痛风可以治愈吗?

痛风, 古有 "King of the disease"之称,即病中之王,因 其发作时疼痛十分剧烈,令人痛 苦不堪。许多患者就诊时都是坐 着轮椅或者被人搀扶进诊室,疼 痛得难以行走。痛风,还有"the disease of King"之称,即王者 之病,古代大多是国王所得。这 是因为痛风与饮食密切相关,古 代只有国王或者贵族才能经常 喝肉汤喝酒,所以相比贫苦的百 姓,他们更容易得痛风。由痛风 的这两个"外号",我们就很容易 把握痛风的特点。

随着现代人的生活水平普遍提高,酒肉 不再是国王和贵族的专享, 因此痛风的发病 率也越来越高,而且呈年轻化的趋势。痛风在 我国古代有"白虎历节"的名称,有仿佛被白 虎所咬之意。与此不谋而合的是,西方对痛风 也有相似的认识,不过他们认为不是被白虎 所咬,是被魔鬼所咬。

高尿酸血症等于痛风吗?

许多患者体检时查出高尿酸血症了,便 认为自己得了痛风。其实也不一定。实际上, 只有5%-188%的高尿酸血症发展为痛风。其 至有1%的痛风患者血尿酸始终不高。

痛风只危害关节吗?

痛风较准确的定义是:持续、显著的高尿 酸血症,在多种因素影响下,过饱和状态的单 水尿酸钠(MSU)微小结晶析出,沉积于关节 内、关节周围、皮下、肾脏等组织,引发急、慢 性炎症和组织损伤, 出现相应临床症状和体 征的疾病。

由此概念我们就知道尿酸盐结晶除了沉



积在关节内,还会沉积在肾脏引起痛风性肾病, 临床表现有血尿、蛋白尿、白细胞尿、尿比重下 降、夜尿增多甚至肾衰竭: 沉积在心血管引起 冠心病造成心肌缺血、心绞痛甚至心肌梗死; 沉积在关节周围和皮下形成痛风石等。可见痛 风的危害远远不止造成关节破坏那么简单。

查出高尿酸血症怎么办?

我们知道了高尿酸血症有许多危害,因 -旦查出高尿酸血症, 在药物治疗之外我

· 改变生活方式。内容包括保持合理的 体重;避免高嘌呤饮食如动物内脏、海产品、 浓肉汤等;多吃谷类、水果、蔬菜、奶制品、鸡 蛋等含嘌呤较少的食物;戒酒,尤其啤酒;每 天饮水 2000 毫升以上, 可增加尿酸排泄。

1、避免引起高尿酸血症的药物如噻嗪 类利尿剂、环孢素、他克莫司、尼古丁、吡嗪酰 胺、烟酸等。

是否应用药物治疗亦分几种情况:

、无痛风发作但有危险因素(高血压、 高血糖、高脂血症、冠心病、肾功能不全、脑卒 中、心功能不全等), 当尿酸>8mg/dl (约 480μmol/L)以上需药物治疗

二、无痛风发作亦无危险因素,当尿酸> 9mg/dl(约540umol/L)以上需药物治疗。

三、CKD (慢性肾脏病)2-5 期需药物治 疗,因肾功能不全造成尿酸排泄过少,过多的 尿酸盐沉积在肾脏加重肾功能不全, 形成恶 性循环。

四,有痛风发作即需药物治疗。

降尿酸的目标是什么?

知道了何时应进行降尿酸治疗, 那治疗 有没有目标呢? 当然有,如同体育竞技一样, 光参加比赛是不够的,关键要获得成绩

实际上我们要降低的不是血尿酸,虽然我 们检测的项目是血尿酸,我们的"敌人"是整个 人体中的尿酸池。尿酸池包括了血中的尿酸还 有沉积在各个组织、器官中的"隐形"尿酸。当 血尿酸达到8.2mg/dl(约492μmol/L)以上痛风 石便开始生长, 当血尿酸小于6.2mg/dl(约 372μmol/L)时痛风石便开始溶解。因此理想的 治疗目标是:1-3个月内达到血尿酸≤6mg/dl (约360μmol/L)。此时沉积在组织和器官中造 成危害的尿酸盐结晶开始逐渐溶解了。

尿酸达标就可以不治疗了?

当然不是。冰冻三尺非一日之寒,要将沉 积许久的尿酸从人体的尿酸池中排出需要-定的时间。一般认为,如果患者有痛风石,则 达标治疗后至少需继续治疗6个月。如果患 者没有形成痛风石,则达标治疗后至少需继 续治疗3个月。

痛风是可以"根治"的疾病吗?

只有持续保持体内尿酸池在安全的限度 内才有望根治痛风,目标很美好,过程很艰 难,希望每位痛风患者保持治疗的决心和信 心,远离痛风的折磨并不是梦想。

侯佳奇 薛鸾(主任医师)(上海中医药大 学附属岳阳中西医结合医院风湿科)

金秋"保胃战"

以下几种,包括:①幽门螺杆菌感染;②饮食 问题, 如高盐和缺乏新鲜蔬菜水果与胃黏膜 萎缩、肠化生密切相关;③外在环境因素对慢 性胃炎的影响较大,发生率存在地区差异;④ 自身免疫, 也就是患者血液中存在自身抗体 如壁细胞抗体、内因子抗体; ⑤幽门括约肌功 能不全,导致胆汁胰液十二指肠液等反流;⑥ 酗酒;⑦服用非甾体类抗炎药等。因此,慢性 冒炎患者要格外注意养成良好的生活和饮食 习惯。生活要有规律,避免过度劳累和精神紧 张。饮食结构合理,三餐定时,戒烟酒,少吃辛 辣刺激性食物。

慢性胃炎多数患者症状不典型、除上腹

疼痛与饱胀外,还有可能出现早饱、嗳气、恶 心、反酸、口苦甚至口臭等消化不良症状,这 些症状的发生主要与慢性胃炎感染幽门螺杆 菌密切相关;还有少数胃炎患者与自身维生素 B12 吸收不良有关,该类患者可伴有贫血及维 生素 B12 缺乏所引起的头痛、记忆力减退等。

慢性胃炎,尤其是慢性活动性胃炎,90% 由幽门螺杆菌感染引起,胃镜检查为胃黏膜慢 性炎症,表现为胃粘膜充血水肿或萎缩,黏膜 完整无缺损。胃溃疡存在黏膜缺损且缺损超过 肌层,上腹痛发作呈慢性、周期性,具有节律 性,往往表现为餐后半小时至一小时宿或午夜 痛,部分患者进食上腹痛不能缓解,服用止酸

朱金水(上海交通大学附属第六人民医院 消化内科主任、主任医师、教授)

手术、化疗、放疗并称为 癌症治疗的三大支柱。其中, 化疗是许多癌症患者的重要 治疗手段。然而,伴随化疗的 是脱发、恶心、呕吐等不良反 应。据研究,75%以上的化疗 药物均会导致恶心、呕吐,而 化疗带给患者的痛苦常常会 使他们对继续治疗望而却步, 有的甚至因此丧失了生活的 信心,放弃了治疗的机会。因 此,对化疗不良反应的预防和 治疗非常重要,其重要性不亚 干化疗方案本身。

癌症已经成为我国第二 大致死疾病,而对许多接受化 疗的患者来说,恶心呕吐如梦 曆般相随, 化疗引起的恶心和 呕吐是最常见的化疗不良反 应,可能导致代谢紊乱、机体 功能受损、营养不良,甚至使 患者抗拒化疗,可能严重影响 患者的生活质量和化疗效果。

复旦大学附属肿瘤医院 化疗科副主任胡夕春教授形 象地解释,化疗引起的恶心和呕吐(简称 CINV),由两条关键通路调控-是人的中枢(大脑)通路,另一个是外周 (肠胃)通路。急性 CINV 是指在化疗 0-24 小时内发生的反应, 在化疗开始后 5-6 小时达高峰, 但多在 24 小时内缓解, 主要由外周(肠胃)通路掌管;迟发性 CINV 发生在化疗后 24-120 小时内,常 见于顺铂、卡铂、环磷酰胺和阿霉素化疗 时,可持续数天,主要由中枢通路掌管。

在目前国内的临床治疗中,有很多 药物可以抑制急性反应, 而控制迟发性 的恶心呕吐、有效作用于中枢通路的药 物几乎是空白,但又不可或缺,国外医学 研究发现,通过"占领"大脑中的 NK-1 受体,拮抗 P 物质,从而实现在中枢层面 抑制 CINV 的根源。P 物质为一种位于中 权和外周神经系统神经元中的神经激 肽, 通过 NK-1 受体介导发挥作用, 与呕 吐、抑郁、疼痛、哮喘等多种炎症免疫反 应相关。国外多年前成功研发此类高度 选择性的 NK-1 受体拮抗剂, 并积累了 成熟的临床经验,化疗前半小时用药,化 疗后2天亦需用药,累计服用三天。日前 此类药物获批在国内上市。

国内专家和临床医生对化疗恶心呕 吐的控制近年来愈加重视,鼓励肿瘤患 者树立良好的生活方式来缓解恶心和呕 吐,比如少吃多餐,选择清淡易消化吸收 对健康有益的食物,控制食量,不吃冰 冷,油腻或讨热的食物等。尤其是今年最 新发布的《肿瘤治疗相关呕吐防治指南》 就强调预防为主的理念,并提出一线化 疗止吐的"三联方案",即常规使用的5-HT, 受体拮抗剂、地塞米松以及新上市 的高度选择性的 NK-1 受体拮抗剂。这 是临床医生帮助患者预防化疗引起的恶 心呕吐的强有力武器, 也照亮了广大中 国化疗患者的抗癌之路。 乔闳

节气已经"出伏",随着进入夏秋季节的 更迭期,天气逐渐转凉,慢性胃炎急性发作的 机会"成熟"起来,加之民间"贴秋膘"的传统 习俗与追求减肥瘦身的时尚导向彼此交错, 人们积极投入"保胃战"就在当前。

慢性胃炎急性发作时,首先要去除诱发 急性发作的原因。"老胃病"们对自己的病情 应当了如指掌, 面对美酒或刺激性饮食应立 即停止,不可贪恋。必要时采用促动力药抗腹 胀及去痛、止呕对症处理,用质子泵抑制剂等 抑制胃酸分泌,或加用具有黏膜保护作用的 药物, 如有细菌感染则要使用抗菌治疗:需要 特别提醒的是,如有慢性胃炎急性发作,尤其 急性腹痛时,千万不要自行服药,应立即去医 院就诊,以免耽误病情,延误诊治。

根据临床研究,慢性胃炎的病因主要有

"钉子扎手"要打破伤风针吗?

"被窗框上的钉子划破手指,要不要打破 伤风针?"诸如此类被尖锐物体扎到手脚的病 例在急诊中经常遇到。据就诊者反映,网上的 回答五花八门,很多属互相抄袭,错误很多, 包括一些官方的资料也存在误导, 让人摸不 着头脑。那么,什么情况需要打破伤风针呢?

先来了解破伤风杆菌。破伤风杆菌是厌 氧菌, 在无氧的条件下或伤口较深并伴有有 氧菌感染的情况下容易生长繁殖(有氧菌消 耗氧气后厌氧菌容易繁殖)。由于破伤风杆菌 的生长特性和特殊环境要求,破伤风杆菌在 泥土及铁锈中多见,这点比较符合老百姓常 识,但需注意的是,并非只有铁锈和泥土才有 破伤风杆菌。临床上,较深的污染的伤口特别 是泥土污染的伤口或被铁锈类铁器扎伤时应 考虑打破伤风针。一般来说,只是划伤表皮, 或者伤口不深, 较干净, 只要做好适当的清 创,可以不打破伤风针。

常说的打破伤风针是通过被动免疫获得

保护。被动免疫是指面临可能的感染后,通过 注射抗破伤风球蛋白获得保护抗体的方式, 常用的有两种制剂:1)破伤风抗毒素(TAT,来 源于马),需要皮试;2)人破伤风免疫球蛋白 (TIG,来源于人),不需做皮试。

还有一种是通过主动免疫获得保护,主 动免疫是指通过注射破伤风类毒素,诱导机 体自身产生抗体获得保护的方式。这里纠正 一个误区, 医学上的破伤风疫苗是指破伤风 类毒素制剂,是类毒素而不是抗毒素。而上文 说的 TAT, TIG 属于治疗类生物制品, 不是疫 苗。我们常说的小儿百白破疫苗里的"破"即 指破伤风类毒素。主动免疫是通过系列接种 注射获得的, 其获得方法及有效保护期临床 较复杂, 故临床受到可能感染的外伤后仍多 采取被动免疫。

破伤风针皮试过敏临床上主要是指破伤 风抗毒素(TAT,来源于马)皮试过敏,可改为 注射人破伤风免疫球蛋白(TIG,来源于人)来 获得保护。如没有TIG,可采取TAT脱敏注射, 具体方法可咨询就诊处医护人员。如果有过 严格疫苗接种史的, 可根据病情咨询就诊医 生,如在保护期内,不一定需要打破伤风针。

TAT 和 TIG 当然是受伤后越早注射越 好,一般不超过 24 小时,但超过后仍有注射 价值(因为虽然破伤风24小时内即可发病,但 潜伏期可为一周或更久)。TAT 保护时间为 2-3 天左右,TIG 保护时间为 2-3 周,这是综合 药理和临床研究所得,但并无绝对定论,超过 这个时间再次面临感染风险,需要再次注射。

对于孕妇等特殊人群,TAT或TIG毒理 作用不明,需慎重。但破伤风类毒素(即破伤



风疫苗)是安全的,一般来说,使用方法同普 诵人群。

陈远卓 彭沪(同济大学附属上海市第十 人民医院急诊科) 本版图片 TP