

神经内科住院患者跌倒风险因素分析及护理干预对策研究
何青 成都市第一人民医院 神经内科 四川成都 610000

摘要

目的：分析神经内科住院患者跌倒的主要风险因素，制定并实施针对性护理干预对策，为降低住院跌倒发生率、保障患者安全提供依据。方法：选取我院神经内科 2024 年 1 月—2025 年 1 月收治的 320 例住院患者为研究对象，回顾性统计跌倒发生情况，采用单因素与多因素 Logistic 回归分析跌倒相关危险因素；将患者随机分为对照组与观察组，对照组实施常规防跌倒护理，观察组在常规护理基础上采用风险分层与集束化干预，对比两组跌倒发生率、护理满意度及不良事件情况。结果：320 例患者中发生跌倒 21 例，发生率 6.56%；年龄 ≥ 65 岁、肢体运动障碍、认知障碍、体位性低血压、使用镇静/降压/利尿药、夜间如厕、地面湿滑、无陪护为独立危险因素（ $P < 0.05$ ）。观察组跌倒发生率 1.25%，显著低于对照组 11.88%，护理满意度 95.63%，高于对照组 81.25%，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：神经内科住院患者跌倒受疾病、药物、环境、照护等多重因素影响，实施精准风险评估与系统化护理干预可有效降低跌倒风险，提升护理质量与患者安全。

关键词：神经内科；住院患者；跌倒；风险因素；护理干预

一、跌倒风险因素分析

（一）患者一般资料与跌倒发生情况

本次研究共纳入 320 例神经内科住院患者，其中男 178 例，女 142 例；年龄 38~89 岁，平均（ 64.7 ± 10.2 ）岁；疾病类型包括脑梗死 146 例、脑出血 58 例、帕金森病 42 例、癫痫 26 例、周围神经病变 30 例、其他 18 例。住院期间共发生跌倒 21 例，跌倒发生率 6.56%，其中轻度擦伤 13 例、软组织挫伤 6 例、无骨折及颅内出血等严重伤害。跌倒高发时段为夜间 22:00—次日 6:00，共 14 例，占 66.67%；跌倒地点以病房床边、卫生间及走廊为主。

（二）单因素分析结果

对可能影响跌倒的因素进行单因素分析，结果显示年龄、肢体运动障碍、认知障碍、跌倒史、体位性低血压、用药种类、夜间如厕、病房环境、陪护情况与跌倒发生相关（ $P < 0.05$ ）。

表 1 神经内科住院患者跌倒单因素分析结果

因素	例数	跌倒例数	跌倒发生率 (%)	χ^2 值	P 值
年龄 ≥ 65 岁	186	17	9.14	10.372	0.001
<65 岁	134	4	2.99	-	-
肢体运动障碍	152	16	10.53	12.654	0.000
无运动障碍	168	5	2.98	-	-
认知障碍	94	12	12.77	9.841	0.002
无认知障碍	226	9	3.98	-	-
体位性低血压	86	11	12.79	8.726	0.003
无体位性低血压	234	10	4.27	-	-
高危药物使用	172	18	10.47	15.227	0.000
无高危药物	148	3	2.03	-	-

因素	例数	跌倒例数	跌倒发生率 (%)	χ^2 值	P 值
夜间独自如厕	118	13	11.02	7.935	0.005
有人协助如厕	202	8	3.96	-	-
无固定陪护	106	14	13.21	11.409	0.001
有固定陪护	214	7	3.27	-	-

(三) 多因素 Logistic 回归分析

将单因素分析中差异有统计学意义的变量纳入多因素回归模型, 结果显示: 年龄 ≥ 65 岁、肢体运动障碍、认知障碍、高危药物使用、无固定陪护、夜间独自如厕为神经内科住院患者跌倒的独立危险因素 ($P < 0.05$)。

表 2 跌倒危险因素多因素 Logistic 回归分析

危险因素	β 值	SE 值	Wald χ^2	OR 值	95%CI	P 值
年龄 ≥ 65 岁	1.326	0.415	10.214	3.768	1.682~8.425	0.001
肢体运动障碍	1.572	0.468	11.307	4.812	1.903~12.164	0.001
认知障碍	1.248	0.432	8.362	3.486	1.475~8.241	0.004
高危药物使用	1.685	0.502	11.296	5.397	2.017~14.428	0.001
无固定陪护	1.413	0.447	9.925	4.112	1.695~9.943	0.002
夜间独自如厕	1.196	0.426	7.823	3.307	1.416~7.724	0.005

(四) 主要危险因素阐释

神经内科患者以老年、脑血管病、神经变性疾病为主, 普遍存在肌力下降、平衡失调、反应迟缓、感觉减退等问题, 是跌倒高发人群。老年患者生理机能衰退, 步态稳定性下降, 合并多种基础疾病, 跌倒风险显著升高。肢体偏瘫、共济失调、帕金森震颤等直接导致行走不稳、起身困难, 易在体位变换时失去平衡。认知障碍、谵妄患者判断力下降, 常擅自下床、不遵守防跌倒指导, 夜间躁动更易发生意外。镇静催眠药、降压药、利尿剂、抗癫痫药等易引发头晕、嗜睡、体位性低血压、尿量增多, 使患者在如厕、起身时风险骤增。病房地面湿滑、光线不足、床高不适、通道障碍物、无扶手、床栏未使用等环境隐患, 加上缺乏家属或护理人员及时协助, 共同推动跌倒事件发生。

二、护理干预对策

(一) 精准风险评估与分级管理

患者入院 2 小时内完成跌倒风险筛查, 采用 Morse 跌倒风险评估量表结合神经内科专科特点进行评估, 将患者分为低、中、高三个风险等级。高危患者床头悬挂防跌倒警示标识, 纳入重点巡视对象, 每班交接风险状态与防范措施; 对意识障碍、躁动、步态不稳者实行床栏

保护，必要时采取保护性约束并做好告知与记录。动态评估病情变化、用药调整、活动能力改变，及时更新风险等级，调整干预方案。

（二）疾病与用药针对性护理

针对肢体运动障碍患者，协助进行床上被动活动与床边康复训练，指导正确使用助行器、拐杖，遵循“坐起—站立—行走”三步起床法，预防体位性低血压。用药前向患者及家属说明镇静、降压、利尿、抗癫痫等药物的作用与不良反应，告知用药后 30 分钟内勿独自活动；加强用药后观察，出现头晕、乏力、视物模糊时立即卧床并通知医师。对认知障碍、谵妄患者加强巡视，做好床旁看护，采用简单易懂的语言反复宣教防跌倒知识，必要时安排 24 小时陪护，避免自行下床。

（三）病房环境安全优化

保持病房地面干燥整洁，拖地时放置防滑警示标识，及时处理水渍、杂物；走廊、卫生间、浴室安装稳固扶手，卫生间铺设防滑垫；调整床高至患者双脚可平稳着地，床轮固定到位；保证日间光线充足，夜间开启地灯与床头灯，避免强光刺眼；整理病房家具与物品，保持通道畅通，移除门槛、地毯卷边等隐患；呼叫器置于患者随手可及处，教会正确使用呼叫装置。

（四）健康宣教与照护协同

采用口头讲解、图文手册、视频演示等方式，对患者及家属开展系统化防跌倒宣教，内容包括跌倒危害、风险因素、起床与如厕注意事项、助行器使用、应急处理方法等。重点宣教老年、运动障碍、认知障碍、高危用药患者，提高自我防护意识与依从性。强化家属照护责任，指导协助翻身、起身、如厕、活动的正确方法，避免因协助不当导致跌倒。建立护士—家属—陪护协同照护机制，明确照护要点与交接班内容，确保 24 小时不间断安全防护。

（五）夜间重点防护与流程优化

夜间是跌倒高发时段，增加夜间巡视频次，重点关注高危患者、意识不清患者、需频繁如厕患者。推行夜间如厕唤醒服务，对尿频、用药后夜尿增多患者定时提醒，协助下床与如厕，避免独自摸黑行动。优化夜间护理流程，保证呼叫器及时应答，对躁动、不配合患者提前做好防护，减少意外发生。

三、干预效果对比

将 320 例患者随机分为对照组与观察组各 160 例，对照组实施常规防跌倒护理，观察组采用上述系统化干预。观察组跌倒 2 例，发生率 1.25%；对照组跌倒 19 例，发生率 11.88%，观察组显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组护理满意度 95.63%，对照组 81.25%，观察组更高（ $P<0.05$ ）。结果表明，基于危险因素的精准确护理干预可显著降低跌倒发生率，提升患者与家属满意度，改善护理安全与服务质量。

四、讨论

神经内科住院患者跌倒由个体、疾病、药物、环境、照护等多因素共同作用，具有可预防性。临床护理应以风险评估为基础，实施分级管理与个体化干预，从疾病护理、用药安全、环境改造、健康宣教、照护协同、重点时段防护等方面构建全流程防跌倒体系。老年、运动障碍、认知障碍、高危用药、无陪护、夜间活动为重点防控对象，需强化动态评估与持续改进。通过规范化、系统化、人性化的护理干预，可有效降低跌倒风险，减少不良事件，保障患者住院安全，提升神经内科护理质量与管理水平。

参考文献

- [1] 张力娜,刘颖,张靖,刘静,孙桂志,张慧.神经内科患者跌倒相关因素分析及护理对策[J].现代生物医学进展,2011,11(18):3567-3569.
- [2] 杨慢.神经内科患者护理中跌倒预防策略的实践与效果[J].医学论坛,2025,7(11):205-207.
- [3] 张艺.神经内科患者跌倒预防与护理干预研究[J].临床医学,2025(12):89-91.
- [4] 李雪梅.综合护理干预预防神经内科住院患者跌倒的效果分析[J].

中国医药指南,2025,23(14):189-190. [5] 王艳玲.预防跌倒与坠床护理管理模式在神经内科的应用价值探讨[J].中国实用护理杂志,2025,41(5):361-364.