



約束與腦退化症照顧

甚麼是約束？

約束可分為身體性和化學性的形式兩種。身體約束是「任何不能控制或輕易移除，並連接或毗連身體的裝置，而旨在限制個人動作的自由及／或正常地接觸該名人士自己的身體」¹。常見於香港醫院的身體約束物品有安全帶、雙邊床欄、枱面板(一張有固定枱面的椅子)²、約束手套及約束衣³；而於臨床使用又達到相同目的的化學約束則可能是如抗精神病劑、抗焦慮或安眠藥的藥物⁴。

約束物品使用的比率（全球及香港）

最近一項為期十一年，包含十間香港院舍共 2,896 名服務使用者的追蹤研究指出身體和化學約束的使用普遍率均有上升，身體約束由 2005 年的 57.9% 增至 2015 年的 75.7%，而化學約束則由 2005 年的 15.9% 增至 2015 年的 21.78%⁴。與其他發達國家比較，Feng 與他的團隊⁵ 提出香港的約束使用率(20%) 相對美國(9%) 和瑞士(6%) 較高。但化學約束使用則較低。

約束物品使用的相關因素

腦退化症和認知受損與身體或化學約束使用有關連⁴。化學約束或被使用於腦退化人士身上，以控制腦退化症的行為和心理症狀^{5,6}，如言語或身體攻擊、幻覺、妄想、睡眠障礙及遊走⁷。提供醫療保健服務的同工指出使用身體約束的主要原因為維持服務使用者的安全、處理緊張不安和具攻擊行為、防止遊走、作為身體支撐⁸，以及防止跌倒和確保醫院內的醫療儀器能正常運作¹。

約束物品使用的相關問題／風險

現時沒有證據顯示約束為有效的治療介入⁹。相反，研究提出約束使用的各種風險。可能與約束使用有關的負面影響包括窒息、因極端的壓力引發兒茶酚胺急升(一種誘發「反抗或逃跑」的化合物)、心理創傷⁹、更多行為問題、認知表現下降、跌倒、在行走方面更為依賴、壓力性潰瘍和攣縮¹⁰。而化學約束則在腦退化症人士中被發現與死亡率增加的風險相關¹¹。

減少約束的計劃

一項包含 2,000 名本地復康醫院病人個案的研究証明了減少約束對住院長者，尤其有認知受損的人士，有益¹。自推行了減少約束的計劃，身體約束使用率由 13.3% 降至 4.1%；而被認為是一個可靠的治療效果指標——住院時間¹²，亦由 19.5 日下降至 16.8 日。分組分析顯示有認知受損的病人的住院時間由 23.0 日顯著跌至 17.8 日。長遠而言，研究建議在香港的長者服務單位推廣減少約束使用，以提供更優質的護老服務。



參考

1. Kwok T, Bai X, Chui MY, et al. Effect of physical restraint reduction on older patients' hospital length of stay. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(7):645-650.
2. Kwok T, Mok F, Chien WT, Tam E. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(5):581-587.
3. Yan E, Kwok T, Lee D, Tang C. The prevalence and correlates of the use of restraint and force on hospitalised older people. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 2009;1(2):147-155.
4. Lam K, Kwan JS, Kwan CW, et al. Factors Associated With the Trend of Physical and Chemical Restraint Use Among Long-Term Care Facility Residents in Hong Kong: Data From an 11-Year Observational Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017.
5. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009;24(10):1110-1118.
6. Foebel AD, Onder G, Finne-Soveri H, et al. Physical Restraint and Antipsychotic Medication Use Among Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016/02/01/ 2016;17(2):184.e189-184.e114.
7. Liperoti R, Pedone C, Corsonello A. Antipsychotics for the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). *Current Neuropharmacology*. 2008;6(2):117-124.
8. Lai CK, Chow SK, Suen LK, Wong IY. The effect of a restraint reduction program on physical restraint rates in rehabilitation settings in Hong Kong. *Rehabilitation research and practice*. 2011;2011.
9. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48(5):330-337.
10. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Medical Care*. 2009:1164-1173.
11. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA psychiatry*. 2015;72(5):438-445.
12. Jiménez RE, Lam RM, Marot M, Delgado A. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Services Research*. February 17 2004;4(1):4.