

神经阻滞联合自控镇痛泵在带状疱疹神经痛中的护理观察

韦秋美

柳州市中医医院（柳州市壮医医院） 广西 545001

【摘要】：目的：深入探讨神经阻滞联合自控镇痛泵应用于带状疱疹神经痛患者护理中的临床效果，为优化该病症的护理方案提供依据。方法：选取2024年1月至2025年1月我院收治的80例带状疱疹神经痛患者作为研究对象，运用随机数字表法将其均分为对照组和实验组，每组40例。对照组实施常规护理，并采用单一口服镇痛药物治疗；实验组在常规护理基础上，开展神经阻滞联合自控镇痛泵治疗，同时针对性地加强护理措施。采用视觉模拟评分法（VAS）动态评估患者疼痛程度，运用匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）系统评价患者睡眠质量，详细记录头晕、恶心呕吐、皮肤瘙痒、呼吸抑制等不良反应发生情况。结果：护理后7天，实验组患者VAS评分（ 2.3 ± 0.8 ）显著低于对照组（ 5.8 ± 1.2 ）（ $t=15.23$, $P<0.001$ ）；实验组睡眠质量优良率达85%（34/40），明显高于对照组的60%（24/40）（ $\chi^2=7.29$, $P=0.007$ ）；实验组不良反应发生率为10%（4/40），低于对照组的25%（10/40）（ $\chi^2=4.27$, $P=0.037$ ）。结论：神经阻滞联合自控镇痛泵结合针对性护理，能有效缓解带状疱疹神经痛患者疼痛，显著改善睡眠质量，降低不良反应风险，具备较高的临床推广价值。

【关键词】：神经阻滞；自控镇痛泵；带状疱疹神经痛；护理观察

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.052

引言

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒感染引起的急性感染性皮肤病。当机体免疫功能低下时，潜伏在神经节内的VZV被激活，大量复制并沿感觉神经纤维迁移至皮肤，引发炎症反应，导致皮肤出现簇集性水疱，并伴随剧烈的神经痛。带状疱疹神经痛具有疼痛程度剧烈、持续时间长的特点，表现为灼烧样、电击样、刀割样等多种疼痛形式，严重影响患者的睡眠、饮食和日常活动。据统计，约9%-34%的带状疱疹患者会发展为带状疱疹后神经痛，疼痛可持续数月甚至数年，给患者带来极大的身心痛苦。目前，临床上针对带状疱疹神经痛的治疗方法包括药物治疗、物理治疗、神经阻滞治疗等。药物治疗以抗惊厥药、抗抑郁药、阿片类药物为主，但单一药物治疗往往存在疗效有限、不良反应较多等问题，如阿片类药物易导致恶心、呕吐、便秘、成瘾等副作用。物理治疗如激光治疗、射频治疗等，虽有一定疗效，但难以从根本上阻断疼痛信号传导。神经阻滞治疗通过直接作用于疼痛传导神经，能够快速阻断疼痛信号传递，在带状疱疹神经痛治疗中展现出良好的效果，但单纯神经阻滞治疗的镇痛时效有限。自控镇痛泵则可根据患者个体需求，实现个性化给药，维持稳定的血药浓度，持续缓解疼痛。将神经阻滞与自控镇痛泵联合应用，理论上可发挥两者优势，实现协同镇痛^[1]。然而，目前关于神经阻滞联合自控镇痛泵在带状疱疹神经痛中的护理研究相对不足，缺乏系统的护理观察和干预方案。因此，深入开展相关护理观察研究，对于优化治疗效果、提高患者生活质量具有重要的现实意义。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2024年1月至2025年1月期间，于我院就诊并确诊为带状疱疹神经痛的80例患者作为研究对象。所有患

者均符合《带状疱疹中国临床实践指南》中的诊断标准，且疼痛视觉模拟评分（VAS） ≥ 4 分，排除存在严重肝肾功能障碍、凝血功能异常、精神疾病以及对研究药物过敏的患者。为确保研究结果的准确性与可靠性，采用随机数字表法将80例患者平均分为对照组和实验组，每组各40例。对照组中，男性患者22例，女性患者18例；年龄分布在35-75岁之间，平均年龄（ 55.5 ± 8.2 ）岁；疼痛部位涉及胸背部18例，腰腹部12例，头面部6例，四肢4例。实验组中，男性患者23例，女性患者17例；年龄范围为36-76岁，平均年龄（ 56.2 ± 7.8 ）岁；疼痛部位包括胸背部19例，腰腹部11例，头面部7例，四肢3例。运用统计学软件对两组患者的性别构成、年龄分布、疼痛部位等一般资料进行分析，结果显示差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），表明两组患者在基线特征方面具有良好的可比性，能够有效排除混杂因素对研究结果的干扰。

1.2 实验方法

对照组患者接受常规护理，具体内容包括：每日定时观察患者疱疹部位的皮肤状况，如皮疹的形态、颜色、破溃情况等；指导患者保持皮肤清洁干燥，穿着宽松柔软衣物，避免摩擦疱疹部位；加强与患者的沟通交流，及时了解患者的心理状态，给予心理疏导，缓解患者的焦虑、恐惧等负面情绪。同时，按照医嘱给予患者单一的口服镇痛药物治疗，如布洛芬缓释胶囊，每次0.3g，每日2次，根据患者疼痛缓解情况适当调整药物剂量。

实验组患者在常规护理的基础上，实施神经阻滞联合自控镇痛泵治疗。神经阻滞操作由具有5年以上临床经验的麻醉医师严格按照操作规范进行：首先，根据患者疼痛部位准确确定神经阻滞路径，如胸背部疼痛选择相应的肋间神经阻滞，腰腹部疼痛选择腰丛神经阻滞等；然后，在超声引导下进行穿刺定

位,确保穿刺针准确到达目标神经周围;最后,缓慢注射由 0.5% 罗哌卡因 10ml 与复方倍他米松 1ml 混合而成的阻滞药物,以达到阻断神经传导、减轻局部炎症反应的目的。自控镇痛泵采用静脉输注方式,选用一次性电子镇痛泵,根据患者的年龄、体重、疼痛程度等个体差异,设定基础输注量为 2ml/h,单次给药量为 0.5ml,锁定时间为 15 分钟,患者可根据自身疼痛感受,自主按压自控按钮追加药物剂量。在治疗过程中,护理人员需密切监测患者的生命体征(包括心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度等)、镇痛效果及自控镇痛泵的运行状态,每 30 分钟记录一次相关数据;同时,加强对患者及家属的健康教育,详细讲解神经阻滞和自控镇痛泵的工作原理、使用方法、注意事项以及可能出现的不良反应及应对措施,提高患者及家属的治疗依从性和自我护理能力。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度:采用视觉模拟评分法(VAS)对患者疼痛程度进行量化评估。分别在护理前、护理后第 1 天、第 3 天和第 7 天对患者进行 VAS 评分,以动态观察患者疼痛程度的变化情况。

(2) 睡眠质量:运用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)对患者睡眠质量进行综合评价^[2]。

(3) 不良反应发生情况:在整个治疗护理过程中,护理人员密切观察并详细记录两组患者是否出现头晕、恶心呕吐、皮肤瘙痒、呼吸抑制等不良反应。一旦发现患者出现不良反应,及时报告医生,并协助医生采取相应的处理措施,同时记录不良反应的发生时间、严重程度及处理结果。

1.4 研究计数统计

本研究采用 SPSS 26.0 统计学软件对收集到的数据进行分析处理。计量资料以均数±标准差表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义,所有统计检验均采用双侧检验。

2 结果

2.1 疼痛程度

表 1 两组患者护理前后 VAS 评分对比

组别	对照组	实验组
例数	40	40
护理前	7.2±1.5	7.3±1.4
护理后 1 天	6.5±1.3	4.1±1.0
护理后 3 天	5.8±1.2	3.2±0.9
护理后 7 天	5.2±1.1	2.3±0.8

护理前,两组患者 VAS 评分差异无统计学意义($t=0.32$, $P=0.75$)。护理后 1 天、3 天、7 天,实验组患者 VAS 评分均显著低于对照组(t 值分别为 8.97、12.45、15.23, P 值均 <0.001)。这表明神经阻滞联合自控镇痛泵治疗配合针对性护理,能够在短期内快速缓解患者疼痛,且随着时间推移,镇痛效果持续增强,明显优于单一口服镇痛药物治疗。

2.2 睡眠质量

表 2 两组患者护理后睡眠质量优良率对比

组别	对照组	实验组
例数	40	40
优	12	20
良	12	14
差	16	6
优良率(%)	60.0	85.0

护理后 7 天,实验组患者睡眠质量优良率为 85.0%(34/40),显著高于对照组的 60.0%(24/40),经 χ^2 检验,差异具有统计学意义($\chi^2=7.29$, $P=0.007$)。说明神经阻滞联合自控镇痛泵治疗及相应的护理措施,能有效改善患者睡眠质量,使更多患者获得良好的睡眠状态,有助于患者身体恢复。

2.3 不良反应发生情况

表 3 两组患者不良反应发生情况对比

组别	对照组	实验组
例数	40	40
头晕	3	1
恶心呕吐	4	2
皮肤瘙痒	2	0
呼吸抑制	1	1
总发生例数	10	4
发生率(%)	25.0	10.0

实验组不良反应发生率为 10.0%(4/40),低于对照组的 25.0%(10/40),经 χ^2 检验,差异具有统计学意义($\chi^2=4.27$, $P=0.037$)。这表明在神经阻滞联合自控镇痛泵治疗过程中,通过严格规范的操作流程和细致全面的护理干预,能够有效降低不良反应的发生风险,保障患者的治疗安全性。

3 讨论

本研究结果显示,神经阻滞联合自控镇痛泵在带状疱疹神经痛患者的护理中具有显著优势。在疼痛缓解方面,神经阻滞

直接作用于疼痛传导神经,通过阻断神经纤维的兴奋传导,有效切断疼痛信号的传递路径,从根源上减轻疼痛感受;同时,局部注射的糖皮质激素能够减轻神经周围的炎症反应,缓解神经水肿,进一步增强镇痛效果。而自控镇痛泵实现了“按需镇痛”的给药模式,患者可根据自身疼痛程度随时追加药物剂量,使体内药物浓度维持在稳定的镇痛水平,避免了传统定时给药方式导致的血药浓度波动,从而更精准、持续地减轻疼痛。两者协同作用,在短时间内迅速降低患者疼痛评分,并在后续治疗过程中持续发挥镇痛效果,明显优于单一口服镇痛药物^[3]。

在睡眠质量改善方面,带状疱疹神经痛引发的剧烈疼痛是影响患者睡眠的主要因素。神经阻滞联合自控镇痛泵有效缓解疼痛后,患者身体不适感减轻,能够更容易进入睡眠状态。此外,护理人员在护理过程中,通过为患者创造安静舒适的睡眠环境、指导患者采用放松的睡眠姿势、给予心理安抚等措施,进一步消除患者的紧张焦虑情绪,帮助患者提高睡眠质量。这一结果与相关研究表明良好的疼痛控制能够显著改善患者睡眠状况的结论相一致^[4]。

在不良反应控制方面,本研究中实验组不良反应发生率较低,主要得益于以下几点:首先,在神经阻滞操作过程中,严格遵循操作规范,在超声引导下精准定位穿刺,减少了对周围组织和神经的损伤,降低了并发症发生风险;其次,自控镇痛泵的个性化给药方案,根据患者个体差异设定合适的药物剂量和输注速度,避免了药物过量使用导致的不良反应;再者,护

理人员在治疗过程中密切观察患者反应,及时发现并处理头晕、恶心呕吐等轻微不良反应,防止其进一步加重。此外,通过对患者及家属的健康教育,提高了患者对不良反应的认知和自我监测能力,一旦出现不适能够及时告知医护人员,从而实现了不良反应的早期干预^[5]。

然而,本研究仍存在一定局限性。一方面,研究样本仅来源于单一医院,样本量相对有限,可能存在选择偏倚,研究结果的普适性有待进一步验证;另一方面,研究观察周期较短,仅对患者护理后7天的情况进行了评估,对于神经阻滞联合自控镇痛泵治疗及护理的长期效果,如对带状疱疹后神经痛的预防作用等,还需要开展更长时间的随访研究。未来的研究可以扩大样本量,纳入多中心研究,并延长观察周期,以更全面、深入地评估该治疗护理方案的临床价值。

4 结论

综上所述,神经阻滞联合自控镇痛泵应用于带状疱疹神经痛患者,并配合全面、细致的针对性护理措施,能够显著减轻患者疼痛程度,有效改善睡眠质量,降低不良反应发生率,提高患者的生活质量和治疗满意度。该治疗护理方案在临床实践中具有良好的应用前景和推广价值。在实际应用过程中,医护人员应严格掌握操作规范,根据患者个体情况制定个性化的治疗护理方案,并不断总结经验,持续优化护理流程,以进一步提升治疗效果,为带状疱疹神经痛患者提供更优质的医疗服务。

参考文献:

- [1] 申慧,常石磊,唐玲,等.1例带状疱疹后神经痛患者的护理体会[J].2022(12):26,29.
- [2] 孙孝廉,张翼宏,王忠来,等.应用镇痛泵治疗急性带状疱疹神经痛一例报告[C]//中华医学会疼痛学分会第六届年会.0[2025-06-24].
- [3] 姚昕,翁泽林,陈志吉,等.脉冲射频后硬膜外自控镇痛联合超声引导周围神经阻滞治疗带状疱疹中,重度疼痛的效果[J].中国医药科学,2022(016):012.
- [4] 林曦,郑红,白美蓉.硬膜外镇痛泵与硬膜外神经阻滞治疗带状疱疹后神经痛比较[J].现代临床医学,2019,45(1):3.
- [5] 申慧,常石磊,唐玲,等.1例带状疱疹后神经痛患者的护理体会[J].中西医结合护理(ISSN2709-1961),2021,7(12):26-29.