

痛风

用药配餐系列
yongyaopeicanxilie



用药与配餐

主编 / 杜玉茗 王 迪
主审 / 赵桂兰

用药是否准确,配餐是否合理?
决定着疾病治疗的成败!
用药如用兵,民以食为天,
细节决定成败!

YongYao
YuPeiCan



吉林科学技术出版社



用药配餐系列

痛风

用药与配餐

TONGFENG YONGYAO
YU PEIGAN

主编 / 杜玉茗 王 迪

主审 / 赵桂兰

编者 / 杜玉茗 王 迪

杨清江 卢 维

卢晟晔 王冰梅

孙 峻 宋雨婷

吉林科学技术出版社

用药配餐系列

痛风用药与配餐

杜玉茗 王 迪 主编 赵桂兰 主审

责任编辑：韩 捷 李永百

*

吉林科学技术出版社出版、发行

长春新华印刷厂印刷

*

880×1230 毫米 32 开本 6.25 印张 166 000 字

2006 年 1 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 次印刷

定价：10.00 元

ISBN 7-5384-1574-2/R·932

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题，可寄本社退换。

社址 长春市人民大街 4646 号 邮编 130021

发行部电话/传真 0431-5635177 5651759 5651628

编辑部电话 0431-5635170 传真 0431-5635185

电子信箱 JLKJCBS@public.cc.jl.cn

网址 www.jkpbs.com

QIAN YAN

前言

随着我国人民生活水平的提高，饮食中动物性蛋白及脂肪的比重增加，痛风的患病率日渐提高。近年来有统计资料显示，我国20岁以上人群高尿酸血症者约占2.4%~5.7%，在所有年龄段痛风总的患病率为0.84%，尤其是在中老年人中，肥胖、糖尿病、冠心病、高血压常与其伴行。科学家预言，今后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。

痛风的发病与饮食密切相关，是可防可治的。高嘌呤、高蛋白食物如海鲜、动物内脏、骨髓、肉类、豆制品、食用菌类、啤酒等过量摄入是痛风发病的物质基础，劳累、穿紧鞋、手术、感染、外伤、应用抑制尿酸排泄的药物等是常见的诱因，胰岛素抵抗、超重、肥胖亦是相关因素。所以，痛风的预防应从饮食入手，做到未病先防。如有条件，定期检查血尿酸及其他相关项目是早期发现、早期诊断、早期治疗的关键，防止痛风发作便可做到有的放矢。

本书的第一部分为痛风的基本常识，简要介绍了什么是痛风，痛风是如何发生的，高尿酸血症与痛风有何区别，痛风的预防等；第二部分是痛风的用药常识，介绍了痛风的用药常识，从中我们可以了解到如何制定合理的用

药方案，抗痛风药物的作用原理，需要了解的抗痛风新药、进口药，抗痛风药的联合应用、配伍禁忌等；第三部分为痛风的常用西药，详细介绍了抗痛风西药的药理作用、临床应用、用法用量、不良反应及注意事项；第四部分为痛风不同阶段的推荐用药，详细介绍了痛风各期的西药、中成药、中药单方、中药复方等；第五部分为痛风常见并发症的推荐用药，介绍了痛风并发糖尿病、肥胖症、高血压病、冠心病等的用药需要；第六部分为痛风的配餐常识，介绍了痛风患者的膳食指南，痛风病人的营养需求，如何制订抗痛风配餐方案等；第七部分为痛风的合理配餐，有四季食谱，每周食谱，介绍了原料组成、制作方法等；第八部分为痛风各阶段及并发症的特殊食谱；第九部分为痛风及并发症的食疗食谱。

本书集科学性、实用性、系统性于一体，深入浅出、通俗易懂，针对性强，信息量大，内容都是近年来痛风患者急需了解的热点问题。我们衷心地希望痛风病人能够合理用药，更多地了解用药常识；希望痛风患者能够合理配餐，更多地了解配餐常识。我们期待本书成为痛风病人的良师益友。

编者

2005年10月

目 录

MU LU

痛风可防可治

什么是痛风	2
痛风是如何发生的	4
高尿酸血症与痛风有何区别	4
得了痛风怎么办	5
痛风可以预防吗	6

痛风的用药常识

痛风患者用药须听从专科医生指导	10
如何制订合理的用药方案	10
抗痛风药的种类与作用原理	11
需要了解的抗痛风新药、进口药	12
如何选择有抗痛风作用的中药单方	13
如何选择有抗痛风作用的中药复方	14
抗痛风中西药联合应用的原则与禁忌	17
抗痛风中药的配伍宜忌	20
抗痛风中西药配伍宜忌	25
抗痛风西药联合应用的原则	30

抗痛风西药配伍宜忌	31
抗痛风药对患者的营养状态有何影响	32
如何判定抗痛风药的治疗效果	32
如何减轻抗痛风药的不良反应	33

痛风的常用西药

秋水仙碱	38
促进尿酸排泄药	39
抑制尿酸合成药	41
非甾体类抗炎药	42
糖皮质激素	52

痛风不同阶段的推荐用药

高尿酸血症（无症状期）用药	56
急性痛风性关节炎期用药	57
痛风间歇期及慢性关节炎期用药	63
痛风性肾病用药	66
尿酸性肾石病用药	69

痛风常见并发症的推荐用药

痛风并发糖尿病用药	72
痛风并发高脂血症用药	75
痛风并发冠心病用药	81
痛风并发肥胖症用药	83
痛风并发高血压病用药	85

痛风的配餐常识

痛风患者的膳食指南	90
痛风患者的营养需求	91
如何制订抗痛风配餐方案	92
如何计算配餐的热量	93
常用食物的嘌呤含量	93
痛风患者食物搭配宜忌	94
痛风患者药物与食物搭配忌用	96
痛风患者的忌口	96
如何配餐能减轻抗痛风药的不良反应	97

痛风的合理配餐

春季配餐	100
夏季配餐	107
秋季配餐	117
冬季配餐	124

痛风各阶段及并发症的配餐

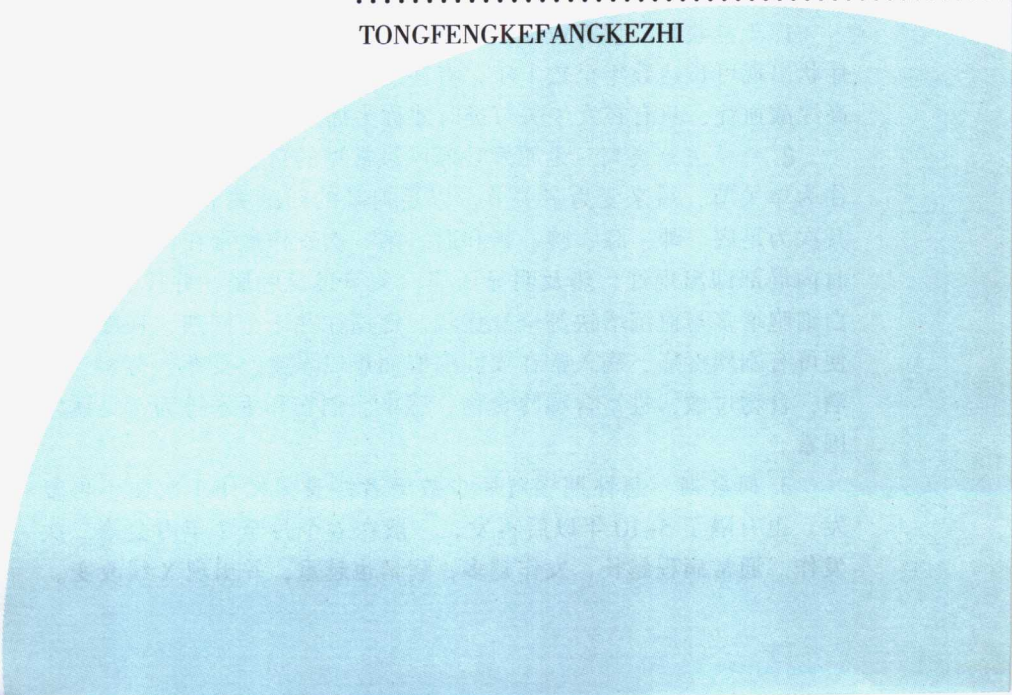
痛风性肾病配餐	132
痛风并发糖尿病配餐	135
痛风并发肥胖症配餐	140
痛风并发高血压病配餐	144
痛风并发冠心病配餐	148

痛风各阶段及并发病的食疗食谱

痛风性肾病食疗食谱	156
痛风并发糖尿病食疗食谱	158
痛风并发肥胖症食疗食谱	164
痛风并发高血压病食疗食谱	169
痛风并发冠心病食疗食谱	172

痛风可防可治

.....
TONGFENGKEFANGKEZHI



什么是痛风

痛风是嘌呤代谢紊乱和（或）尿酸排泄障碍所致血尿酸增高的一种异质性疾病。痛风可分为原发性和继发性两大类。原发性痛风常与肥胖、糖代谢紊乱、高血压、动脉硬化和冠心病等并发，共同的病理基础为胰岛素抵抗。继发性痛风则与某些遗传性疾病如 I 型糖原累积病，某些血液病如白血病和慢性肾病致肾小管分泌尿酸减少有关。临床上以原发性痛风常见。痛风临床表现的过程可分为 4 个阶段：无症状期、急性关节炎期、间歇期和慢性关节炎期。

1. 无症状期 仅有血尿酸持续或波动性增高。从血尿酸增高至症状出现可长达数年甚至数十年，有些终生不出现症状，称为无症状高尿酸血症，只有在发生关节炎时才称为痛风。

2. 急性关节炎期 是原发性痛风最常见的首发症状。初发时往往为单关节，后来变为多关节。以足拇趾的跖趾关节为好发部位，其次为足底、踝、膝、腕、指和肘。第一次发作通常在夜间，数小时内局部即出现红、热及明显压痛，关节迅速肿胀，并伴有发热、白细胞增多与血沉增快等全身症状。疼痛往往十分剧烈，轻度按压便可有剧烈疼痛，病人常在夜间痛醒而难以忍受。受寒、劳累、酗酒，食物过敏，进富含嘌呤食物、感染、创伤和手术等为常见诱发因素。

3. 间歇期 急性期缓解后少数患者终身只发作 1 次便不再复发。也有隔了 5~10 年以后再发，一般在 6 个月至 2 年内会第二次发作。通常病程越长，发作越多，病情也越重，并出现 X 线改变。

4. 慢性关节炎期 多见于未经治疗或治疗不规则的患者。其病理基础是痛风石在骨关节周围组织引起损伤所致，故又称为痛风性慢性关节炎。此期关节炎发作较频，间歇期缩短，疼痛日渐加剧，甚至发作之后不能完全缓解。痛风石的出现是尿酸盐沉积在软骨、滑膜、肌腱和软组织的结果，为本期常见的特征性表现。痛风石以耳郭及跖趾、指间、掌指、肘等关节较为常见，亦可见于尺骨鹰嘴滑车和跟腱内。痛风石虽然不痛，但终因痛风石形成过多和关节功能毁坏而造成手、足畸形。痛风石表面的皮肤可以变得菲薄，甚至溃破，排出白色粉末状的尿酸盐结晶。此时病变已至后期。

5. 肾脏病变病程较长的痛风 约 1/3 有肾脏损害，表现为 3 种形式：

(1) 痛风性肾病 为尿酸盐在肾间质组织沉积所致。早期可仅有间歇性蛋白尿和显微镜血尿，随着病程进展，蛋白尿逐渐转为持续性，肾脏浓缩功能受损，出现夜尿增多、等渗尿等。晚期发展为慢性肾功能不全。部分患者以痛风性肾病为最先的临床表现，而关节炎症状不明显，易与肾小球肾炎和原发性高血压病并发肾病变混淆。

(2) 尿酸性肾石病 部分患者可以尿酸性肾结石为首表现。细小泥沙样结石可随尿液排出无症状，较大结石常引起肾绞痛、血尿及尿路感染症状。

(3) 急性肾衰竭 由于大量尿酸盐结晶堵塞在肾小管、肾盂及输尿管内，引起尿路梗塞。患者突然出现少尿、甚至无尿，如不及时处理可迅速发展为急性肾衰竭。

痛风是一种终身性疾病，目前提倡预防为主，早期发现，早期诊断，早期治疗。适当运动，合理饮食，控制高尿酸血症，预防尿酸盐沉积。无肾功能损害及关节畸形者，经有效的治疗可维持正常的生活和工作。

痛风在中医中属“风湿痹痛”范畴，最早见于《内经》，将其作了详细的描述。《金匱要略》称其为“历节”，李东垣、朱丹溪则称其为痛风。其主要原因在于先天性脾肾两虚功能失调。脾之运化功能有所缺陷，则痰浊内生；肾司二便功能失调，则湿浊排泄缓

慢量少，以至痰浊内聚，此时感受风寒湿热之邪、劳倦过度、七情所伤，或酗酒食伤，或关节外伤等，则加重并促使痰浊流注关节、肌肉、骨骼，气血运行不畅而形成痹痛，亦称痛风性关节炎。急性期有风、寒、湿、热、寒热错杂等型；慢性期有痰、瘀、气血两虚、肝肾两亏等型。

痛风是如何发生的

1. 尿酸排泄减少及排泄障碍 这是引起高尿酸血症的重要因素，包括肾小球尿酸滤过减少、肾小管重吸收增多、肾小管尿酸分泌减少以及尿酸盐结晶在泌尿系统沉积。痛风患者中 80%~90% 的个体具有尿酸排泄障碍，而且上述异常都不同程度地存在，但以肾小管尿酸的分泌减少最为重要，而尿酸的生成大多数正常，大多数原发性痛风患者有家族遗传史，属多基因遗传缺陷。

2. 尿酸生成增多 若限制嘌呤饮食 5 天后，每日尿酸排出超过 3.57mmol/L (600mg)，可认为是尿酸生成过多。痛风患者中以尿酸生成增多者不足 10%。酶的缺陷是导致尿酸生成增多的原因。如磷酸核糖焦磷酸合成酶 (PRS) 亢进症、次黄嘌呤-鸟嘌呤磷酸核糖转移酶 (HGPRT) 缺陷症、腺嘌呤磷酸核糖转移酶 (APRT) 缺陷症及黄嘌呤氧化酶活性增加均可致尿酸生成增多。上述前 3 种酶缺陷属于 X 伴性连锁遗传，黄嘌呤氧化酶活性增加可能为多基因遗传。

高尿酸血症与痛风有何区别

高尿酸血症与痛风并不是同义词。正常男性的血尿酸为 150~380μmol/L (2.4~6.4mg/dL)，女性更年期以前的血尿酸水平为 100~300μmol/L (1.6~5.0mg/dL)，如果更年期以后其值接近男性。37.0℃

时，血清尿酸的饱和浓度约为 $420\mu\text{mol/L}$ (7mg/dL)，高于此值即为高尿酸血症。痛风是指高尿酸血症患者出现超饱和浓度的尿酸盐结晶在组织内沉积、关节炎和（或）肾病、肾结石等，其转变的确切机制未明。

得了痛风怎么办

如果得了痛风，首先必须到综合医院内分泌代谢病专科去做相关检查，区分是原发性痛风还是继发性痛风。发病即诊为痛风的患者多有突发关节红、肿、热、痛，尤以夜间为甚，或出现肾结石、肾功能不全表现，及时就诊治疗是避免痛风性急性关节炎反复发作的关键。同时早日征得治痛风专家对饮食、运动及药物治疗的指导，增强与痛风作长期斗争的信心，学会自我调整生活习惯的方法等。可注意以下几个方面：

1. 避免感冒。
2. 避免关节损伤。
3. 注意保暖和避寒。
4. 避免暴饮暴食或饥饿。
5. 注意休息，避免过度疲劳。
6. 注意鞋袜宽松，避免足部血液循环差。
7. 注意精神调节，避免精神刺激、情绪紧张。
8. 节制烟，尤其不能酗酒，不喝浓茶、咖啡等饮料。
9. 定期复查血尿酸，使其保持在 $400\mu\text{mol/L}$ 以下。
10. 避免使用妨碍尿酸排泄的药物，如噻嗪类利尿剂、速尿、水杨酸类、酵母类等。

11. 急性发作时应卧床休息，将患肢抬高以减轻疼痛，病情好转后方可逐渐进行体育活动和肢体功能锻炼。如痛风患者的症状进入慢性期，无红、肿、热、痛等急性关节炎症状时，可以从事运动。剧烈的运动应该避免，缓和的运动，有助关节的活动，应该鼓

励。运动要避免容易产生碰撞的项目，如篮球、排球、足球、橄榄球等，在这些运动过程中，力量多集中在下肢，所以关节受伤的机会较高。游泳是痛风族可选择的最佳运动，借助水的浮力，不仅可避免碰撞，更可达到全身性运动的效果。一天的活动量约 20~30 分钟为宜。

12. 对患者家庭进行普查，及早发现无症状的高尿酸血症者，定期复查，如血尿酸在 $420\mu\text{mol/L}$ 以上时，应使用促进尿酸排泄或抑制尿酸生成的药物，以使血尿酸恢复正常防止本病的发生。

原发性痛风常与糖尿病、原发性高血压、冠心病、动脉粥样硬化等相伴。发现痛风存在，便应做血糖、血脂、血压及动脉彩超等检查，如同时伴发上述哪种疾病，应积极予以诊治。继发性痛风应进一步询问是否有相关病史，检查血常规、骨髓象、尿常规和肾功能等，治疗原发病可降低血尿酸水平，缓解痛风症状以至根治。

痛风可以预防吗

痛风是一种异质性疾病，多基因缺陷与环境因素是导致其发病的两个主要因素。前者与遗传有关，确切机制未明，但后者是可调整的，加之有效的抗痛风药物的应用使痛风病人的生活质量得到改善。其三级预防措施为：

一级预防

是对病因的预防，即对痛风高危因素加以阻止。高嘌呤饮食、吸烟、运动减少、肥胖等是诱发痛风发生的重要原因，尤其是有高尿酸血症、痛风家族史以及存在胰岛素抵抗导致糖尿病、冠心病、原发性高血压及动脉粥样硬化等疾病人群，应尽量避免上述诱因，适当应用降血尿酸药物，防止痛风发生。

二级预防

是对已发生痛风患者防止发生痛风石沉积引起痛风性慢性关节炎、慢性间质性肾炎、肾尿酸结石形成的预防。包括对痛风的早期诊断，早期治疗及对上述疾病的早期筛查，以阻止或延缓痛风的发展，恢复健康。

三级预防

是对已发生痛风性慢性关节炎、痛风性慢性间质性肾炎、肾尿酸结石形成患者防止关节畸形、肾功能不全的预防。包括多学科综合治疗，选择合理的治疗方案，防止病情进一步加重，防治残疾，提高生活质量，延年益寿。

