

检查与治疗前无明显改善;无效;治疗后症状无变化或加重,肾功能检测无变化或加重。

3.2 治疗结果:治疗组显效10例,有效21例,稳定12例,无效3例,总有效率67.4%;对照组显效3例,有效5例,稳定8例,无效7例,总有效率37.8%。治疗组总有效率高于对照组。两组比较有显著差异( $\chi^2=7.0754, P<0.05$ )。

3.3 两组治疗前后肾功能指标比较:见表1。

表1 两组治疗前后肾功能指标比较

组别	BUN(mmol/L)	Scr( $\mu$ mol/L)	Ccr(ml/min)
治疗组 治疗前	17.6±6.8	394.9±156.5	23.9±9.2
治疗组 治疗后	14.1±5.9 <sup>1),2)</sup>	310.8±149.6 <sup>1),2)</sup>	26.4±12.3 <sup>1),2)</sup>
对照组 治疗前	16.8±7.4	383.1±154.3	24.5±11.6
对照组 治疗后	15.3±7.0	368.7±162.7	25.4±13.1

注:1)与治疗前比较,  $P<0.05$ ; 2)与对照组比较,  $P<0.01$ 。

#### 4 病案举例

张某,男,82岁,2002年5月13日初诊。患者有双侧多囊肾病史数十年,出现乏力、纳差、腰膝酸困3个月,未予注意。近日来病情明显加重,双下肢水肿,遂来求治。现症:面色晦暗,头晕乏力,腰膝酸软,胃脘痞满,有呕恶感,不欲饮食,口淡不渴,夜尿增多,双下肢轻度水肿,舌体胖,质淡暗,脉沉细。实验室检查:血常规:白细胞:  $4.9 \times 10^9/L$ , 红细胞  $2.43 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白  $72g/L$ ; 尿常规:蛋白(+), 红细胞(+), 白细胞0—2个/HP; 肾功能检查: Scr  $609\mu$ mol/L, BUN  $31.41$ mmol/L, CO<sub>2</sub>-CP  $16$ mmol/L, 尿微量白蛋白  $25.6$ mg/L; B超提示:双肾多发性囊肿、双肾萎缩。诊断为慢性肾功能衰竭,肾功能衰竭期,合并肾性贫血、代谢性酸中毒。辨证为脾肾气虚,湿浊阻滞。治以健脾益肾,补益气血,利湿化浊。药用:党参、茯苓、生地、山药各15g,黄芪30g,白术、山萸、车前子(包)、枳实、厚朴、大黄(后下)、红花各10g,苡仁20g,砂仁(后下)、炙甘草各6g。每日1剂水煎服,日2次。中药灌肠,隔日一次,并予口服双克25mg,日2次;重组人红细胞生长素2100IU,皮下注射,每周3次。守上方加减服药1月后患者自觉症状明显好转,乏力、头晕明显减轻,水肿消退,饮食增加,复查Scr  $416\mu$ mol/L。经治疗1疗程后患者无明显不适感,各项指标检查如下:血常规:红细胞:  $4.6 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白:  $10.8g/L$ ; 尿常规:蛋白(+), 隐血(-); 肾功能: Scr  $258\mu$ mol/L, BUN  $8.9$ mmol/L, 二氧化碳结合力  $20$ mmol/L, 尿微量白蛋白  $16.9$ mg/L。继用上法巩固治疗1个疗程,病情稳定。

#### 5 讨论

慢性肾功能衰竭类似于中医学的“关格”、“肾劳”、“肾风”、“癃闭”、“溺毒”等病,其病因可由先天不足、外邪侵袭、饮食不

节、情志失调、肾病失治误治等引起,其病理特点为正虚邪实,正虚即脏腑气血虚弱,尤以脾肾虚衰为著;邪实乃湿浊毒邪壅阻,困遏脾肾,致清气不升,浊气不降,最终成阴阳离决之势。其临床分期为代偿期、失代偿期、肾功能衰竭期、尿毒症期。我们观察虽然在各期有着其不同特征的证型;代偿期和失代偿期以脾肾气虚为主;肾功能衰竭期以脾肾虚衰为主,兼有浊邪;尿毒症期正虚邪实并重,脾肾虚衰更重,湿浊毒邪泛滥,但正虚、邪实是疾病的本质,脾肾虚衰、湿浊毒邪壅阻贯穿于疾病的始终。所以慢肾衰的治疗以扶正祛邪为总则,以健脾益肾、补益气血、祛湿化浊为常法。基本方中以党参、黄芪、茯苓、白术、炙甘草健脾利湿、补益气血;生地、山药、山萸合用乃补肾之要药,可补肾固精,配黄芪可补肾之阴阳,增强肾的气化及分泌浊功能;车前子、苡仁、砂仁淡渗利湿、芳香化浊;厚朴、大黄荡涤肠胃、除满泻浊,全方共奏补益脾肾、祛湿化浊之功,使脾胃健、肾气复,清气得升,浊气得降,则气机调达,疾病获得转机。现代药理研究认为,黄芪能明显提高细胞和体液免疫功能,促进骨髓造血功能,并能明显改善肾功能,降低肌酐。大黄对机体氮质代谢具有良好影响,能缓解残余肾的高代谢状态,抑制肾小球系膜细胞增殖和残余肾的肥大,并有抗炎、抗凝与免疫调节等多种作用<sup>[3]</sup>。

笔者临床体会到,中医治疗慢肾衰的重点应放在失代偿期与肾功能衰竭期这两个阶段,因为从目前来说无论中、西医均没有找到治疗慢肾衰的很有效的方法,其病情的演变必然是或快或慢地从代偿期向尿毒症期发展,而通过药物的治疗只能是阻止和延缓疾病发展的速度。在代偿期由于基本没有临床表现,患者很少来医院诊治;一旦进入尿毒症期,虽然中、西药的治疗能改善症状,但患者最终要选择透析疗法以维持生命或进行肾移植。所以我们中医治疗的重点应放在失代偿期和肾功能衰竭期,通过临床观察证实,这两个阶段也是中医治疗慢肾衰最具有优势的阶段,不仅能减轻症状,也能改善各项检验指标,延缓病情朝尿毒症期方向发展的速度,阻止肾功能的进一步恶化,从而达到提高患者生命质量和延长生存期的目的。

#### 参考文献

- [1] 王海燕. 肾脏病学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 1385—1386
- [2] 时振声. 时氏中医肾脏病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997. 269—270
- [3] 王永钧, 徐琳, 程晓霞, 等. 尿毒净治疗慢性肾功能衰竭的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1996, 16(11): 649

(收稿日期: 2006-09-30)

## 康精汤治疗精液不液化症的临床观察

黄源鹏 福建中医学院(350003) 吴锦发 厦门大学附属中山医院(361004)

关键词: 康精汤/精液不液化 男性不育症

[基金项目] 厦门市卫生局科技项目 WSK0526。

精液不液化是导致男性不育症的常见原因之一, 据统计, 约占男性不育症原因的 25.1%—42.65%<sup>[1]</sup>。我们从 2004 年 1 月至 2006 年 8 月, 采用自拟的康精汤治疗精液不液化症 31 例, 取得较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择: 参照《实用男性疾病诊断治疗学》<sup>[2]</sup> 制订纳入标准。

1.1.1 纳入标准: 婚后同居 1 年以上, 性生活正常, 未采取避孕措施, 排除女方不孕因素, 同时精液检查 30min 以上不液化者。精液不液化合并少精症, 或弱精症者纳入治疗范围。

1.1.2 排除标准: 合并性功能障碍、无精子症、免疫性不育以及对本药过敏者。

1.1.3 剔除标准: 不符合纳入标准, 未按规定用药, 无法判断疗效, 或资料不全等影响疗效判断者。

1.2 一般资料: 入选病例共 61 例, 按就诊顺序编号, 由 SPSS 统计软件产生随机号, 随机分为治疗组和对照组。治疗组 31 例: 年龄 20—41 岁, 平均 30.29±8.6 岁; 不育时间 3.7±1.9 年; 合并前列腺炎者 15 例, 精索静脉曲张者 5 例。对照组 30 例: 年龄 21—40 岁, 平均 29.76±9.5 岁; 不育时间 3.2±2.1 年; 合并前列腺炎者 13 例, 精索静脉曲张者 6 例。

两组年龄、病程、并发症等临床资料无显著性差异 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组: 服用中药康精方, 药物组成: 地龙 15g, 水蛭粉 (包, 冲服) 3g, 桃仁 10g, 巴戟天 12g, 生地黄 12g, 黄柏 12g, 车前子 15g, 瞿麦 12g, 每日 1 剂, 水煎早晚分 2 次温服。

2.2 对照组: 服用知柏地黄汤 (《医宗金鉴》方)<sup>[3]</sup>, 药物组成: 熟地黄 24g, 山茱萸、山药各 12g, 泽泻、茯苓、牡丹皮各 9g, 知母、黄柏各 10g, 每日 1 剂, 水煎早晚分 2 次温服。

两组服药期间, 禁烟酒, 不吃或少吃辛辣肥甘厚腻之品, 多进蔬菜和水果, 睡眠时间充足, 保持大便通畅, 合理控制性生活。4 周为一疗程, 连续观察 2 个疗程, 每个疗程结束后进行精液分析检查。合并前列腺炎者加用喹诺酮类抗生素等药物治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准: 参照文献<sup>[2]</sup> 标准拟定。治愈: 精液液化时间不超过 30min, 或女方已妊娠; 有效: 精液完全不液化时间转为液化时间在 60min 以内, 或精液液化时间比原来缩短 40 分钟以上; 无效: 未达有效标准。

3.2 治疗结果: 表 1 结果显示, 经第 1 疗程治疗后治疗组的治愈率和总有效率均显著优于对照组 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。表 2 结果显示, 经第 2 疗程治疗后治疗组的疗效更明显, 治愈率和总有效率显著优于对照组 ( $P < 0.005$ )。

表 1 两组治疗后第 1 疗程结果的比较 例(%)

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	31	13(41.94)	12(38.71)	6(19.35)	80.65
对照组	30	5(16.67)	9(30.00)	16(53.33)	46.67

注: 治愈率  $\chi^2 = 4.680, P < 0.05$ ; 总有效率  $\chi^2 = 7.634, P < 0.01$ 。

表 2 两组治疗后第 1 疗程结果的比较 例(%)

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	31	19(61.29)	10(32.26)	2(6.45)	93.55
对照组	30	7(23.33)	10(33.33)	13(43.33)	56.67

注: 治愈率  $\chi^2 = 8.982, P < 0.005$ ; 总有效率  $\chi^2 = 9.283, P < 0.005$ 。

4 讨论

正常的精液液化过程是精液凝固和液化两种不同机制共同作用的结果, 它受多种因素的影响。

精液中的凝固因子主要来源于精囊腺主细胞的分泌颗粒产生和分泌的一种多型蛋白抗原, 如 Semenogelin。液化因子主要来源于前列腺的腺泡和腺管上皮细胞合成和分泌的蛋白酶系, 包括透明质酸酶、糜蛋白酶等。

当前列腺分泌活动降低时酶活性减低, 液化和凝固因子间的平衡被打破, 凝固因子在精液中相对占优势, 精液表现为液化迟缓或不液化<sup>[4]</sup>。

精液不液化症属于中医精滞、淋证、白浊等范畴, 中医学认为, 肾藏精, 主生殖, 精液为肾中之阴, 阴精不足则生内热, 热灼精室, 精浊不化或下焦湿热, 炼液为痰, 瘀阻于络中, 精液粘稠不液化。

笔者通过临床观察, 认为精液不液化症基本病机为痰瘀阻络, 肾虚湿热。

经多年临床反复实践, 创拟康精汤治疗本病, 取得较好疗效。自拟的康精方中地龙、地鳖虫为血肉有情之物, 又有动跃攻冲之性, 能深入隧络, 攻剔痼结之瘀阻, 旋转阳动之气, 更兼桃仁活血祛瘀之功; 巴戟天、山茱萸滋阴补肾, 调节肾脏阴阳平衡, 促进精液液化; 黄柏配合车前子、瞿麦清利下焦湿热。全方通络活血、补肾清热, 通补泻兼施, 配伍合理, 紧扣本病的基本病机, 体现中医辨证求因、治病求本的学术思想。

现代药理研究, 地龙等药含有使精液液化的生物活性酶, 能够改善微循环, 改善精液粘稠度; 巴戟天等药能够改善液化内环境, 提高精子数量和质量; 黄柏等药具有改善附性腺的炎性状态, 促进其分泌精液液化因子功能的恢复。

临床观察结果表明, 采用康精汤治疗精液不液化症能够取得较好的疗效。

(本文承蒙导师福建中医学院杜建教授的指导, 特此致谢)  
参考文献

[1] 罗丽兰. 不孕与不育. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 546—560  
[2] 郭瑞林. 实用男性疾病诊断治疗学. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 138—141  
[3] 许济群. 方剂学. 上海: 上海科学技术出版社, 1985. 104  
[4] 应俊, 姚德鸿. 尿激酶治疗高黏稠度精液的临床研究. 中国男科学杂志, 2002, 16(2): 105

作者简介:

黄源鹏, 1969 年出生, 副主任医师, 现在厦门大学附属中山医院中医科工作, 福建中医学院 2004 级博士研究生 (在职)。

(收稿日期: 2006-11-30)