

文章编号:1004-9231(2009)12-0591-02

· 临床交流 ·

金因肽防治鼻咽癌放射治疗致皮肤损伤的疗效观察

谷串联, 姜如, 白欣欣 (浙江省温州市第二人民医院, 浙江 温州 325000)

鼻咽癌是我国及东南亚各国高发肿瘤, 治疗首选放射治疗^[1]。90%以上鼻咽癌患者在放射治疗过程中发生不同程度的急性放射性皮肤损伤, 虽然发生的时间和严重程度不同, 但皮肤损伤将造成疼痛、出血、以及局部或全身感染, 不仅给患者增加了身心痛苦与经济负担, 且常因此被迫中断放疗, 延长了治疗时间, 不利于肿瘤的局部控制。2006年1月起, 本科应用金因肽防治鼻咽癌放射性皮肤损伤, 现就疗效报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2006年1月—2008年12月, 102例初诊为鼻咽癌患者在本科接受了放射治疗, 其中男71例、女例31例; 年龄8~75岁, 平均年龄48岁。所有病例按鼻咽癌1992年中国分期分为Ⅱ~Ⅳa期, 无远处转移病例。全身状况按世界卫生组织(WHO)评分(0~1分)。全部患者均经知情同意, 采用CT或磁共振(MRI)等影像学诊断。以随机数字表产生随机号, 将102例患者按信封内随机产生的编码分为观察组50例、对照组52例, 两组患者的年龄、性别、营养状况、照射次数及照射总剂量等比较, 差异无统计学意义。

作者简介: 谷串联(1966—), 女, 主管护师。

3.2 加强水源保护和水污染防治

集中式供水水质的优劣很大程度上取决于饮用水水源水质, 即便改善了水处理工艺, 也应着力加强对水源的保护和水污染防治, 应加强各项水源保护制度的落实, 确保水源安全。本市处于长江下游和太湖下游, 上游沿江80多个城市排入的污物污水最终都要流经这里, 受到上游水质的污染, 长江口原水水质有每况愈下的趋势。同时随着乡镇工业发展, 黄浦江支流及其他地面水水质也令人担忧。尤其应当引起关注的是, 上海将要采用长江水作为城市最主要的水源, 但由于处于长江的最下游, 水源保护问题将会是摆在有关部门面前的一个新课题。应积极应对, 会同兄弟省市共同做好水源保护工作。

3.3 强化集中式供水单位的建设

应敦促各供水单位建立以水质为核心的质量管理体系, 加强业务能力建设, 完善水质检验流程和各项管理制度, 严格按国家有关生活饮用水卫生标准和操作规程进行操作, 通过严苛的行业管理提高供水水质, 并使供水水

1.2 放射治疗

采用直线加速器6MV-X射线, 行面颈联合两野对穿等中心常规照射, 病灶肿瘤剂量经2次缩野后达到68~72 Gy/34~36 f/48~50 d。双下颈部采用前切线野照射剂量44~54 Gy/22~27 f/30~37 d。阳性淋巴结部位补量照射采用9~12MV电子线16~20 Gy/8~10 f/10~14 d。对中、晚期患者采取同期放化疗。

1.3 观察指标

根据SOMA评分标准^[2], I度为滤泡样暗色红斑, 色素沉着; II度为皮肤干性脱皮; III度为皮肤湿性脱皮, 真皮外露, 血清渗出, 放疗区疼痛, 皮肤反应的区域均在颈部两侧。

1.4 防治方法

1.4.1 对照组 常规宣教。放疗开始及放疗过程中两组患者均进行相同的放疗宣教, 指导患者放疗前理发、剃胡须, 勤剪指甲; 有痒感时, 可轻拍局部, 勿搔抓皮肤; 嘱患者保持照射野皮肤清洁、干燥; 宜穿柔软、宽松、衣领大的棉纱内衣, 避免摩擦; 避免阳光照射, 夏天尽量避免出汗, 洗澡时勿用肥皂等刺激性强的洗涤品, 不能用过冷、过热的水, 勿用毛巾揉搓皮肤; 勿在照射部位贴胶布, 勿擅自在照射区皮肤使用刺激性油膏或其他药物。饮食方

质持续良好。

3.4 加大监督执法力度, 杜绝卫生安全隐患

卫生监督机构应从预防性卫生监督工作与卫生许可开始就严格把关, 对不符合规定的新、改、扩建供水项目不予批准, 并在日常监管中加强对饮用水水源、供水单位供水和用水点的水质监测, 开展对取水、制水、供水实施全过程监管, 不留盲点。对在检查中发现问题的供水单位, 应严格依法进行查处, 并督促限期整改。

3.5 通过立法提高城市供水安全的保障水平

上海是一个特大型国际大都市, 城市供水安全是城市的命脉。2010年, 本市将召开“城市, 让生活更美好”为主题的世博会。所以, 应立即着手完善城市供水体系, 提高城市供水安全保障水平, 尤其应改变本市尚无处理突发水污染事件的基本法律, 仅以一些预案暂时代替法律空白, 应尽快完善法律体系, 确保人民群众的终身饮水安全。

(收稿日期: 2009-10-06)

面宜进高蛋白、高维生素、易消化食品,忌辛辣刺激性食物,多饮水、多吃新鲜蔬菜及水果。

1.4.2 观察组 除了常规宣教外,从第1天放疗开始使用金因肽,将金因肽喷剂(每瓶5 mL,2 000 IU/mL)均匀喷湿照射野皮肤,每10 cm × 10 cm 约喷4 000 IU,每天1次。如果皮肤出现湿性反应,用无菌生理盐水清洁局部皮肤后将金因肽均匀喷湿创面及周围皮肤上,每天2次。

1.5 统计学方法

两组间的比较采用SPSS 11.0 软件进行数据处理,行四格表精确法检验。

2 结果

2.1 皮肤反应发生率

两组患者皮肤反应发生率为100%,但轻度放射性皮肤损伤(I、II度)观察组为88.0%,对照组为57.7%;III度放射性皮肤损伤观察组为12.0%,对照组为42.3%;两组之间有显著差异。观察组有6例出现较严重的放射性皮肤损伤(III度,湿反应),其中4例愈合时间<3 d,仅2例愈合时间>7 d,无一例因放射性皮肤损伤而停止放疗。对照组有22例出现较严重的放射性皮肤损伤(III度,湿反应),其中12例被迫中止放疗,给予清创换药、中药湿敷、全身应用抗生素等处理,1~2周后痊愈(表1)。

表1 两组病例皮损程度构成比(%)

皮损程度	观察组(n=50)	构成比	对照组(n=52)	构成比
I级	22	44.0	6	11.5
II级	22	44.0	24	46.2
III级	6	12.0	22	42.3

$\chi^2 = 9.17, \gamma = 1, P = 0.01$

2.2 皮肤反应发生剂量

照射40 Gy 以前出现皮肤反应观察组为32%,对照组为96.2%。观察组放射性皮肤损伤发生剂量较对照组明显延缓(表2)。

表2 两组病例不同剂量发生皮损的构成比(%)

照射剂量(Gy)	观察组(n=50)	构成比	对照组(n=52)	构成比
<20	0	0.0	6	11.5
20~40	16	32.0	44	84.6
41~50	34	68.0	2	3.8

$\chi^2 = 24.98, \gamma = 1, P < 0.001$

3 讨论

急性放射性皮肤损伤是鼻咽癌放疗临床常见的并发症之一。随着放射剂量的增加,患者照射野皮肤会出现或轻或重的放射性反应。其发病机制是细胞核的DNA吸收了辐射能,导致可逆性或不可逆性的DNA合成和分化两方面的影响,由此造成细胞基因的改变而引起一系列的皮肤反应和损伤。损伤发生的轻重程度和患者的个体差异、营养状况等有密切关系。有研究表明,局部皮肤接受射线照射5Gy 就可以形成红斑,接受射线20~40Gy 就可以形成上皮剥脱及溃疡^[3,4]。颈部接受放射治疗患者6.8%~15.1% 可以出现湿性反应。同期放化疗增加了皮肤损伤的发生^[5]。本组患者接受放射线剂量都在4.5 Gy 以上。对于放射性皮肤损伤的治疗,没有有效的药物,很难做到预防,仅对患者进行常规的健康教育,保持局部不受强烈刺激,出现皮肤损伤的概率较大。出现皮肤损伤后,大多采用停止放射治疗、休息、抗感染等对症处理的手段。由于治疗的中断,使放射治疗的生物学效应大大降低,给患者增加了新的痛苦,从而影响了生存率和肿瘤的控制时间,使后续治疗更加困难。

金因肽的主要成分是重组人表皮生长因子衍生物(rhEGF),其分子结构和生物学活性与人体内源性EGF 高度一致,它能促进上皮细胞、中性细胞、成纤维细胞等多种细胞向创面迁移,为组织提供再生与修复的基础,缩短创面愈合时间,同时还具有增殖作用,能促进RNA、DNA 的复制和蛋白质合成,促进创面细胞再上皮化,以加速创面愈合速度^[4],而且可缩短III度皮肤损伤的愈合时间,从而减少了因中断放射治疗而延长疗程的概率,提高皮肤的耐受性,使放疗皮肤损伤出现晚、程度轻,可较好地防治放射I、II、III度皮肤损伤,使III度放射性皮肤损伤发生的程度明显下降,从而减轻了患者的痛苦,保证放疗顺利进行,为提高肿瘤控制率提供了良好保障。

4 参考文献

[1] 殷蔚伯,谷铎之. 肿瘤放射治疗学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2002,179-188.

[2] 邹国荣,谢方云,高剑铭,等. 化疗联合放疗治疗T3N0-1M0 鼻咽癌的预后分析[J]. 中国肿瘤临床,2006,33(23):1362-1366.

[3] 宋怡兵,蒲旭阳. MEBO 治疗II度急性放射性皮炎临床观察[J]. 中国烧伤创伤杂志,1997,11(4):57-58.

[4] 李素艳,高黎,殷蔚伯,等. 金因肽对急性放射性黏膜炎及皮炎的作用[J]. 中华放射肿瘤学杂志,2002,11(1):30-32.

[5] Well M, MacBride SQ. Radiation skin reactions. In: Faith full S, Wells, M, eds. Supportive care in radiotherapy[M]. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003. 135-159.

(收稿日期:2009-05-25)