

·全科调查·

痛风和高尿酸血症的综合防治技术在基层医院的推广应用

孙佳颖 陈剑 孙培芳 王鑫 岳丽霞 汪佳佳 俞钟明

[摘要] **目的** 探讨痛风和高尿酸血症的综合防治技术在绍兴地区基层医院中的推广应用效果。**方法** 选择三家社区服务中心进行痛风和高尿酸血症的综合防治技术推广应用,对125位基层医院医师在推广前及推广后进行相关知识的问卷考核。在推广应用的社区服务中心选择90例痛风急性发作患者为观察组,在未推广应用的社区服务中心选择90例痛风急性发作患者为对照组,观察激素+抗生素使用比例、小剂量秋水仙碱使用比例、痛风急性期加降尿酸药物比例,1月后问卷调查或电话随访患者相关知识的知晓率、随访率,进行统计分析。**结果** 基层医师的痛风和高尿酸血症相关知识较缺乏,推广后明显改善。痛风急性发作时推广社区的基层医师激素+抗生素使用比例较未推广社区的明显减少,小剂量秋水仙碱使用比例明显增加,痛风急性期加降尿酸药物比例明显减少(χ^2 分别=11.93、19.74、33.76, P 均 <0.05)。推广后社区的急性患者对痛风和高尿酸血症相关知识了解增加,患者1月内随访率(41.11% vs 15.56%)明显增加,差异有统计学意义($\chi^2=14.47, P<0.05$)。**结论** 痛风和高尿酸血症的综合防治技术在基层医院中有较高的应用价值,可以明显提高基层医师和患者的痛风和高尿酸血症相关知识,提高痛风和高尿酸血症规范诊治。

[关键词] 痛风; 高尿酸血症; 综合防治; 基层医院

Popularization of gout and hyperuricemia prevention and treatment in primary hospitals SUN Jiaying, CHEN Jian, SUN Peifang, et al. Department of Rheumatology, Shaoxing People's Hospital, Shaoxing 312000, China.

[Abstract] **Objective** To explore the application effect of gout and hyperuricemia prevention and treatment methods in primary hospitals in Shaoxing. **Method** Three community service centers were selected for the popularization of gout and hyperuricemia prevention and treatment. Totally 125 doctors from these three community service centers conducted a questionnaire before and after the training to evaluate the promotion effect. Ninety patients from the community service center with gout and hyperuricemia prevention and treatment methods were selected as the observation group, and 90 patients from the other community service center without gout and hyperuricemia prevention and treatment methods were selected as the control group. The proportion of glucocorticoid with antibiotics, small dose of colchicine, and urate-lowering drugs in the acute stage of gout were mainly observed. The knowledge awareness rate and follow-up rate were calculated by questionnaire survey or telephone after 1 month. **Results** The doctors from primary hospitals were lack of the knowledge of gout and hyperuricemia, and they significantly improved the relative knowledges after popularization. The proportion of glucocorticoid with antibiotics was significantly decreasing, while the proportion of small dose of colchicine was significantly increasing, and the proportion of urate-lowering drugs in the acute stage of gout was significantly decreasing ($\chi^2=11.93, 19.74, 33.76, P<0.05$). The knowledge of gout and hyperuricemia prevention and treatment in observation group was significantly deeper than the control group, and the follow-up rate within 1 month of observation group was significantly higher than that of control group ($\chi^2=14.47, P<0.05$). **Conclusion** The comprehensive prevention and treatment of gout and hyperuricemia has a high applica-

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.008.015

基金项目:浙江省医药卫生科技计划项目适宜技术(2018237556)

作者单位:312000 浙江绍兴,绍兴市人民医院(浙江大学绍兴医院)风湿免疫科(孙佳颖、王鑫、岳丽霞、汪佳佳、俞钟明);绍兴市越城区东浦街道社区卫生服务中心内科(陈剑);绍兴市越城区灵芝街道社区卫生服务中心内科(孙培芳)

通讯作者:俞钟明, Email: 13857580868@163.com

tion value in primary hospitals, which can significantly improve the knowledge of gout and hyperuricemia of doctors and patients, and standardize the diagnosis and treatment of gout and hyperuricemia.

[Key words] gout; hyperuricemia; comprehensive prevention and treatment; primary hospitals

随着我国现代社会人们的生活水平、饮食构成发生巨大改变,高尿酸血症的发病率逐年上升。研究表明,有5%~19%的高尿酸血症将会发展为痛风^[1]。痛风及高尿酸血症与代谢综合征、2型糖尿病、胰岛素抵抗、肥胖、脂代谢紊乱、高血压、心血管疾病、慢性肾病等密切相关。一项Meta分析显示,中国大陆高尿酸血症和痛风的发病率分别为13.3%和1.1%^[2],已成为继糖尿病之后又一常见代谢性疾病。基层医院和基层医师是我国慢性病防治的主力军,但由于诸多历史原因,很多基层卫生院及街道卫生站的医师对痛风和高尿酸血症的诊治仍停留在老观念、随意化状态。本次研究旨在比较痛风和高尿酸血症的综合防治技术推广前后基层医师的痛风和高尿酸血症的相关知识、诊治水平及痛风患者的相关知识知晓率、随访率,从而对该技术推广效果作出评价。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2018年1月至2018年12月对绍兴市越城区内3个社区服务中心(东浦社区服务中心、灵芝社区服务中心及马山社区服务中心)进行“痛风和高尿酸血症的综合防治”适宜技术推广,推广期为1年,推广对象为3个社区服务中心及下属卫生站125名内科和全科医师。2019年1月至2019年12月在适宜技术推广应用的3个社区服务中心选择90例急性痛风患者为观察组,另在未实行适宜技术推广应用的3个社区服务中心选择90例急性痛风患者为对照组。痛风患者符合1977年美国风湿病学会或2015年美国风湿病学会/欧洲抗风湿病联盟分类标准,排除语言表达不清、生活不能自理者。观察组中男性85例、女性5例;平均年龄(51.64±13.43)岁;痛风病程(4.82±2.37)年;对照组中男性86例、女性4例;平均年龄(50.42±12.89)岁;痛风病程(4.54±2.62)年。两组性别、年龄及痛风病程比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法

1.2.1 基层医师培训 “痛风和高尿酸血症的综合防治”适宜技术以《2009年无症状高尿酸血症合并心血管疾病诊治建议的中国专家共识》、《2012年美国风湿病学会痛风诊治指南》、《2013年高尿酸血症

和痛风治疗的中国专家共识》、《2015年ACR及EULAR痛风分类标准》、《2016中国痛风诊疗指南》和《2017中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识》为理论依据,项目启动初6个月对3个定点社区服务中心及下属卫生站医务人员进行分次系列培训。内容包括痛风和高尿酸血症危险因素筛查与风险评估;痛风和高尿酸血症的护理;痛风和高尿酸血症饮食管理;痛风和高尿酸血症的综合防治;痛风和高尿酸血症的多学科协作的新模式;痛风患者多重危险因素的综合管理等。通过当面授课、下基地现场指导、发放痛风和高尿酸血症相关资料等多种方式进行培训,为期1年。

1.2.2 适宜技术推广应用 培训结束后,社区医生应用所学内容对接患者进行诊疗和患者教育,适宜技术推广应用1年后进行相关指标评价。

1.3 评价指标 ①基层医师培训前后痛风、高尿酸血症相关知识知晓率:项目负责小组在培训前及系列培训结束后分别对上述社区医院医师进行相关知识的问卷考核,收集整理内科和全科医师前后两份问卷,排除回答不全及仅参与1份问卷者,收到有效问卷共250份。②适宜技术推广1年内急性痛风用药比较:对两组急性痛风患者进行病史询问并记录急性发作用药情况,主要观察激素+抗生素使用比例、应用小剂量秋水仙碱的患者比例、痛风急性期加降尿酸药物比例。③患者对痛风和高尿酸血症知识知晓率及随访率比较:两组急性痛风患者就诊1月后进行诊室随访或电话随访,问卷不记名,以问卷调查或专职医师提问患者回答方式进行调查。随访率不包括调查组电话随访。

1.4 统计学方法 应用SPSS 26.0统计软件,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基层医师培训前后痛风、高尿酸血症相关知识知晓率见表1

由表1可见,基层医师培训前痛风和高尿酸血症知识比较缺乏,但培训后基层医师对痛风高尿酸血症的认识明显提高,培训前后比较,差异均有统计学意义(P 均<0.05)。

2.2 急性痛风发作治疗用药比较见表2

表1 培训前后基层医师痛风、高尿酸血症知识知晓率比较/例(%)

问卷条目	推广前	推广后	χ^2	<i>P</i>
420 全民关注痛风日	32(25.60)	55(44.00)	9.33	<0.05
高尿酸血症与肥胖有相关,是代谢综合征一部分	63(50.40)	102(81.60)	27.11	<0.05
高尿酸血症既不能确诊也不能排除痛风	39(31.20)	89(71.20)	40.02	<0.05
痛风1977年ACR和2015年ACR/EULAR分类标准	18(14.40)	84(67.20)	72.14	<0.05
B超可发现尿酸盐结晶,表现双轨征或“暴雪样”回声	18(14.40)	80(64.50)	64.51	<0.05
急性痛风推荐及早进行抗炎止痛治疗,越早越好	68(54.40)	108(96.40)	30.71	<0.05
急性痛风推荐首先使用抗炎镇痛药	51(40.80)	92(77.60)	27.47	<0.05
秋水仙碱推荐小剂量应用	45(36.00)	103(82.40)	55.71	<0.05
痛风关节液培养无细菌生长,不应该使用抗生素	52(41.60)	94(75.20)	29.04	<0.05
痛风病人尿酸控制目标<360 $\mu\text{mol/L}$,痛风结节、慢性痛风性关节炎或痛风性关节炎频发患者<300 $\mu\text{mol/L}$	48(38.40)	104(83.20)	52.63	<0.05
降尿酸时机一般急性发作平息至少2周后开始	37(29.60)	104(83.20)	73.02	<0.05
痛风急性期不加降尿酸药,原降尿酸药不能停	40(32.00)	108(86.40)	76.58	<0.05
开始降尿酸时,服用低剂量秋水仙碱或NSAIDs预防复发3~6月	37(29.60)	107(85.60)	80.25	<0.05
降尿酸药要小剂量开始,逐渐加量	61(48.80)	104(83.20)	32.96	<0.05
同糖尿病高血压一样需要终身降尿酸治疗	34(27.20)	112(89.60)	100.17	<0.05
痛风病人可以适当吃豆制品	12(9.60)	105(84.00)	138.95	<0.05
含糖饮料和果汁可诱发痛风	30(24.00)	91(72.80)	59.60	<0.05
学习过《2016中国痛风诊疗指南》	24(19.20)	116(92.80)	137.40	<0.05

表2 急性痛风发作治疗用药比较/例(%)

组别	<i>n</i>	激素+抗生素 比例	小剂量秋水 仙碱比例	降尿酸 药物比例
观察组	90	39(43.33)*	36(40.00)*	16(17.78)*
对照组	90	62(68.89)	10(11.11)	54(60.00)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组激素+抗生素使用比例较对照组明显减少,小剂量秋水仙碱使用比例较对照组明显增加,痛风急性期加降尿酸药物比例较对照组明显减少,差异均有统计学意义(χ^2 分别=11.93、19.74、33.76, P 均<0.05)。

2.3 两组患者的痛风和高尿酸血症知识知晓率比较见表3

表3 两组患者的痛风和高尿酸血症知识知晓率比较

问卷内容	观察组	对照组	χ^2	<i>P</i>
高尿酸血症与肥胖有相关,需要控制体重	41(45.56)	16(17.78)	16.05	<0.05
高尿酸血症既不能确诊也不能排除痛风	21(23.33)	12(13.33)	4.29	>0.05
急性痛风推荐及早进行抗炎止痛治疗	33(36.67)	19(21.11)	5.30	<0.05
痛风不合并感染时,不应该使用抗生素	25(27.78)	10(11.11)	6.08	<0.05
一般痛风病人尿酸控制目标<360 $\mu\text{mol/L}$	20(4.97)	9(10.00)	2.28	<0.05
痛风急性期不加降尿酸药,原降尿酸药无需停	17(18.89)	7(7.78)	4.81	<0.05
痛风与糖尿病高血压一样需要长期降尿酸治疗	30(33.33)	12(13.33)	10.06	<0.05
痛风高尿酸血症饮食要总量控制,饭吃七八分饱	35(23.33)	20(22.22)	5.89	<0.05
需戒烟禁酒	60(66.67)	43(47.78)	6.56	<0.05
痛风需要多饮水,保持24h尿量2000ml以上	35(58.33)	22(24.44)	4.34	<0.05

由表3可见,观察组患者在“高尿酸血症既不能确诊也不能排除痛风”的知晓率与对照组无明显差异外,其余有关痛风和高尿酸血症知识的知晓率均明显高于对照组,差异有统计学意义(P 均 <0.05)。

2.4 两组患者随访率比较 通过患者教育,观察组患者1月内主动随访率为41.11%(37/90),对照组1月内主动随访率为15.56%(15/90),推广后社区的患者随访率明显增加,差异有统计学意义($\chi^2=14.47$, $P<0.05$)。

3 讨论

高尿酸血症已成为继高血压、高血糖、高血脂之后的“第四高”。历史上,比较著名的痛风分类标准有1977年美国风湿病协会分类标准、2010年荷兰分类标准^[3]、2015年美国风湿病学会及欧洲抗风湿病联盟分类标准^[4]。我国也于近期发布了《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》^[5],进一步规范痛风和高尿酸血症的诊治。中国有高尿酸血症患者1.2亿^[6],其中青少年发病率已达23%~44%^[7]。5%~10%的痛风患者存在7种以上的并发症^[8]。痛风病人中74%以上合并高血压^[9],且显著升高2型糖尿病、慢性肾病、心衰等发病风险^[10,11]和死亡风险。有研究显示,诊断痛风后10年内死亡率达26.98%^[12]。

随着痛风和高尿酸血症发病率增长,现有专科医师已不能满足诊疗需求,基层医师的重要性不言而喻。但与之不匹配的是医师群体对疾病认识不够,疾病管理能力不足。据国家风湿病数据中心分析研究,我国痛风患者治疗3个月后尿酸水平达标率29.12%,6个月后为38.20%。痛风急性发作1个月后,患者的随访率为19.5%~20.7%,6个月的随访率1.6%~3.9%^[13]。造成该结果是因为患者对疾病重视不够,治疗依从性差,另外也与接诊医生对疾病了解不够,缺乏长期管理意识,对患者的宣教欠缺,对血尿酸控制不严格等有关^[14]。实际上,良好的患者教育可在1年内使高达92%的患者得到有效治疗^[15]。因此,通过推广各级医生对患者进行教育在痛风管理中十分必要。

本研究通过对基层医师的痛风和高尿酸血症相关知识的问卷考核,发现基层医护人员对痛风和高尿酸血症健康教育、诊断、治疗、饮食控制等方面的知识明显不足,与熊洋洋^[16]等的研究一致。而适宜技术推广通过多种方式,提高基层广大医务工作者对高尿酸血症达标治疗和痛风患者间歇期治疗的认识水平。本研究显示,推广社区较未推广社区

的激素+抗生素使用比例、小剂量秋水仙碱使用比例、痛风急性期加降尿酸药物比例明显减少。通过适宜技术推广,基层医生患者教育意识增强,患者对痛风和高尿酸血症相关知识的知晓率显著增加,认识到尿酸控制的重要性,有意识地改变饮食结构和生活习惯,提高患者对疾病的重视程度,了解随访的必要性,进而更好地配合诊疗活动。

综上所述,通过这次“痛风和高尿酸血症的综合防治”适宜技术的推广,基层医师的痛风和高尿酸血症知识及诊治水平明显提高,对尿酸控制的把握更科学严密,痛风和高尿酸血症综合治疗更合理规范,患者痛风发作减少,对健康饮食生活习惯的理解进一步加强,依从性进一步提高。

参考文献

- 1 Brook RD, Yalavarthi S, Myles JD, et al. Determinants of vascular function in patients with chronic gout[J]. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2011, 13(3):178-188.
- 2 Liu R, Han C, Wu D, et al. Prevalence of hyperuricemia and gout in mainland china from 2000 to 2014: A systematic review and meta-analysis[J]. *Biomed Res Int*, 2015, 2015:762820.
- 3 Janssens HJ, Franssen J, van de Lisdonk EH, et al. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis[J]. *Arch Intern Med*, 2010, 170(13):1120-1126.
- 4 Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American college of rheumatology / European league against rheumatism collaborative initiative[J]. *Ann Rheum Dis*, 2015, 74(10):1789-1798.
- 5 中华医学会内分泌协会. 中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)[S]. *中华内分泌代谢杂志*, 2020, 36(1):1-13.
- 6 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会循证医学专业委员会. 无症状高尿酸血症合并心血管疾病诊治建议中国专家共识[J]. *中国全科医学*, 2010, 13(11):1145-1149.
- 7 余进胜, 张丽科, 陈旭华, 等. 12~18岁青少年血尿酸水平调查及区域性差异分析[J]. *数理医药学杂志*, 2017, 30(10):1483-1485.
- 8 Li Q, Li X, Kwong JS, et al. Diagnosis and treatment for hyperuricaemia and gout: A protocol for a systematic review of clinical practice guidelines and consensus statements[J]. *BMJ Open*, 2017, 7(6):e014928.
- 9 Pillinger MH, Goldfarb DS, Keenan RT. Gout and its comorbidities[J]. *Bull NYU Hosp Jt Dis*, 2010, 68(3):199-203.

- 10 Lv Q, Meng XF, He FF, et al. High serum uric acid and increased risk of type 2 diabetes: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies[J]. *PLoS One*, 2013, 8(2): e56864.
- 11 Jalal DI, Chonchol M, Chen W, et al. Uric acid as a target of therapy in CKD[J]. *Am J Kidney Dis*, 2013, 61(1): 134-146.
- 12 Kuo CE, Grainge MJ, Mallen C, et al. Comorbidities in patients with gout prior to and following diagnosis: case-control study[J]. *Ann Rheum Dis*, 2016, 75(1): 210-217.
- 13 田新平, 曾小峰. 加强痛风的长期规范化管理改善痛风患者的长远预后[J]. *中华内科杂志*, 2016, 55(11): 829-830.
- 14 王靖宇, 常宝成. 高尿酸血症/痛风流行病学特点及危险因素[J]. *国际内分泌代谢杂志*, 2016, 36(2): 78-88.
- 15 Rees F, Jenkins W, Doherty M. Patients with gout adhere to curative treatment if informed appropriately: proof-of-concept observational study[J]. *Ann Rheum Dis*, 2013, 72(6): 826-830.
- 16 熊洋洋, 李晨, 张昀, 等. 北京地区医生痛风诊疗认知现状的初步调查[J]. *中华内科杂志*, 2019, 58(4): 288-293.
(收稿日期 2020-04-09)
(本文编辑 蔡华波)

(上接第719页)

- 2 Bovonratwet P, Malpani R, Olesen TD, et al. Aseptic revision total hip arthroplasty in the elderly: quantifying the risks for patients over 80 years old[J]. *Bone Joint J*, 2018, 100-B(2): 143-151.
- 3 Zhang YH, Zhou YD, Zhang J, et al. Application of I-gel laryngeal mask airway ventilation in urologic laparoscopy surgery of elderly patients[J]. *J Clin Anesthesiol*, 2013, 29(12): 1196-1198.
- 4 Ali Y, Elmasry MN, Negmi H, et al. The feasibility of spinal anesthesia with sedation for laparoscopic general abdominal procedures in moderate risk patients[J]. *Middle East J Anaesthesiol*, 2008, 19(5): 1027-1039.
- 5 冯辉, 潘龙飞, 樊媛, 等. HC可视喉镜在急诊肥胖患者紧急气管插管时的应用[J]. *中华急诊医学杂志*, 2019, 28(1): 75-78.
- 6 手中华护理学会手术室专业委员会. 手术室护理实践指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 53-56.
- 7 Kumar N, Bindra A, Mahajan C, et al. Airway management in a patient of ankylosing spondylitis with traumatic cervical spine injury[J]. *Saudi J Anaesth*, 2015, 9(3): 327-329.
- 8 Michael JM, Birgit R, Simon D, et al. Awake fiberoptic intubation and self-positioning in patients at risk of secondary cervical injury: a pilot study[J]. *J Neurosurg Anesthesiol*, 2012, 24(3): 217-221.
- 9 Ueda W, Arai YP. The use of a styler to aid the lifting of the epiglottis with a video laryngoscope[J]. *Anesth Pain Med*, 2016, 6(4): e38507.
- 10 Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, et al. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults[J]. *Br J Anaesth*, 2015, 115(6): 827-848.
- 11 Vargas M, Pastore A, Aloj F, et al. A comparison of video laryngoscopes for tracheal intubation in predicted difficult airway: a feasibility study[J]. *BMC Anesthesiol*, 2017, 17(1): 25.
- 12 王宇, 唐莉, 高志勇, 等. 视频喉镜在侧卧位插管中的应用[J]. *中国现代医学杂志*, 2019, 29(1): 117-119.
(收稿日期 2020-04-04)
(本文编辑 蔡华波)