

• 专家论坛 •

DOI: 10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2018.01.002

肿瘤患者简明膳食自评工具的发明

¹丛明华, ²石汉平 (¹国家癌症中心/中国医学科学院, 北京协和医学院肿瘤医院综合科, 北京 100021;
²首都医科大学附属北京世纪坛医院胃肠外科/临床营养科, 北京 100038)

摘要: 由于特殊的代谢特点及治疗相关的不良反应等原因, 肿瘤患者常出现饮食量降低, 导致营养不良发生率增高, 并与较差的临床结局相关。前期研究发现, 有一些患者的饮食量降低容易被患者自己及临床医护人员所忽视, 需要进行膳食调查才能明确。而膳食调查需要专业的营养师完成, 从而影响了这一技术的临床应用。笔者在前期研究中发现, 肿瘤患者的饮食模式有规律可循, 依此规律可以将患者的饮食进行评分, 从而快速了解患者饮食摄入量范围, 为临床治疗的量化打下基础。

关键词: 肿瘤营养; 营养不良; 膳食调查

The invention of a simple diet self-assessment tool for cancer patients

¹CONG Ming-hua, ²SHI Han-ping

¹Comprehensive Oncology Department, National Cancer Center/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing Union Medical College, Beijing 100021, China; ²Department of Clinical Nutrition/Gastrointestinal Surgery, Beijing Shijitan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

Abstract: Due to the special metabolic characteristics and the adverse reactions associated with the anti-cancer treatment, the decrease of diet in cancer patients often leads to an increase in the incidence of malnutrition, which is associated with poor clinical outcomes. Previous studies have found that the decrease of some patients' diet easily ignored by the patients themselves and their clinical medical staffs. Dietary survey is a professional technique to demonstrate the quantity and quality patients eat. However, dietary survey needs professional dietitian to complete, which affects the clinical application. In the earlier studies, the author found that dietary patterns of cancer patients have rules to follow, in accordance with the rules, the diet of patients can be scored. Quantitative for nutrition therapy should be based on the investigation about patients' intake.

Key words: Cancer nutrition; Malnutrition; Dietary survey

1980 年美国的一项多中心研究表明 31%~87% 的肿瘤患者存在程度不等的体重下降^[1]。2010 年欧洲的一项多中心研究, 纳入了各种分期及各种治疗手段过程中的肿瘤患者, 发现 60% 的患者存在程度不等的体重下降, 其中, 营养不良发生率 30.9% (以 6 个月内体重下降大于 10% 为主要标准)^[2]。肿瘤患者食欲差、饮食量降低, 并常伴有慢性炎症反应及代谢损伤, 导致营养不良发生率明显高于其他慢性病, 这是比较明确的。肿瘤患者出现体重下降或营养不良导致了较差的临床结局, 包括治疗顺应性降低, 不良反应增加, 生活质量下降, 生存期缩短^[1,2]。因此肿瘤患者的营养问题亟待解决。

饮食量降低是最重要的, 也是最容易被忽视的问题, 肿瘤患者常出现隐性摄入不足及慢性体重下降。关心营养的肿瘤患者最主要关心的是“肿瘤患者能吃什么? 不能吃什么?” 解决肿瘤患者吃的问题是解决其营养问题的重点。前期多中心研究

发现^[3], 95.2% 的患者认为科学的膳食非常重要, 70% 的患者对如何科学的膳食存在疑问, 82.0% 的患者会遇到膳食知识矛盾的困惑, 当获取的膳食信息有矛盾时, 64.2% 的患者会听取主诊医生的意见, 主诊医师、网络、电视是患者了解如何科学膳食的最主要的 3 条途径, 分别占有所有途径的 26.0%、18.5% 以及 16.1%, 99.6% 的患者存在膳食知识误区, 认为患病后不可食用某类或全部富含蛋白质的食物, 90.0% 以上的患者服用灵芝孢子粉、海参、人参、冬虫夏草以及其他类保健食品, 93.0% 的患者未接受过规范的营养教育。通过营养风险筛查、膳食调查及评价发现: 15.6% 的患者存在营养风险 [营养风险筛查 2002 (nutritional risk screening 2002, NRS 2002) ≥ 3 分], 实际每日摄入能量为 (1,169.20±465.97) kcal, 显著低于目标需求量 (1,797.95±375.27) kcal, 仅达目标需要量的 65.3%; 实际每日蛋白质摄入量为 (46.55±21.40) g, 显著性低于目标需求量, 仅达目标需要量的 74.4%。主诊医师查房询问患者饮食情况结果表明: 69.0% 的患者认为饮食还行、挺好的、很好、或者非常好。

基金项目: 吴阶平医学基金会临床科研专项资助基 (320.6750.17536)

国家重点研发计划项目 (2017YFC1309200)

通讯作者: 石汉平, 电子邮箱: shihp@vip.163.com

通过膳食回顾调查发现，其中有 34.0% 的患者能量摄入不足目标量 60.0%。可见如果仅通过查房医生简单的询问，不足以准确的反应患者的实际膳食摄入情况。前期研究发现的 3 个最主要的问题是：①肿瘤患者的营养误区多；②肿瘤患者存在隐性摄入不足和慢性体重下降问题，没有被患者及临床医生意识到；③膳食调查至关重要，能够深入了解患者的饮食摄入量。

肿瘤患者普遍存在进食状况不稳定的情况，由于受到抗肿瘤治疗手段或者疾病持续进展的影响，吃饭模式经常是在普食、半流食、流食之间切换，因此容易导致隐性摄入不足和慢性体重下降^[3]。只有了解了肿瘤患者到底吃了多少，才有可能相对量化治疗（量化治疗才能达到降低营养不良发生率的目的）。但是标准的膳食调查需要专业的营养师进行，这影响了该技术的临床实践。因此，亟待解决肿瘤患者膳食调查的简明化。前期研究表明肿瘤患者的饮食模式有规律可寻，基本不外乎 5 种模式：①一天只能喝点纯液体的流食，比如喝鸡汤、排骨汤、果汁、豆浆、奶等，常见于术后早期、化疗严重消化道反应期、头颈及食管癌放疗患者，每天的能量摄入常不超过 300kcal；②一天喝三碗粥、烂面条等半流食，吃一点小菜，偶尔能够吃个鸡蛋、喝点奶，基本不吃肉，能量常在 300~600kcal 之间；③一天可以吃一餐比较正常的饮食，常在早餐或中餐，其他两餐仍然是以稀粥为主的半流食，有时能够吃 1 两肉、1 个鸡蛋，能量常在 600~900kcal；

④一天可以吃两餐比较正常的饮食，会有一餐半流食或流食，肉在 1~2 两，少油脂，能量常在 900~1,200kcal；⑤一天三餐基本正常，可以吃到 5~6 两主食，3 两肉及相应的油脂，1 个鸡蛋，奶及加餐水果，能量在 1,200~1,500kcal。作者依据该特点，将肿瘤患者常见的饮食模式量化，创新性发明简明膳食自评工具（1~5 分），1 分：< 300kcal，2 分：300~600kcal，3 分：600~900kcal，4 分：900~1,200kcal，5 分：1,200~1,500kcal，见图 1~3。

特征描述：

1 分：以清流食为主，无肉、缺油。

2 分：三餐半流食，无肉、缺油。

3 分：一餐正餐，两餐半流食，基本无肉，少油。

4 分：两餐正餐，一餐半流食，少肉，少油。

5 分：三餐正常餐，主食、肉蛋、油脂充足。

考虑到我国地域广阔，饮食习惯有细微差别，作者根据各地域主食特点不同，设计了北方版（主食为米、面食均包含），西北版（主食为面食），江南版（主食为大米）。肿瘤患者的饮食量可以简明、动态、自评，由筛查评估到营养干预之间最重要的桥梁就可以衔接起来。作者前期单中心研究表明，自评工具评分所对应的营养量范围与标准膳食调查结果符合率为 90%。作者正在发起全国多中心研究，验证简明膳食自评工具的有效性，以标准的膳食调查作为对照，调查患者实际摄入量是否与自评评分能量及蛋白质区间范围吻合。



图 1 简明膳食自评表（北方）

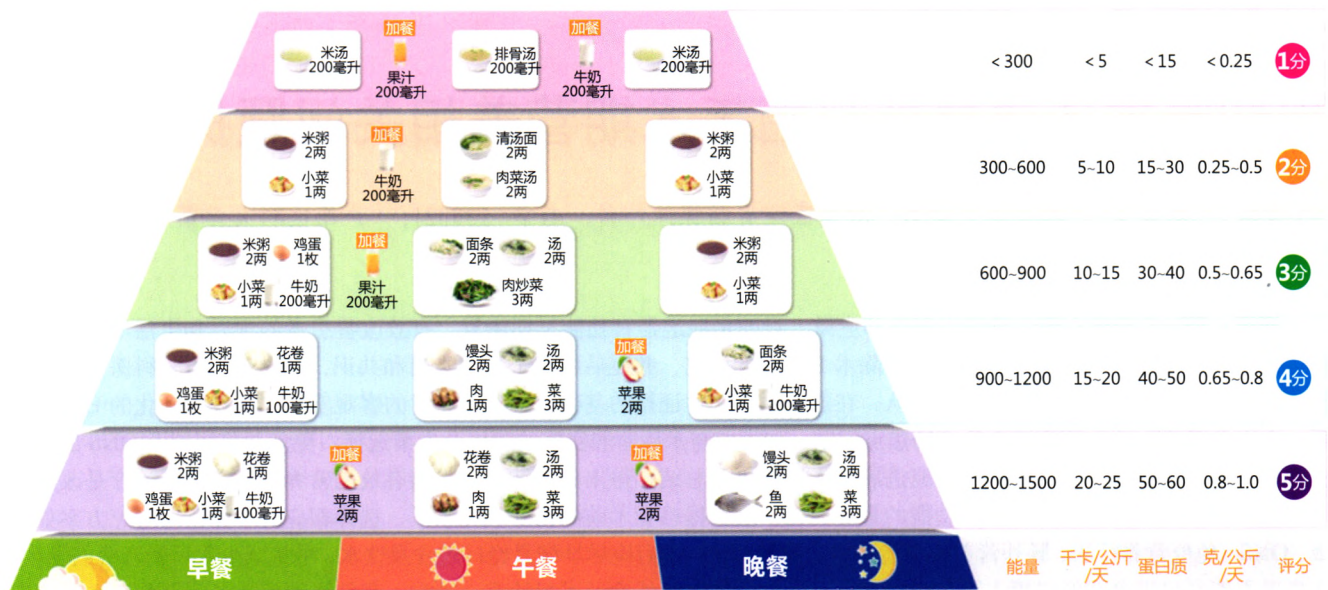


图 2 简明膳食自评表（西北）



图 3 简明膳食自评表（江南）

参考文献

1. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Med. 1980;69(4):491-497.

2. Pressoir M, Desné S, Berchery D, et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. Br J Cancer. 2010;102(6):966-971.

3. Cong MH, Wang JJ, Fang Y, et al. A multi-center survey on dietary knowledge and behavior among inpatients in oncology department. Support Care Cancer. 2018. doi: 10.1007/s00520-018-4057-9. [Epub ahead of print]

收稿日期：2018-02-12
本文编辑：王晓琳