

Harris 髌关节功能评分分值均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 按功能评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 术后 1 个月     | 术后 3 个月     |
|-----|----|-------------|-------------|
| 试验组 | 30 | 58.52±10.37 | 80.68±11.31 |
| 对照组 | 30 | 45.91±11.23 | 69.39±13.72 |
| t   |    | 5.663       | 3.478       |
| P   |    | <0.001      | <0.001      |

### 3 讨论

据研究报道, 近年来世界各国老年髌部骨折发病率呈逐年上升趋势, 预计到 2050 年髌部骨折的发病人数将达到 630 万人<sup>[5]</sup>。随着医疗技术的发展, 目前老年髌部骨折的手术治疗方法已能减少术后并发症的发生, 降低死亡率, 但由于老年人身体各项机能逐渐衰退等因素影响, 术后积极、安全的康复训练仍是患者的一个重大难题。据研究报道老年髌部骨折患者行手术治疗后 1 年, 60% 存在至少 1 项的日常生活不能完全自理, 40% 不能独立行走, 27% 需要他人照顾其生活起居<sup>[6]</sup>。因此, 积极有效的康复训练是骨折患者恢复关节功能、提高患者的自我保健意识和生活质量的关键<sup>[7]</sup>。我们通过采用戴闰教授设计的《骨折病人早期运动康复安全评定量表》对试验组患者进行评估测定后, 根据测定分值针对不同的患者制定出不同阶段的康复运动护理干预措施, 保证了患者术后康复的运动安全, 有效地提高了术后患者髌关节功能的恢复。本组观察结果可

知, 术后 1 个月和 3 个月时试验组患者髌关节功能评分均优于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 说明根据运动康复安全性评定量表制定老年髌部骨折患者术后康复运动护理干预措施能安全、有效地促进患者髌关节功能的恢复, 提高患者生活质量。

### 参考文献:

- [1] 李东梅, 姜文彬, 夏海鹏, 等. 3H 护理服务模式在超高龄髌部骨折病人护理中的应用[J]. 护理研究, 2013, 27(9): 2897-2898.
- [2] 戴闰. 骨科运动康复[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 11-46.
- [3] 陈润芳, 萧佩多, 徐连芳, 等. 早期离床坐联合踩单车运动对老年髌部骨折术后患者康复的影响[J]. 护理学报, 2013, 20(8A): 39-42.
- [4] 王曙红. 临床护理评价量表及应用[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2011: 63-65.
- [5] Sambrook P, Cooper C. Osteoporosis[J]. Lancet, 2006, 367(9527): 2010-2018.
- [6] 曹虹, 赵岳. 老年髌部骨折病人康复干预模式的研究进展[J]. 护理研究, 2013, 27(7): 1929-1931.
- [7] 张秋芳, 张丽, 王田秀, 等. 临床教育路径在老年性骨折康复中的应用[J]. 右江民族医学院学报, 2011, 33(1): 105-107.

收稿日期: 2014-01-24; 修回日期: 2014-03-20

## 脑卒中患者康复期跌倒的危险因素分析<sup>①</sup>

邓晓清, 方芳, 蒋红焱, 张立湘, 向平, 王晓磊, 黄丽华, 曾宪国

(广西南宁市第八人民医院神经内科, 广西南宁 530001 E-mail: dxqgx@126.com)

**摘要:** **目的** 探讨脑卒中患者康复期跌倒的危险因素。**方法** 回顾性收集我院自 2008 年 6 月~2013 年 6 月间因脑卒中住院, 病情稳定后行康复治疗, 在住院期间跌倒的患者 52 例, 分析跌倒的危险因素。**结果** 52 例跌倒者中, 跌倒 1 次 35 例, 跌倒 2 次 13 例, 跌倒 4 次 4 例, 跌倒次数共 77 次。61 次(79.22%)事件跌倒者有当天有药物史, 50 次(64.94%)有患侧肌张力减退, 42 次(54.55%)有全偏瘫(不能站立), 35 次(45.45%)跌倒有轻偏瘫(能站立), 全偏瘫较轻偏瘫跌倒次数高( $P = 0.003$ )。28 次有偏身感觉障碍, 20 次(25.44%)有智能障碍, 16 次(20.78%)有交流障碍, 12 次有视野缺损, 10 次(12.99%)有视空间忽略, 9 次(11.69%)既往有下肢骨科手术史, 6 次(7.79%)有非瘫痪下肢骨科疾病。46 次(59.74%)跌倒发生在床上, 61 次(79.22%)跌倒时间在活动或康复治疗中。35 次(45.45%)跌倒发生在卒中后 1~4 周, 16 次(20.78%)跌倒由外部环境引起。**结论** 脑卒中患者康复期跌倒危险因素多, 干预措施应将危险因素包含在康复项目里。

**关键词:** 跌倒; 脑卒中; 康复期; 危险因素

**中图分类号:** R743.3

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1001-5817(2014)03-0453-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.075

跌倒是脑卒中康复期最常见的并发症之一, 识别卒中早期跌倒的危险因素有利于预防干预, 目前认为卒中后智能及躯体功能损害、作用于中枢神经系统的药物、环境因素是跌倒的危险因素, 多个危险因素的累加较单一因素更易引起跌倒<sup>[1-3]</sup>, 本文的目的是探讨脑卒中康复期跌倒的危险因素, 为制定康复期干预措施提供依据。

### 1 对象与方法

1.1 研究对象的选择 回顾性收集我院自 2008 年 6 月~2013

年 6 月间因脑卒中住院, 病情稳定后行康复治疗者 52 例, 排除蛛网膜下腔出血伴跌倒者。跌倒的定义为突发的、不自主地从站立、坐位或平地上倾斜, 而到在地上的表现(包括从椅子滑到地上)<sup>[4]</sup>。

### 1.2 方法

1.2.1 危险因素 入院后由专科医生统计患者性别、年龄等一般资料, 记录与跌倒相关的危险因素: 既往卒中史、肢体瘫痪、肌张力、感觉障碍、视空间忽略、视力障碍(偏盲或全盲)、交

① 基金项目: 广西壮族自治区卫生厅课题(Z2008442, Z2012612); 南宁市科学研究与技术开发计划项目(20133188)

流障碍、震颤、共济失调、既往下肢骨折史、下肢手术史、药物史(降压药、降糖药、镇静药、抗抑郁药、抗焦虑药及精神药)。

1.2.2 跌倒的环境 记录跌倒的时间、地点、活动情况、环境(翻身、坐轮椅及使用设备)及后果。

1.2.3 跌倒风险管理 定期对患者进行防跌倒教育,预防跌倒措施包括上床栏、使用报警按钮、调节床的高度、熟悉康复设备、提醒地板滑。

1.3 统计方法 采用 SPSS 13.0 软件包进行统计分析。计数资料用频数以及百分比表示。

## 2 结果

2.1 一般资料 52 例跌倒者中男 30 例,女 22 例,平均年龄(67±7.9)岁,其中 35 例跌倒 1 次,13 例跌倒 2 次,4 例跌倒 4 次,跌倒次数共 77 次。77 次跌倒中 40(51.95%)次发生于男性,37(48.05%)次发生于女性,性别比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。60 次(77.92%)发生年龄 65 岁及以上者,17 次(22.08%)在 65 岁以下。20 次跌倒发生在有 2 次及以上卒中史的患者。

2.2 跌倒的危险因素 77 次跌倒中,61 次(79.22%)有跌倒当天使用对中枢神经系统有作用的药(降压药、降糖药、抗精神药物、抗抑郁药、抗焦虑药以及镇静剂)。50 次(64.94%)有患侧肌张力减退。42 次(54.55%)有全偏瘫(不能站立),35 次(45.45%)跌倒有轻偏瘫(能站立)。28 次有偏身感觉障碍,其中 9 次伴运动或混合性失语的患者有触觉障碍,10 次感觉检查不配合。20 次(25.97%)有智能障碍(判断错误、精神运动性障碍)。16 次(20.77%)有交流障碍(不同类型的失语)。12 次有视野缺损(27 次视野检查不配合)。10 次(12.99%)有视空间忽略,9 次(11.69%)既往有下肢骨科手术史,6 次(7.79%)有非瘫痪下肢骨科疾病,见表 1。

表 1 跌倒的危险因素

| 危险因素                | 跌倒次数 | %     |
|---------------------|------|-------|
| 药物史                 | 61   | 79.22 |
| 肌张力减退               | 50   | 64.94 |
| 偏瘫                  | 42   | 54.55 |
| 轻偏瘫                 | 35   | 45.45 |
| 偏身感觉障碍 <sup>a</sup> | 28   | 41.79 |
| 智能障碍                | 20   | 25.94 |
| 交流障碍                | 16   | 20.78 |
| 视野缺损 <sup>b</sup>   | 12   | 24.00 |
| 视空间障碍               | 10   | 12.99 |

注:a:扣除不配合检查 10 次,总跌倒次数为 67。b:扣除不配合检查 27 次,总跌倒次数为 50

2.3 跌倒环境 46 次(59.74%)跌倒发生在床上,18 次(23.38%)在洗澡间或厕所,10 次(12.99%)在走廊,2 次(2.60%)在康复仪器旁,1 次(1.30%)在餐桌。61 次(79.22%)跌倒时间在活动或康复治疗中(8 时至 12 时 33 次,14 时至 18 时 28 次),16 次(20.78%)在休息时间或活动较少时(20 时至次日 8 时)。35 次(45.45%)跌倒发生在卒中后 1~4 周,29 次(37.66%)在卒中后 5~8 周,13 次(16.88%)在卒中后 9 周以后,本院大多数康复患者出院时间为卒中后 4~6 周。16 次(20.78%)跌倒由外部因素引起,如家属翻身不正确,轮椅不稳或地面滑等。后果:无异常 22 次(28.57%),软组织损伤 50 次(64.94%),骨折 5 次(6.49%),均为髌部骨折,其中 1 例手术治疗。

## 3 讨论

本文示 52 例脑卒中患者康复期间跌倒共 77 次,跌倒者以男性、年龄在 65 岁及以上、既往有卒中史的者多见,但跌倒次数中性别差异无统计学意义,与文献报道一致<sup>[1-2]</sup>。

本文提示白天跌倒的危险因素是药物的使用,如降糖药、抗高血压药、抗精神药物、抗抑郁药、抗焦虑药以及镇静剂,其次为患侧肌张力减退,瘫痪或偏身感觉障碍以及智能障碍。另一值得注意的危险因素是视力障碍、空间忽略以及交流障碍,这些症状及体征均出现在入院及康复阶段。本文结果已被文献证实:有报道视空间障碍、偏侧忽略、使用利尿剂、抗抑郁药以及镇静剂是卒中后康复期跌倒的危险因素,严格使用镇静剂以及抗精神药物可以预防跌倒<sup>[5]</sup>。降糖药及降压药作用于中枢神经系统功能,使得睡眠质量注意力及下降,从而使跌倒增多<sup>[6-7]</sup>。Foucault 等<sup>[8]</sup>对 44 例卒中患者随访 19 个月,发现感觉障碍、视空间障碍、使用镇静剂是跌倒的危险因素。

本文提示大多数跌倒发生在房间,由坐位到站位或翻身时,少部分发生在卫生间,跌倒最常见发生在早上或下午的活动期间,较少发生在休息时间,与文献报道相近。Sze 等<sup>[9]</sup>报道卒中后康复期 85%的跌倒患者跌倒发生在白天,71%跌倒发生在床上; Tutuarima<sup>[3]</sup>报道 45%的跌倒患者跌倒发生在白天,51%跌倒发生房间,20%跌倒发生由于视力问题去厕所及洗澡间; Byers 等<sup>[10]</sup>报道在 202 例经历跌倒的卒中患者急性期,发现傍晚跌倒的患者是白天及夜间的 2 倍,大多数患者跌倒发生在 6 至 18 时; Sinanovic 等<sup>[11]</sup>报道脑卒中急性期住院患者中,72%住院 5 d 内,62.29%的跌倒发生在夜间。

卒中患者有站立或行走的意图时,任何能减少注意力的影响如药物、智能障碍、抑郁或焦虑均可增加跌倒风险。另外,偏瘫患者走路速度慢,步长短,步态不流畅以及不对称,使平衡功能受损<sup>[1]</sup>,静态站立时体重分布不对称,约 70%由健侧承担,使得躯体摇晃增加<sup>[12]</sup>,这可解释偏瘫患者较双侧瘫患者容易发生跌倒。本文提示卒中后偏瘫患者中,平衡功能同样被药物、患侧肌张力减退、瘫痪或偏身感觉障碍以及智能障碍、视力及视野受损、环境因素影响。

本文提示卒中后康复期跌倒常见,少部分患者后果严重。跌倒的危险因素较多,预防措施应将跌倒的危险因素包含在康复项目里,包括较轻偏瘫患者,更多关注全偏瘫患者(在康复过程通过改善患者的偏瘫以及独立行走能力可以减少跌倒<sup>[13]</sup>),控制抗精神药物的使用,使用降血糖及血压药物时注意患者的适应性,正确使用轮椅预防跌倒,教育家人正确翻身,对易跌倒的患者请专人护理。

## 参考文献:

- [1] Forster A, Young J. Incidence and consequences of falls due to a stroke: a systematic inquiry[J]. BMJ, 1995, 311(6997): 83-86.
- [2] Teasell R, McRae M, Foley N, et al. The incidence and consequences of falls in stroke patients during inpatient rehabilitation: factors associated with high risk[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2002, 83(3): 329-333.
- [3] Tutuarima JA, Van Der Meulen JH, De Haan RJ, et al. Risk factors for falls of hospitalized stroke patients[J]. Stroke, 1997, 28(2): 297-301.
- [4] Lee JE, Stokic DS. Risk factors for falls during inpatient rehabilitation[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2008, 87: 341-350.
- [5] Kwolek A, Lewicka K. Analysis of reasons for falls of hemiparetic inpatient rehabilitated patients [J]. Orthop Traumatol Rehabil, 2002, 4(5): 606-612.
- [6] Tilling LM, Darawail K, Britton M. Falls as a complication of diabetes mellitus in older people[J]. J Diabetes Complic, 2006, 20(3): 158-162.
- [7] Aizen E, Shugaev I, Lenger R. Risk factors and characteristics of falls during inpatient rehabilitation of elderly patients[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2007, 44(1): 1-12.
- [8] Foucault P, Visentin C, Meklat H, et al. Facteurs pre-

dictifs dela chute chez l'hémiplegique vasculaire en centre de médecine physique[J]. Ann Readapt Med Phys, 2005, 8:668-674.

- [9] Sze KH, Wong E, Leung HY, et al. Falls among Chinese stroke patients during rehabilitation[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001, 82(9):1219-1225.
- [10] Byers V, Arrington ME, Finstuen K. Predictive risk factors associated with stroke patient falls in acute care settings[J]. J Neurosci Nurs, 1990, 22(3):147-154.
- [11] Sinanovic O, Raicevic B, Brkic M, et al. Falls in hospi-

talized acute stroke patients[J]. Med Arh, 2012, 66(1): 33-34.

- [12] Cheng PT, Wu SH, Liaw MY, et al. Symmetrical body-weight distribution training in stroke patients and its effect on fall prevention[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001, 82:1650-1654.
- [13] Lim JY, Jung SH, Kim WS, et al. Incidence and risk factors of poststroke falls after discharge from inpatient rehabilitation[J]. PMR, 2012, 4(12):945-953.

收稿日期:2013-12-26;修回日期:2014-04-22

## 21 例急性心肌梗死合并恶性心律失常的院前急救分析

卢永彪, 韦元飞

(广西武鸣县人民医院急诊科, 广西 武鸣 530100 E-mail:wmjxk@sina.com)

关键词: 心肌梗死; 心律失常; 心性; 急救

中图分类号: R459.7 文献标识码: B 文章编号: 1001-5817(2014)03-0455-01

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.076

急性心肌梗死(AMI)是临床上常见的急症,AMI常可引发室性心动过速、室颤等恶性心律失常<sup>[1]</sup>,这是导致心脏性猝死的主要原因。及时发现恶性心律失常并给予有效的处理,是抢救成功的关键。我院急诊科自2012年1月~2014年1月出院前处理AMI合并恶性心律失常共21例,现将救治情况分析如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 21例患者中,男13例,女8例,患者年龄41~76岁,平均56.2岁;院前AMI的诊断依据:①典型的症状体征,如:胸痛、胸闷、心前区不适或晕厥;②特征性的心电图改变,如:损伤性的ST段抬高及缺血性T波改变、病理性Q波等。本组所有患者,在现场或转回院途中经心电图或心电监护发现合并恶性心律失常。

1.2 临床特点 本组病例大部分起始表现为室性早搏,心电图QRS波宽大、畸形,进而心电图表现为阵发性室速、尖端扭转型室速、心室扑动、心室颤动。

1.3 抢救措施 院前除给予吸氧、静脉通路、硝酸甘油、镇静(安定)、止痛(吗啡)等一般处理外,对于无血压下降的室速患者,给予静推胺碘酮300mg,无效时10~15min再半量静推,然后按1mg/min静滴维持。无脉性室速和室颤立即给予电除颤,能量为150J(双相波除颤仪),并进行心肺复苏,按需使用肾上腺素和胺碘酮。

### 2 结果

本组21例中,有4例使用胺碘酮转复成功,余17例接受了电除颤,其中6例能在2min内实施除颤,全部一次复苏成功;另11例未能在第一时间除颤,有所延迟,都除颤2次以上,并进行心肺复苏、使用肾上腺素和胺碘酮,7例复苏成功,4例死亡。

### 3 讨论

AMI后发生室性心律失常高发期为冠状动脉闭塞4h之内,特别是前30min,包括室性期前收缩、室性心动过速、室颤等,6~24h后明显减少<sup>[2]</sup>。恶性心律失常起病急,进展快,如

不及时处理患者可在数分钟内猝死<sup>[3]</sup>。所以,在出诊现场和转送途中,都应考虑到AMI患者随时会发生心律失常可能,要提高警惕,全程给予心电监护,密切观察心电变化。心电监护能提供及时的心电信息,早期发现恶性心律失常先兆,为抢救赢得时间。本组资料表明,恶性心律失常前往往先出现室性早搏,因此,对于AMI后出现室早,尤其是多源、多形性室早,就应该判断为恶性心律失常先兆,要及时给予抗心律失常药物干预,以避免或减少恶性心律失常发生。我们首选胺碘酮作为抗心律失常药,首次负荷量为300mg静推,仍无效再半量静推,转复后按1mg/min静滴维持。本组有4例用胺碘酮转复成功,效果不错。对已表现为无脉性室速和室颤的患者,要争分夺秒地给予电击除颤,这对抢救成功至关重要。本组资料显示,一次电除颤便复苏成功的6例,都是在室颤发生的2min内得以实施,而其余病例都因各种原因延迟,使除颤效果不甚理想。这与文献报导的除颤越早,成功率越高相符。电除颤转复成功后,需用胺碘酮静滴维持以防止复发,否则可能会再次出现恶性心律失常而导致病情恶化和死亡。

总之,AMI合并恶性心律失常很常见,易导致猝死。动态心电监测,及时发现恶性心律失常先兆,应用抗心律失常药防止发展为恶性心律失常,对无脉性室速和室颤争分夺秒地给予电击除颤,是提高AMI抢救成功率的重要环节。

### 参考文献:

- [1] 李南方,林丽,王磊,等.1999~2008年高血压专科医院患者病因构成的分析[J].中华心血管病杂志,2010,38(10):939-942.
- [2] 杨新春,李延辉,王乐丰.急性冠状动脉综合征[M].北京:人民卫生出版社,2009:295-296.
- [3] 毕立雄,张黔.70例心律失常的门诊急救措施[J].中国实用医药,2009(32):82-83.

收稿日期:2014-04-09