

# 心血管重症术后疼痛规范化护理管理体系构建分析

宋小润 翟雪亚

石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753000

**摘要:** 心血管重症术后疼痛是影响患者预后的重要护理问题,在术后疼痛可引起机体应激反应及心律失常的同时,也会增加谵妄、感染以及血栓形成的风险,从而影响重症监护质量。目前,心血管术后疼痛管理存在评估工具缺乏、镇痛方案单一、多学科合作不到位等问题。根据疼痛管理理念以及规范化护理理论,结合现状对心血管重症术后疼痛管理的问题进行阐述并针对组织制度、评估与干预、人才培养及质量管理四个方面提出规范化护理管理模式的建立,以期临床护理工作提供一定借鉴意义。

**关键词:** 心血管重症; 术后疼痛; 规范化护理; 管理体系; 循证护理

## 引言

心血管外科手术是治疗各种难治性心脏病和大血管疾病的常用方法,术后病人一般都会进入ICU进行护理观察。而疼痛作为术后立即出现的一种主观感受,在心血管重症病人中发生率较高并且有其特殊性<sup>[1]</sup>。不同于一般的外科手术后疼痛,心血管术后疼痛往往由于胸骨劈开、肋间神经牵拉、心包及纵隔引流管刺激等多种原因引起,而且病人本身的心脏功能较差,疼痛导致的交感神经兴奋会使心跳加快、血压上升、心肌供氧需求增大,甚至会引起严重的不良后果如心律失常或者心绞痛等。近年来,对于疼痛的认识也从“按需止痛”发展到“预见性止痛”以及“多模式止痛”,而建立科学合理的疼痛管理模式也是提高止痛效果的关键一环。但是,在临床上仍然存在对疼痛监控不够充分、镇静与镇痛的混淆不清以及忽视非药物手段等因素,护士在疼痛管理中的主动性尚未得到充分体现。如何制定符合心血管重症特点的疼痛护理管理制度,是我们目前面临的一个重要问题。

## 1 规范化护理管理体系的理论内涵

### 1.1 规范化护理管理的概念界定

规范化护理管理是以循证医学及护理学依据为前提,在统一操作规程、工作程序、评价标准基础上,对护理活动进行计划并不断优化过程。主要由标准化评估手段、具体干预措施、可衡量质量要求以及循环反馈方式组成。而在疼痛管理中,规范化则是指从疼痛识别到干预结果评价全过程一致,消除由于护理人员经验不同、交接班信息中断或者条件差别造成镇痛效果不一致问题。

### 1.2 疼痛规范化护理的理论支撑

疼痛管理理念由单一生物医学模式发展到生物—心

理—社会模式。门控理论解释了非药物性止痛(例如按摩、冷热敷、音乐疗法)的原因,而“整体疼痛管理”理论认为疼痛是一种主观感受同时也是一种情绪及思维活动。对于心血管重症患者来说,他们所感受到的疼痛还受制于病房内的噪声干扰、缺乏足够休息、频繁接受各种检查以及担心自身病情恶化等。而在标准化护理工作中,理论的作用是使疼痛管理上升至一种专业的判断而不是简单的遵医嘱行为。护士根据不同的理论模型对疼痛的不同方面进行分析后制定相应的措施。但是这并不意味着所有的患者都应采用同样的方法来处理疼痛问题,在标准化的基础上加入个性化的因素才是目前护理界普遍认同的观点<sup>[2]</sup>。

## 2 心血管重症术后疼痛管理的特殊性

### 2.1 疼痛来源的复杂性与评估困境

心血管重症患者术后疼痛来源多样。手术切口方面,正中胸骨切开造成骨膜、软组织损伤;而大隐静脉或桡动脉取出处也是较小疼痛源。侵入性管道方面,心包纵隔引流管、中心静脉导管以及气管插管对周围组织不断压迫,使患者翻身、咳嗽或者护理时出现突发性疼痛。另外,缺血再灌注损伤以及胸廓内动脉牵拉引起的神经病理性疼痛也不可忽视。评估困难主要在于以下几个方面。第一,心血管重症患者往往处于深度镇静或机械通气状态,不能配合进行自我疼痛评估,只能由护士使用行为评估量表(如重症监护疼痛观察工具)以及生命体征(如心率、血压、瞳孔等)来判断,但是这些方法均不够准确,容易受到血管活性药物以及基础心脏情况的影响<sup>[3]</sup>。第二,常规评估频率及记录方式无统一规定,无法清晰地描述患者的疼痛过程,从而造成疼痛管理延迟。第三,护理人员对于“镇痛”与“镇静”的区别认识不清,常常将二者混淆,在进行疼痛评估的同时

也进行了镇静评估,影响疼痛信息获取和分析。

## 2.2 镇痛决策中的张力与权衡

心血管重症术后镇痛存在诸多矛盾之处。一方面,充分镇痛有利于减轻病人应激反应、改善呼吸力学以及利于病人早脱离呼吸机;另一方面,阿片类药物引起的呼吸抑制、低血压及胃肠道功能障碍都给心脏术后病人带来极大危害。非甾体抗炎药虽然可以减少阿片用量,但是对于有肾脏疾病或者有消化道出血倾向病人来说不能滥用。而区域阻滞技术(如竖脊肌平面阻滞、胸椎旁阻滞)在心脏手术中越来越被重视,但是它们的抗凝时间以及操作难度也需要考虑进去。以上种种说明,镇痛并不是简单的把所有药物加在一起就可以达到目的,而是在镇痛的同时也要考虑到不良影响。合理的制度化管理就是,在事先做好风险分层以及药物替代方案之后给医护人员提供一个指导,在一定程度上避免因为个人经验不同而导致不同的处理方法。

## 3 现有管理体系的结构性缺陷

### 3.1 制度层面:标准与路径的缺失

大多数心血管重症监护病房还没有形成一套完整的手术后疼痛管理和流程。疼痛管理的要求一般都会作为镇静或者是综合的生命支持的一部分,而不是一个单独的、有针对性的治疗计划来对待。而且不同的手术方式(冠状动脉旁路移植术、瓣膜手术、主动脉手术、大血管杂交手术),也没有对应专门的疼痛管理策略。标准的医嘱集没有,因此同一个病房的不同医生对于患者的镇痛措施也会存在差异。另外,对疼痛管理的质量控制也没有很好的标准,在多数医院里,疼痛评分达标率以及镇痛相关的并发症的发生率都没有被当作常规的质量考核的内容,所以无法进行有效的评价。

### 3.2 人员层面:角色定位与能力短板

护理人员在疼痛管理方面发挥着举足轻重的作用,在心血管重症情况下,护理人员既是疼痛评估的具体实施者又是镇痛效果观察者及镇痛相关副作用发现者,还是非药物镇痛方法主要提供者。但临床工作中往往把护理人员看作是镇痛医嘱的简单执行者,在镇痛方案制定过程中很少有护理人员的声音。而且由于疼痛管理培训不足导致很多护理人员对于疼痛评估量表使用不够熟练,不了解镇痛药物药代动力学以及药物之间相互作用知识,也不熟悉非药物镇痛技术操作细节<sup>[4]</sup>。而这些弱点在心血管重症等复杂情况下被无限放大。

### 3.3 协作层面:多学科联动机制缺位

规范化疼痛管理需要心脏外科医生、重症医学科医生、麻醉科医生、临床药师、物理治疗师以及护士共同

配合完成。但目前各专科分工不明确,在工作中主要依靠临时会诊解决问题,缺少常规性多学科合作模式。如出现疼痛问题时一般由护士向重症医学科医生汇报,重症医学科医生可能会选择加大镇静剂量而不是改善镇痛;再者麻醉科医生提出的区域麻醉意见由于不能及时获取手术切口位置信息而被耽搁。这样就造成镇痛效果差并且容易发生药物不良反应。

## 4 规范化护理管理体系的构建策略

### 4.1 组织制度体系:标准化流程与分层管理架构

规范化护理管理体系的第一步是建立一套制度,要出台《心血管重症术后疼痛管理规范》,规定疼痛评估的时间点、使用的工具、记录的要求、干预的界限以及药物转换的原则等。具体来说,可采取动态分层管理模式,在术后早期(0-24h)高频率进行疼痛评估及早干预,重点控制静息痛和运动痛;术后中期(24-72h)逐渐转变为以功能为导向的镇痛来促进患者尽早下床及拔管。而在组织结构上,则需要组建一个以护理部为主导的疼痛管理专项工作组,工作组成员由重症护理骨干、临床药师及专科医师组成,负责制度的制定、人员的培训以及质量管理等工作。另外,在重症护理队伍中设置一名疼痛管理联络员,由她来进行疼痛评估协调工作、开展疼痛查房以及收集相关资料等,从而构成“专项工作组——联络员——床旁护士”的三级管理模式,使疼痛管理由原来的零星分散转变为整体有序。

### 4.2 评估干预体系:证据驱动的护理实践路径

评估体系以标准化和动态化相结合为基础。对于神志清楚能够交流患者应采用数字评分法或者面部表情评分法;而对于正在接受机械通气或神志不清患者则需应用经过信效度检验行为学量表。主要手段是把疼痛评估作为每天每一班工作内容,以及在交班报告及护理记录里面设立专门一项。另外还要注意运动性疼痛(咳嗽、翻身等所造成疼痛)评估,因为它与术后肺部并发症及早期下床活动有关。干预体系要遵循多模式镇痛原则,把药物和非药物镇痛结合起来。药物镇痛方面,护士需要了解各种镇痛药物使用时机、相互作用以及拮抗措施,在此基础上根据术后时间段以及肾功能情况提出合理用药建议。非药物镇痛方面,要将体位摆放(半卧位、引流管受压解除)、冷敷、音乐疗法以及引导式想象等内容列入常规护理工作中去,并明确它们各自适用范围及禁忌症。最重要一点是要有详细的操作流程表单,以便不同班次护士执行一致性和便于日后效果评估。

### 4.3 人才建设体系:分层培训与核心能力框架

规范化管理体系正常运作需要护理人员支持。需制

定针对所有重症护理人员疼痛管理分层次培训计划：基础层次培训面向所有重症护士，内容为疼痛评估工具使用、常用镇痛药副作用观察以及非药物干预等基本知识；进阶层次培训面向联络护士及护理骨干，重点是难治性疼痛综合症识别、与其他科室沟通能力和质量改进技术；而高级管理层培训应面向护理管理人员，使其掌握制度制定、循证应用及团队管理能力。培训方式可采取课堂讲授、模拟案例演练及临床带教相结合形式。模拟案例对心血管重症情况下疼痛与血流动力学关系判断非常有利。另外还应有疼痛管理能力测评标准，将测评成绩与职务相联系，以起到约束作用。不断学习使护理人员由原来的“镇痛医嘱落实者”变为真正的“疼痛管理者”。

#### 4.4 质量评价体系：指标监测与持续改进闭环

质量评价是推动规范化管理体系不断完善内生动力。建立结构-过程-结果三位一体的质量评价标准，结构指标为护理人员接受培训比例以及疼痛管理相关制度完善程度等；过程指标包括疼痛评估完成情况、评估工具使用准确性、药物及非药物治疗记录完整性和多学科疼痛查房频率等；结果指标为疼痛评分达标率、爆发痛发生率、镇痛相关并发症（如呼吸抑制、低血压、恶心呕吐）发生率以及患者主观满意度等。收集资料融入日常工作，通过信息化手段实现对疼痛信息实时抓取并呈现图表形式。每月由疼痛管理工作组对上述各项指标进行评估，发现问题，提出解决方案，在下一个月检查改进措施是否落实到位，从而形成一个持续循环过程，“监测-反馈-改进-再监测”。在这个过程中，护士是主要的提供者，也是执行改进工作的人，她们的意见

应该被纳入到管理之中。同时，质量评价的结果还要用于制度的完善及培训内容的设计，使整个质量管理不断提升。

#### 5 结语

心血管重症术后疼痛规范化护理管理体系建立并不是一系列规章制度简单罗列，而是在组织架构、临床工作、人员素质以及质量文化等方面全面重塑。我们认为，最大的困难不是缺少技术和方法，而是缺乏正确的态度与思想认识——把疼痛作为需要积极解决的问题而不是一个仅仅被忽视症状来对待；让护士不仅仅是一个遵从医生指令者，而是成为能够提出自己意见并且积极推动这一过程的人。以规范化的制度设计、科学合理的措施实施、有层次的人才培养及信息化的质量改进等手段，使规范化护理管理体系可以给心血管重症术后患者带来更安全、更满意、更有效疼痛控制体验。但是由于各个医院条件不同、病人也有所不同，在具体落实过程中还需要结合实际情况作出相应改变和完善工作，这也是接下来需要进一步探讨内容。

#### 参考文献

- [1]陈静,王丽华,张明.心脏外科术后患者重症监护期间疼痛体验的质性研究[J].中华护理杂志,2022,57(8):945-950.
- [2]李娜,赵继军,陆箴琦.规范化疼痛护理管理体系的构建与应用进展[J].中国护理管理,2023,23(3):401-406.
- [3]周晓辉,马晓春.重症监护患者疼痛评估工具的研究进展[J].中国实用护理杂志,2024,40(2):152-157.
- [4]刘莹,孙丽,张红梅.心血管外科ICU护士术后疼痛管理知识与态度的调查分析[J].护理研究,2023,37(11):2030-2034.