DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.06.026

弱，跷踢力差，左大腿后侧及小腿前后侧痛觉减退。CT 提示：L_5～S_1椎间盘向左突出。肌电图检查：胫前肌、腓肠肌、股二头肌和伸趾长肌多相电位明显增加，提示 L_5～S_1神经根损害。治疗：选用牵引、推拿、超短波、中频电脑多功能仪和体外反搏。治疗3 d疼痛明显减轻，能下床活动，但跛行。然后加用运动疗法，二周后症状消失，弯腰、走路行动自如，体查无阳性体征出现，继续巩固治疗4周，临床痊愈出院。

3 讨论

腰椎间盘突出多因纤维环部分或完全断裂，或髓核纤维环同时退变、萎缩，纤维环弹力减弱引起髓核的脱出或膨出。突出物可直接压迫神经根或脊髓，或因局部充血、水肿，甚至无菌性炎症粘连等而引起一系列神经根及局部组织疼痛、紧张及功能障碍等表现[1,2]。大多数患者经非手术治疗可使症状明显缓解或消除，本组采用综合物理治疗临床治愈率达58.9%，与文献报道类似[3]。

根据本组结果，我们认为综合物理治疗可取得良好的协同作用。牵引和推拿可使关节面在短时间内相互离开，突出部位椎间隙加宽，使椎间盘髓核突出物还纳，从而解除对神经根压迫和刺激。治疗4周后休息一周，目的使肌肉松弛再继上治疗而疗效更佳。体外反搏可使受压局部组织及下肢供血得到明显改善，热疗可使血管扩张，(血流及组织氧量增加，使细胞代谢增加，)促使酶反应加速，从而加速充血、水肿消散。同时对解除腰肌痉挛，减轻牵引推拿引起的软组织反应也有良好的效果。中频电疗可改善血液循环，促进淋巴回流，解除肌肉痉挛从而达到明显止痛。当病人疼痛症状减轻后，适当选用运动疗法，加强腹肌及腰背肌锻炼，从而加强脊柱的保护作用，使其稳固增强，对防止复发具有重要意义[4]。

参考文献

1. 陆一农。腰痛及腰腿痛。北京：解放军出版社，1985：95～118
2. 陈士富。腰椎间盘突出症。见：魏征主编。脊柱病因治疗学。香港：商务印书馆，1987：191～195
3. 姜贵云。腰椎间盘突出症的康复治疗。中国康复医学杂志，1992；7(1)：33
4. 角南昌三等(张永昌译)。腰痛患者的肌力增强训练。国外医学：物理医学与康复学分册，1990；4：157

(收稿：1993-05-31；修回：1993-11-07)

原发性痛风52例临床分析

安世铭 (第三军医大学新桥医院内分泌) 630038

原发性痛风(简称痛风)是嘌呤代谢紊乱所致血尿酸增高引起的疾病，本病在西南地区并非少见。现将我院1985年以来收治的52例分析如下：

1 临床资料

1.1 一般情况

52例住院患者，男性48例(92.3%)；女性4例(7.7%)，均就诊于绝经后。年龄最大85岁，最小30岁，平均54.8岁。病程0.5～20年，平均6.1年。有家族史者3例(5.8%)。吸烟者10～30支/日，烟龄2～35年14例(26.9%)。饮酒者50～250g/日，饮酒时间3～30年15例(28.8%)。23例(44.4%)以饮酒，食嘌呤丰富食物，劳累，感染等因素诱发急性发作。

1.2 临床表现

52例均以反复发作的局部关节红、肿、痛、热，伴功能障碍就医。关节疼痛发作急骤，常在夜间突然剧烈刀割样或针刺样疼痛，并持续数小时至数天不等。7例(13.5%)伴轻微畏寒、头痛、全身不适，恶心

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

等症状。首次发病在一侧跗蹠趾关节29例(55.8%)，其他蹠趾关节9例(17.3%)，踝关节6例(11.5%)，膝关节3例(5.8%)，掌指关节腕关节各2例，肘关节1例(9.6%)。其中多个关节受累19例(36.5%)，受累关节呈非对称，非游走性，与气候无关。11例(21.2%)有痛风结节，为多个米粒状至黄豆大小硬节，分散于耳轮6例，掌指间关节处4例，蹠趾关节3例。其中2例结节破溃，1例抽取液有尿酸盐结晶。该11例血尿酸最高1022μmol/L，最低515.48μmol/L，平均583.20μmol/L，明显高于无痛风结节病员的血尿酸平均值。

1.3 实验室检查

52例血清尿酸测定见表1(尿酸测定采用尿酸酶法)。

表1 血清尿酸测定结果 (μmol/L)

	n	最高测定值	最低测定值	$\bar{x}\pm s_{\bar{x}}$
男	48	1022	419.21	558.1±188.9
女	4	438.6	357.4	392.3±32.26

50例病人查血清尿素氮，肌酐异常分别为18例(8.2～55.4mmol/L)36%；10例(194.5～1093.1μmol/L)22%。其中19例查24 h 尿浓缩稀释试验，异常9例，3例查内生肌酐清除率均异常(19.9～60.8ml/min)。32例测定血脂，7例(21.8%)CH＞6.0mmol/L；21例(65.5%)TG＞1.5mmol/L。TG 增高的比例明显大于 CH。18例作肾超声，2例发现肾盂结石并积水，2例双肾形态缩小。其中10例同时作静脉肾盂造影2例右肾盂结石1例伴积水。1例左输尿管下段结石伴积水，与肾超声结果基本一致。34例同位素肾图检查，16例双肾功能轻度至中等度受损，其中5例次肾超声及肾盂造影有阳性发现者，肾图均显异常。44例受患关节摄片其中穿凿样破坏13例；骨质稀疏6例；稀疏并关节变窄，软组织肿胀各5例。及心电图检查其中 ST、T 改变8例，早搏2例；低电压，右束支阻滞，房内阻滞各1例。根据1977年 WHO 冠心病诊断标准，提示冠心病者13例(24.6%)。合并高血压7例(13.5%)，肥胖19例(36.5%)，肾结石3例，非胰岛素依赖型糖尿病2例，类风湿性关节炎5例。

2 治疗

23例急性发作期用秋水仙碱治疗，其中3例常规用法(0.5～1mg/次，2 h 一次，口服)，用药24 h 内出现腹痛，腹泻，恶心呕吐等症状而停药，其余20例以0.5～1mg/次，每日3次口服，用药1～3 d 症状缓解，以后改为每日1～2次，2～4 d 症状消失停药。11例发作较轻者服用痛风利仙(苯溴酮)50mg/次，每日一次，一般3～5 d 症状缓解。其他制剂如消炎痛，优布芬，萘普生等有较好的治疗效果，详见表2。

表2 痛风性关节炎发作时药物疗效比较

	n	有效例数	%
秋水仙碱	23	23	100
痛风利仙	11	10	90.9
消炎痛	6	4	66.7
优布芬	4	2	50
萘普生	6	3	50

疼痛症状缓解后，9例(女1例)继续服用痛风利仙。11例(女2例)服用丙磺舒0.25g，一日3次，并给于碳酸氢钠1g，一日3次，调节尿pH为6.4～6.8，嘱病人多饮水以促进尿酸排泄。2～3周复查，平均血尿酸浓度男性由643.3μmol/L，降至398.6μmol/L；女性由387.4μmol/L 降至263.6μmol/L，其中8例(女3例)降至正常。24例(女1例)服别嘌呤醇0.1g，每日2～3次，2～3周复查，平均血尿酸浓度男性由536.7μmol/L降至391.8μmol/L，女性由416.5μml/L 降至286.4μmol/L，别嘌呤醇加丙磺舒6例平均血尿酸浓度572.2μmol/L降至378.6μmol/L。18例尿素氮，肌酐异常者，2～3周后有11例恢复正常，2例随访3年未复发，复查血尿酸正常，破坏的骨质恢复，穿凿样改变消失。3例 痛风性肾脏慢性损害者2例行腹膜透析治疗，1例腹膜透析一年后死于慢性肾功能衰竭。

3 讨论

3.1 诊断

目前尚无确切诊断标准，据1977年美国风湿病协会意见[1]和国内文献，结合本组资料，我们认为：①第一蹠趾关节红肿热痛，且有反复发作历史，可自行缓解者；②有痛风结节经穿刺或查见有尿酸盐结晶者；③血尿酸增高：男性＞416.5μmol/L；女性＞357.0

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

μmol/L，能除外继发性高尿酸血症者；④抗痛风治疗急性发作迅速缓解者。凡具有①再加上其他任何一条，即可诊断。对于中年以上的关节红肿热痛，X 线有骨质改变，一般治疗无效者都应怀疑痛风必须查血及尿尿酸。

3.2 *并发症*

痛风患者并发高 TG 的比例较高，国外文献报道为75%～84%[2]，国内华氏等[3]报道为78.43%，本组资料为65.6%，TG 增高与血清尿酸呈正相关。本组资料还提示痛风合并肥胖者36.5%，合并高血压13.5%，合并冠心病24.6%与文献报道近似[4]。痛风的肾脏损害较常见，早期的肾小管功能障碍，其损害进程与年龄，病程，是否存在有高血压，糖尿病和高脂血症等有密切关系。晚期肾小球亦受累，肌酐清除率降低血尿素氮，肌酐含量增高，可死于尿毒症[5]。本文肾损害5例，其中2例行腹膜透析，1例于透析一年后死于尿毒症。因此，预防高尿酸血症积极治疗痛风是防止痛风性肾损害理想的措施之一。

3.3 *痛风的治疗*

痛风急性发作时，应首选秋水仙碱，该药疗效确切，迅速。常规用法由于剂量大，副作用多，病人难以接受。本文采用0.5～1mg/次，每日3次，同样收到良好的效果，且无胃肠道等不良反应，病人易于接受。痛风利仙能抑制肾小管对尿酸重吸收，从而能迅速降低血尿酸浓度，缓解症状。该药适用于症状较轻，且无严重肾功能损害的病人。治疗2周血尿酸可下降至正常水平以下，并无不良反应。治疗中应嘱病人限制嘌呤饮食和烟，酒，降低超重的体重，多饮水以促进尿酸排泄。

关键词 痛风

分类号 R589.7

参改文献

1. Katz WA. Rheumatic Disease: diagnosis and management. Philadelphia: JB Lippincott C, 1977:710
2. Wyngaraden JB, Fredrickson DS, Stanburg JB. The metabolic basis of inherited disease. 4th ed. New York: McGraw-Hill Co, 1978:916
3. 华鸿宝 堵纪法 倪忠义，等。原发性痛风118例临床分析。中华内分泌代谢杂志，1987;3(3):162
4. Beard JT, Columbia MD. Serum uric acid coronary heart disease. Am Heart J, 1983;106(2):397
5. 林兆耆 代自英。实用内科学(上册)。北京：人民卫生出版社，1988:695

(收稿：1993-07-14；修回：1993-10-19)

疑难配血29例分析

肖瑞卿 郭永芳 林武存 (第三军医大学西南医院输血科) 630038

随着我国输血事业的发展，输血已成为抢救病人不可缺少的手段之一。为了达到安全输血，我院常规采用盐水介质、木瓜酶介质、还加用 Liss 液配血，遇到可疑即加用抗球蛋白配血，鉴定抗体的特异性。从1989年至今共遇到有关血型及抗体疑难配血29例，有部分病例已做过个案报导[1~4]。现将29例疑难配血分析如下：

1 资料来源

全部病例除2例为兄弟医院送检标本，其他均为我院各科病人配血标本。

全部病例经我科参比室血清学鉴定明确。

2 结果

29例疑难配血 Rh 抗体18例，冷凝集4例，抗 M

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net