

疼痛患者 JCI 标准管理模型的初步研究及应用*

马又嘉,袁顺琼[△],甘秀妮,盛孝敏,郭进军

(重庆医科大学附属第二医院消化科,重庆 400010)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)14-2010-02

随着人们对生活质量的要求不断提高,疼痛日益受到重视。国际医学界已将其列为人类继体温、脉搏、呼吸、血压 4 个生命体征后的第 5 生命体征^[1]。疼痛虽早就列为第 5 生命体征,但目前将疼痛纳入日常监测的医院不多,真正在临床上对疼痛患者进行动态连续性的评估甚少^[2]。而对于疼痛的患者来说,疼痛受疼痛部位、性质、持续时间、发生频率、心理等因素影响,对其进行动态的评估显得尤为重要。《联合委员会国际部医院评审标准》(以下简称 JCI 标准)是源于美国的专门用于医疗服务质量设计的认证体系^[3],是世界上惟一的只针对医疗服务领域而建立的国际统一标准,其核心目标是质量改进和患者安全^[4]。目前,本院采用数字评分法(NRS)对疼痛患者进行入院评估,并通过 JCI 标准指导疼痛管理^[2,5-8]。本院对疼痛非手术患者进行连续性动态评估,并且把疼痛评分记录在网络动态生命体征单上,对疼痛评估结果每日进行绘制,准确、系统、动态显示疼痛变化,给人以直观、明了的视觉效果,现报道如下。

1 管理方式

1.1 研究对象 选取本科室 2013 年 5 月至 2014 年 12 月因疼痛入院的住院患者 150 例,非手术患者,男女不限。其中男 84 例,女 66 例;年龄 18~90 岁,平均(43±9.31)岁。患者均具有正常的认知能力,年龄大于或等于 18 岁,自愿参与此项目研究。

1.2 方法 患者入院后由护士指导患者用 NRS 制成的评估尺,选择最能代表自己疼痛等级的数字。数字越大表示疼痛强度越大,0 分表示无痛,1~3 分为轻微痛;4~6 分为中度痛;7~10 分表示重度疼痛。同时评估患者疼痛的性质、疼痛程度。每班严格交接疼痛患者疼痛情况。每班须有疼痛评估记录并登记。并且把疼痛评分记录在住院患者日常生命体征监测单上。

1.2.1 疼痛评估监测规律 (1)对首次疼痛患者进行疼痛评估,分值小于或等于 5 分的疼痛患者每天进行 2 次疼痛评分,时间为早上 7:00、下午 15:00。同时,分别评估患者早上 7:00 至下午 15:00、下午 15:00 至早上 7:00 期间的疼痛情况,记录在相应时间内。(2)分值 5 分以上的疼痛患者每天进行 3 次疼痛评分,时间为早上 7:00、下午 15:00、晚上 23:00,发热患者需测体温。绘制 3 个时间点患者的疼痛分值,并连线,同时分别评估患者早上 7:00 至下午 15:00、下午 15:00 至晚上 23:00 时、晚上 23:00 到次日早上 7:00 期间的疼痛情况,让医护人员直观地看到患者的疼痛状态。对于剧痛或采取止痛干预后需观察用药疗效的患者,则遵医嘱客观准确地按时评估并详细记录。如果患者有 1 种以上的疼痛,应针对每种疼痛采用上述程序进行评估,疼痛部位变化等特殊情况下应及时记录在护理记录

单中。

1.2.2 疼痛质量管理 科室严格把疼痛作为第 5 生命体征纳入日常工作程序,运用 JCI 标准持续质量管理。检查疼痛评估是否及时准确,各班交接记录是否全面,包括用药前后 NRS 评分。对于疑难病例科室组织学习讨论,邀请疼痛专家会诊,进一步研究止痛方案。具体做法如下。(1)制订疼痛管理结构:自上而下建立完善的疼痛管理组织结构,在全院范围内成立疼痛管理小组,公开、公平、公正选取 1 名具有扎实疼痛管理理论知识基础和丰富临床疼痛管理经验,并多次参加国内疼痛管理培训的科护士长担任疼痛管理结构组长,组建成拥有规范管理、业务精湛的疼痛小组。疼痛小组的职责为承担每年全院疼痛知识和技能的培训,培训形式包括小讲课、查房病例实践指导等;制订考核方式并监督执行;承担每年疼痛知识和技能的考核;每季度全院范围内检查,指导临床疼痛管理实施情况,听取反馈意见;每季度组织小组会议,根据上季度检查中发现的问题和临床反馈意见持续改进疼痛相关制度。在各病区挑选 1 名疼痛联络员,其主要职责为负责传达最新疼痛知识,质控科室疼痛患者疼痛管理情况,同时起到科室及疼痛小组的纽带作用,及时反馈意见并获得建设性的举措。(2)建立制度,完善护理书写:在护理书写中加入《疼痛评估记录单》,建立疼痛管理规章制度,患者一旦主诉疼痛或产生疼痛,责任当班护士就必须运用 NRS 疼痛评估尺进行疼痛评估,并记录、汇报处理及再次动态评估,其内容包含疼痛部位、疼痛强度、疼痛性质、疼痛持续时间、疼痛对生活影响等方面。要求护士对患者进行客观准确描述及记录。疼痛相关护理书写质量由疼痛联络员实时监督,疼痛小组订期检查,及时反馈结果。(3)疼痛处理及记录:制订疼痛处理流程规范,对于护士报告的首次主诉疼痛或疼痛评分大于或等于 3 分的患者,医生应当在 2 h 内对患者进行评估,紧急情况应立即评估。内容包括疼痛的程度、性质、部位、发生频率、持续时间,以及对日常工作生活的影响、既往疼痛病史、药物滥用史等,并进行必要的体格检查。临床医生在疼痛评估后应及时有针对性地选出需进行疼痛治疗的患者,从而制订可行的疼痛治疗方案,并及时记录在住院病程记录中。需要特别注意的是,在制订疼痛治疗方案时要充分考虑患者和家属的合法要求,以及患者的民族风俗文化和特殊宗教信仰等情况。根据疼痛评估结果和患者情况综合决定疼痛治疗方案及措施。对于进行疼痛治疗的患者应根据疼痛治疗方案及疼痛 NRS 评分监测频率按时进行持续的疼痛评估和记录,并及时汇报医生,调整疼痛治疗方案。经疼痛治疗效果不佳或进一步加重的立即请疼痛专家会诊。(4)疼痛课程培训:疼痛小组组内成员应有主动学习、更新知识的觉悟,积极参加国内外疼痛相关课程学习,掌握疼痛知识发展现况,适时更新疼痛理念,

主动参与培训,让疼痛管理更专业化、标准化;疼痛联络员定期培训科内人员,避免前沿知识脱节,时常巩固专业技能,严格疼痛质量控制;护理人员应认真学习,运用新知识新理论更好地为患者服务。(5)疼痛健康教育:制订针对患者和医护人员方面的不同疼痛教育宣传册,分别为患者版和护士版。

2 管理模式分析

2.1 建立健全疼痛管理体系 全面实施疼痛管理结构,落实护理安全检查措施,建立护理部-疼痛小组-疼痛联络员-责任护士 4 级监控组织管理体系。责任护士对患者进行客观准确评估并记录,每班严格交接疼痛患者疼痛情况及处理措施;疼痛联络员每日督查;疼痛小组随机督查措施落实情况;护理部定期考核并将检查的问题及时反馈。不断完善管理措施,让疼痛管理工作做到层层把关、环环相扣,从管理体系上确保护理安全工作有效运行。

2.2 制订实施疼痛管理流程 每位患者入院后常规进行疼痛评估,患者一旦主诉疼痛或产生疼痛,责任当班护士就必须运用 NRS 疼痛评估尺进行疼痛评估、记录、汇报处理及再次动态评估,严格按照评估频率详细评估,对于护士报告的首次主诉疼痛或疼痛评分大于或等于 3 分的患者,病房医生应当在 2 h 内对患者进行评估,紧急情况应立即评估,并进行必要的体格检查。临床医生在疼痛评估后应筛选出需进行疼痛治疗的患者,制订可行的疼痛治疗方案,并记录在住院病程记录中,经疼痛治疗仍无法控制的请疼痛专家会诊。疼痛相关护理书写由疼痛小组定期检查书写质量,及时反馈检查结果。

2.3 加强落实疼痛管理健康教育 制订针对患者和医护人员方面的不同疼痛教育宣传册,分别为患者版和护士版。护士版内容包含护士在疼痛控制中扮演的角色及重要性、正确疼痛评估方法、疼痛治疗方案及处理流程、处理控制疼痛的规范及标准等方面以加强护士对疼痛管理的认识。患者版的宣教内容从疼痛产生的原因、自我疼痛管理、家属在疼痛患者中的角色、疼痛缓解日常小妙方、疼痛药物用法及不良反应、药物成瘾及身体依赖等方面进行教育。同时科室定期组织患者及家属开展工休会,使用简单且便于理解的图片、卡片宣教读物、视频观赏等形式对患者及家属进行有效疼痛管理知识的介绍,让患者及家属积极配合并主动参与疼痛管理之中。

2.4 强调以人为本,提升服务内涵,重视疼痛管理 加强服务内涵、以人为本,增强护理人员主动服务意识,提高护理人员对疼痛重要性的认识,使其自觉认真地对患者进行评估,对疼痛

患者采取积极有效的措施,通过全程动态评估管理,有效提高护理服务质量。

3 结 论

在世界范围内,疼痛管理正在受到越来越多的关注。2001 年亚太地区疼痛论坛首次表示消除疼痛是患者的基本权利,然而在中国,疼痛管理作为一项基本人权的理念并没有被广泛接受。目前国内不同医疗机构疼痛护理管理工作差异较大,疼痛护理管理工作亟待规范^[9]。消极的疼痛管理让患者住院时间延长从而增加医疗费用,久而久之患者希望水平下降、情绪低落甚至丧失生活希望;而对于医疗机构来说,疼痛未满意解决不但会浪费越来越多的医疗资源,同时也使患者满意度明显下降,进一步造成医患关系紧张等诸多后续遗留问题。建议根据我国国情制定疼痛管理标准,加强规范疼痛管理和评价体系,以促进我国疼痛管理健康发展,尽快与国际疼痛管理护理专业化发展接轨。

参考文献

- [1] 张雪玉,宋雪.疼痛及其护理研究进展[J].延安大学学报(医学科学版),2010,8(4):64.
- [2] 李漓,刘雪琴.选择适合患者的疼痛强度评估工具[J].实用护理杂志,2003,19(6):50-51.
- [3] 陈同麓,王羽,周简.美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准[M].3版.北京:中国协和医科大学出版社,2008:71-94.
- [4] 陈海燕,陈晓荣.基于 JCI 标准实施住院患者初始护理评估[J].护士进修杂志,2011,26(22):2033-2034.
- [5] 蒋红,蒋超,凌玉琪,等. JCI 标准下的疼痛理念在我院疼痛管理中的应用[J].护理研究,2012,26(1):72-74.
- [6] 赵林芳,张悦怡,陈融,等.遵循 JCI 标准开展医务人员业务培训的探索[J].护理与康复,2012,11(2):181-183.
- [7] 倪洁,林琳,赵琦. JCI 标准下 PDCA 在 ICU 护理工作中的应用[J].中华医院管理杂志,2012,28(6):444-446.
- [8] 马红梅. JCI 评审标准在护理管理中的应用[J].天津护理,2012,20(4):266-267.
- [9] 张海燕,陈杰,吴晓英,等.全国 40 家医院疼痛护理管理现状[J].中国护理管理,2014,14(11):1121-1124.

(收稿日期:2015-11-08 修回日期:2016-03-22)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.14.051

液体敷料预防早产儿尿布皮炎的效果评价*

司徒妙琼,李智英[△],谢石琼,陈秋莲

(中山大学附属第一医院儿科,广州 510080)

[中图分类号] R722.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)14-2011-03

尿布皮炎又称臀红,是新生儿期常见的皮肤损伤,发生率为 14.1%^[1-2];而光疗期间尿布皮炎的发生率高达 46.8%^[3],若不及时处理,可并发局部和全身感染,成为新生儿重症监护

室棘手的皮肤护理难题^[4]。2003 年以来本科室对早产儿采用石蜡油预防尿布皮炎,但效果不够理想。为进一步提高临床对早产儿尿布皮炎护理疗效,从 2013 年 3 月至 2014 年 3 月,本

* 基金项目:广东省卫生厅的指令性课题(C2011007)。 作者简介:司徒妙琼(1973-),主管护理师,本科,主要从事儿科临床护理。

[△] 通讯作者,E-mail:lzy1802@126.com。