

卵巢癌合併惡病質患者之營養照護

杜秀容¹ 林會樸² 張惠萍^{1*}

1 臺北市立聯合醫院仁愛院區營養科 2 輔仁大學營養科學系

摘要

一位 78 歲的女性，罹患卵巢癌第三期 (stage III c)，經次理想減積手術 (suboptimal debulking surgery) 後，給予 6 次的輔助化學治療。之後定期追蹤個案血液中的腫瘤指數，發現有上升情形，因此持續接受化療。此次入院，擬進行第 37 次化療療程，然個案入院前因厭食拒絕進食，致體重三個月內下降超過 10%。電腦斷層顯示個案有癌症腦部轉移，且臨床診斷有憂鬱 (depression)、譫妄 (delirium) 及惡病質 (cachexia) 的症狀。醫師建議家屬考慮接受安寧共同照護，然家屬仍希望積極治療。營養治療上，除入院初期給予高蛋白半流質飲食，並輔以週邊靜脈營養支持。追蹤個案經口攝取量仍嚴重不足，經營養師與家屬討論後，改採鼻胃管餵食，管灌飲食則併用天然食物攪打配方及商業配方，兩週後個案營養狀態及精神狀況改善，並完成化療療程後出院。

關鍵詞：卵巢癌、惡病質、化學治療、營養支持、管灌飲食

前言

根據衛生署的統計，卵巢癌佔臺灣地區婦科癌症第二位，排名在子宮頸癌之後。卵巢癌可以發生於任何年齡群，發生率隨年齡逐年增高。臺灣地區每年新增約四百名婦女罹患卵巢癌，雖然發

生率及死亡率比子宮頸癌低，但卵巢癌的致死率卻高居婦科癌症的首位⁽¹⁾。卵巢癌的治療方法，標準作法是減積手術 (debulking surgery)，因卵巢癌是延著腹膜蔓延，故手術時需將橫隔膜、上腹腔凹陷處、肝臟、腹膜後淋巴結、腸子、腸繫膜、大網膜、骨盆腔淋巴結都檢查

通訊作者：張惠萍
地址：臺北市仁愛路4段10號營養科
電話：(02)27093600分機8153
電子郵件：A0239@tpech.gov.tw

表一、個案之血壓及生化相關數值

| 日期 | Glu (mg/dL) | BUN (mg/dL) | Cr (mg/dL) | Na (mEq/L) | K (mEq/L) | Alb (g/dL) | Ca (mg/dL) | WBC (10^3 /ul) | HGB (g/dl) | BP (mmHg) |
|-----------|----------------|----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|--------------|
| 100/7/27 | 112 | 11.1 | 0.7 | 137 | 3.7 | | | 8.93 | 12.8 | 173/100 |
| 100/8/8 | 104 | 19.7 | 0.7 | 140 | 4.5 | | 11.5 | 7.78 | 11.3 | 118/70 |
| 100/9/5 | 94 | 17.4 | 0.7 | 137 | 4.2 | 3.9 | | 10.92 | 12.2 | 118/59 |
| 100/10/18 | 103 | 12.3 | 0.7 | 136 | 4.3 | | | 7.33 | 12.3 | 155/91 |

Glu: glucose; BUN: blood urea nitrogen; Cr: creatinine; Na: sodium; K: potassium; Alb: Albumin; Ca: calcium; WBC: White Blood Cell; HGB: Hemoglobin; BP: Blood pressure

清楚，並盡可能將所有能看到且能移除之腫瘤切除，然後再追加 6 次的輔助化學治療。如果能做到最佳的減積手術 (optimal debulking)，即殘留腫瘤小於 1-2 公分以下，可使病人平均存活 41-48 個月，即使在次理想減積手術 (suboptimal debulking) 的情況下，仍有 24-38 個月的存活⁽²⁾。因為卵巢癌通常都是很晚期才被診斷出來，所以整體的復發率非常高，尤其是第 3、4 期的病人。Winter 等人研究指出，卵巢癌的治療及預後取決於不同的分期，其第 1-4 期的 5 年存活率依序分別為 89%、66%、34% 及 18%⁽³⁾。復發性卵巢癌幾乎不可能治癒，治療目的主要是姑息性的療法 (palliative therapy)，目的在延長病人的存活，並增加其生活品質。

在癌症末期，約有百分之八十的病人會出現惡病質的症狀，惡病質的主要症狀包含有體重減輕、厭食、倦怠無力、貧血等，如能避免這些症狀的發生，有助於癌症病人的預後治療及提升生活品質⁽⁴⁾。von Gruenigen 等學者指出，卵巢

癌在治療期間如能提供病人適當的飲食衛教，增加體能活動，則有助於其生活品質的改善⁽⁵⁾。

病例報告

陳郭女士，78 歲，已婚，小學畢業，有高血壓、第 2 型糖尿病、失智症 (dementia)、精神分裂症 (schizophrenia) 等病史。2005 年 6 月因持續 6 個月陰道出血至本院就診，診斷為卵巢癌第三期 (stage III c)，8 月即進行次理想減積手術切除腹腔腫瘤後，接受 6 次輔助性化學治療 (taxol 和 cisplatin)。治療後定期追蹤個案血液中 CEA、CA-125、CA-199 等腫瘤指數，發現腫瘤指數有上升情形，因此，醫囑持續接受化療。2011 年 7 月 26 日至本院婦產科回診，安排入院進行第 37 次化療，家屬主述個案這三個月來，食慾下降，逐漸拒絕進食，僅願意飲用少量的沖泡式營養品，體重由 54 公斤下降至 43 公斤，計有 20.4%。血液檢查報告中發現腫瘤標記指數升高，血壓偏高，其他生化檢

驗結果正常（表一）。個案外觀虛弱無力，抱怨腹部疼痛，且有拒食、拒服藥物情形，醫療處置擬先改善病人營養狀況後再進行化療，並會診消化內科、精神科及營養師，進行團隊共同照護。

第一次營養照護（2011年7月27日）

一、營養評估

體位測量方面，個案身高約 152 公分，體重 43 公斤，身體質量指數（BMI）為 18.5 kg/m²，理想體重為 51 公斤，三個月內體重下降超過 10%。外觀皮膚乾燥，右臀處有一 0.5 × 1 cm² 的二級褥瘡，另有腹脹與便秘等現象。每日約攝取益力壯高氮 5 匙與克寧奶粉 2 匙，共約 300 kcal。

營養需求量的估算，參考 Bauer 等人建議癌症病人合併有惡病質時，熱量建議為 120 kJ/kg（相當於 29 kcal/kg），蛋白質則建議為 1.4 g/kg⁽⁶⁾；另 Iizaka 等人則指出，褥瘡病人之蛋白質建議量為 1.5-2.1 g/kg，以促進傷口癒合⁽⁷⁾。綜合上述文獻研究與個案狀況之評估，建議營養處方為熱量 1250-1500 kcal/day（30-35 kcal/kg Bw），蛋白質 60-75 g/day，相當於 1.4-2.0 g/kg Bw。

二、營養診斷

個案的營養問題主要為經口攝取不足（P），是由於病人食慾差、拒絕進食

（E），足以支持此營養診斷的相關證據為個案體重下降超過 10%，攝食量低於建議需求量的 20%（S）。

三、營養介入

採漸近方式，先建議營養處方為 1250 kcal/day 高蛋白、半流質飲食，目標為熱量 1500 kcal/day。採少量多餐方式，點心給予高熱量濃縮的高蛋白營養飲品；衛教家屬鼓勵個案進食以增加攝取量，並建議可在餐與餐之間自備個案喜歡的食品，如：沖泡式飲品、果汁或麥粉等，持續追蹤個案營養攝取量與褥瘡狀況情形等。

第二次營養照護（2011年7月29日）

消化內科會診結果發現，個案腸蠕動慢，另疑似主動脈旁有淋巴結轉移現象。心理師會診，診斷有冷漠、憂鬱等問題。精神科會診診斷個案有憂鬱症及活動力低型譫妄。此活動力低型譫妄屬於認知障礙疾病，主因腫瘤轉移至腦部，造成急性腦功能受損引起意識混亂，因而呈現拒食狀態。

一、營養監測和評值

追蹤個案攝食情況，醫囑飲食為 1250 kcal 高蛋白、半流質飲食，個案家屬表示院內伙食只吃約 1/3，評估其熱量攝取約 400 kcal/day，蛋白質攝取約 20

g/day。醫囑開立促進蠕動劑 (primperan 5 mg 1 # tid)、軟便劑 (MgO 250 mg 2 # bid, Bisadyl 5 mg 1.5 # HS)，但僅 7/27 少量解便，褥瘡狀況亦無改善。

二、營養診斷

營養問題尚未能解決，營養診斷與 2011 年 7 月 27 日相同

三、營養介入

與家屬討論建議考慮使用管灌餵食，然家屬仍希望能維持經口進食方式，故建議醫師暫時使用週邊靜脈給予營養支持，每日一袋 Oliclinomel N4 (含 910 kcal, 20% 的葡萄糖 600 mL, 5.5% 的胺基酸 600 mL, 10% Intralipid 300 mL)，藉以提供部分熱量與蛋白質，並持續追蹤個案營養攝取量與褥瘡狀況等。

第三次營養照護 (2011年8月3日)

8 月 1 日個案糞便檢查結果有潛血反應 (OB: 4+)，診斷有胃潰瘍，並提供藥物質子泵抑制劑 (proton pump inhibitor, PPI) (Nexium 40 mg 1 # qd) 治療。

一、營養監測和評值

個案 7 月 29 日至 8 月 2 日幾乎未進食，周邊靜脈營養則每日注射一袋 Oliclinomel N4，評估總熱量攝取約 980

kcal/day，蛋白質 40 g/day。褥瘡方面給予人工皮治療，但褥瘡面積無縮小現象。

二、營養診斷

此時個案的營養問題主要為蛋白質 - 熱量攝食不足 (P)，是由於病人拒絕進食 (E)，支持此營養診斷的相關證據為病患幾乎無經口進食，僅由靜脈營養提供 980 kcal/day，蛋白質 40 g/day，低於建議需求量。

三、營養介入

建議採鼻胃管餵食，衛教家屬腸道營養是個案獲得營養之最佳途徑，且可以維持正常腸道免疫功能。經家屬同意後醫師為個案放置鼻胃管，並開立飲食醫囑為管灌飲食 1250 kcal/day 高蛋白配方 (蛋白質 65 g/day，佔 20% 總熱量)，每日提供 5 次灌食，其中包含 2 次天然食材攪打配方，並指導家屬天然食材攪打配方灌食方法與技巧，持續追蹤個案營養攝食量與褥瘡改善狀況等。

第四次營養照護 (2011年8月10日)

一、營養監測和評值

個案消化狀況佳，胃排空良好，供應之灌食量可以全部灌完；觀察褥瘡由二級

1 × 0.5 cm² 縮小為 0.5 × 0.5 cm²，營養狀況已有改善，建議增加熱量與蛋白質至目標需求量，以促使其褥瘡儘速改善

二、營養診斷

無新的營養問題。

三、營養介入

建議更改飲食醫囑為 1500 kcal/day 高蛋白管灌飲食（蛋白質 75 g/day，達 20% 總熱量），每日提供 6 次灌食配方，其中天然食材攪打配方增加至 3 次 / 天，另外，每天提供 100 c.c. 100% 果汁灌食，並讓家屬瞭解足夠的熱量與蛋白質有助於褥瘡修復，天然食材攪打配方含豐富植化素及多元化纖維質，有助於個案病情改善；並教導家屬給予個案腹部按摩，以改善排便狀況。

第五次營養照護（2011年8月15日）

個案褥瘡與營養攝取均有改善，安排 8 月 16 日第 37 次化療，並預定近期出院，故進行出院飲食計畫教導。評估個案營養攝取量穩定，消化狀況佳，灌食量達 100%，8 月 15 日觀察褥瘡由 0.5 × 0.5 cm² 縮小為 0.3 × 0.3 cm²，褥瘡狀況持續改善中。教導家屬與外籍看護在家自製天然灌食配方、蔬果汁的方法與技巧，並提供天然灌食衛教單及中文與英文之天然灌食製作教學光碟片，以便在家反覆練習。

個案 8 月 23 日辦理出院，出院前體重已自 43 公斤回升至 46 公斤，告知家屬需持續追蹤體重變化，並留予本科電話提供隨時詢問。追蹤其出院後之營養指標白蛋白與血紅素等，有逐漸改善之趨勢（表一）。

討論

Ozols 等人指出，初期卵巢癌的診斷不易，其症狀可能有腹脹、陰道出血、腸胃或尿道不適等，診斷上並無有效的篩檢方法。僅有 19% 卵巢癌在原位期被診斷出來，如果成功的治癒後 5 年存活率約 92%；通常原位癌的 5 年存活率為 71%，但經轉移後，5 年存活率僅為 31%⁽⁸⁾。Nagle 等人針對澳洲 822 位卵巢癌患者研究發現攝取較多的蔬菜（尤其含十字花科者）與富含維生素 E 的食物對卵巢癌病人有較佳的存活率⁽⁹⁾。另 Zhang 等人針對浙江省 254 位卵巢癌患者之世代研究指出較高頻率或較大量的飲用綠茶與較佳的卵巢癌存活率有關，每天喝一杯以上者較不喝者或低於一杯者之風險指數低⁽¹⁰⁾。HemaIswarya 和 Mukesh Doble 指出，所有的植化素皆傾向於可藉由控制癌細胞內訊息傳導（signal transduction）的路徑、增加治療藥物的生物活性等作用，增加癌症治療的效益⁽¹¹⁾。本院營養部設計之天然食物攪打配方，經檢驗分析，確實富含多酚類、類胡蘿蔔素等植化素，鮭魚配方更含有 ω-3 多元不飽合脂肪酸⁽¹²⁾，相較於

商業配方，更適合癌症個案治療上之需求；且天然食物攪打配方富含多元化纖維來源，可改善病人便秘的問題⁽¹³⁾。此個案對天然食物攪打配方耐受性及消化情形佳，家屬亦感到滿意，並積極學習在家自行製作的技巧。

Fan 等人即指出營養不良會減低癌症病人的免疫反應，並會減低腫瘤治療的承受能力⁽¹⁶⁾。Gupta 等人針對 98 位以主觀性整體評估 (SGA) 評估卵巢癌病人營養狀況，區分為營養狀況佳與營養不良等不同組別，探討其存活期的差異。結果顯示治療前後營養狀況均佳組 (n=36) 存活期最長 (median survival months = 21.6)，其次為原本營養不良但之後營養改善組 (n=27) (median survival months = 18.5)，但原本營養狀況佳，而之後卻營養不良組 (n=10) 的存活期則顯著下降 (median survival months = 9.1)，至於治療前後均營養不良組，其存活期最短 (median survival months = 3.2)⁽¹⁵⁾。

個案使用之化療藥物 Cisplatin 是一種含鉑的化合物，雖然它的療效不錯，但卻因為有嚴重的副作用，尤其是噁心、嘔吐，常令病人無法接受，甚至放棄治療⁽¹⁶⁾。本個案即因長期的治療副作用導致其厭食、拒絕進食、體重迅速下降，有惡病質症狀。治療癌症惡病質有藥物、營養支持、行為治療等三個重點，營養支持主要採少量多餐方式，給予高熱量高蛋白的濃縮營養配方補充。Bosaeus 指

出癌症病人於發生惡病質時，需要多種治療方式與醫療團隊的及早介入；對大多數病人來說，早期營養介入時，使用經口營養補充，確實較靜脈營養為佳；但如病人有嚴重營養耗竭時，任何營養支持的方式都應嘗試⁽⁴⁾。Madhok 等人研究指出，65 位第三期或第四期卵巢癌病於接受化療期間，其中 40 位有腸阻塞情形，其餘有腹水、肋膜積水或癌症轉移等，提供週邊營養能提供嚴重攝取不足的卵巢癌病人即時營養，大多數 (66%) 呈現較佳的狀況⁽¹⁷⁾。此個案在第一次營養照護時，經由營養師及家屬多方鼓勵個案進食但仍無進展後，營養師向家屬建議採腸道營養支持方式，然家屬仍希望個案能經口進食，因此，在尊重家屬意願及考量個案營養需求下，與醫師溝通提供短期的週邊營養支持，給予補充部份的熱量及營養素。

von Gruenigen 等人研究指出，卵巢癌病人於癌症治療期間，每次均提供病人及其家屬營養相關知識，鼓勵適度的體能活動至少 30 分鐘，再經由問卷調查與 3 天的飲食紀錄結果，發現確實有助於改善飲食攝取量及生活的品質⁽⁵⁾。此個案之營養照護過程中成功的展現家屬支持的成效，經由營養師多次給予家屬衛教指導，個案之三位女兒輪番細心照護下，嘗試多途徑的營養支持，並積極的增加營養攝取達到其目標建議量，且其褥瘡問題亦有所改善；個案在營養狀

態改善後完成第 37 次化療療程，回家療養。後續追蹤個案於 10 月 18 日返院進行第 40 次化療，體重已明顯增加至 50.3 公斤，BMI 達 21.8 kg/m²，生化相關數值檢查結果，血糖值、腎功能、電解質及血紅素等，均在正常範圍內（見表一），並可點頭應對呈現較佳的精神狀態。

結論

對於卵巢癌病人如有攝食不足與體重減輕問題，如能儘早營養介入，積極給予營養支持，尤其是同時富含天然植化素者，以維持適當的營養攝取，確實有助於疾病的治療及改善病人的生活品質。

參考文獻

1. 林政道。卵巢癌。台灣婦癌醫學會，2006。http://www.tago.org.tw/news2_detail.asp?NewsID=2 (2011/12/22)
2. 魏佑吉。卵巢癌腹腔內化學治療。長庚婦產通訊，2007。http://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/c4710/contents/m/43-2.htm (2011/12/22)
3. Winter WE 3rd, Maxwell GL, Tian C, Carlson JW, Ozols RF, Rose PG, Markman M, Armstrong DK, Muggia F, McGuire WP. Prognostic factors for stage III epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2007;25:3621-3627.
4. Bosaeus I. Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. *Support Care Cancer* 2008;16:447-451.
5. von Gruenigen VE, Frasare HE, Kavanagh MB, Lerner E, Waggoner SE, Courneya KS. Feasibility of a lifestyle intervention for ovarian cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Gynecol Oncol* 2011;122:328-333.
6. Bauer J, Capra S. Intensive nutrition intervention improves outcomes in patients with cancer cachexia receiving chemotherapy – a pilot study. *Support Care Cancer* 2005;13(4):270-274.
7. Iizaka S, Sanada H, Nakagami G, Sekine R, Koyanagi H, Konya C, Sugama J. Estimation of protein loss from wound fluid in older patients with severe pressure ulcers. *Nutrition* 2010;26:890-895.
8. Ozols RF, Schwartz PE, Eifel PJ. Ovarian cancer, Fallopian tube carcinoma, and peritoneal carcinoma. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott 2001:1597-1632.
9. Nagle CM, Purdie DM, Webb PM, Green A, Harvey PW, Bain CJ. Dietary influences on survival after ovarian cancer. *Int J Cancer* 2003 ;106(2):264-269.

10. Zhang M, Lee AH, Binns CW, Xie X. Green tea consumption enhances survival of epithelial ovarian cancer. *Int J Cancer* 2004;112(3):465-469.
11. HemaIswarya S, Doble M. Potential synergism of natural products in the treatment of cancer. *Phytother Res* 2006;20:239-249.
12. 張惠萍。醫院自製天然養生灌食配方的營養成份探討。台北醫學大學保健營養研究所碩士論文，2009。
13. Cummings JH. The effect of dietary fibre on fecal weight and composition. In: Spiller GA. *Handbook of Dietary Fibre in Human Nutrition*. Tampa, Florida: CRC Press LLC, 2001;183-251.
14. Fan ST, Lo CM, Lai EC, Chu KM, Liu CL, Wong J. Perioperative nutritional support in patients undergoing hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med* 1994;331(23):1547-1552.
15. Gupta D, Lis CG, Vashi PG, Lammersfeld CA. Impact of nutritional status on survival in ovarian cancer. *Support Care Cancer* 2010;18(3):373-381.
16. 邱昭華。Cisplatin or Carboplatin? 台灣癌症防治網，2006。http://cisc.twbbs.org/lifetype/index.php?op=ViewArticle&articleId=1220&blogId=1 (2011/12/22)
17. Madhok BM, Yeluri S, Haigh K, Burton A, Broadhead T, Jayne DG. Parenteral nutrition for patients with advanced ovarian malignancy. *J Hum Nutr Diet* 2011;24(2):187-191.