

精细化护理干预对神经内科老年患者跌倒/坠床风险的防控效果研究

张 娥

云龙县人民医院神经内科 云南 大理 672700

【摘要】目的：判别精细化护理在神经内科老年患者应用中对其跌倒/坠床风险的防控效果。方法：纳入2025年1月-2025年12月于神经内科就诊的100例老年患者，随机数字表法分组，对照组实施常规护理，观察组实施精细化护理，对比护理效果及跌倒预防效果。结果：观察组护理后，Fugl-Meyer评分、护理服务质量评分、坠床/跌倒防治知识评分均高于对照组， $P < 0.05$ ；观察组坠床、跌倒事件发生率低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：将精细化护理应用于神经内科老年患者，能够帮助患者提升生活能力，深化认知，减轻、减少跌倒、坠床，并优化护理服务质量，临床应用价值较高。

【关键词】：精细化护理；神经内科；老年患者；跌倒

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.080

老年神经内科患者主要患脑血管病、神经变性病和运动障碍病等，有多种跌倒风险因素^[1]。跌倒在老年神经内科患者中常见，会造成身体损害，引发行走恐惧，严重者会出现并发症，增加住院时间和医疗费用^[2]。传统护理模式采用床边挂警示标识、日常教育等常规防护措施，内容宽泛，缺乏个性化与针对性，难以满足老年人实际需求^[3]。基于此，本文的研究目的是判断精细化护理在神经内科老年患者应用中对其跌倒风险的防控效果，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究样本为2025年1月-2025年12月于神经内科就诊的100例老年患者，随机数字表法分组；对照组50例，男女分别27、23例，年龄60-80岁，平均 (70.24 ± 3.66) 岁；观察组50例，男女分别26、24例，年龄62-80岁，平均 (71.31 ± 3.74) 岁；统计学分析，两组样本可比性良好， P 值大于0.05，且受试者及其家属获准研究。

纳入样本均诊断明确，无视听障碍，资料完整，具备良好的研究依从性；排除视听、意识障碍者，并发肝肾功能严重性异常者，并发癌症、免疫性疾病及传染性疾病者。

1.2 方法

对照组实施常规护理。床头设防护栏，地面配防滑设施，物品放置易取处；步态不稳者需他人协助下床；吞咽困难患者给稀糊状或半流质食物，抬高病床30-45度，让患者慢进食、少量多餐，必要时鼻饲；定期为患者翻身、拍背，防褥疮和坠积性肺炎；注重皮肤清洁干燥，关节部位可贴消炎药物；无法自主排尿者，用留置导尿管或纸尿裤，及时更换，注意会阴部卫生，防尿路感染；用药时密切观察患者神志、瞳孔及全身运动；用抗凝和抗血小板药物时，密切关注有无出血。病情稳定后，尽快开展康复训练，循序渐进，促进神经功能恢复。

观察组实施精细化护理。

(1) 跌倒/坠床预防。患者入院2小时内，按本院摔倒/坠床评估量表对高危患者首次测。同时悬挂红色警示标识，床头放防摔倒标识并做好交接班记录。中、高风险患者相应区域设黄色标识，每日巡查重点区域。病房通道和过道安装80-85公分扶手，卫生间配备L型扶手、可折叠式浴椅和助力架。患者座椅高约45-50公分，轮子固定。床体可左右开启。病房装50勒克斯夜灯，走廊每隔2米设感应灯，厕所、楼梯等设警示标识。呼叫器放距病床15公分以内方便紧急呼叫。执行起床三部曲：醒后平躺3分钟，床上静坐3分钟，床边站立3分钟，无不适症状即可下床活动。行走不稳患者借助辅助器具或轮椅行走。

(2) 帕金森病患者专项措施。帕金森病患者夜间常出现翻身困难、肢体僵硬等症状，易因姿势不当坠床。床边栏杆应上提锁定，高度不低于35厘米，床体间无缝隙，床边放置防摔地垫。夜间症状频繁发作的患者采用卧位，缩小床面与地面间距。患者穿专业防滑鞋，确保鞋底摩擦系数达标。夜间如厕需专人陪同，因帕金森病常伴夜尿和体位性低血压，患者独自如厕易摔倒。用药半小时内，可能出现运动障碍或低血压，需专人监测血压、心率和意识状态，尽量避免患者下床活动。患者走动时，确保地面平整无杂物，移除地毯及底基，降低绊倒风险。

(3) 脑卒中后偏瘫患者专项措施。升起病床两侧栏杆，强化一侧防护。床头传呼设备安装在健侧伸手可及处。伴有一侧空间忽视的患者，床旁设显著标识引导向患侧翻身。卧床时护士支持指导患侧肢体，助患者养成翻身习惯。患者下床前，护理人员或康复治疗师评估肌肉力量和平衡能力，选合适辅助器具并适配调整。患者步行时，护士站患侧后方保护，防止倾倒。为患者选高帮防滑鞋。步态不稳者用轮椅转运。患者如厕、上床时，用健侧手抓栏杆，缓慢转移重心。失语症、失用症患者

者用图示卡片和简易指示引导动作转换，避免摔倒。

(4) 认知障碍患者专项措施。对病床采取防坠措施，包括拉起锁定床栏、增设防滚物品、床边放软垫子。患者状况不稳定时，在医生指导下佩戴束缚带，手腕垫软垫，每2小时放松10分钟并检查身体情况。必要时为患者佩戴防走失手环。夜间开弱光照明，床边放熟悉物品，可缓解恐惧、增强安全感、减少离床行为。因患者难理解记忆安全教育内容，需改造环境并引导行为，如让地板与墙壁、家具颜色反差大，重点区域铺不同地毯。患者须在医护陪同下活动，严禁独自走动。活动不规律患者病床应靠近护士站。用药时，精神类药物可能诱发症状，服药半小时内密切观察步态，禁止自行下床。家属或陪同人员需接受培训，掌握引导安抚技巧，避免引发患者反抗摔倒。

(5) 吞咽与营养护理。患者入院24小时后用洼田饮水试验评估：I级（5秒内饮完30ml水且无呛咳）给予普通饮食；II级（5-10秒饮完或伴轻度咳嗽）给予软质食物（如稀粥、烂面条）；III级及以上频繁呛咳、无法吞咽患者，采用留置胃管鼻饲法。鼻饲患者，鼻饲液温度38-40℃，速度20-30ml/min，每次量200-300ml，鼻饲前回抽胃液排空胃，鼻饲后保持半卧位30分钟以防反流和误吸。吞咽困难患者取30°仰卧位、头部前屈，食物置舌后部；每次进食5-10毫升，咽下后空咽2-3次，确保口腔无残渣再进食。

(6) 皮肤与管路护理。评估皮肤危险度（≤12分判定为极高危险度），对高度危险患者，用交替式气垫，在棘突处贴泡沫敷料减压；每2小时为患者翻身，采用抬起方式并做好记录，由两名护士核查。患者大小便后，用37-40℃温水冲洗会阴和肛周，干燥后涂氧化锌软膏隔离，每4小时全面检查皮肤。气管内插管时，固定带松紧控制在可容纳1个手指范围，每日检查口腔粘膜；每3天更换喂饲胶管，每周进行胃管定位检测；每4小时夹闭输尿管，集尿袋放耻骨联合下方预防逆行感染。

(7) 用药与病情监测。服用抗栓药物前，先评估出血危险因素。用药后，密切关注牙龈出血、黑便及粪便隐血值。使用抗凝药时，每周检测国际标准化比值（INR），并与医师确定用药剂量。同时，观察患者瞳孔大小及对光反射。对于癫痫病患者，床边应备好压舌板或开口器，预防舌咬伤与窒息。

(8) 心理与康复护理。针对行为情绪激动情形，采用安抚及分散注意力方法，如播放熟悉音乐、给予触觉刺激，勿用强制限制手段。脑卒中患者生命体征稳定后，取健肢位，即患侧上肢伸展、下肢屈曲、踝关节背屈90度，每2小时调整一次。肌肉力量达3级及以上的运动员先开展站立行走训练（每日3次，每次10分钟），再逐步过渡至平行杠行走运动。帕金森患者可通过高声阅读训练改善构音障碍，脸部肌肉训练可减轻面具脸。

(9) 延续性护理。患者出院前三天制定个性化居家护理

方案，包括家庭环境改造预防跌倒清单、康复训练影像资料，以及为期一个月、每周一次的电话随访以评估居家安全性与康复进程，必要时提供上门指导服务。

1.3 观察指标

- (1) Fugl-Meyer 量表评定运动功能，得分越高越好。
- (2) 问卷法评估护理服务质量，每项满分100分。
- (3) 坠床、跌倒事件发生率，分3级：1级轻伤无需处理，2级需包扎或治疗，3级有明显意识障碍和骨折。
- (4) 自行设计坠床/跌倒防治知识调查问卷，得分越高对该知识掌握越好。

1.4 统计学方法

SPSS25.0 处理数据，计量、计数资料表示为 $\bar{x} \pm s$ 、n/%，t、 χ^2 检验。P<0.05 表示组间数据对比有差异性。

2 结果

2.1 Fugl-Meyer 评分

表1，观察组护理后，Fugl-Meyer评分高于对照组，P<0.05。

表1 两组 Fugl-Meyer 评分比较 [$\bar{x} \pm s$ /分]

组别	观察组 (n=50)	对照组 (n=50)	t 值	P 值
护理前	12.56 ± 2.34	12.59 ± 2.36	0.064	0.949
护理后	39.85 ± 3.76	30.18 ± 3.15	13.940	0.000
t 值	43.573	31.601		
P 值	0.000	0.000		

2.2 护理服务质量评分

如表2，观察组护理服务质量评分高于对照组，P<0.05。

表2 两组护理服务质量评分比较 [$\bar{x} \pm s$ /分]

组别	观察组 (n=50)	对照组 (n=50)	t 值	P 值
工作责任心	90.28 ± 2.48	85.29 ± 3.29	8.564	0.000
服务态度	89.28 ± 3.75	83.18 ± 3.75	8.133	0.000
健康宣教	90.41 ± 2.78	85.18 ± 3.56	8.187	0.000
操作技能	91.85 ± 2.64	86.47 ± 3.88	8.106	0.000

2.3 坠床、跌倒事件发生率

结合表3，观察组坠床、跌倒事件发生率低于对照组，P<0.05。

表3 两组坠床、跌倒事件发生率比较 [n/%]

组别	观察组 (n=50)	对照组 (n=50)	χ^2 值	P 值

坠床	1级	0(0.00)	1(2.00)		
	2级	0(0.00)	1(2.00)		
	3级	0(0.00)	0(0.00)		
跌倒	1级	0(0.00)	2(4.00)		
	2级	0(0.00)	1(2.00)		
	3级	0(0.00)	0(0.00)		
发生率		0(0.00)	5(10.00)	5.2632	0.021

2.4 坠床/跌倒防治知识评分

表4所示,观察组护理后坠床/跌倒防治知识评分均高于对照组, P<0.05。

表4 两组坠床/跌倒防治知识评分比较[$\bar{x} \pm s$ /分]

组别	观察组 (n=50)	对照组 (n=50)	t 值	P 值
设施	6.46±0.35	5.21±0.46	15.292	0.000
	7.78±0.16	6.53±0.10	46.846	0.000
知识				
技巧	6.86±0.45	5.75±0.52	11.414	0.000
处理措施	4.89±0.33	3.96±0.41	12.495	0.000

3 讨论

老年神经系统疾病患者是跌倒高危群体,会导致身体器官受损,延长住院时间、增加医疗费用,使患者产生恐惧心理,影响康复信心与生活质量^[4]。传统护理模式以基础生命照料和对症治疗为主,在环境适配、体位管理、用药监测等方面存在

问题^[5]。随着人口老龄化加剧,老年神经内科患者增多,对跌倒预防和治疗的需求凸显,需要以患者为中心,通过动态风险评估、环境适老化改造、多学科协作和连续性管理等精细化措施^[6]。据本文研究,护理干预后,观察组的Fugl-Meyer评分、护理服务质量评分以及坠床/跌倒防治知识评分均高于对照组(P<0.05);同时,观察组坠床、跌倒事件的发生率低于对照组(P<0.05)。鉴于神经内科老年患者有运动功能障碍、认知功能减退及多药联用等特征,传统经验护理难满足其安全需求^[7]。研究发现,环境改造、动态评估等精细化护理方案可降低患者跌倒发生率,提高服务质量与安全感,有重要临床价值^[8]。首先,构建系统风险控制体系,使精细化护理从被动变为主动。传统跌倒预防方式局限,构建评估-分类-干预-反馈闭环管理机制,对患者风险分级并差异化护理,避免粗放管理,精准分配资源,降低跌倒风险^[9]。其次,多元干预手段协同切断跌倒因果链。物质环境上进行适老化改造,减少不安全因素;从生理学角度规范体位变换等流程,降低失衡风险;针对特殊患者个体化管理,增强其自我保护能力。第三,加强用药和疾病监测是精细化护理关键。老年神经内科患者用药易致跌倒,精细化护理密切监测特殊用药后情况,填补传统护理空白。通过护患协作等丰富护理内涵,加强家属培训,建立联合防护网络,出院前进行居家指导,保障患者院外安全^[10]。通过规范化、标准化和人性化管理,覆盖患者跌倒危险因素,优化护理流程,提高护士能力,保障患者安全,减少纠纷,提高满意度,值得在神经内科护理推广。

综上,将精细化护理应用于神经内科老年患者,有助于提升患者的生活自理能力,提升认知水平,降低跌倒、坠床等不良事件的发生率,同时提高护理服务质量,具有较高的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 翟蒙翠,全蓉蓉,党明.多维度风险评估护理对神经内科老年患者跌倒事件的影响[J].延边大学医学学报,2025,48(09):159-162.
- [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] 魏秀玲.跌倒风险分级护理在老年内科住院患者防跌倒管理中的应用[J].中华养生保健,2024,42(10):134-137.
- [4] 龚喜燕,张翠翠,钟英,等.CATCH模型在神经内科住院患者跌倒预防管理中的应用[J].现代医药卫生,2023,39(01):141-143+147.
- [5] 张莉,刘畅,李慧敏,等.神经内科患者住院期间跌倒问题分析及护理对策[J].名医,2022,(16):156-158.
- [6] 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.
- [7] 周晓红,朱敏芳,李清浓,等.患者活动能力红点指示系统闭环式管理在神经内科患者中的应用及效果观察[J].护士进修杂志,2022,37(08):733-736.
- [8] 管蕊,孙金龙.流程化宣教模式对预防心血管内科老年患者跌倒的效果[J].航空航天医学杂志,2021,32(12):1515-1516.
- [9] 成毅,田倩倩.合并神经内科疾病的老年患者压疮的危险因素及其临床护理干预[J].中国药物与临床,2021,21(13):2386-2388.
- [10] 汪梦月,蒋园园,陈妍,等.老年综合评估对预防老年患者护理不良事件发生的Meta分析[J].护理学报,2021,28(01):27-32.