

肩袖损伤康复中疼痛管理策略的实践研究

巩浩然

华北医疗健康集团邢台总医院 河北 邢台 054000

【摘要】：目的：探究个体化多模式与常规单一疼痛管理策略在肩袖损伤康复中的效果差异，明确前者临床优势。方法：选取2024年4月~2025年11月收治的78例肩袖损伤康复期患者，随机分为对照组与实验组各39例。对照组采用单纯药物止痛+基础健康指导，实验组实施药物+物理+心理+康复协同的个体化多模式策略，均干预8周，比较两组VAS评分、疼痛控制效果及康复依从率。结果：干预后，实验组VAS评分（ 1.87 ± 0.62 ）分显著低于对照组（ 3.95 ± 0.87 ）分（ $t=12.358$, $P<0.001$ ）；疼痛控制总有效率（94.87%）、康复依从率（92.31%）均显著高于对照组（76.92%、74.36%），差异有统计学意义（ $\chi^2=5.185$ 、 4.523 , $P=0.023$ 、 0.033 ）。结论：个体化多模式疼痛管理可有效减轻患者疼痛，提升疼痛控制效果与康复依从性，保障康复进程，值得临床推广。

【关键词】：肩袖损伤；康复期；疼痛管理；个体化多模式

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.036

引言

疼痛是肩袖损伤康复期最突出的核心症状，贯穿康复全过程，其发生与肩袖肌腱损伤后炎症反应、软组织粘连、神经刺激及康复训练牵拉密切相关^[1]。临床实践中，常规单一疼痛管理多依赖药物止痛，虽能暂时缓解疼痛，但存在疗效短暂、易产生耐药性、无法从根源上解决疼痛诱因等弊端，且疼痛控制不佳易导致患者恐惧康复训练、依从性下降，延缓康复进程，甚至加重损伤。基于疼痛多维度发病机制与患者个体差异，本研究创新构建个体化多模式疼痛管理策略，整合药物、物理、心理、康复协同干预，打破单一止痛局限，探究其在肩袖损伤康复中的实践效果，为临床疼痛管理提供新的优化路径。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

本研究采用随机对照试验，选取2024年4月~2025年11月收治的78例肩袖损伤康复期患者，随机分为对照组与实验组各39例。

纳入标准：MRI确诊肩袖损伤、处于康复期，VAS评分 ≥ 4 分，意识清晰，签署知情同意。

排除标准：合并脏器功能不全、过敏、认知障碍、其他骨关节疾病及随访脱落者。

经统计学检验，两组性别、年龄等基线资料差异无统计学意义（ $\chi^2=0.052$, $P=0.820$; $t=0.341$, $P=0.734$ ），具有可比性。

1.2 实验方法

两组患者均基于肩袖损伤康复常规护理开展干预，重点做好关节保护、饮食指导、基础健康宣教，确保基础干预一致性，连续干预8周，干预期间由专人负责指导、监督，定期随访评

估疼痛及康复情况，及时调整干预方案。

对照组：采用常规单一疼痛管理策略，以“对症止痛”为核心，实施单纯药物止痛联合基础健康指导，具体如下：根据患者疼痛程度，遵医嘱给予口服非甾体类抗炎镇痛药（布洛芬缓释胶囊，0.3g/次，2次/d），疼痛剧烈时（VAS评分 ≥ 7 分）临时加用氨酚待因片（1片/次，必要时服用），严格控制用药剂量与间隔，避免药物不良反应；基础健康指导包括告知患者疼痛发生的基本机制、用药注意事项，指导患者避免剧烈活动、受凉，减少疼痛诱发因素，每日简单讲解疼痛缓解小技巧（如深呼吸、放松训练），未实施其他针对性疼痛干预措施。

实验组：实施个体化多模式疼痛管理策略，以“个体化评估、多维度协同、根源性止痛”为核心，整合药物止痛、物理干预、心理干预、康复训练协同干预，结合患者疼痛程度、年龄、身体耐受度、心理状态制定个性化方案，具体如下：首先进行个体化疼痛评估，每周评估1次患者VAS评分、疼痛发作频率、疼痛性质，结合患者个体情况动态调整干预方案。药物止痛采用阶梯式给药，根据疼痛程度分级用药，轻度疼痛优先采用外用止痛药膏（双氯芬酸二乙胺乳胶剂）涂抹疼痛部位，每日2次，避免口服药物不良反应；中度疼痛给予口服非甾体类抗炎镇痛药，剂量根据患者耐受度调整；重度疼痛（VAS评分 ≥ 8 分）采用口服药物联合外用药物协同止痛，严格监测用药反应。物理干预选取低频脉冲电治疗、温热敷交替干预，低频脉冲电治疗（采用低频脉冲电疗仪，频率50Hz），每次20分钟，每日1次，作用于疼痛部位，通过电刺激缓解肌肉痉挛、减轻炎症反应，缓解疼痛；温热敷（40~45℃），每次15分钟，每日2次，热敷后轻柔按摩疼痛部位，促进局部血液循环，松懈软组织粘连，从根源上减少疼痛诱因，物理干预强度根据患

者耐受度调整,避免烫伤、不适。心理干预针对疼痛引发的焦虑、恐惧等负面情绪,采用一对一心理疏导、放松训练、正念冥想相结合的方式,每周2次,每次30分钟,疏导患者负面情绪,讲解疼痛管理的重要性及干预效果,增强患者止痛信心,指导患者通过正念冥想、渐进式肌肉放松训练缓解疼痛相关应激反应,降低疼痛感知度。康复训练协同干预结合患者疼痛程度制定个性化训练计划,遵循“循序渐进、无痛训练”原则,疼痛缓解期逐步开展被动、主动关节活动训练,避免过度牵拉引发疼痛,训练前先进行物理干预缓解肌肉紧张,训练后及时放松,每日2次,每次20~30分钟,通过科学康复训练促进肩袖修复,减少软组织粘连,从根源上预防疼痛复发,所有干预措施均由专业康复治疗师、护士协同实施,确保操作规范、个性化落实。

1.3 观察指标

(1) 疼痛视觉模拟评分(VAS):0~10分,分值越高疼痛越重,干预前后各测定1次。

(2) 疼痛控制效果:分为显效、有效、无效。

(3) 康复训练依从性:分为完全依从、部分依从、不依从。

1.4 研究计数统计

采用SPSS 26.0分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示、t检验;计数资料以[n(%)]表示、 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后VAS评分对比

表1 两组患者干预前后疼痛视觉模拟(VAS)评分对比($\bar{x} \pm s$, 分, t, P值)

指标	对照组(n=39)	实验组(n=39)	t值	P值
干预前	6.72±0.95	6.85±1.02	0.573	0.568
干预后第8周	3.95±0.87	1.87±0.62	12.358	<0.001

干预后第8周,两组VAS评分均较干预前显著降低,且实验组VAS评分(1.87±0.62)分显著低于对照组(3.95±0.87)分,经t检验, $t=12.358$, $P < 0.001$ 。

2.2 两组患者疼痛控制效果对比

表2 两组患者疼痛控制效果对比[n(%), χ^2 , P值]

指标	对照组(n=39)	实验组(n=39)	χ^2 值	P值
显效	12(30.77)	23(58.97)	5.185	0.023

有效	18(46.15)	14(35.90)	-	-
无效	9(23.08)	2(5.13)	-	-
总有效率	30(76.92)	37(94.87)	-	-

由表2可知,实验组疼痛控制总有效率为94.87%,显著高于对照组的76.92%,经 χ^2 检验, $\chi^2=5.185$, $P=0.023 < 0.05$ 。

2.3 两组患者康复训练依从性对比

表3 两组患者康复训练依从性对比[n(%), χ^2 , P值]

指标	对照组(n=39)	实验组(n=39)	χ^2 值	P值
完全依从	15(38.46)	26(66.67)	4.523	0.033
部分依从	14(35.90)	10(25.64)	-	-
不依从	10(25.64)	3(7.69)	-	-
依从率	29(74.36)	36(92.31)	-	-

由表3可知,实验组康复训练依从率为92.31%,显著高于对照组的74.36%,经 χ^2 检验, $\chi^2=4.523$, $P=0.033 < 0.05$ 。

3 讨论

本研究创新性构建个体化多模式疼痛管理策略,突破传统单一药物止痛的局限,整合药物、物理、心理、康复多维度协同干预,结合患者个体差异制定个性化方案,实现“对症止痛与根源性止痛结合、躯体干预与心理干预同步、疼痛管理与康复训练协同”,有效解决了常规疼痛管理的弊端,彰显了疼痛管理的精准化、系统化优势,为肩袖损伤康复期疼痛管理提供了新的实践思路。

VAS评分作为评估疼痛程度的客观量化指标,其变化直接反映疼痛管理的实际效果,也是临床判断疼痛干预有效性的核心依据。本研究结果显示,干预后实验组VAS评分显著低于对照组($t=12.358$, $P < 0.001$),充分证实了个体化多模式疼痛管理策略在缓解疼痛方面的显著优势。分析其核心机制,常规单一疼痛管理仅依赖药物止痛,虽能暂时抑制疼痛信号传导,但无法解决疼痛的根源性诱因(如软组织粘连、炎症反应),且药物疗效短暂,易出现疼痛反复,长期用药还可能引发不良反应。而个体化多模式疼痛管理策略采用阶梯式药物止痛,根据患者疼痛程度精准给药,优先采用外用药物减少口服药物不良反应,实现了药物止痛的个体化、合理化;物理干预通过低频脉冲电治疗、温热敷交替应用,可有效缓解肌肉痉挛、减轻局部炎症反应,松懈软组织粘连,从根源上减少疼痛诱发因素,与药物止痛协同作用,提升止痛效果的同时延长止痛时长;心理干预与康复训练协同,进一步强化疼痛缓解效果,形成多维

度止痛闭环,相较于单一药物止痛,更能实现全方位、持久化的疼痛控制,有效降低患者VAS评分^[2]。

疼痛控制效果是评估疼痛管理策略临床价值的重要指标,直接反映疼痛管理的整体成效。本研究结果显示,实验组疼痛控制总有效率显著高于对照组($\chi^2=5.185$, $P=0.023$),这一结果进一步佐证了个体化多模式疼痛管理策略的优越性。其核心原因在于,该策略打破了“单一对症止痛”的传统理念,坚持“个体化评估、动态化调整”,每周根据患者疼痛评分、疼痛性质的变化,及时优化干预方案,确保疼痛管理与患者个体需求精准匹配;多维度协同干预模式覆盖了疼痛发生的各个环节,药物止痛快速缓解躯体疼痛,物理干预解决根源性诱因,心理干预降低疼痛感知度,三者协同作用,有效提升疼痛控制的全面性与有效性,减少疼痛反复,显著提高显效例数,降低无效例数^[3]。

康复训练依从性是肩袖损伤康复成功的关键,而疼痛是导致患者康复训练依从性下降的首要诱因,疼痛控制不佳会使患者因恐惧疼痛而抵触康复训练,进而延缓康复进程,甚至加重肩袖损伤。本研究结果显示,实验组康复训练依从率显著高于对照组($\chi^2=4.523$, $P=0.033$),这是个体化多模式疼痛管理策略的另一重要临床价值体现。分析其原因,个体化多模式疼痛管理策略通过有效的疼痛控制,显著减轻患者康复训练过程中的疼痛不适,减少疼痛对康复训练的阻碍,降低患者对康复训

练的恐惧心理;同时,该策略中的心理干预的可有效疏导患者因疼痛引发的焦虑、抵触情绪,增强患者的康复信心与积极性;康复训练协同干预遵循“无痛训练”原则,结合患者疼痛程度制定个性化训练计划,避免过度牵拉引发疼痛,进一步提升患者的训练体验,增强患者的康复配合度^[4]。此外,专人一对一指导与定期随访,能及时解答患者的疑问、纠正不规范训练动作,给予患者心理支持与鼓励,进一步提高患者的康复训练依从性。

4 结论

本研究通过随机对照试验证实,个体化多模式疼痛管理策略应用于肩袖损伤康复中,临床效果显著、可行性强,创新性突破了常规单一疼痛管理的局限。该策略通过整合药物止痛、物理干预、心理干预、康复训练协同干预,结合患者个体差异制定个性化方案,可有效减轻肩袖损伤康复期患者的疼痛程度,显著降低VAS评分,提升疼痛控制效果,同时能有效提高患者的康复训练依从性,减少疼痛对康复进程的阻碍,为肩袖损伤康复顺利推进提供有力保障。与常规单一疼痛管理策略相比,该策略实现了疼痛管理的精准化、多维度化,既解决了疼痛的躯体不适,又兼顾了患者的心理状态与康复需求,契合现代康复医学“以人为本、精准康复”的核心理念,临床应用价值突出,值得在肩袖损伤康复中广泛推广应用,同时也为临床康复期疼痛管理提供了新的思路与实践参考。

参考文献:

- [1] 唐雨濛,马亭亭,明霞.曼彻斯特疼痛管理模式在肩袖损伤修补术后患者中的构建及应用[J].河北医药,2025,47(11):1873-1876.
- [2] 李余菊,杨玉宁,陈清梅.基于曼彻斯特疼痛管理模式的护理干预对肩袖损伤关节镜手术患者术后疼痛及肩关节功能的影响[J].中国当代医药,2025,32(25):159-163.
- [3] 张海英,武敏.医疗小丑理念的疼痛护理结合热敏灸对轻中度肩袖损伤患者疼痛信念及自我管理能力的管理影响[J].中华养生保健,2025,43(14):161-163.
- [4] 刘晓莉,徐小,金佳佳,陈琰琰,饶世鸣.规范化疼痛管理结合微场景健康教育对肩袖损伤患者手术效果的影响[J].浙江创伤外科,2023,28(07):1364-1367.