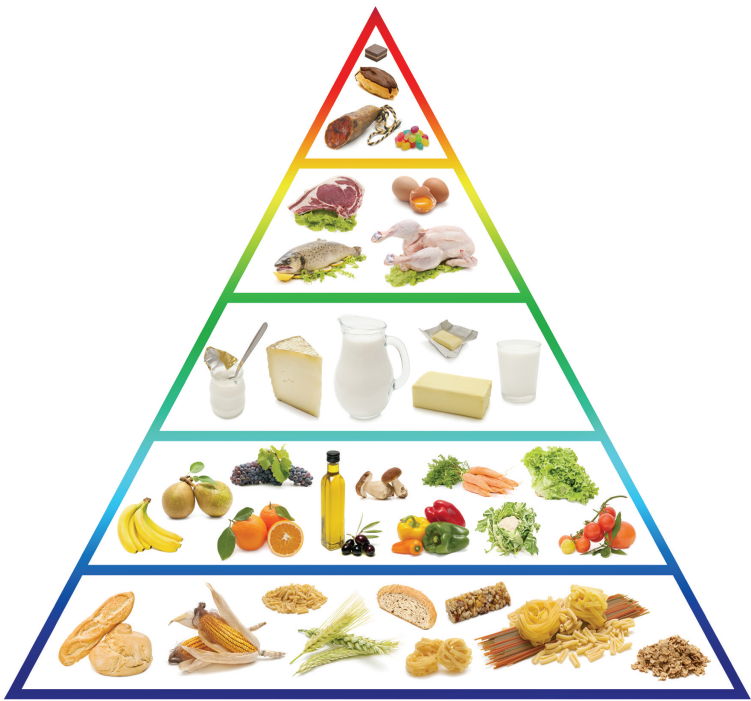


□首席记者 姚常房

有人将临床营养科称为“第二药房”，很通俗地说明了临床营养的重要性。1985年出台的《卫生部关于加强临床营养工作的意见》，被认为是中国临床营养发展史上的首个里程碑。40年后的今天，随着经济社会的发展，伴随着医学的进步，临床营养的重要性已经处于新的高度，临床营养科建设逐渐趋于成熟。不过，也有些医院尚处于起步阶段，进一步提升营养诊疗的规范性、合理性，以及促进临床营养产业发展仍有很长的路要走。



1 从厨房到临床

“为了活着，为了活下来而战。”从事临床营养工作30多年的胡雯说，“这是自己最大的感受。”

胡雯，现任四川大学华西医院(原华西医科大学附属第一医院)临床营养科主任。1988年，胡雯进入华西医科大学附属第一医院营养科工作。胡雯说，科室在医院里的声音很小，没啥存在感，有人甚至觉得营养工作就是做饭。以至于，不少人当时将她的工作描述成“在厨房上班”。

回忆起40年前的医院营养科，不少人有这样的印象：很多医院是在原伙食科的基础上安排了营养技术人员，归属总务后勤管理。一些营养科实行承包合同制，有的是管理员承包，有的是厨师承包，甚至有的在承包中把营养人员裁掉了。

“谷肉果菜，食养尽之。用之充饥则谓之食，以其疗病则谓之药。”胡雯所在临床营养科会议室的墙上有这样一幅字。确实，大部分临床营养科早已突破传统饮食指导的范畴，其职责不再局限于患者的饮食营养，而正成为现代医疗体系中不可或缺的一环——营养治疗。临床营养科正从幕后走向台前，重塑着人们对“营养干预”的认知。

作为长期关注临床营养学科发展的专家，国家卫生健康委医院管理研究所医疗政策研究部郭淑岩研究员近年来调研了几十家医院的临床营养科。她介绍，三级医院更早成立营养科室；20世纪90年代后期，二级医

院、专科医院和民营医院陆续设置营养科室。2011年，原卫生部印发《三级综合医院评审标准(2011年版)》，要求营养科具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。

然而，胡雯2016年牵头开展的针对78家医院、436名营养从业人员的问卷调查结果显示，尽管临床营养科的开设是三级医院的评审标准，但四川省开设临床营养科的三级医院占比为56.9%，二级医院则仅为8%。

胡雯认为，临床营养科配置不足的一个重要原因是管理归属问题，这直接决定了其发展路径。虽然《卫生部关于加强临床营养工作的意见》对这个问题进行了明确：实行院长领导下的科主任负责制，按医技科室进行管理。但是，2016年的这次调研发现，在开设临床营养科的医院中，仅有51.5%的医院临床营养科属于医疗口。胡雯指出，当多数医院仍将临床营养科定位于“后勤保障”或“辅助支持”角色时，其学科建设必然陷入资源配置不足、人才梯队断层、诊疗路径缺失的恶性循环，其本质是医疗行业对营养治疗作为“基础医疗手段”的认知尚未完成从理念到实践的跨越。

中国疾病预防控制中心营养与健康所宋鹏坤等人以《2019年中国卫生健康统计年鉴》中全国二级和三级医院数量为总体抽样框，对抽样的1176家医院营养服务能力进行调查与分析发现，在营养科室归属方面，医技科室仍占39.6%。

3 评估是关键力量

“提高住院患者营养评估率。”2022年—2025年，国家卫生健康委连续4年提出的各专业质控工作改进目标中，针对临床营养专业的目标都是如此。

营养筛查和评估不仅涉及患者治疗方案，也决定着患者能否尽早康复以及临床结局情况。《三级医院评审标准(2022年版)实施细则》中要求，逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况；建立以营养筛查—评估—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径。

2020年8月—2021年8月，国家卫生健康委医院管理研究所、北京协和医院等单位联合选取我国东中西部地区30个省份的291家医院共54677例涉及16类疾病的新住院患者进行的调查结果显示，存在营养风险的患者中61.8%接受了营养支持，营养不良的患者仅有57.6%接受了营养支持。然而，在无营养风险或营养不良的患者中，也有约40%的患者接受了营养干预。

张旭东表示，早期、个体化的营养干预可以改善患者的临床预后。但是，不恰当的营养可能会增加并发症的发生风险。因此，认识到住院患者的营养不良并开展适当的营养支持是营养管理的关键，临床上应结合患者的营养筛查及评估情况决定是否需要进行营养干预，合理采用肠外或肠内营养干预方式，减少对患者的过度治疗，进而改善患者的营养不良状况。

“提高评估率，首先要有相关的信息化系统，逐步实现营养全过程管理。在此期间，可以探索将人工智能等技术加入其中，提升预警、评价的效率与精准度。”胡雯说。

评估很重要，如何推进？“之所以制定《骨科大手术加速康复围手术期营养管理专家共识》，就是为了更好地实施骨科大手术加速康复围手术期的营养管理，让临床医师、临床营养师、护士等相关人员做好患者术前和术后的营养评估，尽早对患者营养状况做出诊断与治疗。”胡雯举例说，择期手术患者均应在入院24小时内完成营养风险筛查。建议采用营养风险筛查相关量表进行筛查，该量表包括疾病严重程度评分、营养状况评分等。

当前，各医疗机构在提高评估率上做了很多探索。比如，陆军特色医学中心建立的简易可视化的营养不良诊断应用工具，利用人工智能通过体重下降率、小腿围、握力等快速诊断营养不良；大连大学附属中山医院要求具有执业医师资格的临床医生为住院患者提供筛评估治后营养支持；在温州医科大学附属第一医院，从患者入院时的营养风险筛查、评估数据的自动抓取并生成评估报告，到根据筛评估结果及时通知营养师进行个性化营养治疗，整个过程都通过信息化系统实现闭环管理，同时该信息化系统还实现了与医院其他科室系统的互联互通，方便各科室之间协同为患者提供

营养支持……

前述国家卫生健康委医院管理研究所、北京协和医院等单位联合做的调查结果显示，所有被调查医院里，96.6%的医院设有常规营养筛查，98.5%具有营养风险或营养不良确定标准。NRS2002是被调查医院的主要营养风险筛查监测方法，使用率为96.6%。在对患者进行营养监测时，大多数被调查医院(80.8%)通常在患者入院时为其测量体重，36.3%的被调查医院为患者测量体重的频率保持在每周一次，4.3%的被调查医院偶尔为患者测量体重，此外，还有0.3%的被调查医院从不测量患者体重。

郭淑岩表示，筛查评估是第一步，更需要精准干预及时落地。然而，对于已存在营养不良或营养风险的患者，仅有42.7%的被调查医院常规提供营养咨询，尚有18.0%的被调查医院仅对该类患者进行观察。这提示，尽管我国医院临床营养科建设已取得了很大的进步，但尚有部分医院存在营养能力不足的问题。此外，调查结果显示，东部地区医院为营养不良或有营养风险患者制定个体化营养治疗计划及提供临床营养咨询服务的专家比例显著高于中部和西部地区的医院。这表明临床营养科发展还存在地区之间发展不平衡不充分的问题。这些都提示要不断加强临床营养能力建设、提高临床营养服务水平、强化临床营养质量管理，促进临床营养工作向规范化、标准化发展。

从后勤到医技科室再到临床科室，虽然归属有变化，但不变的是“临床营养工作是医疗的重要组成部分”这一基本定位。1989年，原卫生部出台《医院分级管理办法》，制订了营养科室的设施条件、人才培养、医疗服务质量和科学管理等综合建设标准，推动营养科室从“以膳食管理为主”向“以营养治疗为主”全面转变。

《医院分级管理办法》发布的前一个月，原卫生部组织营养专业人员和全国各地卫生相关行政部门人员在京召开了一个全国临床营养工作座谈会。原卫生部副部长陈敏章在会上指出，利用食物中的营养成分治疗疾病在我国已有悠久历史。随着现代医学的发展，临床营养学已成为一门独立学科，在临床医疗中的作用早已受到医学界的重视，在医院工作中处于不容忽视的地位。

尽管我国从政策上较早地明确了临床营养的“治疗”属性，在临床实践中，医务人员对营养不良患者的伤口愈合迟缓、对感染的抵抗力减弱，易发生并发症以致病死率增高等现象都很熟悉，同时认识到合理的营养为药物治疗的成功提供了物质基础，但是，在具体落实上又是另一回事。

临床营养科如何获得医院的重视和支持？郭淑岩的第一个建议是与其他科室合作，例如与肿瘤科、内分泌科、消化内科、外科等合作，为患者提

“有些医院可能为了建设而建，从业人员的来源参差不齐。人才缺乏也是制约营养评估率提高的重要原因。”胡雯认为，加快临床营养师的规范化培训势在必行，这是临床营养学科发展的必然要求，也是响应政策号召，满足时代需求的必经之路。自2006年起，华西医院开展住院营养师规范化培训，形成了一套较为完整的临床营养师培养模式，目标是使临床营养师的培训逐步向住院医师的培训模式靠拢，力争培养出高素质的临床营养专业人才。

胡雯也指出，虽然规范化培训能在短时间内从一定程度上解决人才缺乏问题，但从长远来看，仍需进行全周期全方位全覆盖人才队伍建设。临床营养工作是一个系统工程，包含面广，各项工作技术含量有差别，因此对从业人员的需求也是有差异的。尤其是在临床营养师匮乏的情况下，临床营养科应该将营养风险筛查工作交给经过培训的营养专科护士，将各科室原有的护士团队利用好。同时，增进各科室医务人员对临床营养的认识和了解，增强临床营养工作能力。

在源头的人才培养上，张旭东建议，在临床医学大类下设置临床营养专业，专业课可参照医学营养专业的课程，加强临床营养实践；还应将营养学纳入临床医学学生的必修课程，提升其营养能力。同时，高校可与政府部门、医疗机构、生产企业之间加强就业联系，定向培养新型实用型人才。

当然，各方都在积极寻求突破。2025年4月16日，首都医科大学临床营养学系成立揭牌仪式举行。该学系挂靠首都医科大学附属北京世纪坛医院，该院胃肠外科主任、临床营养科主任石汉平在仪式上阐述的临床营养学

供营养服务，以更好地实现营养服务的临床价值。鼓励有条件的医疗机构临床营养科积极参与特殊、疑难、危重、大手术等多学科诊疗团队，设置孕产期营养门诊、慢性病患者营养门诊、减重门诊等，为患者提供便捷多样的临床营养服务。

认可是奋斗出来的，华西医院临床营养科主动向前一步。在医院加速康复外科发展的时候，临床营养科适时介入。2016年，该院临床营养科与骨科、麻醉科联合试点开展加速康复外科营养诊疗管理。截至目前，该项工作几乎覆盖全部外科患者，实现手术患者的多学科全程营养管理，2024年共服务了2.6万余人。

值得一提的是，胡雯联合众多专家，以临床问题为导向，以循证医学为手段，撰写发布了《骨科大手术加速康复围手术期营养管理专家共识》。其中特别指出，骨科大多数手术不影响胃肠道功能，应尽量缩短围手术期禁饮食禁食时间，减少应激反应，尽快恢复营养摄入。这对加速患者康复起到了积极作用，改善了患者感受。

实践中，临床营养科也收获了越来越多患者的认可。一次门诊中，胡雯见到一名先天性大疱性表皮松解症患者。这类患者的皮肤就像蝴蝶翅膀一样脆弱，一触即破，所以又被称为“蝴蝶宝贝”。当时这名年仅19岁的“蝴蝶宝贝”坐在轮椅上被她的父亲推进诊

室，身体极其虚弱，皮肤大面积破溃。胡雯与助手为患者制定了个体化肠内营养支持方案。在后续长达10个月的营养治疗中，胡雯团队一边仔细观察患者病情变化、调整治疗方案，一边给予患者及其家人精神鼓励与帮助。10个月后，已经恢复健康的小姑娘手捧鲜花来院感谢胡雯团队。

除了诊疗上的多学科融合，胡雯既早又深入推进临床营养诊疗与临床其他科室信息融合，契机是病历电子化。“当时，手写病历要改为电子病历，医院想找几个科室做试点，我立马举手，就这样顺利地在全国率先开展临床营养诊疗信息化建设，并嵌入医院信息管理系统。”胡雯说。面对新鲜事物保持开放和积极的心态是她的性格，也是华西医院临床营养能打开局面的重要原因之一。

当前，临床营养科正在全方位与其他科室建立链接。北京协和医院临床营养科主任于康介绍，医院临床营养科与医务处、教育处、信息处和护理部等职能处室建立联合培训机制，基于临床工作需要，采用线下和线上相结合的形式，常规开展针对医护人员的临床营养相关培训。如围绕临床营养诊疗路径，开展针对全院医护人员的临床营养风险筛查培训，由临床营养科具有高级职称人员录制相关培训视频，在医院学习教育平台上播放，供全院医护人员学习。

4 漫漫修远路

系发展蓝图中有这样一条：以教材为支点，撬动临床营养教学与人才培养。“希望以临床营养学系为平台，整合首都医科大学各方资源，创新高水平研究，推动实现成果转化及高水平人才培养。”石汉平说。

转岗，即鼓励相关或相近专业人员转岗从事临床营养工作，也是不少医院的选择，被一些受访者认为是能暂时解决营养人才匮乏的迂回路线。

2000年，华西医院在做中央厨房时，需要有信息技术背景的人，王艳就被招进来了。“刚开始的时候，营养专业对我来讲是一个完全陌生的领域。信息化系统建成后，该何去何从，当时还是有些迷茫的。”王艳说。现在，王艳已成长为华西医院临床营养科医疗膳食负责人，工作更侧重于科室管理，但是还有一个专长——营养科普。“我们的科普队伍在多个全国大型比赛中都有非常好的成绩，这个过程中王艳功不可没。”胡雯骄傲地说。

与王艳不同，于骅原来是浙江省宁波市第二医院的一名外科医生。2017年，他主动选择来到临床营养科。那时，于骅发现，营养问题对外科患者的恢复作用很大，但大家对营养的关注度并不高，更关注治疗和用药。他想改变这一状况。

于骅说：“来到临床营养科后，思想上一个比较大的转变是要放下自己的身段。患者一般都是听临床医生的，但是对营养科医生的信任程度并不是那么强。”这是于骅立志进一步做强临床营养科的动力和压力。除了专科技术上的精进和科研上的探索，现在于骅和同事们另一项重要工作是帮助更多患者分辨不科学的营养科普、养生保健信息。

转型8年后的今天，于骅感觉临床对营养的重视程度逐年上升。于骅所在的临床营养科现在会有很多机会参与临床会诊、科普宣教，并经常性地对其他临床科室进行营养相关知识培训，让临床医生慢慢加深对营养的认识，在潜移默化中培养他们将营养融入临床的主观能动性。

向医院外延展、向基层延伸，临床营养大有可为。2024年9月，国家卫生健康委印发的《关于进一步推进临床营养工作的通知》给各地提出明确要求：将临床营养工作纳入医联体建设统筹推进，推动建立上下联动的连续营养管理机制，提高下级医院临床营养接续治疗能力，促进临床营养服务向基层延伸。

石汉平指出，院外营养治疗要遵循“医院—社区—家庭”分级延续管理原则，以解决营养治疗院内院外脱节和患者出院后无人管营养的问题。

越来越多的医院正在拓展临床营养服务半径，与医共体、医联体模式合作，建立院内与院外连续营养支持治疗模式，实施全生命周期营养照护。2013年，华西医院临床营养科提出连续的、个体化的“H2H”(hospital to home)营养管理模式，把患者的营养治疗从医院扩展到家庭或院外，服务对象目前主要来源于医院营养门诊或出院后的住院患者。国家卫生健康委医院管理研究所也在围绕“临床营养分级诊疗和连续服务模式”“基层医疗机构临床营养诊疗规范实践模式”等方面进行研究和探索。

“营养支持是一项缓慢而又需要坚持的治疗工作。临床营养的发展也要耐得住寂寞，继续迎难而上。”胡雯对未来充满期待。

