

<<痛风防治实效方>>

图书基本信息

书名：<<痛风防治实效方>>

13位ISBN编号：9787122033291

10位ISBN编号：7122033295

出版时间：2009-1

出版时间：化学工业出版社

作者：梁勇才 主编

页数：158

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<痛风防治实效方>>

前言

“富裕病”正在损害着人类的健康，给患者及其家庭带来了严重的经济负担和精神负担。人们面对“富裕病”的严峻挑战，不能束手待毙，应当积极了解防治措施以扼制其凶相毕露，施行养生之道以斩断其滋生根源，这样才能让自己和家人身强体健，使“富裕病”难以侵犯，不再卷土重来。

自从2005年我们编写了《现代富裕病防治丛书》以来，受到了广大读者的关注和喜爱，在此深表感谢。

在与读者朋友们交流沟通的过程中，我们更加了解了读者希望获得哪些知识、在哪些方面还有误区，为此我们对丛书进行了修订。

修订过程中，我们删减了高深的医学专业知识，增加了更贴近老百姓的、更具实用性的保健知识，如保健食谱、保健小妙方等，力求能让普通老百姓易学易操作，切实帮助他们防治“富裕病”。

由于时间仓促，加之我们学识有限，错漏之处还请读者朋友们批评指正。

<<痛风防治实效方>>

内容概要

本书由经验丰富的医师从专业的角度介绍了痛风的基础知识、防治方法。

其中包括中西医结合药物治疗法、中曝验方偏方、食物本草疗法等，内容丰富，方法简便易行，疗效可靠，适合痛风患者及其家属参考使用。

本书第1版自面市以来即受到读者的欢迎，根据读者的建议和意见，修订后的第2版更加贴近大众，通俗易懂，选方更精要。

如果您是一位痛风患者，希望通过阅读本书，您可以更加了解自己的病情，获得更多治疗痛风的方法，并且在治病的同时，轻松享受健康的美食，享受美好的生活!

<<痛风防治实效方>>

书籍目录

第一章 西医防治 第一节 痛风的发病原因及发病机制 一、痛风的病因及分类 二、痛风的发病机制 第二节 痛风的诊断 一、临床表现 二、实验室及其他检查 三、诊断 第三节 痛风的预防和治疗 一、治疗痛风的一般原则 二、防治目标 三、急性发作期的治疗 四、发作间歇期的治疗 五、慢性痛风性关节炎及痛风石的治疗 六、肾脏病变的治疗 七、治疗原发病 第二章 中医防治 第一节 痛风的病因病机 一、病因 二、病机 第二节 痛风的辨证诊断 一、分期 二、分型 三、辨证要点 第三节 痛风的治疗 一、分型施治 二、单方、偏方 三、中成药 四、名医名著方 五、当代名医专家妙方 六、验方秘方 七、内外兼治 第三章 痛风的饮食治疗 第一节 痛风的饮食原则 一、饮食治疗目标 二、无症状高尿酸血症期的饮食原则 三、痛风急性期的饮食原则 四、痛风间歇期的饮食原则 五、痛风慢性期的饮食原则 六、痛风合并肥胖的饮食原则 七、痛风合并高脂血症的饮食原则 八、痛风合并高血压的饮食原则 九、痛风合并糖尿病的饮食原则 第二节 痛风的饮食方案 一、痛风病人的食物选择 二、痛风病人所需热量及三大营养素的计算 三、根据食品交换份法计算全天所需的食物量 四、饮食方案 五、合理烹饪 第三节 痛风药膳食谱 一、主食 二、小菜类 三、汤类 四、饮料 五、菜肴

<<痛风防治实效方>>

章节摘录

第一章 西医防治第一节 痛风的发病原因及发病机制一、痛风的病因及分类痛风是一组异质性疾病，原因为遗传性和（或）获得性引起的尿酸排泄减少和（或）嘌呤代谢障碍。

临床特点：高尿酸血症及尿酸盐结晶、沉积所致的特征性急性关节炎、痛风石、间质性肾炎，严重者呈关节畸形及功能障碍，常伴尿酸性尿路结石。

随着经济的发展和生活方式的改变，其患病率逐渐上升。

本病是由多种原因引起的，分原发性和继发性两大类。

原发性痛风基本属遗传性，但遗传方式不同，英格兰和美国经过较严谨的家族研究后报道，40%~80%痛风患者有阳性家族史，痛风患者的一级亲属约25%有高尿酸血症。

越来越多的报告表明，原发性痛风与肥胖、原发性高血压、血脂异常、糖尿病、胰岛素抵抗关系密切。

继发性痛风主要因肾病、血液病等疾病或药物、高嘌呤食物引起。

二、痛风的发病机制痛风的发生取决于血尿酸的浓度和在体液中的溶解度。

（一）高尿酸血症的机制血尿酸的平衡取决于嘌呤的吸收、生成与分解、排泄。

（1）吸收体内的尿酸20%来源于富含嘌呤食物的摄取，摄入过多可诱发痛风发作，但不是发生高尿酸血症的主要原因。

（2）分解尿酸是嘌呤代谢的终产物，正常人约1/3的尿酸在肠道经细菌降解处理，约2/3经肾原型排出，人类缺乏尿酸酶，故尿酸分解降低作为高尿酸血症发生的机制已被排除。

（3）生成体内的尿酸80%来源于体内嘌呤生物合成。

参与尿酸代谢的嘌呤核苷酸有三种：次黄嘌呤核苷酸、腺嘌呤核苷酸、鸟嘌呤核苷酸。

核苷酸的生成有两个途径：主要是从氨基酸、磷酸核糖及其他小分子的非嘌呤基前体，经过一系列步骤合成而来；另一途径是从核酸分解成核苷酸，核苷酸再一步步生成尿酸。

在嘌呤代谢过程中，各环节都有酶参与调控，一旦酶的调控发生异常，即可发生血尿酸增多或减少。这类患者在原发性痛风人群中不足20%。

（4）排泄在原发性痛风中，80%~90%的发病机制是肾小管对尿酸盐的清除率下降。

尿酸在肾脏的排泄过程中致血尿酸增高的主要环节是肾小管分泌下降，也包括肾小管对尿酸的重吸收升高。

造成尿酸清除率降低的原因可能是尚未明确的分子缺陷。

事实上尿酸排泄减少常与尿酸生成增多伴发。

（二）痛风的发病机制仅有高尿酸血症，即使合并尿酸性结石也不称之为痛风。

高尿酸血症患者中只有10%~20%发生痛风。

痛风意味着尿酸盐结晶、沉积所致的反应性关节炎或（和）痛风石疾病。

其发生是尿酸在体液中处于过饱和状态引起的。

血尿酸的正常范围有一定跨度，一般导致过饱和的血尿酸浓度均超过420微摩/升（7.0毫克/分升）。

除尿酸浓度外，还有一些因素将影响尿酸的溶解度，比如雌激素、温度、pH值等。

第二章 痛风的诊断一、临床表现痛风多见于体型肥胖的中老年男性和绝经期后妇女，5%~25%可有痛风家族史，发病前常有漫长的高尿酸血症史。

其主要表现有以下几方面。

1.急性关节炎急性关节炎常是痛风的首发症状，是尿酸盐结晶、沉积引起的炎症反应。

典型痛风发作起病急骤，多于午夜因剧痛而惊醒，最易受累部位是拇趾的跖趾关节，其次为跗、踝、跟、手指关节，再次为掌指关节及腕、肘、膝关节等。

较大的关节如髋、肩、髌、髌关节受累机会较少。

而下颌、胸锁、脊柱、胸肋等关节更为少见。

90%为单一关节，偶尔双侧或多关节同时或先后受累，呈红肿热痛，疼痛可剧烈似刀割样，稍有活动疼痛可加剧，因而关节活动受限，关节局部明显肿胀、充血，皮肤呈桃红色，压之可退色，并有压痛。

<<痛风防治实效方>>

。有的病人尚有局部皮肤的感觉异常，如发麻、针刺感、灼热感、跳动感等。局部皮肤温度升高，因此大多数病变关节局部怕热，不能盖被或热敷，而喜用冷敷，仅有少数病人感到病变局部畏寒，喜热。可有关节腔积液，也可伴不同程度的发热、头痛、周身不适、食欲减退、白细胞增多等全身症状。发热可为低热，中等度热，也可高达39℃以上。首次发作的痛风性关节炎往往有比较明显的全身症状。随着病程的延长和发作次数的积累，全身症状可逐渐减轻，而以局部症状为主要表现。发作常呈自限性，数小时、数天、数周自然缓解，缓解时局部可出现本病特有的脱屑和瘙痒表现。缓解期可数月、数年乃至终生。但多数反复发作，甚至到慢性关节炎阶段。个别者无缓解期直接延续到慢性关节炎期。一般疼痛明显，少数症状轻微。多于春秋季节发病，饮酒、高蛋白饮食、脚扭伤是重要诱因，穿紧鞋、多走路、受寒、劳累、感染、手术等也可引起发作。

2. 痛风石及慢性关节炎 痛风石是痛风的特征性损害，除中枢神经系统外，可累及任何部位，最常见于足、手附近，尤其是跖趾关节、踝关节、足背等处，以及手指关节、掌指关节、腕关节、手背部等。其次是膝关节附近、肘关节及耳廓等处，极少见于躯干部，如胸、腹、背、腰、臀、肩等。大腿及上臂部也极少有痛风石形成。内脏也可有痛风石发生，但主要见于肾实质，有时可见于输尿管及膀胱，偶见于心脏、肝脏、胆囊及胆道、胰腺等。痛风石外观为突起于皮面的圆形结节。初次发生的痛风石，表面皮肤呈黄白色，质地中等，一般没有明显的压痛和波动感，大小不一，小的如芝麻，大的如白果，甚至如鸡蛋，初起质软，随着纤维增生痛风石可逐渐增大，数目也可由最初的1~2个逐渐增多至10个以上，并波及多个关节周围。时间长久的痛风石，其表面皮肤可由黄白色转为褐黄色或黑色，质地亦可变得硬如石。痛风石的数目及大小是反映痛风病情轻重及病程长短的一个直观指标。痛风石较大、数目较多者，表明病程较长。病情控制不良，反之则表示病情较短，病情相对较轻。痛风石一旦出现，若不给予适当的治疗，非但不会自行消退，而且会随着疾病的迁延而逐渐扩大。对于首次发生的小痛风石，经积极治疗使尿酸长期维持正常后，一般20~30天左右可完全消退。如痛风石持续3个月以上，则消退的可能性不大。总之，痛风石越大、持续时间越长、数目越多，则消退的可能性就越小。关节附近因易磨损，加之结节隆起使表皮菲薄，易破溃成瘻管，有白色糊状物排出，瘻管周围组织呈慢性肉芽不易愈合，但很少继发感染，可恢复性差。如果破溃处发生细菌感染，则局部发生溃烂、化脓，甚至发生败血症或脓毒血症而致死。也有因感染无法控制而被迫切除手指、足趾，进而伤害皮下组织、滑膜囊、软骨、骨，造成组织断裂和纤维变性。

3. 痛风肾病 90%~100% 痛风患者有肾损害。尿酸对肾脏的损害主要有两大类型：肾内尿酸结石，又称肾内痛风结石；尿酸性肾病，又称痛风性肾病。肾内痛风结石是由尿酸在肾脏实质内沉积而形成的，其主要成分是尿酸盐，故为白色或黄白色，多数为圆形或卵圆形，或呈不规则形。有时结石成分中还可夹有磷酸盐或草酸盐，则称为混合性结石，约占肾内痛风结石的10%~20%。混合性结石一般为黄灰色或褐灰色，表面可粗糙不平，外形欠规则。大约20%~25%的痛风病人可发生肾内痛风结石。肾内痛风结石可以是一个，称为单发性肾结石，也可以是两个以上或更多，称为多发性肾结石，以多

<<痛风防治实效方>>

发性肾结石较为常见。

结石在肾脏内的位置没有一定的规律，可在肾脏的上极或在下极，也可在肾盏或肾盂内，其分布也不均匀，左右两肾结石数目可有明显差异。

结石的大小可有很大的悬殊，小者如米粒，大者似红枣，少数可细小如砂粒状，临床称之为泥砂样结石。

痛风性肾病是指尿酸广泛地在肾实质内，尤其是肾脏髓质内沉积而造成的肾脏慢性损害，仅极少数病人可因痛风急性发作、血尿酸急剧地升高而在短期内发生急性肾功能衰竭。

故痛风性肾病又可分为两种类型：急性痛风性肾病和慢性痛风性肾病。

绝大多数痛风性肾病呈慢性经过，病程可迁延十数年或数十年。

急性痛风性肾病主要见于继发性痛风病人，如恶性肿瘤，而在原发性痛风中极为少见。

痛风性肾病是痛风病人死亡的主要原因之一。

无任何临床表现的痛风性肾病，在严格而有效的抗痛风治疗后，肾脏病变可望逆转。

即使早期痛风性肾病，经过长期有效的抗痛风治疗后，也可使尿蛋白排出明显减少甚至消失，有的肾病可望逆转。

但对中期痛风性肾病，则只能使病情稳定，延缓肾脏病损的发展，阻止其向晚期痛风性肾病演变。

对于晚期痛风性肾病，各种治疗均收效甚微，衰竭的肾功能无法恢复，唯一有效的维持疗法是人工肾，即血液透析。

少数病例也可考虑做肾脏移植手术。

4.尿酸性尿路结石 尿路结石在高尿酸血症期即可出现，其发生率在高尿酸血症中占40%，占痛风患者的1/4，比一般人群高200倍，在一切结石中占10%。

其发生率与血尿酸水平及尿酸排出量呈正相关，血尿酸 >713.5 微摩/升（12毫克/分升）、24小时尿酸排出量超过6.54毫摩（1100毫克）时，发病率达50%。

尿酸性尿路结石绝大多数为纯尿酸结石。

泥砂样结石无症状，较大者有肾绞痛、血尿。

5.痛风与代谢综合征 以肥胖、原发性高血压、高脂血症、2型糖尿病、高血凝状态、高胰岛素血症为特征的胰岛素抵抗综合征（代谢综合征），其发生率在中老年人中越来越高，常与痛风伴发，目前已把高尿酸血症及痛风列入代谢综合征中的一个表现。

<<痛风防治实效方>>

编辑推荐

《痛风防治实效方(第2版)》为我们解答以下问题：痛风不可怕，对痛风的无知才可怕。

为什么会得痛风？

痛风和糖尿病、高血压、高脂血症有关系吗？

除了吃药，还有哪些治疗痛风的方法？

痛风患者应该如何享受美食呢？

<<痛风防治实效方>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>