

团体标准

T/HHPA 005—2022

婴幼儿肠造口护理技术标准

Technical standard of enterostomy nursing for children

2022-12-22 发布

2022-12-31 实施

杭州市健康促进协会 发布

目 录

| | |
|--------------------------------|----|
| 前 言..... | 2 |
| 婴幼儿肠造口护理..... | 3 |
| 1 范围..... | 3 |
| 2 术语和定义..... | 3 |
| 3.1 基本要求..... | 3 |
| 4 术前护理..... | 3 |
| 4.1 心理支持..... | 3 |
| 4.2 造口定位..... | 4 |
| 4.3 环境条件..... | 4 |
| 5 术后护理..... | 4 |
| 5.1 造口评估..... | 4 |
| 5.2 生活指导..... | 4 |
| 5.3 心理支持..... | 4 |
| 5.4 肠造口的护理..... | 4 |
| 5.5 造口护理用品的选择与使用..... | 4 |
| 5.6 结肠造口灌洗..... | 4 |
| 5.7 观察、预防和管理造口、口周皮肤和全身并发症..... | 5 |
| 5.8 出院指导..... | 8 |
| 参 考 文 献..... | 9 |
| 附 录 A （规范性） 造口评估的项目及内容..... | 10 |
| 附 录 B （规范性） 更改造口袋流程..... | 11 |

前 言

为减轻造口婴幼儿的痛苦，规范医疗护理行为，提高患者的生活质量，为疾病根治提高前提基础，特制定本技术标准。

本文件依据GB/T 1.1—2020标准的规则起草。

本文件由浙江大学医学院附属儿童医院提出。

本文件主要起草单位为浙江大学医学院附属儿童医院、宁波市妇女儿童医院、绍兴市妇幼保健医院。

本文件起草人：徐红贞、金婷、唐芳、凌云、岑慧萍、汤小丽、余长青、张纯、冯宇、王如意、谭莉娜、罗盼。

本文件由浙江大学医学院附属儿童医院归口管理。

本文件由浙江省中质健康科技标准化研究院提供标准化技术支持。

本文件由杭州市健康促进协会在全国团体标准信息平台发布。

婴幼儿肠造口护理技术标准

1 范围

本文件规定了婴幼儿肠造口护理的基本要求、术前护理和术后护理。

本文件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 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。

2.3 双腔造口 double stoma

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 襻式造口 loop stoma

回/结肠连续性没有完全中断，是一种特殊的双腔肠造口，术后 2~3 周内常用支架支撑固定肠管，肠管近端和远端在腹壁外同一开口。

3 基本要求

3.1 护士应了解患儿全身情况、疾病状况和自身皮肤特点，评估造口手术风险及选择适宜的护理用品，尤其是早产儿和新生儿。

3.2 应指导照护者选择合适的造口护理用品并掌握其使用方法。

3.3 应对患儿及患儿照顾者进行心理状态评估及支持，必要时提供心理支持。

3.4 宜在术前一天为患儿进行造口定位，必要时进行造口标识，并应告知患儿监护人。

3.5 应在术后每天进行造口评估和记录，及时发现造口及周围皮肤并发症并予以处理。

3.6 在选择和应用造口产品时，应确保造口产品不会影响患儿的活动度和舒适度。

3.7 应保持舒适的护理和手术环境，病房温度宜保持 22~24℃、湿度 55~60%，病房布置温馨。

3.8 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儿。

4 术前护理

4.1 心理支持

4.1.1 应评估患儿及其照护者的心理状态，确定存在的主要心理问题。

4.1.2 应鼓励患儿照护者说出自己的感受，耐心倾听。

4.1.3 应帮助患儿照护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。

4.1.4 必要时，应提供心理辅导。

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、骨隆突或纸尿裤腰部松紧带区域等部位。对于新生儿和早产儿，儿外科医生和造口护士必须就造口的放置问题进行对话，且外科医生应该避免将造口太靠近腹股沟或脐部。**对于紧急手术，术中由医生综合患儿的具体情况，设计造口部位**
- 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相交点；乙状结肠造口用前述方法定位在左下腹；
- 4.2.3 宜建议医生造口与引流管之间的最小距离 $\geq 2\text{cm}$
- 4.2.4 计划行两个以上造口手术时，两个独立造口之间的最小距离 $\leq 2\text{cm}$ 或 ≥ 5 ，用以保证造口袋的有效粘贴
- 4.2.5 宜用手术记号笔画实心圆标记造口位置，并应告知患儿照护者。在标记造口部位时，应评估不同位置对患儿的影响。
- 4.3 术前准备

应积极预防感染，由于此类患儿常常会伴有肠梗阻，腹部膨胀，呼吸困难，脱水，酸中毒，应禁食、禁饮，行胃肠减压等对症治疗，并根据病情给予充足的营养支持，维持水电解质和酸碱平衡以提高手术耐受度。

5 术后护理

5.1 造口评估

- 5.1.1 应术后每日进行造口评估（见附录 A）并记录造口情况，及时发现造口及周围有无异常。
- 5.1.2 随着婴儿/孩子的成长，造口的大小会随着时间的推移而变化，宜定期测量造口。
- 5.1.3 应在每次更换造口袋时使用造口周围皮肤评估工具（DET 评分）（见附录 B）评估造口周围皮肤情况记录，以避免因渗漏导致刺激或皮肤破裂。
- 5.1.4 应定期监测患儿营养及生长发育情况，关注营养不良的风险。

5.2 营养管理

- 5.2.1 术后 24—48 小时可开始进行肠内营养，根据患儿状况选择母乳、（早产儿如无母乳可选择捐赠人乳）或配方乳，有肠道功能不全的选择水解蛋白配方奶，高位小肠造口的患儿宜采用胃管泵入的喂养方法，避免造口过多丢失，适时添加辅食，按需喂养，少量多餐，以避免进食过饱引起腹胀，影响伤口愈合。
- 5.2.2 肠内营养不足的宜以肠外营养补充。

5.3 生活指导

- 5.3.1 应避免突然的腹压增加，如保持大便通畅，避免哭闹。做好皮肤护理。
- 5.3.2 应指导家长给患儿衣物要舒适柔软，避免穿紧身衣裤，以免压迫、摩擦造口。应加强对造口的护理指导，发现肠粘膜脱垂，结肠回缩，造瘘口感染，应及时告知医生。

5.4 心理支持

- 5.4.1 应评估患儿家长对造口的接受程度。
- 5.4.2 术后首次让患儿家长观看造口时，宜在清洁造口及造口周围皮肤后。
- 5.4.3 宜鼓励照护者参与造口护理，可安排同伴支持和同伴教育。
- 5.4.4 有条件的医疗机构可安排医务社工、儿童医疗辅导团队成员提供帮助；必要时，可提供心理辅导。

5.5 肠造口的护理

- 5.5.1 应每日观察造口有无异常，一般于术后 2-3 天待肠蠕动恢复后可开放，造口开放前应观察肠段有无回缩、出血、坏死等现象。
- 5.5.2 应保持造口周围皮肤清洁干燥，每次便后及时用生理盐水或温水清洗造口，
- 5.5.3 应查看造口有无排泄物流出不畅，观察排泄物的颜色、性状及量。

5.6 造口护理用品的选择与使用

5.6.1 造口护理用品的选择

a) 应考虑以下因素：

——婴儿的月龄、体重和腹部表面；

——造口的位置；造口类型（造口、回肠造口、结肠造口）；

——突出、平坦或缩回的造口；其他造口的接近和功能；

——流出物的一致性和日体积；

——身体轮廓；

——孩子的活动能力。

——孩子皮肤是否容易过敏

b) 手术早期宜选用透明、无碳片、开口袋，康复期可选择透明造口袋，应始终避免使用含有乳胶的产品。

c) 宜使用水胶体和可塑贴环。宜使用弹力胶贴帮助固定造口底盘。

d) 宜选开口袋。

e) 应谨慎使用含有酒精或含有黏胶去除成分的湿巾。

f) 喷雾剂应小心使用，防止吸入患儿口鼻。

5.6.2 婴儿造口袋应能够保持完整至少 24 小时，或最多 4 天，平均磨损时间为 2 至 3 天。早产儿的磨损时间减少，应接受的磨损时间宜为 12 至 24 小时。

5.6.3 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。

5.6.4 造口袋内 1/3~1/2 满时，应排放造口袋内排泄物。

5.7 观察、预防和管理造口、造口周皮肤和全身并发症

5.7.1 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，止血无效时报告医生。

d) 对于有出血障碍的患儿，如患血小板减少或门静脉高压的患儿，需减少换袋频率，换袋时动作应谨慎，避免使用非必要的黏胶剂。

e) 紧急应咨询外科医生或造口护士。

5.7.2 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。

5.7.3 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 $\geq 2/3$ 或完全坏死,应报告医生。

5.7.4 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。

5.7.5 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) 应使用造口防漏膏或防漏贴环。
- d) 回缩合并狭窄者,应报告医生。

5.7.6 造口狭窄

- a) 应评估狭窄的表现及程度。
- b) 若照护者小指难以伸入造口,应指导患儿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。
- c) 可定时扩张造口,防止狭窄,每周 1 次,坚持半年。每次操作时需在指套上涂上石蜡油,沿肠管方向逐渐深入,动作轻柔,以免损伤造口或肠管。

5.7.7 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) 宜在患儿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，应嘱患儿平卧并报告医生。

5.7.8 造口旁疝

- a) 应评估平卧时造口旁疝是否可回纳、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) 造口颜色变暗或持续疼痛，无气体、粪便从造口排出，患儿食欲不振、腹胀、恶心、呕吐，或突入疝环的肠管发生嵌顿时，应报告医生。

5.7.9 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。

5.7.10 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。

5.7.11 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。

5.7.12 肛周皮肤破裂及尿布皮炎的防治

5.7.12.1 应识别并消除可能的原因；

5.7.12.2 应采取适宜的预防措施和治疗方法，这些方法可包括：

- a) 宜使用含有氧化锌或二甲基酮的保护性皮肤制剂来保护肛周皮肤。提供一个闭塞的屏障可以保护皮肤损伤，促进愈合。
- b) 应遵守严格的卫生条件。在进行会阴部皮肤护理前后都要洗手。在弄湿或弄脏时及时更换尿布，以减少皮肤水分和接触尿液和粪便酶。
- c) 评估每次换尿布时肛周皮肤的刺激或感染，一旦发现刺激，立即实施治疗措施。
- d) 宜选用温的流动水冲洗臀部，再用棉柔巾或软布轻轻拭干。

- e) 应避免含有酒精、香水或防腐剂等有刺激性产品。
- f) 应避免使用含有异丙醇、樟脑、水杨酸盐、硼酸、小苏打或苯佐卡因的等有毒外用产品。
- g) 宜使用含吸性凝胶材料的一次性尿布，以保持肛周皮肤干燥。

5.7.12.3 应教育照护者掌握正确的防治措施方案。

5.8 出院指导

- a) 出院前应教会患儿照护者熟练更换造口袋及造口护理要点（并发症的预防、观察及处理）。
- b) 宜着宽大舒适的衣裤，避免造口受压。
- 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) 应避免增加腹内压及剧烈的运动。
- e) 外出前应备足造口护理用品并随身携带。
- f) 有些药物可能会影响排泄物的气味、颜色和稠度，在吃某种新的药物之前，请咨询医生和药师。
- g) 需关注患儿喂养量，随时关注体重增长情况是否理想。

参 考 文 献

[1]成人肠造口护理 T/CNAS 07-2019

[2]针对新生儿、儿童和青少年的全球最佳实践指南 小儿肠造口 2019年5月, 第三版

[3]儿童肠造口护理 实用临床医学 2013年 第14卷 第4期 万香等

全国团体标准信息平台

附 录 A
(规范性)
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

DET 简化评分表

DET 三个症状 :D:Discolouration 颜色 改变 E : Erosion/Ulceration 侵蚀/ 溃疡
T:Tissue overgrowth 组织增生; 二个维度: 受损面积、受损严重程度, 受损面积最高分 3 分,
严重程度最高分 2 分,DET 最低分 0 分, 最高分 15 分。具体见 DET 简化评分表:

症状 1: 变色 (D)

| 皮肤变色的面积(最高 3 分) | | 严重程度(最高 2 分) | |
|-----------------|-----|--------------------|---|
| 没有变色 | 0 | 造口周围皮肤有颜色改变 | 1 |
| 变色面积小于 25% | 分 | | |
| 变色面积在 25%~50% | 1 | 造口周围皮肤有颜色改变并伴有 | 2 |
| 变色面积大于 50% | 分 | 并发症(疼痛, 发光, 硬结感, 发 | 分 |
| | 2 | 热, 发痒或灼烧感等) | |
| | 分 | | |
| | 3 分 | | |
| D 总分: _____ | | | |

症状 2: 侵蚀 (E)

| 皮肤侵蚀/溃疡的面积(最高 3 分) | | 严重程度(最高 2 分) | |
|--------------------|-----|---------------|-----|
| 没有侵蚀/溃疡 | 0 | 损伤累及表皮 | 1 分 |
| 侵蚀/溃疡面积小于 25% | 分 | | |
| 侵蚀 / 溃疡 面积 在 | 1 | 损伤累及真皮层并伴有并发 | 2 分 |
| 25%~50% | 分 | 症 (潮湿, 渗血或溃疡) | |
| 侵蚀/溃疡面积大于 50% | 2 | | |
| | 分 | | |
| | 3 分 | | |
| E 总分: _____ | | | |

症状 3: 组织增生 (T)

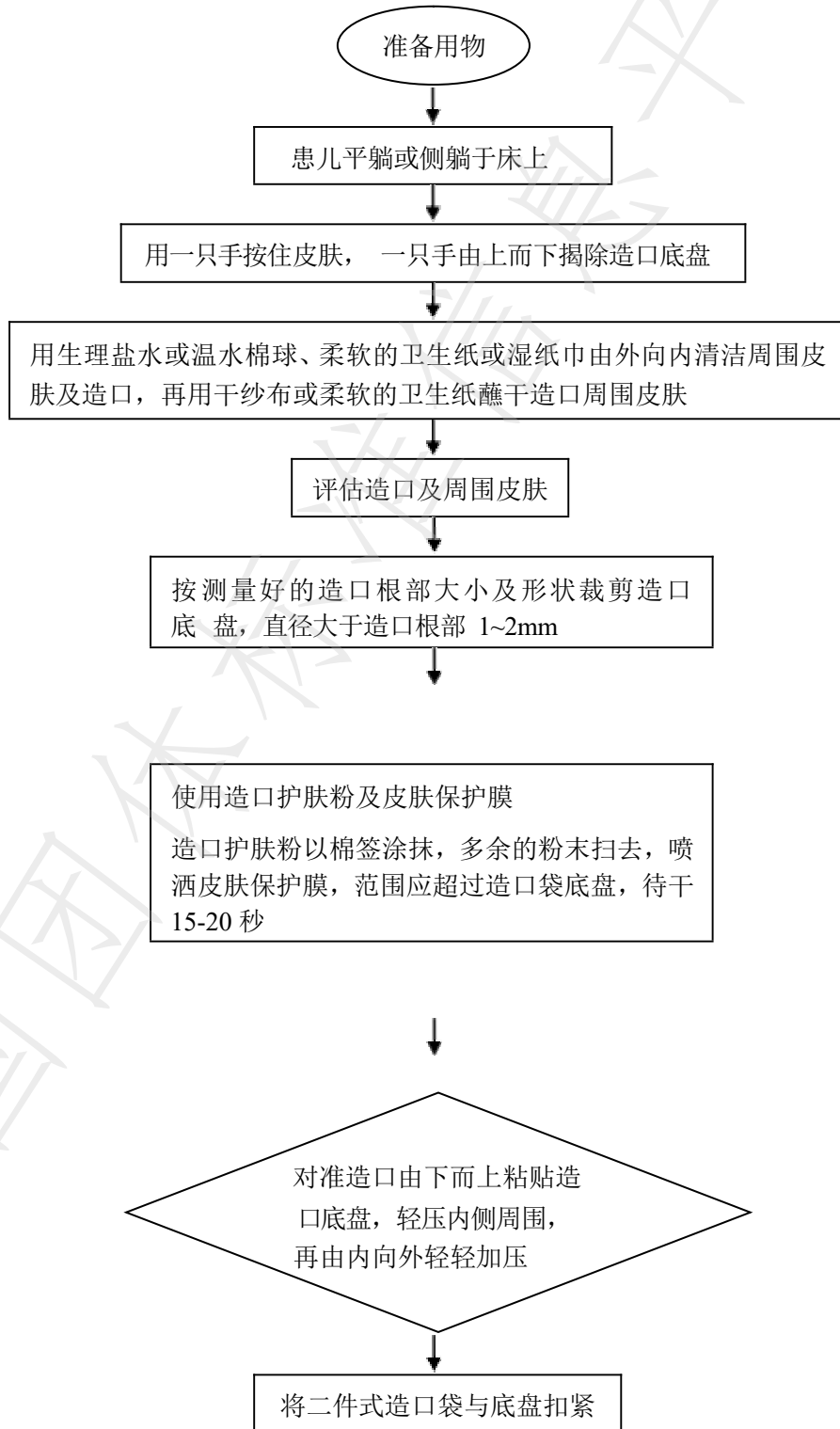
| 组织增生的面积(最高 3 分) | | 严重程度(最高 2 分) | |
|-----------------|---|----------------|-----|
| 没有组织增生 | 0 | 皮肤表面有高出的组织 | 1 分 |
| 组织增生面积小于 25% | 分 | | |
| 组织增生面积在 | 1 | 皮肤表面有高出的组织并伴有并 | 2 分 |
| 25%~50% | 分 | 发症(出血、疼痛、潮湿) | |
| 组织增生面积大于 50% | | | |

| | |
|-------------|---------------|
| | 2 分 3 分 |
| T 总分: _____ | |

全国团体标准信息平台

附录 3

(规范性)
更改造口袋流程



↓
夹闭造口袋底端开口

↓
整理用物

全国团体标准信息平台

