

# 预见性护理对肿瘤患者放射性皮炎的影响分析

魏亚男

(中国人民解放军中部战区总医院肿瘤科放疗病区 湖北武汉 430000)

**摘要:**目的:研究预见性护理对肿瘤患者放射性皮炎的影响分析。方法:选择2021年1月至2021年12月我院肿瘤科放疗病区的患104例为研究对象。采用随机数字表分为实验组和对照组,研究过程中依从性差退出2例、病情变化转科2例,最后纳入100例肿瘤放疗患者为研究对象,其中实验组50例,对照组50例。对照组予以常规的护理方法,包括常规的放射科入院护理、放疗前准备、放疗后护理、出院宣教。实验组在对照组的基础上增加预见性护理服务,比较两组患者放射性皮炎发生率的影响。结果:实验组患者放射性皮炎发生率为30%,对照组发生率为46%,分级的严重程度与对照组比较有明显差异( $P < 0.05$ )。结论:预见性护理可以预防肿瘤科患者放射性皮炎的放射率,值得临床推广使用。

**关键词:**预见性护理;肿瘤;放射性皮炎;影响分析

## 引言

放疗即放射治疗,是临床上治疗肿瘤的重要手段,其原理是利用 $\alpha$ 、 $\beta$ 、 $\gamma$ 射线以及X射线等损伤肿瘤细胞,以达到抑制或杀灭肿瘤细胞的目的,可使肿瘤缩小,缓解肿瘤压迫导致的不适症状,对后续制定治疗方案、减轻患者痛苦、提高患者生存质量有很大帮助<sup>[1]</sup>。放疗一般分为根治性放疗、姑息性放疗、配合治疗等,可根据肿瘤的具体情况由医生和患者共同进行选择治疗方案。放射性皮肤损害又称放射性皮炎,是放疗中和放疗后经常遇到的问题,好发于颈部、腋下及腹股沟等皮肤薄嫩和多皱褶的部位,常常出现在放射治疗过程中或治疗后,发生率约为91.4%,临床表现为红斑、脱皮、水肿、渗出、糜烂、溃疡、出血、继发感染等,出现损伤严重,被迫中断治疗的发生率为58.1%<sup>[2]</sup>。预见性护理是护士运用护理程序对患者进行全面综合的分析与判断,提前预知存在的护理风险,从而采取及时有效的护理措施,避免护理并发症的发生,提高护理质量和患者的满意度。预见性护理主要针对每种疾病的发生、发展及病情变化规律,可能出现的并发症,以及现存的和潜在的护理危险问题,对患者的身心状况、病情严重程度做出评估,从而提出预见性护理措施。目前我国已经有很多医院在临床中进行了积极的探索与实践,显示出医院预见性护理的无限生机和活力,本研究以预见性护理服务为主线,把临床护理工作与预见性护理理念紧密结合在一起,以期降低我科肿瘤放疗患者放射性皮炎的发生率和严重后果,提高患者的生存质量。现介绍如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2021年1月至2021年12月我院肿瘤科放疗病区的患104例为研究对象。纳入标准:(1)年龄波动在18~70岁;(2)经病理确诊后,需要进行放疗治疗的患者;(3)放疗前皮肤组织正常,没有皮肤病既往史;(4)生活能力可以自理,患者对此次调查知情同意。排除标准:(1)治疗前合并糖尿病或糖代谢异常;(2)治疗及护理的依从性差;(3)自愿要求退出、中途转科或死亡;(4)放疗时间超过7周者。采用随机数字表分为实验组和对照组,研究过程中因依从性差退出2例、病情变化转科2例,最后纳入100例肿瘤放疗患者为研究对象,其中实验组50例,对照组50例。本研究通过了我院临床研究伦理委员会审批。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组予以常规的护理方法,包括常规的放射科入院护理、放疗前准备、放疗后护理、出院宣教。实验组在对照组的基础上增加预见性护理服务。具体包括:(1)成立预见性护理干预小组:首先由本科室经验丰富的护理人员组成预见性护理小组,由护士长负责对组员展开培训,具体内容包括提高护士独立思维与钻研的能力;重视皮肤评估。组员需要人人掌握放射性皮炎美国肿瘤放射治疗协会(Radiation Therapy Oncology Group, RTOG)分级评价标准<sup>[3]</sup>的培训,统一提高护士对皮炎评估的准确性;保证护士进行安全、有效的护理行为;调动护士的积极性,体现护士的自身价值使护理工作

由被动变为主动,体现护理专业价值人性化护理理念、技能等。(2)放疗前皮肤干预护理:患者对放疗的医学知识缺乏了解,对放疗后出现的不良反应存在焦虑、紧张、恐惧等负性心理压力。患者的不良情绪,严重影响皮肤护理的配合和康复。因此,护理人员要利用自己的所学知识、创造性思维,提前对患者进行皮肤护理干预。首先进行心理干预时,护士要仪表端庄、态度和蔼、言语亲切,要以关心安慰和同情患者的心态出发,与患者沟通交流,向患者发放放疗皮肤护理的宣传手册时,详细向患者及家属介绍预防性保护的、步骤和方法,放疗后可能出现的皮肤不适特征和需要患者注意的事项,以缓解患者因缺乏医疗知识而产生的焦虑和恐惧,从而更好的配合治疗和护理工作。(3)合适的干预药物:放射保护剂(radiation protective agent)是机体受电离辐射照射前,为能减轻辐射损伤早期应用的一类化合物,它可有效清除辐射产物游离自由基、补给氢原子或减慢辐射损伤反应而使组织自我修复<sup>[4]</sup>。一般常用三乙醇胺乳膏,每次涂抹药膏前必须先把放射野内皮肤进行清洁,充分暴露患者放射野周围皮肤。将药膏均匀涂在放射野皮肤上,涂抹范围超出放疗区域1cm,并行按摩5分钟,涂抹频次与厚度随着放疗次数的增加慢慢调整,在涂抹过程中,要保护皮肤上的标记点或者标记线。(4)预见性生活指导:由于照射范围内的身体潮湿部位以及皮肤皱褶部位比较容易患病,患者外出进行放疗时,建议患者尽量穿宽松吸汗的柔软全棉类衣物,这样可以避免皮肤受到刺激和摩擦而诱发疾病。因氧化锌为重金属可产生二次射线加重皮肤损伤,故照射野内不可贴胶布。照射区皮肤禁止剃毛发,宜用电剃须刀,防止损伤皮肤造成感染,照射区皮肤禁作注射点。在外出的时候,局部皮肤一定要做好保护工作。建议穿一件防晒的衣服,这样可以防止日光直射,夏天的时候建议打伞出门,减少出汗对皮肤的刺激。由于在放射治疗期间非常容易出现低蛋白血症,所以告知患者饮食中要保持营养均衡,以高热量,高蛋白,高维生素的食物为主,如菠菜、韭菜、番茄等蔬果及大豆、核桃、花生等壳类食物<sup>[5]</sup>。另外患者要禁止辛辣的食物,每日少量多次饮水,饮水量至少要达到2000毫升,这样才可以保持皮肤有充足的水分,并且还可以提高皮肤的抵抗力<sup>[6]</sup>。(4)放疗后的皮肤护理:放疗后,放射治疗区的皮肤要注意清洁,在治疗之后,局部皮肤可以用温水和软毛巾轻轻的蘸洗,避免造成冷热刺激,在清洗的过程当中不要使用刺激性的洗涤用品,包括消毒酒精以及碘酒等刺激性的消毒剂也要禁止使用。在预防放射性皮炎疾病的时候,严格执行操作,避免放射治疗时过大剂量,另外在治疗之后还要注意观察皮肤的变化,对于已经出现了放射性皮炎的患者,1级:注重每日皮肤评估,观察皮肤的表现及变化;2级:重点避免皮肤遭受摩擦、搔抓等机械性刺激,加强营养,提高免疫力;若湿性皮炎难免发生,尽早伤口造口门诊会诊和换药。3级及以上:防止小水疱破溃,必要时抽出疱液加压包扎,必要时根据药敏抗感染治疗<sup>[7]</sup>。根据医嘱给病人用烧伤膏、烫伤膏,和三乙醇胺乳膏结合使用。如果后期皮肤出现破溃,合并感染,还会根据医嘱涂抹抗生素成分的膏乳。在治疗过程中如果已经出现了放射性皮炎的患者,应该立即和医生沟通,必要时停止治疗,避免出现更严重

的不良反应。

### 1.3 观察指标

比较两组患者在接受放射时放射性皮炎的发生率及严重程度, 严重程度根据美国肿瘤放射治疗协会 (Radiation Therapy Oncology Group, RTOG) 分级评价标准: 0 级为照射野皮肤无反反应; 1 级为干性脱皮, 皮肤发红、脱发、无汗; 2 级为鲜红色红斑、斑片状湿性脱皮, 中度水肿; 3 级为严重湿性脱皮、融合大片、凹陷性水肿; 4 级为皮肤出现溃疡、出血和坏死。

### 2 结果

2 组患者放射性皮炎发生率比较。实验组 0 级 35 例, 发生率为 30%, 对照组发生率为 46%, 具体人数对照组比实验组少 10 例, 对照组 I 级患者 22 例, 比实验组多 9 例, 对照组 II 级患者比实验组少 1 例, III 级、IV 级两组均为出现, 具体见表 1。

表 1 2 组患者放射性皮炎发生率比较

组别	N	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级
实验组	50	35	13	2	0	0
对照组	50	25	22	1	0	0

注:  $\chi^2 = 9.112$ ,  $P = 0.016 < 0.05$ 。

### 3 结论

放射性皮炎 (radiodermatitis, RD) 又称辐射性皮炎, 是由各类型的电离辐射 (如 X 射线) 所引起的急性或慢性皮肤、黏膜损伤, 临床以放疗局部皮肤红斑、脱毛、瘙痒等为主要表现, 是肿瘤局部放疗最常见的并发症<sup>[8]</sup>。RD 不仅影响肿瘤患者生存质量, 甚则可引起放疗中断, 延误治疗时机。有研究指出<sup>[9]</sup>, 预见性护理不仅可以降低疾病的恶化率, 还可以有效预防相关并发症的发生。在临床护理中, 预见性护理则会将患者作为护理重点对象, 属于一种更加具有规范化、科学化、综合性的护理模式。医护人员充分地发挥自身主动性, 时刻考虑患者的感受, 结合患者的需求为其提供更加具有针对性的护理干预模式, 可让患者病情恢复期间的心理状态更好, 提高机体康复速度<sup>[10]</sup>。本研究也可以看出, 实验组患者放射性皮炎发生率及严重程度与对照组比较有明显差异 ( $P < 0.05$ ), 与此同时, 医护人员的专业性护理服务能够得到广大患者及家属的认可, 提升

其对于护理方案的满意度, 在护理期间的护理配合度和依从性也可得到提高, 所以将预见性护理应用在放疗患者皮肤管理的工作中具有深远的意义。本研究是根据目前我国现有文献中, 对预见性护理流程进行归纳总结并应用到放疗患者的并发症放射性皮炎的管理中, 但后续还需进一步结合临床实践, 开展更多相关的临床验证及基础研究, 为预见性护理在放射性皮炎中的应用提供更确切的证据。

### 参考文献

- [1]MATEUSZ S. Chronic radiation-induced dermatitis: challenges and solutions[J]. Clin Cosmet Invest Dermatol, 2016, 9: 473-482.
- [2]WONG R K, BENSADOUN R J, BOE R S-DOETS C B, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of acute and late radiation reactions from the MASCC Skin Toxicity Study Group[J]. Support Care Cancer, 2013, 21 (10): 2933-2948.
- [3]Rosenthal A, Israilevich R, Moy R. Management of acute radiation dermatitis: A review of the literature and proposal for treatment algorithm[J]. J Am Acad Dermatol, 2019, 81 (2): 558-567.
- [4]徐彦, 杨巍娜, 赵世恩. 三黄膏联合蜂蜜防治乳腺癌术后放射性皮炎的疗效观察[J]. 中国药房, 2014, 25 (19): 1789-1791.
- [5]彭瑞娟, 李冬梅, 黄石群, 等. 紫草液喷雾剂联合护理干预在降低 III 度及以上放射性皮炎中的应用研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3 (15): 3074-3075.
- [6]吴博, 鲍沈平, 范成龙, 等. 复方芦荟凝胶对放射性皮炎大鼠模型作用的研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(21): 122-125.
- [7]朱中成, 魏志江, 王明, 等. 自制中药油外涂联合小牛血去蛋白提取物治疗放射性皮炎 42 例[J]. 河南中医, 2016, 36 (8): 1383-1385.
- [8]中华医学会医学美容与美学分会皮肤美容学组. 放射性皮炎诊疗专家共识[J]. 中华医学美容美容杂志, 2021, 27 (5): 353-357.
- [9]王翠云. 常规护理与预见性护理模式在脑出血患者急性期护理中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20 (12): 14-16.
- [10]BalaRamanan, et al. Inguinal Hernia: Follow or Repair. Advances in Surgery[J]. 2014: 1-11.