

## 學習個案3~高危險跌倒病人評估與預防

發布日期: 2007 年 10 月

撰寫人: 陳玉枝 副主任

### 個案描述

#### 案例一

45 歲男性病人，診斷糖尿病、腸胃道出血及姿位性低血壓(平躺時血壓 150/100 mmHg，坐姿時血壓 90/60 mmHg)，住院時曾向病人說明，病人勿單獨下床的原因，予雙側床欄使用，並備妥呼叫鈴及床旁便盆椅。唯病人因正值壯年，自尊心強，自認為不是老人，怎麼會跌倒？因此對預防跌倒的護理指導遵從性差。住院期間多次執意自行下床，有二次險些跌倒。小夜班九點左右病人急於下床如廁，從床欄縫隙滑下床，一時暈眩，右手用力撐地不支臥倒於地。護理人員聞聲趕至病房，將病人扶回床上，通知醫師評估及 X-ray 檢查發現右手食指線性骨折。

#### 案例二

75 歲男性病人在廁所內跌倒，病人住院期間由媳婦照顧，病人表示「上廁所怎麼好意思讓媳婦陪在旁邊」，故請媳婦出去，且隨手將廁所門鎖上。但病人如廁排便後，欲從馬桶站起時突感腿軟，整個人跌坐地上，家屬聽到“砰”的一聲立即通知護理人員，經打開廁所門鎖，與家屬一同將病人扶回床上，檢視後發現右側大腿紅腫，連絡醫師診視並依醫囑照 X-ray，發現右側股骨骨折。

#### 案例三

50 歲男性病人，診斷心臟衰竭經心臟移植手術後，病人自手術前即臥床一段時間，此次跌倒發生在術後第五天，醫師查房時囑病人要多活動，聽了醫師囑咐後，病人隨即坐起欲下床，但一站起便感腿軟而跌坐於地。當晚右大腿愈來愈腫大、移動時疼痛加劇，通知值班醫師診視後，照 Pelvis 及 Right hip X-ray 檢查，結果為右髖部轉子下骨折，予會診骨科，需手術治療。

#### 案例四

病人 78 歲，診斷腎衰竭合併下肢水腫，清晨三點護理人員聽到聲響，立即前往探視，見病人俯躺在地，立即扶起檢視其身上並無瘀傷或破皮情形，但病人主訴右大腿內側疼痛。監測血壓 160/84mmHg、心跳 78 次/分、呼吸 28 次/分，皮膚

較為濕冷，額頭冒汗，血糖 135mg/dl。家屬不悅的表示：「他明明就不能走還要起來走，又不拿柺杖，我在睡覺，也不叫醒我」。病人表示：「我一夜都睡不著，想要下床走走，見兒子熟睡，明天要上班，不忍心吵他。夜班護士少，我想我應該可以走走，所以沒有拉鈴找護士」，通知值班醫師診視，X-ray 檢查疑似髖關節處骨折，會診骨科。

### 背景說明

台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient safety Reporting system)資料顯示，95 年度跌倒事件共 3,067 件(以發生日期計)，佔通報類別比例最高。發生跌倒時段以 00:00 ~ 07:59 為最多(35.6%)，地點以病房區域的發生率最高(77.6%)。對跌倒病人的評估中，可發現有將近四成(37%) 跌倒者被評估為高危險群，八成以上在跌倒當下意識清晰，但仍有 7% 呈現意識混亂狀態。統計結果指出跌倒造成重度以上傷害的比例有 3.7%(112 件)，雖然所佔比例較低，仍須注意防範嚴重度高之跌倒事件。

從事件再發機會的評估，有高達六成的比例認為一年內或數週內可能再發一次以上，顯示通報者對跌倒事件的再發機會認知偏高，若比較有無陪伴者與嚴重度的關係，則發現有傷害的病人其無陪伴者的比例相對較高。

事件可能發生的原因方面，大多與病人生理及行為因素有關，其中又以步態不穩、肢體行動障礙、高危險群病人執意自行下床或活動、暈眩感等頻率偏高。

從上述的跌倒案例顯示，病人對於跌倒的認知不足，對護理指導的遵從性低，即使有家屬陪伴病人依然跌倒。因此，醫護人員應設法將病人納入安全防範的一員，加強其參與評估及預防措施的討論，以喚起病人對跌倒的自覺。文獻指出住院病人跌倒會有五種現象：

1. 病人未曾預料會跌倒：包括身體反應與期望有落差、病人感受老化之無力感等。
2. 病人跌倒情緒感受：主要為害怕及不在意。
3. 陪伴家屬之感受：擔心、無奈、內疚、自責，也感受到病人之體諒。
4. 家屬體能限制。
5. 異性子女照護病人如廁之困境(張、蔡，2007)。

**病人對跌倒認知不足及遵從性低的原因**

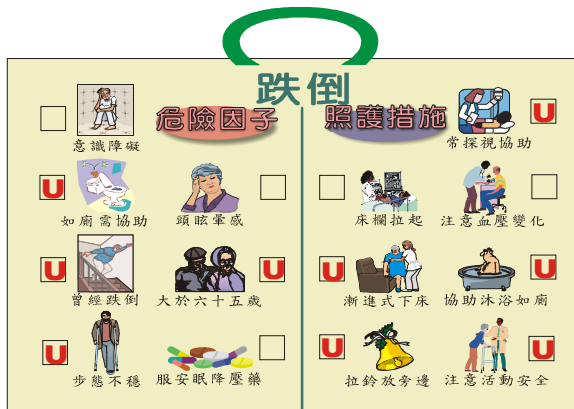
1. 病人未曾預料會跌倒：台灣醫療品質指標計畫顯示，跌倒病人僅有近四成跌倒者被評估為高危險群，有六成病人未被列入高危險群但卻跌倒，可能與護理人員評估不確實，或未依病人情況改變持續評估，因此病人未接受防跌的指導。另外，臨床上觀察護理人員在評估跌倒危險因子時，僅以專業人員的主觀判斷勾選評估項目，並未測試病人，讓病人參與共同評估，如步態不穩的評估，護理人員可藉由一些步伐與平衡感之試驗，使用 Get up and go test、Romberg's test、One-legged stand 方法，確認病人是否有步態不穩之情形，提早防範( 林、王，2004；趙、方、高，2005；Ducan, Weiner, Chandler & Studenski,1990；Okumiya, Matsubayashi & Nakamura, 1998 )；姿位性低血壓，須確實測量坐姿及站立的血壓比較壓差；臥床多時及手術後病人，缺乏對肌肉力量的評估與訓練，引導病人瞭解及自覺等。
2. 病人對跌倒不在意或執意下床：如何促使病人能依指導的注意事項執行，病人遵從性行為與其健康信念有關，如果病人自覺受疾病的威脅性大，則容易遵從醫囑，執行健康行為( 馮、李、曾，2005 )。加強醫病關係，醫病關係是一種存在於醫護人員及病人之間的雙向互動過程，醫護人員藉適當的溝通將訊息傳遞給病人，才能使病人產生遵從行為，如果醫護人員對病人的期待，能夠被病人瞭解及接受，則可達到最好的結果( 王，2001 )。傳統上，預防跌倒的指導都落在護理人員的職責，護理人員對病人發生跌倒常自責及覺得無力感，是護理人員未強調跌倒對病人的嚴重後果，抑或是護理人員的權威性不夠？實際上，王( 2001 )強調，由於病人對醫師專業的尊重，以及對健康的關心，醫師是進行衛生教育最好的媒介，所以藉由醫師對病人之病情說明及指導，將有助於病人之配合。因此，防範病人跌倒需要團隊專業人員的合作。
3. 病人不肯使用呼叫鈴或叫醒家屬：另一項遵從性行為低的是，病人自行悄悄下床不拉鈴，也不叫人幫忙。其實如果病人在需要時能及時拉鈴，護理人員立即前往協助，跌倒幾乎是可以預防的。因此，我們應深究病人不肯使用呼叫鈴的原因，是不知道使用方法？或拉鈴後護理人員未到？還是到病人跟前

時有不悅的表情？曾有高齡病人，把呼叫鈴當麥克風，呼叫護理人員來協助，足見護理人員在環境介紹時，未確實操作示範，確定病人或家屬會使用。病人剛入院時，讓病人與家屬先熟悉病房的环境及各項設備的使用方法，是很重要的（王、蘇、廖，2003）。

- 異性子女照護病人如廁之困境：研究指出近 19% 長輩會拒絕子女陪同如廁，特別是女性陪伴者，協助男性長輩如廁，或兒子照顧母親時，母親亦常拒絕兒子協助如廁（張、蔡，2007；謝，2000）。從倫理的觀點而言，協助病人如廁防範跌倒是行善原則，另一方面又要維護隱私，也有兩難的困境。因此，利用科技設備裝置警報系統，當病人如廁時使用。

### 學習重點

- 護理人員評估病人時，與病人一起討論及指導，如以 Get up and go test、Romberg's test、One-legged stand 等評估病人步態及平衡，讓病人認知其跌倒危險因子及照護措施，由病人自己將準備的磁鐵粘在標示牌正確的位置（圖一）。爾後將標示牌掛在病人單位，以提醒病人、家屬及工作人員，並運用鄰床病人及照顧者，協助共同注意。



圖一 預防跌倒標示

- 新病人入院時，環境介紹須詳實，特別是與跌倒防範有關之設施，護士呼叫鈴、緊急鈴及床欄等，解說示範使用方法，並讓病人實際操作演練，加深印象。
- 自尊性強、遵從性差之病人，安排醫師、護理人員、病人及家屬慎重的召開座談會。由醫師說明病人病情及引發跌倒之相關性，例如病人有姿位性低血壓，目前用藥治療情形，上下床勿快速改變姿勢，須有人協助以防跌倒。護

理人員請病人使用呼叫鈴會隨時協助，強化病人及家屬的認知，達成預防跌倒之共識。

4. 於廁所門上張貼「請勿鎖門，請陪伴在旁」圖片(圖二)，提醒家屬在病人如廁時也需陪伴在旁。若病人拒絕家屬陪同，切勿鎖門，家屬可在門外等候適時協助，或請病人以搖鈴鑼方式請家屬入內協助。



5. 教導病人「防止跌倒健康操」，製作 DVD 包括大範圍關節運動、腿部交叉運動、拉筋運動、側身、坐立及站立運動。請病人及家屬跟著影片一起做，增加病人肌肉耐力及平衡感，減少跌倒發生。文獻指出，採漸進性的方式，開始時每天進行 5-10 分鐘，之後每週增加 5 分鐘，可持續運動 30 分鐘。物理治療師針對病人情形，訂定完善之運動計畫，依據病人能力，提供輔具，可達增進行走平衡及安全的目的(趙、方、高，2005；Shigematsu, Chang, Yabushita, & Sakai,2002)。

### 參考資料

1. 王英偉 (2001)。醫療場所中的衛生教育與健康促進。 *健康促進暨衛生教育雜誌*，21，37-53。
2. 王昭慧、蘇淑芳、廖梅珍 (2003)。某教學醫院兒科病房入院環境介紹改善案。 *新台北護理期刊*，5(2)，67-78。
3. 林茂榮、王夷暉(2004)。社區老人跌倒的危險因子與預防。 *台灣衛誌*，23(4)，259-271。
4. 馮詩涵、李權芳、曾斐琳 (2005)。某醫學中心肝炎帶原者定期追蹤遵從行為之相關因素探討。 *新臺北護理期刊*，7(2)，45-52。

5. 張學進、蔡欣玲 ( 2007 ). 住院老年病人如廁跌倒現象之初探 . *榮總護理* , 24(2) , 184-194。
6. 謝美娥 ( 2000 ). 成年子女照顧者：經驗之初探 . *國立政治大學社會學報* , 43-80。
7. 趙明玲、方郁文、高淑芬 ( 2005 ). 社區老人跌倒之預防及護理措施 . *領導護理* , 6(1) , 31-35。
8. Duncan, PW, Weiner, DK, Chandler, J., Studenski S.,(1990). Functional reach: a new clinical measure of balance. *J Gerontol Med Sci*, 45: M192-7.
9. Okumiya,K.,Matsubayashi,K.,Nakamura,T.,(1998).The timed “Up and Go” test is a useful predictor of falls in community-dwelling older people. *J Am Geriatr Soc*, 46:928-9.
10. Shigematsu,R.,Chang,M., Yabushita,N., & Sakai,T.,(2002). Evaluating the effectiveness of a home-based fall risk reduction program for rural community-dwelling older adults. *The Journal of Gerontology*,56A (4),M226-M230.