

营养治疗应成为肿瘤一线治疗

膳食优先, 营养教育优先, 口服优先, 肠内营养优先



医师报讯 (融媒体记者 王丽娜 刘则伯 张玉辉) 肿瘤是一种消耗性疾病, 就像患者身体里住进一只“大怪兽”, 吞噬着肿瘤患者最宝贵的营养。研究显示, 肿瘤患者每天要比正常人额外多消耗 300 Kcal 能量, 再加上重视不够、治疗不足, 死于肿瘤的患者 100% 会出现营养不良, 我国三甲医院住院肿瘤患者营养不良发病率为 80.4%, 不仅如此, 营养不良严重影响了肿瘤患者的寿命……

虽然现实严峻, 但还有很多人对营养治疗有很多误区, 如想饿死肿瘤、认为得了肿瘤不能吃牛羊虾等“发物”, 甚至很多肿瘤科医生对营养治疗也不了解。中国医学科学院肿瘤医院综合科丛明华教授指出, 为肿瘤患者选择治疗方式的多学科诊疗 (MDT) 讨论一般不会让营养师参与, 营养治疗只有在患者身体状态严重下滑才开始。这样并不合理, 他强调, 要在确诊肿瘤后就启动营养支持治疗, 用整合治疗理念为肿瘤患者护航。

“肿瘤治疗, 营养先行” 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、首都医科大学附属世纪坛医院石汉平教授呼吁, 肿瘤患者的营养治疗也是肿瘤的一线治疗方式, 应贯穿抗癌治疗全程。

“即便出现消瘦, 仍没意识到是营养不良”

先来看一张对比图 (图 1) 苹果公司前总裁乔布斯先生, 患胰腺癌前后, 判若两人, 很多人觉得这很正常。殊不知, 这是因为肿瘤像一只“怪兽”, 通过 Cori 循环 (乳酸循环) 从肿瘤患者身体里不断偷走营养和能量, 致使肿瘤患者每天会比正常人额外多消耗 300 Kcal 能量。中国抗癌协会领衔的一项大规模研究显示, 我国肿瘤患者中, 中重度营养不良者达 58%。

“每个细胞都营养不良。”这不是危言耸听。石汉平表示, 营养不良不仅会导致肿瘤患者体重减轻, 它还是一种综合征, “悄悄袭来”, 累及身体的每一个器官、系统、组织、细胞, 甚至还会引起心理问题。

肿瘤营养不良危害严重, 除了会增加患者并发症、死亡风险及死亡率、延长患者住院



图 1 乔布斯患癌前后对比图

时间、增加患者医疗费用以外, 还会降低患者疾病治疗效果、降低患者生活质量、减少患者生存时间。这些危害表明, 营养不良与肿瘤患者大多数临床结局紧密关联。

中国抗癌协会的调查发现, 中重度营养不良肺癌患者比营养良好患者的中位生存时间缩短了 847 天。调查显示, 我国

68.78% 的肿瘤患者没有获得任何营养治疗, 重度营养不良肿瘤患者的无营养治疗比例仍然高达 55.03%。

即便出现消瘦, 有些肿瘤患者仍然没有认识到这是营养不良。在医生端也存在困境: 肿瘤医生对患者营养不良关注不足。

“素食对肿瘤患者没好处”

我国肿瘤患者对营养治疗有四大误区: 首先, 很多患者不敢随便吃, 怕营养了肿瘤, 甚至有的患者想饿死肿瘤。这是一个很大的误区, 用饿的办法最后饿死的是人体, 肿瘤依然会茁壮成长, 因为它有特殊的代谢机制, 可以争夺人体的营养。其次, 很多肿瘤患者认为发物不能吃, 主要指含蛋白质的动物性食品, 如羊肉、海鱼、虾等。实际上肿瘤患者特别需要富含蛋白质的食物, 营养师建议肿瘤患者的蛋白供应要高于普通人群, 他们不仅不能忌口, 还要多吃这些“发物”。再次, 很多患者主张素食, 素食对大部分正常人没有好处, 对肿瘤患者更没有好处。最后, 多吃所谓抗癌食品, 这还是营养过于单一的问题。丛明华介绍, 肿瘤患者营

养不良分为轻中重度。对轻度营养不良患者开展营养教育、居家治疗, 即可改善患者的营养状况及临床结局; 对于中重度营养不良患者同时也要给予医学营养支持治疗, 包括肠内营养和肠外营养, 在 CACA 指南中推荐四个优先: 膳食优先, 营养教育优先; 口服优先, 肠内营养优先。“无论是肿瘤患者还是正常人, 健康从营养开始, 营养从饮食开始, 营养就是基于日常的每一口饭。”石汉平说。

中重度营养不良肿瘤患者治疗相对困难, 因为不同于其他疾病患者, 他们的营养不良由多因素导致, 且累及身心, 需要进行整合治疗, 包括: 控制肿瘤、代谢调节、抑制炎症、氧化修饰及营养治疗。

“以营养为支点, 撬动肿瘤防控”

营养不良的肿瘤患者不一定都是骨瘦如柴, 其表现具有一定的迷惑性。营养不良分为轻度、中度、重度, 很多轻度患者无法通过观察发现。所以在传统理念中, 对肿瘤患者的营养支持治疗是从控瘤无效, 患者身体状态严重下滑开始的。丛明华教授认为这样并不合理, “应该早发现, 开始干预。”本次“中国肿瘤整合诊治技术指南——营养疗法”中推荐, 从控瘤治疗开始, 就要启动营养支持治疗, 并且应该覆盖控瘤全过程。

“肿瘤患者营养不良较为普遍, 所以建议从患者确诊肿瘤就开始。”石汉平介绍, 营养治疗需三级诊断 (图 2)。早期筛查是肿瘤医生早介入的基础。“我在临床中真切体会到, 营养治疗带患者的益处太大了。”石汉平是营养治疗的拥护者, 他的患者是受益者。他表示, 一方面, 肿瘤治疗很大一部分靠患者自身的免疫力, 而营养

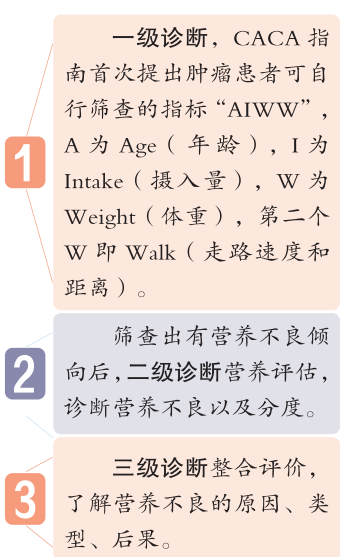


图 2 营养治疗三级诊断

恰恰是增强免疫功能最重要的因素。虽然音乐、睡眠、运动、心理治疗也有这方面的作用, 但营养治疗的贡献率更高。从这个角度说, 以营养为支点可以撬动肿瘤防控。另一方面, 抗肿瘤治疗本身就会对机体造成损害, 只有好的营养状态才能更好地迎接治疗。因此, 石

汉平教授提出: “不能让患者在住院期间挨饿, 不能让患者在营养不良的状态下接受手术, 接受放疗, 接受化疗, 所以我们提出无饿医院建设。”

“营养不良发生率最高的地方, 不是贫民窟, 而是住院的肿瘤患者。”石汉平表示。研究显示, 我国三甲医院住院肿瘤患者总体营养不良的发病率为 80.4%。因此, 无饿医院建设是 CACA 营养专委会的一项重要工作。这一理念 2018 年首次提出, 连续 3 年得到全国人大代表的提案和国家卫健委的肯定。如今, 无饿医院建设已写入教材。“没有人喜欢医院的饭, 希望呼吁改善住院患者在医院期间饮食。”石汉平表示, 全国现在很多医院都在践行无饿医院建设, 近期我们的数据显示, 2013-2023 年, 我国肿瘤患者营养治疗率明显提高, 尽管变化缓慢, 但住院患者营养不良发生率也在不断下降, 这就是这一项目成果的最好体现。

“每个肿瘤科病房都应是无饿病房”

如何让肿瘤医生更早地介入营养支持? 石汉平和丛明华教授也给出了几点建议。

第一, 在医生培养过程中, 大部分医生没有学过临床营养课, 无法为肿瘤患者提供营养支持, 但这一学科相比其他医学学科来讲并不难, 临床医生多参加肿瘤营养方面的讲座, 媒体多宣传, 医生重视, 就会让患者获益。第二, 每个肿瘤科病房都应该是无饿病房, 用相应的规则来管理。第三, 肿瘤患者的 MDT 要有营养师参与, 欧美这一模式较成熟, 通过组建营养师参与的营养支持小组, 全程管理患者营养治疗问题。第四, 每位肿瘤患者入院要进行营养筛查。第五, 肿瘤科医生要优先重视营养不良。时代在变、肿瘤患者生命在延长, 只会“内科吃药、外科开刀”的医生给不了肿瘤患者最好的治疗。“现在对医生的要求是要能跨界, 患者来到肿瘤科, 医生要尽最大努力将他的所有

问题都解决掉。中国抗癌协会提出的‘肿瘤防治赢在整合’, 就是提倡抗瘤和支持一个都不能少。”丛明华表示。

丛明华也介绍了他们科室行之有效的方式: “其实在日常工作中, 肿瘤医生掌握基础的营养治疗步骤和知识就够了, 在我们科室, 有的医生亚专业是营养、有的是心理。我们团队正朝着给患者提供最佳医疗照护的方向努力着。”

随着最近 10 年, 中国抗癌协会等专业学会推动, 中国的肿瘤营养治疗发展有了很大起色: 首先, 临床医务工作者的营养误区被消除了; 其次, 患者的营养程度得到很大改善, 但要实现肿瘤全程营养治疗, 还任重道远。好在中国肿瘤整合诊治技术指南中已经将营养治疗重视起来, 希望未来营养治疗能深入人心, 真正实现一线治疗、全程管理。