

第二次全国中西医结合男科 学术会议论文集

中国中西医结合学会
2003年4月安徽屯溪

第二次全国中西医结合男科 学术会议论文集

郭军见书 2005.7.29
中国中西医结合学会
2003年4月安徽屯溪

目 录

·专家讲座·

- A1 从中西医结合理论再谈 BPH 的发病和治疗 贾金铭(1)
- A2 非淋菌性尿道炎的研究概况 黄宇烽(4)
- A3 循证医学在中西医结合男科学临床中的运用 张敏建(11)
- A4 阴茎异常勃起(Priapism) 曹林升(18)
- A5 生殖医学科研论文的撰写与投稿 徐建平(27)
- A6 避孕套的新进展 李顺强(32)
- A7 男性不育的实验诊断及最新进展 刘瑜(36)

·大会发言·

- B1 补肾通络方对去势大鼠阴茎组织 NOS 基本表达的影响 胡海翔 王喆 蔡庆(42)
- B2 中药消癥通闭缩小前列腺体积的机理研究 贾金铭 焦拥政(44)
- B3 前列回春对实验性大鼠前列腺组织 T、E₂、DHT 的影响 段登志 于玲 陈黎明等(49)
- B4 振雄颗粒治疗阳痿的实验研究与临床观察 俞承荣 周刚(51)
- B5 Caspase-3 在前列腺组织中的表达和意义 邓春华 陈辉熔 刘建中等(55)
- B6 针挑+神经点注射治疗男性促性腺功能减退
性腺机能低下症临床疗效观察 陈栋 罗劲祥 蔡明雪等(58)
- B7 活血清热法治疗慢性非细菌性前列腺炎 60 例 陈磊 夏卫平 周智恒(62)
- B8 慢性前列腺炎若干问题探讨 宾彬(64)
- B9 男泌清对细菌性大鼠前列腺炎影响的实验研究 戴春福 洪振丰 元兴亮等(65)
- B10 药物治疗 ED 渐进性失效原因分析 贾广成 王伟东 郑功等(70)
- B11 慢性前列腺炎临床调查 刘春英 郑文武 杨立军(71)
- B12 中西医结合治疗小睾丸证的临床研究 王武生 范晋海 何辉等(75)
- B13 148 例误(漏)诊为慢性前列腺炎的 16 种病因分析 王瑞 张卫星 宋东奎(78)
- B14 PADAM 55 例调查及中医辨证分析 戴东曦 谢毅 赵荣顺等(81)
- B15 前列腺炎内在化学因子损害病机探讨 许志良(87)
- B16 中西医结合治疗湿热瘀阻型前列腺增生症 许建宁 叶安娜(89)
- B17 前列特 II 号对慢性非细菌性前列腺炎肝肾亏虚者
可溶性细胞粘附分子-1 水平和单核细胞功能的影响 彭汉光 邱明义 刘玉茂等(92)
- B18 炎列平冲剂对慢性非细菌性前列腺炎
实验小鼠的影响观察 薛慈民 朱琦 徐光东(94)
- B19 金匱肾气丸治疗中老年男性部分雄激素缺乏综合症
(PADAM)36 例临床观察 马永刚(97)

B20	慢性前列腺炎中药、针灸治疗评析	吴宏东(98)
B21	人前列腺液中活性氧水平的研究	张敏建 陈康 周志等(102)
B22	丹蒲胶囊对前列腺炎组织细胞结构和 DNA 荧光强度的影响	张亚强 卢建新 高筱松等(105)
B23	发掘和利用国际互联网上的男科学信息资源	焦拥政(106)
B24	前列安栓治疗慢性前列腺炎的安全性和有效 性:随机双盲安慰对照试验	(115)
B25	不育病人精浆前列腺特异抗原的检测及意义	杨国宗 朱培元 胡毓安等(118)
B26	二仙通关胶囊对前列腺肥大症的影响 及其作用机理探讨	宋春生 李浩 徐立然等(120)

·男性不育症·

C1	中西医结合治疗男性不育证 180 例临床观察	秦晓晨(123)
C2	男性不育症患者血清抗精子抗体的定量测定及意义	崔应东(124)
C3	中药提取剂体外添加对精子影响的实验研究	黄江涛(126)
C4	沈坚华治疗男性精液异常不育症经验	杨洪伟(127)
C5	男性不育中医辨证中存在的问题与对策思考	翟亚春(129))
C6	十子生精汤加减在少精症中应用	余忠健 王晓华 陈立武(132)
C7	男性不育症的非疾病因素	吴建军 王久源 张蜀武(133)
C8	男性不育症的新进展	吴建军(136)
C9	精索静脉曲张与男性不育症相关性的新进展	吴建军(141)
C10	宫腔内人工受精术治疗不孕症 (附 524 例病例分析)	康跃凡 林小鸣 罗美瑜(143)
C11	男性不育症 366 例病因诊断分析	李长文 彭兰香 王亚飒(145)
C12	经皮穿刺附睾取精行卵母细胞内单精子注射 治疗梗阻性无精子症	孙志刚 张孝禹(147)
C13	通管毓麟丸治疗输卵管阻塞所致不孕症的临床观察	李学诚 周玉华(149)
C14	50 例输卵管不能的分析与治疗	蔡玉国(150)
C15	鹿胎酒对七例男性不育症疗效观察	谢德明(152)
C16	论不育症的辩证施治	赵子华(152)
C17	中西医结合治疗男性不育 120 例疗效观察	张杯志 闫亚伟 张爱东(153)
C18	助孕灵治疗男性抗精子抗体阳性患者 92 例	张永峰 唐春艳 吴正治等(154)
C19	水蛭治疗慢性细菌性前列腺炎患者精液 不液化的疗效观察	刘少青 巩春武(157)
C20	龟甲养阴片治疗男性抗精子抗体阳性	徐振刚(157)
C21	中西医结合治疗精液不液化症 (附 32 例报告)	张健斌(158)
C22	精液不液化症辩证举隅	李敏(159)

- C23 自拟“回精汤”治疗男性无精子、少精子症
30 例临床疗效观察..... 刘翠平 刘致孝(159)
- C24 消抗丸对抗子宫内抗体阳性的疗效观察 徐吉祥 杨静(160)
- C25 补肝益肾生精汤治疗男性不育症的疗效观察 王连凤(162)
- C26 死精症致不育一例治验 叶脉延(163)
- C27 益肾活血丸治疗不育 86 例分析 孙云飞(164)
- C28 中西医治疗少精子症的比较 焦雨(165)
- C29 自制生精丸治疗少弱精症疗效观察 温保健(166)
- C30 辨病结合辨证治疗不育症经验与体会 赵振成(167)
- C31 益气活血助育方治疗精索静脉曲张不育 陈有智(168)
- C32 中医药治疗男性免疫性不育症的临床与实验研究述评 丘勇超(170)
- C33 辅助生殖技术中的精子 DNA 完整性 马玉革 朱培元 黄宇烽(173)
- C34 还精煎等联合用药治疗男性弱精子症的临床观察 杨建华 曹佳利(176)
- C35 锌硒宝辅助治疗精液液化异常的探讨 杨建华(177)
- C36 精原干细胞移植的研究进展及其在治疗
男性不育症过程中的应用前景 藏志军 邓春华(179)
- C37 中西医结合治疗男性不育症的思路与方法 郭军 陈有智(183)
- C38 输精管附睾吻合术治疗梗阻性无精子症临床初探 邓春华 丘少鹏 许扬滨等(186)
- C39 中西医结合治疗精液不液化症
(附 32 例报告) 张健斌(188)
- C40 解脲支原体感染对精子运动参数的影响 焦瑞宝 王古道 陈富山(189)
- C41 柴胡舒肝散加减治疗精索静脉曲张不育症 21 例观察 ... 杨宏斌 吴晓东 姜元利等(190)
- C42 不育病人精浆胆固醇酯转运蛋白的检测 朱培元 刘永馨 汪俊军等(191)
- C43 国产 MAR 抗精子抗体检测试剂盒临床应用的研究 徐振山 杨玲(193)
- C44 生殖系统感染和男性不育 贾金铭(196)

·男性性功能障碍·

- D1 回春振痿汤治疗阳痿的疗效观察 赵宝忠 刘鹏 谷宝森(198)
- D2 心理疏导疗法治疗勃起功能障碍临床观察 徐福松 鲁龙光(200)
- D3 百优解治疗早泄 21 例临床观察 王瑞 张卫星 宋东奎(202)
- D4 早泄与慢性前列腺炎的相关性研究 邢俊平 范晋海 王明珠等(203)
- D5 阴茎异常勃起中西医结合治疗 4 例报告 虞湘才(205)
- D6 慢性肾衰竭性勃起功能障碍的病因及治疗新进展 吴建军(206)
- D7 行为疗法治疗女性性功能障碍的临床研究
(附 56 例报告) 关仁龙(209)
- D8 万艾可治疗勃起功能障碍临床观察 刘忠民 陈可玉 庄裕富(211)
- D9 “萎必治”治疗 ED26 例疗效观察 张兰荪(212)
- D10 不射精症从肝论治举隅 梁显标(213)
- D11 应用林锡熙验方治不射精症辨证观察 林友群(214)

D12	自拟分心清肝饮治疗早泄 78 例	袁国辉(215)
D13	穴位按摩治疗功能性不射精	江荣根(216)
D14	中西医结合治疗心理性阳痿的临床体会	张永木(216)
D15	滋阴补肾活血化痰治阳痿	陈国增 陈林晓 陈林柯(218)
D16	中西医结合治疗早泄 40 例	孟愈(219)
D17	复方壮阳合剂治疗肝阳虚证 ED10 例	顾文忠 顾勇刚(220)
D18	试论阳痿从肝论治	孟庆辉 郭玉芳(222)
D19	曲唑酮加益肾固精汤治疗肾气不固型早泄	江杰士 陈锡栋 熊伟(223)
D20	男科疾病从肝郁血瘀论治经验	常建国(224)
D21	“阳痿从肝论治”发微	翟亚春(225)
D22	微波治疗提高男性性功能初探	严圣(227)
D23	前列腺炎并性功能障碍的治疗对策	陈实新 周中泉 邢金春等(228)
D24	静脉阻塞性阴茎异常勃起的诊治 (附 9 例报告)	曹林升 缪思满(229)
D25	中西医综合治疗早泄 58 例	邓平荟(231)
D26	男子性功能康复仪治疗阳痿的临床观察	胡明元 肖明双(232)
D27	从肝论治阳痿的基础研究	王雄 唐民 王久源等(234)
D28	“从肝论治”阳痿经验浅谈	马永刚 徐世军(236)
D29	阳强的诊治体会	胡彦军 李相如 张增建(237)
D30	彩色多普勒在勃起功能障碍中的应用	臧志军 邓春华(238)

·前列腺疾病·

E1	自身免疫因素导致慢性前列腺炎的研究	周晓辉(242)
E2	射频治疗仪照射前列腺的早期组织 病理学所见及其意义	周激文 骆毅 潘汝能等(244)
E3	前列安栓对慢性前列腺炎的疗效观察	杜仲尚 张旭 赵永军等(245)
E4	慢性前列腺炎药物治疗的若干问题	杨欣(247)
E5	中药直肠超声透入治疗慢性非细菌性前列腺炎疗效研究	王卫国 郭德荣(250)
E6	清前 2 号颗粒治疗前列腺痛临床疗效观察	徐丹(252)
E7	健脾益肾法为主治疗慢性前列腺炎 36 例临床观察	张朝德 向阳(253)
E8	经尿道电切术治疗中晚期前列腺癌方法探讨	李子庆 龙兆麟 虞湘才等(254)
E9	前炎灵栓剂治疗慢性前列腺炎 100 例疗效观察	伊凡(257)
E10	舍尼通加特拉唑嗪治疗慢性前列腺炎临床观察	王义(258)
E11	中西医结合治疗前列腺炎(附 89 例报告)	林宗璜 夏秀兰(259)
E12	通补调理法对慢性前列腺炎/慢性盆腔痛 综合症患者的疗效观察	薛慈民 宋琦 徐兆东(260)
E13	慢性前列腺炎中医实验研究进展	李海松(263)
E14	中西医结合治疗慢性前列腺炎的临床观察	解品启(266)
E15	贾金铭教授治疗慢性前列腺炎的经验	周伟强(267)

E16	中西医结合治疗慢性前列腺炎 32 例	李荣清(268)
E17	升降理论在前列腺增生中的运用	张恒 任亚娟(269)
E18	周智恒治疗前列腺疾病经验	李承功(271)
E19	坦索罗辛治疗炎症性慢性骨盆痛综合征的临床研究	桂定文 张青汉 叶绪龙(273)
E20	氟西汀协同治疗伴有情绪障碍的慢性前列腺炎	乔博义(274)
E21	中西药混合保留灌肠治疗 27 例慢性前列腺炎体会	肖殿礼(275)
E22	不同方剂直接注射治疗慢性前列腺炎 214 例	卫正余 张金成(276)
E23	慢性盆底疼痛综合征(附 70 例报告)	刘为安(278)
E24	大黄在慢性前列腺炎综合征治疗中的应用研究	杨家辉 张明选(279)
E25	益气是慢性前列腺炎一个重要治法	张明选 戴春福(281)
E26	前列通瘀胶囊治疗慢性前列腺炎的临床观察	张延榕 叶裂夫 李涛(285)
E27	中西医结合治疗环状混合痔合并慢性前列腺炎 30 例	佟咏梅 赵斌(287)
E28	青少年慢性盆底疼痛综合征	高文喜 张忠民 胡少炜等(289)
E29	以血尿为唯一症状的前列腺炎 8 例报告	郭贤德 江荣根(290)
E30	中西医结合治疗前列腺痛 60 例	邓平荃(291)
E31	济生肾气丸治疗慢性前列腺炎的临床研究	吕沛忠(292)
E32	中药治疗慢性前列腺炎的临床策划	韩福谦(294)
E33	慢性前列腺炎中医治法的临床研究进展	杨洪伟(295)
E34	疏润任脉法治非细菌性前列腺炎临床观察	李波 王耕 江立军(297)
E35	中西药结合治疗非淋菌性前列腺炎的体会 附 62 例临床报告	王先庆(299)
E36	中西医结合治疗慢性前列腺炎 111 例分析	田多军 喻林 任丽君等(299)
E37	前列腺穿刺注药治疗慢性细菌性前列腺炎 (附 90 例报告)	陈峭 周国洋 缪玉龙(302)
E38	疏郁通络法治前列腺痛临床观察	曾汉东 芮以融(303)
E39	清热疏通汤治疗慢性前列腺炎 38 例	赖济民(304)
E40	联合治疗慢性前列腺炎的临床观察 (附 107 例报告)	詹绍洋 余仁斌 徐地等(305)
E41	益前方治疗慢性细菌性前列腺炎 51 例	张茂林(306)
E42	王久源治疗慢性前列腺炎的经验	石勇(307)
E43	败酱草善治慢性前列腺炎	郑国珍(310)
E44	血竭治疗慢性盆腔疼痛综合征	朱晓光 朱玲玲(311)
E45	前列腺注射治疗慢性细菌性前列腺炎 268 例	傅清华(312)
E46	前列腺及前列腺炎的中医溯源	郑文武 杨立军 史国庆(314)
E47	自拟八味四妙汤加减治疗慢性前列腺炎 30 例	杜位良 王久源 张太君(316)
E48	前列腺炎实验研究进展	陈自学 陈兴良 王久源等(318)
E49	中西医结合治疗慢性前列腺炎 36 例体会	黄少波(323)
E50	利湿活血法治前列腺炎 88 例临床观察	闵光辉(324)
E51	中西医结合治疗慢性前列腺炎体会	赵霭峰(325)
E52	慢性前列腺炎的预防及保健	王唯(327)

E53	康列宝胶囊的质量标准及治疗慢性前列腺炎临床小结	赵应定 赵越平 王中琨(328)
E54	中西医结合治疗慢性前列腺炎临床疗效观察	曾雪斌 赵鹏(330)
E55	前列腺炎中西医结合治疗现状	戴西胡 曾金雄(332)
E56	慢性前列腺炎之中医认识	郑清国(337)
E57	前列汤水煎剂治疗前列腺炎 50 例的临床观察	陈瑞钟(339)
E58	前列安栓合百忧解治疗慢性前列腺炎 31 例临床观察	邓泽军(341)
E59	中药内服并药物导入治疗慢性前列腺炎 80 例	袁代明(342)
E60	中医药治疗前列腺癌的前景分析 ——附 10 例前列腺癌 D 期患者辨证治疗结果	贾连城 刘家放(343)
E61	改良 Madigan 前列腺增生腺体摘除(附 31 例报告)	朱雪阳 钟狂飏 谷志余(346)
E62	论前列腺增生症从“瘤”论治	吴先奇 张蜀武 常德贵(348)
E63	老年性前列腺增生的辨证治疗	吴锦发(349)
E64	中西医结合治疗前列腺增生症 35 例临床观察报告	陈荣奎(351)
E65	活血化瘀治疗前列腺肥大	吴丕中(351)
E66	PGE ₁ 海绵体注射改善前列腺肥大 排尿困难的临床观察	旷云祥(352)
E67	改良的 Madigan 前列腺切除术	吕军 何恢绪 胡卫列等(353)
E68	前列腺增生症电化学治疗临床报告	张春影 付宜鸣 王晓东等(355)
E69	经尿道电切术治疗中晚期前列腺癌方法探讨 (附 20 例报告)	李子庆 虞湘才 龙兆麟等(356)
E70	中西医结合治疗老年前列腺肥大并尿潴留 67 例	赵锦鹏(357)
E71	前列腺增生的中西医结合治疗	蒋智旭 蒋艳(358)
E72	祛瘀留汤配合手法按摩治疗前列腺增生症 53 例	吴文设 尹成美(359)
E73	疏肝活血法治疗慢性非细菌性前列腺炎 71 例疗效观察	邹如政 郭爱群(360)
E74	贾金铭教授诊治慢性前列腺炎的学术经验研究	孔令青 焦拥政(362)
E75	良性前列腺增生症植物药国外治疗研究进展	焦拥政(365)
E76	前列舒泰栓治疗良性前列腺增生症(湿热瘀阻证) II 期临床试验总结	(370)
E77	前列腺肥大药物治疗 98 例	方山玉(373)
E78	中西医结合治疗慢性前列腺炎 136 例	高月江 刘汉山 胡继媛(374)
E79	前列腺炎补充有机锌佐治慢性前列腺炎综合症 156 例	邓春华 余盛飞 周少虎等(376)
E80	舒肝理气补肾活血法治疗慢性前列腺炎 40 例疗效观察	陈通文 陈和亮(378)
E81	前列通瘀胶囊治疗前列腺增生证 76 例临床观察	陈通文 陈和亮(380)
E82	前列安栓治疗慢性前列腺炎综合症的疗效观察: 一项随机、开放的瞻性对照试验	邢俊平 陈兴发 杨志尚等(382)
E83	α_1 -受体阻断剂联合一氧化氮对前列腺增生 基质细胞增殖与凋亡的影响	邓春华 陈辉熔 丘少鹏等(385)

•性传播疾病•

- F1 中西医结合治疗男性非淋病性尿道炎 115 例临床疗效观察 王建碧 裴英 唐菱(389)
- F2 ¹⁹² 铊治疗尖锐湿疣 35 例摘要 廖志武 陈凤坤 姚振秀等(390)
- F3 中西医结合治疗非淋菌性尿道炎 45 例临床体会 邱利忠(392)
- F4 电灼加干扰素治疗阴茎尖锐湿疣 86 例分析 李励献 谢锦来(393)
- F5 性传播性疾病所致尿道炎难治原因分析
(附 56 例报告) 朱德才 黎道阳(394)
- F6 METI 多功能微波治疗仪和内服“土龙消疣汤”
治疗尖锐湿疣 56 例 祁自忠(395)
- F7 滋肾除湿败毒汤经验方治疗淋病 向玉善(396)
- F8 阴茎尖锐湿疣单用局部治疗及加用干扰素全身
治疗的疗效观察比较 范治璐 孙卫兵 刘辉等(397)
- F9 非淋菌性尿道炎 21 例误诊分析 孙跃民(398)
- F10 巧用干扰素抗尖锐湿疣复发 胡明元 肖明双(399)
- F11 性传播性疾病所致尿道炎难治原因分析
(附 56 例报告) 朱德才 黎道阳(401)
- F12 中西医结合免疫生物疗法治疗复发性尖锐湿疣
(附 58 例报告) 何江(402)
- F13 120 例解脲支原体耐药性检测报告 张屹(403)
- F14 生殖器疱疹现代研究进展 马永刚 邹升产(405)
- F15 艾滋病在泌尿生殖系的表现
(附 39 例报告) 詹天棋(407)
- F16 非淋清汤治疗非淋菌性泌尿生殖道炎 106 例 张东兴 李佳莲 黄映梅(410)
- F17 中西医结合治疗尖锐湿疣的进展 李泽友(412)
- F18 中西医结合治疗一期梅毒(硬下疳)
持续不退 4 例疗效观察 杨宏斌 才旭光 张伊平(416)
- F19 尖锐湿疣特殊临床表现
附二例巨大型尖锐湿疣 白迎堂(417)

•其他•

- J1 腹膜后经路高位结扎精索静脉曲张(附 32 例) 彭文标(419)
- J2 活血化瘀行气止痛治疗非感染性睾丸附睾炎 334 例 江天辉(420)
- J3 输精管结扎并发阴囊血肿 6 例分析 李宝春(421)
- J4 男科临床应用精神全息心理分析法的体会 苏华(422)
- J5 中西医结合治疗急性附睾炎 43 例 陈杰生 庄长明(424)
- J6 中西医治疗血精症 138 例临床观察 汤清明(425)
- J7 生殖系统多元瘤一例 胡言语 张旭 许志宏(427)

J8	重复尿道 3 例报告(附文献复习).....	翟芳同 张敏建(428)
J9	中老年男子雄激素部分缺乏与中药可能 干预途径的探讨	曾金雄 戴西湖(429)
J10	二至地黄汤治疗血精症体会	何映(434)
J11	辨病与辨证相结合治疗中老年男性部分 性雄激素缺乏综合征的体会	邓永诚 董丽军(436)
J12	广州地区 344 例男性婚前医学检查疾病分析	于扬 马宏民 陈亚娜等(437)
J13	术尔泰洗液治疗阴茎头包皮炎临床报告	张春影 王晓东 袁谭等(439)
J14	中西医结合治疗三例单一性激素缺乏体会	杨亚生(440)
J15	隐睾并尿道下裂的真两性畸形的诊疗	陈实新 周中泉 邢金春等(441)
J16	加味水牛角汤治疗慢性精囊炎 60 例临床体会.....	徐其龙(442)
J17	In Vance 悬吊术治疗男性压力性尿失禁儿 一例报告并文献复习	胡卫列 何恢绪 曹启友等(443)
J18	逍遥散的临床应用	王兴楷(445)
J19	恋母心理分析	梁学强(446)
J20	祛瘀八法治疗精索静脉曲张	皇甫予苏(447)
J21	252 例 STD 实验室及门诊监测浅析	欧东文(448)
J22	B 超引导下穿刺前列腺脓肿 6 例诊治体会	谢东武 朱伟 陈永华等(450)
J23	加味消毒饮内服及仙人掌外敷 治疗腮腺炎性睾丸炎 30 例	郑文通(451)
J24	腹腔镜与腹膜后小切口精索静脉高位结扎 术的疗效比较	徐友明 陈久顺 余建华等(451)
J25	耻骨上前列腺切除术排尿困难的原因分析	武新春(452)
J26	包皮环切术缝合方法的改进	张兰荪(454)
J27	汉族未婚男青年生殖发育及健康情况调查	孙德宏 宋荣恩 秦治轩(454)
J28	清精汤治疗精道感染 57 例疗效观察.....	施云 杨国芳(456)
J29	男性输精管结扎综合征治验	吴丕中(457)
J30	略论中医男科学的治疗方法	常德贵(457)
J31	隐睾并尿道下裂的真两性畸形的诊疗	陈实新 周中泉 邢金春等(466)
J32	仙方活命饮加减辅助西药治疗急性附睾炎 42 例.....	孙自学(466)
J33	中药口服骶管封闭治疗青少年尿床症 11 例.....	刘宣丽 牛学渊(468)
J34	中西医结合治疗男性细菌性尿道病	朱成彬 李祥光 冯仰梁(469)
J35	微量元素与生殖健康	(471)
J36	不明原因血精的治疗	胡卫列(472)
J37	精血症辩证论治 32 例疗效观察.....	裴业民(472)
J38	青少年小阴茎小睾丸症的临床研究	王武生 刘强 何辉等(474)
J39	睾丸扭转 21 例诊治体会.....	高伯生 张卫 王建民等(475)

A1 从中西医结合理论再谈 BPH 的发病和治疗

中国中医研究院广安门医院(100053) 贾金铭

一、从中西医结合理论角度看待 BPH 的发病

前列腺增生症发病的先决条件是年龄的增大和具有正常功能的睾丸。年龄增大就意味着衰老,所以有人认为 BPH 是机体衰老在前列腺上的表现。研究发现,前列腺衰老上皮细胞的比例随年龄增加而增多。近年又发现,BPE 和 BPH 组织中有一种新的与增生病变显正相关的蛋白质。已知 cyclin 与泌尿生殖系统多种增殖性肿瘤的发病有关。

前列腺增生是一个渐进性过程,B 超检查发现前列腺内腺的发生即为前列腺增生的具体组织表现。临床上 30~40 岁时内腺即开始出现,并逐渐增大,压迫尿道,产生前列腺症状。

前列腺组织的衰老是整体衰老的一部分,这在预防和治疗上是应加以注意的,但又有其特殊性,是与其组织结构和功能有关。

前列腺增生症根据其排尿困难等主要症状,而归属中医癃闭范畴,最初认为肾亏所致,肾虚引起膀胱气化不利,后世将引起膀胱气化的多种因素如下焦湿热,中气下陷,尿路瘀阻等都认为是引起癃闭的病因。近代因发现 BPH 是由于前列腺体积增大的结果,而中医又没有前列腺这个名称,就笼统将之称为精室,而有人将癃闭又改称为精癃。

中医理论认为男人六八,开始肾虚,是和当今的 BPH 发病特别相近。中医的肾并非排尿和调节血压和血红蛋白生长调节的西医的肾,它包括了间脑、下丘脑、肾上腺、甲状腺和睾丸(附睾)等多个内分泌轴。

中医的气虚主要就是一个功能低下的表现,如肾气虚就是肾的功能开始低下,脾气虚就是水液、谷物消化输布功能开始低下,所以,BPH 的发病就是与肾气虚有关,这里的间脑、垂脑、睾丸性腺轴的功能改变,可能是以睾丸开始的,这可能是末梢动脉的硬化、供血不足的结果之一。虽然中老年血 T 并不一定都是下降,但游离 T 的水平下降是比较常见的。前列腺组织中 5 α 还原酶的浓度随年龄而增加的事实已为世人公认,但原因并不完全清楚。哺乳动物中,犬和人最为明显,是否有动物种属的差异,也是可能的。广安门医院男科用犬研究发现,2 岁以下的犬和 8 岁以上的犬的前列腺组织中 5 α 还原酶的含量相差一倍以上,并主要存在于线粒体中。睾丸随年龄增加其释放 T 的脉冲式波型释放,变为相对平稳的低水平波释放,可能与睾丸间质细胞(leydy cell)、支持细胞(sertol cell)和管周细胞(peritubular cell)功能退化,受体减少有关。因为有实验证实,年龄增加,超氧化歧化酶产生减少,自由基堆积,不仅使局部组织功能低下,结构也会相应改变,睾酮的分泌不仅受 LH 的调节,也受 FSH 及支持细胞产生的抑制素的调节。部分中老年表现出的雄激素缺乏

症,严重者都有游离 T 的下降,这可能就是肾气虚的原因之一。年龄的增加是发病条件之一,上述原因给予了我们一定的解释和启示。

BPH 既然发病在前列腺上,前列腺本身的原因不容忽视。前列腺地处三角地带,尿液、精液、消化道等多种排泄物都从中直接或擦肩而过。久坐的压迫、饮酒、性冲动引起的充血,要伴其一生。细菌感染自不必说,尿和精液中含有的多种生物活性物质的刺激,过分用力排尿和频繁射精对尿道产生的巨大压力,都对尿道周围组织产生损伤,有损伤就有组织间液的产生,修复等一系列过程。其中多种生长因子的出现就是不可避免的了,所以前列腺增生,往往首发于尿道粘膜下的移行带,这与之处于精阜前后,排尿和射精时压力增高,受压最重不无关系。中医理论中有房室不节,瘀血败精为引起癃闭的主要原因之一是不无道理的。临床也发现以动物蛋白为主饮食、身体健壮、矮胖、红光满面、谢顶、头面多油、性生活频繁者好发 BPH,同时性刺激本身也会刺激性激素的分泌,如临床上可见性生活后胡须就生长快。此外,为提高性功能而过分使用壮阳药者前列腺体积也会生长加快,也证明这一道理。因为这都与对睾丸功能的活跃激动分不开。当然这都必须是在有正常功能的睾丸为前提才有可能发生的。而太监不发生 BPH,睾丸切除可使前列腺体积缩小,已是不争的事实。所以有功能的睾丸是发病的原因之一。

二、从中西医结合理论角度看 BPH 的治疗

BPH 在治疗上的中西医结合,主要是对病机的分析和辨证施治的把握上。人进入老年,多种脏器功能下降是不可避免的。肺气虚、脾气虚、心气虚、肝气郁结就决定了其血运不畅,肺朝百脉,脾统血,肝藏血,心不仅仅推动、输送血液,还与心主神明,与情绪波动有关。从舌、脉看,老人大都有血瘀表现。从血流变学、微循环观察看,血瘀的表现也是常见的,所以益气活血是治疗 BPH 的大法是不容怀疑的。兼有泌尿系感染,出现下焦湿热之证的人是少数,即使有,也是某一阶段的症候,而贯穿 BPH 始终的还是一个气虚血瘀。临床上用此为大法治疗每每取得好效果也就是必然的事了。当然这里要包括补肾气的药,以鼓动膀胱气化,调节逼尿肌功能。从前述中不难找到理论根据。

前列腺组织中充满了大量的 $\alpha 1$ 受体,阻断 $\alpha 1$ 受体特别是 $\alpha 1A$ 可使前列腺平滑肌放松,后尿道压力下降。而膀胱逼尿肌中 $\alpha 1D$ 较多,而出现不稳定膀胱,阻滞之就能缓解尿频等状态,具有松弛平滑肌张力,特别是通过阻断 $\alpha 1$ 受体的药理作用者,对此都有效。黄柏、黄连等都有大量小檗碱,具有 α 受体阻滞作用,有扩血管、改善血运的作用。原本用来治疗尿路感染、下焦湿热的药物,今天更多的是用于治疗心脑血管疾病。临床上发现,这些药物对前列腺炎和前列腺增生也有效果,原因就可能是能降低后尿道压力,使排尿通畅。

破气破血、软坚散结的药物,目前大量用于治疗肿瘤。生苡仁、莪术就是很好的例子。相关药理研究发现,这些药物有影响多种生长因子的表达和促使细胞凋亡的作用。我院对益气活血为主的中药消癃通闭的药理研究中发现该药有阻滞 5α 还原酶的作用,尤其对 II 型 5α 还原酶的阻滞作用更为有效。此外,山甲、皂刺、山慈姑、浙贝、麦冬等用于治疗 BPH 的报告也较多。这些药用于治

疗 5 α 还原酶偏高的妇科多囊卵巢综合征(pcos)、多毛症和痤疮的报告也不少,其药理作用有待深入研究。

BPH 引起排尿困难原因是多方面的,5 α 还原酶抑制剂可以使其体积变小,但应用 6 年以上的 PLESS 研究也只是使其体积缩小 24%, α 1 受体激动引起前列腺部张力增加也只是其全部压力的 40%,其他如内皮素和 NO 对前列腺部尿道压力的影响,还没有深入研究,更无可应用于临床的药物。

中医中药治疗 BPH 是复方治疗,作用是多环节、多靶点、多层面的,同时还有对整体功能状态的调节,其药理作用单一环节可能较小,但多个环节的综合作用可能就不一定是 1 + 1 = 2 的结果,这种近于食疗和药疗的作用特点就决定了对中医药研究的独特性,也是中医药治疗疾病的特色所在。

三、中医治疗前列腺增生症的适应症、治疗范围

(一)没有明显手术指征的单纯性前列腺增生症患者

即:没有明显大量的残余尿;

没有膀胱结石、憩室等合并症;

没有反复感染,难以控制;

没有肉眼血尿反复发作;

肾功能正常,生活质量不受影响。

治疗目的:(1)改善症状

(2)控制前列腺体积增大和排尿困难,症状的发展加重,使增生活跃,病情进展快的患者,经过治疗进入并稳定在相对静止期。

(3)保护、预防逼尿肌病变,维护其功能状态。

(二)不能承受麻醉和手术打击的 BPH 患者

体弱多病,年龄过大,尤其是合并心脑血管疾病,肺功能差。

治疗目的:(1)改善排尿功能,保护肾功能;

(2)改善生活质量;

(3)延长寿命。

(三)配合手术,减小手术打击,提高手术效果,减少手术出血术后感染,尿失禁,肾功能改变,射精异常,改善生活质量。

四、中医药治疗效果

中药治疗前列腺增生症:

1、改善排尿困难症状,I - PSS 评分

2、减少夜尿次数

3、提高最大尿流率

4、部分缩小前列腺体积

相关中药治疗前列腺增生症的机理研究显示:益气活血中药显示: $\alpha 1$ 受体阻断的作用,从而改善动力性排尿症状,以降低尿道压力和排尿阻力;使 NO 合酶神经增多,改善排尿困难;抑制 5α -还原酶活性,抑制 b-FGF 生长因子的表达,促进前列腺上皮细胞凋亡,从而改善静力性排尿困难,以缩小前列腺体积,改善逼尿肌功能状态,改善排尿困难症状。与目前国际常用的保列治、高特灵相比,有殊途同归的功效。同时副作用相对较少。

A2 非淋菌性尿道炎的研究概况

南京军区南京总医院 黄宇烽

非淋菌性尿道炎(nongonococcalurethritis, NGU)为常见性传播疾病,在欧美国家的发病率已经超过了淋病,近年来的发病率呈上升趋势,占我国性病总数的第三位,仅次于淋病和尖锐湿疣。NGU 及其并发症,如附睾炎、盆腔炎、不孕不育等对人们的健康构成了严重的威胁,而且在促进 HIV 感染传播中的作用也十分引人注目。NGU 的诊断主要根据临床表现和实验室检查并结合病史来综合分析。近年来,随着细胞分子生物学技术、免疫学技术、计算机技术等迅速发展,对 NGU 的实验室诊断手段也日新月异,新的诊断技术,如荧光定量 PCR 技术、LCR 技术、核酸分子杂交、DNA 芯片技术等,使我们对 NGU 的病原学认识更加深刻,亦为 NGU 的诊断和治疗打开了新的一页。

1. NGU 的概念

NGU 是指淋球菌以外的其他病原体感染而引起的尿道炎,又称非特异性尿道炎。由于女性患病时不仅有尿道的炎症,而且患有子宫颈炎等生殖道炎症,因此也称之为非特异性生殖道感染(non-specificgenitalinfection, NSGI)。通常 NGU 的概念包括男性的非淋菌性尿道炎和淋病后尿道炎以及女性的非淋菌性尿道炎和非淋菌性宫颈炎,是一种广义的概念。

2. NGU 的病因

NGU 的病因非常复杂。2002 年英国泌尿生殖医学学会(AGUM)修订的《非淋菌性尿道炎的诊疗规范》中的“病原学”部分指出:沙眼衣原体是 NGU 最常见的病原体,NGU 中 30-50% 的病例由沙眼衣原体(*Chlamydia trachomatis*, Ct)引起,各有 10-20% 的病例分别由解脲支原体(*Ureaplasma urealyticum*, Uu)和生殖支原体(*Mycoplasma genitalium*, Mg)引起,约 1-17% 的病例由阴道毛滴虫(*Trichomonas vaginalis*)引起,还有小于 10% 的病例与脑膜炎球菌(*N. meningitidis*)、单纯疱疹病毒(*Herpes simplex virus*)、白色念珠菌(*Candida albicans*)、细菌性尿路感染、尿道狭窄以及细菌性阴道病等有关。约有 20-30% 的 NGU 男性病人(无症状 NGU)无可见分泌物,亦检测不到上述病原

体,其病原体可能与症状性 NGU 有所不同。另外,男性 NGU 病人的病原体会通过性接触引起性伴的泌尿生殖道感染,特别是盆腔炎(PID)。可见,NGU 的主要病原体是 Ct,而非 Ct 感染 NGU (NCNGU)的病原体尚不明确。

最近,研究表明,Mg 是 NGU 的病原体之一,而且有充分的证据表明,Mg 与急性 NGU 有关,并可能与某些慢性 NGU 相关。Mg 在女性泌尿生殖系统感染性疾病中的作用仍需要进一步研究。

阴道毛滴虫也可引起男性滴虫性疾病(包括尿道炎、前列腺炎等,甚至造成不育),这虽然早在 70 年代初期就成为不争的事实,但至今尚未引起足够的重视。Joyner 等提出阴道毛滴虫病是导致性活跃男性泌尿生殖系统症状的重要因素,性传播疾病临床就诊的男性中,阴道毛滴虫病与非淋菌性尿道炎密切相关,在 30 岁以上男性中尤其如此,发现在 214 例病人中可诊断出 5.1% 的阴道毛滴虫病病人,这比淋病发病率(2.8%)、衣原体感染率(3.3%)均高得多。此外,阴道毛滴虫病所致尿道炎的症状持续时间平均 14d,比衣原体感染病程(平均 7d)或淋病病程(平均 3d)均长。从各种不同的诊断及不同人群的病人中得到的资料表明,阴道毛滴虫病在性病门诊的男性中有高流行趋势。

3. NGU 的临床表现

NGU 男性病人常有尿痛或尿道分泌物。尿痛的程度比淋病轻,有时仅表现为尿道的刺痛和刺痒。尿道分泌物常为浆液性或粘液脓性,较稀薄,量也较少。NGU 女性病人有尿急、尿痛等尿道炎症状,但主要为宫颈内膜炎,表现为宫颈充血、水肿、触之易出血、黄色粘液脓性分泌物增多以及下腹部不适等症状,但也有相当数量的病人症状轻微或无任何临床症状。NGU 潜伏期长短不一,可由数日至数月,平均为 1~3 周,而淋病的潜伏期为 3~5 天,所以临床上常见到淋病治好后 NGU 症状出现的病例。据报道,约有 19%~48% 的淋病病人可同时合并 NGU。

4. NGU 的实验室诊断

随着许多新病原体的发现、抗生素的滥用以及耐药菌株的出现,NGU 的诊断和治疗越来越困难,误诊现象时有发生,引起了世界各国学者的广泛关注并进行了大量研究。本文将重点阐述 NGU 的实验室诊断方面的研究进展。

2000 年 8 月我国《最新部颁性病诊疗规范和性病治疗推荐方案》中关于非淋菌性尿道炎(粘液脓性宫颈炎)的实验室检查规定:用涂片、培养检查无淋病奈瑟菌的证据,男性尿道分泌物革兰染色涂片检查可见多形核白细胞,油镜(1000×)下平均每视野 ≥ 5 个为阳性;晨起首次尿或排尿间隔 3~4 小时的尿液(前段尿 15ml)沉渣在高倍镜(400×)视野下,平均每视野 ≥ 15 个多形核白细胞有诊断意义;或者男性病人 < 60 岁,无肾脏疾病或膀胱感染、无前列腺炎或尿路机械损伤,但尿白细胞酯酶试验阳性者也可诊断为 NGU;女性宫颈粘液脓性分泌物,黄色,在油镜(1000×)下平均每视野多形核白细胞 > 10 个有诊断意义(但应除外滴虫感染)。临床实验室诊断中只需见到有炎症细胞(多形核白细胞)并排除淋球菌感染即可作出诊断。但最终的确证可通过其他实验室诊断手段证明有 Ct、Uu 或其他致病病原体的存在。值得注意的是,在一些 NGU 病人,尽管其尿道拭子涂

片中每个 $1000\times$ 视野的多形核白细胞平均不足 5 个,但仍能检出沙眼衣原体。因此对这类病人需要结合病史和临床症状作综合考虑。

4.1 沙眼衣原体(Ct)感染的实验室诊断

4.1.1 细胞培养法:

标本可采用宫颈分泌物、尿液或感染的活体组织,McCoy 或 HeLa229、BHK-21 细胞最适于培养 Ct,用荧光标记单克隆抗体结合后观察胞浆内的 Ct 包涵体。培养法是确诊 CT 感染的“金标准”,但其灵敏度受许多条件影响,技术要求高,而且费时,操作不方便,近年来已逐渐被非培养方法所代替。

4.1.2 免疫学方法:

直接荧光抗体试验(DFA)是利用荧光标记的单克隆抗体检测标本中有无 Ct 抗原,采用与 15 种 Ct 血清型反应的外膜蛋白特异性单克隆抗体和 Ct 抗原反应后荧光显微镜观察。该方法的特点是:(1)敏感性较高:Thomas 等用不同方法测定宫颈拭子标本中的 Ct,酶联免疫法(EIA)可检出稀释至 $10^{-5}\sim 10^{-6}$,而 DFA 对稀释至 10^{-8} 后仍可阳性;(2)适用于各种类型的标本,可作为其他方法的确证试验;(3)需要操作娴熟且不能用于大量标本的检测;(4)非典型 Ct 的判断存在检验者的主观因素,且对女性病人阳性率较低,可能是由于宫颈拭子混有粘液、细菌和鳞状上皮细胞,柱状上皮细胞较少,涂片中病原体较少的缘故。它最适宜用来检测沙眼衣原体感染高发人群(如性病门诊病人)。EIA 是应用酶标抗体检测标本中有无 Ct 抗原,该方法特异性较高,而且操作简便,易于在临床实验室开展,但敏感性稍差。

全自动快速免疫诊断法(VidasCHL)是一种检测 Ct 抗原的自动酶联免疫荧光试验,它以酶联免疫荧光技术为检测原理,把 EIA 与荧光检测技术结合起来,灵敏度达到放免水平,因而具有高度敏感性。VidasCHL 反应在固相容器中自动进行,排除了污染可能。另外,阳性或可疑阳性的 CHL 标本可用阻抑试验证实,因此该法特异性也较高,用来检测大量标本时非常方便。

为了满足临床快速诊断 Ct 的需求,近年来又发展了胶体金免疫扩散试验。在塑板的“样本窗”加样,通过毛细作用渗入“结果窗”,如为阳性则见细线形成。此法的优点是简易、方便、快速,尤其适用于基层单位。缺点是标本中需要足够数量的沙眼衣原体抗原。主要推荐用于诊断女性生殖道沙眼衣原体感染。

上述方法都是通过测定 Ct 病原体的抗原来检查 Ct 的感染,而近年来研究表明,由 Ct 感染导致的盆腔炎、异位妊娠及输卵管性不育症病人血清中,热休克蛋白 60(HSP60)抗体阳性率非常高。由于 Ct 的 HSP60 与人 HSP60 有 50% 的同源性,HSP60 可作为重要的免疫靶,介导慢性炎症性免疫病理过程。因此,检测 HSP60 抗体可以作为 Ct 感染的慢性发展指标。

4.1.3 分子生物学方法:

在敏感性、特异性以及对标本的要求等方面,分子生物学方法均优于其它检测方法,目前认为,核酸扩增技术(NAAT)是检测 Ct 感染最理想的检测方法。基因探针(GP)检测法是用标记的单链 DNA 探针与 Ct 的 DNA 或 RNA 杂交,通过检测标记物获得结果,目前多采用地高辛、生物素

等非放射性标记。研究表明,作为一种临床检验方法,GP 检测法仍无法与 PCR 的速度相比,但比 PCR 方法直观、可信度高、假阳性率低,且可将多份标本点在同一张硝酸纤维素膜上同时进行探针杂交,进行临床标本的批量检测有利于质控。近年来采用的增强化学发光探针实验(PACE)提高了检测的敏感性。聚合酶链反应(PCR)方法检测 Ct 快速、简便、高度敏感和特异。PCR 扩增 Ct 的靶序列有 3 种:主要外膜蛋白(MOMP)基因、隐蔽性质粒基因及 rRNA 基因。近年来,应用 PCR 技术检测 Ct 在许多方面取得了长足的进步:(1)标本抑制的消除:Mahony 等发现,女性标本中的 β -HCG、晶体、血红蛋白以及细菌的存在会抑制 PCR 反应,而男性长时间不排尿后的首次尿(FCU)标本的 PCR 抑制率为 0,所以 FCU 可作为无症状男性 Ct 感染最合适的标本。许多方法可以解除 PCR 抑制,包括标本稀释、提纯、冻融、保存过夜、加入特殊物质以及引入内参照(IC)等。PCR 检测前 1 天处理标本而后在 4℃ 保存过夜可以使 PCR 抑制率低于 3%。Airell 等发现用宫颈拭子取样后以尿液作运送液用于 PCR 检测,敏感性及特异性均优于单独尿液 PCR。(2)混合标本(Pooling)PCR:最近,欧美等国相继实施了全国性 Ct 感染的筛查计划,在感染流行率较低的无症状携带者中筛查 Ct 感染时,每份标本单独行 PCR 因检出率较低而浪费资源,混合标本 PCR 恰好解决了这一问题。其原理是将处理后的标本数份混合,作为一检测单位,进行 PCR 检测。若反应阳性,再分别检测该单位中每份标本。Morre 等的一项研究显示,新鲜尿标本分别以 5 份和 10 份混合为 1 单位,在 Ct 流行率为 4% 的人群中作 PCR 筛查时,与每份标本单独作 PCR 比较,5 份混合的敏感性和特异性均为 100%,节约费用率为 61.9%;10 份混合的敏感性和特异性分别为 96.1% 和 100%,节约费用率为 90%。它的不足之处在于,原本弱阳性标本因为稀释可能呈现假阴性,使检测的敏感性有所降低。

近来,荧光定量 PCR(FQ-PCR)技术在基因诊断中得到广泛应用。FQ-PCR 的发展极大地克服了常规 PCR 只能定性的局限性,大大提高了检测结果的临床诊断和监测意义。它采用完全闭管检测,不需要 PCR 后处理,这样避免了交叉污染;同时采用实时动态检测,根据实时动态监测到的光谱变化对样品靶序列进行定量,且准确性极高。目前 FQ-PCR 用于 Ct 感染的检测已经成为基因诊断实验室常规项目之一。

1993 年,Oille 等首先应用连接酶链反应(LCR)检测 Ct 的感染,LCR 技术要求有两对引物及 DNA 聚合酶和热稳定 DNA 连接酶参与反应。LCR 技术的优点在于:(1)敏感性及特异性均高于其他方法;(2)适用的标本很多:对女性宫颈拭子、男性尿道拭子、晨尿等,LCR 技术均可检测出 CtDNA,尤其是可从尿标本中检测出衣原体,这一非侵袭无损伤性的诊断方法使得对无症状人群进行普查成为可能,且易于接受,这对于女性尤为重要,因为 Ct 不仅出现在 NGU 患者的尿中,对子宫颈感染及其由宫颈感染的分泌物继发引起的阴道感染,Ct 同样会在尿中出现,这一成就代表着衣原体诊断的一大飞跃;(3)LCR 技术检测时间更短;(3)LCR 技术亦存在一定的标本抑制,但其抑制率比 PCR 技术显著降低。

NAAT 检测 Ct 感染的其他方法还有巢式 PCR、多重 PCR、Q- β 复制酶试验、限制性片段长度多态法(RFLP)等。