

【循证护理】

肠造口患者造口周围刺激性皮炎防治的循证实践

覃彦珠¹,江锦芳²,刘鑫¹,周帅¹,刘凌¹,李永强²,廖小莉²

(1.广西医科大学附属肿瘤医院,广西 南宁 530021;2.广西医科大学附属肿瘤医院 消化肿瘤内科,广西 南宁 530021)

【摘要】目的 为肠造口患者制订有效防治造口周围刺激性皮炎的循证护理方案。**方法** 提出临床问题并建立循证护理团队,检索 JBI 循证卫生保健数据库、Best Practice、美国指南网、Cochrane 图书馆、OVID 循证数据库、PubMed、Embase、中国知网、万方数据库、中国生物医学数据库,并进行文献质量评价,形成循证防护策略后,培训相关人员,将证据应用于临床实践。将 2018 年 7—10 月运用循证护理实践路径的 29 例肠造口患者作为干预组,2018 年 1—3 月未纳入循证实践流程的 33 例患者作为对照组,比较 2 组患者第 3 个月时造口周围刺激性皮炎严重程度、3 个月的造口周围刺激性皮炎的发生率以及造口相关费用等。**结果** 经循证实践,形成了 6 项肠造口周围刺激性皮炎防护策略。经统计,实施循证干预后观察组患者肠造口周围刺激性皮炎疗效优于对照组,治疗期间造口周围皮炎的发生率低于对照组,造口相关费用低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 循证护理实践可调动护理人员科研证据应用的参与积极性,提升了造口周围刺激性皮炎疗效,降低造口周围皮炎发生,并降低肠造口相关费用。

【关键词】 肠癌; 造口周围刺激性皮炎; 防治; 循证实践

【中图分类号】 R473.73 **【文献标识码】** B **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2019.15.036

近年来,随着人们生活方式和饮食结构的改变,我国结直肠癌发病率和死亡率逐年上升^[1]。目前,肠造口术是挽救结直肠癌患者生命的主要治疗措施。术后如果护理不当,患者则会产生诸多造口并发症。其中造口周围刺激性皮炎是肠造口术后患者最常见的并发症,发生率可高达 7%~43%^[2]。由于排泄物持续刺激造口周围皮肤^[3],易造成造口周围皮肤发红甚至糜烂,使患者产生焦虑情绪进而导致其生活质量降低^[4]。如不能提前预防或及时有效治疗,则会增加造口周围刺激性皮炎发生率并加重其严重程度;同时增加治疗费用,最终影响患者的治疗进度及预后^[3]。目前国内医护人员往往凭经验行事,缺乏对患者的动态评估和有效的健康指导,为降低这一并发症的发生率,笔者运用循证护理的方法,制定出系统化的护理方案,并应用于临床,给肠癌造口术后患者提供更科学、规范的护理。

1 提出问题和构建循证团队

为有效防治肠癌造口术后患者发生造口周围刺激性皮炎,减少住院花费,提高治疗效果,提出以下问题:(1)如何保护造口周围皮肤、减少肠癌造口术后患者周围刺激性皮炎的发生?(2)如何评估造口周围刺激性皮炎?(3)如何有效治疗造口周围刺激性皮炎?

【收稿日期】 2019-03-18

【基金项目】 广西医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目(S201627); 2015 年广西医药卫生计划课题项目(Z2015583)

【作者简介】 覃彦珠(1994-),女,广西柳州人,本科学历,硕士研究生在读。

【通信作者】 江锦芳(1963-),女,广西南宁人,本科学历,教授,主任护师,科护士长。

对结直肠癌手术后的全程多学科团队协作(multidisciplinary team, MDT)有助于制定患者术后康复计划及评价预后,也是实行循证医学的重要模式^[5]。因此,本研究所组建的循证护理团队共 16 人,包括胃肠外科医生 2 名,护理部主任 1 名,肿瘤科总护长 2 名,胃肠外科护士长 2 名,具有国际造口师资格或接受造口师培训取得合格证的临床护士 6 名,硕士在读护理研究生 3 名。胃肠外科医生,主任医师,作为评审专家参与讨论、制定循证干预计划。护理部主任、总护长,主任护师,评价文献质量,监督指导循证实践实施。胃肠外科护士长,副主任护师及以上,指导干预人员实施循证实践,评价效果。临床护士,主管护师及以上,实施循证实践干预方案,反馈效果。护理研究生,搜索文献,整理与分析资料。

2 证据检索

2.1 检索策略 中文检索词包括:造口周围刺激性皮炎、肠造口皮炎、造口皮肤并发症、预防、治疗、护理;英文检索词包括:Peristomal dermatitis、Irritant dermatitis in patients with ostomy、Ostomy irritant dermatitis、Peristomal Skin complications、nursing、care、treatment、prevention。按照 PICO 策略全面检索 JBI 循证卫生保健数据库、Best Practice、美国指南网、Cochrane 图书馆、OVID 循证数据库、PubMed、Embase、中国知网、万方数据库和中国生物医学文献数据库,检索文献从建库至 2018 年 6 月,依次查找相关的临床指南、系统评价(system review, SR)、Meta 分析和高质量的随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)。初

步检索获得 327 篇相关文献。其中,中文文献 70 篇,英文文献 257 篇。通过逐一阅读文题和摘要初筛,再按照 2016 年版澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心真实性评价工具对 RCT 文献以及系统评价文献进行评价,合理进行筛选后再进一步阅读全文复筛后得到 16 篇文献。

2.2 文献质量 筛选后最终获得临床实践指南 6 篇^[6-11]、系统评价 2 篇^[12]、Meta 分析 1 篇^[13]、RCT 6 篇^[14-16]和专家共识 1 篇^[17]。由接受过系统循证护理培训的 2 名研究生、2 名护理专家(主任护师,循证护理研究方向)和 2 名医生(副高级以上职称,具有循证医学经验)共同完成文献质量评价。采用 2014 年版 JBI 证据分级及证据推荐级别系统^[18]对证据进行从有效性、可行性、适宜性和临床意义等 4 个方面对文献进行证据等级及推荐级别的划分。研究生背对背独立评价,评价结果交叉核对,如产生分歧,由指导老师协助判定。

3 证据评价

3.1 减少造口周围刺激性皮炎的发生

3.1.1 造口术前健康教育 为了让患者及其家属能够识别造口并发症的症状,对其进行造口术前健康教育是非常必要的。美国伤口造口失禁护理学会发布的肠造口患者管理最佳实践指南^[6]推荐造口专科护士应当对肠造口术患者进行术前健康教育,内容包括胃肠道生理及解剖功能的简介、手术过程等。术前进行造口位置的标记可以减少造口并发症的发生,提高患者的自理能力(I 级证据,B 级推荐)^[6,9]。安大略注册护士协会的一项临床实践指南^[9]推荐应为所有患者进行术前渐进性的肌肉放松治疗,以便于实施最佳的造口定位(I 级证据,B 级推荐)。

3.1.2 造口术后护理

3.1.2.1 造口袋及其辅助用品的选择 患者应当选择舒适、防臭且能够保护造口周围皮肤的造口袋,佩戴时间应至少 3 d 但不宜超过 7 d (I 级证据,B 级推荐)^[6]。Force^[8]临床实践指南推荐选择造口袋时考虑以下因素:造口类型和部位、腹部轮廓、生活方式、患者视力和手的灵巧度(I 级证据,B 级推荐)。在测量造口大小后,将造口袋底盘开口裁剪至比造口直径大 1~2 mm,以免过大引起渗漏,刺激造口周围皮肤(I 级证据,A 级推荐)^[6]。两件式造口袋(由凸面底盘以及粪便收集袋组成)佩戴时间长于一件式造口袋,减少了更换造口袋时对皮肤的摩擦与刺激,从而可以减少造口周围皮肤问题^[10]。Liu 等^[14]对结直肠造口患者的 RCT 研究表明,与对照组所用的传统造

口袋相比,干预组使用可塑造口袋减小了与造口之间的间隙防止泄露,从而使造口周围刺激性皮炎的发生率和防漏膏的费用降低(I 级证据,A 级推荐)。

3.1.2.2 造口护肤产品的选择 Colwell 等^[15]进行的 1 项多中心、双盲 RCT 研究发现,结肠造口术或回肠造口患者术后使用含有神经酰胺成分的皮肤保护产品后,其造口治疗相关费用以及造口周围皮肤并发症的发生率显著低于对照组(使用不含有神经酰胺的皮肤产品),并且患者对该产品护肤效果的满意度高于对照组(I 级证据,B 级推荐)。Park 等^[16]随机对照试验分析比较了标准造口周围皮肤护理和结皮技术(用浸过水的纱布或湿润的手指将造口粉涂在造口周围皮肤上,或用 3M 无痛喷雾使其结皮的技术)对造口周围皮肤的影响,研究显示,对于轻微程度的造口周围皮肤刺激可以使用结皮技术治疗(对照组),但干预组使用的标准造口周围皮肤护理技术可以应用于治疗及预防严重的造口周围皮肤并发症,从而降低患者造口周围皮肤糜烂及组织增生发生率,减少造口相关费用(I 级证据,B 级推荐)。

3.1.2.3 日常生活防护 加拿大造口护理与管理指南^[9]推荐造口周围皮肤日常护理,用温水和软纸巾或布清洁造口周围皮肤,在没有发生造口皮肤并发症前不要使用面霜或油剂护肤品。康复期间患者应避免进食容易引起腹泻的食物,且务必尽可能咀嚼食物,这有利于食物的消化吸收(I 级证据,A 级推荐)。患者的个性化饮食方案中以少渣、无刺激的清淡饮食为主,同时避免辛辣刺激以及易产气的食物,如豆类、洋葱、碳酸饮料等。造口术后体质量的增加或减少会改变腹部的形状,如果造口袋贴合不良,可能会发生粪便泄漏,刺激造口周围皮肤(I 级证据,A 级推荐)^[9]。Recalla 等^[12] 1 项造口护理与管理的系统评价指出护士应关注肥胖患者造口的位置和高度,给予包括锻炼和饮食在内的综合延续护理教育,并应适当地冲洗造口和保护周围皮肤,在造口术患者的自我护理计划中强调控制体质量(I 级证据,A 级推荐)。

3.2 评估造口周围刺激性皮炎 术后即刻进行造口的评估,并且运用有效度的评估工具来评估造口和造口周围的皮肤旨在监测并发症(V 级证据,A 级推荐)^[9]。2011 年中国临床护理实践指南^[7]推荐患者每日观察造口处血供及周围皮肤情况,以及排出物的颜色、量、性状及气味(I 级证据,A 级推荐)。正常情况下造口周围皮肤是平坦的,没有下陷现象;皮肤完整干燥,无皮肤损伤、溃疡等情况出现^[9]。如果粪便侧漏接近皮肤的区域出现发红、疼痛,甚至是皮肤

糜烂^[7],则是发生了造口周围皮肤刺激性皮炎。2014年国际造口指南指出护士应教育患者及其家属识别造口以及周围皮肤的并发症(V级证据,B级推荐);并推荐使用肠造口周围皮肤评估工具(The Ostomy Skin Tool,OST)^[10]评估造口周围皮肤(I级证据,A级推荐),该工具中累计评分分值越高,说明造口周围皮肤问题越严重。指导患者术后第6—第8周定期复查造口,因为随着术后造口水肿消退,其大小可能发生变化(I级证据,A级推荐)。

3.3 有效治疗造口周围刺激性皮炎 造口旁潮湿相关性皮炎专家共识^[7]指出,在造口周围刺激性皮炎发生后,应首先询问患者造口袋有无渗漏以及佩戴时间以寻找发生原因,及时去除皮肤表面刺激物;同时观察粪便的性状、量,造口周围皮肤的颜色和完整性(I级证据,A级推荐)。在造口周围皮肤受到严重刺激时,类固醇喷剂可用于减轻炎症反应(I级证据,B级推荐)。Tam等^[9]对造口周围皮肤实施的干预措施进行系统评价,结果发现,洋甘菊溶液外用于造口周围皮肤后,损伤愈合明显更快,但患者因此须每日2次摘除造口底盘,这给患者带来极大的不便,在未得到进一步的随机试验证实其效果前不推荐使用(I级证据,B级推荐)。

4 临床应用可行性评估

4.1 患者期待 患者及家属多为中青年群体,为了更好地适应自身躯体形象的变化,尽早回归术前社会生活,他们对造口相关护理的知识需求强烈,专业造口护士在造口患者的康复中发挥着重要作用。

4.2 专家建议 咨询行业专家2名,1名专家为主任医师、教授、硕士研究生导师,精通胃肠道肿瘤的传统开腹手术治疗,每年主刀完成200例以上腹腔镜或开腹胃肠肿瘤根治术;另1名专家为主任医师、教授、硕士研究生导师,长期从事消化道肿瘤临床医学、教学和科研工作10年。2名专家对本研究的建议如下,可行性:研究中所采用的评估量表已在临床应用,效果良好,且所涉及的护理措施均有较强的可行性,本院设有伤口造口门诊,可为出院患者提供回院造口复查诊疗的场所。适宜性:人员安排合理,造口护士可在监督下实行循证实践。临床意义:对于患者而言,循证实践能够增加患者的造口护理知识,提升自我管理能力,减少造口并发症;于护士而言,循证实践能提高他们对临床实践的严谨性与专业性。综上评估,造口周围刺激性皮炎防治的循证护理方案可应用于临床实践。

5 证据应用

5.1 研究对象 选取2018年1月1日—10月31日在我院收治的80例永久性造口术后患者,纳入标准:(1)年龄18~65岁;(2)在我院确诊为直肠癌且行肠造口手术且术后造口周围皮肤完好;(3)小学以上文化程度,可以正常交流;(4)同意参加研究。排除标准:(1)既往或目前精神状态不良,不能配合者;(2)参与研究期间不能按时回院复诊者。前期(2018年1—3月)追踪未纳入循证实践的患者随访3个月造口周围皮肤刺激性皮炎的发生率为40例20.94%,为改善这一现状,课题组于2018年4—6月构建多学科循证护理实践团队制定循证实践方案,并定期召集相关人员参与MDT会诊活动,对追踪的40例患者进行回顾性分析作为对照组。将2018年7—10月纳入的40例肠造口患者作为观察组。共有80例患者符合纳入、排除标准并被招募参加这项研究,其中观察组11例患者在追踪研究过程中因未能按时回院复诊、疾病复发、搬家等退出,对照组7例患者记录因中途转院治疗或未能得到完整资料而剔除其数据,最终收集62例患者的研究数据。观察组患者男24例、女5例,年龄29~65(51.05±10.09)岁,直肠癌I—II期6例、III期13例、IV期10例;对照组患者男23例、女10例,年龄35~65(51.05±10.09)岁,直肠癌I—II期3例、III期19例、IV期11例。2组患者性别、年龄、癌症分期一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

5.2 干预措施 针对肠造口患者造口周围刺激性皮炎问题,本研究中观察组采取多学科团队(multidisciplinary team,MDT)协作护理模式,在循证实践中由1名主治医师、3名造口专科护士为基础,综合1名营养师和2名心理咨询师以及照顾者的意见全力协作对肠造口患者进行造口周围刺激性皮炎的预防和治疗,并在文献分析的基础上通过集中小组讨论循证证据,综合考虑证据应用的可行性、适宜性及临床意义,将证据综合内容与护士临床经验结合,制定肠造口患者造口周围刺激性皮炎防护循证实践方案。(1)术前指导:给予患者术前健康指导,在患者接受肠造口术前共同协议确定造口的位置;术后第2天,造口护士向患者及家属进行健康教育,讲解造口袋的组成及其使用方法,并当场示范佩戴、更换造口袋,告知相关注意事项。(2)造口袋选择:术后指导患者选择密封性能好、带有保护胶的一件式造口袋^[8]并带有可塑附件^[11]。(3)造口周围皮肤炎症观察与识别:教会患者正确认识造口周围刺激性皮炎

的原因、症状,并指导住院患者、家属每日观察造口周围皮肤情况,包括造口处血供及周围皮肤情况,以及排出物的颜色、量、性状及气味,并记录在患者造口记录表上。(4)评估工具:医护人员运用 OST 评估工具对患者进行标准化造口周围皮肤护理。(5)造口周围刺激性皮炎处理方法:如若出现造口周围刺激性皮炎,则运用浸温水的软布轻轻擦拭清除排泄物,清洁后薄涂一层造口粉^[8],并将防漏膏(含神经酰胺)涂于底板切口边缘或造口周围,最后佩戴造口袋。(6)造口延续护理:出院后协助患者与家属共同制定造口护理计划,包括日常造口周围皮肤护理,体质量控制在术前体质量的 $\pm 10\%$,术后 3 个月责任护士每月电话或微信随访患者康复情况。(7)心理护理:及时评价患者的心理状态,鼓励患者说出心中困扰、痛苦,通过相关知识宣教干预,使患者正视现实,并做好家属工作,给予心理支持与指导。

5.3 观察指标 采用 OST 造口周围皮肤评估表评估患者第 3 个月造口周围刺激性皮炎的症状级别,该工具从皮肤色泽异常、皮肤糜烂及组织过度生长的范围和严重度 3 个方面进行评分,轻度(1~4 分)、中度(4~7 分)、重度(≥ 7 分);评价 2 组患者实施干预后第 1 个月末、第 2 个月末、第 3 个月末造口周围刺激性皮炎的发生率,造口周围皮肤发红、疼痛或瘙痒被认为是刺激性皮炎^[14],由护士在门诊复查时评估或通过电话、微信等渠道询问收集;评估 2 组患者造口术后 3 个月的造口相关费用(包括造口护理会诊费、造口辅助用品等)^[15]。

5.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 进行统计分析,计量资料比较采用两独立样本 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。检验水准均设定为 $\alpha=0.05$ 。

6 应用效果评价

6.1 2 组肠造口患者造口周围刺激性皮炎发生率的比较 术后第 1 个月末 2 组患者造口周围刺激性皮炎的发生率差异无统计学意义($P>0.05$),观察组患者在术后第 2 个月末和第 3 个月末的造口周围刺激性皮炎发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 2 组肠造口患者不同时间点发生造口周围皮炎比较(例)

| 组别 | <i>n</i> | 第 1 个月末 | 第 2 个月末 | 第 3 个月末 |
|----------|----------|---------|---------|---------|
| 观察组 | 29 | 2 | 4 | 9 |
| 对照组 | 33 | 6 | 12 | 19 |
| χ^2 | | 0.889 | 4.107 | 4.390 |
| <i>P</i> | | 0.346 | 0.043 | 0.036 |

6.2 2 组肠造口患者造口周围刺激性皮炎严重程度比较 观察组患者在术后第 3 个月末造口周围刺激性皮炎的严重程度低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者第 3 个月末造口周围刺激性皮炎损伤

| 组别 | <i>n</i> | 程度比较(例) | | | |
|----------|----------|---------|----|-------|----|
| | | 0 度 | 轻度 | 中度 | 重度 |
| 观察组 | 29 | 20 | 7 | 2 | 0 |
| 对照组 | 33 | 14 | 7 | 9 | 3 |
| <i>Z</i> | | | | 7.828 | |
| <i>P</i> | | | | 0.036 | |

6.3 2 组肠造口患者术后 3 个月造口护理相关费用的比较 对照组患者术后 3 个月的造口护理总费用都高于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 2 组肠造口患者 3 个月造口相关费用的比较

| 组别 | <i>n</i> | $(\bar{X}\pm S, \text{元})$ | | |
|----------|----------|----------------------------|-------------------|---------------------|
| | | 造口袋及配件 | 造口粉/防漏膏 | 造口护理费用* |
| 观察组 | 29 | 551.24 \pm 6.78 | 285.12 \pm 3.04 | 595.32 \pm 7.66 |
| 对照组 | 33 | 865.76 \pm 4.39 | 594.60 \pm 4.50 | 1 452.72 \pm 4.29 |
| <i>t</i> | | 1.184 | 8.372 | 5.020 |
| <i>P</i> | | 0.023 | 0.018 | 0.014 |

注:*表示造口护理费用包括住院期间造口护理费、造口会诊费以及患者回院伤口造口门诊复查时所产生的费用。

7 讨论

7.1 循证护理实践能够有效减少造口周围刺激性皮炎的发生 本研究结果显示,实施循证护理措施后,术后第 1 个月 2 组患者造口周围刺激性皮炎的发生率差别无统计学意义,这可能与患者术后治疗及恢复情况有关。术后 1 个月患者不仅要适应躯体形象变化^[8],还要继续接受放疗或者化疗,患者及家属还不能熟练掌握造口护理的技巧^[20]。但随着时间推移,2 组造口周围刺激性皮炎的发生率均增加。原因可能为本研究的患者以中青年为主,出院回归工作后,患者的自我护理占主导地位,但由于工作不能及时更换造口袋并观察粪便情况,易导致造口周围皮肤并发症的发生。观察组患者在术后第 1、第 2、第 3 个月末造口周围刺激性皮炎的发生率均低于对照组,表明循证护理实践有助于肠造口患者及其家属提升造口护理能力,并在医护人员的随访反馈与自我监督中增强了造口防护意识,及时去除诱因,继而能够有效管理和控制造口周围皮肤刺激性炎症。

7.2 循证护理实践能够有效降低造口周围刺激性皮炎的严重程度 根据本研究结果,在术后第 3 个月末,观察组较对照组患者造口周围刺激性皮炎症状严重程度明显下降。造口周围刺激性皮炎可发生于术后任何时期,同时也是慢性发展的过程,在排泄

物泄漏时,防漏膏通过填补由于皮肤塌陷或褶皱而产生的缝隙,避免了底盘和皮肤粘贴不牢,同时涂抹造口粉能够有效减缓了排泄物对皮肤的刺激作用。但在干预实施过程中,笔者发现有些患者为了减少造口用品的消耗,减少或者不搭配使用造口辅助用品,导致造口皮炎的进展,并没有认识到并发症预防的重要性。高质量的健康指导既能够提升患者康复效果,又提高了护理服务的有效率。为此,笔者认为护士对肠造口患者及家属的健康教育应贯穿始终,尤其是造口治疗师或造口专科护士尽可能为患者及家属提供信息支持及操作示范,及时电话随访监督指导,以减轻造口皮肤并发症的严重程度。

7.3 循证护理实践能够减少患者造口护理相关费用 研究表明,观察组患者术后3个月的造口护理相关费用低于对照组,造口护理相关用品费用减少。患者使用合适的造口附件可能会减少排泄物泄漏次数,减少额外的造口产品使用,从而降低患者住院花费。其中2组患者的造口护理费用高于造口袋及附件、辅助用品费用。由于造口水肿会在术后6周内逐渐消退,如若患者按照首次测量的造口尺寸裁剪造口袋底盘,底盘与造口之间的间隙则变宽,粪便排出后常残留于此,刺激皮肤,既增加造口护理的费用,又消耗更多造口辅助用品。循证实践中应用可塑附件优点在于容易操作,节约时间,显著降低造口周围刺激性皮炎的发生,从而减少用于保护造口周围皮肤的费用^[4]。但由于患者经济能力有限,本次研究未能广泛运用可塑造口附件于临床患者中,今后需大量研究以为患者寻求更经济有效的护理方法改善患者造口周围皮肤并发症。

[参 考 文 献]

- [1] 郑荣寿,孙可欣,张思维,等. 2015年中国恶性肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2019, 41(1):19-28. DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-3766.2019.01.005.
- [2] Steinhagen E, Colwell J, Cannon L M. Intestinal Stomas-postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications [J]. Clin Colon Rectal Surg, 2017, 30(3):184-192. DOI:10.1055/s-0037-1598159.
- [3] Szymanski K M, Steyr D, Alam T, et al. External Stoma and Peristomal Complications Following Radical Cystectomy and Ileal Conduit Diversion: A Systematic Review[J]. Ostomy/wound Management, 2010, 56(1):28-35.
- [4] Rudoni C. Peristomal Skin Irritation and the Use of a Silicone-based Barrier Film[J]. Br J Nurs, 2011, 20(16):S12, S14, S16. DOI:10.12968/bjon.2011.20.Sup9.S12.
- [5] 刘 鑫,江锦芳,覃彦珠,等. 鼻咽癌化疗患者口腔黏膜炎防护策略的循证实践[J]. 护理学报, 2018, 342(11):31-35.
- [6] Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society. Management of the Patient with a Fecal Ostomy[EB/OL].[2015-12-01]. <http://www.wocn.org/>.
- [7] 卫生部.临床护理实践指南(2011版)[M].北京:人民军医出版社,2011. DOI:10.3969/j.issn.1006-5180.2011.08.001.
- [8] Force G D T.WOCN Society Clinical Guideline[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2018,45(1):50-58.
- [9] Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Ostomy Care &Management[EB/OL].[2015-12-01].<http://rnao.ca/bpg/guidelines/ostomy-care-management>.
- [10] Readding, Linda. Practical Guidance for Nurses Caring for Stoma Patients with Long-term Conditions[J]. Br J Community Nurs, 2016, 21(2):90-98. DOI:10.12968/bjcn.2016.21.2.90.
- [11] Zulkowski K, Ayello E A, Stelton S, et al. WCET International Ostomy Guideline 2014[EB/OL].(2014-06-01).https://wocet.memberclicks.net/index.php?option=com_content&view=article&id=86:international-ostomy-guidelines&catid=19:default&Itemid=155.
- [12] Recalla S, English K, Nazarali R, et al. Ostomy Care and Management: A Systematic Review[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2013,40(5):489-500.DOI:10.1097/WON.0b013e3182a219a1.
- [13] Tam K W, Lai J H, Chen H C, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials Comparing Interventions for Peristomal Skin Care[J]. Ostomy Wound Manage, 2014, 60(10):26-33.
- [14] Liu G, Chen Y, Luo J, et al. The Application of a Moldable Skin Barrier in the Self-care of Elderly Ostomy Patients[J]. Gastroenterology Nursing, 2017, 40(2):117-120. DOI:10.1097/SGA.000000000000143.
- [15] Colwell J C, Pittman J, Raizman R, et al. A Randomized Controlled Trial Determining Variances in Ostomy Skin Conditions and the Economic Impact (ADVOCATE Trial)[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2018,45(1):37-42. DOI:10.1097/WON.0000000000000389.
- [16] Park S, Lee Y J, Oh D N, et al. Comparison of Standardized Peristomal Skin Care and Crusting Technique in Prevention of Peristomal Skin Problems in Ostomy Patients[J]. J Korean Acad Nurs,2011,41(6):814-820.DOI:10.4040/jkan.2011.41.6.814.
- [17] Colwell J C, Ratliff C R, Goldberg M, et al. MASD Part 3: Peristomal Moisture-associated Dermatitis and Peri wound Moisture-associated Dermatitis: A Consensus[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2011,38(5):541.DOI:10.1097/WON.0b013e31822acd95.
- [18] 王春青,胡 雁. JBI证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)[J].护士进修杂志,2015,30(11):964-967.
- [19] 胡爱玲,郑美春,李伟娟. 现代伤口与肠造口临床护理实践[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2010.
- [20] Zhang J E, Wong F K Y, You L M, et al. Effects of Enterostomal Nurse Telephone Follow-up on Postoperative Adjustment of Discharged Colostomy Patients[J]. Cancer Nursing, 2013, 36(6):419.DOI:10.1097/NCC.0b013e31826f8eb.

[本文编辑:谢文鸿]