

胃肠道肿瘤病人营养状况与营养支持

覃日清

基金项目: 广西卫计委科研课题(编号: Z2014618)

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院营养科

作者简介: 覃日清(1969-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 临床营养护理。E-mail: 1329786253@qq.com

[摘要] 营养不良是胃肠道肿瘤常见并发症, 伴随肿瘤治疗全过程, 并影响肿瘤的综合治疗效果, 营养支持应贯穿于治疗的全过程。该文就胃肠道肿瘤病人营养状况和临床在肿瘤治疗各个阶段营养支持的情况进行综述。

[关键词] 胃肠道肿瘤; 营养状况; 营养支持

[中图分类号] R 459.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2015)11-1097-03

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2015.11.30

胃肠道肿瘤是我国最常见的消化道肿瘤, 目前仍是采取以手术+化疗模式为主的综合治疗, 综合治疗的效果除与采取的手术方式、化疗等治疗措施有关外, 与病人的体质、营养状况也密不可分。然而胃肠道肿瘤病人常伴有营养不良, Wie 等^[1]研究显示 61% 的肿瘤病人存在中等或严重的营养不良, 约有 20% 直接死于营养不良^[2]。因此, 给予营养支持是肿瘤治疗的一个重要方面, 是综合治疗的基础。现就胃肠道肿瘤病人的营养状况和近年来临床在肿瘤治疗各个阶段营养支持的情况进行综述。

1 胃肠道肿瘤病人的营养状况

1.1 胃肠道肿瘤病人各个治疗阶段营养状况及相关因素 营养不良伴随肿瘤治疗的全过程, 包括术前、术后、出院后、化疗期。由于肿瘤本身生长造成大量营养物质的消耗, 肿瘤占据消化道这个特殊的位置, 不同程度地影响营养物质的摄入、消化和吸收^[3], 病人手术前就存在营养不良和较高的营养风险。于康等^[4]调查胃癌和结直肠癌病人的营养风险发生率分别为 60.8% 和 48.1%, 与方玉等及国外一些调查结果相似^[5-7]。胃肠道肿瘤基本上是择期手术, 术前需对病人营养状况进行认真评定, 对有营养不良且估计手术范围大、损伤程度较重的病人, 术前应考虑营养支持。然而, 有部分临床医师未能重视病人术前营养状况, 加之病人及家属不了解营养与肿瘤治疗的关联, 一味强调手术治疗的重要性, 担心延迟手术有风险, 在蛋白质低下和内稳态紊乱的情况下匆忙手术, 而麻醉、手术致机体应激反应, 出

现高分解代谢及负氮平衡, 使病人术后营养状况进一步恶化^[8]。术前营养不良及手术应激反应致机体营养恶化的状况仍会持续到出院后。有研究显示, 手术后病人出院时有 93.4% 存在消化系统症状, 大部分病人流质或半流质的饮食状况使出院病人的营养问题严峻, 营养状况令人堪忧^[9]。对胃癌术后病人营养状况调查结果显示, 病人术后早期、恢复饮食早期、甚至术后 6 个月内体重仍不断丢失, 肱三头肌皮褶、上肢肌围相应的不断减小, 体重指数、白蛋白、血红蛋白水平下降等营养不良事件持续发生^[10-12]。根据美国国立综合癌症网络治疗指南, 病人接受化疗的最好时机是术后 4 周左右, 病人在尚未调节好正常饮食及身体状态的情况下即进入化疗阶段, 由于化疗药物干扰机体细胞代谢或 DNA 合成和细胞复制, 产生毒素以及恶心、呕吐、味觉改变及习惯性厌食, 更加重病人的营养不良情况^[13]。

1.2 营养不良对肿瘤治疗的影响 肿瘤病人伴营养不良者常影响手术效果, 手术后常见并发症有伤口感染、愈合不良甚至不愈合、吻合口瘘、术后胃肠功能恢复延迟等。据文献^[14]报道, 手术前伴有营养不良的肿瘤病人, 手术后并发症的发生率以及手术后的病死率明显高于营养状况较好者。而对于手术后的后续治疗, 如果病人仍处于营养不良状态, 机体对化疗药物的吸收、分布、代谢及排泄都产生障碍, 导致化疗药物的毒性作用增加, 机体耐受性下降, 抗肿瘤治疗效果也受明显影响^[2]。

2 胃肠道肿瘤的院内营养支持

在肿瘤治疗过程中,良好的营养状况是肿瘤治疗的基础,营养支持应贯穿于病人的整个治疗过程。

2.1 围手术期营养支持 围手术期肿瘤病人的营养状况及营养支持已受到国内外学者的普遍关注。黎介寿院士^[15]认为胃肠手术病人术前营养代谢状况的低下或不足,虽然不是生命体征与内在环境的紊乱,但也将影响到病人的预后。术前营养补充的主要目的不在体重的增加,而是纠正低蛋白血症和內稳态紊乱,保证手术的安全性。补充营养以口服为主,当经肠营养量不足或不能实施时,可采用肠外营养 (parenteral nutrition, PN) 或肠内营养 (enteral nutrition, EN) 与 PN 同时应用^[16]。张丽娅等^[17]研究发现,对直肠癌病人术前进行合理的营养支持,术后1周营养指标有明显改善,表明术前给予病人营养支持可提高其对手术创伤的耐受性,改善术后的营养状况和免疫状态,从而降低并发症的发生率,缩短平均住院时间和减少住院费用。王勤等^[18]研究也显示,术前连续5~10 d的营养支持可明显降低术后严重并发症的发生率和病死率。由此可见,对肿瘤病人术前营养评估,早期发现营养不良,早期营养支持,有利于改善其临床结局,包括减少并发症、提高康复率、缩短住院时间等^[19,20]。大多数学者将重点放在术后营养支持的研究。术后营养支持的目的在于维持机体的营养状况和免疫力,促进机体早日康复。营养支持的方式根据病人术后胃肠功能而定。当EN供给量不足时,可与PN并用。童强等^[21]研究发现EN或PN均能增高血浆免疫球蛋白IgG、IgM、IgA水平,CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺较常规补液明显增高。杨建武^[22]研究显示不同营养支持方式对病人的生化营养指标血清白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白均有不同程度的增高。总而言之,多项研究表明,营养支持对肿瘤病人各项营养指标的维持和免疫指标的提高有明显效果^[23,24]。

2.2 化疗期间营养支持 化疗期间病人常有食欲减退、恶心、呕吐、腹泻等胃肠道反应,营养物质供给不足,直接影响病人的营养状况。有临床研究^[25],通过饮食护理干预促进病人对食物的摄取,保证营养物质的供给,提高病人的营养状况。对于晚期肿瘤化疗病人,魏柏等^[26]联合应用EN加PN支持,有利于机体营养状况及体能的改善,减轻化疗药物的毒性反应。

3 胃肠道肿瘤的院外营养支持

胃肠道肿瘤整个治疗过程包括手术期、化疗期

和治疗间歇期(病人居家身心调整期),营养支持应贯穿于治疗的各个阶段。围手术期、化疗期病人的营养状况已受到临床医护人员的普遍关注,并积极予以营养支持。如何治疗间歇期病人的饮食情况、营养状况却少有医护人员持续关注。有研究指出,临床医护人员应高度重视营养支持,并且不应只局限在医院内,更要关注院外持续的营养支持^[5],但有关院外营养支持的适合方式未见阐述。目前,在欧美国家,基于广泛开展的社区医疗支持,家庭营养支持包括家庭肠内营养(home enteral nutrition, HEN)和家庭肠外营养(home parenteral nutrition, HPN),是院内营养支持的延续,HPN主要应用于短肠综合征、克罗恩病、肠痿等,还有先天性肠缺损、获得性免疫缺陷综合征(AIDS)、非特异性多发性小肠溃疡等,HEN主要用于由神经系统疾病引起的吞咽困难及肿瘤造成的上消化道梗阻^[27]。在国外,并无相关报道HEN及HPN作为常规营养支持途径应用于胃肠道肿瘤术后病人的持续院外营养支持,而由于HEN及HPN价格高、技术要求高、并发症较严重,在国内尚未推广普及。食物中含有人体所需的各种营养物质,保证饮食丰富多样,均衡摄取不同种类的营养食物,其作用可能超过任何医用营养成分补充剂的作用,是经济、安全、可靠的营养支持方式^[28],胃肠道肿瘤术后病人胃肠功能恢复即应经口进食。治疗间歇期是补充饮食营养的最佳时期,但是,病人出院往往大多数存在食欲低下等消化道症状^[5],缺乏饮食知识,害怕进食,而且临床工作中,对病人出院的饮食教育普遍流于形式,缺乏针对性,并缺乏长期有效的追踪指导^[29]。诸多因素造成病人饮食不合理,营养状况得不到改善。

4 结语

综上所述,营养不良伴随肿瘤治疗的全过程,并影响肿瘤治疗的效果,营养支持应贯穿于治疗的各个阶段。住院治疗期间,病人的营养状况已受广泛关注,院内营养支持EN及PN方式效果确切,但在治疗间歇期,院外营养支持环节薄弱,诸多因素影响EN及PN不能在院外延续普及。而饮食营养是经济、安全的营养支持方式,但病人无食欲、缺乏饮食知识等诸多因素影响病人进食,因此,采取必要的干预措施保证病人从食物中摄取足够的营养势在必行。目前迫切需要探索经济、安全、可靠的院外营养支持方式来改善病人治疗间歇期营养状况,以提高肿瘤综合治疗效果。

参考文献

- Wie GA, Cho YA, Kim SY, et al. Prevalence and risk factors of malnutrition among cancer patients according to tumor location and stage in the National Cancer Center in Korea [J]. Nutrition, 2010, 26 (3): 263 - 268.
- 黎介寿. 肿瘤营养学的兴起及临床应用[J]. 肠外与肠内营养, 2004, 11(1): 1 - 2.
- 王磊, 周亚男, 张强, 等. 不同途径营养支持对胃肠道恶性肿瘤术后患者免疫功能的影响[J]. 中国临床营养杂志, 2007, 15 (1): 58 - 60.
- 于康, 周晓容, 郭亚芳. 恶性肿瘤住院患者营养风险和营养不足发生率及营养支持应用状况调查[J]. 肿瘤学杂志, 2011, 17(6): 408 - 411.
- 方玉, 辛晓伟, 王艳莉, 等. 胃肠肿瘤外科患者营养风险及营养支持调查[J]. 中华临床营养杂志, 2011, 19(6): 368 - 371.
- Schwegler I, von Holzen A, Gutzwiller JP, et al. Nutritional risk is a clinical predictor of postoperative mortality and morbidity in surgery for colorectal cancer [J]. Br J Surg, 2010, 97(1): 92 - 97.
- Ryu SW, Kim IH. Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition among gastric cancer patients [J]. World J Gastroenterol, 2010, 16(26): 3310 - 3317.
- Nikolova-Todorova Z, Troić T. Effect of surgical trauma on patient nutritional status [J]. Med Arh, 2003, 57(4 Suppl 1): 29 - 31.
- 金三丽, 路潜, 马玲. 对胃肠道恶性肿瘤病人手术前后营养状况的研究[J]. 肠外与肠内营养, 2013, 20(2): 89 - 92.
- Verlato G, Roviello F, Marchet A, et al. Indexes of surgical quality in gastric cancer surgery: experience of an Italian network [J]. Ann Surg Oncol, 2009, 16(3): 594 - 602.
- Masuda TA, Sakaguchi Y, Toh Y, et al. Clinical characteristics of gastric cancer with metastasis to the lymph node along the superior mesenteric vein(14v) [J]. Dig Surg, 2008, 25(5): 351 - 358.
- Costelli P, Baccino FM. Cancer cachexia: from experimental experimental models to patient management [J]. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2000, 3(3): 177 - 181.
- 焦薇, 杨丽华, 沈玉美. 恶性肿瘤患者营养状况分析[J]. 解放军护理杂志, 2004, 21(3): 39 - 40.
- Cai L, Zheng ZL, Zhang ZF, et al. Risk factors for the gastric cardia cancer: a case-control study in Fujian Province [J]. World J Gastroenterol, 2003, 9(2): 214 - 218.
- 黎介寿. 胃肠手术的“围手术期营养处理”[J]. 肠外与肠内营养, 2013, 20(2): 65 - 67.
- Weimann A, Braga M, Harsanyi L, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ transplantation [J]. Clin Nutr, 2006, 25(2): 224 - 244.
- 张丽娅, 尹群芳, 苏惠崧, 等. 术前营养支持对结肠癌患者术后营养状况、并发症发生率影响的临床观察[J]. 医学理论与实践, 2008, 21(4): 388 - 390.
- 王勤, 蒋清华. 胃肠道肿瘤患者围手术期的营养支持[J]. 南京军医大学学报, 2000, 22(2): 95 - 96.
- Wu GH, Liu ZH, Wu ZH, et al. Perioperative artificial nutrition in malnourished gastrointestinal cancer patients [J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(15): 2441 - 2444.
- 郑立峰. 胃肠肿瘤患者术前是否行营养支持治疗对术后恢复的影响[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(19): 8 - 9.
- 童强, 王国斌, 卢晓明. 胃肠癌术后早期应用肠内营养的作用[J]. 中国康复, 2004, 19(6): 342 - 344.
- 杨建武. 不同类型营养支持对胃肠道肿瘤术后患者营养状况及胃肠功能恢复的影响[J]. 医学临床研究, 2012, 29(4): 658 - 659.
- 沈志勇, 刘骅, 曹晖, 等. 营养支持对胃肠道肿瘤患者术后营养状况及恢复的影响[J]. 消化外科, 2005, 4(4): 229 - 232.
- 王斌, 花天放, 李继坤, 等. 营养支持对消化道肿瘤病人术后营养状况和免疫功能的影响[J]. 外科理论与实践, 2002, 7(1): 23 - 26.
- 宋爱华. 饮食护理干预对消化道肿瘤病人化疗期间病人营养状况的影响[J]. 全科护理, 2008, 6(34): 3122 - 3123.
- 魏柏, 熊枝繁, 陈景三. 肠内联合肠外营养支持用于老年晚期消化道恶性肿瘤化疗患者的观察[J]. 中华临床营养杂志, 2013, 21(2): 72 - 76.
- 徐宁, 曹伟新. 家庭营养支持的应用[J]. 中国临床营养杂志, 1999, 7(2): 83 - 84.
- 于世英. 癌症生存者的康复: 营养与运动[J]. 肿瘤防治研究, 2008, 35(S1): 1 - 2.
- 刘戈谷. 普外科术后病人饮食遵医情况调查[J]. 护理学报, 2006, 13(1): 23 - 24.

[收稿日期 2015-03-13][本文编辑 刘京虹]

作者书写统计学符号须知

本刊执行国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定, 请作者书写统计学符号时注意以下规格: 1. 样本的算术平均数用英文小写 $\bar{x}$ 表示, 不用大写 $\bar{X}$ 表示, 也不用 $Mean$ 或 M (中位数仍用 M); 2. 标准差用英文小写 s , 不用 SD ; 3. 标准误用英文小写 $s\bar{x}$, 不用 SE , 也不用 SEM ; 4. t 检验用英文小写 t ; 5. F 检验用英文大写 F ; 6. 卡方检验用希腊文小写 χ^2 ; 7. 相关系数用英文小写 r ; 8. 自由度用希腊文小写 ν (钮); 9. 样本数用英文小写 n ; 10. 概率用英文大写 P ; 11. 以上符号 $\bar{x}$ 、 s 、 $s\bar{x}$ 、 t 、 F 、 χ^2 、 r 、 ν 、 n 、 P 均用斜体。望作者注意。