

1例炎症性肠病肠穿孔术后造口旁瘘合并凝血功能异常患儿的护理

张静¹,张海先¹,张蕾²,钱丛丛²,李明洁²

(1.山东大学齐鲁医院 小儿内科,山东 济南 250012;2.山东大学齐鲁医院 泌尿外科)

【摘要】 总结1例炎症性肠病肠穿孔术后造口旁瘘合并凝血功能异常患儿的护理经验。护理要点包括基于病情及药物敏感试验的阶梯式抗感染管理与感染监测;基于湿性愈合理论进行造口旁瘘伴多发潜行及窦道的护理干预;积极纠正凝血功能异常,严格大剂量输血的护理管理;制订个性化营养支持方案,保障长期禁食患儿的营养支持;基于应激适应理论,采用评估-干预-支持三位一体模式,助力患儿疼痛管理;全周期心理护理,预防患儿创伤后应激障碍。该案例为儿童炎症性肠病合并凝血功能异常及复杂造口并发症的系统化护理提供了实践经验,其关键护理经验在于多学科协作、个体化全程管理、系统化应对复杂并发症。经过医护团队146 d的精心治疗与护理,患儿康复出院。

【关键词】 炎症性肠病;造口旁瘘;凝血障碍;护理管理;病例报道

DOI:10.3969/j.issn.2097-1826.2026.04.018

【中图分类号】 R473.72 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2026)04-0078-04

Nursing Care of a Child with Parastomal Fistula Complicated by Coagulopathy After Intestinal Perforation due to Inflammatory Bowel Disease

ZHANG Jing¹,ZHANG Haixian¹,ZHANG Lei²,QIAN Congcong²,LI Mingjie²(1.Department of Pediatrics, Qilu Hospital of Shandong University,Jinan 250012,Shandong Province,China; 2.Department of Urology, Qilu Hospital of Shandong University)

Corresponding Author: LI Mingjie, Tel: 0531-82166711

【Abstract】 The nursing experience of a child with parastomal fistula complicated by coagulopathy following intestinal perforation due to inflammatory bowel disease (IBD) were summarized. Key nursing points included: stepwise anti-infection management and monitoring based on the patient's condition and drug sensitivity tests; nursing interventions for parastomal fistula with multiple sinuses based on the theory of moist wound healing; active correction of coagulopathy and strict nursing management of high-dose blood transfusion; development of an individualized nutritional support plan to ensure adequate nutrition for the child during long-term fasting; implementation of an "Assessment-Intervention-Support" trinity model based on stress adaptation theory to facilitate effective pain management; whole-cycle psychological care to prevent post-traumatic stress disorder (PTSD). This case provides practical experience for the systematic nursing of pediatric IBD patients with coagulopathy and complex stoma complications. The critical nursing experience lies in multidisciplinary collaboration, individualized full-cycle management, and systematic response to complex complications. After 146 days of meticulous treatment and nursing care by the medical team, the child recovered and was discharged.

【Key words】 inflammatory bowel disease; parastomal fistula; coagulopathy; nursing management; case report

[Mil Nurs, 2026, 43(04): 78-81]

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是一组病因不明的慢性肠道炎症性疾病,肠穿孔作为其严重并发症,常需外科干预^[1]。造口旁瘘是肠

造瘘术后常见并发症^[2],表现为粪便自造瘘肠管侧壁漏出,导致局部感染、皮肤黏膜分离或脓肿形成^[3],处理十分棘手^[4];若合并凝血功能异常,则进一步增加治疗与护理难度。目前,针对儿童IBD肠穿孔术后并发造口旁瘘且伴有凝血功能异常的个案护理经验报道较少,尤其是涉及多窦道、皮下潜行、

【收稿日期】 2025-10-21 **【修回日期】** 2025-12-30

【作者简介】 张静,本科,主管护师,电话:0531-82165941

【通信作者】 李明洁,电话:0531-82166711

大剂量输血等复杂情况的系统护理策略尚不完善。本文报道 1 例 14 岁 IBD 肠穿孔术后造口旁瘘合并凝血功能异常患儿的护理过程,重点阐述在多学科协作下,通过阶梯式抗感染、基于湿性愈合理论的窦道管理、精细化输血护理、个体化营养支持、三位一体疼痛管理与全周期心理干预等整合性措施,成功促进患儿瘘口愈合,同时纠正凝血功能、改善营养状态,并预防创伤后应激障碍,最终顺利康复出院。本案例为同类复杂患儿的系统性、个体化护理提供了可借鉴的经验。

1 临床资料

患儿,男,14岁(身高 170 cm,体质量 39.5 kg),2020 年因间断发热、皮疹伴关节肿痛就诊外院,胃肠镜示胃/十二指肠溃疡、升结肠及直肠溃疡,拟诊溃疡性结肠炎或白塞病,经 7 d 治疗好转后出院,院外规律服用柳氮磺吡啶及泼尼松 1 年余自行停药。2022 年 6 月再次发热(39.0℃)伴阵发性上腹痛,外院予地塞米松及抗感染治疗体温稳定,但腹痛持续;7 月 1 日腹痛加剧伴鲜血便及发热,7 月 6 日以“反复发热伴腹痛半月余、便血 5 d”收入我院。家族史:父亲患溃疡性结肠炎及类风湿性关节炎。

患儿入院后完善检查,予哌拉西林钠他唑巴坦钠抗感染、薄芝糖肽免疫调节、酚磺乙胺止血等治疗。2022 年 7 月 11 日胃肠镜示胃角糜烂、十二指肠球炎及回肠末端多发溃疡。7 月 12 日患儿突发右下腹痛伴发热,影像学提示腹腔感染及肠穿孔,急会诊行 B 超引导下腹腔镜穿刺引流效果不佳,7 月 14 日全身麻醉下完成腹腔镜探查+肠穿孔修补+小肠造瘘术,术后转入儿科重症监护病房(pediatric intensive care unit, PICU)予美罗培南联合甲硝唑抗感染,静脉营养等支持治疗。术后第 5 天发现造瘘口肠管有白膜附着,同时经 MDT 会诊确诊 IBD,家属拒绝生物制剂治疗,根据药物敏感试验调整抗生素并输注血浆纠正凝血功能。术后第 15 天感染控制转回普通病房,第 18 天出现造口旁瘘及腹壁感染,经过综合护理团队定期造瘘口消毒换药及综合护理,术后第 138 天康复出院,随访半年预后良好。

2 护理

2.1 基于病情及药敏的阶梯式抗感染管理与感染监测 本例患儿存在严重腹腔感染及造口旁瘘,积极遵医嘱进行感染控制是护理首要问题。术后感染易导致脓毒症^[5],同时影响伤口愈合。患儿术后反复发热,炎症指标持续升高。对此,护士采取了以下针对性措施:(1)动态体温监测与疗效评估。在患儿用药期间,护士监测其体温曲线以评估疗效。在急

性感染期,每 1~2 h 测量 1 次;稳定期每 4 h 测量 1 次,夜间至少监测 1 次。患儿入院遵医嘱给予哌拉西林钠他唑巴坦钠抗感染,确诊肠穿孔后升级为美罗培南联合甲硝唑方案。该患儿在术后第 18 天出现体温再次升高至 39.2℃,立即报告医生,送检引流液培养,结果为耐碳青霉烯类肠杆菌,据此将抗生素调整为替加环素。(2)局部感染迹象的主动识别。每日评估造口黏膜色泽、周围皮肤状态及引流液性状。术后第 21 天,责任护士发现造口袋内出现脓性渗液伴异味,立即通知医生及造口护士,进行清创换药。(3)支持性护理。诊疗前后,护士严格执行手卫生及器械消毒,同步进行营养支持和隔离防护。通过阶梯式抗感染联合精准监测,患儿最终实现体温平稳,炎症指标逐渐下降。

2.2 造口旁瘘伴多发潜行及窦道的护理干预 本例患儿为回肠双腔造口术后,因排泄物呈碱性(PH>7)、量多且稀薄,近端造口塌陷低于皮肤,导致排泄物直接接触皮肤,加剧局部损伤;局部皮肤及皮下组织受损。术后 13 d,患儿造口出现皮肤黏膜分离,术后 21 d 进一步发展为皮下潜行及窦道。具体表现为 6 至 10 点钟方向可见粪水性渗液;6 至 12 点钟方向皮下潜行,深度 1~5 cm;12 点钟至 3 点钟方向,分离区域向深部潜行并穿透皮下组织形成窦道,最深达 5 cm,同时伴周围皮肤红肿,感染风险显著升高。

为有效控制局部感染并促进皮下潜行及窦道的愈合,基于湿性愈合理论^[6]实施以下护理干预措施:(1)精准探测与标记:每日使用无菌探针仔细探测皮下潜行及窦道的范围,详细记录其深度和走向,随后用无菌记号笔精准标记边界,为后续的清创引流操作提供清晰依据。(2)窦道清创与感染控制:采用生理盐水充分冲洗皮肤黏膜分离区,并对造口、分离处及潜行部位精细清创,彻底清除坏死组织和异物以减少感染源。(3)有效引流与抗菌:留置负压引流盒持续引流渗液,保持窦道内清洁,促进愈合。窦道内填塞亲水性纤维银离子敷料,利用其广谱抗菌特性抑制病原体增殖,降低感染风险。在皮肤黏膜分离处填塞凡士林油纱,防止粪水进一步渗入皮下组织,加重损伤;联合应用造口粉吸收渗液、皮肤保护膜隔离外界刺激、防漏膏预防渗漏、水胶体敷料保护创面,形成物理-化学双重屏障,为皮肤屏障修复创造良好条件。(4)造口装置优化:因造口塌陷,为增加造口周围支撑力,防止渗漏改用凸面底盘+造口袋^[7],使造口隆起约 0.5 cm,并加用造口腰带固定^[8]。更换后,家属反映渗漏频率由每日 3~4 次减少至 1 次。(5)体位与排泄管理:指导患儿取健侧卧

位,抬高床头 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 。体位调整后,每日引流量由 $(150\pm 20)\text{mL}$ 降至 $(100\pm 15)\text{mL}$ (减少约33%),窦道渗液速度明显减缓。

经过3个月的精心护理干预,患儿造口周围炎症完全消退,造口皮肤黏膜分离处实现完全上皮化。造口周围皮肤损伤评估量表(peristomal lesion scale,PLS)评分^[9]由干预前的12分(高程度损伤)降至3分(低程度损伤),同时造口肠管呈现红润色泽,最终造口凸出皮肤1cm。患儿于2022年10月13日顺利接受造口回纳术。

2.3 积极纠正凝血功能异常,严格大剂量输血的护理管理 该患儿住院期间多次凝血系列指标异常,抗凝血酶Ⅲ为39%、凝血酶原时间(prothrombin time,PT)19.90s、凝血酶原时间-国际标准化比值(prothrombin time-international normalized ratio,PT-INR)为1.68、活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time,APTT)57.60s、纤维蛋白原(fibrinogen,Fib)为0.80g/L,出血风险高,特别是造口回纳术后患儿出现严重失血,血压一度降至84/59mmHg($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$),为补充血容量、纠正凝血功能多次输注血浆、冷沉淀,护理团队实施全流程输血管理,预防高频大剂量输血引发的并发症^[10]。(1)输血前质量控制:严格遵循输血指征,护理人员双人核对血型、交叉配血结果及血液有效期,确认无误后方可输注。(2)输血中监护:输血开始每5min、10min、15min监测心率、呼吸、血压,稳定后改为每1h监测1次;初始15min以 $1\sim 2\text{mL/kg}\cdot\text{h}$ 缓慢输注,无不良反应后调整为 $3\sim 5\text{mL/kg}\cdot\text{h}$;严格执行无菌操作,使用专用输血通路,输血前后用生理盐水冲管,禁止添加任何药物至血制品。(3)输血后并发症预防:责任护士加强巡视,密切观察有无皮疹、瘙痒、呼吸急促、寒战等表现,记录输注反应。该措施实施后,住院期间累计输血量达8250mL,患儿未发生输血相关并发症,凝血功能逐步改善,PT-INR从1.68降至1.25,证实标准化输血护理对儿童大剂量输血的安全性保障价值。

2.4 制订个性化营养支持方案,保障长期禁食患儿的营养支持 IBD患者常有营养素的缺乏,对其进行营养素的监测和补充尤为重要^[11]。本例患儿自本次发病以来饮食较差,入院时体质量较前减轻5kg,体重过轻,体质量指数(body mass index,BMI)为 $13.67\text{kg}/\text{m}^2$,入院后由于肠道准备、肠穿孔、腹腔感染以及造口旁瘘等长期禁食,营养状况更差。护理团队依据营养风险筛查工具(nutritional risk screening 2002,NRS-2002)^[12]及患者主观全面评估量表(patient-generated subjective global assessment,

PG-SGA)^[13],制订了个性化的营养支持方案,包括口服肠内营养粉剂及肠外营养,静脉补充白蛋白,确保患儿的营养需求。(1)肠内营养启动:患者术后第5天开始口服肠内营养粉剂,标准配置,从每日1200mL逐渐加至2000mL以上。初期患儿出现腹胀,经减慢口服速度后缓解。(2)肠外营养补充:在肠内营养未达标前,予补充性肠外营养800kcal/d。(3)代谢监测与调整:定期监测电解质与白蛋白水平。中途发现患儿血钾水平偏低,及时进行了补充。患儿病情稳定以后,护理团队指导通过流质饮食、半流质饮食、软质饮食、普通饮食的梯次过渡,逐渐恢复到正常饮食。出院前患儿血清白蛋白由 $30.5\text{g}/\text{L}$ 升至 $40.8\text{g}/\text{L}$,血红蛋白由 $82\text{g}/\text{L}$ 恢复至 $118\text{g}/\text{L}$,BMI升至 $16.5\text{kg}/\text{m}^2$,营养状况及贫血改善。

2.5 评估-干预-支持三位一体模式,助力患儿疼痛管理 儿童对疼痛刺激的反应较成人更为强烈,反复或强烈疼痛刺激可引发激素紊乱,出现呼吸浅快、肢体扭曲、体温升高等表现^[14]。本案例将应激适应理论^[15]应用于疼痛管理,通过评估疼痛压力源、结合药物与非药物干预及心理、环境支持,帮助患儿有效应对疼痛应激。患儿胃肠镜检查、肠穿孔、造瘘手术及造口旁瘘后腹部均出现明显疼痛,护理团队通过以下措施,有效缓解了患儿的疼痛。(1)动态评估疼痛程度:采用BCS舒适评分量表(Bruggermann comfort scale,BCS)^[16]和数字等级评分量表(numerical rating scale,NRS)^[17]动态对患儿疼痛程度进行评估,结合患儿腹壁紧张、拒按、造口周围皮肤红肿等观察指标,指导护理实施。肠造瘘术后第1天,患儿NRS评分为8分,伴腹肌紧张。(2)对症干预:患儿造瘘术后严格半卧位减轻腹壁张力和侧卧位避免压迫造瘘,同时用冰袋包裹薄毛巾敷于疼痛区域,避开造瘘口单次15min。造瘘口换药时动作轻柔,避免牵拉和摩擦。造瘘术后19d,患儿疼痛难以忍受,遵医嘱给予山莨菪碱、氟比洛芬酯药物解痉镇痛,患儿疼痛得到缓解。(3)心理与环境支持:责任护士与家长一起安抚鼓励,通过游戏、观看动画分散患儿注意力。干预后,患儿NRS评分降至2分,夜间睡眠质量显著改善。

2.6 全周期心理护理,预防患儿创伤后应激障碍 儿童创伤后应激障碍是目前最容易忽视的儿童精神疾病,研究^[18]显示,青少年及儿童暴露于创伤性事件可能对其生长发育造成持续性影响,甚至会对其成年后的生活状态产生影响。而造口会对患者身心产生强烈的刺激并影响照护者^[19];加之,本例患儿病程长,心理状态差,充满焦虑、恐惧情绪,对疾病的恢复缺少足够的信心。针对这种情况,护理团队分阶

段对患儿及家属进行全周期心理护理干预。(1)术前与操作前教育:配合动漫图谱耐心讲解操作过程,患儿表示“看图后没那么害怕了”。(2)操作中陪伴与鼓励:每次肠造口换药时,由责任护士及护士长全程陪伴身边,通过握手、抚摸额头安抚患者,并对患儿进行语言鼓励。及时引导患儿及家长发现病情的改善,讲解其他康复病例,进一步增强治疗信心,缓解应激反应及精神负担。患儿在多次换药后逐渐配合,不再哭闹。(3)社会支持与注意力转移:平时鼓励观看动画片、与同伴、亲戚聊天等方式转移注意力,寻求同伴及社会支持。干预后患儿医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)^[20]焦虑子量表评分从15分降至7分,母亲照顾负担减轻。

3 小结

本文通过1例IBD肠穿孔术后造口旁瘘合并凝血功能异常儿童的复杂病例报告,探讨了针对窦道形成及皮下潜行并发症、长期禁食的凝血功能异常患儿的护理策略,通过多学科协作,将抗感染、伤口护理、营养支持、疼痛管理与心理护理有机结合,形成了协同增效的护理体系。有效的抗感染和伤口护理为营养支持创造了条件,而良好的营养状况又促进了伤口愈合和凝血功能纠正;同时,精准的疼痛管理和全周期心理干预减轻了患儿的应激反应,提升了治疗依从性,共同构成了康复的基础。相较于传统侧重于单一症状处理的护理模式,本案例强调整合性、个体化的全程管理,尤其在应对复杂并发症(如多窦道、凝血异常)时展现出更好的系统性和应变能力,有效地控制了患儿复杂病情,促进了其恢复,为临床积累了护理经验。未来对于此类复杂病例,应重点关注多学科协作的深度整合、护理措施的循证依据强化及远期生活质量的随访,以不断提高护理质量。

【参考文献】

[1] 中国造口管理协作组,中华护理学会伤口造口失禁护理专业委员会,中国医师协会外科医师分会结直肠医师专业委员会,等.肠造口并发症的分型与分级标准(2023版)[J].中华胃肠外科杂志,2023,26(10):915-921.

[2] PELTRINI R, MAGNO G, PACELLA D, et al. Postoperative morbidity following loop ileostomy reversal after primary elective or urgent surgery: a retrospective study with 145 patients [J/OL]. [2025-09-01]. <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/2/452>. DOI: 10.3390/jcm12020452.

[3] 李爱然. 远期造口旁瘘伴感染1例[J]. 中国现代普通外科进展,

2023,26(8):611.

[4] MORSS-WALTON P C, YI J Z, GUNNING M E, et al. Ostomy 101 for dermatologists: managing peristomal skin diseases [J/OL]. [2025-09-01]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.15069>. DOI: 10.1111/dth.15069.

[5] 萧捷捷,陈舒畅,胡快乐,等.急诊脓毒症患者早期集束化救治管理效果评价[J].护理学杂志,2025,40(11):28-32.

[6] 高仪轩,周彪,巴特,等.新型敷料在创面修复中的应用与进展[J].中华损伤与修复杂志:电子版,2022,17(1):68-71.

[7] 郑学风,李银玲,申秋霞,等.1例回肠造口术后严重粪水性皮炎并皮肤黏膜分离的护理[J].临床医学研究与实践,2021,6(29):7-9.

[8] 余志勇,朱小妹,韦迪,等.肠造口患者底盘渗漏预防与管理的最佳证据总结[J].护理实践与研究,2025,22(3):406-413.

[9] MENIN G, ROVERON G, BARBIERATO M, et al. Design and validation of a “Peristomal Lesion Scale” for peristomal skin assessment [J]. Int Wound J, 2019, 16(2):433-441.

[10] 吴宇,王媛.大量输血后患者相关指标的变化及临床价值分析[J].中国现代药物应用,2025,19(10):156-159.

[11] 史一,徒文静,张萍,等.基于综合转变模型的炎症性肠病患者饮食管理行为阶段现状及其影响因素研究[J].解放军护理杂志,2022,39(1):25-29.

[12] KONDRUP J, ALLISON S P, ELIA M, et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002 [J]. Clin Nutr, 2003, 22(4):415-421.

[13] SUN W, LI G, ZHANG J, et al. The role of nutritional assessment for predicting radiotherapy-induced adverse events in patients with gastric cancer [J/OL]. [2025-09-01]. <https://academic.oup.com/bjr/article/95/1130/20201004/7451399?login=true>. DOI: 10.1259/bjr.20201004.

[14] CIORNEI B, DAVID V L, POPESCU D, et al. Pain management in pediatric burns: a review of the science behind it [J/OL]. [2025-09-01]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2023/9950870>. DOI: 10.1155/2023/9950870.

[15] 孙明明,薛然荣,张云.基于应激适应理论下的护理干预对手术室患者应激状况的影响[J].临床研究,2023,31(6):167-170.

[16] 帅莹,张菊梅.循证护理对回肠膀胱造口病人周围皮肤状况、BCS舒适度及生活质量的影响[J].全科护理,2022,20(8):1075-1078.

[17] ATISOOK R, EUASOBHON P, SAENGSAANON A, et al. Validity and utility of four pain intensity measures for use in international research [J]. J Pain Res, 2021, 14:1129-1139.

[18] 张燕红,凌芳,胡沈洁,等.儿童及青少年急性和创伤后应激障碍综合征测量工具的国内外研究现状[J].中国实用儿科杂志,2025,40(1):60-66.

[19] 薛艳,俞萍,吕凯丽,等.二元视角下造口患者及照顾者造口应对体验的Meta整合[J].护理学报,2025,32(9):42-46.

[20] BEEKMAN E, VERHAGEN A. Clinimetrics: hospital anxiety and depression scale [J/OL]. [2025-09-10]. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1836955318300456>. DOI: 10.1016/j.jphys.2018.04.003.

(本文编辑:郁晓路)