

花蓮縣長期照顧管理中心咀嚼吞嚥障礙篩檢表/家醫方案服務單位版

個案基本資料	個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	身分證字號		出生日期	民國	年 月 日

一、咀嚼吞嚥狀況評估/ 請依序進行測試

① 第一階段：評估生命徵象		請 打 勾	
1	體溫<37.5°C	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2	脈搏:60~100 次/分	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3	呼吸速率 :12~20 次/分	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4	收縮壓：90-160mmHg	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5	舒張壓：60-90mmHg	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6	使用氧氣罩可以暫停超過 1 小時 (若無需使用氧氣罩者，請勾選『是』)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
7	意識不清但RSST(重複唾液吞嚥測試) 1次/30 秒 (意識清楚者，請勾選『是』)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

※①結果：1. 以上皆為『是』，繼續評估第二階段
2. 以上皆為『是』，有留置鼻胃管，不須往下評估 ⇨建議轉介咀嚼吞嚥健康中心
3. 以上有任一項為『否』，不須往下評估 ⇨待生命徵象穩定後再進行

② 第二階段：EAT-10 篩檢		0: 沒有問題 4: 問題很嚴重				
1	吞嚥問題是否導致我的體重下降	0	1	2	3	4
2	吞嚥是否干擾我外出飲食	0	1	2	3	4
3	吞嚥液狀物需額外費力	0	1	2	3	4
4	吞嚥固狀物需額外費力	0	1	2	3	4
5	吞服藥丸時需額外特別費力	0	1	2	3	4
6	吞嚥是否會導致疼痛	0	1	2	3	4
7	飲食的愉悅是否為吞嚥問題影響	0	1	2	3	4
8	吞嚥食物時會黏著咽喉	0	1	2	3	4
9	吃東西時是否會咳嗽	0	1	2	3	4
10	吞嚥時是否有壓迫感	0	1	2	3	4
總分		_____分				

※② 結果：1. 總分 <3分，通過，評估完成 ⇨個管師每季(每3個月)家訪追蹤 EAT-10
2. 總分 ≥3 分，不通過，繼續評估第三階段

③第三階段：評估其他吞嚥相關狀況		請 打 勾	
1	可以自咳	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2	不會流口水	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3	可以舌頭舔上、下唇	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4	講話音質清晰沒有濕囉音(wet voice)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

- ※③ 結果：1. 以上各項皆為『是』，評估完成 ⇨建議轉介長照專業服務
2. 以上有任一項為『否』，續評是否可由口進食(請詢問個案及家屬)?
2-1. 無法「由口」進食，評估完成 ⇨建議轉介咀嚼吞嚥健康中心
2-2. 可以「由口」進食，續做吞水測試

④直接吞嚥測試(可用開水)：依序測試以下各水量之吞嚥狀況，若病人有出現吞嚥困難、咳嗽、流涎、聲音改變，則停止繼續測試。

測試吞水量 分項選項	給 3 ml水	給 5 ml水	給 10 ml水	給 20ml水	給 50 ml水
1. 是否有吞嚥困難?					
0-無法吞嚥 1-延遲吞嚥(超過2 秒) 2-成功吞嚥	評分 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	評分 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	評分 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	評分 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	評分 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
2. 是否有不自主咳嗽(吞嚥前、期間或之後，或三分鐘後)					
0-有 1-無	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
3. 是否有流口水					
0-有 1-無	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
4. 是否有聲音改變(在吞嚥前後，請個案說「啊」)					
0-有 1-無	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
分項分數小計					
總分	_____分				

- ※④結果：1. 分項分數 5分 ⇨建議轉介長照專業服務
2. 分項分數 ≤4分 ⇨建議轉介咀嚼吞嚥健康中心

*舉例：

- ※備註：
a. 個案測試3ml吞水量後，分項分數為3，則評估結果選擇2.，建議轉介吞嚥中心，因此不須繼續執行後續吞嚥測試。
b. 個案依序測試3、5、10、20ml吞水量後分項分數皆為5分，而50ml階段有4分，則評估結果選擇2.，建議轉介吞嚥中心。

二、口腔健康評估量表(Oral health assessment tool, OHAT)：分數越高，口腔狀況越差

部位 \ 評分	0分	1分	2分	得分
嘴唇	<input type="checkbox"/> 平滑、粉紅、濕潤	<input type="checkbox"/> 乾裂、嘴角紅	<input type="checkbox"/> 潰瘍、出血	
舌頭	<input type="checkbox"/> 粉紅、濕潤可見乳突	<input type="checkbox"/> 發紅、發紫、蒼白、乾裂、舌苔覆蓋	<input type="checkbox"/> 非常紅或白斑、潰瘍(出血或不出血)	
牙齦組織	<input type="checkbox"/> 粉紅、結實、濕潤	<input type="checkbox"/> 乾燥浮腫(蒼白或發紅)有1個白斑	<input type="checkbox"/> 潰瘍、出血、多於1個白斑	
唾液	<input type="checkbox"/> 容易吐出、唾液呈水狀	<input type="checkbox"/> 不易吐出、唾液少且黏稠	<input type="checkbox"/> 無法吐出、唾液很少且非常黏稠	
自然牙	<input type="checkbox"/> 沒有齲齒或斷牙	<input type="checkbox"/> 1-3 顆齲齒或斷牙	<input type="checkbox"/> 4 顆以上齲齒、斷牙或牙齒少於4顆無假牙	
假牙	<input type="checkbox"/> 沒損壞，有規律戴(或無假牙)	<input type="checkbox"/> 1處損壞，每天戴1-2小時	<input type="checkbox"/> 多於1處損壞，沒有戴、假牙需黏合	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 清潔且沒有食物殘渣	<input type="checkbox"/> 局部牙菌斑或食物殘渣	<input type="checkbox"/> 多處牙菌斑或食物殘渣	
牙齒疼痛	<input type="checkbox"/> 沒有行為、言語或生理現象表示	<input type="checkbox"/> 有行為或言語現象表示，例如：拉臉、咬唇或不吃東西	<input type="checkbox"/> 有生理現象表示，例如：臉腫、大片潰瘍，時會加上行為或言語現象表示	

總分

_____分

※OHAT結果：1. 總分≤4分

2. 總分>4分，表示口腔狀況不佳 →建議轉介咀嚼吞嚥健康中心 或自行至牙科診所作進一步醫療處置

■ 評估結果紀錄摘要：

1. 吞嚥狀況評估：

(1) 生命徵象：穩定 有留置鼻胃管 休息後再量測生命徵象仍不穩定者

(2) EAT-10：結果_____分

(3) 直接吞嚥測試：結果_____分 無法由口進食、無測試

2. 口腔健康評估量表：結果_____分

■ 建議轉介資源：

長照專業服務：CA07/IADLs 復能、ADLs復能照護 CA08/個別化服務計畫(ISP)擬定與執行

CB01/營養照護 CB02/進食與吞嚥照護 CB04/臥床或長期活動受限照護

CD02/居家護理指導與諮詢

長照照顧服務：BA02/基本日常照顧 BA04/協助進食或管灌餵食 BA20/陪伴服務

醫院：1. 慈濟醫院咀嚼吞嚥健康中心

(1)復健科吞嚥障礙門診 (3)放射科-吞透視攝影檢查(VFSS)

(2)語言治療師評估與治療 (4)牙科口腔檢查(葉梓賢醫師)

2. 門諾醫院/ 咀嚼吞嚥團隊復健科(民眾自行掛號)(郭惟致醫師)

其他介入服務 _____

■ 是否符合家醫個管師需行追蹤篩檢 (搭配YA02家訪費每季訪視頻率，每3個月追蹤EAT-10)：

本次EAT-10評估結果<3分[通過]者

本次篩檢結果[不通過]，個案/案家拒絕接受轉介者

醫師姓名：

醫療機構名稱：

評估日期

民國

年

月

日

