

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 983—2025

中低位直肠癌手术预防性肠造口 护理技术规范

Nursing technical specification for perventive enterrostomy for minddle
and low rectal cancer surgery

2025 - 03 - 28 发布

2025 - 04 - 03 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 预防性肠造口围手术期护理 1

 5.1 术前护理 1

 5.2 术后护理 2

 5.3 造口及周围常见并发症护理 2

 5.4 患者教育及出院随访 3

6 预防性肠造口还纳围手术期护理 3

 6.1 术前护理 3

 6.2 术后护理 3

 6.3 术后常见并发症护理 4

 6.4 患者教育及出院随访 4

附录 A（规范性） 造口评估项目及内容 5

附录 B（规范性） 造口周围身体形态评估工具 6

附录 C（规范性） 营养风险筛查评估表（NRS-2002） 7

附录 D（规范性） 造口周围皮肤评估工具 DET 评估表 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。

本文件由南宁市第二人民医院(广西医科大学第三附属医院)提出并宣贯。

本文件起草单位：南宁市第二人民医院/广西医科大学附属第三医院、广西医科大学、北京大学人民医院、广东省护理学会、广西医科大学附属肿瘤医院、中山大学附属第一医院广西医院、北京医院、中国医科大学护理学院、山西省临汾市中心医院、郑州大学第一附属医院、广西壮族自治区南溪山医院、柳州市人民医院、广西医科大学第二附属医院。

本文件主要起草人：李建民、梁艺、汪莉、王富博、张素、成守珍、宁瑞玲、游雪梅、朱茂灵、黄思光、邱小琴、苏锦绣、韦皓堂、刘剑伟、罗倩、齐小玖、刘宇、张智霞、罗海燕、黄宇霞、李龙嫚、黄峥、左红群、高洁、方金菊、欧阳明月、常鑫、卢小倩、庞舒娴、陈露林、王滔。

中低位直肠癌手术预防性肠造口 护理技术规范

1 范围

本文件界定了中低位直肠癌手术预防性肠造口护理涉及的术语和定义，规定了基本要求、预防性肠造口围手术期护理、预防性肠造口还纳围手术期护理的要求。

本文件适用于各级各类医疗机构中低位直肠癌手术预防性肠造口的护理。

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 15982 医院消毒卫生标准

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

预防性肠造口 protective stoma

在直肠低位前切除术后为达到粪便转流的目的，进行临时性的末端回肠造口或横结肠造口，也称保护性造口或转流性造口。

3.2

造口还纳术 stoma return surgery

在预防性肠造口术后3~6个月后，将提至腹壁的肠管还纳入腹腔的手术。

4 基本要求

4.1 医院消毒卫生符合 GB 15982 的规定。

4.2 手术前后应对患者进行心理状态评估及心理支持，应重视患者的情绪及心理创伤程度，并有针对性地患者提供心理疏导及支持，必要时向患者提供同伴支持教育。

4.3 预防性肠造口转流期间应指导患者及照顾者掌握造口护理并根据造口情况指导其选择合适的造口护理用品。

4.4 宜在术前1 d~2 d 为患者进行造口定位，造口定位应符合 5.1.3 的要求。

4.5 宜建立由手术医师、伤口造口专科护士、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。

5 预防性肠造口围手术期护理

5.1 术前护理

5.1.1 术前评估

术前应对患者的基本情况、心理状态、营养状况、肠道准备、皮肤准备、教育文化背景、职业特点和家庭经济状况等进行全面的评估。

5.1.2 心理支持

5.1.2.1 术前应评估患者的心理状态。

5.1.2.2 应耐心倾听并鼓励患者说出自己的感受。

5.1.2.3 应帮助患者认识手术的目的。

5.1.3 术前造口定位

5.1.3.1 预防性肠造口定位要求：

——宜定位于腹直肌肌内；

——BMI ≥ 30 kg/m²者，造口位置宜定在腹部隆起的最高处；

——回肠造口宜定位于右下腹以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相交点；

——横结肠造口宜定位于上腹部以脐和肋缘分别做水平线的两线之间，且旁开腹中线5 cm~7 cm。术前定位至少2个及以上；

——造口定位以患者取半坐卧位、坐位、弯腰、站立等不同体位时均能看到造口为宜。

5.1.4 应用油性笔或甲紫在定位处画一个直径1.5 cm~2.5 cm的实心圆，待干后，用透明薄膜覆盖。

5.2 术后护理

5.2.1 预防性肠造口评估

术后应按附录A的要求每日进行造口及周围皮肤评估。

5.2.2 造口护理用品选择与使用

5.2.2.1 应按附录B的要求进行造口周围身体形态评估，根据造口及造口周围皮肤高度、造口周围组织形态、造口位置、造口高度选择合适的造口护理用品。

5.2.2.2 应3 d~4 d更换造口用品，若出现造口底盘发白、渗漏或卷边等需及时更换。

5.2.2.3 造口袋胀气或排泄物到达容量的1/3~1/2时，应及时排空。

5.2.3 高排量造口护理

应记录每日造口排量。高排量造口持续3 d排量大于1 500 ml/24 h时，应选择二件式造口护理用品并加腰带，防止渗漏，给予营养评估及监测。

5.2.4 带支撑棒造口护理

袢式造口使用支撑棒时，应评估其材质的软硬度。使用硬的支撑棒时，应在底盘中心孔“一”字形剪开1~2处。硬的支撑棒移位时，不宜复位，应评估肠管张力大小，并及时报告医生处理。造口支撑棒的放置时间通常为术后14 d。

5.3 造口及周围常见并发症护理

5.3.1 造口肠管或系膜出血

5.3.1.1 开放造口后应评估出血部位、量。

5.3.1.2 造口处黏膜浅表出血宜用压迫法止血。

5.3.1.3 血管损伤或缝合系膜血管出血，应及时报告医生处理。

5.3.2 皮肤黏膜分离

5.3.2.1 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。

5.3.2.2 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。

5.3.2.3 完成5.3.2.2步骤后宜涂抹防漏膏/条、防漏贴环或应用水胶体敷料隔离。

5.3.2.4 深层分离渗液较多患者宜行伤口引流。

5.3.3 造口回缩

5.3.3.1 应评估肠造口回缩的程度、造口底盘和周围皮肤的浸渍情况。

5.3.3.2 宜使用凸面底盘并佩戴造口腰带或造口腹带固定。

5.3.4 造口早期狭窄

5.3.4.1 应评估狭窄的位置及临床表现。

5.3.4.2 宜采用手指引导，必要时在肠管近端开口处置入软质支撑管（如导尿管）等。

5.3.5 造口潮湿相关性皮炎

5.3.5.1 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。

5.3.5.2 宜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。

5.3.5.3 宜使用二件式造口护理用品并佩戴造口腰带固定。

5.4 患者教育及出院随访

5.4.1 患者教育

5.4.1.1 应避免进食木耳、菌菇、芹菜等难消化及纤维过长易成团食物，适当控制易产气、异味、辛辣、生冷等食物；观察粪便内容物。

5.4.1.2 宜着稍宽松衣服，系腰带时，应避开造口的位置。

5.4.1.3 下床活动及外出工作时宜使用造口腰带或运动贴环固定。

5.4.1.4 可进行提肛训练：训练时患者采取胸膝位或者侧卧位，在呼气时进行肛门上提收缩的动作，持续3s后放松肛门，同时全身放松，有节律进行肛门的收缩与放松动作，每日的早、中、晚分别进行，每次至少进行20min，并且可根据患者意愿进行延长肛门运动。

5.4.1.5 应在手术切口愈合、体力恢复后再进行沐浴、游泳、回归工作、社交等。应避免重体力劳动。

5.4.1.6 沐浴时宜佩戴造口袋；游泳前造口袋周围应粘贴防水胶布或弹力胶贴或佩戴防水造口袋。

5.4.1.7 外出前应备足造口护理用品并随身携带。

5.4.1.8 在病情稳定后可尝试恢复性生活，性生活前应排空造口袋或更换新的造口袋，并检查造口袋的密闭性。

5.4.1.9 宜鼓励照护者共同参与患者教育。

5.4.2 出院随访

5.4.2.1 应在患者出院后一周内开始进行随访，随访可采用线上、线下相结合的形式。

5.4.2.2 每次随访应对肠造口及造口周围形态进行评估，指导选择适宜的造口护理用品。

5.4.2.3 提供上门居家护理服务人员应为造口治疗师或经过培训的专科护理人员。

6 预防性肠造口还纳围手术期护理

6.1 术前护理

6.1.1 营养评估及支持

应按附录C的要求对患者进行营养风险筛查评估，对于评分 ≥ 3 分的患者给予术前营养支持。

6.1.2 造口及周围皮肤准备

在患者入院当天应按附录D的要求对造口及周围皮肤进行评估，及时处理并发症。

6.1.3 肠道准备

术前应行远端造口及肛门灌肠，排出残留大便。术前1d服用肠道清洁剂清洁造口近端肠道。

6.2 术后护理

6.2.1 饮食护理

6.2.1.1 术后禁食期间应给予胃肠外营养，协助患者做口腔护理，指导咀嚼口香糖，促进肠蠕动。

6.2.1.2 恢复饮食后指导患者少量饮水，逐渐过渡到清流质、流质和半流质。

6.2.1.3 进食宜少量多餐，选择高热量、高蛋白、低脂易消化的食物。

6.2.2 康复护理

- 6.2.2.1 患者术后清醒且血压平稳后，应取半卧位并适量床上活动。
- 6.2.2.2 应尽早进行呼吸功能训练：由鼻部吸气，尽量使腹部鼓起，屏气 2 s~5 s，缩唇缓慢呼气。每小时 3 组，每组 10 次，宜按患者实际情况调整。
- 6.2.2.3 定时翻身，回肠造口患者翻身时宜选择右侧卧位。
- 6.2.2.4 应进行踝泵运动及按 5.4.1.4 进行提肛训练。
- 6.2.2.5 应在术后第 1 d 开始下床活动，建立每日活动目标，逐日增加活动量。

6.3 术后常见并发症护理

6.3.1 吻合口瘘

- 6.3.1.1 应予禁食、肠外静脉营养支持，保持引流管通畅。
- 6.3.1.2 应指导患者取半卧位。
- 6.3.1.3 应遵医嘱使用抗生素，观察患者有无不良药物反应。
- 6.3.1.4 必要时做好急诊手术术前准备。

6.3.2 切口感染

应加强换药，充分引流，协助医生彻底清创，必要时使用功能性敷料。

6.3.3 肠梗阻

应禁食禁饮、胃肠减压，观察患者有无腹胀、腹痛、恶心呕吐、肛门有无排便排气，给予肠外营养支持，必要时做好急诊手术术前准备。

6.3.4 失禁相关性皮炎

应指导患者及照护者皮肤清洗与保护方法。对患者失禁情况及会阴皮肤进行评估，给予心理支持，指导选择适宜的护理用品。对于有皮肤感染的患者，应及时报告医师处理。

6.4 患者教育及出院随访

6.4.1 患者教育

- 6.4.1.1 宜进食含高蛋白、高维生素、易消化且含适量纤维素的食物。
- 6.4.1.2 应注意饮食卫生。
- 6.4.1.3 应定期进行复查，不适随诊。

6.4.2 出院随访

应在患者出院后一周内进行首次随访，之后每3个月随访1次。随访可采用线上、线下相结合的形式。

附 录 A
(规范性)
造口评估项目及内容

造口评估项目及内容见表A. 1。

表A. 1 造口评估项目及内容

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	按时间可分为永久性造口和临时造口，按开口可分为单腔造口、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 cm~2 cm。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
造口周围皮肤	正常造口周围皮肤颜色正常、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
造口黏膜与皮肤缝合处	观察造口黏膜与皮肤缝合处的缝线有否松脱而导致出血或分离

附 录 B
(规范性)
造口周围身体形态评估工具

造口周围身体形态评估工具见表B. 1。

表B. 1 造口周围身体形态评估工具

造口周围身体形态	分类	指导意见
造口周围皮肤高度	平坦：造口周围组织与腹部其他部位相平	可选用任何造口底盘
	隆起：造口周围组织高于腹部其他部位	选用底盘柔软、顺应性好的一件式造口袋
	凹陷：造口周围组织低于腹部其他部位	选用二件式凸面底盘+造口腰带固定，凹陷处使用防漏膏或防漏条
造口周围组织形态	规则：造口周围组织形态规则	可选用任何造口底盘
	不规则：造口周围皮肤存在瘢痕、皱褶、松弛下垂、表皮破损、过敏、丘疹、红肿增生、浸渍和疼痛等1种或1种以上情况	避免使用导致过敏的造口用品或附件；选择微凸或凸面底盘造口袋，根据造口周围皮肤不规则情况选择使用造口护肤粉、防漏膏、皮肤保护膜、水胶体敷料等保护皮肤后再粘贴造口底盘
造口位置	在腰线以上	选择底盘柔软、顺应性好的一件式或二件式造口袋，对底盘四周间断剪口，增加造口底盘对皮肤的顺应性
	在腰线处	选择底盘柔软、顺应性好的一件式或二件式造口袋，对底盘四周间断剪口，增加造口底盘对皮肤的顺应性
	在腰线以下	可选用任何底盘
造口高度	造口高于周围皮肤表面	可选用任何底盘
	造口与周围皮肤表面平齐	选择二件式微凸底盘加腰带，同时使用造口护肤粉、皮肤保护膜、防漏膏等造口护理用品
	造口回缩于周围皮肤表面之下	选择二件式凸面底盘+造口腰带固定，同时使用造口护肤粉、皮肤保护膜、防漏膏等造口护理用品

附 录 C

(规范性)

营养风险筛查评估表 (NRS-2002)

营养风险筛查评估表 (NRS-2002) 见表C.1。

表C.1 营养风险筛查评估表 (NRS-2002)

一、患者资料			
姓名		住院号	
性别		病区	
年龄		床号	
身高		体重	
体重指数		蛋白质	
临床诊断			
二、疾病状态			
疾病状态	分数	若“是”请打钩	
骨盆骨折或者慢性病患者合并有以下疾病：肝硬化、慢性阻塞性疾病、长期血液透析、糖尿病、肿瘤	1		
腹部重大手术、中风、重症肺炎、血液系统肿瘤	2		
颅脑损伤、骨髓抑制、加护病患 (APACHE > 10分)	3		
合计			
三、营养状态			
营养状况指标 (单选)	分数	若“是”请打钩	
正常营养状态	0		
3个月内体重减轻 > 5% 或最近1个星期进食量 (与需要量相比) 减少 20%~50%	1		
2个月内体重减轻 > 5% 或 BMI 在 18.5 kg/m ² ~20.5 kg/m ² 或最近1个星期进食量 (与需要量相比) 减少 50%~75%	2		
1个月内体重减轻 > 5% (3个月内体重减轻 > 15%) 或 BMI < 18.5 kg/m ² (或血清蛋白 < 35g/L) 或最近1个星期进食量 (与需要量相比) 减少 70%~100%	3		
合计			
四、年龄			
年龄 ≥ 70岁加算1分	1		
五、营养风险筛查评估结果			
营养风险筛查总分			
处理			
总分 ≥ 3.0: 患者有营养不良的风险, 需要营养支持治疗			
总分 < 3.0: 若患者将接受重大手术, 则每周重新评估其营养状况			
评估者 (签名):		评估时间:	

附 录 D
(规范性)

造口周围皮肤评估工具 DET 评估表

造口周围皮肤评估工具DET评估表见表D. 1。

表D. 1 造口周围皮肤评估工具 DET 评估表

症状	内容及评分				
症状1：D-变色	皮肤变色的面积 (包括受侵蚀组织增生部分)	0分 造口周围皮肤正常（凭肉眼观察，没有发现任何表皮上的改变或损伤） 如变色面积得分为0分，症状1得分肯定是0+0，由于这一限制，DET等分不可能为1分。	1分 底盘覆盖下的造口周围皮肤变色的面积<25% 请再评估其严重程度	2分 底盘覆盖下的造口周围皮肤变色的面积25%~50% 请再评估其严重程度	3分 底盘覆盖下的造口周围皮肤变色的面积>50% 请再评估其严重程度
	皮肤变色的严重程度		1分 造口周围皮肤有颜色改变	2分 造口周围皮肤颜色改变并伴有并发症如疼痛、发光、硬结感发热、发痒或烧灼感等。	
症状2：E-侵蚀	寝室/溃疡的严重程度		1分 损伤累及表皮	2分 损伤累及真皮层并伴有并发症(潮湿，渗血或溃疡)	
症状3：T-组织增生	组织增生的面积	0分 没有组织增生 如组织增生的面积得分是0分，则症状3的总分一定是0+0	1分 底盘覆盖下的造口周围皮肤组织增生的面积<25% 请再评估其严重程度	2分 底盘覆盖下的造口周围皮肤组织增生的面积在25%~50%间 请再评估其严重程度	3分 底盘覆盖下的造口周围皮肤组织增生的面积>50% 请再评估其严重程度

参 考 文 献

- [1] T/CNAS 07 成人肠造口护理
- [2] 中国医师协会肛肠医师分会造口专业委员会, 中国医师协会肛肠医师分会, 中华医学会外科学分会结直肠外科学组, 等. 中低位直肠癌手术预防性肠造口中国专家共识(2022版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2022, 25(6): 471-478. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20220421-00169.
- [3] 中华医学会肿瘤学分会, 国家卫生健康委员会医政司. 中国结直肠癌诊疗规范(2023版) [J]. 协和医学杂志, 2023, 14(04): 706-733.



中华人民共和国团体标准
中低位直肠癌手术预防性肠造口护理技术规范
T/GXAS 983—2025
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究