DOI：10. 55111/j. issn2709-1961. 20260618003

· 论著 ·

肛瘘术后患者出院准备度与出院指导质量的相关性研究

赵莹怡[1,2,3]，肖珍珍[1,2,3]，徐召君[1,2,3]，张水夏[1,2,3]，
吴玉梅[1,2,3]，何思欣[1,2,3]，陈　飘[1,2,3]

（1. 中山大学附属第六医院 普通外科（肛肠外科），广东 广州，510655；
2. 广东省结直肠盆底疾病研究重点实验室，广东 广州，510655；
3. 广州市黄埔区中六生物医学创新研究院基金资助国家临床重点专科，广东 广州，510655）

摘要：目的　探讨肛瘘术后患者出院准备度现状，分析其影响因素，并探讨出院指导质量与出院准备度之间的关系，为制定针对性的出院指导及延续性护理措施提供依据。**方法**　采用便利抽样法，以 238 例肛瘘术后患者为研究对象，采用一般资料调查表、中文版出院准备度量表（RHDS）和中文版出院指导质量量表（QDTS）进行问卷调查。通过 Pearson 相关分析及多元线性回归构建模型，评估出院准备度与出院指导质量的相关性，分析出院准备度的影响因素。**结果**　肛瘘术后患者 RHDS 量表总分为（81. 67±25. 44）分，QDTS 量表总分为（192. 63±41. 06）分。肛瘘术后患者出院准备度与出院指导质量呈正相关（r=0. 735，P<0. 01）；出院准备度与患者所需指导内容、患者所获指导内容及指导技巧与效果维度均呈正相关（P<0. 01）。多元线性回归分析显示，生活自理能力、出院前伤口疼痛程度、术后控便能力及出院指导质量为肛瘘术后患者出院准备度的影响因素。**结论**　肛瘘术后患者出院准备度仍有提升空间，出院准备度与出院指导质量密切相关。临床应重点关注自理能力差、疼痛较重及控便能力受损患者，切实做好个体化的出院指导，从而有效改善患者的出院准备度，为临床工作提供科学依据。

关键词：肛瘘；术后护理；出院准备度；出院指导质量

中图分类号：R 473. 6　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**2709-1961（2026）09-0023-07

Correlation between readiness for discharge and quality of discharge education in patients undergoing surgery for anal fistula

**ZHAO Yingyi[1,2,3]，XIAO Zhenzhen[1,2,3]，XU Zhaojun[1,2,3]，ZHANG Shuixia[1,2,3]，
WU Yumei[1,2,3]，HE Sixin[1,2,3]，CHEN Piao[1,2,3]**

（*1. Department of General Surgery（Anorectal Surgery），The Sixth Affiliated Hospital Sun Yat-sen University，Guangzhou，Guangdong，510655*；
2. Guangdong Provincial Key Laboratory of Colorectal and Pelvic Floor Diseases，The Sixth Affiliated Hospital Sun Yat-sen University，Guangzhou，Guangdong，510655；
3. Biomedical Innovation Center Supported by National Key Clinical Discipline，The Sixth Affiliated Hospital Sun Yat-sen University，Guangzhou，Guangdong，510655）

ABSTRACT：Objective　To investigate the current status of readiness for hospital discharge in postoperative patients undergoing surgery for anal fistula，analyze its influencing factors，and explore the relationship between discharge teaching quality and discharge readiness，so as to provide evidence for formulating targeted discharge teaching protocols and continuous nursing care measures in nursing practice. **Methods**　A total of 238 postoperative patients with anal fistula were selected by convenience sampling method. The general information questionnaire，Chinese version of the Readiness for

收稿日期：2026－06－18

通信作者：陈飘，E-mail：chenp226@mail. sysu. edu. cn

OPEN ACCESS
CC BY 4.0

Hospital Discharge Scale（RHDS）, and Chinese version of the Quality of Discharge Teaching Scale（QDTS）were used for survey. Pearson correlation analysis and multiple linear regression analysis were adopted to construct models for evaluating the correlation between discharge readiness and discharge teaching quality, and to identify the influencing factors of discharge readiness. **Results** The total score of RHDS in postoperative patients with anal fistula was（81. 67±25. 44）, and the total score of QDTS was（192. 63±41. 06）. Discharge readiness was positively correlated with discharge teaching quality（r=0. 735, P<0. 01）. Discharge readiness was positively correlated with the dimension of content of instruction needed by patients, content of instruction received by patients, and skills and effectiveness of teaching（all P<0. 01）. Multiple linear regression analysis showed that activities of daily living, degree of wound pain before discharge, postoperative fecal continence, and discharge teaching quality were the influencing factors of discharge readiness in postoperative patients with anal fistula. **Conclusion** There is still room for improvement in discharge readiness of postoperative patients with anal fistula, and discharge readiness is closely related to discharge teaching quality. In clinical practice, special attention should be paid to patients with poor self-care ability, severe pain, and impaired fecal continence. Individualized discharge teaching should be effectively implemented to improve patients´ discharge readiness, so as to provide scientific basis for clinical work.

KEY WORDS: anal fistula; postoperative nursing; discharge readiness; quality of discharge teaching

肛瘘是肛肠外科常见疾病之一，指肛管或直肠下端与肛周皮肤之间形成的异常通道，多由肛周脓肿破溃或切开引流后创面迁延不愈所致[1]。患者常伴有反复流脓、疼痛、瘙痒及排便不适等症状，病程较长且易反复发作，严重影响患者的日常生活与身心健康[2]。手术是目前治疗肛瘘的主要方式，但患者术后往往仍需较长时间进的创面护理与功能恢复，尤其在出院后仍面临伤口疼痛、渗血渗液、换药护理、排便管理及感染预防等多方面问题。与一般外科术后患者相比，肛瘘术后患者的院外康复过程更为复杂，对自我护理能力及持续护理支持的要求更高[3-6]。

出院准备度是指患者在生理、心理和社会层面为离开医院、回归家庭及继续康复所达到的准备状态，是评价患者能否顺利完成医院—家庭过渡的重要指标[7]。研究[8]表明，良好的出院准备度有助于提高患者的自我照护能力、治疗依从性和康复效果，并减少出院后不良事件的发生。对于肛瘘术后患者而言，出院准备度不仅体现在对疾病及术后康复知识的掌握上，还涉及其对伤口护理、疼痛应对、功能恢复及后续随访的认知与信心。若患者出院时准备不足，可能影响其居家护理质量及术后恢复进程。已有多项研究[9-11]关注普外科、老年患者或慢性病患者的出院准备度及其相关因素；然而，肛瘘术后患者的创面护理具有较强专科性，不同级别医院在手术方式、换药规范及出院指导内容上存在差异，单中心研究可能限制结果的外推性。肛瘘术后患者在伤口暴露部位特殊、换药需求持续、症状管理复杂及隐私心理负担较重等方面具有一定特殊性[12]。本研究以肛瘘术后患者为研究对象，调查其出院准备度现状，分析影响因素，并探讨出院指导质量与出院准备度之间的相关性，旨在为临床护理人员制定更具针对性的出院指导方案和延续性护理措施提供依据，从而提高肛瘘术后患者的康复质量和出院后适应水平。

1 资料与方法

1. 1 一般资料

采用便利抽样法选取 2025 年 5 月—2026 年 2 月广东某三级甲等医院肛肠外科收治的肛瘘术后患者为研究对象。纳入标准：①符合《肛瘘诊治中国专家共识（2020 版）》相关诊断标准[1]并行肛瘘手术治疗；②神志清楚，沟通无障碍，能够理解并完成调查问卷；③年龄≥18 岁；④自愿参加本研究且签署知情同意书。排除标准：①合并炎症性肠病及心力衰竭、心血管疾病、恶性肿瘤等严重躯体疾病者；②合并精神疾病或严重神经官能症者；③妊娠期或哺乳期妇女；④不配合调查者。

基于 Kendall 的样本粗略估算方法计算样本量，样本量一般取变量数的 5 ~ 10 倍。本研究中肛瘘患者一般资料纳入条目 15 个，出院准备度量

OPEN ACCESS CC BY 4.0

表(RHDS)共3个维度,出院指导质量量表(QDTS)共3个维度。本研究设置变量共21个,依据样本量估算原则,样本量取研究变量数的5~10倍,考虑10.00%的无效样本,计算得出本研究计划纳入116~240例。本研究通过作者机构伦理委员会审查(E2025181)并符合2013年修订的《赫尔辛基宣言》的要求,入组患者均自愿参与本研究且已知情同意。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 一般资料调查表:由研究者自行编制,内容包括人口学资料和疾病相关资料2个部分。人口学资料包括性别、年龄、婚姻状况、子女情况、学历、月收入、医疗费用来源、出院后主要护理者、烟酒史、日常运动频率等;疾病相关资料包括既往肛瘘手术史、生活自理能力、出院前伤口疼痛程度、术后控便能力、出院后1周换药地点等。

1.2.1.2 中文版出院准备度量表:出院准备度量表(RHDS)由Weiss等[13]于2006年研制,Lin等[14]于2014年对其进行译制及信效度检验。中文版RHDS量表共12个条目,包含个人状态(3个条目)、适应能力(5个条目)、预期性支持(4个条目)3个维度。量表采用0~10分评分法,各条目得分之和为量表的总分(0~120分)。量表平均分=总分/条目数,总分或平均分越高表示出院时准备情况越好。

1.2.1.3 中文版出院指导质量量表:出院指导质量量表(QDTS)由Weiss等[15]于2007年编制,王冰花等[16]于2016年对其进行译制及信效度检验。该量表共24个条目,包含患者自我感觉出院前需要的内容6个条目,患者出院前实际获得的内容6个条目,指导技巧及效果12个条目。前2个维度的12个条目形成配对的6组条目,通过实际获得内容得分减去患者需要内容得分来评估出院教育的"量",可定义为"内容差"维度。整个量表通过计算"获得内容"和"指导技巧及效果"两个维度的总分来衡量出院指导的质量,总分越高指导质量越好。

1.2.2 资料收集方法

经医院伦理审核、获得研究对象的知情同意后,采用问卷调查法,在患者出院当天由研究者本人及课题组成员向患者解释本次调查的目的、意义,随后当场分发问卷填写,通过扫码进入"问卷星"在线平台进行线上作答,设置"每部手机只能答一次",问卷当场收回。此问卷在20 min内完成。剔除标准如下:①纳入后发现不符合纳入标准或符合排除标准者;②问卷作答时间少于2 min者;③资料不完整、无法进行统计分析者。本次研究实际共发放问卷245份,回收有效问卷238份,有效回收率为97.14%。

1.3 统计学方法

采用SPSS 25.0软件。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较采用独立样本t检验,多组间比较采用单因素方差分析。计数资料以例数和百分率(%)表示,采用Pearson相关性分析、单因素方差分析及多元线性回归分析影响因素。检验水准$\alpha=0.05$,$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肛瘘术后患者出院准备度和出院指导质量

本研究共纳入肛瘘术后患者238例,RHDS量表总分(81.67±25.44)分,QDTS量表总分为(192.63±41.06)分。各维度评分见表1。

表1 肛瘘术后患者出院准备度和出院指导质量得分($\bar{x}\pm s$)

Table 1. RHDS and QDTS Scores of Patients after Anal Fistula Surgery

项目	得分范围	总分
出院准备度总分	0~120	(81.67±25.44)
个人状态维度	0~30	(19.90±7.51)
适应能力维度	0~50	(33.12±10.77)
预期性支持维度	0~40	(28.65±9.75)
出院指导质量总分	0~240	(192.63±41.06)
患者所需指导内容维度	0~60	(47.35±10.91)
患者所获指导内容维度	0~60	(44.81±13.26)
指导技巧与效果维度	0~120	(100.47±19.41)

2.2 不同人口学特征肛瘘术后患者出院准备度得分比较

肛瘘术后患者RHDS量表得分在不同生活自理能力、出院前伤口疼痛程度、术后的控便能力、出院后1周内换药地点方面比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 肛瘘术后患者出院准备度与出院指导质量的相关性分析

相关分析结果显示,肛瘘术后患者出院指导质量与出院准备度总分呈正相关($r=0.735$,$P<0.01$)。见表3。

OPEN ACCESS
CC BY 4.0

表 2 不同人口学特征肛瘘术后患者出院准备度得分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 2. RHDS Scores among Anal Fistula Surgery Patients with Different Demographic Characteristics

	项目	人数[n(%)]	得分	*F/t*	*P*
生活自理能力	完全自理:BI 评分 100 分	178(74. 79%)	86. 49±22. 92	4. 875	<0. 01
	部分自理:BI 评分 61 ~ 99 分	60(25. 21%)	67. 37±27. 32		
出院前伤口疼痛程度	轻度疼痛:VAS 评分 0 ~ 3 分(疼痛不影响睡眠)	160(67. 23%)	87. 75±22. 21	19. 170	<0. 01
	中度疼痛:VAS 评分 4 ~ 6 分(轻度影响睡眠)	70(29. 41%)	71. 44±26. 17		
	重度疼痛:VAS 评分 7 ~ 10 分(不能入睡或睡眠中痛醒)	8(3. 36%)	49. 50±29. 70		
术后控便能力	可控制大便:0 分	197(82. 76%)	85. 74±23. 10	16. 585	<0. 01
	偶尔失控或需要他人提示:1 ~ 19 分	36(15. 13%)	62. 06±27. 60		
	完全失控:20 分	5(2. 10%)	62. 40±22. 17		
出院后 1 周内换药地点	本院门诊	135(56. 72%)	77. 45±27. 20	3. 466	0. 017
	外院门诊/外院住院	54(22. 69%)	84. 37±22. 90		
	居家家属换药	44(18. 49%)	89. 89±21. 15		
	无需换药	5(2. 00%)	94. 00±13. 17		

表 3 肛瘘术后患者出院准备度和出院指导质量的相关性分析(n=238)

Table 3. Correlation Analysis between Discharge Readiness and Quality of Discharge Guidance in Patients after Anal Fistula Surgery

项目	出院指导质量总分	患者所需指导内容维度	患者所获指导内容维度	指导技巧与效果维度
出院准备度总分	0. 735**	0. 626**	0. 723**	0. 709**
个人状态维度	0. 615**	0. 526**	0. 613**	0. 586**
适应能力维度	0. 659**	0. 546**	0. 651**	0. 642**
预期性支持维度	0. 716**	0. 625**	0. 695**	0. 689**

注:**P<0. 01。

2. 4 出院准备度的影响因素分析

以出院准备度作为因变量,以在单因素方差分析中得分比较具有显著差异的生活自理能力、出院前伤口疼痛程度、术后控便能力、出院后 1 周内换药地点与在相关性分析中具有相关性的出院指导质量作为自变量,进行多元线性回归分析。变量赋值表见表 4。结果显示,肛瘘术后患者的生活自理能力、出院前伤口疼痛程度、术后的控便能力与出院指导质量会对出院准备度产生显著影响(P<0. 01)。回归分析结果见表 5。其中,“出院后 1 周内换药地点”该变量单因素分析有统计学意义(P=0. 017),提示与出院准备度相关;多因素分析中 3 个哑变量均无意义(P>0. 05),可能因其效应被出院指导质量等变量中介。鉴于换药地点是肛瘘术后延续护理的核心环节,且多分类哑变量应整体进入模型,故采用 Enter 法强制保留,以控制潜在混杂、维持理论框架完整性。

表 4 自变量赋值表

Table 4. Assignments of Independent Variables

变量	赋值
生活自理能力	1=完全自理:100 分; 2=部分自理:61 ~ 99 分
出院前伤口疼痛程度	1=轻度疼痛:0~3 分(疼痛不影响睡眠); 2=中度疼痛:4 ~ 6 分(轻度影响睡眠); 3=重度疼痛:7 ~ 10 分(不能入睡或睡眠中痛醒)
术后的控便能力	1=可控制大便:0 分,2=偶尔失控或需要他人提示:1-19 分,3=完全失控:20 分
出院后 1 周内换药地点	以“无需换药”为参照,设置哑变量,X1=本院门诊(0,1),X2=外院门诊/外院住院(0,1),X3=居家家属换药(0,1)
出院指导质量	原值代入

3 讨论

本研究以 238 例肛瘘术后患者为对象,结果显示患者出院准备度得分为(81. 67±25. 44)分,出院指导质量得分为(192. 63±41. 06)分。本研究结果与对出院后需长期护理病种的相关研究存在差异[9-11],看似处于良好水平,但进一步分析量表结构可发现:总分的高分主要由指导技巧与效果维度贡献,这一结构性失衡提示,临床护理团队在传授方式上表现较优,但在出院教育内容的全面性与针对性上存在明显缺口。患者处于既认可护士教学能力,但自觉未获得全部必要信息的矛盾状态,这正是其出院准备度未能同步达到良好水平的核心原因之一。本研究中出院准备度的个人状态、适应能力和预期性支持 3 个维度得分不理想,表明患者在身体恢复感受、居家应对能力以及出院后的支持感

OPEN ACCESS CC BY 4.0

表5 肛瘘术后患者出院准备度的多重线性回归分析(n=238)

Table 5. Multiple Linear Regression Analysis of Discharge Readiness in Patients after Anal Fistula Surgery (n=238)

变量	B	SE	β	t	P	95%CI		共线性统计量	
						下限	上限	容差	VIF
生活自理能力	-7.41	2.56	-0.13	-2.90	<0.01	-12.45	-2.37	0.89	1.12
出院前伤口疼痛程度	-4.63	2.08	-0.10	-2.22	<0.01	-8.74	-0.53	0.85	1.18
术后的控便能力	-9.70	2.46	-0.17	-3.94	<0.01	-14.54	-4.85	0.92	1.09
本院门诊换药	-4.71	7.46	-0.09	-0.63	0.53	-19.41	9.98	0.08	12.41
外院门诊/外院住院换药	-4.83	7.64	-0.08	-0.63	0.53	-19.87	10.22	0.11	9.30
居家家属换药	-3.68	7.68	-0.06	-0.48	0.63	-18.82	11.45	0.12	8.08
出院指导质量总分	0.39	0.03	0.64	13.91	<0.01	0.34	0.45	0.81	1.23

知方面仍存在不足。分析原因:①患者出院后需独立应对创面护理、疼痛管理、排便调节等复杂问题,对信息的完整性、精确性和可操作性要求极高,任何内容覆盖的缺口都可能被放大为出院后的照护风险。②肛瘘术后伤口愈合时间长,需要长期换药。③患者的家庭支持可能无法完全达到患者康复所需标准;④患者对伤口出血、肛门功能下降、愈合不良存在天然恐惧,进一步加重患者自我感受负担,导致术后生活质量下降。

由于疾病本身病变部位特殊,加上术后切口恢复的客观规律,肛瘘术后患者出院后仍需持续面对创面清洁、规律换药、疼痛管理、排便调节及异常情况识别等问题。这些均提示临床护理人员不应仅以“达到出院标准”作为患者可以安全离院的唯一依据,而应进一步关注患者是否真正理解伤口观察要点、是否掌握换药和清洁方法、是否能够正确应对疼痛及异常排便情况,以及出院后是否具备稳定照护资源。因此,在临床工作中应开展个性化出院后护理指导,提升患者术后生活质量,促进术后康复。

本研究相关性分析显示,出院指导质量总分与出院准备度总分呈显著正相关(r=0.735,P<0.01)。这一结果说明,肛瘘术后患者能否顺利完成从住院治疗到居家康复的过渡,很大程度上取决于其出院前是否获得充分、清晰且具有针对性的护理指导,高质量的出院指导能够帮助患者更好地理解出院后的注意事项,增强其自我管理能力及康复信心,从而促进患者从住院治疗向居家康复的平稳过渡。这一结论与曾艳等[17]的研究结论基本一致。本研究还显示,出院指导不足,患者即使病情达到出院标准,仍可能因缺乏照护知识和操作信心而处于“可出院但未准备好”的状态[5,18-20]。因此,临床护理工作中应将出院指导从常规宣教提升为围出院期管理的核心环节,围绕患者最关心、最容易出问题的专科内容开展个体化指导,并通过复述确认、操作演示及照顾者共同参与等方式,提高指导的实际吸收和转化效果。

在出院准备度的影响因素分析中,生活自理能力、出院前伤口疼痛程度、术后控便能力及出院指导质量均会影响肛瘘术后患者出院准备度(P<0.05),其中出院指导质量的作用最为突出;多重线性回归分析进一步显示,出院指导质量总分可能是影响出院准备度的主要因素之一,且其标准化回归系数最大(β=0.637,P<0.001),提示其对患者出院准备状态具有更强的解释作用。

肛瘘术后创面护理具有一定私密性和操作难度,患者回家后往往需要自行或在家属协助下完成便后清洁、坐浴、创面观察及换药等护理内容,因此生活自理能力越差,对院外照护的依赖越强,越容易产生不确定感[21],高位肛瘘、复杂性肛瘘的患者往往表现出更差的生活自理能力。疼痛则是影响患者出院信心的直接因素,若出院时疼痛控制不佳,不仅会干扰睡眠与活动,还会加重患者对排便、换药及创面处理的担忧[5]。术后控便能力下降则进一步增加了患者对局部污染、创面感染及社交尴尬的顾虑,从而削弱其对出院后生活的掌控感[19]。另外需要指出的是,肛瘘术后患者的康复过程不仅是生理恢复过程,也伴随着一定的心理适应过程。由于病变部位隐私性强、术后创面护理持续时间较长,患者可能因疼痛、控便功能变化、反复换药及对恢复效果的不确定性感受到不同程度的心理压力和焦虑。虽然本研究未将心理压力、焦虑及生活质量作为直接观察指标,但结合肛瘘术后患者的疾病特点分析,心理因素可能通过影响患者对院外康复的信心、依从性及自我照护行为,进一步影响其出院准备状态。因此,护理人员在进行出院指导时,应在关注症状管理和功能恢复的同时,重视患者心理状态评估,加强情

OPEN ACCESS
CC BY 4.0

绪支持与健康教育，必要时联合家属共同参与，以提升患者整体康复体验。

换药地点在单因素分析中有意义而在回归分析中无意义，可能因其效应被出院指导质量所中介——即出院指导质量高的患者，无论选择何处换药，均能获得较好的准备状态。这进一步印证了出院指导质量的核心作用。

本研究为单中心便利抽样横断面调查，尽管依托专科中心可保证病例同质性和数据质量，但样本来源的单一性限制了结果向不同地区、不同级别医疗机构的外推性；便利抽样也可能引入选择偏倚，尤其本院在肛瘘创面管理方面的专科特色可能使样本具有特定偏向。此外，出院时点的横断面数据难以反映患者出院后的动态适应过程。尽管如此，基于前述结果与讨论，临床上应重点关注出院准备不足的高风险人群，主要集中于生活自理能力较差、疼痛较重、控便能力受损的患者。临床护理过程中应将高质量个性化的出院指导作为最关键、最可干预的护理切入点。一方面，应在出院前加强对患者伤口护理、疼痛应对、排便管理及复诊随访的个体化指导；另一方面，应结合患者功能状态和家庭照护条件实施分层指导，对需要依赖家属照护的患者同步开展照顾者培训。对简单肛瘘患者，鉴于其换药过程并不复杂，可以帮助其建立以家庭管理为中心的换药模式，增强患者和家属的伤口自我管理能力，提高家属的照护技能，从专业和心理双重角度辅助患者及其家属克服专业护理技能缺乏及随之而来的对疾病的天然恐惧，改善患者的生活质量和心理建设[22]；对于复杂性肛瘘的患者，由于创面往往过深或过大，单纯的居家为主的护理方式往往并不能满足患者的换药需求，护理团队此时应着重向患者及家属强调术后专业换药的重要性，并告知未规律接受专业换药可能导致一系列并发症，甚至最终导致手术失败[23]；指导患者家属准确识别伤口恢复的异常情况（如出血、感染等）。通过将专科症状管理与高质量出院指导有机结合，能够更有效地提升肛瘘术后患者的出院准备度，促进其院外康复。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 肛瘘诊治中国专家共识（2020 版）[J]. 中华胃肠外科杂志，2020，23（12）：1123-1130.
Clinical Guidelines Committee Colorectal Surgeons Branch of Chinese Medical Doctor Association. Consensus of Chinese experts on the diagnosis and treatment of anal fistula（2020）[J]. Chin J Gastrointest Surg，2020，23（12）：1123-1130.（in Chinese）

[2] 肖国中，雷鸣远，任东林，等. 复杂性肛瘘的诊疗进展及思考[J]. 结直肠肛门外科，2025，31（5）：377-383.
Xiao G Z，Lei M Y，Ren D L，et al. Advances and reflections in the diagnosis and treatment of complex anal fistula[J]. J Colorectal Anal Surg，2025，31（5）：377-383.（in Chinese）

[3] 郭峰，李怡璇，高记华，等. 成人肛瘘患者术后创面管理的最佳证据总结[J]. 数理医药学杂志，2025，38（12）：949-957.
Guo F，Li Y X，Gao J H，et al. Postoperative wound management in adults with anal fistula：best evidence summary[J]. J Math Med，2025，38（12）：949-957.（in Chinese）

[4] 张睿婉. 优质护理服务在复杂性肛瘘手术患者中的应用及对术后疼痛 尿潴留 焦虑抑郁和生活质量的影响[J]. 山西医药杂志，2026，55（2）：155-159.
Zhang R W. The application of high-quality nursing services in patients undergoing complex anal fistula surgery and its impact on postoperative pain，urinary retention，anxiety，depression and quality of life[J]. Shanxi Med J，2026，55（2）：155-159.（in Chinese）

[5] 赵明君. 肛周疾病术后疼痛管理与护理干预的现代策略[J]. 现代养生，2024，24（13）：1035-1037.
Zhao M J. Modern Strategies for Pain Management and Nursing Intervention after Perianal Disease Surgery[J]. Heal Prot Promot，2024，24（13）：1035-1037.（in Chinese）

[6] Mei Z B，Du P X，Han Y，et al. Risk factors for delayed wound healing after anal fistula surgery：Protocol of a meta-analytic study[J]. PLoS One，2025，20（7）：e0329030.

[7] Galvin E C，Wills T，Coffey A. Readiness for hospital discharge：a concept analysis[J]. J Adv Nurs，2017，73（11）：2547-2557.

[8] 周小芳，徐静. 老年腹腔镜胆囊切除术患者术后出院准备度及影响因素研究[J]. 中国社会医学杂志，2026，43（2）：197-200.
Zhou X F，Xu J. A study on the readiness for hospital discharge and influencing factors of elderly patients undergoing laparoscopic cholecystectomy[J]. Chin J Soc Med，2026，43（2）：197-200.（in Chinese）

[9] 王雨萌. 糖尿病足患者出院准备度现况调查及其

OPEN ACCESS
CC BY 4.0

影响因素分析[D]. 荆州：长江大学，2024.
WANG Y M. Investigation on discharge readiness of patients with diabetic foot and analysis of its influencing factors [D]. Jingzhou: Yangtze University, 2024.（in Chinese）

[10] 徐雅萍，贾云洋，易祖玲，等. 老年髋部骨折患者出院准备度的潜在剖面分析及护理对策[J]. 中华护理杂志，2025，60(24)：2956-2963.
Xu Y P, Jia Y Y, Yi Z L, et al. Latent profile analysis and influencing factors of discharge readiness among older patients with hip fractures and nursing strategies[J]. Chin J Nurs, 2025, 60(24): 2956-2963.（in Chinese）

[11] 姚倩，杨可，蒋胜凤，等. 老年卒中患者出院准备度现状及影响因素分析[J]. 护理管理杂志，2025，25(10)：885-889.
Yao Q, Yang K, Jiang S F, et al. Status quo and influencing factors of discharge readiness among elderly stroke patients[J]. J Nurs Adm, 2025, 25(10): 885-889.（in Chinese）

[12] 张梦园子，王军省. 中药外用在肛瘘术后换药中的应用[J]. 新疆中医药，2020，38(2)：83-85.
Zhang M Y Z, Wang J X. Application of Topical Traditional Chinese Medicine in Postoperative Dressing Change for Anal Fistula [J]. Xinjiang J Tradit Chin Med, 2020, 38(2): 83-85.（in Chinese）

[13] Weiss M E, Piacentine L B. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale[J]. J Nurs Meas, 2006, 14(3): 163-180.

[14] Lin Y H, Kao C C, Huang A M, et al. Psychometric testing of the Chinese version of the readiness for hospital discharge scale[J]. Hu Li Za Zhi, 2014, 61(4): 56-65.

[15] Weiss M E, Piacentine L B, Lokken L, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients[J]. Clin Nurse Spec, 2007, 21(1): 31-42.

[16] 王冰花，汪晖，杨纯子. 中文版出院指导质量量表的信效度测评[J]. 中华护理杂志，2016，51(6)：752-755.
Wang B H, Wang H, Yang C Z. Reliability and validity of the Chinese version of the quality of discharge teaching scale [J]. Chin J Nurs, 2016, 51(6): 752-755.（in Chinese）

[17] 曾艳，王天辉，孙丹丹. 加速康复外科理念下剖宫产术后产妇出院准备度与出院指导质量调查研究[J]. 海军医学杂志，2025，46(12)：1216-1221.
Zeng Y, Wang T H, Sun D D. Discharge readiness and discharge guidance quality after cesarean section based on enhanced recovery after surgery[J]. J Navy Med, 2025, 46(12): 1216-1221.（in Chinese）

[18] 黄启宣，文鸾凤，马亚波，等. 肛瘘及肛周脓肿术后非计划再次入院危险因素分析[J]. 中国肛肠病杂志，2025，45(11)：20-23.
Huang Q X, Wen L F, Ma Y B, et al. Analysis of risk factors for unplanned readmission after surgery for anal fistula and perianal abscess[J]. Chin J Coloproctology, 2025, 45(11): 20-23.（in Chinese）

[19] 林欢，孙立鑫，姚佳辛. 阶梯式排便管理方案在痔瘘裂手术患者中的应用及对便秘发生率与排便功能的影响[J]. 吉林医学，2026，47(3)：503-506.
Lin H, Sun L X, Yao J X. Application of stepped defecation management scheme in patients undergoing hemorrhoid and fistula surgery and its influence on constipation incidence and defecation function[J]. Jilin Med J, 2026, 47(3): 503-506.（in Chinese）

[20] 段曦华，李小红，赵珊珊. 以互动达标理论为核心的出院准备干预方案在肛瘘术后患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2024，30(12)：116-119.
Duan X H, Li X H, Zhao S S. Application of the intervention program of discharge preparation based on interactive compliance theory in patients after anal fistula surgery [J]. J Qilu Nurs, 2024, 30(12): 116-119.（in Chinese）

[21] 陈婷婷，徐芹，王伟. 分阶段健康教育对肛瘘患者术后自理能力及康复效果的影响[J]. 齐鲁护理杂志，2020，26(22)：59-61.
Chen T T, Xu Q, Wang W. The impact of staged health education on the postoperative self-care ability and rehabilitation outcome of patients with anal fistula [J]. J Qilu Nurs, 2020, 26(22): 59-61.（in Chinese）

[22] 张琳菡，贾世泽，魏凯凯，等. 以家庭管理为中心的换药模式在低位单纯性肛瘘切除术后创面愈合中的价值：一项横断面研究[J]. 结直肠肛门外科，2024，30(3)：317-321.
Zhang L H, Jia S Z, Wei K K, et al. The value of home-centered dressing change model in wound healing after low simple anal fistulectomy-a cross-sectional study[J]. J Colorectal Anal Surg, 2024, 30(3): 317-321.（in Chinese）

[23] 郭高正，王怡明，郑雪平. 高位复杂性肛瘘术后复发危险因素分析[J]. 上海医学，2022，45(2)：99-104.
Guo G Z, Wang Y M, Zheng X P. Risk factors of postoperative recurrence of high complex anal fistula [J]. Shanghai Med J, 2022, 45(2): 99-104.（in Chinese）

OPEN ACCESS
CC BY 4.0