

# 规范化肿瘤营养治疗示范病房标准

## 1、前言

### 1.1 肿瘤营养疗法

肿瘤营养疗法（cancer nutrition therapy, CNT）是遵循肿瘤学原理，运用营养学方法，治疗肿瘤及其并发症，从而改善身体状况及预后的过程，包括营养诊断、营养治疗、疗效评价三个阶段；营养治疗包括营养教育和人工营养（肠内营养、肠外营养）。

### 1.2 规范化肿瘤营养治疗示范病房

规范化肿瘤营养治疗示范病房（Good Nutrition Therapy Ward, GNT Ward）是规范实施肿瘤营养疗法，具有示范、引导作用的单位 [ 含病房、科室和（或）医院 ]。该单位的人员配备、业务范围、技术开展、质量控制、硬件建设及工作制度等需达到本标准要求。

### 1.3 意义

在全国范围内建立规范化肿瘤营养治疗示范病房，对于防治肿瘤相关性营养不良，推动营养治疗的合理应用，提升肿瘤治疗水平，维护患者医疗安全，提高患者生活质量，延长患者生存时间，节约医疗费用等具有重要意义。

## 2

### 医院要求

三级综合医院、有条件的二级综合医院以及所有肿瘤专科医院均要求积极创建“规范化肿瘤营养治疗示范病房”。鼓励符合下述条件的医院单独设置规范化肿瘤营养治疗示范病房，也可设置于肿瘤治疗相关科室包括肿瘤内科、肿瘤外科、肿瘤放疗科、临床营养科、肿瘤康复病房及肿瘤宁养/舒缓治疗病房等。

#### 2.1 三级综合医院和三级肿瘤专科医院

##### 2.1.1 三级综合医院

开展肿瘤专科临床诊疗工作 5 年及以上，具有独立设置的肿瘤专科门诊和肿瘤专科病房，能够为肿瘤患者提供规

范化营养诊断与治疗。

### 2.1.2 三级肿瘤专科医院

住院床位总数 399 张以上，设有营养科，能够为肿瘤患者提供规范化营养诊断与治疗。

### 2.1.3 技术水平达到三级医院肿瘤科专业重点科室技术标准

在本省、自治区或直辖市三级医院中处于领先地位。

### 2.1.4 具有丰富的教学经验

具有每年培训 5 名及以上负责肿瘤营养治疗的临床医师和（或）营养（技）师、10 名营养护士的能力。

### 2.1.5 医院能够提供治疗膳食

医院有肠内营养配置室，可满足口服营养补充（oral nutritional supplements, ONS）或管饲营养需求；医院有静脉药物配制中心（pharmacy intravenous admixture

services, PIVAS)，可提供个体化的全合一肠外营养；使用肠外营养时，全合一输注比例不低于 60%。

## 2.2 二级综合医院及二级肿瘤专科医院

### 2.2.1 二级综合医院

开展肿瘤专科临床诊疗工作 5 年及以上，设有营养科，具有独立设置的肿瘤专科门诊和肿瘤专科病房，能够为肿瘤患者提供规范化营养诊断与治疗。

### 2.2.2 二级肿瘤专科医院

住院床位总数 100 张以上，设有营养科，能为肿瘤患者提供规范化营养诊断与治疗。

### 2.2.3 技术水平在地区二级医院中处于领先地位。

### 2.2.4 具有培训同级医疗机构医护人员的经验和能力。

## 2.3 医院配套设施

2.3.1 医院须有营养代谢实验室，可设置在检验科内。由称量室、精密仪器室及操作室三部分组成。室内墙壁为铝塑板，地面耐磨、防滑、防静电。设备包括食物不耐受检测仪、微量元素检测仪、凯氏定氮检测仪。

2.3.2 医院须有肠外营养配置室，可设置在药学部内。总面积不低于 40 m<sup>2</sup>；分为前处理间、更衣间、摆药准备间及配制间，其中配制间为组合式百级净化配制间；有条件的医院可按 GMP 要求，建立面积 40 m<sup>2</sup> 以上的百级净化配制间。室内墙壁为白色瓷砖，地面耐磨、防滑、防静电。设备包括百级净化工作台、操作台、药品车、药品柜、冰箱、清洁消毒设备（隔离衣、空气消毒设备）、小型水处理设备、标签打印机。

2.3.3 医院须有肠内营养配置室，总面积不低于 60 m<sup>2</sup>，分为刷洗消毒区、配制区及发放区，其中配制区为组合式三十万级净化区。设备包括匀浆机、捣碎机、灌装机、微波炉、电磁炉、蒸锅、冰箱、组合式三十万级净化工作台、操作台、药品柜、清洗消毒设备、标签打印机、肠内配制系统。

2.3.4 医院有治疗膳食配制室，可设置在医院食堂内分为准备间、特殊间、主食制作及蒸制间、食品库房、餐具消

毒间、刷洗间、膳食分发厅、管理办公室、统计室。室内墙壁为白色瓷砖，地面耐磨、防滑、防静电，排水系统完善，室内不得有明沟，符合卫生、防火要求。

2.3.5 医院配置营养检测设备，包括临床营养信息管理系统、人体成分分析仪。

### 3

#### 科室要求

##### 3.1 三级肿瘤专科医院和三级综合医院

3.1.1 开展肿瘤科临床诊疗工作 5 年及以上，床位不少于 30 张，年收治肿瘤患者 1,200 例次以上，能够为肿瘤患者提供规范化营养诊断和治疗。

3.1.2 医院开设了肿瘤营养门诊，能为肿瘤患者提供营养门诊服务。

##### 3.2 二级肿瘤专科医院和二级综合医院

3.2.1 开展肿瘤科临床诊疗工作 5 年及以上，床位不少于 20 张，年收治肿瘤患者 800 例次以上，能够为肿瘤患者提供规范化营养诊断和治疗。

3.2.2 医院开设营养门诊，能为肿瘤患者提供营养诊疗服务。

3.2.3 技术水平在本地区处于领先地位。

### 3.3 病区基础设施

3.3.1 病区每床净使用面积不少于 6 m<sup>2</sup>。

#### 3.3.2 病区基本设备

给氧装置，多功能抢救床，负压吸引装置，微量输液泵，肠内营养泵，抢救车，除颤仪，心电监护仪，血糖测定仪，空气消毒设备，体重、身高测量仪。

### 人员要求

## 4.1 人员配置

4.1.1 营养治疗技术团队成员包括临床医师（含营养师）、营养（技）师、临床药师和营养护士。

4.1.2 营养师人数与病房床位数之比至少为 1：100，营养师、营养技师、营养护士与病房床位数之比至少为 1：50（只指示范病房中床位）。

# 5

## 工作内容

### 5.1 技术开展

业务范围包括肿瘤患者的营养诊断、营养治疗及疗效评价。

### 5.2 诊疗路径

5.2.1 所有肿瘤患者应于入院 24h 内完成营养筛查，

任何一种方法 [ 如营养风险筛查 2002 (nutrition risk screening 2002, NRS 2002)、简易营养评定方法(short-form mini nutritional assessment, MNASF)、营养不良通用筛查工具 (malnutrition universal screening tool, MUST)、营养不良的筛查工具 (malnutrition screening tool, MST) 等 ] 均可。

5.2.2 所有肿瘤患者应于入院 48h 内完成营养评估, 推荐采用量化患者主观整体评估 (patient-generated subjective global assessment, PG-SGA) 。

5.2.3 营养评估阳性, 尤其是重度营养不良 (PGSGA  $\geq$  9 分) 患者, 应于入院 72h 内进行综合调查。营养筛查、营养评估和综合调查记录应以纸质版或电子版存档, 并将结果记录于病程记录。

5.2.4 经营养评估及综合调查诊断为营养不良的患者, 制定营养治疗计划并实施, 记录于病程。营养治疗遵循五阶梯原则, 根据病情调整治疗计划。

5.2.5 营养治疗建议以 4 周为一个疗程, 营养 (技) 师或临床医师 (含营养医师) 应对患者进行整体疗效评价,

包括摄食情况、实验室（生物化学）检查、能耗水平（代谢率）、人体学测量、人体成分分析、体能评价、心理评价、生活质量评价、肿瘤病灶（体积及代谢活性）评价及生存时间在内的 10 个方面评价。不同参数对治疗产生反应的时间不一致，评价的间隔时间也各不相同。根据反应时间长短，将上述参数分为快速反应参数：如体重、实验室检查、摄食情况及代谢率等，每周检测 1~2 次；中速反应参数：如人体学测量、人体成分分析、影像学检查、肿瘤病灶体积、器官代谢活性、生活质量、体能及心理变化，每 4~12 周复查一次；慢速反应参数：生存时间，每年评估一次。所有严重营养不良患者出院后均应定期（至少每 3 个月一次）到医院营养门诊复诊或接受电话营养随访。

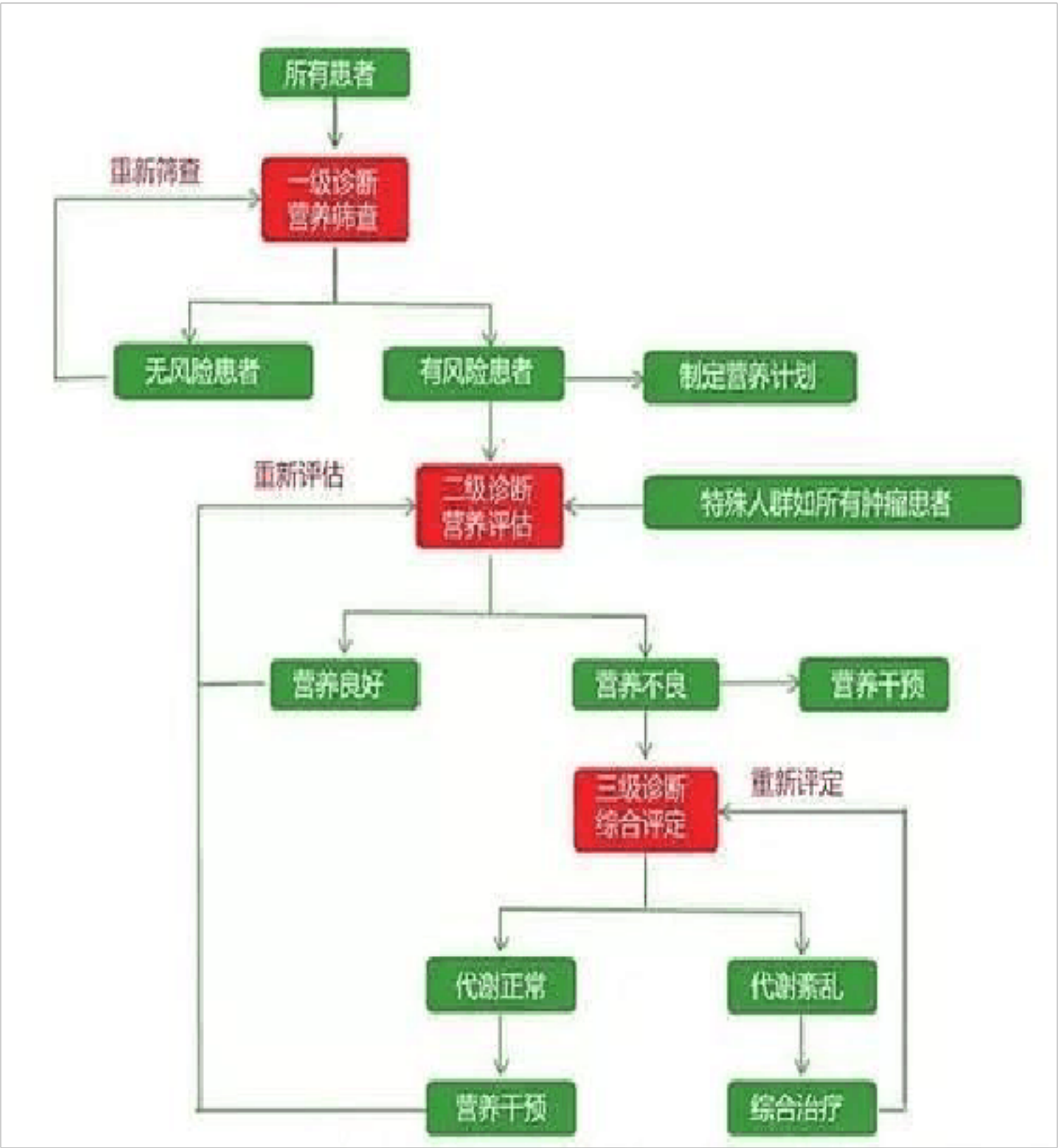
## 6

### 工作制度

#### 6.1 营养三级诊断制度

肿瘤患者入院后，应按诊疗路径对患者营养状况进行三级诊断（营养筛查、营养评估、综合调查，见图 1），每一级诊断应有相应的记录，能够根据患者病情变化适时调整营

养治疗方案 ； 对肿瘤患者的营养筛查、营养评估率应为 100%，营养不良患者综合调查率不低于 90%。



6.2 五阶梯治疗

根据《中国肿瘤营养治疗指南》，遵循营养不良五阶梯治疗原则，见图 2，当下一阶梯不能满足 60% 目标能量需求 3~5d 时，应该选择上一阶梯 ； 建立肿瘤营养治疗工作制度，准确评估患者病情，制定个体化治疗方案，干预率不低于 70% 。定期对患者和家属进行营养教育，并有课程计划、

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/045022023140011141>