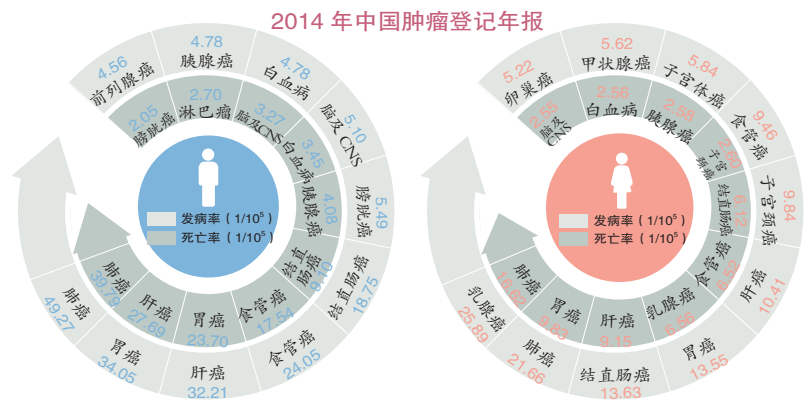


编者按：2015年2月，WHO发布“全球肿瘤报告2014”：2012年全球肿瘤患者及死亡病例分别为1400万、820万，其中胃癌死亡72.3万，在所有肿瘤死亡中占第三位，仅次于肺癌、肝癌。中国肿瘤登记中心的2014年肿瘤登记年报显示，胃癌是我国高发肿瘤，居男性肿瘤发生率第二位，女性第四位。我国胃癌患病率和死亡率均超过世界平均水平的2倍。

胃癌是所有肿瘤中对营养影响最为严重的肿瘤。为了更好地治愈胃癌，减少营养风险给患者带来的不利因素，越来越多的人开始重视营养治疗的重要性，提倡将营养治疗加入胃癌患者的常规治疗中。近日，中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会石汉平，李苏宜，王昆华教授等在《肿瘤代谢与营养电子杂志》发表了《胃癌患者营养治疗指南》。



全国男性（左）和女性（右）排名前十的恶性肿瘤发病率及死亡率

胃癌患者营养治疗指南公布

营养治疗正逐渐成为一种新的临床治疗方式，是治疗和改善预后的抓手

胃癌相关性营养不良

1980年美国数据显示，胃癌患者中营养不良的比例占87%，恶液质的发病率高达65%~85%，超过了其他所有肿瘤，营养不良及恶液质发病率均占有所有肿瘤的第一位。

胃癌手术后营养不良严重、频发、持久而复杂，与所有营养不良一样，胃癌相关性营养不良带来的负面影响也体现在机体及功能两个层面。它削弱了放化疗的疗效，提高了药物不良反应风险，降低了骨骼肌质量和功能，增加了术后并发症及院内感染的机会，延长了住院时间，升高了并发症发生率和病死率，恶化了患者的生活质量，增加了医疗费用。营养不良还限制了胃癌患者治疗方案的选择，使得他们不得不选择一些非最优或者不恰当的治疗方案。总之，营养不良与预后不良密切相关。

营养不良与预后不良密切相关。营养不良还限制了胃癌患者治疗方案的选择，使得他们不得不选择一些非最优或者不恰当的治疗方案。总之，营养不良与预后不良密切相关。

营养不良与预后不良密切相关。营养不良还限制了胃癌患者治疗方案的选择，使得他们不得不选择一些非最优或者不恰当的治疗方案。总之，营养不良与预后不良密切相关。

推荐意见

手术患者

围手术期患者每日总能量消耗，卧床患者为30 kcal/（kg·d），非卧床患者为35 kcal/（kg·d）。手术中常规实施穿刺导管空肠造瘘。术前营养支持推荐用于严重营养不良（丢失≥20%），且能从手术获益的患者。中度营养不良患者（体重丢失10%~19%）也可能获益于术前营养支持。术后营养支持推荐用于

所有受益于术前支持的患者、所有营养不良的患者、术后1周经口摄食小于60%能量需求的患者。

手术前持续7 d的肠内免疫营养推荐用于所有将受益于胃癌手术的患者；手术后所有营养不良的患者，即使没有并发症也推荐继续7 d免疫营养，或者直到患者可以经口摄食至少60%的能量需求。

相关证据

适应证

摄入不足、体重丢失、抗肿瘤治疗（包括手术、放疗、化疗）是选择营养干预适应证的考虑因素。

能量需求

2012年Mariette C等建议胃癌围手术期患者的每日总能量消耗为：卧床患者30 kcal/（kg·d），非卧床患者35 kcal/（kg·d）。

床患者为35 kcal/（kg·d）；如果摄入量少于需要量的60%，则需要人工营养。如果采用全静脉途径营养，

指南认为，应该下调能量供给：卧床患者25 kcal/（kg·d），非卧床患者为30 kcal/（kg·d）。

营养治疗途径

胃癌患者营养治疗的途径包括肠内营养（口服、管饲）及肠外营养（静脉）。口服是生理的途径，是第一选择。胃癌患者围手术期、围放疗期、围化疗期等治疗期间乃至家居期间营养治疗首选口服营养补充，必要时辅以静脉途径补充口服（日常饮食+口服营养补充）摄入的不足部分，如部分肠外营养或补充性肠外营养。

对胃癌手术患者，特

别推荐手术中常规实施穿刺导管空肠造瘘。营养支持可以考虑静脉、管饲或口服途径。

中心静脉途径，指南特别推荐输液港，可以长期留置，以备后用，不影响患者的形象，不妨碍患者的日常生活如洗浴、社交，从而提高患者的生活质量。

终末期胃癌患者常常合并消化道梗阻如贲门、幽门、小肠、结肠梗阻，

如果这些梗阻部位无法手术治疗，自动扩张支架为恢复消化道通畅提供了一种现实的可能。

围手术期胃癌患者，若口服途径不足以提供需要量的50%超过连续5 d时，或有中度、重度营养不良时，应该采用管饲。

对于胃癌以及其他所有肿瘤患者围治疗（放疗、化疗、手术）期以及家居康复期营养支持途径的选择，指南推荐饮食、肠内

营养、肠外营养的联合应用，即部分饮食+部分肠内营养+部分肠外营养。对胃癌患者来说，这种联合尤为重要。饮食、肠内营养的优势与重要性世人皆知，也是围治疗期营养支持的首要选择。

但是，胃癌患者单纯依靠饮食、肠内营养往往不能满足患者的需要，不能达到目标需要量，通过肠外营养补充肠内营养的不足显得尤为重要。

放化疗患者

无证据显示营养支持会影响肿瘤生长，因此营养支持不必考虑这个理论问题。

营养支持不常规推荐于所有放疗患者或化疗患者，因为其对治疗反应或不良反应没有影响。因摄入不足导致体重丢失的患者，肠内营养（经口或管饲）可改

善和维持营养状态。接受放疗和（或）化疗的患者，可经鼻置管或造瘘建立喂养管道，经皮造瘘术似乎更合适。

肠内营养使用标准配方。富含ω-3脂肪酸配方对恶液质有积极作用，但能否改善营养状况或者一般状况仍有争议，它对于生存率没有明确改善。

家居患者

遵循肿瘤营养治疗通则里面的饮食指导及家庭康复指导原则。胃癌患者要特别重视医院

门诊营养咨询，至少每3个月1次。养成口服营养补充习惯。每2周称量并记录体重1次。

制剂与配方

胃癌患者营养治疗的制剂与配方总体上与其他肿瘤没有区别。但是，胃手术创伤较大，导致免疫力下降，增加术后病死率及感染率风险，增强免疫功能可以降低这些并发症，因此，免疫营养是胃癌手术患者一个优先选择。

最常用的免疫营养物包含精氨酸、谷氨酰胺、ω-3多不饱和脂肪酸、核酸和具有抗氧化作用微量营养素（维生素E、维

生素C、β胡萝卜素、锌和硒）。

总的来说，在围手术期间，免疫营养比标准饮食更加有效。免疫营养强调联合应用，推荐精氨酸、谷氨酰胺、ω-3多不饱和脂肪酸、核酸四种联合；任何一种免疫营养素单独使用、两种甚至三种免疫营养素的联合使用，结果有待验证。

鱼油单独使用在胃癌中的作用没有得到一致性证实。

实施

胃癌营养不良患者行营养干预时，应遵循五阶梯治疗模式（图1）。首选营

养教育，次选肠内、肠外营养；首选肠内营养，后选肠外营养；首选口服，后选管

饲。首选营养教育，后依次晋级选择口服营养补充、完全肠内营养、部分肠外营

养、完全肠外营养。下一阶梯不能满足60%目标能量3~5 d时，应选择上一阶梯。

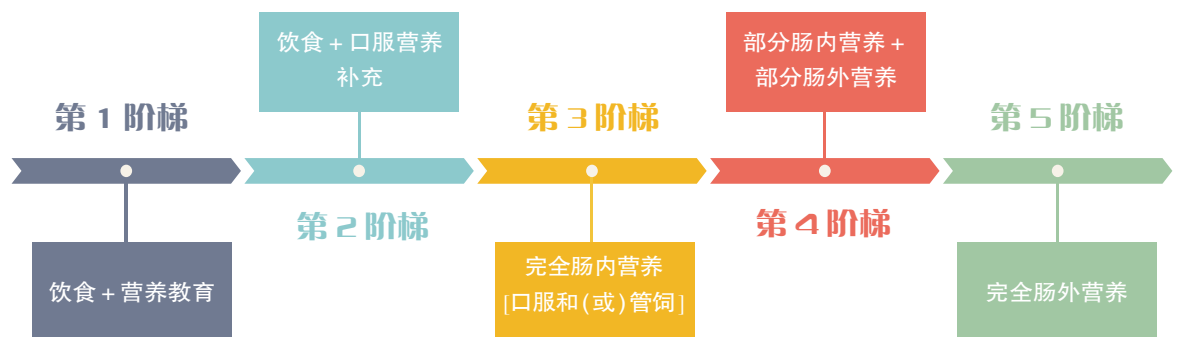


图1 胃癌营养不良患者营养干预的五阶梯治疗模式