

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2015.08.013

88 例晚期肿瘤住院患者营养风险评价

李占东, 孙 红, 冯 烨, 薛 冬, 陈衍智, 李萍萍*

(北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所中西医结合暨老年肿瘤科, 恶性肿瘤发病机制及转化研究教育部重点实验室, 北京市海淀区阜城路 52 号, 100142)

摘要 目的 探讨晚期肿瘤住院患者的营养风险发生情况。方法 采用营养风险筛查量表(NRS2002)对 88 例晚期肿瘤住院患者进行营养风险筛查, 采用美国东部肿瘤协作组(ECOG)分级评分评价患者体力状态, 记录患者肿瘤部位、症状、中医证型及住院日, 分析营养风险与 ECOG 分级、患者住院日的关系。结果 88 例晚期肿瘤住院患者中有营养风险的患者(即 NRS2002 评分 ≥ 3 分)42 例占 47.7%。消化系统肿瘤患者营养风险发生率 56.8% (25/44), 其中食管癌 100% (5/5)、胰腺癌 100% (4/4)、胃癌 66.7% (4/6)、壶腹癌 66.7% (2/3)。ECOG 分级 3~4 级者 11 例, 其中有营养风险者占 81.8% 显著高于无营养风险者的 18.2% ($\chi^2 = 6.099, P < 0.05$)。有营养风险患者平均住院日(29.2 ± 19.1)天, 显著多于无营养风险患者的(20.5 ± 15.1)天($P < 0.05$)。有营养风险的晚期肿瘤住院患者最常见的消化道症状是厌食(64.3%)、恶心呕吐(21.4%), 最常见的中医证型为脾气虚(35.7%)、湿热蕴脾(21.4%)和寒湿困脾证(19.0%)。结论 晚期肿瘤住院患者营养风险发生率较高, 并且 ECOG 分级 3~4 级患者营养风险发生率高, 有营养风险患者住院时间相对更长。

关键词 营养风险; 晚期肿瘤; 营养风险筛查量表; 中医证候

营养不良是恶性肿瘤患者的常见并发症, 根据国内外文献报道, 31%~87% 的肿瘤患者存在不同程度的营养不良, 15% 的患者在确诊肿瘤时有严重的非自主性体重下降(6 个月内体重下降 $\geq 10\%$), 体重下降发生的频率与病种、肿瘤分期相关^[1-4]。营养不良对肿瘤患者的治疗、生活质量和预后极为不利, 如患者手术后恢复慢, 对肿瘤治疗效果差, 增加肿瘤治疗相关性副作用, 延长住院时间, 导致肌肉功能减退、体力状况下降, 免疫功能低下, 最终影响生存期^[5-6]。本研究针对晚期肿瘤住院患者采用国际公认的营养风险筛查量表(NRS2002)进行营养风险筛查及中医辨证分型, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2011 年 5 月至 2011 年 10 月在北京肿瘤医院中西医结合科住院的晚期肿瘤患者 88 例。其中男 50 例, 女 38 例, 年龄 37~84 岁, 平均(64.75 ± 10.27)岁, ≥ 65 岁的患者 42 例; 88 例

患者中肺癌 34 例, 结直肠癌 19 例, 肝癌 7 例, 胃癌 6 例, 食管癌 5 例, 胰腺癌 4 例, 妇科肿瘤 4 例, 壶腹癌 3 例, 其他 6 例。

1.2 诊断标准

根据《AJCC 癌症分期手册》^[7]对肿瘤进行诊断与分期。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准; 肿瘤分期为Ⅲ或Ⅳ期患者^[8]; 年龄 18~90 岁。

1.4 排除标准

住院不足 1 日; 神志不清或昏迷患者。

2 方法

2.1 营养风险筛查

入院后 48 h 内, 由受过专门培训的护士采用 NRS2002 量表^[9]进行营养风险筛查, NRS2002 评分 ≥ 3 分为有营养风险。

2.2 中医辨证

参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]对存在营养风险的患者进行中医辨证分型, 并记录患者消化道症状。主要辨证分型为: 脾气虚证、寒湿困脾

* 通讯作者: realeastdong@163.com, 13810610944

证、湿热蕴脾证、胃阴虚证及其他。

2.3 体力状态评价

采用美国东部肿瘤协作组 (ECOG) 分级评分^[10]评价患者体力状态。

2.4 住院日

患者住院至出院时间。

2.5 统计学方法

采用 SPSS 17.0 软件包进行统计学分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用单因素方差分析, 计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 晚期肿瘤住院患者营养风险分析

表 1 示, 88 例晚期肿瘤住院患者总的营养风险发生率为 47.7%。其中 ≥ 65 岁的患者营养风险发生率为 61.9%。表 2 示, 消化系统肿瘤 (结直肠癌、肝癌、胃癌、食管癌、胰腺癌、壶腹癌) 的营养风险发生率最高, 达 56.8% (25/44)。

表 1 晚期肿瘤住院患者营养风险分析 例 (%)

患者	例数	NRS2002 评分 <3 分	NRS2002 评分 ≥ 3 分
晚期肿瘤患者	88	46 (52.3)	42 (47.7)
≥ 65 岁的肿瘤患者	42	16 (38.1)	26 (61.9)

表 2 不同类型晚期肿瘤住院患者营养风险发生率比较

病种	例数	营养风险患者 例 (%)
肺癌	34	12 (35.3)
结直肠癌	19	9 (47.4)
肝癌	7	1 (14.3)
胃癌	6	4 (66.7)
食管癌	5	5 (100)
胰腺癌	4	4 (100)
妇科肿瘤	4	2 (50.0)
壶腹癌	3	2 (66.7)
其他	6	3 (50.0)

3.2 营养风险与 ECOG 分级关系分析

表 3 示, 88 例患者中 ECOG 分级 3~4 级者 11 例, 其中有营养风险者 9 例占 81.8%, 无营养风险者 2 例占 18.2%, 有营养风险患者显著多于无营养风险患者, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.099$, $P < 0.05$)。

3.3 营养风险与住院日关系分析

无营养风险患者住院 5~92 天, 中位住院日 17.0 天, 平均住院日 (20.5 ± 15.1) 天; 有营养风险患者住院 4~71 天, 中位住院日 26.5 天, 平

均住院日 (29.2 ± 19.1) 天。两类患者平均住院日比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.4 有营养风险的晚期肿瘤住院患者消化道症状分布情况

42 例有营养风险的晚期肿瘤住院患者消化道症状分别为: 厌食 27 例 (64.3%)、恶心呕吐 9 例 (21.4%)、消化道梗阻 5 例 (11.0%)、吞咽困难 4 例 (9.5%)、腹泻 3 例 (7.1%)。

3.5 有营养风险的晚期肿瘤住院患者中医证型分布情况

42 例有营养风险的晚期肿瘤住院患者中医证型分别为: 脾气虚证 15 例 (35.7%)、湿热蕴脾证 9 例 (21.4%)、寒湿困脾证 8 例 (19.0%)、胃阴虚证 6 例 (14.3%)、其他 4 例 (9.6%)。

4 讨论

营养风险指现存的或潜在的营养和代谢状况对疾病或手术相关的临床结局 (感染有关的并发症、住院日等) 发生负面影响的可能, 营养风险筛查是医护人员用来判断肿瘤患者是否需要进一步进行全面营养评定和制定营养治疗计划的一种快速、简便的方法^[11]。NRS2002 是 2003 年由丹麦肠外肠内营养协会发表, 适用于住院患者营养风险筛查^[8]。NRS2002 评分 ≥ 3 分为具有营养风险, 需要根据患者的临床情况, 制定基于个体化的营养计划, 给予营养干预^[12]。中华医学会肠外肠内营养学分会推荐 NRS2002 作为判断患者是否需要营养治疗的筛查工具^[13]。于康等^[14]对肺癌非手术患者的研究也显示, NRS2002 可以作为营养风险筛查的首选工具。本研究结果显示, 晚期肿瘤住院患者的营养风险发生率较高, 为 47.7%, 其中消化系统肿瘤 (56.8%), 尤其是食管癌 (100%)、胰腺癌 (100%)、胃癌 (66.7%)、壶腹癌 (66.7%) 患者营养风险发生率较高, 提示老年肿瘤和消化道系统肿瘤患者更易发生营养风险。

采用 ECOG 分级评价患者体力状态发现, ECOG 分级差的晚期肿瘤患者营养风险的发生率高达 81.8%, 且有营养风险的患者的平均住院日更长, 说明营养不良影响患者的体力状态和住院日。本研究结果显示, 有营养风险的晚期肿瘤患者最常见的中医证型为脾气虚 (35.7%), 其次为湿热蕴脾 (21.4%) 和寒湿困脾证 (19.0%)。

考虑肿瘤患者营养不良的主要原因有: 1) 肿瘤引起的机体代谢异常; 2) 肿瘤生长部位相应器

官功能影响而引起营养不良; 3) 肿瘤治疗的毒性反应^[4]。本研究结果显示, 有营养风险的晚期肿瘤患者最常见的消化道症状是厌食 (64.3%)、恶心呕吐 (21.4%)。因此, 应加强对上述症状的处理。我们在临床中对于厌食、恶心呕吐的湿困中焦患者常采用平胃散加减治疗, 对于腹泻的脾虚加湿患者常采用参苓白术散加减治疗, 可有效缓解患者上述症状, 发挥中医优势, 值得进一步研究。

参考文献

- [1] Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology [J]. Clin Nutr, 2006, 25 (2): 245-259.
- [2] Bozzetti F, SCRINIO Working Group. Screening the nutritional status in oncology: a preliminary report on 1,000 outpatients [J]. Support Care Cancer, 2009, 17 (3): 279-284.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer - associated malnutrition [J]. Eur J Oncol Nurs, 2005, 9: S51-S63.

- [6] Dewys WD, Begg C, Lavin PT, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients [J]. Am J Med, 1980, 69 (4): 491-497.
- [7] FL 格林尼, DL 佩基, ID 弗莱明, 等. AJCC 癌症分期手册 [M]. 6 版. 毛伟征, 译. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2005.
- [8] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials [J]. Clin Nutr, 2003, 22 (3): 321-336.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 361-378.
- [10] 李剑, 吴东. 协和内科住院医师手册 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008: 396.
- [11] CSCO 肿瘤营养治疗专家委员会. 恶性肿瘤患者的营养治疗专家共识 [J]. 临床肿瘤学杂志, 2012, 17 (1): 59-73.
- [12] Kondrup J, Allison P, Elia M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002 [J]. Clin Nutr, 2003, 22 (5): 415-417.
- [13] 中华医学会. 临床诊疗指南: 肠内肠外营养学分册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 15-19.
- [14] 于康, 夏莹, 王孟昭, 等. 营养风险筛查和主观全面评定用于肺癌非手术患者营养筛查的比较 [J]. 中国临床营养杂志, 2008, 16 (4): 349-351.

Evaluating Nutritional Risk of Eighty-eight Inpatients with Advanced Tumor

LI Zhandong, SUN Hong, FENG Ye, XUE Dong, CHEN Yanzhi, LI Pingping

(Beijing Cancer Hospital, Peking University; Key Laboratory on Transformation and Pathogenesis of Malignant Tumor, Ministry of Education, Beijing 100142)

ABSTRACT Objective To evaluate the occurrence of nutritional risks for inpatients with advanced tumor. **Methods** Nutritional risks for eighty-eight inpatients with advanced tumor were screened using screening scale of nutritional risk (NRS2002). Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) scale was used to evaluate patients' general condition, to record tumor location, syndrome, Chinese medicine syndrome, duration of hospitalization, and to analyze the relations between nutritional risk and grading of ECOG and duration of hospitalization. **Result** 42 inpatients had nutritional risks, (NRS2002 ≥ 3 points), accounted for 47.7% of eighty-eight inpatients with advanced tumor. Nutritional risks occurred in 56.8% of the inpatients with digestive system neoplasm, including 100% of patients with esophagus cancer (5/5), 100% cases with pancreatic cancer (4/4), 66.7% of gastric cancer (4/6), and 66.7% of ampulla cancer (2/3). 11 inpatients were graded as 3 to 4 with ECOG scale. Among them, 81.8% had nutritional risks, which was significantly more than those without nutritional risks ($\chi^2 = 6.099$, $P < 0.05$). The average duration of hospitalization of inpatients with nutritional risks was 29.2 ± 19.1 days, that was significantly longer than hospital stay of inpatients without nutritional risk (20.5 ± 15.1 days, $P < 0.05$). The most common digestive symptoms in inpatients with advanced tumors and nutritional risks were asitias (64.3%) and nausea and vomiting (21.4%). The most common Chinese medicine syndromes were spleen Qi deficiency (35.7%), damp-heat retention in spleen (21.4%), and cold-damp affecting spleen (19.0%). **Conclusion** Inpatients with advanced tumors and inpatients graded as 3 to 4 with ECOG scale were much easier to have nutritional risks. Hospital stay of inpatients with nutritional risks is longer.

Keywords nutritional risk; advanced tumor, screening scale of nutritional risk; Chinese medicine syndrome

(收稿日期: 2014-09-15; 修回日期: 2015-01-08)

编辑: 焦爽