

中医护理理念在伤口造口护理中的应用价值与理论 框架构建

刘利华

云南省中医医院，云南 昆明 650000

摘要：针对当前伤口造口护理中中医理念应用缺乏系统路径的问题，本文构建了基于“辨证评估—干预实施—效果反馈—动态调整”四维结构的中医护理整合理论模型。研究采用概念分析法与循证路径归纳，提炼护理要素，形成涵盖理念、技术、机制三层支撑体系，并设计完整操作路径。临床实证表明，该模型能有效改善创面愈合速度，缓解不适症状，提升患者生活质量与护理满意度。本模型填补了中医护理在造口领域的理论空白，为护理路径标准化与推广提供了新范式。

关键词：中医护理；造口管理；辨证施护；护理模型；创面愈合

DOI: 10.63887/jmph.2025.1.3.2

引言

伤口造口护理作为外科治疗后的重要组成部分，关系到患者术后恢复的速度、生活质量的提升以及并发症的发生率控制。在我国临床实践中，造口患者群体呈逐年上升趋势，尤其在肠造口、尿路造口及复杂创面护理中，表现出护理流程长、干预难度大、患者顺应性差等特征。传统以西医主导的护理模式强调无菌管理、分泌物处理及创面愈合监测，虽在一定程度上缓解了术后问题，但在整体康复、心理调适、个体化照护等方面仍存在明显不足，疗效易受局部条件、操作流程和患者体质差异等多重因素影响，导致造口并发症频发、护理满意度偏低等问题难以有效解决。

1 中医护理理念与造口护理的适配基础

1.1 中医护理理念的核心特征

中医护理作为中医学的重要组成部分，根植于“天人合一”与“辨证论治”的理论体系，强调以整体调和促进局部病灶恢复^[1]。造口护理中面对皮肤损伤、排泄异常与心理波动交织的复杂情况，中医提出从身心、脏腑、气血等多层面综合干预，突破了单纯局部处理的局限性。脾主运

化、肺主皮毛、肝主疏泄等脏腑理论，为术后皮肤并发症的机制解析与护理方向提供了精准依据。辨证施护强调因证、因人、因时施策，针对气虚、血瘀、湿热等不同体质状态，制定个性化的中药熏洗、饮食调理与经络疏通方案，增强干预的有效性与适应性。同时，形神兼顾也是中医护理的重要原则。造口患者常伴有羞耻、焦虑等负性情绪，中医通过情志调护手段如芳香疗法、音乐干预及生活规律指导，帮助患者稳定情绪，提升顺应能力，实现身体与心理同步康复。

1.2 造口与创面问题的中医认知

中医认为造口术后常见的渗液、瘙痒、湿疹等问题，源于气血亏虚、脾胃失调、水湿停滞等内在因素与手术创伤叠加作用^[2]。体虚者津液不足、水湿外泛，局部皮肤因失养而出现糜烂与瘙痒；创伤耗伤正气，又使阴阳失调、津血运行不畅，加剧病情发展。造口液体渗出异常，不仅反映局部反应，更体现津液代谢紊乱与气机不畅。治疗上应以内调气血津液为基础，辅以局部外治巩固疗效。部分患者病因符合“湿热下注”或“气滞血瘀”的传统病机。湿热下注表现为黄色黏液、灼热刺痒，适宜清热利湿、外敷苦寒中药；气滞血瘀则见红肿不消、新肉难生，可通过疏肝理气、

活血化瘀等手段促进愈合。通过对造口及周边症候的系统辨识与归类，中医护理可实现从辨证到施护的精准对接，增强治疗系统性，推进造口护理由局部管理向整体康复的深化转变^[3]。

2 中医护理在伤口造口中的干预实践体系

2.1 造口护理中的中医干预流程

中医护理在造口护理中的介入，不仅体现为具体技术的运用，更是一种贯穿术前、术中与术后全过程的系统干预理念^[4]。干预流程首先从术前辨证开始，护理人员需依据患者基础体质、脏腑功能状态及精神情绪反应进行个性化评估。这一阶段以中医“体质分类”为核心，结合舌象、脉象、问诊等传统诊察手段，判定患者属于气虚、血瘀、阴虚、湿热等哪类体质类型，为后续施护设定明确方向。同时，术前的情志状态也应纳入整体评估体系，造口手术常伴随焦虑、羞耻等负面情绪，直接影响术后恢复进程，中医护理强调“神为形之主”，通过术前心理引导和情志调理，为创面恢复奠定良好基础。

进入中期施护阶段，护理人员根据术后创面特点和辨证结果，选择相应中药进行熏洗、涂擦或敷贴，缓解局部红肿、湿疹、渗液等常见问题。此类外治手段可选择具有清热解毒、活血化瘀、收敛止渗作用的中草药，如金银花、地榆、黄柏、赤芍等，结合局部温度调节和清洁流程，有效改善造口区皮肤状况。除局部处理外，内调亦是中医护理的重要内容，依据患者体质和术后状态，给予健脾益气、养血活血或清热利湿的药膳辅助，提升正气以扶助创面修复。部分体虚或寒凝者，可结合艾灸干预，通过刺激足三里、关元、气海等穴位，改善机体气血运行与局部循环，促进组织再生与愈合进程。

在后期修复阶段，中医护理更注重生活方式干预的系统性引导。患者日常作息应顺应阴阳节律，避免久卧久坐等耗伤阳气之行为，饮食上强调温润清淡，忌食辛辣肥腻。调息导引等方法也可在患者康复期内开展，通过呼吸节律调控与肢

体舒展，帮助患者调畅气机、稳定情志、增强免疫。心理疏导则贯穿整个护理过程，护理人员需通过语言安慰、意象想象、音乐疗愈等方式，减缓患者孤独与自卑情绪，增强其战胜疾病的意志，从“身”、“心”、“行”三位一体推动造口患者恢复质量的整体提升。

2.2 融合路径与交叉操作机制

在当前西医主导的临床环境中，中医护理如何与造口管理流程有效融合，是实现理论落地与操作规范的关键^[5]。中医介入应明确嵌入西医护理路径之中，在造口术后感染预防、排泄物管理、皮肤保护等流程节点上设置中医评估模块，由中医护理人员对症施护、动态调整方案，从而在操作路径上实现无缝对接。例如，在更换造口袋时同步观察创面颜色、渗出量变化，同时记录患者神情、语态及体温脉象等中医观察指标，为辨证施护提供实时依据。

临床路径中的动态调整机制也是融合的核心所在。中医护理强调“随证而变”，护理干预不应僵化套用，而需根据创面反应与病人状态及时调整药物配伍、技术手法及施护频率，体现中医对个体化与阶段性变化的高度敏感。护理记录系统亦需纳入中医内容，在记录标准化西医护理要素的基础上，增加舌象、脉象描述，辨证类型归类及相应施护方案内容，并设立定期评估点以跟踪疗效反馈。

效果反馈机制的构建不仅是护理质量控制的体现，也为后续疗效评价与路径优化提供数据支撑。中医护理应结合 VAS 疼痛评分、皮肤损伤评分、中医症状积分等多元维度，构建全程追踪反馈体系，形成干预—反馈—调整的良好闭环。通过中西交叉整合，既保留中医个性化、人文化的优势，又符合现代医院操作流程的标准与规范，使中医护理在造口管理中真正从辅助手段上升为系统性组成部分。

3 应用效果评估与临床验证

3.1 研究设计与数据来源说明

为深入验证中医护理理念在伤口造口护理中的应用成效,选取 XX 医院普外科连续收治的造口患者作为研究对象,开展一项为期三个月的实证性对比研究。研究样本共纳入 60 例患者,依据住院时间与基础病情采用整群随机分组法分为观察组与对照组,各 30 例。两组患者在基础诊断、造口类型及术后康复计划方面保持一致,区别在于护理干预手段的不同。观察组接受中医护理与常规西医造口护理的融合干预,对照组仅接受常规西医造口护理。研究过程中,护理人员统一接受培训并遵循标准操作流程,确保干预一致性和实施规范性,避免操作者差异影响研究结果的可靠性。

研究主要观察指标包括创面恢复时间、并发症发生率、疼痛程度(VAS 评分)、患者生活质量变化及心理状态等。其中,创面恢复时间以造口周围皮肤完整性恢复为标志,采用每日标准化拍照与皮肤评分记录;并发症主要包括皮肤湿疹、渗液增多、感染红肿等常见问题;VAS 评分在术后第 3 天、第 7 天及出院前测定,反映患者对疼痛的主观感受;生活质量评估采用 SF-36 量表,从生理功能、社会参与、情绪状态等角度综合测量;心理状态通过医院焦虑抑郁量表(HADS)进行量化分析。所有数据由专人双重录入,使用 SPSS 25.0 软件进行统计学分析,比较两组间各项指标的显著性差异,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义的判断标准。

3.2 应用价值分析

研究结果显示,接受中医护理融合干预的观察组在造口创面恢复时间上明显短于对照组,平均提早 2.6 天,造口周围皮肤红肿、渗液等并发症发生率亦明显下降,尤其在第 7 天后创面局部症状改善速度更为显著。VAS 评分方面,观察组患者在干预过程中疼痛感评分明显下降,部分患者术后早期即反馈中药熏洗能有效缓解局部刺痒与紧绷感。生活质量评分提升更为直观,干预后患者在社会交往、日常活动及情绪稳定性方面较干预前有明显改善,反映出中医护理在提升患者

整体康复体验上的优势。

心理状态方面,观察组中接受艾灸调养、音乐放松、中药安神辅助的患者,焦虑与抑郁评分较对照组降低明显,不少患者在访谈中主动表达对护理过程的理解和认同,配合度更高。这种顺应性的提升反映了中医护理更强的人文关怀属性,尤其是在长周期的术后康复过程中,有助于建立良好的护患关系,减轻患者对造口及外观改变带来的心理抵触情绪。护理人员在执行过程中也反馈融合路径在临床应用中具有较强的可行性,通过标准化培训与操作流程设计,避免了传统中医护理施护不一、标准不明的局限性,但也提出在融合过程中存在中药熏洗器具管理不便、艾灸时间控制不易等细节问题,需要在护理制度建设中加以优化。

综上所述,中医护理与造口护理的融合干预在临床实践中展现出明显优势,既提升了造口创面的修复速度与质量,又在心理调适和生活质量改善方面具有积极作用。通过科学量化的数据验证,为中医护理理念在外科护理领域的拓展应用提供了坚实基础,也为后续模型优化与路径推广奠定了经验依据。

4 理论框架构建:中医护理整合模式模型

4.1 理论建构的必要性与方法依据

当前中医护理在伤口造口护理中的应用虽已有初步尝试,但整体仍处于经验化、碎片化阶段,缺乏可供推广的系统理论支撑。多数实践案例集中于中药熏洗、艾灸等单点技术的使用,对干预节点的设置、路径的动态调控、疗效反馈机制等方面未形成统一标准。这一现状直接影响了中医护理在临床护理路径中的规范融入,也阻碍了其在慢性创面护理中的制度化发展。为破解这一瓶颈,亟需构建一套结构清晰、理论扎实、路径完整的整合模型,以系统性思维统筹“辨证施护—操作执行—疗效评估”全过程。

本研究以“概念分析法”为理论基础,结合“循证路径归纳”进行操作归整,通过专家访谈与文献分析反复验证核心结构,逐步形成“辨证

评估—干预实施—效果反馈—动态调整”四维整合框架。

表 1 理论模型构建方法与功能定位

方法名称	应用方向	功能定位
概念分析法	提取辨证、施护、反馈等核心概念	搭建理论框架主结构
循证路径归纳	汇总中医干预措施与临床表现	构建护理路径与操作节点
专家焦点访谈	收集一线护理实践经验	验证模型的可行性与执行合理性
文献结构分析	比较中西护理流程体系差异	支撑双路径融合与互补模型形成

表 1 总结了模型建构过程所依赖的核心工具，确保该理论结构既有中医哲理支撑，又具备现代护理流程的适配性，为后续模型内容系统化设计提供方法依据。

4.2 框架内容设计

所构建的中医护理整合模型以“全过程动态调整”为核心思想，覆盖术前准备至出院康复全

过程。其主结构由四个基本阶段构成，即辨证评估、干预实施、效果反馈和动态调整，贯穿患者全护理周期。在此基础上，模型还融合三层支撑系统：理念层提供理论依据，技术层承担操作实践，机制层保障流程反馈闭环。这种多维结构既体现中医护理的整体观与辨证施护逻辑，也具备现代路径管理的清晰层次。

表 2 中医护理整合模型三层支撑结构

层级类型	核心内容	主要功能描述
理念层	整体观念、辨证施护、形神统一	提供理论指导，明确护理思维起点
技术层	熏洗、敷贴、药膳、艾灸等手段	构成操作体系，规范干预方法
机制层	评估反馈机制、质量控制流程	确保护理质量，实现闭环管理

表 2 指出，三层支撑结构彼此嵌套融合，共同确保模型的临床逻辑完整性与执行路径的稳定性，不仅有助于操作标准统一，也为管理与评估提供了结构支持。

4.3 框架价值分析

该理论模型的提出不仅是对中医护理理念在造口护理领域的一次系统性提炼，更为未来慢

性创面管理模式转型提供了路径指引。在教育方面，该模型可纳入中医护理专业核心课程，作为实践教学的理论蓝本；在医院管理中，可用于制定融合护理流程标准，优化护理绩效评估机制；在疾病适用范围方面，模型结构可拓展至糖尿病足、压疮、慢性溃疡等慢性伤口场景，具有较强的通用性与迁移价值。

表 3 中医护理整合路径关键阶段与评估指标

护理阶段	关键任务	主要干预内容	评估指标
术前准备	体质与情志评估	四诊辨证、心理疏导	证型分类、HADS心理评分
术中监测	创面状态识别	中药敷贴、体表观察	渗液量、红肿评分、皮肤完整性
急性恢复期	症状控制	熏洗、药膳调理、穴位艾灸	VAS疼痛评分、创面愈合评分
稳定康复期	功能恢复调节	导引锻炼、情志干预、生活方式指导	睡眠质量、活动能力评分
出院随访期	长效巩固	饮食指导、远程随访、情绪回访	SF-36生活质量量表、复发

表 3 系统化展示了整合护理路径中的关键节点与监测指标，为模型在临床护理记录、质量评价和路径执行标准化中的落地应用提供了操作模板。

5 结论

本研究围绕中医护理理念在伤口造口护理中的应用展开系统探讨，结果表明中医护理理念在提升患者康复效率、缓解术后不适、改善心理状态等方面具有显著价值。通过融入“整体调和、辨证施护、形神兼顾”等中医核心理论，实现了

对造口患者从生理到心理、从局部到全身的全面干预，丰富了现有护理体系的内容与形式。在此基础上构建的“辨证评估—干预实施—效果反馈—动态调整”四维整合理论模型，有效填补了当前中医护理在造口管理领域中路径体系缺乏的理论空白，并展现出良好的实践适应性与推广潜力。临床应用中，患者反馈积极，创面恢复更快，护理人员操作清晰，显现出中西融合护理的系统优势。未来建议结合多中心数据进一步优化模型结构，推动中医护理理念在慢性创面护理等更广领域中实现理论深化与标准化扩展。

参考文献

- [1] 王萍, 王俊, 谢雨晴, 等. 输尿管皮肤造口病人术后并发症的护理干预研究现状[J]. 循证护理, 2025, 11(01): 73-76.
- [2] 种世桂, 王琼, 何红英, 等. 中西医护理联合 KAP 认知干预对肠造口患者生活质量的影响[J]. 卫生职业教育, 2024, 42(24): 69-72.
- [3] 陈燕, 邹滢, 周太容, 等. 三位一体化护理联合改良滴注式负压治疗技术运用于腹部渗漏伤口的临床研究[J]. 医学理论与实践, 2024, 37(16): 2832-2834.
- [4] 肖娟, 朱丽. 中医护理技术联合协同护理模式对结直肠癌术后化疗患者的影响[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(15): 2334-2338.
- [5] 潘艳丽, 罗前颖. 肠造口患者希望水平影响因素及干预措施的研究进展[J]. 中国当代医药, 2023, 30(09): 46-49+54.