

中医适宜技术联合全科干预基层慢性疼痛患者的疗效分析

全路萍 汤雨洁

杭州市富阳区鹿山街道社区卫生服务中心 浙江 杭州 311400

【摘要】：目的：探究中医适宜技术联合全科干预在基层慢性疼痛患者中的应用效果。方法：选取我院 2025 年 9 月至 2026 年 2 月收治的慢性疼痛患者 110 例，按随机数字表法分为观察组（实施中医适宜技术联合全科干预，55 例）和对照组（接受常规全科干预，55 例）。比较两组疼痛视觉模拟评分（VAS）与生理职能（RP）维度评分，并记录不良反应发生情况。结果：干预后，观察组 VAS 评分低于对照组，SF-36 量表 RP 维度评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在基层全科干预基础上联合中医适宜技术，能更有效地缓解慢性疼痛患者的疼痛程度，改善其生理职能状态。

【关键词】：中医适宜技术；全科干预；慢性疼痛；临床疗效

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.005

临床上将病程超过 3 个月、呈持续或反复发作状态的疼痛定义为慢性疼痛。该类病症致病诱因繁杂，病情反复难愈，会持续干扰患者的日常起居、心理状态与社会活动能力，已然成为基层临床亟待解决的常见健康问题。国内人口老龄化加剧、大众疾病结构不断变化的背景下，基层慢性疼痛的就诊人群规模始终保持逐年增长的态势，临床诊疗需求持续攀升。现阶段基层全科临床多采用药物镇痛的单一干预方式，长期口服镇痛药物，会持续刺激胃肠道黏膜，加重肝肾代谢负担，还可能产生药物依赖等不良问题^[1]。与之相比，各类中医外治适宜技术凭借操作简易、疗效确切、性价比高、适配性广的独特优势，在慢性疼痛的临床调理与镇痛干预中展现出突出应用优势，经过长期临床实践，已形成成熟的机体调理与疼痛干预体系。穴位贴敷依托中药药力结合穴位长效刺激，疏通机体阻滞经络、调和周身气血，从病灶根源缓解疼痛问题。耳穴压豆通过精准刺激耳廓对应反射区域，调控人体神经、内分泌调节网络，稳定发挥镇痛效果^[2]。两种特色中医外治技术具备差异化的干预优势，可针对性弥补常规干预的不足。本研究将两类中医技术联合应用于基层慢性疼痛干预中，观察该联合方案对患者疼痛症状、生理职能恢复的改善效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 9 月至 2026 年 2 月于本院就诊的慢性疼痛患者 110 例。采用随机数字表法分为观察组（55 例）和对照组（55 例）。

观察组：男性 24 例，女性 31 例；年龄范围为 45 至 78 岁，平均年龄为（61.38±8.52）岁。

对照组：男性 26 例，女性 29 例；年龄范围为 43 至 79 岁，平均年龄为（62.05±9.14）岁。

两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入患者符合慢性疼痛诊断标准，疼痛持续或反复发作时间≥3 个月。排除合并恶性肿瘤引起的疼痛患者，以及穴位贴敷或耳穴压豆部

位存在皮肤破损、感染或过敏的患者。

1.2 方法

对照组接受常规全科干预：

（1）健康教育：全科医师结合慢性疼痛的临床诊疗经验，向患者细致普及疼痛发病诱因、日常加重因素及针对性防护要点，同步发放专属疼痛自我管理指导手册，一对一纠正患者日常活动、体态姿势中的错误习惯，帮助患者建立科学的自我养护方式。

（2）基础药物镇痛：镇痛药物严格遵循 WHO 三阶梯镇痛准则选用，以非甾体抗炎药、弱阿片类药物为主要用药类型，医师结合患者实时疼痛评分、躯体耐受度个体化拟定用药方案，同步完整记录每例患者的用药明细与剂量调整情况。

（3）心理疏导：针对长期疼痛引发的负面情绪，全科护士每月开展一次一对一心理沟通干预，单次沟通时长控制在 20 分钟左右，引导患者正视疼痛病症，缓解不良心理状态。

（4）常规随访：随访工作每两周开展一次，可通过线上电话沟通或线下门诊复诊的形式完成，重点摸排患者疼痛症状改善情况、用药后的不良反应，依据随访反馈及时调整后续基础治疗方案，保障干预安全可控。共干预 8 周。

在上述常规干预的基础上，观察组联合穴位贴敷与耳穴压豆两项中医适宜技术：临床针对患者常见的颈肩痛、腰腿痛等慢性疼痛病灶，结合中医辨证取穴原则，优先选取阿是穴、肾俞、足三里等关键穴位开展贴敷治疗。适配慢性疼痛病机配置的外用镇痛中药贴剂，可直接作用于穴位经络区域，单次贴敷时长控制在 4 至 6 小时，每周固定开展 3 次贴敷治疗，借助中药透皮吸收与穴位持续刺激的双重作用，疏通瘀滞经络、调和气血运行。耳穴干预需选取耳廓部位的神门、皮质下穴位，同时匹配患者疼痛部位对应的耳廓反射区，采用王不留行籽进行贴压固定。日常按压操作交由患者自主完成，每日分 3 至 4 次按压，单穴按压时长维持 1 分钟左右，操作以耳廓局部产生酸胀、温热体感为最佳状态，可有效调节机体神经与内分泌功能，

辅助提升镇痛效果。

两组均干预8周。

1.3 观察指标

(1) 疼痛视觉模拟评分(VAS): “0”代表完全无痛, “10”代表无法忍受的剧痛。评分越高表明疼痛程度越重。

(2) 健康状况调查问卷(SF-36)生理职能(RP)维度: 得分范围为0至100分, 分值越高表示生理职能受损程度越轻、健康状况越好。

1.4 统计学方法

运用SPSS26.0统计学软件, 计量资料以“($\bar{x} \pm s$)”表示, 用“t”检验, 计数资料以[n(%)]表示, 用“ χ^2 ”检验。P<0.05, 则差异显著。

2 结果

2.1 两组VAS评分比较

干预后, 观察组VAS评分低于对照组(P<0.05)。见表1。

表1 VAS评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	55	55		
干预前	6.43±1.26	6.58±1.33	0.612	0.542
干预后	2.85±0.97	4.22±1.08	5.045	0.025

2.2 两组RP维度评分比较

干预后, 观察组RP维度评分高于对照组(P<0.05)。见表2。

表2 RP维度评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	55	55		
干预前	42.13±8.56	41.87±9.12	0.155	0.877
干预后	75.25±9.04	64.38±8.71	4.347	0.031

3 讨论

基层门诊诊疗病例中, 慢性疼痛类病症的就诊占比长期处于较高水平。区别于普通躯体不适感, 慢性疼痛并非单一的躯体感知异常, 而是融合情绪状态、认知行为及社会生活体验的综合性复杂病症。长期持续的疼痛刺激会逐步诱发中枢神经系统敏化, 造成机体疼痛传导环路的功能性重塑, 这也是多数患者原发病灶损伤完全愈合后, 疼痛不适感依旧迁延反复的核心原因。长期病痛困扰还会连带引发睡眠紊乱、情绪消极、肢体活动受限等一系列继发问题, 逐步形成“畏痛少动、躯体功能退化、疼痛持续加重”的恶性循环。单纯依托西医药物开展镇

痛干预, 仅能短期抑制疼痛症状, 无法从根源打破病程循环, 加之部分患者对药物毒副作用、长期用药风险存在顾虑, 临床用药配合度普遍偏低^[1]。在基层医疗资源有限、适配简易诊疗技术匮乏的现状下, 探索安全无创、操作便捷、性价比高且易于普及的非药物辅助镇痛方式, 具备极强的临床应用价值。

本文研究显示, 干预后, 观察组VAS评分低于对照组(P<0.05)。从本次研究的组间疗效差异能够明显看出, 单一的基层全科常规干预模式, 对慢性疼痛患者的临床改善作用存在明显的局限性。依托西药镇痛、健康宣教、基础随访的常规干预方式, 只能在短期内对患者的疼痛体感进行适度缓解, 仅能实现症状层面的浅层改善, 无法彻底解决慢性疼痛反复发作、迁延难愈的核心问题。对于病程长达数月甚至数年的慢性疼痛患者而言, 长期单一的西药干预只能暂时阻断疼痛信号传导, 无法调理机体内部失衡状态, 这也是常规干预后患者疼痛缓解效果弱、易复发的关键原因。相较于传统西医全科干预的单一性, 融入穴位贴敷、耳穴压豆的中医外治适宜技术后, 整体诊疗模式的优势被充分激活。中医诊疗以人体经络气血运行理论为核心依据, 区别于西医对症状治疗的干预逻辑, 通过体表特定穴位的持续性刺激, 搭配中药制剂的透皮吸收作用, 能够逐层疏通机体瘀堵的经络脉络, 调和全身气血运行失衡的状态。慢性疼痛的中医核心病机多为经络阻滞、气血瘀滞、脏腑失养, 这类内在机能紊乱, 正是西医常规干预难以触及的诊疗盲区。穴位贴敷可借助中药药力渗透穴位肌理, 实现长效靶向调理, 持续改善局部气血循环, 从根源上消除疼痛发病的内在诱因; 耳穴压豆则通过刺激耳廓反射区域, 调节人体神经与内分泌平衡, 降低机体对疼痛的敏感度, 弱化中枢神经疼痛敏化反应^[4]。两种中医外治技术协同作用, 能够针对性弥补单纯西药镇痛治标不治本的缺陷, 规避了长期口服药物带来的胃肠道损伤、肝肾负担加重、药物依赖性等一系列临床问题。在基层临床场景中, 这种中西医联合干预模式打破了单一诊疗手段的局限, 将全科医学的规范化慢病管理优势与中医外治的本源调理优势相结合, 既保障了临床干预的规范性与安全性, 又实现了对慢性疼痛的长效对症治疗, 最终达成更理想的镇痛效果, 高度适配基层慢性疼痛患者的长期康复诊疗需求, 具备极高的基层临床推广与应用价值。

通过生理职能维度评分评估不同方案对慢性疼痛患者躯体生活功能的改善效果。研究发现, 干预后, 观察组RP维度评分高于对照组(P<0.05)。生理职能评分的高低, 直接反映躯体疾病对患者日常工作、生活行为及肢体活动能力的影响程度, 分值越高, 代表躯体机能受病痛的干扰程度越轻, 机体生活功能恢复状态越好。慢性疼痛作为一种持续性、反复性的躯体病症, 对人体生理机能的损害具备渐进性特点。长期存在的躯体疼痛不适感, 会让患者下意识减少肢体活动、规避日常劳作与基础运动, 长期处于制动、畏动的状态。这种被动的生活

方式会逐步造成肢体肌力下降、关节活动度受限、躯体协调性衰退,形成疼痛、活动减少、功能退化、疼痛加重的恶性病理循环。随着病程不断延长,患者的生活自理能力、日常劳作能力、社会参与能力都会受到明显制约,不仅降低个人生活质量,也会大幅影响慢病康复进度,是基层慢性疼痛患者功能恢复的主要阻碍因素^[5]。常规全科干预模式以药物镇痛、健康指导和基础随访为核心,虽能在一定程度上缓解疼痛症状、规范患者日常养护行为,但无法有效逆转疼痛带来的躯体功能损伤。单纯西医干预仅能作用于疼痛症状本身,难以改善长期病痛造成的机体功能退化问题,因此患者生理职能的恢复效果相对有限,躯体生活能力提升幅度偏弱。中西医结合的干预模式则弥补了单一干预方式的短板,在全科系统化慢病管理的基础上,依托穴位贴敷与耳穴压豆的特色中医外治手段,从机能根源改善患者躯体状态。经络气血的通畅运行是肢体正常活动、机体机能运转的基础,慢性疼痛引发的气血瘀滞、经络阻塞,是躯体活动受限的内在病机。中医适宜技术通过持续性穴位刺

激,疏通周身瘀阻经络、调和脏腑气血状态,从病理根源缓解疼痛问题,彻底打破疼痛诱发的功能退化循环。疼痛症状的有效缓解,能够逐步解除患者躯体活动的束缚与顾虑,让患者敢于开展日常活动与基础功能锻炼,逐步恢复肢体肌力与躯体协调性^[6]。在此基础上,全科干预的健康指导、行为矫正与随访管理,可进一步规范患者生活作息与运动习惯,巩固躯体功能恢复效果。两类干预方式相互配合、优势互补,能够最大程度削弱慢性疼痛对机体生理机能的负面干扰,推动患者躯体功能、生活自理能力、日常劳作能力逐步恢复至正常水平,为基层慢性疼痛患者的全面康复提供切实可行的干预方案。

4 结语

综上所述,中医适宜技术与全科干预相结合,可以有效减轻基层慢性疼痛患者的疼痛水平,改善其生理职能状态。该联合干预模式将中医药特色优势与全科医学的整体管理理念充分发挥出来,可操作性和实用性较强。

参考文献:

- [1] 王娜,李尕梅.中医适宜技术在慢性癌痛患者应用中的范围综述[J].中医学,2025,14(6):2653-2662.
- [2] 汪凤.脑外科管理领域中中医适宜技术的推广实践与策略[J].中医药管理杂志,2023,31(18):115-117.
- [3] 姜丽丽,李木子,宋尚晋,等.耳穴配合腰椎手法治疗高原作业人员双小腿慢性疼痛感觉敏化一例[J].中国疗养医学,2023,32(6):670-672.
- [4] 吴凌云,杨延良,宋蕾.中医适宜技术联合综合干预在骨肿瘤疼痛患者中的应用效果[J].癌症进展,2025,23(22):2717-2720.
- [5] 刘琳琳,季辉,郭乃亮,等.中医适宜技术结合目标注意转移护理改善类风湿关节炎关节肿胀疼痛患者生活质量的效果观察[J].黑龙江医学,2023,47(15):1881-1884.
- [6] 徐洪霞,王娟,姚丹,等.中医适宜技术联合共情心理疏导对晚期胃癌患者化疗不良反应及生命质量的影响[J].中国实用护理杂志,2026,42(5):321-328.