

T/GXDSL

团 体 标 准

T/GXDSL —2026

成人术后疼痛评估与干预护理规程

Protocol for Postoperative Pain Assessment and Intervention Nursing in Adults

(工作组讨论稿)

(本草案完成时间：2026-01-29)

2026 - - 发布

2026 - - 实施

广西电子商务企业联合会 发布

目 次

前 言	II
1 引言	1
2 范围	1
3 规范性引用文件	2
4 术语和定义	2
4.1 术后疼痛	2
4.2 疼痛评估	2
4.3 多模式镇痛	3
4.4 患者自控镇痛	3
4.5 爆发痛	3
5 疼痛评估	3
5.1 评估原则	3
5.2 评估时机与频率	4
5.3 评估工具	4
5.4 评估内容	5
5.5 评估记录	6
6 疼痛干预	6
6.1 干预目标	6
6.2 干预原则	6
6.3 非药物干预措施	7
6.4 药物干预措施	8
6.5 干预后监测与不良反应处理	9
7 护理要点	10
7.1 组织与制度保障	10
7.2 护士职责与能力建设	10
7.3 健康教育	11
7.4 人文关怀	11
8 质量改进与持续监测	12
8.1 质量监测指标	12
8.2 数据收集与分析	12
8.3 持续质量改进	13
9 附则	13

前 言

本文件依据GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西产学研科学研究院提出。

本文件由广西电子商务企业联合会归口。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

本文件为首次发布。

成人术后疼痛评估与干预护理规程

1 引言

术后疼痛是外科手术患者普遍存在的急性伤害性症状，其管理质量直接关联患者生命安全、康复进程及就医体验，是衡量我国医疗服务同质化、高质量发展水平的重要指标，更是落实《“健康中国 2030”规划纲要》中“提升医疗质量和服务水平”“保障全民健康”核心目标的关键举措。当前，我国各级医疗机构术后疼痛护理实践仍存在区域发展不均衡、技术标准不统一、干预流程不规范等突出问题，部分基层医疗机构疼痛评估精准度不足、镇痛干预响应不及时，不仅加重患者身心痛苦、延缓术后康复进程、延长住院周期、增加医疗资源消耗，还可能诱发肺部感染、深静脉血栓、慢性疼痛等严重并发症，直接影响医疗质量安全与患者就医获得感。为全面规范全国成人术后疼痛护理实践，统一疼痛管理技术标准，提升各级医疗机构疼痛护理专业化水平，推动疼痛管理服务均质化发展，保障全国外科手术患者术后医疗安全，助力医疗服务高质量发展，依据国家相关法律法规、医疗卫生政策及行业规范，特制定本规程。本规程作为国家级护理规范，适用于全国各级各类开展外科手术的医疗机构，为护理人员提供科学、系统、可操作、标准化的术后疼痛评估、干预、护理、健康教育及质量改进指导，兼顾专业性与实用性、统一性与区域性，助力我国术后疼痛管理水平跻身国际先进行列，切实维护全民健康权益。

2 范围

明确了全国范围内成人患者（≥18 周岁）外科手术术后疼痛的评估、干预、护理、健康教育及质量改进的国家级标准与要求，全面覆盖全身各系统外科手术（含常规手术、微创手术、疑难重症手术等）术后疼痛管理的全流程、各环节，实现无遗漏、无死角全覆盖。适用于全国各级各类开展外科手术的医疗机构（含国家级、省级、市级、县级医疗机构及基层医疗卫生机构），以及所有参与术后疼痛护理工作的护理人员、护理管理者；同时为麻醉科、疼痛科、药剂科、外科等相关学科医务人员提供协同工作依据，作为各级医疗机构术后疼痛护理质量考核、监督、评估的核心准则，各级相关单位及人员须严格遵照执行。

3 规范性引用文件

下列文件对于本规程的应用具有强制性或指导性，是落实国家级术后疼痛护理规范、保障医疗质量安全的重要支撑。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本规程；凡是不注日期的引用文件，其最新版本（含所有修改单）均适用于本规程。

《“健康中国 2030”规划纲要》（国务院，2016 年）

《医疗机构护理质量管理办法》（国家卫生健康委员会，2023 年）

《医院疼痛护理管理规范（试行）》（国家卫生健康委员会，2021 年）

《麻醉药品和精神药品管理条例》（中华人民共和国国务院，2016 年修订）

《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》（国家卫生健康委员会、国家药品监督管理局，2020 年修订）

《中国麻醉学指南与专家共识（2021 版）》（中华医学会麻醉学分会）

《中医护理常规技术操作指南》（国家中医药管理局，2021 年）

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则

WS/T 431-2023 护理分级

疼痛评估量表应用中国专家共识（2020 版）（中华护理学会、中华医学会麻醉学分会联合发布）

成人术后疼痛处理专家共识（2020 版）（中华医学会麻醉学分会、中国医师协会疼痛科医师分会联合发布）

4 术语和定义

下列术语和定义适用于本规程，旨在统一全国术后疼痛护理专业术语表述，确保各级医疗机构、各相关学科医务人员沟通一致、理解统一，推动疼痛管理标准化建设落地见效。

4.1 术后疼痛

指手术创伤本身及继发于手术创伤的炎症反应、神经损伤所引发的急性伤害性疼痛，通常持续时间不超过 3 至 7 天，部分复杂手术可延长至 14 天，是外科术后患者最主要的不适症状之一，其管理质量已纳入国家医疗质量控制核心指标，实行常态化监测与管理。

4.2 疼痛评估

指护理人员严格遵循国家级标准，应用经科学验证的标化工具和系统方法，对患者术后疼痛的部

位、性质、强度、持续时间、影响因素及伴随症状等进行全面、动态、精准的测量与判断，是术后疼痛干预的前提基础，也是国家医疗质量监测的重要内容，各级护理人员须规范执行、全程落实。

4.3 多模式镇痛

指遵循国家疼痛管理优质化要求，联合应用不同作用机制的镇痛药物和/或多种镇痛方法，作用于疼痛传导通路的不同靶点，实现协同镇痛效应，同时降低单一药物或方法的不良反应，提升镇痛效果与患者耐受性，是国家级术后疼痛管理的核心技术路径，各级医疗机构须优先推广应用。

4.4 患者自控镇痛

指经麻醉医师或疼痛医师依据国家相关规范及患者个体情况，科学设定安全的背景剂量、单次给药剂量和锁定时间后，患者根据自身疼痛感受，通过按压专用按钮自行给予预设剂量镇痛药液的标准化镇痛技术，适用于中重度术后疼痛患者，其管理流程、参数设置、监测要求须严格遵循国家药品管理及医疗质量安全相关规定，严禁违规操作。

4.5 爆发痛

指在基础疼痛控制相对稳定、镇痛药物剂量符合国家规范的前提下，患者突然出现的短暂而剧烈的疼痛（通常 NRS 评分 ≥ 7 分），须立即启动评估、及时干预，其处理及时性、有效性直接纳入各级医疗机构疼痛护理质量考核，实行刚性约束。

5 疼痛评估

术后疼痛评估是疼痛管理的核心环节，各级医疗机构及护理人员须严格遵循国家级标准化原则，实现全流程、全覆盖、精准化评估，确保评估结果真实、准确、完整，为个体化镇痛方案制定提供科学依据，同时满足国家医疗质量监测、数据上报及同质化管理的各项要求。

5.1 评估原则

5.1.1 全员覆盖原则：全国各级医疗机构所有术后成人患者，无论手术类型、创伤大小、病情轻重，均须常规开展疼痛评估，无例外、无遗漏，评估覆盖率纳入国家医疗质量控制指标，目标值严格控制在 $\geq 98\%$ 。

5.1.2 量化精准原则：严格选用经国家专家共识验证、符合国际标准的量化评估工具，坚决杜绝仅凭主观判断评估疼痛，确保评估结果可量化、可对比、可追溯，完全契合全国疼痛管理同质化要求，便于数据汇总与质量分析。

5.1.3 动态全程原则：疼痛评估须贯穿于术后疼痛治疗与护理的全过程，涵盖术前评估（预判疼痛

风险)、术后初始评估、治疗中常规评估、干预后效果评估及按需评估,实现疼痛变化的动态监测,及时调整干预方案,确保镇痛效果持续稳定。

5.1.4 全面系统原则:疼痛评估不仅需关注疼痛强度,还须全面评估疼痛性质、部位、放射范围、持续时间、发作规律,以及疼痛对患者呼吸、咳嗽、下床活动、睡眠、情绪及日常生活能力的影响,同时明确加重或缓解疼痛的因素及伴随症状,为个体化干预提供全面、充分的支撑。

5.1.5 个体化适配原则:尊重患者个体差异,结合患者文化背景、认知能力、沟通能力、年龄及病情特点,合理选择适宜的评估工具和方法,兼顾不同区域、不同层级医疗机构患者的实际情况,确保评估工作科学可行、贴合临床、易于操作。

5.2 评估时机与频率

5.2.1 初始评估:患者返回病房后1小时内,由责任护士完成首次全面疼痛评估,明确疼痛基线水平,准确记录评估结果并及时上报,确保快速发现重度疼痛患者并启动紧急干预,严格符合国家医疗质量安全“及时响应”的工作要求。

5.2.2 常规评估:疼痛治疗期间,常规患者至少每4小时评估并记录一次疼痛情况;使用强阿片类药物或PCA泵的患者,前24小时内需增加评估频率,至少每2小时评估一次生命体征及镇痛效果;重症术后患者、老年患者、肝肾功能不全患者等高危人群,须进一步加密评估频率至每1小时一次,确保及时发现异常情况、防范医疗风险。

5.2.3 干预后评估:实施镇痛干预措施后,须严格按照药物或方法的起效时间进行再次评估:静脉给药后15-30分钟、口服给药后1小时、局部浸润给药后30分钟、PCA泵调整参数后30分钟,精准评估镇痛效果,若效果不佳须及时上报医师调整方案,确保干预措施落地见效。

5.2.4 特殊时机评估:在患者进行可能诱发或加重疼痛的活动(如咳嗽、深呼吸、下床活动、伤口换药、体位变更)前、中、后,须针对性开展疼痛评估,提前采取预防措施,有效减轻患者疼痛体验,充分契合国家“以患者为中心”的医疗服务理念。

5.2.5 爆发痛评估:患者发生爆发痛时,须立即启动评估流程,10分钟内完成疼痛强度、性质、诱因等核心内容的评估,同步做好记录并及时启动解救干预,确保爆发痛得到快速、有效控制,保障患者医疗安全。

5.3 评估工具

统一全国术后疼痛评估工具标准,各级医疗机构须严格选用经国家专家共识推荐、符合临床实际的标准化工具,确保评估结果的统一性、可比性,助力全国疼痛管理同质化建设落地实施。

5.3.1 数字评分法(NRS):作为全国各级医疗机构术后疼痛评估的首选工具,适用于能够进行抽

象思维和数字表达的清醒患者。以 0-10 的数字代表不同程度的疼痛，0 分为无痛，10 分为可想象的最剧烈疼痛，引导患者选择最能代表自身疼痛程度的数字。统一量化标准：1-3 分为轻度疼痛，4-6 分为中度疼痛，7-10 分为重度疼痛，评估结果须直接纳入国家医疗质量监测数据，确保数据真实可追溯。

5.3.2 面部表情疼痛评分量表法（FPS-R）：作为全国统一的辅助评估工具，适用于交流困难、文化差异较大、老年患者及认知功能轻度障碍患者。由六张从微笑到哭泣的不同表情面部卡通图组成，分别对应 0、2、4、6、8、10 分，引导患者选择最能反映自身疼痛程度的表情，确保评估工作的准确性与可行性。

5.3.3 语言描述评分法（VDS）：作为补充评估工具，适用于不熟悉数字表达、文化水平较低的患者。以“无痛”“轻度痛”“中度痛”“重度痛”“剧烈痛”“无法忍受的痛”六个等级描述疼痛程度，引导患者自主选择，统一各级描述的临床界定标准，确保全国范围内评估口径一致、结果可比。

5.3.4 行为学评估工具：对于无法进行有效沟通的患者（如意识障碍、镇静状态、气管插管、认知功能严重障碍等），各级医疗机构须统一采用经国家验证的行为学评估工具，如重症监护疼痛观察工具（CPOT），通过观察并记录患者面部表情、肢体动作、肌肉紧张度、呼吸机配合度等疼痛相关行为，量化评估疼痛程度，确保此类患者疼痛不被忽视，充分契合国家医疗服务全覆盖的工作要求。

5.4 评估内容

术后疼痛评估须严格遵循全国统一的评估内容标准，确保评估工作全面、系统、精准，所有评估内容须完整记录，纳入患者电子病历，实现全国医疗数据互联互通、可追溯，为疼痛管理质量分析与持续改进提供支撑。

5.4.1 疼痛强度：采用本规程规定的标准化评估工具进行量化评估，明确疼痛评分，准确标注评估时间及所用工具，确保数据可对比、可分析，满足国家医疗质量监测要求。

5.4.2 疼痛性质：明确疼痛具体类型，如锐痛、钝痛、胀痛、刺痛、烧灼痛、牵涉痛等，结合手术部位、创伤类型，科学预判疼痛诱因，为个体化镇痛方案制定提供精准依据。

5.4.3 疼痛部位：明确疼痛具体位置，判断是否存在放射痛，详细记录放射部位及范围，精准定位疼痛来源，助力针对性镇痛干预措施的实施。

5.4.4 疼痛时间：详细评估疼痛发作频率、持续时间、发作规律，明确疼痛发作与手术、活动、用药等因素的关联，全面掌握疼痛变化规律，为干预方案调整提供支撑。

5.4.5 影响因素：全面评估加重疼痛的因素（如活动、体位不当、伤口牵拉、情绪焦虑等）及缓解疼痛的因素（如休息、冷敷、用药等），为镇痛干预措施的优化调整提供参考依据。

5.4.6 伴随症状：全面评估患者是否伴随恶心、呕吐、头晕、出汗、心悸、呼吸困难、血压异常等

症状，及时发现镇痛相关不良反应或术后并发症，防范医疗风险，确保患者安全。

5.4.7 疼痛影响：评估疼痛对患者深呼吸、有效咳嗽、早期下床活动、睡眠质量、情绪状态及日常生活能力的影响程度，结合国家术后快速康复（ERAS）理念，针对性制定干预措施，促进患者快速康复。

5.5 评估记录

评估结果须严格按照国家电子病历书写规范、护理记录管理要求，准确、及时、完整地记录于护理记录单及电子病历系统，实现评估数据的可追溯、可查询、可汇总。记录内容须完整涵盖评估时间、评估人员、所用评估工具、疼痛评分、疼痛特点（性质、部位、时间等）、影响因素、伴随症状、采取的干预措施及干预后效果评价。各级医疗机构须建立健全评估记录审核机制，确保记录真实、规范、完整，同时严格配合国家医疗质量数据上报工作，按时、准确上报疼痛评估相关数据，严禁迟报、漏报、错报。

6 疼痛干预

术后疼痛干预严格遵循“预防为先、协同镇痛、个体化施策、安全有效”的国家级原则，立足全国医疗高质量发展要求，统一干预标准、规范干预流程、强化安全管理，推动镇痛技术同质化应用，确保患者疼痛得到有效控制，同时最大限度降低镇痛相关不良反应发生率，助力患者快速康复，全面提升医疗服务质量与患者满意度。

6.1 干预目标

6.1.1 核心目标：严格落实国家患者安全目标，实现术后疼痛的动态有效控制，确保全国术后患者疼痛评分稳定控制在 ≤ 4 分，或达到患者可接受的疼痛水平；重度疼痛（NRS ≥ 7 分）发生率控制在5%以下，爆发痛缓解时间 ≤ 30 分钟，切实保障患者生命安全，杜绝因疼痛管理不当引发的医疗安全事件。

6.1.2 发展目标：结合国家术后快速康复（ERAS）战略及全民健康提升要求，通过科学、规范的镇痛干预，确保患者能够顺利完成深呼吸、有效咳嗽、早期下床活动等康复训练，显著改善睡眠质量，缩短住院周期，降低术后并发症发生率，提升患者术后生活质量及疼痛护理满意度（目标值 $\geq 95\%$ ），有效预防慢性疼痛发生，推动我国术后疼痛管理水平达到国际先进水平。

6.2 干预原则

6.2.1 预防为主与多模式协同原则：倡导在疼痛发生前（术前预处理）或术中即启动镇痛干预，严格遵循国家多模式镇痛规范，联合应用不同作用机制的镇痛药物和/或多种镇痛方法，有效阻断疼痛信号传导与放大，实现协同镇痛效应，提升镇痛效果，降低单一药物或方法的不良反应，完全契合国家医

疗优质化、安全化的工作要求。

6.2.2 个体化与同质化结合原则：根据患者手术类型、创伤大小、年龄、身体状况、并存疾病（如肝肾功能不全、心血管疾病等）、疼痛敏感度及个人意愿，结合不同区域、不同层级医疗机构的医疗条件，科学制定个体化镇痛方案；同时严格遵循本规程规定的国家级标准，确保全国范围内镇痛干预的同质化、规范化，有效缩小区域、层级医疗差距，推动优质疼痛管理服务下沉。

6.2.3 阶梯用药与规范用药原则：严格遵循世界卫生组织（WHO）疼痛治疗原则及国家镇痛药物使用规范，根据疼痛强度科学选择相应阶梯的镇痛药物，杜绝药物滥用或用药不足；同时严格执行国家麻醉药品、精神药品管理规定，规范药物储存、调配、使用全流程，确保用药安全、合规、可控。

6.2.4 按时给药与按需给药结合原则：对于持续存在的术后疼痛，采用按时给药模式，维持稳定的血药浓度，实现持续、有效的镇痛效果；同时备有解救剂量的镇痛药物，建立快速响应机制，及时处理爆发痛，确保患者疼痛得到全程有效控制，充分体现国家“以患者为中心”的医疗服务理念。

6.3 非药物干预措施

非药物干预作为多模式镇痛的重要组成部分，须严格遵循国家级规范，结合国家中医适宜技术推广要求，在全国各级医疗机构广泛应用，尤其适用于轻度疼痛患者、药物镇痛辅助治疗及不能耐受镇痛药物的患者，有效提升镇痛效果，减少药物依赖，降低医疗成本。

6.3.1 物理疗法：在患者生命体征平稳、无相关禁忌证的前提下，规范应用物理镇痛方法：术后早期（24-48小时内）采用冷敷，减轻局部充血、水肿，缓解疼痛；术后后期（48小时后）采用热敷，促进局部血液循环，减轻肌肉痉挛性疼痛，每次治疗时长15-20分钟，每日2-3次，严格防范烫伤或冻伤。同时，鼓励各级医疗机构积极推广经皮神经电刺激（TENS）等标准化物理治疗方法，规范操作流程，确保治疗安全、有效。

6.3.2 体位安置与活动指导：严格遵循国家术后快速康复（ERAS）理念，协助患者采取舒适体位，利用枕头、软垫等工具合理支托身体，避免伤口牵拉引发疼痛；指导患者移动、翻身或咳嗽时，用手或枕头保护切口，有效减轻疼痛刺激。结合患者手术类型、病情特点，制定标准化、渐进性活动计划，指导患者早期下床活动，促进术后康复，同时进一步减轻疼痛。

6.3.3 心理疏导与认知行为疗法：落实国家医疗人文建设要求，加强患者心理护理，通过耐心解释、真诚安慰、积极鼓励等方式，有效减轻患者焦虑、恐惧情绪，纠正“忍耐疼痛”的错误观念；指导患者掌握标准化放松技巧，如深呼吸、冥想、听舒缓音乐、渐进性肌肉放松等，帮助患者转移注意力，缓解疼痛，提升患者心理舒适度与治疗依从性。

6.3.4 中医适宜技术：结合国家中医药发展战略，在中医理论指导下，鼓励各级医疗机构（尤其基

层医疗机构)酌情选用经国家验证的中医适宜技术辅助镇痛,如穴位按摩(优先选取合谷、内关、足三里等常用穴位)、耳穴压豆、艾灸等,严格规范操作流程,明确相关禁忌证,确保中医技术与西医镇痛方法协同作用,提升镇痛效果,传承弘扬中医药文化。

6.4 药物干预措施

药物干预是术后疼痛干预的核心手段,须严格遵循国家镇痛药物使用规范、麻醉药品和精神药品管理规定,坚持多模式联合用药原则,规范药物选择、给药途径、剂量调整及不良反应监测,确保用药安全、有效、合规,推动全国镇痛药物使用同质化、标准化。

6.4.1 药物选择:严格遵循多模式镇痛原则,结合国家镇痛药物临床应用指导原则,联合使用不同作用机制的镇痛药物,优化镇痛效果,降低不良反应发生率,具体药物选择:**非甾体抗炎药:**作为基础镇痛药物,适用于轻度疼痛或中重度疼痛的辅助治疗,常用药物包括氟比洛芬酯、帕瑞昔布钠、塞来昔布等,主要用于抑制炎症反应、减轻疼痛。使用过程中须严格遵循国家用药规范,密切监测消化道出血、肾功能损害及心血管事件风险,尤其针对老年及有基础疾病的患者,须强化监测力度。**阿片类药物:**作为中重度术后疼痛的核心镇痛药物,常用药物包括吗啡、芬太尼、羟考酮等,须严格遵循国家麻醉药品管理规定,由具备相应资质的医务人员开具处方、调配使用,密切警惕呼吸抑制、恶心呕吐、便秘等不良反应,实施个体化剂量调整,确保用药安全。**局部麻醉药:**通过切口浸润、神经阻滞、椎管内给药等方式提供长效局域镇痛,可有效减少全身镇痛药物用量及不良反应,常用药物包括利多卡因、布比卡因等,须规范给药流程,确保给药安全、精准。**其他辅助药物:**如加巴喷丁、普瑞巴林(适用于神经病理性疼痛成分)、氯胺酮(小剂量)、右美托咪定等,须根据患者疼痛特点及病情需要,在国家用药规范指导下合理选用,协同提升镇痛效果。

6.4.2 给药途径:根据药物特性、起效时间、患者病情状况及各级医疗机构医疗条件,严格遵循国家给药规范,合理选择口服、静脉、皮下、肌肉、经皮、局部浸润、神经阻滞、椎管内等给药途径,优先选用无创、便捷、起效快的给药方式,确保镇痛药物快速起效、剂量精准,同时最大限度减少给药相关不良反应。

6.4.3 患者自控镇痛(PCA)管理:PCA泵的使用须严格遵循国家标准化管理要求,规范参数设置、设备管理、患者教育及效果监测,确保安全、有效、合规,具体管理要求:**参数设置:**PCA泵参数(背景剂量、单次给药剂量、锁定时间)须由麻醉医师或疼痛医师根据患者个体情况、手术类型及国家规范要求科学设定,严格遵循医嘱和药品说明书,严禁护理人员擅自调整参数,杜绝违规操作。**设备管理:**护理人员负责PCA泵的交接、日常检查、管路通畅维护,全程确保设备正常运行,定期检查药液剩余量、管路连接情况,及时发现并处理设备故障,做好设备使用全流程记录,实现可追溯。患者教

育：术前或术后须及时向患者及家属详细讲解 PCA 泵的使用方法、注意事项，重点强调“疼痛时即按键”的原则，纠正“忍痛”的错误观念，指导患者及家属正确操作，避免误操作引发风险。监测评估：密切监测 PCA 泵使用效果及相关不良反应，准确记录按压总次数和有效次数，定期评估患者镇痛满意度，每日汇总分析 PCA 使用情况，及时向医师反馈相关信息，协助调整参数或镇痛方案。

6.4.4 爆发痛处理：严格遵循国家爆发痛处理规范，建立快速响应机制，确保爆发痛得到及时、有效控制：对于出现爆发痛的患者，须立即评估疼痛诱因（如药物剂量不足、体位不当、伤口裂开、术后并发症等），10 分钟内完成全面评估，遵医嘱及时给予解救剂量的速效镇痛药（如静脉注射小剂量吗啡）；处理后须在 15-30 分钟内再次评估镇痛效果，若效果不佳，须及时上报医师调整镇痛方案，同时详细记录爆发痛发生时间、诱因、处理措施及效果，纳入医疗质量监测数据，实现全程可追溯。

6.5 干预后监测与不良反应处理

镇痛干预后监测是保障患者安全的关键环节，须严格遵循国家级监测标准，建立全流程、全方位监测机制，及时发现镇痛效果不佳及相关不良反应，快速启动处置流程，降低医疗风险，确保患者安全，同时满足国家医疗质量安全考核的各项要求。

6.5.1 疗效监测：每次镇痛干预后，必须在药物或方法的预期起效时间内完成疼痛缓解情况评估，严格按照国家标准判断镇痛效果：若 NRS 评分下降 ≥ 2 分且 ≤ 4 分，视为镇痛有效；若 NRS 评分下降未达 2 分或仍 >4 分，视为镇痛效果不佳，须立即报告医师，结合患者病情及评估结果，及时调整镇痛方案，同时详细记录调整原因、调整措施及后续效果，确保疼痛得到持续有效控制。

6.5.2 不良反应监测与处理：建立国家级标准化不良反应监测体系，各级医疗机构须加强镇痛药物相关不良反应监测，重点关注阿片类药物、非甾体抗炎药的不良反应，建立快速处置流程，明确处置责任，具体要求：**呼吸抑制：**作为阿片类药物最严重的不良反应，已纳入国家医疗质量安全重点监测内容。使用中高风险阿片类药物时，前 24 小时内需严密监测患者呼吸频率、深度、血氧饱和度及意识状态，每 1-2 小时记录一次；若出现呼吸频率 <8 次/分或血氧饱和度持续 $<90\%$ ，须立即停用阿片类药物，唤醒患者，遵医嘱使用纳洛酮拮抗，同时做好给氧、人工通气准备，及时上报科室负责人及医院疼痛管理委员会，完善应急处置记录，实现全程可追溯。**恶心呕吐：**发生率约 20%-30%，须提前做好预防措施，遵医嘱预防性使用止吐药（如 5-HT₃ 受体拮抗剂、地塞米松等）；若发生恶心呕吐，须及时评估诱因，调整患者体位，遵医嘱给予治疗性止吐药，密切监测患者呕吐情况及水电解质平衡，必要时补充液体，防范脱水风险。**皮肤瘙痒：**轻度瘙痒可密切观察，做好皮肤护理，避免患者抓挠引发皮肤损伤；严重瘙痒须遵医嘱使用抗组胺药或阿片受体拮抗剂，详细记录瘙痒缓解情况，排查药物过敏相关因素。**尿潴留：**鼓励患者早期下床排尿，指导患者掌握诱导排尿方法（如热敷下腹部、听流水声）；必要时行导尿术，

严格做好导尿护理，预防尿路感染，同时及时调整镇痛药物剂量或种类，减少尿潴留发生。便秘：遵循“预防为主”的原则，预防性使用缓泻剂，鼓励患者多饮水、增加膳食纤维摄入、早期下床活动，促进肠道蠕动；若发生便秘，须遵医嘱调整缓泻剂剂量或种类，必要时采取灌肠等措施，缓解患者不适。过度镇静：密切监测患者镇静评分（如 Ramsay 评分），每 1-2 小时评估一次意识状态，若出现过度镇静（Ramsay 评分 \geq 4 分），须及时报告医师，调整镇痛药物剂量，加强生命体征监测，防范呼吸、循环抑制风险。非甾体抗炎药相关风险：密切监测患者有无消化道出血（如黑便、呕血）、肾功能损害（如尿量减少、血肌酐升高）及心血管事件（如胸闷、胸痛、血压异常），尤其针对老年、有消化道疾病、肾功能不全及心血管疾病的高危患者，须定期复查相关指标，发现异常立即停药并上报医师处置，防范严重并发症发生。所有不良反应均须详细记录于电子病历及不良反应监测系统，各级医疗机构须定期汇总分析不良反应发生情况，严格按照国家要求上报不良反应数据，为全国镇痛药物安全使用提供科学的数据支撑。

7 护理要点

立足国家医疗高质量发展、优质医疗资源均衡配置及全民健康保障要求，构建完善的国家级术后疼痛护理体系，明确各级医疗机构、护理人员的职责与要求，强化组织保障、能力建设、健康教育及人文关怀，推动术后疼痛护理专业化、标准化、同质化发展，全面提升全国疼痛护理服务水平。

7.1 组织与制度保障

建立国家、省、市、县四级术后疼痛管理体系，由国家卫生健康委员会牵头，联合国家药品监督管理局、国家中医药管理局等相关部门，统筹全国术后疼痛护理规范制定、质量监测与指导工作；各级医疗机构须建立由护理部牵头，麻醉科、疼痛科、药剂科、外科、急诊科等多部门协作的疼痛管理委员会，明确各部门、各岗位职责，制定符合本规程要求的疼痛管理政策、流程及应急预案，定期开展疼痛管理质量监控与考核，确保本规程在各级医疗机构落地生根、严格执行。同时，将术后疼痛护理质量纳入各级医疗机构等级评审、护理质量考核核心指标，实行刚性约束，推动疼痛管理常态化、规范化、制度化。

7.2 护士职责与能力建设

护士是术后疼痛评估与干预的主要执行者和协调者，其专业能力直接关系到疼痛管理质量，须严格遵循国家护理人才培养战略，强化护士疼痛管理能力建设，具体要求如下：

7.2.1 职责明确：明确各级护理人员（责任护士、护士长、护理部管理人员）在术后疼痛管理中的具体职责，责任护士负责疼痛评估、干预实施、效果监测、患者教育及相关记录；护士长负责本科室疼痛护理质量监督、护士培训及问题整改；护理部负责全院疼痛护理质量管控、体系建设及多部门协同协

调，确保各项工作有序推进。

7.2.2 培训体系：建立国家级、省级、市级、县级四级疼痛管理培训体系，将本规程纳入全国护士规范化培训、继续教育核心内容，定期开展疼痛管理知识、技能培训（包括疼痛评估工具使用、镇痛药物规范使用、不良反应处置、PCA 泵管理、中医适宜技术应用等），确保每一位参与术后疼痛护理的护士都能熟练掌握本规程要求，具备独立开展疼痛评估、实施非药物干预、安全给药、监测不良反应及患者教育的专业能力。

7.2.3 能力考核：建立健全护士疼痛管理能力考核机制，将考核结果与护士绩效考核、职称晋升直接挂钩，定期开展理论考试、操作考核，确保护士疼痛管理能力全面达标，推动疼痛护理专业化、精细化发展。同时，鼓励护士积极参与疼痛管理相关科研、学术交流等活动，提升疼痛管理科研能力，助力我国疼痛护理学科高质量发展。

7.3 健康教育

结合国家健康促进与教育规划，建立标准化术后疼痛健康教育体系，将健康教育贯穿于术前、术后全流程，全面提升患者及家属疼痛管理认知水平，引导患者主动配合治疗与护理，纠正“忍耐疼痛”的错误观念，助力全民健康素养提升。

7.3.1 术前教育：术前 1-2 天，由责任护士向患者及家属开展标准化健康教育，内容包括：术后疼痛发生的必然性、疼痛对术后康复的不良影响；国家术后疼痛管理的相关规范及本机构的疼痛管理流程；疼痛评估的具体方法（重点讲解本规程规定的评估工具使用方法）；镇痛治疗的重要性、可选用的镇痛方法及其利弊；PCA 泵的使用方法、注意事项；疼痛报告的途径及重要性，引导患者主动报告疼痛，拒绝忍痛。

7.3.2 术后教育：术后结合患者疼痛情况及干预措施，强化健康教育，内容包括：疼痛评估的具体实施流程及配合要点；当前镇痛方案的目的、药物使用方法及注意事项；镇痛药物常见不良反应及自我观察、应对方法；非药物镇痛措施的正确操作方法；早期活动、有效咳嗽与疼痛管理的关系；出院后疼痛管理要点（如居家镇痛药物使用、疼痛监测、复诊指征等），确保患者及家属全面掌握疼痛管理相关知识，能够独立应对出院后轻度疼痛，及时识别异常情况并按时复诊。

7.4 人文关怀

落实国家医疗人文建设要求，坚持“以患者为中心”的服务理念，将人文关怀全面融入术后疼痛管理全过程：尊重患者的疼痛主诉，耐心倾听患者的感受与需求，不忽视、不否定患者的疼痛体验；为患者提供舒适、安静、安全的护理环境，减少疼痛诱发因素；加强与患者及家属的沟通交流，及时解答其关于疼痛管理的疑问，缓解患者焦虑、恐惧情绪；尊重患者的个体差异，结合患者文化背景、宗教信仰、

个人意愿，制定个性化的疼痛护理方案，体现医疗服务的温度，全面提升患者就医体验与满意度，契合国家医疗服务高质量发展发展的核心要求。

8 质量改进与持续监测

建立完善的国家级术后疼痛管理质量监测与持续改进体系，立足全国医疗高质量发展要求，统一监测指标、规范数据收集、强化分析应用，推动术后疼痛管理质量持续提升，有效缩小区域、层级医疗机构疼痛管理差距，切实保障全民术后疼痛护理服务质量安全。

8.1 质量监测指标

制定全国统一的术后疼痛护理质量监测指标，各级医疗机构须严格按照指标要求开展常态化监测，确保数据真实、准确、完整，监测指标统一纳入国家医疗质量控制信息系统，作为各级医疗机构疼痛管理质量考核、等级评审的核心依据，具体指标及国家级目标值如下：

- 8.1.1 术后疼痛评估率：目标值 $\geq 98\%$ （覆盖所有术后成人患者）。
- 8.1.2 术后中重度疼痛（NRS ≥ 4 分）发生率：目标值 $\leq 10\%$ ；中重度疼痛缓解率：目标值 $\geq 90\%$ 。
- 8.1.3 镇痛干预及时率：目标值 $\geq 95\%$ （爆发痛干预 ≤ 10 分钟，常规疼痛干预 ≤ 30 分钟）。
- 8.1.4 患者疼痛护理满意度：目标值 $\geq 95\%$ （采用国家级统一满意度调查表）。
- 8.1.5 镇痛相关严重不良反应（如严重呼吸抑制、严重消化道出血等）发生率：目标值 $\leq 0.1\%$ 。
- 8.1.6 疼痛评估记录规范率：目标值 $\geq 98\%$ （符合国家电子病历书写规范及本规程要求）。
- 8.1.7 护士疼痛管理能力达标率：目标值 $\geq 100\%$ 。
- 8.1.8 术后慢性疼痛发生率：目标值 $\leq 3\%$ 。

8.2 数据收集与分析

建立全国统一的术后疼痛管理数据收集、上报与分析体系，依托国家电子病历系统、护理记录单、满意度调查表、不良反应监测系统途径，规范收集上述监测指标相关数据，确保数据可追溯、可查询、可汇总。各级医疗机构须指定专人负责数据收集、审核与上报，每月完成院内数据汇总，每季度按时上报至市级医疗质量控制中心；市级、省级医疗质量控制中心每季度完成区域数据汇总、分析，上报至国家卫生健康委员会；国家卫生健康委员会每半年完成全国数据汇总、分析，形成全国术后疼痛管理质量报告，发布全国疼痛管理现状、存在问题及改进方向，为国家疼痛管理政策制定、技术推广提供科学的数据支撑。同时，建立健全数据共享机制，推动各级医疗机构交流借鉴先进经验，有效缩小区域差距，促进全国疼痛管理水平整体提升。

8.3 持续质量改进

建立“监测-分析-改进-评价-再监测”的国家级持续质量改进循环，推动术后疼痛管理质量不断提升，具体要求如下：

8.3.1 问题识别：各级医疗机构基于本机构数据监测结果，结合国家、省级质量报告，精准识别本机构疼痛管理中存在的问题（如评估不精准、干预不及时、护士能力不足等）；国家、省级医疗质量控制中心基于区域数据，识别区域内疼痛管理发展不均衡、技术不规范等共性问题，形成问题清单。

8.3.2 改进措施：各级医疗机构针对识别的问题，召开多学科疼痛管理质量改进会议，结合本规程要求，修订相关制度、流程，开展针对性培训，落地实施改进措施；国家、省级医疗质量控制中心针对共性问题，制定区域性改进方案，推广先进疼痛管理技术、经验，推动优质医疗资源下沉，助力基层医疗机构提升疼痛管理水平。

8.3.3 效果评价：各级医疗机构定期（每季度）评价改进措施的实施效果，对照监测指标，判断问题是否解决、质量是否提升；国家、省级医疗质量控制中心每半年开展改进效果专项评估，检查改进措施落地情况，评估区域疼痛管理质量提升效果，形成评价报告。

8.3.4 循环提升：基于效果评价结果，总结先进经验，查找改进不足，进一步修订改进措施，完善制度流程，推动疼痛管理质量持续提升，形成“持续改进、不断完善”的良性循环。同时，国家卫生健康委员会根据全国质量监测结果及持续改进情况，适时修订本规程，确保规程的科学性、适用性、前瞻性，推动我国术后疼痛管理水平持续迈向国际先进行列，切实保障全民健康权益，助力《“健康中国 2030”规划纲要》战略落地实施。

9 附则

本标准由广西电子商务企业联合会负责解释。本标准自发布之日起试行，试行期为一年。试行期满后，根据实施反馈情况进行修订和完善。各相关单位可依据本标准制定具体的实施细则。若本标准与国家新颁布的法律法规或强制性标准有不一致之处，应以国家法律法规和强制性标准为准。本标准所引用的规范性引用文件如有更新，其最新版本适用于本标准。广西电子商务企业联合会将根据技术发展和应用需求，适时组织对本标准的复审与修订工作，以保障其持续的先进性和适用性。本标准的有效实施，有赖于各级医疗机构、主管部门、技术服务商和各相关方的共同努力，通过规范智慧医院数据互联互通共享技术，推动医疗健康数据资源有效整合与安全共享，提升医疗服务质量和效率，促进智慧医院建设规范化发展，为推进健康中国建设提供技术支撑。

