

# T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 877—2024

## 医疗护理员安全喂食辅助照护规范

Specification for safe feeding of medical nursing assistants

2024 - 12 - 03 发布

2024 - 12 - 09 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 安全喂食要求 .....	1
6 风险处理 .....	2
7 评价与改进 .....	3
附录 A（资料性） 吞咽功能与不同分级食物的选择 .....	4
附录 B（资料性） 不同状况患者的经口喂食技巧 .....	5
附录 C（资料性） 噎食识别和应急处理 .....	6
附录 D（资料性） 误吸识别和应急处理 .....	7
参考文献 .....	8



## 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。

本文件由广西壮族自治区江滨医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西壮族自治区江滨医院、广西壮族自治区南溪山医院、广西壮族自治区工人医院、广西中医药大学附属瑞康医院、右江民族医学院附属医院、桂林医学院附属医院、南宁市第一人民医院、桂林市人民医院、柳州市人民医院、玉林市第一人民医院、贵港市人民医院、钦州市第一人民医院、广西陪陪我健康科技有限公司、广西新生活医养健康服务股份有限公司。

本文件主要起草人：陈周林、张琰、叶真凤、周雅英、何丽、戴肖婷、韦红、龙秀红、陆柳雪、廖春燕、林桦、周燕、罗海燕、詹宗芳、黄宇霞、朱新青、李洁霞、马惠、薛兰芳、黄丽红、韦志慧、何彤薇、姚喜、李俊利、曾春香、莫选、蒋雪春、覃金兰、符茜茜、刘艺琴、黄利宾、罗熹、黄艳飞、黄水莲。



# 医疗护理员安全喂食辅助照护规范

## 1 范围

本文件界定了医疗护理员安全喂食辅助照护涉及的术语和定义，规定了医疗护理员安全喂食辅助照护的基本要求、安全喂食要求、风险处理以及评价与改进的要求。

本文件适用于医疗护理员安全喂食辅助照护。

## 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。

T/GXAS 871 医疗机构医疗护理员管理规范

## 3 术语和定义

T/GXAS 871界定的术语和定义适用于本文件。

## 4 基本要求

- 4.1 喂食环境安静、舒适、干净整洁、无异味。
- 4.2 每次喂食前应清洗并擦干双手。
- 4.3 根据医务人员对患者评估的结果选择安全喂食方式。
- 4.4 根据安全喂食方式选择适宜的喂食辅助用具，包括但不限于广口平底碗、边缘倾斜的盘子、切口杯、灌注器等，并能正确使用喂食辅助用具。
- 4.5 能在护士指导下为携带鼻胃管、胃造瘘管的居家照护对象进行管饲。

## 5 安全喂食要求

### 5.1 经口喂食

#### 5.1.1 喂食前准备

- 5.1.1.1 协助患者取坐位或半卧位，确保患者身体稳定。应在护士指导下对体位受限患者选择合适的进食体位。
- 5.1.1.2 根据医护人员对患者吞咽功能的评估结果，结合患者喜好及营养需求准备食物，兼顾食物的色、香、味及温度等选择合适的食物，见附录 A。
- 5.1.1.3 有活动义齿者喂食前应协助佩戴并检查义齿是否稳固，喂食后取下清洗干净并妥善存放。

#### 5.1.2 喂食

- 5.1.2.1 无吞咽障碍者，将食物放在舌中间凹陷处。吞咽障碍患者应将食物放在口腔健侧舌后或者颊部，从 2 mL~3 mL 开始，逐渐增加至适合患者的一口量。

注：一般正常人一口量：①稀液体5mL~20mL；②果酱或布丁5mL~7mL；③浓稠泥状食物3mL~5mL；④肉团2mL。

- 5.1.2.2 喂食时与患者保持视线平行，在医护人员指导下，对不同状况患者选择相应的喂食技巧，见附录 B。

- 5.1.2.3 调整喂食速度，前一口吞咽完成后再喂食下一口，避免两次食物重叠入口，喂食时长宜为 30 min~40 min，不应催促。
- 5.1.2.4 吞咽食物过程应避免交流。
- 5.1.2.5 每餐进食后检查口腔，口腔有食物残留患者，应指导其进行空吞咽、交替吞咽，并进行口腔清洁。
- 5.1.2.6 若出现恶心、呕吐、呛咳、音质改变、血氧饱和度下降幅度 $\geq 5\%$ ，应立即停止喂食，并报告医护人员。

### 5.1.3 喂食后

指导患者至少保持原体位30 min，期间密切观察患者有无不适或异常反应，不宜进行翻身、叩背、吸痰等操作。

## 5.2 经鼻饲管、胃造瘘管喂食

### 5.2.1 喂食前准备

- 5.2.1.1 摇高床头 30° 以上，宜取坐位或半卧位。
- 5.2.1.2 选择糊状食物或营养液，温度宜为 38 °C~40 °C。
- 5.2.1.3 气管切开、气管插管或昏迷的居家照护对象，在喂食前协助其翻身、叩背，确认气囊处于充气状态。
- 5.2.1.4 检查管道情况：观察固定胶布有无松动、管道置入刻度有无改变。通过将鼻饲管/造瘘管末端置于清水中观察是否有气泡溢出或采用抽吸胃液法，确认管道在胃内。
- 5.2.1.5 观察胃造瘘口周围皮肤情况，有无出血、渗液、红肿、硬块、过敏反应等。
- 5.2.1.6 回抽鼻饲管/胃造瘘管，若胃内残留量 $> 150$  mL 应暂缓喂食；若胃内容物呈血性或咖啡色时，应及时就医。
- 5.2.1.7 喂食前用温开水冲洗鼻饲管/胃造瘘管。

### 5.2.2 喂食

- 5.2.2.1 新鲜果汁与奶液应分开注入鼻饲管/胃造瘘管，药片应充分溶解后注入鼻饲管/胃造瘘管。
- 5.2.2.2 每次管饲量根据居家照护对象情况调整，常规每日 4~6 次，每次 250 mL~400 mL，推注速度不能快于 30 mL/min，间隔时间 $> 2$  h。
- 5.2.2.3 持续滴注的居家照护对象，每 4 h~6 h 用温开水冲洗管腔。
- 5.2.2.4 喂食过程中出现恶心、呕吐、呛咳、呼吸困难、血氧饱和度下降幅度 $\geq 5\%$ 等情况，应立即停止注食，如无改善应立即就医。

### 5.2.3 喂食后

- 5.2.3.1 喂食完毕后，应使用少量温开水冲洗鼻饲管/胃造瘘管，并妥善安置。
- 5.2.3.2 指导居家照护对象保持原体位至少 30 min，期间密切观察其有无不适或异常反应，不宜进行翻身、叩背、吸痰等操作。
- 5.2.3.3 每日应至少给予居家照护对象两次口腔清洁。
- 5.2.3.4 观察有无腹胀、腹泻、黑便等情况，必要时就医。

## 6 风险处理

### 6.1 噎食识别及应急处理

正确识别噎食，一旦发生应进行紧急处理，见附录C。

### 6.2 误吸识别及应急处理

正确识别误吸，若发生应停止喂食并进行紧急处理，见附录D。

## 7 评价与改进

- 7.1 定期对医疗护理员开展服务质量控制检查，对服务不规范、质量不达标的医疗护理员提出警告并限期整改。
- 7.2 定期采取问卷调查、放置留言簿等形式进行医疗护理员服务满意度调查。
- 7.3 对检查及满意度调查结果进行分析、反馈、提出整改措施，持续改进。



附 录 A  
(资料性)  
吞咽功能与不同分级食物的选择

吞咽功能与不同分级食物的选择见附录A. 1。

表 A. 1 吞咽功能与不同分级食物的选择

吞咽功能情况	食物分级	食物特点
轻度吞咽障碍患者	1级 低稠型	用“吸”表达最为合适的液体
开始治疗性经口进食的患者	2级 中稠型	用“喝”表达最为合适的液体
重度吞咽障碍患者	3级 高稠型	用“吃”表达最为合适的液体
不需咀嚼能力，但需具有运送食物能力，可经口进食者	4级 细泥型	有食团形成和食团保持能力，不需要撕咬或咀嚼即可咽下，如各种质地糊状食物
可通过舌运送食物者	5级 细馅型	舌和上下腭之间可以压碎，如三分粥、五分粥和各种软食
高龄老人以及存在误吸风险的吞咽功能及咀嚼功能轻度下降者	6级 软食型	无需牙齿或义齿也能吞咽，但需具备上下牙床间的挤压和碾压能力，如全粥、软饭等食物

附 录 B  
(资料性)  
不同状况患者的经口喂食技巧

不同状况患者的经口喂食技巧见表B.1。

表 B.1 不同状况患者的经口喂食技巧

患者状况	喂食技巧
频繁呛咳	用勺子将少量食物送至舌根处
吞咽困难、食物残留	侧方吞咽：进食时分别左、右侧转头吞咽
	空吞咽：每次进食后，反复做几次空吞咽，然后再进食
	交替吞咽：空吞咽后饮用1 mL~2 mL极少量的水
	用力吞咽：吞咽时将舌用力向后移动，帮助食物推进通过咽腔
	点头吞咽：吞咽时颈部尽量向前屈形状似点头，同时做空吞咽动作
低头吞咽：颈部尽量前屈姿势吞咽	
偏瘫	应在偏瘫患者健侧喂食
一侧面瘫	应将食物放在口腔健侧舌后部或者颊部
其他	应将食物放在舌中间凹陷处

**附录 C**  
(资料性)  
**噎食识别和应急处理**

**C.1 噎食识别**

C.1.1 噎食早期：进食中突然不能说话、呼吸困难、呛咳、口唇青紫、面容痛苦、双眼直瞪、双手成“V”字型放于颈部或双手乱抓。

C.1.2 噎食后期：无自主呼吸、大小便失禁、意识丧失、全身瘫软、四肢发凉。

**C.2 噎食应急处理**

C.2.1 呼救：判断出现噎食症状时，立即呼救。

C.2.2 清除口咽部食物。

C.2.3 催吐：用坚硬不易折断的物品（如汤匙柄部）刺激患者咽后壁或舌根处引吐。

C.2.4 叩击背部：予患者直立位或半坐位，头低45°，拍击胸背部，吐出食物。

C.2.5 予C.2.2~C.2.4措施无效时，根据不同情形立即行海姆立克急救法。

- a) 对于意识清醒者使用隔下腹部冲击法：
  - 1) 嘱患者站位、头部略低、嘴张开；
  - 2) 站在患者身后，双臂围绕患者腰部；
  - 3) 一手握拳，将拳头的拇指侧顶在患者的上腹部（肚脐上方两横指处），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 次直至阻塞物排除，患者恢复自主呼吸。
- b) 对于意识清醒且肥胖者使用胸部推压法：
  - 1) 嘱患者站位、头部略低、嘴张开；
  - 2) 站在患者身后，双臂围绕患者胸部；
  - 3) 一只手握拳放在胸骨中央，手掌侧对着胸骨侧，另一只手握拳，向后方推压，猛烈挤压患者胸部，直至食物被咳出。
- c) 对于意识不清者使用仰卧式急救法：
  - 1) 予患者就地平躺于地板上，仰卧，头转向一侧并后仰，充分开放气道；
  - 2) 骑跨于患者的髋部或跪于患者一侧；
  - 3) 一手掌跟置于患者脐和剑突之间，另一手置于其上，双手叠握，手指翘起，迅速有力向内上方冲击 5~6 次，检查口腔，如有食物呕出。

附录 D  
(资料性)  
误吸识别和应急处理

D.1 误吸识别

D.1.1 显性误吸伴随进食、饮水、胃内容物反流，突然出现呼吸困难、咳嗽、发绀等呼吸道症状。

D.1.2 隐形误吸伴随吸入性肺炎或仅表现精神萎靡、神志淡漠、反应迟钝等。

D.2 误吸应急处理

一旦发生误吸，应立即停止喂食并予患者头低足高位，头偏向一侧，取侧卧位，轻叩背部，清理口腔。



### 参 考 文 献

- [1] T/CNAS 27—2023 老年人误吸的预防
- [2] T/CNAS 40—2023 脑卒中后吞咽障碍患者进食护理
- [3] 医疗护理员国家职业标准(人社厅发〔2024〕21号)
- [4] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2022.
- [5] 中华护理学会.医院护理员培训指导手册[M].北京:人民卫生出版社,2018.
- [6] 陈燕琴,任红倬.康复专科护士实践手册[M].北京:化学工业出版社出版,2014.
- [7] 窦祖林.吞咽障碍评估与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2017.
- [8] 杨莘,程云.老年专科护理[M].北京:人民卫生出版社,2019.

中华人民共和国团体标准  
医疗护理员安全喂食辅助照护规范  
T/GXAS 877—2024  
广西标准化协会统一印制  
版权专有 侵权必究