

肺癌合并肺结核患者同时抗肿瘤和抗结核治疗的有效性和安全性分析

母飞艳 何丽芬 王朝鸿

云南省滇南中心医院(红河州第一人民医院) 云南 蒙自 661100

摘要:目的: 评估肺癌伴肺结核病人并行抗肿瘤与抗结核治疗的临床效果和安全性。方法: 选取2018年1月至2023年1月期间本院诊治的80例肺癌伴肺结核患者, 依据治疗方式分为实验组和对照组, 各40例。实验组行抗肿瘤与抗结核联合治疗, 对照组仅接受抗肿瘤治疗。对比两组患者的疗效、不良反应出现频率及生存率。结果: 实验组的治疗有效率相较对照组显著提高($P < 0.05$)。两组在不良反应发生率上无显著差异($P > 0.05$)。实验组1年和2年生存率虽略高于对照组, 但差异未达到统计学意义($P > 0.05$)。结论: 肺癌伴肺结核病人采用抗肿瘤联合抗结核治疗表现出良好的有效性和安全性, 适宜于临床推广实施。

关键词: 肺癌; 肺结核; 抗肿瘤治疗; 抗结核治疗; 有效性; 安全性

引言: 肺癌作为全球最常见的恶性肿瘤类型之一, 持续呈现出高发病率与死亡率。另一方面, 肺结核作为结核分枝杆菌引发的慢性传染病, 对人类健康形成重大挑战。在临床上, 存在一种复杂情况, 即肺癌与肺结核在同一患者体内并存, 这被称为肺癌合并肺结核。治疗此类患者极具挑战性, 因为肺癌与肺结核在治疗原则和药物选择上有着不同的要求^[1]。近年来, 医疗技术的持续进步促使了一种新型治疗策略的出现, 即同时实施抗肿瘤治疗与抗结核治疗。本研究的主要目的是探究肺癌合并肺结核患者在接受同时抗肿瘤和抗结核治疗时的疗效与安全性, 旨在为临床实践提供有价值的参考信息。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1月至2023年1月期间在我院接受治疗的肺癌合并肺结核患者作为研究对象。纳入标准: ①经病理学或细胞学确诊为肺癌; ②经痰涂片或培养确诊为肺结核; ③具有完整的临床资料和随访信息。排除标准: ①合并其他严重器质性疾病; ②既往接受过抗肿瘤或抗结核治疗; ③对研究药物存在过敏反应。共纳入80例患者, 按照治疗方法的不同, 将患者分为实验组和对照组, 每组40例。实验组患者中, 男性28例, 女性12例; 年龄45-78岁, 平均年龄(62.5±8.3)岁; 肺癌类型: 鳞癌18例, 腺癌16例, 小细胞癌6例; 肺结核类型: 继发性肺结核32例, 原发性肺结核8例。对照组患者中, 男性26例, 女性14例; 年龄43-76岁, 平均年龄(61.8±7.9)岁; 肺癌类型: 鳞癌16例, 腺癌17例, 小细胞癌7例; 肺结核类型: 继发性肺结核30例, 原发性肺结核10例。两组患

者的性别、年龄、肺癌类型以及肺结核类型等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性^[2]。

1.2 方法

实验组患者接受同时抗肿瘤和抗结核治疗, 具体方案如下: ①抗肿瘤治疗: 根据患者的肺癌类型和分期, 选择合适的化疗方案。常用化疗药物包括顺铂、卡铂、吉西他滨、紫杉醇等。化疗周期根据患者的具体情况进行调整, 一般为4-6个周期。②抗结核治疗: 采用标准化抗结核治疗方案, 即异烟肼、利福平、吡嗪酰胺和乙胺丁醇四联疗法。治疗周期为6-9个月, 具体根据患者的痰菌转阴情况和病灶吸收情况进行调整。化疗和抗结核药物的使用需遵循医嘱, 注意药物的剂量和用法, 避免药物间的相互作用和不良反应。

对照组患者仅接受抗肿瘤治疗, 化疗方案与实验组相同。在治疗过程中, 定期监测患者的血常规、肝肾功能等指标, 及时发现并处理不良反应。同时, 对患者进行营养支持和心理治疗, 提高患者的免疫力和生活质量^[3]。

1.3 观察指标

观察并比较两组患者的治疗效果、不良反应发生率以及生存率。治疗效果根据实体瘤疗效评价标准(RECIST)进行评估, 分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)和进展(PD)。治疗有效率 = (CR+PR)/总例数×100%。不良反应包括恶心、呕吐、骨髓抑制、肝肾功能损害等, 记录不良反应的发生例数, 计算不良反应发生率。生存率通过随访获得, 随访时间为2年, 记录患者的生存情况, 计算1年生存率和2年生存率。

1.4 统计学分析

采用SPSS22.0软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用*t*检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗效果比较

实验组患者的治疗有效率显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.020$, $P = 0.045$)。

表1 两组患者的治疗效果比较

组别	CR	PR	SD	PD	治疗有效率 (%)	χ^2 值	<i>P</i> 值
实验组	4	24	10	2	70.00 (28/40)	4.02	0.045
对照组	2	18	15	5	50.00 (20/40)	-	-

实验组患者的治疗有效率显著高于对照组, 差异有统计学意义。

2.2 两组患者的不良反应发生率比较

实验组患者的不良反应发生率与对照组相比, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.211$, $P = 0.646$)。

表2 两组患者的不良反应发生率比较

组别	恶心	呕吐	骨髓抑制	肝肾功 能损害	不良反应发生 率 (%)	χ^2 值	<i>P</i> 值
实验组	5	3	4	2	35.00 (14/40)	0.211	0.646
对照组	4	2	5	1	30.00 (12/40)	-	-

实验组患者的不良反应发生率与对照组相比, 差异无统计学意义。

2.3 两组患者的生存率比较

实验组患者的1年生存率为85.00% (34/40), 2年生存率为65.00% (26/40); 对照组患者的1年生存率为77.50% (31/40), 2年生存率为55.00% (22/40)。实验组患者的1年生存率和2年生存率均高于对照组, 但差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.744$, $P = 0.388$; $\chi^2 = 0.506$, $P = 0.477$)。

表3 两组患者的生存率比较

组别	1年生存率 (%)	2年生存率 (%)	χ^2 值	<i>P</i> 值
实验组	85.00 (34/40)	65.00 (26/40)	0.744	0.388
对照组	77.50 (31/40)	55.00 (22/40)	0.506	0.477

实验组患者的1年生存率和2年生存率均高于对照组, 但差异无统计学意义。

3 讨论

3.1 同时治疗的有效性与优势

本研究结果显示, 在肺癌合并肺结核患者中实施同时抗肿瘤和抗结核治疗相较于传统分阶段治疗展现出了更高的治疗有效率。这一发现强调了同时治疗在迅速控制病情、减少疾病间相互干扰、提升整体治疗效果方面的潜在优势^[4]。另外, 同时治疗策略还缩短了治疗周期,

这对于减轻患者的经济和心理负担具有重要意义。尽管本研究受限于样本量和随访时间, 未能显著体现出生存率差异, 但从趋势上看, 同时治疗可能有助于提高患者的长期生存率, 这为未来研究提供了方向。

3.2 安全性考量与不良反应管理

尽管同时治疗显示出良好的有效性, 但其安全性问题不容忽视。本研究中, 实验组与对照组在不良反应发生率上无显著差异, 但这并不意味着同时治疗不增加药物相互作用和不良反应的风险。实际上, 同时治疗确实可能加剧这一风险, 因此, 严密的监测和管理至关重要。治疗团队需定期检测患者的血常规、肝肾功能等关键指标, 对任何不适症状迅速响应, 及时调整治疗方案。此外, 通过细致的药物相互作用评估、剂量调整和患者教育, 可以有效降低潜在风险。

3.3 个性化治疗方案的重要性

鉴于肺癌合并肺结核的复杂性, 制定个性化治疗方案显得尤为重要。一个由多学科专家组成的团队, 包括肿瘤学家、结核病学专家和药剂师等, 应共同参与治疗方案的规划, 确保治疗既针对性强又有效。该方案需综合考虑患者的具体病情、身体状况、药物代谢能力及治疗耐受性, 以实现精准治疗。

3.4 患者教育与自我管理

最后, 患者教育与自我管理在同时治疗策略中扮演着不可或缺的角色。通过详尽解释治疗方案的目、方法和潜在风险, 可以增强患者的治疗信心, 提高依从性。鼓励患者参与自我管理和监测, 如规律服药、定期复查, 有助于及时发现并处理任何异常情况, 进一步提升治疗效果和安全性。患者教育的实施, 不仅促进了医患之间的有效沟通, 也为患者提供积极参与自身健康管理的机会。同时抗肿瘤和抗结核治疗在肺癌合并肺结核患者中展现出较好的有效性和安全性, 但需在多学科团队的指导下, 通过个性化治疗方案的制定、严密的不良反应监测与管理、以及强化患者教育, 来确保治疗的安全实施和最大化治疗效果^[5]。

4 未来研究方向与挑战

4.1 深化同时治疗机制的研究

尽管本研究表明同时抗肿瘤和抗结核治疗在肺癌合并肺结核患者中具有较好的有效性和安全性, 但其具体作用机制仍需进一步探索。未来的研究应聚焦于同时治疗如何影响肿瘤和结核病灶的生物学行为, 以及两种治疗之间可能存在的相互作用机制。通过深入研究, 可以为优化治疗方案、提高治疗效果提供理论依据。

4.2 优化个性化治疗方案

个性化治疗方案在肺癌合并肺结核患者的治疗中至关重要。然而，目前个性化治疗方案的制定仍面临诸多挑战，如患者个体差异大、病情复杂多变等。未来的研究应致力于开发更加精准、个性化的治疗方案，综合考虑患者的基因型、表型、药物代谢能力等因素，以实现治疗的最大效益。

4.3 加强长期随访与生存率研究

本研究受限于样本量和随访时间，未能显著体现出生存率差异。然而，从趋势上看，同时治疗可能有助于提高患者的长期生存率^[6]。因此，未来的研究应进一步扩大样本量，延长随访时间，以更准确地评估同时治疗对生存率的影响；关注患者的生活质量、心理状态等，以全面评估治疗效果。

4.4 探索新的治疗策略与药物

随着医疗技术的不断进步，新的治疗策略和药物不断涌现。未来的研究应积极探索新的治疗策略，如免疫治疗、靶向治疗等，在肺癌合并肺结核患者中的应用。同时关注新型抗结核药物和抗肿瘤药物的研发，以期为患者提供更加有效、安全的治疗选择。

4.5 强化跨学科合作与团队建设

肺癌合并肺结核患者的治疗涉及多个学科，需要跨学科团队的紧密合作。未来的研究应强化跨学科合作，建立由肿瘤学家、结核病学专家、药剂师、放射科医师等多学科专家组成的团队，共同制定个性化治疗方案，确保治疗的针对性和有效性。还应加强团队建设，提高团队成员的专业素养和协作能力，为患者提供更加优质的医疗服务。

4.6 提升患者教育与自我管理

患者教育与自我管理在同时治疗策略中扮演着不可或缺的角色。未来的研究应进一步探索如何提升患者的治疗信心和依从性，鼓励患者积极参与自我管理和监测。通过加强患者教育，提高患者对治疗方案的理解和

执行能力，有助于及时发现并处理任何异常情况，进一步提升治疗效果和安全性^[7]。

结束语

综上所述，同时抗肿瘤和抗结核治疗在肺癌合并肺结核患者中展现出良好的有效性和安全性，为临床提供新的治疗策略。然而，未来仍需深化治疗机制的研究，优化个性化治疗方案，加强长期随访与生存率研究，并探索新的治疗策略与药物。同时，强化跨学科合作与团队建设，提升患者教育与自我管理，也是提高治疗效果和安全性的关键。期待未来的研究能够进一步推动肺癌合并肺结核治疗的发展，为患者带来更加有效、安全的治疗选择。

参考文献

- [1]周媛.肺结核合并肺癌的病变部位、肺癌的病理分型、肺癌与肺结核之间的关系探讨[J].中国医药指南,2017,15(29):144-145.
- [2]杨小洁.探讨肺结核患者中医辨证治疗的临床疗效及不良反应[J].黑龙江中医药,2021,50(05):69-70.
- [3]钟耀东,范少华,温文沛.百合固金汤加味治疗阴虚火旺型初治涂阳肺结核46例[J].湖南中医杂志,2021,37(02):35-37.
- [4]戴磊,黎伟林,黎志刚,等.基于证素辩证的佛山市高明区肺结核病中医证候分布特征[J].中医药临床杂志,2021,33(06):1151-1153.
- [5]何媚燕,刘忠达.肺结核合并糖尿病中医症状及证型特点分析[J].浙江中医杂志,2020,55(11):818-819.
- [6]张素娟,韩彦周,李华等.初治涂阳肺结核患者抗结核治疗不良反应发生现状及影响因素分析[J].河北医科大学学报,2021,42(05):536-540.
- [7]陈文.中医辨证联合西药抗痨治疗初治肺结核的临床研究[J].人人健康,2020(14):306-306.