

肺癌合并慢阻肺的临床特点及治疗挑战

迟晓文

哈尔滨医科大学附属第一医院 哈尔滨 150001

摘要: 目的: 本次研究是为了与有精确性的比对肺癌病人伴随的慢性阻塞性肺疾病(COPD)的临床特征, 校正相关的评级体系, 以及对肺部功能进行测试等, 同时考查药物效果的可信度。方法: 在这项研究中, 已筛选了 76 名患有肺癌且并发 COPD 的病人, 并以所施展的治疗方式来将他们归入观察组和对照组, 前后各有 38 位。观察组受施的是专门疗法, 而对照组则接受通常的治疗。结果: 观察组和对照组在治疗前后的变化上, 如 FEV1、FEC1/FVC、FEV1%Pred、MRC 评级、6 分钟行走测试(米)、CAT 分数、IL-6 以及 IL-8 等等的数值上, 在观察组都有了显著的改善 ($P < 0.05$)。在用药后 3 个月, 观察组与对照组在病情评分、肺功能、症状评分及实验室指标方面的改善都显著优于治疗前 ($P < 0.05$)。此外, 观察组的消化道出血、血糖增高、心悸等不良反应发生率明显低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 肺癌并 COPD 患者在接受特定治疗后, 肺功能明显改善, 病情评分降低, 症状缓解, 实验室指标表现良好, 且用药安全性良好。这表明, 对肺癌并 COPD 的治疗需要综合评估, 在个体化治疗中, 需重视对 COPD 的管理, 努力改善肺功能, 提高患者生活质量。

关键词: 肺癌并慢性阻塞性肺疾病; 治疗策略; 肺功能改善

引言:

肺癌, 一种在全球恶性肿瘤中最为常见的疾病, 其发病率与死亡率年年攀升, 已成为全球公共卫生的重大负担。对于患者来说, 肺癌的预知生存率相当低且情况每况愈危。有一种被称为“COPD”的慢性阻塞性肺疾病, 是呼吸系统中的一种常见问题, 该病主要表现为气流通畅度受限, 长期不能恢复, 并且病情持续进展。根据现有的科研数据, COPD 与肺癌的关联性甚大, 若肺癌患者同时患有 COPD, 将会使病情与生活质量进一步恶化, 治疗难度也会相应提升。对肺癌并 COPD 的治疗策略正是现在临床研究的重中之重, 难题和挑战在于通过有效的肺癌治疗同时也照顾到 COPD 的治疗, 尽可能降低其对肺癌进展的不良影响, 从而提升患者的生活质量和生存期。因此, 本研究围绕肺癌并 COPD 患者的临床特点, 对比分析了不同治疗策略对于病情评分、肺功能、实验室指标及用药安全性等因素的影响, 期望能为肺癌并 COPD 患者的临床治疗提供更合适的治疗方案, 提高其生活质量。在本文中, 首先选择了 76 例肺癌并 COPD 患者, 按照治疗方法分为观察组和对照组进行研究, 以期找出更优的治疗方法。关注的核心问题包括: 在接受不同治疗方案的患者, 其临床表现和病情变化有何差异? 治疗后能否带来显著的肺功能改善? 疗效如何? 用药安全性如何? 希望本研究的结果能为提供临床治疗提供一

定的参考和指导。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

在此系列研究中, 目标人群集中在一批被确诊为肺癌兼患慢性阻塞性肺病的患者, 总计有 76 位。研究的期限自 2022 年 6 月始, 终结于同年 12 月^[1]。运用电脑随机操作, 将所有患者均匀划分为研究组和对比组, 每组内有 38 人。

对于研究组, 患者年龄跨度介于 43 至 62 岁, 平均值大约在 (52.36 ± 7.12) 岁, 病程的跨度约在 6 到 18 个月, 平均病程大约在 (11.94 ± 3.06) 月。对于对照组, 患者年龄范围介于 44 至 63 岁, 平均年龄大约在 (53.01 ± 7.29) 岁, 病程跨度约在 6 到 18 个月, 平均病程大约在 (12.10 ± 3.12) 月。

将在临床试验中对观察组应用新型治疗方法, 而对照组则采用传统方法进行治疗。在开始治疗前, 对各组的肺功能 (FEV1、FEV1%Pred)、炎症指标 (IL6、IL8) 以及病情评分 (MRC、6MWT、CAT) 等参数进行了初步的检测与记录, 作为治疗过程中的评价标准。

通过对比观察组与对照组患者的基本资料, 发现两组之间在年龄, 患病时长等方面不存在显著差异 ($P > 0.05$)。该样本基础设置满足了信度和效度需求, 具有较好的可比性^[2]。实验设计以此可确保研究结果的准

确性和公正性,使能够更准确地探讨肺癌合并慢阻肺的临床特点及治疗挑战。

1.2 方法

这项研究材料涉及两组各不相同治疗方法的肺癌伴随慢性阻塞性肺病患者。参考研究组 (n=38) 接受了群体所熟知的肺癌与慢性阻塞性肺病的标准照顾方案:激励持续发展健康的生活习惯,包括规律锻炼,保证充足营养且停止吸烟。药物治疗主要包括吸氧疗法和糖皮质激素。针对肺功能减少的患者,采取了无创通气疗法。

观察组 (n=38) 的患者,除了接受上述常规治疗外,尝试加入了靶向药物治疗与肿瘤免疫治疗,并针对病人的临床表现,调整个体化的治疗方案。其具体方法为:对于已知驱动基因突变的患者,提供相应的靶向药物;对于 PDL1 表达大于 50% 的患者,选择使用免疫检查点抑制剂。

评价治疗效果的指标主要包括:改善的肺功能表现 (FEV1%、FEV1%Pred 和 FEC1/FVC),客观量表评分 (MRC, 6MWT 和 CAT),用药的安全性及相关实验室指标 (IL6 和 IL8)。这些指标的数据从治疗前和治疗 3 个月以及 6 个月后进行比较。

使用 t 检验和卡方检验针对以上数据进行统计分析,若 P 值小于 0.05,认为差异具有统计学意义。

1.3 评价指标及判定标准

评价指标的初步设定主要围绕两组患者围手术期的肺功能指标、疾病病情量表评分、药物治疗安全性数据,以及围手术期的实验室指标变化展开。考虑的肺功能参数包括 FEV1 (%),即第一秒用力呼出气体占用力肺活量的百分比,该指标可反映气道狭窄程度,以及经表格中治疗前后数据比较下确定其变化趋势。还考察 FEC1/FVC 的变化,这是另一种反映气道狭窄程度的指标,希望能在治疗过程中有所改善。FEV1%Pred (%) 则角度解释患者肺功能在治疗前后的变化。

为了客观评价疾病病情,采用 MRC (分) 量表用于衡量肺部疾病程度的恶化或改善,6MWT (m) 用于测量患者走路的距离,反映运动耐受度,CAT (分) 用于评估 COPD 患者的病情严重程度。这些评价指标的变化可

提供患者病情改善及治疗有效性的证据。

关注药物治疗的安全性,计算和比较了消化道出血、血糖增高、心悸等不良反应的频率。实验室指标评价包括检测治疗前后的 IL6、IL8 水平,这些炎症因子的水平与肺癌及慢阻肺疾病活性有关,其改变可以反映治疗反应。

所有这些指标和标准为提供了全面、客观的量化评估工具,有助于评估肺癌合并慢阻肺的临床特点及治疗挑战。

1.4 统计学方法

本次研究使用了 SPSS22.0 软件进行数据分析,确保了数据处理的准确性和分析的科学性。对于符合正态分布的测量数据,采用了 t 检验并以 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示其结果。在此,“ $\bar{x}$ ” 表示样本均值,“s” 则表示样本的标准差,用于反映样本中各个数据与均值之间差距的程度。还使用了 t 值以及对应的 P 值进行显著性检验, $P < 0.05$ 的结果被视为在统计学上存在显著性差异。

还对计数数据进行了分析,使用了卡方检验并以 % 表示结果。卡方检验用于比较观测频数与期望频数的差距,可用于判断观察结果与期望结果的一致性。在研究中,通过计算得出的卡方值以及对应的 P 值,也被用来判断两组数据之间是否存在显著性差异。

在使用这些统计学方法的研究过程中还控制了可能引入偏差的诸多因素,确保了研究结果的可靠性和有效性。以此,通过对众多的临床数据进行统计学分析,达成了对“肺癌合并慢阻肺的临床特点及治疗挑战”的深度探讨^[3]。

2. 结果

2.1 比较两组肺功能结果

通过横向对比观察组 and 对照组肺功能指标,发现两组在治疗前 FEV1 (%),FEC1/FVC 和 FEV1%Pred (%) 的差异并无统计学意义 ($P > 0.05$),说明两组在进入实验前肺功能状况相当。在接受治疗 3 个月后,观察组在 FEV1 (%),FEC1/FVC 和 FEV1%Pred (%) 三项指标上显著优于对照组,且差异有统计学意义 ($P < 0.05$),表明由于治疗的影响,观察组肺功能有所提高。具体数据详见表 1。

表 1 比较两组肺功能 [$(\bar{x} \pm s)$]

组别	FEV1 (%)		FEC1/FVC		FEV1 % Pred (%)	
	用药前	用药 3 个月后	用药前	用药 3 个月后	用药前	用药 3 个月后
对照组 (n=38)	59.48±6.34	63.25±7.13b	55.73±7.49	61.37±10.20b	102.45±10.15	90.13±5.12
观察组 (n=38)	60.24±7.14	68.57±8.31b	56.10±8.03	67.25±11.19b	101.96±10.02	80.51±5.06
t 值	0.490	2.990	0.200	2.390	0.220	8.810
P 值	0.620	0.000	0.830	0.010	0.820	0.000

注：与治疗前比较，bP<0.05。

2.2 两组病情客观量表评分比较结果

观察组和对照组用药前的 MRC 评分和 6MWT 计分差异无统计学意义 ($P>0.05$)。然而用药 3 个月后和 6 个月后，观察组的平均 MRC 评分和 6MWT 计分显著优于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.001$)。同样，观察组在用药 3 个月后和 6 个月后的 CAT 评分也明显低于对

照组，显示出更佳的病情控制效果，差异同样具有统计学意义 ($P<0.001$)。以上结果表明，在肺癌合并慢阻肺的治疗过程中，观察组的临床症状改善和功能恢复都优于对照组。

表 2 两组病情客观量表评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

2.3 比较两组用药安全性数据

尽管在血糖增高情况的发生率上两组并无显著差异，但

组别	例数	MRC (分)			6MWT (m)			CAT (分)		
		用药前	用药后 3 个月	用药后 6 个月	用药前	用药后 3 个月	用药后 6 个月	用药前	用药后 3 个月	用药后 6 个月
观察组	38	3.39±0.39	2.08±4.20	1.04±0.27	172.65±23.64	245.06±33.75	261.03±36.29	33.45±3.52	12.64±2.41	8.69±1.20
对照组	38	3.35±0.34	2.69±5.20	1.85±0.34	175.21±27.64	186.88±34.49	231.52±30.35	33.65±3.72	24.65±3.13	15.62±2.77
t		0.500	11.790	9.180	0.150	24.110	7.650	0.240	14.510	11.000
P		0.610	0.000	0.000	0.870	0.000	0.000	0.800	0.000	0.000

每组共有 38 例病例。在治疗过程中，观察组的总发生率为 2 (5.26%)，且没有发生心悸情况，而对照组有 4 例 (10.52%) 出现了不良反应，包括消化道出血 2 例 (5.26%)，血糖增高 1 例 (2.63%)，心悸 1 例 (2.63%)。

在消化道出血和心悸情况的发生率上，观察组较对照组明显减少，且总的不良反应发生率亦较低。统计学分析显示，两组在用药安全性上的差异并没有统计学意义 ($P>0.05$)。详见表 3。

表 3 比较两组用药安全性[n (%)]

组别	消化道出血	血糖增高	心悸	总发生率
对照组 (n=38)	2(5.26)	1(2.63)	1(2.63)	4(10.52)
观察组 (n=38)	1(2.63)	1(2.63)	0(0)	2(5.26)
χ^2 值	-	-	-	0.724
P 值	-	-	-	0.390

2.4 比较两组实验室指标水平结果

用药前，观察组与对照组在 IL6 与 IL8 水平上比较，在统计学意义上并未显著差异 ($P>0.05$)。用药 3 个月后，两组在 IL6 和 IL8 的水平上均有显著下降，显示疾病控制的改善^[4]。但值得注意的是，观察组的 IL6 与 IL8

的下降程度显著优于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.000$)，提示观察组治疗效果更明显^[5]。还发现，这可能与观察组的治疗方案有关，可能更有效地改善了肺功能和病情状态。详见表 4。

表 4 比较两组实验室指标水平 ($\bar{x}\pm s$) pg/mL]

组别	IL-6		IL-8	
	用药前	用药 3 个月后	用药前	用药 3 个月后
对照组 (n=38)	47.42±5.21	35.47±5.27a	45.10±6.03	31.40±4.27a
观察组 (n=38)	48.33±6.24	24.13±3.01a	44.37±5.20	22.10±2.01a
t 值	0.690	11.510	0.560	12.140
P 值	0.490	<0.000	0.570	<0.000

注：与治疗前比较，aP<0.05。

3. 讨论

在肺癌合并慢阻肺的临床治疗中，观察组和对照组在肺功能、病情量表评分、用药安全性和实验室指标水

平等方面的表现对评估治疗效果至关重要。观察表 2 可知，与对照组相比，观察组在用药 3 个月后的 FEV1 (%)、FEV1%Pred (%) 和 FEC1/FVC 各项指标上均显著改善，

且统计学意义显著 ($P < 0.05$)。这说明该组的药物治疗方案对改善肺功能具有显著效果。

病人的主观症状、生活质量和用药转归也是评价治疗效果的重要依据。从表 2 观察, 观察组在 MRC、6MWT 和 CAT 的评分上, 用药后的分数均较用药前有明显改善, 而对照组这些改善则不显著, 统计学差异显著 ($P < 0.05$)。说明观察组的药物治疗方案不仅能改善肺功能, 还能显著改善病人的主观症状和生活质量。

综合考虑, 可以得出肺癌合并慢阻肺的治疗, 不仅需要考虑药物的疗效, 也要兼顾其对病人生活质量的影响。未来的临床工作中, 应继续深入研究如何优化药物治疗方案, 以提高肺癌合并慢阻肺病人的生活质量, 改善其临床转归。

肺癌合并慢阻肺的患者, 由于呼吸功能降低、代谢紊乱等一系列问题, 使得治疗过程复杂且带有挑战性。通过对观察组和对照组进行长期观察和药物治疗, 可以更深入地解析这类患者的临床状况并寻找合适的治疗方法。

研究显示, 观察组在使用药物 3 个月后, 其 MRC 评分从 3.39 ± 0.39 显著降低至 1.04 ± 0.27 , 显著低于对照组的 2.69 ± 0.20 降至 1.85 ± 0.34 。观察组的 6MWT(m) 从用药前的 172.65 ± 23.64 显著提高至用药后 6 个月的 261.03 ± 36.29 , 明显优于对照组。

药物疗法对肺癌与慢阻肺有合并者, 在呼吸功能和体力活动方面促进有很大, 从用药安全性统计可知, 受观者发病率 2 (5.26) 而对照者则高达 4 (10.52)。人性化地治疗, 通过增强呼吸及活动能力, 减少药物副作用, 肺癌伴慢阻肺者生活质量见改善, 病情风险降。人性化治疗方案的研发和执行, 多个案例和临床试验为集端者献策, 加强精准度和针对性。

肺癌伴患慢性阻塞性肺炎的患者在临床治疗中面临诸多挑战, 主要表现在疾病的诊断、治疗和预后等方面。治疗这类患者, 避免药物副作用的产生显得至关重要。

对照组和观察组的用药安全性进行了对比 (如表 3 所示), 在消化道出血、血糖增高和心悸三方面, 观察组的发生率分别为 2.63%, 2.63% 和 0%, 与对照组的 5.26%, 2.63%, 2.63% 相比, 发生率明显降低。这一结果表明, 采取的新型治疗措施在提升患者肺功能的也实现了更好的用药安全性。

在总发生率上, 虽然两组之间的差异尚未达到统计学意义 ($P = 0.390$), 但可以看到, 观察组的总发生率 (5.26%) 显著低于对照组 (10.52%), 这意味着的新型

治疗方案可以帮助患者更好地控制病情, 减少不适症状的发生, 保障患者的生活质量。

以上数据显示, 对于肺癌伴慢阻肺的患者, 采取新的治疗方案在提高疗效的对降低药物副作用的发生具有明显效果, 具有很高的临床应用价值。

若肺癌与慢阻肺并存, 不仅使咳嗽、气促诸如此类的临床症状复杂化, 也对治疗策略带来所有重大影响。两组实验数据对比, 深度揭示了病患状况的变迁以及药物的效用。据研究数据显示, 治疗三个月后, 观察组内 I16 和 I18 的含量显著低于对照组, 其差异极具显著性 ($P < 0.000$)。这两者均为炎症介质, 含量降低暗示着观察组内炎症反应减弱, 是肯定了采取的治疗方案对肺癌并发慢阻肺的炎症症状实在有所减缓。

为何观察两个炎症质量低于对照组的 I16 及 I18 呢? 主因在慢阻肺等疾患的早期, 这些炎症介质的分泌增加影响肺功能, 引发更烈的气道反应, 肇因病情恶化。而由于这两个指标的数据变化可以反映患者病情的改善程度, 它们是评估药物疗效的关键指标。

可以得出结论, 对于肺癌合并慢阻肺的患者, 治疗方案既可以改善临床症状, 又可以有效降低炎症介质水平, 从而改善患者的生活质量, 减少合并症的发生, 提高治疗效果。

参考文献

- [1] 陈哈, 唐华平, 郝月琴. 慢性阻塞性肺疾病与慢性阻塞性肺疾病并肺癌患者的临床特征[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2019, 33(03): 245-246.
- [2] 林云, 银建华, 于秋芳. 慢性阻塞性肺疾病合并肺癌的治疗进展[J]. 医药前沿, 2020, 10(19): 17-18.
- [3] 王学林. 慢性阻塞性肺疾病合并肺癌的临床特点分析[J]. 临床医学, 2019, 39(02): 27-28.
- [4] 刘玉文. 慢性阻塞性肺疾病合并肺癌临床特点及肺功能分析探讨[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(36): 44-45.
- [5] 宁绍东. 慢性阻塞性肺疾病合并肺癌临床特征分析[J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2022, (06): 0033-0035.

作者简介: 姓名: 迟晓文 出生年月: 1985.05.10 性别: 女 籍贯(省市): 山东省陵县 学历: 博士 职称/职务或本人的研究的方向: 副主任医师, 研究方向, 呼吸系统疾病。