

近日，英国 Christie NHS 信托基金会 Loraine Gillespie 等着重分析营养、早期营养干预的重要性，并指导护士护理需姑息和终末期治疗的患者，包括围绕症状控制和生活质量给予营养支持和治疗（Br J Community Nurs. 2014;19:S15）。鉴于临床营养在肿瘤治疗中的重要作用，本报特邀黎介寿院士、江志伟教授针对肿瘤营养支持和治疗作专题报道。

肿瘤临床营养角色：从支持到治疗

▲ 南京军区南京总医院全军普外研究所 江志伟 黎介寿

肿瘤营养学是应用营养学的方法和理论，进行肿瘤预防及治疗的一门新学科。营养不良降低肿瘤治疗的有效性，增加化、放疗的不良反应，降低肿瘤患者的生活质量，缩短其生存时间。而运用肠内和肠外营养以及免疫代谢调节的方法，有望为临床肿瘤患者的治疗开辟新的途径和方法。目前，欧美国家也正逐渐加大对肿瘤营养学研究的投入，以期在肿瘤综合治疗中发挥营养支持和治疗的重要作用。



江志伟 教授

恶性肿瘤患者中营养不良发生率高，营养不良显著危害患者的生存及生活质量，因此针对肿瘤患者进行营养支持的研究及临床应用具有重要的现实意义。

肿瘤患者营养不良筛选与评估 应推广应用评估量表

前述建议说明，营养支持在肿瘤患者的手术、化疗、放疗等治疗过程中并不需要常规使用；同时指南强调，在进行积极抗肿瘤治疗的患者中，如果存在营养不良或有营养不良风险时，进行营养支持是必需的和正确的。其实，在肿瘤患者中营养不良发生率相当高，为40%~80%。临床实践中如何早期发现营养不良是一个很重要的问题，这需要重视营养不良的筛选与评估。

量表 目前在临床上经常针对肿瘤患者进行营养不良筛选的量表包括PG-SGA、SGA、NRI等。其中PG-SGA专门为肿瘤患者所设计，此表优点是使用简便，患者只需针对四项问题进行回答，再由医生对患者另外两项进行评估检查，在门诊或病房内数分钟就可完成，不需要抽血等有创检查。其中由患者作答四项问题包括：体重变化、饮食情况、体能活动能力以及有无影

响患者进食的一些不良症状（如疼痛、便秘、腹泻、恶心、呕吐、焦急、紧张等）。由医生判定两项包括：有无高分解及高代谢状态、体检有无肌肉及脂肪的大量消耗状态。量表同时可以对每一项进行计分，这样就可以动态及量化进行统计及评估。PG-SGA是一个比较适合肿瘤患者进行营养不良筛选的量表，值得在临床上推广与应用。

临床经验 针对临床

患者营养不良的判定与评估，临床医生的经验是非常重要的，通过询问病史、体重变化情况、体力状态、活动能力、进食情况、不良症状等，有助于判断患者是否存在营养不良。其中体重下降一定要引起临床医生的重视，因为肌肉或脂肪的消耗均是以器官功能的下降为代价，不能置之不理或视为理所当然，而应积极地寻找原因、针对不同情况积极开展肠内或肠外营养支持。

肿瘤营养支持治疗指南 七大要点值得借鉴

2009年美国肠外肠内营养学会（ASPEN）发布临床肿瘤患者营养支持治疗的新指南，重点是再次强调了营养支持治疗在肿瘤患者综合治疗中的重要性。

- 1 无证据表明营养支持会促进肿瘤生长。虽然理论上营养支持可能促进肿瘤的生长，但多年来的临床实践并无证据显示营养支持促进肿瘤生长。尽管目前也没有明确的证据表明预防性使用营养支持可以延长肿瘤患者的生存时间，但有证据表明针对营养不良的肿瘤患者积极地开展营养支持，可以减少并发症，改善生活质量。
- 2 营养良好的手术患者不需要常规使用营养支持，无论肠外或肠内营养支持都没有显示出比标准口服进食更好的优越性。
- 3 对于中度或重度营养不良的手术患者，术前进行7~14 d的营养支持是有益的，但需要评估营养支持与延迟手术之间的利弊。
- 4 营养支持不应作为营养良好患者进行化疗时的常规辅助手段。
- 5 营养支持也不应作为营养良好的头颈部、腹部或盆腔放疗患者的常规辅助手段。
- 6 营养不良与长期不能进食或营养吸收不充分的患者，进行积极抗癌治疗时适宜给予营养支持。
- 7 在姑息支持的终末期肿瘤患者中，通常很少使用营养支持。只有少数患者可能获益，如预期生存超过40~60 d，KPS评分>50分，无严重器官功能障碍。但需与家属及患者进行充分沟通与配合。

肿瘤营养支持原则 推荐肠内与肠外营养联合使用

目前，肿瘤患者营养支持主要遵循的仍是一般患者或危重患者营养支持的普遍原则，即胃肠有功能首选肠内营养，胃肠道功能不全或障碍时使用肠外营养；更推荐肠内与肠外营养（图1）联合使用，以获得肠内营养维护肠黏膜屏障与免疫调控功能，肠外营养来提供能量与营养底物的需要。证据显示，使用N-3脂肪酸、核苷酸等免疫增强型肠内营养可能对大手术患者或体重下降的肿瘤患者有益。

临床上常被忽视的一种情况是，营养支持的原则强调如果口服进食量少于正常需要量60%达到或预期达到5~7 d以上时，就应尽早启用肠内或肠外营养支持。因此，这就要

求医护人员不但要关心患者有无进食，还要评估进食的量及质量如何。如是患者进食的量和质不能达到标准，则为临床需进行营养干预的人群，其实这些患者在肿瘤内、外科普遍被忽略了。

目前不认为通过饮食疗法能达到抗肿瘤、杀灭肿瘤的疗效，因此，有关通过特殊饮食疗法进行抗肿瘤治疗的提法并无太多证据。而通过鼓励正常的自然进食、口服辅助营养、人工肠内或肠外营养，根据不同疾病状态，可帮助改善营养状态，提高免疫功能，纠正器官功能不全。营养支持为肿瘤综合治疗中的一个重要组成部分，营养的补充不但能增加体重，而且可改善免疫

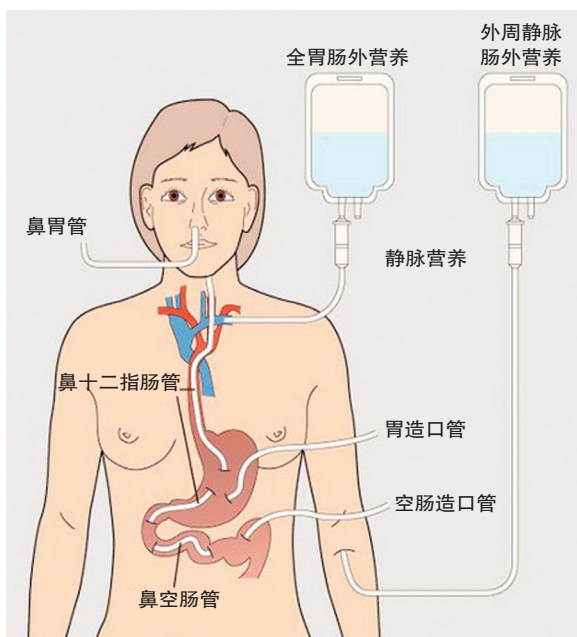


图1 肠内和肠外营养路径

功能，具有抗氧化应激等多种作用，免疫营养学或营养药理学已将营养支持

（nutritional support）提升到了营养治疗（nutritional therapy）的新水平。

围手术期营养支持新理念 加速康复外科倡导无痛、无应激

既往针对肿瘤手术患者如何进行营养支持一直存在着许多困惑或争议，近年来，加速康复外科（FTS）概念的提出，使得人们对围手术期的营养支持和管理有了新理解。

FTS是通过优化围手术期的处理措施，减少创伤应激代谢，减少并发症，达到患者的快速康复、缩短住院时间。其中有关营养管理的进展包括：术前

不常规进行肠道准备、术前缩短禁食时间、术前口服碳水化合物进行代谢准备、术后早期恢复口服饮食、术后早期下床活动，以及使用硬膜外麻醉及术后止痛，不常规使用鼻胃管、腹腔引流管，尽早去除尿管等诸多优化措施。

术前不常规进行肠道准备；术前2 h可自由饮水，术前6 h可自由进食，以减少液体和营养素的丢

失。口服碳水化合物进行代谢准备可减少术后高血糖发生率，缓解胰岛素抵抗及高分解代谢。术后4 h，患者清醒后就可以恢复口服清流质，而无需等到通气或通便才开始恢复口服饮食。使用硬膜外止痛，减少了各种导管的使用，早期下床活动可促进合成代谢。术前已有营养不良的患者，术前应考虑纠正营养状况，以减少术后相

关并发症。

FTS已在许多外科领域获得成功，作者团队的研究也显示在胃肠癌患者开展FTS安全、有效，大多患者术后4~6 d就可康复出院。FTS所倡导和追求无痛、无应激的理念，将适用于所有外科手术患者，它更加全面地强调了微创的理念。相信，如同腹腔镜外科一样，FTS将逐渐为临床所接受和推广。