

常见疾病知识普及系列丛书

走出痛风

认识和防治误区

杨玺 编著



全面认识 科学防治
走出误区 健康生活



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

常见疾病知识普及系列丛书

走出 痛风

认识和防治误区

杨玺 编著



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本书以科普读物的形式就如何从认识、预防和治疗痛风的种种误区中走出来等内容向读者做了详尽的阐述。其内容新颖、系统、详细、实用,适合于广大普通民众,尤其是痛风患者的阅读。同时,对于临床医疗工作者也具有一定的参考价值。

图书在版编目(CIP)数据

走出痛风认识和防治误区/杨玺编著. —西安:西安交通大学出版社,2015.12

ISBN 978-7-5605-8167-5

I. ①走… II. ①杨… III. ①痛风-防治 IV. ①R589.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 299893 号

书 名	走出痛风认识和防治误区
编 著	杨 玺
责任编辑	王银存 杨 花

出版发行	西安交通大学出版社 (西安市兴庆南路 10 号 邮政编码 710049)
网 址	http://www.xjtpress.com
电 话	(029)82668357 82667874(发行中心) (029)82668315(总编办)
传 真	(029)82668280
印 刷	西安明瑞印务有限公司

开 本	880mm×1230mm 1/32 印张 4.625 字数 112 千字
版次印次	2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-5605-8167-5/R·1093
定 价	18.50 元

读者购书、书店填货、如发现印装质量问题,请与本社发行中心联系、调换。

订购热线:(029)82665248 (029)82665249

投稿热线:(029)82668803

读者信箱:med_xjup@163.com

版权所有 侵权必究

前 言

痛风近几年发病率日益上升,在我国东南沿海地区已成为常见多发病。目前我国高尿酸血症患者人数达 1.2 亿,其中痛风患者超过 8000 万人,而且正以每年 10% 的增长率迅速增加。痛风已经成为我国次于糖尿病的第二大代谢类疾病,肆意吞噬着人们的健康。痛风发病主要是由于生活水平的提高和饮食结构的改变,海鲜、鱼类、动物内脏,特别是心、脑、肝、肾等高嘌呤食物摄入过多,导致人体内血尿酸浓度长期超高造成的。

虽然痛风可防可治。但到目前为止,痛风尚无根治的方法,因此,每个痛风患者都应长期不懈地坚持自我保健与合理治疗。治疗痛风的总体原则是:合理的饮食控制;充足的水分摄入;规律的生活制度;适当的体育活动;有效的药物治疗;定期的健康检查。然而,有些痛风患者却有意无意地走入了认识和防治该疾病的误区。痛风认识和防治误区犹如雷区,不能踏入、已经踏入者,要争取及早返回,返回就可看到前面充满希望的阳光。所以,痛风治疗关键是到正规医院得到正确的治疗和指导,切忌有病乱投医,方能达到最好的防治效果,并可避免患者的劳民伤财。

随着我国实现小康社会步伐的加快,人们越来越关注健康和生活质量。为了能满足广大读者渴望正确防治慢性病的需求,笔者精心编著了这本《走出痛风认识和防治误区》一书,阅读该书可帮助大家走出对痛风认识和治疗中的误区,希望它能够成为广大群众,尤其是痛风患者的益友。需要特别指出的是,书中小标题所述的均为误解或误区所在,读者必须认真阅读标题后的相关内容,才能正确地理解和把握其原意。拨正航道,驰出误区。

本书的内容深入浅出、通俗易懂、以防为主、防治结合、重点突出。在写作方面力求集科学性、知识性、趣味性、实用性于一体。然而,由于笔者水平所限,缺点、错误在所难免,敬请读者不吝指正。

杨 玺

2015年6月

目 录

痛风认识误区

误区 1. 不清楚尿酸、高尿酸血症和痛风的概念	(1)
误区 2. 高尿酸血症不是痛风的罪魁祸首	(2)
误区 3. 高尿酸血症必然会发展为痛风	(3)
误区 4. 高尿酸血症与痛风没有区别	(3)
误区 5. 不清楚痛风的症状	(4)
误区 6. 痛风无法自己判断	(4)
误区 7. 痛风没有早期征象	(5)
误区 8. 痛风“来去如风”,可不治而愈	(5)
误区 9. 痛风发作时血尿酸一定会高	(6)
误区 10. 血尿酸越高越易发痛风性关节炎	(7)
误区 11. 不了解痛风的易患人群	(7)
误区 12. 痛风不会遗传	(8)
误区 13. 儿童容易患痛风	(8)
误区 14. 只有中年男性才患痛风	(9)
误区 15. 女性与男性痛风发病概率相同	(9)
误区 16. 痛风与社会地位、生活习惯无关	(10)
误区 17. 药物不会引起血尿酸升高	(10)
误区 18. 不清楚痛风性关节炎的表现	(12)
误区 19. 脚趾及趾关节不是痛风性关节炎好发的关节	(12)
误区 20. 痛风发展不存在“四步曲”	(13)

误区 21. 痛风和类风湿关节炎是同种疾病	(13)
误区 22. 不知晓痛风石	(14)
误区 23. 痛风石与肾脏功能无关	(15)
误区 24. 痛风石的发生与病程长短、发作次数无关	(15)
误区 25. 若无痛感, 体积小的痛风石存在无所谓	(16)
误区 26. 对痛风危害的认识不足	(16)
误区 27. 痛风与代谢综合征无关	(16)
误区 28. 痛风不会引起肾脏损害	(19)
误区 29. 痛风伴有肥胖时体重减轻得越快越好	(20)
误区 30. 痛风患者的血压可以骤降	(20)
误区 31. 痛风不会影响性功能	(21)
误区 32. 得了痛风后一定会缩短寿命	(22)

痛风预防误区

误区 33. 痛风尚无预防的方法	(23)
误区 34. 饮食“三多三少”不能预防痛风	(24)
误区 35. 只要低嘌呤饮食和限酒便可以减少痛风性关节炎的发病率	(24)
误区 36. 药物不能预防痛风发作	(25)
误区 37. 控制痛风无需做到“八防”	(26)
误区 38. 定期监测尿酸不能预防痛风复发	(27)
误区 39. 减肥不是预防痛风的重要措施	(28)
误区 40. 痛风患者无需预防糖尿病	(29)
误区 41. 痛风无需预防血脂异常	(30)
误区 42. 痛风无需预防代谢综合征	(31)
误区 43. 痛风患者无法预防痛风性肾病	(32)

误区 44. 不清楚诊断痛风性关节炎的标准	(34)
误区 45. 痛风患者只要检查血尿酸就行了	(35)
误区 46. 高尿酸血症不治疗也可以自然恢复正常	(36)
误区 47. 无症状高尿酸血症无需防范	(36)
误区 48. 无症状高尿酸血症无需治疗	(37)
误区 49. 不清楚治疗痛风的原则和目的	(38)
误区 50. 痛风疼几天就过去了,不用治疗	(38)
误区 51. 痛风治疗可以一蹴而就	(39)
误区 52. 痛风可不治自愈	(39)
误区 53. 痛风能根治	(40)
误区 54. 不知晓痛风非药物治疗的重要性	(40)
误区 55. 高尿酸就是痛风,必须用药	(41)
误区 56. 痛风只要不痛就不用治疗	(41)
误区 57. 仅在痛风急性发作期治疗	(42)
误区 58. 急、慢性痛风治疗药物无区别	(43)
误区 59. 尿酸盐肾病不用治疗	(43)
误区 60. 痛风间歇期无需治疗	(44)
误区 61. 脚疼医脚	(44)
误区 62. 拆东墙补西墙的治疗	(45)
误区 63. 盲目中断治疗	(45)
误区 64. 治疗痛风,痛时才服药	(46)
误区 65. 痛风红肿痛好了就不治不随访	(47)
误区 66. 治疗痛风降尿酸不是关键	(47)
误区 67. 服药过程中出现的疼痛都是复发所致,只要有疼痛就 马上停药	(48)

误区 68. 在痛风急性发作期,常把控制急性发作与“降尿酸”混为一谈	(48)
误区 69. 在痛风急性发作时把尿酸迅速降至正常	(49)
误区 70. 降尿酸治疗的时机、策略掌握不当	(49)
误区 71. 不了解血尿酸抑制的标准是多少	(50)
误区 72. 间歇期不治疗也不会复发	(50)
误区 73. 痛风治疗期间无需碱化尿液	(51)
误区 74. 痛风何时都可用“碱性药”	(51)
误区 75. 急性痛风热敷减轻疼痛	(53)
误区 76. 痛风疼痛发作时可用冷敷	(53)
误区 77. 痛风急性发作只用膏药止痛	(54)
误区 78. 没有指标能判断痛风治疗是否有效	(54)
误区 79. 痛风石的处理无讲究	(54)
误区 80. 痛风石不能用手术取石	(56)
误区 81. 高血压合并高尿酸血症的治疗无讲究	(57)
误区 82. 痛风合并糖尿病的治疗无讲究	(59)
误区 83. 痛风合并血脂异常的治疗无讲究	(60)
误区 84. 痛风合并代谢综合征的治疗无讲究	(61)
误区 85. 痛风合并冠心病的治疗无讲究	(61)
误区 86. 痛风性肾病的治疗无讲究	(63)

痛风药物使用误区

误区 87. 痛风患者用药无注意事项	(65)
误区 88. 是痛风就上秋水仙碱	(65)
误区 89. 痛风患者都可用秋水仙碱	(66)
误区 90. 秋水仙碱无毒性 with 不良反应	(66)
误区 91. 痛风大不了是关节痛,吃点止痛药就行	(67)

误区 92. 痛风的治疗以抗炎镇痛为主	(67)
误区 93. 长期服用解热镇痛药	(67)
误区 94. 滥用激素	(68)
误区 95. 痛风发作时,需用青霉素消炎	(68)
误区 96. 关节疼痛时服药不正确	(69)
误区 97. 选择控制痛风急性发作的药物,其用法用量不当	(70)
误区 98. 急性期过后的用药问题无讲究	(70)
误区 99. 痛风急慢性期均可使用降尿酸药	(71)
误区 100. 降尿酸治疗的药物选择没有针对性	(71)
误区 101. 急性发作期能应用降低尿酸的药物	(72)
误区 102. 选择降尿酸药物不当	(72)
误区 103. 害怕药物不良反应,拒绝用药	(73)
误区 104. 肾损害者仍继续使用排尿酸药	(73)
误区 105. 擅自加大药物剂量	(73)
误区 106. 应用降尿酸药没有注意事项	(74)
误区 107. 不分情况使用别嘌呤醇	(75)
误区 108. 别嘌呤醇开始剂量就较大	(75)
误区 109. 别嘌呤醇与肝功异常无关	(76)
误区 110. 需用降尿酸的患者都可使用苯溴马隆	(77)
误区 111. 使用苯溴马隆(痛风利仙)无需定期检查肝功	(77)
误区 112. 服用抗痛风药无需多喝水	(78)
误区 113. 痛风患者能服阿司匹林	(78)
误区 114. 长期使用某些影响尿酸代谢的药物	(80)
误区 115. 痛风患者可随意应用利尿剂	(80)
误区 116. 常用降压药对痛风无明显的影响	(82)
误区 117. 痛风合并高血压时选药无讲究	(84)
误区 118. 降糖药物对痛风无明显影响	(86)
误区 119. 调脂药物对痛风无明显影响	(86)

痛风饮食误区

误区 120. 痛风与饮食无关	(88)
误区 121. 痛风患者的饮食无需做到六要六不要	(89)
误区 122. 痛风患者饮食无需注意“红绿灯”	(91)
误区 123. 痛风患者可饮酒	(91)
误区 124. 痛风患者不用控制蛋白质摄入	(92)
误区 125. 海鲜与啤酒同食不会诱发痛风	(92)
误区 126. 控制饮食痛风就不会发作	(93)
误区 127. 不需调节饮食与用药相结合	(94)
误区 128. 急性期与缓解期的膳食相同	(94)
误区 129. 荤菜=高嘌呤食物	(95)
误区 130. 只要不吃肉, 痛风就不会复发	(95)
误区 131. 痛风患者没有忌吃的食物	(95)
误区 132. 痛风患者将菠菜拒之门外	(97)
误区 133. “管住嘴”不是防治痛风的关键	(97)
误区 134. 控制饮食是痛风的主要治疗手段	(98)
误区 135. 痛风患者不需要营养	(99)
误区 136. 痛风饮食中无需控制嘌呤摄入	(99)
误区 137. 没有能减少嘌呤的烹饪方法	(102)
误区 138. 痛风患者应保持一日三餐	(103)
误区 139. 饥饿疗法	(104)
误区 140. 痛风患者不能吃肉, 只能吃青菜	(104)
误区 141. 食用排酸牛、羊肉不会引起尿酸升高	(104)
误区 142. 痛风患者不能吃“回锅的肉”	(105)
误区 143. 痛风患者所有的海产品都不能吃	(105)
误区 144. 痛风患者宜空腹吃鱼	(106)

误区 145. 痛风患者不能吃豆类及豆制品	(106)
误区 146. 痛风患者可以多吃鸡蛋	(107)
误区 147. 痛风患者宜食动物油	(108)
误区 148. 多食蔬菜水果不能控制痛风	(108)
误区 149. 痛风患者所有蔬菜都能吃	(109)
误区 150. 痛风患者不可吃水果	(109)
误区 151. 痛风患者可多吃酱油	(110)
误区 152. 痛风患者可多吃坚果	(110)
误区 153. 痛风患者不能吃鱼肝油	(110)
误区 154. 痛风患者可多吃蜂蜜	(111)
误区 155. 痛风饮水疗法无禁忌	(111)
误区 156. 痛风患者能以多喝菜汤代替饮水	(112)
误区 157. 痛风患者喝牛奶无讲究	(113)
误区 158. 痛风患者可饮酸奶	(113)
误区 159. 痛风合并糖尿病的饮食无讲究	(114)
误区 160. 痛风合并血脂异常患者的饮食无原则	(115)
误区 161. 痛风合并冠心病的饮食无讲究	(116)
误区 162. 痛风性肾病的饮食无讲究	(116)

痛风运动误区

误区 163. 久坐少动与痛风无关	(118)
误区 164. 运动不足会引发痛风	(119)
误区 165. 体育运动对痛风的治疗无益	(119)
误区 166. 痛风患者不宜运动	(120)
误区 167. 痛风患者运动无讲究	(121)
误区 168. 痛风运动前无需做准备工作	(122)
误区 169. 慢跑不适合痛风患者	(123)

误区 170. 太极拳不适合痛风患者	(124)
误区 171. 练瑜伽不适合痛风患者	(125)
误区 172. 关节操不适合痛风患者	(125)
误区 173. 痛风患者不用控制运动量	(126)
误区 174. 剧烈的运动也适宜痛风患者	(126)
误区 175. 运动多了反而不会损伤关节	(127)
误区 176. 痛风患者不适合出差旅游	(127)
误区 177. 痛风合并冠心病患者无需做好自我保健	(128)
误区 178. 痛风合并冠心病的患者不宜局部锻炼	(128)

痛风中医治疗误区

误区 179. 痛风急、慢性期不宜应用中药治疗	(130)
误区 180. 痛风急性期无需中医分型治疗	(131)
误区 181. 尚无治疗痛风的中成药	(132)
误区 182. 中医外用药不宜用于治疗痛风	(133)



痛风认识误区

误区 1. 不清楚尿酸、高尿酸血症和痛风的概念

• 尿酸

尿酸是主要由细胞代谢分解的核酸和其他嘌呤类化合物以及食物中的嘌呤经酶的作用分解而来,是嘌呤代谢的终产物。尿酸是人体含氮的代谢废弃物,与尿素氮、肌酐一起从肾脏排出。人体尿酸的来源分为内源性和外源性,其中 80% 来源于体内核苷酸或核蛋白的分解,来源于富含嘌呤或核酸蛋白的食物仅占 20%。尿酸是无生理功能的代谢废物,人体内 2/3 的尿酸经尿排泄,1/3 由肠道排出,或在肠道内被细菌分解。

正常情况下,血中尿酸含量的正常值,男性是 $150\sim 420\mu\text{mol/L}$ ($2.5\sim 7.0\text{mg/dL}$),女性是 $90\sim 360\mu\text{mol/L}$ ($1.5\sim 6.0\text{mg/dL}$)。

• 高尿酸血症

高尿酸血症是嘌呤代谢障碍引起的代谢性疾病。尿酸生成过多或肾脏排泄能力降低,都会导致血清尿酸明显升高。长期进食富含嘌呤的食物,如海鲜、动物内脏及肉汤类等,体内合成尿酸就会增多,如果超出肾脏的排泄能力,就会造成血尿酸升高;如果肾功能不好,肾脏排尿酸能力下降,也会造成血尿酸升高。一般认为,男性血尿酸值超过 $420\mu\text{mol/L}$ 以上,女性超过 $357\mu\text{mol/L}$ 以上时,称为相对性高尿酸血症。高尿酸血症的发生主要可分为以下三种类型:生成过多型、排泄减少型和混合型(如长期酗酒)。

血尿酸浓度在 $360\sim 420\mu\text{mol/L}$ ($6.0\sim 7.0\text{mg/dL}$) 时,痛风的发作机率较小,只有 1.8%; $420\sim 480\mu\text{mol/L}$ ($7.0\sim 8.0\text{mg/dL}$) 时,发作机率有 11.8%; $480\sim 540\mu\text{mol/L}$ ($8.0\sim 9.0\text{mg/dL}$) 时,发

作机率上升为36%；大于 $540\mu\text{mol/L}$ (9.0 mg/dL)时，几乎100%发生痛风。

• 痛风

痛风是体内嘌呤代谢障碍致其代谢产物——尿酸在血清中含量增高所引起的一种代谢性疾病。痛风发病有明显的异质性，除高尿酸血症外可表现为急性关节炎、痛风石、慢性关节炎、关节畸形、慢性间质性肾炎和尿酸性尿路结石。

如果人体摄入含嘌呤物质过多，或者嘌呤代谢发生紊乱，或者尿酸排泄减少，血清及体液中的尿酸都会异常升高，出现高尿酸血症。尿酸若不及时排出，进一步积聚会形成结晶。这些结晶沉积于关节及其周围组织、皮下组织、肾脏组织等，从而引起痛风性关节炎、痛风石、痛风性肾病等。

痛风分为原发性痛风和继发性痛风两大类。原发性痛风除少数由于遗传原因导致体内某些酶缺陷外，大都病因未明，并常伴有肥胖、血脂异常、高血压、冠心病、动脉硬化、糖尿病及甲状腺功能亢进等。继发性痛风是继发于白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、溶血性贫血、真性红细胞增多症、恶性肿瘤、慢性肾功能不全、某些先天性代谢紊乱性疾病如糖原累积病I型等。

误区2. 高尿酸血症不是痛风的罪魁祸首

高尿酸血症是痛风的重要生化标志。人类血尿酸水平像血压和血糖一样，随着年龄增加有升高倾向，该水平的变化代表复杂多基因遗传。古代已发现痛风有明显的家族发病倾向，且有家族史者病情往往较重。但在家系中，痛风的出现是不规则的。原发性痛风患者中，10%~25%有痛风阳性家族史，从痛风患者近亲中发现15%~20%有高尿酸血症。一般认为原发性痛风是常染色体显性遗传，但高尿酸血症的遗传变异性很大，可能是多基因的和多因素的，受生活方式、饮食习惯、年龄、性别、体重、种族及肾功能等因素的影响。可

认为高尿酸血症取决于遗传、生活习惯和环境因素的相互作用。

在痛风前期即高尿酸血症期,除了血尿酸含量偏高之外,身体往往没有什么不良感觉,因此很多痛风患者不予重视。其实此时痛苦已经在“静悄悄”地制造着,可能随着血尿酸值的升高而猛烈暴发,耽误最佳治疗时间。

误区 3. 高尿酸血症必然会发展为痛风

这是不一定的。很多人在体检时查出血尿酸含量偏高,也就是高尿酸血症,就觉得自己一定得了痛风。其实通常高尿酸血症患者中只 10% 会发展为痛风。此外也有个别的痛风患者验尿酸的结果并不高。

血尿酸值与痛风的发病率确实密切相关,但临床上仅有部分高尿酸血症患者发展为痛风,确切原因不详,可能和尿酸浓度过高或体内的酸性环境有关。有人对约 2000 名健康白种人进行了超过 5 年的追踪调查研究,结果表明:每年痛风的发病率,血尿酸小于 $420\mu\text{mol/L}$ 者占 0.1%, $420 \sim 534\mu\text{mol/L}$ 者占 0.5%, 大于 $540\mu\text{mol/L}$ 者占 4.9%, 5 年累积痛风发病率为 22%。

同样,治疗痛风的时候,高尿酸血症的患者常会急切想要降低血液中的尿酸水平,其实这种想法也不对,尿酸水平的骤然降低有时反而会加剧痛风的发作。这是因为血尿酸突然降低会导致已经沉积在关节及其周围组织的不溶性尿酸盐结晶脱落下来,引发痛风性关节炎,这种情况也叫做转移性关节炎。因此,在治疗初期一般使用小剂量的降尿酸药物,逐渐增加到足量。

误区 4. 高尿酸血症与痛风没有区别

首先必须明确几个基本概念:①高尿酸血症不等同于痛风。②高尿酸血症者出现关节酸痛,不一定就是痛风发作。③有关节痛,

但血尿酸不高,并不表示关节肿痛不是痛风造成的。

高尿酸血症是指血中尿酸超过正常范围的一种状态。很多原因都可以引起血中尿酸盐含量升高,而痛风则是最常见的原因之一。

痛风是指在长期高尿酸血症的情况下,导致人体器官和组织发生病变。主要导致痛风性关节炎、痛风性肾脏病变、痛风性肾结石、痛风性心脏病、痛风性高血压病等严重并发症。高尿酸血症也可以说是痛风的前奏,但并不一定都能演变为痛风,而痛风患者均有高尿酸血症。只有出现痛风关节炎的发作时,才称之为痛风,而从未有过关节炎发作者,称为高尿酸血症。

误区 5. 不清楚痛风的症状

识别痛风很简单:就是一个字,痛!痛得你无法忍受,如同刀割。这个病痛得很有特点:发作之前没有什么征兆,一旦痛起来却又非常厉害,可以说是关节炎症中最痛的一种。很多人会在半夜痛醒,感觉就像刀割一样,周围若有风,痛得就更厉害了,稍微活动关节,就痛得难以忍受。再看痛的地方,关节明显肿胀、充血,皮肤变红、发烫。此外,有的人还觉得发麻,有针刺感、灼热感、跳动感等。

误区 6. 痛风无法自己判断

遇到下列情况时应考虑痛风的可能性:①反复发作的关节红、肿、热、痛,典型部位为足跖趾关节,其他包括踝、膝、腕、肘和掌指关节等。早期发作未经治疗可自行缓解,间隙期无症状。②秋水仙碱对治疗关节炎有特效。③有明确的痛风家族史。④中、老年男性,超重或肥胖者,有高嘌呤饮食史。⑤血尿酸水平高于正常。⑥关节周围皮下或耳郭处发现有结节者,穿刺发现有乳白色牙膏样液体流出。⑦有痛风相关性疾病,如肥胖、高血压、冠心病、动脉硬化、血脂异常和糖尿病等。⑧有原因不明的泌尿系统结石,尤其是多发性肾结石