绒毛膜促性腺激素联合生精促育汤对男性内分泌性不育患者精液质量和内分泌激素的影响*

赵换牢[1]　吕继宏[2]**

(1. 中国人民解放军联勤保障部队第 987 医院,陕西 宝鸡 721000;2. 陕西中医药大学附属医院,陕西 咸阳 712000)

摘　要:目的 分析绒毛膜促性腺激素联合中医汤剂生精促育汤对男性内分泌性不育患者精液质量和内分泌激素的影响。**方法** 选取本院 94 例湿热肾虚血瘀型男性内分泌性不育患者,随机分为对照组采取肌注绒毛膜促性腺激素治疗,治疗组采取绒毛膜促性腺激素联合中医汤剂生精促育汤治疗,两组各 47 例。比较两组临床疗效、内分泌激素及精液质量的差异。**结果** 治疗组治疗总有效率为 95.74%,较对照组的 70.21% 显著升高($P<0.05$),并且治疗组治愈率(61.70%)较对照组(36.17%)显著升高($P<0.05$)。两组治疗后黄体生成素(LH)和促卵泡生成素(FSH)较治疗前均显著降低,且治疗组治疗后 LH 和 FSH 较对照组均显著降低($P<0.05$);两组治疗后睾酮含量较治疗前均显著升高,且治疗组治疗后睾酮含量较对照组显著升高($P<0.05$)。两组治疗前后精液量比较,并无明显差异($P>0.05$);两组治疗后精子活率、精子密度、精子活力百分比及正常形态精子率较治疗前均显著升高,且治疗组治疗后精子活率、精子密度、精子活力百分比及正常形态精子率较对照组均显著升高($P<0.05$)。**结论** 绒毛膜促性腺激素联合中医汤剂生精促育汤可有效提升男性内分泌性不育患者的临床疗效,明显改善精液质量和内分泌激素水平,因此具有良好的临床应用价值。

关键词:内分泌性不育;生精促育汤;绒毛膜促性腺激素;内分泌激素;精液质量

中图分类号:R277.5　**文献标识码:**A　**文章编号:**2096 - 1340(2019)06 - 0135 - 04

DOI:10.13424/j. cnki. jsctcm. 2019. 06. 036

世界卫生组织指出男性不育是指夫妇不采用任何避孕措施生活 1 年以上,由于男方因素造成女方不孕,其发病率为 15% ~18%,并且其中男性不育的比例约为 30%[1]。生精促育汤是一种临床常用的中医汤剂,其具有清热利湿解毒和滋阴补肾活血的效果,因而在治疗男性不育症患者方面具有良好的治疗效果。为此,本文采用前瞻性研究,分析绒毛膜促性腺激素联合中医汤剂生精促育汤对湿热肾虚血瘀型男性内分泌性不育患者精液质量和内分泌激素的影响,旨在为改善此类患者的治疗效果提供临床依据。

1　资料与方法

1.1　一般资料　采用前瞻性研究,选取本院 2017 年 1 月 ~2018 年 12 月收治的 94 例湿热肾虚血瘀型男性内分泌性不育患者。纳入标准:符合男性内分泌性不育的诊断标准[2];已婚,年龄 25 ~40 岁;女方生育功能正常;规律性性生活 1 ~5 年,期间未采取任何避孕方法仍未育。排除标准:无规律性性生活;伴有酗酒、吸毒等不良嗜好;无精子症、染色体疾病、精索静脉曲张、生殖道感染;心肺功能不全、血液系统疾病、肿瘤、精神性疾病等。根据简单随机分组方法,分为对照组与治疗组各 47 例。

1.2　治疗方法　对照组应用绒毛膜促性腺激素肌注治疗,2000 IU,2 次/周。治疗组采取绒毛膜促性腺激素联合中医汤剂生精促育汤治疗,其中绒毛膜促性腺激素的用法和用量与对照组相同,生精促育汤药方组成:川牛膝 15 g,生地 15 g,仙灵

* **基金项目:**陕西中医药大学校内课题(104080001)

** **通讯作者:**吕继宏,主治医师。E - mail:lv33137035@163. com

脾12 g,虎杖12 g,山萸肉12 g,败酱草10 g,黄柏10 g,水蛭3 g;用水煎煮2次,每次水量500 mL,混合2次药液,于早、晚分次温服,每日1剂。两组均以4周为1个疗程,均治疗3个疗程,疗程结束后均进行疗效评价。

1.3 疗效评价　依据治疗前后精液质量改善情况进行疗效评价,分为治愈:治疗后精液量、精子活率、精子密度、精子活力百分比及正常形态精子率均恢复正常,女方正常受孕;显效:上述指标中有至少4项恢复正常或明显改善;有效:上述指标中有1~3项恢复正常或有所改善;无效:上述指标治疗前后无明显改变或加重[3]。

1.4 观察指标　分别于治疗前和治疗后12周,取患者清晨空腹肘前静脉血5 mL,4000 r/min,离心10 min,取血清标本置于-20℃冷冻保存;通过全自动化学发光仪(德国西门子公司,DPC Immulite型)测定内分泌激素的水平,包括睾酮、黄体生成素(luteinizing hormone,LH)和促卵泡生成素(follicle-stimulating hormone,FSH)。分别于治疗前和治疗后12周,应用精子全自动检测分析系统(深圳市芊烨科技有限公司,穗加SSA-Ⅱ型)检测精液质量,包括精液量、精子活率、精子密度、精子活力百分比和正常形态精子率。

1.5 统计学方法　采用SPSS 23.0版统计学软件,计量资料用($\bar{X} \pm s$)表示并采用t检验;计数资料用[n(%)]表示并采用χ^2检验,等级资料的比较采用秩和检验,$P<0.05$为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床基本资料比较　两组临床基本资料比较,均无明显差异($P>0.05$)。见表1。

表1 两组临床基本资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄(岁)	病程(年)	体质量指数(kg/m²)
对照组	47	29.54±3.15	3.93±1.23	26.06±2.54
治疗组	47	30.75±4.74	3.64±1.19	25.87±1.96
t		1.46	1.16	0.41
P		0.15	0.25	0.69

2.2 两组临床疗效比较　治疗组治疗总有效率为95.74%,较对照组的76.60%显著升高($P<0.05$),并且治疗组治愈率(61.70%)较对照组(36.17%)显著升高($P<0.05$)。见表2。

表2 两组临床疗效的比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	47	17(36.17)	9(19.15)	10(21.28)	11(23.40)	36(76.60)
治疗组	47	29(61.70)	13(27.66)	3(6.38)	2(4.26)	45(95.74)
t		7.13	0.79	2.89	6.47	6.47
P		0.01	0.49	0.11	0.01	0.01

2.3 两组治疗前后内分泌激素水平的比较　两组治疗后12周LH和FSH较治疗前均显著降低,且治疗组治疗后LH和FSH较对照组均显著降低($P<0.05$);两组治疗后睾酮含量较治疗前均显著升高,且治疗组治疗后睾酮含量较对照组显著升高($P<0.05$)。见表3。

表3 两组治疗前后内分泌激素水平的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	睾酮(ng/mL)	LH(IU/L)	FSH(IU/L)
对照组	47	治疗前	3.32±0.88	4.93±1.11	7.13±1.48
		治疗后	4.25±0.94*	3.72±0.93*	5.47±1.23*
治疗组	47	治疗前	3.30±0.94	4.96±0.95	7.19±1.53
		治疗后	5.03±0.98*#	3.04±0.81*#	4.47±1.10*#

注:与本组治疗前比较,*$P<0.05$;与对照组治疗后比较,#$P<0.05$。

2.4 两组治疗前后精液质量的比较 两组治疗前后精液量比较，并无明显差异（$P>0.05$）；两组治疗后 12 周精子活率、精子密度、精子活力百分比及正常形态精子率较治疗前均显著升高，且治疗组治疗后精子活率、精子密度、精子活力百分比及正常形态精子率较对照组均显著升高（$P<0.05$）。见表 4。

表 4 两组治疗前后精液质量的比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	时间	精液量（mL）	精子活率（%）	精子密度（109/L）	精子活力百分比（%）	正常形态精子率（%）
对照组	47	治疗前	3.12 ± 0.94	42.26 ± 9.75	16.07 ± 4.52	30.88 ± 9.43	19.55 ± 5.73
		治疗后	3.41 ± 1.05	59.85 ± 10.36 *	27.84 ± 7.82 *	49.64 ± 11.15 *	34.89 ± 10.14 *
治疗组	47	治疗前	3.17 ± 0.89	41.68 ± 10.03	15.78 ± 4.36	29.80 ± 8.64	18.84 ± 5.11
		治疗后	3.53 ± 1.08	67.87 ± 11.16 *#	35.74 ± 8.90 *#	58.87 ± 10.94 *#	44.57 ± 11.19 *#

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组治疗后比较，# $P<0.05$。

3 讨论

中医学认为，男性不育症是属于“绝育”“无子”“不育”的范畴，其发病机制在于以肾虚为本，瘀血、邪毒和湿热为标[4]，因此临床中应以补肾为主，祛毒散邪和活血化瘀为辅，从而达到标本兼顾的目的。绒毛膜促性腺激素是目前临床常用于治疗男性不育症患者的西医疗法之一，虽可有效改善患者性激素水平和精液质量，但妊娠效果仍不理想，因而远期疗效欠佳[5]。而近年来，采取中西医结合治疗的方法在临床改善男性不育症患者方面具有显著的效果，可有效提高患者精液质量，提高生精能力[6-7]。

本研究所应用的中医汤剂生精促育汤川牛膝、生地、仙灵脾、虎杖、山萸肉、败酱草、黄柏和水蛭共八味药组成，其中川牛膝、生地和山萸肉三者配伍为君药，川牛膝性平，归肝、肾经，具有固肾敛精和活血通络的功效[8]；生地归心、肝、肺经，具有补肾填精和补血滋阴的效果[9]；山萸肉性微温，入肝、肾经，可发挥涩精止汗和补益肝肾的作用[10]。虎杖、败酱草、黄柏三者共奏为臣药，可增强化瘀解毒和清利湿热的效果；其中虎杖性微寒，归肝、胆、肺经，具有清热利湿和活血通络的效果[11]；败酱草性凉，入肝、胃、大肠经，具有行瘀散结和清热解毒之效[12]；黄柏性寒，归肾、膀胱经，可起到填精溢血和泻火去热的作用[13]。仙灵脾和水蛭二者配伍为佐药，其中仙灵脾性温，具有益气强筋和补肾壮阳的功效[14]；水蛭性平，归肝经，可起到破血通经的作用[15]。因而，上述诸药共奏可起到调血养血、改善睾丸和附睾功能、改善血液理化性质、提高精子活动力度及增强生精能力的作用。

本研究发现，治疗组治疗总有效率为 95.74%，较对照组显著升高，并且治疗组治愈率较对照组显著升高。此外，本研究显示，两组治疗后 LH 和 FSH 较治疗前均显著降低，且治疗组治疗后 LH 和 FSH 较对照组均显著降低；两组治疗后睾酮含量较治疗前均显著升高，且治疗组治疗后睾酮含量较对照组显著升高。结果表明，绒毛膜促性腺激素联合中医汤剂生精促育汤可有效调节男性内分泌性不育患者体内内分泌激素紊乱，改善性激素水平，治疗效果显著。垂体功能不全、选择性 FSH 缺陷症、选择性 LH 缺陷症等是男性内分泌性不育的病因学相关因素，LH 与 FSH 均由垂体分泌，而垂体功能不全可使得 LH 与 FSH 水平明显下降。其次，本研究中，两组治疗后精子活率、精子密度、精子活力百分比及正常形态精子率较治疗前均显著升高，且治疗组治疗后精子活率、精子密度、精子活力百分比及正常形态精子率较对照组均显著升高。结果表明，采取中西医结合治疗的方法可有效改善男性内分泌性不育患者精液内环境，促进垂体前叶分泌促性腺激素，从而可刺激精子生成，提高精子运动力、运动速度和密度，减少精子畸形的发生。

综上所述，绒毛膜促性腺激素联合中医汤剂生精促育汤可有效提升男性内分泌性不育患者的临床疗效，不仅可有效明显改善精液质量，而且可调节体内内分泌激素紊乱，最终有助于成功受孕，

因此具有良好的临床应用价值。

参考文献

[1]欧阳斌,赵玉,耿强,等.《欧洲泌尿外科学会男性不育症诊疗指南(2013 年版)》解读[J]. 生殖与避孕,2015,35(1):9 - 14.

[2]王晓峰, 朱积川, 邓春华. 中国男科疾病诊断治疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013.

[3]刘庆申. 生精促育汤加减配合西医疗法治疗内分泌性不育疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2015,24(27):2989 - 2991.

[4]周春宇,马凰富,王彬,等. 男性不育症中医辨治思路[J]. 中医杂志,2016,57(13):1105 - 1108.

[5]张铭. 人绒毛膜促性腺激素治疗男性低性腺功能低下引起的不育症的临床疗效[J]. 世界临床医学,2017,11(2):80,83.

[6]张栋武,陈惠敏,罗家怡,等. 中西医联合治疗弱精不育患者的临床研究[J]. 中国医学创新,2017,14(25):72 - 75.

[7]郁超,何晓锋,冯懿赓,等. 复方玄驹胶囊联合中药治疗肾阳亏虚型男性弱精子症临床观察[J]. 中国男科学杂志,2016,30(1):46 - 48.

[8]孟宪群,梁珊珊,赵奕,等. 川牛膝不同组分体内抗凝血活性研究[J]. 中医药信息,2018,35(2): 6 - 9.

[9]安慧妍,胡亚靖,于河,等.《温病条辨》中玄参、生地、麦冬用法探析[J]. 现代中医临床,2017, 24(3):44 - 47.

[10]崔俊波.《医学衷中参西录》山萸肉文献研究概略[J]. 世界中西医结合杂志,2015,10(4):583 - 585.

[11]夏婷婷,杨珺超,刘清源,等. 虎杖药理作用研究进展[J]. 浙江中西医结合杂志,2016,26(3): 294 - 297.

[12]陈淑玲,韩亮. 败酱草的现代研究进展[J]. 广东药科大学学报,2017,33(6):816 - 821.

[13]陈阳峰,钟晓红. 黄柏的药理作用及其活性成分提取[J]. 作物研究,2015,29(5):564 - 568.

[14]许国恩,王福,高庆和,等. 郭军教授治疗男科疾病对药与角药拾粹[J]. 环球中医药, 2015, 8(7): 868 - 869.

[15]郭晓庆,孙佳明,张辉,等. 水蛭的化学成分与药理作用[J]. 吉林中医药,2015,35(1):47 - 50.

(收稿日期:2019 - 07 - 10 **编辑**:巩振东)

(上接第 119 页)

[5] Mitsuoka H, Schmid - Schonbein G W. Mechanisms for blockade of in vivo activator production in the ischemic intestine and multi - organ failure[J]. Shock (Philadelphia),2000,14(5):522 - 527.

[6]于阿莉,刘响,安莹莹,等. 肠道菌群失调与慢性便秘的研究进展[J]. 国际消化病杂志,2017,37(2):83 - 86.

[7]李铁,刘平,及东林,等. 参苓白术散联合盐酸洛哌丁胺胶囊治疗腹腔镜胆囊切除术后腹泻疗效及对肠道菌群及胃肠激素的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2017,26(19):2097 - 2030.

[8]黄雪霞,吴金玉,伍朝春,等. 腹透消食汤治疗腹膜透析患者胃肠道功能紊乱症的临床观察[J]. 四川中医,2005,23(6):37 - 39.

[9]程林江. 加味小建中汤治疗病毒性心肌炎所致心律失常 120 例的临床回顾[J]. 大家健康(学术版),2015,9(13):37.

[10]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J]. 中华心血管病杂志,2014,42(2):98 - 122.

[11]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013 年,武汉)[J]. 中华消化杂志,2013,33(5):291 - 297.

[12]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社,2012:18.

[13]许国振. 论《内经》相关理论对充血性心力衰竭诊治的指导意义[J]. 中国中医药现代远程教育,2013,11(14):3 - 4.

[14]许应改,崔志娟. 芪苈苓桂术甘汤治疗冠心病心衰 90 例临床研究[J]. 陕西中医药大学学报,2017,40(2):41 - 43.

[15]段富津. 方剂学[M]第五版. 上海:上海科学技术出版社,2002. 101.

[16]张佳艺,闫梓乔,李英,等. 大剂量白术临床应用现状[J]. 河南中医,2018,38(5):801 - 804.

(收稿日期:2019 - 04 - 18 **编辑**:杨芳艳)