

浅析 CPOT 疼痛评估量表在老年重症患者疼痛护理中的应用

董应霞 李红* 刘飞媛 康丹

中国人民解放军联勤保障部队第920医院 云南 昆明 650000

【摘要】：目的：探究 CPOT 疼痛评估量表在老年重症患者疼痛护理中的应用。方法：从 2021 年 3 月~2022 年 3 月间收治的老年重症患者资料中，共计选出 26 例患者作为样本分析。按双盲法分组（对照组、观察组），各组均 13 例，分别采取不同的疼痛评估方法。其中，对照组运用 NRS，研究组运用 CPOT，均用于其对应组别的疼痛护理中，最终从疼痛缓解率、止痛药物减少、疼痛管理满意率、住院天数等指标上逐一对比，以探究 CPOT 量表运用优势。结果：各项指标均是观察组占据优势，一方面观察组住院时间更短，且疼痛缓解率、止痛药减少率、患者满意率均较高，分别为：缓解率 92.31%（12/13），止痛药减少率 61.54%（8/13），满意率 100.0%（13/13），而对照组对应指标分别为：76.92%（10/13）、38.46%（5/13）、76.92%（10/13）各指标比较， $P<0.05$ 。结论：CPOT 用于老年重症患者中效果显著，能提升疼痛护理管理的规范性、科学性，有效提升对患者疼痛调节的质量，从而减少患者止痛药物使用和住院时间，利于患者身心康复，值得运用推广及研究。

【关键词】：疼痛护理；老年重症患者；CPOT；NRS

人们生活水平提升背景下，社会各界对医疗健康的重视程度也随之凸显，对护理服务内容提供更高要求。自 60 年代危重病医学兴起后，逐步发展成独立学科，它包括生物医学工程、临床医学、药理学诸多领域，通过结合更先进的技术和理论支持，能尽可能延长重症患者生命促进康复。对于老年重症患者而言其病情往往非常严重，且患者还需承受原发疾病、各种治疗手段所造成的不适及痛苦。正因患者病情严重，疼痛有时可能不被视为护理中的核心问题，甚至忽略。未及时评估及处理老年重症患者的疼痛，可能会成为患者心理及生理重大应激原，不利于患者治疗^[1]。如今疼痛在临床工作中逐渐受到更多关注。为探究更具优势且可行度更高的疼痛评估方案，本次特以我院收治的 26 例老年重症患者作为样本调查，旨在相关结果能为临床疼痛护理管理工作提供有力依据。报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

获伦理委员会、重症监护室审核批准后，此次从 2021 年 3 月~2022 年 3 月时间范围内，共选取 26 例患者作为样本。纳入标准：（1）年龄 ≥ 60 岁；（2）交流表达能力欠缺。（3）自愿参与。排除标准：（1）肝肾功能不全。（2）精神疾病^[2]。（3）因主观原因中途退出（如突发合并症等）。（4）临床资料不完整。按双盲法分组，各组 13 例，基线资料如下表所示。观察组：男 4 例，女 9 例。年龄在 60.0~74.0 岁，中位值（67.0 $\pm$ 10.2）岁，疼痛病期最短 3 个月，最长 27 个月，均值（6.3 $\pm$ 2.0）个月，平均病程（4.1 $\pm$ 1.2）年。对照组：男 6 例，女 7 例。年龄在 61.0~75.0 岁，中位值（68.2 $\pm$ 11.3）岁，疼痛病期最短 4 个月，最长 25 个月，均值（6.7 $\pm$ 1.8）个月，平均病程（4.3 $\pm$ 1.5）年。对照两组病程等资料， $P>0.05$ ，满足对比均衡性原则。研究符合《赫尔辛基宣言》家属知情。

组别	N	男	女	年龄均值（岁）	疼痛病期（月）
观察组	13	4	9	67.0 $\pm$ 10.2	6.3 $\pm$ 2.0
对照组	13	6	7	68.2 $\pm$ 11.3	6.7 $\pm$ 1.8

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组运用疼痛数字评分法（NRS）。患者入院后先记录下其疼痛部位，疼痛性质（刺痛、酸痛、挤压痛、牵拉痛、烧灼痛等）、疼痛时间、伴随症状、造成的影响等有关信息资料。睡眠影响有：入睡困难、易醒、易做梦；食欲：进食少、进食足够、无法进食。活动方面：可活动、能坐起、能翻身，不能活动。情绪：抑郁、焦虑、哭泣、自杀意图等等^[3]。针对无法表达的患者采取面部表情法评估。将最终评定结果用 A、B、C、D 加以表示。A：1~3 分轻度疼痛，评估 1 次/d，B：4~6 分中度疼痛，评估 2 次/d，10:00、16:00。C：7~9 分，重度疼痛，每日评估 3 次，分别为 10:00、16:00、20:00。D：10 分剧痛，每小时 1

次。药物治疗 30min 后评估，根据评分变化转变评估频次。

1.2.2 研究组

该组运用重症监护疼痛观察工具（CPOT）。CPOT 囊括面部表情、肢体活动、肌肉紧张度、通气依从性或发声、活动时疼痛等多个板块。a.面部表情包括了患者是否处于放松状态（0 分）、或皱眉毛低垂（1 分）、面部扭曲（2 分）三项选择；b.肢体活动方面，包括了无活动（0 分）、防卫状态（1 分）、试图坐起及烦躁不安（2 分）等三种情况；c.患者的肌肉紧张程度，包括松弛（0 分）、紧张僵硬（1 分）、过度紧张及僵硬（2 分）三种；d.通气依从性或发声。若患者是呼吸机辅助通气，呼吸机无抵抗无警报声计 0 分，断断续续警报、患者咳嗽计 1 分，频繁警报抵抗呼吸机计 2 分。关于拔管患者发声评估。安静音调正常 0 分，叹气呻吟 1 分，哭泣喊叫 2 分。e.患者活动时疼痛情况。护理操作时无疼痛症状计 0 分，出现拒绝反抗普通活动 1 分，基础护理或治疗疼痛计 2 分。首先，当患者入院后在 8h 内完成首次评估，并根据评估结果制定后续评估计划^[4]。若分数为 0，则暂时不继续评估；分数在 1~3 分（轻度疼痛），此时患者疼痛不会对睡眠造成明显影响评估 1 次/d，每天 10:00。分数 4~6 分（中度疼痛）评估 2 次/d，分别为 10:00、14:00。分数范围 7~10 分（重度疼痛）评估 3 次/d，分别为 10:00、14:00、18:00。其次，术后用镇痛泵，需至少评估 1 次/d，出现爆发性疼痛立刻评估。再者，不同用药方式评估时间点存在差异。口服药在服用后 1h 评估，皮下注射药物、肌肉注射均在 0.5h 评估；静脉用药 15min 评估，特殊药物则遵照其药物说明书来进行效果对比分析。最后，落实疼痛护理管理。为患者准备舒适休息环境，做好舒适体位干预，保障温度适宜。满足患者生活所需，予以心理指导和知识宣教，提升患者对疾病认知，减少疼痛敏感度。护理人员可为患者进行音乐干预、针灸、按摩、与之聊天，必要时药物干预。指导手术患者正确咳嗽、呼吸法；对外伤患者及时包扎、固定、牵引，以综合促进患者康复减少疼痛发生。

1.3 评价指标

1.3.1 对比两组疼痛缓解率、止痛药减少率。

以 3 个月为 1 阶段，统计患者使用止痛药总数量并算出均值；计算患者疼痛评分差值及其疼痛缓解率。

1.3.2 对比两组疼痛护理满意率。

下发科室自制问卷，百分制，设置非常满意（80~100）、较满意（60~79）、不满意（低于 60 分），统计满意率。

1.3.3 对比两组住院时间，由医护人员汇总统计可得。

1.4 统计学方法

SPSS19.0 软件处理，t 或 χ^2 检验。 $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛缓解率、药物减少对比

统计显示：观察组疼痛缓解率 92.31% (12/13)，止痛药减少率 61.54% (8/13)，对照组对应指标分别为：缓解率 76.92% (10/13)，止痛药减少率 38.46% (5/13)。组间对比，观察组优势显著， $P < 0.05$ 。具体如表 2-1 所示：

表 2-1 疼痛缓解率、药物减少对比 (n.%)

组别	N	疼痛缓解率	止痛药减少
观察组	13	12 (92.31)	8 (61.54)
对照组	13	10 (76.92)	5 (38.46)
χ^2 值		7.695	11.540
P 值		<0.05	<0.05

2.2 两组疼痛护理管理满意率对比

观察组满意率 100.0% (13/13)，对照组 76.92% (10/13)，组间对比 $P < 0.05$ 。如表 2-2 所示：

表 2-2 两组疼痛护理管理满意率 (n.%)

组别	N	非常满意	较满意	不满意	满意率
观察组	13	9 (69.23)	4 (30.77)	0 (0.0)	100.0%
对照组	13	7 (53.85)	3 (23.08)	3 (23.08)	76.92%
χ^2 值					11.480
P 值					<0.05

2.3 两组住院时间对比

经统计：观察组住院时间 (13.00 ± 1.10) d，对照组 (17.85 ± 3.30)，组间对比， $P < 0.05$ ， $t = 4.031$ 。

3 讨论

疼痛是人体主观感受，它囊括生理、情感、认知诸多元素。出现疼痛是疼痛感受器和局部组织损伤交互作用的结果。当出现疼痛因子后，疼痛感受器会产生传入冲动经外周传输神经进入中枢神经，形成一种知觉及感受。疼痛的出现会导致人体出现应激反应，有代谢变化、睡眠不足、疲劳等情况，情况严重时发生心动过速、免疫抑制、凝血异常、呼吸障碍等，危及人们健康。对于临床上的老年重症患者而言，其大多存在病情严重、难治愈反复的情况和特点。其疼痛不仅来自疾病本身，各种侵入性操作如伤口换药、到管拔出、吸痰等，均可能加剧痛苦。若未及时帮助老年重症患者缓解疼痛，很可能延迟其恢复，

让患者在生理或行为上发生改变，出现睡眠障碍等，而延长患者住院时间也会加重其经济压力，不利于提升患者对医疗护理工作的认可度。国际疼痛研究学会 (IASP) 将疼痛定义成患者的复杂主观感受，认为它包括了生理、心理两个方面。如今疼痛在新时期下的护理领域中逐步受到关注，是除体温、脉搏、呼吸、血压的第五大生命体征。通过评估患者疼痛落实有效处理措施，以免除其痛苦提升生活质量。马斯洛需求理论中也指出减轻疼痛不仅仅是对于患者而言的基本权利、生理需求，同样还是医护人员应尽的重要职责^[5]。疼痛的控制是医学及社会问题，体现了医院的人文关怀实施。合理选择疼痛评估工具，能提升评估准确性及临床疗效。

回归到本次研究结果：(1) 关于疼痛缓解效果。总结两组经不同疼痛评估方法后的指标，观察组均占据优势，例如其疼痛缓解率更高，达 92.31% (12/13)，止痛药减少率 61.54% (8/13)，而对照组对应指标为 76.92% (10/13)、38.46% (5/13)。组间数据对比， $P < 0.05$ 。

(2) 关于患者满意度。针对疼痛护理管理工作效果为患者下发自制问卷表，结果显示观察组中无患者不满意，整体满意率 100.0% (13/13)，而对照组有 3 例患者对此疼痛管理工作不认可，满意率 76.92% (10/13)，组间对比 $P < 0.05$ 。究其原因，是两组采取了不同的疼痛评估方案。对照组运用了 NRS 量表，此量表运用范围广泛且属于单一维度评估表，在国际上较为通用，该评估方式主要是让患者圈出表示对应疼痛程度的数字。虽简单易行但存在较大局限性，多被用于文化程度较低的患者、老年患者中。而观察组运用了 CPOT 工具，它包括了 5 个维度，共计 10 分。2013 年国外发布的《重症监护并发患者镇痛镇静谵妄临床事件指南》中，特将此工具列为 ICU 患者疼痛评估最可靠且有效的方法之一。该量表的内容完整，并且操作简便具有针对性。此工具能够准确检测出老年重症患者处于昏迷状态下的疼痛情况，并在其非清醒状态下作为依据来指导医护人员采取镇痛治疗措施。结合此评估工具后，能提升疼痛护理管理的可靠性、规范性，提升了护理人员对患者疼痛的有效控制水平，减少了其运用止痛药的次数和住院时间，可作为有效参考；同时有关研究指出，和其他疼痛评估量表相比，CPOT 描述有可操作性，评分系统逻辑性高，因此用于本次课题研究中的老年重症患者的护理干预时，也有更高的信效度。

综上所述，CPOT 疼痛评估量表用于老年重症患者疼痛护理效果突出，能提升患者疼痛缓解效果，缩短患者时间加快其康复；同时，患者对于运用 CPOT 量表的满意度较高，对促进和谐护患关系获得优良社会效益均有助益，值得推行。

参考文献：

- [1] 朱玮玮,许阳子,霍婉君,陈慈玉,李远添,凌冬兰.老年痴呆患者疼痛评估及管理最佳证据总结[J].护理学报,2021,28(05):32-37.
- [2] 潘岑,王庆兰,伍龙,邓杨清,王迪.老年癌症疼痛管理过程中的问题及建议[J].中国医药导报,2021,18(02):176-178+186.
- [3] 龚燕,王永华.老年痴呆患者的多维度疼痛评估和护理研究进展[J].西南国防医药,2020,30(12):1128-1130.
- [4] 张依文,黄维肖.我国 ICU 成人危重症患者疼痛评估工具的研究进展[J].科技资讯,2020,18(31):232-235.
- [5] 张媛媛.老年肝癌切除术后患者基于活动性疼痛评估的护理干预[J].吉林医学,2020,41(08):2000-2002.
- [6] 朱可艳,杨豪俊.基于活动性疼痛评估干预在老年巨大肝癌切除术后患者中的应用[J].中国老年学杂志,2020,40(14):2961-2964.
- [7] 梅婷,李善玲,梅俊.老年痴呆患者行为疼痛评估工具的研究进展[J].中华现代护理杂志,2020(13):1816-1820.
- [8] 郭弈好,张凌浩.面向老年患者的疼痛评估工具界面信息可视化设计研究[J].设计,2019,32(19):28-30.
- [9] 赵文文,彭照雯,杨静.整体疼痛评估量表应用于老年慢性疼痛护理中的效果评价[J].当代临床医刊,2019,32(03):242+202.