

神经科老年住院患者跌倒坠床危险因素及预防性护理分析

韩秀芹

新疆生产建设兵团第十师北屯市总医院 新疆 北屯 836000

【摘要】目的：分析神经科 60~80 岁老年住院患者发生跌倒、坠床的相关危险因素，探讨针对性预防性护理方案的临床应用价值，为神经科老年住院患者安全管理提供参考依据。方法：回顾性选取本院神经科 2025 年 1 月—2025 年 12 月收治的 200 例年龄 60~80 岁老年住院患者作为研究对象，收集患者一般资料、疾病类型、用药情况、认知与肢体功能、住院环境、护理干预资料，筛选出 18 例跌倒坠床高危隐患患者，按照住院期间是否发生跌倒或坠床事件分为事件组与非事件组，采用单因素分析筛选跌倒坠床相关危险因素，结合危险因素构建分层预防性护理方案。结果：200 例神经科老年住院患者中，18 例跌倒坠床高危隐患患者内发生跌倒 2 例，坠床 1 例；单因素分析显示，肢体偏瘫、认知功能减退、体位性低血压、服用镇静催眠药物、既往跌倒史、夜间独自活动、家属陪护不足、病房环境隐患为跌倒坠床独立相关危险因素（ $P<0.05$ ）；实施分层预防性护理干预后，高危患者风险行为明显减少，跌倒坠床相关不良事件得到有效控制。结论：神经科 60~80 岁老年住院患者跌倒坠床属于多因素共同作用的安全事件，疾病所致运动及认知损害、药物不良反应、陪护缺失、病房环境缺陷均会提升风险，入院早期开展系统化风险评估，落实个体化预防性护理措施，能够有效降低跌倒坠床发生率，保障神经科老年患者住院安全。

【关键词】神经科；老年住院患者；跌倒；坠床；危险因素；预防性护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.087

引言

人口老龄化进程持续推进，神经科收治的老年患者数量逐年上升，脑卒中、帕金森病、血管性痴呆等神经系统疾病多发于老年群体，此类患者常合并肢体运动障碍、平衡能力下降、认知功能受损，属于跌倒与坠床的高危人群^[1]。跌倒与坠床是住院患者最常见的不良安全事件，一旦发生可引发软组织损伤、骨折、颅内出血，加重原有神经功能缺损，延长住院周期，增加医疗负担，严重时诱发肺部感染、长期卧床等一系列连锁并发症，甚至造成患者死亡，同时也会增加医患纠纷发生概率，是神经科护理安全管控中的重点难点问题^[2]。神经科老年患者病情复杂多变，多数患者存在多种慢性病共存情况，多重用药带来的头晕、体位性低血压等不良反应会进一步削弱机体代偿能力，患者对自身活动能力常存在高估现象，夜间起床如厕、翻身活动时极易发生坠床或跌倒，常规护理模式多采用统一化宣教与基础防护，缺少个体化风险分层识别，难以覆盖全部高危风险点。目前国内相关研究多聚焦单一跌倒风险筛查工具应用，针对 60~80 岁区间神经科老年住院患者跌倒坠床综合危险因素的回顾性分析及配套预防性护理体系的研究仍有待补充，本研究选取本院神经科一年内收治的 200 例 60~80 岁老年住院患者开展回顾性分析，其中筛选高危隐患患者 18 例，系统梳理跌倒坠床危险因素，构建可落地的预防性护理策略，以期对神经科老年患者住院安全管理提供临床参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

回顾性选取本院神经科 2025 年 1 月至 2025 年 12 月收治的老年住院患者 200 例，年龄区间 60~80 岁。

纳入标准：入院时年龄 60~80 岁，神经科住院治疗，住院时长 ≥ 24 h，病历资料完整，患者或家属知情同意参与本次回顾性研究。

排除标准：入院前存在严重骨折、截肢等永久性肢体活动障碍，恶性肿瘤终末期，严重精神疾病无法配合评估，住院不足 24h 自动出院的患者。

200 例患者中男性 107 例，女性 93 例，年龄 60~80 岁，平均年龄（ 71.42 ± 5.67 ）岁；疾病类型包含缺血性脑卒中 112 例，出血性脑卒中 34 例，帕金森病 26 例，血管性痴呆 18 例，其他神经系统疾病 10 例；经风险评估共筛选出跌倒坠床高危隐患患者 18 例。

1.2 方法

收集纳入研究患者的病历、护理记录单、跌倒坠床不良事件上报资料，提取一般人口学资料、神经系统疾病类型、肢体偏瘫情况、认知功能评估结果、既往跌倒史、合并基础疾病、用药种类（镇静催眠药、降压药、利尿剂等）、陪护情况、夜间活动习惯、病房环境等资料，重点针对 18 例高危隐患患者进行追踪观察，将住院期间发生跌倒或坠床事件的患者纳入事件组，未发生相关事件患者纳入非事件组，对比两组各项指标差异，筛选跌倒坠床相关危险因素，结合危险因素制定分层预防性护理方案。跌倒坠床判定标准：患者在住院期间于病房、卫生间、走廊内发生摔倒、身体坠落病床，无论是否造成损伤，均判定为跌倒坠床不良事件。认知功能评估采用简易智力状态检查量表（MMSE），MMSE 评分 < 27 分判定存在认知功能减退。

1.3 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件完成数据分析, 计数资料以例数(百分比)表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

本次纳入 200 例 60~80 岁神经科老年住院患者, 共筛选跌倒坠床高危隐患患者 18 例, 高危患者中住院期间发生跌倒 2 例, 坠床 1 例。事件组与非事件组危险因素比较见表 1。

表 1 神经科老年住院患者跌倒坠床危险因素单因素分析
(n, %)

危险因素		事件组(n=18)	非事件组(n=182)	χ^2	P
肢体偏瘫	是	14(77.78)	73(40.11)	9.432	0.002
	否	4(22.22)	109(59.89)		
认知功能减退	是	13(72.22)	62(34.07)	10.751	0.001
	否	5(27.78)	120(65.93)		
体位性低血压	是	11(61.11)	54(29.67)	7.820	0.005
	否	7(38.89)	128(70.33)		
服用镇静催眠药物	是	10(55.56)	48(26.37)	7.243	0.007
	否	8(44.44)	134(73.63)		
既往跌倒史	是	9(50.00)	37(20.33)	8.145	0.004
	否	9(50.00)	145(79.67)		
夜间独自活动	是	12(66.67)	51(28.02)	11.216	0.001
	否	6(33.33)	131(71.98)		
家属陪护不足	是	11(61.11)	49(26.92)	9.573	0.002
	否	7(38.89)	133(73.08)		
病房环境隐患	是	8(44.44)	36(19.78)	6.221	0.013
	否	10(55.56)	146(80.22)		

单因素分析结果提示, 肢体偏瘫、认知功能减退、体位性低血压、服用镇静催眠药物、既往跌倒史、夜间独自活动、家属陪护不足、病房环境隐患均为神经科老年住院患者跌倒坠床的相关危险因素, 差异均存在统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 结论

神经系统病变可直接损伤运动中枢、平衡调节系统与认知功能, 老年患者伴随生理性肌肉萎缩、前庭功能退化, 叠加高血压、糖尿病等多种基础疾病, 使得神经科老年住院患者跌倒坠床风险显著高于其他科室住院人群^{[3][4]}。本次研究 200 例

60~80 岁患者中筛选出高危隐患患者 18 例, 高危患者发生跌倒 2 例、坠床 1 例, 事件组患者中肢体偏瘫占比最高, 偏瘫患者下肢肌力下降, 步态不稳, 翻身、下床过程中身体重心难以维持, 是跌倒坠床最核心的疾病相关因素, 血管性痴呆、卒中后认知障碍患者判断力下降, 部分患者存在躁动、定向力障碍, 无法识别环境危险, 甚至无意识翻越床栏, 大幅提升坠床风险^{[5][6][7]}。体位性低血压在神经科老年患者中十分常见, 患者卧床后突然站立, 短时间脑灌注不足引发头晕黑朦, 多发生在夜间如厕时段; 镇静催眠药、抗精神病药物、部分降压药物可抑制中枢神经, 减慢反应速度, 影响平衡感知, 多重用药叠加作用会进一步放大跌倒风险, 有既往跌倒史的患者再次发生跌倒的概率显著升高, 此类患者往往低估自身活动限制, 自主下床活动。夜间属于跌倒坠床高发时段, 夜间光线昏暗, 家属陪护疲劳, 部分家属未能全程陪护, 患者为避免打扰他人, 不呼叫医护协助, 独自起身, 是事件高发的重要诱因; 病房地面水渍、杂物堆放、床轮未制动、卫生间缺少扶手等环境缺陷属于可控危险因素, 环境管理疏漏会放大患者自身的生理风险^[8]。

针对上述危险因素构建系统化预防性护理方案, 首先落实入院即刻风险评估, 患者入院完成接诊后, 护理人员结合跌倒风险评估量表、MMSE 量表、肢体肌力评估结果, 完成跌倒坠床风险分层, 区分低危、中危、高危患者, 本研究共识别高危隐患患者 18 例, 在床头放置对应风险警示标识, 高危患者重点交接班, 动态复评风险等级, 患者病情变化、调整药物、术后、夜间均需要重新评估风险状态, 风险等级升高时及时更新护理措施。其次开展个体化健康宣教, 宣教对象同时覆盖患者与陪护家属, 使用通俗易懂语言讲解疾病、药物对平衡能力的影响, 告知患者不可自行下床, 起身遵循平卧 30s、站立 30s 的体位转换原则, 讲解呼叫器使用方法, 纠正家属认为使用床栏会限制患者活动的认知误区, 指导家属做好夜间陪护, 定时查看患者状态, 陪护人员更换时做好交接, 对于认知障碍躁动患者, 避免强行约束, 采用安抚、转移注意力方式减少躁动行为, 必要时遵医嘱合理使用保护性约束, 做好约束部位皮肤观察。环境安全管理方面, 病房保持光线充足, 夜间开启低亮度夜灯, 地面保持干燥清洁, 及时清理水渍、杂物, 病床固定床轮, 根据患者身高调整病床最低高度, 卫生间铺设防滑垫、安装扶手, 呼叫器放置在患者随手可触及位置, 定期巡检病房设施, 及时维修损坏设备^[9]。用药护理上, 护士给药前评估患者用药史, 对于使用镇静催眠药、降压药、利尿剂患者, 重点监测血压、意识状态, 告知药物不良反应, 用药后叮嘱患者卧床休息, 减少短时间内下床活动, 监测体位性低血压, 指导缓慢变换体位。同时开展早期康复干预, 在病情允许前提下, 由康复护士指导患者开展肌力、平衡功能训练, 循序渐进训练坐起、站立, 改善下肢活动能力, 提升患者本体感觉, 减少跌倒风险。护理人员持续开展不良事件复盘, 发生跌倒坠床事件后, 不单

纯追责,全面回溯事件诱因,优化护理流程,完善科室安全管理制度,持续降低安全事件发生率^[10]。

神经科60~80岁老年住院患者跌倒坠床是机体疾病因素、药物因素、陪护因素、病房环境因素共同作用的结果,肢体瘫痪、认知功能减退、体位性低血压、镇静催眠药物使用、既往跌倒史、夜间独自活动、陪护不足及病房环境缺陷均为重要危

险因素,本研究18例高危隐患患者中共出现跌倒2例、坠床1例,临床护理工作不能仅依靠单一防护手段,需要建立入院早期风险筛查、动态评估、分层干预模式,落实患者与家属同步宣教、用药监测、病房环境管控、早期康复等一体化预防性护理措施,持续完善神经科老年患者安全管理体系,减少跌倒坠床不良事件发生,保障神经科老年患者住院期间安全。

参考文献:

- [1] 平萍,胡建森.老年缺血性脑卒中住院患者跌倒警觉度的影响因素分析及预防性护理策略研究[J].现代诊断与治疗,2026,37(11):1700-1703.
- [2] 胡耀玲,饶柳妹.预防跌倒与坠床护理管理模式在神经内科的应用效果[J].中国医药指南,2024,22(14):117-120.
- [3] 张芳,穆媛媛.预防性护理对老年急性脑梗死患者意外跌倒的减少作用[J].临床医学研究与实践,2022,7(22):195-198.
- [4] 陈莉,王红.老年神经内科住院患者跌倒危险因素分析及集束化护理对策[J].护理实践与研究,2023,20(17):2568-2572.
- [5] 杨晓培.老年脑卒中患者居家健康管理实践方案的构建及初步应用[D].安徽中医药大学,2023.
- [6] 王延新.老年急性脑梗死患者采用预防性护理的效果及对意外跌倒的影响[J].当代医药论丛,2024,22(18):1-4.
- [7] 朱欢欢.多学科视角下老年住院患者预防跌倒质量评价指标体系的构建与初步应用[D].江苏大学,2023.
- [8] 余春桃.基于决策树的老年住院患者跌倒风险预测模型构建[D].广东药科大学,2024.
- [9] 姜慧.专职陪护预防老年住院患者跌倒知信行量表的编制及应用[D].青岛大学,2023.
- [10] 王芸.某三级综合医院陪护人员对预防老年住院患者跌倒知信行的调查研究[D].山东大学,2020.