

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1293—2026

喉癌患者围手术期中西医护理规范

Specifications for nursing Chinese and Western medicine of perioperative
period of laryngeal cancer patients

2026 - 04 - 30 发布

2026 - 05 - 06 实施

广西标准化协会 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 基本要求 1

 4.1 人员 1

 4.2 环境 1

5 护理评估 1

 5.1 西医评估 1

 5.2 中医辨证评估 2

6 术前护理 2

 6.1 西医护理 2

 6.2 中医护理 3

7 术中护理 4

 7.1 西医护理 4

8 术后护理 4

 8.1 心理护理 4

 8.2 西医护理 4

 8.3 中医护理 5

 8.4 常见并发症观察及护理 6

 8.5 其他护理 6

9 出院指导 6

 9.1 用药 6

 9.2 气管套管护理 6

 9.3 复诊 6

 9.4 康复训练 6

 9.5 心理调节 7

 9.6 饮食 7

 9.7 生活起居 7

附录 A（资料性） 吸气性呼吸困难分级 8

参考文献 9

前 言

本文件参照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。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西护理学会提出、归口并宣贯。

本文件起草单位：广西医科大学第一附属医院、广西医科大学附属肿瘤医院、中国人民解放军联勤保障部队第九二三医院、广西壮族自治区民族医院、广西中医药大学第一附属医院、广西中医药大学第二附属医院、前海人寿（广西）医院有限公司。

本文件主要起草人：李爱兰、黄晓琳、陈冬兰、刘启华、莫福琴、陈传秀、黄倩、曾雾桥、邓燕群、席婷、梁丹、吕惠灵、冒永香、许利、高炎坤。

喉癌患者围手术期中西医护理规范

1 范围

本文件规定了喉癌患者围手术期中西医护理的基本要求、护理评估、术前护理、术中护理、术后护理、出院指导的要求。

本文件适用于各级医疗机构护理人员对喉癌患者围手术期的中西医护理。

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。

GB/T 13734 耳穴名称与定位
GB 15982 医院消毒卫生标准
GB/T 21709.1 针灸技术操作规范 第1部分：艾灸
GB/T 39511 保健调理按摩技术操作规范
WS/T 367 医疗机构消毒技术规范
WS/T 555 肿瘤患者主观整体营养评估
T/CNAS 03 气管切开非机械通气患者气道护理
T/CNAS 28 成人住院患者静脉血栓栓塞症的预防护理
T/GXAS 1132 鼻咽癌放疗患者护理规范

3 术语和定义

本文件没有需要界定的术语和定义。

4 基本要求

4.1 人员

应经过喉癌患者心理、皮肤、口腔、呼吸道、肩颈部等护理培训并考核合格，从事中医护理操作的人员应经中医外治培训并考核合格，掌握相关护理技能及中西医护理适用方法的执业护士。

4.2 环境

消毒卫生应符合GB 15982的规定，医疗机构消毒技术应符合WS/T 367的规定。

5 护理评估

5.1 西医评估

5.1.1 病史采集

入院后采集患者的职业、现病史、既往病史、家族史、手术史、过敏史、吸烟饮酒史等。

5.1.2 身体状况评估

5.1.2.1 入院基础状态评估包括但不限于：

- 体温、脉搏、呼吸、血压；
- 意识状态、精神状况；
- 营养风险筛查：按 WS/T 555 的规定评估；
- 全身皮肤情况、压力性损伤、跌倒、坠床，以及深静脉血栓风险等级评估；

- 患者对疾病的认识程度及诊治的配合情况，有无恐惧、焦虑、失眠等；
- 有无学习障碍，阅读及书写能力。

5.1.2.2 症状评估包括但不限于：

- 有无声音嘶哑；
- 有无吞咽困难；
- 咽喉疼痛，参照 T/GXAS 1132 中的疼痛评估或视觉模拟评分法（VAS）或数字评分法（NRS）评估等；
- 呼吸困难及缺氧状况，参考吸气性呼吸困难分级见附录 A；
- 咳嗽、咳痰，有无痰中带血，以及咳血的量、次数、颜色和性质。

5.1.2.3 专科体征评估包括但不限于：

- 颈部视诊：皮肤完整性、气管位置、喉结偏移、颈部包块情况；
- 颈部触诊：淋巴结肿大（部位、大小、质地、活动度）、喉体摩擦感；
- 喉部听诊：呼吸音、喘鸣音；
- 一般检查：张口度、口腔卫生、牙齿状况。

5.1.2.4 了解辅助检查结果包括但不限于：常规检查、影像学 and 内镜检查。

5.1.3 心理及社会评估

5.1.3.1 心理评估

5.1.3.1.1 按 T/GXAS 1132 的规定进行心理护理，评估患者及家属的心理状态，了解患者对疾病及治疗的认知程度，尤其是对术后失音、佩戴气管套管的接受度。向患者及家属说明手术方式、术后语言功能变化及应对方式、气管套管佩戴、饮食改变等。

5.1.3.1.2 教导患者通过静坐、听音乐，每日 1~2 次，每次 30 min。

5.1.3.2 社会评估

了解家庭支持系统、经济状况、职业等。

5.2 中医辨证评估

在中医医生的指导下，评估了解以下常见证型：

- 痰浊结聚。咽喉阻塞感，声音嘶哑，脓涕腥秽，面颊麻木胀痛，耳内胀闷，头痛头重，胸闷，咳嗽痰多，体倦身重，腹胀纳呆。局部肿块色淡红，有分泌物附着，颈项恶核累累。舌淡红，苔腻，脉滑；
- 气血凝结。患处疼痛或刺痛感，部位固定，日轻夜重，声音嘶哑，吞咽困难，伸舌不便，张口困难，面颊麻木疼痛显著，头痛剧烈，耳鸣耳聋，耳内胀闷闭塞，胸胁胀满。局部肿块凹凸不平，色暗红或有血丝缠绕，触之易出血，或有颈项恶核硬实。舌暗或瘀紫，脉弦细涩或弦缓；
- 火毒困结。患处红肿溃腐，剧痛，分泌物秽浊量多或夹血，气味恶臭，伴烦躁少寐，口干口苦，面红目赤，小便短赤，大便秘结。舌质红，苔黄，脉数；
- 正虚毒滞。局部肿块隆起，色淡红，或血丝缠绕，或脓血涕附着，颈部或可扪及恶核。耳鸣耳聋，头痛眩晕，形体瘦弱，或有盗汗，五心烦热，腰膝酸软。舌红少苔，脉细。

6 术前护理

6.1 西医护理

6.1.1 术前常规准备：遵医嘱完善术前准备。

6.1.2 检查准备：协助患者完成术前检查。

6.1.3 皮肤准备：根据手术范围备皮，常规范围上自下颌骨下缘（或下唇），第四肋间或平乳头，双侧至下颌角至腋中线；颈部淋巴结清扫者，术侧耳后四指范围或全头部备皮。

6.1.4 呼吸道准备：劝服患者戒烟酒；痰液黏稠者予雾化吸入；注意保暖，预防呼吸道感染；呼吸困难Ⅱ度及以上患者，卧床休息，遵医嘱吸氧，床边备气管切开包，必要时协助医生行气管切开术。

6.1.5 肠道准备：术前禁食 8 h、禁饮 6 h，吞咽困难者根据病情给予流质或半流质饮食，进食困难者予插胃管鼻饲；特殊患者遵医嘱调整。

6.1.6 口腔护理：保持口腔清洁。术前 3 d 使用漱口液含漱，每日 2~4 次。

6.1.7 中医功能训练：指导患者进行呼吸操、呼吸肌肌力训练、有效咳嗽排痰训练、颈肩功能训练、床上大小便训练、床上活动训练及正确坐起方法练习。

6.2 中医护理

6.2.1 辨证用药

在中医医生的指导下，根据患者证型调整方药用量：

- 痰浊结聚。燥湿除痰，行气散结。方药为二陈汤加味。二陈汤为燥湿化痰之主方，宜加枳实、木香、胆南星、山慈菇、浙贝母之类以助行气、散结；咳嗽痰多酌加杏仁、瓜蒌、前胡、浙贝母之类以助宣肺化痰；若兼倦怠乏力，大便溏薄，舌质偏淡，酌加党参、白术、陈皮之类以助健脾益气；若见舌质偏红，口渴便结，局部分泌物黄浊者，多属痰热蕴结，酌加黄芩、瓜蒌、天花粉之类以助清热化痰；颈部肿块巨大，重用山慈菇、猫爪草、夏枯草、浙贝母之类以除痰散结；若兼局部疼痛明显，舌质暗滞或有瘀点，多属痰瘀互结，酌加三棱、莪术、桃仁、红花、当归、川芎、丹参、三七之类以助活血化瘀；
- 气血凝结。行气活血，化瘀散结。方药为桃红四物汤加减。可酌加水蛭、虻虫、王不留行、川牛膝之类以加强本方活血化瘀之力。若兼倦怠，舌质淡暗，酌加黄芪、党参、白术、山药之类以补益脾气；若声音嘶哑，病位在咽喉，酌加桔梗引药直达病所；病位在鼻，酌加白芷引经，苍耳子、露蜂房解毒止痛；头痛、耳聋、耳鸣、胀闷，酌加柴胡以为引经之用；局部肿块较大，或颈项恶核累累，触压硬实，多属痰瘀互结，酌加三棱、莪术、浙贝母、山慈菇之类以助化瘀除痰，软坚散结；容易出血者，酌加三七、藕节、白茅根之类以助化瘀止血；
- 火毒困结。清热泻火，解毒散结。方药为黄连解毒汤加味。可酌加重楼、白花蛇舌草、土茯苓、蒲公英、山豆根之类以助清热解毒。心烦少寐失眠者，酌加生牡蛎重镇安神。若咽喉痰涎壅盛者，热在肺脾，酌加瓜蒌、射干、天竺黄之类清肺化痰。舌菌而见火毒困结者，可酌加山豆根、重楼、夏枯草、马鞭草之类泻火解毒。大便秘结者加大黄、玄明粉。火毒困结证易致分泌物夹血或鼻衄，酌加凉血止血之品，如白茅根、旱莲草、仙鹤草之类；
- 正虚毒滞。调和营血，扶正祛邪。方药为和荣散坚丸。方中以人参、白术健脾益气，当归、熟地黄养血，茯神、远志、酸枣仁、柏子仁、龙齿、朱砂养心安神，香附、沉香行气，牡丹皮活血，橘红、贝母、天南星化痰，芦荟泄热导滞。全方共奏调和营血、祛邪散结之功。阴虚明显者，酌加女贞子、何首乌、山茱萸、知母、黄柏之类。

6.2.2 辨证施膳

入院后第 1 d，在中医医生指导下进行以下辨证施膳。

——痰浊结聚饮食以健脾祛湿、化痰散结为主，宜按以下进食：

- 杂粮与主食：薏米、小米、玉米、荷叶粥等；
- 蔬菜：白萝卜、冬瓜、芹菜、百合等；
- 果品：金橘、柚子、橘饼等；
- 其他：茯苓、赤小豆、鲫鱼等。

——气血凝结饮食以活血化瘀、理气通络为主，宜按以下进食：

- 主食：粳米、小麦、紫米等；
- 肉类：乌鸡肉、牛肉、羊肉、猪肝等；
- 蔬菜：黑木耳、菠菜、洋葱、西红柿等；
- 果品：红枣、桂圆、桑葚、山楂等；
- 其他：红糖、花生、红糖等。

——火毒困结饮食以清热解毒、泻火散结为主，宜按以下进食：

- 主食：燕麦、小米、薏苡仁等；
- 肉类：鸡肉、鱼肉（如鲫鱼、鲈鱼等）、瘦猪肉等；

- 蔬菜：苦瓜、芹菜、马齿苋、绿豆芽等；
- 果品：罗汉果、梨、荸荠、甘蔗等；
- 其他：绿豆、菊花、金银花、绿茶等。

——正虚毒滞饮食以扶正祛邪、益气养阴为主，宜按以下进食：

- 主食：小米、糯米、燕麦等；
- 肉类：瘦猪肉、鸭肉、海参、鹌鹑等；
- 蔬菜：山药、银耳、百合、莲子等；
- 果品：红枣、桂圆、桑葚、黑芝麻等；
- 其他：黄芪、当归、枸杞、蜂蜜等。

6.2.3 常用中医技法调护

6.2.3.1 艾灸：适用于气阴两虚证，取穴足三里、气海、关元，入院后第1d遵医嘱指导患者采用温和灸，距皮肤2cm~3cm，每穴灸10min~15min，每日一次；艾灸注意事项应按GB/T 21709.1的规定执行。

6.2.3.2 耳穴压豆：取穴神门、心、皮质下、咽喉、交感，穴位定位按GB/T 13734的规定进行，遵医嘱指导患者术前3d开始贴压，每日自行按压3~5次，每次每穴1min~2min。

6.2.3.3 经络穴位按摩：睡前按摩涌泉穴；缓解焦虑取穴百会、四神聪、神门、内关；疏肝理气取穴太冲、期门；每个穴位按摩2min~3min，每日1~2次，总时间10min~15min；按摩操作注意事项按GB/T 39511的规定执行。

7 术中护理

7.1 西医护理

7.1.1 生命体征监测

持续监测体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度的变化，密切观察麻醉深度与手术进程，及时发现并处理异常情况。

7.1.2 体位安置

协助医生根据手术方式安置患者体位。

7.1.3 静脉通路管理与输液管理

保持静脉通路通畅，根据手术出血量、尿量及生命体征调整输液速度与种类，维持循环稳定。

7.1.4 皮肤与黏膜保护

受压部位使用减压垫，眼部涂抹眼膏或贴膜保护。

7.1.5 体温管理

监测体温变化，必要时使用加温毯、输液加温装置等。

8 术后护理

8.1 心理护理

术后指导患者采用肢体语言、书面交流或使用图片交流。

8.2 西医护理

8.2.1 观察与监测

观察患者意识状态，监测生命体征、血氧饱和度监测等。

8.2.2 体位管理

患者麻醉清醒后,根据患者情况调整体位:喉重建术或水平喉部分切除术后,垫高枕头使颈部前屈 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,不应急速转动头部;水平喉部分切除术后颈肩部垫枕,保持头前倾 30° ;头面部肿胀者,抬高头位或半卧位,并定时评估骨突部位皮肤情况。

8.2.3 气道护理

按T/CNAS 03的规定执行。

8.2.4 引流管护理

妥善固定引流管,防止管道折叠、扭曲、脱落,保持引流通畅、负压有效,观察引流量、色、性质,并准确记录。

8.2.5 伤口护理

观察伤口敷料有无渗血、渗液及局部肿胀;每日用生理盐水清洁气管造瘘口2~3次,用碘类或乙醇类消毒剂消毒瘘口皮肤。

8.2.6 疼痛护理

8.2.6.1 参照 T/GXAS 1132 或视觉模拟评分法(VAS)或数字评分法(NRS)进行疼痛评估。

8.2.6.2 采取半卧位减轻伤口张力;吸痰操作轻柔,避免过度刺激;必要时遵医嘱使用止痛药,并及时评价止痛效果。

8.2.7 饮食护理

8.2.7.1 鼻饲护理:术后行鼻饲饮食,取半坐卧位,鼻饲前确认胃管在胃内,每次鼻饲量200mL~250mL,温度 $38^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$,每日4~6次;鼻饲后保持半卧位30min以上,或协助下床活动,用少量温开水冲洗胃管;胃管留置2周,拔管前指导患者经口进食训练,无呛咳、误咽方可拔管。

8.2.7.2 经口进食训练:术后7d~14d,遵医嘱进行经口进食,进食顺序为:

——喉部分切除术后:软食(比如:香蕉、馒头等)→半流质饮食(比如粥、粉、面等)→流质饮食(比如水、米汤、牛奶等);

——喉全切除术后:流质饮食(比如水、米汤、牛奶等)→半流质饮食(比如粥、粉、面等)→软食(比如香蕉、馒头等)→普食(正常饮食)。

8.2.8 口腔护理

每日口腔清洁护理2~4次。

8.2.9 功能训练

根据患者病情指导患者进行呼吸操、呼吸肌肌力训练、有效咳嗽排痰训练、颈肩功能训练、发音训练、吞咽功能训练等。

8.3 中医护理

8.3.1 饮食调护

8.3.1.1 鼻饲阶段,根据辨证选择相应营养制剂,以肠内营养为主,不应食辛辣、油腻、生冷食物。

8.3.1.2 经口进食阶段,延续术前辨证施膳原则,逐步增加营养。

8.3.2 常用中医技法调护

8.3.2.1 耳穴压豆:在药物镇痛基础上,取穴神门、皮质下、交感、咽喉,穴位定位按GB/T 13734的规定进行,遵医嘱指导患者每日自行按压3~5次,每次每穴1min~2min。

8.3.2.2 经络穴位按摩:取穴合谷、内关、足三里,每个穴位按摩2min~3min,每日1~2次;按摩操作注意事项按GB/T39511的规定执行。

8.3.2.3 中药含漱：口腔黏膜损伤或有炎症者，遵医嘱使用清热解毒、生肌敛疮类中药含漱液，每日2~4次。

8.4 常见并发症观察及护理

8.4.1 出血

观察伤口渗血、引流液颜色及量，监测生命体征，保持呼吸道通畅；若引流管内短时间吸出较多鲜红色液体、气管套管内持续吸出新鲜血液，嘱患者卧床休息，颈部制动，及时用吸引器吸出血液，严密观察病情，并及时通知医生，必要时做好急诊手术准备。

8.4.2 感染

8.4.2.1 做好口腔护理及无菌操作，定时翻身拍背、吸痰；观察体温、痰液及伤口情况，体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 及时通知医生；遵医嘱应用抗生素；保持引流管通畅，加强伤口换药；监测血常规、炎症指标，观察痰液颜色、性质及量。

8.4.2.2 穴位按摩取穴足三里、曲池、大椎，每日1~2次；饮食宜清淡，忌辛辣油腻食物，多食清热解毒之品。

8.4.3 误吸

指导患者进食体位，右半喉切除者取左侧卧位，进食从易吞咽的团块状食物开始，不应进食水分较多的食物；进食时用手指堵住气管套管口后吞咽；进行吞咽功能训练。

8.4.4 皮下气肿

8.4.4.1 观察套管周围皮肤有无握雪感或捻发音，每日测量气肿范围；嘱患者不应用力咳嗽，气肿范围扩大时及时通知医生处理。

8.4.4.2 遵医嘱予活血化瘀、消肿散结类中药外敷；穴位按摩取穴血海、膈俞、曲池，促进气血运行，减轻肿胀。

8.4.5 下肢深静脉血栓

下肢深静脉血栓的预防按T/CNAS 28的规定进行。

8.5 其他护理

喉癌切除术后行游离皮瓣修复者，参照《口腔颌面头颈肿瘤术后康复护理专家共识》开展常规护理。

9 出院指导

9.1 用药

遵医嘱服用抗生素、化痰药等，告知药物名称、作用及注意事项，观察用药后反应，不应自行增减药量或停药。

9.2 气管套管护理

9.2.1 佩戴气管套管出院者，指导患者及家属内套管清洗消毒、套管垫更换、系带松紧调节（以容纳一手指为宜），不应自行取出外套管。

9.2.2 淋浴时防止水进入套管，外出时用纱布或套管遮盖布遮盖套管口。

9.3 复诊

首次复诊为出院后半个月，6个月内每1个月复诊一次，术后6个月后每3个月复查1次，2~3年内每6个月复查1次，4年后每年复查1次，随诊5年可根据患者病情遵医嘱调整；出现呼吸困难、吞咽困难、颈部肿块、声音改变等症状及时就诊。

9.4 康复训练

9.4.1 发音训练：喉全切除者拔除鼻饲管后开始食管发音训练；喉部分切除患者更换金属气管套管，

以手指堵住气管套管口练习发音；喉再造者术后 3~4 周后开始发音训练，从单字、单句逐步过渡到语句。

9.4.2 功能训练：指导患者进行颈部、肩部功能锻炼，坚持腹式呼吸训练。

9.5 心理调节

保持良好心理状态，通过听音乐、静坐、冥想等方式调节心情。

9.6 饮食

不同情形常规饮食按以下方式：

- 疾病恢复期，遵医嘱选择含丰富维生素、高蛋白、低脂肪、低胆固醇的饮食，少食糖、盐、动物脂肪、腌制品，限制烟酒、浓茶、咖啡、辛辣或粗硬食物；
- 喉再造术患者加强吞咽训练，忌食过硬、过大食物。

9.7 生活起居

9.7.1 规律作息，保证充足睡眠，避免劳累；保持空气清新；避风寒，防感冒。

9.7.2 根据身体耐受性选择散步、太极拳等运动，不应游泳、剧烈运动等。

9.7.3 保持口腔清洁；有气管套管或气管造瘘口患者外出时用纱布或套管遮盖布遮盖套管口。



附 录 A
(资料性)
吸气性呼吸困难分级

吸气性呼吸困难分级见表A.1。

表A.1 吸气性呼吸困难分级

级别	症状	措施
I 度	安静时无呼吸困难。活动或哭闹时有轻度吸气性呼吸困难、稍有吸气性喉喘鸣及吸气性胸廓周围软组织凹陷	遵医嘱明确病因，积极进行病因治疗。如由炎症引起，使用足量抗生素和糖皮质激素
II 度	安静时也有轻度吸气性呼吸困难、吸气性喉喘鸣和吸气性胸廓周围软组织凹陷，活动时加重，但不影响睡眠和进食，无烦躁不安等缺氧症状。脉搏尚正常	因炎症引起者，遵医嘱用足量有效的抗生素和糖皮质激素，大多可避免气管切开术。若为异物，应尽快去除；如喉肿瘤、喉外伤、双侧声带瘫痪等一时不能去除病因者，可考虑做气管切开术
III 度	吸气性呼吸困难明显，喉喘鸣声较响，吸气性胸廓周围软组织凹陷显著，并出现缺氧症状，如烦躁不安、不易入睡、不愿进食、脉搏加快等	由炎症引起，喉阻塞时间较短者，遵医嘱在密切观察下可积极使用药物治疗，并做好气管切开术；若药物治疗未见好转，全身情况较差时，宜及早行气管切开术。若为肿瘤，则应行气管切开术
IV 度	呼吸极度困难，患者坐卧不安、手足乱动、出冷汗，面色苍白或发绀，定向力丧失，心律不齐，脉搏细数，昏迷、大小便失禁等。若不及时抢救，可因窒息导致呼吸心跳停止	立即遵医嘱行气管切开术；若病情十分紧急时，可先行环甲膜切开术

参 考 文 献

- [1] T/GDNAS 014—2022 肿瘤患者化疗前护理评估规范
- [2] T/GXAS 725—2022 喉癌超声检查与诊断规范
- [3] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会CSCO头颈部肿瘤诊疗指南2020版[M]. 北京: 人民卫生出版社.
- [4] 中国康复医学会社区康复工作委员会. 头颈部肿瘤放射治疗患者吞咽障碍居家康复中国专家共识(2025版)[J]. 中国医刊.
- [5] 顾芬等. 口腔颌面头颈肿瘤术后康复护理专家共识[J]. 上海交通大学学报(医学版) 2023.
- [6] 临床营养科建设与管理指南(国卫办医函〔2022〕76号)
- [7] 欧洲临床营养与代谢学会(ESPEN)《肿瘤营养指南》
- [8] 中华医学会肠外肠内营养学分会(CSPEN)《肿瘤患者营养支持治疗指南》
- [9] 田永泉等. 耳鼻咽喉头颈外科学(第9版)[M]. 北京: 人民卫生出版社.
- [10] 刘逢等. 中医耳鼻咽喉科学(第5版)[M]. 中国中医药出版社.
- [11] 席淑新等. 眼耳鼻咽喉科护理学(第5版)[M]. 北京: 人民卫生出版社.
- [12] 张勤修等. 中西医结合耳鼻咽喉科学(第4版)[M]. 北京: 中国中医药出版社.



中华人民共和国团体标准
喉癌患者围手术期中西医护理规范
T/GXAS 1293—2026
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究