

三级综合医院无饿病房营养管理标准化建设专家共识

刘云访¹, 石汉平², 曲莲莲³, 欧阳燕⁴, 杨昌星⁵, 晏蓉⁶, 周爽悦⁶, 湛永毅⁷, 王莉⁸,
唐小丽⁹, 徐小群¹⁰, 于恺英¹¹, 郑秀云¹², 龚姝¹³, 卢芳燕¹⁴, 邵小平¹⁵, 陶东霞¹⁶, 李素云³

摘要:目的 构建《三级综合医院无饿病房营养管理标准化建设专家共识》,为规范无饿病房营养管理提供参考。方法 通过文献检索,提取无饿病房营养管理相关指标,形成初稿,通过 2 轮专家函询和线上专家论证会对初稿内容进行修改、调整。结果 形成的《三级综合医院无饿病房营养管理标准化建设专家共识》包括基本要求、人员管理、住院管理、延伸服务、质量改进 5 大方面。结论 基于循证构建的共识具有科学性和临床可行性,可为三级综合医院无饿病房营养管理标准化建设提供实践指导。

关键词:无饿病房; 饥饿; 营养不良; 营养护理; 膳食管理; 专家共识; 循证护理; 护理管理

中图分类号:R47;R459.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.08.001

Expert consensus on standardized nutrition management in no-hunger wards of tertiary general hospitals

Liu Yunfang, Shi Hanping, Qu Lianlian, Ouyang Yan, Yang Changxing, Yan Rong, Zhou Shuangyue, Chen Yongyi, Wang Li, Tang Xiaoli, Xu Xiaoqun, Yu Kaiying, Zheng Xiuyun, Gong Shu, Lu Fangyan, Shao Xiaoping, Tao Dongxia, Li Suyun. Department of Thoracic Surgery, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract:Objective To establish an expert consensus on standardized nutrition management in no-hunger wards of tertiary general hospitals, thereby providing references and evaluation criteria for standardizing such care. Methods Literature was retrieved to extract indicators related to nutrition management in hunger-free wards and form an initial draft. The draft was then revised and refined through two rounds of expert consultation and an online expert panel discussion. Results The finalized expert consensus on standardized nutrition management in no-hunger wards of tertiary general hospitals comprises five key aspects: basic requirements, personnel management, inpatient management, extended services, and quality improvement. Conclusion This consensus, based on evidence-based methodology, demonstrates scientific rigor and clinical feasibility, providing practical guidance for standardization of nutrition management in no-hunger wards of tertiary general hospitals.

Keywords: hunger-free ward; hunger; malnutrition; nutrition care; dietary management; expert consensus; evidence-based nursing; nursing management

受疾病、治疗、医院环境与管理、代谢与内分泌紊乱等因素影响,住院患者营养不良发生率高。国外住院成年患者和重症监护室成年患者营养不良发生率分别为 38%~78%^[1]和 50%^[2]。蒋朱明等^[3]调查发现,我国东、中、西部 13 个大城市 19 所三甲医院住院患者营养不良和营养风险发生率分别为

12.0%和 35.5%。部分患者住院期间营养状况进一步恶化,造成医源性营养不良。Löser^[4]的综述指出,根据所涉专科与患者群体的不同,高达 30%~80%的患者住院期间体质量减轻。潘洁等^[5]发现老年患者出院时营养不良和营养风险发生率均高于入院时。营养不良与术后并发症发生率增加密切相关,严重时可危及生命。2018 年,石汉平等^[6]提出“无饿医院”概念,指出建设无饿医院就是确保患者住院期间获得卫生、经济、营养丰富的膳食,减少饥饿及隐性饥饿,有效预防医源性营养不良,同时确保患者得到合理的营养治疗,有效改善营养不良;该研究提出,推进无饿医院建设的 4 大要点之一是改善医疗与护理行政管理^[6]。已有研究表明,营养不良患者可从无饿医院管理模式中获益^[7]。目前从医疗角度探索无饿医院建设模式的研究较多,但缺少护理相关研究。同时考虑到病房是落实营养诊疗的重要单元,本研究团队以三级综合医院无饿病房营养管理标准化建设作为突破点开展相关研究。无饿病

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 胸外科 3. 护理部 4. 神经外科 5. 血管外科 6. 骨科(湖北 武汉, 430022); 2. 首都医科大学附属北京世纪坛医院临床营养科; 7. 湖南省肿瘤医院护理部; 8. 北京小汤山医院院办公室; 9. 四川省肿瘤医院综合科; 10. 温州医科大学附属第一医院护理部; 11. 首都医科大学附属北京世纪坛医院护理部; 12. 温州医科大学附属第一医院结直肠肛门外科; 13. 四川大学华西医院护理部; 14. 浙江大学医学院附属第一医院护理部; 15. 上海交通大学医学院附属第六人民医院急诊医学科; 16. 中国医科大学附属第一医院护理部

通信作者:李素云, lisuyun0503@163.com

刘云访:女,硕士,主管护师, 1241193447@qq.com

收稿:2025-10-10;修回:2025-12-28

房是以有效预防和治疗住院患者营养不良为切入点,以保障患者健康与安全为宗旨,在病房层面依托多学科协作机制,通过实施规范化营养治疗管理,确保患者在住院期间获得安全、合理、个体化营养治疗的临床管理单元。无饿病房建设目标是及时发现患者的营养风险,提早进行营养干预,并尽可能减少诊疗活动对饮食的干扰,确保患者诊疗期间的膳食卫生、经济、营养,使患者在疾病得到有效控制的同时获得合理的营养治疗^[8-9]。2017年国务院办公厅印发的《国民营养计划(2017—2030年)》^[10]指出,提高国民营养健康水平实施策略之一是完善营养标准体系。2024年国家卫生健康委办公厅印发《进一步推进临床营养工作》的通知^[11]也强调要强化临床营养质量管理,需进一步健全完善制度体系。鉴于此,本研究团队通过检索国内外文献获取证据,基于专家函询与论证构建《三级综合医院无饿病房营养管理标准化建设专家共识》(下称《共识》),旨在为三级综合医院病房规范营养管理提供依据。

1 《共识》制订方法

1.1 组建《共识》编写团队

《共识》编写团队由9人组成,包括营养科2名(主任医师、主管护师各1名),营养护理2名(主任护师、副主任护师各1名),护理骨干3名(均为硕士学历、主管护师,其中2名参与过循证培训及多项循证实践项目),循证护理1名(主任护师),秘书1名(主管护师)。营养护理人员负责组织参与函询和论证会的专家;营养科人员负责确定主题、确立研究方法、流程、发放与回收专家函询问卷、组织专家论证会、各项文书内容审核;护理骨干与秘书负责文献检索、文献筛选、文献质量评价、证据提取、编制专家函询问卷、数据分析;循证护理人员负责方法学指导以及对《共识》内容的审核调整。

1.2 文献检索

按照6S循证资源金字塔模型检索与无饿病房营养管理标准化建设指标有关的内容。中文检索词:饥饿,无饿,营养,膳食,肠外营养,肠内营养,口服营养补充;病房,门诊,营养科,营养食堂;护理;建设,构建,管理;指标,体系。检索包括医脉通、中国生物医学文献数据库、中国知网、万方数据知识服务平台和维普网,以及国家卫生健康委员会和中国政府网等网站。英文检索词:nutrition therapy, diet therapy, nutritional support, meal *, supper *, enteral nutrition, tube feeding, enteral feeding, gastric feeding tube *, force feeding *, parenteral nutrition, intravenous feeding *, parenteral feeding *, oral nutrition support, ONS; patients' room *, patient room *, general ward *, ambulatory care, outpatient care, clinic visit *, outpatient health service *, outpatient service *, urgent care *, nut-

riology department, canteen; construct *, manage *, develop *, index, indicator *。通过对确定的检索词进行组合的方式检索BMJ、UpToDate、美国国立指南库、英国国家卫生与临床优化研究所指南库、梅斯医学指南库、JBI循证卫生保健中心数据库、Cochrane Library、Web of Science、PubMed、CINAHL、Embase、美国肠外肠内营养学会和欧洲肠外肠内营养学会网站。检索时限为建库至2025年5月。

1.3 编写《共识》初稿

通过检索共获得文献1285篇,去重后获取1202篇文献,通过阅读文题和摘要进行初筛后获取864篇,阅读全文进行复筛后获取42篇文献。采用JBI循证医学中心文献质量评价标准对文献进行质量评价,最终纳入27篇文献,包括指南4篇^[12-15]、专家共识3篇^[8,16-17]、政策文件3份^[11,18-19]、行业标准2篇^[20-21]、证据总结1篇^[22]、原始研究14篇^[9,23-35]。由2名团队成员从文献中提取证据,再基于JBI循证医学中心证据等级系统(2016版)判断证据等级^[36]。基于循证医学证据,结合临床工作经验,编写团队认真讨论后形成《共识》初稿。

1.4 专家函询

邀请29名营养相关专家参与函询,包括临床营养科2名,护理部12名,外科9名(普外科4名,创伤外科、胃肠外科、肝胆胰外科、心外科、神经外科各1名),神经内科、急诊科、综合科、病案管理科各1名,院办公室2名。纳入标准:①从事营养相关的医疗或护理工作;②本科及以上学历;③在该领域参与临床工作或从事科学研究 ≥ 10 年;④中级及以上职称;⑤自愿参与本次《共识》的构建工作。29名专家来自吉林、辽宁、河北、北京、四川、湖北、湖南、江西、上海、浙江、广东、贵州12个省市。其中男2名,女27名;年龄37~63(49.68 \pm 5.95)岁;工作年限15~40(28.50 \pm 6.96)年;本科14名,硕士10名,博士5名;中级职称2名,副高级及以上27名;副院长1名,主任4名,副主任(包括护理部)8名,总护士长4名,科护士长5名,护士长4名,护士2名,营养师1名。依据《共识》初稿设计专家函询问卷,问卷包括函询说明、专家对《共识》初稿指标的评价意见、专家基本情况和专家对函询内容的熟悉程度、判断依据及权威性4部分。通过微信或邮件向专家发送函询问卷,专家于2周内返回问卷,编写团队分析专家评分、整理专家意见,随后发放第2轮函询问卷。2轮函询问卷回收率均为100%,第1轮和第2轮各有17名和8名专家提出意见,第1轮函询专家熟悉系数、专家判断依据和专家权威系数分别为0.94、0.89和0.92,第2轮分别为0.92、0.96和0.94。第1、2轮专家函询的肯德尔协调系数分别为0.088、0.114(均 $P < 0.05$)。

1.5 专家论证会

2轮函询结束后,于线上召开专家

论证会。邀请来自北京、上海、浙江、湖南、四川和湖北 6 个省市的 14 名专家参与会议。其中男 1 名,女 13 名;主任医师 1 名,主任护师 11 名,主管护师 1 名,主管营养师 1 名;年龄 40~63(51.00±4.98)岁;工作年限 22~40(31.07±4.57)年;护理部 4 名,普外科 3 名,肝胆胰外科 1 名,胃肠外科 1 名,神经外科 1 名,综合科 1 名,急诊医学科 1 名,院办公室 1 名,临床营养科 1 名。由《共识》编写团队负责人向专家逐条讲解每条内容的证据基础,然后请专家通过问卷星对该条内容的利弊权衡打分(明显利大于弊为 1 分,可能利大于弊为 2 分,利弊相当或不确定为 0 分,可能弊大于利为-1 分,明显弊大于利为-2 分)。0 分之外的任一票数>50%,视为达成共识,直接确定推荐方向和强度;0 分两侧的两格总票数>70%,也视为达成共识,可确定推荐方向,但推荐强度为弱;其余情况视为未达成共识^[36]。对于未达成共识的内容,请专家进行充分讨论,提出修改建议。根据讨论意见,在综合评分的基础上,对条目进行最后修订,形成终版《共识》。

2 共识内容

2.1 基本要求

2.1.1 营养科 ①医院有独立开展临床营养诊疗服务的临床科室,即临床营养科^[18](5b,强推荐);营养科协助无饿病房开展营养筛查与评估、营养诊断、营养治疗、营养宣教的实施工作,同时对无饿病房的工作起到协调作用^[18](5b,强推荐)。②营养科开设有独立的营养门诊,为有营养需求的患者提供营养咨询服务^[16](5b,强推荐)。鼓励开设营养护理门诊^[17](5b,强推荐)。

2.1.2 营养多学科团队 ①组建营养多学科团队(Multi-disciplinary Team, MDT),包括相关科室医生、护士、营养师、药剂师和康复师,根据病例需求召集,将医生、营养师和营养专科护士视为营养多学科团队的核心成员^[21](5b,强推荐)。②针对无饿病房疑难病例的临床需求,营养多学科团队参与多学科营养查房、多学科营养病例讨论和多学科营养门诊等。为无饿病房患者制订适宜的、综合的营养诊疗方案,相关记录存档^[20,23](5b,强推荐)。③营养护理会诊分为急会诊和普通会诊,急会诊在会诊发出后 2 h 内完成,普通会诊在 24 h 内完成^[19],可在系统中录入会诊意见,自动生成会诊病历^[24]。从会诊申请到会诊接收、会诊意见、会诊病历,每个环节都在系统中有完整记录,可追溯^[24](5b,强推荐)。

2.1.3 营养食堂 ①医院设有面向患者开放的营养食堂^[25](4b,强推荐),能够根据无饿病房患者的需求提供标准化治疗膳食,提供线上扫码订餐、送餐上门服务^[25](4b,强推荐)。②营养食堂建立常态化饮食意见收集机制,定期对无饿病房的患者、医护人员等

进行饮食意见的收集与反馈,及时根据医嘱调整膳食治疗方案^[25](4b,强推荐)。

2.1.4 信息化系统 ①将营养风险筛查管理纳入医院信息系统,对阳性患者触发预警提示^[26](5c,强推荐)。②纳入医院信息系统实施多维度综合评估与动态监测,结合患者的身体数据、血液指标、疾病状态等进行综合评估,以及主观整体评估(Subjective Global Assessment, SGA)、患者主观整体评估(Patient-Generated Subjective Global Assessment, PG-SGA)、全球营养不良领导倡议(Global Leadership Initiative on Malnutrition, GLIM)相关的营养评定/营养不良诊断,设置关键监测指标并实时预警,支持治疗方案动态调整^[26](5c,强推荐)。③计算机辅助信息系统(Clinical Decision Support System, CDSS)融入疾病诊断相关组(Diagnosis Related Groups, DRG)或按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)系统,可辅助进行营养不良诊断,协助患者合理使用营养用药^[26](5c,强推荐)。④营养诊疗规范合理,系统中整合临床营养指南、治疗方案模块,确保诊疗标准化^[18](5b,强推荐)。⑤开展线上协作诊疗,提供“营养云端病房”服务(含随访、复诊提醒、人工答疑),实现患者院外全程管理^[26](5c,强推荐)。

2.1.5 病房环境 ①病房内有供储存肠内/肠外营养液的冰箱,冷藏室温度为 2~8℃(5b,强推荐)。②病房设置专门的营养知识科普展示区域且配备多媒体宣教设备开展营养相关诊疗及健康教育^[16](5b,强推荐)。③病房需配置身高、体质量测量仪,皮褶厚度计,测量软尺,握力器,肠内营养输液泵,注射泵,安全输注标识,听诊器,血糖仪,冰箱以及便于食物加热的设备(如微波炉)等物品,以及灌食器、鼻胃管/鼻肠管和输注泵管等营养一次性耗材,配置 PN 多腔袋、中心静脉导管置管包及护理包等耗材。有条件的病房建议配置人体成分分析仪、代谢车、便携式超声等仪器^[16,27](5b,强推荐)。

2.2 人员管理

2.2.1 人员配置 ①病房成立包括临床医师、营养师(技师)、药剂师、营养专科护士、静脉治疗专科护士的科室无饿管理小组。根据实际情况,配备心理咨询(治疗)师、康复治疗师。由病区护士长负责协调无饿管理小组整体工作的实施^[21]。每 100 张床位建议至少配备 1 名具有临床营养相关专业知识和工作经验的营养医师。每 50 张床位建议配备 1 名营养师(或营养技师/营养护士),均需具备相关专业知识和工作经验^[27](5b,强推荐)。②营养科护理人员需具有临床执业护士资格和注册营养师/技师证书,具备临床护理工作经验,可在科主任和上级营养师的领导下,负责与营养治疗相关的护理操作、患者

教育、病房沟通及质量监控工作(5c, 强推荐)。③病房的营养专科护士需具有临床执业护士资格, 经过临床营养专业培训并考核合格; 有3年以上护理工作, 或2年以上营养护理工作经验, 负责营养护理工作和与营养治疗相关医院感染的预防与控制; 掌握临床营养护理工作内涵和流程, 掌握临床营养医院感染的预防与控制原则; 掌握肠外营养制剂的配制方法和操作规范; 熟练掌握肠内营养输注和管路维护; 能配合外科医师、营养师/技师实施营养宣教和出院后随访等工作^[21](5b, 强推荐)。④病房普通护士需持有临床执业护士资格证书, 完成临床营养专业培训且考核合格, 可负责开展营养筛查、营养评估; 放置或协助放置肠内和肠外喂养导管; 进行营养相关管道护理, 识别和管理营养相关并发症; 开展营养检测; 进行喂养指导和营养咨询, 开展营养健康教育^[8](5b, 强推荐)。

2.2.2 培训考核 采用线上平台+线下相结合的模式, 定期对小组成员开展营养专科化培训。培训内容覆盖无饿病房建设理念、营养学基础知识、营养风险管理、营养不良三级诊断、营养五阶梯治疗、临床营养技能操作、临床营养学前沿知识、临床管理实践指南等。必要时进行理论和实践考核, 对培训质量进行阶段性的评估及评价^[17, 28](5b, 强推荐)。

2.3 住院管理

2.3.1 营养筛查 ①进行首次营养筛查(一级诊断)。住院患者应在入院后24 h内, 由责任医生/护士进行首次营养筛查^[29]。对营养筛查阴性的患者, 若住院时间超过1周, 于1周后再次进行营养筛查, 此外, 术后第1天、转科、患者病情发生变化时也需行营养筛查; 对营养筛查阳性的患者, 在进行营养评估的同时制订营养治疗计划或者进行营养教育^[30](5c, 强推荐)。②选择合适的营养筛查工具, 一般成人住院患者, 推荐使用营养风险筛查2002(Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002)工具。特定人群根据临床需求可以选择特异性的筛查工具^[12, 16](1d, 强推荐)。

2.3.2 营养评估 ①营养筛查阳性的患者, 应在入院后48 h内由营养专业人员(如营养护士、营养师或医师)完成营养评估(二级诊断)。对特殊患者如肿瘤、危重症和老年患者(≥ 65 岁), 无论其营养筛查结果如何均应常规进行营养评估^[29]。无论是否存在营养不良, 在治疗原发病1个疗程结束后, 均应再次进行营养评估^[30](5c, 强推荐)。②常用的营养评估方法分为基础营养评估和综合营养评估, 基础营养评估包括膳食调查(如食物摄入记录、24 h膳食回顾、膳食频率调查等)和人体测量学(如体质量变化、BMI、上臂围、三头肌皮褶厚度等), 综合营养评估包括营养评估量表(如SGA、PG-SGA、GLIM)和能量需求估算

(可采用间接热量测定法或修正Harris-Benedict公式等)^[13, 29](1b, 强推荐)。

2.3.3 营养诊断 医护协同诊断, 对通过营养评估确定存在营养不良的患者, 应实施综合评价(三级诊断)。结合疾病相关诊断分组, 临床实施“原发疾病诊断+营养状况诊断”双诊断原则对患者进行营养诊断。其中营养诊断应包括营养风险、营养不良(轻度、中度、重度)、特定营养素缺乏(如蛋白质-能量营养不良、微量营养素缺乏)以及营养过剩(如肥胖、代谢综合征)等类别^[13, 31](5c, 强推荐)。

2.3.4 营养治疗 通过营养评估确定为营养不良的患者, 应实施营养治疗, 并遵循“五阶梯治疗模式”^[30]; 首先选择营养教育, 然后依次向上晋级选择口服营养补充(Oral Nutritional Supplements, ONS)、全肠内营养(Total Enteral Nutrition, TEN)、部分肠外营养(Partial Parenteral Nutrition, PPN)、全肠外营养(Total Parenteral Nutrition, TPN), 当下一阶梯不能满足60%目标能量需求3~5 d时, 应该选择上一阶梯^[14-15]。当下一阶梯能够满足人体50%需求时, 逐渐过渡至下一阶梯^[32](5c, 强推荐)。

2.3.5 营养监测 ①并发症监测。应每日监测营养支持的耐受性和并发症情况(5c, 强推荐)。②实施效果监测。应监测院内获得性营养不良例数、出院诊断确诊营养不良的病例数、营养治疗不良事件发生率(包括肠外/肠内营养治疗不良事件发生率、膳食营养治疗不良事件发生率等)、出院时患者营养状况(并与入院时营养状况比较)(5c, 强推荐)。

2.3.6 健康教育 ①病房配备膳食宝塔模型、膳食餐盘、食物模型展柜, 电视或投影仪, 制作无饿病房、营养膳食等宣传资料, 以宣传挂图、宣传折页或易拉宝等形式, 放置在病区内^[9, 31](5c, 强推荐)。②通过线上数字渠道(小程序、公众号、短视频平台等)和线下传统渠道(纸质资料、电话随访、健康讲座等)有组织有计划地开展科普知识的普及和推广^[33](5c, 强推荐)。宣教内容包括治疗期间营养支持的注意事项、管路护理流程、相关设备使用方法、并发症及可能发生的各种急症预防、突发事件应急处理等^[33](5c, 强推荐)。

2.3.7 文书记录 ①营养护理记录需满足及时、准确、完整、简要、清晰的基本原则^[37](5b, 强推荐)。②加强病房营养相关医疗文书管理, 充分体现营养筛查、营养评估、营养治疗、监测及效果评价情况^[31](5c, 强推荐)。

2.4 延伸护理

2.4.1 随访渠道 通过门诊复诊、电话随访、家庭访视和线上诊疗功能问诊随访, 有条件时对接可穿戴设

备收集相关指标,实现医患互动、方案查看、饮食运动记录、指标预警、复诊提醒等,减少就医复杂度^[11](5b,强推荐)。

2.4.2 随访内容 随访内容包括评估患者营养治疗方案的完成度和营养状况的改善情况,对异常实验室检查结果进行复查,及时调整方案如营养支持方式、配方等。随访的重点包括营养评估的全部内容,居家自我管理及心理社会状况等,以促进疾病快速康复^[16,22](5b,强推荐)。

2.4.3 再次就诊 告知患者,当出现病情波动或不适应症状时,要警惕营养不良情况发生,应及时到相关科室或营养科门诊,接受进一步的营养评估及治疗^[21](5b,强推荐)。

2.5 质量改进

2.5.1 组织架构 组建质控小组,质控成员由护理部、营养护理小组组长及临床营养专科护士组成^[28,35],基于 Donabedian 理论,构建“结构-过程-结果”的标准化评价框架^[13](5b,强推荐)。

2.5.2 改进重点 建立定期总结、评价、分析和反馈制度,形成行之有效的长效机制。通过定期数据分析发现问题并推动改进,形成 PDCA 循环^[36](5c,强推荐)。

函询专家(以姓氏汉语拼音排序):

曹岚(中南大学湘雅医院),谌永毅(湖南省肿瘤医院),陈晓青(温州医科大学附属第一医院),方玉(北京肿瘤医院),龚姝(四川大学华西医院),高岚(吉林大学第一医院),胡保红(武汉大学人民医院),胡芬(武汉大学中南医院),胡敏(南昌大学第二附属医院),李君(中南大学湘雅医院),李秀莉(河北医科大学第一医院),卢芳燕(浙江大学医学院附属第一医院),马纯雪(温州医科大学附属第一医院),马玉芬(北京协和医院),曲莲莲(华中科技大学同济医学院附属协和医院),邵小平(上海交通大学医学院附属第六人民医院),唐小丽(四川省肿瘤医院),陶东霞(中国医科大学附属第一医院),陶京(武汉大学人民医院),王莉(北京小汤山医院),吴艳(华中科技大学同济医学院附属协和医院),熊代兰(广东省人民医院),于恺英(首都医科大学附属北京世纪坛医院),张献娜(华中科技大学同济医学院附属协和医院),张伟(中国医学科学院肿瘤医院),张永春(贵州省人民医院),赵刚(华中科技大学同济医学院附属协和医院),赵娜(南昌大学第一附属医院),郑秀云(温州医科大学附属第一医院)

参考文献:

[1] Lew C C H, Yandell R, Fraser R J L, et al. Association between malnutrition and clinical outcomes in the intensive care unit: a systematic review [Formula: see text] [J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2017, 41 (5): 744-758.

[2] Martín Palmero Á, Serrano Pérez A, Chinchetru Ranedo M J, et al. Malnutrition in hospitalized patients: results

from La Rioja[J]. Nutr Hosp, 2017, 34(2):402-406.

[3] 蒋朱明,陈伟,朱赛楠,等.我国东、中、西部大城市三甲医院营养不良(不足)、营养风险发生率及营养支持应用状况调查[J].中国临床营养杂志,2008,16(6):335-337.

[4] Löser C. Malnutrition in hospital: the clinical and economic implications[J]. Dtsch Arztebl Int, 2010, 107(51-52):911-917.

[5] 潘洁,崔红元,朱明炜,等.老年患者住院和出院时营养风险和量表的营养不良检出率多中心对比调查研究[J].中华临床营养杂志,2019,27(2):65-69.

[6] 石汉平,陈伟,杨柳青,等.建设“无饿医院”[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2018,5(3):225-230.

[7] 王莉,王勇,石汉平,等.“无饿医院”对营养不良患者管理的作用研究[J].中华普通外科学文献(电子版),2020,14(4):253-256.

[8] 谭艳,向华,李旭英,等.肿瘤医院无饿病房管理规范专家共识[J].肿瘤药学,2025,15(3):337-342.

[9] 路阳.构建“无饿医院”文化体系,助力医院高质量发展[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2024,11(1):130-134.

[10] 国务院办公厅.国民营养计划(2017-2030年)[EB/OL].(2017-06-30)[2025-06-22].https://www.gov.cn/zhengce/content/2017-07/13/content_5210134.htm.

[11] 国家卫生健康委办公厅.进一步推进临床营养工作[EB/OL].(2024-09-20)[2025-06-22].<https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202409/c398785b715b4f59ab4227de75e6b9bf.shtml>.

[12] 中华医学会肠外肠内营养学分会.中国成人患者肠外肠内营养临床应用指南(2023版)[J].中华医学杂志,2023,103(13):946-974.

[13] 中华医学会肠外肠内营养学分会,中国营养学会临床营养分会,中国医疗保健国际交流促进会临床营养健康学分会.成人患者营养不良诊断与应用指南(2025版)[J].中华医学杂志,2025,105(13):953-980.

[14] Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition; non-surgical oncology[J]. Clin Nutr, 2009, 28(4):445-454.

[15] Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition; non-surgical oncology[J]. Clin Nutr, 2006, 25(2):245-259.

[16] 中国妇幼保健协会儿童营养专业委员会,中华医学会肠外肠内营养学分会儿科学组.儿科营养门诊规范化建设专家共识[J].临床儿科杂志,2024,42(7):567-572.

[17] 国民营养健康专家委员会临床营养行动专家委员会.“无饿医院”建设项目专家组.建设“无饿医院”,保障患者安全管理规范专家共识(2024年版)[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2025,12(1):37-44.

[18] 国家卫生健康委办公厅.临床营养科建设与管理指南(试行)[EB/OL].(2022-03-18)[2025-01-15].<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202203/106295a75d5e426991616dc0f201b847.shtml>.

qualitative study [J]. Health Expect, 2025, 28 (3): e70283.

[9] 聂聪,郑超君,马晓生,等. 颈椎前路植骨融合内固定术治疗平山病疗效的电生理评估[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2020,30(11):977-984.

[10] 刘懿,梁静娟,管韵致. 平山病患者行颈椎前路自体髂骨植骨融合内固定术护理措施的改进[J]. 护理学杂志, 2018,33(11):31-34.

[11] 管宇宙. 肌电图规范化检测和临床应用共识修订版[J]. 中华神经科杂志, 2015,48(11):950-964.

[12] Hudak P L, Amadio P C, Bombardier C, et al. Development of an upper extremity outcome measure: (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG)[J]. Am J Ind Med, 1996,29(6):602-608.

[13] 黎景波,丘开亿,谢有书,等. 中文版上肢功能障碍问卷用于手与上肢外伤的信度和效度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2023,38(4):466-471.

[14] 朱琳怡,黄玲颖,熊飞,等. 按需康复计划微信公众号在关节镜术后患者居家训练中的应用[J]. 护理学杂志, 2024, 39(14):95-99,106.

[15] 解本香,吴义金. 抗阻运动对类风湿性关节炎患者手功能康复及生活自理能力的影响[J]. 安徽医学, 2023,44(8): 918-922.

[16] 周莹,徐阜深,赵欣,等. 弹力带抗阻运动联合平衡功能强化对踝关节骨折患者术后康复锻炼效果及炎症改善作用研究[J]. 中华保健医学杂志, 2025,27(6):1092-1095.

[17] Choi H S, Cho S H. Effects of multimodal rehabilitation on the activities of daily living, quality of life, and burden of care for patients with Parkinson's disease: a randomized control study[J]. Healthcare (Basel, Switzerland), 2022,10(10):1888.

[18] 何紫艳. 指部徒手感觉刺激对脑卒中患者偏瘫侧上肢功能的即时疗效观察[D]. 合肥:安徽医科大学, 2022.

[19] 杨爱玲,弓辰,郑嫚,等. 基于微信平台的多学科管理对手烧伤患者瘢痕及手功能的影响[J]. 护理学杂志, 2025,40 (14):92-95,104.

[20] 费才莲,谢娟,顾盈盈,等. 多元化手功能锻炼在脑梗死手部功能障碍患者中的应用效果研究[J]. 重庆医科大学学报, 2022,47(7):828-833.

(本文编辑 丁迎春)

(上接第 5 页)

[19] 国家卫生健康委员会. 医疗质量安全核心制度要点[EB/OL]. (2018-04-18) [2022-10-15]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3585/201804/aeafaa4fab304bdd88a651da b5a4553d.shtml>.

[20] 李苏宜,张小田,丛明华,等. 规范化肿瘤营养治疗示范病房标准[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2019,6(1):35-40.

[21] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会,国家市场监督管理总局重点实验室(肿瘤特医食品),中国营养保健食品协会特殊医学用途配方食品应用委员会. 规范化外科营养诊疗示范病房标准[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2022,9(2): 175-184.

[22] 董芳辉,胡三莲,陈唐瑜,等. 老年髌部骨折患者围手术期营养管理的最佳证据总结[J]. 中华现代护理杂志, 2024,30(6):727-734.

[23] 路阳. “无饿医院”建设背景下的临床营养人才培养策略[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2023,10(5):695-699.

[24] 郭新宇. 医院临床营养诊疗系统的设计与实现[J]. 中国医疗器械杂志, 2023,47(4):411-414,423.

[25] 高明波,李伟,韩婷. 医院营养食堂管理模式与膳食质控指标评价的探讨[J]. 中国医疗管理科学, 2023,13(2): 122-126.

[26] 王淑安,杨佳瑶,陈晓甜,等. 临床营养智慧科室建设探讨[J]. 中国医疗管理科学, 2024,14(5):99-106.

[27] 张献娜,叶向红,高岚,等. 肠内营养护理示范单位(病房)指标体系及评价细则构建[J]. 中华临床营养杂志, 2024,32(3):129-137.

[28] 杨柳青,冷孟颖,翁敏. 从恶性肿瘤患者营养不良看“无饿医院”建设[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2020,12 (3):58-61.

[29] 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):1-7,159.

[30] 石汉平,赵青川,王昆华,等. 营养不良的三级诊断[J]. 中国癌症防治杂志, 2015,7(5):313-319.

[31] 王莉,杨柳青,李素云,等. 构建院内营养不良管理体系,建设“无饿医院”[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2020,7 (4):381-386.

[32] 石汉平,余震,于恺英,等. COVID-19 重症患者营养治疗专家建议[J]. 中国科学:生命科学, 2020,50(8):874-886.

[33] 纪伟伟,李超,王雅宾,等. 基于“AI 医疗”的恶性肿瘤患者 HEN 管理模式研究[J]. 中国医院管理, 2020,40(2): 44-46.

[34] 袁丽,张海玲,乔晓斐,等. 以营养专科护士为主导的营养管理模式的研究进展[J]. 护士进修杂志, 2022,37 (20):1853-1856.

[35] 赵诗雨,喻姣花,汪欢,等. 基于循证构建肠内营养护理质量敏感指标体系[J]. 中华护理杂志, 2019,54(3):344-349.

[36] 王志稳,韩舒羽. 护理领域专家共识论文的质量评价要点[J]. 中华护理杂志, 2024,59(3):267-270.

[37] 李小寒,尚少梅. 基础护理学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2022:190.

(本文编辑 吴红艳)