

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS XXXX—XXXX

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 enterostomy for
minddle and low rectal cancer surgery

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

广西标准化协会 发 布

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、归口并宣贯。

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、朱茂灵、黄思光、游雪梅、邱小琴、苏锦绣、韦皓堂、刘剑伟、罗倩、宁瑞玲、齐小玖、刘宇、张智霞、黄宇霞、罗海燕、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

本文件没有规范性引用文件。

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 手术前后应对患者进行心理状态评估及支持，应重视患者的情绪及心理创伤程度，并有针对性地
向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。

4.2 预防性造口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。

4.3 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。

4.4 宜建立由手术医师、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

造口术前应对患者的基本情况、心理状态、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 术前造口定位

5.1.2.1 预防性造口定位要求：

——造口定位于腹直肌肌内；

——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、站立等不同体位时能看到造口为宜。

5.1.3 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 造口评估

术后应按附录A的要求每日进行造口评估。

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，根据造口的造口周围皮肤高度、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，出现造口底盘发白、渗漏或卷边及时更换。

5.2.2.3 造口袋胀气或排泄物满 1/3~1/2 时，应及时排空造口袋。

5.2.3 高排量造口护理

应记录每日造口排量，持续 3 d 造口排量大于 1500 ml/24 h 的高排量造口，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处理

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通知医生宜采用电凝或结扎血管处理。

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，判断损伤类型。

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 宜使用两件式造口护理用品并佩戴造口腰带固定。

5.4 患者出院健康教育及随访

5.4.1 健康教育

- 5.4.1.1 应指导患者避免进食木耳、菌菇、芹菜等难消化及纤维过长易成团食物，适当控制易产气、异味、辛辣、生冷等食物。
- 5.4.1.2 应指导患者着稍宽松衣服，系腰带时避开造口的位置。
- 5.4.1.3 应告知患者手术切口愈合、体力恢复后，再进行沐浴、游泳、回归工作、社交等。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。
- 5.4.1.4 应告知患者避免重体力劳动。
- 5.4.1.5 应指导患者下床活动及外出工作时使用造口腰带或运动贴环固定。
- 5.4.1.6 应告知患者外出前备足造口护理用品并随身携带。
- 5.4.1.7 应告知患者在体力恢复后尝试恢复性生活，应在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。
- 5.4.1.8 应指导患者进行提肛训练：指导患者采取胸膝位或者侧卧位，指导患者在呼气时进行肛门上提收缩的动作，持续 3 s 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，在每日的早、中、晚分别进行，每次至少进行 20 min，并且可根据患者意愿进行延长肛门运动。

5.4.2 出院随访

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。每次随访应对造口及造口身体周围形态进行评估，调整及指导选择适合的造口护理用品。提供上门居家护理服务人员应为经过培训的造口治疗师。

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的要求给予患者进行营养风险筛查评估，对于营养风险筛查评估 ≥ 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

入院当天应按附录A、附录D的要求分别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1 d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

术后禁食期间应给予胃肠外营养，协助患者做好口腔护理，指导患者咀嚼口香糖，促进肠蠕动。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。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 康复指导

- 6.2.2.1 应指导患者术后清醒且血压平稳后取半卧位并适量床上活动。
- 6.2.2.2 应指导患者行呼吸功能锻炼：由鼻部吸气，屏气 2 s~5 s，缩唇缓慢呼气。每小时 3 组，每组 10 次。
- 6.2.2.3 应指导患者翻身活动，回肠造口患者翻身时宜选择右侧卧位。
- 6.2.2.4 应指导患者行踝泵运动。
- 6.2.2.5 应指导患者按 5.4.1.8 进行提肛训练。
- 6.2.2.6 应指导患者术后第 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 术后常见并发症处理

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，观察有无不良反应。

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 失禁性皮炎预防及护理

应指导大便次数多的患者做好肛周皮肤护理，指导失禁性皮炎患者采用结构化皮肤护理方案促进伤口愈合。

6.4 患者出院健康教育及随访

6.4.1 健康教育

6.4.1.1 应指导患者进食含高蛋白、高维生素、易消化且含适量纤维素的食物。

6.4.1.2 应指导患者注意饮食卫生。

6.4.1.3 应指导患者定期进行复查。

6.4.2 出院随访

应在患者出院后一周内进行随访，每3个月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

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BMI18.5~20.5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（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			
执行者：		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] 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.
-

团体标准

《中低位直肠癌手术预防性肠造口护理技术规范》（征求意见稿）编制说明

一、项目来源

根据《广西标准化协会关于下达 2024 年第四十七批团体标准制修订项目计划的通知》（桂标协〔2024〕308 号）文件精神，由南宁市第二人民医院（广西医科大学第三附属医院）提出，南宁市第二人民医院（广西医科大学第三附属医院）、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共同起草的团体标准《中低位直肠癌手术预防性肠造口护理技术规范》已获立项。

二、项目背景及目的意义

中低位直肠癌是指肿瘤远端距离肛缘 3~10 cm 以内的直肠癌，是直肠癌中最常见的发病部位，外科手术是中低位直肠癌最有效的治疗手段，全直肠系膜切除（total mesorectal excision, TME）已成为中低位直肠癌手术的“金标准”，基于 COLOR II、COREAN 等临床研究结果，腹腔镜 TME 手术已经成为临床指南的推荐术式。近年来，器械的改进、新辅助治疗的实施及对远端切缘认识的不断更新，为中低位

直肠癌提供了更多的保肛治疗选择，如括约肌间切除术（intersphincteric resection, ISR）、经肛全直肠系膜切除（transanal total mesorectal excision, taTME）等，中低位直肠癌手术的保肛率逐渐提高。而吻合口漏（anastomotic leakage, AL）是直肠癌保肛手术后常见的严重并发症，其发生率占 3%-24%，相关病死率可达 6%-26%。这不仅会导致患者造口无法还纳、肛门功能不良等生活质量问题，甚至会影响肿瘤学预后。因此，如何降低吻合口漏发生率以及减轻吻合口漏发生后的危害程度，一直是结直肠外科的热点和难点。为减少术后吻合口的发生，临床常行临时性回肠造口，在术后 3 个月进行还纳手术。随着治疗模式的改变，预防性造口的比例逐渐上升。

预防性肠造口（又称暂时性肠造口或保护性肠造口）是指为缓解肠道压力，避免吻合口瘘的发生，避免肠内容物污染吻合口或口，将肠管提至腹壁，临时作为排泄物的出口。待吻合口愈合或瘘口关闭，肠功能恢复，最终将提至腹壁的肠管还纳入腹腔，造口关闭后患者完全可以像正常人一样生活。一般为造口术后 3-6 个月关闭造口。除离肛门括约肌太近的直肠癌外，经腹直肠前切并行预防性肠造口术是目前治疗直肠癌的首选术式。

肠造口不仅使病人的体形、自尊受损，给社会、家庭带来压力同时也使病人承担了沉重的经济负担。肠造口病人是一个特殊的人群，因此，对肠造口病人的护理尤为重要。如何让患者早日康复、回归社会、恢复社会职能是护理工作的

新目标。专家共识和团体标准对医务人员的临床实践具有重要的指导意义。但在国内临床实践中,从预防性造口的统一命名到适应证的把握、具体操作步骤及操作流程、造口部位的选择术后并发症的防治及术前术后的护理等,均存在较大的不规范性及地域差异性,使得许多患者承受了不必要的痛苦。回肠造口排泄物为小肠液,特点为量多、稀薄、对皮肤刺激性大、造口周围皮炎发生率高,而且造口回缩发生率也较高,中低位直肠癌手术预防性肠造口护理是通过对患者开展术前评估教育、造口定位、术前心理问题与护理干预等术前护理以及术后造口评估、造口护理用品的选择与使用、造口周围并发症的护理等方面予以指导,减少并发症的发生,提高造口医疗及护理的规范与质量,从而改善患者带造口生存体验,尽快适应造口状态,提高生活质量,促进身心尽早康复。

因此,规范中低位直肠癌手术预防性肠造口护理操作,全区推广科学的、符合实际的护理操作方法,提供科学、统一的指导,提高中低位直肠癌手术预防性肠造口护理水平,制定团体标准《中低位直肠癌手术预防性肠造口护理技术规范》十分必要,这也将对中低位直肠癌手术预防性肠造口护理工作高质量发展具有重要意义。

三、项目编制过程

(一) 成立标准编制工作组

团体标准《中低位直肠癌手术预防性肠造口护理技术规范》项目任务下达后,由南宁市第二人民医院牵头组织成立

了标准编制工作组，制定了标准编写方案，明确任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。具体编制工作由南宁市第二人民医院组成的标准编制工作组负责。编制工作组下设三个小组，分别是资料收集组、草案编写组、标准实施组。

资料收集组：负责国内关于中低位直肠癌手术预防性肠造口护理的文献资料的查询、收集和整理工作，查阅现存关于中低位直肠癌手术预防性肠造口护理的研究以及国内相关标准的制定。

草案编写组：负责标准立项、征求意见、审定、报批等阶段的标准文本及编制说明的起草工作，包括标准制定过程各阶段标准文本及相关材料的修改和完善。

标准实施组：负责团体标准《中低位直肠癌手术预防性肠造口护理技术规范》标准发布后，组织相关部门、医疗机构等，开展标准宣贯培训会，对标准进行研讨和详细解读，使相关人员了解标准，熟悉标准，并能熟练运用标准；为确保标准的实施效果和综合运用率，对标准实施情况进行总结分析，对标准提出持续改进意见。

（二）收集整理文献资料

通过资料收集组对文献资料的收集和整理，草案编写组主要参考了以下国内相关的期刊书籍。

（1）韦皓棠，陈利生。粪便 miRNA 检测在结直肠癌诊断中的价值[J]. 结直肠肛门外科，2017, 5 (23): 565-569.

（2）王佳雷，李霖. 结直肠癌周围淋巴结 CK20 蛋白检

测的临床应用研究[J]. 川北医学院学报, 2017, 1 (32): 82-85.

(3) 谢桂生, 董保国, 梁驰. 中西医结合快速康复流程在结直肠癌手术中的应用[J]. 医学信息, 2017, 2 (30), 164-165.

(4) 韦凤, 农桂旋, 李丽红. 关注新型医护一体化, 关注护理安全[J]. 实用临床护理学杂志, 2017. 2. (44), 192-192.

(5) 谢桂生(综述), 董保国(审校), 腹腔镜低位直肠癌根治术的研究进展[J], 中国临床新医学, 2018, 8 (11), 837-841.

(6) DB22/T 3253-2021 《成人肠造口护理操作规范》

(7) T/HHPA 005-2022 《婴幼儿肠造口护理技术标准》

(8) T/CNAS 07-2019 《成人肠造口护理》

(三) 研讨确定标准主体内容, 形成草案

标准编制工作组在对收集的资料进行整理研究之后, 标准编制工作组召开了标准编制会议, 对标准的整体框架结构进行了研究, 并对标准的关键性内容进行了初步探讨。经过研究, 标准的主体内容确定为中低位直肠癌手术预防性肠造口护理的术语和定义、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。

(四) 调研, 形成草案、征求意见稿

2024 年 11-12 月, 标准编制工作组在前期工作的基础之上, 通过理清逻辑脉络, 整合已有参考资料中有关中低位直

肠癌手术预防性肠造口护理的资料，并结合中低位直肠癌手术预防性肠造口护理实际操作的基础上，按照简化、统一等原则编制完成团体标准《中低位直肠癌手术预防性肠造口护理技术规范》（草案）。

2024年12月，标准编制工作组深入起草单位针对中低位直肠癌手术预防性肠造口护理工作进行实地调研学习。通过实地调研，掌握了关于中低位直肠癌手术预防性肠造口护理的具体要求。在开展实地调研的基础上，标准编制工作组多次组织召开座谈会，就标准文本主要技术内容进行讨论，收集标准修改意见，会后根据座谈讨论情况对标准草案进行反复修改完善，最终形成团体标准《中低位直肠癌手术预防性肠造口护理技术规范》（征求意见稿）及其编制说明。

四、标准制定原则

（一）实用性原则

本文件是在充分收集相关资料，分析当前现状、调研的实际情况，在现有文献中参考与中低位直肠癌手术预防性肠造口护理相关内容的基础上，结合多年经验而总结起草的。符合当前中低位直肠癌手术预防性肠造口护理的需要，有利于行业的长远发展，具有较强的实用性和可操作性。

（二）协调性原则

本文件编写过程中注意了与中低位直肠癌手术预防性肠造口护理相关法律法规的协调问题，在内容上与现行法律法规、标准协调一致。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/168041114044007014>