

洁悠神联合红外线治疗放射性湿性皮炎的疗效*

阮文红¹, 林浩²

(1. 潮州市人民医院肿瘤科, 广东 潮州 521000; 2. 潮州市人民医院眼科)

[摘要] **目的:**观察洁悠神联合红外线治疗放射性湿性皮炎的疗效。**方法:**选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月医院收诊的放射性湿性皮炎患者 60 例,并随机分为单纯洁悠神组(30 例)和洁悠神联合红外线组(30 例),同时,两组均给予肿瘤科对症护理,比较临床及护理效果。**结果:**治疗后,洁悠神联合红外线组的临床有效率(96.67%)高于单纯洁悠神组(73.33%),疼痛程度轻于单纯洁悠神组,创面平均愈合时间短于单纯洁悠神组,创面菌种变化情况优于单纯洁悠神组,患者满意度(93.33%)高于单纯洁悠神组(70.00%),($P < 0.05$)。**结论:**洁悠神联合红外线治疗放射性湿性皮炎可促进伤口愈合,对于减少患者疼痛,控制创面感染有重要作用。

[关键词] 放射性湿性皮炎;洁悠神;红外线;有效率;护理方法

DOI: 10.16833/j.cnki.jbmc.2019.02.003

Therapeutic effect of Jieyoushen combined with infrared ray on radiation - induced wet dermatitis

RUAN Wenhong¹, LIN Hao²

(1. Department of Oncology, Chaoshou People's Hospital, Chaoshan 521000, China;

2. Department of Ophthalmology, Chaoshou People's Hospital)

ABSTRACT Objective: To observe the curative effect of Jieyoushen combined with infrared ray on radiation - induced wet dermatitis. **Methods:** From January 2017 to January 2018, 60 patients with radiation - induced wet dermatitis were selected and randomly divided into two groups: pure Jieyoushen group (30 cases) and Jieyoushen combined with infrared ray group (30 cases). Meanwhile, the two groups were given symptomatic nursing in oncology department to compare the clinical and nursing effects. **Result:** After treatment, the clinical effective rate (96.67%) of Jieyoushen combined with infrared ray group was significantly higher than that of pure Jieyoushen group (73.33%), the degree of pain was significantly lighter than that of pure Jieyoushen group, the average healing time of wounds was significantly shorter than that of pure Jieyoushen group, the change of wound bacteria was significantly better than that of pure Jieyoushen group, and the patient satisfaction (93.33%) was significantly higher than that of pure Jieyoushen group (70.00%). ($P < 0.05$). **Conclusion:** Jieyoushen combined with infrared ray can promote wound healing, reduce pain and control wound infection.

KEY WORDS Radioactive wet dermatitis; Jieyoushen; Infrared ray; Efficiency; Nursing methods

放射性湿性皮炎为恶性肿瘤放射治疗的常见并发症,主要是因放射治疗中会损伤皮肤细胞及结构^[1],有资料显示,约有 87% 接受放射治疗的患者会出现皮肤反应^[2]。临床研究报道,单次照射剂量 5 Gy 即可出现红斑,20~40 Gy 即可出现湿性反应,若未及时或恰当治疗,可加重形成不愈溃疡,甚至需植皮手术治疗,严重降低放疗效果,增加患者痛苦及经济负担^[3]。因此,如何防治放射性湿性皮炎为肿瘤科的一大难题,亦是评定肿瘤治疗效果及临床护理质量的重要内容。本院对部分放射性湿性皮炎患者实施洁悠神联合红外线治疗及对应护理,效果满意,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 将 2017 年 1 月至 2018 年 1 月期间我院收诊的放射性湿性皮炎患者 60 例设置为本次观察对象,均经放疗治疗,其皮肤损伤按 RTOG 分级 ≥ 2 级,损伤面积 2.2 cm × 2.3 cm ~ 5.1 cm × 5.4 cm,原发恶性肿瘤为食管癌 20 例、鼻咽癌 5 例、宫颈癌 10 例、乳腺癌 20 例、喉癌 5 例,均经病理检查确诊;排除合并严重心肝肾、造血系统疾病、高过敏体质、精神疾病或沟通障碍患者等。以随机方法分为单纯洁悠神组

(30 例)和洁悠神联合红外线组(30 例)。其中单纯洁悠神组有男 21 例,女 9 例,年龄 22~74 岁,平均年龄(49.3 ± 5.3)岁;洁悠神联合红外线组有男 20 例,女 10 例,年龄 24~72 岁,平均年龄(49.3 ± 5.4)岁。比较两组的基本资料差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。

1.2 研究方法 治疗方法:在用药前,对两组创面行清创处理,先使用灭菌注射用水对创面行反复冲洗,并剔除坏死组织,最后用无菌纱布吸干创面及其周围的清洗液。基于此,单纯洁悠神组 30 例,给予长效抗菌材料洁悠神(批准文号:国械注准 20163640807;生产企业:南京神奇科技开发有限公司)均匀喷洒在照射野及周围 1 cm 左右的皮肤,每隔 8 h 一次,待干燥即可。洁悠神联合红外线组 30 例,在对照组基础上使用红外线仪治疗,照射距皮肤 30 cm,20 min/次,应注意不要烫伤周围正常皮肤。同时,在治疗期间,应给予两组肿瘤科对症护理,包括保持创面清洁干燥,提供心理支持、健康教育,注意调节室内温度等。

1.3 观察指标 (1)临床疗效:治疗后 5 d 内,皮肤创面完全愈合,且分泌物及疼痛感显著减少为显效;治疗后,皮肤创面缩小,分泌物减少,疼痛减轻,约 6~14 d 愈合为有效;无效为治疗后 > 15 d,上述症状未见好转或加重^[4]。(2)疼痛程度:采用 VAS(疼痛视觉模拟评分)评定创面疼痛程度,其中重度疼痛 ≥ 8 分,中度疼

* 基金项目:广东省潮州市卫生和计划生育局科研项目(潮卫科研

痛 4~7 分,轻度疼痛 ≤ 3 分^[5]。(3)创面菌种变化情况:以棉拭子擦取皮肤创面分泌物,其后进行细菌定性培养观察菌种变化。(4)愈合时间:是指创面完全再上皮化需要的时间。(5)患者满意度:采用院内调查问卷评定,分为满意、基本满意及不满意三个选项,统计患者满意度,其中满意度 = (满意 + 基本满意) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件行数据统计处理,计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较经 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效的比较分析 治疗后,洁悠神联合红外线组的临床有效率(96.67%)高于单纯洁悠神组(73.33%) ($\chi^2 = 6.405, P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组临床疗效的比较分析 $[n(\%)]$

组别	N	显效(n)	有效(n)	无效(n)	有效率(%)
洁悠神联合红外线组	30	12	17	1	29(96.67)
单纯洁悠神组	30	7	15	8	22(73.33)

2.2 两组疼痛程度及愈合时间的比较分析 治疗后,洁悠神联合红外线组的疼痛程度轻于单纯洁悠神组及治疗前,且创面平均愈合时间明显短于单纯洁悠神组 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组疼痛程度及愈合时间的比较分析 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	VAS 评分(分)		平均愈合时间(d)
		治疗前	治疗后	
洁悠神联合红外线组	30	8.21 \pm 1.84	2.31 \pm 0.52	8.36 \pm 1.47
单纯洁悠神组	30	8.15 \pm 1.92	4.48 \pm 1.06	13.82 \pm 2.73
t	-	0.124	10.067	9.645
P	-	0.904	0.000	0.000

2.3 两组创面菌种变化情况的比较分析 治疗后,洁悠神联合红外线组的创面菌种变化情况明显优于单纯洁悠神组 ($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组创面菌种变化情况的比较分析 $[n(\%)]$

组别	N	菌种减少		菌种不变		菌种增加	
		n	率(%)	n	率(%)	n	率(%)
洁悠神联合红外线组	30	30	100.00	0	0.00	0	0.00
单纯洁悠神组	30	20	66.67	9	30.00	1	3.33
χ^2	-	-	12.000	-	10.588	-	1.017
P	-	-	<0.05	-	<0.05	-	>0.05

2.4 两组患者满意度的比较分析 治疗后,洁悠神联合红外线组的患者满意度(93.33%)明显高于单纯洁悠神组(70.00%) ($\chi^2 = 5.455, P < 0.05$),数据见表 4。

表 4 两组临床疗效的比较分析 $[n(\%)]$

组别	N	满意(n)	基本满意(n)	不满意(n)	满意度(n)
洁悠神联合红外线组	30	11	17	2	28(93.33)
单纯洁悠神组	30	7	14	9	21(70.00)

3 讨论

在临床治疗过程中,约有 75%~80% 恶性肿瘤患者需要放疗治疗,而放射性湿性皮炎为放疗的常见并发症,是在放疗 6 个月内出现的皮肤黏膜损害,多见于放疗后 2~3 周,并持续到放疗结束后 1~2 月^[6]。放射性湿性皮炎患者损伤程度与放射剂量、射线类型、照射面积及治疗时间等有关,轻者表现为皮肤疼痛、出血、感染

等,而 20%~25% 重者可表现为持久不愈的溃疡,不仅不利于放疗进程,而且会影响皮肤功能及患者生存质量^[7]。对于轻度放射性皮炎,采用清水洗涤、穿宽松衣物、避免紫外线照射等对症治疗即可,但对于重度放射性皮炎,则需要对糜烂、溃疡创面进行处理。

目前,临床对放射性湿性皮炎的处置原则是以维持创面皮肤清洁,阻止创面扩大以及预防感染发生为主,而湿性敷料能对创面分泌物起到吸附作用,使创面保持干燥,而且其能清除创面坏死组织,促进肉芽组织新生。相关文献报道,湿性敷料能保持创面的低氧张力,刺激新生血管生成,有利于缩小创面面积及创面愈合^[8]。洁悠神属于物理性的抗菌喷雾敷料,其喷敷于皮肤表面可形成正电荷膜隔离和杀灭病原微生物,皮肤抗菌作用长达 8 h,且吸收少,无皮肤黏膜刺激性,是一种安全、有效、方便的治疗放射性湿性皮炎的方法^[9]。

较多临床研究报道,红外线用于治疗溃疡气压疮具有显著疗效^[10],但关于其用在放射性湿性皮炎方面的报道较少。李冉冉等^[11]研究显示,放射湿性皮炎患者采用红外线联合氧疗治疗创面愈合时间短于单纯氧疗治疗的患者。本研究中,治疗后与单纯洁悠神组比较,洁悠神联合红外线组治疗放射性湿性皮炎的临床有效率升高,疼痛程度减轻,创面平均愈合时间缩短,创面菌种变化更优。这主要与洁悠神能改善创面状态,而红外线又能加速血液循环,利于创面干燥、结痂及愈合有关。二者联合能促进皮肤、血管再生,减慢炎症渗出速度,从而促进肉芽组织增生直至愈合。

在采用洁悠神联合红外线治疗放射性湿性皮炎的同时,有效的护理干预也十分重要,具体的护理要点为:第一,对患者进行放疗健康教育,叮嘱患者随时注意放疗野皮肤,避免各种理化因素刺激,如抓挠皮肤、用刀片剃胡须等;第二,叮嘱患者在放疗中应保持皮肤清洁、干燥,不使用刺激性洗剂,清洗时动作轻柔,不要直接风吹或暴晒;第三,穿柔软、宽松、舒适的纯棉衣物,避免摩擦引发感染;第四,当皮肤脱屑、裂皮时,不能用手撕剥、搔抓,避免损伤皮肤而造成感染,并指导患者读书、听喜欢的音乐等转移注意力;第五,调节好室温,以患者感到舒适为宜。本研究中,经过针对性治疗及护理后,与单纯洁悠神组比较,洁悠神联合红外线组的患者满意度更高。

综上所述,洁悠神联合红外线治疗放射性湿性皮炎并配合有效的护理干预能促进创面愈合,对于减少患者疼痛,控制创面感染有重要作用。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 孙淮庆,徐莉,秦静静,等.洁美皮康联合洁悠神治疗急性放射性皮炎合并感染的效果观察[J].浙江临床医学,2015,17(11):1930-1931.
- [3] 余玲燕,周菊英,吴琼,等.洁悠神单独与联合比亚芬防治急性放射性皮炎的疗效观察[J].中国血液流变学杂志,2013,23(2):287-289,318.

过多次尝试都可以看到病变段的细小的缝隙,导管导丝沿着缝隙不断跟进,多数最终可以通过,在尝试时,需要注意的是介入操作时手法要轻柔,以防止静脉内膜的损伤甚至穿破静脉壁,如果穿透静脉壁要注意密切观察患者体征,必要时再次造影确认静脉损伤情况,如静脉损伤较重可行覆膜支架封堵缺损。若病变段存在弹性回缩,可使用球囊重复扩张 2-3 次,基本可以收到比较满意的效果。若患者的症状较轻,DSA 示髂静脉管径较粗,仅静脉管腔内存在少量粘连;或者造影显示髂中静脉管径粗大,代偿良好;仅选用单纯球囊扩张。因支架一旦植入就会永久性的留在患者体内,由此带来的支架内血栓形成、支架解体、移位等风险都是临床医生需要考虑的^[13,14],特别是患者为未满 18 周岁的未成年人,或者为未生育的女性患者更要全面而慎重的评估收益/风险比^[15]。另外,在直径过小的髂静脉(直径小于 12 mm 以下)内植入支架,会加大血栓形成的风险,如果确定植入支架,则后续的抗凝治疗需要长期而规范。支架类型的选择应根据病变段的位置,一般情况下首选支撑力较好的支架,但如果病变段接近或跨过髂髂关节,应选择具有高度柔韧性的支架。为了确保支架的支撑力、避免支架的移位、降低支架内血栓形成的风险,支架的直径比正常的髂静脉内径大 15% - 20%,且两端至少需超出狭窄段 5 mm。如果植入多个支架,为了避免在支架之间留下间隙,支架之间需要重叠至少 1.5 cm。

综上所述,右髂静脉受压综合征临床报道罕见,主要为右侧髂动脉压迫导致,但也存在盆腔占位性病变、手术后黏连带压迫等原因导致,临床医生应该充分评估病情以避免漏诊、误诊和由此带来的治疗决策上的失误。血管内介入治疗因动脉压迫导致的右髂静脉受压综合征具有良好的近中期效果。

参考文献

- [1] Knuttinen MG, Naidu S, Oklu R, et al. May - Thurner: diagnosis and endovascular management [J]. Cardiovascular diagnosis and therapy, 2017, 7(Suppl 3): S159 - S164.
- [2] 陈兆雷, 张喜成, 孙元, 等. 右髂静脉受压综合征的临床特征及腔内治疗[J]. 中华普通外科杂志, 2016, (4): 344 - 345.

(上接第 6 页)

- [4] 王谨, 李清娟, 高婧, 等. 乳酸依沙吖啶湿敷治疗放射性湿性皮炎的临床效果观察[J]. 护理研究, 2014, 28(30): 3770 - 3772.
- [5] 严广斌. 视觉模拟评分法[J]. 中华关节外科杂志: 电子版, 2014, 8(2): 34.
- [6] 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.
- [7] 曹雨花, 李月梅, 汪兰, 等. 龙血竭胶囊外敷治疗急性放射性湿性皮炎效果观察[J]. 现代医药卫生, 2013, 29(19): 2882 - 2883.
- [8] 程芬. 新型敷料联合洁悠神在伤口护理中的应用[J]. 万方数据

- [3] 杨明烽, 周忠良, 马旭, 等. 右侧髂静脉受压综合征一例[J]. 中国血管外科杂志(电子版), 2014, (2): 116 - 117.
- [4] Du Pont B, Verbist J, Van den Eynde W. Right - sided Cockett's syndrome [J]. Acta chirurgica Belgica, 2016, 116(2): 114 - 118.
- [5] 罗明华, 关怀敏, 解金红, 等. 冠心病药物涂层支架置入后再内皮化研究[J]. 实用医学杂志, 2016, (5): 724 - 727.
- [6] 吕续成, 沈雳, 洪斌, 等. 生物可吸收支架内血栓的光学相干断层成像发现及原因分析[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2017, (10): 589 - 593.
- [7] 涂小飞. 髂股静脉血栓患者和无症状人群的右髂静脉受压程度研究[D]. 南昌: 南昌大学, 2016.
- [8] 李开龙, 宋兵, 王少春. 超声对左下肢深静脉血栓合并 Cockett 综合征的临床诊断价值[J]. 中华诊断学电子杂志, 2017, 5(3): 183 - 187.
- [9] 桑宏飞, 李晓强, 姜坤, 等. 血管腔内超声在髂静脉受压综合征诊治中的应用[J]. 中华普通外科杂志, 2015, (5): 407 - 408.
- [10] Lamba R, Tanner DT, Sekhon S, et al. Multidetector CT of Vascular Compression Syndromes in the Abdomen and Pelvis - Erratum [J]. Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc, 2015, 35(3): 973.
- [11] 薛海林, 王利伟, 王绍娟, 等. 磁共振静脉造影诊断 Cockett 综合征的价值[J]. 介入放射学杂志, 2017, 26(9): 783 - 786.
- [12] 胡蓝月, 顾建平, 王利伟, 等. 多层螺旋 CT 与 DSA 诊断髂静脉受压综合征的比较研究[J]. 介入放射学杂志, 2015, 24(4): 301 - 305.
- [13] 虞丰, 李晓强. 髂静脉受压综合征腔内治疗并发症原因分析及防治[J]. 中国血管外科杂志(电子版), 2015, 7(4): 256 - 258, 283.
- [14] Shi WY, Gu JP, Liu CJ, et al. Endovascular treatment for iliac vein compression syndrome with or without lower extremity deep vein thrombosis: A retrospective study on mid-term in-stent patency from a single center [J]. European journal of radiology, 2016, 85(1): 7 - 14.
- [15] Dasari M, Avgerinos E, Raju S, et al. Outcomes of iliac vein stents after pregnancy [J]. Journal of vascular surgery. Venous and lymphatic disorders, 2017, 5(3): 353 - 357.

(收稿日期: 2018-08-07)

- [9] 江大学学报(自科版), 2014, 11(27): 96 - 97.
- [9] 胡水清, 缪蔚云, 于长华, 等. 维生素 B12 合并洁悠神治疗宫颈癌放射性皮炎的效果研究[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(3): 342 - 344.
- [10] 马丽, 张红英, 张茵. 慷舒灵凝胶联合红外线灯治疗高龄患者 II、III 期压疮的效果探究[J]. 当代护士(下旬刊), 2015, 3(3): 143 - 144.
- [11] 李冉冉, 宋丽娜, 徐娟, 等. 红外线联合局部氧疗治疗放射性湿性皮炎临床观察[J]. 泰山医学院学报, 2013, 34(3): 208 - 210.

(收稿日期: 2018-08-18)