



美国医学会伦理学杂志®

2021年4月，第23卷，第4期：E311-317

案例与评论

在需要时应由谁实施强制措施，以及如何以富有同理心的方式实施？

Matthew Lin（医学硕士）

摘要

本案例对患者护理过程中的两种不同强制措施（违背患者意愿的行为）——暗服药和物理/化学约束——的道德容许度提出了质疑。本评论考虑了对于该案例中的患者，什么是最富同理心的强制措施，以及应如何实施。

案例

CC 是一家专业护理机构的护士，负责护理 BB，一名具有攻击性、偏执性、情绪失调和精神分裂症病史的患者。BB 在因疾病急性加重而住院时一般拒绝服药，并且无法自理。

DD 是 BB 的法定监护人，其已授权将氟哌啶醇混入并隐藏在 BB 的食物中，以让 BB 口服该药物。CC 以这种方式让 BB 口服氟哌啶醇，但对此做法越来越不适。

CC 在跨学科团队会议上表示：“团队中的每个人都普遍认为这种欺骗行为在伦理上存在问题，可能是因为这属于一种强制性措施，但我是唯一一个为了避免事情恶化而这么做的人。如果我不这样做，或者没有其他人将氟哌啶醇藏在 BB 的食物中，那么 BB 就要接受肌肉注射，到时情况会更糟。如果采用肌肉注射，那么 BB 的用药会被推迟。因为我们必须等待多个安保人员前来病房帮忙约束 BB。对于 BB、其他患者和我们在内的所有人，这种情况都很吵闹、具有破坏性，且令人苦恼，特别是在需要反复经历这个过程时。如果对这名患者使用强制措施将习以为常，那么我们需要更好地执行它。我是想问，有没有政策或协议指导我们应该怎么做？我们需要一项计划，不要让我一个人背负所有骗人的‘脏活’，以免 BB 重复遭受身体创伤。”

团队成员想知道如何应对。

评论

在 BB 拒绝用药的情况下对其症状进行管理，会导致一个具有挑战性的问题，即两种在伦理上不受欢迎的做法——暗服药和物理/化学约束（以下简称约束）的道德容许度。这两者都可以理解为强制性措施或者用来压制患者意愿的行为。本文由三部分组成，考虑了对 BB 而言最富同理心的选择以及如何以合乎伦理的方式实施。第一部分回顾了临床实践中暗服药和约束的实证研究，并确定了基于原则的使用强制措施伦理观点。第二部分在基于患者视角的同理心框架内权衡了这两种做法的危害。第三部分通过讨论何时以及如何合乎伦理地使用强制措施来应对医疗团队的角色、责任和道德困境。

暗服药与约束

暗服药。暗服药是指在患者不知情的情况下，通过将药物藏在饮食中给药的做法。¹这种做法可能涉及看护人的公开谎言或**通过不作为进行欺骗**。尽管北美地区缺乏关于暗服药的实证研究和实践指南，但欧洲和南亚地区存在少量文献。2010 年的一项调查显示，英国有 43% 至 71% 的养老院存在暗服药的情况，有 1.5% 至 17% 的居民受到影响。²在 2002 年的一项研究中，印度有 50% 的照顾患有精神分裂症的亲属的家庭报告称，在家中使用了暗服药。³英格兰和苏格兰已发布了实践指南，说明暗服药在缺乏决策能力（decision making capacity, DMC）的患者中的用途较窄。^{4,5,6,7}

一些伦理学家称绝不能接受暗服药^{8,9}，而另一些则认为可以在特定情况下使用暗服药，例如用于缺乏 DMC 的患者。^{10,11,12}这其中存在的关键伦理问题在于，暗服药通过欺骗侵犯了患者的自主权，这就涉及到一些潜在的伤害。欺骗会妨碍患者**深入了解**自身病情，并可能导致患者进一步拒绝用药以及出现持续的欺骗循环，而且如果欺骗行为被患者或公众发现，则可能更广泛地损害治疗关系和人们对医疗行业的信任。^{13,14}暗服药的其他危害包括可能降低药物疗效和增加药物剂型改变引起的不良反应，而这些危害会欺骗可能缺乏鉴别或表达能力的患者。^{12,15}

约束。约束属于强迫的一种，或是故意使用可信且严重的伤害威胁来控制他人，这可能涉及身体控制或强制口服或肌肉注射药物。¹⁶相较于暗服药，与约束相关的研究更为严格。对 1990 年至 2010 年间所发表研究的系统性回顾估计，国际上有 3.8% 至 56% 的精神病患者接受过某种形式的约束。¹⁷国际上的几项专业指南都提到了努力减少使用强制措施，而专家普遍认为，当患者对自己、医务人员或其他患者造成严重危害时，约束被当做治疗行为紧急情况最后手段。^{18,19,20,21}因此，专业上首选创伤和限制性较小的替代方案。^{22,23}

约束和暗服药一样，都侵犯了患者的自主权。通过权衡约束的有益性和无害性可以发现，其主要益处在于能够在紧急情况下立即保护患者，但代价是会对患者的身体和心理造成伤害。²⁴相对于其他强制措施，评估约束有效性的研究受到研究设计中的定义异质性、临床实践差异和伦理挑战的限制，因此约束对患者的益处仍然未知。^{25,26}

强制措施与同理心

在使用具同理心的□□□□时赋予基于美德的伦理方法，可以充分诠释伦理原则，因为**同理心可以理解**为一种美德，其包含认知、情感和动机三个组成部分，可以让人意识到他人的痛苦且希望能将其减轻。^{27,28}尽管对“痛苦”没有统一的定义，但一些伦理学家将其描述为一种超越身体疼痛的状态，包括心理、情感和精神要素。²⁹

在 BB 的案例中，对受强制措施影响的患者所经历的多维伤害进行回顾，能够深入了解对 BB 而言可能最富同理心的选择（假设 BB 不缺乏 DMC）。

患者对约束所致伤害的看法已经得到详尽的描述。在对 26 项研究的系统性回顾中，Tingleff 等人对精神病患者在约束前、约束中和约束后所报告的经历进行了专题分析，发现患者在各个阶段对强制措施的认知都极其负面。³⁰ 在实施强制措施期间，身体不适（即注射或约束引起的疼痛）以及被控制的感觉（其特征为精神虐待、羞辱和权利被剥夺）在患者的叙述中占据了显著地位。实施强制措施后，患者受到的长期影响包括恐惧感、无助、创伤以及失去对他人的信任。³⁰

在约束被认为是唯一可接受选择的情况下，应在实施时留意患者所诉的需求，以尽量减少其痛苦。例如，在实施强制措施期间，患者表示需要临床医生在场，且医生能以尊重的态度，同时能积极共同。³⁰ 在实施强制措施后，患者表示需要向医疗团队汇报情况。³⁰ 目前存在指导此类沟通的创伤知情模式，且该模式已被证明可减少未来的约束事件并促进约束后的恢复过程。^{31,32,33}

尽管存在与患者关于紧急精神科护理和欺骗的偏好相关的文献，但就笔者所知，没有研究明确涉及患者使用暗服药的经历。Sheline 和 Nelson 发现，当假设精神病患者可以在紧急情况下选择约束或抗精神病药物时，接受调查的患者中有 64% 更倾向于药物治疗。³⁴ Allen 等人根据急诊服务论坛的患者回应发现，患者更倾向于口服药物，而绝大多数患者都拒绝强制注射。³⁵ 一项定性研究探索了阿尔茨海默症患者在阿尔茨海默症护理中对欺骗行为（虽然确切来说并非暗服药）的态度，结果表明，患者对假设欺骗场景的回应五花八门，一些患者无法接受欺骗，而另一些患者则认为，如果欺骗符合患者的最大利益，可以允许欺骗存在。³⁶

基于美德的观点表明，鉴于先前受到约束的患者在身心两方面均出现和表达了巨大的痛苦，暗服药可能是更富同理心的选择，不过仍需对患者的暗服药经历进行更多研究。

角色、责任和实践

选择暗服药而非约束作为更具同理心的强制形式，引发了如何合乎伦理地实施的问题。伦理学家描述了临床医生实施暗服药的数种决策工具。^{10,12,13,37} 推荐的策略包括坚持重新评估患者的 DMC，以及决策和实践的跨学科团队所有权，并权衡暗服药的益处和危害。此类策略有助于阐明负责实施暗服药的团队角色的角色，同时也为团队成员提供了解决道德困境或伦理问题的途径。

评估 DMC 的存在与否是考虑暗服药的重要前提。^{10,12} DMC 的验证应包括评估 BB 是否能够了解当下情况、重视有关决策和潜在备选方案造成的后果，以及传达决策的理由。³⁸ 如果 BB 被认为有 DMC 且依然拒绝药物治疗，医务人员应当尊重他的愿望。如果 BB 缺乏 DMC，则可以重视 BB 之前在有关药物偏好和强制以及欺骗行为的对话中表达过的希望，或者遵从精神病学预先指示（如有）。或者，如果缺少此类信息，则代理决策人可以从其认为符合 BB 最大利益的角度出发，提出决策。

如果发现 BB 缺乏 DMC，并考虑使用暗服药，则参与 BB 护理的所有团队成员必须参加此初步讨论。^{10,39} 该跨学科讨论应包括家庭成员、给药护士、医生、药剂师（以确

保剂量调整安全有效)以及伦理委员会的意见。尽管 BB 的法定监护人已经授权暗中让其口服氟哌啶醇,但为了解决医务人员的道德困境,团队应当重新审查这一决定,以更好地理解该决定制定的理由和依据。

跨学科讨论还应就是否存在有利的利害比达成一致意见,即暗服药的益处是否显著超过了伤害(违反尊重患者自主权和不伤害他人的原则)。暗服药对 BB 的潜在益处可能包括预防急性失代偿(从而避免对患者进行约束)以及治疗 BB 的偏执性、攻击性和自理能力缺乏,但其本身可能是一种让人痛苦和损害自主权的形式。³⁹

结论

从基于原则的角度来看,暗服药和约束这两种做法在伦理上都存在问题,两者分别源于欺骗和强迫。从美德伦理的角度来看,考虑到患者描述的约束所致痛苦,可以认为暗服药是更具同理心的强制方式。如果相关团队成员因 BB 缺乏 DMC,以及 BB 先前表达的愿望或代理决策人的替代判断(且如果存在极为有利的利害比)而决定采用暗服药,则必须经常与整个护理团队公开透明地讨论、记录并重新评估该决定。

References

1. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28(6):605-612.
2. Haw C, Stubbs J. Covert administration of medication to older adults: a review of the literature and published studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(9):761-768.
3. Srinivasan TN, Thara R. At issue: management of medication noncompliance in schizophrenia by families in India. *Schizophr Bull.* 2002;28(3):531-535.
4. Royal College of Psychiatrists. College statement on covert administration of medicines. *Psychiatr Bull.* 2004;28(10):385-386.
5. Telford and Wrekin Clinical Commissioning Group Medicines Management, National Health Service. Covert administration of medicines policy. June 2018. Accessed November 19, 2020. <https://www.telfordccg.nhs.uk/your-health/medicines-management/policies/medicines-management-policies/4594-covert-administration-of-medicines-policy-and-guidelines-june-2018/file>
6. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines management in care homes quality statement 6: covert medicines administration. March 25, 2015. Accessed November 19, 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs85/chapter/Quality-statement-6-Covert-medicines-administration>
7. Mental Welfare Commission for Scotland. Good practice guide: covert medication. November 2013. Reviewed February 2017. Accessed November 19, 2020. https://www.mwscot.org.uk/sites/default/files/2019-06/covert_medication.pdf
8. Ahern L, Van Tosh L. The irreversible damage caused by surreptitious prescribing. Editorial. *Psychiatr Serv.* 2005;56(4):383.
9. Kitwood TM. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First.* Open University Press; 1997.
10. Macauley RC. Covert medications: act of compassion or conspiracy of silence? *J Clin Ethics.* 2016;27(4):298-307.
11. Latha KS. The noncompliant patient in psychiatry: the case for and against covert/surreptitious medication. *Mens Sana Monogr.* 2010;8(1):96-121.

12. Young JM, Unger D. Covert administration of medication to persons with dementia: exploring ethical dimensions. *J Clin Ethics*. 2016;27(4):290-297.
13. Guidry-Grimes L, Dean M, Victor EK. Covert administration of medication in food: a worthwhile moral gamble? *J Med Ethics*. Published online February 14, 2020.
14. Levin A. Covert drug administration: win battle, but lose war. *Psychiatr News*. 2005;40(10):10-11.
15. Tweddle F. Covert medication in older adults who lack decision-making capacity. *Br J Nurs*. 2009;18(15):936-939.
16. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford University Press; 2019.
17. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*. 2013;48(1):10-22.
18. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005;11(suppl 1):5-108.
19. Recupero PR, Price M, Garvey KA, Daly B, Xavier SL. Restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: regulation, case law, and risk management. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(4):465-476.
20. American Psychiatric Association; American Psychiatric Nurses Association; National Association of Psychiatric Health Systems. Learning from each other: success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioral health. June 2018. Accessed February 18, 2021. <https://www.nabh.org/wp-content/uploads/2018/06/LearningfromEachOtherFINAL.pdf>
21. Delaney KR. American Psychiatric Nurses Association (APNA) revision of its Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2015;21(2):114.
22. Lorenzo RD, Miani F, Formicola V, Ferri P. Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10(1):94-102.
23. Steinert T. Ethics of coercive treatment and misuse of psychiatry. *Psychiatr Serv*. 2017;68(3):291-294.
24. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889-897.
25. Kjellin L, Wallsten T. Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care. *BMC Psychiatry*. 2010;10:53.
26. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491.
27. Pellegrino E. Character formation and the making of good physicians. In: Kenny N, Shelton W, eds. *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education*. Elsevier; 2006:1-15. *Advances in Bioethics*; vol 10.
28. de Zulueta PC. Suffering, compassion and “doing good medical ethics.” *J Med Ethics*. 2015;41(1):87-90.
29. Green RM, Palpant NJ, eds. *Suffering and Bioethics*. Oxford University Press; 2014.
30. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. “Treat me with respect.” A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients’

reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24(9-10):681-698.

31. Goulet MH, Larue C, Lemieux AJ. A pilot study of “post-seclusion and/or restraint review” intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;54(2):212-220.
32. Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42(9):22-33.
33. Hammervold UE, Norvoll R, Aas RW, Sagvaag H. Post-incident review after restraint in mental health care—a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):235.
34. Sheline Y, Nelson T. Patient choice: deciding between psychotropic medication and physical restraints in an emergency. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1993;21(3):321-329.
35. Allen MH, Carpenter D, Sheets JL, Miccio S, Ross R. What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *J Psychiatr Pract*. 2003;9(1):39-58.
36. Day AM, James IA, Meyer TD, Lee DR. Do people with dementia find lies and deception in dementia care acceptable? *Ageing Ment Health*. 2011;15(7):822-829.
37. Sokol DK. Can deceiving patients be morally acceptable? *BMJ*. 2007;334(7601):984-986.
38. Barstow C, Shahan B, Roberts M. Evaluating medical decision-making capacity in practice. *Am Fam Physician*. 2018;98(1):40-46.
39. Olsen DP. Ethical issues: putting the meds in the applesauce. *Am J Nurs*. 2012;112(3):67-69.

Matthew Lin (医学硕士) 是马萨诸塞州波士顿儿童医院培训期第二年的新生儿围产期医学培训生他获得了佛蒙特大学医学学位，并在纽约大学完成了住院医师培训。他的临床和学术兴趣在于生物伦理学。

编者注

本文是 2020 年约翰康利伦理论文竞赛的获奖论文。本文所对应的案例由社论文章提供。

引用

《美国医学会伦理学杂志》。2021;23(4):E311-317.

DOI

10.1001/amajethics.2021.311.

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。

版权所有 2021 美国医学会。保留所有权利。
ISSN 2376-6980