

急性痛风怎样选择用药?

张 霞

自贡高新区学苑街社区卫生服务中心药剂科 643000

【中图分类号】R589.7

【文献标识码】A

【文章编号】1002-3763 (2023) 02-088-01

痛风是由于嘌呤代谢紊乱, 血尿酸增高及尿酸盐结晶在关节和组织沉积而引起的一组综合征。在机体正常状态下, 嘌呤的合成与分解处于相对平衡状态, 嘌呤代谢的最终产物尿酸的生成与排除也较为恒定。由于尿酸水平升高, 过饱和状态的尿酸盐结晶析出, 沉积于关节、肾脏等组织或器官, 形成痛风结石, 引发急慢性炎症和组织损伤, 出现关节炎、软组织损伤、关节畸形及尿酸性肾结石所致的痛风性肾病和尿路结石等多系统损害。痛风在我国比较常见, 且较高发于男性。随着社会经济的发展, 人们的生活水平明显提高, 饮食结构也随之改变, 人们在日常饮食中增加了动物内脏、海鲜等高嘌呤食物的摄入量, 从而升高了痛风在我国的发病率。现阶段, 临床针对痛风尚无彻底治愈的办法, 但是及早发现, 坚持予以药物控制, 调整生活方式, 便可在较小的用药剂量下收获理想的治疗效果, 减少痛风的发作几率。

痛风正在逐渐影响人们的正常生活。当痛风急性发作时, 药物的选择非常重要。那么, 急性痛风性关节炎具体应该如何选择药物呢? 这里给大家归纳了三类:

一、秋水仙碱

对于急性痛风性关节炎患者而言, 秋水仙碱可控制尿酸盐对关节造成的炎症, 对其有选择性消炎作用, 通常用药几个小时后, 患者关节炎处红肿、疼痛的症状便会消退。秋水仙碱可以与粒细胞微管蛋白相结合, 抑制粒细胞的浸润和吞噬功能, 是急性痛风的首选药物, 适用于肝肾功能或骨髓功能正常的患者。同时对于不能够使用非甾体类抗炎药的患者, 秋水仙碱也是非常不错的选择。一般情况下, 用药 12 小时之后症状便会缓解, 48 小时之后便会解除。早在 20 世纪 60 年代就已开始使用秋水仙碱治疗痛风病例, 疗效确切。最开始的用药剂量为 0.5mg ~ 1mg, 随后每 2-3 小时再服用 0.5mg, 直至患者出现呕吐或腹泻的不良反应或患者疼痛症状缓解, 同时用药剂量 24 小时内达到了 6mg, 则停止增加用药剂量。胃肠道反应是严重中毒的前驱症状, 一旦出现应立即停药。关于秋水仙碱具体的用药剂量, 临床尚无明确的规定。但是, 结合临床实际应用效果来看, 小剂量的秋水仙碱治疗急性痛风即可收获较好的疗效, 同时安全性高。如果针对老年患者或肝肾功能有潜在损伤患者则需要减少用药剂量。临床应用秋水仙碱时需谨慎考虑静脉注射和长期口服的给药方式, 用药不当会引起骨髓抑制、肾衰竭等情况, 甚至死亡。

二、非甾体抗炎药

选择性 COX2 抑制药是非甾体抗炎药中的一类。不管是痛风还是其他的炎症性关节疾病, 细胞因子都会借助对滑膜细胞形成诱导来促进巨噬细胞 COX2 的表达, 进而增加前列腺素的分泌量, 导致机体出现炎症。通常情况下, 常规非甾体抗炎药物可有效抑制 COX1 和 COX2。近几年, 临床广泛应用的非

甾体抗炎药物大多是可选择性抑制 COX2, 避免了抑制 COX1 可能引发的严重胃肠道不良反应。此类药物有: 塞来昔布、尼美舒利等。由于其抑制血管内皮前列腺素生成, 使血管内的前列腺素和血小板中的血栓素动态平衡失调, 导致血栓素升高, 促进血栓形成, 因而存在心血管不良反应的风险。

目前, 临床可知针对急性痛风患者最有效的非甾体抗炎药物为其中的非水杨酸类药物, 其作用机制是对患者的环氧酶活性形成抑制, 从而实现抗炎的目标。大部分急性痛风患者对非水杨酸类治疗药物具有良好的耐受性, 并且这类药物临床安全性较好, 相较于秋水仙碱, 药物的预期作用更强。其中的吲哚美辛不仅能镇痛、抗炎和抑制前列腺素的合成, 还能抑制尿酸结晶的吞噬, 可作为痛风急性期的基本用药, 或在秋水仙碱疗效不好时作为替代药, 每天 150mg。双氯芬酸可抑制环氧化酶活性, 从而阻断花生四烯酸转化为前列腺素, 也可间接抑制白三烯的合成, 其作用强于吲哚美辛, 每天 100mg ~ 150mg。部分患者在使用非水杨酸类药物时可发生不良反应, 但由于用药时间较短, 不良反应在一周左右即可自行缓解。

三、糖皮质激素

临床对糖皮质激素类药物治疗急性痛风的疗效比较认可, 特别是关节腔内注射给药的方式, 其可迅速缓解症状, 但停药后易复发。在上述药物均治疗无效或无法服用时可短程使用糖皮质激素, 服用方式: 泼尼松 10mg 口服, 每天 3-4 次, 连用 3-7 天或症状缓解后逐渐减小剂量, 直到停药。同时, 也有临床医生建议, 开始先使用小剂量泼尼松 2-4 天, 例如, 每天 15mg, 随后减少至 5mg。除此之外, 泼尼松关节腔内注射的方式也可保证理想的临床治疗效果, 每个关节 5-25mg。另外, 老年患者、肝肾功能不全患者和心力衰竭患者均适用糖皮质激素类药物。由于激素类药物的治疗周期较短, 所以治疗期间不良反应较少。

除上述以外, 治疗痛风的药物还包括促尿酸排泄药和抑制尿酸生成药。促尿酸排泄药的作用机制为抑制近端肾小管对尿酸盐的重吸收, 促进尿酸排泄, 降低血尿酸浓度, 减少尿酸沉积。具体药物包括苯溴马隆、丙磺舒等, 适用于慢性期长期服用, 其在痛风急性发作期是禁用的。抑制尿酸生成的代表药物为别嘌醇, 它通过抑制黄嘌呤氧化酶来减少尿酸的形成。适用于急性痛风控制后 1-2 周的缓解期, 以控制血尿酸水平, 减少尿酸结晶所致关节骨破坏, 肾结石形成。还可适当口服碳酸氢钠每日 3g, 用于碱化尿液, 防止发生肾结石。

对于痛风患者, 药物治疗很重要, 应长期坚持治疗, 提高治疗的依从性。还应调整生活方式, 避免高嘌呤食物的摄入, 多喝水 (每日饮水 2000ml-3000ml), 戒烟限酒, 加强锻炼, 控制体重, 增加碱性食物的摄取, 多食草莓、香蕉、橙子等水果。