



## 约束与脑退化症照顾

### 甚么是约束？

约束可分为身体性和化学性的形式两种。身体约束是「任何不能控制或轻易移除，并连接或毗连身体的装置，而旨在限制个人动作的自由及／或正常地接触该名人士自己的身体」<sup>1</sup>。常见于香港医院的身体约束物品有安全带、双边床栏、枱面板(一张有固定枱面的椅子)<sup>2</sup>、约束手套及约束衣<sup>3</sup>；而于临床使用又达到相同目的的化学约束则可能是如抗精神病剂、抗焦虑或安眠药的药物<sup>4</sup>。

### 约束物品使用的比率（全球及香港）

最近一项为期十一年，包含十间香港院舍共 2,896 名服务使用者的追踪研究指出身体和化学约束的使用普遍率均有上升，身体约束由 2005 年的 57.9% 增至 2015 年的 75.7%，而化学约束则由 2005 年的 15.9% 增至 2015 年的 21.78%<sup>4</sup>。与其他发达国家比较 Feng 与他的团队<sup>5</sup>提出香港的约束使用率(20%)相对美国(9%)和瑞士(6%)较高。但化学约束使用则较低。

### 约束物品使用的相关因素

脑退化症和认知受损与身体或化学约束使用有关连<sup>4</sup>。化学约束或被使用于脑退化人士身上，以控制脑退化症的行为和心理症状<sup>5,6</sup>，如言语或身体攻击、幻觉、妄想、睡眠障碍及游走<sup>7</sup>。提供医疗保健服务的同工指出使用身体约束的主要原因为维持服务使用者的安全、处理紧张不安和具攻击行为、防止游走、作为身体支撑<sup>8</sup>，以及防止跌倒和确保医院内的医疗仪器能正常运作<sup>1</sup>。

### 约束物品使用的相关问题／风险

现时没有证据显示约束为有效的治疗介入<sup>9</sup>。相反，研究提出约束使用的各种风险。可能与约束使用有关的负面影响包括窒息、因极端的压力引发儿茶酚胺急升(一种诱发「反抗或逃跑」的化合物)、心理创伤<sup>9</sup>、更多行为问题、认知表现下降、跌倒、在行走方面更为依赖、压力性溃疡和挛缩<sup>10</sup>。而化学约束则在脑退化症人士中被发现与死亡率增加的风险相关<sup>11</sup>。

### 减少约束的计划

一项包含 2,000 名本地复康医院病人个案的研究证明了减少约束对住院长者，尤其有认知受损的人士，有益<sup>1</sup>。自推行了减少约束的计划，身体约束使用率由 13.3% 降至 4.1%；而被认为是一个可靠的治疗效果指标—住院时间<sup>12</sup>，亦由 19.5 日下降至 16.8 日。分组分析显示有认知受损的病人的住院时间由 23.0 日显著跌至 17.8 日。长远而言，研究建议在香港的长者服务单位推广减少约束使用，以提供更优质的护老服务。



## 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.