

HOT

常见病家庭防治与康复丛书



# 痛风与 类风湿关节炎



邹和建 邹耀红 编著

家庭养家理财与保健丛书

# 痛风与 风湿关节炎

张其成 张其成 著



邹和建 邹耀红 编著

**图书在版编目(CIP)数据**

痛风与类风湿关节炎/邹和建,邹耀红编著. —上海:  
上海科技教育出版社,2010.10  
(常见病家庭防治与康复丛书)  
ISBN 978-7-5428-5090-4

I. ①痛… II. ①邹… ②邹… III. ①痛风—防治 ②类  
风湿性关节炎—防治 IV. ①R589.7 ②R593.22  
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 177695 号

**常见病家庭防治与康复丛书**  
**痛风与类风湿关节炎**

编 著 / 邹和建 邹耀红  
责任编辑 / 蔡 婷 方婷嫒  
封面设计 / 刘 菲

出版发行 / 上海世纪出版股份有限公司  
上 海 科 技 教 育 出 版 社  
(上海冠生园路393号 邮政编码200235)

网 址 / [www.ewen.cc](http://www.ewen.cc)

[www.sste.com](http://www.sste.com)

经 销 / 各地新华书店  
印 刷 / 常熟兴达印刷有限公司  
开 本 / 850×1168 1/32  
印 张 / 3.5  
版 次 / 2010年10月第1版  
印 次 / 2010年10月第1次印刷  
书 号 / ISBN 978-7-5428-5090-4/R·395  
定 价 / 9.80元

## 编者的话

21世纪我国将全面进入小康社会,在创造、享受富裕生活的同时,健康必将成为人们最为关心的热点之一。人食五谷,有七情六欲,难免会患有这样或那样的疾病。一辈子从来没有生过病的人是不存在的,关键是要少生病,生了病后能够尽快康复。这就提出两个重要问题,“少生病”要求加强疾病的预防;而“尽快康复”则是临床治疗和康复医学的任务。上海科技教育出版社出版的“常见病家庭防治与康复丛书”就是围绕这两个中心展开的,其重点是家庭康复。

俗话说得好,是病三分治七分养,这里说的“养”在意义上等同于“家庭康复”。一般而言,在疾病的急性发作期,主要是以治疗为主,患者的治疗乃至饮食、作息,都必须在医生指导下进行。而家庭康复则不然,此阶段病情已经稳定,各项指标都已正常或接近正常。为恢复健康,此阶段除了配合医生的治疗外,尚须合理地进行膳食、心理、运动等方面的调养和护理。

患者和患者家属须树立起家庭康复的新概念,应把家庭康复作为疾病防治的必要阶段,重视家庭康复对疾病恢复的作用。其中,饮食不但是维持生命的物质基础,而且合

理的饮食对身体的康复也有着至关重要的作用；调整好心理，有利于改善人体的免疫机制，也有利于建立起对疾病的必胜信念；而运动不啻是一种积极的康复手段，适度的运动除了能使生病的机体尽快恢复，还能使你拥有一个强健的体魄。至于音乐疗法、有规律的作息等，既必要又简单可行。

“常见病家庭防治与康复丛书”邀请了临床第一线的医学专家担任各分册编写工作，以通俗的文字，深入浅出地把每种常见病的病因、相关知识、预防和治疗，特别是家庭康复的各种手段，如心理调整、运动康复、音乐疗法、家庭用药须知等，一一作了介绍，适合患者和患者家属阅读。丛书图文并茂，版式新颖，相信这套丛书的出版会为广大读者保持健康带来帮助！

# 目录

## 痛风

### 病因认知

- 对痛风认识的发展 /1
- 高尿酸血症与痛风 /2
- 痛风与性别 /3
- 痛风与年龄 /3
- 痛风与种族、遗传 /4
- 痛风与职业 /5
- 痛风与饮食结构 /5
- 痛风分类 /6
- 痛风的病因 /6
- 发作诱因 /7

### 就医指南

- 就医指征 /10
- 医院选择 /10

### 诊治要点

### 认识症状

- 急性发作 /14
- 不典型急性发作 /15
- 慢性痛风性关节炎 /16
- 高尿酸性和(或)痛风性肾病 /17
- 少见类型痛风 /20
- 继发性痛风 /21
- 其他结晶性关节炎 /21

## 医生确诊指标

- 血尿酸测定 /23
- 血液检测 /23
- 关节液检查 /24
- X线摄片 /25
- 综合判断 /26

## 医嘱治疗

- 急性发作期 /28
- 间歇期及慢性期治疗 /31
- 手术治疗 /34
- 高尿酸血症的治疗 /35

## 伴发病

- 心脑血管病 /36
- 糖尿病 /37
- 肥胖 /37
- 高脂血症 /37

## 随访指导

## 治疗误区

## 饮食处方

- 饮食治疗 /42
- 饮食原则 /42
- 饮食方法 /43
- 饮食选择 /45

# 类风湿关节炎 病因认知

关节的基本功能 /49

关节的基本结构 /50

人体的关节分布 /52

发病原因 /52

病理改变 /55

## 疾病特点

关节肿痛 /59

晨僵 /61

皮下结节 /61

继发性干燥综合征表现 /62

其他关节外临床表现 /63

特殊类型的类风湿 /63

## 就医指南

何时就诊 /64

医院选择 /65

就医前准备 /66

疾病随访 /67

## 临床诊断

类风湿分类标准 /68

实验室检查与其他检查 /71

儿童类风湿诊断 /73

## 规范治疗

治疗目的 /75

治疗前准备 /76

一般治疗 /76

常用的抗风湿药物 /77

类风湿药物治疗的策略 /82

临床疗效的评价 /87

理疗 /88

关节内注射治疗和外科手术治疗 /88

其他治疗方法 /88

## 治疗效果及结局

## 家庭调养菜单

注意药物的不良反应 /92

运动与锻炼 /95

理疗与作业疗法 /95

饮食与食疗 /97

个人保养 /98

是否需要食用保健品 /99

类风湿是否会遗传 /100

类风湿患者的生育问题 /100

## 治疗误区



# 痛 风

Bingyin Renzhi

## 病 因 认 知

### 对痛风认识的发展

痛风可以追溯到公元前5世纪,在世界各地都有记载。公元前5世纪,希波克拉底就对痛风进行了描述,痛风是一种急性关节肿痛性疾病,特点是来去突然;6世纪民间使用秋水仙的根茎治痛风,当时当作泻剂排毒使用;14世纪,痛风一词出现在中国元朝朱丹溪的《格致余论》中;1679年列文虎克用显微镜在血液中观察到尿酸结晶,但当时不知是什么;1797年,W·H·沃拉斯顿析出尿酸钠盐,尝试解释痛风和尿酸的关系;1820年,法国两位学者分离出纯秋水仙素,使之成为传统治疗;1848年,现代痛风之父英国人A·Garrod 测出血中有尿酸存在,开启了生化检验之门;1950年使用降尿酸药物丙磺舒,促进尿酸排泄;1963年使用别嘌醇(别嘌呤醇),抑制尿

酸合成而降低血尿酸水平;1970年发现苯溴马隆(苯溴香豆素、痛风利仙)有明显的促进尿酸排泄作用。在20世纪50年代以前,痛风在东方被视为少见病。第二次世界大战以后,日本经济的迅速发展,蛋白质类食物大量增加,使得痛风成为盛行病。1958年以前在我国仅有25例痛风报道。20世纪80年代以后,随着我国社会的变革,饮食结构发生明显的变化,食物所含热量(高蛋白质、高脂肪、高碳水化合物)、嘌呤类物质(动物内脏、海产品类、鱼虾、肉类等)的显著增加,平均寿命的延长,痛风的发病率显著增加。90年代北京、江苏等地有几千例报道,因痛风而住院的人数直线上升,南方上升趋势比北方更明显。根据估计,国内痛风患者约有1200万,而血中尿酸值过高者约有1.2亿(约占全国人口的10%)。越来越多的资料表明,痛风是一种世界性的疾病。

## 高尿酸血症与痛风

人体内尿酸有两个来源:一是从富含核蛋白食物中的核苷酸分解而来的,属外源性;二是从体内氨基酸、磷酸核糖及其他小分子化合物合成和核酸分解代谢而来的,属内源性。对高尿酸血症的发生,内源性代谢紊乱较外源性因素更为重要。血液中尿酸浓度过高就是高尿酸血症。血液中尿酸值男性 $>417$ 微摩/升( $\mu\text{mol/L}$ )[7毫克/分升( $\text{mg/dl}$ )],女性的正常参考值比男性低60~70微摩/升(1毫克/分升),即女性 $>357$ 微摩/升(6毫克/分升),就是高尿酸血症(每个医院或检验室的正常参考值略有差异)。大多数的高尿酸血症可

以持续终身不出现症状,但是血尿酸水平越高,持续时间越长,发生痛风和尿路结石的机会就越多。高尿酸血症是痛风的重要生化基础。急性痛风的发生只有在高浓度血尿酸持续足够长时间才造成尿酸盐结晶在关节腔沉积,才会吸引中性粒细胞来吞噬这些“异物”,而出现局部白细胞堆积,表现出红、肿、热、痛的急性炎症反应。高尿酸血症的患者中只有5%~12%会得痛风,其余都没有任何症状,因此血清尿酸过高并不等于痛风。此外,痛风患者在急性关节炎发作时抽血,约有30%的血尿酸值是在正常范围之内,所以必须请医师作正确诊断,以免误诊误治。

## 痛风与性别

痛风好发于男性,占78.1%~95%,女性仅占5%左右,男性与女性之比为 20:1。女性常在绝经后发病,行经期和妊娠期的妇女几乎不会得痛风,这可能与男女体内性激素水平的差异有关,雌激素有促进尿酸排泄的作用,而妊娠时,特别是妊娠早期,肾上腺皮质激素分泌增加,有抗炎作用。

## 痛风与年龄

人体中血尿酸浓度随年龄的变化而变化。刚出生24小时到3天内,血尿酸水平升高。青春期,男性和女性的血尿酸水平均进入一个稳定阶段,约214微摩/升(3.6毫克/分升)。青春期以后,血尿酸水平均随年龄增加,但两性间有明显的差异,男性为411~458微摩/升(6.9~7.7毫克/分升),女性为339~

393微摩/升(5.7~6.6毫克/分升)。女性停经后尿酸值才逐渐上升,并接近成年男性的数值。痛风发病具有明显的年龄特征,虽见于各年龄段,但原发性痛风以中年人为最多见,40~50岁是发病的高峰年龄,平均发病年龄为44岁。男性发病通常在45岁以后,女性痛风发病年龄较男性晚,通常要到绝经期。但有资料表明,我国近20年来痛风的初发平均年龄下降了6.3岁,不足40岁初次发病者增加了26.3%,有年轻化的趋势。60岁以上发病占全部病例的11.6%,女性比例相对升高,占29%。在儿童和老年痛风患者中,继发性痛风发生率较高,故对儿童和老年患者,应该注意区别原发性抑或继发性痛风。

## 痛风与种族、遗传

痛风见于世界各地,至今尚未发现没有痛风发病的种族。世界上大部分地区正常成人血尿酸水平基本相似,但也有些地区的人群血尿酸水平较高,如南太平洋的岛屿、新西兰的毛利族、移居夏威夷的菲律宾人、马里亚纳群岛的土著人、马来西亚的华裔、澳大利亚人,其原因可能与遗传、饮食结构以及现代生活方式的影响有关。人类很早的时候就注意到痛风的家族群聚现象,有家族史的患者病情较重,其男性发病明显高于女性。高尿酸血症也与痛风一样,有一定家族遗传倾向。双亲有高尿酸血症和痛风者,比单亲有高尿酸血症和痛风者病情重,且可在儿童期发病。原发性痛风基本属于遗传性疾病,英格兰和美国的家族研究发现,40%~

80%的痛风患者有阳性家族史，痛风患者的一级亲属中约25%有高尿酸血症，其遗传方式可不同，属常染色体显性遗传。高尿酸血症的遗传方式变异很大，可能是多基因遗传。

## 痛风与职业

人类早在古代就已注意到痛风是一种富贵病，多为帝王将相、富贵者所患。近代的观察表明，痛风多见于中上层社会、经济状况良好的阶层发病较多，如知识阶层、商贾豪富发病高于平民和体力劳动者。古今中外，不乏有领袖人物、社会名流、天才英杰受尽了痛风的折磨，其中有亚历山大大帝、法国路易七世和十四世国王、美国著名政治家富兰克林、中国元世祖忽必烈皇帝、英国诗人朱利亚斯·可赫姆、宗教领袖马丁·路德、科学家牛顿、哈维。有人报道，痛风患者中33%是富商，26%是医生和律师，20%是商贩，12%是技术工人，9%是牧师和职员。但近年来也有报道表明，随着社会的进步，物质生活水平的提高，城乡差别、体力劳动者与脑力劳动者差别日益缩小，职业因素在痛风发病中的作用也越来越小。痛风不再是达官贵人的专利，已成为现代生活文明病中的一种。

## 痛风与饮食结构

原发性痛风发病率与饮食中蛋白质含量密切相关。痛风之所以成为欧美国家的常见病，是因为与进食高嘌呤、高蛋白质食物有关。第一次和第二次世界大战期间，由于饮食

质量下降,欧洲痛风的发病率明显降低,而成为当时的少见病。当战后饮食中蛋白质含量再度丰富时,其发病率又恢复到战前水平。20世纪60年代日本经济腾飞以后,其国民饮食蛋白质含量显著升高,以至痛风亦成为日本人较盛行的疾病。20世纪80年代以来,我国国内痛风的流行病学变化也证实了这一观点。

## 痛 风 分 类

痛风是一组嘌呤代谢紊乱所致的疾病,其临床特点为高尿酸血症。就其病因可分为原发性与继发性两种。原发性者病因除少数由于酶缺陷引起外,大多未阐明,常伴高脂血症、冠心病、糖尿病、高血压病、动脉硬化和肥胖等,属遗传性疾病,占痛风的90%左右。继发性者可由肾脏病、血液病及药物等多种原因引起。

## 痛风的病因

### 尿酸盐生成过多

占原发性高尿酸血症的10%左右。是一种次黄嘌呤鸟嘌呤磷酸核糖转换酶(HGPRT)缺陷及莱-尼(Lesch-Nyhan)综合征;磷酸核糖焦磷酸(PRPP)合成酶活性增高、溶血、骨髓增生性疾病、红细胞增多症、银屑病、Paget病、糖原累及症(Ⅲ、Ⅴ、Ⅶ型)、横纹肌溶解症、剧烈运动、饮酒、肥胖、富含嘌呤的食物,均可因导致尿酸盐生成过多而引发高尿酸血症。

## 尿酸盐排出过少

占原发性高尿酸血症的 90%左右。肾功能不全、多囊肾、尿崩症、高血压、酸中毒(乳酸性、糖尿病酮症、饥饿性酮症)、铍中毒、结节病、铅中毒、甲状腺功能减退症、甲状旁腺功能减退症、妊娠高血压综合征、Batter 综合征、Down 综合征、小剂量阿司匹林、利尿剂、乙醇(酒精)、左旋多巴、乙胺丁醇、吡嗪酰胺、烟酰胺、环孢素(环孢菌素 A),均可导致尿酸盐排出过少而引起高尿酸血症。

## 混合因素

葡萄糖-6-磷酸酶、果糖-1、磷酸醛缩酶缺陷、乙醇、休克等因素,既可引起尿酸盐生成过多,又可使尿酸盐排出减少,从而导致高尿酸血症。

# 发 作 诱 因

痛风的急性发作往往是有诱因的,如外伤、饮食不当、饮酒、药物及相关疾病,都可诱发急性关节炎。

## 创伤

任何的外伤均可以使痛风发作。即使一些轻微的创伤,有时甚至是不被觉察的损伤,比如行走、扭伤、鞋履不适,可致急性发作。这可能是与局部组织损伤后,尿酸盐脱落有关。第一跖趾关节是全身各关节中单位面积受力最大的关

节,常有慢性损害倾向,极易受损,如长距离步行、打高尔夫球等,均有可能引起急性发作。因此,第一跖趾关节是首次发病及发作频率最高的关节。一些特殊职业的特殊关节的慢性损伤,可引起某些关节的反复发作,比如汽车司机的右膝关节、机器操作工的特定手指关节等。

## 膳食

饮食中的嘌呤可影响血尿酸水平。不加节制的暴食富含嘌呤的食物(如肉汁、肉精、浓汁汤、动物内脏、香肠、火腿、龙虾、沙丁鱼、鱼肝、猪脑、芦笋、香菇等),尤其同时大量饮酒,可使血尿酸水平显著升高,诱发急性痛风。临床上常见到佳节、婚宴、喜庆美酒佳肴后,出现发作性的关节肿痛。这是因为高嘌呤饮食可增加尿酸合成,促使血尿酸升高。相反控制饮食,降低体重,可减少发病与发作。但是,严格控制低嘌呤饮食仅能降低血尿酸 60 微摩/升(1 毫克/分升)。

## 饮酒

饮酒对痛风的影响远比膳食要大得多。有人比较进食而不饮酒与进食同时大量饮酒的两组人,发现后者血尿酸水平显著上升。长期大量饮酒对痛风患者不利有三:

- 可使血乳酸水平增高,抑制肾小管尿酸的排泄,导致血尿酸增高。
- 可促进核苷在肝脏的分解代谢,使血尿酸增高。
- 饮酒同时常常进食较多高蛋白质、高脂肪、高嘌呤食



物,导致血尿酸水平增高,可诱发痛风性关节炎急性发作。

### 铅中毒

食用或饮用铅容器制备的食物或饮料如私制的威士忌,或职业性的铅中毒,可引起铅中毒性痛风。这是因为铅中毒时,肾脏受损,肾小管尿酸重吸收增加,排出量减少,导致高尿酸血症和(或)痛风的急性发作。

### 药物

有些药物可导致痛风的急性发作。临床上常见长期使用利尿剂(如噻嗪类利尿剂)、维生素 B<sub>1</sub>、胰岛素、青霉素、小剂量阿司匹林、抑制尿酸合成药(如别嘌醇)、促尿酸排泄药(如苯溴马隆)、环孢素、果糖等,可引起痛风急性发作。其原因有些为特异反应,有些为转移性痛风发作,有些为影响尿酸的清除。

### 内科疾病与外科手术

高尿酸血症者合并严重的内科疾病或进行外科手术时,分解代谢增加,或内环境紊乱,如代谢性酸中毒可诱发痛风的急性发作。痛风发作通常在内科疾病期间,而外科手术者急性发作通常在术后 3~5 天。高尿酸血症者在伴发严重的内科疾病期间或进行外科手术时,可用秋水仙碱预防性治疗。肿瘤患者细胞核酸代谢旺盛,可产生大量的尿酸,尤其是化疗、放射治疗后,也是痛风急性发作的常见诱因之一。