

• 循证护理 •

# 精神科身体约束指南质量评价及内容分析

谷嘉宁,石秀秀,李峥

**Quality assessment and content analysis of physical restraint guidelines in mental health service** Gu Jianing, Shi Xiuxiu, Li Zheng

**摘要:**目的 评价精神科身体约束临床实践指南质量,并对各指南推荐内容进行分析,为国内精神科身体约束的使用提供参考。方法 检索2010年1月至2019年4月国内外数据库及相关指南网,根据纳入和排除标准进行筛选,采用AGREE II进行指南质量评价,采用内容分析法提炼并归纳指南推荐内容的共识及差异。**结果** 共纳入7篇指南,AGREE II标准化评分显示目的和范围73.81%、清晰性64.29%、独立性64.29%、参与人员46.03%、应用性44.94%、严谨性41.37%。2篇指南为A级,2篇为B级,3篇为C级。7篇指南推荐内容涉及人员培训、减少约束的使用、实施策略、评估与观察、回顾与审查五方面。**结论** 精神科身体约束指南的总体质量有待提高,其中在参与人员、应用性及严谨性方面应重点加强。各指南基本认同开展工作人员培训、使用冲突降级等方式替代并减少约束使用及积极评估和观察患者情况,但推荐内容存在差异。随着我国本土化证据的不断积累,可在专家共识的基础上尝试构建循证指南,以更好地规范我国精神科身体约束临床实践。

**关键词:**精神科; 身体约束; 临床实践指南; 最佳证据; AGREE II; 内容分析

**中图分类号:**R473.74 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.10.098

精神科患者受疾病及症状影响,可出现攻击、自杀自伤、毁物、出走等行为紊乱,这类行为会干扰患者的治疗,甚至会威胁患者及医务人员的人身安全。身体约束有助于加强对患者的管理,辅助治疗及护理<sup>[1-2]</sup>。但身体约束可能会对患者的生理和心理造成双重损害,同时可能伤及医护人员<sup>[3]</sup>。近年来规范精神科身体约束受到了广泛关注<sup>[4-5]</sup>。精神科患者由于其临床表现及治疗存在特异性,其适应证评估及约束的实施也有别于其他疾病患者。目前国内外已发表多篇涉及精神科身体约束推荐指南,但指南的质量如何,其推荐内容是否科学可行目前尚不清楚。在此背景下,2019年4月,笔者采用指南研究与评价工具II(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II, AGREE II)<sup>[6]</sup>对涉及精神科身体约束的指南进行质量评价,并对各指南推荐内容进行分析,为国内精神科身体约束的使用提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 已发表的包含精神科成人身体约束指导性意见的临床实践指南。纳入标准:①2010年及以后发表;②语言限定为中文和英文;③内容涵盖精神科成人身体约束的指导性意见;④可获取全文;⑤如存在多个版本(如已修订或已更新等),则纳入最新版本。排除标准:①仅涉及精神科儿童或青少年身体约束相关内容;②指南的翻译版本;③内容不全。

## 1.2 检索策略

**1.2.1 数据库** Pubmed、Embase、Web of Science、中国知网、万方数据库、维普数据库、英国国家健康和

保健医学研究所(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)、加拿大安大略护理学会(Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO)、苏格兰学院间指南网、国际指南协作网、医脉通指南网,并根据所获文献后附的参考文献进一步检索。检索2010年1月至2019年4月的文献。

**1.2.2 检索词** 中文检索词:精神科,身体约束,指南,共识。英文检索词:restraint, guideline, statement, recommendation, consensus, mental health, psychiatry, psychiatric。对于没有高级检索的指南网,应用数据库检索结果的相关主题进行检索。

**1.3 指南质量评价** 由2名经过培训的研究人员分别独立使用AGREE II,对纳入指南的范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用性及独立性6个领域23个条目进行质量评价。所有条目按7等级评分,1分代表很不符合,7分代表很符合,若未完全满足标准,则酌情给予2~6分。各领域标准化得分计算方法为[(实际得分-最小可能得分)/(最大可能得分-最小可能得分)]×100%。

**1.4 指南推荐内容分析及比较** 采用内容分析法,反复阅读各个指南的主要推荐内容并进行主题归类,提炼出不同指南间推荐内容的共识及差异。

## 2 结果

**2.1 纳入指南的基本信息** 初步检索共获取文献105篇,阅读标题和摘要后,指南网获得文献3篇,数据库获得文献5篇,合并查重后最终纳入指南7篇<sup>[7-13]</sup>。纳入指南的基本信息见表1。

**2.2 指南质量评价结果** 纳入的7篇指南中,NICE指南和RANO指南被评为A级(推荐),ABP指南及WFSBP指南被评为B级(修改完善后推荐),印度指南、中华医学会指南及AAEP指南被评为C级(不推

作者单位:北京协和医学院护理学院(北京,100144)

谷嘉宁,女,硕士在读,学生

通信作者:李峥, zhengli@hotmail.com

收稿:2019-11-29;修回:2020-01-25

荐)。各领域标准化评分[均数(范围)]由高到低分别为:目的和范围 73.81% (58.33%~94.44%)、清晰性 64.29% (25.00%~91.67%)、独立性 64.29%

(4.17%~95.83%)、参与人员 46.03% (16.67%~91.67%)、应用性 44.94% (10.42%~93.75%)、严谨性 41.37% (2.08%~92.71%)。

表 1 纳入指南的基本信息

指南名称	发表时间	国家	制订组织	参考文献数量	开发方法
Restraint guidelines for mental health services in India <sup>[7]</sup>	2019	印度	印度和欧洲的精神卫生专家组	23	循证
Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach <sup>[8]</sup>	2019	巴西	巴西精神病学协会(ABP)	105	循证
激越患者精神科处置专家共识 <sup>[9]</sup>	2017	中国	中华医学会精神医学分会精神分裂症协作组	27	专家研讨
Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus <sup>[10]</sup>	2016	WFSBP 成员国*	世界生物精神病学联合会(WFSBP)	221	专家研讨
Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings <sup>[11]</sup>	2015	英国	英国国家健康和保健医学研究所(NICE)	308	循证
Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta seclusion and restraint workgroup <sup>[12]</sup>	2012	美国	美国急诊精神病学协会(AAEP)	28	专家研讨
Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints <sup>[13]</sup>	2012	加拿大	加拿大安全大略护理学会(RNAO)	222	循证

注:\* WFSBP 是一个非营利性的全球组织,由来自欧洲、亚洲、非洲、北美洲、南美洲、大洋洲 63 个国家生物精神病学学会及超过 70 个国家的成员组成。

**2.3 指南推荐内容** 通过反复阅读纳入指南的推荐内容,并进行整理和归纳,将指南内容归纳为人员培训、减少约束使用、实施策略、评估与观察和回顾与审查五个方面。见表 2。

### 3 讨论

**3.1 规范化使用精神科身体约束受到关注** 本研究纳入的指南应用范围分布较广,涉及欧洲、亚洲、非洲、北美洲、南美洲五大洲多个地区,其中 5 篇指南发表于近 5 年内,说明近年来规范化使用精神科身体约束受到不同国家及专业协会组织的关注。这可能与近年来各国精神卫生法律愈发健全、管理制度愈发完善有关。2013 年英国政府发布《精神能力法案行为准则》以规范精神疾病患者的照护行为<sup>[14]</sup>,2015 年 NICE 便出台了符合该准则的指南<sup>[11]</sup>。无独有偶,印度于 2017 年出台精神卫生法,2019 年便依据法律规定发布了约束指南<sup>[7]</sup>。而自 2013 年我国精神卫生法出台后,中华医学会也制订专家共识对精神科身体约束进行了规范和说明<sup>[9]</sup>。在纳入的指南中,ABP 指南、中华医学会指南、WFSBP 指南及 NICE 指南将精神科身体约束列为精神科患者激越行为评估及管理指南的一部分,而印度指南、AAEP 指南和 RANO 指南则为独立的约束指南。指南主题的设置在一定程度上反映了精神科身体约束相较于其他科室的特殊性。精神科使用身体约束的主要目的是为了预防患者自杀、自伤及危害他人安全,目的的不同导致精神

科身体约束从评估到实施具有一定的特殊性。

**3.2 指南的质量有待提高** 7 篇指南中,2 篇为 A 级指南(推荐),2 篇为 B 级指南(修改完善后推荐),3 篇为 C 级指南(不推荐),其中 2 篇 C 级指南发表于近 3 年内。各领域的评分显示,参与人员、严谨性和应用性三个领域均分低于 50%,其中严谨性领域均分最低。印度指南、中华医学会指南和 AAEP 指南均没有阐述从检索证据到形成推荐内容的过程,而 ABP 指南仅提供了检索证据的信息。指南的质量主要取决于规范透明的制订过程及清晰独立的推荐内容,而非证据质量。系统地检索证据能够提高指南推荐内容的科学性和客观性。纳入的指南在未来更新中应重点加强规范性、透明性和科学性。指南的使用者也应理性、辨证地应用指南。近年来我国本土化的研究逐渐丰富,可在专家共识<sup>[9]</sup>的基础上结合证据,构建更加科学、可靠的精神科身体约束临床实践指南。

**3.3 指南推荐内容的共识及差异分析** 纳入的指南基本认同对工作人员开展约束相关培训。有研究显示开展约束技巧、暴力行为管理等培训能够改善医患关系,缩短约束时长,减少不良事件的发生<sup>[15-16]</sup>。在我国精神科护士数量缺乏、工作量较大的背景下,推荐对护士开展相关培训。WFSBP 指南、NICE 指南、AAEP 指南及 RANO 指南将冲突降级纳入培训内容并应用于患者管理,中华医学会指南也在激越患者非药物干预中推荐安抚患者的基本步骤。从内容上看,

中华医学会对于激越患者安抚的基本步骤与 AAEP 发布的言语冲突降级专家共识<sup>[17]</sup>有相通之处,包括尊重并允许患者有适当的个人空间、避免带有激化或威

胁性的语言和行为、尽可能与患者建立言语接触、注意倾听等。但 AAEP 专家共识内容更加详实。

表 2 指南推荐内容汇总

主题	推荐内容
人员培训	攻击行为的预防和管理等(AAEP, 2012) 实施约束的道德及法律要求、预防及替代方法、了解相关风险及并发症(RANO, 2012) 约束相关法律要求、从心理社会层面预防或减少约束的使用(NICE, 2015) 激越的预测与评估、非药物处置以及其他应对暴力行为的方法、医疗文书记录、基础生命支持训练等(中华医学会, 2017) 所有参与身体约束的医护人员应接受标准化技术培训(ABP, 2019) 团队合作技巧、约束器械的安全使用、监测患者身心状况、约束适应证的识别及急救技巧等(印度, 2019)
减少约束使用	首先给予言语冲突降级,如符合用药指征应尝试用药(AAEP, 2012) 从组织政策层面、教育层面、实践层面综合预防并减少约束的使用(RANO, 2012) 卫生保健部门应制订计划降低暴力和激越事件的发生率以及约束的使用率(NICE, 2015)
实施策略	①团队结构:根据患者数量及约束比例配备医护人员(NICE, 2015);团队中包括医生和护理人员,分列在患者左右两侧(中华医学会, 2017);建立多学科团队,包括医生、护理人员和药剂师(印度, 2019);团队由 5~7 名医护人员组成,每人负责一侧肢体的约束(ABP, 2019) ②约束方式的选择:可根据患者情况选择四肢约束、四肢及胸部约束或四肢远端、近端及胸部约束(ABP, 2019);鼓励患者入院时完成约束相关预立医疗指示,并以此为依据制订护理计划(印度, 2019; NICE, 2015)
评估与观察	①约束指征:替代措施无效,且患者可能对自己或他人造成伤害(AAEP, 2012);患者在医院内发生或将要发生伤害自身、危害他人安全、扰乱医疗秩序的行为(中华医学会, 2017) ②解除约束指征:患者激越相关风险显著降低(中华医学会, 2017);患者不再对自己或他人构成危险(WFSBP, 2016; 印度, 2019) ③评估间隔:根据患者情况分为低水平间歇性观察、高水平间歇性观察、持续观察及多学科持续观察(NICE, 2015);每 15 分钟监测生命体征,持续 60 min,之后每 30 分钟监测 1 次,持续 4 h 或直至患者意识恢复(WFSBP, 2016; ABP, 2019);每 15 分钟评估患者的生命体征及有无并发症,值班医生至少每小时评估 1 次,机械约束患者应一对一照护(印度, 2019) ④约束时长:一次约束医嘱时间为白天不超过 4 h,夜间不超过 12 h,约束超过 48 h,应由副主任以上职称医师检查患者(中华医学会, 2017);约束时长应小于 2 h(ABP, 2019)
回顾与审查	卫生保健部门应整理、分析并综合有关暴力事件和约束的数据,并让患者及家属参与该过程(NICE, 2015) 约束结束后 24 h 内评估患者的身心状况,48 h 内参与人员共同审查和反思约束事件,每周审查约束的使用情况(印度, 2019)

纳入的指南基本赞同减少约束,在其他措施无效时再考虑使用身体约束。其中印度指南及中华医学会指南侧重于相关干预措施及技巧,而 NICE 指南则侧重于组织政策管理。RANO 指南从组织政策层面、教育层面、实践层面综合预防并减少约束的使用,其推荐意见较为全面。林金幼<sup>[18]</sup>基于循证和专家函询构建了替代约束使用的干预措施,对我国的临床实践具有一定的指导意义。但该研究指出,其中大部分干预策略来源于国外研究,本土化研究证据较少,这些干预措施在我国的临床适用性仍有待考证,需要进一步开展实证研究,深入探索适用于我国临床情景的精神科身体约束替代措施。

在实施策略方面,印度指南、中华医学会指南及 NICE 指南推荐组建包括医生及护理人员等构成的多学科团队开展约束。医护之间的沟通合作能够影响约束的使用,对于患者的安全和预后具有重要意义<sup>[19]</sup>。在未来的临床工作中应重视多学科团队的组

建及配合。印度指南和 NICE 指南指出在患者入院时制订约束相关预立医疗指示,并用于制订护理计划。精神科患者病情变化迅速,约束相关预立医疗指示有助于为患者提供更加人性化、个性化的照护。

有效的评估和观察能够减少约束并发症的发生,缩短约束时长,改善患者的约束体验。本研究显示,不同指南对于约束开始及解除指征描述不一致,这可能与不同国家精神卫生法中约束相关规定不同有关。对于约束的评估间隔,NICE 指南针对不同患者的情况推荐了不同的标准。印度指南、ABP 指南、中华医学会指南、WFSBP 指南的推荐意见则适用于全部患者,但仅 ABP 指南和 WFSBP 指南达成了共识。对于约束时长的规定不同指南间也存在差异。身体约束对于患者的身心健康可能会造成一定影响,在保证患者安全的基础上,可根据不同国家及地区医护人员和患者的比例制订合理的约束评估间隔和时长。中华医学会指南、NICE 指南及 RANO 指南建议在评估患

者时联合使用临床经验和评估工具,中华医学会指南在此基础上对评估者的资质进行了规定,即连续约束 48 h 的患者应由副主任以上职称的精神科医师进行评估。

印度指南及 NICE 指南推荐在约束后开展回顾与审查,其中印度指南提出早期评估患者身心情况,鼓励工作人员共同审查与反思约束事件,每周审查约束的使用情况。NICE 指南则从组织政策管理层面给出了建议。约束后的回顾和审查不仅能够帮助患者更好地管理情绪和感受,找到失控的原因,还能促进工作人员进行反思,预防和减少约束事件<sup>[20]</sup>。目前这项措施正处于研究阶段,我国尚无相关研究和报道,未来可进行相关探索。

不同国家和地区根据自身特点和实际情况制定精神卫生法,在指南制定的过程中结合法律和相关研究证据,其推荐内容存在差异是可以理解的。在保证质量的前提下,各国家和地区可制定具备地区特色的指南,以更好地规范精神科身体约束的临床实践。

#### 4 小结

近年来规范精神科身体约束临床实践受到了广泛的关注。目前已发布的涉及精神科身体约束的指南质量有待提升,其中在参与人员、应用性及严谨性领域应重点加强。各指南基本认同开展工作人员培训、使用冲突降级等方式替代并减少约束的使用及积极评估和观察患者情况,但推荐内容存在差异。随着我国本土化证据的不断积累,可在专家共识的基础上尝试构建循证指南,以更好地规范我国精神科身体约束临床实践。

#### 参考文献:

- [1] 黄杨梅,王红,熊海兵.精神科保护性约束的流程管理[J].护理学杂志,2015,30(1):38-40.
- [2] 陈绍辉.精神障碍患者约束和隔离措施的法律规制[J].证据科学,2016,24(3):319-333.
- [3] Cusack P, Cusack F P, McAndrew S, et al. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings[J]. Int J Ment Health Nurs, 2018, 27(3):1162-1176.
- [4] 滕伟钰,靳新霞,邹桂元,等.精神科保护性约束研究热点的文献计量学分析[J].齐鲁护理杂志,2018,24(13):99-101.
- [5] Maiese A, dell'Aquila M, Romano S, et al. Is it time for international guidelines on physical restraint in psychiatric patients? [J]. Clin Ter, 2019, 170(1):e68-e70.
- [6] Brouwers M C, Kho M E, Browman G P, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care[J]. Prev Med, 2010, 51(5):421-424.
- [7] Raveesh B N, Lepping P. Restraint guidelines for mental health services in India[J]. Indian J Psychiatry, 2019, 61(Suppl 4):S698-S705.
- [8] Baldacara L, Ismael F, Leite V, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach[J]. Braz J Psychiatry, 2019, 41(2):153-167.
- [9] 中华医学会精神医学分会精神分裂症协作组.激越患者精神科处置专家共识[J].中华精神科杂志,2017,50(6):401-410.
- [10] Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus[J]. World J Biol Psychiatry, 2016, 17(2):86-128.
- [11] NICE. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings[EB/OL]. [2019-05-16]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
- [12] Knox D K, Holloman G J. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta seclusion and restraint workgroup[J]. West J Emerg Med, 2012, 13(1):35-40.
- [13] RANO. Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints[EB/OL]. [2019-04-24]. <https://rno.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints>.
- [14] Office of the Public Guardian. Mental Capacity Act Code of Practice[EB/OL]. (2016-01-12) [2019-07-13]. <https://www.gov.uk/government/publications/mental-capacity-act-code-of-practice>.
- [15] Duxbury J, Thomson G, Scholes A, et al. Staff experiences and understandings of the REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards [J]. Int J Ment Health Nurs, 2019, 28(4):845-856.
- [16] Ye J, Xiao A, Yu L, et al. Staff training reduces the use of physical restraint in mental health service, evidence-based reflection for China [J]. Arch Psychiatr Nurs, 2018, 32(3):488-494.
- [17] Richmond J S, Berlin J S, Fishkind A B, et al. Verbal De-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup[J]. West J Emerg Med, 2012, 13(1):17-25.
- [18] 林金幼.基于循证构建精神科减少约束使用的干预策略[D].杭州:浙江大学,2014.
- [19] Mion L C, Sandhu S K, Khan R H, et al. Effect of situational and clinical variables on the likelihood of physicians ordering physical restraints[J]. J Am Geriatr Soc, 2010, 58(7):1279-1288.
- [20] Goulet M, Larue C. Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: a scoping review[J]. Arch Psychiatr Nurs, 2016, 30(1):120-128.