

# 尿路造口患者围手术期及延续护理专家共识

广东省抗癌协会泌尿生殖系肿瘤专业委员会

执笔:陈小萍<sup>1</sup>,蒋梦笑<sup>1</sup>,徐曼<sup>1</sup>,罗宝嘉<sup>2</sup>,付雪<sup>3</sup>,刘喜媛<sup>1</sup>,马满君<sup>1</sup>,刘卓炜<sup>1</sup>,覃惠英<sup>3</sup>,卢惠明<sup>1</sup>

**摘要:**目的 制定尿路造口围手术期及延续护理专家共识,为尿路造口患者提供标准化、专业化的全程护理,减少造口相关并发症的发生。**方法** 检索国内外数据库及相关网站中尿路造口护理领域的临床决策、指南、专家共识、证据总结、系统评价等,形成共识初稿,通过德尔菲法进行 2 轮专家函询,并召开专家论证会,对各条目进行反复讨论、修订,形成共识终稿。**结果** 共 15 名专家应答函询,应答率分别为 93.75% 和 100%。函询专家权威系数为 0.949,第 1、2 轮函询肯德尔和谐系数分别为 0.698 和 0.820(均  $P < 0.05$ )。尿路造口围手术期及延续护理专家共识涵盖术前管理、术中管理、术后管理、造口自我护理与教育、居家管理、社会心理支持与随访 6 个方面。**结论** 构建的尿路造口围手术期及延续护理专家共识具有科学性、严谨性和权威性,可为临床护理人员开展尿路造口围手术期及延续护理工作提供参考。

**关键词:**膀胱癌; 尿路造口; 围手术期; 延续护理; 专家共识; 循证护理; 造口护理; 自我护理

中图分类号:R473.6 DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2025.22.001

**Expert consensus on perioperative and continuing care for urostomy patients** Urogenital Tumor Committee, Guangdong Anti-Cancer Association; Writing Committee: Chen Xiaoping, Jiang Mengxiao, Xu Man, Luo Baojia, Fu Xue, Liu Xiyuan, Ma Manjun, Liu Zhuowei, Qin Huiying, Lu Hui-ming, Department of Nursing, Sun Yat-sen University Cancer Center, 510060 China

**Abstract:** **Objective** To develop an expert consensus on perioperative and continuing care for urostomy patients, aiming to provide standardized and specialized care across the continuum of care to reduce the incidence of stoma-related complications. **Methods** Evidence was retrieved from domestic and international electronic databases and relevant websites, including clinical decision support documents, guidelines, expert consensus reports, evidence summaries, systematic reviews, etc. on urostomy care. A preliminary consensus draft was developed and subjected to two rounds of Delphi expert consultation. An expert panel meeting was subsequently held to discuss and revise each item, resulting in the final consensus version. **Results** A total of 15 experts participated in the Delphi process, with response rates of 93.75% and 100% for the two rounds, respectively. The expert authority coefficient was 0.949, and the Kendall's coefficients of concordance were 0.698 and 0.820 (both  $P < 0.05$ ). The final consensus covers six key areas: preoperative management, intraoperative management, postoperative management, stoma self-care and education, home-based management, psychosocial support and follow-up. **Conclusion** This expert consensus on perioperative and continuing care for urostomy patients is scientifically sound, methodologically rigorous, and authoritative. It serves as a practical reference for clinical nurses to deliver standardized care across the continuum of care.

**Keywords:** bladder cancer; urostomy; perioperative care; continuity of care; expert consensus; evidence-based nursing; stoma care; self-care

膀胱癌是全球第九大恶性肿瘤,根治性膀胱切除术是肌层浸润膀胱癌的主要治疗方式<sup>[1]</sup>。尿路造口是主要的尿流改道方式,约 80% 的膀胱癌患者在接受根治性切除术时同步实施尿路造口<sup>[2]</sup>。然而,尿路造口患者术后因尿液持续排出、失去自主控制,术后 30%~50% 会面临如底盘渗漏、造口周围皮肤损伤、

造口回缩、旁疝及尿路感染等并发症<sup>[3]</sup>,严重影响生活质量,并显著增加住院时间和医疗费用<sup>[4]</sup>。科学、规范的围手术期护理可有效降低造口相关并发症,促进患者功能恢复和提高生活质量<sup>[5-6]</sup>。目前国内外关于造口护理的指南或共识多以结直肠造口为基础,尿路造口因排泄物为高刺激性尿液、解剖位置特殊、并发症不同,护理难点和干预策略存在明显差异。然而现有指南对尿路造口护理的循证支持较为零散,难以满足临床针对性和精细化管理的需要。护理人员在实际工作中面临诸多挑战,如如何有效预防尿盐结晶、应对渗漏风险、指导患者自我管理。基于此,广东省抗癌协会泌尿生殖系肿瘤专业委员会成立编写小组,通过循证方法学提取证据,并广泛征求相关领域专家意见,共同制定《尿路造口患者围手术期及延

作者单位:中山大学肿瘤防治中心 1. 泌尿外科 2. 结直肠科 3. 护理部(广东 广州, 510060)

通信作者:卢惠明,luhm@sysucc.org.cn

陈小萍:女,硕士,主管护师,chenxp@sysucc.org.cn

科研项目:国家自然科学基金面上项目(82373375);广东省医学科研基金项目(A2024038);广东省护理学会、广东省岭南南丁格尔护理研究院护理创新发展研究课题(GDHLJYJYQ202406)

收稿:2025-06-15;修回:2025-08-25

续护理专家共识》(下称《共识》),旨在为临床护理人员提供科学、系统、可操作的护理指导,提升护理质量,改善患者结局。

## 1 《共识》的制定方法及方法学结果

### 1.1 成立《共识》制定小组

小组成员共 10 名,包括国际造口治疗师 3 名,泌尿外科护理专家 2 名,泌尿外科医疗专家 1 名,循证方法学专家 2 名,护理管理者 2 名。小组成员主要负责文献检索、证据汇总、拟订《共识》初稿、组织专家函询、汇总专家意见、修改《共识》内容及组织专家论证。本《共识》已在复旦大学循证护理中心(注册号:ES2024416)和国际实践指南平台注册(注册号:PREPARE-2025CN558)。

### 1.2 证据提取与整合

#### 1.2.1 文献检索

根据 6S 模型,自上而下依次检索 UpToDate、BMJ Best Practice、JBI 循证实践数据库、美国国家指南库、英国国家卫生与临床优化研究所、苏格兰院际指南网、国际指南协作网,加拿大安大略省注册护士协会(Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO)、美国伤口造口失禁护理学会(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, WOCN)、世界造口治疗师协会(World Council of Enterostomal Therapists, WCET)、英国造口护理协会(Association of Stoma Care Nurses UK, ASCNUK)、加拿大肠道造口治疗协会(Canadian Association for Enterostomal Therapy, CAET)、美国泌尿外科协会(American Urological Association, AUA)、美国造口协会联盟(United Ostomy Associations of America, UOAA)、欧洲泌尿外科协会(European Association of Urology, EAU)、美国国家综合癌症网络

(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)、中华护理学会、中国抗癌协会、中国临床肿瘤学会、中华医学会泌尿外科学分会网站, Cochrane Library、PubMed、Embase、CINAHL、Web of Science、OVID 数据库、中国生物医学文献数据库、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网。中文检索词:回肠造口, 尿路造口, 泌尿造口, 尿流改道, 回肠通道; 围术期, 术前, 术中, 术后; 出院准备, 出院护理, 出院计划, 延续护理, 居家护理, 自我护理, 自我管理, 护理, 管理; 临床决策, 指南, 专家共识, 证据总结, Meta 分析, 系统评价。英文检索词: ileal conduit, urostomy, urinary stoma, urinary diversion, ileostomy; perioperative period, preoperative, intraoperative, postoperative; discharge planning, discharge readiness, transitional care, home care, self-care, self-management, nursing, management; clinical decision, guideline, expert consensus, evidence summary, meta-analysis, systematic review。以主题词与自由词相结合的检索策略进行检索, 检索时限为建库至 2024 年 4 月。纳入标准: 研究对象为因膀胱癌行尿路造口术的患者; 文献涉及围手术期尿路造口的护理; 文献类型包括临床决策、指南、专家共识、证据总结、Meta 分析以及系统评价; 发表语言为中文和英文; 更新或修订的临床指南的最新版本。排除标准: 缺乏全文或信息不完整; 文献包括会议、项目或摘要; 文献评价结果的质量评估为 C 级或以下。初步检索获得相关文献 2 417 篇, 排除重复文献, 阅读文献标题、摘要和全文, 最终纳入文献 13 篇。其中包括 8 篇指南<sup>[7-14]</sup>, 1 篇临床决策<sup>[15]</sup>, 3 篇证据总结<sup>[16-18]</sup>, 1 篇专家共识<sup>[19]</sup>, 见表 1。

表 1 证据的来源和内容

作者/机构	发表时间	文献类型	文献来源	文献主题
WCET <sup>[7]</sup>	2020	临床指南	WCET	国际造口护理指南
ASCNUK <sup>[8]</sup>	2020	临床指南	ASCNUK	造口护理国际临床指南
RNAO <sup>[9]</sup>	2019	临床指南	RNAO	最佳实践指南: 为成人造口患者提供支持
WOCN <sup>[10]</sup>	2018	临床指南	WOCN	成人粪便或尿路造口管理指南
Roveron 等 <sup>[11]</sup>	2021	临床指南	WOCN	成人肠、尿路造口的护理管理
黄健等 <sup>[12]</sup>	2022	临床指南	中华医学会泌尿外科学分会	中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南
Aubert 等 <sup>[13]</sup>	2024	临床指南	PubMed	成人肠造口的管理: 2023 年法国指南
Crawshaw 等 <sup>[14]</sup>	2018	临床指南	WCET	WCET 造口部位标记指南
Landmann 等 <sup>[15]</sup>	2024	临床决策	UpToDate	回肠造口或结肠造口的护理和并发症
王霞等 <sup>[16]</sup>	2022	证据总结	万方数据知识服务平台	成人肠造口患者全程化护理管理的证据总结
李牧玲等 <sup>[17]</sup>	2023	证据总结	中国知网	肠造口患者造口周围潮湿相关性皮肤损伤预防及护理的最佳证据总结
司龙妹等 <sup>[18]</sup>	2021	证据总结	中国知网	造口患者围手术期健康教育的最佳证据总结
中华护理学会伤口、造口、失禁护理专业委员会 <sup>[19]</sup>	2020	专家共识	中华护理学会	成人肠造口护理标准

**1.2.2 文献质量评价** 指南质量采用指南研究和评价系统 (AGREE II)<sup>[20]</sup> 进行评价。专家共识追溯其原始文献并采用 JBI 循证卫生保健中心相应标准 (2016) 进行评价<sup>[21]</sup>。临床决策和证据总结采用证据总结质量评价工具 (CASE) 进行评价<sup>[22]</sup>。由 2 名接受过循证方法学培训的成员逐条对照标准进行独立评价,意见不一致时由小组讨论裁决。当不同来源的证据结论存在冲突时,遵循高质量证据优先、最新发表文献优先的原则进行证据整合。

**1.2.3 证据级别与推荐级别** 确定标准采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心证据预分级及证据推荐级别系统 (2014 版)<sup>[23]</sup>,对纳入的证据进行等级划分为 1~5。召开专家会议来确定证据强度,根据 FAME 原则,从证据的可行性、适宜性、临床意义和有效性将证据推荐强度分为 2 个等级,即 A 级推荐(强推荐)和 B 级推荐(弱推荐),当证据来自指南时,采用指南中的证据级别及推荐强度。

**1.3 编写《共识》初稿** 以循证为指导,经系统、全面的文献检索和阅读,结合临床实践,编写小组成员撰写《共识》初稿。证据内容一致时或证据内容独立时选用最简洁、通俗的表述来概括;证据内容互补时将其整合为一段完整内容;若无相关证据支持,组织小组会议进行讨论,给出相应部分建议。《共识》初稿包括 6 个一级主题,37 个二级主题。

**1.4 专家函询** 基于共识初稿内容编制德尔菲专家函问卷,问卷内容包括函询说明、专家基本信息和共识条目评价。专家纳入标准:①从事泌尿外科领域、造口伤口护理领域相关工作 $\geq 10$ 年,具有丰富的临床实践、教育或管理经验;②中级及以上职称;③本科及以上学历;④积极配合研究,且自愿参加本次专家函询。2024 年 9—12 月,《共识》制定小组采用电子邮件与微信相结合方式,邀请 16 名专家函询。专家采用 Likert 5 级评分法,从条目的重要性、可行性、临床意义和有效性 4 个维度进行评价。每轮函询后,编写小组及时汇总专家反馈,计算评价结果,依据反馈意见修订共识初稿。针对个别存在疑问或意见分歧的条目,以电话或邮件方式进行进一步咨询和确认,以最终达成一致意见,形成共识。

**1.5 专家会议** 2025 年 1 月邀请 10 名专家对《共识》内容进行专家论证。由《共识》制定小组成员及专家共同对《共识》内容进行逐条讨论及修改,并确定《共识》中证据的推荐强度。编写小组根据专家论证会的意见,逐条修改并完善,最终达成一致后形成终稿。

**1.6 统计学方法** 采用 SPSS26.0 软件进行统计分析。专家一般资料中,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,分类资料采用频数和百分比表示。专家积极系数以问

卷有效回收率表示;专家权威程度通过判断依据系数 ( $C_a$ )和熟悉程度系数 ( $C_s$ )计算得出权威系数 ( $C_r$ );专家意见协调程度采用肯德尔和谐系数 (Kendall's  $W$ )和变异系数 ( $CV$ )评估。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 函询专家一般资料** 本研究共邀请来自北京市、天津市、上海市、河南省、安徽省、广东省、四川省、海南省、甘肃省、吉林省、新疆维吾尔自治区 11 个省(市、自治区)的 16 名专家进行函询。第 1 轮共发出问卷 16 份,回收 15 份;第 2 轮发放 15 份,全部回收,有效应答率分别为 93.75% 和 100%。专家均为女性;年龄 37~61(47.74 $\pm$ 7.69)岁;工作年限 10~41(27.00 $\pm$ 9.00)年;高级职称 2 名,副高级 10 名,中级 3 名;硕士 2 名,本科 13 名;其专业覆盖伤口/造口护理、泌尿外科护理、护理管理、护理教育。

**2.2 函询专家积极系数、权威程度及一致性** 2 轮应答函询专家的判断依据系数  $C_a=0.964$ ,熟悉程度系数  $C_s=0.933$ ,权威程度系数  $C_r=0.949$ 。第 1、2 轮函询 Kendall's  $W$  值分别为 0.698、0.820 ( $\chi^2=377.1, 422.8$ , 均  $P<0.001$ )。2 轮函询各指标的重要性评分均数分别为 4.20~5.00 分、4.25~5.00 分,变异系数分别为 0~0.25、0~0.18。

**2.3 论证专家一般资料** 本研究共邀请了来自广东省、广西壮族自治区和江西省的 10 名专家参与讨论和论证。共进行 1 轮专家会议,专家均全程参与,参与率为 100%。专家均为女性;年龄 37~53(44.40 $\pm$ 5.70)岁;工作年限 15~34(24.10 $\pm$ 7.32)年;高级职称 1 名,副高级 9 名;硕士 3 名,本科 7 名;其专业为伤口/造口护理或泌尿外科护理领域。

**2.4 修改意见** 第 1 轮函询共有 14 名专家提出 22 条修改建议,第 2 轮函询专家意见基本达成共识。《共识》制定小组在上述函询意见的基础上,根据内容内在逻辑性,对条目进行精简、合并与调整,形成《共识》论证稿。经专家论证会讨论后剔除 3 项与结直肠造口高度相关条目;修订 3 条。以上修订经全体专家论证后一致通过。

## 3 《共识》内容

### 3.1 术前管理

**3.1.1 术前评估与准备** 术前由专科护士对患者进行全面评估,包括身体状况、心理健康、生活方式及术后自我管理能力(5, A 级推荐)<sup>[7,10,16,19]</sup>。术前健康教育内容需结合尿路造口的特有护理需求,推荐涵盖泌尿系统解剖与排尿路径重建、手术流程、常见并发症预警、造口用品选择与更换技巧,以及术后饮食、饮水、穿衣、出行等生活方式调整内容。建议通过多种形式提供教育支持,如面对面宣教、视频教学、电子图文材料等,确保患者对手术目的和护理计划具有基本

理解与配合能力(5, B级推荐)<sup>[10,16,18-19]</sup>。术前需评估患者对造口的心理接受程度(1, A级推荐)<sup>[7-10,16]</sup>。如存在焦虑、羞耻感、回避情绪等,建议转介心理专业人员进行干预,或引导患者参与造口患者支持小组,提升适应力与自我效能(2, A级推荐)<sup>[10,14]</sup>。此外,建议术前鼓励主要照护者(如配偶或子女)参与造口护理学习,增强家庭支持系统,提升患者术后依从性和康复质量。

**3.1.2 尿路造口位置的选择** 手术前 24~48 h,推荐由接受专业培训的专科护士联合外科医生、患者及家属共同参与造口定位(1, A级推荐)<sup>[10,14,16,18-19]</sup>。定位应避开皮肤褶皱、瘢痕、骨突等部位,并优先选择腹直肌区域,以降低术后造口回缩与旁疝发生率(1, A级推荐)<sup>[14,19]</sup>。识别腹直肌的方法:患者取去枕仰卧位,双腿伸直,放松腹部,让患者轻微抬头注视足尖(卷腹动作)或咳嗽,操作者通过触诊右下腹肌肉,以绷紧变硬部位为腹直肌,标记其边缘位置及宽度。尿路造口理想定位原则包括:①位于右下腹部,脐与髂前上棘连线中上 1/3 交界处,避开手术切口、腰带压迫区、骨隆突等位置,至少与周边干扰点保持 5 cm 距离,且患者在镜前可见(1, A级推荐)<sup>[9,12,14]</sup>;②针对 BMI $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> 的肥胖患者,为避免造口隐陷或底盘无法密封,建议结合站立姿势评估腹部最高点,采用垂直照面观察法或侧面摄影法,在腹部最突出位置选择平整、无凹陷区域作为造口参考点,并在术中动态评估是否需微调(5, A级推荐)<sup>[16,19]</sup>;③在患者平卧、弯曲、坐立等常见活动体位下测试造口区域是否适合佩戴造口袋,避免褶皱影响密封(1, A级推荐)<sup>[14,19]</sup>;④造口定位完成后,使用 75%乙醇或生理盐水清洁区域,用不褪色记号笔标记,必要时使用透明敷料保护,避免术中擦除(1, A级推荐)<sup>[13,19]</sup>;⑤若需同时设立尿路造口与结肠造口,建议两造口间距 5~7 cm,且不位于同一水平线上,便于护理操作与患者辨识(5, A级推荐)<sup>[19]</sup>。

**3.2 术中管理** 手术过程中,患者应保持稳定体位,术区充分暴露,确保术前标定的造口部位清晰可见并便于操作(5, B级推荐)<sup>[12]</sup>。术者应注意避免压迫、污染或拉扯预定造口区域,以防止术后造口功能障碍。推荐将尿路造口缝合于术前所选位置,若术中因腹部张力、皮肤状态或术式变更需调整位置,调整原则为尽量靠近原定位,避开皮肤褶皱、骨性突起、手术切口等干扰区域(5, B级推荐)<sup>[12]</sup>。缝合时造口应位于腹直肌穿出点,有助于降低造口旁疝和渗漏风险(1, A级推荐)<sup>[14,19]</sup>。造口形态设计方面,推荐造口自腹壁突出 2~3 cm,避免平齐或凹陷,以利尿液自然下流至造口袋,减少接触皮肤的时间和范围(3, A级推荐)<sup>[14,19]</sup>。建议术中使用刻度尺确认高度,并参考患

者仰卧与坐卧体位下腹部轮廓进行方向微调。理想的造口朝向应为前下方,便于观察、排尿通畅及造口袋粘贴稳定。术中操作应避免对造口区域的黏膜过度牵拉,以确保局部血液供应充分。若术中发现造口回缩、发绀、渗血等异常情况,应立即评估并修正缝合方式(3, A级推荐)<sup>[14,19]</sup>。手术团队还应全程关注患者生命体征与术区动态,特别是造口出血情况及早期尿液引流状况(1, A级推荐)<sup>[12]</sup>。术后如观察到尿液呈持续血红色或造口持续渗血,应警惕血管损伤或凝血功能异常,及时联系手术医生处理(2, A级推荐)<sup>[12,14]</sup>。

### 3.3 术后管理

**3.3.1 尿路造口的评估和护理** 术后应立即评估尿路造口的位置、颜色、形状、突起高度及周围皮肤状况,以确保其正常功能(3, A级推荐)<sup>[10,14]</sup>。正常造口应呈红润、湿润状,提示血供良好;如出现颜色变暗、苍白或发绀,需警惕血液供应障碍并及时干预。尿路造口具有持续尿液引流且常混有肠黏液的特点,护理过程中应重点关注造口口径、排液通畅及肠黏液积聚,及时清除造口表面及引流袋内的黏液,以预防堵塞和感染。推荐由经过专科培训的造口护理人员每日评估造口功能及周围皮肤状况,及时发现和处理异常(3, A级推荐)<sup>[16,19]</sup>。可使用造口周围皮肤评估工具(Ostomy Skin Tool, OST)等定期监测造口周围皮肤健康状况,并根据渗漏及皮肤反应调整底盘更换频率,通常每 1~2 天更换 1 次(2, A级推荐)<sup>[10-11,14]</sup>。推荐由经过培训的专科护士或医生协助患者选择合适的造口底盘及配件,结合造口高度、形态及腹部皮肤特征进行个体化调整(3, A级推荐)<sup>[16,19]</sup>。应优先选择密闭性好、防渗漏性能强的产品,建议使用两件式透明底盘,便于每日清洁肠黏液和观察造口黏膜与皮肤变化(5, A级推荐)<sup>[16-17]</sup>。对于腹部轮廓特殊或造口开口位低于皮肤者,推荐选用凸面底盘并辅以腰带等辅助用品,必要时应用防漏环、造口粉、皮肤保护膜等进一步加强皮肤保护(5, A级推荐)<sup>[19]</sup>。

**3.3.2 并发症的监测与管理** 应密切监测造口的尿液排泄量、颜色、大小及周围皮肤状况,及时识别如造口出血、坏死、皮肤黏膜分离等并发症(1, A级推荐)<sup>[14,19]</sup>。术后常见生理性造口水肿,表现为黏膜光泽、褶皱消失,持续 7~10 d,6~8 周逐渐消退。应定期监测造口水肿变化,及时调整底盘的大小,防止压迫影响造口血液循环(3, A级推荐)<sup>[13-14,19]</sup>。术后 2~3 d 造口排出尿液通常为淡红色,此后逐渐转为淡黄色,伴有肠黏液排出。应持续关注尿液颜色、出入量及引流通畅情况,发现排量减少、无尿、尿液混浊或异味时,需警惕感染、梗阻、吻合口狭窄或支架移位等。建议定期检查造口内输尿管支架管或蘑菇头管是否

堵塞或移位,及时处理,保障造口正常功能与尿液排泄(3,B级推荐)<sup>[12]</sup>。一旦发现造口并发症,应根据并发症类型与严重程度进行分级管理(3,A级推荐)<sup>[7-11,13-14,19]</sup>。对于轻度并发症(如轻度水肿、局部皮肤刺激),护理人员应加强局部护理,适时调整底盘与附件,增加皮肤评估频率(4,B级推荐)<sup>[10-11,19]</sup>。若出现造口持续出血、黏膜坏死、大面积皮肤黏膜分离、严重渗漏、疑似梗阻或排尿量明显减少,应立即报告专科医生,开展多学科会诊,及时干预(3,A级推荐)<sup>[7,10,12-13]</sup>。所有严重并发症应详细记录处理经过并定期随访。对于合并糖尿病患者,需每日监测造口及周围皮肤完整性,关注感染与愈合延迟,必要时调整血糖控制策略。合并心功能不全患者应依据医嘱严格管理液体摄入,监测尿量和心衰症状变化。肾功能异常者需强化电解质监测,定期评估尿量和尿液性状,必要时协同相关专科制订个体化护理计划(4,B级推荐)<sup>[8-9,16-17,19]</sup>。

**3.4 造口的自我护理与教育** 参与造口护理可增强患者自我效能感,提升其对造口管理的信心和主动性(4,B级推荐)<sup>[8-9,16]</sup>。建议术后首次更换造口袋时,应在护士指导下,鼓励患者或家属全程参与,逐步实现由“被动观察”到“主动操作”的转变(2,A级推荐)<sup>[16,18]</sup>。术后第1~2天,建议患者及家属在护理人员指导下协助完成造口袋更换和日常清洁;术后第3~4天,逐步让患者及照顾者主导护理流程,直至出院前能独立完成所有护理环节,确保患者具备自理能力(2,A级推荐)<sup>[16,18]</sup>。自我护理教育应从术后早期开始,护理团队需通过示范、口头指导、书面材料或多媒体教学,帮助患者和家属掌握造口护理技能,包括造口清洁、底盘更换、异常情况识别等(5,A级推荐)<sup>[11,18]</sup>。建议使用温水、柔软毛巾或不含乙醇的湿巾清洁造口及周围皮肤(4,B级推荐)<sup>[12]</sup>。避免常规使用消毒液,以防破坏皮肤菌群平衡(1,A级推荐)<sup>[10]</sup>。出院前,护理人员应为患者及家属提供详细的造口护理流程、造口用品清单及正规购买渠道(5,A级推荐)<sup>[16,18]</sup>。同时,需评估患者的文化背景、宗教信仰和家庭支持系统,结合个体差异,针对性开展咨询和心理支持。对文化程度较低或有语言障碍的患者,优先采用图示、分步演示和简化语言;对存在宗教禁忌的患者,尊重其护理习惯,调整护理策略;对于有家庭照护者的患者,重点强化家属的参与和支持(5,A级推荐)<sup>[16,18]</sup>。出院时,患者应能够独立完成日常造口护理,包括底盘和附件更换、皮肤保护、黏液清除及并发症早期识别,最大程度减少对专业护理人员的依赖,提高自我管理能力和(5,B级推荐)<sup>[12,16]</sup>。

**3.5 居家管理** 与结直肠造口患者不同,尿路造口患者因持续排出大量尿液和肠黏液,更易发生渗漏、

皮肤受损和尿液相关并发症。推荐患者使用密闭性更好、专为尿液设计的造口底盘和附件,每日检查袋体连接处及底盘边缘,尤其在气温高、汗液多或夜间连接集尿袋时更要注意及时排空和密封,降低渗漏风险(1,A级推荐)<sup>[10-11,14]</sup>。尿液长期浸润皮肤可导致尿源性皮炎,应定期评估皮肤屏障状况(2,A级推荐)<sup>[17,19]</sup>。出现尿酸盐结晶时,推荐使用便于及时清洗和尿液引流的两件式造口产品(1,A级推荐)<sup>[11,13]</sup>。少量结晶可使用浓度为25.0%~33.3%的醋溶液湿敷20 min后擦净,以有效溶解和清除结晶(2,A级推荐)<sup>[12,19]</sup>。肾功能正常且无禁忌证者,建议每天饮水量>2 000 mL,并适量补充维生素C 500~1 000 mg/d,促进尿酸排泄(5,B级推荐)<sup>[12]</sup>。多摄入蔬菜水果等碱性食物有助于碱化尿液、溶解结晶,减少其沉积和相关并发症。若结晶引起出血,应及时就医(2,A级推荐)<sup>[18-19]</sup>。夜间持续引流管理尤为重要,建议使用大容量集尿袋,确保引流管道畅通,减少尿液回流,降低感染与皮肤损伤风险(3,A级推荐)<sup>[14,16]</sup>。生活方式方面,建议每日定时饮水、定期监测尿量,合理饮食以碱化尿液,避免高盐、辛辣等刺激性饮食(3,B级推荐)<sup>[12,13]</sup>。重视肾功能动态监测,尤其对术后出现排尿困难者,应及时进行肾功能检查,预防肾脏损害(1,A级推荐)<sup>[12]</sup>。推荐定期彻底清洗或更换造口袋,预防尿袋细菌积聚导致逆行感染。

### 3.6 社会心理支持与随访

**3.6.1 社会心理支持** 社会心理支持是尿路造口患者术后恢复的重要组成部分,能帮助患者适应新的生活方式,减少心理负担。建议由外科医生、护士、营养学家和心理学家组成的跨学科团队进行协作管理,提供全方位的术后长期护理和支持,帮助患者顺利过渡到正常的生活(2,A级推荐)<sup>[9-10,14]</sup>。应该认识到尿路造口对人际和亲密关系的潜在影响,在同伴教育中,鼓励患者参与讨论、提问,并分享他们的造口护理经验(2,A级推荐)<sup>[16,18]</sup>。推荐患者及其家属加入线上或线下的造口相关支持小组、沙龙或网络活动等,促进他们适应新的生活方式,分享造口护理经验,并获得情感支持(5,B级推荐)<sup>[14,16]</sup>。参与社交活动可以提高自我护理能力,获得心理支持,并提供日常生活活动、信息资源和造口护理方面的帮助。

**3.6.2 随访管理** 定期的随访能够帮助及时发现潜在问题,确保患者长期健康。建议为患者提供随访方式指导,包括造口专科门诊、医生咨询和在线信息平台。指导患者持续接触专业的护士以监测造口和腹部轮廓的变化、造口和造口周围皮肤的状态(2,A级推荐)<sup>[14,16,19]</sup>。建议术后至少进行1年的造口随访,包括出院后48 h内进行评估,第1个月的每周随访,以及出院后3个月、6个月和1年的随访(1,A级推

荐)<sup>[12,16]</sup>。对于有并发症的患者,建议缩短随访周期。远程医疗和远程会诊如“互联网+护理服务”的应用有利于为造口患者提供健康指导(1,A级推荐)<sup>[17-18]</sup>。

**利益冲突:**本共识制定小组成员声明无利益冲突

#### 函询专家成员(按姓氏汉语拼音排序)

蔡文妍(海南医科大学第一附属医院),陈桂丽(中山大学附属第三医院),陈静(中山大学附属肿瘤医院甘肃医院),顾晓锋(复旦大学附属肿瘤医院),管旌旌(吉林大学第一医院),何其英(四川大学华西医院),何宇文(中山大学附属第一医院),贾晓君(北京大学人民医院),蒋梦笑(中山大学肿瘤防治中心),金宗兰(安徽医科大学第二附属医院),蓝丽(中山大学附属第一医院),栗霞(中山大学附属第六医院),田洁(天津市肿瘤医院),王飞杰(河南省人民医院),周萍(新疆维吾尔自治区人民医院)

#### 专家论证成员(按姓氏汉语拼音排序)

陈娟(广东省中医院),范元仙(左江民族医学院附属医院),蓝丽(中山大学附属第一医院),李莉莉(赣南医科大学第一附属医院),李思逸(广东省中医院),刘丽欢(广州医科大学附属第一医院),刘敏(中山大学附属第五医院),刘亚珍(南方医科大学珠江医院),张登(中山大学附属第一医院),张艳红(南方医科大学南方医院)

#### 参考文献:

- [1] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin,2024,74(3):229-263.
- [2] Zhang T, Qi X. Enhanced nursing care for improving the self-efficacy & health-related quality of life in patients with a urostomy[J]. J Multidiscip Healthc,2023,16:297-308.
- [3] Martins L, Andersen B D, Colwell J, et al. Challenges faced by people with a stoma: peristomal body profile risk factors and leakage[J]. Br J Nurs,2022,31(7):376-385.
- [4] Andersen B F, Kjellberg J, Ibsen R, et al. The clinical and economic burden of illness in the first two years after ostomy creation: a nationwide Danish cohort study[J]. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res,2024,24(4):567-575.
- [5] 黎露思. 健康行为互动模式在泌尿造口患者自我护理中的应用研究[D]. 南昌:南昌大学,2024.
- [6] 屈婧,王浪. 老年泌尿造口患者出院准备困境的质性研究[J]. 护理学杂志,2024,39(11):46-49.
- [7] WCET. International Ostomy Guideline [EB/OL]. (2020-12) [2024-04-30]. <https://wcetn.org/page/InternationalOstomyGuidelines>.
- [8] ASCNUK. National stoma care clinical guidelines [EB/OL].

(2020) [2024-04-30]. <https://ascnuk.org/national-clinical-guidelines/>.

- [9] RNAO. Ostomy:supporting adults who anticipate or live with an ostomy [EB/OL]. (2019-04) [2024-04-30]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/ostomy>.
- [10] WOCN. WOCN clinical practice guideline series [EB/OL]. (2018) [2024-04-30]. <https://guidelines.wocn.org/home>.
- [11] Roveron G, Barbierato M, Rizzo G, et al. Italian guidelines for the nursing management of enteral and urinary stomas in adults:an executive summary[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2021,48(2):137-147.
- [12] 黄健,张旭. 中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南:2022版[M]. 北京:科学出版社,2022:1059-1090.
- [13] Aubert M, Buscail E, Duchalais E, et al. Management of adult intestinal stomas:the 2023 French guidelines[J]. J Visc Surg,2024,161(2):106-128.
- [14] Crawshaw A, Engelke C, Fellows J, et al. WCET guide to stoma site marking[M]. Perth:World Council of Enterostomal Therapists,2018:1-24.
- [15] Landmann R G, Cashman R E. Ileostomy or colostomy care and complications [EB/OL]. [2024-04-30]. <https://www.uptodate.com/contents/ileostomy-or-colostomy-care-and-complications>.
- [16] 王霞,杨雪,孙超,等. 成人肠造口患者全程化护理管理的证据总结[J]. 中华现代护理杂志,2022,28(12):1591-1595.
- [17] 李牧玲,甄莉,朱木兰,等. 肠造口患者造口周围潮湿相关性皮肤损伤预防及护理的最佳证据总结[J]. 护理学报,2023,30(1):41-46.
- [18] 司龙妹,刘飞,张佩英,等. 造口患者围手术期健康教育的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志,2021,56(3):452-457.
- [19] 中华护理学会伤口、造口、失禁护理专业委员会. 成人肠造口护理标准[J]. 中华护理杂志,2020,55(增刊):15-19.
- [20] Brouwers M C, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE reporting checklist:a tool to improve reporting of clinical practice guidelines[J]. BMJ,2016,352:i1152.
- [21] Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual;2016 edition [M]. Adelaide:The Joanna Briggs Institute,2016.
- [22] Foster M J, Shurtz S. Making the Critical Appraisal for Summaries of Evidence (CASE) for Evidence-Based Medicine (EBM):critical appraisal of summaries of evidence[J]. J Med Libr Assoc,2013,101(3):192-198.
- [23] 胡雁,郝玉芳. 循证护理学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2018:90-93.

(本文编辑 吴红艳)