

营养风险筛查用于肿瘤病人中的进展

廖娟*, 江晓林#

中国人民解放军陆军特色医学中心, 重庆
Email: #jxlzk@sina.com

收稿日期: 2021年5月26日; 录用日期: 2021年7月27日; 发布日期: 2021年8月4日

摘要

营养不良是恶性肿瘤患者多发的并发症之一, 严重时危及患者的生命安全。肿瘤患者的免疫功能降低, 感染风险因素增加, 如果合并营养不良的话, 可能导致患者对放、化疗的不敏感, 严重时可能影响患者的临床治疗结局。因此, 及时、尽早、全面地行营养风险筛查, 尽早接受系统化、个体化的营养干预, 可以使肿瘤患者顺利接受治疗。本文通过查阅文献的方式, 从肿瘤患者的营养风险相关因素、营养风险筛查及评估的主要工具方面探讨营养风险筛查在恶性肿瘤患者中的应用进展, 为临床更好地改善肿瘤患者的临床营养状况、提高其生活质量提供参考。

关键词

营养风险筛查, 肿瘤患者, 应用进展

Nutritional Risk Screening Is Used for Progression in Cancer Patients

Juan Liao*, Xiaolin Jiang#

The PLA Army Characteristic Medical Center, Chongqing
Email: #jxlzk@sina.com

Received: May 26th, 2021; accepted: Jul. 27th, 2021; published: Aug. 4th, 2021

Abstract

Malnutrition is one of the common complications in patients with malignant tumor, which may endanger the life safety of patients. The immune function of tumor patients is reduced, and the

*第一作者。

#通讯作者。

risk factors of infection are increased. If combined with malnutrition, it may lead to the insensitivity of patients to radiotherapy and chemotherapy, and seriously affect the clinical treatment outcome of patients. Therefore, timely, early and comprehensive nutritional risk screening and systematic and individualized nutritional intervention can make cancer patients receive treatment smoothly. Through literature review, this paper discusses the application progress of nutritional risk screening in cancer patients from the aspects of nutritional risk related factors, nutritional risk screening and assessment tools, so as to provide reference for improving the clinical nutritional status and quality of life of cancer patients.

Keywords

Nutritional Risk Screening, Cancer Patients, Application Progress

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

恶性肿瘤患者具有显著的营养不良风险, 据统计数据显示, 其发生风险约为 20%~70%, 甚至更高, 其中以头颈癌、胃肠道癌、肝癌患者为主。营养不良不仅会引发多种并发症, 干扰抗肿瘤疗效, 降低患者的生存质量, 同时增加住院天数, 加剧家庭与社会的负担。营养风险筛查是营养指导的首要环节, 和营养评估、治疗、动态监测等有关[1]。营养风险筛查主要综合各个指标, 联系临床疾病及症状表现评定患者的营养状况, 以决策是否需予以营养支持[2]。当前肿瘤营养疗法已发展为与手术、靶向治疗、放化疗、免疫治疗等肿瘤治疗手段并重的临床治疗途径。本研究对营养风险筛查用于肿瘤病人中的相关研究进行阐述。

2. 肿瘤患者的营养风险相关因素

2.1. 年龄

在一项分析术前结直肠癌患者营养状态的文献中提出, 随着年龄增长, 其越易发生营养不良, 与中青年患者相较, 高龄肿瘤患者的营养风险发生率更为显著, 为此必须加强注重老年肿瘤患者的营养支持问题。

2.2. 肿瘤类型

患者的肿瘤类型不同, 其整体营养风险状态也存在差异, 其中头颈部肿瘤发生营养风险的比例相对较高, 这可能与放化疗引起咽喉肿痛、吞咽困难、口咽溃疡等症状造成摄入减少相关。此外, 在一项调查中发现, 与非消化系统恶性肿瘤相比, 消化系统恶性肿瘤出现营养风险或存在营养不足的发生率相对较高。

2.3. 肿瘤分期

有相关研究表明, 具有较高肿瘤分期患者的营养状态越不佳, 但也有学者提出, 伴随肿瘤分期提高, 患者并不会发生营养风险的差异, 对于肿瘤分期和相关营养风险之间的相关性尚需深入研究[3]。

2.4. 并发慢性疾病

肝癌术后化疗患者年龄及肝功能可能与其营养风险存在关联性, 合并其他慢性病患者的营养不良风险发生概率比无慢性病患者更高, 分析原因可能和慢性病导致病情加剧, 并影响身体康复相关。

2.5. 治疗因素

在一项鼻咽癌研究中发现, 对局部中晚期鼻咽癌患者给予放化疗综合治疗可以减少其体重和体质指数, 加剧营养风险。

3. 营养风险筛查及评估的主要工具

营养风险筛查的工具较为多样, 但目前不同工具对于明确患者的营养状态尚未统一, 同一种评估工具并非适用所有人群。NRS-2002、营养不良通用筛查工具(MUST)均是营养风险筛查的主要工具, 由于营养评估工具具有不同的评定标准, 因此营养不良的发生风险有低估的可能性。

3.1. 营养风险筛查工具

3.1.1. NRS-2002

在 2003 年, 欧洲肠外肠内营养学会建议将 NRS-2002 作为营养筛查的工具, 2013 年, 中华医学会肠外肠内营养学会提出 NRS-2002 在住院患者中可作为首选的筛查工具。该量表主要包括年龄评分、营养状态受损评分、疾病严重程度评分, 总评分为这 2 项分值之和, 但没有涉及患者机体消耗状态、并发不适症状等因素。有文献报道表示, NRS-2002 量表运用于肿瘤患者中具有一定限制, 虽然 NRS-2002 简单易行, 但其缺乏较高的灵敏度与阴性预测值, 难以有效体现肿瘤患者的营养状态。另有研究学者提出, NRS-2002 可能适用于住院肿瘤患者的营养风险筛查中。

3.1.2. 营养不良通用筛查工具

营养不良通用筛查工具所涉及的筛查项目较为复杂, 多用于医疗单位, 且专业人士的应用率较高, 在使用前必须经专业训练。营养不良通用筛查工具的评估内容涵盖 BMI、体重以及进食状况等 3 个方面, 同时对于筛查蛋白质 - 热量营养不良方面具有相对较好的准确率, 也可筛查难以获得体重的患者, 但该工具的应用范围较为局限, 与 NRS-2002 相比, 其应用缺乏一定的便捷性和广泛性[4]。对于不同营养风险筛查工具的使用价值还待通过大样本、多中心的临床研究证实。

3.2. 营养风险评估工具

3.2.1. 主观整体评估(SGA)

主观整体评估作为美国肠外肠内营养学会推荐的营养评估工具, 具有详细的评估内容, 主要基于患者的临床病史以及体格评测参数评定实际的营养状况, 内容包括了活动能力、胃肠道症状、体重及饮食变化、与营养有关的疾病、体格检测等方面, 并依据评分进行分级: 营养良好、可疑营养不良、中度营养不良、重度营养不良, 为临床营养改善提供指导依据。主观整体评估无法对营养不良进行分级, 但能够诊断营养不良其情况[5]。在一项前瞻性研究中发现, 这种评估方式体现了明显的效度与信度, 有助于预测并发症的发生。但主观整体评估也存在一定不足之处, 有文献报道表示, 其提示的内容并非营养状况, 而是关于疾病的严重程度。

患者主观整体营养评估(PG-SGA)是为肿瘤患者专门设计的特异性评估方式, 在主观整体评估量表的基础上发展而来, 包括了患者评估与医护人员评估内容。当前有多个国家通过临床证实其可运用于肿瘤患者的营养评估, 患者主观整体营养评估的评分越高提示了患者的营养状况越不良, 需及时予以营养干预。此外, 有国外学者认为 PU-SUA 量表是对恶性肿瘤患者予以营养筛查的较为恰当的评估方式。澳大利亚营养师协会也建议对放疗后的恶性肿瘤患者予以 PC-SUA 量表进行营养评价。临床肿瘤学中国学会的相关专家委员会提出 PU-SUA 量表是当前运用较为广泛的筛查恶性肿瘤营养风险的重要工具之一(I 类

证据)。

3.2.2. 微型营养评估(MNA)

微型营养评估是专门针对老年群体制定的营养评估工具, 可以应用于居家老人、社区居民、住院患者中[6]。有文献报道提出, 微型营养评估具备良好的诊断及预测功能, 可以在实验室指标发生变化前即反映营养风险。也有研究学者指出, 该方式的敏感性缺乏稳定度, 为了避免出现漏诊问题, 建议联合生化检测或人体测量指标判断。

上述营养筛查评估工具应用在营养筛查中均有不同的特点和优势, 其中 NRS-2002 较为偏重于肿瘤患者的营养风险筛查, 主观整体评估则以评估肿瘤患者营养不良为侧重点, 微型营养评估更偏向于评价高龄住院患者的营养不良情况。对于高龄肿瘤患者, 将营养筛查工具与传统评估方法进行有机融合, 也可能获取更为良好的筛查效果, 有助于对临床中的营养治疗进行合理评价。

4. 结论

有文献报道分析了肿瘤内科住院患者的营养风险发生情况, 在入院次日利用 NRS-2002 对患者予以营养风险筛查, 调查结果发现, 在 180 例肿瘤内科住院患者中, 有 170 例(94.4%)进行了营养风险筛查, 并完成临床营养评估, 营养风险发生率达到 41.76% (71/170), 其中消化道肿瘤患者所发生的营养风险显著高于非消化道肿瘤患者。在一项临床研究中, 探讨了 NRS-2002 及诊断营养不良标准应用于癌症临床分析中的作用, 其共选入 449 例癌症患者, NRS-2002 阳性为 85 例, 营养风险患病率达到 18.9%。通过 NRS-2002 标准评估的营养不良情况共 50 例, 阳性率为达到 1.1%; 通过 GLIM 标准判断的营养不良有 52 例, 阳性率达到 11.6%, 与 BMI 标准所诊断的营养不良患病率有显著差异($P < 0.05$)。此次, 还对 52 例 GLIM 阳性患者予以分析, 结果显示, 减少食物摄入或吸收、疾病负担或炎症状态等病因型指标各为 49 例、52 例, 在 GLIM 阳性患者中占比分别为 94.2%、100%; 体重下降、低 BMI 等这几项表现型指标各为 39 例、19 例, 在 GLIM 阳性患者中占比各为 75.0%、36.5%。根据 GLIM 流程第三步评估重度营养不良患者达到 34 例, 在 GLIM 阳性患者中占比 65.4%。通过 BMI 标准、NRS-2002 标准、GLIM 标准进行评估的营养不良患病率各为 6.2%、11.1%、11.6%。BMI 标准、NRS-2002 标准、GLIM 标准在分析癌症患者的营养不良情况中存在互相制约的差异。

综上所述, 优化营养管理是提升肿瘤患者生存质量的重要手段, 而营养风险筛查是营养管理的关键环节, 是对患者予以营养指导的依据。传统的营养评估手段已逐步被临床所淘汰, 掌握科学先进的营养评估工具, 并针对不同群体、评价工具的优势弊端以及患者个体的实际病情和特点选取合适的营养评估工具, 对评价营养风险及营养不良有着重要意义。目前我国肿瘤患者的营养不良发生风险相对较高, 但尚未将相关的营养风险筛查纳入医疗常规内容, 因而有必要明确科学的营养风险筛查流程, 强化一系列营养管理。同时现阶段还缺乏统一可运用于肿瘤患者的营养风险筛查量表, 还待通过临床研究明确评估指标的适用群体、特异性及敏感性等, 加强利用率。

参考文献

- [1] 付辉, 王平, 田奕. 某三甲医院肿瘤科住院患者营养风险筛查分析[J]. 中国病案, 2020, 21(3): 68-70, 44.
- [2] 闫新欣, 席少枝, 林菁榕, 等. 社区恶性肿瘤患者早期营养风险筛查及规范化营养干预应用效果评价[J]. 中国医刊, 2020, 55(9): 1027-1030.
- [3] 姚金慧, 湛玉静, 蒋金香, 等. 营养风险筛查在肿瘤病人中的应用进展[J]. 护理研究, 2016, 30(6): 644-646.
- [4] 梁斐, 钱惠玉. 消化道肿瘤患者围手术期实施营养风险筛查对患者营养支持的意义[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(18): 115-116.

- [5] 张夏兰, 沈夕坤, 黄玉宇. 营养风险筛查 2002 在晚期肿瘤患者营养状况筛查中的运用[J]. 实用肿瘤学杂志, 2018, 32(3): 229-233.
- [6] 郑峰娟, 刘伟, 秦楠, 等. 老年肿瘤患者营养评估及影响因素研究进展[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2020, 7(1): 126-130.