

ICS 11.020
CCS C 05



团 体 标 准

T/CRHA 037—2024

卒中后吞咽障碍患者评估规范

Evaluation criteria for patients with swallowing disorders after stroke

2024-02-20 发布

2024-03-01 实施

中国研究型医院学会 发布

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 缩略语	1
5 基本要求	1
6 吞咽功能筛查和评估	1
7 进食评估	2
8 并发症评估	2
9 康复护理评估	2
10 健康教育评估	2
附录 A（资料性）EAT-10 吞咽筛查量表	3
附录 B（规范性）改良洼田饮水试验	4
附录 C（资料性）容积黏度吞咽测试方法	5
附录 D（资料性）吞咽障碍食物分级表	6
附录 E（资料性）营养风险筛查表	7
参考文献	8

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。

本文件由中国研究型医院学会护理分会提出。

本文件由中国研究型医院学会归口。

本文件起草单位：浙江大学医学院附属第二医院、北京天坛医院、北京宣武医院、中山大学第三医院、中南大学湘雅医院、南京大学医学院附属鼓楼医院、四川省人民医院、青海省人民医院、吉林大学附属第一医院、南昌大学第二附属医院。

本文件主要起草人：兰美娟、陈金花、蔡卫新、常红、李慧娟、陶子荣、陈璐、马青华、张晓霞、颜秀丽、周玉妹、徐双燕、马雅英、杨红燕、汤巧敏、包营晓。

卒中后吞咽障碍患者评估规范

1 范围

本文件规定了卒中后吞咽障碍患者评估的基本要求、吞咽功能筛查和评估、进食评估、并发症评估、康复护理评估及健康教育评估。

本文件适用于各级各类医疗机构的注册护士。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过本文件的规范性引用而成为本文件必不可少的条款。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是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/CRHA 027—2023 卒中患者吞咽障碍护理规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

卒中后吞咽障碍 **post-stroke dysphagia**

因卒中导致大脑皮层、皮层下和脑干功能受损，致使参与进食的吞咽肌肉失去神经控制而出现吞咽困难，特征为口咽吞咽障碍。

3.2

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，根据症状分为显性误吸和隐性误吸。

显性误吸可即刻出现呛咳、气促，而隐性误吸发生当时不出现咳嗽或呼吸窘迫。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

PSD——卒中后吞咽障碍（post-stroke dysphagia）

EAT-10——进食评估问卷调查工具-10 (eating assessment tool-10)

V-VST——容积-黏度吞咽测试（volume-viscosity swallowing test, V-VST）

5 基本要求

5.1 应对所有清醒能配合的卒中患者进行吞咽功能筛查。

5.2 应动态评估卒中患者吞咽功能变化。

5.3 应对 PSD 患者进行进食、并发症、康复及健康教育的评估。

6 吞咽功能筛查和评估

6.1 吞咽功能筛查

6.1.1 清醒能配合的患者，应在进食第一口食物、水、药物前进行吞咽功能筛查。

6.1.2 宜采用 EAT-10（附录 A）筛查。

6.2 吞咽功能评估

6.2.1 宜采用改良洼田饮水试验（附录 B）进行评估。

6.2.2 对 2 级至 5 级患者，宜评估吞咽反射、咳嗽反射及喉上抬能力。

6.2.3 对 3 级患者，可进行容积-黏度吞咽测试(V-VST)评估（附录 C）。

6.2.4 对 4 级、5 级以及意识障碍患者，应评估管饲饮食方式。

6.2.5 病情变化时，应对吞咽功能进行再评估。

7 进食评估

7.1 进食前，应评估患者进食的环境、体位、餐具、饮食种类及食物分级（附录 D）。

7.2 进食中，应评估进食的一口量、食物入口顺畅性、吞咽速度，有无呛咳、湿性发音、呼吸困难、气喘、血氧饱和度下降，是否有食物漏出、外溢及口咽部残留。

7.3 进食后，应评估进食量、进食时长、口腔卫生及胃肠道症状。

8 并发症评估

8.1 误吸

8.1.1 应评估误吸高危因素，包括高龄、脑干病变、意识障碍、长期卧床、使用镇静药物、流涎、反复呕吐。

8.1.2 应评估显性误吸症状，包括呛咳、咳嗽、音质改变、血氧饱和度下降。

8.1.3 应评估隐性误吸症状，包括患者体温、肺部体征及精神状态。

8.2 营养不良

8.2.1 宜采用营养风险筛查表(nutrition risk screening, NRS2002)进行评估（附录 E）。

8.2.2 宜每天评估患者食欲、膳食情况包括摄入营养素及热量。

8.2.3 宜每周评估患者体重指数、血清白蛋白和血红蛋白。

8.3 脱水

8.3.1 应评估患者 24h 出入量，有无口渴、尿少、唇舌干燥、皮肤弹性差、眼窝凹陷、烦躁。

8.3.2 应评估生化指标包括血电解质、尿素氮和肌酐。

9 康复护理评估

9.1 应评估患者吞咽康复配合度。

9.2 应评估患者张口、伸舌、发音及空吞咽能力。

9.3 应评估患者腹式呼吸、缩唇呼吸及有效咳嗽能力。

10 健康教育评估

10.1 应评估患者和/或照顾者对误吸、营养不良表现、食物选择、口腔卫生及吞咽康复方法的知识。

10.2 应评估照顾者喂食前准备、体位安置、合适一口量及速度的喂食照护技能以及发生呛咳或窒息时的应急处理方法。

附录 A
(资料性)
EAT-10 吞咽筛查量表

卒中患者的吞咽筛查宜采用表 1 EAT-10 吞咽筛查量表。

表. 1 EAT-10 吞咽筛查量表

问题	得分				
	0	1	2	3	4
1、我的吞咽问题已经使我的体重减轻					
2、我的吞咽问题已经影响我在外就餐					
3、吞咽液体费力					
4、吞咽固体费力					
5、吞咽药片（丸）费力					
6、吞咽有疼痛					
7、我的吞咽问题影响到我享受食物的快感					
8、我吞咽时有食物卡在喉咙里					
9、我吃东西有时会呛咳					
10、我吞咽时感到紧张					
总分					

A. **说明：**在每一项得分处打√，0 没有，1 轻度，2 中度，3 重度，4 严重。

B. **得分：**最高 40 分。

C. **结果与建议：**如果 EAT-10 总评分 ≥ 3 分，可能在吞咽的效率和安全性方面存在问题。建议做进一步的吞咽检查和治疗。

附录 B
(规范性)
改良洼田饮水试验

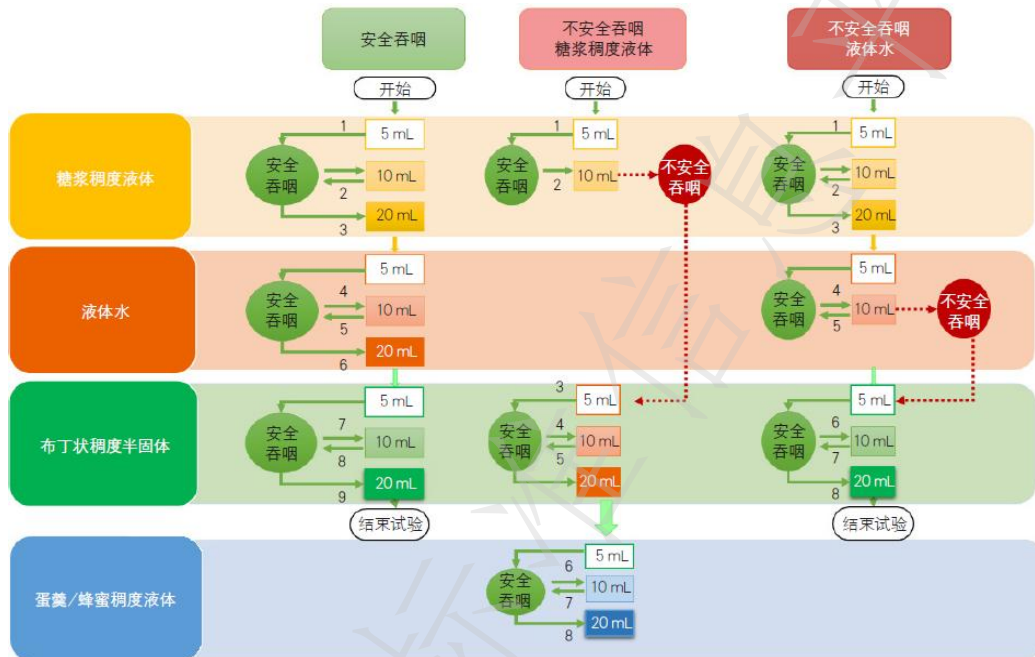
卒中患者的吞咽功能评估分级宜采用改良洼田饮水试验。

<p>检查方法:</p> <p>1. 患者端坐,先试饮:用注射器抽取依次 1ml、3ml、5ml 水放入患者口中,嘱其吞咽,观察有无明显呛咳。如有则无需进入下一阶段,如无则进入下一步测试。</p> <p>2. 喝下 30ml 温开水,观察所需时间和呛咳情况。</p>
1 级(优):能顺利地 1 次将水咽下。
2 级(良):分 2 次以上,能不呛咳地咽下。
3 级(中):能 1 次咽下,但有呛咳。
4 级(可):分 2 次以上咽下,但有呛咳。
5 级(差):频繁呛咳,不能全部咽下。
<p>评定</p>
正常:1 级,5 秒之内。
可疑:1 级,5 秒以上;或 2 级。
异常:3-5 级。

附录 C
(资料性)
容积黏度吞咽测试方法

对 PSD 患者的进一步吞咽功能评估可采用容积-黏度吞咽测试方法。

C.1 V-VST 过程



C.2 V-VST 记录表

不同稠度		糖浆稠度			液体-水			布丁状稠度			蛋羹/蜂蜜稠度		
不同容积		5 mL	10 mL	20 mL	5 mL	10 mL	20 mL	5 mL	10 mL	20 mL	5 mL	10 mL	20 mL
安全性 受损 相关指标	咳嗽												
	音质改变												
	血氧饱和度下降												
有效性 受损 相关指标	唇部闭合												
	口腔残留												
	分次吞咽												
	咽部残留												

C.3 V-VST 结论:

- 1) 不伴安全性/有效性受损: 测试结果为阴性。
- 2) 伴有有效性受损, 不伴安全性受损: 可安全吞咽, 但有效性受损, 这可能危及患者的营养和补水状况。
- 3) 伴有安全性受损(伴/不伴相关有效性问题): 吞咽过程安全性下降提示患者可能已经发生误吸。

附录 D
(资料性)
吞咽障碍食物分级表

PSD 患者进食前对食物性状和质地的评估可采用表 D.1 吞咽障碍食物分级表。

表 D.1 吞咽障碍食物分级表

液体食物分级标准			
食品特点	1 级 低稠型	2 级 中稠型	3 级 高稠型
适用人群	轻度吞咽障碍患者。	开始治疗性经口进食的患者。	重度吞咽障碍患者。
性状描述	入口便在口腔内扩散, 下咽时不需要太大的力量。	在口腔内慢慢扩散, 容易在舌上聚集。	明显感觉到粘稠, 送入咽部需要一定力量。
质地描述	倾斜勺子容易从勺子中以线条状流出。 用“吸”表达最为合适。	使用汤匙舀起并倾斜, 可从勺子中以点滴状流出。 用“喝”这一表达最为合适。	使用汤匙舀起后倾斜勺子呈团块状, 也不会马上流下。 用“吃”表达最为合适。
固体食物分级标准			
食品特点	4 级 细泥型	5 级 细馅型	6 级 软食型
适用人群	不需咀嚼能力, 但需具有运送食物能力, 可经口进食者。	舌与上下腭能压碎食物, 可通过舌运送食物者。	存在误吸风险的吞咽功能及咀嚼功能下降者。
性状描述	均质、光滑、易聚集, 可用汤匙舀起。	有一定形状, 但容易压碎。	质软、不易分散、不易粘连。
特点	经口腔简单操作可以形成食团, 易吞咽, 不易在口咽部残留、误吸。	有一定的内聚性, 容易形成食团, 不会在口腔内大量的离水, 咽腔不易散开。	具有用筷子或汤匙就能切断的软硬度。
所需咀嚼能力	不需要撕咬或咀嚼即可咽下。	舌和上下腭之间可以压碎。	无需牙齿或义齿也能吞咽, 但需具备上下牙床间的挤压和碾压能力。
食物举例	添加食品功能调整剂经过搅拌机搅拌后的各种均质糊状食物。	加入食品功能调整剂搅拌后制成的食品, 如三分粥、五分粥和各种软食。	以软食和流食的食品为主, 如全粥、软饭及搅拌制成的硬度较高的食品。

附录 E
(资料性)
营养风险筛查表

PSD 患者的营养风险评估宜采用表 E.1 营养风险筛查表。

表 E.1 营养风险筛查表 2002

姓名:	性别:	年龄	身高	cm	现体重:	kg	BMI:
疾病诊断:							
住院日期:		手术日期:			测评日期:		
NRS2002 营养风险筛查: 分							
疾病评分:	评分 1 分: 髌骨折 <input type="checkbox"/> 慢性疾病急性发作或有并发症者 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 一般恶性肿瘤患者 <input type="checkbox"/> 肠梗阻、胆石症、腹腔镜手术 <input type="checkbox"/> 评分 2 分: 腹部大手术 <input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> 重度肺炎 <input type="checkbox"/> 血液恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 7d 内将行胸/腹部大手术者 <input type="checkbox"/> 评分 3 分: 颅脑损伤 <input type="checkbox"/> 骨髓移植 <input type="checkbox"/> 大于 APACHE10 分的 ICU 患者 <input type="checkbox"/>						
营养状态:	1、BMI (kg/m^2) <input type="checkbox"/> 小于 18.5 (3 分) 注: 因严重胸腹水、水肿得不到准确 BMI 值时, 用白蛋白替代 (<30g/L, 3 分) 2、体重下降 >5% 是在 <input type="checkbox"/> 3 个月内 (1 分) <input type="checkbox"/> 2 个月内 (2 分) <input type="checkbox"/> 1 个月内 (3 分) 3、一周内进食量: 较从前减少 <input type="checkbox"/> 25%-50% (1 分) <input type="checkbox"/> 50%-75% (2 分) <input type="checkbox"/> 75%-100% (3 分) <input type="checkbox"/> 无或其它 (0 分)						
年龄评分:	年龄 >70 岁 (1 分)						
<p>对于表中没有明确列出诊断的疾病参考以下标准, 依照调查者的理解进行评分。</p> <p>1 分: 慢性疾病患者因出现并发症而住院治疗。病人虚弱但不需卧床。蛋白质需要量略有增加, 但可通过口服补充来弥补。</p> <p>2 分: 患者需要卧床, 如腹部大手术后。蛋白质需要量相应增加, 但大多数人仍可以通过肠外或肠内营养支持得到恢复。</p> <p>3 分: 患者在加强病房中靠机械通气支持。蛋白质需要量增加而且不能被肠外或肠内营养支持所弥补。但是通过肠外或肠内营养支持可使蛋白质分解和氮丢失明显减少。</p>							
<p>总分值 >3 分: 患者处于营养风险, 需要营养支持, 结合临床, 制定营养治疗计划。</p> <p><3 分: 每周复查营养风险筛查。</p>							

参 考 文 献

- [1]王拥军,王少石,赵性泉等.中国卒中吞咽障碍与营养管理手册[J].中国卒中杂志,2019,14(11):1153-1169.
- [2]华锋凯,玉铭,龚献莲等.脑卒中吞咽障碍评估及进食护理研究进展[J]. 护理研究, 2022,36(04): 691-694.
- [3]潘霞.早期吞咽功能评定筛查和分级干预在脑卒中吞咽障碍患者护理中的应用效果评价[J].中国社区医师,2022,38(29):124-126.
- [4]吕孟菊,柳俊杰,李雪琳.吞咽障碍患者饮食管理方案的构建[J].中华护理杂志,2022,57(12):1427-1434.
- [5]四川大学华西循证护理中心,中华护理学会护理管理专业委员会,中华医学会神经外科学分会.中国卒中肠内营养护理指南[J].中国循证医学杂志,2021,21(06):628-641.
- [6]师丽娜,张士变,霍晓冉等.经口进食的脑卒中后吞咽障碍病人误吸预防的最佳证据总结[J].循证护理,2023,9(15):2670-2676.
- [7]中国吞咽障碍膳食营养管理专家共识组. 吞咽障碍膳食营养管理中国专家共识(2019版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019,41(12): 881-888.
- [8] Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia[J]. Eur Stroke J, 2021,6(3): LXXXIX-CXV.
- [9] Teasell R, Salbach N M, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019[J]. Int J Stroke, 2020,15(7): 763-788.
- [10]中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017年版)第一部分评估篇[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017,39(12): 881-892.
- [11] Warner J J, Harrington R A, Sacco R L, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke[J]. Stroke, 2019,50(12): 3331-3332.
- [12]郭园丽,马珂珂,郭丽娜等.脑卒中吞咽障碍患者护理质量评价指标的构建[J].中华护理杂志,2022,57(13):1599-1605.
-