

疼痛管理路径联合接纳承诺疗法对带状疱疹后神经痛患者的影响

杜靖霞 李亚娇

宁夏医科大学总医院心血管内科 宁夏 银川 750004

摘要: **目的:** 分析疼痛管理路径联合ACT对PHN患者的影响。**方法:** 选取2023年5月-2024年5月本院82例PHN患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组41例,行常规护理,观察组41例,联合疼痛管理路径+ACT,比较两组护理效果。**结果:** 观察组的睡眠/相关康复活动、与他人关系、情绪、步行能力、一般活动和疼痛控制满意度评分均明显高于对照组, VAS、HAMA、HAMD、疼痛频繁程度、疼痛最轻程度和疼痛最重程度评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 给予PHN患者疼痛管理路径+ACT能缓解疼痛和负面心理,可改善日常生活,具有推广价值。

关键词: 疼痛管理路径; 接纳承诺疗法; 带状疱疹后神经痛; 疼痛

HZ皮疹消退后,观察皮损部位,依然存在局部疼痛,短则数月,长达数年,被称之为PHN,疼痛具有自发性,患者出现感觉异常,痛觉或过敏或超敏,既会引发皮肤,也会干扰周围神经^[1]。PHN典型症状为疼痛,或为刺痛,或为灼烧痛,或为锐痛,可能间歇发作,也可能持续发作。因PHN治疗难度大,长时间发作,程度剧烈,常伴有负面情绪,例如紧张、不安等,患者易失眠,自主神经异常,生活质量下降,干扰心理健康。故而临床护理PHN时,要重视疼痛管理^[2]。建立疼痛管理路径,结合患者病情,制定科学、规范护理方案。21世纪初ACT被提出,其属于心理疗法,借助关系框架理论,引用功能语境主义,调节负性情感,树立正确认知,目前有关研究不多。本研究以PHN患者为对象,分析疼痛管理路径+ACT应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年5月-2024年5月本院82例PHN患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组41例,男22例,女19例,年龄为41-76岁,平均年龄(61.25±4.36)岁;观察组41例,男21例,女20例,年龄为42-77岁,平均年龄(61.33±4.32)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 符合PHN诊断标准;能正常交流;意识清晰;病程高于4周;知情同意本次研究。

排除标准: 存在精神障碍;认知障碍;重要脏器功能受损;器质性疾病;精神疾病;无完整资料。

1.2 方法

对照组行常规护理,做好入院宣教,及时分析疼痛

程度,1次/d,讲解镇痛药物效果、使用方法,提供出院指导,引导其健康饮食,提供出院随访。观察组以对照组为基础,联合疼痛管理路径+ACT:

1.2.1 创建干预小组

创建干预小组,评估PHN疼痛情况,筛选主要、常见问题,了解心理特征,制定个体化护理措施,每天1次,每次45-90min,共计6次。ACT包含6项核心内容,结合评估结果,适当调整各项内容顺序,先消除主要问题,制定疼痛管理路径。

1.2.2 入院1d

主要讲解医院环境,介绍有关规章制度,宣传安全知识,同时告诉患者责任护士信息、主管医生信息等;评估患者情绪,了解其心声,给予情绪疏导,面向患者、家属,介绍疼痛管理意义,同时强调管理目标;应用VAS量表,预测疼痛程度;提醒药物知识,告知其注意事项,制作温馨提示牌,将其挂好。围绕宣教知识,建立宣传资料,交给患者、家属,并介绍。

1.2.3 入院2-3d

每次用药后,全程监测患者病情,观察用药反应,提醒注意事项,分析患者认知;讲解药物反应,特别是服药初期;提供按摩服务,观察疼痛部位,进行按摩,控制按压深度,一般约为2cm,每次20min,每天2次,结合患者耐受度,循序渐进;给予药物指导;告诉其疼痛经历,提倡患者讲解自身感受,进行10min,采取隐喻法,讲解ACT知识,进行15min。评价疼痛程度,按照评估结果,制定干预措施,对于0-2分者,可结合其喜好,选择播放电视、音乐、交流聊天等方式,分散其注意力,对于3-5分者,可选择呼吸镇痛法、松弛镇痛法等,

实施心理暗示，教会其叹气、深呼吸等技能，教会患者正念呼吸法，提供正向引导，鼓励其自然呼吸，提醒患者集中意识，感受到其经由呼吸，到达鼻子，然后抵达颈、胸及患者腹部，抵达机体任意部位，鼓励其吸气，逐渐放松，然后吸气，填满整个肺部，舒缓身心，进行10min。提供自控镇痛泵，合理调节按压频率，对于6-10分者，按照医嘱选用药物，可选择口服药物，也可进行肌注、静滴等，监测患者反应，于60min内，评估镇痛作用，在4h内对干预效果进行重复评价。引导患者分离认知，感受疼痛，采取隐喻法，可为患者讲故事，主题为“掉在泥潭里的人”，提醒患者出现负面情绪时，切忌克制，要采取接纳方法，从而有效化解；基于当下时间点，鼓励患者追忆往昔，回顾重大事件，并引导其分享，提供正向引导，令其感受控制情绪过程；另患者默念“我的手臂抬不起来”，然后将手臂抬起，然后告诉其意识可能作假，共计15min。

1.2.4 入院4-7d

了解患者主诉，知晓其需求，评估用药反应，提升患者配合度，加强安全宣教，围绕跌倒、便秘等，加强指导。引导患者体验当下，自如面对疼痛，进行手部正念锻炼，提醒患者观察手部，初始时为手部轮廓，然后监测肌肉运动情况，同时一直和患者交流，鼓励患者描述自身发现，知晓其最感兴趣的点，进行5min。提升患者注意力，令其感受到生活充实且有趣，共计15min。引导患者感受自我，创建病友交流机会，令其相互评价，无论是好的，还是坏的，均在本子上记录好，加深患者认知。为患者讲

故事，主题为“随溪漂流的落叶”，协助患者明确不正确认知，并和其维持一定距离，积极参与社交活动。主题为澄清价值，倡导患者分享自己最重要的事物，寻找目标，建立人生方向。了解患者需求，评估睡眠质量，同时结合疼痛情况、用药反应等，持续改进干预方案。

1.2.5 出院当天

提供指导，介绍疼痛评价方法，进行药物宣教，养成规律、健康作息习惯，。承诺行动，筛选亟须调整的领域，包括环境、健康等；建立SMART目标，积极消除疼痛。给予复诊提示，后续持续随访。

1.3 观察项目和指标

评价情绪和疼痛：用VAS量表，对疼痛进行评判，0-10分^[3]；用HAMA量表，对应焦虑，HAMD量表，对应抑郁，分值越高，程度越高^[4]。评价日常生活情况^[5]：选取APS拟定的结局问卷，涵盖睡眠/相关康复活动、与他人关系、情绪、步行能力和一般活动，均为10分。评价疼痛管理质量^[6]：借助APS制定的评估表，包含疼痛控制满意度、疼痛频繁程度、疼痛最轻程度和疼痛最重程度，均为10分。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据， $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量，行t检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组情绪和疼痛比较

对比VAS、HAMA和HAMD评分，观察组均更低（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组情绪和疼痛比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	VAS (分)		HAMA (分)		HAMD (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	7.17±1.47	2.14±0.25 ^a	21.65±4.73	11.43±1.14 ^a	20.36±3.31	10.17±1.21 ^a
对照组	41	7.21±1.39	3.24±0.31 ^a	21.67±4.70	16.26±1.35 ^a	20.42±3.29	14.55±1.36 ^a
t	/	0.127	17.686	0.019	17.503	0.082	15.407
P	/	0.900	0.000	0.985	0.000	0.935	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组日常生活情况比较

对比睡眠/相关康复活动、与他人关系、情绪、步行

能力和一般活动评分，观察组均更低（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组日常生活情况比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	睡眠/相关康复活动 (分)	与他人关系 (分)	情绪 (分)	步行能力 (分)	一般活动 (分)
观察组	41	2.43±0.21	1.48±0.25	3.05±0.24	1.02±0.21	3.87±1.02
对照组	41	4.71±0.34	3.32±0.23	5.93±0.35	3.82±0.36	5.13±1.24
t	/	36.532	34.682	43.454	43.018	5.025
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组疼痛管理质量比较

观察组的疼痛控制满意度评分明显高于对照组,疼痛频繁程度、疼痛最轻程度和疼痛最重程度评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组疼痛管理质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	疼痛控制 满意度 (分)	疼痛频 繁程度 (分)	疼痛最 轻程度 (分)	疼痛最 重程度 (分)
观察组	41	9.71±1.25	2.43±0.26	3.11±0.26	4.25±0.21
对照组	41	5.36±1.10	6.47±1.14	7.23±0.34	8.15±0.24
<i>t</i>	/	16.728	22.124	61.635	78.306
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

PHN较为常见,神经出现病理性疼痛,具有复杂发病机制,疼痛性质多,包括针刺样、刀割样等,皮肤痛觉敏感,同时存在紧缩感、瘙痒感等,疾病顽固,治疗困难^[7]。临床应加强护理,及时缓解疼痛,改善不良心理^[8]。

建立疼痛管理路径,制定规范管理措施,加强患者管理技能,提高工作效率,介绍疼痛发生机制,教会患者处理方式,提升心理适应能力,尽量缩小实际和期望之间的落差,调动患者积极性^[9]。采取ACT,因PHN疼痛剧烈,无规律可循,PHN发作时患者常伴有负面情绪,例如激惹、抑郁和精神紧张等,实施ACT法,其开展基础为认知行为疗法,渗透东方哲学,借助多元化技术,调动患者性质,丰富其生活。ACT共包含6个核心项目,相互联系,相互促进,可增加心理灵活性^[10]。研究结果显示和对照组比,观察组的疼痛控制满意度评分更高,观察组的疼痛频繁程度、疼痛最轻程度、疼痛最重程度、VAS、HAMA和HAMD评分均更低 ($P < 0.05$),表示两种技术结合,可减轻疼痛,缓解负面心理。观察组的睡眠/相关康复活动、与他人关系、情绪、步行能力和一般活动评分均更低 ($P < 0.05$),将两种技术联合,能增加患者认知,可以放松身心,减轻PHN给生活带来的影响。说明采取两种方式可以提升PHN预后。

综上所述,给予PHN患者疼痛管理路径+ACT能缓解疼痛和负面心理,可改善日常生活,具有推广价值。

参考文献

- [1]林蕊,杨敬随,高宁,徐国防.老年带状疱疹后遗神经痛患者药物治疗期间实施全程疼痛护理管理的干预效果[J].中国药物滥用防治杂志,2024,30(1):27-29+33.
- [2]马丽蓓.疼痛管理联合心理支持改善老年带状疱疹后遗神经痛患者情绪及睡眠质量效果分析[J].河南外科学杂志,2022,28(6):139-141.
- [3]张瑞,刘彦朋,李媛,李蕾,温暖,韩笑笑.带状疱疹后神经痛患者疼痛信念的质性研究[J].中国医药科学,2023,13(22):141-145.
- [4]张萍珍,吴桂琴.疼痛管理路径联合接纳承诺疗法对带状疱疹后神经痛患者的影响[J].当代护士(中旬刊),2023,30(1):40-45.
- [5]李献萍,杨光宇,贾红影.ACT干预对带状疱疹后遗神经痛患者疼痛心理状态及护理满意度的影响[J].临床心身疾病杂志,2023,29(3):133-137.
- [6]唐晓燕,张瑶,高艳芹.全方位疼痛管理模式在带状疱疹后神经痛患者中的应用[J].临床医学工程,2023,30(8):1119-1120.
- [7]耿慧,杨支兰,段丽珍,曹晓霞,刘顺芳,延芝丽,刘星宇.老年带状疱疹后神经痛疼痛护理管理的最佳证据汇总分析[J].护理实践与研究,2023,20(17):2596-2603.
- [8]林梅,李丽春,刘竹惠.人文关怀护理在带状疱疹后遗神经痛患者护理中的应用效果[J].中国社区医师,2023,39(29):140-142.
- [9]郭晓丽,张丽,张敏敏,戴学慧,马建云,孙运中,张赢.互联网在带状疱疹后神经痛病人延续性护理中的应用进展[J].中国疼痛医学杂志,2023,29(10):779-782.
- [10]肖雯,黄春萍.接纳承诺疗法联合疼痛护理路径在带状疱疹后神经痛患者中的应用研究[J].当代护士(下旬刊),2022,29(6):130-133.