

防治措施、饮食宜忌、膳食调养

怎么吃喝调养呢？怎么才能控制嘌呤的来源呢？

痛风的饮食 宜忌与调养

TONGFENGDEYINSHI
YIJIYUTIAOYANG

段永禄◎编著



山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

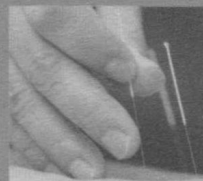
防治措施、饮食宜忌、膳食调养

怎么吃喝调养呢？怎么才能控制嘌呤的来源呢？

痛风的饮食 宜忌与调养

TONGFENGDEYINSHI
YIJİYUTIADYANG

段永禄◎编著



中医学院 0667809

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

痛风的饮食宜忌与调养 / 段永禄编著.

—太原: 山西科学技术出版社, 2012. 11

ISBN 978-7-5377-4334-1

I. ①痛… II. ①段… III. ①痛风—食物疗法②痛风—
—防治 IV. ① R247.1 ② R589.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 260620 号

痛风的饮食宜忌与调养

编 著 段永禄

出 版 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社

(太原建设南路 21 号 邮编: 030012)

发 行 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社

(电话: 0351-492212)

印 刷 北京龙跃印务有限公司印刷

编辑室电话 0351-4922063

电子邮箱 sxkjs_gys@126.com

开 本 787mm×1092mm 1/16

印 张 7

字 数 100 千字

版 次 2013 年 1 月第 1 版

印 次 2013 年 1 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-5377-4334-1

定 价 25.00 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与发行部联系调换

前言 >>> Preface

痛风是一种代谢性疾病，也被认为是生活富裕引起的一种“富贵病”。现如今，随着时代的进步、社会的变化，生活水平与质量也在不断的提高，痛风患者亦呈现逐渐增多的趋势，现已遍及社会的各个阶层。科学家预言，今后的10年，痛风在我国将成为仅次于糖尿病的第二大代谢性疾病。

就目前来说，痛风和糖尿病一样，是无法根治的代谢性疾病。代谢性疾病有其共同的特点：一是与遗传因素有关，患者往往有相应的家族史；二是疾病发生和环境因素、饮食起居、运动锻炼有着密切的关系；三是疾病本身除对健康的影响外，还会衍生出慢性并发症，这些并发症累及全身各个器官，甚至成为致命的杀手。

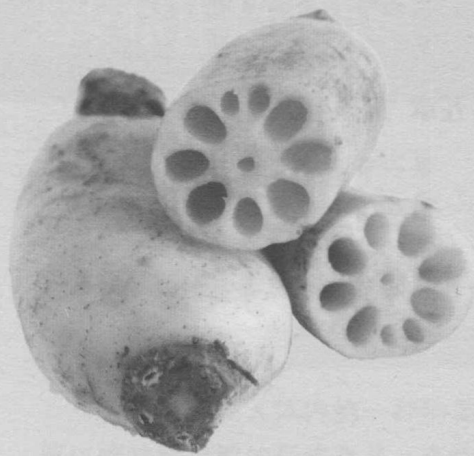
痛风的发病与饮食密切相关，是可以预防的。所以，痛风的预防应从饮食入手，做到未病先防。为了方便读者掌握有关痛风饮食疗法方面的知识，本书在介绍痛风基本常识的基础上，着重介绍痛风患者的饮食原则、具体饮食方案及有关注意事项。望广大读者能够从中获益，掌握正确的饮食方法，重新找回健康。

需要特别说明的是，由于编者水平所限，不足之处在所难免，希望各位读者和业内同仁批评指正。

目录 >>> Contents

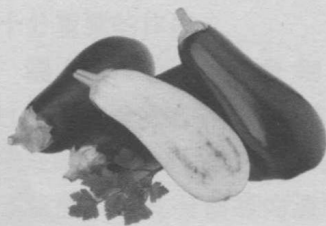
第一章 痛风的基础知识

- 第一节 基本概述 / 1
- 第二节 发病原因 / 2
- 第三节 中医病因 / 3
- 第四节 临床表现 / 3
- 第五节 中医诊断 / 5
- 第六节 痛风体征 / 6
- 第七节 诊断与鉴别 / 7
- 第八节 治疗原则 / 9
- 第九节 预防措施 / 10
- 第十节 高发人群 / 11



第二章 痛风的饮食调养

- 第一节 调养原则 / 12
- 第二节 饮食宜忌 / 13
- 第三节 嘌呤含量分类 / 14
- 第四节 各个阶段的饮食调养 / 15



第三章 痛风的膳食保健

- 第一节 丝瓜食疗保健 / 16
- 第二节 白菜食疗保健 / 20
- 第三节 黄瓜食疗保健 / 26
- 第四节 茄子食疗保健 / 34
- 第五节 土豆食疗保健 / 36
- 第六节 萝卜食疗保健 / 39
- 第七节 番茄食疗保健 / 43
- 第八节 冬瓜食疗保健 / 45
- 第九节 南瓜食疗保健 / 48
- 第十节 苦瓜食疗保健 / 51



第四章 痛风的食疗保健

- 第一节 药膳粥 / 53
- 第二节 日常食疗菜肴 / 66
- 第三节 家常食疗肉菜 / 79
- 第四节 食疗主食 / 84
- 第五节 食疗羹汤、饮品 / 91

第五章 痛风并发症的食疗保健

- 第一节 高尿酸血症 / 97
- 第二节 痛风性关节炎 / 101
- 第三节 痛风合并高血压 / 103
- 第四节 痛风合并糖尿病 / 106



第一章

01

痛风的
基础知识

第一节 基本概念

痛风又称“高尿酸血症”，是人体内嘌呤物质的新陈代谢发生紊乱，尿酸的合成增加或排出减少，造成高尿酸血症。血尿酸浓度过高时，尿酸以钠盐的形式沉积在关节、软骨和肾脏中，引起组织的异物炎性反应，即痛风，属于关节炎的一种。



高尿酸血症与痛风的发生无直接关系，只是高尿酸有更高发生痛风的可能，一些高尿酸血症病人一生都不会引发痛风；而一些人在发现高尿酸血症一周或者一个月之内会发生第一次痛风。第一次痛风后一般会有1~2年的间歇期，也有10年间歇期(5%)，期间需积极治疗，

预防痛风石的形成。

1. 嘌呤

嘌呤是存在人体内的一种物质，主要以嘌呤核苷酸的形式存在，在作为能量供应、代谢调节及组成辅酶等方面起着十分重要的作用。

嘌呤是有机化合物，分子式 $C_5H_4N_4$ ，为无色结晶，在人体内嘌呤氧化会变成尿酸，人体尿酸过高就会引起痛风。

核酸的氧化分解等内源性嘌呤占总嘌呤的80%，食物等外源性嘌呤占总嘌呤的20%。

2. 高尿酸

高尿酸血症如果没有临床症状不叫痛风，只要有了临床症状才叫痛风。在日常饮食中减少嘌呤量高的食物可以减少尿酸的生成问题，还要注意尿酸排泄的问题。

高尿酸血症是体内尿酸的生成量和排泄量的不平衡，导致尿酸升高引起的疾病。

第二节 发病原因

1. 遗传缺陷

痛风是一种遗传缺陷性疾病，具有遗传倾向。在原发性痛风患者中有10%~25%的痛风阳性家族史，痛风患者的近亲有5%~25%的有高尿酸血症，另有不到1%的患者为酶缺陷所致。

2. 饮食不节

痛风的发作与饮食不节和过度酗酒的关系已为人知，约过半数的痛风患者身体肥胖或超过理想体重，3/4的患者伴有高脂血症、高血压病，这都与营养过剩有关。

3. 慢性中毒

多种慢性中毒是引起痛风及高尿酸血症的因素之一。因为慢性中毒如酒精中毒、铅中毒、铍中毒等均可使肾脏受

累，肾小管分泌尿酸障碍，尿酸的重吸收增加、排出减少，导致高尿酸血症或痛风急性发作。

4. 疾病因素

多种急、慢性疾病可使尿酸排泄障碍或间接的病理因素导致尿酸产生过多，从而引发继发性高尿酸血症及痛风，如骨髓增生性疾病与恶性肿瘤、肾脏疾病、妊娠性高血压、糖尿病、心肌梗死、酸中毒等。

5. 药物因素

多种药物能干扰肾脏对尿酸的排泄或增加尿酸的生成，而出现继发性高尿酸血症及痛风，如阿司匹林、烟酸、果糖、华法令、肝浸膏及大剂量维生素B₁₂等药物。



第三节 中医病因

中医学认为,痛风以关节剧痛,突发阵作,屈伸不利,反复迁延,形体肥胖等为典型证候,属于中医的“痹证”的范畴。

1. 先天禀赋异常

先天禀赋异常即包含现代所称的遗传缺陷因素,与肾关系最为密切。禀赋异常,肾精不足,正气虚弱,腠理疏松,卫外不固,易受风寒湿热之邪侵袭,且在感受外邪之后,易致肌肉、关节、经络痹阻而形成痹证,出现关节剧痛,迁延难愈。

2. 饮食饥饱失调

恣食肥甘厚味,嗜饮酒浆油腻,或饥饱不调,安逸少动;损伤脾胃,阻碍气机,中焦运化失职则聚湿生痰,痰湿内阻日久生热,湿热痹阻经络关节则酿

成痛风之证。

3. 外感寒湿之邪

居处潮湿,涉水冒雨,或气候骤变,感受寒冷,风寒湿邪乘虚侵袭机体,注于经络,留于关节,致气血痹阻而痛风关节之证剧作。

4. 病久酿痰成瘀

罹患其他疾病或痹证日久不愈,气血运行不畅日甚,酿成瘀血痰浊,瘀血痰浊阻痹经络关节,可在皮肤、关节周围形成结节,导致关节肿大,屈伸不利等证。痹久则气血亏虚,复感于邪则可侵经络及脏腑,出现脏腑痹证候。

第四节 临床表现

痛风的临床特点是高尿酸血症、急性关节炎反复发作、形成痛风石、慢性关节炎和关节畸形以及在病程后期出现肾尿酸结石和痛风性肾实质病变。

1. 无症状高尿酸血症

无症状高尿酸血症是指由于原发性和继发性因素使患者血尿酸超过正常值,但不出现明显的痛风性关节炎、痛风结节(痛风石)及痛风性肾脏病变等其他临床表现。

无症状原发性高尿酸血症可持续多年甚至终身,而不出现痛风表现;但为数不少的无症状原发性高尿酸血症患者可在血尿酸升高持续若干年后,发生痛风性关节炎及痛风性肾脏病变,最终只有5%~12%高尿酸血症发展为痛风。

2. 痛风性关节炎

痛风性关节炎在首次急性发作后可再次反复发作，其间歇期长短不定，也有在首次急性发作后永不再复发者。

①**无症状期**：时间较长，仅血尿酸增高，约 1/3 病人以后有关节症状。

②**急性痛风性关节炎**：多在夜间突然发病，受累关节剧痛，首发关节常累及拇趾关节，其次为踝、膝等。关节红、肿、热和压痛，全身无力、发热、头痛等，可持续 3~11 天。常因过度疲劳、感受寒湿、饮酒、暴食、损伤、感染、精神紧张均可成为发作诱因。

③**间歇期**：间歇期为数月或数年，随着病情反复发作，间期变短、病期延长、病变关节增多，逐渐转成慢性痛风

性关节炎。

④**慢性痛风性关节炎**：由急性发病期转为慢性痛风性关节炎期平均 11 年，关节出现僵硬畸形、运动受限。30% 病人可见痛风石和肾脏合并症以及输尿管结石等。

3. 痛风结节肿（痛风石）

痛风急性发作，经间歇期进入慢性期，由于尿酸盐沉积在周围软组织及皮下，则可形成痛风石。

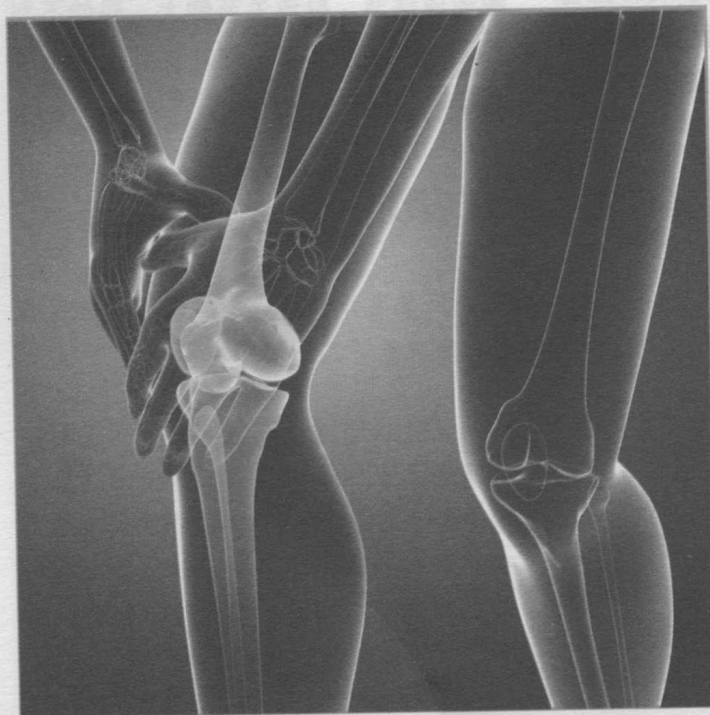
痛风石最常见于耳轮，亦多见于大脚趾、指、腕、肘及膝关节等处，少数病人可出现在鼻软骨、舌、声带、眼睑、主动脉、心瓣膜和心肌。在关节附近的骨骼中侵入骨质，形成骨骼畸形，或使骨质遭受损毁。这种痛风结节也可在关

节附近的滑囊膜、腱鞘与软骨内发现。痛风石大小不一，小的如芝麻，大的如鸡蛋。

痛风石的数目及大小是反映痛风病情轻重及病程长短的一个直观指标。痛风石较大、数目较多者，表现病程较长，病情控制不良；反之则表现病程较短，病情相对较轻。

4. 痛风性肾病

痛风性肾病简称痛风肾，是由于血尿酸产生过多或排泄减少形成高尿酸





血症所致的肾损害。

①慢性痛风性肾病：早期一般临床症状不明显，部分患者可有轻度单侧或双侧腰部疼痛，尿常规检查时有微量蛋白尿，且呈间歇性特点；中期患者尿常规检查有明显改变，蛋白尿为持续性，尿蛋白一般不超过两个加号，可有少量红细胞或管型；病程迁延5~10年后肾脏病变加重，晚期患者浮肿、高血压、低蛋白血症明显，并可出现贫血，严重者会发展为尿毒症，17%~25%的患者死于肾功能衰竭。

②尿酸性肾结石：高尿酸血症病程在10年以上、酸性尿及脱水引起尿浓缩是原发性高尿酸血症形成尿酸结石的三个危险因素。

尿酸性结石常呈沙砾状，尿沉渣可见黄灰色或橘黄色鱼子样大小的沙砾状结石，较小的结石如米粒或黄豆大小可随尿排出而无感觉，因而不易被患者发现。较大的结石可梗阻输尿管而引起肾绞痛及血尿，排尿不畅可继发感染；巨大的结石还可造成肾盂肾盏变形、肾盂积水。

发作性疼痛是尿酸性结石的特征之一。疼痛常突然发作，呈绞痛性质，疼痛部位视结石的部位而异，常在两肾区、下腹部、膀胱区及会阴部，可向大腿内外侧放射，剧痛者难以忍受，伴大汗淋漓、面色苍白、心跳加速和血尿，严重者可引起休克。

③急性尿酸性肾病：常见于继发性高尿酸血症，如急性白血病、淋巴瘤和其他恶性肿瘤的化疗和放疗过程中，尿酸快速明显升高，大量尿酸结晶广泛梗塞肾小管所致。

起病急骤，表现为少尿、无尿及迅速发展的高氮质血症，尿中可见大量尿酸结晶和红细胞，如不及时治疗，可因急性肾功能衰竭而死亡。

痛风的损害方式为逐渐进行的，高尿酸血症→急性痛风关节炎反复发作→痛风石沉积→痛风石慢性关节炎→痛风性肾结石、肾损害……还常伴有高血压、高血脂症、肥胖、糖尿病、动脉硬化、冠心病、阳痿、早泄等。

第五节 中医诊断

痛风早期中医诊断：

1. 湿热阻痹

下肢小关节突然红肿热痛、拒按，触之局部灼热，得凉则舒，伴发热口渴，心烦不安，舌红苔黄腻，脉滑数。

2. 瘀热内郁

关节红肿刺痛，局部肿胀变形，屈伸不利，肌肤色紫暗，按之稍硬，病灶周围或有“块瘰”硬结，舌质紫暗或有瘀斑，苔薄黄，脉细涩或沉弦。



3. 痰湿阻滞

关节肿胀，甚则关节周围蔓肿，局部酸麻疼痛，或见“块瘰”硬结不红，伴有目眩，面浮足肿，胸脘痞闷，舌胖质黯，苔白腻，脉缓或弦滑。

4. 肝肾阴虚

病久屡发，关节痛如被杖，局部关

节变形，昼轻夜重，肌肤麻木，步履艰难，筋脉拘急，屈伸不利，头晕耳鸣，颧红口干，舌红少苔，脉弦细或细数。

5. 风寒湿痹

肢体、关节疼痛，或呈游走性痛，或呈关节剧痛，痛处不移，或肢体关节重着肿痛，肌肤麻木，舌苔薄白，脉弦紧或濡缓，于阴雨天加重。

第六节 痛风体征

痛风的体征主要表现在体形、皮肤、关节等部位的异常。

1. 肥胖体征

在临床表现中，50%~70%的痛风及高尿酸血症患者身体超重或形体肥胖；50%以上的痛风患者体重超过正常标准15%以上，并有2/3以上伴有高脂血症；另有20%的患者体重基本正常；仅有5%~10%的患者体重低于正常标准。

2. 关节体征

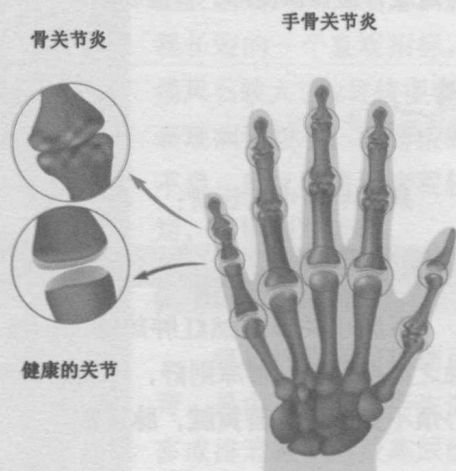
急性期痛风患者可见小关节红、肿、热、痛，以第一跖趾关节为多见。其次为踝、膝、指、肘关节，且呈单发性而不对称，固定而不游走，持续一至数周可自行缓解，缓解后关节不留异常。

慢性反复发作的痛风患者关节病变可涉及多关节，关节周围及皮下可出现痛风结节，逐渐造成关节间隙狭窄和骨

质破坏，导致关节畸形、僵硬、功能障碍。

3. 皮肤体征

痛风患者耳轮及手足小关节周围皮肤上，可出现高出皮面呈淡黄色或白色的圆形或椭圆形结节，大者如鸡蛋，小者如绿豆，数目由一个至数十个不等，质地硬韧，无明显压痛及波动感；随体积增大，表皮变薄或损伤而破溃，流出白色牙膏状物。



第七节 诊断与鉴别

1. 诊断依据

①有痛风家族史,或有Ⅰ型糖原贮积病、骨髓增生性疾病(白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤、慢性溶血性贫血)、尿酸生成增多、慢性肾病、铅中毒肾病、尿酸排出减少等病史。

②以中年以上男性多见,受寒、劳累、感染、创伤、手术、饮酒、进含嘌呤高的饮食、精神因素等常诱发。常并发肥胖、糖尿病、动脉粥样硬化、冠心病、原发性高血压等。

③常有发热、畏寒、无力、头痛、厌食、关节痛。受累关节以拇指、第一跖趾关节多见,其次为踝、手、腕、膝、肘、足部,关节红、肿、热、痛,活动受限。局部皮肤脱屑和瘙痒,关节腔积液,关节畸形。

④血白细胞数增多,血沉增快,血尿酸增高。

⑤有肾尿酸盐结石者,有肾绞痛、血尿、间歇性蛋白尿、尿比重低、血尿素氮升高。

⑥痛风石形成,以耳轮、对耳轮、跖趾、指间、掌指部常见。

⑦X射线片可见受累关节在骨软骨缘邻近关节的骨质,有圆形或不整齐的穿凿样透亮缺损。

2. 诊断标准

关于痛风诊断国内尚无统一标准。

一般多采用美国风湿病协会标准,美国Holmes标准以及日本修订标准。兹介绍日本修订标准:

①血尿酸高;

②突发单关节红、肿、热、痛(如趾、跖、踝、膝、肘等处);

③关节腔穿刺取滑囊液检查有尿酸钠结晶;

④痛风石活检有尿酸钠结晶;

⑤受累关节X射线检查呈凿孔样缺损,边缘有增生反应。

凡具备以上标准中的第①、②项,或③、④、⑤项中的任何一项即可诊断痛风。

3. 急性期鉴别诊断

①急性风湿性关节炎:病前有A族溶血性链状菌感染史,病变主要侵犯心脏和关节,以下特点可鉴别:a青少年多见;b起病前1~4周常有溶血性链球菌感染,如咽类、扁桃体炎病史;c常侵犯膝、肩、肘、踝等关节,并且具有游走性对称性;d常伴有心肌炎、环形红斑和皮下结节等表现;e抗溶血性链球菌抗体升高;f水杨酸制剂治疗有效;g血尿酸含量正常。

②假性痛风:由焦磷酸钙沉积于关节软骨引起,尤以A型急性发作时,表现与痛风酷似。具有以下特点:a老年人多见;b病变主要侵犯膝、肩、髌



等大关节；c X射线片见关节间隙变窄和软骨钙化灶呈密点状或线状，无骨质破坏改变；d血清尿酸含量往往正常；e滑液中可查见焦磷酸钙单斜或三斜晶体；f秋水仙碱治疗效果较差。

③化脓性关节炎：主要为金黄色葡萄球菌所致，鉴别要点为：a可发现原发感染或化脓病灶；b多发生在重大关节，如髌、膝关节，并伴有高热、寒颤等症状；c关节腔穿刺液为脓性渗出液，涂片镜检可见革兰氏阳性葡萄球菌和培养出金黄色葡萄球菌；d滑液中无尿酸盐结晶；e抗痛风药物治疗无效。

④外伤性关节炎：a有关节外伤史；b受累关节固定，无游走性；c滑液中无尿酸盐结晶；d血清尿酸不高。

⑤淋病性关节炎：急性发作侵犯趾关节与痛风相似，具有以下特点：a有冶游史或淋病表现；b滑液中可查见淋病双球菌或细菌培养阳性，无尿酸结晶；c青霉素G和环丙氟哌酸治疗有效。

4. 慢性期鉴别诊断

①慢性风湿性关节炎：本病常呈慢性经过，有10%病例在关节附近有皮下结节，易与不典型痛风混淆。具有以下特点：a指趾小关节常呈对称性梭形肿胀，与单侧不对称的痛风关节炎截然不同；bX射线片显示关节面粗糙、关节间隙变窄，有时部分关节面融合，骨质普遍疏松，但无骨皮质缺损性改变；c活动期类风湿因子阳性，关节液无尿酸盐结晶查见。

②银屑病性关节炎：本病亦以男性多见，常非对称性地侵犯远端指趾关节，且半数病人血尿酸含量升高，故需与痛风鉴别。其要点为：a多数病人关节病变发生于银屑病之后；b病变多侵犯指趾关节远端，半数以上病人伴有指甲增厚凹陷成脊形隆起；cX射线片可见严重的关节破坏，关节间隙增宽、指趾末节骨端骨质吸收缩短；d关节症状随皮损好转而减轻或随皮损恶化而加重。

③结核变态反应性关节炎：由结核杆菌感染引起变态反应所致。a常先累及小关节，逐渐波及大关节，且有多发性、游走性特征；b病人体内有活动性结核病灶；c可有急性关节炎病史，也可仅表现为慢性关节痛，但从无关节强直畸形；d关节周围皮肤常有结节红斑；eX射线片显示骨质疏松，无骨皮质缺损性改变；f滑液可见较多单核细胞，但无尿酸盐结晶；g结核菌素试验强阳性，抗痨治疗有效。

5. 误诊

痛风的误诊原因有二，一是诊断者对于痛风缺乏认识；二是痛风表现不够典型。

①痛风的漏诊：痛风性关节炎是易被误诊的疾病，急性期以误诊风湿性关节炎为最多，发作间期以类风湿性关节炎为常见；对于痛风合并的尿酸性尿路结石，由于结石症可以为痛风的首发症状，故易误诊为单纯尿路结石，而漏诊痛风。痛风结节破溃流出白垩样物，则

误诊为骨髓炎或结核性脓肿。另外，外科医师常将痛风误诊为丹毒、蜂窝织炎、化脓性关节炎、创伤性关节炎等。

②被误诊为痛风的疾病：在痛风多发地区，常将一些有关节表现的其他疾

病，误诊为痛风。这些疾病包括：老年人骨质增生症或骨质疏松症引起的关节痛、高尿酸血症合并神经痛风或关节痛综合征等。

第八节 治疗原则

1. 合理的饮食控制

总热量的维持以碳水化合物为主，适当地限制高蛋白、高热量食物的摄入，控制脂肪的摄入，戒除烟、酒。

2. 充足的水分摄入

提倡和鼓励患者多饮水，保持每天尿量在 2000ml 以上，可促进尿酸排泄。

3. 科学的生活习惯

按时起居，劳逸适度，避免过度疲劳、紧张与激动。适应季节气候变化，避免湿冷与感冒。

4. 适当的体育活动

在避免过度劳累与损伤的前提下，适当地进行运动，如太极拳、散步、慢跑、健身操及骑车、游泳等。50 岁左右的人运动后心率能达到 110~120 次/分钟，少量出汗为宜。每日早晚各 30 分钟，每周 3~5 次。

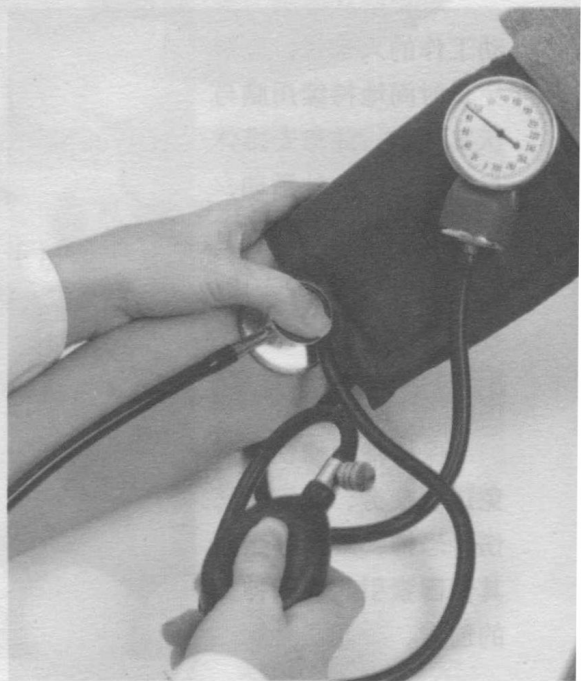
5. 有效的药物治疗

在医师的指导下，坚持服药以控制

痛风的急性与反复发作，维持血尿酸在正常范围内。

6. 定期的健康检查

坚持每年 1 次体检制度，以便及时发现无症状性高血尿酸症患者。





第九节 预防措施

1. 注意饮食控制

讲究饮食营养卫生，养成良好的生活习惯，尽量避免吃高嘌呤食物。体型肥胖者应控制饮食，每日三餐定量进食，避免营养过剩，同时加强运动，力求将体重控制在较理想的范围。

2. 预防各种感染

适应外界环境的变化，提高机体的免疫功能，积极预防感染，尽量避免包括细菌感染和病毒感染在内的一切疾病。

3. 防止过度疲劳

对长期从事脑力劳动工作的人来说，应避免长时间地持续用脑与伏案久坐，注意安排休息和适当的户外活动，保持劳逸结合，张弛有度，养成有规律的工作、生活习惯。

4. 避免精神刺激

保持精神愉快，避免过度疲劳、忧愁、悲伤、恐怖、紧张情绪和其他因素引起的精神上的创伤。

5. 维持家庭和谐

发扬家庭平等和睦、互敬互爱的传统美德，家庭成员之间做到关心照顾、体贴帮助。

6. 坚持规则用药

坚持在医生的指导下服用药物，不能随意增减或停药，出院后定期随访。



第十节 高发人群

痛风是一种世界流行的代谢性疾病，可发生于不同国家及不同种族人群中，其患病率与遗传、性别、年龄等有关。

1. 遗传因素

对于家族中有痛风史的人，患痛风的可能性大于其他人。

2. 体形因素

痛风常被称为“富贵病”，好发于40岁以上的较为肥胖的中年男性，尤其是不爱运动、进食肉类和蛋白质较多、营养过剩的人。且常并发高血脂、高血压病等。就痛风的发病而言，肥胖的人高于瘦人，营养过剩高于营养一般的人，中老年人高于年轻人。

3. 性别因素

男性痛风占痛风患者总数的95%左右。女性患痛风绝大部分在绝经以后，这可能与卵巢功能的变化及性激素分泌的改变有关系。

4. 年龄因素

痛风的发病亦有明显的年龄特征。绝大多数患者在40~55岁，平均起病年龄为45岁。60岁以上发病率占全部病例的11.6%，女性相对升高占29%。

5. 职业因素

痛风主要发生于生活条件优越的上层人士。以企事业单位干部、教师、私营企业主等社会应酬较多和脑力劳动者为多发。

6. 饮酒因素

酗酒的人较不饮酒的人易患痛风。

