

## 高尿酸血症与高脂血症的相关分析

王国梁<sup>1)</sup>, 王福科<sup>1)</sup>, 张红<sup>2)</sup>, 李彦林<sup>1)</sup>

(1) 昆明医科大学第一附属医院运动医学科; 2) 精神内科, 云南昆明 650032)

[关键词] 高尿酸血症, 高脂血症; 分析

[中图分类号] R681 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 03-0142-02

近年来, 随着人民物质生活水平的提高, 高脂及高嘌呤饮食在人们一日三餐中的比重不断增加, 由此导致高脂血症和高尿酸血症的发病率也明显增高, 痛风发病率也有增高的趋势。痛风患者, 体内可能会存在代谢功能改变, 会出现血脂和血糖的异常, 高脂血症是痛风发生的诱发因素, 临床上有很多病例提示高脂血症与高尿酸血症之间有某种相关<sup>[1]</sup>, 为明确这种相关性, 笔者对门诊 500 例患者进行了统计分析, 以了解二者之间含量之间是否有关, 如有相关, 再了解他们之间的相互影响, 以便更好的指导临床。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

研究对象为昆明医科大学第一附属医院 2010 年 10 月至 2013 年 10 月体检的事业单位职工 500 名, 男 273 例, 女 227 例, 年龄 30~60 岁。

#### 1.2 方法

检测方法空腹抽血送检血脂、血尿酸。血脂、血尿酸由贝克曼公司生产的 DXC800 型全自动生化分析仪, 试剂为仪器配套试剂进行检测。

诊断标准及分组: 根据世界卫生组织制度的高尿酸血症 (hyperuricemia, HUA) 是指在正常嘌呤饮食状态下, 非同日 2 次空腹血尿酸水平男性高于 420 mmol/L, 女性高于 360 mmol/L, 即称为高尿酸血症 (Hyperuricemia)<sup>[2]</sup>。根据检测结果结果分为高尿酸组和正常尿酸组, 分析比较高尿酸与血脂的代谢的相关性。根据《中国成人血脂异常防治指南 2007 年》对血脂水平进行划分 TC 5.18 mmol/L 或 TG 1.70 mmol/L, 为血脂异常判为阳性<sup>[3]</sup>。

#### 1.4 统计学处理

采用 SPSS 统计软件进行  $\chi^2$  检验。

### 2 结果

本次共调查体检人数为 500 人, 高尿酸阳性为 26.8%, 高尿酸组 TG 阳性率为 43.3% 正常尿酸组 TG 阳性率为 15.0%, 2 组 TG 阳性率比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 见表 1。

表 1 甘油三酯与尿酸异常情况 [n (%)]

| 尿酸是否异常 | 甘油三酯       |            | 总计         |
|--------|------------|------------|------------|
|        | 正常         | 异常         |            |
| 正常     | 311(85.0)  | 55(15.0)   | 366(73.2)  |
| 异常     | 92(22.8)   | 42(43.3)** | 134(26.8)  |
| 总计     | 403(100.0) | 97(100.0)  | 500(100.0) |

与尿酸正常组比较, \*\* $P < 0.01$ 。

### 3 讨论

尿酸是通过黄嘌呤脱氢酶或黄嘌呤氧化酶降解嘌呤形成的<sup>[4]</sup>。尿酸在细胞外液的浓度取决于尿酸生成速度和经肾排出之间的平衡关系, 生成增加和 / 或排泄减少, 或排泄虽不减少但生成大于排泄, 均可使尿酸积累而出现血尿酸增高。高尿酸血症与血脂代谢密切相关的机制至今尚未完全明了, 推测可能是由于: (1) 遗传代谢缺陷所致, 即嘌呤代谢紊乱的同时伴有脂质代谢发生障碍; (2) 胰岛素抵抗引起的血尿酸、甘油三酯和胆固醇水平同时升高; (3) 血尿酸水平增加使嘌呤合成相应增加, 由于尿酸、血脂合成主要在肝

(下转第 155 页)

[基金项目] 云南省科技厅 - 昆明医科大学联合专项基金资助项目 (2012FB032, 2012WS0013)

[作者简介] 王国梁 (1986~), 男, 山西介休市人, 医学硕士, 住院医师, 主要从事关节镜临床工作。

[通讯作者] 王福科. E-mail:wfk.04@126.com

改善机体内环境. 治疗中出现白蛋白降低, 可能引起的因素有: 炎症扩散, 导致患者开口受限, 影响进食, 又未能及时得到其他途径的补充; 另外, 多间隙感染的脓液积聚, 手术切开引流使蛋白质大量丢失, 加上高热等因素的消耗, 对机体形成较大打击, 造成明显的低蛋白血症, 加上低蛋白血症本身就不利于炎症的控制和伤口的愈合; 此时, 维持机体的氮质平衡显得尤为重要.

综上所述, 该患者治疗总结如下: (1) 抗感染治疗为关键, 必须及时切开引流, 并且足量足疗程应用抗生素, 并且充分冲洗脓腔的同时要注意残留液体的清理, 否则易发生换药后发热情况; (2) 重视基础疾病的治疗; (3) 维持机体内环境的稳

定. 面颈部多间隙重度感染应采取外科与内科、局部与全身并且充分考虑基础疾病的综合治疗方法, 可以取得较好的临床疗效.

#### [参考文献]

- [1] 郑麟蕃, 张震康. 实用口腔科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 1993:6.
- [2] 周龙女, 蔡佩佩, 等. 重症口腔颌面部多间隙感染的综合处理[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2006, 4(3): 198-201.
- [3] 王吉成, 孙衍龙. 刺冲洗治疗颌面部间隙感染疗效观察[J]. 西藏医药杂志, 2006, 27(2):11-12. (2004-01-13 收稿)

(上接第142页)

中进行, 嘌呤合成相应增多引起葡萄糖 6 磷酸酶的活性增加, 导致脂肪酸合成增加使血脂升高; (4) 血脂增加后体内酮体也相应增多, 使肾脏排酸功能下降, 血尿酸增加; (5) 脂代谢紊乱可累及入球微动脉及出球微动脉, 造成病变血管狭窄甚至闭塞, 血尿酸增高与肾脏清除尿酸减少<sup>[5,6]</sup>.

调查结果显示: 高尿酸组的 TG 阳性率明显高于正常尿酸组. 血脂升高可引起脂质沉积, 使肾脏受损导致排泄受阻. 继而引起尿酸升高, 而尿酸升高可导致脂蛋白酯酶活性降低, 甘油三酯分解减少, 使血中 TG 水平升高.

调查显示, 体检人群中高尿酸患者存在血脂代谢异常, 应引起足够的重视. 高尿酸并没有明显的症状, 要控制尿酸和血脂的水平, 必须改变饮食结构, 限制饮酒、少吃高脂肪和高嘌呤食物(如动物的内脏和海鲜等), 多喝水, 多吃蔬菜水果, 增强体育锻炼, 降低尿酸和血脂的水平.

#### [参考文献]

- [1] 银广悦, 丁俊丽. 脂肪肝与高血脂、高血糖、高尿酸血

症的关系[J]. 中国现代医药杂志, 2006, 8(9):7-8.

- [2] 贝政平. 内科疾病诊断标准[J]. 中国公共卫生学杂志, 2006, 28(2):180-183.
- [3] 许海燕, 陆宗良. 中国成人血脂异常防治指南(2007) 概要及解读[J]. 中华老年心脑血管杂志, 2008, 10(3): 238-240.
- [4] 张新军. 高尿酸血症的发病机制与分型诊断[J]. 中国心血管杂志, 2010, 15(6):418-420.
- [5] KARALIS D G. Intensive lowering of low-density lipoprotein cholesterol levels for primary prevention of coronary artery disease[J]. Mayo Clin Proc, 2009, 84(4):345-352.
- [6] ASSMANN G, CULLEN P, ERBEY J, et al. Plasma sitosterol elevations are associated with an increased incidence of coronary events in men: results of a nested case-control analysis of the prospective cardiovascular mtinster (PR(X; AM) study [J]. Nutr Metab cardiovasc Dis, 2006, 16(1): 13-21.

(2014-01-15 收稿)