

第四届肿瘤缓和医疗学术会议在京举行

从小透明到大主流 缓和医疗贯穿肿瘤治疗全程

医师报讯（融媒体记者王丽娜 通讯员 中国医学科学院肿瘤医院 赵聪 朱闻捷 王超 孙瑞 黄嘉欣 杨敏）“肿瘤缓和医疗是肿瘤治疗重要组成部分，从以前不被认识和重视，如今已被越来越多的医生、患者熟悉和接受。”12月10日，来自全国百余位从事肿瘤缓和医疗的相关专家共聚一堂，参加在京举行的第四届肿瘤缓和医疗学术会议。“包括营养干预、疼痛的管理、运动干预等症状管理在内的缓和医疗已从幕后走到台前，必须贯穿于肿瘤治疗始终。”大会主席、中国医学科学院肿瘤医院综合科丛明华教授在开幕式中表示。

会议特邀嘉宾、中国人民解放军总医院第七医学中心刘端祺教授见证了缓和医疗从20年前的“小透明”到如今“大主流”，他表示，如今肿瘤全程管理已纳入国家战略，受到前所未有的重视，涵盖晚期肿瘤患者管理、肿瘤症状管理在内的缓和医疗是全程管理的重要内容。本次会议学术环节包括肿瘤营养治疗、疼痛管理和肿瘤急诊等内容，并有“两个共识、一个指南”定稿，让与会专家满载而归。



部分与会嘉宾合影

石汉平 控制炎症“魔王”维持机体健康

首都医科大学附属北京世纪坛医院石汉平教授介绍，过去几十年，对炎症的理解已从急性创伤、感染性炎症扩展到慢性创伤、感染性炎症；再由慢性创伤、感染性炎症扩展到代谢性炎症、肿瘤性炎症、衰老性炎症。炎症具有“保护”和“伤害”两个面孔，机体炎症反应过

程总是以牺牲正常功能为代价。炎症是机体对组织损伤、感染和异常状态的一种保护性反应，具有清除有害物质、修复损伤组织和调节免疫功能等作用。然而，当炎症反应过度、过低或持续时间过长时，也会导致一系列不良后果。

炎症在保护机体免

受外界伤害和内部异常状态的侵害方面起着重要作用，但也需要注意调节炎症反应的强度和持续时间，避免过度损伤组织和器官。石教授认为，在临床上，根据不同类型和程度的炎症，采取适当的治疗措施，既有助于缓解疾病症状，也能保护机体免受不必要的损伤。同时，

从预防角度出发，还需要注意生活习惯、避免感染和预防慢性疾病等方面，以维持机体的健康。



石汉平教授



丛明华教授

天津医科大学肿瘤医院刘东颖教授指出，肿瘤营养治疗的发展方向与临床治疗发展方向具有一致性。肿瘤康复的目标由低到高包括生理康复、心理康复、社会康复3个层级。肿瘤临床治疗发展从对症保命到实现身心社会全面康复的精准、微创、综合

治疗。相应的肿瘤营养治疗发展也从营养基本补充到精准补充、从关注体重到关注患者全面获益。

近年来，肿瘤营养学术热度逐年增高，近2年来，多项大型研究对营养治疗及其在多学科综合治疗的作用进行探索，多项研究表明，营养治疗可有

效改善患者的病情和生活质量，已成为肿瘤多学科治疗的核心，而营养不良和肌肉丢失导致肿瘤患者更差的预后，相反，营养干预可以改善患者的生活质量、肌肉丢失状况及身体机能，同时可以改善抗肿瘤治疗的耐受性。

目前免疫营养已成为

肿瘤营养治疗发展的新方向。肿瘤免疫营养，是指在营养补充基础上，调控代谢、炎症和免疫、屏障功能，改善肿瘤患者的临床结局。实现临床结局的改善。



管尚慧教授

中国医学科学院肿瘤医院王鑫教授指出，放疗前肿瘤的发展和放疗后一系列不良反应可导致肿瘤患者放疗全程面临营养不良风险。一项纳入中国22个主要省市80家三甲医院共47488例常见恶性肿瘤住院患者的观察性多中心研究，以营养评估表（PG-SGA）评估患者

营养状况，发现在我国大多数肿瘤患者都存在营养不良。此外，放疗伴有多种不良反应可以影响营养物质摄入、消化、吸收和代谢的全过程，导致营养不良的发生或营养状况恶化。

放疗全程都面临营养不良风险，据研究报道，多数接受放疗的肿瘤患者

在放疗全程面临营养不良风险。头颈部肿瘤患者放疗前后营养不良发生率分别达56%和95%；食管癌患者胸部放疗同步化疗后营养不良发生率达84%；肺癌患者腹盆腔放疗前后营养不良发生率分别为50%和67%。而大量的研究表明，营养不良会影响放疗后患者的生存和生活质量。

因此，全程营养支持是放疗实施的基石。王教授提出，要规范化放疗全程营养的诊疗过程。营养治疗应从放疗前开始，持续整个治疗期。



刘东颖教授



王鑫教授

北京大学肿瘤医院刘卫平教授介绍，在我国淋巴瘤的发病人数，2019年对比2016年由7.54万人增至10.15万人，死亡人数由4.05万增至4.7万人。多学科诊疗（MDT）中，营养支持治疗是淋巴瘤患者全程管理的重要一环。

根据中国INSCOC研究报告：2014—2021年淋巴瘤住院患者的整体营养

状况不容乐观，其中存在营养风险的患者由35.9%增至56.5%，明确存在营养不良的患者由48.5%增至81.2%，发生营养不良的主要原因分为两大类：疾病相关因素和治疗相关因素，其中疾病相关因素主要为：饮食行为改变、食物摄入减少、体重减轻、疲劳、肌肉萎缩、脂肪量减少、免疫功能受损；治疗相关因素主要为化疗和

放疗导致的恶心、呕吐、食欲下降和代谢改变等。营养不良的患者中断治疗的发生率高，影响CAR-T治疗效果，并且治疗相关不良反应发生率高。研究指出，营养干预能够提高患者生活质量、改善患者健康状况、提高治疗应答，能够延缓肿瘤进展、减轻治疗毒性、抵消治疗抵抗。

刘教授表示，营养不良

影响淋巴瘤治疗效果及生存，营养干预是淋巴瘤治疗的重要环节，强调营养支持治疗的四个优先原则：营养教育优先、膳食优先、口服优先、肠内营养优先。



刘卫平教授

管尚慧 抗肿瘤和营养支持“双管齐下”

山东大学齐鲁医院管尚慧教授报告了一则食管癌合并下咽癌患者，显示肿瘤治疗和营养支持治疗同等重要的精彩病例。一位老年男性患者2015年因下咽癌行手术治疗，术后7年开始出现呼吸困难伴咳嗽、饮食呛咳，复查电子喉镜及胃镜证实下咽癌复发，同时合并第二原发食管癌，患者气道梗阻明显遂行气管切开以缓解呼吸困难。管教授团队结合该患者的具体病情，制定了科学规范的抗肿瘤治疗方案：给予该患者化疗联合免疫治疗的全身治疗方案，并针对下咽癌进行局部放疗，考虑到患者体力状况不佳，无法耐受面积较大的放射治疗范围，因此未行食管癌放疗；下咽癌放疗结束后，该患者继续行免疫维持治

疗至今。

另一方面，在抗肿瘤治疗启动之前，该患者完成了NRS2002筛查，提示有营养不良风险，进一步评估显示PG-SGA 27分，诊断为重度营养不良，亟需营养干预。该患者的膳食调查提示，其能量及蛋白质摄入严重不足，同时合并吞咽疼痛、进食梗阻、乏力、纳差、便秘、失眠等症状。

随即，团队为该患者制定了个体化的营养治疗方案：建议患者高蛋白低脂饮食，增加口服营养补充及补充性肠外营养；根据进食量调整流食与肠内营养的种类及剂量，根据营养治疗“五阶梯原则”确定营养治疗途径。同时针对患者出现的一系列肿瘤相关症状给予有效的症状管理。



关联阅读全文

图片新闻



会议上，《恶性肿瘤患者运动疗法指南》《肿瘤专科医院急诊预检分诊专家共识》《基于PROs的肿瘤营养决策支持系统临床应用专家共识》三部指南和共识定稿会举行。随着共识和指南的相继出台，缓和医疗的范围及对患者的管理方式将愈加细化，也会让临床医生在开展缓和医疗时有了依据和抓手，对规范肿瘤诊疗全程，提高患者生活质量意义重大。