

湿润烧伤膏防治鼻咽癌放射性皮肤损伤 50 例

★ 谷串联 姜如 (浙江省温州市第二人民医院 温州 325000)

摘要:目的:观察湿润烧伤膏防治鼻咽癌放射性皮肤损伤的临床疗效。方法:将 102 例患者分为观察组(常规宣教并从第 1 天放疗开始使用湿润烧伤膏)50 例,对照组(只进行常规宣教)52 例。两组均采用直线加速器 6MV-X 射线,行面颈联合两野对穿等中心常规照射,对中、晚期患者进行同期放化疗。结果:两组患者放射性皮肤损伤发生率为 100%,轻度放射性皮肤损伤(I、II 度):观察组为 88.0%,对照组为 57.7%;Ⅲ度放射性皮肤损伤:观察组为 12.0%,对照组为 42.3%;两组之间有显著差异;皮肤损伤发生的时间:放疗开始后 2~3 周发生放射性皮肤损伤的患者中观察组仅 13 例,而对照组 41 例,观察组 4 例于放疗 30 天后才发生放射性皮肤损伤,而对照组均在 30 天内发生。结论:湿润烧伤膏能有效地防治鼻咽癌放射性皮肤损伤的发生,减轻了患者痛苦,保证了放疗顺利进行。

关键词:鼻咽癌;放射治疗;皮肤损伤;湿润烧伤膏

中图分类号:R 289.5 **文献标识码:**B

鼻咽癌是我国及东南亚地区高发肿瘤,治疗首选放射治疗^[1]。90% 以上鼻咽癌患者在放射治疗过程中发生不同程度的急性放射性皮肤损伤。虽然发生的时间和严重程度不同,但皮肤损伤将造成疼痛、出血以及局部或全身感染,不仅给患者增加了身心痛苦与经济负担,且常被迫中断放疗,延长了治疗时间,不利于肿瘤的局部控制。本科自 2006 年 1 月~2008 年 12 月应用湿润烧伤膏防治鼻咽癌放射性皮肤损伤,效果良好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2006 年 1 月~2008 年 12 月,共计 102 例初诊鼻咽癌患者在本科接受了放射治疗。其中男 79 例,女 23 例;年龄 8~75 岁,平均年龄 48 岁;临床按鼻咽癌 1992 年中国分期 II~IVa 期,无远处转移。全身状况按世界卫生组织(WHO)评分为 0~1。全部患者均经知情同意,采用断层扫描 CT 或磁共振(MRI)等影像学诊断。用信封法将 102 例患者随机分为观察组 50 例、对照组 52 例,两组患者的年龄、性别、营养状况、照射次数及照射总剂量等比较,差异无统计学意义。

1.2 放射治疗

采用直线加速器 6MV-X 射线,行面颈联合两野对穿等中心常规照射,病灶肿瘤剂量经 2 次缩野后达到 68~72 Gy。双下颈部采用前切线野照射剂量

44~54 Gy。阳性淋巴结部位补量照射采用 9~12MV 电子线 16~20 Gy。对中、晚期患者采取同期放化疗。

1.3 观察指标

根据 SOMA 评分标准,Ⅰ度为滤泡样暗色红斑,色素沉着;Ⅱ度为皮肤干性脱皮;Ⅲ度为皮肤湿性脱皮,真皮外露,血清渗出,放疗区疼痛,皮肤反应的区域均在颈部两侧。

1.4 放射性皮肤损伤防治方法

常规宣教:放疗开始及放疗过程中两组患者均进行相同的放疗宣教,指导患者放疗前理发、剃胡须,勤剪指甲;有痒感时,可轻拍局部,勿搔抓皮肤;嘱患者保持照射野皮肤清洁、干燥;宜穿柔软、宽松、衣领大的棉纱内衣,避免摩擦;避免阳光照射,夏天尽量避免出汗,洗澡时勿用肥皂等刺激性强的洗涤品,不能用过冷、过热的水,勿用毛巾揉搓皮肤;勿在照射部位贴胶布,勿擅自在照射区皮肤使用刺激性油膏或其他药物。饮食方面宜进高蛋白、高维生素、易消化食品,忌辛辣刺激性食物,多饮水、多吃新鲜蔬菜及水果。

1.4.1 对照组 进行常规宣教。

1.4.2 观察组 除了常规宣教外,从第 1 天放疗开始使用湿润烧伤膏,将药品均匀涂在患者照射野皮肤并超出 1cm 左右,厚度 1 mm,并轻拍局部以利药物渗透到皮肤深处并吸收,每 12 小时涂药 1 次。在

放疗前4小时停止使用湿润烧伤膏,及时用毛巾擦净皮肤上的残留药物。如果皮肤出现红斑,干性脱皮,每6小时涂药1次;如果出现湿性脱皮,用无菌生理盐水冲洗局部皮肤后将湿润烧伤膏挤于压舌板或消毒的棉签上轻轻涂于创面及周围皮肤上,每4~6小时换药1次,每次换药前应将原来的残留药物及渗出物沾净。

2 结果

见表1、2。

表1 两组放射性皮肤损伤发生率 例(%)

组别	n	I级	II级	III级	P值
观察组	50	22(44)	22(44)	6(12)	<0.05
对照组	52	6(11.5)	24(46.2)	22(42.3)	

两组放射性皮肤损伤发生率为100%,但观察组严重程度显著低于对照组($=0.01$)详见表1。轻度放射性皮肤损伤(I、II度):观察组为88.0%,对照组为57.7%;III度放射性皮肤损伤:观察组为12.0%,对照组为42.3%;两组之间有显著差异。观察组有6例出现较严重的放射性皮肤损伤(湿反应),用药后多数创面渗出液减少,蜕皮逐渐减轻,表皮被覆淡黄色伪膜,疼痛消失,3~4天后新生肉芽形成,创面开始干燥,新生皮肤红嫩柔软有弹性,不遗留疤痕,创面愈合时间为3~7天,无一例因放射性皮肤损伤而停止放疗。对照组有22例出现较严重的放射性皮肤损伤(湿反应),其中12例被迫中止放射治疗,给予清创换药、中药湿敷、全身应用抗生素等处理,1~2周后痊愈。

表2 不同时间两组放射性皮肤损伤发生情况 例(%)

组别	n	损伤发生时间/天				P值
		≤13	14~21	22~30	>30	
对照组	52	4(7.8)	41(78.8)	7(13.4)	0(0.0)	<0.01
观察组	50	1(2)	13(26)	32(64)	4(8)	

皮肤损伤常发生于放疗开始后2~3周^[3]。本组放疗开始后2~3周发生放射性皮肤损伤的患者中观察组仅13例,而对照组41例;观察组4例于放疗30天后才发生放射性皮肤损伤,而对照组均在30天内发生。观察组放射性皮肤损伤发生时间较对照组明显延缓。

3 讨论

急性放射性放射性皮肤损伤是鼻咽癌放疗临床常见的并发症之一。随着放射剂量的增加,患者照射野皮肤会出现或轻或重的放射性反应。其发病机理是细胞核的DNA吸收了辐射能,导致了可逆性或不可逆性的DNA合成和分化两方面的影响,由此引起细胞基因的改变而引起一系列的皮肤反应和损

伤。损伤发生的轻重程度和患者的个体差异、营养状况等有密切的关系。有研究表明,局部皮肤接受射线照射5Gy就可以形成红斑,接受射线20~40Gy就可以形成上皮剥脱及溃疡^[4,5]。颈部接受放射治疗患者6.8%~15.1%可以出现湿性反应。本组患者接受放射线剂量都在4.5Gy以上,对于放射性皮肤损伤的治疗,没有有效的药物,做到预防也很困难,仅对患者进行常规的健康教育,保持局部不受强烈刺激,出现皮肤损伤的机率特别多。出现皮肤损伤后,大多采用停止放射治疗、休息、抗感染等对症处理的手段。由于治疗的中断,使放射治疗的生物学效应大大降低,给患者增加了新的痛苦,从而影响了生存率和肿瘤的控制时间,使后续治疗更加困难。

湿润烧伤膏中的大黄有很强的抗炎、消肿作用,黄芩具有清热燥湿、泻火解毒作用,能降低炎症的毛细血管的通透性,黄柏具有抗炎、止痛、解毒作用,地榆具有泻火解毒、收敛作用,冰片性味苦、寒,外用可以消炎、止痛、止痒,其穿透皮肤能力强,外敷可以直接作用于局部受损皮肤,使药物在局部发挥更大的作用,烧伤膏涂抹于局部皮肤,保持局部皮肤湿润,减轻照射野皮肤的干燥,提高患者的舒适度^[6],烧伤膏作为一种纯天然的、不含激素的中药,通过其消炎、止痛、排毒、收敛、去腐生肌的作用,来改善局部皮肤的血液循环,减轻水肿,同时加快渗出物的排出,促进损伤组织愈合。还能减轻炎症反应,促进损伤组织的复原,预防放射治疗后的纤维化和硬化,提高皮肤的耐受性,使放疗皮肤损伤出现晚、程度轻,可较好地防治放射I、II、III度皮肤损伤,并且使III度放射性皮肤损伤发生的程度明显下降,从而减轻了患者的痛苦,保证放疗顺利进行,提高了患者的治疗效果和生存、生活质量,并能减轻经济负担。

参考文献

- [1]殷蔚伯,谷铎之.肿瘤放射治疗学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2002:179-188.
- [2]邹国荣,谢方云,高剑铭,等.化疗联合放疗治疗T3N0-1M0鼻咽癌的预后分析[J].中国肿瘤临床,2006,33(23):1362-1366.
- [3]李广虎,刘蔚,张红雁.急性放射性皮炎防治新进展[J].安徽预防医学杂志,2007,13(3):207.
- [4]宋治兵,蒲旭阳.MEBO治疗II度急性放射性皮炎临床观察[J].中国烧伤创疡杂志,1997,11(4):57-58.
- [5]李素艳,商黎,殷蔚伯,等.金因肽对急性放射性粘膜及皮炎的作用[J].中华放射肿瘤学杂志,2002,11(1):30-32.
- [6]李秀玲,郭立欣,许春华.湿润烧伤膏治疗放射性湿性皮炎45例疗效观察[J].齐鲁护理杂志,2007,13(1):59.

(收稿日期:2009-04-23 责任编辑:秦小珑)