

痛风的诊断与治疗,要避免 5 个误区

本报记者 朱晓娟

受访专家:全国名老中医、河南中医药大学第一附属医院周围血管科主任医师 崔公让

痛风性关节炎(简称痛风)以关节肿痛、血尿酸超标为主要诊断依据。它在给患者带来极大痛苦的同时,也损害着人体的健康。但这种危害很大的疾病却因起病隐匿而造成临床误诊误治的现象屡见不鲜。例如,简单地将血尿酸增高等同于痛风,或对急性发作的痛风患者给予别嘌醇治疗。

近日,全国名老中医、河南中医药大学第一附属医院周围血管科主任医师崔公让,在接受本报记者采访时说,为了应对发病率日益增加的痛风,有必要呼吁基层医务人员及患者提高对痛风的认识,走出诊断和治疗误区,规范治疗,有效防治痛风并发症。

误区一：手足部是尿酸结晶最早出现的部位？

崔公让提出,在门诊,85%以上的痛风患者大都是因为脚趾的第二关节肿胀疼痛,怀疑自己是痛风前来看病的,有些医务人员也认为这是痛风的早发症状。“其实,从我们研究的上千个病例来看,国际上关于痛风诊断的标准就是找到了尿酸结晶就是痛风。如何找到尿酸结晶?这需要一

定的手段。”崔公让研究发现,人体的脚趾关节并不是尿酸结晶最早出现的部位,也不是出现最多的部位。通过临床检查发现,出现尿酸结晶最多的部位是在人体的颈、胸和腰骶部,不少痛风患者在这些部位有大片的尿酸结晶,而手足部位可能很少,甚至看不到。但是,令人感到奇怪的是,这些患者颈、胸部并没出现像手足部疼痛的典型症状。

误区二：尿酸的高低是痛风诊断的金标准？

多年来,在我国乃至全世界的许多医院都以血尿酸的超标和关节肿胀作为诊断痛风的综合依据。崔公让在临床治疗中发现,许多痛风患者的发病和血尿酸的升高并非成正比,甚至有患者在痛风发作期,尿酸反而比较低。“尿酸的高低不能作为痛风诊断的金指标”。

崔公让说,尿酸的形成很复杂,人体的机体细胞在代谢过程中,核酸被分解后产生嘌呤,嘌呤代谢产生尿酸,只要出现核酸的代谢旺盛、分裂过快,就造成嘌呤增高。例如,人在激烈运动或者高

强度的脑力劳动后,都可以使细胞代谢速度加快,这时候产生的嘌呤就会增多。

嘌呤一过性增高的病例并非少见,但是并不一定引起痛风的风发作;体内也不一定就有尿酸结晶,也不定就是痛风;反过来讲,长时间高尿酸必然会引起尿酸结晶,血管就像一条河流一样,长时时间泥沙过多必然形成淤积。因此,尿酸低不一定不是痛风。

误区三：尿酸结晶可以完全被吸收？

痛风患者的病程比较长,它是日积月累的结果。尿酸结晶的形成也不是一两天的事。

崔公让通过大量的病例研究发现,一般说来,对于首次发生的较小的尿酸结晶通过生活和药物干预后,可以完全被吸收,手足部的尿酸结晶也可以减少至完全没有;另外,尿酸结晶越大、持续时间越长、数量越多,则消退的可能性就越小,其中颈胸部的尿酸结晶完全被吸收的可能性不大。

误区四：伴有心脑血管疾病的痛风患者服用阿司匹林？

痛风是嘌呤代谢异常引起血

尿酸增高,伴有关节、肾脏等组织损伤的一组疾病。预防痛风发作,除了“管住嘴”以外,还应避免使用一些影响尿酸排泄、导致血尿酸增高的药物,阿司匹林就是其中最具有代表性的一种药物。

崔公让提醒,目前不少老年患者到门诊来看痛风,大都伴有心脑血管疾病或者血脂异常。有些医生会为其开阿司匹林,长时间吃这种药物容易出现尿酸结晶,也就容易诱发痛风。这是因为长时间服用阿司匹林容易让人的机体偏酸性,药物阻碍人体的尿酸排出,容易引起痛风。

误区五：就痛风而治疗痛风，不关注其他伴随疾病？

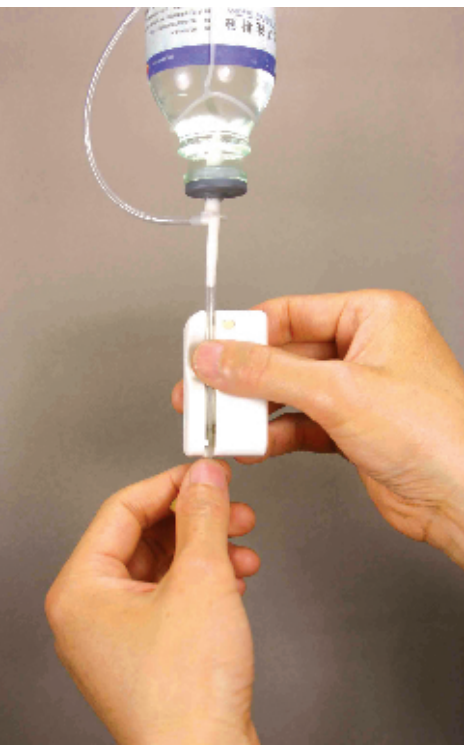
崔公让说,传统来讲,痛风患者有三大临床症状;第一就是急性痛风性关节炎;第二就是慢性痛风性关节炎;第三是痛风石。长时间大量的尿酸结晶,在关节与周围沉积,必然形成一些小的结晶体或大的结晶体,沉积在组织周围,这是尿酸盐结晶形成的痛风石;还有一个痛风肾,可以威胁肾小球,也可以威胁到肾小管,还可以造成肾积水,还可以

形成尿路的结石。这几种可能都可以对肾脏造成严重的破坏或者威胁。医生在治疗时一定要提高警惕。

另外,肥胖、高脂血症、糖尿病及心脑血管疾病这4类疾病往往会在同一个人身上出现,这种概率还是很高的。但目前来看,不少医生和患者对这种情况的关注度不够高。“我称之为‘五毒综合征’——高血压、高血糖、高血脂、肥胖、高血尿酸,这些病症的根本是胰岛素抵抗”。

崔公让在临床治疗中发现,有2/3的痛风患者均有不同程度的抑郁和焦虑症状。“我们对此类患者采取中医药治疗之后,首先改善的是抑郁和焦虑症状,而后痛风也得到了改善。但是这之间的关联性正在进一步研究中”。

崔公让最后指出,目前对痛风的临床研究,仍有一些问题亟待找到答案。例如为什么尿酸结晶首先会发生在颈、胸部?痛风与心脑血管疾病有没有相关性?痛风发作后,患者蛋白代谢紊乱、脂肪和碳水化合物也可能会代谢紊乱?痛风患者与情绪的相关性是什么?这一系列的问题需要与更多的业内专家一同探讨和解决。



乡村医生输液的注意事项

□孟庆远

笔者曾在基层负责卫生院及村卫生室管理十几年,根据近百起的输液意外事件分析,结合相关的专业规范标准要求,笔者认为,要保证输液安全,乡村医生必须在5个方面慎重而行。

一、除非重症抢救,不能大病小病都输液

只有病情特别严重需要抢救治疗(如服毒、严重外伤、心跳骤停等需要输液配合的治疗)或存在明显的吞咽困难、呕吐、腹泻或胃肠道病变,口服药物有明显的吸收障碍或潜在的吸收障碍时,才应该考虑给患者输液。医生治病应按照“能口服不打针,能肌注不输液”原则进行,对强烈要求输液的患者,要认真说明输液的风险,尽量不让他们输液治疗。

二、对强烈要求输液的,乡村医生要让患者家属签字

即便是患者家属签字,乡村医生也要做到:一是做好守护,严密观察有无输液反应,及时换药,不能让气体进入输液管;二是最好应用高效低毒、安全有效的药物;三是刺激性强烈的药物(如癌症患者化疗、输液)一定要按医嘱处方及“盐水-化疗配液-盐水”的顺序进行输液;四是注意凝血障碍患者(如肝硬化患者)的拔针止血;五是晚上最好不输液。

三、严格按照规范进行操作,遵守无菌原则

静脉输液的操作要求极高,无论是材料、药物、操作人员还是操作过程都要求无菌。即使是重视无菌原则的大型医院,也有1%以上的输液者会发生输液反应;对基层而言,监护急救条件不足,输液风险更大。建议乡村医生对有心、肺、肾等重要脏器功能不全的患者及老年人,谨慎提供静脉输液服务。

四、对待特殊人群输液,当心发生意外

村里很多心脑血管病患者多在冬春两季定期到卫生所输一些活血化瘀、降低血液黏度、抗血小板聚集的药物。很多老年人认为输了液就能防止冠心病、脑血栓等的发生,而事实上,输入的药物随着人体的新陈代谢,药物的作用会很快消失。这些不甚科学的认识,大大增加了其发生输液风险的可能性。对于年龄偏大、有其他病在身的患者更是如此。盲目输液危害很大,因此不能随意输液。

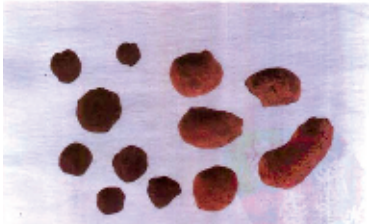
五、遵守执业规范,避免上门输液

一是在患者家里输液,受周围环境影响,药液从配置到操作都有可能被污染,大大增加感染率及发生输液反应的可能。二是按《执业医师法》,执业注册乡村医生上门输液属违法行为,假如出现意外患者追究赔偿责任,乡村医生很有可能要担负主要责任。(作者供职于河南省原阳县人民医院)

本版图片均为资料图片

认识本草

无名异



【性味功能】 味甘,性平。祛瘀止痛,消肿生肌。
【主治用法】 治跌打损伤、金疮、痈肿。内服入丸散;外用研末调敷。
【用量】 4~7.5克;外用适量。

石膏



【性味功能】 味甘、性辛,大寒。清热泻火,除烦止渴。
【主治用法】 治外感热病、高热烦渴、肺热喘咳、胃火亢盛、头痛、牙痛。煅石膏收湿生肌、敛疮止血。内服先煎;外用煅石膏研末撒敷患处。
【用量】 15~60克;外用适量。

石蟹



【性味功能】 味咸,性寒。清热利湿,去翳明目,催生。
【主治用法】 治目赤、目翳,时行热病、湿热淋浊、赤白带下等症。内服煎剂;外用磨汁点涂。
【用量】 5~15克;外用适量。
(摘自《中国本草彩色图鉴》)

基层医生接诊头晕患者的诊断要点

□李焰生

汗出异常的辨证论治

【诊断要点】 小儿在安静状态下,全身或局部出汗很多。除了传染病、风湿病、结核病等疾病外引起的出汗。

【中医证型】

寐则汗出、醒时汗止者称盗汗,不分寤寐而出汗者称自汗。

自汗

表虚不固:汗出以头、颈、肩、背明显,动则益甚,乏力神倦,舌淡苔薄,脉细无力。

营卫不和:自汗,恶风怕冷,遍身汗出,苔薄白,脉细。

脾胃积滞:四肢多汗,纳呆腹胀,烦躁便秘,舌红苔黄腻,脉数。

盗汗

心血不足:睡中汗出,心悸多惊,气短神疲,舌淡苔薄,脉细无力。

阴虚火旺:睡则汗出,潮热心烦,口干舌燥,舌质偏红,苔少,脉细。

气阴两虚:汗出较多,气短神疲,心烦少寐,舌淡苔少或剥脱,脉细弱。

【治疗方法】

汤药

自汗

表虚不固:玉屏风散合牡蛎散加减。黄芪10克,牡蛎10克,浮小麦10克,白术6克,防风6克,麻黄根3克。

营卫不和:黄芪桂枝五物汤加减。黄芪10克,牡蛎10克,浮小麦10克,桂枝3克,白芍药12克,生姜2片,大枣3枚。

脾胃积滞:保和丸加减。山楂10克,六曲10克,连翘10克,茯苓10克,麦芽10克,半夏3克,陈皮3克,莱菔子6克。

盗汗

心血不足:归脾汤加减。黄芪10克,牡蛎10克,茯苓10克,浮小麦10克,党参3克,当归3克,炙甘草3克,五味子6克。

阴虚火旺:当归六黄汤加减。当归6克,生地黄6克,熟地黄6克,黄芩6克,黄柏6克,黄连3克。

气阴两虚:生脉散加减。酸枣仁10克,黄芪10克,枸杞子10克,麦冬6克,五味子6克,乌梅6克,党参3克。

中成药

脾胃积滞:保和丸,每次半丸至1丸,每日3次。表虚不固:玉屏风散,每次6~9克,每日3次。气阴两虚:生脉口服液,每次10毫升,每日两三次。

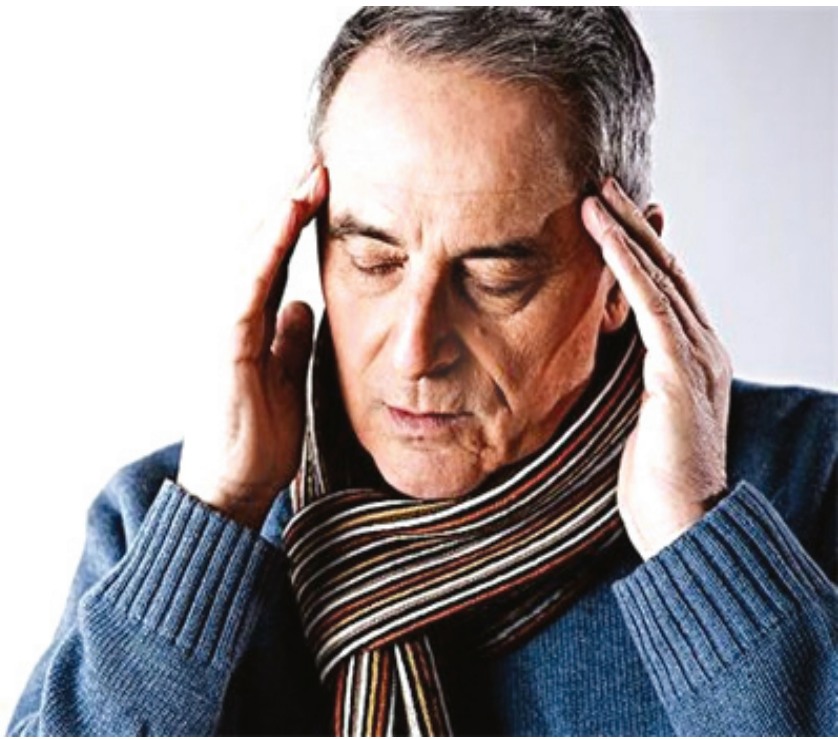
单验方

浮小麦、麻黄根适量,水煎代茶饮。五味子、五倍子各等份,研末,每于睡前取10克,温开水调糊,敷于脐部,每日1次,连敷5日为一个疗程。

【注意事项】

室内温度、湿度要适宜,汗出过多要预防感冒。

(摘自《乡村中医实用技术》)



头晕接诊的要点

头晕的问诊 接诊医师应首先对患者的症状诉说进行分析,一定要说“请详细地描述你的头晕”。

通过病史询问,医生应首先明确患者的头晕诉说到底是什么。眩晕,是感到周围环境在运动(主要是旋转,三维空间上任何方向均可)或是自身旋转感;

失衡,是患者有不稳感,尤其是行走和站立时;晕厥前,是患者感到站立不住或欲倾倒,多伴有眼前发花、四肢无力、心慌、出冷

汗等;头重脚轻及其他非眩晕性的头晕最缺乏特异性,总体上应该是患者感到视空间定位困难,有“腾云驾雾”或“不踏实”的感觉,重要的是需要将头晕与头痛(属于头痛范畴)、“脑子不清醒”或“头昏沉”(属于精神症状)相区分。

头晕症状特点的询问 许多病因均可导致头晕,但各种病因所引起的头晕症状在发作频率、症状持续时间、诱发因素方面存在明显的差异,是鉴别诊断的要点,必须全面询问和了解。

汗等;头重脚轻及其他非眩晕性的头晕最缺乏特异性,总体上应该是患者感到视空间定位困难,有“腾云驾雾”或“不踏实”的感觉,重要的是需要将头晕与头痛(属于头痛范畴)、“脑子不清醒”或“头昏沉”(属于精神症状)相区分。

头晕患者个人医学史的询问 头晕、眩晕是多种病因导致的头晕,也可只是头晕。同一病因可以有不同的表现。因此,绝不能简单地认为不同症状就是不同系统的疾病。头晕患者个人医学史的询问 头晕、眩晕是多种病因导致的头晕,也可只是头晕。同一病因可以有不同的表现。因此,绝不能简单地认为不同症状就是不同系统的疾病。头晕患者个人医学史的询问 头晕、眩晕是多种病因导致的头晕,也可只是头晕。同一病因可以有不同的表现。因此,绝不能简单地认为不同症状就是不同系统的疾病。

头晕诊断思路要点

头晕症状的定位诊断 虽然我们是通过病史询问,可以将多数人的头晕症状予以分类,但临床上,由于医生缺乏询问经验或患者的不理解和不合作(非常常见),不少患者的头晕症状还是无法正确分类。对此,必须明确患者的症状描述是不可靠的,而且患者也可以同时有多种症状,切勿机械地分类。

通常认为,眩晕症状主要来源于前庭系统(包括内耳的前庭周围和脑干等的前庭中枢结构)障碍;失衡症状主要来源于神经感觉系统(视觉、深感觉、小脑千等)障碍;晕厥前症状主要来源于心血管系统障碍;非特异的头重脚轻症状主要来源于精神障碍、药物不良反应或系统疾病。但应注意,症状并非与病因一一对应,病因与症状间存在较多的重叠,如:前庭性偏头痛患者可以同时有持续眩晕、位置性眩晕、不稳或非旋转性的头晕;良性发作性位置性眩晕可以只是眩晕,或是同时有眩晕、不稳和非旋转性的头晕,更有些患者只诉说头晕或头昏,而无眩晕;后循环的短暂性脑缺血发作或脑梗死可以是眩晕,也可只是头晕。同一病因可以有不同的表现。因此,绝不能简单地认为不同症状就是不同系统的疾病。

头晕患者个人医学史的询问 头晕、眩晕是多种病因导致的头晕,也可只是头晕。同一病因可以有不同的表现。因此,绝不能简单地认为不同症状就是不同系统的疾病。头晕患者个人医学史的询问 头晕、眩晕是多种病因导致的头晕,也可只是头晕。同一病因可以有不同的表现。因此,绝不能简单地认为不同症状就是不同系统的疾病。

头晕症状的定性诊断 通过病史和症状分析,可以鉴别90%的眩晕与非眩晕的头晕,也能区分70%~80%的头晕病因。

目前,国内外发表了多种头晕诊断流程和指南,值得参考。眩晕是最常见的头晕,其中前庭周围病因多见(占70%~80%),主要有良性发作性位置性眩晕、梅尼埃病和前庭神经炎。前庭中枢性病因中除了前庭性偏头痛比较常见外,其他病因(如后循环脑梗死或短暂性脑缺血发作、肿瘤等)均很少见。

失衡的主要病因是视觉障碍、深感觉障碍、小脑病变、共济失调等。

晕厥前主要病因是体位性低血压、贫血、低血容量、低血糖,严重心律失常等。

头重脚轻则与多种精神障碍(抑郁、焦虑、惊恐、躯体化障碍等)、药物不良反应和内科疾病有关。不伴有其他症状和体征的慢性头晕(慢性主观性头晕)的最主要病因是焦虑和抑郁障碍。

正确掌握头晕的体检方法

对头晕和眩晕患者的体检非常重要,尤其是床边检查,从事头晕和眩晕诊治的全科医师必须掌握。

正确掌握头晕的辅助检查

已有大量研究表明,不加区分地予以头晕患者各种检查(尤其是颈椎、头、颈部血管的各种影像学检查),几乎不能帮助诊断(诊断率不及1%),反而明显干扰诊断思路。因此,辅助检查的目的只能是证实临床的诊断假设并排除其他重要的疾病。

(作者供职于上海交通大学医学院附属仁济医院南院神经科)