

疼痛评估管理信息化分析及意义

孙 惠 李 丹 汪东梅

解放军总医院第一医学中心口腔科二病区

〔摘要〕 为了改善我院癌症患者的爆发痛问题,我们通过完善癌性爆发痛的护理应对流程及疼痛的信息化,建立起完整的统筹机制,制定相关医疗卫生信息化业务规范以及安全的信息资源共享体系,并针对各层次出现的不同问题进行完善,逐步优化疼痛评估管理系统的信息化,进一步实现管理工作中成本的节约、护理人员工作效率的提高、病人护理数据的共享、日常用药提醒的智能化以及一般资料记录的个性化,使癌症患者在我院治疗期间得到最满意的医疗服务。

〔关键词〕 疼痛评估管理信息化; 癌性爆发痛; 分析及意义

〔中图分类号〕 R47 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 04-008-02

癌症是目前威胁人类健康的最严重的疾病,发病率逐年升高,并且不同癌症分期的患者在患病期间都会产生不同程度的疼痛表现。早期癌症患者大约产生 30% 的疼痛感,晚期癌症患者则会产生 60%-90% 的疼痛感,其中大约一半的患者会产生剧烈疼痛^[1]。癌性疼痛不仅会给患者带来巨大的心理及生理上的压力,更有严重者会使其失去生活的信心,易诱发自残、自杀等情况。随着疼痛学的不断发展与进步,疼痛护理工作也慢慢的开始得到国内外专家学者的重视,国际上已经将疼痛纳入人体生命体征指标之一,并且可利用人体的体温、脉搏、呼吸以及血压等各项指标进行疼痛程度评估。我国也已在 2011 年开始开展“癌痛规范治疗示范病房”,并对不同的治疗效果进行评审^[2]。

2013 年国务院发布了《深化医药卫生体制改革 2013 年主要工作安排》,其中提出,推进医疗卫生信息化建设,健全全民健康信息化工程,实现信息的共享性,统筹制定医疗卫生信息化相关业务规范和信息共享安全管理体系,促进区域卫生信息平台建设。我院也开始逐步实现疼痛评估管理信息化,这一手段不仅可以节省医护人员的数量,提高护理工作效率,还可改善手工记录的弊端,借助计算机大容量、庞大的数据库来进一步完善患者疼痛评估管理的信息化^[3-4]。

本院现已将此平台开通,本平台能够自动存储癌症患者的疼痛数据,并兼具对患者的疼痛数据进行评估、记录、监督、查阅的功能。本文通过对癌性疼痛评估管理信息化进行分析,初步探究本信息化平台在科学化、信息化和共享化中存在的优缺点。

1 癌性爆发痛的一般资料

大多数癌症患者都可面临着“癌性爆发痛”,随着癌症患者的不断增多,癌症患者的爆发痛越来越受到医学研究者的重视,癌痛管理逐渐成为众多专家学者研究的热点。爆发痛是最严重的一种癌痛,患者在疼痛几周或几个月之后,常常会造成长时间的失眠状态,很多患者因受不了剧烈的疼痛感,精神几近崩溃,失去生活的信心。目前一般学者认为^[5]:在基础疼痛控制相对稳定和药量充足的前提下,自发的或有相关的可知或不可知的触发因素可引起的短暂的剧烈的发作。

患者若不及时用药,会有以下影响:①正常的生活活动受到限制,常会食欲不振;②睡眠质量不佳,常常失眠,从而会进一步加快消耗患者体能;③长时间处在疼痛感下,易产生抑郁感、恐惧感,逐渐发展会产生丧生的念头。爆发痛的影响是多方面的,包括患者自身的身体、心理及精神,对家庭社会也产生巨大的压力。

据我们了解,全球肿瘤患者中爆发痛的总体发生率是 65%,全国则是 69%。详见图 1。

2 癌性爆发痛的一般临床症状及治疗

2.1 癌性爆发痛的一般临床症状

据统计^[6],爆发痛自发的发生率约占全球肿瘤患者总体的 20%-60%;被触发而引起的爆发痛约占 50%-60%;因治疗药物作用终末失效引起的爆发痛约占 17%-30%;通常患者产生爆发痛和背景痛在同一部位上;平均每天发作四次左右;约有 40%-50% 的患者是阵发性发作,持续时间一般在 15-50min 左右;约有 92% 的患者短暂发作爆发痛的程度为重度以上;且大多数的疼痛产生均是不可预测的;癌性爆发痛与患者自身的慢性痛没有必然的联系;75% 的患者对自身的疼痛控制并不满意。此外,不同癌症癌性爆发痛均具有一定的伴随症状,如结肠癌患者伴有排便习惯改变,血便,脓血便,里急后重,便秘,腹泻等症;肝癌患者伴有钝痛、恶心、乏力、腹胀、肝脏肿大等症;也有的患者可伴随低血压、端坐呼吸、恶病质、恶心、肺部肿块等症状。

2.2 治疗方案

我科对癌性爆发痛患者治疗的一般目的为:降低爆发痛的发作次数;降低每次爆发痛的强度;减少疼痛时对患者的不良影响;最终提高癌痛患者的生活质量。一般的治疗原则为:尽早;尽快;足量;个体化给药;超前给药。

在给药的同时,注重提高护理人员的护理水平。一般的护理流程详见图 2。

疼痛评估管理一般包括以下几个方面,①安慰报告:当接收到患者时首先要对其进行安慰,正确指导患者卧床休息,并采取较舒适体位,注意周围环境是否安全,防止受伤,一旦发生情况立即报告医生并采取措施;②评估:认真听取患者主诉,对患者疼痛进行评估,包括:发作频率、每次发作持续时间、程度、诱因、以前和目前对于持续性疼痛的治疗及其疗效(依据为 2005 年美国疼痛学会指南及 EAPC 推荐的全面疼痛评估法),以此推测的病理生理改变以及疼痛综合征的起源。我科采用 VAS 评估方法以及 Wong-Baker 面部表情评估法进行评估,前者指:通常为一条 10cm 的长线,0 表示无痛,10 表示剧痛,让患者在线上标记出代表疼痛程度的点,0 到标记点的距离即为疼痛强度的分值。后者为:让患者选择能够代表自己疼痛程度的表情;③落实措施:首先将评估结果告知医生作为参考,根据医嘱及时准确的根据给药途径给药、熟练掌握药品知识(包括吗啡控释片要指导患者整片吞服,不能嚼碎或者掰开服用;注射用药应准确选择部位,避开有硬结、瘢痕、炎症和患有皮肤病的部位进针;直肠及皮肤给药多用于不能经口服用的患者,应准确掌握给药部位);④观察:止痛效果:给药后 5-10min 即可开始观察,患者在服药后可能会出现便秘、恶心、呕吐、呼吸抑制、过度镇静、精神错乱、尿滞留、身体依赖性和心理依赖性;⑤再次评估:根据以上评估方法对患者进行再次评估,了解止痛效果,处理不良反应,并对患者疼痛缓解情况进行评价;⑥记录:本次爆发痛的时间、部位、诱因、程度、

评分、伴随症状、活动情况，应用的药物疗效和不良反应，疼痛干预后再次评估的结果，疼痛未缓解，提醒医生及时处理，纳入各班次交接内容。⑦反馈：最后将信息反馈给医生。

以上均采用电脑对患者的疼痛程度进行评估、分级、管理。

3 疼痛的信息化管理

疼痛的信息化管理是将疼痛的控制转变为疼痛的管理，其组成人员由专业医师为主体向护理人员转变。护理人员在疼痛管理中起到越来越关键的作用，他们不仅是患者疼痛状态的评估者，也是止痛措施的具体落实者，同时还起着协助其他专业人员的作用，也需要护理人员对患者及其家属进行心理引导和教育。一般的管理流程为：入院、疼痛评估、建立疼痛档案。

疼痛的信息化管理一般的意义为^[7-8]：督促护士主动、自觉学习疼痛评估；改善患者的就医感受；指导患者更好进行自我评估与自我护理，变被动为主动；增加护患之间的交流；对病情了解更为详细，给患者以安全感和信任感；所有的护理措施均详细明确，一目了然，能更好的、更及时的将患者的情况反馈给医生，使医生能准确的调整治疗方案，将疼痛降低到最小；对疼痛患者一直追踪到出院，对住院患者的服药情况及止痛效果较为清楚；对于缩短住院时间，提高患者及家属的满意度，促进医患关系和谐。

4 不足与展望

疼痛评估系统在临床工作中具有极大功能性、快捷性、规范性，但也不可忽视疼痛评估系统在实际应用过程中所遇到的问题和需要改进的地方。因此需要建立切实可行的信息平台，以确保疼痛管理更加科学高效、安全可行的开展。

[参考文献]

[1] 冯丹, 张庆, 周俊, 陈萍. 疼痛评估管理信息化在癌痛规范化示范病房中的应用 [J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40 (24): 1512-1516.

[2] 付云. 我国医院信息化现状分析及发展对策 [J]. 医学信息, 2010, 23 (3): 563.

[3] 徐勇勇, 刘月红, 宁义, 等. 生息标准化若干问题探讨 [J]. 中国卫生统计, 2014, 21(1):44.

[4] 王春美, 侯晓红, 减渝梨, 等. 智能体温单信息系统的临床研究 [J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(5):69-71.

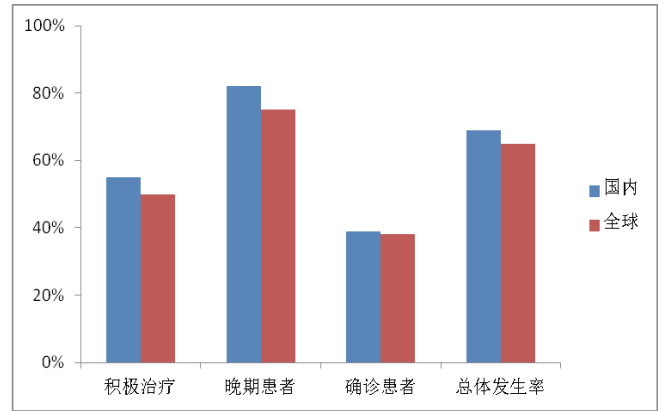
[5] 郭金玉, 李铮. 量表引进的过程及评价标准 [J]. 华护理杂志, 2012, 4 (3):283-285.

2012, 4 (3):283-285.

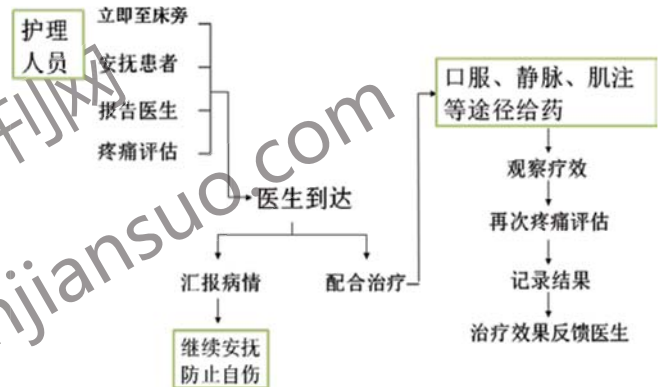
[6] 贺欣萍. 信息化促进护理管理变革 - 访浙江大学医学院附属第一医院护理部主任冯志仙 [J]. 中国护理管理, 2013, 10 (13): 25-26.

[7] 季美华, 吴瑛. Hyeoun-Ac Park.eHealth 在促进医疗卫生公平性和可及性的作用 [J]. 国护理管理, 2013, 13(9):2-3.

[8] 张天. 医学信息在医院管理的应用研究 [J]. 信息与电脑 (理论版), 2010, 19(10):120.



图一：肿瘤患者疼痛发生率



图二：一般的护理流程

(上接第 6 页)

的过氧化，减少自由基，水蛭有助于对抗血小板，红花则起到加大动脉血流量的作用，推动微循环，赤芍可以对凝固的纤维蛋白加以溶解，川芎则有助于推动脑组织中局部血液循环^[4]。

本研究，观察组总有效率高于对照组 (P < 0.05)。观察组的 NIHSS 评分优于对照组 (P < 0.05)。足由此可见，中西医治疗脑梗塞，可以有效改善患者血液循环，并借助全身血液的循环促使药物发挥活血化瘀功效，进而溶解血栓。中西医联合治疗，效果突出。

综上所述，中西医结合治疗急性脑梗塞，可以较好改善患者

神经功能，治疗效果颇佳，值得推广应用。

[参考文献]

[1] 杨青. 急性脑梗塞进行中西医结合治疗的临床效果分析 [J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(18):24-25.

[2] 郭志鉴. 分析中西医结合治疗急性脑梗塞的临床疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(93):143.

[3] 李兴华. 中西医结合治疗脑梗塞的临床疗效分析 [J]. 心理月刊, 2018, 1(06):92-93.

[4] 张艳艳. 中西医结合治疗脑梗死临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(05):560-561.

(上接第 7 页)

下麻醉师能够全程观看到穿刺过程及程度，帮助麻醉师确定麻醉药物浸润情况，确保麻醉效果，提高操作成功率。相较于传统穿刺方法，超声引导下臂丛神经阻滞麻醉法的优势^[4]主要体现在：避免术中二次穿刺，安全性高；麻醉效果好；降低血管危险发生，提高手术质量；镇痛持续时间长等。

本文研究显示，观察组采取超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉法相较于对照组，麻醉优良率更高，操作时间、起效时间、镇痛时长等方面均优于对照组，差异存在显著性 (P < 0.05)，同时观察组并发症发生率明显低于对照组 (P < 0.05)，充分表明超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉效果更佳，安全性高，值得临床推广。

[参考文献]

[1] 黄霖彦, 许颖, 叶亦, 肖春阳. 超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察 [J]. 名医, 2019(08):136.

[2] 左晓春. 罗哌卡因联合利多卡因对超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察 [J]. 中国医刊, 2018, 53(12):1377-1379.

[3] 于冰冰, 付红光, 李文波, 李彬, 董铁立, 杨现会. 超声引导下肌间沟联合腋路臂丛神经阻滞麻醉效果的临床研究 [J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(01):11-14.

[4] 王勇. 超声引导下臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(45):8786+8788.