

全球抗急性疼痛年

PAIN

2010年10月至2011年10月

为什么证据与实践之间存在差距？

随附资料表总结的充足证据表明，急性疼痛的最佳治疗方法：

- 提高患者的生活质量与护理满意度；
- 减少许多并发症（例如，静脉血栓）的风险；
- 允许提前出院；
- 通过多种机制促进恢复（例如，减少应激反应）；
- 可以提高临床资源管理（例如，将患者护理中断降低到最小程度，使之形成连续流），减少短期和长期护理成本。

大量高质量的证据证明了多种等级药物及其给药模式（包括局部麻醉），以及手术、伤害或医疗疾病的急性疼痛患者的非药物方法的疗效。证据也指出个性化护理的重要性的临床情境（例如，可用资源）的考虑。

然而，大量证据还表明，急性疼痛普遍评估不足和治疗不足，并未能提供积极的疼痛计划 [8]。证据和实践之间的差距有几种类型。一些反映循证和结果导向实践执行的一般障碍 [3,9]。证据和实践之间的另一种不匹配类型是以人群为基础的证据的统一、僵化的应用，例如在针对患者个体的大型随机对照试验 (RCT) 中，不考虑他们的可变性、偏好或临床环境的特点 [4]。与最佳急性疼痛控制特别相关的其他障碍，反映了未能解决长期以来对急性疼痛及其控制重要性的普遍误区 [8,12]。

在疼痛护理提供质量上的差距反映：

- 有关医疗保健专业人员的问题；
- 有关患者的问题；
- 有关医疗保健制度的问题。

有关医疗保健专业人员的问题包括：

- 过时的或不充分的态度和知识，例如以下错误的想法：
 - 术后疼痛控制干扰手术并发症的及时识别；
 - 手术必然与疼痛相关；
 - 谈论疼痛的患者爱挑剔。
- 在解释证据时专业社团差异有关的国家差异；
- “临床惯性” [10]，即按照不断发展的证据，个别实践更新减缓 [1]；
- 急性疼痛服务人员配备不足，导致针对治疗疼痛的暂时性努力，而不是系统性预防 [9,11]；
- 不完整的、零星的，或非标准的疼痛评估；
- 阿片类药物处方恐惧症 (Opiophobia)；
- 夸大对疼痛治疗副作用的担忧；
- 随机对照试验 (RCT) 衍生的结果进入临床实践可转换性有限。

有关患者的问题包括：

- 类似上述医疗保健专业人士的陈旧或错误观念；
- 认为“好”患者不抱怨疼痛或不表现痛苦（包括文化因素）的想法；
- 满足于不足疼痛控制的倾向，特别是当医疗保健提供者被认为是支持和关怀的时候 [5]；

- 因为副作用（如恶心、呕吐）和其他后果（如成瘾、耐受）不愿服用止痛药物；
- 缺乏对疼痛控制对优化短期和长期结果（如慢性疼痛）重要性的认识，以；
- 缺乏有组织的团体，如受慢性疾病包括癌症影响的患者（及其家属）组成的团体。

有关医疗保健制度的问题包括：

- 不重视医疗保健专业人员疼痛控制教育；
- 给予患者偏好的价值低；
- 受管制药物使用的法规障碍；
- 疼痛治疗所得收入往往不足以维持企业生存（通常由于分散、不健全的成本效益跟踪）；
- 成本转移到患者（如保险公司）；
- 基础设施不足，包括熟悉情况的人员提供药物（例如，患者自控镇痛、认知行为技术）和其他干预；
- 实践的限制，如允许护士仅肌肉注射或皮下注射，而不是静脉注射给药的法规；
- 未能捕捉到短期和长期的高质量结果可能与充足的急性疼痛控制相关 [6,13]；
- 相对于急性疼痛的负担，基础性、过渡性和临床研究经费支出均不成比例的低 [2,7]。

References

- [1] Bernhardt GA, Kornprat P, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Mischinger HJ. Do we follow evidence-based medicine recommendations during inguinal hernia surgery? Results of a survey covering 2441 hernia repairs in 2007. *World J Surg* 2009;33:2050–5.
- [2] Bradshaw DH, Empey C, Davis P, Lipschitz D, Dalton P, Nakamura Y, Chapman CR. Trends in funding for research on pain: a report on the National Institutes of Health grant awards over the years 2003 to 2007. *J Pain* 2008;9:1077–87.
- [3] Braun BI, et al. Understanding factors that affect organizational improvement. In: Braun BI, et al., editors. *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003. p 59–65.
- [4] Carr DB. When bad evidence happens to good treatments. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:229–40.
- [5] Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
- [6] Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes measures. *Pain Manage Nurs* 2002;3:116–30.
- [7] Lynch ME, Schopflocher D, Taenzer P, Sinclair C. Research funding for pain in Canada. *Pain Res Manage* 2009;14:113–11.
- [8] Macintyre PE, Scott DA. Reasons for undertreatment. In: Chapter 43. *Acute pain management and acute pain services*. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*, 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 1037–8.
- [9] Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999;80:23–9.
- [10] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825–34.
- [11] Stamer UM, Mpsios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:125-131.
- [12] Uppington J. Implementation of guidelines. In: Chapter 3. *Guidelines, recommendations, protocols and practice*. In: Shorten G, Carr DB, Harmon D, Puig MM, Browne J, editors. *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p 18–20.
- [13] Wu CL, Fleisher LA. Outcomes research in regional anesthesia and analgesia. *Anesth Analg* 2000;91:1232–42.

