

总主编 陈茂仁 张俊龙

中西医结合专科病诊疗大系

男

科

病

学

● 苏勋庄 主编

● 山西科学技术出版社



R 697

SX.2

105085

中西医结合专科病诊疗大系

男 科 病 学

主 编 苏勋庄

副主编 赵丙学 安茂伟 刘元木



山西科学技术出版社



C0193021

编委会主任 张俊龙

总 主 编 陈茂仁 张俊龙

编 委 (按姓氏笔画为序)

马金凤	王 凯	王 钢	王元元
王东梅	吕 波	吕志平	孙兆英
宋鲁成	汪受传	邱红明	刘瑞芬
李如辉	李景阳	苏勋庄	张 娟
张俊龙	张俊忠	张洪斌	苗爱勤
金 实	金 星	陈茂仁	周光林
赵秀芳	祝维峰	段学忠	秦小卫
秦红松	钱秋海	傅新利	路玉滨
翟秀玲	熊传渠	魏建润	

责任编辑 赵志春
复 审 张丽萍
终 审 郭博信

中西医结合专科病诊疗大系

男科病学

总主编 陈茂仁 张俊龙

主 编 苏勋庄

*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路 69 号)

山西省新华书店发行 铁三局印刷厂印刷

*

开本: 787×1092 1/16 印张: 22.75 字数: 558 千字

1997 年 10 月第 1 版 1997 年 10 月太原第一次印刷

印数: 1—5000 册

*

ISBN 7-5377-1453-3

R·587 定价: 29.00 元

目 录

上编 基础理论

第一章 男性生殖系统的解剖生理	(3)
第一节 男性生殖系统的解剖生理	(3)
第二节 中医对男性生殖系统解剖生理的认识	(8)
第二章 男科病的病因病理	(11)
第一节 西医的病因病理	(11)
第二节 中医的病因病机	(16)
第三章 男科病的诊断	(18)
第一节 西医诊法	(18)
第二节 中医诊法	(21)
第三节 实验室检查病理性改变的中医认识	(23)

中编 临床诊疗

第一章 男性性功能障碍	(27)
第一节 阳痿	(27)
第二节 早泄	(46)
第三节 阴茎异常勃起	(59)
第四节 不射精症	(69)
第五节 逆行射精	(83)
第六节 泄白症	(91)
第二章 精液病	(100)
第一节 精液不液化症	(100)
第二节 精液量过多	(110)
第三节 精液量少症	(115)
第四节 血精症	(121)
第五节 脓精症	(130)

第六节 精液酸碱度异常	(134)
第三章 精子病	(135)
第一节 少精子症	(135)
第二节 无精子症	(148)
第三节 精子活力低下、死精子症	(159)
第四节 精子密度过高症	(167)
第六节 畸形精子过多症	(172)
第七节 弱精症	(177)
第八节 免疫性不育	(192)
第四章 前列腺疾病	(203)
第一节 前列腺炎	(203)
第二节 前列腺增生症	(221)
第五章 房事病	(245)
第一节 房事头痛	(245)
第二节 房事腰痛	(249)
第三节 房事茎痛	(254)
第四节 肾风	(259)
第五节 性交失语	(273)
第六节 夹色伤寒(阴症伤寒)	(277)
第七节 脱精	(281)
第六章 男科杂病	(286)
第一节 失精病	(286)
第二节 阴茎硬结症	(302)
第三节 疝气	(309)

下编 专题研究

一、针灸治疗男科病的研究进展	(336)
二、常见阴茎皮肤粘膜疾病	(338)
三、烟酒对男性生殖系统的影响	(342)
(一) 饮酒对男性生殖的影响	(342)
(二) 吸烟对男性生殖的影响	(343)
四、中草药与男性避孕节育	(343)
(一) 棉酚	(343)
(二) 雷公藤	(350)

出版说明

一百多年前,西方医学大举进入中国,打破了中医学一统天下的局面。虽然中西医之间文化背景和思维方式存在巨大差异,然而,共同服务于人类的宗旨,使得开始于一百多年前的“中西汇通”的尝试到本世纪50年代得以蓬勃发展,并日益显示出其活力和生机,医学也形成了中医学、西医学、中西医结合医学三足鼎立的局面。但是迄今为止,还没有一套在广度和深度上能充分反映中西医结合医学这一学科丰富内容的专书出版。有鉴于此,我社于1994年开始组织编写这套“中西医结合专科病诊疗大系”,目的是通过这套丛书,全面总结中医学、西医学,尤其是中西医结合医学在临床诊疗方面的新发展、新成就。我们希望这套丛书既能体现中医临床诊疗的特点和丰富内容,又能体现西医临床诊疗的原则和方法,并富有中西医结合的时代气息;广收旁引,芟除芜杂,努力编成一套系统、全面、新颖、实用的临床系列全书,为提高中医、中西医结合水平作出贡献。

本套丛书的作者大都是从事中医、中西医结合研究的专家、教授,他们当中绝大多数是本学科各专业的博士学位获得者,能够全面了解和掌握本学科的研究方向和信息,这是这套丛书得以顺利出版的前提和基础。

1994年10月召开了第1次编委会会议,通过了编写大纲,并进行了分工;1995年10月召开了第2次会议,研究了编写中存在的问题,并对初稿进行了修改;1996年3月完成全部书稿的编写任务;同年5月邀请有关专家进行审改和定稿工作。历时三载,数易其稿,1996年10月工程全部告竣。

在编写过程中,陈茂仁博士、张俊龙博士对这套丛书的组织和编写做了大量的工作,对这套丛书的完成起了至关重要的作用。

山东中医药大学的张珍玉教授、周次清教授对本套书的修改和最后定稿提出了许多建设性意见,有力地保证了这套丛书的质量。

这套丛书之所以能顺利出版,是各有关单位大力支持和全体编委辛勤劳动的结果。参加本套书编写工作的单位有:山东中医药大学、南京中医药大学、山西中医学院、浙江中医学院、福建中医学院、重庆中医药研究所、山东医科大学、第一军医大学、第二军医大学、山西医科大学、江苏省中医医院、山东省千佛山医院等。

编写如此大型中西医结合临床专科专著,尚属首次,由于缺乏经验,人员分散,限于水平,缺点、错误在所难免,恳请广大读者批评指正,以便将来修订再版。

山西科学技术出版社

编写说明

一、临床诊断和治疗是医学的最终目的所在。中医、西医、中西医结合各具特色。本书博采众长,不拘学派,去粗存精,总结当代中西医结合临床诊疗的新理论、新诊断、新疗法、新方药,并作出客观评价,努力反映今日之创获。全书务求立论精当,内容充实,系统全面,客观实用,从而适应临床、教学和科研工作的需要,促进医学学术的繁荣。

二、依据西医疾病分类方法,选取其中常见病和疑难病为研究对象。“疑”是疑惑不解,即在病理和诊断上难以定论;“难”是指治疗上有难度,缺乏有效或根治的治疗措施。疑难与否,以西医诊疗为基准。“常见”,是指发病率高,为临床常见病。

三、以西医疾病的系统分类为单元,采用丛书系列方式集成14册。包括:《心脏病学》、《肺脏病学》、《肝胆病学》、《胃肠病学》、《肾脏病学》、《神经病学》、《风湿病学》、《内分泌病学》、《血液病学》、《男科病学》、《妇产科病学》、《骨伤科病学》、《儿科病学》、《外科病学》。

四、这套丛书每一分册均分上、中、下三编。上编为基础理论部分,主要简述各系统的西医生理、病理等基础知识,并逐一尝试用中医理论解释说明之,以求取得中西医结合各系统病治疗理论方面的发展与突破,并为中编具体病种的临床诊疗奠定基础。中编为临床诊疗部分,遵循“西医简明,中医详深”的原则,凡涉及西医的部分,简明扼要,归纳出几点结论;涉及中医的部分,则详细深入,务求理论上深入探讨,方法上广泛收集,突出中医、中西医结合特色。下编为专题研究部分,针对上编、中编未能详细说明的一些临床难点和共性问题进行探讨。

五、每一病证,分概述、病因病理、诊断、治疗、预防等节,每节各有独立的内容,并前后呼应,蔚成一体。

六、“概述”重点介绍病证的西医病名定义、分类及发病率、防治等一般知识,简要说明中医对这些病症的认识及防治源流。西医病因病理,着墨适中,条理清晰;中医病因病机,丝丝入扣,针对性强;西医诊断简而不漏,要点突出;中医诊断纲目清楚,纲举目张;西医治疗简明扼要,中医治疗详细实用;预防在思路突出中医治未病的思想,在具体措施上则中西医并用。

七、中医药治疗是这套丛书的重点,其常规治疗“辨证论治”部分,列出治法、选方、用药、剂量及加减变化,并做适当用药分析。“验方治疗”部分,选择文献报道中经统计处理证实对本病证确有良效的科学处方,分别在组成、用法、功用、疗效分析条下阐述。“单味药治疗”中的药理部分主要介绍单味药对本病(系统)的基础药理,未涉及对其他系统的药理。“其他治疗”部分,详收中医学的独特疗法,但所选之术均系临床文献报告对本病确有良效者。“中西医结合治疗”部分,主要说明在本病治疗中的中西药配用问题,但所选之法皆为临床文献报道和个人经验的总结,绝非无根据之推测性发挥。

八、我们组织山东、山西、江苏、浙江、福建、四川、上海等地的学者编写如此大型中西医结合临床诊疗专科病系列丛书,由于缺乏经验,囿于水平,加之人员分散,尽管多次统稿协调,各册之间仍有不尽统一和不尽完善之处,敬请读者批评指正。

总主编:陈茂仁 张俊龙

第一章 男性生殖系统的解剖生理

第一节 男性生殖系统的解剖生理

一、男性生殖器官的解剖生理

生殖系统的主要功能为产生生殖细胞、繁衍后代和分泌性激素,又分为内生殖器官和外生殖器官两部分。

(一) 男性外生殖器

男性外生殖器有阴茎和阴囊

1. 阴囊

为阴茎与会阴间的皮肤囊袋,位于耻骨联合下两方,侧股上部的前内侧。阴囊内有睾丸、附睾及精索下部,左右各一,由阴囊中隔将其分开,一般左部比右部稍低,以与较长的左精索相适应。一般阴囊常处于收缩状态,表面有很多皱襞。在神经调节下,则常随温度的变化而松弛或收缩。当温度升高时,阴囊则伸展呈松弛状态,皱襞减少或消失;遇寒冷时,阴囊缩小,出现皱臂并与睾丸紧贴。阴囊的这种收缩或舒张,可以调节阴囊内温度,以适合于精子在睾丸中的生长和发育。

阴囊可分为6层,由内向外有皮肤、肉膜囊、提睾筋膜、提睾肌、睾丸精索鞘膜、睾丸固有鞘膜。睾丸固有鞘膜为腹膜的连续,分为壁层和脏层,两层之间的鞘膜腔内含有少量的浆液,以适宜于睾丸在阴囊内活动。

2. 阴茎

为男子的性交合器官,尿道的一部分穿行其内,有排尿和射精的作用。在形态上,阴茎主要分为三部分,即阴茎根(又称固定部)、阴茎体(又称可动部)和阴茎头(或称龟头)。在组织结构上,阴茎由两个阴茎海绵体和一个尿道海绵体构成,周围有结缔组织被膜包裹。被膜外有阴茎皮肤,被膜内是由致密结缔组织构成的白膜,紧紧包在每个海绵体的表面。白膜在两个阴茎海绵体间形成阴茎中隔。至阴茎末端,隔间常有空隙联通两个海绵体,但在阴茎头处,并无白膜包裹,直接由皮肤被覆。海绵体为勃起组织,由小梁和小梁间腔隙形成。小梁由结缔组织、弹性纤维和平滑肌纤维构成,并彼此交织成网,其中有迂曲的螺旋动脉。动脉管壁厚薄不一,厚的部分内膜增厚,形成纵行隆起,突入管腔,与动脉长轴平行,呈螺旋状排列,具有瓣膜作用,其内含平滑肌,平时收缩,闭塞管腔,减少血流的运输量。当阴茎勃起时,螺旋动脉及小梁内平滑肌束松弛,使螺旋动脉开放,于是有大量血液由阴茎深动脉经过螺旋动脉直接注入小梁间腔隙,阴茎海绵体即充血而胀大,但要受白膜的限制。由于海绵体的胀大使静脉受压,回流受阻,引起阴茎

的勃起现象。待兴奋减弱时,平滑肌恢原有张力,螺旋动脉又闭塞;进入海绵体的血量亦减少,小梁间腔隙内的血液从海绵体四周的静脉徐徐流出,于是阴茎又恢复松软状态。

(二) 男性内生殖器

男性内生殖器包括睾丸、输精管道和附属性腺。

1. 睾丸

是一对稍扁的卵圆形器官,主要起产生男性生殖细胞(精子)和分泌男性激素的作用。成人睾丸约重 20 克~30 克,一般右睾丸稍大,平均长度为 3.38 厘米,宽度为 2.37 厘米,厚度为 1.78 厘米;左睾丸平均长度为 3.30 厘米,宽度为 2.27 厘米,厚度为 1.71 厘米。

2. 输精管道

是输送精子并将其排出体外的管道,包括附睾、输精管、射精管和尿道的一部分。

附睾为一对细长扁平的器官,位于睾丸的后上方,后缘外侧部,和睾丸一起系于精索下端,两者借睾丸输出小管相通联。附睾主要由不规则迂曲的附睾管构成。附睾是精子运送、成熟和贮存的重要场所。

3. 附属腺

有精囊腺、前列腺和尿道球腺,它们的分泌物对精子具有营养和增强其活力的作用,并与精子共同构成精液。

(1) 前列腺 为附属腺中最大的不成对的实质性器官,在成人其直径约为 3 厘米~4 厘米,重约 20 克。前列腺位于盆腔内,其上端宽大,名为前列腺底,紧接膀胱底;下端尖细,名前列腺尖,尖与底之间为前列腺体。在略近前列底的中央有尿道穿入,贯穿前列腺实质后由前列腺尖穿出。左右射精管则在前列腺底的后部穿入,开口于尿道。

一般将前列腺分为五叶:前叶、后叶、中叶及左右两侧叶。前叶介于左右侧叶和尿道之间,临床上无重要意义。中叶又称前列腺峡部,呈上宽下尖的楔形,位于尿道后面,两侧叶及射精管之间,老年人往往肥大,严重时压迫尿道而引起排尿困难。后叶位于射精管的后下方,中叶、两侧叶及尿道的后面,此叶很少肥大。两侧叶肥大时,从侧面压迫尿道,可致尿潴留。

成人前列腺既有外分泌又有内分泌功能。

① 外分泌功能 前列腺持续分泌一种稀薄的液体,乳白色,呈酸性(pH6.5)。在射出的精液中,前列腺的分泌物占精液的 30%。其化学成分主要为锌离子、柠檬酸盐、酸性磷酸酶及其它酶、多胺、蛋白质、血纤维蛋白溶酶原激活因子等。锌在前列腺内含量较高,在生殖系统主要起着激活各种酶活性的作用。精液内的锌还有抗微生物的作用。柠檬酸可能参与精液的凝固与液化过程。它并能使精液保持渗透平衡,维持在适宜的 PH 值。柠檬酸不影响精子的运动,似乎还能加强精子的运动。

② 内分泌功能 前列腺能分泌多种激素,如促甲状腺素释放激素、促肾上腺皮质激素、松弛素、内啡肽、催乳素与抑制素等。

(2) 精囊 精囊为一对长椭圆形囊状器官,位于输精管壶腹的外侧,前列腺底的后上方,膀胱底与直肠之间。长径约 5 厘米~6 厘米,宽 1 厘米~2 厘米,厚约 1 厘米,主要由迂曲的小管组成,因而表面不平。其上端游离,较膨大,为精囊底。下端细直为排泄管,与输精管末端汇合成射精管。中部为精囊体。其形状和位置多随直肠和膀胱的充盈程度而改变。

精囊的作用主要是分泌精囊液和贮存精子。精囊液是一种白色或淡黄色的粘性液体。在

人射出的精液中,70%来自精囊。其成分主要有果糖、前列腺素、凝固因子、去能因子、蛋白酶抑制剂、尿酸、柠檬酸盐、山梨醇、胆碱酯等。精囊液中还含有抗坏血酸、无机磷等,有一些精子表面抗原系由精囊分泌。精囊液中的果糖能被精子利用,作为能源,供精子运动之用。精液中的各种前列腺素有一定正常的比例, PGE_2 能使子宫颈松弛,而 $\text{PGF}_{2\alpha}$ 能增加精子运动和穿透宫颈粘液的能力。凝固因子作为精子动转的介质,可使精液凝固,防止精液倒流,以利于受孕。去能因子能阻止精子顶体酶的释放,使精子去能。蛋白酶抑制剂可能保护精子免受男性生殖道中有缺陷和退化的精子释放蛋白水解酶的破坏。人精囊液内的尿酸浓度很高,这是精液中的一种还原物质,对精子可能有保护功能。

(3)尿道球腺 为一对圆形小体,位于尿道球后上方,尿道膜部后外侧,包埋在尿生殖膈内尿道膜部括约肌肌束中。其大小约与豌豆相似,直径毫米50~80毫米,老年人的较小。每个腺体有一根排泄管,在成人长约30毫米~40毫米,它向前下方穿过尿道球,斜行至粘膜下,开口尿道阴茎部,孔口很小。

尿道球腺的分泌物清亮而粘稠,内含半乳糖、半乳糖胺、半乳糖醛酸、唾液酸、甲基氨糖,还含有ATP酶和5-核苷酸酶。尿道球腺的分泌液是精液的组成部分,最初射出的精液主要是尿道球腺的分泌物,其功能可能是润滑尿道。

二、阴茎勃起的生理学

阴茎勃起的实质是海绵体的充血,阴茎的血液供应来自阴部内动脉的4个分支,即阴茎背动脉、阴茎深动脉、阴茎球部动脉和尿道动脉。阴茎背动脉和阴茎深动脉之间有交通。

电镜下证实,在阴茎海绵体的毛细小动脉、小静脉和动静脉间的血管内膜上,存在平滑肌皱襞,阴茎深动脉内皱襞可以在收缩时阻止血液进入阴茎,称为“抗勃起体”。功能性静脉内皱襞收缩时阻止血液流出,称为“勃起体”。皱襞的收缩和松弛影响着阴茎血流的大小和方向。

阴茎的勃起受脊髓的副交感神经中枢($\text{S}_2 \sim \text{S}_4$)的支配,并受脊的胸腰中枢($\text{T}_{12} \sim \text{L}_1$)的影响,同时还受大脑的控制。多数学者将阴茎的勃起分为三个阶段,即:①血管相。当脊髓或皮层的反射作用引起阴茎背动脉扩张时,与勃起体海绵状泡腔的交通增加,阴茎背深静脉收缩并在勃起垫的帮助下主动闭合,血液将海绵体腔隙充盈,变成圆形。此变化可增加41%的血流量,使勃起体增粗。②筋膜相。由于勃起体增粗,筋膜下静脉(阴茎旋静脉、阴茎背动脉的伴行静脉、阴茎背深静脉)受Buck氏束压迫,导致静脉(位于阴茎远端1/3的腹侧输出静脉)亦被阻断于腹侧沟内,海绵体进一步充盈。③白膜相。由于白膜的剪切作用,使所有通过白膜的静脉闭合,阴茎勃起更为坚挺。由此可见,阴茎的勃起是由神经控制的一种血液动力现象。

三、射精的生理学

射精生理是一种十分复杂的反射过程,是中枢神经、外周神经、交感和副交感神经、性腺内分泌和生殖器官等多系统的协调性行动。

在射精的生理过程中,首先在血液循环中必须含有一定量的性腺内分泌激素——雄激素,这是性兴奋赖以发动的基础。外界的各种性刺激必须在这一基础上才能诱发性兴奋,表现为阴茎的勃起和性行为要求。此时如有性交行为,阴茎头上神经感受器的兴奋可经阴部神经传入到

大脑的前庭叶区、下丘脑前部和内侧视束前区,即高级射精中枢。脑内的多巴胺可促进这种兴奋,但为脑内的5-羟色胺所抑制。

高级射精中枢达到一定程度的兴奋后发出远心冲动,经脊髓前柱回传到胸腰交感神经节($T_{12} \sim L_3$),并经下腹神经使前列腺、输精管、附睾的肌肉收缩,把前列腺液、精囊液和精子压向后尿道内,此称之为“泄精”。同时,下腹神经的远心活动,还使尿道内口闭锁,防止精液逆流入膀胱。盆神经和膀胱神经丛亦参与“泄精”活动。当后尿道内的精液郁积到一定量后,骶部副交感神经节($S_2 \sim S_4$)通过阴部神经发出冲动,促使会阴部海绵体肌和坐骨海绵体肌收缩,并在下腹神经的协同作用下,使后尿道内压力升高,并出现节律性波动,把后尿道内精液经尿道外口喷出,此过程称之为“射精”。

四、男性性兴奋周期

男性性反应周期可分为兴奋期、持续期、高潮期、消退期以及不应期。

(1)兴奋期 性的兴奋是由肉体或精神方面的性刺激所引起。当各种性刺激引起了人的性欲之后,由性欲又触发了一系列条件或非条件反射,从而进入了兴奋期。兴奋期的持续时间长短因人而异,有时兴奋期很短暂,迅速进入持续期;有时性兴奋期是以缓慢开始,且在一个较长时间内以渐进方式进行,此时兴奋期便较长。男性进入性兴奋期的标志是阴茎的勃起,同时提睾肌与肉膜囊的收缩,使睾丸向上方提起,阴囊也变为扁平。

兴奋期的变化不是持续不变,也不是越来越强。焦虑和或精神涣散很可能减弱集结中的性紧张度,甚至可能暂时的破坏性兴奋。这一生理特点对研究性功能障碍具有重要的意义。

(2)持续期 在兴奋期性紧张性处在未兴奋的基线水平以上,与基线的阈值相比,有显著的增高。当进入持续期则性紧张性便持续稳定在更高的水平上,随着有效性刺激的存在尚能进一步强化与增高性紧张性的兴奋程度。但尽管性兴奋已达到相当高的程度,但仍处在性高潮期的阈值水平以下。当性紧张性的兴奋程度达到了性高潮的阈值时即触发引起性高潮的出现,此时便是持续期的结束,而进入了性高潮期,性紧张性、性兴奋性的高度已达到了顶点。持续期内男性龟头冠的直径略有增加,由于瘀血,龟头的颜色加深,睾丸体积也由于充血进一步增大,并进一步提升与会阴部牢固接触。由于尿道球腺的分泌,尿道外口可有少量粘液流出。

(3)高潮期 由于性器官的相互刺激,通过感觉神经末梢将欣快感传达到性中枢,当刺激的强度达到或超过性高潮的阈值水平,即通过各种神经反射触发性高潮的出现。性高潮的出现标志着性欲的要求已达到了满足的程度,也称性满足。性高潮出现的标志便是射精。

(4)消退期 即获得性满足之后,勃起的减弱与消失。分为两个阶段:一是高潮期膨胀的阴茎,由于充血迅速减弱而变软和缩小,勃起很快消失。其次是阴茎膨胀的进一步缩小恢复常态,同时睾丸体积也因充血减少而变小并下降于阴囊底部。

(5)不应期 男性射精后虽仍有性刺激存在,也不能立即引起男子再进入兴奋期,称为不应期。对大多数男性来讲,不应期存在的时间长短随着年龄的增长而延长。重复性交者每次射精后的不应期也逐渐延长。同一个人不同的时间以及不同的人之间不应期的长短也有很大差异。

五、精液的生物化学

(一) 精液的凝固与液化

射出的精液呈乳白色或淡灰黄色,相当粘稠,射出后迅速凝固,凝块通常在5分钟~30分钟内自然液化,形成粘度不同的液体。凝块中的精子在精液液化以前一直处于不活动状态,一旦液化,精子在已液化的环境中又获得自由运动的功能。精液的这种凝固,可能为精子活动提供保护机制。研究认为,人精液中大多数和凝固有关的物质来自精囊,而精液的液化主要和前列腺分泌物有关。推测人精液凝固和液化的过程可能由三个阶段组成:①由精囊分泌的一种凝固因子(和凝固酶不同)作用在可凝固的蛋白上催化凝块形成;②在来自前列腺的具有蛋白水解活性的分泌液的作用下,凝块液化;③在胺肽酶作用下,已液化的凝块进一步降解,最终产物是氨基酸和氨。

1. 精液凝固的生物化学

精液的凝固过程涉及和凝块形成有关的代谢物和酶系统。精液凝固过程和血液凝固过程相似,但又不完全相同。精液凝块的形成和液化受激素尤其受睾酮的影响。睾酮对附属腺的分泌功能具有调节作用。因此,从理论上讲,无论通过外源或内源性因素,只要改变体内睾酮含量,最终可影响精液组成及其凝固和液化特性。

2. 精液液化的生物化学

人精液中酶种类很多,其中一些酶参与了精液液化过程。已知人精浆中至少有3种酶和这一过程有关。它们是胃蛋白酶原、纤溶酶原激活剂和称为精素的中性蛋白酶(或称作类糜蛋白酶)。另外,溶菌酶、 α -糜蛋白酶、胰凝乳蛋白酶、透明质酸酶、 α -淀粉酶等也参与了精液的液化。

另外,女性生殖道的一些因素如温度、pH值等也可以影响精液的液化。

(二) 精子的生物化学

1. 精子表面和精子膜的生物化学

精子表面粘附着一些化合物,其中大多数来自精浆。这些化合物统称作精子包裹抗原。这些包裹抗原一方面可以保护精子,另一方面为顶体反应及受精作好准备。但包裹抗原不是单一化合物,至少有2种来自精浆的物质(去能因子和蛋白酶抑制剂)能阻止精子受精。

2. 精子顶体的生物化学

精子顶体中存在受精必需的酶,如果缺乏这些酶,即使精子是活动的,也无法穿透卵子外层。至今发现以下酶和人精子顶体有关:酸性磷酸酶、透明质酸酶、酸性蛋白酶、顶体素(中性蛋白酶)、 β -天冬氨酰-N-乙酰葡萄糖胺-氨基水解酶、ATP酶和放射冠穿透酶。

在精子穿过透明带的过程中,顶体酶起主要作用。该酶同样能够降低宫颈粘液的粘度而提高精子穿透宫颈粘液的能力。顶体酶也能激活激肽酶原,使之转变成激肽酶,因而能促进精子运动和在女性生殖道内运行。蛋白酶抑制剂并不是精子固有的,而是在精子通过男性生殖道时被加上去的。顶体酶抑制剂能阻止受精,而在获能时被从精子上去除。精浆中的透明质酸酶是从精子漏出,透明质酸酶可分布于卵丘,精子可能通过这些酶穿过卵子最外层。放射冠穿透酶主要起破坏卵子放射冠的作用。

3. 精子核的生物化学

目前已发现精子核中存在磷脂、碱性核蛋白和镁、铁、铜、钾、磷等微量元素。核蛋白可能具有保护精子核和染色质抵抗逆境的功能,使精子在通过男、女生殖道时仍保持稳定,其次可能抑制 DNA 依赖的 RNA 合成,即抑制基因活性,直到它们分散到雌性卵子内。

4. 精子颈、体和尾部的生物化学

精子体部含有以 ATP 形式存在的能量能激动精子鞭毛系统。有关精子颈和尾部的生化方面了解较少,在尾部的 ATP 酶和组成尾部运动成分的纤维蛋白活性之间似乎也存在联系。

5. 精浆的生理功能

精浆是附睾、精囊、前列腺和尿道球腺等附属性腺生成的分泌液组成的混合物。其中 60% 来自精囊,30% 来自前列腺,5%~10% 来自附睾和尿道球腺等。精浆的生理功能主要有以下几种:

- (1) 运输功能 作为一种介质把精子运送到女性生殖道内。
- (2) 供给精子营养物质 如精囊分泌的果糖为精子活动提供能源物质。
- (3) 参与精子的去能和获能过程 这主要和精囊分泌的一种糖蛋白有关。
- (4) 精浆组成一个适当的 PH 和渗透压环境,并且具有一定的缓冲能力,以适应精子的活动的需要。
- (5) 参与精液的凝固和液化 精囊产生的一种凝固因子使精液凝固,以防止精液逆流出女性生殖道;前列腺分泌的一种液化因子可使凝固重新液化,以使精子在女性生殖道内保持良好的活动。
- (6) 精浆中含有调节输卵管和子宫活动的物质,同时还含有使宫颈粘液水解的物质。

第二节 中医对男性生殖系统解剖生理的认识

一、中医对男性生殖器官解剖的认识

中医学对男性生殖器官的解剖已有了很深的认识。马王堆出土的房中医书,是我国现存最早的医学著作,也是世界上现存最早的性医学专著。其中对男性生殖器官解剖认识的详尽程度,令现代医学为之瞠目。《合阴阳》、《天下至道谈》、《素女经》、《玄女经》、《内经》以及后世有关的房中著作记载的男性生殖器官的解剖名称不尽相同。如阴茎有“茎”、“玉茎”、“玉策”、“阳道”、“宗筋”;阴囊有“垂”、“囊”、“肾囊”、“阴囊”;睾丸(附睾)有“子”、“肾子”、“卵核”、“阴核”、“外肾”、“辜”等多称谓。精索则称之为“辜系”;“精窍”、“精室”则包括了现代医学的附睾、输精管、精囊、前列腺、精囊、射精管、尿道等。

《玄女经》还记载了男性生殖器正常的解剖生理,必须有“仁、义、礼、信、智”五常之道:“夫玉茎意欲施与者,仁也;中有空者,义也;端有节者,礼也;意欲即起,不欲即止者,信也;临事低昂者,智也。”意思是说,正常的男性生殖器必须具有正常的解剖和勃起生理。

中医学对男性生殖器官解剖生理学的异常亦有论述。唐代王冰在《玄珠妙语》中最早提出“五不男”,即“天、漏、键、怯、变”。“天”即天宦,泛指男子先天性外生殖器或睾丸缺陷及第二性征发育不全;“漏”即精液不固,常自遗泄;“键”即阴茎及睾丸切除者;“怯”即阳痿;“变”又称“人

嗣”，即两性畸形，俗称阴阳人。《广嗣纪要》中说：“男子亦有五种病：一曰生，原身细小，曾不举发；二曰纵，外肾只有一子，或全无者；三曰变，未至十六其精自行，或中年多有白浊；四曰半，二窍俱有，俗称二仪子也；五曰妒，妒者忌也，阴毒不良。男有此五种病，不能配合太阴，乏其后嗣也。”以上两种“五不男”，主要说明了男子不孕其病因可分为两大类，一是生殖器官形态学的改变，即先天性生殖器官发育异常或后天病理损伤；二是性机能的障碍。

二、中医对男性性生理学的认识

中医认为，肾藏精，主生长发育与生殖。因此，肾中精气的盛衰，直接影响着人体的性功能与生殖机能。人从幼年开始，肾中精气逐渐充盛，发育到青春时期，肾的精气充盈，产生了“天癸”。天癸，相当于现代生理学所讲的性激素或下丘脑——垂体——睾丸轴的功能。在“天癸”的作用下，男子便产生了精子，性功能逐渐成熟，而具有了生殖能力。《内经》云：“……丈夫八岁，肾气实，发长齿更；二八，肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子；三八，肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极；四八，筋骨隆盛，肌肉满壮；五八，肾气衰，发堕齿槁；六八，阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白；七八，肝气衰，筋不能动；八八，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，则齿发去。”阐述了肾气在男子生长发育过程中的作用及与生殖功能的关系。

男子的性反应主要体现于操纵女子的性兴奋方面，《天下至道谈·七损八益》云：“人人有善者，不失女人，女人有之，善者独能。”是说男子善于处理房事的人，不应使女人失去愉悦，能够使女人获得性兴奋者，只有善于控制性反应的人才能做到。因此，古代性医学中对于男子性反应的描述，主要隐含于描述女子的性反应中。有关女性性反应的描述，有“五征”、“五欲”、“五音”、“十动（八动）”、“十已”、“九气”之征，观察之细，体验之深，现代性医学的观察恐有不如。相反，对男子性反应的描述则较为简略。总结《合阴阳》、《天下至道谈》、《素女经》、《玄女经》等性学著作，可以归纳为如下几个阶段：

（1）戏道 《玄女经》云：“阴阳者，相感而应耳。故阳不得阴则不喜，阴不得阳则不起，男欲接而女不乐，女欲接而男不欲，二心不和，精气不感……”。孙思邈《房中补益》说：“凡御女之道，不欲令气未感动、阳气微弱即以交合，必须先徐徐嬉戏，使神和意感良久，乃可令得阴气，阴气推之，须臾自强。”指出男女交合之前，必须先慢慢嬉嬉，使女子发生性欲，出现性反应，女方的性兴奋反应反过来又可以诱使男子的阴茎勃起坚强。嬉戏的方法，《合阴阳》提出“将合阴阳之方”是：男女交合之前，应从抚摸手部阳谷、腕骨开始，顺着臂肘两旁，抵达腋窝部位，上经臂根，抵达脖颈部位，再按摩颈部承光穴，环绕颈部一周，下走缺盆，经由乳中，越过胸窝，到达曲骨与横骨之间，再下摸阴户，触摸阴蒂，还应从阴蒂开始，自下而上进行按摩触摸，使全身舒服愉悦，情绪良好，产生痒快之感，这时即使产生想交合的欲望也不要性交，而要继续拥抱亲吻，尽情地嬉戏娱乐。这一阶段现代性医学称之为前奏。

（2）三至（四至） 《天下至道谈》上记有“三至”（或“三脂（诣）”）：“怒而不大者，肤（肌）不至也；大而不坚者，筋不至也；坚而不热者，气不至也。三至乃人。”《玄女经》则记有“四至”：“黄帝曰：何谓四至？玄女曰：玉茎不怒，和气不至；怒而不大，肌气不至；大面不坚，骨气不至；坚面不热，神气不至。故怒者，精之明；大者，精者之关；坚者，精之户；热者，精之门；四气至，而节之以道，开机不妄，开精不泄矣。”“四至”和“三至”之说基本相同，都只是描述了阴茎充血的程度，即阴茎勃起、胀大、坚硬、温暖四方面的情况，相当于男子性兴奋期阶段。

(3)致气 致气可以解释为两种含义:一是指男子在性交过程中,“顺其五常,存感九部”,存想女子身体各性感部位,慢慢积累性兴奋,积蓄精气;一是指男子通过性交采集女子阴精补养自己。《素女经》云:“交接之状,固有形状,男以致气,女以除病,心意娱乐,气力益壮,不知道者,则侵以衰。欲知其道,在安心和志,精神统归,不寒不暑,不饱不饥,定身正意,性必舒迟,深纳徐动,出入欲稀。以是为切,慎无敢违,女既欢喜,男则不衰。”主要说明了通过正确的性交方法,可以娱乐身心,致气除病,康健不衰。这一阶段相当于男子性反应周期中的持续期。

(4)泄精 射精是男子性兴奋高潮的标志。但古人却认为:“神明之事,在于所闭;审操玉闭,神明将至”(《天下至道谈》)。主张性交之时,不欲泄精,“务在积精”,以治其身。认为:“能百接而不施泻者长生矣”(《房中补益》)。但性交不泄精,必然会影响性兴奋程度,或者说使男子性高潮缺陷,得不到充分的性快感。近年有性学家研究,不射精亦可获得性高潮。孙思邈《房中补益》主张:“数交而一泻,精气随长,不能使人虚也”。指出:“若不数交,交而即泻,则不得益;泻之精气自然生长,但迟微,不如数交接不泻之速也。”但同时孙氏还指出,“凡人气力有强盛过人者,亦不可抑忍,久而不而致生痼疽。”说明是否泄精,交多少次泄精合适,应根据各人的体质情况而定。

(5)还精 还精是古代房中术、房中气功中的重要内容,性交经常做到交不泻精,还精补脑(髓),则可以延年益寿,永葆青春。还精补脑的方法有很多种,常用的方法,主要是采用“精动乃退”、“思存丹田”。亦有“凡欲施泻者,当闭口张目,闭气握固两手,左右上下缩鼻取气,又缩下部及吸腹,小偃脊膂,急以左手中两指抑屏翳穴(即会阴穴),长吐气并啄齿千遍,则精上补脑,使人长生”。

第二章 男科病的病因病理

第一节 西医的病因病理

一、病因

男性不育在男科病就诊患者中最为常见,其病因复杂,几乎包含了所有男科病的病因。因此,以男性不育为纲目,对其病因展开讨论,可以更为系统、更为方便地分析男科病的病因。

(一)影响男性生育环节的病因分类

1. 生精障碍

(1)干扰男性生殖活动的激素调节的疾病和因素 与男性生殖活动有关的主要内分泌腺包括下丘脑、脑垂体、睾丸,又称为下丘脑——垂体——睾丸轴系。这三种内分泌腺本身的疾病,或其它疾病和因素干扰这些内分泌腺的活动,都可影响睾丸的生精功能。

(2)干扰睾丸功能的疾病和因素 引起睾丸功能障碍的原因很多,概括起来,可分局部因素和全身因素两种。局部因素包括:①先天性无睾畸形、隐睾症、睾丸不发育或发育不全、Klinefelter 氏综合征等;②睾丸外伤;③睾丸炎症,如腮腺炎引起的睾丸炎、睾丸结核、梅毒、麻风、非特异性睾丸炎等;④血管性疾病造成睾丸功能障碍,如精索静脉曲张、睾丸扭转等;⑤睾丸压迫性萎缩,如厚壁的鞘膜积液、巨大疝等;⑥X 线辐射;⑦干扰阴囊的热调节功能,如穿紧身裤、频繁热水浴等。全身因素包括:①神经内分泌疾病;②营养障碍,如体重迅速下降、维生素 A、E、C 及 B 的缺乏、食用粗棉子油以及肝硬化、慢性肾功能衰竭等;③工业危害,如铅、砷、锌重金属等;④药物影响,如呋喃类、烷基化物、激素、安体舒通、5-羟色胺、单胺氧化酶抑制剂、环磷酰胺、氨甲喋呤、大量阿斯匹林以及中药雷公藤等;⑤高热性疾病,如全身性发热,特别是病毒性感染;⑥变态反应;⑦不良习惯和嗜好,如过度吸烟、酒精中毒,过度紧张和情绪变化。

2. 输精障碍

(1)射精障碍 即精液不能正常地从尿道排出。临床常见有两种情况:不射精症和逆行射精。前者按其发病原因可分为精神性不射精(又称心因性不射精)和器质性不射精症。后者发生原因主要是由于膀胱颈部括约肌功能的紊乱,射精时膀胱颈部括约肌不能紧闭,精液返流到膀胱而不能从尿道口排出。某些外科手术也是逆行射精发生的原因,例如前列腺切除术、交感神经切除术等。全身性疾病,如糖尿病、脊髓痨、脊髓炎后遗症、脊髓损伤、多发性硬化症及药物影响等,可引起膀胱颈部收缩障碍而发生逆行射精。精阜的囊肿、乳头状凸起或先天性精阜肥大,及过多手淫造成的局部充血、错误的性行为 and 性交中断等也可使精阜肥大。由于射精管开口于精阜中部附近,如果精阜过于肿大,可阻止精液从尿道口射出而造成逆行射精。

(2)输精道梗阻 从睾丸网到射精管的机械性阻塞可引起梗阻性无精子症,临床上遇到无精子症,首先要考虑是梗阻性的还是睾丸生精功能障碍造成。

3. 受精障碍

精子与卵子结合的能力,可以受以下因素影响:

(1)干扰附睾的结构和功能 附睾是贮存精子的重要器官,它还具有重要的吸收、分泌和免疫屏障机能,为精子在形态和功能上成熟提供了合适的环境,精子在通过附睾的过程中,逐步获得了运动能力和受精能力。因此,不管何种疾病或因素造成附睾结构和功能的损害,都会降低精子的受精能力,从而引起不育。

(2)干扰附属性腺的正常机能 男性的附属性腺包括前列腺、精囊及尿道球腺。附属性腺的分泌物组成精浆,精浆是组成精液的主要部分,是精子营养、获能和运行的基质,临床上许多附属性腺的疾病都可以导致精浆物质的分泌异常,从而影响精子的受精能力,引起受精障碍。

(3)抗精子抗体 精子具有抗原性。研究认为,生殖系统的损伤和急慢性感染,如睾丸损伤、急慢性前列腺炎、精囊、附睾和睾丸的炎症等,都可使男子产生自身抗精子抗体,引起精子凝集而不能活动。另外,输精管结扎或堵塞后,由于附睾管的扩张和精液瘀积,精子在附睾部位破坏分解、吞噬吸收,便可导致男子血液内出现抗精子抗体,这正是部分输精管吻合再通后仍难于恢复生育能力的原因之一。女性血液循环与生殖道局部组织中,亦可产生抗精子抗体,引起不孕。

(4)透明质酸酶缺乏 精子头部含有能穿透卵子的顶体酶系,其中主要是透明质酸酶,它能使卵子表面的放射冠细胞分散,透明带溶解,便于精子进入卵子中。如果精子少,透明质酸酶浓度低,则可使精子与卵子结合的能力低下。

(二)造成男性不育的疾病或病因分类

由于造成男性不育往往是多种疾病或因素的结果。因此从男性不育的个体来说,往往存在多种影响生育的疾病和因素。例如,同时有精索静脉曲张、生殖道感染以及存在抗精子抗体等因素可以共同作用造成不育。从导致不育的病因来说,又往往是某一种疾病或因素可同时作用在男性生殖的不同环节,由于对男性生殖的这些环节进行干扰而引起不育。从治疗学的角度来看,检查和诊断造成男性不育的病因和因素,无疑会收到更好的疗效。

1. 先天性发育异常

(1)阴茎先天性发育异常 并不多见。可导致男性不育的阴茎先天性异常,有先天性阴茎发育不全(隐匿阴茎或无阴茎),临床表现为无勃起和无性交能力;小阴茎(勃起状态短于5厘米),这些病人多有睾丸异常和其他内分泌疾病,由于影响正常性交或即使能性交,却因精子数过少是影响生育;异位阴茎常见为阴囊后阴茎且多伴尿道畸形,由于影响性功能而导致不育。

(2)尿道先天性异常 通常包括尿道上裂和尿道下裂。这种畸形常可影响性交能力以及精子不能输入女性生殖道而造成不育。其他尿道先天性异常,如先天性尿道憩室及狭窄,可造成射精障碍而影响生育。

(3)睾丸先天性异常 包括睾丸发育异常和睾丸位置异常。导致男性不育的先天性睾丸异常有无辜、隐辜、睾丸发育不全、异位睾丸等。

(4)其它导致男性不育先天性生殖系发育异常 如先天性附睾、输精管发育不全及缺如,造成输精管道梗阻。精囊发育不全、缺如、前列腺发育不良、憩室等造成附属性腺功能障碍而致

不孕。

2. 遗传性疾病

在细胞遗传性异常所致男性不育中,染色体异常是一个重要因素,可造成生精过程障碍而致不育。

3. 内分泌疾病

(1) 睾丸内分泌功能异常 ①睾丸内分泌功能亢进。临床见到的睾丸间质细胞瘤,由于分泌过量的睾酮,并转化代谢为雌激素而使患者表现为女性化,乳房肥大,阳痿不育。②睾丸内分泌功能低下。可分为三种类型:一是原发性睾丸功能低下,表现为促性腺激素水平偏高,故又称为促性腺激素分泌增多型性腺功能低下症。如 Klinefelter 氏综合征所致睾丸萎缩,射线或细胞毒素等引起睾丸损害,肌营养不良等。二是继发性性腺功能低下,主要病变在下丘脑——垂体,表现为促性腺水平偏低,故又称为促性腺激素分泌不足型性腺功能低下症。如, Kallmann 氏综合征以及各种可致垂体功能低下进而引起性腺低下的疾病。三是靶器官对睾酮反应低下(雄激素受体缺乏),临床表现为男性假两性畸型。

(2) 垂体疾病 ①垂体功能亢进。早期可能有性欲增强表现,继而发生性欲减退、阳痿而致不育。②垂功能低下。如垂体肿瘤、炎症或因治疗需要手术切除或放疗破坏等引起垂体功能低下,而致性欲、性交能力减低、睾丸萎缩、精子发生阻滞或停止。垂体肿瘤可使血中催乳素水平升高,其结果干扰了 LH 的分泌而抑制睾丸生精功能及发生阳痿。

(3) 甲状腺疾病 ①甲状腺功能低下,造成睾丸合成睾酮减少,精子生成受抑制,并发生性功能紊乱。②甲状腺功能亢进,常伴男性乳房发育,性欲减退,严重可致阳痿。

(4) 肾上腺疾病 ①Addison 氏病是由肾上腺皮质萎缩或破坏引起,可发生结核、组织胞浆菌病、出血、先天畸形等,也可继发垂体功能低下及精子生成障碍。②Cushin 氏综合症可致性功能障碍。③女性化肾上腺皮质肿瘤,由于分泌过量雌激素而使男性出现女性化表现,睾丸萎缩,性功能低下,精子生成障碍。④先天性肾上腺增生症,分泌过量睾酮而通过抑制垂体分泌促性腺激素致男性早熟,但睾丸萎缩,生精功能障碍。⑤醛固酮增多症,表现为性功能障碍。

(5) 糖尿病 常伴性欲低下、早泄、阳痿、逆行射精等。

4. 生殖系感染

生殖系的特异性和非特异性感染,均可影响精子生成、精子活力和精子输出,抑制附属性腺分泌而致男性不育。

5. 精索静脉曲张

据报道,因精索静脉曲张引起不育占男性不孕症的 9%~41%,比正常人群的发生率大 3 倍。

6. 性功能障碍

性功能障碍包括阳痿、早泄、不射精症等,因不能达到在阴道内射精而导致不育(详见男性性功能障碍)。

7. 环境因素

长期以来,科学家们及政府主管部门对由于人口快速增长所带来的环境问题而担忧。但是常常忽略了这一因素的另一面:有害的环境危及人类生殖。据世界卫生组织人类生殖研究、发展和研究培训特别规划处报道,半个世纪以来,全球人类精子质量下降,导致科学家作出以下忠告:它可能对人类的生存造成难以预测的危险。环境恶化很可能是导致精液质量下降的主

要因素。

环境因素对人类复杂生殖过程的每一阶段都容易造成损害,而且这种伤害常常要人们付出高昂的代价,包括生育力减弱、胎子宫内生长迟缓、自然流产,以及各式各样的先天缺陷。

环境因素大致可以分为如下几类:①物理因素。如光线、温度、高度和辐射;②化学因素。包括自然的和人为的,如汽车、拖拉机排出的废气及工业废气对大气的污染,杀蚊虫剂对空气的污染,农药、化肥对粮食、蔬菜的污染,工业废水对饮水的污染,洗涤剂、化妆品以及各种职业性有害物质的直接接触。如许多金属元素,铜、锡、铅、锌、钙、镍、钴等,都可影响睾丸生精功能。③生物因素。包括病毒和微生物;④行为因素。如习惯、嗜好品和用药。习惯包括很多方面,有的习惯有利于身体健康,有的习惯却容易在不知不觉中对人们造成损害。经常洗热水浴、穿紧身裤、双腿交叉坐姿、骑车时身体前俯等习惯,往往可以引起男性生育力降低。嗜好品如烟酒,过量不但可以影响性功能,对睾丸和精子功能也可造成损害。对性功能和生殖功能有影响的药物主要是抗肿瘤药、降压药、激素类药、镇静剂及麻醉剂(大麻、海洛因等毒品),还有中药雷公藤等。⑤社会因素。包括营养、卫生、习惯、教育和职业等。这些因素常常交叉重叠,多种因素可能同时产生影响。⑥营养、蛋白质、维生素及微量元素(锌、锰等)缺乏可导致不育。

但是,由于估计到的影响生育的环境因素范围很广,所以不能滥用环境因素去解释所有不明原因的生殖健康问题。因此,对于环境因素影响生育的机制有待进一步阐明,以便能够对某些不孕症的原因给以确切的解释。尽管如此,育龄夫妇应特别注意环境问题,如想生育应早作预防。

8. 精神心理因素

近年来,紧张等精神心理因素对生殖的影响受到了重视,不同原因引起的紧张被认为是男性和女性不孕的一大致病因素。通过动物实验和人类研究发现,长期的或重度紧张可以导致男性精液质量减低以及妇女不排卵和闭经。看来,紧张主要是通过对神经内分泌系统的不良作用而影响生育的。由于神经内分泌系统在生殖过程中起着重要作用,因而对神经内分泌平衡的任何干扰都可能对生殖健康产生不利的影响。据统计,精神心理因素所造成的男性不育约占5%左右。

另外,精神心理因素导致男性性功能障碍,如阳痿、不射精症,也是造成男性不育的常见原因。

各种类型的应激反应,机械的、损伤性的声、光、情绪改变等都可导致精子发生障碍。应激反应时直接或间接通过大脑进而改变下丘脑的神经传递和合成、释放激素,进而影响垂体释放促性腺激素。此外,应激反应时肾上腺素分泌增加,5-羟色胺分泌增多,单胺氧化酶活性降低。以上因素均可抑制睾丸分泌睾酮及精子发生。

9. 性知识及性交技术的缺乏

性知识及性交技术的缺乏,也是造成不育的一个较常见的原因,如尿道性交导致精液不能输入阴道,性交时阴茎与女性生殖道不摩擦,导致不射精等。另外,无节制的频繁性交可影响精液质量,而性交次数太少,错过女方排卵期亦影响受孕机会。

二、病理

男科病临床表现多种多样,引起男科病的病因更是复杂,因此,其病理机制也非常复杂。

(一) 性欲障碍

性欲障碍主要有性欲减退和性欲亢进二种。其原因可能由于器质性异常,也可能由于功能性异常,常常伴其他性功能障碍;或因性功能障碍,而不能达到和谐的性关系,从而引起性欲障碍。

(二) 勃起障碍

勃起障碍是引起阳痿或阳强的主要病理。阳痿,是指男子因器质性或功能性的原因,导致阴茎不能达到或保持足以完成性交的勃起。阳强,是指阴茎持续勃起很长时间,而不能痿软,甚至可以发生阴茎疼痛,其病因常常为器质性因素。

(三) 射精障碍

射精障碍包括射精时间过早或过迟、不射精、逆行射精以及泄白溢精等。射精时间的过早或过迟,往往是由于婚前性交的紧张情绪、性交环境不合适、担心性能力不足等因素,使性活动过分仓促紧张,而形成了不良的射精反射,因而造成过度焦虑,而使射精失控。不射精,则因缺乏性知识,或曾过度手淫,形成需较强刺激才能射精的条件反射,而在以后的性生活中达不到足够的性刺激,因而不能达到射精反射所需要的阈值;或因害怕射精会伤害身体健康或担心女方受孕,而长期克制自己不射精等,使射精阈值提高;或因神经病变或神经损伤以及药物影响,而不能射精。逆行射精,则是各种原因干扰了膀胱颈的解剖功能或阻断下泌尿道的交感神经支配,造成膀胱颈部和尿道外括约肌功能失调,都可使已进入前列腺部尿道的精液逆流入膀胱。泄白溢精,则泌尿生殖道的炎症,造成精阜水肿,容易激惹所致。

(四) 感觉障碍

感觉障碍包括阴茎痛性勃起、射精疼痛、性欲高潮的感觉减退以及外生殖器的感觉异常。阴茎痛性勃起往往由于阴茎海绵体炎或阴茎异常勃起导致。射精疼痛则多因于精囊炎、前列腺炎或射精功能异常。性欲高潮的感觉减退常是由于心理因素所致。外生殖器的感觉异常,多是阴部神经的病变或生殖器局部的疾病所造成。

(五) 精液异常和精子异常

精液异常包括精液量过多或过少、脓精、血精以及精液液化异常。精子异常则包括精子密度过低或过高、成活率低、活动力低以及畸形率高等。生殖道、性腺局部的炎症,各种物理的或化学的因素以及先天发育不良、后天营养不足、各种内分泌疾病影响等,都可使精液和精子发生异常。

(六) 性事异常

性事异常是指因性活动而引起的身体功能异常或疾病,常见的有性交头痛、房事腰痛、性交阴茎痛、性交昏厥、性交偏瘫、性交失语、性交关节痛、性交癫痫、性交泄泻、性交猝死等。

(七)性传播性疾病

是因性事不洁,感染梅毒螺旋体、淋球菌、软下疳嗜血杆菌、人乳头瘤病毒、疱疹病毒、艾滋病毒等病原体,侵犯生殖道粘膜组织,使其局部发生病理改变,甚至破坏全身免疫系统,引起免疫功能下降,失去对外界的抗感染能力。

第二节 中医的病因病机

一、病因

男科病的病因是多种多样的,如外感六淫、内伤七情、房室劳倦、饮食所伤、感染邪毒、跌仆损伤等,在一定条件下都可以引发各种各样的男科病。

(一)外感六淫

六淫作为外感疾病的致病因素,已从“外邪”的基本概念,扩延了其内涵。临床上作为疾病的病因,六淫已包括了内风、内寒、内热、内燥、内火等在内,在辨证中都具有与外邪六淫相似的致病特性。这在男科六淫病因中,尤为常见,如寒凝宗筋、湿热下注等。寒性收引,寒凝宗筋,则使宗筋血行凝滞,冷缩不展,而致发阳痿、阴冷、囊缩、缩阳、寒疝、精冷、精少等病症。湿性粘腻、重浊,若与热相结,如油裹面,粘滞难除,湿热下注宗筋,则致宗筋弛长而阳痿;湿热下注精窍,则扰动精关,而发生梦遗、滑泄、泄白;湿热下注,蕴结阴器,则发为绣球风(阴囊湿疹);湿热下注于肾,则耗阴伤精,发为精少、死精等。

(二)内伤七情

喜、怒、忧、思、悲、惊、恐七情过与不及,均可引起脏腑气机失调而致病。而在男科病症,七情致病尤为常见,几乎各种男科病均伴有七情病因,或内伤七情致病,或因病忧虑伤情。如喜伤心,心主神明,喜则气缓,神明失主,可发失精、脱精;怒则气上,气郁化火,肝失条达,相火失位,而见阳痿、阳强、色厥、色风;恐则气下,可致阳痿不举,或举而不坚;思虑伤脾,脾主运化水谷精微,脾主统摄,脾虚则后天之本乏源,气血不足,无以荣润宗筋而发生阳痿、精少,脾虚统摄无力,则发生遗精、泄白等;惊恐伤肾,肾伤失其所主,则精失封藏,而生早泄、泄白、脱精、遗滑;惊则气乱,不能司其欲事,而发阳痿。

(三)房室劳倦

肾主藏精,为人一身阴阳之根本。肾主生殖,男性生殖器官发育成熟及其生殖能力,均有赖于肾脏所藏之精的充盛。若人体劳倦、房室不节、恣情纵欲,则容易损耗肾精,使元阴元阳失其平衡,肾所主失职,而发生阳痿、早泄、泄白、遗精、滑精、精液异常、性欲异常等多种男科疾病。

(四)感染邪毒

所谓邪毒,非指六淫邪气,而是指滥交乱合,性事不洁,感染阴阳疫疠邪毒,侵犯精窍或阴

器,而发生阴阳易、杨梅疮、淋病、艾滋病等性传播性疾病。

(五) 跌仆损伤

跌仆摔打,房事用强,损伤阴器或腰肾,导致先天肾气损伤,或瘀血阻滞阴器、精窍,使宗筋血脉不通,精关不利,而发生阳痿、不射精、血精、房事茎痛等男科疾病。

(一) 先天因素

禀赋薄弱,精气虚冷,生殖机能低下;或“五不男”中各种先天发育异常,造成肾气虚弱或交合困难,以致不能种子受胎。此类患者难以治愈。

(二) 后天因素

(1) 肾虚 男子的生殖机能主要依赖肾气的调节,肾气旺盛,真阴充足,男子精成,两精相搏,即能生育。倘若素体亏虚,肾气虚弱,命火衰微,阳事不兴,或兴而早泄,或泄而精冷;或房事无度,肾精过耗,阴虚火旺,内热血枯,阳事易兴,精少精浊,进而可导致不育。

(2) 脾虚 久病体虚,劳伤脾胃,或思虑伤脾,脾失健运,生化无源,气血不充,精窍枯涸,精少无子,甚而无以施泻;而且阳明主润宗筋,脾胃虚弱,宗筋失养,痿而不举,难以媾精生子。

(3) 肝郁 情志不遂,肝气郁结,疏泄失常,导致冲任失和,气滞血瘀,宗筋弛纵而不育。

(4) 痰湿 平素过食膏粱厚味,痰湿内生,阻遏气机,致使精窍不利,射精不能,或精液稀薄量少。湿热下注于肾,又可引起阳痿、遗精而影响生育机能。

第三章 男科病的诊断

第一节 西医诊法

男科病的种类很多,引起男科病的原因也很复杂。因此,男科病的诊断,仍应在进行全身检查的基础上,再对生殖器官局部作重点检查。

一、一般检查

(一)病史

除了解一般常规询问病史内容,应着重了解影响男子性功能和生殖机能的疾病和因素。

(1)既往史 童年时期生殖器官发育情况,是否有隐睾或影响生殖器官的遗传病现象;青春期前后是否有过持续性高热病史、腮腺炎、结核或性传染疾病,是否患有糖尿病等代谢性疾病、慢性胃病、高血压等慢性疾病;近期有无泌尿系感染或急性全身感染史,以及有否生殖器官疾病或损伤,及治疗情况。

(2)生活史 包括生活习惯、营养状况、烟酒嗜好、饮食情况以及药物应用史。

(3)工作环境史 是否接触有毒的化学物质、放射线、高温环境,以及劳动强度、时间等。脑力劳动的紧张程度和责任性对阳痿、早泄者的诊断和治疗有重要意义。

(4)手术史 生殖器官的手术,对男性生育和性机能均有重要影响。如疝修补术、隐睾复位固定术、精索静脉曲张、鞘膜积液手术以及膀胱、前列腺手术等。

(5)婚姻性生活史 结婚年龄、孕育情况、性交频度、性生活质量等。

(6)家族史 父母是否近亲结婚、父母健康及生育情况、兄弟姐妹健康生育情况、有否先天性遗传性生殖疾病。

(二)体格检查

(1)全身检查 测量身高、体重、血型、体型、营养等情况;心肺检查;喉结及体毛生长和分布情况;乳房是否有男性女性化。

(2)生殖器官局部检查 有无生殖器官的畸形,睾丸的大小、位置和质地、有无结节和挤捏痛,附睾和输精管有无结节或缺如,阴囊内有无精索静脉曲张、鞘膜积液及腹股沟斜疝;直肠指诊,了解前列腺和精索情况。

二、特殊检查

(一) 尿液动力学检查

(1) 尿线变化 尿线细小,呈线状,表示下尿道有梗阻,呈点滴状流出,表示尿道狭小,或前列腺增生,也可见于膀胱无力。

(2) 尿流率和尿流量 是检查膀胱逼尿肌的收缩状况,以及排尿力学与括约肌、尿道阻力的关系,膀胱的容量。

正常参数:

膀胱平均容量:488.5±83.4 毫升

最大尿流率的最低值:20 毫升/秒

男性平均尿流率:14.6±2.4 毫升/秒

男性平均排尿时间:32.8±2.1 毫升/秒

(二) 尿流曲线测定

临床上多用于对前列腺增生症等下尿道梗阻性疾病的诊断,及术后观察的客观指标。凌桂明等人用 uF-2 尺型尿流测定器,将前列腺增生症患者引起的下尿道梗阻分为三期:①早期:正常曲线;②中期:曲线多呈波型,提示有手术指征;③晚期:曲线低平,且有断续小波,应尽早手术。

(三) 尿液检查

1. 尿液分析

(1) 颜色 正常尿液呈淡黄色或黄色,红色或血尿常见于泌尿系的急性炎症、结石、结核、肿瘤或外伤,过度劳累也可以出现红尿。乳白色见于化脓性泌尿系感染、乳糜尿、前列腺疾病或尿酸盐沉淀,或见于丝虫病。

(2) 气味 正常新鲜尿液无特殊气味。有感染时,新鲜排出的尿液即有腐臭氨味,解脲尿原体感染时,新排出的尿液腥臭,氨味特别明显。

(3) 透明度 正常新鲜尿液清晰透明,若呈浑浊则可能为血尿、脓尿、乳糜尿,前列腺炎、精阜炎等亦常出现尿液浑浊或有大量沉淀物,冬季出现尿液浑浊则应首先考虑尿酸盐结晶。

(4) 尿糖、尿蛋白、尿比重、酸碱度的异常,则常提示患有急、慢性肾炎、糖尿病、酸中毒、碱中毒、心功能不全等症,这些原发病的诊断,对男性性功能障碍及不孕症的诊断和治疗有重要意义。当性交后尿中有大量精子存在时,可有助于诊断逆行射精。

2. 尿液中内分泌物质的测定

当内分泌代谢紊乱或生殖器官肿瘤时,尿中的激素类物质发生异常改变。对检查阳痿、不育症的内分泌原因和指导其治疗有重要意义。

(四) 前列腺液检查

正常前列腺液为灰白色,每次 2 毫升~3 毫升,白细胞<5 个/高倍视野,>10 个/高倍视

野为炎症;红细胞,无或有偶见,若 >5 个/高倍视野,则应考虑精囊炎、急性前列腺炎、前列腺癌或因采取前列腺液标本时按摩手法过重引起。卵磷脂小体正常应为 $+++ \sim ++++$,减少或消失,可诊为前列腺炎。发现细菌为细菌性前列腺炎。

(五)精液检查

精液检查是诊断男性不育症的一项重要内容。精液收集时应注意:①在检查前3~5天内禁止性生活或手淫,亦不能有遗精;②检查前,应将手、阴部尤其是龟头用温水清洗干净,取精时最好用手淫方法,时间以清晨为佳,亦可用性交中断法取精,将精液射在清洁、干燥的玻璃容器内,必须把一次射出的精液全部收集于玻璃瓶内,置近身内衣袋内,于半小时内送检。禁用阴茎套采精取精液。

精液分析:

(1)精液量 正常男子每次射精约2毫升~5毫升,少于1.5毫升可影响生育。前列腺、精囊有结核疾病时,精液可减少至1~2滴,甚至无精液排出。

(2)精液颜色 正常为灰白色,久置液化后变为透明,节欲时间长的精液呈淡黄色。脓精或血精则为精囊或前列腺的病变。

(3)粘稠度 则排出的精液呈粘稠胶冻状,放置30分钟左右自行液化,变为较稀薄的液体。若不液化,则抑制精子的活动而影响生育。常见于前列腺和精囊疾病。

(4)精液酸碱度 正常略呈碱性,pH为7.2~8.9。偏酸时精子的活动和代谢呈直线下降。

(5)精子密度 正常精液中精子密度为 $60 \sim 150 \times 10^9/L$ 。若低于 $60 \times 10^9/L$,则生育力下降。

(6)精子活动率 精子活动率,是指能够活动的精子的百分率。正常精子活动率应达60%以上。

(7)精子活动力 精子运动最常见的有二种类型:一种是直接向前运动;另一种是摆动,即精子只摆动尾而不前进。精子为了有效地向前运动,必须使运动波达到协调,通常认为在一个平面上有一个主要的波状运动从基部传到尖端,该平面相当精子头的宽面;附加在这个运动波上的旋转成分引起一种螺旋形运动。如果因为形态因素或协调障碍就可出现各种不同的运动类型,影响精子活动力。

精子活动力是受精的重要因素,但并不代表受精能力。正常精子在丧失活动力前已丧失受精能力,而异常精子可能表现为正常活动。活动力可帮助精子沉积处到达受精处,更重要的是穿入卵的放射冠及透明带。精子运动的速度较精子密度、活动力及形态对生育力的关系更为密切。未稀释精液中精子的平均速度为 $30 \sim 68 \mu/\text{秒}$;在第一部分新鲜射出的精液中,精子平均速度为 $75 \mu/\text{秒}$,但许多精子能以 $100 \mu/\text{秒}$ 的速度运动。故若运动速度为 $40 \sim 50 \mu/\text{秒}$ 的精子比例较大者,受精能力就较强。

(8)精子形态 人的精子有明显的形态学不同,即使有生育力男子的精液中,也存在各种畸形,显微镜下,精子的形态畸形有许多种分类方法。Freund报道精子有7种畸形:大头、小头、不规则形、重复、不成熟型伴有泡浆残余、尾缺陷及精子的前身。另外,还有常见的尖头(长而窄)及同一精子具有多种畸形等情况。

形态学异常可由于感染、损伤、激素异常及其他睾丸应激情况所引起。感染常导致头变尖及不定形的百分比增加。精索静脉曲张则常发生头变尖及中段缺陷,许多不育症患者精子可表

现为活动缓慢无力或完全不活动,后者可以是精子死亡或运动器官的缺陷,但从光镜或扫描电镜的形态学来鉴别究竟精子是死的还是活的,可能有一定困难,除了应用活体染色经粗略估计是死是活之外,应作透射电镜检查以观察有无结构异常。

精液检查对诊断男性不育非常重要,但不能单以一项指标来判断男子的生育力,应将各项指标综合分析。在精液常规检查的各项指标中,精子密度、存活率及畸形率三项对男性生育力影响最大。其中男性生育力与精子密度、精子活力成正比,而与精子畸形率成反比关系,因此有人提出应以男性生育力指数公式来衡量男子的生育力

$$I = \frac{MNV}{A10^9}$$

其中I为男性生育力指数(Index);M为活动精子百分率(Motility);N为每毫升精液中精子的数目(Number);V为精子运动速度(Velocity);A为畸形精子百分率(Abnormal Sperm), 10^9 为常数。

(六)血液检查

包括血常规检查、血沉、血清华康氏试验、内分泌学检查、血清微量元素(尤其血清锌)测定等。

(七)免疫学检查

(1)免疫球蛋白G(IgG)是人体内主要的具有抗原活性的蛋白质,正常为260毫克~4660毫克/100毫升。该值增加常见于自身免疫性疾病、慢性感染、肿瘤或无精子生成症。

(2)免疫球蛋白A(IgA)正常为1毫升~335毫克/100毫升。

(3)免疫球蛋白M(IgM)是人体内分子量最大的一种,正常为48毫克~212毫克/100毫升。

(八)X线诊断

X线检查在男性泌尿生殖系统疾病中占有很重要的地位。用于男性泌尿生殖系统的X线检查方法很多,有尿路平片、静脉肾盂造影、膀胱造影、精路造影等。

(九)超声检查

主要用于双肾、输尿管、膀胱、前列腺等的检查。

(十)睾丸细胞学检查

主要用于判断睾丸的生精状况,对无精子症、少精子症引起的不育症有重要的诊断价值。

(十一)其他

睾丸体积的测定,对睾丸的发育估计、生精状况可以作为一个辅助的参考。

第二节 中医诊法

男科病的中医诊法仍不外乎望、闻、问、切四诊内容。

一、问诊

问诊是中医四诊中的首要方法,是了解病情和病史的重要途径。男科病的问诊结合现代医学的问诊方法,更能详细地了解病情和病史,从而更准确地对病人作出分析诊断。对男性病的问诊应着重询问性生活史、性生活情况以及婚姻孕育情况。

二、望诊

是对病人神、色、形、态、舌象、分泌物及排泄物色质量的异常变化进行有目的的观察,以测知疾病所在,确定疾病情况的一种诊断方法。

(1)全身状况 主要包括病人的神、色、形、态。而神的变化对诊断男科病尤为重要。

神的变化,是通过形态动静、面目表情、语言气息等多方面表现出来的。男科病患者中因精神刺激或创伤而引起和诱发性功能障碍和不育症者占主要原因。所以了解病人情志的变化,是否有表情淡漠、性情抑郁、沉默寡言、闷闷不乐,或烦躁不安、性情急躁、精神不宁,或情绪有恐惧感、不自信感等,这对于确诊病变原因、病变部位有很大帮助。

望色主要是观察病人面部颜色和光泽。面部的颜色反映机体气血和精气的盛衰,不同的色泽反映不同的病证。男科病的五色主病常见:白色主虚寒证、血虚证,可见于气血亏虚、精寒不育,或阳痿、早泄等;黄色主虚证、湿证,可见于脾气亏虚、运化失职,致使水湿停聚下注阴部,出现阴肿、囊汗、遗精等证;赤色主热,可见于肝阳亢盛而引起的阳强、不射精症等;青色主寒、主瘀、主痛,可见寒凝肝脉,使筋脉拘急,气血运行不畅,阻滞筋络脉道,引起阳痿、阳缩、精索静脉曲张、不育等;黑色主肾虚,或精关不固,或肾精久耗,可导致阳痿、早泄、遗精、精少,均可致不育。

望形体、姿态,对判断病人健康状况、性征发育情况及是否有先天性生殖器官发育畸形或性遗传性疾病有一定作用。

(2)望局部 望头、面、耳、目、唇、口齿、咽喉、皮肤、生殖器局部,对男科病的辨证诊断非常重要。如发枯不荣、易落,多为肾精血不足;齿干如枯骨,多为肾精枯竭;鼻柱低平不直,常有性功能障碍;人中短小而浅,常提示生殖器官先天发育不良等等。

生殖器官局部的望诊,可以直接检视生殖器的发育情况及有无阴囊湿疹等现象。

(3)望舌象 舌诊是中医诊断的重要部分,男科病也不例外。望舌可以观察人体脏腑阴阳气血的盛衰情况。包括望舌质、舌态、舌苔。如舌红苔少或舌红少津,多为阴虚火旺;舌暗苔黄厚腻,多为湿热内蕴等。

(4)望排泄物 男科病中望排泄物非常有意义,尤其是对精液、尿液的观察,有时可以直接以此作出诊断,并指导治疗。如精液的颜色、总量、液化情况、粘稠度,甚至显微镜下检查精子的形态、数目、活率、活力等,也都可以作为中医的微观望诊。而尿液中是否有血尿、浊尿,颜色是黄是赤、还是清长,都可以直接协助作出男科病的诊断。

三、闻诊

包括听声音和嗅气味两方面。

(1)听声音 主要是听患者语言气息的高低、强弱、清浊、缓急等变化,以分辨疾病的阴阳虚实。言为心声,病人的情志改变可以通过语声而有所了解,如语声羞怯不爽,吱吱唔唔者,多为肝气不足或肝气郁结,性格内向或有自卑心理者,往往易性功能障碍疾病。而男性不育患者也往往有思想压力,情绪低落,精神不快。

(2)嗅气味 以嗅小便、精液气味为主。气味恶臭者,多属实热证,略带腥味者多属虚寒证。尿液有特殊臊味者,多存在脲原体感染。精液腥臊者,镜检多有脓细胞或白细胞。

四、切诊

包括脉诊和按诊两方面内容。

(1)脉诊脉象的变化,能够反映全身脏腑经脉气血的盛衰情况。如肾虚多见沉脉,尤其尺部脉更为明显;涩脉多提示精血亏少,常见男性不育症中;脉虚无力,为气血不足之象,可见于阳痿、遗精、精少所致不育者;细小脉者为虚劳之象,不育患者常见之;弦脉为肝郁气滞之象,可见于阳强、阳痿、不射精者。

(2)按诊 男科病的按诊主要是对两侧腹股沟和阴囊、阴茎的按诊。通过这些部位的按诊,可以了解睾丸的大小、位置、质地,有无挤按痛;附睾、输精管的发育情况、有无结节;是否有精索静脉曲张;是否有疝气;阴茎有无硬结等。

第三节 实验室检查病理性改变的中医认识

一、精液分析异常

精液包括精浆和精子两部分,精浆属于液体部分,归中医学所述津液范畴。它的生成,主要依赖脾的生化、肺的输布和肾的藏泄。精液异常主要表现为精液不液化、精液量少或量多、血精,也有因精液PH异常而引起精子活动不良者。精液不液化,多为肾阳不足、气化不利,寒痰内生或湿热下注、阴虚火旺等灼炼津液而致。精液量少主要为,肾的先天不足或脾气虚弱,后天生化不足而引起;或者由于热病伤津,导致阴津不足,精液量少;湿热下注,炼液成痰,也可以引起精液量少。精液量多,则主要因为肾气衰弱、气化不利,肾的藏泄功能失调或因脾气虚弱,津液运化不良而致。精中带血,则多为恣情纵欲、阴虚火旺,五志化火、下扰精室,或因过食肥甘厚味、湿热内蕴,灼伤精室血络而致。

中医认为,肾主藏精和生殖,故精子的异常改变主要责之于肾。肾中阴阳的偏盛偏衰皆可导致肾气不足,肾精衰少,使精子发生异常改变。影响肾精藏泄的病理因素亦可引起无精或少精之症。《素问·上古天真论》云:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之,故五脏盛,乃能泻。”可见,精子的生化虽与肾的关系最为密切,但五脏六腑精气的盛衰都可以影响到它。而其中脾脏

主后天之精的生化,尤能影响精子的产生。因为先天之精封藏于肾,必须依赖后天水谷精微的不断充养,才能生生不息。因此,当其它脏腑病变时,特别是脾气失健影响肾之精气时,便可导致精子的异常改变。临床常见以下几种因素:

(1)先天禀赋不足,如睾丸等生殖器官发育不良或缺如,则不能生精;或生精功能不足,导致无精子、精子数目减少或精子质量差。

(2)房劳过度,或频繁手淫,损伤肾气,耗伤肾精,导致精子量少或精子异常。

(3)过度劳累,或营养不良,过度耗伤肾气或肾中精气得不到后天之精的充养,导致精子异常改变。

(4)其它脏腑的病变亦可导致精子的异常改变。如脾气不健,水谷精微不能化生精气充养肾精;肺气不足,不能输布津液,下润精室;心肝火旺,下扰精室或肝胆湿热下注精室,损伤精子等。

(5)瘀血、痰湿等病理之邪郁闭精室或阻滞精道,亦可影响精子质量,或致使精子不能正常排泄。

总之,无论是精浆异常或是精子质量异常,均应重点责之脾肾,即应注意精液的生化和藏泄。而精道的通畅与否,则可直接影响到精子的排泄。

二、内分泌学检查异常

男科病的内分泌学检查,主要用来分析男子性功能障碍和精子质量差的内分泌因素。其主要项目主要是围绕能够影响垂体——睾丸性腺轴的内分泌因素。这一项目是一个复杂的微观系统,古代中医学在这一领域论述浮浅。有学者分析,《内经》所论“天癸”即相当于垂体——性腺轴系的功能。内分泌检查异常,即相当于中医所谓“天癸”的异常。临床分析,多与肾气不足、脾气虚弱、肝气郁结等有关。如睾丸酮分泌不足者,多发生阳痿、早泄或精子量少,辨证多为肾阳虚。催乳素增高而致阳痿者,多为肝气郁结或肝肾阴虚等。

三、睾丸活检异常

睾丸活检异常主要是睾丸生精功能障碍。中医对这方面的认识,主要责之先天不足或后天失养。后天失养包括后天损害(如睾丸损伤、高温操作等)和失于调护。温热病久或筋聚(精索静脉曲张)等病变亦可引起睾丸的发精功能异常。

四、X 线检查异常

男科病的 X 线检查,主要是对通过泌尿生殖道的 X 线造影,来检查输精道的通畅情况和泌尿生殖道的病变。

输精道不通畅,主要由输精道的炎症或结核引起狭窄或梗阻而致。中医分析,多为气滞血瘀或痰核郁结。治疗多从清热解毒、活血化瘀或化痰软坚散结着手,往往获效。

中编 临床诊疗

第一章 男性性功能障碍

第一节 阳痿

一、概 述

关于阳痿的概念,各家意见略有不同。日本金子述:性欲、勃起、性交、射精、性欲高潮欠缺一项以上或不充分者,即为阳痿;Masters 和 Johnson 所述:性交时阴茎勃起不达 75% 以上,致不能插入阴道者,称为阳痿;国际阳痿学会的定义,是性交时阴茎不能有效地勃起致性交不满足;我国吴阶平教授称:阳痿是勃起障碍的代名词,指阴茎不能进入阴道进行性交;能够进入阴道进行性交的即不称为阳痿。通常人们都愿意接受下面的概念:阳痿是一种阴茎勃起功能障碍,确切地说,是指在有性刺激和性欲的情况下,阴茎不能勃起或虽能勃起但勃起不坚,难以完成插入;或阴茎虽能勃起,但不能维持足够的硬度和时间,难以完成性交。

阳痿一症,就其发病经历上,可分为原发性和继发性两种,所谓原发性阳痿是指阴茎从未勃起过,或稍有勃起,但从未进入过阴道进行性交;继发性阳痿是指曾经有过成功的性交活动(包括手淫),但后来突然或逐渐丧失了勃起功能,发生了性交障碍。原发性阳痿患者因很难发生射精,因此直接造成了生育障碍。继发性阳痿患者,也因很难将精液射入阴道而导致再育困难。但那些勉强可以完成插入(有的插入时顺利),只是阴茎不能维持足够的硬度和时间而不能完成性交的阳痿患者,有的因能部分射精,也可以使女方怀孕。

从上我们可以看出阳痿有轻重程度不同,正确地对阳痿轻重进行分度或分型,对帮助临床确立具体的治疗方案很有价值。

Adrian 根据临床表现将阳痿分为三度:“0”:阳痿以来任何时候都不能勃起;“1”:有时能够勃起,但性交时消软;“2”:勃起无力,不能完成性交。

国内马永江教授将阳痿分为 I、II、III、IV 型。

I 型:20 岁以下男性,未能进行正常初次和维持足够勃起的性交,称为原发性性阳痿,占总数的 13% 左右。产生原因为家庭不和、精神性创伤、虔诚教徒、同性恋、第一次有“创伤性”性交史、经常高度不安和焦虑状态。这一类属于难治而顽固的人群。

II 型:20 岁~35 岁男性,主要在蜜月中精神过度紧张,而不能完成性交;有时曾有手淫史,早晨有异常的精神性勃起能力及有性欲过度情况,此组应用精神治疗,85% 能够治愈。

III 型:30~35 岁男性,任何情况下没能激起性欲情绪和激情,与 I 型个体相反,性兴趣比 II 型为逊,此型晨间阴茎勃起明显减少,手淫能力减低,应及时得到配偶支持和配合,此组治愈率约在 12%~26% 之间。

IV 型:50 岁~70 岁之间,精神曾有较大刺激,配偶死亡、离婚,或有生殖泌尿系手术史导致

勃起失败和性欲减退,急性发病患者中,与动脉粥样硬化、糖尿病、酒精中度、药物中毒有关。

古人对阳痿程度也有分级。《玄女经》云:“玉茎不怒,和气不至;怒而不大,肌气不至;大而不坚,骨(《合阴阳》、《天下至道谈》皆作“筋”)气不至;坚而不热,神气不至。”是说阴茎的正常勃起需要“和气”、“肌气”、“筋气”、“神气”四气皆至。由此我们可以看出,古人已将阳痿的发生由重到轻分为四种程度:一是玉茎不怒,即阴茎不能勃起,这是因为男女阴阳之气没有相互感悦,也就是说男子没有引起性欲;二是阴茎虽有勃起,但勃起不大,这是因为气血没有灌注阴茎的肌肤;三是阴茎能够勃起而且勃起较大,但是不够坚硬,这是因为气血没有灌注阴茎的筋脉;第四种情况症状最轻,阴茎勃起较大且坚硬,只是阴茎没有因气血灌注而变得发热。从临床看,第四种情况可以不影响夫妻性交合的完成,从而可能不会影响生育,但由于正常勃起应该表现的生理特点没有完全表现出来,肯定会影响性交美感。古人对阳痿的这种分级法别有特色,具有一定的科学性。

阳痿可以由精神心理因素或器质性病变造成,器质性病变引起的阳痿表现为阴茎任何时候都不能勃起,而精神心理性因素所致阳痿只在性生活时不能勃起,或在兴奋时不能勃起,或者在进入阴道后松弛。

阳痿的实际人群发生率尚不清楚,有学者认为大多数成年男子都可能不同程度的出现过阳痿现象,这样算来阳痿的人群发生率就较高。但临床实际就诊的阳痿患者并不很多,这一方面是因为有些男子阳痿现象的发生可能不经常,另一方面由于害羞心理或担心被人知道而不就诊者也不在少数。因此,临床很难对阳痿的实际发生率作出统计。我们在临床上发现青年短期内迅速发胖者、慢性胃病患者多存有阳痿现象,这在男性不育症以阳痿就诊者中占较大比例。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

以往认为阳痿的发生属精神心理性者占90%,近年来研究发现,阳痿患者中半数以上由动脉梗阻、静脉闭锁不全、神经原因(脊髓损伤、糖尿病)、阴茎平滑肌疤痕以及性激素失调引起。Villiams提出,80%的阳痿患者有某种器质性因素,Varansdalen等将器质性阳痿的原因分为神经性、血管性、内分泌性、其它全身性疾病、外科与创伤性感觉神经紊乱以及药物相关性等。

(二)中医的病因病机

1. 病因

导致阳痿的原因很多,主要有先天禀赋不足;后天斫丧太过,少年手淫;长期精神紧张,思虑过度,情志郁结伤及肝脾;以酒为浆,过食辛辣及膏粱厚味,湿聚化热,湿热下注,阻遏阳道,致阳气不布,宗筋弛纵,皆能产生阳痿。本病涉及的病位主要是肝、肾、脾、胃等脏腑。

2. 病机

祖国医学从整体观念出发,将阳痿的病因责之于心、肝、肾。病因病机归纳如下:

(1)元阳不足 先天禀赋不足,过早婚育,或房事不节,或手淫过度,或年老体衰,致肾气损

伤,真阳衰微,阳事不举。

(2)真阴亏损 青壮年相火偏旺,恣情纵欲,阳事不节,或严重手淫,日久伤阴,宗筋失养,发为阳痿。

(3)肝气郁结 多由情志不遂,郁怒伤肝,肝气郁结,致使阳气不得以伸,宗筋失养,而成阳痿。

(4)湿热下注 平素嗜食肥甘醇酒,积滞不化,聚生湿热,湿热下注,宗筋弛纵,阳事不兴。

(5)湿困宗筋 素体肥胖,或青年聚然发胖或水肿,痰湿下注,困束宗筋,阳道被遏,宗筋不得伸展,渐发阳痿。

(6)肾虚血瘀 因房事不节,或久病内伤,或失血耗精,或过服温燥劫阴之品,致使阴血不充,血行不畅,日久导致肾虚血瘀,而发生阳痿之证。

(7)心肾不交 心主神明,肾主生殖,心肾为水火之脏。心失神明,或卒受惊恐,损伤肾气,心肾不交,水不济火,或火不济水,均可使心肾失其所主,阳道立痿。

(8)脾胃虚弱 久患胃病,脾胃虚弱,或忧虑过度、饮食失调,损伤心脾,以致气血生化无源,宗筋失养而引起阳痿。

三、临床诊断

(一)辨病. 西医诊断

1. 症状

在有性刺激和性欲的情况下,阴茎不能勃起或虽能勃起但勃起不坚,难以完成插入;或阴茎虽能勃起,但不能维持足够的硬度和时间,难以完成性交。

2. 体征

外阴部刺激时阴茎难以勃起。器质性阳痿者晨勃现象消失。

3. 实验室及其它检查

(1)实验室检查

阳痿病人根据临床实际需要可作以下检查:尿常规分析、尿流率、前列腺液、肝肾功能、血电解质、血脂、血糖及糖耐量试验、甲状腺功能、血清 T、LH、FSH 及催乳素等。

阳痿病人至少应做一次血清睾酮测定,若在正常范围内,一般不需进一步检查其他内分泌激素。睾酮的正常范围在 $370\text{mg}\sim 1100\text{mg}\%$ 之间,平均值为 $730\pm 180\text{mg}\%$ 。性腺功能低下者,血清睾酮值均在 $250\text{mg}\%$ 以下。

若第一次睾酮测定的水平较低,最好再重复一次,并同时作 FSH、LH、PRL。若第二次测得睾酮值仍低,则病人可能有性腺功能低下,则应进一步决定性腺功能低下是原发性睾丸异常还是继发性脑垂体病变。若血清 FSH 及 LH 正常或增高,则性腺功能低下是原发于睾丸,体检应注意有无睾丸或睾丸萎缩以及睾丸的质地松软,坚实度降低。性腺功能低下继发垂体疾病者,睾丸大小可正常或稍小,这与垂体疾病的病史长短有关。血清 PRL 增高也表示脑垂体有问题,常伴有性腺功能低下、阳痿以及男性乳房发育,这些病人的血清睾酮并不降低。

糖尿病是阳痿的常见原因,因此阳痿患者应该常规进行血糖检查。病人已知是糖尿病的可以不需要作进一步的检查,但有许多病人原来不知道有糖尿病,而且往往有些病人空腹血糖是

正常的,故单纯作空腹血糖检查是不够的,有时还需进一步作糖耐量试验。

(2) 神经系统检查

除一般检查外,应测定脑电图、肌电图、膀胱测压和造影、骶髓延迟反射试验。若反射延迟则提示有自主神经病变,且常糖尿病有关,糖尿病越严重,反应越延迟甚至消失。

(3) 夜间勃起试验

阴茎夜间勃起是植物神经活动的一个重要组成部分,常发生于睡眠的快速动眼期(REM)。但每次勃起的开始和结束并不完全和REM符合。有时夜间勃起也发生于非REM,但多见于老年人。各种年龄的正常男子都可发生夜间勃起,但勃起的次数和时间随年龄而不同。青春期男孩每晚勃起6次以上,每次20~30分钟,总时间达2.5小时以上。年轻成人每72~100分钟可发生一次夜间勃起,平均每晚约4次。此后夜间勃起总时间逐渐缩短,在65岁的健康男子,每晚仍有1.5小时的勃起时间。

夜间勃起是潜意识的阴茎活动的客观表现,也是清醒状态下阴茎勃起能力的可靠生物学标志。监测睡眠中的勃起可排除心理因素的干扰,作为鉴别精神性阳痿和器质性阳痿的方法之一。若无夜间勃起或勃起程度在同年龄组正常值以下,即可能有器质性病变。若夜间勃起正常,则精神性阳痿的可能较大。

(4) 血管系统检查

通过阴茎血管系统的检查可以确定是否是血管性阳痿。常用的检查有:阴茎收缩血压测定、阴茎脉搏容量记录、盆腔窃血试验、阴茎血液流入量测定、罂粟碱试验、阴茎海绵体造影、盆腔血管同位素扫描、阴茎内部动脉造影等。

4. 并发症

阳痿最常见的并发症是早泄和男性不育。

5. 诊断要点

(1) 诊断

男子阳事不举、或举而不坚、或坚而不久,因而难以维持正常性交,不能获得性高潮,均可诊断为阳痿。

(2) 鉴别诊断

①阳痿应与早泄、泄白进行鉴别。阳痿是因性交时阴茎不能勃起、或勃起的硬度不够,阴茎不能插入阴道,难以性交;或虽能勃起,也能插入阴道,但不能维持一定的时间,于性交活动中突然阴茎软缩,不能继续进行性交,从而不能获得性高潮。而早泄和泄白患者阴茎均较容易勃起,但两者均由于阴茎在插入阴道口前或进入阴道后时间不久即泄精,阴茎随即软缩,不能继续进行性交活动。早泄患者射精时存在性高潮,而泄白者缺乏性高潮。

②精神性阳痿与器质性阳痿的鉴别。主要从以下三个方面:一是精神性阳痿常与某一次精神创伤有关,所以常以突然发生为特点;而器质性阳痿除了手术、外伤或服药引起者常常是逐渐发生的,而且逐渐加重。二是精神性阳痿常在某些情况下可以勃起,而在另一种情况下不能勃起,如在手淫或色情联想时会勃起,而在想要性交却不能勃起,有的在刚接触女方身体时能坚硬地勃起,但在企图插入阴道时又立即萎缩。器质性阳痿则无论在什么情况下都不会勃起。三是精神性阳痿在夜间睡眠中或晨醒时常有阴茎勃起,而器质性阳痿则没有。

③年老之人,性事衰退,阴茎不举,可视为正常现象。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

男子阳事不举、或举而不坚、或坚而不久即可诊为阳痿。根据临床表现又可分为元阳不足证、阴虚火旺证、肝气郁结证、湿热下注证、湿困宗筋证、肾虚血瘀证、心肾不交证、脾胃虚弱证等八个证型。其辨证要点为：阳事不举，或举而不坚，或举而冷小，精薄清冷，伴畏寒肢冷，阴部不温，夜尿频，或小便清长，舌淡苔白，脉沉细或沉迟无力者为元阳不足证；阳事易举，临房即软，多伴早泄，多见于青壮年有手淫史者，伴见五心烦热，目赤心烦，心悸盗汗，溲黄便干，舌红苔少，脉细数者为阴虚火旺证；阳痿不起，或起而不坚，精神不悦，情志抑郁，胸胁胀满，急躁易怒，善太息，舌红苔薄白，脉弦细者为有气郁结证；阴茎痿软弛长，伴阴囊潮湿，腥臭坠胀或痒痛，小便热赤，尿有余沥，心烦口苦，肢体困倦，舌苔黄腻，脉弦滑数者为湿热下注证；阳事渐痿，起而不坚，阴囊湿冷，龟体不展，舌体胖，舌质多黯，舌苔白滑或白腻，脉沉滑或弦滑，多见于短期发胖的青壮年者为湿困宗筋证；阳事不举，或举而不坚，伴见口唇青紫，面色晦暗或见面部褐色素斑，舌暗红或有瘀斑，脉沉涩者为肾虚血瘀证；卒遇惊恐，骤然阳痿，遗精，伴心悸失眠，心神不安，心情抑郁，舌淡苔薄白，脉弦细有力者为心肾不交证；阳事渐衰，勃而不坚，以至不起，或起而不大，或无温热感，射精量少，多有慢性胃病史，久服甲氟咪胍等药，伴见面色萎黄，消瘦，脘腹胀满，舌淡苔薄白，脉细弱者为脾胃虚弱证。

2. 辨证分型

(1) 元阳不足证

[临床表现]阳事不举，或举而不坚，或举而冷小，精薄清冷。面色㿠白，神怯倦怠，耳鸣发脱，牙齿松动；腰痛或腰膝酸软，畏寒肢冷，阴部不温，夜尿频，或小便清长。舌淡苔白，脉沉细或沉迟无力，尺脉尤甚。

[辨证分析]先天禀赋不足，肾阳式微；或房劳过度，损伤肾阳；或久病伤阳，肾气亏虚；或年老体弱，命门火衰。阳主动，阴主静，阳热而阴冷，故阳气不至则阳事不举，或举而不坚，或举而冷小，精薄清冷，阴部不温。阳主动，阳虚则神怯倦怠。肾阳虚衰，不能温煦肾府，故腰膝酸软，畏寒肢冷。肾开窍于耳，元阳不足，清阳不升，故耳鸣不聪。肾主骨生髓，齿为骨之余，发为血之余，元阳不足，肾阳虚衰，不能充骨养发，故发脱齿松。阳虚则膀胱不能气化水液，故小便清长，或夜尿频作。舌淡苔白，脉沉细或沉迟无力，尺脉尤甚，均为元阳不足，不能温里，不能鼓动于脉所致。

(2) 阴虚火旺证

[临床表现]阳事易举，临房即软；多伴早泄；腰膝酸软，头晕耳鸣；五心烦热，目赤心烦，心悸盗汗；溲黄便干；会阴热胀，肛门灼痛。舌红苔少，脉细数。多见于青壮年有手淫史者。

[辨证分析]阴虚火旺，相火偏盛，故阳事易兴，而阴虚阳无所依，则阴茎不能久挺，临房即软，虚火扰动精关，故精气易泄，发为早泄；阴精亏虚，腰府不养，髓窍不充，故腰膝酸软，头晕耳鸣；心火独盛，扰乱神明，故五心烦热、心烦、心悸；虚火迫津外越，则为盗汗，虚火上炎，则目赤，虚火灼津，则溲黄便干，虚火灼烁谷道，则肛门灼痛，虚火灼伤精室，则会阴热胀。舌红少苔，脉细数乃阴虚火旺之象。

(3) 肝气郁结证

[临床表现]阳痿不起，或起而不坚。精神不悦，情志抑郁；胸胁胀满，急躁易怒，善太息；多

见于性格抑郁之人。舌红苔薄白,脉弦细。

[辨证分析]肝气郁结,失其条达,疏泄无权,气血逆乱,宗筋不展,则阳痿不起,或起而不坚;肝气不舒,则精神不悦,情志抑郁,肝经气滞,则胸胁胀满,急躁易怒,善太息;舌红苔薄白,脉弦细乃肝气郁结之象。

(4) 湿热下注证

[临床表现]阴茎痿软弛长,阴囊潮湿,腥臭坠胀或痒痛,甚或睾丸肿痛。多见于形体肥胖,素嗜饮酒之人,心烦口苦,肢体困倦,小便热赤,尿有余沥。舌苔黄腻,脉弦滑数。

[辨证分析]湿热下注宗筋,则宗筋痿软弛长;湿热下注厥阴,则阴囊潮湿,腥臭坠胀或痒痛;湿热下注膀胱,则小便热赤,尿有余沥;湿热蕴结肝胆,则口苦心烦;湿热困滞肌肉则四肢困倦。舌苔黄腻,脉弦滑数乃湿热蕴结之征。

(5) 湿困宗筋证

[临床表现]阳事渐痿,起而不坚,阴囊湿冷,龟体不展。或有腰膝酸冷,或无任何兼症。舌体胖,舌质多黯,舌苔白滑或白腻,脉沉滑或弦滑。多见于短期发胖的青壮年。

[辨证分析]湿邪困结,宗筋粘腻不振,龟体不展,则阳事渐痿,起而不坚,阴囊湿冷。湿邪困重,则腰膝酸冷;舌体胖,舌质多黯,舌苔白滑或白腻,脉沉滑或弦滑乃痰湿困结之象。

(6) 肾虚血瘀证

[临床表现]阳事不举,或举而不坚,症状或轻或重。精神不振,头晕目眩;口唇青紫,面色晦暗或见面部褐色素斑;多数患者病史较长。舌暗红或有瘀斑,脉沉涩。

[辨证分析]肾虚宗筋失养,血瘀则肾失其主,故阳事不举,或举而不坚。肾虚清窍失养则头晕目眩;久病则成瘀,口唇青紫,面色晦暗或见面部褐色素斑,舌暗红或有瘀斑,脉沉涩均为血瘀之证。

(7) 心肾不交证

[临床表现]卒遇惊恐,骤然阳痿,遗精,心悸失眠,恶梦纷纭,心神不安,心情抑郁。舌淡苔薄白,脉弦细有力。多为平素胆怯之人。

[辨证分析]惊恐伤肾,卒遇惊恐,肾失其主,则阳痿,遗精;惊恐伤肾,心神失宁,心肾不交,则心悸失眠,恶梦纷纭,心神不安,心情抑郁。舌淡苔薄白,脉弦细有力乃心胆气虚之象。

(8) 脾胃虚弱证

[临床表现]阳事渐衰,勃而不坚,以至不起,或起而不大,或无温热感;射精量少。多有慢性胃病史,久服甲氰咪胍等药;面色萎黄,消瘦,脘腹胀满。舌淡苔薄白,脉细弱。

[辨证分析]脾胃虚弱,不能化生水谷精微,肾气失充,筋失养,则阳事渐衰,勃而不坚,以至不起,或起而不大,或无温热感,射精量少。脾胃虚弱,气血失充,不能上荣于面,则面色萎黄,不能充养肌肉则消瘦,脾胃虚弱,气机失调,则脘腹胀满。舌淡苔薄白,脉细弱乃脾胃虚弱之证。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 内科治疗

①内分泌治疗 内分泌性阳痿的发生往往与丘脑下部、脑垂体、睾丸等的内分泌功能有关,作为诊断的依据,主要是测定重要内分泌激素的血浆水平,包括睾丸酮、FSH、LH、PRL 及某些雌激素等,有时还得配合性染色体的检查。具体治疗有以下两个方面:

a. 睾丸水平以上的问题 可采用 HCG1000IU~1500IU,每周 2 次或隔日 1 次肌肉注射,共用 8 周为一个疗程,可重复 2~3 个疗程;或 HMG1500IU,每周 3 次,肌肉注射,连用 4 周~6 周;或 LHRH100 微克~200 微克,每日肌肉注射 1 次,共用 4 周~6 周。如有高催乳素血症,可用溴隐亭治疗。

b. 睾丸水平的问题 采用丙酸睾丸酮 25mg~50mg,每日或隔日肌肉注射 1 次,共用 2 周~4 周;庚酸睾丸酮 250mg,每 2 周~4 周肌肉注射 1 次;甲基睾丸酮 10mg~30mg,每周 2~3 次,舌下含服,共用 4 周~6 周。

注意,在应用睾酮治疗期间,精子数量可能会减少,待停药(上述剂量的应用)及性功能恢复后,精子数量会很快恢复。

另外,肾上腺皮质及甲状腺功能减退者,分别应用肾上腺皮质激素和甲状腺素有效。糖尿病引起的阳痿首先要治疗糖尿病。

②育亨宾硷(Yohimbin) 为 α_2 -肾上腺素能阻滞剂,使用后可使阴茎血管扩张,静脉回流减少,常用量每日 6mg,每日 3 次,共用 4 周~6 周。

(2)假体疗法

①化学假体 是通过向阴茎海绵体内注射血管活性药物,使阴茎勃起的方法。适用于血管性、神经性、内分泌及久治不愈的精神性阳痿,更适合于血管性阳痿。通常人们都是采用罂粟碱 40mg~80mg,也有人将罂粟碱 30mg 与 α 受体阻滞剂酚妥拉明(0.5mg~1mg)混合使用。最近,有人报道用前列腺素 E_1 (PGE₁)阴茎海绵体注射,效果也十分理想。对于因阳痿引起不育者可在女方排卵期采用此法性交,来达到生育目的。

注射方法:患者平卧,先以橡皮筋在阴茎根部勒紧,阴茎皮肤用洗必泰酒精或新洁尔灭棉球消毒,术者左手拇指与食指放在阴茎上下两侧,将皮肤向阴茎一侧牵拉,使另一侧呈紧张状态,应用 1 毫升注射器于阴茎根部侧方穿刺入一侧阴茎海绵体,穿破白膜时有突破感觉不须作抽回血试验,缓将药液注入一半然后再推针刺破中隔后刺入对侧海绵体内,将另一半药液也注入海绵体,拔出注射针,针孔稍加压迫。待 5 分钟~10 分钟后,将橡皮筋剪掉,再待 4 分钟~10 分钟后阴茎逐渐充血增大,温度增高,有效病例多于注药后 5 分钟阴茎呈勃起状态,勃起持续平均 4 小时,多数病人勃起能持续约 1 小时~3 小时。因此,患者于注药半小时后在性刺激下开始性交,可有射精和情欲高潮,部分病例射精后阴茎仍然勃起,且维持时间较长,但不宜再次性交,否则易引起异常勃起。

常用剂量为盐酸罂粟碱 30mg 及酚妥拉明 0.5mg,如注药后阴茎勃起不理想,再次注药时可逐渐增加剂量,最多在试注 6~7 次后,罂粟碱可达 90mg 酚妥拉明 10mg 方能达到能性交的程度。但且忌开始即用较大剂量,否则易引起异常勃起,对于年轻者尤应慎重。

并发症的防治 化学假体应用不当有时会易发生一些并发症,如阴茎浅表血肿、感染及阴茎异常勃起等。为预防上述并发症的出现,穿刺时一定避免损伤表浅血管,注射针拔出时局部稍加压迫,操作时严格注意无菌操作,无一定的基础不能让患者或其配偶自行操作。一旦发生阴茎异常勃起(持续勃起 4 小时以上),即应作出及时处理:可先从阴茎海绵体内抽出淤血 20 毫升,再向海绵体注射 α -受体兴奋剂,如肾上腺素、多巴胺以及阿拉明等,其中阿拉明治疗各

种原因引起的阴茎异常勃起效果较好,一般在注射阿拉明 2mg 后 1 小时左右起作用,若 1 小时后仍无效可重复注射阿拉明 2mg。一般使用罂粟碱与酚妥拉明混合剂,可降低阴茎异常勃起的发病率。

②负压假体 利用压缩空气真空泵负压吸引,抽尽置于阴茎上的套筒内的空气,产生负压,当负压达到一定程度时($-175\text{mmHg}\sim-380\text{mmHg}$),阴茎可被动勃起达最大程度。如等着临时性交,则用橡皮圈放于阴茎根部不让阴茎软缩,随即性交,但可能造成逆行射精而影响生育目的。一般是作为定期治疗,如不临时性交用,主要目的是被动增加阴茎的血流灌注量,以利于今后更好地勃起。

负压假体的原理发明者有德国医学博士 Aougust,美国医学博士 F. Horien 法国生物学者 M. Pyemcn 和日本医学博士秋吉隆夫,平野昭平等。基于此原理,国内外已开发研制出各种式样的负压助勃器,由于其简单易行,已为很多夫妻所欢迎。

(3)阴茎假体 是通过手术方法,将阴茎海绵体内置入一能支持阴茎挺立的假体,以便使患者能够完成性交。根据充当假体的材料的性质和硬度,假体有硬性假体、半硬性假体和可充胀性假体之分。其中以半硬性的硅胶银假体最为常用。但本方法费用较高,且有手术痛苦及感染、疼痛、出血以及假体压迫穿孔等并发症,我国患者多不愿接受。

2. 对症治疗

(1)对于内分泌因素引起的阳痿,根据有关激素的血浆水平,给予相应药物,可参考内分泌治疗。

(2)血管性阳痿 包括阴茎动脉血流灌注不足和静脉痿性阳痿。对于年轻的阳痿患者来说,血管性阳痿的发生以后一种情况较为多见。由于静脉痿的存在,阴茎不能勃起或不能够维持一定的硬度,难以进行性交或不能够充分性刺激而达不到射精,从而影响生育。一经查明属静脉痿性阳痿,将存在静脉痿的静脉(一般阴茎背静脉痿或阴茎旋静脉痿较常见)结扎,即可马上获效。

(3)微量元素锌、锰等缺乏 研究认为微量元素锌、锰等参与多种生殖内分泌的活动,该元素的缺乏也可以造成阳痿现象的发生,因此,对于血浆锌或锰水平较低的阳痿患者,可给予适量锌、锰制剂。事实上,临床上不管何种原因引起的阳痿,应用锌制剂,均有不同程度的效果。

3. 并发症治疗

阳痿作为性功能障碍的主要表现,往往是许多疾病早期出现的现象或病程发展过程中出现的结果。如糖尿病早期,患者往往首先出现性功能障碍,而糖尿病发展到一定阶段,男性患者多发生阳痿。因此,阳痿患者首先应该检查是否存在内分泌等内科方面的疾病,以便从根本上给予治疗。作为单纯功能性的阳痿,其并发症多是精神心理障碍以及性功能本身方面的症状,如早泄、不射精症等。其治疗可参考早泄、不射精症等有关章节。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)元阳不足证

[治法]温补下元,振阳起痿。

[方药]桂附八味丸(《医方集解》)或右归丸(《景岳全书》)加减。

肉桂、制附子、熟地、山药、泽泻、丹皮、山萸肉、茯苓、阳起石、巴戟天、仙茅、杜仲、菟丝子、

鹿角胶。

[分析]方中肉桂温阳助火,制附子大热之品,最能温阳,阳起石、巴戟天、仙茅温补下元,振奋肾阳;以熟地、山药、泽泻、丹皮、山萸肉、茯苓六味补肾填精;杜仲、菟丝子、鹿角胶温补肾阳,大益精血。诸药合用,温补下元,振阳起痿。

(2) 阴虚火旺证

[治法]滋阴降火。

[方药]知柏地黄汤(《医宗金鉴》)加减

知母、黄柏、熟地黄、茯苓、泽泻、丹皮、赤芍、山药、山萸肉、金银花、败酱草、车前子、木通。

[分析]方以知母、黄柏滋阴降火,以熟地黄、茯苓、泽泻、丹皮、山药、山萸肉六味滋阴补肾,金银花、败酱草清热解毒,车前子、木通清热利湿降火。诸药共奏滋阴降火之功。

(3) 肝气郁结证

[治法]疏肝解郁。

[方药]蜈蚣疏郁汤(《当代名医临证精华·男科专辑》石春荣方)

大蜈蚣 2 条(研末分吞)、地龙 10 克、海参 10 克(研末分吞)、蚕蛹 15 克、柴胡 10 克、香附 10 克、王不留行 10 克、白芍 20 克、当归 15 克。

[分析]方以蜈蚣为主药,最善疏达肝脉,畅行宗筋,《医学衷中参西录》载:“蜈蚣,走窜之力最速,内而脏腑,外而经络,凡气血凝聚之处皆能开之”,故以蜈蚣为治疗肝郁阳痿之首选药物。以柴胡、香附疏肝解郁,畅达肝脉,以振宗筋;以地龙走窜通络,清热利尿,海参、蚕蛹补益肝肾,壮阳益精;王不留行活血通经,利尿,白芍柔肝和肝,当归补血活血,通调经脉。诸药合用,疏郁滞而畅肝脉,行血气以荣宗筋。

(4) 湿热下注证

[治法]清利湿热。

[方药]程氏萆薢分清饮(《医学心悟》)

萆薢、黄柏、石菖蒲、茯苓、白术、莲子心、丹参、车前子。

[分析]方用萆薢、石菖蒲、车前子清利湿热,黄柏滋阴清热,茯苓、白术健脾运湿,莲子心清热解毒安神,丹参活血化瘀。

(5) 湿困宗筋证

[治法]温经通阳化湿。

[方药]方一:蟋蟀通阳汤(《当代名医临证精华·男科专辑》石春荣方)

蟋蟀、蝼蛄各 2~4 枚(淡盐水浸泡半日,烘干研末吞服)、官桂 10 克、淫羊藿 10 克、苍术 15 克、茯苓 20 克、细辛 3 克、丝瓜络 15 克、白芍 15 克、地肤子 15 克。

[分析]本方是石春荣先生专为阴湿阻遏阳道所致之阳痿而设。认为蝼蛄、蟋蟀皆可入膀胱、肾经,凡阳痿由阴湿之邪阻遏阳道所致者,实为必不可少之药。二药一寒一温,相辅相成,直达阴中以逐湿浊,俾阴湿去而阳道畅,则阳道伸展,阳痿自愈矣。

方二:驱痰展势丹(石春荣方)

白僵蚕 10 克(研末吞服)、苍术 15 克、茯苓 15 克、半夏 10 克、陈皮 15 克、远志 15 克、韭子 10 克、路路通 10 克、桂枝 15 克、生姜 5 片。

[分析]上方重在利尿通阳,本方法为驱痰达络,是石老先生为痰浊阻滞宗筋脉道所致之阳痿而设。常见过嗜肥甘酒酪之人,损伤脾胃,停痰蕴湿,痰随气升,无处不到,阻滞宗筋脉络,致

气血不能充养宗筋,命火难于兴阳用事,而成阳痿之疾。此等顽疾,温补无效,强养无益;而驱痰达络,畅通宗筋之法,实乃治病求本之术。本法与利尿通阳法有别,本法药偏辛温宣散,多走肝胆脾肺以驱痰浊;利尿通阳法多咸淡渗利,多走膀胱肾经以利湿饮,治法迥殊而温经通阳之一。

(6) 肾虚血瘀证

[治法]补肾化瘀。

[方药]化瘀起痿汤(《当代名医临证精华·男科专辑》石春荣方)

水蛭 3 克~5 克、当归 20 克、蛇床子 15 克、淫羊藿 10 克、川续断 15 克、牛膝 15 克、熟地 30 克、紫梢花 5 克、桃仁 10 克、红花 10 克。

服用方法:水煎服,其中水蛭、紫梢花各研细末吞服。

[分析]方用水蛭活血破络,祛瘀生新,当归活血补血,蛇床子、淫羊藿温补肾阳,川续断、牛膝补养肝肾,熟地滋补肾阴,紫梢花、桃仁、红花活血化瘀。上药合用,补肾活血。

(7) 心肾不交证

[治法]益肾宁神。

[方药]大补元煎(《景岳全书》)合安神定志丸(《医学心悟》)加减

熟地、枸杞、党参、杜仲、山药、山萸肉、茯神、远志、石菖蒲、龙齿。

[分析]方用熟地、枸杞、杜仲、山药、山萸肉滋补肝肾,茯神、远志、石菖蒲健脾安神,龙齿镇惊安神。诸药共用,益肾宁神。

(8) 脾胃虚弱证

[治法]健脾益胃,补养气血。

[方药]九蜂补中汤(《当代名医临证精华·男科专辑》石春荣方)

九香虫 10 克、露蜂房 10 克、黄芪 15 克、人参 5 克、补骨脂 15 克、白术 15 克、女贞子 10 克。

[分析]本方是石春荣先生专为脾胃衰弱所致阳痿而设。经曰:“前阴者,宗筋之所聚,太阴阳明之所合也。”(《素问·厥论》);“阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋。”(《素问·痿论》)所以阳明之气血亏虚或功能失调,皆可致后天气血乏源,难以涵养宗筋脉络,而成阳痿之疾。故《素问·痿论》曰:“阳明确则宗筋纵,治痿者独取阳明。”该方能调补阳明,通过补益强养调畅阳明,以恢复温养荣润宗筋之能,而使宗筋强健,阳道以兴。

2. 验方治疗

(1) 亢痿灵(《中医男科证治》陈玉梅方)

[组成]蜈蚣 18 克、当归 60 克、白芍 60 克、甘草 60 克。[用法]制法:先将后 3 味药晒干研细,过 90~120 目筛,然后将蜈蚣研细,再将两种药粉混匀,分为 40 包(也可以制成水丸)。

服法:每次半包至 1 包,早晚各 1 次,空腹用白酒或黄酒送服。15 天为 1 疗程。

[功用]疏郁畅肝,行血振痿。

[疗效观察]治疗阳痿 737 例,近期治愈 655 例(88.9%),好转并继续治疗 77 例(10.4%),总有效率 99.3%。

[注意事项]忌食生冷、气恼。

(2) 兴阳散(《中医诊治男性不育与性功能障碍》王乃汉方)

[组成]硫磺、蛇床子、仙茅各等份。

[用法]研极细末,调匀,每次 10 克,早晚用白开水送下。

[功用]温补肾阳。

[疗效观察]治疗阳痿 8 例,均愈。

(3)玄驹兴阳散(《当代名医临证精华·男科专辑》石春荣方)

[组成]大蚂蚁 300 个、桑螵蛸 30 克、九香虫 20 克、人参 10 克、淫羊藿 20 克、韭子、枸杞子 30 克、桂枝 5 克、白芍 5 克。

[用法]共为细末,每服 7 克~14 克,每日 3 次,空腹用少许黄酒送下。或用白酒 2500 毫升浸泡上药,为玄驹兴阳酒,临床亦有效验。

[功用]益精兴阳,扶虚益损。

[疗效观察]石春荣老先生治疗阳痿,常用本方,每获良效。

(4)补肾壮阳丸(《当代名医临证精华·男科专辑》陈树森方)

[组成]人参、仙灵脾、肉苁蓉、枸杞子各 30 克。

[用法]共为细末,炼蜜为丸,每粒 2 克,每次 1 粒,日服 2~3 次。或用白酒 500 毫升浸泡 2 周后,每次 5 毫升~10 毫升,每日服 2 次~3 次。

[加减]若伴见早泄,可加五味子 50 克以固肾涩精。

[功用]滋养肝肾,强阴壮阳。适用于阳痿阴冷,性欲减退,未老先衰,神疲乏力之证。

[分析]方取人参大实元气;仙灵脾、肉苁蓉补肾壮阳;枸杞子滋肝肾,强阴益精。合方于补阳之中佐以补阴之品,意在使“阳得阴助而生化无穷”。并可借阴药之滋润以制阳药之温燥,成补肾壮阳之剂。

注:治疗期间适当节制房事,加强体格锻炼。

(5)不倒丸(《中医诊治男性不育与性功能障碍》周乱吉方)

[组成]黑附子 6 克、蛇床子 15 克、淫羊藿 15 克、益智仁 10 克、甘草 6 克。

[制法]共为细末,以炼蜜 80 克调匀,做成 12 丸。

[用法]每次服 1 丸,每日服 3 次,温开水送服。

[功用]本法适用于肾阳虚型阳痿。

(6)补肾医痿汤(《中医诊治男性不育与性功能障碍》李广文方)

[组成]阳起石 30 克、巴戟天 9 克、葫芦巴 9 克、仙灵脾 15 克、仙茅 6 克、肉苁蓉 12 克、菟丝子 9 克、枸杞子 9 克、五味子 9 克、山萸肉 9 克、何首乌 12 克、山羊羖丸 1 对为引。

[加减法]

阳虚甚者,加附子 6 克~9 克,肉桂 6 克~9 克;

纳呆食少、腹胀便溏者,加砂仁 6 克、陈皮 9 克、茯苓 9 克;

心悸健忘、失眠多梦者,加炒枣仁 15 克、合欢花 9 克、石菖蒲 9 克;

心脾两虚者,加归脾丸,日服 2 丸~3 丸;

肝郁不舒者,加逍遥散,日服 2 包~3 包;

湿热下注者,可用龙胆泻肝汤或知柏地黄汤。

[用法]先以淡盐水煮羊羖,以汤煎药 2 遍。食羊羖,煎剂分 2 次服。

[功用]温阳补肾医痿。

[疗效观察]治疗多例,均获良效。

(7)千金立效散(《医心方》卷二十八)

[组成]苁蓉、钟乳、蛇床子、远志、续断、薯蓣、鹿茸各 90 克。

[用法]共研细末,每服9克,酒下。或炼蜜为丸,每丸9克,每服1丸,均为每日2次。

[加减]欲多房倍蛇床,欲坚倍远志,欲大倍鹿茸,欲多精倍钟乳。

[功用]补益肝肾,益精壮阳。

(8)解郁活血汤(《男女病奇效良方》)

[组成]当归12克,柴胡、川芎、红花、桃仁、郁金、菖蒲、牛膝、甘草各10克。

[用法]水煎服,每日1剂,2次分服。

[功用]疏肝解郁,活血起痿。

[疗效观察]治疗阳痿50例,痊愈42例,有效6例,总有效率为96%。

(9)人参汤(汪明德.辨证治疗阳痿112例临床观察.实用中医药杂志,1995,11(5):15~16)

[组成]人参1.5克~3克,炙远志、石菖蒲、细辛各10克,茯苓、肉苁蓉、淫羊藿、仙茅、蜂房各15克,龙骨30克,蜈蚣3条。

[加减]心悸汗出加桂枝;抑郁寡欢或少腹作胀加柴胡。

[用法]每日1剂水煎服。

[功用]温阳益肾,宁心安神。适用于心肾不交型阳痿。

(10)狗肾汤(同(9))

[组成]黄狗肾粉5克(冲),淫羊藿30克,仙茅、菟丝子、肉苁蓉、锁阳各15克,蛇床子12克,炮附子10克,蜈蚣3条。

[加减]腰酸加补骨脂;尿频加益智仁。

[用法]每日1剂水煎服。

[功用]温补肾阳,适用于肾虚阳衰型阳痿。

[疗效观察]辨证治疗阳痿112例(分心肾不交型和肾虚阳衰型)与对照组51例(用TMB YOCON 5.4mg/日3次口服;血清睾酮(T)值低者加用十一酸睾酮素针剂肌注),治疗2周~7个月,结果:两组分别显效(勃起有力,不早泄,患者对性能力满意)54、16例,有效35、17例,无效23、18例,总有效路例,无效23、18例,总有效率79.46%、64.7%($P<0.05$)。

3. 单味药治疗

(1)蜈蚣散(《男女科病千首妙方》续集)

[用法]将蜈蚣制成散,0.5克1包,每次服1包,早晚各1次,空腹用白酒或黄酒送服。20天为1疗程,忌食生冷、忌恼怒。

[疗效]治疗100例,显效85例,有效12例,无效3例。

(2)磁石

[药理]磁石可抑制中枢神经系统,有镇静作用。

[用法]磁石2500克,研细末,白酒1500ml,浸泡1个月,1日服3次。

[疗效]治疗阳痿、早泄有效。

(3)细辛(《男女科病千首妙方》续集)

[药物]细辛5克(此为1日量)。

[用法]泡水代茶饮。连服3天~30天。

[功用]辛温益阳。

[疗效]治疗阳痿26例,皆获良效。

(4) 蟋蟀(《男女科病千首妙方》续集)

[药物]蟋蟀 20 只~30 只。

[用法]沸水烫死,洗净,去头翅足,面粉糊裹,油炸食之,白酒佐餐。每日 1 次,10 天为 1 疗程。

[功用]本品咸寒无毒,“入足太阳经”(《玉楸药解》),善能利水通闭,可直走阳中以通水道。用于治疗脾肾阳虚之阳痿。

[疗效]每用每验。

(5) 樗鸡(《男女科病千首妙方》续集)

[药物]樗鸡即蹦蹦虫,学名九香虫。

[用法]在每年阴历 7 月份采捉,阴干研末,1 次服 2 个~3 个樗鸡粉,用淡盐水或温开水送服。连服 7 日~10 日。

[功用]理气止痛,温中助阳,兴阳益精。用于肝胃气痛,肾虚阳痿,腰膝酸痛。

[疗效]临证治疗多有效验。

(6) 冬虫夏草

[药物]冬虫夏草 15 克~30 克。

[用法]炖肉或炖鸡服(《云南中草药》)

[药理]含水份 10.08%,脂肪 8.4%,粗蛋白 25.32%,粗纤维、碳水化合物、灰分等。还含有虫草酸约 7%,奎宁酸的异构物,另含冬虫夏草素、维生素 B₁₂ 等。

[功用]补虚损,益精气,治阳痿遗精等。

[疗效]有良效。

(7) 阳起石

[药物]阳起石 6 克。

[用法]煅阳起石,研末,每服 6 克,每日 1~2 次,盐酒下(《普济方》)。

[功用]治元气虚寒,精滑不禁等。

(8) 海马

[药理]动物实验发现,克氏海马的乙醇提取物,可延长正常雌性小鼠的动情期,对去势鼠则可出现动情期,并使子宫及卵巢(正常小鼠)重量增加(日本药理学杂志.55(3):85,1959)。以小鼠前列腺、精囊、提肛肌的重量作为指标,海马提取液表现出雄性激素样作用。

[用法]水煎服,每次 3 克~9 克;或研末冲服,每次 1 克~3 克。

[功用]补肾壮阳,调气活血,治阳痿、遗尿等。《本草纲目》谓之能:“暖水藏,壮阳道。”

[疗效]海马有良好的滋补强壮功效,是传统的动物类壮阳药,在临床上一直被推荐为男性性功能障碍的要药。

(9) 仙灵脾(苏勋庄经验)

[药物]仙灵脾 3 克~9 克。

[用法]开水冲泡,代茶饮。每日 1 次~3 次。

[药理]仙灵脾具有催欲作用,这种作用由于使精液分泌亢进,精囊充满后,刺激感觉神经,间接兴奋性欲而引起。用仙灵脾或日产仙灵脾所制成的流浸膏,虽对狗不能表现举尾反应,但可知其有促进精液分泌的作用,其叶及根部作用最强,果实次之,茎部最弱。以小鼠前列腺、精囊、提肛肌增加重量的方法证明淫羊藿提取液具有雄性激素样作用。

[作用]补肾壮阳,治阳痿不举。

[疗效]仙灵脾乃补肾壮阳治阳痿之要药,具有良好的催欲作用。

(10)人参(王本祥,吉林医学,1984;4(10):593)

[药物]人参提取物。

[用法]口服每日 500mg。

[药理]研究证实,人参对垂体—肾上腺皮质系统有明显影响。人参的主要成分人参皂甙可使血浆皮质水平升高,并使大鼠肾上腺重量加重。人参可促进和加强雄性大鼠的交配行为,使去势大鼠出现交尾现象;使家兔睾丸中精子数量增加,且活动力增强,体外生期较长。人参果皂甙 150mg/d,2 个月为 1 个疗程,可明显增加老年男性患者血浆睾丸酮的水平,降低血浆中雌二醇的含量,使雌二醇/睾酮比值下降,因此,人参果皂甙对许多与雌二醇/睾酮比值增高有关的疾病均可收到一定的效益。另有资料证明,人参本身不具有性激素样作用,但可能具有促性腺激素样作用。

[作用]大补元气,复脉固脱,补脾益肺,生津,安神。

[疗效]用人参治疗 27 例阳痿病人,其中 15 例完全恢复性机能,9 例明显好转,3 例无效。又以每日服人参提取物 500mg 的方法,治疗老年性阳痿和性交次数减少、勃起困难、早泄、射精不中或丧失性欲者,均有一定疗效。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

① 八髎穴

[取穴]八髎穴。

[操作]将电针电麻仪的电极与针柄相接,接通电源,以针跳动患者能忍受为度,每次留针 30 分钟,每日 1 次,20 天为 1 疗程。

[疗效观察]治疗神经性阳痿患者 9 例,年龄 19 岁~62 岁,病程 1 年~3 年,其中 4 例有直肠癌手术史,3 例盆骨骨折病史,2 例前列腺电切术史。治疗前后比较,采用秩和检验,左侧坐骨海绵体肌 $n=9, t=0, p<0.01$, 表明潜伏时间明显缩短;右侧海绵体肌 $n=9, t=2, p<0.02$, 亦表明潜伏时间明显缩短;左侧球海绵体肌 $n=9, t=1, p<0.01$, 亦表明潜伏时间明显缩短;右侧海绵体肌 $n=9, t=0, p<0.01$, 表明有促进腰部诱发电位作用;头诱发电位 $n=7, t=0, p<0.02$, 表明有促进头部诱发电位作用。

[作用原理]神经性阳痿是由于骨盆骨折、盆腔脏器手术等损伤阴茎勃起神经而致,目前临床上对本病无有效的治疗方法。电针刺激能促使损伤的周围神经修复或再生;八髎穴乃骶骨孔,其中的马尾神经与阴茎反射性勃起中枢($S_2 \sim S_4$)相联,而其另一端则组成骶神经,其有分支走行至阴茎皮肤及海绵体肌,组成阴茎勃起反射弧的通路。因此,电针刺激八髎穴能促使损伤的神经的修复和再生,从而起到治疗本病的作用。

② 头针生殖区

[取穴]主穴:头针生殖区。辨证配体针,肾阳虚配肾俞、太溪(均双),气海、腰阳关;心脾两虚配三阴交、内关(均双),中极、关元;肝气郁结,宗筋弛纵配太冲、太溪、足三里(均双取),气海、关元。

[操作]患者端坐,从两侧额角外向上引平行于前后正中线 2cm 长直线,用 28 号 3.5 寸毫针沿头皮平刺,深约 1 寸~2 寸,200 次/分快速捻转 3 分钟~5 分钟,有针感后再针体穴,留针

20 分钟~30 分钟,日 1 次,6 次为 1 疗程,疗程间隔 3 日。

[疗效观察]治疗青年阳痿 32 例,结果:痊愈 24 例,显效 5 例,有效 3 例,总有效率 100%。

③关元穴位注射配合涌泉针刺(隋永杰,等.关元穴位注射配合涌泉针刺治疗阳痿 386 例.中国针灸,1996,16(3):30)

[处方]关元穴位注射、针刺涌泉。

[方法]a. 穴位注射方法:用丙酸睾丸素 10mg,皮肤常规消毒,对准关元穴,快速刺入皮下,缓慢进针,待酸胀等针感传向前阴后,回抽无血,将药液 10mg(1ml)注入。4 日 1 次,5 次为 1 疗程。如必要隔 1 周后再进行下 1 个疗程,本组治疗时间最长为 2 个疗程。

b. 针刺方法:交替针刺涌泉穴,每日 1 次取一侧,手法用平补平泻,每次留针 20 分钟,留针期间嘱患者轻闭双目,意守关元。20 日为 1 疗程。

[疗效观察]386 例患者经上述方法治疗后,痊愈(阴茎随意勃起,性生活正常,伴随症状消失)179 例(占 46.37%),有效(阴茎能勃起,但举而不坚,伴随症状减轻或消失)184 例(占 47.67%),无效(治疗前后病情无变化)23 例(占 5.96%)。

[作用分析]关元穴系足三阴经与任脉的交会穴,有培肾固本,调气回阳,保健强身之功能;涌泉穴为足少阴肾经之井穴,是脉气的出所,二穴相配,共同调节人体脏腑之气,促使经络平衡,机体恢复正常。

④戴居云针刺治阳痿处方一(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]肾俞、命门、关元、中极、三阴交。

[加减]纳谷不香加足三里;头昏耳鸣目花加风池;精出清冷加腰阳关。

[操作]肾俞、命门用捻转补法,关元、中极针尖稍偏向下,使针感感向阴茎放射,捻转补法,均可用艾条悬灸 15 分钟~20 分钟,或隔姜灸 5~7 壮,三阴交捻转补法。每日或隔日 1 次。足三里、腰阳关均用捻转补法,风池穴针尖方向对准同侧眼眶,使针感放射至头顶或前额眼眶,用平补平泻法。

[主治]阳事不举,或举而不坚,或临床早泄,精稀清冷,阴头寒,头晕耳鸣,记忆力减退,思考力不强,面色㿔白,精神萎靡,形寒肢冷。舌质,苔薄白,脉沉细。

⑤戴居云针刺治阳痿处方二(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]心俞、脾俞、足三里、三阴交、关元。

[加减]夜寐不宁加神门;心悸怔忡加内关。

[操作]心俞、脾俞、肾俞、足三里、三阴交均用捻转补法,关元针尖略向下,使针感向阴茎部放射,以上各穴针后均加灸。神门、内关用提插泻法,每日或隔日 1 次。

[主治]阳事不举,或举而不坚,懒食神疲,夜寐不宁,面色无华,心悸怔忡,少气自汗,舌质淡苔薄白,脉细弱。

⑥戴居云针刺治阳痿处方三(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]心俞、肾俞、气海、神门、三阴交。

[加减]胆怯易惊加间使,失眠梦惊加风池。

[操作]心俞平补平泻,肾俞捻补法;神门提插泻法,气海、三阴交捻转补法。如胆怯易惊加间使提插泻法,并可留针。失眠梦惊加风池平补平泻。每日或隔日 1 次。

[主治]阳痿不举或举而不坚,胆怯爱疑,心悸易惊,夜寐不宁,舌质正常苔薄白,脉细弦。

⑦戴居云针刺治阳痿处方四(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]膀胱俞、次、肾俞、曲骨、三阴交、太冲。

[加减]阴囊湿润及阴汗加阴陵泉；睾丸精索隐痛酸胀加急脉。

[操作]膀胱俞、次 提插泻法，肾俞先泻后补，曲骨针刺前先嘱排空小便，进针后针尖略偏向下，行提插法使针感下达至生殖器，三阴交、太冲均用提插泻法，阴汗加阴陵泉，睾丸隐痛加急脉亦均用强刺激泻法。

[主治]阴茎萎软，阴囊湿润，臊臭，会阴、精索、睾丸部酸胀不适，小便黄赤，阴头可见浊渣溢出，严重者伴有尿频，潮时刺痒灼热，腰膝酸软，舌苔黄腻，脉濡数。

⑧戴居云针刺治阳痿处方五(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]肾俞、命门、次、关元、三阴交。

[加减]伴有早泄梦遗者，加刺太冲或行间，湿热下注加刺阴陵泉、蠡沟、行间。

[操作]各穴均可用平补平泻法。每次留针 15 分钟~20 分钟，间日 1 次，20 次为 1 疗程。

[主治]青壮年男子临房时阴茎萎弱不用或举动不坚的病证。

⑨《男女病千首妙方》白金良针刺方

[取穴]主穴：中极、气海、关元；配穴：三阴交。

[操作]快速进针后针尖略向上斜，寻找针感，要求针感向上传导，或上下走窜，以向上传导为主。留针 30 分钟，每日或隔日 1 次，不愈配刺三阴交。

[疗效观察]治疗 21 例，针刺后阴茎均勃起正常。其中 1~2 次者 12 例，3~4 次者 4 例，5~7 次者 5 例。随访 6 个月至 1 年，复发 3 例。

1. 电针疗法(《男女病千首妙方》徐逢针刺方)

[取穴]关元、气海、中三里(双侧)。

[操作]针刺后接通 G6805 电针仪，每日 1 次，留针 30 分钟。并嘱患者每晚在针刺穴位处用艾条灸，每穴灸 10 分钟左右。[疗效观察]治疗 20 例，均取得满意效果。

(2) 气功疗法

患者自练引导功(《中国气功·气功治疗阳痿》1988 年第 1 期)。方法：①病者仰卧，衣宽、带松、枕平、肢展、身适，做到心宁、神宁，待入静后神注下丹田。要求内听、内视来帮助放松入静。②呼吸要自然，待肢体放松后逐渐加深、变慢变细，并要均匀，达到小腹温热得气为度。③一旦得气，意念加强，调动全身的气机来增强下丹田气感。每次 30 分钟，每天早晚各 1 次。练功后自我按摩小腹，逆时针 36 周，顺时针 38 周。继而双手合掌托握睾丸、阴囊、阳器，搓揉 15 分钟，频率每分钟 100 次，使阴部诸器发热为度。以上每天 1 次，1 周为 1 疗程。一般 3 周后见效。此式能调和阴阳，强筋壮骨，兴阳。适用于肾气虚弱之阳痿。

(3) 推拿疗法

①按肾府法 两足分开，两膝微屈，与肩同宽，自然放松而立；或取正身端坐姿势。叩紧齿，闭紧嘴，舌抵上腭，以鼻自然呼吸，微微闭目或目视前下方。宁神静气 5 分钟后，两手掌相合互擦至热，然后反掌至身后，趁热捂于两侧腰肾区，意念掌心热力向内透达，停留片刻，再以掌上下连续擦磨腰肾区 16 次。上述动作重复做 3 遍，然后缓缓躺平，全身放松，两手攥拳，左右拳分别绕至背后，以拳背掌指关节形成的拳峰顶于腰肾区，有酸胀或酸痛感为得气，持续 5 分钟，练久亦可以此式入睡。本法为苏勋庄先生创制，功能温补肾气，强筋壮骨，最能益气强精，可迅速消除疲劳，增强精力，是自我强壮秘法，久练甚效。

②兜肾囊法 两手搓热，以一手兜住阴囊，缓缓上托，使两侧睾丸轻轻上兜分置于两腹股

沟下部,另一手掌擦揉关元穴,然后换手操作,如此重复 81 次。此即古之所谓:“一擦一兜,左右换手,九九之数,真阳不走。”久练可以固精强肾,强身健体。

③环压阴茎根法 以一手拇指和食指环扎于阴茎根部,一紧一松,用力环压,注意用力适度,用力过大或过小均影响效果。另一手随意抚弄阴茎远段,至阴茎有膨胀感或胀起时,左右换手,重复操作 9 次。本法为苏勋庄先生创制,适用于各型阳痿,尤对临房举而不坚或坚而不久者有速效,可于房事前或房事过程中使用本法。

(4) 饮食疗法

①仙茅金樱子方

[材料]仙茅、金樱子根及果实各 15 克。

[制用方法]炖肉吃。

[功用]补肾阳,强筋骨,祛寒湿。用于阳痿精冷。

[疗效观察]治疗阳痿,效果满意。

[注]本方名为编者所加。

②熟附片煨姜炖狗肉(《中医男科临床治疗学》)

[材料]熟附片 15 克~30 克,生姜 150 克,蒜头适量,新鲜狗肉适量。

[制用方法]先将花生油(或植物油)放在锅里,加入蒜瓣稍炒片刻,加适量水,把狗肉、熟附片、煨姜片一起煮,2 小时后酌量分餐热食。1 周制作 1 次,连用 4 周。

[功用]温肾、益精、兴阳。

③河虾炒韭菜(经验方)

[材料]九叶老韭菜 60 克,新鲜河虾 90 克,油、盐、干姜粉适量。

[制用方法]将韭菜摘洗干净,切寸段,备用。先将油热好后加入盐粉,然后倒入洗净的河虾,炆炒,至半熟后,加入韭菜,翻炒几下,至虾熟后加入干姜粉,翻炒均匀,即可盛出食用,不宜使韭菜炒烂。以之佐餐或佐饮少量酒。每周 3 次左右,可常食。

[功用]温阳补肾益精。

④将麻雀用泥封固,慢火烧热,每晨吃 1 个,连吃二、三十天。煮食雀蛋更效。(《甘肃中医验主集锦》第一集)

⑤海虾散(《千家妙方》上册)

[材料]生海虾 500 克,核桃仁 80 克,淫羊藿 200 克,白酒 250 毫升。

[制用方法]先将酒放入合适的容器内,点燃,待酒热后投入生海虾,充分浸透,取酒虾焙干为度;核桃仁去皮盐渍、焙干,与海虾共为细末,分作 20 包,每日 1 包,每包分 2 次服,每次取淫羊藿 10 克,煎水 100 毫升,分送海虾散,2 个月为 1 疗程。

[功效]滋肾养精,补肾壮阳。

⑥当归牛尾煎(《偏方大全》)

[材料]当归 30 克,牛尾 1 条,盐少许。

[制用方法]将牛尾去毛,切成小段,与当归同锅加水煮,后下调料,饮汤吃牛尾。

[功效]温阳活血补肾。主治肾虚阳痿。

⑦海参补精汤(《偏方大全》)

[材料]水发海参 100 克,冬笋片 20 克,水发冬菇 5 克,熟火腿末 3 克,猪油 3 克。

[制用方法]海参切丁,冬菇、冬笋切碎,猪油烧热,放入葱姜末爆焦,倒入白汤,然后加入海

参、冬菇、冬笋、盐、料酒、味精、煮沸勾芡，倒入火腿末并洒上胡椒粉即成。

[功效]补肾益精，治疗肾虚阳痿。

⑧鸽卵羹(《偏方大全》)

[材料]鸽蛋 2 个，龙眼肉、枸杞、五味子各 15 克。

[制用方法]鸽蛋去壳，同龙眼肉、枸杞、五味子放入碗内，加水煮熟，加糖食用。

[功效]补肾强精。主治阳痿、头晕、遗精。

(5) 外治疗法

①敷脐金方(《增广验方新编》)

[组成]大附子 1 个(重 45 克左右者)，鸦片烟 1.5 克，硫磺末 6 克，穿山甲 2 片(炙磺研末)。

[制用方法]将附子挖空，以各药纳入，用好酒 250 克，和附子用武火煮干，取出捣烂如膏，先用麝香 0.09 克，放脐眼，再将此膏贴上，应验无比。

[功用]活血通脉，温肾兴阳。主治阳痿。

②粉散方(《外台秘要》卷十七)

[组成]白粉、干姜、牡蛎各 0.9 克(熬)。

[制用方法]上 3 味捣碎过筛为散剂，欲卧时粉服下，此方大验。

[功用]敛湿兴阳。主治阴痿，阴下湿痒。

(6) 性感集中疗法

性感集中疗法也称性疗法或性治疗，是美国 Masters 和 Johnson 夫妇倡导。本疗法是一种自然疗法，它要求把人类性活动看作是一种自然的本能，这是性功能治疗中的一个重要观点。性治疗的关键是应该使人们去适应这种自然性，通过检查，确定引起性功能障碍的原因，指出消除这些干扰因素的方法。对性行为的畏惧心理是引起性功能障碍的重要原因之一，要消除各种害怕心理，提高性生活的自然性。

性活动是夫妇双方的事，性治疗中应该遵循夫妇双方共同治疗的原则，这样可以全面地了解情况，提高治疗效果。其具体治疗方法主要通过夫妇双方自我进行性操练，一开始先相互触摸身体的某些部位，将注意力集中在肉体感觉上，逐渐再触摸生殖器和乳房，当引出性反应后不要急于性交，只有当性感集中训练已获得足够的勃起时，再扩大到生殖器的接触，可能的话可把阴茎插入阴道，但最好采用女上位，则阴茎容易插入阴道。总之，夫妻间彼此合作，培养坚定的信心，改善周围环境，双方交母或亲人切勿因子女未生育而抱怨、蔑视，避免加重其思想负担，夫妻很快就会获得其应有的性美满。

另外，对于手淫能够射精，只是在与妻子性交时发生阳痿而不能射精的患者，如果希望要一个孩子，可以采用手淫取精，进行人工授精而达到目的。临床上，这种患者往往在生育了孩子后，增强了自信心，精神压力逐渐解除，阳痿亦可逐渐自愈。

(三) 中西医结合治疗

[穴位注射]有报道应用 VitB₁、加兰他敏和硝酸土的宁进行穴位注射取得较好疗效。常用穴位有八髎穴、关元、阳痿穴(耻骨上 2cm 处)等。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 加强婚前性教育, 熟练了解性器官解剖及生理知识, 培养健康的性心理。
- (2) 保持良好的心理状态, 积极参加文体活动, 使身心健康发育。
- (3) 注意饮食起居, 戒除烟酒及麻醉品嗜好, 少食辛辣油腻刺激性食品。
- (4) 注意劳逸结合, 适当节制房事, 戒除手淫恶习。
- (5) 注意慢性胃病、慢性肝病、急慢性泌尿生殖系疾病、高血压、糖尿病等的积极治疗。

2. 中医措施

- (1) 调情志, 忌气恼。
- (2) 慎起居, 避风寒, 适劳逸。
- (3) 注意养精节欲, 忌房事无度, 经常手淫。
- (4) 忌食温热壮阳之品, 以防燥热伤阴。
- (5) 宜清淡富营养食品, 避免过食辛辣油腻生湿生热之品。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 保持心情舒畅 阳痿患者多性格内向, 多愁善感, 所以要鼓励患者积极参加文体活动, 并适当学习一些性生理方面的有关知识, 使自己的身心得到健康发育。

(2) 注意生活起居 生活要有规律, 注意劳逸结合, 不要过度紧张和疲劳, 忌烟酒。

(3) 节制房事, 戒除恶习 性生活要有规律, 不宜过度, 但也不宜长时间没有性生活, 并要戒除手淫恶习。

(4) 积极查找并彻底消除病因 患有阳痿应及时就诊, 积极查找原发病, 切勿讳疾避医, 滥服药物, 以防延误病情, 或因滥服药物, 引起其他疾病。

2. 中医措施

(1) 调情志, 避风寒, 慎起居, 适劳逸。

(2) 清淡饮食, 忌食辛辣油腻刺激之品。

(3) 修身养性, 节欲养精。

(4) 忌盲目滥服温热壮阳补品, 以防加重阳痿病情。

(5) 及时就医, 积极治疗, 一旦查明病因, 应及时去除; 对因其他疾病引起者应认真查明原发病, 积极治疗, 以防病情加重, 或发生其他传变。

第二节 早泄

一、概 述

早泄就是指射精过早。所谓过早是相对而言,它牵涉到夫妇双方的年龄、体质、情绪、性生活经验、性交频率以及女方性高潮出现的快慢等因素,由于没有一个具体的衡量标准,目前对早泄的概念尚缺乏统一的认识。一种说法是“未交先泄”,是指性交时阴茎尚未进入女方阴道就发生射精者;一种说法是“乍交即泄”,即性交不到半分钟,精液即射出者为早泄。《秘本种子金丹》中说:“男子玉茎包皮柔嫩,少一挨,痒不可当,故每次交合阳精已泄,阴精未流,名曰‘鸡精’。”以上两种情况均属祖国医学所说“鸡精”。Masters 和 Johnson 的观点则认为:“严重的早泄易于诊断,因为射精发生在阴茎进入阴道以前、正当进入阴道时或刚进入不久就发生。在射精发生并非特别快者,早泄可作如下定义:性交时男方不能控制足够长的时间后射精,以至使性功能正常的女性至少在 50% 的性交机会中不能得不到性满足;或不能随意地控制射精反射。”而 Kaplan 认为应以能否控制射精为标准。但有的学者认为,只要双方有性感满足,就不算早泄,不能单纯以时间长短作标准。严格地讲,性交时男方阴茎尚未与女方生殖器接触或刚刚接触即发生射精,以致不能正常性交才称为早泄,大致的时间标准是阴茎置入阴道后不足 2 分钟即射精,要考虑早泄。其中早泄不能将精液射入阴道或因射精无力不能将精液射入阴道深处,可以导致男性不育。事实上由早泄引起男性不育的发生率要比阳痿、不射精症和逆行射精少得多。

健康的青壮年男性一般在性交 2 分钟~6 分钟左右时射精,有的甚至更短。而且射精的快与慢在不同人可以有很大差别,在同一个人的不同时期也有很大变化。性交持续时间,在健康的精神状态支配下和取得一定经验之后,是可以适当延长的,但是决不能因为性交时间较短出现射精就认为是早泄。如果从男方不能够控制足够长的时间后射精这一角度讲,大多数男性可能都曾有过早泄,也就是说早泄现象较为普遍。单纯从阴茎置入阴道不足 2 分钟发生射精来定义早泄,其发生率也不在少数。据 Kinsey、Pomero 和 Marein 报道,他们调查的男性有 75% 在阴茎进入阴道后 2 分钟内射精。

从临床上看,早泄与阳痿关系密切,早泄可能是阳痿的早期症状,阳痿患者往往伴有早泄症状。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

射精动作是由一系列复杂的动作呈连索反应出现的,因此其机制是复杂的,而早泄的确切病因的机制也就更比较复杂了。因为射精是在神经系统与内分泌系统调节下,由生殖泌尿系统协同实现的。所以分析其病因可能有:

(1) 神经系统 长期手淫或纵欲过度,情绪过于激动、恐惧或紧张,或患有神经系统疾病(如神经衰弱综合征)等,常引起大脑病理性兴奋或脊髓中枢的兴奋性增强,致使性中枢的兴奋性太高,所以十分容易兴奋而出现射精。或因引起大脑的兴奋和抑制功能失调,对射精中枢的控制能力相对减弱,或因反射中枢兴奋性相对增强而出现早泄。

(2) 内分泌系统 如血中睾酮含量增高,使射精中枢兴奋性增高阈值下降时,射精中枢容易兴奋而过早出现射精。

(3) 生殖器官炎症 尿道炎、前列腺炎、精囊炎、精阜炎等炎性刺激,可以引起早泄的发生。

(4) 精神心理因素 早泄患者典型的病史往往是首次性交是在害怕被发现的环境下进行的,如婚前性交、青少年性交往等;或青少年染上手淫习惯,害怕被发现,而养成快速射精的习惯,婚后即使在较松弛的性生活中也改变不了已经形成的射精方式。也有些人新婚第一次性交发生早泄,或因不了解正常的射精快慢究竟应当如何,而担心或误认为自己患早泄,成为一种精神负担,结果引起早泄。另外,对于偶然发生早泄的患者,女方的反应如何往往直接影响以后的病情和病程的发展。

(5) 劳倦过度 不论脑力劳动还是体力劳动后,感到疲劳,精力不足,在这种情况下性交,往往容易发生早泄。偶然的早泄可能是以后发生早泄的根源。

(6) 夫妇不能密切配合 夫妻因感情不和,或因双方性感差异较大,婚后不能密切配合和调练,男方难以控制射精时间来等待女方性高潮的来临,双方尤其是女方不满足,也是造成早泄的重要原因。

(7) 禁欲 长期的禁欲后再次性交,往往因过度兴奋而发生早泄。

2. 病理

早泄的原因大多是精神性的,往往是过度激动、婚前性交、手淫或在怕被发现的环境中性交,养成了快速射精的习惯,建立了快速射精的模式,其完成射精的神经兴奋过程没有什么病理性改变,只是上述原因常引起大脑病理性兴奋或脊髓中枢的兴奋性增强,致使性中枢的兴奋性太高,所以十分容易兴奋而出现射精。或因引起大脑的兴奋和抑制功能失调,对射精中枢的控制能力相对减弱,或因反射中枢兴奋性相对增强而出现早泄。器质性原因引起的早泄,常见的主要有:神经病变如多发性硬化,生殖腺或泌尿生殖器官病变如前列腺炎、尿道炎、精阜炎、精囊炎等,均可发生相应的病理性改变。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

心藏神、肝藏志、肾藏精,因此,早泄的发生主要与心、肝、肾三脏有关。情绪激动、恐惧或紧张,均可导致心神不宁,用心太过,劳倦伤神,损伤心脾,亦可使心不藏神,精室扰动,发生早泄。心绪不畅,情志郁结,或气恼伤肝,则可引起肝不藏志,精室失主,或肝郁化火,扰乱精室,精失所控,发生早泄。或房事不节,淫欲过度,或频繁手淫,或年老体衰,或久病体弱,均可使肾气损伤,阴虚火旺,肾不藏精,精关不固,而出现早泄。

2. 病机

本病的发生与心、肝、肾关系最为密切。肾藏精,为封藏之本,同精关开阖。肾阴阳平衡,则精液藏泄正常;若肾之阴阳失调,精关开阖之职失司,则精封藏不固,出现早泄。如肾阳虚损,摄敛精液功能不足;或肝肾阴虚,相火内扰,精不内守;或心火下扰,心肾不交,精关失摄;或湿热

下注,致精关封藏不固;或心脾两虚,影响肾气,使肾气不足,固摄无权等,均可导致早泄。其病因病机归纳如下:

(1)肾气不固 若房事不节,淫欲过度,或少年频犯手淫,或年弱体衰,肾气不足,或早婚早育,攻伐太过,均可损伤肾气,致使肾封藏失职,固摄无权,发生早泄。

(2)阴虚火旺 色欲过度,损伤阴精,阴虚火旺,熏灼精室,精关失于闭藏,出现早泄。

(3)心脾两虚 若用心思虑太过,劳倦伤神,致使心脾两虚,不能下交于肾,肾失主宰,亦可致早泄。

(4)肝经湿热 若情志抑郁,或暴怒伤肝,日久郁而化热;或素嗜肥甘酒酪,酿生湿热,下注精室;或外感湿热毒邪,窜入精窍,扰乱精关,从而形成早泄。

三、临床诊断

(一)辨病·西医诊断

1. 症状

早泄的主要症状就是性交时不能随意控制射精,射精相对过早。根据其病情程度,可以分为“未交先泄”和“乍交即泄”。

2. 体征

多数早泄患者,在不自主的快速泄精后,心情沮丧,阴茎迅速萎软,且不能在较短时间里重新勃起。

3. 实验室及其它检查

在排除了单纯精神心理性早泄后,为了进一步分析早泄的发生原因,需要进行内分泌学检查、前列腺液检查、精液化验和尿液分析等。内分泌因素引起者,其血清睾酮值增高;患精囊炎者,其精液镜检有白细胞(或脓细胞)、红细胞等,前列腺炎者,前列腺液检查有白细胞,卵磷脂小体减少;尿道炎患者尿液检查往往有白细胞(或脓细胞)。

4. 并发症

早泄如果得不到适当的治疗和心理调节,往往可以继发阳痿。临床上,很多早泄患者同时存在阳痿。

5. 诊断要点

(1) 诊断

严重的早泄易于诊断,因为射精发生在阴茎进入阴道口以前,或正当进入阴道口时(未交即泄);或刚进入阴道不久,或阴茎在阴道内抽送不几次即控制不住很快射精者(乍交即泄),可诊断为早泄。

(2) 鉴别诊断

早泄应与阳痿、泄白症、遗精鉴别。阳痿是阴茎不能勃起或勃不坚,或勃起不能维持足够时间即软缩,从而不能进行性交。

泄白症,虽然也是在阴茎尚未插入阴道之前发生泄精,但缺乏射精快感,其所泄精液色清透明,量少质稀,化验多无精子,因而影响生育。阴茎勃起可正常,亦可勃而不坚,均随泄精而逐渐软缩,不能性交。

而早泄是指男方尚未与女方性交,或刚刚性交便发生射精,此症表现为在一定时间内阴茎勃起迅速,射精过早过快,但有射精快感,只是因为男方不能随意控制射精,而影响性交质量,尤其是女方的性满足。有的因精液不能射入阴道而影响生育。

遗精是不性交而发生精液遗泄,早泄是性交时精液过早射出而不能进行正常性交。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

凡每次性交或多数情况下性交不能随意控制射精,射精相对过早,即可诊断为早泄。早泄可分为肾气不固、阴虚火旺、心脾两虚、肝经湿热等四型。早泄,性欲减退或性淡漠,或伴遗精,小便清长,夜尿增多,舌淡苔白,脉沉弱为肾气不固证的辨证要点;早泄,性欲亢进,五心烦热,舌红少苔,脉细数为阴虚火旺证辨证要点;早泄,性欲减退,心悸健忘,纳呆便溏,舌淡脉细为心脾两虚证的辨证要点;早泄,性欲亢进,烦闷易怒,口苦咽干,舌红苔黄腻,脉弦滑数为肝经湿热证的辨证要点。

2. 辨证分型

(1) 肾气不固证

[临床表现]早泄,性欲减退或性淡漠;或伴遗精,腰膝酸软,精神萎靡;小便清长,夜尿增多。舌淡苔白,脉沉弱。

[辨证分析]本证为肾气虚衰,封藏失职所致。肾为封藏之本,又与膀胱相表里。若肾气虚,命门火衰,不但失去封藏固摄之权,而且膀胱气化不足,精窍、水泉约束无能,故早泄、遗精、性欲减退、小便清长、夜尿频数。腰为肾之府,肾藏精,主骨生髓,肾之精气不足,府失充养,则腰膝酸软。精神萎靡,舌淡苔白,脉沉弱,均为肾气不足,命门火衰之象。

(2) 阴虚火旺证

[临床表现]早泄,性欲亢进,遗精,神疲乏力,腰酸腿软,五心烦热,夜寐盗汗;面色潮红,头晕耳鸣;口苦咽干,溲黄便干。舌红少苔,脉细数。

[辨证分析]本证为房劳过度,手淫恶习,或久病及肾。造成肾阴亏损,相火旺盛;或欲念妄动,君火摇于上,相火亢于下。相火妄动,精室受灼,封藏失职,精关不固,故早泄、遗精,性欲亢进。神疲乏力,腰酸腿软,五心烦热,夜寐盗汗,溲黄便干,皆为肾之阴虚火旺所致。面色潮红,头晕耳鸣,口苦咽干,均为肝火上炎,清窍受扰之征。舌红少苔,脉细数乃阴虚火旺之象。

(3) 心脾两虚证

[临床表现]早泄,性欲减退;心悸健忘,面色不华,多梦自汗,身体倦怠,纳呆便溏。舌淡脉细。

[辨证分析]素体虚弱,或劳倦过度,或病后失养,或饮食不节,或用药不当等损伤心脾,脾气虚下陷,摄精无力,故早泄。心藏神,若心脾两伤,血之化源不足,则血不养心,神不守舍,故心悸健忘多梦。脾虚不能主养四肢,则身体倦怠。脾虚气血不能上荣于面,则面色不华。脾主运化水谷精微及运化水湿,脾失健运,则水湿内停,阻遏气机,升降失常,故纳呆便溏。舌淡脉细,为心脾两虚、气血不足之征。

(4) 肝经湿热证

[临床表现]早泄,性欲亢进;烦闷易怒,口苦咽干;小便黄赤,或尿道淋痛,阴肿阴痒,囊汗腥臭。舌红苔黄腻,脉弦滑数。

[辨证分析]素嗜肥甘厚味辛辣之品,湿热内生;或脾虚失运,聚湿生痰,郁久化热;或外感湿热之邪,郁而不解,均可使湿热蕴结肝经。若湿热蕴结肝经,引动相火,扰动精室,封藏失固,则早泄、性欲亢进;肝经湿热,胆气上逆,故烦闷易怒、口苦咽干;肝经环行阴器,肝经湿热下注,则阴肿阴痒、囊汗腥臭,小便黄赤,或尿道淋痛。舌红苔黄腻,脉弦滑数,乃湿热内蕴之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

西医对早泄的治疗主要是靠心理行为疗法,药物的应用属辅助治疗。

常用的心理行为疗法有以下几种:

(1)Seman's 法 女方对男子阴茎进行按摩,待出现射精预兆时,即停止,并牵拉睾丸,待射精感消失,继续按摩,如此反复 3~4 次后再允许射精。

(2)Squeeze's 法 女方用手按摩男子阴茎,待勃起并有射精预兆时,立即停止,并用拇指和食中指分别置于阴茎背侧和腹侧冠状沟系带处,挤捏 3 秒钟~4 秒钟,约半分钟后射精预感会全部消失,再继续按摩,如此反复按摩至少 3 次~4 次才能允许射精。

(3)间断手淫法 我们已经知道快速手淫射精是引起早泄的重要原因,那么反其道而行之则可以达到治疗早泄的目的。嘱早泄男子有意识地进行手淫,并在手淫动作时推迟射精时间。方法:在手淫过程中尽量沉缅于手淫引起的欣快感觉中,并探索射精发动阈时刻,不使其射精,即在出现射精预兆时停止手淫动作,待射精感觉消失后再继续,逐步使手淫时间延长至 15~30 分钟,再让其射精,这样可以锻炼射精的自我控制能力。但有些人尽管手淫时间可以延长到 15 分钟以上,一旦让其与妻子性交,由于不能适应温软滑润的阴道环境,仍然难以自如控制射精时间,这时可以采用湿性手淫法,即手淫时使用人体润滑剂、按摩乳或其他化装用奶液作润滑剂,模仿阴道环境,真正性交时可以提高龟头对阴道刺激的耐受性。也可以让女方代为手淫,以便更有真实感,等手淫动作能够延长到一定时间而不射精后,女方可以试图采用上位方式逐步将阴茎推入阴道,然后退出,如果将阴茎推入阴道后仍无射精感觉,女方可使阴茎深入阴道中并可置留一段时间不动,一方面双方均可体验阴茎在阴道中的感觉,另一方面女方要注意男方的示意以便随时将阴茎退出,以使射精预感消失。此法是训练延长性交时间的一种技巧,期望达到对性愉快的感受及对性欲发动能有自主的掌握。

(4)Stop—Start 法 男方平卧,妻子坐在身旁或两腿间,用手刺激阴茎使其勃起,然后如同手淫一样,女方开始缓慢抚弄丈夫的阴茎,直至使其感到即将达到性欲高潮要有射精感之前,即示意给妻子,让妻子停止持弄阴茎,而使男方情欲逐渐减退。等丈夫情欲高潮消退后再示意让妻子继续用手持弄阴茎,等再次达到情欲高潮时再示意妻子停止,如此反复数次后,再进行阴道内性交。用这种方法可提高男子生殖器感觉神经阈值的提高,延缓射精中枢的兴奋,逐渐使丈夫能适应在阴道内也可抑制射精,使射精中枢晚兴奋,以达到延长性交持续时间的目的。这种方法还有一种意义在于可充分调动女方的情欲,经过上述活动后,即使女方性欲发生再缓慢者,也足以引起女方进入性反应周期中的兴奋期。男方受到抑制射精中枢的锻炼,女方受到充分启动情(性)欲的挑逗,将更有利于夫妇双方性生活的和谐,对生育也将是一种有利的

促进。

(5)化学假体法 编者在临床实践中对早泄患者使用化学假体法治疗,取得了非常好的效果(《实用男女助孕大全》苏勋庄经验)由于化学假体法建立的阴茎勃起,其硬度一般较自己勃起更强,可以持续更长交媾时间,甚至射精后仍不立即萎软,因此,应用化学假体使阴茎充分勃起,即便是患者在刚刚接触女方或阴茎刚插入阴道不久即射精,仍可使阴茎继续插入阴道,这时暂不要让男子抽动,而是将阴茎停留在阴道中,相互体验阴茎在阴道中的感觉,几分钟后,女方可以试着有节律地收缩阴道,以增加阴道给阴茎的刺激,尽可能延长这种时间,一方面使阴茎逐渐适应阴道环境下的反应,另一方面可以等待第一次射精带来的“不应期”(事实上阴茎仍勃起着,但最好不要接着进行性交动作,使其短时间内再次射精)。这样持续一段时间,足以引起女方进入性反应周期的兴奋期,这时男方可以缓慢进行阴茎抽送动作,最好使阴茎保持在阴道一定深度,进行旋转式运动,这种刺激方法,可以使双方性感集中在阴茎根部和阴蒂,一方面由于阴道深部的相对宽松,减少了龟头的兴奋性,同时由于阴茎根部增强了对两侧小阴唇和阴蒂的压力,直接增强了对它们的刺激,可以加快女方性高潮的到来,此时男方再射精,双方均可获得最大满足,一次的成功,可以使男方获得对早泄的长期免疫。

一般来说,男子有过第一次射精,需要一个较长时间的不应期,然后才可以再次勃起和射精。化学假体建立的勃起,射精后阴茎尽管仍然可以维持勃起,但如想再次射精,仍需一段较长时间。这是编者应用本法治疗早泄的另一重意义。

(6)采用避孕套进行性交 戴双层避孕套性交,一方面可以减少对龟头的磨擦刺激,延缓射精中枢的兴奋,抑制过早射精;另一方面又能增加对女方的性刺激,促进女方性欲高潮的出现。对于因担心女方怀孕而早泄的患者来说,又可以消除其心理负担。

药物应用 ① α -肾上腺素能阻滞剂酚苄明(Phenoxybenaz),每日20毫克~30毫克,分2次~3次口服。或②用氯丙咪嗪,1日3次,1次口服25毫克,最长在25天左右也可见效。③局部用药:在性交前5分钟~10分钟,在龟头涂抹1%~2%可卡因或地卡因溶液;或涂抹3%氨基苯甲酸乙酯冷霜或1%达克罗宁冷霜等,均可降低阴茎头部的感觉神经兴奋,达到推迟射精反射的目的。

2. 对症治疗

因血中睾酮含量增高而早泄者,可适当给以对抗睾酮的雌激素类药物治疗。

属生殖器官炎症,如尿道炎、前列腺炎、精囊炎、精阜炎等炎性刺激引起者,抗炎治疗是必要的。

3. 并发症治疗

并发阳痿者,除积极治疗早泄外,可以参考阳痿的治疗方法选择应用。编者推荐应用化学假体法,临床上可以取得事半功倍的效果。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)肾气不固证

[治法]益精固肾。

[方药]金匱肾气丸(《金匱要略》)加減

附子、肉桂、茯苓、泽泻、山药、山萸肉、熟地、五味子、金樱子、桑螵蛸。

[分析]方用熟地滋肾益精为君药,山茱萸、山药滋补肝肾为臣药,少用附子、肉桂温补肾阳,意微微生火,以生肾气也。再加五味子、金樱子、桑螵蛸以补肾涩精。

(2) 阴虚火旺证

[治法]滋阴清热。

[方药]知柏地黄汤(《医宗金鉴》)加减

知母、黄柏、生熟地、丹皮、泽泻、茯苓、山药、山萸肉、赤白芍、金樱子、煅牡蛎、生龟板、生鳖甲。

[分析]生熟地、山药、山萸肉滋补肝肾之阴,知母、黄柏、丹皮清泻相火,泽泻、茯苓寓补药之中,利小便以降浊,使补而不腻,赤白芍酸甘敛阴,金樱子、煅牡蛎涩精固遗,生龟板、生鳖甲滋阴潜阳。诸药合用共奏滋阴潜阳之功,故对肾阴亏损,相火妄动所至致的早泄最为合适。

(3) 心脾两虚证

[治法]补益心脾,益气固精。

[方药]归脾汤(《济生方》)加减

黄芪、党参、茯苓、白术、枣仁、当归、龙眼肉、远志、芡实、木香、肉桂、龙骨、甘草。

[分析]人参、黄芪、白术、甘草补益脾气,枣仁、当归、龙眼肉、远志、茯苓养心安神。木香理气醒脾,使诸药补而不腻,增强补益心脾之力。心脾亏损,气血不足,肾失后天资助,气虚下陷,摄精无力,故金樱子、芡实,固肾涩精。可加生姜、大枣调和营卫,补益心脾。本方有补益心脾、固涩精气之功,是治疗心脾两虚所致早泄的有效方剂。

(4) 肝经湿热证

[治法]清利肝经湿热。

[方药]初用龙胆泻肝汤(《医方集解》)加减

龙胆草、黄芩、柴胡、栀子、泽泻、木通、车前子、当归、生地、生甘草。

继用知柏地黄汤(《医宗金鉴》)加减

知母、黄柏、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮、熟地、鹿衔草。

[分析]方中龙胆草大苦大寒,清泻肝经湿热,为君药;栀子、黄芩助龙胆草泻火为臣药。二药均大苦大寒,易伤胃阴,又肝经湿热有碍藏血之能,故用当归、生地滋阴养血以防弊端。用泽泻、木通、车前子清热利湿。湿热蕴结肝经,肝失疏泄,故用柴胡以疏调肝气。甘草调和诸药。全方具有清泄肝胆湿热之效,故用一湿热所致的早泄最为相宜。

2. 验方治疗

(1) 地龙早泄丸(《男女科病千首妙方》续集)

[组成]地龙 2 克,茯苓 3.25 克,小茴香 0.75 克。

[用法]诸药研末,做蜜丸。上为 1 次量,1 次 1 丸,1 日 3 次,10 日为 1 疗程。

[功用]化痰健脾。

[疗效观察]本方合地龙早泄膏穴位贴敷,治疗早泄数千例,总有效率 95%。

(2) 知柏三子汤(丸)(《当代名医临证精华·男科专辑》陈树森方)

[组成]知母、黄柏、枸杞子、金樱子各 10 克 五味子 6 克。

[加减法]

伴见寐差梦多,加莲子心 2 克、枣仁 10 克以清心安神;

神疲乏力者,加人参须 6 克以补气提神。

[用法]服用方法:上药每天 1 剂,煎 2 遍和匀,早晚分服,或研极细末,炼蜜为丸,每粒 10 克,每服 1 粒,日 2 次。

[功用]滋阴泻火,补肾固精。适用于阳事易举,容易兴奋,性交时一触即泄,属肾阳不足、相火偏旺者。

[分析]方取知母、黄柏滋肾阴泻相火;五味子、金樱子固肾涩精;杞子补肾益精。诸药合成滋阴泻火,补肾固精之剂。

[疗效观察]治疗赵某,25 岁。婚前屡犯手淫,每当房事即早泄,时已半年。心烦寐差,多梦,脉弦数。服本方 2 周后,心静寐安,2 月后早泄大见好转。

(3)三甲复脉汤(《男女病奇效良方》)

[组成]炙甘草、白芍、阿胶各 18 克,生地、麦冬、生牡蛎各 24 克,生鳖甲、生龟板各 30 克,火麻仁 15 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂,2 次分服。

[功用]滋阴潜阳敛精。主治早泄。

[疗效观察]对阴虚火旺型早泄有良效。

(4)秘精汤(《男女病奇效良方》)

[组成]生牡蛎 30 克,生龙骨 30 克,生芡实 30 克,生莲子 30 克,知母 18 克,麦冬 18 克,五味子 9 克。

[用法]水煎 2 次,每次约 50 分钟,将 2 次药汁混合,分早、中、晚温服。每日 1 剂。

[功用]滋阴泻火敛精。主治阴虚火旺之早泄。

(5)早泄汤(《男女病奇效良方》)

[组成]金樱子 500 克,党参 50 克,续断 50 克,淫羊藿 50 克,蛇床子 50 克。

[用法]将上药置于瓶中,浸白酒 2500 毫升,密封瓶口,半月后启用。上药可浸白酒 2 次~3 次。每日早晚各服 25 毫升,连服 10 天为 1 疗程。可服至病愈。

[功用]温阳补肾涩精。主治早泄。

[疗效观察]治疗 8 例,均获愈。

(6)和乐丹(《男女病奇效良方》)

[组成]淫羊藿、五味子、菟丝子、山萸肉、桑椹子、何首乌(量酌定)

[用法]共为细末,水泛为丸,日服 3 次,早、午、晚各服 6 克,少许钱白酒为引,3 周为 1 疗程。

[功用]补肾涩精。主治早泄。

[疗效观察]治疗 449 例,有效率达 90% 以上,轻者 1 个疗程可愈,重者 2~3 个疗程可愈。

[注意事项]服药期间忌房事半月。

3. 单味药治疗

(1)五倍子

[药理]取其收敛酸涩之性,使龟头皮肤粘膜变老变粗,以降低龟头局部的性神经感受器的兴奋性。

[用法]取五倍子 20 克文火煎熬半小时,再加入适量温开水。乘热熏蒸阴茎龟头数分钟,待

水温降至 40℃ 左右时,可将龟头浸泡到药液中约 5 分钟~10 分钟,每晚 1 次,15 天~20 天为 1 个疗程,一般 1~2 个疗程,将龟头皮肤粘膜变厚、变粗即可,在治疗期间禁止性交。

[疗效]治疗 5 例病人,均获得满意疗效。

(2)增欲方(《实用男科大全》)

[药物]淫羊藿 250 克,白酒 1500 克。

[用法]将淫羊藿入白酒内,浸 3 日,每日温饮 3 次,每次 1 盅(不可超过 30 毫升)。

[功用]温阳增精。主治阳痿不举,性交早泄。

[药理]具有催欲作用,这种作用由于使精液分泌亢进,精囊充满后,刺激感觉神经,间接兴奋性欲而引起。可参见《阳痿》一章单味药仙灵脾的药理。

(3)蜻蜓(苏勋庄.虫类药在男性性功能障碍治疗中的应用.中医药信息,1990;(6))

[药物]蜻蜓,以青色体大者为佳。

[制用方法]蜻蜓,去翅足,焙干研末,白汤吞服,每次 3 克,每日 2~3 次,连用 10 天。

[功用]温阳补肾,主治阳痿、早泄。

(4)山枝茶酒(《实用男科大全》)

[药物]山枝茶(海桐花科植物海桐)根皮 250 克。

[用法]切细泡酒 1000 毫升,内服药酒,1 日 2 次,每次 16 毫升。

[功用]温阳涩精止遗。主治阳痿早泄。

4. 其它疗法

(1)针灸疗法

处方①(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]会阴、三阴交、气海、命门。

[加减]畏寒肢冷,体弱者加用肾俞。

[操作]会阴可用 26 号毫针直刺 1.5 寸。每穴均用小幅度捻转,留针 5 分钟;另取艾卷温灸三阴交,以上每日或隔日 1 次,适用于肾气虚证早泄。

[主治]早泄,勃起力减退,腰腿酸软,头晕健忘,舌质淡,苔白,脉弱或尺弱。

处方②(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]会阴、脾俞、心俞、足三里。

[加减]伴有腹泻,苔腻者加阴陵泉、三阴交;每次性交时担心早泄严重者,加志室。

[操作]针刺时以会阴穴为主,行捻转补法,每隔 5 分钟行 1 次手法,留针 20 分钟,每日 1 次,10 次为 1 次疗程。

[主治]早泄,勃起力减退,心悸、少寐多梦,食少,乏力,腹胀便溏,舌质淡润,苔白,脉虚。

处方③(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]百会、会阴、曲泉、水分。

[加减]口苦咽干加用太冲、三阴交。

[操作]行针捻转时百会与会阴同时捻转,至百会穴麻木为止,留针 5 分钟。

[主治]早泄,情绪急躁易怒,胸胁胀满;阴囊湿汗多或湿痒;小便赤涩或痛,大便干燥,舌质红,舌苔腻黄,或舌质红,舌苔腻,脉弦滑,或兼数,属肝经湿热型。

处方④(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]太溪、复溜、肾俞、心俞、神门、小海。

[加减]下肢寒凉加肾俞,头痛、口苦、烦躁加用少府、阴郄。[操作]太溪、复溜、肾俞行捻转补法,心俞、神门、小海行捻转泻法,留针20分钟,每日1次,10次为1疗程。

[主治]早泄,阴茎易勃起,心悸虚烦,寐少,多梦,腰酸腿软,头眩,耳鸣如蝉,舌质红,苔少,脉细,或兼数,寸脉或尺脉动。处方⑤(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]心俞、神门、内关、关元、志室、大赫。

[加减]面色不华、形体倦怠,加足三里、气海。

[操作]针灸并用,每次3~5穴,隔日1次,10次为1疗程。

[主治]射精发生在性前,或刚进入阴道即发生射精者。

处方⑥(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]心俞、膏肓、肾俞、命门、白环俞、中极、三阴交、中封、然谷。

[加减]若失眠加神门、内关、大陵以安神宁志;头晕者加百会、风池以醒脑清窍;形体虚弱者,加灸关元、气海、足三里以补益气血,强壮筋骨;久治难愈者,加会阴以补肾培元;四肢酸软者,加手三里、足三里以调胃肠阳明经气而益气血;耳鸣者加听宫、听会以通少阳之气而通关开窍;腰酸无力者加腰阳关、太溪益肾壮骨。

[操作]俯卧位先刺心俞、肾俞、命门、白环俞、膏肓,得气后持续运针1分钟,出针,仰卧位继刺中极,使针感传导放射至阴器;三阴交、中极封、然后,用平补平泻,留针20分钟~30分钟。

[主治]早泄,伴头晕、耳鸣,精神不振,腰酸无力,四肢酸软,舌淡苔白,脉细弱。

处方⑦(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]中极、曲骨、膏肓、肾俞。

[加减]口苦者,加行间、肝俞以清泻肝胆之火;口干、舌红者,加太溪、三阴交以滋阴润燥。

[操作]取坐位针刺膏肓、肾俞,得气后持续运针1分钟,出针,取仰卧位针刺中极、曲骨,得气后使针感传导放散至外生殖器,留针20分钟~30分钟。

[主治]相火妄动之早泄,阳强易举,初患病时口苦、尿赤、舌苔黄,脉弦劲,乃肝经火热所致;进一步发展则有口干、舌红、脉数等阴虚不足的表现。

处方⑧(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]心俞、肾俞、关元、三阴交。

[加减]腰痛者加太溪以补肾壮骨,精神疲倦者加气海以补虚益损,心悸失眠者加内关、神门、大陵以养心血,益心神。

[操作]先取坐位针心俞、肾俞,得气后持续运针两分钟,然后取仰卧位针关元、三阴交,留针20分钟~30分钟,诸穴用平补平泻手法,10天为1疗程。

[主治]心肾两虚之早泄,腰酸或痛,精神疲倦,心悸,失眠、健忘,或便干,虚热盗汗,舌红少苔,脉细而数。

(2)耳针疗法(苏勋庄经验)

[取穴]主穴:肾、肝、神门、内生殖器;配穴:交感、皮质下、肾上腺。

[操作]

①耳穴毫针法 主穴每次必用,配穴根据病情选1~2穴。取单侧耳穴,两侧耳穴隔日交替针刺,刮针捻转手法,留针30分钟~60分钟,10分钟~15分钟行针1次,每日针1次,7~10次为1疗程,疗程间隔2~3天。

②耳穴压豆法 取单侧耳穴,用王不留子贴压,每天按压3次~5次,每次按压2分钟~3分钟。5天~7天后换贴另侧耳穴,两耳交替使用,7次为1疗程。

(3)气功疗法

托塔望月功

①预备 放松站立,两脚与肩同宽,脚尖稍内扣,两膝微屈,两目微闭,口齿自然闭合,舌顶上腭。

②动作 动作要配合呼吸。吸气时,两脚趾用力抓地,同时尽力收缩肛门、收提会阴及阴囊,两手则自身体两侧向体前移动如捧物状,掌心向上,逐渐向上平举,至前额水平时,逐渐翻掌,掌心向上平托如托塔状,同时缓缓呼气,并抬头作望月状。待两手举至尽头时,闭气,然后松肛、松会阴、松阴囊。保持托塔望月势,吸满一口气,然后翻掌向下,两掌心向下按,同时缓慢呼气,意念气呼至小腹及会阴部,有充实感,待两掌向下行至尽头时,闭气。如上重复吸气、呼气动作。

(4)推拿疗法

①补肾气法 在命门、肾俞、志室用一指禅推法或擦法,再用摩法、揉法、按法施于腹部的关元、气海,从而起到培补元气以壮命门之火,达到治疗早泄的目的。

②补心脾法 用一指禅推法、摩法、揉法,在腹部做顺时针方向治疗,重点在中脘、天枢、气海、关元穴。再用按法、擦法在背部膀胱经治疗,重点在胃俞、脾俞、心俞、小肠俞。这样可调节胃、脾、心、小肠功能,达到健脾和胃、补中益气、滋阴养血安神的目的。

③清泻肝胆法 取督脉、足厥阴、足少阳经的至阳、腕骨、阳陵泉、太冲穴,用泻法,重手法、快频率摆动、摩擦或挤压等手法治疗,以清泻肝胆。

亦可参照《阳痿》一章推拿疗法的按肾府法和兜肾囊法,久练可以强精固肾,增强精力,治疗早泄。

(5)刮痧疗法(《吕教授刮痧疏经健康法》)

①有效经穴:

督脉:命门;

膀胱经:心俞、肾俞、志室、次髎;

任脉:关元;

胃经:足三里;

足阴经:三阴交。

②刮拭方法:用补肾固精法,由上向下刮拭。

脊椎及旁开1寸半:命门、心俞、肾俞、志室、次髎;

小腹:关元;

小腿:足三里、三阴交。

(6)饮食疗法

①爆虾仁(《偏方大全》)

[材料]虾仁250克,鸡蛋清1个,淀粉5克,盐少许,白糖30克,熟猪油适量。

[制用方法]将虾仁、蛋清、盐和淀粉和匀,用熟猪油烧热锅,倒入和好的虾仁等,用筷子搅散成粒,并至颜色变白时,倒入漏勺内沥去油。然后将砂锅置于旺火上,油10克,烧开,倒入虾仁,再加黄酒、白汤、味精,煮沸勾芡,翻炒,撒上胡椒面即成。

[功用]温阳补精。

②青虾炒韭菜

[材料]青虾 250 克,韭菜 100 克。

[制用方法]将青虾洗净,韭菜洗净切段,先以植物油煸炒青虾,加黄酒、酱油、姜粉等调料。再放入韭菜翻炒,至嫩熟即可。

[功用]补肾壮阳,经常食用对早泄、阳痿有辅助治疗作用。

③黑米莲子羹(苏勋庄经验)

[材料]黑香米 50 克,莲子(不去心)30 克,冰糖 20 克。

[制用方法]将黑香米淘洗干净,与莲子、冰糖一起煮羹,作早餐调食,隔日 1 次,连食 1 月。

[功用]补肾健脾,养精敛精。尤适用于肾阴不足,心火上炎型早泄。

[注意事项]服食黑米莲子羹期间忌房事 1 月。

④香椿豆腐(苏勋庄经验)

[材料]鲜嫩香椿 50 克,新鲜豆腐 250 克,盐粉、香油少许。

[制用方法]将香椿洗净切段,豆腐切碎成小块,与香椿合在一起,加香油、盐粉调匀,佐餐食用。

[功用]清热利湿,疏肝理气。

(5)外治疗法

①壮阳汤(《秘本种子金丹》)

[组成]蛇床子、地骨皮各等分。

[制用方法]煎汤熏洗,并用手擦,但洗时必令其举方妙。若手重擦破,不必惊骇,过一二日即可复旧。1 日熏洗数次,盖取其皮老耐久耳。

[功用]补肾壮阳。主治男子鸡精难嗣(男子玉茎包皮柔嫩,少一挨即痒不可当,故每次交合,阳精已泄,阴精未流,名曰鸡精)。

②地龙早泄膏(《男女科病千首妙方》续集)

[组成]地龙 2 克,茯苓 3.25 克,小茴香 0.75 克,熟地、生地各 1 克,黄连 0.5 克。

[用法]诸药研末混合,用水调糊状贴在穴位上(辨证取穴)用胶布固定。3 日 1 换药。取穴有:三阴交、心俞、肝俞、肾俞、涌泉、关元等。

[功用]滋阴健脾。

[疗效观察]本法结合验方(1)地龙早泄丸治疗早泄数千例,总有效率达 95%。

③辛香酊(《男女病奇效良方》)

[组成]丁香、细辛各 20 克。

[用法]将上 2 味浸泡入 95%乙醇 100 毫升中半个月,过滤取汁。涂擦龟头,每次 1.5 分钟~3 分钟,即可性交。

[功用]温阳涩精,主治早泄。

[疗效观察]用本方治疗 156 例,取得良效。尤其对精神因素所致者疗效尤佳。

(三)中西医结合治疗

穴位封闭疗法 取穴:1 组:肾俞(双)、气海;2 组:小肠俞(双)、关元;3 组:中极、膀胱俞(双)。方法:胎盘组织液 2 毫升、或维生素 B₁₂1 毫升,利多卡因加至 10 毫升,分注于上述穴位,

每10次为1疗程,主要穴位交替使用。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

(1)加强婚前性知识教育,尽量避免婚前性交合,以防因时间和环境不适宜,加重紧张情绪,引起早泄。

(2)节制淫欲,尤忌手淫,以防因手淫形成过快射精的不良习惯,导致房事早泄。

(3)加强体育锻炼,增强体质,注意劳逸结合。

(4)卧室应安排舒适清新,性生活时要消除紧张情绪,夫妻恩爱,相互配合,即可最大程度地避免早泄的发生。

2. 中医措施

(1)调情志,忌郁怒,避风寒,慎起居。

(2)适劳逸,忌劳后行房。

(3)忌食辛辣油腻刺激之品。

(4)节淫欲,戒手淫,练气养精,以敛神固精。

(二)既病防变

1. 西医措施

(1)主要使用分析疏导之法,首先应在获得充分病史资料的基础上,帮助病人分析发生早泄的原因,并针对病因给患者讲解一些性生理知识,解除其思想负担,消除其紧张心理。

(2)加强营养,增加锻炼,增强体质。忌食烟酒辛辣刺激之品。

(3)注意劳逸结合,避免在过劳或身体不适的情况下进行性生活。

(4)对经常发生早泄者,建议停止一段时间的性生活。

(5)夫妻恩爱和密切配合,逐渐建立一种健康的性生活模式是治愈早泄的关键。

(6)对患有精阜炎、前列腺炎、冠状沟炎等生殖道炎症者应积极治疗原发病,对控制早泄有很重要的作用。因龟头包皮过长引起者,可行包皮环切术。

2. 中医措施

(1)调畅情志,避免气恼、急躁。

(2)忌食辛辣油腻刺激之品,尤忌酒后行房。

(3)注意劳逸结合,避免劳后行房。

(4)节淫欲,戒手淫,练气养精敛神。

第三节 阴茎异常勃起

一、概 述

阴茎异常勃起(Priapism)是一种与性刺激或与性欲无关的持续性的痛性阴茎海绵体膨胀,可持续数小时、数天,乃至逾月。临床上较少见,约占泌尿科住院病人的0.4%。本病可发生于任何年龄,但以青壮年多见。一般发病突然,阴茎海绵体呈高度勃起状态,但尿道海绵体和阴茎头仍较松软,虽经治疗,许多病人仍可导致永久性阳痿。

对于本病,中医古籍早有描述,如《灵枢·经筋》从其症状,谓之“挺纵不收”。关于本症的病名,历代说法不一,隋代巢元方《诸病源候论》称为“强中”,书曰:“强中病者,茎长兴盛不痿,精液自出。是由少服五石,五石热注于肾中,下焦虚。”《本草经疏》称为“强中不倒”,明清时期多称为“阳强不倒”,《杂病广要》中称为“阳强”。对于本症的病因病机和治法方药,历代医家均有阐发。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

本病的病因有多种,有的至今尚不清楚,其中病因不明的特发性阴茎勃起占60%,此类病人无潜在的原发性疾病存在,也无其他明显的诱发因素。另外40%的病人可能与下述疾病有关:部分病例的发病与持续的性刺激,如延长性交时间,反复手淫及应用药增强性感有关。

(1) 神经系统疾病

中枢和周围神经系统的损伤,如脊髓和骨盆外伤,及局部病变,如盆腔脓肿、炎症、血管瘤、肿瘤、结节性硬化等,这些病变可使支配勃起组织的神经传导系统发生异常而引起阴茎异常勃起,其确切机理尚不清楚,可能与抑制交感神经,降低血管的紧张性,增加阴茎海绵体的扩张充血有关。

(2) 血液疾病

很多全身性疾病可以引起阴茎异常勃起,血液疾病为常见病之一。如镰状细胞病、地中海贫血、红细胞增多症、血小板减少症等,尤其是儿童患者,大约60%以上的阴茎异常勃起是由血液病引起的,有时阴茎异常勃起可以是血液病的首发症状。血液病人引起阴茎勃起的主要原因可能是海绵体腔内的血栓形成。对于镰状红细胞贫血病人,当阴茎勃起时静脉瘀血,氧张力降低,使更多的红细胞变成镰状,引起更多的血液瘀积,最终形成血栓。白血病也与镰状细胞贫血相似,即白细胞呈泥状沉积于海绵体腔隙中,引起血液滞流,形成细胞微血栓,最终诱发阴茎异常勃起。

(3) 机械刺激

盆腔内的晚期肿瘤压迫、阴茎背静脉血栓性静脉炎、阴茎根部被恶性肿瘤浸润、阴茎外伤

或外力持续压迫阴茎根部影响静脉回流等,都可以诱发本病。另外下尿道的感染以及膀胱息肉和结石等也可诱发,并且常起病很快,治疗时应祛除原发疾病。

(4) 药物因素

药物因素引起的阴茎异常勃起是临床上较常见的原因,约占发病人数的 30% 左右。引起异常勃起的药物很多,如抗高血压药、抗抑郁药、血管扩张药、麻醉药等。

血管活性药物引起的阴茎异常勃起是由于药物阻滞 α -受体后,阴茎勃起组织中的交感神经兴奋性降低,副交感神经兴奋性增强,动脉血管持久而充分的扩张,血液大量流入勃起组织而导致阴茎异常勃起。如用作高血压治疗的药物哌唑嗪,即经常有引起阴茎异常勃起的报道。抗抑郁药如 Phenothiazines 等具有明显的抗 α -受体的作用,也可引起本病。某些降压药物如胍乙啶、利血平等可消耗勃起组织中的肾上腺素而使血管扩张导致阴茎持续勃起。

某些麻醉药除麻醉作用外,还具有较强的血管扩张作用。可使部分患者产生阴茎异常勃起,如地卡因和氟哌啶等都有此类报道。止血药及抗凝血药也能引起阴茎异常勃起。长期使用止血药可使血液粘稠度增加,血流缓慢而致微血栓形成。抗凝血药一般于用药的间歇期本病发作,其原因是停药后血液处于高凝状态,易发生血液滞留而造成阴茎的持续勃起。对于某些敏感的患者,常规剂量的睾酮注射也可引起阴茎的长时间勃起。其它药物如安定、酒精、大麻等均可不同程度的引起阴茎持续勃起。

2. 病理

阴茎异常勃起的发病机制尚有争论,Lue 等通过对阴茎血液动力学研究,以及海绵体内血气和压力测定,将其分为缺血性(低流量)和非缺血性(高流量)二种。缺血性阴茎异常勃起时静脉回流受阻严重,静脉内血液郁滞,血中 CO_2 分压明显增加, pH 值偏酸,氧分压明显降低,血液粘稠度增加,造成阴茎海绵体腔隙及汇集静脉的交界处发生梗阻。阴茎水肿后使阴茎静脉回流更加减少,血栓开始形成,小动脉亦发生闭塞,最后阴茎海绵体纤维化失去勃起能力,导致永久性阳痿。而非缺血性阴茎异常勃起,仅少量导静脉受累,局部血液 pH 值偏碱, CO_2 分压不升高,氧分压改变不明显。

Witt 等(1990)通过多普勒超声检查以及动脉造影,进一步明确地区分了动脉性和静脉阻塞性异常勃起。前者起病缓慢,不痛,系由于损伤性海绵体内动脉撕裂所致之持续灌注,常规的治疗方法无效,需行病变的动脉栓塞。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

本症责之肝、肾,因肝主筋,肝脉络于阴器,阴茎为宗筋所聚而成;肾主精,而司生殖,阴茎为肾之所系。其病理表现与精、气、神相关,此三者,乃人身之宝,相生相依,气能生精,精亦能生气、养神,若精伤则气亦耗,神伤则精与气失其所主,三者互为影响。本病有神志过极、精神不能内守,宗筋不约而为病者;有相火过旺,湿热内生,筋脉拘急而生病者;有手淫无度,房事不节,不能持满,或久病瘀阻而生病者。

2. 病机

(1) 肾精亏虚,相火亢盛 素体阴虚,房事不节,恣情纵欲,伤精耗液,或过服丹石壮阳之药,燥热伤阴,肾精亏耗,以致阴虚阳亢、相火妄动,使阴茎挺纵不收,阳强不倒。《世医得效方》说:“强中多因耽嗜色欲。”

(2)情志不遂,肝郁化火 情志不遂,所愿不遂,或暴怒伤肝,致肝火亢盛或气郁化火,肝火循经下扰,宗筋弛纵,热盛阴伤,筋脉拘急,均可导致本病发生。即《张氏医通》“强中有肝火强盛……,其证茎盛不衰,精出不止”之谓。

(3)湿热下注,阻滞经络 素嗜辛辣肥甘及酒酪之品,湿热内生,或性事不洁,湿热邪毒内侵,或酒后交接,助欲贪欢,忍精不泄,湿热败精瘀阻下焦茎络,发为本病。

(4)跌扑损伤,茎血瘀滞 坠落、跌仆或硬物撞击阴部,阴茎血络受损,瘀阻茎络,胀滞不通,以为本病。

三、临床诊断

(一)辨病. 西医诊断

1. 症状

本病大多起病急骤,阴茎海绵体极度肿胀勃起,伴有疼痛,扪之坚硬压痛,有的患者尚伴有排尿困难,尿道内有分泌物排出。绝大多数病例不累及尿道海绵体,阴茎头肿胀也不著。

2. 体征

阴茎海绵体极度肿胀勃起,阴茎体血管怒张,勃起持续时间较长者,可见阴茎体颜色紫暗。

3. 实验室及其它检查

(1)实验室检查

血分析、血生化及电解质、尿素氮、肌酐、血糖等检查有助于明确发病原因。

阴茎海绵体血气分析,可鉴别低血流量性勃起和高血流量性勃起。低血流量者血氧分压低于正常水平,血 CO_2 分压高于正常水平,高血流量者血氧分压和血 CO_2 分压基本正常。

(2)其它检查

多普勒阴茎血流测定,有助于观察治疗前后阴茎海绵体血流变化情况。

阴部内动脉造影对诊断与治疗有一定帮助。

4. 并发症

可并发阴茎海绵体纤维化,甚者可发生阴茎坏死。部分患者可继发阳痿。

5. 诊断要点

(1)诊断

阴茎异常勃起的临床诊断并不困难,根据病史及体检即可做出明确的诊断。但是重要的是应查明引起异常勃起的原因,因而需详细地询问病史,全面了解患者的发病情况,及进行仔细的体检及化验。

①了解有无某种疾病,损伤或类似发作史,是否服用某些药物及有无特殊的性刺激史。应特别注意过长发作时的勃起持续时间及勃起消退的环境。

②阴茎极度肿胀勃起,多伴疼痛。触诊阴茎海绵体明显肛满,张力大。体检时应注意有否尿潴留,合阴部有无肿块,有无外伤或神经系统有无功能障碍,有无全身或局部的感染症状。

③阴茎持续勃起时间较久者,阴茎可因纤维化而呈橡木状,并中度增大。

④实验室检查应当尽可能全面,系统的血液分析可除外镰状细胞病或其他白血病。血生化及电解质,尿素氮,肌酐,血糖检查将有助于明确发病原因。有人建议对患者进行阴茎海绵体血

气分析,以鉴别低血流量性勃起和高血流量性勃起。低血流量者血氧分压低于正常水平,血 CO_2 分压高于正常水平,局部疼痛剧烈,如不及时治疗预后较差;高血流量者血氧分压和血 CO_2 分压基本正常,局部疼痛较轻,预后较好。

⑤多普勒阴茎血流测定,有助于观察治疗前后阴茎海绵体血流变化情况。

⑥阴部内动脉造影对诊断与治疗有一定帮助。

(2)鉴别诊断

临床上阴茎异常勃起应与生理性阴茎勃起相区别。常态下已婚正常男性在性生活时,阴茎皆能自然勃起,一般在泄精后阴茎自然变软,此为生理性阴茎勃起。对于部分性欲较强的人,在射精后阴茎可很快勃起,甚至性交,但中间一般有短暂的不应期。异常性阴茎勃起,无论性交后射精与否,阴茎仍不疲软,并伴上述其他病理改变,故二者之间不难鉴别。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

阴茎强硬,甚或胀痛,持久不衰,即可诊为本病。本病多因房事太过,精液耗泄过度,真阴亏损,阴虚火旺,而致茎体脉络瘀阻坚硬不倒;或肝郁化火,灼炼宗筋,致筋体拘急;或湿热蕴结肝经,宗筋弛纵等所致。临床可分为阴虚阳亢证、肝胆湿热证、肝郁化火证、茎脉血瘀证等四个证型。其辨证要点为:阳事易兴,茎举不衰,口咽干燥,唇赤颧红,舌红少苔,脉弦细数者为阴虚火旺证;茎举不衰,肿胀热痛,伴烦躁易怒,口苦咽干,小便短赤,大便秘结,舌红苔黄或黄腻,脉象弦数或弦滑者为肝胆湿热证;茎举不败,强硬不倒,胀痛不舒,平素性情躁急易怒,常有头晕目眩,胸胁满闷,溲赤便秘,舌质红,苔黄或白厚而燥,脉弦数有力者为肝郁化火证;茎举不衰,肿胀疼痛,皮肤瘀斑,甚则茎色紫暗,木状肿硬,舌苔白腻,有瘀点,脉滑或沉弦者为茎脉血瘀证。

2. 辨证分型

(1)阴虚阳亢证

[临床表现]茎举不衰,肿胀疼痛,平素阳事易兴,性欲亢进,头晕目眩,心烦少寐,神疲乏力,口燥咽干,唇赤颧红,腰膝酸软,舌质红少苔,脉弦细数。

[辨证分析]阴虚阳亢,相火妄动,则性欲亢进,阳事易兴;肾精亏虚,不能上承,脑髓不充,故头晕目眩;肾阴亏虚,水不制火,心火独旺,故心烦少寐;阴虚津液不能上承则口燥咽干;腰为肾之府,肾阴亏虚,腰府失养,则腰膝酸软,神疲乏力;唇赤颧红乃虚火上炎之征;舌质红少苔,脉弦细数则为阴虚火旺之象。

(2)肝胆湿热证

[临床表现]茎举不衰,肿胀热痛,伴烦躁易怒,失眠多梦,头晕且胀,口苦咽干,小便短赤,涩滞不畅,大便秘结,舌红苔黄或黄腻,脉象弦数或弦滑。

[辨证分析]肝胆湿热,下注厥阴,阴茎弛纵,故茎举不衰,肿胀且痛;湿热蕴结肝胆,故烦躁易,口苦咽干;湿热下注膀胱,则小便短赤,涩滞不畅,湿热下注大肠则大便秘结;湿热扰神,故失眠多梦,头晕且胀。舌红苔黄或黄腻,脉象弦数或弦滑,为湿热蕴结之象。

(3)肝郁化火证

[临床表现]茎举不败,强硬不倒,胀痛不舒,平素性情躁急易怒,常有头晕目眩,胸胁满闷,溲赤便秘,舌质红,苔黄或白厚而燥,脉弦数有力。

[辨证分析]肝郁化火,循经下扰,囊急筋挛,阴茎强硬,故阳强不倒,气滞茎中则胀痛不舒;

肝郁不舒,则烦躁易怒,胸胁满闷;肝开窍于目,肝阳上亢,则头晕目眩;热盛伤阴,则溲赤便秘。舌质红,苔黄或白厚而燥,脉弦数有力,乃肝火旺盛之征。

(4) 茎脉血瘀证

[临床表现]茎举时久不衰,肿胀疼痛,皮肤瘀斑,甚则茎色紫暗,木状肿硬,舌苔白腻,有瘀点,脉滑或沉弦。

[辨证分析]外伤损茎,茎脉瘀阻,气滞血瘀,时久不化,故茎举时久不衰,肿胀且痛;皮肤瘀斑,或茎色紫暗,乃茎脉瘀阻之象;瘀久成痰,痰结阴茎,故木状肿硬;舌苔白腻,有瘀点,脉滑或沉弦,乃气滞血瘀之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

本病的治疗方法有多种,其目的是使持续勃起的阴茎,尽快地变为松软,并恢复阴茎的正常勃起和性功能,阻止遗留永久性阳痿。

(1) 一般治疗

安定患者的情绪,缓解其紧张不安的心理状态是促进治疗的重要手段。可酌情使用镇静剂,止痛药,局部冷敷,冰盐水灌肠,前列腺按摩,输液等。部分患者经上述治疗后症状可逐渐缓解。

(2) 药物治疗

常用的药物有镇静止痛剂,雌激素,纤维蛋白溶酶剂,肌肉松弛剂,降压剂,抗血液凝固剂等,但单用一种药物往往难以奏效,需联合应用。

①雌激素 自本世纪40年代开始应用,单应疗效不明显,多结合镇静冷敷等疗法合并应用,效果比较显著。用法:乙底酚5mg~25mg,每日3次,口服。

②纤维蛋白溶酶剂 应用链激酶和脱氧糖核酸酶局部注射,具有一定疗效,但易诱发阳痿。

③血管活性药物 对于年轻而又无小血管疾患的病人可采用降压治疗,以减少进入阴茎海绵体内的血液,但必须严格观察及控制血压变化,老年患者慎用。Louis用1:10000去甲肾上腺素盐水阴茎海绵体冲洗,治疗18例患者,16例痊愈。其方法是将1mg去甲肾上腺素溶于1000ml生理盐水中,取20ml~30ml注入阴茎海绵体,2分钟~3分钟后抽吸出来,如此反复进行直至阴茎疲软。

④麻醉药 可用1%奴弗卡因和2%利多卡因混合后做阴茎根中阻滞麻醉、骶麻、腰麻和硬膜外麻醉,这一办法可有效的使部分患者病情得到缓解。有人报道用氯胺酮治疗可使半数以上的患者症状得以改善。

(3) 穿刺抽吸冲洗疗法

用粗针头穿刺阴茎海绵体,抽吸其中积存的粘稠血液,并用含有肝素的生理盐水反复冲洗,直到有新鲜血液流出,阴茎松软为止。并使已松软的阴茎处于下垂状态,用敷料加压包扎。Nelson等(1977)主张冲洗后,用小口血压袖带缠绕阴茎,间断加压。每次加压至200mmHg,每

隔 15 分钟 1 次,必要时间隔 8 小时~12 小时重复抽吸冲洗,可重复 3 次。再失败则必须应用手术疗法。用此法治疗的病人经长期随访,50%恢复正常阴茎勃起和性功能。

2. 对症治疗

对那些有明显诱因的患者除进行上述治疗外,应注意针对病因进行治疗,消除引起发病的直接原因。如镰状细胞病引起者,输入新鲜血或碱性药物常可使症状缓解;肿瘤引起者,化疗和放疗有效;药物引起者应立即停用,并使用对抗性药物,促使症状缓解。因抗凝治疗间期高凝状态引起者,应继续抗凝治疗。

3. 并发症治疗

阴茎异常勃起的主要并发症为继发性阳痿,局部纤维化和坏疽。阳痿的发生率约 50%左右,年轻患者勃起功能易恢复,老年患者发生阳痿的机会较多。勃起组织长时间缺血,使局部组织细胞变性坏死,继而发生纤维化。阴茎海绵体纤维化对以后的阴茎海绵体假体植入十分不利。因此应尽可能避免其发生。坏疽的发生与局部缺血感染有关,及时的治疗和抗菌素的应用是防止坏疽发生的重要措施。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 阴虚阳亢证

[治法] 滋阴降火,凉血活血。

[方药] 知柏地黄汤(《医宗金鉴》)加减

盐知母、盐黄柏各 10 克,生地 15 克,山萸肉 10 克,元参 15 克,泽泻 20 克,丹皮 10 克,赤芍 15 克,泽兰、当归各 10 克,川牛膝 15 克,龟板、鳖甲各 15 克。

[加减] 若伴有面色无华,疲乏力,口干口渴者,为气阴两伤,酌加太子参 30 克、麦冬 30 克、五味子 10 克。若相火浮于上者可少加肉桂,以导龙入水,引火归元。

[分析] 方中知母、黄柏、生地滋补肝肾之阴,以降龙雷相火;龟板、鳖甲滋阴清热;元参养阴生津,丹皮、赤芍清热凉血敛阴;山萸肉补益肝肾、涩精固脱;泽泻、泽兰清湿热利小便活血;当归、川牛膝补血养血活血,兼益肝肾。诸药共奏滋阴降火之效。

(2) 肝胆湿热证

[治法] 清利肝胆湿热,兼以散郁化瘀养阴。

[方药] 龙胆泻肝汤(《太平惠民和剂局方》)加减

龙胆草 15 克、栀子 10 克、黄芩 10 克、柴胡 10 克、车前子 30 克(包煎)、郁金 15 克、泽泻 20 克、赤芍 15 克、当归 15 克、川芎 15 克、丹皮 15 克、生地 15 克、泽兰 15 克、川楝子 9 克、生甘草梢 15 克、生水蛭粉 3 克(冲)。

[加减] 若小便短赤不利者加菖蒲、木通;若小便混浊者加萆薢、夏枯草;若肿胀瘀紫明显加山甲、乳香、没药、川牛膝、王不留行;大便干加生大黄。

[分析] 方中以龙胆草清利肝胆湿热,以黄芩、栀子清热凉血;车前子、泽泻清热利湿,通利小便;柴胡、郁金、川楝子疏肝理气;赤芍、甘草酸甘敛阴,甘草梢兼以通利尿窍,调和诸药;丹皮、生地清热凉血养阴;当归、川芎、泽兰行气活血;水蛭虫类药,性善走窜,以之搜经通络,破血化瘀。诸药合用清利肝胆湿热,兼以散郁化瘀养阴。

(3) 肝郁化火证

[治法]清肝泻火,滋阴通络。

[方药]当归龙荟丸(《丹溪心法》)加减

当归、龙胆草、栀子、黄连、黄柏、黄芩、芦荟、大黄、木香、柴胡、连翘、知母、蜈蚣。

[分析]方中用龙胆草清热利湿,以芩、连、柏三黄分清上、中、下三焦郁热;柴胡、木香、芦荟舒肝理气,柴胡清解少阳郁热;连翘清热解毒,知母、黄柏滋阴清热;蜈蚣虫类走窜,善破瘀消积;当归补气益血。

(4) 茎脉血瘀证

[治法]活血化瘀,益肾通络。

[方药]红花散瘀汤(《外科正宗》)加减

当归尾、皂角刺、红花、苏木、僵蚕、连翘、石决明、穿山甲、乳香、没药、大黄、贝母。

[加减]若有败精瘀阻加虎杖;局部发凉加小茴茴、吴茱萸。

[分析]方中归尾、红花、苏木、乳香、没药、大黄活血化瘀;山甲、皂刺通经活络;僵蚕、连翘、石决明、贝母解毒化痰散结;川牛膝补肾活血,并引药下行。

2. 验方治疗

(1) 华佗治强中神方(《华佗神医秘传》)

[组成]元参、麦冬各 90 克,肉桂 0.9 克。

[用法]水煎服,即愈。

[功用]滋阴降火。治疗虚火炎上,肺金之气不能下行之强中。

[疗效观察]水煎服即愈。他日并可重整戈矛,再图欢合。

(2) 韭子丸(《张氏医通》)

[组成]补骨脂、家韭子各等分。

[用法]共研细末,每服 9 克,每日 2 次,淡盐汤送下。

[功用]益肾壮阳,治疗阴茎异常勃起,精液自出,茎痒如刺等症。

(3) 血郁汤(《准绳·类方》)

[组成]香附 6 克,丹皮、苏木、山楂、桃仁、神曲、穿山甲、降香、通草、麦芽各 3 克,红花 2 克。

[用法]水、酒煎,每日 1 剂,分 2 次服,以姜汁半盏,和匀兑服。

[功用]化瘀通络,消肿止痛。治疗久病不愈,血瘀脉络所致阴茎异常勃起症。

(4) 芍药甘草汤(《男女病奇效良方》)

[组成]芍药 30 克,甘草 15 克。

[用法]水煎服,日 1 剂。

[功用]柔痉缓急。主治阳强。

(5) 芍药甘草汤加味(《男女病奇效良方》)

[组成]白芍 90 克,玄参 30 克,甘草 60 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]养阴柔痉缓急。主治阳强。

(6) 平阳汤(《辨证奇闻评注》)

[组成]玄参 90 克,山茱萸 30 克,沙参 60 克,地骨皮 30 克,丹皮 30 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]滋阴清热平阳。主治阳强。

[疗效观察]连服2剂而阳不甚举矣,又服4剂,阳又少衰矣。再服4剂,阳平如故。

(7)引火两安汤(《辨证奇闻评注》)

[组成]玄参30克,麦冬60克,丹皮15克,沙参30克,黄连3克,肉桂3克。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]滋阴清热,引火归元。主治阳强。

[疗效观察]1剂而火少矣,2剂而阳乃倒矣,连服4剂,而火乃定。

(8)知柏倒阳散(《男女科病千首妙方》续集)

[组成]元参、麦冬各50克,知母、黄柏各10克,肉桂5克(研末另吞)。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]滋阴清热,引火归元。

[疗效观察]吴某,23岁,结婚1年余,每次同房不能射精,阴茎依然挺举不泄,多梦遗精,形瘦面红,粉刺满布,舌红苔白,脉弦,证属阴弱阳强之候。服上方3剂,愈。

[注]本方原无方名,因见其乃《石室秘录》之倒阳散(玄参、麦冬、肉桂)加知母、黄柏而成,故编者名之曰知柏倒阳散。

3. 单味药治疗

(1)生大黄(《男女科病千首妙方》续集)

[药物]生大黄30克。

[用法]水煎1次服用。

[功用]清泻肺胃实火,功能泻热通肠,凉血解毒,逐瘀通经。

[疗效观察]李某,30岁。阴茎于夜间异常勃起,同房数次仍不软收约16小时。现阴茎胀痛坚硬,阴茎头青紫,触按痛剧,小便困难,无精液等物泄出,大便干燥数日。苔黄,脉弦数有力。证属肺经实热,治宜泻肺经之火。予上方1剂水煎服症减,服药5剂,阴茎软收。继以龙胆泻肝汤1剂调理而愈。

(2)南蛇油(《广西中医验方秘方选集》)

[药物]南蛇油。

[用法]将油点涂生殖器底下,连涂3夜立效。

[功用]主治虚火阳物强起。

(3)芒硝(《实用男科大全》)

[药物]芒硝9克。

[用法]用芒硝细要擦,阳物即垂。

(4)元明粉(《当代名医临证精华·男科专辑》)

[药物]元明粉10克。

[用法]元明粉10克,用纱布包扎,于每晚睡前外敷两手心,连用1周。

[疗效观察]周凤梧教授临床验证确有奇效。

(5)皮硝散(《民间灵验便方》)

[药物]皮硝6克~12克。

[用法]将药放在患者两手心内,两手握紧,其药自化,一、二次即愈,愈后如阳物不起可用黄土、烧酒和成稀泥,糊阴毛际,一日即愈。

[按语]芒硝、皮硝、元明粉实乃一物,元明粉为净芒硝风化所成白色粉末。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

处方①(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]关元、会阴、曲骨、曲泉。

[加减]头晕加水泉、印堂;耳鸣加行间;五心烦热加神门;口干咽燥加太溪。

[操作]四穴均强刺激,用泻法,留针10分钟,间隔2分钟~3分钟捻转或提插1次,针关元穴时,得气后一定要有放射至阴部感;会阴穴要有林胀感;每日可针2~3次,诸穴宜针不宜灸。

[主治]阴茎异常勃起,疼痛、头晕耳鸣、五心烦热,口干咽燥,舌质红,少苔或无苔,脉细或兼数,或尺脉动甚之肾阴不足,相火妄动证。

处方②(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]中极、曲骨、膏肓、肾俞。

[加减]梦遗者加内关、心俞、神门;口苦者,加行间、肝俞;口苦、舌红者加太溪、三阴交。

[操作]取坐位针刺膏肓、肾俞,得气后持续运针1分钟,出针。取仰卧位针刺中极、曲骨,得气后使针感传导放散至外生殖器,留针20分钟~30分钟。

[主治]相火妄动之阳强易举、梦遗、滑精,初患病时口苦,尿赤,舌黄、脉弦劲,乃肝经火热所致;进一步发展则有口干、舌红、脉数等阴虚不足的表现。

处方③(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]曲骨、阳陵泉。

[加减]易怒加太冲、肝俞;眩晕加行间、丰隆;心烦加内关、神门;小便赤加阴陵泉、三阴交;大便秘结加水分、天枢。

[操作]进针得气后用捻转泻法,留针10分钟,曲骨穴针感向会阴部放射为佳。

[主治]阴茎异常勃起、疼痛,急躁易怒,头眩晕伴有热胀感,口苦咽干,心中烦热,小便灼热,大便肿结,舌质红,苔黄脉弦或兼数。

处方④(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]膈俞、脾俞、肾俞、间使、复溜、行间。

[加减]痛甚加合谷、三阴交;大便结加足三里、天枢。

[操作]取坐位或俯卧位,先针膈俞、脾俞、肾俞,得气后持续运针2分钟后出针,然后针间使、行间、复溜,得气后留针20分钟~30分钟。

[主治]阴茎异常勃起、脉络怒张,疼痛拒按,面色黯黑,舌质紫红或有瘀斑,脉细涩或芤之气滞血瘀证。

(2) 手术疗法

在保守治疗无效的情况下,应及时而果断地采用手术治疗。

①手术适应症 经24小时内保守治疗阴茎异常勃起未见明显好转,长时间静脉郁滞将可能造成阴茎海绵体泌尿系统细菌感染的情况下,应及早手术。

②手术目的 a. 清除瘀血,恢复阴茎海绵体的血液循环,将回流受阻的阴茎海绵体中的血流分流至另一静脉系统。b. 减少阴茎血流供应,使阴茎松软。c. 恢复正常性功能。

③手术方式 a. 阴茎海绵体—尿道海绵体分流术。b. 阴茎头—阴茎海绵体分流术。c. 阴茎

背静脉—阴茎海绵体分流术。d. 大隐静脉—阴茎海绵体分流术。e. 股动脉插管阴部内动脉栓塞等。

此外,还可应用 Foleg 导尿管机械牵拉或机械压迫阴茎促进血液回流和双下肢剧烈运动的方法治疗阴茎异常勃起。由于下肢运动时髂外动血流量增加,髂内动脉血流量相对减少,而使阴茎疲软。史梦年等应用本法治疗 8 例患者,疗效满意。

(3)推拿疗法(苏勋庄经验)

①拍打大腿根法 平卧或站立,放松下肢,用双手分别拍打两侧大腿根处,连续拍打 100 次,每日 3 次~5 次。

②行走法 找一温暖、安宁、舒适的环境,褪去内裤,使阴部暴露或宽松,然后放松精神,以一定速度绕圈行走。本法可因下肢运动,分流阴部血液,而使阴茎松软。

③用手握住阴茎体中远端,施以一定的压力,固定几分钟,有时可使阴茎松软。

④按摩前列腺法 戴上指套,由肛门按摩前列腺,每日按摩 2~3 次,每次 5 分钟。有时按摩至前列腺液排泄后,可使阴茎软缩。

(4)饮食疗法

黑豆粥 黑豆 120 克、紫皮大蒜 2 头、粳米 200 克,共煮为粥,分次食用。

(5)外敷疗法

处方①(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[药物]大蒜 120 克,芒硝 60 克。

[操作]上药捣烂成糊状,外敷肋脊角、腰痛肾区或小腹部,每日 2~3 次,连用数日。

处方②(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[药物]麝香 0.5 克,冰片 2 克~3 克。

[操作]用大蒜汁或生姜汁调成稀糊状,可酌加食盐少许,置于纱布或胶纸上,贴于脐下 2 寸之小腹外,或贴于腰部双侧肾区(用药加倍),保留 3 小时~5 小时,可重复换药 1 次~3 次。

处方③(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[药物]五倍子、辰砂。

[操作]上药等份共研末后,冷水调匀,临睡前敷脐部。

处方④(《实用中西医结合泌尿男科学》)

[药物]五倍子细末 30 克,鲜丝瓜叶汁适量。

[用法]用鲜丝瓜叶捣汁,调五倍子末,涂阴茎,用纱布包缠,每日 2 次。

处方⑤(《实用中西医结合泌尿男科学》)

[药物]生石膏、芒硝各 100 克,大黄汁适量。

[用法]用大黄汁调生石膏、芒硝末,外敷阴茎、少腹、会阴部。

处方⑥(《实用中西医结合泌尿男科学》)

[药物]虎杖 20 克,赤芍 20 克,蒲黄 20 克,透骨草 20 克。

[用法]上药煎煮 30 分钟,去渣取汁,用灌肠器将药汁灌入肛内,保留 1 夜。

(三)中西医结合治疗

用维生素 B₁ 注射液、维生素 B₁₂ 注射液作关元、中极穴位注射。操作:各抽取以上注射液 2 毫升,针刺入关元、中极后针感向会阴部放射,回抽无血后,将药液缓缓注入。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 不要过度紧张,性生活不要太频,戒除手淫。
- (2) 有易导致产生阴茎异常勃起性疾病者,应注意积极治疗原发病。
- (3) 应用易导致产生阴茎异常勃起的药物时,应注意其副作用,并备用合适的对抗性药物。

2. 中医措施

- (1) 调情志,远房帷,戒手淫。
- (2) 性生活要有规律、有节制,切忌频繁性交,尤忌连续房欲不断。
- (3) 忌烟酒嗜好,忌食辛辣刺激性食物。
- (4) 忌服金石兴阳之品。

(二) 既病防变

1. 西医措施

- (1) 一旦发生阴茎异常勃起,不要紧张,而要平卧休息,并减少衣被对阴茎的压力。
- (2) 可用冷水湿敷,或转移注意力。
- (3) 若超过1小时不缓解,应及时就医,切莫讳疾。

2. 中医措施

- (1) 调情志,宜静神。
- (2) 积极治疗,莫讳疾避医。
- (3) 忌食辛辣油腻刺激之品。
- (4) 忌用助阳兴火动精之药。

第四节 不射精症

一、概 述

不射精症通常是指在性交过程中,阴茎能很好地勃起,但不管进行如何性交动作、性交持续时间多长,都难以达到性欲高潮,没有精液射出,或难以在阴道内射精者。临床上,也有因勃起不坚,性交时间较短阴茎即软缩,因不能继续性刺激,而不射精者。此种情况本可归于阳痿,但其性交结果也是没有精液射出,故亦应属本症范畴。

不射精症依病史可分为原发性不射精症和继发性不射精症两种。前者是指从未有过阴道内射精史者,后者是指曾有过阴道内射精,后又丧失阴道内射精能力者。不射精症的发生以功能性多见。不射精症患者,因性交没有精液射出或者不能在妻子阴道内射精,而引起不育。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

不射精症的病因有器质性和功能性之分,临床上以器质性原因引起者很少见,主要是生殖器官解剖异常、脊髓病变、腰交感神经节切除以及盆腔手术损伤有关神经等因素引起。

功能性病因分原发性和继发性,主要有以下方面:

(1)缺乏必要的性知识,性交姿势不正确或性交动作幅度过小,甚者只将阴茎停留在阴道中无性交动作,不能够进行足够的性刺激,引不起射精需要性兴奋。

(2)性欲淡漠,曾无射精经历(如手淫),或因某种原因害怕女方怀孕,或因性交环境不适合等原因,限制了性刺激,降低了性兴奋,而引起不射精。

(3)曾有射精经历,如手淫、婚前同居、婚姻性交、婚外性交等,后因夫妻不合、担心妻子怀孕等各种精神心理因素影响,而发生不射精。

(4)性交过频、劳累、酗酒、药物、忧郁和其他精神因素也可以引起不射精。

2. 病理

功能性不射精症多因无射精经历,或心理障碍,酒精及药物临时性抑制,以及劳累过度等原因引起,一般无明显的病理基础。器质性不射精症,其病理基础多是神经系统病变或手术损伤等,导致射精中枢功能障碍引起。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

心事不节,淫欲过度,或频犯手淫,损耗精气,阳用过强;或先天禀赋不足,肾气不充;或多思妄想,所愿不遂,或夫妻不和,情志不舒;或思虑过度,损伤心神,心肾不交;或素嗜饮酒,喜食辛辣,湿热内生,或性事不洁,外感湿热邪气;或忍精不射,败精瘀阻,精道不畅;或形体肥胖,痰湿下注精室,阻塞精道,皆可引起不射精症。

2. 病机

肾主藏精,肝主疏泄,精液的藏泄与肝肾关系最为密切。而导致不射精的直接原因则是精关不开,精窍失灵。据此,分析其病因病机如下:

(1)阴虚火旺 房事不节,淫欲过度,或频施手淫,耗竭阴精,而致阴虚火旺,阳用过强,一方面精不得泄,另一方面亦可因射精乏源而不射精。

(2)命门火衰 先天禀赋薄弱,肾气不充;或恣情纵欲,损伤肾阳,命门火衰,无力开启精关,不能发动阴精外泄。

(3)肝气郁结 多思妄想,所愿不遂,肝气郁结;或夫妻不和,或惧怕怀孕,情志不舒,均可使肝失疏泄,精关不灵,不能射精。

(4)湿热下注 素嗜饮酒、喜食辛甘厚味,内生湿热,下注精窍;或感染湿热毒邪,内窜精室,扰乱精关,精关失于开启,不能射精。

(5)心肾不交 劳心过度,损伤心神;或性交之时卒遇惊恐,逆乱肾气,心肾不交,精关开合

失常,不能射精。

(6)败精瘀血阻窍 纵欲贪欢,经常忍精不射,败精瘀阻;血瘀体质,或他病血瘀,阻于精窍,不利精关开合,不能射精。

(7)痰浊阻闭精窍 素体肥胖,痰盛体质,或喜食肥甘,酿生痰浊,下注精室,阻闭精关,发为不射精。

三、临床诊断

(一)辨病. 西医诊断

1. 症状

性交时间很长不射精,无性欲高潮和性快感,可伴有遗精。

2. 体征

本症需体检需注意神经系统有生殖系统和第二性征的发育状态。功能性不射精症一般无特殊体征。

3. 实验室及其它检查

不射精症需做以下检查,以鉴别是器质性不射精,还是功能性不射精。

(1)需进行血糖、尿糖、激素水平(FSH、LH、T)测定。

(2)B超 观察精囊有无扩张或缺损。

(3)精囊造影 检查射精管有无梗阻或结核性炎症。

(4)排尿期膀胱尿道造影 以排除有无非括约肌痉挛、尿道狭窄、膀胱颈增宽。

4. 并发症

因不射精症性交很长时间难以射精,不能获得性交快感,加之性交过长身体容易疲乏,或担心女方埋怨,伤害女方身体等心理因素,容易导致继发阳痿。而临床上因不射精或难于在阴道中射精,多以不孕症就诊。

5. 诊断要点

(1)诊断

性交时间很长不射精,亦无性交快感和性欲高潮,即可诊为不射精症。但诊断时应注意询问病史,并进行适当的体格检查、化验室及其他检查,以鉴别是器质性病因引起者,还是精神心理因素所致者。

病史要点:

①有无遗精史有非性生活射精史;

②有无性心理障碍;

③询问其具体的性生活活动方式,以判断其方法是否能够使阴茎龟头得到足够的性刺激;

④相关病史 有无神经系统疾患、糖尿病以及外伤手术史。

(2)鉴别诊断

①本症鉴别:

不射精症按其病因可分为器质性不射精症和功能性不射精症。前者一般经过体检或特殊

检查,可以查到器质性病变,如先天发育不良、外伤、手术、尿道狭窄、精囊缺如、射精道梗阻等,器质性不射精症患者在任何情况下都不排精,一般难以治愈;而功能性不射精症患者,是因各种心理行为因素引起,在同房时难以射精,而在其他情况下可排精现象,如遗精、手淫射精等。编者在临床上发现,曾无遗精、手淫射精或其他情况排精现象者,即便排除是器质性不射精者,多数情况下也难以治愈。

②与逆射精鉴别:

逆行射精与不射精症二者均无精液自尿道口排出,不同是前者多有正常的性欲高潮,亦有射精的感觉,只因射精时精液逆流入膀胱而不能使精液自尿道口射出;而不射精症则多因无法获得性交快感和性高潮,而不能射精,亦无射精感觉。逆行射精症性高潮后留取尿液检查可检出大量精子,其新鲜尿果糖定性阳性。

③与阴茎异常勃起鉴别:

阴茎异常勃起是指阴茎长时间勃起不消软,射精后亦不疲萎,常伴有阴茎疼痛;不射精症则是久交不泄,阴茎勃起时间也可以很长,但移出阴道可以软缩,多无阴茎疼痛。

④与无精子症鉴别:

无精子症是指精液中没有精子,其性交时间、射精感觉和性欲高潮均正常。而不射精症是指性交不射精,无精液射出。

⑤与泄白症鉴别:

不射精症与泄白症二者均无射精感觉,缺乏性欲高潮和性快感。前者是指性交很长时间不能达到性欲高潮,因而难以发生射精,不能排出精液,缺乏性快感;而泄白症,多在阴茎尚未插入阴道之前发生泄精,但无射精感觉,缺乏性快感,其所泄精液色清透明,量少质稀,化验多无精子,因而影响生育。阴茎勃起可正常,亦可勃而不坚,均随泄精而逐渐软缩,不能性交。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

不射精症根据其性交很长时间难以射精这一症状即可确定诊断,临床上可分为阴虚火旺、命门火衰、肝气郁结、湿热下注、心肾不交、败精瘀血阻窍、痰浊阻窍等7个类型。其辨证要点为:阴虚火旺者性欲亢进,阳强易举,性交不射精,伴心烦少寐,盗汗梦遗,尿赤便秘,口干咽燥,舌红苔少,脉细数;命门火衰者性交不射精,性交时间较短即软缩,性欲淡漠,畏寒肢冷,腰膝酸软,疲乏无力,小便清长,夜尿增多,舌淡苔白,脉沉细或沉迟;肝气郁结者,性交不射精,性欲亢奋,阴茎强举持久,会阴部坠胀,伴情志不舒症状,舌红苔黄,脉弦或弦数;湿热下注者,性交不射精,勃起怒大热胀,久战不休,甚者阳强不倒,阴囊及两股部多汗,尿赤短少,或尿后白浊,舌红,苔黄腻,脉滑数;心肾不交者,性交不射精,以心神不安和肾虚证为辨证要点;败精瘀血阻窍证,性交不射精,以两侧肾区、足跟或足掌部、睾丸、阴茎、两侧少腹部针刺样疼痛,或阴部刺痛憋胀,交媾中尤甚及其它瘀血证象为辨证要点;痰浊阻窍证,性交不射精,性欲日减,甚者发生阳痿,辨证以阴茎短小不温,两乳发育,肥胖体质,苔白厚腻,两脉沉滑等痰浊证象为要点。

2. 辨证分型

(1) 阴虚火旺证

[临床表现]性交不射精,性欲亢进,阳强易举,阴茎胀热而痛。心烦不安,少寐盗汗,梦遗滑精,尿赤便秘,口干咽燥。舌红苔少,脉细数。

[辨证分析]阴虚火旺,相火偏亢,欲事强盛,故性欲亢进,阳强易举,阴茎胀热;阴虚水亏,不能上济于心,心火独盛,则心烦不安,至夜阳不入阴则少寐,虚火迫津外越则盗汗,虚火扰乱精室,精气遗泄,则梦遗滑精;虚火灼津,则尿赤便秘,阴虚津液不能上承,则口干咽燥。舌红少苔,脉细数乃阴虚火旺之证。

(2) 命门火衰证

[临床表现]性交不射精,性交时间较短即软缩,性欲淡漠,阴茎勃起如常或勃起不坚;面色㿖白或晦黯,畏寒肢冷,腰膝酸软,疲乏无力,小便清长,夜尿增多。舌淡苔白,脉沉细或沉迟。

[辨证分析]肾阳亏虚,命门火衰,不能鼓动其阳事,则性欲淡漠,阴茎勃起不坚,或勃而随软,不能继续其性活动,而难以射精。阳虚不能温煦四肢百骸,面色㿖白或晦黯,畏寒肢冷,腰膝酸软,疲乏无力。肾阳亏虚,不能助膀胱气化,则小便清长,入夜阴盛,故夜尿增多。舌淡苔白,脉沉细或沉迟,乃命门火衰之证。

(3) 肝气郁结证

[临床表现]性交不射精,性欲亢奋,阴茎强举持久,会阴部坠胀,性欲淡漠,勃起正常或勃而不坚。胸胁胀满,暖气不舒,口苦心烦,性情急躁,或见抑郁寡欢,性情不爽,头昏脑胀,脘胀纳呆。舌红苔黄,脉弦或弦数。

[辨证分析]肝气不舒,厥阴气结,阳物怒举,性欲亢奋,阴茎强举持久,会阴部坠胀,性事淡漠,亦可勃而不坚。肝脉布两胁,肝气郁结,则胸胁胀满,暖气不舒,口苦心烦,性情急躁;或见抑郁寡欢,性情不爽。肝气上冲,则头昏脑胀,肝气横克脾胃,则脘胀纳呆。舌红苔黄,脉弦或弦数乃肝郁气结之证。

(4) 湿热下注证

[临床表现]性交不射精,勃起怒大热胀,久战不休,甚者阳强不倒,阴囊及两股部多汗。心烦意乱,胸脘痞闷,尿赤短少,或尿后白浊。舌红,苔黄腻,脉滑数。

[辨证分析]湿热下注阴器,阴茎弛长,则勃起怒大热胀,耐于久战,甚者阳强,阴囊有两股部多汗。湿热下注,肝经受邪,则情志不舒,心烦意乱,胸脘痞闷。湿热下注膀胱,不能分清泌浊,则尿赤短少,或尿后白浊。舌红,苔黄腻,脉滑数乃湿热下注之象。

(5) 心肾不交证

[临床表现]性交不射精,勃起如常,或举而不坚,心悸怔忡,失眠多梦,腰膝酸软,头晕耳鸣,心烦易怒。舌淡,苔薄白,脉细数。

[辨证分析]心肾不交,水火不相济,则心神不安,心烦易怒,心悸怔忡,失眠多梦;腰膝酸软,头晕耳鸣,乃肾虚之证。舌淡,苔薄白,脉细数乃肾阴亏虚,水火不济之象。

(6) 败精瘀血阻窍证

[临床表现]性交不射精,两侧肾区、足跟或足掌部、睾丸、阴茎、两侧少腹部针刺样疼痛,或阴部刺痛憋胀,交媾中尤甚。皮肤紫斑、粗糙,或脱发,面色灰黯或有色斑,口唇紫黯,沉默易怒,胸闷不舒,肢体不利,或见阴毛部皮肤麻痒甚至刺痛。舌质紫暗或有瘀斑,脉沉涩。

[辨证分析]腰为肾之府,肾主生殖,主外阴及精窍,若败精瘀血阻蔽精窍,精窍不通,不通则痛,则两侧肾区、足跟或足掌部、睾丸、阴茎、两侧少腹部针刺样疼痛,或阴部刺痛憋胀,性交活动耗动肾气,故交媾中尤甚。皮肤紫斑、粗糙,或脱发,面色灰黯或有色斑,口唇紫黯,沉默易怒,胸闷不舒,肢体不利,或见阴毛部皮肤麻痒甚至刺痛,舌质紫暗或有瘀斑,脉沉涩,均为瘀血阻络之象。

(7) 痰浊阻窍证

[临床表现]性交不射精,性欲日减,甚者发生阳痿,阴茎短小不温,两乳发育,肥胖体质,脘腹满闷,纳呆口腻,头晕,或头重不清,情志抑郁。舌淡红,苔白厚腻,两脉沉滑。

[辨证分析]素体痰盛,或嗜食肥甘,痰湿内生,下注精室,阻蔽精窍,则性交不射精,性欲减退,甚则发生阳痿。痰湿阻蔽,阳事不展,则阴茎短小不温。痰浊中阻,则脘腹满闷,纳呆口腻;痰浊蒙蔽清窍,则头晕,或头重不清,情志抑郁。两乳发育,肥胖体质,舌淡红,苔白厚腻,两脉沉滑乃痰浊壅盛之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

本症西医缺乏有效的药物治疗,临床上多采用心理行为疗法。首先要分析病人患病的原因,消除病人的精神负担和忧虑心理。其次,妻子要在治疗中担任重要角色,她必须暂时隐忍自己的性要求,甚至要付出一定的劳力来帮助丈夫操练,为了有一个孩子,也为了在以后的性生活中双方都能获得性满足,她只能心甘情愿地去做,以鼓励丈夫树立成功的信心,这一点非常重要。

剩下的工作仍然是手淫法。Kinsey 报道,手淫通常是男性初次射精的原因。大多数成熟男性在长时间没有性伴性交的情况下,手淫不失为一种最为方便的自慰方式,这是一种正常的生理发泄。事实上,临床实践中大多数病人都能够利用手淫诱发射精,但对于曾未有过手淫射精史的病人,做到这一点极为困难。

方法:喜欢独自手淫的病人,可以在性交前与妻子进行充分的性游戏,待产生极度性兴奋后,再行手淫,手淫过程中可以充分利用性幻想的作用,一旦出现射精紧迫感,立即将阴茎插入阴道,鼓励在阴道中射精。如果进入阴道后不射精或者出现阴茎萎软,则将阴茎脱离阴道,在阴道外继续手淫,待有射精预兆,再插入阴道射精。或将阴茎部分抽出,只将阴茎头部留在阴道,然后持夹阴道外部分阴茎继续手淫,直到射精,射精时可将阴茎向阴道深部推进。

喜欢妻子为其手淫的病人,可取仰卧位,当生殖器接触后,鼓励女方有意地、按需要的方式刺激阴茎,男方指示她活动的时间、压力、能使他性兴奋的刺激活动类型。第一步是让女方用手刺激引起射精。一旦成功,即推荐用女上位姿势进行性活动。先将阴茎置于阴道口,利用阴道流出的分泌物作为润滑剂,由妻子帮助手淫,当男方感到快要射精时,由女方快速把阴茎插入阴道,在插入时继续刺激,使其在阴道中射精。若男方在短期用力摩擦后仍不射精,女方仍然用手刺激阴茎,当有射精紧迫感时再把阴茎插入阴道。

另有一种辅助方法可促进男子射精。妻子仰卧,男子取在上位,妻子将一手从自己大腿下伸至会阴部,以手指压迫丈夫的阴茎腹侧(尿道海绵体),使阴茎、阴道前壁和阴蒂之间增加摩擦力,从而增加性刺激促进射精。这是一种非常有效的方法,用以治疗阳痿勃起不坚者亦相当有效。

往往在阴道内有过一次射精后即可永久改变此功能障碍。有的病例如果按上述方法尝试都未能产生阴道射精,此时女方应以手法刺激让男方射精,并使精液射在女方外生殖器上,当

气,陈皮、神曲行气健脾;白术健脾行湿,白芥子化痰燥湿,当归温补肝肾,丹皮清热凉血,麦冬养阴生津;蜈蚣走经通窍,露蜂房补肾壮阳益精。诸药合用,疏肝解郁,通关开窍,使患者精通而忌忧。

(4) 湿热下注证

[治法]清热利湿,通窍引精。

[方药]三仁汤(《温病条辨》)加味

杏仁、生苡仁、白蔻仁、半夏、厚朴、通草、竹叶、黄柏、栀子、龙胆草、滑石、车前子、路路通、山甲珠。

[分析]方中用杏仁降气化痰,宣通肺气,以提壶揭盖,引通精窍;苡仁健脾清热湿,白蔻仁行气化湿;半夏、厚朴燥湿下气除满;黄柏、栀子清热毒燥湿,龙胆草、滑石、车前子清热利湿,竹叶清热利窍,路路通、通草利湿通窍,山甲最善走穴,取其引经通窍之意。诸药合用,清热利湿,通窍引精。

(5) 心肾不交证

[治法]益肾养心,调节精关。

[方药]安神定志丸(《医学心悟》)加味

茯苓、茯神各10克,远志10克,党参15克,石菖蒲6克,龙齿10克,仙茅、仙灵脾、阳起石各15克,韭菜子10克,五味子10克,黄连3克。

[分析]方用茯苓、茯神、远志健脾宁神,石菖蒲化湿开窍,兼以安神,龙齿重镇安神;仙茅、仙灵脾、阳起石、韭菜子温阳补肾益精,五味子补肾益精,党参健脾补气;少用黄连清热解毒,交通心肾。

(6) 败精瘀血阻窍证

[治法]活血化瘀,通精开窍,兼以补肾。

[方药]活血通精汤(《当代名医临证精华·男科专辑》华良才方)

当归10克、制首乌20克、鸡血藤15克、怀牛膝15克、益母草20克、血竭5克、金毛狗脊15克、黄酒为引。

[加减]上方为基本方,临床可根据血瘀轻重,增入以下药物:骨碎补、川续断、蒲黄、五灵脂、桃仁、红花、土鳖虫、穿山甲、王不留行。

[分析]华氏认为精血同源、精血互生,精瘀血亦瘀,血活精自通。本方由入肾经的活血药组成,具有活血通精、养血生精的作用。如果瘀血程度重者,可酌情加重活血化瘀药的应用。

(7) 痰浊阻窍证

[治法]疏肝理气,健脾化痰。

[方药]涤痰汤(《济生方》)加减

制南星、制半夏各8克,石菖蒲7克,炒枳实、茯苓各6克,橘红5克,人参3克,竹茹2克,生甘草5克,生姜3片,槐米9克,桂枝3克,郁金6克。

[分析]方用制南星、制半夏燥湿化痰,石菖蒲清热利湿通窍,枳实、郁金疏肝理气、宽中化湿,茯苓健脾行湿,橘红利气燥湿,竹茹温胃化痰,槐米清热解毒化湿,桂枝通阳利湿,少用人参益气以助行湿,生姜、甘草和中,兼制南星、半夏燥烈之毒。诸药合用,疏肝理气,健脾化痰。

2. 验方治疗

(1) 玉茎涌泉饮(《实用男女助孕大全》李广文方)

[组成]阳起石 30 克,巴戟天、葫芦巴各 9 克,仙灵脾 15 克,仙茅 9 克,川断 15 克,菟丝子 9 克,当归 12 克,黄芪 30 克,川牛膝 15 克,泽泻 9 克,山羊睾丸 1 对为引。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[加减]遗精量少者,加首乌、枸杞滋肾填精;

玉茎不温欠坚者,加附子、肉桂、海狗肾各 6 克,以增强温肾壮阳之力。

[功用]温肾壮阳,引精下行。

[分析]李教授拟用本方温肾壮阳引精下行,治命门火衰不射精者。阴虚火旺热灼肾阴之不射精者,治用知柏地黄汤加女贞子、夏枯草、生甘草。但李氏注意到,临床上服用知柏地黄汤可使患者性欲减退,却不易达到射精的目的。而改用玉茎涌泉饮后,可使阳强至极而射精,射精后阴茎立即软缩。初用药后遗精次数增加是好现象,说明有效。如用药前后无一次遗精者,一般难以治愈,这种情况极少,有人认为可能与精囊发育异常有关。

(2)马钱通关散(《中医诊治男性不育症与性功能障碍》吴近曾方)

散剂

[组成]炙马钱子 0.3 克、蜈蚣 0.5 克、冰片 0.1 克。

[用法]共研为极细末,充分混匀。每晚睡前一个半小时吞服。

饮剂

[组成]生麻黄 900 克、石菖蒲 900 克、蜂房 1200 克、虎杖 1500 斤、杭白芍 600 克、当归 600 克、生甘草 600 克、白糖 1500 克。

[用法]浓煎成 5 升,每晚睡前一个半小时服 50 毫升。40 天为 1 个疗程。(临床可依本方比例酌减剂量)。

[功用]阴虚火旺型不射精除外,其他各型不射精症均可应用。

[疗效观察]治疗 99 例,痊愈 70 例,好转 3 例,总有效率为 73.7%。

(3)补肾益精丸(《当代名医临证精华·男科专辑》陈树森方)[组成]仙灵脾 30 克、茶叶 60 克、酸枣仁 30 克。

[用法]上药共为细末,每服 4 克~6 克,日 2 次,或泡茶饮之。

[功用]补肾益精,适用于性欲正常,性交时不射精,自感身疲乏力,有时梦遗者。

[分析]方取茶叶清心提神,醒昏睡;酸枣仁养心安神;仙灵脾温肾壮阳,益气力。合而成清心提神、补肾益精之剂。

[疗效观察]治疗李某,30 岁,1970 年 10 月 16 日就诊。结婚 1 年,性欲正常,性交时不射精,有时有梦遗,神疲乏力,予上方治疗,连服 2 周后,性交能射精。

(4)黄芪滑石汤(《当代名医临证精华·男科专辑》杨千潜方)

[组成]黄芪 17 克、滑石 15 克、甘草 5 克、楮实子 9 克、茯苓 15 克、车前子 27 克、菟丝子 15 克、肉苁蓉 10 克、南豆花 9 克、穿山甲 9 克、王不留行 9 克。

[用法]清水或开水 1500 毫升煎至 500 毫升空腹服之,复煮临睡服,每日 1 剂,连服 7 剂。若病人感冒发热、咳嗽咽痛时,则暂停服用。

[加减]偏阴精不足,有头晕心悸,耳鸣腰酸者,加柏子仁、女贞子各 12 克,杜仲 9 克,或用百合六味地黄汤,并嘱其多饮鱼类汤以作食疗;

偏湿热阻窍,有口苦苔腻、尿黄阴痛者,加蒲公英、土茯苓各 9 克,鸡蛋花 12 克;

偏气虚,脉弱体倦阳痿,不思交合者,宜加党参 17 克,巴戟天 12 克,或合三仁汤,或炖服食

参茸乳鸽、鹌鹑蛋等。

注：若病人感冒发热、咳嗽咽痛时，则应暂时停药。

[功用]益气养阴，补肾填精，清热利湿通窍。

[疗效观察]杨氏多年来以之治疗不射精症，获效者良多。

(5)通精灵(《当代名医临证精华·男科专辑》刘明汉方)

①通精灵1号方

[组成]附片、肉桂、仙灵脾、阳起石、生地、熟地、山萸肉、麻黄、蜈蚣、全蝎、地龙、僵蚕、当归、白芍、韭菜子、牛膝。

[用法]水煎服，每日1剂。

[功用]温肾通关，适用于肾阳偏虚型不射精。

[疗效分析]方中附片、肉桂、仙灵脾、阳起石温肾助阳；佐以生熟地、山萸肉滋补肾阴；麻黄味辛性温，开关通闭、现代药理学研究证明其所含麻黄碱具有较强的中枢兴奋作用，能提高射精中枢的兴奋性；蜈蚣“走窜之力最速，内而脏腑、外而经络，凡气血凝聚之处皆能开之”，与全蝎、地龙、僵蚕合用，有疏通络道，以助射精之功；再佐当归养血，白芍补有柔肝，营养宗筋，与虫类药同用，有张弛并举，刚柔相济，相反相成之妙；韭子助阳；牛膝入肾，引药下行，直达病所，引精外出。诸药配伍，共济温肾通关之功。

②通精灵2号方

[组成]知母、黄柏、生地、女贞子、枸杞子、龟板胶、鹿角胶、赤芍、丹参、旱莲草、地龙、刘寄奴、王不留行、路路通、穿破石。

[加减]遗泄极频者加服知柏地黄丸或归脾养心丸之类。

[用法]水煎服，每日1剂。

[功用]滋肾通关。适用于肾阴不足型不射精症。

[疗效分析]方用知母、黄柏滋阴并清相火；生地、女贞子、枸杞子滋补肾阴；龟胶、鹿角胶填精益髓；赤芍、丹参养血活血；旱莲草清热滋阴；地龙通窍活血；刘寄奴、王不留行、路路通、穿破石清热泻火，通窍排精。

③通精灵3号方

[组成]桃仁、红花、当归、丹参、滇三七、白芥子、茯苓、陈皮、木通、石菖蒲、冰片、桂枝。

[用法]水煎服，每日1剂。

[功用]活血化瘀，通精开窍，兼以补肾。适用于败精瘀血阻窍型不射精症。

[疗效分析]方中用桃仁、红花、当归、丹参、滇三七养血活血，化瘀生新；用白芥子“去皮里膜外之痰”；茯苓、陈皮健脾渗湿、理气化痰；木通行水而通精道(男子精尿同道)；石菖蒲味辛性温，“开心孔，利九窍”，冰片芳香开窍，二药合用，增强化浊开窍之力；桂枝温通血脉，以增强盆底肌肉的收缩力而助排精。

④通精灵4号方

[组成]柴胡、白芍、川芎、当归、枳壳、香附、郁金、生地、熟地、韭子、车前子、穿破石、鳖甲、穿山甲。

[用法]水煎服，每日1剂。

[功用]疏肝解郁，通关开窍。适用于肝气郁结型不射精症。

[疗效分析]方用柴胡疏肝解郁；白芍、川芎、当归和营养血活血；枳壳、香附舒肝理气；郁金

解郁宽胸而散气滞;生地、熟地滋补肝肾;韭子、车前子兴阳道而利下窍;穿破石、鳖甲、穿山甲破瘀散结而畅精关。

⑤通精灵 5 号

[组成]龙胆草、黄芩、山梔、泽泻、车前子、生地、当归、丹皮、柴胡、萆薢、苡仁、石菖蒲、刘寄奴。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]化湿清热,通关止遗。适用于湿热阻滞型不射精症。

[疗效分析]方中龙胆草泻肝胆实火,除下焦湿热;黄芩、山梔泻火下行;泽泻、车前子清热利湿;生地、当归、丹皮滋养阴血,清热凉血;柴胡舒肝理气,降中求升,既有利于泻肝经实火,又能保持散肝的条达舒畅;萆薢、苡仁健脾利湿,石菖蒲通窍化浊;刘寄奴化症散结,以助通精。

(6)三虫通精汤(郭智荣.三虫通精汤治疗不射精症 87 例报道.江西中医药,1994,25(6):16)

[组成]水蛭 6 克,蜈蚣 1 条,地龙、肉苁蓉、枸杞子各 12 克,柴胡 3 克。

[加减]阴精不足证加知母、黄柏、龟板;肾阳亏虚证加淫羊藿、巴戟天、制附片;气滞血瘀证加王不留行子、丹参、薄荷。

[用法]水煎服,日 1 剂。

[功用]补肾活血通精。

[疗效观察]治疗不射精症 87 例,痊愈 72 例,有效 3 例,无效 12 例,总有效率 82.8%。

(7)解郁通精汤(《男女病奇效良方》)

[组成]柴胡、当归、石菖蒲、郁金、枳实、穿山甲、王不留行各 15 克,淫羊藿、蛇床子各 20 克,炙鳖甲 40 克,麻黄 8 克,蜈蚣 3 克。

[用法]每日 1 剂,水煎分 2 次温服,21 日为 1 疗程,疗程间隔 7 天。

[功用]疏肝解郁通精。主治功能性不射精症。

[疗效观察]治疗 74 例,痊愈 31 例,显效 24 例,有效 11 例,有效率 89.1%。

(8)通窍滋肾健脾汤(《男女病奇效良方》)

[组成]路路通、石菖蒲、仙茅、白术、枸杞子、韭菜子各 12 克,马钱子 1 克,蜈蚣 1 条,仙灵脾 30 克,石斛 10 克,牛膝 9 克,地黄、山萸肉、山药、白花蛇舌草、补骨脂、覆盆子、菟丝子各 15 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。

[功用]滋肾健脾,通窍行精。主治不射精症。

[疗效观察]治疗 289 例,15 天为 1 疗程,治愈 227 例,占 78.5%。

3. 单味药治疗

(1)穿山甲

[药理]穿山甲性善走窜,功能通经下乳,消肿排液,搜风通络。可用经脉、关窍闭阻不通性疾病。

[用法]用炮山甲 4.5 克~9 克,研末,黄酒冲服。每日 1 次,连用 10 次为 1 疗程。

(2)路路通

[药理]归肝、肾经,功能祛风通络,利水通经。

[用法]15 克~30 克,水煎服,每日 1 次,连用 7 天为 1 疗程。

(3) 急性子

[药理]急性子,味苦性温,归经肝肾,功能消积软坚,可用治闭经、噎膈等。以大枣煮汤,取其味甘性温,补益后天以资先天,另则以之和缓急性子之毒,通达九窍,引精外出。

[用法]急性子 10 克,以大枣 250 克煮汤,分 3 日服。

[病例介绍]赵某,27 岁,婚后 5 年,性交阴茎异常勃起,久不射精,生殖系统无异常。性急易怒,头胀眩晕,失眠盗汗,小腹拘急。舌质红苔黄,脉弦细。证属肝气郁结,相火亢盛,络脉闭阻。投以疏肝解郁,滋阴泻火,通经达络之剂,予以上方,并食枣 1000 克,性交稍能射精,守方再服,又食枣 500 克愈,其妻孕。

(4) 生麻黄

[药理]生麻黄主要成分为麻黄碱,可使交感神经节后纤维释放儿茶酚胺,能增强输精道的平滑肌收缩,对射精有促进作用。有高血压、冠心病及甲亢者忌用。

[用法]以生麻黄 9 克,水开沸后入锅,再煮开 10 分钟,同房前 20 分钟取煎液 50 毫升服。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

处方①(樊中州《男女病千首妙方》续集)

[取穴]1 组:关元、中极、曲骨;2 组:会阴、会阳、八髎、肾俞。

[操作]取关元、中极、曲骨,进针 2.5 寸,以向下传导,有酸麻胀感为得气。一般留针 20 分钟,接电疗器,此为第 1 天治疗。取 2 组穴,进针 1.5 寸,接电疗器,留针 20 分钟。可加艾条灸以上穴,特别是会阴穴、关元穴。此为第 2 天治疗。如有阳痿加命门、百会穴。2 日为 1 疗程,然后休息 1 日,再进行第 2 疗程。有少腹拘急加服通窍活血汤,少腹冷痛加服少腹逐瘀汤。

[疗效观察]治疗 82 例,痊愈 79 例,无效 3 例。

处方②(樊中州《男女病千首妙方》续集)

[取穴]主穴:关元、三阴交、肾俞、次髎;配穴:腰阳关、中极、太溪、束骨、水道。

[操作]先针主穴 3 次~5 次,症状改善后再取配穴加减治疗。每穴都应有针感,尤其关元、中极穴针感应向阴茎扩散,效果较好。水道穴针感应向睾丸扩散,针束骨穴针尖应向上,肾俞、腰阳关针后加灸。留针 10 分钟~15 分钟,中间再行针 1 次。每日或间日 1 次,10 次为 1 疗程。1 个疗程不愈者休息 10 日再继续治疗。[疗效观察]治疗 70 例,痊愈 65 例,无效 5 例。

处方③(樊中州《男女病千首妙方》续集)

[取穴]1 组:曲骨、大赫、太冲;2 组:肾俞、次髎、三阴交。

[操作]在上述穴位周围寻找敏感点为穴位,两组交替使用,每日 1 次。治疗前令患者排尿,使膀胱排空方可操作。曲骨、大赫、肾俞、次髎平补平泻,针感一定要向会阴部放射。三阴交、太冲用泻法,针刺强度至患者无法忍受为度。留针 15 分钟,10 天为 1 疗程。

[疗效观察]治疗 50 例,4 个月痊愈 46 例,有效 1 例,无效 3 例。

处方④(《中医男科临床治疗学》)

[取穴]中极、志室、地机、三阴交。

[操作]毫针刺用泻法。阴茎、睾丸、少腹痛甚者三阴交可持续运针,强刺激 20 分钟。

[分析]中极为任脉穴,可通调冲任脉气;地机能疏经气止痛;志室又名精宫,可通达精气;三阴交为足三阴之交会穴,可调血行血。四穴合用,可通达精窍,行瘀止痛。

(2) 耳穴疗法(苏勋庄经验)

[取穴]主穴:精宫、肾、外生殖器、睾丸;配穴:神门、内分泌、反应敏感点。

[操作方法]

①耳穴压豆法 取单侧耳穴,每次选主穴至少2穴,配穴1~2穴,用王不留行子贴压,每天按压3次~5次,每次按压2分钟~3分钟,每5天~7天换贴另侧耳穴。

②耳穴毫针法或电针法 取单侧耳穴,每次选主穴至少2穴,常规消毒后,用毫针刺入,深至耳软骨膜,捻转刮针手法,留针30分钟~60分钟,10分钟~15分钟行针1次,日针1次,两耳隔日交替针刺,10天为1疗程。亦可用G6805电针仪或其他电疗机,通电30分钟,每日1次,10次为1疗程,疗程间隔2天~3天。

(3)推拿疗法

①补肾气法 在命门、肾俞、志室用一指禅推法或擦法,再用摩法、揉法、按法施于腹部的关元、气海,从而起到培补元气以壮命门之火,达到鼓精外泄的目的。

②补心脾法 用一指禅推法、摩法、揉法,在腹部做顺时针方向治疗,重点在中脘、天枢、气海、关元穴。再用按法、擦法在背部膀胱经治疗,重点在胃俞、脾俞、心俞、小肠俞。这样可调节胃、脾、心、小肠功能,达到健脾和胃、补中益气、滋阴养血安神的目的,精气足、阴血旺、中气盛,自可精泄如流。

③清泻肝胆法 取督脉、足厥阴、足少阳经的至阳、腕骨、阳陵泉、太冲穴,用泻法,重手法、快频率摆动、摩擦或挤压等手法治疗,以清泻肝胆。

④按摩前列腺法 戴上指套,由肛门按摩前列腺,每日按摩2~3次,每次5分钟。坚持经常按摩可使前列腺液排泄通畅,逐渐使患者在性交过程中建立正常的射精机制。

(4)配偶提肛法

当女方阴道过于宽松时,亦可因对阴茎的紧束感较差,不能对阴茎的产生的足够的刺激,而发生不射精症。此种情况可在性交过程中采用配偶提肛法。方法:正常性交体位,性交时女方有意识地间歇性上提收缩肛门,使阴道肌肉尤其是阴道外1/3部分产生一张一弛的运动,连续做3次~5次,可使阴道对阴茎形成紧握感。此时,男方可加快频率抽动阴茎,即可达到强刺激而引发射精。

(5)饮食疗法

①爆虾仁(《偏方大全》)

[材料]虾仁250克,鸡蛋清1个,淀粉5克,盐少许,白汤30克,熟猪油适量。

[制用方法]将虾仁、蛋清、盐和淀粉和匀,用熟猪油烧热锅,倒入和好的虾仁等,用筷子搅散成粒,并至颜色变白时,倒入漏勺内沥去油。然后将砂锅置于旺火上,油10克,烧开,倒入虾仁,再加黄酒、白汤、味精,煮沸勾芡,翻炒,撒上胡椒面即成。

[功用]温阳补精通精。

②青虾炒韭菜

[材料]青虾250克,韭菜100克。

[制用方法]将青虾洗净,韭菜洗净切段,先以植物油煸炒青虾,加黄酒、酱油、姜粉等调料。再放入韭菜翻炒,至嫩熟即可。

[功用]补肾壮阳通精,经常食用阳壮精旺,对不射精症有辅助治疗作用。

③香椿豆腐(苏勋庄经验)

[材料]鲜嫩香椿50克,新鲜豆腐250克,盐粉、香油少许。

[制用方法]将香椿洗净切段,豆腐切碎成小块,与香椿合在一起,加香油、盐粉调匀,佐餐食用。

[功用]清热利湿,疏肝理气。对肝气郁结型和湿热下注型不射精症有效。

(6) 外敷疗法

① 麝香敷脐法(张登本、周志杰《中医男性病学》)

[方法]用麝香 0.3 克敷脐心,胶布固定。

[疗效]通行关窍。

② 芒硝(曹开镛《男科验方汇编》)

[方法]芒硝 50 克,打碎,同房时取碎芒硝一小把握于两掌心劳宫穴处。

[疗效]化痰行精。

③ 麝香散(《实用中西医结合泌尿男科学》)

[处方]麝香 0.5 克,白胡椒 6 克。

[制用方法]上药共研极细末,混合均匀,每取 1 克,用 75% 酒精适量调敷肚脐,纱布覆盖,勿使气散,2 日 1 换,10 天为 1 疗程。

④ 三脑通精散(《泌尿生殖系病实用方》)

[处方]樟脑、龙脑、薄荷脑各等分。

[制用方法]上药和匀研细后密封贮存,用时取 0.6 克~1 克纳脐中,再滴入白酒 1 滴~2 滴,其上以胶布封固,傍晚用药,性交后去掉。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

(1) 加强性知识学习,了解正确的性生活过程,以避免因性交活动不当,不能产生足够的阴茎刺激而产生不射精症。

(2) 戒用烟、酒等嗜好品,尤其是可卡因、吗啡等毒品。

(3) 应用易导致产生不射精症的药物时,应注意其副作用,并备用合适的对抗性药物。

(4) 有腰骶部或前列腺手术时应注意避免性神经的损伤。

2. 中医措施

(1) 调情志,谐房帷。

(2) 忌烟酒嗜好,忌食辛辣刺激性食物。

(3) 忌服金石兴阳之品。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 一旦发生不射精症,不要急躁,而要平卧休息,妻子则要体贴、配合、鼓励,并可进行缓慢柔和的局部抚摩,或用振荡器按摩阴茎,待产生射精预兆时,再将阴茎插入阴道射精。

(2) 保持乐观情绪,消除焦虑、急躁、悲观、怨恨、烦恼等不良情绪,树立战胜疾病的信心,必

要时在医生的指导下进行生理和心理治疗。当男方性交时间较长而不能射精时,女方不要提出射精要求,以减少男方急躁心理,有利于射精。

(3)掌握正确的性交方式和性生活频度,有利于刺激雄性激素的分泌;不宜过度节制房事,性生活次数过少,不利于雄性激素的产生和释放。

(4)注意加强身体锻炼,增强体质。

2. 中医措施

(1)调情志,谐房帷。

(2)忌食烟酒辛辣油腻刺激之品。

(3)忌用助阳兴火动精药物。

第五节 逆行射精

一、概 述

逆行射精是指性交时出现情欲高潮,有射精快感,但不见有精液从尿道口排出,性交后尿液中出现精子和果糖,表示射精时精液逆行流入膀胱内。逆行射精因精液不能排泄在阴道内造成不孕,但临床较少见。

中医学对逆行射精缺乏系统认识,但对类似现象似有记载,如《备急千金要方》中有云“能交而不施泄”。

逆行射精临床上并不多见,约占射精不出的10%左右。目前治疗多以西医手术治疗为主。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

造成逆行射精的原因很多,主要有以下几方面:

(1)神经损伤 创伤或外科手术损伤交感神经可引起逆行射精。如腹膜后淋巴清扫术、交感神经链切除、腹主动脉瘤切除、直肠切除等损伤下腹神经等。

(2)泌尿生殖道的损伤 由于骨盆骨折、尿道撕裂、手术损伤膀胱颈部括约肌,或经尿道电切膀胱颈部术等,使膀胱颈部括约肌功能丧失,导致射精时尿道内口不能关闭,造成精液逆行于膀胱。

(3)内分泌疾病 主要是糖尿病,尤其是青年型糖尿病患者,会发生糖尿病性膀胱颈部共济失调,使尿道内口关闭功能减弱,引起射精时精液逆流。

(4)药物影响 胍乙啶、利血平等药具有阻滞肾上腺素能神经的作用,使射精动作中生殖道各部位的收缩遭到破坏,导致精液逆流膀胱。

(5)其他 有些青年婚后为了避孕,性交采用按压后尿道射精,人为造成逆行射精,久而久之,当想怀孕时仍然不能恢复正常经尿道口射精。

2. 病理

尿道内口的内纵、外环两层平滑肌系由膀胱的内纵和外纵两层平滑肌延伸交错而成,起着内括约肌的作用。该处有丰富的 α -肾上腺素能受体,受交感神经所支配。

正常射精包括泄精、射精和尿道内口关闭三个生理过程,当生殖器的刺激通过阴部神经传入到大脑的高极射精中枢,回传的冲动经胸腰椎($T_{12} \sim L_3$)的交感神经节引起前列腺、附睾和输精管收缩,把精液泄入后尿道,同时还引起尿道内口的关闭,阻止精液逆流入膀胱。回传到骶部($S_2 \sim S_4$)副交感神经的冲动,一方面使会阴部的球海绵体肌及坐骨海绵体肌产生节律性收缩,一方面使尿道外括约肌放松,从而把精液从尿道外口喷出。任何使尿道内括约肌和尿道括约肌协调功能发生障碍的病因,都可以使精液逆流到膀胱,发生逆行射精。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

(1) 先天禀赋不足,后天克伐过度,手淫或房事不节,损伤肾阴;或热病后期,肾阴亏虚,精关开合失司,当泄不泄,逆而后射。

(2) 素体肥胖,痰盛体质,或过食肥甘膩味,痰湿内生;或血瘀体质,或外伤血瘀,或他病致瘀,皆可致痰瘀交阻,精关失和。

(3) 素嗜辛辣油腻之品,酿生湿热;或外感湿热毒邪,内窜精窍,扰乱精关,皆可导致精液逆而后射。

2. 病机

此症古代中医没有专门记载,大概可以混见于“尿浊”、“尿精”等症中。对其病因病机的探讨,仍可责之肝肾。

(1) 肾气不足 先天不足,或后天克伐过度,损伤肾气,肾气不足,阴阳失调,司精之职无权,则精液当泄不泄,发为逆行射精。

(2) 肾阴不足 手淫过度,或房事不节,损伤肾阴;或热病后期,肾阴亏虚,精关失充,精液射而逆行。

(3) 痰瘀交阻 素体肥胖,痰盛体质,或过食肥甘膩味,内生痰湿,随气而流,踞于精室,阻滞精关;或血瘀体质,或外伤血瘀,或他病致瘀,阻滞精络,精关不利;或痰瘀交阻精关,都可使精液不能外射而内流入膀胱。

(4) 湿热下注 素嗜辛辣油腻之品,酿生湿热,下注精室;或外感湿热毒邪,内窜精窍,扰乱精关,精液不能沿正常精路排泄,逆入膀胱。

三、临床诊断

(一) 辨病·西医诊断

1. 症状

患者性交能达到高潮且有射精感觉,但无精液自尿道外口射出。

2. 体征

可有射精疼痛或射精滞涩感。

3. 实验室及其它检查

性交或手淫射精后立即排尿,作尿液检查,可见尿液中有大量精子或果糖存在。

X线膀胱造影可显示尿道内口扩大。

膀胱镜检查可发现膀胱颈口松弛、扩大,精阜与膀胱颈的距离呈现缩短并很容易见到。

4. 并发症

逆行射精患者除了精液不能从尿道外口排出,大多数人没有任何其它症状,很少有人以影响性生活质量而就诊,因此,多数患者均系因不孕症而被发现。

5. 诊断要点

(1) 诊断

患者性交能达到高潮且有射精感觉,但无精液自尿道外口排出,性交或手淫射精后排尿作尿液检查,若见尿液中大量精子或有果糖存在,即可诊断为逆行射精。

患者可有后尿道损伤或手术史。

(2) 鉴别诊断

① 与不射精症鉴别

不射精症是指性交很长时间不能够射精,无性高潮出现和射精感觉,亦可因精液不能射出或不能在阴道内射精而引起女方不孕。而逆行射精患者能够射精,有性高潮和射精快感,只是因精液逆行射入膀胱而不能射入阴道,引起不孕症。

② 与无精子症鉴别

无精子症患者有正常的性高潮和射精功能,但其精液中无精子而导致不孕。逆行射精患者精液中一般均有正常的精子,但因其不能从尿道外口射出,而是逆行射入膀胱,从而难以使女方怀孕。两者根本的区别在于能不能自尿道外口射精。

(二) 辨证、中医诊断

1. 辨证要点

患者房事有射精快感和性高潮,但无精液自尿道外口射出,房事后尿液不清或有絮状物,即可诊为本病。临床上可分为肾气不足证、肾阴不足证、痰瘀交阻证和湿热下注证四个证型。其辨证要点为:性交不射精,性交后尿浊,伴性欲低下,腰膝酸软,畏寒肢冷,舌淡苔薄,脉沉细无力者为肾气不足证;伴性欲亢进,五心烦热,口咽干燥,舌红苔少,脉细数或浮大无力者为肾阴不足证;伴会阴坠胀疼痛,射精后加重,多见肥胖之人或血瘀体质,时有胁痛,小便不畅,余沥不尽,舌质紫暗,舌有瘀点或瘀斑,脉涩不畅者为痰瘀交阻证;伴射精疼痛,会阴部胀热不适,小便短赤,尿后白浊,余沥不尽,舌红苔黄腻,脉滑数或濡数者为湿热下注证。

2. 辨证分型

(1) 肾气不足证

[临床表现]性交不射精,性交后尿浊,性欲低下,阴茎勃起不坚,腰膝酸软,神疲乏力,畏寒肢冷,头晕目眩,耳鸣盗汗。舌淡,苔薄白,脉沉细无力。

[辨证分析]肾气不足,司精无权,无力鼓精液外射,而发为逆行射精。精入膀胱,与尿液相混,故见尿浊。肾气不足,命门火衰,则见性欲低下,阴茎勃起不坚。腰膝酸软,神疲乏力,畏寒肢冷,头晕目眩,耳鸣盗汗,舌淡,苔薄白,脉沉细无力,均为肾气不足,肾阳虚衰之征。

(2) 肾阴不足证

[临床表现]逆行射精,性欲亢进,五心烦热,口干咽燥,心悸失眠,盗汗,腰膝酸软,神疲乏力。舌红苔少,脉细数或浮大无力。

[辨证分析]肾阴不足,阴虚火旺,扰乱精关,司精混乱,发为逆行射精。肾阴不足,相火偏旺,则性欲亢进。五心烦热,口干咽燥,心悸失眠,盗汗,腰膝酸软,神疲乏力,舌红苔少,脉细数或浮大无力,均为阴虚火旺之征。

(3) 痰瘀交阻证

[临床表现]逆行射精,性欲减退,会阴坠胀疼痛,射精后加重。多见肥胖之人或血瘀体质,烦躁易怒,沉默寡言,时有胁痛,小便不畅,余沥不尽。舌质紫暗,舌有瘀点或瘀斑,脉涩不畅。

[辨证分析]痰瘀交阻,精道失利,故逆而后射。痰瘀交阻,肾气不利,则性事减退。瘀阻精窍,则会阴部坠胀疼痛,射精后加重。肥人多痰易瘀,故易见本症。厥阴肝经环绕阴器,痰瘀阻于厥阴,则见烦躁易怒,沉默寡言,时有胁痛。精窍与尿窍同道,瘀阻精道,则小便不畅,余沥不尽。舌质紫暗,舌有瘀点或瘀斑,脉涩不畅乃血瘀之象。

(4) 湿热下注证

[临床表现]逆行射精,射精疼痛,会阴部胀热不适,小便短赤,尿后白浊,余沥不尽,腰膝酸软,神疲乏力。舌红,苔黄腻,脉滑数或濡数。

[辨证分析]湿热下注精窍,灼炼精室,精道自乱,故逆行射精,射精疼痛,会阴部胀疼不适,小便短赤,尿后白浊,余沥不尽。腰为肾府,肾主精窍,湿热灼炼精窍,故见腰膝酸软,神疲乏力。舌红苔黄腻,脉滑数或濡数乃湿热蕴结之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

麻黄素 50 毫克,性交前 1 小时口服;或溴苯吡胺 8 毫克,每日 2 次口服;或苯丙醇胺 15 毫克~30 毫克,每日 2 次口服;或用苯氧苄胺 5 毫克~10 毫克,每日 2 次口服;或用辛内弗林 60 毫克性交前 1 小时口服。这些药物其作用机理均是通过刺激 α -受体,增加膀胱张力,防止精液逆流进膀胱。

2. 对症治疗

如因糖尿病引起,当治疗糖尿病;属药物引起者,应当停服有关药物。

3. 并发症治疗

临床上为了使患者生育,常采用人工授精方法,成功率较高。方法:性交前 3 天开始口服碳酸氢钠,或性交前 15 分钟用等张碱性溶液冲洗膀胱,以达到碱化尿液提高膀胱内尿液的渗透压,防止性交时逆射入膀胱的精子受损,以确保人工授精的成功率。性交后立即小便,通过离心等处理,分离出精子部分,作人工授精。此法可在女方排卵期内进行 1~2 次。

对慢性病如糖尿病合并逆行射精者,应首先控制原发病。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肾气不足证

[治法]温补肾气。

[方药]金匱肾气丸(《金匱要略》)加减

附子、肉桂各6克,熟地、山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻各10克,蜈蚣(大者)3条,鹿角胶10克。

[分析]方中附子大热之品,最能温补,肉桂引火助阳,增强附子温补肾阳之力;六味滋补肾气,养精调精;鹿角胶乃血肉有情之品,蜈蚣虫类药,善走窜,开郁结,畅行精道,使精行正道。诸药合用,温补肾气,畅行精道。

(2) 肾阴不足证

[治法]滋阴清热。

[方药]大补阴丸(《广嗣要语》)加味

知母、黄柏各12克,熟地15克,龟板12克,茯苓、泽泻、党参、麦冬、沙苑子、枸杞各15克,玄参20克,石菖蒲30克,远志12克。

[分析]方用知母、黄柏滋阴清热;泽泻、石菖蒲清湿热而利窍道;熟地、枸杞、沙苑子补肾养精,麦冬、玄参滋阴养精;党参、茯苓、远志健脾安神。诸药合用,滋阴清热,补肾宁心。

(3) 痰瘀交阻证

[治法]活血化瘀,祛痰通窍。

[方药]通精灵三号(《当代名医临证精华·男科专辑》刘明汉方)

桃仁、红花、当归、丹参、滇三七、白芥子、茯苓、陈皮、木通、石菖蒲、冰片、桂枝。

[分析]方中用桃仁、红花、当归、丹参、滇三七养血活血,化瘀生新;用白芥子“去皮里膜外之痰”;茯苓、陈皮健脾渗湿、理气化痰;木通行水而通精道(男子精尿同道);石菖蒲味辛性温,“开心孔,利九窍”,冰片芳香开窍,二药合用,增强化浊开窍之力;桂枝温通血脉,以增强盆底肌肉的收缩力而助排精。

(4) 湿热下注证

[治法]清热利湿,通窍引精。

[方药]三仁汤(《温病条辨》)加味

杏仁、生苡仁、白蔻仁、半夏、厚朴、通草、竹叶、黄柏、栀子、龙胆草、滑石、车前子、路路通、山甲珠、甘草梢。

[分析]方中杏仁降气化痰,生苡仁健脾渗湿、清热通窍,白蔻仁行气化湿、消痞通积,三仁合用。黄柏、栀子、龙胆草、滑石、车前子、竹叶清热利湿通窍;半夏化痰,厚朴宽中行气;山甲最善凿坚通道,合路路通、通草、甘草梢加强通窍之力,引精外出。

2. 验方治疗

(1) 龙胆泻肝汤(《兰室秘藏》)

[组成]龙胆草、生地黄、当归各9克,柴胡、泽泻各3克,车前子、木通各1.5克。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]清热利湿通关。主治湿热下注型逆行射精症。

(2) 马钱通关散(参见不射精症一章)

[注]逆行射精验方报道较少,根据其病因病机,临床可参考不射精症验方治疗,多有效验。

3. 单味药治疗

(1) 生麻黄

[药理]生麻黄主要成分为麻黄碱,可使交感神经节后纤维释放儿茶酚胺,能增强输精道的平滑肌收缩,可促进正常射精。有高血压、冠心病及甲亢者忌用。

[用法]以生麻黄9克,水开沸后人锅,再煮开10分钟,同房前20分钟取煎液50毫升服。

(2) 生黄芪

[药理]具有促进平滑肌收缩的作用。

[用法]生黄芪40克,水煎取液60毫升,去渣,临卧顿服。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

处方①(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]主穴:气海、曲骨、足三里、膀胱俞;配穴:性欲减退加八髎;头晕、耳鸣加百会、合谷。

[操作]均用手捻补法,行针15分钟,每日1次,连针10次为1疗程,一般做2个疗程。针曲骨向阴部方向刺,与气海二穴都有向阴茎放射感疗效最好。

[主治]不能射出精液,但有射精感,气短乏力,腰酸腿软,口渴多饮,尿清长,夜尿多,或遗尿。

处方②(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]会阴、曲骨、急脉、丰隆、气海、心俞、膈俞、肾俞、命门、八髎。

[操作]先以梅花针针心俞、膈俞、肾俞、命门、八髎穴;次以毫针针丰隆,针感向上行,而不要向下和射;接下刺会阴,得气后捻转不留针;曲骨、气海与急脉得气捻转补法,留针10分钟,间加捻转。气海针罢宜艾灸,隔日1次,12次为1疗程,不得少天2疗程。

[主治]不射精,但有精聚阴头和射精感,性交后有少量精液溢出,小便细而不畅,舌质暗红,脉沉涩。

处方③(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]主穴:百会、水分、曲泉、会阴;配穴:情绪急躁易怒加太冲;胸胁胀满加阳陵泉;小便赤涩或痛加三阴交;大便干燥加天枢、上巨虚。

[操作]捻转行针,百会与会阴同时捻转,至百会穴麻木为止,留针5分钟。

[主治]性交无精液射出,但有射精感,情绪急躁易怒,胸胁胀满疼痛,阴囊湿汗多或湿痒,小便赤涩或痛,大便干燥,舌质红,苔黄腻,脉滑、弦或兼数。

处方④(《男女病针灸推拿疗法与按摩保健》)

[取穴]主穴:会阴、脾俞、心俞、足三里;配穴:性交时担心逆行射精者加志室;惊慌不定者加胆俞。

[操作]针会阴穴,得气后大幅度捻转泻法,不留针,其它诸穴用捻转补法,留针30分钟,每日1次,10次为1疗程。

[主治]性交无精液射出,但有射精感,每次性交精神紧张,担心逆行射精,心悸、少寐多梦,食少、乏力,腹胀便溏,舌质淡润,苔白,脉虚。

(2) 耳针疗法(苏勋庄经验)

[取穴]主穴:尿道、内生殖器、盆腔、前列腺、肾;配穴:阳性反应点、神门、内分泌、皮质下、外生殖器。

[操作方法]

①耳穴压豆法 取单侧耳穴,每次选主穴至少2穴,配穴1~2穴,用王不留行子贴压,每天按压3~5次,每次按压2~3分钟,每5~7天换贴另侧耳穴。

②耳穴毫针法或电针法 取单侧耳穴,每次选主穴至少2穴,常规消毒后,用毫针刺入,深至耳软骨膜,捻转刮针手法,留针30分钟~60分钟,10分钟~15分钟行针1次,每日针1次,两耳隔日交替针刺,10天为1疗程。亦可用G6805电针仪或其他电疗机,通电30分钟,每日1次,10次为1疗程,疗程间隔2天~3天。

(3)气功疗法

缩肛功

准备 全身放松,自然闭唇,舌抵上腭,站立、坐卧或行走时均可。

收缩肛门 随呼吸运动,间歇性收缩肛门。吸气时,收腹缩肛,稍屏气后,再呼气,呼气时鼓腹松肛,逐渐放松全身。每次做15遍~20遍,每日3次~5次。

(4)按摩疗法

①按摩会阴兜肾法 用手掌自会阴阴囊底部向前兜提阴囊,至睾丸处时搓睾丸,左手搓左侧睾丸,右手搓右侧睾丸,两手交替进行,九九八十一次后,用一手兜住阴囊,一手揉按会阴,左右换手,亦81次。按摩时注意用力要均匀柔和,精神集中在按摩区,不要分散注意力,否则影响效果。

②前列腺按摩 定期进行前列腺按摩以帮助前列腺液经常顺行地从尿道排出,对克服逆行射精有帮助。

(5)饮食疗法

①芎膝不留粥(苏勋庄经验)

[材料]川芎15克,川牛膝15克,王不留行子20克,糯米50克,白糖适量。

[用法]先将川芎、川牛膝加水适量煎煮取液,以备煮粥用。王不留行子炒花,用簸箕簸净砂土及不翻花者,与糯米一起用上药液煮粥,待油浮米烂,加入白糖,调匀,出锅温食。

[作用]行气健脾,引精下行。

②灵脾麻黄茶(苏勋庄经验)

[材料]仙灵脾5克,麻黄3克,青茶适量。

[用法]将麻黄、仙灵脾与青茶一起放于杯中,用沸水冲泡,盖焖15分钟,即可饮用。每日1次,连用7天为1疗程。

[作用]温阳填精通精。

(6)外敷疗法

[组成]急性子10克,鸦片3克,蟾酥2.4克,麝香0.6克,葱白适量。

[用法]先将急性子、鸦片、蟾酥3味研为细末,加入麝香,再研极细,滴水和成丸药1粒,用葱白捣烂包住,外用湿纸再包一层,和木炭火中煨3分钟~5分钟,取出换纸,如此反复煨7次,去掉纸和葱,将药制成丸如绿豆大小,备用。睡前,取药丸3粒,用白酒化开,一丸填脐内,一丸敷曲骨穴,一丸涂阴茎头上,每晚房前1次。

[功用]温肾活血通窍,敛精下行,不使内散。

[按]本方为《古今脐疗良主集解》收治阳痿遗精方,用治逆行射精可获良效。

(7)手术疗法

①行膀胱内括约肌成形术,以阻止精液在射精时逆流,但其效果如何国内尚缺乏评价。伊势和久(1974年)报道膀胱颈部缩缝术治疗该病,方法简单,效果较好。Jenkins等(1980年)对曾作过膀胱颈部Y—V成形术的患者引起的逆行射精,采用膀胱颈部重建术也取得了较好疗效。

②定期行尿道扩张术,对属尿道狭窄者有效。

(8)房室保健疗法

有人建议逆行射精患者可以经常立位性交,由于膀胱内压力在尿道内口处增加,可以使精液向外排泄。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

(1)增强性知识学习,正确了解性交活动方式方法,避免用按压后尿道射精法避孕,以防日久人为造成逆行射精。

(2)慎用肾上腺素能阻滞剂,如胍乙啶、利血平、盐酸甲硫哒嗪、溴苄胺及苯甲胍等可引起逆行射精的药物。

(3)有尿道狭窄、尿道结石或尿道炎症时应及时正确的治疗,避免尿道损伤,尤其是后尿道手术时,应注意后尿道的成形。

2. 中医措施

(1)调情志,适劳逸,节淫欲。

(2)忌烟酒嗜好,忌食辛辣刺激性食品。

(3)忌服金石兴阳之品。

(二)既病防变

1. 西医措施

(1)当无生育要求时,逆行射精对性生活质量一般不会产生较大影响。因此,一般无需治疗。但若有生育要求时,必须进行恰当治疗,不要急躁,妻子则要体贴、配合,掌握立位性交技术,可以获得阴道内射精。

(2)保持乐观情绪,消除焦虑、急躁、悲观、烦恼等不良情绪,树立战胜疾病的信心,必要时在医生的指导下进行性心理行为治疗。

(3)若因服用肾上腺素能阻滞剂引起者,应停止用药。

(4)注意加强身体锻炼,增强体质。

2. 中医措施

(1)调情志,谐房帷。

(2)忌食烟酒辛辣油腻刺激之品。

(3)忌用助阳兴火动精药物。

第六节 泄白症

一、概 述

临床上有时会遇到这样一种现象,男子精液量少透明(约0.5ml~1.5ml,一般不超过2ml),刚排出时一般不凝固,镜检多无精子。其症状类似中医所说的早泄、滴白等,但又与它们明显不同。患者多以不孕症就诊,同房时阴茎尚未接触或刚刚触及女性阴门,即发生泄精,且阴茎随之软缩,但无射精快感。临床医生往往以其主诉“未交先泄”而诊为“早泄”,或因其不能交合而诊为“阳痿”,或以镜检精液无精子而诊为“无精子症”,等等。治疗多难取效。

此症古代医籍中没有记载,编者在《实用男女助孕助育大成》一书中首次提出本症,并对其概念、病因病机、诊断与鉴别诊断和治疗等作了全面地论述。

本症大约相当于现代性医学所说的射精阻滞(Retarded Ejaculation)的部分障碍范畴。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

从现代医学分析,泄白症所泄之精,主要是前列腺液、尿道球腺液等(不包括精囊液),因此,其病因可能与下列因素有关:

(1)青年男性,性知识贫乏,缺乏性交经验,新婚同房过于兴奋,心情紧张,前列腺等分泌液溢出,而误认为已经射精,自虑是患早泄,不能同房,而对女方产生愧疚感,精神颓丧,阴茎随软。因不能性交,不能真正射精,导致不孕,镜检其“精液”中无精子,遂被诊为无精子症,加重了思想负担,导致病情恶性循环,日益加重。因此,男科医生遇有“早泄”兼“无精子症”之症,应重新详细询问病史病状,以免误诊。笔者曾诊一男性不育症即属此种病情,当时诊明之后,虽按阳痿给以罂粟碱30mg、酚妥拉明1mg阴茎海绵体注射,使其获得一次成功射精后,再加中药调理获愈,实际主要通过上述成功的事实解除了其心理障碍而达到治愈的目的。

值得注意的是,曾有手淫射精史的泄白症患者,让其手淫取精亦难成功,而是与性交时情况相同,仅仅获得少许清精(0.5ml~1.5ml前列腺液),阴茎即软缩。

(2)青年男性,误犯手淫,频繁泻精;或婚后性交过于密集,频繁施泄,担心伤身,但又迷而不能自拔,心情矛盾,日久导致性神经衰弱,性交之时阴茎虽能勃起,但尚未插入,前列腺液即先溢出,心中认为不正常,影响性交情绪,阴茎迅速软缩。

(3)前列腺炎、后尿道炎、精阜炎患者,性兴奋时,使精阜充血,易受激惹,而引起前列腺液过早流溢,产生畏惧心理,引起阴茎软缩。

此症,临床虽以青年不孕就诊者为多,但究其病因病机,可以得知,泄白症无论年青年老均可发生。

2. 病理

发生泄白症的主要病理机制,多是患者性知识贫乏,或容易性兴奋,当前列腺、精阜充血,发生前列腺液或尿道旁腺、尿道球腺液自尿道口流溢,即认为是射精。或因生殖道炎症,使前列腺等附属性腺充血,尤其是精阜充血,一旦发生性兴奋,即可使其受到激惹,而发生溢液现象。

(二) 中医的病因病机

泄白症的发生,与脾肾气虚、阴虚火旺、肝肾阴虚、湿热下注等有关。

(1)脾肾气虚,谷精陷而先流 男子之精按其来源分为谷精和肾精两部分,谷精由脾胃化生,下注精窍;肾精(精虫)由外肾滋生上输精室,阴阳交合,两精相搏,射而为精液。若平素饮食不节,房劳过度,损伤脾肾,中气虚陷则不能摄精;“肾为胃之关”,肾气不足,则不能为胃守关,故谷精陷而先流,形成泄白。

(2)阴虚火旺,灼迫精液早泄:现代医学认为,精液由精浆(包括前列腺液、精囊液、尿道球腺液、尿道旁腺液)和精子两部分组成。按中医理论可将其分为清精(精浆)和浊精(精子)两部分,故男子阴精可复分阴阳,其清者为阳,是精中清气,其浊者为阴,是精虫。清浊(阴阳)合泄方为精液,能使女子受孕。若少年采伐过度,导致阴虚火旺,则可灼迫清精,引阴中之阳外越,则清精(包括尿道旁腺液、尿道球腺液、前列腺液)舍阴独泄而为泄白。精中阳气一泄,无以鼓舞宗筋,则玉茎随之而软,不能交合。

(3)肝肾阳虚,精关固摄不秘 肝脏体阴而用阳,一般不会出现阳虚,但肝郁疏泄太过,亦可损伤肝阳,肝肾同源,肝病及肾,肝阳受损可以导致肾阳虚;反过来,先天不足,或房劳过度损伤肾阳,亦可肾病及肝,导致肝阳虚。肝肾阳虚,则精关固摄不秘,清精轻扬易动乘隙先出而为泄白,虚阳不继,玉茎随软,浊精无以鼓动,不能射出,故无精虫。

(4)湿热下注,精关开合失司 感受湿邪,入里化热;或饮食不节,醇酒厚味,脾胃受损,湿热痰火内生,流注于下,扰乱精关,精关开合失司,导致精液浊者不射,清者先溢,发为泄白,精气一泄,难以作强,玉茎即软。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

- (1)未交即泄,阴茎随之软缩;
- (2)无射精快感。

2. 体征

无特殊体征。

3. 实验室及其它检查

精液量少,约0.5ml~1.5ml,最多不超过2ml,清晰透明;精液镜检多无精子。

4. 并发症

并发早泄、阳痿、男性不育症。

5. 诊断要点

(1) 诊断

泄白症诊断要点在于性交尚未开始即有精外泄,阴茎随之软缩,且无射精快感。

(2) 鉴别诊断

① 与早泄鉴别

早泄是指男方尚未与女方性交,或刚刚性交便发生射精,此症表现为在一定时间内阴茎勃起迅速,射精过早过快,有射精快感,只是因为男方不能随意控制射精,而影响性交质量,尤其是女方的性满足。有的因精液不能射入阴道而影响生育。

而泄白症,多在阴茎尚未插入阴道之前发生泄精,男方绝无射精快感,其所泄精液色清透明,量少质稀,化验多无精子,因而影响生育。阴茎勃起可正常,亦可勃而不坚,均随泄精而逐渐软缩,不能性交。

② 与无精子症鉴别

无精子症是指男性射出体外的精液中,经多次检查均无精子,临床分为真性无精子和假性无精子两种,前者指睾丸发育不良或睾丸萎缩不能产生精子;后者为睾丸虽能产生精子,因精囊或输精管阻塞等导致精子不能排出者,无精子症患者必功能一般正常,能够正常射精,即有射精快感。

而泄白症,男方因性知识贫乏,心理障碍,或肝肾阴阳失调以及湿热下注等,导致泄白,阴茎软缩,不能继续性刺激,从而难以达到性高潮,因而不能射精。本症所泄之精,实际仅仅是尿道球腺液、尿道旁腺液以及部分前列腺液,只是组成精浆的部分,而非精液的全部,故镜检多无精子,含精子的精液部分需在性高潮中由精囊排放。

③ 与不射精症鉴别

不射精症是指性交活动时有正常的性兴奋,阴茎能勃起,但性交过程中达不到性欲高潮,没有精液排出,或仅有极少精液流出。此类患者因不能射精,阴茎不能软缩,可持续性交,直至疲劳,也可在持续性交中阴茎突然软缩,但无射精,性交后或入睡后可发生遗精。

泄白症亦无性欲高潮,但阴茎随泄白而软缩,因而多不能进行性交,入睡后一般无遗精,但平素可有梦遗。

④ 与滴白鉴别

滴白是指患者大便时或小便后,尿道口滴出白色粘液,或在非性交的性刺激(如意淫、看淫秽书刊录像等)下,尿道口向外流溢粘液的现象。这类患者性交和射精多正常,多不影响生育。而泄白是在性交时,未交先泄,但无射精快感,影响生育。

滴白和泄白,其溢出物主要部分均为前列腺液。

⑤ 与阳痿鉴别

阳痿是指男性生殖器痿弱不用,不能勃起,或勃而不坚,不能性交,或交而即软,难以维持,多无射精,亦可由早泄发展而成。泄白症勃起及硬度均可正常,但未交即泄,随之茎软,缺乏射精快感。

⑥ 与精液清冷鉴别

指精液稀薄、清冷、量少而言,也是造成男性不育的原因之一。精液清冷又称精寒或精冷。泄精量少,甚者只有一、二滴者,为少精;精液稀薄者为精薄。以上三症常同时出现,故合称精液清冷。多因房事过频(或排精间隔期过短),致使精液的产生和贮存不足而引起精液过少;或因睾丸或内分泌系统功能失调,或精囊、前列腺疾病使精浆和精子的生成减少或过于稀薄;亦可

因输精通道阻塞,射精不全所致。本症患者可以使射精快感降低,但至少存在射精快感,镜检多存有精子。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

泄白症以未交即泄,“精液”量少透明,无射精感为诊断要点,临床可分为脾肾气虚证、阴虚火旺证、肝肾阳虚证、湿热下注证等。其辨证要点为:脾肾气虚者伴性欲减退,脘腹坠胀,纳呆食少,面色萎黄,舌淡苔白,脉缓弱或沉细;阴虚火旺者伴玉茎易勃,性欲亢奋,会阴坠胀,五心烦热,有时梦遗,舌红苔少,脉细数;肝肾阳虚者伴性欲减退,阴部寒凉感,畏寒肢冷,舌淡白,脉沉细;湿热下注者可见阴茎挺而不坚,胀大而热,未交泄白,或兼见会阴坠胀,或尿道灼热刺痛,口苦咽干,溲赤便秘,舌红苔黄腻,脉滑数。

2. 辨证分型

(1)脾肾气虚证

[临床表现]未交泄白,性欲减退,脘腹坠胀,纳呆食少,腰膝酸软,肢体倦怠,少气懒言,面色萎黄,舌淡苔白,脉缓弱或沉细。

[辨证分析]脾肾气虚,一方面脾虚谷精乏源,肾虚肾精不足;另一方面,脾虚中气下陷则不能摄精,肾气亏虚则不能为胃守关,故谷精陷而先流,形成泄白。肾气不足,则性欲减退。脾气虚,则脘腹坠胀,纳呆食少。脾主肌肉四肢,腰为肾之府,脾肾气虚则腰膝酸软,肢体倦怠,少气懒言。脾气亏虚不能上荣于面,则面色萎黄。舌淡苔白,脉缓弱或沉细乃脾肾气虚之征。

(2)阴虚火旺证

[临床表现]玉茎易勃,性欲亢奋,未交泄白,但无射精快感,阴茎随即消软,会阴坠胀,头晕、耳鸣、腰酸腿软、五心烦热,有时梦遗,舌红苔少,脉细数。

[辨证分析]男子阴精复分阴阳,其清者为阳,是精中清气,其浊者为阴,是为精虫。清浊(阴阳)合泄方为精液,能使女子受妊。阴虚火旺,灼迫清精,引阴中之阳外越,则清精(包括尿道旁腺液、尿道球腺液、前列腺液)舍阴独泄而为泄白。精中阳气一泄,无以鼓舞宗筋,则玉茎随之而软,不能交合。阴虚火旺,相火独盛,则玉茎易勃,性欲亢奋。虚火烦扰精窍,则会阴坠胀。头晕、耳鸣、腰酸腿软、五心烦热,有时梦遗,舌红苔少,脉细数均为阴虚火旺之征。

(3)肝肾阳虚证

[临床表现]性欲减退,未交泄白,阴部寒凉感,头晕耳鸣,腰膝酸软、畏寒肢冷,舌淡白,脉沉细。

[辨证分析]肝肾阳虚,精关固摄不秘,清精轻扬易动乘隙先出发为泄白;虚阳不继,玉茎无以鼓舞,则性欲减退,难以再交;浊精亦无以鼓动,不能射出,故精清而少,且无精虫。阳虚不能温养,则阴部寒凉感,腰膝酸软、畏寒肢冷。肝肾阳虚,清阳不升,则头晕耳鸣。舌淡白,脉沉细乃阳虚之象。

(4)湿热下注证

[临床表现]阴茎挺而不坚,胀大而热,未交泄白,或兼见会阴坠胀,或尿道灼热刺痛,口苦咽干,溲赤便秘,舌红苔黄腻,脉滑数。

[辨证分析]湿热下注,扰乱精关,精关开合失司,导致精液浊者不射,清者先溢,发为泄白,精气一泄,难以作强,玉茎即软。湿热下注宗筋,宗筋弛长,则阴茎挺而不坚,胀大而热。湿热下

注精窍,则见会阴坠胀,或尿道灼热刺痛,湿热下注膀胱,则溲赤便秘。肝胆湿热则口苦咽干。舌红苔黄腻,脉滑数乃湿热蕴结之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

可采用 α -肾上腺素能阻滞剂酚苄明,以消除输精管、精囊及射精管等的蠕动,减少精阜的激惹,阻止腺液发生过早流溢。剂量为每日10mg,每日服2次,无明显副作用。另外,其他一些降低性神经兴奋性的药物如甲基多巴、胍乙啶、氯丙咪嗪等也可应用,但剂量宜小,应用时间不宜过长。上述药物可与抗炎消肿药物同用,可提高疗效。

2. 对症治疗

复方新诺明、诺氟沙星、环丙沙星、强力霉素等对生殖道的炎症和充血水肿有一定作用。

3. 并发症治疗

并发早泄、阳痿者可分另参照有关章节内容进行治疗。导致不育者,可参用阳痿的治疗方法。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 脾肾气虚证

[治法]健脾益肾,收摄谷精。

[方药]补中益气汤合金匱肾气丸加减(《实用男女助孕大全》苏勋庄方)

当归9克、陈皮12克、云苓6克、柴胡12克、黄芪15克、升麻9克、山药12克、山茱萸12克、丹皮9克、肉桂6克、泽泻12克、附子6克、淫羊藿18克。

[分析]方中当归、陈皮、黄芪、升麻、柴胡为补中益气汤主要药物,用之健脾益气升提,并收受水谷精微;山药、云苓、山茱萸、丹皮、泽泻、肉桂、附子为金匱肾气丸去生地,用之滋补肾气;淫羊藿温阳生精。诸药合用,共达健脾益肾,收摄谷精之效。

(2) 阴虚火旺证

[治法]滋阴清热,敛阳合泄。

[方药]知柏地黄汤加减(《实用男女助孕助育大成》苏勋庄方)

知母、黄柏各15克,熟地12克、山萸肉12克、枸杞15克、山药12克、党参12克、泽泻12克、丹皮9克、茯苓6克、芡实12克、黄芩6克、麦冬15克、元参15克。

[分析]方用知母、黄柏滋阴潜阳清热,以敛精气;熟地、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮六味之品滋补肾精;麦冬、元参、枸杞滋阴生精;芡实敛精,党参健脾益气,黄芩清热安神。诸药合用,滋阴清热,潜阳敛精,使阴阳合泄。

(3) 肝肾阳虚证

[治法]温经暖肝,温补肾阳。

[方药]当归四逆汤合右归丸加减(《实用男女助孕大全》苏勋庄方)

吴茱萸 12 克、附子 9 克、细辛 4 克、当归 12 克、赤芍 15 克、木通 6 克、炙甘草 10 克、肉桂 6 克、菟丝子 15 克、枸杞子 15 克、鹿角胶 4 克(烊化)、熟地 12 克。

[分析]方中用当归四逆汤(当归、肉桂、赤芍、木通、细辛、甘草)温经暖肝;吴茱萸、菟丝子、枸杞子、鹿角胶温补肾中精气;附子大热之品,最能温阳;熟地补肾生精。全方温经暖肝,温补肾阳。

(4) 湿热下注证

[治法]清热利湿,固白止遗。

[方药]程氏萆薢分清饮加减(《实用男女助孕大全》苏勋庄方)

萆薢 12 克、车前子 30 克(包煎)、莲子 9 克、黄柏 12 克、虎杖 15 克、茯苓 9 克、白术 6 克、丹参 15 克、菖蒲 12 克。[分析]方中萆薢、车前子、虎杖清热利湿,菖蒲化湿醒志,云苓、白术健脾化湿,黄柏清热燥湿;莲子补脾益肾涩精,养心安神;丹参活血化瘀。全方合用,共奏清热利湿,固白止遗之效。

2. 验方治疗

固白合泄饮(《实用男女助孕大全》苏勋庄方)

[组成]金银花 45 克、虎杖 15 克、丹参 30 克、肉桂 6 克、元参 30 克、芡实 15 克、金樱子 15 克、车前子 30 克、五味子 15 克、黄芩 6 克、甘草 10 克。

[加减]

- ①阴虚火旺者,加知母、黄柏 12 克;
- ②肾阳虚者,加淫羊藿 18 克、紫石英 12 克;
- ③脾肾气虚者,加党参 12 克、桑螵蛸 12 克;
- ④湿热下注者,加苡米 30 克、萆薢 12 克。

[用法]水煎服,1 日 1 剂,连服 15 剂为 1 疗程。

[功用]敛阴固白,通精合泄。

[分析]泄白症多存在精阜炎、前列腺炎症,因此,方中应用金银花、虎杖、黄芩等抑菌抗炎为主,配以芡实、金樱子、五味子以敛阴固白,其中金银花清热解毒,又益阴气,合元参滋阴生津,肉桂温养下元、引阴入阳。车前子专走前阴,合活血化瘀之丹参、虎杖共奏通精之效。诸药合用,能够抑菌抗炎,敛阴固白,通精合泄。

[病例介绍]申某,男,25 岁,1990 年 4 月 5 日初诊。结婚 2 年,其妻未孕,曾到某省级医院治疗,诊为“早泄”,中西医结合治疗半年效果不佳,经人介绍转来我处就诊,询之,曾有手淫史,频繁射精,结婚后仍感性欲亢奋,玉茎易勃,但每临同房,未交先泄,阴茎随之而软,不能交合,伴腰酸腿软,心烦不宁,头痛头晕,两眼干涩,舌红苔薄,脉细数。亦诊为“早泄”,辨证为阴虚火旺,给以知柏地黄汤加减 6 剂,腰酸腿软,心烦不宁,头晕等基本消失,但仍未交先泄,不能同房,其妻以其精少清冷怀疑其无精子,要求化验,患者手淫取精,量约 0.5ml,清晰透明,镜检无精子,心感有异,即询:同房时以及手淫取精时有射精感觉否?曰“无”,婚前手淫时有射精感觉否?答“有”。此精显然不是全精液,应诊为泄白症,即给以心理治疗,并采用罂粟碱 30mg、酚妥位明 1mg 阴茎海绵体注射,同房成功,此后仍以知柏地黄汤加减 6 剂调治获愈。2 月后其妻怀孕,可惜妊娠 3 月时因劳作不慎导致不全流产,行刮宫术,避孕半年后再次怀孕,足月产下健康男性双胞胎。

[按]本例一直误诊为早泄,辨证用药虽然正确,而且药后阴虚火旺诸症基本消失,但病症

诊断失误,不能给以正确的心理治疗,根本症状(未交先泄)仍然不能解决,因此,遇有早泄病人,必须问明同房泄精时有无射精快感,以与泄白鉴别,而确定不同的心理治疗方案。(苏勋庄《实用男女助孕大全》)

3. 单味药治疗

(1) 锁阳

[用法]锁阳 15 克,水煎服,每日 1 剂。

[作用]补肾阳,益精血,止滑遗。

(2) 金银花

[用法]金银花 5 克,代茶饮,每日 1~2 次。

[作用]清热解毒。

[药理]药理研究证实,金银花主要成分为绿原酸,具有广谱抗菌、抑菌作用,能够抗炎消肿。因此,对因精阜炎、前列腺炎等症引起的泄白症有很好的作用。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

处方①(苏勋庄经验)

[取穴]主穴:会阴、阴陵泉、三阴交、气海、命门;配穴:畏寒肢冷,体弱者加用肾俞。

[操作]会阴可用 26 号毫针直刺 1.5 寸。每穴均用小幅度捻转,留针 5 分钟;另取艾卷温灸三阴交,以上每日或隔日 1 次。

[主治]适用于脾肾气虚型泄白症。

处方②(苏勋庄经验)

[取穴]主穴:会阴、脾俞、心俞、肾俞、足三里;配穴:伴有腹泻,苔腻者加阴陵泉、三阴交;每次性交时担心泄白者,加志室。

[操作]针刺时以会阴穴为主,行捻转补法,每隔 5 分钟行一次手法,留针 20 分钟,每日 1 次,10 次为 1 次疗程。

[主治]同处方①。

处方③(苏勋庄经验)

[取穴]主穴:百会、会阴、曲泉、水分;配穴:口苦咽干加用太冲、三阴交。

[操作]行针捻转时百会与会阴同时捻转,至百会穴麻木为止,留针 5 分钟。

[主治]泄白症湿热下注证。

处方④(苏勋庄经验)

[取穴]主穴:心俞、膏肓、肾俞、命门、白环俞、中极、三阴交、中封、然谷;配穴:若失眠加神门、内关、大陵以安神宁志;头晕者加百会、风池以醒脑清窍;形体虚弱者,加灸关元、气海、足三里以补益气血,强壮筋骨;久治难愈者,加会阴以补肾培元;四肢酸软者,加手三里、足三里以调胃肠阳明经气而益气血;耳鸣者加听宫、听会以通少阳之气而通关开窍;腰酸无力者加腰阳关、太溪益肾壮骨。

[操作]俯卧位先刺心俞、肾俞、命门、白环俞、膏肓,得气后持续运针 1 分钟,出针,仰卧位继刺中极,使针感传导放射至阴器;三阴交、中极封、然后,用平补平泻,留针 20 分钟~30 分钟。

[主治]泄白症之肝肾阳虚证。

处方⑤(苏勋庄经验)

[取穴]中极、曲骨、膏肓、肾俞、太溪、三阴交。

[操作]取坐位针刺膏肓、肾俞,得气后持续运针1分钟,出针,取仰卧位针刺中极、曲骨,得气后使针感传导放散至外生殖器,留针20分钟~30分钟。

[主治]泄白症之阴虚火旺证。

(2)耳针疗法(苏勋庄经验)

[取穴]主穴:肾、肝、神门、内生殖器;配穴:交感、皮质下、肾上腺。

[操作]

①耳穴毫针法 主穴每次必用,配穴根据病情选1~2穴。取单侧耳穴,两侧耳穴隔日交替针刺,刮针捻转手法,留针30分钟~60分钟,10分钟~15分钟行针1次,日针1次,7次~10次为1疗程,疗程间隔2天~3天。

②耳穴压豆法 取单侧耳穴,用王不留子贴压,每天按压3~5次,每次按压2分钟~3分钟。5天~7天后换贴另侧耳穴,两耳交替使用,7次为1疗程。

(3)气功疗法

托塔望月功(见《早泄》一章)

(5)刮痧疗法(苏勋庄经验)

①有效经穴:

督脉:命门;

膀胱经:心俞、肾俞、志室、次髎;

任脉:关元;

胃经:足三里;

足阴经:三阴交。

②刮拭方法:用补肾固精法,由上向下刮拭。

脊椎及旁开1寸半:命门、心俞、肾俞、志室、次髎;

小腹:关元;

小腿:足三里、三阴交。

(6)饮食疗法和外治法,参见《早泄》一章。

(三)中西医结合治疗

穴位封闭疗法 取穴:缩精穴(紧贴耻骨上缘正中取穴,针尖向下贴耻骨后缘斜刺1cm~2cm),方法:胎盘组织液、维生素B₁₂或汽水2毫升,注于该穴,隔日1次,每5次为1疗程。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

(1)加强婚前性知识教育,尽量避免婚前性交合,以防因时间和环境不适宜,加重紧张情绪,引起泄白。

- (2) 节制淫欲, 尤忌手淫忍精不射。
- (3) 加强体育锻炼, 增强体质, 注意劳逸结合。
- (4) 卧室应安排舒适清新, 性生活时要消除紧张情绪, 夫妻恩爱, 相互配合。

2. 中医措施

- (1) 调情志, 忌郁怒, 避风寒, 慎起居。
- (2) 适劳逸, 忌劳后行房。
- (3) 忌食辛辣油腻刺激之品。
- (4) 节淫欲, 戒手淫, 练气养精, 姬养性情, 以敛神固精。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 主要使用分析疏导之法, 首先应在获得充分病史资料的基础上, 确定诊断, 然后帮助病人分析明白发生泄白的原因, 并针对病因给患者讲解一些性生理知识, 解除其思想负担, 消除其紧张心理。

- (2) 加强营养, 增加锻炼, 增强体质。忌食烟酒辛辣刺激之品。
- (3) 注意劳逸结合, 避免在过劳或身体不适的情况下进行性生活。
- (4) 对经常发生泄白者, 建议停止一段时间的性生活。
- (5) 夫妻恩爱和密切配合, 逐渐建立一种健康的性生活模式是治愈泄白的关键。
- (6) 对患有精阜炎、前列炎等生殖腺炎症者应积极治疗原发病, 对控制泄白有很重要的作用。

2. 中医措施

- (1) 调畅情志, 避免气恼、急躁。
- (2) 忌食辛辣油腻刺激之品, 尤忌酒后行房。
- (3) 注意劳逸结合, 避免劳后行房。
- (4) 节淫欲, 戒手淫, 练气养精敛神。

第二章 精液病

精液病包括精液不液化、精液量过多或量少、血精症,以及精液中有白细胞或脓细胞而影响生育。从精液成分上分析,这里所说的精液病,实质上就是指精浆质量异常的问题。

第一节 精液不液化症

一、概 述

正常男性的精液,射出时呈胶冻状,15分钟~20分钟后开始液化,变成稀薄的液体。精液液化异常是指在射精后至少半小时精液不能完全液化或超过1小时方开始液化的现象,它包括精液不液化及精液液化迟缓,习惯上统称为精液不液化。精液不液化使精子活动受限,减缓或抑制精子进入子宫腔受精而引起不孕症。

1954年Bunge首次提出,至少有一部分生育力低下或不育者是由于精液不液化所致,此后作为男性不育症的常见原因之一,精液不液化逐渐受到重视。据统计精液不液化约占男性不育病因的2.51%~42.65%。目前临床上对精液粘度和液化时间的观察及判断标准颇不一致,且仅主观判断,缺乏客观判定标准,故各地精液不液化的诊断率悬殊很大。

祖国医学对此症无相应记载,有认为与中医古籍中“精浊”、“精寒”、“精热”等证有关,建议使用“精凝”概念。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

由于液化因子主要来源于前列腺,而凝固因子主要来源于精囊。因此,作为液化因子的酶类物质只有在前列腺分泌活动减低时酶活性才减低,从而使凝固因子在精液中相对占优势,液化与凝固因子间的平衡进而被打破,精液表现为液化异常。影响前列腺分泌活动的原因,可见于以下二种:

(1)前列腺炎症 可使前列腺分泌活动减低,精液不液化发生率明显升高,有人统计,90%精液不液化者患有前列腺炎,而精液不液化患者中精液不液化者约占12%。由于相当一部分慢性前列腺患者同时合并有精囊炎,亦即同时有精囊分泌活动减低,这样就有可能使凝固及液化因子在同时减低的水平上达到新的平衡,这可以解释为什么有些慢性前列腺炎患者并无精

液液化异常。

(2)内分泌紊乱 精液凝块的形成和液化受激素尤其受睾酮的影响,睾酮对附属性腺的分泌活动具有调节作用。从理论上说,任何原因导致的睾酮减低引起的前列腺分泌功能低下,都可能出现精液不液化。

还有极少数病人先天性前列腺缺如而致精液不液化。另外,一些体内因素也可影响精液液化,这些因素包括体温、阴道 PH 值、渗入阴道的各种酶和细胞碎片,以及由于激素影响而出现在女性生殖道的变化等。

精子数量与精液液化无关。

2. 病理

研究认为,精液中存在凝固及液化因子,其中前者主要来源于精囊,后者主要来源于前列腺,Mandal 等最近的研究证实了这一点。目前已发现多种参与或影响精液液化的因子,其中以蛋白酶系统最为重要,其在精液液化过程中可能起到蛋白水解作用。不管哪类因素影响了精液凝固与液化因子间的平衡,即可出现精液液化异常,尤其当液化因子水平相对较低时,即可出现精液不液化。

(二)中医的病因病机

1. 病因

《内经》认为“阳化气,阴成形”,精液亦属阴津一类。因此,精液的正常液化亦有赖于阳气的气化作用来完成。而阳气的气化作用又必须依赖阴阳的协调。因此,一切可以引起机体阴阳平衡失调的原因或疾病因素,均可导致精液不液化。常见的原因不外乎:

(1)先天禀赋不足,肾阳虚弱;或体肥痰盛、血瘀体质。

(2)疾病 如大病久病之后损耗肾阳;或外受寒邪,损伤肾阳;或内停水饮,阻遏肾阳。

(3)饮食所伤 如喜嗜烟酒,嗜食辛辣、厚腻之品,内生湿热,损伤肾阴;或过食寒凉冷饮,损伤脾阳,脾虚及肾,肾阳不足。

(4)房室不节、劳逸失度 频繁手淫,房劳过度,引动相火,灼伤阴精;或劳心太过,五志化火,损耗肾阴,导致肾之阴阳失调。

2. 病机

中医认为,精液不液化多由寒凝、热烁、痰阻、血瘀所致,其病机常见以下几种:

(1)先天肾阳不足,或后天失养,大病久病,戕伐肾阳,或寒邪外袭,损伤肾阳,均可使精液寒凝,不得液化。

(2)酒色房劳过度,频施伐泄,或劳心太甚,或五志化火,皆可损耗肾阴,阴虚火旺,灼炼津液,则精液稠而不化。

(3)平素嗜食辛辣、醇甘厚腻,湿热内蕴,或外感湿毒,皆可熏灼津液,精浊不分,使精液粘稠不化。

(4)过食寒凉冷饮,损伤脾阳,或他病伤及脾阳,脾虚及肾;或肾阳虚导致脾阳虚,脾肾阳虚,则水湿不得运化,阻而成痰,痰湿结于精窍,气化不利,则精液不得液化。

(5)气虚血瘀或血瘀体质,精窍瘀阻,精液亦不液化。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

精液排出体外以后,放置时间超过 30 分钟,仍呈胶冻状或有凝块不化,甚或超过 1 小时才开始液化。可有射精困难、射精痛,甚或血精;有些患者常因不育而引起神经精神症状,如失眠、心悸、头晕、脱发、盗汗或周身酸重等。也有许多患者除精液不液化外,往往无明显不适感觉。

2. 体征

有前列腺炎、精囊炎患者,其会阴部可有酸胀隐痛感,直肠指诊前列腺、精囊按摩痛,或在性交射精时会阴部滞涩疼痛。

3. 实验室及其它检查

以往对精液液化异常的实验室检查主要是根据形态学目测来确定的,因而具有一定的主观性,并且不适于定量生化等方面的研究。60 年代末至 70 年代初有学者提出了一些新方法,但均不理想。近年来较为推广的实验室检测方法有以下几种:

(1)“袋法”测定精液液化率 该法是 Tauber 等在总结前人经验的基础上设计提出的测定精液液化的方法,近年来广为人们所采用。该法是将网眼 $37\mu\text{m}$ 的尼龙网布连接于两个相距 0.7cm 而平行排列的金属棒下方形成一个囊袋($6\text{cm} \times 2.4\text{cm}$),该袋只允许液体及小的颗粒(细胞、精子)通过,凝胶样物质不能通过。在测定液化情况时,将射出后 1 分钟的精液倒入袋中,而后将袋子放入一有刻度的小瓶中,间隔一定时间(如 2、4、6 等分钟)把袋子提起,轻碰瓶壁,量出瓶中的液体量。当凝固的精液全部液化时,瓶中的液体量即为凝固精液的总量,其中每一时间测定的瓶中液体量与总量比的百分数为液化率。将不同时间的液化率制成图即为液化曲线。该法在正常人 6 分钟内液化率可达 35% 以上,12 分钟内可达 60% 以上,24 分钟达到 100%。由于这种测定方法能定量,因而能较为准确地反映精液液化的情况。

Mandal 等在研究精液凝固情况时采用了以下公式:

$$\text{凝固率} = \frac{\text{总液量} - \text{一定时间瓶中液体量}}{\text{总液量}} \times 100\%$$

(2)精液液化电图 苏联学者对精液液化的测定提出了精液电图这一新方法。该法是将精液置于 H-333 型凝固描记仪的恒温器内,从得到精液的瞬间(T_0)开始记录,到图上开始出现第一次波动的时间为 T_1/T_{AB} (与精液凝固相对应)。从出现第一次波动到出现最大的波幅时间为 T_2/T_{BC} (与精液液化相对应)。 $T = T_0 + T_{AC}$,由凝固相和液化相构成(与精液液化时间对应)。

精液液化电图上最小波幅($A_{\min}$)——弧 BD 表示凝块密度,最大波幅($A_{\max}$)——弧 CE 表示液化后精液粘度。曲线 ADE 则表示精液液化过程。曲线可以是倾斜的,也可以是陡升的,取决于液化速度。波幅可用标尺量度数,为精液粘度指数。该法测定的正常值为 $T_1 = 4'15'' \pm 10''$, $T_2 = 5'50'' \pm 10''$, $T = 10'08'' \pm 10''$, $A_{\min} = 0.2 \pm 0.001$, $A_{\max} = 3.0 \pm 0.2$ 。

该方法排除了主观因素和环境因素的影响,整个过程为电子描记显示图形,因而提高了检测的准确性及可靠性,它还能反映早期肉眼不能观察到的精液变化,确切记录液化过程的始末。

(3)精液粘稠度测定 近来有人将血液粘稠度测定方法引入精液粘稠度测定,该法简便可靠,可以检测到精确的精液粘度变化,为精液液化的实验室检查从粘稠度方面提供了又一新颖的定量检查方法。

4. 并发症

精液液化异常的主要结果是导致男性不育,根据引起精液液化异常的疾病或因素不同,可以有不同的并发症。如精囊炎患者可以出现血精症,细菌性前列腺炎、精囊炎患者则可以并发脓精症、精子活力低下或死精子症等。

5. 诊断要点

(1)诊断

化验室检查 排出的精液放置时间超过 30 分钟以后,仍然粘稠不液化,一般即可诊断。

精液“袋法”测定精液液化率,6 分钟 $<35\%$,12 分钟液化率 $<60\%$,即可诊断为精液液化异常。

精液粘稠度测定较高。

(2)鉴别诊断

本病依靠化验室检查即可明确诊断,一般不需鉴别诊断。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本症的诊断单纯根据化验室检查即可确诊。精液不液化,或化而不全,内有凝块或胶冻样块,伴阴囊及睾丸发凉或冷感,腰膝酸软,畏寒肢冷,为肾阳不足,精液寒凝之证;精液量稍少,色黄而稠不液化,伴性欲旺盛,易兴易泄,五心烦热,为肾阴亏损,虚火炼精型;精液不液化,粘稠色黄,镜检有脓细胞、白细胞,尿道灼热,为湿热内蕴之特征;脾肾阳虚,痰湿内结精液不液化的特征是,精液量多浊稠,形体肥胖,肢体困重不温;精液不液化,伴肌肤甲错,舌质紫暗,或有瘀点或瘀斑,脉涩等血瘀征象,或血浆比粘度、全血粘度增高,为血瘀精瘀,稠厚不化型为表液不液化。

2. 辨证分型

(1)肾阳不足,精液寒凝证

[临床表现]精液不液化,或化而不全,内有凝块或胶冻样块,阴囊及睾丸发凉或冷感,腰膝酸软,畏寒肢冷。舌质淡苔薄白,脉沉迟或沉弦或细弱。

[辨证分析]肾阳不足,寒邪凝滞,则气化不利,故精液不液化,或化而不全;精液中有凝块或胶冻样块,是阳虚精液不化的现象。阳虚寒盛,不能温煦外肾,则阴囊及睾丸发凉或冷感;不能温煦肢体,则畏寒肢冷,腰膝酸软。舌质淡苔薄白,脉沉迟或沉弦或细弱,均为阳气不足之象。

(2)肾阴亏耗,虚火炼精证

[临床表现]精液不液化,精液量稍少,色黄而稠,性欲旺盛,易兴易泄,五心烦热,神疲乏力,头晕耳鸣,失眠健忘,口干目涩。舌红苔薄黄或少苔,脉细数。

[辨证分析]肾阴亏耗,虚火炼精,故精液量少色黄而稠不液化。阴虚火旺,相火内扰,精室不守,故性欲旺盛,阳事易兴易泄,五心烦热,神疲乏力,头晕耳鸣,失眠健忘,口干目涩。舌红苔薄黄或少苔,脉细数,为阴精不足,火邪内扰之象。

(3)湿热内蕴,熏灼精液证

[临床表现]精液不液化,粘稠色黄,镜检有脓细胞、白细胞,尿道灼热,或会阴部胀痛不适,或射精疼痛,周身困倦,口干热渴不欲饮,小便热赤,或尿后有白浊。舌红苔黄腻,脉濡数或滑数。

[辨证分析]湿热内蕴,气化不利,清浊不分,熏灼精液,故精液不液化,粘稠色黄。热灼精道,故尿道灼热,小便热赤,或尿后有白浊,或射精疼痛。会阴乃精室之府,热灼精室,故会阴部胀痛不适。湿热炼津,津液不能上承,故口干热渴不欲饮。湿热困脾,肌肉失其所主,故周身困倦。舌红苔黄腻,脉濡数或滑数,乃湿热内蕴之征。

(4)脾肾阳虚,痰湿内结证

[临床表现]精液不液化,量多浊稠,形体肥胖,肢体困重不温,脘腹痞满,喉中痰多。舌淡苔白腻,脉沉滑。

[辨证分析]脾肾阳虚,津液不得气化,故精液不液化,量多浊稠。津液不化,内结成痰,流溢肢体,故形体肥胖,肢体困重不温;脾阳不足,痰湿困脾,故脘腹痞满,喉为痰泻之道,故喉中痰多。舌淡苔白腻,脉沉滑,乃脾肾阳虚之象。

(5)血瘀精瘀,稠厚不化证

[临床表现]精液不液化,血浆比粘度、全血粘度增高,肌肤甲错,小腹及会阴部有固定性疼痛或隐痛,肝肿大或脾肿大,外周血管异常。舌质紫暗,或有瘀点或瘀斑,脉涩。

[辨证分析]素体血瘀,或久病气虚,血滞不行,日久化瘀,瘀阻精窍,精液不液化。气滞血瘀,肌肤不荣,故肌肤甲错;血瘀精窍,故小腹及会阴部有固定性疼痛或隐痛;血浆比粘度、全血粘度增高,为血瘀患者的实验室检查征象;肝肿大或脾肿大,外周血管异常,则是部分血瘀患者的体征。舌质紫暗,或有瘀点或瘀斑,脉涩,乃气滞血瘀之象。

四、治疗

(一)西医西药治疗

1. 常规治疗

(1)口服用药 近年来,国内外报道用大剂量 VitC 口服治疗精液不液化,取得良好治疗效果,但剂量宜较大,服药时间应稍长。一般每次 0.3g,每日 3 次,连服 1~2 个月。另有用吡哌酸、颠茄合剂治疗有效者。

(2)注射用药 花氏等报道,对精液液化异常者采用玻璃质酸酶 1500 单位,每天 1 次肌肉注射,连续 20 天为 1 疗程,随访 81 例,其中已生育者或妊娠者 20 例。

(3)外用药 目前西医治疗精液不液化使用外用药较多,其中多是酶制剂,常用的有:

① α -淀粉酶 有栓剂及混悬液两种。栓剂是于性交后纳入阴道,促使精液液化。Nilson 等报道该制剂一般可使精液在 20 分钟内液化。

配方如下:

药剂	含量	配剂
α -淀粉酶	50mg	12.5g
可可脂	1.892g	473g
聚山梨醇脂 80	88mg	22.0g

碳酸氢钠	22mg	5.5g
蒸馏水	0.22ml	55.0ml

混悬液为 5% α -淀粉酶 Locke 液,用法为性交后将混悬液 1 毫升注入阴道内并使髋部抬高 30 分钟。Locke 液配方如下:

药剂	配方 I	配方 II
氯化钠	0.9g	0.95g
氯化钾	0.42	0.02g
碳酸氢钠	0.03g	0.02g
氯化钙	0.02g	0.02g
葡萄糖	0.1g	0.1g
蒸馏水	100ml	100ml

②Alevaire 溶解剂(四丁酚醛溶解剂)及 Sputolysin(二硫苏糖醇溶于磷酸盐缓冲液)

Alevaire 溶解剂是在性交前用注射器将 60ml 溶剂注入阴道灌洗,或按精液与 1:1 容量比例作人工授精。该溶剂 pH 与精子活力保持所需之一致,对降低精液粘稠度作用很强。Upadhyaya 等在对 Sputolysin 液化精液作用的研究中发现,其对粘稠精液的溶解作用较 α -淀粉酶及 Alevaire 溶解剂快而对精子活力影响最小, α -淀粉酶次之。

③糜蛋白酶及胰脱氧核糖核酸酶 均有报道直接加入精液中可促使其液化或粘度减低而对精子活力无影响,可用作精液分析及同种人工授精的液化剂。

2. 对症治疗

就是针对引起精液不液化的具体的疾病或因素而治疗。

(1) 前列腺炎症

参考《前列腺疾病》中前列腺炎症一节的有关内容。

(2) 血清睾酮降低

精液不液化患者经血清内分泌学检查,若睾酮降低,可考虑有本种原因存在。睾酮降低引起的前列腺分泌功能低下导致的精液不液化,可使用小剂量睾酮治疗。

3. 并发症治疗

主要并发症为精子活动率降低和精子活力低下,可参照有关章节内容进行治疗。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肾阳不足,精液寒凝证

[治法]补肾壮阳散寒,温化精液。

[方药]桂附八味丸(《医方集解》)加味

熟地、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮、肉桂、制附子、夏枯草、海藻。

[分析]方中用熟地、山药、山茱萸、茯苓、丹皮、泽泻六味填补肾精,滋润精室;夏枯草化痰软坚散结;肉桂益火助阳,制附子大热之品,温阳散寒升精。诸药合用,共奏补肾壮阳散寒,温化精液之效。

(2) 肾阴亏耗, 虚火炼精证

[治法] 滋阴清热, 液化精液。

[方药] 知柏地黄汤(《医宗金鉴》)

知母 10 克、黄柏 10 克、熟地 20 克、山萸肉 20 克、山药 20 克、丹皮 10 克、茯苓 10 克、泽泻 10 克。

[分析] 方中用知母、黄柏滋阴降火, 六味益能填精, 以补阴液。

(3) 湿热内蕴, 熏灼精液证

[治法] 清热利湿, 滋阴降火。

[方药] 龙胆泻肝汤(《中国医学大辞典》)合知柏地黄汤(《医宗金鉴》)

龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、甘草、木通、车前子、当归、生地、柴胡、知母、黄柏、山药、丹皮、茯苓。

[分析] 方中龙胆草清热利湿; 黄芩、黄柏、栀子清热解毒, 苦寒燥湿; 木通、泽泻、车前子清湿热利小便; 知母、生地滋补肝肾之阴; 山药、茯苓健脾补气; 柴胡疏肝理气, 清解少阳之热; 当归温养气血, 以防苦寒损阳, 甘草调和诸药。

(4) 脾肾阳虚, 痰湿内结证

[治法] 温补脾肾, 化痰除湿。

[方药] 草薢分清饮(《丹溪心法》)加味

草薢 15 克、益智仁 10 克、石菖蒲 10 克、陈皮 10 克、台乌药 10 克、车前子 15 克、猪苓 15 克、泽泻 10 克、桂枝 6 克、附子 3 克~6 克、海藻 9 克。

[分析] 方中草薢化痰除湿, 分清降浊; 益智仁温脾暖肾; 石菖蒲清热利湿, 宁心安神; 陈皮理气化痰; 猪苓健脾利湿, 车前子、泽泻通利小便; 台乌药、桂枝温肾散寒, 兼能通阳利水; 附子大热之品, 温补阳气; 海藻化痰软坚。诸药合用, 功能温补脾肾, 化痰降湿。

(5) 血瘀精瘀, 稠厚不化证

[治法] 活血化瘀, 升化精液。

[方药] 少腹逐瘀汤(《医林改错》)加減

当归 15 克、生地 15 克、桃仁 12 克、红花 6 克、川芎 6 克、赤芍 12 克、蒲黄 12 克、五灵脂 12 克、川牛膝 15 克、淫羊藿 20 克、半夏 12 克、茯苓 12 克。

[分析] 方用当归温养脾肾, 生地滋补肾精; 桃仁、红花、川芎、赤芍、生蒲黄、五灵脂行气活血化瘀; 川牛膝活血益肾, 引药下行; 半夏温化痰结, 茯苓健脾化痰; 仙灵脾温补脾肾, 生精益液。诸药合用, 功能活血化瘀, 升化精液。

2. 验方治疗

(1) 液化汤(《当代名医临证精华·男科专辑》李广文方)

[组成] 知母、黄柏、生地、熟地、赤芍、白芍、丹皮、天冬、花粉、茯苓、车前子各 9 克, 连翘 12 克, 丹参 30 克, 仙灵脾 15 克, 甘草 6 克。

[用法] 水煎服, 1 日 1 剂。

[功用] 滋阴泄火。主治肾火偏旺, 热灼津液, 致精液粘难化之精液不液化症。

[按语] 方中知母、黄柏、生熟地、连翘滋阴清热解毒; 茯苓、车前子淡渗利湿, 使邪热得以下泄; 丹参、丹皮、赤芍活血祛瘀; 天冬、花粉、白芍增液生津; 仙灵脾温肾助阳、且制知、柏之寒凉, 生甘草解毒并和诸药。共达滋阴降火、祛瘀利湿之功。其中知、柏二味能降低神经系统(尤其是

性神经系统)兴奋性,减退亢盛之性欲,适当减少性生活次数,缓解生殖器官充血水解状态,使炎症得以改善。仙灵脾能提高性欲并增加精液量,可防止知、柏抑制过度。性欲太低者,仙灵脾可增加15克~30克。此可谓该方组合精妙之处。

(2)液化升精汤(《当代名医临证精华·男科专辑》金维新方)

[组成]丹皮、地骨皮、白芍、赤芍、山萸肉、连翘、茯苓、柴胡、夏枯草、竹叶各9克,生地、玄参、浙贝母、枸杞子、仙灵脾各12克,麦冬15克,丹参15克,生牡蛎30克。

[用法]水煎服,1日1剂,服3天停1天,共服24剂为1疗程。

[功用]滋阴潜阳,液化升精。

[疗效观察]治疗相火偏旺热灼津液之精液不液化30例,大多服1~2个疗程即可收效,总有效率为80%。

(3)化精丸(《男女病奇效良方》)

[组成]熟地30克,枣皮、山药、麦冬、茯苓各15克,丹皮、玄参、泽泻各12克,知母、黄柏各10克,五味子9克,颠茄片200mg。

[用法]上药共研细末,炼蜜为丸,每丸重9克。每日3次,每次温开水送服1丸,1个月为1疗程。

[功用]适应症于肾阴不足,相火偏旺,或湿热蕴结下焦,热灼精液之精液不液化者。

(4)温阳化精汤(《男女病奇效良方》)

[组成]生晒参6克、桂枝10克、细辛4.5克、蛇床子9克、小茴香6克、桔梗9克、皂荚子9克、红花12克、路路通15克、竹节三七30克。

[用法]水煎服,1日1剂。

[功用]适应症于肾阳不足,化精无力,痰瘀阻窍之精液不液化者。

(5)少府逐瘀汤加减(孙焕明·河南中医,1985;(3):29)

[组成]小茴香6克、干姜3克、元胡6克、没药3克、当归12克、川芎6克、官桂3克、赤芍10克、蒲黄10克、五灵脂10克、黄精30克。

[加减]

①如精液内有脓球,为阳虚湿浊不化,加萆薢、石菖蒲、石苇、车前子;

②精子活力低,加黄芪、仙灵脾。

[用法]水煎服,1日1剂。

[功用]温阳散寒、活血化瘀。

[疗效观察]治疗20例,临床痊愈17例,其中,疗程20天者13例,40天者4例。

[典型病例]黄某,男,27岁,结婚3年未育。自述性生活正常,女方妇科检查无异常,实验室检查精液24小时不液化,无自觉症状。舌淡红,苔薄白,脉沉细。证属元阳不足,气化失常。治宜温阳化瘀,方用少腹逐瘀汤。处方:小茴香6克、干姜3克、元胡6克、没药3克、当归12克、川芎6克、官桂3克、赤芍10克、蒲黄10克、五灵脂10克、黄精30克。

服药20剂后查精液已液化正常,精子计数为 $80\text{ml} \times 10^9/\text{ml}$,精子活动率80%。半年后随访,其妻已孕。

[分析]方中小茴香、官桂、干姜通达下焦,助元阳、散寒凝;元胡、没药利气化瘀;失笑散(蒲黄、五灵脂)活血散结;当归、川芎俱为阴中之阳药、血中之气药,配以赤芍活血行气,黄精益气填精,四药既能温阳活血行气散寒,又可益气补血生化精液。诸药合用,共奏温元阳、暖精宫、散

寒凝、助气化之功。精气得化，精子去其束缚，则活力旺盛，即可结子种胎，故清代医家王清任称赞该方为“种子安胎第一方”。

(6)通络化痰方(陈晓平.上海中医药杂志.1987(8):6)

[组成]生晒参、川桂枝、细辛、蛇床子、小茴香、桔梗、皂角刺、红花、路路通、竹节三七。

[用法]水煎服，1日1剂。

[功用]以通络化痰祛痰治其标，滋补肝肾、养血填精以资其本。

[疗效观察]治疗31例精液不液化患者，显效17例，有效9例，无效5例。

(7)化痰祛瘀液化汤(齐玲玲.化痰祛瘀法治疗精液不液化症43例.山东中医杂志,1994,13(11):501)

[组成]瓜蒌15克，竹茹、陈皮、白术、赤芍、丹皮、路路通、巴戟天各9克，茯苓、山药各12克，丹参30克，甘草6克。

[加减]精液中有红白细胞加车前草、金银花、连翘；有絮状团块加生牡蛎、夏枯草、玄参。

[用法]日1剂，水煎服，24日为1疗程。治疗期间忌酒及辛辣物、节制房事。治疗1~3个疗程。

[功用]化痰祛瘀，液化升精。

[疗效观察]治疗精液不液化症43例，有效(≤ 30 分钟)39例，中断治疗、无效各2例，总有效率为91%，总妊娠率为25%。

[注]本方名为编者所加。

(8)液化汤(王奎武.液化汤为主治疗精液不液化50例.河南中医,1994,14(6):364~365)

[组成]知母、黄柏、生地、熟地、赤芍、白芍、丹皮、天冬、花粉、茯苓、车前子各9克，连翘12克，丹参30克，淫羊藿15克，生甘草6克。

[加减]性欲低减知母、黄柏；精液不液化成团块、棉絮状加元参、夏枯草、牡蛎、浙贝母；瘀血明显赤芍、丹参加量，加桃仁、红花、泽兰叶；前列腺炎、死精子过多加金银花、蒲公英、大青叶、萆薢、川续断、当归、山药；精子数少、活力低合用生精汤(黄芪、淫羊藿、川续断、首乌、当归、桑椹子、枸杞子、菟丝子、五味子、覆盆子、车前子)。

[用法]每日1剂，水煎分3次服，服3剂休息1日，或隔日1剂，每剂分2次2日服完。

[功用]滋阴清热，化痰升精。

[疗效观察]治疗精液不液化50例，治愈44例(女方怀孕27例)，无效6例。

(9)液化益精汤(魏德忠,等.液化益精汤治疗精液不液化症46例观察.河北中医,1995,17(5):39)

[组成]知母、黄柏、生地、熟地、赤芍、白芍、天冬、麦冬、枸杞子、川断、茯苓、泽泻各9克，丹参、山茱萸、淫羊藿、连翘、银花各12克，甘草6克。

[用法]每日1剂水煎服。22剂为1疗程，疗程间隔5日。忌酸辣等刺激性食物，节制房事。

[功用]滋阴清热，益精化液。

[疗效观察]治疗精液不液化症46例，治愈39例(85%)，无效7例。

(10)液精煎(洪善貽,等.液精煎治疗精液不液化致不育症72例.中医杂志,1995,36(10):609~610)

[组成]丹参40克，川芎6克，赤芍、五加皮、川牛膝、川黄柏各10克，虎杖30克。

[加减]湿胜加川萆薢；热甚重用川黄柏；久病重用丹参；气血两虚加当归、党参、生黄芪；精

液中有白细胞加马鞭草。

[用法]每日1剂水煎分3次服。并发前列腺炎加用上方保留灌肠2次,每次20毫升~30毫升。30日为1疗程。

[功用]活血祛瘀。

[疗效观察]治疗精液不液化所致不育症72例,痊愈(女方受孕)44例(61.1%),显效10例(13.9%),有效14例(19.4%),无效4例(5.6%),总有效率94.4%。

3. 单味药治疗

(1) 麦冬茶(苏勋庄经验)

[药理]麦冬具有明显的抗菌作用和增强免疫功能等。麦门冬粉在平皿上对白色葡萄球菌、枯草杆菌、大肠杆菌有伤寒杆菌等有抑制作用;50%麦冬煎剂对金黄色葡萄球菌、福氏痢疾杆菌和伤寒杆菌有抑制作用;麦冬皂苷的主要皂苷元(ruscogenin)亦显示有抗菌作用。麦冬的抗菌作用,可以使生殖道中的炎症得以抑制,从而对因生殖道(腺)炎症引起的精液不液化发生疗效。其增强免疫功能的作用,亦可能对因存在抗精子抗体而发生精子凝集者发生作用。

[用法]取麦冬4克,绿茶4克,开水冲泡,随意饮用。

(2) 桔梗(苏勋庄经验)

[药理]具有明显的祛痰作用、抗炎和免疫增强作用等。桔梗煎剂给麻醉犬灌胃,可使呼吸道分泌液增加;对麻醉猫也有明显祛痰作用,祛痰效果可维持7小时以上。桔梗浸液给犬口腔给药,可使唾液分泌亢进。豚鼠静脉注射依文斯兰后,定时测定支气管分泌物量,多次少量经口服用桔梗粗皂苷,发现染料的透过量显著增加,提示桔梗皂苷的祛痰作用主要是对口腔、咽部位粘膜的直接刺激,反射性地引起呼吸道分泌亢进,从而使痰液稀释,易于排出。中医理论认为,精液不液化的主要病机为痰凝,桔梗治疗精液不液化的原理,考虑可能与桔梗的祛痰作用,正好对精液痰凝有明显化痰作用,从而使精液容易液化有关。另外,桔梗的抗炎作用,对因生殖道(腺)炎症引起的精液不液化有很好的消炎效果,其免疫增强作用正好可使抗精子抗体引起的精子凝集现象缓解,从而使精子凝集引起的精液不液化得到改善。

[用法]桔梗根切片(或桔梗花、叶、桔梗根皮)5克,开水冲泡,随意代茶饮。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

[处方]气海、水道、左行间、右三阴交;中极、肾俞、阴陵泉、太溪。

[操作]两组穴位交替,先针刺,行捻转补法,患者得气后,隔姜以艾灸三壮。治疗3例痊愈。

(2) 饮食疗法

木耳紫菜鸡蛋汤

[材料]木耳30克,紫菜20克,鸡蛋1只,盐粉少许。

[做法]先将木耳发好摘净,做汤,待水开时将紫菜放入,最后将鸡蛋搅匀放入锅中,汤开即成。

[功效]化痰滋阴养精。

(3) 物理疗法 对于迟缓液化后精液粘稠度很高者,可将其精液标本置入加压注射器中,通过18号或19号针头加压注入玻璃容器内,标本再倒回注射器,这样反复5次后精液可与液体相似,而对精子无损伤,再用这种精液作人工授精,便可达到妊娠。金维新氏采用光滑玻璃棒将精液标本顺同方向缓慢搅动数分钟,多数精液即可液化,而与此同时增加了精子的活力。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 清淡饮食,避免过多食用生冷冰冻及辛辣油腻之品。
- (2) 劳逸适度,合理安排性生活。
- (3) 不可久坐,戒烟酒等刺激。
- (4) 若有泌尿生殖系统炎症者应积极治疗。

2. 中医措施

- (1) 调情志,忌郁怒,适劳逸。
- (2) 避风寒,慎起居,避免外感风寒湿邪。
- (3) 清淡饮食,忌食生冷油腻化生痰湿之品。忌食辛辣及烟酒刺激。
- (4) 节制淫欲,以防损伤肾之阴阳。

(二) 既病防变

1. 西医措施

- (1) 积极治疗泌尿生殖道炎症,以改善病情。
- (2) 合理安排性生活,使精液排泄有度。
- (3) 本症多在引起不育后才就诊,可按常规治疗方法,指导患者在性生活前阴道内用药,可提高孕育率。
- (4) 本症如无生育要求,经检查也不存在生殖系统炎症或器质性病变者,可不予处理,一般无其他病理传变。

2. 中医措施

参照未病先防中医措施。

第二节 精液量过多

一、概 述

一次射精量超过 6 毫升~8 毫升,可视为精液量过多。精液量过多,精子密度可以偏低,也可以正常。当精子密度偏低时要与少精子症加以区别,因为这种情况精子总数/次一般是正常的。由于精液量增加可以造成精子密度降低,而且精液量过多使阴道内的精液大量流出,并带出大量精子,干扰了精子在女性生殖道的运行,从而导致不孕。

古代中医没有类似概念。

精液量过多比精液量减少发生率低,其发病和药物治疗情况,文献报道均不多。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

精液量过多也可以由生理性原因导致,如禁欲较长时间后再次射精,可以出现精液过多。关于病理性精液量过多,原因尚不十分清楚,目前多认为与附属性腺的机能亢进及附属性腺感染有关。

2. 病理

附属性腺增殖或机能亢进,引起附属性腺分泌液增多。另外,附属性腺感染,引起炎性分泌液增多,也可以引起精液量过多。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

素体阳虚或房事过度,或滥施手淫,克伐肾阳,或他病及肾,导致肾阳虚衰,不能气化水湿,引起精液量多。饮食不节,或过食生冷寒凉之品,损伤脾胃,或他病及脾,导致脾气虚弱,不能运化水湿,水液内蓄,下流精室,与真精相混,均可引起精液量多。

2. 病机

(1)肾气虚衰,气化不利 《素问·逆调论》指出:“肾者水脏,主津液。”肾的主水功能主要依赖肾阳的气化作用,归肾之水液为浊液,而清液为其浊中之清者,贮居精窍,在肾阳蒸化之下,可以气化上升,濡养全身,主其生长发育生殖诸功能正常进行。若肾阳衰微,精液不得气化上升,则聚而量多。

(2)脾气虚弱,水液不得运化,形成水饮,流注精窍,则精液量多。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

一次射精量超过6毫升~8毫升,由于精液量过多,使精子稀释,精子密度大大降低,而引起不育症。

2. 体征

本症一般无其他任何体征或不适。

3. 实验室及其它检查

精液常规化验,精液量多质稀,精子密度较低,一般少于 $40 \times 10^9/L$ 。

4. 并发症

本症多因不育症就诊,可并见精子质量异常。

5. 诊断要点

(1) 诊断

本症单纯根据精液量的多少就可明确诊断。

(2) 鉴别诊断

本症诊断条件简单,一般不需鉴别诊断。但个别现象有精液超过6毫升~8毫升,而化验检查精子密度等其他各项指标均正常者,则不应诊为本症。另外,本症应与小便夹精或性交遗尿相鉴别。

(二) 辨证·中医诊断

1. 辨证要点

一次射精量超过6毫升~8毫升,可视为精液量过多。其精液量过多,精薄清冷,精子密度低或正常,伴腰膝酸软,精神萎靡,面色㿠白,小便清长,夜尿量多,畏寒肢冷,舌淡苔白,脉沉细,两尺尤弱者为肾阳虚衰,气化不利证的辨证要点;精液量过多,稀薄如水,精子密度低,伴有不思饮食,面色萎黄,肢体沉重乏力,大便稀薄或溏泻,舌淡苔白,脉细弱或滑者为脾气虚弱,水饮停滞证的辨证要点。

2. 辨证分型

(1) 肾阳虚衰,气化不利证

[临床表现]精液量过多,精薄清冷,精子密度低或正常,射精后异常倦怠庸懒,头昏而沉。腰膝酸软,精神萎靡,面色㿠白,小便清长,夜尿量多,畏寒肢冷。舌淡苔白,脉沉细,两尺尤弱。

[辨证分析]肾阳虚衰,精室寒冷,阴精不能气化,故精液量过多,精薄清冷。肾阳虚衰,房事泄精后肾气更虚,不能充养肢体脑窍头面,故射精后异常倦怠庸懒,头昏而沉,面色㿠白,畏寒肢冷。腰为肾之府,肾阳虚衰,肾府失于温养,故腰膝酸软。肾阳虚弱,气化不利,故小便清长,夜尿量多。舌淡苔白,脉沉细,两尺尤弱,乃肾阳衰惫之征。

(2) 脾气虚弱,水饮停滞证

[临床表现]精液量过多,稀薄如水,精子密度低;不思饮食,面色萎黄,肢体沉重乏力,大便稀薄或溏泻。舌淡苔白,脉细弱或滑。

[辨证分析]脾气虚弱,失其运化水湿功能,水饮停滞精室,与精气混淆,故精液量过多,稀薄如水,精子密度低。脾气虚弱,不能助胃受纳腐熟水谷,故不思饮食,大便稀薄或溏泻;脾虚不能运化水谷精微,精气不能上荣于面,故面色萎黄。脾主肌肉四肢,脾虚肌失所养,则肢体沉重乏力。舌淡苔白,脉细弱或滑乃脾气虚弱之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

尚未形成常规治疗手段,可针对病因对症治疗。

2. 对症治疗

(1) 附属性腺机能亢进 前面讲过,附属性腺机能亢进与睾酮的刺激有关,因此,治疗上可

使用对抗雄激素的雌激素。雌激素可作用于下丘脑或垂体前叶,使 LH 分泌减少,血中睾酮下降,从而使附属性腺的分泌物减少。药物可用雌二醇。

(2)附属性腺炎症 精囊炎和前列腺炎都可致精液量增多,它们的治疗可参见血精症的有关内容。

3. 并发症治疗

研究证实,性欲高潮时,射出的第一部分精液比随后射出部分中所含精子数量及活动率高 2 倍。有人指出,占总量 39% 的第一部分精液中,精子数占该次射出的精子总数的 76%。有的学者提出,利用这一特点治疗精液质量异常,尤其是精液量过多所致的不孕症,使用射出的第一部分精液行人工授精,怀孕率约为 15%~56%。

并见精子质量异常者可参见有关内容进行治疗。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)肾阳虚衰,气化不利证

[治法]温补肾阳,气化精液。

[方药]右归丸(《景岳全书》)加减

熟地 10 克、山药 12 克、山萸肉 10 克、杜仲 10 克、肉桂 10 克、制附片 5 克(先煎)、阳起石 10 克、巴戟天 10 克、云苓 10 克、陈皮 10 克。

[分析]方中熟地性甘微温,功能滋阴补血,益精填髓,并防温药之燥;山萸肉、杜仲、肉桂、制附片、阳起石、巴戟天均为温补肾阳之品,合用加强温补肾阳,气化水液的作用;山药、云苓、陈皮健脾理气化湿。诸药合用,共奏温补肾阳,气化精液之效。

(2)脾气虚弱,水饮停滞证

[治法]健脾行气,运水化液。

[方药]归脾汤(《济生方》)合二陈汤(《局方》)加减

党参 15 克、黄芪 15 克、白术 10 克、茯苓 10 克、炒当归 10 克、陈皮 10 克、甘草 6 克、补骨脂 10 克、半夏 10 克、桂枝 5 克。

[分析]方中四君子健脾益气,二陈汤健脾理气化湿,更加黄芪以增强补气作用,当归、肉桂、补骨脂温阳补脾,以助其运化水液之能。诸药合用,健脾行气,运水化液。

2. 验方治疗

健脾化液汤(《实用男女助孕助育大成》苏勋庄方)

[组成]党参 10 克、白术 10 克、陈皮 10 克、制半夏 10 克、炙甘草 5 克、茯苓 10 克、车前子 30 克(包煎)、炒谷麦芽各 5 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]健脾行气,运水化液。适应于脾气虚弱,水饮停滞型精液过多症。

3. 单味药治疗

①补骨脂

[性味、归经]辛、苦,温。归肾、脾经。

[功效]温肾助阳,纳气涩精。

[用法]15 克,捣碎,水煎服,每日 1 剂,连用 2 周。

[疗效]有效。

②肉桂(苏勋庄经验)

[性味、归经]辛甘,大热。归肾、脾、心、肝经。

[功效]补火助阳,引火归源,温阳化饮,活血通经。

[用法]肉桂3克,青茶尖3克,开水冲泡盖焖,代茶饮。

[疗效]有良效。

③车前子(苏勋庄经验)

[性味、归经]甘,微寒,归肝、肾、小肠、肺。

[功效]清热渗湿利尿。

[用法]车前子15克,纱布包,水煎服。每日2次。

[疗效]有良效。

按:车前子功能清热利尿,渗湿通淋;肉桂补火助阳,引火归源,以助膀胱气化功能;二者合用,可以加强车前子利尿作用,以引精液中多余的水液自小便而出。因此,临床上编者常将肉桂与车前子作为对药一起应用,可以起到很好的清热利湿,缩精化液的作用。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

[取穴]肾俞、大肠俞、秩边、足三里。

[操作]肾俞用毫针斜刺1寸,用补气手法;大肠俞、秩边用长针深刺,平补平泻手法,足三里补法。于两侧大肠俞、肾俞用G6805电针仪连接,断续波,留针通电30分钟。

[功效]温补肾阳,化气行水。

(2) 性生活指导

应该让病人了解,绝大部分男性排出精液的前半部分质量较好,精子数量较集中,后半部分精液质量相对较差,精子数目减少,而大部分是精浆,因此,根据这一特点,病人性交时在完成头1~2次射精动作让前半部分精液排在女方阴道后,立即将阴茎抽出,令后半部分精液排在女方体外,这样就不会因精液量过多而稀释了单位容量里的精子数目,可提高受孕率。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 清淡饮食,避免过多食用生冷冰冻之品。
- (2) 劳逸适度,合理安排性生活。
- (3) 不可久坐,戒烟酒等刺激。
- (4) 若有泌尿系统炎症者应积极治疗。

2. 中医措施

- (1) 调情志,忌郁怒,适劳逸。
- (2) 避风寒,慎起居,避免外感寒湿。
- (3) 清淡饮食,忌食生冷油腻化生痰湿之品。

(4) 节制淫欲,以防损伤肾阳。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 积极治疗泌尿生殖道炎症,以减轻病情。

(2) 合理安排性生活,使精液排泄有度。

(3) 对引起不育者可按上述性生活指导方法进行房事,可提高孕育率。

(4) 本症如无生育要求,经检查也不存在生殖系统炎症或器质性病变者,可不予处理,一般无其他病理传变。

2. 中医措施

参照未病先防中医措施。

第三节 精液量少症

一、概 述

一般情况下,每次射精的精液量约为 2 毫升~6 毫升,如果少于 1 毫升~2 毫升,可认为是精液量过少。

中医有“少精”或“性交精少”之称。其发生多与先天禀赋不足或后天房劳克伐过度,以及气血亏虚等有关。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

精液量少可分为生理性精液量少和病理性精液量少两种,前者是指因频繁性交所致的暂时性精液量减少,可以通过节制性生活而改善,后者可由各种疾病或因素所致,其原因大致可分三类:

(1) 性腺机能减退和内分泌功能紊乱,尤其是 FSH、LH 分泌量减少,以及睾酮水平的下降,因为这些内分泌激素的缺乏最终必然导致附属性腺分泌功能的减退。

(2) 附属性腺感染,有时会引起也液体分泌量减少。

(3) 存在有尿道狭窄,尿道憩室等疾病,精液不能完全排出或先天性精囊缺如引起精浆减少。总之,精液量的多少实际就是反映了精浆数量的多少。

2. 病理

病理性精液量少症由附属性腺萎缩、机能减退引起者较为多见,因此,其病理表现多在于附属性腺的萎缩,其最大的分泌腺是前列腺,前列腺萎缩硬化、前列腺结石等都可引起前列腺液的分泌量减少或排出不畅,从而导致精液量少。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

房室过度, 频繁手淫, 损伤肾精; 或饮食不节, 损伤脾胃, 脾胃虚弱, 不能化生水谷精微; 素嗜烟酒、多食辛辣, 酿生湿热, 灼炼阴精; 以及久病、热性病灼伤阴津等均可引起精液量少。

2. 病机

从中医病因病机分析, 精液量少主要有以下几个方面:

(1) 房劳过度或频繁手淫, 耗精过多, 损伤肾气, 导致肾水亏乏, 精窍空虚, 精液量少。或房劳损伤肾阳, 不能蒸化水谷精微, 精液乏源, 故而量少。

(2) 脾胃虚弱, 化源不足, 后天之精不得补养先天, 精窍不充, 故精液量少。

(3) 久病失养、或热性病灼伤阴液, 阴亏精耗亦可导致精液量少。

(4) 下焦湿热, 炼液成痰, 而致精液量少。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

每次射精量少于 1ml~2ml, 可影响生育。

2. 体征

本病无特殊体征。

3. 实验室及其它检查

实验检查精液量少于 1ml~2ml, 可以同时存在精子密度低、成活率和活力低下的情况。

4. 并发症

精液量少如果同时存在精子密度、成活率和活力低下, 一般多并发不育症。

5. 诊断要点

(1) 诊断

连续 3 次以上化验, 一次射精的总量少于 1ml~2ml, 即可诊断为精液量少。

(2) 鉴别诊断

本症应和射精过频引起的生理性精液量少、射精不全及久病体弱性交射精量少相鉴别。

另外本症亦应和少精子症鉴别。少精子症是指精子的密度低, 而精液量少则指的是一次射精的总量少。精液量少者不一定存在精子密度低, 同样少精子症患者一次射精的精液量也不一定少。当然, 精液量少者往往存在少精子症, 甚至无精子症。

(二) 辨证·中医诊断

1. 辨证要点

一次射精的总量少于 1ml~2ml 即可诊为本症。其辨证要点是: 性欲亢进, 阳事易兴, 频繁性交, 或滥施手淫, 伴五心烦热, 盗汗口干, 腰膝酸软, 头晕耳鸣或足跟痛, 舌质红, 少苔或无苔, 脉细数者为肾阴虚证; 精液量少清冷, 或粘稠有冻块, 性欲低下, 畏寒肢冷, 面色㿔白, 小便清

长,舌淡苔白,脉沉细无力者为肾阳虚证;精液量少、稀薄,伴胃纳少思,食后脘胀,大便溏薄,面色无华或萎黄,气短乏力,头晕目眩,精神倦怠,心悸失眠,舌淡苔白或舌质胖嫩,脉虚细无力者为脾胃虚弱证;精液量少,色黄而稠,或精液不液化,精液内有脓细胞、白细胞、红细胞等,口干,但渴不欲饮;小便热赤,舌质红苔黄腻或白腻,脉弦滑而濡数者为下焦湿热证。

2. 辨证分型

(1) 肾阴虚证

[临床表现]精液量少,性欲亢进,阳事易兴,频繁性交,或滥施手淫,可伴五心烦热,盗汗口干,腰膝酸软,头晕耳鸣或足跟痛。舌质红,少苔或无苔,脉细数。

[辨证分析]肾阴为一身之元阴,肾阴亏虚,津液不足,阴精乏源,则见精液量少。肾阴亏虚,相火易动,则性欲亢进,阳事易兴,频繁性交或易犯手淫。肾阴亏虚,不能上济于心,心火独旺,则五心烦热。阴津不足,不能上承,则口干;阴虚火旺,迫津外泄,则发盗汗。腰为肾之府,肾阴亏虚,不能充养其府,则腰膝酸软;肾主骨生髓,髓通于脑,肾虚不能生髓,则头晕、足跟痛;肾开窍于耳,肾阴亏虚,不能上荣于耳,则耳鸣。舌质红,少苔或无苔,脉细数乃阴虚火旺之征。

(2) 肾阳虚证

[临床表现]精液量少清冷,或粘稠有冻块;性欲低下,畏寒肢冷,腰膝酸软,面色㿔白,精神萎靡,小便清长。舌淡苔白,脉沉细无力。

[辨证分析]肾阳亏虚,不能温养精血,精气不化,则精液量少面清冷,或粘稠有冻块;肾阳亏虚,相火不旺,则性欲低下;肾阳为一身阳气之根本,肾阳不足,不能温煦肢体,则畏寒肢冷,腰膝酸软,阳虚不能温养气血,故面色㿔白,精神萎靡,阳虚不能气化津液,则小便清长。舌淡苔白,脉沉细无力,乃肾阳虚弱之征。

(3) 脾胃虚弱证

[临床表现]精液稀薄、量少,宗筋不振,精关失固;胃纳少思,食后脘胀,大便溏薄,面色无华或萎黄,气短乏力,头晕目眩,精神倦怠,心悸失眠。舌淡苔白或舌质胖嫩,脉虚细无力。

[辨证分析]脾胃虚弱,不能运化水谷精微,精无化源,故精液稀薄、量少,不能荣润宗筋,则宗筋不振;脾胃虚弱,中气下陷,不能升摄,则精关失固。脾虚不能助胃受纳腐熟水谷,则胃纳少思,食后脘胀,大便溏薄;脾胃虚弱,气血不能生化,导致气血亏虚,则面色无华或萎黄,气短乏力,气血虚不能上荣清窍,则头晕目眩,精神倦怠,心悸失眠。舌淡苔白或舌质胖嫩,脉虚细无力,乃脾胃虚弱之证。

(4) 下焦湿热证

[临床表现]精液量少,色黄面稠,或精液不液化,精液内有脓细胞、白细胞、红细胞等;小腹或会阴部胀痛不适,口干,但渴不欲饮;小便热赤,舌质红苔黄腻或白腻,脉弦滑而濡数。

[辨证分析]湿热下注,灼炼精室,精气蒸化,则精液量少,色黄面稠,热蒸血腐,则精液内有脓、白细胞。湿热蕴结下焦,气滞不通,则小腹或会阴部胀痛不适,湿热炼津,津液不能上承,则口干,但渴不欲饮;湿热下注,则小便热赤。舌红苔黄腻或白腻,脉弦滑而濡数,乃湿热蕴结之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 抗炎治疗 一般常用 PPA 0.5g, 1 日 3 次; 或诺氟沙星 3 粒, 1 日 3 次。

(2) 克罗米芬 1 次 75mg, 1 日 1 次, 连服 25 日, 为 1 疗程。

(3) 甘草锌 2 粒, 1 日 1 次。

2. 对症治疗

(1) 性机能减退

性机能减退可以因为附属性腺分泌功能降低而影响精浆的分泌, 从而导致精液量少。治疗上可以通过提高性欲, 增强性功能而使其性腺的分泌功能加强, 增加精液量。

研究认为, 微量元素锌参与性腺系统多种酶的活性催化, 临床上, 应用含锌制剂可以增强人的性欲, 提高性功能。因此, 因性机能减退引起的精液量少, 可以适当给服醋酸锌或葡萄糖酸锌或甘草锌以及各种活性锌口服液等, 以达到治疗目的。

(2) 内分泌紊乱

采用内分泌治疗

① 人绒毛膜促性腺激素(HCG) 常用 2000 单位~4000 单位, 每周 2 次肌肉注射, 连用 8 周~10 周为 1 疗程。

实际上治疗少精子症和无精子症时所使用的一些内分泌药物, 如克罗米芬、它莫西芬、HMG 及 LHRH 都同时有增加精浆数量的作用。

② 睾酮 睾酮有刺激精浆增多的作用, 但不宜久用, 否则精子数量会下降。常用丙酸睾丸酮 25mg~50mg, 每周 2 次, 肌肉注射, 连用 4 周; 或用甲基睾丸酮 10mg, 每日 3 次口服, 连用 1 月~2 个月。

(3) 附属性腺炎症

如因精囊炎、前列腺炎等引起精液量少者, 应进行局部抗炎治疗。

3. 并发症治疗

并发少精子症、死精子症、精子活力低下者, 参照有关章节进行对症治疗。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肾阴虚证

[治法] 滋阴补液, 补肾生精。

[方药] 增液汤(《实用男女助孕大全》苏勋庄方)

生地、麦冬、玄参、枸杞子、五味子、栀子、地骨皮、丹皮、丹参、仙灵脾、赤白芍各 15 克, 云苓 12 克。

[分析] 方中生地、麦冬、玄参滋阴增液, 枸杞子滋补肝肾, 味酸敛阴, 丹皮清热凉血, 地骨皮滋阴清热, 丹参活血化瘀, 仙灵脾补肾生精, 云苓健脾生精, 赤白芍、五味子味酸敛阴。诸药合

用,滋阴补液,补肾生精。

(2) 肾阳虚证

[治法]补肾助阳,益气填精。

[方药]五子衍宗丸(《医学入门》)合金匱肾气丸(《金匱要略》)、四君子汤(《太平惠民和剂局方》)等化裁

五味子 10 克、菟丝子 15 克、枸杞子 15 克、覆盆子 12 克、熟地 20 克、山药 20 克、山茱萸 10 克、党参 12 克、白术 10 克、茯苓 12 克、仙茅 12 克、仙灵脾 12 克、巴戟天 12 克、肉苁蓉 12 克、鹿角胶 10 克、附子 10 克、肉桂 6 克、炙甘草 6 克。

[分析]方用四君子补气养血,生精养精;五子衍宗丸滋补肝肾,助阳填精;金匱肾气丸温肾填精。合仙茅、仙灵脾、巴戟天温阳补肾,附子大热之品,性能温补阳气,少用肉桂助阳生火,肉苁蓉补肾阳,益精血,鹿角胶血肉有情之品,温肾壮阳,大益精血。

(3) 脾胃虚弱证

[治法]健脾和胃,补气养血,佐以补肾填精。

[方药]八珍汤(《正体类要》)合五子衍宗丸(《医学入门》)加减

党参、茯苓、白术、生地、白芍各 10 克,生甘草、川芎各 5 克,覆盆子 10 克,五味子、车前子、菟丝子、枸杞子各 10 克。

[分析]方中参、术、苓、草、地、芍、芎等健脾和胃,补气生血;五子合用补肾填精。

(4) 下焦湿热证

[治法]清热利湿。

[方药]甘露消毒丹(《温热经纬》)合六味地黄汤(《小儿药证直诀》)

滑石、茵陈、黄芩、石菖蒲、木通、川贝、射干、连翘、薄荷、白豆蔻、藿香、熟地、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮。

[分析]方中滑石、茵陈、黄芩、石菖蒲、木通、白豆蔻、藿香清热解毒利湿;川贝、射干、连翘、薄荷清热解毒,化痰利窍;六味地黄丸滋阴补肾,以防热邪伤阴。诸药合用,共达清热利湿,养阴生精之功。

2. 验方治疗

目前出版的一些男性学书籍中都未把精液量少单列一症,尤其是中医男性学仍把精液量少混讲于少精子症中,而未严格区分开来。因此,目前单从精液量少方面报道的专方专药尚少。我们使用的增液汤是从肾阴虚型精液量少立方,虽然可以作为基础方加减运用而看成是治疗精液量少的专方,实际上该方确实能在短期内(1 周以后)使精液量大量增加,而对精子密度影响却需在服药 2 月~3 月后才见精子数目明显上升,可见增液汤确实能够使精浆量增多。

(1) 滋阴养水丹(《泌尿生殖系病实用方》)

[组成]熟地黄 15 克,黄精 10 克,紫梢花 10 克,山萸肉 15 克,龟板胶 15 克,仙茅 10 克,海马粉 10 克(分 3 次冲服),狗骨头 50 克,马蔺花 10 克,酒浸枸杞子 20 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂,分 3 次服。

[功用]壮水益精。治疗肾精亏虚所致性交精液量少,头目晕眩,腰骶酸痛,手足心热,口干,舌赤红苔少,脉多虚数或沉弱。

(2) 脾肾双珠饮(《泌尿生殖系病实用方》)

[组成]白术 20 克,山药 25 克,茯苓 20 克,莲肉 15 克,鹿角胶 15 克,龟板胶 15 克,枸杞子

15 克,韭子 15 克,黄精 15 克,山萸肉 15 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂,2 次分服。

[功用]健脾益肾。治疗脾肾双虚所致性交粗少或精清,形体瘦弱,纳呆,四肢乏力,腰酸膝软,舌淡红苔薄,脉沉缓。

3. 单味药治疗

(1)麦冬(苏勋庄经验)

[药物]麦冬 10 克。

[用法]开水冲泡代茶饮,每日 1 剂~2 剂。

[功用]养阴生津,润燥安神。可用于精液量少肾阴虚证。

(2)仙灵脾(苏勋庄经验)

[药物]仙灵脾 10 克。

[用法]开水冲泡代茶饮,每日 1 剂。

[功用]补肾阳,益精血。

[药理]研究证实,仙灵脾具有显著的生精作用,其对精液量的增加速度也较明显。

4. 其它疗法

(1)针灸疗法

[取穴]肾俞、肝俞、脾俞、血海、足三里。

[操作]毫针刺,采用补法,中度刺激。用 G6805 电针仪连接肾俞、脾俞,连续波,通电 30 分钟。每日 1 次,连用 7 天为 1 疗程。

(2)饮食疗法

①桑椹雀卵汤

[材料]桑椹子 30 克、枸杞子 30 克、熟地黄 30 克、雀卵 12 只。

[食用方法]将上中药装入纱布袋封好口,然后和雀卵同煮,待雀卵煮熟后去壳,用原汤送下。每日早晨食用 2 只~4 只。

[功效]滋阴补血,益髓填精。

②鲫鱼花生米汤(《男女科病千首妙方》续集樊中州方)

[材料]雌性鲫鱼 250 克~500 克,花生米 50 克,黄酒、桂皮、盐各少许。

[制用方法]将鲫鱼去鳞及内脏(将鱼鳃、鱼籽留入腹中),加入花生米及黄酒、水适量,桂皮、盐各少许。文火煮 30 分钟,分 1~2 顿食毕,1 周 1 次,连食 1 月~1 个月。

[功用]能增精液量及其精子活力。

[疗效观察]试用多例,疗效确切。

(3)按摩疗法 轻手法睾丸按摩,可以刺激精液产生。每日 1 次,1 次 10 分钟。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

(1)清淡饮食,避免过多食用生冷冰冻及辛辣油腻之品。

- (2)劳逸适度,合理安排性生活。
- (3)不可久坐,戒烟酒等刺激。
- (4)若有泌尿生殖系统炎症或其它病变如附属性腺萎缩者应积极治疗。

2. 中医措施

- (1)调情志,忌郁怒,适劳逸。
- (2)避风寒,慎起居,避免外感风寒湿邪。
- (3)清淡饮食,忌食辛辣油腻之品及烟酒刺激。
- (4)节制淫欲,以防损阴耗液。

(二)既病防变

1. 西医措施

- (1)积极治疗泌尿生殖道炎症,以改善病情。
- (2)合理安排性生活,使精液排泄有度,防止房事过频,耗伤精液。
- (3)本症多在引起不育后才就诊,可按常规治疗方法,指导患者在性生活前阴道内用药,可提高孕育率。
- (4)本症如无生育要求,房事后亦疲乏无力等全身不适感,检查亦无明显器质性病变如前列腺萎缩等,可不予处理,一般无其他病理传变。

2. 中医措施

参照未病先防中医措施。

第四节 血精症

一、概 述

以排出血性精液为主要症状的病症称为血精症。祖国医学还称之为精血,往往是指宏观上的肉眼血精,如隋代巢元方《诸病源候论》载有“虚劳精血出候”。全面地讲,血精还应包括微观血精,即镜下血精。

中医文献有关血精的最早记载,即隋代巢氏所论之“精血出候”。明代李中梓《医宗必读·赤白浊》中还有“精血杂出”、“半精半血”的记载。明代楼英和李延两位医家,对血精的观察更为细致。他们发现父精中有血丝,其所生子女易患红丝瘤(即现代医学所说血管瘤),如《医学纲目·胎瘤》中说:“身有红丝瘤……,汝肾中有伏火,精中有血丝,以气相搏,生子故有此疾,遇触而动,发于肌肉之间,俗名胎瘤是也。”《医学入门·遗精》载:“有火盛者,精中多有血丝,今溺于桶,澄视之便见,后虽生子,一岁,身有红丝瘤,不救。”对此现象现代医学未有相应观察。

现代医学认为,本症的发生与精囊炎、前列腺炎、过度纵欲、生殖道肿瘤有关,患者多以肉眼血精而就诊,而以不育就诊者较少见。其人群发病情况目前尚未见有报道。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

血精是因精浆中混有血液或红细胞而形成的,因此,亦属于精浆质量异常范畴,其发生多与分泌精浆的附属性腺疾病有关。常见的病因有:

(1)精囊及前列腺疾病,如精囊及前列腺的炎症、结核、血吸虫、结石、损伤等。

(2)肿瘤,如精囊前列腺癌、精阜乳头状瘤、良性前列腺肥大(BPH)。

(3)血液病,如紫癜、坏血病、白血病等。

(4)其他,如精索静脉曲张、会阴部长期反复压迫、肝硬化伴门静脉压增高致痔静脉丛通过侧支前列腺压力也增高、精阜旁后尿道上皮下静脉扩张破裂等。

2. 病理

精囊上皮细胞萎缩脱落,部分有乳头增生,粘膜下肿胀,从粘膜下至肌层毛细血管扩张,部分血管暴露于腺腔内,红细胞外溢,白细胞浸润,嗜酸性细胞增多。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

素体阴虚,或恣情纵欲、房劳过度、频繁手淫,损伤肾精;或素嗜辛辣酒酪,湿热内生,或性事不洁,湿热邪毒从外而入,或情志不畅,郁而化火,灼伤精室血络;或房室、金刃、跌打损伤阴部,伤及精室血络,血溢脉外,均可引起血精。

2. 病机

(1)相火妄动,伤及血络 素体阴虚,或恣情纵欲、房劳过度,或手淫耗伤肾精;或因热病邪热伤阴;或过服温热助阳之品,致热盛伤阴,阴虚则生内热,热入精室,灼伤血络,则血随精出。

(2)脾肾气虚,固摄失职 劳倦过度,脾气受损,化源不足,气血皆虚。气虚则统摄失职,血虚则化精无源而精亏,日及伤及于肾,肾虚则难主封藏,固秘失职。肾不固则精失,血不摄则血出,故精血俱出而致血精。

(3)湿热蕴结,伤及精室 素体肥胖,或嗜酒过度,或过食辛辣肥甘厚味,或饮食不节,损伤脾胃,运化失职,聚生湿热;或外受湿热,循经而流,下注下焦;或房事不洁,湿热之邪自下而入,窜入精室,血络受损,而致血精。

(4)瘀血内阻,血不归经或日久化热 房室、金刃、跌打损伤阴部,瘀血内阻,血不归经;或平素瘀血体质或他病导致瘀血,性交之时,体摇动气,气欲行而瘀血阻,气推瘀行,破络离经,随精外出,而为血精之病。或瘀久化热,迫血妄行,而为血精。

(5)五志化火,迫血外出 情志过极,五志化火,心肝火旺,下扰精室,灼伤血络,血溢精室,随精外出,发为血精。

综上所述,血精所发,多由热邪,或虚火,或实热。久病或年老体衰者,可由血瘀或气虚所致。

三、临床诊断

(一) 辨病, 西医诊断

1. 症状

血精症的主要症状是射出血性精液, 或镜检精液中有红细胞。可伴有射精疼痛, 或会阴酸痛、阴茎中痛等症。

2. 体征

会阴部压痛, 肛门指检前列腺精囊部位按压疼痛。

3. 实验室及其它检查

外观精液呈暗红色, 镜检有大量红细胞、白细胞或脓细胞。精液量及精子计数均可有减少, 精液细菌培养常为阴性。

4. 并发症

可并发精液量少、少精子症、死精子症、精液不液化症。

5. 诊断要点

(1) 诊断

精液中夹有血液而呈红色或暗红色, 或精液镜检有红细胞, 即可诊为血精症。

(2) 鉴别诊断

① 与尿血、血淋鉴别

二者均为尿中带血的病症, 属于泌尿系疾病。一般无疼痛, 多是由泌尿系结核或肿瘤引起。血淋则伴有尿频、尿痛等症状, 多因急性尿路感染、泌尿系结石等病引起。

② 与尿浊鉴别

尿浊主要表现为尿道口常有白浊似的精液样物, 多由前列腺炎引起。此外, 前列腺、精囊结核、精囊囊肿、精囊癌、前列腺、精囊结石、淋病性精囊炎等病都可引发血精, 临床注意检查区别。

(二) 辨证, 中医诊断

1. 辨证要点

本症根据精液化验甚或单凭肉眼观察即可确诊。其辨证要点为: 精液色红质稠, 或带有血丝, 性欲亢进, 阳事易兴, 射精后口干欲饮, 溲赤, 夜寐盗汗, 或伴遗精, 腰膝酸软, 手足心热, 心烦少寐, 舌红, 苔薄黄少津或少苔, 脉细数者为相火妄动, 热伤血络证; 精液呈淡红色, 有的精液量少, 性欲减退, 食少纳呆, 或见便溏, 少气乏力, 失眠健忘, 面色㿖白, 舌淡体胖苔白, 脉沉细无力者为脾肾气虚、固摄失职证; 精液色红, 射精有热感, 睾丸及阴部热胀酸痛或刺痛, 面红目赤, 烦躁头昏, 口苦粘腻, 小便腥热短赤, 舌质红, 苔黄腻, 脉滑数者为湿热下注、热灼精室证; 精液呈暗红色, 或夹有血块, 射精疼痛, 阴部不适, 会阴部有外伤史, 或血瘀体质, 面色黧黑, 肌肤甲错, 或有褐色或棕色瘀斑或色素沉着, 舌质暗或有瘀斑, 脉涩者为瘀血阻络, 日久化热证; 精液鲜红或紫红, 情志不畅, 心烦易怒, 胸胁胀闷, 咽干口苦, 小便黄赤, 舌质红苔薄黄, 脉弦数者为五志化火, 迫血妄出证。

2. 辨证分型

(1) 相火妄动, 热伤血络证

[临床表现] 精液色红质稠, 或带有血丝; 性欲亢进, 阳事易兴, 少腹、阴部或睾丸坠胀不适, 射精疼痛, 射精后口干欲饮, 溲赤, 夜寐盗汗, 或伴遗精, 腰膝酸软, 手足心热, 头晕耳鸣, 心烦少寐, 舌红, 苔薄黄少津或少苔, 脉细数。

[辨证分析] 房劳过度则伤肾, 肾阴不足, 相火自炎, 性欲亢奋, 梦交或性交之时, 相火更旺, 精室被灼, 热伤血络, 血溢脉外, 混与精中, 故见血精, 精液色红质稠, 或带有血丝; 精室血络受灼, 阳事兴动时, 血气聚于阴器, 故见少腹、阴部或睾丸坠胀不适, 射精疼痛; 肾阴不足, 加之相火伤津, 射精后阴气更虚, 不能上承, 故口干欲饮; 相火蒸灼膀胱, 则溲赤; 夜寐盗汗, 或伴遗精, 腰膝酸软, 手足心热, 头晕耳鸣, 心烦少寐, 舌红, 苔薄黄少津或少苔, 脉细数, 均为阴虚火旺之征。

(2) 脾肾气虚, 固摄失职证

[临床表现] 精液呈淡红色, 有的精液量少; 性欲减退, 食少纳呆, 或见便溏, 腰膝酸软, 少气乏力, 头昏目眩, 失眠健忘, 年老体衰, 面色㿠白, 舌淡体胖苔白, 脉沉细无力。

[辨证分析] 脾气虚弱, 失其统血之能, 肾气虚失其摄藏之职, 统摄失职, 血行不按其道, 溢于精室, 发为血精, 可见精液淡红色; 脾肾气虚, 精气不足, 则精液量少。肾气虚, 不能鼓动宗筋, 则性欲减退; 脾虚失运, 则食少纳呆或便溏, 脾虚不能化生水谷精微, 心神失养, 则头昏目眩, 少气乏力, 失眠健忘; 气血不能上荣于面, 则面色㿠白; 肾气亏虚, 腰府失充, 则腰膝酸软, 肾虚失养, 则年老体衰。舌淡体胖苔白, 脉沉细无力乃脾肾气虚之象。

(3) 湿热蕴结, 伤及精室证

[临床表现] 精液色红, 射精有热感, 睾丸及阴部热胀酸痛或刺痛, 面红目赤, 烦躁头昏, 胸闷不舒, 口苦粘腻, 大便不畅, 小便腥热短赤, 舌质红, 苔黄腻, 脉滑数。

[辨证分析] 湿热蕴结, 伤及精室, 血溢脉外, 与精混浊, 故见精液色红, 射精有热感; 湿热蕴结于精室及膀胱, 则睾丸及阴部热胀酸痛或刺痛, 小便腥热短赤; 湿热蕴结肝经, 肝气不畅, 则见面红目赤, 烦躁头昏, 胸闷不舒; 湿热上蒸于咽, 则口苦粘腻; 湿热下走大肠, 则大便不畅。舌质红, 苔黄腻, 脉滑数乃湿热蕴结之象。

(4) 瘀血阻络, 日久化热证

[临床表现] 精液呈暗红色, 或夹有血块, 射精疼痛, 阴部不适, 会阴部有外伤史, 或血瘀体质, 面色黧黑, 肌肤甲错, 或有褐色或棕色瘀斑或色素沉着, 舌质暗或有瘀斑, 脉涩。

[辨证分析] 跌仆损伤或房事用强, 伤及阴器, 瘀血内阻, 血不归经; 或平素瘀血体质或他病导致瘀血, 性交之时, 体摇动气, 气欲行而瘀血阻, 气推瘀行, 破络离经, 随精外出, 面为血精之病; 或瘀久化热, 迫血妄行, 面为血精, 可见精液呈暗红色, 或夹有血块; 瘀则不通, 不通则痛。故见射精疼痛, 阴部不适。面色黧黑, 肌肤甲错, 或有褐色或棕色瘀斑或色素沉着, 舌质暗或有瘀斑, 脉涩均为血瘀阻络之象。

(5) 五志化火, 迫血妄出证

[临床表现] 精血俱下, 排精不畅, 精液鲜红或紫红, 少腹或会阴部抽掣疼痛, 情志不畅, 心烦易怒, 胸胁胀闷, 咽干口苦, 小便黄赤, 舌质红苔薄黄, 脉弦数。

[辨证分析] 情志不遂, 郁久不畅, 五志化火, 心肝火旺, 下扰精室, 灼伤血络, 血溢精室, 随精外出, 发为血精, 精血俱下, 排精不畅, 精液鲜红或紫红。厥阴肝脉郁阻, 则少腹或会阴部抽掣

疼痛;情志不畅,则心烦易怒,胸胁胀闷,咽干口苦;五志化火,移热膀胱,则小便黄赤;舌质红苔薄黄,脉弦数乃肝火旺盛之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 抗炎 对精囊炎症,可以应用抗生素。首选增效磺甲基异恶唑,口服每次 1.0,每日 2 次,连用 1 周~2 周。如效果不满意,可以用卡那霉素肌肉注射,每次 500mg,每日 2 次;或用链霉素肌肉注射,每日 1.0g。复方新诺明起效较慢,而卡那霉素及链霉素治疗,10 天~14 天之内即可见效。

(2) 止血 己烯雌酚 1mg 加强地松 5mg,口服,每日 3 次,连服 2 周~3 周,多可使血精停止。较单纯应用止血药物效果为佳。

维生素 K₃,每次 4mg,口服,每日 3 次;或每次 8mg,肌肉注射,每日 1 次,7 日为 1 疗程。

安络血 5mg,口服,每次 3 次;或每次 10mg,肌肉注射,每日 1 次,7 日为 1 个疗程。

2. 对症治疗

(1) 精囊及前列腺的炎症。

① 应用磺胺类药及抗菌素等控制炎症,参见精液不液化一节有关内容。

② 每周进行精囊前列腺按摩。

(2) 精囊前列腺结核,应抗痨治疗。

(3) 精囊前列腺肿瘤,可以采用手术疗法及抗肿瘤治疗。

(4) 前列腺增生症(BPH),参见前列腺疾病一节的治疗部分。

(5) 血液病及其他,应积极对症治疗。

3. 并发症治疗

并发精液量少、少精子症、死精子症、精液不液化症等,参见有关章节。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 相火妄动,热伤血络证

[治法] 滋阴降火,凉血止血。

[方药] 知柏地黄汤(《医宗金鉴》)加减

知母 12 克,黄柏 12 克,生地 12 克,丹皮 10 克,泽泻 10 克,茯苓 10 克,旱莲草 30 克,花粉 10 克,槐花 10 克,白茅根 30 克,小蓟 10 克。

[加减]

① 射精疼痛明显者加川楝子、佛手;

② 若阴虚明显,而虚火不甚,证见房事后口渴、五心烦热,去泽泻、小蓟、茯苓,加女贞子、白薇、麦冬。

[分析] 方用知母、黄柏滋阴清热,现代药理研究证明,二药合用具有降低性神经兴奋性的

作用,并使精囊、前列腺充血程度明显减轻;生地滋阴凉血,丹皮、白茅根、小蓟、旱莲草、槐花均有清热凉血止血的作用,旱莲草又能滋补肝肾,槐花偏于清肝泻火;泽泻清热利湿,茯苓健脾运湿,花粉清热生津;若射精疼痛,加川楝子、佛手以舒肝缓急止痛;若房后口渴、五心烦热,阴虚明显而虚火不甚者,去泽泻、小蓟、茯苓之清利,加女贞子、白薇、麦冬以加强养阴之力。

(2)脾肾气虚,固摄失职证

[治法]健脾补肾,益气摄血。

[方药]归脾汤(《济生方》)加减

黄芪、党参、白术、当归、茯苓、远志、酸枣仁、龙眼肉、炙甘草、杜仲、菟丝子、侧柏叶、血余炭。

[加减]

①偏于脾阳虚损者,加炮姜,去当归;

②偏于肾阳不足者,去当归、龙眼肉、远志,加覆盆子、补骨脂;

③若属中气不足,气虚下陷所致者,可于上方去当归、龙眼肉、酸枣仁,加升麻、柴胡;

④若兼肾精亏损者,可加鹿茸、紫河车。

[分析]方中用黄芪、党参、白术、茯苓以补气健脾;当归补血活血,远志、酸枣仁、龙眼肉交通心肾,安神益智;杜仲、菟丝子温补肝肾;侧柏叶凉血止血,血余炭止血,炙甘草调和诸药。

(3)湿热蕴结,伤及精室证

[治法]清热利湿,凉血止血。

[方药]三妙丸(《医学正传》)合小蓟饮子(《济生方》)加减

黄柏 10 克,苍术 10 克,生地 15 克,小蓟 12 克,滑石 25 克,木通 6 克,蒲黄 10 克,藕节 10 克,栀子 10 克,车前草 12 克,甘草 6 克。

[分析]方中用黄柏滋阴清热,苍术燥湿,生地滋阴凉血,小蓟、藕节凉血止血,滑石、车前草、木通清热利湿,栀子清热利尿、凉血解毒,蒲公英清热解毒,甘草调和诸药。

(4)瘀血阻络,日久化热证

[治法]活血化瘀,凉血止血。

[方药]血府逐瘀汤(《医林改错》)加味

当归 10 克,生地 20 克,桃仁 10 克,红花 6 克,赤芍 12 克,柴胡 6 克,川芎 6 克,怀牛膝 12 克,白茅根 30 克,三七 3 克,女贞子 20 克,旱莲草 30 克。水煎服。

[分析]方用当归活血补血,生地养阴生津凉血;桃仁、红花、川芎、三七活血化瘀;川牛膝补肾活血,赤芍酸甘敛阴、凉血活血止血,白茅根、旱莲草均能凉血止血,旱莲草兼能滋补肝肾;女贞子滋补肝肾;柴胡疏肝理气,以助血行。全方合用,共达活血化瘀,凉血止血之功。

(5)五志化火,迫血妄出证

[治法]清肝泻火,迫血妄行。

[方药]龙胆泻肝汤(《医方集解》)加减

龙胆草、栀子、黄芩、当归、生地、车前子、木通、泽泻、柴胡、甘草、芦荟、黄连、石决明。

[分析]方中龙胆草、栀子、黄连、黄芩、车前子、木通、泽泻清热利湿,龙胆草兼能泻肝胆火,栀子又能凉血止血;当归补血活血,生地凉血养阴生津,芦荟清热通便,柴胡疏肝理气解热,石决明平肝潜阳降火,甘草清热解毒,兼以调和诸药。

2. 验方治疗

(1) 理血汤(《医学衷中参西录》)

[组成] 山药 30 克, 生龙骨 15 克, 藕节 15 克, 旱莲草 15 克, 生牡蛎 15 克, 海螵蛸 10 克, 茜草 10 克, 阿胶 10 克, 白头翁 12 克, 生白芍 12 克。

[用法] 水煎服, 每日 1 剂。

[加减] 肝移热于下焦伴尿血者, 加龙胆草 10 克, 小蓟 10 克; 尿中见血块凝阻者, 加三棱、莪术各 5 克, 血块消失后减去; 腰腹窜痛者, 加川楝子 10 克、青风藤 15 克; 阴虚火旺者, 加知母 10 克、黄柏 12 克; 如血精消失, 前列腺液尚未恢复正常, 改用六味地黄汤加败酱草 15 克~20 克治疗。

[功用] 滋阴清热, 凉血止血。适用于肾阴虚蕴热的血精症, 但应排除急性肾炎、肾盂肾炎、泌尿系结石、结核及肿瘤等。

[分析] 方中以淮山药益气健脾为君, 使脾健血有所统摄; 茜草、阿胶滋阴凉血止血; 龙骨、牡蛎、海螵蛸收涩止血; 白芍敛阴和血; 白头翁清热解毒。

(2) 加味三妙丸(《江苏中医杂志》1983;(1):31)

[组成] 苍术 9 克, 黄柏 9 克, 牛膝 9 克, 地锦草 30 克, 马鞭草 30 克, 一枝黄花 20 克, 甘草 6 克。

[用法] 水煎服, 每日 1 剂。

[功用] 清热利湿, 主要适用于湿热下注型血精症。

(3) 二至地黄汤(《辽宁中医杂志》1980;(9):39)

[组成] 女贞子、旱莲草各 10 克, 生地 12 克, 炒丹皮、茯苓、山药、山萸肉、泽泻各 10 克。

[加减] 湿热者加黄柏、荔枝草、土牛膝, 血精量多者, 加血余炭、小蓟、藕节炭、侧柏炭、苎麻根; 合并前列腺炎有急性发作趋势者合龙胆泻肝汤加减。

[用法] 水煎服, 每日 1 剂。

[功用] 滋阴清热, 凉血止血。主要适用于虚火上亢型血精症。

[疗效观察] 治疗血精症(精囊炎)28 例, 结果: 痊愈 13 例, 显效 6 例, 好转 4 例, 无效 1 例, 不详 4 例。疗程最短为 10 天, 最长者达 120 天。

(4) 宁血安精汤(舒光辉. 宁血安精汤治疗血精症 30 例. 浙江中医杂志, 1995, 30(9): 404) [组成] 生黄芪 20 克, 黄柏、牛膝、茜草各 12 克, 熟地、旱莲草、女贞子、小蓟、车前子、蒲公英各 15 克, 生甘草 6 克。

[加减] 阴虚火旺加知母、山栀子、丹皮、龟板; 下焦湿热加龙胆草、山栀子、木通、白茅根; 脾肾两虚加归脾丸; 瘀血阻络加桃仁、红花、川芎、三七粉。

[用法] 每日 1 剂水煎服, 15 日为 1 疗程。禁房事、烟酒, 忌辛辣等刺激食物。配合温水坐浴 15 分钟, 日 1~2 次。治疗 1~2 个疗程。

[功用] 滋阴补肾, 清热利湿, 宁血安精。[疗效观察] 治疗血精症 30 例, 1~2 个疗程后痊愈 23 例, 有效 5 例, 无效 2 例。

(5) 桃红四物汤(《医宗金鉴》卷四十四)

[组成] 熟地黄或干地黄 15 克, 川芎 8 克, 白芍 10 克, 当归 12 克, 桃仁 6 克, 红花 4 克。

[用法] 水煎服, 每日 1 剂。

[功用] 养血活血, 化瘀止血。治疗血精络伤血瘀者。

[分析]方中以四物汤养血活血,加桃仁、红花并入血分而逐瘀行血,主治络伤血瘀之血精症。本方攻破力较强,得效即止。

(6)澄精汤(《四川中医》,1990;(5):32)

[组成]大黄(后下)、桃仁、红花、当归、草薢、茯苓、泽泻、牛膝各10克,丹参、王不留行各15克,甘草、参三七(研末冲服)、芒硝(烊化)各6克,天龙1条,赤小豆、白茅根各30克。

[加减]射精涩痛者加生蒲黄、灵脂;腰痛加川断、狗脊;湿热甚者加车前子、木通、败酱草;阳痿加仙灵脾、阳起石、杞果;遗精加蒺藜、金樱子、锁阳;性欲淡漠加蛇床子、仙灵脾;失眠健忘加龙骨、牡蛎、远志、菖蒲;发热恶寒加柴胡、连翘、黄芩;低热加盐柏、知母、生地、阿胶。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]活血通络,化瘀止血。治疗血精瘀血阻络者。

[疗效观察]治疗精囊炎(血精症)24例,结果:痊愈18例,好转5例,无效1例。

3. 单味药治疗

(1)紫草(周梁.紫草可治血精.中医杂志,1996,37(2):71)

[药理]现代药理试验证明,紫色结晶性乙酰紫草素,水解后生成紫草醌,是萘醌衍生物,结构类似维生素K,有止血作用。还有对抗垂体促性腺激素的作用,能减轻精囊、前列腺的充血水肿。

[用法]紫草200克,研细粉末,每服6克,每日2次,温开水送服,15天为1疗程。或用紫草25克,水煎日服2次,可随证加减。并配用生大黄50克,煎水坐浴,将会阴部浸入药液中15分钟~30分钟,每日1次。

[疗效观察]治疗血精症12例,其中经诊断为前列腺炎所致的血精5例,精囊炎所致血精症7例,病程最长2年,最短1个月。结果治愈7例,好转5例,服药时间最长56天,最短8天。

[分析]血精大多为房劳过度,热毒炽盛,血热妄行,灼伤精室血络而成,紫草能清热解毒,引热从二便出,凉血活血并能止血。大黄亦有泻火凉血、活血祛瘀、推陈致新作用,水煎坐浴可以改善精囊、前列腺的血液循环,增强紫草的清热凉血、祛瘀止血的作用。故本法用治血精有较好疗效。

(2)仙鹤草(苏勋庄经验)

[药理]现代药理试验证实,仙鹤草具有改善微循环的作用,有止血作用。

[用法]仙鹤草60克,代茶饮,每日1剂。

[疗效观察]用仙鹤草代茶饮,配合服用龙胆泻肝丸,治疗血精症1例,1周即愈,随访半年未复发。(苏勋庄验案)

4. 其它疗法

(1)针灸疗法

[取穴]主穴:会阴、肾俞;配穴:阴虚火旺配太冲、照海、太溪、曲骨,湿热下注配阴陵泉、三阴交、太冲、中极。

[操作]采用泻法,重刺激,太冲、照海、太溪、曲骨用平补平泻法,阴陵泉、三阴交、太冲、中极用泻法,不留针,每日针刺1次,10次为1疗程。

(2)精囊前列腺按摩 每周1~2次,持续4周。

(3)局部温浴

用温开水或清热解毒、活血、利湿的中药汤剂坐浴,每日2次,水温保持在40℃~50℃左

右,每次20分钟左右。

(4) 离子透入法

[操作方法]先令病人解大便,然后用1‰黄连素溶液20毫升灌肠,并用药液浸湿纱布垫置于会阴部位,将浸湿纱布与直流电理疗器阳极相连接,阴极置于耻骨上,电流8mA~20mA,每次离子透入20分钟,每日1次,10次为1疗程。

[按语]此法局部药物浓度高,作用时间长,无痛苦,无副作用,病人容易接受,长期应用疗效也较好。

(5) 射频治疗

采用射频治疗仪治疗。

(6) 饮食疗法

金针菜,腌制成咸菜,常食清热毒凉血。

(7) 外治法

[组成]金银花15克,连翘15克,蒲公英15克,地丁15克,赤芍15克,丹皮15克,乳香15克,没药15克,桃仁15克,红花15克。

[用法]水煎熏洗会阴部,7日为1疗程,休息3天,再继续坐浴。

(8) 性生活指导

按前列腺炎、精囊炎进行治疗。一旦发生血精就应停止房事,采用磺胺药或抗菌素消炎治疗,但医生有时还采用精囊前列腺按摩的办法,让精囊内含有细菌的液体尽早排空,以利于恢复,因此,也有人主张不禁房事,以利精囊内含有细菌的液体随排精而排出体外。根据多数作者的意见,血精发生及治疗期间仍应禁忌房事。

(三) 中西医结合治疗

杨文伟等治疗精囊炎性血精症(杨伟文,等.精囊炎性血精症中西医结合治疗临床分析.新中医,1994,26(11):38~39),用解炎煎(生黄芪、黄柏各20克,山栀子、车前子各10克,旱莲草、茜草、蒲公英、败酱草、熟地、龟板、丹参各15克,生甘草6克,灯芯草10扎),每日1剂水煎服,并用喹诺酮类广谱抗生素 Tarivid 0.3克/日2次口服。温水坐浴(40℃~42℃)20分钟,每日1次。2周为1疗程,治疗期间禁房事、饮酒和辛辣刺激性食物,避免剧烈运动。结果:治疗21例,显效14例,有效6例,无效1例。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 生活要有规律,劳逸结合。
- (2) 保持合理的正常性生活,不可过频。
- (3) 忌烟酒,多吃水果,保持大便通畅。
- (4) 避免久坐,防止盆腔充血。

2. 中医措施

- (1) 调情志, 适劳逸, 忌郁怒。
- (2) 节淫欲, 避免房过度, 耗伤精气。
- (3) 清淡饮食, 忌烟酒辛辣刺激之品。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 耐心向病人作好病情解释工作, 正确回答病人提出的问题, 使病人明白血精症只不过是精囊的一种炎症等引起, 消除民间传统观点给病人造成的思想顾虑, 和对“血精”的误解, 增强其战胜疾病的信心, 积极配合治疗。

(2) 一旦发生血精应提早就诊, 合理检查, 以排除肿瘤及血液病等原因。单纯精囊炎、精囊前列腺结石等引起者, 一般不会有其他传变, 积极控制炎症等即可很快治愈。

(3) 适当休息, 避免久坐, 局部温浴和按摩可以帮助治疗。

2. 中医措施

- (1) 调情志, 适劳逸, 忌郁怒。
- (2) 节淫欲, 远房帷, 避免再伤精气。
- (3) 清淡饮食, 忌烟酒辛辣刺激之品。

第五节 脓精症

一、概 述

精液中脓、白细胞过多, 甚至射精为脓性精液, 称为脓精症。本症的概念主要是根据精液镜检结果而提出, 古代中医缺乏类似记载。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

其发病原因是分泌组成精液部分的液体的组织或器官发生细菌性感染而引起, 其中主要是附睾或精囊的细菌性感染。

2. 病理

其发生主要与附睾或前列腺、精囊的细菌性感染有关。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

中医分析其病因为, 平素过嗜烟酒或辛辣刺激性食品, 酿生湿热, 下注精窍; 或性事不洁,

从外感染邪毒,侵入精室。

2. 病机

其病机主要是湿热下注精窍或性事不洁,湿热毒邪从外而入所致。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

精液镜检有大量脓、白细胞,或肉眼脓性精液。往往伴有会阴部坠胀、或酸痛,或射精痛。

2. 体征

会阴部按压痛,或前列腺按摩时疼痛。

3. 实验室及其它检查

精液化验或前列腺液化验有大量脓、白细胞。

4. 并发症

本症由于细菌感染精液,多引起精子畸形、死精子增多,从而引起不育症。

5. 诊断要点

(1) 诊断

精液化验有大量脓、白细胞,或脓性精液即可以确诊为本症。

(2) 鉴别诊断

① 与精浊鉴别

精浊是指精液稠厚难化,其精液化验可有少量白细胞,但一般无脓细胞;而脓精症是指精液镜检有大量脓、白细胞,甚至肉眼脓精,脓精症可以同时存在精液不液化。

② 与精液色黄鉴别

肉眼脓精症,顾名思义可以肉眼观查到淡黄色或脓白色分泌物,但应与长时间无射精经历出现的精液色黄相鉴别。长时间缺乏射精经历,其精液可以稠厚色黄或淡黄,但镜检一般无脓、白细胞,其液化时间亦较正常。而脓精症则是因生殖道脓性分泌物的原因引起黄色或脓白色精液,镜检可以见到大量脓、白细胞。

(二) 辨证. 中医诊断

1. 辨证要点

本证见到大量脓、白细胞,中医学认为乃湿热毒邪化腐所生,以阴囊潮热汗湿腥臭,口苦咽干,心烦易怒,小便黄赤腥臊,舌质紫红或黯红,苔黄厚腻为辨证要点。

2. 辨证分型

本症乃湿热下注精窍或邪毒侵入精室所致。

[临床表现]精液中脓、白细胞量多,有时可以见到红细胞,会阴部坠胀或酸痛,阴囊潮热汗湿腥臭,口苦咽干,心烦易怒,小便黄赤腥臊。舌质紫红或黯红,苔黄厚腻。

[辨证分析]湿热下注精室,或性事不洁、外感湿热邪毒侵入精室,灼炼精液,腐化成脓,故见精液大量脓、白细胞,甚或呈脓性精液。湿热下注,则阴囊潮热汗湿腥臭,小便黄赤腥臊。湿

热耗炼津液,阴津不能上承,故口苦咽干。肝经环绕阴器,湿热下注阴窍,浸淫肝经,故肝郁心烦易怒。舌质紫红或黯红,苔黄厚腻,乃湿热之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

本症主要是因精囊或附睾的急性细菌性炎症而引起精液中脓、白细胞较多。因此,治疗上多采用抗细菌感染药物。但由于生殖道的特殊解剖关系,一般抗菌素很难达到有效的血药浓度,常用的药物有:氨苄青霉素 6 克静脉点滴,每日 1 次,或卡那霉素 500mg,每天 2 次肌肉注射;或配合口服利福平和 TMP,方法:利福平 300mg(1 片)、TMP80mg(1 片)各晨起 1 片、晚 2 片、用 15 天;而后每晚各 2 片,用 15 天;以后每晚各 1 片,用 90 天。

2. 对症治疗

急性感染引起者往往高热或低热,应在抗感染的基础上,适当给以解热镇痛剂。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

湿热下注精窍或邪毒侵入精室证

[治法]清热利湿解毒,佐以活血化瘀。

[方药]甘露消毒丹(《温热经纬》)加减

金银花、蒲公英、滑石、茵陈、黄芩、石菖蒲、木通、川贝母、射干、连翘、白豆蔻、藿香、丹参、赤芍、丹皮、苡仁。

[加减]伴有阴津亏虚者加麦冬、沙参、生地、知母;小便不利者加车前子、金钱草;血瘀重者,加乳香、没药;小便夹脓者加山甲、皂刺、王不留行。

[分析]方中用金银花、蒲公英、连翘、黄芩清热解毒燥湿;滑石、茵陈、木通清热利湿,通利小便;石菖蒲清热利湿安神;藿香、苡仁、肉豆蔻芳香化湿解毒排脓;丹参、丹皮、赤芍清热凉血活血。诸药合用共奏清热利湿解毒,活血化瘀之效。

2. 验方治疗

龙胆泻肝汤(《太平惠民和剂局方》)加减

[组成]龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、泽泻、木通、车前子、生地、当归、甘草、菟丝子、赤小豆、丹皮、苡米。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]清热利湿解毒。

3. 单味药治疗

(1) 金银花

[药理]现代药理研究发现,金银花有很强的抗菌和抑菌作用,对支原体、解尿脲原体等也有一定的抑制作用。

[用法]金银花 60 克,开水冲泡 20 分钟,代茶饮。每日 1 剂,连用 7 天为 1 疗程。

(2) 虎杖

[药物] 虎杖 20 克。

[用法] 水煎服, 每日 1 剂。

[作用] 清热解毒活血。

[药理] 药理研究证实, 虎杖具有抗疱疹病毒、埃耳病毒、柯萨奇病毒及广谱抗菌作用。

(3) 白花蛇舌草

[药物] 白花蛇舌草 30 克。

[用法] 开水冲泡, 盖焖 20 分钟, 即可饮用, 每日 1 剂。

[作用] 清热解毒。

[药理] 药理研究发现白花蛇舌草具有抗病毒、广谱抗菌作用, 以及抗肿瘤作用。

4. 其它疗法

耳穴疗法: 用注射针头在耳尖点刺放血 15 滴, 或用眼科小尖刀在耳尖部寻找一高度充盈的血管割破放血 5 毫升。隔日 1 次, 7 次为 1 疗程, 两耳交替放血。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

(1) 生活要有规律, 劳逸结合。

(2) 保持合理的性生活, 对排出混有脓细胞的精液有很大的作用, 但不可过频, 以防止前列腺等附属的过度充血, 加重炎症。

(3) 忌烟酒, 多吃水果, 保持大便通畅。

(4) 多喝白开水, 避免久坐, 防止盆腔充血。

2. 中医措施

(1) 调情志, 适劳逸, 忌郁怒。

(2) 节淫欲, 避免房过度, 耗伤精气。

(3) 清淡饮食, 忌烟酒辛辣刺激之品。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 耐心向病人作好病情解释工作, 正确回答病人提出的问题, 使病人明白脓精症只不过是泌精道的一种脓性感染而引起, 消除病人的思想顾虑, 和对“脓精”的误解, 增强其战胜疾病的信心, 积极配合治疗。

(2) 一旦发生脓精症应提早就诊, 合理检查, 以排除不良病变。本症一般不会有其他传变, 积极控制感染等即可很快治愈。

(3) 适当休息, 避免久坐, 局部温浴和按摩可以帮助治疗。

2. 中医措施

(1) 调情志, 适劳逸, 忌郁怒。

- (2) 节淫欲, 远房帷, 避免再伤精气。
- (3) 清淡饮食, 忌烟酒辛辣刺激之品。

第六节 精液酸碱度异常

概 述

正常精液 pH 为 7.2~8.9, 若 $\text{pH} < 7$ 或 > 9 时, 精子活力大大下降, 从而影响生育能力。目前西医已将精液酸碱度异常列入精浆异常的一个重要方面。因此, 本书将其归入精液病范畴。治疗上一般可用口服药帮助调整, 偏酸性时口服碳酸氢钠片, 每日 3 次, 每次 1.0g; 或口服 4% 枸橼酸钠溶液, 每日 3 次, 每次 5 毫升。偏碱性时口服 VitC 片, 每日 3 次, 每次 0.2g。也有为生育目的, 性交前女方使用抑酸或抑碱溶液冲洗阴道, 以消减男方精液偏碱性或偏酸性。中医对此症尚无专门研究, 有待于从病因病机和治疗学上进行探讨。

第三章 精子病

因精子密度低、死精子率高或精子活力低下、畸形精子率高甚或无精子等引起的精液质量问题,这里统称之精子病。精子病是临床上引起男性不育症的直接原因。

精子病都是现代医学通过一定的光学检查而确诊。因此都属微观病症名称,中医无相应病症名,可以统归于“精病”。

第一节 少精子症

一、概 述

少精子症是指精液中精子数目减少,密度低。正常情况下,人类1毫升精液中应含有精子个数为 $60\sim 150\times 10^6$,1次射精量为2毫升~6毫升,每次射精约排出精子1.2~1.5亿以上。精子密度与两次射精间隔时间的长短有关。一般认为检查前禁欲5天,精子密度低于 $60\times 10^6/L$ 者,受孕能力降低;低于 $20\times 10^6/L$ 时,受孕机会则很少。因此,把精子数正常标准的最低值定为 $20\times 10^6/L$,一次射精总数为1亿;低于这个数值即为少精子症,表示生育力低下。少精子症并不意味着完全无生育力,有人报道若精子数大于 $10\times 10^6/L$ 而小于 $20\times 10^6/L$,女方怀孕率可达0%~61%;若低于 $10\times 10^6/L$,则女方怀孕较精子数大于 $10\times 10^6/L$ 者下降约52%。

实际上少精子症是实验室的结果,可以作为一种微观诊断,是一个综合征,中医没有相应的病名,但古籍记载的“少精”或“精少”,微观上应当包含少精子症。

有人统计,包含22种因素在内的男性不育症7273例中,特发性少精子症占717例,约为9.86%,说明了少精子症是引起男性不育症的一个较常见的原因。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

很多疾病或因素都可以导致发生少精子症。常见的有:

(1)生殖道感染 生殖道感染约占少精子症的26%。①生殖道急性感染:急性睾丸炎可由睾丸实质广泛破坏而致睾丸生精功能减退或消失。附睾的急性感染可使输精管道梗阻及相邻的睾丸实质萎缩,其中附睾的这种梗阻可以是可逆性的,而后者是在急性附睾炎期间细菌侵入睾丸实质造成损害,是不可逆的,若损害严重则可表现为少精子症或无精子症。急性前列腺炎和(或)精囊炎可造成射精管水肿、受压而致完全或不完全梗阻,而这类感染大多数造成梗阻是暂时性的,经抗生素治疗后可恢复通畅,因而该种原因导致的少精子症多是一过性的。②生

殖道慢性感染;生殖道的慢性感染可以造成附睾管或射精管的部分阻塞而使精子数减少。但大多数男子附属性腺的慢性感染都属临床隐性感染,对精子产生交无明显影响。

(2)精索静脉曲张 约24%的少精子症是由于精索静脉曲张造成的,也有报道为39%的。关于其导致少精症的原因,是精索静脉曲张可由于温度及毒素等原因,使精子形态及活动力受到影响,继而对精子计数也产生影响。但精子质量和精索静脉曲张的严重程度并不成正比,有时精索静脉曲张已很严重,但精子质量仍很好,仍有致孕能力;而有的人精索静脉曲张很轻,却对精子质量产生很大影响。

(3)染色体异常 染色体畸变,特别是性染色体畸变对精子密度、活动率、前向运动率及形态均有严重影响,故对精子密度低于 $10 \times 10^9/L$ 者都应作染色体分析。染色体异常在少精子症中的发生率为1.76%。

(4)隐睾 少精子症中隐睾约占9%。隐睾的组织学研究表明,不但隐本身有组织学损害,而且在单侧隐睾已下降至阴囊的睾丸中也有组织学的损害,这种先天性的组织学改变在以后的异常环境(异常位置、异常温度)中进一步损害,从而导致生精功能低下。有人统计,单侧隐睾约60%也可造成不育。

(5)内分泌异常 由于脑垂体释放的促性腺激素减少而引起的性功能低下、糖尿病、甲状腺机能减退等都可造成少精子症。

(6)自身免疫 自身免疫可以通过二种途径造成少精子症:①自身免疫影响精子的发生使生殖细胞脱落。②睾丸及附睾的自身免疫过程可造成精子输出的阻断。

(7)其它疾病 ①肥胖:过于肥胖是男性生育力低下的一个重要原因,虽然这些人睾丸大小及其第二性征正常,但血中睾酮水平却明显下降,雌激素水平则升高。精液分析可显示少精子症或精子活动及前向运动障碍。②截瘫:青春期后发生截瘫的病人约50%睾丸活检提示生精功能低下或阻滞,现在一般认为这与截瘫病人阴囊内温度升高有关。③慢性肝脏疾病:在慢性肝脏疾病的患者中,47%的有睾丸萎缩,大多数病人为少精子症。④尿毒症:睾丸生精障碍在尿毒症患者中较常见,睾丸活检可表现为生精低下或阻滞、唯支持细胞等。透析治疗可维持生精状态相对稳定,有些肾移植术后病人生育力恢复。肾移植后持续的生育力障碍可能继发于免疫抑制剂的应用。⑤镰刀状红细胞性贫血:这类男性常有身材发育及性成熟障碍,睾丸功能障碍,生精障碍,这与促性腺激素升高及LHRH反应过度有关。由于这些病人的血锌常是减低的,因此,睾丸萎缩导致的少精子症很可能是锌不足造成的。

(8)外源性因素的影响 外源性因素包括:①物理因素:电离辐射(X射线和γ射线)和非电离辐射(包括射频辐射(无线电波)、微波、红外线、紫外线、超声、激光)。②化学因素:合成的有机杀虫剂、除莠剂、杀真菌剂、杀螨剂及熏剂、食物添加剂、工业化学制品、化学元素。③药物因素:化疗药物、作用于中枢神经系的药物、抗高血压及激素类药物。上述因素都可以引起少精子症。

(9)生理因素及营养因素 生理因素:①年龄:目前有关年龄与精液质量及生殖功能方面的研究很少,对老年人的睾丸活检显示生精可以正常。睾丸精子生成在30岁后开始逐渐下降,约50%的老年人在70岁之前会发生自发性睾丸输出管梗阻,从而导致少精子症。②应激:有人对二次大战期间战俘的精液检查发现,精液量少、精子计数偏低,说明应激、情绪紧张或低落也可以导致少精子症。③禁欲及性交频度:禁欲虽可以增加精液容量及精子密度,但精子活力则降低,随着射精量的增加,精子活动的数量及质量明显下降。短时间内频繁射精可见精液

量及精子数减少,但精子活力明显增强。故少精子症病在女方排卵期增加性交频率(隔天1次)有时可使妊娠率增高。

营养因素:内分泌功能的完整取决于足够的营养供给。营养可影响激素的合成和释放,而激素反过来也影响营养的需要。实验和临床研究表明,急慢性饥饿、热量的限制、蛋白质的质量、维生素及矿物质的缺乏会改变内分泌腺体的功能。营养缺乏能改变垂体和睾丸之间的平衡,其对内分泌的影响类似“假性垂体切除”。因此,营养缺乏可以引起睾丸组织学的改变,导致生精功能低下而发生少精子症。

(二)中医的病因病机

1. 病因

先天不足,后天失养;或房劳手淫过度,频繁施泄,损耗肾精;或饮食不节,思虑伤脾,导致脾胃虚弱,不能化生水谷精微,肾精失充;或嗜酒吸烟,喜食辛辣,内生湿热,损伤肾精;或肥盛痰多,痰湿壅滞精窍;或外力、手术等损伤,均可导致精子量少。

2. 病机

(1)先天禀赋不足,如隐睾、性染色体畸变等,肾精不足,生精减少。

(2)肾气不足,精气衰少:素体肾虚,或房劳过度,频繁施泻,损伤肾气,耗伤肾精;或过服补阴补阳药物,或大病久病之后损伤肾之阴阳,则精气衰少。

(3)脾胃虚弱,化源不足:思虑伤脾,或饮食不节,损伤脾胃,不能受纳腐熟水谷,水谷精微不得运化,先天肾精失其充养,化源不足,故生精减少。

(4)湿热下注,灼伤肾精:素喜辛辣,或偏暑嗜饮酒,湿热内蕴,或外感湿毒,下注精泉,灼伤肾精,生精减少。

(5)痰浊凝滞,涩精难出:素体肥胖,痰湿壅盛,或过食肥甘厚腻,痰湿内生,凝滞精窍,涩精难出,故精子量少。

(6)瘀血阻滞,精路不畅:血瘀体质,或他病导致血瘀,阻滞经络,肾脉不畅,则肾精失养,生精量少;若瘀血阻滞精路,排精不畅,亦可造成精子量少。

总之,少精子症的病因病机不外肾虚和邪实,肾虚是生精减少;邪实则为湿热灼伤肾精或痰浊、瘀血阻滞精路、精路不畅,导致精子量少。

三、临床诊断

(一)辨病. 西医诊断

1. 症状

由生殖道急性感染引起者,可表现为发热、生殖道的疼痛及射精痛等症状,如急性睾丸炎、附睾炎等;生殖道的慢性感染引起者,主要表现为生殖道局部隐痛、坠胀等;精索静脉曲张者则可以出现患侧睾丸坠胀、隐痛,甚者牵掣患侧小腹;内分泌异常者则表现为相应疾病的症状。但不管何种原因引起的少精子症,其最终结果均表现为患者生育力低下,甚至不育。

2. 体征

前列腺炎、精囊炎者,会阴部按之疼痛;睾丸炎、附睾炎者,则患侧睾丸或附睾按之疼痛;精

索静脉曲张者,患侧可以扪及迂曲的精索静脉。

3. 实验室及其它检查

精液常规化验,精子密度低于 $40 \times 10^9/L$,一次射精总数低于 1 亿。

4. 并发症

本症常常与精子活力低下或死精子症、畸形精子过多、脓精症等同时发生,主要并发男性不育症。

5. 诊断要点

(1) 诊断

本症的诊断主要依靠精液的常规化验,只要镜检精子密度低于 $40 \times 10^9/L$,即可确诊。

(2) 鉴别诊断

少精子症可分为两种类型,一种是暂时性少精子症,一种是永久性少精子症。前者是指平均精子数经常低于 $10 \times 10^9/L$,有时也高于此,其它指标也可变化甚至接近正常;后者是指平均精子数从未超过 $10 \times 10^9/L$,精子活动率低于 50%,前向运动精子率低于 2.5%,正常形态精子低于 60%。治疗上,前者预后较好,后者预后差。

少精子症需要进行鉴别诊断的有以下疾病或因素:

① 男性生殖道感染 生殖道感染约占少精子症的 26%;

② 精索静脉曲张 约 24%~39% 的少精子症是由于精索静脉曲张造成;

③ 染色体异常 性染色体畸变对精液质量有严重影响,染色体异常在少精子症中的发生率约占 1.76%;

④ 隐睾 少精子症患者中隐睾约占 9%;

⑤ 内分泌异常 内分泌紊乱引起精子发生障碍,可导致少精子症或无精子症,临床上通过内分泌学检查可以测定生殖激素的水平,来确诊少精子症的原因;

⑥ 自身免疫 参见男性免疫性疾病一章;

⑦ 环境及理化因素 通过对患者职业、居住环境及有害理化物质接触史进行问诊,一般可以筛选出引起少精子症理化因素;

⑧ 性交频率 短时间内频繁泄精,可导致精液量及精子密度减少,但精子活力往往明显增强。

(二) 辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本症根据精液检查容易诊断,中医按照脏腑辨证和八纲辨证,可将其分为肾阳不足、肾阴不足、脾胃虚弱、湿热下注、痰浊凝滞、瘀血阻滞等六个证型,其辨证要点为:精子量少,精液清稀而冷,或夹有粘冻样稠块,伴有性欲低下,畏寒肢冷,小便清长,舌淡苔白,脉沉细无力等肾阳不足表现者为肾阳不足,精气衰少证;精子量少,精液量少而稠或精液不液化,伴有性欲亢进,阳事易兴或见早泄、五心烦热、口干咽燥、舌红苔少,脉细数等肾阴不足表现者为肾阴不足,精气衰少证;精子量少,伴精液量少或增多,精子活力差,纳呆食少,面色萎黄,形体消瘦,大便稀薄或溏,舌淡苔白滑或胖,脉沉弱等脾胃虚弱等表现者为脾胃虚弱,化源不足证;精子量少,死精多,精液内有脓细胞、红细胞、白细胞等,或见精液色黄量少、不液化,伴口苦粘腻不爽,渴不欲饮,小便热赤涩痛,而红目赤,心烦易怒,舌质红苔黄腻,脉滑数等湿热下注表现者为湿热下

注,灼伤精液证;精子量少,见精液量少粘稠或不液化,痰盛体质,形体肥胖,食少纳呆,舌红苔白腻,脉沉滑或沉缓等痰湿壅盛表现者为痰浊壅盛,涩精难出证;精子量少,射精不畅,射精时会阴部及尿道胀痛,伴见心烦易怒,胸胁胀痛,口唇色黯或发紫,或有精索静脉曲张,舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉弦或涩气滞血瘀表现者为瘀血阻滞,精路不畅证。

2. 辨证分型

(1) 肾阳不足,精气衰少证

[临床表现]精子量少,精液清稀而冷,或夹有粘冻样稠块;性欲低下,畏寒肢冷,腰膝酸软,面色㿔白,精神萎靡,小便清长。舌淡苔白,脉沉细无力。

[辨证分析]肾阳不足,不能育化生精,故精子量少,精液清冷而稀,甚者夹有粘冻样稠块;肾阳虚衰,相火不旺,故性欲低下;不能温煦腰府及四肢,则腰膝酸软,畏寒肢冷;阳气不振,气血不升,则面色㿔白,精神不振;肾阳虚衰,不能助膀胱气化,故小便清长;舌淡苔白,脉沉细无力乃肾阳虚衰,不能鼓脉运行之象。

(2) 肾阴不足,精气衰少证

[临床表现]精子量少,精液量少而稠或精液不液化;性欲正常或亢进,阳事易兴或见早泄;腰膝酸软,神疲乏力,头昏目眩,失眠健忘,五心烦热,口干咽燥,发脱齿落。舌红苔少,脉细数。

[辨证分析]肾阴不足,元精匮乏,故精子量少、精液量少,阴虚火旺,则炼液而浊稠或精液不液化;肾阴不足,相火旺盛,故性欲亢奋,阳事易兴,或见早泄;腰为肾之府,肾阴不足,不能充养腰府,则腰膝酸软,神疲乏力,阴精亏虚,头目清窍失养,则头昏目眩,失眠健忘;肾主骨生髓,齿为骨之余,肾阴亏虚,骨失其养,发失髓养,故发脱齿落;五心烦热,口干咽燥,舌红苔少,脉细数乃阴虚火旺之象。

(3) 脾胃虚弱,化源不足证

[临床表现]精子量少,精子密度 <2000 万/ml,精液量少或增多,精子活力差;或见阳痿,神疲乏力,气短懒言,纳呆食少,面色萎黄,形体消瘦,大便稀薄或溏。舌淡苔白滑或胖,脉沉弱。

[辨证分析]脾胃虚弱,不能化生水谷精微,后天之精不充,故精子量少,精液量少,若脾虚失其健运,水湿流注精窍,则精液量多;脾胃虚弱,气血不足,故精子活动力差;脾胃虚弱,宗筋失养则易发阳痿;神疲乏力,气短懒言,纳呆食少,面色萎黄,形体消瘦,乃脾胃虚弱,气血不足之征;脾虚,不能助胃受纳腐熟水谷,故大便稀薄或溏;舌淡苔白滑或胖,脉沉弱乃脾气不足之象。

(4) 湿热下注,灼伤精液证

[临床表现]精子量少,密度低于 2000 万/ml,死精多,精液内有脓细胞、红细胞、白细胞等,或见精液色黄量少、不液化;睾丸及会阴部胀痛不适,射精疼痛或灼热感;口苦粘腻不爽,渴不欲饮,小便热赤涩痛,面红目赤,心烦易怒。舌质红苔黄腻,脉滑数。

[辨证分析]湿热下注精窍,灼伤精液,精气受损,则精子量少,死精多,湿热蒸腐,则精液内有脓、白、红细胞;热邪蒸化,则精液色黄量少或稠而不液化;湿热之邪客于肝经,厥阴阻滞不通,则睾丸及会阴胀痛不适,射精疼痛或灼热感;湿热熏蒸,津难上承,则口苦粘腻不爽,渴不欲饮,湿热下注膀胱,则小便热赤涩痛;湿热上窜于头目,则面红目赤;湿热阻滞,扰乱心神,则心烦易怒。舌质红苔黄腻,脉滑数乃湿热蕴结之象。

(5) 痰浊凝滞,涩精难出证

[临床表现]精子量少于 2000 万/ml,可见精液量少粘稠或不液化;少腹疼痛,或睾丸肿硬

疼痛,痰盛体质,形体肥胖,咳而多痰,或呕吐涎水,痰涎稠粘,面色萎黄,神疲困倦,食少纳呆。舌红苔白腻,脉沉滑或沉缓。

[辨证分析]痰浊阻闭,精窍不通,则精泄受阻,精子量少,痰浊结聚,则精液粘稠或不液化;痰浊凝滞厥阴肝经,则少腹疼痛,或睾丸肿硬疼痛;形体肥胖,咳而多痰,或呕吐涎水,痰涎稠粘乃痰浊凝滞之象;痰浊之邪困滞于脾,脾失健运,气血不足,则面色萎黄,神疲困倦,食少纳呆。舌红苔白腻,脉沉滑或沉缓乃痰湿困脾之象。

(6)瘀血阻滞,精路不畅证

[临床表现]精子量少,射精不畅,射精时会阴部及尿道胀疼;心烦易怒,胁肋胀疼,下腹两侧坠痛,口唇色黯或发紫,精索静脉曲张。舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉弦或涩。

[辨证分析]瘀血阻滞,精路不畅,则射精不畅,射精时会阴部及尿道胀疼,精路不畅,精子不能尽出则精子量少;气血瘀滞厥阴,则情志不畅,心烦易怒,胁肋胀疼,下腹两侧坠痛,甚则发为筋聚(精索静脉曲张);口唇色黯或发紫,舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉弦或涩,乃气滞血瘀之征。

四、治疗

(一)西医西药治疗

1. 常规治疗

(1)内分泌治疗

①甲状腺素 0.06g,每日1~2次。

②雄性激素类药物

a. 睾酮 常用药物如下:

丙酸睾酮(Etopionate Testosterone),50mg,每日1次,肌肉注射,共1月~3个月。

庚酸睾酮(Enanthate Testosterone),200~250mg,每1周~2周1次,肌肉注射,共6周~8周。

环戊丙酸睾酮(Decanoate Testosterone)200mg,每周1次,肌肉注射,共12周。

按语:补充外源性睾酮对内源性睾酮缺乏引起的少精子症并无直接治疗效果,Heller(1950)创用的所谓“睾酮回跳疗法(或称反跳疗法)(Testosterone rebound therapy)”利用大剂量激素的摄入,通过内分泌反馈作用,迅速抑制脑垂体促性腺激素的释放,使得睾丸生精功能暂性停止,以致造成无精子或严重少精子状态,一旦停用睾酮,脑垂体即可大量释放出贮存的促性腺激素,使睾丸生精功能得以恢复。由于是短时期内促性腺激素水平的骤然增加,刺激睾丸生精功能格外显著,所以精子计数明显增加,并可超过治疗前水平,利用这个精子数“回跳”的机会,有可能生育。值得注意的一点是,睾丸回跳疗法一般用药剂量大,疗程时间长。因此,面临一个药物副作用的问题,主要包括前列腺增生、痤疮、阴茎持续勃起,男性乳房发育和红细胞增多症,这些副作用与剂量大小有关,但具可逆性,停药后会逐渐消退。另外,尚有肝功能损害的弊端,包括血清转氨酶、乳酸脱氢酶及胆红素等水平增加,胆红素的增加是由于药物造成肝内胆汁郁积的缘故。因此,在采用睾酮回跳疗法时,应该注意随访监护。

b. 人工合成睾酮衍生物

常用的有:

氟羟甲睾酮(Fluoxymesterone), 10mg~20mg, 每日2次口服, 共6周~8周。

甲基二氢睾酮(Mesterolone), 50mg~100mg, 每日2次口服, 共12周~16周。

以上剂量作为1个疗程, 可重复1~2疗程。

③抗雌激素药物(参见精液量少)

④LHRH及其同类物(LHRH-Analogs)

⑤催乳素抑制剂。目前使用的主要药物是溴隐停, 作为男性不育高催乳素血症时应用。开始每晚服用1.25mg~2.5mg, 2天~3天后增加至2.5mg, 每日2次, 多数每日达到7.5mg剂量即能有效, 并维持用药一段时间。副作用: 用药头几天有恶心、眩晕、倦怠、呕吐, 用药量较大时可出现嗜睡、幻觉、便秘、口干、立位性低血压、腿肌痉挛、运动障碍等现象。减少剂量或停药后会消失或减轻。在进食时服用, 可减少上述副作用。

(2)精氨酸 每日口服4.0g。

2. 对症治疗

(1)生殖道感染 包括急性睾丸炎、附睾炎、急性慢性前列腺炎、急性慢性精囊炎等, 其各自的治疗参见有关章节。

(2)精索静脉曲张 精索静脉曲张的治疗多采用手术治疗, 这里不作介绍。目前尚无特效的药物, 因精索静脉曲张引起的不育, 但某些药物在手术治疗前后作为辅助手段还是有益的, 可以促进精液质量的改善和提高生育力。

①绒毛膜促性腺激素 1000单位, 肌肉注射, 每周2次, 共用3个月。

②睾丸酮或睾丸素 一般用丙酸睾丸酮50mg, 肌肉注射, 隔日1次, 共用3个月。

③克罗米芬 每日50mg, 连用3个月。

④激素三联疗法 有人用促性腺激素释放激素加睾丸酮和雌二醇治疗不育, 认为对精子严重缺乏或精子数每毫升少于3000万个者, 有一定疗效。

⑤其它 考的松、维生素E、甲状腺素等对促进睾丸生精功能的恢复有一定作用。

⑥中医对精索静脉曲张的辨证施治有较好疗效, 参考《精索静脉曲张》一节的有关内容。

(3)染色体异常 目前尚无法治疗。

(4)隐睾 目前主要是早期手术治疗, 青春期以后手术对于生育目的基本无作用。

(5)内分泌异常 治疗原发病, 参见本节内分泌治疗。

(6)自身免疫 参照免疫性不育一节。

3. 并发症治疗

本症常常与精子活力低下或死精子症、畸形精子过多、脓精症等同时存在, 其直接的结果是导致男性不育症。治疗可参考有关章节。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)肾阳不足, 精气衰少证

[治法]补肾助阳, 益气填精。

[方药]五子衍宗丸(《医学入门》)合金匱肾气丸(《金匱要略》)、四君子汤(《太平惠民和剂局方》)等化裁。

五味子 10 克、菟丝子 15 克、枸杞子 15 克、覆盆子 12 克、熟地 20 克、山药 20 克、山萸肉 10 克、党参 12 克、白术 10 克、茯苓 12 克、仙茅 12 克、仙灵脾 12 克、巴戟天 12 克、肉苁蓉 12 克、鹿角胶 10 克、附子 10 克、肉桂 6 克、炙甘草 6 克。

[分析]方用五味子、菟丝子、枸杞子、覆盆子益肾填精,熟地、山萸肉滋补肝肾,仙灵脾、巴戟天、仙茅温阳益肾,肉苁蓉、鹿角胶温补肾阳,山药、茯苓、党参、白术健脾益气,肉桂引火助阳,附子大热之品,温补肾阳,炙甘草调和诸药。

(2) 肾阴不足,精气衰少证

[治法]滋阴填精,补肾益气。

[方药]五子衍宗丸(《医学入门》)合八仙长寿丸(《寿世保元》)加减。

五味子 15 克、菟丝子 15 克、枸杞子 15 克、覆盆子 15 克、丹皮 10 克、熟地 15 克、山药 20 克、山萸肉 15 克、党参 12 克、麦冬 15 克、龟板 15 克、何首乌 20 克、海狗肾 1 对、知母、黄柏各 6 克。

[分析]方中五味子、菟丝子、枸杞子、覆盆子益肾填精,熟地、山萸肉滋补肝肾,丹皮、麦冬、何首乌、知母、黄柏、龟板滋阴清热,党参益气,海狗肾暖肾助阳,益肾填精。诸药合用,共奏滋阴土填精,补肾益气的作用。

(3) 脾胃虚弱,化源不足证

[治法]健脾养胃,补血生精。

[方药]毓麟珠(《秘本种子金丹》)

当归、熟地、白芍、川芎、人参、白术、茯苓、甘草、鹿角霜、菟丝子、杜仲、川椒、淮山药、鹿角胶、枸杞子、巴戟天、胡桃肉、山萸肉。

[分析]本方比《景岳全书》之毓麟珠(女用)多四味药。方中巴戟天、鹿角胶、鹿角霜、杜仲、菟丝子、胡桃肉补肾气以填精;川椒入督脉,补肾阳;怀山药既可健脾,又可益肾填精;熟地滋补肾精;川芎、白芍、当归补血;人参、白术、茯苓、炙甘草补气。全方既能健脾养胃,补益气血,又可滋补肾阴,养精生精。

(4) 湿热下注,灼伤精液证

[治法]清利湿热,护养精泉。

[方药]甘露消毒丹(《温热经纬》)合六味地黄汤(《小儿药证直诀》)

滑石、茵陈、黄芩、石菖蒲、木通、川贝、射干、连翘、薄荷、白豆蔻、藿香、熟地、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮。

[分析]方用滑石、茵陈、木通、泽泻清热利湿通利小便;黄芩、连翘清热解毒燥湿;石菖蒲、白豆蔻、藿香、薄荷清热解毒,芳香化湿;熟地、山药、山萸肉滋补肝肾;川贝、射干化痰利窍;茯苓健脾运湿;丹皮清热凉血。诸药合用,功能清热利湿,滋补肝肾,护养精泉。

(5) 痰浊凝滞,涩精难出证

[治法]健脾化痰,益气通精。

[方药]二陈汤(《局方》)合补中益气汤(《脾胃论》)加减

制半夏、陈皮、茯苓、甘草、升麻、柴胡、人参、海藻、夏枯草、丹参、乌药。

[分析]方中二陈汤健脾行湿化痰,人参补气,以增二陈行湿之力;升麻、柴胡升清降浊;海藻、夏枯草化痰软坚;丹参活血化瘀;乌药温肾散寒行气。诸药合用,健脾化痰,益气通精。

(6) 瘀血阻滞,精路不畅证

[治法]活血化瘀,疏通精路,兼以补肾填精。

[方药]少腹逐瘀汤(《医林改错》)加减

小茴香 6 克、炮姜 6 克、玄胡索 10 克、五灵脂 6 克、没药 6 克、乳香 6 克、川芎 10 克、当归 10 克、蒲黄 12 克、肉桂 6 克、赤芍 12 克、淫羊藿 15 克、红花 6 克、韭菜子 12 克、木通 6 克。

[分析]方中小茴香、炮姜、玄胡索温经理气,疏通厥阴;五灵脂、蒲黄、乳香、没药、川芎、赤芍、红花活血化瘀;当归温养气血;淫羊藿、韭菜子、肉桂温肾壮阳益精;木通清热通淋。诸药合用,活血化瘀,疏通精路,兼能补肾填精。

2. 验方治疗

(1)生精种子汤(又名生精种玉汤)(《当代名医临证精华·男科专辑》李广文方)

[组成]黄芪 30 克、仙灵脾 15 克、川断 15 克、首乌 12 克、当归 12 克、桑椹子、枸杞子、菟丝子、五味子、覆盆子、车前子各 9 克。

[加减]纳少腹胀者,加木香、陈皮各 9 克;性欲低下,射精无力者,加阳起石 30 克、巴戟天 9 克;气虚者,加党参 30 克;失眠多梦者,加炒枣仁 15 克、合欢皮 9 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]益肾填精,补气养血。

[疗效观察]使用本方,一般 3 个月见效(因新的精子从产生到成熟约需 74 天左右),生成精子的高峰期可维持 3 个月至 1 年,之后逐渐减少。

[分析]方中仙灵脾、川断、菟丝子温肾壮阳,鼓动肾气,激发生精功能;首乌、枸杞子、桑椹子滋补肝肾,填精化源;覆盆子、五味子固肾涩精,寓养精蓄锐之意;车前子泄肾中虚火,善行通利以防其壅;黄芪补气,当归养血,冀气血旺盛,循精血互生之途益肾精之不足。

(2)生精汤(《中医诊疗男性不育与性功能障碍》张志英方)

[组成]熟地 40 克,山萸肉、山药、五味子各 20 克,淫羊藿 30 克,覆盆子、枸杞子、菟丝子各 25 克,泽泻、茯苓、丹皮、车前子、龟板、鹿角胶各 15 克。

[加减]肾阴不足,加肉苁蓉、何首乌、女贞子、旱莲草;精液清稀之肾气不足者,加党参、韭子、附子、肉桂、巴戟天、鹿茸;精液中有红细胞或脓细胞多为阴虚火旺或兼湿热下注,加小蓟、炒蒲黄、知母、黄柏、金银花。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]补肾填精。

(3)增精丸(《中医精华浅说》黄海波方)

[组成]雄蚕蛾、鹿角胶、淫羊藿、制附子、菟丝子、怀牛膝、覆盆子、石斛、韭子、肉苁蓉等。

[加减]肾阳虚,加肉桂、巴戟天、海狗肾;肾阴虚,加桑寄生、女贞子、旱莲草;气血两虚,加黄精、人参、枸杞、熟地、白芍;气滞血瘀,加穿山甲、路路通、牛膝、元胡。

[用法]上药共研细末,制成蜜丸,每丸 9 克~12 克,早、中、晚各服 1 丸,白开水送服,15 天~20 天为 1 疗程。忌饮酒,节制房事,消除烦恼。

[功用]补肾增精,益髓壮阳,输通精道。

[疗效观察]治疗 376 例,1~10 疗程,治愈 214 例,有效 103 例,无效 59 例。

(4)生精赞育丸(《当代名医临证精华·男科专辑》陈文伯方)

[组成]仙灵脾、肉苁蓉、山药、枸杞子。

[加减]肾阳不足,加附子、肉桂、巴戟天、菟丝子;阴精匮乏,加制首乌、熟地、女贞子、知母;

精室湿热,加黄柏、知母、龙胆草、野菊花;精脉瘀阻,加丹参、红花、赤芍。

[用法]水煎,每日1剂,每日服2次;或制成蜜丸,每丸9克,每服2丸,每日服2~3次,白开水送下,3个月为1疗程。治疗期间须防止感冒,性生活以每月2~4次为宜,不可过频,使已亏之精免遭戕伤。阴精匮乏与精室湿热型者并禁烟酒、辛辣食品;肾阳不足型患者需忌食生冷、冰镇食物。

[功用]调补阴阳,生精赞育。

[分析]方用仙灵脾、肉苁蓉补肾兴阳,生精充髓,性味温而不燥,无劫阴之弊;山药甘平,脾肾双补,行壮后天益先天之实;枸杞子性味甘平,滋阴补填精,微振元阳,使肾精得充而肾气渐旺,诸品合用,燮理阴阳,共收生精赞育之功。

(5)生精毓麟汤(庞保珍,等.生精毓麟汤治疗精稀不育症61例.陕西中医学院学报,1995,18(2):43)

[组成]熟地12克,山药、淫羊藿、枸杞子、党参各15克,山萸肉、川断、五味子、覆盆子、王不留行各10克,茯苓、丹皮各6克,菟丝子、丹参、黄芪各20克。

[加减]随症加减。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]滋阴育阳,生精毓麟。用于治疗精稀不育症。

[疗效观察]治疗61例,治愈27例,显效15例,有效11例,无效8例,总有效率86.9%。

(6)益肾生精汤(《江苏中医》1991;(6):16)

[组成]山萸肉、淫羊藿各12克,熟地黄20克,茯苓15克,山药、枸杞子各18克,高丽参6克,丹皮、炙甘草各10克。

[用法]水煎服,每日1剂,加水800毫升,文火煎至400毫升,早、晚2次分服。

[功用]补益肝肾,生精助育。治疗少精子症。

[疗效观察]治疗少精子症60例,服药2~3个疗程后,痊愈50例(配偶怀孕),有效6例,无效4例,总有效率为93.3%。

(7)乌蓉补精汤(《男性不育与性功能障碍》)

[组成]何首乌30克,肉苁蓉20克,菟丝子15克,蛇床子10克,熟地10克,山药15克。

[加减]

①阴虚加天冬10克,麦冬20克;

②湿热加黄柏、龙胆草各10克;

③气滞加枳壳、川楝子各10克。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。连服2个月为1个疗程。

[功用]强肾化精,健脾助孕。主治少精子症。

[疗效观察]治疗少精子症、精弱所致男性不育症40例(其中无精子症4例),结果治愈(女方妊娠)13例(占32.5%),显效(化验指标全部正常,但女方未得妊娠)21例(占52.5%),无效(化验无明显变化)6例(含6例无精子症)。总有效率为85%。

3. 单味药治疗

(1)仙灵脾

[药理]药理研究证明,淫羊藿具有很强的促进精液分泌作用,其叶及根部作用最强,果实次之,茎部最弱。以小鼠前列腺、精囊、提肛肌增重的方法证明淫羊藿提取液具有雄性激素样作

用。注射其提取液 20 毫升~40 毫升,其效力相当于 7.5 微克睾丸素(许士凯《性药学》)。但有观察认为,仙灵脾有与克罗米芬类似作用,长期过量服用亦可引起精子量减少。

[用法]仙灵脾 18 克,水煎服。

(2) 罗勒

[药理]药理研究证明,罗勒提取物有很好的促进生精作用。其作用较克罗米芬好,但无后者的副作用。

[用法]罗勒 60 克,水煎服,每日 2 次。

(3) 人参(朱恒才,巩殿芹,魏春荣等.国外运用中医药治疗男性病的近况.国外医学,中医中药分册,1993,15(4):1)

[药理]据 R. Frank. Chandler 报道,对中医传统观点“人参是催欲药”进行研究。发现该药能促进雄性大鼠与兔的精子生成。由此推测人参由于恢复人体的活力,从而产生催欲作用,增强性活力。

[用法]用人参煮当年公鸡,每周 1 只。

[疗效]常食可以催欲增精,具有很好的强身作用。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

① 处方一

[取穴]中极、气海、百会、上、气冲、足三里、三阴交和曲泉。

[方法]针刺观察了 28 例精子密度降低、活动度减少的“低生育力”男子。通过治疗前询问病史,作 2~3 次精子图,每次相隔 4~5 天,患者至少有 6 个月精子密度低于 2000 万(下限为 600 万)、活动度低于 50%(下限为 25%)。排除静脉曲张,高 FSH,高 PRL 血症,疗程 3 周半,每周 3 次,留针 30 分钟。治疗结果用 t 检验及 Wilcoxon 分级试验法统计。

[疗效观察]结果患者精子总数由针刺前的 73.03 ± 18.28 (百万/ml)增加到治疗后的 137.55 ± 23.14 ;精子密度由 28.69 ± 8.48 (百万/ml)增加到 48.65 ± 7.67 (百万/ml)。35 分钟后活动度由 $56.17\% \pm 4.31\%$ 上升到 $67.28 \pm 4.33\%$,24 小时后由 $9.59\% \pm 4.31\%$ 上升到 $25.17\% \pm 4.66\%$;向前运动精子总活动度由 $43.84\% \pm 15.68\%$ 上升到 $88.81\% \pm 16.41\%$;性激素无明显变化,仅 T 值轻度增加,但仍在正常范畴之内。

[原理分析]作者认为上述疗效的机制是针刺作用于副睾,使精子在副睾中充分获能。

(2) 饮食疗法

① 牛睾炖烧法(《男女科病千首妙方》续集樊中州方)[材料]牛睾丸 1 枚、枸杞子 50 克、生姜 3 片、黄酒少许、酱油少许。

[制用方法]先将牛睾丸洗净后切片,加水,文火煮约 15 分钟,入枸杞子、生姜 3 片、黄酒少许、酱油少许。再次文火煮约 15 分钟。每日 1 次,分 3 次将上物食毕。1 周如法炮制 1 次,连用 3 个月。

[功用]补肾填精,适用于各型少精子症。若睾丸恶凉、或有冷感,佐料加桂皮 3 克。

[疗效观察]试用多例,疗效确切。

② 韭菜炒河虾(苏勋庄经验)

[材料]老韭菜 50 克,鲜河虾 50 克,花生油、黄酒、盐各适量。

[制用方法]将老韭摘洗干净,切段,鲜河虾洗净,备用。将花生油烧开后,迅速倒入鲜河虾,

稍翻锅后,加入韭菜段、盐粉,翻炒拌匀,倒入黄酒,炆炒后,即可出锅,以河虾熟透,肉质鲜嫩为宜,不宜过老。每周2次,佐餐食用。

[功用]温补肾精。

[疗效观察]试用多例均有效。

③海蛎糯米粥(苏勋庄经验)

[材料]鲜海蛎50克,糯米50克~100克。

[制用方法]将糯米淘洗干净后加水适量,文火煮粥,待米烂油浮时,加入淘净之鲜海蛎,拌匀,烧开,停火盖焖10分钟即可食用。隔1日1次,作早餐食用,连食3个月。

[功用]健脾生精。

[疗效观察]试用多例,均有效。尤其适合于少精子症锌元素缺乏者。

(3)阴囊降温疗法 凡是少精子症或无精子症病人,阴囊表面平均温度高于正常时,可采用阴囊低温疗法,佩带一个阴囊托,内层衬以薄纱布,腰间佩带小瓶或其它容器,内盛冷水或酒精,借细管接到阴囊托里,虹吸作用让液体缓慢流出并湿润纱布,液体挥发以降低阴囊温度 2°C 左右,每日佩带16小时,睡眠时阴囊部不宜被盖保暖,坚持8周~23周。

(4)性生活指导 少精子症患者应根据其不同的病因进行相应的性生活指导。一般地说,本症治疗期间应节制性生活,孙思邈说:“求子之法,男子贵在清心寡欲以养其精。”寡欲养精,这对本症的治疗是极为重要的。但有研究认为,禁欲虽可增加精液容量及精子密度,但却可降低精子活力,随着精液量的增加,精子活动的数量及质量明显下降。短时间内频繁射精可见精液量及精子数减少,但精子活力明显增强。因此从这一方面讲,精子密度不是很低但伴有精子活力低下的男性不育患者为生育目的可以不要求禁欲。因附属性腺炎症引起的少精子症,可参见有关章节进行相应的性生活指导。

(三)中西医结合治疗

少精子症的微观辨治,即按照病人的精液化验结果或其它实验室检查结果进行中药处方。有些少精子症患者除了精液化验有问题外,可能身体上无任何不适感觉,这种情况特别适合于应用微观辨治方法。

经过现代药理研究证实,许多中药都具有促进生精的作用,如补肾助阳药、滋阴药、补养气血药等。如淫羊藿、川断、菟丝子、枸杞子、熟地等。

研究认为,微量元素锌参与生殖系统多种酶的组成,可以提高精子发生过程中一系列酶的活性,从而提高精子密度(锌与精子密度呈正相关);锌可以延缓精子衰老,从而增强了精子的活动力,并相对增高了精子的运动率,有利于受精。研究还证实,精子密度和成活率低的人,均不同程度的存在体内缺锌或精浆锌含量低的现象。近年国内外报道,用锌制剂治疗男性不育症取得了较好的疗效,分析主要与锌能够提高精子密度和运动率有关。常用的锌制剂有硫酸锌、葡萄糖酸锌、枸橼酸锌、甘草锌以及各种活性锌等。当精液质量问题引起不育时,只要化验发锌、血锌或精浆锌含量低,就可以选用上述锌制剂。甚至在无化验条件的情况下,盲目补锌多数患者亦可获效。

但另有一些研究证实了以下几种相反的现象:①在不育组精子活动率 $<40\%$ 时,随精子活动率的下降,精浆锌含量有所上升($r=-0.2066, P<0.02$),呈显著负相关;②死精症患者(活动率 0%)精浆锌明显高于正常人;③无精症患者精浆锌平均值大于正常人。那么上述情况盲

目补锌岂不是不但不能取效,反而会加重病情吗?我们已经知道,精子要维持其密度和活动力的正常,需要大量锌的参与,其锌的来源主要在精浆锌。因此,我们可以这样推测,精子膜或精子内部可能存在一种锌的代谢机制,只有在这种机制正常而且精浆中含有足量的锌供精子这种代谢的需要的情况下,精子的密度和活动力才有可能正常。上述三种情况精浆锌高于正常人,说明其精子对锌的吸收或利用可能存在缺陷或暂时性抑制。其存在缺陷的精子数目越多,即精子活动率越低,那么精浆锌的利用率越低,相对来说精浆锌的浓度就会越高,所以在补锌的同时,配以适当的中药来改善精子对精浆锌的利用(中药对人体内微量元素的调节有两方面的作用,一是直接补充人体内缺乏的微量元素,二是调节微量元素在体内的代谢),则可以达到治愈目的。其确切机理有待进一步研究。

按语:少精子症可以说是一个综合征,可以由很多疾病或因素引起,治疗上应该辨明病因或病症进行施治。中医治疗少精子症的特点仍是辨证施治,但部分病人临床无证可辨,仅凭精液化验结果为据,单纯精子计数减少,或合并精子活动率降低、精子活动力不良,一般可按肾阳虚型以及脾胃虚弱、化源不足型所用方药进行治疗。精液内有脓、白细胞,红细胞或兼有精液不液化、精子畸形率高,一般可结合临床症状按湿热或气滞血瘀进行治疗。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

- (1)生活要有规律,劳逸结合。
- (2)保持合理的性生活,防止性交过频,导致精子减少。
- (3)忌烟酒等刺激,多吃水果蔬菜及富含精氨酸、蛋白质的食物,以促进精子生发。
- (4)多喝白开水,避免久坐,防止盆腔充血,以减少因前列腺、睾丸等受压引起生精降低。
- (5)避免高温环境或热水浴,不宜接触射线辐射。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,忌郁怒。
- (2)节淫欲,避免房过度,耗伤精气。
- (3)清淡饮食,忌烟酒辛辣刺激之品。

(二)既病防变

1. 西医措施

- (1)少精子症患者宜合理安排性生活,不宜泄精过频。
- (2)忌烟酒等刺激,多吃水果蔬菜及富含精氨酸、蛋白质的食物,以促进精子生发。
- (3)适当休息,避免久坐,局部温浴和按摩可以帮助前列腺炎症等的治疗,但应注意睾丸不宜受热。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,忌郁怒。
- (2)节淫欲,远房帷,以养精气。

(3)清淡饮食,忌烟酒辛辣刺激之品。

第二节 无精子症

一、概 述

无精子症是指精液中没有精子,确切地说,应当是连续3次离心沉淀精液中找不到精子,称为无精子症,是男性不育症中一种较为常见的原因。无精子症也是一个微观诊断名称,是通过精液检查得知的结果,中医古籍中对此没有专门的记载。

无精子症的概念应当与无精症区别,后者是指射精时没有精液射出。

无精子症多是在以男性不育就诊时发现的,其在男性不育中的发生率约10%左右,也有报道为6.36%,另一报道为7.57%,国内有人报道为14.55%。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

无精子症的病因可分为两大类:

(1)睾丸的生精功能障碍

常见的原因有:

- ①遗传学异常 如Klinefelter综合征、两性畸型等。
- ②先天性异常 如先天性无睾、双侧隐睾(天宦)、生殖细胞发育不全等。
- ③内分泌异常 如高促性腺激素性性腺功能低下、低促性腺激素性性腺功能低下、肾上腺皮质机能亢进、甲状腺机能减退、雄激素过多、雌激素过多等。
- ④严重的全射性疾病或营养不良。
- ⑤感染性疾病 如腮腺炎性睾丸炎等。
- ⑥各种理化因素。
- ⑦药物影响 如细胞毒性抗肿瘤药物等。
- ⑧其他 如精索静脉曲张等。

(2)输精道阻塞

睾丸有正常的生精功能,由于输精道的梗阻,精子不能排出体外,即梗阻性无精子症。常见的原因有:

①先天性畸形 常见的畸形是附睾头的位置异常而附睾体、尾明显萎缩,附睾管的完全闭锁,输精管的袢状畸形及输精管的缺如,输精管不发育者,精囊大多也不发育。

②感染 淋病是附睾管阻塞中最主要的原因。炎症引起的阻塞常位于附睾远端及输精管内,可以是局限性的,也可以弥漫性的,并可引起泌尿系感染与后尿道的后天性改变。结核也可以使附睾完全破坏。因此,感染引起的输精道阻塞手术亦常难治疗。

③囊肿 附睾囊肿可以压迫附睾管而引起阻塞。在生殖道远端因畸形、阻塞或萎缩而形成的囊性改变亦可引起输精道梗阻。

④损伤 隐睾或疝修补手术时,由于技术不当钳夹或撕裂输精管或附睾,疤痕形成可以造成阻塞。

2. 病理

无精子症患者睾丸的基本生殖病理类型有以下几种:

(1) 正常或基本正常的睾丸结构

睾丸活检组织呈现正常或基本正常的组织结构,曲细精管可见各级生精细胞及支持细胞,管腔里面有很多精子,曲细精管界膜及间质也无明显异常。这时应结合临床及精液检查结果一并考虑,如精液检查为无精子症,临床检查睾丸大小质地正常,附睾尾部饱胀,则很可能为排出性无精子症,即阻塞性无精子症,这时可作出初步诊断,并建议临床医师作进一步检查,如输精管造影等,以明确阻塞部位及其范围。

(2) 生精功能低下

生精功能低下的特征是包括精原细胞在内的各级生精细胞都存在,精子发生存在,精原细胞、精母细胞、精子细胞和精子的相对比例但各级生精细胞的数量均比正常减少、其他如支持细胞、曲细精管界膜、曲细精管管径等可无异常或有轻度变化。

(3) 生精阻滞

其主要特点是精子发生阻滞在某一细胞阶段,因而不能形成精子。生精阻滞最常发生在精母细胞阶段,其次是精子细胞阶段,阻滞在精原细胞阶段较少见。生精阻滞实质上是一种细胞分化障碍,目前研究很少,因此也无有效的治疗措施。

(4) 生精细胞脱落和排列紊乱

生精细胞脱落可有局限或广泛之分,前者可局限在少量曲细精管,后者则可涉及到几乎全部的曲细精管。可以有轻度和严重之分,轻度者在曲细精管仅有少量生精细胞脱落,严重者,在曲细精管管腔中有大量的未成熟的生精细胞脱落下来,甚而阻塞管腔。更有甚者所有生精细胞可脱落下来,或支持细胞也脱落。生精细胞的脱落可造成高位完全性阻塞或不完全性阻塞,从而可导致无精子症或不精子症。这一类型的病例,即有精子发生,但也排不出去,因此这时的无精子症,实质也是属于排出性无精子症,当然大量脱落也可导致分泌性无精子症。生精细胞脱落往往伴有生精细胞排列紊乱,细胞层次排列异常。

(5) 唯支持细胞综合征

睾丸曲细精管生精细胞完全缺失,生精上皮仅由支持细胞组成。曲细精管管径常缩小,间质可增生,有轻重不等的管周组织纤维化。一般认为这是一种先天性异常,是在胚胎发育过程中,位于卵黄囊的原始生殖细胞未能迁移到生精脊所引起的。但也存在着继发性唯支持细胞综合征,即获得性唯支持细胞综合征,即由于后天原因引起生殖细胞完全脱落而仅余下支持细胞,如属后者,曲细精管其他病变一定比较严重,并且在曲细精管中常可以找到脱落的变性生精细胞的残余。这种病人的临床表现是无精子症、不育、睾丸体积小。

(6) 混合损害型

混合损害型可同时表现为生精上皮脱落,排列紊乱,纤维化及透明变性等等但其中任何一种病变都不占优势。混合损害型可能是一种中间过渡类型,在以后的发展过程中,其中某个病变可能会发展得很严重,从而演变为其他类型的损害。

(7)纤维化

睾丸组织呈纤维变性。

(8)进行性曲细精管透明变性型

这种病理类型比较严重,发展快,多呈进行性。可有局限性和弥漫性两种表现,很可能这是病变的不同发展阶段。透明变性的主要表现是曲细精管基膜增厚,呈均质状透明样变,可向曲细精管管腔及间质两个方向擅自,致使管腔日益变小,基膜皱缩不规则。间质小血管管壁也可增厚,基膜发生透明变性,管腔变小。曲细精管间质小血管透明变性,可严重影响曲细精管和间质之间的正常物质交换,影响曲细精管发生的微环境,影响精子发生,致使曲细精管生精细胞脱落和变性,直至消失,仅剩下支持细胞。发展下去支持细胞也明显受到损害,发生脱落和变性,到一定阶段,整个曲细精管可发生皱缩、塌陷甚而仅余曲细精管的影子。引起透明变性的原因很复杂,可能因素有非特异性炎症、腮腺炎、睾丸未降、睾丸外伤、扭转或某些药物的作用,有人认为这是睾丸自身免疫反应的表现。另外,透明变性型也可能是其他生殖病理损害发展形成的一种非特异性损害。

(9)未成熟型睾丸

曲细精管未发育或未充分发育,其管径较同龄者为小,可无管腔,无精子发生,支持细胞亦属未成熟型或部分成熟型。

(10)间质病变

间质病变种类甚多,如间质增生、淋巴细胞浸润,还有间质水肿,间质小血管变性。当然应十分注意间质细胞的病理变化如间质细胞的变性,如能配合应用组织化学以显示其功能变化则更好。

(二)中医的病因病机

1. 病因

先天不足,后天失养;或房劳手淫过度,频繁施泄,损耗肾精;或饮食不节,思虑伤脾,导致脾胃虚弱,不能化生水谷精微,肾精失充;或嗜酒吸烟,喜食辛辣,内生湿热,损伤肾精;或肥盛痰多,痰湿壅滞精窍;或外力、手术等损伤,均可导致无精子症。

2. 病机

(1)先天禀赋不足 如隐睾、性染色体畸变等,肾精不足,生精无能。

(2)肾气不足,精气衰败 素体肾虚,或房劳过度,频繁施泄,损伤肾气,耗伤肾精;或过服补阴补阳药物,或大病久病之后损伤肾之阴阳,则精气衰败。

(3)脾胃虚弱,化源不足 思虑伤脾,或饮食不节,损伤脾胃,不能受纳腐熟水谷,水谷精微不得运化,先天肾精失其充养,不能化生精子,故不能生精。

(4)湿热下注,灼伤肾精 素喜辛辣,或偏暑嗜饮酒,湿热内蕴,或外感湿毒,下注精泉,灼伤肾精,故无精子。

(5)痰浊凝滞,涩精难出 素体肥胖,痰湿壅盛,或过食肥甘厚腻,痰湿内生,凝滞精窍,涩精难出,故无精子。

(6)瘀血阻滞,精路不畅 血瘀体质,或他病导致血瘀,阻滞经络,肾脉不畅,则肾精失养,不能生精;若瘀血阻滞精路,排精不畅,亦可造成无精子。

总之,无精子症的病因病机不外肾虚和邪实,肾虚是不能生精;邪实则为湿热灼伤肾精或

痰浊、瘀血阻滞精路、精路不畅,导致无精子症。

三、临床诊断

(一)辨病·西医诊断

1. 症状

连续三次离心沉淀精液中找不到精子,即可诊为无精子症。无精子症病人除引起男性不育症外,一般无近期相关病史可导,亦无任何症状及体征,一般不影响性生活,但确诊后患者往往因本病难以生育而产生心理障碍,导致性生活兴趣降低,甚至性功能障碍。部分病人可询及青春期患腮腺炎性睾丸炎、前列腺炎、附睾炎、睾丸疼痛等病史。

2. 体征

睾丸发育不良、睾丸萎缩等引起者,可探及睾丸小、质地散软、缺乏弹性或变硬,附睾炎、附睾结核者可扪及附睾结节。输精管梗阻性无精子症,亦可扪及输精管结节。

3. 实验室及其它检查

(1)精液分析 连续3次精液离心沉淀后检查找不到精子。

(2)睾丸活检 睾丸活检的目的是观察睾丸的生精功能,其病理类型可参考无精子症的病理。

(3)精道造影 将造影剂注入输精管,进行X线检查,以判断精道是否通畅,从而鉴别是否是排出性无精子症。

(4)内科放射免疫检查 对可能影响睾丸生精功能的内分泌激素进行定量检查。

4. 并发症

无精子症主要的结果是引起男性不育症,部分患者由于本病难以治愈而不能获得生育,从而影响性生活兴趣,可导致性功能降低或障碍。

5. 诊断要点

(1)诊断

本病的诊断主要靠精液的常规分析,如果连续3次精液离心沉淀后仍查不到精子即可确诊为本病。与本病相关的病史,主要应询问青春期到来之后,是否发生过睾丸疼痛、结核及持续高热,还应进行睾丸、附睾及输精管局部的检查,观察睾丸发育的情况及有否其他器质性改变。

(2)鉴别诊断

①与无精症鉴别

无精子症是一个综合征,应当与无精症进行区别,后者是指射精时没有精液射出(也没有发生逆行射精)。它可由多种病因引起,是多种病理改变的最终结果,无精子症在精子病中是最严重的一种,它引起的男性不育症最为难治。

②按病因鉴别

无精子的诊断按其病因可分为两大类:一种是梗阻性无精子症,一种是睾丸生精功能障碍性无精子症。前者睾丸有正常的生精功能,但由于输精管道的梗阻,精子不能排出体外,约占不育症的1%,其又可由三种原因造成:即输精管道的发育异常或缺如、感染及损伤;后者是由于遗传因素、先天性异常、内分泌因素、感染性因素、理化因素、药物因素、精索静脉曲张等导致辜

丸本身不能生精,约占无精子症的50%~60%。

③与泄白症鉴别

泄白症患者取出的精液标本镜检亦多无精子,但由于其精液并非“全精液”,故精液量少,约0.5ml~1.5ml,最多不超过2ml,清晰透明;离心沉淀后多能找到精子。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

连续3次以上精液离心沉淀镜检找不到精子,即可诊为无精子症。中医按照脏腑辨证和八纲辨证,可将其分为肾阳不足、肾精亏损、气血两虚、湿热下注、痰浊凝滞、瘀血阻滞等六个证型,其辨证要点为:无精子,精液清稀而冷,或夹有粘冻样稠块,伴有性欲低下,畏寒肢冷,小便清长,舌淡苔白,脉沉细无力等肾阳不足表现者为肾阳不足证;无精子,精液量少而稠或精液不液化,伴有性欲亢进,阳事易兴或见早泄、五心烦热、口干咽燥、舌红苔少,脉细数等肾精亏损表现者为肾精亏损证;无精子,伴精液量少或增多,纳呆食少,面色萎黄,形体消瘦,大便稀薄或溏,舌淡苔白滑或胖,脉沉弱等脾胃虚弱等表现者为脾胃虚弱,气血两虚证;无精子,精液内有脓细胞、红细胞、白细胞等,或见精液色黄量少、不液化,伴口苦粘腻不爽,渴不欲饮,小便热赤涩痛,面红目赤,心烦易怒,舌质红苔黄腻,脉滑数等湿热下注表现者为湿热下注证;无精子,见精液量少粘稠或不液化,痰盛体质,形体肥胖,食少纳呆,舌红苔白腻,脉沉滑或沉缓等痰湿壅盛表现者为痰浊壅盛证;无精子,射精不畅感,射精时会阴部及尿道胀疼,伴见心烦易怒,胸胁胀痛,口唇色黯或发紫,或有精索静脉曲张,舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉弦或涩气滞血瘀表现者为瘀血阻滞证。

2. 辨证分型

(1) 肾阳不足证

[临床表现]无精子,精液清稀而冷,或夹有粘冻样稠块;性欲低下,畏寒肢冷,腰膝酸软,面色㿔白,精神萎靡,小便清长。舌淡苔白,脉沉细无力。

[辨证分析]肾阳不足,不能育化生精,故无精子,精液清冷而稀,甚者夹有粘冻样稠块;肾阳虚衰,相火不旺,故性欲低下;不能温煦腰府及四肢,则腰膝酸软,畏寒肢冷;阳气不振,气血不升,则面色㿔白,精神不振;肾阳虚衰,不能助膀胱气化,故小便清长;舌淡苔白,脉沉细无力乃肾阳虚衰,不能鼓脉运行之象。

(2) 肾精亏损证

[临床表现]无精子,精液量少而稠或精液不液化;性欲正常或亢进,阳事易兴或见早泄;腰膝酸软,神疲乏力,头昏目眩,失眠健忘,五心烦热,口干咽燥,发脱齿落。舌红苔少,脉细数。

[辨证分析]肾阴不足,元精匮乏,故无精子、精液量少,阴虚火旺,则炼液面浊稠或精液不液化;肾阴不足,相火旺盛,故性欲亢奋,阳事易兴,或见早泄;腰为肾之府,肾阴不足,不能充养腰府,则腰膝酸软,神疲乏力,阴精亏虚,头目清窍失养,则头昏目眩,失眠健忘;肾主骨生髓,齿为骨之余,肾阴亏发虚,骨失其养,发失髓养,故发脱齿落;五心烦热,口干咽燥,舌红苔少,脉细数乃阴虚火旺之象。

(3) 气血两虚证

[临床表现]无精子,精液量少或增多;或见阳痿,神疲乏力,气短懒言,纳呆食少,面色萎黄,形体消瘦,大便稀薄或溏。舌淡苔白滑或胖,脉沉弱。

[辨证分析]脾胃虚弱,气血两虚,不能化生水谷精微,后天之精不充,故无精子,精液量少,若脾虚失其健运,水湿流注精窍,则精液量多;脾胃虚弱,宗筋失养则易发阳痿;神疲乏力,气短懒言,纳呆食少,面色萎黄,形体消瘦,乃脾胃虚弱,气血不足之征;脾虚,不能助胃受纳腐熟水谷,故大便稀薄或溏;舌淡苔白滑或胖,脉沉弱乃脾气不足之象。

(4) 湿热下注证

[临床表现]无精子,精液内有脓细胞、红细胞、白细胞等,或见精液色黄量少、不液化;睾丸及会阴部胀痛不适,射精疼痛或灼热感;口苦粘腻不爽,渴不欲饮,小便热赤涩痛,面红目赤,心烦易怒。舌质红苔黄腻,脉滑数。

[辨证分析]湿热下注精窍,灼伤精液,精气受损,则无精子,湿热蒸腐,则精液内有脓、白、红细胞;热邪蒸化,则精液色黄量少或稠而不液化;湿热之邪客于肝经,厥阴阻滞不通,则睾丸及会阴胀痛不适,射精疼痛或灼热感;湿热熏蒸,津难上承,则口苦粘腻不爽,渴不欲饮,湿热下注膀胱,则小便热赤涩痛;湿热上窜于头目,则面红目赤;湿热阻滞,扰乱心神,则心烦易怒。舌质红苔黄腻,脉滑数乃湿热蕴结之象。

(5) 痰浊凝滞证

[临床表现]无精子,可见精液量少粘稠或不液化;少腹疼痛,或睾丸肿硬疼痛,痰盛体质,形体肥胖,咳而多痰,或呕吐涎水,痰涎稠粘,面色萎黄,神疲困倦,食少纳呆。舌红苔白腻,脉沉滑或沉缓。

[辨证分析]痰浊阻闭,精窍不通,则精泄受阻,无精子,痰浊结聚,则精液粘稠或不液化;痰浊凝滞厥阴肝经,则少腹疼痛,或睾丸肿硬疼痛;形体肥胖,咳而多痰,或呕吐涎水,痰涎稠粘乃痰浊凝滞之象;痰浊之邪困滞于脾,脾失健运,气血不足,则面色萎黄,神疲困倦,食少纳呆。舌红苔白腻,脉沉滑或沉缓乃痰湿困脾之象。

(6) 瘀血阻滞证

[临床表现]无精子,射精不畅感,射精时会阴部及尿道胀疼;心烦易怒,胁肋胀疼,下腹两侧坠痛,口唇色黯或发紫,精索静脉曲张。舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉弦或涩。

[辨证分析]瘀血阻滞,精路不畅,则射精不畅,射精时会阴部及尿道胀疼,精路不畅,精子不能尽出则无精子;气血瘀滞厥阴,则情志不畅,心烦易怒,胁肋胀疼,下腹两侧坠痛,甚则发为筋聚(精索静脉曲张);口唇色黯或发紫,舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉弦或涩,乃气滞血瘀之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

参见少精子症。

2. 对症治疗

对症治疗,首先要辨病求因,即在询问病史时注意有无可以引起无精子症的原因。体检时,第二性征的发育常可提示有无激素异常的情况;睾丸的大小及质地常是睾丸生精功能的标志,睾丸容积小于10ml,质地异常柔软都是预后不良的迹象。附睾有无增厚或结节,输精管的粗细、有无结节或不能扪及;对阻塞的诊断都有重要价值。血浆FSH测定常能反映睾丸已受损不

必再作睾丸活检。精浆果糖的测定常可判断精囊是否存在,或有无射精管阻塞。睾丸活检则能正确判断精子发生的情况,有助于鉴别是生精障碍引起的无精子症,还是输精管阻塞引起的无精子症。

(1) 生精功能障碍

① Klinefelter 综合征 只能在成长后用雄激素替代治疗,以维持性功能,但无法恢复生育力。

② 先天性无睾、隐睾 先天性无睾,目前尚缺乏治疗手段;隐睾患者可以早期施行手术治疗,一般患者以无精子症就诊时已唯时过晚,多无治愈可能,但亦需手术,以防发生癌变,这里不作专门介绍。

③ 生殖细胞发育不全 睾丸活检示无生精细胞,故也无法治疗。

④ 睾丸萎缩 生殖上皮对外界因素的耐受力较间质细胞低,故易于受损,能否恢复决定于受损程度,部分损伤可自然恢复,损伤严重者无特殊治疗。

⑤ 内分泌异常 高促性腺激素性性腺功能低下,系因内源性功能障碍所致,故同时有雄激素缺乏精子发生障碍,可以使用雄激素替代治疗,但不能解决生育问题。低促性腺激素性性腺功能低下,多因为下丘脑或脑垂体病变而引起,特点为血浆 FSH、LH、T 都低,若能查明原因(如下丘脑或脑垂体肿瘤)行病因治疗,多数可以恢复,若不能找到原因可试行激素治疗,但治疗效果不能预测。睾丸活检示生精停止,血浆 LH 及睾酮均正常而单纯 FFSH 减低者,临床上极少见,用促性腺激素治疗有效,但对于由于酶的缺陷而引起者则治疗无效。有关药物的使用可参见少精子症的内分泌治疗。

(2) 输精道梗阻

① 睾丸内的阻塞 目前尚无满意的治疗方法。但少数有用小剂量激素(强的松龙 5mg, 1 天 3 次),或长期抗生素治疗而得到改善者,这些病例可能是由于水肿引起的阻塞。

② 附睾小管阻塞;

③ 输精管阻塞;

④ 射精管阻塞。

②③④三种情况,可视具体阻塞部位及阻塞程度而施行手术治疗。另外,精囊的缺如,目前尚无有效治疗方法。有人报道,采用人工精囊植入术,部分病人有希望获得生育能力。

3. 并发症治疗

因无精子症久治不育而导致性心理障碍并发性功能减退甚或阳痿者,首先应进行心理治疗,并可参考性功能障碍的治疗适当进行药物治疗。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肾阳不足证

[治法] 补肾助阳,益气填精。

[方药] 五子衍宗丸(《医学入门》)合金匱肾气丸(《金匱要略》)、四君子汤(《太平惠民和剂局方》)等化裁。

五味子 10 克、菟丝子 15 克、枸杞子 15 克、覆盆子 12 克、熟地 20 克、山药 20 克、山萸肉 10 克、党参 12 克、白术 10 克、茯苓 12 克、仙茅 12 克、仙灵脾 12 克、巴戟天 12 克、肉苁蓉 12 克、

鹿角胶 10 克、附子 10 克、肉桂 6 克、炙甘草 6 克。

[分析]方用五味子、菟丝子、枸杞子、覆盆子益肾填精,熟地、山茱萸滋补肝肾,仙灵脾、巴戟天、仙茅温阳益肾,肉苁蓉、鹿角胶温补肾阳,山药、茯苓、党参、白术健脾益气,肉桂引火助阳,附子大热之品,温补肾阳,炙甘草调和诸药。

(2) 肾精亏损证

[治法]滋阴填精,补肾益气。

[方药]五子衍宗丸(《医学入门》)合八仙长寿丸(《寿世保元》)加减。

五味子 15 克、菟丝子 15 克、枸杞子 15 克、覆盆子 15 克、丹皮 10 克、熟地 15 克、山药 20 克、山萸肉 15 克、党参 12 克、麦冬 15 克、龟板 15 克、何首乌 20 克、海狗肾 1 对、知母、黄柏各 6 克。

[分析]方中五味子、菟丝子、枸杞子、覆盆子益肾填精,熟地、山萸肉滋补肝肾,丹皮、麦冬、何首乌、知母、黄柏、龟板滋阴清热,党参益气,海狗肾暖肾助阳,益肾填精。诸药合用,共奏滋阴土填精,补肾益气的作用。

(3) 气血两虚证

[治法]健脾养胃,补血生精。

[方药]毓麟珠(《秘本种子金丹》)

当归、熟地、白芍、川芎、人参、白术、茯苓、甘草、鹿角霜、菟丝子、杜仲、川椒、菟丝子、杜仲、川椒、淮山药、鹿角胶、枸杞子、巴戟天、胡桃肉、山萸肉。

[分析]本方《景岳全书》之毓麟珠(女用)多四味药。方中巴戟天、鹿角胶、鹿角霜、杜仲、菟丝子、胡桃肉补肾气以填精;川椒入督脉,补肾阳;怀山药既可健脾,又可益肾填精;熟地滋补肾精;川芎、白芍、当归补血;人参、白术、茯苓、炙甘草补气。全方既能健脾养胃,补益气血,又可滋补肾阴,养精生精。

(4) 湿热下注证

[治法]清利湿热,护养精泉。

[方药]甘露消毒丹(《温热经纬》)合六味地黄汤(《小儿药证直诀》)

滑石、茵陈、黄芩、石菖蒲、木通、川贝、射干、连翘、薄荷、白豆蔻、藿香、熟地、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮。

[分析]方用滑石、茵陈、木通、泽泻清热利湿通利小便;黄芩、连翘清热解毒燥湿;石菖蒲、白豆蔻、藿香、薄荷清热解毒,芳香化湿;熟地、山药、山茱萸滋补肝肾;川贝、射干化痰利窍;茯苓健脾运湿;丹皮清热凉血。诸药合用,功能清热利湿,滋补肝肾,护养精泉。

(5) 痰浊凝滞证

[治法]健脾化痰,益气通精。

[方药]二陈汤(《局方》)合补中益气汤(《脾胃论》)加减

制半夏、陈皮、茯苓、甘草、升麻、柴胡、人参、海藻、夏枯草、丹参、乌药。

[分析]方中二陈汤健脾行湿化痰,人参补气,以增二陈行湿之力;升麻、柴胡升清降浊;海藻、夏枯草化痰软坚;丹参活血化痰;乌药温肾散寒行气。诸药合用,健脾化痰,益气通精。

(6) 瘀血阻滞证

[治法]活血化瘀,疏通精路,兼以补肾填精。

[方药]少腹逐瘀汤(《医林改错》)加减

小茴香 6 克、炮姜 6 克、玄胡索 10 克、五灵脂 6 克、没药 6 克、乳香 6 克、川芎 10 克、当归 10 克、蒲黄 12 克、肉桂 6 克、赤芍 12 克、淫羊藿 15 克、红花 6 克、韭菜子 12 克、木通 6 克。

[分析]方中小茴香、炮姜、玄胡索温经理气,疏通厥阴;五灵脂、蒲黄、乳香、没药、川芎、赤芍、红花活血化瘀;当归温养气血;淫羊藿、韭菜子、肉桂温肾壮阳益精;木通清热通淋。诸药合用,活血化瘀,疏通精路,兼能补肾填精。

2. 验方治疗

(1) 王氏壮精丸(《男女病奇效良方》. 王渭川方)

[组成]鹿角胶 30 克,鹿筋 60 克,驴肾 60 克,党参 60 克,桑寄生 30 克,菟丝子 30 克,锁阳 60 克,阳起石 60 克,巴戟天 30 克,韭菜子 24 克,黄狗鞭 60 克,胎盘 30 克,覆盆子 60 克,淫羊藿 60 克,杜仲 30 克,补骨脂 30 克,广木香 24 克。

[用法]上药共研细末,炼蜜为丸,每天早、中、晚各服 9 克,开水送下,可连服 3 个月。

[功用]补肾益精。治疗无精子症。

(2) 五子二仙汤(《上海中医药杂志》. 1990;(3):26)

[组成]五味子、覆盆子、菟丝子、枸杞子、车前子各 15 克,当归 9 克,巴戟天、仙茅各 9 克,知母、黄柏各 9 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂,2 次分服。20 剂为 1 疗程。

[功用]滋阴壮阳,补肾生精。治疗无精子症性不育症,亦用于少精子症。

[疗效观察]治疗 49 例,痊愈 27 例,显效 11 例,有效 7 例,无效 4 例,有效率 91.7%。

(3) 补肾育精汤(《四川中医》. 1986;(11):封底)

[组成]菟丝子、女贞子、五味子、枸杞子、覆盆子、沙苑子、蛇床子、车前子、肉苁蓉各 10 克,黄精、何首乌、当归、生熟地、仙灵脾各 15 克。

[加减]如伴轻度阳痿,去车前子,加韭子 10 克,阳起石 30 克;若有死精,重用仙灵脾 50 克,并加服雄蚕蛾粉,每日 2 次,每次 3 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂,2 次分服。15 天为 1 疗程,服药 15 天后复查精液,避用热水浴。

[功用]补肾育精。用治无精子症,亦可用治少精子症。

[疗效观察]治疗 10 例,皆获良效。

(4) 生精赞育汤(《河北中医》. 1989;11(1):15)

[组成]仙灵脾 30 克,制首乌 30 克,菟丝子 12 克,肉苁蓉 15 克,枸杞子 12 克,蛇床子 12 克,五味子 10 克,仙茅 10 克,黄芪 10 克,当归 15 克,熟地 20 克,茯苓 15 克,牛膝 15 克,紫河车 10 克(冲),鹿角胶 5 克(烊化)。

[用法]水煎服,每日 1 剂,2 次分服。

[功用]温阳补肾生精。用治无精子及少精子性不育症。

[疗效观察]治疗 50 例,孕 26 例,显效 15 例,无效 9 例,总有效率 82%。

(5) 启源养精汤(《男女科病千首妙方》续集)

[组成]楮实子、生山药、枸杞、云苓、牛膝、首乌、桃全、太子参、胡桃仁、熟地、山萸肉、焦白术、覆盆子、玉竹、女贞子、生甘草。

[加减]腰痛者加寄生;阳痿者加蜈蚣、淫羊藿;睾丸痛者加生山楂、橘核、荔枝核、琥珀。

[用法]水煎服,每日 1 剂,2 次分服。服药时忌酒、辛辣、腥、茶、粘食等。

[功用]滋补冲任,活血通络。

[病例介绍] 张某, 30 岁, 婚后 7 年不育, 曾多次化验精液均无精子。证属冲任脉虚, 阴精不足。予上药, 连用 4 个月后停药, 次年又服药 1 个月, 停药 8 个月后, 精液化验正常。

[按] 本方与睾丸外敷药同用。

(6) 解郁复精汤(《中海中医药杂志》, 1990; (12): 29)

[组成] 柴胡、当归各 12 克, 炒白芍、炒枳实、得队各 15 克, 半夏 12 克, 石菖蒲 15 克, 菟丝子 20 克, 甘草、炮山甲各 10 克, 仙灵脾 10 克。

[用法] 水煎服, 每日 1 剂, 2 次分服。

[功用] 利气化痰生精。用于治疗痰湿内阻所致无精子症。

3. 单味药治疗

(1) 淫羊藿

[药物] 淫羊藿 18 克。

[用法] 开水冲泡, 每日 1 次。或 20% 淫羊藿酊或淫羊藿酒, 口服, 每服 5ml, 1 日 3 次, 饭后服。

[作用] 补肾壮阳, 祛风胜湿。

[药理] 研究证明, 淫羊藿具有催欲作用, 这种作用由于精液分泌亢进, 精囊充满后, 刺激感觉神经, 间接兴奋性欲而引起。其促进精液分泌的作用, 以叶及根部的作用最强, 果实次之, 茎部最弱。其提取液可使小鼠前列腺、精囊、提肛肌增加重量, 证明淫羊藿具有雄性激素样作用。

[疗效] 具有较强的促进生精作用, 但不宜久服, 否则可引起精子密度降低。

(2) 肉苁蓉

[药物] 肉苁蓉。

[用法] 研细末, 每次 6 克~9 克, 用枣汤冲服。

[功用] 补肾阳, 益精血。

[药理] 肉苁蓉可纠正“阳虚”动物的 DNA 的合成率。

(3) 海马

[药物] 大海马 1 对。

[用法] 泡酒, 每次服用 10ml, 每日 2 次。

[功用] 补肾壮阳, 调气活血。

[药理] 可增加小鼠前列腺、精囊、提肛肌的重量, 表现出雄性激素样作用。

(4) 蛇床子

[药物] 蛇床子。

[用法] 研细末, 每次 3 克~9 克, 用枣汤冲服, 每日 2 次~3 次。

[功用] 温肾壮阳, 燥湿、杀虫、止痒。对无精子症痰湿壅盛而兼有囊汗者最为适宜。下焦有湿热, 或肾阴不足, 相火易动, 精关不固者不宜应用。

[药理] 可增加小鼠前列腺、精囊、提肛肌的重量, 表现出雄性激素样作用, 有认为其作用较淫羊藿强。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法(《四川中医》, 1990; (3))

[取穴] 1 组: 关元、中极、足三里、三阴交、蠡沟(双); 2 组: 命门、肾俞、次、神门、太溪(双)。

[操作] 两组穴位隔日交替使用, 20 次为 1 疗程。采用捻转补法, 轻刺重灸, 留针 30 分钟。

刺关元、中极,针尖斜向下刺,使针感放射到阴茎或会阴部;针次使针感达会阴部效果为佳。针后加灸关元、肾俞、命门、足三里,使局部皮肤充血潮红为度。

[病例介绍]陶某,39岁。婚后9年不育。经某院诊为无精子症。多方治疗无效。面色㿖白,神疲,形寒肥冷,性欲减退,舌淡苔白,脉细无力,证属肾阳虚弱,肾阴亏乏。治宜补肾壮阳,滋肾填精。共治6个疗程,愈。

(2)耳穴疗法

[取穴]主穴:肾、皮质下、外生殖器(睾丸相应部位);配穴:神门、内分泌、脾、胃、交感。

[治疗方法]

①耳穴毫针法 主穴为每次必用,配穴根据病情选用1~2穴,如失眠健忘加神门;纳谷不香加胃、脾等。取单侧耳穴,两耳隔日交替针刺,刮针捻转手法,留针30分钟~60分钟,10分钟~15分钟行针1次,日针1次,7天~10天为1疗程。疗程间隔1天~3天。

②耳穴压豆法 取单侧耳穴,5天~7天后换贴另侧耳穴,每天按压3次~5次,每次按压1分钟~3分钟。

[疗效观察]本法为苏勋庄经验,配合中药治疗5例,3例获效。

(3)外敷疗法

睾丸外敷药(《男女科病千首妙方》续集)

[组成]鸡冠花、楮实子、鸡血藤胶等量。

[用法]共研细末,用透骨草煎水调药末为糊,敷于阴囊(阴部去毛),每晚睡前敷用。

[功用]本方可与验方(5)同用,以加强疗效。

(4)饮食疗法

可参考少精子症饮食疗法方。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

- (1)生活要有规律,劳逸结合。
- (2)保持合理的性生活,防止性交过频,影响生精。
- (3)忌烟酒等刺激,多吃水果蔬菜及富含精氨酸、蛋白质的食物,以促进精子生发。
- (4)多喝白开水,避免久坐,防止盆腔充血,以减少因前列腺、睾丸等受压引起生精受阻。
- (5)避免高温环境或热水浴,不宜接触射线辐射。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,忌郁怒。
- (2)节淫欲,避免房过度,耗伤精气。
- (3)清淡饮食,忌烟酒辛辣刺激之品。

(二)既病防变

1. 西医措施

- (1) 无精子症患者宜合理安排性生活,不宜泄精过频。
- (2) 忌烟酒等刺激,多吃水果蔬菜及富含精氨酸、蛋白质的食物,以促进精子生发。
- (3) 适当休息,避免久坐,局部温浴和按摩可以帮助前列腺炎症等的治疗,但应注意睾丸不宜受热。

(4) 无精子症患者根据其发病原因,可分为真性无精子症和假性无精子症两种,后者经过恰当的治疗一般可以治愈,前者治愈率则很低。因此,一旦查明无精子症的原因属生精障碍型,即应把病情向患者讲明,以避免其进行不必要的治疗而造成钱财的浪费和身心的损害。

2. 中医措施

- (1) 调情志,适劳逸,忌郁怒。
- (2) 节淫欲,远房帷,以养精气。
- (3) 清淡饮食,忌烟酒辛辣刺激之品。

第三节 精子活力低下、死精子症

一、概 述

精子活力低下,是指在显微镜下观察,精液中精子的活动力低下,从而导致男性生育力降低的病症。

精子的活动力可分为5级:0级为无活力;Ⅰ级活动差,精子只在原地移动或旋转;Ⅱ级为活力中等,精子向前直线游动,但不活跃;Ⅲ级为活力很好,精子活动活跃,呈快速直线向前游动;介于Ⅱ级和Ⅲ级之间的活力为Ⅳ级,表示精子活动力良好。应该指出,活和为0级的精子,并不代表是死精子。

临床上,往往将镜检精子活动率较低的精子活力低下症称为死精子症。事实上,有些通过一般镜检确诊的死精子症,通过特殊检查会发现其死精子并非都是真正的死亡了,只是没有活动力而已,但这已足以引起了不育的结果。因此,一般临床上并不将这部分没有活动力的精子从死精子数中分出。严格地讲,死精子症指的是精子成活率低,亦即死精子过多症。精液分析,死精子超过40%,即为死精子症,是男性不育症的重要原因。

本症是一微观病症名称,中医文献中无相应病名,但与古籍所载“精寒”、“精热”、“精浊”等不无关系。《秘本种子金丹·男子精寒艰嗣》云:“男子精寒,肾中之精寒也。精虽射入子宫,而元阳不足,则阴无以化,是以不孕。”

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

造成死精子症的原因很多,主要是各种原因引起了精浆异常,包括:

- (1) 精液中某些精子存活必须的营养物质缺乏。如果糖就是一种极为重要的精子存活与活

动的必须物质,当输精道存在炎症时,正常精液中所含果糖就会减少。另外,由于炎症的存在,细菌及白细胞等的浸润,也是营养物质减少的原因。

(2)精液酸碱度改变。正常精液pH值为7.2~8.9,偏碱性,死精子症时pH往往低于7.2,说明精液的酸性程度增高可能是造成精子死亡的因素;另外,生殖器官炎性病变时,细菌代谢产物的影响,精液pH值也会降低。

(3)供氧不足。生殖器官有炎症时,由于局部充血、水肿,血液瘀滞、循环减慢,结果导致供氧不足,精子可因缺氧而死亡。

(4)微量元素锌含量降低。前列腺炎症时,会造成精液含锌量下降,从正常每毫升精液中含80微克~250微克下降到仅含50微克以下时,精子容易死亡。但另有研究证实,精浆锌含量高于正常人时,也容易发生死精子症。

(5)自身免疫因素。自身抗精子抗体的存在也是造成死精子症的重要原因。附属性腺和输精道炎症时,使自身免疫机制有机会在体内或生殖道产生抗精子抗体,从而增加精子凝集,减少精子活力和活动率,妨碍精子在附睾内成熟,影响精子的受精能力。

(6)生殖道感染。细菌、支原体、衣原体、阴道毛滴虫、病毒及其它原因不明的男性生殖道感染,都可以导致精子活率降低,并对精子数量和形态也产生不良影响。

(二)中医的病因病机

1. 病因

先天禀赋不足,肾气虚弱,或早婚,房欲不节,或手淫过度,伤及肾气;或素体阴血不足,或久病及肾,或热病伤阴,或过用燥烈动阴之品;或烟酒无度,湿热内生灼精;或情志郁结化火,暗耗阴精;或素体脾胃虚弱,或饮食不节,伤及脾胃,不能化生水谷精微,无以养精等均可引起本症。

2. 病机

祖国医学虽无此症,但结合该症发生的病因分析及临床现象,可以总结归纳出以下病因病机:

(1)肾气不足 先天不足,或后天性事不节,淫欲过度,损伤肾气,肾阴不足,则阳无以滋养,精子虽活无力,甚至死亡;肾阳不足,则精气失于温煦,精子活动无力,甚或瑟缩不动。

(2)气血两虚 脾胃素虚,气血生化不足,或久病失养,气血亏虚,精失所养,而出现精子活力低下甚或死亡。

(3)湿热下注 平素喜嗜辛辣油腻,醇甘厚味,酿生湿热,下注精室;或外感湿热毒邪,内窜精窍,熏灼精液,导致精子活力低下,或死亡。

(4)肝郁血瘀 平素情志不调,所愿不遂,肝郁血瘀,精气失养,故发生精子活力低下,或死亡。

三、临床诊断

(一)辨病. 西医诊断

1. 症状

本症主要表现为婚久难育,可无全身症状和体征,亦可见腰膝酸软、周身乏力、会阴坠胀不适等症状。

2. 体征

前列腺及精囊炎引起者,肛门指诊可有触压痛。

3. 实验室及其它检查

(1)精液分析 镜检精子不活动率超过40%以上,可查及白细胞。

(2)精子活体染色法 取精液半滴加入嗜伊红染色液半滴,置于玻片上,吹干后镜检,若是死精子则被染成红色,活精子则不染色,而成为透明胞浆。故用活体染色法所得死精子数比用一般镜检所得死精子数要少,以此方法来区别真假死精子是比较准确的。

(3)解尿脲原体感染引起者,电镜下可观察到精子表面、尾部及头、体内部附有大量脲原体,使精子死亡或因负荷超重而不能活动。

4. 并发症

可与少精子症、精子畸形、精液不液化、脓精症等同时存在。

5. 诊断要点

(1)诊断

死精子症的诊断主要依靠精液分析结果,一般地,镜检死精子数超过40%,即可确诊为本病。

(2)鉴别诊断

①与假死精子症鉴别

收集精液方法不当,或不按正常规定方法进行检查,都可使检查结果不可靠,出现假死精子症。如,使用避孕套收集精液,由于避孕套内存有滑石粉及杀精剂,一定时间内可使大部分精子死亡,从而使化验不能提供一个正确的结果。而精液取出后,标本放置时间过长,温度过高或过低,均可使死精子数增多。禁欲时间过久也可使精子成活率下降。因此,诊断死精子症应首先排除人为因素造成的死精子数增多。

②与精子活力低下症鉴别

有些精子虽然是成活的,但由于其活力低,镜检时往往被误认为是死精子。这种情况用活体染色法检查,可将活而不动的精子从真正死亡的精子中区分开来。另有人做过试验,在死精子较多的精液中滴入适量林格氏液,再镜检发现精子成活率明显增加,这一结果也说明,不活动的精子并不等于死精子。

(二)辨证. 中医诊断

1. 辨证要点

本症的诊断主要依靠精液检查,但中医临床上可根据患者全身症状及舌苔脉象等进行辨证。其辨证要点为:伴见举阳不坚,射精无力,早泄,遗精,性欲淡漠等性功能障碍者为肾气不足证,其腰膝酸软,畏寒肢冷,自汗淋漓,小便清长,舌淡苔白,脉沉弱者为肾阳偏虚,其五心烦热,盗汗,口咽干燥,溲赤尿短,舌红少苔脉细数者为肾阴偏虚;伴见食少腹胀,气短便溏,心悸健忘,头晕自汗,舌淡苔白,或舌质淡胖,边有齿痕,脉沉细无力者为脾胃虚弱,气血两虚证;伴见阴茎温热弛长,阴囊湿热,口苦粘腻不爽,渴不欲饮,小便热赤涩痛,面红目赤,心烦易怒,舌质

红苔黄腻,脉滑数者为湿热下注证;伴见会阴部或少腹刺痛,茎中刺痛,面色灰黯,口唇色紫,胸胁胀痛,抑郁善怒,舌质紫黯,脉弦,或涩滞不畅者为肝郁血瘀证。

2. 辨证分型

(1) 肾气不足证

[临床表现]死精子率 $>40\%$;举阳不坚,射精无力,早泄,遗精,性欲淡漠;腰膝酸软,疲乏无力,头晕耳鸣,畏寒肢冷,自汗淋漓,小便清长;或五心烦热,溲赤尿短,口咽干燥,遗精盗汗。舌淡苔白,脉沉弱,或舌红少苔,脉细数。

[辨证分析]腰为肾府,肾主骨生髓通于脑,开窍于耳,肾主宗筋。肾气不足,宗筋不振,故而举阳不坚,射精无力,性欲淡漠;肾气不足,其府失养,则腰膝酸软,疲乏无力;其窍不充,则头晕耳鸣。肾藏精,主生殖,肾气不足,其精失养,则死精过多,精关不固,则一交即泄。肾阳偏虚,不能温煦肢体,则畏寒肢冷,不能助膀胱气化,则小便清长,阳虚不能敛阴,则自汗淋漓;肾阴偏虚,则相火偏盛,上不能济心,心火独旺,则五心烦热,阴虚津液不能上承则口咽干燥,虚火炼阴耗液,则溲为尿短;热扰精室则精动易泄。舌淡苔白,脉沉弱乃肾阳虚之象;舌红少苔,脉细数则为肾阴偏虚之征。

(2) 气血两虚证

[临床表现]精子死亡率 $>40\%$;性欲淡漠,举阳不坚,形体瘦弱,面色萎黄,神疲乏力,食少腹胀,气短便溏,心悸健忘,头晕自汗。舌淡苔白,或舌质淡胖,边有齿痕,脉沉细无力。

[辨证分析]精乃气血化生,精血同源。气血两虚,精失其养,则精子死亡过多;气血不足,则宗脉失充,故性欲淡漠,举阳不坚;肌肉不得气血荣润,则形体瘦弱,气血不能上荣于面,则面色萎黄,神疲乏力;脾胃虚弱,不能受纳腐熟水谷,则食少腹胀,气短便溏;气血不足,心失所养,则心悸健忘,脑失所养,则头晕,气虚不能卫固则自汗。舌淡苔白,舌质淡胖,边有齿痕,脉沉细无力均为脾气不足,气血虚弱之象。

(3) 湿热下注证

[临床表现]精子死亡率 $>40\%$;阴茎温热弛长,勃起不坚,阴囊湿热,口苦粘腻不爽,渴不欲饮,小便热赤涩痛,面红目赤,心烦易怒。舌质红苔黄腻,脉滑数。

[辨证分析]湿热下注精室,灼炼精液,故见死精子过多;湿热下注宗筋,则阴茎弛长温热,勃而不坚;湿热下注肾囊则阴囊湿热;口苦粘腻不爽,渴不欲饮,小便热赤涩痛,面红目赤,心烦易怒,舌质红苔黄腻,脉滑数乃肝胆湿热之象。

(4) 肝郁血瘀证

[临床表现]精子死亡率高,会阴部或少腹刺痛,茎中刺痛;面色灰黯,口唇色紫,胸胁胀痛,抑郁善怒,耳鸣、耳闭。舌质紫黯,脉弦,或涩滞不畅。

[辨证分析]肝气郁结,气滞血瘀,阻于厥阴,厥阴经脉循行阴器,故会阴部或少腹刺痛,茎中刺痛;肝气郁结,则胸胁胀痛,抑郁善怒;血瘀不行,则面色灰黯,口唇色紫,肝郁血瘀,肾气不能上达其窍,则耳鸣、耳闭。舌质紫黯,脉弦,或涩滞不畅乃血瘀之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

西医认为,炎症是引起精子死亡率过高的主要原因,治疗上主要是消除前列腺和精囊的炎症,目前常用复方新诺明口服,每次2片,每日2次,连用4周~16周。

采用非激素抗菌药物以抑制前列腺素的合成,是有效抑制无菌性前列腺炎、精囊炎的一种可行方法,不但可以减轻附属性腺的充血、水肿,又能有效地减轻症状,对于改善生育功能也有好处。常用药物如阿斯匹林、消炎痛等。

考虑到无菌性前列腺炎、精囊炎的发生可能与支原体的感染有关,还可配合使用四环素、强力霉素等药物。

另外,甘草锌能够提高人的性欲,频繁的泄精虽然使精子密度降低,却可以提高精子活力,这也是服用甘草锌,精子运动率提高的一个原因。

其他药物如精氨酸、甲状腺素、维生素E、维生素A等对于提高精子的活力也有很好的作用。

2. 对症治疗

(1)前列腺炎、精囊炎 参考有关章节。

(2)营养缺乏 补充缺乏的物质。

(3)自身免疫因素 参照免疫性不育一节。

3. 并发症治疗

伴见少精子症、精子畸形、精液不液化、脓精症等,应分别参照有关章节进行治疗。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)肾气不足证

[治法]补益肾气。

[方药]济生肾气丸(《济生方》)合五子衍宗丸(《医学入门》)

熟地、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮、车前子、牛膝、桂枝、附子、五味子、菟丝子、枸杞子、覆盆子、女贞子、淫羊藿。

[加减]肾阳偏虚者加大淫羊藿的用量,另加仙茅、肉桂、鹿角胶;肾阴偏虚者加知母、黄柏、生地、麦冬。

[分析]方用五子衍宗丸滋补肾气,六味地黄丸以补肾填精,桂枝、附子、淫羊藿温补肾气。

(2)气血两虚证

[治法]补气养血。

[方药]人参养荣汤(《局方》)加减

白芍、当归、黄芪、白术、熟地、茯苓、远志、陈皮、人参、肉桂、炙甘草、五味子、生姜、大枣、淫羊藿、仙茅、鹿角胶。

[分析]本方乃以大补气血之八珍汤去川芎加味而成,加黄芪以加强补气之力,陈皮行气健脾,远志健脾宁心,五味子益气生津,补肾宁心,鹿角胶补益精血,淫羊藿、仙茅、肉桂温补脾肾,大枣、生姜健脾和胃。诸药合用,补气养血益精。

(3)湿热下注证

[治法]清热利湿养精。

[方药]龙胆泻肝汤(《太平惠民和剂局方》)加味

龙胆草 15 克,炒栀子 15 克,黄芩 12 克,金银花、败酱草、红藤、白花蛇舌草各 30 克,连翘、柴胡各 12 克,丹皮、玄参、生地各 15 克,泽泻 12 克,车前子、木通、当归、甘草各 10 克。

[分析]方用龙胆草以泻肝胆湿热,黄芩、栀子苦寒泻火,协助龙胆草以清肝胆湿热;泽泻、木通、车前子清热利湿,引湿热从小便而解;金银花、败酱草、红藤、白花蛇舌草、连翘清热解毒,玄参、生地滋阴生津,以防苦寒伤阴;丹皮清热凉血,甘草调和诸药。诸药共达清热利湿养精之效。(4)肝郁血瘀证

[治法]疏肝解郁,活血化瘀。

[方药]化瘀赞育汤(《当代名医临证精华·男科专辑》颜德馨方)

柴胡 9 克,熟地 30 克,紫石英 30 克,红花 9 克,桃仁、赤芍、川芎、当归、川楝子各 9 克,桔核、枳壳、桔梗、牛膝各 5 克。

[加减]阳痿加蛇床子 9 克,韭菜子 9 克;不射精加炮山甲 9 克,王不留行 9 克;早泄或梦遗,去紫石英、牛膝,加黄柏 9 克,知母 9 克;睾丸胀痛加橘核 6 克,川楝子 9 克,小茴香 6 克;睾丸肿块,加三棱、莪术、海藻、昆布各 9 克。

[分析]方中以柴胡、枳壳疏理气机,桃红四物汤活血祛瘀,气血双调,其治在肝。改生地为熟地,滋养肾精;紫石英温补肾阳。阴阳并补,其治在肾。加入桔梗、牛膝提上利下,贯通血脉,疏有气之有余,化血脉之瘀结,而使肾气得以振备,以符合“疏其血气,令其条达,而致和平”之旨。诸药合用,共奏疏肝益肾,活血化瘀之功。

2. 验方治疗

(1)死精 1 号(《首届全国男女性不孕不育症诊治讲习班资料》李广文方)

[组成]金银花 30 克、丹参 30 克、蒲公英 15 克、生地 15 克、续断 15 克、当归 12 克、知母 9 克、黄柏 9 克、赤芍、白芍各 9 克、生甘草 9 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]清热解毒,养阴生精。

(2)生精汤(《男女病奇效良方》)

[组成]生地、赤芍、萆薢、肉苁蓉、菟丝子各 15 克,黄柏、丹皮各 10 克,车前子 20 克,仙灵脾 20 克,枸杞子 12 克。

[用法]用文火煎煮,1 日 1 剂,早晚空腹服下;亦可炼蜜为丸,每次服 10 克,1 日 3 次,温开水送服。1 月为 1 疗程。

[功用]清热利湿,益肾补精。主治死精子过多或精子活动度低引起的不育症。

[疗效观察]治疗 28 例,治愈 22 例,显效 4 例,无效 2 例。

(3)化痰醒精汤(《男女病奇效良方》)

[组成]半夏、南星、苍术、厚朴、路路通各 10 克,瓦楞子、石菖蒲各 15 克,木蝴蝶 3 克,水蛭 6 克。

[用法]水煎 1 日 1 剂,早晚分服。

[功用]行湿化痰醒精。主治死精子过多或精子数少不育症。

(4)益精汤(《男女病奇效良方》)

[组成]熟地 15 克、巴戟天 10 克、威灵仙 12 克、菟丝子 15 克、覆盆子 12 克、蛇床子 12 克、狗脊 12 克、阳起石 15 克、桑螵蛸 10 克、党参 15 克、山药 15 克、葛根 15 克。

[用法]水煎服,每日1剂,2次分服。20剂为1疗程。

[功用]温阳补肾行精。主治死精子过多或畸形精子过多症。

(5)活血通精汤(《当代名医临证精华·男科专辑》华良才方)

[组成]当归10克,制首乌20克,鸡血藤15克,怀牛膝15克,益母草20克,血竭5克,金毛狗脊15克,蒲黄15克,桃仁12克,川断15克,黄酒为引。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]活血通精,养血生精。

[按语]本方由入肾经的活血药味组成,具有活血通精、养血生精作用,且对于各种原因引起的无精子、少精子、畸形精子、精子成活率低下以及精子过多、逆向射精等具有双相调节作用。它如骨碎补、川续断、蒲黄、五灵脂、桃仁、红花、土鳖虫、穿山甲、王不留行等,亦可依辨证施治原则,随机增入。对于无精、弱精症,于活血通精之中,适当增入补肾壮阳,滋肾填精之品,或采用先通且补之法,则疗效尤著。

(6)生精育种汤(李留记,等.生精育种汤治疗死精症40例报道.江西中医药,1995,26(3):16)

[组成]生地、赤芍、川草薢、肉苁蓉、菟丝子、枸杞子各15克,黄柏、丹皮各10克,车前子、淫羊藿各20克,紫河车30克。

[加减]阴虚明显加生地量;湿胜重用草薢;热甚重用黄柏。

[用法]水煎服,每日1剂。或制成蜜丸,1丸20克,1日3次,1次1丸,口服。1个月为1疗程。

[功用]滋肾生精。

[疗效观察]治疗死精症40例,结果:治愈和显效32例,无效4例,总有效率为90%。

3. 单味药治疗

(1)金银花

[药物]金银花6克~9克。

[用法]与当年绿茶共泡,代茶饮。

[功用]清热解毒养阴。

[药理]药理研究证实,金银花具有很强的抗菌抑菌作用,以病毒及一些其他致病微生物也有不同程度的抑制或杀灭作用。因此,以金银花代茶饮,对泌尿生殖系统的感染引起的死精子症有效。

(2)草薢

[药物]粉草薢50克。

[用法]水煎服或打碎与粳米共煮粥食用,每日1剂。

[功用]利湿泌浊。用于痰湿偏盛之死精子症有效。

(3)蒲公英注射液,每次肌注2毫升,每天2次。

(4)鱼腥草注射液,每次肌注2毫升,每天2次。

4. 其它疗法

(1)针灸疗法

[取穴]大肠俞、小肠俞、秩边,头皮生殖区。

[操作]用3寸针深刺大肠俞、小肠俞、秩边,平补平泻手法,用G6805电针治疗仪接大肠

俞、秩边,断续波通电 30 分钟。留针期间用 TDP 照射腰骶部。头皮生殖区用 2 寸毫针沿头皮 15 度角快速刺入,深至帽状腱囊下,以针感放射至头面部为宜。

[病例介绍]孙某,男,32 岁,1996 年 5 月 6 日初诊。主诉结婚 2 年其妻不孕,时感会阴部坠痛不适,尤以久坐或同房后 1~2 天内为重,精液镜检:白细胞少许,卵磷脂小体增多,精子死亡率 80%,活力差,诊为慢性前列腺炎、死精子症。采用上法针刺,并服强力霉素、知柏地黄丸、补中益气丸等,4 周后自感会阴部胀痛不适明显减轻,查精液常规:精子密度 $120 \times 10^9/L$,成活率 76%,活动力 III^+ ,镜检未见到白细胞。继续治疗 3 周后,其妻怀孕。随访 5 月会阴部坠痛不适症状未再复发。(选自苏勋庄医案)

(2) 饮食疗法

可经常食用水果、蔬菜、鸡蛋、蚕蛹、海蛎肉、河虾等,以增加精子生长活动需要的营养物质。下列食疗方可选用:

① 蛎肉粥(苏勋庄经验)

[材料]鲜海蛎 50 克,粳米 50 克~100 克。

[制用方法]将粳米淘洗干净后加水适量,文火煮粥,待米烂油浮时,加入淘净之鲜海蛎,拌匀,烧开,停火盖焖 10 分钟即可食用。隔 1 日 1 次,作早餐食用,连食 3 个月。

[功用]健脾益精。

[疗效观察]试用多例,均有良效。

② 山药桑杞粥

[材料]生山药 50 克,枸杞子 15 克,桑椹子 0 克,粳米 50 克,盐粉少许。

[加减]如精液中有白细胞,加土茯苓 12 克。

[制用方法]上述材料共放一砂锅中,文火煮粥,待油浮米烂时,即停火,盖焖 10 分钟,即可食用。每日 1 次,作早餐食用。

[功用]滋肾益精健脾益精。

(3) 阴囊降温疗法 凡是患死精子症的病人,其阴囊表面平均温度高于正常时,可采用阴囊低温疗法,佩带一个阴囊托,内层衬以薄纱布,腰间佩带小瓶或其它容器,内盛冷水或酒精,借细管接到阴囊托里,虹吸作用让液体缓慢流出并湿润纱布,液体挥发以降低阴囊温度 $2^{\circ}C$ 左右,每日佩带 16 小时,睡眠时阴囊部不宜被盖保暖,坚持 8 周~23 周。

(4) 性生活指导 死精子症患者应根据其不同的病因进行相应的性生活指导。一般地说,本症治疗期间不要求节制性生活。有研究认为,随着禁欲时间的延长,精液量和精子数虽可增加,但精子活动的数量及质量明显下降。短时间内频繁射精虽可见精液量及精子数减少,但精子活力明显增强。因附属性腺炎症引起的死精子症,亦应探寻合理频度的性交时间,一方面及时排泄含有大量致病微生物及白细胞和死精子的精液,以去瘀生新,另一方面控制其频度,可不至加重其慢性炎症。

(三) 中西医结合治疗

1. 杨聪斌用桃红四物汤加减(桃仁、红花、当归、川芎、白芍、淫羊藿、路路通、续断各 10 克,熟地、黄芪各 20 克,益母草 15 克。炎症加野菊花、蒲公英、地丁;阳气虚加鹿茸、巴戟天、肉桂、菟丝子)每日 1 剂水煎服,合用强力霉素 $0.2g/$ 日 1 次,复方新诺明 $1.0g/$ 日 2 次口服,治疗死精子症 76 例,30 日为 1 疗程,治疗 3 个疗程后,与对照组 48 例(单用强力霉素、复方新诺明口

服)比较,两组分别临床治愈 46 例(60.5%)、18 例(37.5%),有效 24、17 例,无效 6、13 例,总有效率 92.1%、72.9%($P<0.01$)。

2. 研究认为,微量元素锌参与生殖系统多种酶的组成,可以提高精子发生过程中一系列酶的活性。锌可以延缓精子衰老,从而增强了精子的活动力,并相对增高了精子的运动率,有利于受精。有关锌与精子活动率的关系问题,请参见少精子症中有关论述。

精子活力低下、死精子症、五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

- (1)生活要有规律,劳逸结合。
- (2)保持合理的性生活,防止性交过频,影响生精。
- (3)忌烟酒等刺激,多吃水果蔬菜及富含精氨酸、蛋白质的食物,以保证精子营养。
- (4)多喝白开水,避免久坐,防止盆腔充血,以减少因前列腺、精囊、附睾等受压,引起前列腺炎等,导致精子活力下降。
- (5)避免高温环境或热水浴,不宜接触射线辐射。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,忌郁怒。
- (2)节淫欲,避免房过度,耗伤精气。
- (3)清淡饮食,忌烟酒辛辣刺激之品。

(二)既病防变

1. 西医措施

- (1)死精子症患者宜合理安排性生活,不宜泄精过频,但亦不宜房事过少。适当频度的射精,可以使精子活力提高。
- (2)忌烟酒等刺激,多吃水果蔬菜及富含精氨酸、蛋白质的食物,以保证精子营养。
- (3)适当休息,避免久坐,局部温浴和按摩可以帮助前列腺炎症等的治疗,但应注意睾丸不宜受热。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,忌郁怒。
- (2)节淫欲,远房帷,以养精气。
- (3)清淡饮食,忌烟酒辛辣刺激之品。

第四节 精子密度过高症

一、概 述

作为引起男性不育症的病因,少精子症是临床上常见的精子病,事实上精子密度过高也可

以引起男子不育,只是临床较为少见。我们认为连续3次精液分析,精子计数均超过2.0亿/ml,即可影响男性生育力,临床上称为精子密度过高症。

中医对此症缺乏认识,大约相当于“精瘀”范畴。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

引起精子密度过高的原因,目前尚不十分清楚,考虑可能与睾丸体积较大生精能力旺盛,或内分泌刺激睾丸过度生精所致,或在附睾内停蓄的精子时间较短即释放,也可以使大量发育不十分成熟的精子释放到精液中,增加了精子密度。另外,各种原因(如前列腺萎缩等)引起的精浆分泌量减少,也是相对造成精子密度增高的主要原因。

2. 病理

精子密度增高其病理结果是造成男性不育症,详细机理目前尚缺乏研究资料,考虑可能与单位体积内精子密度过大,精子在游动过程中相互碰撞的机会增多,精子运动的能量相互消耗,从而减低了精子进入卵子的能力,降低了受孕的机会。另外,大量不成熟的精子缺乏受精能力,也是造成不育的一个原因。

(二)中医的病因病机

中医学对此病尚缺乏研究,海南省中医院华良才教授,根据“阳生阴长”的理论,认为引起精子密度过高的病理机制在于阳盛阴衰,治当宗抑阳扶阴之法,即抑制阳(精子生成机能)的亢盛,扶助阴(精子生长机能)的衰弱,在降低单位体积内精子密度的同时,提高精子个体素质,增强其运动能力,达到抑精、强精、助育的目的。但临床上精子密度过高症患者不但精子密度高,而且精子的形态和活动能力均良好,精子运动速率也很高,从这一现象分析,单纯提高精子的个体素质,似乎不是治愈该症的单纯机理。编者在泄白症一节中已经论述,精液由清精(指精浆部分)和浊精(精虫)两部分组成,阴精可复分阴阳,其清者为阳,是精中清气,其浊者为阴,是为精虫。因此认为,精子密度过高,属于阴盛阳衰。病因病机分析如下:

(1)脾肾阳虚 素体脾弱,或过食寒凉药物,损伤脾阳,脾失健运,不能正常输布水谷精微,下注精室,造成清精不足;或肾阳不足,久无房事,浊精积聚不泄,或肾阳式微,不能蒸发化生精气,清精不足,浊精有余。脾阳不足导致肾阳衰微,反过来,肾阳虚弱不能温煦脾阳,亦可引起脾阳不足。脾肾阳虚,清精生成不足,造成浊精(精虫)相对增高。

(2)阴虚火旺 素体阴亏,或久病、温热病后期,导致阴液亏损,阴虚火旺,炼灼清精,导致浊精更浊。

三、临床诊断

(一)辨病·西医诊断

1. 症状

连续3次精液分析,精子计数均超过2.0亿/ml,可影响男性生育力。

2. 体征

一般特殊体征,个别因附睾郁积造成者,可有附睾按压轻痛,附睾体积增大。前列腺萎缩造成者肛门指检,可发现前列腺体积缩小,硬度增高。

3. 实验室及其它检查

精子计数超过2.0亿/ml,可见大量幼稚和畸形精子,死精量增多。精子活率和活力亦可正常。

4. 并发症

精子密度过高症可并发精液不液化症、死精子症,其结果都引起男性不育症。

5. 诊断要点

(1) 诊断

①男性不育。

②连续3次精液分析,精子计数均超过2.0亿/ml。

(2) 鉴别诊断

精子密度过高症应和精液量过多症鉴别。二者均可导致男性不育症。精液量过多症是指精液的总量过多,因此单位体积内精子的密度反而较低。而精子密度过高症则与之相反,精液总量可正常,亦可减少,单位体积内精子的密度增高。

(二) 辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本症临床较为少见,但根据精液检查容易确诊。临床上以阴虚灼精证较为常见,以精子密度过高,射精疼痛,或射精不畅涩滞感,精液粘稠,耳鸣心烦,面红目赤,盗汗失眠,大便干结,小便黄赤而短,舌红苔少或薄黄,脉细涩为辨证要点。精子密度过高,但精子活动良好,形态正常,阴囊温度稍低或睾丸有发凉感觉,畏寒怕冷,腰膝冷痛,腹胀纳呆,大便溏薄,小便清长,舌淡苔白厚腻,脉沉迟或沉细者为脾肾阳虚证的辨证要点。

2. 辨证分型

(1) 脾肾阳虚证

[临床表现]精子密度过高, >2.0 亿/ml,精子活动良好,形态正常,阴囊温度稍低或睾丸有发凉感觉,畏寒怕冷,腰膝冷痛,腹胀纳呆,大便溏薄,小便清长。舌淡苔白厚腻,脉沉迟或沉细。

[辨证分析]脾病及肾,或肾病及脾,脾肾阳虚,脾失健运,不能正常输布水谷精微,下注精室,造成清精不足;或肾阳式微,不能蒸发化生精气,清精不足,浊精有余;或肾阳不足,久无房事,浊精积聚不泄。脾肾阳虚,清精生成不足,造成浊精(精虫)相对增高,故见精子密度过高。脾主肌肉四肢,阴囊及外肾由肾所主,脾阳不足,肢体失其温养,肾阳亏虚,不能助脾温煦运化,水液气化不利,故见阴囊温度稍低或睾丸有发凉感觉,畏寒怕冷,腰膝冷痛,腹胀纳呆,大便溏薄,小便清长。舌淡苔白厚腻,脉沉迟或沉细乃脾肾阳虚之证。

(2) 阴虚灼精证

[临床表现]精子密度过高, >2.0 亿/ml,射精疼痛,或射精不畅涩滞感,精液粘稠,大病久

病之后阴液不足,或温热病后期,耳鸣心烦,面红目赤,盗汗失眠,大便干结,小便黄赤而短。舌红苔少或薄黄,脉细涩。

[辨证分析]素体阴亏,或久病、温热病后期,导致阴液亏损,阴虚火旺,更加炼灼清精,导致浊精更浊,故见精液粘稠,精子密度增高。阴虚火旺,灼伤精道,故射精疼痛,或射精不畅涩滞感。耳鸣心烦,面红目赤,盗汗失眠,大便干结,小便黄赤而短。舌红苔少或薄黄,脉细涩,均为阴虚火旺,津液不布之征。

四、治疗

(一)西医西药治疗

1. 常规治疗

可给以生理盐水 500 毫升口服,或静脉点滴。体外射精,收集稀释后行宫腔灌注,可提高受孕率。

2. 对症治疗

属内分泌异常刺激睾丸过度生精者,可对症给以内分泌治疗。因前列腺萎缩导致精浆分泌量少者,应适当进行前列腺治疗。

3. 并发症治疗

并发精液液化不良者,参见精液不液化症的有关治疗。并发死精子症者参见死精子症有关内容。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)脾肾阳虚证

[治法]温补脾肾,输津布精。

[方药]实脾饮(《济生方》)合金匱肾气丸(《金匱要略》)加减

当归、厚朴、白术、木瓜、附子、茯苓、大枣、熟地、山药、山茱萸、肉桂、赤芍、丹皮、泽泻、枸杞子。

[加减]伴有血瘀者加乳香、没药、王不留行。

[分析]方用六味补肾填精,附子、肉桂温补脾肾阳气,当归补血活血、温补肝脾,厚朴健脾行湿、下气除满,白术健脾益气、燥湿利水,木瓜和胃化湿,枸杞滋阴补肾,赤芍酸涩敛阴,大枣健脾和中。

(2)阴虚灼精证

[治法]滋阴清热,补液填精。

[方药]知柏地黄丸(《景岳全书》)加味

知母、黄柏、熟地、泽泻、茯苓、丹皮、山药、山萸肉、牛膝、泽兰、丹参、沙参、麦冬、五味子、枸杞子。

[加减]伴有血瘀者加生蒲黄、王不留行;湿热者合龙胆泻肝汤加减。

[分析]方中用知母、黄柏滋阴清热,熟地、牛膝、沙参、麦冬、五味子、枸杞子养阴生津,泽泻

清热利湿,茯苓、山药、山萸肉健脾养精,丹皮清热凉血,泽兰、丹参活血。诸药合用,可收滋阴清热,补液填精之功。

2. 验方治疗

(1)抑阳扶阴汤(《新中医》,1988;(12):28)

[组成]女贞子、炙龟板、生熟地各20克,旱莲草、知母、地骨皮、黄柏各15克,丹皮10克。

[用法]水煎服,每日1剂。第1、2次煎液混和后分3次于餐后服,第3次煎液倒入盆中坐浴10分钟。

[功用]抑阴扶阳,壮水制火。主治阴虚阳亢,水火不济型精子密度过高症。伴见阳强易举,头昏脑胀,口干思饮,便干溲赤,舌红苔薄黄,脉数。

[按语]坐浴药液温度应与体温接近,忌烟酒、辛辣刺激性食物、无鳞鱼类等发物。

(2)阴阳交泰饮(《新中医》,1988;(12):28)

[组成]黄连、焦山栀、阿胶(烊化)、旱莲草各10克,水牛角、女贞子、杜仲炭、鸡血藤、益母草、生、熟地各15克,制首乌、鳖甲各20克。

[用法]水煎服,每日1剂。第1、2次煎液混和后分3次于餐后服,第3次煎液倒入盆中坐浴10分钟。

[功用]滋阴清热,佐以活血通精。治疗阴阳格拒,热郁于内,逼阴于外,阴阳脱节,失其阴平阳秘,而致精子密度增高症。[按语]坐浴药液温度应与体温接近,忌烟酒、辛辣刺激性食物、无鳞鱼类等发物。

(3)活血通精汤(《新中医》,1988;(12):28)

[组成]当归、生蒲黄、王不留行各10克,制首乌、龟板各20克,鸡血藤、益母草、怀牛膝、女贞子、熟地黄、五灵脂各15克,血竭5克。

[用法]水煎服,每日1剂。第1、2次煎液混和后分3次于餐后服,第3次煎液倒入盆中坐浴10分钟。

[功用]活血通精,强精助育。治疗瘀阻精窍、液化不能之精子密度过高症。射精不畅、偶或出现刺痛,精液稠厚,状若团块,舌紫暗有瘀点,脉沉弦而涩。

[按语]坐浴药液温度应与体温接近,忌烟酒、辛辣刺激性食物、无鳞鱼类等发物。

(4)温阳缩精汤(《上海中医杂志》,1990;(12):28)

[组成]炒白术15克,仙茅12克,肉桂6克,苍术12克,茯苓15克,半夏、陈皮、白芥子各12克,制香附15克,木香10克。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]温和脾肾,祛湿化痰。治疗精液、精子过多属肾阳不足者。

3. 其他疗法

耳穴疗法

[取穴]主穴:肝、肾、神门、内分泌、皮质下、内生殖器、反应敏感点;配穴:前列腺、外生殖器、膀胱。

[操作]每次选主穴2穴~3穴,配穴1穴~2穴,取单侧耳穴,用王不留行子耳穴贴压法治疗,每天按压3次~5次,每次按压2分钟~3分钟,5天后换贴另侧耳穴,两侧交替。7次为1疗程。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 多饮水, 注意休息, 清淡饮食, 避免过食辛辣刺激性食物及过嗜烟酒。
- (2) 发热或久病应积极治疗, 以防损害生殖功能。
- (3) 前列腺疾病应认真治疗, 预防前列腺萎缩。

2. 中医措施

- (1) 调情志, 适劳逸, 房事有度, 不可久隔房帏, 导致精气郁结。
- (2) 多饮水, 忌久渴不饮, 忌食辛辣油腻生湿生热之品及烟酒等刺激性嗜好物。
- (3) 久病、热病注意保阴存液。
- (4) 不可久服金石燥烈之药, 以防伤阴耗液, 导致精浊精厚。

(二) 既病防变

1. 西医措施

精子密度过高症最直接的后果是引起男性不育症, 因此积极治疗精子密度过高症的过程, 也就是治疗男性不育症的过程。有关防治措施参考未病先防西医措施。

2. 中医措施

同未病先防中医措施。

第六节 畸形精子过多症

一、概 述

畸形精子过多症, 是指精液检查畸形精子数超过 20% 者。本症亦为中医微观病症名称, 古籍缺乏记载, 因其结果为引起不育, 因此亦属祖国医学“无子”或“不育”范畴。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

导致精子畸形的原因, 主要是在精子发育过程中, 由于内分泌等因素的影响致使精子发育不良, 或各种物理化学因素的刺激, 导致精子发生畸变。研究发现, 精子在运输过程中很少发生形态改变。因此认为, 生殖道感染对精子形态发生影响的可能性较小。但也有人观察到, 细菌感染的精液标本中, 正常形态的精子百分数减低。光镜及扫描电镜观察到, 在支原体存在的情况下, 正常形态的精子数减少, 尖头及尾部呈卷曲状、绒毛状的精子数增多。

(二) 中医的病因病机

畸形精子过多症也是一个微观诊断病症,中医学过去尚少涉及,对其病因病机也缺乏系统分析,曹开镛氏提出肾阴亏损和湿热下注是引起畸形精子过多的原因,认为肾阴濡润滋养五脏百骸,是为真阴。真阴对精液、精子的生成发育起物质保证作用,肾阴不足,精子失其所养,不但生精障碍而且易使精子致畸。我们根据现代医学对畸形精子过多症的病因分析,结合中医学“肾藏精、主生殖”等观点,以及该症患者常常伴见的临床表现,将其病因病机归纳如下:

(1)肾阴不足,精气失养 素体阴亏,或房劳伤肾,导致致阴亏,以及过服燥热之品或温热病伤阴等,都可以导致肾阴亏虚,不能濡养精源,精虫生化受挫,发生畸形。

(2)肾阳亏虚,精气不足 生命活动的生长、发育、正常运行,全赖肾阳的温煦,肾阳亏虚,精气不足,精源寒冷,精虫不得温化,蜷缩萧瑟,发生畸形。

(3)湿热下注,熏灼精窍 平素过食辛辣油腻之品,内生湿热,下注精窍;或湿热毒邪从外侵入,熏灼精窍,致使精子受灼变形致畸,或因湿热阻闭精络,精气失养,精虫生化不利,而发生畸形。

(4)气血亏虚,化精无源 脾胃虚弱,不能腐化水谷精微,气血亏虚,或素体气血亏虚精气化生乏源,而致精虫失养,不能正常生化,发生畸形。

三、临床诊断

(一) 辨病·西医诊断

1. 症状

精液镜检精子畸形率高即为本症,患者往往无全身症状,部分患者可有腰膝酸软,容易疲乏,饮食欠佳等不适,其主要表现是引起男性不育。

2. 体征

部分患者因前列腺炎、精囊炎引起者肛门指诊可有触压痛,睾丸炎、附睾炎等引起者,睾丸或附睾按之疼痛。

3. 实验室及其它检查

精液镜检可见精子大头、小尾、卷尾、双头、双尾等异常形态变化,其畸形率超过20%。

4. 并发症

可与精液不液化、少精子、死精子症同时并存。

5. 诊断要点

(1) 诊断

精液镜检精子畸形率超过20%即可诊为精子畸形症。

(2) 鉴别诊断

本症应注意与精子凝集相鉴别。精子凝集是由于精子抗原和精子抗体的凝集反应,造成精子头对头、或尾对尾集在一起。而精子畸形表现为精子本身形态异常率的增多。

(二) 辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本症为精子畸形率增高,超过20%以上。患者一般无临床症状,亦可表现为腰膝酸软,周身乏力,畏寒肢冷等全身症状。其辨证要点为:精子畸形率高,精子密度低,伴有性欲亢奋,早泄,五心烦热,口干咽燥,大便秘结,小便黄赤,舌红苔少,脉细数等阴虚火旺症状者为肾阴不足,精气失养证;伴精液清稀量少,性欲降低,或见阳痿、早泄,畏寒肢冷,小便清长,大便溏薄,舌质淡胖,脉沉细无力等肾阳亏虚表现者为肾阳亏虚,精气不足证;伴有死精多,精液量少而稠,多见色黄或赤,阴囊潮热,口苦心烦,小便黄浊或尿后有白浊,阳痿、早泄,舌红苔黄腻,脉弦滑或滑数者为湿热下注,熏灼精窍证;伴见精液量少,饮食不健,身体瘦弱,面色萎黄或㿗白,或见睾丸小,舌淡苔薄白,脉弱者为气血亏虚,化精无源证。

2. 辨证分型

(1) 肾阴不足,精气失养证

[临床表现]畸形精子超过20%,精子密度低,性欲亢奋,阳事易兴,交则早泄,五心烦热,盗汗遗精,口干咽燥目赤,腰膝酸软,眩晕耳鸣,失眠多梦,大便秘结,小便黄赤。舌红苔少,脉细数。

[辨证分析]肾阴不足,虚火旺盛,炼精变形,故畸形精子增多,不能荣润精子,则精子密度低;阴虚火旺,则阳事易兴,性欲亢奋,虚火扰动精关,则精泄过早或见遗精;肾阴亏虚,肾水不能上济于心,心火独旺,则五心烦热,阴虚火旺,津液蒸发而出,发为盗汗;阴虚肾水不能上承,则口干咽燥,虚火炎上则目赤;肾主骨生髓,髓通于脑,肾阴亏虚,脑窍失养,则头晕目眩,耳鸣,多梦;腰为肾之府,肾虚不能养其府则腰膝酸软;虚火灼津,则大便秘结,小便黄赤。舌红少苔脉细数,乃阴虚火旺之象。

(2) 肾阳亏虚,精气不足证

[临床表现]畸形精子超过20%,精液清稀量少,性欲降低,或见阳痿、早泄,腰膝酸软,畏寒肢冷,精神萎靡,面色㿗白,小便清长,大便溏薄。舌质淡胖,脉沉细无力。

[辨证分析]肾阳不足,不能温育精子,则畸形精子增多,津液不能气化升清为精,则精液清稀量少;肾阳亏虚,相火不旺,则性欲降低,或不能振奋阳气,而发阳痿、早泄;腰为肾府,肾阳不足,不能温养腰府及四肢,而见腰膝酸软,畏寒肢冷;阳虚失其温润,则精神萎靡,面色㿗白;肾阳亏虚,不能助膀胱气化,则小便清长,大便溏薄。舌淡苔白,脉沉细无力乃肾阳不足,精气亏虚之征。

(3) 湿热下注,熏灼精窍证

[临床表现]畸形精子量多,多超过30%以上,多见死精多,可见一定数量寒肢冷;阳虚失其温润,则精神萎靡,面色㿗白;肾阳亏虚,不能助膀胱气化,则小便清长,大便溏薄。舌淡苔白,脉沉细无力乃肾阳不足,精气亏虚之征。

(4) 湿热下注,熏灼精窍证

[临床表现]畸形精子量多,多超过30%以上,多见死精多,可见一定数量的白细胞、脓细胞,精液量少而稠,多见色黄或赤,阴囊潮热,囊汗腥臭,口苦心烦,小便黄浊或尿后有白浊,阳痿、早泄。舌红,苔黄腻,脉弦滑或滑数。

[辨证分析]湿热下注,熏灼精窍,炼精变形,故见畸形精量多,死精多,蒸化精液,则精液量少而稠,色见黄赤;气血蒸腐,则见白细胞、脓细胞;湿热下注阴囊,则见阴囊潮热、囊汗;肝胆湿热,则口苦心烦;膀胱湿热,则小便黄浊或尿后有白浊;肝经湿热,宗筋弛长,则见阳痿、早泄。舌

红,苔黄腻,脉弦滑或滑数乃湿热蕴结之象。

(5) 气血亏虚,化精无源证

[临床表现]畸形精子超过 20%,精液量少,饮食不健,身体瘦弱,面色萎黄或㿗白,头晕乏力,可见睾丸小。舌淡苔薄白,脉弱。

[辨证分析]精血同源,气血亏虚,化精无源,则见精液量少,畸精增多;气血亏虚,脾胃不健,则饮食不健,气血不足,不能奉养肢体,则身体瘦弱,不能荣润头面则面色萎黄或㿗白,头晕乏力;气血不足,睾丸失养,或先天不足,睾丸不健,面见睾丸小。舌淡苔薄白脉弱乃气血亏虚,化精无源之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 抗感染治疗 参见生殖道感染的治疗。

(2) 锌剂 硫酸锌,片剂,每次 100mg~120mg,每日 3 次口服,用药至少 3 日;或用甘草锌,胶囊,1 次 1 粒,1 日 2 次。

(3) VitE 每日 1 次,1 次 1 粒。

(4) 精氨酸 精氨酸是精子代谢过程和精子鞭毛运动的必需氨基酸。每日 4 克,分 2~3 次口服。

2. 对症治疗

(1) 生殖道感染 细菌感染对精子的形态一般认为没有影响,但存在生殖道炎症的患者,容易发生畸形精子过多症,因此,抗炎治疗对降低畸形精子率仍有重要意义。报道利福平和 TMP 联合应用效果较好,用药方法:利福平 300mg(1 片)、TMP80mg(1 片),各晨起 1 片、晚 2 片,用 15 天;而后每晚各 2 片,用 15 天,以后每晚各 1 片,用 90 天。

非细菌性感染,认为多与沙眼衣原体和 T 支原体有关,治疗用同时具有抗这两种微生物的抗生素,效果较好,四环素和强力霉素具有这种作用,而强力霉素对支原体效果更好,二者任何一种应用一周基本可以消除沙眼衣原体。用药方法:四环素 500mg1 天 4 次口服,或强力霉素 100mg1 天口服 1 次。

(2) 理化因素 精子在发育过程中各种物理或化学因素都可以使其发生畸变,如高温、X 射线、γ 射线、重金属离子、化疗药物、洗涤剂、杀虫剂等。因此,治疗时应当首先消除这些因素,使睾丸不再继续受到侵害,从而减少甚至消除畸形精子的发生。

3. 并发症治疗

引起男性不育的原因很多,其中约 1/3 是由于精子数量过少,或是精子异常率高,使得卵子受精率几乎为零。因此,这类情况被称为生育力低下。最近一位比利时医学家研究出了一种单精注射技术,解决了这一难题。他在显微操作仪下,于视野的一端用一根吸管吸附固定卵子,再在另一端用一根特制的小玻璃管将经清洗处理过的单个精子注入卵子内,然后将受精卵移植到子宫内,继续胚胎发育。据报道,这位比利时医学家运用这项技术治疗男性不育症已取得了可喜的成功,授精率达 65%,并已使 100 多位患者抱上了自己的孩子。不过该技术虽好,但

目前要推广仍极为困难,因为此技术仪器和治疗费昂贵,操作技术要求极高,使许多医院和病人望而却步。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)肾阴不足,精气失养证

[治法]滋阴降火,补益精气。

[方药]知柏地黄汤(《景岳全书》)加味

知母、黄柏、山药、山萸肉、泽泻、丹皮、熟地、茯苓、甘草、金银花、蒲公英、女贞子、桑椹子。

[分析]方中知母、黄柏滋阴降火,金银花、蒲公英清热解毒而不伤阴,山药、山萸肉补益肝肾,熟地滋阴,女贞子、桑椹子育阴生精,丹皮清热凉血,泽泻清热利湿,茯苓健脾,甘草和中,调和诸药。诸药合用,共奏滋阴降火,补益精气之功。

(2)肾阳亏虚,精气不足证

[治法]补肾助阳,益气填精。

[方药]金匱肾气丸(《金匱要略》)合五子衍宗丸(《医学入门》)、四君子汤(《局方》)加减

熟地、山药、山萸肉、茯苓、枸杞子、五味子、覆盆子、菟丝子、党参、白术、仙茅、仙灵脾、鹿角胶、附子、肉桂、炙甘草。

[分析]方用金匱肾气丸温阳补肾填精,以四君子汤补气养血生精,合五子补肾育精,仙茅、仙灵脾温阳补肾以助金匱温补肾阳之力,鹿角胶血肉有情之品,大益精血。诸药合用,补肾助阳,益气填精。

(3)湿热下注,熏灼精窍证

[治法]清热利湿,通窍解毒。

[方药]萆薢渗湿汤(《疡科心得集》)加味

萆薢、苡仁、赤茯苓、泽泻、滑石各15克,丹皮9克,通草6克,车前子、菟丝子、枸杞子、女贞子各10克,黄柏、知母各12克。

[分析]方中萆薢、苡仁、泽泻、滑石、通草、车前子清热利湿,赤茯苓健脾运湿,丹皮清热凉血,黄柏、知母滋阴清热,菟丝子、枸杞子、女贞子补肾生精。诸药合用,功能清热利湿,通窍解毒。

(4)气血亏虚,化精无源证

[治法]健脾养胃,补益气血。

[方药]毓麟珠(《秘本种子金丹》)

人参、白术、茯苓、炙甘草、当归、熟地、白芍、川芎、鹿角胶、鹿角霜、菟丝子、枸杞子、巴戟天、杜仲、胡桃肉、淮山药、川椒、山萸肉。

[分析]本方比《景岳全书》之毓麟珠(女用)多4味药。方中巴戟天、鹿角胶、鹿角霜、杜仲、菟丝子、胡桃肉补肾气以填精;川椒入督脉,补肾阳;怀山药既可健脾,又可益肾填精;熟地滋补肾精;川芎、白芍、当归补血;人参、白术、茯苓、炙甘草补气。全方既能健脾养胃,补益气血,又可滋补肾阴,养精生精。

2. 验方治疗

参见死精子症。

3. 单味药治疗

参见死精子症。

4. 其它疗法

参见死精子症。

(三) 中西医结合治疗

参见死精子症。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 多饮水, 注意休息, 清淡饮食, 避免过食辛辣刺激性食物及过嗜烟酒。
- (2) 发热或久病应积极治疗, 以防损害生殖功能。
- (3) 前列腺疾病应认真治疗, 预防前列腺萎缩。

2. 中医措施

- (1) 调情志, 适劳逸, 房事有度, 不可久隔房帟, 导致精气郁结。
- (2) 多饮水, 忌久渴不饮, 忌食辛辣油腻生湿生热之品及烟酒等刺激性嗜好物。
- (3) 久病、热病注意保阴存液。
- (4) 不可久服金石燥烈之药, 以防伤阴耗液, 导致精浊精厚。

(二) 既病防变

1. 西医措施

精子密度过高症最直接的后果是引起男性不育症, 因此积极治疗精子密度过高症的过程, 也就是治疗男性不育症的过程。有关防治措施参考未病先防西医措施。

2. 中医措施

同未病先防中医措施。

第七节 弱精症

一、概 述

这里说的弱精症是指连续 3 次精液分析, 各项指标都在正常范围的界限值上下, 从单项看虽然接近正常, 但整体分析精液质量较差, 影响生育力。有人用下面的公式来判断男子的生育力, 同时该公式也是判定弱精症的较为科学的方法:

$$I = \frac{MNV}{A10^9}$$

公式中 I, 是 Index, 男性生育力指数;

M, Motility, 活动精子百分率;

N, Number, 每毫升精液中精子数目;

V, Velocity, 精子运动速度;

A 为畸形精子百分率, 10^9 为常数。

弱精症是各种精子病的综合性病症, 其西医病因病理和中医的病因病机及治疗, 可以参考精子病各节的有关内容。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 引起弱精症的病因多种多样, 从生精功能障碍方面可以分为以下几类

(1) 干扰男性生殖活动的激素调节的疾病和因素

与男性生殖活动有关的主要内分泌腺包括下丘脑、脑垂体、睾丸, 又称为下丘脑——垂体——睾丸轴系。这三种内分泌腺本身的疾病, 或其它疾病或因素干扰这些内分泌腺的活动, 都可影响睾丸的生精功能。

(2) 干扰睾丸功能的疾病或因素

睾丸主要有两种功能, 即产生精子和分泌男性激素(睾酮), 引起睾丸功能障碍的原因很多, 概括起来, 可有局部因素和全身因素两种。局部因素包括: ①先天性睾丸不发育或发育不全等; ②睾丸外伤; ③睾丸炎症。如腮腺炎引起的睾丸炎、睾丸结核、梅毒、麻风、非特异性睾丸炎等; ④血管性疾病造成睾丸功能障碍, 如精索静脉曲张、睾丸扭转等; ⑤睾丸压迫性萎缩, 如厚壁的鞘膜积液、巨大疝等; ⑥X 线辐射; ⑦干扰阴囊的热调节功能, 如穿紧裤、频繁热水浴等。全身因素包括: ①神经内分泌疾病; ②营养障碍, 如体重迅速下降, 维生素 A、E、C 及 B 的缺乏, 食用粗棉子油以及肝硬变、慢性肾功能衰竭等; ③工业危害, 如铅、砷、锌重金属等; ④药物影响, 如呋喃类、烷基化物、激素、安体舒通、5-羟色胺、单胺氧化酶抑制剂、环磷酰胺、氨甲喋呤、大量阿斯匹林以及中药雷公藤等; ⑤高热性疾病, 如全身性发热, 特别是病毒性感染; ⑥变态反应; ⑦不良习惯和嗜好, 如过度吸烟、酒精中毒, 过度紧张和情绪变化。

2. 从干扰精子的受精能力方面分:

(1) 干扰附睾的结构和功能

附睾是贮存精子的重要器官, 它还具有重要的吸收、分泌和免疫屏障机能, 为精子在形态和功能上成熟提供了合适的环境, 精子在通过附睾的过程中, 逐步获得了运动能力和受精能力。因此, 不管何种疾病或因素造成附睾结构和功能的损害, 都会降低精子活力和活率, 从而降低精子的受精能力, 引起不育。

(2) 干扰附属性腺的正常机能

男性附属性腺(包括前列腺、精囊及尿道球腺)的分泌物组成精浆, 精浆是组成精液的主要部分, 是精子营养、获能和运行的基质。临床上许多附属性腺的疾病都可以导致精浆物质的分泌异常, 从而影响精子的受精能力, 引起受精障碍。

(3) 抗精子抗体

生殖系统的损伤和急慢性感染,都可使男子产生自身抗精子抗体(AsAb),引起精子凝集而不能活动。另外,输精管结扎或堵塞后,由于附睾管的扩张和精液瘀积,精子在附睾部位破坏分解、吞噬吸收,变可导致男子血液内出现抗精子抗体,这正是部分输精管吻合再通后仍难于恢复生育能力的原因之一。

3. 从造成弱精症的疾病或因素分类:

(1) 内分泌疾病致弱精症

① 睾丸内分泌功能异常 a. 睾丸内分泌功能亢进。临床见到的睾丸间质细胞瘤,由于分泌过量的睾酮,并转化代谢为雌激素而使患者表现为女性化,乳房肥大、阳痿、弱精症。b. 睾丸内分泌功能低下。可分为三种类型:一是原发性睾丸功能低下,表现为促性腺激素水平偏高,故又称为促性腺激素分泌增多型性腺功能低下症。如射线或细胞毒素等引起睾丸损害,肌营养不良等。二是继发性性腺功能低下,主要病变在下丘脑——垂体,表现为促性腺水平偏低,故又称为促性腺激素分泌不足型性腺功能低下症。如,Kallmann 氏综合征以及各种可致垂体功能低下进而引起性腺低下的疾病。三是靶器官对睾酮反应低下(雄激素受体缺乏),临床表现为男性假两性畸型。

② 垂体疾病 a. 垂体功能亢进。早期可能有性欲增强表现,继而发生性欲减退、阳痿、弱精症而致不育。b. 垂功能低下。如垂体肿瘤、炎症或因治疗需要手术切除或放疗破坏等引起垂体功能低下,而致性欲、性交能力减低、睾丸萎缩、精子发生阻滞或停止。垂体肿瘤可使血中催乳素水平升高,其结果干扰了 LH 的分泌而抑制睾丸生精功能及发生阳痿。

③ 甲状腺疾病 a. 甲状腺功能低下,造成睾丸合成睾酮减少,精子生成受抑制,并发生性功能紊乱。b. 甲状腺功能亢进,常伴男性乳房发育,性欲减退,严重可致阳痿。

④ 肾上腺疾病 a. Addison 氏病是由肾上腺皮质萎缩或破坏引起,可发生结核、组织胞浆菌病、出血、先天畸形等,也可继发垂体功能低下及精子生成障碍。b. Cushin 氏综合征可致性功能障碍。c. 女性化肾上腺皮质肿瘤,由于分泌过量雌激素而使男性出现女性化表现,睾丸萎缩,性功能低下,精子生成障碍。d. 先天性肾上腺增生症,分泌过量睾酮而通过抑制垂体分泌促性腺激素致男性性早熟,但睾丸萎缩,生精功能障碍。e. 醛固酮增多症,表现为性功能障碍。

(2) 生殖系感染致弱精症

生殖系的特异性和非特异性感染,均可影响精子生成、精子活力和精子输出,抑制附属性腺分泌而致弱精症。

(3) 精索静脉曲张致弱精症

据报道,因精索静脉曲张引起不育占男性不孕症的 9%~41%,比正常人群的发生率大 3 倍,其导致不育的主要原因是引起弱精症。

(4) 环境因素致弱精症

人们越来越认识到有害的环境危及人类生殖。据世界卫生组织人类生殖研究、发展和研究培训特别规划处报道,半个世纪以来,全球人类精子质量下降,导致科学家作出以下忠告:它可能对人类的生存造成难以预测的危险。环境恶化很可能是导致精液质量下降的主要因素。

环境因素大致可以分成如下几类:①物理因素:如光线、温度、高度和辐射;②化学因素:包括自然的和人为的,如汽车、拖拉机排出的废气及工业废气对大气的污染、杀蚊虫剂对空气的污染,农药、化肥对粮食、蔬菜的污染,工业废水对饮水的污染,洗涤剂、化妆品以及各种职业性有害物质的直接接触。如许多金属元素,铜、锡、铅、锌、钙、镍、钴等,都可影响睾丸生精功能。③

生物因素:包括病毒和微生物;④行为因素:如习惯、嗜好品和用药。习惯包括很多方面,有的习惯有利于身体健康,有的习惯却容易在不知不觉中对人们造成损害。经常洗热水浴、穿紧身裤、双腿交叉坐姿、骑车时身体前俯等习惯,往往可以引起弱精症而使男性生育力降低。嗜好品如烟酒,过量不但可以影响性功能,对睾丸和精子功能也可造成损害。⑤社会因素:包括营养、卫生、习惯和职业等。这些因素常常交叉重叠,多种因素可能同时产生影响,导致弱精症。⑥营养、蛋白质、维生素及微量元素(锌、锰等)缺乏可导致精子营养缺乏或精子生成障碍,引起弱精症。

(5)精神心理因素

紧张等精神心理因素对生殖的影响越来越受到重视,不同原因引起的紧张被认为是男性和女性不孕的一大致病因素。通过动物实验和人类研究发现,长期的或重度紧张可以导致男性精液质量减低以及妇女不排卵和闭经。看来,紧张主要是通过对神经内分泌系统的不良作用而影响生育的。由于神经内分泌系统在生殖过程中起着重要作用,因而对神经内分泌平衡的任何干扰都可能对生殖健康产生不利的影响。据统计,精神心理因素所造成的男性不育约占5%左右,其不育的直接原因主要是弱精症。

各种类型的应激反应,机械的、损伤性的声、光,情绪改变等都可导致精子发生障碍。应激反应时直接或间接通过大脑进而改变下丘脑的神经传递和合成、释放激素,进而影响垂体释放促性腺激素。此外,应激反应时肾上腺素分泌增加,5-羟色胺分泌增多,单胺氧化酶活性降低。以上因素均可抑制睾丸分泌睾酮及精子发生。

(二)中医的病因病机

1. 病因

弱精症病因复杂,如外感六淫、内伤七情、房室劳倦、饮食所伤、感染邪毒、跌仆损伤等,都可引起精少、精子活力低、活率低等。

(1)外感六淫

前面已经讲述,六淫作为外感疾病的致病因素,已从“外邪”的基本概念,扩延了包含“内邪”在内的内涵。在弱精症中,六淫致病最为常见。如,寒性收引,血行凝滞,易致精冷、精少等;湿性粘腻、重浊,若与热搏结,容易向下流注,侵扰精窍,损伤精气,而发生少精、死精、畸形精子、精不液化等。

(2)内伤七情

喜、怒、忧、思、悲、惊、恐七情过与不及,均可引起脏腑气机失调而致病。如,思虑伤脾,脾主运化水谷精微,脾主统摄,脾虚则后天之本乏源,气血不足,而发生精少、精弱。

(3)房室劳倦

肾主藏精,为人一身阴阳之根本。肾主生殖,男性生殖器官发育成熟及其生殖能力,均有赖于肾本脏所藏之精的充盛。当人体劳倦,房室不节,恣情纵欲,容易损耗肾精,使元阴元阳失其平衡,不能育化肾精,而易发生精液异常。

(4)感染邪毒

所谓邪毒,非指六淫邪气,而是指滥交乱合,性事不洁,感染阴阳疫疠邪毒,上侵精窍,损害精气,而发生死精、畸精等。

(5)跌仆损伤

跌仆摔打,房事用强,损伤阴器或腰肾,导致先天肾气损伤,或瘀血阻滞精窍,使精气失养,

而发生精弱。

2. 病机

(1)肾气虚 先天禀赋薄弱,精气虚冷,生殖机能低下;或后天失养,他病损伤等,耗损肾气,导致肾气虚弱,命火衰微,不能温育精虫,使精气清冷;或房事无度,肾精过耗,阴虚火旺,内热血枯,而引起弱精、精少、精浊。

(2)脾肾阳虚 久病体虚,劳伤脾胃,或思虑伤脾,脾失健运,生化无源,气血不充,精窍枯涸;脾病及肾,引起肾阳亏虚,精气失其温煦,则引起精少、精弱无力。

(3)气血两虚 脾胃虚弱,不能受纳、腐熟、运化水谷精微,引起气血亏虚,不能充养先天精气,精气无以荣润,导致精少、精子活动无力、死精多等。

(4)肝气郁结 情志不遂,肝气郁结,疏泄失常,导致冲任失和,气滞血瘀,精气受损,引起精气虚弱。

(5)痰湿内蕴 平素过食膏粱厚味,痰湿内生,阻遏气机,致使精窍不利,射精不能,或精液稀薄量少。

(6)肝经湿热 素喜辛辣,或偏嗜嗜饮酒,湿热内蕴,或外感湿毒,下注精泉,灼伤肾精,生精减少。

(7)血瘀 肝郁血瘀,或素体血瘀,或他病导致血瘀,阻滞经络,肾脉不畅,则肾精失养,生精量少、弱精;若瘀血阻滞精路,排精不畅,亦可造成精子量少。

三、临床诊断

(一)辨病·西医诊断

1. 症状

男子婚久不育,精液分析精弱,精子量少、活力差、死精量多,或伴有精液量少或量多、精液不液化、精液中有脓白细胞、红细胞等。可伴阳痿、早泄及腰膝酸软、畏寒肢冷等全身症状。

2. 体征

可因生殖道(腺)炎症引起者,可有射精疼痛;精索静脉曲张者,可于阴囊扪及迂曲扩张的精索,可有睾丸质地变软、弹性变低等;睾丸或附睾炎者,睾丸或附睾扪按痛,或可扪及痛性结节。

3. 实验室及其它检查

精液化验,可见精子量少、活动力差、成活率低,可伴见白(脓)细胞、红细胞,或精液不液化,精液量少或多等。

4. 并发症

弱精症的直接结果是引起男性不育症。可并见阳痿、早泄、遗精、滑精等。

5. 诊断要点

(1)诊断

本症的诊断主要根据精液中精子数目、活动精子百分率及其活力情况进行确定,亦可根据男子生育力指数计算公式进行诊断。

(2)鉴别诊断

弱精症与少精子症、死精子症及精子活力低下鉴别:少精子症主要是指因精液中精子的密度低于 $40 \times 10^9/L$,而影响男子生育力的病症;死精子症是指精液中死亡精子率超过 40%,从而导致男性不育;精子活力低下症则是显微镜下观察精液中精子的活动力低下,从而影响其受精能力引起不能症。弱精症是精液中精子密度低于正常标准、活率及活力均较低,从而使男子生育力低下。因此,弱精症是一个精液多指标异常的综合症。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本症根据精液检查容易诊断,中医按照脏腑辨证和八纲辨证,可将其分为肾阳虚、肾阴虚、脾肾阳虚、肝经湿热、气血两虚、痰湿内蕴、肝郁血瘀等 7 个证型,其辨证要点为:精子量少,精液清稀而冷,精弱,伴有性欲低下,畏寒肢冷,小便清长,舌淡苔白,脉沉细无力等肾阳不足表现者为肾阳虚证;精弱、精子量少,精液量少而稠或精液不液化,伴有性欲亢进,阳事易兴或见早泄、五心烦热、口干咽燥、舌红苔少,脉细数等肾阴不足表现者为肾阴虚证;精弱,精子量少、精液量少或增多,精子活力差,纳呆食少,面色萎黄,形体消瘦,大便稀薄或溏,舌淡苔白滑或胖,脉沉弱等脾肾阳虚等表现者为脾肾阳虚证;弱精,精子量少,死精多,精液内有脓细胞、红细胞、白细胞等,或见精液色黄量少、不液化,伴口苦粘腻不爽,渴不欲饮,小便热赤涩痛,面红目赤,心烦易怒,舌质红苔黄腻,脉滑数等肝经湿热表现者为肝经湿热证;弱精、精子量少,见精液量少粘稠或不液化,痰盛体质,形体肥胖,食少纳呆,舌红苔白腻,脉沉滑或沉缓等痰湿壅盛表现者为痰湿内蕴证;精子量少、精弱,射精不畅,射精时会阴部及尿道胀疼,伴见心烦易怒,胸胁胀痛,口唇色黯或发紫,或有精索静脉曲张,舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉弦或涩肝气郁结,气滞血瘀表现者为肝郁血瘀证。

2. 辨证分型

(1) 肾阳虚证

[临床表现]弱精,精清精冷,精子稀少或死精子过多;射精无力或流而不射,性欲淡漠,或阳痿早泄;腰膝酸软,畏寒喜温,精神萎靡,面色㿔白;小便清长,夜尿量多;舌质淡体胖,苔白,脉沉细弱。

[辨证分析]肾阳亏虚,不能育化生精,故精子量少,精液清冷而稀;肾阳虚衰,相火不旺,无力鼓动宗筋,故射精无力或流而不射,性欲淡漠,或阳痿早泄;肾阳虚不能温煦腰府及四肢,则腰膝酸软,畏寒肢冷;阳气不振,气血不升,则面色㿔白,精神不振;肾阳虚衰,不能助膀胱气化,故小便清长,夜尿量多;舌淡苔白,脉沉细无力乃肾阳虚衰,不能鼓脉运行之象。

(2) 肾阴虚证

[临床表现]弱精,精液不液化或死精子过多,或精子过少;性欲强烈,阳事易兴,性交过频,遗精滑遗,婚久不育;五心烦热、盗汗口干,腰膝酸软或足跟疼痛,头晕耳鸣。舌质红,少苔或无苔,脉象细数。

[辨证分析]肾阴亏虚,元精匮乏,故弱精,精子量少、精液量少,阴虚火旺,则炼液面浊稠或精液不液化;肾阴不足,相火旺盛,故性欲亢奋,阳事易兴,或见早泄滑遗;腰为肾之府,肾阴不足,不能充养腰府,则腰膝酸软,神疲乏力,阴精亏虚,头目清窍失养,则头昏目眩,失眠健忘;肾主骨生髓,齿为骨之余,肾阴亏虚,骨失其养,发失髓养,故发脱齿落;五心烦热,口干咽燥,舌红苔少,脉细数乃阴虚火旺之象。

(3) 脾肾阳虚证

[临床表现]弱精,精清、精稀、精冷、精少,或精液量多,婚久不育,性欲淡漠或阳痿早泄;纳谷不香,或腹胀便溏,或五更泄泻;精神疲乏,气弱懒言,腰膝酸软,头晕耳鸣,夜尿量多,畏寒肢冷,面色㿠白。舌淡苔白润或有齿印,脉细弱。

[辨证分析]脾胃虚弱,不能化生水谷精微,后天之精不充,故精少、精清、精稀,弱精,脾肾阳虚,不能温煦精气,则精冷;若脾虚失其健运,水湿流注精窍,则精液量多;脾胃虚弱,气血不足,故精子活动力差;脾肾阳虚,不能温养宗筋则易发阳痿早泄;神疲乏力,气短懒言,纳呆食少,面色萎黄,形体消瘦,乃脾胃虚弱,气血不足之征;脾肾阳虚,不能助胃受纳腐熟水谷,故腹胀便溏,或五更泄泻;舌淡苔白润或有齿印,脉沉细乃脾肾阳之象。

3. 气血两虚型

[临床表现]精弱、精少、精子活动力差,婚久无子;形体衰弱,面色萎黄,纳呆食少,少气懒言,心悸失眠,头晕目眩,舌淡苔薄,脉沉细无力。

[辨证分析]先天禀赋不足,气血亏虚,或后天失养,气血不足,不能充养精气,肾精亏源,精虫失养,则发为精弱、精少、精子活动力差;气血不足,形体失养,则形体衰弱、面色萎黄,纳呆食少,少气懒言;气血不足,心气失养,清窍失充,则心悸失眠,头晕目眩。舌淡苔薄,脉沉细无力乃气血两虚,不能充养之故。

(5) 肝郁血瘀证

[临床表现]弱精;胸闷不舒,善太息,烦躁易怒,胸胁胀痛;睾丸坠胀而痛,体检可扪及精索静脉曲张或睾丸、附睾有结节;可伴射精疼痛,或阳痿。口唇色黯或发紫,舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉沉弦。

[辨证分析]肝郁气滞,疏泄失常,冲任失和,血行不畅,瘀阻厥阴,精气受损,则发生弱精;血瘀精路,射精不畅,则射精时会阴部及尿道胀疼,精路不畅,精子不能尽出则精子量少;气血瘀滞厥阴,则情志不畅,心烦易怒,胸胁胀痛,下腹两侧坠痛,甚则发为筋聚(精索静脉曲张);口唇色黯或发紫,舌质暗红或有瘀斑瘀点,脉沉弦,乃气郁血瘀之象。

(6) 肝经湿热证

[临床表现]弱精,死精过多,精液有红、白、脓细胞,或精不液化;面红目赤,胸胁胀痛,心烦易怒,口苦咽干;睾丸肿痛,灼热或有红肿,阴囊湿痒,可有射精疼痛或血精;小便短赤。舌质红,苔黄腻,脉弦滑数。

[辨证分析]湿热下注精窍,灼伤精液,精气受损,则精子量少,死精多,湿热蒸腐,则精液内有脓、白、红细胞;热邪蒸化,则精液色黄量少或稠而不液化;湿热之邪客于肝经,厥阴阻滞不通,则睾丸及会阴胀痛不适,射精疼痛或灼热感;湿热熏蒸,津难上承,则口苦粘腻不爽,渴不欲饮,湿热下注膀胱,则小便热赤涩痛;湿热上窜于头目,则面红目赤;湿热阻滞,扰乱心神,则心烦易怒。舌质红苔黄腻,脉弦滑数乃湿热蕴结之象。

(7) 痰湿内蕴证

[临床表现]弱精,精液稀薄或粘稠不液化,精子量少;少腹痛或睾丸肿硬结块,性欲淡漠或不射精;形体肥胖,肢体困倦,面色㿠白,神疲气短,头晕心悸,舌质淡苔白腻,脉沉细或沉缓。

[辨证分析]痰湿内蕴,精气困结,则弱精,精液稀薄,精子量少,痰浊结聚,则精液粘稠或不液化;痰浊凝滞厥阴肝经,则少腹疼痛,或睾丸肿硬结块;形体肥胖,多痰湿壅盛;痰浊之邪困滞于脾,脾失健运,气血不足,则面色萎黄,神疲困倦。舌红苔白腻,脉沉细或沉缓乃痰湿蕴结之

象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 它莫西芬(Tamoxifen)

常用剂量 20mg/日,至少要持续应用 6 个月,如精液质量有改善,治疗还可以持续到 2 年。相反,如果精液质量没有改善,治疗不必再继续。

(2) 枸橼酸克罗米芬(Clomiphene Citrate)

克罗米芬治疗弱精症有两种应用方法:一种是连续法,每日口服 50mg,连用 3 个月,如果有效可继续服用,直至睾丸生精功能恢复,精子数恢复到 2000 万/ml 水平以上;另一种是循环法,每日口服 25mg,连用 25 日,休息 5 日,为 1 疗程,一般要连用 6 个疗程。

2. 对症治疗

前面已经讲过,许多疾病和因素都可以导致弱精症,如内分泌疾病、生殖系感染、精索静脉曲张以及各类环境污染、高温、烟酒、营养不良等因素。因此,治疗上必须首先辨明原发病,消除诱因,改善营养,针对原发病进行治疗,有关方法可参考各病中的有关内容。

3. 并发症治疗

并发阳痿、早泄、肾虚腰痛者,分别参照有关章节内容进行治疗。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肾阳虚证

[治法]补肾壮阳,生精种子。

[方药]生精种子汤(又名生精种玉汤)(李广文方)

黄芪 30 克,仙灵脾 15 克,川断 15 克,首乌 12 克,当归 12 克,桑椹子 9 克,枸杞子 9 克,菟丝子 9 克,五味子 9 克,覆盆子 9 克,车前子 9 克。水煎服。

[分析]方中用仙灵脾、川断、菟丝子温肾壮阳,鼓动肾气,激发生精功能;首乌、枸杞子、桑椹子滋补肝肾,填精化源;覆盆子、五味子固肾涩精,寓养精蓄锐之意;车前子泄肾中虚火,善行通利以防其壅;黄芪补气,当归养血,冀气血旺盛,循精血互生之途益肾精之不足。

(2) 肾阴虚证

[治法]滋阴补肾,生精种子。

[方药]五子衍宗丸合六味地黄丸加减(《医学入门》、《小儿药证直诀》)

菟丝子 20 克,五味子 10 克,覆盆子 10 克,车前子 10 克,枸杞子 15 克,熟地黄 30 克,生地黄 30 克,山萸肉 20 克,龟板 20 克,鳖甲 20 克,知母 10 克,黄柏 10 克,丹皮 10 克,茯苓 10 克,泽泻 10 克。

[分析]方中用五子(菟丝子、五味子、覆盆子、车前子、枸杞子)补肾生精;生熟地黄、山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻为六味地黄丸少山药,以之滋补肾精;知母、黄柏滋阴清热,龟板、鳖甲滋阴

潜阳。诸药合用,滋阴补肾,生精助育。

(3)脾肾阳虚证

[治法]温补脾肾,生精种子。

[方药]脾肾双补丸

党参、砂仁、肉豆蔻、炒山药、陈皮、菟丝子、巴戟天、补骨脂、莲子、五味子、山萸肉。

[分析]方中用党参、砂仁、炒山药、陈皮健脾益气,补骨脂、山萸肉、肉豆蔻、菟丝子、巴戟天温补脾肾;莲子补脾益肾涩精,五味子益气补肾宁心。诸药合用,共奏温补脾肾,生精涩精之效。

(4)气血两虚证

[治法]补气养血,益肾添精。

[方药]毓麟珠(《秘本种子金丹》)

人参、白术、茯苓、炙甘草、当归、熟地、白芍、川芎、鹿角胶、鹿角霜、菟丝子、枸杞子、巴戟天、杜仲、胡桃肉、淮山药、川椒、山萸肉。

[分析]本方为八珍汤加鹿角胶、鹿角霜、菟丝子、枸杞子、巴戟天、杜仲、胡桃肉、淮山药、川椒、山萸肉而成。方中八珍汤补气养血,鹿角胶、鹿角霜为血肉有情之品,补益精血;菟丝子、枸杞子、巴戟天、杜仲、胡桃肉、淮山药、川椒、山萸肉温阳补添精。李广文按曰:毓麟珠同名方有二:一为女用方(《景岳全书》),为八珍汤加鹿角霜、菟丝子、杜仲、川椒。一为男用方(《秘本种子金丹》),为上方再加淮山药、鹿角胶、枸杞子、巴戟天、胡桃肉、山萸肉。后者少为人知。在男子服用本方时,可让女方每月从月经第7天开始,每日服景岳毓麟珠,连服6剂,以增强受孕能力。

(5)肝郁血瘀证

[治法]疏肝理气,活血通络。

[方药]开郁种玉汤(《傅青主女科》)加减

香附、白芍、当归、丹皮、陈皮、白术、茯苓、天花粉、红花、淫羊藿、柴胡、桃仁、甘草、车前子、刘寄奴、川断。

[分析]开郁种玉汤原为傅青主为妇女郁气郁结不孕而设,方中香附、白芍、当归疏肝解郁,丹皮凉血活血,陈皮行气,白术、茯苓健脾化湿,天花粉清热生津养阴,以达疏肝解郁,活血调经之效;方加红花、桃仁以加强活血化瘀,淫羊藿、续断补肝肾益精血,加柴胡以增强疏肝理气之功,车前子清热利湿、补肾生精,刘寄奴清热利湿、凉血祛瘀,甘草调和诸药。全方共达疏肝解郁,活血通络之效。

(6)肝经湿热证

[治法]疏肝利胆,清泄湿热。

[方药]龙胆泻肝汤(《太平惠民和剂局方》)

龙胆草、黄芩、栀子、木通、泽泻、车前子、当归、生地、柴胡、甘草。水煎服。

[分析]方以龙胆泻肝胆实火,除下焦湿热;黄芩、栀子苦寒泻火,清肝胆湿热;泽泻、木通、车前子清热利湿,引湿热之邪从小便而出;当归活血,生地养血益阴;柴胡舒畅肝胆,甘草调和诸药。全方既能清热利湿,又能养血益阴。

(7)痰湿内蕴证

[治法]健脾理气,燥湿化痰。

[方药]苍附导痰丸(《广嗣纪要》)作煎剂

苍术、香附、枳壳、半夏、陈皮、南星、生姜。

[分析]方中苍术、半夏、南星燥湿化痰,香附、枳壳行气解郁祛积,陈皮健脾行气,生姜一方面制半夏、南星燥烈之毒,又有和胃化痰之效。诸药合用,健脾理气,燥湿化痰。

2. 验方治疗

(1) 六味地黄汤(《小儿药证直诀》)

[组成]熟地、山药、山萸肉、丹皮、泽泻、茯苓、淫羊藿、海狗肾、白鲜皮。

[加减]

- ①无精者,加鹿茸;
- ②精液中有脓细胞者,加蒲公英、龙胆草,或加服龙胆泻丸;
- ③死精、畸形精子多者,加土茯苓、草河车;
- ④不射精者,加鳖甲、蜈蚣、急性子;
- ⑤遗精频作者,以固精汤(煅龙牡、生芡实、生山药、五味子、麦冬、金樱子)化裁治疗;
- ⑥阳痿属命门火衰,精气虚冷者,用桂附八味汤加减;
- ⑦如属肾阴亏损而致,用六味地黄汤加减;
- ⑧因肝胆湿热及阴虚阳浮而致者,先清泻肝胆湿热或育阴潜阳,后固本。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]补肾生精。主治精少、精弱。

(2) 加减七子散(《男女科病千首妙方》续集王秉煊方)

[组成]五味子10克、菟丝子10克、车前子20克、金樱子20克、枸杞子15克、蛇床子15克、茯苓10克、黄柏10克、干山药20克、西党参15克、鲜石斛30克、酸枣皮12克、肉苁蓉12克、巴戟天6克、熟附子3克。

[加减]

- ①伴有阳痿、遗精、早泄者,加芡实、牡蛎;
- ②梦遗者,加远志、茯神;
- ③精液中有红、白、脓细胞者,加知母、丹皮。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服,1月为1疗程。另取北五味子300克,焙干碾末,在第1疗程中,与上方同时吞服,每次6克,每日2次,服完为止,在第2疗程中,不需再服。

[功用]滋阴补阳,益肾生精。

[疗效观察]治疗18例,其中14例为多方治疗1年以上未效者;已孕(痊愈)12例,占66.7%。

(3) 六五延宗汤(《男女科病千首妙方》续集张淑婷方)

[组成]熟地、韭菜子、山药、山萸肉、茯苓、枸杞子、覆盆子、沙苑子、菟丝子、肉苁蓉、泽泻、怀牛膝。

[加减]

- ①肾阳虚者,加仙茅、仙灵脾、巴戟天、肉桂、附子;
- ②肾阴不足、相火旺盛者,加盐知母、盐黄柏、细生地;
- ③气虚者,加黄芪、党参;
- ④血瘀者,加王不留行、红花、路路通、山甲珠,改怀牛膝为川牛膝;
- ⑤肝气郁滞者,加川楝子、小茴香、香附、郁金、柴胡、当归、白芍;

⑥湿热者,改茯苓为土茯苓,加泽泻、败酱草、蒲公英、金银花、川草薢。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]补肾健脾养精。

[疗效观察]治疗250例,治愈率占19.2%,好转者占31.2%,总有效率占50.4%。

(4)益精灵(《泌尿生殖系病实用方》王光烈方)

[组成]红参(或党参30克代),当归、枣皮、白术各10克,生黄芪、菟丝子、仙灵脾、熟地黄各15克~30克,山药、茯苓、枸杞子、巴戟天各15克。

[加减]

①精子数量过少及精液量少者,属肾精亏乏,应重用熟地黄、枣皮、山药、枸杞子,并加首乌;

②精子存活率低者,多责之肾阳不足,重用仙灵脾、菟丝子、巴戟天、当归;

③精液清稀者,重用红参、黄芪、白术、茯苓;

④精子畸形率者,缘于阴虚火旺,加丹皮、盐炒黄柏、知母。

[用法]水煎服,每日1剂,分3次服。30天为1疗程,最多连服4个疗程。

[功用]添精助嗣。治疗精子数量稀少,精子活动力弱、畸形率高所致男性不育,神疲乏力,食少倦怠,头晕耳鸣,腰腿酸软,或临床症状不明显者。

[疗效观察]治疗25例,结果除2例存在女主不孕因素外,均得以妊娠(其中第1疗程2例,第2疗程11例,第3疗程8例,第4疗程4例),复查精液常规亦全部恢复正常。

(5)男性不育方(《实用男女助孕大全》王献春方)

[组成]鱼鳔珠20克、紫河车10克、炙狗肾10克、何首乌10克、当归15克、炙龟板15克(先煎)、肉苁蓉15克、杜仲15克、菟丝子15克、沙苑子15克、仙灵脾15克、枸杞子9克、云苓9克、牛膝12克、补骨脂12克、附子6克。

[加减]

①死精子在50%~100%范围者,加锁阳12克,肉桂、鹿角胶、仙茅各10克,且将附子增至10克;

②精子计数低于0.6亿/ml,加麦冬10克、楮实子10克、猪脊髓半条、羊肾1个;

③精子活力不良者,加雀脑5个、巴戟天10克,且将肉苁蓉增至25克,紫河车增至15克,同时服用海马鹿鞭丸。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]补肾养精助育。主治精子密度低、死精子率高、精子活力不良者。

(6)生精汤(《男女科病千首妙方》续集郭智荣方)

[组成]炒韭子12克、菟丝子12克、补骨脂12克、肉苁蓉12克、生地黄12克、熟地黄12克、淫羊藿15克、枸杞子9克、制首乌15克、紫河车12克(焙干研极细粉冲服)。

[加减]

①偏阳虚型,加鹿角胶、巴戟天、蛇床子各9克;

②偏阴虚型,加桑椹子12克、女贞子9克。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]温阳补肾。

[疗效观察]治疗72例,精液正常67例,无效5例。

(7)参芪益精汤(《泌尿生殖系病实用方》)

[组成]人参 30 克,黄芪 60 克,仙茅、枸杞子、五味子、车前子、仙灵脾、菟丝子、覆盆子、补骨脂各 30 克。

[加减]

①兼阳痿阴冷或畏寒、尺脉虚甚者,加鹿茸(胶)15 克;

②遗精,酌加韭子、金樱子;

③精子成活率过低者,黄芪可增量至 100 克。

[用法]上药共研细末,炼蜜为丸,每丸重 10 克。早、中、晚各服 1 丸,以米汤送下。

[功用]补气益精强阳。主治精子存活率低、活动力弱,精子数量稀少以及畸形精子率高所致男子不育者。

(8)生精汤(《吉林中医药》.1989;(2):14)

[组成]熟地黄 40 克,山萸肉 20 克,淫羊藿 30 克,山药 20 克,泽泻、茯苓、丹皮各 15 克,覆盆子 25 克,车前子(包)15 克,枸杞子、菟丝子各 25 克,五味子 20 克,龟板胶(烊化)、鹿角胶(烊化)各 15 克。

[加减]

①精子数目减少选加肉苁蓉、何首乌、女贞子、旱莲草;

②精液清稀者,选加党参、韭子、附子、肉桂、巴戟天、鹿茸;③精液中有红细胞或脓细胞者,选加小蓟、炒蒲黄、知母、黄柏、双花。

[用法]水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。

[功用]益肾填精。主治精少、精弱。

[疗效观察]治疗 220 例,痊愈 86 例(占 39.1%),有效 112 例(占 50.9%),无效 22 例(10%)。总有效率为 90%。(9)补肾益精汤(《实用男女助孕大全》黎耀彬方)

[组成]熟地 30 克,枸杞子、山药、茯苓、巴戟天、党参、补骨脂、仙茅、淫羊藿、山茱萸各 15 克,露蜂房、蛇床子各 10 克。

[加减]

①肾阳虚,加附子(先煎)15 克,肉桂 3 克;

②肾阴虚,选加知母、黄柏、女贞子、旱莲草各 15 克,青皮、白薇、地骨皮各 10 克,鳖甲 30 克;

③气血虚,加黄精 20 克,归身 15 克,或黄芪 20 克,鸡血藤 30 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。

[功用]填精益肾,补养气血。治疗精少、精弱。

[疗效观察]治疗精液常规异常(精少、精弱等)所致男子不育 30 例,结果痊愈 15 例(精液常规正常且女方妊娠),有效 5 例(精液常规正常但女方未得妊娠),好转 6 例,无效 4 例。

(10)增精丸(《男女科病千首妙方》续集黄海波方)

[组成]雄蚕蛾、鹿角胶、淫羊藿、制附子、菟丝子、怀牛膝、覆盆子、石斛、韭子、肉苁蓉等。

[加减]

①肾阳虚,加肉桂、巴戟天、海狗肾;

②肾阴虚,加桑寄生、女贞子、旱莲草;

③气血两虚,加黄精、人参、枸杞、熟地、白芍;

④气滞血瘀,加穿山甲、路路通、牛膝、元胡。

[用法]共研细末,炼蜜为丸,每丸9克~12克。早、中、晚各服1丸,白开水送下,一般15天~20天为1疗程。

[功用]补肾增精。

[疗效观察]治疗376例,治愈214例;有效103例;无效59例。

(11)任氏生精丸(《男女病奇效良方》任福堂方)

[组成]仙灵脾、黄精、当归、制首乌、路路通各15克,阳起石、枸杞子、川续断、黄芪、熟地、怀山药各20克,仙茅、柴胡、白术各10克,党参30克,甘草5克。

[加减]

①偏肾阳虚,加附子、肉桂、补骨脂;

②偏肾阴虚,加龟板胶、女贞子、旱莲草、生地;

③阴阳两虚,加附子、肉桂、鹿角胶、龟板胶、紫河车、女贞子、旱莲草、韭菜子。

[用法]基本组成共研细末,装胶囊为丸。按上加减法所加中药以水煎后,于早饭前、晚饭后以温药各送服生精丸5丸。

[功用]温阳补肾,健脾通精。

[疗效观察]治疗90例,用药12~90剂,有效率为95.55%。

(12)生精赞育汤(《男女科病千首妙方》续集郑东利方)

[组成]仙灵脾、制首乌各30克,菟丝子、枸杞子、蛇床子各12克,肉苁蓉、黄芪、当归、茯苓、牛膝各15克,五味、仙茅、紫河车粉(冲服)各10克,鹿角胶5克(烊化服)。

[加减]

①精子计数低下,重用首乌、熟地、枸杞、肉苁蓉;

②精子成活率低下及活动不良,重用仙灵脾、仙茅、黄芪、蛇床子,并加巴戟天、蛤蚧;

③精液颜色深黄或内有白细胞、脓球,加蚤休、黄柏、白花蛇舌草、半枝莲,减少补肾壮阳药的用量。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]温阳补肾生精。

[疗效观察]治疗50例,痊愈26例,有效15例,无效9例。

(13)益肾通络汤(《男女病奇效良方》)

[组成]红花、益母草、王不留行、巴戟天、仙灵脾、仙茅、桂枝、蜈蚣、甘草各10克,熟地、山药各30克。

[加减]

①肾阳虚,加附子、菟丝子、蛇床子、肉桂;

②肾阴虚,加当归;

③痰湿,加云苓、菖蒲、白术、车前子;

④血瘀,加水蛭、茜草、丹参、伸筋草、鸡血藤;

⑤气滞加柴胡、川楝子、茜草、枳壳;

⑥精子密度小,加土狗肾粉、五味子、菟丝子;

⑦精子活力弱,加黄芪、山楂、党参;

⑧精子活动率低,加穿山甲、丹参、车前子;

⑨精液不液化,加连翘、玉米、竹叶;

⑩精索静脉曲张,加路路通、川牛膝、水蛭、丹参;前列腺炎,加夏枯草、野菊花、鱼腥草、皂刺作保留灌肠;睾丸肿瘤,加小茴香、乌药、皂刺、连翘、川楝子。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]温阳益肾,活血通络。

[疗效观察]用本方加减治疗300例,痊愈160例,显效92例,好转38例,无效10例,有效率96.7%。

(14)生精汤(《中医杂志》.1988;(5):43)

[组成]枸杞子15克,菟丝子、覆盆子、五味子、桑椹子各9克,当归、熟地黄各12克,首乌、党参各15克,黄芪18克,仙灵脾12克,川断15克,车前子(包)、陈皮各9克。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。或将上方制成流浸膏,每服20毫升(每毫升含生药3克),每日3次。均以治疗30天为1疗程。

[功用]补肾填精,益阴生津,兼补气血。治疗精子密度低下、精子成活率低、精子运动力弱所致男子不育。

[疗效观察]治疗精子质量异常(精子密度低、成活率低、活动力弱)所致男子不育患者151例,结果有效144例(其中女方妊娠47例),无效7例。总有效率为95.4%。治疗时间最短为30天,最长为120天,平均60天。

3. 单味药治疗

(1)核桃仁(雷木兰,等.核桃仁治疗不育症21例.实用中医内科杂志.1995,6(3):46)

[药理]核桃仁味甘平温无毒,善温肾阳、益精气,养血强阴。

[用法]嚼服核桃仁为主(砸开取仁)。个大者每日服2个~3个,个小者每日服5个~6个。每2公斤~3公斤为1疗程(约服3个月)。3个月后复查精液常规,据其结果再决定是否继续使用。

[疗效观察]少数患者1疗程取效,大部分2疗程取效(60%以上),个别病例加服生育酚或龟龄集,亦有嚼服核桃仁2~4年取效的。治疗21例,均为已婚2年以上,生殖器官无畸形,精液检查明显异常,其中精液量少和精子计数少者10例,精液稀薄和精子活动力差者6例,全部死精子者5例。治疗后有效者(已生育者)18例,无效者(未生育者)3例,有效率为86.7%。未育者其精液常规亦有明显好转。

(2)参考《少精子症》有关内容。

4. 其它疗法

(1)针灸疗法

[实验研究]陈琼等(陈琼,岳广平,戴宁.针灸对肾阳虚睾丸功能损害大鼠作用的实验研究.中国针灸,1996,16(3):37~39)用腺嘌呤连续大剂量灌喂大鼠建立肾阳虚型睾丸功能损害大鼠模型:恶寒蜷卧,精神萎靡,反应迟钝,少动,体毛干枯脱落,体重减轻以及精子数量减少,精子活率与活力降低,生育力低下等一系列机体功能活动减退和生殖机能衰退的表现。针刺大鼠“肾俞”(双)、“关元”穴,进针后行捻转补法,留针15分钟,每隔5分钟运针1次,出针后用清艾条在各穴区上施以温和灸10分钟。每日针灸1次,10日为1疗程,间歇3日再进行下1疗程,共治疗3个疗程。

[实验结果]针灸组治疗后,大鼠的神态明显改善,体重比治疗前显著增加($P<0.001$);针

灸组配对雌鼠妊娠率为 66.67%(10/15),与对比组比较妊娠率的差别有非常显著的意义($P < 0.01$);精子数量(N)、精子活率(M)与精子运动速度(V)的检测结果示,针灸组 N、M、V 均比对比组显著提高($P < 0.001$ 和 $P < 0.001$)。睾丸组织学改变近似正常。

[作用]肾俞、关元为补肾要穴,肾俞为肾气输注之处,关元为元阴元阳交关之所,又为男子藏精之地。本实验取二穴合用,施以针灸补法,结果显示,针灸对肾阳虚型大鼠的作用,主要体现在以下三方面:a.“补肾助阳”促使肾阳虚症状明显改善,机体功能活动明显增强、体重显著增加;b.“培元生精”促使睾丸组织学以及睾丸生精功能明显改善,精子数量、活率与活力显著提高,生育力显著恢复;c.调节内分泌使降低的促黄体生成激素(LH)、睾丸酮(T)、皮质醇(F)水平显著升高,而对处于正常水平的促卵泡生成激素(FSH)则无明显影响。

[作用原理]主要与在穴位上施行针灸“补法”刺激,通过神经——体液调节的途径,促使下丘脑——垂体——性腺及肾上腺皮质系统功能的恢复与提高有关。此外,针灸体表特定的穴位,通过经穴——脏腑相关的联系而直接对内脏组织器官功能的调整,也可以是本针灸疗法的主要作用原理之一。

(2) 饮食疗法

① 桑椹雀卵汤

[材料]桑椹子 30 克、枸杞子 30 克、熟地黄 30 克、雀卵 12 只。

[食用方法]将上中药装入纱布袋封好口,然后和雀卵同煮,待雀卵煮熟后去壳,用原汤送下。每日早晨食用 2 只~4 只。

[功效]滋阴补血,益髓填精。

② 鲫鱼花生米汤(《男女科病千首妙方》续集樊中州方)

[材料]雌性鲫鱼 250 克~500 克,花生米 50 克,黄酒、桂皮、盐各少许。

[制用方法]将鲫鱼去鳞及内脏(将鱼鳃、鱼籽留入腹中),加入花生米及黄酒、水适量,桂皮、盐各少许。文火煮 30 分钟,分 1~2 顿食毕,1 周 1 次,连食 1 月~个月。

[功用]能增精液量及其活力。

[疗效观察]试用多例,疗效确切。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 清淡饮食,避免过多食用生冷冰冻及辛辣油腻之品。
- (2) 劳逸适度,合理安排性生活。
- (3) 不可久坐,戒烟酒等刺激。
- (4) 若有泌尿生殖系统炎症或其它病变如附属性腺萎缩者应积极治疗。

2. 中医措施

- (1) 调情志,忌郁怒,适劳逸。
- (2) 避风寒,慎起居,避免外感风寒湿邪。
- (3) 清淡饮食,忌食辛辣油腻之品及烟酒刺激。

(4) 节制淫欲,以防损阴耗液。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 积极治疗泌尿生殖道炎症,以改善病情。

(2) 合理安排性生活,使精液排泄有度,防止房事过频,耗伤精液。

2. 中医措施

参照未病先防中医措施。

第八节 免疫性不育

一、概 述

男性自身免疫,是由精子或精浆等生殖物质,由于一些疾病或目前尚不明的因素影响而溢出生殖道,进入周围组织、造成体内的免疫反应,产生相应的抗体物质,从而影响精子的活力,导致男性不育。临床上男性自身免疫主要是对精子免疫,产生抗精子抗体。大约10%的不育男子发现有抗精子抗体,其发病率占有不育夫妇病因的3%左右。因此,免疫性不育在男性不育患者中,其绝对数是不不少的,在不育症诊治中绝不能忽视这一方面的因素。

对于免疫性不育症的治疗,目前尚缺乏特效疗法,西医药治疗多采用激素疗法,但大剂量冲击疗法副作用大,小剂量维持疗法,效果不满意(参考少精子症一章有关内容)。中医对此病多从化瘀立法。南京中医学院徐福松教授从祖国医学理论出发,根据审证求因、审因求治的原则,认为本病病位在首在肝肾,次在肺脾;病因之本为体虚,病因之标为损伤或感染。病机为正虚邪恋,正虚者,肝肾肺脾之虚也,邪恋者,湿热瘀血之恋也。或由肝肾阴虚,湿热内蕴,气血不和,精道瘀滞所致,或由肺脾气虚,平时容易感冒腹泻,邪热入于营血,归于精室,阻于精道而成。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

自身免疫是机体以自身组织或抗原性改变了的自身组织产生免疫应答。抗精子抗体产生的原因主要有以下几个方面。

(1) 血—睾屏障的破坏

血睾屏障的任何损伤均可引起抗精子抗体(AsAb)的形成。临床上常见的病因有:

① 输精管结扎术 50%~80%的输精管结扎术后病人可测出AsAb,术后6个月~12个月达到高峰,约30%的病人几年后下降,但有的病人20年后还存在AsAb。AsAb的产生可能与术时精子漏出的原始抗原触发作用,术后精子肉芽肿、附睾内精子病变等因素有关。术后在

血睾屏障薄弱处漏出精子抗原,巨噬细胞也进入残留管道吞噬精子,并在局部淋巴结处传递抗原信息,以致发生免疫应答。

②输精管吻合术 施行过输精管结扎术再行输这吻合术后,精液中可出现高滴度的抗精子抗体,这是由于第一次手术后所致的抗体所产生的部位经再次手术加强的关系,再次免疫接种引起的免疫增强。在输精管吻合术后血清和精液中持续存在的高滴度抗精子抗体,表明吻合部位持续不断地渗出单核吞噬细胞,由后者吞噬精子所致,或许也由于生殖道对抗原的通透性增加所致。

③输精管梗阻 单侧或双侧,先天或后天的输精管梗阻可增加 AsAb 的形成,约 71%~81% 的这类病人可检出 AsAb。因梗阻性无精子症患者的精子及其破坏产物进入全身循环后,可产生体液和细胞免疫反应。血清中的精子凝集素主要见于梗阻性无精子症病例。

④生殖道损伤 男性生殖道的各种损伤和破坏,会引起 AsAb 的自身免疫反应。如附睾、精索手术时地对精道的损伤;疝修补术,尤其是小儿疝修补术是输精管的意外损伤或结扎,是较常见的生殖道损伤。

⑤睾丸损伤 意外创伤破坏了睾丸组织。在青春期后的动物,如睾丸严重损伤而不切除,可由免疫反应引起以侧睾丸的永久性损害。睾丸活检可能引起 AsAb 产生,但有时测不到抗体或抗体滴度很低。人类一侧睾丸扭转后,很难在血清及精子表面测得 AsAb。

⑥隐睾症 约 3% 的隐睾病人有血清 AsAb,滴度 $>1:64$ 。

⑦生殖道感染 急慢性前列腺炎、精囊、附睾和睾丸的炎症,以及肋腺炎合并睾丸炎,血清 AsAb 的形成率可能增加。精液中的 AsAb 大都产生一血清,从前列腺渗出。前列腺炎可影响抗体有渗出和局部形成抗体,并促使出现早期过敏反应。

⑧精索静脉曲张 有报道 25%~91% 的可触及精索静脉曲张的病人有血清 AsAb,且精浆和精子表面有是也可测得 AsAb。

(2) 免疫抑制功能障碍

①Mathur 等(1980)发现精子与 T 淋巴细胞有共同抗原,并能发生交叉反应。AsAb 与淋巴细胞的交叉反应损害 T 细胞对免疫反应的抑制能力。

②精液中抗补体物抽的活性明显下降。

③精浆中男性抑制物质(MIM)含量减少或缺乏,可导致男性产生自身抗精子抗体,引起不育。Lord 等(1977)发现一些男性患者中,由于精浆中缺乏免疫抑制物质,使他们正常的精细胞在生殖道内引起免疫反应。

(3) 遗传因素及其它

免疫性不育的发生,最重要的原因是机体的自身免疫反应。然而,发生机体自身反应的男性并不都会发生不育。因此,有人认为,其原因之一,可能为受到某种遗传因素的影响。有研究表明,在决定人对精子是否会发生免疫反应以及免疫应答的强度上,免疫应答基因起着一定的作用。

虽然有多种 AsAb 产生的原因,但在临床上,目前仍有不少病人找不到 AsAb 形成的确切原因。

2. 病理

在正常情况下,机体的免疫细胞只能识别外来的抗原。自身组织,如精子等,虽能携带多种抗原,但一般并不会产生免疫应答。只有在某此内因功外因的诱发下,使自身耐受性遭到破坏

后,自身抗原改变后或免疫性活性细胞突变后,才使免疫系统对自身抗原产生免疫应答,从而产生自身免疫反应,若进一步导致组织细胞损害或破坏,则造成自身免疫病。

体内还有些自身抗原,如甲状腺蛋白、精子、眼晶体等因为有屏障阻隔,或由于缺乏淋巴系统与之相通,而处于隔绝状态,不能与其相应的免疫活性细胞接触,所以这些免疫活性细胞不被杀灭。这些自身抗原称为隐蔽抗原。出生的由于外伤、加热、冰冻、化学药物、细菌或病毒感染(如腮腺炎病毒)等原因,破坏了屏障,如血睾屏障,使这些隐蔽抗原经淋巴进入血流,引起免疫应答,甚至产生自身免疫病。

血睾屏障分布较广,既分布在睾丸网,也分布于填精小管、输出小管、附睾等处。血睾屏障的薄弱处(如睾丸网、附睾、输出小管)一旦受理、化、生物等任何因素破坏后,在精子抗原漏出的同时,单核吞噬细胞进入附睾和睾丸,吞噬精子后,消化并处理精子抗原,再待抗原信息传递给T或B淋巴细胞,产生细胞或体液免疫应答,破坏睾丸、附睾、输精管等组织,引起自身免疫性睾丸炎等自身免疫病。

国内外研究结果都说明,血清AsAb明显影响精子活动率和存在率,对精子的正常存活率和精液的液化时间也有一定的影响。有人还认为,AsAb对精液量、精子数可能产生影响。

AsAb在免疫性不育中所起的确切作用还不完全清楚,但研究观察到AsAb越高,越难生育。AsAb的主要作用主要表现为精子凝集、精子制动,影响精子的运送,抑制精子穿透宫颈粘液,限制精子与卵子透明带粘附,抑制精子顶体的活性,使精子不易穿透包绕卵细胞的放射冠和透明带,阻碍精子与卵细胞膜的融合,阻止精子与卵子结合及影响胚胎的存活,导致死亡和流产等。精子表面和抗体本身不能直接引起精细胞的破坏,它是通过补体介导破坏细胞而起作用的。AsAb的作用通过两条途径:一是细胞的调理作用,导致巨噬细胞吞噬,或补体的激活,导致细胞表面破损,最终出现渗透性破坏;二是精浆抑制补体的活性,因为在授精部位,补体活性是一个决定抗体覆盖的精子能否穿透卵子的重要因素。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

平素房事不节,或经常手淫,房劳过度,耗伤肾精;或素嗜烟酒辛辣油腻之品,内生湿热,或性事不洁,外感湿热邪毒;或饮食不节,喝凉饮冷,损伤脾胃,脾气亏虚,肺气失养,外邪侵扰,均可诱发本病。

2. 病机

(1)肝肾阴虚,湿热内蕴 平素房事不节,或经常手淫,房劳过度,耗伤肾精,肝肾同源,肾虚及肝,肝肾阴虚;或素嗜烟酒辛辣油腻之,内生湿热,或性事不洁,外感湿热邪毒,热郁肝经,日久伤阴,肝虚及肾,肝肾阴虚,正气失敛,精气失养,发为本病。

(2)肺脾气虚,外感邪毒 饮食不节,或暴饮暴食,或喝凉饮冷,损伤脾胃,脾气亏虚,失其健运,后天失养,肺气不继,肺脾气虚,失于卫外,则病邪易感,侵扰精气,发为本病。

三、临床诊断

(一) 辨病·西医诊断

1. 症状

本症主要表现为男性不育,一般多无其他临床症状,也可伴有疲乏无力、腰膝酸软或易感冒等症状。

2. 体征

有生殖道损伤或手术史者或有损伤瘢痕,有精液囊肿、附睾囊肿、精索静脉曲张者,可在阴囊内扪及肿物或曲张增粗的精索,属前列腺炎、精囊炎者,肛门指诊可扪及触痛之前列腺、精囊等。

3. 实验室及其它检查

免疫性不育的实验室检查主要是精子免疫的检测,可分为抗精子抗体(AsAb)检测、精浆免疫抑制物质(SPIM)检测和精子的细胞免疫检测三大部分。SPIM 的检测可用抗补体法检测精浆免疫抑制物质活性,该法检出的精浆中男性抑制物质(MIM)正常值为 $430 \pm 62 \text{ U/ml}$;用单向免疫扩散法检测精浆中 MIM 正常含量 $3.0 \pm 0.3 \text{ g/L}$;用间接免疫荧光定位分析精子表面的 MIM,其结果精浆中 MIM 正常含量 $\geq 360 \text{ U/ml}$,精子表面分布头占 69.7%,颈占 21.1%,尾占 9.1%。

对精子的细胞免疫检测可用外周血淋巴细胞促凝血活性(LPCA)测定,怀孕夫妇 LPCA 测定值 ≤ 17.3 秒,阳性率为 3.2%;而不明原因不育夫妇 LPCA 阳性率为 26.7%,习惯性流产夫妇 LPCA 阳性率为 25.0%。但在临床上比较常用的仍然是抗精子抗体检测。

(1) 检查精子免疫的指征:

有研究认为,凡有以下情况之一者,可作为检查男性精子免疫的指征。

- ① 凡有泌尿生殖道的损伤、感染史者,或有感染的症状、体征及实验室依据者。
- ② 精液分析异常:精子密度 $< 20 \times 10^9/\text{L}$,存活率 $< 20\%$,活动率 $< 50\%$,正常形态 $< 70\%$,精子活动率 < 2 级(6 级制),精子自凝、精液液化迟缓者。
- ③ 非生精障碍的无精子症。
- ④ 性交试验差,每高倍视野 < 5 个活动精子,或精子在宫颈粘液中呈凝集者。
- ⑤ 精子穿透无透明带金黄地鼠卵试验异常者。
- ⑥ 不育原因不明者。

(2) 检查精子免疫的原则。

- ① 丈夫和妻子的血清都要检测。
- ② 至少应同时作精子凝集试验(GAT 或 TAT)和精子制动试验(SIT)。
- ③ 性交后试验差的要作宫颈粘液的抗精子抗体检查。
- ④ 有精子自发凝集和精子活力差者应作精浆的抗精子抗体检查。
- ⑤ 不能用不稀释的血清作抗精子抗体检查,以防止非特异性因素引起阳性结果。
- ⑥ 对阳性病人要重复试验。

4. 并发症

本症的直接结果为男性不育。

5. 诊断要点

(1) 诊断

对于男性免疫性不育的诊断,需要以病史、体检、实验室检查等综合分析判断。这既需要实验室检查确立诊断、了解其程度、观察其转归,又需要以病史、体检及其它辅助检查来判断免疫

性不育的原因,进行必要的对因治疗,并对预后作出一定的估价。

①病史 国内外研究认为,生殖道炎症、损伤、梗阻是产生抗精子抗体的主要原因。如腮腺炎并发睾丸炎、附睾炎、精索炎、附睾囊肿、附睾结核、精索结核、急、慢性前列腺炎、精囊炎等病史;阴囊、睾丸、精索、输精管、腹股沟疝、前列腺、射精管等损伤和手术史。

一些自身免疫疾病,如甲状腺机能亢进、原发性甲状腺机能减退、桥本氏甲状腺炎、全身红斑狼疮患者,多有性功能的异常和/或不育。这些患者血清中也都存在各自特异的自身抗体。检查这些自身抗体,也有助于以男性病,特别是男性不育症的综合分析或辅助诊断。

②体格检查 除了一般全身检查外,对男性生殖器官及邻近部位应仔细检查。检查项目包括:阴囊有无瘢痕、窦道、粘连;睾丸的形态、大小、硬度,有无压痛;附睾的大小、硬度,有无压痛、囊肿、结节、缺如;精索有否增粗、粘连、精索静脉曲张;输精管有无增粗、单个结节、串珠状结节、或节段性变硬,是否缺如或部分缺如;阴茎有无糜烂、溃疡、疤痕;腹股沟部有无疤痕、包块;前列腺有无增大、压痛、结切,前列腺沟是否变浅;精囊能否扪及,有无压痛;尿道口有无乳白色分泌物。

③男性精子免疫的检查结果分析 对于抗精子抗体(AsAb)的结果分析,首先是看 AsAb 是阳性或阴性,因为有些检测只能定性,不能测定滴度或作定量的详细分析,所以对 AsAb 检出是阳性者应考虑其不育可能与免疫因素有关。应争取作能够测 AsAb 滴度或其它定量分析的一此检测方法,因为血清和精液 AsAb 滴度水平的高低,对男性生育更有明显的影响。

(2)鉴别诊断

本症应当与其它原因引起的死精子症、少精子症、精子活力低下、精液不液化症等男性不育症进行鉴别。其主要鉴别点在于,本症多有生殖道损伤史或附属性腺炎症,或有其它自身免疫病史,实验室检查精子免疫检测阳性有意义。而其它原因引起的男性不育症多无上述病史和精子免疫检测阳性。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本病的诊断主要依靠实验室检查而确定。根据其常见临床表现,中医辨证可分肝肾阴虚湿热证和肺脾气虚易感证两个证型。其辨证要点为,不育,自身抗精子抗体阳性,常有房劳过度史或生殖道损伤或感染史,伴见午后潮热,五心烦热,口渴喜饮,腰酸膝软,尿黄便秘,夜寐盗汗,舌红苔少,脉细弦带数者为有肾阴虚湿热证;有上呼吸道感染及肠道感染史,平素容易感冒,或有便溏纳少,腹胀腹痛,恶心欲吐,头昏自汗,面色少华,舌淡,苔薄白,边有齿印,脉细而弱者为肺脾气虚易感证。

2. 辨证分型

(1)肝肾阴虚湿热证

[临床表现]患者多有房劳过度史,或有生殖道损伤及感染史。症见午后潮热,五心烦热,口渴喜饮,腰酸膝软,尿黄便秘,夜寐盗汗,舌红苔少,脉细弦带数。

[辨证分析]房劳过度,或久患湿热之疾,耗伤肝肾之阴,阴虚火旺,午后转阴,故见午后潮热;肾阴亏虚,心火独亢于上,则五心烦热,虚火上炎,灼炼阴津,则口渴喜饮;腰为肾之府,与肝共主四肢筋骨,肝肾阴虚,则腰膝酸软;湿热下注,则尿黄,热邪灼津,肠道失润,则大便干燥;阴虚火旺,灼迫阴津外泄,则夜寐盗汗。舌红苔少,脉弦细带数,乃阴虚火旺之征。

(2) 肺脾气虚易感证

[临床表现] 患者多有上呼吸道感染及肠道感染史。平素容易感冒,鼻塞,咽痛咳嗽,或有便溏纳少,腹胀腹痛,恶心欲吐,头昏自汗,面色少华,舌淡,苔薄白,边有齿印,脉细而弱。

[辨证分析] 肺开窍于鼻,肺气虚弱,不能卫表,则平素容易感冒;邪气犯肺,肺气不利,则鼻塞,咳嗽,咽为肺之门户,邪气犯肺,门户受损,则咽痛;脾气亏虚,脾失健运,则便溏纳少,腹胀腹痛,脾不健运,胃失和降,则恶心欲吐;脾气亏虚,不能受纳水谷精微,气血亏虚,不能上荣于面,则发生面色少华,头昏,气虚不能卫固则自汗。舌淡,苔薄白,边有齿印,脉细而弱,乃肺脾气虚,气血不足之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 低剂量类固醇激素应用 通常采用强的松,每天 15mg,分 3 次口服,连续服用 3 个月~12 个月,可使抗精子抗体滴度降低,也可提高免疫性不育男子的精子数。

近来采用地塞米松,每天 2mg,连服 3 天,每天 1mg,连服 2 天,每天 0.5mg,连服 2 天,不同剂量交替使用数周至 6 个月,可有 85% 的妊娠率,且副作用小。

倍他米松间歇口服亦有应用,每日 3 次。每次 0.5mg,用 1 周停 1 周,3 个月为 1 疗程,效果较好,病人能耐受。

(2) 高剂量类固醇激素的应用 上法无效者可试用。有大剂量冲击疗法、大剂量短程间歇疗法和周期疗法等,均有一定的副作用。

强的松每天 60mg 口服,连用 7 天,可使不育男子血清或精液中抗精子抗体滴度降低或消失。

甲基强的松龙,每天 96mg,分 3 次口服,连用 3 天~5 天,每月 1 个疗程。采用 5 天疗法,一般抗精子抗体明显下降出现于 3 周后。故应于月经周期的 21 天~28 天服药,与妻子的月经周期同步。因此,临床上多采用 7 日疗法,每日剂量仍为 96mg。有人观察认为,连用 7 天为一疗程比 3 天~5 天为 1 疗程的效果好。治疗可连续使用 3 个疗程,妊娠率为 22%~44%。

丈夫在妻子月经周期的第 1 天~10 天,每日服强的松龙 40mg,如抗精子抗体滴度不降,每日剂量可增加至 80mg,如此持续使用 9 个月经周期,有 33% 的妻子获得妊娠。

(3) 环孢霉素 A 该药副作用小,效果较好。

(4) 睾丸酮“反跳疗法” 大剂量的睾丸酮可抑制精子产生,引起无精子症,从而去掉了精子形成的刺激,使抗精子抗体滴度降低,甚至恢复正常。采用环戊丙酸睾丸酮 250mg,每 2 周肌注 1 次,直到出现无精子症,然后每日用 6-甲基强的松龙 16mg 口服 1 个月,继用每日 8mg 1 个月。但睾丸酮疗法有时可引起睾丸组织损害而出现永久性无精子症,须加注意。

编者临床上遇到这样一种现象,少精子症且死精子率高者,经过一阶段治疗,精子密度逐渐升高,而成活率却越来越低,最明显的一例精子密度由治疗前的 2000 万/ml,很快上升到 1.2 亿/ml,而成活率却由 30% 逐渐降低到 5%。分析可能与体内存在抗精子抗体有关,这就提示我们,临床上遇有这种情况,应停止增精治疗,因为精子密度越高,刺激体内产生抗精子抗体越

多,精子成活率则大幅度下降。编者经验,遇到这种病例一方面要进行免疫学检查,另一方面可以采用“睾酮反跳疗法”,当达到无精子时,体内抗精子抗体的滴度,可能会很快下降(苏勋庄经验)。

(5)人工授精 目前许多学者认为精液中大多数的 IgG 和 IgA 是与前列腺液一起进入后尿道的,直到射精时抗体才与精子混合。因此,将射出的精液立即稀释、离心、去掉精浆,这样可去掉许多抗精子抗体。如用 4 倍于精液的 4% 人血清白蛋白稀释精液,离心后去除上层液,共 3 次,去除精液内的 IgG 和 IgA 抗体。一般在妻子排卵期连续收集精液,将精液处理后行宫内人工授精,经 3 个月~6 个月的治疗,可以成功。

可用 5%~10% 人体白蛋白生理盐水或缓冲液洗涤有自身抗精子抗体结合的精子,洗去精子表面的抗精子抗体,然后将精子悬液直接灌注于配偶的宫颈管或宫腔内,也可使妻子怀孕。

(6)频繁射精法 频繁射精可耗竭生殖道的抗体,同时可使精子的活力提高,从而使妻子怀孕。

(7)其它 无前列腺炎或炎症经适当治疗后仍持续出现精液标本里精子凝集,又查不出外周血和精液中的凝集抗体者,可试用 VitC,每日 4 次,每次 500mg 口服,在两个月内精液常规可恢复正常。如果经用该法治疗后精子凝集数量减少且精子活力改善,可无限期地继续治疗,反之则停用。

(8)对细胞免疫阳性的患者,可考虑用左旋米唑类药物治疗。

2. 对症治疗

(1)生殖道感染的治疗。某些患前列腺炎、精囊炎、输精管炎、附睾炎的病人可能产生抗精子抗体,但感染治愈后,该抗体可能自然消失。因此,对男性生殖道的炎症应积极、彻底地治疗,特别是对不育病人中的隐性的、亚临床型的感染,也不要忽视。

(2)外科治疗。精液囊肿、附睾囊肿、单侧睾丸萎缩、严重睾丸损伤等都宜手术治疗,有助于抗精子抗体的消失。一侧附睾结核也宜切除。输精管、附睾管阻塞可争取作显微外科吻合,射精管口阻塞可经尿道镜将射精管口切开,尽力设法将精道疏通。

3. 并发症治疗

AsAb 阳性可由泌尿生殖道的炎症或外伤等引起,而 AsAb 阳性的直接结果是引起男性不育,因此,其治疗主要是原发病的治疗。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)辨证论治

①肝肾阴虚湿热证

[治法]滋阴降火,清利湿热。

[方药]徐氏免疫不育 1 号方(《当代名医临证精华》徐福松方)

生地、泽泻各 12 克,丹皮、碧桃干、茯苓、枸杞子、车前子(包)、白芍各 10 克,知母 6 克,碧玉散(包)15 克。

[分析]方用生地、知母滋阴清热;泽泻、车前子清热利湿;碧玉散(滑石、甘草、青黛)清热泻火;茯苓健脾运湿;丹皮清热凉血,白芍酸涩敛阴;枸杞子滋补肝肾,填精益髓。诸药合用共达滋

阴清热利湿的作用。

②肺脾气虚易感证

[治法]补肺健脾,清肠泄热。

[方药]徐氏免疫不育2号方(《当代名医临证精华》徐福松方)

人参、白术、茯苓、山药、芡实各10克,黄芪12克,木香6克,砂仁2克(后下),黄连2克,益元散15克(包)。

[分析]方用参、术、苓、芪、山药补肺健脾益气;芡实益肾固精,补脾止泻;砂仁温胃健脾;木香理气,黄连清肠泄热;益元散(滑石、甘草)清热利湿。

(2)辨证论治研究近况

裴业民(裴业民.分型证治免疫性不育症52例.湖南中医杂志,1995,11(3):10~11)将免疫性不育症分为阴虚血热型、湿热蕴毒型、气虚肾亏型、瘀血阻滞型。阴虚血热型用女贞子、丹参、赤芍、玄参、丹皮、枸杞子、五味子、麦冬、栀子各10克,旱莲草15克,生地30克,大青叶20克。湿热蕴毒型用龙胆草、栀子、黄芩、车前子(包)、泽泻各10克,生地15克,白花蛇舌草、紫花地丁、蒲公英各30克,大黄6克。气虚肾亏型用炙黄芪、党参各30克,白术、桂枝、菟丝子、熟附片、枸杞子、覆盆子各10克,炙甘草15克,川断、熟地、淫羊藿各20克。瘀血阻滞型用桃仁、红花、川芎、赤芍、丹皮、丹参、三棱、莪术各10克。每日1剂水煎服,30日为1疗程。治疗3个疗程后,治愈25例占48%,有效14例占27%,无效13例占25%。

2. 验方治疗

(1)苁蓉二仙汤(《江西中医药》,1990;(4):13)

[组成]苁蓉、仙灵脾、仙茅、生熟地。

[加减]可加抗免疫药物贯众、黄芪、苍耳草、防己、鸡血藤;炎症加蒲公英、银花、白花蛇舌草、败酱草、一见喜;早泄加莲须、潼蒺藜、五味子、芡实、菟丝子。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]益肾康精育子。治疗免疫性不育(WGA阳性)。

[疗程观察]以本方为基础方加减治疗免疫性不育症(WGA阳性)5例,结果WGA全部转阴,生育率为80%。

(2)免疫性不育1号方(《泌尿生殖系病实用方》)

[组成]黄柏9克、生地、丹参、马鞭草各15克,炙鳖甲、蚕砂、丹皮各9克,白花蛇舌草30克,牛膝9克,龙葵15克。

[用法]水煎服,每日1剂,2次分服。

[功用]清热解毒,活血化瘀。治疗男性免疫性不育因热毒和瘀血互结所致者。阳事易举,小溲黄赤,唇紫舌绛,口干咽燥。

(3)免疫不育2号方(《泌尿生殖系病实用方》)

[组成]炒党参15克,炒白术、怀山药、山萸肉、白芍各9克,茯苓15克,生熟地、菟丝子、枸杞子各9克,牡蛎、龙骨各15克,黄芩6克,苎麻根9克。

[用法]水煎服,每日1剂,2次分服。

[功用]补脾益肾,治疗男子免疫性不育属于脾肾不足者。面色无华,神疲纳差,房事淡漠。

(4)免疫不育3号方(《泌尿生殖系病实用方》)

[组成]熟地黄30克,首乌15克,山萸肉9克,枸杞子、怀山药各15克,巴戟肉、淫羊藿、菟

丝子、楮实子各9克,丹参15克,怀牛膝、炙鳖甲(先煎)各9克,虎杖15克,鹿角胶(烊冲)、鱼鳔胶(烊冲)各9克。

[用法]水煎服,每日1剂,2次分服。

[功用]温阳益肾,活血通络。治疗男子免疫性不育属于肾阳不足,瘀阻精络者。腰酸。阳事不紧,阴冷、阴囊青筋突起,舌见紫瘀斑点。

(5)益肾补精散(《上海中医药杂志》.1990;(2):22)

[组成]鹿茸、淫羊藿、菟丝子、鹿角胶、黄精、五味子、女贞子、人参、紫河车。

[加减]可同时用:①黑狗肾500克,羊乳1000克,用文火同煮,熟后吃肉喝汤。②鲜胎盘1具,鲜羊外肾1对,花椒、生姜少许,食盐适量。文火煮熟后吃肉喝汤,随意服用。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]填精益肾,补虚消凝。治疗精子凝集属于肾阴亏损者。

(6)清热除湿消凝汤(《上海中医药杂志》.1990;(2):22)

[组成]龙胆草、黄柏、淡竹叶、泽泻、丹皮、汉防己、苍术、赤茯苓。

[加减]可同时用:①薏苡仁200克,银耳50克,用文火煮成粥,加少量食糖食用,每日2次。②薏苡仁150克,汉防己30克,赤茯苓30克,加水1000毫升,文火煮1小时,取汁加白糖调味,凉后当饮料服用,1日数次。

[用法]水煎服,每日1剂,分2次服。

[功用]清热化湿,分浊消凝。治疗肝经湿热精子凝集者。

3. 其它疗法

(1) 针灸疗法

① 处方一

[取穴]主穴:肝俞、肾俞、脾俞、秩边;配穴:丰隆、曲池、三阴交。

[操作]主穴每次必用,配穴可根据辨证选加,湿重加丰隆以去湿,热重加曲池以清热,阴虚加三阴交以补阴。均用毫针刺,肝俞、肾俞、脾俞用补法,秩边用泻法;血海、三阴交用补法,曲池用泻法。若用手法针灸,留针30分钟,每隔10分钟行针1次;若用电针治疗,针刺后可接G6805电针仪,连续波,通电30分钟,可同时应用TDP(神灯)照射腰骶部。

[按语]本法适用于肝肾阴虚湿热型之男性免疫性不育症。

② 处方二

[取穴]主穴:肺俞、脾俞、胃俞、大肠俞、秩边;配穴:曲池、合谷、足三里、三阴交。

[操作]主穴每次必用,配穴可根据辨证选加,肺气偏虚者加曲池、合谷,脾气偏虚者加足三里、三阴交。

[按语]本法适用于男性免疫性不育症之肺脾气虚易感证。

(2) 耳穴疗法

[取穴]主穴:风溪、肺、肾上腺、内分泌;配穴:肝肾阴虚者加肝、肾;恶心、呕吐者加胃、脾;大便干者加大肠;烦躁不安者加神门。

[治疗方法]

①耳穴贴压法 用王不留行子贴压,取单侧耳穴,5天~7天后换贴另侧耳穴。每日按压3次~5次,每次按压2分钟~3分钟,剧痒时随时按压。

②耳穴埋针法 主穴每次必用,配穴每次选用1穴~2穴,取单侧耳穴,常规消毒后,将皮

内针迅速刺入穴位,胶布固定。5天~7天换埋另侧耳穴。

(三)中西医结合治疗

中医对此种情况引起的不育症多采用活血化瘀法治疗,取得一定疗效。常用药物有丹参、红花、桃仁、赤芍、当归、黄芪、香附、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、益智仁等。苏氏在应用中药治疗精子密度低且死亡率高的不育症时发现,这类病例治疗后常常出现精子密度越来越高,精子活动率却越来越低的现象,认为这种情况多是存在自身抗精子抗体的缘故。一旦出现这种现象,促进生精的中药就应停用。中药配合“睾酮反跳疗法”或大剂量应用类固醇激素治疗,可取得较好疗效。(苏勋庄《实用男女助孕大全》)

孙册等(1986)对85对血清抗精子抗体阳性,而其他检查结果基本正常的不育夫妇进行了中西医结合治疗,他们使用强的松5mg,每日2次,同时对抗精子抗体阳性的一方应用活血化瘀、破气利水之三棱、莪术、山甲、皂角等辨证治疗,3个月为1疗程。若女方为抗精子抗体阳性,则应在同房时使用避孕套,以避免女方接触精子抗原;有炎症时用抗菌素,精液粘度较高时用大剂量维生素C。结果85对妻子中受孕35例,受孕率47%。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

- (1)性生活安排合理有节,不可频繁性交或手淫、忍精不射。
- (2)忌烟酒及辛辣刺激性食物。
- (3)若有生殖道或附属性腺炎症,应积极有效地治疗,避免延误病情,日久产生生殖免疫。
- (4)精索静脉曲张、输精管吻合术、腹股沟斜疝等手术时,应仔细操作,避免损伤。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,避风寒。
- (2)节淫欲,忌思想无穷,隐曲不遂,忍精不射。
- (3)忌烟酒及辛辣油腻刺激之品。

(二)既病防变

1. 西医措施

- (1)积极治疗泌尿生殖道炎症,以防病情加重。
- (2)正确向病人夫妇解释病情,使病人心情放松,减少思想负担,合理安排性交,以减少抗精子抗体的产生。
- (3)若女方同时有血清抗精子抗体阳性,应采用避孕套进行同房,以减少精子抗原进入女性生殖道。

- (4)忌烟酒及辛辣刺激之品,预防感冒及劳累。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,避风寒。

(2) 节淫欲, 忌思想无穷, 隐曲不遂, 忍精不射。

(3) 忌烟酒及辛辣油腻刺激之品。

第四章 前列腺疾病

第一节 前列腺炎

一、概 述

前列腺炎是成人男性生殖系统的常见病,多发于 20 岁~40 岁的青壮年,其中 35 岁~40 岁的发病率可高达 40%。

随着对前列腺疾病研究的不断进展,以及前列腺检查方法的增多和敏感性的提高,现在临床上对前列腺炎的认识也在不断加深。实际上,所谓的前列腺炎并非一独立的疾病,而是一系列相互联系而又各具特点的前列腺炎性综合症的统称。只有对这些综合症的各自病因、病理进行深入系统的了解,才能得出正确的诊断和采取适宜有效的治疗措施。

1978 年 Drach G. W 根据前列腺炎检查的结果,将前列腺非特异性炎性疾病分为 4 类,即急性细菌性前列腺炎、慢性细菌性前列腺炎、非细菌性前列腺炎和前列腺癌。细菌性和非细菌性前列腺炎都具有前列腺炎的一般临床症状和体征,前列腺的病理改变基本相似,并且前列腺分泌物中可有大量的白细胞和巨噬细胞,其差别是前者可有菌尿及尿路感染史。Schaellec 等(1981)发现:非细菌性前列腺炎约为细菌性前列腺炎的 8 倍。而 Brumaei 等(1983)报道一组 600 例病人,细菌性前列腺炎只占 5%,非细菌性前列腺炎占 64%,前列腺癌占 31%。Weidei 等(1991)总结 1461 例患者,认为至少 90%均为非细菌性前列腺炎。

本症最常见的症状依次为:尿道滴白、腰膝酸软、尿后余沥、小腹胀痛、尿液混浊、头昏头晕、失眠多梦、腰骶胀痛、睾丸及精索胀痛、尿道灼痛、阳痿、早泄、血精、不育等。这些症状或多或少地在病人身上出现。一般说来,具有典型的临床表现,加之前列腺液常规检查,脓细胞(白细胞)每高倍镜视野 10 个以上,卵磷脂小体减少或消失;肛门指诊前列腺饱满、质软、压痛,或前列腺因纤维化而体积缩小、质韧、高低不平等,诊断并不困难。但临床上对一些症状不典型或不很典型的患者,如仅有双侧腹股沟处、小腹等处胀痛,或仅以男子不育、性功能障碍等就诊的患者,应认真分析,仔细检查,以免误诊或漏诊。

对此病症,中医早有精辟论述。如清代徐时进谓:“浊者,白粘如精状,从茎中流出,不痛不涩,占下衣有迹者是也。”又说:“精浊者,茎似刀割火灼,而溺自清,与便溺绝不相混。”说明本病在尿道滴白的同时,或有尿道灼热疼痛,或不痛不涩,这与上述临床表现是吻合的。不应囿于“痛则为淋,不痛为浊”之说,而误将本病划为淋证之列。其实,淋、浊之别绝非在于尿道之痛与不痛,而应结合临床症状全而分析,正如清代程文囿所述:“淋自膀胱,出于溺窍,或膏或血,与尿并出,出则无余;浊为败精,出自精窍,内虽大痛而尿自清,或在尿前,或在尿后,便后尚有余滴而沥,马口常湿,以此分别。”至于本病的病位,林佩琴谓:“肾有二窍:一溺窍,一精窍。淋出溺

窍,病在肝脾;浊出精窍,病在心肾。”临床所见,本病主要病变部位在肾,与膀胱、心、脾、肝等有关,而“精窍”应该是前列腺、精囊腺、尿道球腺等分泌组成精液的组织器官。以此,徐福松教授认为本病中医“病名当为精浊,病位在于精窍”(《男科专辑.前列腺与精囊疾病症治概要》)

综合古今医家论述,此症属于中医学的“精浊”、“白浊”、“白淫”、“滴白”等范畴。如形成前列腺脓肿者,中医称为“悬痈”,溃后久不收口,形成漏管者,俗称“海底漏”。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

(1)细菌感染 常见的细菌感染①革兰氏阴性细菌感染约占80%,主要是大肠杆菌。另有变形杆菌、绿脓杆菌和肠道球菌等。而奈瑟氏菌属的淋球菌感染也是可引起慢性细菌性感染的重要后盾;②革兰氏阳性细菌、链球菌是导致慢性前列腺炎的主要革兰氏阳性致病菌,约占慢性前列腺炎的1%~2%,其它革兰氏阳性细菌一般不引起前列腺炎。

(2)其他病原体感染 其它引起前列腺炎的病原体有①沙眼衣原体,是无菌性前列腺炎的主要感染源,其检出率可达20%~33%;②支原体感染,常见的为解脲脲原体和人型支原体Maio和Cohen。在79例有症状的前列腺炎患者的精液和前列腺液中有46%的患者检出支原体。

由细菌及其他病原体感染引起的前列腺炎的感染途径可能有①尿道的上行性感染;②有菌尿液经前列腺管返流;③直肠细菌经直接扩散或经淋巴管蔓延侵入前列腺;④血源性感染。

细菌自后尿道返流,进入前列腺管是前列腺感染的主要原因,如女方为淋病患者,性交时,男性尿道口即可被阴道内的淋球菌感染,首先引起淋病性尿道炎,继而累及前列腺、淋球菌前列腺炎。全身其他感染灶的血行感染也是细菌性前列腺炎的重要发病因素,95%的细菌性前列腺都可发现原发感染灶。另外泌尿生殖系统的其他病理改变如畸形和结石形成等由于使局部环境发生改变,而有利于致病菌的种植和蔓延,也是细菌性前列腺炎的一个重要病因。

除少数耐药性淋球菌性前列腺炎外,大多数急性前列腺炎经正规系统的治疗后多可治愈,但如治疗不彻底则可慢性化,形成慢性细菌性前列腺炎。

无菌性前列腺炎的病因病理过程非常复杂,有些可以检出可疑的病原体,而有些则难以发现明确病因,这可能与诊断技术水平和手段所限有关。近年来人们发现的衣原体和支原体感染是引起前列腺无菌性炎症的主要病因。Suominen等发现精浆中特异性抗沙眼的原体抗体(IgA)阳性率较高者,其精浆中酸性磷酸酶(ACP)的活性明显降低,因为精浆中ACP主要来自于前列腺,因此可以认为沙眼衣原体感染是慢性前列腺炎的常见原因之一,并且可使畸形精子率增加,影响男性生育力。

解脲脲原体也常侵犯前列腺,造成慢性前列腺炎,使前列腺的分泌液化因子的功能减退,液化因子与精囊分泌的凝固因子的动态平衡遭到破坏,从而使精液不能在正常时间内液化,影响精子的运动能力。

锌元素与前列腺炎的发生也有相应的关系。正常前列腺中含有一种抗感染的保护物质,这就是强力抗菌因子(PAF)。PAF对大多数泌尿生殖系统的致病菌都有抑制作用。而PAF的

主要成分就是锌,当前列腺内锌含量减少时,就可使 PAF 含量降低,使前列腺的抗菌能力减弱。

除上述的前列腺炎的主要致病因素外,疲劳、感冒、酗酒、纵欲过度、外伤等均是前列腺炎发病的诱因。

2. 病理

急性细菌性前列腺炎的病理变化最为明显,表现为整个前列腺体的明显炎性改变。主要分为三期①充血期。又称卡他期,其症状轻,表现为前列腺体的间质组织及管道系统明显充血水肿及炎性细胞浸润,腺管上皮细胞增生。②腺泡期。炎症未被控制而继续发展,使腺管及腺泡水肿和充血更明显,整个腺体肿大,腺泡内有中性分泌物,并小脓肿形成。③实质期。炎症发展到腺泡周围组织,即为实质期微小脓肿逐渐增大融合,并侵入前列腺实质,形成前列腺脓肿。这是急性细菌性前列腺炎的并发症之一,多发于 50 岁~60 岁的糖尿病患者。

慢性细菌性前列腺炎和非细菌性前列腺炎的病理改变基本相似,无特异性。一般表现为前列腺腺泡内和周围组织的浆细胞和巨噬细胞浸润,其他改变不明显。

前列腺痛的患者其前列腺本身的表现可不明显,而主要表现为盆腔底部肌肉的习惯性收缩和痉挛,即被 Sinaki 称作的“骨盆底张力性疼痛”。另外盆腔交感系统发育异常所致的不完全性膀胱颈部松弛和外括约肌部尿道功能性狭窄,可能也是前列腺痛的病理改变。

(二)中医的病因病机

1. 病因

本病病因病机错综复杂,总的说来是败精瘀浊,湿热下注,精室被扰,精关不固,封藏失职。主要病因是“忍精”和“感染”。前者多由青壮年相火易动,所愿不遂,精不外出,瘀于精室;或同房、遗精、手淫、惊恐等,忍精不射,败精流注,精关不固,遂成精浊。后者多由脾肺素虚,容易感冒,引动下焦湿热;或包皮过长,藏污纳垢,或性交不洁,湿热邪毒由尿窍上侵,窜于精室,精浊相混,精离其位而成本病。过度饮酒吸烟,嗜食膏粱厚味,亦可使湿热内生,下注精室;会阴损伤或久坐不动,会阴部气血郁滞,精窍气机不通,久而久之亦可引起本病。

2. 病机

本病初起以热证居多,因相火偏旺,扰动精室,清浊混淆,精离其位,不能闭藏,则源流相继淫溢而下,其时多为急性前列腺炎或慢性前列腺炎急性发作。久而久之,湿热伤及脾肾,脾气下陷而不化湿,肾精不足而虚象毕露。这是本症由实转虚的大致过程。临床又以肾虚者多,脾虚者少。因肾藏精,故精浊伤肾者多,而肾虚中,又以肾阴不足者多。湿热是标,肾虚是本,瘀血是进入慢性过程的进一步的病理反映,中焦虚弱是湿热伤脾的必然结果,或系素体脾虚所致,或由肾虚及脾之故。虚实常相互转化,互为因果。

(1) 湿热证 平素过度饮酒吸烟,嗜食膏粱厚味,湿热内生,下注精室;或包皮过长,藏污纳垢,或性交不洁,湿热邪毒由尿窍上侵,窜于精室,精浊相混,精离其位而成本证。

(2) 瘀血证 久病入络,血脉瘀滞;会阴损伤或久坐不动,会阴部气血郁滞,阻于精室,而发本证。

(3) 中虚证 多由病程较长,湿热伤脾,或素体脾虚,脾不化湿,痹阻精室,精浊混淆,导致脾气下陷,发为本证。

(4) 肾虚证 本证多由房室不节,肾亏于下,封藏失职,精关不固,浊精自下。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

同其他全身感染一样,急性前列腺炎可有发烧、恶寒、无力、全身不适及食欲不振等全身症状,尤以血源性感染为著。急性前列腺炎的局部症状主要为全阴部不适和坠胀痛,并有大便时疼痛。比较典型的症状为性功能变化,如性欲减退和性交疼痛。如为逆行感染,多同时或提前出尿道感染症状,常见的有尿上频、尿急、尿痛、终末备尿和排尿困难等。急性细菌性前列腺最少持续高烧一周以上,血象明显增高,会阴肛门疼痛日趋加重,即示已有前列腺脓肿形成,立即行超声检查确诊。

慢性细菌性前列腺炎的临床表现非常复杂,且无特异性。虽然有些慢性细菌性前列腺炎可由急性期迁变而来,但大多数慢性细菌性前列腺炎患者则无急性发作病史。慢性细菌性前列腺炎的症状主要有三类①疼痛不适,表现为会阴、肌周、耻骨上、下腹部、腰骶部、腹股沟、阴囊、大腿内侧及睾丸尿道沟的疼痛,不适感常为钝痛或坠胀痛,而且可放射至膈下和膝上。②尿路症状。大多数的患者,有不同程度的排尿刺激症状,如尿痛尿急、尿频、血尿多,有些病人尿末可流出白色粘液,中医谓之“滴白”。③男性生殖系统改变。慢性前列腺炎患者多伴性功能障碍,如性欲减退、阳痿早泄、遗精、血精及射精疼痛等。如前列腺分泌液的成分和量发生改变则影响精子生存及活动,导致男性不育。

细菌性前列腺炎反复长期发作,可使正常存在的小而成堆的前列腺结石增大融合,引起前列腺腺管阻塞,使感染迁延不愈。

非细菌性前列腺炎和前列腺痛的临床表现与细菌性前列腺炎的临床表现相类似,只是前列腺痛的患者可有不同程度的梗阻性排尿障碍的症状。如排尿踌躇,尿流无力,尿线中断及所谓的“脉冲”式排尿等。

2. 体征

急性细菌性前列腺炎的体征最为典型,肛检是最简便和最直观的检查方法。表现为前列腺的肿胀和明显触痛,整个腺体质地不规,若有脓肿形成则可有波动感。

慢前列腺炎随病程长短其病变程度也不相同,腺体可大可小,两侧叶可不对称,硬度一般增加或不均匀,表面可有大小不等的结节,多有轻压痛。非细菌性前列腺炎和前列腺痛常无特殊发现。

3. 实验室及其它检查

(1)血常规 急性期血白细胞可高达 $20000/\text{mm}^3$ 以上,中性粒细胞明显增多,慢性炎症多无改变。

(2)前列腺液检查 是前列腺疾病最具特异性和必不可少的检查项目。

①镜检 a. 卵磷脂小体。前列腺炎时由于巨噬细胞吞噬使卵磷脂小体减少;b. 红细胞。正常前列腺液内红细胞极少,而炎症时可以增多;c. 白细胞。正常 $\leq 1000/\text{mm}^3$ (或 $\leq 5.0/\text{HP}$),无论是细菌性还是非细菌性前列腺炎,均为其前列腺液内白细胞水平的明显升高,而前列腺痛则可无变化;d. 细菌。经涂片镜检,阳性率为 50%,以球菌最多。

②前列腺液生化成分测定 a. pH 值测定。正常时前列腺液呈中性稍偏酸, Daich 综述文献的正常值介于 6.6~6.7 之间。王懋和测定 152 例正常中国男性的 PH 为 6.75 ± 0.44 , 而前列腺炎症时 PH 则可明显提高, 达 7.7~8.5, Fait 等测定 10 例慢性细菌性前列腺炎患者的前列腺液 PH 为 8.34 ± 0.10 ; 锌含量测定。正常前列腺液锌含量为 $488 \pm 18 \text{mg/ml}$, 慢性炎症时则可降至 $145 \pm 16 \text{mg/ml}$ 。

③前列腺液的细胞学检查 前列腺液的脱落细胞学检查, 有利于区别炎症、肿瘤等病变。

将前列腺液涂片固定、染色后进行镜检, 如嗜酸性细胞增多, 可诊断为变态反应性肉芽肿性前列腺炎, 细菌或非细菌性前列腺炎其白细胞及巨噬细胞增多, 经特殊染色可以检查有无癌细胞。

④前列腺液细菌培养 对于鉴别慢性前列腺炎的种类至关重要, 取材过程中必须除外污染因素, 一次培养阴性应进行多次培养。前列腺感染的菌类以球菌为主, 尤以白葡萄球菌多见。

⑤前列腺液的免疫学测定 由于前列腺上皮具有粘膜腺体表现, 因而当有炎症反应时可以发生免疫反应, 因此进行免疫学检查对于慢性前列腺炎的诊断提供了一种新的方法。

据 Gray(1974 年)等资料, 前列腺液中 IgG、IgA 和 IgM 都大大低于血内水平, 其正常极限值均值为 IgG~(38)~86mg/100ml, IgA 0~(12)~27mg/100ml, IgM 0~(14)~49mg/100ml 分别为血清中的 3%、5%、10%。在慢性前列腺炎中此三种 Ig 均有不同程度的增加, 其中 IgA 最为明显, 其次为 IgG。并且这种增加细菌性感染较非细菌性感染更加明显。在细菌性前列腺炎中 IgA 可比正常对照组高 11 倍, IgG 可高 4 倍。而在无菌性前列腺炎中 IgA 或 IgG 的增高或只高 1~2 倍, 至于 IgM 一般增高不明显, 若 IgM 有增高, 说明抗原还继续存在。若临床症状已消失而 IgA 和/或 IgM 仍高, 则说明病变并未痊愈, 还有复发的可能。若前列腺液中免疫球蛋白正常, 则提示为功能性前列腺病, 如前列腺痛。因而前列腺液中免疫球蛋白增高程度, 不仅可以帮助作出慢性前列腺炎诊断, 还可帮助鉴别病变类型, 严重程度, 疗效和预后。

(3) Meares 和 Stamey 检查法 即尿液和前列腺液分段定位培养和菌落计数, 其方法是在定量饮水 2 小时后和充分消毒会阴, 分别采始段尿(VB1)10ml 代表尿道标本, 然后排尿 200ml, 再取 10ml 为中段尿(VB2)代表膀胱标本, 继而按摩前列腺, 收集前列腺液(EPS), 按摩后现场排尿, 收集 10ml(VB3)代表前列腺及后尿道标本。将上述四个标本进行细菌计数及培养, 如培养阳性可进一步作定量菌落计数和抗菌药物敏感试验。

Meares 和 Stamey 检查法结果判断:

①VB1 等四个标本均无菌时, 可诊断为无菌性前列腺炎。

②在 VB2 无菌时若 VB1 中细菌计数明显大于 EPS 或 VB3 应考虑为尿道感染; 反之若 EPS 和 VB3 中计数明显大于 VB1, 则可认为有前列腺感染。若 EPS 细菌计数明显大于 VB1 及 VB3 则可基本确定前列腺感染。

③凡符合下列任何一项的即可诊断为前列腺炎 a. VB1 和 VB2 培养阴性而 EPS 和/或 VB3 培养阳性; b. VB1 和 VB2 计数少于 3000/ml 而 EPS 和/或 VB3 计数大于 5000/ml。

④若 VB2 有菌, 则 VB1 等四个标本都有被污染的可能, 不能行定位诊断, 必须经过治疗, 待尿阴转后再行检查。

(4) 特异性病原体测定。

沙眼衣原体(CT)的检测

CT 是兼有病毒和细菌特征的唯一病原体, 其生活周期分细胞内期和细胞外期。细胞外期

为原体,具有传染性,进入胞浆后即成为细胞内期。在胞浆内原体演变成网状体无感染性,但代谢活跃,以二分裂方式迅速增殖后浓缩为许多原体,形成典型的胞浆内包涵体,经 48 大感染细胞裂解、原体释放。CT 感染的临床表现无特异性确诊需靠实验室检测。近来实验室检查确诊 CT 感染的进展很快,主要手段如下:

①细胞培养。采集 EPS 或精液等可能被 CT 感染的标本,接种于 Mclog 或 Helaiig 细胞等适于 CT 生长的培养,其中加入对 CT 无作用的抗菌素以抑制其他细菌和真菌繁殖,经 37℃ 培养 48 小时后,用荧光标记的特异性单克隆抗体结合后观察胞浆内的 CT 包涵体。

细胞培养虽敏感性高,为确诊 CT 感染的最可靠的方法,但由于费用较高,实验要求严格费时较长,因而未被临床广泛应用。

②直接免疫荧光法。

采集标本后涂片,用荧光标记的抗病原体膜蛋白的单克隆抗体和标本结合后,在荧光显微镜下观察有无原体,半小时可断结果,敏感性较高。

③酶免疫测定法。

测定方法是将酶与抗原和抗体用交联剂结合起来,此标记抗原或抗体与体内的相应抗体或抗原发生特异性反应,加入相应的酶底物时,底物被酶催化成可溶性或不可溶性呈色产物。以肉眼或分光光度计进行定性或定量分析。

④血清学测定。

采集患者血清进行 CT 抗体的测定,目前多采取以原体或感染细胞为抗体的微量间接免疫荧光法,测定 CT 抗体滴度,根据滴度,高低作出判断。

⑤PCR 技术

其原理是模拟人体 DNA 复制过程,能选择性的浓集一个特异性 DNA 序列成 10 倍扩增,从而使极微量的 DNA 扩增到能检测的水平,甚至可测出单分子 DNA,其敏感性极高,可快速确诊 CT 感染。

目前一般对 CT 感染的快速筛选可用酶免疫测定,和直接免疫荧光测定,确诊则需彩色 PCR 技术或细胞培养。

4. 并发症

前列腺炎引起的并发症不多。前列腺脓肿是急性前列腺炎最主要和最严重的并发症,也可并发泌尿系感染、精囊炎、睾丸炎等。长期的慢性细菌性前列腺炎可引起男性生殖功能的改变,使患者性欲减退、遗精、阳痿、早泄、射精痛及血精等,亦可影响精浆质量,从而影响生育。非细菌性前列腺炎如沙眼衣原体或支原体感染,则可引起精子功能的改变,导致男性不育。

5. 诊断要点

(1)急性细菌性前列腺炎

①诊断依据

a. 尿生殖系或全身局灶性感染病史。

b. 寒战、高烧、全身无力、恶心等全身中毒症状,以及会阴痛、尿急、尿频、排尿困难等局部症状。

c. 直肠指检:前列腺肿胀、触痛、质地改变。

d. 血白细胞升高,尿常规可有脓球,尿道分泌物涂片和前列腺液检查可检出改病菌。

②鉴别诊断

a. 与急性充血性前列腺炎鉴别。为一种非细菌性前列腺炎, 主要因前列腺管引流不畅, 使腺体充血水肿。患者也可有会阴部及腰背和睾丸疼痛, 前列腺可稍肿大, 并轻度压痛, 但无尿道症状和全身感染症状。前列腺按摩可有大量前列腺液流出, 按摩后症状很快缓解。

b. 与急性尿路感染相鉴别。两者病史、症状相似, 但急性前列腺炎前列腺液中含有大量脓白细胞, 直肠指诊前列腺触痛, 而急性尿路感染主要是尿液改变, 直肠指检前列腺大多正常, 前列腺液亦多无异常。但需注意的是, 前列腺炎与泌尿系感染性疾病可同时并发, 故对已确诊为前列腺炎而全并尿痛等膀胱刺激征的患者, 亦需进一步检查, 以免对更重要的泌尿系感染性疾病造成漏诊。

c. 与尿路结石鉴别。均可有排尿不畅和尿痛等膀胱刺激症状, 但尿路结石症以尿中有时挟有砂石为特征, 可伴尿流改变和中断, 排石时尿痛较剧, 有明显血尿。腹部 X 光片、膀胱 B 超、膀胱镜检查及前列腺液镜检等特殊检查, 均可帮助二者进行鉴别。但不排除患尿路结石的同时患有前列腺炎。

(2) 慢性细菌性前列腺炎

① 诊断依据

a. 有急性细菌性前列腺炎病史或患者, 诉会阴、肛门及尿道部的疼痛不适, 伴尿道刺激症状, 以及性功能改变。肛门指诊腺的异常。

b. 前列腺液检查白细胞 ≥ 10 个/HP, 或 $\geq 100/\text{mm}^3$, pH 测定明显升高, 细菌培养可检出致病菌如白色葡萄球菌。

c. 尿液和前列腺液的细菌定位培养, 是诊断细菌性前列腺炎的比较准确的方法。凡符合下列任何一项, 即可诊断为细菌性前列腺炎。10VB1 和 VB2 培养阴性, 而 EPS 和/或 VB3 培养阳性; 20VB1 和 VB2 计数少于 3000/ml, 而 EPS 和/或 VB3 计数 $> 5000/\text{ml}$ 。

d. 前列腺穿刺活检虽可鉴别炎症或癌变等, 但因属创伤性检查方法, 易发生一些并发症, 不作常规项目。

② 鉴别诊断

a. 与慢性尿道炎鉴别。膀胱炎或肛门疾病, 虽然也有相类似的尿道刺激症状及会阴肛门部不适, 但经常规前列腺液检查或尿液和前列腺液的分段定位培养可以鉴别。

b. 与非细菌性前列腺炎鉴别。非细菌性前列腺炎与细菌性前列腺炎的临床症状和体征相似, 前列腺液也有相似的改变, 但前者为特异性病原体感染, 如霉菌、滴虫以及衣原体和支原体等, 只要经过仔细的前列腺液细菌培养以及针对特异性病原体的检查, 即可确定病因。

(3) 非细菌性前列腺炎

① 诊断依据

a. 尿道刺激症状及会阴生殖区疼痛不适史。

b. 射精后疼痛和不适。

c. 前列腺指检, 质地较软及触痛。

d. EPS 细菌培养及尿液分段定位培养排除细菌性前列腺炎。

e. 某些特异性病原体如衣原体和支原体的培养阳性可以确诊。

② 鉴别诊断。

需与细菌性前列腺炎鉴别(参见上述)。

(4) 前列腺痛

① 诊断依据

- a. 无明显尿路感染及全身感染病史。
- b. 与慢性前列腺炎的症状类似,但以与排尿无关的“盆腔”疼痛为主。并有不同程度的梗阻性排尿障碍症状。
- c. 直肠指检前列腺基本正常。
- d. 前列腺液检查正常,细菌及其他病原体培养阳性。
- e. 尿流动力学检查。最大尿流率和平均尿流率有同程度的降低,排尿等待时间延长。

② 鉴别诊断

前列腺痛实际上是一种功能障碍性疾病,无器质性病变,与其他前列腺炎性综合症的鉴别主要依靠排除法,即根据细菌学及其他检查排除了各类前列腺炎后及其他器质性疾病后即可诊断。

(二) 辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本病辨证之要,当首辨虚实。朱丹溪对本病虽有“白者为寒为虚,赤者为热”之说,但临床辨证还应结合八纲辨证、脏腑辨证详细推究。大抵病证急发,浊物多而如脓,疼痛较剧,体质强盛者属实;发病较缓,浊物清稀如精如涕,疼痛较轻或不痛者为虚证;若病情反复发作,时轻时重者为虚实夹杂。如疼痛较剧,浊物稠厚,小便黄赤兼有恶寒发热者,多为湿热所致;疼痛坠胀如刺,直肠指诊前列腺变硬者,多属脉络瘀阻,气滞血瘀所致;若小便余沥不已,浊物稀薄并伴气短乏力,腰酸腿软者,多属正气亏损,中气不足,脾肾失于固摄封藏所致。总之,本病诊断应详问病史,细审兼症,结合舌脉体征综合辨证,才能切合临床,准确无误。

2. 辨证分型

近年来,对于前列腺炎的中医辨证分型研究,人们进行了大量的工作,取得了可喜的临床成果。下面我们选用了南京中医学院徐福松教授的分型施治方法,比较全面地总结了前列腺炎的临床情况。

(1) 湿热证

[临床表现] 年龄较轻,病程较短,或有包皮龟头炎、尿道炎、睾丸炎等病史,小溲黄少混浊或有沉淀,尿频、尿急、尿痛、尿道灼热感,小腹及会阴胀痛,大便于结,尿道口滴白量多,口中干苦而粘,舌苔黄腻,脉弦滑带数。前列腺液中脓细胞 20 个以上。

[辨证分析] 湿热蕴结,扰乱精室,精浊混淆,精离其位,则尿道口滴白量多,前列腺液脓细胞多或有细菌生长;湿热阻于精室,气血流行失畅,经络阻塞不通,则前列腺肿大,压痛明显,小腹及会阴胀痛;湿热下注,膀胱气化失司,故见尿频、尿急、尿痛;舌红苔黄腻,脉弦滑带数,皆为湿热之象。

(2) 瘀血证

[临床表现] 病史较长或会阴部受伤,终末尿滴白量少,小便滴沥涩痛,或者肉眼血精,会阴部刺痛明显,痛引阴茎、睾丸、少腹、腰骶部,眼眶黧黑,舌质紫或有瘀斑,脉涩。肛门指诊:前列腺质地较硬,或有结节。前列腺液中有红细胞。

[辨证分析] 久病人络入血,精室之血脉瘀滞,不通则痛,故见会阴部刺痛明显,前列腺质地较硬或有结节;血脉瘀阻,膀胱气化失司,则见小便滴沥涩痛;瘀血阻于面部,则见眼眶黧黑;瘀

血凝滞,脉道不利,故见脉涩,舌紫或有瘀斑。

(3) 中虚证

[临床表现]病史较长,素体脾虚。终末尿滴白,尿意不尽,尿后余沥,劳累后加重,会阴部隐痛,有下坠感,小便清长或频数,神疲乏力,面色少华,纳谷不香,形寒畏冷,心悸自汗,舌淡而胖,脉细而软,肛门指检后肛门坠胀感可延续数天。

[辨证分析]中气不足,气不摄精,精浊混淆,故见尿终末滴白,尿意不尽,尿后余沥,劳累后加重;劳倦伤脾,脾虚中气下陷,则会阴部坠痛,劳累后加重,肛门指检后肛门坠胀感可延续数天;气虚无力行血,不能上荣于舌,故舌淡而胖,不能鼓脉而行,则细而软。

(4) 肾虚证

[临床表现]病史较长,有手淫及房劳史。尿末滴白,尿道口时流粘液粘丝,小便余沥不尽,腰酸而软,有梦而遗,性机能减退,或有肉眼血精,面色黧黑,五心烦热,午后低热颧红,大便干结,小便黄少,失眠多梦,舌红,苔少中有龟裂或有剥苔,脉细带数。前列腺液中卵磷脂小体明显减少,或有红细胞。

[辨证分析]临床上本证以肾阴虚为多,因房室不节则伤肾,肾亏则封藏失职,精关不固,精离其位,而见尿末滴白,尿道口时流粘液如丝,小便余沥不尽;阴虚火旺,灼伤精室血络,血溢脉外,随精而流,故可见肉眼血精或镜下红细胞。肾虚其色外露,故见面色黧黑;腰为肾之府,肾虚不能充养其府,故腰酸而软;肾阴不足,宗筋失其所养,则痿而不用;阴虚火旺,灼炼阴津,不能上承于舌,故舌红少苔,中有龟裂或有剥苔。五心烦热,午后低热颧红,大便干结,小便黄少,失眠多梦,脉细带数,均为阴虚火旺之征。

(5) 混合证

[临床表现]肾虚型兼有其他1~3证者。

临床上单独出现某一证型者较少,而以虚实夹杂之混合型居多。

[辨证分析]参照肾虚型及所兼证的辨证分析。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

既往认为治疗尿路感染有效的抗生素对治疗细菌性前列腺炎疗效较差的原因是药物不能透入前列腺上皮,以致药物在前列腺内不能达到有效的治疗浓度。但Nielsen等在1980年发现不同的青霉素衍生物如氨苄青霉素、羟氨苄青霉素、羧苄青霉素及其衍生物Caibeniciline indanylSodium在前列腺组织中的含量和血清的含量一样高,但显著超过前列腺液水平;二甲胺四环素和Rosamicin在狗前列腺组织中的含量甚至明显超过血清中的水平。Meais在1982年也发现TMP在前列腺组织和血清中含量的比例为2:1或3:1。可见一般抗生素在前列腺内的分布水平足以达到治疗浓度。因而可以认为在前列腺间质中许多抗菌药物达到了治疗水平,并有效地消除了间质的细菌感染,但由于经前列腺分泌上皮滤过的药物较少,使前列腺囊泡和前列腺液中的药物浓度降低,不能完全彻底的消灭细菌,使感染易于复发,并呈慢性化。

下述因素也使治疗变得困难:①前列腺管与尿道呈直角或斜行进入尿道,这不仅不利于腺体引流,而且有利于尿道细菌进入前列腺。②感染病灶常为多发,位置较深,引流不畅,若有脓

肿形成或疤痕组织包围,影响局部血液循环。③常同时伴发尿道炎、精囊腺炎等,使感染扩散互为因果。④前列腺炎的病原体非常复杂,难以确定为何种病原体感染,使抗菌素的应用混乱,耐药菌株产生。

1. 常规治疗

前列腺炎的急性发作期应卧床休息,给予全身支持疗法,可行热敷理疗或局部坐浴,必要时给予缓泻剂,以保持大便通畅。

2. 对症治疗

(1) 对症治疗

急性前列腺炎如高烧不退,可予药物或物理降温,轻度尿路梗阻者可予解痉剂,如梗阻加重则应留置细导尿管,但不要反复导尿以防引起尿道损伤。现一般应用耻骨上膀胱穿刺导尿或造瘘,定时开放引流,以防产生其他并发症。

前列腺痛属非感染性疾病,应用抗生素无效,临床治疗多以对症治疗为主。对典型排尿困难的病人可用 α -肾上腺素能受体阻滞剂酚苳明 10mg~20mg 口服,每日 1 次~2 次,或哌唑嗪(Prasosin)2mg~4mg 每日 1 次~2 次。单用安定 3mg 每日 3 次,或与 α -肾上腺素能受体阻滞剂合用。症状也多有改善。康和氏等应用泌尿灵 600mg/日,共 14 天,治疗慢性前列腺炎及前列腺痛患者,治疗后对于缓解盆底肌肉及尿道外括约肌痉挛,解除功能性梗阻,改善尿流率及临床症状有一定的效果。

(2) 对因治疗

对于因细菌或其他病原体引起的前列腺炎性综合征,其最有效和最基本的治疗措施就是杀死各种病原体。

①抗菌治疗。抗菌治疗的疗效取决于药物在前列腺中的浓度,以及对前列腺滤泡上皮的透过性。浓度较高透过性较好的药物疗效也就比较理想。当然还应该结合前列腺液细菌培养和药敏试验的结果。

a. 急性期用药。急性细菌性前列腺炎的病人通常对抗菌药物治疗的反应较好。这可能是由于急性期前列腺组织充血水肿,使血液循环量增加,使药物自血浆进入前列腺管和腺泡中药物浓度提高。急性细菌性前列腺炎应采取快速有效的足量抗菌药,以迅速控制感染。当体温正常症状消失后,还应持续用药一段时间,以彻底杀灭腺管、腺泡或前列腺液中残存的细菌,以防复发或慢性化。患者在急性期内如体温较高,血白细胞增高,应以静脉给药为佳。一般可用青霉素 80 万 u~160 万^u,q6~8h 或庆大霉素 4~8 万^u,q12h,还可应用氨苄青霉素 1.2~2.0g,q6h 或先锋霉素 V0.5g,q12h,体温正常后可改用肌肉注射 1 周。如患者体温不高,血常规化验基本正常,即可以复方新诺明口服作为首选的治疗方法。

b. 慢性细菌性前列腺炎常用的抗菌药物。

慢性前列腺炎时由于其前列腺分泌功能的变化,使其 pH 升高,呈碱性,并且由于前列腺的内环境呈脂溶性,当前列腺炎症时,一般的抗菌药物不易透过。因而理论上有效的抗菌药物必须是脂溶性的,适宜 pH 值在 8.4 以上,并且与血浆蛋白结合低的药物。虽然认为复方新诺明是比较合适的抗菌药物,但其临床疗效并不理想,其原因恰恰是因炎症时前列腺 PH 升高所致。

Fait(1975 年)用“离子陷并机理”解释了这一问题。实验证明只有药物的非电离的脂溶性微粒才能透过脂肪膜。当血浆 PH 为 7.4 时 50% 的 TMP 微粒是非电离形式,透过脂肪膜进入

前列腺,在前列腺呈酸性时($\text{pH}=6.4$),这些微粒都进行了电离,以离子形式存留于前列腺内,而不能透回血浆。当两侧平衡时非电离部分两侧浓度相等,而电离部分在前列腺则显著增高。结果 TMP 的总浓度在前列腺侧明显高于血浆侧,而 TMP 的电离部分与非电离部分具有相等的抗菌效应。当前列腺的 pH 值升到 8.4 时,则情况正好相反,使前列腺侧的药物浓度明显低于血浆侧, PH 值为 8.3 时,TMP 浓度仅为血浆的 $1/2$,达不到治疗效果。因而在应用 TMP-SMZ 治疗前列腺炎时就特别注意前列腺液的浓度。TMP-SMZ 的用法一般为 $1\sim 2\text{g}$,每日 3 次,长期持续应用(4~6 周或 4 个月)往往可取得较好的疗效,治愈率可达 $30\sim 40\%$,明显超过短期治疗,这可能因在治疗过程中前列腺液的 PH 逐渐下降,使前列腺内的药物浓度逐渐提高有关。

氟啶酸(依诺沙星)也是治疗细菌性前列腺炎比较理想的药物。詹炳炎等(1992 年)在 8 例慢性细菌性前列腺炎和 6 例前列腺增生症术前,分别口服氟啶酸,以球脂扩散法和 HPLI 技术测定药物浓度,结果前列腺组织的药物浓度是血清的 3.1 倍,前列腺液的药物浓度也是血清浓度的 1.7 倍。在临床治疗的 50 例慢性细菌性前列腺炎患者中,治愈率达 50% ,显效率 40% ,疗效显著。

氟啶酸为新一代喹诺酮类抗菌药物,具有抗菌谱广、抑菌力强、体内吸收分布好等优点,尤以前列腺中的分布浓度最高。常用剂量为 0.2g ,每日 3 次,服用 2 周~4 周。治疗慢性细菌性前列腺炎的其他抗菌药物还有 Caibenicillin-indanyl soduim、红霉素、强力霉素、先锋霉素 IV、头孢唑啉、吡哌酸、氟哌酸、呋喃坦啶等,虽然有些抗生素在前列腺液中浓度较低,理论上不符合慢性细菌性前列腺炎的治疗要求,但有时它的单独或联合应用则往往可取得良好的疗效。这能与感染的菌种对抗菌药物的敏感程度的差异以及联合应用的协同作用有关。另外,某些抗菌药物的小剂量长期应用对于预防感染的复发也是有效的。

c. 前列腺的局部抗菌治疗。

1938 年临床首次采用前列腺局部穿刺注药治疗细菌性前列腺炎,但由于可供选择的抗菌药物较少,以及穿刺技术等原因,使此法未获推广。近十几年来,随着抗菌药物的增多以及超声定位技术的发展,使前列腺穿刺注药技术得以广泛应用,取得了较好的治疗效果。

临床上常用的穿刺注药途径有:①经会阴法。即食指进入直肠引导,于会阴中线或旁开 $1\text{cm}\sim 2\text{cm}$ 距肛门 $1\text{cm}\sim 3\text{cm}$ 进针直达前列腺包膜内,回抽无血,注入药液。Jimenez(1988 年)和 Poble(1989 年)报道,经超声可准确的定位患者的炎症部位,并指导穿刺和注药。②经直肠注法。由 Graham(1988 年)介绍,其方法是在食指引导下直接自前列腺部直肠后壁穿刺注药,此法安全、无痛苦。③耻骨上穿刺法。由蔡学明等(1988 年)介绍,此法简便、成功率高,临床上多采用前两种方法。

应用于局部注射的抗生素的选择,一般应根据前列腺液细菌培养和药物敏感试验为依据,常用的有丁胺卡那霉素、庆大霉素、先锋霉素和妥布霉素等,一般每周 $1\sim 2$ 次,最多可用 10 次。

Baeit 曾采用丁胺卡那霉素、先锋霉素或庆大霉素与先锋霉素混合液行前列腺局部注射治疗细菌性前列腺炎患者 31 例,结果 1 次注射治愈率为 77% ,重复注射治愈率可达 90% ,Jimense 以丁胺卡那霉素(500mg)或妥布霉素(100mg)在 B 超引导下经一次或多次注药,有效率也达 80% 以上,但两组都有复发病例。

前列腺穿刺注药为细菌性前列腺炎的治疗提供了一种可供选择的方法。由于局部注药治

疗可以将抗菌素直接注入前列腺,使前列腺有高浓度的抗菌素而不管前列腺高 PH 的影响,也不会因抗体代谢等原因而使抗菌素失效,因而症状缓解率较高。但有些病例仅为暂时缓解,只有经多次注射治疗才能临床治愈。因而只有当其他方法治疗失败后才可考虑本法。

②其他病原体感染的治疗。

a. 溶脲脲原体(UU)。

支原体由于缺乏细胞壁,因而对影响细胞壁合成的抗菌素如青霉素等不敏感,但对抑制或影响细胞质合成的抗菌素如红霉素、强力霉素、四环素等敏感。Gnaipe 和 Fribeig 曾将 52 对生殖道分泌物溶脲脲原体阳性而不育的夫妇以四环素治疗,5 个月时有 15 对夫妇妊娠占 30% 以上。另一组 161 例精液 UU 阳性的患者经强力霉素治疗,129 例患者 UU 转阴,占 80%,91 例妊娠占 60%,说明四环素、强力霉素等对治疗 UU 感染疗效是确凿的。因而对于经培养或其他检查方法确诊或怀疑为 UU 感染者,即可及时选择上述药物治疗。

b. 沙眼衣原体(CT)

沙眼衣原体感染具有快速传播、高度流行及伴有严重并发症等特点,常用的治疗药物有:四环素 500mg q6h,连服 7 天,或强力霉素 100mg Bid,连服 7 天或二甲胺四环素 100mg Bid,连服 7 天。对四环素过敏者可用红霉素 800mg q6h,连服 7 天,或乙胺琥珀酸盐红霉素 800mg q6h,连服 7 天。对红霉素不适者可用磺胺二甲异恶唑 500mg q6h,连服 7~10 天,或克林霉素(Clindamycin)300mg q6h,连服 7 天,或阿莫西林(Amoxicillin)500mg q6h,连服 7 天,或阿奇霉素(Azithromycin)1g,服用 1 次(该药价格昂贵)等。上述药物任选一种。需要指出的是,在患者治疗的同时,其性伴侣也应行全程治疗。

3. 并发症治疗

急性细菌性前列腺炎并发前列腺脓肿的治疗,除抗菌外主要依靠手术切开引流。并发男性性功能障碍和男性不育症,仍应着眼于前列腺炎的对因治疗,前列腺炎得到控制后精液质量就会得到改善。当然,男性性功能障碍的治疗还需配合心理行为疗法。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)本症的辨证论治

①湿热证

[治法]清热利湿。

[方药]程氏萆薢分清饮(《医学心悟》)加减

川萆薢、茯苓、车前子、丹参各 10 克,黄柏、白术、川朴花各 6 克,生薏米 12 克,石菖蒲 2 克,碧玉散 15 克。

[分析]方中川萆薢分清渗浊为君,茯苓、车前子、生薏米、川朴、白术、碧玉散化湿泄邪为臣,黄柏清热解毒为佐,石菖蒲引诸药入精室以豁痰开窍为使。

②瘀血证

[治法]活血化瘀。

[方药]王不留行汤(《当代名医临证精华》徐福松方)

王不留行 15 克,延胡索、丹皮、丹参、皂角刺、桃仁、三棱、莪术、牛膝各 10 克,穿山甲、红花、苏木、川芎、赤芍各 6 克。

[分析]方中用王不留行活血通经,利水通淋;延胡索舒肝理气止痛,丹皮、丹参、桃仁、三棱、莪术、红花活血破瘀;苏木、川芎行气活血;牛膝、赤芍补养肝肾,兼以活血;山甲、皂角刺攻坚破积。诸药合用共奏活血化瘀之效。

③中虚证

[治法]补中益气。

[方药]补中益气汤(《脾胃论》)加减

炙黄芪、党参、当归、茯苓、芡实各10克,薏米12克,煅龙骨12克,煅牡蛎20克(先煎),白术、陈皮、炙升麻各6克,炙甘草3克。

[分析]方中黄芪补中益气,升阳固表,党参、甘草、白术甘温益气,补脾益胃,升麻协同参、芪以升举清阳,使下陷之气得以升提,当归补血和营,陈皮调理气机,茯苓、芡实、薏米补脾益肾化湿。诸药合用使脾胃强健,中气充足,气陷得升,肾精得固。

④肾虚证

[治法]补肾涩精。

[方药]菟丝子丸(《和剂局方》)加减

菟丝子、茯苓、山药、潼沙苑、车前子、石苇、生熟地、川断、益智仁各10克,煅牡蛎12克(先煎)、远志肉6克。

[分析]方中菟丝子、潼沙苑、生熟地、益智仁补肾固精为君;川断、牡蛎壮腰固涩为臣;茯苓、山药健脾助运,车前子利小便实大便为佐;远志安神宁心,使心肾相交,为之使。

⑤混合证

[治法方药]以菟丝子丸为主方,参合以上相应证型的方药加减应用。

(2)慢性前列腺炎并发阳痿的辨证论治

李夫道氏收治的380例慢性前列腺炎患者中患者阳痿者72例,占18.9%。慢性前列腺炎所致阳痿病不但呈现肾虚症状,而且多具肝经湿热症状,故治疗不但要从肾论治,也要从肝实论治,主要分为五型辨证施治。

①肝胆气郁型 证见阳事不举,情志抑郁、心烦易怒,胸胁胀满。舌红少苔脉弦数。治宜舒肝解郁、强肝振痿,逍遥散加减主之。处方常用:当归15克,柴胡12克,白芍15克,云茯苓12克,白术12克,薄荷(后下)9克,蜈蚣2条,蜂房9克,泽兰21克,远志12克。每日1剂,水煎服,早晚分服。

②肝经湿热型 证见阴茎萎软,阴部汗出臊臭,四肢困倦,口苦咽干,大便粘滞,小便黄赤。舌质红,苔黄腻,脉滑数。治宜清热泻肝、利湿振痿,龙胆泻肝汤、黄连解毒汤、三石汤(石莲子、石苇、石菖蒲)化裁治之。常用处方:龙胆草12克,山栀12克,柴胡12克,黄芩12克,银花30克,黄连6克,川军6克(后下),石苇21克,石莲子21克,石菖蒲15克,蜈蚣1条,丹参15克。每日1剂水煎服。

③命门火衰型 证见精气虚冷,阳事不振,面色苍白,腰膝冷痛,四肢不温。脉沉细,舌淡苔白。多系纵欲过度,或有手淫恶习所致,治宜温补下元、振阳起痿,金匱肾气丸(汤)主之。常用处方:肉桂9克,附片15克,怀山药21克,熟地30克,山萸肉9克,云茯苓12克,丹皮9克,生芡实15克,刺猬皮12克,金樱子15克,锁阳12克,阳起石15克,仙灵脾12克,仙茅12克,蜈蚣1条。

④心理障碍型 有些病人对慢性前列腺炎缺乏正确的认识,思想包袱沉重,消极悲观。也

有的病人因遗精而恐惧,因曾手淫而自悔。这些病人经常处于高度不安和焦虑状态,因而由性机能减退而致阳痿。还有的患者夫妻不睦,性交不和谐。本型患者心理疏导是很重要的,同时还得进行性指导,其临床意义有时比药物治疗还重要。中医治疗要从心肾辨证,以宁神补肾为法,宣志汤加龙骨牡蛎汤主之。基础方为:熟地 24 克,巴戟天 12 克,党参 15 克,白术 12 克,当归 12 克,山药 21 克,茯神 15 克,炒枣仁 15 克,远志 12 克,柴胡 12 克,升麻 5 克,生龙骨 21 克,生牡蛎 21 克。

⑤瘀血型 有明显的瘀血体征,病史都在 5 年以上,血液流变学检查提示血液粘稠度增高,考虑可能存在阴茎血管系统病变(动脉梗阻和静脉闭锁不全),治宜活血通络,活络效灵丹主之。常用处方:当归 15 克,丹参 15 克,乳香 9 克,没药 9 克,泽兰 21 克,赤芍 12 克,王不留行 12 克,蒲公英 15 克,虎杖 15 克。

(3)辨证论治研究近况

张宏等(张宏,等.辨证论治慢性前列腺炎 136 例疗效观察.内蒙古中医药,1995,14(2):11~12)认为慢性前列腺炎均为湿热之邪侵犯下焦所致,并将之分为湿热邪毒、蕴结下焦证,湿热蕴结、气滞血瘀证,湿热久恋、脾肾阳虚证,湿热久恋、肝肾阴虚证四型。常用药物:湿热邪毒、蕴结下焦用白花蛇舌草、蒲公英各 30 克,虎杖、滑石(包)、黄芪、萆薢、薏苡仁各 20 克,黄柏 15 克,甘草、王不留行、车前子(包)各 10 克。湿热蕴结、气滞血瘀用白花蛇舌草、益母草各 30 克,虎杖、蒲公英、黄芪、萆薢各 20 克,王不留行、赤芍、当归各 15 克,川楝子、炮山甲各 10 克。湿热久恋、脾肾阳虚用白花蛇舌草、虎杖、苍术、金樱子、山萸肉、石菖蒲各 15 克,黄芪、山药、芡实各 30 克,茯苓、萆薢、党参、薏苡仁、淫羊藿、菟丝子各 20 克,乌药、益智仁各 10 克。湿热久恋、肝肾阴虚用白花蛇舌草、滑石(包)、当归、山药、黄芪各 15 克,虎杖、黄柏、茯苓、萆薢各 10 克,生地、枸杞子、鳖甲(先煎)、女贞子、覆盆子、旱莲草、白茅根各 20 克。每日 1 剂水煎服,30 日为 1 疗程。共治疗慢性前列腺炎 136 例,临床治愈 76 例占 56%,显效 34 例占 25%,有效 20 例占 15%,无效 6 例占 4%,总有效率为 96%。

汤琢成辨治慢性前列腺炎 49 例(汤一鹏,等.汤琢成辨治慢性前列腺炎 49 例)将之分成瘀滞型、湿热型、肾阴虚型、肾阳虚型四型。瘀滞型治以活血化瘀为主,益肾清热为辅,用丹参、鱼腥草、野菊花、白头翁各 30 克,赤芍 15 克,桃仁、红花、泽兰、川楝子各 12 克,枸杞子、川断各 10 克;湿热型治以清热利湿为主,益肾祛瘀为辅,用金银花、紫花地丁、鱼腥草、丹参各 30 克,赤芍 15 克,黄连、栀子、扁蓄、木通、车前子、枸杞子各 10 克;肾阴虚型治以滋补肾阴为主,清热祛瘀为辅,用金银花、鱼腥草、丹参、山萸肉各 30 克,杜仲、知母、熟地各 20 克,黄柏 15 克,川楝子、泽兰、黄连各 10 克;肾阳虚型治滋肾阳为主,佐以清热祛瘀,用丹参、鱼腥草、野菊花各 30 克,狗脊、淮山药、茯苓各 20 克,赤芍 15 克,川楝子、桃仁、肉桂、附片各 10 克。各型伴有前列腺增生,酌加川山甲、三棱、莪术、田三七粉;性功能减退酌加仙茅、淫羊藿、阳起石、补骨脂。日 1 剂水煎服,7 日为 1 疗程。热水坐浴日 1~2 次。结果:显效 34 例,有效 13 例,无效 2 例,总有效率 96%。

2. 验方治疗

(1)前列平汤(欧阳坤根·前列平汤治疗慢性前列腺炎 42 例.湖北中医杂志,1995,17(5):6)

[组成]萆薢、王不留行、黄芪各 20 克,败酱草、丹参、生山楂、车前子(包)各 30 克,炒赤芍、熟地、柴胡各 10 克,牛膝 15 克,穿山甲 12 克,甘草 6 克。

[加减]随症加减。

[用法]每日1剂水煎服。

[功用]清热解毒,益气活血。

[疗效观察]治疗慢性前列腺炎42例,治愈25例,显效12例,无效5例。

(2)清利化瘀前列汤(《实用男女助孕大全》)

[组成]黄柏、野菊花、生地、熟地、益智仁、丹参、大黄(后下)各10克。

[加减]湿热下注,加龙胆草、木通、紫花地丁;肾虚明显,加菟丝子、沙苑子、枸杞子、覆盆子、乌药;瘀血明显加泽兰、丹参、王不留行、马鞭草、赤芍。

[用法]每日1剂,水煎服,或浓煎灌肠。

[功用]清热利湿,化瘀益肾。主要用于慢性前列腺炎湿热下注,肾虚血瘀证。

[疗效观察]本组312例,结果:临床治愈162例占51.9%,显效94例占30.1%,有效27例占8.7%,无效29例占9.3%,总有效率为90.7%。

(3)急性前列腺炎1号方(《百病良方》)

[组成]柴胡25克、黄芩20克、龙胆草15克、土茯苓30克、焦山栀15克、大黄(后下)10克、扁蓄15克、川牛膝12克、木通12克、甘草梢10克。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]清热利湿,解毒通淋。适应于急性前列腺炎肝经湿热证。

(4)急性前列腺炎2号方(《百病良方》)

[组成]柴胡20克、龙胆草12克、草薢15克、银花藤30克、泽兰12克、赤芍12克、丹参20克、王不留行12克、败酱草30克、茅根30克、车前草30克。

[加减]湿热盛者加知母、黄柏各12克,蒲公英30克、紫地丁30克;排尿不畅者加琥珀粉3克(吞服)、冬葵子12克、律草30克、圭龙10克;尿道灼热者加竹叶12克、木通15克;血尿加大、小蓟各15克、瞿麦12克;血精加槐花15克、甘草梢10克、黄柏12克、凤尾草30克;前列腺肿硬或有结节者选加炒甲珠12克、三棱、莪术各10克、三七粉3克(冲服)、桃仁2克、赤芍12克。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]活血化瘀,解毒通淋。适应于急性前列腺炎瘀血阻滞证。

(5)加减抵挡汤(《泌尿生殖系病实用方》)

[组成]水蛭、虻虫、知母、黄柏、大黄各10克,桃仁、瞿麦各15克,六一散20克。

[加减]病程长者加山萸肉、山药生熟各、丹参、黄芪、肉桂等补肾益气之品;善后可用桃仁12克、黄芪30克、大黄、芍药各20克,水煎浓缩至60ml,1日2次低压保留灌肠,药温在30℃左右,一般连用1周,并酌配金匱肾气丸、知柏地黄丸内服。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]活血破瘀,清利宣通。适应于慢性前列腺炎瘀血阻滞证。

(6)益气升清汤(《泌尿生殖系病实用方》)

[组成]黄芪15克,党参、当归各10克,升麻、枳壳、黄柏、红花各6克,赤芍15克,薏仁、碧玉散(包煎)各20克,石菖蒲、参三七末(冲服)各3克。

[加减]肾虚精关不固加五子衍宗丸或保精丹,尿频甚加木瓜、益智仁;尿道口滴白甚加煅龙牡;伴阳痿;中肉苁蓉、蛇床子、九香虫;大便艰涩加花粉、郁李仁;瘀血内结甚加大黄虫丸;

局部痛甚加制全蝎、制乳香、制没药；前列腺液中脓白细胞较多加鲑地胆草、七叶一枝花。阳强者忌用本方。

[用法]水煎服，每日1剂。

[功用]益气升清，活血化瘀。主治慢性前列腺炎属中虚证，兼见湿热血瘀之尿频、尿后余沥、尿道口滴白、会阴等处坠胀作痛，或伴神疲乏力，舌质淡，或见瘀点，脉弱。

[疗效观察]治疗慢性前列腺炎40例，结果：痊愈（症状消失，肛门指检及前列腺液检查恢复正常）26例，好转11例，无效3例，总有效率为92.5%。平均用药94天。

3. 单味药治疗

(1)生南瓜子30克，去壳嚼服。治愈后不易复发。

(2)蒲公英注射液，每次肌注2毫升，每天2次。

(3)鱼腥草注射液，每次肌注2毫升，每天2次。

(4)毛冬青

[药物]毛冬青（干品）300克。

[制用方法]将毛冬青切碎加水煎煮30分钟~60分钟，共煎3次，将3次混合浓缩至100毫升，即可使用。口服或保留灌肠，每日1次，睡前灌肠，嘱灌肠后控制排便（灌肠前可先排便），尽量保留药液至次日，以使药物充分吸收。连用14次为1疗程。

[功效]清热解毒活血。

[药理]现代药理研究证明有抗菌抑菌作用，能很好地改善微循环，这对于改善前列腺及其周围的血循环，提高前列腺中的血药浓度有重要的意义。

(5)大黄（《中药现代研究与临床应用》）

[药物]生大黄50g。

[用法]将生大黄50g放入砂锅内，加水400ml，煎至200ml左右，倒入瓷盆中熏洗会阴部，待药液不烫水手时，再用毛巾浸液擦洗会阴部。同时用手指在会阴做顺时针按摩，早晚各1次，每次30分钟。熏洗完毕后，取中极、会阴二穴，外敷以生姜汁调制的熟大黄细末20g，胶布固定。另外，若体质强壮或有热象者，每日可用3g~6g生大黄泡茶饮。年高体弱或无明显热象者，每日可用3g~6g制大黄水煎20分钟后饮服。

[功效]泻热通肠，凉血解毒，逐瘀通经。

[药理]实验证明，大黄对葡萄球菌、溶血性链球菌、白喉杆菌、枯草杆菌、草分枝杆菌、布鲁氏杆菌、鼠疫杆菌、伤寒、副伤寒杆菌、痢疾杆菌、覃状杆菌、包皮垢杆菌、淋病双球菌等无意义具有不同程度的抑制作用，尤以葡萄球菌、淋病双球菌最为敏感。

[疗效]以上各法同时治疗15天。结果：治疗60例，痊愈56例，显效3例，无效1例。

(6)大蒜（《中药现代研究与临床应用》）

[药物]蒜液5ml（含大蒜油15mg）

[用法]用大蒜液5ml作会阴部直流导入，20分钟/次/日，共20次。

[功效]行滞气，暖脾胃，消症积，解毒，杀虫。

[药理]大蒜具有抗病菌和抗病毒作用，被誉为“天然广谱抗生素”，对多种细菌，尤其是真菌，具有较强的杀灭和抑制作用。对化脓球菌、结核杆菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌等均有抑制作用。即使对青、链、氯、金霉素耐药细菌，大蒜制剂也有抑制作用。

[疗效]治疗前列腺炎79例，痊愈9例，显效30例，进步34例，无效6例。

(7)生甘草(《中药现代研究与临床应用》)

[药物]生甘草。

[用法]用生甘草研粗末,20g1包分装,每日20g~40g开水泡饮,10天为1疗程,一般1~3个疗程。配合提肛运动:将臀部及大腿夹紧,深吸气的同时肛门向上提收,屏气5分钟~10分钟,再呼气,全身放松,坐卧站立均可进行,每日练2~3次,每次练20~30下。

[功效]补脾益气,清热解毒,祛痰止咳,缓急止痛,调和诸药。

[药理]药研究证实,甘草具有很好的抗菌抗炎和抗病毒作用。甘草醇提取物及甘草酸钠在体外对金黄色葡萄球菌、结核杆菌、大肠杆菌、阿米巴原虫及滴虫均有抑制作用。甘草次酸在试管中能增强小檗碱抑制金黄色葡萄球菌的效力。在实验治疗中能促进实验性肺结核病灶的纤维化。甘草多糖具有明显的抗水泡性口炎病毒、腺病毒3型、单纯疱疹病毒1型、牛痘病毒的活性,能显著抑制细胞病变的发生,使组织培养的细胞得到保护。甘草主要成分甘草甜素具有抑制艾滋病病毒增殖的效果,通过观察在感染艾滋病病毒的细胞中艾滋病病毒的增殖情况,发现用0.5mg/ml甘草甜素可使98%以上的病毒增殖受到抑制,用0.125mg/ml的甘草甜素溶液可使50%的病毒增殖受到抑制。

[疗效]治疗慢性前列腺炎合并阳痿22例,9例获治愈(能性交5分钟以上及射精,前列腺不肿大无压痛;EPS:白细胞计数5个/HP),12例有效(能勃起3分钟以上;EPS:白细胞计数<5个/HP),1例无效(未改善或加重),治愈度40.9%。

4. 其它疗法

(1)针灸疗法

①处方一:针刺、频谱治疗仪(李玉琴,等.针刺、频谱治疗仪治疗慢性前列腺炎60例临床观察.针灸临床杂志,1995,11(10):18)

[取穴]关元透中极、三阴交(双)、肾俞(双)。

[操作]平补平泻手法。留针期间用频谱治疗仪照射下腹部,腰痛照腰部,距离30cm,每日1次,10次为1疗程。

[疗效观察]本组60例与对照组40例(单用上法针刺治疗),分别痊愈53(88.3%)、24(60%)例($P<0.01$),有效7、14例,无效0、2例。

②处方二:

[取穴]大肠俞、小肠俞、秩边,头皮生殖区。

[操作]用3寸针深刺大肠俞、小肠俞、秩边,平补平泻手法,用G6805电针治疗仪接大肠俞、秩边,断续波通电30分钟。留针期间用TDP照射腰骶部。头皮生殖区用2寸毫针沿头皮15度角快速刺入,深至帽状腱囊下,以针感放射至头面部为宜。

[病例介绍]孙某,男,32岁,1996年5月6日初诊。主诉结婚2年其妻不孕,时感会阴部坠痛不适,尤以久坐或同房后1~2天内为重,精液镜检:白细胞少许,卵磷脂小体增多,精子死亡率80%,活力差,诊为慢性前列腺炎、男性不育症。采用上法针刺,并服强力霉素、知柏地黄丸、补中益气丸等,4周后自感会阴部胀痛不适明显减轻,查精液常规:精子密度 $120\times 10^9/L$,成活率76%,活动力Ⅲ⁺,镜检未见到白细胞。继续治疗3周后,其妻怀孕。随访5月会阴部坠痛不适症状未再复发。(选自苏勋庄医案)

(2)微波治疗

经直肠的微波治疗对前列腺的康复具有一定作用。陈荣安经动物实验发现微波穿透组织

为 2cm~3cm,因而可经直肠壁进入前列腺。由于微波的热效应,腺体内均匀升温,组织血管扩张,血流加速,从而改善前列腺的血液循环,增加白细胞的吞噬功能,加快新陈代谢产物及毒素的排出,促进炎症吸收,并使脓栓液化,疤痕软化,肿胀消退。

(3) 电流感应电疗法(《中药现代研究与临床应用》)

嘱患者排尽大小便,取坐位,用上海电子器材厂 EGL-1 型电流感应电疗机,作用极铅板 6×10cm,外套以温水浸湿衬垫,用 50% 黄柏液 10ml 浸透纸放衬垫上,置会阴部,接直流电阳极。辅电极铅板 8×12cm,置耻骨联合上缘,接直流电阴极,电流输出强度为作用极 0.01~0.02 毫安/cm²,20 分钟/隔日,10 次为 1 疗程,疗程间隔 2 周。崔玉仁(上海医科大学学报,1987;14(3):217)用本法治疗慢性前列腺炎 30 例,1~3 个疗程后总有效率为 95.7%。

(4) 前列腺按摩

定期的前列腺按摩可以促进前列腺的血液循环,有利于前列腺液的分泌,使前列腺液中的炎性物质得以排放,是一种有效的辅助治疗手段。

(5) 手术治疗

对于非手术治疗不能治愈和难以控制的慢性前列腺炎和有感染的前列腺结石患者,行前列腺精囊全切术是有效的方法,但因可发生严重并发症一般不用。近年发展起来的经尿道前列腺切除术虽使术后并发症有所降低,但由于前列腺周围组织常会有大量感染灶和结石,因此手术难以彻底。当然对于某些病人由于切除了狭窄梗阻的腺管有利于残存腺体的引流,对于改善症状可有一定效果。

总之,前列腺慢性疾病虽无严重后果,但治疗效果尚不满意,有时虽经漫长疗程症状缓解,但可因一些诱因而复发,因而及时的检查确诊和完全彻底的根治是必要的。

王振声等(1990 年)应用前列腺被膜十字切开术治疗慢性前列腺炎也取得良好的疗效。其方法是下腹正中切口,暴露膀胱颈及前列腺,自膀胱颈上 1cm 处纵行切开膀胱颈肌层,用长钳插入前列腺与前列腺部尿道之间潜行分离,用高频电刀向下切开,直到前列腺耻骨处,切口长 3.5cm,使膀胱颈部粘膜及尿道膨出,在尿道旁用电刀横行切开两侧前列腺被膜,使被膜割为四瓣,切除被膜送病理。他们共治疗 35 例,有效率 94.3%,3 例经 2 年随访症状消失,排尿通畅。其机理是直接减压作用和改善性功能,由于被膜十字切开病灶充分引流,减轻了对血管神经的压迫,硬化的膀胱颈和受压的通道得以减压。前列腺被膜动脉、勃起神经束的分支,分布在前列腺被膜上,被膜切开,松解,减压,血循环可恢复正常,性功能得以改善。

(6) 外洗方

前列腺炎 3 号方(史宇广,单书健主编.当代名医临证精华.男科专辑.第 1 版:北京,1992;175)

[组成]苦参、龙胆草、黄芩、黄柏、制乳没。

[用法]水煎取汤液坐浴,每次 20 分钟,每日 2 次。

[功用]清热解毒,活血化瘀。

[原理]改善局部血液循环,促进炎症吸收。

[注意]兼有血精者忌用,固血得热则行。患男性不育者,亦应注意不宜久浴,尤其不能将睾丸一起浸泡入药液中,以防睾丸部持续温度增高,影响睾丸生精功能及精子的活力。

(7) 饮食疗法

宜常芹菜、金针菜、黑木耳等,具有清热利湿解毒功效。

(8) 气功疗法

间歇性收提肛门运动,可以通过盆底肌肉的规律性活动,达到按摩前列腺的作用。

(8) 其他 减少房事,禁忌辛辣刺激性食物。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

(1) 加强体质锻炼,预防感冒,一旦发生感染性疾病,要采取积极有效的抗感染治疗,以防经过血行途径感染前列腺。

(2) 积极防治沙眼、咽炎、扁桃腺炎、慢性鼻炎等五官孔窍疾病,以防沙眼衣原体等致病微生物自体感染,导致前列腺炎。

2. 中医措施

(1) 调情志,戒郁怒;

(2) 节制性生活,戒手淫恶习;

(3) 避风寒,慎起居;

(4) 宜多饮白开水,保持二便通畅。戒烟酒,忌食辛辣刺激性食物;

(5) 避免过劳、久坐、隐忍大小便和骑车过久。

(二) 既病防变

1. 西医措施

前列腺炎急性期或慢性前列腺炎急性发作时,应积极抗感染治疗,以防发生前列腺脓肿及全身中毒症状。慢性前列腺炎亦应采取有效手段进行治疗,避免症状加重,或发生良性前列腺增生症、前列腺结石症等。

2. 中医措施

积极进行辨证治疗,并配合气功锻炼、针灸按摩等,有效地控制前列腺炎以防发生传变。

第二节 前列腺增生症

一、概述

良性前列腺增生症(BPH)是男性老年人常见疾病,Moigagni1760年首先描述本病为尿道周围腺体的良生增生,在哺乳类动物中,前列腺增生只发生于人和犬,且必须具备正常睾丸功能的老年期。

由于前列腺良性增生,造成下尿道梗阻,而以排尿困难为主要临床症状,故属祖国医学“癃闭”范畴。小便点滴而出,病势较缓的为“癃”;小便点滴不出、胀急不通、心急腹满、病势较急者为“闭”。“癃闭”病名首见于《内经》,如《灵枢·本输》说:“三焦……实则癃闭,虚则遗溺。”《素问·

宣明五气篇》说“膀胱不利为癃，不约为遗溺。”《素问·灵兰秘典论》说：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”可见，膀胱气化不利可导致本病。华佗继承了《内经》这一思想，明确指出“本症之原因，为膀胱之气化不行，其候少腹胀气急，甚者水气上逆，令人心急腹满，乃至死”。

汉代张仲景把本病列入了“淋证”和“小便不利”范畴。《伤寒论》、《金匮要略》对小便不利的阐发，为“癃闭”一证的辨证论治奠定了理论基础。

隋代巢元方认为本病的主要原因是肾与膀胱有热，他在《诸病源候论·小便病诸侯》中指出：“热气太盛”则“小便不通”，“热势极微”则“小便难”。孙思邈《千金要方》收录了治小便不通方 13 首，《外台秘要》收录治小便不通方 13 首，小便难、小便不利方 9 首，可见隋唐医家对小便难、小便不通的治疗，已有丰富的临床经验。

元代朱丹溪根据前人理论结合个人临床经验，提出以“气虚”、“血虚”、“有痰”、“风闭”、“实热”等不同证型施治，如《丹溪心法·小便不通》说：“气虚，用参、芪、升麻等，先服后吐，或参芪药中探吐之；血虚，四物汤，先服后吐，或芎归汤中探吐亦可；痰多，二陈汤，先服后吐。以上皆用探吐。若痰气闭塞，二陈汤加木通、香附探吐之。”

明代张景岳将癃闭一证分为热闭、壅闭和气闭。热闭和壅闭为癃闭之轻证，气闭之证则为危候。《景岳全书·癃闭》认为“凡癃闭之证，其因有四，最当辨其虚实”，“有因火邪结聚膀胱者，此乃水泉干涸而气门热闭不通也；有因热居肝肾者，则或以败精，或以槁血阻塞水道而不通也。”“有气实而闭者，有气虚而闭者”。良性前列腺增生症所引起的癃闭排尿障碍，门诊急诊处理多采用导尿术，其实华佗早就发明了导尿术，《华佗利小便神方》说：“利小便药常品为车前、泽泻等，其效濡缓，不及用探尿管术之便。以葱叶末端锐部，纳玉茎孔中，深达三寸许，以口微吹之，令盐入茎孔中亦通。或以豚膀胱一具，于开孔处缚鹅翎管，吹之胀满，以丝缚扎上孔，即以瓠管锐端入马口，手压膀胱，令气自尿管透入膀胱中，便自通。”孙思邈沿用了这一方法，倡导以导尿的技术以缓其急。张景岳主张用鹅毛管导尿，并提出用“皂角、葱头、王不留行各数两煎汤”坐熏，急通小便（《景岳全书·癃闭》）。可见古人早已掌握了对急性尿潴留的急诊处理方法。

BPH 的发病率主要以尸检为依据，活体时前列腺虽有增生病变，但不一定表现出临床症状，因而难以统计其发病率。但研究证实，BPH 的发病率随年龄而递增。随着社会的逐步老龄化，本病的发病率越来越高，成为老年男性最容易发生的常见病。因此，作为男科杂病的主要病种，中西医结合研究治疗本病，更具有现实意义。

二、病因病理

（一）西医的病因病理

1. 病因

BPH 的发病原因及机理十分复杂，至今尚未完全阐明，但可以肯定的是正常的睾丸功能和年龄增长是 BPH 发生的必不可少的条件，营养状况如动物蛋白摄入也可影响 BPH 的发生和发展。在青春期前行睾丸切除的人不发生 BPH，吴阶平等（1960）调查 26 名清朝太监，分别于 10 岁～26 岁时阉割，21 人的前列腺已完全不能触及，其余也明显萎缩。顾方六等（1995）调查了北京城乡居民，动物蛋白摄入量与前列腺体积的关系，发现随鱼肉等动物蛋白摄入的增

加,前列腺的体积也明显增大。对 BPH 发生机理虽经多年研究,但仍存在许多争议。

(1) 性激素在 BPH 发生中的作用

Wilon (1980) 提出的“双氢睾酮(DHJ)学说”曾受到广泛重视,认为 DHJ 在组织中的积聚是 BPH 的致病因素,在人及犬体内 DHJ 由睾酮经 5 α -还原酶作用转变而来,老年期 5 α -还原酶在人及犬的老年期仍具很高的酶活性。有研究认为在 BPH 组织中 DHJ 含量较正常组织高 3~4 倍,并且在同一前列腺中 BPH 结节的 DHJ 含量又高于正常组织,而 DHJ 为前列腺的雄激素活性形式,为其分化、生长发育所必需。但后来的许多研究又证实,在 BPH 组织和正常前列腺其 DHJ 含量无差异。虽然应用 LH-RH 拮抗剂,抗雄激素药物或阉割,治疗 BPH 有一定疗效,但最多可使前列腺体积缩小 30%,说明睾丸为 BPH 发病所必需,但并不意味着致病作用,或许仅起协同作用。

近年来,雌激素在 BPH 发生过程中的作用也普遍受到人们重视。现认为雌激素/雄激素协同效应(E/A)在 BPH 发病中起一定作用,其依据有①在雌激素与 DHJ 或雄烷二醇的协同作用下,可诱发人 BPH 发生;②雌激素可使犬前列腺细胞核内雄激素受体明显增加;③在从老年期血浆雄激素水平下降,而雌激素浓度基本不变或略有增高,使 E/A 比例发生改变,而 BPH 仍继续发生与发展,符合雌激素使前列腺细胞核雄激素受体增加的理论,提示在人的 BPH 病因学上,雌激素与雄激素具有协同作用。

催乳素也可能与前列腺增生的病因有关。催乳素可使前列腺细胞吸收和利用雄激素增加,从而协同刺激前列腺的生长。BPH 对血浆催乳素水平与前列腺细胞内催乳素受体含量呈高度正相关。

总之,对性激素在 BPH 发病中的作用,迄今尚无定论,从机体内分泌状况或前列腺生化成分改变及 BPH 激素治疗效果等各方面尚未能证实上述各种演说。BPH 发病时间长病变复杂,以单一因素尚难解释其发病机理,尚需探讨前列腺内在发病因素与 BPH 的关系。

(2) 间质—上皮细胞相互作用与 BPH 发生

Franks 等(1970)证实在体外培养时上皮细胞的生长有赖于间质细胞的存在,Cunha 等所作的一系列实验证明,间质—上皮细胞相互作用是前列腺分化、生长发育的重要因素。Mcneal 提出,由于成熟前列腺间质细胞被重新激活,逆转成胚胎状态,刺激上皮细胞增生,从而形成 BPH。Mcneal 则用“胚胎再唤醒学说”解释 BPH 的发生,其内容是:前列腺局部的某一群间质细胞发生逆转,使之具有胚胎期细胞的特性,重新激活了间质细胞诱导上皮细胞增生的能力。此群间质细胞可形成一诱导中心,重新激活邻近腺导管的分支能力,诱使新分支向诱导中心生长。上皮细胞则可促使间质细胞的成熟,从而形成 BPH 的混合结节。此过程若无上皮参与则还能形成单纯的间质结节,这可能就是形成尿道周围纯间质细胞结节的原因。McNeal 的假论也获得了许多实验结果的支持,它强调的是局部组织过程或非根源于内分泌异常。

前列腺生长因子对前列腺正常和异常的作用近年来引起了广泛的重视。它们在间质上皮细胞相互作用中起把扭作用,直接控制着的前列腺细胞的生长,而激素在此过程中则可仅起着间接的而不直接的作用。影响前列腺组织生长的各类因子为多肽类,并普遍存在于各种组织中。

EGF 首先由 Cohen 发现,人类前列腺组织具有产生、分泌及结合 EGF 的能力,前列腺组织内的 EGF 水平为宿主体内雄激素水平所调控,其受体位于前列腺基底细胞上。BPH 对 EGF 受体的表达水平明显高于正常前列腺上皮的 EGF 受体表达水平。BPH 的上皮增生主要表现为

基底细胞的增生,说明 EGF 及其受体在 BPH 发生中具有重要作用。EGF 可能直接作用于上皮细胞或者通过调节睾酮与睾酮受体的结合以及它的结合后的生物学过程而发挥作用。TGF- β 结构与 EGF 相似,它可与前列腺上皮细胞的 EGF 受体结合而诱导受体的自身磷酸化。因此其细胞效应可能通过 EGF 受体介导起作用。但其结果一般是使正常细胞转化,出现瘤细胞的某些特性,因而在体内主要影响着细胞的长分化及侵袭能力,而对上皮细胞增值的促进作用较强。

FGF 分为两类,一类为酸性 FGF(aFGF),另一类为碱性 FGF(bFGF)。后者是前者生物学活性的 10~100 倍,且与受体结合的能力也明显高于前者。由 Jacobs 等(1979)首先在前列腺组织中发现有 FGF,当时称之为前列腺生长因子(PrGF)后,即证明 PrGF 即是 FGF。BPH 组织中 bFGF 的表达水平是正常前列腺组织的 2~3 倍,JGF-B 可以促进前列腺成纤维细胞 bFGF 的表达。据研究,前列腺成纤维细胞可以合成 bFGF,bFGF 调节着成纤维细胞的有丝分裂,前列腺的间质细胞处于自分泌调节中。BPH 对成纤维细胞过量表达 bFGF,从而诱发前列腺的间质增生。

TGF- β 包括 B1、B2、B3 三种类型,在前列腺中研究最多的是 TGF- β 1。一般认为 TGF- β 是一种细胞生长的双向调节因子,即具有生长促进和生长抑制两重性,这两者之间的相互作用可能构成体内细胞生长的精细调节。体外实验证明,TGF- β 1 可以制判前列腺上皮及间质细胞的增殖,同时可以抑制 FGF 及 EGF 的促细胞增殖作用。因此人们认为 EGF/TGF- β 2,FGF/TGF- β 1 的平衡调节着前列腺细胞的增殖与凋亡,该平衡的丧失可能是 BPH 发生的主要原因。TGF- β 的另一个重要功能是促进细胞外基质(ECM)成分如胶原纤维,纤维连接蛋白等的产生,使一些 ECM 降解所必需酶产生减少,活性降低,同时使一些抑制蛋白酶活性的物质增加,从而引起 ECM 的堆积,这些 ECM 的堆积可以增强细胞对多肽生长因子的反应,并且 TGF- β 2 同时可以促进前列腺组织内其他生长因子如 bFGF 的产生,同时又为其他因子在局部发挥作用而创造条件。可见 TGF- β 对于前列腺组织的生长作用共有双重性。

(3) 基质在 BPH 发生中的作用。

正常细胞需要有合适的外环境来维持其正常生存、发育和分化,ECM 在维持细胞的结构和功能中具有重要作用。ECM 可以改变细胞形态,调节细胞的基因表达和环质合成,ECM 同时还与各种生长因子及激素相互作用,或者通过改变细胞对激素和生长因子的敏感性而影响细胞的功能。同时 ECM 的某些成分还可以通过调节细胞分泌各种生长因子来实现对细胞生长的影响。

ECM 成分包括各种类型的胶原、各种蛋白多糖、弹性蛋白以及具有粘连作用的糖蛋白,其中对细胞生长和分化最具影响的是胶原和纤维连接蛋白(FN),邓方明等(1995)研究发现在 BPH 组织中 I、II、IV 型胶原和纤维粘连蛋白在组织间质中的含量较之正常前列腺均有不同程度的增加,其中尤以 IV 型胶原和 FN 的增加更为明显。它们不仅仅表现为绝对含量的增加,而且,还表现为相对含量的增加,并且在 BPH 组织中 IV 型胶原不仅仅限于基底膜,间质中也有大量 IV 型胶原。另外李月明等(1995)的研究也发现 BPH 组织中 FN 及胶原 IV 型的含量明显增加,并且在 BPH 增生结中 FN,胶原 IV 型的密度增中,包绕在前列腺上此细胞的周围。而正常前列腺组织中 FN 及胶原 IV 型则较疏松。并且他们还发现在 BPH 组织中 TGF- β 的阳性表达分别与 FN 及胶原 IV 型的阳性表达呈正相关,提示在 BPH 组织中 TGF- β 与 FN 及胶原 IV 的代谢之间存在着某种调节控制关系。至于 ECM 中各成分的变化与 BPH 发生的具体机理,目前

尚不清楚。

总之在正常前列腺组织中,激素、生长因子和细胞外基质三者构成一网络系统,共同调节着前列腺细胞的生长发育和分化,如果其中任何环节发生异常,即可引起这一网络调节功能的失调,导致 BPH 的发生。

2. 病理

习惯上前列腺一般分为五叶,即前叶、中叶、左叶和右叶以及后叶。McNeal(1972)将前列腺功能、病理与形态学联系起来,对前列腺各部作了重新分区,即将腺体分为三部分,最大的部分为周边区(Petipheial)(占 70%),次之为中央区(Cential Eone)(占 25%),两者占腺体的 95%,其余 5%的腺体为移行区(Jcansitional Eone)。周边区相当于后叶,两侧叶大部,中内区相当于两侧叶、中央部分及前叶,而移行区则相当于前叶及两侧叶近尿道的很少部分。移行区是 BPH 发生的唯一部位。至于中叶,根据 McNeal 的理论,则是成年后尿道周围组织及移行区形成的结节,被尿道周围的腺管发生的腺泡侵入,其中缓慢增生并且向尿道近端发展充入膀胱形成的。前列腺的间质上皮,腺腔所占的面积百分比分别为 53.54%、28.23%、18.30%,其中平滑肌和结缔组织分别占 14.36%和 39.18%,间质与上皮比例为 1.9:1,并且随年龄增长间质与上皮的比例也增大,其中 40 岁以下组为 1.75:1,40 岁以上组则为 2.26:1,并且在 BPH 时间质的增生程度明显高于上皮的增生。间质与上皮的比例达 3.6:1,Baitsch(1979)等应用显微立体研究也证明在正常前列腺中间质、上皮和腺腔所占的比例为 45%、21%、34%,而 BPH 后间质则增加 60%,腺上皮仅占 12%,认为间质增生是 BPH 的主要病理特征。病理组织检查可见增生结节内的腺泡由表层分泌细胞和基底的细胞所覆盖,并可有陈旧性梗塞、蜂窝织炎、分泌物潴留、非典型增生等表现。Brandes 等认为,相邻上皮细胞出现明显的细胞间空隙为结节性增生的特征,但其他学者则认为这种现象也可见于正常前列腺组织。虽然 BPH 不是前列腺癌的癌前病变,但却有 10%的 BPH 病例伴有周边区的癌变。并且在增生的结节中也可发生原位癌,其生化特点与周边区发生的癌不同。McNeal 也指出部分前列腺癌可起源于良性前列腺增生的组织,其病理组织的特点是癌组织与增生组织自由混杂地出现于增生结节内。

Frank(1975)根据 BPH 的形态学差异将 BPH 分为五种类型:即间质增生、纤维肌肉增生、肌肉增生、纤维腺体增生和纤维肌肉腺体增生,其中以纤维肌肉腺体增生最为多见。增生的结节内包含不同比例的腺上皮、平滑肌及纤维组织。随着年龄的增长,病变加重,结节融合腺体增大可达 100 克以上。由于 BPH 的病变性质不同,其间质与上皮增生的程度也不同,而间质和上皮对性激素等药物的治疗反应也不同,使 BPH 的药物治疗效果差异很大。

BPH 发展到一定程度引起下尿道梗阻后,即可导致尿路系统的一系列病理改变,但前列腺增生的程度与尿流梗阻的程度并不一定成比例,而与增生部位有关系。例如伸向膀胱的增生部分,直接盖住尿道内口,即使增大仅 10 克左右,也可引起严重梗阻。

①膀胱改变。早期为了克服增高的尿道压力,膀胱逼尿肌有代偿性肥厚,肌肉可厚达 2cm,但与梗阻程度及前列腺大小不一定成比例关系。由于肌肉肥厚呈梁状改变以及排尿压力的增高,使膀胱粘膜自肌纤维突出形成膀胱憩室,憩室的形成使膀胱不易自行排空,易于诱发感染。病变后期,由于残余尿量逐渐增多,长期慢性尿潴留,使膀胱壁肌肉虽明显肥厚但紧张力低。

②输尿管及肾。由于慢性潴留及尿流阻力增加,使输尿管及肾逐渐扩张并积水,并且由于输尿管膀胱活瓣作用丧失,使膀胱内尿液逆流入肾,引起继发性尿路感染,如积水继续加重,可使肾脏损害日渐加剧,最终形成慢性肾病。

③感染。由于残余尿量的增多和排尿不畅,使正常的尿道冲洗作用减弱,使原已存在的泌尿系、生殖系感染加重或诱发新的感染。

(二)中医的病因病机

1. 病因

本病病因较为复杂,实证多由湿热下注、肝郁气滞、下焦瘀阻所致;虚证多由脾肾阳虚、中气下陷等所致。嗜食辛辣油腻肥甘之品及烟酒,湿热内生,下注膀胱;或情志郁结,气机阻滞;或瘀血败精瘀阻下焦等均可导致实证癃闭。素体阴虚,或房劳过度,手淫克伐,耗损阴精,或久病及肾,伤阴动精,导致阴津枯竭,虚火自炎,阳无以化,水液不能下注膀胱,发生癃闭;或房劳伤肾,或久病伤阳,或年老肾虚,命门火衰,肾阳不足,不能助膀胱以气化,亦可发生癃闭;思虑伤脾,或饮食不节,损伤脾胃,或久病失养损伤脾胃,引起脾胃虚弱,中气下陷,统摄无权,膀胱失约,水道开合失司,发生癃闭。

2. 病机

(1)湿热下注 湿热下注膀胱,膀胱气化不利,则小便不利,短赤而涩,发为癃闭。

(2)肝郁气滞 情志内伤,肝气郁结,失其疏导功能,则膀胱气化受阻,发为小便不通或通而不爽,而成癃闭。

(3)下焦瘀阻 痰浊、瘀血、败精等瘀阻下焦,气化失司,则小便点滴而出,或尿细如线,或阻塞不通,而为癃闭。

(4)肾阴亏损 肾阴亏损,阴津不足,阳无以化,水液不能下注膀胱,发生癃闭。

(5)肾阳不足 肾与膀胱相表里,膀胱之开合全赖肾阳之气化,肾阳不足,气化无力,则出现小便不通或点滴不爽,排出无力,发为癃闭。

(6)脾肾阳虚 脾主运化,脾阳化湿,肾阳助膀胱气化,脾肾阳虚,则脾失化湿之能,肾失气化之力,而使小便排出无力,余沥不尽,而成癃闭。

(7)中气下陷 脾胃虚弱,中气下陷,统摄无权,膀胱失约,水道开合失司,发生癃闭。

三、临床诊断

(一)辨病、西医诊断

BPH 的早期症状不明显,无特异性。随着前列腺体的增大,使尿路出现梗阻才表现出一定的临床症状。如遇感染可使症状加重,而迫使患者就诊。

1. 症状

BPH 初期由于前列腺的结节性增生压迫后尿道及膀胱颈,使患者出现膀胱和尿道的刺激症状,如尿频尿急,当梗阻加重,膀胱残余尿量增加,可使夜尿次增多,继而出现排尿开始时间延迟,排尿无力,尿线变细,终至尿流中断等。

(1)尿频。为早期症状,先为夜尿次数增多,每次尿量减少,继之白天出现尿频。膀胱逼尿肌失代偿而无力后,每次排尿时不能将膀胱充分排空,因而残留尿量增多,膀胱有效容量逐渐减少,使尿频更加严重。如并发结节的则可出现尿痛。

(2)排尿困难。首先表现为排尿踌躇,排尿等待时间延长,继而排尿时间延长,排尿无力及

尿流变细。当增生的前列腺压迫尿道时,不仅可使后尿道弯曲延长变细,而且增生的腺叶突向膀胱在尿道内口处形成球形活瓣,使排尿阻力增加及尿流中断。由于尿道阻力增加,使膀胱逼尿肌必须过度收缩,甚至增加腹压以帮助排尿,这样就使逼尿肌不断肥厚增生。

(3)尿失禁。膀胱逼尿肌增厚但收缩乏力,使膀胱残余尿量很多,膀胱高度膨胀并压力增高达到一定程度后,尿液便自行溢出,即为充盈性尿失禁。睡眠后由于盆底肌肉及尿道括约肌松弛,尿液更易自行流出,便可出现夜间遗尿。

(4)血尿。增生的前列腺体表面充血,毛细血管扩张,当膀胱收缩时即可发生破裂,形成镜下或肉眼血尿。如膀胱颈静脉因前列腺体增大压迫而回流受阻,而出现破裂时,即可出现大量血尿,伴随血块形成和尿道阻塞,常因尿道器械操作或大量尿潴留诱发。

(5)尿潴留。病情发展到一定程度尿液无法流出,如遇受寒、性活动或其他因素刺激即可形成急性尿潴留。

(6)尿路感染。排尿不畅及残余尿量增多使易诱发泌尿系感染,使患者反复出现尿频、尿急、尿痛等症状,并且尿培养可有细菌生长,虽经治疗但不易根除。

(7)全身症状。由于尿路梗阻的不断加重以及感染的反复发生,未获得及时合理的治疗,使肾功能受损而出现全身性尿毒症的症状如纳差、贫血、血压升高、嗜睡甚至昏迷等。

2. 体征

患者早期可无明显阳性体征,病变发展到一定程度出现残余尿量增多或尿潴留后,可于下腹正中见圆形隆起包块,叩诊是浊音,有时可有轻压痛,即为充盈的膀胱。

直肠指检是诊断 BPH 最简单和最重要的方法,就在膀胱排空后进行。检查时应注意前列腺的大小、质地以及表面光滑程度。BPH 时,腺体可在长度或宽度上分别增大或同时增大。一般表面光滑、边缘清楚、质地中等硬度而有弹性,中央沟变浅或消失。临床为了大体估计并描述前列腺增大的程度,常将其进行分度。正常前列腺如栗子般大小,中央沟正常,Ⅰ度增大前列腺如鸡蛋般大小,中央沟稍浅,Ⅱ度增大前列腺如鸭蛋般大小,中央沟明显变浅甚至消失,Ⅲ度增大前列腺如找鹅蛋般大小,中央沟完全消失。Roas(1985)通过直肠指诊将前列腺增大分为四度并大体估计其重,Ⅲ度:腺体达正常 2 倍,估重为 20 克~25 克,Ⅰ度:原体为正常 2~3 倍,中央沟可能消失,估重为 25 克~50 克,Ⅱ度:腺体为正常的 3~4 倍,指诊时能触及前列腺底部,中央沟消失,估重达 50 克~75 克;Ⅳ度:腺体超过正常的 4 倍,指诊已不能触及腺体底部,一侧或两侧侧沟消失,估重达 75 克以上。

上述估计前列腺增生程度的方法误差较大,因 BPH 时腺体增生的部位和程度不同其指诊的感觉就不同,并且对于增生特别严重的前列腺体难以进行描述,国内曾报道一例巨大前列腺增生患者,标本切除后称重达 410 克。

3. 实验室及其它检查

尿常规的化验可以发现潜在的尿路感染以及决定其感染程度。通常可以发现脓细胞和白细胞,如有出血可有红细胞。尿液的细菌培养可以发现致病菌及其药物敏感性。

肾功能的检查是重要的和必需的,可基本确定有无肾损害及其程度。如酚红试验注射 30 分钟后排出 50% 以上,则说明肾功能良好,以及膀胱残余尿量很少;若低于 25% 则说明肾功能有一定损害和有较多的残余尿量。如肾功能损害严重,代偿失调则血尿素氮和肌酐检查可以升高。

残余尿量测定可以大体确定前列腺增生程度。排尿通畅时,残余尿量应少于 20ml,如残余

尿量在 20ml~40ml 之间为轻度增生,40ml~60ml 为中度增生,60ml 以上为重度增生。但由于 BPH 早期膀胱逼尿肌可以通过代偿克服增加的尿道阻力,将膀胱排空。因此在 BPH 早期残余尿量少于 200ml 时也不能完全排除下尿路梗阻的存在。

对残余尿量进行动态观察可以了解下尿路梗阻的进展情况及逼尿肌功能,一般认为残余量达 50ml 以上,即提示膀胱逼尿肌已处于早期失代偿状态。

残余尿量的测定以导尿法较为准确,但由于 BPH 已造成尿道狭窄,因而导尿时易造成尿道粘膜损伤尿血甚至诱发感染。经腹用超声波测定残余尿量,方法简便,病人毫无痛苦,可重复进行,但残余尿量少时测定不够准确。因而可在 BPH 早期采用导尿法测定残余尿量,而在下尿路梗阻严重时采用超声进行测定。

残余尿量的测定不仅可以基本了解下尿路梗阻的程度,而且在治疗中和治疗后适当的时候测定残余尿量可以对治疗效果进行评价。

其他常用的特殊检查主要有以下几种:

(1) 泌尿道 X 线检查

腹部平片可发现尿路有无结石,以及积水的肾脏和增大的膀胱,静脉尿路造影可以发现肾盂扩张、肾盏扩张、小盏杯状形态消失、显影和排出时间延迟等。膀胱造影可以观察膀胱颈部和底部因增生的前列腺压迫变形。尿道造影可显示前列腺尿道段的狭窄。排尿后的腹部平片检查可以大体估计残余尿量。

(2) 超声波检查

B 型超声检查不仅可以观察前列腺的形态结构,而且还可以测定其体积和重量,并有利于早期发现合并的前列腺周边癌。常用的有经直肠和经腹超声检查。经直肠超声检查结果最为准确。中度增生时横断面超声图像呈半月形或肾形,高度增生时则呈圆形。增生的前列腺包膜完整,规则有连续性,如腺体内有局灶性低回声也应疑有前列腺癌,应行穿刺活检及其他检查以确诊。自前列腺底开始每隔 0.5cm 行前列腺横断面扫描经微机处理可测知前列腺体积,乘以前列腺比重 1.05 即为前列腺重量。

三维超声的应用大大提高了前列腺检测的准确率,其中也以经直肠检查,效果更好。李淑清等(1994)应用三维超声测量前列腺体积成功率达 100%,并且其获得的体积与手术取出增生的前列腺体积基本相符,为目前活体前列腺体积测量的最佳方法。并且对于前列腺整体大小增大不著而内部结构有不同程度增生结节,甚至已压迫尿道的早期 BPH 患者的诊断更具意义。应用三维超声检查尿道充盈后的情况,可以清楚的显示尿流与周围软组织的对比,使尿道形态清晰显示。是观察前列腺增生结节对尿道压迫梗阻症状的可靠依据。

(3) 膀胱镜检查

于膀胱颈部可以观察前列腺有无增生、增生的部位以及对膀胱颈部压迫的程度,前列腺增生对后尿道可以延长,膀胱底部下陷,输尿管口间距及与膀胱颈距高增宽,膀胱壁可有感染及憩室,并且可以排除由结石及肿瘤引起的下尿路梗阻。

(4) 尿流动力学检查

尿流动力学检查由于无损伤性并且对于 BPH 诊断具有较高的临床价值,因而是一项重要的检查项目,一般先测得以下检查数据:最大尿流率、平均尿流率、总排尿时间及总排尿量,另外可测量两秒钟的尿流率及到达最大尿流率的时间。其中最大尿流率为最重要的诊断指标,尿量可影响最大尿流率,尿量在 250ml~400ml 为本检查的最佳尿量,150ml~200ml 为最少尿

量。正常尿流率的各项参数标准如下:

两秒钟的尿流率(ml/s)	20
最大尿流率(ml/s)	38.5
到达最大尿流率的时间(S)	8
总排尿量(ml)	400
平均尿流率(ml/s)	25~30

对于大多数 50 岁以上的男性而言,最大尿流率为 15ml/s,即属正常。对于 BPH 患者由于排尿不畅,充血炎症等原因,测定尿流率时难以保证尿量在 200ml 以上,吴阶平等(1982)根据排尿时间与排尿量关系密切并与排尿阻力成正比,最大尿流率与排尿阻力成反比的原理,提出了相对排尿阻力的概念,并列出了其计算公式:

$$RVR(\text{Relative Voiding resistance}) = T/MFQ$$

RVR 为相对排尿阻力,T 为总排尿时间,MFQ 为最大尿流率。经验证 RVR 不受排尿量影响,同一受检查者多次检查的结果稳定。RVR 随年龄增加而增加,年龄小于 49 岁者 $RVR \leq 1.6$,大于 50 岁者 ≤ 2.2 ,为正常范围,BPH 引起下尿路梗阻时,RVR 均在正常值以上。

尿流率测定同时,同步测定膀胱内压有助于判定逼尿功能及损害程度,可以准确的掌握手术时机。其他检查方法如 CT 及磁共振、尿道压力图、尿道外括约肌肌电图等由于费用最贵,并且无特异性,一般不采用。

4. 并发症

BPH 发展到一定程度后,随其引起的尿路系统的一系列病理改变,亦可导致发生一系列并发症。

(1)尿潴留和尿失禁。

(2)慢性肾病、肾功能损害。由于慢性尿潴留及尿流阻力增加,使输尿管及肾盂逐渐扩张并积水,并且由于输尿管膀胱活瓣作用丧失,使膀胱内尿液逆流入肾,引起继发性尿路感染,如积水继续加重,可使肾脏损害日渐加剧,最终形成慢性肾病。

(3)泌尿生殖系感染。由于膀胱残余尿量的增多和排尿不畅,使正常的尿道冲洗作用减弱,使原已存在的泌尿系、生殖系感染加重或诱发新的感染。

(4)血尿。

(5)膀胱结石、泌尿系结石。

(6)膀胱憩室。

(7)性功能障碍和男性不育症。BPH 由于前列腺的病理性改变,使前列腺液的分泌发生异常,改变了精液的组成,而细菌及其他病原体的侵入,也使精子质量发生损害,从而引起男性不育症。BPH 患者病理和心理方面的变化也常引起男性性功能障碍。

另外,由于手术是治疗 BPH 的有效手段因而被广泛应用,但手术造成 BPH 并发症是常见的。

(1)尿道狭窄。BPH 开放手术或 TURP 术后的主要并发症为膀胱颈挛缩和后尿道狭窄,其主要症状为排尿困难,多于术后出现,4 周~6 周症状加重。开放手术的发生率为 1.8%~9.3%,TURP 为 2.7%~6.5%。

(2)腺体残留,为开放手术和 TURP 的另一主要并发症。

(3)继发出血。多发于耻骨前经膀胱手术时,由于止血不完善所致。TURP 的出血多因组

织脱痂、用力排便等因素,腺体残留和尿路感染是诱发出血的重要因素。

(4)尿路感染。主要因下述因素引起:①术前感染未予彻底控制;②术前尿道操作污染及未预防应用抗生素;③术中未注意无菌操作;④术后留置尿管时间过长或未注意清洁。

(5)TURP 综合征。以因冲洗液大量进入血液循环而致高血容量综合征及低钠血症。国外发生率报道可达 10%~20%,低压冲洗连续吸引可减少这一并发症。

(6)性功能障碍和逆行射精是 BPH 手术常见的并发症。

5. 诊断要点

(1) 诊断依据

凡 50 岁以上男性,有进行性或间歇性膀胱颈部梗阻的排尿症状,即应怀疑 BPH 的可能,需进行一系列检查确诊,BPH 的检查分为基本检查、建议性检查和可选择检查。

①初诊患者的基本检查。是每个患者必须进行检查的项目,以了解患者的基本情况,包括 a. 病史;b. 症状的评估,应用 I-PSS 和生活质量评估;c. 体格检查和直肠指诊;d. 尿液分析;e. 肾功能检查。

②建议性检查。该检查在一部分患者的评估中有应用价值,实施与否由临床医生决定,常应用于和其他疾病的鉴别,包括 a. 尿流压力测定,用于确诊膀胱颈梗阻;b. 血清前列腺特异性抗原(PSA),主要应用前列腺癌和 BPH 的鉴别;c. 影像学检查,超声检查及尿路造影;d. 下尿路的内窥镜检查;e. 其他检查如尿道压力图、充盈性膀胱测压、尿道外括约肌肌电图等。

通过上述检查可以基本做出或排除 BPH 的诊断。

(2) 鉴别诊断

①神经源性膀胱。患者同样有排尿困难、尿潴留和最大尿流率降低等表现,但常有脊髓神经损伤史或肿瘤、糖尿病先兆,神经系统检查常有会阴部感觉和肛门括约肌张力丧失,膀胱测压对鉴别诊断有帮助,膀胱镜检可发现下尿路无明显梗阻。

②前列腺炎所致膀胱颈部痉挛,也可引起下尿路梗阻,且症状相似,易被误诊。但本病发病年龄较小,常见于 55 岁以前,前列腺多不增大,前列腺检查可有异常改变,膀胱镜检可见膀胱颈后唇较高,后尿道与膀胱三角区收缩变短,而前列腺增生时,腺叶突向膀胱,被粘膜覆盖,膀胱三角区下陷,后尿道延长。

年龄较大的膀胱颈部痉挛患者多同时伴有前列腺增生,由于增生的腺体与外周包膜之间粘连,常使摘除困难,摘除前列腺体时如不同时处理膀胱颈的痉挛,则下尿路的梗阻难以解除。

③前列腺癌。前列腺癌患者增大的前列腺常不对称,并可扪及不规则硬结。超声检查可见前列腺内的低回声区,血清前列腺特异性抗原测定阳性有利于前列腺癌的诊断,最后确诊尚需依靠活体组织检查。

④异位前列腺。在正常前列腺以外发生的前列腺组织称为异位前列腺。可发生于不同年龄,可在老年时出现症状。可出现排尿困难但以血尿为主,为间歇性或镜下血尿,可有血精。异位前列腺多位于精囊部或膀胱内,呈息肉状,可位于膀胱三角区和直肠间,经膀胱镜可以确诊。

⑤苗勒氏管囊肿。在胚胎发育过程中,睾丸分泌的抗苗勒氏管因子使苗勒氏管头端退化,尾端与尿道后壁以实索相连,称小囊板。以后实索内形成管腔与前列腺尿道部相通。当小囊板未形成管腔,来自小囊板的前列腺管分泌的物质排出受阻,使前列腺小囊部扩张,即为苗勒氏管囊肿。如不伴其他生殖器官畸形,临床发现较晚,可以出现尿频,尿线细而无力,大的囊肿可将膀胱底部及尿道推向前引起急性尿潴留,直肠指检在尿道底部正中可以扪及囊肿。超声波、

CT 等可以确诊。

⑥尿道狭窄。亦有排尿困难和慢性尿潴留症状,但多发于青壮年,有尿道外伤或尿道炎(特别是淋病性尿道炎)等病史,尿道扩张后有明显疗效,和本病易区别。鉴别确有困难时可行尿道造影检查,即可明确诊断。

⑦前列腺结石。可与前列腺增生症合并存在,具尿频、排尿困难等症状,因而与本病易于混淆,或有漏诊。直肠指诊,前列腺增大呈卵圆形,质地柔韧,有特殊的弹性感。病势发展,预后不良。⑧淋证。中医所说的淋证,其尿频、排尿困难与本病相似。但诸淋小便频数而刺痛,且24小时内排出的尿液总量多为正常。而本病小便频数但无疼痛,即有亦甚轻微,且可触及充盈之膀胱,排尿总量反低于正常。故两者易于鉴别。

⑨关格。本证是一中医病名,亦有小便不通之候,与本病突然发作、小便点滴类似。但关格除小便不通外,且有大便不通以资鉴别。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本病本虚标实,病势时缓时急。根据病因辨证、脏腑辨证、八纲辨证等,本病可分为湿热下注、肝气郁滞、下焦瘀阻、肾阳不足、肾阴亏损、脾肾阳虚、中气下陷等证型。本病由于前列腺增生肥大,阻塞尿路,故均可发生小便不爽,甚或不通,分型可按以下要点:湿热下注证是由湿热蕴结下焦,膀胱气化不利所致,临床表现以小便频涩、赤热浑浊为主症;肝气郁滞证由肝气郁结、气郁化火所致,故临床多表现出情志抑郁、心烦易怒等情志不舒的症状;下焦瘀阻证,主要有痰浊瘀阻、瘀血瘀阻及败精瘀阻等,辨证要点为面青唇暗、舌质紫暗或有瘀斑,精出涩痛,或精液稠厚如团块状;肾阴亏损证多因房劳伤肾,年老或久病肾虚所致,肾阴虚表现为其主要特点:腰膝酸软、五心烦热、耳鸣盗汗、舌红少苔脉细数;肾阳不足证表现为肾阳虚症状:腰膝酸软、畏寒肢冷、夜尿多、阳痿、脉沉细等;脾肾阳虚证多由脾病及肾或肾病及脾所致,脾肾阳虚证候共见为其特点;中气下陷证,以伴有少气乏力,少腹坠胀,少气懒言,食少便溏,甚或出现脱肛等中气不足表现为特点。

2. 辨证分型

(1) 湿热下注证

[临床表现]小便不通或频数而短涩,赤热浑浊,小腹胀满,大便秘结,口苦口粘,舌红苔黄腻,脉弦数或滑数。肛门指诊前列腺增大。

[辨证分析]素嗜饮酒吸烟,或喜食肥甘厚味,湿热内生,下注膀胱,故小便不利而赤热短涩;湿热互结,膀胱气化不利,则小腹胀满;湿热生蒸,津液不布,故口苦口粘;便秘,舌红苔黄腻,脉弦数或滑数乃湿热内蕴之征。

(2) 肝气郁滞证

[临床表现]小便不畅或点滴不通,胁腹胀满,心烦易怒,情志抑郁,口苦咽干,舌红苔薄微黄,脉弦或弦数。肛门指诊前列腺增大。

[辨证分析]平素情志不畅,肝气郁结,则见情志抑郁,胁腹胀满;肝郁化火故心烦易怒、口苦咽干;肝气郁结不畅,失于疏泄,则小便不畅或点滴不通。舌红苔薄微黄,脉弦或弦数乃肝郁化火之征。

(3) 下焦瘀阻证

[临床表现]小便点滴而下或阻塞不通,尿细如线,时断时续,小腹胀满,精出涩痛,或精液稠厚如团块状,舌质紫暗有瘀点或瘀斑,脉细涩。肛门指诊前列腺增大。

[辨证分析]痰浊、瘀血、败精等瘀阻下焦,气化失司则小便点滴而下,或阻塞不通,或尿细如线,时断时续;下焦瘀阻,气机不通,则小腹胀满而痛;精液稠厚如团块状乃败精瘀阻之征;舌质紫暗有瘀点或瘀斑,脉细涩乃内有瘀阻之象。

(4) 肾阴亏损证

[临床表现]腰膝酸软,伴有耳鸣,小便频数或淋漓不断,遇劳即发,时发时止,五心烦热。舌红少苔,脉细数,尺脉无力。

[辨证分析]房劳过度,损耗肾阴;或久病肾虚,髓海不足,腰府失充则腰酸膝软,肾之外窍失养则耳鸣;阴亏阳无以化故小便频数,淋漓不畅。阴虚自生内热,故五心烦热;舌红少苔,脉细数,尺脉无力乃肾阴亏虚,阴虚火旺之象。

(5) 肾阳不足证

[临床表现]小便不通或点滴不畅、余沥不尽,腰酸腿软,畏寒肢冷,阴冷,可见阳痿或滑精,夜间尿多,舌淡少苔,脉沉细或尺脉沉弱短小。

[辨证分析]肾阳亏虚,气化无力,则小便不通或点滴不畅,排出无力;小便余沥不尽、夜间尿多、阳痿、滑精、阴冷乃肾阳虚衰之象。阳虚不能温养肢体,故腰酸腿软、畏寒肢冷;舌淡少苔,脉沉细或尺脉沉弱短小乃肾阳不足之象。

(6) 脾肾阳虚证

[临床表现]小便频数,便秘尿少,余沥不尽,腰膝酸软,食少便溏,少腹冷痛,形瘦神疲,而色㿔白,舌淡胖有齿痕,脉沉细或沉迟。

[辨证分析]肾阳虚衰,气化固摄无权,则小便频数,尿少,排出无力,余沥不尽;脾肾阳虚,不能温煦肢体,故腹痛肢冷,面色㿔白;脾阳虚,不能助胃腐化水谷,运化失职,故见食少便溏,水谷精微不能充养肌肉,则形瘦神疲;舌淡胖有齿痕,脉沉细或沉迟,乃脾肾阳虚之征。

(7) 中气下陷证

[临床表现]小便不畅,溺后余沥,少腹坠胀,少气懒言,神疲乏力,食少便溏,脱肛,舌胖嫩,苔薄白,脉沉细无力。

[辨证分析]脾虚日久,中气下陷,清气不升,浊气不降,则小便不畅,点滴而下,溺后余沥等。中气不足则少气懒言,神疲乏力;食少便溏乃脾虚失运之征;气虚下陷,升举无力,则见脱肛;舌胖嫩,苔薄白,脉沉细无力乃中气不足之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

BPH 可严重影响老年人的生活质量,但却很少危及生命,而且相当一部分 BPH 患者的症状可以没有明显的发展,因而应让病人充分的了解各种治疗方法的危险性和优越性,参与治疗方案的选择。一些症状严重的病人可能乐于接受手术治疗,而另一些病人可能选择等待观察,药物治疗其他非手术疗法。一个可行性的治疗方法应满足以下条件(由 WHO 国际 BPH 咨询

委员会制定):①随机的、前瞻性的临床试验能够明确地表明该方法的有效性和安全性,这些临床实验应该在文献中得到承认,并且满足 WHO 国际 BPH 咨询委员会制定的标准;②针对 BPH 的任何治疗方法均应能够显著地减轻症状和缓解膀胱颈梗阻;③必须考虑治疗过程中并发症的发生率和死亡率;a. 类似于 TWRP 的新型手术在这一点上应可与 TWRP 相比拟。b. 药物治疗并发症应极小,且须使病人易于接受,无损病人健康,不影响病人生活质量。c. 药物治疗型无致死危险;④疗效和费用应明确,并应向病人说明。

(1)等待观察。许多 BPH 患者的症状在相当长的时间内很少发展,而且各自耐受症状的程度又极不相同,因此只要病人无绝对的手术特征,即应考虑等待观察的治疗方案。对于选择等待观察的病人应当大约每年进行一次初诊基本检查,包括病史、体格检查(含 DRE、尿液分析、肾功能检查、I-PSS),随访可以使医生了解病人在过去一年里的症状发展情况,是否发生了并发症,是否出现了绝对手术特征。

(2)药物治疗。对于症状较轻,残余尿量不多,尿流率改变不大等早期病例,则可以采取药物治疗。另外有绝对手术指征拟行手术治疗的病人也可先行药物治疗。

①性激素类药物

性激素中雄激素在 BPH 的发生中起重要作用,临床上性激素治疗也可取得一定效果。

由于基质增生是前列腺增生的重要病理改变,而雌激素可以刺激间质增生,并促进膀胱颈部平滑肌 L-受体的兴奋,不利于下尿路梗阻的解除。但由于雌激素可使血中凝血酶原水平提高,降低抗凝血酶活性,使术中出血减少,因而可作为术前用药,一般为乙烯雌酚 2mg 每日 2 次。

前列腺是雄激素依赖器官,雄激素对 BPH 的发生和治疗都具有重要意义。老年人血中睾酮水平明显下降,但前列腺内雄激素水平仍然很高,其中 90% 为高活性 DHT。如果自前列腺中撤消雄激素,则可以激活特殊的基因造成细胞的主动死亡(ACD)或死亡,这种凋亡是单个细胞的生理性死亡,不发生炎症反应。常用的有促性腺素释放激素 LHRH-A,是一种药物除睾方式,可使前列腺缩小 25%~30%,但有阳痿、骨密度降低等并发症,临床基本不用。另一种抗雄激素药物 Flutamide 可使前列腺缩小 23%,改善症状,但半数病人有乳房胀痛及胃肠道反应。应用对垂体具有高度选择的 LHRH 类似物可使垂体释放 LH 及 FSH,但长期应用则可使垂体对 LH 和 FSH 的分泌耗尽,使睾丸产生睾酮的能力下降甚至停止,可达药物去睾的目的,常用的 LHRH 类似物有 Naltalutin 和 Buserelin 等,用药后均可使前列腺明显缩小,症状改善,但停药后前列腺复又肥大,症状复发。

抗雄激素药中应用最广泛的为甾体类药物,它可抑制男性激素的分泌,还能选择性地抑制前列腺对睾酮的吸收和 5 α -还原酶活。因而用于 BPH 可取得较好疗效。甾体类药物中有用地孕酮(Megestrol),醋酸环丙孕酮(Cyproterone acetate)等。

目前多推荐应用后者,一般每日口服 10mg~20mg。29 日后血睾酮浓度可下降 73%,DT 下降 51%,且不影响性欲。另外也可应用黄体酮(20mg, im, Bid)等。但停药后前列腺又可增大,症状亦可复发。

由于催乳素(PRL)在 BPH 病因中可能起一定作用,因而应用 PRL 抑制剂治疗 BPH 理论上应该是有效的。临床观察了 PR 抑制剂溴隐亭对 BPH 的治疗效果,发现该药可使病人症状及尿流率改善,但前列腺不缩小。

5 α -还原酶可使睾酮在前列腺内变为 DHT, DHT 与 BPH 发生关系密切。5 α -还原酶抑

制剂 Finastetide 可抑制睾酮转化使前列腺内 DHT 降低 90%, 睾酮升高, 并且不影响性欲和性功能。连续用药 12 个月可使前列腺体积缩小 20%, 并且治疗效果大多于 6 个月内出现。一组 300 例病人经 Finasteide 5mg/日治疗 2 年, 其前列腺体积平均缩小 25%, 并且为尿道部缩小而外周部无改变。治疗 12 个月内症状改善达 63%~71%, I-PSS 评分下降 6.5~7.5 分, 但症状轻的无改善, 并且副作用极低。

总之在各种性激素治疗方法中, 仅 5- α -L 还原酶抑制剂是有效且安全的方法, 其他各种方法都不能达到长期或彻底治疗的目的。

②L-阻滞剂

前列腺增生引起的膀胱颈梗阻可分为解剖性和功能性。解剖性梗阻为移行带和围绕尿道的腺体增大压迫所致; 功能性梗阻则因前列腺平滑肌增加。正常时前列腺基质和上皮之比为 2:1, 但增生时则可达 5:1, 并且平滑肌成分较多占 39%。而 L 受体主要分布于膀胱颈和前列腺, 尤以前列腺基质中最多, 他控制着平滑肌收缩。L2 受体主要分布于血管, 因而在 BPH 时使局部组织的 L 受体尤其是 L1 明显增多, 诱发膀胱颈部的功能性梗阻。

L 受体阻滞剂可阻断 L 受体兴奋剂引起的平滑肌收缩, 对于 BPH 的下尿道梗阻症状有明显的改善作用。常用的有 3 类: a. 无选择性, 如酚苄明; b. 选择性如唑嗪; c. 选择性长效, 如特抗唑嗪。目前国内常用的 L-受体阻滞剂为竹林胺片。苗延案等(1992)以竹胺片治疗 109 例 BPH, 疗效显著, 可使 95.8% 的患者迅速而有效的改善排尿困难, 尿频等症状, 48.6% 的病人残余尿量降至 50ml 以下, 并且可以持久地缓解和减轻症状。对于前列康等治疗效果不佳的病人仍可获得良好疗效。由于竹林胺只解除功能性梗阻而对机械因素引起的梗阻不能奏效, 因而对于前列腺中叶增生直接压迫后尿道引起梗阻的患者疗效不佳。其主要副作用为口干、鼻塞及头晕、乏力等。对于有严重心血管疾病者应慎用。建议剂量为开始 20mg/日, 2 次分服, 4~5 日后改为 10mg/日, 维持。(商品名渴特灵)其症状改善分别为 75%、82%、93%。Qman 改善分别为 41%、47%、44%, 由于后两者只对 L1 受体起阻滞作用, 因而副作用少。

药物用法为酚苄明, 20mg/日, 分 2 次服, 3 周为 1 疗程, 然后改为 10mg/d, 维持。

唑嗪: 一般 1.2mg/日, 口服。

特抗唑嗪: 第 1 周 1mg/d, 第 2 周 2mg/d, 第 3 周 4mg/d, 分 2 次服, 以后 1mg~2mg/d 维持。

由于 BPH 患者由于增生引起的机械性梗阻是主要的, 而功能性梗阻是次要因素, 因而 L-受体阻滞剂的疗效也是相对的。

③其他药物

另外还有许多药物可供 BPH 治疗。

a. 植物药。如星形花根、棕榈西米染、非州李子树、南瓜子、紫花球枳、欧州山杨叶及花粉提取物。国内常用的前列康即为单一植物花粉制剂, 主要成分为 21 种氨基酸, 除 Vitk 外的多种维生素, 以及多种微量元素和生物活性酸等。其临床症状改善率可达 90% 以上, 并且 Qman 增加, 相对排尿阻力下降, 但机理不清。

b. 降胆固醇类药。BPH 患者的前列腺组织中胆固醇含量成倍增加, 应用降胆固醇药物对 BPH 有效。杀念珠菌素(Candiaidin)具有杀真菌作用, 但对 BPH 的疗效达 70%, 其作用是在胃肠道抑制外源性胆固醇吸收, 并可改变睾丸雄性激素代谢。其他降胆固醇药物如氢贝丁酯及其衍生物益多酯, 对 BPH 的症状有明显改善, 但尿流率及前列腺大小变化则不明显。

c. H₂ 受体阻滞剂。常用的为西咪替丁,不仅具有高效的抗胃酸作用,同时也是一种非留体抗雄激素药,能与雄激素受体分泌结合。竞争性阻断 DHT 受体,使 DHT 与受体结合减少,通过反馈作用于丘脑下部,使 LH 分泌减少,使睾酮和 DHT 的量下降,从而控制前列腺上皮的增生。

d. 嘧啶类抗代谢药。为多种动物肿瘤的抑制剂。但 Dotfaman 报道 5-Fu 有抗雄性作用,能象黄体酮样抑制 5- α 还原酶活性,可阻止睾酮向 DHT 转化。5-Fu 治疗 BPH 可使主观症状明显好转,但前列腺缩小不著,尿流率各项参数无明显改善。由于 5-Fu 副作用较大,且疗效不确切,因而应慎用。

(3) 手术治疗

手术是 BPH 重要的治疗方法,尤其对于前列腺增生严重,尿路梗阻症状明显,非手术疗法无效的患者,手术是根本的治疗方法。

BPH 手术必须严格掌握适应症,有下述并发症之一的病人是绝对的手术指征:①尿潴留,至少有一次拔除尿管后仍不能排尿;②反复发作的血尿;③由于 BPH 引起的肾功能衰竭;④膀胱结石;⑤反复发作的尿路结石;⑥大的膀胱憩室。对于有绝对手术适应症的病人,应考虑评估采用哪种手术方式合适。

下述情况可作为相对适应症,有下尿路梗阻症状,尿流动力学检查已明显改变,或残余尿量在 60ml 以上;不稳定膀胱症状严重等。此类病人应仔细考虑各种治疗方法的优劣。

对于有长期尿路梗阻,肾功能已有明显损害,严重尿路感染或已发生急性尿潴留的病人应先行导尿解除梗阻,待感染得到控制,肾功能恢复后再行手术。如插入尿管困难或导尿时间过长至引起尿道炎时,则可行耻骨上膀胱造瘘。常用的手术方法有耻骨上经膀胱、经耻骨后、经会阴以及经尿道前列腺切除术,不同的手术方法各有其优缺点和适应范围,应根据患者的基本情况以及病变特征选择使用手术方式,不宜只用一种手术方法处理各种情况各异的病例。

①耻骨上经膀胱前列腺切除术,本术式方法简单,易于掌握,并且可同时处理并发的膀胱病变,但有时腺窝止血困难。目前已有各种有效的措施来解决这一问题,如对腺窝缘出血点行深包扎,腺窝连续缝合或荷包缝合,采用 Hryntschak 式只留一导管的纵行缝合膀胱颈法,用 Bensimon 式在膀胱外先结扎前列腺血管或髂内动脉法等,以及含药纱局部压迫止血等。本术式一般适应于患者一般状况较好,无严重心血管疾病,或前列腺体较大者。

Madigan 前列腺切除术是一种经耻骨后的前列腺切除术,其特点是术中不切除前列腺尿道,而仅将前列腺组织予以切除。因而具有以下优点:①术后病人较舒适,且简化,方便术后处理。由于保留完整尿道无尿路出血,无需冲洗,保留 Foley 尿管时间短,尿路感染机会少,且不必牵引,故不会出现膀胱阵发性痉挛,也无拔管后尿频尿痛等不适;②保留完整尿道,有效地防止损伤内、外括约肌,术后各种并发症极少;③保持正常性功能,提高老年人术后生活质量;④缩短病人住院时间;⑤手术操作不复杂,易于推广。

适合其他手术治疗的 BPH 也适宜施行 Madigan 手术,尤以两侧叶腺瘤型增生者更加适合。但对以中叶增生为主且突入膀胱 3cm 以上,则难以彻底切除,且易损伤膀胱颈部粘膜,不宜采用。纤维增生者,粘连较重,剥离尿道时容易损伤,选择时应慎重。射频、微波等热疗无效者,由于多已形成粘连,也不宜选用。前列腺摘除或 TURP 术后复发及前列腺癌者手术禁忌。洪声涛等(1994)报道 37 例 Madigan 手术,33 例术后 3~21 个月随访,排尿次数、尿流率、尿量均在正常范围,无尿失禁及排尿困难,并生活维持原状或有改善。(洪声涛,高兴茂,赵志红,等。

Madigan 前列腺切除术。中华泌外,1994,3:187)

②耻骨后前列腺切除术。手术不进入膀胱,切开前列腺包膜摘除增生组织,可在直视下处理腺窝出血点及膀胱颈,如先结扎包膜外前列腺血管带,可减少术中出血。前列腺包膜多采用横切口(millin 法),如伴膀胱病变,则可纵行切开一并处理。

③经会阴前列腺摘除术,适合于位置较低的前列腺和长期膀胱造瘘的病人。由于会阴解剖复杂,使手术野暴露及操作均较困难,膀胱内病变不能同时处理,其最大的缺点是术后影响性功能的机会较多,尤其不适于年轻病人,并且也可发生直肠损伤及尿失禁。本术式较少应用。

④经尿道前列腺手术

a. 经尿道前列腺切除术(TURP)

TURP 自 40 年代开始至今已是一种成熟的手术方式,国外已广泛采用,在 BPH 病人中开放性前列腺手术和 TURP 之比已达 1:100~200,并且尤其适应于 70 岁以上,体质差而前列腺偏大者,并且对于合并膀胱颈痉挛及前列腺癌也非常适宜。

理论上完整的 TURP 应是切除所有的增生腺体组织,达到外科包膜的内侧面,如同开放性手术一样,仅留下中空的球形前列腺窝。否则如切除不全,BPH 即可复发而需再入院手术。一般认为前列腺重量在 20 克~60 克(平均 40 克)且造成出口梗阻,为 TURP 的最佳适应症。手术可在 1 小时左右完成且并发症少。40 克以上的大腺体则应行开放性手术治疗。

b. 经尿道膀胱颈切开术(BNI)

系用前列腺电切镜在膀胱颈部 4 点及 8 点处切开前列腺组织达包膜,止血后将包膜切开达包膜外脂肪。适应于 BPH 在 30 克左右者。与 TURP 比较效果相似,但手术简单,并发症少,远期疗效有待观察。

c. 经尿道前列腺联合部切开扩张术(TUCD)

本术式于 1986 年由 Shafik 首先报道,张勇等 1988 年始在国内开展本术。TUCD 的治疗方法类似于幽门括约肌切开术,是将增生的两侧时间裂隙的顶端即前列腺联合部予以切开,然后以扩张器实施扩张。TUCD 术后能维持长时间效果的原因主要是扩张力超过了前列腺包膜的弹性回缩力,因而短期内尿道不全恢复到原来的内径,解除了前列腺对尿道的压迫,从而缓解了尿流梗阻。本术式特别适应于有严重合并症的 BPH 患者,但其缺点为影响性功能,术后逆行射精的发生率约为 40%~50%。

2. 对症治疗

小便不通尿潴留者急行导尿术,导尿困难者可先行耻骨上膀胱穿刺引流。尿失禁者行持续导尿术。

3. 并发症治疗

(1)并发泌尿系感染者给予抗感染治疗。

(2)慢性肾病、肾功能损害 首先应解除尿潴留,同时进行肾病或肾损害的对症处理,静脉滴注青霉素、激素及能量合剂。低盐低蛋白饮食。

(3)血尿 多因肾损害或膀胱粘膜损伤引起,在治疗原发病的基础上,适当给予抗感染治疗和止血剂应用。

(4)膀胱结石、泌尿系结石 排石治疗,针灸和中药有一定效果。常用的穴位:肾俞、大肠俞、小肠俞、秩边,耳穴可取肾、输尿管、膀胱及反应敏感点;中药常用药物如金钱草、海金沙、鸡内金、郁金、党参、黄芪、生蒲黄、核桃仁、乌梅、冬葵子、生地榆、川牛膝、枳壳、大黄、甘草梢等

(四金尿路排石汤,苏勋庄经验方)。

(5)膀胱憩室 手术治疗。

(6)性功能障碍和男性不育症 参见相关章节。

(7)尿道狭窄 是BPH开放手术或TURP术后的主要并发症,为膀胱颈痉挛和后尿道狭窄,可行尿道扩张术。对因手术瘢痕引起者,可行瘢痕切除尿道扩张成形术。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

(1)湿热下注证

[治法]清热利湿。

[方药]八正散加减

木通、车前子、扁蓄、瞿麦、山梔、滑石、甘草、大黄。

[加减]舌红苔黄厚而腻加黄柏、苍术;兼心烦、口舌生疮合用导赤散。

[分析]方中木通、车前子、扁蓄、瞿麦清热利湿,通利小便;山梔清下焦之热;滑石、甘草清利下焦湿热;大黄通便泻火。

(2)肝气郁滞证

[治法]疏肝理气,通利小便。

[方药]疏肝理气汤加减

当归、芍药、丹参、柴胡、海藻、元参、贝母、夏枯草、川牛膝、木香。

[分析]方中当归、芍药、丹参养血活血,疏通经脉;柴胡、木香疏肝理气,条达气机;海藻、元参、贝母、夏枯草化痰软坚,消肿散结;川牛膝补肾活血,引药下行,直达病所。

(3)下焦瘀阻证

[治法]化瘀散结,通利小便。

[方药]苏氏前列通汤(苏勋庄经验方)

桃仁、红花、山甲、皂刺、桔梗、川牛膝、地龙、虻虫、路路通、灯芯草、萆薢、云苓、公英、肉桂、车前子。

[加减]若兼中气不足加党参、黄芪;兼有下焦湿热者加茵陈、滑石、生地榆。

[分析]桃仁、红花、地龙、虻虫、山甲、皂刺活血破瘀,通关散结;路路通、灯芯草、萆薢、云苓、公英清热解毒利湿;桔梗宣通肺气,提壶揭盖,川牛膝补肾化瘀,引药气下行,两药结合,上下松动,通调气机;少用肉桂育阳化湿,加车前子利尿而出。诸药合用,共奏活血化瘀,通利小便之功。

(4)肾阴亏损证

[治法]滋阴清热,软坚散结。

[方药]知柏地黄汤加减

熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮、知母、黄柏、山慈姑、夏枯草、海藻、昆布。

[分析]熟地、山萸肉滋阴补肾;山药健脾运湿;茯苓、泽泻、丹皮寓泻于补,促通小便;知母、黄柏滋阴清热;山慈姑、夏枯草、海藻、昆布化痰软坚散结。

(5)肾阳不足证

[治法]温阳补肾,益气固摄,佐软坚散结。

[方药]济生肾气丸加减

熟地、山药、山萸、附子、肉桂、牛膝、车前子、仙灵脾、桑螵蛸、沙苑子、荔枝核、夏枯草、山慈姑、黄芪。

[分析]熟地、山药、山萸滋补肾阴；附子、肉桂温补肾阳；牛膝、车前子通利小便；加仙灵脾、桑螵蛸、沙苑子补肾以固摄；荔枝核、夏枯草、山慈姑，以软坚散结；黄芪补气以扶正。

(6)脾肾阳虚证

[治法]温补脾肾，通利小便。

[方药]老人癯闭汤加减

仙灵脾、肉桂、吴茱萸、党参、黄芪、莲子、黄精、萆薢、车前子、王不留行、甘草梢。

[加减]若阳虚甚可加附子、肉苁蓉。

[分析]仙灵脾、肉桂、吴茱萸温补脾肾之阳；党参、黄芪、莲子、黄精补脾益气；萆薢、车前子、王不留行、甘草梢通利小便。

(7)脾气下陷证

[治法]补益脾气，升清降浊。

[方药]补中益气汤加减

党参、白术、黄芪、柴胡、升麻、萆薢、木通、扁蓄、夏枯草、海藻、昆布。

[分析]党参、白术、黄芪补脾益气；柴胡、升麻升阳举陷；萆薢、木通、扁蓄以分清化浊；夏枯草、海藻、昆布软坚散结。

2. 验方治疗

(1)前列通尿汤(张文林,等. 活血化瘀法治疗前列腺增生及急性尿潴留 258 例. 辽宁中医杂志, 1995, 22(6): 263)

[组成]当归、三棱、莪术、穿山甲、制大黄、淫羊藿、益智仁、制黄精、甘杞子、茯苓、车前子各 10 克, 山慈姑 20 克, 夏枯草 15 克, 大熟地 12 克生, 黄芪 30 克。

[用法]每日 1 剂, 水煎空腹服。

[疗效观察]治疗前列腺增生及急性尿潴留 258 例, 排尿改善 250 例(96.7%), 无改善 8 例。治疗前后平均残余尿量、平均尿量分别为 152.4、58.4, 130.5、237.5ml。

[注]方名为编者所加。

(2)荆黄通关汤(邵凤扬,等. 荆黄通关汤治疗尿闭 24 例. 山西中医, 1995, 11(2): 53)

[组成]荆芥、黄柏、知母各 10 克, 大黄 4~6 克(后下), 肉桂 5 克(后下)。

[加减]上焦有热加黄芩、桑皮; 心火下移合导赤散; 肝气郁结加枳壳、香附; 下焦湿热加木通、泽泻、车前子; 瘀血内阻加桃仁、莪术、牛膝; 中气虚加党参、黄芪。

[用法]每日 1 剂水煎服。

[疗效观察]治疗 24 例(均经肛检或 B 超诊炎前列腺肥大), 均于服药 1 小时~2 小时后, 小便即通。

(3)温肾活血汤(张浩良主编, 泌尿生殖系病实用方. 第 1 版, 南京: 江苏科学技术出版社, 1993: 66)

[组成]熟地、杜仲、益母草各 15 克, 山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻各 10 克, 山药、赤芍药各 12 克, 肉桂、红花各 6 克, 附片 8 克。

[用法]每日 1 剂水煎服。6 天~8 天为 1 疗程。用于前列腺肥大引起的急性尿潴留, 中医

辨证属肾虚血瘀者。

[疗效观察]治疗 22 例,痊愈 21 例,无效 1 例。

(4) 华佗治小便不通神方(《华佗神医秘传神方》)

[组成]人参、莲心、茯苓、车前子、王不留行各 15 克,甘草 9 克,肉桂 3 克,白果 2 枚。

[用法]水煎服。

[按]傅青主《大小诸证方论》有治小便不通方与本方相同,方解说:“膀胱之气化不行即小便不通,是宜治膀胱而已矣,然而治法全不在膀胱也。”并指出:“此方妙在用人参、肉桂,盖膀胱必得气化而始出。气化者何?必(乃)心包络之气也;既用参、桂,而气化行矣,尤妙在用白果,人多不识此意,白果行任、督之脉,走膀胱之经而引群药;况车前子、王不留尽下泻之药,服之而前阴有不利者乎?”道出了本方方意。

(5) 华佗治老人闭神方(《华佗神医秘传神方》)

[组成]黄耆(蜜炒)30 克,陈皮(去白)15 克,甘草 9 克。

[用法]水 1 升半(约 700 毫升),前来 8 合(约 300 毫升),顿服。

[疗效观察]有效。

(6) 七味地黄丸(《大小诸证方论》)

[组成]茯苓 15 克、肉桂 6 克、熟地 30 克、山萸 12 克、泽泻 6 克、丹皮 6 克、山药 6 克、车前子 6 克。

[用法]水煎服。

[按语]此方乃傅青主专治肾水亏虚小便不通方,此方“妙在不去通小便,而亏治肾水,肾中有水,而膀胱之气自然行矣”。盖膀胱开合,肾司其权也。

此方《傅青主男科》中无茯苓。

3. 单味药治疗

(1) 金钱草

[药物]金钱草 60 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功效]有清利下焦湿热的作用。对前列腺增生症并发泌尿系结石者,金钱还有排石溶石作用。

(2) 核桃仁

[药物]核桃仁 50 克。

[用法]油炸,每日 1 剂。

[功效]滋补肝肾,化石散结。

(3) 通草

[药物]通草 15 克。

[用法]水煎代茶饮,每日 2 次。

[功效]具有利尿通窍作用。

(4) 穿山甲

[药物]穿山甲 12 克

[用法]瓦上焙干研细末,黄酒送服,每日 1 剂。

[功效]具有破坚穿洞之力。

(5) 蒲黄

[药物] 蒲黄适量。

[用法] 将蒲黄烧灰, 水冲服。

[功用] 具有化瘀利窍泄热之功, 湿热夹瘀之小便不利, 尿道疼痛, 小腹急痛者可以用之(《伤寒论》)。

4. 其它疗法

(1) 物理疗法

① 经尿道激光治疗 BPH

激光应用于 BPH 的治疗始于 80 年代后期, 国内自 1989 年应用于临床, 虽应用时间较短, 但发展却非常迅速。

激光对软组织具有凝固、焦化和汽化作用, YGA 激光具有能经光导纤维传导和通过水与空气的特点。YGA 激光经光导管导入后作用于前列腺组织使光能转变成热能, 在高温作用下使腺体组织发生汽化、碳化、腺体组织塌陷, 作用于中心部可呈“弹坑样”改变, 空洞周围组织逐渐发生凝固性坏死变性, 坏死组织逐渐脱落由尿道排出, 变性组织萎缩, 尿道变宽, 梗阻解除。并且激光作用区域组织出现炎症后, 血液瘀积、组织缺血及激光能量辐射传递效应, 使组织损伤坏死的范围进一步扩大, 术后患者狭窄尿道可扩增 3~5 倍, 总有效率 90%, 且无严重并发症。薛建等(1994)介绍了 112 例经治患者症状, 72 例的随访结果, 67% 患者症状明显改善, 30.5% 患者症状不同程度改善。剩余尿量完全消失 73%, 不同程度减少 23.1%, 平均尿流率恢复正常 62.5%, 不同程度改善 32%。

新近发展起来的良性前列腺增生 ILC 疗效非常明显, 间质内激光凝固治疗(ILC)为 BPH 的非手术治疗提供了一种新的有效的方法。首先于 1993 年 5 月由 Muichtet 在第 88 届美国 AUA 会议上报道所用仪器为美国 Dorniet 公司生产的 ITT 激光治疗仪。其基本原理是将特殊设计的能够 360 度环形发射激光的探头插入到前列腺组织中, 使前列腺增生组织呈椭圆形凝固, 直径约 15mm~18mm, 长 17mm~22mm, 凝固体积约 8ml~12ml, 组织凝固后随即萎缩, 前列腺尿道腔扩大。组织凝固范围取决于照射能量、时间及所用探头大小, 椭圆形凝固的外层温度为 60℃。Muschet 等至 1994 年已做 300 余例, 其中早期治疗的 56 例中成功率超过 80%, Q_{max} 由平均 6.5ml/s 增至 15.5ml/s, 平均剩余尿量由 215ml 降至 46ml, 平均前列腺重由 75 克降至 55 克。李炎唐等应用同一公司生产的 ITT 激光治疗仪治疗 24 例 BPH 患者也取得了良好的疗效。3 个月随访尿流率由术前 5.08ml/s 升为 106ml/s, 半年达 14.6ml/s, 14 例经三维超声检查, 术后 3 个月前列腺治疗区回声显著降低, 后尿道腔扩大, 16 例获半年随访者中, Jensen 症状评分 12 例完全正常。

由于 ILC 并不使组织气化, 故不能立即显示效果, 只是使组织逐渐萎缩, 因此前列腺增生较大者应留置尿管一段时间, 以免发生排尿困难、尿潴留和发热, 排尿困难明显好转一般需在治疗后 3 个月后。

② BPH 的热疗法

a. 微波治疗

微波对 BPH 的治疗始于 80 年代, 现已广泛临床应用, 并有多种类型的微波前列腺治疗仪诞生。

微波是一种高频无线电波, 频率范围在 300~300 000MHz, 波长 1mm。微波作用于生物

体,使体内组织极性分子吸收微波能量后,处于一种激励状态,进行快速往返运动,与邻近的分子磨擦而将微波的部分能量转化为热能,这就是微波的生物热效应,可对组织起热凝固作用。对于增生的前列腺组织,微波则可使其凝固、坏死、脱落,从而使前列腺缩小,前列腺部尿道增宽,达到解除梗阻的目的。微波对组织的透入深度随微波频率的降低而增加,随组织含水量增大而减少。根据前列腺组织的特性,一般应用频率为 2450MHz,波长 12.24cm 的微波,此种微波的穿透深度为 3cm~5cm,一般经尿道或经直肠进行治疗。虽然经治疗后 BPH 患者的排尿梗阻症状有所改善,尿流率增加,前列腺不同程度的缩小,但易于复发。白文俊等(1995)治疗 812 例 BPH 病人,其中随访一组,发现微波热疗后随着时间的推移,患者的主观症状改善率逐渐下降,由治疗后 1 个月的 73.9% 降为 1 年的 56.7% 和 2 年的 17.9%,尤以 1~2 年降幅显著。他们认为热疗改善 BPH 症状为一种非热机制,包括细胞内外的离子运动,这一变化是可逆过程,并且认为前列腺组织加热在 95℃ 之内只能引起组织内细胞浸润、血管扩张、局部出血、细胞死亡不明显,上述变化均是可逆的,这就决定了目前前列腺微波治疗所能达到的效果及其维持时间是有限的。虽然增加热疗温度(50℃ 以上)使前列腺组织发生不可逆的凝固坏死,达到永久性治疗目的,但前提是解决好直肠保护问题。

虽然如此,由于本方法有:安全、简便、操作时间短,并发症少而轻;痛苦小、出血少;适应症广;方法简单易于掌握及推广等优点,目前仍为一种有效且常用的 BPH 辅助治疗措施。

b. 射频治疗

射频治疗 BPH 是近几年发展起来的另一种有效的热治疗方法。射频共有加热和传感双重功能,热量能穿透组织深部,加压均匀,其机理为能量进入组织场内,相互作用引起离子振荡,或者由于分子磁场方向的改变,在局部转变为热。微波穿过深度的能力要根据所发生的频率,组织结构和所接触的面积,一般有效的热量只局限于 20mm~30mm,距离越远,温度迅速下降,不致于损伤深部组织。Schulman 等(1990)经尿道射频治疗 BPH 尿道周围温度控制在 44.5℃ 左右,77% 病人有客观好转,50% 有主观好转。杨学辉等(1995)将射频治疗的温度升到 70℃ 治疗 BPH 55 例,不仅治疗时间缩短(仅 1 小时),而且排尿时间明显缩短,减少 10 分以上占 85%,前列腺重量减少 5 克以上 76%,剩余尿减少 50ml 以上占 93%,Q_{max} 增加 5ml/s 以上占 89%,并且治疗无严重并发症。

③⁹⁰锶—⁹⁰钇体外照射

李治等在用⁹⁰锶—⁹⁰钇体外照射皮肤敷贴器给一病人治疗会阴部皮肤病时,发现原有的因前列腺引起的排尿困难缓解,从而引起注意并应用于治疗前列腺增生患者,经过对 239 例前列腺增生病人临床治疗,证实⁹⁰锶—⁹⁰钇体外照射治疗后的前列腺体,绝大多数有不同程度的缩小,梗阻症状得以缓解。本法适合于治疗任何年龄的前列腺增生病人,对前列腺腺体较大面软及年老体弱者尤为适宜。全疗程以 30Gy(3000rad)为宜,否则易引起皮肤灼伤。本组病人治疗结束后血象均正常。对 49 例随访 1 年以上,排尿均正常。(李治,等,中华泌尿外科杂志,1991,12(2):94. ⁹⁰锶—⁹⁰钇体外照射治疗前列腺增生症)

(2) 手术疗法

①经尿道球囊导管扩张术

本方法是将双腔球囊导管送入尿道,将球囊置于外括约肌水平以上的前列腺部尿道内,向球囊内缓慢注入液体,使其膨胀达直径约 1.5cm,囊内压力达 3~4 个标准大气压,持续扩张 10 分钟。刘昌荣等(1992)治疗 30 例 I~II 度增生患者,3~6 个月后随访 6 例前列腺部尿道仍

呈扩张状态,并且扩张后梗阻症状明显减轻,残余尿量明显减少,并且尿流率参数明显改善。本治疗方法对于两侧叶增生患者疗效较好,而中叶者欠佳,因中叶增生后可突入膀胱形成活瓣样结构,当球囊膨胀时中叶被推开,球囊萎缩时又恢复原位,达不到治疗目的。对于两侧叶增生的患者,由于球囊膨胀产生的压力的作用,使前列腺前后联合分离,两侧叶裂开,并对增生的纤维性组织起到压迫,牵拉或部分肌纤维断裂。持续扩张则可使前列腺包膜失去弹性,降低回缩力,从而达到治疗目的。(刘昌荣、曹野、韩宇强,等. 经尿道球囊导管扩张术治疗前列腺增生症. 中华泌尿外科杂志,1992,4: 239)。

② 支架疗法

分为暂时性和永久性。暂时性为螺旋形,易移位。永久性即为合金网状支架置入。

合金网状支架置入前列腺尿道内治疗 BPH 是近十年来发展起来的高新技术治疗方法。1988 年 Millrey 首先应用不锈钢网状支架治疗球部尿道狭窄效果满意,1992 年 Kithy 应用钛合金网状支架治疗 BPH 30 例,疗效明显。当具有在一定温度下,可自行膨胀恢复记忆形状的镍钛形状,记忆合金网状支架应用于临床后,使置入过程更加简单容易,也使本治疗方法在临床上大范围推广应用成为可能。那彦群等(1995)应用国产镍钛形状,记忆合金网状支架治疗高度 BPH 且不能耐受手术的患者 67 例,61 例一次成功,56 例术后立即自行排尿,5 例术后 1 周~2 周恢复自主排尿,总有效率 91.04%,并且 I-PSS 明显减少,Qman 明显增加。作者认为治疗成功的关键是准确地测量前列腺部尿道的长度,并且以 B 超测量最为适宜。网状支架治疗 BPH 适应症较广,可用于任何有下尿路梗阻着状的 BPH 患者,但下列情况应慎用或先治疗合并症后再用:a. 单纯中叶增生或以中叶增生为主;b. 前列腺尿道长度少于 2cm;c. 合并尿道狭窄或膀胱颈部痉挛;d. 泌尿系急性感染;e. 合并膀胱结石时;f. 合并膀胱肿痛;g. 尿道留置尿管者应在改为耻骨上膀胱造瘘 1~2 年后再行支架治疗;h. 糖尿病或有出血性疾病患者。

③ 输精管结扎术

Pierrepont 发现输精管结扎使鼠和狗的前列腺发生萎缩,重量减轻,前列腺 RNA 聚合酶活性明显下降($P < 0.01$)。人体研究显示了输精管结扎对 BPH 源地前列腺中心带的显著抑制作用和对前列腺增生过程的影响,从而体现了输精管结扎对 BPH 的阻遏作用,认为其机制可能是局部激素作用的阻断。

(3) 针灸疗法

① 处方一:

[取穴]膀胱俞、中极、阴陵泉、三阴交。

[操作]用毫针刺,施以泻法,持续行针 5 分钟~10 分钟,留针 30 分钟,每日 1 次,7 日为 1 疗程。如行针后小便仍不出,可再行针。针刺中极穴时应予向下斜刺,深度不得刺穿腹壁,因膀胱极度充盈时,易被毫针刺穿而引起尿液外渗,导致感染。

② 处方二:

[取穴]脾俞、气海、关元、阴陵泉、三阴交。

[操作]脾俞、气海、关元针用补法,间歇行针,留针 30 分钟,针刺气海、关元前应先摸清膀胱底部位置,了解膀胱的充胀程度,以便估计针刺的深度。对膀胱高度膨胀者,宜采用针刺向下斜刺的方法,刺激宜强,要反复提插捻转,每隔 5 分钟行针 1 次,待尿急紧迫时,起针解尿,同时用手轻轻按摩膀胱区。每日 1 次,7 次为 1 疗程。

③ 处方三:

[取穴]主穴:气海透曲骨,左归来透右归来穴;配穴:阴陵泉、三阴交。

[加减]腹胀明显加足三里;导尿管停留时间较久或尿道水肿者,加太冲。

[操作]针刺时不宜过深,以免刺入腹腔伤及膀胱。但也不宜太浅,太浅则疼痛加剧。进针后用双手快速捻针,持续1分钟,不提插,留针15分钟~20分钟,中间可捻转笔针1次。阴陵泉、三阴交则深刺用捻转提插泻法。同时可配合指压法:右手掌心对准脐部,以中指点按关元穴,左手拇指压于右手中指第一节,两手由轻渐重地平稳施加压力,着力点在关元穴。待排空后,再缓缓将手松开。每日1次,7次为1疗程。

④处方四:

[取穴]三焦俞、阴陵泉、小肠俞、水道、太冲。

[操作]艾柱灸。每日施灸1~2次,每次每穴灸3~5壮。

⑤处方五:

[取穴]关元。

[加减]肾阳不足加命门;中气下陷加足三里。

[操作]艾柱灸。每日施灸1~2次,每次每穴灸3~5壮。亦可用艾条悬灸。

⑥处方六:

[取穴]神阙。

[操作]用葱白2根,食盐20克,艾绒适量。先将食盐炒黄待冷备用。葱白洗净捣烂如泥,用手压成0.3cm厚的饼1块。艾绒捻面蚕豆大小圆锥形艾炷,备1~4壮。先将盐放入神阙穴填平,将葱饼置于盐上,再将艾炷放在葱饼上,尖朝上,点燃,使火力由小到大,缓缓燃烧,待皮肤有了灼痛感时,即换1炷。直到温入腹内时,即有尿意,则停止。小便自解之后,可再灸1~2炷,以巩固疗效,每日1次,7次为1疗程。

(4)耳穴疗法

[取穴]主穴:肾、膀胱、皮质下;配穴:输尿管、三焦、神门、尿道。

[治疗方法]

①耳穴电针法:主穴每次必用,配穴根据病情选用1~2穴,如精神紧张加神门;尿道狭窄者加三焦、尿道等。取单侧耳穴,用G6805电疗仪通电30分钟,用连续波,两侧耳穴隔日针刺,5天~7天为1疗程。

②耳穴压豆法:用王不留行子贴压治疗。取单侧穴,5~7天后换贴另侧耳穴,每天按压3~5次,每次按压1~3分钟。

[病例介绍]蒋某,女,65岁,农民。1989年10月15日因排尿困难7天而就诊。患者10年前患慢性前列腺炎,多次反复发作,经常有小便后残尿感,近来小便后滴沥不尽,7天前开始排尿困难,点滴不通3天,曾经多种方法治疗无效,持续导尿。检查:患者倦怠乏力,体温36.5℃,肾区无压痛和反跳痛,尿常规检查有少许白细胞,下腹中部隆起,拒按,苔薄白,脉沉细。肛管指诊前列腺呈结节性肿大。诊断为前列腺良性增生症、尿潴留。用耳穴电针法治疗,取穴为肾、膀胱、皮质下、神门、三焦,针刺后用G6805电疗机,通电30分钟,每日针1次,两耳隔日交替针刺1次。治疗第1次后即有尿意,能滴尿,共治疗5次,小便基本正常。(选自苏勋庄验案)

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

参见中医措施。

2. 中医措施

- (1) 勿长时间忍尿,有尿感即应排尿。
- (2) 睡眠要充足,生活要有规律。
- (3) 尤要注意勿使下腹部或腰腿受凉。
- (4) 宜常作腰部运动,以解除局部瘀血,可由耻骨联合上缘正中处向膀胱作指压。
- (5) 避免压迫阴部,勿久坐或长时间骑自行车,宜经常散步。
- (6) 性生活不要过分克制。
- (7) 低盐饮食,少吃腌制品或咸菜。
- (8) 少进食寒凉食物。
- (9) 控制肉食,多吃鱼类或含维生素多的青菜。
- (10) 避免过度饮酒、吸烟和进食刺激性饮食。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 年龄 50 岁以上男性,建议定期进行前列腺普查,一经诊明患有 BPH 者,即应积极采取适宜的防治措施,避免前列腺增生加重,引起尿潴留等并发症。

(2) 膀胱残余量增多者,还应养成多喝白开水的习惯,增加膀胱冲洗自净效应,以防细菌感染,引起泌尿系感染、肾功损害、泌尿系结石等并发症。

(3) 可将磁化水作为生活用水,对预防泌尿系感染和结石的发生有重要作用。

(4) 适当减少性活动,以减少前列腺的充血次数,一方面可以防止前列腺增生加重,另一方面也可以预防性功能障碍的发生。

2. 中医措施

(1) 调情志,避风寒,慎起居,避免受凉感冒。

(2) 节欲养精,怡养性情,戒烦恼郁怒,房事无度。如此则肾气旺盛,气血通畅,气化渐强,可使病程缩短,减轻病情,预防并发症。

(3) 饮食宜清淡而富含营养,少食鱼肉等动物蛋白,忌食肥甘厚腻及含钙质较高的食物,戒烟酒,防止前列腺增生加重和并发结石症。

(4) 对体质较弱和长期卧床者,要注意劳逸适度,动静结合。

第五章 房事病

本书所讲的房事病,是指由于房事而引起或与房事有关的疾病。

第一节 房事头痛

一、概 述

当性交达到性高潮时,因出现头痛而不得不中止性交,或性交后发生头痛,但又查不出任何器质性原因的情形,称为良性性交头痛,中医称为房事头痛。该病并非少见,但因一般就诊病人不愿提供性生活史,故容易漏诊。

本病不仅可见于性交过程,手淫也可以发生,临床表现大致分为三种类型:1型呈肌紧张型,主要表现为绞窄性头痛或钝痛;2型属血管型,主要表现为搏动性头痛;3型为轻度脑压增加型,主要表现为电击样或打击样头痛。据日本目崎高广等报道,欧美以2型多见,日本以1型多见。持续时间为数秒钟到1天~2天,疼痛剧烈时可伴有恶心感。其中仅少数病例既往有头痛史和非典型的偏头痛家族史。发病年龄在27岁~54岁。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

房事头痛是在性活动过程中或性活动后、甚至房事活动后一、二天内见有头痛,不行房事,则无头痛。诱发因素有肥胖、高血压、精神刺激、缺乏运动、性交时的过度兴奋等。以中年肥胖型男性最为多见。男女患病比例约为4:1,可能是男性较女性容易达到性高潮所致。

2. 病理

分析其病理,可能与房事活动过程中身体剧烈活动,肌肉紧张,心脏及脑部血管搏动加快,以及性器官充血等,引起大脑相对缺血缺氧有关。另外,性活动过程中产生的某些代谢产物及内分泌激素的变化,也可以引起头痛。

(二)中医的病因病机

1. 病因

头为诸阳之会,清阳之府,主藏元神,人之一身气血精气皆上荣于此。《素问·五脏生成篇》云:“诸髓者,皆属于脑。”《灵枢·口问》也说:“上气不足,可致头痛、目眩、耳鸣之症。”因此,先

天禀赋不足,房事不节,肝肾亏耗,髓海不充,就会发生头痛病证。

2. 病机

(1)阴虚阳亢 禀赋素亏,房劳太过,肝肾之阴亏耗。阴精不足,精不化髓,髓海不充,入房更耗阴精,阴虚不能制阳,加之欲火引动虚阳而化火,上扰清窍,发为头痛。

(2)肾阳虚衰 多由禀赋不足,房事不节,肾阳耗损,不能上荣脑窍,诸阳之会失充,清阳之府失温,而发头痛。《灵枢·口问》:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩。”入房过劳,致使肾中阳气耗损,故而在房事后头痛。

三、临床诊断

(一)辨病. 西医诊断

1. 症状

主要表现为性高潮时或性高潮后头痛。可分三型:

I 型呈肌紧张型:主要表现为绞窄性头痛或钝痛;

II 型属血管型,主要表现为搏动性头痛;

III 型为轻度脑压增加型,主要表现为电击样或打击样头痛。持续时间为数秒钟到 1~2 天,疼痛剧烈时可伴有恶心感。

2. 体征

肌紧张型房事头痛,可呈全身肌肉紧张,或呈现腓肠肌按压痛;血管型房事头痛,可见有头面部血管充盈度增高。

3. 实验室及其它检查

脑电图或脑电地形图可呈现轻度异常。房事头痛发作时部分患者心电图可示有轻度 T 波低平或 ST 段轻度下移。

4. 并发症

年龄大于 40 岁者可并发一过性脑缺血,或性交失语,性交半身不遂等。

5. 诊断要点

(1)诊断

性交或手淫达到性高潮时,或性活动后 1 天~2 天内发生头痛,即可诊断为本病。少数病例既往有头痛史和非典型的偏头痛家族史。

(2)鉴别诊断

①本病鉴别诊断

I 型呈肌紧张型 主要表现为绞窄性头痛或钝痛;

II 型属血管型 主要表现为搏动性头痛;

III 型为轻度脑压增加型 主要表现为电击样或打击样头痛。持续时间为数秒钟到 1~2 天,疼痛剧烈时可伴有恶心感。

②与外感头痛鉴别

因外感引起的头痛,主要表现为钝痛或搏动性头痛,往往伴有发热。有明显外感史。而房事头痛则是在性活动达到性高潮时或性高潮后头痛,一般没有外感史。部分患者也可在性活动

后外感,这种情况下是因性交头痛,抑或外感头痛,则应根据头痛有无伴有外感症状或既往房事头痛史,进行鉴别。

③其他内伤头痛

房事头痛与其他内伤头痛明显的鉴别点,就是房事头痛必须有近时(1天~2天内)性活动史。

(二)辨证. 中医诊断

1. 辨证要点

房事头痛,一般病程长,反复发作,而且与房劳有密切关系。此症以青、壮年多见。临床所见多为素体体质较差者易发此症。阴虚阳亢证以房事后头痛,五心烦热,舌红苔少,脉细数等阴虚火旺征象为辨证要点。肾阳虚衰证以房事高潮后头痛,畏寒肢冷,脉沉紧等阳虚特征为辨证要点。

2. 辨证分型

①阴虚阳亢证

[临床表现]房事后头痛目眩,心烦易怒,夜眠不宁,五心烦热,目红面赤,舌红苔少或薄黄,脉细数。

[辨证分析]阴虚阳亢,虚阳上扰清窍,房事后阴精更伤,因而每房事过后头痛发作;虚阳扰动心神,故心烦,难眠;而赤、舌红苔少或薄黄,脉细数乃阴虚火旺之征。

②肾阳虚衰证

[临床表现]房事高潮后头痛,畏寒,面色㿠白,手足不温,体倦无力,舌淡,脉沉紧。

[辨证分析]肾为一身阳气之本,督脉联属于此。肾阳衰微,督脉失温。房劳耗气,房事泄精后更元阳,故元神失养,清窍不充,发为头痛。肾阳不足,房劳更耗,不能温煦肢体,故畏寒,手足不温。舌淡、脉沉紧乃阳虚之象。

四、治疗

(一)西医西药治疗

1. 常规治疗

654—2片10mg,每日3次。或用地奥心血康100mg~200mg口服,每日3次。

2. 对症治疗

除Ⅰ型患者用心得安有效外,Ⅰ型与Ⅱ型尚无有效治疗手段,一般中断性交与安静休息可使症状消失;或可考虑试用精神安定剂及肌肉松弛剂;有人认为采用心理治疗,消除患者的焦虑情绪,也是一种有益的治疗方法。

3. 并发症治疗

并发一过性脑缺血、性交失语、性交半身不遂等,参见肾风一节有关内容。

(二)中医中药治疗

1. 辨证论治

①阴虚阳亢证

[治法]补肾养阴。

[方药]大补元煎(《景岳全书》)

人参 12 克、炒山药 15 克、熟地黄 15 克、杜仲 12 克、枸杞子 15 克、当归 12 克、山萸肉 12 克、炙甘草 9 克。

[加减]由于肝肾同源,因此,临床上常常肝肾阴虚并见,故病情好转后可以用杞菊地黄丸(市售中成药)常服,以补益肝肾之阴,巩固疗效。

[分析]方中熟地、萸肉、山药、杞子滋补肾阴;参、归气血双补;杜仲强腰壮肾。诸药合用,共奏补肾养阴之效。

②肾阳虚衰证

[治法]温补肾阳。

[方药]右归丸(《景岳全书》)

熟地黄 15 克、炒山药 15 克、山萸肉 12 克、杜仲 12 克、枸杞子 15 克、当归 12 克、菟丝子 15 克、熟附子 9 克、鹿角胶 12 克。[加减]伴有阴虚者加大熟地量,加元参、麦冬以滋补肾阴。

[分析]此方纯补无泻,是温补肾阳之重剂。肾阳得补,命火充足,诸阳之会得以温养,阴霾之气消除,头痛自解。

2. 其它疗法

(1)针灸疗法

处方一:

[取穴]主穴:风池、百会、行间、侠溪、太溪;配穴:头痛伴眩者,加肝俞、脑空;心烦易怒者,加肝俞、通里;巅顶痛者加脑空;前头痛得,加上星、合谷、解溪、昆仑。

[操作]用毫针刺,平补平泻法。

[适应证]本方适应于房事头痛阴虚阳亢证。

处方二:

[取穴]主穴:太阳、安眠 2、气海、肝俞、肾俞、合谷、足三里;配穴:头目昏重,心悸不宁者,加内关、三阴交;头昏目眩者,加后溪。

[操作]用毫针刺,补法,并灸关元、气海。

[适应证]本方适应于房事头痛肾阳虚衰证。

[病例介绍]魏某,男,34 岁,记者,1995 年 11 月初诊。主诉平素畏寒肢冷,每于房事排精后头沉胀痛、绵延数日 4 年,伴心悸,记忆力和体力明显减退。查舌淡苔白胖,脉沉细弱。诊为房事头痛肾阳虚衰证。给予针刺治疗,取穴:太阳、安眠 2、内关、肝俞、肾俞、合谷、足三里,捻转提插手法,留针 30 分钟,G6805 电针仪接肾俞、足三里,连续波,TDP 照射腰部,并服金匱肾气丸 1 丸每日 2 次,针刺 6 次后同房未再出现头痛、心悸,且体力较前增强,继续治疗 7 次后,畏寒肢冷减轻,嘱继续服用金匱肾气丸 5 盒,以巩固疗效。(选自苏勋庄验案)

(2)饮食疗法

[材料]乌骨鸡 1 只,天麻 12 克、杜仲 12 克。

[服用方法]加川椒、小茴、盐适量,同放砂锅中加水以小火炖煮 1 小时,捞出药渣,吃肉喝汤,分 2~3 次吃完。

[功效]补肾强精。

[分析]方中天麻平肝熄风止痉镇痛,杜仲补肝肾、强筋骨,乌鸡补肾填精,小茴、川椒一方面调味,另一方面温补阳气,盐既是调味品,又可携诸药入肾。本方常食,补肾强精。(苏勋庄经验)

五、预防

(一)未病先防

平素加强身体锻炼,起居有时,劳逸结合,调节情志,避免房劳。

(二)既病防变

已经发生房事头痛者,应以身体做一全面检查,尤其要注意心脏功能及脑血管方面检查。对无器质性病变者,亦应进行积极检查治疗,防止发生性交失语、性交中风等并发症。

第二节 房事腰痛

一、概 述

房事腰痛是指因于房事而发生的腰痛。如房事太过,损伤肾气;或年老肾气衰惫,复加房劳;或房后劳役;或房后感受风寒湿邪;或浴后身体未干即行合房,均可引起腰痛。临床上因于房事而发生的腰痛非常多见,只是患者一般不愿提供性生活史,或未注意到房事在其腰痛发生中的致病作用。故《杂病源流犀浊·腰脐病源流》说:“腰痛,精气虚而邪客病也,……肾虚其本也,风寒湿热痰饮,气滞血瘀闪挫其标也。”

钱镜湖《清宫秘方全书》卷二有曰:“人有两腰重如带三千文,不能俯仰,人以此为腰痛也,夫腰痛不同,此病乃因房劳行役,又感冒风湿而成之者也。既是房劳行役以伤肾,必须补肾宜矣,然而愈补肾而腰愈痛者,其故何也?盖腰脐之气未通,风湿入于肾而不得出故耳,法宜先利其腰脐之气,以祛风利湿,而后大补其肾中之水火,则腰轻而可以俯仰矣。”

本章所述房事腰痛是专为与单纯感受风寒湿邪及闪挫瘀血腰痛相区别而提出的病名。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

性交活动后,尚未得到充分休息即从事体力劳作,或性交活动后感受风寒湿气,导致腰椎受损,或腰部肌肉劳损,引起腰痛。

2. 病理

性交活动后身体疲惫,再从事体力劳作,容易引起腰椎损伤,或使腰肌劳损。而性交后受凉或浴后身体未干即性交,则可以使腰部发生肌纤维炎,从而发生腰痛。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

房事太过,或手淫过度,损伤肾气;或年老肾气衰惫,复加房劳;或房后劳役,腰肾易损;或房后感受风寒湿邪;或浴后身体未干即行合房,湿气入里,附着肌腠,均可引起腰痛。

2. 病机

(1) 肾阴亏虚 素体阴虚,或淫欲过度,或手淫频繁,耗伤肾阴;或热病伤阴,日久及肾;或年老肾阴亏虚。腰为肾之府,肾阴亏虚,不能充养腰府,发为腰痛。

(2) 肾阳虚衰 素体阳虚,或房劳伤肾,或年老肾气衰惫,复加房劳,或房后劳役,筋骨不壮,发为腰痛。

(3) 劳感风湿 房劳之后,汗出当风,感受风寒,或房后冒雨涉水,感受寒湿,湿性粘滞,寒性收引,寒湿中结腰府,命门受困,发为腰痛。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

性交过程中或性交后腰痛,轻者腰酸痛无力,重者不能俯仰转侧。

2. 体征

多可在第三腰椎横突处扪及压痛点,直腿抬高试验、4字试验多呈阴性。

3. 实验室及其它检查

X线检查可有腰椎增生或腰椎间盘突出。B超检查双肾多无异常。尿液分析一般无异常。

4. 并发症

可并发腰椎间盘突出、腰肌劳损等。

5. 诊断要点

(1) 诊断

房事腰痛的诊断要点,在于其腰痛皆因于房事过度或房事后劳役或感寒受凉等引起。

(2) 鉴别诊断

① 与风寒湿腰痛鉴别

单纯外感风寒湿邪引起的腰痛,一般多是久居寒湿之地,或汗出受风,感寒受凉,引起肌纤维炎、风湿或类风湿而致。而房事腰痛则是因于房事之后身体疲惫,复加劳役,或房事之后感受风寒湿邪或浴后身体未干即合房所致。

② 与闪挫瘀血腰痛鉴别

由于活动或劳作时不慎,跌打扭挫,伤及腰骨所致。

(二)辨证、中医诊断

1. 辨证要点

房事过程中或房事后各种原因引起的腰痛即为房事腰痛。临床可分为三种证型：肾阴亏虚证、肾阳衰弱证、劳感风湿证。肾阴亏虚证以腰部酸痛无力，房事加重，心烦失眠，手足心热，舌红少津，脉细数为辨证要点；肾阳虚衰证以腰部酸困冷痛，喜按喜揉，房后加重，手足不温，可伴阳痿，舌淡脉沉细为辨证要点；劳感风湿证以腰痛如捆，遇风寒或阴雨天气加重为辨证要点。

2. 辨证分型

(1) 肾阴亏虚证

[临床表现]腰部酸痛无力，房事劳作加重，且伴有心烦失眠，手足心热，舌红少津，脉细数。

[辨证分析]腰为肾之府，肾阴亏虚，不能充养腰府，故腰部酸痛无力；房事精泄，肾阴更虚，劳则耗气，气虚不能敛阴，则腰痛加重。肾阴亏虚，水不上济，心火独亢，心神不安，故心烦失眠；手足心热，舌红少津，脉细数，均为肾阴亏虚之象。

(2) 肾阳虚衰证

[临床表现]腰部酸困冷痛，喜温喜按，腰腿无力，遇劳和房后加重，卧则减轻，常反复发作。少腹拘急，面色㿠白，手足不温，倦怠少气，或见滑精、阳痿，舌淡，脉沉细。

[辨证分析]腰为肾之府，肾阳乃一身元阳之根本，主温煦四肢百骸，肾阳虚衰，不能温养腰府，故腰部酸困冷痛，腰腿无力；不能温煦四肢百骸，则手足不温，少腹拘急；寒得温则减，得按则散，故喜温喜按；劳则耗气，气虚及阳，房后肾阳更虚，寒气偏胜，故遇劳和房后加重；卧则气聚，阳气得充，故卧则减轻。面色㿠白，倦怠少气，滑精、阳痿，舌淡，脉沉细均为肾阳不足之征。

(3) 劳感风湿证

[临床表现]腰痛如捆，不能俯仰，遇风寒或阴雨天气加重，脉沉而大或坚浮而紧。

[辨证分析]房劳之后，肾气亏虚，汗出当风，易感风寒，汗气不解，与寒结聚，则为风湿，易乘虚中于腰身，故发为腰痛，湿性重着，故其痛如捆，寒湿阻滞经脉，经气不利，故不能俯仰；遇风寒或阴雨天气，风寒之邪愈重，外邪引动内邪，内外交加，故腰痛加重。脉沉而大或坚浮而紧，乃肾气亏虚，风寒侵袭之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

可常规应用非甾体消炎镇痛剂，适当给以钙剂及维生素E等口服。

2. 对症治疗

对有腰椎病变者要对症处理。

3. 并发症治疗

并发腰肌劳损者以休息为主，适当给以非甾体消炎镇痛剂。腰椎间盘突出者应予牵引等治疗。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

① 肾阴亏虚证

[治法] 补肾滋阴。

[方药] 左归丸(《景岳全书》)加减

生地、山药、山萸肉、菟丝子、枸杞子、牛膝、鹿角胶、龟板胶。

[分析] 方中鹿角胶、龟板胶乃血肉有情之品, 滋阴填精益气养血; 生地、山药、山萸肉、枸杞子、菟丝子滋补肝肾; 牛膝补肝肾, 强筋骨, 逐瘀通经。诸药合用, 补肾滋阴, 强筋壮骨。

② 肾阳虚衰证

[治法] 温补肾阳。

[方药] 右归丸(《景岳全书》)

熟地、山药、山萸肉、枸杞子、杜仲、菟丝子、附子、肉桂、当归、鹿角胶。

[分析] 方用鹿角胶温养精血, 附子、肉桂大热之剂, 温补肾阳; 当归温补气血, 杜仲补肾阳, 强筋骨, 山萸肉、枸杞子微温, 入肝肾二经, 功能滋补肝肾; 熟地补肾阴, 以制附子大热燥烈之毒, 山药健益肾。诸药合用, 共奏温补肾阳, 强腰壮骨之功。

③ 劳感风湿证

[治法] 选宜祛风利湿, 而后大补其肾中水火。

[方药] 先用轻腰汤(《清宫秘方全书》)

白术 30 克、苡仁 30 克、茯苓 15 克、防己 15 克。水煎服, 连服 2 剂。服轻后, 改用三圣汤(《清宫秘方全书》)

杜仲 30 克、白术 15 克、山茱萸 12 克。水煎服。

[分析] 房劳复感风湿所得腰痛, 治疗应分清标本先后, 先去风湿之邪, 则腰痛自解, 后补肾中水火, 而诸症痊愈。

先用轻腰汤, 以白术、防己祛风燥湿, 苡仁、茯苓健脾行湿。待湿去腰痛缓解后, 再用杜仲、白术、山茱萸三圣, 壮腰补肾, 去除余湿。

2. 验方治疗

(1) 华佗治腰痛神方(《华佗神医秘传》)

[组成] 桑寄生、独活、桂心各 12 克, 黑狗脊、杜仲各 15 克, 炮附子、芍药、石斛、牛膝、白术、人参各 9 克, 炙甘草 6 克, 川芎 3 克。

[用法] 用水 1000 毫升, 煮取 300 毫升, 分 3 次服下。

[功用] 温阳补肾, 强筋壮骨。主治肾阳虚腰痛。

(2) 华佗治肾虚腰痛神方(《华佗神医秘传》)

[组成] 丹皮(去心)6 克, 萆薢、白术各 9 克。

[用法] 共研末为散, 以温酒服 1 匙。亦可水煎服, 每日 1 剂。

[功用] 散风燥湿, 除痹止痛。本方主治肾虚劳感风湿腰痛。

3. 单味药治疗

(1) 杜仲

[药物] 杜仲 9 克。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]补肝肾,强筋骨。主治各种腰痛,尤其适用于肾虚腰痛,筋骨无力。

(2) 雷公藤

[药物]粉背雷公藤。

[服用方法]成人每天用茎枝干品25克~45克,以文火水煎3小时~4小时,早晚饭后分服。

[药理研究]研究证实,雷公藤主要成分为雷公藤多甙,具有很强的抗风湿作用和提高机体免疫力功效。

(3)人参也是治疗本病的有效药物。人参大补气血,其内含丰富的人参皂甙,具有很强的提高机体免疫力的作用。

4. 其他疗法

(1) 针灸疗法

[取穴]主穴:曲池、足三里、三阴交;配穴:腕关节痛甚者,加阳溪、合谷;膝关节痛甚者,加内外膝眼、梁丘、膝内;踝关节痛甚者,加申脉、照海;足趾关节痛甚者,加太冲、厉兑;伴有心慌胸闷者加内关、膻中。

[操作]主穴每次必用,配穴根据病情选用3~5穴。强刺激手法,用G6805电针治疗仪连接同侧曲池、足三里,断续波通电30分钟,加TDP(神灯)照射关节疼痛部位。

[疗程]每日1次,7次为1疗程。痛重关节不能屈伸者,每日加刺1~2次。

(2) 耳穴疗法

[取穴]主穴:肾、肝、神门、内生殖器;配穴:交感、皮质下、肾上腺。

[操作]

①耳穴毫针法 主穴每次必用,配穴根据病情选1~2穴。取单侧耳穴,两侧耳穴隔日交替针刺,刮针捻转手法,留针30分钟~60分钟,10分钟~15分钟行针1次,每日针1次,7~10次为1疗程,疗程间隔2~3天。

②耳穴压豆法 取单侧耳穴,用王不留子贴压,每天按压3~5次,每次按压2分钟~3分钟。5天~7天后换贴另侧耳穴,两耳交替使用,7次为1疗程。

(3) 饮食疗法

① 吴茱萸粥(《中医男科临床治疗学》)

[材料]吴茱萸2克,南粳米50克,生姜2片,红糖适量。

[制作]将吴茱萸研末,与其它材料同人砂锅内,加清水400毫升,用文火煮至沸腾,数滚之后,待米花粥稠停火,盖紧盖焖5分钟,即可。

[用法]每日2次,温热服食。本方适用于寒疝之寒湿凝聚证。

[分析]吴茱萸辛苦而热,入肝脾肾三经,温经散寒,善开气郁;粳米和胃,红糖活瘀,故服之可治寒疝。注意吴茱萸含挥发油,煮煎时见米花粥稠即不宜再煮。

② 肉桂粥(《中医男科临床治疗学》)

[材料]肉桂1克~2克,粳米100克,红糖适量。

[制作]先将粳米、红糖入砂锅内,加水煮为稀粥,然后取肉桂粉调入粥中,改用文火,再煮沸,待粥煮稠粘停火即可。

[用法]早晚空腹温热服食。适用于寒疝之虚寒内生证。

[分析]肉桂为大辛大热之品,入肝肾二经,善补火助阳,散寒止痛,温通经脉;粳米和中,红糖活瘀,故可治寒疝。但应注意,肉桂内含桂皮油,易挥发,不宜久煮。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

- (1)身体虚弱,久病初愈,或过度疲劳之后不宜同房。
- (2)忌酒后性交。
- (3)戒烟酒,少食辛辣油腻刺激之品。
- (4)房事之后,适当休息,注意汗出吹风,预防感冒。

2. 中医措施

- (1)调畅情志,忌郁怒。
- (2)节房事、保精气,不可淫欲过度。
- (3)忌房事汗出当风,或贪凉饮冷,尤忌酒后行房。
- (4)戒烟酒辛辣刺激之品。

(二)既病防变

1. 西医措施

- (1)避免重体力劳动,注意休息。
- (2)注意保暖,勿再感受风寒。
- (3)节制房事,加强体质锻炼。
- (4)宜食富含蛋白质、维生素而易消化吸收的食物。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,节淫欲。
- (2)清淡饮食,忌食辛辣刺激之品,并戒烟酒。
- (3)提早治疗,以防病情加重。
- (4)避风寒,慎起居。

第三节 房事茎痛

一、概 述

房事茎痛,即性交过程中或射精后,阴茎或尿道疼痛的一种病症。出现在射精过程中或射精后的房事茎痛,又称为射精痛,射精痛有时也可以发生在阴囊上方和下腹任何部位。房事茎痛多因情志不遂,肝气郁结,或感受风寒,茎络失和或房事过度,茎络损伤,或湿热毒邪直接感染阴茎所致。

房事茎痛一证,中医多列入阴痛、阴茎痛的范畴。早在《内经》中就有阴茎疼痛的记载。如《灵枢·经筋篇》谓“阴器扭痛”即阴茎扭伤痛。晋代葛洪《肘后备急方》提出:“阴茎卒痛不可忍”,用“雄黄、煨石各二两,甘草一尺,水五升,取二升渍”予以治疗。这是治疗阴茎疼痛最早的外治法。

对于房事茎痛发生的病因病机,各家论述不一。隋代巢元方首先提出风邪乘虚入肾是主要病因,他在《诸病源候论·虚劳阴痛候》中说:“肾气虚损,为风邪所侵,邪气流入肾经与阴气相击,真邪相争故令阴痛。但冷者唯痛,热者挟肿。其汤熨针石,别有正方,补养导。”唐代王焘在《外台秘要》卷二十六中详细记载了阴痛的治法:“小蒜一斤,韭根一斤,杨柳根一斤,右三味合烧,以酒灌之及热气熏之,即愈。”显然是从虚寒立法。金代张从正《儒门事亲》说:“茎中痛者,先以清剂夺之,后以淡剂甘剂分之。”则是从湿热立论。明代张三锡《医学准绳六要·前阴诸病》认为茎中痛是“足厥阴经气滞”。清代唐容川《血证论》提出:“前阴属肝,肝火怒动,茎中不利,甚则割痛。”均明确指出了情志不遂,肝气郁结,肝郁气滞,是茎中痛的病因病机。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

阴茎包皮炎、尿道炎、精囊炎、前列腺炎、阴茎纤维性海绵体炎、输精管道炎症等泌尿生殖系统病变,房事过程中都可以引起阴茎痛或射精痛。

2. 病理

性交是阴茎充血勃起并在女性阴道内刺激,达到性兴奋的过程。性兴奋的结果是性欲高潮诱发射精。现代医学认为,射精过程是在腰骶部脊髓内射精中枢支配下,使输精管、射精管、精囊、前列腺等器官的平滑肌收缩,将精液排入后尿道,再由后尿道周围的肌肉发生阵发性节律性的收缩,把精液排出体外。凡是在阴茎勃起、性交活动以及射精过程中有关组织和部位发生异常(如炎症、阴茎硬结症等),都可以发生房事茎痛。

(二) 中医的病因病机

房事茎痛的病因比较复杂,综合起来可以分为以下3个方面:

(1)肝郁不舒、气滞血瘀 阴茎者宗筋之所会,肝主筋,足厥阴肝经环绕阴器。若情志不遂,肝气郁结,木郁不达,气滞血瘀,则厥阴经输不利;若此时入房,宗筋用事,因肝脉郁滞而茎络受阻,不通则痛,即发生房事茎痛。

(2)风寒侵袭、茎络失利 先天禀赋体弱,若天气寒冷,入房感寒,客于肝肾经脉;或入房前以凉水洗浴阴部,或房事后饮冷贪凉,以致风寒之邪侵入阴部脉络,寒凝气滞,茎络失和,故发生茎痛。正如《素问·举痛论》所云:“脉寒则蜷缩,蜷缩则脉绌急,则外引小络,故卒然而痛。”

(3)恣情纵欲、宗筋损伤 房事不节,房劳过度,或频犯手淫,妄施遗泄,导致精室空虚,茎脉损伤,亦可引起房事茎痛。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

性交过程中或射精后, 阴茎或尿道疼痛, 射精时伴疼痛者为射精痛。

2. 体征

阴茎硬结症者在阴茎背侧有一硬结或索状斑块, 质地硬如软骨, 阴茎勃起时弯曲、疼痛, 影响性交。前列腺或精囊炎者一般易致射精痛, 肛门指检前列腺、精囊有触压痛, 有前列腺结石者, 尚可扪及疼痛性硬性结节。包皮过长、龟头炎、冠状沟炎者可直观地观察到阴茎包皮长或包茎、龟头和冠沟部位发炎发红, 局部粘膜轻度水肿; 尿道炎者伴有尿急、尿频、尿痛; 阴茎海绵体炎者, 阴茎捏提疼痛。

3. 实验室及其它检查

尿道炎者尿液检查可见白细胞, 尿液培养细菌可为阳性。前列腺、精囊炎者精液检查有白细胞, 急性期尚可见到脓细胞, 精囊炎者则有肉眼血精或镜下红细胞。阴茎硬结者, 阴茎海绵体造影可见阴茎海绵体充盈缺损。

4. 并发症

可因性交阴茎疼痛, 导致心理障碍, 诱发阳痿等证。

5. 诊断要点

(1) 诊断

本病的主要症状为性交过程中或射精后阴茎或尿道疼痛。

西医对于本病未作专题研究, 而只是作为各种泌尿生殖系统疾病在性交过程中表现出来的一种症状。故对于本病单从阴茎疼痛这一症状, 尚难以作出明确诊断。临床中应查明引起性交阴茎疼痛这一症状的具体的病因或疾病, 来进一步诊断和治疗。

(2) 鉴别诊断

① 与淋证茎痛相鉴别

淋证茎痛, 一般伴有尿急、尿频、尿痛, 可伴发热或低热; 而房事茎痛的发生, 是起自有性交活动或射精这一特定条件, 故与其他病因引起的阴茎痛容易鉴别。

② 与阴茎硬结症鉴别

阴茎硬结症也是引起性交茎痛的一种常见原因, 但其阴茎背侧有一硬结或索状斑块, 质地硬如软骨, 致阴茎勃起时弯曲、疼痛, 影响性交, 而在非勃起状态, 一般无疼痛。阴茎硬结严重者可引起阳痿, 性交茎痛患者也可因心理紧张, 日久造成阳痿, 但两者容易鉴别。

③ 与尿道结石茎中痛鉴别

患尿道结石由于结石的刺激或损伤, 也可引起茎中痛, 但本症茎中痛多呈一段时间内的持续性疼痛, 而非单在性交中或性交后疼痛, 相反由于结石的刺激, 尿道结石患者多不易勃起而影响性交。

(二) 辨证. 中医诊断

1. 辨证要点

凡因房事引起阴茎或尿道疼痛的病证,即可以确诊为房事茎痛。临床以入房阴茎胀痛为特点,并见肝郁气滞症状,病位在肝,属肝郁实证,多见于情志不遂、肝郁不舒之人。入房阴茎冷痛,并见风寒束表症状,病位在肝与肌表,属虚寒证,多见于体虚且房事前感受风寒之人。入房茎痛,牵涉小腹隐痛,兼见肾虚症状,属肾虚茎痛,多为平素恣情纵欲,房劳损伤之人。

2. 辨证分型

(1) 肝郁不舒,气滞血瘀证

[临床表现]入房则阴茎胀痛,情志抑郁,胁肋胀痛,善太息,或烦躁易怒,舌淡苔白或舌有瘀点,脉弦。

[辨证分析]情志不舒,肝气郁结,气滞肝脉,瘀阻阴器,则入房茎痛;肝经循两胁,主情志,肝气郁结则情志抑郁,胁肋胀痛,善太息,或烦躁易怒。舌淡苔白或舌有瘀点,脉弦乃肝气郁结,气滞血瘀之征。

(2) 寒凝肝脉,茎络失利证

[临床表现]入房阴茎疼痛,阴部发凉,小腹拘急,寒颤,或伴阴茎内缩,甚则全身发凉,口和不渴,喜暖喜按,得温痛缓,苔白润,脉弦紧。

[辨证分析]肝经环绕阴器,入房当风受寒,寒客肝脉,则茎络失利,不通则痛,故入房阴茎疼痛;肝主筋脉,肝经寒凝,则小腹拘急、寒颤,伴宗筋内缩,阴部发凉,甚则全身发凉。寒邪得温则缓,故喜暖喜按,得温痛缓;寒为阴邪,与津液同属,寒凝肝脉,则口和不渴;苔白润,脉弦紧乃寒凝肝脉之象。

(3) 房劳损伤,宗筋失和证

[临床表现]入房阴茎隐痛,乍轻乍重,或伴会阴部胀痛,头晕耳鸣,腰膝酸软,倦怠乏力,甚或遗精、早泄、阳痿,舌淡苔薄白,脉沉细无力。

[辨证分析]房劳损伤,肾精耗损,宗脉失润,入房阴茎隐痛,乍轻乍重,或伴会阴部胀痛;腰为肾之府,肾虚腰府失养,则腰膝酸软;肾主骨生髓,脑髓相通,肾虚不能充养精髓,则头晕耳鸣,肢体倦怠无力;遗精、早泄、阳痿,舌淡苔薄白,脉沉细无力均为肾精虚损之证。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

由于西医对本病的认识,仅限于多种泌尿生殖系统疾病在性交过程中或性交后的一种临床表现。因此,其治疗往往需要明确原发病,针对原发病进行治疗。对确有感染性疾病的,有效的抗生素的应用,可以取得较好的疗效。

2. 对症治疗

适当的止痛剂或肌肉松弛剂,可以用于疼痛较重且持续不缓解者。

3. 并发症治疗

参见阳痿一章有关内容。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肝郁不舒, 气滞血瘀证

[治法] 疏肝解郁, 理气化瘀止痛。

[方药] 柴胡疏肝散(《景岳全书》)或加味道遥散(《内科摘要》)加减

柴胡、枳壳、香附、川芎、甘草、芍药、蜈蚣、橘核、川楝子。

[分析] 方中柴胡、香附、川楝子疏肝理气, 缓急止痛; 芍药、甘草酸甘敛阴, 柔肝止痛; 川芎性能走窜, 活血止痛, 蜈蚣虫类药, 善入经走络, 破瘀止痛; 橘核走络, 化痰散结止痛。诸药合用共达疏肝解郁, 理气化瘀止痛之效。

(2) 寒凝肝脉, 茎络失利证

[治法] 温经散寒, 缓急止痛。

[方药] 当归四逆加吴茱萸生姜汤(《伤寒论》)

当归、吴茱萸、桂枝、木通、细辛、甘草、生姜、川椒、乌梅、附片。

或用柴胡桂枝汤(《伤寒论》)加减

柴胡、桂枝、芍药、甘草、附子、小茴香、蜈蚣。

[分析] 方中当归、吴茱萸温肾益血填精; 桂枝温经通络, 附子燥热之品, 大补阳气, 合生姜一方面助附子温阳之能, 另一方面制附子燥烈之毒; 川椒、细辛辛温走窜, 温经散寒; 乌梅酸涩, 合甘草酸甘敛阴, 柔急解痉; 木通贯通茎络。诸药合用, 具有温经散寒, 缓急止痛的作用。

(3) 房劳损伤, 宗筋失和证

[治法] 补益肝肾、温润宗筋。

[方药] 右归丸(《景岳全书》)加减

熟地、菟丝子、枸杞子、山药、山萸肉、鹿角胶、龟板胶、牛膝。

[加减法] 偏阴虚者, 加知母、黄柏; 偏阳虚者, 加附子、肉桂。

[分析] 方中鹿角胶、龟板胶乃血肉有情之品, 功能滋阴补阳, 益精血; 熟地、山药健脾补肾填精; 山萸肉、杜仲、当归、菟丝子、肉桂温肾助阳, 温润宗筋; 枸杞滋补肝肾之精, 牛膝补肝肾, 引药下行。诸药合用, 得以补益肝肾、温润宗筋。

2. 单方治疗

龟板研粉 2.4 克, 鳖甲研粉 2.4 克, 朱砂 1.5 克, 共为细末, 米酒服之, 立见奇效。

3. 其它疗法

(1) 针灸疗法

[取穴] 关元、气海、归来、三阴交、肾俞、承山。

[操作] 各穴以毫针补之或平补平泻, 留针 20 分钟, 关元、气海、肾俞、归来宜针后加灸。

(2) 推拿疗法

指压揉按关元、气海、会阴、肾俞, 每穴揉按以产生酸痛或有热感为度。

(3) 温浴疗法

每晚睡前或性交前用温开水坐浴, 使会阴部肌肉放松。

(4) 外敷

可佩戴神功元气袋以温养肝肾, 避免风寒侵袭厥阴肝脉。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

- (1) 性交时要保持心情轻松舒畅,忌生气恼怒;
- (2) 平素要节制房事,戒除手淫恶习,性交时动作不可猛烈,以防损伤阴茎,导致性交疼痛;
- (3) 性交时尤其射精后要注意休息,避免当风乘凉,感受风寒,引起小腹及阴茎疼痛。

2. 中医措施

- (1) 调情志,忌郁怒伤筋。
- (2) 节制淫欲,不可骄纵驰骋,恣意取乐,损伤茎络,引起房事茎痛。
- (3) 忌食辛辣油腻刺激之品,忌酒后房事。
- (4) 不可久服金石燥烈之药,以防伤阴耗液,相火亢盛,阴茎怒挺,久战不泄,瘀而作痛。

(二) 既病防变

1. 西医措施

- (1) 对患有此病的患者,夫妻要互相体贴,动作轻柔,以减轻性交疼痛,对因性交动作猛烈而致性交茎痛,动作轻缓则可以避免疼痛。
- (2) 应积极查找病因,对症治疗,并向患者夫妻解释病因,缓解其紧张情绪,房事时,轻柔和缓,舒畅情怀,以防性交茎痛,避免因心理紧张发生阳痿。
- (3) 多饮水,劳逸结合。

2. 中医措施

同未病先防中医措施。

第四节 肾风

肾风,病名见于《华佗神医秘传》。临床上,肾风可以包括房劳癯厥、性交失语、房中偏枯、历节疼痛等证。房劳癯厥,包括癯证和厥证。前者即风癯,前已论述;后者即色厥。性交失语和手足不遂者,是为色风。

色厥(性交昏厥)

一、概说

色厥,属厥证范畴,是指房事活动中或房事后,突然出现面色苍白、冷汗淋漓、头晕目眩、意识朦胧、四肢厥逆,甚或完全丧失意识者,又称性交晕厥,或房事晕厥。关于厥证,早在《内经》中

已有很多论述,但对房事晕厥,似未提及。明代张介宾命此为“色厥”,并详细分析了此证的临床表现、病因病机和治疗手段。他在《景岳全书·厥逆》中说:“色厥之征有二:一曰暴脱,一曰动血也。凡色厥之暴脱者,必以其人本虚,偶因奇遇而悉力为勉者有之,或因相幕日久而纵竭性欲者亦有之。故于事后,则气随精去而暴脱不返。宜急掐人中,仍令阴人搂定,用口相对,务使暖气虚通以接其气,勿令放脱以保其神。随速用独参汤灌之,或速灸气海数十壮,以复阴气,庶可挽回。如以临时慌张,焉知料理?故无致不救。然此以即病者言,所见诚不多也。其有不即病而病此者,则甚多也,又何以言之?以其精去于频而气脱于渐,故每于房欲二、三日之后方见此证。第因其病不在即,故不以此为病,兼之人多讳此,而不知中年之后,多有因此而病者,是皆所谓色厥也。奈时师不能察,而无以中风毙之耳,凡治此者,单宜增补命门……色厥之动血者,以其血气并走于上,亦血厥之属也。但与大怒血逆者不同,而治法亦有所异。盖此因欲火上炎,故血随气上,必其情欲动极,而欲不能遂者有之,……。其证则忽而暴吐,或鼻衄不能禁止,或厥逆,或汗出,或气喘,或咳嗽,此皆以阴火上冲而然。凡治此者,必先制火以抑其势。其自阴竭于下,火不归根,别无烦热脉证,而血厥不止重危者,非镇肝煎(熟地、牛膝、泽泻、炙甘草、桂附)必不能救,待其势定,然后因证酌治之。”指出了色厥有即发和后发之不同。

关于本证的病因病机,《灵枢·本神》说:“肾气虚则厥”,说明房劳导致的肾气不足也可以引起厥证,华佗“自劳而得之”之论,实际是承《内经》之义。孙思邈在《千金要方》中详细记载了性交过程中发生晕厥的表现,对其病因病机探讨不多。明代王肯堂在《证治准绳》中说:“得热厥之由则为人必数醉,若饱以入房,气聚于脾中,肾气有衰,阳气独胜。”提出了热厥与房事损精,阴虚阳亢有关。孙志宏《简明医彙·卷四》说:“此由所丧过度,肾水亏损,相火独炽,不能摄精,易于轻泄,或吐泻大病后,或伤寒证新瘥交接狂纵,忽致脱厥。其证四肢厥冷,小腹急痛,外肾吊缩,短气不续,冷汗神昏。”李挺《医学入门·脏厥》云:“热厥因醉饱入房,温热郁于脾,不能渗荣四肢,手足心热,潮汗,满渴,昏不识人。寒厥,多欲夺精,元阳大有所损,不能渗荣经络,阴气独在,手足皆寒。”认为色厥有寒热之不同。《傅青主男科·厥证门》谓:“此证盖因平日不恢女色,精亏以致气衰”之故。

对本证的应急抢救措施,医家多依华佗治脱精法,强调“不可离炉,仍然搂定”,令女“以口哺送热气”。张景岳之法即是依此。唐椿在《原病集》中也指出:“男女交接过度,真气大脱,昏厥不醒,俱无放开,须两阴交合,待气自苏。若就开合,必死难救,至慎至慎。”李中梓强调:“其女须抱定,勿使阴茎出户,急呵热气于口中,以指捻住尾闾即救矣。若女人惊而脱去者,十有九死,亟以童女接气,灌以大剂独参汤,亦有活者。”以口哺气是人工呼吸之法,但“勿使阴茎出户”以及“亟以童女接气”有无科学道理,有待研究。

其后的治疗,张介宾主张“单宜培补命门”(《景岳全书·厥逆》),但本证亦有寒热之分,“寒厥,多欲夺精,元阳大有所损”者(李挺《医学入门》)固宜培补命门,但“得热厥之由,则为人必数醉,若饱以入房,气聚脾中,肾气有衰,阳气独胜”(王肯堂《证治准绳》),培补命门则无异火上浇油。故应分证治之,寒厥可选用独参汤频频灌之,急救固脱,或选用参附汤加山萸肉,以回阳救逆,厥回神清之后,可用生脉散加减作善后处理;热厥则宜滋阴清热,可选用知柏地黄汤加龙骨牡蛎治疗。

二、病因病理

1. 西医的病因病理

现代医学认为,本病的发生主要与精神情绪有关,常表现为两个方面:其一,在性交时思想高度紧张、恐惧、焦虑、内疚引起的一种精神身体性反应;其二,是在性交时由于高度兴奋力情志改变,反射性地引起血管弛缩变化、颅内压变化和严重的肌肉紧张强直的结果。此外,有极少数患者是在其他病症的基础上引起的,如颈动脉窦综合征、严重的心律紊乱、心脏骤然停搏等,在性交时造成急性心源性缺血综合征。也有见于无先兆的癫痫小发作、轻型脑震荡、癔病的基础上。

2. 中医的病因病机

色厥的病因病机可以概括为精亏气衰、气随精脱,欲火上炎、血随气上,隐曲不遂、气机郁闭,心脾两虚、气血不足而致。

(1)精亏气衰、气随精脱 素体虚弱,或久病初愈,正气未复,若恣情纵欲,或房事时间过长,导致肾精大泄,精不恋气,阴阳失接,元气大伤,气随精脱,气脱则神散,神散则昏不识人,即可在泄精之后,出现以气虚为主证的昏厥。多见于房事日旷,突然精液暴泄而厥。

(2)欲火上炎、血随气上 素体阴虚,虚热内扰,或酒色过度,肝肾阴亏,水不涵木,若恣情纵欲,阴津亏耗,相火妄动,血随火逆,上冲清窍,即可在交媾精泄之际或房事之后,发生以阴虚火旺为主证的昏厥。

(3)隐曲不遂、气机郁闭 情志不畅,肝气郁结,或感情不洽,欲不遂愿,致使气机郁闭,发生昏厥。

(4)心脾两虚、气血不足 素体虚弱,或久病失调,或劳倦思虑过度,损伤心脾,导致心脾两虚,气血不足。性交之时,气血聚结于下,不能充养清窍,发生昏厥。

三、临床诊断

(一)辨病. 西医诊断

1. 症状

男女性交之际或房事之后,突然出现头晕目眩、昏不识人,甚至完全丧失意识,常常伴有面色苍白、冷汗淋漓、四肢厥逆等临床表现。

2. 体征

无明显病理性体征。

3. 实验室及其它检查

多无器质性改变或其他异常。

4. 并发症

往往并发一过性脑缺血的症状。

5. 诊断要点

(1)诊断

性交之时或房事之后,突然昏厥。

(2) 鉴别诊断

临床上昏厥的现象较多,但色厥主要应与痫证、昏迷、中风、眩晕、痛厥等相鉴别。

① 与痫证鉴别

均属突然昏仆,但痫证在病作之时,喉中发出异常叫声,且反复发作,而色厥则一定是在房事过程中或房事后发生,即主要由房事引起。

② 与昏迷鉴别

昏迷病人发作之前,多有较重病情,昏迷之后,病情加重,且时间较长,短时间内不易苏醒。发病与房事无关。

③ 与中风鉴别

两证均可出现卒然昏仆,但中风之后常伴有口眼喎斜、肢体偏瘫等后遗症。而色厥苏醒之后即可如常,多无迁延之患。

④ 与眩晕鉴别

房事之时或房事后,有些人亦可出现头晕目眩,但一般不会发生昏不识人等现象。

⑤ 与痛厥鉴别

两证均可有突然昏倒,不省人事,四肢厥冷、冷汗淋漓等现象,但痛厥是由剧痛不忍引起,而色厥则是由房事引发。

(二) 辨证、中医诊断

1. 辨证要点

房事之时或房事之后,突然昏厥即可诊为色厥(性交昏厥)。其辨证要点为:精泄之后,突然昏仆,面色苍白,四肢厥冷,冷汗淋漓,舌质淡苔薄白,脉象沉弱,或脉大虚散为精亏气衰、气随精脱证;泄精后,突然昏仆,不省人事,面色潮红,两目闭合,手足抽搐,舌红少苔,脉弦细为阴虚阳亢、气血逆乱证;房事之时,突然昏不知人,肢体震颤强直,胸膈喘满,厥逆唇青,脉沉弦或结代为肝气郁结、气机郁闭证;每逢性交时多气喘汗出,排精后发生突然晕厥,不省人事,清醒后头晕、心悸,疲倦无力,面色少华,纳少便溏,舌质淡,苔薄白,脉沉细为心脾两虚、气血不足证。

2. 辨证分型

(1) 精亏气衰、气随精脱证

[临床表现]精泄之后,突然昏仆,面色苍白,四肢厥冷,冷汗淋漓,声低息微,舌质淡苔薄白,脉象沉弱,或脉大虚散。

[辨证分析]人之元阴元阳俱藏于肾,若阴精大泄,元阳无依,必随精脱,故精泄之后突然昏仆;阳气衰微,失其温养卫外之力,则冷汗淋漓,面色苍白,四肢厥冷;肾阳虚衰,不能纳气,而致肺气不利,声低气微。舌质淡苔薄白,脉象沉弱,或脉大虚散,乃气随精脱之危象。

(2) 阴虚阳亢、气血逆乱证

[临床表现]泄精后,突然昏仆,不省人事,面色潮红,两目闭合,甚则衄血,手足抽搐,舌红少苔,脉弦细。

[辨证分析]素体阴虚,泄精之后,阴精更虚,不能制阳,阳气亢盛,逆乱气血,阻蔽清窍,故见泄精后,突然昏仆,不省人事;虚火上炎,则面色潮红;阴虚则肝之相火妄动,肝主筋,开窍于目,故见两目闭合,手足抽搐。虚火上炎,气血上逆,则发鼻衄。舌红少苔脉弦细乃阴虚火旺之

征。

(3)肝气郁结、气机郁闭证

[临床表现]房事之时,突然昏不知人,肢体震颤强直,胸膈喘满,厥逆唇青,脉沉弦或结代。

[辨证分析]情志怫郁,强行房事,肝气郁结,气机郁闭,则清窍昏蒙,故房事之时,突发昏不知人;肝郁气结,肝木失其条达,则肢体震颤强直,胸膈喘满;肝气郁结,血行不畅,则厥逆唇青,脉结代;气机郁闭则脉见沉弦。

(4)心脾两虚、气血不足证

[临床表现]每逢性交时多气喘汗出,排精后常发生突然晕厥,不省人事,颈项强硬,须臾自行缓解,清醒后头晕、心悸,疲倦无力,面色少华,纳少便溏,精神不振,舌质淡,苔薄白,脉沉细。

[辨证分析]心主血,脾生血,心脾两虚,心血不足,心失所养,则头晕心悸,肌肤失荣,则面色少华;性交之时,精气两耗,故每逢性交,气喘汗出;奋力行房,气血汇聚前阴,心血更虚,排精之后,气随精脱,则突然发晕厥,不省人事;脾虚失其运化机能,则纳少便溏;舌质淡,苔薄白,脉沉细,乃气血不足之象。

四、治疗

(一)西医西药治疗

1. 常规治疗

现代医学认为,性交昏厥是一种突发的、可逆的一过性的意识丧失,大多数是由于性交时过分激动、兴奋而引起脑缺血、缺氧所导致。按照病因和发生机理,昏厥可分为脑血流灌注压降低、血液化学成分改变和神经精神因素三大类。但也不排除患者素有严重的器质性病变,因房事而诱发,致昏厥时间较条,甚至厥而不复面导致死亡的可能。治疗应遵循以下原则:寻找病因进行病因治疗。

2. 对症治疗

(1)发作时立即使病人采取头低脚高的仰卧位,同时松解衣领,保持呼吸道通畅,冬季要注意保温。

(2)有呼吸困难或呼吸微弱时,应给予吸氧或呼吸兴奋剂的应用。呼吸停止时进行人工呼吸。

(3)有血压降低的情况应酌情使用降压药,心动过缓时可使用阿托品。

3. 并发症治疗

对并发症的治疗可对症处理。或酌情使用脑代谢促进剂如细胞色素 C、脑活素以及苏醒剂,如氯酯醒、醒脑静等。

(二)中医中药治疗

本证为男科急证,因此,应以急则治其标为总则。待厥回势定之后,再视其转归,辨证施治。

1. 辨证论治

(1)精亏气衰、气随精脱证

[治法]益气固脱。

[方药]常用独参汤(《十药神书》)频频灌之,以急固其脱。

若四肢厥逆、冷汗不断、脉微欲绝,可选用参附汤加山萸肉以回阴、益气、固脱。厥回神清之后,由于阴液大伤,可表现出气阴两虚之征,可用生脉散(《内外伤辨惑论》)加紫河车,以益气生津、增补肾精。若是气虚精亏者,可用固阴煎,方药如下:人参、黄芪、熟地、山药、山茱萸、黄精、炙甘草、五味子、麦冬。

[分析]人参大补元神,益气固脱,故急则以独参汤频频灌服,以固其脱。厥回神清之后,益气养阴生津填精之品,以固其气。

(2) 阴虚火旺、气血逆乱证

[治法]滋阴潜阳。

[方药]可选用六味地黄汤(《小儿药证直诀》)加龙骨、牡蛎或知柏地黄汤(《医宗金鉴》)加减:

地黄、山萸肉、山药、泽泻、丹皮、知母、黄柏、怀牛膝、龙骨、牡蛎。

[加减]见鼻衄者,加白茅根、地骨皮;

若见脉虚无力,证属阴竭于下,火不归源者,可加小剂量肉桂以引火归源;

有呕血者,可合用大黄黄连泻心汤(《伤寒论》);

若头晕耳鸣,脑中热痛、心中烦热,手足抽搐,证属阴虚火旺肝风内动者,可用镇肝熄风汤(《医学衷中参西录》),方药:怀牛膝、代赭石、龙骨、牡蛎、龟板、天冬、玄参、白芍、青蒿、川楝子、生麦芽、甘草。

[分析]方以六味滋补肾阴,加知母、黄柏清解肝肾相火,龙骨、牡蛎重镇潜阳,以防亢阳作乱,怀牛膝入肝肾,引虚火下行。诸药合用共奏滋阴潜阳之效。

(3) 肝气郁结、气机郁闭证

[治法]疏肝理气、条达气机。

[方药]可先用温开水送服苏合香丸(《太平惠民和剂局方》)。

病人苏醒后,再服四逆散(《伤寒论》)解郁通阳,或五磨饮子(《医方集解》)理气降逆。

柴胡、枳实、白芍、甘草、沉香、莱菔子、木香。

[分析]方中以柴胡、枳实、木香、沉香疏肝理气,芍药、甘草。酸甘柔肝,用莱菔子以降气化痰。诸药合用,共达疏肝理气、条达气机之效。

(4) 心脾两虚、气血不足证

[治法]补气养心,健脾生血。

[方药]可选用人参归脾汤(《济生方》)加熟地、煅龙齿、五味子。

白术、茯苓、黄芪、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、甘草、当归、远志、生姜、大枣、熟地、煅龙齿、五味子。

[分析]方中四君子益气健脾,加黄芪以加强四君益气之力;用酸枣仁、龙眼肉、远志、五味子安神定志;煅龙齿重镇宁心,当归温养气血,生姜、大枣和血健中,熟地以补肾精,木香理气健脾。诸药合用,共达补气养心,健脾生血之效。

2. 验方治疗

(1) 人参真武汤(《福建中医医案医话选编》)

[组成]高丽参(另炖冲)9克,炮干姜9克,炒白芍9克,焦白术9克,炮附子6克,云茯苓12克。

[用法]清水煎服,每日1剂。

[功用]回阳救逆固脱。

[病例介绍]陈某,男,20岁。瘧疟新愈,复犯房劳,神昏厥逆,汗大出,目上视,粪为酱色,面色㿖白,气粗欲喘。按其腹中,有一结块如拳大,时时搏动,脉沉伏。

夫瘧疟之后,阳气大虚,阴精已损,今又犯房劳,致使精伤气厥、阴脱阳亡,危象毕呈。虽温中固下,滋补频施,转机不易。所幸口未开,脉未绝,尚有一线生机。当此千钧一发之际,非大方重剂,不足以挽垂绝之阳,而固欲脱之阴。乃与人参真武汤,以炮姜易生姜。服后,汗止厥回,喘平目转,再依原方,略小其制,服1剂,神识大清,再以附子理中汤,嘱其连服3剂,霍然告愈。

(2)附子理中汤(《福建中医医案医话选编》)

[组成]川附子6克,太子参9克,炒白术7.5克,炮姜3克,炙草3克。

[用法]清水煎服,每日1剂。

[功用]回阳固脱。

(3)参附汤加味(《孙润斋医案医话》)

[组成]大力参12克(另先煎)、制附子10克、山萸肉30克、龙骨30克(杵细)。

[用法]水煎后频频饮服。

[功用]回阳救逆,益气固脱。

[疗效观察]治1房事晕厥证,乃真精骤泄,气随精脱所致,用本方只服1剂,诸症悉愈。

3. 单味药治疗

人参30克,急煎取汁,频频啜服,以固其脱。

4. 其它疗法

(1)针灸疗法

①体针

处方一:

[取穴]主穴:百会、神阙、关元、气海、足三里、十宣。配穴:心悸怔忡,加内关、神门。

[操作]用26号毫针强刺激手法,不留针,神阙只用大艾壮隔盐灸。

[作用]本方适用于肝气郁结、气机郁闭型色厥。

处方二:

[取穴]主穴:百会、关元、气海、足三里;配穴:大汗淋漓者,加合谷、太冲。

[操作]各穴均用捻转补法,留针15分钟,留针期间应行针3次。

[作用]本方适用于精亏气衰、气随精脱型。

处方三:

[取穴]主穴:涌泉、足三里;配穴:伴有肢冷汗脱者,加用大艾壮隔盐灸神阙九壮。

[操作]涌泉用毫针直刺1.3cm~1.7cm,足三里可直刺1.7cm~3cm,均用强刺激手法。

[作用]本方适用于精亏气衰、气随精脱证和心脾两虚、气血不足证。

处方四:

[取穴]主穴:人中、中冲、内关、足三里;配穴:伴有肢冷汗脱者,可用大艾壮隔盐灸神阙九壮,四肢厥冷,可加灸气海、足三里。

[操作]未苏醒时用毫针施以泻法,已醒之后仅针内关、足三里,毫针刺施以补法。

[作用]本方适用于色厥之心脾两虚、气血不足证。

处方五:

[取穴]主穴:人中、合谷、足三里、中冲;配穴:呼吸微弱,加百会。

[操作]用毫针刺人中、中冲,可不留针,合谷、足三里留针 20 分钟。

[作用]本方适用于心脾两虚、气血不足证。

②灸疗

处方一:

[取穴]主穴:百会、关元、气海、足三里;配穴:汗脱者加神阙。

[操作]用艾条悬灸 5 分钟~15 分钟,亦可用艾炷隔附子饼灸九壮。

处方二:

[取穴]主穴:涌泉、足三里;配穴:汗脱,加神阙。

[操作]用艾条悬灸涌泉穴 10 分钟~30 分钟,悬灸足三里穴 10 分钟~30 分钟。

处方三:

[取穴]主穴:神阙、气海、百会;配穴:呼吸微弱者,可加灸关元。

[操作]用艾条悬灸各穴 20 分钟,亦可用艾炷隔附子饼灸九壮。本法可兴奋呼吸,回升血压。

③耳针疗法

处方一:

[取穴]心、脑、耳神门。

[操作]未醒时用强刺激,已醒后用弱刺激,留针 15 分钟~30 分钟。

处方二:

[取穴]皮质下、肾上腺、内分泌、交感、心、肺、呼吸点。

[操作]各穴均用毫针行刺激,醒后可继续留针 20 分钟。

④穴位注射

处方一:

[取穴]气海、足三里、内关。

[药物选择]人参注射液。

[操作]人参注射液 3ml 作穴位注射,每穴注射 1ml。

处方二:

[取穴]关元、气海、涌泉。

[药物选择]生脉注射液。

[操作]生脉注射液 3ml 作穴位注射,每穴注射 1ml。

(2)推拿按摩

未醒时掐人中、中冲或十宣、涌泉,已醒后揉按或指针点按神门、内关、足三里各 2 分钟,并揉按太阳、风池各 2~3 分钟,而后团摩气海、关元等穴 15 分钟。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

- (1) 身体虚弱,久病初愈,心肺功能欠佳的人应节制房事。
- (2) 忌酒后性交。
- (3) 戒烟酒,少食辛辣油腻刺激之品。
- (4) 平素加强锻炼,加强营养,增强体质。

2. 中医措施

- (1) 调畅情志,忌郁怒。
- (2) 适劳逸,忌努张用力。
- (3) 节房事,不可淫欲过度。
- (4) 戒烟酒辛辣刺激之品。

(二) 既病防变

1. 西医措施

- (1) 避免重体力劳动,注意休息。
- (2) 性交昏厥一旦发生,不要慌乱,可将患者头部放低,静卧片刻,一般即可恢复;病情严重者,应及时送医院,积极抢救。
- (3) 及早就医,仔细检查,排除大脑器质病变,并应积极治疗,以防病情加重,发生不测。
- (4) 宜食富含蛋白质、维生素而易消化吸收的食物。

2. 中医措施

- (1) 调情志,适劳逸,节淫欲。
- (2) 清淡饮食,忌食辛辣油腻生痰生化瘀之品,并戒烟酒。
- (3) 提早治疗,以防不测。

色风

概 述

所谓色风,即因性交而致大脑功能失调的疾病,性交过程中得者,俗称“马上风”,性交后得者,俗称“马下风”,包括色风失语和色风偏枯。

色风失语,今称“性交失语”,下章详述。

色风偏枯,是指性交过程中或性交后突然中风偏枯,肢体不遂。本病的病因病机主要为房劳过度,损耗肾精,水不涵木,肝风内动;房劳损伤,肾气亏虚,不能充养脑髓,而致髓海亏空,失其神明之能,发为色风。其临床表现、诊断与治疗与急诊常见之脑卒中相同,可以参考内科脑血管意外或中医内科中风病的有关内容。本书不作详论。

肾风历节

一、概述

历节病,是指关节疼痛不可忍,不能屈伸。《华佗治历节风神方》说:“患此者,历节疼痛,不可忍,屈伸不得。由饮酒、腠理汗出当风所致。亦有血气虚,受风邪而得者。”指出了历节病的症状和病因病机。肾风历节,则为“因醉犯房”,肝肾气血愈虚,腠理开泄,汗出当风而得之。

对历节风的治疗,宜用独活、羌活、松节等分,用酒煮,空心服,以祛风湿止痛。而肾风历节的治疗,先宜上法祛风利湿止痛,而后当补益肝肾。

张仲景《金匮要略》对历节病的论述较详,他说:“寸口脉沉而弱,沉即主骨,弱即主筋。汗出入水中,如水伤心,历节黄汗出,故曰历节。”说明历节病的病因病机,肝肾先虚为病之本,寒湿外侵为病之标,与华佗所论肾风历节病机相同。又说:“盛人脉涩小,短气,自汗出,历节痛,不可屈伸,此皆饮酒汗出当风所致。”指出了盛人(肥胖之人)历节的病机证候。“少阴脉浮而弱,弱则血不足,浮则为风,风血相搏,即疼痛如掣。”论述了血虚的病机证候。“诸肢节疼痛,身体尪羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐,桂枝芍药知母汤主之。”“病历节不可屈伸疼痛,乌头汤主之。”则分别论述了风湿历节和寒湿历节的证治。临床上治疗肾风历节的时候可以参考应用。

伤寒之历节病约相当于西医学的风湿性关节炎等。而肾风历节,则是因醉犯房,感受风湿而引起的风湿性关节炎。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

1. 病因

风湿性关节炎是一种变态反应性疾病,是因风湿因子侵犯关节结缔组织而引起。本病以青少最为多见,早春或秋冬季节好发,气候或地域条件如寒冷、潮湿等为本病的重要诱发因素。

本章所述肾风历节,其病因乃因醉酒性交,身体虚弱,汗出受风引起。西医对此病因缺乏认识,分析可能与酒后性交,机体内某些酶分泌不足,机体免疫力下降,容易受到风湿因子侵犯有关。

2. 病理

本病呈对称性、手足小关节炎常为初起突出表现,晨起僵痛,乃至红、肿、热、痛、压痛。其后可累及各个大关节,部分病人还可发生胸、腰椎关节炎。关节周围组织有炎症、肿胀、关节周围肌肉痉挛、挛缩,因而关节活动受限,不能屈伸。

严重者多见明显的关节外症状,如皮下风湿结节,多见于鹰嘴突、前臂伸侧等皮下,质硬、圆形或卵圆形、活动或固定、无压痛。关节周围软组织肿胀,关节邻近骨质脱钙,关节软骨破坏,关节腔狭窄。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

素体肝肾不足,因醉犯房,肝肾气血愈虚,腠理开泄,汗出当风,风寒侵袭,发为厉节。

2. 病机

肝主筋,肾主骨,阳主卫外面表。素体肝肾不足,加之醉酒入房,肝肾气血更亏,肝血不足筋失所养,肾阳亏虚,失其温煦,卫表不固,腠理开泄,汗液自出,此时当风乘凉或冒雨涉水,容易感受风寒湿邪,侵犯关节,发为厉节疼痛。

三、诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

关节疼痛不可忍,不能屈伸,恶寒怕冷。

2. 体征

关节肿胀,甚者变形,重者可有关节积液。部分病人可扪及风湿小结。

3. 实验室及其它检查

血沉(ESR)加快,类风湿因子(RF)阳性,冷球蛋白试验常阳性。

4. 并发症

常见的并发症主要是风湿性心脏病。

5. 诊断要点

(1) 诊断

①有醉酒后性交史。

②醉酒性交后开始出现关节疼痛难忍,不能伸屈。

(2) 鉴别诊断

与风湿厉节和寒湿厉节相鉴别。

三症均为厉节痛,但肾风厉节因由醉酒犯房,汗出当风所致,因此其与风湿厉节和寒湿厉节最明显的鉴别点在于有无醉酒性交史。

(二) 辨证. 中医诊断

1. 辨证要点

酒后犯房,汗出当风,感受厉节,疼痛难忍,屈伸不能即为肾风厉节。可因肝肾不足,感寒厉节,或因肾阳虚衰,汗出当风,感寒厉节。其辨证要点为:酒后犯房,厉节疼痛,不能伸屈,身热面赤,或高热,口燥咽干,心烦不寐,手足厥冷,舌黑生芒刺,脉数有力,或沉细数无力者为肝肾不足,感寒厉节证;酒后犯房,汗出当风,厉节疼痛,不能伸屈,面色青冷,足冷蜷卧,甚则舌卷囊缩,手足指甲青冷,甚则肢冷过膝。舌苔淡白嫩,或苔黑滑,脉沉细者为肾阳亏虚,感寒厉节证。

2. 辨证分型

(1) 肝肾不足,感寒厉节证

[临床表现]酒后犯房,厉节疼痛,不能伸屈,身热面赤,或高热,口燥咽干,心烦不寐,手足厥冷,舌黑生芒刺,脉数有力,或沉细数无力。

[辨证分析]平素入房过度,频繁施泄,或手淫、遗滑之后,损伤阴精;又值酒后,湿热冲盛,灼炼肝肾之阴,入房作强,心火炽盛,灼耗肾阴,肾水更涸,若不避风寒,房事之后感受寒邪,入里化热,故见身热面赤。由于病因于房事之后,在损伤肾阴的基础上,感受外邪,故见症危重,厉节疼痛不可忍。热盛津伤,则口干咽燥;热扰心神,则心烦不宁;水亏阴虚,虚火上亢,水火不济,阴阳不交,则烦而不寐;寒湿入侵,凝滞筋脉,故见手足厥冷,关节伸屈不利;寒邪入里化热,气血运行加速,故脉数而有力。或阴虚脉道不充,则见脉沉细。

(2) 肾阳亏虚,感寒厉节证

[临床表现]酒后犯房,汗出当风,厉节疼痛,不能伸屈,面色青冷,足冷蜷卧,甚则舌卷囊缩,手足指甲青冷,甚则肢冷过膝。舌苔淡白嫩,或苔黑滑,脉沉细。

[辨证分析]平素耽溺淫欲,房劳所伤,肾气亏虚,失于温煦,阳气卫表之力不足,加之酒后行房,动气伤阳,若不避风寒,则易被寒邪所袭,凝滞关节,发为厉节疼痛。阳虚失于温煦,故面青,手足厥冷,身体蜷卧;阴寒凝聚,营血不润,筋脉拘急,则肢体关节屈伸不利;若寒入精室,则阴肿或囊缩;寒凝血滞,则手足甲青,甚则肢冷过肘、膝。舌淡苔白嫩,是阳虚阴盛之象,舌苔见黑,是阴寒盛极之兆。淫欲伤精,阳气已衰,阴寒独盛,故脉沉细。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 非甾体消炎药 如消炎痛 25mg,每日 3 次,芬必得每次 300mg,每日 2 次。

(2) 青霉素类药 初起应用大剂量青霉素类药。

(3) 肾上腺皮质激素 如氟美松、强的松等。

(4) 其他免疫抑制剂。

2. 对症治疗

疼痛较重者,可给以消炎镇痛剂,如非甾体消炎镇痛药。发热、关节红肿者,应给以抗感染治疗。

3. 并发症治疗

并发风湿性心脏病者,应在上述治疗的基础上,增强对心功能的调节。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肾阳亏虚,感寒厉节证

[治法]肾阳亏虚,感寒厉节证,以阳虚感寒为主要病机,故温经散寒,助阳解表是主要治则。若脉沉微,手指甲皆青,四肢冷过肘膝,舌卷囊缩,则宜大补肾阳,温利关节。

[方药]麻黄附子细辛汤(《伤寒论》)加味

麻黄 6 克、附子 15 克、细辛 3 克、人参 12 克、干姜 6 克、吴茱萸 15 克。

[分析]方中麻黄发汗解表,附子温肾助阳,细辛气味辛温燥烈,佐附子以温经,佐麻黄以解表。三药合于温阳之中解散表邪,于解表之中不伤阳气。加人参、干姜、吴茱萸,以增强补肾益气助阳之功。

(2) 肝肾不足感寒证

[治法]初起滋阴养血,解表发汗;寒邪入里化热,泻热下实;热盛津亏,阴虚火旺者,当滋阴潜阳。

[方药]葱白七味饮(《外台秘要》)

葱白(连根)二根、豆豉 30 克、葛根 15 克、生姜 7 片、地黄 15 克、麦冬 15 克。

[加减]寒邪化热入里者加大黄以通下、加黄柏以滋阴清热,阴虚火旺者加玄参、白薇、地骨皮以清虚热。

[分析]方用葱白、豆豉、葛根、生姜发汗以解表;用地黄、麦冬养血滋阴,本方诸药共达滋阴养,发汗解表之功。对阴虚感寒无汗者,用此方可养血益阴,使汗出表解。

2. 验方治疗

华佗治厉节风神方(《华佗神医秘传》)

独活、羌活、松节等分,用酒煮,空心服。

3. 单味药治疗

(1) 雷公藤

[药物]粉背雷公藤。

[服用方法]成人每天用茎枝干品 25 克~45 克,以文火水煎 3 小时~4 小时,早晚饭后分服。

[药理研究]研究证实,雷公藤主要成分为雷公藤多甙,具有很强的抗风湿作用和提高机体免疫力功效。

(2) 人参也是治疗本病的有效药物。人参大补气血,其内含丰富的人参皂甙,具有很强的提高机体免疫力的作用。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

[取穴]主穴:曲池、足三里、三阴交;配穴:腕关节痛甚者,加阳溪、合谷;膝关节痛甚者,加内外膝眼、梁丘、膝内;踝关节痛甚者,加申脉、照海;足趾关节痛甚者,加太冲、厉兑;伴有心慌胸闷者加内关、膻中。

[操作]主穴每次必用,配穴根据病情选用 3~5 穴。强刺激手法,用 G6805 电针治疗仪连接同侧曲池、足三里,断续波通电 30 分钟,加 TDP(神灯)照射关节疼痛部位。

[疗程]每日 1 次,7 次为 1 疗程。痛重关节不能屈伸者,每日加刺 1~2 次。

(2) 饮食疗法

① 吴茱萸粥(《中医男科临床治疗学》)

[材料]吴茱萸 2 克,南粳米 50 克,生姜 2 片,红糖适量。

[制作]将吴茱萸研末,与其它材料同入砂锅内,加清水 400 毫升,用文火煮至沸腾,数滚之后,待米花粥稠停火,盖紧盖焖 5 分钟,即可。

[用法]每日 2 次,温热服食。本方适用于寒疝之寒湿凝聚证。

[分析]吴茱萸辛苦而热,入肝脾肾三经,温经散寒,善开气郁;粳米和胃,红糖活瘀,故服之

可治寒疝。注意吴茱萸含挥发油,煮煎时见米花粥稠即不宜再煮。

②肉桂粥(《中医男科临床治疗学》)

[材料]肉桂1克~2克,粳米100克,红糖适量。

[制作]先将粳米、红糖入砂锅内,加水煮为稀粥,然后取肉桂粉调入粥中,改用文火,再煮沸,待粥煮稠粘停火即可。

[用法]早晚空腹温热服食。适用于寒疝之虚寒内生证。

[分析]肉桂为大辛大热之品,入肝肾二经,善补火助阳,散寒止痛,温通经脉;粳米和中,红糖活瘀,故可治寒疝。但应注意,肉桂内含桂皮油,易挥发,不宜久煮。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

- (1)身体虚弱,久病初愈,或过度疲劳之后不宜同房。
- (2)忌酒后性交。
- (3)戒烟酒,少食辛辣油腻刺激之品。
- (4)房事之后,适当休息,注意汗出吹风,预防感冒。

2. 中医措施

- (1)调畅情志,忌郁怒。
- (2)节房事、保精气,不可淫欲过度。
- (3)忌房事汗出当风,或贪凉饮冷,尤忌酒后行房。
- (4)戒烟酒辛辣刺激之品。

(二)既病防变

1. 西医措施

- (1)避免重体力劳动,注意休息。
- (2)注意保暖,勿再感受风寒。
- (3)节制房事,加强体质锻炼。
- (4)宜食富含蛋白质、维生素而易消化吸收的食物。

2. 中医措施

- (1)调情志,适劳逸,节淫欲。
- (2)清淡饮食,忌食辛辣刺激之品,并戒烟酒。
- (3)提早治疗,以防传变。
- (4)避风寒,慎起居。

第五节 性交失语

一、概 述

性交失语,是指在性交时或性交后突然出现语言障碍的一种少见病证。本证的发生多是因为在性交之前,劳累疲乏,正气消损,加之性交过程中的剧烈活动,和出汗泄精,精气更伤,以致机体御邪能力下降,风邪乘虚侵犯脉络,从而引起舌体活动失灵而然。从现代医学的观点来看,主要是由于情志的过于激动,而引起的失语,一般无器质性病变。

《灵枢·忧恚无言》说:“舌者,音声之机也。”又说:“人卒然无音者,寒气客于厌,则厌不能发,发不能下至,其开合不致,故无音。……足之少阴,上系于舌,络于横骨,终于会厌。”房劳伤肾,致使少阴经气受损,因此不能上荣舌和会厌,加之感外邪,或寒邪,或风邪,或热邪,皆可引起舌和会厌活动失常而失语。《傅青主先生秘传杂症方论·中风不语方》说:“此症有因肾虚而得者。夫肾主藏精,主下焦地道之生育,冲、任二脉系焉。二脉与肾之大络,同出于肾之下,起于胞之中。其冲脉因称胞络,为经脉之海,遂名海焉。冲脉之上行者,渗诸阳,灌诸精;下行者,渗诸阴,灌诸络,而温肌肉,别经络,结于跗。因肾虚,而肾络与胞内绝,不通于上则暗,肾脉水上循喉咙,挟舌本则不能言。二脉不通于下,则痲厥矣。”傅氏治疗本证用地黄引于。《中医奇证新编》提出,本证的治疗应以补肾养血为主,祛风为辅,方可选用杜杞汤加减,如恶寒发热,可加羌活、麻黄或柴胡;口渴,加川连、黄芩;小便赤涩,加车前、木通;大便秘结,加大黄;小腹硬结,加小茴香。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

本证的发生多是因为在性交之前,劳累疲乏,加之性交过程中的剧烈活动,和出汗泄精,身体更加疲劳,以致机体机能失调,从而引起舌体活动失灵而然。从现代医学的观点来看,主要是由于性兴奋时情志的过于激动,或导致一过性脑缺血,而引起的失语,一般无器质性病变。

(二)中医的病因病机

1. 病因

中医认为,本证的发生多是因为在房事之前,劳累疲乏,正气消损,或久患肺疾,肺阴不足,加之房事过程中剧烈活动,动则耗气,出汗泄精后,气随精泄,精气更伤,不能上荣会厌,舌体失灵,肺金不鸣;气虚机体御邪能力下降,风邪乘虚侵犯脉络,客于舌本,从而引起舌体活动失灵而然。

2. 病机

(1)肺肾阴虚,舌本失养 久患肺疾,肺阴不足,或素体阴虚,或平素淫欲过度,损耗肾精,精气不能上达会厌,舌本失荣,肺金不鸣,发为音暗(性交失语)。

(2)房事感寒,风中舌络 素体气虚,或房事动气,汗出当风感寒,风中舌络,舌本失灵,发为失语。

三、诊断

(一)辨病·西医诊断

1. 症状

性交过程中或性交后,突然失语。

2. 体征

舌体僵强,转动不灵,可有吞咽困难,涎流口外。

3. 实验室及其它检查

CT 可有腔隙性脑梗塞,神经系统可有会厌神经麻痹。

4. 并发症

可并发吞咽困难。

5. 诊断要点

(1)诊断

性交过程中或性交后,突然发生失语,可伴吞咽困难,口角流涎。

(2)鉴别诊断

与性交晕厥鉴别

性交晕厥是指在房事活动中或房事后,突然出现面色苍白、冷汗淋漓、头晕目眩、意识朦胧、四肢厥逆,甚或完全丧失意识。而性交失语证则表现为舌体转动不灵而不能言语,神志清楚,一般无意识障碍。

(二)辨证·中医诊断

1. 辨证要点

房事活动中或房事后突然发生语言障碍即可诊为本病。其辨证要点是:伴胸闷气喘咳嗽,腰膝酸软,心烦易怒,盗汗潮热,手足心热,大便干燥,小便短赤,舌红少苔,脉细数者为肺肾阴虚证;肌肤寒冷,口唇青紫,或恶寒发热,口角流涎,吞咽不利,舌淡苔白,脉沉紧者为肾虚感寒证。

2. 辨证分型

(1)肺肾阴虚证

[临床表现]房事活动中或房事后,突然失语,伴胸闷气喘,或有咳嗽,面色潮红,腰膝酸软,心烦易怒,盗汗潮热,手足心热,大便干燥,小便短赤,舌红少苔,脉细数。

[辨证分析]禀赋素亏,或房事不节,肾精亏虚,房事之后,阴精更耗。肾气上通于咽,连系舌本,肾精亏虚则不能上荣于咽,舌本失养,转动不灵,故房事活动中或房事后,突然失语。腰为肾之府,肾阴亏虚,腰府失养,则腰膝酸软。胸闷气喘咳嗽乃肺阴不足之证。心烦易怒,盗汗潮热,手足心热,大便干燥,小便短赤,舌红少苔,脉细数,均为阴虚火旺之证。

(2)肾虚感寒证

[临床表现]房事活动中或房事后,突然失语,肌肤寒冷,口唇青紫,或恶寒发热,口角流涎,吞咽不利,舌淡苔白,脉沉紧。

[辨证分析]素体虚弱,或房劳伤肾,肾气亏虚,阳气卫外不固,房事汗出,风邪易侵,风中舌络,舌本不利,故突然失语、吞咽不利。寒中肌表,则肌肤寒冷,口唇青紫。肾阳亏虚,水液不得气化,水液上泛,则口角流涎。寒邪入里化热,则恶寒发热。舌淡苔白,脉沉紧乃风寒束表之证。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

谷维素 20mg,每日 3 次口服。亦可用维生素 B₁ 或 B₁₂ 肌肉注射。

2. 对症治疗

外感症状明显者,应给以抗感染、抗病毒治疗。

3. 并发症治疗

可因担心发生性交失语而导致心理障碍,诱发阳痿等性功能障碍。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肾精亏虚证

[治法]滋阴补肾,润肺鸣金。

[方药]沙参麦门冬汤合知柏地黄汤加减

沙参、麦冬、地黄、丹皮、桔梗、山药、萸肉、泽泻、茯苓、甘草、知母、黄柏。

[分析]方用沙参、麦冬滋阴润肺,桔梗、甘草宣肺利咽,知柏地黄汤益肾滋阴清火。诸药合用,滋阴补肾,润肺鸣金。

(2) 肾虚感寒证

[治法]温经散寒,助阳解表。

[方药]麻黄附子细辛汤(《伤寒论》)加味

麻黄 6 克、附子 15 克、细辛 3 克、人参 12 克、干姜 6 克、吴茱萸 15 克。

[分析]方中麻黄发汗解表,附子温肾助阳,细辛气味辛温燥烈,佐附子以温经,佐麻黄以解表。三药合于温阳之中解散表邪,于解表之中不伤阳气。加入参、干姜、吴茱萸,以增强补肾益气助阳之功。

2. 验方治疗

资寿解语汤(《中医男性病学》)

[组成]羚羊角粉五分(磨水冲服),酸枣仁 5 克,防风 5 克,羌活 3 克,甘草 1.5 克,枸杞子 6 克,首乌 5 克,石菖蒲 1.5 克,玄参 5 克,生地 10 克,竹沥水 10 毫升,姜汁 5 毫升,天冬 5 克。

[用法]水煎服,每日 2 剂。

[功用]滋阴补肾,凉血安神。

[疗效观察]治 1 例,服 5 剂后语言清楚。

3. 单味药治疗

(1) 射干 15 克, 水煎服, 每日 1 剂, 连用 7 日为 1 疗程。

(2) 桔梗 15 克, 水煎服, 每日 1 剂, 连用 7 日为 1 疗程。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

[取穴] 主穴: 肺、肾、咽、气管; 配穴: 精神紧张者加神门; 神经过敏者加神经敏感区、风溪穴。

[操作] 主穴每次选 2~3 穴, 配穴根据病情选 1~2 穴, 取单侧耳穴, 用六神丸贴压, 每日按压 3~5 次, 每次按压 2 分钟~3 分钟。5 天~7 天后换贴另侧耳穴, 两耳交替贴压。

(2) 耳穴放血疗法

性交失语急性期可用耳穴放血疗法。

[取穴] 耳尖、轮 1~6。

[操作] 选耳尖及 1~2 个耳轮穴, 常规消毒后, 用注射针头或采血针迅速刺破皮肤, 上述耳穴附近有静脉走行者, 可挑破静脉放血 10~15 滴。每日 1 次, 两耳隔交替进行。

(3) 按摩疗法

① 揉按涌泉 每晚用热水洗脚后, 于脚心涌泉穴处用拇指用力揉按 200 次, 使之达到酸痛为度, 双脚均按摩, 每日坚持。

② 掐按人中 发生性交失语后, 不要紧张, 对方可用拇指指甲或中指指尖掐按人中 3 分钟~5 分钟, 一般即可缓解症状。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

(1) 身体虚弱, 久病初愈, 心肺功能欠佳的人, 应节制房事。

(2) 忌酒后性交。

(3) 戒烟酒, 少食辛辣油腻刺激之品。

(4) 房事之后, 注意预防感冒。

2. 中医措施

(1) 调畅情志, 忌郁怒。

(2) 节房事、保精气, 不可淫欲过度。

(3) 忌房事汗出当风, 或贪凉饮冷。

(4) 戒烟酒辛辣刺激之品, 以防刺激舌咽、会厌。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 避免重体力劳动, 注意休息。

(2) 性交失语一旦发生, 不要紧张慌乱, 可静卧休息片刻, 一般即可恢复。

(3)病情严重者,应及早就医,查明原因,排除大脑器质性病变,并积极治疗,以防病情加重,发生不测。

(4)宜食富含蛋白质、维生素易消化吸收的食物。

2. 中医措施

(1)调情志,适劳逸,节淫欲。

(2)清淡饮食,忌食辛辣刺激之品,并戒烟酒。

(3)提早治疗,以防传变。

(4)肾虚感寒者应积极治疗,以防入里化热。

第六节 夹色伤寒(阴症伤寒)

一、概 述

《华佗神医秘传·华佗治阴症伤寒神方》云:“夹色伤寒,也称阴症伤寒,俗称夹阴伤寒。先因欲事,后感寒邪,阳衰阴盛,六脉沉伏,小腹绞痛,四肢逆冷;男子肾囊或女子乳头内陷,或手足弯曲紫黑,黑甚则牙紧气绝。”可见本症是性事之后,外感风寒所致的风寒证。

本症属男科急症之一,临床时有所见。治之之法后世医家多宗华佗治阴症伤寒神方(即后世参附汤)。如元代王海藏《阴症略例》,主张治疗夹阴伤寒,初用温经散寒,继则温补命门,热壮脾肾,善后则用双补气血,调理阴阳。可见,此说认定本证乃房后中寒而成,皆为寒证,故宗破阴回阳之法治之。

明清以来,诸多医家对此病各有发挥。如喻嘉言、徐灵胎等指出:当时医者一见有人房之后,复感风寒,而发热者,皆以阴寒统论,不问其见证如何,概用参、附、姜、桂等温热峻补之剂,被其阴症之名所惑而致,可谓绝例失误。然房劳而致伤寒者,所感外邪亦由太阳而入,其病势只不过比一般伤寒为重,才发热则热之极,恶寒则寒之甚,头痛则痛之剧,同时又常伴有邪入精室之危候。若寒入精室,可见阴肿足冷,小腹绞痛,甚则阳缩、筋惕肉 等阴寒重证;若热入精室,欲火与热交蒸,其症更险,恐有转瞬间阴液枯竭,而见神昏肢厥之虞。本证病情又多变化,常有阳热之证,在阴竭阳衰之时,阳气欲脱,瞬息之变,病入三阴;或是阳虚阴寒,在阳气来复之时,病可由阴转阳。所以临证之时当据病性而辨证,依辨证而论治,综观全局,洞察变化,辨别病机,才能使夹阴伤寒的论治更为全面。但临床也当注意,虽为房事之后又感伤寒,但病不从房事而得者,则无夹阴可言,还应按伤寒常证辨证治疗。

西医学对本病缺乏认识。

二、病因病理

(一)西医的病因病理

西医学对本病的病因病理缺乏认识,大概与房事之后,身体虚弱,机体免疫能力暂时降低,病毒容易乘虚侵犯而致。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

夹阴伤寒的病因比较明确,即房事之后,感冒风寒而发病。然其感寒情况有多种:如房劳伤精,骤感风寒;或夏月行房,恣意乘凉,触犯风寒;或曾犯房劳,冒雨涉水而感寒伤肾;或手淫、遗精、滑精之后,感受风寒;或伤寒未愈,又犯房劳,又复发热者,称女劳复。但不论何种情况,皆有损精伤肾在先,复感外邪致病,这是本病发病的基本条件。

2. 病机

①阳虚感寒 平素色欲过度,肾精先伤,阳虚火衰,下元虚损,又房事之后不避风寒,复感寒邪,更致阳虚阴盛,发为真寒。

②阴虚感寒 平素房事不节,克伐过度,损精耗液,致阴虚火旺,又值房事感寒,邪从热化,发为虚热。

③伤寒劳复 伤寒未愈,触犯房事,损耗真元,余邪反胜,致伤寒复发。

三、诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

房事之后,感冒伤风,发热面赤,或不热面青,伴有小腹绞痛,四肢发凉,可伴呕吐或腹泻,腹胀,严重者出现舌体卷缩,阴囊收缩。

2. 体征

身体发热或不发热,手足发凉,身体蜷卧,严重者可出现舌体卷缩,阴囊收缩等现象。

3. 实验室及其它检查

无特殊检查。

4. 并发症

严重者并发休克。

5. 诊断要点

(1) 诊断

①手淫或性交活动史;

②感冒伤风;

③发热面赤,或不发热面青,伴有小腹绞痛,手足发凉;

④可伴呕吐或腹泻,腹胀,严重者出现舌体卷缩,阴囊收缩。

(2) 鉴别诊断

夹阴伤寒与其它伤寒最明显的鉴别点在于夹阴伤寒是因于房事感寒而发生的一系列病症。而其它伤寒则与房事史无关。对于行房之后又患伤寒,但其伤寒并非从房事而得者,则可从房事与伤寒的时间关系及病情的轻重加以鉴别。

(二) 辨证·中医诊断

1. 辨证要点

房事之后,感冒伤风,发热面赤,或不热面青,伴有小腹绞痛,足胫逆冷,或吐或利,心下胀满,甚则舌卷囊缩者是为夹阴伤寒。其手足指甲青冷,甚则肢冷过膝,舌淡白嫩,或苔黑滑,脉沉细或反浮大无力,按之无力或见伏绝为阳虚感寒证的辨证要点;身热面赤,或高热,口燥咽干,心烦不寐,舌黑生芒刺,脉数有力,或沉细数无力为阴虚感寒证的辨证要点;身重少气,头重不举,目中生花,腰背疼痛,少腹里急绞痛,舌淡苔少,脉沉或微弱为伤寒劳复证的辨证要点。

2. 辨证分型

(1) 阳虚感寒证

[临床表现]身热或不热,面色青冷,足冷蜷卧,小腹绞痛,或吐或利,心下胀满,甚则舌卷囊缩,阴发躁,或昏沉不醒,手足指甲青冷,甚则肢冷过膝。舌苔淡白嫩,或苔黑滑,脉沉细或反浮大无伦,按之无力。

[辨证分析]平素耽溺淫欲,房劳所伤,肾气亏虚,失于温煦,阳气卫表之力不足。又值房事,肾阳更虚,若不避风寒,则易被寒邪所袭,遂成夹阴伤寒,临床表现为一派阳虚之象。外邪侵袭,或发热或不发热,但必夹阴寒,阳虚阴盛为病理基础。阳虚失于温煦,故面青,手足厥冷,身体蜷卧;阴寒凝聚,营血不润,筋脉拘急,则小腹绞痛;寒邪内阻,升降失职,气机壅阻,则心下胀满,而吐利发作;若寒入精室,则阴肿或囊缩。病情是一步发展,阴寒至极,虚阳欲脱,则见躁动不安,或昏沉不省;寒凝血滞,则手足甲青,甚则肢冷过肘、膝。舌淡苔白嫩,是阳虚阴盛之象,舌苔见黑,是阴寒盛极之兆,病势危笃。淫欲伤精,阳气已衰,阴寒独盛,故脉沉细无力或见伏绝。

(2) 阴虚感寒证

[临床表现]身热面赤,或高热,口燥咽干,心烦不寐,便闭不通,甚则神昏,手足厥冷,舌黑生芒刺,脉数有力,或沉细数无力。

[辨证分析]凡入房过度,频繁施泄,或手淫、遗滑之后,损伤阴精;又值入房作强,心火炽盛,灼耗肾阴,肾水更涸,若不避风寒,房事之后感受寒邪,入里化热,故见身热面赤。由于病因于房事之后,在损伤肾阴的基础上,感受外邪,故见症危重,其热势亦甚。热盛津伤,则口干咽燥;热扰心神,则心烦不宁;水亏阴虚,虚火上亢,水火不济,阴阳不交,则烦而不寐;热盛灼津,津少无以气化,故便闭不通;若热入精室,欲火与邪热交蒸,可有转瞬阴竭之变,故见神昏手足厥冷;邪热亢盛,气血运行加速,故脉数而有力。或阴虚脉道不充,则见脉沉细。水亏津少,火热内炽,则舌黑面生芒刺。此为肾阴枯竭、阳亢火旺之兆,乃男科危候。

(3) 伤寒劳复证

[临床表现]身重少气,头重不举,目中生花,腰背疼痛,少腹里急绞痛,憎寒发热,头面烘热,心胸烦闷,甚则手挛拳而逆冷,阴器冷缩,舌淡苔少,脉沉或微弱。

[辨证分析]伤寒初瘥,气血未复,伤寒未愈,正气尚虚,若早犯房戒,耗损精气,真元大伤,或余邪未尽,或复感外邪,以致邪入下焦,耗灼阴精,病发则极重。证见身重少气等精气不足之证;腰背疼痛,少腹里急绞痛,乃因阴精被伤,筋脉失养;邪毒在下,阴火向上攻冲,故见头面烧热,心胸烦闷;正虚邪入,营卫失和,而见寒热。若阳衰阴盛,则手足挛拳而逆冷,少腹急痛,阴器冷缩,面成危候;气血未复,故脉沉或微,舌淡苔少。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

抗炎抗病毒治疗,适当给以能量合剂静脉应用。

2. 对症治疗

发热者,给以解热止痛剂;呕吐或下利较重者,应注意静脉补液。

3. 并发症治疗

并发休克者,抗休克治疗。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 阳虚感寒证

[治法]夹阴伤寒阳虚感寒证,以阳虚感寒为主要病机,故温经散寒,助阳解表是主要治则。若两寸脉沉弱无力,中阳不足,足冷腹痛者,宜温中扶阳;若脉沉迟,恶寒足冷,下利清谷者,宜回阳散寒,升提止泻;若脉沉微或伏绝,手指甲皆青,四肢冷过肘膝,舌卷囊缩,甚则神昏不省人事,宜急救回阳,温补命门;若病势平稳,善后可双补气血,调和阴阳。

[方药]麻黄附子细辛汤(《伤寒论》)加味

麻黄 6 克、附子 15 克、细辛 3 克、人参 12 克、干姜 6 克、吴茱萸 15 克。

[分析]方中麻黄发汗解表,附子温肾助阳,细辛气味辛温燥烈,佐附子以温经,佐麻黄以解表。三药合于温阳之中解散表邪,于解表之中不伤阳气。加人参、干姜、吴茱萸,以增强补肾益气助阳之功。

(2) 阴虚感寒证

[治法]初起滋阴养血,解表发汗;寒邪入里化热,便闭不通者,宜泻热下实;热盛津亏,阴虚火旺者,当清里泻热,救阴泄浊。

[方药]葱白七味饮(《外台秘要》)

葱白(连根)二根、豆豉 30 克、葛根 15 克、生姜七片、地黄 15 克、麦冬 15 克。

[加减]寒邪化热入里,便闭不通者加大黄以通下、加黄柏以滋阴清热,阴虚火旺者加玄参、白薇、地骨皮以清虚热。

[分析]方用葱白、豆豉、葛根、生姜发汗以解表;用地黄、麦冬养血滋阴,本方诸药共达滋阴养,发汗解表之功。对阴虚感寒无汗者,用此方可养血益阴,使汗出表解。

(3) 伤寒劳复证

[治法]虚极热盛者,当滋阴清热;若下虚寒盛者,宜温阳祛寒;阳缩危证,当回阳救逆。

[方药]当归四逆汤(《伤寒论》)加味

当归 15 克、芍药 15 克、甘草 15 克、大枣 15 克、通草 15 克、桂枝 9 克、细辛 3 克。

[加减]若下虚寒盛者,加吴茱萸、生姜、桂枝、细辛。

[分析]方中用当归、芍药养血和营,甘草、大枣补中益气,通草通行血脉。若下虚寒盛者,加

桂枝、细辛以温经散寒，加吴茱萸、生姜以散寒下气，温中止痛。

2. 验方治疗

《中华医药》李克蕙记载1方，治疗夹阴伤寒轻者，亦甚有效，其方为鸽子粪10粒，衣灰1角（即月经布烧灰），老陈谷1撮，早禾秧20茎，灯草1丸，竹叶心20枝，水煎服。

五、预防

（一）未病先防

1. 西医措施

无类似研究。

2. 中医措施

房事感寒为夹阴伤寒，故有“男子忌口，女子忌手”之谚。房后男子忌冷食入口，女子忌冷水洗手。犯之者则病夹阴伤寒。

（二）既病防变

1. 西医措施

西医对本症的防治措施缺乏认识。

2. 中医措施

患夹阴伤寒，其轻者用鸽粪煮水服之，甚效。老鸽粪辛温无毒，主治阴症腹痛。

第七节 脱精

一、概述

脱精，是指男女在性交之时，男子极度性兴奋，大量泄精，甚至精流不止，而引起昏厥的情况。临床上时有所见，属男科急症之一。

二、病因病理

（一）西医的病因病理

西医对此证缺乏认识。

（二）中医的病因病理

钱镜湖在《清宫秘方全书》卷六中对本证的病因病机、治疗方法，论述极为详尽，曰：“人有作意交感，尽情浪战，乐极情浓，阴精大泄不止，其阴翹然不倒，精尽继之以血者，人以为火动之极也，谁知是水燥之极乎？夫肾中水火，原两相根，而不可离于须臾者也，其不可离者，以阴阳之

气,彼此相吸而不能脱,阳欲离阴,而阴且下吸,阴欲离阳,而阳且上吸也。惟醉饱行房,乱其常度,阴阳不能平,于是阳离阴而阳脱,阳不能求救也,阴离阳而阴脱,阴不来援也,阴不援阳,而阳之离阴甚速,阳不救阴,而阴之离阳亦速也。及至阴阳之遗,则水火两绝,魂魄亦不能自主,往往有精脱而死者。今遗精而继之血,人尚未死,是精尽而血见,乃阴脱而阳未脱也,使阳已尽脱,外势何能翘然而不倒乎?救之法,必须大补其肾中之水,俾生水亦留阳也。然阴脱者,必须用阳药以引阴,而阳强不倒,倘补其阳,则火以济火,必更加燥涸,水且不生,又何能引阳哉,不知元阴则阳不能引,而不知元阳阴亦不能引矣,法宜用九分之阴药,一分之阳药,大剂煎饮,水火无偏盛之虞,阴阳有相抱之合矣。”

1. 病因

纵欲过度,或醉饱行房,交感乐极。

2. 病机

醉饱行房,尽情纵欲,乱其常度,阴阳不能平,阴阳相离而发生精脱。

三、临床诊断

(一)辨病. 西医诊断

本病西医缺乏认识。

(二)辨证. 中医诊断

1. 辨证要点

本证分阴脱和阳脱两种证型。辨证要点在于,阴脱者精流不止,继之以血,但阴茎仍然勃起不痿软;阳脱则阴阳两绝,病情危重,甚至死亡。

2. 辨证分型

(1)阴脱

[临床表现]性交情浓,极度兴奋,精液大泄不止,精尽继之以血,阴茎翘然不倒。

[辨证分析]平素房欲不节,损耗肾精,肾阴亏虚,阴虚阳亢,故性交亢奋;阴虚不能恋阳,阴阳离决,故精液大泄不止,精由血生,虚火灼伤精窍血络,故精尽继之以血,此乃阴脱而阳未脱也,阴茎翘然不倒乃阳未尽脱之象。

(2)阳脱

[临床表现]性交兴奋过度,精流不止,精尽流血,阴茎痿软,四肢厥冷,大汗淋漓,呼吸微弱,继之厥脱。

[辨证分析]素体正气虚怯,或房劳伤肾,元气衰惫,男女性交之时,精液外泄不止,气随精脱。阳不敛阴,卫外不固,则见大汗淋漓;阳气不能达于四末,则出现四肢厥冷,甚或肢冷过膝;气虚下陷,清阳不振,髓海空虚,则昏厥。舌质淡,脉微欲绝,乃阳气衰惫之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

西医缺乏认识。但如出现厥脱,应立即进行人工呼吸等急救措施。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 阴脱

[治法]以阳引阴,大补阴精。

[方药]引阴夺命丹(《清宫秘方全书》卷六)

熟地 240 克、人参 9 克、北五味 9 克、沙参 60 克、肉桂 3 克。

[分析]方中重用熟地、沙参以大补肾中之阴,用人参以急固其未脱之阳,五味子酸涩收敛欲散之气,肉桂引阴入阳,大补真阴。全方以阳引阴,大补阴精。

(2) 阳脱

[治法]救逆回阳,兼补阴气。

[方药]华佗治脱精神方(《华佗神医秘传》)

急用人参 100 克、附子 3 克煎汁,乘热灌服。

再用:人参、黄芪各 90 克,熟地、麦冬各 30 克,附子、北五味各 3 克,水煎服。

[分析]方中人参大补元气,附子大热之品,回阳救逆,补火助阳。再用人参、黄芪大补气血,熟地、麦冬大补肾中之阴,小剂附子以阳引阴,北五味酸涩敛阴,诸药合救逆回阳,兼补阴气。

2. 其他疗法

遇有脱精,女方仍应搂住男子,不可使其阴茎脱出阴道,然后用口呼气给男子,进行人工呼吸。《华佗神医秘传》载:“男女交感乐极,一时精脱,不能制止。此时切不可离炉,仍然搂住,男脱则女口哺送热气,女脱男亦如之,则必能阳气重回。”

3. 单味药治疗

独参汤

[药物]人参 30 克。

[用法]水煎温服。

[功用]补气固脱。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

[处方]急刺人中、涌泉,或灸气海、关元。

[原理]本组穴位有明显的回阳救脱功效。可以兴奋呼吸,回升血压。

(2) 气功疗法

静功铜钟功,以防治本病有很好的疗效。

姿势:正直站立,两脚八字分开与衣同宽,脚尖向外成 45 度角,头颈端直,意如顶天;目光平视,眼神不动;手臂向两侧分开,与身成 45 度角;手掌向下微向后;大拇指与食指分开,余三

指稍并拢,成蛇口状。

呼吸:姿势摆好后,全身放松,意守丹田,称以自然呼吸,使之匀细渐长,吸气时下腹部自然充实。在此基础上进一步练逆呼吸,呼气时使下腹部充实。随着功夫的深入,逐渐延长呼气,使内气经两腿下达于踵,吸气时下腹部自然回松,同时微微提肛,行足踵之气随意念经会阴沿后背督脉缓缓上升而对头顶。在有了顺、逆式呼吸功夫的基础上,再进一步达到无论是吸气或呼气,内气都要充实丹田,使下腹部沉实;还要求胸部自然舒畅,所谓畅胸实腹。按上步骤长期锻炼,丹田内气会缓缓向两胁、腰胁充实,中腹部、上腹部及至整个身体都有内气充实,整体内外坚若铜钟。

要领:

沉肩笔立,顶天立地。四指落地,六指朝天。掌含抑力,意願指尖。气沉丹田,神贯元首。上至于顶,下至于踵。定神觉耳,呼吸自然。

(3)点穴疗法

①一旦发生脱精,女方应沉着冷静,不能慌张,而应用指甲急掐人中、合谷,用力掐按,直至病人清醒。

②一旦发生脱精,女方不要慌张,而应按定男子,勿使脱离,用力掐按患者尾闾,至精止醒复。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

- (1)加强锻炼,增强体质。
- (2)节制房事,房事后应充分休息,忌1夜多次重复性交。
- (3)避免性交身体发热出汗后外出活动,感受风寒。
- (4)避免饱食或醉酒后性交。

2. 中医措施

- (1)调情志,慎房欲,适劳逸。
- (2)忌醉酒入房或饱食入房。
- (3)房事后宜静息,不宜奋力再战。
- (4)避免过度疲劳及大汗出时同房。
- (5)久旷未接,行房时不宜过度兴奋,以防交感乐极发生脱精。

(二)既病防变

1. 西医措施

脱精发作后,应立即使病员平卧,头偏向一侧,以保持呼吸道通畅。解开衣扣、裤带及其他衣带束缚。防止外伤、受寒;如有缺氧,给予氧气吸入。

2. 中医措施

- (1)若发生脱精,不要慌张,女方应搂定男子,行口对口人工呼吸,并用指甲用力掐按病人

人中或合谷,直至患者清醒。

(2)有脱精史者,房事之后宜静养休息,防止交感乐极,发生脱精。

第六章 男科杂病

第一节 失精病

失精病是指无性事活动而发生的精液外泄,包括遗精、滑精、尿精等证。《景岳全书·遗精》云:“梦遗、滑精,总皆失精之病,虽其证有不同,而所致之本则一。”汉代张仲景认为本病为“劳之为病”,首次使用“失精”一词,称之“失精家”。《金匱要略·血痹虚劳病脉证治》说:“夫失精家,少腹弦急,阴头寒,目眩,发落,脉极虚芤迟,为清谷亡血失精;脉得诸芤动微紧,男子失精,女子梦交,桂枝加龙骨牡蛎汤主之。”华佗则有“治虚劳失精神方”流传。

隋巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸侯》中进一步论述了失精病,提出了“失精”、“精溢”、“梦泄精”等不同病症名称。临床常见的失精病主要有遗精(滑精)、尿精,下面分述之。

遗 精

一、概 述

无性交活动而发生的泄精称为遗精。青壮年没有性交活动,一般1月遗精1~2次为正常生理现象。如1周数次甚或1夜数次,过度频繁的遗精即属病理现象。其中“梦而遗者谓之梦遗,不梦而遗者,谓之精滑。”(《景岳全书·遗精》)

早在《内经》中对本病的病因、病机及临床表现就有简明的记载,如《灵枢·本神篇》曰:“怵惕思虑则伤神,神伤则恐惧,流淫而不止。恐惧而不解则伤精,精伤则骨酸痿厥,精时自下。”汉代张仲景以“失精家”论之,华佗则认为本病乃“虚劳失精”。

唐宋元时期医家对本病的诊治有进一步的发挥。元·朱丹溪认为遗精不仅有虚证,还有实证,对遗精的病因有所补充。《丹溪心法》卷三说:“遗精得之有四:有用心过度,心不摄肾,以至失精者;有因思色欲不遂,精乃失位,输精而出者;有欲太过,滑泄不禁者;有年高气盛,久无色欲,精气满泄者。”

明代医家对本病的认识渐臻完善,代表性的如张景岳《景岳全书》卷二十九说:“遗精之证有九:凡有所注恋而梦者,此精为神动也,其因在心;有欲事不遂而梦者,此精失其位也,其因在肾;有值劳倦即遗者,此筋力有所不胜,肝脾气虚也;有因用心思索过度辄遗者,此中气不足,心脾之虚陷也;有因湿热下流或相火妄动而遗者,此脾肾之火不清也;有无故而精滑不禁者,此下元之虚,肺肾之不固也;有素禀不足而精易滑者,此先天元气之单薄也;有久服冷利等剂,以致元阳失守而滑泄者,此误药之所致也;有壮年气盛,久节房欲而遗者,此满而遗者也,……”对本病的病因病机做了较为全面的总结。在治疗方面,《景岳全书·遗精》:“治遗精法,凡心火甚者,

当清心降火；相火盛者，当壮水滋阴；气陷者，当升举；滑泄者，当固涩；湿热相乘者，当分利；虚寒冷利者，当温补下元；元阳不定，精气两虚者，当专培根本。”指出了具体法则。

清·林佩琴《类证治裁》在继承前人理论的基础上，尤其强调辨证论治：“乃详求所因，则有心阳暗炽，肾阴暗烁者，宜凉心摄肾，有肾精素亏，相火易动者，宜厚味填精，介类潜阳，佐以养阴固摄；有龙相交炽，阴精走泄者，宜峻补真阴，承制相火；有用心过度，心不摄肾者，宜舒养脾胃；亦有脾虚下陷者，有肾虚不固者，有积想不遂者，宜安神固气，解郁舒肝；有精关久滑不梦而泄者，宜固涩止脱家房劳过度，下元虚惫，寐则阳陷而精遗不禁者，宜升固八脉之气；有壮年久旷，精满而者，宜清火安神；有阴虚不摄，湿热下注而遗者，宜泄热导湿；有因醇酒厚味，酿成脾胃湿热，留伏阴中而为梦泄者，宜清痰火；有因经络热注，夜则脊心热而遗者，……此其所因不同，为遗为泄亦异，皆当分呷施治。大约阳虚者急补气，阴虚者急益精，阳强者急泻火而已。”张璐则强调治疗遗精应根据病人的年龄、体质、肥瘦来辨证施治，颇有见地。他在《张氏医通》中指出：“壮年火盛，多有流溢者，若以虚冷用热剂，则精愈失，滋肾丸加生地、茯神、枣仁、菖蒲；梦遗而不肝热胆寒，以肝热火淫于外魂不内守，故多淫梦失精，或时心悸，肥人多此，宜清肝不必补肾，温胆汤加人参、茯神、枣仁、莲肉；遗精腰痛，六味丸加杜仲、五味、菟丝、苁蓉；中年以后，还少丹；精气不足，呼吸短气，滑泄不禁，兼心脾气虚，饮食少进者，金锁玉关丸加参芪；脾肾俱虚，败精失道，精滑不固者，九龙丹去当归，加萆薢、五味，然不若萃仙丸尤妙。”

遗精、滑精之病，预后多良好，但亦有久病失治，而成阳痿、早泄或虚劳不育之症者。而尿精之症，则应认真对待，查明原因，以防误治。

二、病因病理

（一）西医的病因病理

西医学认为，成年男子，睾丸、精囊、前列腺、尿道球腺等不断产生精液，如无性交或手淫射精，上述腺体分泌产生的精液就会逐渐积聚，当积聚到一定量处于饱和状态时，就排出体外，有的以遗精方式，有的则随尿而出。这种正常的遗精次数不多，且精液含有营养物质较少，以全身影响不大，故对健康无碍。所以对遗精的研究和治疗仍较肤浅。其对遗精病因病理的认识主要有以下几点：

1. 缺乏正确的性知识。如受黄色书刊影响，经常思考性问题，引起性兴奋；或染手淫恶习，使大脑持续存在性兴奋灶，甚至睡梦中仍有兴奋，而随时诱发遗精。
2. 生殖器官局部某些疾病刺激也可以引起遗精。如包茎、包皮过长引起包皮炎、冠状沟炎、前列腺炎、精阜炎等炎症刺激，使遗精易于发生。

（二）中医的病因病理

1. 病因

情志不畅，肝气郁结，思虑过度，所欲不遂，思想无穷；或房事不节，劳欲过度，损伤肾气；或饮食不节，损伤脾胃，或他病及脾，脾虚气陷；或嗜食酒酪，湿热内生，或性事不洁，湿热毒邪从外而入，侵扰精室，均可引起遗滑失精之证。

2. 病机

(1) 阴虚火旺 素体阴虚,或房事不节、手淫过度,耗损肾精,肾阴亏虚,虚火偏旺,欲念一生,心火动于内而相火动于外,精室被扰,发为失精。

(2) 心虚肝郁 情志不畅,所愿不遂,思想无穷,心血暗耗,肝气郁结,心虚精动,发为梦遗失精。

(3) 肾气不固 房欲不节,过度克伐,损伤肾气,或他病及肾,肾气不足,精关不固,发为失精。

(4) 心肾不交 房室损伤或热病伤阴、久病阴虚,肾水亏虚,不能上济于心,心火独亢,心肾不交,水火不济,发为梦遗滑精。

(5) 脾虚气陷 饮食不节,损伤脾胃,脾虚气陷,不能升摄,精气下泄,发为失精。

(6) 湿热下注 素嗜饮酒、嗜食辛辣油腻,湿热内生,或性事不洁,湿热邪毒从外而入,侵扰精室,精关不固,发为遗精、尿精、小便赤涩疼痛。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

当有性方面的视、听、触、语言刺激、回忆有关性行为时或在睡眠中有性梦时有精液流出,可伴有全身神经衰弱症状。

2. 体征

一般无特异性体征。有生殖器官炎症得,可检查到相应体征,如前列腺炎、精囊炎者,肛门指诊可有触压痛。

3. 实验室及其它检查

一般遗精多无特异性检查。有附属性腺炎症者,精液检查可见白细胞、脂肪小体增多,精囊炎者还可见有血精。

4. 并发症

遗精日久,往往并发性欲减退、早泄、阳痿等性功能障碍。

5. 诊断要点

(1) 诊断

① 遗精 每周2次以上或1日1次甚或1日数次,在睡眠中发生精液遗泄,或在清醒时精液滑出。

② 精神衰弱症状 头晕目眩,情绪不稳,精神萎靡,失眠多梦,记忆力减退,健忘易恐,精神抑郁,体倦乏力。

③ 性功能障碍 遗精者多伴有性欲减退、早泄、阳痿等性功能障碍。

④ 生殖器、附属性腺的某些炎症。

(2) 鉴别诊断

① 与生理性遗精鉴别

生理性遗精是指青壮男子久未性交而发生的遗精现象。《素问·上古天真论》谓:“男子

……二八肾气盛,天癸至,精气溢泻。”《寿世保元》也说:“少年壮盛,醵旷逾时,……泄如瓶之满而溢也,是为无病。”一般男性,1月遗精1~3次者,为精满自遗,是属正常的生理现象。若疏泄无工,而精液不因性交,不以时下,并伴有全身症状者,方以病论。

②与早泄鉴别

早泄是指在性交时男子不能随意控制射精时间,而导致不自主射精,射精时间相对过快的现象。而遗精是在非性交时,精液外溢的一种现象。与早泄容易鉴别。

③与泄白症鉴别

泄白症是指在性交场合,阴茎尚未插入阴道之前发生精液外溢,缺乏射精快感,其所泄精液色清透明,量少质稀,化验多无精子,因而影响生育。阴茎勃起可正常,亦可勃而不坚,均随泄精而逐渐软缩,不能性交。而遗精是指在非性交场合,而多是在睡眠中精液溢泄,病人梦中可有快感,若不并发阳痿,多不影响正常性交能力。

④与精浊鉴别

尿道口时有糊状白液,或状如米泔样液体流出,滴沥不断,茎中或有痒痛,或如火灼,或如刀害,此名为精浊。实为尿液中混夹精液,或排尿后有精液流出而言。湿热下注性遗精,茎中灼痛在小便时才有,一般遗精时,并无痛感,以此为别。

(二)辨证. 中医诊断

1. 辨证要点

每周遗精1次,或连日数遗,无论有梦无梦,清醒与否,兼有头晕乏力,腰膝酸软,均可诊为遗滑失精病。一般而论,有梦而遗者病轻,无梦而遗或清醒时遗滑者病重;初病相火旺而证实者,病轻;久病肾虚而精滑者,病重;遗精次数少,仅有头晕腰酸者,病轻易治;遗精频繁,头晕眼黑、脑空耳鸣、形瘦神疲、心神恍惚、气短汗出、难以卧起者,病重难治。其辨证要点是:梦遗失精,阳事易兴,心烦面赤,腰酸耳鸣,潮热盗汗,形体消瘦,舌红少苔,脉弦细而数,尺部虚大或弦大者为阴虚火旺证;梦遗或滑精频作,胸胁胀满,善自太息,郁闷不乐,寒热间作,口苦纳少,舌尖红赤,苔白,脉弦大虚数者为心虚肝郁证;不梦而遗,滑精频作,伴腰膝酸软,头昏耳鸣,动则气喘,面色㿔白,夜尿增多,小便频数,舌淡苔白,脉沉细者为肾气虚弱证;梦交失精,心烦不眠,头晕耳鸣,口咽干燥,或潮热盗汗,舌红苔少,脉寸数尽沉,或虚大而数者为心肾不交证;伴面色萎黄,纳呆口淡,腹泻便溏,食后脘腹坠胀,四肢不温,舌淡苔白,脉沉弱或沉细者为脾虚气陷证;遗精时作,阴茎易举或茎中涩痛,阴囊湿痒或痛,尿赤、涩痛,舌苔黄厚或腻,脉滑数或弦数者为湿热下注证。

2. 辨证分型

(1) 阴虚火旺证

[临床表现]梦遗失精,阳事易兴。心悸怔忡,心烦面赤;头晕目眩,梦魂颠倒;腰酸耳鸣,或腰痛身热;潮热盗汗,形体消瘦。舌红少苔,脉弦细而数,尺部虚大或弦大。

[辨证分析]身之君火藏于心,相火寄于肾和肝,神安则火伏,相火下潜;若君火动于上,则相火应于下,相火妄动,肾失封藏,肝失疏泄,而精液失泄;若思想无穷,意淫于外,心火内生,相火扰动,故阳强易举,梦遗失精;虚火亢于上,则心悸怔忡,心烦面赤,耳鸣眩晕;阴精亏于下,则腰酸腿痛而热,甚或潮热盗汗,形体消瘦,表现阴虚火旺之证。舌红少苔,脉弦细而数,或尺部虚大,为心肝阴虚火旺之候。总之,本证为心肝肾三脏阴虚火旺之病。

(2) 心虚肝郁证

[临床表现]梦遗或滑精频作。胸胁胀满,善自太息;心悸不眠,头晕神疲;烦惊少眠,郁闷不乐;寒热间作,口苦纳少。舌尖红赤,苔白,脉弦大虚数。

[辨证分析]心藏神,为精之主宰,肝藏精而主精之疏泄,二者为母子之脏,相生相养。思想无穷,劳心过度则伤心,心伤则肾精无主,梦则神游而失精。所欲不得,隐曲不解则肝郁失达,精失疏泄之常。心肝互病,相为影响,而成为梦遗、滑精交互频作之心虚肝郁证。心虚则心悸、烦惊、少眠多梦,或动则心慌汗出。肝郁则胸胁胀满、郁闷不乐、善自太息。肝之疏泄太过,梦遗频作,或闭目即遗。肝郁化热则口苦舌红。精耗阴伤,脑失所奉,神无所主则头晕脑空。心神不安,梦魂颠倒,甚则卧床不起。病久精亏,阴阳之精交损,阴阳失调,寒热间作,或脏腑损伤,久延成劳、成损之证。

(3) 肾气不固证

[临床表现]不梦而遗,滑精频作。腰膝酸软,精神萎靡;头昏耳鸣,动则气喘;面色㿔白,形体消瘦;夜尿增多,小便频数。舌淡苔白,脉沉细。

[辨证分析]本证因房劳过度,肾气过泄;或因先天不足,肾气不充;或因久病体弱,肾气受损,导致肾气亏损,封藏失职,固摄无权而精关不固,则遗精频作,滑泄不止。肾气不足则腰膝酸软、神倦乏力;肾虚膀胱不约则夜尿多而小便频数;肾气不纳则汗出气喘;髓海不足,脑失所养则头晕耳鸣;舌淡脉沉为肾虚之象。

(4) 心肾不交证

[临床表现]梦交失精,心烦不眠,腰腿酸软;头晕耳鸣,口咽干燥,或潮热盗汗。舌红苔少,脉寸数沉,或虚大而数。

[辨证分析]水升火降,水火相济,则心肾交泰,是为正常生理。若劳心过度,心阴暗耗,而心火独亢于上,不能与肾水相济;或因房事不节,不知持满,或因素体阴虚、肾水耗伤不足以上成心肾不交证。水亏火旺,扰动精室,精液失固而出现梦交失精;心水上扰而神志不安则出现心烦不眠;阴失精伤,真水不能上承,脑失所养则头晕耳鸣;腰为肾之府,火亢精伤则腰腿酸困;精伤阴不足,虚火上炎而见口咽干燥,舌红脉数,甚或潮热盗汗。

(5) 脾虚气陷证

[临床表现]气短懒言,肢倦乏力,面色萎黄,纳呆口淡,腹泻便溏,食后脘腹坠胀,四肢不温,舌淡苔白,脉沉弱或沉细。

[辨证分析]脾为后天之本,气血生化之源。劳倦伤脾,或素体脾虚,或用药过凉,损伤脾胃,或久病失治,脾虚气弱,均可导致脾气虚陷。脾虚及肾,肾气虚不能固摄精气,则出现气虚遗精之证。脾虚运化失权,故而纳呆、食少,腹胀便溏;脾主四肢肌肉,脾虚气陷,化源不足,不能充养四肢肌肉,则面色萎黄,肢倦乏力,手足不温;脾虚气陷,中气不足,则气短懒言,食后脘腹坠胀;舌淡苔白,脉象沉弱或沉细均为脾虚气陷之证。

(6) 湿热下注证

[临床表现]遗精时作,阴茎易举或茎中涩痛,阴囊湿痒或痛,尿赤、涩痛,少腹拘急或胀痛,口干口苦,胁肋胀痛,脘腹胀闷,纳呆,呕恶,舌苔黄厚或腻,脉滑数或弦数。

[辨证分析]此证多因素嗜烟酒、肥甘厚腻辛辣之品,湿热内生,下注精室,扰动精关而发;或由房室不洁,邪毒化生湿热,内窜精窍,启动精关,发为遗精。湿热蕴结肝经则阴茎易举或茎中痒痛,阴囊湿痒,胁肋胀痛;湿热蕴结于脾胃则脘腹胀闷,纳呆呕恶;湿热下注于膀胱则尿赤,

尿涩而痛,少腹拘急或胀痛,苔黄而厚,脉滑数,亦为湿热之象。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 抗神经衰弱药 如安定 5mg 每晚睡前服,或利眠宁 5mg,每日 2~3 次,谷维素 20mg,每日 3 次,维生素 E 100mg,每日 1 次。

(2) 表面麻醉药 属阴茎包皮过长、冠状沟炎,或龟头敏感,受刺激易痒引起的遗精滑泄,可在龟头或冠状沟处涂此表面麻醉剂,以降低龟头表面的敏感性。

2. 对症治疗

属前列腺、精囊炎、精阜炎或龟头炎、冠状沟炎等引起者,对症给以抗炎治疗。

3. 并发症治疗

并发阳痿、早泄、不育者,参见有关章节。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证施治

(1) 阴虚火旺证

[治法] 滋阴潜阳降火。

[方药] 知柏地黄汤(《景岳全书》)加减

知母、黄柏、茯苓、丹皮、山萸肉、地黄、泽泻、龟板、牡蛎。

[分析] 方中以知母、黄柏泻热补阴;得茯苓安神,丹皮合山萸肉、地黄滋养肝肾之阴,补真水以制相火;合泽泻引虚火下行;更加龟板、牡蛎以滋阴潜阳。

(2) 心虚肝郁证

[治法] 疏肝解郁,养心安神。

[方药] 柴胡桂枝龙骨牡蛎汤(《中医入门指要》)

柴胡、桂枝、党参、茯苓、远志、龙骨、牡蛎、半夏、黄芩、大黄、甘草。

[分析] 柴胡疏肝理气解郁;桂枝、党参补益心气;茯苓、远志安神宁志;龙骨、牡蛎重镇潜阳以固精;半夏降逆祛痰,交通阴阳,得黄芩、大黄以清痰火、解郁热,甘草和中,调和诸药。

(3) 肾气不固证

[治法] 温补肾气,固精止遗。

[方药] 秘精丸(《济生方》)

韭子、菟丝子、五味子、龙骨、牡蛎、桑螵蛸、茯苓。

[分析] 方中用韭子、菟丝子、五味子补肾固气;龙骨、牡蛎、桑螵蛸固肾涩精;茯苓健脾安神,交通心肾。本方适用于纯虚无邪之证,为平补固精之良方。

(4) 心肾不交证

[治法] 滋阴安神,交通心肾。

[方药] 心肾同源方(《大小诸证方论》)

枣仁、远志、柏子仁、石菖蒲、山萸、地黄、麦冬、山药、芡实、五味子。

[分析]方中用枣仁、远志、柏子仁、石菖蒲养心安神，神安肾气自固；山萸、地黄、麦冬滋阴生水，水升火自降，火降心自安；山药、芡实、五味子固肾敛精，精守则阴水不亏。诸药合用，水火相济，心肾相交，所谓“治心正所以治肾，治肾亦正所以治心也”。

(5)脾虚气陷证

[治法]补中益气，健脾固精。

[方药]补中益气汤(《脾胃论》)加减

黄芪、党参、白术、甘草、升麻、柴胡、当归、陈皮、莲子、龙骨、牡蛎。

[分析]方中用黄芪、党参、白术、甘草益气健脾；升麻、柴胡助参芪升提下陷之中气；当归以养血；陈皮理气，使补而不滞；加莲子、龙骨、牡蛎涩精止遗。诸药合用共奏健脾益气，升精止遗的目的。

(6)湿热下注证

[治法]清热利湿，清窍止遗。

[方药]龙胆泻肝汤(《太平惠民和剂局方》)加减

龙胆草、栀子、黄芩、木通、车前子、泽泻、柴胡、当归、生地、甘草。

[分析]方中用龙胆草、栀子、黄芩清热泻火；木通、车前子、泽泻利湿清热；柴胡疏肝泄热；当归、生地滋阴养血以防肝火劫阴；甘草调和诸药，并护中气。诸药合用共奏清热利湿之效。本方适用于湿热下注，阻滞窍络，腰腿困重，遗精之证。

2. 验方治疗

(1)核桃仁1个，炒韭子6克，水煎加黄酒引饮，服3日。(《山东中医验方汇编》)

(2)金锁固精丸(《医方集解》卷八)

[组成]炒潼蒺藜、芡实(蒸)、莲须各60克，炙龙骨、煅牡蛎各30克。

[用法]上药共研细末，以莲子粉糊为丸。每服6克，日3次，盐汤送下。

[功效]补肾固精。治疗肾虚精关不固之遗滑失精。

[分析]方中诸药均有涩精止遗的作用。莲须、莲肉、潼蒺藜补肾固精；龙骨、牡蛎潜阳敛精；芡实健脾固涩。诸药合用共奏滋阴潜阳，补肾固精之功。

(3)固本锁精丹(《古今医鉴》卷八)

[组成]黄芪、人参各75克，枸杞子、锁阳、五味子各60克，石莲肉75克，山药60克，海蛤粉75克，黄柏(酒拌、晒干，炒黑色)60克。

[用法]用白术180克，水1.3升，煎至500毫升，滤渣取汁；药渣再加水1升，煎至500毫升，去渣与前汁相合浓煎至250毫升，汁浓如膏；上药共为细末，入白术煎汁中和丸，如梧桐子大小。每服50丸~70丸，空腹时用温酒或淡盐汤送下。

[功效]补肾温阳，涩精止遗。治疗肾气不足，元阳虚惫之梦遗、滑精。

④益肾固精丸(《清代宫廷医话》)

[组成]炙龟板18克，生牡蛎12克，鹿角胶10克，蛤蚧尾1对，大熟地10克，茯苓10克，炒白芍、益智仁各6克，菟丝饼12克，炒山药、山萸肉各6克，牡丹皮10克，五味子3克，金樱肉6克，石莲肉10克，泽泻6克。

[用法]上药共为细末，入饴糖为丸，如绿豆大。每服6克，白开水送服。

[功效]补肾壮阳，益肾固精。适用于肾阴阳两虚之遗精滑泄。

⑤桑螵蛸散(《本草衍义》卷十七)

[组成]桑螵蛸、远志、石菖蒲、人参、茯神、当归、龙骨、龟板(醋炙)各30克。

[用法]上药研末,每服6克,人参汤调下,临卧前服。

[功效]补肾养心,涩精止遗。主治心肾两虚之梦遗等。

[分析]方中桑螵蛸补肾涩精,龙骨涩精安神为君;人参、茯神、菖蒲、远志益气养心,安神定志为臣;当归、龟板养血滋阴为佐。诸药合用,既能补肾益精,又能补养心气,从而起到调补心肾,交通上下,收敛固涩的效果。

3. 单味药治疗

(1)生核桃仁60克,1日服完,连服月余。(《河南省中医秘方汇编》)

(2)一味秘精汤(《慈禧光绪医方选议》)

胡桃衣15克,水煎服,每日1剂,连服月余。

[分析]胡桃衣,又名分心木,系胡桃科植物胡桃果核内之木质隔膜,民间治疗遗精滑泄之要药。

[功能]调肾固精。

(3)白果仁3粒煮熟,每晚临睡服,连用5次。

(4)刺猥皮1具,焙干研末,每次服3克~5克,每日2次。

(5)金樱子肉15克,水煎服。

4. 其它疗法

(1)针灸疗法

①处方一:

[取穴]主穴:关元、会阴、三阴交、复溜;配穴:头晕加太冲,耳鸣加中渚,失眠健忘加神门、三阴交,口渴加太溪。

[操作]每次关元配复溜;会阴配三阴交,针用补法、留针30分钟,会阴穴强刺激,不留针,隔日针刺1次。

②处方二:

[取穴]主穴:气海、百会、长强、足三里、神阙;配穴:腰痛甚加肾俞,尿频加膀胱俞。

[操作]每次长强、百会只取一穴。长强强刺激不留针;百会捻转至局部有沉重感即可,留针5分钟。神阙用灸法,用艾卷雀啄灸。其他穴位针用补法,留针30分钟。

③处方三:

[取穴]主穴:曲泉、会阴、肝俞、阳陵泉、急脉、水分;配穴:头晕耳鸣加悬钟、太溪;阴囊潮湿加阴陵泉、三阴交。

[操作]先针肝俞,捻转泻法1分钟,不留针;次针阳陵泉与曲泉,用提插泻法;最后针水分、急脉、会阴;急脉补法宜留针。

④处方四:灸疗法

[取穴]主穴:中极、关元、阳陵泉、命门;配穴:头晕加百会,耳鸣加肾俞,少气加足三里。

[操作]用艾条雀啄灸各5分钟,温针中极、命门、复溜10分钟。

⑤处方五:灸疗法

[取穴]主穴:神阙、足三里;配穴:畏寒肢冷加关元,尿频加三阴交。[操作]神阙用隔盐灸,足三里温针灸20分钟。

(2) 耳穴疗法(苏勋庄方)

[取穴]主穴:肾、心、神门、皮质下;配穴:肾上腺、三焦、肝、脾、内分泌、内生殖器。

[治疗方法]

①耳穴毫针法 每次主穴选取1~3个,配穴1~2个,取单侧耳穴,两耳隔日交替针刺,刮针手法,留针30分钟,10分钟行针1次,5天~7天为1疗程。

②耳穴压豆法 用王不留行子贴压,取单侧耳穴,5天~7天后换贴另侧耳穴,每天按压3次,每次按压3分钟,治疗1次后,遗精次数减到每周1次~2次,余症亦减轻,共治疗3次,诸症消失而愈。

(3) 按摩疗法

①擦丹田 先将两手掌相摩令热,然后以左手紧托阴囊,右手掌摩擦小腹丹田处100次,右手擦毕,改用左手轮换进行。

②摩内肾 两手在腰部上下摩擦100次。

③按会阴 以中指端按压穴上,同时收缩肛门,提吸小腹,一松一紧,按压50次,提缩时,指端在穴位上可以感到有软肉在弹动。

④擦涌泉 左右各擦100次。每晚临睡前进行,用力宜均匀柔和,除按会阴穴外,其他部位以摩擦发热为度。

(4) 气功疗法

卧式内养功 自然仰卧于床上,枕略高,两目内视,闭口,舌抵上腭,入静后呼气一口,将肛门一缩一提,同时小腹内收,吸气时,用意引气由尾闾沿督脉上达脑后玉枕,两目上视,令气经头顶下溜至印堂,少停片刻,再呼气,用意引气,连同口内津液下沉丹田,此为1周,反复练习。此外,在肛门提气上行,直至下沉丹田前,还须手脚指趾稍稍用力往上勾,即脚趾向小腿方向翘,手指成半握掌形,至气沉丹田,再恢复原状态。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

(1)调摄心神 注意精神调养,排除杂念,清心寡欲,避免过度精神紧张,多参加有益的文体活动,以分散集中于性问题上的注意力。

(2)注意生活起居 节制性欲,戒除手淫,睡前温水洗脚,养成侧卧的习惯,被褥不宜过厚,脚部不宜盖的太暖,不穿紧身裤。

(3)注意饮食调理 忌食肥甘厚味及辛辣刺激性食物,戒烟酒咖啡等嗜好。

(4)如有包茎、包皮过长、尿道炎、冠状沟炎、前列腺炎、精阜炎等,应及时治疗。

2. 中医措施

(1)调畅情志,忌郁怒思虑过度。

(2)节制淫欲,避免恣意房中,以免损肾精。

(3)戒烟酒辛辣刺激之品。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 向患者做好思想解释工作,减轻病人顾虑,注意调摄心神,清心寡欲,远离容易引起性联想的视、听、触等感官刺激。

(2) 劳逸结合,控制手淫,睡卧不宜盖太沉的被褥。

(3) 忌烟酒及嗜食辛辣刺激性食物。

(4) 如有包茎、包皮过长、尿道炎、冠状沟炎、前列腺炎、精阜炎等,应及时治疗。

2. 中医措施

参见未病先防中医措施。

尿 精

一、概 述

凡精液阻塞尿窍,随尿排出,或在尿中混有精液,或在尿毕流出精液,而尿色正常不混浊者,称为尿精。

《素问·痿论》曰:“思想无穷,所愿不得,意淫于外,入房太甚,宗筋弛纵,发为筋痿,及为白淫。”王冰注曰:“白淫,谓白物淫衍,如精之状,男子因洩而下,女子阴器中绵绵而下也。”可见“白淫”即“尿精”之状。

隋代巢元方首次将本病称为“尿精”,认为尿精乃“肾气虚弱故也。肾藏精,其气通于阴,不能藏于精,故小便而精液出也”(《诸病源候论·虚劳尿精候》)。唐宋医家记载了治疗本病的经验,如《圣济总录》卷一九四载:“虚劳尿精,灸第七椎两旁,灸阳陵泉、阴陵泉、三阴交等穴”。《类证治裁·淋浊》曰:“有浊在精者,由相火妄动,精离其位,不能闭藏,与溺并出。”

金代张子和将本病归于“筋疝”范畴,治疗上主张以清心为主。他在《儒门事亲·疝本肝经宜通勿塞状》中指出:“筋疝……或白物如精,随洩而下,久而科于房室劳伤,及邪术所使,宜以降心之剂下之。”

明代戴原礼将本证归于“白浊”中,如《证治要诀·白浊》指出:“稠粘如胶,频逆,而涩痛异常,此非热淋,此是精涨窒塞窍道而结,宜五苓妙香散,吞八味圆,小菟丝子圆。”

清代李用粹对本病的诊断、鉴别诊断作了深刻阐发。如《证治汇补·便浊》说:“精浊者,因败精流于溺窍,滞而难出,故注中如刀割火灼而溺自清,惟窍端时有秽物,如疮脓目眵,淋漓不断,与便溺绝不相混,此心肾二经火起精溢,故败精流出而为白浊。虚滑者,血不及变,而为赤浊。宜滋阴药中加牛膝、冬葵子、萆薢,去其败精,然后分治。挟寒者,脉迟有力,溺色清白;挟热者,口渴便黄,脉滑数有力。寒者,萆薢分清饮;热者,清心莲子饮。”

可见,古代医家将本病归于“精浊”、“便浊”、“白浊”、“白淫”、“淋浊”等疾病中。但本病与“尿浊”、“膏淋”等证应作鉴别。尿浊指尿液混浊不清;膏淋小便混浊,如脂如膏;而本病却是小便之中夹有精液絮块,或小便之后精液自出,其尿液色清。正如《医碥·赤白浊》所云:“精浊出自精窍,当便浊之出于溺窍者大异。”临床当细辨,以免混淆。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

尿中夹精,多因精液逆入膀胱,或后尿道松弛,射精管口失约引起。常见的原因有逆行射精、前列腺炎、精囊炎、精阜炎等,由于炎症激惹,射精管开口变得敏感,小便时尿流刺激,即可引起精液溢泄,随尿流出。

2. 病理

本病的病理机制主要与后尿道松弛,精液逆射入膀胱,或输精管道的炎症激惹有关。

(二) 中医的病因病机

1. 病因

素体阴虚,或所愿不得,或恣情纵欲,或热病伤阴,而使肾阴亏虚,相火妄动;或素体阳虚,或房事不节、阴损及阳,或久病损伤正气,阳虚不能敛阴;或饮食不节,损伤脾胃、中虚气陷,不能摄精;或素嗜烟酒辛辣油腻之品,湿热内生,或性事不洁,湿热邪毒从外侵入,扰乱精窍;或意淫于外,或忍精不射,或外伤所致,败精淤阻,流溢尿窍,均可引起尿精。

2. 病机

(1) 阴虚火旺,迫精外泄 阴虚火旺,相火旺盛,欲事易动,阴精不宁,窜出精窍,与尿并出,发为尿精。

(2) 脾肾气虚,固摄失职 肾主藏精,脾主摄精,阳气卫固,精关开合有司。脾肾阳虚,不能固摄,精气下陷,精液自溢,出于尿道,发为尿精。

(3) 湿热下注,扰乱精窍 湿热下注,或外邪内扰,精室不安,迫精外溢,随尿而出,发为尿精。

(4) 败精瘀阻,精不归窍 败精瘀阻精窍,正常阴精不能归于常位,而无定处,流溢而出,与尿并流,发为尿精。

三、诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

尿中夹有精液,或小便后精液自流。可伴有小便涩痛,腰膝酸软,心烦易怒,头晕耳鸣等神经衰弱症状。

2. 体征

属前列腺炎、精囊炎者,肛门指诊前列腺、精囊有触压痛。

3. 实验室及其它检查

尿液镜检有大量精子。

4. 并发症

可并发阳痿、早泄、遗精、滑精等症。

5. 诊断要点

(1) 诊断

凡小便时尿中夹有精液、或小便后精液自流,但尿液色清不混浊即可诊为本病。本病尿液镜检有大量精子。

(2) 鉴别诊断

① 与小便混浊鉴别

小便混浊者,小便时尿液混浊不清,色白者为白浊,色赤者为赤浊,状如脂膏者为膏浊。小便混浊,尿液检查无精子。而尿精,其尿液色清不混,轻者外观尿液无异常,重者仅在尿液中有絮状蛋白样物飘游,其尿液镜检有大量精子。

② 与遗精、滑精、漏精鉴别

睡眠中有梦而遗者为遗精,无梦而遗者为滑精;漏精则是在清醒状态下,由于意淫不遂,或有色欲意念,精液自流,三者均与排尿无关。而尿精则是小便时精液随尿而出或尿后精流,其发生因于排尿而起。

(二) 辨证、中医诊断

1. 辨证要点

小便夹精,或尿后精流,小便色清,即可诊断为尿精之证。其尿时茎中作热涩痛,小便短赤而热,伴有梦遗、心烦不寐,唇红颧赤,手足心热,咽干口渴,潮热盗汗,舌红苔黄,脉细数者为阴虚火旺证的辨证要点;小便清长频数,常伴有滑精,面色少华,身体倦怠,精神不振,腰背酸痛,畏寒肢冷,舌淡苔白有齿痕,脉沉弱或沉细者为脾肾气虚证的辨证要点;伴有遗精,排尿不爽,茎中作痛痒热,小便短赤,胸脘痞闷不舒,口渴口苦,舌红,苔黄腻,脉滑数者为湿热下注之证;其茎中刺痛,或如刀割火灼,小便不畅,滴沥不断,舌暗唇青,苔黄,脉弦数或沉涩者为败精瘀阻证的辨证要点。

2. 辨证分型

(1) 阴虚火旺证

[临床表现]小便夹精,尿时茎中作热涩痛,小便短赤而热,或尿后有少许精液排出,伴有梦遗、心烦不寐,唇红颧赤,手足心热,咽干口渴,潮热盗汗,舌红苔黄,脉细数。

[辨证分析]素体阴虚,或恣意淫欲,或手淫过度,肾阴极虚,阴不制阳,相火妄动,扰乱精室,迫精外出,随尿而流,故见小便夹精,或尿后精流,或见梦遗;热灼阴液,故小便短赤而热;心烦不寐,唇红颧赤,手足心热,咽干口渴,潮热盗汗,舌红苔黄,脉细数,均为阴虚火旺之征。

(2) 脾肾气虚证

[临床表现]小便夹精,或溺后精流,小便清长,小便频数,常伴有滑精,面色少华,身体倦怠,精神不振,腰背酸痛,畏寒肢冷,舌淡苔白有齿痕,脉沉弱或沉细。

[辨证分析]脾病及肾,或肾病及脾,脾肾气虚,固摄失职,小便之时,阳气随泄,精关不固,随尿而开,精随尿出,故小便夹精,或尿后精流。脾阳虚,水液不得运化,肾阳虚水液不得气化,故小便清长频数。脾气不足,则面色少华,身体倦怠,精神不振。腰为肾之府,肾阳虚衰,不能温养肾府,故腰背酸痛;脾肾阳虚,失于温煦,则畏寒肢冷。舌淡苔白有齿痕,脉沉弱或沉细,乃脾

肾阳虚之象。

(3) 湿热下注证

[临床表现]小便夹精,或尿后精流,伴有遗精,排尿不爽,茎中作痛痒热,小便短赤,胸脘痞闷不舒,口渴口苦,舌红,苔黄腻,脉滑数。

[辨证分析]湿热蕴结下焦,扰动精室,小便之时,精关随开,精液随尿流而下,故见尿中夹精,或尿后精流。湿热熏灼尿道,败精瘀阻,故见排尿不爽,茎中作痛痒热;湿热灼炼阴津,故小便短赤;胸脘痞闷不舒,口渴口苦乃湿热熏蒸肝胆所致;舌红苔黄腻,脉滑数乃湿热下注之象。

(4) 败精瘀阻证

[临床表现]小便夹精,或尿后精流,茎中刺痛,或如刀割火灼,小便不畅,滴沥不断,舌暗唇青,苔黄,脉弦数或沉涩。

[辨证分析]败精瘀阻,精不归位,流溢窍端,随尿而出,则小便尿精或尿后精流;瘀阻茎络,不通则痛,故见茎中刺痛,或如刀割火灼;败精瘀阻尿道,则小便不畅,滴沥不断。舌暗唇青,苔黄,脉弦数或沉涩,乃血瘀精瘀之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

无特殊治疗措施。

2. 对症治疗

因输精管道或附属性腺炎症引起者,应抗炎治疗。因膀胱颈松弛者,行手术进行膀胱颈缩缝术。

3. 并发症治疗

并发早泄、遗精、阳痿、不育者,分别参照有关章节进行治疗。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 阴虚火旺证

[治法]滋阴降火,固肾涩精。

[方药]大补阴丸(《丹溪心法》)加减

黄柏、知母、生地、龟板、肉桂、麦冬、车前子、旱莲草、女贞子。

[加减]若虚火扰心者加黄连、莲子心;口渴者加玉竹、石斛、天冬。

[分析]方中黄柏、知母滋补肝肾之阴,清降龙雷相火;肉桂引火归元,配苦寒之黄柏,则降火之力更强。生地、麦冬、龟板、旱莲草、女贞子滋阴清热,取其“壮水之主,以制阳光”之义;车前子利尿引热下行。若虚火扰心者加黄连、莲子心以清心安神;口渴者加玉竹、石斛、天冬以滋阴清热润燥。

(2) 脾肾气虚证

[治法]健脾补肾,益气固摄。

[方药]桑螵蛸散(《本草衍义》)加减

桑螵蛸、远志、龙骨、党参、茯神、龟板、山药、白术、杜仲、菟丝子、仙灵脾、甘草梢。

[加减]若兼肾精不足,见牙齿松动脱落,发落,记忆力减弱者,加紫河车、肉苁蓉以填精补肾;若兼气虚下陷,见气短、腹坠胀、便溏、纳呆,甚或脱肛者,加柴胡、枳壳、黄芪以升阳固脱。

[分析]方中参、术、苓、草四君子汤健脾益气,脾气健运,则收摄有力,清浊自分;菟丝子、杜仲、仙灵脾补肾温阳,以固肾精;桑螵蛸、龙骨、龟板收涩止遗;茯神、远志健脾宁心安神。诸药合用,共达健脾补肾,益气固摄之功。

(3)湿热下注证

[治法]清热利湿,分清泌浊。

[方药]程氏萆薢分清饮(《医学心悟》)加减

萆薢、苡仁、木通、滑石、车前子、茯苓、黄柏、菖蒲、莲子心、丹参、白术。

[加减]若兼有湿热蕴阻中焦,证见纳呆、腹胀、便溏者,加藿香、砂仁、佩兰,以醒祛湿化热醒脾;若湿热上蒙清窍,证见头昏头重、嗜睡者,加远志、升麻、苍术以清热除湿,清利清窍。

[分析]方中萆薢、苡仁清热利湿,分清泌浊;木通、滑石、车前子、茯苓清热利湿,使湿热从小便而去;黄柏清热燥湿降火;菖蒲、莲子心清心除烦,丹参化瘀,兼能宁心除烦;白术健脾化湿。诸药合用,共奏清热利湿,分清泌浊之效。

(4)败精瘀阻证

[治法]清热解毒,补肾活血。

[方药]抽薪散(《景岳全书》)加减。

虎杖、萆薢、炒栀子、木通、大黄、石斛、黄柏、泽泻、甘草梢。

[加减]血瘀重者加乳香、没药以加强活血化瘀之力;瘀精化腐者加金银花、蒲公英、地锦草以加强清热解毒之效,金银花苦寒不伤阴,兼有养阴之能。

[分析]本方为抽薪散改黄芩为大黄,加虎杖、萆薢、枳壳而成。方中重用虎杖清热解毒、补肾活血;萆薢、泽泻清热利湿;炒栀子、黄柏清热燥湿;枳壳行气破积;大黄攻下通瘀;木通清热通淋;石斛生津,以防燥湿伤阴。诸药合用,共奏清热解毒、补肾活血之功。

2. 验方治疗

(1)陈梦雷治尿精方(《医部全录·诸疾·淋浊遗精门》)

[组成]白术、茯苓、橘红、甘草、干葛、白蔻、黄柏。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]清热化湿,健脾升阳。

[疗效观察]陈梦雷用此方治一纵饮伤脾,湿热下注的尿精证,2剂即效,10日康复如常。

(2)张锡纯治尿后流精方(《医学衷中参西录》)

[组成]生箭芪15克,净萸肉15克,生怀山药15克,生龙骨15克(捣碎),生牡蛎15克(捣碎),生杭芍12克,桂枝尖10克,生怀地黄10克,甘草4.5克。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]疏肝散风,固摄肾气,辅以培补气血。

[疗效观察]张锡纯用此方治一李姓青年,因淋雨冒湿,感受风寒而致尿道刺痒,尿后滴精证,上方连服3剂,病即全愈。因即原方去桂枝,以熟地易生地,俾再服数剂以善其后。

3. 单味药治疗

(1) 草薢

[药物]粉草薢 20 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂。或与粳米煮粥,共食。

[功效]利湿去浊,分清秘精。

(2) 生核桃仁(《河南省中医秘方汇编》)

[药物]生核桃仁 60 克。

[用法]1 日服完,连服月余。

[功效]补肾固精。

(3) 一味秘精汤(《慈禧光绪医方选议》)

[组成]胡桃衣 15 克。

[用法]水煎服,每日 1 剂,连服月余。

[功能]调肾固精。

[分析]胡桃衣,又名分心木,系胡桃科植物胡桃果核内之木质隔膜,民间治疗遗精滑泄之要药。

(4) 白果仁

[药物]白果仁 3 粒。

[用法]煮熟,每晚临睡服,连用 5 次。

[功效]缩精止浊。

(5) 刺猬皮

[药物]刺猬皮 1 具。

[用法]焙干研末,每次服 3 克~5 克,每日 2 次。

[功效]活血行瘀,固精缩尿。

4. 其它疗法

(1) 针灸疗法

① 处方一:

[取穴]主穴:关元、会阴、三阴交、复溜;配穴:头晕加太冲,耳鸣加中渚,失眠健忘加神门、三阴交,口渴加太溪。

[操作]每次关元配复溜;会阴配三阴交,针用补法、留针 30 分钟,会阴穴强刺激,不留针,隔日针刺 1 次。

② 处方二:

[取穴]主穴:气海、百会、长强、足三里、神阙;配穴:腰痛甚加肾俞,尿频加膀胱俞。

[操作]每次长强、百会只取一穴。长强强刺激不留针;百会捻转至局部有沉重感即可,留针 5 分钟。神阙用灸法,用艾卷雀啄灸。其他穴位针用补法,留针 30 分钟。

③ 处方三:

[取穴]主穴:曲泉、会阴、肝俞、阳陵泉、急脉、水分;配穴:头晕耳鸣加悬钟、太溪;阴囊潮湿加阴陵泉、三阴交。

[操作]先针肝俞,捻转泻法 1 分钟,不留针;次针阳陵泉与曲泉,用提插泻法;最后针水分、急脉、会阴;急脉补法宜留针。

④处方四:灸疗法

[取穴]主穴:中极、关元、阳陵泉、命门;配穴:头晕加百会,耳鸣加肾俞,少气加足三里。

[操作]用艾条雀啄灸各5分钟,温针中极、命门、复溜10分钟。

⑤处方五:灸疗法

[取穴]主穴:神阙、足三里;配穴:畏寒肢冷加关元,尿频加三阴交。

[操作]神阙用隔盐灸,足三里温针灸20分钟。

(2)耳穴疗法(苏勋庄方)

[取穴]主穴:肾、心、神门、皮质下;配穴:肾上腺、三焦、肝、脾、内分泌、内生殖器。

[治疗方法]

①耳穴毫针法 每次主穴选取1~3个,配穴1~2个,取单侧耳穴,两耳隔日交替针刺,刮针手法,留针30分钟,10分钟行针1次,5天~7天为1疗程。

②耳穴压豆法 用王不留行子贴压,取单侧耳穴,5天~7天后换贴另侧耳穴,每天按压3次,每次按压3分钟,治疗1次后,遗精次数减到每周1~2次,余症亦减轻,共治疗3次,诸症消失而愈。

(3)按摩疗法

①擦丹田 先将两手掌相摩令热,然后以左手紧托阴囊,右手掌摩擦小腹丹田处100次,右手擦毕,改用左手轮换进行。

②摩内肾 两手在腰部上下摩擦100次。

③按会阴 以中指端按压穴上,同时收缩肛门,提吸小腹,一松一紧,按压50次,提缩时,指端在穴位上可以感到有软肉在弹动。

④擦涌泉 左右各擦100次。每晚临睡前进行,用力宜均匀柔和,除按会阴穴外,其他部位以摩擦发热为度。

(4)气功疗法

卧式内养功 自然仰卧于床上,枕略高,两目内视,闭口,舌抵上腭,入静后呼气一口,将肛门一缩一提,同时小腹内收,吸气时,用意引气由尾闾沿督脉上达脑后玉枕,两目上视,令气经头顶下溜至印堂,少停片刻,再呼气,用意引气,连同口内津液下沉丹田,此为1周,反复练习。此外,在肛门提气上行,直至下沉丹田前,还须手脚指趾稍稍用力往上勾,即脚趾向小腿方向翘,手指成半握掌形,至气沉丹田,再恢复原状态。

(5)饮食疗法

草薢粥

[材料]粉草薢15克,粳米50克,盐少许。

[制作]选粉白片大而薄的粉草薢,打碎,与粳米同放砂锅,文火共煮,待米粘油浮时,加入盐少许,再盖焖5分钟,即可。

[功效]健脾益气,利湿泌浊。

五、预防

(一)未病先防

1. 西医措施

(1) 调摄心神 注意精神调养,排除杂念,清心寡欲,避免过度精神紧张,多参加有益的文体活动,以分散集中于性问题上的注意力。

(2) 注意生活起居 节制性欲,戒除手淫,睡前温水洗脚,养成侧卧的习惯,被褥不宜过厚,脚部不宜盖的太暖,不穿紧身裤。

(3) 注意饮食调理 忌食肥甘厚味及辛辣刺激性食物,戒烟酒咖啡等嗜好。

(4) 如有尿道炎、冠状沟炎、前列腺炎、精阜炎等,应及时治疗。

2. 中医措施

(1) 调畅情志,忌郁怒思虑过度。

(2) 节制淫欲,避免恣意房中,以免损肾精。

(3) 戒烟酒辛辣刺激之品。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 向患者做好思想解释工作,减轻病人顾虑,注意调摄心神,清心寡欲,远离容易引起性联想的视、听、触等感官刺激。

(2) 劳逸结合,控制手淫,睡卧不宜盖太沉的被褥。

(3) 忌烟酒及嗜食辛辣刺激性食物。

(4) 如有尿道炎、冠状沟炎、前列腺炎、精阜炎等,应及时治疗。

2. 中医措施

参见未病先防中医措施。

第二节 阴茎硬结症

一、概 述

阴茎硬结症是以累及阴茎背侧白膜的局限性纤维化为特征的一种疾病,又名阴茎纤维性海绵体炎,慢性海绵体炎以及海绵体硬化病等。该病由法国 Peyronie 在 1743 年首先描述。所以又可称为 Peyronie 病。其临床表现以阴茎局部硬性斑块为特征,伴有阴茎疼痛,勃起痛,阴茎向硬结侧弯曲。本病多起病缓慢,常为偶然发现,或在性交时感到严重疼痛或性交困难及伴有阳痿才被发现。多见于 20 岁~40 岁的患者。

本病中医古籍无类似记载,大约归于“房事茎痛”范畴,亦有按“阴茎痰核”论治者。

本病的发生多责之于肝、脾、肾三脏,盖肝主疏泄,或情志郁怒,气机不畅,阻于阴器;或肝肾不足,感受寒湿,入于厥阴之络;或脾湿生痰,痰浊凝聚宗筋,皆可形成本病;另有瘀精败浊,或跌打损伤,瘀血留滞而发者。

二、病因病理

(一) 西医的病因病理

1. 病因

本病病因尚不明确,一般认为与维生素E缺乏,轻度外伤,硬化性炎症,退行性病变有关。但也有人认为淋病,梅毒,糖尿病,动脉硬化,内分泌失衡及免疫因素可诱发,但很少得到证实。Chilton 等的回顾性研究认为,本病的病因以遗传、创伤及动脉粥样硬化最为多见,另外自体免疫因素也不可被忽视。

2. 病理

本病的病理变化主要是在阴茎海绵体白膜与阴茎深筋膜之间发生的纤维性病变并波及海绵体内及其间质。

阴茎白膜不仅是海绵体纤维轮廓的体现,而且在决定和维持勃起中起着重要作用。阴茎白膜的弹性机能是由于弹性纤维的明显收缩而引起的。因为弹性纤维呈多种波浪形分布,胶原纤维束就产生牵引作用。在阴茎勃起的初期,白膜抵抗海绵体内压的增加,而压迫白膜下的小静脉和导静脉,致静脉回流明显减少,诱发并维持阴茎勃起。此外,阴茎是强勃起膨胀时可发生过度牵张,小血管的过度牵张可造成小动脉内的血流动力学障碍,而白膜具有保护海绵体内纵膈上小动脉的过度牵张。白膜上的弹性纤维数量减少,能使其弹性减弱而失去其压迫机能,使阴茎失去弹性阴茎硬结症就是以阴茎白膜上胶原且白多灶性增厚,弹性且白严重减少为特征。最终影响白膜的机能并导致阳痿。

阴茎硬结症是一种自限性疾病,约55%的病人可发生斑块自发性退化而症状缓解。病变初期在结缔组织内的中小血管周围出现炎症反应,可见淋巴细胞及浆细胞浸润和胶原沉积。随之开始纤维化,于阴茎背侧形成增厚性组织硬结,久之则局部钙化或骨化。一般不累及尿道,也不与皮肤粘连,病变进展缓慢,以白膜的退行性变和纤维性变为主,严重时也可累及白膜以外的组织。

(二) 中医的病因病理

1. 病因

平素饮食不节,或过食肥甘厚味,痰湿内生;或外感寒湿,侵入络脉,结聚宗筋,发生硬结。足厥阴肝经环绕阴器,肝主筋,阴茎为宗筋之会,若平素情志不畅,所愿不遂,气滞血瘀;或外伤阴器,血瘀宗筋脉络,均可发生阴茎硬结。

1

2. 病机

(1) 痰湿结聚 饮食不节,脾虚不运,或过食肥甘厚味,则生痰湿,痰湿下注,凝聚于阴茎,发生硬结。

(2) 气滞血瘀 肝主筋,阴茎为宗筋之会,若肝郁气滞,血流不畅,气血瘀滞,发生硬结。

(3) 阴茎损伤,血瘀络脉,阴茎发生硬结。

三、临床诊断

(一) 辨病. 西医诊断

1. 症状

阴茎背侧硬结或索状斑块, 质地硬如软骨, 致阴茎勃起时弯曲、疼痛, 影响性交, 硬结严重者可引起阳痿。

2. 体征

阴茎背侧可触及硬结或条索状硬结, 质地稍硬如软骨状, 阴茎勃起时发生弯曲。

3. 实验室及其它检查

无特异性检查。

4. 并发症

阴茎硬严重者可引起勃起疼痛, 影响性交, 甚至发生阳痿。

5. 诊断要点

(1) 诊断

① 阴茎背侧硬结或索状斑块, 质地硬如软骨。

② 阴茎勃起时弯曲、疼痛, 影响性交。

③ 硬结严重者可引起阳痿。

④ 可有阴茎损伤史。

(2) 鉴别诊断

本病诊断较容易, 但尚需与下述疾病相鉴别。

① 与阴茎癌鉴别

中医称肾岩, 多见于老年人, 初起冠状沟附近发生硬结, 自觉灼热而痒, 迅速增大, 溃后状若翻花, 其味恶臭。而本病仅在阴茎背侧发生硬结, 不会发生溃破。

② 与包皮结石鉴别

因包皮过长或包茎, 包皮垢与尿盐沉着而形成。附着于阴茎冠状沟处, 棕黄色, 将包皮上翻, 露出龟头, 外用生理盐水浸泡后, 轻拭即能擦去。

③ 与梅毒疳疮(硬下疳)鉴别

有冶游史, 见于梅毒初期。发生在包皮系带、阴茎, 初起为米粒大浸润点, 1 周~2 周后逐渐隆起变硬, 成一椭圆形硬块, 逐渐色紫腐烂, 中间凹陷如臼, 四边坚硬凸起, 有少量渗出液, 约 1 月左右可自愈愈后不留遗痕, 一般只有 1 个。

④ 与颓疝鉴别

阴茎肿胀, 表面可有高低不平的结节, 阴囊呈象皮样肿大; 而阴茎硬结症则是阴茎海绵体内发生硬结而不是表面, 亦无阴囊肿大。

(二) 辨证. 中医诊断

1. 辨证要点

凡阴茎背侧硬结或索状斑块, 质地硬如软骨, 阴茎勃起时弯曲、疼痛, 影响性交, 即可确诊

为本病。伴腰膝酸软,性欲减退,舌质淡薄,脉沉缓或沉弱,为脾肾阳虚寒痰阻络证辨证要点;伴少腹坠胀,或睾丸掣痛,随情绪变化而加重或减轻,舌质有瘀点,脉沉弦或沉涩者为肝气郁结血瘀阻络证辨证要点。

2. 辨证分型

(1) 脾肾阳虚、寒痰阻络证

[临床表现]阴茎硬结,状如软骨,阴茎勃起弯曲、疼痛,影响性交,伴有腰膝酸软,性欲减退,舌淡薄,脉沉缓或沉弱。

[辨证分析]脾肾阳虚,感受寒湿,寒痰凝聚宗筋,久而发生结节;结节既成,经络阻隔,气机阻滞,故有勃起弯曲、疼痛;腰为肾之府,肾亏则腰酸,脾肾两亏,宗筋萎软,则性欲减退,甚则阳痿。舌淡苔薄,脉沉缓或沉弱者,为脾肾阳虚,寒痰阻结所致。

(2) 肝气郁结、血瘀阻络证

[临床表现]阴茎硬结,状如软骨,阴茎勃起弯曲、疼痛,影响性交,伴有少腹坠胀,或睾丸掣痛,随情绪变化而加重或减轻,舌暗或有瘀点,脉沉弦或沉涩。

[辨证分析]阴茎乃宗筋所聚,为肝所主,而肝脉下络阴器,上抵少腹,肝郁气滞,经络阻隔,瘀结而成硬结;少腹坠胀,或睾丸掣痛,随情绪变化而加重或减轻,乃肝气郁滞,瘀血阻络,宗筋失于疏泄所致;舌暗或有瘀点,脉沉弦或沉涩乃气滞血瘀之征。

四、治疗

(一) 西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 口服药物

①维生素E。维生素E对挛缩有效,因而应用维生素E应对本症有益。一般每日100mg~300mg,分3次口服,连用3个月以上。有人报道服用维生素E后可不同程度地改善症状。

②对氨基苯甲酸钾。为溶蛋白剂,可使硬结软化。每日12克,分3~4次口服,需连服6月~12个月,短期无效。一般于8周~10周后硬结开始软化。长期服用可出现胃肠道反应、低热、皮疹等,停药后即可消失。

③碘化钾。碘化钾配合中药治疗对本病似有某些疗效,但不彻底。

(2) 局部注射

类固醇类药物如醋酸氢化可的松、地塞米松、氢化泼尼松等具有抑制胶原纤维增生的作用,但全身应用易引起体内代谢失调,故常局部应用。

①醋酸去炎松-A 灭菌悬液0.5ml~1ml(10mg/ml)+0.5%利多卡因1ml,局部注射,每周1次。初期浸润于硬结周围,软化后可直接注射于硬结内。硬结较大或浸润及两侧海绵体时则可分2~3点注射,每周1次~2次,6次后间歇2周。

②醋酸强的松25mg+2%普鲁卡因1ml局部封闭,每周2次,10次为1疗程。

2. 对症治疗

疼痛较重可予消炎痛口服,有效。

3. 并发症治疗

阳痿、性交茎痛参考阳痿、房事茎痛病的有关治疗。

(二) 中医中药治疗

1. 辨证施治

(1) 脾肾阳虚、寒痰阻络证

[治法]温补脾肾,化痰软坚。

[方药]阳和汤(《外科全生集》)、二陈汤(《太平惠民和剂局方》)、活络效灵丹(《医学衷中参西录》)三方合用

熟地、鹿角胶、肉桂、炮姜、麻黄、白芥子、法夏、陈皮、乳香、没药、丹参。

[加减]可酌加夏枯草以加强软坚散结之力,加莪术以增加破瘀活血之功。

[分析]熟地、鹿角胶温阳生血;肉桂、炮姜温经散寒,能使玉茎血脉通畅;麻黄、白芥子、法夏、陈皮通阳散结化痰,以治其标;乳香、没药、丹参活血化瘀,以消结节。诸药合用,共达温补脾肾,化痰软坚之效。

(2) 肝气郁结、血瘀阻络证

[治法]疏肝理气,化瘀散结。

[方药]复元活血汤(《医学发明》)合海藻玉壶汤(《医宗金鉴》)加减

柴胡、青皮、木香、当归、桃仁、红花、川芎、穿山甲、海藻、昆布、陈皮、法夏、贝母、连翘。

[加减]睾丸痛加白芥子、川楝子;少腹坠胀加小茴、香附;为防肝肾暗耗,可重用白芍,一则柔肝养阴,一则缓急止痛。

[分析]柴胡、青皮、木香疏肝理气解郁止痛;当归、桃仁、红花、川芎活血化瘀,穿山甲尤具破瘀散结之功;海藻、昆布、陈皮、法夏、贝母、连翘等软坚化痰。

2. 验方治疗

(1) 化痰散结灵(《千家妙方》下册)

[组成]橘红 30 克,半夏 24 克,橘络 18 克。

[用法]上药共捣为末,入白酒 250 毫升,密封浸泡 7 天(每天摇动数次),取其酒液加水 500 毫升,入砂锅内煮数分钟,待冷后加入碘化钾 5 克,溶后装瓶备用。开始每次取 2 毫升,兑白开水 3 毫升,早晚饭后各服 1 次(服后多饮水为宜),服药 1 周后停药 2 日,其后每天如上服药 3 次。

[功效]化痰通络散结。适用于脾虚不运或饮食肥甘厚味,痰湿内蕴,下注阴茎,脉络不和,致生结块,见阴茎背侧或腹侧单个或多个椭圆形硬结者。

(2) 丹参散结汤(《中医杂志》,1985;(5):38)

[组成]紫丹参 12 克,玄参 12 克,白芥子、当归、山药、丝瓜络、橘核、生熟地、莪术各 10 克,上肉桂 6 克,金银花藤 30 克,鸡血藤 20 克。

[用法]水煎服,日 1 剂,分 2 次服。

[功效]理气活血,通络散结。适用于阴茎硬结之气血不和,瘀血阻络者。

[疗效观察]治疗阴茎硬结症 90 例,结果痊愈 15 例,显效 34 例,好转 9 例,疗效不详 19 例,其治疗时间均在 4 个月以内。

[按语]寒象明显者,外用阳和解凝膏;血瘀明显者,外用紫色消肿膏;硬结日久不消,并渐

有增大趋势者,外用黑布膏。

(3)舒肝活血散加减(《辽宁中医杂志》,1988;(4)刘成经验方)

[组成]归尾、赤芍、丹参、红花、枳实、柴胡、陈皮、香附、青皮、山甲、橘核、全蝎、蜈蚣、土虫、僵蚕、白花蛇各等份。

[用法]上药共研细粉,贮于胶囊内,每日2次,每次5克。1个月为1疗程,疗程间隔停药10天,再继续进行下个疗程。同时外用红灵丹油膏外敷,隔日更换1次。

[疗效观察]治疗5例,痊愈4例,好转1例。用药时间4个月~9个月。

(4)化痰散结汤(《河北中医》,1988;(5)董文媛、洪广槐经验方)

[组成]白术、山药、猪苓、泽泻、黑元参、浙贝母、丹参各10克,白芥子、莪术、三棱各8克,茯苓9克,夏枯草、生牡蛎各15克。

[用法]水煎服,日1剂。

[功用]健脾祛湿,化痰散瘀。

[病例介绍]刘某,49岁。数天前淋浴时,发现阴茎左侧有米粒大小硬结,无任何不适。诊时硬结已增大呈椭圆形,微痛,勃起疼痛加甚,不便性交,伴头痛,腰膝酸软,食欲欠佳,小便时有不畅或微痛。舌质黯淡,苔白厚而腻,脉沉弦带滑。证属脾虚不健,痰湿瘀阻。服上方90剂,愈。

[按语]方名为编者所加。

3. 单味药治疗

(1)穿山甲

[药物]穿山甲10克。

[用法]醋炙打碎为末,馒头皮包裹吞服。

[功效]行经通络,软坚消结。

(2)落得打

[药物]落得打30克。

[用法]煎汤薰洗患部,每日1~2次,每日1剂,如1天薰洗2次时,只需将原药液加温即可。

[功效]活血化瘀,软坚散结。

4. 其它疗法

(1)音频疗法

选择YI4型或YI3型音频电疗机,用正负电极分别置于阴茎背侧及腹侧面加以固定,电极板不能接触相碰(电极板用长条形铜片,厚度为0.08mm~0.09mm,外包四层纱布,放于盐水中浸泡湿透),固定采用软橡皮条。如硬结在阴茎海绵体根部,电极板则需超过阴茎全身,背侧面到耻骨联合上,腹侧经过会阴到骶尾部加以固定。一般电流用10mA~30mA,频率输出在2000周/秒±100周/秒,通电时间为,20分钟~30分钟/次,每周1次~2次,10次为全疗程。

(2)离子透入疗法。

应用可电离药物的水溶液,如类固醇类或组织胺类等,通过直流电经皮肤或粘膜透入组织内的方法。可使症状获得不同程度的减轻。

(3)放射线疗法

放射线疗法可使部分患者的硬结软化或消失,常用的放射线有X线,镭及60钴射线等。

X线照射可使症状减轻,但不能使硬结解除,镭射线可使部分患者症状改善硬结变小或消

失,但少数患者症状加重。⁶⁰钴照射后可使80%的患者勃起痛消失,但对阴茎硬结及屈曲则无明显疗效。

(5) 超声波治疗

超声波强度 $1.3\text{W}/\text{cm}^2$,局部移动治疗,每次5分钟,每日1次,连用12次,可使自觉症状改善,部分硬结软化缩小,但治疗不彻底,可作为综合治疗的一种措施。

(6) 手术疗法

阴茎硬结症患者绝大多数经非手术治疗均可获得良好的疗效,对少数病人经长期药物治疗(至少1年)无效者可考虑手术治疗。手术治疗包括斑块切除白膜修补阴茎弯曲矫正和阴茎假体植入等手术。对于手术效果和手术适应症Lewis等认为,在切除斑块前行阴茎海绵体内注射血管活性药物,如注药后阴茎能勃起者,采用斑块切除白膜修补术;注药后无勃起者适应于斑块切除或切开,同时选用阴茎假体植入,这样可以提高手术成功率。

Jordan等为了客观地获得阴茎硬结症病人术前勃起机能与手术成功率的关系,对25例病人在术前进行了灌注海绵体测压和海绵体造影。结果表明,海绵体内压等于或高于 9.31kPa ,或在 $5.32\sim 8.65\text{kPa}$ 之间,而30秒钟内压下降值正常者,采用斑块切除,白膜修补术,其术后成功率为100%。海绵体内压为 $5.32\sim 8.65\text{kPa}$,30秒钟内压下降值有轻至中度异常者,术后成功率为75%。海绵体内压不足 4.66kPa ,并有中度至严重的静脉关闭机能不足者,施行斑块切除和白膜修补术,术后均有勃起机能障碍。此类病人在斑块切除的同时应行阴茎假体植入。

(三) 非手术治疗研究进展

上述治疗阴茎硬结症的各种方法临床效果均不理想,因而探索应用方法简单,操作简便,效果良好的治疗方法势在必行。

1. 钙离子拮抗剂的应用

Lovine等应用钙拮抗剂异搏停斑块内注射治疗本病,取得了良好的疗效。并且对于以前应用维生素E和对基苯甲酸钾治疗无效的患者同样有效。其方法是:阴茎局部消毒后,用1%的利多卡因阴茎局部阻滞麻醉,用10%注射器25号针头,将5mg异搏停注入斑块中,每周2次,1个月后将药物加倍至10mg,共6个月。每次注射后令病人在注射部位压迫5分钟,以减少局部淤血。该方法注药容易,所有斑块软化,疼痛迅速缓解,大部分病例阴茎狭窄及变形弯曲改善,性行为明显好转,且症状及阴茎变形无复发,无任何毒、副作用。其作用机理可能由于钙通道阻滞剂可改变成纤维细胞的代谢,降低细胞外基质的胶原分泌,增加胶原酶的活性而发挥作用。可见对于阴茎硬结症进行斑块内注射钙离子拮抗剂可以作用一种实用、合理的非手术治疗方法。但对于所应用的最佳药物及最佳有效剂量尚需进一步研究。

2. 秋水仙碱

秋水仙碱可以抑制胶原的分泌和合成,Akkus等应用秋水仙碱治疗阴茎硬结症也取得了较好的疗效。方法是:第1周每天口服 $0.6\text{mg}\sim 1.2\text{mg}$,此后按病人的耐受性逐渐增加药量,直至每天最大剂量为 2.4mg ,共用3个月~5个月。结果发现大部分患者斑块缩小或消失,勃起疼痛缓解,阴茎弯曲改善。

五、预防

(一) 未病先防

1. 西医措施

注意保护阴茎,避免阴茎部位的损伤。

2. 中医措施

(1) 调畅情志,忌郁怒气恼。

(2) 避风寒,慎起居,预防外阴部受寒受湿。

(3) 少食生冷寒凉之物及肥甘厚味生湿化痰之品。

(4) 节制房事。

(二) 既病防变

1. 西医措施

(1) 向患者说明本症性质乃良性疾患,无恶变倾向,消除其恐惧心理,避免发生心理阳痿。

(2) 本病通过长时间用药,阴茎硬结多能缩小、软化,乃至消失,但由于病程缓慢,患者容易失去治疗信心,因此,应向患者说明此病的治疗转归及大体用药时间,以坚定病人战胜疾病的信念,不要中断治疗。

2. 中医措施

同本症未病先防中医措施。

第三节 疝气

疝气是指睾丸、阴囊肿胀疼痛,或牵引少腹疼痛为主证的一类疾患,中医论疝,包括多种病证,根据临床表现可归纳为以腹中剧痛,二便不调为特征的腹中之疝和以阴茎、睾丸、阴囊肿胀疼痛为主的睾丸之疝。《华佗神医秘传·华佗统治诸疝神方》论曰:“诸疝名状不一,其痛在心腹者凡七:曰厥疝,曰症疝,曰寒疝,曰气疝,曰盘疝,曰腑疝,曰狼疝。痛在睾丸者亦七:曰寒疝,曰水疝,曰筋疝,曰血疝,曰气疝,曰狐疝,曰颓疝。”可见华佗对疝气的认识和分类非常详明,其痛在睾丸者为中医男科病的研究范畴。

早在《内经》中,对睾丸之疝已有记载,如《灵枢·经脉篇》指出:足厥阴肝经有病,则“丈夫贵疝”、“狐疝”。《素问·脉解篇》有厥阴为病发“颓疝”、“阴亦盛而脉胀不通,故曰颓疝”。《华佗神医秘传》指出肝脉脾脉“滑甚则颓疝”,并对“热疝”、“寒疝”、“颓疝”、“狐疝”等的临床表现和治疗方法作了详细的描述。

与华佗同时代的张仲景所撰《金匮要略》对寒疝设专篇讨论,但主要是腹中之疝。隋代巢元方《诸病源候论·诸疝候》也有七疝的记载,即厥、症、寒、气、盘、腑、狼疝,似承华佗疝气“痛在心腹者”而论。金代张子和《儒门事亲·疝本肝经宜通勿塞》将疝气范围缩小,专指阴器之疝,他说:“岂知诸疝,皆归肝经,……阳明与太阴厥阴之筋,皆会于阴器,唯厥阴之筋,故为疝者,必本之厥阴。”并对寒疝、水疝、筋疝、血疝、气疝、狐疝、颓疝的临床表现、病因病机和治疗作了详细的

论述,使人们对华氏所说“痛在睾丸者”七疝的认识趋向完备。

明代张景岳认为“疝气之病,有寒证亦有热证”,强调了华佗对“寒疝”和“热疝”的分证,并提出“治疝必治气”的观点。

由于诸疝临床表现、治疗各异,水疝和筋疝二病分别参见鞘膜积液和精索静脉曲张,寒疝、气疝、狐疝等分述如下。

寒 疝

一、概 述

寒疝是指寒邪侵袭客于厥阴肝经的一种痛证。临床以阴囊冷痛,肾硬如石为特征。

寒疝病名首见于《金匱要略》,曰:“寒疝绕脐痛,若发则白汗出,手足厥冷,其脉沉紧者。”可见指的是一种急性腹痛的病证。《华佗神医秘传·华佗治寒疝神方》云:“绕脐苦痛,发时则自汗出,手足厥冷,脉沉弦,此寒疝也。”与张仲景所论相同,均非痛在睾丸之寒疝。治疗二者均用大乌头煎。

金代张子和对痛在睾丸之寒疝作了论述,可以作为对华佗、张仲景的补充,《儒门事亲》云:“寒疝其状阴囊冷,硬结如石,阴茎不举,或控睾丸而痛……久而无子。”指出寒疝可以导致阳痿,日久则可引起男性不育。又说:寒疝“得于坐卧湿地,或寒月涉水,或冒雨雪,或卧坐砖石或风冷处,使内过劳。”说明寒疝的病因可以有外感寒湿和肾虚生寒二种,治疗“宜以温剂下之”。朱丹溪的《丹溪手镜》也说:“因寒水湿处,使内过多,囊冷结硬如石,阴茎不举或控睾丸,而宜温剂下之。”张景岳对本病的论述与上相同,并在《景岳全书》中根据寒邪轻重的不同,提出了不同治法。他说:“寒疝……微寒者宜荔枝散,暖肝煎、肾气丸、神应散、丁香楝实丸之类主之,寒甚者宜医林四神丸,选方十补丸、葫芦巴丸、沉香桂附丸之类主之。”并且还提出了内服羊肉汤一食疗方法。对寒疝的临床治疗有非常重要的指导作用。

寒疝的临床表现与现代医学泌尿生殖系统一些病变引起的急性痉挛性痛症相似。如输尿管结石引起的输尿管痉挛、前列腺痛、睾丸扭转痛等。

二、病因病理

1. 西医的病因病理

本病西医无对应性疾病,大约可以与泌尿生殖系统一些病变引起的急性痉挛性痛症相当。如输尿管结石引起的输尿管痉挛、前列腺痛、睾丸扭转痛等。因此,其病因可以多种多样。

2. 中医的病因病理

(1) 病因

居处寒冷潮湿,或涉水冒雨,寒湿内侵;或先天不足,或房劳过度、滥施手淫,或年老体弱,他病及肾等,引起肾阳不足,虚寒内生等,引发寒疝。

(2) 病机

①寒湿浸淫 久处寒湿之地,或涉水冒雨等原因,使寒湿邪之邪乘虚而入,寒性凝滞,湿性

趋下,浸淫肝经,肝经环绕阴器,致使寒湿凝滞阴器,发为寒疝。

②虚寒内生 先天不足,或手淫、房劳过度,损伤肾阳;或年老体虚,久病及肾,肾阳不足,虚寒内生,凝结外肾,也可发为寒疝。

三、临床诊断

1. 辨病. 西医诊断

(1) 症状

阴囊寒冷,收缩硬结,阴茎冷缩不举,睾丸牵引疼痛,手足发凉。

(2) 体征

阴囊及阴茎收缩寒凉,小腹肌肉强直紧张。

(3) 实验室及其它检查

无特殊检查。

(4) 并发症

寒疝日久可以并发阳痿、不育。

(5) 诊断要点

① 诊断

- a. 寒冷潮湿居住史,或有涉水冒雨受凉史。
- b. 阴囊寒冷收引,缩小变硬,阴茎冷小不举。
- c. 小腹两侧近腹股沟处有牵引痛。

② 鉴别诊断

本证应和水疝、气疝、狐疝等鉴别

以上均为疝气范畴,均以睾丸、阴囊肿胀疼痛,甚或痛引少腹为临床特征。其中寒疝以阴囊肿冷、睾丸疼痛或痛引少腹、畏寒喜暖为主症;水疝以阴囊水肿状如水晶为主症;狐疝以阴囊内有肿物,时上时下,如狐之出入、甚或下而不上,胀痛俱作为主症。

2. 辨证. 中医诊断

(1) 辨证要点

具备阴囊寒冷,收缩硬结,阴茎冷缩不举,睾丸牵引疼痛,手足发凉等症状即可诊为寒疝。其有寒湿居住史或冒雨涉冷史者,畏寒喜暖,苔白脉沉弦,为寒湿浸淫证的辨证要点;伴见腰膝酸痛,或见遗精、阳痿,头晕,面色㿠白,舌淡胖有齿痕,脉沉伏无力者为虚寒内生证的辨证要点。

(2) 辨证分型

① 寒湿凝聚证

[临床表现]阴囊寒冷,坚硬如石,少腹睾丸牵引作痛,阴茎不举,畏寒喜暖,手足不温,久可继发不育、苔白、脉沉弦。

[辨证分析]足厥阴肝经环绕阴器,若寒湿之邪侵犯肝经,经脉凝滞;邪聚阴器,故见阴囊寒冷,坚硬如石;寒性收引,湿邪凝滞,故见少腹睾丸牵引作痛。寒湿均为阴邪。易伤阳气,阳气不足,则肌体失温,故见畏寒喜暖,手足不温。寒湿困滞,肾阳失其温煦鼓动之力,故见阴茎不举;肾阳被困,精气不化,故日久可致不育。苔白、脉沉弦乃寒邪客于肝脉之象。

②虚寒内生证

[临床表现]阴囊寒冷,坚硬如石,少腹疼痛牵睾丸,阴茎不举,手足逆冷,四肢不温,腰膝酸痛,或见遗精,阳痿,头晕面色㿠白,舌淡胖苔白,脉沉伏无力。

[辨证分析]肾阳虚衰,失其温煦,气化不行,寒湿内生,凝滞外肾,故见阴囊冷硬,少腹睾丸疼痛;肾阳不足,无力鼓动,故见阴茎不举,日久阳事衰退,发生阳痿;肾气虚弱,精关不固,则见遗精,精气不化则见不育。阳虚不能温养四肢,故见手足逆冷,四肢不温。腰为肾之府,肾阳不足,腰府无以温养,则见腰膝酸痛,阳虚气血凝滞,不能上荣于面,则见头晕、面色㿠白。舌淡胖苔白,脉沉伏无力为肾阳虚衰之象。

四、治疗

1. 西医西药治疗

(1)常规治疗

少腹睾丸痛轻者,一般不予处理,疼痛较重者可给以适量解痉止痛剂。患者应注意保暖。

(2)对症治疗

可给以654-2口服。精神紧张者给以安定。

(3)并发症治疗

并发阳痿者参照阳痿一节的有关内容。并发不育者参照男性不育症的治疗。

2. 中医中药治疗

(1)辨证施治

①寒湿凝聚证

[治法]温阳暖肝散寒消结。

[方药]暖肝煎(《景岳全书》)加减

肉桂、小茴香、茯苓、乌药、枸杞子、当归、沉香、生姜、吴茱萸、丹参。

[分析]方用肉桂、沉香、小茴香温经散寒;乌药温经止痛;茯苓健脾利湿;枸杞子补肝肾;吴茱萸入厥阴而温肝散寒;生姜加强散寒之力;丹参活血消结。全方共奏暖肝散寒之效。

②虚寒内生证

[治法]温补肾阳,散寒化结。

[方药]吴茱萸汤(《圣济总录》)加减

吴茱萸、厚朴、肉桂、炮姜、白术、陈皮、人参、蜀椒、附子、台乌、茴香、丹参、当归。

[分析]方用附子、肉桂温肾壮阳;吴茱萸温肝散寒;蜀椒、台乌、茴香、炮姜温肾散寒;白术、陈皮、人参益气健脾,使血源充盛;丹参、当归活血散结。诸药共奏温肾散寒之效。

(2)验方治疗

①华佗治寒疝神方(《华佗神医秘传》)

[组成]大乌头十五枚,白蜜二斤。

[服用方法]先以水三升煮乌头,取二升,去乌头,内蜜煎令水气尽,得二升。强人服三合,弱五合。一服不瘥,明日更服。日止一服,不可再也。

②椒桂汤(《温病条辨》)

[组成]桂枝、川椒、高良姜、柴胡、小茴香、陈皮、吴茱萸、青皮。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]温散厥阴寒邪。主治寒客厥阴之寒疝证。

③天台乌药散(《医学发明》)[组成]乌药、木香、小茴香、高良姜、槟榔、青皮、川楝子。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]温阳散寒,理气化结。

④导气汤(《太平惠民和剂局方》)

[组成]川楝子、木香、茴香、吴萸。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]温阳行气,缓急止痛。

(3)单味药治疗

小茴香 15 克,煮水热服。

(4)其它疗法

①针灸疗法

a. 处方一:

[取穴]主穴:关元、三阴交、大敦;配穴:阴囊冷痛者,加关元、气海;睾丸坚硬拘急控引少腹者,加太冲、行间、曲泉。

[操作]毫针刺,用泻法,并灸。

b. 处方二:

[取穴]独阴(第二趾内侧第二节横纹中央)。

[操作]毫针刺,直刺 2~3 分,留针 1 小时。

②药物温敷法 用小茴香,或食盐炒热装入布袋内,熨患处。

③饮食疗法

a. 吴茱萸粥(《中医男科临床治疗学》)

[材料]吴茱萸 2 克,南粳米 50 克,生姜 2 片,红糖适量。

[制作]将吴茱萸研末,与其它材料同入砂锅内,加清水 400 毫升,用文火煮至沸腾,数滚之后,待米花粥稠停火,盖紧盖焖 5 分钟,即可。

[用法]每日 2 次,温热服食。本方适用于寒疝之寒湿凝聚证。

[分析]吴茱萸辛苦而热,入肝脾肾三经,温经散寒,善开气郁;粳米和胃,红糖活瘀,故服之可治寒疝。注意吴茱萸含挥发油,煮煎时见米花粥稠即不宜再煮。

b. 肉桂粥(《中医男科临床治疗学》)

[材料]肉桂 1 克~2 克,粳米 100 克,红糖适量。

[制作]先将粳米、红糖入砂锅内,加水煮为稀粥,然后取肉桂粉调入粥中,改用文火,再煮沸,待粥煮稠粘停火即可。

[用法]早晚空腹温热服食。适用于寒疝之虚寒内生证。

[分析]肉桂为大辛大热之品,入肝肾二经,善补火助阳,散寒止痛,温通经脉;粳米和中,红糖活瘀,故可治寒疝。但应注意,肉桂内含桂皮油,易挥发,不宜久煮。

五、预防

1. 未病先防

(1) 西医措施

- ① 保持居处干燥,不宜过劳,避免过分情绪刺激。
- ② 禁食生冷食品。

(2) 中医措施

- ① 调情志,忌郁怒。
- ② 慎起居,避风寒潮湿。
- ③ 适劳逸,忌用力努张。
- ④ 宜温热饮食,忌生冷入口。

2. 既病防变

(1) 西医措施

- ① 急性发作期,应卧床休息,以防病情加重。
- ② 注意保暖。
- ③ 注意缓解病人紧张情绪,对改善病情至关重要。

(2) 中医措施

- ① 调情志,慎起居,宜温热,避风寒潮湿。
- ② 宜安神定气,避免郁怒烦躁。
- ③ 防止诱发缩阳。

水 疝(鞘膜积液)

一、概 述

正常睾丸鞘膜囊内有少许浆液存在,起润滑作用。若鞘膜本身及周围器官或组织发生病变,使鞘膜的分泌、吸收功能失去平衡而积聚的液体超过正常量时,则形成各种不同类型的鞘膜积液,如睾丸鞘膜、婴儿型鞘膜积液、先天型鞘膜积液、精索鞘膜积液、疝性鞘膜积液、附睾鞘膜积液等。

本病为男科常见疾病,国内统计资料表明,此类病人占全部住院病人的1%,泌尿科门诊就诊率为7%;在热带地区,则占男性住院病人的7.5%~10%。本病可发生于各年龄组。如睾丸鞘膜积液多见于20岁~40岁者,精索鞘膜积液、先天型鞘膜积液多见于婴幼儿,婴儿型、疝型则多见于儿童。在新生儿本病发生率较高。约为1.75%,多为双侧性,但大多于生后数月 and 2年内自行吸收消退。

中医称本病为“水疝”。“水疝”中列华佗痛在睾丸诸七疝之二,有说本病首见于金代张子和《儒门事亲》,恐为不妥。张氏指出:“水疝,其状肾囊肿痛,阴汗时出,或囊肿而状如水晶,或囊痒而燥出黄水,或少腹中按之作水声。”并论述其病因病机乃“得于饮水醉酒,使过劳,汗出而遇

风寒湿之气,聚于囊中,故水多、令人为卒疝。”治疗“宜以逐水之剂下之”。明代吴昆继承了张氏的上述理论,并在病机和治法上有所发挥和补充。他在《医方考》中说:“水疝者,肾囊肿大,阴汗不绝,升阳除湿汤主之。子和云:水疝者,得之饮水醉酒,劳于使内,其言当矣。盖饮水醉酒则湿气胜,劳于使内则肾气虚,肾气虚则湿胜而流坎也,故令肾囊肿大如水晶,阴汗下溉如罅漏。《内经》曰:下者举之。又曰:风能胜湿。……故可以胜湿升阳汤。……胃苓汤,亦可酌用。”《疡科心得集》说:“又有一种水疝,……宜用针针之,引去水气则安。内服五苓等利湿之药。”指出抽水也是有效的治疗方法。

现代张登本等在《中医男性病学》中指出水疝的发生与肝脾肾三脏关系密切。认为“肝主疏肝,疏泄气机,气机不畅,气滞水停,也可发生水疝。脾为后天之本,主运化水湿,水湿失天健运,也可下注囊中,发为水疝。”病分先天性水少继发性水疝。前者以济生肾气丸加味以温肾壮阳,化气行水。后者按其病机又分寒湿凝聚、湿热下注、脾虚湿聚、气郁水停、肾气亏虚等5型。对临证施治有很好的指导意义。

二、病因病理

1. 西医的病因病理

(1) 病因

①原发性鞘膜积液的原因尚不清楚。有人认为系先天性鞘膜组织发育异常所致,如鞘膜膜下淋巴丛缺如。但多数学者认为与慢性损伤引起的慢性炎症有关。

②继发性

a. 感染 是最常见的病因。常为结核杆菌、淋病双球菌及各种非特异性细菌引起的急慢性附睾炎、睾丸炎、精索炎、鞘膜炎等病变的继发证。丝虫病或血吸虫病也可损害淋巴回流而导致鞘膜积液。

b. 损伤 阴囊受踢打等外伤、腹部、腹股沟区、阴囊内的手术,肾移植术后等,都可因刺激精索损伤淋巴管而引起鞘膜积液。

c. 肿瘤 睾丸、附睾、鞘膜、精索等部位的肿瘤可侵及鞘膜,使其分泌、渗出增多或阻塞淋巴回流而发生鞘膜积液。

d. 某些全身性疾病 如心、肾功能衰竭,肝脏病造成水、钠潴留、循环瘀滞、淋巴回流受阻也可引起鞘膜积液。

(2) 病理

原发性非感染性鞘膜积液,其囊内液体呈淡黄色,含有血清中的各种蛋白,电解质,纤维蛋白原及少量上皮细胞淋巴细胞等,细菌培养阴性。囊壁较薄,约3mm~4mm,有光泽,表面光滑而湿润,纤维斑块甚至完全钙化。

慢性感染性鞘膜积液,囊壁可厚达0.5cm~2cm,甚至3cm。囊壁内面一般光滑,但也可粗糙,有些可衬附一层坏死组织。积液呈淡黄色,也可呈脓性,内壁可有大量炎性细胞浸润,甚至钙化。

急性感染性鞘膜积液,其囊内液体混浊,可有大量的脓细胞、红细胞、淋巴细胞和纤维素,严重时呈脓性,细菌培养阳性,囊壁粗糙,无光泽,有大量坏死组织附着,治疗不及时可迁延增厚呈慢性感染性鞘膜积液。

肿瘤引起的鞘膜积液,偶可于囊内液体中检出瘤细胞。

部分鞘膜积液患者由于囊内压力高,增厚的鞘膜阻碍睾丸的血液供应或影响了睾丸的正常温度调控而诱发睾丸萎缩。双侧或严重的睾丸鞘膜积液尚可降低男性生育机能,引起男子不育症。

2. 中医的病因病理

(1) 病因

先天不足;情志不畅,肝失疏泄;饮食不节,损伤脾胃或他病及脾,脾失健运;素嗜辛辣油腻生湿生热之品,湿热内生,或性事不洁,湿热邪毒侵入;房劳损伤、阴囊外伤,等均可导致水疝。

(2) 病机

①先天不足 先天不足,肾阳虚弱,气化不利,水湿内停为病。

②肝失疏泄 情志不畅,肝气郁结,肝失疏泄,复受寒湿,沿肝经下注阴器,水湿结聚而成水疝。

③脾虚失运 平素饮食不节,损伤脾胃,或他病及脾,脾虚失健,水湿不能运化,流注阴器,发为本病。

④肾气亏虚 年老体弱或久病体虚,或房劳过度,恣意手淫,损伤阴脉,损耗肾气,阴脉瘀滞,肾失气化,水湿留聚,发为本病。

⑤阴囊外伤 阴部外伤,损伤血络,瘀滞阻络,水液不能正常运化,流注前阴,发为本病。

⑥湿热下注 素嗜烟酒、辛辣油腻之品,湿热内生,或性事不洁,湿热邪毒自外侵入,凝滞前阴,发为本病。

三、临床诊断

1. 辨病. 西医诊断

(1) 症状

呈慢性阴囊内肿块,小者可无任何不适,大者阴囊下坠感,甚或影响活动、排尿及性交。

(2) 体征

阴囊囊性肿块,表面多光滑,有弹性,波动感,多无压痛,阴囊皮肤多正常,但疝囊大者阴囊皮肤可变薄,皮肤皱襞消失。睾丸、附睾不易扪及。透光试验阳性。

(3) 实验室及其它检查

肿块穿刺容易抽取大量积液,原发性非感染性积液是渗出液,色淡黄、清亮透明,细菌培养阴性;急性感染性鞘膜积液穿刺液混浊,细菌培养阳性;丝虫病引起的积液为乳糜性,有微丝蚴;血吸病引起者则可找到虫卵。

(4) 并发症

或并发腹股沟斜疝、男性不育症。

(5) 诊断要点

① 诊断

a. 呈慢性过程的阴囊内肿块,肿块大小不一,小者可无任何不适,大者有阴囊下坠感,甚或影响活动、排尿及性交等。

b. 主要体征为阴囊囊性肿块,透光试验阳性。

c. 婴儿型鞘膜积液肿块呈梨形,在腹股沟逐渐变细,睾丸鞘膜积液肿块多呈圆形,不易扪及睾丸。精索鞘膜积液呈长圆形,位于睾丸上方,酷似两个睾丸,牵拉睾丸可随之活动。先天性鞘膜积液也呈梨形,但与腹腔相通可以压缩,仰卧位时可自行消失。

d. 继发性鞘膜积液有外伤、感染、寄生虫病史,以及原发病的症状。多随原发病好转而消失。

②鉴别诊断

根据鞘膜积液的位置不同,分为睾丸鞘膜积液和精索鞘膜积液二种。前者位置在睾丸,肿物一般呈椭圆形,囊性感,睾丸扪之不清。后者在精索部位,呈圆形或棒状,囊性感,张力高是似实性感,肿物位于睾丸上方,酷似两个睾丸。另外鞘膜积液应与以下病症鉴别:

a. 与腹股沟斜疝鉴别

腹股沟斜疝部位由腹股沟管伸入阴囊,卧隐立现,其形状呈梨形,睾丸正常位于疝囊下方,叩鼓音,偶可听到肠鸣音,外环口松弛,咳嗽时有冲击感。透光试验阴性。而鞘膜积液肿块位置主要在睾丸鞘膜,也可在精索鞘膜。呈梨形,站立或卧位时肿块一般大小不变,表面光滑,囊性感,睾丸鞘膜积液者一般睾丸包含在囊内,难以扪及,叩诊浊音,听不到肠鸣音,外环口一般不大,咳嗽亦无冲击感,透光试验阳性。

b. 与精液囊肿鉴别

精液囊肿位置一般在附睾头旁,无卧隐立现现象,肿块大小不随体位变化而变化,肿物一般较小,穿刺呈乳白色,液内含有精子。

c. 与精索静脉曲张鉴别

其病变部位在精索,肿块呈迂曲状团状物,按之绳索状,软体虫感,立位时患侧阴囊皮肤下垂,可见扩张迂曲的血管,卧位时可消失或缩小,外环口正常,Valsawa 试验(+).

d. 与睾丸肿瘤鉴别

睾丸呈弥漫性增大,形态可失常,触之实性感、质硬,其大小无体位变化无关,透光试验阴性。血清 AFP、HCG 常增高。

e. 与阴囊血肿鉴别

阴囊血肿一般有外伤史,肿物迅速形成,全阴囊增大,阴囊皮肤有瘀血斑,张力大压痛重。

2. 辨证. 中医诊断

(1)辨证要点

阴囊肿大如水晶,偏坠一侧,触之有光滑而软的肿物,诊为水疝(鞘膜积液)。其辨证要点为:起病缓慢,阴囊肿大如水晶,偏坠一侧,甚者坠痛不适,更甚者阴茎隐缩,影响排尿和房事活动,舌淡苔薄白,脉滑为寒湿凝聚证;发病较快,阴囊肿大如水晶,潮湿而热,阴汗时出,小便短赤,或有睾丸肿痛不适及全身发热,舌质红、苔黄腻,脉濡数为湿热下注证;发病缓慢,阴囊肿大如水晶,坠胀不适,伴身疲乏力,腹胀纳呆,大便溏薄,小便清长,舌淡胖有齿痕,脉濡细为脾虚生湿之证;阴囊肿大如水晶,阴囊胀痛不适,伴胁肋胀痛,心烦胸闷善太息,舌淡苔黄燥,脉弦滑者为气郁水停证;阴囊肿大如水囊,坠胀不适,发凉,伴见腰痛、耳鸣,舌淡苔白腻,脉沉濡细者为肾气亏虚证。

(2)辨证分型

①寒湿凝聚证

[临床表现]发病较缓,阴囊肿大,偏坠一侧,触之有光滑而软的肿物,甚则光亮如水晶,坠

痛不适,更甚者阴茎隐缩,影响排尿、房事活动,舌淡苔薄白,脉滑。

[辨证分析]寒湿之邪下注囊中,则阴囊肿大如水晶,偏坠一侧。湿性重浊趋下,故见阴囊坠胀不适;寒性收引凝滞,故见阴囊阴茎隐缩,影响排尿和房事。舌淡苔薄白,脉滑,乃湿盛之象。

②湿热下注证

[临床表现]发病较快,阴囊肿大如水晶,潮湿而热,阴汗时出,小便短赤,或有睾丸肿痛不适及全身发热,舌质红、苔黄腻,脉濡数。

[辨证分析]湿热下注膀胱,膀胱气化不行,水湿凝聚前阴,故阴囊肿大如水晶,潮湿而热;湿热迫津外出,则阴囊汗湿;热郁体内,则全身发热,湿热下注,阻滞肝经,则睾丸肿痛不适;湿热下注膀胱则小便短赤。舌质红、苔黄腻,脉濡数乃湿热之象。

③脾虚湿聚证

[临床表现]发病缓慢,阴囊肿大如水晶,坠胀不适,伴身疲乏力,腹胀纳呆,大便溏薄,小便清长,舌淡胖有齿痕,脉濡细。

[辨证分析]脾虚不能运化水湿,湿性重浊下沉,聚结于阴器,故阴囊肿大如水晶,脾虚无力升提,则阴囊坠胀不适。脾主肌肉四肢,脾虚肌失所养,故见全身疲乏无力。脾气虚弱,不能温化水谷,则腹胀纳呆,大便溏薄,小便清长。舌淡胖有齿痕,脉濡细乃脾阳虚弱之证。

④气郁水停证

[临床表现]阴囊肿大如水晶,阴囊胀痛不适,伴胁肋胀痛,心烦胸闷善太息,舌淡苔黄燥,脉弦滑。

[辨证分析]肝气郁结,肝失疏泄,水失其运行之道,旁流阴囊,滞聚不行,故见阴囊肿大,水湿沉聚,故见阴囊重坠不适。胁肋胀痛,心烦胸闷善太息,乃肝气郁结之证,舌淡苔黄燥,脉弦滑乃肝失疏泄,气郁水停之征。

⑤肾气亏虚证

[临床表现]阴囊肿大如水囊,坠胀不适,发凉,伴见腰痛、耳鸣,舌淡苔白腻,脉沉濡细。

[辨证分析]肾气亏虚,气化不利,则水注囊中,故见阴囊肿大如水囊;外阴属肾,肾气虚弱,不能温养外肾,故见阴囊发凉。腰为肾之府,肾气虚衰,不能温养肾府,故见腰痛。肾开窍于耳,肾气虚弱,其窍失养,故见耳鸣。舌淡苔白腻,脉沉濡细乃肾阳虚衰之象。

四、治疗

1. 西医西药治疗

(1) 常规治疗

① 保守治疗

2 周岁以内的鞘膜积液常能自行吸收,除有严重感染或有其它病变者外不需治疗。原发性鞘膜积液,无睾丸萎缩和男性不育者也不需治疗。外伤性或急性炎症性积液,以治疗原发病为主。

② 药物注射疗法

先用注射器将鞘膜囊内的积液抽出,然后注入硬化剂,常用的药物有:奎宁乌拉坦溶液(盐酸奎宁 12.5,乌拉坦 6.25,普鲁卡因 0.5,稀盐酸适量,加注射用水至 100 毫升)、5%鱼肝油酸钠、95%乙醇、乙醚、苯甲醇等。以前二种药物刺激较小。

也可将囊内积液抽干净后,注入四环素注射液,以破坏囊内壁的分泌功能,造成药物性炎症,引起囊内壁粘连,达到不再复发积液的目的。

每隔1周~2周注射1次,但复发率较高,且有发热、药物过敏等副作用。注射前要明确积液病因。严格无菌操作,注射后严密观察。

适用于原发性鞘膜积液,积液量少,囊壁薄者;炎症性而1年内无发作者;丝虫病、血吸虫病性鞘膜积液;年老、体弱不能耐受手术者。其他类型均为禁忌证。

(2)对症治疗外伤、炎症、丝虫病、血吸虫病等引起者分别治疗其原发病。

(3)并发症治疗

并发男性不育者主张用手术疗法治疗,术中应仔细保护睾丸及精索,勿使受损。

2. 中医中药治疗

(1)辨证施治

①寒湿凝聚证

[治法]温阳化气,除湿散寒。

[方药]加味五苓散(《类证治裁》)加减

猪苓、茯苓、白术、泽泻、茴香、肉桂、生姜、桂枝。

[分析]方用猪苓、茯苓、泽泻利水渗湿,白术健脾祛湿;茴香、生姜辛温散寒;肉桂引火助阳,以助水湿气化;桂枝通阳利水。全方共奏温阳气化,祛湿散寒之功。

②湿热下注证

[治法]清热利湿。

[方药]龙胆泻肝汤(《局方》)合大分清饮(《景岳全书》)加减

龙胆草15克,山栀、黄芩各9克,柴胡6克,泽泻、木通各9克,甘草6克,车前子(包煎)15克,茯苓、猪苓、苍术各12克。

[分析]方用龙胆草清热利湿,山栀、黄芩苦寒燥湿,茯苓、猪苓、泽泻、苍术利水渗湿,木通、车前子通利小便,引热下行,甘草调和诸药。

③脾虚湿聚证

[治法]温脾行湿。

[方药]温脾汤(《千金要方》)合温经除湿汤(《兰室秘藏》)加减

人参、制附子、干姜、当归、柴胡、桂枝、升麻各6克,当归、神曲、泽泻、猪苓、茯苓、白术、苍术、白芍、炙甘草各10克。

[分析]方中人参、附子、干姜温阳化水;泽泻、猪苓、茯苓、白术、苍术健脾渗湿利水;升麻、柴胡升阳利水;当归温养气血,白芍、甘草酸甘敛阴,以防燥湿伤阴;神曲健脾行气。全方共奏温脾化湿行水之效。

④气郁水停证

[治法]疏肝理气,祛湿消积。

[方药]导气汤(《沈氏尊生书》)加减

柴胡、川楝子、木香、小茴香、吴茱萸、白芍、泽泻、白术、车前子、茯苓、乌药、陈皮、荔枝核。

[分析]方用柴胡、川楝子疏肝理气;木香、小茴香理气和胃;吴茱萸、乌药,温肝止痛;白芍、泽泻、白术、车前子、茯苓、陈皮健脾利湿;荔枝核行气散结,化痰止痛。全方共奏疏肝理气,祛湿止痛之效。

⑤肾气亏虚证

[治法]温肾散寒,行气利水。

[方药]当归四逆汤(《伤寒论》)加味

当归 9 克、桂枝 6 克、芍药 9 克、细辛 3 克、炙甘草 6 克、木通 9 克、大枣 15 克、小茴香 9 克、附子 9 克(先煎)、肉桂 3 克。

[分析]方用当归温阳活血;桂枝通阳利水,附子温阳散寒,肉桂引火助阳,以助化水;木通通气利水,小茴香温肝祛寒;甘草调和诸药。

(2)验方治疗

①茴楝五苓散(《医宗金鉴》卷四十二)

[组成]猪苓、白术、茯苓、泽泻、桂枝、小茴香、川楝子、葱白、盐。

[用法]水煎服,每日 1 剂。

[功用]行气利水。用于水疝,外肾肿大,尿不利者。

②茴香楝实丸(《医学发明》卷五)

[组成]炒川楝子、茴香、山茱萸、食茱萸、青皮、马蔺花(醋炒)、芫花各 30 克。

[制用方法]上药为细末,醋糊为丸,梧桐子大。每服 30 丸,食前温酒送下。

[功用]理气逐水。用于水疝、瘰聚。

③五倍子枯矾煎(《中医杂志》.1981;(10):35)

[组成]五倍子、枯矾各 10 克。

[制用方法]每日 1 剂,加水 300 毫升,煎半小时待微温,将阴囊浸湿,并用纱布湿敷,每日 2~3 次,每次 20~30 分钟。

[功用]用于鞘膜积液。

[疗效观察]以本方治疗鞘膜积液 50 例,结果:治愈 46 例,好转 2 例,无效 2 例。

④加味五苓散(《中国当代名医验方大全》)

[组成]白术 10 克,猪、茯苓各 10 克,泽泻 10 克,橘核 10 克,荔枝核 10 克,皂刺 10 克,赤芍 10 克,蒲公英 15 克,桂枝 10 克。

[用法]先将上药用水浸泡 30 分钟,再煎煮 30 分钟,每剂煎 2 次,将 2 次煎出药液混合。每日 1 剂,早晚各服 1 次。

[功用]用鞘膜积液或鞘膜积液混合并慢性淋巴结炎。

⑤橘核汤(《中国当代名医验方大全》)

[组成]橘核 10 克~15 克,蒲公英 10 克,刘寄妈 10 克,荔枝核 6 克,小茴香 3 克,夏枯草 10 克。

[加减]积液较多者加猪苓 6 克,茯苓 10 克;肿硬较坚者加琥珀或血竭 1 克~2 克,牡蛎 10 克;阴囊胀甚堵加元胡 6 克,川楝子 10 克。

[用法]先将上药用水浸泡 30 分钟,再煎煮 30 分钟,每剂煎 2 次,将 2 次煎出药液混合。每日 1 剂,早晚各服 1 次。

[功用]化痰通络,用于鞘膜积液。

⑥渗利祛瘀汤(《吉林中医药》.1991;(4):30)

[组成]白茯苓 20 克,木通 5 克,车前子 10 克,泽泻 10 克,肉桂 5 克,苍术 15 克,当归 15 克,红花 10 克,赤芍 10 克,荔枝核 5 克,甘草 5 克。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功用]利水消肿,活血通络。

(3)单味药治疗

①马鞭草

[药物]马鞭草30克。

[用法]水煎服,每日1剂。

[功效]活血散瘀,利水消肿。

[按语]本方为民间验方。

(4)其它疗法

①针灸疗法

[取穴]主穴:大敦、太冲、气海、三阴交;配穴:曲泉、水道。

[操作]主穴用毫针刺,用泻法,留针15分钟~20分钟;配穴用灸法,每次取2~3穴,隔日1次,10次为1疗程。

②外治法

a. 蝉衣、苏叶、红花各30克,煎汤外洗或热敷,每日2~3次。

b. 元明粉250克,装入布袋,罨包在阴囊上,至元明粉化湿飞失再换。适用于肝经湿热证。

c. 小茴香、橘核等量,碾成粗末,炒热后装于布袋内,热敷阴囊。适用于脾肾阳虚证。

d. 金银花、蝉蜕各30克,苏叶15克,水煎2次,去渣混合,以药液外洗或热敷阴囊,每次30分钟,每日2~3次,每剂药可用2天,适用于小儿鞘膜积液。

③莲房汤(《临床验方集锦》)

[材料]莲房1只,猪膀胱1只。

[制用方法]将莲房与猪膀胱加水200毫升,共煎煮至500毫升,喝汤食膀胱,隔天服1次,连用4次,小儿分次服。

[功效]利水渗湿,用于鞘膜积液。

[疗效观察]治疗睾丸鞘膜积液13例,一般服本方4次,积液消失者9例,其余4例均缩小80%~90%。

④手术疗法

手术是治疗鞘膜积液的根治方法,治愈率可达99%。并适用于各种类型的鞘膜积液。常用的手术方法有鞘膜翻转术、鞘膜切除术、鞘膜开窗术等。术中应仔细操作,动作轻柔,严格止血,保护好精索、输精管及睾丸。若发现有其它病变应及时处理。

五、预防

1. 未病先防

(1)西医措施

①避免久居寒冷潮湿之地,劳逸结合,防止阴囊部位损伤。

②注意节制性生活,性生活中动作不宜粗暴,以防挤伤阴囊内容物。

③积极治疗阴囊、睾丸部位的炎症。

④戒烟酒,少食辛辣油腻刺激之品。

(2) 中医措施

- ①调畅情志,忌郁怒。
- ②适劳逸,忌努张用力。
- ③节房事,不可淫欲过度,更不可粗暴手淫,以防损伤阴部血脉。
- ④戒烟酒辛辣刺激之品。
- ⑤饮食有节,忌暴饮暴食,损伤脾气。

2. 既病防变

(1) 西医措施

- ①避免重体力劳动,注意休息。
- ②减少鞘膜囊挤压,以防增加损伤,加重病情。
- ③及早就医,积极治疗,以防继续增大,加重病情,影响性生活及生育。
- ④宜食富蛋白质多而易消化吸收的食物。

(2) 中医措施

- ①调情志,适劳逸,节淫欲。
- ②清淡饮食,阳虚者忌吃寒凉生冷食品,湿热者忌食辛辣油腻刺激之品,并戒烟酒。
- ③提早治疗,以防引起不育、阳痿。

筋 疝(精索静脉曲张)

一、概 述

精索静脉曲张是指精索蔓状静脉丛,因各种原因引起的回流不畅或瓣膜失效,血液返流而引起的局部静脉扩张,迂曲伸长等的病理现象。多发于左侧,也可发生于右侧,有时累及双侧,病程较长者可引起睾丸变小、变软和组织学改变,是男性不育的重要病因。可分为原发性和继发性。继发性多由腹膜后恶性肿瘤引起,通常所说的精索静脉曲张就是原发性精索静脉曲张。

精索静脉曲张发病率在男性人群中为15%,亦有人认为18%~23%。国内一组资料显示其总发病率较低,仅3.66%,成人发病率为7.09%。在男性不育人群中精索静脉曲张的发病率明显增高,为21%~41%,一般认为精索静脉曲张伴不育的发病率为35%~40%,为男性不育的主要原因。但近来研究发现,由精索静脉曲张引起的男性不育的比例,一般为10%~20%,张思孝报告(1990)精索静脉曲张患者占不育的10%。一般认为左侧精索静脉曲张的发病率为78%~93%,右侧为1%~20%,但近年的研究发现双侧精索静脉曲张的发生率非常高,可达50%~60%,这可能与对精索静脉曲张的认识及诊断水平的提高有关。

本病属于祖国医学的“筋瘤”、“筋疝”范畴。《中医诊治男性不育与性功能障碍》一书认为“中医书籍中对此症未有记载”,似为不妥。早在《华佗神医秘传》中就有“筋疝”病名,华佗将其列在痛在睾丸者七疝之三,但仅有统治之方,对其临床表现及专方等无专门论述。金代张子和《儒门事亲》对其作了补充,指出:“筋疝,其状阴茎肿胀,或溃或脓或痛而里急筋缩,或茎中痛,痛极则痒或挺纵不收,或白物如精随洩而下。”并指出其病因乃“得于房室劳伤及邪术所使”,认

为治“宜降心之剂下之”。此后,历代医家对本病也多有发挥,清代张璐在《张氏医通》中说:“筋疝者,……肝经湿火旺也,龙胆泻肝汤。”提出了筋疝肝经湿热证的治方。近世医家还认识到本病的实质乃阴器局部的血瘀,多由肝肾不足、肝郁血瘀及筋脉损伤等所致,治疗多采用调补肝肾、活血化瘀之法,《中医男性病学》认为本病的病机“关键为瘀血阻络,故治以活血化瘀为先,虚证宜调补肝肾,实证宜清泄湿热。”

《外科正宗》云:“筋瘤者,坚而色紫垒垒,青筋盘曲,甚者结若蚯蚓”。所论与本病的临床表现更为相似。

本病西医手术治疗,效果良好。其实,初起症状较轻者不妨先用中药保守治疗,也多有治愈者。

二、病因病理

1. 西医的病因病理

(1) 病因

睾丸附睾的静脉汇集成蔓状静脉丛,经三条经路回流:①在腹股沟管内汇集成精索内静脉在复膜后上行,左侧精索内静脉成直角汇入左肾静脉,右侧约90%在右肾静脉下方约5cm成锐角进入腹腔静脉,约10%呈直角进入右肾静脉;②经输精管支静脉回流入髂内静脉;③精索外级静脉由提睾肌至腹壁下静脉汇入髂外静脉。三组静脉之间有广泛的交通支相连,左右两侧精索静脉之间也有广泛的交通支相通。

精索静脉曲张的发病机理以及左侧精索静脉曲张发病率高的原因目前尚不完全清楚,但可以肯定下列因素对于精索静脉曲张的发生有重要作用。

① 静脉瓣膜缺损或关闭不全

由于肾静脉内压高于精索内静脉,精索内静脉瓣膜起着阻止血液返流的作用,如静脉瓣膜缺损或关闭不全则可导致静脉血液返流。但有静脉瓣膜病变者一定发展为精索静脉曲张,而一些精索静脉曲张患者也可无静脉血液返流存在。

②左侧精索内静脉行程长并呈直角进入左肾静脉,由于左肾静脉压力高,并且直角位又使这种回流更加困难。左侧精索内静脉大约比右侧长约8cm~10cm,使回流阻力增加。

③精索包膜及静脉壁薄弱。精索静脉沟肌内或提睾丸发育不全。精索包膜及精索沟肌内形成的肌纤维鞘具有促进精索静脉血液回流的作用,同时还可防上静脉过度扩张。发生病变时上述功能减弱或消失,诱发精索静脉曲张发生。

④左侧精索内静脉受乙状结构压迫,使血液回流受阻,同时由于肠腔负压传导使左精索内静脉外压降低,从而导致静脉扩张。

⑤左肾静脉在主动脉和肠系膜上动脉之间可能受压,影响精索静脉回流,形成所谓的近端钳夹现象(proximalnutcrackerphenomenon)。

⑥右髂总动脉可以压迫左髂总静脉,使左输精管静脉回流受阻,形成所谓的远端钳夹现象。

⑦蔓状静脉丛发生退化,使其张力降低,引起扩张。

在上述的各种因素中,左侧精索内静脉瓣膜缺陷和左侧精索内静脉呈直角进入左肾静脉被认为是最主要的原因。其他因素有些可能是精索静脉曲张后形成的病理变化。(张思孝,张

思霖,唐孝达等,精索静脉曲张症的流行病学调查和遗传度,出生季节与发病关系的分析,男性学杂志,1990,2:80)。

(2)病理

①精索静脉曲张的睾丸附睾的组织学变化。

精索静脉曲张可导致原发性的睾丸功能减退,临床上表现为双侧睾丸的缩小,变软。一般来说左侧精索静脉曲张伴不育和双侧精索静脉曲张者双侧睾丸明显缩小,左侧精索静脉曲张仅伴精液质量轻度改变时,只有左侧睾丸明显缩小,行精静脉高位结扎术,缩小睾丸可比术前明显增大。

虽然临床上精索静脉曲张多表现为左侧,但大多数临床和实验研究都以证实精索静脉曲张所致病变为两侧,并且两侧的组织学变化基本相似。其中原发性生精上皮阻滞,曲细精管管壁增厚和间质细胞变性是最常见的病理变化。而生精细胞脱落,间质病变及对睾丸同时发生类似的病理变化是精索静脉曲张不育症睾丸的主要病理损害。

a. 生精过程改变。

虽然有些病例精子发生状态尚可,但生精上皮严重脱落,脱落的上皮组织可以使精子输出受阻,或者完全阻塞管腔,管腔内可见发育异常的精子以及处于异常发育阶段的精子细胞。并且精原细胞也可异形改变,出现双核甚至三核。说明精索静脉曲张的生精障碍涉及精细胞的增殖、精母细胞的成熟分裂和精子变态三个过程。由于生精上皮细胞微环境的改变或慢性中毒等变化,可以导致细胞分裂,增殖活动异常。当然从精子产生到运送到附睾及输精管,精子都有被吞噬和损耗的可能。这就是精索静脉曲张患者出现无精,少精及畸形精子增多的病理学基础。

b. 精索静脉曲张睾丸间质及曲细精管界膜的改变。

在睾丸的变化中,间质水肿,间质小血管病变以及曲细精管界膜病变在不育症机理中起着重要的作用。其中间质小血管病变更具有特征性。正常情况下间质血管起着支持、营养、进行物质交换等功能;曲细精管界膜则是曲细精管和间质进行物质交换的必经之路。精索静脉曲张睾丸病理损害的原因是睾丸内血管病变。睾丸组织学观察显示,小动脉管腔狭窄、小静脉扩张、管腔增大、血管壁玻璃样变。而且在早期阶段其损害的程度无论是动脉或静脉均比毛细血管明显。尽管动脉外鞘玻璃样病变也可以在其他睾丸疾病中见到,但在精索静脉曲张不育症患者血管内皮增生更为明显。邻近静脉扩张,血液瘀积,而且血管管腔直径扩大以及管壁增厚可能是不可逆的。在部分病例中,睾丸间质中小动脉血管内皮增生,管壁增厚,管腔缩小甚至闭塞,总是伴随有曲细精管的严重病变,说明曲细精管病变可能与血供障碍有关。血管的病变可导致睾丸血液循环障碍,血流动力学改变细胞的微环境乃至睾丸的病理损害,从而妨碍曲细精管正常的物质交换,影响曲细精管的微环境,促使生精上皮变性或脱落。因而曾进等(1993)认为血管病变所致的一系列血流动力学变化在精索静脉曲张的病理生理中具有不可忽视的重要作用。精索静脉曲张患者睾丸支持细胞的主要变化为细胞呈空泡变性,而间质细胞则显著变性萎缩和/或增生。

精索静脉曲张所致的睾丸病变呈“斑点样”,即病变曲细精管与正常曲精管交错存在,这可能与睾丸微循环的血流异常分布有关。由于血液异常分布,一些曲细精管血供正常,而另一些曲细精管血供减少或回流不畅,而导致“斑点样”改变。(曾进,刘子龙,王慧娟,等.精索静脉曲张不育症患者睾丸,附睾的病理改变及机制探讨.男性学杂志,1993,1:16)

c. 精索静脉曲张睾丸超微结构改变。

应用电镜观察精索静脉曲张睾丸组织发现,生精过程的改变主要为中晚期生精过程受阻。表现为精母细胞软缩或液化,核仁不均匀或空泡形成,大量精子细胞被支持细胞吞噬,支持细胞增生,可见大量次级溶酶体等。这可能因精索静脉曲张使睾丸温度升高,而使睾丸中蛋白合成酶类功能紊乱所致,而初级精母细胞及早期精子细胞对温度变化最为敏感。

电镜下睾丸毛细血管,界膜,间质改变十分明显,表现为毛细血管管壁增厚为精索静脉曲张的早期病理变化。界膜也明显增厚,主要表现为基膜增厚,呈分层状,可达7层以上,表现为板状结构。这种变化使基膜的通透性发生改变。界膜是支持细胞和生精细胞营养及代谢中物质交换的唯一通道。界膜的病理变化势必对支持细胞及生精上皮的营养及代谢产物排泄产生不良影响。间质的改变主要为间质水肿,是因组织间液和淋巴液回流不畅而潴留引起。

由于多数病例睾丸的支持细胞及精原细胞基本正常,因而如果早期手术治疗,大部精索静脉曲张的睾丸损害具有可恢复生精能力的基本条件,即使无临床症状型患者也应积极采用手术治疗。(王树寿,赵玉珍,袁申如,等.精索静脉曲张睾丸组织电镜观察男性学杂志,1994,3:154)

d. 附睾的组织学变化。

早在60年代中期有人就提出了精索静脉曲张可能对附睾功能产生严重影响。通常精子从睾丸生成后,在通过附睾期间逐步获得运动和受精能力,趋于成熟。如附睾结构和功能异常则可引起精子缺乏和继发男性不育。因而Tuieni认为精索静脉曲张在原发性和继发性不育中存在附睾功能紊乱。曾进等的研究也发现精索静脉曲张可发生附睾间质水肿、上皮细胞变性、附睾管腔内上皮细胞表面刷状缘排列紊乱,说明精索静脉曲张不仅引起睾丸损害,附睾也可能同时发生相应的病理变化,导致附睾功能障碍,从而使精子在附睾中的成熟与获能过程受到影响。

超微结构观察主要表现为附睾柱状上皮结构异常,纤毛紊乱和稀少。

2. 中医的病因病机

(1) 病因

筋疝一病,病位在阴囊、阴茎部位。肝主筋,其脉环绕阴器,阴囊、阴茎属肾,故本病与肝肾二脏关系密切。病因不外外感邪毒,内伤劳役等。

(2) 病机

① 湿热蕴结 外阴不洁,邪毒外侵;嗜食肥甘厚味,内生湿热,下注阴器,外阴络脉失和,气血运行不畅,致脉络显露,发为筋疝。

② 劳役过度 劳役过度,外伤筋脉,以致血凝筋脉;或因经久站立,气血升降失调,阻滞于下,阴囊筋脉瘀阻,发为筋疝。

③ 肝肾亏虚 素体肾亏,或房劳太过,乘醉入房,精损难复;或青年性欲亢强,所愿不遂,肝郁日久,郁火暗耗阴精,致肝肾亏虚,外肾络脉失养于濡养,气血运行不畅,瘀血凝滞,阻塞筋脉,发为筋疝。

三、临床诊断

1. 辨病. 西医诊断

(1) 症状

原发性精索静脉曲张多见于15岁~30岁的青壮年。10岁以内少见,继发性精索静脉曲张多发于35岁以上。患者临床症状复杂而多样化,轻者可无任何不适,重者则发生阴囊坠胀疼,性功能异常,神经衰弱及精神症状。原发性精索静脉曲张患者多以不育症就诊。

①阴囊坠胀和疼痛

约20%~30%病人病侧阴囊区有下坠感或牵扯感,胀痛或钝性隐痛,部分病人腹股沟区,下腹部,腰部也有牵扯感及坠胀痛钝痛。轻者在性行为后,久站和长途步行时出现,平卧或休息后缓解,重者持续性存在,且可有阴囊瘙痒,睾丸灼感。若发生精索静脉或阴囊静脉破裂则疼痛突然加重,阴囊急剧肿大,伴有恶心、呕吐、发烧等。

②阴囊肿物

约11%~16%病人以阴囊肿物就诊。肿物位于睾丸上方,无压痛,无波动感,为软体囊样感,可压缩,平卧后可消失。若为继发性,则肿块持续存在,平卧以后不能消失。

③神经衰弱症状

有些病人对该病缺乏认识,思想压力过重,久之则可发生情绪不稳定、失眠、多梦、精神萎靡及乏力等。

④性功能改变

由于性交加重局部症状,神经衰弱可引起大脑皮层机能紊乱,从而使性中区功能发生改变而出现性欲降低、阳痿、早泄等。性功能改变又加重了神经衰弱,形成恶性循环。

(2)体征

立位时可见病侧阴囊皮肤松弛,延长下垂。病侧睾丸位置低于对侧,扩张迂曲的静脉丛隐约可见,严重者阴囊皮肤和大腿内侧浅静脉也明显充血扩张,触诊精索粗大,曲张的静脉团呈软体虫样感觉,按压或托起可缩小,平卧位消失,睾丸变小萎缩、不适或疼痛。

30岁后突然发生的精索静脉曲张,尤其是平卧位不消失者,有继发性精索静脉曲张之可能,应注意检查腹部及盆腔。

精索静脉曲张最基本和最简单的检查方法是Valsalva试验。通过望诊和触诊配以Valsalva试验,可以对精索静脉曲张及其程度基本做出诊断。其方法是嘱病人站立位,先检查局部情况后,按压病人腹部,同时令病人屏气用力使腹压增加,再观察和触摸局部有无曲张静脉团出现或增大,依此可以发现较少或隐匿的精索静脉曲张。依据Valsalva试验,可以将精索静脉曲张分为4级。

0级:一般检查和Valsalva氏试验无精索静脉曲张表现。

1级:一般检查无静脉曲张硬块,作Valsalva氏试验可发现较少的静脉团。

2级:一般检查能摸到静脉曲张硬块,但外观不见,Valsalva氏试验肿块增大,外观显露。

3级:静脉曲张硬块大而可见。

睾丸的大小和质地是反映生育力和评价手术效果的重要指标。因此,对在精索静脉曲张的检查中,必须注意睾丸的大小和质地。一般轻度精索静脉曲张时睾丸体积可无明显变化,中度精索静脉曲张时则可缩小,重度精索静脉曲张时睾丸可明显缩小,质地变软。

(3)实验室及其它检查

精索静脉曲张病人精液中的不成熟精子增多,精子活力降低,以及精子数减少,其中不成熟精子增多是精索静脉曲张患者精液的特征性变化,因为许多研究已经证实,精子发生终止于精子细胞阶段,不成熟生精细胞提前释放入曲细精管管腔内是精索静脉曲张最主要的病理变

化。Rodrigues—kigan 等(1981)报道一组病例,精液分析结果精索静脉曲张患者精子数平均为 $49 \pm 6 \times 10^9/L$, 活动精子数平均为 $31 \pm 5 \times 10^9/L$, 精子总量平均为 $128 \pm 16 \times 10^9$ /每次射精, 而无精索静脉曲张者, 精子数量平均为 $61 \pm 6 \times 10^9/L$, 活动精子平均为 $44 \pm 5 \times 10^9/L$, 精子总数平均为 $190 \pm 24 \times 10^9$ /每次射精, 并且正常精子所点比例大于 50% 以上者, 精索静脉曲张病人仅有 28%, 而无精索静脉曲张者可达 45%。Fatiss(1981)还发现精索静脉曲张的严重程度与精液质量间存在一定关系。在他统计的一组病例中, 大部精索静脉曲张病人精子数量为 $2 \times 10^9/L$, 而中度或重度病例常低于 $2 \times 10^9/L$ 。江鱼等对因精索静脉曲张引起不育的 26 例患者行精液分析, 精子数 $10 \times 10^9/L$ 以下者 10 例, $10 \sim 20 \times 10^9/L$ 者 6 例, $20 \sim 30 \times 10^9/L$ 者 3 例, $30 \sim 40 \times 10^9/L$ 者 2 例, 有 5 例未查见精子。30 例行睾丸容积测量并与 204 例正常人比较, 精索静脉曲张患者平均 16.2ml, 正常者为 19.5ml。9 例睾丸活检, 6 例中度生精障碍, 仅有少量精子存在, 曲细精管管腔内有脱落的不成熟精母细胞, 严重患者曲细精管管腔增厚, 甚至纤维化。

(4) 特殊检查

① 阴囊温度测定

精索静脉曲张时睾丸局部温度升高已经证实, 因而临床上人们试图以睾丸温度的变化来诊断精索静脉曲张及睾丸的损伤程度。特别是对于无临床症状精索静脉曲张的诊断, 因无明显的临床症状及体征, 而患者仅表现为精液质量的改变和不育, 因而阴囊温度记录就成为最早采用的检查方法。常用的阴囊温度记录法是利用塑料鞘包埋的热敏晶体记录仪, 以及红外线测温器等。有人认为阴囊皮肤温度与睾丸内部的温度呈正相关, 可作为反映睾丸温度的常规检查手段。后来的研究证明, 测量蔓状静脉丛部位的皮肤温度更有效。精索静脉曲张患者在睾丸温度尚正常的情况下, 该部位的温度也常常是增高的。但由于温度变化并非引起睾丸功能障碍的唯一因素, 并且皮肤温度测定受许多外界因素的影响, 因而这种方法只能作为诊断的参考。

② 超声检查

是与温度记录法同样有效的诊断方法, 采用多普勒超声听诊仪, 可以了解精索内静脉有无返流存在。通过了解立位平静呼吸时精索静脉有无自动静脉血流, 结合 Valsalva 试验可将精索静脉曲张进行分度。方法是用手固定睾丸, 将探头贴于阴囊前壁, 在病人平静呼吸状态下连续听诊, 可以测得非搏动性静脉返流的嗡嗡声, 必要时连接心电图机或电流计以图解形式记录下来。根据超声诊断仪测得的静脉返流程度把精索静脉曲张分为三级。

I 级: 精索内静脉有血液淤滞, 无静脉返流, Valsalva 氏试验时有返流。

II 级: 精索内静脉呈间断性返流图像。

III 级: 精索内静脉呈连续性返流图像。

陈群等(1994)应用多普勒超声对精索静脉曲张患者精索蔓状静脉管腔进行测量并与患者生育力进行比较, 他们根据精索蔓状静脉管径, 将精索静脉曲张分为三级, I 级管径为 2.0~3.0mm, II 级管径为 3.1~4.0mm, III 级为 ≥ 4.0 mm, 发现管径与患者的生育力呈负相关, 认为测量管径可以反映精索静脉返流的时间长短以及睾丸损伤的程度。(陈群, 等. 多普勒超声测定精索蔓状静脉管径与生育力的相关性. 男性学杂志, 1994, 4, 216)

③ 精索静脉造影

精索静脉造影是目前诊断精索静脉曲张最可靠的方法。尤以选择性精索内静脉造影效果最好。本方法不仅可以了解精索静脉曲张的存在及其程度, 了解精索静脉的解剖及变异; 还可以据此选择合适的治疗方式如手术或栓塞等。对于该手术后精索静脉曲张继续存在或复发的

原因以决定手术时机等也有重要作用。但其缺点为创伤性检查且有静脉血栓形成等并发症,不应列为常规检查项目。造影途径有三条:即经股静脉,经阴囊静脉或术中直视下造影。其中以经股静脉插管入肾静脉或选择性精索内静脉造影效果最为理想。通过精索静脉造影对精索静脉曲张分期的标准是:0期无曲张,造影剂进入精索内静脉5cm或达一个完整瓣膜不再下降;1期超过5cm;2期超过第一个功能不全的瓣膜继续下降达腰椎4~5水平;再往下则为3期。但对于造影结果也应进行全面分析,因为有人认为造影剂的重力作用可出现返流假象,还有一些精索静脉曲张患者静脉瓣膜功能良好不一定出现返流。

④同位素检查

应用标记体内红细胞的放射性核素静脉注射后行阴囊区的血池显像,可以了解睾丸动脉的血供,显示左右阴囊的对称性。明显不对称为阳性,轻度不对称为边缘性,对称者为阴性。本办法对无临床精索静脉曲张有一定价值,阳性率可达60%,而对于有临床症状及Valsalva试验阳性的患者,诊断有效率可达100%。

(4)并发症

精索静脉曲张的最直接和最严重的后果就是引起男性不育,精索静脉曲张与男性不育的关系主要表现在以下几方面:①不育男性精索静脉曲张的发病率比普通人群中为高。不育男性中精索静脉曲张发病率为21%~41%,平均37%,而普通人群中仅15%(8%~23%);②精索静脉曲张伴不育的发病率很高,在35%~40%,是男性不育的重要原因;③50%~80%的精索静脉曲张患者有精液异常,睾丸活检有双侧精子发生受损;④相当比例的精索静脉曲张患者经适当的手术治疗可以明显改善精液质量,提高男性生育能力,使其配偶受孕率明显增加。统计表明术后66%~70%的病入精液质量改善,其配偶受孕率可达54%。但迄今对于精索静脉曲张引起男性不育的确切机制尚不完全清楚。

(5)诊断要点

①诊断

典型的精索静脉曲张依据年龄、症状、体征以及Valsalva检查多可确诊,但对于症状不明显或Valsalva试验阴性的无临床精索静脉曲张患者,必要时可行辅助检查确诊。

②鉴别诊断

a. 与疝气鉴别

是以睾丸、阴囊肿胀疼痛,或牵引滯腹疼痛为主的一类病症。与本病脉络暴露状如蚯蚓者不同。

b. 与鞘膜积液鉴别

相当于中医学“水疝”范畴,分精索积液和睾丸鞘膜积液二种。主要表现为阴囊肿大,阴囊潮湿或汗出,甚者阴囊肿大如水袋,皮肤绷紧发亮,不红不热。阴囊透光试验阳性,穿刺可很容易抽得液体。

精索静脉曲张,则精索静脉曲张成团,或如蚯蚓状,平卧或托起时明显缩小或消失,站立则很快充盈。

2. 辨证. 中医诊断

(1)辨证要点

筋疝一病,辨证时应分清虚实。凡起病急,发展快者,多属湿热蕴结或劳伤筋脉,多为实证。起病缓,发展慢者,多为肝肾亏虚,多属虚证。湿热蕴结证以阴囊筋脉显露,并有白色粘液随尿

而下,舌红苔黄腻,脉弦数为辨证要点;筋脉瘀阻证以阴囊部脉络显露,遇劳加重,舌暗红有瘀点,脉细涩为辨证要点;肝肾阴亏证以阴囊部脉络显露,坠胀不适,常伴见头晕、腰膝酸软、畏寒肢冷、阴囊湿冷、阳痿、早泄等,舌质淡苔白,脉沉弱为辨证要点。

(2)辨证分型

①湿热蕴结证

[临床表现]阴囊筋脉显露,状如蚯蚓,阴囊坠胀不适,睾丸或少腹部抽痛,或痒或肿,或破溃流脓,并有白色粘液随尿而下,舌红苔黄腻,脉弦数。

[辨证分析]湿热蕴结,血行粘滞不畅,阻于络脉,故阴囊脉络显露,状如蚯蚓;阴器为足厥阴肝经所过之处,湿热浸淫肝经,则阴器坠胀不适,抽痛;湿热郁结,蒸腐化脓,则见痒、肿、破溃流脓;热扰精室,则见白色粘液随尿而下;舌红苔黄腻,脉弦数为湿热之征。

②筋脉瘀阻证

[临床表现]阴囊筋脉显露,状如蚯蚓,阴囊坠胀不适,睾丸或少腹部胀痛或刺痛,遇劳或房事后加重。舌暗红有瘀点,脉细涩。

[辨证分析]劳伤过度,损伤筋脉,气血失和,筋脉瘀阻,故阴囊郁脉络显露,状如蚯蚓;血瘀络阻,不通则痛,故睾丸或少腹部胀痛或刺痛;劳则气耗,血瘀益甚,故遇劳累加剧;舌暗红有瘀点,脉细涩,均为血瘀之象。

③肝肾阴亏证

[临床表现]阴茎脉络显露,状如蚯蚓,阴囊胀坠不适,少腹部抽痛,甚者常有头晕、腰膝酸软,畏寒肢冷、阴囊湿冷、阳痿、早泄等症,舌淡胖,苔白,脉细涩。

[辨证分析]肝肾亏虚,筋脉失养,气血瘀滞,阻塞脉络,故脉络显露,状如蚯蚓;肝气郁滞不畅则阴囊坠胀不适,少腹部抽痛;肝肾不足,清窍失养则头晕;腰膝失养则酸软;阴损及阳,则见畏寒肢冷,阴囊湿冷;肾虚,阳事不举则阳痿;精关不固则早泄。舌淡胖,苔白,脉细涩均为肝肾不足之象。

四、治疗

1. 西医西药治疗

(1)常规治疗

原发性精索静脉曲张的治疗方法有保守疗法,精索内静脉栓塞和手术。但对于引起生殖功能障碍的患者,应早期施行手术。

①保守治疗

对于无临床症状而且精索静脉曲张较轻的患者,可以不行任何处理,待性生活改变及盆腔静脉曲张减轻后部分患者可以自愈。有临床症状,但无合并症的精索静脉曲张均应首先采用保守疗法。

a. 采用阴囊提吊将阴囊托起,减轻蔓状静脉丛的淤血,缓解症状。

b. 冷水洗浴阴囊,每日1~2次,可以刺激局部血管收缩,间断施行可改善血管张力,使瘀血减轻。

c. 对于以神经焦灼为主的病人,要加强心理疏导,消除错误认识,减轻精神负担,必要时给予适当的镇静治疗。

②药物治疗

尽管目前对精索静脉曲张及其引起的不育尚无特效的药物治疗,但在某些药物作为手术前后的辅助治疗手段却是必要的。这些药物大多为激素类。

a. 绒毛膜促性腺激素 这是目前最为常用的激素类药物,主要是利用其激发睾丸间质细胞产生睾酮心脏对曲细精管生精功能的促进作用,一般为1000单位,肌注,每周2次,共用3个月。有人对精子数少于14万/ml的427例精索静脉曲张病人行高位结扎术后给予绒毛膜促性腺激素(4周共8万ml),55%的病人精液质量改善,45%病人配偶怀孕,而对另143例精子数少于14万/ml的病人中只行高位结扎术,术后精液质量改善的仅有35%,女方受孕率为27%。一般来说,如未行精索内静脉结扎或结扎术前FSH激素水平较高,睾丸组织有透明变性或萎缩的病人效果不佳。

b. 睾酮 主要功能为促进睾丸生精,适应于精索静脉曲张较小,而且伴有血清睾酮偏低的患者,可用甲基睾丸素10mg,每日3次,口服或丙酸睾丸酮50mg肌注隔日1次共3个月。

c. 克罗米芬 主要作用于垂体前叶刺激促性腺激素分泌,继之增强睾丸的生精功能,一般为每日50mg,连用3个月。

d. 激素三联疗法 采用促性腺激素释放激素加睾丸酮和雌二醇治疗精子严重缺乏或精子数少于 $3 \times 10^9/L$ 者,有一定疗效。

其他药物 VitE、甲状腺素、消炎痛等也可酌情试用。

③精索内静脉栓塞疗法

随着介入性放射学的发展,选择性精索内静脉栓塞治疗精索静脉曲张已成为国际常用的方法。80年代中期以后,我国已广泛的开展了这项工作,取得了丰富经验。其基本方法是通过股静脉或颈静脉将F6—7号血管造影导管插入病变侧精索内静脉,先注入造影剂,观察精索静脉的侧支及形态,然后注入栓塞物,阻断血液返流。

a. 精索内静脉注射硬化剂 常用的硬化剂为5%鱼肝油酸钠,其成功率可达85.7%。成功率高与操作者的熟练程度以及病人肾静脉形态有关。用带气囊的导管进行硬化剂注射,可以阻滞硬化剂向肾静脉返流,效果更佳。

b. 精索内静脉注入栓子 常用的栓塞材料为明胶海绵、可脱落气囊、金属线圈、球伞等,现多用弹簧钢丝禅,将规格合适的弹簧钢丝禅推入到合适的平面后即可形成栓子,起到阻塞作用,其成功率达80%~96.2%。

选择性精索内静脉栓塞具有许多优点,如在门诊局麻下即可进行,痛苦小,费用低。在治疗前可以了解精索静脉曲张的程度与分支情况,并可直接观察栓塞的效果,不会损伤精索动脉,并可作为手术治疗失败后的补救措施。但也存在一些缺点,大约15%~30%的病例不适合栓塞疗法,因为精索静脉与腰静脉或股静脉有交通支,或精索内静脉的分支与肾静脉人肾包膜静脉有交通支,可因交通支造成其他器官的栓塞。或者因肾静脉变异使导管不能插入精索内静脉;还可能由于技术原因使15%~20%的患者插管失败,或穿破静脉栓子脱落移动,特别是技术不熟练时,操作时间过长,达1小时~3小时,使患者遭受过多的放射线照射。

④手术治疗

由于精索静脉曲张引起男性不育的机理尚不完全清楚,因而无法确定精索静脉曲张发展到什么程度才能引起不育,因而对于精索静脉曲张的手术适应症的选择尚无统一标准。由精索静脉曲张对生育的影响与病程有关,因而对于要求生育的病人而言,早期手术是适宜的,特别

对于无症状精索静脉曲张已影响生育者更是如此。原则上下述情况应行手术治疗:①精索静脉曲张诱发男性不育诊断确立;②轻度精索静脉曲张随访过程中出现精液异常,患侧睾丸缩小,质地变软;③重度精索静脉曲张;④伴有明显症状的精索静脉曲张;⑤精索静脉曲张伴反复发作的前列腺精囊炎;⑥精索静脉曲张合并腹股沟疝,鞘膜积液或并发曲张静脉破裂静脉炎等。

a. 精索内静脉结扎术

精索内静脉结扎术是目前最为常用的手术,手术目的是通过结扎切除精索内静脉以有效地阻止精索静脉的返流,手术疗效肯定,手术方式有三种:

i. 经腹股沟管内精索内静脉高位结扎术(Ivanissevich 氏手术),其方法是在腹股沟内环附近高位结扎精索内静脉及其分支,这种方法简便易行,效果肯定。但由于精索内静脉在腹股沟管内常分为多支且与精索动脉伴行,因而结扎不彻底会导致术后复发,有资料显示其复发率可高达 25%。精索动脉损伤也不鲜见,虽早先的实验证明在内环部位行精索动脉结扎可不引起睾丸损伤,但晚近的观点却认为精索动脉损伤后可引起睾丸萎缩,特别对精索静脉曲张患者由于已经发生睾丸的血流动力学改变,精索动脉的损伤对睾丸生精功能的恢复无疑是不利的。

ii. 腹膜后精索内静脉高位结扎术(Palomo 氏手术),采用麦氏切口或与之对应的左下腹切口,行单侧或双侧精索内静脉结扎,将腹膜游离并向内推即可见粗大的精索内静脉常为一支,但也可多到四支,予以全部结扎。此术或可以防止部分因精索内静脉结扎不彻底而导致的术后复发,但当精索静脉与肾包膜静脉有吻合支甚至当这些吻合位于内环平而以下时,即可造成复发。另外这种途径的手术创伤也较大。

精索内静脉的上述两种高位结扎方式疗效确凿,只要仔细操作大多可获满意的效果,并发症复发率的高低与手术操作密切相关。综合文献上述两种手术的精液质量改善率为 50%~80%,女方受孕率为 30%~70%,复发率为 0.2%~25%,并发症为 0.3%~3%。

iii. 阴囊精索静脉丛结扎术。于阴囊上部纵切口显露曲张的静脉丛,保留 1~2 支精索静脉,其余游离 2cm~5cm 予以结扎切断。本办法复发率较高,现已少用。

b. 精索静脉高位结扎加转流术

精索静脉高位结扎加转流术是 80 年代初发展起来的一种新的手术方式,其目的是通过高位结扎加转流术解除因精索静脉曲张引起的睾丸瘀血,方法是行高位结扎后,将精索内静脉的近睾丸端与腹壁下精索内静脉或大隐静脉行端端吻合,也可与髂外静脉行端侧吻合,手术可在直视或手术显微镜下进行。一些研究证实,转流术后可使精索内静脉压力降低,血氧分压,筹备在氧饱和度升高,有利患者术后生殖功能的恢复。陈纪生等(1990)应用显微外科技术行 76 例精索内静脉与腹壁下静永转流术,术后随访 59 例,精液质量改善 34 例,占 57.6%,精子密度提高一倍左右 18 例,不足一倍 10 位,二倍以上 6 例,术后妊娠及分娩者 18 例,占 30.5%。

c. 精索静脉显微解剖结扎术

1985 年首先由 Marmar 创用了精索静脉显微解剖结扎术,这一术式既解决了低位结扎患者易复发的缺点,又避免了高位结扎或转流所引起的较严重的手术创伤。方法是在局麻下切开外环处皮肤,显露精索,于腹股沟管内行精索阻滞麻醉,将精索用两根牵引带牵开,在放大 7~10 倍的手术显微镜下于两根牵引带间纵行切开提睾肌及筋膜,扩张的提睾肌静脉用微血管夹结扎,游离输精管,并保护之,如输精管静脉超过 2mm 需行结扎,以罂粟硷冲洗可见明显移动的精索动脉,予以保护,然后将所有扩张的静脉用微血管夹结扎,必要时可于静脉内注入 3% 硫酸十四烷基钠硬化剂 0.2cm~0.5ml,以硬化吻合支。Marmar 共行 71 例手术,17 例为双侧,

54 例为左侧,术后 4 例复发(5.6%)。在随访的 24 例患者中,7 例配偶怀孕(29.3%)。

d. 腹腔镜精索内静脉结扎术

腹腔镜精索内静脉结扎术,是 90 年代发展起来的治疗精索静脉曲张的高新技术。其基本方法是通过腹腔镜于内环处将精索内静脉予以分离,以钛夹结扎。经腹腔镜下精索内静脉结扎术手术视野清晰,解剖明确,精索内静脉显露好,较易分离,不易遗漏,且精索内动脉易辨认,较易保留;结扎位置高,输精管及其动静脉离开内环即与精索分离走行向内下方,不易损伤;不需要解剖腹股沟神经与精索外静脉等的损伤,有利于术后侧支循环的建立,特别是双侧精索静脉曲张结扎时不需另作切口,减少了创伤。Peter HC Lim(1994)报道 107 例腹腔镜精索内静脉结扎术,共 98 例因生育力低下而施行手术,在 61 例获得复查的病例中,6 个月后平均精子计数由 $19.0 \times 10^9/l$ 增加至 $33.8 \times 10^9/l$,平均精子活动率自 33.1% 止升至 39.1%,同时形态不正常精子自平均 69.9% 降至 45.9%。一年后随访 8 例配偶怀孕,怀孕率为 13.1%。孙成才等(1994)报道 49 例精索静脉曲张患者行腹腔镜精索内静脉结扎,也取得了较好的疗效,术后所有患者精索静脉曲张消失,精液质量明显改善,妊娠率较高,为 32.65%(16/49)。

总之,精索静脉曲张手术治疗的效果颇为理想,治疗后精液质量改善为 50%~85%,女方妊娠率为 30%~55%。Cockett 等(1979 年)报道手术后总妊娠率可达 25%,而未手术则仅为 12%,Nenton 等统计 187 例,术后妊娠率可达 33.6%,未手术者仅 21%,尤其是术前精子计数小于 $10 \times 10^9/ml$ 者手术效果更加明显。DWbin 等(1997 年)报道 986 例手术分析,有 690 例(70%)术后精液质量有改善,这 690 例中精子活力 105 例有改善,精子数量改善 720 例(73%),精子形态改善 453 例(63%),妊娠率为 54%。相信随新技术应用和手术质量的提高,妊娠率还会提高。

(2) 对症治疗

阴囊、睾丸或少腹坠痛较重,应立刻平卧休息。适当口服消炎痛有效。本症保守治疗一般无效,病程长、症状重者建议手术治疗。

(3) 并发症治疗

精索静脉曲张并发男性不育症者,保守治疗可参考精液病和精子病有关内容。对保守治疗精液质量不能得到改善者,应考虑手术治疗,多数患者手术后精液质量都可在很短的时间内得到改善。

2. 中医中药治疗

(1) 辨证论治

① 湿热蕴结证

[治法]清热利湿,疏通肝胆,兼以活血化瘀。

[方药]龙胆泻肝汤(《兰室秘藏》)加减

龙胆草、泽泻、木通、车前子、当归、柴胡、生地、黄芩、栀子、茵陈、桃仁、牛膝。

[加减]血瘀明显者加乳香、没药。

[分析]方中用龙胆草、栀子清泄肝火;柴胡、茵陈、黄芩清利肝胆湿热;木通、车前子、泽泻导热下行;生地、当归养阴益血;桃仁、牛膝活血化瘀。全方共奏清热疏肝活血之效。

② 筋脉瘀阻证

[治法]活血化瘀,疏筋通络。

[方药]桃红四物汤(《局方》)加减

熟地、当归、芍药、川芎、桃仁、红花、黄芪、郁金、三棱、莪术、川楝子。

[分析]方用熟地、当归、芍药养血活血；黄芪益气；川芎、川楝子理气止痛；三棱、莪术、桃仁、红花、郁金活血化瘀散经；牛膝、川芎活血行气趋下。全方共奏活血化瘀，理气通经之效。

③肝肾阴亏证

[治法]调补肝肾，活血化瘀。

[方药]一贯煎(《柳州医话》)合加味四斤丸(《三因极一病证方论》)加减化裁

当归、生地、枸杞子、川楝子、肉苁蓉、牛膝、菟丝子、木瓜、鹿茸、熟地、天麻、五味子、莪术、丹参、炒蜂房、地鳖虫。

[分析]当归、生地、枸杞子、五味子调补肝肾；木瓜、炒蜂房、天麻疏筋活络；菟丝子、肉苁蓉、鹿茸温肾壮阳；丹参、莪术、地鳖虫活血化瘀，牛膝活血化瘀，引药下行。诸药合用，共奏调补肝肾，活血化瘀之功。

(2) 验方治疗

①化瘀通精汤(吴少玲. 化瘀通精汤治疗精索静脉曲张疗效观察. 实用中医内科杂志, 1995, 9(3): 42)

[组成]水蛭、大黄各 12 克, 川楝子、荔枝核、皂刺各 15 克, 三棱、莪术、川牛膝各 10 克, 蜈蚣 2 条, 乳香 6 克。

[加减]久病致虚酌加黄芪、党参、当归。

[用法]每日 1 剂, 头 2 煎取汁 250 毫升分服; 第 3 煎熏洗患处, 日 2 次。15 日为 1 疗程, 706 代血浆 500ml, 加复方丹参注射液 10ml~20ml, 静滴日 1 次。

[功用]活血化瘀, 补气通精。

[疗效观察]本组 30 例, 治疗 2~5 个疗程, 结果: 痊愈 11 例, 显效 13 例, 有效 6 例, 总有效率 100%。

下编 专题研究

一、针灸治疗男科病的研究进展

(1) 治疗方法

针灸治疗男科病,近年来才开始进行比较系统的研究和广泛应用。各地积累了丰富的经验,常用的方法主要有体针、灸、穴位注射、电针、耳针、激光针灸、氦氖激光穴位照射、穴位放血、穴位挑治、穴位割治、穴位埋针等十余种。其中的灸法尚有艾灸、隔姜灸、隔蒜灸、雀啄灸、悬灸、温药重灸、温针灸等多种具体用法。

其手法或补、或泻、或平补平泻,主要根据补虚泻实的治疗原则,以疾病的虚实而定,而无统一的手法,但均非常强调针刺得气后的传感的有无。由于男科病多为生殖系统疾病,因此,在针刺下腹部及腰以下穴位时,得气后必须使针感传至会阴、阴囊、睾丸、阴茎、龟头等部位,才能收到预期效果。针感传导好,不仅疗效高,疗程也短,反之则疗效差,疗程长。

(二) 治疗进展

1. 阳痿

体针治疗,报道的方法各地选穴不尽相同,但选用频率最高有:关元、中极、肾俞、三阴交、太溪、曲骨、次髎、命门、气海、足三里,其它还有选用然谷、复溜、阴廉、大赫、会阴、蠡沟、大敦、腰阳关、阳关、气冲、阴谷、八髎等。只选用单穴治疗效果也很好,姜氏针阳痿穴配合长强穴普鲁卡因封闭,治疗 250 例,治疗 205 例,总有效率 96%。杨氏针起阳、会阴,治疗 110 例,结果治疗后每周能正常性交 1~2 次者 100 例,总有效率 99.1%,疗效明显优于对照组(针肾俞、命门、关元、三阴交)。任氏针举阳穴为主,治疗 258 例,治疗 87 例,总有效率 94.57%。单氏深刺中髎俞、会阳二穴,治疗 75 例,治愈 49 例,总有效率 93.33%。张氏针双侧阴包穴上 2 寸许压痛点,并灸双列缺,治疗 30 例,治疗 28 例,好转 2 例。

穴位注射在阳痿治疗中的应用也比较广泛。林氏以 10% 的葡萄糖注射液加士的宁注射液 1mg 混匀注入八髎穴(每穴 2ml)治疗 40 例,治愈 39 例。薛氏以维生素 B₁100mg 和维生素 B₁₂0.2mg 混匀注入长强、命门、肾俞,治疗 22 例,治愈 21 例。徐氏以鹿茸精注射液 0.5ml 注入气海、关元、中极、曲骨、足三里(双)、命门(1ml)为主治疗 42 例,39 例获得良效。刘氏取关元、百会或太溪、哑门轮流取用,每穴注入士的宁 1mg,治疗 25 例,治愈 24 例,好转 1 例。来氏以 5% 的葡萄糖液 3ml 加士的宁 2mg 平均分别注入八并针关元、三阴交,治疗 34 例,治愈 28 例。雷氏用 10% 的壮阳注射液 2~4ml 分别注入肾俞(左右交替)、关元、三阴交,治疗 71 例,治愈 43 例,有效 22 例。崔氏以丹参注射液和当归注射液各 2ml 混匀注射关元、石门、气海、阳痿穴为主,治疗 96 例,治愈 69 例,改善 21 例,疗效显著优于用相同药物加丙酸睾丸酮治疗的对照组($P<0.01$)。

灸法在阳痿治疗中也较为常用,王氏用艾灸关元治疗 12 例,治愈 7 例,显效 3 例,有效 2 例。周氏灸关元、肾俞、足三里、三阴交,灸后点压按摩关元、肾俞,治疗 550 例,治愈 512 例,显效 18 例,有效 9 例。刘氏以温药重灸气海、关元、中极、曲骨、命门,治疗 44 例,治愈 36 例,显效 3 例,有效 5 例。

其它还有用电针、埋针、耳针、挑刺等方法治疗者。如傅氏等针关元(或中极)、次髎(或中

髻)、三阴交、大敦得气后,加用电子针疗仪,治疗 91 例,治愈 67 例,有效 17 例。陈氏以王不留行子贴压耳穴肾、皮质下、外生殖器,治疗 13 例,治愈 7 例,好转 5 例。褚氏等埋针双侧三阴交治疗 31 例,治愈 28 例。王氏用挑刺法在双侧骶丛神经刺激点为主挑点,治疗 5 例均获治愈。

2. 不射精症

针灸治疗不射精症,近年来报道应用最多的穴位主要是三阴交,其次是关元、太冲、中极、曲骨、次髻、肾俞、大赫、神门、气冲、气海、命门、归来、蠡沟、阴廉、大敦、水道、阴陵泉、涌泉、足三里、横骨。郭氏用电针加艾灸关元、中极、曲骨,或会阴、会阳、八髻、肾俞,二组穴位轮流,治疗 82 例,治愈 79 例。陈氏用雀啄灸阴茎冠状沟与背侧阴茎体交界处,效果良好。张氏以士的宁 2mg 加注射用水 10ml 分别缓慢注入肾俞、命门、膀胱俞,治疗 12 例,全部治愈。

3. 不育症

梁氏轮流针刺并隔姜灸大赫、曲骨、三阴交、关元(只灸)、中极(只灸)和八髻、肾俞、命门(只灸),治疗精子减少症 160 例,治愈 125 例,好转 33 例,总有效率 98.75%,随方治愈者 80 例和好转者 23 例,已生育者分别为 68 例和 6 例。陶氏以针后灸关元、中极、太溪、照海、会阴(只灸不针),治疗精子异常不育 12 例,结果配偶均孕育。张氏针肾俞、次、关元、气冲、足三里、太溪、太冲、命门、夹脊,治疗精子异常(含无精子症 18 例)50 例,治愈 13 例,好转 11 例。陈氏等轮替针刺加灸太溪、三阴交、关元、肾俞、复溜和照海、阴陵泉、气海、志室、地机,治疗精液异常不育症 45 例,治愈 22 例,显效 13 例,有效 6 例。张氏轮替针气海、关元、三阴交(双)和肾俞、次、太溪(双),治疗精液异常 145 例,显效 96 例,好转 35 例。刘氏针后加灸关元、中极、命门、神枢为主,治疗精液精子质量异常 78 例,治愈 48 例,好转 19 例。石氏等用地塞米松 2.5mg 加入 10%葡萄糖液 2ml 内注射关元、气海、肾俞后再按摩各穴 3~5 分钟,治疗 9 例,治愈 7 例,好转 1 例。刘氏针关元、中极、肾俞、三阴交为主,治疗精液不液化 32 例,治愈 26 例,好转 6 例。刘氏以针关元、曲骨、次、肾俞为主治愈 2 例抗精子抗体阳性不育。岳氏的研究证实,艾灸肾俞、关元能促进大鼠精子在附睾中获得运动能力功能的成熟过程。

4. 慢性前列腺炎

常用体针穴位主要有关元、中极、会阳、会阴、肾俞、三阴交、次髻、阴陵泉、秩边、太溪、太冲、膀胱俞、行间。在治疗方法上,除了传统的针或灸外,还应用激光针、耳针治疗。如尤氏以激光针灸治疗仪针芯经从会阴刺入前列腺的 5 号注射针头管内直接照射,治疗 88 例,治愈 47 例,显效 30 例,好转 10 例,总有效率 98.9%,疗效明显优于用氩氦激光治疗仪直肠窝照射治疗的对照组($P<0.01$)。尉迟氏用耳穴前列腺、附睾、膀胱、肾上腺埋针,治愈 2 例。

5. 阴囊湿疹

葛氏等针后加灸血海、足三里、曲池、三阴交、挟鼻(只针不灸)、囊底(只灸不针),治疗 23 例,全部治愈。雷氏用非那根 12.5mg 加维生素 B₁100mg 注入长强穴,治疗 35 例,治愈 26 例,好转 6 例。杨氏针足三里、血海、三阴交,治疗 1 例,针 1 次止痒,5 次治愈。任氏针中极、血海、三阴交、蠡沟、大敦(放血)、会阴,治疗 112 例,全部治愈。邝氏以风湿膏贴蠡沟穴后加灸,治疗 5 例均愈。

6. 疝气

李氏针中极、冲门、提托、关元、百会,治疗 28 例,治愈 19 例。武氏针大敦、三阴交、归来得气后,以中央有小孔的薄蒜片放于穴位上,用含有麝香的艾壮灸 1~2 壮,治疗 22 例,治愈 14 例,好转 6 例。

7. 遗精

陈氏等以 0.25% 的普鲁卡因 15ml~20ml 作会阴穴封闭,治疗 20 例,全部治愈。张氏以艾条温和灸带脉、五枢、维道,治疗 30 例,除 1 例中途停止治疗外,余均治愈。

8. 睾丸炎、附睾炎

许氏按顺序针三角穴(脐轮左右侧下方距脐斜下约 2 寸处)、关元、归来、三阴交,治疗 13 例,除 1 例不配合治疗外,余均治愈。徐氏针大敦、太冲、气海、归来、三阴交、关元、曲骨、中封、合谷,治疗 6 例均愈。

9. 输精管结扎术后综合征

邓氏施以悬灸法(艾条悬于距穴位皮肤 3cm~5cm 处)灸阿是穴(肿痛之附睾和结节)、气海、血海(双),分别治疗附睾郁积 84 例和痛性结节 146 例,前者治愈 46 例,基本治愈 20 例,显效 6 例,好转 5 例;后者治愈 74 例,显效 35 例,好转 21 例。

10. 缩阴

沈氏用灯芯或青线几根蘸植物油点燃后,按会阴、缩阴 I 号(阴囊与阴茎根交界处)、缩阴 II 号(阴茎与耻骨联合交界处)、神阙的顺序,在穴位上迅速点灼(神阙穴先放少许食盐或 1 片薄生姜),治疗 10 余例均愈。黄氏针后加灸人中、百会、命门、委中、腰阳关、足三里、三阴交,治愈 2 例。施氏针关元、肾俞、三阴交、内关,治愈 2 例。

11. 其它

徐氏针关元、三阴交,治愈龟头痛觉过敏症 1 例。陈氏针关元、归来,治愈精索炎 1 例。阎氏用肛针治疗男性癃闭 30 例,治愈 20 例,显效 4 例,好转 3 例。李氏针病侧秩边穴治疗精索神经痛,收效迅捷。张氏取涌泉放血 1 次,治愈性交阴茎痛 1 例。刘氏分型取穴(肝肾阴虚取太溪、三阴交、肝俞、肾俞、行间、神门、内关;脾肾阳虚取关元、中极、肾俞、脾俞、足三里、三阴交;心肾不交取神门、内关、百会、肾俞、太溪)治疗更年期综合征 25 例,治愈 16 例,好转 7 例。田氏针蠡沟、关元、归来,治疗小儿睾丸鞘膜积液 2 例。(秦国政. 针灸治疗男科病十年进展. 中国针灸, 1993;13(6):40.)

二、常见阴茎皮肤粘膜疾病

阴茎皮肤粘膜是一种常疾病,有时非常令人烦恼。临床上常见的阴茎皮肤粘膜疾病主要有以下几种。

(一) 尖锐湿疣(Condylomata Acuminata)

尖锐湿疣是由人乳头瘤病毒(HPV)引起。近十年,人生殖器 PV 感染较为流行,有人报告约占门诊男性泌尿科病人的 11%,其中 20 岁~40 岁年轻人发病率约为 0.15%。绝大部分尖锐湿疣是通过性交传播,病毒常在微小的创伤部种植。潜伏期常为 3 周~8 个月,少数可超过 1 年。有人报道半数以上的男性湿疣是亚临床型,肉眼不易看见,只有用 3%~5% 的醋酸涂浸局部使之发白,用放大镜观察才能识别。

[临床表现]尖锐湿疣是一种柔软的、乳头状新生物,多位于冠状沟、龟头、系带、尿道外口,也可见于阴茎体及其周围皮肤。可为单个或一簇,或犹如菜花。呈灰白、淡黄或粉红色,触之易出血。男性同性恋者可以生于肛门周围。阴茎体上湿疣常较小而稀疏、无蒂。慢性淋病、包皮

过长的病人更易患之。长期反复发生尿道口疣是尿道湿疣的指征,其发病率为5%~23%。

[治疗]在病人接受治疗的同时,应治疗其配偶。该病易反复感染,故使用阴茎套可避免传播或再感染。对病人应加强随访,控制感染。

局部可用20%足叶草脂加入90%的酒精或复安息香酊内,涂于疣上。周围正常皮肤可涂抹固体石蜡保护。所涂足叶草脂于4小时~6小时后洗去,4~6次1个疗程。

可选用冷冻疗法,局部可有轻度色素沉着,很少形成疤痕和感染。还可使用电干燥法及刮除术治疗。CO₂激光治疗湿疣优于电干燥法,它可精确控制损伤范围、无菌创口、术后很少疼痛,治愈率90%~95%。

最近有人提出用激光、醋酸涂浸和手术显微镜综合治疗、有利于彻底清除病灶,减少复发率。

干扰素疗法 病灶内注射 0.9×10^6 IU α_2 -干扰素,效果较好。但需多次注射,可引起发热、寒战、肌痛、乏力或短暂白细胞减少。朱钵等用0.1%酞丁胺霜治疗,2疗程4周,全部治愈,无复发及不良反应。

(二)巨大尖锐湿疣(Giant Condyloma Acuminata)

巨大尖锐湿疣是一种不寻常的、繁茂的、穿透深部组织的疣状赘生物,常见于未作包皮环切术的男性。

[临床表现]开始象一簇典型的生殖器疣,迅速进行性增大,可引起大块组织坏死,偶有转移。龟头上的巨大湿疣易与表皮样癌混淆,它是一种低级疣性癌。在这些病灶中可见HPV6和11型。

[治疗]治疗方法同上,巨大尖锐湿疣术后易复发。

(三)鲍文样丘疹病(Bowenoid Papulosis)

鲍文样丘疹病(BP)主要见于男性,组织学表现类似原位癌。

[临床表现]年青男性阴茎和腹股沟部可见肉质样丘疹,直径约2mm~20mm,较光滑,为多发性,淡红棕色或紫罗兰色,有些呈疣状,常无症状。与PV感染有关,病灶中常见PV6和39型,最近发现PV16型。BP易与Bowen氏病相混淆,通常前者多见于包皮环切的男子,为多中心病灶,后者多见于未做包皮环切的男子。

[治疗]可通过局部浅表切除病灶,也可作电干燥术、冷冻疗法及CO₂激光切除。口服13-顺维甲酸有一定疗效。少数病人可以自愈。

(四)传染性软疣(Molluscum Contagiosum)

传染性软疣由含DNA的痘病毒引起,可通过接触或性接触传播。

[临床表现]软疣是一种3mm~6mm半球形丘疹,日渐增大,丘疹中央微凹如脐窝。多发于阴茎、肛门周围。潜伏期2周~7周,病灶可挤出白色乳酪样物质,内含大量病毒。

[治疗]病灶一般经6月~9月可消失,如果继发感染可留下疤痕。软疣可用锐利的刮匙刮除,涂以碘酒或石炭酸压迫止血,也可用冷冻治疗。有人用0.1%维甲酸酒精局部外涂。对由性传播的病人应同时治疗配偶。

(五)念珠菌性龟头炎(Candidal Balanitis)

念珠菌性龟头炎常是性交获得,在包皮过长、糖尿病或免疫功能受损的病人可发生严重的溃疡感染。

[临床表现]阴茎出现小脓泡或小丘疹,这些感染可播散到腹股沟及阴囊,其特点是卫星样小脓泡。在包皮环切病人,龟头呈红色发亮。念珠菌可用氢氧化钾溶液和革兰氏染色证实。

[治疗]①夫妻双方应同时治疗,必须讲究卫生。②治疗糖尿病。③可用 Burow 氏液局部浸泡。④卡氏复红涂剂局部外涂每日 1 次,2 周 1 疗程。⑤也可服用克霉唑或咪康唑。

(六)细菌性龟头炎类(Bacterial Balanitis)

多见于包皮过长或包茎病人,不卫生习惯、包皮垢、排尿液浸渍均可引起龟头炎,这类感染很少是单一细菌引起。少数病人可由 B 型链球菌引起。其配偶常是慢性带菌者。

[临床表现]细菌产生毒素和渗出引起龟头及包皮水肿,局部呈暗红色,可引起嵌顿包茎。病变可播及整个阴茎,受累区呈红色和潮湿,受累部分边界不清。

[治疗]①可用 Burow 氏液外洗,②局部使用抗生素,③养成良好的卫生习惯,可防止复发。④应做包皮环切手术。

(七)滴虫性龟头炎(Trichomonal Balanitis)

滴虫性龟头炎经性交获得,常见于年轻的、包皮过长或包茎病人。

[临床表现]龟头可见浅表性糜烂,尿道瘙痒不适,可有脓性分泌物。

[治疗]灭滴灵 1 克~2 克,1 次服用,夫妻双方应同时治疗,服用灭滴灵时忌房欲饮酒。

(八)浆细胞性龟头炎(Zoon's Balanitis)

Zoon 氏龟头炎是一种慢性、局限性、浆细胞性龟头包皮皮炎,多见于中老年包皮过长患者。病因尚不清楚,局部组织学变化是有浆细胞密集浸润,伴有某些血管增殖,含铁血黄素沉积。

[临床表现]龟头有局限性、橘红色、发亮、光滑、稍潮湿的斑,斑上可见许多细小红色斑点。常累及包皮附近皮肤,有时发痒。

[治疗]局部使用类固醇。应养成良好卫生习惯包茎或包皮过长病人应作包皮环切。

(九)坏疽性龟头炎(Gangrenous Balanitis)

坏疽性龟头炎是一种慢性、痛性、破坏性溃疡。

[临床表现]坏疽性龟头炎是崩蚀性溃疡的一种,病变从包皮或龟头开始,沿阴茎扩展,可累及阴囊或耻骨部。溃疡边缘稍隆起,坚实而潜行。肉芽基底部易出血,表面有稠厚脓性分泌物,齁齁的坏死性腐质。周围皮肤可有水肿、呈暗红色,有邻近淋巴结肿大。

[治疗]局部或全身抗生素治疗,彻底切除溃疡区;电灼截去坏死部分。同时积极治疗其它伴发病,如梅毒、软下疳等。

(十)假性上皮瘤样角化云母状龟头炎(PseudoepitheliomatousKeratotic
and Micaeous Balanitis)

假性上皮瘤样角化云母状龟头炎是指发生在龟头的有云母状鳞屑的疣赘瘤。多发于50岁以上男子,他们在成年期因包茎作过包皮环切术。

[临床表现]龟头表面通常出现溃疡、裂开和皲裂,角化性鳞屑呈云团状,并似银屑病。

[治疗]可用1%5-氟尿嘧啶溶液治疗,也可用X线治疗。个别病人应做龟头切除。

(十一)珍珠状阴茎丘疹(Pearly Penile Papules)

珍珠状阴茎丘疹是一种良性疾病,多发于20岁~30岁男子。

[临床表现]珍珠状阴茎丘疹是一种直径1mm~3mm珠状或灰白色丘疹、位于龟头冠状沟缘,常排列成1~3行,不规则。丘疹常无症状,故病人难以发现。

[治疗]本病常不需要治疗,可给以心理上安慰。由于无症状,病人常不寻求治疗。

(十二)环状龟头炎(Circinate Balanitis)

[临床表现]环状龟头炎病人龟头冠状缘可见表浅的糜料斑排列,还有些较小的卫星病灶,尤如念珠菌龟头炎。病灶呈鲜红色,查以相互融合。当伴发关节炎或口腔病灶时,可有尿道分泌物。大约20%~40%患Reiter氏综合征男子有环状龟头状炎,同时可伴发关节炎、结膜炎、尿道炎和脓溢性皮肤角化病。

[治疗]主要是保守治疗,有并发症者需有足够休息,并治疗并发症。龟头炎治疗同牛皮癣。

(十三)闭塞性干燥性龟头炎(Balanitis Xerotica Obliterans)

闭塞性干燥性龟头炎是萎缩性硬化性苔藓的一种表现,多发生于有包茎和龟头炎未行包皮环切术的男子。

[临床表现]病变早期为慢性龟头炎,呈棕红芭,表面脱屑,可有轻度瘙痒。病灶外观有点像白斑病。龟头及尿道外口出现象牙色、轻度增厚的斑块。阴茎包皮及阴茎干也可受累。萎缩区边缘外皮肤常可见出血点和毛细血管扩张。一些病例在其他部位也有硬化萎缩样苔藓变化。

[治疗]局部使用1%氢化可的松霜,或2%~3%鞣酐软膏或水融基质。有人使用CO₂激光治疗。部分病人在包皮环切后病变停止发展。

(十四)固定性药物红斑(Fixed Drug Eruption)

固定性药物红斑是在同一部位上若干年来持续存在或顽固复发的局限损害。

[临床表现]红斑是一种局限性皮炎,迅速发作,伴有红肿,有时有大疱性或溃疡性损害。龟头是好发部位,红斑界限明显,直径约1cm~3cm,基底部干燥,呈紫色或有严重色素沉着。最常引起红斑的药物是四环素、复方新诺明、酚酞、巴比妥类、青霉素、安替比林和奎宁。

[治疗]局部使用激素有助于消除炎症。应避免再次使用引起固定性红斑的药物。

(十五) 阴茎过敏性接触性皮炎 (Penile Allergic Contact Dermatitis)

阴茎皮肤菲薄, 血管丰富, 半抗原致敏后若再与阴茎接触, 可引起皮炎。另外, 潜在半抗原也可通过手传播到阴茎, 因为手掌皮肤较厚, 半抗原对其无影响。性交时, 也可接触到多种致敏原, 如阴茎套橡胶、橡胶促进剂、橡胶防老剂、避孕胶冻、润滑剂、防腐剂、氧化抑制剂、冲洗液、杀精子剂等。

[临床表现] 阴茎再次接触致敏原, 局部可引起微小水泡, 有时阴茎可出现严重水肿。阴茎套皮炎整个阴茎受累, 边界清楚。

[治疗] 早期确定抗原, 避免再次接触, 必要时做斑贴试验。可口服强的松 1 周~2 周, 炎症反应不明显时可局部使用激素软膏。

(十六) 阴茎牛皮癣 (Penile Psoriasis)

牛皮癣常发生在阴茎, 有时为唯一发病部位, 龟头是最常受累部位。

[临床表现] 阴茎龟头部位病灶有边界清楚的红色丘疹, 病灶常见不到银色的鳞屑。阴茎体上牛皮癣可有银色或琥珀色鳞屑。身体其它部位也可有牛皮癣皮损。

[治疗] 阴茎部病损常无症状, 用 1% 氢化考的松乳悬液或软膏, 也可将 5~10% 松溜油或白桦木焦油加入油膏内局部用药。

(十七) 增殖性红斑 (Erythroplasia of Queyrat)

增殖性红斑是一种癌前期病变, 病因不明, 可能与砷制剂摄入或长期阳光照射有关。

[临床表现] 龟头或包皮上出现缓慢发展、局限性红斑。通常是潮湿, 边界清楚的天鹅绒样和发亮的斑片, 较易出血。可发展成为鳞状细胞癌。该病的阴茎损害常是孤立的。

[治疗] 早期可使用 5% 5-氟尿嘧啶霜剂外涂, 亦可以液氮冷冻, 晚期应作阴茎部分切除术。(章如光, 等. 男性学杂志, 1991; (5): 2: 118~121)

三、烟酒对男性生殖系统的影响

(一) 饮酒对男性生殖的影响

过多饮酒影响生育, 我国古代就有所记载。现代医学也证明, 酒精能导致人体多种激素功能紊乱, 影响与人类生殖有关的促性腺素、睾丸酮等。大量饮酒后, 男子的睾丸酮合成减少, 精子的生成发生障碍。另外, 酒精可以使血液中的儿茶酚胺增加, 影响血流量。而血流对睾丸温度起重要的调节作用; 同时血流量减少还可导致睾丸生精细胞的结构发生改变, 曲细精管变细, 甚至纤维化, 最后发生睾丸萎缩, 外形变小, 并可有胡须及阴毛脱落, 或乳房增大、嗓音变细等第二性征女性化的改变。

男子饮酒所造成的生育障碍, 与饮酒的时间和年龄及个人体质对酒精刺激的反应敏感程度有关。据前苏联学者研究表明, 嗜酒、酗酒者精子密度分别降低 32.4% 和 56.6%, 精子活动率分别降低 30% 和 38%。从少年即开始饮酒者和成人后才开始饮酒者, 在精子密度上分别降低 36.9% 和 32.3%。这项研究结果说明, 成年男子过多饮酒影响生育, 而少年即染上酗酒恶习

者,其后果将更加严重。

(二)吸烟对男性生殖的影响

在男性世界里,吸烟是十分普遍的,它与许多健康问题密切相关。普遍认为吸烟是引起肺气肿、心血管疾病、癌症和智力衰退的原因之一。其实,吸烟也是引起男性不育的一个重要因素。烟草的主要成分为烟碱(尼古丁, Nicotine),并含有糖类、蜡质、脂质、色素以及其它生物碱等。但是吸烟时,烟草在燃烧过程中可产生 3000 多种化合物,故有人将一支烟卷的燃烧喻为一个微型化工厂。卷烟烟丝燃烧时产物中主要有害成分有 6 种,即焦油、烟碱、一氧化碳、氧化氮、氰氢酸、丙烯醛;气体占烟雾的 90%,其余为微粒,其中包含焦油及烟碱。我国国产卷烟每支的焦油含量为 16.2mg~52.9mg,烟碱含 1.0mg~2.5mg。卷烟对人体健康危害的大小,主要以所含焦油及烟碱的水平来衡量,含量愈高则危害愈烈。

有关吸烟对性功能的影响缺乏系统研究,报道的结论是:Briggs(1973)认为吸烟可降低血浆睾丸酮的浓度,而 Dotson 等(1975)报道,吸烟过多者可增加血浆睾丸酮的浓度。Masters 等(1982)所进行的临床和流行病学研究中,均未能证实吸烟与不吸烟者在血循环中睾丸酮方面存在什么差异;此外,246 名阳痿患者的吸烟率,与性功能正常、年龄相仿的男性相比较,反而要低。但吸烟对血管及血液循环的不良影响是研究证实了的,它可以引起动脉硬化。由于阴茎背动脉灌注血流量的不足,是引起老年性阳痿的常见原因。巴黎的“欧洲阳痿研究中心”对平均年龄为 46.8 岁的 440 名阳痿患者进行了阴茎血流的研究,发现其中大部分病人存在阴茎动脉的损害,而吸烟者占 64%。另外,由于吸烟对血管的损害,必然会对睾丸的血流产生影响,从而引起睾丸的生精功能障碍和畸形精子增加。北卡罗来纳州立大学流行病学副教授瓦因领导的研究组发现,男性吸烟者的精子中发现了尼古丁的代谢产物可的宁。尽管非吸烟的男性由于家庭或工作环境中的被动吸烟,精子中也有可的宁,但浓度极低。瓦因认为,这种致物进入精子细胞,有可能对新生儿造成不良影响,使人体遗传性发生变异,也可能作为癌的启动因子。

在女性方面,许多研究资料表明(Bulter 等, 1972; Kline 等, 1977; Fielding 等, 1978),在妊娠期间吸烟会影响生殖功能,可使婴儿出生体重降低,还可增加自然流产的危险性和出生前的死亡率。

四、中草药与男性避孕节育

(一)棉酚

棉酚是锦葵科植物棉花的种子、根、茎中含有的一种黄色多元酚类化合物。

我国科学工作者早即发现,棉籽油具有抗男性生育作用。1957 年刘宝善等就提出应用棉籽油来节制生育的建议。60 年代通过对湖北、山东、河北、河南、陕西等产棉区的调查,发现粗制生棉籽油可引起男性不育,1972 年经大量的动物实验证明,生棉籽油中的棉酚为抗生育的有效成分。随后即进行了棉酚的提纯的衍生物的合成,并用精制棉酚及其两种主要衍生物醋酸棉酚和甲酸棉酚进行了多种动物的抗生育实验,对其作用部位、机理、代谢、毒性及临床药理等进行了广泛的研究。1972 年初试于临床,1974 年以后,继续用上述二种棉酚片剂进行了扩大临

床试用,均肯定了两种棉酚的抗生育效果,并且在有效节育剂量下无严重的毒副反应。

1. 棉酚的抗生育作用

棉酚对大鼠、猴、犬、家兔、豚鼠和猪等动物的抗生育作用因动物的敏感性不同而有明显的种属差异。其中以大鼠和猴的抗生育效果最为显著。给大鼠连续口服 15mg~30mg/kg/d 棉酚后,一般在 5 周左右(3 周~7 周)出现不育,起效时间与剂量大小有关,小剂量(5mg~7.5mg/kg/d)起效较晚。停药后抗生育作用持续 3 周~5 周,以后逐渐恢复生育力,其可逆性视精原细胞是否遭受损伤而定。长期或大剂量服药有损伤精原细胞而导致绝育的可能。

2. 棉酚的抗生育机理及组织学观察

(1) 组织学观察

对大鼠的睾丸研究发现,服用棉酚 2 周后,生精上皮开始出现轻度损伤。3 周后呈现中度损伤,中、后期精子细胞及粗浅期精母细胞肿胀,空泡化,核裂解和细胞溶解。管腔中可见大量脱落细胞及精子头,尾断裂片断,多核巨细胞及残影细胞。4 周~5 周后损伤严重,大部分曲细精管萎缩变形,上皮中的精母细胞几乎完全脱落消失,仅残存外周一层支持细胞和精原细胞。曲细精管间的间质细胞及附睾管上皮均未见有明显的细胞形态学改变。雄猴服棉酚后睾丸生精上皮出现损伤部分,其细胞类型、过程和顺序大体与大鼠相同。

对于人服用棉酚后的睾丸病理改变也进行广泛的研究。对一组 19 例服棉酚者(年龄 35 岁~45 岁,服药总剂量为 196mg~1447mg 不等,停药至睾丸活检的时间为续服至 60 个月不等)的睾丸活检的结果表明,生精上皮也受到了严重损伤。光学显微镜下根据精子发生障碍的性质与程度可以分为三型:

①紊乱型 4/19 例。表现为由于生精细胞的剥脱,造成各级生精细胞的组合层次紊乱,有时可见精子细胞直接贴附在基底膜上。支持细胞核的长轴常由垂直位变为横位。

②脱落型 4/19 例。生精细胞广泛脱落,曲细精管腔中充满脱落的生精细胞,其间杂有多核巨精子细胞。未脱落的曲细精管排列极度紊乱。

③严重障碍型 11/19 例。生精细胞几乎完全脱落,仅余支持细胞,偶见极个别的精原细胞。曲细精管管腔明显萎缩,界膜透明性变,间质纤维化,有些曲细精管管腔完全闭锁,间质血管壁增厚,透明性变。

在观察的另一组 84 例的服棉酚者(年龄 32 岁~54 岁,服药总量为 156mg~1447mg,停药至睾丸活检的时间为 6 年 9 个月以内)的睾丸活检中,其光镜下的组织分型也可分为上述三型,其比例分别为紊乱型 24/72 例,脱落型 23/72 例,严重障碍型 25/72。

2. 超微结构改变

电镜观察各期生精上皮的形态结构变化:

①精原细胞 24 例严重障碍型标本中未见精原细胞,紊乱型和脱落型标本虽有精原细胞,也常见核膜增厚,萎缩,局部核间隙扩大,线粒体空泡化,滑面内质网扩张,胞内出现大小不等的空泡。有时可见双核精原细胞。

②精母细胞 紊乱型和脱落型标本中的精母细胞可见核膜皱缩,核间隙扩大,部分核膜破碎,脆质内残粒体空泡化,嵴变短,胞质内见许多空泡形成。

③精子细胞和精子 精子细胞和精子排列紊乱,精子细胞变态过程异常,核染色质稀疏,核膜不完整,顶体形成受到严重干扰,表现为顶体内陷,溶解,破碎,精子头部形成巨大空泡,精子尾部形成障碍,畸形精子多,可见双头畸形。

④支持细胞 支持细胞胞质内电解质排列无序,形态多样,胞质内溶酶体脂滴增多,滑面由质网扩张,胞质内出现大空泡。个别胞质内可见髓样结构,严重者支持细胞脱落解体。

⑤界膜 三种生精障碍型曲细精管界膜均见不同程度增厚,严重障碍者尤为明显,有的结构模糊,破碎,走行极不规则,常见向上皮内突入形成棘状及基膜分层现象,部分标本见基膜内出现大量电子致密颗粒,这些电子致密颗粒和纵横断面的胶原纤维可随棘突一同突入生精上皮之间。界膜胶原纤维大量增加,排列方向错综复杂。

⑥睾丸间质 由于曲细精管不同程度萎缩,间质相对增加,间质纤维明显增生。间质细胞数目增加,脂色素增加,电镜下见部分线粒体空泡化,溶酶体,脂质增加。有些细胞中充满巨大结晶体,个别细胞出现髓样结构。淋巴细胞数目增多,常见肥大细胞,这些肥大细胞与淋巴细胞十分靠近。间质小血管壁增厚,透明样变,电镜下见内皮细胞变大,管腔变窄,基底膜增厚分层,胶原纤维增加,严重者尤甚。

通过观察发现,棉酚可以引起精原细胞的损害,因而有引起绝育的可能。

(3)免疫组织学变化

在服棉酚者的免疫组织学观察中,用酶联A蛋白法和免疫荧光法检测其睾丸组织,发现25例标本存在免疫复合物,说明服用棉酚后部分人可产生睾丸自体免疫反应。这种自体免疫反应与免疫不育患者,输精管结扎后实验性变态反应性睾丸炎的免疫病理变化比较可以发现,服棉酚后引起的睾丸组织免疫复合物沉积极为广泛,除可沉积在曲细精管基膜,管内生精细胞外,尚可出现在曲细精管管周细胞,睾丸间质结构组织及血管壁等处。管周细胞免疫检测阳性揭示这些细胞具有吞噬活性,可能与去除曲细精管基膜上的免疫复合物有关。血管壁阳性则可能是由于血管内的抗精子抗体逸出,与精子抗原结合形成免疫复合物沉积于血管壁上的结果。此外,生精障碍越严重,免疫复合物检出率越高,提示服棉酚后睾丸组织免疫复合物的沉积对睾丸生精功能的恢复有严重的影响,可能是引起部分服药者生精功能不可逆的原因。

一般认为,自身免疫性无精症有两种免疫机制。在曲细精管内主要为细胞介导的免疫反应,而睾丸网输出管及附睾管则为抗体的作用。研究发现,服棉酚后睾丸组织中出现广泛的免疫复合物沉积,主要是因为经棉酚作用而受损脱落的生精细胞经附睾时与免疫活性细胞接触,继而产生抗体,该抗体和相应抗原结合形成免疫复合物,吸引补体,中性粒细胞,巨噬细胞,K细胞等,对组织造成损伤。此过程可能包含了抗体依赖细胞参与的细胞毒作用及免疫复合物型变态反应。免疫反应再进一步造成生精上皮的损伤而致精子发生不可逆。

由上述可见,服棉酚后既可引起精原细胞的直接损害,又可引起支持细胞损伤,睾丸间质纤维化,血管增厚,闭塞等变化和睾丸自身免疫反应。因此,服棉酚后部分人精子发生不可逆可能是上述诸多因素共同影响的结果,而自身免疫反应可能只是引起不可逆的原因。

伦玉兰等的研究也支持上述观点,她们观察了口服棉酚停药8~13年的健康男性,睾丸电镜观察仍可看到精子变态,阻滞现象,尤其是线粒体更为明显,主要表现为线粒体肿胀,细胞器爱化变性,形成大量囊泡状及膜状结构,充塞于细胞质中,顶体发育不良。尾部形成不完善,这些变态阻滞的精子细胞质中顶体发育不良,尾部形成不完善。这些变态阻滞的精子细胞不能继续发育,可从支持细胞上脱落下来,游离于精液中,导致畸形精子发生率增高。认为服用棉酚后精子形态结构的恢复需要一个相当长的时间,或者是不可恢复的,其原因是精子抗原自身免疫造成的。(伦玉兰.棉酚对人体精子近期影响的电镜观察.男性学杂志,1990;3:143)

3. 棉酚对下丘脑—垂体—睾丸轴系及性功能的影响

长期服用棉酚的大鼠和猴的交配行为均未见异常。围绕生殖轴系进行的实验包括：①间质细胞形态及激素合成有关的 3β 甾体脱氢酶、类脂质、胆固醇组化反应；②依赖于性激素维持的附属性器官的形态及重量；③动物血浆睾酮及其类似物水平，垂体 FSH 及 LH 水平，以及注射 GnRH 刺激分泌活动的分析；对不同地区志愿服药者进行服药前后的血浆睾酮，双氢睾酮及其类似物含量的测定等均未见有统计学差异。临床资料与动物实验结果的一致性，表明棉酚并未影响性行为和生殖轴系激素系统的合成代谢。

但是，新近的研究却不支持上述观点，在马鼎志和张桂元分别研究的一组停药棉酚的男性中，其血清 FSH、LH 和睾酮水平都有明显的改变。

棉酚是一种细胞毒性物质，直接作用于间质细胞可能是其主要方式。睾丸活检发现，食用生棉籽油不孕的病人的间质细胞形态发生改变支持这一点。另外棉酚也有可能通过影响间质细胞膜上 LH 受体和睾酮合成酶体系间接影响睾酮的合成和分泌。张氏报道，用药期间棉酚即对间质细胞有明显的损伤，随着用药时间的延长，损伤进一步严重，以致 2 倍于正常水平的 LH 也不能使停药后的无精子症者的血清睾酮维持在正常水平，表明这些受试者的间质细胞功能已处于失代偿状态。而马氏的报道则与上述结果有些差异。他们观察了 16 例停药棉酚的男性，其中有 7 例出现无精子症，但这些无精子症者的激素改变却远无上述报道严重，他们的血清 LH 水平仅高于正常者 1.4 倍，血清 T 全部在正常值范围之内，表明睾丸间质细胞虽有损伤，但其功能尚正常。许多学者认为 控制棉酚用量和服药时间是减轻棉酚毒副作用的关键，在上述两组中，前者用药时间最长达 340 周，后者最长达 160 周，这可能是两者的间质细胞受损程度或损伤后恢复程度不同的主要原因。另外，受损的间质细胞恢复过程可能是缓慢的，随着时间的延长，部分病例可能得以恢复。

一般认为，血中 FSH 水平受曲细精管上皮的支持细胞分泌的抑制素所调节。棉酚受试者中，无精子症和 FSH 水平升高的相继出现，表明他们的曲细精管上皮受到严重损伤。研究发现血中 FSH 水平与曲细精管上皮生精功能损伤程度相平行，如果 FSH 水平高于正常值的 3 倍，常预示着曲细精管上皮损伤已达不可逆性。在马氏报道的 7 例无精子症者中，其 FSH 水平极度升高，平均值为对照组的 9 倍，他们虽经停药后长时间的恢复，但仍无生精迹象，或许他们的生精功能永无恢复的可能。而对于处于恢复期的棉酚服用者中，其 FSH 水平虽显著高于正常对照级，却明显低于无精症组。9 例中有 3 例超出正常参考值上限（ $1.2 \sim 5.0 \text{ IU/L}$ ），分别为 5.6, 7.2 和 13.5，但他们的精子计数已基本恢复正常，表明精子计数与血 FSH 水平不完全平行。并且恢复期组血中 LH 和睾酮水平与对照组无明显差异，提示当棉酚剂量尚未使生精过程受到不可逆损伤时，其间质细胞功能受损的可能性不大。（张桂元等，醋酸棉酚对血清促性腺激素和睾酮水平影响的长期随访研究，中华医药杂志，1985；65：464）（马鼎志等，长停药棉酚男子血液性激素的变化，男性学杂志，1990，1：11）

4. 棉酚的临床试用

1972 年棉酚试用于临床，开始时以 $60\text{mg} \sim 70\text{mg/d}$ ，连用 3 个月，精液中精子先失活，然后消失，停药后 2 月～3 月可恢复。后降低剂量至 35mg/d ，可明显减轻副作用而仍有节育效果。随后经过反复探索确定的最适剂量为 20mg 。一般连用 75 日，可达节育标准，然后改服维持量，每周 1 次 50mg 。总节育有效率为 98.48%（精子计数少于 400 万/ml 为判断节育有效的标准）。

70 年代后期我国 14 个省市联合开展了棉酚抗男性生育的研究。结果表明，每日剂量

20mg 连服 75 天,起效期总给药量 1500mg,然后以每周 50mg 维持量是保证棉酚抗生育有效的最小剂量。但是,在这些研究中,评定抗生育起效的标准一直是精子计数降为零或低于 $4 \times 10^9/L$ 。对一些研究资料的进一步分析发现,服用棉酚者,其精液中精子的活率往往是在精子死数达到这种抑制程度之前就有了显著的降。近年来关于精液检查的研究以及不育症的研究等都表明,在反映精子实际受精能力方面,精子活率以及穿卵能力等都是远比精子浓度更有意义的现实指标。这意味着以往研究所获得的给药剂量是可以进一步减少的。

国内王蔼为等首先进行了这方面的研究。他们按每日剂量分别为 15mg 和 10mg 两组进行研究。15mg 剂量组起效期(60 天)总给药量为 900mg,是以往给药量的 60%。起效期结束时,若按以往精子计数低于 $4 \times 10^9/L$ 才算起效,在受试的 6 例中只有 2 例达到标准,起效率 33%。但是 6 人的精子活率及金黄地鼠卵穿透率则都降为 10.0% 以下。10mg 剂量组,起效期总剂量是 600mg,减到以往的 40%。用药 60 天后,精子计数降到 $4 \times 10^9/L$ 以下者只有 2 例,占受试 11 例的 1.8%。精子活率仍有 5 人在 45% 以上,作地鼠卵穿透试验的 9 人中达到要求者(低于 10%)也只有 5 人,占 56%。人类精子—金黄地鼠卵穿透试验(SEP)是 70 年代末期建立的一种测定人类精子受精能力的新技术,是目前为止在反映精子实际受精功能方面被认为是相对最为可靠的指标。当精子穿卵率低于 10% 时,一般就不再具有卵子受精的能力。在上述 15mg 剂量组中,尽管在起效期后仍有 2/3 精子计数在 $4 \times 10^9/L$ 以上,全部受试者随访一年无一例怀孕。另外 4 例在 60 天时精子活率仍在 45% 以上者自动退出了试验,如果他们继续参加试验,那么有极大的可能怀孕。上述结果证明,精子活动力及精子穿卵能力就男子的生育功能而言,都是比精子计数更有意义的观测指标。根据这些检查棉酚的使用剂起效期 15mg 是有效的,但 10mg 给药方案看来剂量过低,不能保证抗生育的可靠性。

服用棉酚后出现血钾降低是棉酚研究中的最大问题,在服用 15mg 剂量棉酚的受试者中,虽然用药 2 个月时血钾出现下降趋势,血 6 个月时复又回升,并且与对照组无异别。说明血钾的波动非由棉酚引起。抗生育不可逆是以往棉酚研究的另一重要问题,在 15mg 剂量组的随访发现,停药半年至一年精液指标基本都可恢复到正常水平。

5. 棉酚抗生育作用的可逆性

棉酚作为我国首创的非甾体类男用节育药,经大量的动物实验观察,证实其对精子发生过程有明显的干扰破坏作用,主要损及精母细胞及精子细胞。经广泛的临床试用,表明其抗生育效果达 99% 以上,说明棉酚是一种理想的抗生育药。

但在棉酚的临床使用中,发现有一定比例的服药者在停药以后精子数目仍然不能回升,但随后又下降到不育水平。临床观察表明,服药剂量及服药时间与精子数目能否回升有一定关系。

(1) 临床资料

在一组停药棉酚 1 年~4.5 年的 2067 例中进行精液分析的结果表明,精子数恢复者(精子数 > 400 万/ml)1523 例(73.68%),有恢复趋势而精子数仍少于 400 万/ml 者 399 例(16.40%),完全无精者 205 例(9.92%)。资料还显示,服棉酚总量较多者恢复率较低。例如服 4g~6g,1.5 年~2 年者,精子发生基本上可恢复,而服 6g 以上者则恢复率只达 56.14%。因此,服用棉酚以不超过 2 年为宜,以免引起绝育。

(2) 棉酚抗生育不可逆的机制,棉酚对人睾丸干扰作用具有以下特点:

①除精母细胞与精子细胞外,精原细胞也有明显损伤。其中严重障碍者精原细胞消失,脱

落型者精原细胞也明显减少,即使残存的精原细胞,电镜下也可见明显的特构改变。精原细胞消失或创伤是引起精子发生不能恢复的重要原因。

②棉酚可引起人精子发生过程中分化不同步现象。主要表现为同一阶段各个生精细胞间发育不同步,以及同一生精细胞中各个细胞器的分化发育不同步。表明棉酚引起的人精子发生障碍是很严重的,即使在停药多时也仍持续存在改变。

③除生精细胞外,睾丸中其他结构也有明显改变。例如支持细胞中空泡增多,溶酶体及脂增多,甚或有变性剥脱。曲细精管基膜增厚分层;间质纤维化;间质血管型增厚,玻璃样变,在严重障碍型中尤为显著。这些变化均可造成精子发生难以恢复或不能恢复正常。

通过对一些棉酚服用者的睾丸的免疫病理学研究发现,其睾丸组织学改变酷似自身免疫性男性不育患者的睾丸结构改变,主要有以下几项改变:

①光镜下可见部分标本中睾丸间质内淋巴细胞增多,有的淋巴细胞甚至穿过界膜进入曲细精管腔内;

②部分标本中,在曲细精管内可见巨噬细胞内含被吞噬精子的残骸;

③睾丸间质中肥大细胞显著增多,尤以显著障碍型者为著;

④电镜下可见基膜增厚,有絮状沉淀物,用组织化学方法证实为P. A. S强阳性物质,不能被淀粉酶消化,在电镜下可见曲型的免疫复合物沉淀的形态学特征。用其他检测方法也可发现曲细精管基膜,部分晚期生精细胞,间质血管型等处有免疫复合物沉积。免疫复合物沉积与精子发生障碍的程度有一定程度的相关性;

⑤部分服药者血中出现抗精子凝集抗体。

由此可见,服用棉酚后引起的睾丸自体免疫反应,是引起精子发生不可逆障碍的重要原因之一。

6. 棉酚的毒副作用

动物对棉酚的毒性反应有明显的种属差异。狗、小鼠、家兔、猪和豚鼠对棉酚较为敏感,毒性反应常出现于生精上皮受损之前,大鼠和猴对棉酚有较大的耐受性,在节育剂量水平未见毒性反应。

(1) 毒性分析

①半数致死量测定 小鼠一次口服棉酚的半致死量(LD_{50})醋酸棉酚为2200mg/kg,用酸棉酚为4mg~263mg/kg。连续6天经口服给药的半数致死量:醋酸棉酚为412mg/kg(每天约70mg/kg),甲酸棉酚为1042mg/kg(每天约170mg/kg)。以大鼠进行实验,棉酚油剂1次给药的 LD_{50} 为2590mg/kg,水混悬液1次给药的2480mg/kg。

②棉酚剂量与动物毒性反应的关系 对大鼠与猴分别进行的抗生育剂量与毒性相关性研究发现,剂量越大,毒性越大。大鼠给予醋酸棉酚7.5mg~15mg/kg/d,连续服药半年以上未见重要脏器异常,为其抗生育的安全有效剂量;当加大剂量至20mg~30mg后,除少许动物出现轻度肝脏病变或适应性功能改变外,大多数动物均能存活而达到不育,故属抗生育的可耐授剂量,超过这一剂量则可使死亡率增加。猴的安全有效剂量为1mg~2mg/kg/d;增大剂量至4mg~8mg/kg/d时,可出现适应性的心、肝、肾功能改变和形态损伤。

对棉酚敏感的动物,出现的毒性反应也明显。犬给以1mg~3mg/kg/d的剂量用药3月~4月即可引起死亡,尸检可见心脏损伤严重,肝、肾也有不同程度的损伤。

③安全有效剂量下棉酚的副作用 在人类应用棉酚抗生育的最适剂量时,棉酚的常见副

作用为乏力(12.61%)和消化道症状(7.36%),一般并不严重,且大多为暂时性,不需特殊处理。乏力可能与体钾减少有关。补充钾盐后可以恢复。少数有性功能改变(减弱或增强)。发生充各地报道不一,最高者可达6.38%,其性功能改变一般为过性,并且体内有关激素水平(LH,睾酮)多无明显变化,其他副作用以对钾代谢的影响最为显著。

(2) 棉酚对钾代谢的影响

自1974年棉酚扩大临床试用时,即发现有个别低血钾性麻痹的病例,在随后的临床研究中发现,其低血钾肌无力症的发病率并不低。在一组8806例试服棉酚的国性中,初步统计曾发生低血钾肌无力症66例,发病率为0.75%,4年后随访其发病人数已达87例,发病率上升到0.99%。

虽然人类服用棉酚后低血钾及低钾性肌无力的发病率并不低,但在通常的实验条件下,在大鼠、兔、犬、猴等复制低钾血症的尝试均未获成功。而在低钾饲养条件下,棉酚可使吕鼠骨骼肌细胞内钾减少,因而认为棉酚可影响钾代谢,而低钾摄人为其协同因子。临床观察发现棉酚所低血钾与地域密切相关。南京地区其发病率较高,为4.73%(7/148),泰安地区则600人中无人发病。经对两地食物含钾量及血钾水平测定发现,南京地区居民每日摄入钾量远远低于一般营养要求,而泰安地区则明显增高。

当然,服用棉酚者所致的低血钾肌无力,其直接原因为肾失钾。经研究发现,其失钾机制有以下几方面:

①近端肾小管损害 尿 β_2 -微球蛋白(β_2 -MG)易从肾小球滤过,几乎完全在近端肾小管被裂解后重吸收。从肾小球滤过的钾,绝大部分也由近端肾小管重吸收,如近端小管上皮功能障碍,尿中排出钾及 β_2 -MG都会增多。经尿测定,曾服棉酚发生低血钾肌无力症的48例中, β_2 -MG增高22例,占45.8%;曾服棉酚而未发生低血钾肌无力的26例中,增高8例,占30.7%;正常对照组25例中无一例增高。结果表明,服用棉酚后有部分服药对象有临床和亚临床的肾功能损害。曾发生低血钾肌无力者,在随访中发现仍有部分服药对象的肾小管功能损害尚未完全恢复,而对照组中尿 β_2 -MG全部正常,统计学处理均有非常显著差异($P < 0.001$)。

②服棉酚者,其发生肾功能损害是先有肾小管损害,继而血清钾降低,进一步可导致低血钾肌无力症。

③肾小管上皮细胞含有丰富的N-乙酰- β -D-氨基葡萄糖苷酶(NAG),当其受损时,尿中NAG增多,一般认为尿中NAG含量是肾小管中毒性损伤的可靠而敏感的指标。在前面的研究中,服药前尿NAG正常的51例于服药后有22例尿NAG增加,揭示棉酚引起肾小管功能损伤的机理为中毒所致。

④棉酚对肾小管远端功能也发生损害。随访57例观察氯化铵试验,肾小管酸化功能不良有26例,占46%;而对照组观察10例,肾小管酸化功能完全正常。随访且65例测定血清氯 $> 110\text{mEq/L}$ 有24例,占36.92%;而对照组28例中无一例大于 100mEq/L ;测定尿渗透压45例,其中 $< 600\text{mosm/kg, H}_2\text{O}$ 有15例,占33.33%。提示肾小管远端浓液功能不良,排氢功能不良。酸化功能障碍,表现为不安全性远端肾小管酸中毒。

⑤棉酚对肾小球功能也有影响。随访组与对照内生肌酐清除率相比无显著差异。但随访组65例中有13例血清钾低于 3.5mEq/L ,在该13例的内生肌酐清除率为 $51\text{ml} \sim 70\text{ml/min}$ 有7例。在进行11例内生肌酐清除率的动态研究的变化观察,服药后8个月有2例不正常,揭示部分服棉酚出现肾小球功能损害。并且用药组与对照组 β_2 -MG的差异也揭示棉酚对肾小

球功能也有影响。

由此可见,棉酚使近端肾小管发生中毒性损害,致使其裂解 β_2 -MG功能降低和对钾的再吸收发生障碍;肾小管远端也能受损,酸化功能和浓液功能不良,致使肾小管排氢产氨功能障碍,钾离子因无氢离子的竞争,与钠离子交换增加,尿排钾量增多。同时肾小球也受到相应的影响,由于肾小管肾小球功能受损,肾性失钾后导致总体钾减少,血清钾下降,严重时即可发生低血钾肌无力症。

(二)雷公藤

雷公藤是一种多年生藤本植物。在《神农本草经》中即有药用记载,近20余年来,已广泛应用于类风湿性关节炎,慢性肾炎,慢性肝炎,血小板减少性紫癜和各种皮肤病的治疗,并有一定的疗效。常规剂量下,人未发现严重的毒副作用。但少数人因长期服用,可发生睾丸萎缩或月经紊乱。虽然雷公藤作用于男性生殖系统被看作是其主要的毒副作用已有相当长的历史,但将其当作一种男性生育调节剂而应用于男性避孕则是近年来我国男性计划生育科研工作的重要成果。

1. 雷公藤雄性抗生育有效化合物

雷公藤中所含的化学成分较多,目前已从该植物中分离出二萜类、三萜类、生物碱等300余个组分化合物。后来的研究发现,三萜类化合物主要具有抗炎活性,而抗生育活性主要表现在二萜类化合物中。现在已获得的雄性抗生育有效化合物11个,即T4,T7,T9,T13,T15,T1f,L2,Z7,M3,M8,TW27。其中T4定名为雷公藤内酯醇(Trichlorolide),具有很强的雄性抗生育活性。此外,还获得了2个体外高效杀精化合物,即ST8,OTR3。

2. 雷公藤的抗生育作用机制

雷公藤制剂对人类抗生育作用的机制,国内许多学者进行了研究。贾太和等通过对服用雷公藤制剂的强直性脊柱炎患者的精液检查发现,16份服药后标本中,除见大量变性死亡精子和变性的精子细胞外,均可见多核精子细胞,这些细胞有的呈奇数多核,有的呈偶数多核。并且在3份标本中可见多核巨噬细胞。而对照组中却未发现一个多核巨细胞。由此他们推测雷公藤服用者精液中多核巨细胞的增多,很可能是该药抑制了精原至精母细胞间正常细胞分裂过程,出现了核分裂而胞质不分裂的现象,最终导致多核精子细胞的增多。这说明雷公藤制剂通过干扰精细胞的分裂过程而起抗生育作用。多核巨噬细胞的增多,则可能是机体对大量衰亡精子细胞或精子存在的一种自身免疫反应。(贾太和,雷建章等,雷公藤服用者精液中多核巨细胞的超微结构观察,男性学杂志,1991;2:83)

1、雷公藤多甙 雷公藤多甙(GTW)是从藤提取的混合物,含多种成分。以成熟雄性SD大鼠行GTW抗生育作用实验,每只大鼠经胃灌服GTW(1%CMC混悬液)10mg/kg/d,同时设对照组,7周后实验组生育力降至零,而此时对照组生育力全部正常,但两组大鼠的增重,性行为及血睾酮水平相似。服用GTW的大鼠附睾尾精子活率及密度均明显低于对照组($P<0.001$)。在10只实验的大鼠中,有一只实验鼠在光镜下偶见仅剩一层精原细胞及支持细胞的曲细精管镶嵌于基本正常之曲细精管间,而其余鼠的曲细精管均无明显改变,管腔中仅个别鼠可见脱落生精细胞,主要为后期精子细胞,有时可见粗线期精母细胞,间质细胞,支持细胞及附睾上皮未见明显改变。其他脏器如心、肝、脾、肾、小肠、垂体及下丘脑均无显著改变,但附睾内毒

碱水平明显下降。

电镜下,附睾及睾丸的改变有:

- ①后期精子细胞 细胞及顶体囊变形,细胞核可见空泡;
- ②早、中期精子细胞 核物质浓缩成小团块状,细胞周围间隙扩大,内质网可形成菊花状物;
- ③近基膜处偶见卵圆形空缺;
- ④间质细胞可无明显改变;
- ⑤支持细胞、环状线粒体、胞液及被吞噬的精子细胞较对照组为多见;
- ⑥附睾上皮主细胞可见成群的大空泡。

陈利群等的研究也支持 GTW 抑制生精作用的靶器官主要是精母细胞和精子细胞的学说。他们发现服用 GTW 后豚鼠睾丸的损害非常显著,除精原细胞,支持细胞及间质细胞基本正常外,曲细精管明显萎缩,生精上皮变薄,细胞层次减少十分明显,有的甚至仅存极少的初级精母细胞,且结构上受到严重的破坏,而精子细胞及精子则极少直至完全消失。通过测定细胞内 DNA 的相对含量发现,服用 GTW 后初级精母细胞核内 DNA 含量明显下降,提示服药后初级精母细胞的核酸代谢受到干扰,DNA 合成受影响,从而导致后期生精细胞形成障碍,精子生成减少。另外 GTW 对附睾及精子也有抑制作用,附睾管上皮细胞琥珀酸脱氢酶(SDH)活性减弱,ATP 酶活性也减弱,表明细胞的氧化作用及能量代谢受干扰,附睾功能受抑制,阻碍精子的进一步成熟。(陈利群等. 雷公藤对豚鼠睾丸附睾结构及功能的影响. 男性学杂志,1992;3:151)

通过组化分析,可以肯定 GTW 对附睾功能有直接的影响。丁菊红等通过对服用 GTW 的轻型银屑病患者的精浆内毒碱及果糖的研究发现,服用 GTW 后,精浆内毒碱明显减少,而停药后内毒碱又恢复,但果糖水平却无明显变化。精浆中的内毒碱 9%,来源于附睾,是附睾功能的主要指标;其余部分来源于精囊腺,而果糖是精囊腺的特异分泌物,为精囊腺功能的指标。因而可以认为精浆果糖含量正常而内毒碱发生变化,主要是附睾功能的变化所致。(丁菊红等. 雷公藤及其有效化合物对人和大鼠附睾功能的影响. 男性学杂志,1994;1:28.)

2、 T_4 SD 大鼠服 T_4 50mg/kg/d,共 7 周,睾丸细胞组合正常,包括生精上皮的排列与组合,组合与期相的关系,以及各级生精细胞,支持细胞和间质组织的形态与染色反应等均未见明显变化;与 GTW 不同,未见精子细胞由圆形向长形受阻的现象。第四期曲细精管切面中可见大量正常精子,但附睾中大量精头,尾断裂,不少精子骨架系统受损,附睾上皮与离子转运有关的组化指标 ALP 及 γ -GT 活性增强。据此可以认为, T_4 可能主要作用于附睾精子而不干扰精子发生。另实验表明,SD 大鼠服同量 T_4 后,生精上皮排列略见紊乱,变态期精子细胞有时可见于靠近基膜处。最常见的变化见于精子细胞变态期,而早期精子细胞,精母细胞和精原细胞未见异常;管腔内可见脱落生精细胞,以精子细胞为主,也可见粗线期精母细胞及多粒巨细胞,此外有大量多尾畸形精子,电镜下一个精子细胞中可有多条鞭毛。支持细胞中产泡略为增多。间质细胞无明显改变。附睾上皮中静止鞭毛略减少,见大量空泡化的线粒体。因此, T_4 可能主要作用于精子变态过程及附睾上皮。

3. 对激素分泌的影响

虽然有研究发现单纯给以 T_4 50mg/kg/d,共 7 周,不影响大鼠血睾酮 LH,FSH 及 T/LH 比例,但临床上对类风湿性关节炎服用 GTW 的患者进行回顾性调查发现,GTW 在导致男性

不育的同时也引起血中 FSH 水平的升高。另一组应用 GTW 治疗轻度银屑病男子进行的血中激素测定发现,在整个服药期间,血清 LH 水平轻度升高,停药后迅速恢复至服药前水平。血清睾酮水平从服药后第 2 月开始较服药前升高,停药后第 2 个月才恢复至服药前水平。而在服药和恢复期中血清 FSH 水平却始终无明显变化。

出现上述几种不同结果的原因有人分析认为,主要与下述因素有关:

①对象和方法的不同 类风湿性关节炎病人和银屑病患者对 GTW 治疗的反应可能存在某些差异。

②用药剂量大小不同 可能是主要原因。前一个试验剂量较大,病人服药后生育力的降低主要表现为无精子症和少精子症,说明生精过程受到抑制。因此也就不难理解血清中 FSH 水平升高,因为 FSH 水平与睾丸曲细精管上皮损害程度相平行。由此可以认为,类风湿性关节炎病人服用较大剂量的 GTW 后,无精子症和 FSH 水平的升高相继出现,提示其作用目标为睾丸。后一组轻型银屑病患者服用 GTW 后,由于服药剂量较小,精子活力受严重抑制,但密度下降却不明显,并自始至终无 FSH 水平的明显变化,提示其作用部位可能在精子细胞和附睾。

银屑病患者服用 GTW 后,血清 LH 和睾酮水平相继升高,停药后迅速恢复正常,说明该药对下丘脑—垂体—睾丸轴存在某种影响,而这种影响又十分类似于 GnRH 的作用,它可能首先作用于垂体前叶细胞刺激 LH 分泌的增加,继之刺激睾丸间质细胞增加睾酮的分泌。(马鼎志等. 雷公藤对男性性激素的影响,男性学杂志,1991;2:80)

4. 雷公藤的遗传效应

生精细胞对诱变剂,如丝裂霉素 C 等的作用非常敏感,致畸致突变剂可损伤生精细胞的遗传基因,引起精子头部形态异常,产生严重的遗传效应。众所周知,精子头部是由遗传物质载体的细胞核和与精子受精时穿透卵膜有关的一系列细胞器所构成,其形态结构受多种基因控制。已知有些结构异常的精子可以受精,如果属于精子头部变形或染色体畸变的精子受精,则 will 造成后代先天性异常或产生潜在的遗传危害,损害人类基因库。因此检测精子头部形态的正常与否,可以作为诱变剂对生殖细胞遗传效应的敏感指标之一。

叶唯三等应用成年健康雄性大鼠喂服及其两种组分 T_4 和 T_{13} ,结果表明单体 T_4 并不引起精子头部明显畸变,而 GTW 及 T_{13} 却可导致精子头部异常发生率明显增加,从而说明 GTW 成分复杂,其中掺杂了可引起精子头部明显改变的诱变剂 T_{13} 。现已知 T_{13} 化学本质为雷公藤甲素(triptolide),这是一种已知的遗传毒性物质,可引起染色体畸变,也可导致精子头部异常发生率的明显增加。单体 T_4 则是一种新化合物,经结构分析,确定 T_4 为一含氯二环氧二萜内酯类化合物,其抗生育活性很强,最小有效抗生育剂量只有 GTW 的 1/200,不引起染色体明显畸变,没有明显致突变效应,对生殖细胞没有明显遗传损伤,不引起微核发生率升高,作用环节也较理想,主要作用于附睾精子,使起头尾分离,对 T_4 的深入全面的研究,可望发展成理想的男用避孕药。(叶唯三等. 雷公藤氯内酯酸对大鼠生殖细胞的遗传效应. 男性学杂志,1991;3:130)

(三)扁桃酸

扁桃酸是自桃叶中提取的一种天然产物,具有抗炎消炎作用。近年来的研究又发现它具有很强的杀精子与滴虫作用。已被作为一种外用杀精子剂应用于临床。

扁桃酸分子式为 $C_8H_8O_3$,分子量为 152.14。为白色结晶,无味或稍有芳香味,遇光及潮湿

易于分解。

1. 扁桃酸的杀精子机制

扁桃酸主要作用于精子尾段。经透射电镜观察表明,主要受损伤的靶结构是精子尾部轴丝 $9+2$ 微管系统;扫描电镜发现受扁桃酸作用的精尾部末段大都卷曲呈螺旋状。这种形态结构的改变,与无轴丝的精子不动症患者的精子尾部 $9+2$ 微管缺失和尾部末段卷曲的报道一致。经对照性研究发现,在相同的酸度($\text{pH}6.0$)下,含扁桃酸的磷酸缓冲盐液(PBS)能破坏精子微丝微管。而单纯的PBS和含柠檬酸的PBS液则对此微管无影响。说明扁桃酸解聚精子微丝微管是特异性的,而强酸对精子尾部几乎无影响。其他酸性杀精子剂如己比妥酸,醋酸和硼酸等也无破坏精子轴丝微管的作用。

2. 临床应用

扁桃酸作为阴道杀精避孕药,选用栓剂较为适宜。为了保证临床药效及使用舒适,并能满足避孕栓剂在5分钟以内融化,考虑到扁桃酸为水溶性成分及原料的价格与来源,对栓剂基质进行了筛选,确定了以甘油,明胶为基质的处方设计,其组成为扁桃酸100mg,明胶620mg,甘油2175mg,蒸馏水1555mg,淀粉适量。由于加入了少量淀粉,保证该栓剂能在体温下5分钟内溶化,并降低了流同液的粘度,便于清洗。另外也可应用扁桃酸制成药膜。扁桃酸的避孕效果是可靠的。房事后试验是国内外评价阻道杀精避孕药的客观依据之一。选择有生育史,经常同居的育龄夫妇,于女妇排卵前期同房,在房事射精子5分钟~12分钟内取阴道口,后穹窿和宫颈管分泌物,涂片镜检。在106例受试妇女中,其中应用扁桃酸药膜试验51例,失活精子及未见精子的例数占总例数的百分,在阴道口为39.224%,后穹窿为96.47%,宫颈管为98.04%;药栓受试55例,在阴道口为76.36%,后穹窿为100%,宫颈管内未发现一例有精子。药栓优于药膜与每粒药栓含扁桃酸100mg,高于每张药膜含量一倍和药栓较药膜易于溶解有关。

3. 扁桃酸的毒副作用

通过研究发现,扁桃酸无论在高体和活体条件下,对细胞染色体均未显示出致畸变作用。虽然扁桃酸在家兔阴道中吸收较快,但在人体阴道中的吸收率较小,对阴道局部刺激在可接受范围内,对阴道正常菌群的氧菌兼性厌氧菌和专性厌氧菌无抑制作用,不干扰阴道生理环境,故而作为阴道杀精子避孕药是安全的。

(四) 枸橼酸

枸橼酸是自乌梅中提取的弱酸类杀精剂,通过超微结构观察,枸橼酸具有肯定的杀精子效果。程传芬等研究发现,0.1%的枸橼酸作用于精子,其顶体发生明显的改变。表现为:

①顶体呈节段性断裂,形成串珠状小泡;

②顶体内容物增,内外膜分离,内膜与质膜相贴,外膜形成波浪状皱裂;

③顶体质膜与核膜均被破坏,在核质膜周边形成大小不一的虫蚀状缺痕。精子中段见质膜局限性肿胀,结构模糊,断裂,线粒体肿大,外室扩大,外膜皱缩,板层峭出现断裂和溶解,有的峭间隙扩大溢空泡状或管状。主段见质膜与外周纤维紧贴,电子密度增高,外周致密纤维和轴丝向中部紧缩,分界不清。0.5%枸橼酸作用于精子可见顶体的变化呈多样性,有的精子顶体完全破碎为粗颗粒或者顶体变为酸性较强的致密带。有的顶体内外膜分离,间隙极度扩大,顶体外膜变薄,并有局部溶解消失。核质内出现大小不等的泡状结构,泡内含电子密度中等的细颗粒物质,主段质膜呈间断断裂或局部溶解,结构模糊,线粒体空泡变性较明显,其外室扩大,内

室的基质致密,性增强,线粒体嵴模糊不清,轴丝微管变化不明显。1%的枸橼酸作用于精子可见精子顶体肿胀,崩解,质膜断裂,核周间隙扩大,核质膜内空泡扩大。有的精子质膜与核膜均被破坏,消失,核局部凹陷,细胞外的精颗粒物质侵入。主段见质膜段缩及局部溶解,线粒体空泡变性更明显。一个线粒体可见1~2个大空泡,并有空泡融合现象,线粒体的大空泡约占线粒体的 $1/2 \sim 3/5$,有的线粒体结构不清。

由此可见,枸橼酸药液浓度不同,对精子顶体、质膜、核膜及线粒体等结构损害的程度亦不同。

枸橼酸的体外杀精子效果非常明显,浓度为0.06%时,即可使精子运动降至三级,而硼酸在2%的浓度下,与精子作用60min,才使精子运动降至三级。用枸橼酸制成栓剂,每栓重3g,内含枸橼酸100mg,PH为4~5,其临床避孕效率按例数统计为99.44%,按妇女年龄统计为99.14%。并且由于其PH范围为4~5,基本与青年女性阴道中的pH相同,对老年的妇女能酸化阴道环境,起到预防老年性阴道炎的作用,另外对一些阴道炎患者也具有一定疗效。(程传芬等,枸橼酸对入精子杀伤作用的超微结构研究,生殖与避孕,1995;3:214)

(五)白花酸藤果

白花酸藤果是紫金牛科植物,生长于我国广东,云南等省。从该植物中提取的信简子醌是一种生物色素,具有抗雄性生育作用。研究发现,信简子醌可抑制精子糖与能量代谢酶的活性,并在睾丸水平抑制睾酮的分泌,使精子活率与活动力下降,组织学上表现为精子线粒体呈空泡变及睾丸间质细胞肿胀等,同时可发现附睾上皮高尔基体扩张,吞噬小泡增加,表明附睾的吸收与分泌功能受到药物的影响。另外,信简子醌也可抑制睾丸的精子生成,致使睾丸日产精子数及每克睾丸日产精子数显著下降,但其变化随用药与停止用药而改变。组织病理学结果表明多数精子顶体形成障碍,圆形精子向长形精子转变受阻,可能是泛药物生精抑制的主要环节,而精子线粒体显著空泡变是该药敏感的细胞器。睾丸内糖原颗粒的减少可能参与生精抑制过程,同时间质细胞也可发生某些超微结构的改变。

现有的研究表明,信简子醌尚未见明显的副反应。虽有资料显示信简子醌可使睾丸及附睾重量下降,但如在合适地控制药量与时间的情况下,可不引起睾丸及附睾的明显萎缩性病变。至于信简子醌的作用效果和副作用还有待于进一步的研究与评价。

(五)其他具有杀精作用的中药

1. 五倍子

体外杀精实验结果表明,精子活动度在80%以上的精液,当与10%五倍子甘油溶液1:1滴于载玻片上搅拌后镜下观察,无一精子活动,全部呈僵直状态。如将其各一滴相邻形成一自然接触面(线)时,则没有精子能越入五倍子甘油溶液界内,且相继在临界面死亡,显示五倍子有良好的杀精作用(严俊章等,青海医药,1984;(3):7)。

2. 地龙

地龙水煎乙醇提取物对小鼠和人精子均具有快速杀灭作用,在国际法标准浓度下的平均杀精时间为:小鼠9.96秒,人9.95秒。杀精作用及形态学观察结果显示,地龙对人精子的作用表现为使精子迅速制动、特殊的凝集以及破坏精子结构等三个方面。地龙的成分琥珀酸对人精子运动的抑制作用比地龙粉强10倍,推测琥珀酸可能是地龙杀精作用的主要有效成分之一。

(张复夏. 陕西中医, 1987; 8(1): 45)。

3. 银柴胡

应用 Kassem 等的方法表明, 锥花丝石竹(*Gypsophila paniculata*) 皂素杀精子效果较好, 1% 水溶液在 3.5 分钟内即能杀死全部人精子, 同时溶血指数较高, 刺激性较小(Elbary. A ABD et al. Pharmazie, 1979; 34(9): 560)。

4. 商陆

十蕊商陆 *Phytolacca dodecandra* 中的商陆皂苷 I、II、III 经水解得到的次生皂苷 Lemmatoxin, Oleanoglycotoxin 和 Saponin 22, 其浓度分别为 0.05、0.30、0.10mg/ml 时具有杀死人体精子的作用(Dorsaz AC et al. Helv Chin Acta, 1986; 69: 2038)。从商陆分离的酸性甾体皂苷, 有试管内杀精虫的作用(Watt JM. Medicinal and Poisonous Plants of Southern and Eastern Africa, 1962; 2ed: 185, 833)(阴健. 中药现代研究与临床应用(2). 北京, 第1版. 中医古籍出版社, 1995: 341)。

5. 芹菜

泰国一位医生经过 10 年的研究证明, 男子食用芹菜可避孕。研究发现吃芹菜可减少男性精子数量, 但停吃几周后, 又能恢复正常的精子数量, 且无副作用。她先后用老鼠、兔子和人进行实验, 对人的试验是选择健康情况良好, 年龄在 18 岁~20 岁的男子。每天生吃或熟吃 75 克芹菜, 连续使用 1 周~2 周后, 男子的精子量明显减少, 可从正常的每毫升精液含精子 1 亿减少为每毫升 3000 万, 从而降低使女性受孕的机会, 达到避孕效果。(食用芹菜的男子可避孕. 中医药信息, 1996 年 3 月 2 日第 4 版)。

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]
书名= 中西医结合专科病诊疗大系 男科病学
作者=
页数= 3 5 6
S S 号= 1 0 3 0 3 5 6 4
出版日期=