老年恶性肿瘤抗癌治疗患者营养风险筛查及膳食指导研究

董　斌
宁夏医科大学总医院　宁夏　银川　750004

摘　要：老年人恶性肿瘤患者在抗癌治疗期间有较高营养风险，营养不良会降低其对治疗的耐受性，增加并发症的发生率，降低患者的生活质量和生存期。本文根据老年人恶性肿瘤患者营养代谢的特点以及抗癌治疗对其营养状况的影响，总结了营养风险筛查工具的应用并提出了一些膳食指导建议。即营养风险筛查、营养评估、饮食原则、个性化饮食计划以及营养宣教等。研究表明，老年恶性肿瘤患者抗癌治疗中的营养管理应该做到“早筛、全评、个导、随访、多学科联合”，建立“筛查—评估—干预—跟踪—反馈”的全程营养管理模式，在科学营养风险筛查的基础上给予合理膳食指导以改善患者的营养状况，从而提高其对治疗的耐受性和生活质量，供临床工作中借鉴。

关键词：老年恶性肿瘤；抗癌治疗；营养风险筛查；膳食指导

引言

恶性肿瘤是严重危害老年人健康的重大疾病，随着社会老龄化加深，老年恶性肿瘤患者人数逐渐增多。老年肿瘤患者常常合并有各种器官功能低下、多种基础性疾病以及较低的营养储备能力，在进行手术、化疗、放疗、靶向治疗等抗肿瘤治疗时，营养风险较高。营养不良可导致患者体重下降、肌肉减少、免疫力下降，从而影响治疗的依从性及疗效，增加并发症甚至死亡的风险。研究证明，营养不良是影响肿瘤患者的预后因素之一，而良好的营养支持则能改善患者的营养状况，使他们更好地承受治疗带来的副作用并提高其生活质量。营养风险筛查是识别营养不良的风险并采取相应措施的第一步，使用标准化的筛查工具可以帮助我们尽早识别出那些有营养风险的患者以便进行下一步的工作—— 营养评价与干预。合理的饮食指导也是营养干预的一种方式，在合适的膳食基础上配合营养知识宣教能够使患者改善自身的饮食习惯并保持良好的营养状态。

1 老年恶性肿瘤患者营养代谢特点及治疗影响

1.1 老年恶性肿瘤患者的营养代谢特点

从代谢角度来看，肿瘤细胞大量利用葡萄糖进行糖酵解产生乳酸，造成能量浪费；肿瘤组织释放的细胞因子如肿瘤坏死因子、白细胞介素等造成机体炎症状态，使蛋白质分解增多而合成减少，从而出现肌肉减少以及体重减轻的现象。从老年生理角度来讲，老年人味觉、嗅觉减退，咀嚼、吞咽能力减弱，胃肠道运动减缓，唾液分泌减少，影响进食量及营养物质吸收。从疾病的角度来看，老年人往往合并有糖尿病、高血压、冠心病、慢性肾脏疾病等多种慢性病，对部分营养素有需求限制。从社会心理角度来看，老年人可能面临经济压力大、独居生活、抑郁等情况，进而影响饮食质量和进食欲望。以上各种原因综合作用使得老年人恶性肿瘤患者更易发生营养不良。

1.2 抗癌治疗对营养状态的影响

手术方面，消化道恶性肿瘤手术可能会改变消化道解剖结构从而影响食物消化与吸收，在术后恢复期间需要较高能量供给但是由于疼痛或者食欲不振而导致进食量减少。化疗方面，化疗药物会导致恶心、呕吐、食欲缺乏以及口腔黏膜炎、腹泻或便秘等症状发生而不能正常进餐并且无法良好地进行营养摄取。放疗方面，头部及颈部放射线治疗会造成口腔黏膜炎、口干、味觉变化、吞咽困难；腹部放射线治疗会导致放射性肠炎而不能很好地进行营养摄取[1]。靶向治疗及免疫治疗方面，某些药物会引起腹泻、食欲缺乏或者甲状腺功能异常等问题从而影响营养状况。多种治疗方法同时使用的情况下会使得营养不良几率更大。治疗间隔期患者营养状况可能会得到一定改善但是总体而言在整个抗癌治疗过程中都需要重视营养问题。

1.3 营养不良对治疗和预后的影响

在治疗耐受性上，营养不良的老年肿瘤患者对于化疗、放疗等不能很好地耐受，可能会需要降低药量或者推迟治疗，从而影响治疗的效果。在并发症上，营养不良会增加手术后发生感染、切口愈合不佳甚至吻合口瘘的风险。在生活质量上，营养不良会导致患者出现疲乏无力、体重减轻、行动不便等症状而严重影响其生活质

量和心理健康情况。而在生存预后上，营养不良与老年肿瘤患者的生活期较短有关联，并且是不良预后的独立危险因素。同时营养不良还会使患者的免疫力下降而容易发生各种各样的感染并且需要更长的时间来住院接受治疗，花费更高的医药费。因此对于老年恶性肿瘤患者进行营养风险筛查并给予相应的饮食建议是非常重要且有意义的工作。

2 营养风险筛查与评估

2.1 营养风险筛查工具的选择

常用的筛查工具有营养风险筛查2002、微型营养评估简表以及患者主观整体评估等。营养风险筛查2002用于住院患者营养风险筛查，由疾病严重性、营养状况及年龄三个部分组成，得分大于等于3分为高危。微型营养评估简表适合老年人群营养筛查，内容为体重减轻、食欲下降、行动不便等几方面问题，简单易用并且敏感度高。患者主观整体评估用于肿瘤患者营养评估，包括体重改变、进食情况、有无胃肠道不适感、能否自理以及疾病进展程度等。依据患者具体情况及临床需求选择合适的筛查工具，老年肿瘤患者可先用微型营养评估简表进行初步判断，结果呈阳性者再做进一步检查。筛查应在患者入院后24小时内进行并及时复查。

2.2 营养评估的主要内容

营养评估是在筛查的基础上，对患者的营养情况进行全面评估。评估的内容包括膳食调查、人体测量、生化检测以及临床检查。膳食调查主要是了解患者的一日三餐所摄取的食物种类及数量、饮食结构以及饮食习惯等，可以使用24小时膳食回顾法或者食物频率问卷来完成。人体测量是测量体重、身高、体重指数、上臂围、小腿围和握力等，体重减轻是判断营养不良的一个重要标准[2]。生化检测主要为血清白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、淋巴细胞计数等，以反映蛋白质营养状态。临床检查主要为皮肤、毛发、口腔、腹部等方面的检查，发现营养缺乏的表现。根据以上各项进行综合评定后得出患者的营养状况以及营养需求。评估应该由营养师或者经过培训的专业人员来进行，以保证评估工作的严谨性和客观性。

2.3 营养不良的诊断与分级

根据营养评估结果，对患者营养不良做出判断及分层。营养不良判断标准为体重减轻、体重指数下降、肌肉减少以及摄入不足等。体重指数小于18.5kg/m²提示存在营养不良，3个月内体重下降大于或者等于5%，或者6个月内体重下降大于或者等于10%提示有发生营养不良的风险。营养不良分为轻、中、重三度，分层依据是体重下降的程度、体重指数、肌肉量以及摄入的情况等。营养不良分层可以明确给予患者的营养干预措施力度及方法，轻度营养不良通过饮食指导可以纠正，而中、重度营养不良则需营养支持治疗。同时还需要考虑患者的年龄、基础疾病以及所处的不同治疗时期等因素进行分析，不能单纯依靠一个指标来进行判定。

3 膳食指导策略

3.1 膳食指导的基本原则

老年恶性肿瘤癌症患者化疗期间饮食干预需考虑以下几点。个体化原则指依据患者营养状况、所处时期、消化道情况及个人口味进行营养指导。均衡营养原则指保证足够的热量、蛋白质、脂肪、碳水化合物以及维生素、微量元素等供给。少食多餐原则是增加进餐次数、降低每次进食量来减少对肠胃刺激。易消化原则是给予容易消化食物以减轻患者腹胀等不适症状[3]。安全性原则是要保证食品新鲜卫生以免造成患者继发感染。灵活性原则是要随着患者疾病发展及对治疗耐受性变化而改变饮食计划以上几点都是营养指导基本原则需贯穿整个营养支持过程。

3.2 能量与营养素供给

在能量供给上，一般每天能量摄入量约25～30kcal/kg体重，按患者活动程度及营养状况而定；蛋白质供给，在蛋白质每天摄入量约为1.2～1.5g/kg体重基础上，其中优质蛋白质所占比例大于一半，如鱼、禽、蛋、奶、豆制品等；脂肪供给，脂肪供给占总能量比例为25%～30%，适量增加不饱和脂肪酸；碳水化合物供给，碳水化合物供给占总能量的比例为50%～60%，优选全谷杂粮以及薯类；维生素和矿物质供给，要足量，必要时可适当给予多种维生素和矿物质制剂；水供给，要充足，每天1500～2000ml。营养素供给要适合病人自身情况，不能过多也不能过少。

3.3 治疗相关症状的膳食应对

恶心呕吐时，可进食清淡易消化食物，避免油腻、刺激性食物，少食多餐，进餐前后休息；食欲差时，可进食自己喜爱食物，改变食物颜色、味道等，创造良好进餐氛围，适当提高食物能量密度；口腔黏膜炎时，可进食软烂、温度适宜食物，避免辛辣、酸性及粗糙食物，必要时用吸管进餐；吞咽障碍时，可进食糊状或流质食物，柔软易于吞咽，必要时对食物进行增稠处理；腹泻时，可进食低纤维、低脂食物，避免生冷及产气食物，及时补充水分与电解质；便秘时，可增加膳食纤维摄入量，多饮水并适当活动。根据病情采取相应措施，有利于改善患者进食情况以及营养状况，从而提升其生

活质量。

3.4 个体化膳食方案制定

方案需根据患者的营养状况、所处时期、肠道功能情况、基础疾病以及生活习惯等进行制定。方案包括每天的能量及各种营养素的需求量、种类、数量、进餐次数以及烹饪方法等。方案要切实可行，易于患者及其家属实施。而对于不能通过口腔摄取足够营养的患者，可以使用口服营养补充剂，选择适合肿瘤患者的全营养配方；而对于肠道功能差无法耐受口服者，则需要给予肠内或肠外营养支持[4]。个体化膳食方案是由营养师制定，在医生、护士及家属配合下完成，保证其合理性与可行性。同时也要定期对方案进行评价并根据患者的病情及时做出相应改变。

4 营养管理与随访

4.1 营养教育

教育内容涉及营养相关知识、膳食搭配、食物的选择、烹饪技术和食品卫生等方面。而教育形式可以是个别指导、集体授课、发放宣传册或利用多媒体教学等多种方式。教育要切实可行、简单明了，根据患者的实际情况来进行引导。营养教育应该贯穿整个治疗过程，从治疗开始到结束都要给予相应的营养指导。通过营养教育使患者及家属认识到营养的重要性并且能够实施合理的饮食建议。教育的效果可以通过测试他们的知识以及观察他们的行为来评估并及时调整教育的方法。

4.2 营养监测与随访

监测的内容有体重、饮食摄入、消化道症状以及生化指标等。体重需每周测量1次，饮食摄入可通过膳食记录来评估，消化道症状需每日观察，生化指标要定期检测。而随访可采用门诊随访、电话随访或网络随访等形式，随访次数根据患者情况进行安排，在治疗期间每星期随访1次，在病情平稳后每月随访1次，在随访过程中及时发现营养方面的问题并及时调整治疗计划。通过不断的监测以及随访使营养管理更加合理有效并且全面。随访记录应妥善保存以便日后复诊时查阅。

4.3 多学科协作

营养管理需要肿瘤科、营养科、护理、药学等部门之间相互配合。一个完整的多学科团队应由肿瘤科医师、营养师、护士、药师组成，在营养筛查、评估、干预及随访过程中发挥各自作用。同时要建立起合作模式，明确每个人的任务，定时交流与沟通。利用多学科合作可以充分发挥每一位成员的优势，对病人进行全方位、全程以及个体化的营养管理。另外还要与病人及其家属进行沟通，使他们也参与到营养管理中来。这种合作方式应该是常规化、固定化的，保证营养管理的一贯性和一致性。

结束语

针对老年恶性肿瘤抗癌治疗患者，营养管理是改善营养状态、提升治疗耐受性及生活质量的关键。本文基于患者代谢特点及治疗影响，深入探讨营养风险筛查工具的选择与应用，并从膳食原则、营养素供给、症状应对及个体化方案制定等方面提出具体指导策略，同时阐述营养教育、随访监测及多学科协作等保障措施。研究强调，营养管理应遵循“早期筛查、全面评估、个体指导、动态调整、多学科协作”原则，构建涵盖“筛查—评估—干预—监测—调整”的全程管理路径。未来，需进一步研发优化筛查工具与膳食方案，完善多学科协作机制，持续提升老年肿瘤患者的营养管理水平，从而有效改善临床预后，增强患者生存质量，为抗肿瘤治疗提供坚实支撑。

参考文献

[1]石汉平,李增宁,陈伟.肿瘤患者营养风险筛查与评估研究进展[J].中华临床营养杂志,2021,29(3):129-135.

[2]于康,李融融,陈伟.老年肿瘤患者营养不良诊断与治疗专家共识[J].中华老年医学杂志,2022,41(5):505-512.

[3]王新颖,黎介寿,李宁.肿瘤营养治疗通路与技术研究进展[J].肠外与肠内营养,2023,30(1):1-8.

[4]陈伟,石汉平,于康.恶性肿瘤患者膳食指导与营养教育研究[J].中国临床营养杂志,2021,29(6):321-327.