

1 例糖尿病患者急性痛风发作的用药分析及药学监护

王维波^{1,2} 邓昂¹ 李振卿² 王涛³ 陈旭光⁴

1 中日友好医院临床药学室 (北京 100029)

2 山东东营市人民医院药剂科 (山东东营 257091)

3 徐州医学院附属医院药剂科 (江苏徐州 221002)

4 北京顺义区医院药剂科 (北京 101300)

【关键词】 临床药师; 糖尿病; 急性痛风; 药学监护

【中图分类号】 R589.5; R587.1

【文献标志码】 A

doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2014.01.0013

痛风是一种尿酸盐沉积所致的晶体相关性关节病,其急性发作期时常表现为关节红肿灼热、疼痛呈撕裂样、刀割样,急性痛风治疗的目的迅速有效地缓解和消除急性发作,治疗药物有非甾体抗炎药、秋水仙碱、糖皮质激素三类,三类药物均应及早期、足量使用,见效后逐渐减停^[1]。本文通过临床药师对相关治疗药物进行分析,对患者住院期间痛风急性发作用药进行干预、指导及监护,以探讨临床药师参与药物治疗的作用。

1 病例资料

患者男性,35岁,因“多饮、多食、多尿,血糖升高2年”入院。患者2型糖尿病2年,给予二甲双胍片(0.5g tid)治疗,空腹血糖13~14mmol/L,餐后血糖15~18mmol/L,近一个月患者大量饮酒后视物模糊,3周前加用吡格列酮(15mg qd),空腹及餐后血糖10~12mmol/L;高尿酸血症5年,5年前曾发生过3次急性痛风,均给予秋水仙碱、苯溴马隆治疗;有青霉素过敏史、34岁结婚(未育)、父亲糖尿病;2013年7月12日入院后诊断为高尿酸血症、2型糖尿病伴血糖控制不佳;抗高尿酸血症治疗:13日查肾功正常、血尿酸614 μ mol/L,15日给予碳酸氢钠片(0.5g tid)降尿酸治疗。23日复查血尿酸484 μ mol/L,26日患者下午运动量增加(踢足球15min、未饮酒及进食高嘌呤食物),

27日晚右踝关节突发疼痛,28-29日给予秋水仙碱(1mg tid)治疗,患者期间出现腹泻多次,30日睡前血糖3.8mmol/L,无低血糖症状,秋水仙碱减量至0.5g tid。31日立即给予布洛芬缓释胶囊300mg,8月1日患者右踝关节疼痛消失,停用秋水仙碱。降糖治疗:起初给予患者二甲双胍(500mg qid)、盐酸吡格列酮(15mg qd)降糖治疗;15日起加用格列美脲片(2mg qd)降糖;患者转氨酶稍高于正常值,给予多烯磷脂酰胆碱胶囊、水飞蓟宾葡甲胺片保肝治疗。

2 药物治疗分析及药学监护

患者高尿酸血症史5年,存在诱发急性痛风的风险,尿酸下降过快、运动量增加均可导致急性痛风的复发。患者痛风发作前一天踢足球,运动量增加,住院期间血尿酸短期从614 μ mol/L降至484 μ mol/L,下降速度快,出现踝关节疼痛伴肿胀,诱发急性痛风发作。患者急性痛风起始给予秋水仙碱(1mg tid),患者疼痛未缓解,并出现腹泻、血糖3.8mmol/L,临床医师咨询临床药师患者药物选择及药物不良反应处置情况;临床药师详细询问病人病史及药物治疗情况,对于急性痛风发作,秋水仙碱每日用量通常不超过6mg^[1],但不同人耐受情况不同,由于秋水仙碱治疗剂量与中毒剂量相关,故根据其腹泻等不良反应判断患者是否足

量。该患者出现了腹泻症状,考虑患者秋水仙碱应用已足量。秋水仙碱曾有引起低血糖的报道^[2],患者服用后出现血糖低值,降糖药物未作调整,考虑秋水仙碱所致可能性大。

非甾体抗炎药为治疗急性痛风发作一线用药,常见的不良反应是胃肠道症状,也可能加重肾功能不全或影响血小板功能等,可选用新一代非甾体抗炎药:选择性抑制 COX-2,可减少由于 COX-1 受到抑制而引起的胃肠道不良反应。同时,用药期间应该密切监测肝肾功能。秋水仙碱是治疗急性发作的传统药物,常见不良反应为胃肠道不良反应,特别是严重腹泻。大多数患者在疼痛减轻过半时即出现腹泻,往往影响用药剂量的递增,从而影响急性关节炎的治疗效果,同时其抑制胰岛细胞释放胰岛素,故其可造成血糖异常,影响糖尿病患者的血糖控制。用药期间应监测患者肝肾功能及胃肠道反应,对于糖尿病患者,更应注意血糖的变化。糖皮质激素通常用于不能耐受非甾体抗炎药和秋水仙碱或肾功能不全者。当不宜选用秋水仙碱或非甾体抗炎药时,应选用糖皮质激素,以免加重肾功能恶化。临床药师结合患者自身情况,建议秋水仙碱可减量至 0.5mg tid,继续观察患者疼改善症状,若疼痛持续,可合用非甾体抗炎药^[3-4]。临床医师将秋水仙碱减量,患者腹泻次数减少,但疼痛未明显缓解,立即加用布洛芬(300mg st),第二天患者疼痛好转,未再发作;患者去年痛风发作时同时服用了多烯磷脂酰胆碱胶囊,询问痛风发作是否与服用该药有关,临床药师告知患者无相关文献及资料证明其有诱发痛风的风险,告知患者痛风发作的可能原因,并进行用药指导。药学监护:患者疼痛症状消失后要求出院,临床药师建议医师复查患者血尿酸及尿尿酸水平,评估药物治疗效果,医师接受建议后复查相关指标达正常值。

3 讨论

患者急性痛风合并糖尿病,在药物治疗过程中须监测肝肾功能及血糖变化情况。患者肾功能指标正常,转氨酶指标稍高于正常值,故可先排除糖皮质激素,优先选用非甾体抗炎药或秋水仙碱。因患者患有糖尿病,秋水仙碱除存在腹泻不良反应外,还可诱导低血糖的发生,使糖尿病患者血糖控制更加困难。患者起初秋水仙碱治疗下,引起腹泻且疼痛控制不佳、血糖波动大,秋水仙碱减量后,腹泻减少,但疼痛控制仍不佳,加用布洛芬后患者疼痛好转并未再发作,说明在秋水仙碱低剂量下减少了不良反应的发生,加用非甾体抗炎药增加了治疗效果。所以针对该患者,给予低剂量秋水仙碱加非甾体抗炎药治疗效果明显。

临床药师参与了患者急性痛风的治疗,密切监测患者病情,详细了解患者饮食、运动、用药等情况,及时建议医师调整用药剂量,临床医师采纳并进行了相应处理。同时对患者尿酸、血糖等指标进行监护,建议出院前复查患者相关指标,出院时对患者进行用药教育,患者血糖控制平稳、疼痛治疗痊愈、相关指标正常后出院。临床药师协助临床医师制定合理的治疗方案,并对患者用药进行了干预。临床药师发挥专业特长,提高了临床用药合理性,保障了患者的用药安全,体现了在临床工作中的价值。

【参考文献】

- [1] 中华医学会风湿病学分会.原发性痛风诊断和治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2011,15(6):410-413.
- [2] Stringfellow HF, Howat AJ, Temperley JM, et al. Waterhouse-Friderichsen syndrome resulting from colchicine over dose[J]. J R Soc Med, 1993, 86(11):680.
- [3] Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: management. report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics(ESCIIT)[J]. Ann Rheum Dis, 2006, 65 (10):1312-1324.
- [4] 邹和建, 姜林娣. 2012 年美国风湿病学会痛风治疗指南评析[J]. 内科理论与实践, 2012, 7(6):458-460.