



## 美国医学会伦理学杂志®

2021年4月，第23卷，第4期：E305-310

### 案例与评论

是否应该为了推动其他自由而去限制某种自由？

Katherine J. Feder（理学硕士）、Janice I. Firm（理学博士、注册硕士社会工作者）和 Ryan Stork（医学博士）

#### 摘要

约束会影响个人的自由和尊严，因此实施约束的门槛很高且受到严格管制，这可以理解。但在某些临床情况下，采用约束可以促进患者的自由。本文即关注了这样的案例，研究了在何种条件下使用约束能为创伤性脑损伤患者提供治疗益处。

#### 案例

Albert 是一名 33 岁的男性，最近由于随意驾驶导致机动车事故。紧急医疗服务团队发现他没有反应，格拉斯哥昏迷评分为 4 分，表明他对特定刺激的反应很小。行插管后，他被送往最近的医院进行检查，检查结果显示其创伤性脑损伤（Traumatic Brain Injury, TBI）符合严重弥漫性轴索损伤的特征。就像很多遭受 TBI 的患者一样，Albert 开始根据瑞裘认知功能分级渡过典型的恢复阶段，这种功能分级是一种临床工具，用于描述经历了 TBI 的患者的行为和认知缺陷。<sup>1</sup>该量表共 10 级，其中 I 级表示无反应（昏迷），所有行动均需他人协助，X 级表示有目的性和恰当的反应且独立性有所改善（即能够独立运行代偿装置或认知策略），这两个等级之间存在连续的级数。<sup>1</sup>在重症监护室住了两周后，Albert 病情稳定，被转到一间小型住院康复病房，接受针对认知障碍、协调能力差和右侧偏瘫的康复治疗。

Albert 在这段时间变得烦躁不安、极度活跃、意识混乱，并出现了无目的行为，这些表现都符合瑞裘量表的第 IV 级。<sup>1</sup>护理小组讨论了能在病房中进行的、有助于 Albert 疏导不安情绪的活动，从而帮助他康复。允许 Albert 进行户外活动，可以为其烦躁不安提供一个发泄渠道，理论上可以防止他因长时间卧床而变得更加烦躁。但鉴于他失定向（即无法记住自己必须获得协助才能安全行走）、平衡性差和侧偏瘫导致跌倒风险增加，以及运动性不安，他需要使用安全腰带和轮椅，以尽量减少在病房外走动时对自身造成潜在伤害。由于

进行约束的过程需要受到监视，因此无论采取哪种类型的约束，工作人员都需按指示而非其所熟悉的模式行动，这让他们感到不自在。他们想知道如何在现有监管框架内平衡 Albert 的康复目标和安全需求。

## 评论

每个人都有控制自己身体的基本权利。由于约束禁止了身体活动，因此采取身体约束存在争议。约束是一种反应性措施，只有在没有任何有效的替代措施来保护患者不伤害自己或他人的情况下才允许使用。医疗保健环境中约束的使用受联邦法律<sup>2</sup>、州法律和联合委员会的管辖，<sup>3</sup>并受医院政策、美国医学协会准则<sup>4</sup>以及医疗保险和医疗补助服务中心的影响。<sup>5</sup>这些法规规定，限制性最小的有效约束，其使用时间应最短，并且必须定期评估其用于约束特定患者的情况。<sup>2</sup>为了通过医疗保险和医疗补助获得联邦资金，医院必须遵守这些准则和法律。<sup>5</sup>地方制定的任何政策均须考虑国家法规和州法规。

尽管这些法规对所有约束应用的评估均相同，但实际上有一系列约束方式在不同程度上限制了自由，并可能在临床领域有其他用途。这里我们会考虑，在尝试优化针对特定临床状况的治疗时，一刀切的方法会对患者和护理人员造成哪些伤害，特别是康复过程中可预测疾病进展的 TBI 患者。尽管瑞裘量表中所有 10 个等级的进展均是可变的且因患者而异，但每个等级都有明确特征，经验丰富的临床医生可以通过身体和神经学检查轻松评估这些特征。许多发展到 IV 级的 TBI 患者表现为混乱和烦躁；达到这一阶段的患者很可能会逐渐康复，但每一阶段停留的时间长短会因损伤的严重程度而异。TBI 患者在混乱和烦躁的状态下度过 1 至 2 周的情况并不罕见，相关治疗方法包括为患者的焦躁不安提供发泄出口。为了安全地提供这些出口，很多康复医院都采用专门的 TBI 康复计划，他们通过安全腰带让瑞裘量表第 IV 级的 TBI 患者能够离开病房，并以跌倒风险较小的方式进行集体活动或体育活动。虽然该主题在经验上未得到充分探讨，且严重依赖专家意见，但根据第三作者 (R.S.) 的经验，这些患者的住院时间更短，更有可能出院到限制较少的环境，临床结果也有所改善，这些都与文献一致。<sup>6,7,8</sup>本评论考虑了如何将约束视为支持具有某些临床症状的患者（如 Albert）的跨学科最佳实践的工具、哪些因素可能导致约束的临床益处大于其危害，以及如何有效且合乎伦理地监管和应用约束。

## 根据具体情况重新规划约束使用方式

在采取任何指定的医疗干预措施时，医疗保健专业人员都会根据患者的病情权衡该干预措施的风险和益处，以及其达到预期结果的可能性。与其继续将所有约束视为抑制和限制患者活动的限制性和反应性措施，我们建议更全面地思考某些类型的约束如何在某些方面提供更多身体自由，同时在其他方面限制身体自由。联合委员会已经认识到临床医生对设备（例如病床护栏）的预期用途对该设备是否能被视为约束的影响。具体而言，《医院认证手册》(Accreditation Manual for Hospitals) 规定：“如果升高护栏的目的是防止患者自行下床或试图下床，则应将护栏视为一种约束”，但“如果升高护栏的目的是防止患者无意中从床上摔下来，则不应将其视为约束。”<sup>3</sup>我们建议仿照这一判断标准，根据安全腰带的预期用途以及患者的最佳利益对其使用范围进行评估。安全腰带将被用来防止像 Albert 这样已发展到瑞裘量表第 IV 级的 TBI 患者不慎从轮椅上跌落，或者用于防止他们因为失定向和明显的跌倒风险而受伤。

虽然使用安全腰带通过阻止患者从轮椅上站起来限制患者的行动自由，且在某些方面有效地限制了他们，但它使患者能够安全地在所在环境行动并参与活动，以发泄不安的能量，从而促进了患者的行动自由。考虑到 Albert 的情况，他处于创伤后的意识混乱状态（即不记得自己不能下床）、烦躁不安，并且有可能出现攻击性行为。他没有随时离开病房的能力。他的运动障碍非常严重，以至于当他试图下床时，工作人员（如病床看护人员）都无法保证他能安全走动。这就导致 Albert 可能会被建议留在病床上，导致他被分隔与无法活动的情况增多，这使他的不安状况更加严重。但使用安全腰带就能让他在需要的时候离开房间，且仅需患者看护人员监督。他将能够用脚自行推动轮椅，探索自己所在的环境，这有效地拓展了他与周围环境互动的能力。可合理认为该措施富有同情心，因此我们认为，以促进自由与限制自由两者之间的平衡为基础决定使用安全腰带，这一决定可能激发同情心。

### 自主权与尊严

虽然有些人可能认为使用约束侵犯了患者的自主权，但具有 TBI 症状的患者是无目的地行动的，而且他们对自己所在的环境也并无有意义的了解。<sup>9,10</sup> 虽然他们可以通过行动表达偏好，却没有能力真正自主行动或提供知情同意。与其他针对缺乏决策能力患者的临床干预措施一样，医生应获得患者的代理决策者的知情同意。该过程将包括解释为何推荐使用安全腰带、使用安全腰带的益处和风险、替代方案、活动范围和使用时间。<sup>10,11,12</sup>

对使用约束的其他批评，通常认为约束属于一种对尊严的伤害——具体而言，使用任何约束都会限制身体活动，从而限制基本的人权和自由。不过，在权衡患者在被安全腰带固定和卧床的情况下离开房间与参与活动的的能力时，我们可以认为后者构成更大的伤害，因为它有效地将 TBI 患者整天限制在房间里，从而阻碍了康复。<sup>12</sup> 因此，经患者代理人同意后在特定情况下使用安全腰带可以减轻患者的痛苦并促进其康复，所以安全腰带是更富同情心的选择。

### 管理与应用

与其他医疗干预措施一样，安全腰带仅限在其可带来益处的特定临床适应症中使用，且需获得代理人授权。能确定何时适合使用安全腰带的一组预定义标准将大有裨益。专业的临床医生会评估患者是否符合这些标准，一旦出现风险大于益处的情况，就应停止使用安全腰带。

在康复医院中，护士、治疗小组和神经心理学家会密切监测患者运动和认知恢复情况，而解除约束通常是他们的观察结果做出的多学科决定。<sup>13,14</sup> 跨学科护理团队成员之间的公开交流、与高级护理临床医生的沟通，以及正确应用和配置并频繁监测安全腰带，对于确保其按预期使用而言至关重要，这样才能最大限度地减少或防止对身体造成的伤害，如窒息、增进不安情绪或不适。<sup>15</sup> 一旦安全腰带造成的负担超过了其带来的益处，即可停止使用。由于 TBI 患者会进行需要在他人监督下才能参与的活动，如坐轮椅在医院行动或参加集体活动，因此医疗保健专业人员将随时确认是否需要卸下安全腰带。与给药或提供服务一样，临床医生会记录所有安全腰带的使用情况。

## 结论

通过将安全腰带重新定义为一种可以促进自由而非单纯限制 TBI 患者自由的约束，我们现在又多了一种促进患者利益和健康的方式。

## References

1. Lin K, Wroten M. Ranchos Los Amigos. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2019. Updated August 30, 2020. Accessed June 25, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448151/>
2. 42 CFR §482.13(e) (2021).
3. Joint Commission. Standard FAQs: restraint and seclusion—enclosure beds, side rails and mitts. Updated June 29, 2020. Accessed February 18, 2021. <https://www.jointcommission.org/en/standards/standard-faqs/critical-access-hospital/provision-of-care-treatment-and-services-pc/000001668/>
4. American Medical Association. Opinion 1.2.7 Use of restraints. *Code of Medical Ethics*. Accessed September 11, 2020. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/use-restraints>
5. Quality, safety, and oversight—certification and compliance. Centers for Medicare and Medicaid Services. Revised January 10, 2018. Accessed February 18, 2021. <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance>
6. Luauté J, Plantier D, Wiart L, Tell L. Care management of the agitation or aggressiveness crisis in patients with TBI. Systematic review of the literature and practice recommendations. *Ann Phys Rehabil Med*. 2016;59(1):58-67.
7. Flanagan SR, Elovic EP, Sandel ME. Managing agitation associated with traumatic brain injury: behavioral versus pharmacologic interventions? *PM R*. 2009;1(1):76-80.
8. Ripley DL, Driver S, Stork R, Maneyapanda M. Pharmacologic management of the patient with traumatic brain injury. In: Eapen BC, Cifu DX, eds. *Rehabilitation After Traumatic Brain Injury*. Elsevier Health Sciences; 2019:133-163.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Oxford University Press; 2009.
10. Crutchfield P, Gibb TS, Redinger MJ, Ferman D, Livingstone J. The conditions for ethical application of restraints. *Chest*. 2019;155(3):617-625.
11. McSherry B. Regulating seclusion and restraint in health care settings: the promise of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2017;53:39-44.
12. Gunawardena R, Smithard DG. The attitudes towards the use of restraint and restrictive intervention amongst healthcare staff on acute medical and frailty wards—a brief literature review. *Geriatrics (Basel)*. 2019;4(3):50.
13. Schleenbaker RE, McDowell SM, Moore RW, Costich JF, Prater G. Restraint use in inpatient rehabilitation: incidence, predictors, and implications. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75(4):427-430.
14. American Academy of Physician Assistants. Joint Commission removes “licensed independent practitioner” term from restraint and seclusion standards. *New Central*. March 6, 2020. Accessed June 25, 2020. <https://www.aapa.org/news-central/2020/03/joint-commission-removes-licensed-independent-practitioner-term-from-restraint-and-seclusion-standards/>

15. Chaves ES, Cooper RA, Collins DM, Karmarkar A, Cooper R. Review of the use of physical restraints and lap belts with wheelchair users. *Assist Technol.* 2007;19(2):94-107.

**Katherine J. Feder (理学硕士)** 是密歇根大学安娜堡分校医学院的四年级医学生，同时担任医学生物伦理学和社会科学中心的博士前研究员。她获得了英国哥伦比亚大学文学学士学位和哥伦比亚大学生物伦理学理学硕士学位。她的研究兴趣为应用伦理学和伦理学教育。

**Janice I. Firm (理学博士，注册硕士社会工作者)** 是一位社会工作者和临床伦理学家，任职于密歇根大学安娜堡分校医学院学习健康科学系和医学生物伦理学与社会科学中心。她回应伦理咨询请求、推动积极的伦理查房，并参与整个医学与学术校区的本科生、研究生和专业水平的跨专业伦理教育。她还参与了许多与伦理相关的研究、护理人员健康以及质量改进和保证计划。

**Ryan Stork (医学博士)** 是德克萨斯大学卫生科学中心（休斯敦）麦戈文医学院的物理医学与康复助理教授。他在德克萨斯州赫尔曼纪念医疗中心为创伤性脑损伤患者的康复需求提供咨询服务。他还是 TIRR 赫尔曼纪念医院的主治医师，主攻脑损伤康复。

## 引用

《美国医学会伦理学杂志》。2021;23(4):E305-310.

## DOI

10.1001/amajethics.2021.305.

## 利益冲突披露

作者没有要披露的利益冲突信息。

*本案例中的人物和事件均为虚构。如与真实事件或与生者或死者名字雷同，纯属巧合。本文所述观点仅为作者个人观点，并不一定代表AMA 的观点和政策。*