

# 痛风的西医治疗进展

宋秋敬 张智达

(河北北方学院研究生院 075000)

摘要:随着人民生活水平的不断提高,痛风的患病率呈逐年上升趋势。痛风如果治疗不当,反复发作可逐步导致组织破坏、骨侵蚀、关节疼痛和僵硬,给患者带来巨大痛苦,影响生活质量。西医治疗痛风在终止急性发作、控制血清尿酸及避免复发方面效果显著,现就痛风的西医治疗现状加以综述。

痛风是由于代谢和遗传因素,导致体内嘌呤代谢异常,血清尿酸浓度超过一定的饱和度( $>420\mu\text{mol/L}$ ),尿酸单钠晶体慢性沉积在肾脏、软组织、关节等部位中引发炎症反应及病损的临床综合征<sup>[1]</sup>。痛风的全球患病率 0.1%~10%<sup>[2]</sup>。我国痛风患病率为 0.03%~10.47%<sup>[3]</sup>在治疗上,本病可分为急性发作期的治疗和缓解期的治疗。

## 一、急性发作期

1.非甾体抗炎药(NSAID):NSAID通过抑制环氧酶活性阻断前列腺合成从而起到阻断炎症的反应过程,发挥抗炎、镇痛作用。该类药物具有抗炎、抗风湿、止痛、退热和抗凝血等作用。治疗时,应连续服用直至症状消失,通常需要1周左右时间<sup>[4]</sup>。

2.秋水仙碱:痛风急性发作的一线用药,该药低剂量( $1.8\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}$ )与高剂量( $4.8\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}$ )的疗效相当,还可以使胃肠道不良反应的发生率明显降低<sup>[5]</sup>。对痛风急性发作有特效,但不良反应较多,主要为严重的胃肠道反应,也可引起骨髓抑制、肝损害等。

3.糖皮质激素:主要用于急性痛风发作伴有全身症状(如发热、头痛、周身乏力)或使用NSAIDs和秋水仙碱治疗无效或有使用禁忌症的患者,短期单独使用糖皮质激素的疗效和安全性与NSAIDs相当。

## 二、缓解期

痛风发生的主要危险因素是高尿酸,因此控制尿酸浓度,避免痛风症状发生的治疗策略是有效管理痛风的关键<sup>[6]</sup>。降尿酸应遵循以下原则,包括:滴定(小剂量应用、酌情递增)、达标(把握好起始时机和治疗目标)、长期(长期服药、规律随访、定期复查)、避免血尿酸水平波动。

### ①抑制尿酸生成药物:

别嘌醇,黄嘌呤氧化酶抑制剂,痛风患者降尿酸水平的一线用药,适用于慢性原发性或继发性痛风的治疗,本药口服后经胃肠道吸收,在肝内代谢为有活性的羟嘌呤醇,经肾脏排出体外,所以对于肾功能不全的患者需要合理调整剂量。

非布司他,特异性黄嘌呤氧化酶抑制剂,痛风患者降尿酸水平的一线用药。主要在肝脏代谢,可引起肝脏损害,但在对肾功能受损的痛风患者,非布司他优于别嘌醇,且降血尿酸效果更好。

### ②促尿酸排泄药物:

苯溴马隆,通过抑制肾近端小管对尿酸的再吸收发挥作用。该药主要通过胆道排泄,对于轻中度肾功能不全的患者作用良好,对于尿酸性肾结石和重度肾功能不全的患者该类药物应慎用<sup>[7]</sup>。苯溴马隆在使用过程中应注意肝功能的检测,防止肝功能损伤。并注意肝、肾毒性等其他副反应。

### ③新型降尿酸药物:

选择性尿酸重吸收抑制剂:用于单一足量使用黄嘌呤氧化酶抑制剂不能达标的痛风患者,可以黄嘌呤氧化酶抑制剂联合使用。

### ④碱化尿液

包括水化和碱化两个部分。水化是指高尿酸血症予饮水量不足存在相关性,增加饮水量可以促进尿酸排泄、降低血尿酸水平、减少尿酸盐结晶沉积、减少痛风发作次数。而碱化是预防和溶解尿酸性肾结石的主要方法,常采用碳酸氢钠、枸橼酸盐制剂等降尿酸PH值维持在6.2~6.9的一种方法。

痛风发作时患者疼痛剧烈,如果治疗不当,将严重影响患者的工作能力、生活质量,给患者带来巨大痛苦。痛风是多基因、多因素作用的疾病,仅根据单一作用靶点难以达到良好的治疗效果,因此还需进一步探索。

### 参考文献

[1]Dalbeth N, Merriman T R, Stamp L K. Gout[J]. Lancet, 2016,388(10055):2039-2052.

[2]Kuo C F, Grainge M J, Zhang W, et al. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors[J]. Nat Rev Rheumatol, 2015,11(11):649-662.

[3]杨丽华,刘晓丽,蒋雅琼,等.我国痛风的患病率及危险因素[J].医学研究杂志,2019,48(12):4-6.

[4]Khanna D, Fitzgerald J D, Khanna P P, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia[J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2012,64(10):1431-1446.

[5]Terkeltaub R A, Furst D E, Bennett K, et al. High versus low dosing of oral colchicine for early acute gout flare: Twenty-four-hour outcome of the first multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-comparison colchicine study[J]. Arthritis Rheum, 2010,62(4):1060-1068.

[6]Khanna D, Fitzgerald J D, Khanna P P, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia[J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2012,64(10):1431-1446.

[7]曾小峰,陈耀龙.2016中国痛风诊疗指南[J].浙江医学,2017,39(21):1823-1832.