

## 《痛风大全》3，预防与治疗建议

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！

本篇内容根据中国痛风指南等资料结合大量实践经验、以及大量痛风快好群内风友总结而编写，仅供参考与交流讨论，不能对症自行下药！身体不适，请遵三甲医院医嘱！请在医生的指导下用药！

### 一、认识痛风

Meta 分析显示，中国痛风与高尿酸血症的总体患病率为 13.3%，痛风为 1.1%。呈年轻化趋势，已成为仅次于糖尿病的第二大代谢性疾病。痛风与高尿酸血症已经成为不可忽视的公共卫生问题。

因尿酸盐在血液中的饱和浓度为  $420\mu\text{mol/L}$ ，超过此值可引起尿酸盐结晶析出，在关节腔和其他组织中沉积，痛风是体内嘌呤代谢紊乱引起的尿酸盐晶体在关节腔、软组织、软骨和肾脏的沉积而诱发的组织炎症反应。环境和遗传因素在痛风的发生、发展过程中起着重要作用。

临床上尿酸排泄减少类型 90%，生成过多类型 10%，混合型 5-10%。血尿酸 700 以上比较可能是生成过多类型（嘌呤氧化酶活性强），700 以下比较可能是排泄减少（肾小管对尿酸重回收亢进），做 24 小时尿酸可以确定。但 24 小时尿酸检查很少做了，因为不管什么类型

都可以用非布司他。90%为原发性痛风，10%继发性痛风。雌性激素会促进尿酸排泄，男女比例为 20/1。目前该病发病机制尚不明确，且无法治愈。



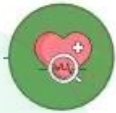
一级亲属中患有高尿酸血症或痛风的患者



久坐、高嘌呤、高脂饮食等不良生活方式者



存在肥胖、代谢异常性疾病（如糖代谢异常、血脂紊乱、非酒精性脂肪肝等）



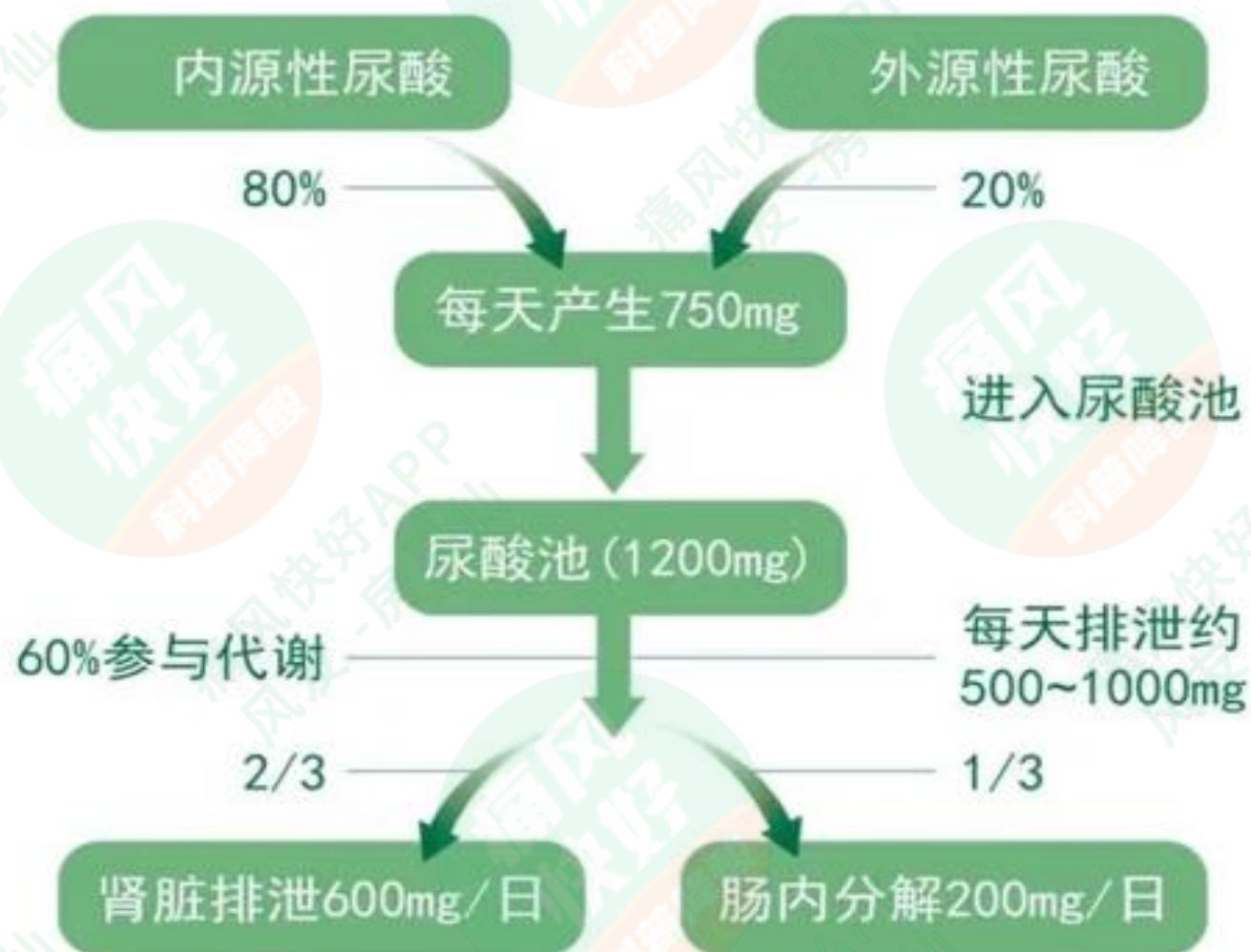
心脑血管疾病（如高血压、冠心病、心力衰竭、卒中等）



慢性肾脏病的患者



生活在高海拔、寒冷地区的人，从事铅等相关职业的工人，易焦虑、失眠的人群



## 尿酸的来源与排泄

### 1, 女性标准

根据《2019 中国高尿酸血症与痛风诊疗指南》，成人不分男女尿酸高于 420 为高尿酸血症。β

### 2, 痛风做什么检查？

查阅《痛风大全之体检篇》

### 3, 痛风怎么确诊？



痛风诊断广泛认可的是美国风湿病学会 1977 年痛风分类标准及 2015 年美国风湿病学会和欧洲抗风湿病联盟共同制定的痛风分类标准（表 1）。2018 年欧洲抗风湿病联盟推荐三步诊断痛风：第一步，寻找关节滑液或痛风石抽吸物中的 MSU 晶体。如果第一步不可行，第二步通过临床诊断[建立在存在高尿酸血症和痛风相关临床特征的基础上，满足下列特征时考虑临床诊断（高度怀疑但非特异性表现）：足部（特别是第一跖趾关节）或踝关节单关节受累，之前类似的急性关节炎发作史，快速开始的剧烈疼痛和肿胀（24 h 内达峰），皮肤发红，男性并存在相关的心血管疾病和高尿酸血症]。第三步，当痛风的临床诊断不确定且不能证实晶体时，建议寻找 MSU 晶体沉积的影像学证据，特别是超声或双能 CT，另外秋水仙碱是治疗痛风的特效药，吃了有缓解可以帮助诊断。秋水仙碱对焦磷酸钙关节炎也有效果，但老年人多见。

表1 1977年美国风湿病学会痛风分类标准

- 1.关节液中有特异性尿酸盐结晶
- 2.化学方法或偏振光显微镜证实痛风石中含尿酸盐结晶
- 3.符合下述标准中的6条或6条以上
  - (1)急性关节炎发作>1次
  - (2)炎症反应在1 d内达高峰
  - (3)单关节炎发作
  - (4)可见关节发红
  - (5)第一跖趾关节疼痛或肿胀
  - (6)单侧第一跖趾关节受累
  - (7)单侧跗骨关节受累
  - (8)可疑痛风石
  - (9)高尿酸血症
  - (10)不对称关节内肿胀 (X线片证实)
  - (11)无骨侵蚀的骨皮质下囊肿 (X线片证实)
  - (12)关节炎发作时关节液微生物培养阴性

注：满足上述1、2或3中任何一个条件即可诊断痛风

## 4，痛风发作时候尿酸比较低？

国内外多个研究结果发现，痛风发作期 36%-67%患者血尿酸水平处于正常范围或低平常低，

痛风在急性发作时，炎症因子会促进下丘脑-垂体-肾上腺轴分泌，促肾上腺皮质激素释放，这种激素会增加尿酸的排泄，所以发作期过两周左右复查尿酸相对准确。

## 5，痛风怎么鉴别，避免误诊？

痛风不难鉴别，常需要鉴别的疾病如下：

### 蜂窝织炎

蜂窝织炎是指皮肤和皮下疏松结缔组织的弥漫性感染。急性蜂窝织炎病变局部红、肿、热、痛，并向周围迅速扩大。最常见于肢体远端，

当关节附近受累时需与痛风性关节炎相鉴别。局部皮下软组织肿胀明显，但关节肿胀疼痛不明显，关节常无压痛。化验可见白细胞计数升高而血尿酸正常，受累部位抽取脓液进行细菌培养，阳性结果有助于诊断。抗生素治疗有效，单纯常规消炎止痛效果不佳。

## 丹毒

丹毒是乙型溶血性链球菌感染皮肤和皮下组织内淋巴管而引起的急性炎症，可发生在小腿、踝关节、跖趾关节等部位，故需与痛风性关节炎相鉴别。丹毒常表现为局部软组织肿胀，沿淋巴管走行，而关节疼痛常不明显。化验可见白细胞计数升高而血尿酸正常，伤口及破损处的拭子革兰氏染色和细菌培养有助于明确诊断，一般需要抗生素治疗。

## 化脓性关节炎

化脓性关节炎为关节内化脓性感染，单关节受累多见，以髌、膝关节多发，常需与痛风性关节炎相鉴别。化脓性关节炎常起病较急，常有寒战、高热等全身感染中毒症状。累及关节常局部红肿热痛明显，关节活动受限明显。关节液常为脓性，显微镜下无尿酸盐结晶，可见大量脓细胞，涂片做革兰染色常见革兰阳性球菌。关节液培养可见致病菌，以金黄色葡萄球菌常见。

需要注意的是，痛风性关节炎可与化脓性关节炎同时存在，故对于怀疑



痛风性关节炎合并化脓性关节炎的患者，除检测关节腔积液尿酸盐晶体外，还需完善关节液革兰染色及细菌培养等病原学检查。

## 风湿热

风湿热是一种由咽喉部感染 A 组乙型溶血性链球菌后反复发作的急性或慢性全身结缔组织炎症。风湿热累及关节时需与痛风性关节炎相鉴别。风湿热起病急骤，常表现为游走性、多发性关节炎，以膝、踝、腕、肘、肩等大关节受累为主，局部关节可有红、肿、热、痛，但不遗留关节畸形。关节肿痛常反复发作，可在气候变冷或阴雨天时出现或加重。风湿热常伴有发热、皮疹、皮下结节、心肌炎等表现，咽拭子培养链球菌阳性，抗链球菌溶血素“O”（ASO）阳性，抗链球菌治疗有效等可辅助鉴别。

## 结核性风湿症

结核性风湿症，又称 Poncet 综合征，是由结核杆菌毒素引起的细胞介导的过敏性免疫反应。临床上多表现为发热、游走性多关节炎、结节性红斑等，常有原发结核病灶，关节症状常反复发作，但不出现关节变形和肌肉萎缩，可出现血沉（ESR）增快、类风湿因子阴性、结核菌素试验阳性，抗结核治疗有效。

## 创伤性关节炎

创伤性关节炎是由创伤引起的关节软骨病变，以关节疼痛、功能活动

障碍为主要表现。当痛风性关节炎急性发作有劳累或扭伤等诱因时，常与创伤性关节炎相混淆。创伤性关节炎常有明确外伤史，常伴关节功能障碍，关节疼痛，活动时加剧，休息后好转。化验血尿酸不高，关节液无尿酸盐结晶。

## 反应性关节炎

反应性关节炎是一种发生于某些特定部位（如肠道和泌尿生殖道）感染之后出现的关节炎，常表现为非对称性下肢大关节炎，故需与痛风性关节炎相鉴别。反应性关节炎常出现在尿道或肠道感染后 1~6 周，急性发病，多为单关节炎或少关节炎，主要累及膝、踝等下肢大关节。受累关节可表现为肿胀疼痛、局部皮温高，常伴有肌腱端炎、眼炎，急性期常有 ESR、超敏 C 反应蛋白（CRP）升高，人类白细胞抗原 B27（HLA-B27）可呈阳性，类风湿因子和抗核抗体阴性，放射学检查有助于协助诊断。

## 强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性免疫炎性疾病，主要侵犯骶髂关节、脊柱骨突、脊柱旁软组织及外周关节。本病多见于青壮年男性，外周关节受累以非对称性的下肢大关节炎为主，需与痛风性关节炎相鉴别。强直性脊柱炎与肥胖无相关，发病隐匿，临床表现为腰背部或骶髂部疼痛和晨僵，常有半夜痛醒，翻身困难，活动后减轻。可有阳性家族史，



人类白细胞抗原 HLA-B27 阳性 ,血清类风湿因子阴性 ,血尿酸正常 ,影像学 X 线或 MRI 可见骶髂关节病变 ,可辅助鉴别。

## 类风湿关节炎

类风湿关节炎是一种以侵蚀性关节炎为主要临床表现的自身免疫病 ,临床症状为对称性、持续性关节肿胀疼痛 ,伴晨僵时间大于 1h ,以手部和足趾小关节受累最多见。实验室检查可有 ESR、CRP 及类风湿因子增高 ,常有抗环瓜氨酸肽抗体、抗角蛋白抗体阳性 ,双手双足 X 线早期表现为关节周围软组织肿胀。常见于中老年女性 ,男性患者症状可不典型。反复发作或者慢性痛风性关节炎急性发作的患者需与类风湿关节炎鉴别。

## 假性痛风

假性痛风是焦磷酸钙结晶沉积于关节软骨所致的疾病 ,急性期以急性自限性滑膜炎为特征 ,秋水仙碱治疗有效。多见于老年人 ,常急性起病。常见于大关节 ,偶尔累及指、趾小关节 ,常为单个关节急性发作 ,手术和外伤可诱发 ,但很少像痛风性关节炎那样侵犯第一跖趾。查血尿酸不高 ,主要鉴别方法依靠关节滑液检测 ,可发现焦磷酸钙结晶而非尿酸盐结晶。

## 骨关节炎

骨关节炎是以关节软骨的变性、破坏及骨质增生为特征的慢性关节病 ,

本病老年患者多发，主要累及负重关节，如膝、髋关节。本病急性加重时可出现关节疼痛、肿胀，但一般不明显。活动受限，伴有晨僵，但时间一般不超过半小时。查 ESR 多正常或偏高，类风湿因子阴性，化验血尿酸可正常，影像学检查有助于诊断且与痛风相鉴别。但临床上痛风性关节炎和骨关节炎可合并发生。

多数痛风患者易鉴别，但部分患者临床表现不典型者，应严格认真鉴别，排除相似疾病，避免误诊误治。来源《医学界风湿与肾病频道陈新鹏》

## 6，哪些因素会引发痛风急性发作？

- 1、尿酸突然升高：暴饮暴食，尤其是食入动物内脏、带壳类海鲜、火锅等高嘌呤食物，同时大量饮酒；
- 2、尿酸突然降低：最常见就是初次大量使用降尿酸药；
- 3、关节着凉：关节着凉，尿酸在低温下更容易形成结晶；
- 4、关节外伤：尿酸容易在受伤的关节沉积；
- 5、剧烈运动后肌溶解。

其中，饮酒后着凉是生活中最常见诱因。

## 7，为什么有外伤容易发作

关节局部损伤，可能导致关节液中白细胞数升高，血尿酸可通过刺激白细胞产生炎症因子而诱发痛风发作。比如跖趾关节、踝关节承受压

力大，容易损伤，此外足部血液循环较差，皮温较低，关节液 pH 低，尿酸容易在足部关节形成结晶，导致痛风发作。

## 8，痛风发作怎么处理？

查阅《痛风大全》2，发作与溶晶痛篇

## 9，痛风有什么危害？

尿酸结晶因为血脑屏障无法进入大脑之外，在身体几乎任何地方结晶沉积，除了可引发痛风关节炎（也就是痛风发作），痛风石，还可在肾脏沉积引发急性肾病、慢性间质性肾炎或肾结石，称之为尿酸性肾病。许多证据表明，尿酸症和痛风是慢性肾病，高血压，脑血管疾病及糖尿病等疾病的独立危险因素，是过早死亡的独立预测因子，尿酸血症和痛风是多系统受累的全身性疾病。未经治疗的痛风患者，17%-25%死于尿毒症。证据显示，血尿酸每增加  $60\mu\text{mol/L}$ ，高血压发病相对危险增加 1.4 倍。

血尿酸水平每升高  $60\mu\text{mol/L}$ ，新发糖尿病的风险增加 17%。

降尿酸治疗可降低高尿酸血症人群糖尿病的发病率，并能降低肾脏、心血管等并发症的发生率。

## 10，痛风有几个阶段

高尿酸从来没痛过属于高尿酸血症，发作过属于痛风患者间歇期。

1，高尿酸血症期，也称“痛风前期”，仅仅表现为血尿酸的升高，而无



痛风性关节炎的临床状。

## 2，痛风早期

由高尿酸血症发展而来，典型的症状是急性痛风性关节炎的发作，如关节红、肿、热、痛和活动障碍，待发作消失后，关节可完全恢复正常，且无功能障碍。但是，这会反复发作。在这个阶段一般不会有痛风石的形成，亦无明显的肾脏病变。肾功能也是正常的。

## 3，痛风中期

由于反复发作，造成关节出现不同程度的骨质破坏及功能障碍，形成慢性痛风性关节炎。痛风石、肾结石和肾脏病变都有可能出现，而且肾功能可有轻度减退。

## 4，痛风晚期

明显的关节畸形和功能障碍。皮下痛风石增多、体积增大，甚至出现破溃。肾脏损害进一步加重，肾功能明显减退，可出现氮质血症和尿毒症。

需要说明的是，这是典型的痛风，如不进行治疗或治疗不当有此 4 个发展阶段

痛风治疗过程，早控制尿酸达标定期其体检不会进一步发展。

也可以粗略分为六个阶梯

从高尿酸发展到痛风共分 6 个阶段：

第一阶梯：尿酸 420-480（不痛）

第二阶梯：尿酸 480-540（不痛）

第三个阶梯：尿酸 540 以上

第四个阶梯：痛风初期，以小关节痛为特征

第五阶梯：痛风中期，以痛到大关节开始计算，例如踝关节、膝关节、手腕、手肘、肩膀等，也可伴随个别痛风有，肾功能不全 1-2 期

第六阶段：痛风晚期，大量失控的痛风石、痛风石溃烂，肾功能不全 3-5 期，尿毒症。

## 如何预防高尿酸血症

饮食有节，起居有常，控制体重，做好体检。

## 二，治疗痛风建议

**（文章不能代替医生诊断和治疗，身体不适请到三甲医院面诊，请遵医嘱）**

急性期（发作期）镇痛，间歇期控制尿酸并定期体检

### （一）非药物治疗

痛风非药物治疗的总体原则是生活方式的管理，首先是饮食控制、减

少饮酒、运动、肥胖者减轻体重等；其次是控制痛风相关伴发病及危险因素，如高脂血症、高血压、高血糖、肥胖和吸烟。饮食方面需限制高嘌呤的动物性食品，如动物内脏、贝壳和沙丁鱼等。除了酒类，含有高果糖浆的饮料也会导致血尿酸水平升高，应减少摄入量。**需强调的是，饮食控制不能代替降尿酸药物治疗。**

## 1. 药物治疗

根据《2019 中国高尿酸血症与痛风诊疗指南》降尿酸治疗指征：

1，痛风发作并尿酸 480 以上

2，尿酸 420-480 且合并以下情况，痛风发作次数 $\geq 2$  次/年、痛风石、慢性肾脏疾病、高血压、糖尿病、血脂异常、脑卒中、缺血性心脏病、心力衰竭和发病年龄 $<40$  岁

3，无症状高尿酸 540 以上

4，无症状高尿酸 480 以上合并症之一：高血压、脂代谢异常、糖尿病、肥胖、脑卒中、冠心病、心功能不全、肾功能损害( $\geq$ CKD2 期)

5，存在高尿酸血症，关节的“超声、双能 CT、x 线”，发现尿酸钠结晶沉积和痛风性骨侵蚀，可作为亚临床痛风的诊断依据

达到以上标准，生活干预 3 个月左右降不下来，就要长期降尿酸治疗。

降尿酸治疗的时机：

因血尿酸波动可导致痛风急性发作，大多数痛风指南均不建议在痛风



急性发作期开始时使用降尿酸药物，须在抗炎、镇痛治疗 2 周后再酌情使用。也有一些国内外痛风指南提出，在足量抗炎、镇痛药应用下，允许在痛风急性期进行降尿酸治疗，如果在稳定的降尿酸治疗过程中出现痛风急性发作，则无须停用降尿酸药物，可同时进行抗炎、镇痛治疗。如果并发了痛风性滑膜炎一直难等到缓解可以小剂量一边镇痛，一边降尿酸治疗，总之缓解后比较稳。

降尿酸治疗的目标和疗程：

痛风患者降尿酸治疗目标为血尿酸 $<360$ ，并长期维持；

有痛风石降尿酸治疗目标为血尿酸 $<300$  直至痛风石完全溶解且关节炎频繁发作症状改善，可将治疗目标改为血尿酸 $<360$  并长期维持。

因人体中正常范围的尿酸有其重要的生理功能，血尿酸过低可能增加阿尔茨海默病、帕金森病等神经退行性疾病的风险。因此建议，降尿酸治疗时血尿酸不低于 180。

降尿酸药物请查阅《降酸药篇》

## 无症状高尿酸血症的治疗

无症状高尿酸血症患者的药物治疗各国观点不一，美国 ACR2020 第一句是反对，而亚洲国家如日本、中国多持积极态度。多项观察性研

究结果显示，高尿酸血症与多种疾病的发生、发展相关。2019 年，Kojima 等的多中心前瞻性随机对照研究(FREED)显示，对无症状高尿酸血症患者进行非布司他干预能够显著降低心脑血管不良事件的发生率，并延缓肾功能不全的进展。无症状高尿酸血症降尿酸过程中也可能会痛风发作。

## 预后

本病预后相对良好，如果及早诊断并进行规范治疗，大多数患者可正常工作生活。慢性期病变有一定的可逆性，长期规范达标治疗可使痛风石缩小或消失，关节症状和功能改善，相关肾病也可减轻。伴发高血压、糖尿病、其他肾病及心血管疾病者预后欠佳。

## 身体结晶什么时候能溶解完？

要将体内的尿酸结晶溶解完，有一个大概时间计算公式。痛风要降到 360 以下，有痛风石 300 以下。推荐预留 10-30 左右给身体波动保证 360 以下，即是 330-350 以下，按痛龄的三分之一时间来计算，不够半年的，最少花半年。

例如痛风九年的，最少花三年，痛一年的或几个月或第一次刚痛的，最少花半年，并多巩固几个月。

溶解完还要用剧烈运动来测试关节，吃一些高嘌呤也没有任何不适，这属于老百姓总结经验，没有正式资料。

所以尿酸治疗一定要“不急、不躁，持之以恒。

这个时间只是大概，不严谨因为有些风友之前高尿酸析出结晶了不知道，即便是溶解完也要终身保持 360 以下最好。只是溶解完之后能卡刚好 360-380 以下，不超过 380，尿酸超过 381 就有可能痛风，也可以理解为终身不超过 420 预留出来给身体波动不超过 380，中外指南痛风患者保持长期 360 以下，节选《实用痛风病学 39 页》。

辅助检查有关节超声、双源 CT，但不可能花大几千块扫全身双源 CT 来确定，小的结晶也看不到。

### **停药过早会怎么样？**

这个比较常见，有些风友降尿酸意志不坚，吃几个月不痛了就擅自停药了，停了尿酸超过 420 又会重新析出结晶，复发和并发症，所以降尿酸需要长期坚持。

### **尿酸不达标会怎么样？**

没意义，假如频繁发作尿酸不达标，不能使结晶溶解，超过 420 还会产生结晶和复发，这个风友之间很常见，主要想法是怕加量以后减不了量，然而事实相反，需要尿酸达标不断排出晶体才能减量。



## 什么时候能停药？

当身体结晶溶解完，小剂量降酸药能维持，例如 10mg 非布司他每天单次能控制尿酸 240 可

以停药观察，要是超过 420 还要继续吃，大部分需要终身服药。

## 痛风合并痛风石原因和怎么治疗？

在未经治疗的病人，首发症状后 20 年 70% 患者出现痛风石-《实用内科学》节选。

30% 未规律治疗的痛风患者在 5 年内可形成痛风石-《实用痛风病学》节选。

笔者观察少数无症状高尿酸血症也会有痛风石，消肿止痛不及时第一次发作就长出痛风石也很常见。

每一次痛风的发作，都伴随着尿酸钠结晶在滑膜上的析出。结晶析出后，各种免疫细胞发现异己，积极响应。以中性粒细胞为首的吞噬细胞在吞噬了这些异物后，却没法将其降解。于是尿酸盐结晶和一层一层的吞噬细胞尸体以及增生的纤维蛋白就留存在关节附近的皮层下，这就叫做肉芽肿性炎症。每次痛风发作都会重复上述过程，时间长了，这些反复受到攻击的关节处就形成了肉眼可见的痛风石。如果痛风石不是很大，也不影响正常的关节活动，一般不建议手术取石，主要是因为取石手术的创伤面愈合难度较大易发感染。如果不得不做取石手

术，也建议先把尿酸控制在 300 以下，维持 3 个月以上再进行手术，且手术后依然需要保持 300 以下的尿酸水平，防止生成新的痛风石。对于已经长出来明显能看到的痛风石，基本上都是保护好周围的皮肤不破损即可，剩下的就是常规的降尿酸治疗，尿酸水平控制 300 毫摩尔以下，痛风石一般会在 3-36 个月逐渐消减。痛风石在降尿酸后变大也很常见，要有心理准备，大部分降尿酸 270 以下可以溶解。纤维增生严重或陈旧痛风石难以溶解。假如尿酸保持 270 以下一年丝毫没有变小建议做一下双源 CT 鉴别是不是滑膜增生，痛风导致的滑膜增生一般不需要治疗。

下图是降尿酸 270 以下一年溶解痛风石案例；





手术前三个月没将尿酸降到 300 以下 ,往往造成患者的伤口不容易愈合。提前三个月将尿酸降到 300 以下再做手术 ,目的是溶通毛细血管 ,让细胞获得营养能生长愈合 ,另外伤口应用脱胺嘧啶银进行伤口换药 ( 类似烧伤伤口换药 ) ,有利于伤口愈合。

下图是伤口无法愈合案例





### 三，常见误区和问答

#### 1，吃降酸药药就万事大吉了，不用体检

##### 错误

吃药需要定期体检，有异常及时干预或停药，不然肝纤维化了都不知道，吃药后体检项目和一般会导致哪些化验指标异常、处理方式在《体检篇》和《报告解读篇》。

#### 2，痛风痛的时候就止痛，平时不痛不管他

##### 错误

止痛不降酸，病情在发展。痛风的发作主要与尿酸水平有关，想要痛风不复发，必须使尿酸长久地降下来。痛了就吃药，不痛就不吃，反而更容易导致痛风发作。且如果长此以往，只会让痛风发作得越来越频繁，疼痛次数越来越多，甚至会导致关节畸形、骨侵蚀、肾功能损害、危及生命。

#### 3，吃降酸药尿酸降下来就可以停了，不用长期吃药

##### 错误

痛风不能根治，只能控制。三大降酸药药效只有 24 小时，停了之后会恢复原来尿酸。

#### 4，秋水仙碱副作用大，已淘汰

## 错误

秋水仙碱应用痛风发作已经有两千年历史，地位无法撼动，目前还是中外指南用于痛风发作和预防溶晶痛一线用药。这是因为传统吃法一小时 2 粒吃到腹泻这种吃法副作用太大，笔者和大部分风友都被坑过，按照指南新的吃法首剂两粒 0.5 毫克，一小时后追加 0.5 毫克，如有必要 12 小时后追加 0.5 毫克，一天不超过 4 粒，副作用大大降低也不易腹泻，有部分比较敏感吃一粒也腹泻的就不用秋水仙碱了用非甾体抗炎镇痛药。

## 5，痛风不能根治，一辈子都要担惊受怕？

### 错误

痛风是可以达到临床治愈的。目前痛风临床治愈的标准主要有以下四个方面：

- ①尽快终止急性关节炎发作；
- ②防止关节炎复发；
- ③纠正高尿酸血症，防止因尿酸盐沉积于肾脏、关节等所引起的并发症，防止肾脏的尿酸结晶石形成；
- ④预防和治疗糖尿病、肥胖、高血压、血脂异常等伴发性疾病。

随着溶解结晶，只要小剂量尿酸药物水平长久稳定，痛风性关节炎不再复发，没有其他并发症和伴发性疾病的产生，痛风患者就算临床治

愈。

理解风友都有打败疾病的美好愿望，但疾病的发生是一种客观事实，它的发展大多数情况下，都不以个人意志为转移。打败它可能很难，但是调整心态和它共存则很容易。强求自己完全康复，必须不吃药是不明智的，首先应该以控制疾病为首要目标。我们与疾病，当然也包括人生中的其他，对抗需要勇气，共存则需要智慧，宽容和领悟。

## 6，长期吃药伤肝肾啊，不想吃药。

降尿酸药伤肝、伤肾，也是一个流行很广的谣言。

假设：

“A 正常能活 100 岁”

“A 生病已经在伤害各项指标，能活 70 岁”

“A 某病+服药有一定的伤害的情况下，能活 80 岁”

那你认为不吃药伤害大还是服药伤害大呢？

许多患者宁可忍受一次次的痛风发作而不敢服用降尿酸药，就是担心降尿酸药伤肝、伤肾。

首先，药物通过肝脏代谢、肾脏排泄，与药物伤肝、伤肾是两个概念。

这好比走这条路与毁这条路是两回事一样。

你每天吃的肉食都要经过肝脏代谢、肾脏排泄，那肉食伤肝、伤肾吗？



以最常见而且被误会最深的二甲双胍为例，二甲双胍全部经过肾脏排泄，但是，二甲双胍不伤肾。只不过，肾功能减退后影响二甲双胍的排泄，导致二甲双胍在体内蓄积，如果遇到严重感染等情况，则可能诱发乳酸酸中毒。这下明白了吧。不是二甲双胍伤肾，而是肾损害后影响二甲双胍的排泄。

常用的降尿酸药别嘌醇、非布司他和苯溴马隆就是如此。

## 具体可参考《痛风大全》6，降酸药篇

### 1、别嘌醇

别嘌醇的代谢产物经过肾脏排泄，肾功能减退患者，别嘌醇排泄障碍，容易在体内蓄积，增加严重过敏反应的风险。

### 2、非布司他

非布司他经过肝脏代谢，代谢产物一半经过肾脏排泄，一半经过肠道排出体外。

但服用非布司他后，有转氨酶升高的现象。据报道，非布司他每天 80 mg，肝功能异常的发生率为 4.6%，与别嘌醇导致肝酶升高的比例相当。

一般来说，如果转氨酶升高没有超过基线值的 3 倍（不超过 120 U）不用停药，酌情搭配护肝片即可，如果超过 3 倍，则减量或停药或换药。

### 3、苯溴马隆

苯溴马隆通过肝脏代谢，代谢产物 94% 经过肠道排出体外，6% 经过肾脏排出体外。

三个降尿酸药都不伤肾，常规剂量使用对肝脏也是安全的。

但是，肝肾功能下降后，会影响三者的代谢或者排泄，使用剂量应严格掌握。

降酸药上市之前做过十多年临床试验，安全性，有效性都是第一位的。没错所有都有副作用和不良反应，但这是可以通过定期体检，可控的。降酸药通过肝代谢，肝脏有强大的自我修复能力，出现肝损伤停药很快恢复，但高尿酸对靶器官损伤却不可逆。相比高尿酸危害，吃药收益是远超高尿酸危害。

### 5，既然痛风是肝肾出了问题，那用中药调理肝肾不就好了吗？

要是那么容易痛风就不是世界难题了，中医的肝肾和现代医学的肾脏器不是一回事，尚无“调理肝肾”尿酸达标 360 以下案例。

### 6，有什么尿酸/血压/血糖测试仪器推荐吗？

尿酸家用测试仪推荐百捷品牌，绿色款和三合一功能都可以，这品牌比较准很多医院都在用。误差 20-30 微摩尔每升左右忽略不计，假如医院检验方法和百捷一样就数值一样，其他品牌均不推荐，误差太大见证太多了。血压仪推荐欧姆龙，血糖仪推荐罗氏。

**下图就是百捷测试仪，微信搜索《痛风快好》商城里就有。**

**他们也是百捷 2021 ,2022 年 年度最佳服务商 机器和试纸都靠谱！**



## **7，为什么每天同样计量降酸药，尿酸升高了，是不是耐药了？**

不是耐药，降酸药没有耐药性。这是非常常见的，80%都会遇到，笔者几乎每天都在答疑这样的疑问。尿酸受溶晶，饮食，代谢影响，尿酸高了随着尿酸值加减量就可以了，尿酸是波动的，过段时间会回落。人体的血液，滑液，淋巴液，这三种液体中都是可以有尿酸存在的。许多血液中的血尿酸会转移到关节滑液、淋巴液等地方，也就是说，检测时的血尿酸可能转移到其他体液里面了，导致血液中的尿酸波动原因之一。

## **8，小便有泡沫怎么办？**

高尿酸或者溶晶会有泡沫，很常见的，做尿常规排除一下尿糖，尿蛋白。

## **9，痛风是吃出来的，吃药副作用大，忌口就行了，不必用药物治疗**

内源嘌呤 80%外源嘌呤 20%，这也是清汤寡水尿酸还是高了，单纯



控制饮食难以控制尿酸达标，也不能完全预防痛风发作，该吃药吃药。

## 10，吃药有副作用，减肥就好了，不必吃药

因为肥胖而尿酸高的能降尿酸，但笔者见识风友快两万了，减肥能降高尿酸的只有三百分之一左右，但减肥对健康有好处。

## 11，喝菊苣降酸茶能降尿酸

通过茶叶来增加主动饮水量，倒是一个好办法，由于茶叶种类繁多，难以统一的去研究其对尿酸的影响。但是现有的研究认为，茶叶对尿酸即没有多少升高作用，也没有明显的降低作用。

## 12，「纯天然草药中药」的偏方止痛效果很好，可以长期用

效果好，大多是掺了激素，危害更大！

医生给你用激素，一般就用三五天，副作用都在可控范围内。但是自己道听途说搞的「偏方」，很多是黑心商贩抓住了病人「只管止住疼痛就是好药的心理」，施展骗术。

不明“中草药”中药粉，吃了止痛效果好，99.99%是掺激素药，吃多了和长出痛风石风险增加，满月脸、水牛背、骨质疏松、股骨头坏死等。详情可查阅知乎博主，凯喜博士。

## 13，痛风会遗传给自己的孩子？

研究表明，痛风属于多基因遗传性疾病，不是绝对意义上的遗传病，只是具有一定的遗传倾向，有家族史的患者只有 10%-40%，其发病

是遗传因素与环境因素共同作用的结果。即并非上代有病，下代或隔代必然发病。痛风可分为原发性和继发性，而高嘌呤饮食、肥胖、大量饮酒是现代社会中诱发痛风的主要因素。目前，已知和痛风发病相关的易感基因包括参与尿酸生成的基因，如次黄嘌呤-鸟嘌呤磷酸核糖基转移酶（HPRT），以及影响尿酸肾脏排泄的基因，如尿酸盐阴离子转运体 1 相关基因。这些基因的缺陷在一定程度上会增加高尿酸血症和痛风发病的风险，但同时又受后天环境因素的影响。因此，即使有痛风家族史或携带有痛风的易感基因，在现实生活中也不一定就会得痛风。

#### 14，痛风影响寿命吗？

痛风其他三高一样不可怕，可怕的是并发症，如果认真进行治疗，并加强自身的保健，让血尿酸一直在正常的范围之内，并避免痛风性关节炎的急性发作，不出现痛风石和肾脏损害，则完全可以带病延年，享受和正常人一样的寿限和生活。

如果痛风符合降尿酸指征不控制和定期体检可导致多个靶器官的损伤，可能影响预期寿命。下图是吃十多年降酸药控制，痛风快好交流群风友之一，随访都没问题。

08:42

4G

< 痛风快好 App 交流-... (482) 🔔 🔔 ...

我现在吃也不受影响，不暴饮暴食，每天锻炼减减肥挺好。

08:35

👍👍👍👏👏👏👏👏  
非常赞同你的观念。

我吃苯溴马隆，非布司他已经十余年，检查一切基本正常，目前每天半片非布，维持量。

水换着吃吗？

08:41

不，以前吃过一段苯溴马隆，后来换成非布。我高血压二十余年，现每天一片降压药，维持量。一切基本正常。





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，如有身体不适请到三甲医院面诊！遵医嘱。**

感谢痛风快好 APP 提供那么好的科普平台！

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！



本篇是《**痛风大全**》3，**防治与治疗建议**

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-**已更新**

《痛风大全》2，发作与溶晶痛篇-**已更新**

《痛风大全》3，防治建议篇-**已更新**

《痛风大全》4，生活干预与饮食篇

《痛风大全》5，碱化尿液与肾结石篇-**已更新**

《痛风大全》6，降酸药篇-**已更新**

《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

## 参考文献：

《2019 中国高尿酸血症与痛风诊疗指南》

《实用痛风病学》

《痛风诊疗一本通—白衣阿木》

《医学界-肾病与风湿免疫频道陈新鹏》

为方便查阅，《痛风大全》完整版发布于**痛风快好 app**、**痛风快好微信小程序（痛风专栏）**



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。