

表 1 治疗前、后精子运动参数比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n   | 精子密度<br>( $10^6/ml$ )    | 活动率(%)                   | 精子活动力                    |                         |
|-----|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
|     |     |                          |                          | A级(%)                    | B级(%)                   |
| 治疗前 | 100 | 30.6 ± 13.1              | 30.6 ± 15.2              | 17.1 ± 13.2              | 15.2 ± 9.1              |
| 治疗后 | 100 | 53.2 ± 17.8 <sup>②</sup> | 46.8 ± 17.6 <sup>②</sup> | 29.2 ± 12.8 <sup>②</sup> | 19.2 ± 8.0 <sup>②</sup> |

注:与治疗前比较,① $P < 0.05$ ,② $P < 0.01$

#### 4 讨论

现代医学认为:精液不液化主要是由于前列腺慢性炎症影响前列腺分泌的液化因子减少,致使液化与凝固的协调作用失去平衡所致。有报道称 90% 的精液不液化患者患有前列腺炎<sup>[1]</sup>。精液不液化束缚了精子的活动,减缓或抑制精子通过宫颈,甚至使精子在运动中由于过多消耗能量而死亡,导致男性不育症的发生。西医主要应用抗生素、蛋白酶、物理疗法、精子洗涤等方法治疗精液不液化症,但疗效不够理想。

精液不液化症在中医古籍中无专门记载,但与“精瘀”、“精寒”、“精热”、“精滞”等病证有关。中医认为:精液不液化症主要由酒色过度,损耗肾阴,以致阴虚内热,煎熬精液;或禀赋不足,后天失养,恣情纵欲,耗气伤精,以致气化不利;或外感湿热,过食甘厚味,湿热内生,以致湿热下注,煎熬精液;或久病入络,阴部外伤,伤及血络,痰瘀阻滞,精室失养所致<sup>[1]</sup>。引起此病的病因虽然复杂,但慢性前列腺炎是主要原因,其发病机理是前列腺充血、肿胀、腺管堵塞、纤维化,中医微观辨证属瘀血;炎性细胞浸润、炎性渗出物潴留,中医辨证属湿热<sup>[4]</sup>。依据精液排出体外凝固不化的状态,可将其归为痰饮的范畴。凝固的乳白色的胶状物可视为败痰,为有形之痰<sup>[5]</sup>。笔者认为:精液不液化症不仅病程久长、精液粘稠有凝块,而且前列腺液有白细胞、脓细胞,辨证与中医湿热、痰瘀的

观点相符。此病痰瘀并存,多因痰浊或气滞血瘀或久病入络,痰瘀互结,气机受阻,不能气化精液所致。针对此病机,笔者自拟助化汤。方中生地黄、知母、玄参、麦门冬滋阴降火、生津化精;黄柏、萆薢、白花蛇舌草、牡丹皮清热解毒、利湿化精;丹参、赤芍、浙贝母、生牡蛎活血化瘀、通精助化。诸药合用,共奏滋阴降火、清热利湿、活血化瘀之功。男性生育能力的强弱主要取决于精子的数量、活动力和活动率,从表 2 可以看到 100 例患者经治疗后精子的密度、活动率和活动力均比治疗前有明显的提高。可见助化汤不仅有效地改善精液的液化和精浆质量,而且还提高了精子的密度、活动率和活动力,从而提高妊娠率,值得进一步研究。

#### 参考文献

- 1 贾金铭主编. 中国中西医结合男科学. 北京: 中国医药科学技术出版社, 2005. 182-184.
- 2 金之刚. 实用中国男科学. 北京: 学苑出版社, 1993. 308.
- 3 孙自学, 张宝兴. 实用中西医结合男科学. 呼和浩特: 内蒙古大学出版社, 2003. 463.
- 4 唐春安, 刘春来, 陈文华. 解瘀汤治疗慢性前列腺炎所致精液不液化症 77 例临床观察. 中医药导报, 2005, 11(9): 18-19.
- 5 覃海骅, 王 仑. 以痰论治精液不液化. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(12): 69. (2006-03-20 收稿/编辑 王健华)

真武汤出自东汉时期张仲景所著的《伤寒论》, 是治疗阳虚水肿的常用有效方剂。笔者将其用于治疗美尼尔病也收到良好的效果, 现报道如下。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料 2002 年 1 月至 2004 年 1 月在我院就诊, 诊断为美尼尔病患者 32 例, 其中男 6 例, 女 26 例; 年龄最小 22 岁, 最大 43 岁, 平均 32 岁; 病程最长 5 年零 6 个月, 最短 2 年, 平均 3 年零 2 个月。临床表现: 头晕并视物旋转、恶心呕吐 (32 例), 耳鸣 (28 例), 耳聋或听力下降 (26 例), 自汗 (23 例), 面色苍白 (25 例), 四肢不温 (27 例), 舌质淡苔薄白 (23 例), 舌体胖大有齿印 (22 例), 脉细弱 (25 例)。

1.2 诊断依据<sup>[1]</sup> ①典型三联征发作史: 发作旋转性眩晕, 伴耳聋、耳鸣。②听觉功能检查: 纯音测听低频下降呈典型上升型曲线, 听力波动以低频为主, 波动范围在 10-30dB 之间; 中期高频下降性 2kHz 听力较好, 呈“峰形”曲线; 晚期呈下坡型曲线或听力全丧失, EcochG 负 SP 占优势, -SP/AP 比值  $\geq 0.4$ 。③平衡功能检查: 早期膜迷路积水限于下迷路, 未波及前庭及半规管, 冷热试验可正常, 绝大多数患侧半规管功能低下。④排除以下疾病: 突发性耳聋、听神经瘤、良性阵发性位置性眩晕、前庭神经病变 (如前庭神经炎、前庭神经供血不足等)、椎-基底动脉供血不足等。

#### 2 治疗方法

真武汤: 熟附子 10-45g (先煎 2h)、白术 10-15g、茯苓 10-15g、生姜 5-15g、白芍 10-15g。每日 1 广西中医药 2006 年 6 月第 29 卷第 3 期

# 真武汤治疗美尼尔病 32 例

姚宝农 钦州市中医院 535000 广西钦州市钦城区二马路 86 号

关键词 美尼尔病;真武汤;中医药疗法

中图分类号:R276.1

文献标识码:B

文章编号:1003-0719(2006)03-0022-02

剂,水煎分 2 次服。剂量根据病情轻重、兼症及个体体质差异等调节:眩晕重,四肢不温、舌体胖有齿印、冬天时节就诊者,增加附子用量;恶心呕吐重,增加生姜、茯苓用量;汗多、面色苍白、脉细弱者增加白术、茯苓用量。部分患者加用了静脉注射能量合剂或氨基酸。疗程为一周。

## 3 疗效观察

**3.1 疗效评定标准** 采用 1996 年中华医学会耳鼻咽喉分会制定的眩晕疗效量化标准<sup>[1]</sup>。

将治疗后 2 年的最后半年每月平均眩晕发作次数与治疗前半年每月平均发作次数进行比较,按以下公式求分值:分值 = 治疗后每月平均发作次数 / 治疗前每月平均发作次数 × 100。

A 级:0 分,完全控制眩晕,不可理解为“治愈”。B 级:1-40 分,基本控制眩晕。C 级:41-80 分,部分控制眩晕。D 级:81-120 分,未控制眩晕。E 级:>120 分,眩晕较治疗前加重。

**3.2 治疗结果** A 级 20 例,占 62.5%;B 级 6 例,占 18.75%;C 级 4 例,占 12.5%;D 级 2 例,占 6.25%;E 级 0 例。未见明显不良反应。

## 4 典型病例

患者,女,26 岁,干部。2003 年 3 月 20 日就诊。主诉:发作性眩晕 3

年余,此次发作 1 天。症见眩晕,视物旋转,伴恶心;呕吐 3 次,为胃内容物;耳鸣,听力下降;自汗。近年几乎每月都发作 1 次。查体:生命体征正常,面色苍白,Ⅰ度向左水平眼震,心肺腹部检查无异常,四肢肌力肌张力正常,腱反射(++),病理征(-),脑膜刺激征(-),共济失调(-)。舌质淡,舌体稍胖有齿印,苔白,脉细弱。头颅多谱勒示:大脑前、中、后动脉和椎基底动脉血流正常。头颅 CT 示发现异常。平衡功能检查示左侧半规管功能低下。西医诊断:美尼尔病。中医诊断:眩晕(肾阳虚型)。选真武汤治疗:熟附子 15g,白术 10g,茯苓 15g,生姜 10g,白芍 10g。每日 1 剂,水煎分 2 次服。经 2 天治疗症状消失,继续巩固治疗 1 周。随访至今未见复发。

## 5 讨论

美尼尔病(又称内耳性眩晕)是特发性内耳病变,多见于青年女性,是神经内科常见多发病。临床表现为反复发作旋转性眩晕,波动性感音神经性耳聋,耳鸣、耳塞感,常伴眼球震颤、平衡障碍、自主神经症状如恶心呕吐、汗出、面色苍白等。中医则从眩晕证论治,临证多根据前人“诸风掉眩皆属于肝”、“无痰不作眩”或“无虚不作眩”的病机认识,从风、火、痰、虚、瘀诸因论治,分风阳上扰、肝火上炎、痰浊上蒙、气血亏虚、肝肾阴虚和瘀血

阻窍六个证型选方用药<sup>[3]</sup>。对照美尼尔病的临床表现,它与真武汤证颇为吻合。真武汤证的主要病机为阳虚或(和)有水气。肾开窍于耳,肾阳不足,故见耳鸣、耳聋或听力下降、四肢不温、脉细弱等。而肾阳不足,清阳不升,清窍反被上逆之水气所蒙,故见眩晕,恶心呕吐诸症。可见应用真武汤是符合中医辨证论治的。初步的临床观察也说明真武汤是治疗美尼尔病的有效方剂。

在临床应用中,要注意掌握附子的剂量,根据患者阳虚的轻重、个体体型体质、节气气候情况调节附子的用量。笔者用附子最大剂量至 45g,生姜的剂量也随之用至 15g,并且附子先煎 2h。临床观察无明显不良反应,个别患者有口干感,适当减少附子用量后消失,不影响继续治疗,但附子的常用量为 3-9g,临床须密切观察。

## 参考文献

- 1 张素珍. 眩晕症的诊断与治疗. 北京:人民军医出版社,2004. 112, 125.
- 2 王永炎主编. 中医内科学. 上海:上海科学技术出版社,1997. 119.

(2006-03-20 收稿/编辑 汤敏华)