

[参考文献]

- [1] Shaw JE, Chisholm DJ. Epidemiology and prevention of type 2 diabetes and the Metabolic syndrome [J]. Med J Aust, 2003, 179(7): 379-383.
- [2] Kahn SE. The importance of the beta-cell in the pathogenesis of type 2 diabetes mellitus [J]. Am J Med 2000, 108(suppl 6a): 25-85.
- [3] 刘志诚, 孙凤岷, 胡葵, 等. 针灸治疗非胰岛素依赖型糖尿病临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2000, 19(增刊): 5-8.
- [4] 王媛, 刘志诚, 徐斌. 电针治疗胃热炽盛型 2 型糖尿病患者 35 例临床观察[J]. 中医杂志, 2013, 54(10): 852-857.
- [5] 中华医学会糖尿病分会. 中国 2 型糖尿病防治指南[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2008, 24(2): 增录 2a1-2a23.
- [6] 刘志诚. 肥胖病的针灸治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 71-72.
- [7] 李光伟, 潘孝仁, Stephen Lillioja, 等. 检测人群胰岛素敏感性的一项新指标[J]. 中华内科学杂志, 1993, 32(10): 656-660.
- [8] Steven MH, Heikki M, Michael PS. The homeostasis model in the San Antonio Heart study [J]. Diabetes Care, 1997, 20(7): 1087-1092.
- [9] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中医医药科技出版社, 2002: 233-237.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 温通针法结合活精汤治疗少弱精症 40 例临床观察

赵耀东<sup>1</sup>, 韩豆瑛<sup>2</sup>, 赵中亭<sup>1</sup>, 何天有<sup>1</sup>

1. 甘肃中医学院, 甘肃 兰州 730000; 2. 甘肃省康复中心医院, 甘肃 兰州 730000

[摘要] 目的: 观察温通针法结合活精汤治疗少弱精症的临床疗效。方法: 将 80 例少弱精症患者随机分为 2 组各 40 例。治疗组采用温通针法结合活精汤治疗, 对照组采用氯米芬治疗, 治疗 3 疗程后观察疗效并比较 2 组精子活力。结果: 总有效率治疗组 92.5%, 对照组 80.0%, 2 组临床疗效比较, 差异有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗后 2 组患者 a 级和 (a+b) 级精子活力比治疗前均有改善, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗后 2 组 a 级和 (a+b) 级精子活力比较, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ), 治疗组优于对照组。结论: 温通针法结合活精汤治疗少弱精症有良好的临床疗效, 值得推广。

[关键词] 少弱精症; 温通针法; 活精汤

[中图分类号] R698<sup>+</sup>.2 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 01-0141-03

少弱精症是男性不育的常见病因, 临床上常因内分泌功能紊乱、生殖系统炎症、微量元素缺乏、免疫功能失衡、生殖畸形与损伤以及环境污染加重、接触放射性物质等引起精子的产生、发育和输送障碍而致。笔者运用温通针法结合活精汤加减治疗少弱精症 40 例, 收到满意疗效, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照 WHO 《人类精液及精子——宫颈黏液相互作用实验室检测手册》<sup>[1]</sup>制定, 即少精症为精子密度  $< 20 \times 10^6 / \text{mL}$ , 余均正常; 弱精症为精子中前向运动的精子(a+b)级  $< 50\%$  或 a 级精子  $< 25\%$ , 未见其他明显原因所致。

[收稿日期] 2013-08-21

[作者简介] 赵耀东 (1972-), 男, 副主任医师, 副教授, 主要从事传统针刺手法的临床、教学和实验研究。

1.2 一般资料 观察病例为2004年6月~2013年4月甘肃中医学院附属医院针灸科门诊及住院部患者,共80例。均在接受中西药物长期治疗未果的情况下前来就诊。按照就诊先后顺序随机分为2组各40例。治疗组年龄22~45岁;病程2~7年;少精症25例,弱精症15例。对照组年龄23~34岁;病程1.5~8年;少精症23例,弱精症17例。2组年龄、病程等一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 采用温通针法结合活精汤治疗。①温通针法。主穴:中极、关元、气海、大横、气冲。辨证配穴:湿热盛加三阴交、阴陵泉;寒湿盛加肾俞、志室;体虚加足三里;肝郁气滞加太冲、阳陵泉;肾虚加太溪、肾俞;腰骶部酸痛加肾俞、次髎。操作:患者取仰卧位,穴位皮肤常规消毒后,主穴选用直径0.30~0.35 mm、长75 mm 不锈钢毫针,针尖朝向前列腺局部直刺进针70~75 mm 得气后行温通针法<sup>[2]</sup>,即押手加重力量,刺手拇指向前连续捻按9次,针下沉紧后,针尖拉着感应的部位连续重插轻提9次,拇指再向前连续捻按9次,针尖顶着有感应的部位推弩守气,使针下继续沉紧,此时押手可明显感觉到经气冲动,每穴操作1 min,留针30 min,然后慢慢将针拔去,按压针孔。其余配穴选用直径0.30~0.35 mm、长40 mm 不锈钢毫针,进针35~40 mm 得气后行虚补实泻针法。每次30 min,15 min 行针1次。每天针刺1次,治疗30天为1疗程。②采用活精汤加减治疗。基本方:女贞子、旱莲草、仙茅、淫羊藿各15 g,五味子、枸杞子、覆盆子、菟丝子、熟地黄、山茱萸、牛膝、柴胡各10 g,生黄芪30 g,急性子6 g。辨证加减:肾虚腰痛明显可加续断、杜仲;精子液化时间异常可加赤芍、水蛭、路路通;腰脊疼痛可加狗脊;出现阳痿、早泄可加附子、肉桂;夜尿频多可加附子、桑螵蛸、益智仁;伴泌尿系感染者可加金钱草、海金沙、篇蓄、石韦;肝郁精瘀可加柴胡、当归;会阴部坠胀疼痛可加延胡索、川楝子、柴胡、五味子;阴囊潮湿可加黄柏、炒薏苡仁、苍术;伴前列腺炎者可加白花蛇舌草、皂角刺、荔枝核。以上药物每天1剂,水煎服,每天2次,治疗30天为1疗程。

2.2 对照组 氯米芬,每次25 mg,每天1次,连

服30天为1疗程。

2组均治疗3疗程,共90天后进行疗效评定。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组分别于治疗前和治疗后禁欲7天手淫取精,用“清华同方精子、微生物动(静)态分析仪”[京药器监(准)字99第221191号]检测记录精子活力,即a级精子百分比、(a+b)级精子百分比。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件,2组治疗前后各项观察指标的比较用配对 $t$ 检验;2组间治疗后各项观察指标的比较用独立样本 $t$ 检验;组间疗效比较用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照WHO《不孕夫妇标准检查与诊断手册》<sup>[3]</sup>拟定。显效:少精症者,治疗后精子密度 $>20 \times 10^6/\text{mL}$ ;弱精症者,治疗后精子活力(a+b)级 $>50\%$ ,或a级精子 $>25\%$ 。有效:少精症者,治疗后精子密度提升率 $>30\%$ ;弱精症者,治疗后精子活力(a+b)级提升率 $>30\%$ ,或a级精子提升率 $>30\%$ 。无效:治疗前后无变化,或精子密度与精子活力提升率 $<30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组92.5%,对照组80.0%,2组比较,经 $\chi^2$ 检验, $\chi^2=15.76$ ,差异有非常显著性意义( $P<0.01$ )。提示治疗组疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	32	5	3	92.5 <sup>①</sup>
对照组	40	15	17	8	80.0

与对照组比较,① $P<0.01$

4.3 2组治疗前后精子活力情况比较 见表2。经3疗程治疗后,2组患者a级和(a+b)级精子活力均比治疗前有改善,差异均有非常显著性意义( $P<0.01$ );治疗后2组a级和(a+b)级精子活力分别比较,差异均有非常显著性意义( $P<0.01$ ),提示在提升a级和(a+b)级精子活力方面,治疗组优于对照组。

## 5 病案举例

吴某,男,31岁,干部。2010年3月12日初诊。婚后3年未育,性功能正常,妻子检查生殖生育机能未见异常。自觉微有腰酸,有时睡眠不佳,多梦,舌质淡红、舌苔白,脉沉细。检查:生殖器与睾丸发育正常。精液检查:量1.5 mL,精子密度为

表2 2组治疗前后精子活力情况比较( $\bar{x} \pm s$ ) %

组别	n	时间	a级	(a+b)级
治疗组	40	治疗前	14.28±1.78	29.49±7.36
		治疗后	33.18±3.28 <sup>①②</sup>	59.15±12.55 <sup>①②</sup>
对照组	40	治疗前	14.72±2.67	29.17±7.31
		治疗后	22.61±3.57 <sup>①</sup>	44.36±12.17 <sup>①</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

10 × 10<sup>6</sup>/mL; 精子活力 a 级 >15%; (a+b) 级 >30%。诊断: 男性不育症(少弱精症)。中医辨证属肝肾阴虚, 精血不足。给予中极、关元、气海、大横、气冲、肾俞、太溪、肝俞、太冲针刺行温通针法, 结合活精汤加减治疗: 女贞子、旱莲草、仙茅、淫羊藿各 15 g, 五味子、覆盆子、菟丝子、枸杞子、熟地黄、山茱萸、牛膝、柴胡、夜交藤各 10 g, 急性子 6 g, 生黄芪 30 g。连服 3 疗程后, 精液检测示精子活力(a+b)级 >70%, 量 3 mL, 临床判定为显效。后又在此基础上继续治疗 1 疗程, 以巩固疗效。1 年后随访, 患者爱人已生一女孩。

## 6 讨论

男性不育症是临床常见病、多发病和难治病。现代医学目前仍缺乏有效的治疗手段, 治疗上只有依靠激素类药, 如氯米芬, 具有弱雌激素活性, 它可以占据下丘脑和垂体的雌激素受体, 降低雌激素的负反馈作用, 促进促性腺激素的释放, 从而可增加睾丸的生精功能<sup>[4]</sup>。但临床上使用氯米芬其妊娠率和总有效率仍不够理想, 且副作用大。

笔者在临床上采用温通针法结合活精汤加减治疗少弱精症收到满意疗效, 认为其机理主要有以下几个方面: 第一, 从经络穴位上来看, 中极、关元、气海隶属于任脉, 而任脉的循行“起于胞中, 出于会阴, 上循毛际……”; 大横属于脾经, 是脾经与阴维脉的交会穴, 脾经是后天之本, 气血生化之源, 阴维脉能维络包括脾经在内的所有阴经经气; 气冲属于胃经, 是胃经与冲脉的交会穴, 胃经是多气多血之经, 而冲脉亦“起于胞中, 出于会阴……”。故针刺以上诸经穴位对少弱精症能起到疏通经络, 调整阴阳, 调和气血, 散寒除湿的治疗作用。第二, 从刺灸方法上来讲, 由于少弱精症病理因素中寒湿最为常见也最为关

键, 而《素问·调经论》载: “血气者, 喜温而恶寒, 寒则泣不能流, 温则消而去之。”故而运用全国著名针灸专家郑魁山教授的家传手法“温通针法”, 温可祛寒除湿, 通可疏通经络, 行气和血, 从而在最大范围和程度上调整了前列腺及会阴部的气血, 得到了最佳的治疗效应。第三, 从中医经典理论来看, 男子少弱精症导致的不育症与肾关系密切。男子以精为根, 以气为用, 肾藏真阴而寓元阳, 故补肾精(阴)能滋化源以成形, 温肾阳能助动力而复生机。因而在活精汤中, 也从肾阴肾阳入手。用二仙汤能助肾阳, 肾气旺盛, 精子活动力才能增强, 因为肾阳是推动精子运动的动力; 运用二至丸补足肾阴, 因为肾阴是精子生成的物质基础, 只有肾阴充足, 精子才能生长不息。这样阴阳双补, 相辅相成, 从而全面促进了精子的生化、活动与活力, 也避免了“独阴不生, 孤阳不长”的局面。另外, 补肾阴也能补肾阳, 温肾阳也能滋肾阴, 此乃阴中求阳, 阳中求阴之法, 因为“善补阳者, 必于阴中求阳, 则阳得阴助而生化无穷; 善补阴者, 必于阳中求阴, 则阴得阳升而泉源不竭”(《景岳全书·新方八阵·补略》)。再加五子衍宗汤, 可全面提升精子的数量与活力, 特别是急性子, 是化精瘀的重点药物, 生黄芪、熟地黄都有促进精子生长和运动的作用, 牛膝补肝肾, 引药下行; 柴胡入肝经, 肝经又过阴器, 故而“活精汤”诸药结合, 可很好地达到滋补肾阴以生精, 温补肾阳以提升活力, 疏肝解郁, 化瘀调精的目的, 从而提高了该病的治愈率。

综上所述, 温通针法结合活精汤治疗少弱精症临床疗效满意, 值得在临床上推广应用。

## [参考文献]

- [1] 世界卫生组织. 人类精液及精子——宫颈黏液相互作用实验室检测手册[M]. 北京: 科学技术出版社, 1994: 6.
- [2] 赵耀东. 温通针法治疗小儿脑瘫 30 例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2005, 1(2): 43-45.
- [3] 世界卫生组织. 不孕夫妇标准检查与诊断手册[M]. 北京: 科学技术出版社, 1994: 19.
- [4] 贺心云. 针灸为主治疗不育症 54 例疗效观察[J]. 中国针灸, 1998(9): 561-562.

(责任编辑: 刘淑婷)