

老年慢阻肺合并肺结核的临床治疗的效果分析

李焕坤

(开远市人民医院 云南红河 661699)

摘要:目的:探讨老年慢阻肺合并肺结核的临床治疗的效果。方法:选取我院2020年05月-2022年05月收治的80例老年慢阻肺合并肺结核患者,根据患者的个人意愿进行分组,分为实验组与对照组,每组40例。对照组采用常规方案治疗,实验组采用常规治疗联合抗结核治疗,对比临床疗效、肺功能指标、双肺阴影消失率、空洞改善率、痰菌转阴率、生活质量评分。结果:实验组治疗总有效率高于对照组;实验组治疗后肺功能指标高于对照组;实验组双肺阴影消失率、空洞改善率、痰菌转阴率均高于对照组;且实验组患者用药后生活质量评分高于对照组,两组数据间存在明显差异性, $P < 0.05$ 。结论:老年慢阻肺合并肺结核患者在常规治疗基础上应用抗结核治疗,可有效改善患者的临床症状与体征,有助于肺功能的恢复,帮助患者提高生活质量,值得推广运用。

关键词:慢阻肺合并肺结核;抗结核治疗;临床疗效;肺功能;生活质量

慢阻肺在临床上较常见,以气道不可逆性气流受阻与持续性呼吸道症状为典型特征,属于支气管炎与肺气肿疾病^[1]。疾病的发生与肺部发育异常、吸入有害气体或颗粒等多种因素有关,经常发生在老年人群中。疾病的病程比较长,治愈率较低,患者经常反复发作,如果没有及时展开治疗,随着疾病的发展,患者可能会出现肺心病、呼吸衰竭等并发症,其中肺结核较为常见^[2]。在疾病的诊断当中,患者经常会合并咳嗽、气喘、胸闷、慢性咳嗽等症状,导致肺结核诊断率下降,出现误诊、漏诊等情况,延误患者治疗的最佳时机,影响预后^[3]。为此,本文中针对老年慢阻肺合并肺结核患者的治疗方案展开研究,报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2020年05月-2022年05月收治的80例老年慢阻肺合并肺结核患者,根据患者的个人意愿进行分组,分为实验组与对照组,每组40例。对照组男性25例,女性15例,年龄在63-85岁之间,平均年龄(73.25±3.78)岁;实验组男性22例,女性18例,年龄在62-84岁之间,平均年龄(73.88±3.66)岁。两组一般资料对比($P > 0.05$)。

纳入标准:①经过临床诊断患者符合慢阻肺合并肺结核诊断标准;②患者痰液培养、痰 AFB 或分子生物学为阳性;③患者可以配合临床研究;④患者年龄均在60岁以上,符合本次研究标准;⑤患者与家属均对研究涉及的风险表示知情,并签署同意书。

排除标准:①患者对本次研究药物过敏;②患者同时合并肝肾功能器质性损伤;③合并恶性肿瘤;④患者伴有认知功能障碍或精神疾病;⑤患者伴有严重心血管疾病;⑥患者存在严重代谢功能紊乱;⑦患者临床资料不全或者中途退出研究。

1.2 方法

对照组患者采用常规治疗方案,患者入院后对其进行胸部CT检查,给予患者对症应用解痉、平喘药物,并进行氧气吸入、营养支持,如治疗14天后症状无好转,留取痰液标本进行检查,根据实际检查结果来分析病情,制定下一步治疗方案。

实验组患者采用常规治疗联合抗结核治疗方案,患者入院后对其进行胸部CT检查,可见双肺、肺尖存在明显阴影,对患者进行抗结核治疗,具体为:异烟肼片,每次口服0.3-0.4g,每天1次;利福喷汀胶囊,每次口服0.45-0.60g,每周用药2次;左氧氟沙星,每次口服0.50g,每天1次;乙胺丁醇,每次口服0.75g,每天1次。在用药期间密切监测患者病情变化,并根据实际病情调整患者的用药剂量。两组患者均接受临床4周的治疗,观察治疗效果。

1.3 观察指标

(1)对比临床疗效,根据患者喘息、呼吸困难、胸闷等临床症状改善情况与肺部CT检查结果为判断标准,其中显效为临床症状完全消失,病灶吸收50%以上,空洞完全闭合或者面积缩小50%以上;有效为临床症状都有所缓解,病灶吸收50%以下,空洞面积缩小50%以下;无效为临床症状无缓解,病灶与空洞面积无变化或增加。总有效率=显效率+有效率。(2)对比肺功能指标,应用肺功能检测仪监测患者呼气峰值流速(PEF)、第1秒用力呼气容积比(FEV1/FVC)、用力呼气肺活量(FVC)。(3)对比双肺阴影消失率(胸片吸收情况)、空洞改善率(空洞闭合或者缩小)、痰菌转阴率(至少连续2个月结果为阴性)。(4)对比生活质量,采用SF-36量表^[4]。

1.4 数据分析

用SPSS24.0软件进行对数据的统计和整理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)来表示,计数资料运用卡方来检验, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比临床疗效

实验组患者总有效率为97.50%(39/40),其中显效30例,占比75.00%(30/40),有效9例,占比22.50%(9/40),无效1例,占比2.50%(1/40);对照组患者总有效率为82.50%(33/40),其中显效20例,占比50.00%(20/40),有效13例,占比32.50%(13/40),无效7例,占比17.50%(7/40)。实验组治疗总有效率高于对照组, $\chi^2=5.0000$, $P=0.0253$,差异显著, $P < 0.05$ 。

2.2 对比肺功能指标

治疗前,实验组患者PEF(2.47±0.25)L/s, FVC/FEV1(48.97±6.82)%, FVC(2.24±0.11)L;对照组患者PEF(2.42±0.33)L/s, FVC/FEV1(48.15±6.54)%, FVC(2.28±0.12)L,两组数据对比, $T=1.0377, 0.5489, 1.5541$, $P=0.9542, 0.5847, 0.1242$,无明显差异, $P > 0.05$ 。

治疗后,实验组患者PEF(3.58±0.47)L/s, FVC/FEV1(78.63±4.32)%, FVC(3.98±0.17)L;对照组患者PEF(2.89±0.55)L/s, FVC/FEV1(63.25±6.45)%, FVC(2.52±0.44)L。两组数据对比, $T=6.0320, 12.5301, 19.5757$, $P=0.0000$,实验组患者肺功能指标高于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。

2.3 对比双肺阴影消失率、空洞改善率、痰菌转阴率

实验组患者双肺阴影消失率95.00%(38/40),对照组患者80.00%(32/40), $\chi^2=4.1143$, $P=0.0425$,实验组高于对照组, $P < 0.05$ 。

实验组患者空洞改善率85.00%(34/40),对照组62.50%(25/40), $\chi^2=5.2300$, $P=0.0222$,实验组高于对照组, $P < 0.05$ 。

实验组患者痰菌转阴率77.50%(31/40),对照组50.00%(20/40), $\chi^2=6.5450$, $P=0.0105$,实验组高于对照组, $P < 0.05$ 。

2.4 对比不良反应发生率

研究组患者不良反应总发生率4.00%(2/50),头晕1例,占比2.00%(1/50),咳嗽气短1例,占比2.00%(1/50);对照组不良反应总发生率18.00%(9/50),心动过缓3例,占比6.00%(3/50),头晕4例,占比8.00%(4/50),咳嗽气短2例,占比4.00%(2/50),观察组低于对照组, $\chi^2=5.0051$, $P=0.0252 < 0.05$ 。

2.5 对比生活质量评分

实验组患者生理(83.42±10.55)分,心理(85.54±9.42)分,独立性(84.62±9.25)分,社会关系(84.44±9.21)分,环境(86.51±9.30)分,精神支柱(87.44±9.95)分;对照组生理(62.55±6.64)分,心理(74.55±9.58)分,独立性(72.35±9.60)分,社会关系(73.65±9.22)分,环境(75.49±9.32)分,精神支柱(74.46±9.15)分,两组患者数据对比, $T=11.8384$, $5.7840, 6.5082, 5.8546, 5.9184, 6.7899$, $P=0.0000$,实验组患者生活质量评分均高于对照组, $P < 0.05$ 。

3. 讨论

慢阻肺的发生原因在临床上并不明确,认为与遗传、吸烟、化学因素、生活环境等有关,疾病具有迁延不愈、反复发作等特点,导致患者气道出现不可逆性受阻^[5]。老年慢阻肺合并肺结核患者以反复咳嗽、消瘦、咯血、乏力等为主要表现,对于疾病的诊断以CT、X线为主,但是因为疾病在早期并没有特异性症状,导致漏诊率较高,大多只能检查出慢阻肺,继而忽视了肺结核,影响到疾病的治疗。所以,还应对患者进行痰菌检测,明确患者的病情^[6]。

目前,临床上对于老年慢阻肺合并肺结核的治疗以抗感染、解痉、平喘等对症治疗为主,可以改善临床症状,但是,因为老年人

(下转第104页)

(上接第 72 页)

的机体功能衰减,免疫功能下降,患者长期应用抗生素进行治疗,极易导致患者发生耐药性,继而影响到预后^[7]。因此,在疾病的治疗期间,应该选择更为安全、有效的治疗方案,根据患者实际病情变化,合理应用药物,最终达到治疗的目的。

本文结果显示,实验组治疗总有效率高于对照组;治疗后肺功能指标高于对照组;实验组双肺阴影消失率、空洞改善率、痰菌转阴率均高于对照组;且实验组患者用药后生活质量评分高于对照组($P < 0.05$)。结果提示,老年慢阻肺患者应用常规治疗联合抗结核治疗,能够提升整体治疗效果,有助于胸部空洞的吸收,促进痰菌转阴,帮助患者改善临床症状,提高肺功能,取得了理想的治疗效果。分析原因为:利福喷汀与异烟肼都是临床应用的一线抗结核药物,其中异烟肼的杀菌作用较强,对于结核分枝杆菌有着较高的选择性,有效抑制结核菌叶酸的合成,同时,还能快速进入到组织当中,充分发挥药效,但是单独应用会导致患者出现耐药性^[8]。利福喷汀属于新型合成长效利福霉素类抗生素,对于对抗结核分枝杆菌,并且药物安全性较高,有着比较强的穿透性,可以进入到细胞与纤维性的痰液或空洞当中,药物会在肝脏组织中代谢,经过胆汁排出。同时,利福喷汀也是一种全效类的杀菌药物,属于利福平环戊基衍生物,药物的杀菌活性要比利福平高出 3-9 倍,半衰期更长,约为 18h 左右,可以对病原菌发挥抗菌功效,抗菌的范围更^[9]。乙胺丁醇是一种合成抑菌抗结核药物,可以对结核杆菌与其他分枝杆菌产生作用,对于结核杆菌的生长、繁殖有着强效的抑制作用,

经过口服之后,胃肠道的吸收率能够达到 80%,用药后 2-4 小时会达到血药浓度高峰。联合多种抗结核药物治疗,可以有效提高抗菌功效,进一步提高治疗效果。此外,在本次研究中应用的左氧氟沙星属于第三代氟喹诺酮类药物,用药之后会作用在结核菌 DNA 的复制过程,充分发挥抗结核杆菌的功效^[10]。

综上,老年慢阻肺合并肺结核患者在常规治疗基础上应用抗结核治疗,可有效改善患者的临床症状与体征,有助于肺功能的恢复,帮助患者提高生活质量,值得推广运用。

参考文献:

- [1]黄秋琴,雷鸣,夏莹.老年慢性阻塞性肺疾病合并肺结核患者临床治疗的效果观察与分析[J].中国现代医生,2022,60(17):102-105.
- [2]吕冰.莫西沙星治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并肺结核的临床效果分析[J].中国实用医药,2021,16(12):147-149.
- [3]魏秀琴.老年慢性阻塞性肺疾病合并肺结核感染的临床治疗策略分析[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(33):204-205.
- [4]常丹凤.探讨老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)合并肺结核的临床特点及治疗反应特点[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(90):701-702.
- [5]张淑英.用左氧氟沙星联合化疗方案 2RHZE/4HR 对老年慢阻肺合并肺结核患者进行治疗的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(5):132.
- [6]杨翠霞.老年慢阻肺合并肺结核的治疗及预后分析[J].中国保健营养,2020,30(20):71.