

## 关于身体约束的实践指南

编译：复旦大学附属中山医院护理部 徐建鸣  
审校：复旦大学护理学院 胡雁

### 一、信息来源

此最佳实践的信息源于由 JBI 发表的系统综述，可通过 JBI 的网站 [www.joannabriggs.edu.cn](http://www.joannabriggs.edu.cn) 查找。

### 二、身体约束的定义

约束在医疗领域中经常用来维护患者安全及预防意外事件，分为化学约束和身体约束。医疗领域中的身体约束通常定义为：通过使用于病人身上或周围的任何设备、物品或仪器，且不能被病人自行控制或轻易去除，预防或试图阻止病人身体自由活动以选择体位或/和触及自己的身体某部位。本文讨论应用身体约束的实践指南。

### 三、身体约束的现状

#### （一）身体约束的现状

据统计，医院住院病人中身体约束率约在 3.4%~21%（平均 10%），约束时间介于 2.7~4.5 天；长期照护机构中（如护理院）中的病人约束率约 12~47%，（平均 27%），1 年的随访显示约束时间从 1 天~350 天不等，其中一个研究报告的平均约束天数高达 86.5 天，32%病人至少每月有 20 天被约束。文献回顾结果显示：对病人进行身体约束是非常普遍的现象，长期照护机构的约束使用率明显高于医院。

医院和长期照护机构使用的约束种类不尽相同。医院前 3 位约束措施为手腕、腰部和胸部，而长期照护机构中使用最多的约束装置是约束背心和约束腰带。这种差异表明，目前对如何使用约束以及约束的实践标准尚未达成共识。

#### （二）使用约束的指征

使用约束的指征在医院和长期照护机构各有不同。医院中被约束病人多是从

精神科转来、认知障碍、卧床不起、行为紊乱、或评估有摔倒危险的病人；长期照护机构被约束的病人以虚弱的老年人为主、或二便失禁，日常生活起居不能独立者也是身体约束的主要对象。

### （三）身体约束原因

身体约束原因通常为保证病人自身安全。医院主要对定向障碍、躁动病人进行行为控制，预防其拔除导管和走失。身体约束还被用来弥补护理人力不足时，维持环境安全，保证其他病人免受惊扰，或在强制治疗执行时应用，防治病人阻碍治疗、拔管。

## 四、与身体约束相关的损伤

与身体约束有关的损伤分直接损伤和间接损伤两类。

### （一）直接损伤

直接损伤是指由于约束过紧和时间过长，外部压力直接导致的组织损伤如皮肤破损、用皮革约束带约束超过 48 小时后发生约束部位的缺血性淤伤，背心式约束和手腕约束后导致末梢神经丛张力过高而导致神经损伤和肌肉萎缩，试图从约束中挣脱站起或坐起而导致的窒息、长时间挣扎导致的猝死等。

### （二）间接损伤

间接损伤是非直接损伤所致不良后果，与强迫制动有关，医院中表现为住院周期、院内感染发生率、坠床发生率和死亡率增加。长期照护机构中表现为社会行为、认知及自主活动和定向等功能退化，压疮、坠床及大小便失禁等加剧。值得一提的是约束常用来预防坠床，文献回顾却发现约束病人更容易发生坠床，坠床相关损伤更严重，持续约束病人比间歇约束病人坠床损伤危险更大。相反中断约束能够减少坠床相关损伤。

### （三）减少约束所致损伤的要点

目前文献中强调减少因约束带来的损伤，所探讨的主题主要包括：（1）遵从约束装置制造商的使用说明，（2）对如何正确使用约束装置以及其潜在的危害进行员工培训和在职教育，（3）避免隔离约束的病人，（4）尽量减少使用约束，（5）在病人被约束期间应格外加强观察巡回等等。

## 五、身体被约束时的感受

经历过身体约束的病人以及他们的家属均描述了他们受到身体约束后的种种不良体验。

### （一）病人的感受

经历过身体约束的病人主要表述了受限制和不舒适两方面的感受。病人反映身体被约束与失去自由和控制自己的行动的能力相连,如:“就象被监禁了一样”,“如同笼中之鸟”,“象骡子一样被套上套索”,“手一动都不能动”,“这是给疯子用的,我又不是疯子”……,病人还表达了因此导致的疼痛,以及自己行为受到的限制(如上厕所)。

### （二）家属的感受

家属则表现出愤怒和难过,如:“这简直让我会发疯……”,“我气得把约束带解下来扔了……”,“她什么也不能做,就这样被绑了起来”。家属还表达了对医务人员实施约束时的方式感到愤怒:“他们走进来什么也不说就动手把病人约束起来”。家属还表达了看到亲人被绑起来后的内心的难受:“(看到他被捆绑起来,)我哭了,我感到内疚...”,一些家属认为约束是对人身的侵犯:“我宁愿死也不愿这样”。有些家属认为病人被约束就意味着他的亲人恢复的可能性很渺茫,他们认为:“眼看着这种约束是这么地真实,看来我们是不可能再作我们想作的事情了……”。

## 六、减少身体约束的使用

### （一）医院减少身体约束使用的情况

关于评估医院内减少身体约束方案的文献极少,在检索中未找到随机对照研究或对照研究,仅有3个自身对照研究认为身体约束是可以有效缩减的。在减少身体约束使用方面,医院做的努力远不如长期照护机构。

### （二）长期照护机构减少身体约束使用的情况

长期照护机构中一项 RCT 比较了约束教育辅以护理专家咨询与单纯约束教育及不进行任何干预的效果,结果证实,通过进行约束教育培训,辅以护理专家咨询的临床护士组身体约束率1年中下降了56%,单纯培训组下降了23%,而在这期间护理人力却无任何增加,且未增加精神科药物的使用量,也未发现跌倒

率增加。数项长期照护机构中的自身对照研究也支持以上结论。另外也有一些研究发现减少身体约束可能会使病人的轻微损伤小幅增加,但减少约束同时严重的身体损伤下降。该问题期望得到进一步追踪。

## 七、减少身体约束的方案

文献中报道的减少身体约束的方案和方法中,有两个最为常见:一是教育,以改变组织文化,提供有效的去除约束策略,二是通过综合管理减少约束。

### (一) 约束教育

#### 1. 约束教育形式和内容

##### 1) 教育培训形式

文献中主要的培训方式包括在职教育、教育课件、研讨班、讲座、强制和义务学习、观看多媒体节目或录像教育等。也有文献报道在新职工教育中加入约束教育内容。时间从数小时到2天甚至分10次共持续4个月。培训可在某一机构内部进行,也有的是在多个机构中合作进行。

##### 2) 教育培训内容

内容主要包括身体约束的影响、病人的权利和自主性、约束的概念及误区、约束的伦理和法律问题、约束的不良结果、约束所引发的特殊的行为问题(如躁动、迷失、拒绝治疗、坠床、翻身障碍等)、约束的替代方法等。大多数文献都达成2个共识:一是教育有助于改变机构的文化、提出成功避免约束病人的对策。二是只有通过多维的活动才能有效减少病人身体约束。

#### 2. 身体约束的替代方法

身体约束替代方法主要指任何可用于代替身体约束的手段,使用后能够减少病人身体约束的需求。文献中对于身体约束替代方法的评价较少且对方法的描述也不多。根据文献所提供的信息列出了下列替代方法,但应特别注意的是,由于文献中缺少对这些方法效果的系统评价,故使用时应慎重:

##### 1) 环境改善方面:

- 如改善照明
- 照明设备的开关容易触及
- 防滑地板

- 家具放置位置合理以防阻挡通路
- 锁住出口
- 走廊两端留出活动区
- 改革病房设计使护士容易观察到病人的状况；

2) 加强床单位安全设施：

- 如中间下凹式床垫
- 使用靠垫帮助放置体位
- 长枕头阻碍病人坠床
- 地板上加地垫
- 床旁地板上加防滑条
- 调低床的高度
- 降低床栏
- 让铃牌可见可及
- 去除床轮
- 床旁放置椅子或床旁柜等；

3) 坐姿及体位支持方面：

- 如抬高扶手和椅背
- 撤掉滑轮的椅子
- 椅周垫好软枕等特制设施；

4) 病人培训方面：

- 预防跌倒的康复练习
- 安全移动练习
- 起夜活动练习
- 个体和群体训练等方法；

5) 如厕和失禁病人护理：

- 增加如厕需求的征询
- 排泄规律的养成
- 便后清洗改进
- 失禁病人的评估

- 厕所标记醒目
  - 床旁坐便器应用；
- 6) 护理改进方面：
- 增加监测频率
  - 对行为改变征兆的及时捕捉
  - 适当增加人力
  - 了解病人起居的个性习惯
  - 病人移动和活动时护理员的协助和观察
  - 铃绳伸手可及
  - 高危病人就近护士台
  - 尽早去除插管及减少静脉给药等；
- 7) 心理社会方面的替代措施：
- 如鼓励亲人陪护
  - 主动倾听
  - 增加巡视
  - 鼓励护患沟通
  - 尽快熟悉病人
  - 病人行为修饰
  - 对病人的抚触和按摩
  - 放松技术
  - 减少房间噪音
  - 使用辅助感官如助听器和老花眼镜等；
- 8) 生理上的替代约束措施：
- 减少疼痛
  - 按时给药
  - 改善失眠等；
- 9) 报警系统方面：
- 如增加认知障碍患者床椅及手腕的报警
  - 增加出口处报警及采用电子监测系统。

尽管身体约束替代方案种类繁多 ,但当前文献缺少对约束替代方法效果的评估。应根据病人的个体情况选择上述措施中有效的方法 ,

### **3 . 加强对特殊病人的管理**

一些文献建议加强对特殊病人的管理能有效降低医院身体约束的使用 :

#### **1) 对认知障碍病人 :**

- 床旁明显张贴日期和分管护士姓名
- 反复让病人熟悉环境
- 鼓励病人带自己熟悉的物品于床旁
- 增加与病人沟通
- 设轻柔的背景音乐
- 病床、轮椅和病人手腕系响铃 ;
- 电视或收音机
- 去除或治疗引起患者狂噪的因素
- 厕所标志用图形表示
- 将认知障碍的病人安置在靠近护士站的房间

#### **2) 容易跌倒病人 :**

- 手臂有明显标记
- 进行跌倒危险因素评估
- 并提供预防跌倒训练 ;

#### **3) 容易迷失的病人 :**

- 应保留其照片便于寻找时用
- 入院时做好评估便于及早预防
- 有迷失倾向病人穿特殊颜色病服利于辨认
- 建立全院性病人迷失报警系统便于发动全院寻找
- 大门出入应有监测及警报系统
- 衣服上有明显识别记号
- 夜间关闭大门 ;
- 设计室内庭台或花园 , 且靠近安全出口
- 为患者提供活动、娱乐项目

- 在走廊的两头安排活动区域
- 对容易夜间出现迷失行为的患者提供系统的夜间活动

#### 4) 对有拔管等拒绝治疗倾向病人：

- 尽量用肌肉注射代替静脉滴注
- 引流管上包上包布以防拉扯
- 用厚的无手指手套替代手腕约束带以避免拔管
- 在病人手里放置棉织物包裹的圆形泡沫软垫以保护医疗设备不受拉扯等；

#### 5) 对激动或躁动病人：

- 摇椅或斜躺椅
- 放轻柔的音乐
- 提供电视或收音机等分散注意力的装置；

#### 6) 对行走困难病人：

- 提供理疗或作业治疗
- 进行康复训练
- 教会安全移动技术
- 地板或走道的防滑措施
- 鼓励和指导其使用行走辅助工具
- 选择防滑的鞋和拖鞋。

### (二) 综合治理措施

培训约束知识技能的同时，一些其它的措施也用来减少约束的使用：

#### 1. 机构整体治理方法：

首先是整个机构（医院或护理院）都应行动起来减少身体约束才能奏效，或建立一个多学科专家组成的约束专家委员会，对约束相关的政策、制度进行修订；

#### 2. 明确治理的目标是减少还是禁止

治理的目标应是定位为减少身体约束，而并非不能应用约束，例如某些护理院制订将约束减少到 5% 以下的目标，或将约束作为最后的选择，并严格制订其使用适应指征；

#### 3. 改革实施约束的医嘱

某些医院身体约束医嘱最长为 24 小时有效，而某些护理院设计了约束使用

通知书，医生要填写使用约束的合理性，并要获得病人的同意。护理记录上要说明约束的理由、曾发生的事故、已尝试了哪些替代方法等等；

#### **4．循序渐进：**

减少身体约束应循序渐进，一朝一夕难以成功，且应针对个体情况采取必要措施，如对能活动自如的患者可去除约束，但要注意其迷失行为；

#### **5．制订计划：**

通过多学科管理方式，制订约束使用指南，并记录约束使用的过程；

#### **6．启用约束管理专家：**

有些机构在减少约束方面启用了身体约束管理专家，由任命的专家与护士共同制定或解除约束方案，并进行约束病人跟踪回访，或制订约束替代方案；

#### **7．病人评估：**

制订相应的记录表格，通过病人评估来斟酌身体约束的必要性、病人的活动能力、移动能力、坐起和站立的平衡性、步态等；

#### **8．家庭的参与：**

通常鼓励家庭成员加入到减少约束的方案中，包括告知家属减少约束的意义，或让家属参加到相关的教育项目中；

#### **9．特定病人的处理方案：**

例如针对有迷失行为者、移动不安全者、干扰医学装置的使用者、躁动者、容易跌倒者等的专门教育方案。

### **八、关于减少身体约束的建议：**

#### **1) 一项 RCT 研究表明：**

- 约束培训教育，或教育同时辅以临床咨询可以安全地减少长期照护机构中约束具的使用（Level    ）

#### **2) 其他建议是来自于一些不同类型的研究（Level   、    ）：**

为减少长期照护机构中身体约束使用中的不确定性，建议护理机构和护理人员在身体约束时应确立约束标准并遵守之

减少约束的损伤风险方面：

- 身体约束是最后的手段，只用于利大于弊时；
- 必须使用时，尽可能应用最少的约束装置，以尽可能保持病人最大的功能活动度，有利于人身安全和有利于治疗；
- 一旦开始约束，必须反复持续评估约束是否应继续下去。

#### 附：证据的分级（Levels of Evidence）

|       |    |                                      |
|-------|----|--------------------------------------|
| Level |    | 证据来自所有相关随机对照试验的系统评价。                 |
| Level |    | 证据至少来自一个设计得当的随机对照试验。                 |
| Level | .1 | 证据来自设计严密的非随机的对照试验。                   |
| Level | .2 | 证据来自一个以上研究组或研究中心的设计严密的队列研究或病例对照分析研究。 |
| Level | .3 | 证据来自多时间序列的有干预或无干预的研究；非控制试验中的不寻常结果。   |
| Level |    | 证据来自享有威望的专业人士、临床经验、描述性研究或专家委员会的报告。   |