

奥美拉唑联合莫沙比利治疗 94 例胃食管反流性咳嗽的效果分析

冯业全(重庆市渝北区中医院内科 401120)

【摘要】 目的 探讨由胃酸反流引起慢性咳嗽的临床特点,并观察奥美拉唑联合莫沙比利治疗胃食管反流性咳嗽的临床效果。**方法** 选择 94 例反流性慢性咳嗽的患者,奥美拉唑 20 毫克/次,2 次/天,莫沙比利 10 毫克/次,3 次/天,治疗 6 周。并予治疗前、后复查胃镜。**结果** 咳嗽完全控制 61 例,部分控制 27 例,有效率 93.6%。**结论** 胃食管反流性咳嗽是慢性咳嗽的常见原因,奥美拉唑联合莫沙比利治疗反流性咳嗽有明显的临床效果。**【关键词】** 胃食管反流病; 咳嗽; 药物联合治疗
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.028 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)22-2746-01

Clinical analysis of the combined treatment of omeprazole and mosapride for gastroesophageal reflux cough in 94 cases
FENG Ye-quan (Department of Internal Medicine, Traditional Chinese Medicine Hospital of Yubei District, Chongqing 401120, China)

【Abstract】 Objective To discuss the clinical features of gastroesophageal reflux cough and to investigate the curative effect of gastroesophageal reflux cough treated by omeprazole combined with mosapride. **Methods** 94 cases of gastroesophageal reflux cough were treated by omeprazole 10 mg per time, associated with mosapride, 20 mg per time, for 6 weeks and reviewed endoscopy before and after treatment. **Results** Cough was completely controlled in 61 cases, and in 27 cases was partially controlled, and the effective rate was 93.6%. **Conclusion** Gastroesophageal reflux cough is one of the main causes of chronic cough, and omeprazole combined with mosapride treatment is proved to be fairly effective.

【Key words】 gastroesophageal reflux disease; cough; combination drug therapy

胃食管反流病(GERD)是指胃十二指肠内容物反流入食管引起烧灼感等症状,可引起反流性食管炎(RE),以及咽喉、气道等食管邻近组织的损害。GERD 引起烧灼感、反酸等消化道症状已为临床所重视。而部分以咳嗽、哮喘等消化系统以外的症状为主要表现的患者常常被人们所忽视。长期影响临床的正确诊断和治疗,甚至出现误诊、误治。本文通过对 94 例以慢性咳嗽为主的 GERD 患者的临床资料进行分析,探讨慢性咳嗽与 GERD 之间的可能关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择于 2009 年 1 月至 2010 年 12 月因长期咳嗽来本院呼吸内科门诊就诊的患者。入选标准:(1)以咳嗽为主要症状,无痰或少痰,咳嗽持续时间超过 8 周,无慢性支气管炎病史,X 线胸片或肺计算机断层扫描正常。(2)年龄大于 15 周岁的未吸烟患者。(3)近 8 周内无呼吸道感染或大于 8 周仍咳嗽者。共入选 94 例,其中男 61 例(64.8%),女 33 例(35.1%);年龄 20~65 岁,平均(40.3±11.9)岁;病程 8 周至 54 个月;中位咳嗽时间为 6.1 个月。(4)排除咳嗽变异型哮喘、过敏性鼻炎或者鼻窦炎等疾病。

1.2 诊断依据 胃食管反流性咳嗽:(1)发作性或持续性咳嗽伴或不伴有胃灼热、反酸、胸骨后烧灼感、上腹不适等消化道症状;(2)胃镜提示有胃食管反流;(3)抗反流治疗有效。

1.3 治疗方法 (1)所有患者均改变生活习惯,去除危险因素。戒烟、酒、非甾体类药物、抗胆碱能药物。睡眠时抬高床头 15~20 cm,睡前禁食 4 h。(2)给予奥美拉唑 20 mg,2 次/天,莫沙比利 10 mg,3 次/天。随访 3 个月。

1.4 疗效评定标准 根据 2006 年蒙特利尔 GERD 的定义,GERD 的治疗标准不再是黏膜炎症治愈,而是症状消失为目标。治疗前、治疗后第 2 周、第 4 周、第 6 周均详细询问患者反

流相关症状及发生频率。并进行内镜检查,根据 RE 诊断及治疗指南将 RE 分为 4 级,治疗 6 周后复查胃镜,食管炎消失者为治愈,改善 1 个以上级别为有效,改善不明显者为无效。显效:咳嗽症状基本消失;有效:咳嗽发作减少 70%~80%;缓解:咳嗽发作次数减少大于 50%;无效:咳嗽发作次数减少小于或等于 50%。

2 结 果

2.1 所有患者均完成疗程及症状随访,经过奥美拉唑联合莫沙比利治疗反流性咳嗽后,完全控制 61 例,部分控制 27 例,无效 6 例,有效率 93.6%(88/94),见表 1。随访 3 个月,咳嗽完全控制 51 例,仍偶有咳嗽 13 例,但发作次数减少,程度减轻。

表 1 反流性咳嗽患者 2、4、6 周后临床症状改善情况(n=94)

治疗时间(周)	显效	有效	无效	总有效率(%)
2	22	19	53	43.6
4	41	22	31	67.0
6	61	27	6	93.6

2.2 94 例胃镜下反流性食管炎愈合情况 治疗 6 周后,大部分反流性食管炎患者较前有所好转,临床有效率均较高。显效 71 例,有效 9 例,无效 14 例,总有效率 85.1%。

3 讨 论

GERD 除了引起烧灼感、反酸等消化系统等症状外,还可引起咽喉、气道等食管以外的组织损害,从而引起咳嗽、哮喘,如不进行病因治疗若成为慢性咳嗽很难治愈^[1]。由于部分患者以咳嗽为突出症状,消化道症状不明显,患者往往就诊呼吸科,而临床医生不易把咳嗽与消化道症状联系到一起,导致患者长期被误诊为慢性气管炎和支气管炎等疾(下转第 2748 页)

显升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 各组血清 SCC-Ag 测定结果($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	SCC-Ag($\mu\text{g/L}$)
鳞癌	37	3.33 $\pm$ 2.79
腺癌	31	1.58 $\pm$ 1.32
腺鳞癌	20	1.22 $\pm$ 1.77
健康对照	103	0.58 $\pm$ 0.14

3 讨 论

宫颈癌在妇女肿瘤病中其发病率仅次于乳腺癌,已位居第 2 位,而且年轻宫颈癌患者数有明显上升趋势,已成为威胁妇女健康的一大杀手。SCC-Ag 是 1977 年从宫颈鳞癌组织中分离获得,就生物活性而言属于丝氨酸蛋白酶抑制剂家族,其血清浓度水平的检测已经广泛用于多种鳞癌的诊断和管理。SCC 是一种特异性很好的鳞癌肿瘤标志物,有助于所有鳞状上皮细胞起源的癌症诊断,是用于诊断鳞癌最早,也是最有效的肿瘤标志物^[2-3]。

研究表明,在死于宫颈鳞癌复发的患者中,50% 患者的 SCC 浓度升高早于临床诊断复发后 2~5 个月,另有 25% 的患者 SCC 的升高与临床诊断复发同时发生在宫颈癌中^[4-5];SCC 血清学浓度水平,与肿瘤发展阶段、大小和治疗后残余肿瘤细胞密切相关^[6-7]。研究还发现,治疗前 SCC 浓度水平升高,预示存活较差,SCC 可以作为独立风险因子加以应用^[8]。

本组资料显示,与健康对照组比较,各宫颈癌组 SCC-Ag 水平均有明显升高。ROC 显示,血清 SCC-Ag 诊断宫颈癌的灵敏度为 78.4%,特异性为 80.5%,ROC 下面积为 0.80。此结果提示血清 SCC-Ag 水平与宫颈癌的发生密切相关,血清 SCC-Ag 水平检测在宫颈癌的诊断中有较好的临床应用价值。

参考文献

[1] 张彦娜,张昌卿,王骅,等. 宫颈癌患者中联合检测血清

VEGF 及 SCC-Ag 的意义[J]. 中国癌症杂志,2002,12(3):231-233.

[2] 刘晓玲,车少敏,王文,等. 血清 SCC 与宫颈鳞癌生物学行为的相关性及临床意义[J]. 西安交通大学学报:医学版,2004,25(6):576-577.

[3] Howe HL,Wu X,Ries LA,et al. Annual report to the nation on the status of cancer[J]. Cancer,2006,107(8):1711-1742.

[4] Sherman ME,Wang SS,Carreon J,et al. Mortality trends for cervical squamous and adenocarcinoma in the United States. Relation to incidence and survival[J]. Cancer,2005,103(6):1258-1264.

[5] 熊樱,梁立治,郑敏,等. 鳞状细胞癌抗原与子宫颈鳞状细胞癌的临床病理特征及预后的关系[J]. 中华妇产科杂志,2007,42(1):29-33.

[6] Kotowicz B,Fuksiewicz M,Kowalska M,et al. The value of tumor marker and cytokine analysis for the assessment of regional lymph node status in cervical cancer patients[J]. Int J Gynecol Cancer,2008,18(6):1279-1284.

[7] De Bruijn HW,Duk TM, Van der Zee AG,et al. The clinical value of squamous cell carcinoma antigen in cancer of the uterine cervix[J]. Tumour Biol,1998,19(6):505-516.

[8] Molina R,Filella X,Lejarcegui JA,et al. Prospective evaluation of squamous cell carcinoma and carcinoembryonic antigen as prognostic factors in patients with cervical cancer[J]. Tumour Biol,2003,24(3):156-164.

(收稿日期:2011-06-27)

(上接第 2746 页)

病。且大量使用抗生素治疗无效。目前研究认为,GERD 引起慢性咳嗽的可能机制有:(1)食管下端括约肌一过性松弛及压力降低,它可使反流屏障减弱,引起胃内容物反流入食管,有的误吸入气管,引发刺激性咳嗽;或反流物刺激导致咽炎有关。(2)在胃食管反流时,食管下段的咳嗽感受器受反流的胃酸刺激,可以反射性地引起咳嗽。(3)迷走神经介质反射。(4)支气管高敏反应性。(5)卧位睡眠时短暂时食管下段括约肌松弛被抑制,咳嗽减少,而饱餐后诱发短暂食管下段括约肌松弛,咳嗽加重,说明进食与咳嗽相关^[2-3]。因此,临床上疑诊此病时,可行胃镜检查,特别是行食管 pH 值 24 h 监测。若不能行食管 pH 值 24 h 检查,在有下列指征时可考虑进行诊断性治疗:(1)有明显的与进食相关的咳嗽;(2)伴有胃食道反流症状,如反酸、嗝气、胸骨后烧灼感等;(3)排除咳嗽变异型哮喘、过敏性鼻炎或鼻窦炎等症状。

针对 GERD 引起慢性咳嗽的发病机制,治疗上应包括抑制胃酸的分泌、恢复正常的胃动力、减轻反流物的刺激、促进病变的愈合^[4-5]。奥美拉唑为胃壁细胞离子泵抑制剂,能有效抑制胃酸分泌,降低胃酸对喉部及气道黏膜的刺激。莫沙比利可直接刺激胃肠神经中 5-羟色胺受体,选择性释放乙酰胆碱。它不仅能够直接提高下食管括约肌张力,而且能促进食管的移动,加速胃肠排空,抑制饱胀引起的下食管括约肌张力下降,有效防止胃内物反流发生,促进炎症愈合。因此奥美拉唑联合莫沙比利对治疗反流性咳嗽有较好的疗效,治愈了长时间困扰患

者的慢性咳嗽。值得临床推广应用。

通过对本组病例的总结认识到,GERD 与其他原因引起的慢性咳嗽相比无特异性,故早期诊断比较困难。为减少 GERD 的误诊率,在临床工作中如有呼吸系统症状特别是经相应治疗症状无明显改善的患者,要考虑到 CERG 的可能。因此,在临床工作中要详细询问病史,全面分析病情,提高对 GERD 的认识,了解 GERD 的消化系统以外的表现,减少误诊率。

参考文献

[1] 王大兴. 莫沙比利联合奥美拉唑治疗胃食管反流病 104 例效果观察[J]. 交通医学,2008,22(5):509.

[2] Vakil N,Zanten SV,Kahrilas P,et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease:a global evidence-based consensus[J]. Am J Gastroenterol,2006,101(8):1900-1920.

[3] 陈昱潮,周丽雅,李延青,等. 胃食管反流病的诊断方法与食管外症状[J]. 中华消化杂志,2009,29(11):755-760.

[4] 朱礼星,马洪明,赖克方,等. 胃食管反流性咳嗽的临床分析[J]. 中华内科杂志,2003,42(7):461-465.

[5] Vaezi MF,Shay SS. New techniques in measuring non-acidic esophageal reflux[J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg,2001,13:255-264.

(收稿日期:2011-06-19)