

## 基于奥马哈系统的延续性干预在新生儿回肠造口中的护理效果研究

阳惠 徐晓丽 唐玲艳 何英英 阳朋辉 龙胜娟

湖南省儿童医院, 湖南 长沙 410007

**摘要:**目的:探讨基于奥马哈系统的延续性干预在新生儿回肠造口旁伤口中的应用效果。方法:回顾性分析2018年1月-2019年12月我院收治的进行回肠造口的39例新生儿的临床资料,并给予基于奥马哈系统的延续性干预。观察分析干预前后患儿的治疗效果、并发症发生率、体格发育状况以及睡眠质量评分情况。结果:干预后治疗有效率(97.44%)显著高于干预前(79.49%)(P<0.05),干预后并发症发生率(7.69%)低于干预前(41.03%)(P<0.05);干预后生活质量评分(80.58±5.21,85.49±4.91)高于干预前(63.81±4.32,65.69±5.91)(P<0.05);干预后患儿体格发育状况显著优于干预前(P<0.05)。**结论:**在新生儿回肠造口旁伤口中应用基于奥马哈系统的延续性干预可以显著提高治疗效果,减少并发症,改善新生儿生活质量以及体格发育状况,有利于进一步促进新生儿早日康复,值得临床大力推广。

**关键词:**奥马哈系统;延续性干预;新生儿;回肠造口;伤口护理;效果

肠造口术是医生为解决患儿排泄粪便这一难题而采取的补救办法,无论是何种原因引起的排便困难,肠造口术就是人为地打开患儿腹壁,并将其中的一段肠管拖出腹腔,再将其固定于腹壁上的一种方法,其目的就是解决患儿最基本的生理需求<sup>[1]</sup>。肠造口术是抢救一些危重病人的最常用到的一种手术方法,最多见于一些肛门和肠道先天发育畸形的患儿,同时也见于肠管坏死伴发感染性休克的患儿以及腹膜炎等腹腔感染严重的患儿<sup>[2]</sup>。它是抢救上述疾病最重要的急救措施。尽管肠造口能够帮助患儿度过排便困难这个难关,但是许多肠造口的并发症也会随之而来,给患儿带来苦恼<sup>[3]</sup>。因此对回肠造口手术新生儿实施护理干预显得极其重要,常规护理模式不能系统性的对其进行护理干预,而基于奥马哈系统的延续性干预是一种标准化的分类系统,通过全方位了解新生儿的实际病情,有针对性的制定措施,显著改善其健康情况<sup>[4]</sup>。因此本文对回肠造口手术新生儿应用基于奥马哈系统的延续性干预,效果理想,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

回顾性分析2018年1月-2019年12月在我院进行回肠造口的39例新生儿的临床资料,其中,男23例,女16例,胎龄28-36周,平均胎龄(32.5±1.5)周,出生至手术时间0.8-11.9h,平均时间(6.2±2.0)h。本研究经过医院伦理委员会批准。

纳入标准<sup>[5]</sup>:①所有患儿均为新生儿;②所有患儿满足新生儿坏死性小肠结肠炎的诊断标准;③患儿均行剖腹探查+回肠造口术。排除标准:①患儿患有无先天性的肺部、心脏等疾病;②患儿家属放弃治疗,有上述一项者则排除。

#### 1.2 方法

查阅相关文献资料,对其患儿实际情况进行评估,具体分为以下几个方面:

##### 1.2.1 建立护理小组

选取主任、医师、护士长以及经验丰富护理人员,护理干预前,定期组织小组成员进行相关培训,让组内成员了解奥马哈系统护理模式,了解患儿资料,初步拟定方案。

##### 1.2.2 评估问题

干预前,回肠造口手术新生儿为评估对象,依据问题分类全方位评估其健康,列出患儿存在的问题,然后提炼出共同具有的护理问题,包括伤口护理、营养及健康宣教等问题。

##### 1.2.3 制定与实施方案

轻柔撕下造口袋,观察造口肠管颜色伤口及周围皮肤情况,棉球或湿纸巾清洗造口周围皮肤或用生理盐水或温开水切勿消毒液洗,造口旁伤口没有愈合的,用络合碘消毒伤口待干,造口周围皮肤撒上造口护肤粉,用棉签把多余浮粉去除,待造口护肤粉吸收,再在造口周围皮肤喷3M液体敷料,保护造口周围皮肤,伤口未愈合的造口,必要时可在伤口处贴上水胶体敷料,促进伤口愈合。有渗液的伤口可贴泡沫敷

料吸收渗液,造口尺测量造瘘口大小,在造口袋上标记大小,专用剪刀(可用酒精消毒)剪出造瘘袋的造口大(大于造口1-2mm),将造瘘袋后面的塑料纸撕去,以造瘘口为中心贴在造口上,造瘘袋开口朝身体外侧,轻压20s,使造瘘袋很好贴附与皮肤上。用封口棒将造瘘袋封口,造瘘袋里大便和气体有三分之一或二分之一满后,及时倒出大便。新生儿造瘘袋一般2-5天更换一次。如果底盘周围有漏大便,随时更换。术后第2-3天更换一次造口,同时针对伤口周围缝合皮肤进行观察,是否发生感染,是否出现粪水,一旦发现,采用生理盐水浸湿、消毒后的毛巾擦拭干净,并且评估伤口愈合情况,清洗伤口,伤口周围撒上造口粉,并且涂抹一层膜。为保护伤口,造口粉采用水胶体,这样有利于帮助伤口周围肉芽的生长,加快愈合效果;另外为避免感染,保护膜作用至关重要,分离处填充物采用藻酸盐银离子,以便自溶性清理伤口。

#### 1.3 观察指标

##### 1.3.1 对患儿治疗后情况进行评比

改善:伤口愈合良好,照护者无焦虑、烦躁情绪,照护者对此次护理服务非常满意,有效:伤口愈合良好,照护者发生轻度焦虑、烦躁情绪,照护者对此次护理服务满意度一般,无效:伤口愈合差,照护者发生严重焦虑、烦躁情绪,照护者对此次护理服务非常满意。总有效率为改善率与有效率之和<sup>[6]</sup>。

1.3.2 记录干预前后患儿的并发症发生率情况,主要包括造口脱垂、肠管坏死、造口回缩、脱水休克等。

1.3.3 统计干预前后患儿的生活质量评分情况,严格按照GQOLI-74量表的相关内容,分别从生理状态评分、躯体功能评分等方面进行评价,其评价标准与文献相同<sup>[7]</sup>。

##### 1.3.4 观察干预前后患儿身高、体重、头围情况<sup>[8]</sup>

#### 1.4 统计学方法

数据应用SPSS18.0进行分析,其中计数进行 $\chi^2$ (%)检验,计量进行t检测( $\bar{x} \pm s$ )检验,P<0.05提示有显著差异。

### 2 结果

#### 2.1 对比干预前后患儿治疗有效率

干预后治疗有效率高于干预前(P<0.05),见表1。

表1 对比干预前后患儿治疗有效率(n, %)

| 时间       | 例数 | 改善        | 有效        | 无效       | 总有效率      |
|----------|----|-----------|-----------|----------|-----------|
| 干预前      | 39 | 15(38.46) | 16(41.02) | 8(20.51) | 31(79.49) |
| 干预后      | 39 | 20(51.28) | 18(46.15) | 1(2.56)  | 38(97.44) |
| $\chi^2$ | /  | /         | /         | /        | 11.935    |
| P        | /  | /         | /         | /        | 0.012     |

#### 2.2 对比干预前后患儿的并发症发生率

干预后患儿的并发症发生率低于干预前(P<0.05),见表2。

表2 干预前后患儿的并发症发生率对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 时间       | 例数 | 造口脱垂<br>死 | 肠管坏<br>缩  | 造口回<br>缩  | 脱水休<br>克 | 并发症发生<br>率 |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 干预前      | 39 | 5 (12.82) | 5 (12.82) | 4 (10.26) | 2 (5.13) | 16 (41.03) |
| 干预后      | 39 | 1 (2.56)  | 0 (0.00)  | 1 (2.56)  | 1 (2.56) | 3 (7.69)   |
| $\chi^2$ | /  | /         | /         | /         | /        | 12.268     |
| P        | /  | /         | /         | /         | /        | 0.008      |

### 2.3 对比干预前后患儿生活质量评分

干预后患儿生活质量评分高于干预前 ( $P < 0.05$ )，见表3。

表3 干预前后患儿生活质量评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 时间  | 例数 | 躯体功能评分       | 生理状态评分       |
|-----|----|--------------|--------------|
| 干预前 | 39 | 63.81 ± 4.32 | 65.69 ± 5.91 |
| 干预后 | 39 | 80.58 ± 5.21 | 85.49 ± 4.91 |
| T   | /  | 4.621        | 7.689        |
| P   | /  | 0.015        | 0.012        |

### 2.4 干预前后患儿身高、体重、头围对比

干预后身高、体重水平均显著优于干预前 ( $P < 0.01$ )，而头围与干预前差异并无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表4。

表4 干预前后患儿身高、体重、头围对比 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 时间  | 例数 | 身高           | 体重          | 头围           |
|-----|----|--------------|-------------|--------------|
| 干预前 | 39 | 61.32 ± 2.22 | 5.61 ± 0.85 | 39.66 ± 1.35 |
| 干预后 | 39 | 63.35 ± 2.45 | 6.84 ± 0.81 | 40.18 ± 1.41 |
| T   | /  | 4.304        | 7.280       | 1.799        |
| P   | /  | <0.05        | <0.05       | >0.05        |

### 3 讨论

小儿回肠造口术是针对肛肠先天性畸形或者肠坏死合并休克、腹腔广泛感染所引发的肠穿孔、先天性巨结肠等病症所采用的一种治疗手段，肠造口术的关键，就是要将回肠放在腹壁，形成暂时性的人工肛门，其目的就是要逐渐改善肠梗阻情况，改善患儿的肠道功能与血液供给，最终保证预后<sup>[9]</sup>。现代临床研究发现，儿童肠造口多为临时性造口，并且在手术治疗的1-3个月之后，需要通过关瘘术来恢复患儿肠道功能，而患儿普遍存在年龄小、不配合等问题，因此在治疗过程中必须要面临并发症等，采用正确的护理干预，已经成为提高临床治疗效果的关键。

延续性护理的核心是为病人提供最好和最有效的治疗方法，这些病人主要包括处于疾病的康复时间段的病人和慢性病急性发作时间段的病人，延续性护理的最主要的目的能够帮助病人和其照护者更多地了解与其疾病相关的专业知识，使得自己在遇到某些突发状况时，自己能够做出相应的处理，进而能够促使病人早日康复，患儿的生活质量得到明显改善，减少再次住院率，使医疗资源能够得到充分利用减少医疗资源的浪费。延续性护理不是无限制的护理服务，它有一定的局限性，主要是在时间限制上，是指实施护理服务的连续性和连贯性，尤其表现在护理地点发生变化或者护理级别发生变化时，具备跨领域、多个医疗机构、跨越多个专业等特点。延续性护理的对象主要是那些生活不能完全自理的病人，延续性护理的要点主要集中于为病人提供连续不间断的无偿服务。同时延续性护理也存在自身限制性，实际上是不间断护理间的连贯与中转。延续性护理则是指单独的护理单元各自负责自己所管事务，相互之间互相补充，共同完成对病人的延续性护理，强调医护人员互相之间协作和互相配合的重要性。

奥马哈系统护理模式拥有较为先进的护理理念，受到越来越多人的认可，该模式通过对不同情况的患儿有针对性地制定护理措施，有利于促进患儿尽快康复，具有十分重要的

意义。造口护理和造口并发症的预防是一项专业性较强的护理技术操作，需要有专业护理人员来操作，照护者很少能够做到在很短的时间内熟练掌握，因此出院后患儿及家属对造口护理知识需求相对来说比较高。延续性护理是整体护理的一部分，被广泛认为是高质量的卫生服务所必不可少的要素。本次研究中干预后相对比干预前，护理效果及生活质量评分高，并发症发生率低，干预前后数据比较差异 ( $P < 0.05$ )。表示应用基于奥马哈系统的延续性干预可以缓解患儿疼痛。值得注意的一点是出院后患儿家属的健康意识与行为会逐渐弱化，导致并发症具有增加的风险，因此患儿家属在出院后需要不断进行强化来维持健康意识和行为。以往常规护理模式不能很好解决这一问题，而基于奥马哈系统的延续性干预模式可以在患儿出院后利用电话随访来对相关健康意识和行为进行关注，并给予指导，及时调整干预措施。若存在不利于患儿的康复行为，通过及时纠正，强调不良行为的发生，从自身重视自我管理，减少不良事件的发生。

综上所述，奥马哈系统护理模式是一种标准化的分类系统，通过全方位了解手术患者的实际病情，有针对性的制定措施，显著改善其健康情况。其运用效果显著，并且也能实现家庭与护理人员有效的信息交流，为患儿康复提供必要的支持，所以应该成为未来护理工作的重要组成部分，最终为全面提高接受回肠造口术患儿预后奠定基础。但是本次研究还存在着很多不足之处，观察的指标、样本等数据比较少，因此在后期的研究中应加大观察样本、指标等，从而可以获取更准确的实验结果。

### 参考文献

- [1]徐晓艳. 基于奥马哈系统的延续护理干预对极低及超低出生体质早产儿生长发育的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 18(17):119-122.
- [2]陈述萍, 王晓娜, 刘聪聪, 等. 基于奥马哈系统的延续护理对过敏性紫癜患儿复发率和免疫指标的影响[J]. 长春中医药大学学报, 2019, 35(4):263-265.
- [3]Ornek O K , Ardic A . Evaluation of Nursing Practice in Patients With HIV/AIDS With the Omaha System Electronic-Based Information Program: A Retrospective Study[J]. CIN Computers Informatics Nursing, 2019, 37(9):1.
- [4]彭莉. 专科护理干预在回肠造口术后伤口裂开合并血栓患者中的护理效果 [J]. 血栓与止血学, 2018, 024(002):307-308.
- [5]Duygu, Sezgin, M Nihal, et al. Use of the Omaha System to identify musculoskeletal problems in intensive care unit nurses: a case study. [J]. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 2019.
- [6]张红梅. 负压引流技术在甲状腺手术伤口引流中的应用及护理分析[J]. 实用医技杂志, 2019, 15(06):285-287.
- [7]Jiayi Y , Daxiang Q , Wanli W , et al. Application of continuity nursing intervention based on Omaha system in patients with colorectal cancer[J]. China Medical Herald, 2018.
- [8]段晓侠, 王艳秋, 陈冬梅. 以奥马哈系统为框架的延续护理在永久性结肠造口病人中的应用评价 [J]. 蚌埠医学院学报, 2018, 17(010):145-147.
- [9]王艳秋, 段晓侠, 陈冬梅, 等. 奥马哈系统在永久性结肠造口患者延续护理问题评估与干预类别中的应用 [J]. 中国实用护理杂志, 2017, 033(016):1238-1241.

基金项目：湖南省卫生健康委科研计划项目：基于奥马哈系统的新生儿肠造口延续性护理模式构建与应用，编号20200298。