

痛风及高尿酸血症基层诊疗指南要点

高尿酸血症和痛风已成为最常见的慢性病之一，研究认为与多种慢性病的发生、发展密切相关[1, 2] 因此，其治疗是以改善生活方式为核心，控制症状、减少并发症发生、提高生命质量为目标的综合管理。

一、概述

(一) 定义

尿酸是人体内嘌呤核苷酸的分解代谢产物，嘌呤核苷酸 80% 由人体细胞代谢产生，20% 从食物中获得。嘌呤经肝脏氧化代谢变成尿酸，后者由肾脏和肠道排出。体温 37 °C 时，血清中单钠尿酸盐（MSU）的饱和溶解度为 404.5 $\mu\text{mol/L}$ （6.8 mg/dl），通常定义当血清尿酸水平 $>420 \mu\text{mol/L}$ （约 7 mg/dl）时，为高尿酸血症[3]。高尿酸血症常由嘌呤代谢紊乱和/或尿酸排泄减少所导致。

痛风是指因血尿酸过高而沉积在关节、组织中造成多种损害的一组疾病，异质性较强，严重者可并发心脑血管疾病、肾功能衰竭，最终可能危及生命。高尿酸血症是痛风发作的重要基础，痛风患者在其发病过程中必在某阶段有高尿酸血症表现，但部分患者急性发作时血尿酸水平不高。

（二）病因与分类

痛风及高尿酸血症根据病因主要分为原发、继发两大类[3] 其中，基层医生应注意识别特殊类型的痛风及高尿酸血症患者（如青少年起病、绝经前女性等），并积极寻找常见继发病因，后者包括：

1. 血液系统疾病：

如急慢性白血病、红细胞增多症、多发性骨髓瘤、溶血性贫血、淋巴瘤及多种实体肿瘤化疗时，由于细胞内核酸大量分解而致尿酸产生过多。

2. 各类肾脏疾病：

由于肾功能不全、肾小管疾病造成尿酸排泄减少而使血尿酸增高。

3. 服用某些药物：

常见为利尿剂（如氢氯噻嗪、呋塞米等）、复方降压片、吡嗪酰胺等抗结核药、抗帕金森病药物、小剂量阿司匹林（75~300 mg/d）、维生素 B12、烟草酸、细胞毒性化疗药物、免疫抑制剂（他克莫司、环孢素 A、硫唑嘌呤）等。

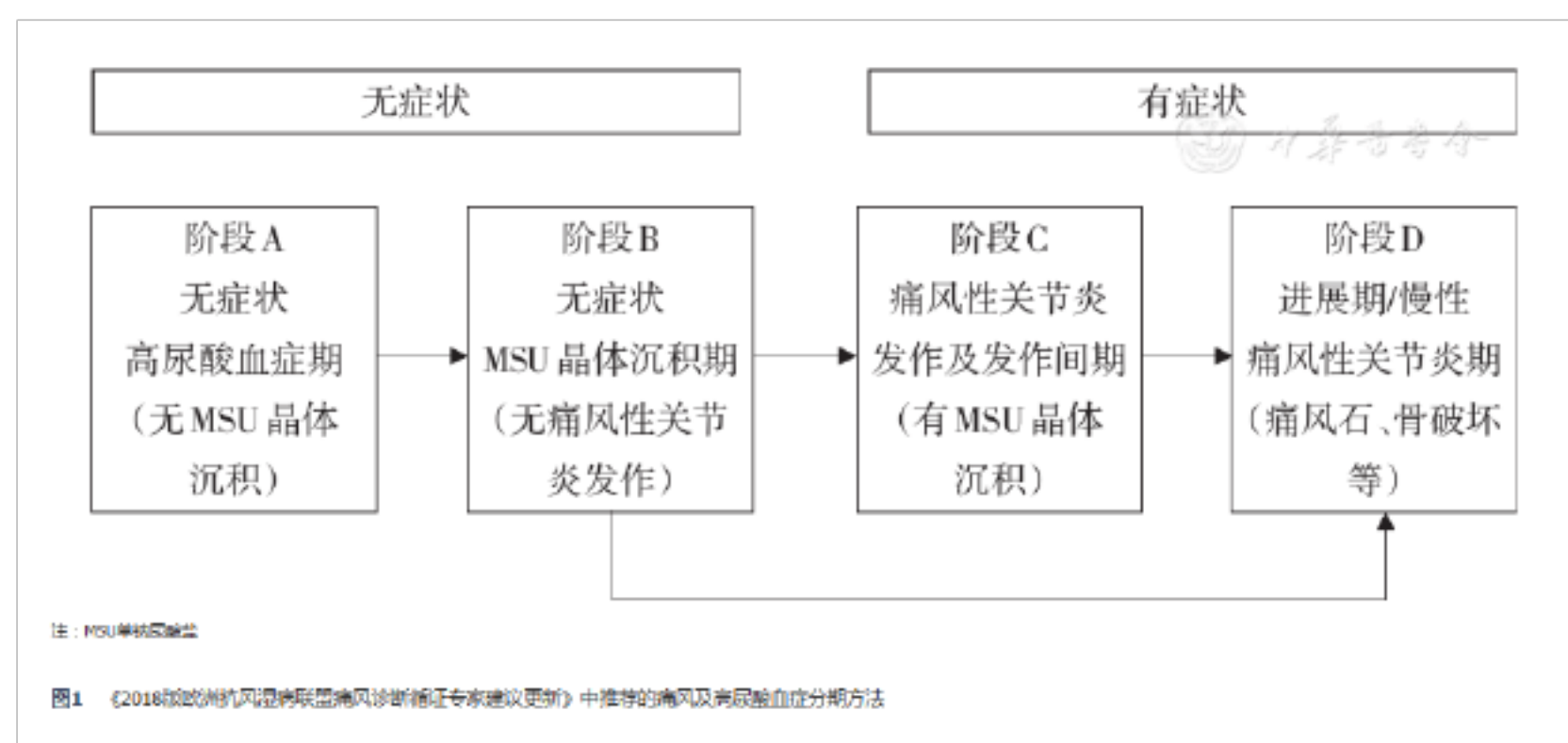
4. 有机酸产生过多，抑制尿酸排泄：

如乳酸酸中毒，糖尿病酮症酸中毒，过度运动、饥饿、摄入酒精等。

（三）病程分期

痛风及高尿酸血症的临床病程经典分期常分为以下 4 个阶段[3] ①无症状的高尿酸血症；②急性痛风性关节炎；③间歇期；④慢性痛风石及慢性痛风性关节炎。此外，长期高尿酸血症患者还可出现肾脏损害，包括慢性尿酸盐肾病、肾结石等。

《2018 版欧洲抗风湿病联盟（EULAR）痛风诊断循证专家建议更新》[1] 推荐采用新的痛风及高尿酸血症分期方法，将无症状期进一步分为无症状高尿酸血症期（无晶体沉积）和无症状 MSU 晶体沉积期（图 1）。



二、诊断、分类标准及鉴别诊断

（一）诊断及分类标准

2015年由美国风湿病学会（ACR）和EULAR制订的痛风分类标准[4]（表1），将关节穿刺液镜检发现MSU作为诊断金标准。2018年EULAR的推荐[5]再次强调了这一点，同时推荐在没有关节镜检穿刺的情况下，基层医院和非风湿科医生可以依赖分类标准进行痛风的临床诊断（临床表现评分累计 ≥ 8 分）。

表1 2015年美国风湿病学会/欧洲风湿病联盟痛风分类标准^[4]

项目	分值	权重
痛风性关节炎：影像学证据证实的急性关节炎（单侧或双侧） ^a	1	1
第一跖趾关节炎（夜间或晨起） ^b	2	2
影像学证据证实的痛风：①超声证据（双轨征或痛风石）；②X线证据（痛风石）	3	3
①超声证据：①双轨征（3A）；②痛风石（3B）；③痛风石伴尿酸沉积；符合上述①或②中任意一项均加分	3	3
②X线证据：①痛风石（3A）；②痛风石（3B）；③痛风石伴尿酸沉积；符合上述①或②中任意一项均加分	3	3
痛风石证据：①影像学证据；②临床证据；③实验室证据；④病史证据	4	4
①影像学证据：①超声证据（3A）；②X线证据（3B）；③痛风石伴尿酸沉积；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
②临床证据：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
③实验室证据：①尿酸盐结晶；②尿酸盐结晶；③尿酸盐结晶；④尿酸盐结晶；⑤尿酸盐结晶；⑥尿酸盐结晶；⑦尿酸盐结晶；⑧尿酸盐结晶；⑨尿酸盐结晶；⑩尿酸盐结晶	4	4
④病史证据：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑤尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑥尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑦尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑧尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑨尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑩尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑪尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑫尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑬尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑭尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑮尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑯尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑰尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑱尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑲尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
⑳尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉑尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉒尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉓尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉔尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉕尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉖尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉗尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉘尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉙尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉚尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉛尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉜尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉝尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉞尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㉟尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊱尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊲尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊳尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊴尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊵尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊶尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊷尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊸尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊹尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊺尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊻尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊼尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊽尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊾尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4
㊿尿酸盐结晶：①影像学证据；②实验室证据；④病史证据；符合上述①或②中任意一项均加分	4	4

注：①至少有一侧关节影像学证据；②影像学证据证实的急性关节炎（单侧或双侧）；③影像学证据证实的痛风；④影像学证据证实的痛风；⑤影像学证据证实的痛风；⑥影像学证据证实的痛风；⑦影像学证据证实的痛风；⑧影像学证据证实的痛风；⑨影像学证据证实的痛风；⑩影像学证据证实的痛风；⑪影像学证据证实的痛风；⑫影像学证据证实的痛风；⑬影像学证据证实的痛风；⑭影像学证据证实的痛风；⑮影像学证据证实的痛风；⑯影像学证据证实的痛风；⑰影像学证据证实的痛风；⑱影像学证据证实的痛风；⑲影像学证据证实的痛风；⑳影像学证据证实的痛风；㉑影像学证据证实的痛风；㉒影像学证据证实的痛风；㉓影像学证据证实的痛风；㉔影像学证据证实的痛风；㉕影像学证据证实的痛风；㉖影像学证据证实的痛风；㉗影像学证据证实的痛风；㉘影像学证据证实的痛风；㉙影像学证据证实的痛风；㉚影像学证据证实的痛风；㉛影像学证据证实的痛风；㉜影像学证据证实的痛风；㉝影像学证据证实的痛风；㉞影像学证据证实的痛风；㉟影像学证据证实的痛风；㊱影像学证据证实的痛风；㊲影像学证据证实的痛风；㊳影像学证据证实的痛风；㊴影像学证据证实的痛风；㊵影像学证据证实的痛风；㊶影像学证据证实的痛风；㊷影像学证据证实的痛风；㊸影像学证据证实的痛风；㊹影像学证据证实的痛风；㊺影像学证据证实的痛风；㊻影像学证据证实的痛风；㊼影像学证据证实的痛风；㊽影像学证据证实的痛风；㊾影像学证据证实的痛风；㊿影像学证据证实的痛风。

对于有或曾有急性关节炎，同时存在心血管疾病和高尿酸血症的男性成人患者，若具有经典“痛风足（podagra）”组征，应考虑痛风的临床诊断。传统的“痛风足”典型临床征象包括：①足或踝关节的单关节炎（尤其是第一跖趾关节）；②既往曾有类似急性关节炎发作；③关节肿痛症状出现急剧；④关节局部红斑。

由于痛风已成为炎性关节病中的最常见病因，而不少患者症状不典型、尿酸不高，建议如果考虑炎性关节病、但临床难以确诊具体病因时，应积极通过关节滑液穿刺、晶体镜检进行诊断及鉴别诊断。

（二）鉴别诊断

针对急慢性痛风性关节炎的鉴别诊断见表 2。

项目	鉴别疾病
急性痛风性关节炎	其他晶体性关节炎，如假性痛风 [焦磷酸钙晶体沉积病 (CPPD)]、假性痛风样尿酸沉积病 (BCP) 等
	感染性关节炎，如化脓性关节炎、草酸性关节炎、淋病性关节炎等
	创伤
	反应性关节炎
	结节病
	其他慢性炎症性关节炎的不典型表现，如类风湿关节炎
慢性痛风性关节炎	类风湿关节炎或其他慢性炎症性关节炎
	假性痛风
	骨关节炎
	腱鞘炎
	非炎症性病变，如结核、布氏杆菌病等

三、治疗

治疗的总体目标是促进晶体溶解和防止晶体形成、控制症状，合理的综合治疗能提高其生命质量，减少并发症的发生，改善预后[6]

改善生活方式是治疗痛风及高尿酸血症的核心，应对所有痛风及高尿酸血症患者进行宣教。对于部分早期发现的患者，可尝试单纯的生活方式干预。

（一）非药物治疗

1. 痛风相关健康常识、健康行为的宣传强调以下几点：

（1）避免发作诱因并保持生活规律、平稳：如应避免高嘌呤饮食、酒精、外伤、劳累、寒冷、应激、手术、腹泻、脱水等。

(2) 尽量避免使用升高尿酸的药物。

(3) 定期督促监测血尿酸水平。

(4) 坚持服药监督（用药依从性）/药物不良反应监测。

(5) 监控血压、血糖、血脂等危险因素，并按照慢性病管理规范严格管理。

(6) 心理支持、树立疾病治疗信心。

(7) 定期随访，保持良好的沟通。

2. 饮食结构调整：

对所有痛风及高尿酸血症患者均应进行饮食管理。

(1) 更新和树立正确的饮食观念：饮食管理不能代替药物治疗，但可能减少药物剂量。传统的低嘌呤饮食观念需要更新，不能单纯以嘌呤含量来界定食物的选择[7] 目前强调每日饮食嘌呤含量控制在 200 mg 以下。

(2) 饮食建议需明确告知患者避免、限制和鼓励的食物种类[8] 具体的

饮食建议见表 3。

饮食建议	内容
避免摄入	动物内脏 甲壳类 浓肉汤和肉汁 酒（急性发作期和慢性痛风患者）
限制摄入	红肉 鱼 含果糖和糖醇的食品 酒（无果糖甜酒和甜味酒），酒精量男性<28 g/d，女性<14 g/d（14 g纯酒精约自1个酒精单位）
鼓励摄入	低脂或脱脂奶制品（300 ml/d） 鸡蛋1个/d 新鲜浆果500 g/d 低升糖指数谷物（粗粮、豆类） 饮水>2 000 ml/d（包括茶和咖啡）

(3) 建议每日饮水量维持在 2 L 以上，应避免饮用含果糖饮料或含糖软饮料、果汁和浓汤，可以饮用水、茶或不加糖的咖啡[6]

(4) 强调饮食控制需要个体化，需从个人、家庭、社会、心理等各方面关注患者具体情况。

3. 严格控酒：

2012 年 ACR 痛风诊疗指南[9]推荐，痛风急性发作期和慢性痛风石性关节炎的患者应避免饮酒。痛风间歇期血尿酸水平达标后仍应控制酒精的摄入：男性不宜超过 2 个酒精单位/d，女性不宜超过 1 个酒精单位/d（1 个酒精单位≈14 g 纯酒精）。可按照戒酒流程图帮助有过量饮酒习惯的患者戒酒，并随访戒酒效果。

4. 体重管理：

应对所有痛风及高尿酸血症的患者评估体重情况，并指导居民合理控制体重，具体请参考《肥胖症基层诊疗指南（2019年）》[10]

5. 痛风性关节炎的运动指导：

（1）痛风性关节炎急性发作期：指导患者合理休息与关节周围肌肉等长收缩锻炼。

（2）痛风性关节炎非急性发作期：指导患者进行运动锻炼及关节功能康复训练。

（3）对于关节功能受限严重的患者，建议康复科就诊，指导关节周围肌肉训练和关节活动度训练。

（二）药物治疗

在治疗过程中，应避免滥用抗菌药物、长效糖皮质激素；规范使用降尿酸治疗药物，长期有效地控制血尿酸水平，减少痛风的反复发作；痛风急性

发作积极抗炎，降尿酸过程中必要时联合预防发作药物。

1. 基层急性痛风性关节炎的药物治疗：

(1) 总体原则：急性发作期患者可卧床休息，患肢制动，局部冷敷，并尽早（越早使用镇痛效果越好）给予药物控制炎症。对于反复发作的慢性痛风性关节炎，基层医生需要梳理除关节炎之外其他的合并症或并发症，严格掌握常规抗炎症药物的使用方法以及可能的不良反应[11]。若筛查梳理后仍不能确定，可嘱患者关节制动，局部冷敷，并尽快向上级医院转诊。2012版ACR 痛风诊疗指南[9]推荐，秋水仙碱或非甾体抗炎药（NSAIDs）是痛风急性发作的一线治疗药物，需要尽早使用，若秋水仙碱和 NSAIDs 有禁忌证可考虑选择糖皮质激素[12, 13]

(2) 常用药物：

①秋水仙碱：起始负荷剂量为 1.0 mg口服，1 h后追加 0.5 mg 12 h后按照 0.5 mg、1~2 次/d。不良反应随剂量增加而增加，胃肠道反应如恶心、腹泻常见，白细胞计数减少、肝功能异常、肾脏损害较少见。肾功能不全者须减量或延长间隔，估算的肾小球滤过率（eGFR）35~49 ml/min时最大剂量 0.5 mg/d eGFR 10~34 ml/min时最大剂量 0.5 mg 隔日 1 次，eGFR<10

ml/min 或透析患者禁用。

②NSAIDs：若无禁忌推荐早期足量使用 NSAIDs 速效制剂。使用禁忌为有活动性消化道溃疡/出血，或既往有复发性消化性溃疡/出血病史。合并心肌梗死、心功能不全者、慢性肾脏病患者尽量避免使用。主要不良反应：肝功能异常，消化性溃疡/出血，肾间质损害。

③糖皮质激素：主要用于严重急性痛风发作伴有明显全身症状，肾功能不全，秋水仙碱、NSAIDs 治疗无效或使用受限者。口服剂量泼尼松 $0.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ，连续用药 5~10 d 停药；或者 $0.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 开始，用药 2~5 d 症状好转后逐渐减量，7~10 d 内停药，尽量避免使用长效制剂如地塞米松等。使用后注意预防和治疗高血压、糖尿病、水钠潴留、感染、消化性溃疡/出血等不良反应。老年人及有以上病史者慎用。

2. 基层降尿酸药物治疗：

（1）降尿酸药物治疗的建议：

①对于符合以下临床情况的痛风患者可以开始降尿酸药物治疗（特别提示：需要注意降尿酸药物的不良反应）：

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/396225154232011002>