

思路与方法

中药治疗精液不液化的研究思路

金 维 新*

主题词 精液/药物作用

@精液不液化 不育症,男性/病因学

1 精液不液化的病因病机

离体精液在室温下 60 分钟不液化或 60 分钟时仍含有不液化的凝块,均可称为精液不液化症。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病因的 2.51~42.65%,这种异常延迟的液化过程,使精子发生凝集或制动,减缓或抑制精子正常通过宫颈而造成不孕。现代医学认为射出精液的液化物质,来源于前列腺和尿道球腺的分泌物,这些附属腺的感染,可使精液部分或完全不液化。中医典籍中没有精液不液化的类似记载,笔者认为大致属淋浊、精热等范畴。本症多因素体阴虚,房室过度,阴虚火旺,精液受灼,或湿热下注,阻滞阳道,精浊混淆而粘稠难化。

2 辨证及方药选择

中药治疗精液不液化有其独特的疗效,这往往基于正确的辨证论治及对中药性味归经的认识。由于精液不液化症多属肾阴亏虚、热灼津液而致精液粘稠难化,故当前治疗该症多沿用知柏地黄汤加减。该方对某些病人确实有效,许多医家以此化裁更多方剂,但方中离不开知母和黄柏二味药物。现代药理研究表明,知母、黄柏可降低神经系统的兴奋性,特别是能降低性神经的兴奋性,长期应用苦寒药物往往直折命火而使精子活力下降,甚至可导致性功能减退,这是得不偿失的。我们认为分认识和正确掌握中药的性味与归经才是取得良好治疗效果的关键,寒凉药中可以细分为甘凉、微寒、甘寒、苦寒药味,在选取用药时尽量选用甘凉与微寒药味,用甘寒而不用苦寒药味,临床常选用清热凉血、滋阴生津之生地、赤芍、丹皮、玄参、沙参、麦冬、石斛;清热之银花、连翘、竹叶等。不用或慎用知母、黄柏、黄芩、栀子、龙胆草等清热燥湿和具有苦寒性质的

清热解毒药,特别要慎重考虑这些药物的大量长期地应用。据我们的临床经验,仅用甘凉、微寒、甘寒药,只要选用得当,组方合理,剂量适中,定期服用,同样可以取得良好的治疗效果,特别需要指出的是这些方药的治疗,不会影响精子的活力,如若少佐甘平、微温之温补药,如枸杞子、菟丝子、制黄精、巴戟天、仙灵脾、鹿角胶、龟板胶、熟地、首乌、党参、黄芪、山药等,不但使精液达到液化,而且更可进一步提高精子活力(活动力与成活率),这种“寒热并用”的治疗方法,对精子质量异常合并精液不液化者是一种新颖的治疗方法。这种治法不但重视了药物的四气五味,也注意了药物的归经。上述药物大都入肝肾二经,充分体现了肾主生殖,肝主血的中医理论。在补先天肾的同时,还要注意补后天脾,故应注意加用健脾药物以充其化源。总之,在治疗时应培其不足而不可伐其有余,选用药物不宜过燥过腻,以防滋阴而腻阳,补阳而伤阴。

3 治疗方药的机理探讨

以滋阴降火为主要治则的方剂治疗精液不液化是有其科学依据的,近年来应用生物电、交感副交感神经、环核苷酸等指标测定来研究中医阴阳学说,颇引起人们的关注。国内学者研究表明,阴虚者血浆 cAMP 含量升高,阳虚者 cGMP 增多。我们使用甲状腺素、利血平混悬液造成动物“阴虚”病理模型,然后用自拟的液化汤进行治疗,同时抽取动物血浆测定 cAMP、cGMP 含量,观察治疗组与对照组环核苷酸及其比值的变化。实验结果表明,动物给予造模药液后不但体重下降极其明显($P<0.01$),而且动物呈现四肢倦缩,畏寒,体温下降,约有 12% 的动物在此期间死亡。灌服液化汤的造模后动物体重增长迅速,上述症状消失时间比对照组快,动物血浆 cAMP 含量明显低于对照组($P<0.01$),cGMP 含量有所升高,血浆 cAMP/cGMP 比值液化汤组亦明显低于对照组($P<0.05$)。因而从整体及分子水平上可以看出,液化汤具有较好的“滋阴”作用,推测这是该方在临床上治疗肾阴不足而致精液不液化患者获得较好疗效的作用机理之一。

近年来对男性不育之精液不液化病机的探讨,认

* 山东中医学院附属医院,山东省济南市文化路 42 号(250011)

收稿日期:1992-03-20

为不仅有肾阴虚相火旺盛的一面,还有血瘀痰湿为患的一面。由此提出,临证用药的原则,除滋肾阴降相火以外,应当加用活血化瘀、化痰软坚的药物。应用于临床实践,许多患者取得了比服滋阴降火或益肾药起效早、获效快的效果。为证实这一观点,有的学者选择了血液流变学的五个指标,对精液不液化而不育患者进

行了随机检测。结果提示,全血粘度、血浆比粘度、红细胞压积等指标变化均有显著的统计学意义。这种血液粘滞度的变化可能与血瘀证有关。故精液不液化之男性不育治疗的关键,主要取决于正确的临床辨证论治及对中药性味归经的认识,按照这一思路与方法,将会取得较满意的效果。

活血化瘀法治疗小儿紫癜性肾炎的临床观察

石效平¹ 广凌²

紫癜性肾炎,在儿科临床较为常见,目前尚缺乏特效的治疗方法。近年来,我们采用以活血化瘀为主的方法进行治疗,临床收到了较好效果。现报告于下。

1 临床资料

共观察治疗 30 例患儿,其中男 14 例,女 16 例。年龄最大者 14 岁,年龄最小者 5 岁。病程在 1 个月以内者 12 例,1~3 个月者 14 例,3~6 个月以内者 3 例,6 个月以上者 1 例。

本组病例均符合以下诊断标准:(1)具有典型的过敏性紫癜病史;(2)病程中或紫癜消退后出现肉眼或镜下血尿和/或蛋白尿;(3)可兼有肾炎或肾病综合征的临床特征。

按西医分型:肾炎型 22 例,以血尿为主,伴有蛋白尿,轻至中度浮肿或高血压;肾病型 8 例,兼有肾病综合征的特征,即大量蛋白尿,血浆总蛋白 $<50\text{g/L}$,或白蛋白 $<30\text{g/L}$,血总胆固醇 $>5.2\text{mmol/L}$,并有中度以上浮肿。

按中医分型:血热型 8 例,小便黄赤,或见血尿,紫癜颜色鲜红或深红,轻度浮肿,舌红苔黄,脉数有力;气虚 10 例,小便短少,全身或下肢浮肿,紫癜颜色淡红或消退,纳呆便溏,舌淡苔白,脉细弱无力;阴虚型 12 例,尿黄或赤,上肢浮肿,紫癜色红或消退,头晕乏力;手足心热,舌红少苔,脉细数。

临床分级:(分级标准见临床儿科杂志 1987 年第 5 期):B 级 8 例,C 级 14 例,D 级 8 例。

2 治疗方法与结果

全部病例均采用以活血化瘀为主的汤剂治疗。基

本方:丹参、赤芍、红花、当归、川芎、益母草、茜草。血热型加小蓟、白茅根;气虚型加黄芪、茯苓;阴虚型加旱莲草、女贞子。每剂药水煎 2 次,取汁 100mL,每日 1 剂,分 2 次口服。

疗效判定标准:临床症状消失,尿常规检查连续 3 次正常为治愈;临床症状基本消失,尿常规检查红细胞 <5 个/HP,尿蛋白 $<(+)$ 为显效;临床症状好转,尿常规检查红细胞及尿蛋白明显减少为好转;临床症状及尿常规检查均无好转为无效。

经治疗 2 个月,30 例患儿中治愈 11 例,全部为肾炎型,其中 B 级 5 例,C 级 6 例;显效 9 例,肾炎型 6 例,肾病型 3 例,其中 B 级 2 例,C 级 4 例,D 级 3 例;好转 8 例,肾炎型 5 例,肾病型 3 例,其中 B 级 1 例,C 级 3 例,D 级 4 例;无效 2 例,均为肾病型,其中 C 级 1 例,D 级 1 例。治愈率为 36.6%,总有效率为 93.3%。对 2 例无效的患儿加服强的松和潘生丁,亦未收明显效果。

3 讨论

过敏性紫癜为儿童常见的一种疾患,目前认为本病是一种与免疫有关的全身性小血管炎。除表现为皮肤紫癜、关节肿痛、腹部症状外,还累及肾脏。临床以血尿为主,同时伴有蛋白尿、浮肿、高血压等表现,重者可发展成为慢性肾功能不全。我们采用活血化瘀药物治疗小儿紫癜性肾炎,能够改善微循环,对抗血小板凝聚,调节机体的免疫机能,似可起到抗凝剂类似的作用,且较西药抗凝剂更加安全可靠,又无副作用。我们在临床应用过程中,未发现服药后有出血加重倾向。活血化瘀法对肾炎型患儿效果较好,而对肾病型疗效欠佳。我们治愈的 11 例均系肾炎型,而无效的 2 例均为肾病型。曾对 8 例患儿于治疗前后做了血液流变学观察,发现血液流变学指标普遍低于治疗前。但由于我们观察例数少,有待于进一步研究。

1 中日友好医院,北京市和平里樱花街(100029)

2 辽宁中医学院

收稿日期:1992-06-07