续举办DME学习班, 也建议总会成立DME分会。

(钟 希)