ORIGINAL ARTICLE

Study on the Frequency and Factors Affecting Treatment Discontinuation in Gout Patients in Sari, 2023–2024

Yasaman Salehi [1],
Maryam Mobini [2,3],
Fatemeh Niksolat [4,5],
Aref Hoseinian [4,5],
RezaAli Mohammadpour [6]

[1] Medical Student, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Diabetes Research Center, Imam Khomeini Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Associate Professor, Department Internal Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Orthopedic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 21, 2024; Accepted February 16, 2025)

Abstract

Background and purpose: One of the challenges in the treatment of gout is patient adherence to prescribed therapy. The aim of this study was to investigate the frequency and factors influencing the discontinuation of uric acid-lowering treatment in gout patients during 2023-2024.

Materials and methods: This study is a descriptive cross-sectional analysis conducted on 100 gout patients who visited clinics in Sari between 2023 and 2024. Demographic information, underlying conditions, and gout-related details, as well as the history of drug discontinuation during the course of the disease and in the past year, were reviewed. Adherence to treatment was defined as regular drug use for more than 80% of the days in the year. Descriptive and analytical statistics were performed using SPSS software, with the T-test and Chi-square test applied. A p-value of ≤ 0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean age of the patients was 51.09 ± 15.5 years, and the mean duration of gout was 6.38± 8.1 years. Fifty-six patients had underlying conditions, and 41 patients had a history of kidney stones, either past or current. Fifty-three patients had discontinued one or both medications at some point during the course of their disease. Medication discontinuations in the previous year included anti-inflammatory drugs in 34 cases, uric acid-lowering drugs in 36 cases, and both drugs in 30 cases. The most common reason for medication discontinuation was the patient's perception of lack of necessity for the medication. The number of attacks was higher in the group with treatment discontinuation (P = 0.01)

Conclusion: More than half of the patients discontinued medications during the course of the disease, and the adherence rate to uric acid-lowering medications over the past year was 64%. Physicians should place greater emphasis on ensuring the appropriate use of medications to effectively improve treatment adherence.

Keywords: *Gout, Allopurinol, Febuxostat, Adherence, Colchicine*

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (243): 94-102 (Persian).

Corresponding Author: Maryam Mobini - Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: mmobini50@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و پنجم شماره ۲۴۳ فروردین سال ۱۴۰۴ (۱۰۲-۹۴)

بررسی فراوانی و عوامل موثر بر قطع درمان در بیماران مبتلا به نقرس در شهر ساری، سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲

یاسمن صالحی[۱]
مریم مبینی[۲و۳]
فاطمه نیک صولت[۴و۵]
عارف حسینیان[۴و۵]
رضا علی محمدپور[۶]

چکیده

سابقه و هدف: از چالش‌های درمان در بیماران مبتلا به نقرس، پایبندی به درمان است. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی و عوامل موثر بر قطع درمان پایین آورنده اسید اوریک در بیماران مبتلا به نقرس در یک سال اخیر، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی - توصیفی است که در ۱۰۰ بیمار مبتلا به نقرس که بین سال‌های ۱۴۰۲-۱۴۰۳ به کلینیک‌های شهر ساری مراجعه کرده بودند، انجام شد. اطلاعات دموگرافیک، بیماری زمینه‌ای و اطلاعات مربوط به نقرس و سابقه قطع دارو در سیر بیماری و در یک سال اخیر بررسی شد. مصرف منظم دارو در صورتی بیش از ۸۰ درصد از روزهای سال باشد؛ به منزله پایبندی به مصرف دارو محسوب گردید. آمار توصیفی و تحلیلی با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون T Test و کای اسکوآر انجام شد و P≤ ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران ۱۵/۵±۵۱/۰۹ سال بود و مدت بیماری نقرس به‌طور متوسط ۸/۱±۶/۳۸ سال بوده است. ۵۶ بیمار، بیماری زمینه‌ای و ۴۱ بیمار سابقه قبلی یا فعلی سنگ کلیه داشتند. ۵۳ بیمار زمانی در سیر بیماری یک یا هر دو داروی خود را قطع کرده بودند. قطع داروها در یک سال اخیر شامل داروی ضد التهاب ۳۴ مورد، داروی پایین آورنده اسید اوریک ۳۶ مورد و در ۳۰ مورد هر دو دارو بود. شایع‌ترین دلیل قطع دارو، عدم احساس نیاز به دارو توسط خود بیمار بود. تعداد حملات در گروه با قطع درمان بیش‌تر بود (P=۰/۰۱).

استنتاج: بیش از نیمی از بیماران در سیر بیماری داروهای خود را قطع کرده بودند و میزان پایبندی به داروهای پایین آورنده اسید اوریک در طی یک سال اخیر ۶۴ درصد بود. پزشکان باید توجه بیش‌تری به مصرف مناسب داروها داشته باشند تا به‌طور موثر پایبندی به درمان را بهبود بخشند.

واژه های کلیدی: نقرس، آلوپورینول، فبوکسواستات، پایبندی، کلشی سین

مولف مسئول: مریم مبینی - ساری: مرکز آموزشی درمانی امام خمینی، مرکز تحقیقات دیابت **E-mail:** mmobini50@yahoo.com
۱ انترن، دانشکده پزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. استاد، گروه داخلی، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. مرکز تحقیقات دیابت، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشیار، گروه داخلی، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. مرکز تحقیقات ارتوپدی، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۱۰/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۱۱/۲۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]

مقدمه

نقرس یک بیماری متابولیک هیپراوریسمیک شایع است که منجر به آرتریت التهابی دردناک و میزان بالای کوموربیدیتی می‌شود(۱). هیپراوریسمی ناشی از اختلال کامل یا نسبی دفع اورات کلیه و روده و یا تولید بیش از حد اورات است. عوامل خطر مرتبط با ایجاد هیپراوریسمی و نقرس شامل عوامل خطر غیر قابل تغییر مانند جنس مذکر، سن بالا، قومیت و تنوع ژنتیکی متعدد می‌باشد و عوامل خطر قابل تعدیل مانند چاقی، رژیم‌های غذایی غنی از گوشت و غذاهای دریایی، نوشیدنی های حاوی الکل، نوشابه‌ها و آب‌میوه‌های سرشار از فروکتوز یا ساکارز، فشار خون بالا، بیماری مزمن کلیوی، استفاده از دیورتیک‌های تیازیدی یا لوپ، یائسگی و پیوند اعضا، استفاده از برخی داروها (آسپرین با دوز کم یا سیکلوسپورین) و قرار گرفتن در معرض سمومی مانند سرب می باشد. محصولات لبنی بدون چربی به عنوان عوامل محافظتی شناخته شده‌اند(۲). شیوع و بروز نقرس بر اساس جمعیت مورد مطالعه و روش‌های مورد استفاده متفاوت است، اما از شیوع کم‌تر از ۱ درصد تا ۶/۸ درصد و بروز ۰/۵۸-۲/۸۹ در هر ۱۰۰۰ نفر در سال متغیر است. نقرس در افراد مسن و مردان شایع‌تراست. فراوانی نقرس در ایران ۰/۱۳ درصد برآورد گردیده است(۳).

با گذشت زمان افزایش سطح اورات سرم و رسوبات توفوس می تواند منجر به تغییر شکل و ناتوانی ناشی از اروزیون استخوانی شود. این بیماری علاوه بر اپیزودهای آرتریت و آسیب مزمن مفاصل، با همراهی با چندین کوموربیدیتی و افزایش خطر قلبی عروقی همراه است. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که اسید اوریک سرم ممکن است دارای اثرات پیش التهابی، پیش اکسیداتیو و وازوکونستریکتیو باشد که می تواند به ایجاد بیماری‌های متابولیک قلبی کمک کند. هیپراوریسمی یک عامل پیش بینی کننده برای ایجاد فشار خون بالا، سندرم متابولیک، دیابت نوع ۲، بیماری عروق کرونر، هیپرتروفی بطن چپ، فیبریلاسیون دهلیزی، انفارکتوس میوکارد، سکته مغزی، نارسایی قلبی و بیماری مزمن کلیه است(۴). هیپراوریسمی در نارسایی قلبی، شایع است و یک عامل پیش بینی کننده مستقل برای شدت بیماری پیشرفته و افزایش مرگ و میر است. در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ارتباط مثبت و معنی‌داری بین اسید اوریک سرم با نفروپاتی دیابتی وجود دارد(۵).

اندیکاسیون‌های درمان کاهنده اورات (اغلب آلوپورینول) در بیماران مبتلا به نقرس شامل حملات مکرر یا ناتوان کننده نقرس، علائم بالینی یا رادیوگرافیک آرتریت مزمن نقرسی، رسوبات توفوس در بافت‌های نرم یا استخوان ساب غضروفی می‌باشد. هنگامی که هدف کاهش اورات سرم به میزان سطح زیر اشباع به دست آمد و حفظ شد، بهبودی کامل بالینی ممکن است به چندین ماه تا چندین سال نیاز داشته باشد که این به دلیل کاهش آهسته بار کریستال اورات بدن است که در بیش تر بیماران طی سال‌ها به دلیل هیپراوریسمی قبل از شروع نقرس تجمع یافته است. مزایای بالینی تنظیم سطوح اورات به میزان کم‌تر از سطح اشباع سرم شامل توقف عود نقرس، رفع توفوس و بهبود عملکرد فیزیکی بیمار و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است. تنها یک سوم تا نیمی از بیماران مبتلا به نقرس درمان کاهش اورات را دریافت می‌کنند که یک درمان قطعی و درمانی است و کم‌تر از نیمی از بیماران به درمان پایبند هستند که بدتر از سایر بیماری‌های مزمن می‌باشد(۸-۶). دلایل اصلی تصمیم بیمار برای عدم مصرف آلوپورینول به میل به داشتن یک زندگی عادی بدون دارو و نیز آزمایش این که با قطع دارو علامتی از نقرس نداشته باشند؛ بوده است(۹).

هدف از انجام این مطالعه، بررسی فراوانی و عوامل موثر بر قطع درمان در بیماران مبتلا به نقرس در سیر بیماری و یک سال اخیر می‌باشد. دلیل انتخاب این بازه زمانی دقت بیش‌تر در شرح حال بیماران از نظر دلایل قطع و یا مدت مصرف دارو بوده است. با توجه به تفاوت‌های جمعیت شناختی و عادات زندگی، میزان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]

فعالیت، عوامل اقتصادی و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و با توجه به عدم مطالعه جدید و جامع در ایران در خصوص میزان پایبندی به دارو در این بیماران، مطالعه حاضر طراحی گردید.

مواد وروش‌ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی، با کد اخلاق IR.MAZUMS.IMAMHOSPITAL.REC.1402.024، بر روی بیماران مبتلا به نقرس با سن بالای ۱۸ سال انجام گرفت که در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به کلینیک‌های دولتی و خصوصی شهر ساری مراجعه کرده بودند. حجم نمونه به‌صورت سرشماری در مدت مطالعه ۱۰۰ بیمار در نظر گرفته شد. نمونه‌ها بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل، سن بالاتر از ۱۸ سال، ابتلا به بیماری نقرس به مدت بیش از ۳ ماه، استفاده از داروهای ضد التهابی نقرس به مدت۳ ماه یا بیش‌تر، تجویز داروهای پایین آورنده اسید اوریک به مدت۳ ماه یا بیش تر و معیارهای خروج شامل موارد عدم رضایت شرکت در مطالعه و وجود بدخیمی و شیمی درمانی در حال حاضر، بوده است.

برای تعریف بیماری نقرس از معیار Rome استفاده شد. کرایتریای تشخیص نقرس بر اساس معیارهای Rome، برای تشخیص نقرس بیماران باید ۲ مورد از ۴ معیار که شامل، سطح اسید اوریک> ۷ میلی گرم در دسی‌لیتر در مردان یا >۶ میلی گرم در دسی‌لیتر در زنان، وجود توفوس، وجود کریستال‌های MSU در مایع مفصلی یا بافت‌ها و سابقه تورم مفصلی دردناک با شروع ناگهانی و بهبودی می‌باشد را داشته باشد(۱۰).

پس از کسب رضایت از بیماران اطلاعات دموگرافیک بیماران و بیماری‌های زمینه‌ای شامل دیابت، هیپرتانسیون، هیپوتیرویدی، هیپرلیپیدمی و سنگ کلیه از بیمار پرسیده شد. قد و وزن بیمار اندازه گیری و ثبت شد و بر این اساس اندکس توده بدنی محاسبه گردید. بیمارانی که مراجعات پزشکی را قطع کرده اند با تماس تلفنی مورد پیگیری قرار گرفتند و از آخرین اطلاعات موجود در پرونده استفاده شد. درخصوص داروهای ضد التهاب مورد استفاده برای نقرس شامل NSAID، کورتیکواستروییدد، کلشیسین و داروی پایین آورنده اورات، آلوپورینول و فبوکسواستات، پرسیده شد.

پایبندی به دارو با استفاده از نسبت تعداد روزهای با داروی آلوپورینول تقسیم بر تعداد روزهای در بازه زمانی مشخص (۳۶۰ روز) محاسبه شد(۱۱). در صورتی که این میزان بیش از ۸۰ درصد بود که به منزله پایبندی به مصرف دارو محسوب گردید.

منظور از قطع درمان قطع خودسرانه و بدون هماهنگی با پزشک معالج می‌باشد. قطع درمان پایین آورنده اسید اوریک یا ضد التهاب به صورت خودسرانه توسط بیمار به مدت بیش از ۳ ماه تعریف شد.

درصورتی که بیمار بیش از یک مورد از داروهایش را قطع کرده باشد، هر دارو جداگانه ثبت و دلیل آن پرسیده شد. این که بیمار چند بار و به چه مدت دارو را قطع کرده بود نیز پرسیده و ثبت گردید. دلایل قطع دارو شامل عارضه دارو، موثر نبودن، هزینه دارو، زیاد بودن تعداد داروها، توصیه اطرافیان، استفاده از طب سنتی، عدم آگاهی از نیاز به مصرف دارو، توضیح ناکافی توسط پزشک و یا عدم احساس نیاز به مصرف دارو توسط خود بیمار بود. موثر نبودن به معنی عدم کنترل علایم بیمار (درد، ناتوانی، عود حملات) از دید خود بیمار است. دلایل دیگر به صورت تشریحی از بیمار پرسیده ش‌د.

در طی تحقیق اطلاعات بیماران محفوظ مانده و از بیماران رضایت شفاهی اخذ شد و مداخله اضافه تشخیصی یا درمانی انجام نگرفت. برای تعیین فراوانی قطع دارو و عوامل آن با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 از روش‌های آمار توصیفی مانند نسبت و درصد استفاده شد و برای متغیرهای کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده گردید. برای مقایسه فراوانی‌ها در بیمارانی که دارو را درست استفاده می‌کردند و بیمارانی که درمان را قطع کرده بودند، از آزمون T Test و کای اسکوآر استفاده شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]

یافته‌ها

یک صد بیمار مبتلا بـه نقـرس وارد مطالعـه شـدند. مدت بیماری نقرس به‌طور متوسط ۸/۱±۶/۳۸ سال بـود. جـدول شـماره ۱، ویژگـی‌هـای دموگرافیـک و بـالینی بیماران را نشان می دهد. از ۱۰۰ بیمار مبتلا به نقرس ۷۰ نفر درمان ضد التهاب و ۷۵ نفـر از داروی پـایین‌آورنـده اسـید اوریـک اسـتفاده مـی‌کردنـد. جـدول شـماره ۲، اطلاعات مربوط به نقرس را در بیماران نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی بیماران مبتلا به نقرس

متغیر	یافته	
سن بر حسب سال، میانگین ± SD	۱۵/۵±۵۱/۰۹	
جنس مذکر، (درصد)	۸۹	
متاهل، (درصد)	۸۹	
میزان تحصیلات (درصد)	بی سواد	۸
	ابتدایی	۴
	متوسطه	۴۵
	دانشگاهی	۴۳
اندکس توده بدن (حسب کیلوگرم بر متر مربع، میانگین ± SD)	۴/۶±۳۰/۰۸	
وجود بیماری زمینه ای (درصد)	۵۶	
هیپرتانسیون (درصد)	۲۸	
دیابت (درصد)	۹	
هیپرلیپیدمی (درصد)	۳۶	
نارسایی کلیه (درصد)	۵	
هیپوتیروییدی (درصد)	۱۲	
سنگ کلیه (درصد)	۴۱	
مصرف الکل (درصد)	۲۴	

جدول شماره ۲: اطلاعات مربوط به بیماری در بیماران مبتلا به نقرس

مدت بیماری و حسب سال، میانگین ± SD	۸/۱±۶/۳۹		
میزان اسید اوریک mg/dl	اولین مراجعه		۱/۷±۸/۳۶
	فعلی		۱/۹±۶/۸۹
کراتی نین mg/dl	۰/۲±۱/۷۹		
تعداد حملات نقرس (درصد)	۱-۲ حمله		۴۲
	۳ حمله یا بیش‌تر		۵۸
فاصله زمانی از وقوع آخرین حمله نقرس،ماه	۶ ماه اخیر		۵۰
	۶ ماه تا یک سال اخیر		۱۷
	بیش از ۱ سال		۳۳
سابقه فامیلی نقرس، تعداد (درصد)	۲۰		
مصرف داروهای ضدالتهابی، تعداد (درصد)، مدت مصرف (ماه)	NSAID	۵	۲۵/۴±۲۱/۸۰
	کلشی سین	۴۵	۲۵/۱±۱۵/۷۱
	گلوکوکورتیکویید	۲۰	۲۵/۱±۲۱/۲۰
	بیش از یک دارو	۶	
مصرف داروهای پایین آورنده اسید اوریک تعداد (درصد)، مدت مصرف (ماه)	۷۵		۳۲/۹±۲۶/۳۳

در بـین بیمـاران ۵۳ بیمـار زمـانی در سـیر بیمـاری داروی خود را قطع کرده بودند (داروی ضد التهـاب یـا داروی پایین آورنده اسید اوریک و یا هر دو). در یک سال اخیر ۳۴ بیمار داروی ضد التهـاب را قطـع کـرده بودنـد. بیماران دلایل متفاوتی را برای قطع این دسته از داروها ذکر می‌کردند که برخی از دلایل آن‌ها، عدم احساس نیاز بـه دارو توسط خود بیمار(۲۶ مورد)، عارضـه جـانبی دارو (۳ مورد)، موثر نبودن دارو (۲ مـورد)، تعـدد داروهـای مصرفی (۲ مورد)، توصیه اطرافیان (۱ مورد) و استفاده از طب سنتی (۲ مورد)، بوده است. ۳۶ بیمـار داروی پـایین آورنده اسید اوریک را در یک سال اخیر به مدت بـیش از ۳ ماه قطع کرده بودند. دلایـل قطـع دارو شـامل عـدم احساس نیاز به دارو توسط خود بیمار (۲۸ مـورد)، عـدم آگاهی از نیاز به ادامـه دارو (۵ مـورد)، عارضـه جـانبی دارو(۳ مـورد)، تعـدد داروهـای مصـرفی (۳ مـورد) و دلایلی چون موثر نبودن دارو، توصیه اطرافیان، اسـتفاده از طـب سـنتی، توضـیح ناکـافی پزشـک (هـر کـدام ۱ مورد)، بوده است و برخی از بیماران بیش از یـک دلیـل را برای قطع درمان ذکر کردند (۸مورد). ۳۰ بیمار سابقه قطع داروهای ضد التهاب و پایین آورنده اسـید اوریـک را به صورت توام داشـتند. از ۳۶ بیمـاری کـه داروهـای پایین‌آورنده اسـید اوریـک را در یـک سـال اخیـر قطـع کرده بودند، ۶ مورد درمان‌های مربوط بـه بیمـاری‌هـای زمینـه‌ای را نیـز قطـع کـرده بودنـد. ۴ بیمـار بـا سـابقه هیپرتانسیون و ۶ بیمـار بـا سـابقه هیپرلیپیـدمی، داروهـای بیماری زمینه‌ای خود را قطع کرده بودند. بیمـاران دچـار نقرس با سابقه قطع درمان پایین‌آورنده اسـید اوریـک در یک سال اخیر، با بیماران بدون سابقه قطع درمان از نظـر سـن، جـنس، تاهـل و تحصـیلات و بیمـاری زمینـه ای تفاوت آمـاری نداشـتند (P>۰/۵) جـدول شـماره ۳، بـه مقایسه بیماران مبتلا به نقرس با قطع داروی پایین آورنده اسید اوریک با بیماران بدون سابقه قطع دارو می‌پردازد.

بحث

از ۱۰۰ بیمار مبتلا به نقرس، ۷۵ نفر از داروی پـایین آورنده اسید اوریک استفاده می کردند و ۵۳ بیمار زمانی در سیر بیماری داروی خود را قطع کرده بودند (داروی ضد التهاب یا داروی پایین آورنده اسید اوریک و یا هردو).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]

جدول شماره ۳: مقایسه بیماران مبتلا به با قطع داروی پایین آورنده اسید اوریک در یک سال اخیر با بیماران بدون سابقه قطع دارو

متغیر		بیماران با قطع داروی پایین آورنده اسید اوریک (تعداد ۳۶ نفر) تعداد (درصد	بیماران بدون قطع داروی پایین آورنده اسید اوریک، (تعداد ۶۴ نفر) تعداد (درصد)	سطح معنی داری
جنس مذکر		۳۳	۵۶ (۸۷/۵)	۰/۵۲۳
متاهل		۳۱ (۸۶/۱)	۵۸ (۹۰/۶)	۰/۴۸۹
بیماری زمینه ای		۱۶ (۴۴/۴)	۴۰ (۶۲/۵)	۰/۰۸۱
دیابت		۳ (۸/۳)	۶ (۹/۴)	۰/۸۶۱
هیپرتانسیون		۶ (۱۶/۷)	۲۲ (۳۴/۴)	۰/۰۵۸
هیپرلیپیدمی		۱۳ (۳۶/۱)	۲۳ (۳۵/۹)	۰/۹۸۶
مدتی که از آخرین حمله گذشته است	۶ ماه اخیر	۲۴ (۶۶/۷)	۲۶ (۴۰/۶)	۰/۰۴۴
	۶-۱۲ ماه اخیر	۴ (۱۱/۱)	۱۳ (۲۰/۳)	
	بیش از ۱ سال	۸ (۲۲/۲)	۲۵ (۳۹/۱)	
تعداد حملات نقرس	۱-۲ حمله	۹ (۲۵)	۳۳ (۵۱/۶)	۰/۰۱
	۳ حمله یا بیش تر	۲۷ (۷۵)	۳۱ (۴۸/۴)	

در یک سال اخیر، ۳۴ بیمار داروی ضد التهاب و ۳۶ بیمار داروی پایین‌آورنده اسید اوریک را قطع کرده بودند و ۳۰ بیمار سابقه قطع داروهای ضد التهاب و پایین‌آورنده اسید اوریک را به صورت توام داشتند. بیش‌ترین دلیل قطع درمان، عدم احساس نیاز به دارو توسط خود بیمار بود. نقرس، با بیماری‌های قلبی عروقی و کلیوی مرتبط بوده و یک عامل مستقل پیش‌بینی کننده مرگ زودرس است. چاقی، بیماری مزمن کلیوی فشار خون بالا، دیابت نوع ۲، دیس لیپیدمی، بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و بیماری شریان‌های محیطی در نقرس بیش‌تر است. وجود این کوموربیدیتی‌ها و داروهایی که برای آن‌ها استفاده می‌شوند نیز بر نقرس و سیر آن تاثیر می‌گذارند(۱۲). در مطالعه‌ای توسط Zhu و همکاران در سال ۲۰۱۲، در میان افراد مبتلا به نقرس، ۷۴ درصد فشار خون بالا، ۷۱ درصد دارای مرحله بیماری مزمن کلیوی ≤۲، ۵۳ درصد چاقی، ۲۶ درصد دیابت، ۲۴ درصد نفرولیتیازیس، ۱۴ درصد انفارکتوس میوکارد، ۱۱ درصد نارسایی قلبی و ۱۰ درصد دچار سکته مغزی شده بودند(۱۳). در مطالعه حاضر ۵۶ بیمار، بیماری زمینه‌ای داشتند که شامل ۳۶ مورد هیپرلیپیدمی، ۲۸ مورد هیپرتانسیون، ۱۲ نفر هیپوتیرویدی، ۹ مورد دیابت، و نیز در ۴۱ بیمار سنگ کلیه و ۵ نفر دچار نارسایی کلیه بودند. از ۳۶ بیماری که داروهای پایین‌آورنده اسید اوریک را قطع کرده بودند، ۶ مورد درمان‌های مربوط به بیماری‌های سندرم متابولیک را نیز قطع کرده بودند. در بیمارانی که داروی پایین‌آورنده اسید اوریک را قطع نکرده بودند، بیماری زمینه‌ای و به ویژه هیپرتانسیون با وجودی که اختلاف معنی‌داری نداشت، بیش‌تر بود. ممکن است پایبندی بیش‌تر این بیماران به درمان ناشی از پذیرش بیماری‌های متعدد و لزوم ادامه درمان باشد.

علیرغم در دسترس بودن درمان‌های موثر کاهش اورات، درمان نقرس به دلیل مصرف منظم دارو در بیماران، کم‌تر از حد مطلوب است. در مطالعه‌ای نشان داده شده پس از ۱ ماه درمان پایین آورنده اسید اوریک، بیش از ۸۰ درصد افراد دریافت کننده فبوکسوستات و ۴۶ درصد افراد دریافت کننده آلوپورینول، سطح اسید اوریک کم‌تر از ۶ میلی‌گرم در دسی لیتر داشتند و سایز توفوس در گروه فبوکسواستات کاهش بیش‌تری داشت(۱۴). در یک مطالعه در اسپانیا بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۹ به منظور تعیین تداوم ادامه درمان با آلوپورینول، بیش‌ترین کاهش ماندگاری بلافاصله پس از شروع درمان اتفاق افتاد، به طوری که ۳۴ درصد از بیماران درمان با آلوپورینول را در ماه اول قطع کردند. میانگین تداوم آلوپورینول ۵ ماه بود و حدود ۶۳ درصد از افراد این درمان را بیش از ۱۲ ماه ادامه ندادند(۱۵). در مطالعه‌ای در استرالیا در ۱۰۸ بیمار مبتلا به نقرس، میزان پایبندی به ادامه درمان با آوپورینول، ۶۳ درصد بود(۱۶). در یک مطالعه مرور سیستماتیک، بر ۲۴ مطالعه با هدف بررسی میزان پایبندی به درمان نقرس، میزان عدم پایبندی به درمان ۵۴ تا ۸۷ درصد گزارش شد(۱۷). در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]

مطالعه دیگری در ۲۲ مطالعه، میزان پایبندی به صورت کلی ۴۷ درصد و برای داروی پایین آورنده اسید اوریک ۴۲ درصد بود(۱۸). در مطالعه حاضر، ۵۳ بیمار زمانی در سیر بیماری داروی خود را قطع کرده بودند. این میزان در یک سال اخیر شامل مورد قطع ۳۴ داروی ضد التهاب و ۳۶ مورد قطع داروی پایین‌آورنده اسید اوریک بود که میزان پایبندی به این داروها را به ترتیب ۶۶ و ۶۴ درصد نشان می‌دهد شبیه مطالعات قبلی است. دو سوم بیمارانی که درمان پایین‌آورنده اسید اوریک را قطع کرده بودند، در طی ۶ ماه گذشته حمله نقرس را تجربه کرده بودند و این نشان دهنده لزوم ادامه درمان منظم می‌باشد.

در یک مطالعه در نیوزیلند، توسط Emad و همکاران در سال ۲۰۲۲، بیش‌ترین دلایل تایید شده برای عدم استفاده از درمان‌های کاهش‌دهنده اورات به این دلیل بود که شرکت‌کنندگان می‌خواستند زندگی عادی داشته باشند (۲۳ درصد) یا دوباره خود را به عنوان یک فرد سالم تصور کنند (۲۰ درصد). شرکت‌کنندگانی که اسید اوریک بالاتر از هدف داشتند، و بیماران جوان‌تر، مجرد و اروپایی غیرنیوزیلندی، موارد بیش‌تری را به‌عنوان دلایلی برای عدم مصرف داروهای خود ذکر کردند(۹). مطالعه دیگری در کالیفرنیا توسط Rashid و همکاران در سال ۲۰۱۵، نشان داد تنها ۳۲ درصد از بیماران در طول پیگیری به هدف اسید اوریک کم‌تر از ۶/۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر رسیدند و ۵۷ درصد بیماران درمان را استفاده نمی‌کردند. بیماران پایبند ۲/۵ برابر بیش‌تر از بیماران غیر پایبند به سطح مناسب اسید اوریک دست یافتند. عوامل قابل تغییر، از جمله افزایش دوز آلوپورینول، تبعیت از درمان، ارجاع به روماتولوژیست، و استفاده همزمان از داروهای دیگر(از جمله دیورتیک‌ها) می‌توانند عوامل مهمی باشند که بر نتایج درمان نقرس تاثیر می‌گذارند(۱۱).

در یک مطالعه در سال ۱۳۹۸-۱۴۰۰ بر روی ۲۵۱ بیمار مبتلا به بیماری‌های التهابی مفاصل شامل آرتریت روماتویید، لوپوس سیستمیک و اسپوندیلوآرتروپاتی ها، به‌طور کلی ۷۳ بیمار (۲۹ درصد)، ۸۵ مورد قطع دارو داشتند که شایع‌ترین علت قطع آن، عوارض جانبی دارو در ۴۰ درصد موارد بود. دلایل شایع دیگر قطع درمان شامل عدم موجودی دارو در بازار دارویی(۱۱/۷ درصد)، بهبودی موقت علایم بیماری (۹/۴ درصد)، موثر نبودن دارو (۸/۲ درصد) بود(۱۹). با توجه به داده‌های مطالعه فعلی که ۵۳ درصد بیماران مبتلا به نقرس، زمانی قطع درمان داشته‌اند، به نظر می‌رسد عدم پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به نقرس بیش‌تر از سایر بیماری‌های التهابی مفصلی دیگر است و این ممکن است ناشی از بی‌علامت بودن بیماری در فاز بین حملات و عدم احساس نیاز بیمار به ادامه مصرف دارو و قطع خودسرانه آن باشد. هم‌چنین ممکن است بیماران با قطع دارو بخواهند خود را برای بررسی عود علایم محک بزنند.

در مطالعه حاضر، در بیماران که قطع درمان پایین آورنده اسید اوریک را داشتند در ۷۵ درصد موارد و در بیمارانی که این سابقه را نداشتند در ۴۸ درصد موارد بیش از ۳ حمله نقرس را تجربه کرده بودند. ممکن است قطع درمان باعث تکرر حملات شده باشد و یا تکرر حملات باعث بی‌اعتمادی بیماران به درمان و قطع دارو شده باشد.به دلیل پایبندی کم به داروهای پایین‌آورنده اسید اوریک انجام برخی از مداخلات ممکن است در بهبود نتایج مؤثر باشد، که شامل شروع داروهای ضد التهابی پیشگیرانه هنگام شروع داروهای پایین آورنده اسید اوریک، نظارت منظم بر اسید اوریک، پیگیری‌های مکرر و بهبود آموزش بیمار است(۲۰). از ۳۶ بیماری که در یک سال اخیر داروهای پایین آورنده اسید اوریک را قطع کرده بودند ۳۰ نفر داروی ضد التهابی خود را نیز قطع کرده بودند و این ممکن است به علت ماهیت علایم بیماری باشد که به صورت متناوب ظاهر می‌شود و ممکن است بیمار تصور کند در فاصله بین حملات بیماری نیاز به دارو ندارد.

انجام این مطالعه با محدودیت هایی همراه بود. این مطالعه در تعداد ۱۰۰ بیمار انجام شد و به دلیل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]

محدودیت حجم مطالعه بررسی ارتباطات بیماری‌های زمینه ای و داروهای مربوطه در پایبندی درمان امکان پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود مطالعات وسیع‌تر در مناطق مختلف کشور انجام شود؛ زیرا دسترسی بیماران به پزشک متخصص و فوق تخصص در نواحی مختلف متفاوت است. در این تحقیق حاضر بیمارانی مورد مقایسه قرار گرفتند که در یک سال اخیر داروی پایین آورنده اسید اوریک را قطع کرده بودند. دلیل این امر این بوده است که بتوان با دقت بیش‌تر شرح حال بیماران از نظر مصرف دارو و دلایل قطع مورد بررسی قرار داد.

بیش از نیمی از بیماران مبتلا به نقرس در سیر بیماری داروهای مصرفی خود را قطع کرده بودند و این میزان در سال اخیر به ۳۶ درصد رسیده بود. در این بیماران، میزان پایبندی کلی به داروهای پایین آورنده اسید اوریک در طی یک سال اخیر به ۶۴ درصد می رسد که نشان می‌دهد پزشکان باید توجه بیش تری به مصرف مناسب داروها در بیماران مبتلا به نقرس داشته باشند تا به طور موثر پایبندی به این داروها را بهبود بخشند.

سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از پایان نامه خانم دکتر یاسمن صالحی در مقطع پزشک عمومی می‌باشد. نویسندگان از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به‌جهت پذیرش پروپوزال نهایت سپاسگزاری را دارند.

References

1. Choi HK, McCormick N, Yokose C. Excess comorbidities in gout: the causal paradigm and pleiotropic approaches to care. Nat Rev Rheumatol 2022; 18(2): 97-111. PMID: 34921301.
2. Álvarez-Lario B, Alonso-Valdivielso JL. [Hyperuricemia and gout; the role of diet]. Nutr Hosp 2014; 29(4): 760-70. PMID: 24679016.
3. Davatchi F, Sandoughi M, Moghimi N, Jamshidi AR, Tehrani Banihashemi A, Zakeri Z, et al. Epidemiology of rheumatic diseases in Iran from analysis of four COPCORD studies. Int J Rheum Dis 2016; 19(11): 1056-1062. PMID: 26620687.
4. Borghi C, Agabiti-Rosei E, Johnson RJ, Kielstein JT, Lurbe E, Mancia G, et al. Hyperuricaemia and gout in cardiovascular, metabolic and kidney disease. Eur J Intern Med 2020; 80: 1-11. PMID: 32739239.
5. Behradmanesh S, Horestani MK, Baradaran A, Nasri H. Association of serum uric acid with proteinuria in type 2 diabetic patients. J Res Med Sci 2013; 18(1): 44-6. PMID: 23900353.
6. Dehlin M, Jacobsson L, Roddy E. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence, treatment patterns and risk factors. Nat Rev Rheumatol 2020; 16(7): 380-390. PMID: 32541923.
7. Day R, Nguyen A, Graham G, Aung E, Coleshill M, Stocker S. Better outcomes for patients with gout. Inflammopharmacology 2020; 28(5): 1395-1400. PMID: 32095979.
8. De Vera MA, Marcotte G, Rai S, Galo JS, Bhole V. Medication adherence in gout: a systematic review. Arthritis Care Res (Hoboken) 2014; 66(10): 1551-9. PMID: 24692321.
9. Emad Y, Dalbeth N, Weiman J, Chalder T, Petrie K. Why do patients with gout not take allopurinol? J Rheumatol 2022; 49(6): 622-626. PMID: 35169055.
10. Peláez-Ballestas I, Cuevas CH, Burgos-Vargas R, Roque LH, Teran L, Espinoza J, et al. Diagnosis of chronic gout: evaluating the American College of Rheumatology proposal,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]

European League Against Rheumatism recommendations, and clinical judgment. J Rheumatol 2010; 37(8): 1743-8. PMID: 20551101.

11. Rashid N, Coburn BW, Wu YL, Cheetham TC, Curtis JR, Saag KG, et al. Modifiable factors associated with allopurinol adherence and outcomes among patients with gout in an integrated healthcare system. J Rheumatol 2015; 42(3): 504-12. PMID: 25512479.
12. Bardin T, Richette P. Impact of comorbidities on gout and hyperuricaemia: an update on prevalence and treatment options. BMC Med 2017; 15(1): 123. PMID: 28669352.
13. Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK. Comorbidities of gout and hyperuricemia in the US general population: NHANES 2007-2008. Am J Med 2012; 125(7): 679-687.e1.
14. Becker MA, Schumacher HR, MacDonald PA, Lloyd E, Lademacher. Clinical efficacy and safety of successful longterm urate lowering with febuxostat or allopurinol in subjects with gout. J Rheumatol 2009; 36(6): 1273-82. PMID: 19286847.
15. Coleshill MJ, Day RO, Tam K, Kouhkamari M, Caillet V, Aung E, et al. Persistence with urate-lowering therapy in Australia: a longitudinal analysis of allopurinol prescriptions. Br J Clin Pharmacol 2022; 88(11): 4894-4901. PMID: 35675118.
16. Schulz M, Coleshill MJ, Day RO, Wright DFB, Brett J, Briggs NE, et al. Estimation of adherence to urate-lowering therapy in people living with gout using Australia's Pharmaceutical Benefits Scheme and patient-reported dosing. Br J Clin Pharmacol 2024; 90(5): 1322-1332. PMID: 38382554.
17. Scheepers L, Onna M, Stehouwer C, Singh J, Arts I, Boonen. Medication adherence among patients with gout: a systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 2018; 47(5): 689-702. PMID: 29198878.
18. Yin R, Li L, Zhang G, Cui Y, Zhang L, Zhang Q, et al. Rate of adherence to urate-lowering therapy among patients with gout: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2018; 8(4): e017542. PMID: 29643150.
19. Mobini M, Mohammadpour RA, Biabani MR. Frequency and effective factors on discontinuation of treatment in patients with inflammatory rheumatic diseases. J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32(208): 145-150 (Persian).
20. Aung T, Myung G, FitzGerald JD. Treatment approaches and adherence to urate-lowering therapy for patients with gout. Patient Prefer Adherence 2017; 11: 795-800. PMID: 28458524.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-08]