

# 中医辨证治疗尿毒症心肌病 42 例临床观察

李佑生\* 朱 棣\* 伍大华\* 刘 芳\* 谭光波\*

**摘要** 目的:观察 42 例尿毒症心肌病患者的临床疗效。方法:采用中医辨证论治为主治疗,共分为气阴两虚、痰瘀阻滞、心肾阳虚、痰瘀阻滞及痰热阻滞、瘀水互结 3 型,治疗 6 个月。结果:治疗前后患者左室功能及左室结构均有所改善( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。结论:以痰瘀为主进行中医辨证治疗是一种有效的治疗尿毒症心肌病的方法。

**主题词** 尿毒症/中药疗法 心肌疾病/中药疗法 辨证

尿毒症心肌病是尿毒症的主要并发症或兼症之一,也是尿毒症的主要致死原因之一。本病发病原因复杂,治疗较为棘手。我们采用中医辨证为主治疗 42 例,获较好疗效。现将结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准:参考董德长主编的《实用肾脏病学》<sup>[1]</sup>有关内容制定:(1)符合慢性肾功能衰竭诊断标准,肾功能处于失代偿期或尿毒症期(血肌酐  $\geq 176\text{mmol/L}$ )。(2)临床上可表现有胸闷、呼吸困难、心前区疼痛、颈静脉怒张或奔马律、心力衰竭、肺水肿、各种心律失常等。(3)X 线检查见心影增大,典型者如球形,也可增大不明显。(4)心电图见左室高电压,左室肥厚,ST-T 段变化,各类心律失常。(5)超声心动图见左室、左房内径增大,A 波增高,A/E 比值降低;可有室间隔厚度增加或活动异常;心瓣膜与乳头肌可以正常或异常,也可伴有心包积液。(6)血流动力学:心排量增加,血管内容量增加,全身血管阻力增加,左室舒张末期压力增高,心搏排血量和左室喷血分数偏低。其中(1)、(5)两项必备。

1.2 病例纳入标准:符合以上诊断标准的病例,年龄在 18~60 岁之间。

1.3 病例排除标准:(1)高血压肾损害所致尿毒症,或高血压所致左心功能不全。(2)原有冠心病等缺血性或扩张性或肥厚性心肌病,且已有明显心功能与心脏结构异常者。(3)已较长时间应用转换酶抑制剂者。(4)不符合以上诊断标准,或不能按规定服药,或不能按规定完成疗程者。(5)肾衰终末期,完全无尿,不能接受本治疗方案者。(6)虽有尿毒症心肌病变,但不表现为心肌肥厚者。

1.4 一般资料:42 例患者中,住院患者 36 例,门诊患者 6 例;男性 27 例,女性 15 例;年龄 27~68 岁,平均 43.7 岁;原发病为慢性肾小球肾炎者 32 例,慢性肾盂肾炎者 8 例,糖尿病肾损害者 2 例;肾功能不全尿毒症早期者 22 例,晚期者 20 例;左心房扩大者 18 例,左心室扩大者 12 例,全心扩大者 12 例;心功能不全属心衰 I 度者 20 例,心衰 II 度者 18 例,心衰 III 度者 4 例;并发心律失常者 12 例,其中房性早搏 8 例,室性早搏 1 例, I 度房室传导阻滞 2 例,心房纤颤 1 例。

## 2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:根据本病临床特点,分 3 型治疗。

2.1.1 气阴两虚、痰瘀阻滞(26 例):症见疲乏少力,心悸气短,胸闷胸痛,恶心欲呕,或呕吐痰涎,纳差食少,舌质淡暗或暗红,苔薄白腻或薄白,脉细弦。治以益气养阴、化痰活血。选参芪地黄汤合二陈汤合桃红四物汤加减,药用西洋参 10g(或太子参 15g),黄芪 15g,熟地黄 15g,山茱萸 10g,五味子 5g,茯苓 12g,法半夏 10g,陈皮 10g,桃仁 10g,红花 10g,丹参 15g,忍冬藤 15g,甘草 5g。心衰明显者,配合参麦注射液静脉滴注。

2.1.2 心肾阳虚、痰瘀阻滞(9 例):症见心悸气短,动则尤甚,下肢浮肿,胸闷,尿少或夜尿频多,舌质淡暗,苔白腻,脉沉涩。治以温通心肾、化痰活血,方选苓桂术甘汤合丹参饮加减。药用茯苓 15g,白术 10g,桂枝 10g,制附子 6g,丹参 15g,半边莲 15g,益母草 15g,龙骨 30g,法半夏 10g,陈皮 10g,甘草 5g。气促、汗多者,加山茱萸、五味子。

2.1.3 痰热阻滞、瘀水互结(7 例):症见恶心欲呕,口苦口干,心烦或烦躁,下肢浮肿,尿少或夜尿多,面色黧黑,舌质红或淡红,苔黄腻,脉滑数。治以清热化痰、活血利水。方选黄连温胆汤合泽漆汤加减,药用炒黄连 6g,法半夏 10g,陈皮 5g,竹茹 10g,丹参 15g,益母草 15g,猪苓 10g,半边莲 15g,泽兰 10g,忍冬藤 15g,甘草 5g。大便干结者,加大黄 6g,芒硝 10g。

所有病例均根据病情,酌情采用利尿、降压、纠正酸中毒、纠正电解质失衡等对症治疗,降压药均不使用转换酶抑制剂类,部分病例配合口服巴酞氧化淀粉。均以 6 个月为 1 个疗程进行疗效统计。

## 2.2 观察内容及方法:

2.2.1 肾功能等指标:血肌酐(SCr)、血尿素氮(BU

\* 湖南省中医药研究院附属医院内二科,长沙市麓山路 273

号(410006)

收稿日期:2000-12-20;修回日期:2001-08-24

表 1 治疗前后左室功能各项指标的变化( $\bar{x} \pm s$ )

|     | 例数 | SV(ml/搏) | CO(L/min) | EF(%)   | VA(cm/s) | VE(cm/s) | VA/VE       | PFR(cm/s) |
|-----|----|----------|-----------|---------|----------|----------|-------------|-----------|
| 治疗前 | 42 | 71±17    | 4.8±1.3   | 50±12   | 76±15    | 59±15    | 1.3±0.4     | 148±45    |
| 治疗后 | 42 | 84±21**  | 5.6±1.5** | 69±15** | 21±17**  | 72±14**  | 1.04±0.16** | 223±76**  |

与治疗前比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ , 下表同

表 2 治疗前后左室结构各项指标的变化( $\bar{x} \pm s$ )

|     | 例数 | LVID(mm)  | IVST(mm)    | LVPWT(mm)    | LVM(g)        | LVM(g/m <sup>2</sup> ) |
|-----|----|-----------|-------------|--------------|---------------|------------------------|
| 治疗前 | 42 | 55.8±5.9  | 13.03±1.29  | 13.47±1.22   | 252.58±58.20  | 159.91±20.72           |
| 治疗后 | 42 | 53.4±4.3* | 12.42±1.07* | 12.62±0.97** | 228.63±49.76* | 149.64±16.53**         |

N), 血红蛋白(Hb); 采用常规生化法(血液生化仪及血细胞仪), 每 2~4 周检测 1 次。疗效统计分析治疗前后两次的值。

2.2.2 左心功能指标: 每搏心输出量(SV)、每分心输出量(CO)、射血分数(EF)、左室流入道舒张早期血流速度峰值(VE)、舒张晚期血流速度峰值(VA)、舒张晚期血流速度峰值与舒张早期血流速度峰值比值(VA/VE)、舒张期最大充盈率(PFR)等血流动力学指标; 采用彩色超声诊断系统及连续多普勒、脉冲多普勒检测, 治疗前后各检测 1 次。

2.2.3 左心结构指标: 左室收缩末内径(LVID)、左室后壁厚度(LVPWT)、室间隔厚度(IVST)等, 并根据以上指标计算左室重量(LVM)、左室重量指数(LVMI); 采用彩色超声诊断系统检测, 治疗前后各检测 1 次。所有观察病例必须符合左室肥厚的标准, 即: (1) IVST  $\geq 12$ mm; (2) LVWPT  $\geq 12$ mm; (3) LVMI  $\geq 135$ g/m<sup>2</sup> (男)或 110g/m<sup>2</sup> (女)。

### 3 结果

3.1 治疗前后左室功能各项指标的变化: 表 1 示, 通过治疗后, 所有左室功能指标均有改善, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。提示本法在一定时间内可改善尿毒症心脏病患者的左室功能。

3.2 治疗前后左室结构各项指标的变化: 表 2 示, 从表中可见, 通过治疗, 所有左室结构指标均有改善, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。提示本法在一定时间内可改善尿毒症心脏病患者的左室肥厚。

3.3 治疗前后肾功能各项指标的变化: 表 3 示, 从表中可见, 通过治疗, 血肌酐、血尿素氮均有改善, 治疗前后比较, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。血红蛋白也有一定的改善, 但治疗前后比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 4 讨论

尿毒症心血管并发症是一组常见的、严重的、复杂的并发症, 几乎 80% 以上的尿毒症患者均有心血管的

表 3 治疗前后肾功能等各项指标的变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

|     | 例数 | BUN(mmol/L) | SCr( $\mu$ mol/L) | Hb(g/L) |
|-----|----|-------------|-------------------|---------|
| 治疗前 | 42 | 22.58±12.59 | 486.03±112.33     | 67±15   |
| 治疗后 | 42 | 17.62±9.47* | 429.32±87.34**    | 69±16   |

损害, 而尿毒症死亡原因中, 因心血管并发症而死亡的约占 30%~40%。

尿毒症心血管并发症中, 又以心肌的病变为主。尿毒症心肌病是慢性肾衰进展过程中, 多种因素对心脏结构和功能的不利影响导致的心脏并发症, 其中主要病变在心肌, 但也可累及心内膜与心包。尿毒症心肌病的临床表现非常复杂, 轻微者可以无临床症状, 常见的有心脏扩大、心力衰竭、心律失常, 甚至猝死。其中左室收缩功能障碍、左室肥厚以及左室扩张又是其主要表现。超声心动图是检测尿毒症心肌病的一个重要参数<sup>[2]</sup>, 它不但可用于尿毒症心肌病的诊断, 也可对心功能作出评价。国内有学者<sup>[3]</sup>对肾移植术前的 142 例患者进行超声心动图检查发现, 左室增厚的检出率最高, 占 87.5%。本病可以见于透析前、透析期间或透析后。不管其临床表现轻或重, 也不管其见于透析前或后, 其危害的严重性是显而易见的, 因此重视本病的研究对降低尿毒症的死亡率具有重要的临床实际意义。

我们认为, 尿毒症心肌病主要表现为心肌的增生、肥厚, 类似于中医的症瘕、痞积, 其中医病机主要是痰、瘀两个方面。尿毒症心肌病的本病在肾, 肾司二便, 肾虚则二便不利, 小便不利则溺毒不出, 溺毒入于血, 而心主血脉, 血归于心, 溺毒随血归于心, 致心血瘀阻, 《诸病源候论·心腹痛病诸候》有“肾气下通于阴, 若腑脏和平, 则水液下流宣利; 若冷热相乘, 致腑脏不调, 津液水饮停积, 上迫于心, 令心气不宣畅”。心气不畅, 则心血瘀阻。因脾肾亏虚所致, 脾肾亏虚, 一方面脾失健运而生痰, 另一方面痰阻脉络, 血运不畅, 加之脾肾亏虚推动无力而生瘀, 痰瘀互结, 聚而不散, 致心肌增生、肥厚而成尿毒症心肌病。临床上表现为痰阻而胸闷、恶

(下转第 742 页)

表2 血压节律与中医证型关系比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 证型例数    | 24hABP(mmHg)      |                         | 血压昼夜节律(%)                      |                         |
|---------|-------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|
|         | 24hSBP            | 24hDBP                  | SBP                            | DBP                     |
| 肝火亢盛 16 | 171.4 $\pm$ 11.9  | 94.7 $\pm$ 7.6 $\Delta$ | 13.9 $\pm$ 5.1                 | 11.7 $\pm$ 5.1 $\Delta$ |
| 痰湿壅盛 12 | 162.1 $\pm$ 10.7* | 103.6 $\pm$ 10.1        | 12.6 $\pm$ 4.2                 | 11.0 $\pm$ 4.4 $\Delta$ |
| 阴虚阳亢 23 | 160.2 $\pm$ 10.3* | 97.4 $\pm$ 9.3 $\Delta$ | 6.9 $\pm$ 3.1** $\Delta\Delta$ | 10.9 $\pm$ 3.8 $\Delta$ |
| 阴阳两虚 11 | 156.5 $\pm$ 11.2* | 94.9 $\pm$ 8.8 $\Delta$ | 8.4 $\pm$ 4.2* $\Delta$        | 6.8 $\pm$ 3.2           |

与肝火亢盛型比较, \* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$ ;与痰湿壅盛型比较,  $\Delta P<0.05$ ,  $\Delta\Delta P<0.01$ ;与阴阳两虚型比较,  $\Delta P<0.05$

和痰湿壅盛组比较,  $P$ 均 $<0.01$ ,与阴阳两虚组比较无显著性差异;阴阳两虚型进一步显示收缩压和舒张压昼夜双重节律异常,特别是舒张压昼夜节律,与其他3组比较,  $P$ 均 $<0.05$ 。

#### 4 讨论

由于高血压病多因其靶器官损害(TOD)而严重影响人体健康,因此,高血压病程度的改变与靶器官损害的关系是一项远比高血压病诊断更为重要的问题。已有研究表明,无论是心血管并发症、脑血管疾病或是早期肾小球损害,动态血压均比偶测血压与靶器官损害之间的相关性更强<sup>[6~8]</sup>。

我们观察发现,高血压病伴靶器官损害者,和单纯高血压病组比较 24hSBP 与 24hDBP 无明显差异。但收缩压和舒张压昼夜节律均消失,尤其是收缩压节律明显异常。表明夜间血压的升高,特别是收缩压的升高,或节律消失,是导致高血压病 TOD 的重要因素,其中又以收缩压与 TOD 的关系密切。这说明以往忽视收缩压,实际上是忽视了 TOD 的控制。因此,在降压治疗过程中,不仅应降低舒张压,还应降低收缩压;不仅应降低血压水平,更应降低血压增高的时间,恢复血压昼夜节律,才能减少靶器官的超负荷,减少 TOD 的程度。

高血压病属中医头痛、眩晕、肝阳、肝风等范畴,病位在肝、肾、心、脾等脏,多以风、火、痰、虚论治。对于靶

器官损害的认识缺乏,而以脑血管损害的描述较多一些,散见于中风、中风不遂、偏枯、偏风、中疝、暗疝等病候中<sup>[9]</sup>。目前高血压病统一分为4型,各型与动态血压的关系尚未明确。我们研究结果表明,肝火亢盛型 24hSBP 较高,痰湿壅盛型 24hDBP 较高,阴虚阳亢型收缩压昼夜节律明显异常,阴阳两虚型收缩压舒张压双重节律异常。这表明,24hABP 和正邪关系密切,更能反映正邪盛衰;而昼夜节律和阴阳关系更密切,更能反映机体阴阳虚实。由于昼夜节律异常靶器官损害常见,因此,阴虚阳亢型和阴阳两虚型可能多伴有靶器官损害,多为高血压的进一步发展。肝火亢盛型和痰湿壅盛型多为高血压的早期正盛邪实阶段。故中医治疗高血压,早期要平肝火与化痰湿,后期需调整阴阳。

#### 参考文献

- 1 简明,刘国仗,刘力生. 动态血压监测在高血压临床和研究中的应用. 中华心血管病杂志,1993,21(3):182-184.
- 2 Rizzoni D, Muiesan ML, Montani G, et al. Relationship between initial cardiovascular structural changes and daytime and nighttime blood pressure monitoring. Am J Hypertens,1992,5(3):180-186.
- 3 王裕颐,牛天福. 高血压病人 24 小时动态血压与中医证型的关系的观察. 中国医药学报,1993,8(5):15-16.
- 4 夏亦嗣,陈可冀,苗阳,等. 高血压患者血压昼夜节律与阴阳证型关系的研究. 中医杂志,1998,39(5):301-302.
- 5 中药新药临床研究指导原则(第一辑). 中华人民共和国卫生部制定发布,1993:28.
- 6 Talan MI, Engel BT. Effect of sympathetic blockade on diurnal variation of hemodynamic patterns. Am J Physiol,1989,256(3Pt2):R778-785.
- 7 Verdecchia P, Schillaci G, Guerrieri M, et al. Circadian blood pressure changes and left ventricular hypertrophy in essential hypertension. Circulation,1990,81(2):528-536.
- 8 孙刚,王绍贞,冯美云,等. 高血压患者尿微量白蛋白测定的意义. 高血压杂志,1996,4(1):55-57.
- 9 陈可冀,廖家桢,肖镇祥. 心脑血管疾病的研究. 上海:上海科学技术出版社,1980:71-72.

(上接第 730 页)

心欲呕等,血瘀而唇舌紫暗,心肌肥厚等。若痰郁化热,则可见口苦、口干,大便秘结,舌苔黄等痰热内阻的证候;若脾肾亏虚累及心阳,则可见心悸等心阳不振的表现。因此治疗上当于健脾补肾(或益气养阴)的基础上,并且从化痰与活血两方面入手,予以攻补两法兼施。

基于以上观点,我们对尿毒症并发心肌损害,并有左室肥厚的病例共 42 例,通过中医辨证为主进行治疗,治疗上总以痰、瘀两方面为主要线索,结果发现该

法在一定时期内可改善尿毒症心肌病患者的左心功能及左心结构,治疗前后比较两项指标的改善差异有显著性意义( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。表明本治疗方法对尿毒症心肌病有较好效果。

#### 参考文献

- 1 董德长主编. 实用肾脏病学. 上海:上海科学技术出版社,1999:740.
- 2 Foley RN, Parfrey PS, Kent GM, et al. Serial change in echocardiographic parameters and cardiac failure in end-stage renal disease. J Am Soc Nephrol,2000,11(5):912-916.
- 3 郑军华,闵志廉,朱有华,等. 尿毒症心肌病肾移植前后超声心动图及心肌酶谱的改变. 第二军医大学学报,1999,20(10):812-814.