

著名的教授介绍申报经验。例如, 此次会议邀请了美国 Emory 大学的 Wolf 教授介绍了如何从进行世界上第一例强制性使用治疗到得到美国 NIH 基金支持, 继而进行 6 所大学多中心研究的过程。

3 与同行交流的体会

美国的康复治疗师专业培养历史悠久, 获取本科学历需要 4 年。目前, 美国对物理治疗师和职业治疗师的执业水平已经要求硕士以上, 所以大部分学生会连读 5 年取得硕士学位, 或其他相关专业的学生再学习 2 年取得硕士学位, 才有可能获得进入临床工作的资格。美国康复医生的培养制度很成熟, 美国本土的医学院学生经过 8 年的学习取得医学博士学位后, 经过考试, 进入临床住院医师专科培训阶段, 时间为 3 年, 再经过考试, 即可取得康复专业医师的执照, 如果继续深造要成为康复医学各个亚专业的专家, 还要经过 2 年专科培训。目前美国提供 4 个亚专业(疼痛、脑损伤、脊髓损伤和儿童康复)的康复专科医师培训。成为康复医师后, 每年还要不断地提高学习, 拿到继续教育的学分, 10 年以后需要重新进行资格考试和认证。美国的康复医师收入在外科与普通内科之间。全美目前有将近 1 万名康复医师。

近年来康复医学重大的科学研究进展和技术革新大多起源于美国, 除美国的 NIH 每年提供大量的资金用于康复医

学的研究以外, 还有退伍军人协会及其他的康复基金会对康复研究提供资助, 从而形成强大的科研实力, 专职康复研究人员数量也远远超过其他国家。

美国的临床康复程序是以康复医师为中心, 医师作为整个康复团队的领导者和协调者保证了美国康复医学高水平的发展。美国在法律上规定当患者有康复需求时, 首先由康复医师接诊并决定康复治疗方。在康复科室的配置上, 除综合性医院的康复医学科之外, 各个地区与城市均有独立的康复中心, 规模一般为 200 张床位以下。整个医疗体系在医疗保险制度主导下, 对于每种疾病在治疗科室和康复科室的住院时间均有明确规定, 如果超过这个时间, “保险”将不承担这些费用。如关节置换的患者第 2 天就转入康复部门, 卒中患者在神经内科住院 7 天后就需要转入康复医学科。这种制度最大限度地节约了卫生资源, 缩短了急性期患者的住院天数, 也使患者接受及时的康复服务。对于疾病和创伤造成残疾的患者, 政府会让其回归社会, 如: 下肢截肢患者如果不接受康复服务只能呆在家里领取社会救济金, 如果接受康复服务, 政府会为其免费装配假肢, 并进行康复训练和再就业培训, 直至他重新找到工作。这种做法使每个人的潜能得到最大限度发挥, 使之贡献于社会, 这是对康复医学作用的最好阐释。

· 康复护理 ·

康复期脑卒中患者跌倒的原因分析

赵雪平¹ 闫桂芳¹ 张卫红¹ 周 策¹

跌倒是指患者突然或非故意地停顿倒于地面或倒于比初始位置更低的地方^[1]。跌倒是脑卒中康复期患者最常见的并发症之一, 可引起生理、心理和病理改变。我们对 2006 年 4 月—2007 年 4 月入住我院康复科的 50 例有跌倒史的脑卒中患者的跌倒原因进行了调查。

1 对象与方法

1.1 对象

50 例在我院康复科住院有跌倒史的脑卒中患者, 均符合全国第四届脑血管病会议通过的诊断标准^[2], 并经头颅 CT 或 MRI 确诊。其中男 46 例, 女 4 例; 年龄 59.8 ± 10.3 岁, 其中小于 65 岁者 33 例(66%), 65 岁及以上者 17 例(34%); 脑卒中病程 89.2 ± 30.6 d。患者意识清楚、知情同意、能借助辅助用具行走或独立行走。

1.2 调查方法

调查包括问卷调查和量表评定两部分, 于患者入院 1 周内进行。

1.2.1 问卷调查: 内容包括姓名、性别、年龄、患脑卒中以来的跌倒史(跌倒的时间、地点、原因、状态及跌倒致损伤情况)、患病史及服药情况。

1.2.2 量表评定: 应用 Berg 平衡量表 (Berg balance scale, BBS)^[3]、计时起立行走测试(timed up and go test, TUG)^[4]对患者的平衡与移动功能及稳定功能进行测试。应用跌倒效能量表(modified fall efficacy scale, MFES)^[5]对患者进行跌倒效能测试。

1.3 统计学分析

计量资料用平均值 $\pm$ 标准差表示, 用 SPSS10.0 软件进行 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 跌倒次数、伴发病和用药情况

50 例患者共发生跌倒 72 次, 发生 1 次跌倒 34 例(68%)、2 次及 2 次以上 16 例(32%); 其中 65 岁及以上患者发生跌倒 35 次(48.6%), 发生 2 次及 2 次以上 12 例, 明显高于 65 岁以下患者($P < 0.01$); 患有 2—3 种慢性病者 31 例(62%)、患 4 种以上慢性病者 12 例(24%), 主要为糖尿病、高血压及冠心病等; 服用药物 8 种以上者 32 例 (64%); 长期服用安眠药 19 例

1 河北省人民医院康复科, 石家庄市, 050051

作者简介: 赵雪平, 女, 主管护师

收稿日期: 2007-08-01

(38%)、服用抗抑郁药 1 个月以上 18 例(36%)。

2.2 跌倒过程

2.2.1 跌倒时间:跌倒发生在 6:00—8:00 12 次、8:30—12:00 8 次、12:30—17:00 11 次、18:30—20:00 9 次、22:00—5:00 32 次。22:00—5:00 跌倒次数明显多于其他时间($P<0.01$)。

2.2.2 跌倒地点:72 次跌倒最常见的地点是床边 30 次(41.67%),其次为居室内的厕所 24 次(33.33%)、走廊 6 次(8.33%)、坐椅边 8 次(11.11%)、居室内 4 次(5.56%)。

2.2.3 跌倒原因:由于疾病等内因跌倒 43 次(59.72%),环境等外因跌倒 21 次(29.17%),不明确原因跌倒 8 次(11.11%)。

2.2.4 跌伤情况:跌倒后出现损伤者共 32 例(64%)。其中软组织损伤发生率最高,为 26 例(81.25%);其次为头部外伤 3 例(9.38%)、前臂骨折 2 例(6.25%)、股骨颈骨折 1 例(3.12%)。

2.3 不同跌倒次数患者 BBS、TUG、MFES 测试结果比较

见表 1。

表 1 不同跌倒次数患者 BBS、TUG、MFES 测试结果比较 ($\bar{x}\pm s$)

跌倒次数	例数	BBS	TUG	MFES
1 次	32	42.67±4.46	15.96±1.73	5.8±1.4
2 次及以上	18	39.04±4.81 ^①	18.41±1.62 ^①	4.9±1.2 ^②

与跌倒 1 次患者比较,① $P<0.01$,② $P<0.05$

3 讨论

3.1 脑卒中患者跌倒的内在因素

3.1.1 年龄:随着年龄的增长老年人各器官功能逐渐衰退、感觉迟钝、反应变差,与其他年龄段的人群相比容易跌倒^[6]。此外,跌倒或害怕跌倒可能会导致一些年长者限制他们的活动,从而使他们的功能开始螺旋性下降。本组患者中年龄在 65 岁及以上者跌倒发生率明显增高,提示年龄越大,越应提高警惕。

3.1.2 躯体移动障碍:脑卒中可导致各种功能障碍损害,如肢体肌力下降、肌肉萎缩、关节运动受限、平衡功能障碍、肌痉挛、肌张力障碍、姿势步态异常等,使患者的移动速度和控制能力下降,容易引起跌倒。本研究显示平衡能力及跌倒风险与跌倒次数明显相关。

3.1.3 伴发病及药物:本次调查发现:患 2 种及以上慢性疾病者占 86%,主要为糖尿病、高血压、冠心病等;38%的患者长期服用安眠药,服用抗抑郁药 1 个月以上 36%。患慢性疾病、长期用药是跌倒的危险因子^[7]。抗高血压药物、糖尿病药物、安眠药、抗抑郁药等,可诱发体位性低血压、低血糖,使反应变慢或削弱认知能力,增加了跌倒的危险性,如接受高血压治疗发生体位性低血压的概率几乎是其他人的 2 倍,大量或多种药物混杂作用增加了跌倒的危险性,其危险度会随着服药的种类呈指数增长^[8]。

3.1.4 体位性低血压:患者改变体位时(如起床、下床、行走、

由蹲位起立等),动作过快或降压药用量过大,容易发生低血压,导致一过性脑缺血发作而引起跌倒。

3.1.5 精神心理因素:害怕跌倒在脑卒中患者中是普遍的心理现象。害怕跌倒会减少活动,从而降低活动能力,而活动能力的低下会进一步增加跌倒的风险。Tinetti 等^[9]报道 50%的有过一次跌倒的老年人中都有害怕跌倒的心理,并且其中 28%的个体会因为害怕而避免一些必要的活动。本研究发现患者跌倒效能评分与跌倒次数有关。

3.2 脑卒中患者跌倒的外在因素

环境及时间因素与内在因素共同作用,增加跌倒发生的危险。脑卒中患者身体机能下降,环境因素所起的作用就显得更为明显。本研究发现跌倒最易发生的地方是床边、其次为厕所,病床偏高、患者坐位时双脚不能着地且患者平衡功能欠佳使得患者在起坐或站起时容易跌倒。患者尿频、肢体无力、厕所地面湿滑或杂物较多等因素使厕所成为常发生跌倒的危险地带。老年患者夜间睡眠不连续、夜尿次数增多,部分壮年患者存在夜间偏瘫游行行为等使得夜间成为跌倒到发生的重要时间段^[10]。因此,在脑卒中患者跌倒的护理过程中应加强对以上环境及时间段的重视。

总之,本调查结果显示:多因素交互作用,影响脑卒中患者跌倒的发生。积极治疗原发病,降低各种不利因素,改善居住环境,使用辅助工具,加强锻炼,是预防和减少脑卒中患者跌倒的重点。

参考文献

- [1] 郝燕萍,刘雪琴.老年跌倒相关评定量表的研究概况[J].护理学杂志,2006,21(7):77.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381.
- [3] 金冬梅,燕铁斌. Berg 平衡量表及其临床应用[J].中国康复理论与实践,2002,8(3):155—157.
- [4] 陈君,石凤英,等.预测老年人跌倒危险的平衡和步态功能性评定研究进展[J].中国康复医学杂志,2004,19(09):713—714.
- [5] 郝燕萍,刘雪琴.修订版跌倒效能量表在我国老年人群中的测试研究[J].中华护理杂志,2007,42(1):19—20.
- [6] 陈君,石凤英.脑卒中患者跌倒的危险因素[J].中国临床康复,2004,8(7):1324—1325.
- [7] Hornbrook M, Stevens V, Wingfield, et al. Preventing falls among community-dwelling older persons. Gerontologist,1994,34(1):16—23.
- [8] 李林涛,王声.老年人跌倒的疾病负担与危险因素[J].中华流行病学杂志,2001,22(4):262—264.
- [9] Sattin RM,Rodriguez JG,Devito CA, et al. Home environmental hazards and the risk of fall injury events among community-dwelling older persons[J].J Am Geriatr Soc,1998,46:669—676.
- [10] 陈燕,苏霞.住院偏瘫患者偷行行为与跌倒研究[J].中国康复理论与实践,2003,9(9):467—468.