

# 一例痛风合并高血压患者的病例分析

史永娟

(云南省临沧市第二人民医院)

痛风是一种单钠尿酸盐(MSU)沉积所致的晶体相关性关节病,与嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少所致的高尿酸血症直接相关,属代谢性风湿病范畴。痛风可并发肾脏病变,严重者可出现关节破坏、肾功能损害,常伴发高脂血症、高血压病、糖尿病、动脉硬化及冠心病等<sup>[1]</sup>。其中 30%以上痛风患者伴有高血压<sup>[2]</sup>。据相关研究显示,高血压和痛风之间的关联是双向的<sup>[3]</sup>。

## 1、病史资料

患者男性,39岁,身高161cm,体重61kg,BMI23.53kg/m<sup>2</sup>。患者4年前因痛风性关节炎住院治疗,发现血压升高,最高血压220/140mmHg,未口服药物降压治疗,关节疼痛缓解后血压自行下降,自测血压波动在140/90mmHg左右;血压升高时可伴头痛、头昏,以双侧颞部疼痛为主,10天前患者再次因痛风性关节炎住院治疗,给予降压药苯磺酸氨氯地平5mg,1次/天。出院后因服药后腹部不适改为口服厄贝沙坦片150mg,2次/天降压治疗,自测血压控制在140/90mmHg左右。现为求进一步诊治至昆明医科大学第一附属医院就诊,门诊以高血压查因收入院。2月前先后患胃穿孔、胃出血,行手术治疗。父亲有高血压,姐姐、弟弟均发现血压高。查体:T:36.6℃,P:84次/分,R:20次/分,左上肢血压:140/110mmHg,右上肢血压150/104mmHg,左下肢血压:160/110mmHg,右下肢血压:160/110mmHg。入院诊断:1、高血压查因;2、痛风性关节炎缓解期;3、胃穿孔修补术后。

## 2、入院诊疗过程

患者入院检查血生化:肌酐159.6μmol/L↑,尿酸485.3μmol/L↑。血常规:红细胞3.94 10<sup>12</sup>/L↓,血红蛋白104.0g/L↓。心脏B超示:室间隔增厚,升主动脉内径稍宽(符合高血压心血管超声改变)。胸片示:心外形轻度增大。生化AU5400 24小时微量总蛋白0.885g/24h↑,24小时微量白蛋白468.75mg/24h↑,尿钾15.06mmol/24h↓,尿白蛋白肌酐比值409.951mg/g Cre↑。三轮同步尿钾:15日血钾4.37mmol/L,同步尿钾15.06mmol/24h↓;16日血钾3.97mmol/L,同步尿钾6.37mmol/24h↓;17日血钾4.23mmol/L,同步尿钾8.93mmol/24h↓。患者既往有胃出血、胃穿孔修补术史,入院予泮托拉唑肠溶片抑酸,铝镁加混悬液保护胃粘膜治疗。患者贫血,考虑既往上消化道出血所致,予动态观察。肌酐159.6μmol/L↑,尿酸485.3μmol/L↑,根据肾内科会诊意见予加用护肾药物,百令胶囊2片po tid及药用炭片3片po tid治疗。患者膝关节疼痛,考虑痛风性关节炎急性发作,结合患者肾功能不全,暂缓秋水仙碱治疗,予停用苯溴马隆片,并加用依托考昔片60mg po qd对症止痛处理。患者血压控制欠佳,将硝苯地平控释片增至30mg每天2次联合厄贝沙坦片150mg每天1次降压治疗。经治疗,患者高血压得以控制,痛风性关节炎急性发作期症状得以缓解。出院诊断1、高血压性心脏病、室间隔增厚、窦律、心功能I级;2、原发性高血压3级(很高危组);3、痛风性关节炎急性发作;4、肾功能不全查因;5、上腹痛查因;6、

轻度贫血;7、胃穿孔修补术后。

## 3、讨论

### 3.1 痛风急性发作期的治疗

患者住院期间左侧膝关节红肿,皮温高,肌酐159.6μmol/L↑,考虑痛风性关节炎急性发作。结合患者肾功能不全,暂缓秋水仙碱治疗,予依托考昔片60mg poqd对症止痛处理。

处理该患者痛风急性发作期时,应综合考虑该患者情况,患者正处于胃穿孔修补术后,属于消化道高危因素的患者,结合患者情况,个体化的选择依托考昔片缓解患者痛风急性发作时膝关节疼痛的症状。根据《2016中国痛风诊疗指南》痛风急性发作时,首先考虑缓解患者的临床症状。目前仅有间接证据比较不同非选择性NSAIDs治疗痛风的相对疗效与安全性。选择性环氧酶2(COX-2)抑制剂能更有针对性地抑制COX-2,减少胃肠道损伤等副作用,可用于有消化道高危因素的患者<sup>[4]</sup>。

根据《2016中国痛风诊疗指南》推荐意见4:痛风急性发作期,推荐及早(一般在24h内)进行抗炎止痛治疗。痛风急性发作期,及早(24h以内)有针对性地使用非甾体消炎药(NSAIDs)、秋水仙碱和糖皮质激素可有效抗炎镇痛,提高患者生活质量<sup>[5]</sup>。但秋水仙碱会引起肾脏损害,可出现蛋白尿现象。患者肌酐159.6μmol/L↑,结合患者肾功能不全,暂缓秋水仙碱治疗。

### 3.2 降压治疗

30%以上痛风患者伴有高血压,对于这些患者来说,在药物的选择和应用上和普通的高血压或痛风患者略有不同<sup>[2]</sup>。如噻嗪类利尿剂可引起低血钾,长期应用者应定期监测血钾,并适量补钾,痛风患者禁用。对高尿酸血症,以及明显肾功能不全者慎用,后者如需使用利尿剂,应使用祥利尿剂,如呋塞米等<sup>[6]</sup>。几乎所有排钾利尿药(如噻嗪类利尿药、阿托塞米、托拉塞米、布美他尼和利尿酸等)都有抑制尿酸排泄作用,长时间应用都可能抑制尿酸排泄,升高血尿酸水平,促发或加重痛风<sup>[4]</sup>。

该患者肌酐159.6μmol/L↑,24小时微量总蛋白0.885g/24h↑,24小时微量白蛋白468.75mg/24h↑,尿钾15.06mmol/24h↓,尿白蛋白肌酐比值409.951mg/g Cre↑,不排除高血压肾病或痛风所致肾损害可能。使用厄贝沙坦降压、控制尿蛋白,起到保护肾脏作用。厄贝沙坦为血管紧张素Ⅱ(AngⅡ)受体抑制剂,能特异性地拮抗血管紧张素转换酶1受体(AT1),对AT1的拮抗作用大于AT2500倍,通过选择性地阻断AngⅡ与AT1受体的结合,抑制血管收缩和醛固酮的释放,产生降压作用。厄贝沙坦不但具备ARB的作用特点,而且它还是过氧化酶体增殖物激活受体(PPARα)的部分激动剂,因此能够有效抑制组织局部肾素血管紧张素Ⅱ,保护肾脏功能,减轻肌酐清除率和尿微量白蛋白的异常,从而延缓肾病的发生和发展。在欧美国家进行了大量较大规模的ARB临床试验研究,结果显示,ARB可降低有心血管病史(冠心病、脑卒中、外周动脉病)的患者心血管并发症的

发生率和高血压患者心血管事件危险;降低糖尿病或肾病患者的蛋白尿及微量白蛋白尿。尤其适用于伴左心室肥厚、心力衰竭、心房颤动预防、糖尿病肾病、冠心病、代谢综合征、微量白蛋白尿或蛋白尿患者,以及不能耐受 ACEI 的患者。不良反应少见,偶有腹泻,长期应用可升高血钾,应注意监测血钾及肌酐水平变化<sup>[4]</sup>。伴肾功能不全的患者,饮食及血压控制最为重要。严格控制血压,是延缓肾脏病变的进展,预防心血管事件发生风险的关键。目标血压可控制在 130/80 mm Hg 以下<sup>[4]</sup>。

该患者心脏 B 超示:室间隔增厚,升主动脉内径稍宽(符合高血压心血管超声改变)。有脑卒中发生的高危因素。硝苯地平降压治疗等临床试验证实,以硝苯地平 CCB 为基础的积极降压治疗方案可显著降低我国高血压患者脑卒中的发生与死亡率<sup>[4]</sup>。

患者住院期间血压控制欠佳,将硝苯地平控释片增至 30mg 每天 2 次联合厄贝沙坦片 150mg 每天 1 次降压治疗。二氢吡啶类 CCB + ARB: CCB 具有直接扩张动脉的作用,ARB 既扩张动脉、又扩张静脉,故两药合用有协同降压作用。二氢吡啶类 CCB 常见的不良反应为踝部水肿,可被 ARB 抵消。CHIEF 研究表明,小剂量长效二氢吡啶类 CCB + ARB 初始治疗高血压患者,可明显提高血压控制率。此外,ARB 也可部分阻断 CCB 所致反射性交感神经张力增加和心率加快的不良反应<sup>[4]</sup>。

#### 4、药学监护

在药学监护的过程中可对患者进行健康生活方式的宣传。教育患者痛风的预防需要健康的生活方式,饮食上需注重低嘌呤饮食,少吃中嘌呤食物,如肉类、海鲜等;不吃高嘌呤食物,如动物内脏、浓肉汤等;忌酒,血尿酸值与总酒精摄入量呈正比,每日酒精摄入量每增加 10 克,痛风的危险性增加 1.17 倍;戒烟;多喝水,急性发作期保持每天尿量在 2000-3000mL,为防止夜间尿浓缩,能在睡前饮水或半夜适当饮水为宜;碱化尿液,当尿液 pH < 5.5 时,尿酸呈过饱和状态,碱化尿液可使尿酸结石溶解,增加碱性食物的摄取及使用常用的碱性药物,如碳酸氢钠,是防治尿酸结石的重要措施;高血压和痛风都需要长期坚持治疗,定期监测血压和尿酸,定期随访,保持积

极乐观的心态有利于疾病的治疗。

#### 5、小结

该患者为一例典型的痛风合并高血压的患者。据相关统计,血尿酸水平每升高 1mg/d(595 μ mol/L),发生高血压病的相对风险增加 13%<sup>[5]</sup>。高血压患者患痛风的风险增加了 88%,高血压和痛风之间的关联是双向的<sup>[5]</sup>。30%以上痛风患者伴有高血压,对于这些患者来说,在药物的选择和应用上和普通的高血压或痛风患者有所区别,本文通过一例痛风合并高血压患者在治疗过程中相关治疗药物的分析,对痛风急性发作用药和抗高血压用药进行个体化选药,取得较好的治疗效果。

#### 参考文献:

- [1]《2016 中国痛风诊疗指南》[J].浙江医学.2017.39(21):1823-1832
- [2]崔宇超 1 例痛风并高血压患者在“家庭病床”中的药学监护[J].中国执业药师.2015, 5 (6): 40-42
- [3]周莹 杜志明 高尿酸血症合并高血压病与痛风的相关性分析[J].新医学.2017, 6 (48): 418-420
- [4]《2010 中国高血压防治指南》[J].中国医学前沿杂志.2011,3(5):42-93
- [5]Bidirectional.Association.between.SelfReported.Hypertension.and.Gout:The.Singapore.Chinese.Health.Study[J].PLOSONEIDOI:10.1371/journal.pone.0141749 October28,2015
- [6]ClarsonL,ChandratreP,HiderS,BelcherJ,HeneghanC,RoddyE,etal.Increasedcardiovascularmortalityassociatedwithgout:asystematicreviewandmeta-analysis.EurJPrevCardiol.2015;22:335 - 343.doi:10. 1177/2047487313514895PMID:24281251
- [7]GibsonTJ.Hypertension,its treatment,hyperuricaemiaandgout.CurrOpinRheumatol.2013;25:217 - 222.doi:10.1097/BOR.0b013e32835cedd4 PMID:23370375

史永娟,女,1986-02 籍贯云南临沧,傣族,毕业于昆明医学院,现任职于云南省临沧市第二人民医院,职称:主管药师 研究方向:慢性病患者用药教育

(上接第 42 页)

表 2 两组患者生活质量对比(分)

| 组别 (n=15) | 生理功能         | 社会功能         | 情感功能         |
|-----------|--------------|--------------|--------------|
| 研究组       | 72.35 ± 5.64 | 78.64 ± 5.48 | 74.68 ± 5.84 |
| 普通组       | 61.24 ± 5.54 | 64.35 ± 5.42 | 63.89 ± 5.78 |
| T         | 5.4427       | 7.1805       | 5.0859       |
| P         | 0.0000       | 0.0000       | 0.0000       |

#### 3、讨论

近几年来,随着我国经济的不断提升,医疗技术的发展也在逐步上升,并且在临床上已经有很多研究结果指出血管紧张素转化酶抑制剂可以在一定的程度上缓解患者肾衰情况,从而有效保护了肾功能。在以往的中医学上指出,风湿可以导致患者出现肾病<sup>[6]</sup>,因为慢性肾脏病患者临床很多表现与中医的虚等有着一定的关联,因此,临床上给患者治疗时联合了祛风湿中药进行治疗,它主要分为补益气血方、祛风湿方、活血祛瘀方、清热湿化方,该药方里雷公藤有着明显的抑制功效,并且黄芪与当归又具有调节免疫功能的特效,因此,

临床上使用中药治疗效果明显,有着驱邪扶正的特点,并且患者治疗后生活质量有效提高<sup>[4]</sup>。

综上所述,苯那普利联合祛风湿中药治疗慢性肾脏病 3 期风湿内扰证可以有效保护好患者的肾功能,并且临床治疗效果显著,同时提高了患者的生活质量,值得推广。

#### 参考文献:

- [1]刘奎,张媛.雷公藤多苷联合 ACEI/ARB 类药物治疗糖尿病肾病有效性和安全系统评价[J].中医药临床杂志,2019,31(11):2086-2091.
- [2]谢恂,詹继红,郭银雪,等.雷公藤多苷、益气活血利水法联合西药对特发性膜性肾病治疗疗效及 PCX 表达影响的研究[J].中国地方病防治杂志,2018,33(1):63-64.
- [3]刘喜成.中药联合苯那普利治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效观察[J].黑龙江医药科学.2019,(2).219-220.
- [4]宋环平.益肾健脾祛风湿汤联合贝那普利治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效[J].临床合理用药杂志.2017,(6).117-119.