

床思维起到很好的效果。在实验课教学上不应片面追求内容的多和全,把实验课当成了是理论课的简单重复,不能一味强调背书。以开阔视野的临床思维角度出发培养合格的临床医师,探索新的实验课教学模式,从而激发学生的学习自主性与综合能力,为以后工作中会正确选择检验项目,结合临床综合分析检验结果,与检验医师沟通打下坚实的基础。

参考文献

[1] 杨凡,万海英,李冬,等. 与临床紧密结合的实验诊断学实验教学模式探索[J]. 检验医学与临床,2014,11(8):1133-1134.

[2] 宋伟,魏书杰,付玉荣,等. 高等学校医学检验专业教学改革初探[J]. 西北医学教育,2014,22(2):242-243.

[3] 洪俊,李艳. 以临床思维为中心的实验诊断学教学新模式

的建立[J]. 基础医学教育,2011,13(10):936-939.

[4] 李桂玲,多丽波,刘彦虹,等. 临床医学五年制实验诊断学实验课教学改革初探[J]. 卫生职业教育,2014,32(16):79-80.

[5] 郭素红,李正伟,孙可歆,等. 四年制医学检验技术专业课程体系设置初探[J]. 吉林医药学院学报,2015,36(1):71-72.

[6] 张继瑜,杨春莉,周芳,等. 检验医学专业教学内容的临床应用调查与分析[J]. 基础医学教育,2012,14(4):302-305.

[7] 武文娟,梅传忠,李玉云,等. 医学检验综合实验课程的设计与实践[J]. 基础医学教育,2015,17(4):328-331.

(收稿日期:2015-04-15 修回日期:2015-07-10)

住院肿瘤患者跌倒原因分析与对策

高翠娥,皮远萍,唐 玲,邓本敏,王国碧(重庆市肿瘤研究所护理部 400030)

【摘要】 目的 探讨预防住院肿瘤患者跌倒的有效措施,提高肿瘤患者住院安全。**方法** 对 26 例住院肿瘤患者发生跌倒的时间、场所、跌倒时状态、高危评估情况、当班护士层级等进行描述性分析。**结果** 年龄大于或等于 60 岁,肺癌、食管癌及盆腔恶性肿瘤患者,放化疗及使用 1 种及以上的跌倒高危药物者为跌倒高危人群;跌倒的地点主要在床边及厕所;中夜班、低层级护士值班期间为跌倒高危时段;夜间跌倒主要与如厕有关,白天跌倒主要与患者散步、站立聊天或进行呼吸功能锻炼等有关,中午跌倒主要与患者突然改变体位有关。**结论** 应用适合住院肿瘤患者跌倒风险评估工具,重视高危患者动态评估,加强低层级护士培训与考核,重视高危时段、高危状态及康复锻炼时的管理,强化健康教育及效果评价,进行全面评估、重点管理,可防范住院肿瘤患者跌倒事件的发生。

【关键词】 肿瘤; 患者; 跌倒; 管理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.01.063 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2016)01-0138-03

跌倒是住院患者最常见的意外事件^[1]。肿瘤患者因疾病本身具有侵袭性、转移性特点外,疾病预后由预期的痊愈转变为提高生活质量、延长生存期,其精神、心理压力增大,而增加了跌倒坠床的风险^[2]。跌倒不仅会导致患者擦伤、软组织损伤,造成骨折、头部创伤,还会引起硬膜下血肿甚至长期残疾与死亡^[3]。为了加强跌倒安全管理,降低肿瘤患者跌倒事件的发生,通过对本院 2013 年 1 月至 2014 年 12 月发生的 26 例住院肿瘤患者发生跌倒的时间、场所、跌倒时情形、高危评估情况等多个因素进行回顾性分析,探讨防范住院肿瘤患者跌倒的对策。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2013 年 1 月至 2014 年 12 月通过不良事件上报系统报告的 26 例住院肿瘤跌倒患者作为研究对象,其中男 17 例,女 9 例;年龄 44~90 岁;跌倒后无损伤的 5 例,轻度擦痕或淤青 15 例,有伤口需要缝合者 6 例。

1.2 方法 采用回顾性分析的方法,对患者跌倒时间、场所、跌倒时情形、高危评估情况、当班护士层级等进行描述性分析。

2 结果

2.1 患者基线资料 年龄大于或等于 60 岁,肺癌、食管癌及盆腔恶性肿瘤患者,放化疗及使用 1 种及以上的跌倒高危药物者为跌倒高危人群,见表 1。

2.2 患者跌倒情况分析 中夜班、低层级护士值班期间为跌倒高危时段;跌倒的地点主要在床边及厕所;夜间跌倒主要与

如厕有关,白天跌倒主要与患者散步、站立聊天或进行呼吸功能锻炼等有关,中午跌倒主要与患者突然改变体位有关。见表 2。

表 1 患者的年龄、肿瘤类别、治疗方案及使用高危药物情况

指标	分类	n	构成比(%)
年龄	< 50 岁	7	26.9
	50~<60 岁	6	23.1
	≥ 60 岁	13	50.5
肿瘤类别	肺癌	8	30.8
	食管癌	4	15.4
	盆腔恶性肿瘤	4	15.4
	头颈部恶性肿瘤	2	7.7
	多发性骨髓瘤	1	3.8
	恶性胸腔积液	1	3.8
	结肠癌	1	3.8
	脑转移瘤	1	3.8
	前列腺癌	1	3.8
	乳腺癌术后	1	3.8
	胸腺瘤	1	3.8
	肝癌	1	3.8

续表 1 患者的年龄、肿瘤类别、治疗方案及使用高危药物情况			
指标	分类	<i>n</i>	构成比(%)
治疗方案	化疗	8	30.8
	放疗	2	7.7
	同时放化疗	2	7.7
	其他	14	53.8
高危药物使用情况	2 种及以上	7	26.9
	1 种	11	42.3
	未使用	8	30.8

表 2 跌倒发生的时间、场所、跌倒时状态、护士能级、陪护及高危评估情况分析			
指标	分类	<i>n</i>	构成比(%)
时间	白班	5	19.2
	中午	5	19.2
	中班	7	26.9
	夜班	9	34.6
场所	床边	11	42.3
	厕所	8	30.8
	病区电梯口	2	7.7
	配餐间/开水房	2	7.7
	病区外	3	11.5
跌倒时状态	如厕	12	46.2
	久站/长时间行走	5	19.2
	突然改变体位	4	15.4
	洗漱/热饭	3	11.5
	坐位休息剧咳	2	7.7
当班护士能级	N0~N1	17	65.4
	N2	9	34.6
有无陪护	无或陪伴不在身边	17	65.4
	有	9	34.6
是否高危	否	18	69.2
	是	8	30.8

3 讨 论

3.1 跌倒原因分析

3.1.1 跌倒与患者的年龄、肿瘤类别、治疗方案和用药有关
随着年龄的增长,机体生理机能发生变化,如感觉迟钝、反应变慢、感觉平衡失调及步态不稳,当环境突然改变时,不能正确判断周围障碍物,身体失去平衡,容易跌倒^[4]。老年肿瘤患者常伴有呼吸系统疾病、心脑血管及糖尿病等既往病史,身体基础素质减弱,肿瘤消耗性大,营养缺失,对身体破坏性严重,更增加了跌倒风险^[5]。跌倒的肿瘤患者中,肺癌、食管癌、盆腔恶性
肿瘤患者所占比例较大,其中肺癌占 30.8%。分析原因,可能与肺癌患者常伴剧烈咳嗽、上腔静脉压迫、胸腔积液等,发生脑血流灌注及氧供应不足引起患者眩晕、平衡能力下降,肺癌脑转移引起颅内压升高、头痛、视力视野受损、定向力改变等有

关。食管癌由于肿瘤压迫引起吞咽困难发生营养不良、贫血等,盆腔恶性肿瘤因腹腔积液或肿瘤压迫,引起静脉回流受阻,下肢水肿,活动受限,增加了跌倒风险。放疗、化疗后体质虚弱、疲劳,容易发生跌倒^[6]。而肿瘤患者常用药物如脱水利尿药、镇静催眠药、止痛药、止吐药等,可通过影响神志、精神、视觉、步态、平衡等增加跌倒的可能性。本组资料显示,有 14 例患者在跌倒前 1~2 周内实施过化疗或放疗,有 69.2%的跌倒患者使用了 1 种及以上的跌倒高危药物。
3.1.2 跌倒与时间、场所、跌倒时状态有关
患者在夜间起床如厕、晨晚间洗漱、白天外出散步、午间休息时段易跌倒,主要与患者不愿意麻烦他人或高估自身活动能力、如厕过程无人陪伴或未全程陪伴、家属自行放下床档、地面湿滑,以及该时段护理人力相对不足,巡视不到位,未及时提供生活帮助有关。
3.1.3 跌倒与护士风险评估能力不足、健康教育缺乏效果评价、评估量表缺乏特异性有关
在 26 例跌倒事件中,非跌倒高风险患者占 69.2%,N0~N1 级护士当班时段的占 65.4%。提示低层级护士临床经验、护理意识、沟通能力、评估技巧等方面尚有欠缺^[7],对肿瘤患者这一特殊群体潜在的跌倒风险预见性不够;护士未掌握高危药物的不良反应,导致尿频、便秘等跌倒高危因子漏评估;此外,本院统一使用修订的汉化托马斯跌倒评分量表,可能对肿瘤患者跌倒风险评估缺乏特异性,影响了对跌倒高危患者的筛检率,从而忽略对非高危患者的管理。
3.2 管理对策
3.2.1 完善肿瘤患者跌倒风险评估与管理
跌倒的发生是多种因素叠加的累积效应,跌倒的可能性随高危因素的增加而增加^[8],及时准确评估是预防跌倒/坠床的重要手段^[9]。本院使用的托马斯跌倒评分量表,评分≥5 分确定为高危跌倒患者,进入预警系统。通过实行责任护士-护士长-大科护士长-护理部层级跟踪管理模式,即责任护士在患者入院/转科 2 h 内完成首次评估,高危患者每日评估,患者病情变化时(包括意识、活动能力、高危药物等危险因子发生变化时)即时评估,针对性采取防范措施;护理组长/护士长每日查房,大科护士长每周督查 1~2 次,护理部每周随机抽查,对评估的准确性及措施的有效性进行评价指导,使高危患者得到有效的管理。但该量表未将放疗、化疗、持续剧烈咳嗽、上腔静脉压迫综合征等肿瘤相关的因素纳入高危因子评估,影响了肿瘤患者跌倒高危的阳性评估率。因此研究适合肿瘤患者的跌倒高危评估量表,将肿瘤化疗放疗、肿瘤特殊症状、肿瘤并发疾病如糖尿病、心脏病、高血压等纳入跌倒风险因子评估,多重高危用药实行叠加评分,建立跌倒高危药物评估指引和路径,明确评估时机、频次及护理要求,实施动态、连续性评估,提高肿瘤患者跌倒风险评估的准确性及识别率。
3.2.2 加强对低层级护士关于护理安全的培训与考核
N0~N1 级护士工龄绝大多数小于 3 年,而他们对患者的护理时间相对较多,因此,加强低层级护士的培训是护理安全管理的核心工作之一。培训内容包括健康教育方法、护理安全管理相关制度、住院患者跌倒/坠床风险评估表的使用、跌倒预防及护理流程、不良事件的应急处理预案、临床常用肿瘤化学治疗药物及辅助药物、治疗的不良反应等。利用全院护士大会、科室业务学习等,进行专题讲座、跌倒事件个案分析及安全警示教育,提高护士的风险意识。开展品管圈活动,应用鱼骨图等

管理工具,从人员、操作流程和方法、设备及环境因素等全面分析肿瘤住院患者发生跌倒的原因,提出改进措施,促进护士参与安全管理,充分了解患者潜在或现存的跌倒风险因素,提高预见风险的能力。

3.2.3 重视高危时段护理人员资源的配备和管理 医院建立护理机动库,实行护理部-大科护士长-科室护士长 3 级人力调配,及时替补因分娩、辞职、患者收治量突然增多、危重患者多导致的护理人员不足。科室护士长实行弹性排班增加中午、夜间等薄弱时间段护理人力资源的配备与优化组合,实行组长/病区护士长值中夜班制,督促指导高危患者风险评估与防范措施的有效落实,确保高危时间段患者的安全与质量。

3.2.4 强化肿瘤患者及家属防跌倒健康教育与效果评价 有效沟通可纠正患者对跌倒危险认识的不足^[10]。护士应准确评估患者的心理状态、疾病情况、自理能力及住院环境,针对性地进行宣教和沟通,对患者和家属均进行防跌倒知识培训。交代患者和陪护人员体位改变时动作应缓慢,避免久站、久蹲、突然改变体位等动作;针对使用易致跌倒的药物,护士应详细告知患者和陪护人员服药的注意事项,并指导服药。病情不允许下床的患者,应强化床上排便训练,及时提供床边便器;床边及如厕排便时要求家属全程陪伴直至安全卧床休息,避免中途离开。各班护士应加强巡视和评估防跌倒措施的宣教与落实效果,及时发现纠正偏差。

综上所述,肿瘤患者跌倒具有偶然性和不可预知性,也是 1 个多因素事件,它与疾病、药物、环境、患者心理及家庭支持等密切相关。探讨适合肿瘤患者跌倒风险评估工具,重视高危患者动态评估,加强低层级护士培训与考核,重视高危时段及高危状态如夜间、排便如厕、散步及康复锻炼时的管理,强化健

康教育及效果评价,进行全面评估,重点管理,减少住院肿瘤患者跌倒事件的发生。

参考文献

[1] 陈明慧,戴良红. 47 例住院患者跌倒原因分析及防范对策[J]. 广东医学院学报,2014,32(2):221-222.

[2] 廖春英. 肿瘤住院患者防范跌倒的安全管理研究[J]. 当代护士,2014,3(3):5-7.

[3] Speolstra SL, Given BA, Given CW. Fall prevention in hospitals: An integrative review[J]. Clin Nurs Res, 2012, 22(21):92-112.

[4] 谢锦嫦. 老年住院患者的跌倒因素与护理干预[J]. 广东医学院学报,2013,31(3):351-352.

[5] 周莲清,李卫平,胡小弟. 高龄肿瘤住院患者跌倒危机的管理探讨[J]. 当代护士,2014,11(5):105-106.

[6] 文朝阳,钟慧仪. 癌症患者与疲劳[J]. 中华护理杂志, 2002,37(10):768.

[7] 尹曦,王敏,陈一玲. 不同层级护士对患者跌倒风险评估结果分析[J]. 中国继续医学教育,2014,6(8):89-91.

[8] 吴爱桂. 老年人跌倒因素调查及对策[J]. 中外健康文摘, 2012,23(3):152-153.

[9] 余爱萍. 跌倒/坠床高危住院患者的三级管理[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(2):73-74.

[10] 曹永堦,齐秀英. 应用失效模式预防和减少住院患者发生跌倒[J]. 护理研究,2011,25(6):1630-1632.

(收稿日期:2015-03-28 修回日期:2015-08-22)

(上接第 84 页)

分泌代谢杂志,2012,28(3):215-216.

[3] Johnson RJ, Nakagawa T, Sanchez-Lozada LG, et al. Sugar, uric acid, and the etiology of diabetes and obesity[J]. Diabetes, 2013, 62(10):3307-3315.

[4] 韩荣凤,江霞. 2 型糖尿病患者血尿酸水平与肾小球滤过率及尿微量白蛋白排出量的关系[J]. 中国医药,2015,10(2):200-203.

[5] 王春关,宁桂菊. 2 型糖尿病与非酒精性脂肪肝、脂肪细胞因子相关性研究[J]. 中国现代医生,2013,51(14):10-11.

[6] 高超,陈星华,潘阳彬,等. 2 型糖尿病患者血尿酸与尿蛋白水平的相关性研究[J]. 中华肾脏病杂志,2014,30(1):35-40.

[7] 叶颖,王晓春,陈华,等. 2 型糖尿病患者血尿酸水平与下肢动脉疾病的相关性研究[J]. 重庆医学,2014,43(14):1762-1764.

[8] Verdoia M, Barbieri L, Schaffer A, et al. Impact of diabetes on uric acid and its relationship with the extent of coronary artery disease and platelet aggregation: a single-centre cohort study. Novara Atherosclerosis Study Group (NAS)[J]. Metabolism, 2014, 63(5):640-646.

[9] 李懋,刘静,黄文辉,等. 甘肃兰州地区成人血尿酸水平与糖尿病及糖尿病前期的关系[J]. 中国糖尿病杂志,2015, 23(1):11-14.

[10] 张妮妮,刘超. 2 型糖尿病患者血尿酸水平与高胰岛素血症和胰岛素抵抗的关系[J]. 山东医药,2015,55(6):44-45.

[11] Gill A, Kukreja S, Malhotra N, et al. Correlation of the serum insulin and the serum uric acid levels with the glycated haemoglobin levels in the patients of type 2 diabetes mellitus[J]. Clin Diagn Res, 2013, 7(7):1295-1297.

[12] 赵世华,王颜刚,王萍,等. 山东沿海居民糖尿病及糖尿病前期患病率 5 年变迁研究[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2013,29(1):9-13.

[13] 赵莎,马向华,沈捷,等. 男女性初发 2 型糖尿病患者血尿酸与空腹血糖水平的相关性[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2014,30(8):659-662.

[14] 常颂杨,杨波,王红雄,等. 干预血尿酸水平对老年高血压合并糖尿病患者一级终点事件的研究[J]. 重庆医学, 2014,43(24):3146-3148.

(收稿日期:2015-04-11 修回日期:2015-08-02)