ICS 03.080
CCSA 20

# 中国老年医学学会团体标准

T/CGSS××××—2022

# 老年临床营养管理服务规范

Service specification for clinical nutrition management for the elderly

（征求意见稿）

（本稿完成日期：2022/01/05）

2022-××-××发布　　2022-××-××实施

中 国 老 年 医 学 学 会 发 布

# 目　　次

前言 ..... II
1　范围 ..... 1
2　规范性引用文件 ..... 1
3　术语和定义 ..... 1
4　基本要求 ..... 2
4.1　服务机构 ..... 2
4.2　服务人员 ..... 2
4.3　服务环境与设施 ..... 3
5　服务内容及要求 ..... 3
5.1　服务对象 ..... 3
5.2　服务内容及要求 ..... 4
5.3　管理服务流程 ..... 8
6 服务评价与改进 ..... 9
6.1　服务评价 ..... 9
6.2　持续改进 ..... 10
附录 A (资料性)老年临床营养管理综合评估用具一览表 ..... 11
附录 B (资料性)老年综合评估量表与方法 ..... 12
附录 C (资料性)老年临床营养管理服务评价标准 ..... 19
参考文献 ..... 20

# 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国老年医学学会老年医疗机构管理分会提出。

本文件由中国老年医学学会标准化委员会归口

本文件起草单位：中国老年医学学会老年医疗机构管理分会、中国老年医学学会国际交流合作委员会、中国老年学与老年医学会老年营养专业委员会、全国老年医院联盟、北京医联老年医学培训与咨询中心、北京医院、上海华东医院、江苏省老年病医院、郑州市老年病医院、辽宁省老年病医院（辽宁省金秋医院）、丽水市老年医院、四川自贡市老年病医院、解放军第八医学中心老年医学科、雅培贸易（上海）有限公司。

本文件主要起草人：朱明炜、孙建琴、张进平、王亮、胡亦新、付萍、胡雯、左小霞、闫文杰、刘世晴、胡万保、田福建、金月定。

# 老年临床营养管理服务规范

## 1 范围

本文件规定了住院老年患者营养管理服务的基本要求、服务内容、服务流程、服务评价与改进。

本文件适用于医疗机构提供住院老年患者营养管理服务。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB 15630 消防安全标志设置要求

GB/T 17242 投诉处理指南

T/CGSS 003-2018 老年友善服务规范

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

**老年临床营养管理 clinical nutrition management for the elderly**

应用老年综合评估方法和多学科整合管理模式为住院老年患者提供营养知识教育、营养风险、营养不良风险和营养不良的筛查、评估与干预等服务的活动。

3.2

**老年临床营养管理机构geriatric clinical nutrition management institution**

从事为住院或社区家庭病床的老年患者提供营养管理服务的医疗机构。

注：包括各级医院的各科病房或病区；老年综合门诊、衰弱门诊、营养门诊、全科门诊等。

3.3

**营养风险nutrition risk**

因营养有关因素对患者临床结局发生不利影响的风险。

3.4

**营养不良 malnatrition**

由能量、蛋白质及其他营养素摄入不足/过剩造成的组织、形体和功能改变的临床表现。

[来源：WS/T552-2017；2.1]

## 4 基本要求

### 4.1 服务机构

4.1.1 应严格遵守国家各项有关法律法规开展老年营养管理服务。

4.1.2 应依法登记注册、具有固定的办公场所。

4.1.3 应具有稳定的服务队伍和营养服务管理能力。

4.1.4 应具备与服务内容相关的服务人员资质。

4.1.5 应制定营养管理制度、应急预案、组织管理流程和服务规范。

4.1.6 应建立老年营养管理服务中不良事件上报与处理反馈管理系统。应有负责双向转诊服务的通道与管理。

4.1.7 应对服务提供人员进行岗前、岗中业务及安全培训，培训时限每年应不少于 18 学时。

4.1.8 应在营养管理服务机构设立老年营养问题发生与预防的健康教育、科普宣传场地，并有专、兼职人员和活动安排计划，以及宣教材料与投放设备。

4.1.9 应开展对老年人群营养风险和营养不良风险的筛查和不良生活方式的营养、运动、纠正与干预。并应有活动记录，包括活动通知、活动主题、主办方、受众人数及现场视频或照片等。

### 4.2 服务人员

4.2.1 老年临床营养管理人员包括但不限于：病房或老年综合门诊、衰弱门诊、营养门诊、全科门诊的医师、护士、营养师、心理医师和康复师。

4.2.2 应守法诚信，具有良好的职业道德。自觉遵守临床营养管理服务的行为守则，用和蔼的态度、礼貌的言语、规范的行为对待每一位老年患者。

4.2.3 应具备与老年人良好的沟通能力，对失能、失智的老年人要用慢速、清晰的语言，或采用肢体语言、文字或图片进行交流。

4.2.4 专业技术人员应具备相关资质。

4.2.5 应参加老年营养服务管理相关知识培训，时限每年应不少于 18 学时，并考试及格。

4.2.6 应熟练掌握本岗位设施设备的安全操作及卫生清洁要求。

4.2.7 应具备进行营养知识健康宣教和社区营养风险和营养不良风险筛查评估与干预计划的制定和效果监测、调整能力，和老年营养个性化干预与护理的技能。

4.2.8 应具备向老年人或者监护人提供适合居家、社区或机构养老，或者入院治疗的判断与建议的能力。

### 4.3 服务环境与设施

4.3.1 老年临床营养管理服务场所，包括整体环境、卫生间和浴室、通道和电梯、交通设施和标识系统应符合T/CGSS 003-2018的有关规定。

4.3.2 根据实际情况，应配置营养知识教育、营养风险和营养不良筛查所需的量表、设备、器具。老年临床营养管理综合评估用具一览表见附录A。

4.3.3 公示的各项服务信息应便于老年人辨识、阅读与理解。

4.3.4 消防标识应符合 GB15630 的规定。

## 5 服务内容及要求

### 5.1 服务对象

5.1.1 年龄大于 60 岁的入院患者。

5.1.2 通过 2002 营养风险筛查（NRS2002）评分结果大于等于 3 分的老年患者。

5.1.3 通过微营养评定法（MNA-SF）评分大于等于 7 分～11 分的老年患者。

5.1.4 有明确长期消耗性疾病如糖尿病、高血压、血脂异常、结核、慢性肝病、急慢性肾功衰竭及透析治疗中、痛风、有明确与营养相关的慢性疾病和罹患各期肿瘤者。

5.1.5 各种原因导致失智、失能、半失能的老人。

5.1.6存在以下4种情况者：

a）饮食摄入量减少

1）口腔、食道肿瘤患者；

2）神经系统疾病吞咽困难者，例如脑血管意外、多发性硬化症、运动神经元病变、脑瘫。

b）营养需求增加、有特殊的营养需求

1）慢性肺疾病，例如肺纤维化囊肿、慢性阻塞性肺疾病；

2）慢性肾功能衰竭；

3）骨质疏松骨折；

4）神经性厌食症；

5）艾滋病患者、艾滋病毒携带者。

c）代谢性疾病和血液系统疾病

1）外伤及手术后患者；

2）中风；

3）神经退行性病变；

4）头颈部肿瘤等。

d）营养素吸收能力受损

1）胃肠切除、旁路手术；

2）消化道恶性肿瘤，例如胰腺癌、结直肠癌；

3）炎性肠病，例如克罗恩病、溃疡性结肠炎；

4）短肠综合征、胃肠道造瘘；

5）放射性肠炎。

## 5.2 服务内容及要求

### 5.2.1 医疗保健专业团队

临床营养管理服务应具有多学科专业团队，包括医护人员、营养师、康复师、心理师等专业人员。团队人员职责技能如下：

a）医护人员

1)应能或指导社区卫生服务中心（站）人员对住院或出院老年患者开展营养风险或营养不良的评估；将评估结果录入服务档案进行数据分析管理；应根据营养风险导致的相关老年综合征和老年照护问题的评估结果提出针对性的干预措施，必要时经过多学科整合管理确定患者的干预计划。

2) 应能应用营养风险筛查表（NRS2002）和微型营养评定简表（MNA-SF），进行营养风险和营养不良风险与营养不良的筛查，通过跌倒风险 Morse 评估量表、日常生活活动能力评估量表(Barthel 指数)、简易智能评估量表（MMSE)、抑郁症评估量表（GDS-15)、Braden 量表进行压疮风险（皮肤危险因子)、衰弱筛查量表（Frail）等量表及应用功能医学检测手段对肠道动力与肠道微生态功能状态评估（但不限于）进行与营养问题相关联的因素探寻与干预。老年综合评估量表与方法见附录 B。

b)营养师

作为营养管理小组成员之一，应参与临床营养管理，包括营养问题筛查、评估与干预、营养相关知识宣教，制定并监制个性化特护膳食食谱和成品、半成品。

c)康复治疗师

作为营养管理小组成员之一，应进行因营养问题导致的功能障碍评估与康复训练，制定并实施吞咽能力评估与康复训练。

d)心理医师

应制定并实施社会心理评估与干预计划。

### 5.2.2 营养筛查与评估

#### 5.2.2.1 营养筛查对象

年龄大于等于 60 岁的老年住院患者都应接受例行营养筛查。

#### 5.2.2.2 快速简易筛查

快速简易筛查如下：

a)非自主性体重下降。与平日体重相比，6 个月内下降>10%或 3 个月内下降>5%；

b)与日常进食相比，经口摄入减少；

c) 以上如果没有问题或者符合任一条，就需要进一步营养筛查。

#### 5.2.2.3 营养筛查

采用 2002 营养风险筛查（NRS 2002）或微营养评定法（MNA-SF）进行规范化的营养筛查，（见附录 B）。

a）NRS 2002 评分>3 分，提示存在营养风险；需进行营养评估后营养干预；

b）MNA-SF 评分<7 分提示存在营养不良；8-11 分营养不良风险；需进行营养评估后营养治疗；

c)以上 2 项暂无营养问题的，入院 1 周后再行营养筛查。

#### 5.2.2.4 营养评估

营养评估方法如下：

a）膳食调查：了解每日主、副食摄入量，包括日常摄入习惯、饮酒及营养补充剂、食物过敏史及购买或制作食物的能力；

b）疾病和用药史及营养相关临床症状：与营养相关的既往病史如 2 型糖尿病、卒中、胃大部切除、移植及近期大手术等；药物史（如华法令、质子泵抑制剂、尼莫地平、维生素制剂等）和营养相关临床症状（消化道症状、咀嚼功能、吞咽功能、义齿适应度等）；

c）体格检查：重点注意营养缺乏病的相关体征，如干瘦病（消瘦型）和恶性营养不良（浮肿型）、维生素 B1 缺乏病（脚气病）、核黄素缺乏病 （维生素 B2 缺乏病）及烟酸缺乏病（癞皮病）等的相应表现；

d）人体测量：包括体质指数（BM1）、体质量/标准体质量百分比、臂围、小腿围、皮褶厚度和握力；

e）实验室指标：包括血浆白蛋白、转铁蛋白、前白蛋白和视黄醇结合蛋白。当处于感染和炎症期时，建议同时检测 C-反应蛋白（CRP）。

### 5.2.3 评估结果判定

凡存在以下一项以上的患者可认定营养干预的适应症应采取营养支持：

a）预计 3 d∽5 d 不能经口进食或无法达到推荐目标量 60%以上；

b）6 个月内体质量丢失＞10%或 3 个月内体 质量下降 5%；

c）BMI 低于 20 kg/m2 者；

d）已确定存在营养不良的指征或表现。

### 5.2.4 营养干预

营养干预措施如下：

**a）时机**

老年患者在接受营养支持前，应纠正低血容量、酸碱失衡，调理各器官功能，保证血流动力学基本稳定。

**b）目标量**

1)能量：推荐目标量（20∽30）kcal・kg・d ；

2）蛋白质：推荐目标量为（1.0∽1.5）g・kg・d 要求优质蛋白（乳清蛋白、酪蛋白及大豆蛋白）占 50%以上；

3）膳食纤维：推荐摄入量为（25∽30）g/d；

4)维生素 K： 90ug/d ；

5)维生素 D： 800∽2000 IU/d 。

注：达到最低血清 25-羟维生素 D 水平应为 75nmol / l，以上是达到该目标所需的剂量

**c）营养制剂**

依据老年患者营养缺陷程度和整体状态可以选择：

1) 整蛋白配方。

2) 氨基酸和短肽类肠内营养制剂。

3) 专用医学营养配方制剂，如糖尿病患者适用糖尿病专用型配方，肝胆疾病患者宜选用。

4) 含中链三酰甘油（MCT）的配方， 慢性肾病患者可选用优质蛋白配方。

5) 富含混合膳食纤维的配方制剂。

6) 匀浆膳适用于肠道功能存在，仅咀嚼、吞咽 功能障碍的老年患者。

**d）途径和方法**

营养支持途径有 EN、PN 和肠内联合肠外营养支持，肠内营养又包括 ONS 和管饲。

**e）干预过程监测**

临床营养支持强调个体化治疗和过程中时实监测脏器功能状态，及时处理并发症，并科学调整营养支持方案。监测指标包括：

1) 临床症状体征：生命体征、水肿或脱水；胃肠道耐受性（腹胀、腹痛、腹泻、恶心、呕吐及胃潴留）。

2) 营养参数:

- 能量供给目标量和补水量。
- 体量、BMI，小腿围、三头肌皮褶厚度及握力（3）定期检测血浆前白蛋白、白蛋白及 CRP 等。

3) 实验室安全性指标：

- 电解质、血糖、 血脂（尤其 PN）。
- 密切观察神经系统的症状体征，评估吞咽功能和早期识别再喂养综合征。
- 心肺功能障碍者需要密切监测液体平衡，防止加重心脏负荷。
- 常规监测肝、肾功能，注意心、肺功能变化。

### 5.2.5 并发症及其防治

并发症及其防治如下：

a） 堵管：管饲最常见的并发症之一。

B）腹泻：注意 EN 的温度、速度和浓度。

C） 误吸：卧床者管饲采取 30°～45°半卧位，并保持到管饲结束后半小时。

d）上消化道出血：每次管饲前应回抽检查胃内容物颜色，判断有无消化道出血。

e）造口管理：保持导管周围皮肤清洁干燥，定期消毒。

f）再喂养综合征（RFS）。

g） PN 并发症：

1） 机械性并发症：包括气胸、血胸、血管损伤、臂丛神经损伤、胸导管损伤、空气栓塞、导管错位或移位、血栓性静脉炎；

2） 代谢性并发症：包括糖代谢异常、电解质失衡、高脂血症、脂肪超载综合征、过度喂养及容量超负荷等；

3）感染性并发症：以导管相关性感染最常见，表现为突发寒战、高热，重者可发生感染性休克。

### 5.2.6 出院指导

#### 5.2.6.1 院外营养干预指导

院外营养干预指导如下：

a）指导自我营养管理

1) 食物摄入量记录：记录患者每天摄入食物 （包括水）的种类和量；

2) 营养支持记录：记录患者每天管饲或 ONS 的途径和摄入量；

3) 体重量记录：选择晨起排空大小便后，每周测 1 次。

b）管饲的注意事项

1) 体位：

2) 鼻胃管口径选择与更换频率：管饲尽可能选择较细的管子，减少对咽后壁刺激。当管饲超过 4 周时，推荐使用 PEG/PEJ。如因故不能使用 PEG/PEJ 者，应每个月复诊，更换 1 次鼻饲管。固定胃管的胶带 2 次/周。造瘘口纱布 1 次/d；

3) 营养液的配置：原则上是现配现用。暂时不用冰箱冷藏，＞24 h 后应弃去不再使用。管饲时营养液温度不宜过低；

4) 保持口腔清洁，尽量鼓励患者自己刷牙漱口。

c）并发症的发现与处理

1） 便秘：适当增加饮水量和膳食纤维的摄入量，必要时应用药物通便。

2） 腹渴：轻度稀便积极寻找原因，比如喂养不当， 通便药物过量等，及时纠正。严重腹泻者需及时就医。

3） 管饲时出现呛咳：立即停止喂养，抽空胃内所有食物，胃管尾端放入水碗内结合胃管体外长度判斯胃管是否在胃内。如果在胃内，并完全恢复正常状态后继续喂养，可疑管道移位送医院就诊。

4） 以下情况需及时就医：意外脱管、管道堵塞/断裂、管道移位、消化道出血（抽出鲜红色/咖啡色胃液、黑便）、水样便、腹胀、腹痛、呕吐、1 d 内发生 2 次以上胃潴留、体质量 1 周增加＞2 kg 及合并严重感染等其他病情变化。

5） 胃潴留：管饲前先回抽胃液确认饲管在胃内，判断胃内残留的食物总量，胃残余量＞150 ml 时，暂停喂养 1 顿。存在喂养不当，如速度、温度、药物及不洁饮食等应及时纠正。暂停喂养两次以上者需及时就医。

d） **随访频率**

每 2 周～4 周随访 1 次，如患者突发营养状况改变，请及时到营养门诊或老年科就诊。

#### 5.2.6.2 院外非营养干预指导

院外非营养干预指导如下：

a） 患者自我营养管理：记录每天摄入食物的种类和量。每天同一时间记录体质量变化。

b） 随访：每 3 个月随访 1 次，如遇突发情况，营养状况急剧恶化，应及时到衰弱门诊、营养门诊或老年科门诊复诊。

### 5.3 管理服务流程

老年临床营养管理操作流程见图 1。

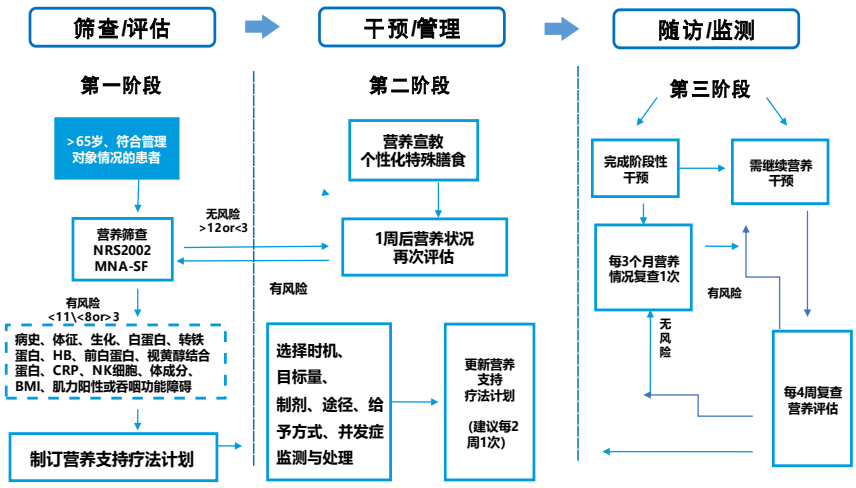



图1老年临床营养管理操作流程

# 6 服务评价与改进

## 6.1 服务评价

### 6.1.1 评价主体

评价主体包括但不限于：

a)服务机构自我评价；

b)服务对象评价；

c)第三方评价。

### 6.1.2 评价依据

评价应遵循的依据包括但不限于：

a)国家相关法律法规；

b)相关的国家、行业和地方标准；

c)本服务规范（老年临床营养管理服务评价标准见附录 C）。

### 6.1.3 评价方法

评价方法包括但不限于：

a)以上门、电话、信件和网络等形式进行意见征询；

b)实地察看；

c)检查考核。

### 6.1.4 评价程序

评价程序包括但不限于：

a)制定评价计划；

b)成立评价小组；

c)评价准备；

d)评价实施；

e)编写评价报告和不合格报告；

f)评价结果处置。

### 6.1.5 评价指标

评价指标要求除详见附录C外，还包括：

a)老年人管理服务档案建档率应达 90%；

b)服务对象及家属/监护人满意度≥90%；

c)服务记录合格率应≥90%；

d)有服务预案，内容应至少包含计划、工作流程、服务规范等；

e)定期检查记录（包含内容、时间、地点、人员、落实情况等）；

f)有效投诉结案率 100%。

## 6.2 持续改进

6.2.1 服务机构应根据评价结果，对不符合标准要求的问题制定纠正或预防措施，并跟踪实施和及时改进。

6.2.2 在服务过程中随时收集有关不合格信息，分析不合格原因，制定纠正措施，对过程或管理进行调整，避免不合格再发生。

6.2.3 服务机构应主动接受社会监督，对外公布监督和投诉电话、投诉方法、投诉流程，建立服务质量投诉及纠纷处理、反馈机制，按照 GB/T 17242 投诉处理指南的要求处理投诉事件。

# 附录 A
（资料性）
## 老年临床营养管理综合评估用具一览表

老年临床营养管理综合评估用具一览表见表 A.1。

**表 A.1 老年临床营养管理综合评估用具一览表**

| 序号 | 物品名称 | 数量 | 特殊要求与评估项目 |
|---|---|---|---|
| 1 | 训练用阶梯（双向） | 1 | 双层木制扶手　337×82×134（cm）心肺功能和上下楼梯功能 |
| 2 | 身高体重称皮尺 | 各 1 | 体重指数（BMI）小腿围 |
| 3 | 人体成分分析仪、握力器、皮褶夹 | 各 1 | 营养不良 |
| 4 | 视力表（5m） | 1 | 视力检测 |
| 5 | 音叉 | 1 | 听力测试 |
| 6 | 木质椅 | 各 1 | 移位功能 |
| 7 | 轮椅助行器、拐杖凳、四角拐、腋、肘杖 | 各 1 | 下肢功能障碍后辅助移动功能 |
| 8 | 病号服 | 1 套 | 穿衣功能 |
| 9 | 牙刷、牙膏、梳子、剃须刀 | | 洗漱、修饰功能 |
| 10 | 坐便器 | 1 | 如厕功能 |
| 11 | 淋浴器 | 1 套 | 洗浴功能 |
| 12 | 6 米线 | | 步速、步态测试 |
| 13 | 可弯曲的万能汤匙、带吸盘的碗、异性口杯 | 各 1 | 进食功能 |
| 14 | 听诊器、血压计、指夹式脉搏血氧仪 | 各 1 台 | 血压、血氧、呼吸、心律、心率、脉搏等 |
| 15 | 电脑 | 1 | 综合评估软件系统或老年综合评估量表库 |

# 附录 B
（资料性）
# 老年综合评估量表与方法

## B.1 营养风险筛查量表（NRS2002）

营养风险筛查量表（NRS2002）见表 B.1。

**表B.1营养风险筛查量表（NRS2002）**

<table>
<tr><td colspan="3">营养风险筛查 NRS2002 评估表</td></tr>
<tr><td colspan="3">①　主要诊断，填写最主要诊断：</td></tr>
<tr><td colspan="3">适用对象：18 岁～90 岁，住院 1 天以上，次日 8 时前未行手术，神志清者<br>科室：　　床号：　　入院日期：　　联系电话：<br>姓名：　　性别：　　年　　龄：　　住 院 号：<br>患者知情同意参加（是 □　否 □ ）</td></tr>
<tr><td colspan="3">若患有以下疾病请打“ √”，并参照标准进行评分<br>注：未列入下述疾病者须“挂靠”，如“急性胆囊炎”、“老年痴呆”等可挂靠于“慢性疾病急性发作或有并发症者”计 1 分（复核者有权决定挂靠的位置）。</td></tr>
<tr><td colspan="3">②　营养受损评分</td></tr>
<tr><td>疾病状态</td><td>分数</td><td>如“是”请打钩</td></tr>
<tr><td>正常营养需要量</td><td>0</td><td></td></tr>
<tr><td>慢性疾病有急性或有并发症者、肝硬化、慢阻肺、血液透析、糖尿病、肿瘤、髋关节骨折</td><td>1</td><td></td></tr>
<tr><td>腹部重大手术、重症肺炎、血液恶性肿瘤、脑卒中</td><td>2</td><td></td></tr>
<tr><td>颅脑损伤、骨髓移植，APACHE＞10 分的 ICU 患者</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">人体测量：<br>身高（经过校正的标尺，校正至 0.5cm）m（免鞋）<br>体重（经过校正的磅秤，校正至 0.2kg）kg（空腹、病房衣服、免鞋）BMIkg/㎡（＜18.5=3 分）<br>注：因严重胸腹水、水肿得不到 BMI 值，无严重肝、肾功能异常者，用白蛋白替代（按 ESPEN 2006）（g/L）（＜30g/L,3 分）。</td></tr>
<tr><td>营养状态指标（单选）</td><td>分数</td><td>如“是”请打钩</td></tr>
<tr><td>正常营养状态（BMI≥18.5，近 1 月～3 月体重无变化，近一周摄食量无变化）</td><td>0</td><td></td></tr>
<tr><td>3 个月内体重减轻>5%或食物摄入比正常需要量低 25%～50%</td><td>1</td><td></td></tr>
<tr><td>一般情况差或 2 个月内体重减轻>5%或食物摄入比正常需要量低 50%～75%</td><td>2</td><td></td></tr>
<tr><td>BMI＜18.5 且一般情况差或 1 个月内体重减轻＞5%（或 3 个月内减轻 15%）或前一周食物摄入比正常需要量减少 75%～100%</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">③　年龄</td></tr>
<tr><td>年龄</td><td>分数</td><td>如“是”请打钩</td></tr>
<tr><td>18 岁～69 岁</td><td>0</td><td></td></tr>
<tr><td>≥70 岁</td><td>1</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">④　营养风险总评分</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病状态评分+营养状态评分+年龄评分</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">评分≥3 分：患者存在营养风险<br>评分＜3 分：患者不存在营养风险，如果患者的住院时间较长，则在 1 周后对患者进行再次筛查</td></tr>
<tr><td colspan="3">调查者：　　日期：</td></tr>
</table>

## B.2 微型营养不良评定表（MNA-SF）

微型营养不良评定表（MNA-SF）见表 B.2。

**表 B.2 微型营养不良评定表(MNA-SF)**

| 序号 | 项目 | 分值 |
|---|---|---|
| 1 | 过去三个月内，是否因为食欲不振、消化问题、咀嚼或吞咽困难而减少食量？<br>0=食量严重减少（〉75%）　　；　1=食量中度减少；2=食量没有改变（〈±10%） | |
| 2 | 过去三个月内体重下降情况<br>0=体重下降>3kg ；　　1=不知道；2=体重下降 1-3kg 之间；3=体重没有下降 | |
| 3 | 活动能力<br>0=需长期卧床或坐轮椅；1=可以下床或离开轮椅，但不能外出；2=可以外出 | |
| 4 | 过去三个月内，患者是否受到心理创伤或患上急性疾病?<br>0=是；2=否 | |
| 5 | 精神心理问题？<br>0=严重痴呆或抑郁；1=轻度痴呆；2=无精神心理问题 | |
| 6 | 身体质量指数（BMI）或（小腿围）（二选一）<br>身体质量指数 BMI　Kg/m2<br>0=BMI <19 ；　1 = 19　BMI<21 ；　2=21　BMI<23 ；　3=BMI　23<br>小腿围（CC）　cm<br>0=CC<31 ；　3=CC　31 | |
| 总分 | | |
| 评定 | 评定表最高 14 分，正常营养状态 12-14 分，营养不良风险 8-11 分，营养不良 0-7 分 | |

## B.3 跌倒风险评估量表

跌倒风险评估量表（Morse）见表 B.3。

**表B.3　跌倒风险评估量表**

| 条件 | 评分 | 评分细则 |
|---|---|---|
| 1. 3 个月内曾有跌倒史/视觉障碍 | 无=0□ | 询问患者及照顾者近三个月内有无跌倒史，老年患者可能因记忆力下降或怕伤自尊而造成评分不准确 |
| | 有=25□ | |
| 2.超过一个医疗诊断 | 无=0□ | 查询病历记录 |
| | 有=15□ | |
| 3.使用助行器具 | 没有需要/完全卧床/护士扶持=0□ | 能自己行走，或完全不需要行走 |
| | 丁形拐杖/手杖/学步车=15□ | 先观察后询问（患者及照顾者） |

| | | |
|---|---|---|
| | 扶家具行走=30□ | |
| 4.静脉治疗/置管/使用药物治疗 | 无=0□ | 指用麻醉药、抗组胺药、抗高血压药、镇静催眠药、抗癫痫痉挛药、轻泻药、利尿药、降糖药、抗抑郁抗焦虑抗精神病药。 |
| | 有=20□ | |
| 5.步态 | 正常/卧床/轮椅代步=0□ | 正常步态或完全卧床患者 |
| | 乏力/≥65 岁/体位性低血压=10□ | 双下肢虚弱乏力的患者并不一定出现肌力及功能下降 |
| | 失调及不平衡=20□ | 因神经功能损伤或骨关节疾病等原因造成的一侧或双侧肢体运动感觉功能下降或残疾 |
| 6.精神状态 | 了解自己的能力=0□ | 无认知障碍，遵医，可因宣教而改变不良行为 |
| | 忘记自己限制/意识障碍/躁动不安/沟通障碍/睡眠障碍=15□ | 有认知障碍；过于自信，不遵医行为等 |
| 评估总分 | | |
| 评定 | 低度风险：<25 分；中度风险：25 分～45 分；高度风险：>45 分 | |

## B.4 日常生活活动能力评估量表（Barthel）

日常生活活动能力评估量表（Barthel）见表 B.4。

**表 B.4 日常生活活动能力评估量表(Barthel 指数)**

| 序号 | 项目 | 填表说明 | 评分 | 得分 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 大便控制<br>(排便) | 指 1 周内情况<br>偶尔=1 周 1 次 | 0=完全失控<br>5=偶尔失控（每周<1 次），或需要他人提示<br>10=可控制大便 | |
| 2 | 小便控制<br>（排尿） | 指 24～48h 情况<br>“偶尔”指<1 次/天，插尿管的病人能独立管理尿管也给 10 分 | 0=完全失控，或留置导尿管<br>5=偶尔失控（每天<1 次，每周>1 次），或需要他人提示<br>10=可控制小便 | |
| 3 | 修饰:（指洗脸、刷牙、梳头、刮脸等） | 指 24-48 小时情况，由看护者提供工具也给 5 分：如挤好牙膏，准备好水等 | 0=需他人帮助<br>5=可自己独立完成 | |
| 4 | 如厕：（包括去厕所、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水） | 病人应能自己到厕所及离开，5 分指能做某些事 | 0=需极大帮助或完全依赖他人<br>5=需部分帮助（需他人搀扶去厕所、需他人帮忙冲水或整理衣裤等）<br>10=可独立完成 | |

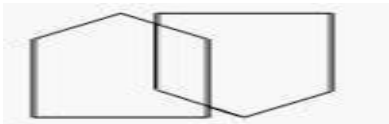
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 进食：（指用餐具将食物由容器送到口中、咀嚼、吞咽等过程） | 能吃任何正常饮食(不仅是软食)，食物可由其他人做或端来，5 分指别人加好菜后病人自己吃 | 0=需极大帮助或完全依赖他人，或有留置营养管<br>5=需部分帮助（进食需要一定帮助，如协助把持餐具、夹菜、盛饭）<br>10=可独立进食（在合理的时间内独立进食准备好的食物） | |
| 6 | 移位<br>（床椅转移） | 指从床到椅子然后回来，<br>0 分=坐不稳，须两个人搀扶;<br>5 分=1 个强壮的人/熟练的人/2 个人帮助，能站立 | 0=完全依赖他人，不能坐<br>5=需极大帮助(2 人)、能坐（较大程度上依赖他人搀扶和帮助）<br>10=需部分帮助(1 人）或指导（需他人搀扶或使用拐杖）<br>15=可独立完成 | |
| 7 | 平地行走<br>（步行） | 指在院内、屋内活动，可以借助辅助工具。如果用轮椅，必须能拐弯或自行出门而不需帮助。<br>10 分=1 个未经训练的人帮助，包括监督或帮助 | 0=完全依赖他人<br>5=需极大帮助（因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题，在较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行移动）<br>10=需部分帮助（因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题，在一定程度上需他人的搀扶或使用拐杖、助行器等辅助用具）<br>15=可独立在平地上行走 45m | |
| 8 | 穿衣：（指穿脱衣服、系扣、拉拉链、穿脱鞋袜、系鞋带） | 应能穿任何衣服<br>5 分=需别人帮助系扣、拉链等，但病人能独立披上外套 | 0=需极大帮助或完全依赖他人<br>5=需部分帮助（能自己穿脱，但需他人帮助整理衣物）<br>10=可独立完成(系开纽扣、拉链、穿鞋等) | |
| 9 | 上下楼梯 | 10 分=可独立借助辅助工具上下楼 | 0=不能<br>5=需帮助(体力或语言指导)<br>10=自理 | |
| 10 | 洗澡 | 5 分=必须能不看着进出浴室，自己擦洗；淋浴不需帮助或监督，独立完成 | 0=依赖<br>5=自理 | |
| 总分： | | | | |
| 日常生活能力评价：总分为 100 分，得分越高，独立性越好，依赖性越小<br>功能评价： 100 分：能力完好；65-95 分：轻度受损；45-60 分：中度受损；≤40 分：重度受损 | | | | |

## B.5 简易智能评估量表（MMSE）

简易智能评估量表（MMSE）见表 B5。

**表 B.5 简易智能评估量表（MMSE）**

| 项目 | 序号 | 测试内容 | 评估方法 | 得分 |
|---|---|---|---|---|
| 时间定向力 | 1 | 今年是哪一年？ | 答对 1 分，答错或拒答 0 分 | |
| | 2 | 现在是什么季节？ | 同上 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3 | 现在是几月份？ | 同上 | |
| | 4 | 今天是几号？ | 同上 | |
| | 5 | 今天是星期几？ | 同上 | |
| 地点定向力 | 1 | 这是什么城市（名）？ | 同上 | |
| | 2 | 这是什么区(城区名)？ | 同上 | |
| | 3 | 这是什么医院(医院名或胡同名)？ | 同上 | |
| | 4 | 这是第几层楼？ | 同上 | |
| | 5 | 这是什么地方(地址、门牌号)？ | 同上 | |
| 记忆力 | 现在我告诉您三种东西的名称，我说完后请您重复一遍。请您记住这三种东西：皮球、国旗和树木，过一会儿我还要问您(请说清楚。每样东西一秒钟)。 | | | |
| | 1 | 复述：皮球 | 同上 | |
| | 2 | 复述：国旗 | 同上 | |
| | 3 | 复述：树木 | 同上 | |
| 注意力和计算力 | 现在请您做 100 减 7 的连续计算，请您将每减一个 7 后的答案告诉我，直到我说“停”为止。 | | | |
| | 14 | 计算 100-7=？ | 答 93 给 1 分，否则为 0 分 | |
| | 15 | 再-7=? | 答 86 给 1 分，否则为 0 分 | |
| | 16 | 再-7=? | 答 79 给 1 分，否则为 0 分 | |
| | 17 | 再-7=? | 答 72 给 1 分，否则为 0 分 | |
| | 18 | 再-7=? | 答 65 给 1 分，否则为 0 分 | |
| | 如前一项计算错误，但在错误得数基础上减 7 正确者仍给相应得分 | | | |
| 回忆力 | 现在请您说出刚才我让您记住的是哪三种东西? | | | |
| | 19 | 回忆：树木 | 答对 1 分，答错或拒答 0 分 | |
| | 20 | 回忆：钟表 | 同上 | |
| | 21 | 回忆：汽车 | 同上 | |
| | 22 | 检查者出示手表问受试者这是什么？ | 同上 | |
| | 23 | 检查者出示铅笔问受试者这是什么？ | 同上 | |
| | 24 | 请您跟我说“四十四只石狮子” | 能正确说出 1 分，否则 0 分 | |
| | 25 | 检查者给受试者一张卡片，上面写着“请闭上您的眼睛”请您念一念这句话，并按上面的意思去做。 | 能正确说出并能做到 1 分，<br>不正确说出，也不能做到 0 分 | |
| | 我给您一张纸，请您按我说的去做。现在开始，用右手拿着这张纸，用两只手把它对折起来，然后将它放在您的左腿上。 | | | |
| | 26 | 用右手那拿着这张纸 | 正确给 1 分，错误给 0 分 | |
| | 27 | 用两只手将纸对折 | 能对折 1 分，不能为 0 分 | |
| | 28 | 将纸放在左腿上 | 放对给 1 分，否则为 0 分 | |
| | 29 | 请您写一个完整的句子 | 能正确写出 1 分，否则为 0 分 | |
| | 30 | 请您照着下面图案样子把它画下来<br>  | 正常为 1 分，错误为 0 分 | |

| | |
|---|---|
| 评定 | 总分范围 0-30 分；<br>正常与不正常的分界值与受教育程度有关：文盲(未受教育)组 17 分；小学(受教育年限≤6 年)组 20 分；中学或以上(受教育年限＞6 年)组 24 分；<br>分界值以下为有认知功能缺陷,以上为正常 |

## B.6 老年抑郁评估量表简表（GDS-5）

老年抑郁评估量表简表（GDS-15）见表 B.6。

**表B.6 老年抑郁评估量表简表（GDS-5）**

指导语：请您根据最近一周内的情形回答下列问题：

| 序号 | 评估内容 | 评分 | 得分 |
|---|---|---|---|
| 1 | 您对生活基本上满意吗? | 是=0；否=1 | |
| 2 | 您是否常常感到厌烦? | 是=1；否=0 | |
| 3 | 您是否常常感到无论做什么事都没有用? | 是=1；否=0 | |
| 4 | 您是否比较喜欢待在家里，而不喜欢外出和做新的事? | 是=1；否=0 | |
| 5 | 您是否觉得您现在活得很没价值? | 是=1；否=0 | |
| 评定 | 2 分以下：正常；≥2 分：可疑有抑郁情形 | | |

## B.7 皮肤危险因子评估表（Braden Scale）

皮肤危险因子评估表（Braden Scale）见表 B7。

**表B.7皮肤危险因子评估表（Braden Scale）**

| 序号 | 评估项目 | 评分内容及评分标准 | | | | 得分 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | 意识状况 | 完全昏迷 | 昏迷但对痛有反应 | 清醒但部分感官受损 | 清醒正常 | |
| 2 | 清洁状况 | 失禁潮湿 | 失禁，更换每天≤3 次 | 失禁，每次更换 | 干燥、干净 | |
| 3 | 移动能力 | 完全限制不动 | 大部分不动 | 部分限制 | 没有限制 | |
| 4 | 活动能力 | 绝对卧床 | 仅限坐姿（轮椅） | 经常下床 | 自由下床 | |
| 5 | 饮食状况 | 禁食 | 摄取量少 1200 卡/天 | 特殊治疗饮食如 TPN、NG feeding | 摄取量≥需要量 | |
| 6 | 磨擦力和剪力 | 有问题 | 潜在性问题 | 没问题 | | |

| | |
|---|---|
| 总分 | 分值范围： 6---23 分 |
| 评定 | ≥16 分，每日皮肤评估一次；<br>15--12 分，2 小时翻身一次＋皮肤评估；<br>≤11 分，2 小时翻身一次＋皮肤评估＋气垫床 |

## B.8 衰弱筛查量表（Frail）

衰弱筛查量表（Frail）见表B.8。

**表 B.8 衰弱筛查量表（Frail）**

| 序号 | 筛查内容 | 评分 | 得分 |
|---|---|---|---|
| 1 | 疲乏：过去 4 周内感到疲乏 | | |
| 2 | 不能上一层楼梯：不用外物及他人帮助的情况下中途不休息爬完一层楼梯有困难 | | |
| 3 | 不能走一个街区（100m）：不用外物及他人帮助的情况下走 100m 有困难 | | |
| 4 | 患有>=5 种疾病 | | |
| 5 | 体质量下降：近半年内体质量下降>5%（非节食或运动） | | |
| 评定 | 1 或 2 分=衰弱前期；3 分或以上=衰弱 | | |

# 附录 C
（资料性）
# 老年临床营养管理服务评价标准

老年临床营养管理服务评价标准见表 C.1。

**表 C .1 老年临床营养管理服务评价标准**

| 一级科目 | 二级科目 | 标准内容 | 分值（100 分） |
|---|---|---|---|
| 组织与制度（20 分） | 组织机构 10 分 | 成立营养管理小组（包括：机构管理者+护士+医师+营养师+康复师+社工+护工等） | 10 |
| | 制度建立 10 分 | 建立有营养规范干预制度，包括筛查、诊断性评估与干预方案、风险标识等 | 10 |
| 规范化营养支持管理（75 分） | 营养风险筛查与评定 15 分 | 1、住院 48 小时内完成 NRS-2002 营养风险筛查并有记录 | 5 |
| | | 2、有营养风险，记录并提示医生，借助 MNA-SF 评定表进行营养评定 | 5 |
| | | 3、没有营养风险的，应每周筛查 1 次并记录 | 5 |
| | 规范化营养支持 45 分 | 1、通过诊断性评估，符合营养干预指证（评定结果，生化、体成份和量表）和干预时机准确 | 5 |
| | | 2、制定个性化、规范化营养支持治疗方案，包括常见营养素的目标量、制剂选择和途径方法 | 10 |
| | | 3、制定营养干预监测计划与处理预案。包括症状体征、营养参数、实验室安全性指标，如：电解质、血糖、 血脂、神经系统症状-吞咽、再喂养综合征、肝肾、心肺功能等 | 10 |
| | | 4、制定有营养支持干预过程中并发症的监测与处理方案，误吸、腹泻、便秘、堵管、坏死性小肠结肠炎 | 10 |
| | | 5、动态营养干预，定期检测评估老年人生化指标、进食量、体重等（每月至少 1 次），根据需要调整营养干预方案；观察并发症的发生与及时处理 | 5 |
| | | 6、 指控标准数据采集并分析，包括入院患者营养风险筛查率、营养管理率、口服营养剂使用率、患者教育率、营养管理后药占比、住院天数和再入院率 | 5 |
| | 患者教育 15 分 | 1、定期对老年人进行营养相关知识教育，建议每月至少 1 次 | 10 |
| | | 2、营养宣教形式多样化>3 种,提供课件、活动记录和教具（食物模型、热量换算器具等） | 5 |
| 指导交流（5 分） | 5 分 | 在本市或本地区交流或培训每年至少 1 次 | 10 |

## 参考文献

[1]MZ/T001-2013 老年人能力评估

[2] WS/T552-2017 老年营养不良风险评估

[3]老年医学（病）科临床营养管理指导意见中华老年医学杂志 2015.12.第 34 卷第 12 期

[4]全国医院信息化建设标准与规范（试行）国家卫生健康委员会规划与信息司与国家卫生健康委员会统计信息中心 2018 年 4 月

[5]柴培培，张毓辉，万泉，等. 我国老年营养不良的疾病经济负担研究. 中国卫生经济. 2016;35(3):13-16.

[6] Tang DN, Wei JM, Zhu MW, et al. Prevalence of nutritional risk and malnutrition and nutrition support in elderly hospitalized patients [ J ]. Chin J Geriatr, 2011,30:974-976.（in Chinese）唐大年，韦军民，朱明炜，等.老年住院患者营养风险、营养不足发生率及 营养支持应用状况的调查[J]·中华老年医学杂志， 2011, 30： 974-976.