

百万肿瘤患者“闹饥荒”

超半数存在营养风险的患者并未接受任何营养治疗



医师报讯(融媒体记者 秦苗 贾薇薇)“消瘦是癌症或恶性肿瘤患者普遍共有的症状,越到后期,消瘦情况越严重,‘皮包骨’‘瘦骨嶙峋’已不足以形容,我见过最严重的患者,甚至可以在前腹部摸到肠子后面的脊柱!很多患者最终会因极度消瘦、营养不良及相关并发症导致死亡,而非肿瘤本身。”浙江大学医学院附属邵逸夫医院肿瘤内科潘宏铭教授在近期召开的第七届 CSCO 肿瘤支持与康复治疗学术年会暨第二十届 CACA 癌症康复与姑息医学大会上遗憾地指出。

2020年10月,郑州大学公共卫生学院流行病学教研室宋春花教授等联合全国22个主要省(市)的80家三甲医院,发起的一项迄今为止全世界常见恶性肿瘤住院患者营养状况最大样本现况调查结果发布。研究共纳入47488例16种常见恶性肿瘤住院患者,结果发现,我国超半数肿瘤患者存在营养风险,中度和重度营养不良的发病率高达86.3%。而据2020年数据统计,中国新增肿瘤患者数高达457万,意味着中国数百万肿瘤患者正被困在“饥饿”里。然而,这仅仅是冰山一角,由于目前关于肿瘤患者营养不良的研究还较为零散,缺乏系统性和深度,导致临床对其发病率、影响因素、临床表现等方面的认识仍然有限。这不仅影响了肿瘤患者的治疗效果和生活质量,也大大增加了医疗成本和社会负担。

营养不良发生率最高的地方是肿瘤科

60岁的李梅(化名),一位曾接受乳腺癌根治手术的康复期患者,经常与亲朋好友分享她的康复之路。然而,当话题转向她的体重时,她告诉《医师报》记者,尽管自己的乳腺癌肿瘤已被控制,但最近发现自己的体重和体力持续下降,她也意识到体内有一个看不见的“隐形敌人”在悄悄地吸取她的营养,但她并没有意识到应将此主动告知医生。

不难发现,很多人错误地认为,肿瘤患者极度消瘦是癌细胞增生、代谢活跃,把身体的营养都“抢”光了,是正常的表现。中国抗癌协会副理事长、中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会主任委员、首都医科大学附属北京世纪坛医院石汉平教授接受《医师报》记者采访时曾指出,肿瘤患者营养不良的原因远非如此,而是由包括肿瘤本身及其治疗手段导致的营养消耗增加和摄入减少,肿瘤产生的代谢产物影响食欲和吸收,药物和营养补充剂的相互作用,以及情绪和心理状

态、社会环境和饮食生活习惯等多重因素的共同作用所致。他直言:“营养不良发生率最高的地方不是贫民窟,而是肿瘤科。”

宋春花教授发布的调查数据显示,我国三级甲等医院住院肿瘤患者总体营养不良的发病率为80.4%。

她同时指出,尽管营养状况对恶性肿瘤患者的治疗效果和生活质量至关重要,但关于肿瘤患者营养不良的发病率,目前各家报道却存在显著差异,从低至30%到高达80%不等。这种巨大的差异体现了目前学界对肿瘤患者营养不良问题认识的不足。

潘宏铭表示,虽然我国肿瘤患者对营养治疗持有积极态度,但普遍面临营养知识缺乏、误区较多以及获取知识途径不当的问题。针对肿瘤患者的营养知识调查结果显示,超过90%的患者没有接受过规范的营养教育,他们普遍存在患病后不可食用富含蛋白质食物的误解,并更倾向于服用保健食品(如灵芝、人参等)而非特医食品(全称为特殊医学用途配方食品,是一种专门为满足进食受限、消化吸收障碍、代谢紊乱或者特定疾病状态人群对营养素或膳食的特殊需要而设计的食物)。

此外,他强调,肿瘤患者获取营养知识的途径也存在问题,医生尤其是营养师在肿瘤患者营养治疗中的角色发挥仍不到位。调研还显示,医学院校学生及临床医务人员同样存在临床营养知识匮乏的问题,这表明我国医学院校的临床营养教育相对落后,医务人员营养知识不足,难以满足临床需求。



极度消瘦的肿瘤患者



肿瘤患者治疗后的“进食”挑战

在放疗期间,一位鼻咽癌患者首次体验到了进食的艰难,“放疗后的初步反应便是口干舌燥、咽干、鼻腔干燥,紧接着是口腔溃疡、舌头发紫、味觉变化,这些都直接导致咀嚼时疼痛、吞咽困难。到了放疗的第五周,我开始呕吐,且症状日益加重,吃什么吐什么,直到最后连胆汁都吐不出来了。”

对于肿瘤患者而言,“吃”成为了一个前所未有的巨大挑战。许多患者甚至还未被肿瘤击败,就先被营养流失所击垮。北京协和医院临床营养科主任、健康医学系主任于康教授在媒体采访中强调:“无论是在医院还是在家中休养,如果患者的营养状况得不到有效管理,将会导致肿瘤复发率增加、再次入院率上升、生活质量下降

以及临床转归结局恶化等一系列问题。”

“面对肿瘤患者的营养问题,我国的应对现状堪忧。一方面,医院缺乏专业的肿瘤营养管理人才队伍和管理体制;另一方面,尽管肿瘤患者普遍存在营养问题,但如何早期发现、如何进行干预、由谁负责干预以及干预效果如何监测等一系列路径与标准,目前还缺乏广泛的共识和明确的指南。”潘宏铭指出。

为指导和规范我国医疗机构中临床营养科的建设与管理,国家卫健委于2022年3月发布了《临床营养科建设与管理指南(试行)》(以下简称“指南”),旨在提升医疗机构临床营养科的诊疗能力和管理水平,要求已设立临床营养科的医疗机构按照指南进一步

加强科室建设和管理,提升临床营养服务的专业性和有效性。同时,也鼓励尚未设立临床营养科的医疗机构依据指南逐步建立规范化的临床营养科,以满足患者日益增长的临床营养需求,提升整体医疗服务质量。

然而,现实情况仍不容乐观。一项针对2248例住院肿瘤患者的调查显示,肿瘤患者营养风险率高达40.2%,而营养不良率也达28.0%。潘宏铭指出,尽管该研究的营养治疗率为42.3%,但其中约一半的治疗仅为单瓶输注,这种方式由于各营养素非同时输入,易造成营养素的浪费,并可能引发并发症,且操作繁琐。更令人担忧的是,超过50%具有营养风险的患者并未接受任何营养治疗,而在接受营养治疗的患者中,有一半的治疗并不规范。

创新肿瘤患者营养综合管理模式

2023年,国家卫健委医院管理研究所正式公布了首批临床营养科建设示范单位名单,北京协和医院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院等30家单位脱颖而出,被认定为临床营养科建设示范单位。

以北京协和医院为例,作为我国首个建立营养科室的医院,协和医院临床营养科团队建立了以“营养筛查-营养评定-营养不良诊疗”为基础的规范化临床营养管理诊疗模式,推动了临床营养科规范化发展的进程。同时,医院专门建立了营养管理小组,由营养师和临床医师构成,

监督实施营养筛查及营养不良诊断,以进一步提升营养诊疗效率,守护患者健康。

潘宏铭介绍了邵逸夫医院在建立肿瘤患者营养综合评估体系以及营养治疗体系过程中的创新实践经验。具体而言,营养综合评估体系首先进行营养风险筛查,通过收集患者的病史、进行体格检查以及实验室检查来初步判断患者的营养风险。在此基础上,进一步对患者的体力状态,并通过体重及组成成分测定等方法进行综合营养评估,以更准确地了解患者的营养状况。在深入、细致评估的基础上,医院建

立了肿瘤患者营养诊疗决策支持系统,为患者制定个性化的营养支持方案。

2019-2022年,由中国临床肿瘤学会主导,在全国范围内已建设了100家国家级肿瘤患者营养指导中心,并带动了约300家省市级中心的建立。潘宏铭强调,肿瘤患者的营养治疗被视为价值医疗的具体体现,是癌症综合治疗的重要组成部分。随着营养治疗体系的不断完善和推广,越来越多的肿瘤患者将从中受益,获得更加科学、合理的营养支持,以更好地应对疾病的挑战。