

· 临床报道 ·

补肾化瘀法治疗男性不育症 45 例

高 艳 君

(开滦医疗集团林西医院中医科, 063100)

由于环境因素、精神压力、饮食偏嗜等原因, 男性不育症有逐年上升趋势, 发病率已达 20%~30%。不育症严重影响着人类社会未来发展及家庭的稳定。目前西医主要采用激素、维生素 E 胶丸、维生素 A 胶丸及辅助生殖技术等。长期应用激素治疗, 可抑制男性下丘脑-垂体-睾丸系统, 致睾丸萎缩, 精子生成减少。采用补肾化瘀、解毒通络法治疗不育症, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 90 例均为开滦医疗集团林西医院门诊患者, 按随机方法 1:1 比例分为两组, 每组各 45 例。治疗组年龄 23~35 岁, 平均(28.38±3.49) 岁; 婚龄 1~13 年, 平均(5.27±3.27) 年。对照组 22~36 岁, 平均(28.6±3.43) 岁; 婚龄 2~14 年, 平均(5.18±3.14) 年。两组患者一般资料差异无显著性, 具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断及纳入标准

1992 年世界卫生组织推荐标准: 夫妻同居 1 年以上, 未采取避孕措施, 配偶情况正常, 由于男方原因造成女方不能怀孕者。精液常规: 精子密度 $<20\times10^5$ min/ml。精子活动率 $<60\%$, 精子活力 a 级 $\leq 25\%$ 或 a+b 级 $\leq 50\%$, 液化时间 >30 min, pH 值 <7.2 或 >8.0 , 精液量 <1.5 ml 或 >8 ml, 畸形精子 $>20\%$, 白细胞 >5 个/HP。排除标准: 男性生殖系统先天异常(无睾、多睾、融合睾、隐睾、附睾先天性异常、精囊发育异常), 重度精索静脉曲张、甲状腺机能亢进症、糖尿病及肾上腺功能亢进者^[1]。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

治疗组服用补肾化瘀中药, 基本方: 鹿角胶 18g(烊化), 菟丝子 20g, 车前子 15g(包), 泽泻 10g, 山茱萸 30g, 枸杞子 30g, 淫羊藿 10g, 牡丹皮 15g, 炮穿山甲 10g(研), 土鳖虫 10g, 僵蚕 15g, 石菖蒲 10g, 威灵仙 10g, 蛤蚧 2 对(研)。体态较胖痰湿重加苍术、陈皮; 附睾、睾丸硬结加皂角刺、牡蛎、夏枯草等; 湿热较重加知母、黄柏; 阴虚火旺加牡丹皮、鳖甲; 精液白细胞 >5 个/HP 加败酱草、蒲公英。每剂加水煎两次得药液 300ml, 每次服 150ml, 每日早晚两次分服。对照组每次服用维生素 E 胶丸 50mg, 每日 2 次口服。

2.2 观察指标及方法

两组均 1 个月检查 1 次精液常规指标, 测精子密度、成活率, a 级精子百分率、精子平均直线速度, 1 个月为 1 个疗程, 持续 6 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

痊愈: 精液常规正常, 停药 1 年内配偶怀孕。有效: 具备下列条件之一: 精子密度净增加 5×10^9 /ml; 精子活动率或活动力增加 15% 以上, 畸形率下降 10%; 液化时间在 1h 之内; 白细胞 <5 个/HP。无效: 经治 6 个疗程精液常规无改善。

3.2 两组临床总疗效比较

治疗组 45 例, 治愈 27 例, 有效 14 例, 无效 4 例, 总有效率为 91.1%。对照组 45 例, 治愈 8 例, 有效 9 例, 无效 28 例, 总有效率为 37.8%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组实验室指标治疗前后变化比较

两组比较精子百分率、精子密度、直线速度、精子成活率, 治疗后较治疗前均有明显改善($P<0.05$), 治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

现代医学认为, 丘脑-垂体功能不足、睾丸疾病、隐睾等均可能损害生精功能, 而肾阳虚患者的下丘脑-垂体-性腺轴存在着以下丘脑功能减退为主的多环节功能损害。补肾药有明显的促进 DNA 合成, 促进生物功能蛋白质的合成(包括酶), 促进肾上腺皮质激素分泌, 促进性机能和促进精液分泌等功能。其中有的还具有肾上腺皮质激素样和性激素样作用^[2]。补肾药还可作用于下丘脑-垂体-性腺轴, 以使其紊乱的功能得到调整, 从而治疗不育症^[3]。本方有别于传统之补肾助阳之处在于, 补肾重在补益奇经, 调补冲任, 调冲任在男子来说是调整下丘脑-垂体-睾丸功能, 男子冲、任、督三脉皆起于睾丸, 一源三歧, 根于先天, 冲为精血终聚之所, 任为阴经之承任, 督脉总督一身之阳经。阳主动, 阴成形, 补肾阳可提高精子活力, 补肾阴提高精子总数。鹿茸补肾阳、益精血、调冲任、固带脉、强筋骨。具有促进生长发育, 促进蛋白质和核酸合成, 促进骨髓造血功能, 增强免疫系统功能。成分为多胺类物质, 含多种氨基酸, 多胺类物质促进蛋白质和核酸合成; 蛤蚧归肺、肾经, 补肺气助肾阳, 定喘嗽, 益精血, 蛤蚧具有双相性激素样作用, 蛤蚧含钙、磷、镁、锌等多种元素, 蛤蚧尾比体含锌量高, 前列腺液中微量元素锌的水平与精子运动能力直接相关。

化瘀通络药物, 包括祛痰散结通络、活血化瘀通络, 凝痰败瘀混处络中, 一般通络药难以奏效。虫类药走窜善入络脉, 能搜邪剔络, 无血者走气, 有血者走血, 灵动迅速, 长于搜剔络中瘀浊, 使血无凝着, 气可宣通, 从而祛除络中宿邪。常用穿山甲、僵蚕、土鳖虫、牡蛎、全蝎、蜈蚣等, 化瘀通络药物能提高精子速度、密度、活动率, 富含蛋白质和微量元素锌、硒、锰等, 这些均是精子的原动力。有报道, 地龙粉有杀精作用, 能使精子迅速制动, 产生特殊的凝集反应, 以及破坏其结构, 宜慎用。

参考文献

[1] 樊中州. 男子性功能障碍与不育[M]. 北京: 科学普及出版社, 1989: 304-316.

[2]李曰庆. 实用中西医结合男性学手册[M]. 北京:华夏出版社, 1992:181-191.

中药熏洗治疗脑卒中后 上肢功能障碍 30 例

任 亚 锋

(河南中医学院第一附属医院康复中心, 450000)

脑卒中的高致残率是当今医疗中亟待解决的一个难题, 同时上肢功能的改善又是决定中风患者生活质量的一个重要因素。在偏瘫型脑卒中患者的日常生活中, 由于其健手能完成一些基本生活自理动作, 所以在康复早期许多患者比较重视步行训练, 而忽视患侧上肢和手的训练, 延误了最佳治疗时机, 而本病的治疗, 现代康复医学主要采用以神经促通技术为核心的运动治疗和物理治疗, 疗效尚不满意。因此, 多年来, 我们在系统康复治疗的基础上采用中药熏洗的治疗方法, 并取得了一些进展, 现报告如下。

1 临床资料

观察全部病例为 60 例, 为我院 2007 年 6 月~2009 年 6 月期间的住院患者, 均符合国家中医药管理局脑病急症协作组于 1996 年制定的《中风病诊断标准》^[1], 患者随机分为治疗组与对照组, 其中治疗组 30 例, 对照组 30 例, 经统计学检验, 两组间年龄, 性别, 病程, 病变性质, 上肢功能分级, 手功能分级, 日常生活能力均无显著性差异 ($P > 0.05$), 有可比性。且所有患者均有明显的脑功能障碍的症状和体征, 并经头颅 CT 或 MRI 证实脑实质出血或脑梗死。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

参照《康复医学》^[2]中的理论及手法, 采用国际公认的上肢功能康复系列疗法制定如下方案。①抑制屈曲痉挛: 将肘、腕、手指伸展, 使之处于负重位; 将屈曲痉挛的手指打开并牵引, 每日 2 次, 每次 30 min。②矫形器的应用: 根据患者上肢及手指屈曲痉挛情况配备静态矫形器。③被动关节活动度维持: 被动活动患侧上肢及手部关节, 保持各关节及其周围软组织的正常活动度。每日 1 次, 每次 40 min。④作业疗法: 根据患者上肢及手指恢复情况, 设计适合的作业训练方案。每日 2 次, 每次 40 min。

2.2 治疗组

在基础治疗的基础上, 采用中药熏洗疗法: 当归 20 g, 红花 20 g, 桃仁 20 g, 桂枝 20 g, 伸筋草 30 g, 木瓜 20 g, 透骨草 30 g, 艾叶 10 g。取上药置于煎煮容器, 加水浸泡 30 min, 煎沸 15~30 min, 去药渣, 药液倒入盆内。患处置于上方, 覆以毛巾, 先用蒸气熏蒸 15 min, 待药液温度适宜时, 用毛巾吸取药液置于患处; 温度降至 40℃, 将患肢放入药液内浸泡 15 min, 至患处皮肤潮红为度, 每日 2 次。

2.3 对照组

在基础治疗的基础上, 采用热水熏洗法: 以盆装适量开水代替熏洗液, 做如上的熏洗。两组均治疗 6 周后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

①上肢运动功能: 采用 Brunstrum 分级的方法同治疗前相比^[3], 临床痊愈: 达到 VI 级。显效: 分级升高 2 级及 2 级以上。有效: 分级升高 1 级。无效: 分级无变化或下降。②手功能: 根据患侧手近端指间关节, 总的主动关节活动度 (TAM) 为评定标准^[4], 临床痊愈: 主动活动范围正常。显效: TAM > 健侧 75%。有效: TAM > 健侧 50% 但 ≤ 75%。无效: TAM < 健侧 50%。

3.2 两组患者上肢运动功能临床疗效比较

治疗组 30 例, 临床痊愈 8 例, 显效 12 例, 有效 7 例, 无效 3 例, 总有效率为 90%; 对照组 30 例, 分别为 7 例、14 例、5 例、4 例、86.7%。两组比较, 疗效差异无显著性 ($P > 0.05$)。

3.3 两组患者手功能临床疗效比较

治疗组 30 例, 临床痊愈 8 例, 显效 12 例, 有效 6 例, 无效 4 例, 总有效率为 86.7%; 对照组 30 例, 分别为 4 例、6 例、10 例、10 例、66.7%。两组疗效比较治疗组明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.4 两组患者日常生活能力比较

治疗组与对照组治疗前日常生活能力评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性; 同组治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组与对照组治疗后日常生活能力评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明两组治疗均有明显增加日常生活能力的作用, 且治疗组优于对照组。

4 讨论

现代康复医学对脑卒中后上肢功能障碍状态的转归、预后和评定, 已经非常清楚, 以易化技术中的 Brunnstrom 技术为例, 认为上肢和手功能的分级分为 6 期, 其中 1~3 期为痉挛持续加重期, 如果不能进入第 4 期, 即痉挛逐渐减弱, 出现分离运动 (正确的运动模式), 那么痉挛将继续加重, 上肢及手功能恢复的可能性将消失。所以上肢 Brunnstrom 阶段分级是判断上肢运动功能状态和转归的重要评定标准。而手功能进入第 4 期的标志性动作, 就是手指的伸展, 只有出现手指的伸展才会进一步出现其他的分离动作, 使手功能逐渐恢复, 这一论点已在康复医学界达成共识。

我们在易化技术的基础上, 结合中医传统治疗方法, 取当归、红花、桃仁祛瘀活血; 桂枝、伸筋草通利关节; 透骨草有理气止痛、温通经脉、宣痹通络作用, 辅以艾叶以增其活血之力。以此方熏蒸和洗浴, 能够有效改善局部血液循环, 柔筋疏络。从而降低张力, 软化疤痕, 促进分离动作出现, 降低麻木、疼痛等后遗症的发生, 对感觉恢复也有一定的作用。较之一些康复治疗中的热水洗浴法效果为优, 虽然对上肢功能障碍等粗大分离动作的诱发意义不大, 但对手指伸指诱发和日常生活能力的提高效果明显, 且方法简单, 药价低廉, 便于掌握, 方便患者自行治疗。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准 [试行] [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19 (11): 55.
- [2] 南登崑, 王宁华, 励建安. 康复医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 40, 72, 202-204, 332-334.