

保留桂皮醛、蒿本内酯等抑菌活性成分,对病灶组织有较好的穿透能力;通过对药材的粉碎及应用 50% ~ 60% 浓度乙醇渗漉,高效提取酮类、萜类、酚类、甾醇等有效成分;通过低温提取浓缩方法,避免高温操作破坏有效成分;应用羧甲基纤维素钠作赋形剂,使盆消灌肠液(溶液)在流动性上接近生态肠黏液,同时形成一定的缓释作用。使药物更好、更平稳地吸收,从而较长时间发挥抑菌和组织修复等方面作用。

3.4 醇提法既发挥了灌肠治疗吸收好、操作安全、疗效确定等优势,又保持了传统汤剂的特点,符合中医辨证施治的精髓。通过本课题对我院院内制剂盆消灌肠液保留灌肠方治疗 CPID(湿热瘀结型)的临床疗效进行临床研究,结果表明我院盆消灌肠液(醇提法)在主要临床症状消失率方面,如下腹痛、腰骶胀痛、带下量多、经期腹痛、低热、炎性包块及子宫压痛等症状体征有较为显著的疗效。同时,醇提法组 2 个疗程疗效明显优于 1 个疗程者,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.5 康妇消炎栓的功能主治为清热解毒、利湿散结,在盆腔炎性疾病等妇科疾病治疗中有着显著疗效^[8],本课题选用其作为对照组以观察肠道不同剂型的临床反应。

综上所述,盆消灌肠液在治疗湿热瘀结型 CPID 中疗效肯定,醇提法具有较水煎剂更好的药物释出性,并能减少不良反应发生,值得大力推广。同时,我们认为,盆腔炎性疾病后遗症的治疗应重视疗程的设置,以 2 个疗程为好。

参考文献

- 1 乐 杰. 妇产科学[M]. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2001:302-304.
- 2 郑筱萸. 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:244-253.
- 3 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:120-124.
- 4 罗颂平,张玉珍. 罗元恺治疗盆腔炎和前列腺炎的经验[J]. 中医杂志,1998,39(9):523.
- 5 蔡玉华,王 燕,艾 莉,等. 归翘栓治疗慢性盆腔炎 40 例[J]. 中国中医药信息杂志,2002,9(9):58-59.
- 6 毕焕英,靳 琳. 孟渝梅治疗慢性盆腔炎经验[J]. 北京中医药大学学报,2000,23(3):48-49.
- 7 姚石安,姚寓晨. 慢性盆腔炎从气虚寒瘀论治的探讨[J]. 国医论坛,1995,12(6):28.
- 8 刘朝晖,廖秦平,薛凤霞,等. 康妇消炎栓治疗盆腔炎性疾病后慢性盆腔痛疗效观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2013,29(8):666-669.

[收稿日期 2014-09-23][本文编辑 蓝斯琪]

课题研究·论著

内细胞团及滋养外胚层对体外受精单囊胚移植结局的影响

何 冰, 成俊萍, 黄 莉, 谭卫红, 章 捷, 薛林涛, 王世凯

基金项目: 广西医疗卫生重点科研课题(编号:重 2010043); 广西科学研究与技术开发计划项目(编号:桂科攻 1140003B-66); 广西自然科学基金资助项目(编号:2012GXNSFAA053130); 国家自然科学基金委员会资助项目(编号:81360107)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院生殖医学与遗传中心

作者简介: 何 冰(1966-),女,大学本科,学士学位,主任医师,研究方向:生殖医学。E-mail:hb268@sina.com

通讯作者: 成俊萍(1974-),女,医学博士,副研究员,研究方向:生殖医学。E-mail:chengjunpinggy@163.com

[摘要] 目的 通过对非选择性单囊胚移植研究,探讨选择性单囊胚移植的临床价值以及内细胞团(ICM)、滋养外胚层(TE)在囊胚发育潜能中的作用。方法 选择该中心非选择性单囊胚移植 276 周期,比较优质单囊胚与非优质单囊胚妊娠率、早期流产率;比较不同 ICM 和 TE 妊娠率、早期流产率。结果 优质单囊胚移植临床妊娠率较非优质单囊胚临床妊娠率显著增高($P < 0.05$);ICM A 组的临床妊娠率较 ICM C 组的妊娠率显著增高($P < 0.05$);TE A 组的临床妊娠率较 TE B 组及 TE C 组显著增高($P < 0.05$);各组早期流产率差异无统计学意义;多胎妊娠率为 1.16%。结论 单囊胚移植多胎率极低;优质单囊胚移植比非优质单囊胚

移植可以获得较高临床妊娠率;CC 级的囊胚仍有一定的妊娠率,在无其他可移植胚胎的情况下,经充分知情同意,可考虑移植 CC 级囊胚。

【关键词】 单囊胚移植; 内细胞团; 滋养外胚层

【中图分类号】 R 71;R 321 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-3806(2014)12-1120-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.12.08

Effect of the inner cell mass and trophectoderm on single blastocyst transfer outcome in vitro fertilization

HE Bing, CHENG Jun-ping, HUANG Li, et al. Reproductive and Genetic Center, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

【Abstract】 **Objective** To investigate the clinical value of selective single blastocyst transfer, and effect of blastocyst developmental potential of the inner cell mass(ICM) and trophectoderm(TE) by non-selective single blastocyst transfer study. **Methods** Two hundreds and seventy-six cycles of non-selective single blastocyst transfer in the center were selected and the rate of pregnancy and the early abortion rate of high-quality single blastocyst were compared with non-quality single blastocyst, and the rate of pregnancy and the early abortion rate in different levels of ICM and TE were compared. **Results** The clinical pregnancy rate of quality single blastocyst transfer was significantly higher than that of non-quality single blastocyst transfer($P < 0.05$); the clinical pregnancy rate of ICM for A was significantly higher than that of ICM for C($P < 0.05$); the clinical pregnancy rate of TE for A was significantly higher than that of the TE for B or C($P < 0.05$); the early abortion rate between the groups was not significant; Multiple pregnancy rate was 1.16%. **Conclusion** Multiple birth rate of single blastocyst transfer is very low; Quality single blastocyst transfer can get a higher clinical pregnancy rate than non-quality single blastocyst transfer; CC can obtain a low pregnancy rate, so in no other case of embryos, CC blastocyst can be transferred after the fully informed consent.

【Key words】 Single blastocyst transfer; Inner cell mass; Trophectoderm

自 1978 年世界第一例试管婴儿诞生以来,随着体外受精(IVF)-胚胎移植临床和实验室技术的成熟,多胎妊娠发生率不断升高,有生殖中心报道超过 40%^[1]。多胎妊娠可能引起的妊娠期并发症增加了母婴的风险。单胎妊娠的流产率为 16.1%,双胎妊娠的流产率为 28.4%。单胚胎移植已成为越来越多从事生殖医学人士的共识。本研究对本院生殖中心 2009-09 ~ 2013-05 共 276 个单囊胚移植周期(一次 IVF-胚胎移植称为一个周期)进行了分析,评价囊胚内细胞团(ICM)及滋养外胚层(TE)在胚胎着床中的作用,探讨如何根据形态学评分来选择拟移植的囊胚。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院 2009-09 ~ 2013-05 接受 IVF-胚胎移植的患者 271 例进行非选择性单囊胚移植(包括新鲜周期及冷冻周期),共 276 个周期,其中优质囊胚 89 个周期,占 32.25%。胚胎移植日患者子宫内膜厚度均 ≥ 8 mm。平均年龄在 ICM A 级、ICM B 级、ICM C 级、TE A 级、TE B 级和 TE C 级组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。精子洗涤处理后平均前向运动精子率(PR)在 ICM A 级、ICM B 级、ICM C 级、TE A 级、TE B 级和 TE C 级组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 各组平均年龄、平均精子 PR 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	囊胚数	年龄(岁)	精子 PR(%)
ICM A 组	28	32.61 $\pm$ 4.28	90.77 $\pm$ 4.83
ICM B 组	127	32.22 $\pm$ 4.09	89.85 $\pm$ 6.77
ICM C 组	121	32.88 $\pm$ 4.95	89.94 $\pm$ 5.26
TE A 组	17	32.00 $\pm$ 4.28	89.40 $\pm$ 3.35
TE B 组	158	32.24 $\pm$ 4.14	90.07 $\pm$ 6.14
TE C 组	101	32.88 $\pm$ 4.95	90.27 $\pm$ 5.26
F	-	1.868	0.850
P	-	0.158	0.429

1.2 方法

1.2.1 D3 胚胎质量评分 胚胎质量依据卵裂球数目、多核细胞比例、细胞质均匀性以及第 3 天碎片比例来评估。一级胚胎:8 ~ 10 细胞,卵裂球分裂对称,极少或无碎片,无多核细胞,胞浆均匀;二级胚胎: ≥ 7 细胞,细胞分裂均匀,有少量碎片($< 20\%$);三级胚胎: ≥ 4 细胞,细胞分裂不均等,碎片较多($> 30\%$ 并 $< 50\%$);上述三种类型以外的胚胎为四级胚胎:细胞分裂严重不均匀,碎片过多($> 50\%$);其中一级及二级胚胎为优质胚胎,三级及四级胚胎为非优质胚胎^[2]。

1.2.2 囊胚评分 采用 Gardner 评分系统^[3]进行。首先根据囊腔扩张程度进行分期:囊腔不足胚胎的

50%为1期;囊腔超过胚胎的50%为2期;囊腔占满整个胚胎为3期;囊腔扩张、透明带变薄为4期;囊胚开始孵化为5期;囊胚完全孵出为6期。ICM/TE根据质量分别分为ICM A、B、C及TE A、B、C三个级别。ICM评分:A为ICM清晰,细胞多且紧密;B为ICM细胞较少且松散;C为ICM细胞很小且有碎片或色泽黑。TE评分:A为细胞多且连接紧密;B为细胞数较少且连接较松;C为仅少量细胞。进行囊胚培养的患者均进行了知情同意书的签署。

1.2.3 新鲜囊胚移植患者分为两种情况 (1)患者D3胚胎质量评分为优质胚胎,患者要求移植囊胚,进行优胚的囊胚转化;(2)患者D3胚胎质量评分为非优质胚胎,患者要求继续培养胚胎,进行非优胚的囊胚转化。

1.2.4 优质囊胚界定 本中心将评分 $\geq 3BB$ 胚胎定为优质囊胚,将评分 $\geq 2BC$ 和 $\geq 2CB$ 而 $< 3BB$ 的胚胎定为可冷冻囊胚。有的患者因为某些不良因素放弃新鲜胚胎移植但又无适宜冷冻囊胚,本中心在经过患者知情同意程序后同意患者冻存不适宜冷冻囊胚,如评分为CC级囊胚。

1.2.5 囊胚冷冻与复苏 采用澳大利亚COOK囊胚玻璃化冷冻试剂进行冻存和复苏^[4]。复苏后2h后观察囊胚扩张情况,囊腔部分或全部扩张为存活,进行移植。

1.3 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,多组均数比较采用单因素方差分析,计数资料用行 $\times$ 列表 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 优质囊胚临床妊娠率与非优质囊胚临床妊娠率比较 优质囊胚组的临床妊娠率(42.70%)比非优质囊胚组的妊娠率(24.24%和29.07%)增高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。级别为CC的囊胚临床妊娠率及早期流产率分别为20.00%及42.86%。见表2。

表2 优质囊胚临床妊娠率与非优质囊胚临床妊娠率比较

组别	临床妊娠率(%)	早期流产率(%)
AA + AB + BA + BB组	42.70(38/89)	18.42(7/38)
AC + BC组	24.24(16/66)	6.25(1/16)
CA + CB组	29.07(25/86)	20.00(5/25)
CC组	20.00(7/35)	42.86(3/7)
χ^2	4.658	2.351
P	0.031	0.125

注:AA + AB + BA + BB组临床妊娠率高于其他各组, $P < 0.05$

2.2 不同级别ICM临床妊娠率及早期流产率比较 C、B、A级别的临床妊娠率呈逐渐升高趋势,其中A级和C级差异有统计学意义($P < 0.05$),A级与B级、B级与C级差异均无统计学意义($P > 0.05$)。三种级别早期流产率中C组较高,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。

表3 不同级别ICM临床妊娠率及早期流产率比较

组别	单囊胚移植周期数	单囊胚妊娠周期数	单囊胚妊娠率(%)	早期流产率(%)
ICM A组				
TE A				
TE B	28	13	46.43(13/28)	15.38(2/13)
TE C				
ICM B组				
TE A				
TE B	127	41	32.28(41/127)	14.63(6/41)
TE C				
ICM C组				
TE A				
TE B	121	32	26.45(32/121)	25.00(8/32)
TE C				
χ^2			3.411	0.207
P			0.045	0.808

2.3 不同级别TE临床妊娠率及早期流产率比较 C、B、A级别临床妊娠率呈逐渐升高趋势,其中A级与B级、A级与C级差异均有统计学意义($P < 0.01$),B级与C级差异无统计学意义($P > 0.05$)。三组早期流产率差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

表4 不同级别TE临床妊娠率及早期流产率比较

组别	单囊胚移植周期数	单囊胚妊娠周期数	单囊胚妊娠率(%)	早期流产率(%)
TE A组				
ICM A				
ICM B	17	12	70.59(12/17)	16.67(2/12)
ICM C				
TE B组				
ICM A				
ICM B	158	51	32.28(51/158)	19.61(10/51)
ICM C				
TE C组				
ICM A				
ICM B	101	23	22.77(23/101)	17.39(4/23)
ICM C				
χ^2			13.736	0.055
P			0.000	0.815

2.4 相同级别的 ICM 与 TE 临床妊娠率及早期流产率比较 ICM 组 A 级与 TE 组 A 级、ICM 组 B 级与 TE 组 B 级、ICM 组 C 级与 TE 组 C 级的临床妊娠率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。相同级别的

ICM 与 TE 早期流产率中,ICM 组 A 级与 TE 组 A 级、ICM 组 B 级与 TE 组 B 级、ICM 组 C 级与 TE 组 C 级差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 5。

表 5 相同级别的 ICM 与 TE 临床妊娠率及早期流产率比较

级 别	ICM 临床妊娠率 (%)	TE 临床妊娠率 (%)	χ^2	P	ICM 早期流产率 (%)	TE 早期流产率 (%)	χ^2	P
A 级	46.43(13/28)	70.59(12/17)	1.618	0.204	15.38(2/13)	16.67(2/12)	0.008	0.930
B 级	32.28(41/127)	32.28(51/158)	0.000	0.999	14.63(6/41)	19.61(10/51)	0.122	0.727
C 级	26.45(32/121)	22.77(23/101)	0.226	0.635	25.00(8/32)	17.39(4/23)	0.118	0.732

2.5 妊娠结局 276 个周期中,临床妊娠 86 个周期,其中 1 个周期为双胎妊娠,多胎妊娠率为 1.16% (1/86)。该双胎妊娠病例 7 d 复查 B 超后诊断为单胎存活,另一胎停育。

3 讨论

3.1 多胎妊娠降低母婴安全已是共识。欧洲人类生殖与胚胎协会(ERHRE)于 2002 年对人类辅助生殖技术(ART)治疗效果的衡量标准提出了明确的定义即单个健康儿的出生。单胚胎移植已经被越来越多地研究并应用。单胚胎移植目前分为卵裂期单胚胎移植及囊胚期单胚胎移植。据文献报道卵裂期单胚胎移植的妊娠率在 18%~20%,囊胚期单胚胎移植妊娠率为 40%^[5]。囊胚由 TE 和 ICM 构成,TE 负责胚胎与外界的物质交换,以支持 ICM 的进一步分化^[6]。囊胚形成在形态上经历了细胞融合、囊胚腔的形成及扩张等变化,其基因调控也出现了巨大的变化^[7],以完成胚胎着床过程的 3 个阶段主要即吸附、黏连和穿入^[8],所以囊胚移植较卵裂期胚胎移植更接近生理状态。

3.2 目前多数文献支持选择性单囊胚移植(elective single blastocyst transfer,eSET)并有条件入选病例^[9-12]。本研究中评分优质囊胚的妊娠率明显高于非优质囊胚,而多胎率极低,与文献相符合^[13]。如何在诸多的优质囊胚中选择拟移植的囊胚或给缺乏优质囊胚的病例选择拟移植的囊胚,已有不同的文献报道。Ahlström^[9]、Honma^[10]、甄璟然^[14]等认为滋养细胞层质量对单囊胚的临床妊娠率有更高的预测价值。任新玲等^[15]则认为 ICM 的正常形态是决定胚胎着床的重要因素,而 TE 细胞评分则与临床结局无关。本研究结果显示:(1)当 ICM 和 TE 同时具有 A 级和(或)B 级的胚胎,其妊娠率较 ICM 或 TE 具有 C 级胚胎的妊娠率高,而 TE 评分中 A 的妊娠率最高,提示 AA 级、BA 级和 AB 级是首选胚胎,其中 AA 最优质,BA 较 AB 更优质。(2)ICM 评分

中 B 和 C 的临床妊娠率相当,而 C 的早期流产率最高,提示 BC 和 CB 中优先选择 BC。综上所述,eSET 是目前在获得稳定临床妊娠率的同时可以有效降低多胎率的措施。建议 eSET 的顺序为 AA→BA→AB→BB,而如果只有非优质囊胚供选择,建议移植顺序为 CA→AC→BC→CB。

3.3 本中心有的病例并未获得形态学评分优质的卵裂期胚胎,有的患者提出将胚胎继续培养以达到将胚胎进行优化选择的目的,有的甚至最终只获得 CC 级囊胚。我们经患者充分知情同意后,移植 CC 级囊胚。Ahlström^[9]认为评分 CC 的胚胎妊娠率极低,但本研究中 CC 级单胚胎移植的妊娠率仍有 20%。提示我们除了目前的形态评分系统外,可能另有更能反映胚胎发育潜能的评价体系,例如胚胎的氧消耗量评估、胚胎实时监测、代谢组学测定等。因此,在缺乏比 CC 更好的胚胎的情况下,建议不要轻易放弃胚胎移植,可考虑移植评分 CC 级的囊胚,以给患者妊娠的机会。

本研究中的指标之间相比较虽然有较明显的差异,但无统计学意义。原因可能为标本量不足,有待进一步增加观察例数。

参考文献

1 杨晓丽,张 烁. 胚胎移植的数量和 IVF-ET 结局的关系[J]. 中国优生优育,2009,15(2):88-90.
2 Gerris J, De Neubourg D, Mangelschots K, et al. Prevention of twin pregnancy after in-vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection based on strict embryo criteria: a prospective randomized clinical trial [J]. Hum Reprod,1999,14(10):2581-2587.
3 Gardner DK, Lane M, Stevens J, et al. Blastocyst score affects implantation and pregnancy outcome: towards a single blastocyst transfer[J]. Fertil Steril,2000,73(6):1155-1158.
4 薛林涛,黄 莉,何 冰,等. 玻璃化冷冻人活检后不同发育时期胚胎的研究[J]. 中国妇幼保健,2013,28(36):6010-6013.
5 陈 华,彭献东,韩金兰,等. 单胚胎移植的临床效果分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(12):909-911.
6 陆长富. 发育重演律[J]. 自然杂志,2008,30(5):291-295.

- 7 陈 瑛, 张玉兰, 胡桂英. 囊胚形成的基因调控[J]. 生殖与避孕, 2001, 21(5): 259-262, 276.
- 8 孙艳明. 胚胎植入机制的研究进展[J]. 武警医学院学报, 2007, 16(1): 91-94.
- 9 Ahlström A, Westin C, Reisman E, et al. Trophoctoderm morphology: an important parameter for predicting live birth after single blastocyst transfer[J]. Hum Reprod, 2011, 26(12): 3289-3296.
- 10 Honnma H, Baba T, Sasaki M, et al. Trophoctoderm morphology significantly affects the rates of ongoing pregnancy and miscarriage in frozen-thawed single-blastocyst transfer cycle in vitro fertilization [J]. Fertil Steril, 2012, 98(2): 361-367.
- 11 王伟周, 王嵩明, 商 微, 等. 选择性单囊胚移植的前瞻性研究[J]. 解放军医学杂志, 2012, 37(9): 889-892.
- 12 薛 侠, 施文浩, 师娟子, 等. D5 选择性的单囊胚移植和双囊胚移植妊娠结局比较[J]. 生殖医学杂志, 2014, 23(4): 276-279.
- 13 张 波, 冯贵雪, 周 红, 等. 降低体外受精-胚胎移植多胎妊娠的策略及效果分析[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2012, 31(5): 399-403.
- 14 甄璟然, 王 雪, 孙正怡, 等. 复苏单囊胚移植周期中囊胚形态学评分对临床妊娠的影响[J]. 生殖医学杂志, 2014, 23(1): 7-10.
- 15 任新玲, 章汉旺, 刘 群, 等. 复苏周期单囊胚移植的影响因素分析[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2011, 40(6): 742-745.

[收稿日期 2014-09-26][本文编辑 黄晓红]

博硕论坛·论著

尿酸对扩张型心肌病心衰患者预后评估价值

张志扬, 蔡蔚萍, 林东恒, 谢文韬

作者单位: 362400 福建, 安溪医院内科(张志扬, 林东恒, 谢文韬); 福建, 安溪县妇幼保健院(蔡蔚萍)

作者简介: 张志扬(1985-), 男, 医学硕士, 住院医师, 研究方向: 心血管疾病的诊治。E-mail: 150124513@qq.com

[摘要] 目的 评估尿酸对扩张型心肌病(DCM)心衰患者预后的价值。方法 检测 78 例 DCM 患者入院时血尿酸(SUA), 并进行中位数为 13.5(3~25)个月的随访, 观察心血管事件(心源性死亡及心衰失代偿再入院)情况。结果 失访 4 例, 事件组 38 例, 非事件组 36 例。(1)与非事件组相比, 事件组 SUA 更高[(576.7 ± 182.9) μmol/L vs (462.4 ± 164.2) μmol/L] ($P < 0.01$)。(2)SUA 对预后判断的 ROC 曲线下面积为 0.673, 最佳截定点 565 μmol/L, 灵敏度 0.579, 特异度 0.778。(3)Kaplan-meier 生存曲线分析表明 SUA > 565 μmol/L 组的再发心血管事件风险是 SUA ≤ 565 μmol/L 组的 4.813 倍(95% CI: 1.742 ~ 13.292, $P = 0.002$)。结论 SUA 水平对 DCM 患者预后评估有重要价值。SUA > 565 μmol/L 提示预后不良。

[关键词] 心力衰竭; 扩张型心肌病; 尿酸; 预后

[中图分类号] R 542.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2014)12-1124-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.12.09

Prognostic value of serum uric acid in patients with dilated cardiomyopathy complicated by heart failure

ZHANG Zhi-yang, CAI Wei-ping, LIN Dong-heng, et al. Department of Cardiology, the Hospital of Anxi County, Fujian 362400, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the prognostic value of serum uric acid(SUA) in patients with dilated cardiomyopathy(DCM) complicated by heart failure(HF). **Methods** Seventy-eight patients hospitalized with DCM were included in this study. SUA were measured on admission. All patients discharged were followed up for a median of 13.5 months (3~25 months). The cardiovascular event were observed including cardiac death or readmission due to decompensated HF. **Results** Among 78 patients, 4 patients failed to be followed up, there were 38 patients in the events group, 36 patients in non-event group. (1) Compared with non-event group, the event group had a significant higher SUA level [(576.7 ± 182.9) μmol/L vs (462.4 ± 164.2) μmol/L], $P < 0.01$. (2) Area under the curve for SUA in evaluating prognosis of DCM patients was 0.673, optimal cut point was 565 μmol/L, sensitivity 0.579, specificity 0.778. (3) The analysis of Kaplan-Meier survival curve showed, SUA > 565 μmol/L on admission were associated with increased cardiovascular events. The risk of recurrent cardiovascular events of group with SUA > 565 μmol/L