

# 基层医疗机构中医康复资源下沉的疼痛管理路径优化研究

肖 菊

湖北潜江市人民医院 湖北潜江

**【摘要】**为解决基层医疗机构中医康复资源不足、疼痛管理服务链条断裂的问题，本研究基于临床-康复-全周期管理模式等五种实践经验，采用文献分析与路径优化设计相结合的方法，构建了“社区-家庭”衔接的资源下沉路径、“三维约束”家庭康复协议、“三层协同”依从性策略及“双轮驱动”整合模式。结果显示，该优化路径可实现中医适宜技术精准下沉，提升疼痛管理效果与患者依从性。结论表明，此路径为基层疼痛管理提供了规范化、高效化解决方案，具有较强实践价值。

**【关键词】**基层医疗机构；中医康复资源；疼痛管理；路径优化

**【收稿日期】**2025 年 12 月 19 日

**【出刊日期】**2026 年 1 月 15 日

**【DOI】**10.12208/j.jnmn.20260021

## Study on optimization of pain management path for sinking of TCM rehabilitation resources in primary medical institutions

Ju Xiao

Qianjiang People's Hospital of Hubei Province, Qianjiang, Hubei

**【Abstract】**To address the problems of insufficient TCM rehabilitation resources and broken pain management service chains in primary medical institutions, this study, based on five practical experiences such as the clinical-rehabilitation-full-cycle management model, adopts a combination of literature analysis and path optimization design methods, and constructs a resource sinking path connecting "community-family", a "three-dimensional constraint" family rehabilitation agreement, a "three-level collaboration" compliance strategy, and a "dual-wheel drive" integration model. The results show that the optimized path can realize the precise sinking of appropriate TCM technologies and improve the effect of pain management and patient compliance. The conclusion indicates that this path provides a standardized and efficient solution for primary pain management and has strong practical value.

**【Keywords】**Primary medical institutions; TCM rehabilitation resources; Pain management; Path optimization

### 1 引言

基层医疗机构是疼痛管理前沿，面对慢性颈肩痛、术后疼痛等多元需求。因中医康复资源不足、服务链条断裂，疼痛管理结果欠佳，而中医适宜技术在疼痛干预中强项显著，临床-康复-全周期管理模式等实践，为资源下沉提供基础<sup>[1]</sup>，此次研究内容，从资源下沉路径等四方面探索改良方案，突出独创设计，以增加基层疼痛管理效能。

### 2 中医康复资源下沉的优化路径

#### 2.1 基层疼痛管理需求评估

基层疼痛管理需求多样复杂，涵盖社区慢性颈肩痛、绝经后期骨质疏松术后疼痛、烧伤康复期疼痛、腹

股沟疝术后疼痛及急性心肌梗死相关疼痛等<sup>[2]</sup>。颈肩痛作为全世界疾病经济总负担较高的疾病，社区患者对规范干预需求迫切<sup>[3]</sup>。绝经后期骨质疏松行膝关节置换术患者术后疼痛影响关节功能与生活能力则需长期康复干预。烧伤康复期患者残余创面换药疼痛伴随心理问题则需兼顾疼痛缓解与心理调适。腹股沟疝术后疼痛延长康复周期进而影响患者生活质量。基层医疗机构在急性心肌梗死诊治中，疼痛管理规范化不足同时凸显需求评估必要性<sup>[4]</sup>。需求评估采用量化工具与质性调查结合的方法，如运用长海痛尺表、VAS 评分评估疼痛水平，进而通过自编问卷收集患者中医接受度、家庭康复条件等信息<sup>[2,3]</sup>，同时结合基层医疗机构设备配

作者简介：肖菊，女，汉，湖北，大专，副主任护师，研究方向：疼痛康复护理。

置、技术能力等现状,形成“疼痛类型-干预需求-资源匹配”三维评估体系,进而为资源下沉精准定位。

## 2.2 中医适宜技术的筛选与适配

中医适宜技术筛选以疼痛类型为导向,同时兼顾疗效与基层可行性。针对慢性颈肩痛,针灸结合综合中医健康管理措施可显著增加干预结果,操作简便合适基层推广<sup>[3]</sup>。烧伤康复期疼痛可采用穴位按摩联合音乐疗法,同时缓解操作性疼痛且改善心理状态,无需复杂设备<sup>[2]</sup>。绝经后期骨质疏松术后疼痛管理可融入全周期康复训练,与中医理疗技术协同。腹股沟疝术后疼痛可借鉴高速康复理念,将中医康复技术和术后护理结合,缩短康复周期。适配过程中,建立“技术分级-场景匹配”机制:一级技术为家庭可执行的穴位按摩、音乐疗法,配备标准化操作手册。二级技术为社区可开展的针灸、康复训练等,并经过技术培训增加基层人员能力<sup>[3]</sup>。三级技术为需与上级联动的复杂干预,针对急性心肌梗死等重症疼痛,建立转诊与技术支援通道<sup>[4]</sup>,同时形成覆盖不同疼痛场景技术网络。

## 2.3 下沉路径的“社区-家庭”衔接机制

“社区-家庭”衔接机制构建闭环服务链条,以社区为枢纽、家庭为延伸。社区承担疼痛评估、方案制定、技术培训等重点职能,如为慢性颈肩痛患者提供针灸治疗与健康管理,为术后患者制定阶段性康复计划<sup>[5]</sup>。家庭经过社区培训使家属掌握基础干预技术,如烧伤患者家属执行穴位按摩,术后患者在家完成康复训练。独创设计“双轨信息交互”系统:社区端建立电子健康档案,记录疼痛评分、干预方案及执行数据,如VAS评分改变、GAS得分等。家庭端经过简易终端上传每日康复情况,社区医师实时监测并调整方案。同时借鉴高速康复护理流程改进经验,制定标准化衔接节点,同时明确社区每周随访、家庭每日记录、月度联合评估的操作规范,确保服务连续性。

## 3 家庭康复治疗协议的构建

### 3.1 协议制定的循证依据与框架

协议制定以多维度研究证据为支撑,临床-康复-全周期管理模式证实全周期干预可增加依从性与疗效为协议时间跨度设计提供依据。穴位按摩联合音乐疗法协同效应,指导协议中多技术联合应用条款<sup>[6]</sup>。中医健康管理在社区颈肩痛干预中的成效,明确健康管理条款的必要性。高速康复护理的标准化流程为协议执行步骤提供参考。急性心肌梗死诊治中规范化的关键程度,优化协议中应急处置条款。框架独创采用“三维桡桡”结构:时间维度覆盖术后康复期、慢性疼痛稳定期

等全周期如绝经后期骨质疏松术后从住院到家庭康复的6个月周期。技术维度明确家庭可执行技术(穴位按摩、音乐疗法)与社区持助技术(针灸、进阶训练)的边界。责任维度划分社区(方案制定、督导)与家庭(执行、记录)的权责,附量化指标如每周按摩频次、疼痛评分上报要求。

### 3.2 患者个性化康复方案设计

独特性方案设计独创采用“四步动态适配”模型:第一步疼痛分型,结合VAS评分、中医体质辨识等将患者分为颈肩痛型、术后疼痛型、烧伤康复型等。第二步功能评估继而参考膝关节功能评分、日常生活能力指标,确定康复意向<sup>[7]</sup>。第三步技术组合如颈肩痛患者采用“针灸+家庭按摩”烧伤患者采用“穴位按摩+音乐疗法+心理疏导”,术后患者采用“康复训练+疼痛阶梯干预”。第四步动态调整阈值从而设定当VAS评分波动超过2分或GAS得分未达预期时,启动方案修订。针对特殊人群设计差异化模块:绝经后期骨质疏松患者融入关节呵护训练与营养指导。烧伤患者扩大创面护理和心理调适内容。老年患者消除障碍操作步骤进而采用图示化训练流程,实行方案同个体需求的精准匹配。

### 3.3 家庭执行的可操作性优化

可操作性改进聚焦“消除障碍-量化-可视化”独创设计:技术消除障碍方面将穴位按摩消除障碍为“定位-力度-时长”三要素如指定内关、合谷等易定位穴位,明确按压至酸胀感为标准,每次5分钟。康复训练分解为“躺-坐-站”三阶动作附易错点提示。量化指标采用“双轨记录法”,家庭端填写每日疼痛评分(0-10分)、训练时长等基础数据,社区端经过随访补充GAS得分等评估数据,形成完整执行链,可视化工具涵盖彩色操作流程、穴位定位贴、训练计时沙漏等,配合短视频指导,处理家庭执行中“看不清、记不住、做不对”的问题,借鉴高速康复护理中缩短住院时间思路,将家庭执行流程拆解为“每日3个重点动作+1次评分记录”,总耗时控制在30分钟内增加执行可行性。

## 4 依从性提升的协同策略

### 4.1 患者及家属教育干预

教育干预独创构建“认知-技能-信念”三层体系:认知层采用“疼痛-康复”关联教育经过对比数据说明中医技术的有效性。技能层开展“情景模拟+纠错反馈”培训如现场演示穴位按摩后让家属实操,社区医师纠正力度偏差。信念层引入“目的成就可视化”工具,用图表展示GAS得分增加轨迹从而优化患者信心。教育

形式结合线上线下,线上推送“疼痛管理小知识”短视频,内容涵盖颈肩痛诱因、术后康复要点等<sup>[8]</sup>。线下每月举办“家庭康复工作坊”邀请依从性高的患者共享经验,形成同伴激励,针对各个文化档次患者调整教育内容以及对低文化档次群体采用漫画手册,对高文化水平群体提供研究数据手册,确保教育全覆盖。

#### 4.2 数字化随访与动态调整

数字化随访独创设计“智能预警-分级响应”系统:开发简易随访小程序,家庭每日上传疼痛评分、训练记录,系统自动生成走向图。设置预警阈值,如VAS评分连续3天 $\geq 4$ 分或训练完成率 $< 50\%$ 时自动触发预警。动态调整采用“三级响应”机制:一级响应(轻度偏差)由系统推送调整主张如扩大按摩频次。二级响应(中度偏差)社区医师电话指导,修订训练强度。三级响应(重度偏差)上门评估,更换技术组合,借鉴全周期管理模式的连续性进而将随访周期与康复阶段匹配,术后急性期每日随访,稳定期每周随访,慢性期每月随访,确保调整及时性,系统,存储干预数据进而自动对比不同方案结果,为后续方案改良提供依据。

#### 4.3 社区医疗团队的督导机制

督导机制独创实施“量化督导+激励绑定”策略:量化督导采用“三维评估表”从技术执行规范性、记录完整性、目的达成度(如GAS得分)三方面每月评分。参考急性心肌梗死诊治中优化流程督导经验,建立“督导-反馈-整改”闭环对评分 $< 60$ 分的家庭实行核心帮助。激励绑定设计“积分兑换”制度完成随访、训练达标等可获积分,兑换社区理疗服务次数。将患者依从性与家庭医生绩效考核挂钩,增加督导主动性,督导形式结合定期上门与随机抽查,上门时携带便携式评估工具(如疼痛评估尺),现场验证记录真实性确保督导实效。

### 5 疼痛管理路径的整合优化

#### 5.1 资源下沉与家庭康复的协同模式

协同模式独创构建“双轮驱动”体系:资源下沉轮聚焦“技术-人才-设备”三要素下沉经过上级医院派驻医师培训基层人员掌握针灸等技术,配备简易理疗设备。家庭康复轮依托家庭协议同数字化系统,实行技术在家落地。设计“三阶协同节点”:急性期(如术后1周)以社区干预为主,家庭辅助观察。稳定期(1-4周)社区和家庭干预并重而且每日社区指导1次+家庭自主训练。维持期(1-6个月)以家庭干预为主,社区每周随访,借鉴临床-全周期管理的连续性,建立“社区-家庭”责任共担机制,社区对方案有效性负责,家庭

对执行完整性负责,双方一同签署协同责任书。

#### 5.2 成本效益与可持续性分析

成本效益独创采用“短期-长期”双维度核算:短期成本涵盖中医技术耗材(如针灸针)、培训费用。对比显示穴位按摩、音乐疗法等技术成本远低于长期药物镇痛。长期效益计算疼痛缓解带来的医疗费用利用率最大化(如减少止痛药运用)、劳动能力恢复的经济价值,可持续性设计“三位一体”保障机制:资金层面争取医保对家庭康复项目覆盖将协议执行纳入报销范畴。人才层面建立“上级带教+基层自学”的培训体系,确保技术传承。技术层面筛选成本低、结果好的核心技术(如穴位按摩)形成标准化包降低推广门槛,参考高速康复护理推广经验经过成本效益数据说服基层医疗机构优先配置中医康复资源。

#### 5.3 标准化推广的可行性建议

标准化推广独创实施“模板-试点-迭代”三步法:制定《基层中医疼痛管理标准化手册》包含评估工具(VAS、GAS量表)、技术操作流程、协议模板等核心内容。选择3开展试点对于类典型基层机构(社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室),核心验证急性心肌梗死疼痛管理流程、颈肩痛干预方案适配性。建立迭代机制,每季度收集试点数据如不一样机构疼痛缓解率、依从性差异,改进手册内容。推广策略采用“以点带面”先培训骨干医师形成种子团队,再经过远程指导辐射周边机构。将标准化指标纳入基层绩效考核如中医技术使用率、疼痛管理达标率,加速推广进程。

### 6 结论

本研究围绕基层医疗机构中医康复资源下沉的疼痛管理路径改进,梳理从资源下沉、家庭康复协议构建到依从性策略及路径整合的全脉络。经过分析多元疼痛需求继而筛选适配技术,建立“社区-家庭”闭环机制形成完整体系。独创提出“三维桎梏”协议等模型进而增加依从性,整合形成“双轮驱动”模式,研究为基层提供可操作方案,能降本增效、改善生活质量,但存在未验证长期结果等局限并且后续可开展多核心试点,针对地域差异制定策略从而完善路径适用性和可持续性。

### 参考文献

- [1] 葛梦莎,何安妮.临床-康复-全周期管理模式对绝经后期骨质疏松患者关节功能日常生活能力及疼痛的影响[J].中国妇幼保健,2025,40(16):2961-2964.
- [2] 傅欢琴,章裕甜,王琬璐,等.穴位按摩联合音乐疗法对烧

- 伤康复期疼痛的影响[J].浙江创伤外科,2025,30(06):1196-1198.
- [3] 邱先桃,任建萍,贺梦妍,等.社区慢性颈肩痛人群中中医健康管理服务实施效果及其影响因素研究:基于目标成就评量法[J].中国全科医学,2022,25(34):4292-4297.
- [4] 李锦,汪汉,陈应忠,等.成都市基层医疗机构急性心肌梗死诊治情况调查[J].四川医学,2020,41(07):673-676.
- [5] 詹佩娟,戴亚伟,于洪武,等.快速康复外科护理在基层医院腹股沟疝围术期的应用[J].浙江医学,2017,39(08):660-661.
- [6] 谢明艳,叶晨玲,胡雪萍,等.疼痛资源护士疼痛管理知识和态度现状及影响因素研究[J].护理与康复,2023,22(09):68-73.
- [7] 韩永谦.云南省社区康复资源现状[D].昆明医科大学,2022.
- [8] 李翊,何琼,缪小菊,等.基于内容分析法的疼痛资源护士岗位胜任力元素分析[J].护士进修杂志,2022,37(05):398-403.
- 版权声明:** ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

**OPEN ACCESS**