解密·痛风

主　编　严　敏

清華大學出版社
北　京

版权所有，侵权必究。侵权举报电话： 010-62782989　13701121933

图书在版编目（CIP）数据

解密·痛风 / 严敏主编. —北京：清华大学出版社，2017
（疼痛防治靠自己百问丛书）
ISBN 978-7-302-48372-4

Ⅰ. ①解…　Ⅱ. ①严…　Ⅲ. ①疼痛－防治－问题解答　②痛风—防治—问题解答　Ⅳ. ① R441.1-44　② R589.7-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 218284 号

责任编辑：肖　军　王　华
封面设计：罗超霖
责任校对：刘玉霞
责任印制：沈　露

出版发行：清华大学出版社
网　　址：http://www. tup. com. cn，http://www. wqbook. com
地　　址：北京清华大学学研大厦 A 座　邮　编：100084
社 总 机：010-62770175　邮　购：010-62786544
投稿与读者服务：010-62776969, cservice@tup.tsinghua.edu.cn
质量反馈：010-62772015, zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn
印 装 者：北京亿浓世纪彩色印刷有限公司
经　　销：全国新华书店
开　　本：127mm × 185mm　印　张：4.125　字　数：52 千字
版　　次：2017 年 11 月第 1 版　印　次：2017 年 11 月第 1 次印刷
印　　数：1～3000
定　　价：35.00 元

产品编号：076900-01

疼痛防治靠自己百问丛书编委会

编　委（按姓氏拼音排序）

冯　艺　冯智英　傅志俭　郭晓丽　冷玉芳
李亦梅　刘　慧　刘红兵　卢振和　陆丽娟
申　文　史可梅　陶　蔚　王　林　王清秀
王小平　王云霞　吴玉莲　严　敏　杨晓秋
于灵芝　张小梅　张小铭　赵　英　郑艳萍
邹冬玲

总审委员会

冯　艺　傅志俭　卢振和　刘　慧　王　林

编者名单

主　审

王　林

主　编

严　敏

副主编

郁丽娜　施旭丹

编　者

（按姓氏拼音排序）

纪　娜　李　雪　施旭丹

孙　凯　严　敏　郁丽娜

主编简介

严　敏　医学博士，主任医师、教授、博士生导师，浙江大学求是特聘医师，浙江大学医学院附属第二医院疼痛科主任、麻醉手术部主任。擅长疑难疼痛疾病的诊疗，脊髓电刺激治疗顽固性疼痛等。中华医学会疼痛学分会委员、中国女医师协会疼痛专家委员会副主任委员兼秘书长、浙江省医学会疼痛学分会主任委员、浙江省临床麻醉质控中心常务副主任、浙江省麻醉学分会副主任委员，浙江省中西医结合学会理事会副会长。同时为《国际麻醉与复苏杂志》常务编委；《中华麻醉学杂志》《中国疼痛医学杂志》《JAPM 杂志》编委；《中华医学杂志》《中华急诊医学杂志》《Acta Physiologica》

《Pharmaceutical Sciences》《Brain Research》《ZUSB》等杂志审稿人。入选浙江省卫生创新高层次人才。主要研究方向为疼痛的基础及临床转化研究。主持各类课题项目 20 余项，包括国家自然科学基金、浙江省科技厅重大项目、浙江省中医药管理局重大项目、浙江省自然基金杰出青年团队项目以及卫生部省部共建等项目，获得过浙江省科技进步一等奖和浙江省医药卫生科技奖一等奖；浙江省医药卫生创新奖一等奖和浙江省科技进步三等奖。发表论文 140 余篇，SCI 收录 50 余篇；参编专著 10 余部，主编专著 3 部；获得专利 8 项。培养博士研究生 10 余名，硕士研究生 50 余名。

序言

疼痛是一种看不见的酷刑，慢性疼痛更折磨人。疼痛是组织损伤导致感觉神经系统产生的异常信号，请不要忽略它以免铸成大祸。

疼痛会夺去人们的生活乐趣，更重要的是疼痛会使精神、血压、血糖、免疫力等发生紊乱，引发或加重身体的其他疾病，医学上将疼痛反复发作或持续一个月以上归为慢性疼痛。卫生部在 2007 年颁布文件：要求有条件的医疗机构成立“疼痛科”，并组织和要求疼痛科的医师团队全力诊疗和研究慢性疼痛。疼痛科医师专注于为民除痛，应用多种技术治疗手段，使很多慢性疼痛得到缓解，疗效得以突破，进而使患者生活质量明显提高。

医师与病友是同一战壕的战友，疼痛是我们的共同敌人，知己知彼才能战胜病痛。医师很想详细谈谈疼痛的防治，病友及家属们更想知道这疼痛是怎么回事、该如何治疗、如何降服疼痛恶魔。毕竟，在生命的旅程中身体这部机器发生了故障，医师能帮您将故障清理，而在继续前行中，如何避免或少出问题，还得靠自己的维护和保养！

在中华医学会疼痛学分会和中国医师协会疼痛科医师分会的支持鼓励下，在中国女医师协会的重视和领导下，中国女医师协会疼痛专业委员会组织了女医师协会的专家和学者编写了这套“疼痛防治靠自己百问丛书”，疼痛医学泰斗韩济生院士建议书名用“解密”来描述这些疼痛，来满足社会公众对疼痛的关注度；达到世界卫生组织提出的“要求无痛是人的基本权利”的目标。

我们为每种疼痛编写一个分册，每册一百多个问题，书中编者用通俗易懂的语言描述疼痛的原理、诊断、治疗、预防等知识，希望通过阅读本

书，增强病友们战胜病痛的信心，以致更好、更快地恢复健康。我们在每本书后附上一些热心公益活动的疼痛专业委员会女医师姓名和医院地址，希望能更好地帮助病友。鉴于医学知识更新速度快，对一些问题的看法和处理也难免有所不同，如果您发现本书中未讲清楚的问题请咨询您的主治医师。

中国女医师协会疼痛专业委员会主任委员

卢振和

2016 年 9 月 20 日

前言

“痛风”是一种古老的疾病，公元前5世纪时就已记载在册。随着生活水平提高和饮食结构改变，更成为一种非常流行的现代病，严重时可影响人们的学习、工作和生活，甚至造成残疾。现代医学的发展已证实它与尿酸之间存在着千丝万缕的关系，现在虽对痛风不再束手无策，但多数人对痛风还存在认识上的不足和误区；因此，十分需要一本能正确普及痛风疾病知识的科普书，以供广大读者阅读。

为此我们适时编写了本书，全书共分为四大部分：痛风的原因、痛风的诊断、痛风的治疗及痛风的复发，以“提问—回答”的方式详细介绍了痛风。本书有三个特点：第一，内容丰富全面，能

够全面反映世界上对痛风的规范化治疗手段和新进展，尤其是参考了2012年美国痛风治疗指南、2011年来自14个国家的专科医生就痛风诊断和治疗达成的共识。此外，还结合了我国2016年最新版的痛风诊疗指南，保证从最权威的视角引导人们正确认识痛风。第二，知识新颖，与时俱进。例如，痛风患者往往合并有高血压和糖尿病，不同疾病之间所服用的药物是否影响治疗已成为越来越关注的问题之一，本书中也提及此类问题。第三，有一定的专业深度，随着人们受教育程度的提高，尤其是中老年痛风患者的子女或年轻的痛风患者等，他们对痛风的认识已不再满足于一般的科普书籍，愈加希望能从专科医生那里得到更多知识来帮助预防和治疗痛风。本书除了介绍常规的药物治疗外，还提供了冲击波、臭氧等疼痛专科治疗方法。

参与编写本书的作者均来自一线临床专科医生，尤其是疼痛科医生，具有丰富的痛风治疗经

验。希望本书能给广大的痛风患者及其家属以及想了解痛风的人们提供全面、专业、最新的痛风防治知识。愿人们远离痛风，健康快乐地生活！

严　敏

2017 年 2 月

目录

认 识 篇

1. 痛风到底是怎么一回事？……3
2. 痛风是全世界性的吗？……4
3. 我国痛风的发生情况怎么样？……4
4. 痛风是怎么被发现的？……5
5. 什么是原发性痛风？……6
6. 什么是继发性痛风？……7
7. 为什么会得痛风呢？……8
8. 尿酸是什么？它在人体内是怎么来的？……9
9. 人体是怎么排泄尿酸的？……10
10. 尿酸水平高就意味着得痛风了吗？……11
11. 痛风与性别有关系吗？……11
12. 为什么说男性更容易患痛风？……12

13. 痛风与年龄有关系吗？……12
14. 为什么中年人更容易患痛风？……13
15. 儿童有可能得痛风吗？……13
16. 痛风与种族有关系吗？……14
17. 痛风会传给下一代吗？……15
18. 痛风在人与人之间会传染吗？……15
19. 痛风与职业有关系吗？……16
20. 痛风与季节有关系吗？……16
21. 饮食与痛风有什么关系？……17
22. 嘌呤是什么？……18
23. 饮酒与痛风有什么关系？……18
24. 外伤与痛风有什么关系？……19
25. 药物会不会引起痛风发作？
平时要注意哪些药物？……19
26. 患有痛风的患者同时又在服用阿司匹林，
需要停药吗？……20
27. 痛风患者常合并哪些疾病？……20
28. 痛风与高血压病之间有联系吗？……21

29. 痛风与糖尿病之间有联系吗？ ……21
30. 高脂血症与痛风有联系吗？ ……22
31. 外科手术会诱发痛风吗？ ……22

诊　断　篇

32. 怎么诊断得了痛风？ ……25
33. 哪些临床表现说明可能得了痛风？ ……26
34. 哪些临床表现说明得了急性痛风？ ……26
35. 哪些关节容易被痛风所影响？ ……27
36. 为什么痛风时第一跖趾关节最容易受损？ ……28
37. 哪些临床表现说明可能处在痛风间歇期？ ……29
38. 哪些临床表现提示可能处在痛风慢性期？ ……30
39. 痛风对肾有什么损害？ ……31
40. 什么是尿酸性肾病？ ……31
41. 什么是尿酸性尿路结石？ ……32
42. 什么是急性尿酸性肾病？ ……32
43. 血尿酸对痛风的诊断有什么帮助？ ……33
44. 痛风发作时血尿酸一定会增高吗？ ……33

45. 尿尿酸对痛风的诊断有什么帮助？……34
46. 痛风诊断的金标准是什么？……35
47. 痛风性关节炎的X线摄片有什么特点？……36
48. 超声检查对痛风诊断有什么帮助？……37
49. 什么是假性痛风？……37
50. 假性痛风与痛风有什么区别？……38
51. 痛风性关节炎与类风湿关节炎是一样的吗？……39
52. 如何区分痛风性肾病与其他肾病？……40

治　疗　篇

53. 痛风能根治吗？……43
54. 第一次痛风急性发作时该怎么办？……43
55. 急性痛风发作该怎么治疗？……44
56. 痛风急性发作时需要完全禁食吗？……44
57. 治疗急性痛风时该如何选择药物？……45
58. 治疗急性痛风时，用一种药和用很多种药，哪个好？……46
59. 秋水仙碱怎么使用比较好？……47

60. 秋水仙碱对人体的危害大吗？ ……48
61. 为什么痛风急性发作时要服用
非甾体类抗炎药？ ……49
62. 用糖皮质激素治疗痛风，会有严重并发症吗？ …50
63. 糖皮质激素是局部使用好还是全身使用好？ ……51
64. 抗生素可以用来治疗痛风发作时的
“炎症”反应吗？ ……52
65. 急性痛风发作时能进行推拿、理疗吗？ ……53
66. 急性痛风可以到疼痛科“打一针”吗？ ……54
67. 冲击波是什么？可以用来治疗痛风吗？ ……55
68. 臭氧可以用来治疗痛风吗？ ……56
69. 目前治疗疼痛的手段有很多，
哪些可以用来治疗急性痛风呢？ ……57
70. 痛风好了后是不是就不用再继续治疗了？ ……58
71. 慢性痛风该怎么治疗呢？ ……59
72. 如果痛风没有症状，仅仅是高尿酸血症，
那么需要治疗吗？ ……59
73. 什么情况下需要药物控制血尿酸水平？ ……60

74. 哪些药物可用来控制血尿酸水平？……60
75. 别嘌呤醇有什么副作用？……61
76. 什么是别嘌呤醇严重超敏反应综合征？……61
77. 哪些人是别嘌呤醇严重超敏反应综合征的
高危人群？……62
78. 降血尿酸的药物有那么多种，如何选择呢？……63
79. 痛风急性期可以使用降血尿酸的药物吗？……64
80. 血尿酸的目标值是多少？……64
81. 血尿酸是越低越好吗？……65
82. 痛风性关节炎，如果关节肿胀了，
该如何处理？……66
83. 痛风性肾病该怎么治疗？……67
84. 体内有了痛风石该怎么处理？……67
85. 痛风性肾结石会疼痛吗？……68
86. 痛风性肾结石怎么治疗？……69
87. 痛风性肾结石可以碎石吗？……69
88. 外科手术能根治痛风石吗？……70
89. 痛风急性发作控制后，还需要注意哪些问题？…71
90. 减轻体重对治疗痛风有帮助吗？……72

91. 痛风患者为什么要吃碳酸氢钠片？……73
92. 体重减轻是否越快越好？……74
93. 痛风治疗的效果有没有统一的标准？……75
94. 痛风的预后怎么样？……76

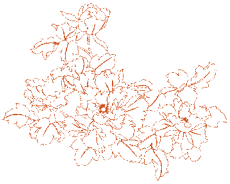
预　防　篇

95. 痛风要预防吗？……79
96. 痛风可以预防吗？……80
97. 哪些人群特别需要警惕痛风？……81
98. 从哪些方面来预防痛风？……82
99. 痛风的非药物预防指的是什么？……82
100. 如何通过饮食来预防高尿酸血症？……83
101. 如何控制嘌呤的摄入？……84
102. 来源于动物的食物都要忌口吗？……85
103. 所有的蔬菜都是低嘌呤食物吗？……86
104. 碱性食品有哪些？……87
105. 为什么痛风患者要多喝水？……88
106. 痛风患者喝碱性水能起到预防的作用吗？……89
107. 痛风患者为什么不宜喝茶或咖啡？……89

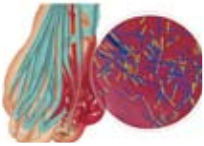
108. 服用药酒可以治疗痛风吗？……90
109. 痛风患者如何限制每日摄取的总热量？……91
110. 痛风患者饮食中的三大营养该如何分配？……92
111. 痛风患者应选用什么样的蛋白质？……93
112. 痛风急性发作时该如何饮食？……93
113. 痛风发作缓解后该如何饮食？……94
114. 痛风患者在食品的烹调方法上，
应注意什么？……95
115. 什么情况下需要通过药物来预防痛风？……96
116. 痛风发作控制后，血尿酸水平达正常后
就可以停药了吗？……96
117. 秋水仙碱可以用来预防痛风发作吗？……97
118. 高血压患者如果得了痛风，
该怎么选择降压药？……98

附　　录

典型病例……101
全国疼痛科女医师帮助您……106

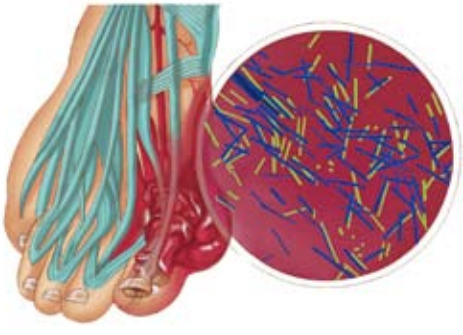


认 识 篇



1 痛风到底是怎么一回事?

由于体内血尿酸水平升高，导致尿酸钠晶体沉积于关节、滑膜或其他器官组织而引起的临床综合征，包括关节炎、痛风石、尿酸性肾结石和痛风性肾病等，严重时可出现关节致残、肾功能不全。痛风与嘌呤代谢紊乱和（或）尿酸排泄减少所致的高尿酸血症有关，且常伴有高脂血症、高血压病、糖尿病、动脉粥样硬化及冠心病等。通常来说，痛风可分为两大类，即原发性痛风和继发性痛风。



2 痛风是全世界性的吗?

痛风是一种全球性的疾病，在世界各地均有发生。欧美国家人群中的高尿酸血症发生率为2%～8%，痛风发病率为0.31%～0.37%。

3 我国痛风的发生情况怎么样?

痛风在古代被称为“帝王病”“富贵病”，现在由于我国经济快速发展、生活方式及饮食习惯的改变，痛风的发病率呈直线上升，已经成为“百姓病”了。据我国流行病学调查显示，2010年之前痛风的发病率为0.15%～0.67%。广东省佛山市、山东沿海各市、北京等地报道痛风的患病率为1.04%～1.14%。

4 痛风是怎么被发现的?

早在公元前 5 世纪希波克拉底曾对痛风进行了描述性的记载，提出痛风是一种急性关节肿痛性疾病，不过由于病因和发病机制不清，直到 13 世纪人们对痛风依然束手无策，甚至认为痛风是由于魔鬼所致。导致当时痛风的治疗五花八门，有人通过禁欲、针刺、放血、冲凉水或泻剂来治疗痛风，但收效一般。公元 1679 年，荷兰生物学家用显微镜观察痛风患者关节腔积液时，发现了大量针样结晶体，随后的研究证实了这种针样结晶体为尿酸钠结晶。1797 年沃拉斯顿（Wollaston）尝试着将痛风与尿酸钠结晶联系起来，以解释痛风和尿酸的关系。1848 年英国人加罗德（Garrod）测出痛风患者的血液中存在尿酸，开启了生化检验之门。1899 年德国的弗罗德威勒（Freudweiler）在实验中发现，如果将尿酸钠结晶注入动物关节腔内，可引起急性关节炎。1961 年科学家应用偏反光显微镜观察痛风

石时发现，痛风石的主要成分为尿酸钠结晶。这些都说明了痛风是一古老的疾病，且尿酸与痛风之间存在千丝万缕的联系。20 世纪 50 年代之前，东方人群中痛风较少见，随着“二战”后经济的迅速发展，人们饮食结构发生明显改变，蛋白类含量大大增加，痛风这种疾病的发病率也逐渐增多。至今为止，痛风已成为一种世界性的疾病，严重时可影响人们的生活与学习，甚至造成残疾。

5 什么是原发性痛风?

原发性痛风是由遗传因素和环境因素共同引起的，具有一定的家族易感性，10%～20% 患者有阳性的家族遗传史。痛风患者的一级亲属也常有高尿酸血症史，属染色体显性遗传。高尿酸血症的遗传方式变异很大，可能是多基因遗传。除了约 1% 患者是由先天性代谢嘌呤代谢酶缺陷引起外，其他痛风大都原因不明。

6 什么是继发性痛风?

继发性痛风多伴随其他疾病，包括肾疾病、血液系统方面疾病，或服用某些药物，慢性铅中毒及肿瘤治疗，如放疗和化疗等。除有明显的病因外，继发性痛风患者血尿酸浓度常较原发性患者为高，尿路结石的发生率也较高。继发性痛风关节症状不如原发性者典型，且往往被原发疾病所掩盖，不易被发现。

7 为什么会得痛风呢?

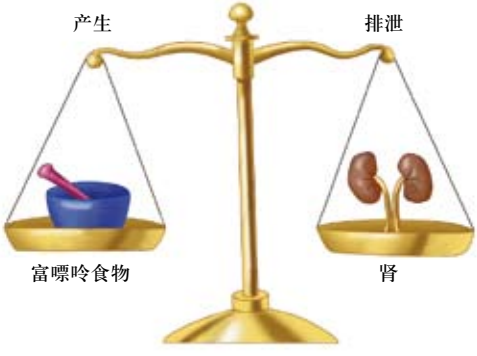
任何导致尿酸生成增多和尿酸排出过少的疾病都可引起痛风。①尿酸盐生成增多：原发性痛风，次黄嘌呤－鸟嘌呤磷酸核糖转移酶缺陷症（HGPRT缺陷），PRPP合成酶活性过度，溶血，骨髓增生性疾病，红细胞增多症，银屑病，糖原累及症Ⅲ、Ⅴ、Ⅶ型，横纹肌溶解症，剧烈运动，饮酒，肥胖，摄入富含嘌呤食物等。②尿酸盐排出过少：原发性痛风、肾功能不全、多囊肾、尿崩症、高血压、酸中毒（乳酸性、糖尿病酮症、饥饿性酮症）、铍中毒、结节病、铅中毒和甲状腺功能减退症等。此外，药物和其他一些综合因素也可导致痛风，如葡萄糖－6－磷酸酶、果糖－1磷酸醛缩酶缺陷，酒精，休克等。

8 尿酸是什么？它在人体内是怎么来的？

尿酸实际上是体内新陈代谢的产物。有两种途径可生成尿酸，外源性：即摄入食物，尤其是富含嘌呤的食物在体内分解代谢产生嘌呤，嘌呤在肝中分解，形成尿酸；内源性：即体内衰老细胞的正常分解代谢产生，或体内氨基酸、磷酸核糖及其他小分子化合物合成而来。人体内尿酸的正常值：男性为 150～380μmol/L（2.4～6.4mg/dL），女性为 100～300μmol/L（1.6～5.0mg/dL），绝经期后接近男性水平。

9 人体是怎么排泄尿酸的?

正常成年人体内约含 1200mg 尿酸，每天约产生 600mg，同时排泄约 600mg，尿酸水平在人体内基本处于稳定状态。大部分尿酸主要经肾排出体外，约 1/3 的尿酸经汗液、粪便等排出体外。如果体内尿酸产生过多，或肾功能不良时，血液中的高浓度尿酸可能会引起关节内结晶沉积。在原发性痛风中有 60%～90% 患者的尿酸排泄减少；当肾功能严重受损时，也可出现因为尿酸排泄障碍而导致的痛风发作。



10 尿酸水平高就意味着得痛风了吗?

尿酸水平高并不等于痛风。只有痛风关节炎发作时，才可称为痛风，单纯尿酸过高则为高尿酸血症。高尿酸血症的患者中只有 5%～12% 会得痛风，大多数高尿酸血症患者可以终生不出现痛风症状，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概率就越大。所以，高尿酸血症是痛风的重要病理生理基础。

11 痛风与性别有关系吗?

在罹患痛风的人群中，男性患者高达 95%，而女性仅占 5% 左右，男女的发病比例为 20∶1。痛风好发于男性，女性绝经前痛风的发病率很低，而绝经后患痛风的概率与男性相似。

12 为什么说男性更容易患痛风?

这可能与男女体内的性激素水平有关，雌激素有促进尿酸排泄的作用。男性体内雌激素水平低于女性，因此，男性更容易患痛风。女性绝经后体内雌激素水平下降，这也是女性痛风一般在绝经后发病的原因。

13 痛风与年龄有关系吗?

原发性痛风以中年人群最为多见，40～50 岁是痛风发病的高峰年龄，平均 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，通常在绝经期。目前痛风的研究资料显示，该疾病呈年轻化趋势，我国近 20 年来痛风的初发平均年龄下降了 6.3 岁，不足 40 岁的初次发病者增加了 26.3%。此外，60 岁以上发病占全部病例的 11.6%，女性比例相对升高，占 29%。

14 为什么中年人更容易患痛风?

除了前面提到的雌激素会影响体内血尿酸水平之外，年龄也可能是影响血尿酸水平的一个重要因素。刚出生 24 小时到 3 天内，血尿酸水平升高；青春期，男性和女性均进入一个稳定阶段，约 214mmol/L（3.6mg/dL）。青春期以后，两性血尿酸水平均随年龄增加，但两性间有明显的差异。女性停经后尿酸值才逐渐上升，并接近成年男性的数值。

15 儿童有可能得痛风吗?

10 岁以前的儿童患痛风罕见，不过有文献报道痛风最小的发病年龄为 5 周岁。对小儿痛风患者，应注意其家族史，排除糖原累积症、白血病、淋巴瘤等疾病。小儿痛风的病情发展较成人快，急性发作频繁，肾损害发生早而严重，治疗要积极。

16 痛风与种族有关系吗?

至今尚无充分的证据说明痛风与种族之间的关系。不过，一些地区的种族之间血尿酸水平存在一定的差异，如南太平洋的岛屿、新西兰的毛利族、马里亚纳群岛的土著人、马来西亚的中国人、澳洲人等的血尿酸含量较高，其患痛风的概率也较大。这可能与遗传、饮食及生活方式等有关。

17 痛风会传给下一代吗?

古代就注意到痛风具有家族群聚的现象，有家族史的患者病情较重，其男性发病明显高于女性。双亲均有高尿酸血症和痛风的患者，比单亲有高尿酸血症和痛风者病情重，且儿童时期也可发病。原发性痛风为遗传性疾病，英格兰和美国的家族研究发现，10%～20% 的痛风患者有阳性家族史，一级亲属率约 25% 有高尿酸血症，其遗传方式可不同，常属染色体显性遗传。高尿酸血症的遗传方式变异很大，可能是多基因遗传。

18 痛风在人与人之间会传染吗?

痛风是一种代谢性疾病，没有任何病原体，也不存在传染源或是传播途径，所以痛风是没有传染性的。

19 痛风与职业有关系吗?

国外曾经有人调查过痛风患者，发现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，随着物质生活水平的提高，城乡差别、体力劳动与脑力劳动差别日益缩小，职业因素在痛风发病中的作用也越来越小，痛风的发病率在不同职业之间的差异越来越不明显，目前痛风已成为现代生活的文明病。

20 痛风与季节有关系吗?

痛风发作的季节性不明显，不同于类风湿关节炎、骨关节炎等在换季时发作较频繁。不过，痛风发作有“类季节性”，主要是由于节假日期间，如春节、中秋、国庆等，人们可能因暴饮暴食、饮酒、劳累等因素易诱发痛风发作。

21 饮食与痛风有什么关系?

人体摄入过多含嘌呤成分的饮食时，可通过促进尿酸合成，从而增加血尿酸水平。不加节制的暴饮暴食，尤其是富含嘌呤的食物可诱发急性痛风。这些食物包括：①动物内脏，如肝、肾、脑和肠；②某些鱼类，如鳀、沙丁鱼和虾、蟹；③过多的肉类，特别是牛肉、羊肉；④过多的豆类、蘑菇、花椰菜等。研究发现，控制饮食、降低体重可减少罹患痛风与痛风发作。

22 嘌呤是什么?

嘌呤在人体内主要以嘌呤核苷酸的形式存在，在能量供应、代谢调节及组成辅酶等方面起着十分重要的作用。嘌呤氧化代谢的产物是尿酸。在正常情况下，体内产生的尿酸通过肾和肠道排出。当人体代谢发生紊乱时，会使尿酸的合成增加或排出减少，引起高尿酸血症。

23 饮酒与痛风有什么关系?

长期大量饮酒的人群罹患痛风的概率更大。饮酒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。人们饮酒的同时，常摄入较多高蛋白、高脂肪、高嘌呤的食物，易导致血尿酸水平增高，可诱发痛风急性发作。研究发现饮酒对痛风的影响远高于膳食，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。

24 外伤与痛风有什么关系?

理论上，任何外伤，即使一些轻微的创伤也可以使痛风发作，比如行走、扭伤、鞋履不适等。这可能是与局部组织损伤后，尿酸盐聚集有关。

25 药物会不会引起痛风发作？平时要注意哪些药物?

临床上，一些口服药可能会引起痛风发作，包括阿司匹林、利尿剂（如噻嗪类利尿剂）、维生素 B_1、胰岛素、青霉素、抑制尿酸合成药（别嘌呤醇）、促尿酸排泄药（苯溴马隆）、环胞霉素、果糖等。这些药物通过特异性反应、转移性痛风发作或影响尿酸的清除等机制诱发痛风发作。

26 患有痛风的患者同时又在服用阿司匹林，需要停药吗？

小剂量阿司匹林可以抑制肾小管对尿酸的排泄，以往的观点认为阿司匹林是引起高尿酸血症的重要诱因，但 2012 年美国风湿病学会痛风治疗指南提出，对于已经发生痛风的患者，阿司匹林所起的负面作用是可以忽略的，因此不必中止用药或换药。在确定痛风诊断前，完善相关检查，排除各种引起尿酸升高的原因。

27 痛风患者常合并哪些疾病？

痛风患者常合并有高血压病、高脂血症、动脉粥样硬化、冠心病和糖尿病等疾病。有研究发现，高血压、糖尿病、高尿酸血症有相近的遗传基因，且痛风与高血压、高血脂、动脉粥样硬化、冠心病和糖尿病之间存在共同的致病因素，如肥胖、饮食、饮酒等。

28 痛风与高血压病之间有联系吗?

临床上观察到心血管疾病患者常患有痛风或高尿酸血症，如高血压患者中约 30% 有高尿酸血症，20%～50% 的痛风患者有高血压。有研究者分析血尿酸与心脑血管病危险因素之间的关系，发现血尿酸水平与高血压水平呈正相关。

29 痛风与糖尿病之间有联系吗?

糖尿病与痛风都是因体内代谢异常所引起。血尿酸与血糖值之间也有一定的相关性，痛风患者中，3%～35% 患者合并糖尿病，21%～73% 患者的糖耐量降低。在糖尿病患者中有 1%～9% 患者有痛风性关节炎，2%～50% 患者有高尿酸血症。有研究显示血尿酸水平与空腹及餐后 2 小时血糖浓度呈正相关。

30 高脂血症与痛风有联系吗?

痛风患者中有 75%～84% 的人合并高脂血症。研究表明三酰甘油升高程度与血清尿酸含量升高呈正相关。

31 外科手术会诱发痛风吗?

高尿酸血症患者，合并外科疾病需进行手术时，体内分解代谢增加，可诱发痛风的急性发作。在手术应激情况下，三磷酸腺苷大量快速分解，代谢产物明显增加，尿酸在血液中大量蓄积，围术期禁食、失血、失液和补液不足，导致术后血容量下降，肾小球滤过率下降，近曲小管对尿酸的重吸收增加，尿酸排泄减少。一些麻醉药可以引起代谢性酸中毒和核酸代谢紊乱，影响尿酸代谢；喹诺酮类抗生素、维生素 C 等酸性药物的使用，可使血液酸性化，尿酸溶解度下降，促使尿酸盐结晶自血液析出，在关节内沉积，诱发急性痛风性关节炎。手术诱发痛风急性发作通常在术后 3～5 天。

诊 断 篇

32 怎么诊断得了痛风?

目前痛风的诊断主要依靠临床表现、血尿酸水平、查找尿酸盐结晶和影像学检查。根据痛风的一般特点，如中年以上男性，突然发生跖趾、跗跖、踝、膝等处单关节红肿疼痛，伴血尿酸盐增高，即应考虑痛风可能，滑囊液检查找到尿酸盐结晶即可确立诊断。诊断痛风并不困难，但由于本病表现多样化，有时症状不甚典型，尚须认真鉴别诊断。

33 哪些临床表现说明可能得了痛风?

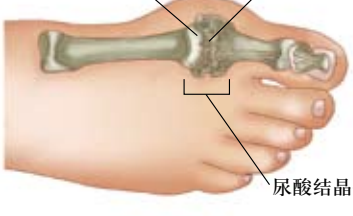
痛风的临床表现为高尿酸血症和尿酸盐结晶沉积所致的特征性急性关节炎、痛风石形成、痛风石性慢性关节炎，严重者可出现关节致残、肾功能不全。痛风常与中心性肥胖、高脂血症、糖尿病、高血压以及心脑血管病伴发。

34 哪些临床表现说明得了急性痛风?

中华医学会风湿病学分会关于痛风诊疗的指南中提到：常在夜间发作的急性单关节炎通常是痛风的首发症状，表现为凌晨关节痛而惊醒、进行性加重、剧痛如刀割样或咬噬样，疼痛于24～48小时达到高峰。关节局部发热、红肿及明显触痛，酷似急性感染，首次发作的关节炎多于数天或数周内自行缓解。

35 哪些关节容易被痛风所影响?

痛风首次发作多为单关节炎，60%～70%首发于第一跖趾关节，在以后病程中，90%的患者该部位反复受累。足弓、踝、膝关节、腕和肘关节等也是常见发病部位。可伴有全身表现，如发热、头痛、恶心、心悸、寒战、不适并伴白细胞升高、血沉加快。



足痛风

36 为什么痛风时第一跖趾关节最容易受损?

第一跖趾关节是痛风首次发病及发作频率最高的关节。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，如长时间步行、打高尔夫球等，均有可能引起急性发作。有时不被觉察的损伤，也可致急性发作，一些特殊职业中特殊关节的慢性损伤，可引起某些关节的反复发作，如汽车司机的右膝关节、操作机器的特定手指关节等。

37 哪些临床表现说明可能处在痛风间歇期?

2013 年中华医学会风湿病学分会关于痛风诊疗的指南中提到：急性关节炎发作缓解后，一般无明显后遗症状，有时仅有发作部位皮肤色素加深，呈暗红色或紫红色、脱屑、发痒，称为无症状间歇期。多数患者在初次发作后出现 1～2 年的间歇期，但间歇期长短差异很大，随着病情的进展，间歇期逐渐缩短。如果不进行防治，每年发作次数增多，症状持续时间延长，以致不能完全缓解，且受累关节增多，少数患者可有骶髂、胸锁或颈椎等部位受累，甚至累及关节周围滑囊、肌腱、腱鞘等处也可发作，症状渐趋不典型。

38 哪些临床表现提示可能处在痛风慢性期?

2013年中华医学会风湿病学分会关于痛风诊疗的指南中提到：尿酸盐反复沉积使局部组织发生慢性异物样反应，沉积物周围被单核细胞、上皮细胞、巨噬细胞包绕，纤维组织增生形成结节，称为痛风石。痛风石多在起病10年后出现，是病程进入慢性的标志，可见于关节内、关节周围、皮下组织及内脏器官等。典型部位在耳郭，也常见于足趾、手指、腕、踝、肘等关节周围，隆起于皮下，外观为芝麻大到鸡蛋大的黄白色赘生物，表面菲薄，破溃后排出白色粉末状或糊状物，经久不愈，但较少继发感染。当痛风石发生于关节内，可造成关节软骨及骨质侵蚀破坏、增生，关节周围组织纤维化，出现持续关节肿痛、强直、畸形，甚至骨折，称为痛风石性慢性关节炎。

39 痛风对肾有什么损害?

痛风患者的肾病理检查几乎均有不同程度的损害，大约 1/3 患者在痛风病程中出现肾损害的临床症状。可分为尿酸盐肾病、尿酸性尿路结石以及急性尿酸性肾病等。

40 什么是尿酸性肾病?

尿酸盐结晶沉积于肾组织，可导致慢性间质性肾炎，使肾小管变形、萎缩、纤维化、硬化，进而累及肾小球血管床。临床表现为肾小管浓缩功能下降、夜尿增多、低比重尿、血尿、蛋白尿、腰痛、水肿、高血压及晚期肾功能不全等。

41 什么是尿酸性尿路结石?

尿液中尿酸浓度增加并沉积形成尿路结石，在痛风患者中总发生率 > 20%，且可能出现于痛风关节炎发病之前。较小者呈沙粒状，随尿排出，可无症状。较大者会梗阻尿路，引起肾绞痛、血尿、肾盂肾炎、肾盂积水等。

42 什么是急性尿酸性肾病?

多见于继发性高尿酸血症，主要见于肿瘤放疗、化疗后，血尿酸、尿尿酸突然明显升高，大量尿酸结晶沉积于肾小管、集合管、肾盂、输尿管，造成广泛严重的尿路阻塞，表现为少尿、无尿、急性肾衰竭，尿中可见大量尿酸结晶和红细胞。

43 血尿酸对痛风的诊断有什么帮助?

痛风急性发作期绝大多数患者的血清尿酸含量升高。一般认为采用尿酸酶法测定，男性>420μmol/L（7mg/dL)，女性>357μmol/L（6mg/dL)，具有诊断价值。若已用排尿酸药或肾上腺皮质激素，则血清尿酸含量可以不高。缓解期间可以正常。

44 痛风发作时血尿酸一定会增高吗?

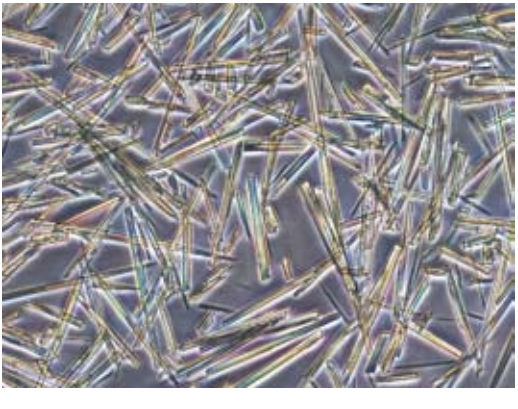
据统计，痛风在急性关节炎发作时，约有30%的人血尿酸值是在正常范围之内，但只要继续追踪检查尿酸值则发现大多会高起来。反过来，血中尿酸过高的人，有关节疼痛也不一定就是痛风，应请医师诊治，以免误诊及治疗。这也说明痛风的发病机制复杂，高尿酸血症和痛风应该加以区别。此外尿酸在体内是一种动态平衡，每天尿酸值可能不同，应多测量几次，以判断尿酸是否真正过高。

45 尿尿酸对痛风的诊断有什么帮助?

在嘌呤饮食5天后，留取24小时尿，采用尿酸酶法检测尿尿酸，其正常值为1.2～2.4mmol（200～400mg）。其中高于3.6mmol（600mg）为尿酸生成过多型，仅占少数；低于3.6mmol（600mg）为尿酸排泄减少型。实际上不少患者同时存在生成增多和排泄减少两种缺陷。通过尿尿酸测定，可初步判定高尿酸血症的分型，有助于降尿酸药物的选择及鉴别尿路结石的性质。

46 痛风诊断的金标准是什么?

2011 年，来自全球 14 个国家的风湿科医生就痛风诊断和治疗达成共识，其中提到找到尿酸盐结晶可以明确诊断为痛风。在急性关节炎期，行关节穿刺抽取滑液，在偏振光显微镜下，滑液中或白细胞内有负性双折光针状尿酸盐结晶，阳性率约为 90%。穿刺或活检痛风石内容物，亦可发现同样形态的尿酸盐结晶。



47 痛风性关节炎的X线摄片有什么特点?

尿酸盐易于在小关节内及其附近沉积，引起慢性炎症反应和软骨、骨皮质破坏急性关节炎期可见关节周围软组织肿胀；慢性关节炎期可见关节间隙狭窄、关节面不规则、痛风石沉积，典型者骨质呈虫噬样或穿凿样缺损、边缘呈尖锐的增生硬化，常可见骨皮质翘样突出，严重者出现脱位、骨折。这种现象只有在尿酸盐沉积直径达到5mm以上，但总是发生在皮下痛风石出现之前。

正常足部

48 超声检查对痛风诊断有什么帮助?

由于大多尿酸性尿路结石 X 线检查不显影，可行肾超声检查。肾超声检查亦可了解肾损害的程度。受累关节的超声检查可发现关节积液、滑膜增生、关节软骨及骨质破坏、关节内或周围软组织的痛风石、钙质沉积等。超声下出现肾髓质，特别是锥体乳头部散在强回声光点，则提示尿酸盐肾病，也可发现 X 线下不显影的尿酸性尿路结石。超声检查还可诊断痛风患者经常伴发的脂肪肝。

49 什么是假性痛风?

除尿酸盐外，焦磷酸钙、磷灰石、胆固醇、类固醇以及少见的夏科－雷登结晶体也可引起的关节病变。由焦磷酸钙沉积于关节软骨引起的关节炎称为假性痛风，急性发作时表现与痛风相似。

50 假性痛风与痛风有什么区别?

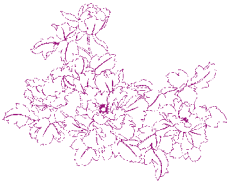
与痛风不同的是，假性痛风常见于老年人，病变主要侵犯膝、肩、髋等大关节。X线摄片见关节间隙变窄和软骨钙化灶呈密点状或线状，无骨质破坏改变。血尿酸含量往往正常。滑液中可见焦磷酸钙单斜或三斜晶体，且秋水仙碱治疗效果较差。

51 痛风性关节炎与类风湿关节炎是一样的吗?

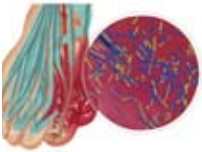
痛风性关节炎与类风湿关节炎是两种不同的疾病。类风湿关节炎多见于女性，以晨起时症状为重，常为两侧对称性关节受累，发作比急性痛风性关节炎缓慢，秋水仙碱治疗无效。类风湿关节炎晚期可致关节变硬、畸形，此时易和慢性痛风性关节炎相混淆，关节周边结石活检有助区分两者。另外，类风湿关节炎患者一般血尿酸不高。

52 如何区分痛风性肾病与其他肾病?

有一部分痛风患者前期病变较隐匿，以尿酸石在肾沉积直至出现肾绞痛、尿酸性砂砾样尿为首次就诊症状，此时患者如有痛风病家族史、高尿酸血症均为区分痛风性肾病和其他肾病的重要依据。另外，有痛风性关节炎和痛风石病史的患者，以后出现痛风性肾病也可有助于鉴别痛风性肾病和其他肾病。从尿中获取结石成分镜检确认为尿酸结石，或体内找到尿酸石则可明确诊断为痛风性肾病。



治　疗　篇



53 痛风能根治吗?

除了少数痛风由药物因素引起外，大多数痛风缺乏有效的病因治疗，因此目前尚无根治痛风的方法。临床上治疗痛风时应尽快控制痛风的急性发作，减轻患者的痛苦；纠正高尿酸血症，减少痛风的急性发作，防止痛风石的形成，减轻肾损害；处理痛风石，改善生活质量。

54 第一次痛风急性发作时该怎么办?

由于急性痛风发病突然，有时可无明显诱因，但发病部位的炎症反应，如红、肿、热、痛较为典型，尤其疼痛较为剧烈，因此诊断并不困难。患者发病后应立即去医院相关科室（如风湿科、疼痛科、骨科等）就诊，切不可擅自服药或拖延治疗，以免耽误病情或造成严重后果。

55 急性痛风发作该怎么治疗?

治疗急性痛风发作以药物为主，目的是控制症状，缓解疼痛。越早治疗，效果越好。在急性发病期间，患者要多休息，实施制动、抬高患肢等措施来避免发病部位受到刺激，同时要严格控制饮食，大量饮水，增加尿酸的排出。

56 痛风急性发作时需要完全禁食吗?

痛风急性发作期并不需要禁食。但要绝对禁食动物内脏、虾、贝类、海鲜、豆类、火锅、肉汁等高嘌呤食物；每日摄入的嘌呤要严格控制在 150mg 以下。多食瓜果、蔬菜等碱性食物。大量饮水，每日饮水量至少在 2000mL 以上。多食奶类、蛋类等低嘌呤食物，补充蛋白质，以碳水化合物补充能量。

57 治疗急性痛风时该如何选择药物?

用于控制痛风急性发作的药物有以下几种：①秋水仙碱，它是痛风急性发作时的首选药物，可减少或终止因白细胞和滑膜内皮细胞释放的化学趋化因子，应尽早使用，疗效十分显著，通常治疗后12小时起效，36～48小时内完全缓解。②非甾体类抗炎药，如西乐葆、乐松、安康信等，用于痛风急性发作时，作用迅速，止痛效果好。③糖皮质激素，当严重急性痛风发作伴有较重全身症状，而秋水仙碱或非甾体抗炎药无效，或患者不能耐受或有禁忌时，可采用糖皮质激素类药物，如曲安奈德、氢化可的松、甲泼尼龙等。④碳酸氢钠，有利碱化尿液，提高尿液尿酸溶解度，可增加尿液中尿酸的排泄。各种抗痛风药均建议在医生指导下使用，以免出现严重的副作用。

58 治疗急性痛风时，用一种药和用很多种药，哪个好?

应根据关节疼痛的程度和受累关节的数量来决定急性痛风性关节炎治疗药物的选择。轻或中度疼痛，累及 1 个或少数几个小关节、1～2 个大关节，建议单用非甾体抗炎药、全身糖皮质激素、口服秋水仙碱；严重疼痛，4 个以上关节被累及，1～2 个大关节受累，建议联合治疗。

59 秋水仙碱怎么使用比较好?

秋水仙碱可通过口服和静脉注射两种途径，秋水仙碱毒性大，应从小剂量开始，千万不可大剂量服用。常规治疗急性痛风关节炎的用法用量为：口服首次剂量 1mg，以后每 1～2 小时服用 0.5mg，直至疼痛症状缓解，若出现腹泻、腹痛、恶心、呕吐等不良反应则应立即停药。每日剂量不超过 6mg。症状缓解后 48 小时不需服药，72 小时后每日服用 0.5mg，服用 7 天。当患者肠胃道反应剧烈而不能耐受时，可将秋水仙碱 1mg 用生理盐水稀释到 20mL，缓慢注射，注意勿使药物外漏，视病情需要 6～8 小时后可再注射，24 小时内不宜超过 2mg。通过静脉给予秋水仙碱，具有效果快和胃肠反应小的优点，特别适用于溃疡病或手术恢复期的急性发作者。

60 秋水仙碱对人体的危害大吗?

秋水仙碱的毒性较大，是一种有剧毒的药物，服用过量会对人体产生极大的危害。尽管如此，小剂量的秋水仙碱目前依然是急性痛风关节炎发作的一线用药。当出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻等胃肠道反应时，便是秋水仙碱中毒的前驱症状，此时应该立即停药。

61 为什么痛风急性发作时要服用非甾体类抗炎药?

非甾体类抗炎药有解热、抗炎、镇痛的作用。痛风性关节炎急性发作，其本质是一种无菌性炎症反应所引起的红、肿、热、痛表现；而本类药物能缓解疼痛，消除炎症反应，对症治疗效果非常明显。在使用本类药物时，要求足量、足疗程使用至急性症状完全缓解。非甾体类抗炎药不会降低血中尿酸的浓度，只能用于急性发作对症处理，不能用来预防痛风的发作。

62 用糖皮质激素治疗痛风，会有严重并发症吗?

糖皮质激素的抗炎作用非常强，使用范围很广，常用于治疗多种疾病，如自身免疫系统疾病、严重的炎症反应等，在治疗急性痛风发作，尤其是秋水仙碱或非甾体类抗炎药无效、出现严重并发症时作用显著。医疗史上曾经出现过糖皮质激素滥用的现象，使患者出现了严重的并发症，从而让老百姓谈“激素”色变。在治疗痛风时，糖皮质激素只推荐用作痛风急性发作，可以口服，也可局部注射治疗。规范化使用糖皮质激素，严格按剂量、疗程使用，一般不会出现严重并发症。

63 糖皮质激素是局部使用好还是全身使用好?

关于全身和局部使用糖皮质激素，2013 年美国风湿病学会痛风治疗指南建议，首先评估受累关节的数量，口服泼尼松剂量为 0.5mg/（kg·d），疗程为 5～10 天，直接停药，或 0.5mg/（kg·d）、2～5 天，然后逐渐减量，7～10 天停药；也可以选择甲泼尼龙。如果是 1～2 个大关节受累，可以选择糖皮质激素行关节腔注射，剂量根据受累关节大小决定，但口服和肌内注射的证据远远强于关节腔内注射。另外，可同时联合口服糖皮质激素或非甾体类抗炎药或秋水仙碱。

64 抗生素可以用来治疗痛风发作时的“炎症”反应吗?

痛风所引起的炎症，是由于体内过量的尿酸无法被清除，在身体的某些部位堆积、沉淀，当达到一定数量后，最终引发了人体自身的免疫反应，造成无菌性炎症反应。这种炎症不是由细菌引起的，因此，在痛风发作时使用治疗细菌性炎症的抗生素，是没有任何效果的，反而造成抗生素滥用、耐药等情况。

65 急性痛风发作时能进行推拿、理疗吗?

急性痛风发作时不推荐进行推拿、针灸、按摩、理疗治疗。痛风急性发作是一种无菌性炎症反应，有红肿热痛的典型表现。在急性发作期应休息、抬高患肢等手段避免刺激发病部位；如此时对患肢进行推拿、按摩、针灸会加重炎症症状。在非急性发作期，按摩、理疗等可以促进局部的血液循环，改善肌肉关节功能。

66 急性痛风可以到疼痛科“打一针”吗?

老百姓理解的疼痛科“打一针”指的是神经阻滞和关节腔注射，如交感神经阻滞、星状神经节阻滞及膝关节腔注射等，其主要作用机制是阻断痛觉传导通路，阻断疼痛的恶性循环，改善局部血流等。目前临床的许多指南都建议急性痛风性关节炎以药物治疗为主，但对于已禁食的患者来说，如果有 1 个以上的大关节持续性疼痛未能缓解，可以选择关节腔内注射糖皮质激素，此法简单易行，效果颇佳。

67 冲击波是什么？可以用来治疗痛风吗？

冲击波是一种特殊形式的声波，利用能量转换和传递原理，造成不同密度组织之间产生能量梯度差及扭转力，并形成空化效应，产生生物学效应。近年来，冲击波在疼痛领域的应用日益增多，用于慢性软组织损伤性疼痛疾病患者，如肩峰下滑囊炎、肱骨内上髁炎、肱骨外上髁炎、弹响髋、足底筋膜炎等。目前有临床上尝试冲击波治疗痛风性关节炎的疼痛的方法，其理论可能为冲击波治疗能促进局部的血液循环，加速尿酸盐的排出。

68 臭氧可以用来治疗痛风吗?

臭氧为一种不稳定的蓝色气体，是很好的氧化剂，具有较强的氧化能力。臭氧在疼痛科可用于治疗关节炎，具有抗炎、镇痛、氧化和抑制免疫反应等作用。臭氧大自血治疗是一种新型的治疗痛风的方式，其过程是将患者自身血液抽出约 150mL，与治疗仪产生的高纯度氧气充分混合后再回输到患者体内，利用臭氧活化红细胞，增加能量的释放，激活人体正常代谢的功能。一些临床中心运用臭氧大自血疗法治疗痛风的原理可能为：富含臭氧的血液在体内循环时，将人体中代谢时产生的垃圾排出体外，降低血液中尿酸含量，达到治疗痛风的目的。

69 目前治疗疼痛的手段有很多，哪些可以用来治疗急性痛风呢？

疼痛科目前治疗疼痛的手段非常多，包括物理治疗（如热疗、冷疗、冲击波等）、药物治疗、介入治疗（如药物神经阻滞（局麻药））和物理性神经阻滞（射频、等离子等）以及微创介入手术。国际上关于痛风治疗指南提到当痛风累及 1 个以上大关节，且患者已禁食，接受药物等治疗外，可考虑行关节腔内注射激素。此外，神经阻滞对于缓解急性痛风性关节炎有一定的帮助，但治疗痛风还需从根本原因上着手。超激光具有很高的照射强度及深度，直接作用于病灶部位，通过电磁波和光化学作用抑制神经兴奋，扩张血管，增加血流量，改善微循环，增加尿酸的排出，清除致痛物质，促进组织活性物质的生成，缓解局部炎症，减轻水肿和充血，阻断疼痛恶性循环。

70 痛风好了后是不是就不用再继续治疗了?

痛风虽然会急性发作，但它是一种慢性疾病。由于血液中尿酸含量过高，沉积在身体的某些部位，当受到一些诱因的刺激，引发急性炎症反应时，就表现出急性发病的症状。如果高尿酸血症不予治疗，体内沉积的痛风石越来越大，数量越来越多，不但急性发病的次数会越来越频繁，发病症状越来越严重，还会引起关节变形、功能丧失，引发痛风性肾病，导致肾衰竭。因此，在控制急性症状后，进行控制血尿酸的治疗，是十分必要的。

71 慢性痛风该怎么治疗呢?

前文已经提到了痛风是种慢性疾病，尤其是原发性痛风，因此，慢性期的预防治疗尤为重要。除了严格控制饮食、忌暴饮暴食和戒酒外，血尿酸较高的患者，还应服用降血尿酸药物。当合并有其他基础疾病时，还应积极治疗，如高血压、糖尿病等，另外，肥胖患者应多运动，控制体重。

72 如果痛风没有症状，仅仅是高尿酸血症，那么需要治疗吗?

尽管高尿酸血症与痛风性急慢性关节炎、肾疾病密切相关，与代谢综合征的其他组分可能存在某些关联，但尚无直接证据表明溶解于血液中的尿酸对人体有害，除非特别严重的或急性血尿酸升高。因此，无症状高尿酸血症应以非药物治疗为主，一般不推荐使用降尿酸药物。

73 什么情况下需要药物控制血尿酸水平?

以下这些患者均需药物控制血尿酸水平：经饮食控制后，血尿酸浓度仍较高者；每年急性发作在两次以上者；有痛风石或尿酸盐沉积的X线证据者；有肾结石或肾功能损害者。用药后血尿酸能维持在正常或接近正常的水平，可防止或减少痛风的急性发作，预防痛风石形成，减轻肾损害。

74 哪些药物可用来控制血尿酸水平?

痛风与高尿酸血症之间有一定的关系，常用于降低血尿酸的药物可分为两大类：①减少尿酸合成的药物，如别嘌呤醇和非布索坦；②促进尿酸排出的药物，如丙磺舒、苯溴马隆等。

75 别嘌呤醇有什么副作用?

别嘌呤醇作为降血尿酸的一线治疗药物，可以减少痛风复发，但别嘌醇的严重超敏反应综合征是影响别嘌醇用药的主要原因。在美国其不良反应的发生率约为 0.1%，其中严重的不良反应占 20%～25%，联合使用噻嗪类利尿剂和肾受累是别嘌呤醇严重超敏反应综合征发生的危险因素。别嘌呤醇严重超敏反应综合征常发生在开始治疗的前几个月，小剂量开始能减少其发生。

76 什么是别嘌呤醇严重超敏反应综合征?

别嘌呤醇严重超敏反应综合征指的是使用别嘌呤醇期间出现严重皮疹、嗜酸性粒细胞增多、白细胞增多、发热、肝炎、肾衰竭，甚至导致患者死亡。别嘌呤醇严重超敏反应的病死率可高达 27%，只有早期诊断、及时停用别嘌呤醇、对症支持治疗才能减少死亡。

77 哪些人是别嘌呤醇严重超敏反应综合征的高危人群?

通常来说，女性、老年、肾功能减退、使用利尿剂、刚开始使用别嘌呤醇者是高危人群。近年来，有研究发现于 *HLA–B*5801* 基因阳性患者发生严重别嘌呤醇超敏反应的风险明显增高，因此，2013 年美国风湿病学会痛风治疗指南建议，在别嘌呤醇开始治疗之前，对高危人群，如中国人、泰国人、慢性肾疾病 3 期以上的韩国人进行快速 PCR 筛查 *HLA–B*5801* 基因。

78 降血尿酸的药物有那么多种，如何选择呢?

在选择药物上，常根据患者的肾功能及24小时的尿尿酸排出量来决定用药种类，如果患者肾功能良好，尿尿酸量<600mg/d，可使用促尿酸排泄药；如果患者肾功能减退，尿尿酸量>600mg/d，可选用抑制尿酸合成药。在原发性痛风中，有60%～90%的患者存在尿酸排泄障碍，因此，原发性痛风患者多使用促尿酸排泄药。当患者血尿酸显著增高及有痛风石大量沉积时，可同时使用两种药物，使血尿酸下降。

79 痛风急性期可以使用降血尿酸的药物吗?

降血尿酸药物有诱发转移性痛风发作的可能，以往的观点认为在急性期不宜使用。2013 年美国风湿病学会痛风治疗指南提出了新观点，认为急性痛风发作期，在有效的抗炎治疗开始后就可以开始降尿酸治疗。这有别于以前的指南建议急性关节炎症状缓解后 2 周开始降尿酸治疗。

80 血尿酸的目标值是多少?

2013 年美国风湿病学会痛风治疗指南建议：对所有痛风患者，血尿酸的目标值要求至少＜6mg/dL，对于痛风性关节炎症状长期不缓解或有痛风石的患者，血尿酸要求降得更低，通常在＜5mg/dL。

81 血尿酸是越低越好吗?

血尿酸水平并不是越低越好。尿酸是人体嘌呤代谢的终产物，过去认为其是一种代谢废物，毫无利用价值。但 20 世纪末研究发现，尿酸有很强的抗氧化作用，甚至因为人类血液中的尿酸高过其他哺乳动物，人类的寿命才能比其他哺乳动物要长。还有研究发现，尿酸水平高的家族，罹患癌症的概率相对较低。

82 痛风性关节炎，如果关节肿胀了，该如何处理?

痛风性关节炎急性发作时，首先要积极控制炎症反应，对症治疗。当关节出现肿胀、活动障碍时，可行关节腔穿刺抽液治疗。穿刺抽液的好处在于：可以迅速缓解肿胀、活动障碍等症状；可以鉴别是否同时伴发其他类型的关节炎，进一步明确诊断。在行关节腔穿刺抽液时，要严格遵守无菌操作，以免引起细菌性感染。

83 痛风性肾病该怎么治疗?

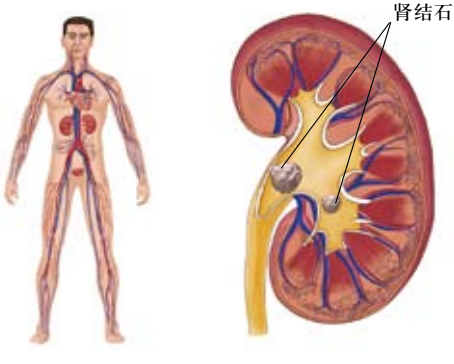
痛风性肾病是降血尿酸治疗指征，同时应碱化尿液并保持尿量。慢性尿酸盐肾病如需利尿时，避免使用影响尿酸排泄的噻嗪类利尿剂及呋塞米、利尿酸等，其他处理同慢性肾炎。如果出现肾功能不全，可行透析治疗，必要时可做肾移植。

84 体内有了痛风石该怎么处理?

当痛风无法得到及时治疗，或者治疗效果不佳，病程较长时，便会出现痛风石、即皮下或关节周围等部位出现痛风结节。病程不长、体积较小的痛风结节，可以通过规则的内科治疗，使结节变小、溶解、消失，排出体外。但一些病程较长、较大的结节，则很难通过内科方法治疗，必须要通过外科手术将其清除。

85 痛风性肾结石会疼痛吗?

痛风性尿路结石的临床表现同非痛风性尿路结石，只是结石的成分是尿酸结晶。痛风性肾结石掉入输尿管发生梗阻时，患者会出现疼痛，性质为绞痛，且疼痛剧烈难忍，部位常位于两肾区、腹股沟、下腹部等。



86 痛风性肾结石怎么治疗?

患者可以服用山莨菪碱或肌内注射黄体酮解痉，非甾体类抗炎药消炎镇痛。如有体温升高，则需服用抗生素控制尿路感染。同时要多饮水，加快结石的排出。

87 痛风性肾结石可以碎石吗?

痛风性肾结石只要符合体外冲击波碎石的指征，就可以碎石。尿酸结石属于非钙性结石，优点是硬度较低，只要定位准确，碎石效果较佳。缺点是透光性强，定位可能较钙性结石有一定难度。

88 外科手术能根治痛风石吗?

当痛风石较多，且较大时，往往无法通过药物使其溶解缩小，只能通过外科手术的方式将其取出。但形成痛风石的根本病因还是血中尿酸过高，引起尿酸结晶形成，在体内沉积最终演变成痛风石。因此，手术只能治标，无法根治痛风石，控制血尿酸水平才是治疗痛风石的关键。

89 痛风急性发作控制后，还需要注意哪些问题？

痛风目前尚不能根治，因此急性症状控制后需门诊定期随访。复查血尿酸、尿尿酸、尿常规、肝肾功能、血糖、血常规、肾和输尿管 B 超等，观察病情变化，评估治疗效果及药物副作用，及时调整治疗药物，并治疗原发病和指导饮食调整等。

90 减轻体重对治疗痛风有帮助吗?

保持理想体重，防止过胖，体重最好能低于理想体重的 10%～15%。流行病学调查发现，血清尿酸盐水平与肥胖程度、体表面积和体重指数呈正相关。临床观察表明，肥胖患者体重降低后，血清尿酸盐水平降低，从尿中排出减少，痛风发作减轻。

91 痛风患者为什么要吃碳酸氢钠片?

因为用碳酸氢钠片能提高尿液的酸碱度，可以溶解尿酸石，也可防止新尿酸石的形成。尿酸以游离态和结合态两种形式存在于尿液中，在尿液中的存在形式取决于尿液的酸碱度（即 pH 值）。正常人的尿呈微酸性，pH 值为 6 左右。当尿的 pH 值在 6.75 时，90% 以上的尿酸为游离状态；pH 值降至 4.75 时，90% 以上的尿酸以结合形式出现在尿液中。这种结合形式的尿酸盐，可以沉积在肾实质中，堵塞尿路，或形成结石，损害肾功能。一般认为，当 pH 值降至 5.5 以下时，可以用碳酸氢钠片，使 pH 值维持在 6.2～6.8，其值不得超过 7.0，否则易发生钙盐结石。碳酸氢钠片不适合心功能不全、肾功能不全和高血压患者。

92 体重减轻是否越快越好?

痛风患者合并肥胖时，降低体重是治疗痛风的综合措施之一。但如果操之过急，体重减轻过快，反而可能诱发痛风的急性发作。这可能是因为体重下降过快，促进脂肪快速分解，体内酮体产生过多，尿酸排泄减少，从而导致血尿酸水平增高。所以，痛风患者合并肥胖时，应循序渐进地降低体重。

93 痛风治疗的效果有没有统一的标准?

痛风的治疗目前仍无统一的标准，但如能达到以下标准，则表明治疗效果较好。首先，血尿酸水平降至正常范围；其次，身体的一些基本指标正常，如心率、血压、血糖、体重指数等。不再有急性发作，不再疼痛，肌肉关节的功能均保持正常，一般的活动如行走、慢跑、上下楼梯、跳跃等不受影响。尿常规检查无异常，皮下痛风结节消失。已有肾功能受损的患者，很难通过常规治疗使肾功能恢复至正常，但如能让肾功能保持现有状态，不再继续恶化，亦是疗效满意的标准。

94 痛风的预后怎么样?

如果痛风得到及早地诊断并进行规范化治疗，大多数痛风患者可正常工作和生活。慢性期病变经过治疗有一定的可逆性，皮下痛风石可缩小或消失，关节症状和功能可获改善，相关的肾病变也可减轻、好转。患者起病年龄小、有阳性家族史、血尿酸显著升高、痛风频发，提示预后较差。伴发高血压、糖尿病或其他肾病者，肾功能不全的风险增加，甚至危及生命。

预　防　篇

95 痛风要预防吗?

随着经济生活水平的不断提高、饮食结构的不断变化及人口老龄化问题的进一步发展，像高血压病、糖尿病等许多慢性疾病一样，高尿酸血症和痛风的发生率日益增高，现代医学研究发现，高尿酸血症与高血压病、心血管疾病、代谢综合征等一系列疾病都存在密切联系。痛风作为系统性疾病，一旦发生，对心血管系统、泌尿系统、骨关节系统均会有重大而持久的影响，所以早期处理高尿酸血症，对预防痛风很有必要。

96 痛风可以预防吗?

如果多加注意，在痛风出现临床表现之前即可控制其发展，甚至终身不出现痛风急性发作。即使已确诊为痛风，有过急性发作，也可以通过各种综合手段控制其发展，减少发作频率、减轻发作程度。所以，痛风是可以预防的。

97 哪些人群特别需要警惕痛风?

理论上所有人都需警惕痛风发生的可能性，不过下面这些人群尤须注意预防痛风：①男性及绝经后女性；②中青年人群，以往痛风发病以40～50岁为多，但随着生活水平的提高、运动的减少，痛风正在向低龄化方向发展，现在30岁以上人群就要警惕痛风发生的可能；③肥胖人群，这与肥胖人群多进食肉类等动物性高蛋白高嘌呤食物、不爱运动、营养过剩有关，且肥胖人群易合并糖尿病、高血压病和高脂血症等，更易导致痛风；④饮酒人群；⑤长期应用易导致血尿酸增高药物的人群；⑥患有银屑病、肾疾病、血液系统疾病等特殊慢性疾病的人群；⑦直系亲属中有痛风患者的人群。

98 从哪些方面来预防痛风?

广义的痛风预防应包括三级预防，即预防痛风的发生、预防痛风的急性发作以及预防痛风并发症的发生和发展。从手段上来说，痛风的预防包括非药物预防和药物预防。目前痛风的主要预防措施是非药物预防。

99 痛风的非药物预防指的是什么?

痛风的非药物预防是指通过调整饮食结构和改变饮食习惯、改善生活方式、控制体重等达到预防痛风的目的。

100 如何通过饮食来预防高尿酸血症?

应采用低热量膳食，避免食用高嘌呤食物，多选用碱性食物；戒酒，尤其是啤酒；每天饮水超过2000mL，以保持尿量。

101 如何控制嘌呤的摄入?

限制食用或避免使用富含嘌呤的食物，其中含嘌呤较多的食物主要包括：动物内脏、沙丁鱼、蛤、蚝等海味及浓肉汤，其次为鱼虾类、肉类、豌豆等，而各种谷类制品、水果、蔬菜、牛奶、奶制品、鸡蛋等含嘌呤最少，蔬菜水果等属于碱性食物，应多进食。对于肥胖者，建议采用低热量饮食，平衡膳食，增加运动量，以保持理想体重。

102 来源于动物的食物都要忌口吗?

动物性食物是指鱼、肉、蛋、奶等一大类食物，富含蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素、矿物质等多种营养素。如前所述，不少动物性食物中确实含有大量嘌呤，如动物内脏、肉汤及一些鱼类等，建议每周食用少量肉类食物，如每周控制在400g以内，可对降低血尿酸有一定的帮助。此外，牛奶、蛋类是低嘌呤食物，而且富含必需氨基酸，痛风患者可以放心食用。

103 所有的蔬菜都是低嘌呤食物吗?

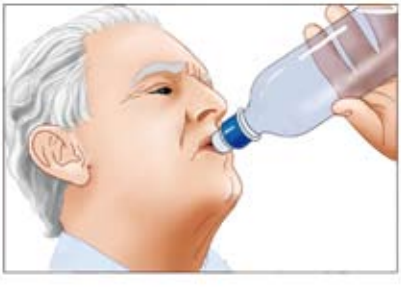
蔬菜中的嘌呤含量与动物内脏、海鲜、肉汤等动物性食物相比，总体来说确实要低一些，但有些蔬菜嘌呤含量比较高，如豆类及其豆制品、香菇、紫菜、豆苗等。因此，痛风患者将蔬菜等同于低嘌呤食物，坚持“宜素不宜荤”的说法是片面的。

104 碱性食品有哪些?

蔬菜水果，如马铃薯、甘薯、奶类、柑橘等被称为碱性食物。增加碱性食物的摄取，可以降低血清和尿酸的酸碱度，甚至使尿液呈碱性，从而增加尿酸在尿中的可溶性。

105 为什么痛风患者要多喝水?

痛风患者多喝水可有利于尿酸排出。一般每天至少要达到2000mL，伴发痛风性肾结石者最好能达到每天3000mL，但肾功能不全者应根据病情适当地限制水的摄入量。饮水宜选用白开水、矿泉水、果汁或淡茶水，啤酒、咖啡、浓茶水等应尽量少饮用。



106 痛风患者喝碱性水能起到预防的作用吗?

理论上碱性水可有助于改善体内的酸性环境，碱化尿液，利于尿酸排出。虽然有人推荐痛风患者在痛风急性发作时喝碱性水，不过关于这点能否预防痛风，目前还没有定论。

107 痛风患者为什么不宜喝茶或咖啡?

浓茶水、咖啡等饮料有兴奋自主神经的作用，可能会诱使痛风急性发作，所以应尽量避免使用。

108 服用药酒可以治疗痛风吗?

药酒中某些成分可以缓解疼痛，但是其中的乙醇却可加重痛风。痛风患者应禁饮任何酒类，包括白酒、啤酒、红酒等。乙醇代谢可使血乳酸浓度升高，乳酸可抑制肾小管分泌尿酸，使肾排泄尿酸降低，致使血尿酸浓度增高，容易诱发痛风。

109 痛风患者如何限制每日摄取的总热量?

每日摄取的总热量根据患者的理想体重，按休息状态时计算，通常每天不超过 105～126kJ/kg。通常情况下，成年患者若属中度以上肥胖者（超重 30%～50%），每日总热量超过 6300kJ，往往不能使体重下降。下述方法可供限制总热量，减轻体重者参考。①超重 30%～50% 及以上患者：总热量以 6300kJ/d 起始，分为三餐供给。1 个月后改为 5460kJ/d；或在原饮食基础上减少热量 2310～4620kJ/d，以每周减轻体重 0.5～1.0kg 为目的。②超重或轻度肥胖者：总热量以 6300kJ/d 起始，分三餐供给；或在原饮食基础上减少热量 525～1050kJ/d，以达到每月减肥 0.5～1.0kg 的目的。

110 痛风患者饮食中的三大营养该如何分配?

在限制总热量前提下，三大营养素的分配原则是：高碳水化合物、中等量蛋白质和低脂肪。①碳水化合物：米、面、蔬菜和水果，应占总热量的55%～60%。这也符合国人的饮食习惯，可减少脂肪分解产生酮体，有利于尿酸盐排泄，但应尽量少食蔗糖或甜菜。②蛋白质：蛋白质供能应占总热量的11%～15%，通常每日为0.8～1.0g/kg体重。③脂肪：总热量的其余部分，以脂类补充，通常为40～50g/d。由于脂肪氧化产生热量，约为碳水化合物或蛋白质的两倍，为降低患者的体重，应该限制其摄入。

111 痛风患者应选用什么样的蛋白质?

摄食过多蛋白质，也可使内生性尿酸增加，因此痛风患者应选择富含必需氨基酸的优质蛋白，如牛奶、奶酪、脱脂奶粉和蛋类的蛋白部分，既能提供组织代谢不断更新的需要，嘌呤成分又少，对痛风患者几乎不产生不良影响。酸奶因含乳酸较多，对痛风患者不利，故不宜饮用。

112 痛风急性发作时该如何饮食?

痛风急性期时应严格限制嘌呤在 150mg/d 以下，蛋白质 50～70g/d。禁用含嘌呤高的动物内脏、鲭鱼、沙丁鱼、小虾、肉汁、肉汤、扁豆、黄豆以及菌藻类。应选用含嘌呤低的食物，以牛奶、鸡蛋（特别是蛋白）、谷类为蛋白质的主要来源，脂肪不超过 50g，以碳水化合物补足热量的需要。液体的进量不少于 2000mL/d。

113 痛风发作缓解后该如何饮食?

在缓解期，膳食要求是给以正常平衡膳食，以维持理想体重。蛋白质每日仍以不超过80g为宜。禁用嘌呤含量高的食物，有限量地选用嘌呤含量中等的食物，其中的肉、鱼、禽类每日食用60～90g，还可将肉类煮熟弃汤后食用。扁豆、黄豆以及菌藻类等可少量选用；另外可自由选用含嘌呤低的食物。

114 痛风患者在食品的烹调方法上，应注意什么？

嘌呤是亲水物质，只要经过水的浸渍、煮沸，即可使嘌呤溶出。合理的烹调方法可减少食物中含有的嘌呤量，在烹调时尽量采用炖、焖、煨、煮等方法，因嘌呤物质有 50% 溶于汤里，建议只吃肉，不喝汤，如可将肉食先煮，弃汤后再行烹调。人们喜欢的黄豆属于高嘌呤食物，但制成豆腐后，嘌呤大量流失。此外，辣椒、咖喱、胡椒、花椒、芥末、生姜等食品调料，均能兴奋自主神经，可诱使痛风急性发作，因此应尽量避免食用刺激性食物。

115 什么情况下需要通过药物来预防痛风?

有痛风症状的高尿酸血症患者，需通过药物来预防痛风，主要是使用降低血尿酸水平的药物，使其控制在正常范围内，从而减少痛风石的形成，减少痛风急性发作的频率，改善痛风患者的生活质量。但如果患者只是单纯的高尿酸血症而无痛风症状时，则无须进行药物预防治疗，现在国内外越来越多的指南都强调通过非药物预防痛风。

116 痛风发作控制后，血尿酸水平达正常后就可以停药了吗?

痛风发作控制后，需将血尿酸水平控制在目标范围内以达到预防痛风再次发作的目的。因此，高尿酸血症的痛风患者必须按照规范化降尿酸的治疗方法，切不可擅自停药。

117 秋水仙碱可以用来预防痛风发作吗?

目前不建议用秋水仙碱来预防痛风的发作。首先，秋水仙碱的毒性较大，剂量控制不当便会出现严重的不良反应。另外，痛风的预防还是要通过治本的方法来进行，即控制血尿酸的浓度；严格的饮食控制，多饮水，少吃高嘌呤食物，同时服用降血尿酸的药物如别嘌呤醇、苯溴马隆等。秋水仙碱只在痛风急性发作时缓解炎症反应有效，并不能降低血液中尿酸的浓度。

118 高血压患者如果得了痛风，该怎么选择降压药?

降压药物可分为钙通道阻滞剂、β受体阻滞剂、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管扩张剂、α受体阻滞剂等几类。目前的降压药物大多会影响尿酸的生成和排泄，导致血尿酸水平升高，从而诱发或加重痛风。如长期使噻嗪类利尿剂和β受体阻滞剂可造成肾对尿酸的分泌减少、重吸收增加，引起血尿酸水平过高。但血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂中的氯沙坦及钙通道阻滞剂中的氨氯地平，均已被证实在有效降压的同时可保护肾、减少尿酸的合成或增加肾对尿酸的清除，使血尿酸降低7%～20%。对痛风合并高血压患者应该综合考虑病情，在遵循单纯痛风及高血压治疗原则的同时，应注意二者治疗之间的矛盾，通过咨询专科医生来合理选择药物，切不可自行用药。

附　　录

典 型 病 例

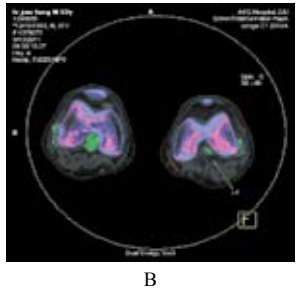
病例 1　痛风并非只发生在脚趾

患者，男性，55 岁，“反复发作性左膝肿痛 1 年，再发 2 天”入院。患者 1 年前爬山后出现左膝盖疼痛，休息后可缓解，以为是爬山累了，伤了膝盖，未去医院治疗，自己休息后痊愈。近 1 年来疼痛反复发作，时与劳累有关，时与聚餐（饮酒）有关。两天前吃海鲜排档后疼痛再次发作，且程度较为剧烈，疼痛评分（NRS）达 6～7 分，影响睡眠，休息不缓解，来医院就诊。患者体检：左膝关节红肿，皮温升高，浮髌征阳性。实验室检查：血尿酸 597μmol/L，C 反应蛋白 21.8mg/L。辅助检查：① B 超示左侧股骨下端见与骨面近平行的高强回声线，考虑晶体性关节炎（图 1）。②双膝双源 CT 可见大量尿酸盐沉积，可确诊为痛风性关节炎，与 B 超提示

的晶体性关节炎一致（图2）。最后诊断：痛风性关节炎。

图1　B超示左侧股骨下端见与骨面近平行的高强回声线，考虑晶体性关节炎

A



B

图2　同一患者的双膝双源CT可见大量尿酸盐沉积，可确诊为痛风性关节炎，与B超提示的晶体性关节炎一致

分析：第一跖趾关节是痛风首次发病及发作频率最高的关节。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，如长时间步行、打高尔夫球等，均有可能引起急性发作。但膝关节、肘关节、肩关节等大关节亦可受累。本例患者有酗酒史，首次疼痛发作于膝关节大负荷活动及饮酒后，表明痛风结晶已损害关节滑膜。超声和双源 CT 在本病的诊断中起了重要作用。

病例 2　症状严重的年轻患者

患者，男性，20 岁。因“双手手关节肿痛 1 年，再发 3 天”入院。患者无饮酒史，1 年前出现右手手指肿胀不适，活动后加重。疼痛剧烈时影响睡眠。这 1 年来手指疼痛肿胀逐渐加重，且受累的手指也在增加。半年前右手食指第二关节出现强直，活动受限，并可触及硬块。硬块逐渐变大，手指功能继续下降。3 天前疼痛症状再次发作。入

院后体格检查：右手第 2 指 2、3 指节肿胀，右手第二近指关节肿胀，压痛，右手第五近指关节肿胀，无压痛，右手第四、第五掌指关节压痛，左手第三近指关节肿胀（图 3）。双手多关节活动受限，功能减退。实验室检查：白细胞 13.8×10^9/L，血沉 26mm/h，C 反应蛋白 19.3mg/L，尿素氮 12.61μmol/L，肌酐 149μmol/L，血尿酸 729μmol/L！！！辅助检查：双源 CT 提示双手小关节有多发尿酸盐结晶沉积，以右手第二近端指间关节最为突出（图 4）。入院诊断：痛风性关节炎、痛风石。入院后转骨科，行“痛风结节清除术”。

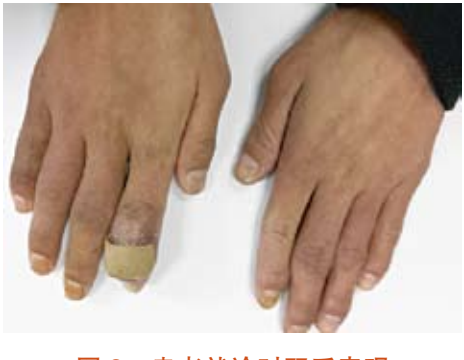


图 3　患者就诊时双手表现

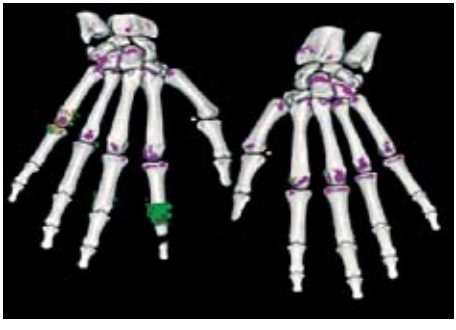


图 4　双源 CT 提示双手小关节有多发尿酸盐结晶沉积，以右手第二近端指间关节最为突出（图中绿色部分）

分析：本例患者为青年男性，痛风病史一年。患者无饮酒史，但痛风病程发展非常迅速。患者血尿酸过高提示预后不良，药物控制不佳（平时服药不规则）。手功能受限后，只能行手术治疗。对于年轻的痛风患者，必须引起重视；痛风不但会侵犯关节，也会侵犯肾，严重患者可能出现肾衰竭！

全国疼痛科女医师帮助您

	姓名	单位	地址
广东	卢振和	广州医科大学附属第二医院	广东省广州市海珠区昌岗东路 250 号
	何雁冰	广州医科大学附属第二医院	广东省广州市海珠区昌岗东路 250 号
	王小平	暨南大学附属第一医院	广东省广州市天河区黄埔大道西 613 号
	魏迨桂	广东省人民医院	广东省广州市越秀区惠福西路 123 号
	孙承红	广州医科大学附属第三医院北院	广东省广州市荔湾区荔湾路 35 号
	刘纪文	深圳市第四人民医院	广东省深圳市福田区深南中路 3025 号
	邹冬玲	广东省清远市人民医院	广东省清远市新城区银泉南路
海南	刘琳	海南省海口市第四人民医院	海南省海口市琼山区府城镇新城路 1 号
北京	冯艺	北京大学人民医院	北京市西城区西直门南大街 11 号
	刘红兵	首都医科大学附属北京天坛医院	北京市东城区天坛西里 6 号
	陶蔚	首都医科大学宣武医院	北京市西城区长椿街 45 号
	赵英	卫生部北京医院	北京市东城区东单大华路 1 号
	司马蕾	中日友好医院	北京市朝阳区樱花东路 2 号
天津	史可梅	天津医科大学第二医院	天津市河西区平江道 23 号

续表

	姓名	单位	地址
山西	薛朝霞	山西医科大学第一医院	山西省太原市迎泽区解放南路 85 号
	张飞娥	长治医学院附属和平医院	山西省长治市城区延安南路 110 号
浙江	严敏	浙江大学医学院附属第二医院	浙江省杭州市上城区解放路 89 号
	冯智英	浙江大学医学院附属第一医院	浙江省杭州市上城区庆春路 79 号
山东	傅志俭	山东省立医院	山东省济南市槐荫区经五路 324 号
	于灵芝	山东大学附属济南市中心医院	山东省济南市历下区解放路 105 号
	王敏	山东枣庄市立医院	山东省枣庄市市中区龙头中路
	于俊敏	青岛大学附属医院	山东省青岛市五台山路 1677 号
江苏	陆丽娟	南京大学医学院附属鼓楼医院	江苏省南京市鼓楼区中山路 321 号
	贾宏彬	南京军区南京总医院	江苏省南京市白下区中山东路 305 号
	金晓红	苏州大学附属第一医院	江苏省苏州市沧浪区十梓街 188 号
	申文	徐州医学院附属医院	江苏省徐州市泉山区淮海西路 99 号
	荣雪芹	徐州矿务集团总院	江苏省徐州市泉山区煤建路 32 号
上海	刘丽丽	上海市曲阳医院	上海市虹口区玉田路 333 号
江西	王晓英	江西省九江市第一人民医院	江西省九江市浔阳区塔岭南路 48 号
	顾丽丽	南昌大学第一附属医院	江西省南昌市东湖区永外正街 17 号
湖北	王云霞	湖北省中山医院	湖北省武汉市硚口区中山大道 26 号
	张小铭	华中科技大学协和医院	湖北省武汉市江汉区解放大道 1277 号
	周伶	武汉市普爱（骨科）医院	湖北省武汉市桥口区解放大道 76 号（古田三路）

续表

	姓名	单位	地址
湖南	鄢健勤	中南大学湘雅医学院第一附属医院	湖南省长沙市开福区湘雅路 87 号
贵州	王林	贵州医科大学附属医院	贵州省贵阳市云岩区贵医街 28 号
	李瑛	贵州省遵义医学院附院	贵州省遵义市汇川区大连路 149 号
四川	刘慧	四川大学华西医院	四川省成都市武侯区国学巷 37 号
云南	张小梅	昆明医科大学第一附属医院	云南省昆明市五华区西昌路 295 号
重庆	杨晓秋	重庆医科大学附属第一医院	重庆市渝中区袁家岗友谊路 1 号
	郭晓丽	第三军医大学第三附属医院	重庆市渝中区长江支路 10 号
	石英	第三军医大学附属西南医院	重庆市沙坪坝区高滩岩正街 29 号
新疆	李亦梅	新疆医科大学第一附属医院	新疆乌鲁木齐市新市区鲤鱼山南路 137 号
	吴玉莲	新疆维吾尔自治区人民医院	新疆乌鲁木齐市天池路 91 号
	张少勇	新疆生产建设兵团医院	新疆乌鲁木齐市青年路 232 号
	常玉华	新疆巴州人民医院	新疆库尔勒市人民东路 56 号
吉林	刘娜	吉林省人民医院	吉林省长春市朝阳区工农大路 1183 号
辽宁	崔文瑶	中国医科大学附属第一医院	辽宁省沈阳市和平区南京北街 155 号