

中华护理学会团体标准

T/CNAS 18—2020

成人住院患者跌倒风险评估及预防

Risk assessment and prevention of falls for adult inpatients

2021-02-01 发布

2021-05-01 实施

中华护理学会 发布

中华护理学会

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中华护理学会提出并归口。

本文件起草单位：江苏省人民医院（南京医科大学第一附属医院）、北京协和医院、中华护理学会护理管理专业委员会、中日友好医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、河南省人民医院、中南大学湘雅医院、北京医院、山西医科大学第一医院、华中科技大学同济医学院附属同济医院、安徽省立医院、上海交通大学医学院附属仁济医院、山东大学齐鲁医院、四川省人民医院、吉林大学第一医院、武汉市中心医院、无锡市人民医院、重庆医科大学附属第一医院、贵州医科大学附属医院。

本文件主要起草人：顾则娟、吴欣娟、郑一宁、赵菁、刘义兰、宋葆云、高红梅、孙超、杨辉、王颖、宋瑰琦、杨艳、栾晓嵘、温贤秀、殷欣、付阿丹、蔡英华、谢莉玲、李亚玲、王荣、梅克文、夏丽霞、鲁婕雨、陈鹏、刁庆庆。

中华护理学会

成人住院患者跌倒预防风险评估及预防

1 范围

本文件规定了成人住院患者跌倒风险评估和预防的基本要求及措施。

本文件适用于各级各类医疗机构的护理人员，其他机构参照执行。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 431—2013 护理分级

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

跌倒 fall

住院患者在医疗机构任何场所，未预见性地倒于地面或倒于比初始位置更低的地方，可伴或不伴有外伤。

4 基本要求

4.1 应提供安全的住院环境，包括功能良好的床单元及设施、活动区域无障碍物、地面干燥防滑等。

4.2 在判定跌倒风险等级的同时，应根据评估确定的风险因素，采取针对性的预防措施。

4.3 应对跌倒风险因素及风险级别进行动态评估，并及时调整预防措施。

4.4 应对患者和/或照护者进行预防跌倒的健康教育，并鼓励主动参与预防措施的制订与实施。

5 风险评估

5.1 评估时机

5.1.1 在患者入院时、转科时，应进行跌倒风险评估。

5.1.2 住院期间出现病情变化、使用高跌倒风险药物、跌倒后、跌倒高风险患者出院前，应再次评估。

5.2 评估跌倒风险因素

包括但不限于下列风险因素：

- 头晕、眩晕；视力障碍；
- 肌力、平衡及步态异常；
- 体位性低血压；
- 大便/小便失禁，且紧急和频繁的排泄；
- 使用高跌倒风险药物（如镇痛药、抗惊厥药、降压利尿剂、催眠药、泻药、镇静剂和精神类药）；
- 有跌倒史；
- 携带导管；
- 认知功能受损。

5.3 判定跌倒风险等级

5.3.1 可按表 1 临床判定法，判定为跌倒低风险、中风险和高风险。

表1 跌倒风险临床判定法

跌倒风险等级	患者情况
跌倒低风险	昏迷或完全瘫痪
跌倒中风险	存在以下情况之一： ——过去24 h内曾有手术镇静史； ——使用2种及以上高跌倒风险药物
跌倒高风险	存在以下情况之一： ——年龄≥80岁； ——住院前6个月内有2次及以上跌倒经历，或此次住院期间有跌倒经历； ——存在步态不稳、下肢关节和/或肌肉疼痛、视力障碍等； ——6 h内使用过镇静镇痛、安眠药物

5.3.2 当患者不符合表 1 中任何条目时，宜使用 Morse 跌倒风险评估量表（见附录 A）进行评估，根据总分判定为跌倒低风险、跌倒中风险、跌倒高风险。

6 预防措施

6.1 跌倒低风险患者

- 6.1.1 应在床边、就餐区、卫生间、盥洗间等跌倒高危区域及腕带上放置防跌倒警示标识。
- 6.1.2 应将日常用物、呼叫铃放在患者方便取用位置。
- 6.1.3 宜减少跌倒风险的因素，如协助肌力、平衡及步态功能训练改善步态不稳。
- 6.1.4 使用带轮子的床、轮椅等器具时，静态时应锁定轮锁，转运时应使用安全带或护栏。

6.2 跌倒中风险患者

- 6.2.1 应执行跌倒低风险的预防措施。
- 6.2.2 应执行WS/T 431—2013规定，确定患者需要照护的程度，按实施要求提供护理。
- 6.2.3 告知患者离床活动时应有他人陪同。

6.3 跌倒高风险患者

- 6.3.1 应执行跌倒低、中风险的预防措施。
- 6.3.2 应有专人24 h看护，保持患者在照护者的视线范围内。
- 6.3.3 应每班床边交接跌倒风险因素及跌倒预防措施的执行情况。

6.4 针对风险因素的预防措施

6.4.1 头晕、眩晕

- 6.4.1.1 应将头晕、眩晕引起跌倒的可能性提前告知患者和/或照护者。
- 6.4.1.2 可鼓励患者记录头晕、眩晕病史日记。
- 6.4.1.3 应评估头晕及眩晕感受、诱发因素、持续时间和强度、性质、相关症状、缓解方法。
- 6.4.1.4 应指导患者头晕及眩晕时及时蹲下或扶靠牢固稳定物体。
- 6.4.1.5 宜鼓励患者和/或照护者参加由康复医师实施的前庭疗法。

6.4.2 视力障碍

- 6.4.2.1 如有不同用途的两副以上眼镜，应贴上相应的标签。
- 6.4.2.2 应指导因视力减弱曾有跌倒史或跌倒风险的患者使用单光眼镜。
- 6.4.2.3 护理偏盲患者时，宜站在盲侧，并通过声音等增强患者对空间、位置的感知。
- 6.4.2.4 发现患者存在尚未诊断的视力问题时，应报告医师。

6.4.3 肌力、平衡及步态异常

- 6.4.3.1 应观察和询问患者在行走或平衡方面遇到的问题。
- 6.4.3.2 宜鼓励患者参加由康复医师制订的肌力、平衡及步态训练计划，并督促实施。
- 6.4.3.3 应指导患者正确使用助行器等保护性器具。
- 6.4.3.4 对严重骨质疏松、髌关节骨折的患者，可协助佩戴髌部保护器。

6.4.4 体位性低血压

- 6.4.4.1 应指导患者体位转换时速度缓慢，避免弯腰后突然站起，减少弯腰动作及弯腰程度。
- 6.4.4.2 应指导患者卧位转为站位时，遵循“三部曲”，即平躺30 s、坐起30 s、站立30 s再行走。
- 6.4.4.3 应指导患者睡眠时抬高床头10℃~30℃，以舒适为宜。
- 6.4.4.4 应指导患者淋浴时水温以37℃~40℃为宜。
- 6.4.4.5 宜对患者有计划进行有氧耐力训练，站立时可行间歇踮脚尖或双下肢交替负重训练。
- 6.4.4.6 宜协助下肢静脉曲张或静脉回流差的患者穿弹力袜、紧身裤或使用绷带等。
- 6.4.4.7 应指导患者一旦发生体位性低血压，或患者体位改变、外出行走出现头晕、肢体无力等不适症

状时，应立即就近坐下或搀扶平躺休息；指导陪同人员按摩四肢并立即呼救。

6.4.5 大便/小便失禁且紧急和频繁的排泄

- 6.4.5.1 宜将患者安置在离厕所较近的区域，或在床旁提供洗漱和如厕的替代设施。
- 6.4.5.2 应观察、识别患者大/小便失禁的原因。
- 6.4.5.3 可对患者进行大小便自控能力训练。
- 6.4.5.4 宜制定如厕计划，对频繁如厕的患者，可使用大/小便失禁护理裤、护理床等。

6.4.6 使用高跌倒风险药物

- 6.4.6.1 应识别并明确告知患者和/或照护者可能增加跌倒风险的药物。
- 6.4.6.2 指导患者服用高跌倒风险药物时，在药效期内宜限制活动。
- 6.4.6.3 应与医师沟通减少使用或及早停用高跌倒风险药物。

6.4.7 认知功能受损

- 6.4.7.1 宜根据康复医师评定的认知功能受损情况提供帮助。
- 6.4.7.2 当患者出现精神与行为症状时，应移除周围可能造成伤害的物品。
- 6.4.7.3 对产生幻觉并出现游走或夜间异常行为的患者，夜间可反锁门窗或实施保护性约束。

附录 A
(资料性)

Morse 跌倒风险评估量表 (Morse Fall Scale)

项 目	评分标准	分 值
跌倒史	无	0
	有	25
超过一个疾病诊断	无	0
	有	15
使用助行器具	没有需要/卧床休息/坐轮椅/护士帮助	0
	拐杖/手杖/助行器	15
	依扶家具	30
静脉输液	否	0
	是	20
步态	正常/卧床休息/轮椅	0
	虚弱	10
	受损	20
精神状态	正确评估自我能力	0
	高估/忘记限制	15
注: <25分为跌倒低风险, 25~45分为跌倒中风险, >45分为跌倒高风险		