

● 临床报道 ●

引用: 严容, 彭吉新, 徐佳杨, 张钟爱. 中西医结合治疗慢性心力衰竭合并高尿酸血症 40 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(10): 25-28.

中西医结合治疗 慢性心力衰竭合并高尿酸血症 40 例总结

严容¹, 彭吉新¹, 徐佳杨¹, 张钟爱²

(1. 南京市江宁区中医医院, 江苏 南京, 211100;

2. 南京市中医医院, 江苏 南京, 210001)

[摘要] 目的: 观察益气健脾化湿汤联合西药治疗慢性心力衰竭(CHF)合并高尿酸血症的疗效及安全性。方法: 将 82 例 CHF 伴高尿酸血症患者随机分为治疗组与对照组。对照组 42 例给予 CHF 西医基础药物治疗, 治疗组 40 例在对照组基础上加用益气健脾化湿汤治疗, 2 组均在院治疗 7d 后出院, 在家继续服药至 30 d。观察 2 组治疗前后血尿酸、血肌酐、B 型利钠肽(BNP)、6 min 步行距离、左心室射血分数(LVEF)、30 d 内再入院率及痛风发作率、不良反应情况。结果: 治疗第 7 天临床总有效率治疗组为 97.50%(39/42), 对照组为 97.62%(41/42), 2 组差异无统计学意义($P>0.05$)。血尿酸水平对照组治疗 30 d 与治疗前比较, 治疗组治疗 7、30 d 与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 且治疗 30 d 2 组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组血肌酐、BNP 治疗 7、30 d 与本组治疗前比较及同时间节点组间比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 2 组 6 min 步行距离、LVEF 治疗 30 d 与本组治疗前比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗期间治疗组再入院 1 例(2.5%), 痛风发作 0 例; 对照组再入院 1 例(2.38%), 痛风发作 2 例(4.76%), 2 组比较, 再入院率差异无统计学意义($P>0.05$), 痛风发作率差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 益气健脾化湿汤在改善 CHF 患者症状、改善心脏功能、降低血尿酸水平、减少治疗期间痛风发作方面具有明显的疗效。

[关键词] 慢性心力衰竭; 高尿酸血症; 中西医结合疗法; 益气健脾化湿汤

[中图分类号] R259.416, R259.897 **[文献标识码]** A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.10.011

Clinical effect of integrated traditional Chinese and Western medicine therapy in treatment of patients with chronic heart failure and hyperuricemia: An analysis of 40 cases

YAN Rong¹, PENG Jixin¹, XU Jiayang¹, ZHANG Zhongai²

(1. Jiangning Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 211100, Jiangsu, China;

2. Nanjing Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210001, Jiangsu, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect and safety of Qi-tonifying, spleen-strengthening, and dampness-removing decoction combined with Western medicine in the treatment of patients with chronic heart failure (CHF) and hyperuricemia. Methods: A total of 82 patients with CHF and hyperuricemia were randomly divided into treatment group and control group. The 42 patients in the control group were given basic Western medicine therapy, and the 40 patients in the treatment group were given Qi-tonifying, spleen-strengthening, and dampness-removing decoction in addition to the treatment in the control group. Both groups were discharged after 7 days of treatment in hospital and continued to take the drugs for 30 days at home. The two groups were compared in terms of serum uric acid, serum creatinine, B-type natriuretic peptide (BNP), six-minute walk distance, left ventricular ejection fraction (LVEF), readmission rate within 30 days, incidence rate of gout attack, and adverse reactions before and after treatment. Results: On day 7 of treatment, there was no significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [97.50% (39/42) vs 97.62% (41/42), $P>0.05$]. The control group had a significant change in serum uric acid on day 30 of

treatment, and the treatment group had a significant change on days 7 and 30 of treatment ($P < 0.05$); there was a significant difference in serum uric acid between the two groups on day 30 of treatment ($P < 0.05$). Both groups had significant changes in serum creatinine and BNP on days 7 and 30 of treatment, and there were significant differences between the two groups at the same time point ($P < 0.05$); both groups had significant changes in six-minute walk distance and LVEF on day 30 of treatment, and there were significant differences between the two groups after treatment ($P < 0.05$). Period of treatment, in the treatment group, 1 patient (2.5%) was readmitted and no patient experienced gout attack, while in the control group, 1 patient (2.38%) was admitted and 2 patients (4.76%) experienced gout attack; there was no significant difference in readmission rate between the two groups ($P > 0.05$), while there was a significant difference in the incidence rate of gout attack between the two groups ($P < 0.05$). Conclusion: In patients with CHF, Qi-tonifying, spleen-strengthening, and dampness-removing decoction has a marked clinical effect in improving symptoms and cardiac function and reducing serum uric acid and gout attack during treatment.

[**Keywords**] chronic heart failure; hyperuricemia; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; Qi-tonifying, spleen-strengthening, and dampness-removing decoction

高尿酸血症为慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)患者的常见合并症。有研究表明,高尿酸血症与CHF有着密切的关系,且高尿酸血症是中、重度CHF患者的独立预后不良的预测因子,与CHF病死率相关^[1-2]。近年来,笔者采用自拟益气健脾化湿汤联合西药治疗40例CHF合并高尿酸血症的患者,并对其疗效和安全性进行了临床观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2018年1月至2019年5月于南京市江宁区中医医院住院或门诊就诊的CHF伴高尿酸血症患者82例,并将其随机分为治疗组和对照组。治疗组40例中,男27例,女13例;平均年龄(65.52 ± 14.72)岁;基础心脏疾病为冠心病14例,高心病16例,扩心病9例,其他1例;心功能分级为II级2例,III级33例,IV级5例。对照组42例中,男28例,女14例;平均年龄(64.42 ± 16.61)岁;基础心脏疾病为冠心病15例,高心病16例,扩心病10例,其他1例;心功能分级为II级2例,III级34例,IV级6例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 1)符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2014》^[3]中CHF的诊断标准;2)参照美国纽约心脏病学会(NYHA)对心功能的分级标准^[4];3)高尿酸血症诊断标准:正常嘌呤饮食状况下,非同日的两日空腹血尿酸水平中,女性 $>360 \mu\text{mol/L}$,男性 $>420 \mu\text{mol/L}$ ^[5]。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄 ≤ 85 岁;3)认知功能正常;4)自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并急性心肌梗死、慢性阻塞性肺疾病急性发作、严重心理障碍;2)合并严重肝功能不全、血液系统疾病或恶性肿瘤、需要长期透析的肾功能不全;3)对本研究相关药物过敏;4)兼有精神障碍、缺乏正常判断能力、存在沟通困难以及拒不签署知情同意书和资料不全。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以心力衰竭的西医基础治疗。包括血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体拮抗剂(ARB)、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂,并根据情况选用正性肌力药物、血管扩张剂、利尿剂等。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用益气健脾化湿汤治疗。药物组成:生黄芪30g,党参30g,太子参10g,炒白术10g,茯苓10g,川牛膝10g,薏苡仁30g,炒苍术10g,萆薢15g,杜仲10g,车前子30g,三七粉3g。以上药物均取自南京江宁区中医医院中药房,药源固定,并在该院自动中药煎煮机上煎煮包装。100ml/剂,1剂/d,分早晚2次温服。

2组均在院治疗7d后出院,在家继续服药至30d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)分别于治疗前、治疗第7天和第30天观察血尿酸、血肌酐、B型利钠肽(BNP)、6min步行距离;2)治疗第30天复查心脏超声,对比左心室射血分数(LVEF)的变化;3)随访有无痛风情况发生,30d内有无再次因心衰加重入院或病死情况。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定。显效:主次症状、体征和各项辅助检查

均有明显改善, 心功能达到 1 级或心功能分级提高 2 级或以上者。有效: 主次症状、体征和各项检查均有所改善, 心功能分级改善 1 级者。无效或加重: 治疗后症状、体征、检查指标均未见好转, 心功能分级较治疗前无变化; 或治疗后症状、体征、辅助检查较治疗前差, 心功能恶化甚至死亡者。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计学软件进行分析, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组治疗 7 d 时的综合疗效比较 总有效率治疗组为 97.50%, 对照组为 97.62%, 2 组比较, 差异无统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组治疗 7 d 时的综合疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效或加重	总有效
治疗组	40	15(37.50)	24(60.00)	1(2.50)	39(97.50) ^a
对照组	42	13(30.95)	28(66.67)	1(2.38)	41(97.62)

注: 与对照组比较, ^a $P > 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前、治疗 7 d、治疗 30 d 时血尿酸、血肌酐、BNP、6 min 步行距离比较 血尿酸对照组治疗 30 d 与治疗前比较, 差异有统计学意义, 治疗组治疗 7、30 d 与治疗前比较, 差异均有统计学意义, 且治疗 30 d 与对照组比较, 差异亦有统计学意义。2 组血肌酐、BNP 治疗 7、30 d 与本组治疗前比较及同时间节点组间比较, 差异均有统计学意义; 2 组 6 min 步行治疗 30 d 与治疗前比较及治疗 30 d 组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前、治疗 7 d、治疗 30 d 时血尿酸、血肌酐、BNP、6 min 步行距离比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	血尿酸 ($\mu\text{mol/L}$)	血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	BNP (pg/ml)	6 min 步行距离 (m)
治疗组	40	治疗前	526.24±64.56	153.76±31.78	1120.60±582.60	286.02±24.68
		治疗 7 d	426.94±58.44 ^a	126.78±28.69 ^{ab}	878.40±472.40 ^{ab}	330.66±44.62
		治疗 30 d	334.78±36.96 ^{ab}	91.36±20.98 ^{ab}	227.50±146.20 ^{ab}	562.82±59.42 ^{ab}
对照组	42	治疗前	530.02±63.82	156.76±32.32	1016.20±514.40	292.42±30.32
		治疗 7 d	532.46±64.18	132.68±29.64 ^a	926.8±485.20 ^a	380.78±40.54
		治疗 30 d	412.62±42.48 ^a	93.36±21.27 ^a	331.4±151.20 ^a	456.58±50.34 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组同时间节点比较, ^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前与治疗 30 d 时 LVEF 比较 2 组 LVEF 治疗 30 d 时与本组治疗前比较及治疗 30 d 时组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前与治疗 30 d 时 LVEF 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 30 d
治疗组	40	40.24±4.43	52.86±12.26 ^{ab}
对照组	42	41.88±4.78	47.26±5.02 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗 30 d 时比较, ^b $P < 0.05$ 。

3.4.4 2 组治疗期间再入院、痛风发作情况比较 治疗组治疗期间再入院 1 例 (2.50%), 痛风发作 0 例; 对照组再入院 1 例 (2.38%), 痛风发作 2 例 (4.76%), 2 组比较, 再入院率差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 痛风发作率差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.4.5 安全性分析 2 组患者治疗期间, 均未发生不良反应, 且治疗前后对患者血常规、肝功能进行监测, 均未发现血常规明显异常及肝功能损伤等情况。

4 讨论

血尿酸水平升高是心血管疾病恶化及其相关病死率的一个重要危险因素^[7]。临床中, 高尿酸血症与 CHF 常同时存在, 部分患者由于利尿剂的使用、心衰加重期肾灌注的不足等因素影响, 血尿酸和肌酐常常出现一过性的升高, 甚至部分患者以“慢性心力衰竭失代偿”入院, 治疗数日后心力衰竭相关症状改善, 但痛风发作, 影响生活质量。部分医院 (尤其是基层医院) 面对此类患者, 由于无别嘌醇基因检测技术, 存在降尿酸药物非布司他获取困难及对其相关心血管方面风险存在顾虑等, 因此探求其他方法以达到降尿酸、减少痛风发作、改善心脏功能的效果已成为目前临床研究领域的重点课题之一。

笔者通过查阅相关文献, 发现中医学对心力衰竭和高尿酸血症的病机认识可追溯到《黄帝内经》。从《金匱要略》中对“历节”及“心水”的论述可见, 二者病性均属本虚标实, 本虚为心、脾、肾三脏之虚, 标实为瘀血、水湿、痰浊之实, 临床以气虚、痰浊、血瘀为常见证型, 故治疗多以益气、活血、健脾、化痰、利湿为主, 标本兼治^[8]。现代医学关于心力衰竭的中西医研究, 更是确立了以益气、活血、利水为主的治疗大法^[9]。益气健脾化湿汤由四君子汤合四妙散加减化裁而成, 方中以生黄芪、党参、太子参补中益气; 杜仲补肾强筋; 川牛膝、三七粉活血化痰, 使补而不滞; 茯苓、炒白术、苍术、薏苡仁健脾渗湿; 萆薢、车前子加强利湿化浊之功效。诸药合用, 可以缓解心衰之乏力、喘息、水肿等症。

引用:李保丰. 龙胆泻肝汤加减联合硝苯地平缓释片治疗肝火上炎型老年高血压病 30 例[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(10): 28-30.

龙胆泻肝汤加减联合硝苯地平缓释片 治疗肝火上炎型老年高血压病 30 例

李保丰

(濮阳县人民医院, 河南 濮阳, 457100)

[摘要] 目的:观察龙胆泻肝汤加减联合硝苯地平缓释片治疗肝火上炎型老年高血压病的临床疗效。方法:将 60 例肝火上炎型老年高血压病患者随机分成治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组给予硝苯地平缓释片口服治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用龙胆泻肝汤加减治疗,2 组均治疗 1 个月。观察比较 2 组综合疗效、治疗前后血压以及中医证候积分情况。结果:总有效率治疗组为 96.67%(29/30),对照组为 90.00%(27/30),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组血压、中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论:龙胆泻肝汤加减联合硝苯地平缓释片治疗肝火上炎型老年高血压病疗效确切,能明显缓解临床症状,改善血压状况,提高老年患者的生存质量。

[关键词] 高血压病;老年;肝火上炎型;龙胆泻肝汤加减

[中图分类号] R259.441 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.10.012

高血压病是指机体循环动脉血压持续升高,高于正常临界值,严重者可导致心、脑及肾血管改变的多重临床综合征^[1]。据统计,60 岁以上的老年人高血压病的发病率可高达 60.6%^[2]。患者一旦被确诊,则需要长期服药。目前西医治疗主要是口服 β -受体

拮抗剂、钙离子通道阻滞剂和血管紧张素受体拮抗剂等,长期服用会带来较多的不良反应,影响机体水和电解质的代谢,且易产生药物依赖^[3]。笔者采用龙胆泻肝汤加减联合硝苯地平缓释片治疗肝火上炎型老年高血压病患者 30 例,取得一定的疗效,现报告如下。

作者简介:李保丰,男,主治医师,研究方向:中西医结合治疗老年疾病

此次临床观察结果显示,口服益气健脾化湿汤在改善心力衰竭的症状、改善患者心脏功能、降低血尿酸水平、减少治疗期间痛风发作率方面均有一定效果。单用西医基础药物治疗患者,在治疗 7 d 评估疗效时,血尿酸平均水平存在一定程度上升,考虑与 CHF 失代偿后,使用利尿剂剂量增大相关,而治疗组在西医基础药物治疗基础上加用益气健脾化湿汤,能短期内有效降低血尿酸水平。另外,使用益气健脾化湿汤治疗期间,患者均未见明显不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] DOEHNER W, ANKER SD. Uric acid in chronic heart failure[J]. *semin Nephrol*, 2005, 25(1): 61-66.
- [2] SAKAI H, TSUTAMOTO T, TSUTSUI T, et al. Serum level of uric acid, partly secreted from the failing heart, is a prognostic marker in patients with congestive heart failure[J]. *Circ J*, 2006, 70(8): 1006-1011.

- [3] 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.
- [4] ROBERT O. BONOW, DOUGLAS L. MANN, DOUGLAS P. ZIPES, et al. 心脏病学[M]. 陈灏珠, 主译. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 456.
- [5] 高尿酸血症相关疾病诊疗多学科共识专家组. 中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识[J]. *中华内科杂志*, 2017, 56(3): 235-248.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 80-84.
- [7] ALDEMANN MH. Uric acid and cardiovascular risk[J]. *Curr Opin Pharmacol*, 2002, 2(2): 126-130.
- [8] 于清华, 孙光伟, 孙颖, 等. 从《金匮要略》看心力衰竭与高尿酸血症病机的一致性[J]. *吉林中医药*, 2018, 38(3): 259-262.
- [9] 陈可冀, 吴宗贵, 朱明军, 等. 慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J]. *中国中西医结合杂志*, 2016, 36(2): 133-141.

(收稿日期: 2019-12-06)