

补中益气汤加减治疗乳糜尿 80 例临床疗效分析

郭佳堂

(江苏省淮安市淮阴区丁集中心卫生院 淮安 223304)

摘要:目的:分析补中益气汤加减治疗乳糜尿的临床疗效。方法:门诊筛选 80 例乳糜尿患者随机分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组用补中益气汤加减治疗,对照组用萆薢分清丸治疗,30 d 为 1 个疗程,比较两组治疗效果。结果:两组治疗总有效率分别为 92.5%、55.0%,治疗组明显优于对照组($P<0.05$),两组比较差异有统计学意义。结论:补中益气汤加减治疗乳糜尿方法可靠,疗效确切。

关键词:乳糜尿;补中益气汤;临床疗效

中图分类号:R696 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.081

乳糜尿是以尿液混浊如牛乳为主要特征的一种疾病,绝大多数为丝虫病引起,所以在丝虫病流行地区多见,男女不限。笔者自 2013 年以来,运用补中益气汤加减治疗乳糜尿患者,取得了较满意的治疗效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 门诊筛选 80 例乳糜尿患者为研究对象。纳入标准:(1)符合国家中医药管理局 1994 年制定的《中医病证诊断疗效标准》乳糜尿诊断标准;(2)具有小便混浊,乳白如泔浆,解时无疼痛为主症;可伴见白色或红色凝块,小腹坠胀,尿意不畅,面色无华,眩晕,声低气短,神疲乏力等症状;每因进食油腻、蛋白饮食或劳累过度而诱发或加重;(3)实验室检查:尿蛋白 +~++++,红细胞 +~++ ,尿乳糜定性试验阳性。排除标准:(1)合并泌尿系统占位病变,病理诊断疑有恶性者;(2)合并心、脑、肝、肾和造血系统严重原发性疾病、结核病、精神病患者;(3)过敏体质和多种药物过敏者。80 例患者按随机数字表法分为治疗组与对照组各 40 例。治疗组男 28 例,女 12 例;年龄 50~70 岁,平均(62.5± 5.6)岁;病程 40 d~30 年,平均(17.5± 7.8)年。对照组男 26 例,女 14 例;年龄 50~68 岁,平均(60.3± 7.1)岁;病程 30 d~28 年,平均(16.7± 8.1)年。两组患者在年龄、性别、病程、病情严重程度等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组口服萆薢分清丸,6 g/ 次,2 次 /d,连服 30 d 为 1 个疗程,1 个疗程后观察疗效。治疗组给予补中益气汤加减治疗,组成:党参 30 g、黄芪 30 g、白术 20 g、莲须 30 g、莲子 30 g、茯苓 20 g、当归 15 g、车前子 20 g(布包)、升麻 10 g、芡实 30 g、金樱子 30 g、益智仁 10 g、萆薢 20 g、漏芦 15 g、飞廉 30 g、石苇 30 g。若尿中有白色凝块加炙刺猬皮 15 g、炙地龙 10 g;若尿中有红色凝块加蒲黄炭 15 g(布包)、参三七粉 5 g(冲服)、小蓟 30 g、地榆炭 30

g、去漏芦、益智仁、茯苓;若便溏加薏苡仁 20 g、石榴皮 20 g、赤石脂 40 g(布包),去当归;若腰酸、腰痛加续断 30 g、杜仲 15 g、补骨脂 15 g;若纳差加陈皮 10 g、建曲 30 g、砂仁 6 g(后下)。1 剂 /d,水煎服,3 次 /d,1 次 150 ml,连服 30 d 为 1 个疗程,1 个疗程后观察疗效^[1]。

1.3 疗效判定标准 参照国家中医药管理局 1994 年制定的《中医病证诊断疗效标准》确定。治愈:乳糜尿症状消失,尿常规正常,尿检乳糜试验连续 3 次阴性;好转:乳糜尿症状基本控制,实验室检查有好转;无效:乳糜尿症状及实验室检查无变化。治愈与好转计入总有效率。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS15.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组总有效率为 92.5%,对照组总有效率为 55.0%,治疗组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较					
组别	n	治愈(例)	好转(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	40	32	5	3	92.5
对照组	40	8	14	18	55.0
χ^2					6.248
P					0.004

3 讨论

乳糜尿是以尿液混浊如牛乳或泔浆为主要特征的一种疾病,主要由丝虫病或其它病因致使乳糜液逆流至泌尿系统淋巴管中,引起泌尿系统淋巴管内压力增高、曲张破裂,乳糜液流入尿中所致^[2]。本病容易复发,其复发的原因为劳累过度、酗酒、进食高脂肪饮食。目前,现代医学对乳糜尿治疗多数采用肾蒂淋巴管结扎术,或腹股沟淋巴结大隐静脉分支吻合术,或采用硝酸银经输尿管肾盂灌注法,其疗效均

不确切,而中医药治疗乳糜尿有独特优势。乳糜尿归属中医学“尿浊、白浊”等疾病范畴。其中因中气不足、脾虚气陷而致“尿浊”在中医文献中早有记载,如《灵枢·口问》云:“中气不足,溲便为之变”,《直指方》载:“……又有脾精不禁,小便漏浊”,《景岳全书》又提出:“膏液不已,淋如白浊者,此惟中气下陷及命门不固之证也^[3-4]。”中气不足,脾虚气陷症的“尿浊”患者,多见于久病或年老体弱之人,其病因病机为病久或过多进食油腻、蛋白饮食或劳累过度,或尿浊反复发作导致机体中气不足,脾虚气陷,脾虚则运化无权,气虚失于固摄,致精微脂液下泄;气陷失于升清,致清气在下,而见脂液外漏,精微下泄,清浊不分,下经膀胱,故小便浑浊,如乳汁或如脂膏。在本研究中,治疗组病机为中气不足、脾虚气陷,确立健脾益气、升清固涩为治疗基本大法,采用补中益气汤加减治疗,同时将健脾补肾、活血通络理念贯穿整个治疗的始终。药用党参、黄芪、升麻补中益气、升清举陷;白术、茯苓、莲子、莲须、益智仁补脾健胃,助气血生化

之源;芡实、金樱子采用水陆二仙丹固涩精微脂液;车前子、当归、萆薢、漏芦、飞廉、石苇分清泌浊、活血通络^[5-6];诸药合用,达到健脾益气、升清固涩、活血通络、分清泌浊之功效,治疗总有效率治疗组为 92.5%,对照组口服萆薢分清丸治疗总有效率为 55.0%,两组间治疗总有效率差异有统计学意义($P<0.05$),结果提示补中益气汤加减治疗乳糜尿具有较好的临床疗效,值得进一步研究、总结。

参考文献

[1]郭海,赵晓峰,王兆军,等.吴鞠通“精确识证”观念在乳糜尿治疗中的运用[J].长春中医药大学学报,2016,32(2):298-301
[2]杜江.自拟清糜方治疗乳糜尿 50 例[J].实用中西医结合临床,2013,13(7):50-51
[3]袁晓琳,金实.金实治疗乳糜尿经验[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(10):1410-1411
[4]陈宇,王殿虎,袁菁,等.王兆军从阳虚论治乳糜尿经验[J].河北中医,2015,37(7):970-971
[5]李福生,许亚超,皮持衡.皮持衡从“脾”论治乳糜尿经验[J].江西中医药,2015,46(393):33-34
[6]袁菁,王兆军.辨证治疗乳糜尿案[J].山东中医杂志,2015,34(8):633
(收稿日期:2017-05-07)

神经外科锁孔手术治疗颅内肿瘤的临床效果观察

林立 张娜 王利锋
(河南宏力医院 长垣 453400)

摘要:目的:探讨神经外科锁孔手术治疗颅内肿瘤的临床效果。方法:选取 2015 年 3 月~2017 年 3 月在我院就诊的 100 例颅内肿瘤患者作为研究对象,根据治疗方式的不同分为对照组和观察组,每组 50 例。对照组进行常规开颅显微镜手术,观察组进行神经外科锁孔手术。治疗后,比较两组患者的治疗效果。结果:观察组的平均手术时间和术中平均出血量均少于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组的治疗总有效率为 98.00%,优于对照组的总有效率 72.00%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:神经外科锁孔手术治疗颅内肿瘤的临床效果显著,手术时间短,出血量低,且具有较高的治愈率。

关键词:颅内肿瘤;神经外科;锁孔手术

中图分类号:R739.41

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.082

颅内肿瘤是一种较为常见的神经系统疾病,有研究显示,近年来我国颅内肿瘤的就诊率在不断升高,死亡率较高。大多颅内肿瘤往往未能及时治疗,肿瘤变大后继续恶化压迫脑组织,产生相应的压迫症状。目前,对该病的治疗以手术为主,由于肿瘤生长的部位在颅内,颅内结构较为复杂,不能像其他部位的肿瘤进行简单的手术切除,手术难度较大。在手术前,我们往往会应用甘露醇等药物脱水以降低颅内高压^[1],但治疗效果不佳。相关报道指出,神经外科锁孔手术可以有效治疗颅内肿瘤,且对患者损伤较小。本研究中我院为了探究神经外科锁孔手术治疗颅内肿瘤的效果,选取了在我科室接受治疗的 100 例患有颅内肿瘤的患者进行研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2017 年 3 月在

我院就诊的 100 例颅内肿瘤患者作为研究对象,根据治疗方式的不同分为对照组和观察组,每组 50 例。对照组中男 26 例,女 24 例,年龄 18~72 岁,平均年龄(45.9± 6.3)岁;观察组中男 27 例,女 23 例,年龄 17~75 岁,平均年龄(45.8± 6.9)岁。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。所有患者同意并自愿签订《知情同意书》。

1.2 治疗方法

1.2.1 基础操作 进行手术前,对所有患者均进行了详细的论证,了解病史和检查结果,确定个体化的不同手术入路及施术方法。根据手术入路和手术者的习惯确定患者手术过程中的体位和头位,在切开头皮后对手术通道经过的重要血管、神经和其他结构进行实时保护,同时在妥善保护患者的小脑组织后,向内侧轻轻牵拉,打开脑池,缓慢引流脑脊液后