

August, 2011

Editorial

Gout is something with which I have been very familiar, seemingly, all my life. In fact, it is one of the first medical conditions -- apart from the flu -- that I understood as a toddler, thanks to my late father's struggle with gout for most of his life.

Oddly enough, because it seemed so "common" to me (as I said, like the flu), it seems easy to forget that gout is actually a form of arthritis... until this issue of Joint Efforts, that is.

This little medical fact is now indelibly carved into my mind, especially after assisting with the preparation of the wonderful features on gout, and the management of gout in Malaysia in this issue.

It's funny how putting this issue of Joint Efforts together made me understand my father better, albeit with tinges of regret for not knowing more about gout when he was still "around".

Some of my earliest memories of my father involved moments of his "flare-ups", when the strapping army officer who otherwise commanded such awe and respect both professionally and personally from his peers would be writhing in pain.

When "the gout" got the better of him, my Rock of Gibraltar would sit in his favourite chair with his "angry", swollen and purple right foot propped up. Once or twice I would bump into it, in my childish and careless rush to give him a cuddle or hug. This would send him into a paroxysm of agony.

The phrase "uric acid", otherwise alien to children my age, was a high-frequency compound noun in our household. I understood very early on the equation of red meat (my father's favourite dish, Black Pepper Steak) with gout.

As I grew, my father regaled me with stories of how, as a young army officer, he and his best buddy would buy practically free beer from the army officers' mess and drink themselves senseless over the weekend. He recalled with a wry smile how they could stack up the empty beer cans from floor to ceiling of his room.

So, of course, gout seemed to be the perfectly natural physical outcome, much to my father's regret. This is one of the things he had said that he wish he had known when he was younger.

What I wish I understood better however, is the connection of gout with kidney disease. Ultimately, my father had succumbed to kidney cancer at 62, eight years ago now. Although there isn't a direct link between his gout and his kidney condition, preparing this issue of Joint Efforts has really got me re-thinking...

Anyway, I hope that the contents of this highly enlightening newsletter on everything to do with arthritis will arm you with enough information on this issue's focus, gout. It sure has made me understand my own life, and my father's, a little better.

Swee Yin
EDITOR

Contents

03 Gout

Gout
痛风

08 Management of Gout in Malaysia

Guidelines for the Management of Gout in Malaysia
马来西亚国内痛风管理指南

14 JIA Family Day 2011

Hari Keluarga JIA 2011
2011年少年原发性关节炎家庭日

16 The Annual General Meeting 2011

Mesyuarat Agung Tahunan 2011
2011年度常年会员大会

20 The Wonderful Walk

Berjalan sambil Beramal
Kordel's 益善行，浩荡壮观

Send your ideas, articles, materials or medical questions to:

ARTHRITIS FOUNDATION, MALAYSIA

c/o Sunway Medical Centre,

Letter Box 60, No 5, Jalan Lagoon Selatan, Bandar Sunway,
46150 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan.

Tel: 603-5621 6177 Fax: 603-5621 7177

Contact person: Ms Shanta (Monday-Friday: 0830-1630 hrs)

Jointly brought to you by:



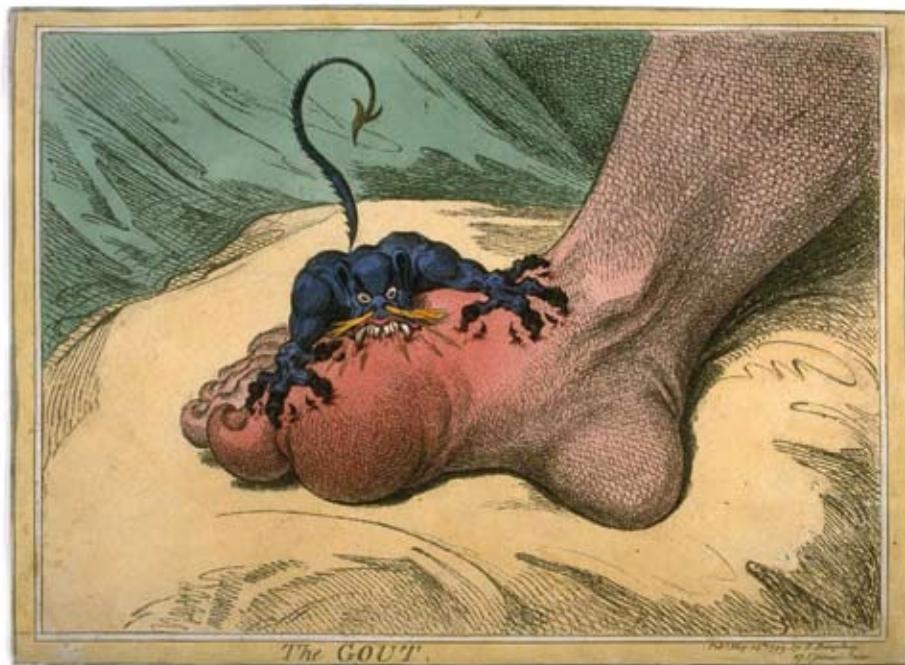
MSD



Abbott
A Promise for Life



Gout



James Gillray "The Gout" 1799, Painting/Print Artwork

It has been said that gout is one of the most painful forms of arthritis. It is caused by deposition of needle shaped uric acid crystals in joints. This occurs when there is excessive uric acid in the blood. Uric acid is the by-product that is produced by the breakdown of "purines" which are biomolecules found in some foods.

Uric acid normally dissolves in the blood and passes through the kidneys into urine. However, in people with gout, uric acid builds up and forms sharp crystals that can collect in the joint fluids (synovial fluid) and joint lining (synovial lining) causing pain and swelling in the affected joints.

Gout -- also known as "podagra" when it attacks the big toe -- is characterised by recurrent attacks of acute inflammation that causes the affected joint to be red, tender, hot and swollen. The metatarsal-phalangeal joint at the base of the big toe is the most commonly affected with approximately 50 percent of gout cases manifesting in this joint.

This occurs as the immune system reacts, causing white blood cells to engulf the uric acid crystals and chemical messengers of inflammation to be released, leading to pain, heat, and redness of the joint tissues. As gout progresses, the attacks of gouty arthritis typically occur more frequently and often in other joints.

On the other hand, some people have elevated blood uric acid levels (or "hyperuricemia") without developing the painful outcome of gout, such as arthritis (joint inflammation) or kidney problems. This state of elevated levels of uric acid in the blood without symptoms is referred to as "asymptomatic hyperuricemia". However, it is considered a precursor state to the development of gout. Chronic gout can also lead to deposits of hard lumps of uric acid in the tissues, particularly in and around the joints that may cause joint destruction, decreased kidney function, as well as kidney stones (nephrolithiasis) and blockage of the kidney-filtering tubules with uric acid crystals, leading to kidney failure.

A Brief History of Gout

The word "gout" is from the Latin word "gutta", meaning "a drop of liquid" and comes from the notion of the "dropping of a morbid material from the blood in and around the joints". It is known as "the king of diseases and the disease of kings", or "rich man's disease" as it was linked to rich foods and alcohol.

Gout has the unique distinction of being one of the most frequently recorded medical illnesses throughout history. It was first described in 2,600 BC in Egypt as arthritis of the big toe. At around 400 BC the Greek physician Hippocrates observed that eunuchs and premenopausal women did not seem to have gout and that this agonising form of arthritis in older women was generally associated with kidney problems.

In 1683, English physician Dr Thomas Sydenham noted that gout flare-ups generally occur in the early hours of the day and that it had a tendency to affect mainly older males. Then, in 1679 Dutch scientist Antonie van Leeuwenhoek first described the microscopic appearance of urate crystals while, about two centuries later, in 1848, English physician Alfred Baring Garrod realised that this excess of uric acid in the blood was the cause of gout.

Interestingly enough, gout is rare in most other animals due to their ability to produce uricase that breaks down uric acid. As humans and other great apes have lost this ability, gout afflicts us. It is nine times more common in men than in women, predominantly attacking males after puberty, with a peak age of 75. In women, gout attacks usually occur after menopause.

Cause

Elevated uric acid levels in the blood, or hyperuricemia is the underlying cause of gout. This, in turn, can be brought on by diet, genetic predisposition or the under-excretion of urate. In addition to an inherited abnormality in handling uric acid, other risk factors for developing gout include obesity, excessive weight gain (especially in youth), moderate to heavy alcohol intake, high blood pressure, and abnormal kidney function.

Drugs such as thiazide diuretics (hydrochlorothiazide [Dyazide]), low-dose aspirin, niacin, cyclosporine, tuberculosis medications (pyrazinamide and ethambutol), and others can also cause elevated uric acid levels in the blood and lead to gout.

Certain diseases can also lead to excessive production of uric acid in the body such as leukemias, lymphomas, and hemoglobin disorders. Interestingly, one study demonstrated an increased prevalence of abnormally low thyroid hormone levels (hypothyroidism) in patients with gout.

In patients at risk of developing gout, certain conditions can bring about attacks of gout. These conditions include dehydration, injury to the joint, fever, excessive eating, heavy alcohol intake, and recent surgery.

Gout attacks triggered by recent surgery are probably related to changes in the body-fluid balance as patients temporarily discontinue normal oral fluid intake in preparation for and after their operation.



However, dietary causes account for about 12 percent of gout, especially when there is a strong association with the consumption of alcohol, fructose-sweetened drinks, meat, and seafood. On the flipside, coffee, vitamin C and dairy products as well as physical exercise appear to decrease the risk, partly due to their effect in reducing insulin resistance. Genetics, on the other hand, contributes to about 60 percent of high uric acid levels.

Signs and Symptoms

The small joint at the base of the big toe is the most common site of an acute gout attack of arthritis. Other joints that are commonly affected include the ankles, knees, wrists, fingers, and elbows.

Acute gout attacks are characterized by a rapid onset of pain in the affected joint followed by warmth, swelling, reddish discoloration, and tenderness that can be so intense so that even a blanket touching the skin over the affected joint can be unbearable.

Patients can develop fever with the acute gout attacks that can last between hours to days, with or without medication. In rare cases, an attack can last for weeks. Most patients with gout will experience repeated attacks of arthritis over the years. Sometimes, gout leads to a more chronic type of joint inflammation that mimics rheumatoid arthritis.

In chronic (tophaceous) gout, nodular masses of uric acid crystals (tophi) deposit in different soft-tissue areas of the body. Although they are most commonly found as hard nodules around the fingers, at the tips of the elbows, in the ears, and around the big toe, tophi nodules can appear anywhere in the body.

They have been reported in unexpected areas such as in the vocal cords or (rarely) even around the spinal cord. When tophi appear in the tissues, the gout condition is felt to represent a substantial overload of uric acid within the body.

How is gouty arthritis diagnosed?

Gout is suspected when a patient reports a history of attacks of painful arthritis, particularly at the base of the toes. Ankles and knees are the next most commonly involved joints in gout. Gout usually attacks one joint at a time, while other arthritis conditions, such as systemic lupus and rheumatoid arthritis, usually attack multiple joints simultaneously.

The most reliable test for gout is finding uric acid crystals in a sample of the joint fluid obtained by joint aspiration (arthrocentesis), a common office procedure performed under local anesthesia. Using sterile technique, fluid is withdrawn (aspirated) from the inflamed joint using a syringe and needle.

The joint fluid is then analyzed for uric acid crystals and for infection. Shiny, needle-like uric acid crystals are best viewed with a special polarizing microscope. The diagnosis of gout can also be made by finding these urate crystals from material aspirated from tophi nodules and bursitis fluid. Although many doctors can do the procedure, rheumatologists are specialists who are particularly trained in this evaluation.

Sometimes, patients with a classic history and symptoms of gout can be successfully treated and presumed to have gout without undergoing arthrocentesis. However, establishing a firm diagnosis is still preferable since other conditions can mimic gout. These include another crystal-induced arthritis called pseudogout, psoriatic arthritis, rheumatoid arthritis, and even infection in the joint.

X-rays can sometimes be helpful and may show tophi-crystal deposits and bone damage as a result of repeated bouts of inflammation. They can also be helpful for monitoring the effects of chronic gout on the joints.

Prevention

Lifestyle changes in conjunction with medications can decrease uric acid levels. Reducing the intake of food such as red meat and seafood, limiting the consumption of alcohol and fructose while increasing the intake of vitamin C and amount of physical activity or exercise, all go a long way in keeping gout attacks at bay.

As obesity also increases the likelihood of developing gout, a low-calorie diet helps decrease uric acid levels. Treatment of sleep apnea (which in turn is closely associated with obesity) also contributes to the lowering of uric acid levels as apnea causes oxygen-starved cells in the body to release purines.

Treatment

See next story.

GOUT

Orang pernah mengatakan bahawa gout adalah salah satu bentuk artritis yang paling menyakitkan. Gout berpunca daripada pengumpulan kristal asid urik berbentuk jarum di dalam sendi. Keadaan ini berlaku apabila terdapat asid urik yang berlebihan di dalam darah. Asid urik adalah bahan sampingan yang dihasilkan oleh pemecahan "purines", iaitu merupakan molekul bio yang terdapat di dalam sesetengah makanan.

Asid urik selalunya larut di dalam darah dan melalui buah pinggang lalu masuk ke dalam air kencing. Walau bagaimanapun, bagi pesakit gout, asid urik berkumpul dan membentuk kristal tajam yang tertumpu di dalam cecair sendi (bendalir sinovia) dan lapisan sendi (lapisan sinovia) yang menyebabkan kesakitan dan Bengkak pada sendi-sendi yang sakit.

Gout – juga dikenali sebagai "podagra" apabila ia menyerang ibu jari kaki – menyerang secara berulang dengan radang akut yang akan menyebabkan sendi tersebut merah, sakit, panas dan membengkak. Sendi metatarsal-phalangeal pada dasar ibu jari kaki adalah tempat paling biasa diserang dengan anggaran 50 peratus daripada kes gout adalah pada sendi ini. Ini berlaku apabila sistem imun bertindak balas, menyebabkan sel darah putih melingkungi kristal asid urik, lalu kimia pesanan bagi radang dilepaskan, menyebabkan kesakitan, kepanasan dan kemerahan pada tisu sendi. Apabila gout meningkat, serangan artritis gout selalunya berlaku lebih kerap dan selalunya pada sendi-sendi lain.

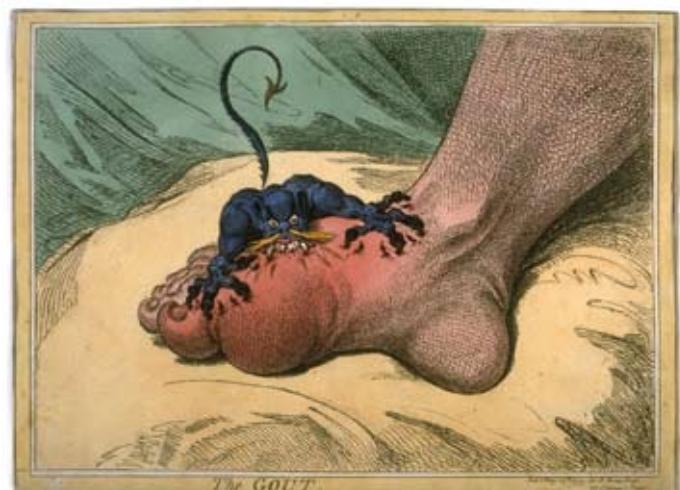
Sungguhpun begitu, terdapat sesetengah orang yang mempunyai tahap asid urik yang tinggi di dalam darah (atau "hiperurisemia") tanpa masalah gout seperti artritis (radang sendi) atau masalah buah pinggang. Keadaan di mana tahap asid urik yang tinggi di dalam darah tanpa simptom ini dirujuk sebagai "hiperurisemia asimptomatik". Walau bagaimanapun, ia dianggap sebagai petanda bagi gout.

Gout yang kronik juga boleh menyebabkan ketulan keras asid urik berkumpul di dalam tisu, terutamanya di dalam dan sekeliling sendi yang boleh mengakibatkan kerosakan sendi, menjelaskan fungsi buah pinggang, serta batu di dalam buah pinggang (nefrolitiasis) dan tubul penapis buah pinggang tersumbat dengan kristal asid urik, seterusnya mengakibatkan kegagalan buah pinggang.

Sejarah Ringkas Gout

Perkataan "gout" berasal daripada perkataan Latin "gutta" yang bermaksud "setitik cecair" dan berasal daripada pendapat bahawa "titisan bahan kotor daripada darah di dalam dan di sekeliling sendi". Ia dikenali sebagai "raja kepada penyakit dan penyakit untuk raja", atau "penyakit orang kaya" kerana dikaitkan dengan makanan mewah dan alkohol.

Gout ternyata unik sebagai satu daripada penyakit yang paling banyak direkodkan dalam sejarah. Ia diceritakan buat pertama kali pada 2,600 SM di Mesir sebagai artritis ibu jari kaki. Pada sekitar 400 SM, doktor Yunani, Hippocrates, mendapati bahawa sida-sida dan wanita sebelum menopaus tidak menghadapi masalah gout, manakala bentuk artritis yang menyeka di kalangan wanita berusia pula selalunya dikaitkan dengan masalah buah pinggang.



James Gillray "The Gout" 1799, Painting/Print Artwork

Pada 1683, doktor Inggeris, Dr Thomas Sydenham, mendapati bahawa gout selalunya menyerang pada awal pagi dan lebih cenderung menyerang lelaki berusia. Kemudian, pada 1679, ahli sains Belanda, Antonie van Leeuwenhoek, mula-mula menerangkan rupa mikroskopik kristal urik dan hampir dua kurun kemudian, iaitu pada 1848, doktor Inggeris bernama Alfred Baring Garrod mendapati bahawa asid urik yang berlebihan di dalam darah yang menyebabkan gout.

Apa yang menarik, gout jarang berlaku pada haiwan kerana keupayaan mereka menghasilkan urikase yang dapat memecahkan asid urik. Sebagai manusia dan monyet besar lain yang telah kehilangan keupayaan ini, gout menyerang kita. Ia berlaku sembilan kali lebih kerap ke atas lelaki berbanding wanita, terutamanya lelaki selepas baligh dengan usia puncak pada 75 tahun. Pada wanita pula, gout selalunya menyerang selepas menopaus.

Sebab

Tahap asid urik yang tinggi di dalam darah atau hiperurisemia adalah penyebab gout. Ia disebabkan oleh pemakanan, keturunan atau kurang penghasilan urat. Selain daripada keadaan abnormal yang diwarisi dalam memproses asid urik, faktor risiko lain yang boleh menyebabkan gout adalah obesiti, pertambahan berat badan berlebihan (terutamanya di kalangan remaja), pengambilan alkohol secara sederhana hingga tinggi, tekanan darah tinggi dan fungsi buah pinggang yang abnormal.

Ubat seperti thiazide diuretics (hydrochlorothiazide [Dyazide]), aspirin dos rendah, niasin, cyclosporine, ubat-ubatan batuk kering (pyrazinamide dan ethambutol), dan lain-lain juga boleh menyebabkan tahap asid urik meningkat di dalam darah dan menyebabkan gout. Sesetengah penyakit juga boleh mengakibatkan penghasilan asid urik di dalam badan seperti leukemia, lymphomas dan gangguan hemoglobin. Satu kajian menunjukkan meningkatnya prevalensi tahap hormon tiroid yang tersangat rendah (hipotiroidisme) di kalangan pesakit gout.

Bagi pesakit yang berisiko menghidapi gout, sesetengah keadaan boleh menyebabkan serangan gout. Keadaan tersebut termasuklah penyahidratan, kecederaan pada sendi, demam, makan berlebihan, pengambilan alkohol yang banyak dan selepas menjalani pembedahan.

Serangan gout yang berlaku selepas pembedahan berkemungkinan berkaitan dengan perubahan dalam kesimbangan cecair badan kerana pesakit tidak minum secara biasa bagi menyediakan diri untuk dan selepas pembedahan.

TRANSFORM YOUR LIFE



Please consult your healthcare professional
on the new treatment approach to rheumatoid arthritis



Roche (Malaysia) Sdn Bhd (Co. No. 11792-H)
Level 58, The Intermark,
182 Jalan Tun Razak,
50400 Kuala Lumpur.
Tel: 603-21735000 Fax: 603-21688948



Walau bagaimanapun, anggaran 12 peratus kes gout adalah disebabkan oleh pemakanan, terutamanya jika ia berkait dengan pengambilan alkohol, minuman berfruktosa, daging dan makanan laut. Namun, kopi, vitamin C dan hasil tenuus serta senaman fizikal dapat mengurangkan risiko gout, kerana kesannya dalam mengurangkan kerintangan insulin. Tetapi, faktor keturunan menyumbang kepada anggaran 60 peratus tahap asid urik yang tinggi.

Tanda dan Simptom

Sendi kecil pada dasar ibu jari kaki adalah tempat paling biasa bagi serangan artritis gout akut. Sendi lain yang sering diserang termasuklah buku lali, lutut, pergelangan tangan, jari dan siku.

Serangan gout akut berlaku apabila bermulanya kesakitan pada sendi yang terjejas diikuti dengan rasa panas, bengkak, warna kemerahan dan kesakitan yang boleh menjadi terlampau sehingga kulit sendi yang terjejas akan rasa sakit apabila bersentuhan dengan selimut.

Pesakit mungkin demam selama beberapa jam hingga beberapa hari, sama ada dengan atau tanpa ubat, akibat serangan gout akut. Dalam kes-kes yang jarang, gout boleh berlanjutan selama beberapa minggu. Kebanyakan pesakit yang menghidapi gout akan mengalami serangan artritis yang berulang selama beberapa tahun. Kadang kala gout mengakibatkan radang sendi yang lebih kronik yang merupakan rheumatoid artritis.

Bagi gout kronik (tophaceous), kumpulan nodul kristal asid urik (topil) terkumpul di kawasan tisu lembut yang berlainan di dalam badan. Walaupun kebanyakannya adalah berbentuk nodul keras di jari, di penjuru siku, di telinga dan di ibu jari kaki, tophi nodul juga boleh didapati di mana-mana sahaja pada badan. Ia juga boleh terdapat pada tempat-tempat yang tidak disangka seperti di pita suara atau (sangat jarang) di saraf tunjang. Apabila tophi terdapat di dalam tisu, keadaan gout menandakan asid urik yang terlampau banyak di dalam badan.

Bagaimakah gout artiritis didiagnos

Seorang pesakit disyaki menghidapi gout apabila beliau mengadu sejarah serangan artritis yang menyakitkan, terutamanya pada bahagian bawah jari kakinya. Buku lali dan lutut adalah sendi lain yang paling biasa terlibat dengan gout. Gout selalunya menyerang satu sendi pada satu masa, manakala bagi artritis, seperti sistemik lupus dan rheumatoid artritis, ia selalunya menyerang beberapa sendi pada satu masa.

Ujian yang boleh dipercayai untuk gout adalah mencari kristal asid urik dalam contoh bendalir sendi yang diperoleh melalui sedutan sendi (artrosentesis), iaitu prosedur biasa yang dilakukan dengan bius setempat. Dengan menggunakan teknik steril, bendalir disedut daripada sendi yang radang dengan menggunakan picagari dan jarum.

Bendalir sendi ini kemudiannya dianalisis untuk kristal asid urik dan untuk jangkitan.

Kristal asid urik yang berkilat seperti jarum dapat dilihat dengan jelas melalui mikroskop pengutub khas. Diagnosis untuk gout juga boleh dilakukan dengan mencari kristal urat ini daripada bahan yang disedut daripada nodul tophi dan bendalir bursitis. Walaupun ramai doktor boleh melakukan prosedur ini, pakar rheumatoida adalah mereka yang dilatih khusus dalam penilaian ini.

Kadang kala, pesakit dengan sejarah klasik dan simptom gout boleh dirawat dan dianggap mempunyai gout tanpa menjalani artrosentesis. Walau bagaimanapun, mendapatkan diagnosis yang pasti lebih disukai kerana keadaan lain juga boleh merupai gout; seperti artritis lain yang diakibatkan oleh kristal, yang dipanggil pseudogout, psoriatic arthritis, rheumatoid arthritis, dan juga jangkitan pada sendi.

Kadang kala sinaran X juga membantu dan mungkin boleh menunjukkan pengumpulan kristal tophi dan kerosakan tulang akibat keradangan yang berulang. Ia juga dapat membantu memantau kesan gout kronik pada sendi.

Pencegahan

Perubahan dalam gaya hidup selain daripada ubat-ubatan boleh mengurangkan tahap asid urik. Mengurangkan pengambilan makanan seperti daging dan makanan laut, mengehadkan pengambilan alkohol dan fruktosa di samping meningkatkan pengambilan vitamin C dan jumlah aktiviti fizikal atau senaman membantu dari segi jangka panjang dalam mengurangkan serangan gout.

Memandangkan obesiti juga meningkatkan kemungkinan mendapat gout, diet rendah kalori membantu mengurangkan tahap asid urik. Rawatan apnea tidur (yang sering berkait rapat dengan obesiti) juga menyumbang kepada penurunan tahap asid urik kerana apnea menyebabkan sel yang kekurangan oksigen di dalam badan melepaskan purines.

Rawatan

Lihat cerita yang berikutnya.

痛风

人们都说痛风是最痛的关节炎之一。它是由针状尿酸结晶体堆积在关节处而引起，当血液里有太多尿酸的时候，这情形就会发生。某些食物含有一种叫做嘌呤的生物分子，当人体分解嘌呤时就会产生尿酸。

尿酸通常是溶入血液并经过肾脏进入尿液，然后排泄出体外。但是，痛风患者体内不但累积尿酸，这些尿酸还会形成针状晶体，并积存在关节液和关节垫层内，造成关节疼痛和肿胀。

痛风的特性是受影响的关节反复急性发炎，导致关节发红、有触痛感、有温热感和肿胀。当发炎的情形发生在大脚趾时，我们称之为足痛风。大脚趾根部的跖骨、趾骨关节是最常患痛风的地方，有一半的痛风病例发生在这个关节上。

痛风会发生是因为人体免疫系统对这些尿酸晶体展开反击行动，促使白血球吞噬它们，同时也释放发炎的化学讯息传达物，导致关节组织出现疼痛、发热和发红的情形。随着痛风日益演进，痛风性关节炎会发生得更频繁，也更常发生在其他的关节上。

另一方面，有些人虽然血液中尿酸含量偏高(高尿酸血症)，但是却没出现痛风性关节炎或肾脏毛病。这种血中尿酸含量偏高但是却没有症状的情形称作无症状高尿酸血症。然而，这现象乃被视为痛风前期。

慢性痛风也会导致尿酸硬块堆积在组织里，尤其是在关节内及其周围，造成关节损坏、肾脏功能衰退，尿酸晶体也会引起肾脏结石及肾脏过滤管堵塞，以致肾脏衰弱。

痛风病简史

痛风英文称为gout，那是源自拉丁文的“gutta”，意思为“一滴液体”，语义概念是说“血液中有病害的液体滴到关节内及其周围”。它被称作“疾病之王兼王者之病”，或“富贵病”，因为它乃与丰盛食物及酒类有关。痛风是历史上被记载次数最多的病例之一，它最初是于公元前2600年出现在埃及的记载中，当时它被称为大脚趾关节炎。到了公元前400年，希腊名医希波克拉底观察出宦官(或太监)及停经前的女性几乎不会患痛风，而这令人痛苦万分的疾病若发生在停经后的年长女性身上，一般是与肾脏病有关。

1683年，英国名医托马斯西德纳姆(Dr Thomas Sydenham)留意到痛风通常发生在天初亮时刻，而且主要是发生在年纪较大男性身上。另外，荷兰科学家列文虎克(Antonie van Leeuwenhoek)在1679年首次披露在显微镜下发现尿酸盐结晶体，而到了大约两个世纪之后的1848年，英国医生阿尔弗烈巴林卡洛(Alfred Baring Garrod)方发现原来血液中尿酸过多就是引起痛风的原因。

有趣的是，别的动物都几乎不会患痛风，因为它们都能自行制造尿酸酶来化解尿酸，而人类和大型猿类已经失去了制造尿酸酶的本能，所以痛风才会缠上我们。痛风患者人口的男女性比率是九对一，主要是发生在青春期之后的男性，最高年龄为75岁。至于女性，痛风通常发生在更年期停经之后。

原因

血液里尿酸含量居高不下(或高尿酸血症)是出现痛风的潜在原因。然后由于饮食、遗传易感性或尿酸排泄不足的关系，就会发生痛风。除了遗传性的尿酸处理失常，其他如肥胖或体重剧增(尤其是青年人)、适量至过量喝酒、高血压或肾脏功能失常，都是会造成痛风的危险因素。

有些药物如利尿剂(hydrochlorothiazide)、低剂量阿司匹林、烟酸、环孢素以及肺结核药物(pyrazinamide 及 ethambutol)等等，也会使血液里的尿酸飙高，以致引起痛风。

某些疾病如白血病、淋巴瘤以及血红蛋白异常，也会造成体内尿酸产量过多。根据一项研究发现，竟然有越来越多痛风患者会有甲状腺荷尔蒙水平异常偏低(甲状腺功能减退)的情况。

对于痛风高风险群人士而言，某些情况会引发痛风。这些情况包括脱水、关节受伤、发烧、暴饮(酒精)暴食以及手术过后。刚动过手术者的痛风应该是因为手术前后减少喝水，以致体内液体含量失衡造成。

跟饮食有关的痛风占总病例的百分之十二，当中尤其与大量饮酒、摄入太多果糖加甜的饮料、吃太多肉类或海鲜有关。相反的，维他命C、咖啡、奶类食品以及体力运动都会降低痛风发生率，部分原因是它们会减低胰岛素抗阻力。另一方面，百分之六十的尿酸过高病例乃与遗传有关。

征兆和症状

急性痛风最常发生在大脚趾根部的小关节上，其他常会出现痛风关节炎的关节是脚踝、膝关节、手腕、手指和手肘。

急性痛风的特征是受累关节出现急骤疼痛，该关节跟着会发热、肿胀、发红以及轻轻触摸也会痛，有时就连被床单碰了一下也会痛到受不了。

不管有服药与否，急性痛风会使人发烧，而这痛风可能持续几个小时至几天不等。痛风的情形也可能持续几个星期，但是却很罕见。大多数痛风患者会在接下来的几年里，重复出现关节发炎的毛病。有时候，痛风会变成一种有点像类风湿性关节炎的慢性关节发炎。

在慢性痛风的情形里，由尿酸盐晶体形成的痛风石结节堆会聚集在身体各处的软组织内，它们虽然通常以硬结形态出现在手指周围、手肘尾端、耳朵里以及脚趾周围，但是痛风石结节也会长在身体的其他地方。

根据报道，有些人的痛风石是长在一些意料不到的地方，如声带里甚至是脊髓周边(罕见)。人体组织里出现痛风石即意味痛风已经存在，而体内的尿酸积存量也已经非常高。

如何诊断痛风性关节炎？

当一个病人说他已经经历了多次剧痛的关节炎发作，尤其患处是大脚趾根部时，医生会怀疑他患上了痛风。除了大脚趾根部，脚踝和膝关节是痛风最常出现的另两个关节。痛风关节炎每次发作只会累及一个关节，而其他病因的关节炎，如由系统性红斑狼疮或类风湿性关节炎所引起者，通常是同时间侵袭多个关节。

诊断痛风的最可靠方法是以关节穿刺法抽出关节液，然后检验关节炎里是否有尿酸晶体的存在。关节穿刺是一项简单手术，只需在医生诊所内做了局部麻醉后，使用经过消毒的针筒和针管把发炎关节内的液体抽出便成。

抽出来的液体随后送去化验分析，看看是否有尿酸晶体和感染原。使用偏光显微镜观察，是寻找表面有光泽的针状尿酸晶体的最佳方法。检查从痛风石结节和从滑囊炎液抽取出的物质里是否有尿酸盐结晶，也是诊断是否患痛风的方法。虽然许多医生都会做这简单的小手术，但是风湿病专科医师则是当中经过专门训练者。

有些时候，医生可以不需做关节穿刺，而假设那些出现痛风典型病历和症状的病人患的是痛风而直接投药治疗，并有效将症状控制下来。然而，最好还是经过检验诊断才对症下药，因为有些其他疾病的症状几乎是和痛风一样。这些疾病包括也是由晶体引发的假痛风，另外还有牛皮癣关节炎、类风湿性关节炎，甚至是关节受感染等。

有时候也可以用X光来做诊断，透过X光片可看出痛风石晶体堆积在受累的关节处，或者是看见关节骨因为重复发炎以致受损。X光也可以用来监察慢性痛风对关节造成的影响。

预防

服用医生处方的药物再加上调整生活习惯，可以降低血液中的尿酸水平。少吃红肉和海鲜、限制喝酒和摄入果糖，增加摄取维他命C和提高运动量，可以有效预防痛风发作。

肥胖也会增加痛风的风险，所以改吃低热量饮食可助降低尿酸水平。睡眠呼吸暂停(通常与肥胖有密切关系)会令缺氧的身体细胞释放嘌呤，所以治疗睡眠暂停呼吸毛病也可帮助减低体内的尿酸。

治疗

请参阅下一篇章。



In October 2008, the Ministry of Health Malaysia, the Malaysian Society of Rheumatology and the Academy of Medicine Malaysia drew up the Clinical Practice Guidelines on the Management of Gout.

This guideline is meant to form a structure for clinical practice based on the best available evidence at the time of its development. While it does not guarantee the best outcome in every case -- leaving it to every health care provider to manage his or her patient based on the latter's unique needs and clinical picture -- this guideline was created in the hope of giving patients with gouty arthritis a better quality of life -- one with less pain and fewer complications.

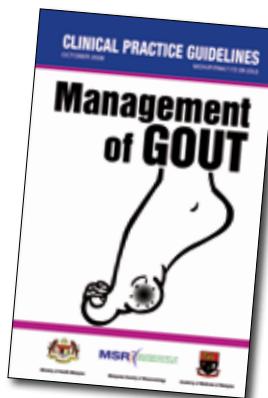
This is Malaysia's first attempt at outlining Clinical Practice Guidelines on the Management of Gout (CPGMG), involving the opinions and expertise of the Malaysian Society of Rheumatology and general physicians, family practitioners, orthopaedic surgeons, nephrologists and dieticians.

Aside from this, all attempts were also made to use local or regional data and clinical recommendations as well as best available evidence to support these recommendations. Issued in 2008, it is due for review in 2012 or sooner if new evidence becomes available.

The CPGMG has been designed to prove useful especially for non rheumatologists based on the belief that every practitioner would be helped by using this guideline when managing simple and/or complicated gouty arthritis, bearing in mind that treatments need to be individualized for each patient depending on the clinical presentation and treatment options available locally.

Essentially, the Guideline is intended to provide an education and awareness on the proper way to diagnose, assess and investigate gout within the current best practices in the management of gout and its complications. Applicable to adults above the age of 16, it also deals with the treatment and approach to asymptomatic hyperuricaemia, especially targeted at primary care practitioners, physicians, orthopaedic surgeons, surgeons, dieticians and all health care providers involved in the management of gout.

Management of Gout in Malaysia



The Management of Gout, as Recommended in the CPGMG

One the very top of the list of the Guidelines is lifestyle and dietary modification. Yes, no prizes for correct guesses: weight reduction as well as the reduction in the intake of alcohol come up tops on this list. This is because alcohol inhibits renal excretion, or the elimination through urination, of purines. On the other hand, the gout patient is encouraged to drink two to three litres of fluids daily to keep urine dilute.

Alongside these are the reduction of the intake of purine-rich foods -- most notable red meat and seafood -- as well as the controlling of "co-morbidities", in other words the careful management of other health issues, most notably hypertension and hyperlipidaemia.

Although dietary intervention is no longer prescribed as the main way to treat gout, it plays a very important "subsidiary" role as it is integral in having a patient achieve his/her ideal body weight, prevent acute attacks of gout and reduce the serum urate levels. A strict purine-free diet reduces serum urate by only 15-20 percent.

Conversely, the CPGMG encourages the consumption of low-fat dairy products while the moderate intake of purine-rich vegetables does not seem to increase the risk of a gout attack.

Asymptomatic Hyperuricaemia

For those who have an elevated reading of serum urate (more than 0.42 mmol/L for men and 0.36 mmol/L for women), but who do not show any signs or symptoms of gout, the CPGMG does not recommend routine prophylactic treatment. This is due to the fact that two thirds of people with asymptomatic hyperuricaemia do not develop gout.

First, a person determined to have asymptomatic hyperuricaemia will have to have a thorough history and examination for the causes or associated medical conditions as well as the possibility of organ or tissue damage.

Other contributing factors for elevated levels of serum urate may well be the use of drugs (especially thiazide diuretics) or low-dose aspirin and these have to be first determined. In most cases, the CPGMG states that pharmacologic treatment of asymptomatic hyperuricaemia is not necessary unless the patient has persistent severe hyperuricaemia, persistent elevated urinary excretion of urate and tumour syndrome.



Acute Gouty Arthritis

Treatment of acute gouty arthritis is two-pronged, targeting both the pain as well as the underlying inflammation. The drugs used will vary from patient to patient depending on how she/he reacts to them in terms of the drug's efficacy (how effective it is for that particular patient) as compared to its toxicity.

Generally, the first line of treatment, as suggested in the CPGMG, is rest and prompt treatment with full doses of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDS).

NSAIDs

NSAIDs are very effective¹ in relieving pain and reducing inflammation in patients with acute gout, especially if the drugs are taken soon after the onset of the attack and in full therapeutic doses.

Common NSAIDs used to treat acute gouty arthritis are diclofenac, indomethacin and ketoprofen while parenteral NSAIDs can also be used although extra caution is obviously taken in the case of patients with a history of peptic ulcer, hypertension, renal impairment (kidney-related problems) and cardiac failure.

For patients who have peptic ulcers or who are intolerant of traditional NSAIDs, COX-2 inhibitors are prescribed even as colchicine is the alternative drug for patients -- especially elderly patients -- for whom NSAIDs and COX-2 cannot be tolerated.

Aside from this, glucocorticoids can be used for such patients, and is administered through intra-articular injection into the affected joint although this needs to be done by a doctor who is trained to perform the procedure. However, glucocorticoids cannot be used in the long-term treatment of gout, unless under the close supervision of a specialist.

Chronic Gouty Arthritis

Recurrent attacks of gouty arthritis, erosive gouty arthritis and tophaceous deposits require therapy to lower serum urate levels -- also called "hypouricaemic" therapy. The aim of this therapy is to prevent and reverse the consequences of urate crystal deposition in joints (gouty arthropathy), urinary tract (nephrolithiasis), renal interstitium (urate nephropathy), tissue and parenchymal organs (tophi).

The CPGMG recommends that hypouricaemia therapy be started only after an acute attack is well-controlled, generally about two weeks after an attack. Starting this therapy during an attack may run the risk of prolonging the attack or may lead to rebound flares. For the same reason, hypouricaemic drugs should not be stopped or adjusted during an acute attack.

Allopurinol and Probenecid

Allopurinol is one of the most commonly available hypouricaemic drugs in Malaysia as its effect is seen to be better than probenecid, a uricosuric agent. As it is mainly secreted from the body by the kidneys, gout patients with kidney problems have to have the doses of allopurinol adjusted accordingly.¹

The ultimate aim of therapy, however, is to reduce serum urate levels to anything lower than 0.36mmol/L and to maintain this level with the minimum dose of allopurinol. At the beginning of allopurinol therapy, colchicine -- one to two tablets a day -- can be used to reduce the frequency of acute attacks. Colchicine can then be continued until the patient is free of acute attacks for six months or if target serum urate levels are achieved for one month.

Nevertheless, allopurinol can have severe life-threatening complications. Adverse effects include rash, bone marrow suppression, aplastic anaemia, granulocytosis, granulomatous hepatitis and jaundice. Aside from this, allopurinol can bring about life-threatening hypersensitivity syndrome that consists of fever, rashes, hepatitis, eosinophilia and kidney problems.

Allopurinol also interacts negatively with several medications: with ampicillin it can cause rashes; with cyclophosphamide it can cause bone marrow suppression; with azathioprine and mercaptopurine it increases toxicity, while prolonging the half-life of warfarin and theophylline.

However, if allopurinol is "contraindicated", or cannot be prescribed, probenecid can be used as its alternative in patients who are free of kidney problems. Patients with uric acid over-production and over-excretion, or patients with urate nephropathy or nephrolithiasis, on the other hand, cannot be prescribed probenecid as it might cause crystal precipitation and stone formation. Probenecid may cause gastrointestinal disturbance and a hypersensitive rash, but serious side effects are rare.



Surgery: The Last Resort in the Management of Gout

In general, surgical intervention is the last resort in the treatment of gouty arthritis. However, it is considered in the cases of chronic tophaceous gout where advanced tophi deposition causes major joint destruction that in turn leads to joint movements that result in severe pain.

Other conditions where surgery is considered are tophi collection that pressurizes a joint, especially in carpal tunnel syndrome where the wrist is severely compressed, or if the tophi causes unsightly cosmetic lumps, specifically on the ear lobe.

The electronic version of the CPGMG is available on the following websites:

<http://www.moh.gov.my>

<http://www.acadmed.org.my>

<http://www.msr.my>

Garis panduan untuk Pengurusan Gout di Malaysia

Pada Oktober 2008, Kementerian Kesihatan Malaysia, Persatuan Reumatologi Malaysia dan Akademi Perubatan Malaysia membentuk Garis Panduan Amalan Klinikal untuk Pengurusan Gout.

Garis panduan ini bertujuan membentuk struktur untuk amalan klinikal berdasarkan bukti yang ada pada masa pembentukannya. Walaupun garis panduan ini tidak menjamin hasil yang terbaik untuk setiap kes, dengan hanya mengharapkan penyedia penjagaan kesihatan untuk menguruskan pesakitnya berdasarkan kepada keperluan unik dan gambaran klinikal pesakit, garis panduan ini direka dengan harapan untuk memberikan pesakit yang menghidapi gout artritis dengan mutu kehidupan yang lebih baik – iaitu kurang kesakitan dan kurang komplikasi.

Ini adalah usaha Malaysia yang pertama dalam menerangkan Garis Panduan Amalan Klinikal untuk Pengurusan Gout (CPGMG), yang melibatkan pendapat dan kepakaran Persatuan Reumatologi Malaysia dan para doktor, doktor keluarga, pakar bedah ortopedik, nefrologi dan pakar diet.

Selain daripada itu, semua usaha juga dibuat untuk menggunakan data tempatan atau serantau dan cadangan klinikal serta bukti yang ada untuk menyokong semua cadangan ini. Diterbitkan pada 2008, sudah tiba masanya garis panduan ini disemak semula pada 2012 atau lebih awal sekiranya wujud bukti baru.

CPGMG yang direka adalah berguna terutamanya bagi pengamal perubatan lain berdasarkan kepercayaan bahawa setiap pengamal perubatan akan dibantu dengan menggunakan garis panduan ini semasa menguruskan gout artritis yang mudah dan/atau kompleks, dengan peringatan bahawa rawatan adalah berbeza bagi setiap individu bergantung kepada tanda-tanda klinikal dan pilihan rawatan yang ada.

Secara asasnya, Garis Panduan ini bertujuan untuk mendidik dan membentuk kesedaran dengan cara yang betul untuk mendiagnosis, menilai dan menyiasat gout dengan amalan terbaik dalam menguruskan gout dan komplikasinya. Garis Panduan ini diguna pakai untuk orang dewasa berumur lebih 16 tahun serta membincangkan mengenai rawatan dan kaedah untuk hiperurisemia asimptomatik yang ditumpukan khusus kepada pengamal perubatan asas, doktor, pakar bedah ortopedik, pakar bedah, pakar diet dan semua penyedia penjagaan kesihatan yang terlibat dalam pengurusan gout.

Pengurusan Gout Menurut Cadangan CPGMG

Perkara utama yang disenaraikan di dalam Garis Panduan adalah perubahan gaya hidup dan diet; selain daripada menurunkan berat badan dan mengurangkan pengambilan alkohol. Ini adalah kerana alkohol merencatkan perkumuhan renal atau pembuangan purine



melalui air kencing. Namun begitu, pesakit gout digalakkan minum dua hingga tiga liter bendalir setiap hari untuk mencairkan air kencing.

Selain daripada itu, pesakit juga perlu mengurangkan pengambilan makanan yang kaya purine, iaitu daging dan makanan laut, serta mengawal “ko-morbiditi”, dalam erti kata lain, menguruskan isu-isu kesihatan lain terutamanya hipertensi dan hyperlipidaemia.

Walaupun perubahan diet bukan lagi disarankan sebagai cara utama untuk merawat gout, diet memainkan peranan penting kerana pesakit yang mencapai berat badan ideal dapat mencegah serangan gout akut dan mengurangkan tahap urat serum. Diet bebas purine mengurangkan urat serum hanya sebanyak 15 – 20 peratus. Di samping itu, CPGMG menggalakkan pengambilan produk tenusu rendah lemak, manakala pengambilan sayur-sayuran yang kaya purine secara sederhana tidak meningkatkan serangan gout.

Hiperurisemia Asimptomatik

Bagi mereka yang mempunyai tahap urat serum yang tinggi (lebih daripada 0.42 mmol/L untuk lelaki dan 0.36 mmol/L bagi wanita), tetapi tidak menunjukkan sebarang tanda-tanda atau simptom gout, CPGMG tidak mengesyorkan rutin rawatan profilaktik. Ini adalah kerana dua per tiga pesakit yang menghidapi hiperurisemia asimptomatik tidak mendapat serangan gout.

Pertama, seseorang yang mempunyai hiperurisemia asimptomatik hendaklah mempunyai sejarah dan pemeriksaan bagi sebab atau keadaan perubatan yang berkaitan serta kemungkinan kerosakan organ atau tisu. Faktor penyumbang lain bagi tahap urat serum yang tinggi adalah pengambilan ubat-ubatan (terutamanya thiazide diuretics) atau aspirin dos rendah hendaklah ditentukan terlebih dahulu. Dalam kebanyakan kes, CPGMG menyatakan yang rawatan farmakologi bagi hiperurisemia asimptomatik adalah tidak perlu melainkan pesakit sering mempunyai hiperurisemia, iaitu perkumuhan urat dalam air kencing yang tinggi dan sindrom lisis tumor.

Arthritis Gout Akut

Rawatan serampang dua mata bagi arthritis gout akut adalah menyasarkan kepada kesakitan serta keradangannya. Ubat yang digunakan adalah berbeza-beza dari seorang pesakit kepada pesakit lain bergantung kepada bagaimana mereka bertindak balas dari segi kemujaraban ubat tersebut berbanding dengan tahap toksik.

Biasanya, rawatan awal, seperti yang disarankan di dalam CPGMG adalah rehat dan rawatan segera dengan ubat anti radang tanpa steroid (NSIADS).

NSIADS

NSIADS sangat berkesan dalam meredakan kesakitan dan mengurangkan keradangan bagi pesakit yang menghidapi gout akut, terutamanya jika ubat diambil sebaik sahaja serangan gout bermula dalam dos terapeutik.

NSAIDS biasa yang digunakan untuk merawat artritis gout akut adalah diclofenac, indomethacin dan ketoprofen manakala NSAIDS parenteral juga boleh digunakan walaupun perlu lebih berwaspada sekiranya pesakit mempunyai sejarah ulcer peptida, hipertensi, kerosakan renal (masalah berkaitan buah pinggang) dan kegagalan jantung.

Bagi pesakit yang mempunyai masalah ulcer peptida atau tidak tahan dengan NSAIDS tradisional, perencat COX-2 diberikan walaupun colchicine merupakan ubat alternatif untuk pesakit, terutamanya warga emas, yang tidak toleran dengan NSAIDS dan COX-2.

Selain itu, glucocorticoids boleh digunakan bagi pesakit sedemikian dan diberikan melalui suntikan intraartikular ke dalam sendi yang sakit walaupun prosedur ini perlu dilakukan oleh doktor yang terlatih. Walau bagaimanapun, glucocorticoids tidak boleh digunakan dalam rawatan jangka panjang gout melainkan di bawah pengawasan pakar.



Arthritis Gout Kronik

Serangan berulang artritis gout, artritis gout menghakis dan pengumpulan tophaceous memerlukan rawatan untuk mengurangkan tahap urat serum, yang juga digelar terapi hipourisemia. Tujuan terapi ini adalah untuk mencegah dan menterbalikkan kesan pengumpulan kristal urat di dalam sendi (gouty arthropathy), saluran kencing (nephrolithiasis), interstitium renal (urate nephropathy), tisu dan organ parenchymal (tophi). CPGMG mencadangkan rawatan hipourisemia boleh dimulakan hanya selepas serangan akut dapat dikawal, selalunya anggaran dua minggu selepas serangan. Memulakan terapi ini semasa serangan mungkin mengakibatkan risiko melanjutkan serangan atau mungkin menjadikan pantulan keradangan. Atas sebab yang sama juga, ubat hipourisemia tidak boleh dihentikan atau dilaraskan semasa serangan akut.

Alopurinol dan Probenesid

Alopurinol adalah satu daripada ubat hipourisemia yang mudah didapati di Malaysia kerana kesannya lebih baik daripada probensis, iaitu agen uricosurik. Memandangkan agen ini biasanya dirembeskan daripada badan oleh buah pinggang, pesakit gout yang mempunyai masalah buah pinggang hendaklah mengambil dos alopurinol yang dilaraskan sewajarnya.

Walau bagaimanapun, tujuan utama terapi adalah untuk mengurangkan tahap urat serum kepada tahap kurang daripada 0.36mmol/L dan untuk mengekalkan tahap ini dengan dos alopurinol yang minimum. Pada permulaan alkopurinol, kolkisin, boleh diambil sebanyak satu atau dua tablet sehari untuk mengurangkan kekerapan serangan akut. Kolkisin boleh diteruskan sehingga pesakit bebas daripada serangan akut selama enam bulan atau sekiranya mencapai tahap urat serum yang disasarkan selama sebulan.

Sungguhpun begitu, alopurinol boleh mengakibatkan komplikasi yang mengancam nyawa. Kesan buruk termasuklah ruam, supresi sumsum tulang, anemia aplasia, granulositosis, hepatitis granuloma dan jaundis. Selain daripada itu, alopurinol boleh menyebabkan sindrom hipersensitif yang mengancam nyawa yang terdiri dariapda demam, ruam, hepatitis, eosinofilia dan masalah buah pinggang.

Alopurinol juga bertindakbalas secara negatif dengan beberapa ubat-ubatan: dengan ampicilin ia akan menyebabkan ruam; dengan cyclophosphamide ia akan menyebabkan sekatan sumsum tulang; dengan azathioprine dan mercaptopurine ia akan meningkatkan ketoksikan, di samping melanjutkan separuh hayat warfarin dan teofilina.

Walau bagaimanapun, sekiranya alopurinol tidak boleh diberikan, probenesid boleh digunakan sebagai alternatif bagi pesakit yang bebas daripada masalah buah pinggang. Pesakit yang mempunyai masalah penghasilan dan rembesan asid urik berlebihan, atau pesakit yang menghidapi nefropati urat atau nefrolirosis, walau bagaimanapun tidak boleh diberikan probenesid kerana ia mungkin akan menyebabkan pemendekan kristal dan pembentukan batu. Probenesid boleh menyebabkan gangguan gastrousus dan ruam hipersensitif, tetapi kesan sampingan serius jarang berlaku.

Pembedahan: Usaha Terakhir dalam Pengurusan Gout

Biasanya, pembedahan adalah usaha terakhir dalam rawatan artritis gout. Walau bagaimanapun, pembedahan dipertimbangkan dalam kes gout tophaceous kronik di mana pengumpulan tophi lanjutan akan menyebabkan kerosakan sendi yang teruk dan seterusnya menyebabkan kesakitan yang amat sangat apabila sendi bergerak.

Keadaan lain di mana pembedahan akan dipertimbangkan adalah pengumpulan tophi yang menekan sendi, terutamanya dalam sindrom terowong karpus, di mana pergelangan tangan tertekan dengan teruk atau sekiranya tophi menyebabkan ketulan kosmetik yang hodoh terutamanya pada cuping telinga.

Versi elektronik CPGMG boleh didapati di laman web berikut:

<http://www.moh.gov.my>
<http://www.acadmed.org.my>
<http://www.msr.my>

马来西亚国内 痛风管理指南

马来西亚卫生部在2008年10月间，连同大马风湿病协会以及大马医药学院，共同为管理痛风制定了一份临床实践指南（Clinical Practice Guidelines on the Management of Gout）。

该指南的作用是要建立一个临床实践架构，供有关方面按照病发当时的最佳证据来进行管理程序。该指南不能保证每一个病例都会有最好的治疗成效——交由医疗人员按照各不同病人的特别需要和临床表现来进行治疗——制定这份指南的目的是希望能提高痛风关节炎患者的生活素质——一种较少有疼痛和少出现并发症的生活。

这是我国首次尝试为管理痛风制定一份临床实践指南概要，当中汇集了来自大马风湿病协会、普通科医师、家庭医师、骨外科医师、肾脏专科医师及营养师们的意见和专业知识。

除此之外，在制定该指南时，有关方面也只引用本土或本区域资料以及临床建议，还有那些能够支持这些建议的最佳证据。该指南在2008年发布，需在2012年复审，或随着有新证据出现而须更早进行复审。这项痛风管理临床实践指南（以下简称指南）的制定已经证明了其实用之处，尤其是对风湿病科医师以外的其他医师而言，因为他们只要根据指南来管理简单及/或复杂的痛风性关节炎，然后按各病人的个人情况和临床表现，以当地可使用的方法来进行治疗。

该指南实质上是要在管理痛风以及其并发症的努力上，提供如何在目前可运用的最佳实践方式内，正确诊断、评估和查验痛风的知识。

指南适用于16岁以上成人，它也涵盖治疗无症状高尿酸血症的方法，目标尤其设定在最初阶段保健工作者、医师、骨外科医师、外科医师、营养师以及所有参与痛风管理的保健工作者。

痛风管理临床实践指南内所建议的痛风管理方式

指南内首要重点就是调适生活方式和改变饮食，排在榜首的正是减重及减少酒精摄取量。原因是酒精会抑制肾脏的排泄功能，换句话说是阻挠了身体从尿液里排出嘌呤。因此，建议病人每天喝二至三公升的水，使尿液保持稀释。

同时，病人也得减少进食高嘌呤食物——主要是红肉和海鲜——并控制会出现的“并发症”，即是说要小心管理其他的健康问题，当中主要是高血压和高血脂症。

虽然改变饮食已经不是用以治疗痛风的主要方法，但是其辅助作用还是很重要，因为它能够使病人维持理想体重、避免痛风急性发作以及减低血清里尿酸含量。实行严厉的无嘌呤饮食只能将血清尿酸减少百分五十到二十左右。

相反的，指南鼓励患者进食低脂奶类食品，而适量进食高嘌呤蔬菜并不见得会增加痛风发作的风险。

无症状高尿酸血症

对于那些血清尿酸含量超标（男性 0.42 mmol/L 以上，女性 0.36 mmol/L 以上），但是并无任何痛风症状者，指南并不建议使用例行预防性治疗。原因是在无症状高尿酸血症的人口里，有三分之二不会患痛风。

首先，对于一个已确定是无症状高尿酸血症的患者，医疗人员必须查明其病历，也需检验其致因或与之有关联的其他健康毛病，同时也还要查出是否有器官或组织受损。

服用某些药物（尤其是利尿剂）或服用低剂量阿司匹林也会使血清尿酸超标，所以这两者都必须先行确定。指南申明，在多数情形下，除非病人持续出现严重高尿酸血、尿液中尿酸含量持续超标以及有肿瘤溶解综合征的情形，否则无需用药理治疗无症状高尿酸血症。

急性痛风关节炎

急性痛风关节炎的治疗属双管齐下式，针对疼痛和内在的炎症同时进行治疗。所使用的药物因人而异，全看病人在有关药物的药效对毒性比较上的反应。

一般而言，第一道治疗方案，就如指南内所建议者，是休息和迅速以全剂量非类固醇消炎药进行治疗。

非类固醇消炎药

用非类固醇消炎药治疗急性痛风病人，在纾缓疼痛和减少发炎方面都很有效，尤其是一发作即尽快服用全剂量者。

常用来治疗急性痛风关节炎的非类固醇消炎药有diclofenac、indomethacin和ketoprofen。另外，也可以使用肠外非类固醇消炎药，不过若用在曾有消化性溃疡、高血压、肾脏病以及心脏病的病人身上时，则需额外小心。

患有消化性溃疡或不能耐受传统非类固醇消炎药者，可以开方让他们服用COX-2抑制剂。如果还是不适合，尤其是年长者，可采用秋水仙碱来治疗。除此之外，还可以用糖皮质激素治疗这类病人，此药是以关节内注射方法把它注射到受影响的关节里去，这乃需要由训练有素的医师来执行。除非有专科医师紧密监察，不然不宜长期采用糖皮质激素来治疗痛风。

慢性痛风关节炎

复发性的痛风关节炎、侵蚀性痛风关节炎和痛风石沉积，都需要治疗以便减少血清内尿酸含量，这类疗法称为降尿酸疗法。此疗法的目的在于避免并扭转尿酸盐结晶沉积在关节里（痛风性关节病）、尿道中（肾结石）、肾间质（尿酸性肾病）、组织里和实质器官上（痛风石）所能引起不良后果。

指南建议只有在急性痛风已经被妥善控制下来之后，才开始进行降尿酸治疗，这通常是发生痛风两个星期后。假如一发作时即开始此治疗，恐怕会延长痛风或者会导致再次发作。基于同样理由，当痛风急性发作时，不宜停止降尿酸药物或调整剂量。

别嘌呤醇和丙磺舒

别嘌呤醇是马来西亚最常用的降尿酸药物之一，其功效明显比丙磺舒好。人体内的别嘌呤醇主要是经由肾脏排出，如果痛风病人也有肾脏病，那么他的别嘌呤醇剂量则需按情况调整。

治疗的最终目标是要把血清尿酸降低，低至 0.36 mmol/L 以下，并继续以最低剂量的别嘌呤醇来维持其水平。开始实行别嘌呤醇治疗之初，病人可以每天服用一至两片秋水仙碱，作用是可以减少痛风频繁发作。病人可以继续服用秋水仙碱，直到痛风一连六个月都不曾发作，或血清尿酸已经一个月持续维持目标水平为止。

不过，别嘌呤醇也会引起威胁性命的严重并发症。其负面作用包括皮疹、骨髓抑制、再生障碍性贫血、粒细胞增多、肉芽肿型肝炎及黄疸。此外，别嘌呤醇也会引起危及性命的过敏综合征，其症状包括发烧、皮疹、肝炎、嗜酸性粒细胞增多和肾脏疾病。

别嘌呤醇也会跟几种药物起副作用：跟氨基青霉素一起会引起皮疹；跟环磷酰胺一起会引起骨髓抑制；跟硫唑嘌呤与巯基一起会增加毒性。它也会延长华法林和茶碱的半衰期。

然而，如果别嘌呤醇是属“禁忌药物”，或无法处方的话，可以用丙磺舒来取代，向没有肾脏疾病的病人进行治疗。但是，如果病人的尿酸生产过多及过分排出，或者病人有尿酸性肾病或肾结石，则不宜处方丙磺舒，因为它可能会引起析出结晶和结石。丙磺舒会造成肠胃不适及过敏性皮疹，至于严重副作用则颇为罕见。

手术治疗：不得已的情况下采用的痛风管理途径

一般而言，外科手术治疗是在不得已的情况下，才会采用的痛风管理途径。然而，治疗因痛风石沉积太多以致严重破坏关节，令关节在活动时会有剧痛的慢性结石性痛风时，就会考虑外科手术治疗。

其他会考虑用上外科手术治疗的情形为：关节因为痛风石积聚而受到挤压，尤其是手腕受到严重挤压的腕管综合征；或者是当痛风石太多，尤其是出现在耳垂上，以致有碍容貌美观的时候。

您可以在下列网站参阅电子版痛风管理临床实践指南：

- <http://www.moh.gov.my>
- <http://www.acadmed.org.my>
- <http://www.msr.my>



Joint pain
hampering
your
movement?

FLEXICARE Glucosamine effectively relieves the pain

Living with osteoarthritis can be a painful experience. Even simple activities like climbing a flight of stairs become frustratingly difficult. FLEXICARE Glucosamine contains Glucosamine, which helps rebuild cartilage, relieve joint pain and alleviate the effects of osteoarthritis. Ask for FLEXICARE Glucosamine today. Life is great with pain out of the way!

Freedom To Lead The Life You Want

Ask your healthcare professional about **SEVEN SEAS® FLEXICARE Glucosamine 500mg** today



Available at all leading pharmacies and Chinese medical halls. **Merck Sdn Bhd** 178145-V **Consumer Hotline:** 03-7494 3514



JIA FAMILY DAY 2011

By: Dr Tang Swee Ping

This year the AFM Junior Club held its 'JIA (Juvenile Idiopathic Arthritis) Family Day on 9 April 2011. At eight in the morning of that memorable day, 83 participants excitedly boarded two luxury coaches and headed 130 km to the Sungai Klah Hot Springs in Sungkai, Perak, the venue for this year's JIA Family Day.



Each family received a goodie bag that included some very generous gifts from our sponsors Abbott Nutrition and Kordel's. The families were also given a special treat of fresh strawberries and blue berries in addition to the juicy imported oranges and apples courtesy of Euro-Atlantic.

Located 200m above sea level at the foothill of the Titiwangsa range, the Sungai Klah Hot springs nestles amidst lush greenery. We arrived at about 10am and after sorting out the entrance tickets and briefing the participants, all the families eagerly set out to enjoy the hot springs.

We couldn't think of a better way of soothing tired muscles and the aching joints! Most took the opportunity to board the tram that took them on a mini-tour of the park even as others headed straight to the pools.

As it was a very hot and sunny day, many of the children dove right away into the mountain springs pool with its' cool refreshing waters straight from a mountain spring. Most memorable was the fun that they had on the water slides at this huge pool.

The adults, on the other hand, took the golden opportunity to mingle and exchange experiences even as they soaked their tired and arthritic feet in the warm, soothing waters from the various hot springs pools. The temperature in these pools varied from 35 to 42°C. Even others could be seen boiling eggs in special baskets at specific pools whose temperatures could rise to 100°C.

At noon, with great reluctance and resistance, the children got out of the pools and everyone converged to enjoy a sumptuous buffet lunch at the Meranti restaurant. Appetites were whetted by the swimming and it was amazing to see how much the children ate.

After lunch it was back to more swimming at the pools, whilst for a few who were already knackered, it was nap time at the hotel lobby. Many took the opportunity to try the big hot spring pool that was naturally heated from the ground below. At 4 pm, the participants trod into the buses with tired but beaming faces, and bade farewell to hot springs. There was even a request if we could have a 'durian stop' to purchase some wild durians seen sold along the way. Unfortunately, this request could not be met due to bus regulations.

We finally arrived at Selayang Hospital at 6pm and the first question I was asked was: "Doktor, bila nak buat trip lagi, ingat panggil ya?" ("Doctor, don't forget me when you're planning the next trip"). Everyone had a great time at the hot springs and enjoyed making new friends and renewing old acquaintances. Till next year!

HARI KELUARGA JIA 2011

Oleh: Dr Tang Swee Ping

Tahun ini, Kelab AFM Junior mengadakan Hari Keluarga JIA (Juvenile Idiopathic Arthritis) pada 9 April 2011. Pada pukul 8 pagi di hari tersebut, seramai 83 orang peserta dengan gembiranya menaiki dua buah koc mewah menuju ke lokasi Hari Keluarga JIA tahun ini yang terletak sejauh 130 km di Kolam Air Panas Sungai Klah, Sungkai, Perak.

Setiap keluarga menerima beg yang mengandungi pelbagai cenderahati daripada penaja kami, Abbott Nutrition dan Kordel's. Setiap keluarga yang menyertai juga dapat menikmati strawberry dan beri biru segar selain daripada oren dan epal yang lazat, sumbangan daripada Euro-Atlantic.

Terletak 200m dari aras laut di kaki bukit banjaran Titiwangsa, Kolam Air Panas Sungai Klah terletak di celah-celah persekitaran menghijau. Rombangan tiba lebih kurang pada pukul 10 pagi dan selepas menguruskan tiket masuk dan memberi taklimat kepada peserta, kebanyakan keluarga teruja untuk pergi ke kolam air panas. Inilah cara terbaik untuk melegakan otot-otot yang kelelahan dan sendi-sendi yang sengal! Kebanyakan peserta mengambil peluang untuk menaiki tram yang membawa mereka melawat sekeliling taman manakala sesetengah mereka terus pergi ke kolam.

Memandangkan cuaca yang panas pada hari itu, ramai kanak-kanak terus terjun ke dalam kolam air gunung dan airnya yang sejuk segar datang terus dari bukit. Antara keseronokan yang menjadi kenangan

manis adalah menggelongsor air di kolam yang besar ini. Pada masa yang sama, orang dewasa pula mengambil peluang untuk berkenalan dan beramah mesra serta bertukar-tukar fikiran sambil merendam kaki arthritis mereka yang kelelahan di dalam air suam yang melegakan dari beberapa kolam air panas. Suhu air di kolam ini adalah antara 35 hingga 42°C. Sesetengah dari mereka pula merebus telur di dalam bakul khas di kolam yang suhu airnya boleh mencapai 100°C.

Menjelang tengah hari, dengan berat hati, kanak-kanak pun keluar dari kolam dan semua peserta berkumpul bersama-sama untuk menikmati bufet makan tengah hari di Restoran Meranti. Semestinya kanak-kanak makan dengan sungguh berselera terutamanya selepas aktiviti berenang. Selepas makan tengah hari, ramai yang berenang semula manakala sesetengah peserta berehat dengan melepaskan mata di lobi hotel. Ramai juga peserta yang mengambil peluang mencuba kolam air panas besar yang airnya hangat secara semula jadi daripada bawa tanah. Pada pukul 4 petang, para peserta yang kelelahan menaiki bas untuk pulang tetapi mereka nampak gembira dan mengucapkan selamat tinggal kepada kolam air panas. Terdapat juga permintaan supaya bas berhenti untuk membeli durian hutan yang dijual di sepanjang jalan. Malangnya, permintaan ini tidak dapat dipenuhi kerana peraturan bas.

Kami akhirnya tiba di Hospital Selayang pada pukul 6 petang dan soalan pertama yang ditanya kepada saya adalah: "Doktor, bila nak buat trip lagi, ingat panggil ya?" Semua peserta mempunyai pengalaman yang menyeronokkan di kolam air panas dan gembira mendapat kawan baru di samping mengeratkan pertalian sedia ada. Jumpa lagi tahun hadapan!

2011年少年原发性关节炎家庭日

执笔：邓瑞冰医生

大马关节炎基金会的儿童俱乐部，在4月9日办了2011年度的“少年原发性关节炎家庭日”。这是大家难忘的一天，83位参加这次家庭日出游的团员，早上8点就兴高采烈的分别坐上两部豪华巴士，经过130公里的跋涉，抵达霹雳州境内的双溪格拉热水湖，即今年的家庭日活动地点。

每个参加的家庭都分得一个礼包，其内丰富的礼物由Abbott Nutrition 以及 Kordel's热心报效。另外，Euro-Atlantic不但请团员们享用香甜多汁的进口鲜橙和苹果，并且还让大家品尝了新鲜的草莓和蓝莓。

海拔200米的双溪格拉热水湖位于帝帝旺沙山脉脚下，四周景色葱郁幽美。我们10点抵达后随即处理门票事宜，经过简短讲解活动大纲之后，每一户人家都急不及待的赶着去享受温泉。

实在没有什么东西能比得上泡热水更能够舒缓疲劳肌肉和疼痛关节了！尽管一些人直接就到水池里去泡水，然大多数人则趁机会坐上电车环游这公园一周，清楚一下环境。

这一天天气酷热兼艳阳高挂，许多小朋友很快就跳入清凉怡人的山溪水泳池内戏水去了。他们开心的在此大型泳池内的水滑梯上玩，那个时光想必让他们难忘。

至于成年人嘛，则个个都趁这难得机会互相交流一番，同时也把握在热水池内浸泡疲惫的关节炎双脚的当儿，纷纷交换、讨论患病的生活心得。这些热水池的水温为摄氏35至42度之间，有些人更把蛋粒装在特制篮子里，然后在一些水温高达摄氏100度的特定水池内煮蛋呢！时至中午，小朋友们老大不情愿的离开泳池，到Meranti餐厅里去享用丰盛的自助午餐。因为游泳消耗了不少体力，这些孩子们可个个胃口大开，食量惊人呢！

午餐过后，人人又纷纷进入泳池里去游泳戏水，不过有些人则感觉疲倦了，于是便到酒店大堂坐下来小憩片刻。而其他不少人则趁此机会，泡进这儿的大热水池里，体验泡在这完全由地热自然促成的热水池里的感觉。下午4点，团员们一个个神采飞扬的拖着疲惫脚步登上大巴士，告别了热水湖。归途上，有人更因见到路旁有榴梿档而要求停车买榴梿。可惜，为了遵守巴士规矩，我们未能答应这个要求。

我们终于在傍晚6点安然抵达士拉央医院，当时马上就有人问我：“Doktor, bila nak buat trip lagi, ingat panggil ya?”（请问医生，什么时候再办这样的活动呀？办的时候记得通知我哟！）。参加这次热水湖之游者都玩得很开心，重温旧友情的同时也结交了不少新朋友。明年再见！

The Annual General Meeting 2011 of the Arthritis Foundation Malaysia & Public Forum on Lower Back Pain and Daily Life for People with Joint Pain



This year's AGM was held on 12 May and was attended by 42 members. A new Executive committee was elected. Dr Amir Zain was unanimously voted to serve another term.

The Committee is proud to introduce a new Honorary Secretary, Ms Annie Hay, while its new committee members are Dr Cheah Tien Eang, Dr Eashwary Mageswaran and Ms Nagula Thambidurai.

This was then followed by an eye-opening public forum -- attended by 80 people -- thanks to the two enlightening speakers: none other than Dr Amir Azlan Zain, Consultant Rheumatologist Sunway Medical Centre and AFM President, and occupational therapist, Charlie Tan.

Respectively, they shed much needed light on the following topics: "Common Causes of Back Pain" and "Daily Life for People with Back Pain".

Dr Amir began by sharing with the audience the common causes of lower back pain such as muscular strain or sprain as well as wear & tear (degeneration) of the spine which he then pointed out as the most common cause, with 80% of back pain sufferers affected by this class of lower back pain at any one time.

Honing in further, Dr Amir highlighted the fact that, in general, 4 percent of lower back pain due to degeneration of the spine is caused by herniated disc, 3 percent by the narrowing on the spinal canal, and 4 percent by fractures.

He went on to explain that you know that you have lower back pain due to degeneration of the spine when the pain is aggravated by movement but gets better with rest.

Ultimately, this talk had two important "take home" messages: most lower back pain is self-limiting by posture and that serious causes of lower back pain have recognized causes.

Charlie Tan, on the other hand, went into much animated detail about how one can move with confidence through pain,

especially the chronic type caused by Rheumatoid Arthritis, or RA.

To start, she insisted that one had to have a positive attitude – movement starts in the mind and wanting to move. Then, obtain the proper medical attention to make that movement as safe and as painless as possible.

Following this, one should protect one's joints because joint protection is a proven strategy to help manage rheumatoid arthritis pain and perform daily activities more easily. Arthritic joints can't tolerate as much stress as healthy joints can, so pushing, pulling or twisting motions can be painful.

Understanding RA pain and how to work safely within the aching joint's range of motion helps maintain joint function and prevents joint deformities. Tan could not seem to stress enough the importance of movement and making an effort to exercise as these go a long way in making one feel good, and, even more importantly, be independent.

She also went into detail on the ways to prevent joint deformities. Top on that list is the avoidance of positions that could cause deformity. Learning to respect and recognize pain and not be tempted to work through it was next, followed by her advice to use the larger and more stable joints.

External aids such as pencil grips and splints also play roles in the prevention of joint deformities. Of course, there is no running away from the need to maintain a healthy body weight through proper diet and exercise as well as strengthening movements that help secure the joints' range of motion, flexibility in tandem with proper medication and medical advice.

Then, she finished by talking about the bigger picture of getting support from one's family: never suffer alone or in silence. Seek spiritual support and support from communities such as the AFM. This way, life with RA is possible, tolerable and even wonderful!



Rediscover Life

Look at that!

In Rheumatoid Arthritis :

It's not only about relieving pain, it's also about slowing disease progression.
Ask your rheumatologist today about the *Rediscover Life* Program



ABBOTT LABORATORIES (M) SDN BHD (163560-X)

No 22, Jalan Pemaju U1/15, Seksyen U1, HICOM-Glenmarie Industrial Park, 40150 Shah Alam,
Selangor Darul Ehsan, Malaysia. Tel: 03-5566 3388 Fax: 03-5566 3239



Abbott
A Promise for Life

Mesyuarat Agung Tahunan Yayasan Artritis Malaysia 2011 & Forum Umum tentang Sakit Pinggang Belakang dan Kehidupan Harian bagi Pesakit Sendi

Mesyuarat Agung Tahunan (AGM) tahun ini telah diadakan pada 12 Mei dan dihadiri oleh 42 orang ahli. Jawatankuasa Eksekutif telah dilantik dan Dr Amir Zain telah sebutul suara dipilih untuk berkhidmat bagi satu penggal lagi.

Jawatankuasa berbesar hati memperkenalkan Setiausaha Kehormat yang baru, Cik Annie Hay, manakala ahli jawatankuasa yang baru adalah Dr Cheah Tien Eang, Dr Eashwary Mageswaran dan Cik Nagula Thambidurai.

Mesyuarat disusuli oleh forum umum bermaklumat yang dihadiri oleh 80 orang. Ceramah menarik telah disampaikan oleh penceramah, tidak lain tidak bukan, Dr Amir Azlan Zain, Pakar Reumatologi Sunway Medical Centre dan Presiden AFM, dan ahli jurupilih pekerjaan, Charlie Tan. Dr Amir membincangkan mengenai "Sebab-sebab Biasa Sakit Belakang", manakala Charlie Tan pula bercakap tentang "Kehidupan Harian Bagi Mereka yang Sakit Belakang".

Dr Amir berkongsi mengenai penyebab biasa sakit pinggang seperti ketegangan otot atau terkehel serta tulang belakang yang haus dan lusuh (kemerosotan), yang menurut beliau adalah penyebab utama, di mana 80% penderita sakit belakang pernah pada suatu ketika menerima kesan daripada sakit pinggang.

Seterusnya, Dr Amir menyatakan bahawa, secara amnya, 4 peratus sakit pinggang akibat kemerosotan tulang belakang adalah disebabkan oleh hernia cakram, 3 peratus akibat saluran tulang belakang yang menyempit dan 4 peratus akibat patah.

Beliau kemudiannya menerangkan bahawa sekiranya anda mengalami sakit pinggang yang diburukkan lagi dengan pergerakan tetapi berasa lega apabila berhenti, maka itu adalah tandanya bahawa ia adalah sakit pinggang akibat kemerosotan tulang belakang.

Namun, pada dasarnya, ceramah ini mempunyai dua mesej penting: kebanyakan sakit pinggang terhad dengan postur dan penyebab utama sakit pinggang mempunyai sebab yang dapat dikenal pasti.

Charlie Tan pula menerangkan secara lanjut bagaimana seseorang boleh bergerak dengan yakin dalam kesakitan, terutamanya jenis yang kronik disebabkan oleh Rheumatoid Arthritis, atau RA.

大马关节炎基金会2011年度常年会员大会暨腰痛及关节痛讲座

今年的常年会员大会在5月12日召开，共有42位会员出席，并在大会上选出了新一届的执行委员会。阿米尔医生众望所归，再次当选担任来届主席。

新出炉的职务名单中有几位新人，他们是名誉秘书夏安妮小姐，以及委员谢天养医生、爱丝娃丽医生和娜古拉小姐。

大会过后是讲座会，共有80人踊跃出席聆听。两位主讲人——双威医院风湿专科顾问医师兼大马关节炎基金会主席阿米尔医生，以及技能治疗师陈华佳小姐——的生动讲解，让观众们学得不少知识。他们两位的讲题分别为“经常引起腰痛的原因”及“关节痛人士的日常生活”。

阿米尔医生开场先告诉大家造成腰痛的各种常见原因，它们包括肌肉拉伤或扭伤，而当中要以脊椎骨耗损（退化）为最常见原因，以致受腰痛困扰的人士中，有百分之八十是因为脊椎退化所造成。

他在进一步讨论脊椎退化问题时特别指出，一般上在退化性腰痛当中，有百分之四是因椎间盘突出，百分之三因脊椎管道变窄，百分之四因为脊椎骨折。

他解释说，由脊椎退化引起的腰痛会因为活动腰部而加剧，但休息过后便会舒缓下来。

阿米尔医生的这番说话向观众灌输了两个重要讯息：其一，大部分的腰痛都能够由患者自限姿势而减少；其二，严重的腰痛都有已可知的原因。

陈华佳小姐采用动画讲解，仔细告诉听众们，即使患有关节痛，尤其是像类风湿性关节炎那样的慢性疼痛，我们也照样能够信心满满的去进行日常活动。

Mula-mula, beliau menegaskan bahawa seseorang itu hendaklah mempunyai sikap positif – pergerakan bermula di minda dan kemauan untuk bergerak. Kemudian, dapatkan rawatan perubatan yang betul supaya pergerakan itu selamat dan dengan kesakitan yang paling minimum yang mungkin.

Selepas itu, seseorang hendaklah melindungi sendinya kerana perlindungan sendi adalah strategi yang terbukti dalam membantu menguruskan kesakitan RA dan membolehkan aktiviti harian dilakukan dengan lebih mudah. Sendi artritis tidak dapat menanggung tekanan yang banyak berbanding sendi yang sihat, maka, pergerakan menolak, menarik, atau memusing akan menyebabkan kesakitan.

Memahami kesakitan RA dan bagaimana bergerak dengan selamat dalam had sendi yang sakit membantu mengekalkan fungsi sendi dan mengelakkan kecacatan sendi. Tan begitu menekankan betapa pentingnya pergerakan dan berusaha untuk bersenam kerana secara jangka panjang ini menjadikan pesakit berasa agak lega dan yang paling penting sekali, dapat menikmati kebebasan.

Beliau seterusnya memberi penerangan lanjut mengenai cara-cara mengelakkan kecacatan sendi. Yang teratas dalam senarai adalah mengelakkan posisi yang boleh menyebabkan kecacatan. Berikutnya pula adalah belajar mengenali sakit dan tidak cuba untuk mengetepikan kesakitan, diikuti dengan nasihatnya supaya menggunakan sendi yang lebih besar dan stabil.

Alat bantuan luar seperti pencil grip dan penganduh juga memainkan peranan dalam mengelakkan kecacatan sendi. Sudah pastinya, kita hendaklah mengekalkan berat badan yang sihat melalui pemakanan yang betul dan senaman serta pergerakan mantap yang dapat mengekalkan tahap pergerakan sendi, kelenturan yang selari dengan ubat-ubatan yang betul dan nasihat perubatan.

Beliau mengakhiri ceramahnya dengan mengatakan secara umum mengenai mendapatkan bantuan daripada keluarga: jangan sekali-sekali menderita berseorangan atau dalam diam. Dapatkan sokongan kerohanian dan daripada komuniti seperti AFM. Dengan cara ini, seseorang itu dapat menanggung dan melalui kehidupan dengan RA, serta mungkin dapat menikmati kehidupan yang indah!

她一开始就强调患者本身先要有积极态度——动作由信念开始，本身要想动。然后就是寻求适当的医疗照顾来达成这个动的希望，并且还是可以安全、且尽可能在不痛的情况下去做。

事实证明，能够把关节照护得好，是管理类风湿性关节炎疼痛的好策略，日常活动起来也比较轻松。发炎的关节不比健康关节那么能够承受压力，因此，凡是推、拉或扭转的动作都会引起疼痛。

只要了解类风湿性关节炎的疼痛，以及知道该如何在疼痛关节的活动幅度内安全的使用它，可维持关节功能及避免关节变形。陈小姐一再强调活动关节以及用心锻炼关节的重要性，因为这能使患者感到舒适自在，更重要的，患者可以做到生活自理。

她也详细说明要如何预防关节变形。当中最重要的一点，就是必需避免一些会使关节变形的姿势。然后就是不要忍痛坚持做一些动作，要懂得尊重疼痛和知道什么是痛楚。最后，她亦劝大家应该使用较大且坚固的关节来做事。

外在的辅助工具例如铅笔握把和夹板/副木，皆有助预防关节变形。当然，透过适当饮食和锻炼身体来保持理想体重，以及做增强肌肉的运动来维持关节活动幅度及韧带弹性，还有正确的药疗和医疗指导，都缺一不可。

最后，陈小姐劝勉病友应该让家人知道自己的情况，接受家人的关怀和扶持，绝不要自己默默忍受煎熬。病友也应该寻求心灵慰藉以及社群的扶持和支援，例如参加大马关节炎基金会的活动扩大社交圈子。这么一来，即使患了类风湿性关节炎还是可以生活如常，不会太难受甚至仍然是美好的！

Knee Osteoarthritis (OA) Bracing



Powerful Pain Relief — CLINICALLY PROVEN

Many treatment therapies for knee OA have been proven to be effective, but may involve pharmacological intervention or invasive techniques. To help patients achieve high quality of life without surgery or medications, biomechanical intervention such as bracing is the least invasive treatment. Knee bracing has become an accepted intervention for correction of malalignment, reduction of loads in the effected compartment, and increased ligament stability.

Significant Pain Relief

Reduced Stiffness

Reduced Varus Angulation

Improved Function

Off-Loading

Medial Compartment

Highest Average Amount of Medial Condylar Separation in Commercially Available OTS OA Brace

1. Louis Draganich, Bruce Reider, Todd Rimington, Gary Piotrowski, Krishna Mallik and Scott Nasson. "The Effectiveness of Self-Adjustable Custom and Off-the-Shelf Bracing in the Treatment of Varus Gonarthrosis." JBJS. J. Bone Joint Surg. Am. 88:2645-2652, 2006. doi:10.2106/JBJS.D.02787.

2. Matthew C. Nadaud, Richard D. Komistek, Mohamed R. Mahfouz, Douglas A. Dennis and Matthew R. Anderle. "In Vivo Three-Dimensional Determination of the Effectiveness of the Osteoarthritic Knee Brace: A Multiple Brace Analysis." JBJS. J Bone Joint Surg Am. 87:114-119, 2005. doi:10.2106/JBJS.E.00482.

3. Kelly Krohn, MD and G. Kelley Fitzgerald, PT, PhD. "Nonpharmacologic, nonsurgical management of knee osteoarthritis." The Journal of Musculoskeletal Medicine; Vol. 23, Issue 6; June 2006.

ACTIVE Lifestyle Braces

OA DEFIANCE®

- Custom OA Brace
- Moderate & Severe Osteoarthritis
- ACL, PCL, CI, MCL, & LCL Ligament Instabilities



OA ADJUSTER™

- Patient-Ready OA Brace
- Moderate & Severe Osteoarthritis
- ACL, MCL, & LCL Ligament Instabilities



The Arthritis Foundation has honored every DonJoy knee osteoarthritis brace with its coveted Ease of - Use Commendation after an independent research lab conducted rigorous testing to assure that they met the needs of people with functional limitations due to the effects of arthritis. For more information, visit www.arthritis.org or call 1-800-283-7800.

DAILY LIVING Lifestyle Braces

OA EVERYDAY

- Patient-Ready OA Brace
- Mild & Moderate Osteoarthritis
- MCL, & LCL Ligament Instabilities



OA LITE™

- Patient-Ready OA Brace
- Mild Osteoarthritis
- Patellofemoral Stabilization



Exclusive Distributor for DJO:

SYARIKAT WELLCHEM SDN BHD

928-929, Jalan 17/38, 46400 Petaling Jaya, Selangor D. E.

Tel: 03 - 7957 2449; 7957 0218

Fax: 03 - 7956 8228

Email: mgnt@wellchem.com Website: www.wellchem.com

DonJoy and OA DEFIANCE® are registered trademarks and OA ADJUSTER and OA LITE are trademarks of DJO, Inc. It is within the sole discretion of the customer to determine the appropriate billing code for a product, as well as, whether the use of a product complies with medical necessity and other documentation requirements of the payor.





The Wonderful Walk

Kordel's Charity Walk, a rousing success in raising awareness and funds for the Arthritis Foundation Malaysia

On June 12 this year, over 1,000 caring Malaysians put their best feet forward to raise awareness and funds for the Arthritis Foundation Malaysia (AFM) via the annual Kordel's Charity Walk, the third collaboration between Kordel's and the AFM as part of the company's annual arthritis charity drive initiative.

This year, the event received an unprecedented response, with 1,011 participants walking seven kilometres from Padang Merbok and back again in support of the AFM's efforts to improve the lives of arthritis patients. From 2009, the event's inaugural year, participation has grown from strength to strength, thanks to an ever-increasing awareness among Malaysians of arthritis as a disease not to be taken lightly.

All proceeds from the Walk were channeled towards the AFM to help under-privileged arthritis patients undergo joint replacement treatment.

The event was flagged-off by AFM President Dr Amir Azlan Zain and Cambert Director, Dr Daniel Zuellig.

"We are extremely pleased with the turnout and support we've received for today's event," said Dr Amir. "This Walk and the positive reception from its participants and the media will go a long way towards creating added awareness among the general public on arthritis, a major disease afflicting more and more Malaysians every year."

Dr Amir later received a mock cheque of RM25,000 on behalf of the AFM from Dr Zuellig, Director of Cambert on behalf of Kordel's.

Funds collected will be utilised by the AFM to initiate joint replacement procedures for needy arthritis patients, with the Foundation purchasing joints directly from the suppliers and handing them over to the relevant hospitals.

"To date, more than 60 patients have benefited from the fund, and today, thanks to the support from Kordel's and the other sponsors, we're confident that more under-privileged Malaysians with advanced cases of arthritis will be able to afford treatment."

To further support for the AFM, Kordel's has also introduced a special charity pack comprising Chondroitin MSM Plus Minerals and its ever-popular Glucosamine 550. Kordel's will donate RM1 to the Foundation from every pack purchased.

"Kordel's has always been a staunch supporter of the AFM, and the increasing response from the public from year to year towards this Charity Walk has only strengthened our determination to raise more funds and awareness for this debilitating disease," said Kordel's general manager S.L. Ho. He added that the Charity Walk and the charity drive, which ends June 30, 2011, were among the many initiatives by Kordel's to ensure that Malaysians not only led a healthy life, but to also disseminate knowledge and awareness on how to do so.

Participants not only walked for a good cause, but also enjoyed themselves in the process, thanks to numerous other supporting activities such as stage games, lucky draws that offered prizes in excess of RM15,000, freebies from the sponsors and music from cruisers from RedFM and Suria FM.

There were also Kordel's hampers worth RM500 for the three participants who best exemplified the theme "I Love My Joints" as well as goodie bags worth more than RM100 for each participant.

Participating sponsors of the Kordel's Charity Walk 2011 were Gatorade, Nature Valley, Milo, High5, Fisherman's Friend, Banana Boat, Protex, Perskindol, Mizuno, BiC, Kipling, Juvanex, Green Magma, NuvaTea, Nutralife, Quantum Science, Natural Health Magazine, Watson's, Pacesetters, RedFM, 988 FM, Suria FM and Pilates Instructor.



KKLU 1065/2011/ABPF

We need our joints to be flexible to walk up and down the stairs. To run. To shop. Basically, to be active. However, as we age, our joints lose their flexibility because our body is less able to produce cartilage which acts as a 'cushion' to allow the ends of our bones to glide and move smoothly.

Glucosamine sulphate and Chondroitin sulphate are the 2 key nutrients used by the body to rebuild and repair joint cartilage.

Kordel's Glucosamine Plus Chondroitin, 3 capsules a day provides 1,500mg of glucosamine sulphate and 1,200mg of Chondroitin sulphate.

BERJALAN SAMBIL BERAMAL

Kejayaan Jalan Amal Kordel meningkatkan kesedaran dan dana untuk Yayasan Artritis Malaysia

Pada 12 Jun tahun ini, lebih dari 1,000 orang rakyat Malaysia yang prihatin telah bersama-sama berusaha untuk meningkatkan kesedaran dan memungut dana bagi Yayasan Artritis Malaysia (AFM) melalui acara tahunan, Jalan Amal Kordel, iaitu kolaborasi ketiga antara Kordel dan AFM sebagai sebahagian daripada inisiatif kebajikan artritis tahunan syarikat.

Tahun ini, acara tersebut menerima sambutan yang menggalakkan, dengan 1,011 orang peserta berjalan sejauh tujuh kilometer dari Padang Merbok dan balik semula bagi menyokong usaha AFM untuk menambahbaikkan kehidupan pesakit artritis. Mulai tahun 2009, iaitu kali pertama acara tersebut diadakan, penyertaan semakin bertambah dari tahun ke tahun, hasil daripada meningkatnya kesedaran di kalangan rakyat Malaysia mengenai artritis sebagai penyakit yang tidak boleh diambil sambil lewa. Semua hasil pungutan daripada Jalan Amal ini disalurkan kepada AFM bagi membantu pesakit artritis yang kurang bernesib baik untuk menjalani rawatan menggantikan sendi.

Acara ini dirasmikan oleh Presiden AFM, Dr Amir Azlan Zain dan Pengarah Cambert, Dr Daniel Zuellig. "Kami berbangga dengan jumlah penyertaan dan sokongan yang diterima pada acara hari ini," kata Dr Amir. "Jalan Amal ini dan penerimaan positif daripada para peserta dan media bakal membawa kesan positif secara jangka panjang dalam meningkatkan kesedaran di kalangan masyarakat mengenai artritis, penyakit yang semakin banyak dihadapi oleh rakyat Malaysia pada setiap tahun."

Dr Amir kemudiannya menerima cek olok-olok berjumlah RM25,000 bagi pihak AFM daripada Dr Zuellig, Pengarah Cambert yang mewakili Kordel. Dana yang dipungut akan digunakan oleh AFM untuk memulakan prosedur mengganti sendi bagi pesakit artritis yang memerlukan, di mana Yayasan akan membeli sendi secara

terus daripada pembekal dan memberikannya kepada hospital yang berkenaan.

"Sehingga hari ini, lebih daripada 60 orang pesakit telah menerima manfaat daripada dana tersebut, dan hari ini, terima kasih atas sokongan daripada Kordel's dan lain-lain penaja, kami yakin lebih ramai lagi pesakit kurang bernesib baik yang menghadapi kes-kes artritis yang teruk akan mampu mendapatkan rawatan."

Untuk terus menyokong AFM, Kordel's juga memperkenalkan pek amal khas yang terdiri daripada Chondroitin MSM Plus Minerals dan Glucosamine 550nya yang popular. Bagi setiap pek yang terjual, Kordel's akan mendermakan RM1 kepada Yayasan.

"Kordel's merupakan penyokong kuat AFM dan sambutan yang semakin meningkat daripada orang ramai dari tahun ke tahun terhadap Jalan Amal ini menguatkan lagi semangat kami untuk memungut dana dan menambah kesedaran terhadap penyakit yang melemahkan ini," kata S.L. Ho, pengurus besar Kordel's.

Beliau menambah bahawa Jalan Amal dan aktiviti ini yang berakhir pada 30 Jun, 2011 adalah antara inisiatif yang dilakukan oleh Kordel's bagi memastikan rakyat Malaysia bukan sahaja mengamalkan gaya hidup sihat tetapi juga untuk menyebarkan maklumat dan meningkatkan kesedaran bagaimana hendak melakukannya.

Peserta bukan sahaja berjalan untuk tujuan yang baik tetapi juga terhibur semasa melakukannya kerana terdapat beberapa aktiviti yang menyeronokkan seperti pertunjukan pentas, cabutan bertuah yang menawarkan hadiah melebihi RM15,000, cenderahati daripada penaja dan muzik daripada cruiser RedFM dan Suria FM. Hamper Kordel's bernilai lebih RM500 juga diberikan kepada tiga peserta yang mendemonstrasikan tema "Saya Sayang Sendi Saya" dengan cara terbaik serta beg cenderahati bernilai lebih RM100 bagi setiap peserta.

Penaja lain yang menyertai Jalan Amal Kordel's 2011 adalah Gatorade, Nature Valley, Milo, High5, Fisherman's Friend, Banana Boat, Protex, Perskindol, Mizuno, BiC, Kipling, Juvanex, Green Magma, NuvaTea, Nutralife, Quantum Science, Natural Health Magazine, Watson's, Pacesetters, RedFM, 988 FM, Suria FM dan Pilates Instructor.

Kordel's | 益善行，浩荡壮观 提高民众意识，为大马关节炎基金会募款， 效应极佳

今年6月12日的那天，过千充满爱心的大马人，以行动响应大马关节炎基金会（AFM）提高关节炎意识及筹募基金的呼吁，踊跃参加Kordel's年度益善行。今次活动已经是Kordel's第三次与AFM合作举办的年度关节炎慈善活动。

今年的参加人数非常踊跃，达到空前的一千零十一人。益善行全程七公里，起点和终点是国会大厦附近的斑鸠草场，活动目的是支持AFM在改善关节炎患者生活方面的努力。自从2009年推行以来，前来参加这年度益善行的人数与年俱增，这乃因为越来越多民众了解到关节炎并非一般可以等闲视之的疾病。益善行筹得的全数义款都捐入基金会的关节炎基金内，以便用来资助贫困病友做关节置换手术。这场壮观的益善行，由AFM主席阿米尔医生连同Cambert公司董事丹尼尔祖历博士挥旗开步。

“今天到来参加益善行的人数以及大家所给予的支持，确实令我们雀跃无比。患上关节炎的马来西亚人口每年都在增加，而这项益善行、民众以及媒体对它的良好接受程度，均能够为提高社会大众的关节炎意识起很大的正面作用。”阿米尔医生致辞时这么说。过后，Cambert公司董事丹尼尔祖历博士将一张志银两万五千令吉的模拟支票转交AFM，由阿米尔医生代表接领。

AFM将利用益善行筹得的义款来资助贫困关节炎病友做关节置换手术，方式是基金会直接向供应商购买所需的人造关节，然后将之交与有关的医院去为患者装上。

“至目前为止，从这项基金得益的病友已经超过六十人。我要感谢Kordel's以及其他各赞助商的热心支持，我们因此有信心能够帮助国内更多病情严重的贫困关节炎患者进行所需要的治疗。”为了进一步支持AFM，Kordel's推出了特备的产品慈善包（内含Chondroitin MSM Plus 多种矿物质以及口碑极佳的Glucosamine 550），每售出一包，Kordel's即把一令吉捐与基金会。

Kordel's总经理S.L. Ho先生透露：“Kordel's多年来一直不断支持AFM，此项公益活动取得的民众支持逐年提高，增强了我们筹募更多义款供对抗此累人疾病的决心。”

他补充说：“今天的益善行以及该项2011年6月30日结束的慈善募款活动，乃Kordel's决心要让国人过健康生活的努力之一，我们也传播知识以及加强这方面的意识。”

参加益善行的人士不但为做好事而走，他们也乐在其中。这都得归功于陪衬这活动的多项周边活动，例如奖品价值超过一万五千令吉的上台玩游戏以及幸运抽奖，当然也感谢赞助商们报效的免费赠品以及本地电台RedFM 和 Suria FM在现场提供的音乐助兴。

另外，三位最能够凸显“我爱护我的关节”主题口号的参加者，各赢得价值五百令吉的Kordel's礼蓝。而且，益善行的每一位参加者都领得一个价值一百令吉的礼包。

联合赞助2011年Kordel's益善行的其余赞助商乃Gatorade, Nature Valley, Milo, High5, Fisherman's Friend, Banana Boat, Protex, Perskindol, Mizuno, BiC, Kipling, Juvanex, Green Magma, NuvaTea, Nutralife, Quantum Science, Natural Health Magazine, Watson's, Pacesetters, RedFM, 988 FM, Suria FM以及普拉提教练（Pilates Instructor）。

Experience the Speed & Power of Biologic Treatment

that has been used to treat more than
one million people worldwide across all uses.

- Rheumatoid arthritis
- Ankylosing spondylitis
- Psoriatic arthritis
- Plaque psoriasis
- Crohn's disease in adults
- Pediatric Crohn's disease
- Ulcerative Colitis



Because pain should not get in the way of life...



- Sustained release formula containing 665 mg of paracetamol per caplet that provides up to 8 hours pain relief with a single dose

... Provides Immediate Release for Pain Relief

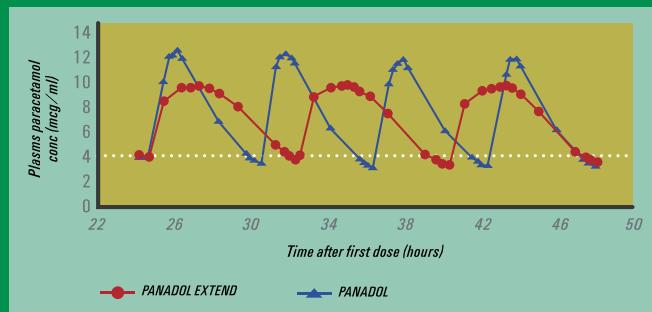


First layer dissolves immediately to provide instant relief
(31% of total dose)

... Long-lasting Effectiveness



Sustained release formulation
- provides relief for up to 8 hours
(remaining 69% of total dose)



- Recommended as the first-line analgesic in the treatment of osteoarthritis^{1,2,3}
- Can be taken on an empty stomach and is non-drowsy⁴
- Efficacy is comparable to Cox-2⁵
- Suitable for patients with asthma, gastrointestinal, heart and kidney problems^{6,7,8,9}



For fast and long lasting relief of muscle and joint pains⁴

References. 1. Jordan, K.M., Arden, N.K., Doherty, M., et al. EULAR recommendations 2003. An Evidence based approach to the management of Osteoarthritis: Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCINT). Ann Rheum Dis 2003; 59: 926-944. 2. Clinical Practice Guidelines on the Management of osteoarthritis. 2002. Ministry of Health Malaysia, Malaysia Society of Rheumatology and Academy of Medicine of Malaysia. 3. Hylmen RD, Hochberg MC, Roland WM, Schnitzer TJ. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. Arthritis Rheum 2000; 43:1905-1915. 4. GSK data on file. Panadol Extend Monograph. 5. M Yelland, Single patient trials comparing NSAIDs with paracetamol for osteoarthritis and chronic pain. Discipline of General Practice, The University of Queensland. 6. Singh G. Gastrointestinal Complications of Prescription and Over-The-Counter Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: A View from ARAVIS Database. American Journal of Therapeutics 2000; 7:55-61. 7. Whelton A., Renal and Related Cardiovascular Effects of Conventional and COX-2 Specific NSAIDs Analgesics. American Journal of Therapeutics 2000; 7:63-74. 8. Jenkins C., Recommending Analgesics for People with Asthma. American Journal of Therapeutics 2000; 7:55-61. 9. Henrich W.L., et al. National Kidney Foundation Position Paper. Analgesics and the Kidney: Summary and Recommendations to the Scientific Advisory Board of the National Kidney Foundation from an AD Hoc Committee of the National Kidney Foundation. American Journal of Kidney Diseases 1996; 27:162-165.

FOR MEDICAL AND HEALTHCARE PROFESSIONALS ONLY

For further product information, please contact: GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Sdn Bhd (3467-X), Lot 89, Jalan Enggang, Ampang/Ulu Kelang, 54200 Selangor, Malaysia.
For orders, please contact Zuebig Pharma Sdn Bhd: 1-800-88-3711/Toll Free / GSK Toll Free No.: 1-800-88-3225

Panadol Extend contains paracetamol. Panadol and Panadol Extend are Registered Trade Marks of the GlaxoSmithKline group of companies. © 2008 GlaxoSmithKline - All Rights Reserved