

团 体 标 准

T/CHAS 10-2-22—2023

中国医院质量安全管理

第 2-22 部分：患者服务 疼痛治疗

Quality and safety management of Chinese hospital——

Part 2-22: Patient service——Pain Management

2023- 5 - 27 发布

2025 -12 - 1 实施

中国医院协会 发布

目 次

前 言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语与定义 1

4 关键要素 2

5 要素规范 2

 5.1 疼痛评估 2

 5.2 规范治疗 3

 5.3 药物治疗 4

 5.4 评价与改进 5

附录 A（规范性附录） 6

 附录 A1 CRIES 评估量表 6

 附录 A2 Flacc 行为评分量表 7

 附录 A3 重症监护疼痛观察工具（CPOT） 8

 附录 A4 新生儿疼痛评估量表（NIPS） 9

 附录 A5 早产儿疼痛量表（PIPP） 10

 附录 A6 数字评分法 11

 附录 A7 文字描述评定法 11

 附录 A8 面部表情疼痛测量图 12

 附录 A9 视觉模拟评分法 12

附录 B（材料性附录） 13

 附录 B1 疼痛管理质控细则内容 13

 附录 B2 美国疼痛学会（APS）急性疼痛管理质量评价体系 14

 附录 B3 慢性疼痛的生物-心理-社会模型 15

参考文献 16

前 言

《中国医院质量安全管理》分为以下部分：

- 第 1 部分：总则
- 第 2 部分：患者服务
- 第 3 部分：医疗保障
- 第 4 部分：医疗管理

《中国医院质量安全管理 第 2 部分：患者服务》包括以下部分：

- 第 2-1 部分：患者服务 患者安全目标
- 第 2-2 部分：患者服务 院前急救
- 第 2-3 部分：患者服务 急救绿色通道
- 第 2-4 部分：患者服务 急诊服务
- 第 2-5 部分：患者服务 预约服务
- 第 2-6 部分：患者服务 门诊服务
- 第 2-7 部分：患者服务 门诊处方
- 第 2-8 部分：患者服务 住院服务
- 第 2-9 部分：患者服务 手术服务
- 第 2-10 部分：患者服务 麻醉镇痛服务
- 第 2-11 部分：患者服务 重症监护
- 第 2-12 部分：患者服务 临床用药
- 第 2-13 部分：患者服务 临床用血
- 第 2-14 部分：患者服务 临床检验
- 第 2-15 部分：患者服务 临床病理
- 第 2-16 部分：患者服务 医学影像
- 第 2-17 部分：患者服务 放射治疗
- 第 2-18 部分：患者服务 介入治疗
- 第 2-19 部分：患者服务 内镜治疗
- 第 2-20 部分：患者服务 血液净化
- 第 2-21 部分：患者服务 器官移植
- 第 2-22 部分：患者服务 疼痛治疗
- 第 2-23 部分：患者服务 高压氧治疗
- 第 2-24 部分：患者服务 住院患者静脉血栓栓塞症（VTE）防治
- 第 2-25 部分：患者服务 日间手术
- 第 2-26 部分：患者服务 临床研究
- 第 2-27 部分：患者服务 中医药治疗
- 第 2-28 部分：患者服务 康复治疗
- 第 2-29 部分：患者服务 临床营养
- 第 2-30 部分：患者服务 健康体检
- 第 2-31 部分：患者服务 孕产妇保健
- 第 2-32 部分：患者服务 儿童保健
- 第 2-33 部分：患者服务 随访服务

- 第 2-34 部分：患者服务 输液安全
- 第 2-35 部分：患者服务 ERAS 管理
- 第 2-36 部分：患者服务 手术机器人使用管理

本标准是第2-22部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2020 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准主要起草单位：赤峰市医院，中日友好医院，南昌大学第一附属医院，四川大学华西医院，医院标准化专业委员会。

本标准主要起草人：孙义，樊碧发，张析哲，王文鑫，毛鹏，张达颖，刘慧，周琪，宋健楠，孙玉娟，马振男，梁明杰，刘巾玮，苏日娜，张静，周轶群，张亚男，丁丽，刘月辉，刘丽华。



中国医院质量安全管理 第2-22部分 患者服务 疼痛治疗

1 范围

本标准规范了医疗机构疼痛治疗环节中评估、诊疗、随访及评价改进等各要素。
本标准适用于各级各类医疗机构，是医疗机构管理者实施疼痛治疗质量安全的依据。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

《疼痛综合管理试点工作方案》国卫办医政函〔2022〕455号

《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》国卫办医函〔2018〕734号

《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》卫办医管发〔2011〕148号

3 术语与定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

疼痛管理 pain management

指运用药物、手术、注射、物理治疗及心理干预等西医、中医或中西医结合的方法对疼痛进行干预的医疗行为。

3.2

疼痛综合评估 comprehensive pain assessment

疼痛综合评估是指通过多维度、系统化的方法，对患者的疼痛进行全面、客观的分析和评价，以指导个体化治疗决策。

3.3

慢性疼痛 chronic pain

是一种持续或反复发作的疼痛，疼痛持续时间通常 ≥ 3 个月。

3.4

预防性镇痛 preventive analgesia

指在整个围手术期（包括术前、术中和术后）采用多模式镇痛方法，阻断伤害性刺激信号传递，增强术后镇痛疗效，减少术后镇痛药物使用，预防中枢和外周神经敏化，降低远期慢性疼痛的发生。

3.5

多模式镇痛 multimode analgesia

是指联合应用作用于疼痛传导通路中不同靶点及不同作用机制的镇痛药物或镇痛方法，以获得相加或协同的镇痛效果，减少药物用量，降低不良反应，达到最大镇痛效应。

3.6

局部注射治疗 local injection

指通过在疼痛部位周围注射局部麻醉药物或镇痛药物缓解疼痛的治疗方法。

3.7

疼痛药物治疗 pain drug therapy

通过口服、静脉、肌肉、皮下、鞘内等途径将药物输入患者体内，以达到疼痛治疗目的的治疗方法。

3.8

疼痛物理治疗 pain physiotherapeutics

疼痛物理治疗是指通过非侵入性物理因子（如声、光、电、磁、冷热刺激等）或运动疗法，以缓解疼痛、改善功能、促进组织修复为目标的一种治疗方法。

3.9

阿片类药物 opioid drug

指通过与外周及中枢神经系统（脊髓及脑）的阿片受体结合发挥镇痛作用的镇痛药物，包括但不限于吗啡、哌替啶、羟考酮、氢吗啡酮、芬太尼等。

4 关键要素

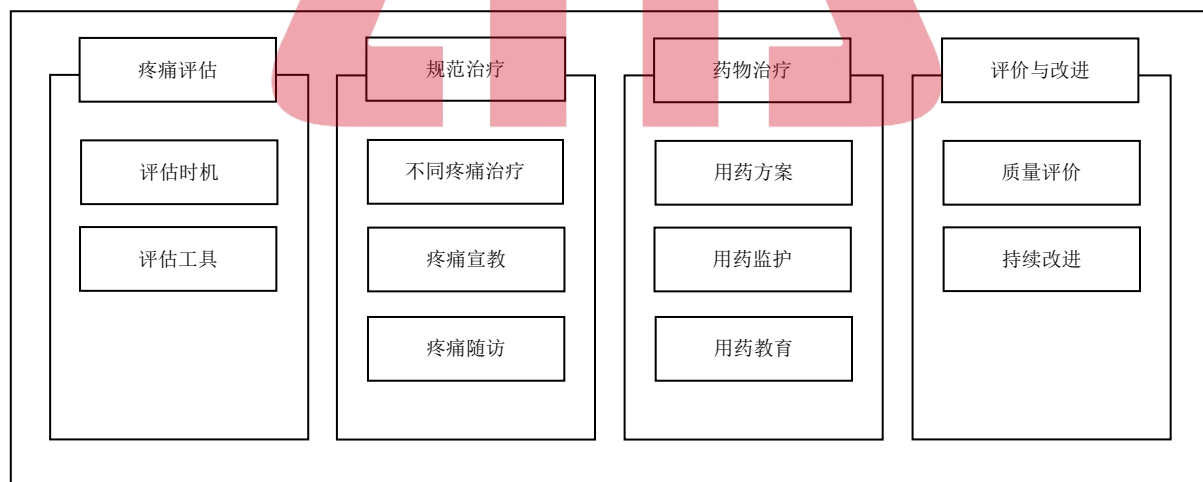


图1 疼痛治疗要素图

5 要素规范

5.1 疼痛评估

5.1.1 评估时机

5.1.1.1 患者疼痛评估应贯穿整个治疗过程，制定患者疼痛治疗评估单，并记录。

5.1.1.2 实施疼痛评估的患者及时机包括但不限于：

- a) 筛查后，确认存在疼痛症状的患者；
- b) 主诉疼痛的患者；
- c) 实施镇痛治疗患者治疗方案更改后；
- d) 实施疼痛干预治疗后的患者。

5.1.1.3 评估前应系统采集患者病史，包括疼痛的程度、性质、特征、既往治疗方式、家族史等，并记录。

5.1.1.4 对疼痛患者应进行全面神经系统评估，包括感觉、运动、反射、共济运动等。根据患者临床表现和可疑病变有针对性选择实验室检查、影像学检查、神经生理检查、神经皮肤活检等，并记录。

5.1.2 评估工具

5.1.2.1 应采用疼痛量表等工具实施疼痛评估，评估内容包括疼痛性质、疼痛程度、缓解加重因素、基础疾病等。

5.1.2.2 对不同人群应开展个性化评估，选取不同评估工具：

- a) 成人疼痛评估工具，视觉模拟法（visual analogue scale, VAS）作为基础评估手段，常见的有数字评分量表（number rating scale, NRS）、语言评分法（verbal rating scale, VRS）两种方式；
- b) 儿童常见评估量表有 Wong-Baker 面部表情量表、FLACC 量表、Oucher 疼痛评分、Manchester 疼痛评分等；
- c) 新生儿/婴幼儿评估工具，包括但不限于 CRIES 量表、FLACC 行为评分量表、新生儿疼痛评分（neonatal infant pain scale, NIPS）、早产儿疼痛量表（premature infant pain profile, PIPP）等；
- d) 危重患者可使用重症监护疼痛观察工具（critical care pain observation tool, CPOT）。

5.2 规范治疗

5.2.1 不同疼痛治疗

5.2.1.1 慢性疼痛患者治疗

- a) 针对慢性疼痛患者，可以采用生物—心理—社会因素的现代综合疼痛管理模式。
- b) 加强慢性疼痛患者的全程管理，制定慢性疼痛患者住院全流程镇痛管理方案。
- c) 建立慢性病多学科疼痛管理（PMDT）团队，制定个体化治疗方案。

5.2.1.2 围手术期患者疼痛治疗

- a) 应建立以麻醉科、疼痛科医生为主导的疼痛治疗模式，确定临床护士是围术期疼痛管理的执行者，条件允许可设置专职疼痛管理护士。
- b) 可建立围术期多学科疼痛管理（PMDT）团队，完善工作机制，组建团队成员，制定工作制度。
- c) 应制定围术期疼痛管理方案，选择对应的镇痛药物或方法，制定相关预案。
- d) 对术前预防性镇痛，应提倡多模式镇痛管理，针对性的选择药物。
- e) 术中应优化麻醉管理方案，降低术中应激反应。
- f) 术后 24 小时内，应由病房护士进行巡视，评估患者的疼痛情况、精神状况、一般生命体征，是否存在恶心、呕吐、尿潴留、皮肤瘙痒等并发症，有症状应及时告知主管医生或麻醉医师进行处理。
- g) 术后 24 小时后，应每 12 小时实施一次疼痛评估。评估内容包括静息状态疼痛评分和活动中的疼痛评分，并记录在案。
- h) 针对围术期镇痛不佳的患者，应该对术后疼痛进行动态评估，及时调整镇痛药的配方和设置。
- i) 针对呼吸抑制并发症，应暂停麻醉性镇痛药物，调低镇痛泵的剂量设置，并调整镇痛方案。

5.2.1.3 产妇分娩镇痛治疗

- a) 应制定分娩镇痛的实施规范，包括制度、流程、关键环节、具体措施、危急情况预案，减少分娩相关损伤。
- b) 分娩镇痛期间，产妇发生危急情况，应由产科医师决定是否立即启动“即刻剖宫产”流程。

5.2.1.4 癌痛患者治疗

- a) 进行癌痛患者疼痛评估，建立癌痛患者档案，记录镇痛药物使用情况。
- b) 基于三阶梯原则的个体化剂量滴定与动态暴发痛解救管理掌握癌痛患者的药物合理治疗剂量。

5.2.1.5 疼痛其他治疗方式

a) 心理治疗

① 心理治疗包括认知行为疗法和作业治疗两种治疗方式，医生对患者进行全面评估后，应签署知情同意书，征求患者同意后方可实施相应治疗手段。

② 对于癌痛和慢性疼痛患者，可以选择心理治疗，应由心理科医师或者由取得心理咨询师资格的医务人员进行操作。

b) 物理治疗

① 规范疼痛物理治疗流程，有专用治疗室和治疗器具，并有应急处置预案。

② 患者在接受物理治疗时，操作人员应全程在场监护，防止烫伤、冻伤等不良事件发生。

③ 根据患者的急慢疼痛状况和疼痛部位，选择适宜的治疗方式，并告知患者注意事项。

④ 选择热敷或冷敷的方式减缓疼痛程度，应至少间隔 24 小时。治疗期间出现烫伤、冻伤、局部肿胀等并发症，应立即停止有关操作，通知医生，对症治疗，必要时请相关科室协助。

⑤ 患者实施电疗后有头痛、恶心、呕吐和可逆性的记忆减退等情况时，应立即停止操作，密切观察患者病情变化，并记录在案。

c) 中医学治疗

① 中医学治疗方法包括但不限于针灸、穴位埋线、穴位贴敷、中药调理、中药外敷、中药热奄包、艾灸、超声药物导入、中医定向透药、耳穴压豆、拔罐等方式，治疗过程中应观察患者反应并有处置预案。

② 选择中医针灸方式进行疼痛治疗时，应做到一穴一针，密切观察患者的反应，出现晕针、滞针、弯针、断针的情况应即刻处置，必要时请相关科室协助。

5.2.2 疼痛宣教

5.2.2.1 医疗机构应面向患者及家属开展疼痛治疗相关知识的健康宣教，宣教方式可以采用宣传手册、宣传短片、人员宣讲等方式。

5.2.2.2 鼓励患者及家属参与疼痛治疗方案制定，建立开放透明的沟通环境，赋予患者决策权，了解患者对止痛药的文化禁忌（如某些宗教对阿片类的限制），并提供替代方案。

5.2.2.3 建立医护人员疼痛治疗培训规范，对疼痛治疗技术、评估方式、药物使用和与患者的沟通指导进行培训。

5.2.3 疼痛随访

5.2.3.1 对住院治疗的疼痛患者，可根据出院患者个体需求、转归情况、专科检查、实验室检查结果对患者进行出院前宣教，包括功能锻炼、饮食起居、用药、定期复查情况等，与患者共同选择合适的随访方式实施随访。

5.2.3.2 可根据患者的疼痛治疗情况开展疼痛诊疗随访。随访的方式可采用电话沟通、微信平台、公众号意见反馈、教育平台、面诊等多种形式。

5.3 药物治疗

5.3.1 用药方案

5.3.1.1 根据患者疼痛性质与程度，结合特定患者的药理学调整（包括但不限于肝肾功能不全、老年人、儿童、妊娠哺乳期、消化道溃疡、心衰等基础疾病），以及药物间的相互作用，最终确定药物的种类和剂量方案。

5.3.1.2 对选择使用的疼痛药物应严格把握适应证、应用时机和使用剂量，如非甾体类抗炎镇痛药（NSAIDs）不适用于凝血功能障碍患者、妊娠患者等；激素不适用于高血压、消化道溃疡、股骨头坏死患者等；钙离子通道调节剂应遵循“夜间起始、逐渐加量和缓慢减量”的原则；曲马多应用每日不超过 400mg 等。

5.3.2 用药监护

应对患者用药过程进行监护，包括用药前后和固定时间的疼痛评估，镇痛药物的不良反应的预防和监护等。

5.3.3 用药教育

需对患者进行镇痛药物用药教育，包括但不限于药物的用法、用量、疗程、注意事项、不良反应和用药装置的使用等，确保用药安全。

5.4 评价与改进

5.4.1 质量评价

5.4.1.1 制定医院疼痛综合管理制度，规范疼痛综合管理流程。

5.4.1.2 建立以疼痛综合管理评估指标为主导的评价模式，指标包括但不限于椎管内分娩镇痛率、术后急性疼痛患者诊疗满意度、癌痛患者诊疗满意度等。

5.4.2 持续改进

5.4.2.1 应建立疼痛治疗不良事件管理制度，对疼痛中发生的不良事件进行分析和改进。

5.4.2.2 推荐使用信息化、智能化、移动医疗等手段对疼痛进行综合管理，如具有通讯功能的无线镇痛泵。



附 录 A
(规范性附录)
附录 A1 CRIES 评估量表

内容	0	1	2
Crying (哭泣)	无	哭泣声音响亮, 音调高	不易被安慰
requires O ₂ saturation (维持 SpO ₂ >95%是否需要吸氧)	否	氧浓度<30%	氧浓度>30%
Increased vital signs (循环)	HR 和 BP ≤ 术前水平	HR 和 BP 较术前水平 升高<20%	HR 和 BP 较术前水平 升高>30%
expression (表情)	无特殊	表情痛苦	表情非常痛苦/呻吟
Sleeplessness (睡眠困难)	无	经常清醒	始终清醒

引自：《疼痛管理护士临床工作手册》（人民卫生出版社，2019 年第 1 版）

附录 A2 Flacc 行为评分量表

内容	0	1	2
面部表情 (faces)	无特定表情	偶尔面部扭曲或皱眉	持续颤抖下巴, 紧缩下颚, 紧皱眉头
腿部活动 (legs)	正常体位或放松状态	不适, 无法休息, 肌肉或神经紧张, 机体间断弯曲/伸展	踢或拉直腰, 高张力, 扩大机体弯曲/伸展, 发抖
体位 (activity)	安静平躺, 正常体位, 可顺利移动	急促不安, 来回移动, 紧张, 移动犹豫	卷曲或痉挛, 来回摆动, 头部左右摇动, 揉搓身体某部位
哭闹 (cry)	不哭不闹	呻吟会啜泣, 偶尔哭泣, 叹息	不断哭泣, 尖叫或抽泣, 呻吟
可安慰度 (consolability)	平静的, 满足的, 放松, 不要求安慰	可通过偶尔的身体接触消除疑虑, 分散注意力	安慰有困难

引自: 《疼痛管理护士临床工作手册》(人民卫生出版社, 2019 年第 1 版)

附录 A3 重症监护疼痛观察工具 (CPOT)

指标	描述	评分	
面部表情	未观察到肌肉紧张	自然、放松	0
	表现出皱眉、眉毛放低、眼眶紧绷和提肌收缩	紧张	1
	以上所有的面部变化加上眼睑轻度闭合	扮怪相	2
体动	不动（并不代表不存在疼痛）	无体动	0
	缓慢、谨慎的运动，触碰或抚摸疼痛部位，通过运动寻求关注。	保护性体动	1
	拉拽管道，试图坐起来，运动肢体/猛烈摆动，不遵从指令，攻击工作人员，试图从床上爬出来。	烦乱不安	2
肌肉紧张	对被动的运动不作抵抗	放松	0
通过被动的弯曲和伸展来评估	对被动的运动动作抵抗	紧张和肌肉僵硬	1
	对被动的运动动作剧烈抵抗，无法将其完成。	非常紧张或僵硬	2
对呼吸机的顺应性 (气管插管病人)	无警报发生，舒适地接受机械通气。	耐受呼吸机或机械通气	0
	警报自动停止	咳嗽但是耐受	1
	不同步：机械通气阻挡，频繁报警。	对抗呼吸机	2
或发声 (拔管后的病人)	用正常的腔调讲话或不发声	正常的腔调讲话或不发声	0
	叹息、呻吟	叹息、呻吟	1
	喊叫，啜泣	喊叫、啜泣	2
总分范围		0~8	

引自：《疼痛管理护士临床工作手册》（人民卫生出版社，2019 年第 1 版）

附录 A4 新生儿疼痛评估量表（NIPS）

项目	0 分	1 分	2 分
面部表情	安静面容，表情自然	面肌收紧 （包括眉/颞和鼻唇沟）	
哭闹	不哭	表情痛苦，间歇性轻声呻吟	持续性大声尖叫
呼吸形式	自如	呼吸不规则、加快、屏气	
上肢动作	自然/放松	肌紧张，腿伸直、僵硬和 （或）快速伸直	
下肢动作	自然/放松	肌紧张，腿伸直、僵硬和 （或）快速伸直	
觉醒状态	睡眠/觉醒	警觉、烦躁、摆动身体	

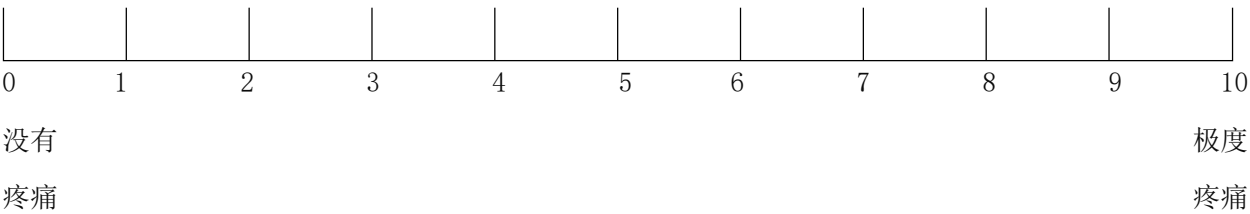
引自：《疼痛管理护士临床工作手册》（人民卫生出版社，2019 年第 1 版）

附录 A5 早产儿疼痛量表 (PIPP)

项目	0 分	1 分	2 分	3 分
胎龄	≥36 周	32~35 周, 6 天	28~31 周, 6 天	<28 周
行为状态	活动/觉醒, 双眼睁开, 有面部活动	活动/觉醒, 双眼睁开, 无面部活动	活动/睡眠, 双眼闭合, 有面部活动	活动/睡眠, 双眼睁开, 无面部活动
心率最大值	增加 0~4 次/分	增加 5~14 次/分	增加 15~24 次/分	增加 ≥25 次/分
血氧饱和度最低值	下降 0.0%~2.4%	下降 2.5%~4.9%	下降 5.0%~7.4%	下降 ≥7.5%
皱眉动作	无 (≤观察时间的 9%)	最小值 (观察时间的 10%~39%)	中值 (观察时间的 40%~69%)	最大值 (≥观察时间的 70%)
挤眼动作	无 (≤观察时间的 9%)	最小值 (观察时间的 10%~39%)	中值 (观察时间的 40%~69%)	最大值 (≥观察时间的 70%)
鼻唇沟加深	无 (≤观察时间的 9%)	最小值 (观察时间的 10%~39%)	中值 (观察时间的 40%~69%)	最大值 (≥观察时间的 70%)

引自:《疼痛管理护士临床工作手册》(人民卫生出版社, 2019 年第 1 版)

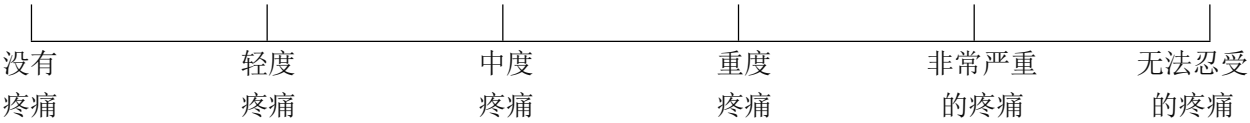
附录 A6 数字评分法



引自：《基础护理学》（人民卫生出版社，2017 年第 6 版）

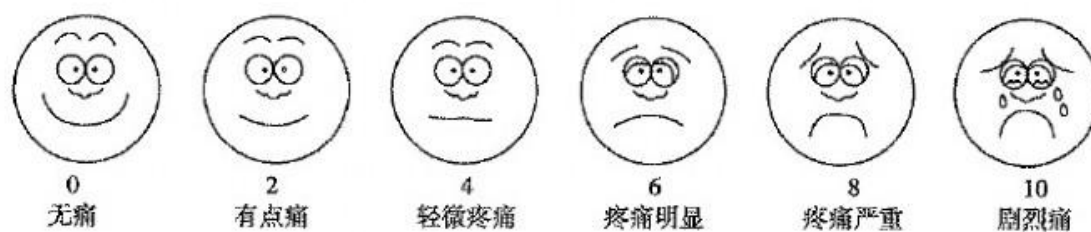


附录 A7 文字描述评定法

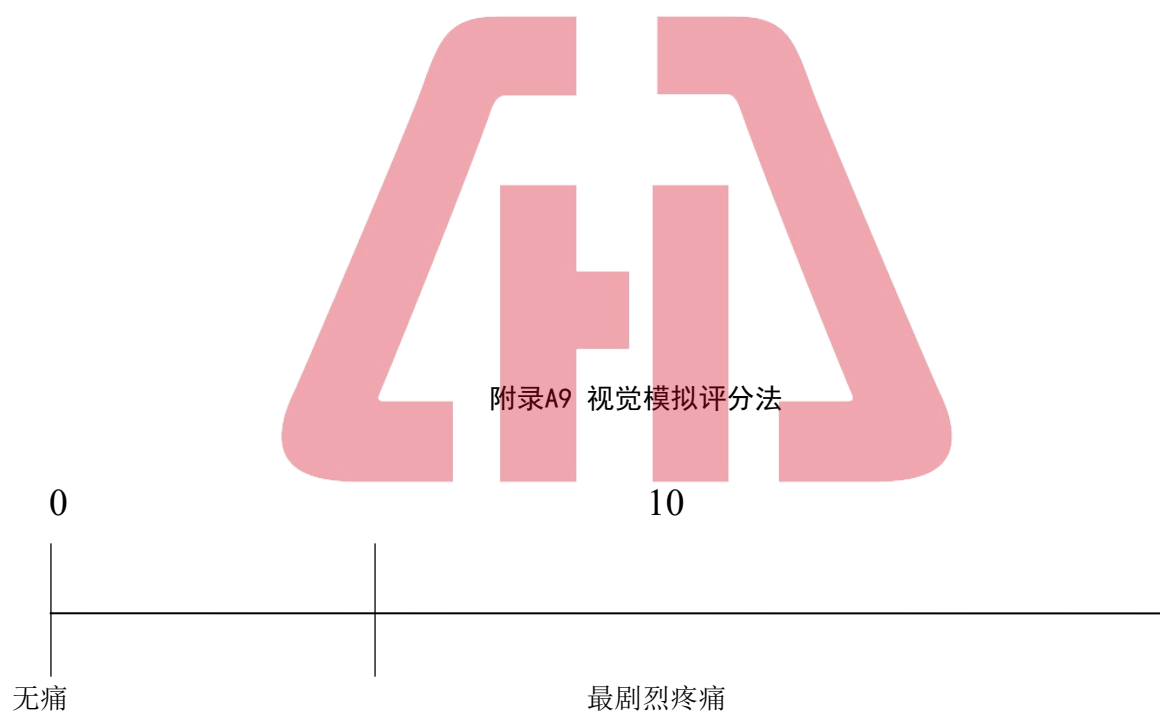


引自：《基础护理学》（人民卫生出版社，2017 年第 6 版）

附录 A8 面部表情疼痛测量图



引自：《基础护理学》（人民卫生出版社，2017 年第 6 版）



引自：《基础护理学》（人民卫生出版社，2017 年第 6 版）

附 录 B
(资料性附录)
附录B1 疼痛管理质控细则内容

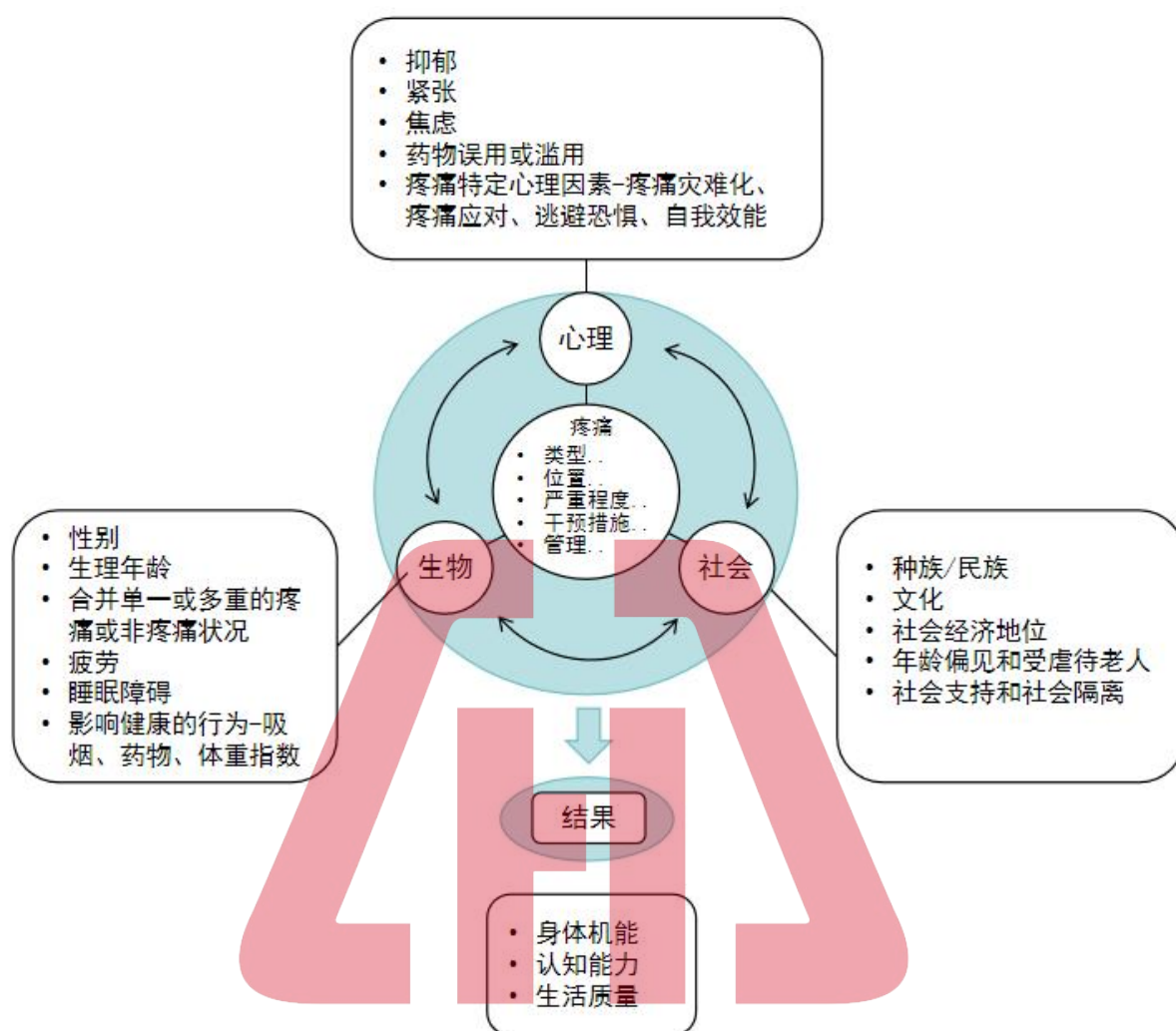
项目	内容	扣分标准
疼痛评估	疼痛首次评估时机准确及时	—
	疼痛再次评估时机准确及时	—
	进行疼痛治疗的患者每天至少评估 1 次	—
	评估方法正确，根据不同人群正确选用评估表。	—
	疼痛评估结果及时记录到体温单及病历中	—
疼痛治疗	根据疼痛评估结果及时给予正确及时的处置	—
	疼痛治疗措施正确，适应症是否适宜。	—
	正确使用镇痛药物，正确的用法用量，正确给药途径，是否有超说明书用药。	—
	癌痛患者按照三阶梯用药说明治疗	—
	联合用药是否适宜，是否存在禁忌及不良相互作用。	—
	能够及时处理药物不良反应	—
	除分娩镇痛外，其余围手术期患者疼痛评分 ≥ 7 分时，有麻醉会诊医嘱。	—
	围术期以外的疼痛，疼痛评分 ≥ 7 分时立即有处理医嘱。	—
	疼痛停止后根据病情决定是否终止止痛治疗，并记录在病程记录中。	—
	进行疼痛治疗的患者，根据疼痛评估结果及时调整疼痛治疗计划。	—
	医生为慢性疼痛患者及出院时仍有疼痛患者，制订出院后疼痛管理计划，并在病程录及出院记录中做好记录。	—
评价指标	镇痛效果满意度	—
	疼痛随访完成率	—
	疼痛随访及时率	—
	疼痛强度评估准确率	—
	随访质量控制指标（病区及全院）	—
疼痛宣教	医生为慢性疼痛患者及出院时仍有疼痛患者，进行疼痛的病因、预防、自我控制方法、休息、饮食、止痛药的使用方法和注意事项等教育。	—
	医生应在知情同意时告知患者出现疼痛的可能性，以及哪些选择可用于疼痛处理，患者有权接受适当的疼痛评估和处理。	—

附录 B2 美国疼痛学会（APS）急性疼痛管理质量评价体系

该评价体系共包括 6 项质量指标和 12 个测量标准，用于评价急性疼痛管理质量。

质量指标 (Quality Indicator)	测量标准 (Measure)
过程（疼痛评估和治疗）	
1. 用数字评估法（如 1-10）或描述法（如轻—中—重度）记录疼痛强度。	1. 被抽查的病历中是否有关于患者疼痛状况的记录？ 是；否 2. 在有患者疼痛状况记录的病历中，是否包括了应用数字评估法（如 1-10）或描述法（如轻—中—重度）记录了疼痛强度？ 是；否
2. 按照一定间隔时间频繁地记录疼痛强度。	3. 在接受检查的 24h 中，护士总共（应用数字法或描述法）记录了多少次疼痛强度？
3. 疼痛以非肌肉注射的方式得到治疗。	4. 接受镇痛药物肌肉注射的患者的百分比。
4. 通过定时应用止痛药物的方式治疗疼痛，而且在可能的时候应用多模式镇痛疗法（如联合使用区域或局部镇痛疗法、非阿片类药物、阿片类药物、辅助镇痛药物以及非药物镇痛措施）。	5. 患者仅接受非阿片类药物镇痛的百分比、仅接受阿片类药物镇痛的百分比、仅接受区域阻滞镇痛的百分比，以及接受多模式镇痛疗法（联合非阿片类药物、阿片类药物和区域阻滞技术等不同疗法）的百分比。 6. 接受盐酸哌替啶针镇痛的患者的百分比。 7. 对患者的提问： （1）除了止痛药物，您是否还接受了其他非药物镇痛措施？是；否 （2）如果回答是，请指出所有采用的方法：放松、冥想、热敷、冷敷、深呼吸、行走、想象、视觉化、其他（请指出）：
结果	
5. 疼痛被预防或控制在不影响患者功能状态或生活质量的程度。	对患者的提问： 8. 请应用疼痛评估标尺（0-10）指出在第 1 个 24h 经历的疼痛最剧烈程度。 9. 请应用疼痛评估标尺（0-10）指出在第 1 个 24h 经历的疼痛最轻程度。 10. 在第 1 个 24h 中经历中、重度疼痛的频度？ ①一直；②频繁；③经常；④偶尔；⑤从未 11. 在第 1 个 24h 疼痛对活动、情绪和睡眠的影响？请在 0-10 中选择一个数字来表示（0 表示没有影响，10 表示完全受影响）。
6. 患者已被充分告知疼痛管理的信息或充分具有了疼痛管理的知识。	对患者的提问： 12. 请对医院所提供的关于疼痛和镇痛方法选择的信息的充分程度进行评价。 ①太少；②一般；③好；④非常好；⑤极好

附录 B3 慢性疼痛的生物-心理-社会模型



参 考 文 献

- [1] 疼痛综合管理试点工作方案. 国家卫生健康委. 2022.
- [2] 癌症疼痛诊疗规范(2018年版). 国家卫生健康委, 2018.
- [3] 阿片类药物依赖诊断治疗指导原则. 北京. 原卫生部, 2009.
- [4] 中国疼痛医学发展报告[M]. 北京: 清华大学出版社. 2020.
- [5] 疼痛管理护士临床工作手册. 北京. 人民卫生出版社. 2019.
- [6] 冯艺. 王俊. 王玲. 围手术期疼痛多学科管理[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2018.
- [7] 基础护理学. 北京. 人民卫生出版社. 2017.
- [8] 临床诊疗指南-疼痛学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [9] 临床技术操作规范-疼痛学分册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004.
- [10] 三级综合医院评审标准实施细则(2011年版). 国家卫生健康委. 2011.
- [11] Joint commission international. Joint commission inter-national Accreditation Standards for Hospitals[s]. 5th ed. USA: Joint commission Resources, 2014.
- [12] 老年患者围手术期多模式镇痛低阿片方案中国专家共识[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(3): 170-184.
- [13] 多学科疼痛管理组织构建的专家共识. 中华国际医学交流基金会 PMDT 专业委员会. 2017.
- [14] 沈晓凤, 姚尚龙. 分娩镇痛专家共识(2016版)[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(08): 816-818.
- [15] 吕美红, 安刚. 慢性疼痛处理指南[J]. 临床麻醉学杂志, 2005, 21(5): 359-360.
- [16] 陈佳佳, 童莺歌, 刘冬华. 国内外5项疼痛管理质量评审标准的比较[J]. 护理学杂志, 2016; 31(11): 56-60.
- [17] 冯丹, 刘月辉, 姚远, 李永斌, 刘丽华. 中国医院质量安全管理团体标准体系框架设计[J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(12): 974-978.
- [18] Carroll CP, Brandow AM. Chronic Pain: Prevalence and Management[J]. Hematol Oncol Clin North Am. 2022;36(6):1151-1165.
- [19] Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden[J], best practices, and new advances. Lancet. 2021;397(10289):2082-2097.
- [20] 刘敏君, 祁海鸥, 童莺歌, 庄一渝. 综合性医院疼痛护理管理模式的构建及体会[J]. 护理与康复, 2022; 21(5): 56-58.
- [21] 陈思晴, 曹梅娟, 张邢炜. 我国疼痛管理质量评价与改进的文献计量学分析[J]. 护理管理杂志, 2021; 21(4): 259-264.
- [22] 童莺歌, 刘敏君, 刘冬华, 等. 5所三级医院术后疼痛管理质量评价分析[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 29(1): 24-28.
- [23] 段娜. 麻醉科疼痛“云病房”管理模式构建及应用[J]. 中国护理管理, 2020, 35(16): 1492-1494.
- [24] 对标疼痛新定义, 浅谈慢性疼痛管理的现状和未来[J]. 华西医学, 2022; 37(8): 1253-1256.
- [25] 基于ZigBee技术构建的麻醉科疼痛“云病房”管理模式的应用[J]. CHINA HEALTH STANDARD MANAGEMENT, 2022; 13(3): 40-44.
- [26] 麻醉科护士在多学科疼痛管理中的作用[J]. 麻醉安全与质控, 2021, 5(5): 301-305
- [27] Volkow N D, Jones E B, Einstein E B, et al. Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: a review[J]. JAMA psychiatry, 2019, 76(2): 208-216.

- [28] Schjerning A M, McGettigan P, Gislason G. Cardiovascular effects and safety of (non-aspirin) NSAIDs[J]. *Nature Reviews Cardiology*, 2020, 17(9): 574-584.
- [29] Joshi G P, Van de Velde M, Kehlet H, et al. Development of evidence - based recommendations for procedure - specific pain management: PROSPECT methodology[J]. *Anaesthesia*, 2019, 74(10): 1298-1304.
- [30] O'Brien T, Christrup L L, Drewes A M, et al. European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management[J]. *European Journal of Pain*, 2017, 21(1): 3-19.
- [31] Lee B, Schug S A, Joshi G P, et al. Procedure-specific pain management (PROSPECT) - an update[J]. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 2018, 32(2): 101-111.
- [32] Kaye A D, Garcia A J, Hall O M, et al. Update on the pharmacogenomics of pain management[J]. *Pharmacogenomics and personalized medicine*, 2019, 12: 125.
- [33] Turnaturi R, Chiechio S, Salerno L, et al. Progress in the development of more effective and safer analgesics for pain management[J]. *European journal of medicinal chemistry*, 2019, 183: 111701.

