

全球抗急性疼痛年

PAIN

2010年10月至2011年10月

干预：益处与障碍

良好的急性疼痛控制的益处

有效的预防或缓解急性疼痛具有成本效益。表 1 列出了为取得良好疼痛控制的机构带来的一些益处。没有令人信服的理由来支持现有急性疼痛控制知识与技术与当前实践模式之间存在的差距。

表 1: 有效急性疼痛管理对机构的益处
从重症监护病房或医院提前出院 医疗资源的利用降低 需要医生时间和医疗资源的并发症减少 护理资源和时间更有效的利用 患者对医院的满意度更佳，市场营销更强，医院的声誉提高 降低保险提供者或其他支付方的成本 从持续性急性疼痛发展成慢性疼痛综合症的急性疼痛患者减少 失能和工作生产力损失的天数更少

急性疼痛的干预

局部麻醉的目标是有害信号传递，消炎药的目标是炎症及相关敏化，而脊髓药物的目标是中枢敏化。阿片类药物的目标是内源性疼痛调制过程。其他药物如抗癫痫药通过多种机制影响急性疼痛。在术后环境中，很多急性疼痛控制专家结合一些“混合镇痛”干预疗法。表 2 列出了术后及其他急性疼痛控制的干预疗法。

表 2: 急性疼痛预防和缓解的干预
<i>手术和程序的术前设置和处理</i> 患者信息和权力 微创技术，在手术室中对患者进行恰当的定位 手术切口前用药或神经阻滞 <i>全身镇痛药</i> 阿片类药物和静脉患者自控镇痛 (PCA) 非类固醇抗炎药物 (NSAID) 针对兴奋性氨基酸的氯胺酮和其他药物 抗痉挛剂 α-肾上腺素能药物 <i>局部镇痛技术</i> 连续硬膜外镇痛 单剂量神经轴阿片类药物 患者自控的硬膜外镇痛 外周局部镇痛 <i>非药物干预</i> 热与冷 按摩和伸展 经皮神经电刺激 针灸相关的疗法

更好的急性疼痛管理的障碍

没有人愿意患者承受不必要的痛苦，并且控制急性疼痛的手段都是现成的。外科医生认为急性疼痛与其日常诊疗，以及与他们患者密切相关 [2]。然而，超过一半的病人仍然经历严重的术后疼痛。陈旧观念支配日常诊疗，临床医生假设急性疼痛无害且不可避免，并且病人不知道他们有权获得有效的止痛。在欧洲，超过半数的医院没有疼痛控制的书面指南或方案 [1]。一半以上的疼痛只有当患者主诉时才予以治疗。医生倾向于不接受患者表面上所表现出来的疼痛强度。在大多数医院和诊疗环境中，疼痛评估和疼痛治疗都是未知或不适用的。

组织问题保持了许多急性疼痛控制缺陷

这些问题包括：

- 提供者和管理者忽视问题并缺乏适当的疼痛控制方案；
- 医疗提供者（医生、护士、物理治疗师、药剂师）在疼痛控制教育方面不足；
- 对患者未进行足够的疼痛和疼痛预防权利的教育；
- 急性疼痛及其缓解的复杂性；
- 缺乏急性疼痛的评估和文件（发达国家以外）；
- 有种观念认为急性疼痛并不重要，它会随着时间缓解，而且患者会很快忘记它；
- 缺乏对疼痛控制理念和责任的跨学科交流。

References

- [1] Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain* 2008;136:134 - 41.
- [2] Neugebauer E, Hempel K, Sauerland S, Lempa M, Koch G. [The status of perioperative treatment of pain in Germany. Results of a representative and anonymous survey of 1,000 surgical clinics. *Chirurg* 1998;69:461 - 6.

