學術專論

臥床病人的吞嚥評估、IDDSI飲食分級調整與照護者訓練

台北榮總家庭醫學部 盧廷碩 曾于庭 林明慧

臥床與吞嚥障礙的人口學

隨著人口高齡化，臺灣臥床失能人口持續攀升。根據衛福部統計與長照需求推估，國內長期臥床人數約落在10至20萬之間[a]，而進食需人協助者也約在20萬左右[b]。在這群高脆弱族群中，「吞嚥障礙」是極為普遍卻常被低估的隱形殺手。研究顯示，一般社區長者的吞嚥障礙盛行率大約落在10-30%左右[1]，而臺灣長照機構中，吞嚥障礙的盛行率約有51%；在腦中風、阿茲海默症或巴金森氏症等神經系統疾病人者中，受影響比例甚至可達六至八成。

這些高風險族群，包括長期臥床的衰弱長者、神經退化疾病病人、癌症末期或肌少症導致吞嚥肌群無力者，廣泛分布於急性病房、安寧病房、慢性呼吸照護病房及長照機構與居家環境中。對於這類患者，吞嚥功能的好壞直接決定了預後表現與生活品質。

健康風險與照顧負擔

吞嚥障礙對患者的生理健康具有連鎖反應。首先，它是導致營養不良(Malnutrition)與脫水(Dehydration)的核心風險因子。研究顯示，腦中風合併吞嚥障礙者較未合併吞嚥障礙者，有顯著較高的營養不良及脫水發生率[2]。長期的營養不足會加速體重下降與肌少症，進而陷入衰弱與失能的惡性循環。其次，最具威脅性的併發症莫過於吸入性肺炎(Aspiration pneumonia)這是最嚴重的併發症之一。中風合併吞嚥障礙者相較於無障礙者，其吸入性肺炎之風險勝算比為3.99[3]。除了肺炎，吞嚥障礙者發生泌尿道感染的風險也較高，這通常與患者整體的衰弱狀態、失智症及脫水問題相互影響。研究指出，腦中風合併吞嚥障礙者的5年死亡率是無障礙者的1.84倍。在住院期間，有吞嚥障礙者的死亡率甚至可能高出13倍[4]。

此外，吞嚥問題亦大幅增加了醫療資源的負擔。除了患有吞嚥障礙的病人平均住院天數會延長約3.8天[5]，且出院後一個月內的再入院率高出一般人4倍[6]。這不僅提升了轉入長期照護機構的可能性，更顯著拉高了整體的醫療與照顧成本。

除了生理損害，進食功能的缺損更直接侵蝕了患者的生活尊嚴。當進食從愉悅的感官享

---

[a] 臥床病人的數量並沒有嚴格的統計，不過大概可以用失能人口中重度照護依賴的比率來推算。長照失能分級從1到8，其中第7跟第8級為重度失能。根據衛服部發表的統計，民國111年接受長照2.0服務的族群中，失能等級7占9.43%，失能等級8占11.54%。而2025年長照推估需求人數是95.4萬。失能等級7和8加起來大約是20萬，而單算失能等級8則有11萬。推估起來臥床人數大約就落在10-20萬之間。另一種估算方式是衛福部老人狀況調查 裡面ADL需要幫助的比率來計算。55-64歲總人數349萬ADL完全需要他人協助占0.38%約1.3萬。65歲以上總人數404萬ADL完全需要他人協助3.54%約14.3萬。兩者相加約15.6萬。所以按上述方式可推估臥床人數大約在10-20萬之間。

[b] 根據衛福部老人狀況調查，55-64歲349萬人中，吃飯需人協助佔0.46%，約1.6萬；65歲以上404萬人中，吃飯需人協助佔4.65%，約18.7萬。加起來約20.3萬。

受變成一種恐懼或負擔時，患者常因擔心嗆咳或進食姿態而產生社會孤立感、焦慮與沮喪，導致生活品質(Quality of Life)顯著惡化。同時，照顧者在面對反覆感染的威脅與餵食難題時，亦承擔著巨大的心理負擔。

吞嚥困難之臨床警訊

早期辨識是預防併發症的有效手段，而吞嚥困難(Dysphagia)的臨床警訊可以從進食表現、口腔功能、聲音與呼吸變化以及全身健康狀況四個面向來觀察。當長者或病人出現以下症狀時，應高度懷疑其具有吞嚥功能退化的風險：

1. 進食過程中的異常表現：進食中或進食前後出現咳嗽、嗆咳，或者頻繁地清喉嚨；一口食物需要反覆吞嚥三至四次以上才能吞乾淨；食物放入口中後，需要花很長時間才開始進行吞嚥動作；出現拒食、挑食（避開特定質地），或在進食時顯得疲累。
2. 口腔與感官功能的警訊：口腔內食物殘留、用餐中口水從嘴邊流出、進食中食物從口中掉出、吞嚥時食物從鼻子流出。
3. 聲音與呼吸的變化：進食或喝水後，發聲出現類似咕嚕聲、濕囉音、沙啞或斷啞的濕囉音(Wet voice)；用餐中或餐後感覺呼吸短促、呼吸困難。
4. 全身性健康狀況的惡化：體重減輕、發燒與感染、主觀異物感（喉嚨或胸口有食物卡住的感覺）。

吞嚥障礙的多重成因

吞嚥功能的受損往往不是單一因素所致，而是多重機轉交織的結果。我們可以將其成因歸納為生理老化、神經疾病、結構異常、肌肉流失及醫源性因素等五類：

首先，生理老化引起的高齡吞嚥障礙(Presbyphagia)是長者最常見的基礎誘因。隨年齡增長，牙齒脫落或鬆動會直接削弱咀嚼效能；同時，唾液腺萎縮導致分泌減少，使得口腔黏膜乾燥，嚴重阻礙食團(bolus)的形成與輸送。而高齡者的口腔與咽部感官敏銳度下降，也會延緩吞嚥反射的啟動，增加誤吸的風險。

其次，神經性疾病是導致急性或慢性吞嚥障礙的核心病理因素。其中，腦中風最為普遍，其盛行率高達37–78%[7]。此外，神經退化性疾病（如巴金森氏症、阿茲海默症及各類失智症）以及神經肌肉疾患（如肌萎縮性脊髓側索硬化症、多發性硬化症），會因神經傳導受阻或認知功能退化，導致吞嚥動作的協調性瓦解。

第三，結構與機械性因素。頭頸癌患者常因腫瘤壓迫，或因放化療引發的黏膜纖維化，導致吞嚥通道受限。此外，如胃食道逆流導致的狹窄、食道憩室、食道癌、與甲狀腺腫大產生的外部物理壓迫，皆可能造成食道動力障礙或結構性阻塞。

第四，肌少症(Sarcopenia)的影響日益受到重視。全身性的肌肉流失不僅反映在四肢，同樣會影響咀嚼肌與吞嚥肌群的力量與協調性[8]。

當患者缺乏足夠的力量推動食團時，便會出現咽部殘留或進食疲勞的現象。

最後，醫源性因素。長期氣管插管或氣切管的放置，可能損傷喉部黏膜或導致感覺功能喪失。同時，藥物副作用也是不可忽略：某些抗精神病藥物可能引發運動障礙，鴉片類藥物會抑制食道蠕動，而具有抗膽鹼作用的藥物則會加劇口乾症狀，進一步惡化吞嚥環境。

綜上所述，理解吞嚥障礙的多重成因，能幫助臨床人員更精準地找出病灶，並為臥床病人制定個人化的照護策略。

吞嚥評估

初步評估

對於懷疑有吞嚥障礙的患者，初步須了解病史與整體狀態：近期是否有肺炎或反覆下呼吸道感染、是否曾因嗆咳而停止進食、是否曾插管或氣切、吞嚥困難出現的時間點與變化、是否合併胃食道逆流或反覆嘔吐等情形。同時確認其意識狀態與認知功能，包括是否能清醒配合、能否聽懂簡單指令、能否維持坐姿或至少半坐臥。並檢視口腔狀態，如口乾、分泌物、牙齒與假牙狀況等都可能影響吞嚥。

接著可進一步詢問吞嚥障礙的症狀，以辨別口咽吞嚥障礙與食道吞嚥障礙。口咽吞嚥障礙常見於高齡長者，特別是衰弱、肌少症患者；神經系統性疾病如腦中風、巴金森氏症或失智症患者；此外也見於頭頸癌患者。這一類吞嚥障礙患者通常能指出不適感位於喉嚨或頸部，主要表現為難以啟動吞嚥動作，常伴隨嗆咳、噎到、流涎、鼻腔逆流或說話出現濕囉音，症狀通常在吞嚥後立即發生，且對於液體的吞嚥困難可能更為明顯。此類吞嚥障礙有較高吸入性肺炎、營養不良及脫水風險，常因反覆住院及失能而需長期仰賴長照機構。食道吞嚥障礙較可見於胃食道逆流、嗜酸性食道炎、藥物性食道炎(pill esophagitis)、服用藥物導致腸胃蠕動減低者、食道癌、食道憩室(Zenker diverticulum)或食道遲失緩症(achalasia)患者。其食物卡住的位置常在頸部以下，特別是胸骨後方，可能伴隨胸痛、心口灼熱、食物反流或口臭。症狀通常在吞嚥後數秒至數分鐘才出現。若是機械性阻塞通常先對固體食物感到困難；若是動力障礙（如失緩症），則固體與液體皆會感到困難。即使在臥床病人族群，口咽吞嚥障礙占大多數，然而辨別口咽吞嚥障礙與食道吞嚥障礙，可相應地幫助擬定後續的介入策略。

問卷評估工具

1. 進食評估問卷調查工具(Eating Assessment Tool-10, EAT-10)

   由Belafsky等人於2008年開發[9]，已翻譯成多國語言，由於簡單快速為臨床上與社區中最廣泛使用的自我評估量表。由10個問題組成，每個問題根據嚴重程度分為0（沒有問題）至4（嚴重問題）分，總分最高為40分，通常以總分達3分以上為篩檢異常的門檻。EAT-10分數與經由影像學檢查所觀察到的咽部殘留、喉前庭滲入(penetration)與誤吸現象具有良好相關性。

患者所有的症狀可在3分鐘內評估完成，且評估者不需經過專業訓練，是十分簡便的一份量表。

2. 聖隸式吞嚥問卷(Seirei Dysphagia Questionnaire)及其簡化版本Swallow-10

聖隸式吞嚥問卷(Seirei Dysphagia Questionnaire)較EAT-10更早，由日本的復健科醫師Okuma等人開發[10]，共有15個題目，涵蓋了吞嚥的三個主要階段以及全身性風險指標。每一個問題分為A（嚴重/經常發生）、B（輕微/有時發生）及C（沒有發生），計分若有任何一題選A即為重度風險，若兩題以上選B為中度風險，其餘則為輕度風險。

其後為照顧到認知功能受損的失智族群而衍生出其簡化版本Swallow-10[11]，省去較為主觀的五項題目，10題可全部由照顧者來回答評估。評分方式回答A（嚴重/經常發生）計4分，B（輕微/有時發生）計1分，C（沒有發生）計0分。總分達5分以上為異常。研究顯示也有不錯的敏感性與特異性。

3. 雪梨吞嚥問卷(Sydney Swallow Questionnaire)

由Wallace等人開發[12]，共17題由患者自評，主要用來評估吞嚥障礙的嚴重程度、對身體及生活個面向的影響程度。

4. 最後，有研究指出[13]，簡單詢問一句「你的吞嚥狀況如何？」其篩檢效果有時與較長的問卷工具一樣有效，能啟動進一步的臨床評估。

床邊評估工具

在從事以下的測試前，務必確定病人的生命徵象、意識清楚可遵從指令、口腔無分泌物。測試中若出現明顯嗆咳/喘、反覆清喉嚨無法清除，應立即停止。測試後務必觀察5–10分鐘，確認是否出現濕聲、呼吸改變、咳嗽加劇。

1. 重複唾液吞嚥試驗(Repetitive Saliva Swallowing Test, RSST)

最初階的篩檢，簡易的吞嚥測試，於30秒內吞嚥唾液三次即為過關，吞嚥次數的計算要以喉上抬為準。

2. 改良式喝水試驗(Modified Water Swallowing Test, MWST)

由日本的吞嚥照護系統所開發[14]。將3-4ml冷水以空針筒注入受試者的口腔底部，讓患者吞嚥並進行評分。1分為沒有吞嚥並出現嗆咳和/或呼吸變化，2分為有吞嚥但發生呼吸變化，3分為有吞嚥但出現嗆咳或濕囉音，4分為有吞嚥且無嗆咳、呼吸變化與濕囉音，5分為4分的狀況且能在30秒內繼續進行兩次吞嚥。若沒有吞嚥、吐出食物或是沒有反應則為無法計分。一般來說會進行三次重複的測驗，並以分數最低的一次做為評分結果。評估過程中，可以漸次將液體的濃稠程度由濃稠調整至稀釋。藉由觀察吞嚥後的反應決定吞嚥障礙的程度。

護理師Nishimura等人[15]結合RSST、MWST 與食物吞嚥測試建立吞嚥障礙嚴重等級 (Dysphagia Severity Scale, DSS)[16]的評

分系統（表一），將吞嚥障礙分為七個等級並給予相對應的飲食照護建議。此一評分系統是為了在無法提供影像學檢查的照護情境，諸如居家護理與長照機構中，仍能進行準確的吞嚥評估並提供照護建議而開發，因其實用性，在臺灣也被廣泛應用。

3. Gugging Swallowing Screen(GUSS)

由澳洲的神經內科系統開發[17]，常用於急性腦中風患者的床邊吞嚥篩檢工具。分為兩階段，第一階段是初步評估，觀察意識狀態、自主咳嗽、吞口水能力、是否出現流涎以及聲音改變，一個項目一分，滿分五分則可以進行第二階段。第二階段是直接吞嚥試驗，患者會接受三種質地食物的吞嚥測試：半固體、液體及固體，並評估是否出現吞嚥延遲、嗆咳、流涎、濕囉音，每個項目達滿分才可以進行下一種質地的測試。總分為20分，並依據0-9、10-14、15-19、20分，區分為四個等級給予不同的飲食建議。此一評分系統十分完整，在急性腦中風以外的照護場域以及許多吞嚥障礙的研究中常被使用。在臺灣也找得到由王秋鈴、李念白翻譯，並驗證過其信效度之繁體中文版本(Gugging Swallowing Screen-Taiwan version, GUSS-T)[18]。

轉介影像學檢查

對於床邊篩檢未通過或具有高風險特徵的病人，videofluoroscopic swallowing

表一　嚥障礙嚴重等級(Dysphagia Severity Scale, DSS)

DSS 等級	定義	飲食與治療建議
7 正常範圍(Within normal limits)	無吞嚥障礙症狀。	普通飲食。
6 極輕微問題(Minimum problems)	有些微吞嚥障礙症狀，但不需要復健或運動訓練。	軟飯與軟質食物。必要時進行直接治療。
5 口腔期問題(Oral problems)	在進食前期(pre-oral)或口腔期有顯著症狀，但無誤吸現象。	軟飯、軟質食物或糊狀食物。可在醫院或居家進行直接治療。
4 偶發性誤吸(Occasional aspiration)	可能有誤吸現象，或因咽部殘留而懷疑有誤吸。	吞嚥障礙飲食、普通飲食或使用間歇性口腔置管。可在醫院或居家進行直接治療。
3 水分誤吸(Water aspiration)	對稀薄液體產生誤吸；改變食物稠度（質地）有效。	吞嚥障礙飲食、濃稠液體或使用間歇性口腔置管。可在醫院或居家進行直接治療。
2 食物誤吸(Food aspiration)	食物誤吸，且代償技巧或改變食物稠度皆無效。	管灌飲食或胃造廔。於專業醫療機構進行直接治療。
1 唾液誤吸(Saliva aspiration)	因嚴重的唾液誤吸導致醫療狀況不穩定。	管灌飲食或胃造廔。難以進行直接治療。

study(VFSS)與 fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing(FEES)被視為評估誤吸風險及其潛在生理機轉缺損的黃金標準。除了VFSS與FEES，超音波檢查正逐漸成為一種非侵入性、可攜式的輔助工具，可用於評估與吞嚥相關的肌肉及氣道結構，特別有助於診斷高齡者或重症病人中的肌少症性吞嚥障礙。在臨床上，常見轉介理由包括：反覆肺炎但床邊評估無明顯嗆咳、懷疑特定體位或稠度才會吸入、需評估咽部殘留與清除能力、或需評估復健策略是否有效。對長照或居家病人，儀器檢查資源可能受限，此時更需要以標準化床邊評估、嚴謹的停止規則與持續監測來降低風險。

追蹤與再評估

吞嚥狀態可能因感染、藥物、疲勞、睡眠、疼痛、情緒與疾病進展而改變。若出現嗆咳次數增加、用餐時間變長、食量下降、近期發燒或肺炎、體重下降、尿量減少、照護者更換或場域轉換（出院回家、入住機構）等情形，則應重新評估。臥床病人的吞嚥照護若沒有追蹤，就容易在「當時可行」的方案下持續使用，忽略病情惡化或改善帶來的需要調整。

國際吞嚥障礙飲食標準指引(International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, IDDSI)

發展緣起

過去，各地隨著照護的需求而發展出了不同的飲食質地檢測與分級方式，如美國的國家吞嚥障礙飲食(National Dysphagia Diet:Standardization for Optimal Care, NDD)和日本的以精密儀器去檢測食物的嚥下調整食學會分類2013(The Japanese Society of Dysphagia Rehabilitation 2013, JSDR 2013)，卻未能有一個可互通、有明確定義、且能夠簡易又準確地檢測的方式。IDDSI於2013年由一群來自不同專業的國際志願者小組（包括語言治療師、營養師、食品科學家等）成立，旨在為全球不同年齡層、照護場域及文化的吞嚥障礙患者，建立一套統一的術語和定義，解決過去各國對於「糊狀」或「濃稠度」描述不一的問題，從而提升患者的安全，並促進溝通與研究。這套框架於2017年發布[19]，並在2019年更新，目前已成為全球臨床及長照場域的重要規範。

標準檢測方法

IDDSI發展出一套簡易且客觀的檢測方法，讓醫療人員或照護者無需昂貴儀器即可執行。

針對第0-3級的飲品與液體，主要使用「針筒流動測試(Flow Test)」。此測試使用特定的10毫升滑鎖針筒，測試時需除去針筒活塞，用手指抵住漏嘴注入10毫升液體，移除手指讓液體流動10秒後立即按住，觀察針筒內殘留的樣本量來判定等級。測試使用的標準針筒刻度0至10毫升之間的長度必須剛好為61.5毫米，部分標註為10毫升但實際容量達12毫升的針筒，會導致流速量測結果不準確，因此測試前務必檢查長度是否符合61.5毫米的規範。

針對第3-6級的食物，則採用「餐叉滴漏測試」、「湯匙傾側測試」、「餐叉壓力測

試」，以及替代性的「湯匙壓力測試」。

餐叉滴漏測試主要用於區分第3級（流質）與第4級（糊狀）食物，其測試方法為將樣本放在餐叉上，第3級的食物會緩慢流過或滴下餐叉縫隙，而第4級食物能堆疊在餐叉上並保持形狀，雖然少量食物可能從縫隙流出形成「尾巴」狀，但不會持續流下或滴落。

湯匙側傾測試主要用於評估第4級食物的黏稠度與凝結力，確保食糰不會過於濕粘而殘留在喉嚨。

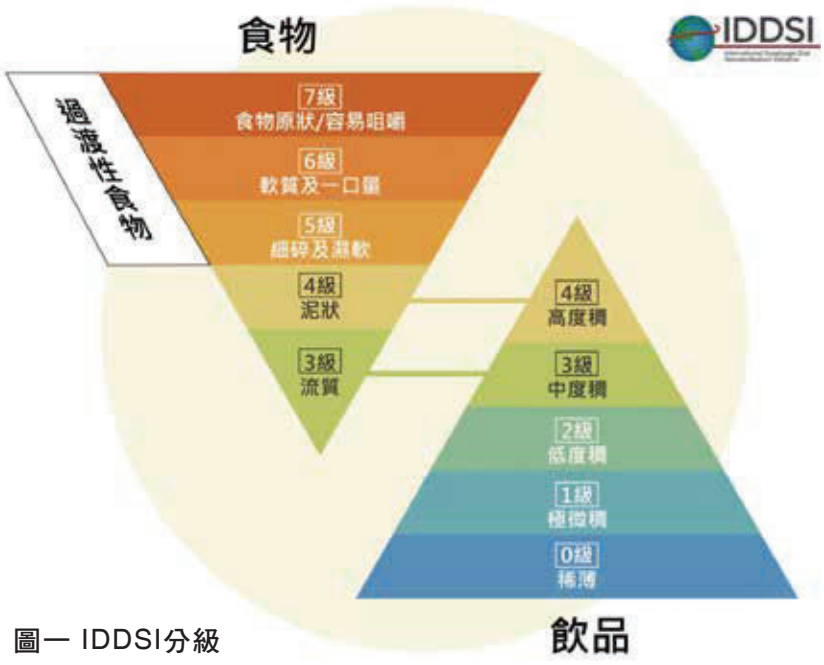
餐叉壓力測試用於評估第5級（細碎及濕軟）以上的食物以及過渡性食物的硬度。測試方法為將餐叉按壓在食物樣本上，拇指放在餐叉凹陷處用力向下壓，直到拇指指甲明顯發白，此時施加的壓力約為17千帕，相當於正常吞嚥時舌頭產生的壓力。第5級的食物會被輕易分開，第6級（軟質及一口量）食物受壓後應會被壓扁及改變形狀，且當餐叉移開後，食物不會恢復原狀。湯匙壓力測試是餐叉壓力測試的替代作法，由於世界上部分地區並不習慣使用餐叉，IDDSI規定可以用湯匙底部來替代餐叉進行壓力測試。

餐叉需使用標準金屬餐叉，其齒縫間的距離約為4毫米，這剛好是第5級（細碎及濕軟）食物顆粒的上限標準（模擬成人咀嚼後的顆粒大小），而標準餐叉前端尖端處的總寬度約為15毫米，這符合第6級（軟質及一口量）食物的最大顆粒尺寸，以確保食物體積小於平均成人氣管直徑，降低窒息風險。

今依據 IDDSI 標準將的食物各分級整理如圖一及表二。

過渡性食物(Transitional Foods)

IDDSI引入過渡性食物的概念：原本是堅實固體，但在改變溫度或加入水分/唾液後，便可以用舌頭弄碎這些食物，可用於咀嚼技巧的發展訓練或復康治療（例如：訓練兒童及發育障礙人士學習咀嚼；或用於中風後的咀嚼功能復康訓練）。測試方式為取拇指指甲大小的食物樣本（1.5厘米x1.5厘米），加入1毫升的水並等候一分鐘再進行餐叉壓力測試，可壓扁散開，當餐叉移開後，不能回復原有型態。食物舉例如冰塊、雪糕、威化餅、米餅等。



圖一 IDDSI分級

表二 IDDSI分級簡表（整理自完整IDDSI框架及詳細定義2.0）

等級	質地與特色	檢測判定標準
Level 0 稀薄	如水般的流動性，可透過吸管飲用。	針筒測試：10秒後完全流光
Level 1 極微稠	比水稍微稠一點，用於嬰兒或口部協調較差者。	針筒測試：10秒後殘留1-4毫升
Level 2 低度稠	有流動性，傾倒時會滴落，透過吸管飲用需稍用力。用於舌頭控制稍弱的人。	針筒測試：10秒後殘留4-8毫升
Level 3 中度稠/流質	可用杯子飲用或用匙羹吃；餐叉上無法成堆，會流過縫隙。質地順滑，沒有「顆粒」（如團塊、纖維、硬殼、種子或果實的外殼/皮、軟骨或碎骨）。	針筒測試：殘留>8毫升 餐叉滴漏：呈團狀緩慢滴下 湯匙傾側：傾斜時會輕易流出，不會黏附湯匙
Level 4 高度稠/糊狀	無流動性，不需咀嚼。樣本能堆疊在餐叉上，維持形狀。適用於咀嚼及吞嚥時有疼痛感的人。	餐叉滴漏：在餐叉上可堆成形，不會持續流下或滴落 湯匙傾側：整團滑落，不黏匙
Level 5 細碎及濕軟	質地濕潤，食物顆粒極小（成人4-15mm / 兒童2-8mm），不須咬合，僅靠舌頭力量就能分散此質地食物中的細軟顆粒。	餐叉壓力：食物會輕易被分開，並且穿過餐叉縫隙 餐叉滴漏：能堆立成形或堆在餐叉上 湯匙傾側：輕易滑落，並且只會在匙羹留下極少量食物殘留
Level 6 軟質及一口量	柔軟濕潤的固體塊狀，成人不大於1.5cm/兒童不大於8mm，不需用餐刀切開，但吞嚥前需要咀嚼。	餐叉壓力：以餐叉側面即可將食物切斷，按壓後不會恢復原狀 湯匙壓力：以湯匙側面即可將食物切斷，按壓後不會恢復原狀
Level 7 EC容易咀嚼*	沒有限制食物大小及質地，可包括混和質地的食物或液體。需要兼備咬合、咀嚼軟類食物的能力與口肌耐力。	餐叉壓力：以餐叉側面即可將食物切斷，按壓後不會恢復原狀 湯匙壓力：以湯匙側面即可將食物切斷，按壓後不會恢復原狀
Level 7 食物原狀	一般食物，質地無限制，包含各種軟硬度與混合質地。口腔的協調能力需能夠安全地吐出不能吞嚥的骨頭或軟骨。	不適用
* level 7 EC(easy to chew)是2019年發布的2.0版本加入的項目。		

分級飲食仍須留意之風險

使用IDDSI分級照護吞嚥障礙患者時，須特別留意「混合質地」與「看起來糊狀，但其實會離水/結塊」的高風險食物，例如稀飯配湯、果粒/纖維、帶皮果肉、乾鬆碎屑（餅乾）、黏性年糕、海帶芽等食物。另外於添加增稠粉時，須避免因不同液體（牛奶/果汁/湯）之增稠表現不同、攪拌不足而形成粉團，增加嗆咳風險。

除此之外，還須留意總熱量與蛋白質是否攝取充足，特別是在使用等級較低食物的長者。對於臥床的長者，建議每日熱量攝取仍應有每公斤25大卡，蛋白質則是每公斤1公克[20]。並以「最小必要限制」為原則：在可接受的安全範圍內，盡量維持病人可享受與可持續的質地；同時以營養補充策略（例如高能量點心、分次補充、必要時管灌）來避免營養不良。患者的吞嚥能力會隨病況（如中風恢復期或失智症惡化）、疲勞程度或藥物副作用而變動，因此需定期評估與動態調整，以符合當下的吞嚥狀況並提供最適的營養供給。

照護者訓練

核心能力

訓練吞嚥障礙患者的照顧者是一項跨專業的長期任務，應涵蓋風險辨識、食物製備、進食技巧及衛生管理四大範疇。

首先是風險辨識。照護者應學會觀察進食過程中的異常徵兆，例如每一口食物是否需反覆吞嚥三至四次才能清空、食物入口後是否遲遲未啟動吞嚥，或是有殘留於口腔、流出嘴邊的現象。此外也必須警覺呼吸與聲音的變化，如進食中的嗆咳、頻繁清喉嚨，或是餐後出現沙啞或帶有咕嚕聲的「濕囉音」。此外，若患者出現不明原因的反覆發燒或上呼吸道感染，亦是應該要進行吞嚥評估的明確警訊。

其次，在食物製備方面，照護者需掌握質地調整的技巧，包括挑選軟嫩部位、透過長時間燉煮或打泥來改善質地、正確使用增稠劑。照護者必須具備操作IDDSI分級測試的能力，能運用針筒流動測試、餐叉壓力測試及湯匙傾側測試，這樣一來分級作為溝通橋梁的意義才能落實在照護中。

在進食操作上，應能了解並應用各項代償技巧。患者應維持坐立90度的挺直姿勢進食，照護者需使用小湯匙採取小份量餵食，並配合患者控制進食速度。針對特定功能的缺損，可引導患者採取「下巴下壓」(Chin-tuck)或頭部轉向患側的技巧，以物理性原理減少誤吸風險。每一口吞嚥完成後，應鼓勵患者清喉嚨或咳嗽一次以清潔氣道；餐後則須保持直立坐姿至少30分鐘，預防食物逆流。特別需注意的是，吸管會造成液體流速過快或一次吸進超過所能吞嚥的量而引發嗆咳，臨床上並不建議吞嚥障礙患者使用吸管。

最後，衛生管理是預防併發症的關鍵。維持口腔清潔能減少口腔病原菌，為一經濟有效的預防吸入性肺炎之方法。

教學與回饋

訓練過程中最重要的是示範與回覆示範

(teach-back)。先由專業者講解並示範，再由照護者實際操作並給予回饋。可追蹤嗆咳事件頻率、疑似吸入性肺炎就醫次數、體重、尿量等指標作為再評估與訓練需求之訊號。

結論

總結而言，臥床病人的吞嚥障礙並非單一症狀，而是牽動感染風險、營養狀態、住院預後、死亡率與生活品質的關鍵議題。要落實優質的吞嚥照護，標準化與動態評估是兩大核心：

- 標準化：透過IDDSI的測試與分級，為患者提供最客觀也符合需求的食物質地，讓照護者與專業者溝通無礙。在確保安全的同時，依循「最小必要限制」原則維護營養攝取與進食樂趣。
- 動態評估：留意嗆咳、濕囉音等警訊，結合專業床邊評估工具（如MWST或GUSS），並根據患者病情變化或疲勞程度進行定期再評估。

同時，照護者的實務訓練與持續追蹤更是成敗關鍵。唯有跨專業合作、動態評估與教育並行，方能真正降低吸入性肺炎與失能惡化風險，提升臥床病人的整體照護品質與尊嚴。

參考文獻

1. S Thiyagalingam, AE Kulinski, B Thorsteinsdottir, et al: Dysphagia in Older Adults. Mayo Clin Proc 2021; 96(2): 488-97.
2. MA Crary, JL Humphrey, G Carnaby-Mann, et al: Dysphagia, nutrition, and hydration in ischemic stroke patients at admission and discharge from acute care. Dysphagia 2013 Mar; 28(1): 69-76.
3. E Brogan, C Langdon, K Brookes, et al: Can't swallow, can't transfer, can't toilet: factors predicting infections in the first week post stroke. J Clin Neurosci 2015 Jan; 22(1): 92-7.
4. KW Altman, GP Yu, SD Schaefer：Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2010; 136(8): 784–9.
5. B Lee, MH Jang, YB Shin, et al: A Pilot Study of a Modified Swallowing Screening Tool for Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit. Dysphagia 2025; 40: 861-8.
6. PP Zhang, Y Yuan, DZ Lu, et al: Diagnostic Accuracy of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) in Screening Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dysphagia 2023; 38: 145–58.
7. R Wirth, R Dziewas, A M Beck, et al: Oropharyngeal dysphagia in older persons-from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. Clin Interv Aging 2016 Feb 23; 11: 189-208.
8. JM Wilkinson, DC Codipilly, RP Wilfahrt:

Dysphagia Evaluation and Collaborative Management. Am Fam Physician 2021; 103(12): 738-46.

9. PC Belafsky, DA Mouadeb, CJ Rees, et al: Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008; 117(12): 919–24.
10. R Okuma, I Fujishima, C Kojima, et al: Development of a questionnaire to screen dysphagia. Jpn J Dysphagia Rehabil 6: 3-8, 2002.
11. M Nakano, C Shinohara, H Nakae, et al: A revised version of the Seirei Swallowing Questionnaire for people with cognitive decline (Swallow-10). J Med Invest 2023; 70(1.2): 231-5.
12. KL Wallace, S Middleton, IJ Cook：Development and validation of a self-report symptom inventory to assess the severity of oral-pharyngeal dysphagia. Gastroenterology 2000 Apr; 118(4): 678-87.
13. BJ Heijnen, R Speyer, M Bülow, et al： 'What about swallowing?' Diagnostic performance of daily clinical practice compared with the Eating Assessment Tool-10. Dysphagia. 2016;31(2): 214-22.
14. Kamakura Y. Team approach —Certified nurse of dysphagia nursing and its role—. MB Med Reha 2011; 136: 73-7. Japanese.
15. Kazuko Nishimura, Hitoshi Kagaya, Seiko Shibata, et al: Accuracy of Dysphagia Severity Scale rating without using videoendoscopic evaluation of swallowing. Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science 6；2016: 124-8.
16. Baba M, Saitoh E. Indication of dysphagia rehabilitation. Rinsho Reha 2000; 9: 857-63. Japanese.
17. M Trapl, P Enderle, M Nowotny, et al: Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke 2007 Nov; 38(11): 2948-52.
18. 李念白：臺灣版古金吞嚥篩檢量表之信度、效度及篩檢準確度研究。碩士論文，臺北市立大學特殊教育學系碩士班語言治療組，2025。
19. JA Cichero, P Lam, C Steele, et al: Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. Dysphagia 2017; 32(2): 293–314.
20. AJ Cruz-Jentoft, D Volkert: Malnutrition in Older Adults. N Engl J Med 2025; 392(22): 2244-55.