

提升護理人員執行拔管後病人 吞嚥照護完整性

王鈺幘¹、林孝安¹、吳宜臻¹、賴敏芳²

中文摘要

插管病人因氣管內管長期壓迫咽喉，使喉部潰瘍或喉返神經麻痺，導致吞嚥效率降低，拔管後應盡早吞嚥評估、口腔復健運動，強化吞嚥肌力及反射，以達進食安全。經現況分析確立，護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性34.3%，原因為護理人員吞嚥照護認知55%；評估表不適用拔管病人；吞嚥照護流程不完整；缺乏拔管後病人吞嚥照護指引及評估工具，藉由修訂吞嚥訓練評估表及吞嚥照護流程圖，製作吞嚥評估工具包、順吞不卡喉運動影片及吞嚥照護五步曲，舉辦吞嚥照護教育課程等改善措施，經專案實施後，護理人員執行吞嚥照護完整性由34.3%提升至92.3%，吞嚥照護認知正確性由55%提升至95.3%，達專案目標以維護病人安全提升護理品質。(志為護理，2024; 23:4, 63-75)

關鍵詞：拔管後吞嚥困難、吞嚥評估、吞嚥訓練

前言

重症病人因放置氣管內管降低咽喉括約肌對下呼吸道保護作用，增加口腔分泌物進入下呼吸道的機率，文獻中提出接受長期氣管插管病患高達84%於拔管後其吞嚥效率及安全受到影響，出現拔管後吞嚥困難(post-extubation dysphagia, PED)症狀，若及早執行初步吞嚥功能評估，不僅能預防併發症，亦

可早期執行吞嚥訓練協助其恢復由口進食，反之，則可能發生噎咳導致吸入性肺炎，引發非預期性放置氣管內管，進而延長呼吸器使用時間，增加住院天數(吳等，2018；林政宜等，2020；林淑女等，2021；莊等，2018)。

本單位是亞急性呼吸照護中心，臨床照護時發現病人拔管後皆由病人或家屬主動要求，醫師同意後才開始由口進食，2022年曾發生病人因拔管後未經吞

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院亞急性呼吸照護中心護理師¹、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院亞急性呼吸照護中心副護理長²

接受刊載：2024年2月29日

通訊作者地址：賴敏芳 桃園市龜山區復興街5號

電話：886-3-3281200 #2992 電子信箱：joy800501@cgmh.org.tw

嚥評估，進食時發生噎咳，導致吸入性肺炎重新放置氣管內管，也發現單位人員對拔管後病人如何進行吞嚥評估及吞嚥訓練不清楚，故引發本專案小組探討動機，期望藉由專案改善，提升護理人員對拔管後病人吞嚥照護完整性，降低噎咳導致重新放置氣管內管之風險，以維護病人安全提升護理品質。

現況分析

一、單位特性及人力配置簡介

本單位為亞急性呼吸照護中心，總病床數24床，主要收治使用呼吸器大於21天病人，2021年平均佔床率84.3%，平均每月收治56%放置氣管內管的病人，其中每月有34%病人依醫囑拔管。醫療團隊成員包含主治醫師4位、住院醫師2位、護理長1位及護理人員共34位，工作年資：20.7%(7位)小於2年，26.5%(9位)2-5年，29.4%(10位)6-10年，23.5%(8位)10年以上，護病比為1：3-4。

二、院內規章及教育訓練調查

經查閱規章作業，並無吞嚥訓練相關工作規範，僅有吞嚥障礙之護理指導手冊，內容針對腦部及神經肌肉疾病，口、咽、食道局部缺陷或腫瘤等疾病造成的吞嚥障礙，並無針對拔管後病人因喉部神經感覺功能降低引發吞嚥反射延遲的衛教，雖設有吞嚥評估表及教育訓練課程，但內容針對腦中風病人，對於長期使用呼吸器後拔管病人不適用。

三、醫療團隊執行吞嚥照護流程

現況醫師皆不會主動予拔管後病人嘗試由口進食，須由病人及家屬主動要求，醫師開立喝水試驗醫囑，由護理人

員使用大棉枝或空針針筒給病人喝水，若無噎咳情形，才開始給予軟質飲食；若有噎咳情形則立即停止評估禁止由口進食，且無複評機制，如圖一。

四、護理人員執行吞嚥照護完整性調查

為了解護理人員對拔管後病人執行吞嚥照護作業情形，專案小組參考相關文獻，與語言治療師討論後擬定「護理人員執行吞嚥照護觀察表」，於2022年6月1日至7月31日，以實際觀察法觀察單位30位護理人員執行吞嚥照護完整性，結果發現護理人員執行吞嚥照護完整性僅34.3%，以吞嚥評估為最低佔34%，其次為吞嚥訓練佔34.7%，在吞嚥評估方面，以「觀察吞嚥反射情形」最低佔13.3%，其次為「進行吞嚥評估時機」及「進行吞嚥評估前執行口腔清潔」各佔36.7%；在吞嚥訓練方面，以「口腔復健運動」最低佔0%，其次為「食物種類選擇」佔33.3%，如表一。進一步訪談發現有86.7%(26位)表示不知道吞嚥反射怎麼看；66.7%(20位)表示病人或家屬有要求吃東西才會執行吞嚥評估；63.3%(19位)表示在晨間護理時就會執行口腔清潔，所以不管有沒有進食就不用再做；100%(30位)表示不知如何執行口腔復健運動；66.7%(20位)表示只要沒有噎咳就可以吃，大多都從軟質飲食開始。

五、護理人員對吞嚥照護認知調查

因護理人員執行吞嚥照護完整性僅34.3%，為進一步瞭解護理人員對於吞嚥照護認知狀況，專案小組參考相關文獻，與語言治療師討論後擬定「護理人員吞嚥照護認知問卷調查表」，於

表一
護理人員執行吞嚥照護完整性調查結果

項目	完整人數	完整率(%)
吞嚥評估		34.0
進行吞嚥評估時機	11	36.7
進行吞嚥評估前執行口腔清潔	11	36.7
準備姿勢	13	43.3
吞嚥評估方法	12	40.0
觀察吞嚥反射情形	4	13.3
吞嚥訓練		34.7
行吞嚥訓練前執行口腔清潔	11	36.7
進行吞嚥訓練時姿勢	15	50.0
口腔復健運動	0	0.0
食物種類選擇	10	33.3
進行吞嚥訓練後執行口腔清潔	16	53.3
總平均		34.3

註：(n = 30)

2022年8月1日至8月19日，調查護理人員30人，問卷回收率100%，調查結果顯示護理人員對於吞嚥照護認知正確性僅55%，以吞嚥訓練最低佔47.5%，其次為吞嚥評估與檢查佔56.7%，在吞嚥訓練方面，以「食物種類選擇」最低佔33.3%，其次為「訓練時吞嚥安全考量」佔40%，在吞嚥評估與檢查方面，以「吞嚥困難的診斷檢查方式」最低佔30%，其次為「吞嚥評估方式」佔40%，如表二。進一步訪談發現，67%(20位)表示只要可以吃的病人都應先從軟質飲食開始；50%(15位)表示只注意病人有沒有坐高，沒特別在意姿勢；70%(21位)表示只知道用水評估吞嚥狀況。

綜合現況分析，將護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性低之原因歸納出特性要因圖，如圖二。

問題及導因確立

經現況分析結果，確立護理人員對拔管後病人執行吞嚥照護完整性僅34.3%，其原因為：一、護理人員吞嚥照護認知為55%；二、評估表不適用；三、無針對拔管後病人吞嚥照護指引及吞嚥照護流程；四、無統一評估工具。

專案目的

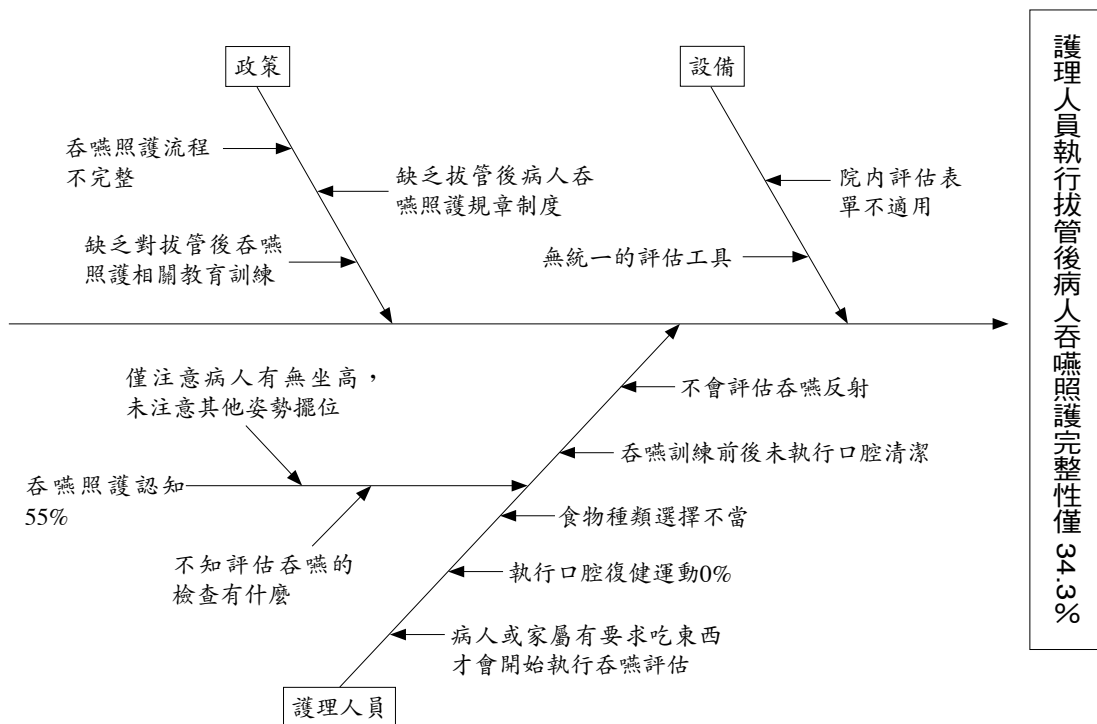
經參考黃等(2018)提升腦中風病人執行吞嚥訓練自我練習完整率改善至94.4%及護理人員吞嚥評估訓練認知改善至97%，故本專案小組與單位護理長討論後，專案目標設定：(一)護理人員對拔管後病人執行吞嚥照護完整性由34.3%提升至90%；(二)吞嚥照護認知正確性由55%提升至95%。

表二
護理人員對吞嚥照護認知調查結果

項目	正確人數	正確率(%)
吞嚥困難的定義		63.3
吞嚥困難的危險因子	16	53.3
吞嚥困難的臨床表徵	22	73.3
吞嚥動作的分期	19	63.3
吞嚥評估與檢查		56.7
吞嚥困難的診斷檢查方式	9	30.0
吞嚥評估時機	30	100.0
吞嚥評估方式	12	40.0
吞嚥訓練		47.5
食物種類選擇	10	33.3
訓練時姿勢擺位	22	73.3
訓練時吞嚥安全考量	12	40.0
口腔復健運動	13	43.3
總平均		55.0

註：(n = 30)

圖二
護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性特性要因圖



文獻查證

一、拔管後吞嚥困難的定義及影響

經口咽氣管內管的病人在插管超過48小時後，因長期接觸及壓迫易造成唇、舌、頰肌、聲帶損傷及唾液分泌不足，使喉部潰瘍及暫時或永久性的喉返神經麻痺，造成舌肌效能不佳及口咽神經反應遲緩，導致吞嚥效率降低，影響吞嚥安全，稱為拔管後吞嚥困難，此類病人於吞嚥時食糰易掉入呼吸道產生嗆咳，導致吸入性肺炎(吳等，2018；楊等，2021)，據文獻統計約60%長期插管病人在拔管後72小時內發生吸入性肺炎，因此及早進行吞嚥評估執行吞嚥訓練，對拔管後病人極為重要，雖臨床上吞嚥評估及吞嚥訓練多以語言治療師執行，但考量人力及工作時間，無法即時評估，且多位學者指出護理人員若能參與完整的吞嚥訓練，具備吞嚥知識與評估技能後，能執行初步吞嚥功能評估，不僅能早期發現病人吞嚥問題，亦可早期執行吞嚥訓練，對於預防吸入性肺炎有很大幫助(陳等，2021；黃婷等，2018；楊等，2021)。

二、吞嚥照護

根據2018年衛生福利部心理健康司的咀嚼吞嚥障礙臨床診治參考指引，吞嚥評估方式有重複吞嚥唾液測試、改良式喝水試驗、食物試驗、經鼻內視鏡及螢光吞嚥攝影檢查等，為避免拔管後病人發生吸入性肺炎，在病患意識清楚可依指示完成動作、不會被唾液嗆到的狀況下，應在拔管24小時後進行例行性吞嚥篩檢，建議由受過訓練的護理人員或語言治療師執行，需注意病人臥床姿勢與水平面保持約60–90度、頭傾向健側、轉

頭向患側、下巴內縮等，並先請病患清理口腔及喉嚨，必要時予以抽痰(林政宜等，2020；Marvin et al., 2019)。正常飲食質地選擇應由液體開始，依序為軟質食物到固體食物。進行吞嚥訓練時，食物種類的選擇應以吞嚥功能不足的部分做調整，舌頭功能異常、舌根部後縮不足者，適合較稀的食物；吞嚥反射延遲或吞嚥前就有氣道吸入者，較適合軟滑流速慢或濃稠食物(相、胡，2017)。每口以1–2毫升進行吞嚥，觀察口腔內沒有食物殘留再餵下一口，用餐後執行口腔清潔減少吸入性肺炎發生(鄭，2020)。由醫療團隊評估適合的口腔復健運動，如：刺激吞嚥反射、強化肌肉力量，包含顫顎關節運動、臉頰運動、舌頭運動等，強化肌肉力量、增加吞嚥反射等，以達進食安全性(林淑女等，2021；孫等，2021)。

三、提升護理人員執行吞嚥照護完整性之策略

為提升醫療人員對拔管後吞嚥困難病人的重視，應參與吞嚥訓練相關課程，並提供完整的吞嚥評估與治療標準流程，依需要予以飲食衛教，可作為護理人員執行吞嚥照護準則，藉由制定篩檢工具及指導手冊，透過統一的照護作業流程、修訂吞嚥評估流程，使同仁執行時有所依循外，也能提升吞嚥照護評估正確率及完整性(吳等，2018；黃婷等，2018；莊等，2018)。口腔復健運動可改善吞嚥功能，藉由咽部冰刺激能誘發吞嚥反射，舌頭運動、頭部抬舉運動、下顎內縮阻抗運動等可強化吞嚥肌肉力量(相、胡，2017；葉桓安、陳渝仁，

2021)，可運用多媒體互動衛教影片，教導藉由影像、圖形、動畫、聲音等不同媒體形式，提升學習者興趣及教學品質，提升吞嚥照護完整性之重要策略(蕭等，2018；黃婷等，2020)。

解決辦法及執行過程

依據現況分析確立問題，與語言治療師討論後，提出可行解決方案進行決策矩陣分析，由本專案小組成員4人及語言治療師1人，共5人，依解決方案之可行性、效益性、重要性進行評分，作為選定方案依據，如表三。

本專案自2022年8月20日至10月30日，依計畫期、執行期、評值期進行，如表四。

一、計畫期(2022年8月20日至2022年8月31日)

(一)修訂吞嚥照護流程圖

與病房主任、語言治療師、護理長及專案小組成員共同討論及修訂吞嚥照護流程圖，內容為意識清醒且拔管後24

小時生命徵象穩定的病人，醫師主動開立醫囑，護理人員執行吞嚥評估，評估通過者可開始吞嚥訓練，食物種類依序為：液體→軟質→固體，評估不通過病人，可分為吞嚥肌力不足及吞嚥反射延遲，吞嚥肌力不足由護理人員教導病人執行口腔復健運動，吞嚥反射遲緩則由護理人員執行病人咽部冰刺激，持續一週後再次評估，如圖三。

(二)修訂「吞嚥訓練評估表」

與病房主任、語言治療師、護理長及專案小組成員共同討論製作吞嚥評估表，使用對象為意識清醒且拔管後24小時生命徵象穩定的病人，評估表內容包含：評估時機、咳嗽功能、吞嚥力量及吞嚥反射。評估項目說明：咳嗽功能分成一至四級，評分依序為0-3分；吞嚥力量分成水可以吞乾淨為1分及水從嘴角流出為0分；吞嚥反射分成吞嚥<2秒為1分及吞嚥>2秒為0分，總分為5分，大於3分(含)以上表示通過，0-2分表示不通過，其咳嗽功能一級、水從嘴角流出屬於吞

表三
提升護理人員執行吞嚥照護完整性之決策矩陣分析

解決方案	可行性	效益性	重要性	得分	選定
修訂吞嚥照護流程圖	25	21	24	70	○
修訂「吞嚥訓練評估表」	23	22	20	65	○
製作「吞嚥評估工具包」	25	20	20	65	○
製作「吞嚥照護五步曲」	23	20	18	61	○
製作吞嚥照護提醒小卡	17	17	10	37	
製作吞嚥照護指引手冊	25	25	25	75	○
製作「順吞不卡喉運動」影片	21	21	21	63	○
舉辦吞嚥照護教育課程	25	25	25	75	○

註：依可行性、效益性、重要性為評分標準，1分為差、3分為尚可、5分為佳，總分60分以上判定為可行方案(5分×5位組員×3個評價項目×80%改善能力)

嚥肌力不足；吞嚥時間>2秒屬於吞嚥反射延遲，則由護理人員執行咽部冰刺激，一周後復評。

(三)製作「吞嚥評估工具包」

與病房主任、語言治療師、護理長及專案小組成員共同討論及製作吞嚥評估工具包，設置工具：口腔清潔用物(大棉枝一包、海綿牙刷一支、漱口水一瓶)、吞嚥評估檢測工具(10ml空針一支、30ml小藥杯一個、彎盆一個、護理巾一張)，使用夾鏈袋包裝。

(四)製作「順吞不卡喉運動」教學影片

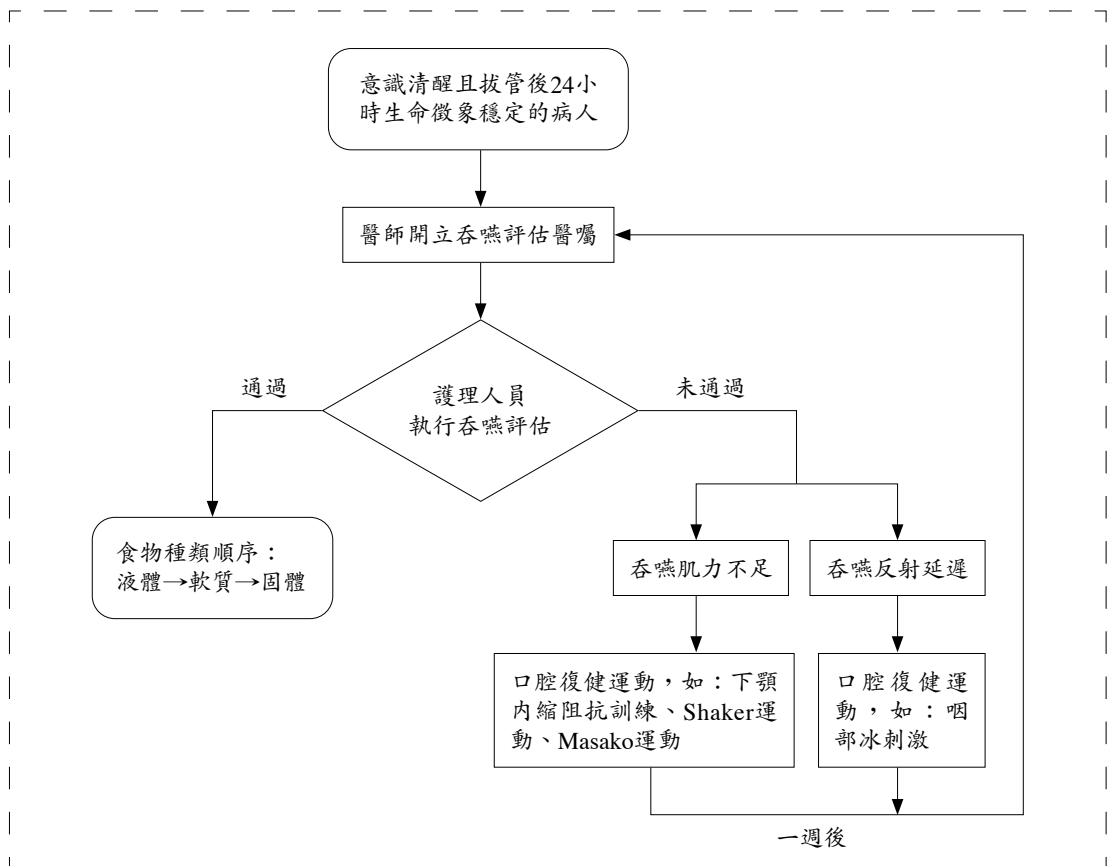
由語言治療師、護理長及專案小組成

員共同討論製作「順吞不卡喉運動」教學影片，由護理人員教導病人執行口腔復健運動，內容包含：「咽部冰刺激」將棉枝放置於冰箱冷凍庫半小時，對病人的懸雍垂兩側進行冰刺激，每側5-10次，每次1-1.5秒，促進吞嚥反射誘發；「舌頭運動」將雙唇張開，用力把舌頭向前伸出唇外，然後依上、下、左、右順序轉動舌頭，每轉一個方向需維持10秒，重複5-10次，強化口腔肌肉；「下顎內縮阻抗運動」床頭搖高90度，將具有彈性的圓球放置下顎處後，持續用力向胸口擠壓維持約30秒並連續三次，一

表四
提升護理人員執行吞嚥照護完整性甘特圖

項目	年		2022										
	月	週	8		9				10				
			3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
一、計畫期													
修訂吞嚥照護流程圖			★										
修訂「吞嚥訓練評估表」			★										
製作「吞嚥評估工具包」			★										
製作「吞嚥照護五步曲」			★	★									
製作「順吞不卡喉運動」教學影片			★	★									
製作吞嚥照護指引手冊			★	★									
規劃吞嚥照護教育課程				★									
二、執行期													
宣導並推行吞嚥照護流程圖					★	★	★						
宣導並推行「吞嚥訓練評估表」					★	★	★						
宣導並推行「吞嚥評估工具包」					★	★	★						
宣導並推行「吞嚥照護五步曲」					★	★	★						
宣導並推行「吞嚥照護指引手冊」					★	★	★						
推行「順吞不卡喉運動」教學影片					★	★	★						
舉辦吞嚥照護教育課程					★	★	★						
三、評值期													
吞嚥照護完整性調查									★	★	★	★	★
吞嚥照護認知評核									★	★	★	★	★

圖三
修訂後吞嚥照護流程圖



天三個循環，可訓練上舌骨肌群；「頭部抬舉運動」是平躺在床上不墊枕頭，緩緩抬頭看向自己的腳尖，當頭抬到最高時，需維持30–60秒，連續三次再緩慢放下，一天三個循環，可強化頰下肌肉群；「舌頭把持運動」是將舌頭伸出至唇外，上下齒輕咬住並固定舌頭，用力吞口水，重複5–10次，可強化舌根、後咽壁肌力；「吹氣運動」是將衛生紙放在離病人嘴巴前約15公分處，用力吹氣使衛生紙飄動，每次連續吹20下，提升吞嚥協調度；「面部按摩」針對臉頰、上下唇進行局部按摩可增加力量及感

覺，影片共5分15秒，上傳至單位線上討論區，如圖四。

(五)製作「吞嚥照護五步曲」

由語言治療師、護理長及專案小組成員共同討論，製作吞嚥照護五步曲為「拔、評、訓、復、一」，「拔」指意識清醒且拔管後24小時生命徵象穩定的病人；「評」指運用吞嚥訓練評估表，搭配吞嚥評估工具包使用；「訓」指吞嚥訓練，內容為「好精神」意識清醒；「好姿勢」進食擺位採坐挺60–90度、頭傾向健側、轉頭向患側、下巴內縮；「小口量」進食選用小於3公分的湯匙，

以每口1–2毫升進行吞嚥；「吞乾淨」觀察口腔內無食物殘留後再餵下一口；「要清潔」進食前後進行口腔清潔減少牙菌斑殘留；「復」指口腔復健運動；「一」指若吞嚥評估不通過者，口腔復健運動介入一週後復評，並製成海報(寬52公分×長76公分)彩色印刷，如圖五。

(六)規劃吞嚥照護教育課程，製作照護指引

參考文獻後，由語言治療師、護理長與專案小組共同討論規劃教育訓練課程，內容包含：吞嚥照護重要性及目的、介紹吞嚥照護流程圖及吞嚥訓練評估表的使用方式、時機及再評估時機、吞嚥評估工具包應用、推行吞嚥照護五步曲、教導順吞不卡喉運動，製作成簡報檔，授課時間約1小時，並將課程內容製作成A4大小的照護指引手冊，置於單位護理站供人員參閱。

二、執行期(2022年9月1日至2022年9月21日)

(一)宣導並推行吞嚥照護流程圖、評估表、工具包及吞嚥訓練五步曲，小組成員於2022年9月1日於單位護理站晨間會議時，向單位同仁說明此次專案執行目的、早期進行吞嚥評估及吞嚥訓練重要性，並宣導及推行吞嚥照護流程圖、吞嚥訓練評估表使用方式，內容包含使用時機、咳嗽功能、吞嚥力量及吞嚥反射之評分標準，並放置護理站提供同仁參閱。吞嚥評估工具包的使用時機為意識清醒且拔管後生命徵象穩定的病人，介紹評估工具使用方式，放置於單位庫房提供同仁使用。宣導吞嚥照護五步曲，並將其宣傳海報張貼在單位走廊，

圖四
修訂後吞嚥照護流程圖



圖五
修訂後吞嚥照護流程圖



供同仁參閱。

(二)推行順吞不卡喉運動教學影片

於2022年9月1日上傳順吞不卡喉運動影片至單位線上討論區，應瀏覽人數30位，實際瀏覽人數30位，瀏覽率100%，並請同仁在瀏覽後留言反饋。9月2日有同仁反饋，影片裡有多項復健運動，步驟不容易記起來，且教導病人做運動時會忘記。改善方法，將順吞不卡喉運動

影片於每日會客時間時使用單位電視播放，讓家屬會客時間陪同觀看，並建立影片QR Code提供非會客時間可使用手機、平板觀看，也視病人情況調整為國、臺語兩種版本。

(三)舉辦吞嚥照護教育課程

於2022年9月7日舉辦一場吞嚥照護教育課程，應出席30位，實際出席共27位，出席率90%，課程滿意度100%。針對未出席3位人員，給予教育訓練簡報提供閱讀，一周內閱讀完畢。並將照護指引手冊，放置單位護理站，提供大家隨時參閱，將此課程列入新進人員報到三個月內完成閱讀項目。

三、評值期(2022年9月22日至2022年10月30日)

經專案實施後，於2022年9月22日至10月30日進行評值，小組成員使用「護理人員吞嚥照護觀察表」實際觀察30位護理人員執行吞嚥照護完整性及使用「護

理人員吞嚥照護認知問卷調查表」調查30位護理人員，問卷回收率100%，比較專案執行前後差異並分析。

結果評值

本專案藉由擬定吞嚥照護流程圖及吞嚥訓練評估表，設置吞嚥評估工具，舉辦吞嚥照護教育課程提升人員執行病人吞嚥照護的認知及照護；並藉由推行順吞不卡喉運動教學影片，以影像、動畫及聲音等不同媒體形式，提升病人興趣及教學品質，進行後，護理人員執行吞嚥照護完整性由34.3%提升至92.3%，如表五；護理人員對吞嚥照護認知正確性由55%提升至95.3%，如表六，達本專案目標。

討論與結論

本專案經參考文獻、現況分析後，由語言治療師與專案小組藉由跨團隊合作共同擬定「吞嚥照護流程」及「吞嚥訓

表五
護理人員執行吞嚥照護完整性調查結果

項目	改善前(%)	改善後(%)	差異(%)
吞嚥評估	34.0	94.7	↑ 60.7
在拔管後盡早進行吞嚥評估	36.7	100.0	↑ 63.3
進行吞嚥評估前執行口腔清潔	36.7	100.0	↑ 63.3
準備姿勢	43.3	86.7	↑ 43.3
吞嚥評估方法	40.0	100.0	↑ 60.0
觀察吞嚥反射情形	13.3	86.7	↑ 73.3
吞嚥訓練	34.7	86.7	↑ 53.3
進行吞嚥訓練前執行口腔清潔	36.7	100.0	↑ 63.3
進行吞嚥訓練時姿勢	50.0	86.7	↑ 36.7
口腔復健運動	0.0	83.3	↑ 83.3
食物種類選擇	33.3	80.0	↑ 46.7
進行吞嚥訓練後執行口腔清潔	53.3	100.0	↑ 46.7
總平均	34.3	92.3	↑ 58.0

註：(n = 30)

表六
護理人員對吞嚥照護認知調查結果

項目	改善前(%)	改善後(%)	差異(%)
吞嚥困難的定義	63.3	94.4	↑ 31.1
吞嚥困難的危險因子	53.3	93.3	↑ 40.0
吞嚥困難的臨床表徵	73.3	90.0	↑ 16.7
吞嚥動作的分期	63.3	100.0	↑ 36.7
吞嚥評估與檢查	56.7	97.8	↑ 41.1
吞嚥困難的診斷檢查方式	30.0	93.3	↑ 63.3
吞嚥評估時機	100.0	100.0	0.0
吞嚥評估方式	40.0	100.0	↑ 60.0
吞嚥訓練	47.5	94.2	↑ 46.7
食物種類選擇	33.3	93.3	↑ 60.0
訓練時姿勢擺位	73.3	90.0	↑ 16.7
訓練時吞嚥安全考量	40.0	93.3	↑ 53.3
口腔復健運動	43.3	100.0	↑ 56.7
總平均	55.0	95.3	↑ 40.3

註：(n = 30)

練評估表」，主動啟動吞嚥評估時機，藉由及早介入吞嚥訓練，推行吞嚥照護五步曲、順吞不卡喉運動之口腔復健運動影片後，護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性由34.3%提升至92.3%、護理人員對吞嚥照護認知正確性由55%提升至95.3%，達此專案目標，使病人可及早恢復吞嚥功能，進而提升生活品質，達到以病人為中心的照護，且推行後附加效益發現拔管後病人吸入性肺炎降至為0%。

專案執行過程中阻力為臨床作業忙碌，教導口腔復健運動及吞嚥訓練需花費較多時間，單位同仁認為拔管後病人仍屬急性期，口腔復健運動及吞嚥訓練應至普通病房再執行，故執行意願不大，經宣導及早執行吞嚥照護之重要性後同仁可改變觀念並配合執行，因可及

早發現吞嚥不安全之病人，所以無再發生因進食噎咳導致再次接受氣管內插管之病人。另本單位病人拔管五天後，病況穩定即會轉到普通病房，因此無法持續追蹤病人吞嚥照護狀況較為限制，未來若能將吞嚥照護流程建立完整，統一照護流程及標準，制定專屬吞嚥照護指引手冊，並製成QR Code，廣泛推廣至其他單位以達連續性照護，提供更完整的吞嚥照護，維護病人進食安全。

參考文獻

- 吳崇珮、古世基、王亭貴、蕭自佑、陳佳慧 (2018)．氣管內管拔管後的吞嚥效率與安全．*台灣醫學*，22(2)，205-210。https://doi.org/10.6320/FJM.201803_22(2).0013
- 林政宜、璩大成、黃勝堅、李雅玲(2021)．新冠肺炎疫情下咀嚼吞嚥障礙之照護策略．*北市醫學雜誌*，18(3)，293-299。https://

- doi.org/10.6200/TCMJ.202109_18(3).0003
- 林淑女、吳富美、黃怡佳、游宜珍、張丞涓(2021)·運用”SAFE”教育方案於吞嚥功能障礙個案居家照護之改善方案·*醫學與健康期刊*，10(2)，83-102。
- 相青琪、胡月娟(2017)·口腔照護方案對口腔癌術後病人吞嚥功能之成效·*護理雜誌*，64(2)，88-98。https://doi.org/10.6224/JN.000027
- 孫淑芬、張炳鑫、許健威、劉亦修(2021)·腦中風後吞嚥障礙的復健治療與近期發展·*台灣復健醫學雜誌*，49(2)，129-145。https://doi.org/10.6315/TJPMR.202112_49(2).0001
- 莊雅文、湯雅筑、羅宇婷、林恩如、廖惠娟(2018)·提升腦中風病房護理人員執行吞嚥功能評估正確率之專案改善·*嘉基護理*，18(2)，32-42。
- 陳靜瑤、王婷怡、張佩琪、李紫萍、王淑敏、吳昭燕、林淑麗、吳徐慧(2021)·提升高齡長者進食安全指導執行率·*護理雜誌*，68(4)，72-80。https://doi.org/10.6224/JN.202108_68(4).09
- 黃珊、蔣玉滿、黃惠卿、郭美玲(2020)·建置多媒體影音護理指導提升人工膝關節置換術病人自我照顧認知的正確率·*長庚護理*，31(4)，503 - 516。https://doi.org/10.6386/CGN.202012_31(4).0005
- 黃婷、張瑛瑛、廖若伶、黃春佈、廖月鳳、施美伶(2018)·提升腦中風病人執行吞嚥訓練自我練習完整率·*榮總護理*，35(3)，314-321。https://doi.org/10.6142/VGHN.201809_35(3).0010
- 楊舒媚、蕭名彥、王亭貴(2021)·氣切病人吞嚥障礙的處理·*台北市醫師公會會刊*，65(10)，41-46。
- 葉桓安、陳渝仁(2021)·吞嚥運動強化及增進舌骨上肌群以改善中風患者吞嚥障礙及上食道括約肌功能異常：系統性文獻回顧·*台灣復健醫學雜誌*，49(1)，17-37。https://doi.org/10.6315/TJPMR.202106_49(1).0003
- 衛生福利部心理健康司(2020，6月4日)·咀嚼吞嚥障礙臨床診治參考指引。https://www.mohw.gov.tw/dl-61729-accfb3bf-10a3-4cef-bf9f-6d2f00c5fb94.html
- 鄭千惠(2020)·失智症吞嚥困難患者的營養照護·*長期照護雜誌*，24(1)，15-22。https://doi.org/10.6317/LTC.202004_24(1).0002
- 蕭郁芬、黃惠玲、黃雅鳳、林芷萱、蕭雅君、姚淑琴、廖恩淑(2018)·提升護理人員對高齡長者吞嚥照護執行率·*長庚護理*，29(3)，407-419。https://doi.org/10.6386/CGN.201809_29(3).0007
- Marvin, S., Thibeault, S., & Ehlenbach, W. J. (2019). Post-extubation dysphagia: Does timing of evaluation matter? *Dysphagia*, 34(2), 210-219. https://doi.org/10.1007/s00455-018-9926-3

Improving the Integrity of Nursing Staff's Swallowing Care for Patients After Extubation

Yu-Chen Wang¹, Hsiao-An Lin¹, Yi-Chen Wu¹, Min-Fang Lai²

ABSTRACT

In patients with intubation, the endotracheal tube oppresses the throat for a long time, causing laryngeal ulcers or paralysis of the recurrent laryngeal nerve, resulting in reduced swallowing efficiency. After extubation, evaluation of swallowing and oral rehabilitation exercises should be performed as soon as possible to strengthen swallowing muscle strength and reflex, so as to achieve safe eating. Based on the analysis of the current practices, it was established that the completeness of swallowing care performed by nursing staff in extubated patients is 34.3%. Contributing reasons include: the nursing staff's swallowing care cognition is 55%; the in-hospital evaluation form is not applicable; the swallowing care process is incomplete; there is no swallowing care guide and unified assessment tool for patients after extubation. In order to improve current practice, the following steps were taken: revising the swallowing training evaluation form and swallowing care flow chart; the production of swallowing assessment kits and oral rehabilitation exercise videos covering the five steps of swallowing care; and holding educational courses on swallowing care. After the implementation of the project, the completeness of swallowing care performed by nursing staff increased from 34.3% to 92.3%. The cognitive accuracy increased from 55% to 95.3%, thus reaching the project goal to maintain patient safety and improve nursing quality. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:4, 63-75)

Keywords: post-extubation dysphagia, swallowing assessment, swallowing training

Senior Nurse, Linkou Chang-Gung Memorial Hospital¹; Assistant Head Nurse, Linkou Chang-Gung Memorial Hospital²

Accepted: February 29, 2024

Address correspondence to: Min-Fang Lai No. 5, Fuxing St, Guishan District, Taoyuan City, 333

Tel: 886-3-3281200 #2992 E-mail: joy800501@cgmh.org.tw