

中华护理学会团体标准

T/CNAS 27—2023

老年人误吸的预防

Prevention of aspiration in older adults

2023-01-31 发布

2023-05-01 实施

中华护理学会 发布

前 言

本文件按照 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》的规定起草。

本文件由中华护理学会提出并归口。

本文件起草单位：中国医科大学附属第一医院、首都医科大学宣武医院、北京医院、北京大学护理学院、北京协和医院、中南大学湘雅医院、复旦大学护理学院。

本文件主要起草人：王爱平、张晓春、王延莉、孟鑫、杨莘、齐国先、孙超、王志稳、郭欣颖、孙龙凤、张京慧、孔德磊、邢唯杰、谢忠飞、张语诺、刘芳。

老年人误吸的预防

1 范围

本文件规定了老年人误吸的风险识别、预防的基本要求及措施。

本文件适用于各级各类医疗机构有执业资格的护理人员。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

T/CNAS 03—2019 气管切开非机械通气患者气道护理

T/CNAS 19—2020 成人肠内营养支持的护理

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

误吸 aspiration

在吞咽过程中有数量不等的液体或固体的食物、分泌物、血液等进入声门以下的呼吸道和肺组织的过程，分为显性误吸和隐性误吸。

3.2

吞咽障碍 dysphagia

因下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食管等器官结构和（或）功能受损而不能安全有效地把食物输送到胃内的过程。

4 基本要求

4.1 应对老年人进行误吸风险评估。

4.2 应根据评估结果识别出老年人误吸的风险。

4.3 应针对误吸的风险因素，与医生、康复小组及家属沟通，共同制订预防措施，并动态调整。

5 风险识别

5.1 应在入院时或有病情变化时动态评估老年人误吸的风险。

5.2 应识别高危人群，包括有误吸史、意识障碍、长期卧床、留置人工气道的老年人。

5.3 对于无上述情况的老年人，应通过询问、观察、使用评估工具识别现存的误吸风险（见附录 A），

包括吞咽障碍、咳嗽能力减弱、胃食管反流、口腔问题、不良进食、治疗相关因素。

5.4 对疑有隐性误吸的老年人，可行视频透视吞咽检查。

6 预防

6.1 吞咽障碍导致误吸的预防

6.1.1 应协助流涎的卧床老年人侧卧或头偏向一侧，流涎多者应及时清除。

6.1.2 可指导老年人进食过程中采用吞咽技术与方法（见附录 B）进行头部姿势与吞咽动作的调整。进食后应检查口腔，如有食物残留，可指导进行多次空吞咽清除，必要时协助清除。

6.1.3 宜指导老年人进行改善吞咽功能的日常锻炼，包括练习发声、说话、唱歌等。

6.1.4 可指导老年人进行提高吞咽功能的康复训练（见附录 C）。

6.2 咳嗽能力减弱导致误吸的预防

6.2.1 可采取叩背、体位引流等方法帮助咳嗽能力减弱的老年人保持气道通畅。

6.2.2 应在进食前或更换体位前清除口咽和气道分泌物。进食中及进食后 30 min 内不宜更换体位和气道吸引。

6.2.3 气道吸引时宜浅吸引，若吸引效果不佳可行深吸引，应按照 T/CNAS 03—2019 的规定执行。

6.2.4 应指导老年人进行呼吸肌训练（见附录 D）。

6.3 胃食管反流导致误吸的预防

6.3.1 应指导有胃食管反流的老年人进食后保持直立位或餐后散步，在睡前 2~3 h 内避免进食，睡眠时抬高床头 15°~20°，可左侧卧位。

6.3.2 宜为有胃食管反流的老年人选择经空肠管营养，如鼻空肠管、空肠造口术或经皮内镜下小肠造口。

6.3.3 经胃管喂养的速度、频次、量应按照 T/CNAS 19—2020 的规定执行。

6.3.4 应指导肥胖或超重老年人减重。

6.4 口腔问题导致误吸的预防

6.4.1 应指导或协助老年人每日至少 2 次口腔清洁，进食后及时清洁口腔。

6.4.2 应为有吞咽障碍的老年人选择负压式口护牙刷。

6.4.3 可为口腔干燥的老年人应用口腔保湿凝胶。

6.5 不良进食导致误吸的预防

6.5.1 应鼓励老年人自主进食，经口进食管理技术见附录 E。

6.5.2 喂食时，喂养者应与老人保持视线平行，喂养技巧见附录 F。

6.5.3 应指导老年人交替进食流质和固体食物，多次吞咽。

6.5.4 应指导老年人控制进食总量，少量多餐，避免短时间内大量进食。

6.5.5 进食过程中出现呛咳、声音嘶哑、气促、基础血氧饱和度下降 $\geq 5\%$ 等情况时，应立即暂停进食。

6.5.5 出现呕吐时，应协助老人坐起，如病情不允许可协助其侧卧位或仰卧头侧位。

6.6 治疗相关因素导致误吸的预防

- 6.6.1 应尽可能减少使用或停用引起意识水平降低、吞咽功能下降、口咽干燥的药物和治疗措施。
- 6.6.2 可使用药物改善唾液分泌、吞咽反射能力。

附录 A
(资料性)
老年人误吸风险清单

风险类别	风险清单
吞咽障碍	<input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 进食时出现哽噎 <input type="checkbox"/> 吞咽后口腔食物残留 <input type="checkbox"/> 饮2~3茶匙水，有呛咳 <input type="checkbox"/> 洼田饮水试验Ⅲ级及以上（见附录A1）
咳嗽能力减弱	<input type="checkbox"/> 半定量咳嗽强度评分0~2分（见附录A2）
胃食管反流	<input type="checkbox"/> 腹胀、反酸、呃逆、呕吐 <input type="checkbox"/> 胃镜显示反流性食管炎 <input type="checkbox"/> 24 h食管pH监测提示胃食管反流
口腔问题	<input type="checkbox"/> 口腔干燥、不清洁 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜疾患 <input type="checkbox"/> 牙齿疾患或缺如、义齿不适
不良进食	<input type="checkbox"/> 进食速度过快、一口量过大、总量过多 <input type="checkbox"/> 进食刺激性食物 <input type="checkbox"/> 餐中注意力分散 <input type="checkbox"/> 卧位进餐
治疗相关因素	<input type="checkbox"/> 引起意识水平降低的药物和治疗措施 <input type="checkbox"/> 引起吞咽功能下降、口咽干燥的药物和治疗措施
使用方法及结果判定： 1. 应逐条评估老年人误吸风险，如有风险可在相应“□”内打“√”。 2. 如满足清单中的一条，则视为存在误吸的风险。	

A1：洼田饮水试验（Water Swallowing Test, WST）：老人取坐位或半卧位，嘱老人喝30 ml温水，观察饮水过程，记录有无呛咳、饮水时间及饮水次数。

洼田饮水试验（WST）

分级	表现
I 级	5 s内能顺利地1次将水咽下
II 级	分2次以上，能不呛咳地咽下
III 级	能1次咽下，但有呛咳
IV 级	分2次以上咽下，但有呛咳
V 级	频繁呛咳，不能全部咽下

A2: 半定量咳嗽强度评分 (Semiquantitative Cough Strength Score, SCSS) 是评估者观察老年人的咳嗽强度, 并将结果转换为分值进行评估的方法。嘱老人尽可能地多次咳嗽, 咳嗽强度从弱到强采用 0~5 分评估。0~2 分为弱, 3~5 分为强。

半定量咳嗽强度评分 (SCSS)

分值	表现
0分	没有咳嗽
1分	没有咳嗽, 但可以听见口腔里的气流声
2分	微弱或勉强可听到的咳嗽
3分	可清楚听到的咳嗽
4分	较强的咳嗽
5分	连续的强咳

附录 B
(资料性)
吞咽技术与方法

吞咽技术	吞咽方法
侧方吞咽	进食时分别左、右侧转头吞咽
空吞咽	每次进食后，反复做几次空吞咽，然后再进食
交替吞咽	空吞咽后饮用 1~2 ml 极少量的水
用力吞咽	吞咽时将舌用力向后移动，帮助食物推进通过咽腔
点头样吞咽	吞咽时颈部尽量前屈形状似点头，同时做空吞咽动作
低头吞咽	颈部尽量前屈姿势吞咽

附录 C
(资料性)

吞咽功能康复基本训练方法

类别	方法	训练步骤
口腔周围肌肉训练	面部肌肉训练	皱眉、闭嘴、鼓腮、露齿、吹哨、龇牙、张口、咂唇等
	舌肌运动训练	伸、缩、上下、左右摆动等练习，口腔内环行运动，不能主动活动者可用被动舌部牵伸活动
	软腭的训练	张口后用压舌板压舌，用冰棉签于软腭上做快速摩擦，刺激软腭，嘱老人发“啊”、“喔”声音
	咀嚼肌训练	重复做咀嚼动作
	唇部训练	吸气后发“wu”“yi”“a”等音，指导缩唇吹气球、吹气泡等
吞咽反射改善训练	寒冷刺激法	用冷棉棒，轻轻刺激软腭、弓、舌根及咽后壁，嘱老人做吞咽动作，如发生呛咳、恶心，则停止刺激
颈部放松训练		前、后、左、右放松颈部，或颈部左右旋转，提肩、沉肩
流涎多的对策		用冰块按摩患侧颈部及面部皮肤至皮肤稍发红，每日 3 次，每次 10 min

附录 D
(资料性)
常用呼吸肌训练方法

名称	训练方法	频率
腹式呼吸训练	经鼻缓慢吸气，腹部隆起，经口呼气时腹部收缩，可以用手对腹部稍微加压。10 个/组，组间休息 1 min，做 3 组	2~3 次/日
缩唇呼吸训练	闭嘴经鼻吸气，默数 3 s，然后缩唇（吹口哨样）缓慢呼气，同时收缩腹部，默数 6~9 s，维持呼气时间是吸气时间的 2~3 倍。10 个/组，组间休息 1 min，做 3 组	2~3 次/日

附录 E
(资料性)
经口进食管理技术

项目	管理技术
进食环境	安静，避免不必要的治疗或分散注意力的行为
进食体位	进食过程中端坐位或 30° ~60° 半坐卧位，颈部前倾，偏瘫侧肩部垫枕
	进食后保持该体位 30 min，避免翻身、叩背
辅助用具	进食时应佩戴义齿、眼镜、助听器或其他辅助设备
餐具选择	选用柄长、口浅、匙面小、不粘食物、边缘光滑、容量 5~10 ml 的勺子
食物选择	食物应细软，切碎煮烂，不宜干、硬、脆
	胃食管反流的老人减少高脂肪膳食的摄入，忌食咖啡、巧克力、薄荷等食物
	避免短时间内摄入大量液体食物
	有吞咽障碍的老人可在液体食物中添加增稠剂，或将固体食物改成泥糊状
进食一口量	从小剂量（1~4 ml）开始喂食，逐步增加并掌握合适的一口量
	完全咽下一口后再进食下一口
进食速度	进食速度宜慢，30~40 min 为宜
	忌催促，避免匆忙或强迫喂食

附录 F

(资料性)

不同状况老年人的喂养技巧

老年人状况	喂养技巧
偏瘫	应在偏瘫老年人健侧喂食
无面瘫	应将食物放在舌中心凹陷部位
一侧面瘫	应将食物放置在健侧舌后部或颊部，可用匙背轻压舌部
既往频繁呛咳	可用汤匙将少量食物送至舌根处