

多爱肤敷贴、维生素B12及庆大霉素 治疗鼻咽癌不同分级放射性皮炎的疗效分析

李金铃, 江晓林*, 彭娜

(陆军军医大学第三附属医院, 重庆 400042)

【摘要】目的 研究观察多爱肤敷贴、维生素B12及庆大霉素治疗鼻咽癌不同分级放射性皮炎的疗效分析。**方法** 选取我科2015年至2017年收治的急性放射性皮炎患者。分为实验组给予患者维生素B12及庆大霉素混合液局部湿敷处理, 对照组给予患者仅给予维生素B12及庆大霉素混合液局部湿敷处理。**结果** 在III-IV级放射性皮炎患者中, 实验组总有效率为91.7%, 对照组总有效率为83.3%, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 为不同损伤分级的患者找到合理的处置方案能够进一步保证我们临床放射治疗工作的顺利开展。

【关键词】 不同分级; 放射性皮炎; 多爱肤敷贴

【中图分类号】 R47 **【文献标识码】** A **【文章编号】** ISSN.2096-2479.2018.38.93.02

放射性皮炎尚无标准治疗, 临床治疗仍以对症、消炎处理为主, 在护理上保持照射野皮肤清洁, 防治感染^[1]。维生素B12和庆大霉素, 具有局部抗菌作用, 并可减轻因放射性灼烧所致的局部肿胀, 促进组织修复, 但是无密闭、保湿效果。而湿性愈合理论的提出, 湿性敷料用于急性放射性皮炎的防治^[2]。我们旨在讨论针对不同分级放射性皮炎患者是否都需要常规应用维生素B12和庆大霉素及湿性敷料进行处理, 现报告如下。

1 资料与方法:

1.1 一般资料

选取2015年1月至2017年10月我科收治的鼻咽癌根治性放射治疗后出现急性放射性皮炎患者118例, 其中男性61例, 女性57例, 平均年龄52.2岁。所有患者均接受体外直线加速器8MV-X射线调强放射治疗, 鼻咽部总剂量70-72.6Gy, 颈部淋巴结区域总剂量60-64Gy。出现I-II级放射性皮炎患者70名, III-IV级放射性皮炎患者48名。将I-II级放射性皮炎患者随机均分为两组, 记作实验组A及对照组A, 同理, 将III-IV级放射性皮炎患者随机分为两组, 记作实验组B及对照组B。实验组及对照组间患者的年龄、性别、照射剂量经统计学分析无显著性差异($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

放射性皮炎遵照CTCAE V3.0版本进行分级: I级: 轻度红斑/干性脱皮; II级: 中度/明显红斑, 斑点样湿性脱皮(大部分局限于皮褶), 中度水肿; III级: 不局限于皮肤皱褶的融合性湿性脱皮, 并非因小创口或磨损所致的出血; IV级: 组织坏死; 明

显的自发性出血; 危及生命。

1.3 治疗方法

用0.9%无菌生理盐水清洗创面, 必要时清除坏死组织, 再用安尔碘消毒创面周围皮肤。实验组给予患者维生素B12及庆大霉素混合液局部湿敷处理, 混合液由维生素B12注射液10mg+硫酸庆大霉素注射液80mg(8万单位)+0.9%无菌生理盐水100ml配制而成, 每次换药湿敷1次, 每次15min, 同时给予合适尺寸的多爱肤敷贴覆盖, 敷料与创面紧贴。根据渗液情况更换敷料, 1次/2d。对照组给予患者仅给予维生素B12及庆大霉素混合液局部湿敷处理, 每日1次, 每次15分钟。

1.4 治疗疗效评价标准

痊愈: 创口表面无新生渗出物, 新生上皮完整覆盖整个创面; 好转: 创口表面渗出物减少, 创面较初发时缩小50%以上; 无效: 连续给药1月以上, 病灶与治疗前比较无明显变化或创面感染、化脓等进一步恶化。愈合时间为从治疗之日起至放射性皮炎痊愈, 若创面未愈或恶化记作删失数据。

1.5 统计学处理

采用SPSS 13.0软件, 愈合时间行t检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

如表1所示, 我们认为从经济学角度考虑, I-II级放射性皮炎患者可只给予维生素B12及庆大霉素混合液局部湿敷治疗, III-IV级放射性皮炎患者需给予维生素B12和庆大霉素混合液及多爱肤敷贴联合治疗。

表1 不同分级放射性皮炎的治疗疗效及愈合时间对比

组别		疗效 [例(%)]		愈合时间 ($\bar{x}\pm s$)	P
		痊愈	无效		
A组	治疗组(n=35)	34(97.1)	1(2.9)	7.74±0.936	0.365
	对照组(n=35)	34(97.1)	1(2.9)	7.53±0.896	
B组	治疗组(n=24)	22(91.7)	2(8.3)	18.86±1.959	0.008*
	对照组(n=24)	20(83.3)	4(16.7)	21.55±3.804	

注: 1.A组为I-II级放射性皮炎患者, B组为III-IV级放射性皮炎患者。2.* $P<0.05$ 。

3 讨论

研究中发现, III-IV级放射性皮炎患者联合应用维生素B12和庆大霉素混合液及多爱肤敷贴可以缩短创面愈合时间。这可能的原因是按照CTCAE V3.0分级标准, III-IV级患者较I-II级患者皮肤创面相比, 通常伴有出血症状, 皮损症状也更重, 而由湿性愈合

理论可看出湿性愈合敷料的主要作用机理是创造和维持一个良好的湿性环境, 有利于坏死组织的溶解, 能保持创面恒温, 加快有丝分裂速度, 无结痂形成, 避免机械损伤, 保护创面免受细菌感染, 促进伤口的愈合^[3]。而传统敷料有一定的吸收性, 但其无法保持创面湿润与阻隔细菌入侵, 不利于细胞的爬行生长, 且敷料

作者: 李金铃, 女, (1982-) 护师, 从事肿瘤临床护理工作。

通讯作者: 江晓林, 女, (1973-) 主管护师, 从事肿瘤临床护理管理工作。

下肢足背动脉搏动, 双下肢的皮温、皮色、感觉及活动情况, 警惕患者并发下肢缺血的发生。(6) 监测凝血机制, 术后防止血栓形成需服用阿司匹林, 用药期间注意有无黏膜及胃肠道出血情况。(7) Q4h测量体温, 应用广谱抗生素, 定时监测血象变化, 及时的发现患者有无感染的征象^[9]。(8) 加强呼吸道管理, 术中全麻插管, 对呼吸道黏膜造成刺激或损伤, 甚至水肿。术后应给予低流量吸氧, q8h雾化吸入, 保持呼吸道通畅。鼓励患者勤翻身和咳嗽, 对年老体弱, 自行排痰有困难者, Q6h拍背, 必要时稀释痰液, 行吸痰术。对血氧饱和度较低的患者, 及时行血气分析检查, 纠正低氧血症。(9) 监测腹部情况, 观察患者有无腹胀、腹痛、及大便情况, 听诊肠鸣音, 患者术后6小时, 清醒后可进食易消化的普食。Q8h检测患者腹围情况, 警惕发生腹腔内出血。(10) 各脏器的功能监测, 术后48小时, 应监测每天尿量, 观察尿色, 及时复查肝肾功能, 警惕术后因腹主动脉血流动力学改变, 导致肾动脉痉挛, 引起肾脏缺血、急性肾功能衰竭。保持足够的血液灌注, 补充液体量, 维持血压。确保心、脑、肾动脉灌注的同时, 防止并发症的发生, 警惕吻合口漏血及心脑血管意外情况的发生^[10]。(11) 134例患者术后3个月, 6个月, 12个月均CT复查。其中术后3个月, CT复查, 131例患者瘤体缩小, 无内漏, 移植物内血流通畅, 移植固定, 无移位, 1例肠系膜下动脉参入供血, 将其栓塞内漏消失。2例移植物移位无渗血, 移位距离小于3cm, 行保守治疗。

3 结果

破裂腹主动脉瘤腔内隔绝术的患者病情危重, 是血管外科急危重症之一。通过对此类病人的急救和术后护理, 提高了此病的治愈率, 加速患者康复。134例患者均置入血管支架, 42例患者在全麻插管下行腹主动脉瘤腔内绝术, 手术完成后均顺利拔除气管插管。92例患者例在局麻下行腹主动脉瘤腔内修复术, 手术成功率98.5%。

4 讨论

破裂腹主动脉瘤是血管外科常见的疾病, 患者常因为救治前大量休克死亡。腔内隔绝术是一种安全、有效、微创的治疗破裂腹主动脉瘤的新方法。与传统开腹手术行腹主动脉瘤人工血管置换术相比, 该方法创伤小, 恢复快^[11]。对老年、合并其他疾病, 对手术不能耐受这更具优越性。破裂腹主动脉瘤早期临床表现

不典型, 一旦发生瘤体破裂, 危及病人生命, 病死率高达70%-90%。而择期手术病死率已降至5%以下^[12]。因此对患者早期诊断, 控制出血量, 积极急诊手术, 围手术期的急救和护理, 是降低死亡率, 提高患者满意度, 降低手术并发症的发生具有重要的意义, 也是提高腔内隔绝术治疗破裂腹主动脉瘤的手术成功的关键。

参考文献

- [1] 许永乐, 郭伟, 刘小平, 等.破裂腹主动脉瘤行腔内修复术与开发手术早期结果比较研究[J].中国实用外科杂志, 2012, 32(12): 1015-1017.
- [2] 景在平, 辛群.腹主动脉瘤的治疗方法与其远期效果评价[J].中国现代手术学杂志, 2007, 11(2): 81-84.
- [3] 舒端朝, 冯涛, 陈述, 等.传统开腹手术和腔内修复术治疗腹主动脉瘤破裂的临床对照研究[J].心肺血管病杂志, 2015, 34(10):764-767.
- [4] 张显岚, 郭建刚.腔内修复术治疗破裂性腹主动脉瘤的疗效及技巧探讨[J].实用临床医药杂志, 2015, 19(9):55-58.
- [5] 聂皓, 郑月宏.腹主动脉瘤腔内修复术后II型内漏的治疗进展[J].心肺血管病杂志, 2016, 35(5):416-418.
- [6] 陈洪胜, 郭媛媛, 彭飞, 等.腹主动脉瘤腔内修复术后髂分支架内闭塞的危险因素分析[J].中国普通外科杂志, 2016, 25(6):828-832.
- [7] 吴荷玉, 吴丽, 高兴莲, 等.双肾动脉开窗型腔内隔绝术治疗巨大腹主动脉瘤手术配合[J].全科护理, 2015, 18.
- [8] 陈云玲, 魏琳, 张静.腹主动脉瘤腔内隔绝术围手术期护理[J].工企医刊, 2016, 24(12):583-585.
- [9] 孙辉, 王海洋.感染性腹主动脉瘤腔内修复治疗的围术期护理方法探讨[J].检验医学与临床, 2017, 14(1):66-68.
- [10] 孙小静, 王志学, 等.杂交手术室行腹主动脉瘤腔内隔绝术的配合与护理[J].中国校医, 2016, 30(6):479-480.
- [11] 曾庆龙, 杨根欢, 刘昌伟, 等.破裂腹主动脉瘤腔内修复术与开发手术疗效比较[J].中国科学报, 2014, 36(6):624-628
- [12] 张月香.一例腹主动脉瘤破裂大出血病人的抢救及护理[J].天津护理, 2017, 253(3): 277-279

本文编辑: 雷巧云

(上接90页)

参考文献

- [1] 张艳玲.普外科护理存在的安全隐患及防范对策[J].中国卫生监督, 2015, 34(11): 34-36.
- [2] 扈文松.普外科护理的风险分析与防范措施[J].健康信息文摘, 2016, 08(22): 67.

- [3] 陈文, 韩艳艳.普外科护理常见危险因素及降低其风险措施分析[J].中国城乡企业卫生, 2016, 08(16): 151-152.
- [4] 刘玉芳.普外科护理风险因素分析及对策措施[J].中国医药指南, 2012, 22(35): 319-320.

本文编辑: 雷巧云

(上接93页)

纤维易脱落而与创面黏连。多爱肤敷贴为新型湿性敷料因具有密闭、保湿、保温、防水性, 不黏连伤口, 预防瘢痕的增生, 有效地减少感染, 从而加速创面的愈合。正是以上原因, 使得III-IV级的患者可以更多的从联合治疗中获益。

急性放射性皮炎不仅增加病人痛苦, 而且延长治疗时间, 从而影响患者对放射治疗的依从性。因此为不同损伤分级的患者找到合理的处置方案能够进一步保证我们临床放射治疗工作的顺利开展。

参考文献

- [1] 徐萍, 艳萍.多爱肤敷料治疗III级放射性皮肤损伤疗效观察[J].护士进修杂志, 2010, 25(6): 570-571
- [2] 陈三妹, 唐四元, 焦迎春.急性放射性皮炎防治的研究进展[J].中华现代护理杂志, 2012, 10(18):3456-3458.
- [3] 叶丽茹, 余纪岚, 程芬, 等.新型湿性敷料与洁悠神联用对褥疮患者的临床疗效分析[J].抗感染药学, 2015, 12(6): 881-884

本文编辑: 雷巧云