

# 中西医结合治疗重度少弱精症 55 例

杨文涛<sup>1</sup> 李群生<sup>1</sup> 乔飞<sup>1</sup> 金鑫<sup>1</sup> 梁文涛<sup>1</sup> 李锡主<sup>2</sup>

(1. 广西中医学院附属瑞康医院男科, 广西南宁 530011; 2. 玉林市中医院男科, 广西 玉林 537000)

**摘要:**目的: 观察中西医结合治疗重度少弱精症的临床疗效。方法: 将重度少弱精症患者按病因分为精索静脉曲张(VC)、慢性前列腺炎(CP)、非淋菌性尿道炎(NGU) 3 组, 每组都用中西医结合治疗 1 个疗程后观察疗效。结果: 精索静脉曲张组 25 例, 有效率为 96%、慢性前列腺炎组 12 例, 有效率为 83.3%、非淋菌性尿道炎组 18 例, 有效率为 94.4%。结论: 结合患者病史, 寻找并解除导致重度少弱精症的病因后, 进一步进行中西医治疗以恢复睾丸、附睾生精功能是重度少弱精症临床诊疗思路。

**关键词:** 中西医结合治疗; 重度少弱精症; 精索静脉曲张; 慢性前列腺炎; 非淋菌性尿道炎

中图分类号: R256.56 文献标识码: B 文章编号: 1000-1719(2011)01-0121-03

## Clinical Observation of 55 Cases on the Combined Treatment of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine for Severe Small and Weak Sperm

YANG Wen-tao LI Qun-sheng QIAO Fei JIN Xin LIANG Wen-tao LI Xi-zhu

(1. Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi College of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530011, Guangxi, China;  
2. Yu Lin Hospital of TCM, Nanning 530000, Guangxi, China)

**Abstract:** Objective: Observe clinical combined methods of treatment of traditional Chinese and Western medicine severe small and weak sperm curative effect. Methods: The patient divides severe small and weak sperm into three set according to cause of disease in order the varicocele (VC), chronic prostatitis (CP), nongonococcal urethritis (NGU). Every set uses combined methods of treatment of traditional Chinese and Western medicine to observe a curative effect after a course of treatment. Results: The varicocele forms 25 examples effective rate 96%. Chronic prostatitis forms 12 examples effective rate 83.3%. nongonococcal urethritis forms 18 examples effective rate 94.4%. Conclusion: Union patient medical history, Seek and relieve the cause of disease queen who leads to severe small and weak sperm. Integration of Chinese and western medicine further in progress treats to restore testiculus, that the epididymis grows the essence function is that little serious extremely weak the essence disease diagnoses a train of thought clinically.

**Key words:** treatment of Chinese and western medicine; severe small and weak sperm; Varicocele; chronic prostatitis; nongonococcal urethritis

少弱精子性不育症是男科临床的常见病, 而重度少弱精子症是仅次于无精子症造成男性不育最棘手的问题<sup>[1]</sup>。为了更科学地评估中西医结合治疗重度少弱精子性不育症的疗效, 笔者采用 2002 年国内最新分度诊断标准和分度疗效标准, 对 2006 年 3 月—2008 年 8 月共 55 例重度少弱精子性不育症的患者进行中西医结合治疗, 取得理想效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

1.1.1 来源 患者均为本院男科门诊病人, 按照诊断标准选择病例, 共 55 例。

1.1.2 一般情况 精索静脉曲张所致不育 25 例 (45.45%), 慢性前列腺炎所致不育 12 例 (21.82%), 非淋菌性尿道炎所致不育 18 例 (32.73%); 患者年龄 23~43 岁, 平均 33 岁。不育时间 2~10 年, 平均 6 年。患者第二性征及外生殖器发育正常, 双侧睾丸容积 15~25 mL, 平均 20 mL。附睾及输精管触诊正常。55 例患者全身检查无内分泌疾病、代谢性疾病、传染病、

结核病、肝肾疾病、精神病及遗传性疾病。

1.1.3 分度诊断标准 重度少精子症是指禁欲 48h~7 天一份精液电脑分析后精子密度  $< 5 \times 10^6 / \text{mL}$ 。重度弱精子症是指禁欲 48h~7 天一份精液电脑分析后慢速向前运动的精子 (B 级) + 非前向运动精子数量 (C 级)  $< 30\%$ , 其中快速向前运动的精子 (A 级) 为零<sup>[2]</sup>。

1.1.4 三病因的诊断标准 按照世界卫生组织人类生殖特别规划处, 不育研究组制定的精索静脉曲张、慢性前列腺炎、非淋菌性尿道炎不育的诊断标准为临床检查有精索静脉曲张、慢性前列腺炎、非淋菌性尿道炎, 同时伴有精液分析异常, 在诊断精索静脉曲张、慢性前列腺炎、非淋菌性尿道炎之前, 必须排除不育夫妇其他引起不育的原因。

1.1.5 实验诊断 精子密度和精子活力采用伟力精液电脑分析系统检测, 患者检查前均禁欲 48h~7 天。手淫或电动取精, 精液量 0.8~6 mL, 平均 3.4 mL。所有患者都诊断为重度少或弱精子症 (精子密度  $< 5 \times 10^6 / \text{mL}$  或 B 级 + C 级精子数量  $< 30\%$ , 其中 A 级精子为零)。其中精索静脉曲张组 25 例 (45.45%), 慢性前列腺炎 12 例 (21.82%), 非淋菌性尿道炎 18 例 (32.73%)。

收稿日期: 2010-05-05

作者简介: 杨文涛 (1972-) 男, 山东德州人, 副教授, 博士, 研究方向: 男科学专业。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 精索静脉曲张组 所有病人都采用经腹膜后精索静脉高位结扎术(改良 Palomo 术),术后对症抗感染治疗 1 周,中药以经验方壮精逐瘀煎(熟地 20g,茱萸肉 20g,黄精 20g,淮山药 20g,茯苓 15g,益母草 15g,枸杞子 15g,菟丝子 20g,杜仲 15g,淫羊藿 15g,丹参 15g,川断 15g,五味子 10g,车前子 10g,当归 10g)内服,用法是每日 1 剂煎汤 2 次内服,或者用免煎中药开水冲服日 2 次 3 个月 1 个疗程。

1.2.2 慢性前列腺炎组 选择喹诺酮类抗生素联合中医辨证治疗,1 个月为 1 个疗程,直到患者症状基本消失或者 EPS 常规检查白细胞相对减少,然后内服壮精逐瘀煎(同前)。

1.2.3 非淋菌性尿道炎组 所有患者均根据药敏实验采用静滴或者口服抗生素和口服清热利湿通淋中成药宁泌泰胶囊半月,直到复查结果转阴为止,然后口服壮精逐瘀煎(同前)。

### 1.3 统计学处理

采用 SPSS 11.0 统计分析软件统计分析。计量资料数据采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料采用 *t* 检验。

## 2 结果

### 2.1 疗效判断标准

- ①治愈妊娠:患者妻子停经 45 天以上,尿或血中 HCG 测试阳性或经 B 超检查证实已妊娠或已分娩者。
- ②显效:重度少精子症治疗后达到轻度少精子症标准,即密度为(10~20) × 10<sup>6</sup>/mL;重度弱精子症治疗后达到轻度少精子症标准,即 A 级 + B 级精子 30%~50% 或 A 级精子 10%~25%。
- ③有效:重度少精子症治疗后达到中度少精子症标准,即密度为(5~10) × 10<sup>6</sup>/mL;重度弱精子症治疗后达到中度少精子症标准,即 A 级 + B 级精子 30%~50%,其中 A 级精子 < 10%。
- ④无效:治疗前后无明显变化或精子密度与精子质量提升率均 < 30%。治愈妊娠率 + 显效率 + 有效率 = 总有效率。

治疗结果见表 1~2。

表 1 3 组重度少弱精子症治疗前后精液检查结果对比

组别	例数	前后对照	精子密度 (10 <sup>6</sup> /mL)	A 级精子 (%)	B + C 级精子 (%)	P 值
精索静脉曲张	25	治疗前	2.21 ± 1.15	0	15.26 ± 13.29	< 0.05
		治疗后	20.51 ± 9.24	25.23 ± 12.14	46.59 ± 16.28	
慢性前列腺炎	12	治疗前	3.34 ± 1.10	0	18.26 ± 10.34	< 0.05
		治疗后	22.51 ± 5.43	24.53 ± 10.38	50.33 ± 9.69	
非淋菌性尿道炎	18	治疗前	1.21 ± 1.02	0	13.26 ± 11.84	< 0.05
		治疗后	21.51 ± 6.24	26.36 ± 13.63	56.59 ± 9.07	

表 2 3 组疗效比较(n = 55)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
精索静脉曲张组	12	8	3	2	96
慢性前列腺炎组	7	2	1	2	83.3
非淋菌性尿道炎组	10	5	2	1	94.4

### 2.2 结果

精索静脉曲张组 25 例,有效率为 96%、慢性前列腺炎组 12 例,有效率为 83.3%、非淋菌性尿道炎组 18 例,有效率为 94.4%。

## 3 讨论

不育问题已经成为一个影响婚姻和家庭的世界性问题<sup>[1]</sup>。男性因素所造成的不孕近年来有上升趋势,

解决男性不育问题是确保男性生殖健康的重要前提,而不育症中少弱精子症又占了约 3/4 比例。其中重度少弱精子症是仅次于无精子症造成男性不育最棘手的问题。由于该病的病因复杂多样,因此目前治疗难度很大<sup>[3]</sup>。

少弱精子症病因十分复杂,肯定影响因素有:生殖道感染、免疫因素、精索静脉曲张、内分泌因素、精浆异常、全身性疾病、医源性疾病、先天性疾病和其它因素,从事高温、放射职业和接触化学毒物等职业以及吸烟、饮酒及药物因素<sup>[4]</sup>。另外,还有不明原因的即特发性少弱精子症。

因为病因如此复杂,目前临床和民间极易忽略发病原因而单纯经验用药或追求偏方疗效欠佳,所以积极寻找病因才是解决问题的根本。中医从宏观辨证,微观性差,尤其是对一些无症状可辨的患者只能经验性的补肾健脾养血治疗。因此,笔者认为重度少弱精子症的治疗主要是结合病史,消除可能导致少弱精子症的各种因素。传统的中药治疗,虽然治其本,副作用小,但疗程较长,疗效较慢;单纯的西药治疗疗效较差,副作用较大;中西医结合治疗在中药治疗的同时,配以具有杀菌、抗炎、溶解为一体的西药,既对中药起到协同治疗的作用,又缩短了疗程,且明显提高了临床妊娠率<sup>[5]</sup>。

本研究只对临床最为常见的三病因所致重度少弱精子症进行治疗观察,其中精索静脉曲张组 25 例,采用腹膜后精索静脉高位结扎术,手术彻底解除:①睾丸温度增高;②精索静脉内压力升高;③睾丸局部缺氧与 pH 值改变;④肾上腺和肾静脉内的物质反流;⑤睾丸内分泌障碍;⑥病理学变化;⑦睾丸血流动力学改变;⑧免疫反应与不育<sup>[6]</sup>。再用以补肾活血强精立法,自拟壮精逐瘀煎一方治疗,经临床研究显示该方可明显改善睾丸及附睾生精功能,提高精液的质量,增加受孕率,结果该组有效率达 96%。

慢性前列腺炎组 12 例,非淋菌性尿道炎组 18 例,这两组都属生殖道感染,尤其是后者,随着对非淋菌性尿道炎的深入研究,各种引起非淋菌性尿道炎的病原体对精液的影响也愈来愈引起人们注意,然而无症状感染非淋菌性尿道炎患者常被忽视危害极大。许多研究表明,支原体和衣原体均可以改变精液的正常成分,阻碍精子的生理活动。其中感染的精液果糖含量降低和 NO 介导的精子杀伤是不育的重要原因<sup>[7]</sup>。本组 18 例患者根据敏感抗生素杀菌祛除病因,再用壮精逐瘀煎恢复并加强生精功能,临床疗效显著有效率为 94.4%。慢性前列腺炎是青壮年男性常见的附属性腺感染性疾病,CP 可以通过微生物病原体的作用直接或间接影响男性性腺的发育、精子的输送管道、促使睾丸生精细胞凋亡等多种途径,导致精液参数改变及破坏精子的生成,从而降低了男性的生育能力引起男性不育<sup>[8-9]</sup>。同时,微生物病原体对前列腺腺体的破坏,导致前列腺分泌功能减退,由前列腺分泌的各种物质包括锌、磷脂酶 A2(PLA2)等减少,导致精浆成分的改变、精液液化时间延长等,也引起男性的不育。有文献报道:人精液中 PLA2 由前列腺上皮细胞分泌,不仅与精子的成熟及获能过程有关,还直接参与了顶体反与男性生殖能力密切相关<sup>[10-11]</sup>。本组 12 例患者采用中西医结合治疗效果满意,有效率为 83.3%。

# 中西医结合对亚急性皮肤型红斑狼疮 抗核抗体表达影响的临床研究

李晓莉<sup>1</sup> 李文忠<sup>2</sup> 罗涛<sup>2</sup>

(1. 荆楚理工学院医学院, 湖北 荆门 448000; 2. 荆楚理工学院附属医院, 湖北 荆门 448000)

**摘要:**目的: 观察 ANA 表达在治疗前后的变化, 分析本疗法对 ANA 表达和病情的作用。方法: 全部病例随机分为两组, 对照组 10 例常规给予硫酸羟氯喹片口服, 治疗组 12 例给予中西医结合疗法, 1 个疗程(30 天)后判定结果。结果: 1 个疗程(30 天)后, 治疗组 ANA 检测阳性率明显低于对照组( $P < 0.05$ ), 两组不良反应发生率也有明显的差异( $P < 0.05$ )。结论: 采用中西医结合疗法, 具有养阴补血、补气固表、凉血解毒、温壮肾阳的功效, 可以有效地抑制 ANA 的生成、减少组织损害的发生, 同时可以增强组织细胞的耐受力、减少治疗过程中的药物不良反应。

**关键词:** 中西医结合; SCLE; ANA; 自身免疫抗体

**中图分类号:** R593.24 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-1719(2011)01-0123-02

红斑狼疮是一组多见于 15~40 岁的育龄期女性, 男女之比约为 1:9; 临床上有多种表现的, 侵犯机体多系统、多脏器的病谱性自身免疫性结缔组织病; 可分为盘状红斑狼疮、亚急性皮肤型红斑狼疮和系统性红斑狼疮等亚型<sup>[1-2]</sup>。亚急性皮肤型红斑狼疮(简称 SCLE)占红斑狼疮总发病率的 10%~15%, 患者常有不同程度的低热、乏力、肌痛和关节酸痛, 多数对光敏感, 但肾和中枢神经系统等极少受损; 其临床表现、实验室检查、预后等均介于盘状红斑狼疮与系统性红斑狼疮之间; 各项检查的阳性率、异常程度略高于播散型盘状红斑狼疮, 抗核抗体(简称 ANA)的阳性率约为 50%; ANA 表达与病情和预后有关联<sup>[1]</sup>。

本文采用中西医结合疗法治疗亚急性皮肤型红斑狼疮 22 例, 观察 ANA 表达在治疗前后的变化, 分析本疗法对 ANA 表达和病情的影响作用, 报道如下。

## 1 临床资料

观察的病例为 2007 年 3 月—2009 年 5 月在本院门诊及住院患者, 全部病例均符合 2002 年国际风湿病学会修订的风湿病诊断标准。其中女 19 例, 男 3 例, 年龄 17~72 岁, 平均 47 岁。22 例随机分为两组,

治疗组 12 例, 对照组 10 例, 治疗组女 11 例, 男 1 例, 对照组女 8 例, 男 2 例。

## 2 治疗方法

对照组常规给予硫酸羟氯喹片口服, 剂量和疗程为成人每日 0.4g, 分 1~2 次服用, 连续服用 30 天为 1 个疗程。治疗组给予中西医结合疗法, 中药方剂选自赵炳南方, 针对不同的病例分型论治、辨证加减; 药用: 黄芪 30g, 黄精 15g, 鸡血藤 30g, 秦艽 30g, 乌梢蛇 6g, 丹参 30g, 莲子心 12g, 玉竹 9g, 白人参 6g, 白芍 15g, 当归 15g, 女贞子 30g, 熟地 30g, 川连 6g。每日 1 剂, 水煎服, 30 天为 1 个疗程; 同时口服硫酸羟氯喹片口服, 剂量和疗程与对照组相同。1 个疗程(30 天)后判定结果。

**抗核抗体检测:** 采用间接免疫荧光法, 试剂用欧蒙(德国)医学实验诊断股份有限公司生产的 Hep-2 和猴肝生物印片马赛克 ANA 间接免疫荧光法检测试剂盒, 操作过程按照说明书进行。结果判断: 荧光显微镜下在细胞核或浆位置可见清晰的特异性荧光时, 而且滴度 1:100 以上, 判断为有效阳性。

**统计学处理:** 用 SPSS 11.0 统计软件包分析资料,

综上, 对重度少弱精子症患者进行病因分析的主要目的在于判断预后、指导治疗。重度少弱精子症病因复杂, 治疗难度很大。本研究结合患者不育病史, 寻找并解除可能导致重度少弱精子症的病因后, 进一步采用中西医结合治疗以恢复睾丸附睾生精功能, 促使精子成熟, 二者优势互补, 为提高临床疗效寻找更科学有效的途径, 这将是重度少弱精子症临床诊疗思路。

## 参考文献

[1] 覃湛. 中西医结合治疗少弱精子症 32 例[J]. World Health Digest, 2007, 4(1): 2.  
 [2] 杨建华. 实用男性不育诊疗学[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2002: 131-133.  
 [3] DadaR, GuptaNP, KucheriaK. Molecular screening for Yq microdeletion in men with idiopathic oligozoospermia and azoospermia[J]. J Biosci,

2003, 28(2): 163-168.  
 [4] 熊承良, 吴明章, 刘继红, 等. 精子学[M]. 武汉: 湖北科技出版社, 2001: 61-62, 150-151, 278-285.  
 [5] 翟旭, 方永星, 贺延飞, 等. 中西医结合治疗男性不育症临床分析[J]. 北京中医, 2005, 24(5): 261-263.  
 [6] 罗丽兰. 不孕与不育[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 630, 646-648, 669-674.  
 [7] 吴辉文, 朱斌. 解脲支原体感染病人的精液分析[J]. 中华男科学, 2002, 8(4): 305-307.  
 [8] 郭应禄, 李宏军. 前列腺炎[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002: 413-426, 470-480.  
 [9] 顾方六. 现代前列腺病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 593-610.  
 [10] KALLAJOKIM, ALANEN K A, NEVALAINEN T J. Group II phospholipase A2 in human male reproductive organs and genital tumors[J]. Prostate, 1998, 35(4): 263-272.

收稿日期: 2010-05-05

作者简介: 李晓莉(1976—), 女, 湖北荆门人, 讲师, 博士, 研究方向: 中西医结合内科。

【11】 王书奎, 黄宇烽. 男性不育病人精液中磷脂酶 A2 的测定及其临床意义[J]. 中华男科学, 2003, 9(2): 90-93.