



• 药物与临床 •

非布司他治疗痛风性关节炎的疗效及其安全性探究

廖晶晶 郝书华 彭彪承 姚创 胡燕 (益阳市人民医院内分泌科 湖南益阳 413001)

摘要: **目的** 探讨非布司他治疗痛风性关节炎的疗效及其安全性。**方法** 将 2016 年 2 月-2017 年 4 月 78 例痛风性关节炎患者作为研究对象随机原则分组,各纳入 39 例。别嘌醇组用别嘌醇治疗,非布司他组则用非布司他治疗。比较两组痛风性关节炎疗效;不良反应出现率;干预前后患者血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例。**结果** 非布司他组痛风性关节炎疗效高于别嘌醇组, $P < 0.05$;非布司他组不良反应出现率低于别嘌醇组, $P < 0.05$;干预前两组血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例相近, $P > 0.05$;干预后非布司他组血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例优于别嘌醇组, $P < 0.05$ 。**结论** 非布司他治疗痛风性关节炎的疗效及其安全性高于别嘌醇,可改善患者血尿酸,减少痛风结晶等,不良反应少,安全性高。

关键词: 非布司他 痛风性关节炎 疗效 安全性

中图分类号: R589.7 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 11-112-02

痛风性关节炎是原发性痛风常见症状,其发生和高尿酸血症密切相关,而高尿酸血症的出现和尿酸排泄减少以及嘌呤代谢障碍相关。尿酸盐可沉积于软骨、骨质、滑囊以及关节囊等组织中沉积而引发晶体性关节炎。目前治疗痛风性关节炎的关键在于将尿酸盐结晶溶解。彩色多普勒超声诊断仪可实现对尿酸盐结晶的检测,在痛风性关节炎诊断和预后判断中发挥重要作用。非布司他为新一代非嘌呤类选择性黄嘌呤氧化酶抑制剂,可有效改善痛风性关节炎患者高尿酸血症、痛风结晶、滑膜增生以及骨赘等症状^[1-2],本研究将 2016 年 2 月-2017 年 4 月 78 例痛风性关节炎患者作为研究对象随机原则分组,各纳入 39 例,分析了非布司他治疗痛风性关节炎的疗效及其安全性,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2016 年 2 月-2017 年 4 月 78 例痛风性关节炎患者作为研究对象随机原则分组,各纳入 39 例。所有患者符合痛风性关节炎诊断标准,均知情同意本次研究。非布司他组男 30 例,女 9 例;年龄 24-79 岁,平均 (36.25 ± 2.91) 岁。合并高血压有 4 例,合并糖尿病 3 例,合并高血脂 5 例。受累关节有 1-3 个,平均受累关节有 (1.47 ± 0.35) 个。别嘌醇组男 31 例,女 8 例;年龄 24-79 岁,平均 (36.91 ± 2.95) 岁。合并高血压有 4 例,合并糖尿病 4 例,合并高血脂 5 例。受累关节有 1-3 个,平均受累关节有 (1.45 ± 0.36) 个。两组一般资料具有可比性,差异不显著。

1.2 方法

别嘌醇组用别嘌醇治疗,每天口服 100mg,非布司他组则用非布司他治疗,每天口服 40mg。两组均在治疗开始前后 2

周每天服用 60mg 依托考昔片,预防痛风急性发作。治疗 8 周对比效果^[3]。

1.3 观察指标

比较两组痛风性关节炎疗效;不良反应出现率;干预前后患者血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例。

显效: 症状和实验室指标均正常,血尿酸低于 $360 \mu\text{mol/L}$; **有效:** 症状和实验室指标均改善,血尿酸低于 $400 \mu\text{mol/L}$; **无效:** 症状和实验室指标、血尿酸无明显改善。痛风性关节炎疗效为显效、有效百分率之和^[4]。

1.4 统计学处理方法

采用 SPSS18.0 软件统计数据,计量资料、计数资料分别作 t 检验、 χ^2 检验,结果以 $P < 0.05$ 说明有统计学意义。

2 结果

2.1 两组痛风性关节炎疗效相比较

非布司他组痛风性关节炎疗效高于别嘌醇组, $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1. 两组痛风性关节炎疗效相比较 [例数 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总效率
别嘌醇组	39	17	13	9	30 (76.92)
非布司他组	39	23	15	1	38 (97.44)
χ^2					7.341
P					0.067

2.2 干预前后血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例相比较

干预前两组血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例相近, $P > 0.05$;干预后非布司他组血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例优于别嘌醇组, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2. 干预前后血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时期	白细胞 ($\times 10^9/L$)	血尿酸 ($\mu\text{mol/L}$)	ESR (mm/h)	痛风结晶比例 (%)
非布司他组	39	干预前	9.72 ± 1.24	629.71 ± 17.25	57.38 ± 15.23	100.00
		干预后	$7.31 \pm 0.71^{**}$	$337.26 \pm 10.45^{**}$	$16.25 \pm 2.59^{**}$	$12.34 \pm 0.71^{**}$
别嘌醇组	39	干预前	9.58 ± 1.32	629.81 ± 19.36	57.61 ± 15.22	100.00
		干预后	$8.12 \pm 0.42^{\#}$	$428.67 \pm 10.42^{\#}$	$25.17 \pm 10.94^{\#}$	$8.12 \pm 0.42^{\#}$

注:和干预前比较, $^{*}P < 0.05$;和别嘌醇组比较, $^{*}P < 0.05$ 。

2.3 两组不良反应出现率相比较

表 3. 两组不良反应出现率相比较 [例数 (%)]

组别	例数	肝功能损害	肾功能损害	胃肠道反应	发生率
别嘌醇组	39	3	2	2	7 (17.95)
非布司他组	39	1	0	0	1 (2.56)
χ^2					6.521
P					0.013

非布司他组不良反应出现率低于别嘌醇组, $P < 0.05$, 见表 3。

3 讨论

痛风性关节炎属于常见代谢异常疾病,在中年男性中具有高发病率,在治疗上,非布司他为新型降尿酸药物,在痛风性关节炎治疗中广泛应用且效果肯定。和别嘌醇比较,采用非布司他治疗可更显著降低尿酸,更快达到目标血尿酸值。但在治疗过程需加强对血尿酸的监测,并根据监测结果对药



物剂量进行合理调整^[5-6]。研究显示,非布司他肝肾功能损害较轻,若在治疗过程出现肝功能损害,需及时给予保肝治疗。痛风结晶是痛风性关节炎病情判断重要指标,通过彩色多普勒超声诊断仪可检测结晶情况,经非布司他治疗后结晶大部分消失,说明非布司他具有更好的溶解痛风结晶的效果^[7-8]。

本研究中,别嘌醇组用别嘌醇治疗,非布司他组则用非布司他治疗。结果显示,非布司他组痛风性关节炎疗效高于别嘌醇组, $P < 0.05$; 非布司他组不良反应出现率低于别嘌醇组, $P < 0.05$; 干预前两组血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例相近, $P > 0.05$; 干预后非布司他组血白细胞、血 UA、ESR、痛风结晶比例优于别嘌醇组, $P < 0.05$ 。

综上所述,非布司他治疗痛风性关节炎的疗效及其安全性高于别嘌醇,可改善患者血尿酸,减少痛风结晶等,不良反应少,安全性高。

参考文献

[1] 刘林林, 曾彩雯, 何芳等. 非布司他的药理作用、药代动力学及临床研究进展[J]. 南昌大学学报(医学版), 2012, 52(8):88-91.

(上接第109页)

治疗功能性便秘通常采用促进肠胃蠕动的药物, 常见药物如莫沙必利, 该药物是通过刺激肠道 5-羟色胺受体, 促进肠胃蠕动, 恢复肠胃功能, 从而改善患者的临床症状, 而且此类药物的不良反应较少。考虑老年人的活动量较小, 肠道肌张力和运动技能较弱, 功能性便秘多为动力性便秘, 但单一使用此类药物的治疗效果有限, 因此临床治疗老年功能性便秘可以将莫沙必利作为增进肠蠕动的辅药。乳果糖不会被人体吸收, 属于渗透性泻药, 在结肠即被益生菌分解为有机菌, 同时升高结肠内渗透压, 增加粪便的含水量, 在缓解便秘的同时, 改善场内环境。本次研究中将两种药物联合用药治疗老年功能性便秘, 不仅治疗效果理想, 而且有效缓解患者的临床症状,

(上接第110页)

肾功能指标优于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 厄贝沙坦联合氨氯地平治疗高血压合并糖尿病肾病的临床效果确切, 可有效缩短疗程, 改善血压水平以及肾功能, 对患者预后转归有益, 值得推广。

参考文献

[1] 王蕾. 左旋氨氯地平联合厄贝沙坦治疗原发性高血压的疗效分析[J]. 求医问药(学术版), 2012, 10(6):785.

[2] 李惠芳. 左旋氨氯地平联合厄贝沙坦治疗原发性高血压的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2013, 8(24):167-168

[3] 冀巍. 左旋氨氯地平联合厄贝沙坦在原发性高血压治疗中的应用[J]. 健康必读(中旬刊), 2013, 12(9):268-268.

[4] 王卫民. 前列地尔联合厄贝沙坦治疗早期糖尿病肾病的临床

[2] 程业, 姜滔, 胡炯等. 关节镜手术联合非布司他对膝关节痛风性关节炎诊治的价值[J]. 浙江临床医学, 2017, 19(1):60-61.

[3] 贾会欣, 怀文丽, 孙巍等. 非布司他治疗前后的原发性痛风患者的超声影像学比较[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(10):144-145.

[4] 于清宏, 毋静, 曲源等. 非布司他对痛风性关节炎患者血脂代谢影响[C].// 全国第十二届中西医结合风湿病学术会议论文集. 2014:120-121.

[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关节炎12例报道[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(6):108.

[7] 刘敏莹. 痛风方联合西药治疗急性痛风性关节炎湿热夹瘀型临床研究[D]. 广州中医药大学, 2016.

[8] 陈光亮, 周媛凤, 张颖等. 治疗痛风和高尿酸血症药物研究进展[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2017, 22(1):104-109.

且不良反应少, 患者的耐受性较好。

综上所述, 莫沙必利联合乳果糖治疗老年慢性功能性便秘的疗效显著, 两种药物起到协同的功效, 促进临床症状的改善, 提高治疗效果。

参考数据

[1] 王宏, 田文玲. 莫沙必利联合乳果糖治疗老年慢性功能性便秘的疗效及对患者肛门直肠动力和直肠感觉的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(12):5109-5111.

[2] 汪勇, 宋远征, 何新华, 聂红秀. 枸橼酸莫沙必利联合益生菌治疗老年功能性便秘的疗效观察[J]. 吉林医学, 2015, 01(11):71-73.

[3] 姚嫄媛. 莫沙必利联合乳果糖、双歧杆菌治疗老年2型糖尿病功能性便秘的疗效分析[J]. 糖尿病新世界, 2017, 02(21):104-105.

效果[J]. 中国综合临床, 2016, 32(5):434-437.

[5] Zhang C., Xing X., Zhang F. et al. Low-dose radiation induces renal SOD1 expression and activity in type 1 diabetic mice[J]. International Journal of Radiation Biology: Covering the Physical, Chemical, Biological, and Medical Effects of Ionizing and Non-ionizing Radiations, 2014, 90(3):224-230.

[6] 孔立滨, 苑天彤. 前列地尔联合厄贝沙坦治疗早期糖尿病肾病患者尿微量白蛋白疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2015, 44(2):33-34.

[7] 薛云超, 茹祥伟, 郭辉等. 厄贝沙坦与左旋氨氯地平联合用药对高血压微量白蛋白尿的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2011, 05(1):95-96.

[8] 路胜昔. 苯磺酸左旋氨氯地平联合厄贝沙坦治疗原发性高血压的临床疗效评价[J]. 中国现代医生, 2013, 51(32):73-74, 77.

(上接第111页)

再通的患者, 两组差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。急性前壁心肌梗塞患者的再梗塞率显著大于急性下壁心肌梗塞的患者, 两组差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。本研究结果与相关的报道数据吻合^[6]。说明尿激酶并不是对所有病灶均具有较高的再梗塞率, 它对于前壁急性心肌梗塞, 出现再梗塞的几率大, 在实际的临床治疗上需借助其它药物展开治疗。

综上所述, 尿激酶具有较强的溶栓能力, 效果佳, 方便给药被作为临床治疗急性心肌梗塞的关键药物。然而尿激酶的再梗塞率高, 会制约最后的疗效, 这就需要按照患者的实际情况酌情使用。

参考文献

[1] 冯月宇. 尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2015(27):79-79.

[2] 李健. 尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(6):1017-1017.

[3] 张文玲, 岳小丽. 尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察及护理体会[J]. 当代医药论丛, 2013, 11(9):242-242.

[4] 郑雪莲. 静滴尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死疗效观察[J]. 中国伤残医学, 2014(13):139-140.

[5] 孙彩凤. 系统化整体护理对尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察[J]. 医药前沿, 2013(30):91-92.

[6] 陈淑敏, 侯贺功. 大剂量氨吡格雷联合阿司匹林、尿激酶溶栓治疗急性ST段抬高型心肌梗死的疗效观察[J]. 心脏杂志, 2014(2):184-186.