

• 述评 •

应重视和大力提倡临床营养支持

王宝恩

临床营养支持 (clinical nutrition support) 对患者的治疗作用已是一个不争的事实。但由于临床的复杂性, 目前国内外还没有制定出系统全面的关于临床营养支持的指南, 只能就某一方面的内容来制定相应指南。英国胃肠病学会曾在 2003 年制定过成年住院患者的肠内营养 (enteral nutrition, EN) 指南, 建议对无意识、吞咽障碍、上消化道梗阻、生理性厌食、部分肠道功能衰竭、需要加强营养、心理问题等患者进行 EN。加拿大制定过成年机械通气患者营养支持临床指南。最近, Nightingale 等就短肠综合征制定了一个指南。这些指南给患者、医务人员、政策制定者、保险公司、药物制造商提供了有价值的参考。目前的临床实践表明, 实施指南能够改变重症监护室 (ICU) 营养支持的习惯, 接受营养支持的患者, 其结局更好一些。循证的营养管理方案可使更多的 ICU 患者得到 EN 支持治疗, 缩短机械通气时间, 降低死亡风险。

中华医学会肠外肠内营养学分会于 2006 年 2 月发布了《肠外肠内营养学临床指南系列一——住院患者肠外营养支持的适应证(草案)》, 这对我国临床营养学的发展具有重要意义。该指南在背景中介绍了临床营养支持相关的基本概念, 详细分析了与营养支持有关的证据, 对胰腺炎、重度创伤、短肠综合征、胃肠道瘘等 4 种适应证进行了简介, 最后形成 7 条推荐意见。

该指南明确了有关的概念。一般认为临床营养支持可以通过经口、经肠道或经肠外途径为患者提供较全面的营养素, 目前临床上提倡的临床营养支持包括 EN 和肠外营养 (parenteral nutrition, PN), 其目的除了提供营养, 更重要的是维持细胞代谢和基本功能, 从而保持或改善机体的整体功能, 促进患者康复。该指南强调, 营养支持绝非急诊处理措施, 应该在患者生命体征稳定后再按适应证和使用规范进行; 指南指出了哪些患者应当接受营养支持: 即当患者由于各种原因无法或不愿正常进食, 有营养不良 (malnutrition) 或有营养不良风险 (nutrition risk) 的患者经口方式所提供的食物中营养素不足时, 均应给予 PN/EN 支持。并建议“营养不良风险筛查方法 2002 (nutritional risk screening - 2002, NRS2002)”分值 ≥ 3 分时, 应当给予营养支持; 连续 5~10 d 无法从经口摄食达到营养需要量的重症患者, 应当给予营养支持。如果由于不能确切测量身高、体重而无法计算出 NRS2002 评分分值, 可以暂时应用前臂中点周径或者白蛋白水平来评估这一小部分患者的营养状态。EN 主要用于有营养不良风险的腹部创伤或手术后患者、重症急性胰腺炎患者 (经空肠置管)、头部创伤患者等; PN 主要用于急性期肠瘘及短肠综合征患者 (经口或经 EN 支持无法达到营养需要量时, 有肠道功能衰竭的短肠综合征患者应该采用家庭 PN)、有营养不良风险的腹部创伤或手术后患者 (不能用 EN 时)、头部创伤患者等。轻至中度胰腺炎患者不常规推荐使用临床营养支持。上述推荐意见均有 A 类证据支持。

目前在临床营养应用中, 大多数医院已经建立了这样的观念, 尤其是对重症患者, 首先考虑 EN, 其次是 PN、混合营养或序贯营养支持, 但是能够利用 NRS2002 评分指导营养支持治疗的还不多。国内住院患者营养不良流行病学调查结果提示: 住院患者营养不良发生率高, 患者入院时已有较高的营养不良发生率, 在疾病治疗过程中营养状况未获得改善, 故出院时的营养指标均低于入院时。这说明有很多患者没有得到良好的营养支持治疗, 反映出临床医务人员仍没有充分认识到营养支持治疗的重要性, 或者对如何开始营养治疗不甚清楚。同时, 指南对一些具体情况也提出了新的观点, 例如: 对于危重患者, EN 与 PN 混合营养支持或者序贯营养支持可能效果更好, 可以防止肠道菌群移位和多器官功能不全; 肠内免疫营养联合重组人生长激素可以改善烧伤后营养代谢和免疫功能, 减少炎症反应, 其作用要优于单纯肠内免疫营养; 严重腹部创伤术后早期 EN 有利于改善免疫功能, 可降低患者术后感染率; 重型颅脑损伤早期 EN 与 PN 混合营养支持有利于患者尽早恢复; 肝移植早期 EN 是比较便宜而且可行的全胃肠外营养 (total parenteral nutrition, TPN) 替代方

作者单位: 100050 首都医科大学附属北京友谊医院

作者简介: 王宝恩 (1926-), 男 (汉族), 河北省人, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 首都医科大学附属北京友谊医院名誉院长, 曾任中华医学会内科分会、消化病分会及肝病分会副主任委员、主任委员、名誉主任委员等职, 从事中西医结合研究 30 余年。

法;胃大部切除术后应用 EN 较 PN 更有益于患者胃肠激素水平及胃动力功能指标的恢复。最近的研究观点认为,对危重患者实施 EN 的量可以在 $58.6 \sim 75.3 \text{ kJ} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 。当然,这样一些新的研究结论还有待于进行多中心随机对照临床试验的验证,但对于制定临床营养指南有参考价值。

该指南中关于临床营养适应证的提出,对于规范和促进我国临床营养支持的发展具有重要意义,对我国卫生人员提高医疗护理水平、规范诊疗行为、更新诊疗观念、考虑医疗成本与效果的关系,以及开展临床营养研究和教学将有着较为深远的影响。该指南对某些内容还没有涉及到,如 EN 制剂、输注途径和方法、临床应用、主要并发症及其处理、各种营养素需要量的确定、代谢监测与调理、药理和免疫作用、营养与治疗的结合、营养支持的管理模式、特殊人群(如老年患者)的临床营养治疗等,这些都需要在今后予以考虑。

以往研究结果证实,临床诊疗指南是良好医疗决策的重要依据,指南的制定应该符合循证医学的原则。该指南中详细地介绍了有关的证据,其中提到了一些有价值的证据,为临床决策提供了参考依据。但是,由于目前高等级的证据不足,有些问题尚不能形成具体的推荐意见。相信随着社会的进步以及营养学家的努力,这些证据将会不断更新,与临床营养有关的指南会越来越完善,内容也会更加丰富,将会涉及科研、教学、临床、管理等方面的内容,医务人员也会越来越习惯以循证医学的观念评估和应用临床实践指南。

(收稿日期:2006-09-20) (本文编辑:李银平)

• 科研新闻速递 •

实施肠内营养时加入二十碳五烯酸、 γ -亚麻酸和抗氧化剂能改善脓毒症的预后

最近巴西学者报告了在给脓毒症和脓毒性休克的机械通气患者实施肠内营养时,加入二十碳五烯酸(EPA)、 γ -亚麻酸(GLA)和抗氧化剂可以改善其预后并降低病死率。该前瞻性研究采用双盲随机对照设计,共纳入 165 例入院患者,随机给予 EPA、GLA 和抗氧化剂的肠营养剂或等热量的安慰剂治疗,并观察入院 28 d 的治疗效果。结果显示:治疗组患者病死率较对照组降低 19.4%($P=0.037$),氧合情况显著优于对照组,自主通气时间明显长于对照组[(13.4 ± 1.2)d 比 (5.8 ± 1.0)d, $P < 0.01$],新增器官衰竭的例数少于对照组($P < 0.01$)。由此研究者认为,对脓毒症和脓毒性休克并需要机械通气的患者进行肠内营养治疗时,加入 EPA、GLA 和抗氧化剂可以明显改善其预后,并降低病死率。

车晋伟,编译自《Crit Care Med》,2006,34:2325-2333;胡森,审校

多酚类物质在治疗炎性肠病中的作用

多酚类物质富含于植物性食物及饮料中,目前虽未发现缺乏多酚类物质会引起何种不良反应,但大量摄入具有明显的抗炎和肠组织保护作用。最近以色列学者报告了他们研究 4 种多酚类物质的结果,这 4 种多酚类物质都被证实有抗炎作用,它们分别是:resveratrol(白藜芦醇)、epigallocatechin gallate(表儿茶素酸盐)、curcumin(姜黄)、quercetin(槲黄素)。啮齿类动物在摄入足量上述物质后,可抑制核转录因子- κ B 依赖的基因表达,诱导抗氧化剂和解毒蛋白合成,减轻缺血/再灌注损伤和内毒素血症引起的急性结肠炎和胰腺炎,降低急性胰腺炎时的多器官功能障碍发生率。肠内营养治疗炎性肠病(尤其是 Crohn 病和急性胰腺炎)具有显著疗效,但目前常规肠内营养的配方中还没有加入多酚类物质,因此研究者建议,在肠内营养的配方中加入多酚类物质可以改善炎性肠病和急性胰腺炎患者的预后。

车晋伟,编译自《Gut》,2006-08-24(电子版);胡森,审校

肠道功能丧失患者的家庭肠外营养治疗

外科手术切除、肠梗阻、肠组织坏死及先天性缺陷等均可导致肠道吸收功能丧失,在 20 世纪 60 年代出现静脉营养之前这是致命的疾病。但是到了 90 年代,美国每年有 40 000 例患者成功地实施了家庭肠外营养(home parenteral nutrition,HPN)治疗。HPN 治疗的存活率取决于医疗条件和患者的基础疾病;Crohn 病患者 5 年存活率可超过 80%;而只有 20% 癌症患者生存超过 1 年。尽管可以维持患者的营养状况,但使用 HPN 治疗仍会带来一系列并发症,主要原因是营养液直接进入血液循环,肠道长期废用。接受 HPN 治疗的患者平均每年发生 1 次因导管感染引起的脓毒症,几乎所有患者在接受 HPN 治疗 5 年后都会出现中心静脉血栓。虽然 80% 接受 HPN 治疗的患者身体健康,但他们的生活质量却因每日 8~12 h 的静脉注射而大打折扣。总之,HPN 治疗虽然能使丧失消化吸收功能的患者继续家庭生活,但由于它所导致的诸多并发症令患者生活质量下降。

车晋伟,编译自《Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol》,2006,3:492-504;胡森,审校