

# 急性痛风性关节炎治疗的研究进展

李怀亮<sup>1</sup> 林石明<sup>2#</sup>

(1 福建中医药大学 2015 级中医骨伤研究生 福州 350122;

2 福建中医药大学附属漳州市中医院 漳州 363000)

关键词:急性痛风性关节炎;治疗;综述

中图分类号:R589.7

文献标识码:A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.108

痛风是由于机体内嘌呤代谢出现紊乱,导致体内血尿酸水平的增高或 / 和肾脏排泄尿酸减少而引发的一种疾病,可呈急性或慢性发作,病情易反复。以高尿酸血症、反复发作性关节炎(急、慢性)和软组织损伤等为特点<sup>[1-3]</sup>。现代社会,人们的生活水平在不断提高,饮食质量较前有大幅度的改善,以高蛋白、高嘌呤、高热量为特点的食物更受大家欢迎,此种饮食结构的长期持续,导致尿酸的生成与排泄平衡被打破,机体内血尿酸水平逐渐升高,临床上痛风的发生率也随之逐渐增高。

在不同国家,痛风发病率不同<sup>[4-6]</sup>。痛风病人逐渐增多的原因,主要与高尿酸血症有关,而高血压、糖尿病、肥胖等疾病又促发了高尿酸血症的产生,同时饮食结构及习惯的改变、利尿剂的使用也与痛风患者逐渐增多有一定关系。美国一项健康研究显示,在 1988~1994 年,其国民的痛风发病比率约为 2.64%,而在 2007~2010 年痛风发病率则上升到 3.76%<sup>[7]</sup>。英国一项研究显示,2012 年其国民的痛风患病率约为 2.49%<sup>[8]</sup>。我国尚缺乏全国范围内有关痛风患病人口的数据,但根据不同时间、地域的患病情况,目前我国痛风患病率在 1%~3%,并呈逐年上升趋势<sup>[5-6,9-14]</sup>。

## 1 非药物治疗

1.1 卧床休息 在急性期,患者需卧床休息,目的是使患病关节得到充分、有效地制动,并且使患肢抬高,以加快患部的血液循环,加速炎症因子的消退,制动时间一般维持在 3 d 至患部疼痛缓解<sup>[15]</sup>。同时,患者的心理作用对痛风的治疗也起着非常重要的作用,应正确引导患者对痛风有一个全新的、正确的、全面的认识,加强患者对疾病本身的正确认知。

1.2 调整生活方式及饮食结构 合理调整生活方式以及饮食结构对痛风患者后期恢复产生极其重要的价值。患病后,治疗仅仅作为短期内的一种手段,但人们的生活方式及饮食结构将在预防此种疾病过程中产生更加长远的影响。生活方式的调整,例如肥胖患者应主动控制饮食、减轻体重,长期熬夜

患者应合理安排作息,饮酒患者应停止饮酒等。临床上可将患者的饮食结构分为三大类,第一类为避免食用食物:动物内脏、高蛋白及高热卡食物,所有患者应当避免过量饮酒(男性 2 份 /d,女性 1 份 /d),急性发作期的患者或发作频率较频繁的患者应禁止饮酒;第二类为限制食用食物:牛、羊、猪、海鲜(含高嘌呤食物如沙丁鱼、贝壳类动物)等、甜品、酒类,尤其是啤酒;第三类为鼓励食用食物:低脂或无脂乳制品、蔬菜、水果等。

## 2 药物治疗

痛风性关节炎急性发作时,需药品辅助干预,且应在症状出现后的 24 h 内开始进行干预,应用时间越早,疗效越明显。西医着眼于采用秋水仙碱或非甾体抗炎药等进行治疗<sup>[16-17]</sup>。

2.1 秋水仙碱 其治疗机制为通过秋水仙碱与微管蛋白相结合,阻断了微管组成的进程,最终炎症细胞的趋化运动亦被阻断,达到消除炎症、减轻组织损害的目的。在起病 36 h 内,即可使用秋水仙碱,其初始负荷剂量为 1.2 mg(每片 0.6 mg)或 1.0 mg(每片 0.5 mg),1 h 后服用 0.6 mg 或 0.5 mg。12 h 后按照 0.6 mg/次,1~2 次/d 服用;或 0.5 mg/次,3 次/d,直至患部疼痛完全缓解<sup>[18]</sup>。但是秋水仙碱的不良反应众多,主要表现为光毒性、肝肾侵害等,相比而言非甾体类抗炎药(NSAIDs)的优点更为突出及稳定,临床上使用更加广泛。

2.2 NSAIDs 此类药物是指本身并不含有皮质醇类激素,但却具有解热、抗炎、镇痛作用的药物。相关研究表明,前列腺素可以使组织渗出、充血,加重炎症反应,此类药物的作用机制主要是通过抑制环氧化酶的活性,前列腺素生产的进程被抑制,从而达到消除炎症、缓解症状的目的。在应用此类药物时,应遵循足量、足疗程的治疗原则,直到其疼痛症状完全缓解为止。同时诊疗过程中对伴有其他合并症或者肝肾功能不全的病人应减少剂量。

非选择性 NSAIDs 可同时抑制两种环氧化酶(COX-1、COX-2)的活性。COX-2 主要留存于炎症

# 通讯作者:林石明, E-mail: lsm197211@sina.com

反应部位,具有诱导作用。当前学界认为 NSAIDs 的作用机制主要是通过抑制 COX-2 的活性显现的,而 COX-1 活性的减低主要与 NSAIDs 产生胃肠道不良症状有关。

目前对痛风药物的遴选,临床上已经应用新型的、具有选择抑制环氧化酶活性 COX-2 的非甾体类抗炎药,其中塞来昔布、依托考昔、美洛昔康均属此类。较非选择性 NSAIDs,此类药品更具临床价值<sup>[19-21]</sup>。研究显示,依托考昔与吲哚美辛医治急性痛风疗效一致<sup>[22]</sup>。塞来昔布较非选择性 NSAIDs,镇痛作用类似但不良反应发生率更低<sup>[23]</sup>。美洛昔康较非选择性 NSAIDs,效果明显但胃肠道不良反应少,临床价值更优<sup>[24]</sup>。

**2.3 糖皮质激素** 常被用于上述药物疗效不足或患者无法耐受时。短期内单纯应用糖皮质激素较 NSAIDs,镇痛疗效相当<sup>[25]</sup>。Janssens 等<sup>[26]</sup>的研究显示,在治疗 1~2 d、3~4 d、10~14 d 后,关节疼痛缓解方面,曲安奈德与吲哚美辛之间的差异并无统计学意义。Rainer 等<sup>[27]</sup>的研究显示,在香港区域,急性痛风患者口服泼尼松龙(30 mg/d),镇痛效果与吲哚美辛相似,但后者的不良反应发生率要高于前者。马亚萍<sup>[28]</sup>的研究显示,对急性痛风关节炎患者,小剂量的泼尼松龙(10 mg,1 次/d)对比秋水仙碱(0.5 mg,3 次/d),前者的临床有效率更高,具有统计学价值;在疼痛持续时间方面,小剂量的泼尼松龙要短于秋水仙碱,二者具有统计学意义;同时泼尼松龙组未显现出明显不良症状,秋水仙碱组显现出较多的消化道不适症状。

3 降尿酸治疗

对于痛风发作频繁(每年超过 2 次)的病人,临床上推荐减低机体内血尿酸水平治疗,其目的是通过逐渐降低机体内血尿酸水平,从而对此病的急性复发、痛风石的形成有一个良好的预防作用,同时血尿酸水平的降低也有助于结晶体的快速消融。有相关研究表明,血尿酸水平控制在 360 μmol/L 以下时,有助于痛风症候的缓解和病状控制。Sriranganathan 等<sup>[29]</sup>的研究显示,别嘌醇、苯溴马隆、非布司他等均可以减低体内血尿酸水平,减少痛风石的形成。

4 手术治疗

对于临床上个别以大关节症状首先出现为主要临床特点的患者,早期准确诊断有较大难度。关节镜在此方面优势独特,早期可明确诊断<sup>[30]</sup>。利用此项技术治疗大关节痛风性关节炎,在临床上已被证实

具有较好的效价比且有对疾病进行确诊的价值。炎症反应会刺激关节内的滑膜致其过度增生,同时尿酸盐在组织的逐渐沉积会形成尿酸盐结晶,上述产物会加快关节内结构的磨损并形成碎屑。这种手术治疗的主要机制是利用此技术装置,清除关节内过度增生的滑膜、软骨碎屑、尿酸盐结晶体等,同时用大量盐水对关节腔进行冲洗,进一步清除致痛因子,达到缓解患者症状、获得临床满意疗效的目的,在关节骨性病变的预防方面,起到药物无法达到的效果。关节镜治疗痛风近期疗效虽明显,但依然需配合规范的药物治​​疗及饮食调护,同时降低血尿酸水平,才会获得良好的长远疗效<sup>[31]</sup>。

5 讨论

近年来,随着对痛风认知的不断深入,对它的治​​疗已取得长足进步。但目前痛风仍然是容易反复发​​作、带给病人很大痛苦、影响生活质量、难以彻底治愈的疾病之一。基于人们对此类疾病的发病机制、认知普及程度、药物的了解仍具有一定的局限性,寻求一种更为理想的医治方式依然是大家不断努力追求、探索的方向。临床上治疗本病的药品种类众多,但应根据病患特点的不同、伴随病症及经济条件的差异性,正确规范地从多方面切入预防及治疗,从而改善患者症状,提高其生活质量,达到双方皆满意的疗效。在规范治疗本病的同时,提高人们对本病的正确认知,做好良好的预防工作,早期重视可引发本病的高危因素如高血压、高脂血症、糖尿病等,将会对痛风的整体预防及后期疗效有较大帮助。

参考文献

[1]涂彩霞,刘旭,李玲,等.痛风治疗新药研究进展[J].国际药学研究杂志,2016,43(5):858-862

[2]郑敏,麻俊武.高尿酸血症和痛风的遗传学研究进展[J].遗传,2016,38(4):300-313

[3]旷惠桃.中医药治疗痛风研究概述[J].湖南中医杂志,2015,21(2):79-80

[4]刘艳,杜芳.中药熏蒸配合玻璃酸钠治疗膝关节骨性关节炎的观察[J].中国康复,2012,27(4):296-297

[5]路杰,崔凌凌,李长贵.原发性痛风流行病学研究进展[J].中华内科杂志,2015,54(3):244-247

[6]高秀林,张莉芸,张改连.双源 CT 在痛风诊断和病情检测的研究进展[J].中华风湿病学杂志,2014,18(5):350-353

[7]Juraschek SP,Miller ER,Gelber AC.Body mass index,obesity,and prevalent gout in the United States in 1988-1994 and 2007-2010[J].Arthritis Care Res(Hoboken),2013,65(1):127-132

[8]Kuo CF,Grainge MJ,Mallen C,et al.Rising burden of gout in the UK but continuing suboptimal management:a nationwide population study[J].Ann Rheum Dis,2015,74(4):661-667

[9]崔淑芬,魏合成,田志莲,等.张家口地区蔚县职工高尿酸血症和痛

风的患病率调查[J].临床荟萃,2014,29(9):1028-1029

[10]Miao Z, Li C, Chen Y, et al. Dietary and lifestyle changes associated with high prevalence of hyperuricemia and gout in the Shandong coastal cities of Eastern China[J]. J Rheumatol, 2008, 35(9): 1859-1864

[11]李朝霞, 李谦华, 戴冽. 痛风饮食治疗的新证据和新观点[J]. 中华风湿病学杂志, 2014, 18(10): 716-719

[12]潘慧, 林志达, 罗小强, 等. 广东省部分运动员血尿酸水平分析[J]. 中山大学学报, 2016, 37(5): 786-790

[13]石白, 殷海波, 张锦花. 痛风现代流行病学及其发病机制研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2012, 1(6): 51-55

[14]徐娜, 陈海生. 治疗痛风药物研究进展[J]. 药学实践杂志, 2013, 31(1): 14-18

[15]袁艳平, 李长贵. 急性痛风性关节炎的规范化治疗[J]. 医学综述, 2014, 20(21): 3902-3905

[16]袁建丽, 彭梦仙, 孙敏, 等. 痛风发病机理及其药物治疗现状及展望[J]. 中国药事, 2014, 28(1): 86-90

[17]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

[18]吴华香. 2012 年美国风湿病学会痛风治疗指南解读[J]. 现代实用医学, 2013, 25(8): 843-846

[19]Senna G, Bilò MB, Antonicelli L. Tolerability of three selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, meloxicam, celecoxib and rofecoxib in NSAID-sensitive patients[J]. Eur Ann Allergy Clin Immunol, 2004, 36(6): 215-218

[20]Riendeau D, Percival MD, Brideau C, et al. Etoricoxib (MK-0663): Preclinical profile and comparison with other agents that selectively inhibit cyclooxygenase-2 [J]. J Pharmacol Exp Ther, 2001, 296(2): 558-566

[21]Vane TR, Warner TD. Nomenclature for cox-2 inhibitors [J]. Lancet, 2000, 356(8): 1373

[22]Rubin BR, Burton R, Navarra SV, et al. Efficacy and safety profile of treatment with etoricoxib 120 mg once daily compared with indomethacin 50 mg three times daily in acute gout: a randomized controlled trial [J]. Arthritis Rheum, 2004, 50(2): 598-606

[23]Romsing J, Moiriche S. A systematic review of COX-2 inhibitors compared with traditional NSAIDs, or different COX-2 inhibitors for post-operative pain [J]. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2004, 48(5): 525-546

[24]舒敏, 于长久, 黄镭. 氯诺昔康治疗痛风急性发作的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(18): 45-46

[26]Janssens HJ, Lucassen PL, Laar FA, et al. Systemic steroids for acute gout [J]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008(2): CD005521

[27]Rainer TH, Chi HC, Graham CA, et al. Oral prednisolone in the treatment of acute gout: A pragmatic, multi-centre, double-blind, randomized, equivalence trial [J]. Emergency Medicine Journal Emj, 2014, 31(9): 781

[28]马亚萍. 小剂量激素治疗急性痛风性关节炎 58 例[J]. 陕西医学杂志, 2016, 45(3): 352-353

[29]Sriranganathan MK, Vinik O, Falzon L, et al. Interventions for tophi in gout: a Cochrane systematic literature review [J]. J Rheumatol Suppl, 2014, 92: 63-69

[30]徐广阳, 崔建礼, 余欣, 等. 老年痛风性关节炎的手术治疗疗效[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(5): 1151-1152

[31]熊翔, 马远. 局麻下关节镜手术在急性痛风性膝关节炎诊治的应用[J]. 医学前沿, 2012, 2(2): 49

(收稿日期: 2017-09-18)

# 血栓抽吸在急性冠脉综合征中的应用研究进展

彭阳<sup>1</sup> 吴延庆<sup>2#</sup>

(1 南昌大学江西医学院 2015 级硕士研究生 江西南昌 330006;  
2 南昌大学第二附属医院 江西南昌 330006)

关键词: 急性冠脉综合征; 血栓抽吸; 经皮冠状动脉介入治疗; 综述

中图分类号: R541

文献标识码: A

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.109

## 1 背景

1.1 急性冠脉综合征及血栓抽吸术 在急性冠脉综合征(ACS)发病过程中, 冠状动脉粥样硬化斑块的破裂及其诱发血栓的形成是其主要的病理生理基础<sup>[1]</sup>。目前该病最主要的治疗手段是经皮冠状动脉介入(PCI)治疗, 但是在 PCI 的治疗过程中, 由于再灌注无复流现象, 远端血管栓塞以及其他 PCI 围手术期相关不良事件的发生, 血栓抽吸术(TA)治疗应运而生, TA 被认为能够减少远端血管栓塞的发生以及改善心肌灌注, 但其临床实践获益仍广受争议。

1.2 血栓的组成成分及分类 Ribeiro 等<sup>[2]</sup>在关于血栓成分与其相关的临床症状的研究中, 分别从形

态学及免疫组化方面做了详细阐述。通过免疫组化分析, 该研究认为患有不稳定心绞痛症状的患者, 表现出更强的血小板激活, 以及对 GP II b/IIIa 和 P 选择素的更高免疫反应性。在形态学方面, 血栓可根据其形状和大小分类。研究表明, 血栓约 1 cm 长时, 在回撤抽吸导管时可能增加血管内皮损伤(例如粥样斑块破裂)的风险。血栓根据其存在时间长短可分为: (1)近期新形成血栓, 主要成分为纤维蛋白、白细胞及红细胞; (2)中期血栓, 其成分特点以凋亡的白细胞为主; (3)晚期血栓, 主要成分是胶原蛋白及其相关的软组织。另有一项研究<sup>[3]</sup>比较了超过 1 300 名 STEMI 患者 4 年内的死亡率, 表明存在晚期血栓患

# 通讯作者: 吴延庆, E-mail: wuyanqing01@sina.com.cn