

養和之道



ISSUE

57

2020年2月號

今期專題

風濕病科

多面睇



發炎性
腸道疾病



紅斑
狼瘡



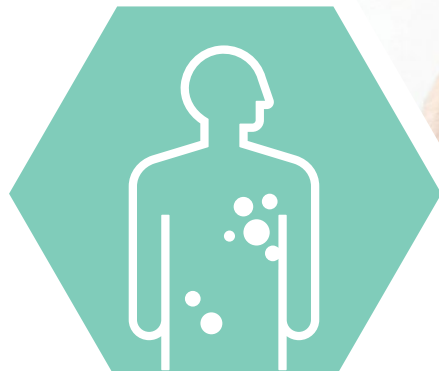
皮膚炎

血管炎

痛風

銀屑病

類風濕
關節炎





養和醫療
HKSH Medical Group



優質服務
QUALITY IN SERVICE

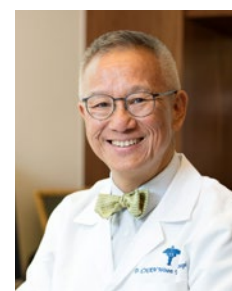
卓越護理
EXCELLENCE IN CARE

養和醫院 | 養和醫健 | 養和東區醫療中心

www.hksh.com



編者的話



新年伊始，我先恭祝大家今年身體健康，事事順景。

踏入2020年，《養和之道》會以季刊形式出版，進一步緊貼醫學發展，積極宣揚公眾健康訊息。

2020年首期《養和之道》的主題是風濕病科。一般人以為，風濕只限「翻風落雨」時的腰痠骨痛，只常見於年長人士；其實風濕病科是內科分支，涵蓋逾百種自身免疫系統疾病及關節炎，涉及人體不同器官及生理系統，影響深遠。

在診斷及治療風濕病症方面，養和採取跨專科醫療模式，提供綜合轉介、診斷、治療及跟進。除風濕病科專科醫生外，今期《養和之道》亦特意邀請腸胃肝臟科、眼科、皮膚科專科醫生與營養師，探討包括痛風等系統性疾病的治療和跟進。

養和一直深信，要跨專科團隊發揮最大成效，有賴加強臨床夥伴關係(Clinical Partnership in Care)，鼓勵跨專科醫護團隊緊密合作。透過知識轉移(Knowledge Transfer)，團隊護士對病人病因、病情及治療等會有更深入了解，令治療旅程(Patient Journey)更安全、臨床成效更佳，病人護理可以更貼心、細心。我相信讀者閱畢今期《養和之道》，不但對風濕病科有更深入認識，亦能了解養和的服務理念。



歡迎前往<http://www.hksh-hospital.com/pnewsletter>，瀏覽《養和之道》或訂閱下期電子版。

陳煥堂醫生
養和醫療集團首席醫療總監
養和醫院副院長



© 養和醫療集團有限公司版權所有，未經許可，不得翻印或轉載。
如對本刊物內容有任何意見，歡迎電郵至newsletter@cad.hksh.com。



今期專題： 風濕病科 多面睇



02 養和風濕病科專科

跨專科團隊緊密合作
體現優質臨床夥伴關係

- 早期類風濕關節炎
- 免疫系統失靈觸發腸道炎症
- 早期風濕病可致眼乾
- 早期風濕病可致皮膚問題



14 痛風面面觀

17 拆解常見痛風 飲食謬誤



醫生札記

20 兒童哮喘

養和資訊

21 養和公布全港首個 脫敏免疫治療研究 證有效舒緩鼻敏感及改善合併 過敏徵狀



養和籌逾百萬支持「愛心聖誕
大行動」





中環養和醫院風濕病科中心團隊



跑馬地養和醫院風濕病科中心團隊

養和風濕病科專科

跨專科團隊緊密合作 體現優質臨床夥伴關係



李家榮醫生

養和醫院風濕病科中心主任
風濕病科名譽顧問醫生
風濕病科專科醫生

風濕病症的範圍和特徵

「風濕病」傳統以來一直被認為是老人病或者是中醫藥裡的疾病問題，但其實風濕病科是正統「西方」醫療，隸屬於內科之中的一個專科。風濕病主要涵蓋關節肌肉骨骼問題(Musculoskeletal Disorders)和自身免疫系統(Autoimmune Disorders)的病類。

關節肌肉骨骼問題，可以包括常見退化勞損關節病(Degenerative Diseases)、一些軟組織(Soft Tissue Rheumatism)病變，以至較為嚴重的發炎性關節炎(Inflammatory Arthritis)。坊間有很多人將類風濕關節炎等同所有風濕病；事實上炎性關節炎亦包括強直性脊椎炎、銀屑病關節炎、腸炎相關關節炎及相對普遍的痛風關節炎。以上病類主要攻擊關節及其相關組織，如肌腱韌帶等，若處理不宜，可明顯影響關節活動幅度及周遭軟組織及肌肉等，繼而影響患者的日常生活及自理能力。

部份發炎性關節炎患者亦同時有一些關節以外的器官問題，例如約有三份之一的類風濕關節炎患者亦有乾燥綜合症，會引致眼睛乾澀。眼睛不同組織的炎症，亦可跟這些關節炎有關連，如類風濕關節炎會引致鞏膜炎，強直性脊椎炎和銀屑病關節炎會令患者虹膜發炎。

持續活躍的炎性關節炎亦可以引致血管病，提早導致血管硬化，增加患心臟病及中風的機會。至於類風濕關節炎，亦可引致骨質疏鬆。這一組別的疾病雖然主要攻擊關節，但它們與身體其他機能的健康亦息息相關，不能忽略。

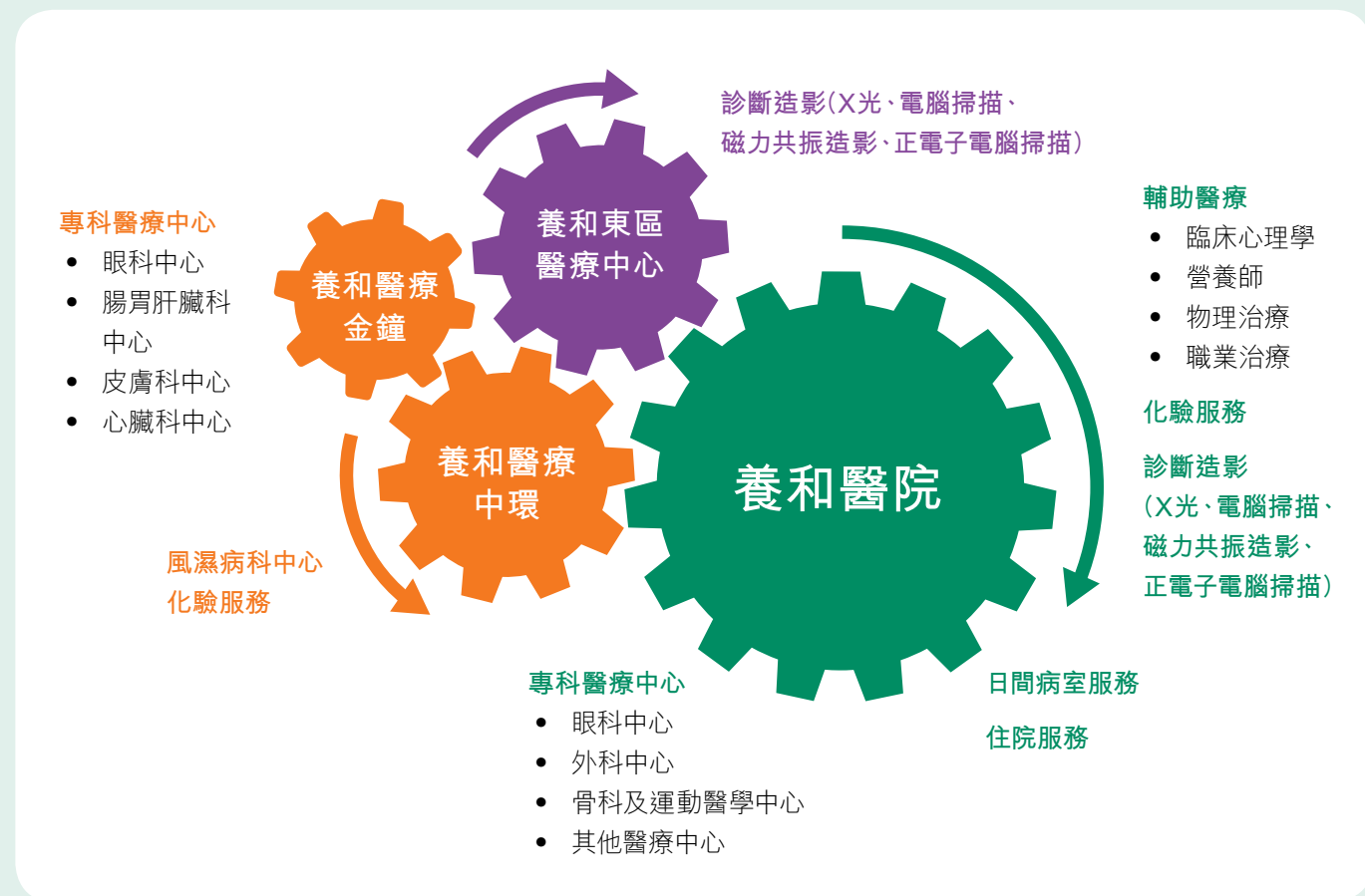


自身免疫系統疾病(Autoimmune Disease)，最典型及為人所熟悉的莫過於系統性紅斑狼瘡(Systemic Lupus Erythematosus, SLE)。其他不及SLE普遍，但病情可大可小的疾病包括多發性肌肉炎、皮肌炎、系統性血管炎、硬皮症及乾燥綜合症，病發初期或無特定明顯病徵，如持續低燒或間歇性肌肉關節痛楚，診斷時未必容易察覺。另外，有些病人最初只有一些皮膚症狀，如面上出現紅疹或部份皮膚變黑，診斷時需要臨床警覺性，結合適切的臨床及驗血測試，方能盡早發現背後的系統性風濕病症。

及早確診以上疾病至為重要：原因是內臟一些重要器官或在不知不覺間受到侵襲，最典型的例子包括紅斑狼瘡或血管炎的腎小球腎炎。其他重要病症如肌肉炎及皮肌炎，可以引致間質性肺炎(肺部纖維化)；硬皮症的肺血壓上升，可導致心臟衰竭；白塞氏症可引起腸胃發炎潰瘍。確診自身免疫系統性疾病後，病人很多時要接受不同檢查，以及安排其他專科會診。

養和風濕病科中心

養和風濕病科中心成立於2013年，現於跑馬地養和醫院及養和醫健的中環診所提供服務。風濕病科專科團隊提供門診診症、日間治療及住院服務。



經過多年發展，中心現有三位風濕病科專科醫生，透過他們的專業訓練和經驗，為就診病人作出適切評估。如有臨床需要，病人可在中心內接受超聲波關節檢查、安排相關驗血或預約其他造影檢查。

風濕免疫痛症的護理治療 實踐優質臨床夥伴關係 (Clinical Partnership in Care)

風濕病科專科醫生會因應不同症狀及病情，與其他專科緊密合作，團隊間充份體現臨床夥伴關係(Clinical Partnership in Care)，為患者提供最完善、最有效的診斷和治療。集團旗下其他專科中心與養和風濕病科中心保持密切聯繫，及早安排專科轉介及跟進，護理無縫銜接，以達致最佳臨床效果。



跨團隊合作



臨床病例

例子一：銀屑病可惡化至影響腸胃及關節

7年前，年僅廿多歲的陳小姐身上出現紅疹，經活檢確診為銀屑病(舊稱「牛皮癬」)，一直定期覆診及接受治療。今年年初因腹痛及大便帶血，腸胃肝臟科專科醫生為其作大腸鏡檢查，發現陳小姐患上潰瘍性結腸炎。

最近，陳小姐又因右手手蹼關節及左膝關節紅腫疼痛而求診，驗血及超聲波檢查確診為銀屑病關節炎。經風濕病科及腸胃肝臟科專科醫生溝通協調，她起初嘗試傳統口服抗風濕藥，惟效果並不理想，轉用生物製劑後，病情得以控制。

內視鏡

風濕病科

護士

化驗及診斷服務

腸胃肝臟科

物理治療

言語治療

例子二：紅疹可大可少！正電子掃描排除與癌症有關

王女士年約50歲，數月前發現右邊面頰及眼簾上出現紅疹，最初診斷為皮膚過敏，惟使用抗敏藥後並無好轉。後來手腳更出現浮腫，四肢肌肉亦開始感到疼痛及乏力，需入院接受進一步診斷。

王女士入院後吞嚥出現問題，驗血檢查發現她有一種皮肌炎種特定抗體。王女士接受正電子掃描，確定皮肌炎並非由癌症引發。另一方面，風濕病科專科醫生為王女士處方控制免疫系統的藥

物並監察其反應，同時安排不同專職醫護，為病人提供適切的評估及治療。經言語治療師評估後，王女士需要暫時使用喉管餵飼，而護士亦向其家屬提供適當訓練。王女士每天在物理治療師的協助下，亦有進行各式肌肉鍛鍊。

現時王女士仍須用喉管餵飼，用藥後(包括接受生物製劑Rituximab的B細胞療法)肌肉疼痛及酵素有所改善。



陳嘉恩醫生

養和醫院風濕病科名譽顧問醫生
風濕病科專科醫生

早期類風濕關節炎

現時早期類風濕關節炎治療選擇多，越早診斷，預後越好，長遠可避免關節侵蝕、變形或其他結構性問題，影響自理能力。

臨床診斷及檢查

要確診類風濕關節炎，需先觀察關節是否持續6星期發炎，出現紅腫、疼痛及發熱等臨床表徵。鑑於早期症狀有時並不明顯，如欲及早確診，風濕病科專科醫生一般會先了解患者晨僵的程度、哪些關節受影響，以及是否牽涉關節以外的其他組織，如血管炎或乾燥症引起的眼乾口乾。若有懷疑，醫生會安排病人抽血，檢驗類風濕因子、紅血球沉降速率(ESR)及C反應蛋白、抗環瓜氨酸抗體(Anti-CCP)等：

- 類風濕因子測試：大約七成患者會呈陽性，餘下三成即使呈陰性，亦有可能患有類風濕關節炎，須臨床觀察典型症狀，如關節持續紅腫疼痛、左右或多處關節發炎，並排除發炎與病毒感染或長者痛風有關。測試並非針對性：如患有乙型肝炎或結締組織病，亦有機會呈陽性。
- 如Anti-CCP呈陽性，大部份都關乎類風濕關節炎。研究顯示，大部份anti-CCP呈陽性人士即使未見典型病徵，部份人於一、兩年後亦有關節問題。

如未發現任何臨床症狀或只限有晨僵情況，亦可進一步接受超聲波檢查，觀察關節是否因發炎而有積液、滑膜有否增厚及血流增多，以及其他關節侵蝕及早期筋腱發炎。

晨僵是指早上關節無端僵硬，無法握拳或握拳非常費力，感覺有如雙手手指沾滿膠水，一般維持1至2小時，甚至一整天。

早期類風濕關節炎病例

張小姐今年58歲，她不煙不酒，亦無類風濕關節炎病史，2019年年中因關節痛求醫。

求診前一、兩個月，張小姐的手指、手腕及腳部不時疼痛，痛處游走不定，晨僵不算嚴重。臨床診斷發現其右手手指關節腫脹，其他位置並無大礙，臨床上屬非典型情況。

張小姐曾於2013年向家庭醫生求診，當時抗環瓜氨酸抗體(Anti-CCP)測試呈陰性(指數低於5)；2019年年中求診再驗呈陽性，指數急增至378。驗血顯示其紅血球沉降速率(ESR)亦見上升，類風濕因子呈陽性。

風濕病科專科醫生確診張小姐患有早期類風濕關節炎。經商討後張小姐決定先嘗試使用較輕的治療，醫生遂處方羥氯喹(Hydroxychloroquine)。患者服藥後一、兩個月病況好轉，半年內再無痛楚或不適，持續定期覆診。

治療：藥物及生物製劑

早期類風濕關節炎的治療以藥物為主：醫生會先以非類固醇消炎止痛藥作一線藥物，確診後處方改善病情的抗風濕藥，如甲氨蝶呤(Methotrexate)、來氟米特(Leflunomide)、柳氮磺吡啶(Sulfasalazine)、羥氯喹(Hydroxychloroquine)，旨在調控免疫系統及紓緩病情，避免關節侵蝕及變形。抗風濕藥發揮藥效需時，期間病人可服用短期類固醇，加快見效。

近年市面推出使用不同生物製劑和標靶治療，分為皮下注射或口服兩種，針對特定發炎因子。生物製劑亦可與抗風濕藥一同使用，例如先處方甲氨蝶呤改善病情，再用抗腫瘤壞死因子(anti-TNF α)，效果更快更佳。

其他非藥物治療包括物理治療，藉水療及運動減輕痛楚，以及職業治療等。

類風濕關節炎常用生物製劑

1. 抗TNF α
2. 抗第六介白素
3. 抗CD 20(B細胞)
4. 抗CTLA-4(T細胞)
5. 口服JAK阻斷劑

重要臨床夥伴 護士的角色

護士作為風濕病科團隊的一份子，對相關專科及病理有深入認識，主要肩負病人教育的重任，例如解答病人有關藥物副作用的查詢、指導病人自行在家作皮下注射。其他職責包括施行皮下注射、安排抽血、監察病人進度、跟進服藥情況等。



風濕病科涉及免疫系統的疾病種類繁多，可同時影響人體不同器官及系統。不少風濕病的早期症狀可見於腸道、眼睛及皮膚，需要相關專科醫生與風濕病科專科醫生一同跟進，同時針對症狀及病源，及早診斷對症下藥。



陳安安醫生

養和醫院腸胃肝臟科中心主任
腸胃科名譽顧問醫生
肝臟科名譽顧問醫生
腸胃肝臟科專科醫生

免疫系統失靈觸發腸道炎症

發炎性腸道疾病(Inflammatory Bowel Disease或IBD)分為潰瘍性結腸炎(Ulcerative Colitis或UC)和克隆氏病(Crohn's Disease)兩大類，病徵各有不同，影響範圍和層面亦不一。

- 潰瘍性結腸炎會影響整條大腸的表層黏膜，患者多有腹痛、廁血等問題。
- 克隆氏病常見於小腸和大腸的接合位，亦可能只影響局部的大腸或小腸，以致深層甚至貫穿腸壁，引發腸道破穿、膿瘡、瘻管等併發症。若只是小腸受影響，病徵一般不大明顯，患者會有腹痛、消瘦等情況。

約五成IBD病人會出現至少一種腸道以外的表現症狀(Extra-intestinal Manifestation或EIM)，其中兩成半病人在確診IBD前已出現EIM，其餘病人在確診IBD後出現EIM。

與風濕病關連及各類腸胃表現

近年醫學界對IBD相關疾病加深了解，發現IBD不單是腸道疾病，更同時牽涉免疫系統。

這組疾病在臨床和基因上有相關性：患者的關節、眼睛、皮膚會個別或同時發炎，而肝臟亦經常受影響。常見病症包括關節炎症，如軸向脊椎發炎、周邊關節發炎；眼睛炎症，如表層鞏膜炎、葡萄膜炎/虹膜炎；及皮膚炎症，如結節性紅斑、壞疽性膿皮病等。

EIM常見於嚴重IBD患者的其他系統，部份症狀甚至比腸道問題更嚴重，受影響範圍包括肌腱及骨骼、皮膚及黏膜、眼睛、支氣管及肺部、心臟、內分泌及代謝系統、血液、泌尿及生殖系統、肝膽胰臟、神經系統等等。

某些免疫系統疾病患者尤其要注意腸道問題，如強直性脊椎炎(Ankylosing Spondylitis)患者容易有潰瘍性結腸炎。而白塞氏綜合症(Behcet Syndrome)患者亦應接受檢查，確認腸道是否受到影響。

其他免疫系統疾病包括自體免疫性肝炎(Autoimmune Hepatitis或AIH)及全身性硬化症(Scleroderma)：

- 自體免疫性肝炎有可能是單一疾病，亦會與關節炎或IBD一同出現。醫生會密切監察患者是否有原發性硬化性膽道炎(Primary Sclerosing Cholangitis或PSC)，此炎症會增加病人患上膽管癌的風險。
- 全身性硬化症會影響腸胃蠕動，造成胃腸動力障礙，亦有可能引致食道硬化，令患者吞嚥困難。

診斷、治療及轉介

在診斷方面，醫生會用內視鏡檢查患者，抽取活檢作病理化驗，並配合電腦掃描、腸造影檢查、磁力共振造影等作診斷。

如發現任何症狀，必須及早求醫，藉臨床檢查確定成因，對症下藥，製訂合適的治療方案。以同時患有IBD及關節炎的病人為例，普通消炎止痛藥並非針對背後的免疫系統疾病，無法有效控制病情。

現有藥物治療主要為類固醇及免疫抑制劑，較嚴重患者可使用生物製劑。生物製劑能針對病人個別狀況，控制發炎程度。風濕病患者過往要長期服食消炎止痛藥，容易出現胃腸不適，但隨著醫藥發展，新式藥物的副作用已大為減少。

鑑於免疫系統疾病會影響全身，腸胃肝臟科專科醫生會先評估病徵及病況，按情況轉介風濕病科專科醫生作跨專科跟進，雙管齊下，為患者提供最合適、最有效的治療。





鄭智安醫生

養和醫院眼科名譽顧問醫生
眼科專科醫生

早期風濕病可致眼乾

免疫系統疾病有些時候會同時攻擊人體多個部位，其中眼睛或淚腺也可以受攻擊，當中以乾燥症(Sjogren's Syndrome)最為明顯。

紅斑狼瘡或類風濕關節炎患者，淚腺很多時候會受影響，眼乾比一般情況更為嚴重，嚴重者甚至會令角膜受損，使眼睛發紅、疼痛及視力模糊。有部份病人起初不明病因，會先向眼科專科醫生求診。若懷疑眼乾與免疫系統疾病有關，醫生會安排病人驗血確認病因，再轉介風濕病科專科醫生。

一般而言，不同疾病會攻擊眼部不同組織，症狀各有不同：例如強直性脊椎炎(Ankylosing Spondylitis)會導致虹膜發炎，令眼睛發紅、疼痛及視力模糊；類風濕關節炎(Rheumatoid Arthritis)可以引起鞏膜發炎及虹膜炎；紅斑狼瘡症與白塞氏綜合症(Behcet Syndrome)可以令視網膜血管發炎，患者會視力模糊、出現飛蚊，甚至視網膜出血。

其他疾病包括巨細胞動脈炎/顳動脈炎(Giant Cell Arteritis或GCA/Temporal Arteritis或TA)，以及與第四型免疫球蛋白G(IgG4)有關：

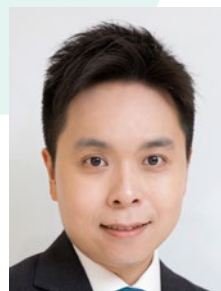
- GCA是一種可以令血管發炎的病症，患者有機會視網膜及視神經血管發炎，情況有如缺血性中風，嚴重者會令視神經壞死，喪失視力。症狀可包括頭痛、視力模糊及體重下降，比較常見於白種人，特別是年屆70或80歲的長者。求診時患者大多已有一隻眼睛喪失視力，如不立即治療，另一隻眼睛很可能會在一、兩週內變盲，甚至出現因血管閉塞引致的腸狀壞死、腦中風等情況。
- 人體第四型免疫球蛋白G(IgG4)病症有機會影響淚腺，導致眼皮浮腫、淚腺肥大，嚴重者視神經及眼部肌肉受壓，出現重影或視力下降。患者須接受掃描以觀察淚腺及眼球肌肉、臨床檢查、驗血及淚腺組織切片化驗。如確診患上IgG4病症，患者需要再作正電子掃描，檢查其他部位是否受影響，有需要時轉介風濕病科專科醫生跟進。

檢查及藥物治療

氫氯喹(Hydroxychloroquine，俗稱金雞納)是治療紅斑狼瘡及類風濕關節炎的藥物之一，惟有可能影響眼睛，導致牛眼黃斑病變(Bulls' Eye Maculopathy)。建議使用者用後接受基線(Baseline)檢查，包括視野圖及眼底掃描，接著每年一次臨床檢查，第五年後每年再接受視野圖及眼底掃描，監察黃斑點情況。其他常用藥物如類固醇等，亦會增加患白內障及青光眼的風險，需要眼科專科醫生協助監察。

跨專科合作

由於免疫系統疾病影響全身，治療方面一般會由風濕病科專科醫生主導。若發現眼睛情況有異，便會交由眼科專科醫生利用特裝儀器，例如用裂隙燈檢查虹膜是否發炎，了解眼睛病情是否受控，以便風濕病科專科醫生決定是否轉藥或加藥。風濕病科專責治療，眼科協助監察病情，兩者相輔相成，合作無間。



陳俊彥醫生

養和醫院皮膚科主任
皮膚及性病科專科醫生

早期風濕病可致皮膚問題

皮膚問題是風濕病的早期病徵，不同種類的風濕病引起的皮膚症狀，其性質及病灶位置也有差異。常見相關疾病包括皮膚紅斑狼瘡、銀屑病、血管炎和皮肌炎。

1. 皮膚紅斑狼瘡

紅斑狼瘡的皮膚表徵可分為特定及非特定。特定表徵包括急性、亞急性及慢性：

- 急性

面頰和鼻部出現蝴蝶斑紅疹或廣泛性皮炎微狀。

- 亞急性

分為環狀或類似銀屑病型態：環狀會出現甩皮、泛紅等狀況，與真菌感染相似；類似銀屑病型態則表面粗糙及有皮屑，與銀屑病相似。

- 慢性

盤狀紅斑狼瘡常見於面和頸，患處皮膚會增生變厚，且邊界深色並凸起，中間淺色陷入。慢性紅斑狼瘡亦會影響頭皮位置，有機會出現結痂性脫髮，導致毛囊壞死，造成永久性脫髮。

非特定性皮膚症狀包括瀰漫性脫髮、斑禿、口腔潰瘍、曬太陽後的光敏感反應、指甲周圍病變、足部血管炎、紫癜、結節性紅斑等。



2. 銀屑病

患者自身免疫系統異常，有機會導致銀屑病，出現皮膚增生、紅腫斑塊及銀白色皮屑。銀屑病又稱「牛皮癬」，疹塊常見於關節外側，疹塊邊陲位置與正常皮膚界限分明；病人皮膚會有粗糙皮屑但不會痕癢，指甲亦會出現點狀凹陷、離甲、甲面增厚等病變。頭皮亦是另一個常見的患處，會呈現紅斑及容易產生頭皮屑。

關節亦是另一常見攻擊目標，引起銀屑病關節炎。根據香港風濕病基金會資料顯示，三成銀屑病患者會同時出現銀屑病關節炎，病徵近似類風濕關節炎，包括關節紅腫、發炎及晨僵，無法靈活活動。

3. 血管炎

免疫系統製造錯誤抗體攻擊皮膚血管，造成閉塞，令養分無法輸送至皮膚而局部壞死，導致血管發炎，受影響的包括大、中、小或微絲血管。紫癜是最明顯的病徵，常見於小腿，疹塊呈圓形且觸摸時感疼痛。嚴重的血管炎更會攻擊體內其他器官的血管，如腎臟、腎小球受攻擊，導致血尿、蛋白尿，影響腎功能。

4. 皮肌炎

免疫系統失調導致皮膚及肌肉炎症，常見於患者的上眼皮，會出現腫脹及呈現紫色或深紅色的皮疹，而關節外側、手指甲褶位等亦有機會出現紫色丘疹並褪皮。大肌肉乏力亦是皮肌炎的徵狀，患者或難以舉高雙手或上落樓梯。



診斷及治療皮膚問題

醫生會先為病人檢查相關皮膚病徵，並詢問病人與家人是否有相關免疫系統疾病。如本身有白蝕、斑禿(又名「鬼剃頭」)等，均較大機會患上風濕病的皮膚病症。

除臨床診斷外，醫生會按需要為病人抽取皮膚組織作病理化驗，以確定診斷，亦會測試是否有免疫抗體，例如普遍以免疫染色(Immunostaining)或免疫螢光(Immunofluorescence)檢測不正常抗體的粘連位置，以診斷免疫系統病症，並排除其他嚴重疾病。

皮膚科專科醫生與風濕病科專科醫生一直緊密合作，按病人的情況訂定跨專科治療方向。以銀屑病為例，三至五成患者有關節炎問題，皮膚科專科醫生會先處理病人的皮膚問題，再將其轉介至風濕科處理相關關節炎。部份風濕病病人因病徵不明而難以診斷，皮膚活檢有助共同確診風濕病類型，以便針對性治療和跟進。

皮膚問題	症狀相近的疾病
紅斑狼瘡	濕疹、脂溢性皮炎、玫瑰座瘡、皮肌炎、銀屑病、皮膚癬及皮膚癌等
銀屑病	濕疹
血管炎	靜脈發炎、發炎性皮膚病、乾燥性濕疹、其他免疫系統疾病
皮肌炎	濕疹、尋麻疹



張錚醫生

養和風濕病科專科醫生

痛風面面觀

痛風最早在南北朝時期的醫學典籍裡出現，因為關節痛來得快如風，所以由此命名。以前痛風又名「帝王病」或「富貴病」，源於在達官貴人中較為常見。其實痛風是由於體內尿酸水平過高，在關節和軟組織內形成針狀結晶，刺激免疫系統，引發關節炎。

成因

痛風是由於體內的尿酸水平過高所致。人體約八成的尿酸是來自新陳代謝，只有兩成由食物所含的嘌呤(Purine)轉化而成，大部份的尿酸會經腎臟循尿液排出體外。人體血尿酸濃度增加，主要由於腎臟未能有效排走尿酸。在年青的患者中，遺傳和肥胖是減低腎臟排出尿酸的最主要因素。相對在年老的患者中，最主要原因是腎功能衰退和藥物的影響，例如阿士匹靈和利尿藥。

當尿酸結成針狀尿酸鹽並沉澱在關節或軟組織時，便會刺激免疫系統，誘發痛風。不過，尿酸鹽在沒有痛風發作時仍然存在於關節或軟組織內，故並非是誘發痛風的唯一原因。研究證實，脂肪酸和酒精同樣可以誘發痛風。

本地發病年齡及性別分佈

患有痛風的病人數目在全球不斷上升，以香港為例，痛風的患病率在近十年來已高出一倍。2016年，每100個香港人中，便有3人患有痛風，是最常見的炎症性關節炎。

由於女性荷爾蒙可有效降低血尿酸濃度，故男性患者較女性為多。痛風患者大多是40歲以上；年紀越大，腎功能亦會逐漸下降，患上痛風的機會亦越高。在香港，年齡介乎40至49歲的人士中有1%患有痛風，年過80歲的人士則有10%患有此症。

病徵

痛風在臨床上可分為幾個階段，包括急性痛風、中間緩解期和慢性痛風。

急性痛風

發病初期以單一關節為主，最常見在腳拇指的關節。關節會突然紅腫、發熱及劇痛，而致不能活動或站立。急性痛風多數在一至兩周後自動消失，雖不致危害性命，但發病時會嚴重影響患者的生活質素。若血尿酸濃度不受控制，尿酸鹽會逐漸凝聚於其他關節或軟組織內，如跟腱和滑囊等，隨後發病會比初發時更嚴重，更多位置會受影響。

中間緩解期

指兩次急性痛風之間無症狀的時期。在病發初期，緩解期的時間比較長，有時可以長達數年。若血尿酸濃度不受控制，緩解期的時間會變得越來越短，代表痛風復發的機會越大。

慢性痛風

如痛風患者未能接受適當治療，便有可能演變成多關節持續發炎，成為慢性痛風關節炎，導致關節結構永久受損，甚至變形，長期影響活動能力

除關節外，過量尿酸鹽也可能積聚於身體其他部份，例如腎臟，導致腎功能受損，甚至出現腎結石。

診斷

醫生會抽取患處的關節液作標準診斷，檢查是否有尿酸結晶。如無法抽取關節液(如小關節位置)，醫生會作臨床診斷，了解發病時間、是否突發、病徵、常見發病位置(如腳趾、中足)、血尿酸濃度等。倘若症狀有別於典型痛風，可考慮進行超聲波或雙能量電腦掃描，檢查受影響的關節是否積聚尿酸鹽。

藥物治療

急性痛風

現時未有方法根治痛風，治療急性痛風的藥物均作消炎之用，但不能降低血尿酸濃度。

常見治療急性痛風的藥物包括非類固醇消炎止痛藥、秋水仙鹼和類固醇。由於藥物的療效大致一樣，所以藥物的選擇主要取決於患者以往對藥物的反應，以及藥物的安全性。

非類固醇消炎止痛藥(NSAID)包含非選擇性及選擇性COX-2抑制劑。總括而言，NSAID的副作用包括影響心血管、胃部、腎臟和凝血功能。如患有嚴重心臟病和腎衰竭，應盡量避免使用非類固醇消炎止痛藥。

秋水仙鹼最常見的副作用包括腸胃不適及肚瀉。如用作預防急性痛風，由於服用時間較長，有機會和其他藥物(例如降膽固醇藥物和克拉黴素等)產生相互作用。秋水仙鹼主要經由腎臟排出體外，所以腎衰竭患者亦應避免長期服用秋水仙鹼。

短暫使用類固醇並不會增加感染的風險，惟或導致長期服用類固醇的副作用。如急性痛風影響較大的關節，類固醇亦可直接注射入關節內。

此外，服用藥物的時間會直接影響其功效。越早服用治療急性痛風藥物，炎症越易受到控制，治療效果亦更佳。

如果急性痛風病情嚴重、經常復發或病人因副作用不能使用上述藥物，可考慮使用生物製劑。白介素1是引致急性痛風的最主要發炎因子，所以使用白介素1抑制劑可有效舒緩急性痛風的症狀。不過生物製劑價錢比較昂貴，亦可能會降低抵抗力，所以在使用前必須排除感染的可能性。

控制血尿酸濃度

很多患者誤以為痛風只是間歇性病症，並不是長期病患，所以無須長期服藥降低血尿酸濃度。其實痛風是高尿酸血症的警號之一，要妥善處理痛風等併發症，關鍵在於治本。

尿酸值每分升高1毫克，高血壓風險便會增加13%，高尿酸患者心血管病的風險和死亡率分別會增加46%及34%，中風風險亦會增加41%。如血尿酸濃度高於每分升8毫克，腎衰竭風險亦會較常人高出9倍，故此大部份痛風患者都應該服用降尿酸藥。

根據2016年歐洲抗風濕聯盟的指引，如痛風患者每年有多於一次痛風發作、曾患有腎結石、早於40歲前出現急性痛風或血尿酸濃度高於每分升8毫克，便應考慮服用降尿酸藥。

香港僅有25%痛風患者正長期服用降尿酸藥。其中一個原因是很多痛風患者都有一個誤解，以為飲食戒口可有效控制血尿酸濃度。其實食物中的嘌呤是DNA的原料之一，存在於所有動植物細胞，無法完全避免。此外，體內尿酸只有兩成由食物所含的嘌呤轉化而成，儘管完全避免含高嘌呤的食物，亦無法有效降低血尿酸濃度。

降尿酸藥大致分為兩類，阻止尿酸製造或促進尿酸經腎臟排出。別嘌醇(Allopurinol)和非布司他屬黃嘌呤氧化酶抑制劑，可有效阻止尿酸製造。

別嘌醇是沿用多年之傳統藥物，降血尿酸的療效良好，亦能在數年間逐漸溶解關節內的尿酸鹽。可惜部份患者因腎功能較差而限制了藥物劑量，降低治療效果，無法有效控制血尿酸濃度。此外，別嘌醇可引致過敏反應，雖然機會不大，但程度可以非常嚴重。患者可能會出現發燒、全身疼痛、紅斑、黏膜部位潰瘍以及皮膚有不同程度的脫落。如出現中毒性皮膚壞死溶解症，死亡率更可高達50%。

如病人帶有HLA-B*5801遺傳基因，對別嘌醇過敏的機會可高出200倍。根據研究顯示，多於98%對別嘌醇過敏患者都帶有這個遺傳基因。不過HLA-B*5801遺傳基因在中國人中亦非常常見，大概每10人中便有1人有此遺傳基因。由於對別嘌醇過敏的情況並不常見，所以遺傳因素並非是對別嘌醇過敏的唯一原因，但為安全起見，如基因測試證實帶有HLA-B*5801，建議不宜服用別嘌醇。

非布司他(Febuxostat)是較新的降尿酸藥，功效比別嘌醇高，對別嘌醇無效的痛風患者可以考慮服用，惟此藥比較昂貴。雖然非布司他和別嘌醇同屬黃嘌呤氧化酶抑制劑，但是對別嘌醇過敏並不代表會同樣對非布司他過敏，患者可以安心服用。

丙磺舒(Probenacid)的功效是促進尿酸經腎臟排出。如別嘌醇無效，痛風患者可考慮單獨使用丙磺舒或與別嘌醇合併治療。丙磺舒會增加尿液中尿酸的濃度，可引致腎結石。此外，腎功能下降亦會明顯影響丙磺舒的功效。

治療及跟進

控制血尿酸濃度和控制血壓、血糖和膽固醇一樣，必須達致治療目標。根據國際標準，服用降尿酸藥後，血尿酸濃度應該控制在每分升6毫克或以下。達致治療目標後，沉澱於關節和軟組織內的尿酸鹽會逐漸溶解，急性痛風發作亦隨之減少。不過值得一題，在尿酸鹽溶解初期，由於關節內尿酸鹽的濃度和結構都有所改變，可能會短暫增加痛風復發的風險。按照痛風的嚴重程度，這段時期可維持約六個月，所以風濕病科專科醫生可能會處方秋水仙鹼或其他藥物以預防痛風發作。

除控制痛風發作外，服用降尿酸藥亦可減低心臟病發的風險、改善心臟衰竭的情況及死亡率。近期研究亦顯示，如血尿酸濃度達致治療目標，亦可大幅降低腎衰竭的風險。

不過血尿酸濃度並非越低越好：如果血尿酸濃度長期過低，患上柏金遜症、老退化和運動神經元病的風險可能會較高。建議患者定期覆診並檢驗血尿酸濃度，從而準確調較藥物的劑量。

預防痛風

避免進食高嘌呤食物，雖不能有效降低血尿酸濃度，但絕對有助減少痛風發作。要預防急性痛風發作，可以從健康生活模式入手。患者應該注意以下幾點：

- 避免飲酒(特別是烈酒和啤酒)和高果糖飲品
- 避免進食動物的肝臟和大量海鮮
- 相比含高嘌呤的動物(如內臟和海鮮)，進食含較高嘌呤的植物，痛風發作風險相對較低
- 補充足夠水分
- 肥胖可減低腎臟排出尿酸，故應多做活動，保持正常體重

記緊按醫生處方服藥，不要應因病情改善便自行停服降尿酸藥。

資料來源：
衛生署《非傳染病直擊》2019年4月，明報健康網

拆解常見痛風飲食謬誤



鄭智俐

養和營養部營養師



要預防或紓緩痛風，關鍵在於飲食得宜。痛風患者該戒甚麼、可食甚麼，坊間眾說紛紜，胡亂跟從，不單無助減輕痛楚，更有可能影響正常營養吸收，得不償失。

飲食中攝取過多嘌呤(Purine)，會令尿酸增加，容易令痛風症發作或症狀加劇，為治療帶來一定難度。不少痛風患者誤以為要嚴格戒口，結果引起不少飲食謬誤；其實只要適當控制飲食中的嘌呤攝取量，便能有效預防或改善痛風。

識飲識食 控制嘌呤攝取

痛風飲食的原則，在於保持理想體重、控制飲食中嘌呤的攝取量，以及促進身體排走尿酸。

痛風患者的飲食應以低脂為主，避免高脂或煎炸食物，改

為多吃蔬果，最好每天3份蔬菜、2份水果。在肉類及海鮮方面，以每天約5至8兩為佳。

要有效控制嘌呤的攝取，當然是少食高嘌呤食物。飲食定時定量、避免暴飲暴食，就能保持標準體重，有助改善及預防痛風。

食物可分為高、中及低嘌呤三類：高嘌呤食物包括部份海鮮、內臟、含肉的老火湯及火鍋湯等，患者必須戒食；中、低嘌呤食物則包括五穀類、根莖瓜果、雞蛋及奶類、豬肉及牛肉等食物，如不過量亦可正常食用。



以下食物含較多嘌呤，平日應減少進食，痛風發作時更要避免：

- 內臟（腦、心、腎、肝）
- 貝殼、蝦、蟹、沙甸魚、馬加休
- 肉汁、濃湯、雞精、保衛爾、媽蜜
- 紫菜
- 酒精

以下食物可適量進食：

- 全麥類食物（如麥包、含麥穀類早餐）
- 蘆筍、椰菜花、菠菜、菇類、青豆
- 豆類及黃豆製品

常見食物嘌呤含量

嘌呤含量小於50毫克(每100克計)	
五穀/根莖類	大米、小米、米粉、糯米、大麥、小麥、蕎麥、富強粉、麵粉、通心粉、掛麵、麵條、麵包、饅頭、麥片、白薯、馬鈴薯、芋頭
蔬菜類	白菜、捲心菜、芥菜、芹菜、青菜葉、空心菜、芥藍菜、茼蒿、韭菜、黃瓜、苦瓜、冬瓜、南瓜、絲瓜、西葫蘆、菜花、茄子、豆芽菜、青椒、蘿蔔、胡蘿蔔、洋蔥、番茄、萵苣、泡菜、鹹菜、蔥姜蒜、荸薺
水果類	橙、橘、蘋果、梨子、桃、西瓜、哈密瓜、香蕉、蘋果汁、果凍、果乾、糖、糖漿、果醬
蛋奶類	雞蛋、鴨蛋、皮蛋、牛奶、奶粉、芝士、酸奶、煉奶
堅果及其他	豬血、豬皮、海參、海蜇皮、海藻、紅棗、葡萄乾、木耳、蜂蜜、瓜子、杏仁、栗子、蓮子、花生、核桃仁、花生醬、枸杞、茶、咖啡、碳酸氫鈉（小蘇打）、巧克力、可可、油脂（限量使用）
嘌呤含量為50 - 150毫克(每100克計)	
粗糧/乾豆類	米糠、麥麩、麥胚、粗糧、綠豆、紅豆、豌豆、花豆、菜豆、豆腐乾、豆腐、青豆、黑豆
肉類	豬肉、牛肉、小牛肉、羊肉、雞肉、兔肉、鴨肉、鵝肉、鵪鶉、火雞、火腿、牛舌
魚蝦蟹類	鱸魚、鰻魚、鯉魚、草魚、鱖魚、鮭魚（三文魚）、黑鯧魚、大比目魚、梭魚、魚丸、蝦、龍蝦、烏賊、螃蟹
其他	蘑菇、蘆筍、鮮豌豆、昆布、四季豆、菠菜
嘌呤含量為150 - 1000毫克(每100克計)	
動物內臟類	肝、肚、腎、小腸、腦、胰臟
魚類及貝殼類	白帶魚、白鯧魚、沙丁魚、鳳尾魚、鰱魚、鯡魚、鯖魚、小魚乾、牡蠣、蛤蜊
湯類	濃肉汁、濃雞湯及肉湯、火鍋湯、酵母粉

痛風患者常見六大飲食謬誤

不少患者嘗過痛風發作的苦頭，以為嚴控飲食甚至茹素，可以避免痛風發作，事實並非如此。

1. 嚴格戒口，飲食追求「零嘌呤」？

要維持正常人體機能，必須攝取適量的嘌呤。不論動物或植物食物皆含嘌呤，只是份量高低不同，追求「零嘌呤」飲食，其實不切實際。

人類八成嘌呤是源於人體本身，從飲食攝取的只佔約兩成，因此單靠戒口對長期控制尿酸未能完全逆轉整個情況。但若從飲食中攝取過高嘌呤，會引發痛風發作。建議每天攝取不超過400毫克，發作期間每日不超過150毫克。

2. 啤酒不能沾，其他酒類則可小酌？

所有酒精均含乙醇，會引發乳酸和酮體堆積，不但會抑制尿酸排出，更會刺激關節發炎引發痛風。啤酒既有乙醇又有嘌呤，痛風患者必須戒飲。

至於其他酒類，患者亦應有所節制，建議女士及男士每天酒精份量分別為1份或以下及2份或以下；或盡量避免任何酒精。

計算酒精攝取量方法：

$$\text{酒精單位} = \frac{\text{飲品容量 (毫升)}}{1000} \times \frac{\text{酒精容量 (容量百分比)}}{100} \times 0.789$$

3. 戒肉食齋較好？

大部份肉類及魚類的嘌呤含量只屬中度，只要適量食用及避免內臟便可。素食並不等於低嘌呤飲食，例如素食者常吃的黃豆、豆芽、蘆筍等，嘌呤含量皆屬中度，建議每日進食少於半杯。

4. 不能吃豆製品？

乾豆類的嘌呤確實較高，但加工後的豆製品，嘌呤量會大幅降低。只要不過量，患者同樣可進食豆腐、豆漿等豆製品。

多飲水排走尿酸 適量運動促進循環

痛風患者日常多喝水，有助控制病情。嘌呤正常會代謝成尿酸，透過腎臟經尿液排出體外。體內血尿酸濃度降低，能減輕痛風症狀。一旦人體不能排出尿酸，尿酸就會在體內積聚，誘發痛風，故建議痛風患者每日飲用兩至三公升水。

資料來源：衛生署

飲品類型	一般酒精含量 (容量百分比) 酒精含量標示於酒 瓶或罐上的標籤， 下列數值僅為約數	酒精 單位	容量
啤酒	5%	1	約250毫升
烈性黑啤酒	8%	1	約160毫升
紅酒/白酒/香檳	12.5%	1	約100毫升
梅酒	15%	1	約85毫升
烈酒(如威士忌、 伏特加、白蘭地)	40%	1	約30毫升
中式烈酒或白酒	52%	1	約25毫升

*在香港，一個酒精單位相等於10克純酒精。

5. 減肥可以降低尿酸？

體重與尿酸有直接關係：體重越高，越易出現高尿酸，故應控制熱量攝取。

肥胖患者宜循序漸進地減重，不應操之過急。過度飢餓及能量減少過快，會令體內酮體升高，妨礙身體排出尿酸，誘發痛風症發作。

6. 菇類不能碰？

菇類屬中嘌呤食物，患者可適量食用，每天不多於半杯分量，但濃菌湯則不適宜。



吳國強醫生

養和兒科名譽顧問醫生
兒童呼吸科專科醫生

兒童哮喘



李婆婆帶着小二生啟仁在門診部覆診，李婆婆說：「啟仁媽媽告訴我，看西醫不用戒口。但是，我怕啟仁哮喘復發，所以盡量都不會給啟仁食生冷食物。不過小朋友很喜歡食雪糕，我怕啟仁在學校有機會食雪糕，例如同學或者家長請客……」

「看西醫不用戒口」，這說法其實並不正確：因為西醫都會因應病情需要告訴病人和家人，病者需要避免食甚麼食物。家長以為哮喘不能吃所有生冷食物，很多時患有哮喘的兒童，進食橙類食物(如橙、橘子)都會咳嗽，這是由於柑橘類水果中的檸檬酸成分所引起。其實並非所有水果都不能進食，例如香蕉、蘋果、梨等等，都可以放心吃。家長要留意小朋友能夠進食哪種水果，以及哪種水果會誘發兒童哮喘發作。如果連續三次食用某種生果都誘發哮喘，便應停止食用，改吃其他水果。

冷凍食物低溫會刺激氣管，但是並非所有患者都會有同樣情況，一切都取決於溫度。有些病童吃冷凍食品如雪糕，氣管因而受到刺激，但吃乳酪時卻沒有。當哮喘情況已經控制良好，患者應該能夠正常進食冷凍食物。治療哮喘的目的是令病者生活正常，家長應盡量根據醫生的指示，使用噴入式類固醇或者抗白三烯素穩定哮喘，哮喘兒童便能夠進食水果、雪糕，有正常社交生活。

均衡飲食是很重要的。患有哮喘的兒童如吸收過多鹽分，氣道會受刺激而變得不穩定，會咳嗽、哮喘和呼吸急促。

家長應該告誡小朋友不應進食高鹽量食物，尤其是快餐，並且用餐時應避免添加餐桌鹽或蘸上醬油。維他命C有助氣道穩定，家長應鼓勵兒童每天進食兩、三份水果，攝取足夠的纖維和維他命C，這對哮喘絕對有幫助。脂肪酸(Omega 3)對哮喘亦有幫助，兒童應多進食三文魚、深海魚，能夠穩定細胞。鎂質亦有助孩子穩定器官，豆類食物含豐富鎂質，兒童宜多進食。

如果兒童患有哮喘，家長不必過分憂慮：若能在適當環境做運動，有助肺部發育，改善肺功能。配合均衡飲食及適當的藥物治療，孩子可能只患上早期短暫性哮喘，長大後哮喘便會「斷尾」。

我問啟仁：「不要食快餐，多食水果，清楚嗎？有甚麼是快餐？」

七歲的啟仁搶答：「漢堡飽、薯條！」

我再問：「那麼可以食甚麼呢？」

啟仁問：「飲茶呢？」

我說：「在家中煮食最好，有菜有魚有肉。」

一起在家吃飯是一件幸福的事，我們不應該因快餐或餐廳方便而放棄在家吃飯。在家烹飪既可滋養身體，晚餐期間家人互相溝通亦能滋養心靈。作為兒科醫生，我珍惜每一個能醫好病童，讓他們可以快高長大的機會。看着婆婆跟他的孫子離去，我心感莫大的滿足。

養和公布全港首個脫敏免疫治療研究證有效紓緩鼻敏感及改善合併過敏徵狀



鼻敏感於本港十分普遍，病徵包括鼻癢、鼻塞、流鼻水、打噴嚏等，患者更可能同時出現哮喘、眼敏感及濕疹等合併過敏徵狀，嚴重影響患者睡眠及生活質素。養和醫院過敏病科中心早前進行一項為期兩年的全港首個針對合併過敏症的脫敏治療研究，臨床報告證實脫敏免疫治療能有效紓緩鼻敏感並改善其他合併過敏徵狀。

該項研究於2016至2017年間進行，將120名年齡介乎5至56歲、經測試確認對塵蟎敏感的病人分成兩組，一組接受舌下脫敏免疫治療，另一組接受包括類固醇噴鼻劑及抗組

養和醫院過敏病科中心主任、免疫及過敏病科專科醫生李德康醫生(右二)、養和醫院過敏病科中心名譽顧問醫生、兒童免疫及傳染病科專科醫生陳偉明醫生(右三)，以及兩位已接受逾兩年舌下口服脫敏免疫治療的塵蟎過敏病人Shirley(右一)及樂晴(左二)，左一為樂晴的婆婆。

織胺的傳統治療。經過12個月療程，發現舌下脫敏免疫治療能顯著紓緩塵蟎引致的鼻敏感徵狀逾五成，亦有效改善其他合併過敏徵狀，包括眼敏感、濕疹及哮喘，更有助病人減少使用類固醇及抗敏藥物。有關研究於去年11月在國際醫學雜誌《Immunotherapy》發表。

養和籌逾百萬支持「愛心聖誕大行動」

養和醫院連續11年響應南華早報及香港電台合辦的「愛心聖誕大行動」籌款活動，2019年12月舉辦「養和聖誕愛心嘉年華」，為13間本地慈善團體籌集資金，以改善兒童、青少年及生理或心理疾病人士的生活，連同養和的等額捐款，合共為活動籌得善款逾100萬港元。





養和東區醫療中心
HKSH EASTERN
MEDICAL CENTRE

養和東區醫療中心 港島東醫療新地標



全面、先進
診斷造影



養和癌症中心
HKSH CANCER CENTRE

嶄新
日間治療中心



家庭醫學門診及
體檢服務



優質服務 卓越護理

☎ (852) 2917 1000 香港筲箕灣阿公岩村道五號

