

- [15] 袁素娥,陈煜,蔡小芳,等.安全采集成人静脉血标本共识[J].中国感染控制杂志,2021,20(9):775-781.
- [16] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.静脉血液标本采集指南:WS/T 661-2020[S].北京:中国标准出版社,2020.
- [17] 曹秋君,吴燕.静脉血液标本管理的研究进展[J].中华护理杂志,2017,52(6):746-749.
- [18] MEHNDIRATTA M,PASHA E H,CHANDRA N, et al. Quality Indicators for Evaluating Errors in the Preanalytical Phase[J]. J Lab Physicians, 2021, 13(2): 169-174.
- [19] FARRELL C J L. Express; identifying mislabelled samples; machine learning models exceed human performance[J]. Ann Clin Biochem, 2021, 58(6): 650-652.
- [20] 刘肖瑛,林佩娜,欧阳伟庆,等.临床生化检验结果自动审核系统建立及应用[J].现代检验医学杂志,2021,36(1): 147-150.
- [21] 李蕾,王培昌.溶血和脂血对血浆中抗凝蛋白及纤溶系统的影响[J].检验医学与临床,2019,16(6):790-792.

(收稿日期:2021-11-16 修回日期:2022-03-08)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.18.023

中医干预非布司他降尿酸过程中关节痛的临床疗效观察^{*}

吴 鹏,公 敏,黄 琳,曾冬梅,吴建欣,吴洪皓

江西省赣州市中医院内科,江西赣州 341000

摘 要:目的 探讨中医干预非布司他降尿酸过程中关节痛的临床疗效。方法 选取 2020 年 1 月至 2021 年 8 月该院收治的因口服非布司他片降尿酸过程中出现关节痛的 80 例患者为研究对象,按照随机数字表法将患者分为对照组和治疗组,各 40 例。对照组给予西医对症处理,继续口服非布司他片、秋水仙碱片和双氯芬酸钠缓释片,治疗组在对照组治疗方案基础上增加中药蠲痹汤治疗。观察两组患者治疗前后的生活质量情况、治疗前后患者体内尿酸和 C-反应蛋白(CRP)水平、中医临床总有效率、不良反应发生情况和两组患者治疗前后疼痛感评分。**结果** 治疗前两组患者生活质量评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组生活质量评分均升高,且治疗组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组患者血清尿酸和 CRP 水平差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组血清尿酸和 CRP 水平均降低,且治疗组血清尿酸水平高于对照组,血清 CRP 水平低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组不良反应发生率(7.50%)低于对照组(27.50%),差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组患者关节疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组 VAS 评分均降低,且治疗组关节疼痛 VAS 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中医干预非布司他降尿酸过程中关节痛的临床应用具有可行性。

关键词:非布司他; 降尿酸; 关节痛; 中医

中图法分类号:R446.1;R589.7

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)18-2544-03

痛风是一组嘌呤代谢物紊乱引起的尿酸盐沉积性炎性疾病,嘌呤代谢长时间异常,机体内的血尿酸增加,使得尿酸盐晶体在关节及其周围组织沉积,软骨基质出现小裂缝,若不及时治疗,会严重损伤关节组织,导致患者出现关节纤维化,影响患者日常生活能力^[1]。临床上治疗痛风多以服用非布司他为主,但在治疗痛风初期,多出现因血尿酸值急速降低而诱发痛风性关节炎,此类患者痛风发作特点与高尿酸水平下急性痛风性关节炎局部关节红肿热痛的特点不同,此类患者以多处关节疼痛为特点,多为游走样疼痛,同样降低患者生活质量^[2]。痛风性关节炎病情容易反复使得病程迁延日久,长时间无疗效加上关节炎疼痛导致患者出现焦虑、不安的情绪,影响患者恢复进程,形成恶性循环,且易引发患者机体脂质代谢紊乱,

增加患者的痛苦^[3]。目前临床上针对急性痛风性关节炎的治疗主要是服用止痛药、非甾体抗炎药、糖皮质激素,此外还需患者控制自己饮食来疏通血气,以上方法虽能较好地控制发作症状,但不良反应大,很难起到根治疾病的效果^[4]。因此,本文探讨中医干预非布司他降尿酸过程中关节痛的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1 月至 2021 年 8 月该院收治的因口服非布司他片降尿酸过程中出现关节痛的患者 80 例为研究对象,按照随机数字表法将患者分为对照组和治疗组各 40 例。对照组中男 19 例、女 21 例,年龄 42~57 岁、平均(45.68±4.12)岁,病程 1~7 年、平均(3.49±1.28)年;治疗组中男 25 例、女 15 例,年龄 40~54 岁、平均(47.62±5.11)岁,病

^{*} 基金项目:江西省中医药管理局科技计划项目(2021A257)。

程 1~8 年、平均(4.18±1.57)年。两组患者性别、年龄、病程差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究经本院伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。

1.1.1 诊断标准 符合《2016 中国痛风诊疗指南》^[5]中痛风的诊断标准:(1)急性关节炎发作>1 次;(2)第一跖趾关节痛、肿,单关节炎发作;(3)关节色红,第一跖趾关节受累;(4)高尿酸血症。

1.1.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)均因口服非布司他片治疗痛风后出现关节痛;(3)呈游走样疼痛,未伴有局部关节红肿热痛。

1.1.3 排除标准 (1)继发性痛风性关节炎;(2)患有其他风湿性疾病;(3)妊娠期妇女;(4)依从性差,配合度低;(5)对本研究使用的药物过敏。

1.2 方法

1.2.1 对照组的治疗 给予西医对症处理。继续口服非布司他片(江苏恒瑞医药股份有限公司,批号:国药准字 H20130081,规格:40 mg×7 片×2 板)40 mg,每日 1 次;同时口服秋水仙碱片(吉林省华侨药业集团有限公司,批号:国药准字 H22024661,规格:0.5 mg)1 mg,每日 2 次;口服双氯芬酸钠缓释片(湖南华纳大药厂股份有限公司,批号:国药准字 H20067776,规格:0.1 g)0.1 g,每日 1 次。连续治疗 3 个月。

1.2.2 治疗组的治疗 在对照组治疗方案基础上增加中药蠲痹汤治疗。蠲痹汤药方:药用羌活、桑枝、白芍、当归和桂枝各 10 g,姜黄、独活、川芎、秦艽和甘草各 15 g;温水煎服,每日 1 剂,分早晚两次服用,连续治疗 3 个月。

1.2.3 观察指标 (1)患者治疗前后生活质量评估:采用中文版痛风影响表(GIS)^[6]评分,分别从 5 个维度对患者情况进行评分,由生理职能、身体功能、社会功能、情感状况和精神状况组成,总分 100 分,分数越高,表示患者生活情况越好。(2)检测治疗前后患者血清尿酸、C-反应蛋白(CRP)水平:取患者清晨空腹静脉血 3 mL,3 500 r/min 离心 15 min,静置 5 min,取上层血清保存在冷冻冰箱中待检测。采用酶联免疫吸附试验(试剂盒由上海乾途生物科技有限公司提供)检测血清尿酸,采用全自动生化分析仪(深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司,BS-390)检测血清 CRP。

(3)临床疗效:按照国家中医药管理局的《中医病证诊断疗效标准》^[7]和《中药新药临床研究指导原则》^[8]进行疗效判定。①临床痊愈,关节肿胀完全消失,可以进行正常活动,无炎症疼痛,尿酸水平正常;②显效,关节肿胀基本消失,活动能力还有点限制,无炎症疼痛,尿酸水平基本正常;③有效,关节肿胀稍微减轻,活动能力大幅度受限,略感炎症疼痛,尿酸水平有下降;④无效,临床症状无任何改变,甚至关节肿胀程度增加,炎症疼痛感较强,尿酸水平甚至升高。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。(4)记录两组患者治疗期间不良反应发生情况。(5)记录两组患者治疗前后疼痛评分:根据疼痛视觉模拟评分法(VAS)^[9]对两组患者治疗前后的关节疼痛进行评分,总分 0~10 分,分数越高,表示患者关节疼痛感越强烈。(6)比较两组患者在治疗期间不良反应的发生率,如头晕、恶心、失眠等,不良反应发生率=不良反应例数/总例数×100%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理。正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后生活质量比较 治疗前两组患者生活质量评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组患者生活质量评分升高,且治疗组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者生活质量情况比较($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	40	43.66±11.27	52.63±18.63	2.606	0.011
治疗组	40	44.26±10.28	80.22±10.63	15.380	<0.001
<i>t</i>		0.249	8.135		
<i>P</i>		0.804	<0.001		

2.2 两组治疗前后血清尿酸、CRP 水平比较 治疗前两组患者血清尿酸和 CRP 水平差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组血清尿酸和 CRP 水平均降低,且治疗组血清尿酸水平高于对照组,CRP 水平低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血清尿酸、CRP 水平比较($\bar{x}\pm s$)									
组别	<i>n</i>	尿酸(μmol/L)				CRP(mg/L)			
		治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	40	472.39±120.67	350.64±42.69	6.016	<0.001	32.64±9.77	16.78±5.24	9.048	<0.001
治疗组	40	473.89±121.44	389.75±57.19	3.964	<0.001	31.58±9.47	7.99±2.41	15.268	<0.001
<i>t</i>		0.055	3.466			0.493	9.639		
<i>P</i>		0.956	0.001			0.624	<0.001		

2.3 两组临床疗效比较 治疗组患者治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.4 两组不良反应比较 治疗组 3 例患者出现头晕、消化不良的不良反应,对照组 11 例患者出现头晕、贫血、便秘、消化不良、胃肠不适的不良反应,治疗组不良反应发生率(7.50%)低于对照组(27.50%),差异有统计学意义($\chi^2=5.541, P<0.05$)。

2.5 两组患者治疗前后关节疼痛 VAS 评分比较 治疗前两组患者关节疼痛 VAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组 VAS 评分均降低,且治疗组关节疼痛 VAS 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 3 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	有效	显效	无效	总有效
对照组	40	2(5.00)	14(35.00)	8(20.00)	16(40.00)	24(60.00)
治疗组	40	20(50.00)	5(12.50)	8(20.00)	7(17.50)	33(82.50)
χ^2						4.943
P						0.026

表 4 两组患者治疗前后关节疼痛 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	40	7.61±2.18	4.11±1.09	10.795	<0.001
治疗组	40	7.45±2.12	1.28±0.32	19.646	<0.001
t		0.686	15.756		
P		0.641	<0.001		

3 讨 论

随着社会经济的快速发展,人们的生活水平迅速提高,高嘌呤类食物盛行在人们的餐桌上,因此近几年痛风的发病率逐渐升高并且发病年龄愈发年轻化^[10]。

痛风的主要临床症状为反复出现关节炎,还可能导致患者肾衰竭,影响患者的生命安全。目前临床上治疗痛风的首选药物是服用非布司他片,但是在痛风治疗前期,服用非布司他会导致患者血清尿酸水平迅速降低而出现痛风性关节炎,此类患者多以游走样关节疼痛为特点,疼痛程度没有急性痛风性关节炎剧烈。临床上对此疼痛多以秋水仙碱片和双氯芬酸钠缓释片治疗,秋水仙碱片为非甾体抗炎镇痛药,可以快速减轻患者疼痛和炎性反应,双氯芬酸钠缓释片属于解热镇痛抗炎药,主要针对关节疼痛起到抗炎镇痛的效果^[11]。但是秋水仙碱片和双氯芬酸钠缓释片只能短期内缓解疼痛,不能完全使患者恢复健康,因此,本研究探讨中医干预非布司他降尿酸过程中关节痛的临床疗效。

中医认为,此类关节痛类似于中医痹症范围内的“行痹”,又名风痹、走注。以疼痛游走不定为特征的痹病,是因卫阳不固、风邪入侵,以致经络闭阻、气血运行不畅而出现以肌肤、筋骨、关节游走性酸痛为主要特征的一种病证。本研究显示,治疗组总有效率高

于对照组;治疗后两组患者血清尿酸和 CRP 水平均降低,治疗组血清尿酸水平高于对照组,CRP 水平低于对照组;治疗组在治疗期间不良反应发生率低于对照组。以上说明治疗组采用的治疗方案可以提高患者临床总有效率,减缓尿酸降低程度,有效降低炎症因子水平,还能降低患者在用药期间的不良反应发生率。其主要原因是:羌活和桂枝具有祛风除湿、调理散寒的功效;桑枝、白芍和当归具有活血镇痛、通络利关节的作用;姜黄和独活可通经止痛、止痛解表;川芎和秦艽可清湿热、活血行气;外加甘草可调和白药,缓急解毒。本研究显示,治疗前两组患者关节疼痛 VAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后关节疼痛 VAS 评分均降低,且治疗组关节疼痛 VAS 评分低于对照组;治疗前两组患者生活质量评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组患者生活质量评分升高,且治疗组高于对照组。以上说明治疗组方案能更好地降低患者关节疼痛感,改善患者的生活质量。

综上所述,中医干预非布司他降尿酸过程中关节痛的临床研究具有可行性,可以提高临床疗效,降低患者疼痛感和改善患者的生活质量。

参考文献

[1] 刘维,赵文甲,吴沅皞.从毒论治痛风疗效及安全性的系统评价[J].辽宁中医杂志,2020,47(3):34-38.

[2] 乔璐,刘艳慧,吕发勤,等.痛风性关节炎尿酸盐沉积的超声分布规律[J].中国医学影像学杂志,2019,27(3):202-205.

[3] 付卓,沈素红,耿丰勤,等.痛风性关节炎患者第一跖趾关节尿酸盐沉积与血清尿酸水平的关系研究[J].风湿病与关节炎,2020,9(5):32-34.

[4] 赖婵,刘壮盛,陈相猛,等.双能量 CT 在痛风性关节炎尿酸盐沉积检测中的一致性分析[J].影像研究与医学应用,2020,4(3):79-80.

[5] 曾小峰,陈耀龙.2016 中国痛风诊疗指南[J].中华内科杂志,2016,55(11):892-899.

[6] 唐敏婕.中文版痛风影响量表修订及应用研究[D].天津:天津医科大学,2018.

[7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:46-58.

[8] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:191.

[9] 周杰,张芳.非布司他片与别嘌醇片在痛风患者中的临床效果对比观察及对 VAS 评分的影响研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(62):47.

[10] 邓凯烽,陈日兰,李书振,等.壮医药线点灸对痛风性关节炎患者血尿酸及关节功能影响的 Meta 分析[J].中国全科医学,2020,23(23):2956-2963.

[11] 刘维,曾苹,吴越,等.痛风性关节炎中西医诊疗概况[J].风湿病与关节炎,2021,10(5):62-65.