

后评估. 实用骨科杂志, 2005, 11(5): 398-401

6 Charles MN, Boume RB, Davey JR, et al Soft tissue balancing of the hip the role of femoral offset restoration. Instr Course Lect 2005, 54: 131-141

7 Rorabeck CH, Boume RB The revision hip Cemented stem revision. Lesswe forget Orthop, 2003, 26(9): 933-934

8 史振才, 李子荣. 全髋人工关节置换术中股骨偏心距的重建. 中华外科杂志, 2004, 42(16): 997-1000

9 Rorabeck CH, Boume BR. Soft tissue balancing of the hip a concept which has come of age Presented at the 70th annual meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons New Orleans LA. 2003

10 Boume RB, Rorabeck CH. Soft tissue balancing the hip. Arthrop lasty,

2002, 17(Supp): 17-22

11 Austin MS, Hozack W J Sharkey PF, et al Stability and leg length equality in total hip arthroplasty. JA rthrop lasty, 2003, 18: 88-90.

12 Charles MN, Boume RB Davey JR, et al Soft tissue balancing of the hip the role of femoral offset restoration. Instr Course Lect 2005, 54: 131-141.

13 Goldstein WM, Gordon A, Branson JJ Leg length inequality in total hip arthroplasty. Orthop, 2005, 28(9 Suppl): 1037-1040

14 史振才, 李子荣, 介国斌, 等. 全髋关节置换术的软组织平衡. 中国矫形外科杂志, 2005, 13(4): 306-309

(收稿日期: 2006-10-24 本文编辑: 连智华)

## 12例痛风性关节炎治疗中存在问题的分析

王玉丽

(洛阳正骨医院正骨研究所, 河南 洛阳 471002)

关键词 关节炎, 痛风性; 中西医结合疗法; 治疗失误; 辨证失误

**Analysis of the problems during the treatment of gouty arthritis in 12 patients** WANG Yu-li Luoyang Orthopaedics Hospital, Luoyang 471002 Henan, China

**Key words** Arthritis, gouty; TCM WM therapy; Therapeutic errors; Syndrome differ errors

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(8): 542-543 www.zggzsz.com

自 2003-2006年, 采用中西医结合方法治疗 12例痛风性关节炎患者, 取得了良好效果。现就其来诊前临床治疗中存在的问题分析如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 按 1990年美国风湿病协会诊断标准(《风湿病分册》刘湘源主编), 12例患者均符合痛风性关节炎的诊断。本组 12例, 男 11例, 女 1例; 年龄 33~69岁, 平均发病年龄为 47岁。病程 1个月~15年, 平均 6年。首次发病 1例; 余均 1年发作 1~2次, 有家族史 1例; 平素嗜饮酒 8例; 喜食肉、鱼及虾者 8例; 体形均偏胖; 有明显发病诱因(高嘌呤饮食及饮酒) 9例。

**1.2 临床表现** 以足第 1跖趾关节首发者 12例, 其中 2例双足发病, 累及踝关节 2例, 膝关节 4例, 腕关节 3例, 肘关节 2例, 手部关节 1例。有痛风石 2例。合并高血压病 8例, 高血脂 5例, 糖尿病 6例, 无并发症 2例。

**1.3 辅助检查** 血尿酸升高均在 450~678 μmol/L, 血肌酐升高 1例, 尿素氮升高 3例, 肝功能损害 1例。尿酸测定均无, 尿 pH 值均为 5.0~5.5。疼痛部位 X线表现骨质呈不规则缺损 7例。

**1.4 既往诊治情况** 未规范使用秋水仙碱者 7例, 其中 4例长期应用, 3例间断应用; 应用非甾体抗炎药 5例。间断使用抑制尿酸生成药 3例, 促使尿酸排泄药 5例; 急性期即选用降尿酸药者 5例; 秋水仙碱及降尿酸药合用者 3例。用药后血尿酸一度恢复正常者 6例。以上用药均未从小剂量开始应

用。同时口服肠溶阿司匹林 3例。服降压药 7例, 其中服北京降压 0号 1例、复方罗布麻 1例、钙离子拮抗剂 3例、β受体阻滞剂 1例、寿比山(含利尿剂) 1例。应用抗生素 5例。均未在医生指导下定期复查治疗, 均未服用碱化尿液药物, 均未口服中药汤剂。12例均未规范使用药物及控制饮食, 未注意饮水量问题。

### 1.5 治疗方法

**1.5.1 西医治疗** 4例选用秋水仙碱 0.5 mg 每日 2次, 服用 5~7 d; 8例选用美洛昔康 15 mg 每日 1次, 口服。疼痛缓解后根据尿酸测定, 合理选择降尿酸药, 一般在低嘌呤饮食 5 d后, 24 h尿酸 600 μg 以下, 或普通膳食 24 h尿酸为 800~1000 μg 超过此水平为尿酸生成增多, 可选择抑制尿酸生成药, 反之则尿酸排泄减少, 选择促尿酸排泄药。12例患者中 3例选用别嘌醇 25 mg 每日 2~3次, 7例选用苯溴马龙 25 mg 每日 1次, 2例疗效差者二者联合应用。碳酸氢钠 1 g 每日 2次, 口服。其他合并症对症处理。

**1.5.2 中医治疗** 自拟痛肿消散方, 药用: 忍冬藤 30 g 生石膏 30 g 薏苡仁 30 g 川牛膝 15 g 土茯苓 20 g 丹皮 12 g 赤白芍各 12 g 元胡 12 g 甘草 6 g 关节红肿热痛较甚者加蒲公英 30 g 地丁 30 g 水煎, 每日 1剂, 分 2次服。

1周为 1个疗程, 治疗 3周。治疗期间均忌食动物内脏、海鲜等, 忌烟、酒, 鼓励多饮水等。

### 2 结果

依据疗效评定标准<sup>[1]</sup>: 显效, 症状消失, 血尿酸正常; 好

转,服药期间症状缓解,血尿酸接近正常;无效,治疗前后症状、体征及实验室检查无改变。疗效评定结果:本组 12例均于治疗 3个疗程后按上述疗效标准评定,结果显效 10例,好转 2例。

### 3 讨论

**3.1 用药不系统、不规范** 抗痛风药有消炎止痛、抑制尿酸形成、促使尿酸排泄 3大类。常用的消炎止痛药有秋水仙碱和非甾体类抗炎药。秋水仙碱虽然为抗痛风、控制关节肿痛很好的药物,但肝毒性较大,临床主张小剂量急性期应用,不作为长期药物,有专家研究认为对治疗急性痛风,小剂量秋水仙碱是有效的,与传统剂量相比毒性较小<sup>[2]</sup>。或仅选用非甾体类抗炎药如美洛昔康、尼美舒利等,或 2种小剂量合并使用。它应用于痛风早期(急性发作期)效果最好,效果差与延误治疗时机有关。抑制尿酸生成药如别嘌醇等,它适用于尿酸生成过多,血尿酸高,24 h尿酸测定升高者;促尿酸排泄药如苯溴马龙(痛风利仙)等,适用于 24 h时尿酸排泄少而血尿酸高者;此两类降尿酸药均适用于慢性间歇期,使用应从小剂量开始,逐渐加至治疗量,这样避免突然尿酸水平下降而致症状加重。若尿酸明显升高,症状较重,有痛风石形成,2种降尿酸药可以联合应用。一旦高尿酸血症被控制,最好维持治疗,避免间断给药。治疗目的是维持血尿酸在正常范围,一般维持在 292~320  $\mu\text{mol/L}$  为宜。如果控制血尿酸 < 357  $\mu\text{mol/L}$ ,则能有效地防止痛风的发生及复发,血尿酸维持在 297.5  $\mu\text{mol/L}$  以下时痛风石能逐渐被吸收,可预防关节破坏及肾损害<sup>[3]</sup>。从本组病例治疗可以发现在用药中存在如下问题:①急性期与慢性间歇期用药时机选择不当。②没有根据尿酸测定选用降尿酸药物,用药盲目性大。③降尿酸药没有从小剂量开始应用,或用药未达到治疗量(个体差异较大),或刚达到治疗量即停药。④缺乏长期维持治疗,使病情反复(一次血尿酸正常即停药)。

**3.2 实验室检查条件受限** 由于医疗设备及技术力量等方面的原因,有些医疗机构仅能做血尿酸测定而尿酸测定(如:24 h尿酸测定等)不能做。从 12例接诊患者中可以看出,无一例进行尿液的尿酸测定,它对高尿酸血症的分型及降尿酸药物的选用非常重要。虽然临床经验上多数患者是尿酸排泄减少,但在选择降尿酸药物时目的性不强,这样直接影响到治疗效果。

**3.3 合并症没有得到有效控制及合理用药** 痛风患者常并发高血压、高血脂、糖尿病等。我们观察到,并发症能否得到有效控制,直接影响到血尿酸水平;反之痛风又是上述疾病的

危险因素,二者往往呈正相关,所以有效控制并发症非常重要。但在选用药物时应特别注意,尤其是服降压药的 7例患者,分别选用含利尿剂的复合制剂、钙离子拮抗剂或  $\beta$ 受体阻滞剂等,这些药物均可影响血尿酸的排泄,另外肠溶阿司匹林亦对尿酸排泄有影响,所以在治疗并发症时,应尽量避免选用上述药物。

**3.4 忽略饮食调摄** 痛风与饮食无度高度相关,约半数痛风患者体重超过理想体重或肥胖,无饮食禁忌,且饮酒,这些均是诱发痛风的因素之一<sup>[4]</sup>。因为高蛋白饮食可增加尿酸形成,乙醇代谢可使血尿酸水平增高,乳酸可抑制肾脏对尿酸的排泄,饥饿可致高尿酸血症,所以处于饥饿状态,摄入大量乙醇,加之高蛋白、高嘌呤膳食,可诱发血尿酸水平迅速升高、痛风急性发作。痛风患者应避免饥饱失常、高嘌呤饮食(如动物内脏、沙丁鱼、贝壳类海鲜、虾类、肉类、豌豆、菠菜、酒尤其是啤酒等)。由于痛风患者尿液 pH 值较低,尿酸盐大量转化为尿酸,而尿酸盐比尿酸溶解度更低,易形成尿酸结石,所以碱化尿液非常重要。从本组患者可以看出,尿液 pH 值均在 5.0~5.5,且无一例采取碱化尿液治疗。为了增加尿酸在尿液中的溶解度,促进其排泄,防止肾结石形成,应使尿 pH 值在 6.2~6.8 之间,目前多采用口服碳酸氢钠等,另外注意多饮水,每日尿量超过 2 000 ml 以上,增加尿酸的排泄。

**3.5 缺乏中医辨证施治** 中医药在治疗痛风中有其独特优势,尤其在急性期。人们普遍认为中医药不治急症,但据我们的治疗经验,在急性期根据辨证选用清热凉血解毒、祛风除湿通络,随后化痰祛瘀辨证遣方选药,效果显著。现代药理研究已证明,中药(土茯苓及薏苡仁等)可改善机体嘌呤代谢紊乱,增加尿酸排泄,从而降低血尿酸水平<sup>[5]</sup>;比单用西药效果明显提高,且应用中药时,可以减少西药的用量,从而降低一些毒副作用。

### 参考文献

- 1 中国人民解放军总后勤部卫生部. 临床疾病诊断依据治疗好转标准. 北京:人民军医出版社,1987. 217.
- 2 Morris I V, Aughese G, Mattingly P, 等. 秋水仙碱治疗急性痛风. 英国医学杂志中文版, 2004 7(2): 121.
- 3 陈光亮,王琳琳. 防治痛风的药物研究进展. 外国医学:内科学分册, 2005 25(7): 278.
- 4 刘淑芳,朱桂芳,台芳玲. 痛风的危险因素与健康教育. 现代医学卫生, 2005 21(9): 1069.
- 5 陈芳,梅璇. 痛风的中医治疗概况. 现代中西医结合杂志, 2001, 12(9): 93.

(收稿日期:2006-07-31 本文编辑:李为农)

## 广审(文)号更正启事

《中国骨伤》杂志 2007年第 20卷第 7期,对正文首页广告中的广审(文)号因印刷厂工作失误,错印为旧的文号。新的广审(文)号应为:粤药广审(文)2007050265号、滇药广审(文)2007060180号。新的广审(文)已经北京市药监局批复:准予备案。特此更正。