

女性盆底重建术后疼痛管理的最佳证据应用

赵月娇¹, 陈静雯¹, 顾春怡², 谢博钦³

摘要:目的 将盆底重建术后疼痛管理最佳证据应用于临床,以缓解患者术后疼痛,提高医护人员对患者疼痛管理的认知及重视度。方法 对盆底功能障碍性疾病行盆底重建术后患者疼痛管理相关主题进行系统检索和质量评价,总结生成 14 条最佳证据,结合临床情景和专业判断,制定 12 条基于证据的质量审查指标,证据应用前后分别以 30 例患者及 20 名护理人员为对象,开展分阶段质量审查和效果评价。结果 与基线审查结果相比,证据应用后患者术后疼痛评分、对镇痛管理的满意程度、患者镇痛行为的自主性、患者疼痛知识掌握程度、护士疼痛知识掌握程度显著提升($P < 0.05$, $P < 0.01$);证据应用后,医护人员为患者共同制定个性化疼痛管理方案的比率由 53.3% 升至 100%、药物+非药物联合镇痛模式的应用率由 10.0% 升至 53.3% (均 $P < 0.01$)。结论 盆底重建术后患者疼痛管理最佳证据的临床应用,可规范护士的临床行为,促进护理管理质量的持续改进,从而缓解患者术后疼痛程度,提高患者对术后镇痛的正向体验和自我效能。

关键词:盆底功能障碍性疾病; 盆底重建术; 术后疼痛; 疼痛管理; 最佳实践

中图分类号:R473.71 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.22.001

From best evidence to best practice: pain management after female pelvic floor reconstruction Zhao Yuejiao, Chen Jingwen, Gu Chunyi, Xie Boqin, Gynecology Department of Western Medicine and TCM, Obstetrics and Gynecology Hospital of Fudan University, Shanghai 200090, China

Abstract: Objective To apply the best evidence regarding pain management after pelvic floor reconstruction into clinical practice, thus to relieve postoperative pain of patient and to enhance medical staff's awareness of and attention to pain management. **Methods** Literature regarding pain management after pelvic floor reconstruction for the treatment of pelvic dysfunction were retrieved and the quality of the literature was evaluated, then fourteen best evidence were concluded. Combining actual clinical situation and professional judgment, 12 audit criteria were established. Then the evidence were implemented into clinical practice involving 30 patients and 20 nurses in baseline audit and re-audit respectively. **Results** The postoperative intensity was significantly milder, whereas patient satisfaction with pain management, autonomy of analgesic behavior and knowledge of pain management, as well as nurse's knowledge of pain management were significantly higher at the re-audit compared with the baseline audit ($P < 0.05$, $P < 0.01$). The rate of personalized pain management regimen made by physician in collaboration with nurse increased from 53.3% to 100%, and the rate of combining use of pharmacological and non-pharmacological interventions increased from 10.0% to 53.3% ($P < 0.01$ for both). **Conclusion** The implementation of best evidence into clinical practice can standardize nurse's behavior, thus to alleviate postoperative pain of patient after pelvic floor reconstruction, and improve patient's positive experience of postoperative analgesia and self-efficacy.

Key words: pelvic floor dysfunction; pelvic floor reconstruction; postoperative pain; pain management; best practice

女性盆底功能障碍性疾病(Pelvic Floor Dysfunction, PFD)又称为盆底缺陷或盆底支持组织松弛^[1],是中老年女性的常见疾病。国外调查显示人群发病率高达 40%^[2],而国内该疾病发病率亦高达 30%~40%^[3]。盆底重建术因其创伤小、术后复发率低的特点,是治疗该疾病的主要方式^[4],但盆底重建术后约 50% 患者出现程度不一的盆腔疼痛和大腿内侧区域疼痛,而绝大多数疼痛为术后短期急性疼

痛^[5]。老年患者由于身体机能下降,术后疼痛更容易诱发围手术期多种并发症,延长住院时间,影响术后康复^[6]。术后急性疼痛若未得到适时干预,约 51% 将发展成慢性疼痛^[7]。有效的术后镇痛能够改善患者生活质量,消除不良情绪,改善预后,因此对盆底重建术后患者实施规范化的疼痛管理方案尤为重要。然而,目前临床上对于盆底重建术后患者的疼痛管理形式和内容较为单一,缺乏系统、规范的实施方案^[8]。本研究基于循证方法学,系统检索盆底重建术后患者疼痛管理的最佳证据,并应用于妇科护理工作,旨在提高医护人员对患者疼痛管理的认知和重视度,规范盆底重建术后患者的疼痛管理,有效缓解患者术后疼痛,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 开展本证据应用的临床场景为复旦大学附属妇产科医院的中西医结合妇科病区。该病

作者单位:复旦大学附属妇产科医院 1. 中西医结合妇科 2. 护理部(上海,200090);3. 复旦大学护理学院

赵月娇:女,硕士,护师

通信作者:陈静雯,359762699@qq.com

科研项目:复旦大学循证护理中心证据转化与临床应用项目(Fudanebn825);复旦大学临床护理特色专科(盆底康复护理)建设项目(FNSF201701)

收稿:2019-06-02;修回:2019-08-15

区有床位 64 张,医生 12 名,护士 20 名;年收治盆底功能障碍性疾病患者并实施盆底重建术约 400 例。

1.2 实施方法

遵循 Joanna Briggs Institute(JBI)的临床证据实践应用系统(Practical Application of Clinical Evidence System, PACES)中的“将证据引入实践模式(Getting Research into Practice, GRiP)”^[9],包括证据应用前的基线审查、将证据引入实践、证据应用后的再次审查 3 个阶段。

1.2.1 证据应用前的基线审查

1.2.1.1 建立审查小组 本次质量审查小组共有 7 名成员。其中 1 名中西医结合妇科病区护士长担任组长,负责该项目的组织规划,对小组成员进行培训,确保成员在项目进行过程中的客观一致性;1 名研究生负责证据检索和文献质量评价及资料分析;1 名护理部副主任负责项目推进及相关流程制度的决策;1 名麻醉科副主任医师和 1 名病房主任负责提供项目的医疗支持和决策支持;2 名责任护士长负责证据应用和资料收集。此外,由 1 名复旦大学 JBI 循证护理中心的导师负责项目立项的辅导、最佳证据的审核及方法论指导。

1.2.1.2 证据检索 以“pelvic organ prolapse/pelvic floor dysfunction/pelvic floor reconstruction”“polypropylene mesh/tape”“pain/pain management/postoperative analgesia/postoperative care/postoperative management”为英文关键词;以“盆底器官脱垂/盆底功能障碍/盆底重建”“合成网片/吊带”“术后镇痛/疼痛/疼痛管理/术后护理/术后管理”为中文关键词,检索 UpToDate、循证卫生保健数据库(Joanna Briggs Institute, JBI)、相关指南网[(National Institute for Health and Care Excellence(NICE)、Registered Nurses' Association of Ontario(RNAO)]、Co-

chrane Library 等数据库。检索时间为建库至 2018 年 5 月。

1.2.1.3 证据获取及审查指标转化 本研究纳入文献的类型为决策支持系统、指南、基于原始研究的证据总结、系统评价。排除标准:不符合主题的文献、不能获取全文的文献。本研究共纳入 5 篇相关文献,其中决策支持系统文献 2 篇^[10-11],证据总结 2 篇^[12-13],指南 1 篇^[14]。所纳入的 5 篇文献中总结出 20 条原始证据,由小组成员分别从证据的可行性(Feasibility)、适宜性(Appropriateness)、临床意义(Meaningfulness)及有效性(Effectiveness)进行 FAME 讨论,并根据 JBI 证据推荐级别(2010 版),A 级推荐为证据有力支持可以应用,B 级推荐为证据中度支持考虑应用,C 级推荐为证据不支持,总结出 14 条证据推荐,见表 1。将证据推荐转化为临床审查指标,共 12 条。

- ①术前使用合适的评估表(包括对内科和精神科疾病的评估、药物治疗、慢性疼痛史、药物滥用史以及既往的术后管理方案和应对措施)对手术患者进行评估。
- ②制定个性化疼痛管理方案并记录。
- ③护士知晓关于手术后疼痛管理的个性化健康教育知识。
- ④对患者及家属进行关于手术后疼痛管理的个性化健康教育。
- ⑤护士在疼痛干预前使用有效的疼痛评估工具来确定疼痛程度。
- ⑥护士在疼痛干预后使用有效的疼痛评估工具来确定疼痛缓解程度。
- ⑦对术后疼痛患者采取药物及非药物镇痛方式联合镇痛。
- ⑧对术后疼痛患者开展非药物镇痛方式镇痛。
- ⑨运用有效的评估工具对应用的非药物镇痛方式进行评价。
- ⑩医务人员对术后疼痛控制不足(疼痛评分 ≥ 4 分)的患者进行治疗。
- ⑪制定和完善安全有效的术后疼痛制度和流程。
- ⑫制定盆底重建术出院健康教育手册。

表 1 纳入证据

证 据	推荐级别
1 患者的术前评估,包括对内科和精神科疾病的评估、药物治疗、慢性疼痛史、药物滥用史以及既往的术后管理方案和应对措施,以指导术后疼痛管理 ^[12]	B
2 疼痛控制方案应根据患者的年龄、医疗和身体状况、恐惧/焦虑程度、个人偏好、手术方式和反应等,对患者的需求进行调整。围手术期疼痛控制的策略包括多模式镇痛,以减少对阿片类药物的需求 ^[10]	B
3 在决定术后疼痛干预措施的临床决策时,应将药物不良反应、不良事件风险和患者需要、偏好等因素考虑在内 ^[13]	B
4 手术后患者和护理人员应接受关于手术后疼痛管理的治疗选择的个性化教育 ^[13]	A
5 指导患者、家庭和护理者在他们的治疗计划中关于疼痛的管理策略,并指出已知问题和错误观念 ^[14]	A
6 手术后患者和护理人员应了解疼痛治疗计划 ^[12]	B
7 应使用有效的评估工具确定患者对治疗的反应,并指导治疗计划 ^[12]	A
8 手术后患者应接受多模式镇痛以治疗疼痛,包括使用各种镇痛药物和非药物联合干预 ^[12]	A
9 非药物干预包括经皮电刺激、针灸、音乐疗法和催眠 ^[12]	B
10 应鼓励护士使用音乐作为非药物镇痛方式缓解患者术后疼痛 ^[13]	B
11 评估所用非药物(生理和心理)干预的有效性和与药物干预的相互作用的潜在关联性 ^[14]	A
12 医疗机构应有可使用的疼痛专科医生对术后疼痛控制不足的患者进行治疗 ^[12]	B
13 医疗机构应该有专门组织机构,制定和完善安全有效的手术后疼痛的方案和流程 ^[12]	B
14 存在严重疼痛而无明显病因时(如血肿、脓肿或脏器损伤),应行补片切除和积极的盆底理疗 ^[11]	B

1.2.1.4 资料收集方法 ①查检表:针对指标 1、指标 2、指标 5~10,自行设计“盆底重建术后患者疼痛管理查检表”,通过证据临床实施前后的数据分析,评估实践变革的效果。②护士疼痛知识水平调查问卷:针对指标 3,判断护士知晓关于手术后疼痛管理的个性化健康教育知识的掌握情况。③患者疼痛知识水平及镇痛行为问卷:针对指标 4,判断患者在证据应用前后的疼痛知识水平及镇痛行为改变情况。④文件记录:针对指标 11、指标 12,查看科内是否建立盆底重建术后疼痛管理制度和流程、有无盆底重建术出院健康教育专题内容。⑤非参与性观察法:针对指标 5、指标 6,通过现场观察,记录护士在疼痛干预前后是否使用有效的评估工具评估患者疼痛程度。⑥患者满意度调查:判断患者对现行的疼痛管理模式的满意程度。

1.2.1.5 基线审查对象 选择 2018 年 6 月 1~30 日在我科行盆底重建术的患者 30 例,排除术后当日因病情需要转入 ICU 观察治疗的患者及术前身体存在慢性疼痛的患者。患者纳入标准:①盆底重建术后;②疼痛评分 ≥ 1 分;③年龄 ≤ 75 岁。患者排除标准:①术前已存在慢性盆腔痛;②严重术后并发症。同时纳入本科室护士 20 人,调查护士对患者疼痛控制行为及知识水平。

1.2.2 证据的临床应用

2018 年 7 月 1 日至 8 月 31 日,根据 JBI 的 GRiP,将证据融入临床实践。在证据应用过程中,小组成员共提炼出 4 个主要障碍因素,并制定相应的证据实施计划。

1.2.2.1 人员障碍 护士对患者的疼痛评估和患者的主诉不够重视,对疼痛相关知识知晓程度不高,患者对自己镇痛方案不清楚且缺乏重视,镇痛用药需要联合麻醉科人员。措施:开展疼痛管理相关知识培训与考核;定期督查患者术后镇痛的实施情况;通过多种方式(口头健康教育、书面健康教育单、微信公众号)对患者进行健康教育,并强调术后镇痛的重要性;由科室负责人及护士长与麻醉科副主任进行沟通,联合麻醉科共同实施术后镇痛。具体的形式是通过晨间提问、各季度理论考试卷、微信群、健康教育宣传手册、微信公众号等方式,提高护士及患者对疼痛管理的重视度,纠正其对疼痛管理的错误认知。

1.2.2.2 管理障碍 对疼痛管理的职责分配不够明确,缺乏术后镇痛相关的质量监督。措施:修订岗位职责、工作制度及护理常规,并组织疼痛管理知识掌握情况的考核。具体的形式是通过理论考核和晨间提问的形式实现。

1.2.2.3 镇痛设施 非药物性镇痛所需物品不够完善。措施:申请相应经费,采购非药物镇痛所需用物(中医五行音乐 MP3 及外置耳机)、经皮电刺激治疗仪,并对相关人员进行仪器使用方法及注意事项的培训。

1.2.2.4 时机 非药物镇痛方式的实施时机没有明确规定。措施:完善盆底重建术后疼痛管理相关流程及制度,采取晨间提问的形式,使护士及时知晓流程及制度的更新。

1.2.3 证据应用后的再审查 2018 年 9 月 1~30 日,将符合纳入标准的 30 例患者及本科室 20 名护士作为研究对象。比较证据应用前后 12 条审查指标的审查结果,即证据应用的效果。

1.3 评价方法 采用自行设计的查检表,比较证据应用前后患者术后疼痛评分(采用数字等级评定量表 NRS,评价术后 6 h 患者的疼痛分值)、制定个性化疼痛管理方案执行率、药物+非药物联合镇痛模式的应用率、护士疼痛知识掌握程度(问卷为选择题,共 10 题,每题 10 分,总分为 100 分,问卷通过纸质形式发放,问卷均有效收回)、患者疼痛知识掌握程度(问卷为选择题,共 10 题,每题 10 分,总分为 100 分,问卷通过纸质形式发放,均有效收回)、患者对镇痛方案的满意程度(满意程度 1~10 分)、患者术后镇痛行为的改变。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行统计分析。计量资料采用均数 \pm 标准差表示,行 t 检验;计数资料采用百分率表示,行 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 证据应用前后 12 条审查指标的达标情况 见表 2。

表 2 证据应用前后审查指标使用情况 例(%)

审查指标	例数	应用前	应用后	χ^2	P
1	30	0(0)	0(0)	—	—
2	30	16(53.3)	30(100.0)	18.261	0.000
3	20	11(55.0)	20(100.0)	11.613	0.001
4	30	14(46.7)	24(80.0)	4.800	0.028
5	30	21(70.0)	30(100.0)	10.588	0.001
6	30	17(56.7)	28(93.3)	10.756	0.001
7	30	3(10.0)	16(53.3)	13.017	0.000
8	30	8(26.7)	30(100.0)	34.737	0.000
9	30	2(6.7)	28(93.3)	52.500	0.000
10	26	8(30.8)	12(60.0)*	3.930	0.047
11	30	0(0)	30(100.0)	60.000	0.000
12	30	0(0)	30(100.0)	60.000	0.000

注:审查指标 3 结果为护士疼痛知识问卷及格率。*应用后疼痛评分 ≥ 4 分者为 20 例。

2.2 证据应用前后患者术后疼痛评分、疼痛管理满意程度、疼痛知识得分比较 见表 3。

表 3 证据应用前后患者疼痛评分、疼痛管理满意程度、疼痛知识得分比较 分, $\bar{x}\pm s$

时间	例数	术后疼痛评分	疼痛管理满意程度	疼痛知识
应用前	30	3.43 \pm 1.33	5.20 \pm 2.06	52.66 \pm 13.37
应用后	30	1.57 \pm 0.97	8.80 \pm 0.99	70.67 \pm 14.60
t		6.205	-8.624	-4.978
P		0.000	0.000	0.000

2.3 证据应用前后患者个性化疼痛管理方案制定率、联合镇痛模式应用率比较 见表4。

表4 证据应用前后制定个性化疼痛管理方案执行率、联合镇痛模式应用率比较 例(%)

时间	例数	制定个性化疼痛管理方案	应用联合镇痛模式镇痛
应用前	30	16(53.3)	3(10.0)
应用后	30	30(100.0)	16(53.3)
χ^2		18.261	13.017
<i>P</i>		0.000	0.000

2.4 证据应用前后患者镇痛行为比较 见表5。

表5 证据应用前后患者镇痛行为比较 例(%)

时间	例数	疼痛存在时	主动了解疼痛	主动讨论疼痛
		主动告知	控制知识	控制知识
应用前	30	24(80.0)	14(46.7)	8(26.7)
应用后	30	29(96.7)	24(80.0)	22(73.3)
χ^2		4.043	7.177	13.067
<i>P</i>		0.044	0.007	0.000

2.5 护士对基于循证的疼痛知识水平的知晓情况

证据应用前后护士对基于循证的疼痛知识得分从(59.50±13.56)分(及格率55.0%)升至(95.50±6.86)分(及格率100%)，应用前后比较，差异有统计学意义($t=12.975, P=0.000$)。

3 讨论

3.1 最佳证据的应用可有效缓解疼痛，提高患者对术后疼痛管理的满意度 本研究结果显示，证据应用前盆底重建术后患者术后疼痛评分为(3.43±1.33)分，患者对疼痛管理满意度评分为(5.20±2.06)分，说明在证据应用前患者对疼痛管理的满意程度低，迫切需要最佳证据指导临床实践，实行循证的疼痛管理，提高患者对术后镇痛的正向体验。通过引入最佳证据，为证据开展和临床应用创造条件。证据应用后，患者的术后疼痛评分明显下降，对疼痛管理满意程度显著提高(均 $P<0.01$)。最佳证据的应用，从解决临床问题的角度出发，重视患者的主观感受，促进了患者对盆底重建术后镇痛的正向体验，有效改善了患者的结局。

3.2 最佳证据的应用有助于改善患者自我镇痛行为

通过健康教育可降低患者对疼痛的错误认知，提高患者的自我效能^[15]。本研究通过多种方式对患者进行健康教育，强化患者对术后镇痛的认知。研究结果显示，证据应用后患者的镇痛行为有明显改变，患者的自主性有了明显提升，疼痛存在时主动告知医护人员、主动向医护人员了解疼痛控制知识、主动和其他患者讨论交流疼痛控制知识。主要是医护人员从镇痛知识和镇痛重要性两方面向患者强调了术后镇痛的必要性，提高了患者的疼痛知识掌握情况，患者疼痛知识得分从应用前的(52.66±13.37)分提高到证

据应用后的(70.67±14.60)分。最佳证据推荐使用药物+非药物镇痛模式联合进行术后镇痛，本研究证据应用后术后非药物镇痛方法(包括音乐疗法^[15]、中医经皮电刺激、改变体位等)的实施率达到53.3%，显著高于应用前，这也是患者对术后疼痛满意度得到明显提升的原因之一。最佳证据的应用加强了患者对术后镇痛方式的了解，从而提升患者的术后镇痛行为的自主意识，使患者不会单纯因为镇痛泵可能出现的不良反应(如恶心、呕吐等胃肠道反应)而直接拒绝使用镇痛泵或其他的镇痛方式，提高了对术后镇痛的接受程度，增强了患者的自我管理意识，达到提高患者自我效能的目的。

3.3 最佳证据的应用提高了护士疼痛知识水平及对疼痛管理的重视程度

本研究基线审查结果显示，科室20名护士疼痛知识掌握情况得分(59.50±13.56)分，及格率仅为55.0%。通过观察，护士对患者疼痛评估和镇痛措施的实施均不理想，护士对疼痛知识掌握严重不足，且对其没有足够的重视。通过组织相关培训、晨间提问、理论考核等多方面的实践变革，护士对疼痛知识掌握情况合格率达100%，在患者主诉疼痛时及使用镇痛措施前后的评估行为较证据应用前更为规范。最佳证据的应用有助于规范护士的临床行为，提高临床护士对疼痛管理的认识及对疼痛管理的重视程度。

3.4 最佳证据的应用需要充分考虑临床情况及临床适用性

通过循证的方法总结出针对临床问题的最佳证据，但在证据应用于临床时，应充分考虑证据的推荐级别以及其临床适用性，判断证据的应用是否可行^[19-20]。对于审查指标1，即术前使用合适的评估表(包括对内科和精神科疾病的评估、药物治疗、慢性疼痛史、药物滥用史以及既往的术后管理方案和应对措施)对患者进行评估，证据应用前后评估率均为0，主要是由于所使用的评估表缺乏对慢性疼痛史、既往的术后管理方案和应对措施、精神科疾病的评估，由于该项评估是由麻醉科医生进行，其目前所用评估表的调整和完善是需要跨学科及科室，与麻醉科进行沟通和完善，并进行全院统一。因此，该项指标的推进目前仍在进行中，后续计划审查小组将充分考虑临床实际情况，制定可行的方案，督促和跟进该项审查指标的执行情况。

4 小结

盆底重建术后患者疼痛管理最佳证据的应用，可缓解患者术后疼痛程度，提高患者对术后镇痛的正向体验和镇痛行为，促进临床护士对女性盆底重建术后疼痛管理质量的持续改进。因时间限制，本次最佳证据应用实践存在一定的局限性，有些审查指标并未达到理想水平，后续会进一步根据临床实际情况，制定可行的改进方案，不断改善最佳证据在临床工作中的应用效果。

参考文献:

[1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:374.

[2] Sung V W, Hampton B S. Epidemiology of pelvic floor dysfunction[J]. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009, 36 (3):421-443.

[3] 刘志杰,杨娇娥,张洪秀,等. 全盆底重建术治疗老年妇女子宫或阴道脱垂的临床研究[J]. *实用老年医学*, 2014, 28 (7):608-609.

[4] Quinn Lippmann, Emily S Lukacz. 女性盆底重建术围手术期患者护理问题. 张彦芳,译. [EB/OL]. (2017-12-01) [2019-04-26]. [https://www.uptodate.com/contents/zh-Hans/perioperative-patient-care-issues-in-female-pelvic-reconstructive-surgery? search.](https://www.uptodate.com/contents/zh-Hans/perioperative-patient-care-issues-in-female-pelvic-reconstructive-surgery?search)

[5] 李怀芳,童晓文. 盆底重建术后慢性盆腔疼痛的中枢发病机制[J]. *上海医学*, 2017, 40(10):586-588.

[6] 沈金珠,富春燕,叶育红,等. 多模式疼痛管理在妇科老年盆底重建术患者中的应用[J]. *护士进修杂志*, 2019, 34 (2):163-165.

[7] Johansen A, Romundstad L, Nielsen C S, et al. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromso study[J]. *Pain*, 2012, 153 (7):1390-1396.

[8] 邓念英,江志华,杨辉. 药剂科服务质量改进对医患关系的影响[J]. *中国药房*, 2015, 26(7):954-957.

[9] 胡雁. 循证护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012: 161.

[10] Mariano E R, Crowley M. Management of acute perioperative pain[EB/OL]. [2018-04-11] (2018-06-06). [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-perioperative-pain? search.](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-perioperative-pain?search)

[11] John B Gebhart, Emanuel C Trabuco. 盆底手术后经阴道补片暴露和疼痛的处理. 樊伯珍译. [EB/OL]. [2017-11-13] (2018-06-06). [https://www.uptodate.com/contents/zh-Hans/transvaginal-synthetic-mesh-management-of-exposure-and-pain-following-pelvic-surgery? search.](https://www.uptodate.com/contents/zh-Hans/transvaginal-synthetic-mesh-management-of-exposure-and-pain-following-pelvic-surgery?search)

[12] Lucylynn L. Evidence Summary. Post-surgery (adults): pain management[EB/OL]. The Joanna Briggs Institute EBP Database, 2016: JBI15950.

[13] Long K D L, Pharm B. Evidence Summary. Post-operative pain management: nursing interventions[EB/OL]. The Joanna Briggs Institute EBP Database, 2017: JBI7320.

[14] Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and management of pain (Third Edition) [EB/OL]. [2019-04-26]. [https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain.](https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain)

[15] 江淑意,张爱莲,吕晓欣,等. 阶段转变模型在全盆底重建术患者自我管理中的应用[J]. *临床医学工程*, 2016, 23 (9):1255-1256.

[16] 陈羽柔. 音乐治疗与中医五行理论[D]. 广州:广州中医药大学, 2009.

[17] 周洁,杨森. 五行音乐疗法对全麻术后患者疼痛及情绪的影响[J]. *护士进修杂志*, 2017, 32(10):872-874.

[18] 顾莺,胡雁,张玉侠,等. 儿科外周静脉留置针维护的最佳证据应用[J]. *护理学杂志*, 2014, 29(15):52-55.

[19] 卢芳燕,李茜,金静芬,等. 肝胆胰外科短期留置和早期拔除导尿管的最佳证据应用[J]. *中华护理杂志*, 2018, 53 (6):650-655.

(本文编辑 吴红艳)

• 敬告读者 •

关于警惕假冒网站的声明

近期,网上出现某些自称为《护理学杂志》编辑部的网站,通过使用本刊编辑部的名称和地点、伪造资质证书等非法手段,意图假借《护理学杂志》编辑部的名义,达到营利的目的。为此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlzz.com.cn>。本编辑部对网站拥有合法的运营资格(ICP 信息报备:鄂 ICP 备 09001709 号-10),并仅对本编辑部网站发布信息的真实性承担责任。凡要求将版面费和审稿费通过转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息和活动均与本编辑部无关。

在此特别提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名,选择正确途径投稿,避免不必要的损失。

《护理学杂志》在线投稿:<http://www.hlzz.com.cn>

地址:武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部,邮编 430030

咨询电话:027-83662666; 联系人:雷冰霞