



# 腎友週報

安慎、中慎、惠慎  
竹東、安新、怡仁

第 329 期  
109 / 06 / 10

## 醫療新知

## 高尿酸血症與痛風

### 前言

- 現代人飲食過於豐盛，高尿酸血症與痛風患者越來越多，在台灣的盛行率高出歐美國家許多，在亞洲國家更是名列前茅。除了造成關節炎和痛風石，也和許多共病如心血管疾病、糖尿病、肥胖、代謝症候群、腎臟病相輔相成，大大危害健康與存活，應小心預防及治療。

### 定義

- 高尿酸血症為血液尿酸濃度超過 7mg/dL，痛風則是因尿酸沉積，引發關節炎，常見表現為單一足部關節紅、腫、熱、痛、活動受限。
- 典型的痛風診斷需抽取關節液化驗，發現內含尿酸結晶。若無法取得關節液，亦可依臨床表現、血液尿酸濃度、痛風石的發生與否建立診斷。

## 成因

- 尿酸由肝臟代謝產生，大部分須經腎臟由尿液排除。因此產量增加(如攝取高普林食物使尿酸上升)或排泄減少(如腎臟功能異常)都會造成高尿酸血症。
- 並非高尿酸者都會有痛風(關節炎)，事實上進一步發展為痛風的患者只佔少數。男性、年老、種族是重要的先天性取決因素，其他後天因素如飲食和前述相關共病，也左右患者發生痛風與否，其中肥胖與飲酒最為顯著。

## 併發症

- 痛風算是文明病，除了造成關節發炎變形或腎臟結石，研究統計也發現和許多重要慢性病(如心血管疾病、糖尿病、代謝症候群、腎臟病)相關，兩者之間互相促進，並存之下會減少病人存活，不可輕忽。

## 痛風和腎臟病的關係

- 尿酸可直接和間接(如結石堵塞尿路)造成腎臟損傷，腎功能不佳意味著尿酸排除不佳，產生惡性循環。

## 治療和預防

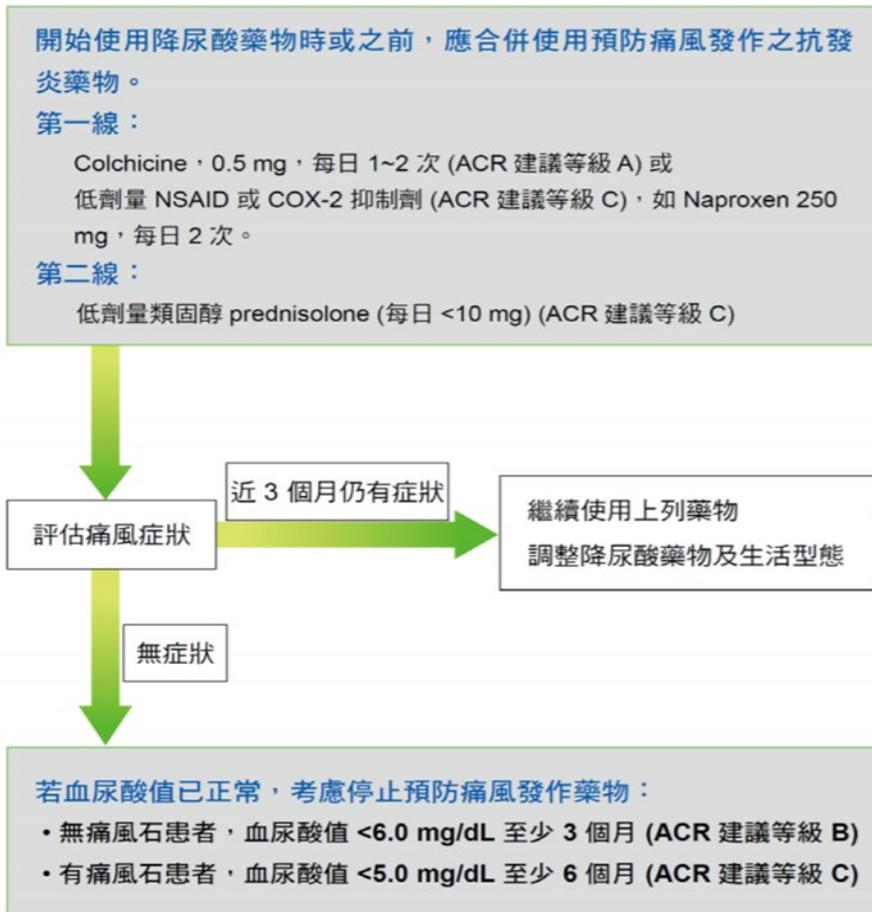
- 高尿酸血症一般而言不需藥物治療，注意飲食及水分攝取大多可使尿酸恢復正常。但數值較高者(具相關共病者 $>9\text{mg/dL}$ ;不具相關共病者 $>10\text{mg/dL}$ )則應考慮使用降尿酸藥物。

- 痛風者應將尿酸控制 $<6\text{mg/dL}$ ，可以降低關節炎發作機會，若有痛風石、腎結石，須更嚴格控制到 $<5\text{mg/dL}$ 以增加石頭消解。
- 降尿酸藥物為長期基本用藥，分降低尿酸產生和增加尿酸排除兩類，大多藥物皆須依患者腎功能調整劑量，第一類藥物中的 allopurinol 可能引起嚴重過敏，造成大量水泡與皮膚潰爛，和 HLA-B\*5801 基因有關，可自費篩檢減低藥害風險；腎功能較差或具結石者不可使用第二類藥物。
- 痛風發作時首選藥物為非類固醇抗發炎藥(NSAID)，可合併秋水仙素(colchicine)使用，若不適用前述藥物者(如腎功能不佳、腸胃出血、因腸胃不適對秋水仙素耐受不佳)，可改用短期類固醇(corticosteroid)。
- 預防高尿酸血症與痛風，除了定期追蹤病管控自身慢性病如三高、肥胖，養成健康飲食習慣最為重要(如適當攝取水分、避免酒精/海鮮/內臟等高普林食物)。預防痛風發作的首選藥物為秋水仙素，因尿酸浮動時也容易發作，使用降尿酸藥物的前期也常合併秋水仙素治療。



\* 共病症可包含慢性腎臟病、高血壓、缺血性心臟病、糖尿病、代謝症候群等。

† 若經生活型態調整一段時間尿酸仍未降至治療目標，仍可和醫師討論，以決定是否接受降尿酸治療



ACR 建議等級 A = 有超過一項隨機臨床試驗或統合分析所支持；  
ACR 建議等級 B = 有一項隨機臨床試驗或非隨機研究支持；  
ACR 建議等級 C = 由專家共識、個案研究或目前的標準治療方式所支持。

ACR, American College of Rheumatology; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; COX, cyclooxygenase.

## 結語

- 高尿酸血症與痛風患者面臨多種共病，也是腎臟病的高風險族群，及早發現及早介入，可以保護腎臟，增加存活。腎功能不佳患者的治療方針無甚不同，惟須注意藥物選擇及劑量調整。
- 圖片來源

2016 年台灣高尿酸血症與痛風治療指引

資料來源：安慎診所洗腎室

安新診所洗腎室 劉晉榮醫師提供