

腹部手术加速康复外科患者疼痛控制结局的研究

付丽萍¹ 张军港^{2▲} 冯霞² 袁丹英³

1.浙江省人民医院 杭州医学院附属人民医院麻醉复苏室,浙江杭州 310014;2.浙江省人民医院 杭州医学院附属人民医院肝胆胰外科,浙江杭州 310014;3.浙江省人民医院 杭州医学院附属人民医院护理部,浙江杭州 310014

[摘要] 目的 研究腹部手术加速康复外科患者疼痛控制结局,为改进腹部手术患者疼痛控制结局提供参考。方法 选取 2018 年 1 月至 2019 年 5 月采用便利抽样法对符合入选标准的 228 例腹部手术加速康复外科患者在术后 24~48 h 进行疼痛控制结局问卷调查,描述疼痛控制结局,比较使用与未使用非药物止痛措施患者的疼痛控制结局指标的差异,并分析影响疼痛控制满意度的因素。结果 腹部手术加速康复外科患者术后 24 h 内:最高疼痛评分中位数为 4.00(3.00)分,处于重度疼痛的百分比中位数为 20.00(20.00)%,疼痛对下床活动的影响评分中位数为 3.00(3.00)分,疼痛缓解程度中位数为 70.00(20.00)%,疼痛控制满意度中位数为 8.00(2.00)分;使用非药物止痛措施的患者“术后 24 h 最高疼痛评分”和“处于重度疼痛的百分比”低于未使用非药物止痛措施的患者,“疼痛控制满意度”高于未使用非药物止痛措施的患者,差异有统计学意义($P<0.05$);疼痛控制满意度与术后疼痛缓解程度($r=0.657$)、参与疼痛治疗决策程度($r=0.673$)、疼痛治疗方案信息的帮助程度($r=0.460$)显著相关,差异有统计学意义($P<0.05$);与获得疼痛治疗方案信息($r=0.156$)、使用非药物止痛措施($r=0.183$)、医护人员鼓励非药物止痛措施频率($r=0.173$)显著相关,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 腹部手术加速康复外科患者疼痛控制结局总体较好,仍需关注术后活动性疼痛的评估和治疗,重视使用非药物镇痛措施,以期改善患者的疼痛控制结局;患者对术后疼痛控制的总体评价满意,值得临床借鉴。

[关键词] 疼痛控制;加速康复外科;腹部手术;非药物镇痛措施

[中图分类号] R473.73;R493

[文献标识码] B

[文章编号] 1673-9701(2021)11-0170-06

Research on the outcome of pain control in patients undergoing accelerated rehabilitation after abdominal surgery

FU Liping¹ ZHANG Jungang² FENG Xia² QIU Danying³

1.PACU, Zhejiang Provincial People's Hospital, the People's Hospital of Hangzhou Medical College, Hangzhou 310014, China; 2.Department of Hepatobiliary Pancreatic Surgery, Zhejiang Provincial People's Hospital, the People's Hospital of Hangzhou Medical College, Hangzhou 310014, China; 3.Department of Nursing, Zhejiang Provincial People's Hospital, the People's Hospital of Hangzhou Medical College, Hangzhou 310014, China

[Abstract] Objective To research the outcome of pain control in patients undergoing accelerated rehabilitation after abdominal surgery, and to provide reference for improving the outcome of pain control in patients undergoing abdominal surgery. **Methods** A questionnaire survey from January 2018 to May 2019 was conducted on the outcome of pain control in 228 patients who met the inclusion criteria of accelerated rehabilitation surgery during 24-48 hours after abdominal surgery according to the convenient sampling method. Meanwhile, the outcome of pain control was described, the difference of outcome of pain control between patients who used and did not use non-drug analgesic measures were compared and the factors impacting the satisfaction of pain control were analyzed. **Results** Within 24 hours after surgery, in the patients who underwent accelerated rehabilitation surgery after abdominal surgery, the median score of the highest pain was 4.00(3.00) points, the median percentage of severe pain was 20.00 (20.00)%, the median score of the impact of pain on getting out of bed was 3.00(3.00) points, the median degree of pain relief was 70.00(20.00)%, and the median satisfaction with pain control was 8.00 (2.00)points. The “highest pain score” and “percentage of severe pain” of patients who took non-drug analgesic measures were lower than those who did not take non-drug analgesic measures, and the “pain control satisfaction” was higher than that of patients who did not take non-drug analgesic measures, and the differences were statistically significant($P<0.05$). Satisfaction with pain control was significantly correlated with postoperative pain relief degree($r=0.657$), participation in pain treatment decision-making degree($r=0.673$) and assistance degree of pain treatment plan information($r=0.460$), and the differences were statistically significant($P<0.05$). It was significantly correlated with obtaining information of pain treatment plan ($r=0.156$), using non-drug analgesic mea-

[基金项目] 浙江省医药卫生科技计划项目(2016KYB023)

▲通讯作者

sures ($r=0.183$), and the frequency of encouraging non-drug analgesic measures by medical staff ($r=0.173$), and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The outcome of pain control in patients undergoing accelerated rehabilitation surgery after abdominal surgery is generally good, and it is still necessary to pay attention to the evaluation and treatment of postoperative active pain and pay attention to the use of non-drug analgesia measures, so as to improve the outcome of pain control of patients. Patients are satisfied with the overall evaluation of postoperative pain control, which is worthy of clinical reference.

[Key words] Pain control; Accelerate rehabilitation surgery; Abdominal surgery; Non-drug analgesia measures

加速康复外科(Enhanced recovery after surgery, ERAS)是集麻醉、手术、护理及营养等多学科、多内容的综合性康复理念,其目的在于促使患者在最短的时间内达到最佳的康复效果^[1]。疼痛治疗是 ERAS 非常重要的环节^[2],良好镇痛可提高患者生命质量,缓解紧张和焦虑,且提高早期进食、早期活动等依从性,加快机体机能恢复^[3]。文献报道约 75%的术后患者曾经历中重度疼痛,术后患者报告的疼痛得到充分缓解的不足 50%^[4-5],而腹部手术术后疼痛是限制患者术后快速康复的重要因素^[6],因此术后疼痛的管理仍是临床的难题和挑战。

为有效进行疼痛管理,可靠有效的评估疼痛控制质量方法非常重要^[7]。疼痛控制结局问卷(American Pain Society's Patient Outcome Questionnaires, APS-POQ)是常用的评估患者疼痛控制质量的工具。该问卷研制于 1991 年,并分别于 1995 年、1998 年和 2010 年进行修订^[8-10]。2010 年修订的 APS-POQ-R(Revised American Pain Society's Patient Outcome Questionnaires, APS-POQ-R)^[10]已被翻译成多种语言,多项研究表明 APS-POQ-R 具有良好的信度及效度,并被推荐用于评价疼痛管理的质量^[10-11]。2017 年有研究者将中文版问卷(Mandarin version of the American Pain Society Patient Outcome Questionnaire, APS-POQ-R-C)运用于国内骨科患者术后疼痛控制结局的研究,是首次在亚洲患者中进行 APS-POQ-R 的研究,结果显示 APS-POQ-R-C 具有良好的信度和效度,推荐用于国内患者疼痛管理的质量评价^[12]。2018 年 1 月至 2019 年 5 月本研究在一家综合性三级甲等医院开展了使用 APS-POQ-R-C 问卷进行腹部手术加速康复外科患者疼痛控制结局的研究,以期描述腹部手术加速康复外科患者疼痛控制结局,为改善疼痛控制结局提供依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样法选取 2018 年 1 月至 2019 年 5 月在我院肝胆胰外科行胆囊、肝脏、胰腺、脾脏及胃肠等手术,基于加速康复理念,多学科合作管理的手

术住院患者为研究对象。

纳入标准:①年满 18 周岁者;②同意参加本研究,并签署知情同意书者;③意识清楚、能正确理解和回答问题的腹部手术者。排除标准:①不同意参加本研究者;②有言语表达或交流障碍者;③病情危重者;④术前有慢性非癌痛或癌痛、长期服用止痛药物者。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 本研究采用 APS-POQ-R-C 问卷, Cronbach's α 系数为 0.798, KMO 值为 0.80。问卷由 22 个条目(item)组成,包括疼痛程度(P1~P3),疼痛的影响(P4~P5),疼痛治疗的副反应(P6),疼痛缓解程度、参与疼痛治疗决策的程度、疼痛治疗满意度、疼痛治疗方案信息的帮助程度(P7~P10),非药物镇痛治疗(P11~P12)^[12]。通过预调查测得问卷总体 Cronbach's α 系数为 0.803,说明适用于本研究。

在腹部手术加速康复外科患者术后 24~48 h 进行问卷调查,对于患者疑问采用统一解释语言,若患者可自行填写问卷由患者自行填写,患者不能自行填写由研究者按照患者的选择填写,问卷当场回收。研究共调查 261 例患者,问卷回收 243 份,有效问卷 228 份,完成问卷的时间为 9~27 min。本研究已获得医院医学伦理委员会批准,研究对象知情同意并签署知情同意书。

1.2.2 加速康复管理及疼痛管理方法 本院加速康复外科管理小组由外科(肝胆胰外科、胃肠外科、胸外科、泌尿外科、结直肠外科、骨科等)、麻醉科、营养科、药学部、精神卫生科及康复医学科等多学科协作组成,以期整合学科优势,加强学科协作,促进术后患者的加速康复,并成立急性疼痛服务(Acute pain service, APS)团队进行术后疼痛管理。

医院 APS 团队组成人员主要包括麻醉医生、疼痛专科护士、外科医生、临床药师、病区护士以及理疗师等,组长由疼痛管理经验丰富的麻醉医生担任,以多模式镇痛和预防性镇痛的理念为指导^[13],采用以麻醉医师督导下的护士为主体的工作模式。APS 常规患者床边随访、收集数据,统计分析患者的镇痛治疗副反应发生率、镇痛不全发生率等,并进行持续质量改进,以期规范术后镇痛,为患者提供最佳的疼痛管理实践。

1.3 观察指标及评价标准

1.3.1 腹部手术加速康复外科患者疼痛控制结局 从疼痛程度、疼痛的影响、疼痛治疗的副反应、疼痛缓解程度、患者参与疼痛治疗决策的程度、疼痛治疗满意度、疼痛治疗方案信息的帮助程度及非药物镇痛治疗等指标描述疼痛控制结局。

1.3.2 非药物止痛措施使用情况及使用与未使用非药物止痛措施的患者疼痛控制结局的差异 描述接受非药物止痛措施的患者比例、医护人员鼓励使用非药物止痛措施的频率;并比较使用和未使用非药物止痛措施的患者疼痛控制结局各指标的差异。

1.3.3 影响腹部手术加速康复患者疼痛控制满意度的因素 分析疼痛控制满意度与患者的一般资料及疼痛控制结局各指标之间的相关性。

1.4 统计学方法

对问卷调查的资料进行编号,录入 SPSS 数据库,用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行分析。对患者的一般资料、疼痛程度、疼痛对患者的影响程度、患者对疼痛控制的满意度等采用描述性统计分析,计量资料以中位数(四分位距)表示,计数资料用频数表示;使用非药物止痛措施的患者与未使用非药物止痛措施的患者疼痛控制结局的比较采用 *Mann-Whitney U* 检验;疼痛控制满意度与疼痛控制结局计量资料采用 *Pearson* 相关分析,疼痛控制满意度与一般资料、疼痛控制结局计数资料采用 *Spearman* 相关分析; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 腹部手术加速康复外科患者一般资料

其中男性占 52.63%,女性占 47.37%;18~29 岁占 13.16%,30~44 岁占 31.58%,45~59 岁占 39.47%,60~75 岁占 14.91%,75 岁以上占 0.88%;汉族占 97.37%,其他占 2.63%;小学及以下占 16.67%,初中占 27.19%,高中或中专占 21.05%,大专或本科占 34.21%,研究生及以上占 0.88%;有手术史占 43.42%,无手术史占 56.58%。见表 1。

2.2 腹部手术加速康复外科患者疼痛控制结局

腹部手术加速康复外科患者术后 24 h 内:最低疼痛评分中位数为 2.00(1.75)分,最高疼痛评分中位数为 4.00(3.00)分,处于重度疼痛的百分比中位数为 20.00(20.00)%,疼痛对下床活动的影响评分中位数为 3.00(3.00)分,术后 24 h 疼痛缓解程度百分比中位数为 70.00(20.00)%,参与疼痛治疗决策的程度中位数为 7.00(2.00)分,疼痛控制满意度中位数为 8.00(2.00)分,疼痛治疗方案信息的帮助程度中位数为 8.00

表 1 腹部手术加速康复外科患者一般资料情况(n=228)

因素	n	构成比(%)	
性别	男	120	52.63
	女	108	47.37
年龄	18~29 岁	30	13.16
	30~44 岁	72	31.58
	45~59 岁	90	39.47
	60~75 岁	34	14.91
	>75 岁	2	0.88
民族	汉族	222	97.37
	其他	6	2.63
文化程度	小学及以下	38	16.67
	初中	62	27.19
	高中或中专	48	21.05
	大专或本科	78	34.21
	研究生及以上	2	0.88
手术史	是	99	43.42
	否	129	56.58

(3.00)分。见表 2。

2.3 非药物止痛措施使用情况及使用与未使用非药物止痛措施的患者疼痛控制结局比较

2.3.1 非药物止痛措施使用情况 在 228 例患者中,188 例患者接受过非药物止痛治疗,占 82.46%,40 例患者未接受过非药物止痛治疗,占 17.54%;医务人员经常鼓励患者使用非药物控制疼痛患者为 27 例,占 11.84%,有时鼓励为 161 例,占 70.62%。见表 3。

2.3.2 使用与未使用非药物止痛措施的患者疼痛控制结局比较 将 188 例使用非药物止痛措施与 40 例未使用非药物止痛措施的患者疼痛控制结局进行比较,结果显示使用非药物止痛措施的患者最高疼痛评分中位数 4.00(2.00)分低于未使用患者的中位数 4.50(3.00)分,处于重度疼痛百分比中位数 20.00(30.00)% 低于未使用患者的中位数 30.00(20.00)%,差异均有统计学意义($P < 0.05$);使用非药物止痛措施的患者疼痛控制的满意度中位数 8.00(1.00)分高于未使用患者的中位数 7.00(3.75)分,患者参与疼痛治疗决策的程度中位数 8.00(1.00)分高于未使用患者的中位数 6.50(3.75)分;疼痛治疗信息的帮助程度中位数 8.00(2.00)分高于未使用患者的中位数 7.00(3.00)分,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 腹部手术加速康复外科患者疼痛控制满意度相关因素分析

腹部手术加速康复外科患者疼痛控制满意度与术后 24 h 疼痛缓解程度($r=0.657$)、参与疼痛治疗决策的程度($r=0.673$)、疼痛治疗方案信息的帮助程度($r=0.460$)之间存在非常显著相关关系,差异有统计学意义($P < 0.05$);与获得疼痛治疗方案信息($r=0.156$)、接受非药物止痛措施($r=0.183$)、医护人员鼓励使用非

表 2 腹部手术加速康复外科患者疼痛控制结局

条目		n	中位数	四分位距	最小值	最大值
P1	术后 24 h 最低疼痛评分	228	2.00	1.75	0	7
P2	术后 24 h 最高疼痛评分	228	4.00	3.00	0	10
P3	术后处于重度疼痛的百分比	228	20.00	20.00	0	100
P4a	床上活动:翻身、坐起、改变体位	228	2.50	1.75	0	10
P4b	下床活动:散步、坐下、洗漱	228	3.00	3.00	0	10
P4c	入睡	228	2.00	2.00	0	10
P4d	保持睡眠	228	1.00	2.00	0	10
P5a	焦虑	228	2.00	3.00	0	10
P5b	情绪低落	228	1.00	3.00	0	10
P5c	恐惧	228	1.00	2.00	0	9
P5d	无助	228	1.00	2.00	0	10
P6a	恶心呕吐	228	0	2.00	0	10
P6b	嗜睡	228	0	1.00	0	8
P6c	瘙痒	228	0	0	0	6
P6d	头晕	228	0	1	0	6
P7	术后 24 h 疼痛缓解程度百分比	228	70.00	20.00	20	100
P8	参与疼痛治疗决策的程度	228	7.00	2.00	3	10
P9	疼痛控制的满意度	228	8.00	2.00	3	10
P10(2)	疼痛治疗方案信息的帮助程度	194	8.00	3.00	1	10

注: P1~P2、P4~P6、P8~P9 及 P10(2)评分采用 0~10 分;P3 及 P7 采用 0%~100%的百分比

表 3 非药物止痛措施使用情况

条目		n	百分比(%)
P11	接受非药物止痛措施	是	188
		否	40
P12	医护人员鼓励使用非药物止痛措施的频率	从不	40
		有时	161
		经常	27

表 4 使用与未使用非药物止痛措施的患者疼痛控制结局比较[M(Q)]

条目		非药物止痛措施		Z 值	P 值
		否(n=40)	是(n=188)		
P1	术后 24 h 最低疼痛评分	2.00(2.00)	2.00(1.00)	1.884	0.060
P2	术后 24 h 最高疼痛评分	4.50(3.00)	4.00(2.00)	2.229	0.026
P3	术后处于重度疼痛的百分比	30.00(20.00)	20.00(30.00)	2.770	0.006
P4a	床上活动:翻身、坐起、改变体位	3.00(2.00)	2.00(1.00)	1.884	0.060
P4b	下床活动:散步、坐下、洗漱	4.00(2.00)	3.00(2.00)	1.931	0.053
P4c	入睡	2.00(2.00)	2.00(2.00)	1.279	0.201
P4d	保持睡眠	2.00(2.75)	1.00(3.00)	1.119	0.263
P5a	焦虑	2.00(3.75)	2.00(3.00)	0.622	0.534
P5b	情绪低落	1.00(3.00)	1.00(3.00)	0.245	0.806
P5c	恐惧	0(2.00)	1.00(2.00)	0.180	0.857
P5d	无助	0(2.75)	1.00(2.00)	0.134	0.893
P6a	恶心呕吐	0(1.75)	0(2.00)	0.750	0.453
P6b	嗜睡	0(2.00)	0(1.00)	0.409	0.682
P6c	瘙痒	0(0.00)	0(0.00)	0.540	0.589
P6d	头晕	0.50(2.00)	0(1.00)	0.531	0.595
P7	术后 24 h 疼痛缓解程度百分比	70.00(50.00)	70.00(20.00)	1.128	0.259
P8	参与疼痛治疗决策的程度	6.50(3.75)	8.00(1.00)	2.505	0.012
P9	疼痛控制的满意度	7.00(3.75)	8.00(1.00)	2.750	0.006
P10(2)	疼痛治疗方案信息的帮助程度	7.00(3.00)	8.00(2.00)	2.068	0.039

注: P1~P2、P4~P6、P8~P9 及 P10(2)评分采用 0~10 分;P3 及 P7 采用 0%~100%的百分比

药物止痛措施频率($r=0.173$)之间存在显著相关关系,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5~6。

3 讨论

本研究结果显示,腹部手术加速康复外科患者术

表 5 疼痛控制满意与疼痛控制结局计量资料的 Pearson 相关性分析

条目	对疼痛控制的满意度	
	r 值	P 值
P1 术后 24 h 最低疼痛评分	-0.022	0.746
P2 术后 24 h 最高疼痛评分	-0.026	0.698
P3 术后处于重度疼痛的百分比	-0.035	0.603
P4a 床上活动:翻身、坐起、改变体位	0.069	0.300
P4b 下床活动:散步、坐下、洗漱	0.003	0.966
P4c 入睡	-0.035	0.598
P4d 保持睡眠	-0.051	0.448
P5a 焦虑	-0.070	0.295
P5b 情绪低落	0.008	0.909
P5c 恐惧	-0.049	0.459
P5d 无助	0.039	0.555
P6a 恶心呕吐	0.057	0.389
P6b 嗜睡	-0.054	0.419
P6c 瘙痒	0.032	0.633
P6d 头晕	-0.049	0.463
P7 术后 24 h 疼痛缓解程度百分比	0.657	0.000
P8 参与疼痛治疗决策的程度	0.673	0.000
P10(2) 疼痛治疗方案信息的帮助程度	0.460	0.000

表 6 疼痛控制满意度与一般资料、疼痛控制结局计数资料的 Spearman 相关性分析

因素(条目)	对疼痛控制的满意度	
	r 值	P 值
性别	0.095	0.153
年龄	-0.075	0.262
民族	0.062	0.354
文化程度	-0.113	0.089
手术史	-0.058	0.385
P10(1):获得疼痛治疗方案信息	0.156	0.019
P11:接受非药物止痛措施	0.183	0.006
P12:医护人员鼓励使用非药物止痛措施频率	0.173	0.009

后 24 h 内的疼痛控制结局总体较好,与王晓杰等^[14]、Fang 等^[12]的研究结果基本一致,表明随着预防性镇痛、多模式镇痛等镇痛理念的更新^[13],麻醉医师、外科医师、护理与药剂人员组成的术后急性疼痛管理团队的镇痛管理^[2],使术后患者镇痛效果得到不断有效提升。但术后 24 h 最高的疼痛评分中位数仍达到中度疼痛程度,提示疼痛控制仍存在提升的空间。

活动性疼痛是指患者进行活动如深呼吸、有效咳嗽、床边站立、下床活动等行为时发生的疼痛^[15]。开展基于活动性疼痛评估的护理干预有助于术后疼痛控制,促进患者早期功能锻炼,可提高患者疼痛管理和康复质量^[15]。有报道显示,97%的患者床上活动受术后疼痛影响,100%的患者下床活动受术后疼痛的影响^[16]。本研究结果显示,在疼痛对活动、睡眠及情绪等的影响中对下床活动的影响是最大的。术后早期活动是 ERAS 的重要组成部分,因此需要关注活动性疼痛的

评估和控制,促进患者早期下床活动,促进腹部手术患者的加速康复。

近年来,随着国内外疼痛控制方法的不断发展和完善,音乐疗法、分散注意力、意象法、冷热疗法及中医镇痛等非药物干预措施发挥越来越重要的作用^[17]。适当地应用非药物疗法,可以作为药物止痛治疗的有益补充;而与止痛药物治疗联用,可能增加止痛治疗的效果^[18]。Fang 等^[12]研究表明,使用非药物止痛措施的患者较不使用非药物止痛措施的患者在“处于重度疼痛的百分比”及“疼痛对入睡的影响”两项中评分更低。本研究结果显示,使用非药物止痛措施的患者“术后 24 h 最高疼痛评分”和“处于重度疼痛的百分比”更低,对疼痛控制的满意度、参与疼痛治疗决策的程度及疼痛治疗信息的帮助程度更高。但仅在 11.84% 的患者中,医务人员会经常鼓励患者使用非药物控制疼痛,提示需要更加重视非药物止痛措施的使用。

既往多项研究表明,使用 ERAS 方案可以显著减少住院时间和费用,且不会对并发症产生不良影响^[19-20],但较少有人研究 ERAS 与患者对疼痛控制主观满意程度的关联度。患者满意度的高低从其特有的角度反映了医疗质量的优劣^[7],有研究表明,“疼痛管理”是首要改善的服务指标之一^[21]。本研究结果显示,腹部手术加速康复外科患者对术后疼痛控制的总体评价满意,与 Subramania 等^[16]的研究结论基本一致;疼痛控制满意度既与术后 24 h 疼痛缓解程度、使用非药物止痛措施、医护人员鼓励使用非药物止痛措施的频率等治疗性因素相关,也与获得疼痛治疗方案信息的帮助程度及参与疼痛治疗决策程度等非医疗技术服务因素相关,提示既要注重对患者的医学治疗,同时也要关注非医疗因素对患者的影响。

随着 ERAS 理念在外科领域的广泛实践,疼痛管理得到了越来越多的关注,在多学科的紧密协作下,腹部术后加速康复外科患者疼痛控制结局总体较好,但仍需关注术后活动性疼痛的评估和治疗,重视非药物镇痛措施的使用,促进患者早期下床活动和加速康复;了解腹部手术后患者疼痛控制满意度,识别影响因素,有助于采取针对性的措施,基于疼痛控制满意度具有多维的特性,不仅与疼痛治疗性因素相关,也与非医疗技术服务因素相关,需要外科医生、麻醉医生及护士等组成的多学科 APS 紧密协作;作为与患者接触最多、最能了解患者疼痛的护士,要及时进行疼痛评估、有效执行镇痛措施,且需注重非药物止痛措施的实施;也要在疼痛评估、实施镇痛、疼痛教育以及出院随访等环节与患者建立良好的医患关系,注重疼痛管理的非医疗技术服务因素的提高。

[参考文献]

- [1] 李益萍,邱江锋,曹晖.加速康复外科在腹腔镜胃癌根治术围术期中的应用[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(3):528-530.
- [2] 中国加速康复外科专家组.中国加速康复外科围术期管理专家共识(2016版)[J].中华消化外科杂志,2016,15(6):527-533.
- [3] 中国研究型医院学会肝胆胰外科专业委员会.肝胆胰外科术后加速康复专家共识(2015版)[J].中华消化外科杂志,2016,15(1):1-6.
- [4] Apfelbaum JL,Chen C,Mehta SS,et al.Postoperative pain experience:Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged [J]. Anesthesia and Analgesia,2003,97(2):534-540.
- [5] Gan TJ,Habib AS,Miller TE,et al. Incidence,patient satisfaction,and perceptions of post-surgical pain:Results from a US national survey[J]. Current Medical Research and Opinion,2014,30(1):149-160.
- [6] 章晓丹,张勇,韩流.腹部手术围术期疼痛管理的研究进展[J].医学综述,2019,25(24):4982-4988.
- [7] Gordon DB,Dahl JL,Miaskowski C,et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management:American Pain Society Quality of Care Task Force[J]. Archives of Internal Medicine,2005,165(14):1574-1580.
- [8] American Pain Society Quality of Care Committee. Quality Improvement Guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain[J]. Journal of the American Medical Association,1995,274(23):1874-1880.
- [9] McNeill JA,Sherwood GD,Starck PL,et al. Assessing clinical outcomes:Patient satisfaction with pain management[J]. J Pain Symptom Manage,1998,16(1):29-40.
- [10] Gordon DB,Polomano RC,Pellino TA,et al. Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for quality improvement of pain management in hospitalized adults:Preliminary psychometric evaluation[J]. The Journal of Pain,2010,11:1172-1186.
- [11] Zoega S,Ward S,Gunnarsdottir S. Evaluating the quality of pain management in a hospital setting:Testing the psychometric properties of the Icelandic version of the revised American Pain Society patient outcome questionnaire[J]. Pain Manag Nurs,2014,15(1):143-155.
- [12] Fang H,Liang JJ,Hong Z,et al. Psychometric evaluation of the Chinese version of the revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire concerning pain management in Chinese orthopedic patients[J]. PLoS One,2017,12(5):1-14.
- [13] Vadivelu N,Mitra S,Schermer E,et al. Preventive analgesia for postoperative pain control:A broader concept[J]. Local and Regional Anesthesia,2014,7(1):17-22.
- [14] 王晓杰,孙红,高娜,等.外科术后急性疼痛控制结局现状研究[J].护理研究,2014,28(8C):3005-3006.
- [15] 唐娟,赵凤娟,李秋琴,等.老年巨大肝癌切除术后患者基于活动性疼痛评估的护理干预[J].护理学杂志,2018,33(18):29-32.
- [16] Subramanian P,Ramasamy S,Ng KH,et al. Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients[J]. International Journal of Nursing Practice,2016,22(3):232-238.
- [17] 童莺歌,田素明.疼痛护理学[M].杭州:浙江大学出版社,2017:77-88.
- [18] 医政医管局.《关于印发癌症疼痛诊疗规范(2018年版)的通知》.(2018-09-18)[2020-04-12].http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201809/6725a91b9e424691b5c9e8ee6df1fad8.shtml.
- [19] Alexander B Stone,Michael C Grant,Claro Pio Roda?et al. Implementation Costs of an Enhanced Recovery After Surgery Program in the United States:A Financial Model and Sensitivity Analysis Based on Experiences at a Quaternary Academic Medical Center[J]. J Am Coll Surg,2016,222(3):219-225.
- [20] Lisa Parks, Meghan Routt, Allison De Villiers. Enhanced recovery after surgery[J]. J Adv Pract Oncol,2018,9(5):511-519.
- [21] 张洁,倪平,邓欣,等.影响出院患者满意度的关键服务指标分析[J].中国卫生统计,2020,37(4):550-553.

(收稿日期:2020-08-28)

(上接第 169 页)

- [9] 许素环,张巧梅,但鑫,等.口腔免疫疗法对早产儿干预效果的 Meta 分析[J].中国护理管理,2018,18(10):1340-1346.
- [10] 陈翠卿,曾锦霞,韦朝霞,等.早期综合护理干预对喂养不耐受的极低出生体重儿喂养状况及生长发育的影响[J].广西医学,2018,40(14):1637-1639.
- [11] 王丽,胡晓静,李丽玲,等.提升 NICU 极低出生体重儿母乳喂养率的干预效果[J].护理学杂志,2018,33(21):23-26.
- [12] 李媛媛,赵旭,历广招,等.应用初乳对早产儿进行口腔护理干预效果的系统评价[J].中华护理杂志,2019,54(5):753-759.
- [13] 季福婷,张玉侠.极低出生体重儿初乳口腔涂抹的研究进展[J].中国实用护理杂志,2016,32(13):1034-1037.
- [14] 王琪,张先红.初乳口腔涂抹对预防早产儿呼吸机相关性肺炎的研究进展[J].护理学报,2017,24(24):24-27.
- [15] 宁雪梅,鲁利群,李焯,等.初乳涂抹口腔对早产儿经口喂养效果的影响[J].西南国防医药,2017,27(10):1074-1076.

(收稿日期:2020-10-14)