

## 《痛风大全》9，报告解读

科普不停，我是风友房寻仙~《痛风大全》系列持续  
在痛风快好 APP 更新！**科普不代表治病，不能代替医生治  
疗，仅供参考与交流！身体不适请到三甲医院面诊，请遵三  
甲医院医嘱！**

本篇报告解读篇更加围绕风友出现的指标异常解读。

## 血象报告

检测项目	结果	提示	单位	参考范围	检测方法
<b>检验组合：电解质7项+肝I+肝II+代谢8项+载脂蛋白</b>					
1 钾(K)	4.55		mmol/L	3.5—5.3	电极法
2 钠(Na)	142.00		mmol/L	137—147	电极法
3 氯(Cl)	104.70		mmol/L	99—110	电极法
4 钙(Ca)	2.48		mmol/L	2—2.75	电极法
5 镁(Mg)	0.86		mmol/L	0.67—1.03	比色法
6 磷(P)	1.59		mmol/L	0.8—1.65	磷钼酸紫外
7 二氧化碳(CO2)	32.10	↑	mmol/L	20—30	酶比色法
8 总蛋白(TP)	77.40		g/L	65—85	双缩脲法
9 白蛋白(ALB)	38.90	↓	g/L	40—55	比色法
10 球蛋白(GLB)	38.50		g/L	20—40	计算法
11 白球比值(A/G)	1.01	↓	比值	1.2—2.4	计算法
12 总胆红素(TBIL)	11.50		umol/L	2—20	比色法
13 直接胆红素(DBIL)	1.20		umol/L	0—6	比色法
14 间接胆红素(IBIL)	10.30		umol/L	2—14	化学法
15 谷丙转氨酶(ALT)	168.00	↑	U/L	7—40	IFCC速率法
16 谷草转氨酶(AST)	202.00	↑	U/L	13—35	IFCC速率法
17 谷氨酰转肽酶(GGT)	16.00		U/L	7—45	速率法
18 腺苷脱氨酶(ADA)	15.00		U/L	4—18	酶比色法
19 α-L岩藻糖苷酶(AFU)	37.00		U/L	0—40	比色法
20 碱性磷酸酶(ALP)	62.00		U/L	35—100	IFCC速率法
21 血清胆碱酯酶(Che)	7873		U/L	4000—13000	速率法
22 乳酸脱氢酶(LDH)	1305.00	↑	U/L	100—300	L-P速率法
23 脂肪酶(LPS)	64.6	↑	U/L	5.6—51.3	比色法
24 总胆汁酸(TBA)	3.60		umol/L	0—15	酶循环法
25 谷氨酸脱氢酶(GLDH)	10.08	↑	U/L	0—5	速率法
26 尿素(BUN)	5.51		mmol/L	2.5—7.14	电极法
27 肌酐(Cr)	92.60		umol/L	40—133	比色法
28 葡萄糖(GLU)	5.04		mmol/L	3.89—6.11	比色法
29 甘油三脂(TG)	2.34	↑	mmol/L	0.23—1.71	酶终点法
30 总胆固醇(CH)	8.06	↑	mmol/L	2.9—5.72	酶终点法
31 尿酸(UA)	520.00	↑	umol/L	150—430	终点法
32 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)	1.35		mmol/L	1.03—1.55	酶比色法
33 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)	5.14	↑	mmol/L	1.89—4.21	酶比色法
34 载脂蛋白-A1(APO-A1)	1.20		g/L	1—2	比浊法
35 载脂蛋白-B(APO-B)	1.73	↑	g/L	0.6—1.1	比浊法
36 脂蛋白a(LPa)	183.00		mg/L	0—300	射比浊法

备注：

- 第 1-6 项是电解质检查，最重要的是血钾，在服用枸橼酸氢钾钠的风友注意定期检查电解质，如果钾高了，需要遵医嘱减停枸橼酸氢钾钠。其他如果只是轻度波动超出，没有其他问题如肾功能，忽略不计。
- 第 7 项是血液二氧化碳的浓度，正常范围是 23-31mmol/L，平均 27mmol/L。它是通过二氧化碳结合力的形式表示，是

指将静脉血标本，在室温下分离出血浆后与正常人肺泡气平衡后，所测得的血浆二氧化碳的含量。它表示来自碳酸氢盐和碳酸的二氧化碳的总量，故同时受代谢和呼吸性因素的影响，因此不能单凭二氧化碳结合力一项，判定是酸中毒还是碱中毒，主要是指血浆中呈结合状态的二氧化碳，故反映了体内的碱储备量。二氧化碳结合力降低，常见于代谢性的酸中毒和呼吸性的碱中毒，二氧化碳结合力增高，可见于呼吸性的酸中毒和代谢性的碱中毒。像报告 20-32 忽略不计，定期复查就行。

- 第 8-11 项反映肝脏合成指标，只是 5%左右超出或者低了忽略不计。
- 第 12-14 项是反映胆红素代谢的指标。胆红素由肝脏产生，经胆道排泄，肝在胆红素代谢中具有摄取、结合和排泄作用。胆红素测定包括总胆红素 (TBIL) 和直接胆红素 (DBIL)，二者之差为间接胆红素 (IBIL)，多种致病因素可引起血清胆红素升高，导致黄疸。

### 黄疸

正常红细胞的平均寿命约为 120 天，血液中衰老的红细胞被降解并在酶的作用下转变为 IBIL，经肝脏转化为 DBIL，随胆

汁被排入胆道，最后大部分经大便排出，小部分经肠道吸收，经血液循环重回到肝内。若血清中胆红素升高则会致使皮肤、黏膜和巩膜发黄，称为黄疸。

根据病因，可将黄疸分为溶血性黄疸、肝细胞性黄疸及梗阻性黄疸。

## **临床意义**

**溶血性黄疸**：当发生血管内溶血或红细胞大量破裂时，体内产生大量 IBIL 而超过肝脏的摄取和代谢能力，血中 IBIL 显著升高，引起溶血性黄疸，而此时 DBIL、ALT、AST 和 ALP 基本正常。

**肝细胞性黄疸**：当肝细胞受损时，一方面肝脏无法完全摄取和结合 IBIL，另一方面肝细胞内的 DBIL 会从受损的肝细胞释出，因此导致血液中 DBIL 和 IBIL 均升高，同时转氨酶也显著升高，即导致肝细胞性黄疸。

**梗阻性黄疸**：当胆道因为结石、肿瘤或周围肿物压迫致其梗阻时，肝细胞分泌的 DBIL 排出受阻，由于胆管内压增高致使 DBIL 逆流入血液，因此出现血中 DBIL 显著升高，IBIL 不升高或轻度升高，且伴肝脏酶学改变，此为梗阻性黄疸。

间接胆红素半倍以下忽略不计，如总胆红素 30 以下。有时候是实验室误差，下次复查有正常了。吃非不司他也会有胆红素升高，比较少，一般是转氨酶升高。间接胆红素和总胆红素升高可以用茵栀黄颗粒，甘草酸二胺可以降低转氨酶和胆



红素。两倍的时候做肝胆脾胰彩超，乙肝五项要是没问题，转氨酶不高可以用这两个降胆红素。有时候一直都是高的是吉尔伯特综合征，这种一般没症状只是胆红素高的不用管。

吉尔伯特综合征胆红素一般不超过正常 5 倍，但也有文献报道最高可达 103 $\mu$ mol/L，但患者一般无明显不适反应。吉尔伯特综合征首先需要排除其它可能导致胆红素升高的病因，例如溶血导致的血红素增多，各种原因（肝炎病毒、药物、自身免疫等）导致的肝脏代谢功能异常。确诊则需要对 UGT1A1 基因测序，对突变的位点和突变状态进行测定后确诊，不做也行。确诊后不必紧张焦虑，除了胆红素稍高外肝脏的生理功能均正常，不会造成进一步的恶化进展，因而一般无需特殊治疗。这个在风友中很常见。

下图既是如果没有不舒服，忽略不计的胆红素报告。

备 注：

英文缩写	项 目	结果	单位	参考区间
TP	总蛋白	68.57	g/L	60--83
Albumin	白蛋白	44.03	G/L	40--55
A/G	白球比	1.79		1.2--2.40
PA	前白蛋白	0.233	g/L	0.18--0.39
ALP	碱性磷酸酶	66.62	U/L	40--150
ALT	丙氨酸氨基转移酶	22.66	U/L	0--50
AST	门冬氨酸氨基转移酶	19.46	U/L	0--40
GGT	$\gamma$ -谷氨酰基转移酶	15.38	U/L	10--60
MAO	单胺氧化酶	9.19	U/L	<12
CHE	胆碱酯酶	8216.29	U/L	4620--11500
TBIL	总胆红素	23.97	$\mu$ mol/L	3.4--20.5
CB	结合胆红素	9.43	$\mu$ mol/L	0--8.6
UCB	非结合胆红素	14.5	$\mu$ mol/L	3.4--11.9
TBA	血清总胆汁酸	1.65	$\mu$ mol/L	0.5--10.0
CREA	肌酐	67.66	$\mu$ mol/L	59--104
Urea	尿素	3.13	mmol/L	3--9.2
UA	尿酸	292.92	$\mu$ mol/L	202--416
CYSC	血清胱抑素C	0.96	mg/L	0.63--1.25
GLU0	血糖(空腹)	5.23	mmol/L	3.9--6.1

● 第 15-16 项

谷草转氨酶通常在心脏附近多，若此值高，提示心脏方便

可能存在问题，谷丙反映是脂肪肝性、病毒性肝炎，谷氨酰转肽酶反应脂肪肝、酒精肝、药物肝损等，两者也可以重叠反映肝的问题。如果谷丙转氨酶和谷草转氨酶正常，AST/ALT 比值高了没有临床意义。

### 吃非布司他体检肝功能异常（转氨酶升高）怎么办？

这是非布司他最常见的不良反应，大约 6%会出现。药物在肝脏需经肝药酶特别是细胞色素 P450 ( CYP450 ) 酶系的代谢，CYP450 酶系对药物的代谢有双重性，当解毒被抑制或增强药物毒性被诱导时都可引起肝脏损伤。药物经 CYP450 酶系代谢后，与还原型谷胱甘肽、葡萄糖醛酸等蛋白或氨基酸结合，进一步促进其排泄，当还原型谷胱甘肽、葡萄糖醛酸等不足时会产生肝毒性。

体检升高首先排除腹部彩超有没脂肪肝造成的脂肪性肝炎，有的话减重 + 运动把脂肪肝逆转就好了。再排除病毒性肝炎，比如乙肝五项等。确定降酸药造成的转氨酶升高，转氨酶 50 以下可以下个月再体检看看，有可能会正常，不行再用护肝药或者换菲布力这样的纯度高的降酸药。或者把非布司他分开早晚服用减轻肝脏压力。还是不行可搭配护肝药，常用的有五酯胶囊、护肝宁胶囊、复方益肝灵，这几种物美价廉，其他的水飞蓟素，水飞蓟宾，双环醇、联苯双酯、复方甘草酸苷都可以。不推荐保健品和葵花护肝片，一点用都没有。转氨酶超过

三倍要先停药保肝，肝脏有强大到自我修复能力，每天会产生出很多新的肝细胞替代死去的肝细胞。我们抽烟、喝酒、熬夜都有不少的肝细胞死亡，但不怕，肝强大的再生能力产生出新的细胞够替代。很快可以恢复，等恢复了继续吃，70%可以搭配护肝药适应，适应不了换苯溴马隆（排除肾结石，尿酸生成过多类型“尿酸 700 以上可能是”禁忌）或者别嘌醇（注意皮疹）。

## ● 第 17 和第 20 项反映胆汁淤滞的指标

胆汁淤积是指肝内外各种原因造成胆汁形成、分泌和排泄障碍，胆汁不能正常流入十二指肠而进入血液理状态。

临床可表现为瘙痒、乏力、尿色加深和黄疸等，早期常无症状仅表现为血清碱性磷酸酶（ALP）和 GGT 水平升高，病情进展后可出现高胆红素血症，严重者可导致肝衰竭甚至死亡。

ALP 和 GGT 升高是胆汁淤积最具有特征性早期表现，两者升高提示出现胆汁淤积。

肝脏中 ALP 和 GGT 均表达于肝细胞血窦侧和毛细胆管侧及胆管细胞微绒毛上，经胆汁排入胆道系统。当胆汁排泄不畅，毛细胆管内压增高，可诱发 ALP 产生增多，加之胆汁酸凭借其表面活性作用，将 ALP 从脂质膜上溶析下来，使血清 ALP 明显增高。

儿童及 10 岁后青春期，骨骼处于发育期，ALP 水平高于

成年人可达 3 倍；此外高脂饮食后及某些骨骼疾病也会使得 ALP 水平升高。当排除上述生理病理情况后，血清 ALP 明显升高可提示肝胆疾病。有脂肪肝时 GGT 升高也很常见，熊去氧胆酸对 GGT 升高治疗效果不错，在风友中很常见。

● 第 19 项  $\alpha$ L 岩藻糖苷酶是溶酶体酸性水解酶，很多疾病都可以导致此酶升高，最常见的疾病是肝癌。原发性肝癌中它的值的阳性率和特异性都比较高，尤其是对甲胎蛋白阴性的肝癌诊断率是比较高的。其它的肿瘤，包括妊娠、肺癌、乳腺癌等也可以升高，在肝硬化、慢性肝炎中也是可以轻度升高的。如果这个值轻度升高，要看有没有肝硬化、肝炎的情况存在。如果升高比较明显，升高的幅度比较大而且是进行性升高，一定要做影像学的检查，包括彩超、增强 CT 和增强核磁来进一步明确是否患有肝癌等。

● 第 28 项葡萄糖就是血糖，血糖看这张表；

诊断条件	静 脉 - 全 血	毛细血 管	静 脉 - 血 浆
正 常 参 考 值 - 空 腹	3.9-6. 1		
正 常 参 考 值 - 餐 后 两 小 时	7.8 以 下		
糖 尿 病 - 空 腹	6.1 以 上	6.1 以 上	7.0 以 上
糖 尿 病 - 餐 后 两 小 时	10 以 上	11.1 以 上	11.1 以 上
糖 耐 受 量 受 损 - 空 腹	小 于 6. 1	小 于 6. 1	小 于 7. 0
糖 耐 受 量 受 损 - 餐 后 两 小 时	6.7-1 0.0	7.8-1 1.1	7.8-1 1.1
空 腹 血 糖 受 损 - 空 腹	5.6-6. 1	5.6- 6.1	6.1-7. 0
空 腹 血 糖 受 损 - 餐 后 两 小 时	6.7 以 下	7.8 以 下	7.8 以 下



## 血压看这张表：

分类	收缩压(毫米汞柱)	舒张压(毫米汞柱)
理想血压	< 120	< 80
正常血压	< 130	< 85
正常高值	130 ~ 139	85 ~ 89
高血压	≥ 140	≥ 90
第 I 级(轻度)	140 ~ 159	90 ~ 99
第 II 级(中度)	160 ~ 179	100 ~ 109
第 III 级(重度)	≥ 180	≥ 110

值得一提的是血压高了危害很大，需要非常重视，每年这些尿毒症的风友 80%合并了高血压。一级高血压 140-90 左右可以试试喝丹参粉一个月看看，效果还不错，淘宝和药店都有，笔者 140-90 血压喝了一个月现在稳定 120-80，停了不反弹，而且不少风友都不错但不是人人都行。要是生活干预 3 个月包括减重低钠饮食等还是高血压建议到心血管科就诊。二级高血压以上(含二级)直接就诊做 24 小时血压等等检查遵医嘱吃药了。

### ● 第 29 项甘油三酯

这个指标高在风友很常见，而且很容易通过运动和调整饮食降下来，一般是超过 3 倍或者 4.5 以上才是高值，而且 7.0 通过运动一个月之后降到正常也是常有的是，假如生活干预还是超过 3.0 左右可以用非诺贝特等降下来，中成药有脂必泰等，血脂康的成分红曲就是他汀类降脂药的提取来源。非诺贝特能降甘油三酯同时兼降尿酸。

在服用非司他之后甘油三酯升高也挺常见，高了也可以通过饮食运动控制下来。

- 第 30 项总胆固醇

总胆固醇是指血清中各种脂蛋白所含的胆固醇总和。高密度脂蛋白胆固醇是好的胆固醇，越高越好。低密度脂蛋白胆固醇是坏的胆固醇。最重要看低密度脂蛋白胆固醇。

- 第 33 项是低密度脂蛋白胆固醇。不同的人比如有没有合并高血压，动脉粥样硬化的情况对低密度脂蛋白胆固醇的要求不同的，详情可查阅《中国成人血脂异常防治指南》，轻度升高的可以用农科院燕麦片辅助配合饮食和运动。如果还是高建议专科就诊用降脂药如阿托伐他汀等，高浓度鱼油效果也不错对于轻症可以使用。但鱼油不能替代他汀，汀类药物降脂疗效好，能稳定斑块，而且心血管获益明显。

- 第 34 项载脂蛋白 A 是好的胆固醇。

- 第 35 项载脂蛋白 B

虽然载脂蛋白 B 水平增高与动脉粥样硬化性心血管疾病之间存在密切关系，但一般不建议将其作为药物治疗的主要目标，

在降脂治疗过程中仍然是紧盯低密度脂蛋白胆固醇。图中轻度升高忽略不计。

- 第 36 项脂蛋白 A 这个高了没有办法，暂时没有药物治疗，和遗传有关系。如果大幅升高盯紧低密度脂蛋白控制达标。

尿素	3.99	mmol/L	3.1--8.0
肌酐（酶法）	67	μmol/L	57--97
尿酸	293	μmol/L	208--428
尿素/肌酐	0.06		
β2微球蛋白	1.45	mg/L	1.00--3.00
钾	4.00	mmol/L	3.50--5.30
钠	141.2	mmol/L	137.0--147.0
氯	102.9	mmol/L	99.0--110.0
钙	2.51	mmol/L	2.10--2.70
无机磷	1.35	mmol/L	0.85--1.51
镁	0.79	mmol/L	0.75--1.02
肾小球滤过率 (CKD-EPI)	125.18	mL/(min • 1.73m <sup>2</sup> )	

**尿素：**尿素是蛋白质代谢产物，比较常见的是风友们“通过忌口控制尿酸达标”的美好幻想，会偏低，但轻度不要紧。吃肉多了也会偏高。

**估算肾小球滤过率：**这个只是用肌酐年龄身高换算出来的，痛风好多肌酐偏高它就不准；要肾动态显像做出来的才准确。肾动态显像要打造影剂一般不需要做。

**肌酐：**肌酐又叫血肌酐，是检测肾功能的最常用的生物标志物。人体内肌酐分为内源性肌酐和外源性肌酐，内源性肌酐主要来

源为肌肉代谢时脱羧酸反应的产物，而外源性肌酐则主要来自于肉类食物的代谢产物。肌酐经过肾小球滤过后不会被肾小管重吸收，因此比起尿素而言可以更好地作为定量检测肾小球滤过率即肾脏排泄功能的生物标志物。

用肌酐数值也可以粗略地肾病分期：

- 1 期：炎症反应期，肌酐正常
- 2 期：代偿期，肌酐 133-177
- 3 期：失代偿期，肌酐 186-442
- 4 期：肾衰竭期，肌酐 443-707
- 5 期：尿毒症期，肌酐 707 以上。

原因主要包含以下三个方面：

体内失水，如出现发热，多汗，饮水量减少，多尿期导致血液浓缩，肾血流量减少，会出现肌酐升高；生活中出现劳累，休息不好，生活细节不注意，也可以引起一定范围的血肌酐升高。

高血压患者，血压不稳定，会出现肌酐偏高的现象。

尿液异常，长期出现血尿、蛋白尿的人，会在不知不觉中出现肌酐升高的现象；肾功能不全的人，受到感染（包括感冒、肺炎，肠道感染，尿路感染等）时，会在短期内出现肌酐升高的现象；肾脏病的患者，由于病情复发，导致肌酐升高等。肾病的患者在未知情况下服用了损害肾脏的药物，可以出现肌酐



升高，甚至是不可逆转的。

虽然我们上面提到了三个方面影响肌酐升高的原因，但对于痛风患者来说，一旦检查到肌酐升高，还是要找出肌酐偏高的原因。肌酐偏高的原因分为生理性的和病理性，生理性肌酐偏高，比如一些肌肉发达或大量运动以后导致的一过性肌酐偏高。这时候肌酐可能比正常范围偏高一点，但其他检查指标都正常，这种情况即使肌酐比正常人偏高也属于肾功能正常。

如果是病理性的，我们要结合尿液检查，血液检查，免疫功能检查，影像学检查。痛风风友肌酐偏高比较常见，尿酸结晶沉积于肾间质，早期可引起肾小球过滤率降低导致肌酐偏高。排除了高血压，尿蛋白等实质性肾损，如果是实质性肾损肌酐200以上，金草固肾汤没什么用了。但也要看是不是实质性肾损，不是实质性肾损的160肌酐喝固肾汤降到80的也有。这个比喻是一个是水管生锈了和水管坏了。不是实质性肾损降尿酸，碱化尿液肌酐会慢慢降下来，用金草固肾汤帮助一把更好的降下来。有些风友降尿酸初期，也会出现肌酐升高，随着继续降尿酸会回落。百令胶囊、金水宝、黄葵胶囊、均可提高肾血液微循环；金草固肾汤能碱化尿液与提高肾血液微循环降肌酐的功效很好，笔者见证喝固肾汤1000人以上，99%好用，比百令胶囊好用，也可以百令胶囊和金草固肾汤一起使用，下图是案例之一



## 超敏 C 反应蛋白和 C 反应蛋白

超敏 C 反应蛋白和 C 反应蛋白升高可以提示有细菌验证，感冒发烧如果细菌感冒会升高，有时小幅升高只是痛风发作应急升高（上图二）。风痛发作一般是无细菌炎症，用低剂量秋水仙碱 > 非甾体抗炎镇痛药就可以止痛。如果发作超过 10 天，或者止痛药吃了没缓解可以抽血排除一下，如果是细菌验证要用抗生素才能止痛。比较既往经验好的是青霉素，头孢或者阿莫西林这些的  $\beta$  内酰胺类都可以，输液的话要连输两天，如果是口服 3-5 天，或者不痛了继续吃两天。这种例子比较少见，笔者观察的大约 500 人/1 人痛风合并细菌感染。膝关节这样的大关节容易出现。如果止痛药能缓解不用做检查和用抗生素。

超敏C反应蛋白	194.83↑		mg/L
尿酸	573.0↑	150 - 430	umol/L
超敏C反应蛋白	194.83↑	0 - 5	mg/L
血沉	38↑	0 - 20	
抗O	2	0 - 200	IU/mL
类风湿因子	5.9	0 - 20	IU/mL

年龄: 30 岁		样本类型: 血清	床号:		
序号	简称	项目名称	结果	单位	参考范围
1	RF	类风湿因子	<20.0	IU/mL	<20.0
2	CRP	C反应蛋白	14.1	↑ mg/L	≤6.0
3	ASO	抗链球菌溶血素O	48.8	IU/mL	<116

## 胱抑素 C

升高提示肾脏功能早期损伤。胱抑素 C 过于敏感，不能作为肾功能损伤的主要依据。痛风在降尿酸后大量结晶排出有可能损伤肾脏，胱抑素 C 也会升高，挺常见。但过段时间会正常。比如这次体检超了，下次体检又正常了。如果只是超的不多问题不大，多次体检高了也可以用金草固肾汤（效果强），金水宝/百令胶囊（效果弱）护肾。还有就是高尿酸多年，胱抑素 C 一直都是超的也推荐金草固肾汤治疗。另外比如糖尿病，高血压，自身免疫性疾病，时间长了都有可能影响肾功能。经过治疗可以恢复。

## 血沉

升高原因有很多，比如发烧，应急状态，或者感冒，感染，自身免疫疾病等均可以升高。

## 类风湿因子 RF

RF 虽然名为类风湿因子，但 RF 对无关节炎的类风湿诊断特异性较差，绝大多数 RF 阳性的无症状患者不会进展为类风湿关节炎。一般需要两倍半以上才有意义，而且类风湿更需要结合有无晨僵、关节对称痛等临床表现。

除了 RF 以外，抗 CCP 抗体、抗 AKA 抗体也是类风湿关节炎的抗体。相对于 RF，抗 CCP 抗体对于早期不典型类风湿关节炎有更好的预测性。

不典型关节痛又未达到类风湿关节炎诊断的患者，如果抗 CCP 阳性，那么 3 年内诊断类风湿关节炎的可能性高达 90%。RF 阳性的人未必会成为类风湿关节炎，但抗 CCP 抗体阳性的人有很大可能成为类风湿。

## 抗 o ( ASO )

溶血素 O 是 A 组溶血性链球菌的重要代谢产物之一，它是一种具有溶血活性的蛋白质，能溶解人及一些动物的红细胞。同时溶血素 O 具有抗原性，能刺激机体产生相应的抗体，称为 ASO。测定其效价可知患者近期或既往有无溶血性链球



菌感染。鉴于 A 组溶血性链球菌感染相当常见，故正常人能测到 ASO 的低滴度，但一般在 500 U 以下。

ASO 增高，常见于急性咽炎等上呼吸道感染，儿童多见，还可见于皮肤急软组织感染。

风湿性心肌炎、心包炎、风湿性关节炎，急性肾小球肾炎，ASO 滴度升高。多次检验所呈现的趋势与病情平行，如渐渐下降提示病情好转。现在风湿性关节炎很少了，如果没有不舒服只是抗 O 升高不用管。

## 肌酸激酶（CK）

参考值：女 24 ~ 170U/L；男 0 ~ 190U/L

活性增高常见于各种类型的进行性肌萎缩，假肥大性肌营养不良障碍等。

肌酸激酶增高：主要用于心肌梗塞诊断及各种类型进行性肌萎缩、骨骼肌损伤、肌营养不良、急性心肌炎、脑血管意外、脑膜炎、甲状腺功能减退、剧烈运动、使用氯丙嗪、青霉素等药物。肌酸激酶活性的测定对以上疾病的诊断具有重要的价值。

这个需要结合临床，有时候是剧烈运动升高，过段时间复查又正常了。

## 反映肝纤维化的相关血清指标

## ■ 透明质酸

透明质酸是一种分布于细胞外基质的氨基葡聚糖，主要由肝星状细胞或纤维母细胞合成。在众多反映肝纤维化的指标中，透明质酸的敏感性最高。

急性肝炎时血清透明质酸含量多正常，慢性肝炎或肝硬化时由于肝脏代谢能力下降，清除减少，使血清透明质酸水平升高，且其升高水平与肝脏炎症或肝纤维化程度呈正相关。

## ■ IV型胶原和层黏蛋白

IV型胶原和层黏蛋白均是构成基底膜的主要成分，当肝脏持续损伤时，两者合成增加，但肝脏的降解能力降低，出现毛细血管化。同时，血清中IV型胶原和层黏蛋白水平升高，且与肝纤维化程度具有相关性。

以上仅列举了肝功能检查较为常见的指标，尽管各项指标在肝病诊断过程中的都有其相应的作用，但也难免存在局限性。一是敏感性不够高，比如有严重肝脏疾病如肝硬化或肝细胞肝癌的患者其 ALT、AST 和 TBIL 可能正常；二是特异性低，肝功能指标异常未必就有肝病，因为有可能受肝外因素的影响。

因此，实际临床工作中，对疾病下诊断还需要进行详细的病史采集和全面的体格检查，以及病原学检测和 B 超、CT 等影像学检查资料甚至肝活组织病理检查。只有将多方面的资料综合起来才能最终确定病因，评估病情，明确诊断，进而指导

下一步治疗。

**同型半胱氨酸**：推荐高尿酸血症也做这个检查，要大点医院才有这检查。而且是挂心内科。

高同型半胱氨酸血症( HHcy )几乎影响全身各个器官。与高血压、高血脂、高血糖、高尿酸一样，高同型半胱氨酸血症已成为判定健康风险的重要指标。


高同型半胱氨酸血症诊疗专家共识( 2019 年 ) 将  $\text{Hcy} > 10\mu\text{mol/L}$  诊断为高同型半胱氨酸血症( 简称“高血同” )。

同型半胱氨酸血症( HHcy )，具有一定的神经毒性，不仅增加胎儿神经管畸形风险，而且与老年痴呆、帕金森病有关。抑制 NO 合成、降低抗氧化功能、改变脂质代谢等，增加脑卒中和男性勃起功能障碍风险。

高同型半胱氨酸血症	血浆同型半胱氨酸浓度
轻度	10~15 $\mu\text{mol/L}$
中度	15~30 $\mu\text{mol/L}$
重度	> 30 $\mu\text{mol/L}$

	推荐意见	
中国脑卒中一级预防指南(2021)	进行脑卒中危险因素筛查时,在条件允许的情况下, <u>推荐将血浆同型半胱氨酸作为常规筛查项目。</u>	对于高同型半胱氨酸血症的患者,可以考虑通过补充叶酸或叶酸联合维生素B6、维生素B12进行脑卒中的预防。
同型半胱氨酸与痴呆:国际共识声明(2018)	老年人群中同型半胱氨酸水平 $>11\mu\text{mol/L}$ 是导致年龄相关的认知功能损害和痴呆的原因之一。 	使用B族维生素可降低同型半胱氨酸水平,并显著减缓全脑和区域性脑萎缩的发展速度,以及认知功能下降的速度。
肺血栓栓塞症诊治与预防指南(2018)	血清同型半胱氨酸升高是手术患者VTE(静脉血栓栓塞症)的危险因素	对于VTE风险高而出血风险低的患者,应考虑选择肝素、利伐沙班等抗凝药物进行药物预防。



	推荐意见
高同型半胱氨酸血症诊疗专家共识 (2020)	<p><b>叶酸：0.8mg/日是最佳剂量。</b>单一补充叶酸仍然有约 50%的患者无法达标。</p> <p><b>甜菜碱：</b>餐后补充甜菜碱的效果比叶酸效果好。</p> <p><b>维生素 B12：</b>单独补充维生素 B12 的效果不如叶酸。</p> <p><b>维生素 B6：</b>单独补充维生素 B 的效果不明显；与叶酸、维生素 B12 联合有显著的协同作用。</p>
高血压学 (2019)	甜菜碱 (1000mg) + 叶酸 (0.8mg) + 维生素 B6 (2.8mg) + 维生素 B12 (4.8μg) + 维生素 B2 (2.8mg)
维生素矿物质补充剂在疾病防治中的临床应用专家共识 (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●维生素 B6 (50~200mg/d) 单独治疗</li> <li>●维生素 B6 (100mg) +叶酸 (0.5mg) 联合治疗</li> </ul> 

食物	叶酸含量 (μg)	食物	叶酸含量 (μg)	食物	叶酸含量 (μg)
鸡肝	1172.2	红苋菜	419.8	鸭蛋	125.4
猪肝	353.4	菠菜	169.4	鸡蛋	113.3
羊肝	226.5	茴香	120.9	花生米	107.5
黄豆	210.1	茼蒿	114.3	核桃	102.6
腐竹	147.6	油菜	107.6	藜麦粉	127.8
豆腐皮	90.2	蒜苗	90.9	青稞	61.0

研究表明，每日补充 0.8mg 的叶酸是降低血同的最佳剂量，然而，仅依靠单一补充叶酸，仍然有 50%的患者无法达标，国外一项对照实验发现，与单独补充叶酸相比，复合营养补充剂可以多降低 20~30%的血同水平。

《中国营养科学全书》(第 2 版) 建议采用复合营养素方案，即天然甜菜碱+叶酸+维生素 B6+辅助营养素。《高血压学》

则推荐每天 1000mg 天然甜菜碱、0.8mg 叶酸、2.8mgB2、2.8mg 维生素 B6 以及 4.8μg 维生素 B12 为降血同方案。

叶酸：长期大剂量（>1mg/d）补充叶酸，可能增加某些癌症（如结直肠癌、前列腺癌）风险。

维生素 B6 过量：可致外周神经病变，主要表现为步态不稳、足部麻木、手麻木等。一些高剂量病例不可逆。

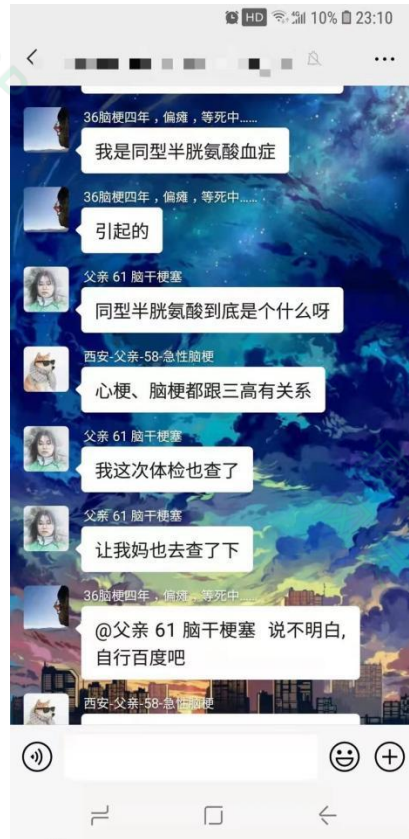
通常，合理的饮食就能满足人体对叶酸的需求，建议患者多食用富含叶酸及维生素的食物，如燕麦、绿叶蔬菜，烹饪过程应掌握温度。如果通过合理的饮食不能满足营养需求，建议在医生的指导下服用含有叶酸、多种维生素在内的膳食补充剂，从而降低血同和疾病发生风险。

降下来后巩固一段时间，停了动态复查，如果高了还是要继续。平时注意含有叶酸食物摄入。

患者基因型	推荐方案
非基因突变	根据叶酸、维生素 B12、维生素 B6、胆碱的检查结果，重点补充严重缺乏的营养素
MTHFR C677T 位点 TT 基因型	增加活性叶酸和甜菜碱的补充
MTRR A66G 位点 GG 基因型	增加维生素 B12 的补充或增加甲钴胺和甜菜碱的补充
CBS 基因突变	增加维生素 B6 和甜菜碱的补充

下图是高血同危害案例之一，他本人没有三高。





## 血常规

检验项目: 血常规(末梢)+CRP				检验仪器: 血 805180			
检验项目	缩写	结果	单位 参考范围	检验项目	缩写	结果	单位 参考范围
【白细胞数目】	WBC	0.96	$\downarrow$ $\times 10^9/L$ 5.50~13.50	【血小板数目】	PLT	193.00	$\times 10^9/L$ 130.00~430.00
【红细胞数目】	RBC	3.72	$\downarrow$ $\times 10^{12}/L$ 4.10~5.50	【血红蛋白浓度】	HGB	97.00	$g/L$ 104.00~143.00
【血红蛋白浓度】	HGB	97.00	$g/L$ 104.00~143.00	【红细胞压积】	HCT	30.50	% 32.00~43.00
【红细胞压积】	HCT	30.50	% 32.00~43.00	【血小板压积】	PCT	0.15	% 0.11~0.28
【血小板数目】	PLT	193.00	$\times 10^9/L$ 130.00~430.00	【反应蛋白(金标法)】	CRP	<0.50	mg/L 0.00~10.00
中性粒细胞百分比	Neu%	9.90	% 13.00~54.00	<b>C反应蛋白</b>			
淋巴细胞百分比	Lym%	87.90	% 35.00~76.00				
单核细胞百分比	Mon%	0.10	% 2.00~14.00	<b>白细胞项目</b>			
嗜酸性粒细胞百分比	Eos%	1.30	% 0.50~9.00				
嗜碱性粒细胞百分比	Bas%	0.00	% 0.00~1.00	【白细胞数目】	WBC	0.96	$\times 10^9/L$ 5.50~13.50
中性粒细胞数目	Neu#	0.85	$\times 10^9/L$ 2.70~9.10	【红细胞数目】	RBC	3.72	$\times 10^{12}/L$ 4.10~5.50
淋巴细胞数目	Lym#	0.00	$\times 10^9/L$ 0.20~1.14	【血红蛋白浓度】	HGB	97.00	$g/L$ 104.00~143.00
单核细胞数目	Mon#	0.01	$\times 10^9/L$ 0.04~0.74	【红细胞压积】	HCT	30.50	% 32.00~43.00
嗜酸性粒细胞数目	Eos#	0.00	$\times 10^9/L$ 0.00~0.14	【血小板数目】	PLT	193.00	$\times 10^9/L$ 130.00~430.00
嗜碱性粒细胞数目	Bas#	0.00	$\times 10^9/L$ 0.00~0.06	【血小板压积】	PCT	0.15	% 0.11~0.28
平均红细胞体积	MCV	81.90	$fL$ 71.00~96.00	【反应蛋白(金标法)】	CRP	<0.50	mg/L 0.00~10.00
平均红细胞血红蛋白含量	MCH	26.00	$pg$ 26.00~38.00	<b>红细胞项目</b>			
平均红细胞血红蛋白浓度	MCHC	31.00	$g/L$ 31.00~36.00				
红细胞分布宽度变异系数	RDW-CV	47.40	% 35.00~56.00				
红细胞分布宽度标准差	RDW-SD	47.40	$fL$ 35.00~56.00				

通常，一张血常规报告单里包含：白细胞计数、粒细胞百分比、淋巴细胞百分比等项目。在这么多参数里，重点看四项参数：红细胞、血红蛋白、白细胞、血小板，就能大体知道是怎么回事了。

血常规检查，主要看懂这四项，这四项没问题，其他没有超过 10%忽略不计，如果超过 10%还是要去血液科就诊。

在血常规检查中，通过以下四项检查，可以及早发现是否

受到感染、是否贫血、是否有血液系统等疾病。

## 细胞 ( RBC )

主要作用：把氧气和营养运送到身体上的各个细胞，再把身体里面的废物搬运出去。

参考值：

成年男性 (  $4.0 \sim 5.5$  )  $\times 10^{12}/L$  ( 升 )

女性 (  $3.5 \sim 5.0$  )  $\times 10^{12}/L$

新生儿 (  $6.0 \sim 7.0$  )  $\times 10^{12}/L$

箭头↑↑ :表明红细胞增多 ,比较常见的是身体缺氧、血液浓缩、真性红细胞增多症、肺气肿等 , 以及某些肿瘤及真性红细胞增多症。 箭头↓↓ :表明红细胞减少 ,提示贫血或大量失血。可能是出现了急性大出血、严重的组织损伤及血细胞的破坏 , 也有可能是铁、维生素 B12 的缺乏 , 导致合成障碍 , 或是得了白血病。

Ps : 高山居民、登山运动员以及剧烈运动后 , 红细胞数量都会有所增加 , 这是正常的。另外 , 孕妇和老年人会出现生理性贫血 , 这也是正常情况。

## 血红蛋白 ( Hb )

主要作用：专门负责运输氧气 , 即吸收肺部大量的氧后再输送到全身各组织。



参考值：

成年男性 120~160g/L ( 克/升 )

女性 110~150g/L

新生儿 170~200g/L

箭头↑↑ :即血红蛋白增多 ,可能是由于连续呕吐 ,或反复腹泻 ,或大面积烧伤 ,或糖尿病酮症酸中毒及尿崩症等 ,亦或是严重的先天性及后天性心肺疾病等引起的。

箭头↓↓ :即血红蛋白降低 ,往往意味着贫血。或是一氧化碳中毒 ,或急性或慢性失血所致 ,或因造血物质缺乏或利用障碍所致 ,或是铁元素、叶酸及维生素 B12 缺乏所致 ,或是心脏体外循环的大手术所致等等。

Ps :在大量出汗 ,或长时间不喝水 ,或住在高原地区 ,或剧烈运动等情况也会出现血红蛋白增多 ;以及孕妇、老人、婴幼儿也会出现血红蛋白生理性降低 ,都是正常现象。

## 白细胞 ( WBC )

主要作用：杀灭细菌和病毒 ,说是人体的防御卫士也不为过。

参考值：

成人 ( 4~10 )  $\times 10^9/L$  ( 升 )

女性 ( 5~12 )  $\times 10^9/L$

新生儿 ( 15~20 )  $\times 10^9/L$

箭头 ↑↑ :也就是白细胞增多 ,通常是表明有炎症、感染存在 ,可能是因为发生了急性感染、严重的组织损伤、急性大出血、急性中毒、白血病等情况。

箭头 ↓↓ :也就是白细胞减少 ,可能是因为受到病毒感染、放化疗的影响 ,或是免疫系统衰弱、长期接触放射线 ,以及由于药物引起或是再生障碍性贫血等原因。

Ps :白细胞平时波动也很大 ,静如处子动如脱兔说的就是它 ,安静的时候很低 ,活动的时候就又很高了 ,所以真要诊病的话 ,需要定时、连续的观察才行。

### 血小板 ( PLT )

主要作用 :专门修补破损的血管 ,还负责凝血、止血、防止出血 ,维持毛细血管壁的完整性。

参考值 :

( 100~300 )  $\times 10^9/L$  ( 升 )

箭头 ↑↑ :血小板增多 ,常见于急慢性感染和炎症、缺铁性贫血及癌症患者 ,慢性粒细胞白血病 ,或是脾摘除术后、急性大出血、溶血等。 箭头 ↓↓ :血小板减少 ,可能是急性白血病和放射病、以及再生障碍性贫血 ,或是血小板生成障碍、原发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进等情况。

Ps :血小板会随着人的生理、天气变化等情况上下波动 ,比如午后会高于早晨 ,冬季会高于春季 ,运动会高于休息的时候等

等。

## 需要注意：

这些化验指标都是仅作参考，要想确定疾病，还需要和疾病症状、体征以及医生的经验、查体、其他辅助检查等综合判断。

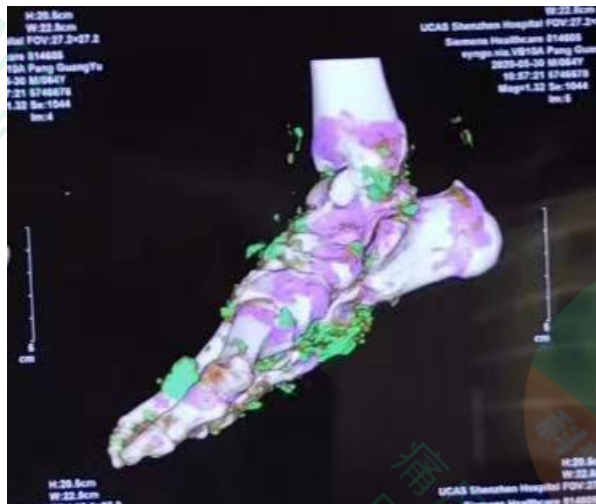
为了保证血常规准确性，做血常规检查还有一些事项要注意：

血常规检查，要注意这几点：由上文可知，影响血常规检查结果的准确性有很多，比如月经期、精神紧张、剧烈运动等，所以检查前，要避开月经期，以及避免跑步、骑自行车、爬楼梯等剧烈的运动等。总之血常规检查是很重要的，是了解疾病、诊断疾病的重要手段之一。但是要注意的是，疾病是很复杂的，对于任何疾病的治疗都需要结合多方面的检查，不能以偏概全、以点概面。

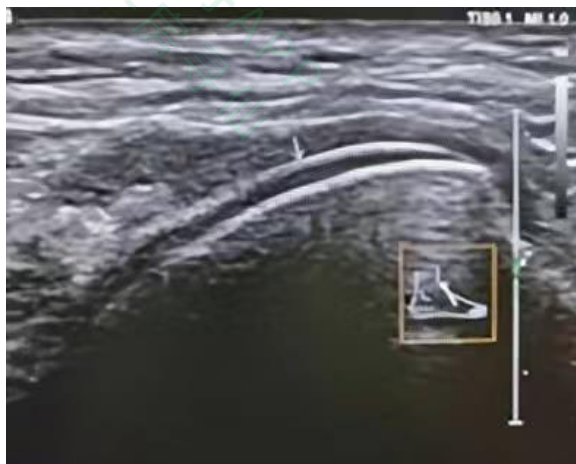
## 影像学检查

### 双源 CT

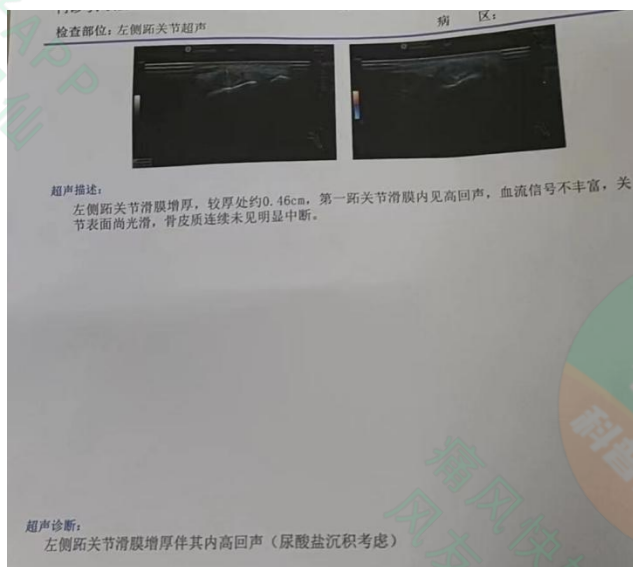
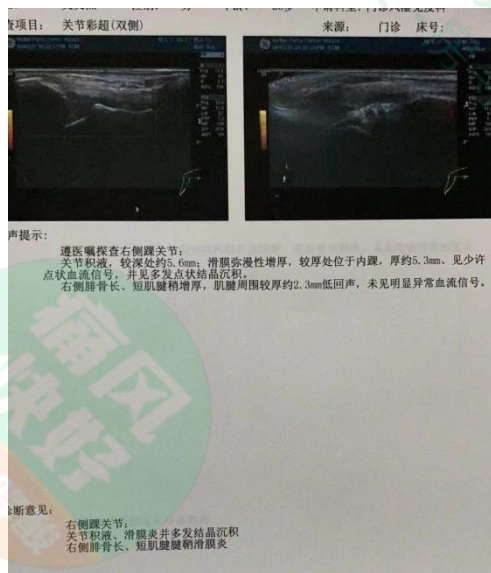
图片绿色伪彩就是尿酸盐结晶，紫色是钙盐沉积，钙盐沉积很常见。一个部位 700 左右。但小的结晶双源 CT 也看不到。



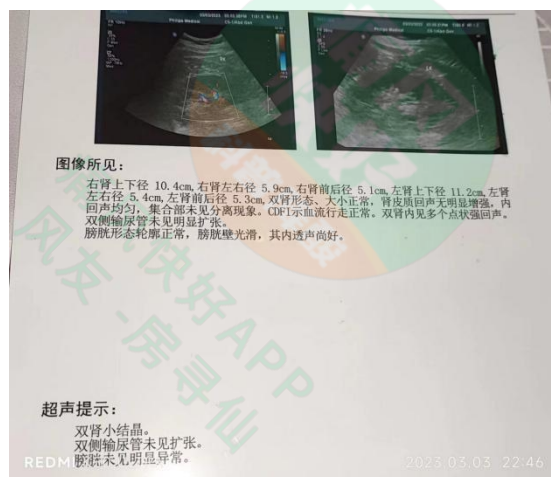
关节超声价格比较便宜一个部位 110 左右,可以看得要痛风性滑膜炎(提示滑膜增厚),痛风发作超过 7 天一般是并发了痛风性滑膜炎。和普通滑膜炎不一样,痛风性滑膜炎消炎、制动、降酸就可以。图中“双轨征”就是典型的尿酸盐结晶,可以理解为两处同时结晶形成,降尿酸 360 它会溶解。







**泌尿彩超**：痛风如果尿液 PH 低，合并尿酸性肾结石比较常见。图中肾结晶也比较常见，降尿酸和碱化尿液会溶解不要紧。



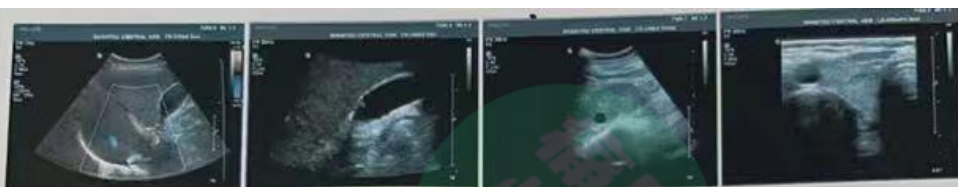
下图是肾髓质纤维化了，提示痛风肾。他血液肾功能肌酐 80。这也是肾功能需要结合血象、影像学、尿液检查。

## 检查描述

膀胱充盈良好，壁光滑，内未见明显异常。右肾大小9.4x4.5x3.0cm，实质厚1.1cm，左肾大小10.0x4.0x3.1cm，实质厚1.4cm，双肾位置正常，双肾髓质回声增强，肾椎体呈高回声，沿肾窦呈放射状排列，集合系统无扩张，右肾可见直径0.4cm无回声，界清，未见彩色血流。双侧输尿管未见明显扩张。前列腺大小：3.7x2.5x2.5cm，包膜光滑，实质回声均匀，彩色血流：未见明显异常。

## 报告总结

双肾改变——考虑痛风肾 右肾小囊肿



## 超声所见：

肝脏大小、形态正常，包膜光滑，肝实质回声分布均匀，肝内未见明显占位性病变，肝内血管显示清晰，肝内外胆管未见明显扩张，门静脉主干内径约11mm，管腔内未见异常回声。  
 胆囊大小、形态正常，囊壁厚约2mm，囊壁欠光滑，附壁可见一个息肉状高回声团，大小约4×3mm，后方无声影，改变体位不移动。  
 胰腺大小、形态正常，内未见明显结节声像。  
 脾脏大小、形态正常，轮廓清晰，包膜完整，脾内未见明显占位病变。  
 双肾大小、形态正常，轮廓清晰，包膜光滑，皮质厚度正常，集合系统光点群未见分离。双肾各可见囊性结节，大小约6~9mm（左肾2个）、14×13mm（右肾1个），形状呈椭圆形，内呈一致性暗区，囊壁薄而光滑，后壁回声增强。  
 双侧输尿管未见明显扩张。  
 膀胱充盈良好，壁光滑，内未见明显光团。  
 甲状腺大小、形态正常，表面光滑，包膜完整。左侧叶及峡部回声细小均匀，未见明显结节回声；右侧叶内可见一个低回声结节，大小约3.3×2.9×1.9mm，纵横比<1，边缘光滑，内未见强回声灶。双侧颈部未见异常肿大淋巴结回声。  
 CDFI：未见明显异常血流信号。

## 超声诊断：

胆囊息肉。  
 双肾囊肿。  
 甲状腺右侧叶低回声小结节（ACR-TIRADS 3）。  
 肝、胆管、胰、脾、膀胱未见明显异常声像图。

肝血管瘤、胆囊息肉、肾囊肿这些一般都是良性的，还要结合大小，症状。定期复查就可以。

肝血管瘤又叫肝脏血管瘤或肝内血管瘤。实际上，肝血管瘤属于是一种良性肿瘤，病程长，生长缓慢，是任何年龄群体

都可能发生的，经常引发腹部包块、压迫症状等。但是只要不是太多或者太大，基本上不会影响肝脏功能，所以一旦发现也不必惊慌，尽快的进行询诊就好。

## 尿液检查

- 1.留尿常规，最好是晨尿，即早晨起床第一次尿（留取中间段）如果憋不住，可以三四点尿一次，然后到医院 8-9 点。
- 2.推荐晨尿原因是，这泡尿是夜间睡眠时间储存的尿液，该尿液浓缩，且没有受到运动、饮食影响，非常具有代表性。
- 3.不建议在运动后立刻查尿常规，尿检最好避开运动影响。
- 4.随机尿，指的是除晨尿之外，其他任何时间段的尿液。
- 5.实在留不了晨尿，可以留随机尿，注意结果解读。
- 6.随机尿可能出现某些物质浓度偏低而漏检，可能受饮食影响出现饮食性尿糖阳性等情况。
- 7.尿常规需新鲜尿液，送检时间不宜超过 1-2 小时。
- 8.送检时间过长，对尿红细胞、亚硝酸盐等项目有影响。
- 9.如果你正在服用维生素 C，在留尿前 3 天避免使用。
- 10.摄入较多的维生素 C，可以导致潜血假阴性（假阴性是指，本来阳性但却查出阴性结果）。
- 11.留尿，注意避开月经期。
- 12.注意保持外阴清洁，清洗外阴。



13.保证留尿的容器干净卫生。

14.留中段尿，也就是说，开头的1~2秒的尿不要。

15.如果没多少尿时，别硬挤，挤出来的尿查不准。

### 结果解读

16.验尿如果发现尿蛋白、潜血、红细胞超标，一定要前往肾内科就诊，不要因为没症状或没人提醒而忽视！痛风风友如果溶解结晶、肾结石溶解划伤尿道也会有红细胞，潜血，过段时间复查就行，大幅升高可以做个红细胞位相检查是不是肾源红细胞。正常人在运动、发热等情况下，也可以出现一过性红细胞异常，不会持续发生。

17.尿蛋白和（或）尿红细胞异常，可能是肾病引起，也可能是其他原因引起，需要去肾内科进一步确定。

18.只查了一次尿常规，显示尿蛋白±、1+，2+，不一定是肾有问题，必须重复检验。

19.持续性蛋白尿，是肾病患者最常见的表现，但并不是只有肾病患者才有蛋白尿。

20.正常人在生理状态不稳定时，如剧烈运动、感冒发烧、寒冷，以及直立性蛋白尿，可以出现一过性尿蛋白排泄增多。

21.肾病高危人群的筛查，多年糖尿病、高血压、长期用药、有肾病家族史、痛风，除了尿常规，建议加做尿微量白蛋白相关检查，比如尿白蛋白肌酐比，这个检查比尿常规更敏感。



22.经常跟尿常规打交道，必须明白一点：蛋白加号，有时并不可靠。尿常规没加号，也会有微量尿蛋白超标。下面图片既是同一人。

姓名：方 门诊号：GI0022616				标本类型：尿液				临床诊断：慢性肾脏病，未特指			
项目名称	结果	单位	参考区间	项目名称	结果	单位	参考区间	项目名称	结果	单位	参考区间
pH	5.5		4.5—8.0	蜡样管型	0	个/ $\mu$ l	0—0	项目名称	结果	单位	参考区间
比重	1.010		1.003—1.030	颗粒管型	0	个/ $\mu$ l	0—0	项目名称	结果	单位	参考区间
尿糖	阴性		阴性	草酸钙结晶	0	个/ $\mu$ l	0—10	项目名称	结果	单位	参考区间
酮体	阴性		阴性	尿酸结晶	0	个/ $\mu$ l	0—3	项目名称	结果	单位	参考区间
尿胆原	阴性		阴性或弱阳性	未分类结晶	0	个/ $\mu$ l	0—10	项目名称	结果	单位	参考区间
胆红素	阴性		阴性	细菌	1.0	个/ $\mu$ l	0—33	项目名称	结果	单位	参考区间
尿蛋白	阴性		阴性	粘液丝	阴性		阴性	项目名称	结果	单位	参考区间
隐血	阴性		阴性	霉菌	0	个/ $\mu$ l	0—0	项目名称	结果	单位	参考区间
白细胞酯酶	阴性		阴性	脓细胞	0.0	个/ $\mu$ l	0—5	项目名称	结果	单位	参考区间
亚硝酸盐	阴性		阴性					项目名称	结果	单位	参考区间
维 C	阴性		阴性					项目名称	结果	单位	参考区间
电导率	4.4	mS/cm	3.0—39.0					项目名称	结果	单位	参考区间
渗透压	118	mOsm/L	600—1000					项目名称	结果	单位	参考区间
红细胞	1	个/ $\mu$ l	0—10					项目名称	结果	单位	参考区间
异常红细胞数	0	个/ $\mu$ l	0—10					项目名称	结果	单位	参考区间
白细胞	0	个/ $\mu$ l	0—15					项目名称	结果	单位	参考区间
非鳞状上皮细胞	0	个/ $\mu$ l	0—3					项目名称	结果	单位	参考区间
鳞状上皮细胞	0	个/ $\mu$ l	0—15					项目名称	结果	单位	参考区间
透明管型	0	个/ $\mu$ l	0—1					项目名称	结果	单位	参考区间
细胞管型	0	个/ $\mu$ l	0—0					项目名称	结果	单位	参考区间

姓名：方 门诊号：GI0022616				标本类型：尿液				临床诊断：慢性肾脏病，未特指			
项目名称	结果	单位	参考区间	项目名称	结果	单位	参考区间	项目名称	结果	单位	参考区间
尿微量白蛋白	42.00	mg/L	<20	尿肌酐	4191	$\mu$ mol/L		尿微量白蛋白/肌酐	88.69	mg/gCr	<30
尿肌酐	4191	$\mu$ mol/L		尿微量白蛋白/肌酐	88.69	mg/gCr	<30	尿肌酐	4191	$\mu$ mol/L	
尿微量白蛋白/肌酐	88.69	mg/gCr	<30	尿微量白蛋白	42.00	mg/L	<20	尿微量白蛋白/肌酐	88.69	mg/gCr	<30

项目名称	结果	单位	参考区间	项目名称	结果	单位	参考区间
尿微量白蛋白	42.00	mg/L	<20	尿肌酐	4191	$\mu$ mol/L	
尿肌酐	4191	$\mu$ mol/L		尿微量白蛋白/肌酐	88.69	mg/gCr	<30
尿微量白蛋白/肌酐	88.69	mg/gCr	<30	尿微量白蛋白	42.00	mg/L	<20

23.尿常规中尿蛋白加号，测的是这泡尿大概的尿蛋白浓度，受喝水量影响。

24.尿常规结果受饮水量影响较大。就像做汤，掺水多味道淡（加号少），掺水少味道浓（加号多）。

25.被大量水分稀释的尿液，可能会低估蛋白尿的严重程度。喝水很多，1+尿蛋白并不一定代表尿蛋白程度轻。

26.过于浓缩的尿液，可能会高估蛋白尿的严重程度。比如喝水特别少的时候，查尿常规显示蛋白 3+，但并不一定是严重的

蛋白尿。

27.要想准确评估尿蛋白严重程度，不能只看尿常规，需要进一步查 24 小时尿蛋白定量。

28.不想总是留 24 小时尿那么麻烦，也有办法→代替 24 小时尿蛋白的化验，ACR 和 PCR 了解一下！

29.正常尿液颜色为，澄清、淡黄色。

30.人在某些情况下，也可以尿出五颜六色来。

31.吃红心火龙果，可以让尿色发红，是因为天然植物色素的原因，不会伤肾，别担心。

32.吃番泻叶、大黄，以及利福平，也能让尿变色，深黄或发红。

33.由食物和药物导致的尿液变色（无红细胞），与肾病导致的肉眼血尿有本质区别（有红细胞）。

34.尿液浑浊可见于正常情况，如晶体析出，生理性盐类尿。

35.尿液浑浊也见于异常情况，如泌尿系感染。

36.尿白细胞数增多，常提示泌尿系感染，也可见于某些肾炎活动期。

37.亚硝酸盐阳性，通常提示泌尿系感染。泌尿系感染，常伴有尿频尿急尿痛尿灼热等不适。

38.全天尿比重波动在：1.003~1.035 之间。

39.晨尿通常为浓缩尿，比重在 1.010 以上。

40.因为肾小管间质损伤，导致晨尿比重总是偏低。

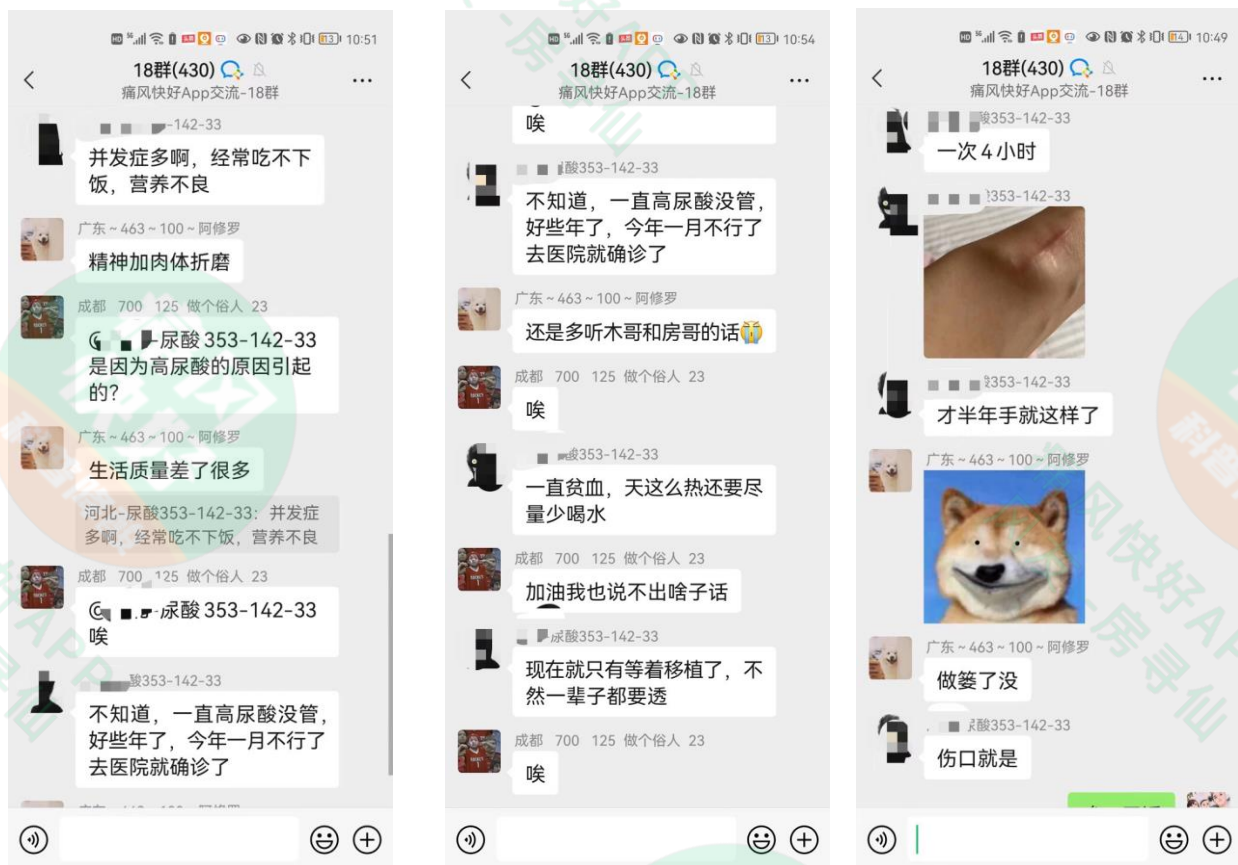
41.尿糖阳性，常见于糖尿病患者血糖控制不佳。口服达格列净也会有尿糖这是正常。

42.无糖尿病却尿糖阳性，要警惕肾小管间质损害。

43.酮体有加号，通常提示检查者处于饥饿状态，糖尿病患者出现酮体，要警惕酮症酸中毒。

44 红细胞异常可能是肾炎引起，也可能是其他因素，比如常见的有肾结石、泌尿系感染，老年人要警惕泌尿系肿瘤。

下面分享一尿毒症案例，如果还没脏器损伤早期干预，控制尿酸不会发展成肾衰竭/尿毒症。只是高尿酸控制好痛风不是“病”。这也提示如果符合降尿酸指征，也就是需要长期吃药要依从坚持吃药，定期体检。最后祝大家健康。



参考文献：《问问风湿》《医学界医生站》《药评中心》《医学之声》《肾上线》

**感谢大家阅读，我是房寻仙，痛风快好的一位风友，以下资料会持续更新，所有内容，经过风友实践和大量文献资料总结而来，供参考。**

**科普不代表治病，不代替治疗，仅供学习参考，身体不适请到三甲医院面诊，请遵三甲医院医嘱！**

感谢为痛风治疗指南付出的所有医务人员~以及科普人！

感谢痛风快好 APP 交流群内大量的风友，也可以进群与我和群友交流！





## 本篇是《**痛风大全**》9，报告解读篇

以下文章持续更新.....感谢关注，也感谢传播科普！

《痛风大全》1，体检篇

《痛风大全》2，发作与溶晶痛篇

《痛风大全》3，防治篇

《痛风大全》4，饮食篇

《痛风大全》5，碱化尿液与肾结石篇

《痛风大全》6，降酸药篇

《痛风大全》7，脂肪肝篇

《痛风大全》8，中医中药篇

《痛风大全》9，报告解读篇



声明：著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，  
非商业

转载请注明出处。感谢阅读，我是房寻仙。

