

# 中华护理学会团体标准

T/CNAS 07—2019

## 成人肠造口护理

Nursing care for adult stoma patients

2019-11-10 发布

2020-01-01 实施

中华护理学会 发布

## 前 言

本标准由中华护理学会提出并归口。

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准主要起草单位：北京大学人民医院、上海长海医院、北京大学护理学院、首都医科大学附属北京友谊医院、北京大学肿瘤医院、中山大学附属第三医院、中山大学肿瘤防治中心、北京大学第一医院、北京大学第三医院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、浙江省肿瘤医院、同济大学附属杨浦医院。

本标准主要起草人：王冷、高志冬、马蕊、徐洪莲、楼征、王志稳、田丽、张洁、胡爱玲、郑美春、丁炎明、邓俊、周玉洁、胡宏鸯、喻姣花、谢玲女、王静。

# 成人肠造口护理

## 1 范围

本标准规定了成人肠造口护理的基本要求、术前护理和术后护理。  
本标准适用于各级各类医疗机构的护理人员。

## 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 2.1

#### **肠造口 stoma**

出于治疗目的将一段肠管拉出腹壁外所做的人工回/结肠开口，粪便由此排出体外。

### 2.2

#### **单腔/双腔造口 end/double stoma**

回/结肠连续性完全中断，只将肠管近端在腹壁外开口称为单腔造口，肠管近端和远端分别在腹壁外各自开口称为双腔造口。

### 2.3

#### **袢式造口 loop stoma**

回/结肠连续性没有完全中断，肠管近端和远端在腹壁外同一开口。

### 2.4

#### **结肠造口灌洗 colostomy irrigation**

将一定容量的温水经结肠造口灌入肠腔，以刺激肠蠕动，清除结肠内的粪便及积气。

## 3 基本要求

3.1 应指导患者及照护者选择合适的造口护理用品并掌握其使用。

3.2 应对患者进行心理状态评估及支持。

3.3 宜在术前一天为患者进行造口定位。

3.4 应在术后每天进行造口评估，及时发现造口及周围皮肤并发症并予以处理。

3.5 宜建立由手术医师、护士、营养师、心理/精神科医师等组成的多学科团队共同管理患者。

## 4 术前护理

### 4.1 心理支持

- 4.1.1 应评估患者的心理状态，确定存在的主要问题。
- 4.1.2 应鼓励患者说出自己的感受，耐心倾听。
- 4.1.3 应帮助患者认识肠造口手术的目的，增强对手术成功的信心和康复的勇气。

#### 4.2 造口定位

- 4.2.1 肠造口宜位于腹直肌上，避开疤痕、皱褶、骨隆突或腰带等部位。
- 4.2.2 回肠造口宜在右下腹脐与髂前上棘连线中上 1/3 处或脐、髂前上棘、耻骨联合三点形成的三角形的三条中线交点；乙状结肠造口用前述方法定位在左下腹。
- 4.2.3 横结肠造口宜在上腹部以脐和肋缘分别做一水平线，两线之间，且旁开腹中线 5~7cm。
- 4.2.4 体质指数（BMI） $\geq 30\text{kg/m}^2$  者，造口位置宜定在腹部隆起的最高处。
- 4.2.5 计划行两个以上造口手术者，定位不宜在同一条水平线上，造口之间相距 5~7cm。
- 4.2.6 造口定位以患者取半坐卧位、坐位、弯腰、站立等不同体位时能看到造口为宜。
- 4.2.7 宜用手术记号笔画实心圆标记造口位置。

### 5 术后护理

#### 5.1 造口评估

应术后每日进行造口评估（见附录 A），及时发现造口及周围有无异常情况。

#### 5.2 心理支持

- 5.2.1 应评估患者对造口的接受程度。
- 5.2.2 术后首次让患者观看造口时，宜在清洁造口及周围皮肤后。
- 5.2.3 宜鼓励患者参与造口自我护理，可安排同伴教育。
- 5.2.4 当患者出现拒绝直视或触摸造口、不愿意参与排泄物的排放、表情淡漠、哭泣等情况时，应报告主管医师。

#### 5.3 造口护理用品的选择与使用

##### 5.3.1 造口护理用品的选择

- a) 手术早期宜选用透明、无碳片、开口袋，康复期可选择不透明造口袋。
- b) 排泄物稀薄宜选开口袋，排泄物稠宜选开口袋或闭口袋。
- c) 视力障碍者宜选透明造口袋，手灵活性差者宜选预开口造口袋。
- d) 腹部平坦或膨隆宜选平面底盘，造口回缩宜选凸面底盘加腰带。

5.3.2 造口底盘发白或卷边时，宜尽快更换，宜在清晨空腹时进行，更换流程见附录 B。

5.3.3 造口袋内 1/3~1/2 满时，宜排放造口袋内排泄物。

#### 5.4 结肠造口灌洗

5.4.1 乙状结肠造口和降结肠造口患者可每日或隔日进行结肠造口灌洗，若连续发生两次灌洗间隔

有排便现象，则宜调整灌洗液量或不再进行灌洗。

5.4.2 应提供安全隐蔽、独立的卫生间或房间，协助患者坐于马桶上或便器旁。

5.4.3 应准备结肠造口灌洗用品和 39℃~41℃ 的温开水 1000ml。

5.4.4 灌洗前应戴手套，用食指探查造口的肠腔走向。

5.4.5 灌洗速度宜为 100ml/min，成人灌洗量 500~1000ml/次。若灌洗过程中患者出现面色苍白、出冷汗、腹痛、头昏眼花或血压骤降、脉搏上升等情况，应立即停止灌洗。

5.4.6 应在灌洗后 15~30min 评估排泄物的颜色、性状、量等。

5.4.7 每次灌洗时，宜确保液体全部灌入到肠腔内。

## 5.5 造口及周围皮肤并发症的观察及护理

### 5.5.1 造口出血

a) 应评估出血部位、量。

b) 造口浅表渗血可压迫止血，若压迫无效可撒涂造口护肤粉或使用藻酸盐敷料按压。

c) 非造口肠腔出血可用浸有 1% 肾上腺素溶液的纱布、云南白药粉等外敷，然后纱布压迫止血或硝酸银烧灼止血。止血无效时报告医生。

### 5.5.2 造口水肿

a) 应评估水肿发生的时间、肿胀程度、造口血运及排泄情况等。

b) 黏膜皱褶部分消失的轻度水肿者，可放射状剪裁造口底盘，剪裁孔径比造口根部大 3~6mm，并观察水肿消退情况。

c) 黏膜皱褶完全消失的重度水肿者，可用 3% 高渗盐水或 50% 硫酸镁浸湿纱布覆盖在造口黏膜上，2~3 次/日，20~30min/次。

d) 合并脱垂者，水肿难以消退且脱垂的肠管无法回纳，应注意观察和保护肠管，并报告医生。

### 5.5.3 造口缺血/坏死

a) 应评估缺血/坏死的范围、黏膜颜色等。

b) 宜选用二件式透明造口袋。

c) 宜遵医嘱去除造口周围碘仿纱布，或将缺血区域缝线拆除 1~2 针，观察血运恢复情况。

d) 造口局部缺血/坏死范围 < 2/3 者，可在缺血/坏死黏膜上涂撒造口护肤粉。

e) 造口缺血/坏死范围 ≥ 2/3 或完全坏死，应报告医生。

### 5.5.4 皮肤黏膜分离

a) 应评估分离的范围、大小、深度、渗液量、基底组织情况及有无潜行。

b) 浅层分离，宜用造口护肤粉喷洒局部；深层分离，宜去除黄色腐肉和坏死组织，可用藻酸盐敷料充填伤口；合并感染时，宜使用抗菌敷料。

c) 上述步骤后宜涂抹防漏膏/条、防漏贴环或应用水胶体敷料隔离。

d) 分离较深或合并造口回缩者，可使用凸面底盘并佩戴造口腰带或造口腹带固定。

### 5.5.5 造口回缩

a) 应评估回缩的程度、造口底盘和周围皮肤的浸渍情况。

b) 可使用凸面底盘并佩戴造口腰带或造口腹带固定。

c) 回缩合并狭窄者，应报告医生。

#### 5.5.6 造口狭窄

a) 应评估狭窄的表现及程度。

b) 若患者食指难以伸入造口，应指导患者减少不溶性纤维摄入、增加液体摄入量，可使用粪便软化剂或暂时性使用扩肛；小指无法伸入造口时，应报告医生。

#### 5.5.7 造口脱垂

a) 应评估肠管脱出时间、长度、套叠、水肿、血供等情况。

b) 宜选择一件式造口袋，并调整造口底盘的开口大小。

c) 宜在患者平卧且造口回纳后更换造口袋。

d) 自行回纳困难者，宜手法回纳；伴水肿时，待水肿消退后回纳。回纳后均宜使用无孔腹带包扎。

e) 脱垂伴缺血坏死或不能手法回纳者，应嘱患者平卧并报告医生。

#### 5.5.8 造口旁疝

a) 应评估平卧时造口旁疝是否还纳、可触及的筋膜环缺损大小。

b) 可使用造口腹带或无孔腹带包扎，定时松解后排放排泄物。

c) 结肠造口灌洗者应停止灌洗。

d) 造口颜色变暗或持续疼痛，无气体、粪便从造口排出，患者食欲不振、腹胀、恶心、呕吐，或突入疝环的肠管发生嵌顿时，应报告医生。

#### 5.5.9 造口周围皮肤损伤

a) 应评估造口周围皮肤损伤的部位、颜色、程度、范围、渗液情况等，判断损伤类型。

b) 若为潮湿相关性皮肤损伤，可使用无刺激皮肤保护膜、造口护肤粉或水胶体敷料，必要时涂抹防漏膏/条或防漏贴环等。

c) 若为过敏性接触性皮炎，应停止使用含过敏源的造口护理用品，遵医嘱局部用药。

d) 若为机械性皮肤损伤，可根据情况使用伤口敷料；黏胶相关性皮肤损伤宜选择无胶带封边的造口底盘，压力性损伤应去除压力源。

#### 5.5.10 造口周围肉芽肿

a) 应评估肉芽肿的大小、部位、数量、软硬度、出血情况等，首次处理肉芽肿时应留标本送病理检查。

b) 较小肉芽肿，可消毒后使用钳夹法去除肉芽肿，局部喷洒造口护肤粉并压迫止血。

c) 较大肉芽肿，可用硝酸银棒分次点灼，一般每3天一次，直至完全消退。

d) 有蒂肉芽肿，可用无菌缝线套扎根部阻断血供而使肉芽肿逐渐坏死脱落。

e) 处理困难的肉芽肿，应报告医生。

#### 5.5.11 造口周围毛囊炎

a) 应评估造口周围毛囊炎的表现，遵医嘱进行细菌培养以明确感染类型，根据细菌培养结果进行药物治疗。

b) 可使用抗菌皮肤清洗剂清洗造口周围皮肤，毛发稠密者及时剃除。

c) 局部可用0.9%生理盐水清洗后外涂抗生素软膏或粉末。

d) 有脓肿者，可配合医师切开排脓后使用抗菌敷料加水胶体敷料，再粘贴造口袋。

## 5.6 患者教育

### 5.6.1 回归正常生活

a) 无特殊饮食禁忌，回肠造口和造口狭窄者避免进食木耳、菌菇、芹菜等难消化及纤维过长易成团食物，可适当控制易产气、异味、辛辣、生冷等食物。

b) 宜着稍宽松衣服，系腰带时，应避免造口的位置。

c) 待手术切口愈合、体力恢复，可沐浴和游泳。结肠造口者可将造口袋揭除后沐浴，回肠造口者宜佩戴造口袋沐浴；游泳前造口袋周围可粘贴防水胶布或弹力胶贴。

d) 旅游出行前应备足造口护理用品并随身携带。

e) 体力恢复后可尝试恢复性生活，性生活前排空造口袋或更换新的造口袋，并检查造口袋的密闭性。

### 5.6.2 回归正常社交

a) 当手术切口愈合、体力恢复后，可回归工作和社交，但应避免从事搬运、建筑等重体力劳动。

b) 参加工作和社交活动前宜排空造口袋或更换新的造口袋，并随身携带造口护理用品。

附 录 A  
(规范性附录)  
造口评估的项目及内容

评估项目	评估内容
位置	右上腹、右下腹、左上腹、左下腹、上腹部、切口正中、脐部
类型	按时间可分为永久造口和临时造口，按开口模式可分为单腔造口、双腔造口和袢式造口
颜色	正常造口为鲜红色，有光泽且湿润。颜色苍白提示贫血；暗红色或淡紫色提示缺血；黑褐色或黑色提示坏死
高度	造口理想高度为 1~2cm。若造口高度过于平坦或回缩，易引起潮湿相关性皮肤损伤；若突出或脱垂，会造成佩戴困难或造口黏膜出血等并发症
形状	可为圆形、椭圆形或不规则形
大小	可用量尺测量造口基底部的宽度。若造口为圆形应测量直径，椭圆形宜测量最宽处和最窄处，不规则的可用图形来表示
黏膜皮肤缝合处	评估有无缝线松脱、分离、出血、增生等异常情况
造口周围皮肤	正常造口周围皮肤是颜色正常、完整的。若出现皮肤红、肿、破溃、水疱、皮疹等情况，应判断出现造口周围皮肤并发症的类型
袢式造口支撑棒	评估支撑棒有无松脱、移位、压迫黏膜和皮肤
排泄物	一般术后 48~72h 开始排泄，回肠造口最初为粘稠、黄绿色的黏液或水样便，量约 1500ml 左右，逐渐过渡到褐色、糊样便、颜色、性状和气味等；结肠造口排泄物为褐色、糊状或软便。若排泄物含有血性液体或术后 5d 仍无排气、排便等均为异常



附录 B  
(规范性附录)  
更换造口袋流程

