

【循证护理】

重症脑卒中介入治疗围术期患者保护性约束的专家共识

广东省护理学会介入护理专业委员会,广东省医师学会介入医师分会护理学组

执笔:韩晓玲¹,何金爱²,耿冰冰¹,王雪梅³,冯英璞⁴,叶俏¹,冯建宇⁵

[1.珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院) 护理部,广东 珠海 519000;2.暨南大学附属第一医院 护理部,广东 广州 510000;3.江苏省人民医院 介入放射科,江苏 南京 210029;4.河南省人民医院 河南省护理医学重点实验室,河南 郑州 450003;5.南方医科大学南方医院 血管与介入科,广东 广州 510000]

[摘 要] **目的** 形成《重症脑卒中介入治疗围术期患者保护性约束的专家共识》,为重症脑卒中患者在介入治疗围术期保护性约束实施与解除提供临床指导。**方法** 通过检索文献及访谈,对重症脑卒中介入治疗围术期患者保护性约束实施与解除的推荐建议和研究结论进行提取,形成共识初稿,通过2轮专家函询,结合专家意见对初稿进行调整、修改和完善,形成共识终稿。**结果** 2轮函询问卷的有效回收率分别为96%、91%,权威系数分别为0.896、0.933,各指标重要性赋值均数均>3.5分,且变异系数均<0.25,专家肯德尔和谐系数分别为0.160、0.299。重症脑卒中介入治疗围术期患者保护性约束专家共识内容包含:约束实施评估要点、约束预防及替代措施、约束用具及时长选择、约束实施操作要点、约束解除评估共5个部分。**结论** 该共识可为重症脑卒中介入治疗围术期患者保护性约束实施与解除提供指导依据,促进实施与解除保护性约束行为规范。

[关键词] 保护性约束; 重症脑卒中; 介入治疗; 围术期; 专家共识

[中图分类号] R471.74 **[文献标识码]** A **[DOI]** 10.16460/j.issn1008-9969.2024.10.037

Expert consensus on perioperative protective restraint in interventional therapy for severe stroke patients

HAN Xiao-ling¹, HE Jin-ai², GENG Bing-bing¹, WANG Xue-mei³, FENG Ying-pu⁴, YE Qiao¹, FENG Jian-yu⁵

[1.Dept. of Nursing Administration, Zhuhai People's Hospital (Zhuhai Clinical Medical College of Jinan University), Zhuhai 519000, China; 2. Dept. of Nursing Administration, the First Affiliated Hospital of Jinan University, Guangzhou 510000, China; 3. Dept. of Interventional Radiology, Jiangsu Provincial Hospital, Nanjing 210029, China; 4. Henan Provincial Key Medicine Laboratory of Nursing, Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou 450003, China; 5. Dept. of Interventional Radiology, Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou 510000, China]

Abstract: **Objective** To form a written document of "Expert consensus on perioperative protective restraint in interventional therapy for severe stroke patients", to provide clinical guidance for the implementation and removal of perioperative protective restraints in interventional therapy for severe stroke patients. **Methods** By conducting literature review and interviews, we extracted recommendations and research findings on the implementation and removal of protective restraints for patients undergoing interventional therapy in the perioperative period of severe ischemic stroke to form a consensus draft. Following two rounds of expert consultation, we created the final consensus after adjusting, modifying, and refining the draft in accordance with expert opinions. **Results** The effective recovery rate of the two-round questionnaire was 96% and 91%, respectively. The authority coefficient of the two rounds of correspondence consulting was 0.896 and 0.933, respectively. The mean value of importance assignment of each indicator was > 3.5, and the coefficient of variation was < 0.25. The Kendall harmony coefficient of experts was 0.160 and 0.299 respectively. The final consensus consisted of five parts, namely, the key point of restraint implementation evaluation, restraint prevention and alternative measures, the selection of restraint tools and their duration, the key point of restraint implementation, and the key point of restraint removal. **Conclusion** This consensus provides guidance for and standardize the implementation and removal of protective restraints in severe stroke patients undergoing interventional therapy.

Key words: protective restraint; severe stroke; interventional therapy; perioperative period; expert consensus

保护性约束实质为身体约束,主要通过约束工具来保护患者安全。有研究表明重症脑卒中患者身

体约束率为83.3%~89.1%,身体约束患者以上肢约束为主^[1],且呈上升趋势^[2]。重症脑卒中患者病情严重,治疗过程中多需要借助高精尖仪器、机械通气等医疗设备,患者因意识障碍、神经损伤等因素导致躁动、谵妄及非计划拔管发生率高,对患者的治疗效果将会造成非常严重的影响,临床护士为预防患者干扰治疗,常对其使用保护性约束^[3-4]。但并非所有的患

[收稿日期] 2024-01-04

[基金项目] 广州市科技计划项目(2024A03J0450)

[作者简介] 韩晓玲(1985-),女,山东枣庄人,硕士研究生学历,副主任护师,护理部副主任。

[通信作者] 冯建宇(1967-),女,辽宁辽中人,本科学历,副主任护师,护士长。E-mail: feng_jy_feng@163.com

者均需进行保护性约束,部分不符合约束条件的患者强行约束反而会增加患者的抵触心理,有可能造成二次伤害。脑卒中患者使用保护性约束过程中导致患者生理、心理上的不良反应不容忽视。随着医疗事业的发展,规范化使用保护性约束受到不同国家及专业协会组织的关注^[5-6],主流推荐零约束文化,重在评估及替代方案的选择,同时规定禁止使用约束对患者进行惩罚。既往研究中对脑卒中患者和保护性约束的相关性研究较少,对于脑卒中患者尚缺乏统一、具体的约束实施与解除的参照评估工具和标准,也无针对约束实施与解除的相关指南或共识供临床实践参考^[7-9]。为促进重症脑卒中介入治疗围术期患者保护性约束实施与解除的规范开展,为临床实践提供决策依据,本研究制定了重症脑卒中介入治疗围术期患者保护性约束的专家共识。

1 共识形成

1.1 成立共识小组 共识小组由9名成员组成,包括4名主任护师、2名副主任护师、1名主管护师和2名护理研究生。主任医师及主任、副主任护师主要负责拟定研究主题、选择函询专家,主管护师负责根据专家函询结果对共识内容进行汇总和调整,2名护理研究生主要负责文献检索与筛选、文献质量评价、编制专家函询表、对函询结果进行整理分析。

1.2 证据检索、提取及筛选 证据检索采用主题词和自由词相结合的方法,并在检索和阅读文献的过程中添加同义词,中文检索词为“脑卒中/脑梗死/脑出血”“约束”“实施/应用/管理/解除”“介入治疗”。英文检索词为“stroke/vascular disease/vascular disease/hemorrhagic stroke”“restraint”“remove/dismiss/management/application”“interventional therapy”。检索数据库包括:BMJ Best Practice、UpToDate、国际指南图书馆(Guideline International Network,GIN)、美国国立指南网(National Guideline Clearinghouse,NGC)、英国国家临床医学研究所指南库(National Institute for Health and Care Excellence,NICE)、加拿大安大略注册护士协会(Registered Nurses Association of Ontario,RNAO)、JBI图书馆、PubMed、Embase、CINAHL、中国知网、万方数据库、维普数据库、医脉通、世界卒中组织(World Stroke Organization,WSO)、加拿大心脏与卒中基金会(Heart and Stroke Foundation of Canada,HSFC)、美国心脏协会(American Heart Association,AHA)、美国脑卒中协会(American Stroke Association,ASA),检索的文献类型包括指南、系统评价、原始研究和专家共识,检索

时限为建库至2022年12月31日。

1.3 证据提取及筛选 共检索到相关文献223篇,剔除重复后获得文献145篇,阅读文题和摘要初筛获得文献43篇,阅读全文后复筛获得文献21篇,包括指南2篇^[10-11]、系统评价2篇^[8,12]、专家共识4篇^[13-16]、原始研究13篇^[17-29]。(1)纳入指南的质量评价采用英国2017年更新的《临床指南研究与评价系统》(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation,AGREE II)^[30]。从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,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) $\times 100\%$ 。根据各领域标准化百分比将指南质量分为如下3个等级。6个领域的标准化百分比均 $\geq 60\%$ 为A级,可直接推荐;标准化百分比 $<60\%$ 且 $\geq 30\%$ 的领域数 ≥ 3 个为B级,需修改完善后推荐;标准化百分比 $\leq 30\%$ 的领域数 ≥ 3 个为C级,暂不推荐,本研究将等级为C界定为低质量标准,予以排除。(2)纳入的系统评价、专家共识及原始研究的质量评价采用JBI文献质量评价工具(2014版)中相应的工具,评价结果为“否”的条目 >4 个为质量较低,其余界定为较高质量^[31]。纳入的2篇指南中,1篇为A级,1篇为B级,纳入的4篇专家共识均为较高质量,纳入的2篇系统评价质量较高,纳入的13篇原始研究中,5篇质量较高,8篇质量较低。

1.4 编写共识初稿 依据Dicenso等^[32]提出的证据应用“6S”模型,充分利用证据资源,依次提取循证指南、系统评价及原始研究中的推荐建议和研究结论,同时,对1名主任医师、2名护理管理者、4名临床一线护理人员以及15例在我院脑血管病科接受过保护性约束的住院患者进行利益相关人群访谈^[33],基于以上文献检索及访谈情况,初步拟定第1轮《重症脑卒中介入治疗围术期患者保护性约束的专家共识》初稿,共一级指标5条,二级指标16条,三级指标68条。

1.5 编制专家函询问卷 研究小组基于共识初稿内容编制专家函询问卷,拟定第1轮专家咨询问卷,条目函询表按照Likert 5级评分法,对条目重要性进行评分。条目重要性从不重要到特别重要依次为1~5分,每个条目下均设置删除、增加及修改意见栏。专家熟悉程度调查表包括专家对各条目的判断依据和对研究课题的熟悉程度^[34]。其中,判断依据分为理论分析、实践经验、参考国内外资料和主观判断4个维度;对研究课题的熟悉程度分为很熟悉、熟悉、一般熟悉、不熟悉、很不熟悉5个等级。本研究共

进行 2 轮专家函询,专家函询问卷以电子邮件或微信的形式发送,并要求函询专家于 14 d 内将问卷返回。每轮函询结束后,对专家意见进行整理归纳和统计分析。第 1 轮函询后,有 10 名专家针对 26 个条目提出删减及修改意见,第 2 轮专家函询后,有 2 名专家对 4 个条目提出修改意见,最终形成包含一级指标 5 条、二级指标 12 条、三级指标 40 条的共识。

1.6 咨询专家的遴选 选择不同地区的介入领域专家进行函询,专家遴选标准:(1)医院性质:三级甲等医院;(2)学历与职称:本科及以上学历、高级及以上职称、工作 10 年及以上,或本科及以上学历、中级及以上职称,专科护士工作 5 年及以上;(3)研究方向:从事神经介入专科、介入手术室专科、神经内外专科、外周血管介入等相关领域;(4)专家知情同意,并对参与本研究有一定的积极性,愿意回答专家函询问卷。

1.7 条目筛选标准及质量控制 本研究保留条目重要性符合赋值均数 ≥ 3.5 ,满分比 >0.2 ,变异系数(CV) $<0.25^{[35]}$ 。若只符合 1 项,由小组成员结合专家讨论建议决定。本研究严格遵循德尔菲专家函询法的工作原理对专家进行函询。在专家咨询前,先与专家取得联系,征得专家同意后,采用微信及邮件的方式进行函询。咨询问卷使用统一指导语,并在咨询表上注明回收日期,使问卷按时收回。问卷收回后由 2 名小组成员检查问卷的完整性及有效性,填写不完整者及时与专家取得联系。所有数据双人录入并交叉核对,确保无误后进行统计分析。

1.8 资料分析方法 专家咨询所得的数据采用 Excel 表格双人录入并交叉核对,运用 SPSS 23.0 进行统计分析。专家的一般情况采用描述性统计的均数、标准差、频数、百分比表示;函询结果的权威性和可靠性采用专家积极系数、专家权威程度、专家意见集中程度、专家意见协调程度表示。专家积极系数采用函询问卷的有效回收率表示,专家权威程度采用专家权威系数表示,专家意见集中程度采用指标的

重要性赋值均数表示,专家意见协调程度采用指标的变异系数和肯德尔和谐系数表示^[34],以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 研究结果

2.1 函询专家基本情况 本研究由 21 名专家参与了 2 轮函询。函询专家来自广州、深圳、珠海、大连、中山等三级甲等医院,从事神经相关专科和血管介入专科等相关领域工作。函询专家年龄在 34~59 (42.38 $\pm$ 7.88)岁;工作年限 7~40 (21.00 $\pm$ 8.47)年。21 名专家中高级职称 8 名,副高级职称 7 名;硕士 5 名,本科 16 名。

2.2 专家积极程度 第 1 轮函询发给 23 名介入领域专家,有效回收问卷 22 份,第 2 轮有效回收 21 份。2 轮函询问卷的有效回收率分别为 96%、91%,有效回收率均 $>70\%$ 表明函询专家对该研究有较高的积极性。

2.3 专家意见集中程度 第 1 轮专家函询各条目重要性评分均数为 3.56~5.00,满分比为 9%~100%;第 2 轮专家函询各条目重要性评分均数为 3.98~5.00,满分比为 21%~100%。第 2 轮函询结果的赋值均数与满分比均高于第 1 轮,表明经过 2 轮函询后专家意见相对集中。

2.4 专家意见权威程度 本研究 2 轮函询专家的权威系数分别为 0.896、0.933,第 2 轮函询的专家意见权威系数较第 1 轮高,说明在第 1 轮函询后专家进一步了解了研究主题。2 轮权威系数均在 0.70 以上,表明 21 名函询专家的权威性较高,研究结果比较可靠。

2.5 专家意见协调程度 2 轮专家函询各条目 CV 为 0~0.38、0~0.19,经 2 轮函询后各条目 CV <0.25 ,专家意见协调程度较高。2 轮专家意见 W 分别为 0.160、0.299, $P<0.05$,表明专家函询结果具有较高的协调度和可信度,具体如表 1 所示。

表 1 专家函询意见协调程度

指标	第 1 轮				第 2 轮			
	CV	W	χ^2	P	CV	W	χ^2	P
一级指标	0.06~0.12	0.020	1	0.607	0~0.09	0.139	6.40	0.023
二级指标	0.09~0.27	0.205	81.98	<0.001	0.04~0.13	0.217	59.76	<0.001
三级指标	0~0.38	0.249	583.31	<0.001	0~0.19	0.269	548.20	<0.001
总指标	0~0.38	0.160	629.12	<0.001	0~0.19	0.299	722.15	<0.001

3 共识内容

3.1 约束实施评估要点 重症脑卒中介入治疗围术期患者约束的评估要点主要从意识状态、肌力分

级以及管道危险度 3 个方面进行^[36]。意识状态评估包括意识障碍伴有翻越床栏、拉扯导管、行为莽撞等激越行为^[37];安静淡漠、退缩、注意力不集中、活动减

少^[38];意识模糊、朦胧、嗜睡状态。肌力分级分为:肌力 0~1 级;肌力 2~3 级;肌力 4~5 级^[18]。管道危险度分为:导管滑脱风险为高危;导管滑脱风险为中危;导管滑脱风险为轻危^[39]。

3.2 约束预防及替代措施

3.2.1 约束预防措施包括:(1)营造良好的病房环境,减少光线和噪声,温湿度适宜,保持床单干净整洁^[40];(2)减少责任护士分管约束患者人数,增加巡视次数,高危患者安置在离护士站近的床位^[41]。(3)将管道或设备移至患者视野之外,早停用各种治疗设施,尽早拔除各类管道^[42];(4)评估并缓解患者的疼痛和焦虑,尽量满足患者正常生理需求和自尊需要^[19]。

3.2.2 约束替代措施包括:(1)利用患者喜欢的娱乐方式分散患者的注意力,提供让患者抓在手里的物品,应用按摩、治疗性抚触、针灸等方法让患者放松^[17];(2)使用套式约束取代腕部约束^[20];(3)最好提供一对一的照护,家属、志愿者、护工等可参与照护,指导陪伴者接触患者时保持安静^[21];(4)给予言语冲突降级,如符合用药指征应尝试用药^[22]。

3.3 约束用具及时长的选择

3.3.1 约束用具的选择:(1)根据患者情况选择约束部位和方式,患者有抓伤、拔管史等行为使用约束手套;患者躁动、有攻击性行为使用四肢约束带;患者使用支持生命的治疗或设备可使用约束衣对患者四肢和躯体进行约束,但禁止约束头颈部^[12];(2)约束用具的使用应遵循产品使用说明,告知可能出现的不良后果及解决方法^[23-24];(3)约束中宜使用床档,病床制动并降至最低位,约束用具应固定在患者不可及处^[44]。(4)约束用具松紧度以能容纳 1~2 横指为宜,约束部位应给予皮肤保护,同时动态观察患者局部皮肤颜色、温度、感觉、局部血运等情况^[25]。

3.3.2 约束时长的选择:(1)一次约束医嘱时间为白天不超过 4 h,夜间不超过 12 h,单次约束时长应小于 2 h^[25];(2)约束时每班检查评估,每 2 h 巡视检查约束部位和皮肤情况,组长和护士长每天查看;约束超过 48 h,应重新对患者进行评估^[26]。(3)加强约束动态评估,不约束者 24 h 评估 1 次,选择替代约束措施者 8 h 评估 1 次,使用身体约束者 2 h 评估 1 次;约束结束后 24 h 内评估患者的身心状况^[27-28]。

3.4 约束实施操作要点

3.4.1 约束实施细则:(1)遵循最小化约束原则,当约束替代措施无效且患者可能对自己或他人造成伤害时实施约束^[45];(2)遵循患者有利原则,保护患者隐私及安全,提供心理支持^[46]。(3)详细告知患者及

家属保护性约束的原因、形式、可能的风险及并发症,取得同意后签署知情同意书^[47]。(4)建立约束护理巡视单,内容包括患者意识状态、躁动程度、体位、留置管道、肢体末梢循环情况等。记录约束的原因、部位、用具、执行时间、实施者等^[48]。

3.4.2 感控要求:(1)约束用具要柔软、清洁、干燥,做到专人专用,避免交叉使用^[46]。(2)一次性约束用具使用后应按医疗废物处理,重复使用的约束用具应按产品说明书进行相应处理^[49]。

3.4.3 操作人员要求:(1)所有参与保护性约束的医护人员应接受标准化技术培训,具备团队合作技巧,了解约束用具的安全使用方法^[2];(2)约束前要与患者保持 1 m 左右的安全距离,与患者沟通时应采用尊重和关怀的态度^[50];(3)培训实施约束的道德及法律要求、预防及替代方法、了解相关并发症^[51]。

3.5 约束解除评估要点

3.5.1 约束解除指征:(1)患者精神状态改善,情绪稳定,无攻击、拔管等行为或倾向^[52];(2)患者深度镇静状态、昏迷或肌无力^[29];(3)医疗设备或导管拔除,支持生命的治疗或设备已终止^[53];(4)可采取约束替代措施或家属探视需要^[54]。

3.5.2 约束解除评估间隔:(1)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^[55];(2)保护性约束实施后每 15 min 监测生命体征,持续 60 min,之后每 30 min 监测 1 次,持续 4 h 或直至患者意识恢复^[56];(3)如多部位约束,宜根据患者情况逐一解除并记录^[57]。

4 小结

本共识为医务人员在对重症脑卒中介入治疗围术期患者实施约束与解除提供具体的指导,使其有迹可循,不再仅依据自己的临床经验实施约束。通过本共识,可以让工作人员依据规范向患者家属进行告知,以减轻家属对约束认识的误解,增强家属对医护人员的信任感,提高其满意度。

利益冲突声明:《共识》编写小组专家及成员均签署了利益冲突声明,均无相关利益冲突。

共识编写组组长:韩晓玲[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)];冯建宇(南方医科大学南方医院)

共识编写组成员:耿冰冰[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)];谭素娟[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)];何清霞[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)]。

函询专家组成员(以姓氏拼音为序):陈利芳(暨

南大学附属第一医院);冯英璞(河南省人民医院);付晓华(南方医科大学珠江医院);甘丽芬(上海长海医院);何金爱(暨南大学附属第一医院);廖少琴[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)];刘晓青(上海市第十人民医院);林玉兰(惠州市第一人民医院);李羽南(南方医科大学南方医院);阮恒芳(中山大学附属第三医院);孙美冬(中山大学孙逸仙纪念医院);唐白茶[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)];谭晓青(南方医科大学深圳医院);王海英[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)];王雪梅(江苏省人民医院);吴荣奎(广州医科大学附属第二医院);吴艳玲(大连市第三人民医院);谢曼英(深圳市人民医院);叶俏[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)];曾帆[珠海市人民医院(暨南大学珠海临床医学院)];钟海(中山市人民医院);郑雯(徐州医科大学附属医院);詹也男(南方医科大学珠江医院)。

[参 考 文 献]

- [1] 袁媛,程伟鹤.身体约束对重症脑卒中病人的影响[J].护理研究,2023,37(6):1110-1113. DOI:10.12102/j.issn.1009-6493.2023.06.035.
- [2] 邢银花,高晓琴,雷琼.脑卒中患者留置胃管非计划性拔管的原因分析及护理对策[J].甘肃科技,2022,38(17):87-89;128. DOI:10.3969/j.issn.1000-0952.2022.17.025.
- [3] 李艳芬.保护性约束临床路径护理在神经外科颅脑损伤躁动患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(6):76-78. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2017.06.039.
- [4] Salehi Z, Najafi GT, Hajibabae F, et al. Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses[J]. Nurs Ethics, 2020,27(2): 598-608. DOI:10.1177/0969733019858711.
- [5] Shields L, Edelen A, Daniels MW, et al. Decline in physical restraint use following implementation of institutional guidelines[J]. J Nurs Adm, 2021,51(6):318-323. DOI:10.1097/NNA.0000000000001020.
- [6] Van de Vyvere A, Dumont C. Procédures et contention physique [Physical restraint and procedure][J]. Revue médicale de Bruxelles, 2013,34(4):368-375.
- [7] 李梅.降低脑卒中患者胃管意外脱管率的护理改进策略[J].湖北科技学院学报(医学版),2019,33(1):67-69. DOI:10.16751/j.cnki.2095-4646.2019.01.0067.
- [8] 刘凡,王芳,何满兰,等.神经外科重症患者身体约束管理的最佳证据总结[J].护士进修杂志,2023,38(16):1478-1483. DOI:10.16821/j.cnki.hsjx.2023.16.009.
- [9] 刘海平,陆鸽,周桂英,等.“品管圈”在降低脑卒中鼻饲患者非计划胃管拔除率中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(52):149-150. DOI:10.3969/j.issn.2096-2479.2018.52.112.
- [10] RANO. Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints [EB/OL].[2022-10-04].<https://rano.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints>.
- [11] NICE. Violence and aggression:short-term management in mental health, health and community settings[EB/OL]. [2022-11-23].<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
- [12] 雷若冰,蒋小平,林楠,等. ICU 患者身体约束替代措施的证据总结[J]. 护理学杂志,2019,34(14):101-104,108. DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2019.14.101.
- [13] 中华护理学会精神卫生专业委员会.精神科保护性约束实施及解除专家共识[J].中华护理杂志,2022,57(2):146-151. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2022.02.003.
- [14] JBI. Restraint: nursing practice[EB/OL]. [2022-10-25].<http://ovidsp.dc2.ovid.com/ovid-b/ovidweb.cgi>.
- [15] 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. DOI:10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.06.002.
- [16] Allen MH, Currier GW, Hughes DH, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005[J]. J Psychiatr Pract, 2005,11(Suppl 1):5-108. DOI:10.1097/00131746-200511001-00002.
- [17] 梁欢,李炜,李凤,等.保护性约束管理对 ICU 脑卒中患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(17):93-95. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2020.17.031.
- [18] 丁彦芝,李韬锋,晋盼盼,等.精细化护理模式在 ICU 患者保护性约束中的应用[J].河北医药,2023,45(2):305-308. DOI:10.3969/j.issn.1002-7386.2023.02.036.
- [19] 李莉,刘静,王红娟.保护性约束结合舒适护理在颅脑损伤躁动患者中的应用效果[J].当代护士(下旬刊),2022,29(1):68-70. DOI:10.19791/j.cnki.1006-6411.2022.01.020.
- [20] Hine K. The use of physical restraint in critical care[J]. Nurs Crit Care, 2007, 12(1):6-11. DOI:10.1111/j.1478-5153.2006.00197.x.
- [21] 陈伟晨,尉喜燕,杜鸿雁,等.人性化保护性约束在 ICU 患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(19):5-8. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2021.19.002.
- [22] Haidrani L. Physical restraint in healthcare settings[J]. Nurs Manag (Harrow),2017,24(1):13. DOI:10.7748/nm.24.1.13.s19.
- [23] 温春娣,罗彩花,胡杏娟,等.约束手套在保持脑卒中患者患肢手功能位中的应用研究[J].临床护理杂志,2015(5):69-72. DOI:10.3969/j.issn.1671-8933.2015.05.028.
- [24] 王晓静.基于人性化护理保护性约束干预在颅脑损伤躁动患者中的初步应用[J].河南外科学杂志,2023,29(1):170-172.
- [25] 廖春丽,崔鹏宇,马祥萍,等.肿瘤医院 ICU 病人身体约束评估方案的构建及应用[J].护理研究,2023,37(5):819-825. DOI:10.12102/j.issn.1009-6493.2023.05.010.
- [26] 张敏,周知.约束决策联合床旁约束核查单在危重患者中应用效果研究[J].基层医学论坛,2023,27(6):11-13+17. DOI:10.19435/j.1672-1721.2023.06.004.
- [27] 谢红萍,陈冬梅.保护性约束规范管理在神经外科颅脑损伤躁动患者中的应用效果[J].人人健康,2023(9):120-122.
- [28] 相旭.精神分裂症患者保护性约束分级管理指标体系的构建[D].湖州:湖州师范学院,2022. DOI:10.27946/d.cnki.ghzsf.2022.000130.
- [29] 周芬,张艳,管义祥.保护性约束路径干预在颅脑损伤躁动病人中的应用[J].循证护理,2021,7(16):2221-2224. DOI:10.12102/j.issn.2095-8668.2021.16.016.

- [30] 刁莎,李思雨,石雨晴,等. 指南临床适用性评价工具(2.0版)解读[J]. 中国循证医学杂志,2023,23(11):1318-1322. DOI:10.7507/1672-2531.202304080.
- [31] 胡雁,郝玉芳. 循证护理学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2017.
- [32] Dicenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model[J]. Evid Based Nurs, 2009,12(4): 99-101. DOI:10.1136/ebn.12.4.99-b.
- [33] 靳英辉,赵志慧,黄黎然,等. 临床实践指南实施性评价工具的研制和验证评价[J]. 中国循证医学杂志,2022,22(1): 111-119. DOI:10.7507/1672-2531.202106002.
- [34] 杨怀洁,杨成良,王青丽. Delphi法在护理研究中的应用现状[J]. 现代临床医学,2015(3):166-167,171. DOI:10.11851/j.issn.1673-1557.2015.03.002.
- [35] 李晓萍,沈翠珍. 德尔菲法在护理研究中的应用现状[J]. 中华现代护理杂志, 2012(22):2605-2607. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2012.22.001.
- [36] Duxbury JA. The eileen skellern lecture 2014: physical restraint: in defence of the indefensible?[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2015,22(2):92-101. DOI:10.1111/jpm.12204.
- [37] 吕会芬,赵腾飞. 保护性约束护理方案对幻觉患者症状改善及生活质量的影响[J]. 健康研究, 2019, 39(6): 699-702+706. DOI:10.3969/j.issn.1674-6449.2019.06.025.
- [38] 王海青,刘超越,杨富,等. ICU护士对患者实施身体约束替代措施的现况调查[J]. 上海护理,2022,22(10):35-39. DOI:10.3969/j.issn.1009-8399.2022.10.008.
- [39] 杨中善,许妮娜,詹昱新,等. 住院患者规范化身体约束管理最佳证据总结[J]. 护理学报,2019,26(4):31-36. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2019.04.031.
- [40] 许娟,莫蓓蓉,胡玉娜,等. 重症监护病房成人患者护理人文关怀专家共识[J]. 护理学杂志,2022,37(18):1-4. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2022.18.001.
- [41] 叶君荣,李思珏,夏志春,等. 人文关怀在保护性约束护理中的应用进展[J]. 全科护理,2021,19(5):618-621. DOI:10.12104/j.issn.1674-4748.2021.05.012.
- [42] Rose L, Dale C, Smith OM, et al. A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use[J]. Syst Rev, 2016,5(1):194. DOI:10.1186/s13643-016-0372-8.
- [43] 李莉,刘静,王红娟. 保护性约束结合舒适护理在颅脑损伤躁动患者中的应用效果[J]. 当代护士(上旬刊), 2022, 29(1):68-70. DOI:10.19791/j.cnki.1006-6411.2022.01.020.
- [44] 王慧敏,张菊. 基于 CiteSpace 对国内外缩减约束护理研究现状与趋势的分析[J]. 护理与康复, 2023, 22(7): 43-46. DOI:10.3969/j.issn.1671-9875.2023.07.009.
- [45] 陈凤,陈香萍,劳月文,等. ICU患者身体约束共享决策模式的构建及临床应用[J]. 护理与康复,2023,22(8):32-35. DOI:10.3969/j.issn.1671-9875.2023.08.008.
- [46] 张瑞芳,牟静. 重症颅脑损伤病人住院期间近亲属心理调查和全程心理干预分析[J]. 安徽医药,2019,23(5):991-994. DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2019.05.042.
- [47] 周江玲,方萍萍,连佳,等. 身体约束信息化闭环管理系统模块构建与应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(1): 98-101. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2023.01.030.
- [48] 祝红霞,宋瑜婷,程媛媛,等. 保护性约束结合共情护理模式用于重症抑郁症住院患者中的价值分析[J]. 中国医药导报,2022,19(31):174-177. DOI:10.20047/j.issn1673-7210.2022.31.41.
- [49] 朱艳,宋瑰琦,秦玉荣. 基于安全的成人约束工具设计与人文思考[J]. 当代护士(下旬刊), 2021, 28(4):26-30. DOI:10.19793/j.cnki.1006-6411.2021.12.009.
- [50] 刘义兰,杨雪娇,胡德英,等. 护理人文关怀标准的研究进展[J]. 中华护理杂志,2014,49(12):1500-1505. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2014.12.020.
- [51] 赵金龙,赵莹莹,宗倩倩,等. 量化风险评估的分级护理模式对精神科患者保护性约束的影响研究[J]. 中华护理杂志,2023,58(11):1315-1322. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2023.11.006.
- [52] 孙聪聪. 缩减约束方案在颅脑损伤患者护理中的应用效果观察[J]. 医学理论与实践,2021, 34(23):4171-4173. DOI:10.19381/j.issn.1001-7585.2021.23.059.
- [53] 张静,张忆,张永贞. 基于 eCASH 理念身体约束缩减方案对动脉瘤性蛛网膜下腔出血患者应用效果[J]. 社区医学杂志,2022,20(12):688-692. DOI:10.19790/j.cnki.JCM.2022.12.08.
- [54] 常万琪,宋魏莹,闫婧. 分阶段约束干预在神经外科颅脑损伤躁动患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2019,16(24): 75-77. DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2019.24.030.
- [55] 程婷,涂惠,熊晓云,等. 重症监护病房医生对身体约束决策认知的质性研究[J]. 全科护理,2022,20(26):3727-3730. DOI:10.12104/j.issn.1674-4748.2022.26.033.
- [56] 王俊. 基于循证构建医养结合机构老年人最小化身体约束方案及效果评价[D]. 重庆:重庆医科大学,2021. DOI:10.27674/d.cnki.gcyku.2021.000919.
- [57] 李霞,刘秀红,李改侠,等. 根因分析法在综合医院住院患者非计划拔管风险管理体系中的建立及应用[J]. 新疆医学,2021,51(4):475-478.

[本文编辑:吴艳妮]