

# 中华人民共和国卫生行业标准

WS/T 475—2015

## 放射性皮肤疾病护理规范

Standard procedure of care in radiation-induced skin diseases

2015-03-06 发布

2015-09-01 实施



中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 发布

## 前 言

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准可与 GBZ 104《外照射急性放射病诊断标准》、GBZ 106《放射性皮肤疾病诊断标准》、GBZ/T 163《外照射急性放射病的远期效应医学随访规范》及 GBZ/T 217《外照射急性放射病护理规范》配套使用。

本标准起草单位：中国医学科学院血液病医院、中国医学科学院放射医学研究所、军事医学科学院附属医院、天津市人民医院。

本标准主要起草人：逯秀玲、向军琳、王雯、孙朝侠、伊金英、赵欣然、杨志祥、姜恩海。

# 放射性皮肤疾病护理规范

## 1 范围

本标准规定了放射性皮肤疾病护理原则、护理措施和健康监护。

本标准适用于核和辐射事故中大剂量局部外照射引起的急性、慢性放射性皮肤疾病患者的护理。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GBZ 106 放射性皮肤疾病诊断标准

GBZ/T 163 外照射急性放射病的远期效应医学随访规范

GBZ/T 217 外照射急性放射病护理规范

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**急性放射性皮肤损伤** acute radiation injuries of skin

身体局部受到一次或短时间(数日)内多次大剂量(X射线、 $\gamma$ 射线及 $\beta$ 射线等)外照射所引起的急性放射性皮炎及放射性皮肤溃疡。

### 3.2

**慢性放射性皮肤损伤** chronic radiation injuries of skin

由急性放射性皮肤损伤迁延而来或者由小剂量射线长期照射(职业性或医源性)后引起的慢性放射性皮炎及慢性放射性皮肤溃疡。

### 3.3

**放射性皮肤癌** skin cancer induced by radiation

在电离辐射所致皮肤放射性损害的基础上发生的皮肤癌。

### 3.4

**保护性隔离** protective isolation

为预防高度易感患者受到来自其他患者、医务人员、探视者及病区环境中各种条件致病性微生物的感染,而采取的保护性隔离措施。

### 3.5

**全环境保护** total environment protection; TEP

采取必要的措施,达到体内外环境的高度净化,从而预防和减少感染的发生,包括空间环境和人体环境的净化两方面。

### 3.6

**远期效应** late effect

一次受到较大或者多次受到较小剂量照射后,远期发生的有害效应。一般指受照数年以后出现的

效应,如白血病和其他癌症。

#### 4 护理原则

对于急性放射性皮肤损伤应立即脱离辐射源,疑有放射性核素沾染皮肤时应就地洗消或去污处理。有危及生命的损害(如休克、窒息和大出血)时,应首先给予急救处理。急性期局部出现红斑、水疱、溃疡时,要注意保护皮肤,避免使用刺激性消毒剂,破损部位避免摩擦、受压;慢性期视情况予以润肤霜、膏,妥善保护破损皮肤,避免再度受伤;严重破损或创面经久不愈时,配合医疗给予相应护理,有关皮肤损伤的诊断参照 GBZ 106。

#### 5 护理措施

##### 5.1 护理评估

评估受照部位皮肤改变:

- a) 急性期:Ⅰ度损伤表现为受照部位毛发脱落;Ⅱ度损伤表现为红斑形成,有皮肤瘙痒、灼热、灼痛感;Ⅲ度损伤表现为红斑瘙痒、烧灼感、肿胀及疼痛明显,有水疱形成;Ⅳ度损伤表现为红斑破溃、甚至组织坏死等。
- b) 慢性期:Ⅰ度损伤表现为受损部位皮肤干燥、脱屑,有瘙痒症状;Ⅱ度损伤表现为受损部位皮肤色素沉着、水肿及疼痛感,弹性降低;Ⅲ度损伤表现为受损部位破溃、渗出,疼痛明显。

##### 5.2 皮肤损伤创面护理

###### 5.2.1 急性放射性皮肤损伤

###### 5.2.1.1 Ⅰ度损伤

密切观察受照部位毛发脱落及毛囊丘疹的表现及变化。

###### 5.2.1.2 Ⅱ度损伤

密切观察红斑出现的时间以及颜色、范围的变化,观察皮肤瘙痒、灼热、灼痛的变化,以及皮肤有无干燥、脱屑、脱毛等症状。避免皮肤遭受摩擦、搔抓等机械性刺激;避免紫外线、远红外线的照射;输液时避开皮肤损伤部位,注意避免使用碘酒、酒精等刺激性消毒剂。红斑阶段创面处理见附录 A。

###### 5.2.1.3 Ⅲ度损伤

密切观察受照射局部红斑色泽变化,瘙痒、烧灼感、肿胀及疼痛程度。出现小水疱时,注意保护好水疱,防止破溃,让其自然吸收、干瘪;当小水疱融合成大水疱且水疱张力逐渐增大时,可在无菌条件下抽出疱液并加压包扎,视创面情况 1 d~2 d 换药 1 次。发现疱液浑浊且周围有明显的炎性反应,或水疱已破溃时,要剪除疱皮,以防加重感染,并做创面或疱液细菌培养,根据培养结果,遵照医嘱使用有效的抗生素药液进行湿敷,每日 1 次~2 次,或者视局部渗出情况决定换药次数。水疱破溃、糜烂、疼痛时,其处理见附录 A。

###### 5.2.1.4 Ⅳ度损伤(坏死溃疡反应)

密切观察红斑、水疱、溃疡、组织坏死的范围及程度。对于小于 3 cm 的溃疡面,遵医嘱使用抗感染、

促进上皮细胞生长的药物局部湿敷,并给予镇静、止痛药物控制疼痛;坏死、溃疡超过 3 cm 者,用 3% 双氧水、0.9% 生理盐水交替局部冲洗,必要时清创(去除坏死组织),加强换药次数。

为了使损伤创面尽快恢复,对于Ⅲ度、Ⅳ度损伤者,有条件时最好安置在保护性隔离环境中,实行全环境保护,这样既保护创面不受不洁环境的干扰,也能够促进手术伤口的尽快恢复,从而达到康复。

## 5.2.2 慢性放射性皮肤损伤

### 5.2.2.1 I 度损伤

观察损伤区皮肤干燥、脱屑、瘙痒症状,干燥、瘙痒明显时局部使用润肤霜、膏,既滋润皮肤又减轻痒感,避免因搔抓皮肤加重皮肤损伤;脱屑明显时,用温开水清洁皮肤,及时更换床单,保持床单清洁。

### 5.2.2.2 II 度损伤

观察受损部位皮肤色素沉着情况,有无弹性、水肿及疼痛情况,局部有过度角化、脱屑、皲裂时使用软化组织的霜或膏;水肿明显时,抬高患肢;疼痛时,给予对应处理。

### 5.2.2.3 III 度损伤

早期或者伴有小面积溃疡时,使用促进创面愈合的霜、膏,具体用药见附录 A;或者根据溃疡渗出物细菌培养和药物敏感试验结果选用有效的抗生素溶液湿敷;局部疼痛剧烈时,处理方法见附录 A。若创面较深、经久不愈,待感染基本控制后,具体治疗参照 GBZ 106。

## 5.2.3 放射性皮肤癌

5.2.3.1 针对患者表现出的悲观、绝望、恐惧等心理,应耐心细致地给予心理疏导,听其诉说,充分理解和同情患者的痛苦,通过与其沟通交流,使其正确认识自己的疾病,向其讲清虽然治疗时间较长,但并非不可治愈,同时介绍治疗显效病例,增强其信心,使其配合治疗。

5.2.3.2 其他护理同围手术期护理。

## 5.3 一般护理

保持病室环境安静、整洁。给予足够的营养及水分摄入,进食高蛋白、高维生素、高热量、低脂肪易消化的食物。对伴有急性放射病者给予无菌饮食,参见 GBZ/T 217。当皮肤损伤部位发生感染时,除尽早进行局部创面处理外,根据局部细菌培养结果,全身应用抗生素治疗。视患者病情需要给予全环境保护。

## 5.4 围手术期护理

### 5.4.1 术前护理

#### 5.4.1.1 心理护理

放射性皮肤损伤愈合慢、预后差,患者常悲观、焦虑,严重皮肤损伤导致剧烈疼痛时常加重其情绪变化。慢性放射性皮肤损伤患者因肢体功能障碍、生活不能自理,常表现为精神抑郁、焦虑,针对患者表现出的不良心理反应,及时给予安抚、劝导,讲解手术的必要性,介绍手术及麻醉方式、术中、术后的相关护理问题,增强其对手术的信心,使其保持积极的心态,更好地配合手术治疗。

#### 5.4.1.2 术前指导

术前训练患者床上大小便,指导患者及家属正确使用便器,防止术后尿潴留、便秘;指导患者深呼吸

和咳嗽,预防术后呼吸道并发症。

#### 5.4.1.3 术区准备

术前创面或者溃疡区根据细菌培养结果遵医嘱选用有效抗生素进行湿敷,每日1次~2次;取皮区常规备皮。

#### 5.4.1.4 其他准备

协助患者做好术前各项检查;术前晚视病情行肠道准备;嘱患者术前12 h禁食、4 h~6 h禁水。

#### 5.4.2 术后护理

##### 5.4.2.1 全麻术后护理常规

去枕平卧6 h,头偏向一侧,以防呼吸道并发症。持续心电监护,严密观察病情变化。禁食水6 h,可用清洁棉签湿润口唇。

##### 5.4.2.2 术区护理

注意观察术区切口、移植物(皮瓣、皮片)的温度、色泽变化,以及术区渗出情况,如渗出较多及时更换敷料,保持术区清洁。若术区留置负压引流管,注意观察引流液的颜色、性质、量。

##### 5.4.2.3 疼痛护理

及时评估患者疼痛情况,根据疼痛程度给予镇痛措施,必要时遵医嘱给予镇痛药。具体处理措施见附录A。

##### 5.4.2.4 卧位护理

胸、腹部手术后取斜坡卧位,颈部手术后取去枕仰卧位,背、臀部手术后取俯卧位,肢体手术后抬高患肢以减轻水肿。搬动患者时动作应轻柔,避免术区皮片移位导致愈合不良。

##### 5.4.2.5 饮食护理

术后6 h禁食水,待麻醉反应完全消失后给予适量流食,逐渐过渡到半流食、普食。患者术后卧床时间较长,易引起便秘、腹胀,应多食含纤维素高的食品,并鼓励多饮水。

##### 5.4.2.6 预防压疮

保持床单清洁、干燥、平整,用软枕衬垫改变体位,骨隆突部位敷贴皮肤保护膜,防止局部长期受压,翻身时避免拖拽、推拉,必要时使用防压疮气垫床。

#### 5.4.3 康复指导

5.4.3.1 对于手术去除病变肢体致残者给予心理疏导,协助生活护理,加强功能锻炼,提高患者出院后的生活自理能力。

5.4.3.2 四肢功能部位手术者切口愈合后及时进行功能锻炼,特别是关节屈伸功能训练,由被动到主动锻炼。

5.4.3.3 术后根据医嘱督促患者早期下床活动、锻炼,防止血栓形成,促进身体康复。

## 6 健康监护

### 6.1 远期效应观察

急、慢性放射性皮肤损伤患者出院后,要遵照医嘱定时复查或随访,随访周期参照 GBZ/T 163。

### 6.2 功能锻炼

在院外按照出院前医生指导的方法、时间进行功能锻炼,使其受损部位或肢体逐渐恢复功能,从而提高生活质量。

### 6.3 活动、休息与饮食

视病情恢复情况酌情进行体力活动,保持良好的心态,保证充足的睡眠。合理搭配饮食,保证每天摄入足量营养成分,同时注意饮食卫生。忌烟酒。

### 6.4 服药指导

根据医嘱服药,不擅自减药或者停药,有情况及时与医生取得联系。

## 附 录 A

### (规范性附录)

#### 创面常用药物及使用方法

- A.1 红斑阶段创面可使用清凉油、紫草双参软膏、复方醋酸地塞米松软膏、0.1%去炎松软膏、5%苯海拉明霜等外涂,每日2次~3次。
- A.2 创面疼痛时除口服或注射止痛剂、局部用1:2 000呋喃西林溶液、硼酸溶液及洗必泰溶液等冷敷外,维斯克溶液外敷及早期封闭创面可达到止痛的效果。
- A.3 手术区轻度疼痛时可口服止痛剂和镇静催眠药物,中度疼痛可注射止痛剂,重度疼痛者应用自控镇痛泵治疗,当患者意识到疼痛发生或加剧时可自行按压控制按钮。
- A.4 溃疡期可选用维斯克溶液或软膏、紫草双参软膏、康复新液、三乙醇胺乳膏、重组人表皮细胞生长因子溶液或软膏;继发感染时应用庆大霉素、丁胺卡那霉素等有效抗生素溶液湿敷,或与上述药物交替使用。
- A.5 慢性放射性皮炎,可局部使用止痒、润肤的中性油质药物,如:复方醋酸地塞米松软膏、止痒清凉油、蛋黄油、紫草双参软膏等。
-