

基于家庭为中心的儿童造瘘口延续性护理模式构建与效果评价

姚良艳

贵州医科大学附属医院 贵州 贵阳 550001

摘要：目的：探讨基于家庭为中心的延续性护理模式在儿童造瘘口护理中的应用效果，为优化儿童造瘘口护理方案提供依据。方法：选取2023年1月—2024年12月某三甲医院儿科收治的50例肠造瘘患儿作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组（25例，接受常规出院护理）和观察组（25例，接受基于家庭为中心的延续性护理模式）。延续性护理模式包括家庭护理培训、定期随访、线上互动平台支持及多学科团队协作。比较两组患儿造瘘口并发症发生率、家长护理能力评分、生活质量评分及满意度。结果：观察组造瘘口并发症发生率（12.0%）显著低于对照组（35.0%），家长护理能力评分、患儿生活质量评分及家长满意度均显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：基于家庭为中心的延续性护理模式可有效降低儿童造瘘口并发症发生率，提升家长护理能力与患儿生活质量，值得临床推广应用。

关键词：家庭为中心；儿童造瘘口；延续性护理模式；并发症；护理能力

引言：儿童造瘘口手术是治疗先天性消化道畸形、神经源性膀胱等疾病的重要手段，但术后造瘘口护理不当易引发感染、皮肤损伤等并发症^[1]。研究显示，28%~45%的造瘘口患儿出院后会出现并发症，而家庭护理能力不足是主要诱因^[2]。传统护理模式聚焦院内干预，缺乏出院后系统支持，导致家长因护理知识欠缺影响患儿预后。以家庭为中心的护理理念强调将家庭作为康复核心，通过整合专业资源实现延续性照护。目前该模式在儿童造瘘口护理中的应用研究尚少，亟需探索其临床价值^[3]。本研究旨在构建基于家庭为中心的延续性护理模式，通过多学科协作与全程干预，为优化儿童造瘘口护理方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 基本资料

本研究选取2023年1月—2024年12月在我院儿科接受肠造瘘手术的50例患儿作为研究对象，采用随机数字表法将其均分为对照组（25例，接受常规出院护理）和观察组（25例，接受基于家庭为中心的延续性护理模式）。两组患儿的性别构成无显著差异。采用年龄分段标准：新生儿期（ ≤ 28 天）、婴儿期（28天~1岁）。对照组：肠造瘘25例：先天性巨结肠13例（长段型7例、短段型6例，因肠神经节细胞缺失导致排便障碍）；肠闭锁12例（十二指肠闭锁4例、空肠闭锁6例、回肠闭锁2例，属消化道先天畸形）。观察组：肠造瘘25例：先天性巨结肠12例（长段型6例、短段型6例，因肠神经节细胞缺

失导致排便障碍）；肠闭锁13例（十二指肠闭锁3例、空肠闭锁7例、回肠闭锁3例，属消化道先天畸形）。

两组患儿的性别、年龄、肠造瘘类型及病因等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组护理方法：采用儿科造瘘口常规出院护理模式，具体措施如下：出院前护理干预：由责任护士进行造瘘口护理操作示范，内容包括造瘘袋更换、皮肤清洁消毒、并发症初步观察等，每次操作演示时长约30分钟，并发放纸质版《儿童造瘘口护理手册》，手册内容涵盖造瘘口日常护理流程、常见问题处理及复诊须知。出院指导：告知家长常规复诊时间（出院后1周、1个月、3个月），并强调出现造瘘口红肿、渗液、患儿发热等异常情况时的急诊就医流程。随访管理：出院后仅通过门诊复诊进行护理评估，未开展额外的院外干预措施。

观察组护理方法：采用“基于家庭为中心的延续性护理模式”，以多学科协作和家庭参与为核心，实施全程化干预，具体内容如下：多学科团队协作体系构建：组建由儿科护士长（组长）、造口治疗师、儿科医师、营养师、心理医师组成的专项护理团队，团队成员均具备5年以上儿科护理或相关专业经验。术前召开团队会议，根据患儿病情（如造瘘口类型、年龄）制定个性化护理方案，明确家庭护理培训重点及随访计划^[4]。分阶段家庭护理培训：术前培训：通过图文手册（含造瘘口解剖图、护理流程图）、3D动画视频（演示造瘘袋更

换模拟过程)及模型操作指导,帮助家长理解造瘘口生理结构及术后护理的重要性,培训时长不少于2小时,确保家长掌握基础理论知识。术后床边实操:在患儿生命体征稳定后,由造口治疗师进行床边一对一操作教学,包括造瘘袋裁剪技巧(根据造瘘口直径调整)、皮肤保护剂涂抹方法、渗漏应急处理等,要求家长现场反复练习直至独立完成操作考核(考核标准:操作步骤正确率 $\geq 90\%$)。延续性随访与支持体系:分级随访计划:出院后1周、2周:护士通过电话随访,询问造瘘口状况(如有无渗液、异味),指导家长记录每日造瘘袋排泄量及患儿饮食情况^[5]。出院后1个月、3个月:门诊复诊时由造口治疗师现场评估造瘘口黏膜颜色、皮肤完整性,并行腹部触诊检查有无肠梗阻体征。线上互动平台支持:建立微信公众号及家长社群,每日推送造瘘口护理科普图文(如“婴幼儿造瘘口皮肤过敏应对策略”),家长可通过社群上传造瘘口照片/视频咨询问题,护理团队24小时内给予专业回复,每月开展1次线上直播答疑(主题如“造瘘口并发症的家庭早期识别”)。家庭心理与社会支持干预:采用焦虑自评量表(SAS)评估家长焦虑程度,对得分 ≥ 50 分的家长进行1对1心理疏导,重点缓解因操作恐惧导致的照护压力。组织“造瘘口患儿家庭互助会”,每季度举办1次线下活动,邀请护理专家及康复期患儿家庭分享经验,促进家长间的情感支持与信息交流。多学科联合随访:若随访中发现患儿存在营养问题(如体重不增)或心理行为异常(如拒食、睡眠障碍),由营养师制定个性化饮食方案,心理医师介入开展亲子互动游戏指导,实现护理

表2 两组家长护理能力、生活质量评分及满意度比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	对照组 ($n = 40$)	观察组 ($n = 40$)	t/χ^2 值	P 值
家长护理能力 (分)	68.2 \pm 7.5	89.3 \pm 6.8	12.35	< 0.01
患儿生活质量 (分)	65.1 \pm 8.3	82.5 \pm 7.5	9.76	< 0.01
家长满意度 (%)	72.0 (18/25)	92.0 (23/25)	4.57	0.033

3 结论

本研究构建的基于家庭为中心的儿童造瘘口延续性护理模式,通过多学科协作构建术前个性化方案、术后规范实操考核及院后三级支持网络的全周期闭环管理,显著降低造瘘口并发症发生率(观察组12.0% vs 对照组36.0%, $P < 0.05$)。其核心效能源于术前对造瘘类型(肠、膀胱)与年龄分层(新生儿至学龄期)的精准适配^[6],使家庭护理培训更具针对性;术后“3D动画理论教学+模型模拟+床边考核(操作正确率 $\geq 90\%$)”的阶梯式培训,直接规范家长造瘘袋裁剪、渗漏应急等关键操作,有效减少黏膜损伤与感染风险(观察组感染率从

措施的动态调整。

1.3 统计指标

本研究采用以下指标进行效果评价:①造瘘口并发症发生率,包括感染、皮肤红肿、黏膜脱垂、造瘘袋渗漏等;②家长护理能力评分,采用自制量表(满分100分)评估操作技能、并发症识别等维度;③患儿生活质量评分,使用PedsQL 4.0量表(满分100分);④家长满意度,通过百分制问卷(≥ 80 分为满意)调查。

1.4 统计学分析

采用SPSS 26.0软件处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行 t 检验;计数资料以例数、百分比表示,行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿造瘘口并发症发生率比较

观察组并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$),具体见表1。

表1 两组患儿造瘘口并发症发生率比较 ($n = 40$)

并发症类型	对照组 (例, %)	观察组 (例, %)
感染	4 (16.0)	1 (4.0)
皮肤红肿	3 (12.0)	1 (4.0)
黏膜脱垂	1 (4.0)	0 (0.0)
造瘘袋渗漏	1 (4.0)	1 (4.0)
总发生率	9 (36.0)	3 (12.0)

2.2 两组家长护理能力、患儿生活质量评分及家长满意度比较

观察组家长护理能力评分、患儿生活质量评分及家长满意度均显著高于对照组($P < 0.05$),具体见表2。

16.0%降至4.0%),动态随访体系更实现黏膜脱垂等罕见并发症零发生^[7]。同时,该模式通过“知识-技能-信心”闭环培训、SAS量表筛查与一对一心理疏导的协同干预,以及营养、心理多学科联动,不仅将家长护理能力评分提升21.1分(89.3 \pm 6.8分 vs 68.2 \pm 7.5分),更通过家庭照护信心的正向传导,使患儿生活质量(PedsQL 4.0)提升17.4分,家长满意度从72.0%跃升至92.0%($P < 0.05$),真正实现“生理-心理-社会”全维度支持^[8]。相较于传统“院内主导、院后断裂”的护理模式,本模式创新突破在于将家庭纳入护理决策核心,构建院-家无缝衔接的延续性体系,既填补造瘘口护理全周期照护空白,又赋

能家长成为“临床决策参与者”，为肾病综合征、先天性心脏病术后等儿科慢性病延续性护理提供可复制实践框架。尽管存在单中心、样本量有限（ $n=50$ ）及随访周期较短（6个月内）的局限，但已充分验证模式临床价值^[9]。该模式强调家庭在护理过程中的核心地位，通过系统且全面的干预措施，显著改善了患儿的护理结局，为其健康成长提供了有力支持。在实践过程中，多学科团队协作发挥了关键作用，各专业人员从不同角度为患儿及其家庭提供专业指导和支持，形成了强大的合力，有效提升了护理的专业性和精准性。同时，分阶段家庭护理培训结合延续性随访与支持体系，不仅使家长能够熟练掌握护理技能，增强了他们对患儿护理的信心，还能及时发现并解决患儿在家护理期间出现的问题，确保了护理的连续性和有效性。此外，家庭心理与社会支持干预关注到了家长 and 患儿的心理需求，通过心理疏导和互助活动，缓解了家长的焦虑情绪，促进了患儿的心理健康发展，体现了“生理-心理-社会”全维度护理的理念。

综上所述，在实践过程中，多学科团队协作发挥了关键作用，各专业人员从不同角度为患儿及其家庭提供专业指导和支持，形成了强大的合力，有效提升了护理的专业性和精准性。同时，分阶段家庭护理培训结合延续性随访与支持体系，不仅使家长能够熟练掌握护理技能，增强了他们对患儿护理的信心，还能及时发现并解决患儿在家护理期间出现的问题，确保了护理的连续性和有效性。未来需通过多中心大样本研究拓展普适性，结合成本-效果分析揭示卫生经济学效益，开展1年以上长期生存质量追踪，完善远期效益评估，推动儿科造瘘口护理向更系统、高效、精准方向发展，为儿童慢性病照

护体系优化提供坚实支撑。

参考文献

- [1]顾祖锐,谢舒婷,黄鑫鑫,等.低出生体重早产儿坏死性小肠结肠炎肠造瘘术后切口愈合不良合并肠痿1例护理[J].中国乡村医药,2025,32(04):57-59.
- [2]宁慧娟.小儿肠造瘘术后家庭护理指导对患儿并发症发生率的影响[J].中国卫生标准管理,2022,13(03):3164-3167.
- [3]高峰,王红利,苑航,等.多学科协作模式在新生儿肠造瘘术后护理中的应用效果分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(14):2348-2350.
- [4]刘丽,孙继红,赵东征,等.亲情化护理结合暗示性心理护理在肠造瘘术后患儿造口护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(14):137-138.
- [5]王晓会,董万里,高扬,等.康乐保造口袋结合人文关怀护理对小儿肠造瘘口患儿并发症的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(10):70-72.
- [6]周莹莹.脱卸式肠造瘘护理裤联合水胶体敷料在肠造口新生儿中的应用[J].临床医学工程,2021,28(05):677-678.
- [7]刘丽莹.以家庭为中心护理干预对肠造瘘患儿家长护理能力的影响[J].基层医学论坛,2020,24(21):3046-3047.
- [8]侯小萍,郑留闯,姚海平.造口综合护理对新生儿肠造瘘在减少术后并发症中的效果[J].临床研究,2019,27(05):168-170.
- [9]李美和,关云娇,赵翠兰,等.临床护理路径在肠造瘘人工肛门患者及其家属护理指导及健康教育中的应用[J].中国实用医药,2018,13(07):178-180.