

ICS 11.020

CCS C 50

# 团 体 标 准

T/GDNAS 019—2022

## 成人住院患者营养风险筛查与评定及预防护理

Nutritional risk screening and assessment and preventive care for adult  
inpatients

2022-12-13 发布

2023-01-01 实施

广东省护理学会 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
5 营养风险筛查 .....	2
5.1 适用对象 .....	2
5.2 筛查时间 .....	2
5.3 实施人员 .....	2
5.4 营养风险筛查工具 .....	2
5.5 筛查内容及评分标准 .....	2
5.6 结果及处理 .....	3
6 营养评定 .....	3
6.1 适用对象 .....	3
6.2 实施时机与实施人员 .....	3
6.3 营养评定方法 .....	3
6.4 结果与处理 .....	5
7 营养风险及营养不良的预防与处理 .....	5
参考文献 .....	6

## 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。

本文件由广东省护理学会提出并归口。

本文件起草单位：广东省护理学会营养护理专业委员会、中山大学附属第一医院、北京大学护理学院、首都医科大学附属北京世纪坛医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、广东省人民医院、安徽医科大学第一附属医院、解放军东部战区总医院、广州市第一人民医院、中山大学附属第三医院、中山大学孙逸仙纪念医院、中山大学附属肿瘤医院、佛山市第一人民医院。

本文件主要起草人：陈玉英、廖昌贵、路潜、于恺英、国宁、林晓莹、米元元、黄敏清、付红、黄迎春、邝玉群、黄玉娟、廖玲、黄群爱、刘伟燕、朱亚萍、黄惠璇、李巧云。

# 成人住院患者营养风险筛查与评定及预防护理

## 1 范围

本文件规定了成人住院患者营养风险筛查，营养评定的对象、方法、结果及处理和预防护理措施。本文件适用于各级各类医疗机构、养老机构有执业资格的护士、营养师、医师开展营养风险筛查、营养评定时使用。

## 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。

WS/T 427—2013 中华人民共和国卫生行业标准-临床营养风险筛查

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**营养风险** nutritional risk

因营养相关因素对患者临床结局（如感染相关并发症、理想和实际住院日、质量调整生命年、生存期等）产生不利影响的风险。

### 3.2

**营养不良** malnutrition

又称营养不足（undernutrition），由于摄入不足、消耗过多或利用障碍引起能量或营养素缺乏的状态，进而导致人体组成改变，生理和精神功能下降，并产生不良临床结局。

### 3.3

**营养筛查** nutritional screening

应用营养筛查工具判断患者营养相关风险的过程，包括营养风险筛查和营养不良筛查。

### 3.4

**营养风险筛查** nutritional risk screening

借助具有循证基础的营养筛查工具判断患者是否存在营养风险，即判定患者是否具有营养干预的适应证。

### 3.5

**营养评定** nutritional assessment

临床营养专业人员通过人体组成分析、人体测量、生化检查、临床检查及综合营养评定方法等手段，对有营养风险患者的营养代谢和机体功能等进一步进行检查和评定，以确定营养不良类型及程度，制定营养支持治疗计划及实施后监测。

### 3.6

**营养护士** nurse with clinical nutrition expertise

经过临床营养专业教育或专业培训并考核合格，负责营养相关护理工作的注册护士。

### 3.7

### 营养干预 Nutritional intervention

根据营养筛查和必要营养评定结果，对有营养风险（包括有营养不足全部患者）患者群体，制定营养干预计划、实施和监测过程。

## 4 基本要求

- 4.1 应提供有利于摄入营养的住院环境，包括整洁舒适的床单位及适宜的病房环境、提供合适的住院膳食等。
- 4.2 危重患者应在生命体征（体温、脉搏、呼吸、血压等）平稳后按规范进行，在血糖、水电解质、酸碱平衡等基本正常的前提下开展。
- 4.3 营养风险筛查、营养评定前应评估患者的意识状态、病情、吞咽功能、胃肠功能情况及配合程度。
- 4.4 营养筛查、营养评定前应向患者介绍操作目的及主要内容，获得其知情同意。
- 4.5 体质量和身高的获得基本条件是空腹、脱鞋、脱帽、单衣的状态。
- 4.6 应对营养风险状况及其相关因素进行动态评估，采取针对性的预防措施并及时调整预防措施。
- 4.7 应对患者和/或照护者提供预防营养风险的健康教育，并鼓励其主动参与预防措施的制订与实施。

## 5 营养风险筛查

### 5.1 适用对象

符合下述条件，即：年龄 18 岁~90 岁、预计住院超过 24h 且入院次日 8 时前未进行手术、神志清楚、愿意接受筛查的成年住院患者。参照 WS/T 427—2013 执行。

### 5.2 筛查时间

对适用对象在其入院后 24h 内进行临床营养风险筛查。首次筛查不存在营养风险的患者，每周或患者临床状况发生变化时再次进行营养风险筛查。

### 5.3 实施人员

受过培训的医师、营养师和护士。培训内容包括筛查的程序、方法，评分内容、标准，结果判定及处理。

### 5.4 营养风险筛查工具

使用经临床有效性验证的营养风险筛查工具（NRS2002）进行营养风险筛查。

### 5.5 筛查内容及评分标准

筛查内容及评分标准见表 1。

表 1 营养风险筛查的评分内容及标准

评分内容	评分标准			
	0分	1分	2分	3分
营养状况 受损评分 (0~3分)	体重指数(BMI) $\geq 18.5\text{kg}/\text{m}^2$	--	--	体重指数(BMI) < $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ , 且伴一般情况 差
	近1月~3月内 体重无下降	近3个月内体重下降 >5%	近2个月内体重 下降>5%	近1个月内体重下降> 5%或近3个月内体重下降 >15%
	近一周进食量 无变化	近一周进食量减少 25%~50%	近一周进食量减少 51%~75%	近一周进食量减少 76% 及以上
疾病 严重程度 评分 (0~3分)	--	髌骨折、慢性疾病急性 发作或有并发症、慢性 阻塞性肺病、血液透析、 肝硬化、一般恶性肿瘤 患者、糖尿病	腹部大手术、脑卒 中、重度肺炎、血液 恶性肿瘤	颅脑损伤、骨髓移植、 APACHE- II 评分 > 10 分的 重症监护患者
年龄 评分 (0~1分)	18岁~69岁	70岁及以上	--	--
注：每项评分内容取该项评分的最高分为最后得分，营养风险总评分（0~7分）=上述三项评分相加之和 由经过培训的实施人员询问筛查对象后判断				

## 5.6 结果及处理

若分数 $\geq 3$ 分，表明患者存在营养风险，应对患者进行营养评定，明确患者是否存在营养不良及营养不良的类型，并制定营养支持治疗计划。若分数 $< 3$ 分，表明患者目前不存在营养风险，需每周或患者情况变化时进行复测。

## 6 营养评定

### 6.1 适用对象

对营养筛查阳性的患者，应该进行营养评定。

### 6.2 实施时机与实施人员

营养评定应于患者入院后 48 h 内由营养专业人员（营养师、营养护士或医师）完成。

### 6.3 营养评定方法

6.3.1 应对患者进行病史、用药情况、体重减轻、食欲减退、胃肠道症状、发热情况、身体功能损害、膳食调查等方面的采集。

6.3.2 应对患者进行身高、体重、皮褶厚度、上臂围与上臂肌围、腰围等进行体格检查，有条件者可行人体成分分析。

6.3.3 宜密切观察患者的实验室检查，如血浆蛋白、前蛋白、视黄醇结合蛋白、转铁蛋白、肝肾功能，血糖、血脂、血清电解质和微量元素及维生素、免疫功能及炎性分子等。

6.3.4 应对患者进行液体平衡检查，如检查机体有无脱水或水肿情况。

6.3.5 应对患者进行相关功能评价，如因营养不足引起的精神和身体功能异常，包括肌肉力量、活动耐受能力、呼吸情况和最大呼吸量、精神状态等。

### 6.3.6 营养不良诊断

#### 6.3.6.1 营养不良诊断的方法

对有营养风险的患者，可采用全球（营养）领导人发起的营养不良(global leadership initiative on malnutrition, GLIM)诊断共识的第二步、第三步进行营养不良诊断。

#### 6.3.6.2 GLIM 诊断的内容

包括非自主体重丢失、低 BMI 等表现型指标和膳食摄入或吸收利用下降、炎症等病因型指标。

#### 6.3.6.3 GLIM 诊断的结果判定

##### 6.3.6.3.1 表现型指标及其标准见表 2。

表 2 表现型指标及其标准

指标	标准
非自主体重丢失	过去 6 个月内体重丢失 >5%，或 6 个月以上体重丢失 >10%
低体重指数 (BMI)	<70 岁者 BMI <18.5kg/m <sup>2</sup> ，或 ≥70 岁者 BMI <20kg/m <sup>2</sup>

##### 6.3.6.3.2 病因型指标及其标准见表 3。

表 3 病因型指标及其标准

指标	标准
食物摄入减少或吸收利用障碍	摄入 ≤50% 能量需要量 >1 周，或任何营养素摄入量减少 >2 周，或存在不利于吸收利用的慢性胃肠道疾病
疾病相关炎症状态	急性疾病/损伤，或慢性相关性疾病

6.3.6.3.3 营养不良诊断标准：满足至少 1 个表现型指标和 1 个病因型指标。由医师、营养医师、营养护士、临床营养师判定。

6.3.6.3.4 营养不良严重程度的评级标准见表 4。

表 4 营养不良严重程度的评级标准

严重程度	表现型指标	评级标准
轻/中度营养不良 (符合任一项)	体重丢失	过去 6 个月内体重丢失 5%~10%，或 6 个月以上体重丢失 10%~20%
	低体重指数(BMI)	<70 岁者 BMI <20kg/ m <sup>2</sup> ，或 ≥70 岁者 BMI <22kg/ m <sup>2</sup>
重度营养不良 (符合任一项)	体重丢失	过去 6 个月内体重丢失 >10%，或 6 个月以上体 重丢失 >20%
	低体重指数(BMI)	<70 岁者 BMI <18.5kg/m <sup>2</sup> ，或 ≥70 岁者 BMI < 20kg/m <sup>2</sup>

#### 6.4 结果与处理

通过营养评定将患者分为无营养不良和营养不良两类。营养不良可分为轻度、中度和重度营养不良。无营养不良的患者可无需营养干预。营养不良的患者应遵循营养五阶梯治疗模式实施营养治疗。

#### 7 营养风险及营养不良的预防与处理

- 7.1 推荐采用护士或营养护士主导的营养风险筛查模式，对住院患者正确进行营养风险筛查。
- 7.2 对无营养风险(NRS2002<3分)的患者无需营养干预措施，可适当指导患者调整住院期间饮食结构及习惯，需每周或情况变化时进行复测。
- 7.3 对营养筛查阳性的患者，应该进行营养评定。
- 7.4 宜通过人体测量、体格检查、临床实验室检查、全球(营养)领导人发起的营养不良诊断共识等进行综合营养评定，明确患者营养不良的类型。
- 7.5 应对营养筛查阳性及营养评定为营养不良的患者进行营养干预，并遵循营养五阶梯治疗原则，根据患者实际情况进行治疗及护理。
- 7.6 可应用膳食回顾法，进行膳食调查，了解患者食欲、饮食习惯、饮食结构、饮食行为等信息，并鼓励患者及家属做好三餐饮食记录。
- 7.7 应了解患者疾病的病理生理、治疗情况及其对饮食和营养的影响，如食欲下降、吞咽困难、胃肠道梗阻、排便异常等，遵医嘱进行对症治疗及个性化营养护理。
- 7.8 应告知患者营养支持的重要性和造成营养风险及营养不良的危险因素，指导患者积极配合营养治疗及针对性预防措施。
- 7.9 纠正患者的不良饮食习惯，帮助患者树立科学的饮食观念，学会并应用健康的饮食方法。
- 7.10 应指导患者进行自我监测，动态评估饮食情况，动态监测体重等。
- 7.11 必要时根据医嘱指导患者正确进行口服营养补充(ONS)，并观察患者的依从性，保证ONS的有效性。
- 7.12 应遵医嘱给予个体化的肠内外营养，并做好对应的营养护理措施。
- 7.13 营养治疗过程中，应密切监测病情及相关营养指标变化，通过营养评定持续观察营养干预效果及有无并发症发生。

## 参 考 文 献

- [1] 全国科学技术名词审定委员会. 肠外肠内营养学名词[M]. 北京:科学出版社, 2019.
- [2] 王昆华, 石汉平, 赵青川, 等. 营养不良的三级诊断[J]. 中国癌症防治杂志, 2015, 7(5):313-319.
- [3] 石汉平, 丛明华, 陈伟. 再论营养不良的三级诊断[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2020, 12(1): 1, 1-7.
- [4] 许静涌, 杨剑, 康维明, 等. 营养风险及营养风险筛查工具营养风险筛查 2002 临床应用专家共识(2018 版)[J]. 中华临床营养杂志, 2018, 26(3): 131-135.
- [5] T/CHAS 10-2-29—2020 中国医院质量安全管理团体标准 第 2-29 部分: 患者服务 临床营养.
- [6] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional riskscreening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321-336. DOI: 10.1016/S0261-5614(02)00214-5
- [7] Kondrup J, Allison SP, Elia M, et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415-421. DOI: 10.1016/S0261-5614(03)00098-0
- [8] 中华人民共和国国家卫生健康委员会, 国家临床营养专业医疗质量控制中心. “提高患者入院 24 小时内营养风险筛查率” 核心策略. 北京, 2021.
- [9] 杨月欣, 葛可佑. 中国营养科学全书[M]. 2. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [10] 杨剑, 张明, 蒋朱明, 等. 营养筛查与营养评定: 理念、临床实用及误区 [J]. 中华临床营养杂志, 2017, 25(1): 59-64.
- [11] 石汉平, 许红霞, 李苏宜, 等. 营养不良的五阶梯治疗[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2015, (1):29-33.
- [12] 于康. 临床营养支持治疗(第 3 版)[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021:189-209.
- [13] 中华医学会肠外肠内营养学分会老年营养支持学组. 中国老年患者肠外肠内营养应用指南(2020)[J]. 中华老年医学杂志, 2020, 39(2):119-132.
- [14] Zhu M, Wei J, Chen W, et al. Nutritional risk and nutritional status at admission and discharge among Chinese hospitalized patients: a prospective, nationwide, multicenter study. J Am Coll Nutr. 2017;36(5):357-363. DOI: 10.1080/07315724.2017.1304293
- [15] 中华医学会肠外肠内营养学分会. 营养风险-不足-支持-结局-成本/效果多中心协作组. 营养风险筛查和全球(营养)领导人发起的营养不良诊断(global leadership initiative on malnutrition, GLIM)第二、三步流程(共识 2020) [J]. 中华临床营养杂志, 2020, 4(28):193-200.
- [16] 中华医学会肠外肠内营养学分会. 成人口服营养补充专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(4):361-365.
- [17] 魏帼. 营养五阶梯治疗法一: “正常饮食+营养教育” 模式应用举例[J]. 医师在线, 2018, 8(32):38.
- [18] Zhang H, Wang Y, Jiang ZM, et al. Impact of nutrition support on clinical outcome and cost-effectiveness analysis in patients at nutritional risk: a prospective cohort study with propensity score matching. Nutrition. 2017;37:53-59. DOI: 10.1016/j.nut.2016.12.004
- [19] 中华医学会肠外肠内营养学分会. 成人补充性肠外营养中国专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(1):9-13
-