

误吸预防团标解读

省人民医院

学习背景

老年人脑卒中等多发，**误吸**在老年人群中**发病率最高**，是老年重症和死亡的主因。



早期针对老年人误吸风险因素进行科学、系统评估，及时加以防范尤为重要。



研究报道：年龄与误吸发生率呈正相关；
吞咽障碍误吸发生率高达43%-54%



目 录

1 认识误吸

2 风险识别

3 预防措施



认识误吸

Epistemic aspiration

误吸的定义

误吸 (Aspiration) 指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**。

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

2022-09-01实施

中华护理学会



误吸的分型

少数

显性误吸

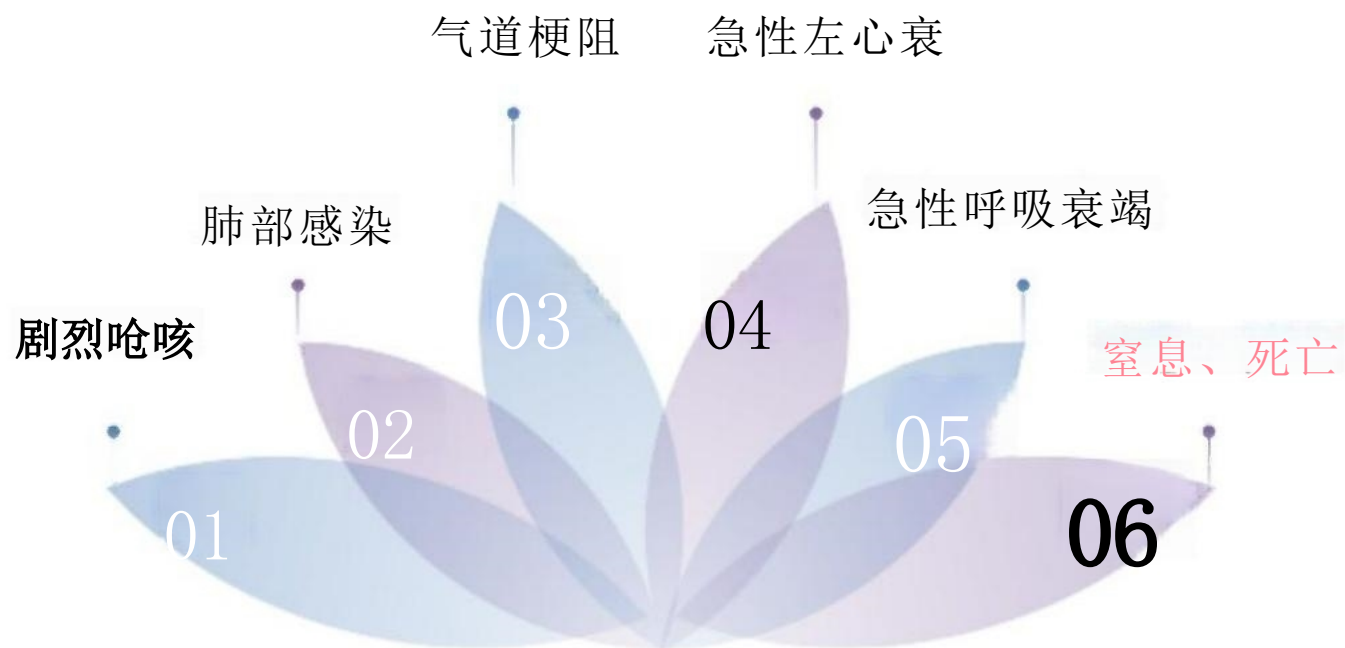
误吸发生后，患者
即刻出现刺激性呛咳、气急甚至哮喘。

多数

隐匿性误吸

误吸当时 (>1 min)
不出现咳嗽等外部体征，没有刺激性呛咳、气急等症常被漏诊。

误吸的危害



危险因素



Tip: 衰老性导致吞咽功能障碍而发生误吸; 高龄是老年人误吸的重要因素之一。

风险识别

Risk identification

团标解读

- › 应在入院时或有病情变化时动态评估老年人误吸的风险
- › 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
- › 对疑有**隐性误吸**的老年人，可行视频透视吞咽检查

Tip1: 按照国际规定60岁以上的人确定为老年人。

Tip2: 视频透视吞咽检查 (VFSS) 是目前公认最可信的吞咽功能评价方法，是“金标准”。



团标解读

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"/> 24h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。☆	

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程。

筛查试验

A1: WST洼田饮水试验

- 通过饮用30ml水来筛查，**最常用**

改良饮水试验：饮水3ml

- 老年人坐位或半卧位，喝温水，观察饮水过程，记录有无呛咳、饮水时间及饮水次数。

Tip: 早期筛查出高危人群的吞咽困难的问题。筛查只能明确是否存在误吸；对**隐形误吸漏诊率高**；不能对误吸原因进一步判断

分级	判断
I 可一次喝完，无呛咳	正常： I级，5秒内完成
II 分两次以上喝完，无呛咳	可疑： I级，5秒以上完成 II 级
III 能一次喝完，但有呛咳	异常： III、IV、V级
IV 分两次以上喝完，且有呛咳	
V 常常呛咳，难以全部喝完	

筛查试验

A2:半定量咳嗽强度评分 (SCSS)

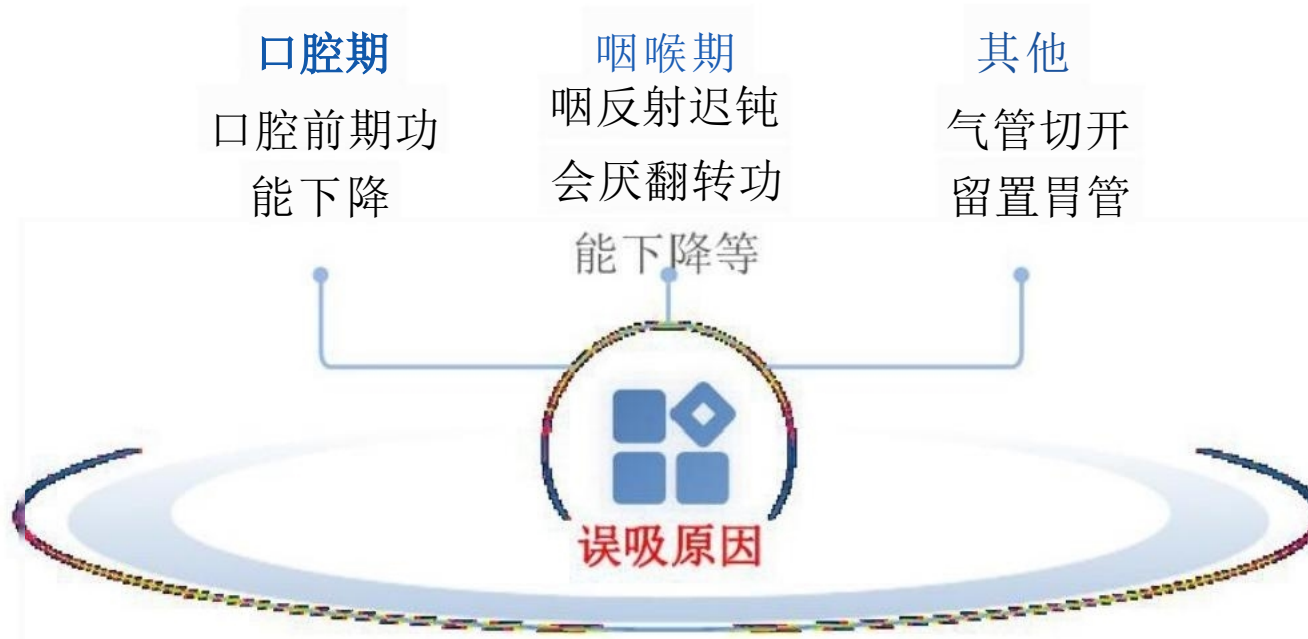
- 是评估者观察老年人的咳嗽强度，并将结果转化为分值进行评估的方法。
- 嘱老人尽可能地多咳嗽，咳嗽强度从弱到强采用0-5分评估。
0-2分为弱，3-5分为强。

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	可清楚听到咳嗽
4分	较强的咳嗽
5分	连续的咳嗽

精准评估

仪器评估：吞咽造影检查 (VFSS)， “最常用”、“金标准”。

优点： 判断误吸的量，明确是否存在隐形误吸，误吸原因判断。



精准评估

VFSS据造影剂是否进入气道、进入气道的深度及是否排出分为3个类别共8个等级。

Rosenbek渗漏/误吸量表		
类别	分级	表现
无渗漏或误吸 渗漏	1	食物未进入气道
	2	食物进入气道，存留在声带以上，并被清除出气道
	3	食物进入气道，存留在声带以上，未被清除出气道
	4	食物进入气道，附着在声带，并被清除出气道
误吸	5	食物进入气道，附着在声带，未被清除出气道进入声带以下
	6	食物进入达气道声带以下，但可被清除出气道或清除入喉部
	7	食物进入达气道声带以下，虽用力亦不能清除气管
	8	食物进入达气道声带以下，无用力清除表现

精准评估

VFSS 据造影剂是否进入气道、进入气道的深度及是否排出分为3个类别共8个等级。

表1 Rosenbek 渗漏 / 误吸量表

类别	分级	表现
无渗漏或 误吸		食物未进入气道
	2	食物进入气道，存留在声带以上，并被清除出气道
	3	食物进入气道，存留在声带以上，未被清除出气道
	4	食物进入气道，附着在声带，并被清除出气道
误吸	5	食物进入气道，附着在声带，未被清除出气道进入声带下
	6	食物进入达气道声带以下，但可被清除气道或清除入喉部
	7	食物进入达气道声带以下，虽用力亦不能清除气管
	8	食物进入达气道声带以下，无用力清除表现



预防措施



Preventive measure

03

01

唇腭障碍母歌源
的预防

02

咳嗽能力诚离等
致误吸的演防

03

胃食管成栋影破
误吸的刻酸

04

口腔问题导敢误
吸的预防

05

不良进食显致
误聪的刻防

06

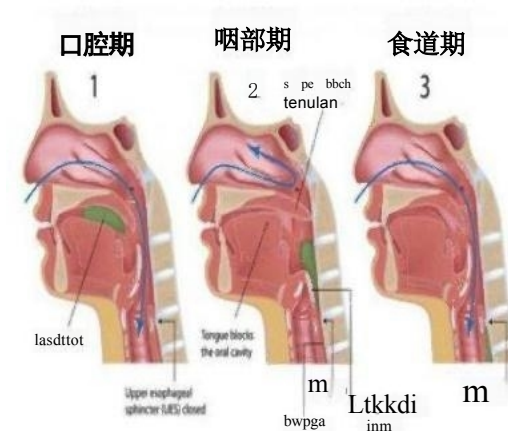
治疗相关因案导
致说联的预防

01 吞咽障碍导致误吸

- ① 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。
- ② 进食过程中采用**吞咽技术与方法**（见下表）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。

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



- ③ 进行改善吞咽功能的日常锻炼，包括练习发声、说话、唱歌等。
- ④ 进行提高吞咽功能的康复训练。

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、能牙、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10min

正常吞咽过程

口准备阶段

- 咀嚼食物形成食团

口自主阶段

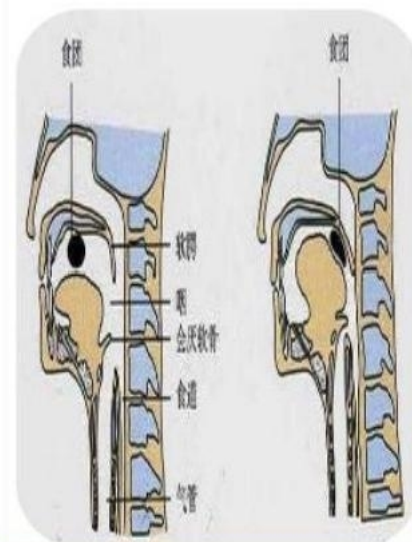
- 可吞咽的食团从口腔前部向口腔后部推送，直至咽部

咽阶段

- 食物通过咽部的过程

食管阶段

- 食物通过食管的过程



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/726103054032010114>