

头颈部恶性肿瘤放疗致咽喉部并发症 327 例分析

陈德禄, 周苏波, 胡志强

【摘要】 目的 分析头颈部恶性肿瘤放射治疗对咽喉部的影响, 了解不同照射剂量与咽喉并发症的联系, 以预防或减少严重咽喉部并发症的发生。**方法** 回顾性分析我院近 5 年来 552 例头颈部恶性肿瘤放疗咽喉部并发症发生情况。**结果** 发生放射性咽喉部并发症 327 例, 发生率为 59.2% (327/552); 其中行根治性放疗咽喉部并发症的发生率为 72.0% (296/411), 补充放疗或联合放疗的咽喉部并发症的发生率为 22.0% (31/141)。**结论** 放射性咽喉部并发症的发生与照射剂量及个体差异等有关。雾化吸入和自制消炎漱口液漱口能减轻咽喉部并发症, 对较重患者短期使用抗生素和激素尤其是激素疗效更好。

【关键词】 放疗并发症; 头颈部肿瘤; 喉坏死; 喉软骨膜炎

中图分类号: R739.91; R730.55 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)04-0346-02

放疗是头颈部癌的有效治疗措施之一, 可以达到抗癌效果, 但会造成正常组织的损伤, 出现一系列的口腔咽喉部并发症, 如粘膜炎、溃疡、口腔干燥症、喉炎甚至喉软骨坏死等。本文主要就我院近 5 年来 552 例各种头颈部恶性肿瘤放疗引起的咽喉部并发症的情况进行分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我科 2005 年 1 月至 2009 年 12 月放射治疗头颈部恶性肿瘤 552 例, 男 382 例, 女 170 例, 年龄 18~83 岁, 平均 41 岁。鼻咽癌 349 例, 鼻窦癌 22 例, 扁桃体癌 29 例, 淋巴瘤(包括恶性肉芽肿)72 例, 下咽癌 35 例, 喉癌 45 例。出现咽喉部并发症 327 例, 男 221 例, 女 106 例, 年龄 21~83 岁, 平均 39 岁。鼻咽癌 226 例, 鼻窦癌 12 例, 扁桃体癌 14 例, 恶性淋巴瘤 41 例, 下咽癌 18 例, 喉癌 16 例。

1.2 放射治疗情况 鼻咽癌: 6 兆伏 X 线常规分割照射, 5 次/周, 2 Gy/次, 鼻咽照射设双侧面颈联合野+耳前野, 部分加照鼻前野, 有颅底骨质破坏者加颅底小野, 鼻咽照射剂量 60~80 Gy, 6~8 周完成; 颈淋巴结阳性颈部照射剂量 60~70 Gy, 6~7 周完成; 颈淋巴结阴性预防照射 50~60 Gy, 5~6 周完成。鼻咽原发灶采用 6 兆伏 X 射线垂直照射, 颈切线剂量 46 Gy 后电子线补量至 60~70 Gy, 颈髓及脑干剂量控制在 40 Gy 以下。鼻腔恶性肉芽肿(淋巴瘤): 6 兆伏 X 线照射 50~60 Gy; 扁桃体鳞癌: 60~70 Gy; 下咽癌、喉癌根治性放疗: 70 Gy, 术后补充放疗: 50 Gy。

1.3 放射性咽喉部并发症严重程度判断标准 根据卫生部医学规范与标准^[1], 放射性口腔粘膜反应分为 1、2、3、4 级, 由于放疗后几乎 100% 的患者都会有粘膜充血反应, 因此 1 级的粘膜反应未计入并发症内。1 级: 粘膜充血; 2 级(轻度): 放疗后出现咽喉疼痛, 粘膜充血, 少量散在点状溃疡, 基本不影响生活和治疗; 3 级(中度): 放疗后出现明显的咽喉疼痛、吞咽痛, 检查粘膜充血、肿胀, 大量点状溃疡或小片状溃疡, 影响生活但经适当的处理能坚持治疗; 4 级(重度): 放疗后出现严重的咽喉疼痛, 吞咽困难甚至点水难进, 检查粘膜严重充血肿胀及大量浅溃疡或成片状溃疡, 严重影响生活而需暂停放疗。

2 结果

2.1 放射性咽喉部并发症发生情况 552 例各种头颈部恶性肿瘤患者行根治性放疗的 411 例, 补充放疗的 141 例。因放疗出现咽喉部并发症的 327 例, 发生率为 59.2%。根据上述判断标准轻度为 201 例, 占 61.5%; 中度为 87 例, 占 26.6%; 重度为 39 例, 占 11.9%。根治性放疗的出现咽喉部并发症的 296 例, 发生率为 72.0%, 轻度为 173 例, 占 58.4%; 中度为 84 例, 占 28.4%; 重度为 39 例, 占 13.2%, 包括 1 例出现极严重的喉脓肿和喉软骨坏死。补充放疗的出现咽喉部并发症的 31 例, 发生率为 22.0%, 轻度为 28 例, 占 90.3%; 中度为 3 例, 占 9.7%; 无重度病例。

2.2 咽喉并发症的处理及转归 对轻度患者用雾化吸入和自制消炎漱口液治疗, 药液直接作用于口腔咽喉部, 具有起效快、用药量小、不良反应少的优点。常用雾化液有生理盐水、地塞米松、糜蛋白酶、双黄连等。漱口液用生理盐水 500 ml 加利多巴因

作者简介: 陈德禄(1963-), 男, 浙江临海人, 本科, 副主任医师, 从事耳鼻咽喉科工作

作者单位: 315040 浙江宁波, 解放军 113 医院耳鼻喉科

10 ml, 庆大霉素 8 万 U, 地塞米松 5 mg, α -糜蛋白酶 4000 U 混合后摇匀使用。中度患者除雾化吸入和自制消炎漱口液治疗外, 加用清咽利喉的中成药或中药茶剂(金银花、菊花、玉蝴蝶、胖大海等)代茶饮, 间断短期使用抗生素和激素。重度患者在配合药物治疗的同时适当暂停放疗 3~5 天, 待症状好转再继续放疗。所有患者都能在 8~9 周内完成放疗, 并咽喉部的症状多在 1~2 周内逐渐好转, 1 例极严重的喉软骨坏死, 经脓肿切开引流、全喉切除, 全愈出院。

3 讨论

3.1 放疗并发症与射线剂量 放疗发生咽喉部并发症很常见^[2,3]。但大部分都是轻、中度, 发生重度反应相对少见, 在全部放疗的患者中不到 10%, 在根治性放疗, 射线剂量达到 60~70 Gy 的患者中约占 13%, 1 例极严重的喉软骨膜炎及喉坏死则十分少见。一般认为放射性组织损伤与射线剂量成正比, 但也与个体敏感性有关。此患者照射的总量与时间都在正常范围, 分析认为放射性喉损伤并非单位时间内射线剂量大所致, 应该与患者个体敏感性有关。

3.2 放射性咽喉并发症的治疗 放疗发生咽喉部并发症, 大多为轻度, 即使出现中重度反应, 经适当

治疗后, 尤其在放疗结束后慢慢好转。很多文献介绍雾化吸入和消炎漱口液治疗对预防和治疗口腔咽喉部并发症疗效显著^[4,5], 但我们觉得对中、重度反应的患者间断短期使用抗菌素和激素尤其是激素疗效更好。尽管喉软骨膜炎及喉脓肿十分少见, 但一旦出喉软骨膜炎及喉脓肿, 病情就非常严重, 因此对出现重度咽喉部并发症的患者, 预防出现放射性喉软骨坏死就十分必要。我们认为某些临床表现, 如顽固性咽喉部疼痛, 长时间会厌、披裂肿胀, 发音无力等, 尤其是放疗结束后仍反复咽喉疼痛、肿胀要引起充分的重视, 它可能预视着喉坏死的发生。

【参考文献】

- [1] 卫生部. 放射性口腔炎诊断标准[J]. 中国农村医学杂志, 2005, 3(5): 61-62.
- [2] 韩志华, 郝文秀, 贾星, 等. 头颈部肿瘤放疗并发症的探讨[J]. 肿瘤研究与临床, 2005, 17(1): 29-31.
- [3] 姜武忠, 廖遇平, 谢啸平. 鼻咽癌放疗后耳鼻及皮肤并发症的治疗[J]. 中华放射医学与防护杂志, 2006, 2(3): 259-260.
- [4] 胡碧云, 谢惠清. 消炎漱口液对鼻咽癌患者的放射性口腔粘膜反应的防治效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2004, 25(11): 1127.
- [5] 张素英, 刘桂馨. 自制漱口液治疗放射性口腔粘膜反应效果观察[J]. 中国误诊学杂志, 2002, 2(8): 1170.

(收稿日期: 2010-04-12)

(本文编辑: 黄攸生)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

关于来稿中统计学处理的说明

统计学处理中应包含数据的表示方式、应用的统计方法和统计软件, 并说明检验水准。数据的表示方式应按照有关规定, 统计学符号一律采用斜体排印。

统计分析方法的选择: 对于定量资料, 应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的, 选用合适的统计学分析方法, 不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析; 对于定性资料, 应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的, 选用合适的统计学分析方法, 不应盲目套用成组 χ^2 检验; 对于回归分析, 应结合专业知识和散布图, 选用合适的回归类型, 不应盲目套用直线回归分析; 对重复实验数据检验回归分析资料, 不应简单化处理; 对于多因素、多指标资料, 要在一元分析的基础上, 尽可能运用多元统计学分析方法, 以便对各因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。对涉及复杂统计学的论文建议请统计人员审稿把关。

统计结果的解释和表达: 应说明所用统计分析方法的具体名称(如: 成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等), 给出统计量的具体值(如: $t = 3.45$, $\chi^2 = 4.68$, $F = 6.79$ 等); 在用不等式表示 P 值的情况下, 一般选用 $P > 0.05$ 、 $P < 0.05$ 和 $P < 0.01$ 三种表达方式即可满足需要, 无须再细分为 $P < 0.001$ 或 $P < 0.0001$ 。当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$) 时, 说明对比组之间的差异有统计学意义。当涉及总体参数(如总体均数和总体率等)时, 在给出显著性检验结果的同时, 应给出 95% 可信区间。