

# 肿瘤康复,从“好好吃饭”开始

近年来,肿瘤发病率日益增高,肿瘤患者群体日益庞大,且有年轻化趋势。随着治疗技术与理念的进步,一些肿瘤已可以实现“带瘤生存”,成为像糖尿病、高血压一样的可以长期控制的慢性病。由此,肿瘤康复期越来越长,如何更好地度过这段时间?别忘了一件日常且重要的事,那就是:好好吃饭。

■李臻

营养是人的身体结构与生理功能的物质基础,当疾病发生时,充足合理的营养是我们免疫系统的后勤保障,在肿瘤的全程治疗中更是有着不可忽视的作用。

## “好营养”促肿瘤治疗

营养支持在肿瘤治疗中扮演着重要的角色,可以通过以下几个方面来促进肿瘤治疗的效果:

### ■ 防止营养不良

肿瘤的发生和发展伴随着蛋白质、碳水化合物、脂肪以及能量的代谢异常,这也是为什么肿瘤患者很容易发生营养不良。后续,在肿瘤治疗的不同阶段,对营养也有着不同需求,如果没有合理的营养管理,患者的营养状况会进一步减退。例如,放化疗也会伤害到自身健康的细胞,保证充足的营养供给尤其是蛋白质的摄入,能很好地保证这些健康细胞的新陈代谢,顺利完成放化疗的过程。

### ■ 减轻治疗副作用

合理的饮食搭配,如调整食物的色泽和香气,可减少恶心、呕吐、腹泻、消化不良等副作用,提高患者的舒适度。

### ■ 减少肿瘤复发率

进入肿瘤康复期后,通过合理的饮食结构、均衡的营养摄入,如降低脂肪和红肉的摄入,增加膳食纤维(水果蔬菜)摄入,可以降低肿瘤复发的风险。

### ■ 提高患者的生活质量

肿瘤治疗对患者的身体和心理状态都有很大影响,合理的营养支持可以极大程度避免患者恶病质的发生,给患者带来饮食的乐趣,提高生活质量。

总的来说,营养支持可以提高患者的身体状况和免疫力,从而使患者更容



易接受治疗过程,提高治疗效果。

## 营养不良的常见表现

如何发现肿瘤患者没有足够的“好营养”?肿瘤患者营养不良常见表现有:

### ■ 体重丢失

对患者来说,“体重就是生命”,由于手术、放疗、化疗等创伤性治疗手段往往严重损害患者的身体功能,产生食欲下降、恶心、呕吐等消化不良反应,使康复期患者对营养物质的消化、吸收不良,诱发体重丢失的风险。

### ■ 肌肉减少

肌少症围着肿瘤“转”,康复期患者由于前期肿瘤自身的恶性消耗,患病后活动减少、营养不足和食欲不振等,会发生继发性肌少症,从而导致患者的肌肉力量和身体活动能力下降,造成衰弱,容易跌倒骨折。

### ■ 免疫力下降

免疫力对于人体非常重要,免疫力如果过低,屏障破坏,会增加感染的风险,比如细菌、病毒等感染,这样肿瘤的死亡率就会大大增加。

### ■ 恶病质

这是一个专业表述,简单来说,就是因病情和化疗的副作用等缘故,许多癌症患者在抗癌途中会出现食欲不振的情况,从而导致体重严重下降、身体营养跟不上,最后因营养不良而败给了癌症。

## 营养支持疗法

临床上,有专业的营养风险筛查来判断哪些肿瘤患者需要营养治疗。经评估后,其实面临几个基本问题,首先就是“怎么吃”。

在患者经口进食食物不足以满

机体需求的情况下,首选口服营养补充剂,把营养直接喝进去。口服营养补充剂能提供多种营养素的营养液、半固体或粉剂加入到饮品或食物中经口服用。若肿瘤患者体重已出现下降,或者饮食摄入不足时,也应尽早开始营养补充,直至膳食摄入可满足每日营养所需,并能保持体重稳定为止。

对于无法进食但胃肠道有功能的患者,那么可以通过鼻胃或鼻肠或空肠等有造口方式留置导管提供身体需要的营养素。

通过经口进食和肠内营养仍不能满足营养素的需求时,推荐增加静脉输入的肠外营养。如果发生胃肠道不耐

受,患者需要的基本营养素均经静脉途径输入,即全肠外营养。

还要提醒的是,不少患者在肿瘤治疗结束后,就不再关注营养了。有研究表明,我国肿瘤患者中,约40%—80%会出现营养不良和营养不足,其中相当部分处于康复期。康复期营养不良会导致患者免疫力下降、体重下降,进一步导致患者伤口愈合缓慢、感染风险增加、对康复期放疗化疗不耐受、生存时间缩短等。

因此,康复期肿瘤患者,应定期进行营养筛查,如有营养风险及时干预,以降低营养相关并发症的发生,降低再入院率,提高生活质量和生存率。

## 相关链接

### 肿瘤患者常见营养误区

#### 少吃能饿死肿瘤吗?

不能。不少肿瘤患者担心饮食营养不丰富会促进癌细胞生长。目前没有证据表明营养支持会促进肿瘤生长,不仅如此,患者若节食或节食反而会恶化营养状况,肿瘤会掠夺正常细胞的营养,甚至分解人体肌肉中的蛋白质。

#### 肿瘤患者要忌口吗?

“忌口”是中医理论中“发物”的代名词,在中医体系中,患有不同疾病,服用不同中药的患者,忌口的“发物”名单可能各不相同。但富含营养,尤其是含有高蛋白质的食物,如虾、牛肉、羊肉、鸡、鱼、鸡蛋、牛奶等,以及葱姜蒜等刺激性食物往往位列“发物”名单。

要提醒的是,盲目忌口容易导致饮食不均衡、营养摄入不充分。

认为“发物”会促进肿瘤生长,也是错误的观点。这类食物含有丰富的优质蛋白质,肿瘤患者在治疗期间非常需要蛋白质,促进细胞组织修复,所以可以吃,而且鼓励吃。

对正在接受放化疗的患者,不建议大量吃粗粮。因为药物和治疗本身会影响胃肠道功能,这时如果摄入大量粗粮会加重肠道负担。此时,可选择一些口服营养补充剂,提供更高的能量同时减少粪便产生。

#### 喝汤最有营养?

1895年,伦敦发现了X射线,随后X射线在放射影像学领域大放异彩,放射线用于临床治疗也应运而生。在某种意义上,X射线的发现及应用是现代医学建立的标志。

百年来,医学家对肿瘤治疗探索从未停止,现代肿瘤治疗形成了手术、放疗、全身治疗癌症综合治疗模式,“三驾马车”并驾齐驱不断改写肿瘤患者的生存状况。

在与癌症斗争的战场上,有一个形象的比喻:如果把全身治疗比作“地毯式轰炸”,那么手术类似“冲锋地面部队”,放疗更像是“巡航导弹”。作为一种常见而有效的癌症治疗手段,放疗在不手术、不损害患者主要器官功能的前提下,对肿瘤细胞进行精确定位打击,可以像导弹一样“稳、准、狠”。

放疗究竟是怎样控制肿瘤生长的?事实上,放疗是一种利用高能射线破坏肿瘤细胞的治疗方法。高能射线能穿透人体组织,直接照射到癌细胞,对其细胞遗传物质DNA造成损害,阻止癌细胞的生长和分裂,从而达到治疗肿瘤的效果。

根据近半的临床实践中,瑞金神经内科团队仅观察到约20%无症状的脑水肿或脑微出血,不需要特殊处理,可在严密观察下继续用药。这也再次提示用药前综合评估和用药中随访的重要性。

该药一般治疗18个月(即一年半),有条件可以后续持续用药,目前尚无明确停药时间,需临床医生结合患者用药后的获益情况再决定。

该药不影响其他抗痴呆药物合用,如乙酰胆碱酯酶抑制剂、美金刚等。需要注意的是,如果患者发生急性脑梗塞,根据临床经验,强烈不建议对正在接受该药治疗的患者进行溶栓治疗,因为这很可能会引起颅内大出血;如有必要,可以进行介入取栓治疗。

在瑞海南医院的治疗患者中,40%合并高血压,35%存在血脂异常,15%有糖尿病。上述合并症并不影响药物正常使用,但针对上述合并症的综合治疗可收获最大的药物疗效。

(作者分别为上海交通大学医学院附属瑞金医院神经内科副主任医师,主任医师)

本版图片:视觉中国

## 求医问药

你有医学健康疑问,我们邀请医学专家来解答。

tangwj@whb.cn

## 问 突然抽搐是癫痫吗?

答

季伟华

上海交通大学医学院附属仁济医院神经内科医生

一提到抽搐,大家就会想到癫痫,其实不然。抽搐只是一种发作性症状,引起抽搐的原因很多,高热惊厥、低血糖、低血钙等均可能导致抽搐。

癫痫是仅次于脑卒中的常见慢性神经系统疾病,影响全世界各个年龄约5000万人,我国估计有900万例癫痫患者。其中,至少有一半的患者在儿童青少年期发病,而且随着老龄化,脑血管病、痴呆和神经系统退行性疾病的发病率增加,老年人群中癫痫发病率也呈上升趋势。

癫痫是一种脑部疾病,特征是由脑神经异常放电导致反复痫性发作或异常的行为。癫痫发作症状复杂多变,但有一个共同特点,就是反复发作。例如患者突然失去知觉,全身僵硬,面色青紫,可能

会咬破舌头。也有其他类型的发作,例如两眼凝视,或动作中断,呆立不动;一侧面部或肢体远端(如手指、足趾)发生不自主的抽动。

如果怀疑可能有癫痫,或已有癫痫发作史,建议去医院进行检查。药物治疗是癫痫最重要的治疗方法。对药物难治性癫痫患者,手术是一种有效的治疗方法。其他治疗还有生酮饮食,即指低碳水化合物、适量蛋白质、高脂肪含量的饮食结构,需在医生的指导下进行。

新诊断的癫痫患者,如果接受规范、合理的抗癫痫发作药物治疗,70%至80%患者的发作是可以控制的,60%至70%的患者经2至5年的治疗可以停药。如果10年无发作,且近5年已停用抗癫痫发作药物,就可认为已经“治愈”。

## 问 放疗真那么可怕吗?

答

段隆燧 王玉洁 许楠

上海交通大学医学院附属瑞金医院放疗科医生



曾几何时,大家一听到放疗,会心有余悸,从各种影视作品中联想到辐射、脱发、皮肤灼伤脱皮等。恐惧源于未知,正是因为大众对放疗缺乏了解,才会产生了恐惧心理。其实,放疗在肿瘤治疗的不同阶段都发挥着重要作用,统计表明,约75%的肿瘤治疗需要放疗参与。而从治疗癌症的角度来说,因误解、害怕而错失治疗良机将严重影响肿瘤患者的生存。

放疗真的这么可怕吗?其实不然。虽然放疗有些许“毒”,但也能够“救命”。

放疗设备看似笨重,实则通过精密地计算和运转,可以实现不同部位、形状、大小肿瘤的精准治疗,可谓“心有猛虎,细嗅蔷薇”。而操纵这种力量的神秘之手就是现代医学科技。

放疗可以独立作为根治性治疗手段,比如鼻咽癌、喉癌、颈段食管癌、宫颈癌等,也可以与手术、化疗、靶向等联合使用辅助治疗,比如乳腺癌、肺癌等。

对于一些有身体基础疾病或年老体弱、或不适合进行手术治疗以及有一些保留器官意愿的肿瘤患者,放疗与手术治疗效果相当,比如早期肺癌、头颈部肿瘤、膀胱癌、前列腺癌等。

对于一些疾病甚至可以进行预防性放疗,比如局限期小细胞肺癌在根治性治疗肿瘤完全缓解后,可以采用预防性全脑照射,可显著降低脑转移率。

当然,除了癌症治疗之外,放疗还可以用于抑制瘢痕增生、改善甲亢突眼等的治疗。

尽管放疗治疗具有很好的应用前景,但其也存在一定挑战。

挑战之一就是不可避免的副作用。放疗虽然能够有效破坏肿瘤细胞,但也会对周围正常组织产生影响。不过,随着精准放疗开展,对靶区的精确剂量分布,质子重离子治疗的应用等,已极大减轻放疗相关不良反应。

挑战之二来自于技术创新与自动化。放疗治疗涉及的领域很广泛,需要医师、物理师、剂量师、技师等多学科专业团队的协调配合。同时随着人工智能和机器学习的发展,放疗治疗领域也在不断探索自动化和智能化的技术应用,以提高治疗的精准度和效率。

挑战之三是新型放射源的研发与应用。随着近年质子治疗、重离子治疗等应用于临床,放疗治疗技术层面再次实现飞跃。

挑战之四是如何结合现代生物领域最新研究成果。因不同肿瘤对不同的射线生物学敏感性不一样,特别是随着基因组学和分子生物学的发展,放疗治疗也越来越趋向个体化治疗方向发展。如何通过分析患者的基因信息同时结合其放射生物学敏感信息,得出更精准的个性化治疗方案,以提高肿瘤疗效也是研究热点。

现代放疗已彻底进入精准时代,作为医疗高科技的集大成者,尽管仍存在技术挑战,但挑战也是机遇,可以期待放疗在未来的医疗实践中发挥更重要的作用,为患者带来更多希望。

常用的射线包括:X射线、伽马射线、质子、重离子等。

传统的放疗技术多采用X射线或伽马射线,在到达肿瘤前,能量以指数形式

# “痴呆”可逆? 瑞金医院披露百例经验

■李彬寅 刘军

近日,阿尔茨海默病新药接连上市。这其中,仑卡奈单抗近期在国内已正式使用,各大医院启动首批患者临床应用。研究显示,这一新药有望延缓疾病进程。消息一出,患者咨询不断。

阿尔茨海默病患者都能用这个新药吗?还是有特别的适应群体?这药有什么副作用吗?效果到底如何?

得益于医疗先行区优势,去年底,这一新药率先在上海交通大学医学院附属瑞金医院海南医院(博鳌分院)使用。上海瑞金医院神经内科团队因此积累了近百例患者的使用经验,也得益于这百张处方方的应用经验,这一新药得以快速在国内获批上市,造福患者。

因而,针对大众围绕该新药提出的问题,瑞金医院神经内科记忆障碍专家予以解答。

## 热点问题1: 首例患者情况如何?

2023年11月,张阿姨因记忆下降和时间辨识障碍前往瑞金医院就诊,经过系列检查,被诊断为阿尔茨海默病。恰在此时,瑞金医院海南医院引进了已经获得美国药监局(FDA)批准上市的β淀粉样蛋白单抗药物——仑卡奈单抗。张阿姨在上海完成了用药前的充分评估,定期前往海南医院进行用药。这是瑞金医院海南医院应用仑卡奈单抗的第一例患者。经过半年的治疗,张阿姨能正确辨别时间,无任何不适。

这半年多来,在瑞金医院海南医院,已先后对近百例早期阿尔茨海默病患者进行了仑卡奈单抗治疗。

## 热点问题2: 哪些人适合使用该药?

最重要的是要确诊阿尔茨海默病,确诊包括以下必要流程:

■ 医生询问病史,初步判断是否符合临床症状表现。  
■ 认知行为量表测评,确定认知障



碍的程度,是否符合轻度认知障碍或者轻度痴呆。

■ 影像学检查,主要包括磁共振和PET。其中,磁共振可以评估大脑结构改变和萎缩程度。PET可以评估大脑内Aβ蛋白的沉积水平。

■ 血液或脑脊液检测。目前脑脊液检测有较高的准确性,如脑脊液tau蛋白、磷酸化tau蛋白升高和Aβ42降低是早期诊断阿尔茨海默病的有效指标。

在瑞金医院近百例用药人群中,所有人都进行了严格的用药前评估,包括影像学等多种病理标志物。基于此,瑞金团队建立了详细的用药前评估流程,这样做的目的在于实现疾病的准确诊断和准确分期,也正是由于正确的诊断评估方法,患者的用药安全得以最大化保证。结合这些工作,在中华医学会神经病学分会痴呆学组领导下,瑞金团队牵头制定了《仑卡奈单抗临床使用中国专家指导意见》。

基于上述完备的准备工作,在半年的用药过程中,用药人群未发生重大不良反应。

## 热点问题3: 哪些人不适合使用?

并不是所有认知障碍患者都能注射该单抗。以下情况不适合使用:

■ 符合阿尔茨海默病病理标志物诊断患者。

■ 由于其他神经系统疾病,如反复脑卒中、脑血管病、帕金森病、脑淀粉样血管病等导致的痴呆。

■ 有出血风险功能异常,例如正在使用抗凝药物的人群;有明显脑出血(包括微出血)、脑肿胀、动脉瘤、血管畸形人群;患有无法控制的出血障碍性疾病人群。

■ 超高龄患者(超过90岁)的用药也需要特别谨慎。

在这半年的临床实践中,瑞金神经内科团队通过综合评估,能够筛选出真正适合用药的患者群体,这既能保证用药的有效性,又能保证用药安全性。

## 热点问题4: 新药的预期效果怎样?

瑞金神经内科团队初步发现药物治疗的预期效果与认知障碍的类型和危险因素有关。如果Aβ-PET和Tau-PET等指标提示阿尔茨海默病处于早期阶段,则药物的干预效果会更加明显,约60%的患者整体功能有所改善。

血管危险因素、高血压、糖尿病和肥胖等会影响同等条件下的药物治疗效果,不利于认知的恢复。

在瑞海南医院的治疗患者中,40%合并高血压,35%存在血脂异常,15%有糖尿病。上述合并症并不影响药物正常使用,但针对上述合并症的综合治疗可收获最大的药物疗效。

## 热点问题5: 可能有哪些副作用?

这也是患者及家属最关心的事情之一。根据近百例的用药经验,该药治疗期间最常见的副作用是:输液反应、脑水肿、脑微出血、头痛等不良事件,但大多数数为轻度。

在用药前评估中,头颅MRI提示脑出血风险增加、接受抗血栓药治疗、ApoE4纯合子患者,发生脑水肿或脑微出血的潜在风险更高,建议治疗前进行出血风险评估,治疗期间通过MRI密切监测上述不良事件发生情况。

在过这半年的临床实践中,瑞金神经内科团队仅观察到约20%无症状的脑水肿或脑微出血,不需要特殊处理,可在严密观察下继续用药。这也再次提示用药前综合评估和用药中随访的重要性。

## 热点问题6: 整个用药的疗程多长?

该药一般治疗18个月(即一年半),有条件可以后续持续用药,目前尚无明确停药时间,需临床医生结合患者用药后的获益情况再决定。

该药不影响其他抗痴呆药物合用,如乙酰胆碱酯酶抑制剂、美金刚等。需要注意的是,如果患者发生急性脑梗塞,根据临床经验,强烈不建议对正在接受该药治疗的患者进行溶栓治疗,因为这很可能会引起颅内大出血;如有必要,可以进行介入取栓治疗。

在瑞海南医院的治疗患者中,40%合并高血压,35%存在血脂异常,15%有糖尿病。上述合并症并不影响药物正常使用,但针对上述合并症的综合治疗可收获最大的药物疗效。

(作者分别为上海交通大学医学院附属瑞金医院神经内科副主任医师,主任医师)

本版图片:视觉中国