



• 药物与临床 •

小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗急性痛风性关节炎的临床分析

姚 创 吴金秀 彭彪承 郝书华 (益阳市人民医院 湖南益阳 413001)

摘要：目的 探究小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗急性痛风性关节炎的临床效果。**方法** 选取我院 2016 年 2 月-2016 年 11 月急性痛风性关节炎患者 86 例根据数字随机表分小剂量组、常规剂量组各 43 例。小剂量组采用常规秋水仙碱联合糖皮质激素治疗；常规剂量组则给予小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗。比较两组患者急性痛风性关节炎治疗效果；治疗前后血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率；胃肠道不良反应发生率。**结果** 常规剂量组患者急性痛风性关节炎治疗效果比小剂量组高， $P < 0.05$ ；治疗前两组患者血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；常规剂量组治疗后血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率比小剂量组好， $P < 0.05$ ；常规剂量组胃肠道不良反应发生率比小剂量组低， $P < 0.05$ 。**结论** 小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗急性痛风性关节炎的临床效果确切，可有效改善患者临床症状和血清学指标，减少胃肠道并发症的发生，安全有效，值得推广。

关键词：小剂量秋水仙碱 糖皮质激素 急性痛风性关节炎 临床效果

中图分类号：R589.7 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2017) 10-160-02

急性痛风性关节炎的发生和尿酸盐结晶沉积于关节滑囊内相关，可出现白细胞显著升高的情况，且可吞噬尿酸盐，释放糖蛋白以及白三烯等化学趋化因子，浸润巨细胞、上皮细胞和单核细胞等，形成痛风石以及异物结节，患者以刀割、撕裂样剧烈疼痛为主要表现，可进行性加剧，严重影响其身心健康和正常生活，需及早治疗^[1-2]。本研究探讨了小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗急性痛风性关节炎的临床效果，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2016 年 2 月-2016 年 11 月急性痛风性关节炎患者 86 例根据数字随机表分小剂量组、常规剂量组各 43 例。小剂量组男性、女性各有 28 例、15 例，年龄 28-74 岁，平均 (44.13±5.45) 岁。受累关节有 1-3 个，平均受累关节有 (1.46±0.31) 个。常规剂量组男性、女性各有 26 例、17 例，年龄 27-74 岁，平均 (44.56±5.13) 岁。受累关节有 1-3 个，平均受累关节有 (1.44±0.33) 个。

两组患者资料差异有可比性。

1.2 方法

小剂量组采用常规秋水仙碱联合糖皮质激素治疗，采用 2.5mg 地塞米松静滴，1 次/天；秋水仙碱剂量 1mg/次，口服用药，治疗 3 天。常规剂量组则给予小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗。采用 2.5mg 地塞米松静滴，1 次/天；秋水仙碱 0.5mg 口服，2 次/天。治疗 3 天^[3]。

1.3 观察指标

表 2. 治疗前后血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时期	白细胞 ($\times 10^9/L$)	血尿酸 ($\mu mol/L$)	ESR (mm/h)	肾小球滤过率 (ml/min.1.73m ²)
常规剂量组	干预前	9.72±1.24	629.71±17.25	57.38±15.23	93.25±6.42
	干预后	7.31±0.71**	337.26±10.45**	16.25±2.59**	96.24±8.86**
小剂量组	干预前	9.58±1.32	629.81±19.36	57.61±15.22	93.52±6.41
	干预后	8.12±0.42 [‡]	428.67±10.42 [‡]	25.17±10.94 [‡]	94.85±7.52 [‡]

注：和干预前比较，* $P < 0.05$ ；和小剂量组比较，[‡] $P < 0.05$

2.3 胃肠道不良反应发生率比较

常规剂量组胃肠道不良反应发生率比小剂量组低， $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3. 两组患者胃肠道不良反应发生率比较 [例数 (%)]

组别	例数	恶心呕吐	腹泻	腹痛	发生率
小剂量组	43	2	5	2	9 (20.93)
常规剂量组	43	1	0	0	1 (2.33)
χ^2					7.242
P					0.007

3 讨论

秋水仙碱对急性痛风性关节炎具有良好治疗作用，作用机制在于：可结合中性粒细胞微管蛋白亚单位，改变细胞膜功能，对中性粒细胞吞噬、黏附和趋化作用进行抑制；可干扰局部吞噬尿酸盐白细胞和滑

比较两组患者急性痛风性关节炎治疗效果；治疗前后血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率；胃肠道不良反应发生率。

显效：症状消失，血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率正常；有效：症状改善，血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率改善 50% 以上；无效：症状和血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率均无改善^[4]。

1.4 数据处理

SPSS16.0 软件统计， $P < 0.05$ 为差异显著，计量资料进行 t 检验，两组计数资料进行 χ^2 检验。

2 结果

2.1 急性痛风性关节炎治疗效果比较

常规剂量组患者急性痛风性关节炎治疗效果比小剂量组高， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1. 两组患者急性痛风性关节炎治疗效果比较 [例数 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
小剂量组	43	23	11	9	34 (79.07)
常规剂量组	43	36	6	1	42 (97.67)
χ^2					7.242
P					0.007

2.2 治疗前后血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率比较

治疗前两组患者血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；常规剂量组治疗后血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率比小剂量组好， $P < 0.05$ 。见表 2。

膜细胞趋化作用，减少或阻止化学因子分泌，控制炎症发作；可抑制磷脂酶 A，减少中性粒细胞和单核细胞释放白三烯以及前列腺素；秋水仙碱还可特异性抗炎止痛^[5-6]，减少白介素-6 等炎症因子。但秋水仙碱不良反应多，且随剂量增加而增多，因此最好避免大剂量用药，以免患者不耐受。地塞米松为常见糖皮质激素，有抗炎镇痛作用，联合小剂量秋水仙碱用于急性痛风性关节炎效果确切，可发挥协同、互补和增效等作用^[7-8]。

本研究中，小剂量组采用常规秋水仙碱联合糖皮质激素治疗；常规剂量组则给予小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗。结果显示，常规剂量组患者急性痛风性关节炎治疗效果比小剂量组高， $P < 0.05$ ；治疗前两组患者血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；常规剂量组治疗后血白细胞、血尿酸、ESR、肾小球滤过率比小剂量组好， $P < 0.05$ ；常规剂量组胃肠道不良反应发生率比小剂量组低， $P < 0.05$ 。



综上所述,小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗急性痛风性关节炎的临床效果确切,可有效改善患者临床症状和血清学指标,减少胃肠道并发症的发生,安全有效,值得推广。

参考文献

[1] 刘颖,李志琛,陈建斌等.小剂量秋水仙碱联合糖皮质激素治疗急性痛风性关节炎的疗效观察[J].解放军医学杂志,2015,40(8):652-655.

[2] 郑兴媛.应用秋水仙碱等药物治疗18例急性痛风性关节炎患者的临床疗效观察[J].求医问药(学术版),2012,10(9):148.

[3] 丁佳,吴国富.对秋水仙碱耐受的原发性痛风临床分析[J].现代实用医学,2013,25(8):859-860.

(上接第154页)

果研究[J].数理医药学杂志,2017,15(02):245-246.

[4] 谭飞.盐酸曲美他嗪治疗冠心病稳定型心绞痛的临床效果评价[J].中国医药指南,2017,17(04):48-49.

[5] 李丹.曲美他嗪对冠心病心绞痛合并糖尿病治疗的影响[J].北方药学,2017,13(02):31.

[6] 张军,邓伟,张进,曹立明,陈川.心脑血管联合曲美他嗪治

[4] 张健.非布索坦与秋水仙碱、别嘌醇治疗痛风性关节炎疗效比较[J].河北医药,2011,33(24):3759-3760.

[5] 杨彦龙,李小琴,史静等.小剂量秋水仙碱联合得宝松治疗急性痛风性关节炎的疗效分析[J].检验医学与临床,2016,13(15):2103-2105,2108.

[6] 任丽娜.静滴地塞米松治疗口服秋水仙碱无效的痛风性急性关节炎12例报道[J].内蒙古中医药,2014,33(6):108.

[7] 朱飞,欧阳桂林.加味四妙汤联合秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎及高尿酸血症[J].长春中医药大学学报,2013,29(3):402-403.

[8] 何晓红,黄皓月.中医内外结合治疗急性痛风性关节炎54例临床观察[J].中药材,2008,31(4):630-632

疗冠心病心绞痛的临床研究[J].现代药物与临床,2017,12(01):25-29.

[7] 廖发荣,杨锡恒,戴日新,钱宗杰,曾志羽,邓科英.盐酸曲美他嗪治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床评估[J].中国社区医师,2016,27(07):29-31.

[8] 田姗姗,刘红梅.阿托伐他汀联合盐酸曲美他嗪片治疗冠心病心绞痛的临床疗效评价[J].世界最新医学信息文摘,2016,31(07):138-139.

(上接第155页)

健康(中旬版),2014(12):81-82.

[2] 李春生,高艳红,李浩等.50例脑梗并发癫痫的临床情况探索和分析[J].医药前沿,2016,6(31):29-30.

[3] 刘威,李亚楠,余巧燕等.脑梗死后迟发型癫痫行中西医结合治疗的效果观察[J].中外医疗,2014(10):141-142.

(上接第156页)

肺炎患者的疗效评价[J].抗感染药学,2015,12(05):779-780.

[5] 江才华.盐酸氨溴索注射液联合盐酸丙卡特罗口服液治疗小儿肺炎的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2015,08(36):14-15.

[6] 吕海涛,董卓亚,周江瑾.盐酸丙卡特罗口服液佐治婴幼儿

[4] 肖彬.40例脑梗死继发癫痫患者临床诊治分析[J].世界临床医学,2016,10(6):50,52.

[5] 李世学,张芳,孙艳霞等.脑梗死后早期癫痫发作的临床特征及危险因素分析[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(14):60-61.

[6] 张丽丽.应用卡马西平联合地西泮治疗脑梗并发癫痫的效果观察[J].当代医药论丛,2015(1):248-249.

喘息性支气管炎疗效观察[J].儿科药学杂志,2014,20(08):16-18.

[7] 吕海涛.盐酸丙卡特罗口服液佐治婴幼儿喘息性支气管炎疗效观察[A].浙江省医学会儿科学分会.2014年浙江省医学会儿科学分会学术年会暨儿内科学病诊治新进展国家级继续教育学习班论文集汇编[C].浙江省医学会儿科学分会:,2014:1.

(上接第157页)

缩短术后苏醒时间,且安全性高,值得推广。

参考文献

[1] 顾正峰,高宏,秦国伟等.地佐辛复合丙泊酚在无痛人流中的应用[J].实用药物与临床,2013,16(1):77-78.

[2] 赵小兵,刘锦辉.小剂量地佐辛复合丙泊酚应用于无痛人流术的临床研究[J].西部医学,2014,26(5):596-597,600.

(上接第158页)

作疗效观察[J].临床合理用药杂志,2012,05(5):19-20.

[3] 丁宁.盐酸氨溴索治疗慢性支气管炎急性发作的疗效分析[J].上海医药,2014,35(22):39-40.

[4] 张秋荣.盐酸氨溴索联合氨茶碱治疗慢性支气管炎急性发作期的疗效观察[J].泰山医学院学报,2014,35(5):415-416.

[3] 符惠峰,唐郁文.地佐辛联合丙泊酚对无痛人流患者术后镇痛效果的临床观察[J].中国药师,2015(8):1362-1364.

[4] 张月凌,雷剑.地佐辛、喷他佐辛、芬太尼复合丙泊酚在无痛人流术中的效果比较[J].实用临床医药杂志,2015,19(5):123-124,138.

[5] 杜学红.地佐辛预先给药对丙泊酚无痛人流麻醉效果的影响[J].中国处方药,2016,14(12):82-82,83.

[5] 曾国根,肖彩宏,徐海冰,等.盐酸氨溴索治疗慢性支气管炎急性发作的疗效观察及评估[J].临床医学工程,2017,24(2):193-194.

[6] 黄宝辉.盐酸氨溴索治疗慢性支气管炎急性发作的疗效观察[J].中国卫生标准管理,2017,8(5):97-98.

[7] 杨建峰.盐酸氨溴索治疗慢性支气管炎急性发作的疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2013,21(3):133-134.

(上接第159页)

的临床效果确切,且阻滞快,可减少镇痛药使用,安全性高,值得推广。

参考文献

[1] 李丽妍,黄金平,刘桦等.右美托咪定对老年患者髋关节置换术后认知功能的影响[J].广东医学,2013,34(5):781-783.

[2] 刘冲,王志学,董龙等.静脉辅助右美托咪定复合瑞芬太尼对腰丛-坐骨神经阻滞老年髋关节置换患者术中循环呼吸与镇静的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(23):5928-5931.

[3] 刘冲,王志学,董龙等.静脉辅助右美托咪定复合瑞芬太尼在腰丛-坐骨神经阻滞下老年髋关节置换术中对镇痛与应激的影响

[J].中国老年学杂志,2017,37(5):1195-1198.

[4] 曾德亮,章放香,余相地等.不同浓度右美托咪定混合罗哌卡因连续腰丛神经阻滞用于老年患者髋关节置换术后镇痛效果的比较[J].中华麻醉学杂志,2017,37(1):84-87.

[5] 张在斌,杨进国,曾文强等.右美托咪定对老年髋关节置换患者术后应激反应和短期认知功能的影响[J].实用药物与临床,2017,20(1):34-38.

[6] 王小锐,李阳阳,万亮等.右美托咪定辅助麻醉对老年阿尔茨海默病髋关节置换患者炎症因子及T淋巴细胞亚群的影响[J].海南医学院学报,2017,23(7):925-927,931.