

肠造口患者生活质量评价及专科护理干预研究进展

倪弘毅 钟娇娇

上海市中医医院（嘉定院区） 上海 201800

【摘要】：肠造口是治疗结直肠癌、肠梗阻等肠道疾病的重要外科手段，虽能改变正常排便通路，但易引发生理不适、心理障碍等问题，促使患者生活质量显著降低。常规肠造口护理注重于造口施护，常因忽视患者的生理、心理需求，而限制整体干预效果。专科护理作为以患者为中心的新型护理模式，可通过个体化护理服务，提升患者的日常生活质量。基于此背景，本文将系统阐述肠造口患者生活质量评价工具，并深入分析专科护理干预进展，以期优化肠造口护理方案。

【关键词】：肠造口；生活质量评价；专科护理；研究进展

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.055

据《全球癌症统计 2020》显示，全世界结直肠癌确诊患者约 193 万例，死亡约 93.5 万例，发病率、病死率均位居所有癌症患者前列^[1]。同时，我国每年约 10 万患者需通过建立永久性肠造口来解决排便问题，且术后面临身体形态改变、排泄行为不可控等问题，患者需要适应一系列身体、生活变化，难以保障日常生活质量。由于肠造口打破正常的排便生理结构，部分患者可因术后护理不当而引发造口周围皮肤炎、造口脱垂等问题，同时易滋生焦虑、抑郁等负面情绪，不利于保障康复效果。常规护理注重于术后基础造口施护，常因未系统性干预患者的长期康复需求，而无法适应现代化护理学发展。肠造口专科护理是以造口专科护士为主导的新型护理模式，可通过全周期康复护理服务，改善肠造口患者的康复结局，现被广泛应用于临床。

本文将以“肠造口”“生活质量”“专科护理”为关键词，通过查阅万方、维普等中英文数据库，分析总结近 5 年关于肠造口患者生活质量评价及专科护理干预的高质量文献，现对肠造口患者的专科护理干预实际应用展开详细讨论，综述如下。

1 肠造口患者生活质量评价现状

1.1 生活质量核心评价工具

临床对肠造口患者生活质量的评价通常可分为两类：

（1）通用生活质量量表，欧洲癌症研究与治疗组织生活质量核心问卷（European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30, EORTC QLQ-C30）共计 30 个条目，具体包括情感功能、社会功能、症状领域、躯体功能等维度，信效度经本土化验证良好，适合用于癌症相关的肠造口患者。同时，简明健康量表（Short Form 36 Health Survey, SF-36）整体应用范围较为广泛，共计包含 36 个条目，该量表可横向对比造口患者与普通人群的生活差异。

（2）造口专用评价量表，根据肠造口患者实际情况设计的造口生活质量量表（Stoma Quality of Life Scale, SQOL），涵盖生理状态、心理状态、社会交往、造口护理等维度。同时，造口适应量表（Ostomy Adjustment Inventory-20, OAI-20）主

要评估患者的积极情绪、消极情绪、社交功能等，主要评价造口患者的适应能力。社会影响量表（Social Impact Scale, SIS）作为评价患者病耻感改善效果的重要工具，整体信度、效度良好，适用于评估永久性肠造口、结肠造口、回肠造口等患者的内在羞耻感水平。

1.2 生活质量核心影响因素

影响肠造口患者生活质量的因素通常可分为三类：

（1）生理因素，患者可因造口相关并发症而影响生理舒适度，例如：造口周围皮肤炎、狭窄、脱垂等并发症可导致患者出现疼痛、排便异常等问题，进而降低生理舒适度。

（2）心理社会因素，肠造口患者可因身体形态改变、排泄行为不可控等问题，滋生焦虑、抑郁等情绪，且严重的病耻感可导致患者产生回避心理，表现为回避社交、自我否定。同时，家庭支持不足、社会角色缺失可进一步加重患者的心理负担，致使生活质量直线下降。

（3）护理相关因素，在自我护理能力不足、健康教育缺失、延续护理断层的护理背景下，患者可因未全面掌握肠造口护理技能而增加并发症风险。

2 肠造口患者专科护理干预研究进展

2.1 “一病一品”专科护理模式

“一病一品”专科护理模式是以提升专科护理质量与患者预后为目标的标准化护理体系，要求所有护理措施均符合国内外肠造口护理指南与专家共识要求，并在术前、术中、术后、出院等不同阶段实施全周期管理，以此保障整体护理质量。具体如下：术前由造口专科护士完成造口定位工作，系统评估患者健康状况，并借助图文手册、视频、实物模型，讲解造口手术原理和护理流程，帮助患者消除未知恐慌。同时，专科护士全程参与术中配合，最大限度避免术中损伤造口及周围组织，且要求于术后 24h 密切观察造口黏膜颜色、水肿程度，并按照标准化流程更换造口袋，早期识别并处理出血、水肿等问题。待患者达到出院标准，由专科护士系统开展自我护理培训活动，主要指导患者及家属掌握造口袋更换、皮肤清洁等护理技

能,并通过电话、微信、门诊随访,实时掌握患者居家护理状况。在赵红云^[2]研究中,对118例直肠癌术后肠造口患者开展分组试验,其研究数据显示,观察组焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)、抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)及EORTC QLQ-C30量表评分均优于对照组($P<0.05$),由此印证“一病一品”专科护理模式可有效缓解负性情绪,提高肠造口患者的躯体与社会功能。

2.2 叙事护理干预

叙事护理是以叙事心理学为理论核心的新型护理模式,要求医护人员通过语言沟通引导患者诉说造口相关经历,并通过重新赋予造口积极意义,帮助患者降低病耻感,进而提升日常生活质量。由于永久性肠造口患者可因排便途径改变而产生心理问题,例如:自卑、病耻感、社交回避等,此类患者将造口视作缺陷、耻辱或负担,叙事护理则帮助患者跳出负面认知,重新接纳与适应造口。具体措施如下:专科护士引导患者讲述自身患病经历,通过充分宣泄负面、消极情绪,在建立和谐的护患关系基础上,让患者感知自身被尊重、爱护。同时,由医护人员引导患者将自身的负面感受予以具象化,即让患者意识到问题是问题、人是人,并通过回顾肠造口康复期间的积极、正面事件,激发患者的内在动力,树立积极治疗观念。此外,专科护士还需积极组织造口志愿者开展同伴支持活动,通过鼓励患者分享自身治疗、居家护理经验,尽可能消除患者的疾病孤独感与无助感。在左燕玲^[3]研究中,研究对象为56例直肠癌肠造口患者,对照组实施造口基础护理,而观察组在其基础上联合叙事护理干预,整理SIS、OAI-20、SQOL评分发现,观察组SIS评分低于对照组;OAI-20、SQOL评分高于对照组($P<0.05$),说明叙事护理可通过让问题外化,帮助患者消除自我否定与病耻感,在提升社会适应能力的基础上满足患者康复需求。

2.3 集束化专科护理

集束化专科护理是以循证护理为依据的新型护理模式,要求医疗工作者结合临床最新的实践证据,并围绕肠造口患者的围手术期护理特点,针对性制定专科护理方案。具体措施如下:责任护士根据国际造口护理循证标准要求,准确标记造口实际位置,并根据最新健康宣教要求,详细讲解造口生理意义、术后注意事项。同时,密切监测造口黏膜色泽、排泄物形状,根据造口缺血坏死、狭窄、脱垂等并发症早期识别清单,严格落实并发症预警监测工作,并借助专业量表评估患者的术后疼痛程度,确保药物、非药物镇痛管理效果达到患者需求。随后,根据患者实际恢复情况、营养需求制定饮食与运动干预方案,要求从流质、半流质逐步过渡至普通饮食,并由早期床上被动活动逐步过渡至下床主动活动。医护人员还需通过面对面指导健康指导,帮助患者进一步掌握自我护理技能,并通过建立专属健康随访档案,借助电话、门诊随访的途径,实时解答患者

居家时的康复疑问。整理王晓燕^[4]等人的研究结果发现,试验组并发症发生率为6.67%,而对照组并发症占比为26.67%,两组数据差异显著($P<0.05$),且生活质量评分优于对照组($P<0.05$),说明集束化护理可通过规避造口护理不良诱因,降低并发症风险,并通过多维度管理提升日常生活质量。

2.4 基于希望理论的专科护理干预

希望理论是由美国心理学家斯奈德(Snyder)提出的观念,主要包括目标确立、路径思维、动力思维等要素,要求个体在面对困境时具备积极的心理品质。肠造口患者可因自身排便方式改变、躯体形象受损而出现希望水平下降的现实问题,为增强患者的内在动力,基于希望理论的专科护理干预要求在肠造口围术期管理期间融合希望理论,通过改善患者的心理状态,提升日常生活品质。具体措施如下:由造口治疗师或责任护士评估患者的心理状态,根据患者恢复情况制定短期、中期和长期目标,并借助正向引导语言,帮助患者建立康复信心。同时,在每日查房环节增加沟通频率,借助鼓励性、支持性语言讲解患者的康复进展,并引导患者关注积极的康复信号,通过邀请心态良好的造口志愿者开展床旁探视活动,引导患者重新定义自我价值,通过摆脱患者角色的固定思维,提升其希望水平。在姜秀蓉^[5]研究中,选取直肠癌伴高血压永久性肠造口患者为研究对象,经Snyder希望理论结合心理干预后的数据显示,研究组患者心理弹性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)、希望水平量表(Herth Hope Index, HHI)评分显著高于对照组($P<0.05$);研究组EORTC QLQ-C30评分高于对照组($P<0.05$)。表明Snyder希望理论可通过激活患者的康复主动性,在满足心理需求的基础上,提升长期生活质量。

2.5 医联体模式下延续护理干预

医联体模式下的延续护理是通过整合医院、社区、家庭三方资源而提供的全程化护理体系,其护理目标在于解决永久性肠造口患者存在的出院后护理断层、自我护理技能不足等问题,现被广泛应用于临床。具体措施如下:即选取造口治疗师、责任护士、社区专职护士、营养师等医疗工作者组建护理团队,由医院辅助患者建立健康档案,并通过回授法增强患者、家属造口护理技能,而社区护士侧重于开展上门随访工作,首次上门需检查造口黏膜血运、周围皮肤状况,并现场纠正居家护理错误操作。同时,通过线上24h咨询通道,帮助患者解决渗漏、皮肤红肿、排便异常等问题。家庭需注重专项照护培训活动,确保家属可顺利协助患者完成护理操作,并为家属提供情感支持、心理鼓励,从而减轻心理压力。在唐源^[6]研究中,观察组造口自我效能量表(Stoma Self-Efficacy Scale, SSES)、EORTC QLQ-C30评分显著高于对照组($P<0.05$),表明延续性护理可提高肠造口出院患者的自我效能,并保障居家日常生活质量。

3 结语

肠造口患者的生活质量通常与造口相关并发症、负性情绪、自我护理能力不足等因素有关，专科护理干预要求通过形

成全程化、多维度的干预体系，在满足患者生理、心理与社会功能需求的基础上，提高患者的造口适应能力与生活质量。因此，如何形成统一的肠造口专科护理体系，为肠造口患者提供优质护理服务，这将是未来研究方向。

参考文献:

- [1] 苏艳霞,穆晓燕,方方,等.老年结直肠癌术后肠造口患者发生病耻感的风险预测列线图模型构建[J].实用临床医药杂志,2024,28(14):128-132.
- [2] 赵红云,霍蕊.“一病一品”护理模式对肠造口病人心理状态和生活质量的影响[J].蚌埠医科大学学报,2025,50(04):534-538.
- [3] 左燕玲.叙事护理对直肠癌肠造口患者病耻感影响的研究[J].中国医药指南,2024,22(27):144-147.
- [4] 王晓燕,柯晓兰,陈何艳,等.集束化护理对肠造口患者病耻感的影响评价[J].中国医药指南,2024,22(33):18-20.
- [5] 姜秀蓉.Snyder 希望理论结合心理干预在直肠癌伴高血压永久性肠造口中的价值[J].心血管病防治知识,2023,13(30):59-61.
- [6] 唐源.延续性护理在肠造口出院患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2024,40(28):128-130.