

肠造口患者术后适应障碍影响因素及护理干预研究进展

彭莉

武警四川省总队医院, 四川乐山, 614000;

摘要: 本文系统分析肠造口患者术后适应障碍的生理、心理、社会影响因素及对应护理干预措施。生理上, 造口并发症、疼痛、排便异常构成适应阻碍; 心理层面, 自我认同危机、焦虑-抑郁叠加加剧适应困难; 社会中, 家庭支持失衡、社会偏见压缩适应空间。护理干预通过全链条并发症管理、阶梯式自我认同重建等方案, 多维度改善患者适应状态, 为临床护理提供实践参考。

关键词: 肠造口; 术后适应障碍; 影响因素; 护理干预

DOI: 10. 64216/3104-9656. 25. 01. 011

肠造口术是治疗肠道肿瘤尤其是结直肠癌的重要手术方式之一, 适用于低位直肠癌, 具有操作简单、创伤性小等优势。通过肠造口术能有效切除病变肠管, 并将部分肠管翻转缝合于腹壁形成开口, 改变原有排泄通道, 从而有效减小肠道压力、减轻梗阻。据统计, 我国肠造口手术人数已经超过 100 万, 每年的肠造口手术人数呈逐渐增加趋势^[1]。肠造口手术使用的人工肛门会在一定程度上破坏患者正常生理状态, 引发患者身体结构、排便模式的根本性改变(促使大便改道从腹壁排泄, 患者需要佩戴造口袋来收集粪便且随时有臭气排出), 肠造口手术后产生的适应障碍成为影响康复的关键问题。探究其影响因素并构建针对性护理体系, 对提升患者生活质量、促进社会回归具有重要意义, 亦是当前临床护理研究的核心课题之一。

1 肠造口患者术后适应障碍的影响因素

1.1 生理层面影响因素

年龄的增大使个体机能下降, 影响患者生存质量。调查显示, 中老年人是肠道肿瘤尤其是结直肠癌的高发群体。随着年龄的增大, 他们的个体机能、认知水平等都出现一定程度的下降, 对疾病的认知及控制能力也逐渐下降, 所以在肠造口手术后很难控制好自己的生理状态, 从而引发适应障碍^[2]。

肿瘤分型、临床分期等疾病因素也会影响肠造口患者术后的生理状态、治疗需求及适应能力。国外有报道, 肠造口患者术后如果护理不当, 不仅会引发造口周围皮肤炎症, 还会打乱患者排便规律, 导致排便不适和排便异常等并发症发生, 国外患者上述并发症发生率可达 20%~70%, 中国相对较低, 约为 36%^[3]。术后并发症会给患者带来身体上的不适, 并增加心理压力, 从而降低患者适应医院环境及治疗条件的能力, 造成严重的术后适应障碍, 降低生存质量。

造口相关并发症会直接破坏患者的生理平衡。这些问题不仅引发局部疼痛、坠胀等不适感, 还会增加造口护理的复杂性, 比如造口袋贴合不良导致的渗漏, 会让患者频繁面临衣物污染的风险。这种持续的生理困扰会强化患者对造口的排斥心理, 使其将造口视为身体的负担, 进而抗拒主动适应术后状态。

术后疼痛及排便模式改变带来的躯体不适, 会形成持续的感官刺激。疼痛会限制患者的日常活动, 如弯腰、行走, 而排便异常则可能导致患者对公共场合产生恐惧, 担心出现尴尬状况^[4]。这种长期的躯体不适会逐渐内化为病耻感, 削弱患者适应术后生活的信心。

1.2 心理层面影响因素

肠造口患者在发病前期、手术治疗期间及术后角色转变等环节都伴随着严重的心理适应问题, 例如对手术风险的担心、对放化疗不良反应的焦虑等, 以上负面情绪的产生会让患者认为自己成了家人的负担, 导致他们在治疗过程中出现“不积极配合治疗、不积极主动适应医院环境”等不良行为。

肠造口导致的身体结构改变, 会冲击患者原有的自我认知体系。患者可能会将自己定义为不完整的人, 对身体外观产生负面评价, 进而引发自我认同危机。尤其是对身体形象关注度较高的群体, 这种认知偏差会更明显, 患者可能会回避镜子、拒绝他人触碰造口部位, 甚至将自己与正常人群割裂开来, 增加适应难度。

肠造口患者术后会因为排便位置改变而失去对排便的控制权, 这不仅会使患者形象发生改变, 还会使患者在排便过程中产生尴尬和羞耻感, 从而产生自卑感、焦虑感, 甚至抑郁和孤独, 社会交往困难, 增加适应难度。有研究提出, 中老年人肠造口患者的心理痛苦症状阳性率高达 52.3%, 该数值会随着年龄的增大而升高, 心理痛苦症状阳性率表示心理痛苦程度越高, 提示老年

人群心理状态不佳^[5]。

术后焦虑、抑郁等情绪并非孤立存在，而是呈现相互交织的状态。焦虑多源于对未来的不确定性担忧，如并发症是否会恶化、能否回归工作；抑郁则表现为对生活失去兴趣、行动力下降。两种情绪的叠加会形成恶性循环：情绪低落导致适应动力不足，而适应困难又会加剧负面情绪，最终使患者陷入心理困境。

1.3 社会层面影响因素

肠造口患者的社会关系由亲人、朋友、临床医护人员等组成，建立良好的社会关系能够帮助肠造口患者树立抗病自信心。但有研究表现，很多肠造口患者在经历从健康个体到患者的角色转变后会产生自卑、无助等负面情绪，给亲朋好友带来了负面影响，从而影响其社会交往和人际关系^[6]。与此同时，患者还要面临“快速适应医院环境、治疗流程”等问题带来的巨大压力，如果没有得到家人的陪伴和医护人员的引导，患者不仅很难转变角色，还会产生适应障碍。

家庭支持是患者适应过程中的重要支柱，但支持不足或方式不当都会产生负面影响。若家庭成员表现出嫌弃、回避，患者会感受到被抛弃；若过度保护，如包办所有护理事务，则会削弱患者的自主能力。这两种情况均会导致患者产生无力感，怀疑自己的价值，进而阻碍适应进程。

社会对肠造口患者的认知偏差，如将造口与不洁、传染性疾病错误关联，会导致患者在社交中遭遇隐性或显性的歧视。比如社交场合中他人的异样眼光，或就业时因造口问题被拒绝，都会让患者感受到被排斥。这种社会环境的不接纳会压缩患者的社交空间，使其倾向于自我封闭，难以融入正常社会生活^[7]。

婚姻状况也会影响肠造口患者的角色转变及适应能力，家庭幸福、夫妻和谐的患者角色转变较快，适应医院环境的能力也比较强，反之，未婚和丧偶的患者则生活质量较差，也更容易产生适应障碍。

2 护理干预研究进展

2.1 生理层面护理干预

造口并发症的预防与精准处理。针对造口旁疝、皮肤刺激性炎症、出血等并发症，护理需构建术前评估、术中配合、术后监测的全链条干预体系。术前通过皮肤弹性测试、腹压评估选定最优造口位置，避开瘢痕区与骨骼突起处；术中协助医生调整腹壁肌层张力，降低旁疝发生风险。术后每日观察造口颜色、周围皮肤完整性，采用造口护肤粉、无醇保护膜预处理易损区域，对已出现的炎症，先用生理盐水清洁再涂抹氧化锌软膏，同时

指导患者掌握造口袋剪裁技巧，依据造口大小每 2-3 天更换一次，避免过度压迫或缝隙渗漏。

疼痛与躯体不适的综合缓解。采用多模式镇痛、功能康复指导缓解疼痛与躯体不适。术前开展疼痛认知教育，用解剖图讲解切口痛与牵涉痛的区别，消除患者对疼痛的联想。术后结合药物镇痛和物理干预：口服非甾体类药物时配合定时翻身，避免局部压迫；对造口周围牵涉痛，采用低频脉冲电疗刺激神经末梢，同时指导患者进行腹式呼吸训练，吸气时腹部隆起，呼气时收紧，每次 10 分钟，每日 3 次，减轻腹壁张力带来的不适感。针对排便异常，制定个性化饮食方案：增加膳食纤维但避免产气食物，如豆类、洋葱，同时建立排便日记记录次数与性状，通过定时排便训练重建肠道节律^[8]。此外，提供防漏辅助工具，如造口腰带、防漏贴环，减少公共场合渗漏担忧，逐步消除患者对躯体不适的恐惧。

中医结合个性化护理干预。先对患者进行常规护理，包括常规的健康宣教、生命体征检查等，然后在该基础上进行穴位按摩、穴位艾灸等中医护理干预，关键穴位有“关元、中脘、神阙、足三里”等穴位按摩，同时进行术后并发症预防护理、中医治疗及护理健康教育、个性化护理等干预工作。

2.2 心理层面护理干预

给予心灵关怀与积极心理干预。患者入院第一时间就对患者给予心灵关怀，包括家人的关怀、朋友的关怀和医护人员的关怀，以减少患者负面情绪，帮助其重建信心。给予积极心理干预（PPI），根据个体病理性症状、心理状态及情绪变化等实施针对性的积极心理干预措施，包括积极行为引导、激励式心理护理、分阶段心理干预、积极心理学团体辅导等措施，增加患者自信心。

自我认同重构的阶梯式引导。通过认知矫正、实践强化帮助患者重建自我认同。初期采用一对一访谈，引导患者正视造口存在的必然性——造口是治疗疾病的必要手段，如同眼镜帮助视物，它只是身体功能的延伸工具。中期组织病友互助会，让适应良好的患者分享经验，如何隐藏造口痕迹、如何正常参与运动，打破“自己是异类”的认知偏差。同时开展形象管理指导，教授患者选择宽松衣物掩盖造口，使用肤色造口袋减少视觉冲击，甚至通过化妆技巧修饰外露部位。后期鼓励患者参与角色扮演，模拟社交场景中可能遇到的提问，练习自然回应，如“这是术后正常的康复装置，不影响生活”，逐步消除对身体外观的羞耻感。

负面情绪的分层疏导与释放。针对焦虑+抑郁等叠加情绪，实施情绪识别、宣泄、调节的分层干预。首先

通过情绪日记帮助患者记录每日情绪触发点,护士定期分析日记内容,标注可解决因素与认知偏差。对焦虑情绪,采用渐进式肌肉放松法:从脚趾到头部依次绷紧再放松肌肉,配合深呼吸,每次15分钟,缓解紧张感;对抑郁情绪,引入叙事疗法,让患者讲述患病经历,护士协助重构故事主线——从失去健康转向战胜疾病的勇气。同时建立情绪宣泄渠道,如设立匿名倾诉箱、开通线上支持群,允许患者表达负面感受而不被评判^[9]。

2.3 社会层面护理干预

家庭支持系统的优化与激活。通过家庭角色重塑、技能赋能强化家庭支持作用。开展家庭护理工作坊,培训家属掌握基础护理技能,如造口袋更换步骤、并发症早期识别,同时教授支持性沟通技巧,避免说“你什么都别做”等过度保护话语,改用“我陪你一起练习更换”的鼓励式表达。建立家庭任务清单,明确家属与患者的分工,如家属负责采购护理用品,患者负责日常清洁,既避免包办代替,又确保支持到位。

社会融入障碍的系统性改善。从认知普及、环境优化、权益保障三方面促进社会融入。联合社区开展造口知识科普展,用漫画、实物模型讲解造口原理,纠正不洁、传染等错误认知;在公共场合设置应急护理间,配备造口护理用品,解决患者外出时的紧急需求。与企业合作开展职场适应计划,为患者提供体位调整建议,如减少重体力劳动,并对雇主进行培训,强调平等就业权利。组织造口患者公益活动,如集体徒步、手工艺展,展示患者的社会参与能力,改变公众刻板印象。

提高社会支持水平和社会适应能力,改善患者生活质量。林鸿缘等研究表明^[10],为肠造口患者提供大量社会支持,例如为患者减免部分医疗费用;引导患者家属给予患者积极关怀和陪伴;对患者进行延续性保健指导等,不仅促进患者术后功能恢复,还降低并发症风险,提高患者适应能力及生活质量。家属支持是社会支持重要的一环,提高家属支持水平,能够提升肠造口患者家庭亲密度与适应性,从而提高患者生命质量,帮助患者树立抗病自信心,最终缓解适应障碍,提高适应能力”。李梦飞等研究发现^[1],对永久性肠造口患者家属进行健康宣教,指导家人在情感上安慰、体贴、关心、在生活上照顾病人,可有效降低患者造口并发症,缓解其抑郁、焦虑等负性情绪,提高其适应能力。

3 结语

肠造口患者术后适应障碍是生理不适、心理冲突、社会排斥共同作用的结果,现有护理干预通过精准对接

各层面需求,在并发症控制、自我认同重塑等方面取得显著成效。但干预的个体化程度、长期效果追踪仍需完善。未来需进一步优化多学科协作模式,细化分层干预策略,为患者提供持续、精准的护理支持,助力其实现从被动适应到主动融入的转变。

参考文献

- [1]李疆伟,王树君,李长仔,等.基于压力应对理论的护理干预对结直肠癌术后永久性肠造口患者心理压力、负性情绪及自我管理的影响[J].护理学报,2025,32(4):64-69.
- [2]顾洁,陈瑞红,郭明月,等.基于术后快速康复理念的护理干预对肠造口术后患者恢复效果的影响研究[J].生物医学工程学进展,2025,46(1):97-101.
- [3]Sivero L,Bottone M,Siciliano S,et al.Post-operative onco-logical and psychological evaluation of patients with colostomy for colorectal cancer[J].Ann Ita Chir,2022,93:435-438.
- [4]王惠,孙红玲,孙艳,等.1例直肠癌回肠造口术后继发肠外瘘患者的护理[J].中华护理杂志,2024,59(12):1443-1446.
- [5]杨晓伊,徐震,胡婵娟.结直肠造口术后患者换药恐惧相关影响因素及门诊护理对策[J].国际护理学杂志,2024,43(19):3632-3635.
- [6]安倩,邓迎楠,张莹.直肠癌临时肠造口患者自我管理能力调查及影响因素分析[J].山西卫生健康职业学院学报,2023,33(6):145-147.
- [7]陈欣欣.IMB理论下护理对结直肠癌造口患者术后恢复和自我效能感的影响[J].中外医学研究,2025,23(14):83-87.
- [8]仲宇,王莎,魏惠燕,等.腹部造口病人病耻感支持性干预研究进展[J].护理研究,2023,37(11):1978-1982.
- [9]王余娜,黄平,王甲香,等.直肠癌肠永久性结肠造口患者家庭复原力的现状及影响因素[J].皖南医学院学报,2022,41(2):196-199.
- [10]林鸿缘,陈璟,廖晓琴,等.结直肠癌预防性肠造口患者疾病感知与生活质量的纵向研究[J].上海护理,2022,22(12):40-44.
- [11]李梦飞,王淑云,杨富国,等.肠造口患者自我超越与社会支持、造口社会心理适应的相关性研究[J].中华现代护理杂志,2022,28(27):3694-3700.