·临床研究论著·

临床医师对痛风认知的问卷调查

王一娜　尹琼丽　古洁若

【摘要】　**目的**　了解我国风湿科医师对痛风认知现状，提高医师诊治水平。**方法**　对 170 名医师进行关于痛风诊治情况的现场问卷调查，并对结果进行统计分析。**结果**　一共回收 159 名医师问卷。有 20 名医师（12.58%）认为痛风急性发作时血尿酸水平一定升高；有 17 名（10.92%）认为在治疗急性痛风性关节炎同时降尿酸治疗，72 名（45.38%）认为急性痛风性关节炎缓解后立即开始降尿酸治疗；有 29 名（18.07%）认为痛风患者降尿酸治疗的目标值 <420 μmol/L，105 名（66.27%）认为 <360 μmol/L。**结论**　部分医师对痛风诊治中已成共识的知识了解不够全面，有待进一步提高。

【关键词】　痛风；高尿酸血症；问卷调查

Questionnaire survey of cognition status of clinicians on gout

Wang Yina, Yin Qiongli, Gu Jieruo. Department of VIP Medical Center, the Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China

Corresponding author, Gu Jieruo, E-mail: gujieruo@163.com

【**Abstract**】　**Objective**　To investigate the cognition status of physicians from the Department of Rheumatology on gout in China, aiming to enhance the diagnosis and treatment efficacy. **Methods**　An on-spot questionnaire survey related to the diagnosis and treatment of gout was conducted among 170 physicians. Survey data were statistically analyzed. **Results**　In total, 159 questionnaires were collected. Twenty physicians (12.58%) considered that the level of blood uric acid would be definitely increased upon the acute onset of gout. Seventeen (10.92%) responders revealed that the uric-lowering drugs should be delivered during the treatment of acute gouty arthritis. Seventy two participants (45.38%) considered that uric-lowering drugs should be administered immediately after the symptoms of acute gouty arthritis were mitigated. Twenty nine physicians (18.07%) suggested that the level of blood uric acid should be controlled < 420 μmol/L, whereas 105 (66.27%) considered the target level <360 μmol/L. **Conclusions**　Partial physicians fail to comprehensively understand the medical consensus on the diagnosis and treatment of gout and their clinical skills should be strengthened.

【**Key words**】　Gout; Hyperuricemia; Questionnaire survey

痛风是一组尿酸代谢异常的异质性疾病，它的特征是尿酸盐结晶在关节或其他结缔组织中沉积，临床表现包括高尿酸血症、急性痛风性关节炎、痛风石、痛风性肾病、关节畸形和功能障碍等。随着中国经济迅猛发展，人民生活水平不断提高，饮食结构发生改变，食物中嘌呤含量增高，高尿酸血症患病率逐年上升，特别是在经济发达的城市和沿海地区，高尿酸血症患病率达 5% ~23.5%[1-4]。由于痛风患病率高，危害大，该病越来越被重视。随着专家共识的发表和继续教育的完善，医师临床诊治水平是否有提高？有没有需要改进之处？为此，我们进行了问卷调查，以了解 2014 年我国临床医师对痛风认知的现状。

对象与方法

一、研究对象

研究对象为在 2014 年参加全国风湿病年会医师，将问卷发给医师，填写完毕现场收回，共发放 170 张问卷。

二、问卷内容

问卷分为两个部分，第一部分是答卷者个人资料，第二部分包括痛风和降尿酸治疗的指征、开始

DOI: 10.3969/*j.issn*.0253-9802.2016.03.014
作者单位：510630 广州，中山大学附属第三医院特诊医疗中心
通讯作者，古洁若，*E-mail*: *gujieruo*@163.*com*

时机、药物选择及目标值；预防痛风发作的药物选择、使用时间；无症状高尿酸血症治疗路径；痛风患者服药依从性、维持时间、停用原因等。共 33 道选择题目。要求按照自己的实际治疗患者情况匿名填写。

结　　果

一、答卷者个人资料

一共回收 159 份问卷。被访医师遍布全国，其中三甲医院 151 人，非三甲医院 8 人；男 66 人，女 93 人；职称：主任医师 36 人，副主任医师 26 人，主治医师 35 人，住院医师 62 人；每月诊治痛风病例数目 0～5 例、6～10 例、11～20 例、>20 例各有 29、32、37、61 人；专业：风湿科 124 人（77.99%），内科 9 人（5.66%），其他科 26 人（16.35%）。

二、关于急性痛风发作时血尿酸水平问题

20 名医师（12.58%）认为一定升高，139 人（87.42%）选择不一定升高。

三、关于无症状高尿酸血症是否需要治疗问题

43 名医师（27.04%）认为需要，12 名（7.55%）认为不需要，104 名（65.41%）选择“根据患者情况”。

四、关于无症状高尿酸血症治疗路径问题

关于“无痛风发作且无心血管危险因素的高尿酸血症患者，血尿酸多少需要降尿酸治疗”，89 名医师（56.19%）选择“> 540 μmol/L”；关于“无痛风发作且有心血管危险因素的高尿酸血症患者，血尿酸多少需要降尿酸治疗”，97 名（60.36%）选择“男 > 480 μmol/L，女 > 420 μmol/L”，见表 1。

表 1　医师对无症状高尿酸血症治疗路径认知情况　例（%）

需要降尿酸治疗的血尿酸水平	无痛风发作且无心血管危险因素	无痛风发作且有心血管危险因素
仅生活方式改变	62（38.99）	7（4.51）
>540 μmol/L	89（55.97）	
>600 μmol/L	8（5.03）	
男 >540 μmol/L，女 >480 μmol/L		21（13.20）
男 >480 μmol/L，女 >420 μmol/L		97（61.01）
男 >420 μmol/L，女 >360 μmol/L		34（21.38）

五、降尿酸治疗

医师对降尿酸治疗认知情况见表 2。

表 2　医师对降尿酸治疗认知情况　例（%）

项　目	人数
降尿酸治疗的指征	
痛风发作后	34（21.38）
痛风石	20（12.58）
血尿酸 >420 μmol/L	98（61.64）
X 线显示侵蚀性关节炎	5（3.14）
其他	2（1.26）
何时开始降尿酸治疗	
治疗急性痛风性关节炎同时进行	17（10.69）
急性痛风性关节炎缓解后立即开始	72（45.28）
急性痛风性关节炎缓解后数周开始	70（44.02）
降尿酸药物的选择	
苯溴马隆	111（69.81）
别嘌醇	18（11.32）
非布司他	30（18.87）
降尿酸治疗的目标值	
360 μmol/L 以下	131（82.39）
420 μmol/L 以下	23（14.47）
越低越好	5（3.14）
痛风患者降尿酸治疗的目标值	
420 μmol/L 以下	29（18.24）
360 μmol/L 以下	105（66.04）
300 μmol/L 以下	25（15.72）

六、关于预防治疗的认知度调查

对于“开始降尿酸治疗时，是否同时给予秋水仙碱或 NSAID 预防痛风发作”：52 名医师（32.70%）认为需要秋水仙碱，41 名（25.79%）

认为需要 NSAID，62 名（38.99%）认为需要联合秋水仙碱和 NSAID，仅有 4 名（2.52%）认为不需要。

对于预防多长时间，24 名医师（15.09%）选择“1～2 周”，27 名（16.98%）选择“2～4 周”，63 名（39.62%）选择“2～3 个月”，21 名（13.21%）选择“3～6 个月”，24 名（15.09%）选择“6 个月以上”。

七、关于痛风患者坚持服用降尿酸药物的时间

56 名医师（35.22%）选择“<3 个月”，38 名（23.90%）选择“3～6 个月”，29 名（18.24%）选择“6 个月～1 年”，36 名（22.64%）选择“>一年”。患者停用降尿酸药物的主要原因是：13 名（8.18%）选择担心药物副作用，16 名（10.06%）选择“不愿长期吃药”，47 名（29.56%）选择“认为痛风只是偶尔发作，问题不大”，83 名（52.20%）选择“尿酸正常了或者关节不痛了自行停药”。

讨　论

随着人们生活水平的提高，无症状高尿酸血症和痛风患者比例越来越高，目前痛风诊疗的现状不尽如人意。本文通过现状调查，了解医师对高尿酸血症和痛风诊疗的认知情况。

关于急性痛风发作时血尿酸水平问题，因应激反应及内源性激素，使得尿酸从尿中排出增多，加上停用影响尿酸药物等原因，11%～49%的急性痛风患者血尿酸水平可能在正常范围内，但仍有 20 名（12.57%）认为一定升高。所以不认识血尿酸作为痛风急性发作期的诊断价值意义有限这一点，有可能将急性痛风误诊为其他疾病。

一般医师都知道，血尿酸增高可引起痛风发作，但血尿酸骤然减少，致使已形成的结晶从关节滑膜脱落，也会引起痛风。临床中常常遇到急性痛风发作的患者被给予降尿酸治疗的。本次调查发现，仍然还有 10.69%的医师认为在治疗急性痛风性关节炎同时要进行降尿酸治疗。其实上述做法是错误的。在急性痛风发作时，应该避免血尿酸浓度波动过大，也就是说，正在使用降尿酸药物的不要停用，尚未使用的暂不使用。但与 2010 年全国风湿病年会参加者的调查问卷比较，已经有了明显的进步，2010 年有半数以上的医师认为“痛风急性发作时应立即停用正在使用的降尿酸药物”。本次问卷调查表明经过这几年的不断学习，我们在这方面的知识普及率大大提高。

关于“无症状高尿酸血症是否需要治疗”这个问题，一直有争议。目前有大量研究证据表明了高尿酸血症的危害。高尿酸血症与代谢综合征、高血压病、2 型糖尿病、心血管疾病、慢性肾病、痛风等密切相关，是上述疾病发生发展的独立危险因素，但还缺乏直接证据证实[5]。本次调查中 43 名医师（27.04%）认为需要，12 名（7.55%）认为不需要，104 名（65.41%）选择“根据患者情况”。尽管 2013 年高尿酸血症和痛风治疗的中国专家共识中，已经制定了高尿酸血症治疗路径，但是大多数医师在积极治疗无症状高尿酸血症这一问题上态度并不坚决，需要做进一步的研究。

关于何时开始降尿酸，选择“痛风发作后”的医师有 34 名（21.38%），2010 年调查问卷中有 59.2%医师认为在“第一次痛风发作后”即应开始降尿酸治疗。主流观点是痛风每年至少复发两次，说明对降尿酸治疗开始指征的认识有了大幅度提高。有关文献表明约 60%的患者一年内会复发痛风，也有部分患者数年内痛风不再发作，个别患者终生不再复发，过早用药可能得不偿失[6-8]。

在痛风急性发作期不应该开始降尿酸治疗已成共识[7]。但我们的调查中，仍有 17 名（10.69%）认为在治疗急性痛风性关节炎同时进行，72 名（45.28%）认为急性痛风性关节炎缓解后立即开始，只有 44.02%认为急性痛风性关节炎缓解后数周开始。这与 2010 年调查数据接近，可见半数以上的医师仍然对于痛风发作时要尽量避免尿酸波动这一观点认识不够。

开始降尿酸治疗时，同时给予秋水仙碱或 NSAID 预防痛风的发作已成共识[6,8]。本调查中有 52 名医师（32.70%）认为需要秋水仙碱，41 名（25.79%）认为需要 NSAID，62 名（38.99%）认为需要联合秋水仙碱和 NSAID，仅有 4 名（2.52%）认为不需要预防用药。说明绝大多数医师认识到降尿酸治疗开始时，需要预防痛风发作。对于预防多长时间尚无统一答案，文献中提及的有预防 1 个月、3 个月、6 个月及持续预防直至尿酸水平正常，且 3～6 个月无急性痛风发作[6-11]。而本调查中有约 40%医师选择 2～3 个月，分别约 15%的医师选择 1～2 周、2～4 周及 6 个月以上的时间。这个问题尚需通过大样本、前瞻性、长期观察。

关于降尿酸治疗的目标值，有 131 名医师

（82.39%）选择“360 μmol/L 以下”，这与专家共识是一致的[12]。与 2010 年调查比较，同意这一目标值的医师人数提高了约 30%。但还有约 15% 的医师认为目标值为“420 μmol/L 以下”。提示部分医师仍没有认识到降低血尿酸水平会大大减少痛风复发[6,13]。极少数医师认为越低越好。专家共识认为有痛风发作降尿酸治疗目标值应该控制在 300 μmol/L 以下，有利于尿酸盐结晶的溶解。但是血尿酸水平是否越低越好？有没有其他潜在风险？目前观点尚不统一。

对于降尿酸药物的选择，有 111 名医师（69.81%）首选苯溴马隆，有 18 名（11.32%）选择别嘌醇，有 30 名（18.87%）选择非布司他。本次调查中苯溴马隆为医生首选药物，而在 2010 年调查中选择别嘌醇和苯溴马隆医师分别为 52.7% 和 44.8%。为什么别嘌醇不再是临床降尿酸药物的首选？已经有研究证实别嘌醇相关的严重超敏反应和 HLA-B＊58∶01 紧密相关，2012 年美国风湿病学会建议：亚裔人群在使用别嘌醇之前，应进行 HLA-B＊58∶01 快速 PCR 检测，2008 年我国台湾地区已经对准备使用别嘌醇的患者实施该基因的检测，禁止对阳性结果的患者使用该药[14-15]。因此建议有条件时在用该药之前先进行基因检测[12]。实际上，很多医院由于条件限制不能对该基因进行检测。结合问卷答案来看，半数以上医师都担心别嘌醇引起的严重超敏反应，还有近 20% 的医师选择非布司他，从而影响了别嘌醇在降尿酸治疗中的一线药物地位。

从本问卷调查分析来看，对一些已经达成共识的观点，比如“急性痛风发作时血尿酸水平不一定升高”，“急性痛风发作时正在服用降尿酸药物的患者不要停用，尚未使用的患者暂不使用”，“开始降尿酸治疗时，应该给予秋水仙碱或 NSAID 预防痛风的发作”等，还有 10% ~20% 的医师回答不正确。与 2010 年调查相比较，比例明显下降。这说明近年随着专家共识的发表和继续教育的完善，医师对高尿酸血症和痛风诊治的认知情况明显好转。

但本次调查发现对于无症状高尿酸血症治疗路径的认识需要进一步加强。专家共识认为无痛风发作且无心血管危险因素的高尿酸血症患者，血尿酸 ＞540 μmol/L 需要降尿酸治疗[12]。本次调查还有近 40% 的医师认为不需要干预；无痛风发作且有心血管危险因素的高尿酸血症患者，血尿酸 ＞420 μmol/L（男）或 ＞360 μmol/L（女）需要降尿酸治疗，本次调查仅 21.38% 医师选择正确。当然，除了观点认识不足，由于一般无症状高尿酸血症患者可持续 10 ~20 年，许多患者甚至终生痛风不发作。对于大多数无症状高尿酸血症的患者，预防治疗的风险可能高于获益。可见很多医师在无症状高尿酸血症相关问题上，持有不同看法，除了加强这方面知识的学习，需要更多的直接证据来说服大家。还有一些正在讨论的问题，如“尿酸治疗的目标值是否越低越好”，当然也可以借鉴国外的结论和观点，更重要的是我们应该进行大样本、前瞻性实验，从而获得适合我国国情的循证医学证据。

参 考 文 献

[1] 王德光，郝丽，戴宏，陈卫东，张道友，李龙海，刘智，韩久怀，叶丽萍，白友为．安徽省成人慢性肾脏病流行病学调查．中华肾脏杂志，2012，28（10）：101-105.

[2] 阎胜利，赵世华，李长贵，王颜刚，王萍，王忠超，王芳，陈颖，王飞，苗志敏．山东沿海居民高尿酸血症及痛风五年随访研究．中华内分泌代谢杂志，2011，27（7）：548-552.

[3] 周戈，齐慧，赵根明，杨黎明，孙乔．上海市浦东新区居民高尿酸血症与慢性肾病相关性研究．中华流行病学杂志，2012，33（4）：351-355.

[4] 邹贵勉，黄江燕，车文体，眭维国，董力，陈洁晶，向月英，邹和群．广西城市社区居民高尿酸血症流行病学调查及其与慢性肾脏病的关系．中华内分泌代谢杂志，2011，27（7）：561-565.

[5] Zhu Y，Pandya BJ，Choi HK. Comorbidities of gout and hyperuricemia in the US general population：NHANES 2007-2008. Am J Med，2012，125（7）：679-687.

[6] Zhang W，Doherty M，Bardin T，Pascual E，Barskova V，Conaghan P，Gerster J，Jacobs J，Leeb B，Lioté F，McCarthy G，Netter P，Nuki G，Perez-Ruiz F，Pignone A，Pimentão J，Punzi L，Roddy E，Uhlig T，Zimmermann-Gòrska I；EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II：Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics（ESCISIT）. Ann Rheum Dis，2006，65（10）：1312-1324.

[7] Underwood M. Diagnosis and management of gout. BMJ，2006，332（7553）：1315-1319.

[8] Terkeltaub R. Update on gout：new therapeutic strategies and options. Nat Rev Rheumatol，2010，6（1）：30-38.

[9] Schumacher HR Jr，Chen LX. The practical management of gout. Cleve Clin J Med，2008，75（Suppl 5）：S22-S25.

[10] Keith MP，Gilliland WR. Updates in the management of gout. Am J Med，2007，120（3）：221-224.

[11] Firestein GS，Budd RC，Edward DH，McInnes IB，Shaun Ruddy，Sergent JS. Kelley´s Textbook of Rheumatology，2009，2

(8)：1498-1500.

[12] 中华医学会内分泌学分会．高尿酸血症和痛风治疗的中国专家共识．中华内分泌代谢杂志，2013，29（11）：913-920.

[13] Terkeltaub R，Zelman D，Scavulli J，Perez-Ruiz F，Lioté F. Gout Study Group：update on hyperuricemia and gout. Joint Bone Spine，2009，76（4）：444-446.

[14] Khanna D，Khanna PP，Fitzgerald JD，Singh MK，Bae S，Neogi T，Pillinger MH，Merill J，Lee S，Prakash S，Kaldas M，Gogia M，Perez-Ruiz F，Taylor W，Lioté F，Choi H，Singh JA，Dalbeth N，Kaplan S，Niyyar V，Jones D，Yarows SA，Roessler B，Kerr G，King C，Levy G，Furst DE，Edwards NL，Mandell B，Schumacher HR，Robbins M，Wenger N，Terkeltaub R；American College of Rheumatology. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2：therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. Arthritis Care Res（Hoboken），2012，64（10）：1447-1461.

[15] Hershfield MS，Callaghan JT，Tassaneeyakul W，Mushiroda T，Thorn CF，Klein TE，Lee MT. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium guidelines for human leukocyte antigen-B genotype and allopurinol dosing. Clin Pharmacol Ther，2013，93（2）：153-158.

（收稿日期：2015-08-06）

（本文编辑：杨江瑜）