

全球抗急性疼痛年

PAIN

2010年10月至2011年10月

如何实施改变

尽管有高质量的证据和先进的医疗及非医疗治疗方案，急性疼痛普遍评估不足和治疗不足。临床护理的变化很大程度上是由不确定性导致的，这种不确定性是由于缺乏足够的研究或变量解释和足够的证据传播。不同的干预，包括指南和恰当的措施，对临床实践很少有可论证的影响。

应该怎样做才能促进改变的实施？

作为循证指南的未来随机对照试验应：

- 解决更现实的临床情况（例如，老年患者或患有并发症的患者）；
- 除了疼痛强度降低作为主要结果标准之外，日益关注功能性后果，疼痛控制的副作用和生活质量；
- 考虑成本效用比，以及不同干预之间的疗效差异。

循证指南和建议应：

- 以没有科学“语言”经验的医疗保健团队成员可读的格式书写；
- 在护理点提供；
- 经常检查，以确定建议是否转化为临床实践中更好的结果
- 链接到实施策略，包括：
 - 提醒、监控和反馈系统；
 - 交互式教育；
 - 审计；
 - 认证/认可制度；
 - 奖励制度（按绩效付款）；
 - 在现有的质量管理体系内实施。

循证建议应辅之以：

- 用于患者结果相关的质量指标的反馈和基准；
- 真实生活数据登记点的设置，以监测罕见临床状况和跟踪干预有效性；
- 临床决策支持系统（包括知识型和病例型），以帮助保健点的临床医生。

患者、其亲属和公众应：

- 获悉足够的疼痛控制重要性和疼痛控制不足的后果；
- 在安全性和疼痛控制策略的有效性方面得到建议；
- 被认为是疼痛控制质量的最有价值的反馈来源（优先使用患者报告结果）；
- 获得疼痛控制策略的教育和授权。

然而，在疼痛减轻程度及手术期间管理的目标方面，不应寄予不切实际的期望。

医疗保健专业人士应：

- 认识到疼痛控制作为手术期间护理的重要性，而非“独立的”部分；
- 在临床路径中嵌入疼痛控制，以减少并发症、改善康复以及优化手术期间护理成本效用比为总体目标；
- 得到医院管理、政府机构和社会认可和支撑的概念框架支持。

急性疼痛控制应:

- 成为所有医疗和护理学校的教学必修部分;
- 对医务行政人员进行教学;
- 通过建立国家战略和框架解决, 要涵盖所有从科学和实践层面处理疼痛的国家战略和框架。

急性疼痛治疗药物的获取途径应通过以下方式进行改进:

- 药物法规的改变, 以方便获得廉价止痛剂
- 关于受管制药物政府政策的改变

References

[1] Anderson T. The politics of pain. BMJ 2010;341:328 - 30.



International Association for the Study of Pain

IASP[®]

通力合作, 缓解疼痛