

术后血精案

王伟明 王 磊 彭建中

(北京中医药大学, 北京, 100029)

关键词 术后; 血精; 医案**中图分类号**: R243; R256. 5 **文献标识码**: B**doi**: 10. 3969/j. issn. 1673 - 7202. 2014. 01. 023

某, 男, 22 岁, 家住甘肃省。主因“术后血精 3 月”, 于 2011 年 3 月 29 日就诊。2010 年 12 月患者因会阴骑跨伤导致会阴部肿痛, 行走困难, 尿道外口渗血, 排尿困难, 入院予以诊断性导尿失败, 诊断为: “后尿道断裂”。后在该院连续硬膜外麻醉下行尿道会师术, 术后留置导尿管和膀胱造瘘管, 以常规补液、抗炎、止痛治疗 2 周出院, 后依次拔出造瘘管和导尿管, 患者小便通畅, 2011 年 1 月开始出现血精, 伴有小腹、会阴部胀痛不适。2011 年 1 月 20 日精液常规(取精方式: 取精器): 精液量 2.0 mL, 液化时间 40 min, pH 值 7.6, 精子存活率 0.3035, 精子畸形率 0.284, 精液红细胞 2~3, 精液白细胞满视野, a 级精子百分率 5.28%, b 级精子百分率 17.43%。精液细菌培养: 未见致病菌。前列腺液常规未见异常。前列腺液细菌培养: 未见致病菌。双侧睾丸 B 超: 右侧阴囊壁上强回声结节, 考虑钙化灶。双侧睾丸、附睾未见异常。鞘膜腔未见异常积液。前列腺 B 超示前列腺基底部近中线处可见一管状结构, 长径约 10 mm, 边界清楚; 超声诊断为前列腺苗勒氏管囊肿。双肾、输尿管、膀胱、精囊 B 超无特殊提示。尿流率测定中各数值未见异常。西医诊断: 1. 尿道会师术后精囊炎; 2. 前列腺苗勒氏管囊肿。予以金水宝胶囊、前列康等中西药治疗近 2 月后小腹及会阴部不适感未见改善, 血精多次出现。刻下症见: 血精 4 次/月, 小腹、会阴部成胀痛, 身疲乏力, 腰酸畏寒, 白天小便量约 1 500~2 000 mL, 色黄, 夜尿 0~1 次/晚, 大便溏, 纳食正常。患者精神萎靡, 形体瘦弱, 舌暗红苔薄黄, 脉沉弱。2011 年 3 月 20 日精液常规(取精方式: 取精器): 精液量 2.0 mL, 液化时间 40 min, pH 值 7.6, 精子存活率 20.36%, 精子畸形率 25.10%, 精液红细胞 0~2, 精液白细胞满视野, a 级精子百分率 3.31%, b 级精子百分率 13.60%。精液细菌培养: 未见致病菌。西医诊断: 1. 尿道会师术后精囊炎; 2. 前列腺苗勒氏管囊肿。中医诊断: 血精。辨

证为血瘀热盛, 元气亏虚。治则: 凉血化瘀, 益气培元。处方: 生地榆 10 g, 赤芍 10 g, 丹参 10 g, 茜草 10 g, 白花蛇舌草 30 g, 红藤 30 g, 蒲公英 30 g, 败酱草 30 g, 马鞭草 30 g, 生黄芪 30 g, 淫羊藿 30 g, 蛇床子 10 g, 焦山楂 10 g, 焦神曲 10 g, 焦麦芽 10 g, 炒薏苡仁 30 g。30 剂水煎服, 1 剂/d, 分 3 次口服。

2011 年 5 月 20 日二诊。服药后血精于 4 月出现 1 次, 之后一直未作, 乏力、畏寒较前大为改善, 小腹、会阴胀痛明显减轻, 小便阻塞感, 腰部酸痛, 白天小便量 2 000~2 500 mL, 色清, 夜尿 0~1 次/晚, 大便正常, 纳食可, 舌红苔薄白, 脉沉弱略弦。2010 年 5 月 11 日精液常规(取精方式: 取精器): 精液量 1.5 mL, 液化时间 14 min, pH 值 7.6, 精子存活率 80.95%, 精子畸形率 14.3%, 精液红细胞 0, 精液白细胞 +, a 级精子百分率 31.75%, b 级精子百分率 30.16%。上方减炒苡米、焦山楂、焦神曲、焦麦芽, 加川牛膝 10 g、生杜仲 30 g、续断 10 g、桑寄生 30 g。30 剂水煎服, 1 剂/d, 分 3 次口服。

2011 年 6 月 28 日三诊。服药后血精未作, 小腹、会阴胀满已消, 排尿通畅, 白天小便量 2 000~2 500 mL, 色清, 夜尿 0~1 次/晚, 精力渐增, 未见腰部酸痛。夜寐多梦, 纳眠可, 大便稍干。舌尖与舌边红, 苔薄黄, 脉弦略数。二诊方减生黄芪、生杜仲、续断、桑寄生, 加柴胡 6 g、黄芩 10 g、川楝子 10 g、野菊花 10 g。30 剂水煎服, 1 剂/d, 分 3 次口服。随访 5 个月, 患者血精一直未作, 小便正常, 小腹、会阴部无不适。

按: 中医学对血精的认识古已有之, 对血精病机的认识多从虚实两端考虑, 并且认为血精虚证多属肾虚不藏, 血精实证多属火郁下焦。如《诸病源候论》认为: “……虚劳则生七伤六极, 气血俱损, 肾家偏虚, 不能藏精, 故精血俱出也。”《名医指掌》则认为: “夫赤白二浊, 其色虽殊, 总归于火, 火郁下焦, 精化不清, 故有赤白。”现代文献认为血精的病机常见有热入精室、迫血妄行, 瘀血阻络、血不归经和阴虚火旺、络伤血溢^[1-2], 该患者在尿道会师术后出现血精等异常症状和体征, 术后血瘀当是首要病因。术后瘀血积于经隧, 败精阻于孔窍, 新血虽生然血不归络, 可有血随精下;

瘀血积滞日久化热,热盛摇精动血,新精藏泄无权,亦可见精随血出。同时,术后血瘀于内、气血不生,加之术中伤阴蚀气、耗伤真元,故可见精神萎靡、身疲乏力、腰酸畏寒、脉沉弱。因此,治疗时当以凉血化瘀、益气培元为大法。药用生地榆、赤芍、丹参、茜草凉血化瘀;以白花蛇舌草、红藤、蒲公英、败酱草清热解毒;以淫羊藿、蛇床子温肾助阳以资先天,以生黄芪益气健脾以补后天,如此先后天相生则阴精长养无穷;以炒苡米五谷之养健脾和胃,以焦山楂、焦神曲、焦麦芽化滞之品开胃运脾,另可用其顾护中焦,防寒凉之药伤及清阳之气。二诊时患者血精症状大为改善,诸症减轻,精液常规基本恢复正常,因腰部酸痛,小便阻塞感,故减炒薏苡仁、焦山楂、焦神曲、焦麦芽,加生杜仲、续断、桑寄生强腰固肾,川牛膝利水通窍。三诊时患者血精未作,因夜寐梦多,脉弦略数,遂减生黄芪、生杜仲、续断、桑寄生,加柴胡、黄芩、川楝子、野菊花清肝泄热,防余热复炽。

讨论:年龄40岁以下的血精患者最常见病因是炎症反应,前列腺、精囊良性病变,罕为创伤和医源性损伤所致^[3]。尿道会师术后并发症主要是尿失禁、尿道狭窄、阴茎勃起功能障碍等^[4],血精性精囊炎少见。另外,以“血精”“尿道会师术后”和“中医药”为关键词检索CNKI,亦未见相关报道。前列腺苗勒氏管囊肿是常见的前列腺内囊性病变,是胚胎发育过程中副中肾管未完全蜕化的残迹^[5]。前列腺苗勒氏管囊肿患者虽可因血精、不育而经经直肠超声(TRUS)得到证实^[6],但囊肿患者一般在30~40岁因下尿路刺激症状获得诊断^[7]。而通常情况下,苗勒氏管囊肿是在前列腺评价时经B超、MRI等影像学检查发现,大小多在10~15 mm左右且一般无临床症状^[8]。该患者于尿道会师术后出现血精、会阴部胀痛不适、精子质量低下,虽前列腺B超提示有前列腺苗勒氏管囊肿。但根据

该患者苗勒氏囊肿大小及患者病史、治疗经过,患者血精原因当为尿道会师术后并发症。该患者在尿道会师术后血精持续3个月,且小腹、会阴部胀痛不适,精液常规显示精子质量低下,血精在影响患者生活质量的同时,对其精液的影响也可能导致患者不育。该病初始治疗期间因无对症西药而经中成药治疗,血精及与之相关症状未见好转,精液质量亦没有改善。后经中医辨证治疗3月,血精未发,诸症消失,精液质量亦基本恢复正常。中医目前对血精的治疗方式常见的是辨证内治,我们亦只通过中医内治法治疗该患者时取得了较好疗效。但近年来,灌肠疗法^[9]、肛门精囊按摩^[10]等外治法已在临床使用,也显示了一定的疗效,今后可考虑使用内外治兼用的方法治疗该病。

参考文献

- [1] 申树林. 血精症病因病机及辨证论治浅析[J]. 陕西中医, 2010(8): 1100-1102.
- [2] 张迅, 刘志飞, 周艳丽, 等. 中医药治疗炎症性血精症的研究进展[J]. 微创医学, 2012, 7(2): 165-168.
- [3] 邢俊平. 现代精囊疾病诊断和治疗[M]. 西安: 世界图书出版公司, 1999: 136.
- [4] 刘屹立, 孙志熙. 尿道会师术325例[J]. 中华泌尿外科杂志, 1998, 19(6): 292-293.
- [5] 王旸, 刘欣, 林倩. 超声引导下无水乙醇硬化治疗伴有射精管梗阻症状的苗勒管囊肿[J]. 中华男科学杂志, 2006, 12(8): 712-716.
- [6] 张舜欣, 唐杰, 王旸, 等. 经直肠超声引导下苗勒氏管囊肿和精囊囊肿抽液治疗[J]. 中国医学影像学技术, 2008, 24(3): 427-429.
- [7] 陈炜, 梅骅, 陈凌武, 等. 苗勒氏管囊肿的诊断与治疗[J]. 中华泌尿外科杂志, 1998, 19(9): 557-559.
- [8] 章建全, 陈晓宇. 前列腺内苗勒氏管囊肿致急性尿潴留一例报告[J]. 第二军医大学学报, 2002, 23(1): 116.
- [9] 刘晶. 血精症中药保留灌肠配合微波热疗疗效观察[J]. 中国医药导报, 2010, 7(27): 52-53.
- [10] 李彦峰, 梁培和, 孙中义, 等. 顽固性血精症的微创诊治技术及其技巧[J]. 重庆医学, 2010, 39(22): 3046-3048.

(2013-03-27 收稿 责任编辑: 王明)

(上接第64页)

穴,具有补中气,健脾胃,调气血的作用。

石学敏院士创立的“活血散风”针刺法为针灸治疗高血压病提供一种简单有效的方法。今后可开展大样本、多中心、随机对照的循证医学研究,为针刺治疗高血压病提供可靠证据。

参考文献

- [1] 卞金玲, 张春红. 石学敏院士针刺手法量学的概念及核心[J]. 中国针灸, 2003, 23(5): 287-289.
- [2] 申鹏飞. 石学敏教授针刺治疗高血压病的临证经验浅析[J]. 天津中医药, 2011, 28(6): 443-444.
- [3] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[S]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.

- [4] 马庆春. 关注血压节律, 平稳降压, 保护靶器官[J]. 中国心血管杂志, 2008, 13(3): 165-166.

- [5] LI YAN, THIJS L, HANSEN T W, et al. prognostic value of the morning blood pressure surge in 5645 subjects from 8 populations[J]. Hypertension, 2010, 55: 1040-1048.
- [6] 雷莹, 于晓玲, 陈杭, 等. 高血压病患者脉压指数与血管内皮功能相关性分析[J]. 中国医科大学学报, 2011, 40(3): 255-261.
- [7] Soylu A, Yazici M, Duzenli M A, Tokac M, Ozdemir K, Gok H. Relation between abnormalities in circadian blood pressure rhythm and target organ damage in normotensives[J]. Circ J, 2009, 73: 899-904.
- [8] 韦汐, 廖虹, 贺平, 等. 夜间动态血压负荷值增高对高血压病的预测意义[J]. 中国慢性病预防与控制, 2011, 19(4): 377-378.
- [9] 殷春, 杜宇征. 针刺人迎穴为主对原发性高血压降压效应观察[J]. 中国针灸, 2012, 32(9): 776-778.

(2013-05-19 收稿 责任编辑: 徐颖)