

## 臺南分院

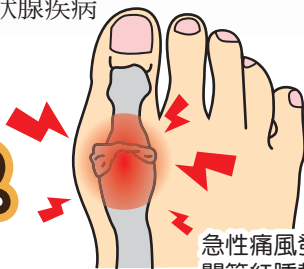
● **學經歷** ● 國防醫學院醫學系  
成功大學管理學院高階管理學碩士  
高雄榮總臺南分院新陳代謝科主治醫師  
高雄榮總內科部新陳代謝科主治醫師  
高雄榮總內科部新陳代謝科總醫師  
教育部審定助理教授

● **專長** ● 糖尿病及相關併發症 | 肥胖症 | 高血脂症 | 痛風  
骨質疏鬆症 | 甲狀腺及副甲狀腺疾病

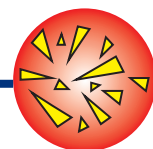


主治醫師 郝立智

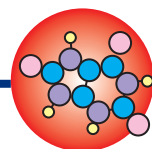
# 痛風之 治療簡介



急性痛風發作  
關節紅腫熱痛



形成尿酸結晶  
堆積於關節



體內尿酸過多

一位 62 歲男性，因為左腳疼痛來就診，患者的腳部紅腫，無法承受重物，他過去有類似的發作，曾涉及右腳大腳趾和右手肘，服用止痛藥後症狀得到緩解。他同時有高血壓、第二型糖尿病和中度慢性腎病變，體檢發現左側第一蹠趾關節溫熱發紅，極其觸痛，他的兩個肘部都有結節，應如何評估和治療此患者呢？

痛風，是尿酸結晶沈積在關節、滑囊液、軟組織或其它組織的疾病，臨床表現包括反覆急性痛風、慢性痛風關節炎、腎結石或腎病變等，患者會有高尿酸血症，但有高尿酸血症的病人不一定有痛風發作。臨床上將尿酸濃度大於 7.0mg/dl 定義為高尿酸血症，85-90% 的病人是因尿酸排除能力下降所造成，體內水份過少是常見原因，長期使用利尿劑者是危險族群；另 10~15% 是因體內尿酸過多造成，可能與嘌呤合成異常、腺苷三磷酸代謝異常或細胞凋亡速度變快有關。原發性高尿酸血症與性別、年齡或遺傳基因有關，而次發性高尿酸血症則與服用的藥品、疾病或毒素有關，痛風盛行率，男性及女性分別為 8.4% 及 3.0%。

痛風病程主要分為四期：無症狀高尿酸血症、急性痛風關節炎、不發作間歇期及慢性痛風石關節炎，降尿酸藥物依作用機轉分為三類：

(1) 抑制尿酸合成藥物，如 allopurinol 及

febuxostat。

- (2) 增加尿酸排除藥物，如 benzbromarone、sulfipyrazone 及 probenecid。
- (3) 尿酸分解，如 pegloticase。

此 62 歲患者有痛風的特徵，可經由抽吸第一蹠趾關節或疑似痛風石，在偏光顯微鏡下顯示單鈉尿酸鹽晶體來確診，仔細詢問病史對於照護其它病症和藥物治療很重要。為減輕突發症狀，使用低劑量秋水仙素（每天  $\leq 1.8\text{mg}$ ，總共 7 至 10 天）或關節內注射糖皮質激素；由於合併症的關係，應避免使用非類固醇抗炎藥 (NSAIDs) 和全身性糖皮質激素。

根據復發性耀斑 (flare) 和痛風石的跡象，應在使用抗發炎藥治療發作期間或症狀消失後同時使用低劑量 allopurinol；在開始降尿酸治療和調整劑量期間，應使用抗發炎預防藥物（例如，每天 0.5 至 0.6mg 劑量的秋水仙素）。Allopurinol 的劑量應根據定期檢測血清尿酸值調整（例如，每 3 至 6 週一次），避免治療惰性，並維持在 4.0 到 6.0 mg/dL 之間。在達到血清尿酸目標並且至少 1 個月內沒有發作後，應停止使用抗發炎預防。應對患者進行生活方式和飲食介入的教育，重點在關注易引起痛風發作的因素以及降尿酸治療。良好的服藥配合度也是重點之一，藥物及飲食習慣調整可有效降低痛風所帶來的身體不適及病人生活品質的提升。