



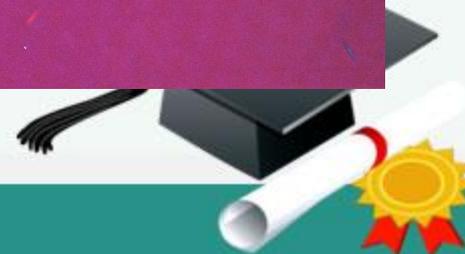
原发性痛风的解读

同里镇卫生院 朱方炜



提 纲

- ◆ 高尿酸血症与痛风的定义
- ◆ 临床表现
- ◆ 辅助检查
- ◆ 痛风诊断
- ◆ 治疗方案及原则



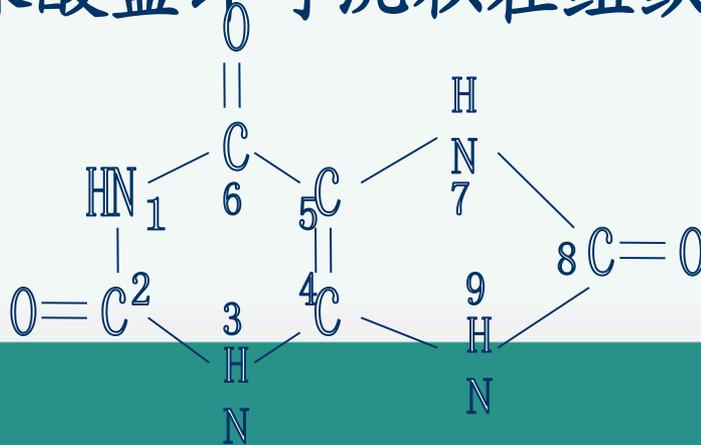
流行病学

- ◆ 亚洲地区发病率逐年升高，30岁以上的成年人高尿酸血症的患病率为男性25.8%，女性15%，有11.5%的男性和3%的女性高尿酸血症患者发展为痛风（台湾1991-1992）
- ◆ 痛风发病率逐年上升由0.34%（1998上海）-1.33%（2004年南京）



高尿酸血症的定义

- ◆ **高尿酸血症** (Hyperuricimia, HUA): 是指37°C时血清中尿酸含量超过**416** $\mu\text{mol/L}$ (7.0mg/dl); 不分性别、年龄
- ◆ 这个浓度为尿酸在血液中的饱和浓度, 超过此浓度时尿酸盐即可沉积在组织中, 造成痛风组织学改变。



2、6、8三氧嘌呤



痛风的定义

痛风:是一种单钠尿酸盐沉积所致的晶体相关性关节病，与嘌呤代谢紊乱及/或尿酸排泄减少所致的高尿酸血症直接相关。**痛风特指急性特征性关节炎和慢性痛风石疾病，可并发肾脏病变，重者可出现关节破坏、肾功能受损。**

痛风的属性:属于代谢性疾病

风湿性疾病

晶体相关性疾病

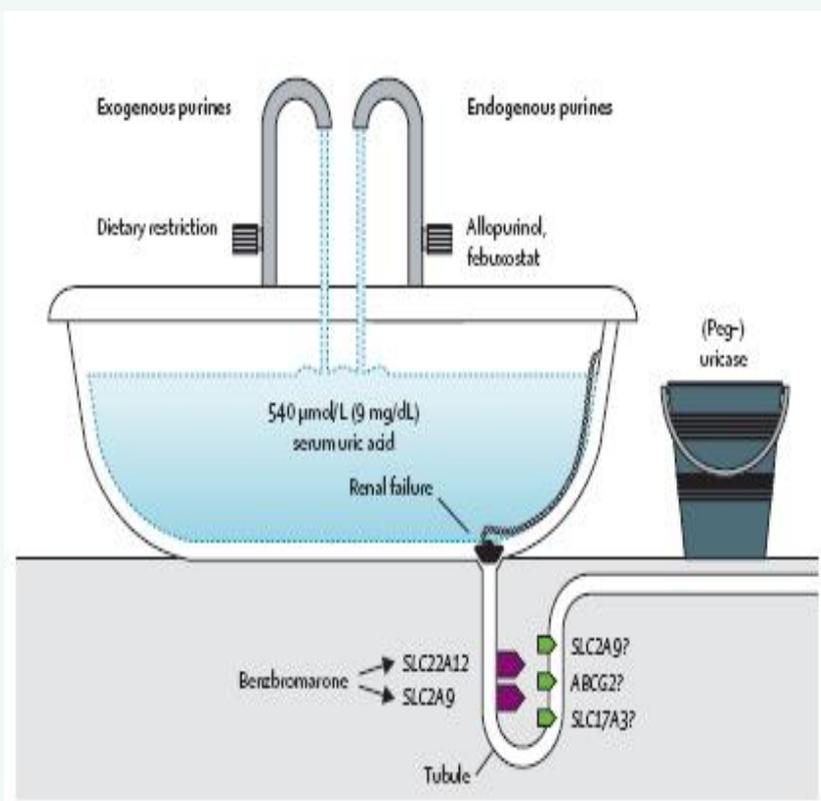


痛风的发病机制

- ◆ 嘌呤代谢紊乱使尿酸产生过多
- ◆ 尿酸排泄减少
- ◆ 高尿酸血症
- ◆ 尿酸盐晶体沉积
- ◆ 痛风



血尿酸水平升高的原因



- ◆ 排出減少
- ◆ 合成增加
- ◆ 混合

成年人的
高尿酸血症

排出減少占90%



无高尿酸血症无痛风

- ◆ 高尿酸血症是痛风最重要的生化基础
- ◆ 尿酸盐结晶沉积是高尿酸血症的结果
- ◆ 痛风发生率与血尿酸水平显著正相关



血尿酸水平与痛风发病率

尿酸水平 (umol/L)	痛风发生率
>540	7.0%~8.8%
420~540	0.37%~0.5%
<420	0.1%



高尿酸血症≠痛风

- ◆ 5%—18.8%高尿酸血症发展为痛风
- ◆ 1%痛风患者血尿酸始终不高
- ◆ 1/3急性发作时血尿酸不高
- ◆ 高尿酸血症既不能确诊也不能排除痛风
- ◆ 高尿酸血症—生化类型
- ◆ 痛风—临床疾病



痛风病程分期

- ◆ 无症状高尿酸血症期
- ◆ 急性发作期
- ◆ 间歇发作期
- ◆ 慢性痛风石病变期



痛风性关节炎

- ⑩ 急性关节炎是痛风**最常见的、最初**的临床表现
- ⑩ 尿酸钠沉积在关节滑膜、软骨、骨、周围软组织



痛风急性发作诱因

饮酒

创伤

药物

手术（术后3~5天）

过度疲劳

受凉

高嘌呤饮食

放疗



痛风性关节炎受累关节

跖趾关节

足背

踝

足跟

膝

腕

指

肘



痛风性关节炎临床特点

- ⑩ 急、快、**重**、单一、非对称
- ⑩ **第一跖趾关节**多见，
- ⑩ 数日可自行缓解
- ⑩ 反复发作，间期正常



痛风性关节炎临床特点

- ◆ 反复发作逐渐影响多个关节
- ◆ 大关节受累时可有关节积液
- ◆ 最终造成关节畸形



痛风间歇发作期

- ◆ 痛风发作间歇期：仅表现为血尿酸浓度增高，无明显临床症状。此期如能有效控制血尿酸浓度，可减少和预防急性痛风发作。
- ◆ 间歇期长短差异很大，随着病情的进展间歇期逐渐缩短

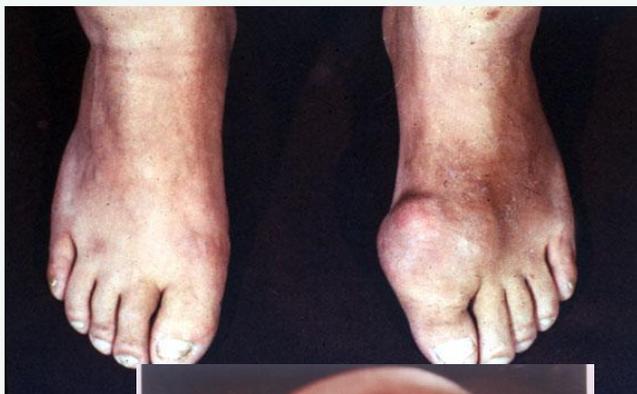


慢性痛风石病变期

- ◆ 痛风石形成：最常见关节内及其附近，如软骨、粘液囊及皮下组织处。典型部位是耳轮，也常见拇跖、指腕、膝肘等处。
- ◆ 痛风石多在起病10年后出现，是病程进入慢性的标志



痛风临床表现



465 手部痛风石。单手近端指骨的肿胀。请注意小指痛风石表面皮肤透出的黄白色——尿酸盐的颜色。



痛风性肾病

◆ 痛风性肾病:

- 慢性高尿酸血症肾病: 夜尿增多、低比重尿、血尿、蛋白尿。最终由氮质血症发展为尿毒症。
- 急性尿酸性肾病: 短期内出现血尿酸浓度迅速增高, 大量尿酸结晶沉积于肾小管、集合管、肾盂、输尿管, 造成广泛严重的尿路阻塞, 表现为少尿、无尿、急性肾功能衰竭, 尿中可见大量尿酸结晶和红细胞。
- 尿酸性肾结石: 20%以上并发尿酸性尿路结石, 患者可有肾绞痛、血尿及尿路感染症状。



实验室检查

血 - 尿酸、相关血脂、血糖

尿 - 尿酸、PH值

关节液 - 鉴别晶体、炎性

组织学检查 - 尿酸盐结晶

X线 - 骨质破坏



血尿酸

- ⑩ 成年男性血尿酸值约为3.5-7.0mg/dl
(1mg/dl=59.45 μ mol/L)，女性约为2.5-6.0mg/dl
- ⑩ 急性发作时也可正常
- ⑩ 降至正常可减少关节炎发作



X线

- ◆ 早期正常
- ◆ 软组织肿胀
- ◆ 关节软骨边缘破坏
- ◆ 骨质凿蚀样缺损



影像学

- ◆ CT
- ◆ 双源CT

B超

关节B超

肾脏B超



治疗目的

1. 迅速有效地控制痛风急性发作
2. 预防急性关节炎复发，预防痛风石的沉积，保护肾功能、预防心血管疾病及脑血管疾病的发病。
3. 纠正高尿酸血症，阻止新的MSU晶体沉积促使已沉积的晶体溶解，逆转和治愈痛风
4. 治疗其他伴发的相关疾病。



一般治疗

- ⑩ 低嘌呤饮食
- ⑩ 多饮水
- ⑩ 碱化尿液
- ⑩ 急性期休息
- ⑩ 避免外伤，受凉，劳累
- ⑩ 避免使用影响尿酸排泄的药物
- ⑩ 相关疾病的治疗



饮食

- ◆ 避免高嘌呤饮食：动物内脏（尤其是脑、肝、肾），海产品（尤其是海鱼、贝壳等软体动物）和浓肉汤含嘌呤较高；鱼虾、肉类、豆类也含有一定量的嘌呤；各种谷类、蔬菜、水果、牛奶、鸡蛋等含嘌呤最少，而且蔬菜水果等属于碱性食物，应多进食
- ◆ 严格戒饮各种酒类，尤其是啤酒
- ◆ 每日饮水应在2000ml以上，以保持尿量。



急性痛风性关节炎的治疗

- ◆ 按照痛风自然病程，分期进行药物治疗
- ◆ 没有任何一种药物同时具有抗炎症和降尿酸的作用
- ◆ 药物选择：
 - 非甾体抗炎药（NSAIDs）
 - 秋水仙碱（colchicine）
 - 糖皮质激素（glucocorticoids）



急性痛风性关节炎的治疗——秋水仙碱

- ◆ 是有效治疗急性发作的传统药物，现在建议低剂量给药（如每天2-3次，每次1片）使用。
- ◆ 尽早使用：对症状出现在24 h内的痛风急性发作效果较好，一旦发作已持续数天则疗效不佳。
- ◆ 肾功能不全者应减量使用。
- ◆ 在美国很少将秋水仙碱作为控制急性期的首选药，而更多地使用NSAID 。



急性痛风性关节炎的治疗---NSAIDs

- 各种NSAIDs均可有效缓解急性痛风症状，现已成为一线用药
- 能在24 h内明显缓解急性痛风症状
- 开始使用足量，症状缓解后减量



急性痛风性关节炎的治疗--糖皮质激素

- ◆ 治疗急性痛风有明显的疗效
- ◆ 适用于不能耐受NSAIDs、秋水仙碱或肾功能不全者。
- ◆ 单关节或少关节的急性发作，可行关节腔抽液和注射长效糖皮质激素
- ◆ 对于多关节或严重的急性发作可口服、肌注、静脉使用中小剂量的糖皮质激素，如口服泼尼松20 - 30mg/d
- ◆ 为避免停药后症状“反跳”，停药时可加用小剂量秋水仙碱或NSAIDs。



急性痛风性关节炎治疗的注意事项

- ◆ 及早、足量使用，症状缓解后减停
- ◆ 急性发作时，不开始给予降尿酸药
- ◆ 已服用降尿酸药者出现急性发作不需停药
- ◆ 急性期禁用降尿酸药：降尿酸药物不仅没有抗炎止痛作用，而且还会使血尿酸下降过快，促使关节内痛风石表面溶解，形成不溶性结晶而加重炎症反应



间歇发作期及慢性期的降尿酸治疗

- ◆ 生活方式调整
- ◆ 在开始降尿酸治疗的同时，可预防性使用小剂量秋水仙碱0.5mg，一日1~2次或NSAIDs
- ◆ 最小有效剂量，1个月--6个月



降尿酸药物应用指征

- ◆ 高尿酸血症
- ◆ 急性痛风一次以上发作
- ◆ 慢性痛风石性关节炎
- ◆ 痛风石形成
- ◆ 尿酸性肾石病，肾功能受损
- ◆ 发作时关节液中MSU微结晶

治疗目标是使血尿酸 $<6\text{mg/dl}$



降尿酸药物

降尿酸药物

抑制尿酸生成的药物—黄嘌呤氧化酶抑制剂

嘌呤类：
别嘌醇、奥昔嘌醇

非嘌呤类：非布索坦

促进尿酸排泄的药物

促尿酸肾脏排泄药：
苯溴马隆、丙磺舒、苯磺唑酮

促尿酸肠道排泄药：活性炭类的吸附剂

促进尿酸分解的药物——尿酸氧化酶



降尿酸药物

种类	适用于	安全性
促尿酸排出 苯溴马隆 丙磺舒	肾功正常或轻度受损 尿酸排泄减少者 无肾石	较好
抑制尿酸合成 别嘌醇	尿酸排泄增加者 肾功受损、泌尿系结石史 排尿酸药无效 继发性痛风	有严重事件报告
两类降尿酸药物合用	单用一类药物效果不好、血尿酸 9.0mg/dl 、痛风石大量形成者可。	



降尿酸药物使用注意事项

- ◆ 急性发作平熄至少2周
- ◆ 小剂量开始，逐渐加量
- ◆ 长期甚至终身使用
- ◆ 在开始使用降尿酸药物同时，服用低剂量秋水仙碱或NSAIDs至少1个月
- ◆ 监测不良反应
- ◆ 目标水平：维持长期稳定，血尿酸 $<360\mu\text{mol/L}$
使痛风石吸收，血尿酸 $<300\mu\text{mol/L}$





谢谢大家

