

# 内蒙古地区风湿免疫专科医生对高尿酸血症、原发性痛风认知现状调查

铁宁<sup>1</sup>,艾日松<sup>2</sup>,李静<sup>2</sup>,李春蕾<sup>1</sup>,侯云霞<sup>1</sup>,满达夫<sup>1</sup>,沈广萍<sup>1</sup>,王勇<sup>1</sup>

(1.内蒙古医科大学附属医院风湿免疫科,内蒙古 呼和浩特 010050;2内蒙古医科大学)

**摘要:**目的:了解内蒙古地区风湿免疫专科医生对高尿酸血症、原发性痛风认知现状及影响因素。方法:通过中华医学会风湿病学分会2018年第四次全国风湿免疫专科医师及学科调研工作最终数据,内蒙古自治区有风湿从业机构50家,从业人员296名,针对所有从业人员以线上与线下填写问卷方式展开调查,收回符合标准问卷150份。结果:痛风知识调查问卷总分10分,本次调查平均分为(8.7±1.5)分;对痛风基本概念得分为(2.7±0.5)分;对高尿酸血症和痛风诊疗规范得分为(5.9±1.2)分。对结果统计并进行卡方检验,发现医生学历( $\chi^2=8.857$ ,  $P=0.012<0.05$ )和职称( $\chi^2=7.947$ ,  $P=0.047<0.05$ )与高尿酸血症及痛风准确的诊断治疗正相关。结论:接受调查的内蒙古地区风湿免疫专科医师对高尿酸血症、原发性痛风诊疗规范认识总体情况较好,对高尿酸血症用药规范掌握相对较差。风湿免疫专科医师应加强开展个体化治疗,积极学习最新指南更新理念,规范诊疗方案。这将有利于风湿免疫专科医生对患者以及社区医生进行指导,有助于提升痛风患者达标治疗率。为建立符合内蒙古地区高尿酸血症、原发性痛风慢病管理平台奠定基础。

**关键词:**痛风;高尿酸血症;风湿免疫专科医生

**中图分类号:** R593.22

**文献标识码:** B

**文章编号:** 2095-512X(2021)05-0504-04

## 前言

近年来痛风的患病率呈倍数增长,目前已经成为我国常见的慢性疾病之一<sup>[1]</sup>。由于患有高尿酸血症与痛风发作关系密切,因此协助患者控制血尿酸(serum uric acid, sUA)水平是临床工作中的重点。目前我国大部分痛风患者在三级医院接受疾病管理,存有医院压力过大不利于疾病诊治的难题<sup>[2]</sup>,同时考虑到慢性疾病开展分级诊疗专科或综合医院应当承担中心角色。因此对内蒙古地区风湿免疫专科医生对高尿酸血症以及原发性痛风进行认知现状调查。一方面可通过统计结果初步了解风湿免疫专科医生诊疗是否规范及医生管理患者的能力<sup>[3]</sup>。另一方面有利于分级诊疗理念的深化,为建立符合内蒙古地区高尿酸血症、原发性痛风慢病管理平台奠定基础。

## 1 调查

### 1.1 对象

选取中华医学会风湿病学分会2018年第四次全国风湿免疫专科医师及学科调研工作人员,涉及内蒙古所有9个地级市3个盟。最终数据显示内蒙古自治区有涉及风湿病相关机构50家,从业人员296名。

### 1.2 方法

(1)问卷设计:调查问卷包括两部分。(2)流程:线上或线下匿名填写问卷。(3)问卷剔除标准:a非临床医生;b工作科室已变更;c问卷内容回答不足20%。

### 1.3 问卷内容

(1)第一部分:收集数据中内蒙古各地区风湿免疫专科医师的基础信息、医生一年接诊痛风以及高尿酸血症的患者量、进行针对该疾病展开继续教育的情况、所在单位对诊治痛风以及高尿酸血症具备的条件。(2)第二部分:采用国际通用的痛风知识问卷(Gout related Knowledge Questionnaire GKQ),涉及10个问题:①痛风基本概念部分,包括痛风发病原因(Q1)、病理学机制(Q2)、临床表现(Q3)。②痛风诊疗规范部分,包括急性期治疗(Q4)、降尿酸治

收稿日期:2021-08-21;修回日期:2021-10-07

作者简介:铁宁(1980-),女,内蒙古医科大学附属医院风湿免疫科副主任医师。

通讯作者:王勇,主任医师,E-mail:13947140472@126.com 内蒙古医科大学附属医院风湿免疫科,010050

疗(Q5)、预防治疗(Q6)、生活方式(Q7)、合并症(Q8)等方面。

### 1.4 统计分析

将答卷第一部分统计结果设为预测变量,第二部分所得总分设为结局变量,分析影响风湿免疫专科医师对痛风以及原发性高尿酸血症认知水平的因素,采用SPSS 25.0进行统计学分析,检验水准为 $\alpha = 0.05$ , $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 基本信息

性别:男34人(22.7%),女116人(77.3%);年龄(岁):25~34有46人(30.7%),35~44有60人(40.0%),45以上有44人(29.3%);工作年限(年):1~10有56人(37.3%),11~20有45人(30.0%),21年以上49人(32.7%);职称:住院医师25人(16.7%),主治医师47人(31.3%),副主任医师28人(18.7%),主任医师43人(28.7%),其他7人(4.7%);学历:专科1人(0.7%),本科83人(55.3%),硕士58人(38.7%),博士5人(3.3%),其他3人(2.0%);平均每年接诊高尿酸血症患者(例):0~100例74人(49.3%),101~200例34人(22.6%),201例以上42人(28.0%);平均每年接诊痛风患者(例):0~100例105人(70%),101~200例29人(19.3%),201例以上16人(10.6%);一年内参加痛风或HUA相关继续教育次数(次):0次有27人(18.0%),1~2次有80人(53.3%),3~4次有30人(20.0%)5及以上13人(8.7%);所在医疗单位具备降尿酸药:一种有20人(13.3%),两种有26人(17.3%),三种及以上104人(69.3%);所在医院或单位围绕痛风及HUA开展相关检查项目:一种有38人(25.3%),两种有70人(46.7%),三种及以上42人(28.0%)。

### 2.2 问卷作答

总体情况:痛风知识调查问卷共10道题,每题分值设为1分,总分为10分。本次调查平均分为(8.7±1.5)分;问卷1,2,3题为痛风基本概念,得分为(2.7±0.5)分;4~10题为痛风诊疗规范,得分5分以上提示认知程度较好,调查得分为(5.9±1.2)分(见表1)。

### 2.3 分析影响因素

将样本量过少组别进行合并或删除,得到符合卡方检验数据。结果显示:①:预测变量中,较高学历( $\chi^2=8.857$ , $P=0.012<0.05$ )、高职称( $\chi^2=7.947$ , $P=$

表1 专科医生答题正确率

| 题号                                   | 正确率    |
|--------------------------------------|--------|
| 1、痛风发病基础原因                           | 100.0% |
| 2、痛风急性发作的典型表现                        | 97.3%  |
| 3、痛风并发关节炎的病理学机制                      | 76.0%  |
| 4、(多选题)对于无合并症的痛风患者,急性期用于治疗痛风关节炎发作    | 59.3%  |
| 5、(多选题)降尿酸治疗有助于控制痛风急性发作和改善预后,可以降低血尿酸 | 86.0%  |
| 6、一般痛风患者推荐降尿酸治疗的理想目标值                | 92.0%  |
| 7、非用药措施协助控制尿酸水平                      | 76.0%  |
| 8、痛风降尿酸药物治疗时间                        | 79.3%  |
| 9、服用降尿酸药物治疗期痛风急性发作采取措施               | 89.3%  |
| 10、痛风常见合并疾病                          | 90.7%  |

0.047<0.05)与结局变量痛风诊疗规范知晓度好相关。②:接受继续教育次数、医院配备设施情况等与知晓度无统计学意义(见表2)。

表2 影响痛风诊疗规范知晓的因素

| 因素                     | 参与调查人数 | 痛风诊疗规范知晓人数(%) | P值    |
|------------------------|--------|---------------|-------|
| 学历                     |        |               | 0.012 |
| 本科                     | 83     | 52(62.7)      |       |
| 硕士                     | 58     | 48(82.8)      |       |
| 博士                     | 5      | 5(100.0)      |       |
| 职称                     |        |               | 0.047 |
| 住院医师                   | 25     | 20(80.0)      |       |
| 主治医师                   | 47     | 33(70.2)      |       |
| 副主任医师                  | 28     | 25(89.3)      |       |
| 主任医师                   | 43     | 26(60.5)      |       |
| 每年参加痛风(HUA)相关继续教育次数(次) |        |               | 0.354 |
| 0                      | 27     | 18(66.7)      |       |
| 1~2                    | 80     | 57(71.2)      |       |
| 3~4                    | 30     | 24(80.0)      |       |
| >4                     | 13     | 7(53.8)       |       |
| 所在单位具备降尿酸药物            |        |               | 0.350 |
| 1种                     | 20     | 11(55.0)      |       |
| 2种                     | 26     | 20(76.9)      |       |
| 3种                     | 35     | 24(68.6)      |       |
| 4种及以上                  | 69     | 51(73.9)      |       |
| 所在单位对痛风及原发性高尿酸血症检查项目   |        |               | 0.309 |
| 1种                     | 38     | 23(60.5)      |       |
| 2种                     | 70     | 51(72.9)      |       |
| 3种                     | 28     | 22(81.5)      |       |
| 4种                     | 14     | 10(71.4)      |       |

为排除其它混杂因素的影响,从而确定预测变量与响应变量的相关性,进一步进行logistic多因素分析。结果显示:采用logistic回归分析未得到有统计学意义数据。

### 3 讨论

#### 3.1 痛风基础概念

内蒙古地区风湿专科医师对痛风基础概念掌握度良好。近年来对原发性痛风与高尿酸血症研究的深入,医师对于疾病的认知不再局限于发病时的临床表现,也明确了尿酸水平以及单钠尿酸盐结晶(monosodium urate, MSU)沉积情况<sup>[4]</sup>等病理生理学机制在疾病发生发展中的重要意义。

#### 3.2 痛风发作期诊疗规范

内蒙古地区部分风湿专科医师对痛风急性发作期的诊疗规范认知模糊。依据2020年美国风湿病学会(ACR)发布的指南,推荐痛风发作期将秋水仙碱、糖皮质激素、NSAID作为一线药物尽早控制痛风发作引发的症状。2019年国内发布的《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南》则推荐使用秋水仙碱和(或)NSAID作为首选,若患者存在相关禁忌症或疗效不理想时,也可考虑进行短期糖皮质激素治疗,并且国内已有研究肯定短期运用糖皮质激素方案的可行性<sup>[5]</sup>。截至目前,国内专家组结合我国情况,为防止激素使用不当引发的系列后遗症以及进行反复使用可增加痛风石的发生率,因此糖皮质激素被推荐为二线镇痛药物<sup>[6]</sup>。本文研究结果显示有30.0%的专科医生未选择糖皮质激素,提示部分医师对于使用激素的治疗理念存有争议。目前国内对是否可将糖皮质激素纳入一线治疗药物因相关研究较少导致证据力度弱的不足。这提示医师在临床实践中应积累经验,为制定适合本国痛风急性发作患者的分级推荐方案做出贡献。

#### 3.3 降尿酸治疗诊疗规范

降尿酸治疗用药选择正确率为86.0%。有15.0%的医师错选秋水仙碱,此数据提示有部分医师对药物作用机理认知不足。使用秋水仙碱针对降尿酸治疗目的是预防痛风发作,因其药理无关于尿酸盐的生成、溶解、排泄过程,因此没有降尿酸作用。降尿酸治疗强调个体化,因此医生对涉及药物应准确把握。

对于进行降尿酸治疗用药时间,有20.7%的专科医生认为没有必要长期用药。2016年欧洲风湿

学会提出对于痛风的治疗应长期坚持降尿酸达标治疗。2020年ACR痛风治疗指南再次提出用药剂量与疗程应当根据达标情况个体化实施,加之各指南与临床研究均表明尿酸的波动会导致痛风的急性发作,若通过规范化用药让尿酸达标可控制痛风不再发作。可见对患者高尿酸血症的达标治疗是影响痛风治疗效果的重中之重,但也是临床工作中的难点。难点一:治疗全程需要医师与患者的密切配合。一方面医师应当做好对患者的长期规范化管理,另一方面患者也应具备良好依从性。然而降尿酸过程可导致痛风的急性发作,药物的副作用让患者产生不适感影响其依从性;以及医师未规范用药,患者教育不全面等影响患者对医师信任度等原因均与患者低依从性相关。已有研究表明痛风患者就诊频率与尿酸的下降幅度呈现正相关<sup>[7]</sup>。因此医师更应意识到在疾病诊治过程中与患者沟通的重要性。向患者解释长期用药的原因,明确告知药物副作用以及解决方案尽量减轻患者心理负担。同时医师应明确诊疗规范,将高尿酸血症的达标治疗理念在临床实践中贯彻执行,加强对患者的长期规范化治疗。

除此之外,定期的随访检测尿酸指标,是临床评价患者尿酸控制效果的主要方法。调查问卷提示医师对痛风患者降尿酸理想目标掌握较好。但医师也应个体化控制患者尿酸水平,有研究表明尿酸过低可能增加阿尔茨海默病、帕金森病等神经退行性疾病的风险<sup>[8]</sup>。

#### 3.4 影响认知因素

通过问卷调查结果,提示存在部分医生对指南所提诊疗规范掌握情况模糊。本调查进行单因素分析提示预测变量中医生学历、职称较高与结局变量痛风诊疗规范知晓率高相关有统计学意义。对上述预测变量进行logistic回归分析,均无统计学意义,考虑职位与学历二者存在近似共线性,因此在进行多因素分析时没有统计意义。

### 4 总结

调查结果显示仅有1人学历低于本科,提示参与调查医师专业知识认知能力以及学习能力较强。近年来国内外指南对痛风的规范诊疗指导方案受到风湿科医师广泛认可。各医师在进行指南的学习时,应将国外指南推荐方案与国内患者情况结合分析,积累经验得出适合国内患者的诊疗指

南。最后,广大从事风湿免疫专科的医务工作者应助力推动全科医学的效能,全科与专科相协有利于为患者提供个体化、全程化医疗服务,并有助于分级诊疗的建设。

总之,本次样本包括了内蒙古所有9个地级市,3个盟的风湿专科医生。提示其应强化对国内外指南的研究,加强对患者个体化治疗的理念。同时应当响应国家号召积极促进分级诊疗,这将有利于各地区专科医生结合地区就诊现状对患者以及社区医生进行指导,为建立符合内蒙古地区高尿酸血症、原发性痛风慢病管理平台奠定基础。本次调查研究不足:一方面,未进行内蒙古各地区社区医院医生对痛风和高尿酸血症认知度调查,无法进行社区医生与专科医生对比研究。另一方面,未进行患者对痛风认知度调查,不能制定更有针对性的健康教育方案。

## 参考文献

- [1]郭韵,王晓非.痛风的诊治现状及展望[J].中国实用内科杂志,2018;38(12):1127-1130
  - [2]李博涵,方卫纲,沙悦.痛风降尿酸治疗依从性影响因素的研究进展[J].中国全科医学,2019;22(07):865-869
  - [3]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(04):288-293
  - [4]FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout[J]. Arthritis Care Res(Hoboken), 2020;72(6):744-760
  - [5]潘姝,原永芳,金剑.系统评价口服糖皮质激素在人群中治疗痛风急性发作的疗效与安全性[J].世界临床药物, 2018;39(11):749-755
  - [6]中华医学学会风湿病学分会.原发性痛风诊断和治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2011;15(06):410-413
  - [7]孟娟,袁晓旭,明昕,等.原发性痛风患者治疗依从性及达标率调查研究[J].中华全科医师杂志,2018;17(04):281-285
  - [8]李林,朱小霞,戴宇翔,等.中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识[J].中华内科杂志,2017;56(03):235-248
- 
- (上接第503页)
- [13]Emilios E Pakos, Panayiotis Megas, Nikolaos K Paschos, Spyridon A Syggelos, Antonios Kouzelis, Georgios Georgiadis, Theodoros A Xenakis. Modified porous tantalum rod technique for the treatment of femoral head osteonecrosis[J]. World Journal of Orthopedics, 2015;6(10):829-837
  - [14]Castro F P, Barrack R L. Core decompression and conservative treatment for avascular necrosis of the femoral head: a meta-analysis.. 2000;29(3):187
  - [15]张国梁,包毅敏,刘瑞,赵建民,王跃文.蜂巢式髓芯减压术治疗早中期成人股骨头缺血性坏死的疗效观察[J].生物骨科材料与临床研究,2016;13(01):13-16+20
  - [16]Miao Haixiong, Ye Dongping, Liang Weiguo, et al. Effect of Osteonecrosis Intervention Rod Versus Core Decompression Using Multiple Small Drill Holes on Early Stages of Necrosis of the Femoral Head: A Prospective Study on a Series of 60 Patients with a Minimum 1-Year-Follow-Up.. 2015;9:179-84
  - [17]Thilo Floerkemeier, André Lutz, Udo Nackenhorst, et al. Core decompression and osteonecrosis intervention rod in osteonecrosis of the femoral head: clinical outcome and finite element analysis. 2011;35(10):1461-1466
  - [18]Mont Michael A, Ragland Phillip S, Etienne Gracia. Core decompression of the femoral head for osteonecrosis using percutaneous multiple small-diameter drilling.. 2004:131-8
  - [19]Steinberg M E, Larcom P G, Strafford B, et al. Core decompression with bone grafting for osteonecrosis of the femoral head. 2001:71
  - [20]Volokh K Y, Yoshida H, Leali A, et al. Prediction of femoral head collapse in osteonecrosis.. 2006;128(3):467
  - [21]Etienne Gracia, Mont Michael A, Ragland Phillip S. The diagnosis and treatment of nontraumatic osteonecrosis of the femoral head.. 2004;53:67-85
  - [22]何伟伟. 坏死股骨头内部空间结构及生物力学性能研究[D]. 天津医科大学, 2017
  - [23]Ji Yong Bae, Dai Soon Kwak, Kyung Soon Park, et al. Finite Element Analysis of the Multiple Drilling Technique for Early Osteonecrosis of the Femoral Head. 2013;41(12):2528-2537
  - [24]Mont Michael A, Seyler Thorsten M, Plate Johannes F, et al. Uncemented total hip arthroplasty in young adults with osteonecrosis of the femoral head: a comparative study.. 2006; 88 Suppl 3:104