

中西医结合治疗耐药性解脲支原体感染男性不育症 92 例

梁棉胜 肖晓明 徐志荣 尹穰华

(江西省吉安市中医院 吉安 343009)

摘要:目的:观察中西医结合治疗耐药性解脲支原体感染男性不育的疗效。方法:采用分步治疗,第一步两组均采用中药汤剂消支饮改善耐药性;第二步:治疗组采用消支益精汤结合强力霉素进行治疗,对照组服用强力霉素治疗。结果:治疗组治愈率 57.61%(53/92),对照组为 23.86%(21/88),治疗组总有效率高于对照组($P<0.05$)。精子密度治疗组高于对照组($P<0.05$);精子活率治疗组高于对照组($P<0.05$);a 级精子治疗组高于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗耐药性解脲支原体感染男性不育有较好的疗效。

关键词:耐药性解脲支原体感染;男性不育;中西医结合疗法

中图分类号:R 698.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.022

男性生殖系解脲支原体感染可直接影响精液质量,如干扰精子运动,对精子形态的影响,活力低下,精液黏稠不液化,诱发抗精子抗体(AsAb)产生等从而影响生育。自 2008 年 3 月~2011 年 6 月,我科采用分步中西医结合治疗耐药性解脲支原体(UU)感染男性不育患者 92 例,效果良好。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 病例均为我科门诊就诊患者,其病程长,多次反复使用抗生素。诊断及纳入标准:婚后 1 年内夫妻同居,无避孕,有规律的性生活,但由于男方的原因,女方没有获得妊娠^[1]。男方经过全面检查,排除睾丸发育不良、生殖系统先天畸形、精索静脉曲张、内分泌等其他可能导致男性不育的疾病。精液解脲支原体培养阳性,且产生明显的耐药性。200 例病例首先接受中药抗耐药治疗,20 例仍耐药,经药敏试验提示:强力霉素最敏感。将 180 例随机分成两组。中西医结合治疗组 92 例,年龄 23~37 岁,平均 29.5 岁;病程 2~6 年;精液黏稠不液化者 78 例,精子凝集者(程度不等)37 例;血液精子抗体阳性者 56 例,精浆 AsAb 阳性者 40 例,两者均阳性者 36 例;精子密度低于 $20\times 10^6/\text{mL}$ 者 16 例;精子活率低于 20% 者 14 例,20%~40% 者 30 例,40%~50% 者 38 例,50% 以上者 10 例;活力分级 d 级 12 例。对照组 88 例,年龄 23~37 岁,平均 29.5 岁;病程 2~6 年;精液黏稠不液化者 78 例,精子凝集者(程度不等)37 例;血液精子抗体阳性者 56 例,精浆 AsAb 阳性者 40 例,两者均阳性者 36 例;精子密度低于 $20\times 10^6/\text{mL}$ 者 16 例;精子活率低于 20% 者 14 例,20%~40% 者 30 例,40%~50% 者 38 例,50% 以上者 10 例;活力分级 d 级 12 例。两组患者在年龄、病程、精液质量等方面无显著差异($P>0.05$)。1937 年以此为理论根据 Milligan 和 Morgan 改良后的外剥内扎术(MMH 术)仍是目前临床上较为常用的手术方式。它强调要彻底去除曲张静脉团和痔组织,对于单发或相互之间相对孤立的内痔根治效果好,但对肛门软组织包括肛垫和齿线区的破坏较大,并且一次最多只能切除 3 个痔块,在切除的 3 个母痔创面之间需要保留一定的黏膜桥,否则手术后容易引起肛门狭窄,亦有术后疼痛、肛缘水肿、出血较重、创面愈合时间长、病情恢复慢等缺点。

近年来,由 Thomson 首先提出的“肛垫下移学说”正逐渐被大多数学者认同^[2]。他认为痔疮是由于支持组织松弛导致肛垫下移,因下移而出现充血、水肿、肥大和出血等症状^[4]。自从 1998 年 Longo 采用直肠下端黏膜和黏膜下层组织环形切除(PPH 术)治疗Ⅲ、Ⅳ度脱出内痔以来,各临床操作者均报道近期疗效甚佳,Ming-Hian Kam 等也于 2011 年报道对超过 7 000 例 PPH 术者做了长达 7 年的随访调查研究,在返回的 1 834 例患者中有 95% 的人非常满意长期疗效^[5]。不过,PPH 手术对病理性肛垫的不作为,所需器械特殊昂贵,不能被大多数患者所接受。为此,本院依据 PPH 原理设计外剥配合肛垫悬吊术。运用该术式时,应注意以下几点:(1)麻醉

要充分,便于痔核显露,方便操作。(2)注意齿线辨认,以便手术操作,能使肛垫充分悬吊。(3)掌握操作顺序,先处理内痔,再处理外痔。(4)保护好齿状线区,肛垫悬吊钳夹于齿状线以上至少 2 cm,小于 2 cm 术后疼痛会明显加重,外痔切口距齿状线下缘 0.2 cm。(5)保留好黏膜桥、皮桥。该术式适用范围广,切除范围更小,达到治疗目的的同时遵循了现代治疗痔的原则,能尽量减少肛管组织的创伤,保护了肛垫,使病理性肥大、移位的肛垫恢复正常,最大程度地保护肛门的精细排便功能,缩短了创面愈合时间,并发症少且价格低廉,操作更加简单,能更好地满足患者的要求,临床优势明显。

参考文献

[1]张东铭.《痔病诊治标准》之我见(兼评痔的几个概念问题)[J].大肠肛门外科杂志,2000,6(3):40-42
[2]中华外科协会肛肠分会.痔诊治暂行标准[J].中华外科杂志,2000,38(12):891
[3]俞德洪.现代肛肠外科学[M].北京:人民军医出版社,1997.191-193
[4]Thomson WHF.The nature of hemorrhoids [J].Br J Surg,1975,62:542-552
[5]Ming-Hian Kam,Kheng-Hong Ng,Jit-Fong Lim,et al.Results of 7302 stapled hemorrhoid ectomy operation in a single centre:a seven-year review and follow-up questionnaire survey [J].ANZ Journal of Surgery,2011,81:253-256

(收稿日期:2011-08-02)

例,c 级 26 例,b 级 50 例,a 级 4 例;精子畸形率 20%~30%者 32 例,大于 30%者 14 例;精液脓细胞计数 >10⁶/mL 者 24 例。西药对照组 88 例,年龄 22~37 岁,平均 29.2 岁;病程 2~8 年;精液黏稠不液化者 76 例,精子凝集者(程度不等)36 例;血液 AsAb 阳性者 53 例,精浆 AsAb 阳性者 36 例,两者均阳性者 35 例;精子密度低于 20×10⁶/mL 者 17 例;精子活率低于 20%者 16 例,20%~40%者 31 例,40%~50%者 33 例,50%以上者 8 例;活力分级 d 级 10 例,c 级 36 例,b 级 37 例,a 级 5 例;精子畸形率 20%~30%者 30 例,大于 30%者 16 例;精液脓细胞计数 >10⁶/mL 者 18 例。两组比较无显著差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 我科结合多年临床经验,认为耐药性 UU 感染男性不育的治疗关键是 UU 的耐药性和 UU 感染的治疗及其诱发的少弱精子症的改善。故提出分步治疗,即第一步采用中药汤剂消支饮加减降低 UU 耐药性,第二步采用中药汤剂消支益精汤结合强力霉素治疗 UU 感染及其诱发的少弱精子症。

1.2.1 改善耐药性 200 例患者服用中药汤剂消支饮(白术、山药各 12 g,太子参 15 g,茯苓、白芍、巴戟天、炒杜仲、郁金、佛手各 10 g,陈皮、柴胡、炒芥穗、肉豆蔻各 8 g,桂枝 6 g)健脾补肾、疏肝理气,改善生殖道 UU 耐药性,每日 1 剂,水煎 2 次,混合分早晚饭前半小时温服,21 d 为 1 个疗程。后行精液 UU 药敏试验,180 例耐药性明显改善,对强力霉素最敏感,20 例仍耐药。

1.2.2 抗感染治疗 对照组针对 UU 感染,夫妻双方同时给予强力霉素片治疗,每人 0.1 g,每日 1 次,

表 2 两组治疗后精液各参数变化比较 ($\bar{X} \pm S$)					
组别	<i>n</i>	精液量(mL)	精子密度($\times 10^6$ /mL)	精子活率(%)	a 级精子(%)
治疗组	92	2.42± 1.82	37.42± 37.77 [△]	53.23± 26.69 [△]	17.60± 13.24 [△]
对照组	88	2.39± 1.26	24.31± 28.65	41.75± 21.31	9.21± 7.53

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

近年来,由于解脲支原体感染引起男性不育者不断增多,且抗生素使用方式、疗程的多样性,加之滥用广谱抗生素,导致耐药菌株不断增多,出现了支原体多重耐药现象。因为,单纯依赖抗生素治疗支原体感染已经很困难,故采用中西医结合治疗。而耐药 UU 感染男性不育的关键是解决 UU 的耐药性和 UU 感染以及改善精液的质量,故我们采用分步治疗,即先运用中药汤剂消支饮加减降低 UU 耐药性,再运用中药汤剂消支益精汤结合强力霉素治疗 UU 感染及其诱发的少弱精子症。

UU 感染的患者多因病程较长、迁延不愈损伤

首剂加倍,连服 14 d,停 3 d,后再重复 14 d,为 1 个疗程。治疗组在对照组基础上,同时服用中药消支益精汤:知母、黄柏、川萆薢、车前子(包)、仙灵脾、甜丛蓉、丹参、山萸肉、生地、熟地各 10 g,土茯苓、鱼腥草、生芪各 20 g,大青叶 12 g,蜈蚣 1 条,蛇床子(包)3 g,炒当归、炒白芍各 15 g,橘红、甘草各 9 g。精液有脓细胞者加蒲公英、败酱草或红藤各 20 g,每日 1 剂,水煎 2 次,混合分早晚饭前半小时温服,31 d 为 1 个疗程。两组均在第 38 天作精液 UU 培养、精液分析、血液及精浆 AsAb 测定。第 45 天再作以上培养及检查。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 精液 UU 培养连续 2 次均为阴性,血液及精浆 AsAb 转阴,精液量在 2~6 mL 之间,精子密度 $\geq 20 \times 10^6$ /mL,精子活率 $\geq 60\%$ 或 a 级 $\geq 25\%$ 或 a 级 +b 级 $\geq 50\%$,畸形精子 <30%,精液液化时间 <30 min,或治疗期间配偶怀孕者为治愈;精液 UU 连续 2 次培养阴性,血液及精浆 AsAb 转阴,精液分析各项指标均有显著好转,但其中 1 项未达到治愈标准者为显效;精液 UU 连续 2 次培养阴性,上述单项指标显著好转或多项指标明显好转,但未达到显效标准者为有效;精液 UU 培养 2 次均为阳性者为无效。

2.2 治疗结果 200 例患者接受第一步治疗,其中 180 例患者耐药明显改变,经药敏试验提示强力霉素敏感,20 例仍耐药。两组治疗后疗效比较见表 1、表 2。

表 1 两组疗效比较 例							
组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	治愈率(%)	总有效率(%)
治疗组	92	53	26	11	2	57.61	97.83
对照组	88	21	27	18	22	23.86	75.00

注:经统计学 χ^2 检验,两组疗效有显著性差异($P<0.05$)。

表 2 两组治疗后精液各参数变化比较 ($\bar{X} \pm S$)					
组别	<i>n</i>	精液量(mL)	精子密度($\times 10^6$ /mL)	精子活率(%)	a 级精子(%)
治疗组	92	2.42± 1.82	37.42± 37.77 [△]	53.23± 26.69 [△]	17.60± 13.24 [△]
对照组	88	2.39± 1.26	24.31± 28.65	41.75± 21.31	9.21± 7.53

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

正气,特别是反复感染、治疗失慎者,且抗生素耐药的患者脾虚证象尤为明显;另外本病缠绵反复,患者精神压力大导致木不疏土,横逆犯脾,又可以加重脾胃功能失调。此时其本已虚,若大量应用抗生素,一味祛邪,过用苦寒,非但疗效不显,反而大多数出现症状加重。中药消支饮健脾补肾、疏肝理气,方中以白术、山药为君,重在补脾祛湿,使脾气健运,湿浊得消;重用太子参补中益气,以资君药补脾之力;茯苓健脾利水渗湿;白芍柔肝理脾,使木达而脾土自强;佐以陈皮理气,既可使君药补而不滞,又可行气以化湿;巴戟天、桂枝、肉豆蔻、炒杜仲温补肾阳;柴胡、郁金、佛手等疏肝理气;诸药相伍,使脾

妈富隆治疗绝经过渡期功血的疗效分析

陈萍 陈桂英 代鸣
(九江学院附属医院 江西九江 332000)

摘要:目的:探讨妈富隆治疗绝经过渡期功血的临床疗效。方法:选择 2010 年 1 月~2011 年 1 月在我院就诊的绝经过渡期功血患者 86 例,随机分为两组,每组 43 例。观察组给予妈富隆治疗,对照组给予传统的孕激素安宫黄体酮治疗,比较两组患者的临床疗效。结果:观察组控制出血时间、完全止血时间分别与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组不良反应率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:在治疗绝经过渡期功血方面,妈富隆临床疗效优于安宫黄体酮,临床效果显著,不良反应少。

关键词:绝经过渡期功血;妈富隆;疗效

中图分类号:R 711.52

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.023

绝经过渡期功血是常见的妇科疾病,其临床表现、病理类型多种多样,经过常规止血药对症治疗后疗效不佳,致流血时间长,给工作和生活带来诸多不便,严重危害了患者的身心健康。妈富隆是一种简单、安全、有效、副作用小的治疗绝经过渡期功血的药物。本文对绝经过渡期功血患者采用雌孕激素复合剂(妈富隆)进行治疗,疗效分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院 2010 年 1 月~2011 年 1 月在妇科门诊就诊患者 86 例,年龄 40~52 岁,平均 46 岁。临床表现为月经周期紊乱,经期长短不一,经量时多时少,甚至大量出血,其中月经过多导致重度贫血住院 16 例。患者均符合《妇产科学》^[1]中绝经过渡期功血的诊断标准,同时排除在试验前 3 个月内应用过性激素患者。将 86 例患者分为两组,观察组给予妈富隆治疗,对照组给予传统的孕激素安宫黄体酮治疗。两组患者在年龄、孕次、产次、出血时间、贫血程度方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均给予纠正贫血治疗,如补充铁剂、维生素 C 及蛋白质等,流血时间长者给肾健旺,肝气得疏,湿浊得化。现代药理学研究显示,太子参对淋巴细胞有明显刺激作用,可提高患者自身免疫力;茯苓中的茯苓多糖具有拮抗免疫抑制作用,可以促进淋巴细胞转化,提高胸腺嘧啶核苷的 DNA 合成率;炒白术、山药可促进细胞免疫功能,破坏 UU 生长环境,恢复生殖道菌群环境,提高患者的免疫力与抵抗力,削弱 UU 的活性,使其耐药性降低^[2]。

男性生殖系解脲支原体感染,可致精液不液化和诱发 AsAb 产生,其导致精液不液化的机理是解脲支原体感染前列腺可使其分泌功能紊乱,精浆生化成分改变^[3]。对于 UU 感染的男性不育患者,西医多采用抗生素如强力霉素、四环素、红霉素等,然而对改善精液质量尚不尽如人意。中医学认为本症多

予抗生素预防感染。观察组:用妈富隆递减法止血,口服妈富隆片(每片含去氧孕烯 0.15 mg 和炔雌醇 0.03 mg,国药准字 H20080511),视阴道流血情况给予患者 1~4 片/次,1 次/6~8 h,流血停止后每 3 天减量 1 次,每次减量不超过原量的 1/3,维持量 1 片/d,用药 21 d,等待撤药性子宫出血,于撤药性子宫出血的第 5 天开始再服用妈富隆 1 片/d,连用 21 d,3 个月经周期为 1 个疗程。对照组:安宫黄体酮 6~8 mg/次,1 次/6~8 h,流血停止后每 3 天减量 1 次,每次减量不超过原量的 1/3,维持量 8~12 mg/d,用药 21 d,待撤药性出血,于月经周期的后半期(撤药性出血的 16~25 d)服用安宫黄体酮 8~10 mg/d,连用 10 d,共 3 个月经周期。

1.3 止血效果评价标准 控制出血时间:从第 1 次用药到阴道流血明显减少的时间;完全止血时间:从第 1 次用药到出血完全停止的时间;止血治疗失败:指用药后 72 h 出血未能控制,或出血增多而改用其它止血方法。

1.4 疗效评价标准 显效:治疗期间无异常出血,停药后月经恢复正常>6 次,随访期间无异常;有效:治疗期间有少许点滴出血,治疗结束后,恢复自为肾气不足,外邪入侵或湿热下注,侵淫精室,蕴久则生热毒,扰乱煎熬精室,导致少精症、弱精症、精液黏稠不液化、血液及精浆 AsAb 出现等进而影响生育功能。中药消支益精汤清补兼备,标本兼顾,清热利湿不伤阴,滋补肾精不助邪,活血化瘀不伤正,促使邪毒迅速祛除,AsAb 转阴,改善微循环,促进组织细胞修复,恢复免疫屏障功能,使生殖功能得到正常发挥,结果在灭杀 UU 同时,改善精液质量较快,疗效明显升高。

参考文献

[1]郭应禄,李宏军.男性不育症[M].北京:人民军医出版社,2003.37-38
[2]赵红艳,罗颂平.反复自然流产与抗生殖免疫抗体的相关研究评析[J].中医药学刊,2005,23(2):314-315
[3]杨欣.解脲支原体感染与精液不液化症的相关研究[J].中国男科学杂志,1998,12(4):222

(收稿日期:2011-07-26)