

# 《急诊患者营养风险筛查、评估与治疗指南》 编制说明

## 一、任务来源

根据中国老年医学学会团体标准制修订工作计划安排，由中国老年医学学会急诊分会提出《急诊患者营养治疗指南》团体标准立项申请。经中国老年医学学会标准化工作委员会组织专家立项评审，于2026年6月14日通过立项审查（审查结论：建议标准立项）。立项阶段结合国内急诊营养临床痛点、国内外指南空白现状，确定标准名称由原《急诊患者营养治疗指南》优化为《急诊患者营养风险筛查、评估与治疗指南》，完整覆盖筛查、评估、治疗全流程，填补行业专项标准空白。

项目计划编号为：CGSSJH202614。

本标准由中国老年医学学会归口，中国老年医学学会急诊医学分会负责组织起草。

## 二、编制工作简要过程（包括主要参加单位、工作组成员名单及其所做的工作等）

### （一）起草单位及起草人

主要起草单位：首都医科大学附属北京中医医院、北京中医药大学东直门医院、中国中医科学院西苑医院、河北省中医院、山西省人民医院等多家三级甲等综合医疗机构。

主要起草人为郭伟、吴彩军、黄烨等。

### （二）标准起草组人员主要分工情况如下：

郭伟（首都医科大学附属北京中医医院副院长）负责项目总体统筹与协调，对标准框架及核心条款进行最终审定。吴彩军（北京中医药大学东直门医院急诊科主任）负责标准框架设计、核心条款

起草与专业把关；黄焯（中国中医科学院西苑医院急诊与重症监护病房主任）负责标准草案撰写、文献调研、术语定义整理及编制说明起草。其他起草组成员负责相关章节的研讨、修改完善及专业条款的审核。

### （三）简要过程

#### 1.标准预研阶段（2025年4月至2026年3月）

项目组在对国内外急诊营养治疗相关指南、共识进行系统梳理的基础上，结合国内急诊临床实践中营养不良发生率高、筛查工具不统一、干预启动滞后等突出问题，明确了制定急诊患者营养治疗团体标准的必要性与可行性。2026年3月，项目组召开立项启动会，就标准定位、框架结构、适用范围等核心问题进行初步研讨，形成标准草案框架。

#### 2.立项起草阶段（2026年5月至2026年6月）

项目组严格遵循 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》的要求，形成标准草案及立项申请材料。2026年6月14日，中国老年医学学会标准化工作委员会组织召开立项评审会，5位评审专家一致同意立项。根据评审意见，项目组将标准名称由《急诊患者营养治疗指南》修改为《急诊患者营养风险筛查、评估与治疗指南》，并按照专家建议调整了标准框架结构。

#### 3.征求意见阶段（2026年7月至2026年8月）

计划发布征求意见稿及编制说明，在全国团体标准信息平台和中国老年医学学会门户网站面向社会公开征求意见，征求意见时间不少于30天，同时定向征求急诊医学、临床营养等领域专家意见。

#### 4.专家讨论修改阶段（2026年9月至2026年10月）

待完善

#### 5.技术审查阶段（2026年11月至2026年12月）

待完善

#### 6.报批审查阶段（2026年12月）

待完善

**三、编制背景（包括采用国际标准和国外先进标准的程度，以及与国内、外同类标准水平的对比情况等）**

##### （一）编制背景

急诊患者流动性大、病情复杂，营养不良发生率居高不下。专项调查研究显示，中国急诊留观患者中营养风险发生率高达77.55%，但规范干预率不足30%。营养不良直接影响急危重症患者的康复进程与长期预后，已成为临床亟待解决的关键问题。

目前，国内急诊营养治疗的实施面临诸多瓶颈：医护人员营养知识储备不足、营养支持启动时间延迟、评估工具使用不统一。加之急诊工作的重心偏向急危重症的诊断和抢救，营养问题未能得到及时识别和干预，营养治疗启动滞后，最终影响患者预后。

##### （二）对比国内同类标准

中华护理学会发布的 T/CNAS 20-2021《成人鼻肠管的留置与维护》聚焦管路技术操作，不涉及营养筛查、治疗路径及质控管理。T/XZBX 0083-2025《老年长期鼻饲患者营养支持与管路管理规范》限定于慢性、长期鼻饲老年患者，明确排除急危重症场景。现有共识多针对 ICU 或普通住院患者，与急诊场景不重叠。《2022 中国急诊危重症患者肠内营养治疗专家共识》虽场景契合，但仅聚焦肠内营养，未覆盖肠外营养、护理操作及质量控制等核心维度。

### （三）对比国外相关标准

欧洲临床营养与代谢协会（ESPEN）指南主要针对综合 ICU 重症患者，美国肠外与肠内营养学会（ASPEN）共识主要基于内外科 ICU 成人患者，亚太 ICU 营养工作组共识同样局限于 ICU 场景。上述三大国际权威文件虽在 ICU 营养治疗领域具有重要参考价值，但在适用对象（急诊/ICU）、干预时机（早期抢救/院内治疗）及实施流程上存在显著差异。目前国际上尚无专门适用于急诊患者营养治疗的标准化文件。

本标准系统整合急诊营养全流程内容，填补国内成人急诊患者营养治疗综合性团体标准空白，与现有指南/共识形成有效衔接与补充，无重复或冲突。

## 四、制定标准的原则和依据，与现行法律、法规、标准的关系

（包括与技术指标、参数、公式、性能要求、试验方法、检验规则等相关的论据；采用国际标准和国外先进标准的，说明采标程度，以及与国内外同类标准水平的对比情况；修订标准的，应增列新旧标准水平的对比；废止现行有关标准的建议等）

### （一）制定原则

1. **结构要素规范准确。**本标准按 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第 1 部分：标准的结构和编写规则》要求进行制定。

2. **内容协调一致。**本标准与国家现行有效的临床营养管理相关法律法规、政策、标准保持协调一致，符合相关学科理论。

3. **条款合理适用。**本标准内容直观，可操作性强，充分结合国内急诊临床实践经验和多中心研究成果，满足临床实际需求。

### （二）与现行法律、法规、标准的关系

本标准核心条款均直接溯源国家卫生健康委《临床营养科建设与管理指南（试行）》（国卫办医函〔2022〕76号）等权威政策文件：

**责任主体界定：**对标该文件附件《营养筛查及评估工作规范（试行）》第五条“首诊医师为营养筛查第一责任人”的要求，本标准第6.2.1条明确了首诊医师在营养筛查中的具体职责与操作规范。

**筛查时限要求：**对标该文件第七条“入院24小时内完成首次营养筛查”的要求，本标准第6.1条制定了标准化的急诊患者营养筛查时限与流程规范。

**质量管理要求：**对标该文件第十四条质量管理要求，本标准第10章建立了“监测-评估-调整”的临床质控与再评估机制。

本标准条款设定不与现有法规冲突，在政策准入层面具备充分的可行性与合法性支撑。

**五、标准主要内容的说明，主要技术指标参数、试验验证的论述。**（把相应的技术条款确定的依据或者试验验证的情况在本部分做补充说明）

## **（一）主要内容**

### **第一章 范围**

本文件给出了成人急诊患者的营养风险筛查、评估与治疗的推荐性流程和建议。适用于开展成人急诊诊疗服务的医疗机构对急诊患者进行营养风险筛查、评估与治疗。

### **第二章 规范性引用文件**

本文件没有规范性引用文件。

### **第三章 术语和定义**

本章对文件中涉及的有关术语进行了定义，主要包含营养不良、营养治疗、营养筛查、营养风险、营养评估、口服营养补充、肠内营养、肠外营养、补充性肠外营养、急性胃肠损伤、滋养型喂养等 11 个术语的定义。

术语定义的依据说明：

营养不良：参照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）》。

营养筛查、营养评估：参照国家卫生健康委员会《营养筛查及评估工作规范（试行）》。

营养治疗：参照 ESPEN 2025 外科临床营养指南。

口服营养补充：参照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》。

肠内营养：参照中华医学会肠外肠内营养学分会《成人围手术期营养支持指南》（2016）。

肠外营养及补充性肠外营养：参照中华医学会肠外肠内营养学分会《肠外营养多腔袋临床应用专家共识（2022）》。

急性胃肠损伤：参照亚洲急危重症协会中国腹腔重症协作组《重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识（2021 版）》。

滋养型喂养：参照中国医师协会呼吸医师分会危重症专业委员会等《中国呼吸危重症患者营养支持治疗专家共识》（2020）。

营养风险：参照中华医学会肠外肠内营养学分会等《成人患者营养不良诊断与应用指南（2025 版）》。

#### **第四章 缩略语**

列出了本文件使用的 18 个缩略语及其对应的中文全称和英文全称，包括 AGI、APACHE、BMI、CVC、ECF、EICU、EN、GRV、IAP、IL-6、NRS 2002、NUTRIC、ONS、PICC、PN、RFS、SOFA、SPN。

## **第五章 总则**

确立了急诊患者营养风险筛查、评估与治疗的三项核心原则。

## **第六章 营养筛查与评估**

规定了筛查对象与时点、筛查工具与标准、营养评估、再评估与动态监测、胃肠功能评估等内容。筛查工具首选 NRS 2002 量表，急危重症采用 NUTRIC 评分。

## **第七章 营养治疗方法分类**

系统规范了肠内营养治疗（治疗时机、治疗目标、营养途径选择、制剂选择）、肠外营养治疗（启动时机、治疗目标、给药途径选择、制剂选择）、补充性肠外营养及特殊人群营养管理。

## **第八章 营养治疗的实施与护理**

规范了肠内营养（制剂配置储存、ONS 实施、管饲营养实施）和肠外营养（营养液配置储存、输注管理）的实施与护理要点。

## **第九章 并发症监测与处理**

建立了肠内营养并发症（胃肠道不耐受、腹腔内压增高、再喂养综合征、喂养管堵塞、误吸）和肠外营养并发症（静脉炎、导管相关血流感染、导管堵塞、肝胆并发症）的监测与处理规范，并建立了不良事件管理与持续改进机制。

## **第十章 营养治疗的临床质控与再评估**

建立了“监测-评估-调整”的闭环管理机制，要求至少每周进行一次综合再评估。

### **（二）主要技术指标确定的依据**

### 1. 肠内营养治疗能量目标量 (20~30 kcal/(kg·d))

依据《中国急诊危重症患者肠内营养治疗专家共识》(2022)的推荐意见。该共识推荐急诊危重症患者能量目标为 20~30 kcal/(kg·d)，急性早期(前 3 d)宜采用低热卡营养支持，能量供给为目标量的 50%~70%；3 d 后若胃肠功能耐受，可逐步递增至目标量的 80%~100%。

### 2. 蛋白质目标量 (1.2~2.0 g/(kg·d))

依据《中国急诊危重症患者肠内营养治疗专家共识》(2022)的推荐意见，推荐给予足够的蛋白质 1.2~2.0 g/(kg·d)，并对蛋白质摄入量的充分性进行持续评估。

### 3. 营养筛查工具与评分标准

首选 NRS 2002 量表，NRS 2002 评分  $\geq 3$  分提示存在营养风险。对于急危重症患者，推荐采用 NUTRIC 评分或改良版 NUTRIC 评分，NUTRIC 评分  $\geq 6$  分或改良版 NUTRIC 评分  $\geq 5$  分提示存在高营养风险。依据来源于《中国急诊危重症患者肠内营养治疗专家共识》(2022)及 NRS 2002 量表的国际通用标准。

### 4. EN 启动时机 (24~48 h 内)

依据《中国急诊危重症患者肠内营养治疗专家共识》(2022)及 ASPEN 2022 重症营养指南。对血流动力学稳定、无 EN 禁忌的患者，应在 24~48 h 内尽早启动 EN。

### 5. 血糖控制目标 (7.8~10 mmol/L)

依据《中国重症患者肠外营养治疗临床实践专家共识》(2024)。

## 六、重要分歧意见的处理经过和依据

无

## 七、贯彻标准的要求和措施建议（包括组织措施、技术措施、过渡办法等内容）

本标准建议发布即实施。

本标准发布后，计划通过以下方式开展宣贯培训和应用推广：

1.组织宣贯培训：依托中国老年医学学会急诊医学分会，面向全国各级医疗机构急诊科开展标准宣贯培训活动，解读标准的核心内容和操作要点。

2.发布解读材料：编制标准解读文件和实施指南，帮助临床医护人员准确理解和应用本标准。

3.建立反馈机制：建立标准实施反馈渠道，收集各地医疗机构在应用过程中的问题和建议，为标准的后续修订完善提供依据。

4.推动纳入质控体系：推动将本标准的核心条款纳入急诊医疗质量控制指标体系，促进标准的落地实施。

## 八、可能涉及的知识产权（说明该团体标准是否涉及知识产权相关的问题，以及处理知识产权相关问题的主要措施）

无

## 九、其他应当说明的事项

无