

# 系统护理对鼻咽癌精确放疗患者常见放射反应的作用分析

王佳胜, 丁巍

**【摘要】 目的** 探讨系统护理对精确放疗患者常见放射反应的影响。 **方法** 收集 2016 年 12 月至 2017 年 12 月南京中医药大学附属八一医院行精确放疗的鼻咽癌患者 100 例,采用分层随机化方法分为对照组与观察组,各 50 例,对照组行常规护理,观察组在对照组基础上行系统护理,比较 2 组患者护理 2 个月后,皮肤、黏膜、耳部反应以及骨髓抑制反应分级情况。 **结果** 患者皮肤、口腔黏膜和耳部急性放射反应分级中,系统护理组与对照组 1 级分别占比为 44%、28%、46%和 8%、4%、8%;2 级分别占比为 36%、52%、40%和 32%、16%、34%;3 级分别占比为 14%、14%、10%和 36%、48%、36%;4 级分别占比为 6%、6%、4%和 24%、32%、22%,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ );同时,系统护理组和对照组患者骨髓抑制的白细胞、血小板和血红蛋白反应分级情况,1 级分别占比为 40%、48%、50%和 12%、8%、14%;2 级分别占比为 38%、36%、40%和 20%、20%、30%;3 级分别占比为 16%、10%、6%和 40%、40%、44%;4 级分别占比为 6%、6%、4%和 28%、32%、12%,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。 **结论** 系统护理对鼻咽癌精确放疗患者具有降低反应,减少并发症,保证患者圆满完成治疗的积极作用。

**【关键词】** 系统护理;精确放疗;放射反应

**【中图分类号】** R551.2

**【文献标志码】** B

**【文章编号】** 1672-271X(2019)01-0095-03

**【DOI】** 10.3969/j.issn.1672-271X.2019.01.023

## 0 引言

鼻咽癌居我国头颈部恶性肿瘤之首,治疗上首选放疗<sup>[1-2]</sup>。近年采用的精确放疗,一定程度上降低了不良反应<sup>[3]</sup>,但鼻咽部解剖复杂,邻近组织器官多,放疗不可避免会引起患者全身和局部相关并发症的发生,如放射性皮炎、口腔黏膜的损伤、耳部反应及骨髓抑制等,导致皮肤红斑破溃,口腔黏膜溃疡、中耳炎、白细胞下降等表现。系统护理是针对疾病进行的系统化、科学化及全面的一种护理行为,目的是提升护理对象的治疗效果和身心状态。有研究显示系统化护理对鼻咽癌放疗患者具有改善放射反应的作用<sup>[4]</sup>。本文主要对 2016 年 12 月至 2017 年 12 月收治的精确放疗鼻咽癌患者 100 例,通过分组对比分析的方法,分析验证系统护理对鼻咽癌精确放疗患者放疗反应改善的效果。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取南京中医药大学附属八一医院 2016 年 12 月至 2017 年 12 月期间收治的精确放疗鼻咽癌患者 100 例,其中,肿瘤分期 I 期 11 例,II 期 25 例,III 期 52 例,IV 期 12 例。采用分层随机化方法,根据年龄、性别、疾病分期等分为对照组和观察组,各 50 例。对照组,男 38 例,女 12 例,年龄 30~82 岁,平均年龄( $49.5\pm 11.2$ )岁;观察组,男 40 例,女 10 例,年龄 28~80 岁,平均( $46.2\pm 11.5$ )岁;两组患者年龄、性别和病情严重程度等临床资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 方法** 对照组采用鼻咽癌放疗常规护理,即按照基础放疗护理操作规程进行,护理时间为 2 个月。观察组在对照组护理基础上融入心理护理、营养支持和健康教育等系统护理,护理时间同对照组。

**1.2.1 心理护理** 癌症患者的心态有焦虑、害怕、信心丧失等,对其采用分析与保护性心理护理方法,注意聆听其诉求,探知其真实的内心世界,从而制订适应的引导方法<sup>[5]</sup>,对其正确的引导。科室依据患者对癌症的认知程度,组成多个癌症沙龙,

作者单位:210002 南京,南京中医药大学附属八一医院放疗科(王佳胜、丁巍)

通信作者:丁巍, E-mail: newdavy@163.com

推荐抗癌明星现身说教,让患者树立战胜癌症的信心,保持积极的心态。

**1.2.2 建立社会支持系统** 以温馨舒适的科室自然环境为基础,医师、护士、患者、亲友及病友之间经常性的良好互动,构建和谐的人文环境,不断的给予患者鼓励和支持,使患者能够正确面对疾病。放疗患者由于心理和(或)放疗损伤的影响,产生进食障碍,这时发挥社会支持系统的作用,让患者明白营养的重要性,癌肿组织的消耗、放疗损伤的修复均需要充足的营养<sup>[6]</sup>,鼓励其增加营养的摄入。

**1.2.3 常见放射反应护理** 对患者皮肤、口腔黏膜和耳部放射反应,提前预估,并指定责任护士。皮肤护理:反复教导患者正确的护肤方法,督促患者尽早换穿宽松、柔软的棉质上衣,照射前喷涂抗辐射液等。口腔黏膜护理:督促患者及时口腔清洁,经常检查其黏膜情况,发现溃疡时,及时用“等渗盐水+利多卡因+特立立”漱口<sup>[7]</sup>。耳部护理:不定期的询问与查体,发现鼻黏膜水肿时,用麻黄素和庆大霉素配成的溶液滴鼻;听力下降时,教授患者闭嘴鼓气,30 次/d,保持咽鼓管的通畅,练习时控制好力度,防止鼓膜穿孔或中耳炎。中耳炎的初期,用双氧水清洗后用 2% 苯酚甘油滴耳,1 次/h,如出现化脓,及时引流、清创,并做相应治疗<sup>[8]</sup>。

**1.2.4 做好骨髓抑制的护理** 如患者有全身乏力,腿发酸,精神倦怠等情况时,提示发生骨髓抑制,做好患者的个人防护,加强营养,适度锻炼,避免感染。治疗期间给予口服地榆升白片或参芪升白胶囊,同时“红豆、红枣加桂圆”熬制的汤水 1 次/d,对预防白细胞的下降有一定疗效。

**1.3 评价标准** 根据肿瘤放射治疗协作组(RTOG/EORTC)急性放射反应评订分级标准,重点观察比

较两组护理方式在皮肤、黏膜、耳部和骨髓等精确放疗后的放射反应分级情况。急性放射反应是指放射治疗 3 个月内发生的放射反应,按组织器官受损程度分 0、1 至 4 级,0 级无变化,1 级受损较轻,4 级程度最深<sup>[9]</sup>。

**1.4 统计学分析** 采用 SPSS 20.0 软件进行统计学分析,组间有序变量资料采用非参数秩和检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P \leq 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 皮肤、口腔黏膜及耳部放射反应分级比较** 2 组放射反应无 0 级,对照组与观察组中皮肤反应分级占比分别为 1 级 8% vs 44%,2 级 32% vs 36%,3 级 36% vs 14%,4 级 24% vs 6%;口腔黏膜反应分级占比分别为 1 级 4% vs 28%,2 级 16% vs 52%,3 级 48% vs 14%,4 级 32% vs 6%;耳部反应分级为 1 级 8% vs 46%,2 级 34% vs 40%,3 级 36% vs 10%,4 级 22% vs 4%。对照组中损伤程度深的 3、4 级明显多于观察组,而反应较轻的 1、2 级则相反,各组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

**2.2 骨髓抑制反应分级比较** 2 组反应分级中 0 级全无,对照组与观察组中白细胞反应分级占比分别为 1 级 12% vs 40%,2 级 20% vs 38%,3 级 40% vs 16%,4 级 28% vs 6%;血小板反应分级占比分别为 1 级 8% vs 48%,2 级 20% vs 36%,3 级 40% vs 10%,4 级 32% vs 6%;血红蛋白反应分级占比分别为 1 级 14% vs 50%,2 级 30% vs 40%,3 级 44% vs 6%,4 级 12% vs 4%。对照组中损伤程度深的 3、4 级明显多于观察组,而反应较轻的 1、2 级则相反,各组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 1 本组患者皮肤、口腔黏膜及唾液腺放射反应分级比较(n)

组别	n	皮肤反应				口腔黏膜反应				耳部反应			
		1 级	2 级	3 级	4 级	1 级	2 级	3 级	4 级	1 级	2 级	3 级	4 级
对照组	50	4	16	18	12	2	8	24	16	4	17	18	11
观察组	50	22	18	7	3*	14	26	7	3*	23	20	5	2*

与对照组比较, \*  $P < 0.05$

表 2 本组患者骨髓抑制血液成份反应分级比较(n)

组别	n	白细胞				血小板				血红蛋白			
		1 级	2 级	3 级	4 级	1 级	2 级	3 级	4 级	1 级	2 级	3 级	4 级
对照组	50	6	10	20	14	4	10	20	16	7	15	22	6
观察组	50	20	19	8	3*	24	18	5	3*	25	20	3	2*

与对照组比较, \*  $P < 0.05$

### 3 讨 论

放射反应是指恶性肿瘤患者在放疗过程中出现的不良反应,包括全身和局部反应,对于施行精确放疗的鼻咽癌患者,其皮肤、口腔黏膜及耳部的损伤以及骨髓抑制比较常见<sup>[10]</sup>,而放射性皮炎又最为常见<sup>[11]</sup>。发病机制是放疗时电离辐射产生的自由基和活性氧损伤了皮肤基底细胞,导致皮肤发红、色素沉着,出现干性和湿性脱皮,严重者发生溃疡、坏死及皮肤萎缩等。多数患者早期对放射性皮炎不重视,保护不够,而常规护理是出现症状后才对症处理,这时损伤已经形成。系统护理从患者入院时即开始宣教,让患者从治疗初始即从思想上重视,自觉养成平时清洁和保护皮肤的好习惯,同时配合做好皮肤早期放射预防,最终达到减轻皮肤不良反应的目的。本次研究显示,1 级和 3、4 级皮肤反应的例数,观察组具有优势,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

鼻咽癌患者放疗过程中,射线会损伤口腔基底细胞和唾液腺等组织,引起口腔微环境的改变,产生水肿、溃疡、出血等,导致患者进食困难等一系列不适<sup>[12]</sup>。系统护理通过对患者个性化的管理,专人负责督促个人口腔卫生的清洁,细化到要求牙刷的质地及漱口水的的使用,以及平时口腔的功能锻炼等,相对常规护理的粗放,系统护理具有明显优势( $P<0.05$ )。

鼻咽癌放疗时,外耳道、中耳、内耳以及整个颞骨都会受到射线的损伤而出现多种症状<sup>[13]</sup>。中耳黏膜脆弱,受射线后易充血水肿,导致听力下降、耳鸣或疼痛,重者可发展为脑脓肿或化脓性脑膜炎。系统护理的优势在于早预防,早处理,将损伤限制在一定范围。治疗初期即指定护士教导患者闭嘴鼓气等预防中耳炎的动作,并经常性的询问和查体,争取早发现早控制。本研究显示在降低耳部反应分级方面,观察组优于对照组( $P<0.05$ )。

骨髓抑制是放疗不可忽视的反应之一,常引起白细胞、血小板和血红蛋白等其中一种或多种成份的降低。观察组在治疗过程中结合中医传统方法,

同时配合相应营养素的摄取以及适度的身体锻炼,增强了患者自身抵抗力,骨髓抑制情况明显减轻。本研究显示患者白细胞、血小板和血红蛋白反应情况,观察组明显轻于对照组( $P<0.05$ )。

综上所述,系统护理对鼻咽癌精确放疗患者的常见并发症有较好的改善作用,可有效预防和减轻放疗引起的皮肤、口腔黏膜和耳部反应,改善骨髓抑制,提高患者生活质量。

#### [参考文献]

- [1] 刘 爽,魏丽萍,高立娜.鼻咽癌放疗常见并发症的预防及护理[J].临床合理用药,2014,7(2):160-161.
- [2] 陈贤明,黄少华,杨 帆,等.影响鼻咽癌预后的相关因素分析[J].东南国防医药,2014,16(6):584-604.
- [3] 陈丽容,苏冰莲,卢小丽,等.系统性护理干预在鼻咽癌患者调强适形放疗中的作用观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(14):2152-2154.
- [4] 龙小庆,何 霞,吴 丽,等.鼻咽癌放疗护理干预研究进展[J].全科护理,2017,15(5):543-545.
- [5] 郭 静,李广欣,李 黛,等.系统化护理改善鼻咽癌放疗患者抑郁情绪的效果研究[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2011,8(6):729-731.
- [6] 潘冬梅,廖金莲,韦榕飒,等.营养跟踪评估记录单在鼻咽癌放疗患者营养支持中的应用研究[J].护士进修杂志,2017,32(22):2022-2024.
- [7] 汪志美,汪春雨.系统化护理干预对鼻咽癌放疗患者放射性口腔黏膜炎的影响[J].激光杂志,2013,5:109-110.
- [8] 江妙玲,李洁璇.鼻咽癌放疗后分泌性中耳炎的护理[J].国际护理学杂志,2012,31(2):246-247.
- [9] Huang CJ, Hou MF, Luo KH, et al. RTOG, CTCAE and WHO criteria for acute radiation dermatitis correlate with cutaneous blood ow measurements [J]. Breast, 2015,24(3):230-236.
- [10] 张 萍.鼻咽癌调强放疗与常规放疗患者生存质量的临床研究[J].今日健康,2015,14(12):224.
- [11] 万永慧,罗 静,褚玉新,等.放射性皮炎的临床分级与护理[J].护士进修杂志,2016,31(8):737-739.
- [12] 程贤敏,陈克琼,侯松燕.鼻咽癌患者放射性口腔黏膜反应护理干预效果分析[J].西南军医,2012,14(4):662-663.
- [13] 唐志辉,陈仁辉.放射性耳损伤[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(2):92-96.

(收稿日期:2018-03-24; 修回日期:2018-04-22)

(责任编辑:刘玉巧)