

# T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1389—2026

---

## 医疗护理员老年重症肺炎患者照护规范

Specification for the care of elderly patients with severe pneumonia  
by medical nursing assistants

2026 - 08 - 07 发布

2026 - 08 - 13 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

5 照护要求 ..... 1

6 评价与改进 ..... 4

参考文献 ..... 5

## 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：广西壮族自治区工人医院、广西医科大学第一附属医院、广西医科大学附属肿瘤医院、广西壮族自治区江滨医院、中山大学附属第一医院广西医院、广西壮族自治区胸科医院、南宁市第一人民医院。

本文件主要起草人：罗春花、苏益、刘丽萍、詹宗芳、章亿香、粟海群、谢芳娜、何翠丽、罗清文、陆柳萍、梁金雪、赖艳鑫、覃秀玉、高洁、覃威华、王瑜、方西叶、邱小琴、张琰、周倩、汪莉、黄德斌、曾珊、姜荣霞、杨艳飞、苏丽莲、尧娟、谢涵丽、罗媛、梁春萍、李旋、韦艳桃。

# 医疗护理员老年重症肺炎患者照护规范

## 1 范围

本文件界定了医疗护理员老年重症肺炎患者照护涉及的术语和定义，规定了医疗护理员老年重症肺炎患者照护的基本要求、照护要求以及评价与改进的要求。

本文件适用于医疗机构内医疗护理员对老年重症肺炎患者提供的照护服务。

## 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。

- WS/T 313 医务人员手卫生规范
- T/GXAS 877 医疗护理员安全喂食辅助照护规范
- T/GXAS 922 医疗护理员服务质量评价规范
- T/GXAS 1033 医疗护理员服务操作规范
- T/GXAS 1215 医疗护理员照护患者安全如厕规范

## 3 术语和定义

T/GXAS 1033界定的术语和定义适用于本文件。

## 4 基本要求

- 4.1 医疗护理员职业道德基本知识应符合 T/GXAS 1033 的要求，经过重症肺炎患者专科照护知识专项培训，并考核合格。
- 4.2 手卫生应按 WS/T 313 的要求执行。
- 4.3 环境温度宜控制在  $(24 \pm 1.5) ^\circ\text{C}$ ，相对湿度宜控制在 50%~60%。
- 4.4 病房每日通风 2~3 次，每次 30 min，通风时不应冷风直吹患者。

## 5 照护要求

### 5.1 清洁照护

#### 5.1.1 一般要求

- 5.1.1.1 经医护人员评估判断患者病情稳定方可进行清洁照护。
- 5.1.1.2 清洁时不应切断氧源或呼吸机管路。为患者翻身擦洗时，宜由两人协作，一人负责协助翻身并维持管路固定，一人负责擦洗。
- 5.1.1.3 清洁全程动作应轻柔。

#### 5.1.2 个人清洁

##### 5.1.2.1 口腔清洁

应在医护人员指导下选择适合的口腔清洁用具，每日清洁至少4次；使用海绵刷时应挤至不滴水状态，头偏向一侧；清洁后检查口腔有无残留物。

### 5.1.2.2 面部清洁

每日早晚用温水擦拭面部，重点清洁眼、鼻、耳及口周；若患者佩戴氧气管或面罩，清洁时擦拭面罩接触部位皮肤，保持皮肤清洁无异味。

### 5.1.2.3 身体清洁

5.1.2.3.1 采用温水擦浴，水温宜控制在 40℃～45℃。

5.1.2.3.2 按从上到下、从前到后的顺序擦拭，重点清洁腋下、腹股沟、指缝、会阴部等皮肤褶皱处。

5.1.2.3.3 擦浴时不应长时间暴露，分段擦拭并保暖。

5.1.2.3.4 擦浴后涂抹润肤剂。

### 5.1.2.4 足部清洁

每日用温水清洗足部，擦干后观察皮肤有无破损、红肿，涂抹润肤剂，避开趾间；发现异常及时报告医护人员。

## 5.2 饮食照护

### 5.2.1 一般要求

5.2.1.1 观察口腔状态、体位耐受度及饮食依从性。

5.2.1.2 需吸痰的患者经医护人员吸痰评估确认后进食。

### 5.2.2 经口进食

5.2.2.1 在医护人员指导下准备食物，食物温度宜控制在 38℃～40℃，其他进食前准备应按 T/GXAS 877 的喂食前准备要求执行。

5.2.2.2 协助进食操作如下：

- 宜协助患者取坐位或半卧位，并保持该姿势至进食后至少 30 min～60 min；无法坐起者应抬高床头 30°～45°，垫枕支撑背部及肩部，不应让患者平卧或侧卧进食；
- 需喂食的患者每口食物量为 1/3～1/2 茶匙（5 mL～10 mL），待吞咽完成后再喂下一口；
- 全程关注患者进食反应、耐受情况及摄入量；一旦出现咳嗽、呼吸变快或血氧饱和度下降等异常，立即停止进食，并报告医护人员。

5.2.2.3 进食后应检查患者口腔颊部和舌下是否有食物残留，及时清洁口腔。

### 5.2.3 经管进食

5.2.3.1 经鼻饲管、胃造瘘管进食的患者，经医护人员评估符合条件后方可进食。

5.2.3.2 宜协助患者采取坐位或床头抬高 30°～45° 的半坐卧位，保持该体位至进食后 30 min～60 min。

5.2.3.3 准备 38℃～40℃温水、鼻饲液等物品，观察鼻饲管或胃造瘘管是否牢固、通畅，确认在位后方可进食。

5.2.3.4 进食时按以下要求操作：

- 手动推注进食时，时间不少于 15 min；使用营养泵进食时观察泵注状况；
- 管路堵塞时，不应强行推注，观察有无反流；
- 进食全程观察患者有无呕吐、腹痛、腹胀或血氧饱和度下降等情况；
- 发现异常及时报告医护人员。

5.2.3.5 进食后应使用 20 mL～30 mL 温水冲管，封闭管路端口，鼻饲管或胃造瘘管不应牵拉、扭曲或脱落。

5.2.3.6 每日进食前后清洁管路周围皮肤。

## 5.3 排泄照护

5.3.1 安全如厕按 T/GXAS 1215 的要求执行，排泄过程应观察，发现患者意识改变、呼吸急促、面色苍白及口唇紫绀等，及时报告医护人员。

5.3.2 使用床上专用便盆不应牵拉管路。

### 5.3.3 失禁照护操作如下：

- 穿戴合适型号的纸尿裤或使用护理垫；
- 发生失禁后，及时更换污染的纸尿裤、护理垫及衣物，用温水从前向后擦拭会阴部及肛周皮肤，擦干后涂抹皮肤保护剂；若肛周皮肤出现发红、破损，及时报告医护人员；
- 观察失禁发生的时间、排泄物的性状和频次，若出现次数明显增多或伴随腹痛等异常情况，立即报告医护人员。

5.3.4 应观察患者 24h 排泄量，使用利尿剂者重点观察尿量变化，发现黑便、血便、尿液浑浊或带血等，立即报告医护人员。

## 5.4 睡眠照护

5.4.1 协助患者取半卧位或高斜坡卧位；对合并心力衰竭者宜取  $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$  半卧位，下肢抬高  $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ，肢体处于关节微屈功能位。

### 5.4.2 观察重点如下：

- 意识状态：是否叫醒困难，有无意识改变；
- 呼吸频率与节律：是否过慢、过快或呼吸暂停；
- 面色与口唇：是否出现紫绀；
- 肢体活动：是否出现躁动、抽搐等；
- 管路：是否固定、通畅、扭曲、脱落；
- 监护设备：有无异常。

5.4.3 协助患者翻身，对于使用镇静镇痛药物的患者，做好安全防护。

5.4.4 保持卧室安静，睡前进行安全检查，确认床栏稳固、呼叫器处于备用状态，夜间进行照护时宜使用地灯或床尾灯，不应强光直射患者面部。

## 5.5 协助患者配合治疗

### 5.5.1 雾化吸入

5.5.1.1 配合护士连接雾化装置，协助佩戴面罩/咬嘴，面罩/咬嘴不应压迫面部或漏气。观察患者有无呛咳、胸闷、气促、面部潮红、恶心等不适，出现异常及时报告医护人员。

5.5.1.2 用温水擦拭患者面部及口鼻周围残留药液；无法漱口者，协助清洁口腔。

### 5.5.2 拍背与体位引流

5.5.2.1 在医护人员指导下，采用空心掌对患者进行拍背，从背部肺底由下至上、由外向内叩击，每侧背部宜叩击 3 min~5 min。

5.5.2.2 在医护人员指导下，协助患者维持体位引流姿势，每次 15 min~20 min，每日 2~3 次。

5.5.2.3 督促能配合的患者按“深吸气—屏气 3 s—用力咳嗽 2~3 次”排痰。

5.5.2.4 协助体位引流后的患者排痰，并观察痰液颜色、性状、量。

### 5.5.3 氧疗

5.5.3.1 观察鼻导管/氧疗固定带固定情况，发现异常及时报告医护人员。

5.5.3.2 不应擅自调整氧流量，若患者出现烦躁、口唇发绀等情况，及时报告医护人员。

5.5.3.3 对使用无创呼吸机者，每日清洁面罩接触面，查看患者面部受压情况。

5.5.3.4 高流量氧疗主要按以下要求进行操作：

- 清理床头周边酒精、打火机、电热设备等易燃易爆物品；
- 持续观察患者面色、口唇颜色、呼吸频率、胸廓起伏状况、血氧仪数值变化，如有异常及时报告医护人员；
- 氧疗结束后，协助患者擦拭面部，摆放舒适体位，整理床单位。

## 5.6 并发症观察与应急配合

### 5.6.1 感染加重

5.6.1.1 观察患者有无呼吸困难加重、血氧饱和度低于 90%、痰液增多或有黄脓痰、带血痰等感染加重迹象，发现异常及时报告医护人员。

5.6.1.2 患者体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ ，使用温水擦浴，水温控制在 $32^{\circ}\text{C}\sim 34^{\circ}\text{C}$ ，擦拭患者前额、颈部、腋下、腹股沟等大血管走行处，每次擦拭 15 min $\sim$ 20 min。

### 5.6.2 消化道疾病

观察患者有无恶心、呕吐、腹胀等不适，出现腹泻、便秘及消化道出血（黑便、血便）时，及时报告医护人员。

### 5.6.3 静脉血栓栓塞症

每日观察患者下肢有无肿胀、疼痛、皮温改变、皮肤颜色等情况，出现单侧下肢突发肿胀、明显增粗、疼痛加剧、皮肤颜色异常（苍白/紫绀）、皮温显著升高或降低等，及时报告医护人员。

### 5.6.4 压力性损伤

5.6.4.1 日常观察患者全身皮肤完整性，如骨隆突处（耳廓、枕后、肩峰、肩胛骨、肘部、髌部、骶尾部、足跟等）出现持续指压不变的红斑、硬结、水疱、破溃或色素沉着改变、局部皮温升高、肿胀或疼痛等情况，应及时报告医护人员。

5.6.4.2 对于已发生的压力性损伤，不应按摩在红斑部位，出现皮肤压之不褪色的暗红区域、完整或破损的水疱、表浅溃疡加重加深等情况应及时报告医护人员。

## 6 评价与改进

6.1 医疗机构应定期对医疗护理员开展服务质量检查或满意度调查，按 T/GXAS 922 的要求对医疗护理员的服务质量进行评价。

6.2 对评价结果进行分析、反馈、提出整改措施，持续改进。



## 参 考 文 献

- [1] WS/T 863—2025 呼吸机相关肺炎预防与控制标准[S].
- [2] T/CNAS 08—2019 成人氧气吸入疗法护理[S].
- [3] T/CNAS 20—2021 成人鼻肠管的留置与维护[S].
- [4] 医疗护理员国家职业标准（人社厅发〔2024〕21号）.
- [5] 医疗护理员培训大纲（试行）（国卫医发〔2019〕49号）.
- [6] 中国老年医学学会呼吸病学分会. 老年肺炎临床诊断与治疗专家共识（2024年版）[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2025, 48(1):18-34.
- [7] 龚思媛, 廖春莲, 刘继红, 等. 成人重症监护病房口腔护理专家共识解读[J]. 护理研究, 2023, 37(3):388-391.
- [8] 国家压疮咨询小组, 欧洲压疮咨询小组, 泛太平洋压疮联盟. 压疮/损伤的预防与治疗: 快速参考指南[M]//国际指南. 第4版. 艾米丽·海斯勒, 编. 2025[2026-02-28].



中华人民共和国团体标准

医疗护理员老年重症肺炎患者照护规范

T/GXAS 1389—2026

广西标准化协会统一印制

版权专有 侵权必究