

关于印发河南省疼痛综合管理行动方案 (2024—2025 年) 的通知

各省辖市、济源示范区卫生健康委，航空港区教卫体局，省直各医疗机构：

为加快推动医疗机构建立健全疼痛综合管理制度，规范管理流程，提升疼痛诊疗能力和相关技术水平，保障医疗质量安全，更好地满足人民群众就医需求，现将《河南省疼痛综合管理行动实施方案（2024—2025 年）》印发给你们，请结合实际，认真组织实施，抓好工作落实。

2024 年 11 月 4 日

河南省疼痛综合管理行动实施方案

(2024—2025 年)

根据《关于印发疼痛综合管理试点工作方案的通知》（国卫办医政函〔2022〕455号）、《关于推行“便民就医提质量”七项举措的通知》（豫改办发〔2024〕4号）等要求，结合我省实际，制定本方案。本方案中所称“疼痛综合管理”，指为充分缓解由疾病、医疗行为等导致的疼痛而开展的诊疗活动。

一、工作目标

以疼痛综合管理试点工作和“百县工程”临床服务“五大中心”的麻醉疼痛中心建设为契机，利用2年时间，推动医疗机构建立健全疼痛综合管理制度，规范管理流程，提升疼痛诊疗能力和相关技术水平，保障医疗质量安全，对急慢性疼痛患者实施“麻醉科+”“疼痛科+”的多学科诊疗模式，力争实现二级以上医疗机构门诊、急诊和住院患者及时获得疼痛诊疗服务。2024年底、2025年底前，实现二级以上综合医院疼痛相关重点科室（主要包括肿瘤科、皮肤科、骨科、神经内科、神经外科、风湿免疫科、内分泌科、康复科、麻醉科、疼痛科等）对住院患者疼痛评估率不低于70%、80%，疼痛评分4分以上的患者实施疼痛诊疗率不低于70%、80%，癌痛患者疼痛规范诊疗率不低于

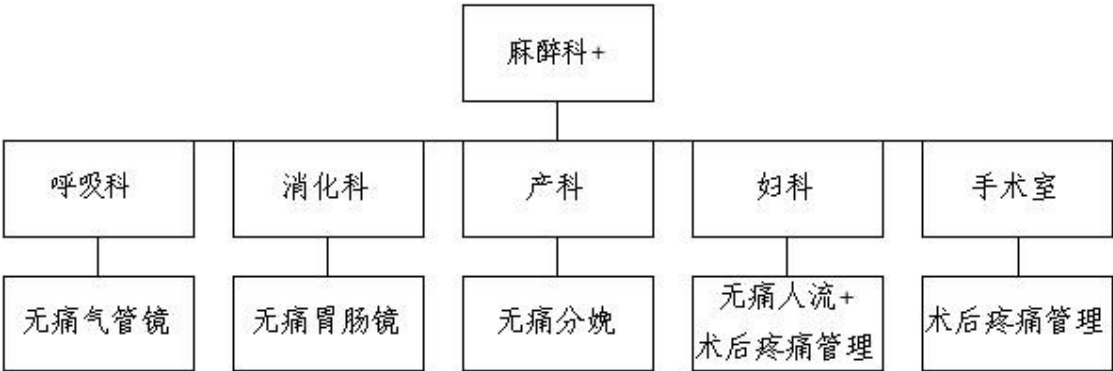
60%、70%，疑难、复杂难治性疼痛多学科协作（MDT）会诊全面开展，会诊比例进一步提高。

二、主要任务

（一）健全组织推进机制

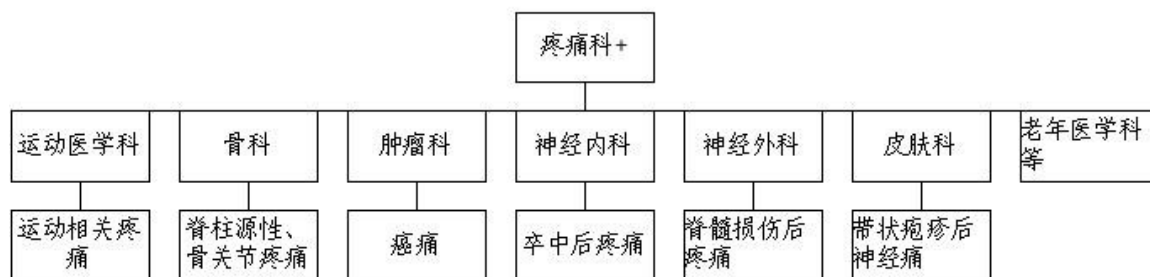
医疗机构应成立由分管领导为组长的疼痛综合管理行动工作专班，成员应包括医务、护理、门诊、信息、装备等科室主要负责同志及疼痛相关重点科室主任，负责统筹相关各科室资源，建立联动机制，加强人员、硬件配置和政策支持，研究制定疼痛综合管理行动相关制度、流程制定和督导落实。针对不同的疼痛类型，确定不同的牵头科室和相关科室，明确各自职责，制定工作流程，实施疼痛综合管理。

1. 急性疼痛依托麻醉科，建立由麻醉科专家为主、相关学科专家共同参与的跨学科诊疗协作组，制订急性疼痛技术与流程基本标准与管理细则。



2. 慢性疼痛依托疼痛科，建立由疼痛科专家为主、相关学

科专家共同参与的跨学科诊疗协作组，培训慢性疼痛性疾病相关管理及技术要求，制定适合本医疗机构流程基本标准与管理细则。



3. 组建疼痛诊疗 MDT 团队，开展疑难、复杂难治性疼痛多学科协作（MDT）诊疗和管理。

（二）规范疼痛诊疗流程

1. 门诊患者诊疗流程

（1）医师在接诊门诊患者时，应当对存在疼痛主诉的患者进行疼痛评估，并在治疗患者原发疾病的同时根据病情予以相应镇痛治疗。

（2）医师发现患者原发疾病难以完全解释疼痛症状，或原发疾病经治疗控制良好而疼痛症状无明显缓解或疼痛控制效果不满意时，除进一步查明疼痛原因外，对于疼痛程度较重或疼痛为主诉的患者，应当建议其到疼痛科门诊就诊。必要时及时开展多学科诊疗。

（3）对于需要开展胃肠镜、纤维支气管镜、无痛膀胱镜检

等诊疗操作的患者，医师应当在评估患者无禁忌且取得知情同意后，开展无痛诊疗服务。

2. 急诊患者诊疗流程

(1) 医师在接诊急诊患者时，对于生命体征稳定的患者，若主诉中重度疼痛，且针对病因治疗后疼痛缓解不明显，医师应当审慎评估患者病情及疼痛治疗适应证，在不掩盖病情变化发展的前提下，予以镇痛治疗，必要时请疼痛科、麻醉科等相关专科会诊。

(2) 医务人员开展胸腔穿刺、深静脉穿刺、气管切开等有创操作，及留置胃管、导尿管等无创操作时，均应当重视疼痛管理，尽量减轻患者因医疗操作引起的疼痛。

3. 住院患者诊疗流程

(1) 医院应当将规范化疼痛评估作为入院评估常规项目，明确患者疼痛性质及相关病理因素，及时合理诊治。

(2) 医师应当充分查找患者在住院过程中出现疼痛变化的原因并及时治疗。如患者原发疾病难以完全解释疼痛症状，或原发疾病经治疗控制良好而疼痛症状无明显缓解，或住院患者入院3天内未能明确诊断或疼痛控制不满意，又无外科急诊或限期手术指征，建议请疼痛科或麻醉科协助诊疗或开展多学科诊疗。

(3) 产妇产经阴道分娩时，可经产科、麻醉科评估无禁忌且取得知情同意后，开展分娩镇痛。

(4) 对患者施行手术治疗后，手术医师及麻醉科医师应当

评估患者术后疼痛的发生、程度和与手术相关因素的关联性，及时给予相应的镇痛治疗。对有中重度疼痛风险的患者，应及时监测评估。

（三）提高疼痛诊疗能力

医务人员在各医疗环节对患者原发疾病进行诊断及治疗的同时，要提高疼痛管理意识，重视患者疼痛主诉，全面评估患者疼痛病情可采用简明疼痛评估量表（BPI）等方法对患者的疼痛程度、性质、部位等方面进行评估，规范开展疼痛诊疗。要结合实际充分发挥中医药在疼痛管理中的独特优势和作用。要加强对相关专业医务人员（疼痛科医师、麻醉科医师、各相关科室医务人员）的临床培训、模拟演练和考核测评，提升疼痛诊疗水平，为患者提供高质量的疼痛诊疗服务。

（四）加强疼痛综合管理

1. 疼痛综合管理涉及医院多数科室，各相关科室医师应当按照有关诊疗规范科学开展工作，确保医疗质量安全。

2. 实施疼痛诊疗技术前应当全面评估患者病情。

3. 二级以上综合医疗机构应当制定疼痛综合管理相关突发情况处置预案，定期组织开展培训和演练。

4. 二级以上综合医疗机构应当建立健全疼痛诊疗后随访制度，加强患者随访。

5. 充分运用信息技术手段，开展疼痛综合管理智慧化建设。

（五）发挥引领带动作用

各级疼痛质控中心、疼痛综合试点医院、“百县工程”麻醉疼痛中心要定期组织疼痛综合管理规范化培训，大力推广疼痛综合管理理念，发挥辐射带动效应，通过帮扶、协作、接收进修等形式，将疼痛综合管理经验向其他医疗机构推广。鼓励结合自身实际，在确保医疗质量安全的前提下，创新开展工作。

（六）探索建立激励机制

建立符合疼痛综合管理相关工作特点的绩效考核和薪酬分配体系。建立人才激励机制，向关键岗位、业务骨干以及做出突出成绩的疼痛综合管理医务人员和有关行政人员予以一定的政策倾斜，提高工作积极性。

（七）加强疼痛健康宣教

二级以上医疗机构要积极开展疼痛相关知识的健康宣教，采取入院告知、发放科普宣传手册、墙体宣传栏等形式对患者及家属开展疼痛自我评价知识科普，提高患者及家属对疼痛的正确认识，提升社会对疼痛相关知识的认知度。

四、行动步骤

（一）启动阶段（2024年11月）

省卫生健康委制定印发疼痛综合管理行动方案（2024—2025年），依托河南省疼痛专业医疗质量控制中心召开启动会并组织实施。各级卫生健康行政部门进行工作部署和宣贯动员，督促辖区医疗机构进贯彻落实。

（二）实施阶段（2024 年 12 月—2025 年 9 月）

各医疗机构结合实际制定本单位覆盖诊疗全过程的疼痛评估、处置等综合管理制度和流程，加快健全疼痛综合管理工作体系和机制，认真落实疼痛综合管理要求，深入开展疼痛综合管理工作，实现疼痛诊疗服务质量安全水平持续提升。加强交流合作，为患者提供系统连续的医疗服务，特别是医联体牵头医院应当指导医联体内接收其下转患者（尤其是癌性疼痛患者）的医疗机构做好疼痛管理。同时，应用信息化手段对癌性疼痛患者阿片类药物应用情况进行分析评估，为卫生健康行政部门和医疗机构开展行动提供技术支持。

（三）总结阶段（2025 年 10 月—12 月）

各级卫生健康行政部门及疼痛专业质控中心对疼痛综合管理行动实施进展情况、工作成效和先进典型进行全面梳理总结，加强多渠道、多形式宣传推广。

五、工作要求

（一）加强组织领导。各级卫生健康部门要充分认识开展疼痛综合管理工作的重要性，统筹做好组织协调、政策支持和工作保障，确保各项工作顺利开展。

（二）抓好工作落实。各医疗机构要充分运用科学管理工具和信息化技术赋能，以问题为导向，加强疼痛综合管理重点科室相关医务人员培训，定期通报住院患者疼痛评估率等监测重点指标情况，推动工作落实和改进。

（三）强化指导评估。各级卫生健康部门要加强业务指导和工作评估，及时发现并协调解决工作中遇到的困难与问题，积极构建长效管理运行机制。

附件：疼痛综合管理行动监测评估重点指标

附件

疼痛综合管理行动监测评估重点指标

序号	指标名称	指标属性	指标定义	计算方法	指标说明	指标导向
1	门（急）诊疼痛评估率	定量指标	实施疼痛评估的例数占疼痛主诉总例数的比例。	门（急）诊疼痛评估 = 实施疼痛评估的例数/疼痛主诉总例数 × 100%。	门（急）诊疼痛患者的疼痛评估率，及疼痛程度评估评分 ≥ 4 分和/或同一科室就诊三次未明确诊断或治疗效果不佳者会诊或转诊率。	逐步提高
2	住院患者疼痛评估率	定量指标	住院患者疼痛程度评估的住院患者例数占同期住院患者总例数的比例。	住院患者疼痛程度评估完成率 = 住院患者疼痛程度评估的住院患者例数/同期住院患者总例数 × 100%。	疼痛程度评估是采用视觉模拟评分量表（VAS）、数字评分量表（NRS）、口述分级法（VRS）、改良面部表情疼痛评估工具（FRS-R）等工具进行评估。	逐步提高
3	疼痛评分 4 分以上的患者实施疼痛诊疗率	定量指标	疼痛评分 4 分以上患者实施疼痛诊疗例数占疼痛评分 4 分以上患者总例数的比例。	疼痛评分 4 分以上的患者实施疼痛诊疗率 = 疼痛评分 4 分以上患者实施疼痛诊疗的例数/疼痛评分 4 分以上患者的总例数 × 100%。	疼痛诊疗包括非手术治疗和手术治疗。疼痛评分 4 分以上的患者所在科室及时采取疼痛治疗措施；若住院患者 3 天内疼痛无有效缓解，建议请疼痛科或麻醉科协助诊疗。	逐步提高

序号	指标名称	指标属性	指标定义	计算方法	指标说明	指标导向
4	疼痛治疗有效率	定量指标	治疗后有效缓解的疼痛患者例数占同期治疗的疼痛患者总例数的比例。	疼痛治疗有效率 = 治疗后有效缓解的疼痛患者例数 / 同期治疗的疼痛患者总例数 × 100%。	疼痛分为非手术治疗和手术治疗，分别统计其有效率。有效缓解是指治疗后效果满足以下条件之一：持续性疼痛数字化评分降低到 3 分以下；持续性疼痛数字化评分降低 50% 以上；止疼药物剂量减少 50% 以上；爆发痛减少到 3 次/天以下；功能改善（包括运动功能、消化功能改善）。	逐步提高
5	癌症疼痛患者 24 小时内疼痛全面评估完成率	定量指标	入院 24 小时内完成疼痛全面评估的癌症疼痛患者例数占同期癌症疼痛住院患者总例数的比例。	癌症疼痛患者 24 小时内疼痛全面评估完成率 = 入院 24 小时内完成疼痛全面评估的癌症疼痛患者例数 / 同期癌症疼痛住院患者总例数 × 100%。	癌症疼痛的国家临床版 2.0 疾病诊断编码（4 位编码）包括 R52.1、R52.2、R52.9。本指标中疼痛全面评估是指用简明疼痛评估量表（BPI）等方法，对患者的疼痛程度、性质、部位等方面进行全面评估。	逐步提高
6	中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率	定量指标	使用阿片类药物治疗中重度疼痛的癌症患者例数占同期中重度疼痛的癌症患者总例数的比例。	中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率 = 中重度疼痛的癌症患者例数 / 同期中重度疼痛的癌症患者总例数 × 100%。	中重度疼痛的癌症患者是指使用 VAS 或 NRS 评分 ≥ 4 分的癌症疼痛患者。	逐步提高

序号	指标名称	指标属性	指标定义	计算方法	指标说明	指标导向
7	癌症疼痛治疗有效率	定量指标	治疗后有效缓解的癌症疼痛患者例数占同期治疗的癌症疼痛患者总例数的比例。	癌症疼痛治疗有效率 = 治疗后有效缓解得癌症疼痛患者例数/同期治疗的癌症疼痛患者总例数 × 100%。	癌症疼痛分为非手术治疗和手术治疗，分别统计其有效率。手术治疗包括脊髓神经根射频消融术，三叉神经射频消融术，三叉神经半月神经节射频热凝术，肋间神经射频消融术等颅和周围神经的破坏术，脊髓神经刺激器导线置入或置换，周围神经刺激器导线置入或置换，完全可植入型的置入，输注泵置入术；非手术治疗指除上述手术治疗外的其他治疗。有效缓解是指治疗后效果满足以下条件之一：持续性疼痛数字化评分降低到3分以下；持续性疼痛数字化评分降低50%以上；止疼药物剂量减少50%以上；爆发痛减少到3次/天以下；功能改善（包括运动功能消化功能改善）。	逐步提高
8	疑难、复杂难治性疼痛多学科协作（MDT）会诊率	定量指标	疑难、复杂难治性疼痛多学科协作（MDT）会诊比例占同期疑难、复杂难治性疼痛患者总数的比例。	疑难、复杂难治性疼痛多学科协作（MDT）会诊率 = 疑难、复杂难治性疼痛多学科协作（MDT）会诊例数/同期疑难、复杂难治性疼痛患者总例数 × 100%。	疑难、复杂难治性疼痛是指：①疼痛程度评估评分≥4分。②同一科室就诊三次未明确诊断或治疗效果不佳者。③入院三天未缓解疼痛或/和诊断未明确未缓解者。	逐步提高

序号	指标名称	指标属性	指标定义	计算方法	指标说明	指标导向
9	无痛胃肠镜占比	定量指标	无痛胃肠镜占同期胃肠镜总数的比例	无痛胃肠镜占比 = 无痛胃肠镜例数 / 同期胃肠镜总例数 × 100%。	无	逐步提高
10	无痛胃肠镜预约后平均等待时间(天)	定量指标	某段时期内所有无痛胃肠镜预约后等待时间的平均值,以“天”为单位,保留小数点后1位。	无痛胃肠镜预约后平均等待时间(天) = 某段时期内所有无痛胃肠镜预约后等待时间之和 / 同期无痛胃肠镜总例数。	无	逐步降低
11	无痛纤维支气管镜占比	定量指标	无痛纤维支气管镜例数占同期纤维支气管镜总数的比例。	无痛纤维支气管镜占比 = 无痛纤维支气管镜例数 / 同期纤维支气管镜总例数 × 100%。	无	逐步提高
12	无痛纤维支气管镜预约后平均等待时间(天)	定量指标	某段时期内所有无痛纤维支气管镜预约后等待时间的平均值,以“天”为计算单位,保留小数点后1位。	无痛纤维支气管镜预约后平均等待时间(天) = 某段时期内所有无痛纤维支气管镜预约后等待时间之和 / 同期无痛纤维支气管镜总例数。	无	逐步降低

序号	指标名称	指标属性	指标定义	计算方法	指标说明	指标导向
13	椎管内分娩镇痛率（无痛分娩）	定量指标	经阴道自然分娩实施椎管内镇痛人数占同期经阴道自然分娩产妇总人数的比例	椎管内分娩镇痛率 = 经阴道自然分娩实施椎管内镇痛人数 / 同期经阴道自然分娩产妇总人数 × 100%。	无	逐步提高
14	术后镇痛率	定量指标	术后镇痛例数占同期手术患者的总数的比例	术后镇痛率 = 术后镇痛例数 / 同期手术患者的总例数 × 100%。	术后镇痛包括静脉镇痛、硬膜外镇痛和神经阻滞疼痛治疗。	逐步提高