



由于它们目前均没有较为系统或公认的理论及手术原理,需要手术操作者掌握严格的手术方式指征,对年轻或经验不足的医师来说,可能会带来更多或更严重的术后并发症。该术式对后位、高位偏曲常矫正不足,术后鼻塞等临床症状不消失等,隔鼻中隔严重撕裂、坏死、穿孔、血肿或脓肿形成等。术中鼻腔黏膜损伤较重者易导致术后鼻腔粘连,进而出现鼻塞加重,并发鼻窦炎等等。

三线减张鼻中隔矫正手术有其系统的理论依据,同时有助于对鼻中隔偏曲既往的其他分类如按部位分类、按形态分类、按高低分类的理解和掌握,可指导手术提高临床疗效,减少并发症等^[18]。在鼻内镜下于左鼻前庭皮肤黏膜交界处行“”型切口,且向鼻底延伸,切开黏膜、黏软骨膜,分离切口侧鼻中隔黏软骨膜,充分暴露鼻中隔该侧的3个张力形成核心区域及鼻中隔偏曲的部分,依次于第二、三张力曲线及黏膜切口处切开鼻中隔软骨,并分离对侧黏软骨膜,保留其完整。对于偏曲的骨质部分给予矫正或部分取出,有软骨偏曲者,于软骨凹面作软骨水平或垂直窄条状或楔状小块切除或划痕,以消除中隔软骨偏曲部表面应力。黏膜切口处间断缝合1~2针。除术后常见的因填塞双侧鼻腔的需要而产生的暂时头晕、口干外,目前尚未发现有鼻中隔穿孔、血肿、脓肿、脑脊液鼻漏、软弱随呼吸摆动及外鼻形状易改变、鼻腔粘连等远期并发症发生。

参 考 文 献

[1] 李咸龙,温湘玲.鼻中隔偏曲治疗的沿革和现状[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2004,18(11):701-704.
[2] 宋若会,刘钢,钟彦.改良鼻中隔黏膜下切除术矫正鼻中隔偏曲共200例[J].安徽医学,2007,28:456.
[3] Zielnik-Jurkiewicz B, Olszewska-Sosinska O. The nasal septum deformities in children and adolescents from Warsaw, Poland[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2006, 70(4): 731-736.

[4] Lee HP, Garlapati RR, Chong VFH, et al. Effects of septal perforation on nasal airflow: computer simulation study [J]. J Laryngol Otol, 2010, 124(1): 48-54.
[5] 殷国华,钟笑.保留支架的鼻中隔成形术[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2007,21(4):329-331.
[6] Chung BJ, Batra PS, Citardi MJ, et al. Endoscopic septoplasty: Revisitation of the technique, indications, and outcomes [J]. American Journal of Rhinology, 2007, 21(3): 307-311.
[7] Siegel NS, Gliklich RE, Taghizadeh F, et al. Outcomes of septoplasty [J]. Otolaryngol Head and Neck Surgery, 2000, 122(2): 228-232.
[8] 肖红俊,孔维佳,汪广平等.再次鼻中隔矫正术[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(3):184-186.
[9] Getz AE, Hwang PH. Endoscopic septoplasty [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2008, 16(1): 26-31.
[10] 王荣光.鼻内镜下鼻中隔成形术[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35(6):453.
[11] 冯云海,殷善开,张玉君.鼻内镜下局限性鼻中隔偏曲的微创治疗[J].上海交通大学学报(医学版),2006,26(1):93-95.
[12] 孙肖安,季东.鼻中隔成形术的实践与力学原理探讨[J].耳鼻喉学报,1998,12(3):149.
[13] 黄金中.甲状软骨膜瓣再生软骨的实验观察[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1998,12(6):274.
[14] Cantrell H. Limited septoplasty for endoscopic sinus surgery [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1997, 116(2): 274-277.
[15] 李学佩.鼻中隔成形术(附100例报告)[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1982,17:242.
[16] Van Loosen J, Van Zanten GA, Howard CV, et al. Growth characteristics of the human nasal septum [J]. Rhinology, 1996, 34(2): 78-82.
[17] 韩德民,王彤,臧洪瑞.三线减张鼻中隔矫正手术[J].中国医学文摘耳鼻咽喉科学,2009,24(2):103-105.
[18] 韦岑,黄善坚,潘安妮,等.三线减张鼻中隔成形术48例临床分析[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2011,25(5):64-68.

(收稿日期:2012-01-04 修回日期:2012-03-12)

中医药治疗炎症性血精症的研究进展

张迅 刘志飞 周艳丽 莫婷

(广西医科大学第一附属医院男性科,南宁市 530021)

【关键词】 血精症; 中医药; 炎症; 综述

【中图分类号】 R 697.42 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2012)02-0165-04

中医所说的血精症大多属于西医慢性精囊炎的范畴,目前的西医治疗有抗生素、经尿道输尿管镜下精囊冲洗术、输尿管镜下射精管口电切开术、直肠超声介入精囊穿刺术等,但均有一定的适应证和禁忌证,药物不良反应和术后并发症也不少。而合理地运用中医药治疗炎症性血精症也能避免西医疗法的诸多不良反应,取得满意的疗效,符合微创医学的理念。本文就炎症性血精症的病因病机、

疗效判断标准以及治疗用药作一综述,以期加深对中医药治疗炎症性血精症的认识。

1 血精症之中医范畴的辨识

中医讲究辨证论治,知其证即施其治,这一思维方法执简御繁,能解决很多临床问题。但现代中医学讲究病症结合,同一证型,疾病不同,治疗方法会有所差异。具体到某

些临床表现不但要弄明白其证型,更要知道其归属于中医学中的哪些疾病范畴。从目前公开出版发行的学术期刊及著作来看,炎症性血精症大体隶属于中医“血证”、“虚劳”、“精浊”的范畴。隋代巢元方《诸病源候论·虚劳精血出候》首先指出:“此劳伤肾气故也。肾藏精,精者血之所成也,虚劳则生七伤六极,气血俱损,肾家偏虚,不能藏精,故精血俱出矣”。认为血精症发病是由于劳伤肾气、肾虚精失所藏所致,血精症为“七伤六极”发展的一种严重虚弱的表现形式,旗帜鲜明的提出血精症以肾虚为本,涉及气血,当属于“虚劳”的范畴。受制于当时医学技术的发展,《诸病源候论》从《黄帝内经》藏象学说出发,认为“肾为先天之本”,血精症的出现表明肾气大衰,非极虚不至于此,把血精症看成“虚劳”之症。从目前临床来看,这显然夸大了血精症的病情的严重性,但其开创性地指出血精症肾虚的本质,却对后代医家深入本症的认识提出了指导性的意见,直到目前仍应用其理论指导。如李永生据之创立了加味二至汤治疗血精症^[1]。明代以后医家在总结前人经验的基础上,将本症归属于“赤白浊”范畴,这是一大进步。首先,“赤白浊”有虚有实,不必拘泥于《诸病源候论》认为的血精症纯虚无实。其次,把血精症归属于“赤白浊”,有助于客观评价血精症病情的严重程度。《医宗必读·赤白浊》云:“浊病即为精病,非溺病也……精者血之所化,浊去太多,精化不及,赤未变白,故成赤浊,此虚之甚也。所以少年天癸未至,强力行房,所泄半精半血;少年施泄无度,亦多精血杂出……虚滑者,血不及变,乃为赤浊”,认为血精症的病位在精道,病因为房劳伤肾、精化不及、赤未变白、故成赤浊,仍认为本症为极虚之证,未能摆脱《诸病源候论》认识的束缚。后代医家在长期的临床实践中逐渐完善了浊证的认识,郑武等^[2]运用“浊证”理论在临床中创立血精症辨治六法;张迅等^[3]也认为血精症当属血不化精,混杂而出。清末以后,随着中西医学的交流与融合,唐容川《血证论》的问世,开辟了临床从血证着手认识和治疗疾病的新局面。因血精症表现为射精时或者射精后精液或者尿液混杂血液,与一般出血性疾病类似,故而现在有相当多的临床医生将本症归属于中医“血证”的范畴,采取相应的中医药治疗^[4-6]。这对丰富血精症的治疗做了有益的补充。但把血精症看成一般的血证未免形而上学,而机械地套用血证的药物尤失中医之大旨,不可不慎。

概而言之,血精症虽为精室出血,但与一般的血证不完全一致,属于浊证(精浊)的范畴。临证时,当注意这点,尽量多参照浊证的理论治疗,以提高临床疗效。

2 血精症之病位、病机的探讨

在现代西医解剖学的影响下,现代中医几乎都毫无争议的认为血精症病位在“精室”(主要指精囊腺),并与尿路的病位作出了鉴别。一般认为血精症与足厥阴肝经、足少

阴肾经相关,主张从肝肾论治,虚则补肾,实则泻肝。补肾则以知柏地黄丸加减为主,泻肝则以龙胆泻肝汤加减为主,已成固定不移之大法,验之临床,或效或不效。从经脉走行来看,血精症尚与冲任失调相关,“冲脉起于少腹之内胞中,夹脐左右上行…”,“任脉起于少腹之内,胞室之下,出会阴之分…”。在女性而言,胞即现代医学的子宫,在男性而言,胞当为精囊腺及前列腺,这可以从现代医学男女生殖器衍化的对比关系得以证实。认识到血精症与冲任失调相关,就能借鉴妇科治疗月经及崩漏的知识,丰富临床治疗手段,对一些难治性血精症能提高临床疗效。

把血精症归属于“血证”的学者认为,血精症之成或因为饮食不节、酿湿生热或湿热从尿道外侵,湿热蕴结,或化火成毒,下扰精室,灼伤血络,迫血妄行^[7-10];或因为素体阴虚或劳伤阴虚,阴虚火旺,虚火灼络,络伤血溢^[11];或为外伤或久病入络,瘀血阻络,干扰血之运行通路,血不归经^[12]。也有学者认为血精初期多血热、病久多淤血,主张分期治疗,实际上仍没有超出“火”与“瘀”的范畴。认为血精症归属于“浊证”的学者大体认为,血精症的病因病机也基本上包括以上几点。只是相对于“血证”,“浊证”重在“火”与“瘀”,更强调“虚”。认为虚包括肾阴亏虚^[6,13]、脾肾亏虚、心脾两虚^[14]。张迅等^[3]认为“冲为血海,下注于精室化为精而为肾所藏,肾虚不足,冲脉受损,精化不及,而致精血杂出,血精症病机为肾虚精化不及”。主张血精症不但有阴虚火旺,更有肾阳不足,无以化血为精。盖肾为水脏,阴中有阳,阳中有阴。认识到这一点,对血精症,尤其是难治的血精症的治疗,实为一大进步,发前人所未发。

故此,血精症病位在精室,与冲任二脉相关,病机以肾虚为本,湿热毒瘀为标,肾虚、湿热、湿毒、淤血可以单独致病,也可合并致病,但以合并致病多见,形成虚实夹杂病情。

3 疗效标准有待规范和统一

血精症的临床表现为射精时或者射精后精液或者尿液混杂血液,且具有反复发作性,大多无其他明显症状和体征,影像学表现也不是特别明显。因此应该采用类似于评价疼痛的视觉模拟评分一样的量化指标来评价血精症的严重程度及药物疗效。遗憾的是,由于国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》中有关血精症的疗效标准缺乏全面的、量化的描述,故不适用于临床,造成之后的疗效标准的混乱。目前为止,尚无全面的、客观的、可以量化的疗效判断标准。大多数学者以血精的消失程度、复发情况自行拟定^[15]。有学者直接以减少多少红细胞作为疗效判断依据^[12],而无血精的复发情况。也有一些学者从症状、体征、影像学表现等多维角度评价血精的治疗效果^[16,17]。这些不统一的疗效判断标准得出的临床数据,缺乏对比性,严重地影响了中医学血精症的临床交流及发展。必须指出的是,就如评价镇痛药物的疗效,只需要看其镇痛

效果而不需要考虑药物对原发疾病的影响一样,评价药物治疗血精症的疗效就是看血精的消退情况,过多地牵涉其他临床症状、体征或者影像学表现既不符合客观临床,也容易干扰药物的真正疗效判断。因此,应该从血精的消退以及生活质量的改善情况两个维度来评价药物治疗血精症的疗效。同样地血精的严重程度也应该从这两个维度去评价。应该设计类似于评价ED(勃起功能障碍)的IIEF(国际勃起功能问卷)量表一样,从血精的减少情况、复发情况以及生活质量的改善情况等维度,设计统一的临床问卷,这样有助于客观评价药物治疗血精症的疗效。

4 血精症的辨证用药

根据血精症的病因和病机,临床治疗或以补虚为主,补虚包括补肾滋阴、阴阳并补、补肾健脾等;或以泻实为主,泻实包括清热利湿、清热解毒、活血化瘀等;或攻补兼施,依据病情灵活运用,并且都可根据病情加入一些止血药物,以提高临床疗效。

4.1 湿热蕴结,下扰精室 本证如由于饮食不节,饥饱无常,嗜食肥甘厚味、辛辣刺激、醇酒奶酪,酿湿生热;或由于房事不洁,湿热从尿道口入侵;或恚怒忧思,肝气不畅,肝失调达,气郁化火,横犯脾胃,脾失健运,湿热内生,湿热下注,迫血妄行,而致血精。临床表现为:血精,或伴有会阴、小腹、睾丸疼痛,尿频、尿急、尿痛,阴囊潮湿,舌红,苔黄腻,脉滑或滑数或弦滑。治以清热利湿、凉血止血,兼以解毒。方药用五味消毒饮配凉血止血中药加减。常用药物:蒲公英、紫花地丁、土茯苓、金银花、连翘、野菊花、三七粉、败酱草、白花蛇舌草、车前子、瞿麦、茯苓、牡丹皮、赤芍、川牛膝、血余炭、萹藤、旱莲草、女贞子、大小蓟、白茅根、虎杖等^[18-21]。

为什么不首选龙胆泻肝汤而用五味消毒饮加减?这是因为一方面湿热蕴结精室容易成毒,龙胆泻肝汤适用于肝火上炎或肝经湿热下注证,主要用于急性炎症性疾病(如急性睾丸附睾炎、急性前列腺炎等),治疗慢性炎症湿热成毒非其所宜;另一方面苦寒泻火药物(黄连、黄芩、栀子之类)之药性多较峻猛,久服不但会败胃伤阳,而且会化燥伤阴,只适用于脏腑实热火证,不适用于经络湿热成毒证。而五味消毒饮五味药物皆来源于植物花或全草,清轻灵动,不泄脏腑,久服无害。

4.2 滋阴降火,凉血止血 本证如由于素体阴虚,或房劳过度,损伤肾阴,阴虚火旺,虚火灼络,络伤血溢,而致血精。临床表现为:血精,或伴有头晕目眩,心烦失眠,腰膝酸软,烦躁易怒,舌红,苔黄,脉细或细数。治以补肾滋阴,凉血止血。方药用知柏地黄丸合二至丸加减。常用药物:生地、山萸肉、知母、黄柏、当归、紫草、泽泻、丹皮、苕麻根、女贞子、旱莲草等^[11,13,15,22-24]。

4.3 瘀血阻络,血不归经 本证如由于阴部外伤,络破血溢,瘀血阻络,或久病入络,气血郁滞,血不归经,随精液而

出。常见排出精液呈黯红色,或挟血块,射精不爽而刺痛;或伴有下阴部坠胀而痛,夜间尤甚,舌质紫黯或有瘀点,脉弦涩等。治宜活血化瘀,通络止血。方用桃红四物汤加减。常用药为:桃仁、红花、生地、赤芍、当归、川芎、丹参、蒲黄、怀牛膝、小蓟、茜草、三七等^[12,25]。

另外,赵锦令等^[26]以自拟补肾泻热、凉血化瘀止血的理血汤治血精症32例,处方:山药30g,生龙骨18g,生牡蛎18g,海螵蛸12g,茜草6g,生白芍9g,白头翁9g,阿胶9g。痊愈20例(62.5%),好转11例(34.4%),无效1例(3.1%),总有效率96.9%。实际上处方具有补肾调冲,固肾止血的功效,与张迅等^[3]用补肾调冲止血汤(基本方药组成:续断10g,鹿角胶(烊化)10g,阿胶珠10g,女贞子10g,旱莲草10g,茜草10g,乌贼骨20g,当归10g,黄柏6g。血热者加生地10g,白茅根10g,地榆10g)的组方疗效相当。作者认为血精症与月经失调同属冲任病变,治疗当互相借鉴,处方不能一味地利尿通淋、凉血止血,而应温润平和,不寒不热,阴中有阳,阳中有阴,符合下焦肾及冲脉生理特征,对血精症尤其是顽固性血精症,常能取得满意的治疗效果。

5 其他中医微创疗法

由于前列腺、精囊腺及直肠等器官周围静脉丛较多,其静脉丛又无瓣膜,彼此相通,灌肠或者肛门给药时,多数药物可不经大循环,不被消化液和肝脏破坏,直接达炎症部位,吸收快而完全,局部用药浓度高,因此有一定的效果,配合局部微波治疗效果会更满意。外用药物一般可根据内服药物的处方用药原则选用。刘晶^[27]以中药保留灌肠配合微波热疗治疗血精症,根据辨证加减组成方药,用文火浓煎取汁100mL,温度39℃~41℃,保留灌肠,保留时间越长越好;灌肠后会阴部微波照射1h,温度40℃~42℃,每日1次,7d为1个疗程,间隔3~5d进行下一个疗程,结果表明中药保留灌肠配合微波热疗治疗血精症疗效好,不良反应少,值得推广。李凯英等^[28]应用前列安栓(广东丽珠集团中药厂生产)治疗精囊炎36例,每天1粒,放置直肠3~4cm;对照组33例,服用百炎净,每天2次,每日2粒,安络血5mg,每天3次,1个疗程后治疗组总有效率88.8%,对照组总有效率63.6%,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),认为前列安栓治疗精囊炎具有良好的疗效,无不良反应。王志书等^[29]用云南白药治疗慢性精囊炎9例,均奏显效,3~6个月随访,未见复发。云南白药系经典名方,具活血散瘀、消炎祛肿、解毒排脓、止血愈伤之特效,故能活血消肿而疏通精囊、射精管道,散其炎性积液瘀滞,增加精道滞留物的排泄。

另外,也有学者采取局部药物穴位注射治疗血精症。李俊^[30]应用喜炎平注射剂穴位注射治疗精囊炎86例。先嘱患者排空小便,仰卧位,用5号注射器吸取喜炎平注射液4mL(江西青峰制药厂2ml/支),取曲骨穴进行穴位注射,

注射深度 3~5 cm(依患者胖瘦而定)。从曲骨穴进针,针管向上腹壁作 60 度倾斜,使针尖指向会阴部。推注前先回抽以证实无回血、无回尿后缓慢推注,每次注射 4 mL,1 次/d 5 d 为 1 个疗程,治疗期间禁止性生活,禁止饮酒,总有效率为 96.5%。

6 结 语

综上所述,中医药治疗炎症性血精症,当炎症较为活跃,前列腺液白细胞数增高,证属湿热证时,治以清热利湿,解毒止血,方用五味消毒饮配凉血止血中药加减;证属阴虚火旺证时,治以滋阴降火,凉血止血,方用知柏地黄丸加二至丸加减;证属瘀血阻络时,治以活血化瘀,方用桃红四物汤加减。但临床上血精症往往经过多家医院辗转治疗,尤其是现在多家医院基本都配有抗生素及一些治疗慢性前列腺炎的中成药,比较简单的血精症用这些药物治疗,大都能得以治愈,其余的血精症必须另辟蹊径。张迅等^[3]在临床实践中发现,顽固性血精症往往表现为阴阳并亏、冲任虚损,主张以补肾调冲止血汤治疗,取得满意疗效。另外,对于疗效判断标准不统一的问题,作者建议从血精的减少情况、复发情况以及生活质量的改善情况等方面,设计统一的临床问卷,这样有助于客观评价药物治疗血精症的疗效。

参 考 文 献

[1] 李永生. 加味二至汤治疗血精 12 例[J]. 山西中医 2001, 17(2): 28.
 [2] 郑武, 崔云. 血精辨治六法[J]. 浙江中医杂志, 2007, 42(8): 476.
 [3] 张迅, 梁季鸿, 梁世坤, 等. 补肾调冲止血汤联合抗生素治疗炎症性血精症的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(1): 249-251.
 [4] 程 涇. 实用中西医结合不孕不育诊疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000: 756.
 [5] 黄向阳. 仙鹤地黄汤治疗血精症 30 例[J]. 江西中医药, 2008, (11): 48.
 [6] 王福宽. 滋阴清热法治疗精囊炎导致血精症 32 例临床观察[J]. 吉林中医药, 2011, 31(2): 144-145.
 [7] 吴栋林. 宁血康治疗血精 48 例[J]. 江苏中医药, 2004, 25(12): 39.
 [8] 何益新. 清精汤治疗血精 63 例[J]. 浙江中医杂志, 2003, 38(9): 380.
 [9] 周 华. 清热解毒凉血汤治疗血精症 30 例[J]. 临床医学, 2003,

23(1): 61-62.
 [10] 吴裕忠. 知柏地黄汤化裁治疗血精 55 例[J]. 广西中医药, 2003, 26(6): 38.
 [11] 孙 哲, 常宝忠. 清精汤治疗血精症疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(9): 1432-1433.
 [12] 周仕轶, 谢淑武, 石 勇, 等. 桃红四物汤加味治疗血精 20 例疗效观察[J]. 四川中医, 2003, 21(10): 545-55.
 [13] 吴晋怀. 加味知柏二六汤治疗血精 40 例疗效观察[J]. 中国性科学, 2005, 14(10): 25-26.
 [14] 陈国宏, 李兰群. 从脾论治血精探讨[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(9): 622-624.
 [15] 吴锦发. 二六蒲紫汤治疗血精 34 例[J]. 中国中医药科技, 2001, 8(3): 197.
 [16] 沈兰辉, 李 雪, 岳峥峰, 等. 感染性血精治疗体会(附 36 例报告)[J]. 中华男科学杂志, 2006, 12(11): 1042-1043.
 [17] 潘鸿鹄. 中医药治疗炎症学(续本)·精囊炎篇[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2001: 5.
 [18] 吴栋林. 宁血康治疗血精 48 例[J]. 江苏中医药, 2004, 25(12): 39.
 [19] 宗盛才. 中西医结合治疗血精 30 例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2009, 16(2): 113.
 [20] 杜维祥. 中西医结合治疗血精性精囊炎的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2009, 9: 14-15.
 [21] 尹华军, 何雄飞, 刘业彪, 等. 中西医结合治疗血精症 46 例[J]. 四川医学, 2011, 32(5): 687-688.
 [22] 鲍身涛, 张 瑾. 安精汤治疗血精症疗效观察-附 102 例临床分析[J]. 中国性科学, 2007, 16(7): 25-26.
 [23] 朱 军, 张 柱. 血精汤治疗精囊炎血精症 32 例[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(11): 1915-1916.
 [24] 周 华, 孙志兴. 知柏地黄汤治疗慢性精囊炎血精 22 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2009, 30(11): 41.
 [25] 杨 骁, 王小龙. 中西医结合治疗慢性精囊炎性血精症 12 例[J]. 吉林中医药, 2008, 28(8): 589.
 [26] 赵锦令, 朱 静. 理血汤治血精 32 例[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(7): 51-52.
 [27] 刘 晶. 血精症中药保留灌肠配合微波热疗疗效观察[J]. 药物与临床, 2010, 7(27): 51-52.
 [28] 李凯英, 姚芝雄, 莫玉芬, 等. 前列安栓治疗精囊炎 36 例疗效观察[J]. 热带医学杂志, 2005, 5(3): 392-393.
 [29] 王志书, 王 君, 夏立新. 云南白药治疗慢性精囊炎[J]. 安徽中医临床杂志, 2002, 14(2): 159.
 [30] 李 俊. 喜炎平注射剂穴位注射治疗精囊炎 86 例[J]. 湖北中医杂志, 2003, 25(9): 19.

(收稿日期: 2012-01-09 修回日期: 2012-02-20)

微创医学技术信息动态

我国冠脉搭桥术死亡率 2.5%

由阜外心血管病医院胡盛寿教授等主持开展的中国心血管外科注册研究结果表明,我国冠状动脉旁路移植术后患者的院内死亡率为 2.5%。