

• 临床药物治疗集萃 •

北京大学第三医院 学术支持

规范的营养支持可使有营养风险的住院患者获益



研究背景及临床问题

营养风险筛查 2002 (NRS 2002) 工具是建立在循证医学基础上、适用于住院患者的营养风险筛查工具,国内外指南推荐应对经 NRS 2002 工具筛查出有营养风险者进行规范的营养支持。规范的营养支持应具备以下条件: 每日摄入 $25\sim 30 \text{ kcal} \cdot \text{kg}^{-1}$ 的非蛋白质能量与 $0.15\sim 0.20 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1}$ 的氮; 连续接受营养支持 $\geq 5 \text{ d}$; 经肠外营养 (PN) 或肠内营养 (EN) 途

径提供的能量至少占总能量供应的 90%。值得关注的是,在医疗资源有限的前提下,规范的营养支持是否能够在改善有营养风险患者临床结局的同时,也具有经济学优势呢?

研究内容

2017 年 5 月,发表于《Nutrition》上的一项研究 (Zhang H, Wang Y, Jiang Z M, 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.), 对以上问题进行了探索。该前瞻性观察性研究采用单中心、连续入组的方式, 对3 791例于2011年7月至2012年6月入重庆医科大学附属第一医院消化内科及胃肠外科的住院患者进行营养风险筛查, 采用NRS 2002工具筛选出有营养风险者472例。根据患者有无接受营养支持及营养支持的规范性, 自然形成4个队列: 规范营养支持、不规范营养支持、极

不规范营养支持及无营养支持(定义为患者仅接受静脉内5%~10%葡萄糖与电解质输注)。规范营养支持队列与无营养支持队列进入分析集, 共440例。根据人口学与疾病特征等进一步采用倾向性评分匹配方法, 最终保留149对(298例)患者。与无营养支持队列相比, 规范营养支持队列患者的感染性并发症大幅降低(9.4% vs 24.2%, $P<0.001$); 中位住院时间明显减少(13 d vs 15 d, $P<0.001$)。两个队列的住院期间医疗费用总成本相似(6 219美元 vs 6 161美元)。

增量成本效果分析显示, 预防一例感染并发症所需营养支持的成本增量为392美元/人, 远低于WHO建议的3倍GDP值临界水平(根据2011年中国GDP水平计算约为16 484美元)。

研究结论

采用NRS 2002工具筛选出有营养风险者, 规范的营养支持可降低该类患者的感染性并发症发生率与住院时间, 并具有成本效果优势。

(李潇潇 综译)