

· 专题笔谈 ·

男性不育症的中西医结合论治策略

陈志强

众所周知,不育症并非特定的某种疾病,而是男女双方各种因素单独或者综合导致的一种结果。治疗不育的所谓“秘方”缺乏真正的医疗市场和科学依据。但是,不育又是标志性的临床结局,男性在导致不育的角色当中,具有不可忽视的各种存在因素。如何制定正确的针对男性不育的诊疗决策,具有十分现实的临床意义。

1 无精子症的诊疗对策

无精子症的概念是指精子密度等于 0,即使将精液离心后检查亦不能发现精子。临床上通常 3 次离心镜检精液仍未见到精子,同时,排除不射精和逆行射精后方可确诊为无精子症患者。无精子症并不多见,但是,制定的诊疗策略及其后果,对患者及家庭、乃至社会都有重大影响。

辨病论治是无精子症的首要论治策略。接诊应首以辨病为先,通过询问病史、体格检查以及必要的实验室检查,作出初步诊断,为后续处理提供依据。望诊可以发现先天遗传或发育畸形所导致的不育原因,例如缺乏胡须或喉结、乳房肥大、声音尖细、皮下脂肪较多等非男性征患者,应考虑染色体检查鉴别;临床常见的克氏(Klinefelter)综合征(先天性曲细精管发育不良)的典型表现为第二性征发育差,无精子,小睾丸,睾酮水平低,染色体检查为 47XXY。合并严重营养不良或其他严重疾病一般也可经望诊初步判断。问诊着重了解遗传病史、既往病史、手术以及用药史。曾经发生睾丸附睾炎病史以及疝修补手术史的患者要警惕精道损伤梗阻的可能;病毒性睾丸炎或曾经化疗患者可以由于生精功能受损导致无精子症;阳痿无能和不射精症亦可经问诊了解。触诊应着重外生殖器检查,注意观察阴茎阴囊发育、包皮、睾丸和附睾、输精管以及精索的情况。双侧隐睾、睾丸细小、输精管或附睾缺如等是无精子症的常见原因;双侧附睾结节提示可能为慢性附睾炎导致梗阻性无精子症。外生殖器检查未见异常但无精患者应做染色体和性激素检查,进一步探求病因,避免盲目用药。

实验室检查对帮助诊断或鉴别诊断无精子症原因

具有重要意义。卵泡刺激素(FSH)水平低于正常,一般是睾丸前性的原因,由于染色体异常或下丘脑和(或)垂体内分泌功能紊乱而继发引起睾丸不发育或不生精。血 FSH 水平正常患者,多数为睾丸后梗阻性无精子症,例如双侧附睾炎性梗阻、双侧输精管合并精囊缺如、射精管梗阻等;若外生殖器检查未见异常且 FSH 水平正常时,应考虑有睾丸唯支持细胞综合征等原发病变而建议睾丸活检。当 FSH 显著升高时,考虑为睾丸生精功能受损明显;若 FSH 高于正常值 3 倍而无精子时,考虑为原发性睾丸生精功能衰竭,难以再有生育功能。

针对无精子症的治疗,其效果取决于病因与诊断。高催乳素血症所导致的无精子症或精子质量问题经过针对性治疗效果较好;对于睾丸前性的即下丘脑和(或)垂体功能障碍引起的睾丸功能低下,可以用激素替代疗法。梗阻性无精子症根据不同情况辨证论治,射精管开口闭塞可以通过经尿道手术切开解决;慢性非特异性附睾炎导致者应首先考虑采用中医外科透托软坚、化痰通精的论治方法,部分患者可以获得精道再通而生育,否则经过 3 个月以上保守治疗无效者,则需手术再通或者附睾内取精直接人工授精助孕。凡是经过睾丸活检确诊的无精子症患者可通过他精人工授精生育或领养解决。应避免不明原因、不作科学鉴别的盲目辨证用药,避免浪费患者的钱财、时间与精力。

2 无症状男性不育症的辨证论治对策

在男性不育症患者中,很多患者性功能正常,并无任何不适,一般体检也未见异常,是临床辨证论治的难点之一。根据大量报道和临床所见,此类患者多数是由于精子质量差(弱、少、畸形精子症)所导致,很难明确病因。现代医学往往建议采取人工授精的办法,但是成功率也并不高,费用不菲,而且实际医疗资源很难满足临床需求。应用中医的辨证论治方法,通过四诊求证,探本求源,往往可以发现辨证规律,取得改善精液质量的良好临床效果。中医学认为,肾为先天之本,主藏精和生殖发育,精液质量与“肾”的功能关系密切;肾气充沛,则功能旺盛;肾精充足,则生殖能力强。所以,补肾生精仍然是此类患者的基本治法。但是,随着社会变化、生活节奏加快、工作压力与环境污染等因素,现代人的精神情绪变化亦越来越明显地影响到身

心健康的各个方面,包括精液质量的下降。从临床证候调查与辨证所见,不少男性不育症患者在家庭与社会的多重压力之下,或多或少都会具有焦虑、善太息、睡眠障碍或者忧郁等属于中医学“肝气郁结”的证候。而现代饮食习惯的改变,食物污染,以及肝郁气滞则导致脾胃气滞、运化失常而痰湿内生,使脾虚夹湿之证常有所见。因此,补肾、疏肝、健脾的综合运用正在成为无症状男性不育症的辨证论治的有效对策。当然,在实际临床应用过程中,还需要进一步深化辨证,通过八纲辨证、脏腑辨证、阴阳辨证和气血津液辨证等综合分析,找出证候偏颇,病位所主,有的放矢,结合生活调节和饮食调理,才能收到最佳的辨证论治效果^[1]。

3 重视决策辨证,争取最佳治疗结局

辨证论治是中医学的优势和重要特征之一。但是传统中医的辨证论治概念主要是基于以四诊为依据的证候辨证论治,偏重某一病期的诊疗应用,对于整体治疗决策和预后指导有所不足。采用现代中医辨证论治体系,辨病论治与辨证论治相结合,整体辨证、局部辨证与微观辨证相结合的方法^[2],重视决策辨证,可以从更加宏观的层面和更加宽广的视野指导临床,把握治疗结局。例如通过四诊了解到无精症患者既往曾经受孕或者生育的历史,推断其多数存在梗阻或其他继发病因,只要诊疗正确,多数可以恢复生育能力。以下是一些常用的男性不育决策辨证策略。

3.1 男女同治的治疗策略 能否生育其实只是结果,而并非特定的某种疾病。而且导致不育的原因众多,大体上男女双方导致各占一半,约 10% ~ 15% 双方均有问题,也有个别双方就诊均未发现病因而同居多年未能生育者。女方常见的原因包括月经不调、妇科炎症、输卵管闭塞、合并内分泌异常、子宫内膜异位和肿瘤等疾病、身体素质偏颇等,所以,从就诊之初,就必须明确男女双方都应到专科就诊并作相关检查,排除导致不育的各自因素。同时进行针对性的育前健康教育,提高心身素质,为优生优育做好准备。

3.2 年龄差别化的治疗策略 已有研究表明,年龄是生育能力的重要因素,女性超过 30 岁、男性超过 40 岁以后,生育能力逐渐下降。年龄越大,生育能力下降的幅度越明显。因此,不育患者的年龄越大,采取的措施就应更加积极,包括精索静脉曲张的手术治疗、辅助生育技术等,都应在诊疗考虑选择之列。

3.3 合并性功能障碍的诊疗策略 影响男性生育的常见性功能障碍多数为阳痿(勃起功能障碍)和早泄,而且二者经常合并出现。就性功能障碍的诊疗而言,90% 以上的绝大部分患者属于功能性阳痿,只

有极少数患者是属于器质性病变。通过简单了解病史、夜间勃起的情况以及性激素的检查,基本可以大概区分是否属于器质性或者功能性阳痿。就不育的大体原因分类而言,一类以性功能障碍为主,阳痿和早泄导致精液不能顺利输送到女方体内、达到怀孕的目的;另一类以精液质量为主,由于精子质量或者精浆病变导致不育。后者是男性不育症的常见原因,也有少数患者性功能障碍与精液质量差的不育原因同时存在。在性功能障碍的患者中,真正不能完成性交并把精液射入女方体内的男性其实只有个别患者。所以,即使主诉为性功能障碍的男性不育患者,只要其能够完成性交并把精液射入女方体内,仍然有生育的机会,而并非需要患者具有比较满意的性生活才可以生育。对待此类患者在适当调理改善其性功能的同时,反而更要积极关注其精液质量的改善情况。值得注意的是,无论是阳痿还是早泄,与患者的体质、心理、营养、休息、工作压力、家庭环境、个人习惯、合并疾病、女方等诸多因素均有密切关系,治疗时切忌过分强调单纯药物治疗^[3];另外,无论是阳痿还是早泄,多数属于功能性问题,改善的空间很大,但是复发变化的机会也很多,所以医者应客观分析,正确鼓励引导,不宜用“彻底治愈”等结论误导患者。

3.4 重视育前保健教育的协同治疗策略

男性育前保健的内容主要包括培养良好的生活习惯和避免接触有毒物质两大方面。由于男性的精子是由睾丸的精原细胞变化而来,一般人体内的精原细胞成熟为精子需要 75 ~ 90 天的时间周期。所以,应当建议,准备做父亲的男人,在其妻子准备怀孕前 6 个月左右,即应严格规范自己的行为,避免不良生活习惯,避免接触那些对精子有害的物质。

值得注意的是,与既往多见的高温环境不同,职业司机与长期坐位的办公室人员与电脑工作者也属于局部高温环境范畴,注意穿着宽松内裤或者注意采取措施保持或降低外阴温度有助提高精子质量。新的环境污染包括从事含有化学油漆装修工程以及密闭工作环境,应当注意避免或尽量改善。经常熬夜、休息较少的人也直接影响精子质量。酒精以及很多药物证实对精液有害。适当的锻炼与轻松的家庭氛围无论对提高精液质量还是改善性功能都有帮助。

3.5 几种常见病因的辨证论治策略

合并精索静脉曲张的患者并非一律要求手术治疗。但是精索静脉曲张明显(Ⅱ度以上)而精液质量差的患者,经过 3 个月以上治疗并且已经注意采取措施降低外阴温度而未见精液质量明显改善者,可以考虑手术治

疗;男女方生育年龄偏大(30 岁以上)并见精液质量差者,倾向积极手术治疗。但要注意精子数量偏少($\leq 10 \times 10^6/\text{mL}$)的患者,多数手术治疗效果不好。

合并慢性前列腺炎、精囊炎和免疫性不育的患者,无论属于何种类型,除了少数经细菌培养证实合并感染、尤其是淋病等性传播疾病患者以外,治疗关键是根据中医四诊的辨证结论,分寒热虚实之属性,辨湿痰瘀滞之病邪,明脏腑经络之所中,根据辨证与病情进退,及时选择合理的论治方案^[4],并且给予恰当正确的生活指导,多数治疗效果较好。

至于大多数原因不明的精液质量问题患者的中医辨证论治,无论是精液迟缓液化症、还是弱少畸形精子症、还是血精症等,根据中医“异病同治”的原则,取得正确的辨证是制定治疗方案的前提。在正确的治则指导下,可以选择内服中药、中成药、外用药物、针灸按

摩、饮食疗法、情志治疗、锻炼修养等合适的方法针对治疗。切忌背离辨证,选择治疗方法缺乏优选,甚至治疗方案与辨证结论背道而驰。

参 考 文 献

- [1] 贺君,陈伟焘.辨证论治的优势和不足探析[J]. 中医研究, 2011, 24(4): 5-6.
- [2] 陈志强. 创新辨证论治 发展现代中医学——对现代中医辨证论治体系的再思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(1): 104-106.
- [3] 薛明新. 整脊手法配合针刺治疗早泄 20 例疗效观察[J]. 南京中医药大学学报, 2010, 26(5): 388-389.
- [4] 黄志洪,袁少英. 丹红通精方治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎的临床疗效观察[J]. 中国医药导报, 2011, 8(26): 36-37.

(收稿: 2013-07-05)

精索静脉曲张合并男性不育的论治难点与对策

袁少英

精索静脉曲张(varicocele, VC)在男性人群中的发病率为 10% ~ 15%, 在不育男性中发病率为 25% ~ 40%, WHO 把 VC 列为男性不育的首位原因^[1]。然而,并非所有 VC 患者均出现不育或生育力下降,大部分的精索静脉曲张均能顺利生育,也有文献报道手术治疗 VC 对男性不育症缺乏确切疗效^[2]。与此同时,近 10 多年来国内有较多文献报道采用中医药辨证治疗 VC 合并男性不育取得较好疗效^[3];并且在基础研究方面从细胞分子机制对中医药改善 VC 合并男性不育患者生精功能、提高其精液质量的作用机制作了深入探讨^[4]。因此,对于 VC 合并男性不育的论治决策一直存在争议。针对 VC 合并男性不育的论治难点,本文试图从 VC 合并男性不育的手术指征、病因病机、辨证用药以及针灸治疗等方面进行探讨,提供实践体会供同道雅正。

1 VC 合并男性不育的手术决策思考

现代医学对于 VC 合并男性不育倾向手术治疗。例如美国泌尿外科学会(American Urology Association, AUA)“精索静脉曲张与不育报告”提出的手术

指征,国内文献也主张:“无论轻重,只要 VC 诊断一旦确立,应及时手术^[5]。”但是这种治疗决策值得商榷。首先,并非 VC 都会一律影响生育能力。实际上,根据文献报道,大部分 VC 患者都能正常生育,只有约 30% 的人出现不育问题^[6]。其次,VC 程度不与生育能力成正比,许多严重的 VC 患者精液质量仍正常并具有生育能力,但亚临床型 VC 患者却患有不育症。再者,VC 手术后约有 20% ~ 50% 的患者精液质量得不到改善^[5],术后 1 年内的自然受孕率约为 34.8%, 手术与非手术治疗相比,两者在总体妊娠率方面差异无统计学意义。很多文献报道,中药、针灸疗法辨证治疗 VC 合并男性不育可达到较好的临床效果,精子运动参数改善明显^[3,4,7]。结合我院临床实践,我们认为,针对 VC 合并男性不育的手术决策也应辨证对待,凡是不愿手术的患者,都可以首选中医辨证治疗。但具有下述指征的患者,应考虑手术治疗:(1) 睾丸偏小、质地变软和(或)FSH 超出正常值;(2) 精子浓度 $< 5 \times 10^6/\text{mL}$ 和(或)前向运动精子(PR) $< 10\%$ 者;(3) 中医辨证治疗 3 ~ 6 个月,精液质量无改善或更差者;(4) 女方年龄 > 35 岁。即使采取手术治疗的患者,亦应结合中医辨证治疗,提高手术疗效。

2 VC 合并男性不育的病因病机探讨

作者单位:广东省中医院珠海医院男科(广东珠海 519015)

E-mail: ysy017@126.com

DOI: 10. 7661/CJIM. 2013. 09. 1165