

# 心理护理联合疼痛专科护理对带状疱疹后遗神经痛患者的影响

江游

浏阳市集里医院(浏阳市眼科医院), 湖南长沙, 410300;

**摘要:** 目的: 探究心理护理联合疼痛专科护理对带状疱疹后遗神经痛患者的影响。方法: 选取2024年1月-2024年12月本院收治的带状疱疹后遗神经痛患者60例进行研究, 采取随机式分组纳入各组30例, 对照组行常规+心理护理模式, 观察组行心理护理+疼痛专科护理模式。对比护理前后患者的疼痛频率变化; 对比护理前后患者视觉模拟疼痛量表(VAS)及匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)差异; 统计汉密尔顿焦虑、抑郁量表(HAMA、HAM-D)下患者数据。结果: 护理后观察组疼痛频率减弱, 观察组疼痛状况减弱且睡眠质量改善明显, 护理后观察组的HAMA、HAM-D指数均低于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 带状疱疹后遗神经痛经由疼痛专科护理缓解痛楚并在心理干预下更快速的推进治疗进程, 使得患者疼痛状况明显好转, 具有显著止痛作用。

**关键词:** 心理护理; 疼痛专科护理; 带状疱疹后遗神经痛

DOI:10.69979/3029-2808.25.06.021

带状疱疹后遗神经痛(PHN)是带状疱疹最常见的并发症, 患者普遍痛苦难忍。随着医学模式从单纯生物医学向生物-心理-社会医学模式转变, 临床护理对PHN患者的关注不再局限于疼痛症状本身。PHN患者因长期遭受疼痛折磨, 睡眠与日常生活严重受限, 极易出现焦虑、抑郁等负面情绪, 这些不良心理状态又会反向增强疼痛感知<sup>[1]</sup>。传统护理往往侧重疼痛的生理层面缓解, 对患者心理问题重视不足。心理护理联合疼痛专科护理的干预模式应运而生。心理护理通过专业的心理疏导、认知行为疗法等, 帮助患者调整心态, 改善负面情绪<sup>[2]</sup>; 疼痛专科护理凭借评估疼痛程度、选择合适止痛方法等专业手段, 精准缓解疼痛。二者结合, 有望打破疼痛与心理问题的恶性循环, 全面提升患者生活质量, 为临床治疗提供有力支持。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024年1月-2024年12月本院收治的带状疱疹后遗神经痛患者60例进行研究, 采取随机式分组纳入各组30例, 对照组行常规+心理护理模式, 对照组: 男性患者16例, 女性患者14例。年龄跨度从48-72岁, 平均年龄约为 $53.80 \pm 7.95$ 岁。观察组行心理护理+疼痛专科护理模式。观察组: 男性患者18例, 女性患者12例。患者年龄分布在45-76岁之间, 平均年

龄为 $57.50 \pm 8.32$ 岁。其他信息无统计差异 $P > 0.05$ , 具有可比性。

纳入条件: 确诊有典型带状疱疹发病史, 皮肤疱疹消退后神经痛持续超1个月; 配合使用视觉模拟评分法(VAS)评估工具, 护理前评分 $\geq 3$ 分, 具备研究观察意义; 无药物过敏或禁忌情况; 患者或家属充分了解研究内容, 签署知情同意书。

排除条件: 由其他疾病引发的神经痛患者; 患有精神分裂症、重度抑郁症等严重精神障碍; 合并心、肝、肾等重要脏器严重功能不全, 无法耐受研究干预者; 近3个月内参与过其他药物、治疗方法临床试验, 可能存在交叉影响的患者。

### 1.2 方法

对照组: 常规联合心理护理模式

常规护理: 密切监测患者生命体征, 观察疱疹部位皮肤状况, 查看有无破损、感染等异常<sup>[3]</sup>。遵医嘱准确给予抗病毒、止痛、营养神经等药物治疗, 告知患者药物的作用、用法及可能出现的不良反应。比如, 使用加巴喷丁止痛时, 提醒患者可能会有嗜睡、头晕等不适, 若症状严重需及时告知医护人员。同时, 为患者提供安静、舒适、整洁的病房环境, 保证充足的休息。根据患者营养状况制定合理饮食计划, 鼓励多摄入富含维生素、蛋白质的食物, 如新鲜蔬果、牛奶、鸡蛋等, 以增强机

体抵抗力<sup>[4]</sup>。

**心理护理：**主动与患者沟通交流，建立良好的护患关系。耐心倾听患者诉说疼痛感受与心理压力，给予理解和安慰。运用通俗易懂的语言向患者讲解带状疱疹后遗神经痛的相关知识，包括病因、治疗过程及预后，帮助患者正确认识疾病，减轻因未知产生的恐惧和焦虑。组织同类型疾病康复较好的患者分享经验，增强患者战胜疾病的信心。当患者出现负面情绪时，指导其运用深呼吸、冥想等放松技巧缓解紧张情绪<sup>[5]</sup>。

**观察组：**心理护理联合疼痛专科护理模式

**心理护理：**采用专业的心理评估工具：汉密尔顿焦虑抑郁量表（HAMA、HAMD），对患者心理状态进行全面、精准评估，并根据评估结果制定个性化心理干预方案。运用认知行为疗法，帮助患者识别并纠正负面认知，引导其以积极的心态看待疾病<sup>[6]</sup>。例如，部分患者因长期疼痛而产生“病情无法治愈”的错误认知，护理人员通过展示成功案例、讲解疾病知识，帮助患者重建康复信心。开展放松训练，如渐进性肌肉松弛训练、音乐疗法等，每天定时进行。在音乐疗法中，根据患者喜好选择舒缓、宁静的音乐，如古典音乐《月光奏鸣曲》等，让患者在音乐中放松身心，缓解疼痛带来的不良情绪。

**疼痛专科护理：**运用视觉模拟评分法（VAS），定时、准确评估患者疼痛程度、性质、发作频率等。根据疼痛评估结果，在医生指导下制定多模式镇痛方案。对于轻度疼痛患者，采用非药物镇痛方法，如经皮神经电刺激（TENS），通过电极片刺激皮肤神经，阻断疼痛信号传导；对于中度疼痛患者，在非药物镇痛基础上，合理使用弱阿片类药物，并配合神经营养药物，如甲钴胺，促进神经修复；重度疼痛患者则需采用强阿片类药物，并严密观察药物不良反应。同时，关注疼痛对患者睡眠、日常生活的影响，指导患者采取舒适体位，减少疼痛刺激。例如，指导患者在休息时使用柔软的抱枕支撑疼痛部位，缓解压力。此外，定期组织疼痛管理知识讲座，向患者及家属普及疼痛管理的重要性和方法，提高患者自我疼痛管理能力，鼓励家属参与患者的疼痛管理过程，给予情感支持和监督<sup>[7]</sup>。

### 1.3 观察指标

对比护理前后患者的疼痛频率变化：本研究患者疼痛频率受其年龄、身体机能以及疼痛耐受力的影响忽略不计，均纳入间歇性疼痛或持续疼痛情况 1-5 次/日的

患者进行观察；

对比护理前后患者视觉模拟疼痛量表（VAS）及匹茨堡睡眠质量指数量表（PSQI）差异：VAS1-10 分，以视觉模拟方式评估三次，取中间值；PSQI0-21 分，分别结合患者主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物使用、日间功能障碍等总评，护理前患者均 >5 分，认为有睡眠质量质量问题。

统计汉密尔顿焦虑、抑郁量表（HAMA、HAMD）下患者数据：HAMA 总分 < 7 分无焦虑症状。7-13 分可能有轻度焦虑；14-20 分提示有中度焦虑，焦虑情绪比较明显，会对患者的日常生活、社交等产生一定干扰；21-28 分属于重度焦虑，患者会有显著的焦虑症状如坐立不安、心慌、呼吸困难等。≥29 分为极重度焦虑。HAMD 类比，≥25 分属于重度抑郁<sup>[7]</sup>。

### 1.4 统计学处理

利用 SPSS20.0 系统展开本次的数据统计和分析，计数资料进行 X<sup>2</sup> 检验，以 t 检验计数资料，以  $\bar{x} \pm s$  表示，两组对比分析具有显著性差异（P<0.05）。

## 2 结果

护理前带状疱疹后遗神经痛患者的疼痛频率（日）无明显差异；护理后观察组带状疱疹后遗神经痛患者日疼痛频率为 1 次、对照组为 3 次（均），观察组疼痛频率减弱，P<0.05。见表 1。

表 1 护理前后带状疱疹后遗神经痛患者的疼痛频率对比

组别	n	护理前	护理后
观察组	30	4.1±2.3	1.5±0.5
对照组	30	4.3±2.2	3.5±1.6
t	-	0.562	3.845
P	-	>0.05	<0.05

护理前带状疱疹后遗神经痛患者的疼痛指数以及疼痛带来的睡眠影响无明显差异，护理后观察组疼痛阈值为 4 分，对照组为 1 分；睡眠障碍阈值观察组为 5 分，对照组为 7 分。观察组疼痛状况减弱且睡眠质量改善明显，P<0.05。见表 2。

组别	n	VAS		PSQI	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	6.74±1.18	4.34±1.27	11.84±1.65	5.13±3.25
对照组	30	6.26±1.44	1.84±1.13	11.13±2.74	7.05±2.11

X <sup>2</sup>	-	0.152	2.956	0.152	2.845
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表2 两组带状疱疹后遗神经痛患者的VAS及PSQI对比

护理前带状疱疹后遗神经痛患者的汉密尔顿焦虑、抑郁量表数据差偏小，护理后观察组的HAMA、HAMD指数均低于对照组，P<0.05。见表3。

表3 两组患者汉密尔顿焦虑、抑郁量表(HAMA、HAMD)数据统计结果

组别	n	时间	HAMA	HAMD
观察组	30	护理前	68.42±6.13	67.84±5.51
		护理后	33.65±4.85	33.57±5.68
对照组	30	护理前	68.13±7.24	68.69±5.25
		护理后	43.14±5.23	41.42±8.34

### 3 讨论

带状疱疹后遗神经痛发病机制较为复杂，主要涉及病毒感染与神经损伤。水痘-带状疱疹病毒初次感染人体后，潜伏在脊髓后根神经节或颅神经感觉神经节内。当机体免疫力下降时，病毒被激活并大量复制，沿神经纤维移行至相应神经支配区域的皮肤，引发带状疱疹。在这一过程中，病毒对神经节和神经纤维造成损伤，导致神经发生炎症、水肿甚至坏死。神经损伤后，神经纤维的正常传导功能被破坏，异位冲动产生，疼痛信号异常传入中枢神经系统，同时，受损神经周围的微环境发生改变，炎症介质和细胞因子释放，进一步敏化神经末梢，降低疼痛阈值，使得患者在皮疹消退后仍长期遭受疼痛折磨<sup>[8]</sup>。

本研究以数据分析证实实施心理护理联合疼痛专科护理十分必要。长期的剧烈疼痛不仅严重影响患者的生理健康，会导致一系列心理问题，如焦虑、抑郁等，而这些负面情绪又会通过神经-内分泌-免疫网络加重疼痛感知，形成恶性循环<sup>[9]</sup>。心理护理通过专业的心理干预，帮助患者调整心态，改善负面情绪，打破这一恶

性循环。疼痛专科护理则运用科学的疼痛评估方法和多模式镇痛方案，精准地缓解疼痛，促进神经修复。

综上所述，针对带状疱疹后遗神经痛需从心理和生理两个层面实施护理，基于疼痛专科护理联合心理干预能有效减轻患者痛苦，提高患者的睡眠质量，进而促进其病情康复，在临床实践中具有较高的实用价值。

### 参考文献

- [1]曹晶晶,贺月芹,陈静,等.疼痛专科护理联合心理干预对带状疱疹后遗神经痛患者负性情绪及生活质量的影响[J].内蒙古医学杂志,2023,55(8):1010-1013.
- [2]张文莉.激励式心理联合疼痛专科护理对带状疱疹神经痛的影响[J].保健文汇,2025,26(2):169-172.
- [3]张卓,秦成,张佩莲,等.中西医结合治疗带状疱疹性肢体运动麻痹1例[J].皮肤病与性病,2024,46(5):338-339.
- [4]梁艳,熊冻,张勇,等.龙葵外敷结合西药治疗带状疱疹的远期疗效观察[J].中国民间疗法,2022,30(22):68-70.
- [5]张晨芳,周萍,胡凤鸣.梅花针联合拔罐治疗带状疱疹的效果观察[J].基层医学论坛,2022,26(8):3.
- [6]陈香郡,陈红,林海凤,等.超声辅助肋间神经阻滞治疗带状疱疹后神经痛的疗效及对患者疼痛应激反应影响分析[J].麻醉安全与质控,2024,6(4):187-190.
- [7]陈万辉,梁艳,李春花,等.电针联合柴胡疏肝散治疗肋肋部带状疱疹后遗神经痛临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(2):109-110.
- [8]方洁,傅华,刘艳敏.磁性服务理念下的疼痛专护模式在顽固性带状疱疹患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(5):37-40.
- [9]孔舒玲,周萍,胡凤鸣.序贯康复护理联合热敏灸疗法在带状疱疹患者中的应用效果[J].齐鲁护理杂志,2023,29(22):59-61.