

中华护理学会团体标准

T/CNAS 16—2020

认知障碍患者进食问题评估与处理

Assessment and management of eating problems in patients with dementia

2021-02-01 发布

2021-05-01 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：北京大学护理学院、首都医科大学宣武医院、四川大学华西医院、复旦大学附属华东医院、中国医科大学附属第一医院、北京协和医院、北京大学第一医院、北京医院、上海市长宁区精神卫生中心、北京回龙观医院、天津市第一中心医院、北京大学人民医院、北京市第六医院、浙江大学医学院附属第一医院、中日友好医院、北京老年医院、深圳市康宁医院、河南省人民医院。

本文件主要起草人：王志稳、杨莘、胡秀英、程云、王爱平、郭欣颖、李立玉、张建华、沈妙莉、李菲菲、秦延京、王申、贾春玲、张妍、张华芳、乔雨晨、王敏、邓宝凤、王永军、张俊梅、吴惠人。

认知障碍患者进食问题评估与处理

1 范围

本文件规定了认知障碍患者进食问题评估与处理的基本要求、进食问题的评估及处理。
本文件适用于各级各类医疗机构、养老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。

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

认知障碍 cognitive impairment

与学习、记忆、语言、思维、判断等有关的大脑高级智能加工过程出现异常，从而引起学习、记忆障碍，同时伴有失语或失用或失认或失行等改变的病理过程。包括轻度认知障碍和痴呆。

3.2

进食问题 feeding problems

影响进食过程的异常情况，包括自主进食能力下降的问题、引发安全风险的问题、导致营养失衡的问题。

4 基本要求

- 4.1 应通过评估，识别出需处理的进食问题，与医生、营养师及家属沟通，共同制订措施。
- 4.2 应在评估的基础上，针对进食问题的类型及原因制订个性化措施，并动态调整。
- 4.3 应优先采取维持自主进食的策略，避免过度照护、忽略或限制饮食。
- 4.4 应指导照护者预防、识别和应急处理进食问题的安全风险。

5 进食问题的评估

5.1 识别出需处理的进食问题

应在入院时及入院后1周内，通过询问照护者，识别出患者近1周现存需处理的进食问题（见附录

A)。

5.2 动态评估进食问题的变化

应每周评估进食问题的变化，测量并记录体重。若2周内体重变化>5%或1个月内>20%，应告知医生。

6 进食问题的处理

6.1 处理身心问题

6.1.1 应与医生沟通，识别导致进食问题的身心问题，如躯体疾病、疼痛、口渴/饥饿感丧失、牙齿缺失/义齿安装不当、抑郁、幻觉、被害妄想。

6.1.2 应针对识别出的身心问题，配合医生进行对症处理。

6.2 维持自主进食

6.2.1 应判断导致无法自主进食的问题类型，包括不能使用餐具、无法自主选择食物、进餐中注意力分散、自主咀嚼能力下降、吞咽困难。

6.2.2 应针对问题类型采取维持自主进食的相应措施，包括调整食物和餐具、语言提示和动作示范、进食能力训练（见附录B），尽量不用喂食替代。

6.3 调控每日进食量

6.3.1 对于持续要求进食者，宜分次提供小份食物，避免限制饮食。

6.3.2 对于进食量减少者，宜尝试刺激食欲的方法，如进餐前播放刺激食欲的音乐/视频、展示食物图片，使用色彩鲜艳的餐具，提供有吸引力的手持食物。

6.4 指导照护者做好风险防控

6.4.1 应管理好风险物品，及时清理垃圾桶和过期食物，移除餐桌上的易碎品、锐利物品、调味瓶、装饰品、图案花哨的桌布。

6.4.2 非进餐时间发现患者有咀嚼动作时，应确认口内有无异物。

6.4.3 应将固体和液体食物分开提供给患者，移除过热、易致哽噎的食物。

6.4.4 对于进食速度过快的患者，宜将食物分成小份，分次提供。

6.4.5 进餐中应观察患者的表情和面色，识别噎食（见附录C.1），一旦出现立即应急处理（见附录C.2）。

6.4.6 进餐中出现激越行为时，应做好自身及其他患者的安全防范，将患者带离就餐区，待情绪稳定后再进食。

附录 A

(资料性)

需处理的进食问题清单

类别	进食问题
1. 自主进食能力下降的问题	<input type="checkbox"/> 不能使用餐具 <input type="checkbox"/> 无法自主选择食物 <input type="checkbox"/> 每次进餐中注意力分散，无法独立完成进餐 <input type="checkbox"/> 自主咀嚼能力下降 <input type="checkbox"/> 吞咽困难，表现为准备吞咽时有反胃感、食物无法下咽、吞咽中或后出现呛咳或窒息等
2. 引发安全风险的问题	<input type="checkbox"/> 近 1 周出现过噎食、呛咳 <input type="checkbox"/> 进食速度过快 <input type="checkbox"/> 进食异物 <input type="checkbox"/> 进餐中出现激越行为，如躯体攻击、扔餐具、破坏物品
3. 导致营养失衡的问题	<input type="checkbox"/> 每日至少 1 次拒绝进食，表现为拒绝去进餐地点、拒绝张嘴、进食时将头转开、嘴里塞满食物或咀嚼时间延长但不吞咽、吐出食物、扔食物或餐具 <input type="checkbox"/> 每餐进食量减少持续 1 周 <input type="checkbox"/> 餐后持续要求进食至少 3 次/d <input type="checkbox"/> 身高体重指数 (BMI) <18.5 kg/m ²

附录 B
(资料性)
维持自主进食的措施

进食问题	措施
1. 不能使用餐具	1.1 宜提供能用手抓握的食物。 1.2 宜提供替代性餐具，如较粗的筷子、勺子、用固定器将两根筷子绑在一起、将餐盘固定。 1.3 应在进餐中给予口头提示、示范或协助。 1.4 可配合康复师进行抓握能力训练。
2. 无法自主选择食物	2.1 应减少选择元素，如将多种食物搅拌在一起、将食物装在同一个餐盘。 2.2 应搭配好三餐的食物种类。
3. 进餐中注意力分散	3.1 应提供安静的就餐环境，减少就餐中分散注意力的因素，如关掉电视和音乐，减少人员走动。 3.2 可提供能用手抓握的食物、分多次进食，避免不停催促和喂食。
4. 自主咀嚼能力下降	4.1 可在唇上及下巴轻轻按压，加口头指示和示范动作引导患者咀嚼。 4.2 可配合康复师进行进食能力训练。
5. 吞咽困难	5.1 应提供黏稠度高的食物。 5.2 对于体重身高指数 (BMI) <18.5 kg/m ² 者，可遵医嘱短期使用管饲饮食。 5.3 可配合康复师进行吞咽功能训练。

附录 C

(资料性)

噎食的识别及应急处理

C.1 噎食的识别

进食中突然不能说话，出现窒息的痛苦表情、呼吸不畅、手握住喉咙、剧烈咳嗽、咳嗽间歇有哮鸣音；或突然猝倒，出现意识不清、烦躁不安等表现，提示出现噎食。

C.2 噎食的应急处理

1. 立即呼叫其他医护人员。
2. 用手指清除口咽部食物。
3. 用坚硬不易折断的物品（如汤匙）刺激咽喉部引吐。
4. 置患者于直立位或半坐位，头低 45°，拍击胸背部，促其吐出食物。
5. 前述措施无效时立即行海姆立克急救法
 - 5.1 对于意识清醒者：
 - a) 嘱患者头部略低、嘴张开；
 - b) 站在患者身后，双臂围绕患者腰部；
 - c) 一手握拳，将拳头的拇指侧顶在患者的上腹部（肚脐上方两横指），另一手握住握拳的手，向上向后迅速、猛烈挤压上腹部，压后随即放松，重复 5~6 次。
 - 5.2 对于意识不清者：
 - a) 置患者就地平躺在地板上，仰卧，头转向一侧并后仰，充分开放气道；
 - b) 骑跨于患者的髋部或跪于患者一侧；
 - c) 一手掌跟置于患者脐和剑突之间，另一手置于其上，迅速有力向内上方冲击 5~6 次。