

痛风

的诊断与治疗

TONGFENG
DE ZHENDUAN YU ZHILIAO

赵圣川 编著

军事医学科学出版社

痛风的诊断与治疗

赵圣川 编著

军事医学科学出版社
·北京·

内容简介

本书介绍了痛风的流行病学、病因学和发病机制、临床表现、诊断和鉴别诊断、治疗及预防等内容。重点介绍中西医结合治疗痛风的方法和经验。本书不仅是痛风防治工作者的参考读物,而且也适合基层医务人员和青年医务工作者阅读。痛风患者阅读本书也会从中获益。

图书在版编目(CIP)数据

痛风的诊断与治疗/赵圣川编著

- 北京:军事医学科学出版社,2001.12

ISBN 7-80121-371-8

I. 痛… II. 赵… III. 痛风-诊疗 IV. R589.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001) 第 076933 号

* *

军事医学科学出版社出版

(北京市太平路 27 号 邮政编码:100850)

新华书店总店北京发行所发行

潮河印刷厂印刷 春园装订厂装订

*

开本:787mm×1092mm 1/32 印张:5.75 字数:128 千字

2002 年 2 月第 1 版 2002 年 2 月第 1 次印刷

印数:1-4000 册 定价:9.00 元

(购买本社图书,凡有缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换)

中西合璧
知行一致

刘源
二〇〇二年
七月

中国人民武装警察部队副政治委员刘源中将题词

路 序

痛风是人体由于长期嘌呤代谢障碍、血尿酸增高而引起组织损伤的一组疾病,属于中医学中“痛风、历节”范畴。金元时期,浙江义乌的朱丹溪在其所著《格致余论》中,对痛风做了专题论述,认为痛风是“血中有热,再受风寒,热血得寒,污浊凝涩引起”。到了明代,龚延贤在《万病回春》中明确指出,痛风的病因是“膏粱之人,多食煎炒、火煨、酒肉……所以患痛风”,并提出忌食膏粱厚味的见解。这与现代医学认为该病的形成与高嘌呤饮食与饮酒等密切相关,是一种“富贵病”的观点不谋而合。

近年来,随着我国人民生活水平的日益提高,饮食食谱的改变,痛风的发病率有逐年上升之势。特别是东南沿海地区,气候炎热潮湿,物产丰富,素有“鱼米之乡”的美称,多以鱼虾海鲜、酒肉肥甘等为食,痛风的发病率较高。由于漏诊、误诊致慢性患者多伴有关节痹痛、僵硬、麻木、屈伸不利、痛风石、肾脏病等,给患者造成很大的痛苦,严重威胁人民的健康。所以,积极开展痛风的普查和防治,宣传有关的知识,已成为当前卫生防治和日常保健的重要工作内容之一。

武警部队浙江总队杭州医院原院长赵圣川主任医师,与我于20世纪90年代初相识,他为人朴实,沉潜好学,热爱中医学,毫无中西医门户之见,多年来一

直重视痛风病的防治和研究工作。为表支持,中国中医药风湿病学会于1995年曾组织部分专家,在该院与赵院长一起开办了风湿病痛风的专科专病门诊,采用中医药内服外洗、内外同治法治疗痛风,取得了初步效果,特点是疗效好、见效快,未见毒副作用。1996年10月,赵院长所著《中医药内外同治痛风100例的临床观察》一文,在北京首届国际中医风湿病学术会议上作了大会交流,受到与会代表的欢迎,荣获优秀论文奖。此后赵院长锲而不舍,紧密结合临床,认真观察和研究,积累了丰富的治疗经验,取得了显著的成绩。

鉴于积极宣传痛风的预防措施已是当务之急,赵院长在繁忙工作之余,披阅了大量中西医有关防治痛风的资料,结合个人多年的防治体验,历时三年,稿经数易,终于编成《痛风的诊断与治疗》一书。今年七月中旬,我刚从日本归来,即接其来函和稿件,约我写序,读后感到本书内容丰富,编排新颖,语言简洁,切合实际,通俗易懂,具有医学科普性质。本书的出版不仅对广大临床工作者、中西医结合工作者,特别是对从事风湿病防治的基层医务人员起到提高治疗水平的作用,而且对广大痛风患者也颇有益处。

中国中医药风湿病学会主任委员

路志正

2001年7月28日于北京

前 言

痛风是一种古老而又常见的由嘌呤代谢紊乱及尿酸排泄减少所引起的疾病。国外资料表明,成人高尿酸血症的发生率高达5%,痛风的患病率达0.13%~0.37%,东南亚地区的发病率高于其他地区。痛风的临床特点为高尿酸血症、反复发作的急性单关节炎、尿酸钠盐形成的痛风石沉积、痛风石性慢性关节炎,若未经适当治疗,最终通常发展为痛风性肾病。随着人民生活水平的提高,饮食结构的改变,痛风的发病率呈现上升的趋势。

在我国,1958年以前的文献中仅有5例报告,然而到了1990年,痛风的病例报告已达千余例。实际上,由于大量的漏诊和误诊,其真实的发病数可能更高。有人预测,我国痛风的发病人数仍将继续上升。所以,积极开展痛风的普查和防治,已成为一项不容忽视的工作。

本人从事痛风的防治研究工作已有十余年,积累了一定的实践经验,亦有些粗浅的心得体会,在参阅有关文献资料的基础上,编著了本书,其目的在于宣传和普及有关痛风的知识,供同行参考,也适合即将从事痛风防治工作的青年医务工作者阅读。

由于时间仓促,加上本人水平有限,其中错误之处在所难免,敬请同行批评指正。

特别感谢中国人民武装警察部队副政治委员刘源中将为本书题词,还特别感谢全国政协委员、中国中医药风湿病学会主任路志正教授为本书作序。

在本书的出版过程中,武警浙江总队杭州医院领导给予了大力支持,特此表示最衷心的感谢。

赵圣川

2001年3月15日于杭州



作者简介

赵圣川，1942年7月生。1961年4月入伍，原武警浙江总队杭州医院院长，主任医师，大校警衔。1962年8月起从事医疗卫生和医院管理工作，先后担任所长、队长、副处长、院长等职。曾主编《国外医学最新进展》、《营养和癌症》等专著，发表论文12篇，曾出席1996年国际风湿病大会，并获优秀论文奖。

目 录

第一章 概述	(1)
一、发病机制研究的进展	(2)
二、诊断技术的进展	(2)
三、治疗方法的进展	(2)
第二章 流行病学	(6)
第三章 病因学和发病机制	(10)
一、高尿酸血症的成因	(12)
二、酶缺陷在痛风发病中的地位	(14)
三、尿酸盐在组织中沉积的原因	(19)
四、肾脏的尿酸盐代谢	(21)
五、急性关节炎发病机制	(23)
六、继发性高尿酸血症的两种情况	(25)
七、中医理论分析痛风的病因病机	(26)
第四章 临床表现	(28)
一、关节病变	(29)
二、痛风石	(32)
三、肾脏损害	(34)
四、心脏病变	(40)
五、继发性痛风的临床特点	(41)
六、并发症	(44)
第五章 实验室检查和 X 线检查	(48)
一、血尿酸测定	(48)
二、尿酸含量测定	(49)
三、关节腔穿刺检查	(51)

四、血、尿常规检查和血沉检查	(55)
五、痛风石内容物检查	(55)
六、X线摄片检查	(56)
第六章 诊断	(59)
一、美国风湿病协会的痛风分类标准	(59)
二、中国国家中医药管理局痛风诊断依据分类	(60)
三、误诊及漏诊	(64)
四、值得吸取的经验	(68)
第七章 鉴别诊断	(69)
一、急性期的鉴别诊断	(69)
二、慢性期的鉴别诊断	(72)
第八章 治疗	(76)
一、痛风的治疗原则	(76)
二、一般治疗	(77)
三、饮食治疗	(82)
四、急性痛风性关节炎的治疗	(91)
五、痛风间歇期的处理	(118)
六、痛风慢性期的处理	(120)
七、痛风的中医治疗	(126)
八、中医药其他疗法	(130)
九、医论及医案	(132)
十、中医方剂	(151)
十一、继发性痛风的治疗	(167)
十二、无症状高尿酸血症的治疗	(168)
十三、痛风肾的处理	(168)
第九章 预防	(170)
附录	(172)

第一章 概 述

痛风,英文名“gout”,它是一种十分古老的疾病。早在公元前 1 500 年 Ebers 的医籍中,就已经有用类似秋水仙碱的药物治疗痛风的记载。在公元前 500 年,古希腊医师希波克拉底(Hippocrates)就已经指出,绝经期以前的妇女极少患痛风。他根据痛风患者病变关节的不同,描述有足痛风、手痛风和膝痛风。古希腊医师盖伦(Galen)发现痛风往往有家族性发病史,并且对痛风结节作了一定的描述。

在我国,痛风之名,始于金元。在金元之前的《内经》、《金匱要略》等经典著作中,均无痛风病名的记载。

元代名医朱丹溪最先明确地提出“痛风”的病名。他在其所著《格致余论》中指出:“痛风者,四肢百节走痛,方书谓之白虎历节风证是也。”金元时期的另一名学者李东恒也指出:“痛风者多属血虚,然后寒热得以侵之”。

其后,明代的孙一奎、张介宾,清初的喻家言等人均继承了朱丹溪和李东恒的学说。

在近代,研究痛风最著名的学者 Thomas Sydenham,他以自身罹患痛风 34 年之经验,对痛风的临床表现作了详尽的描述,并将其与其他病因的关节炎作了明确的鉴别。1776 年,Scheel 首先阐明痛风病人的肾结石由尿酸盐组成;1848 年,Garrod 发现痛风病人具有高尿酸血症。并且确认尿酸钠在组织中沉积引起炎症反应,还发现含铅量高的威士忌酒导致痛

风。1898年, Fisher 则进一步阐明了尿酸的化学结构, 并确认尿酸是嘌呤代谢的最终产物。

现代生物化学、药物学和光学仪器的突破性进展, 使得人们对痛风的发病机制有了崭新的认识, 对痛风的诊断和治疗水平不断提高, 主要表现在以下三个方面。

一、发病机制研究的进展

Buchanan 阐明了人类嘌呤代谢的合成和降解途径, 以及调节其代谢速率的机制, 从而确定了痛风为嘌呤代谢障碍性疾病; Seegmiller 首先发现黄嘌呤鸟嘌呤磷酸核糖基转移酶(HGPRT) 缺陷是原发性痛风的病因之一; Sperling 发现磷酸核糖焦磷酸合成酶(PRPP) 活性过强是痛风发病的另一病因。

二、诊断技术的进展

应用偏振光显微镜鉴别尿酸钠微结晶, 应用紫外分光光度计鉴别尿酸钠结晶, 两者均对痛风的确诊提供了便捷而又可靠的方法。

三、治疗方法的进展

继续肯定口服秋水仙碱的疗效, 并且提出了静脉给药方法; 将非甾类消炎药, 尤其是高效而且副作用较低的有机酸类消炎药应用于痛风急性发作的治疗, 发现了有效的排尿酸药和抑制尿酸生成药, 尤其是发现了具有双重治疗作用的排尿酸药, 为痛风治疗开辟了新的途径。

痛风是由于遗传性或获得性病因导致嘌呤代谢障碍和血清尿酸持续升高而引起的疾病。有人认为,它是长期嘌呤代谢紊乱、血尿酸增高所致组织损伤的一组疾病。其临床特点包括高尿酸血症、痛风性急性关节炎反复发作、痛风石形成和沉积、痛风石性慢性关节炎和关节畸形,到了病程后期出现肾尿酸结石和痛风性肾实质病变,形成慢性间质性肾炎。因此,有人也称痛风是嘌呤代谢异常而引起的临床综合征。

目前,世界各地均有痛风病例报道。国内自从 1948 年报道首例后,随着人民生活水平的提高和饮食结构的改变,痛风病例逐渐增多,在高原游牧地区如青海和西藏则更为多见。

祖国医学认为,痛风是由于人体阴阳气血失调,外邪乘虚而入,引起肢体游走性剧痛为主要特点的一种病症。朱丹溪认为痛风病因病机有风、痰、湿、瘀之分。后世医家多认为痛风可归属于痹病范围,与三痹中的痛痹或行痹相似。

由于西方历史上许多著名的帝王将相均患有痛风,故痛风又称为帝王病,此病于是也一直被视为和“酒肉”有密切关系的富贵病。然而,人们一直到 19 世纪才认识到痛风和尿酸之间的密切关系。

由于痛风发病的直接原因是高尿酸血症,而高尿酸血症又可分为原发性和继发性两类,故痛风也被分为原发性痛风和继发性痛风两类。这是目前临床上广泛采用的一种既简单又实用的分类法。如果再结合病人的发病年龄、尿酸生成和排泄情况以及临床伴发病等情况,痛风又可以作进一步的分类。

在临床上,原发性痛风发病率高达 90% ~ 95%,而继发性痛风仅占 5% ~ 10%。

原发性痛风是一组异质性疾病,一部分由先天性嘌呤代

谢紊乱所引起,遗传缺陷比较明确;一部分虽与遗传有关,但机制尚未阐明。继发性痛风系由其他疾病,包括遗传性和获得性疾病,或药物等引起,病因多比较明确。对后者只要治愈了原发性疾病,一般痛风也就消失了。

现已明确,原发性患者中有不到 1% 者为酶缺陷所致,而绝大多数病因不明。我们通常所指的痛风皆指原发性痛风。

原发性痛风又可进一步分成成人原发性痛风和非成年原发性痛风两大类,前者为绝大多数,后者极为少见。

在成人原发性痛风中,尿酸排出量正常者占 75% ~ 80%,而尿酸排出量过多者仅占 20% ~ 25%。

非成年原发性痛风可分为以下 5 种:①伴有糖原累积症 I 型(VonGierke 病)。该病幼儿期发病,罕见;②伴有舞蹈样运动,智能缺陷(Lesch - Nyhan 综合征)。该病儿童期发病,罕见;③伴有尿酸结石症,偶有轻型神经病变。该病青春期发病,罕见;④伴有尿酸结石,排出大量尿酸。该病青春期发病,罕见;⑤伴有痛风结节,血尿酸轻度升高,本病亦属罕见。

继发性痛风是继发于其他多种急慢性疾病引起的高尿酸血症,例如白血病、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(尤其是在化疗及放疗后),各种肾脏疾病伴肾功能减退、某些先天性代谢紊乱疾病如糖原累积病 I 型、自残综合征等。某些药物也可引起继发性痛风,如吡塞米、乙胺丁醇、水杨酸类(阿司匹林、巴米尔、对氨基水杨酸)、烟酸等。此外,酗酒及一些中毒状态如铅中毒、铍中毒、乳酸中毒等也可并发继发性痛风。

归纳而言,继发性痛风可分为尿酸生成过多和尿酸排泄减少两种类型,前者为大部分,后者占小部分。在尿酸排泄减少型中,又分成两种情况:①肾脏具有排泄尿酸盐功能的组织

减少,此种情况占多数;②肾小管分泌尿酸盐功能受抑制,此种情况为少数。

著名老中医奚九一教授提出,痛风可分为湿痹化热证、湿痹稽留证、脾肾不足证、脾虚湿凝石痹证和肾虚湿凝石痹证。

也有人将痛风性关节炎在临床上分为湿热瘀滞阻络型和脾虚湿瘀阻滞型两种。前者证属湿热流注关节,气血郁滞,经络瘀阻,而后者证属脾虚气滞,湿瘀阻络。

第二章 流行病学

在第一次世界大战之前,痛风主要在欧洲及美洲流行。痛风被认为是欧洲最古老的代谢病之一,主要见于白种人。而在亚洲及非洲,则认为本病很少见。第二次世界大战结束后,东方人的痛风病例有了明显的增加。近年来流行病学调查发现,东方人的痛风发病率甚至高于西方人种。当今我国台湾省患痛风者比比皆是,30岁以上成年人高尿酸血症的发病率为17.3%。追踪调查发现,其中约有10%的患者发展成为痛风。同样,日本在第二次世界大战后,痛风也逐渐成为常见病。痛风已不再是西方人独有的疾病,在亚洲、非洲及澳洲均有上升趋势。因此,可以说痛风是一种世界性流行的疾病,只是患病人数有明显的差异而已。

即使是在同一个国家,不同的种族发病率也有显著的差异。例如,在新西兰的毛利(Maori)族成年男性中,发病率高达8%,而在新西兰的白种人中却只有0.5%。

现已发现,影响痛风发病的因素是多方面的,除了种族因素外,尚包括性别、年龄、遗传、饮食中蛋白质含量、社会生活水平、文化状况和精神应激等综合因素。

拿日本来讲,由于第二次世界大战以后经济迅速发展,生活水平明显提高,蛋白类食物的摄入量成倍增长。1995年厚生省的调查结果显示,全国的痛风患者约为40万人,而痛风的基础性疾病高尿酸血症在成年男性中已占25%。因此,痛