

个性化精准施策在降低神经内科跌倒发生率问题的效果应用

陈红兰 赖菊春

福建医科大学附属龙岩市第一医院, 福建 龙岩 364000

摘要: 目的: 根据患者夜间起夜时间点, 个性化唤醒家属陪同患者夜间如厕及针对患者特点合理使用防跌倒绳降低神经内科跌倒发生率问题的探讨。方法: 实验组方案一对 2019 年 3 月至 12 月神经内科具有跌倒风险患者, 由夜班护士根据患者夜间起夜时间点, 唤醒家属陪护患者进行如厕; 方案二针对患者四肢肢体肌力合理使用不同种类防跌倒绳; 对 2019 年 3 月至 12 月跌倒发生率进行分析, 并对个性化夜间唤醒如厕次数及患者满意度进行相关性分析。对照组对 2018 年进行回顾性收集分析跌倒发生率及满意度。结果: 2019 年夜间跌倒发生 6 例, 2018 年跌倒 30 例, 明显低于 2018 年。实验组家属满意度 96%, 高于对照组的 83%, 两组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 个性化精准施策方案可以降低跌倒发生率和提高患者满意度。

关键词: 个性化方案 跌倒 发生率

脑卒中在第三次人口死因调查中排第 1 位⁽¹⁾, 脑卒中中具有发病率高、复发率高、致残率高、病死率高的特点⁽²⁾。残疾是脑卒中常见并发症, 脑卒中后残疾不仅严重影响患者生活自理能力, 还为患者、家庭、社会带来沉重负担。自理能力缺陷带来行动不便, 增加跌倒发生率, 据报道, 约 30% 的 65 岁以上老年人每年至少跌倒 1 次, 随着年龄增长, 80 岁以上的老年人跌倒率高达 50%⁽³⁾ 而跌倒导致的医患纠纷及增加床位的压床率不曾有下降的趋势。据有数据统计 80% 跌倒发生在下夜, 下夜陪护者疲劳, 患者但凡有点肌力均想自行起床, 老年患者生理及病理性的尿频, 灯光限制, 病房床边陪护躺椅夜间摆放无序, 药物因素等, 纵使指标居高不下, 防范与减少意外伤害是卫健委制定的患者十大安全目标之一。据我院对往年跌倒发生率情况分析, 1. 据 2008 年全院跌倒发生率中, 神经内科 30 例, 占大部分, 居全院之首, 进行跌倒回顾性分析总结出, 我科跌倒发生 80% 都在夜间, 夜间跌倒 90% 都和如厕有关, 因此我科迫切需解决夜间如厕跌倒发生率; 2. 在降低夜间如厕跌倒发生率中, 据以往措施分析中, 我们进行了图片、视频、宣传小册、责任护士频繁加强健康等宣教, 然跌倒发生率依旧居高不下, 因此总结出仅靠对家属及患者进行关于跌倒防控知识健康教育是完全不够的; 3. 陪护者疲劳, 神经内科大部分陪护者为年老者, 因此执行力非常低; 4. 患者十大安全目标之一, 减少患者意外伤害: 降低跌倒发生率。因

此我科迫切需改进方法, 降低跌倒发生率, 现报道如下;

1 资料与方法

1.1 资料

对 2019 年 3 月至 12 月神经内科具有跌倒风险患者, 由夜班护士根据患者夜间起夜时间点, 唤醒家属陪护患者进行如厕。对 2019 年 3 月至 12 月跌倒发生率进行分析, 并对个性化夜间唤醒如厕次数及患者满意度进行相关性分析。跌倒发生率疾病分析其中 2019 年脑梗塞患者 6 例, 头晕患者 0 例, 肌无力患者 0 例; 2018 年脑梗塞患者 27 例, 头晕患者 3 例, 肌无力患者 0 例, $p > 0.05$, 差异无统计学意义。性别分析, $p > 0.05$, 不具有统计学意义; 年龄分析, 实验组 51-79 (69.2 ± 2.4) 岁, 对照组年龄 56-83 (70.1 ± 2.8) 岁, $p > 0.05$, 不具有统计学意义。实验组住院时间 5-14d, 对照组住院时间 4-16d, $p > 0.05$, 不具有统计学意义。

1.2 纳入标准

跌倒评分表 ≥ 10 患者, 或者 ≥ 7 分患者, 自理能力 ADL 评分 > 40 分, 排除标准: 疾病需卧床休息患者。

1.3 方法

对 2019 年 3 月至 12 月神经内科具有跌倒风险患者。方案一, 根据患者夜间起夜时间点, 唤醒陪护者陪同如厕, 有留置尿管患者定时开放及夹闭尿管; 方案二, 合理使用防跌倒绳。防跌倒绳为纱布绷带制成。

对患者肌力<3 级患者,使用四个被角固定的方式约束患者自行起床,对于肌力≥3 级患者且经常对自身行为有过高评估患者,可以使用手拉手防跌倒绳,一边固定在患者健侧手腕上,一边固定在陪护者手腕上,并留有患者翻身长度,避免绳子过短引起陪护者过度惊醒,增加疲劳,患者但凡想自行起床,陪护者能第一时间知晓,增加安全性及降低陪护者精神的疲劳感。方案三,对于患者配合程度非常好的患者,不会自行起床患者,可以在患者健侧悬挂摇铃,患者有事情可以摇铃示意,此方法非常适用于言语功能障碍患者。对 2019 年实施个性化方案防跌倒措施与满意度及跌倒发生率相关性分析,进行现场发放问卷调查此方法满意度情况,问卷回收率 100%,对 2018 年具有跌倒风险患者进行电话回访家属满意度,两年跌倒发生率进行对比分析。

1.4 评价方法

一,患者从一个平面至另一个平面的跌落在地面或者身体碰触任何地方均属于跌倒。二,跌倒次数计算跌倒。三,能唤醒家属陪同如厕,计算次数。四,满意度采用本院设计的调查表进行评估,满意度调查分数≥90 分为好,分数在 89-80 分为良,<80 分的为差,满意度好的为满意。。

1.5 统计学方法

采用 spss20.0 软件进行统计学分析,跌倒发生情况、护理满意度计数资料采用例数和百分比表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2019 年 3 月至 12 月跌倒发生例数 6 例,2018 年跌倒例数 30 例,2019 年跌倒发生率明显下降及护理满意度比较见表 1

两组患者跌倒发生情况、家属满意度比较 例(%)				
类别	2019 年	2018 年	χ^2	P 值
跌倒例数	6(0.0011‰)	30(0.0062‰)	14.88	$P<0.05$
满意度	96%	83%	8.107	$P<0.05$

3 结论

神经内科患者 90%均是年老者,年老行动不便,生理性尿频、灯光限制不能太亮会影响睡眠、陪护床拥挤病房通道,药物因素中服用降压药可引起的体位性低血压,服用降糖药后易引起凌晨 3 点低血糖反应高发点,陪护者疲劳不愿陪同如厕或患者体恤家属自行起夜如厕等诸多因素杂合一起,导致跌倒因素多样,非常难予控制跌倒发生率,据往年神经内科跌倒人数及次数都是位居医院首位。要使跌倒发生率下降,也使用过多方法,如一:加强患者及家属的健康教育,责任护士在入院、住院期间、住院结束、也在日常护理中随时添加防跌倒知识的宣教,使用过言语沟通、健康教育小册、健康教育视频二维码、但是效果收效甚微。原因分析一:年老患者家庭缺乏支持系统,几乎均是老年家属在照顾,无效陪护率增大。二:患者年老偏瘫,自理能力差,在家已经经常性跌倒,因此得不到足够重视。三:仅靠患者及家属的执行力来降低跌倒发生率,是达不到效果的,必须选择护士这一行业执行力非常强的一群队伍进行干涉,方能达到效果。因此方案一,根据患者夜间起夜时间点,唤醒陪护者陪同如厕,有留置尿管患者定时开放及夹闭尿管,从夜里起夜主要原因点入手,解决跌倒发生率是行之有效的。如二:使用手拉手手环,一边扣在患者手上,一边扣在家属手上,患者一有动静时,家属就有感知,但这种方式普遍反应家属一个晚上都无法得到休息,因患者只要一个转身或者翻动一下,就能感知。因这些因素,通过改进点 1,手环长度因留有足够患者翻身的长度,2. 责任护士因在晨间护理交班时进行使用情况督查。进行改进后调查发现家属之前的严重影响休息的说法有所改善,然还是很多家属认为有束缚感. 太长,起不到效果,患者起床了都不知道,太短影响睡眠,刚好,也只能睡在患者床旁,因很多场地因素,床间距不够支撑一部躺椅后,还会有足够空间行走,不利于医务人员观察病情和患者下床起夜如厕,易绊倒。因此根据具体问题,我们进一步改进,方案二,合理使用防跌倒绳。针对患者肌力<3 级患者,使用四个被角固定的方式约束患者自行起床,对于肌力≥3 级患者且经常对自身行为有过高评估患者,可以使用手拉手防跌倒绳,一边固定在患者健侧手腕上,一边固定在陪护者手腕上,并留有患者翻身长度,避免绳子过短引起陪护者过度惊醒,增加疲劳,患者但凡想自行起床,陪护者能第一时间知晓,增加安全性及降低陪护者精神的疲劳感。方案三,对于患者配合程度非常好的患者,不会自行起床患者,可以在患者健侧

挤病房通道,药物因素中服用降压药可引起的体位性低血压,服用降糖药后易引起凌晨 3 点低血糖反应高发点,陪护者疲劳不愿陪同如厕或患者体恤家属自行起夜如厕等诸多因素杂合一起,导致跌倒因素多样,非常难予控制跌倒发生率,据往年神经内科跌倒人数及次数都是位居医院首位。要使跌倒发生率下降,也使用过多方法,如一:加强患者及家属的健康教育,责任护士在入院、住院期间、住院结束、也在日常护理中随时添加防跌倒知识的宣教,使用过言语沟通、健康教育小册、健康教育视频二维码、但是效果收效甚微。原因分析一:年老患者家庭缺乏支持系统,几乎均是老年家属在照顾,无效陪护率增大。二:患者年老偏瘫,自理能力差,在家已经经常性跌倒,因此得不到足够重视。三:仅靠患者及家属的执行力来降低跌倒发生率,是达不到效果的,必须选择护士这一行业执行力非常强的一群队伍进行干涉,方能达到效果。因此方案一,根据患者夜间起夜时间点,唤醒陪护者陪同如厕,有留置尿管患者定时开放及夹闭尿管,从夜里起夜主要原因点入手,解决跌倒发生率是行之有效的。如二:使用手拉手手环,一边扣在患者手上,一边扣在家属手上,患者一有动静时,家属就有感知,但这种方式普遍反应家属一个晚上都无法得到休息,因患者只要一个转身或者翻动一下,就能感知。因这些因素,通过改进点 1,手环长度因留有足够患者翻身的长度,2. 责任护士因在晨间护理交班时进行使用情况督查。进行改进后调查发现家属之前的严重影响休息的说法有所改善,然还是很多家属认为有束缚感. 太长,起不到效果,患者起床了都不知道,太短影响睡眠,刚好,也只能睡在患者床旁,因很多场地因素,床间距不够支撑一部躺椅后,还会有足够空间行走,不利于医务人员观察病情和患者下床起夜如厕,易绊倒。因此根据具体问题,我们进一步改进,方案二,合理使用防跌倒绳。针对患者肌力<3 级患者,使用四个被角固定的方式约束患者自行起床,对于肌力≥3 级患者且经常对自身行为有过高评估患者,可以使用手拉手防跌倒绳,一边固定在患者健侧手腕上,一边固定在陪护者手腕上,并留有患者翻身长度,避免绳子过短引起陪护者过度惊醒,增加疲劳,患者但凡想自行起床,陪护者能第一时间知晓,增加安全性及降低陪护者精神的疲劳感。方案三,对于患者配合程度非常好的患者,不会自行起床患者,可以在患者健侧

悬挂摇铃，患者有事情可以摇铃示意，此方法非常适用于言语功能障碍患者。方案四，对于无陪护及夜间烦躁未入睡的高危跌倒患者列入班班重点交班对象及重点巡视对象。如三，使用离床报警器垫子，价格较贵，全部得有科室支出，无法去进行收支；且很大一部分患者在尚未完全离床就已经发生跌倒，居于诸多原因，未使用离床报警器。2019 年我科采用由夜班护士在下夜零晨、2 点、4 点、6 点根据患者夜里起夜如厕时间点个性化唤醒家属陪护患者进行如厕的方法，及如二方法合理使用防跌倒绳后使跌倒发生率明显下降，据统计跌倒高发生时段在零晨 0 点至 6 点之间，在高发时段采取措施，并由执行力非常强的护士执行，

可以有效确保避免不利因素导致的患者如厕无人陪护，如陪护疲惫不想陪同如厕，如患者体恤家属不愿让其劳累陪同等。此方法也结合老年患者生理性夜间多尿的病症，起夜频繁，让家属陪护如厕，跌倒的风险明显下降；比较充分的达到了有效陪护，跌倒发生率下降，同时也充分顾及家属及患者夜间睡眠，除去不必要的干扰，还其金质睡眠，同时也可以让出空间，通道畅通，不至于拥挤导致患者跌倒，无论从医务人员角度，还是患者及家属角度，都得到双赢效果。本研究与目前通过医护人员口头健康教育及发放健康教育处方等健康教育方式比较，这与成磊等⁽⁴⁾的报道更有优势，此方法行之有效，值得运用。

参考文献

- [1] 国家卫生计生委脑卒中筛查与防治工程委员会. 脑卒中筛查与防治技术规范[J]. 中国医学前沿杂志, 2013, 5(9): 44-50.
- [2] 脑卒中筛查与防治工程: 关注动脉硬化的高危因素—探求尽快降低我国脑卒中发病、死亡和伤残之策[J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2011, 3(3): 1-3.
- [3] 王仁红, 郭建雄, 周娟. 质量持续改进在眼科住院患者跌倒预防中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(31): 3761-3765.
- [4] 成磊, 胡雁, 吴金球. 《住院病人跌倒预防临床实践指南》的设计和初步应用[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(3): 267. 269.