

T/HBAS

湖北省标准化学会团体标准

T/HBAS
2026—XXXX

带状疱疹后神经痛全程随访管理规范

Management Specification for Whole-course Follow-up of Postherpetic Neuralgia

(征求意见稿)

XXXX-XX-XX发布

XXXX-XX-XX实施

目 次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 随访管理基本要求 2

5 随访对象与形式 2

6 随访时机与分层频次 3

7 随访评估内容 4

8 随访分级处置 5

9 用药安全随访管理 6

10 心理干预与康复指导 7

11 双向转诊 8

12 随访档案、失访与终止 9

附录A（资料性） 带状疱疹后神经痛（PHN）随访记录表 11

附录B（资料性） PHQ- 9 患者健康问卷—抑郁筛查量表 14

附录C（资料性） 带状疱疹后神经痛（PHN）随访流程图 15

附录D（资料性） 带状疱疹后神经痛（PHN）患者健康教育要点 16

参考文献 20

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由湖北省第三人民医院提出。

本文件由湖北省预防医学会归口。

本文件起草单位：湖北省第三人民医院等。

本文件主要起草人：杨庆红等。

引 言

带状疱疹后神经痛（postherpetic neuralgia, PHN）是带状疱疹最常见的并发症，定义为带状疱疹皮疹愈合后1个月后仍存在的疼痛。PHN多见于老年及免疫功能低下人群，疼痛剧烈、持续时间长，常伴随睡眠障碍、焦虑抑郁等身心问题，严重影响患者生活质量，给家庭和社会带来沉重的经济负担。当前，PHN的临床诊疗已有多部指南和专家共识予以规范，但针对PHN患者的全程随访管理尚缺乏统一的标准和规范。临床实践中普遍存在随访时机不统一、随访内容不规范、失访率高、用药安全监测不足、心理干预缺失等问题。为规范PHN患者的全程随访管理，兼顾传统人工随访和信息化智能随访模式，提高疼痛控制率，降低失访率和药物不良反应发生率，改善患者生活质量，结合湖北省实际情况，制定本标准。本文件聚焦随访管理流程，不替代临床诊疗指南。

带状疱疹后神经痛全程随访管理规范

1 范围

本文件规定了带状疱疹后神经痛全程随访管理的基本要求、随访对象与形式、随访时机与分层频次、随访评估内容、随访分级处置、用药安全随访管理、心理干预与康复指导、双向转诊、随访档案与失访管理等内容。

本文件适用于各级各类医疗机构开展带状疱疹后神经痛患者的随访管理工作。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

带状疱疹后神经痛 postherpetic neuralgia, PHN
带状疱疹皮疹愈合后1个月及以上仍持续存在的疼痛。

3.2

全程随访 whole-course follow-up

从患者确诊PHN或纳入随访管理开始，至随访终止的整个过程中，按照规定的时机、频次和内容对患者进行系统性随访评估和干预的管理活动。

3.3

分层随访 stratified follow-up

根据患者的疼痛程度、年龄、合并症、治疗方案、心理状态等因素进行风险分层，对不同层级患者采取不同随访时机、频次和干预措施的随访管理模式。

3.4

失访 lost to follow-up

在规定的随访时间内，经多种方式（电话、短信、微信、上门等）联系3次及以上仍无法取得联系，或患者明确拒绝继续随访，导致随访中断的情况。

3.5

数字疼痛评分量表 numerical rating scale, NRS

用0~10共11个数字表示疼痛程度的评估工具，0表示无痛，10表示最剧烈的疼痛。

3.6

视觉模拟评分 visual analogue scale, VAS

用一条10cm长的直线，两端分别表示无痛和最剧烈疼痛，让患者在直线上标记自己疼痛位置的评估工具。

3.7

随访对象 follow-up participants

确诊PHN，接受门诊/住院治疗，需要持续追踪病情变化的患者。

3.8

随访终止 termination of follow-up

经专科医师评估，患者疼痛持续缓解，NRS评分 ≤ 2 分，稳定 ≥ 3 个月，可终止定期随访；或患者死亡、转出、拒绝继续随访，终止随访。

3.9

智能随访 intelligent Follow-up

利用 AI、智能客服等信息化工具，自动完成标准化问卷采集、疼痛信息收集的随访方式，仅作为初筛手段，不能替代医护人员临床判断与诊疗决策。

4 随访管理基本要求

4.1 组织架构

医疗机构应建立PHN随访管理组织体系，明确随访管理的牵头部门和协作部门。牵头部门宜为疼痛科，协作部门包括皮肤科、神经内科、老年医学科、精神心理科、临床药学、护理部、康复医学科、信息科等。

医疗机构应设立随访管理专职或兼职岗位，负责随访计划制定、随访实施、数据录入、质量控制等工作。

4.2 人员资质

随访人员应具备以下条件：

- a) 具有执业医师、执业护士或药师资格；
- b) 接受过 PHN 诊疗和随访管理相关培训，考核合格；
- c) 熟悉疼痛评估、用药指导、心理疏导等基本技能；
- d) 具备良好的沟通能力和服务意识。

4.3 设备设施

医疗机构应配备随访所需的设备设施，包括但不限于：

- a) 随访工作专用电话、电脑及网络设备；
- b) 疼痛评估工具（NRS/VAS评分卡、疼痛评估量表等）；
- c) 心理评估量表（PHQ-9、GAD-7、PSQI等）；
- d) 随访管理信息系统或电子病历随访模块；
- e) 健康教育资料和康复指导手册。

4.4 信息化建设

医疗机构宜建立PHN专病随访管理信息系统，实现随访计划自动提醒、随访记录电子化、随访数据统计分析、失访预警等功能。

随访信息系统应与电子病历系统、检验检查系统、药房系统等实现数据互通，确保患者信息的完整性和连续性。

宜利用互联网医院、微信公众号、手机APP等信息化手段开展远程随访和健康管理。

4.5 AI及智能客服随访

使用 AI、智能客服开展智能随访的医疗机构应满足以下要求：

- a) 应设置人工复核机制，智能随访采集到异常指标（疼痛剧烈、严重不良反应、自杀倾向等）必须立即转入人工医护介入处置；
- b) 应对患者做好告知，保障患者知情同意；
- c) 患者信息采集、存储应符合医疗数据安全、个人信息保护相关法规。

5 随访对象与形式

5.1 随访对象

符合以下条件的患者应纳入PHN全程随访管理：

- a) 符合 PHN 诊断标准，即带状疱疹皮疹愈合后 1 个月后仍存在疼痛；
- b) 年龄≥18 岁；

c) 患者或其法定监护人知情同意并愿意配合随访。
存在以下情况之一者，可暂不纳入或退出随访管理：

- a) 终末期疾病或预期生存期 < 6个月；
- b) 严重认知功能障碍或精神疾病无法配合随访；
- c) 患者或其法定监护人明确拒绝随访。

5.2 随访形式

医疗机构可结合本院信息化技术水平选择适宜随访形式：

- a) 门诊随访（优先推荐，可完成体格检查，适用于中重度疼痛、病情不稳定患者）
- b) 电话随访（适用于病情稳定、行动不便，无法到院复诊）；
- c) 线上随访（互联网医院，应做好身份核实，不适用于需要体格检查、病情危重者）；
- d) 家庭随访：基层医疗机构针对行动完全不能出门患者；
- e) AI 随访：智能客服随访：适用于病情稳定低- 中风险 PHN 患者，仅用于标准化信息采集初筛；高风险、病情波动、存在严重不良反应、明显情绪异常患者不应单独使用智能随访，需要人工介入。
- f) 联合随访：可根据患者实际情况，将上述多种随访形式联合使用，以提高随访的可及性和效果。

6 随访时机与分层频次

按照 NRS 疼痛评分及风险分层执行：

- a) 高风险（NRS $\geq$ 7分，高龄 $\geq$ 70岁、多种基础病、情绪障碍、介入术后）：每2周随访一次；病情稳定后调整；不得仅依靠 AI、智能客服随访，必须有人工参与；
- b) 中风险（NRS4-6分）：每4周随访一次；可采用智能随访采集基础信息，但关键异常结果应人工复核；
- c) 低风险（NRS $\leq$ 3分，病情稳定）：每8-12周随访一次；可选用 AI/智能客服随访；
- d) 无论风险分层，出现疼痛突然加重、药物严重不良反应应随时复诊随访。

6.1 风险分层

根据患者的疼痛程度、年龄、合并症、治疗方案和心理状态等因素，将PHN患者分为以下三个层级：

- a) 低危层：NRS评分 $\leq$ 3分，年龄 < 65岁，无严重合并症，口服药物治疗，无明显心理问题；
- b) 中危层：NRS评分4 ~ 6分，或年龄 $\geq$ 65岁，或伴有1 ~ 2种慢性合并症，或使用神经阻滞等有创治疗，或伴有轻度焦虑/抑郁；
- c) 高危层：NRS评分 $\geq$ 7分，或年龄 $\geq$ 75岁，或伴有3种及以上严重合并症，或使用阿片类药物/鞘内药物输注等强化治疗，或伴有中重度焦虑/抑郁/睡眠障碍，或近期有自杀意念。

6.2 随访时机

6.2.1 首次随访

患者确诊PHN或纳入随访管理后，应在7个工作日内完成首次随访。首次随访应建立随访档案，完成基线评估，制定个体化随访计划。

6.2.2 常规随访

按照风险分层确定的随访频次进行常规随访。每次随访前应提前1 ~ 3天通过电话、短信或微信等方式提醒患者。

6.2.3 即时随访

患者出现以下情况时，应进行即时随访：

- a) 疼痛明显加重（NRS评分较前增加 $\geq$ 2分且持续 $\geq$ 3天）；
- b) 出现新发症状或严重药物不良反应；
- c) 患者主动求助或情绪明显异常；

d) 治疗方案调整后 1 周内。

6.3 随访频次

6.3.1 低危层患者

纳入随访后第 1 个月每 2 周随访 1 次，第 2 ~ 3 个月每月随访 1 次，3 个月后每 3 个月随访 1 次，随访总周期不少于 12 个月。

6.3.2 中危层患者

纳入随访后第 1 个月每周随访 1 次，第 2 ~ 3 个月每 2 周随访 1 次，第 4 ~ 6 个月每月随访 1 次，6 个月后每 2 个月随访 1 次，随访总周期不少于 18 个月。

6.3.3 高危层患者

纳入随访后第 1 个月每周随访 2 次，第 2 ~ 3 个月每周随访 1 次，第 4 ~ 6 个月每 2 周随访 1 次，第 7 ~ 12 个月每月随访 1 次，12 个月后每 2 个月随访 1 次，随访总周期不少于 24 个月。不得仅依靠 AI、智能客服随访，必须有人工参与。

6.3.4 层级调整

每次随访后应根据评估结果重新判定患者风险层级，并相应调整随访频次和干预措施。患者连续 2 次随访评估结果稳定且层级降低时，可下调随访层级；患者出现病情加重或风险因素增加时，应立即上调随访层级。

7 随访评估内容

7.1 疼痛评估

7.1.1 疼痛强度

采用数字疼痛评分量表（NRS）或视觉模拟评分（VAS）评估患者当前疼痛强度、过去 24 小时平均疼痛强度和最剧烈疼痛强度。

7.1.2 疼痛性质

评估疼痛的性质，包括烧灼痛、针刺痛、电击痛、刀割痛、胀痛、酸痛等，记录主要疼痛性质和伴随疼痛性质。

7.1.3 疼痛部位与范围

记录疼痛的解剖部位和分布范围，可结合人体图进行标记，评估疼痛范围是否较前扩大或缩小。

7.1.4 疼痛发作特征

评估疼痛的发作频率、持续时间、诱发因素和缓解因素，记录是否存在痛觉超敏（allodynia）和痛觉过敏（hyperalgesia）。

7.1.5 疼痛对日常生活的影响

评估疼痛对患者睡眠、饮食、活动、工作、社交等日常生活的影响程度。

7.2 生活质量评估

采用健康调查简表（SF-36）或欧洲五维健康量表（EQ-5D）评估患者的生活质量。低危层患者每 6 个月评估 1 次，中危层患者每 3 个月评估 1 次，高危层患者每 1 ~ 2 个月评估 1 次。

7.3 心理评估

7.3.1 抑郁筛查

采用患者健康问卷抑郁量表（PHQ-9）筛查抑郁症状。PHQ-9评分 ≥ 5 分提示存在抑郁症状， ≥ 15 分提示中重度抑郁，应及时转诊精神心理科。

7.3.2 焦虑筛查

采用广泛性焦虑障碍量表（GAD-7）筛查焦虑症状。GAD-7评分 ≥ 5 分提示存在焦虑症状， ≥ 15 分提示中重度焦虑，应及时转诊精神心理科。

7.3.3 睡眠评估

采用匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）评估睡眠质量。PSQI评分 > 7 分提示睡眠质量差，应给予睡眠指导或干预。

7.4 用药安全评估

7.4.1 用药依从性

评估患者是否按医嘱规律服药，记录漏服、自行减量或停药的情况及原因。

7.4.2 药物不良反应

评估患者是否出现药物不良反应，包括头晕、嗜睡、恶心、便秘、口干、共济失调、肝功能异常、肾功能异常、血常规异常等。对出现不良反应者，应评估严重程度并给予相应处理。

7.4.3 药物相互作用

核对患者当前使用的所有药物（包括处方药、非处方药、保健品和中药），评估是否存在潜在的药物相互作用。

7.4.4 特殊药物监测

对使用阿片类药物的患者，应评估呼吸抑制、过度镇静、便秘、尿潴留等不良反应，定期评估镇痛效果和成瘾风险；对使用抗惊厥药（如加巴喷丁、普瑞巴林）的患者，应评估头晕、嗜睡、外周水肿等不良反应；对使用抗抑郁药（如阿米替林、文拉法辛、度洛西汀）的患者，应评估抗胆碱能不良反应、心血管不良反应和5-羟色胺综合征风险。

7.5 功能状态评估

评估患者的日常活动能力、工作能力和社会参与能力，可采用日常生活活动能力量表（ADL）或工具性日常生活活动能力量表（IADL）进行评估。

7.6 患者满意度评估

每6个月评估1次患者对随访管理服务的满意度，包括随访及时性、随访人员态度、评估专业性、干预有效性等方面。

8 随访分级处置

8.1 分级标准

根据随访评估结果，将患者病情分为以下三个等级：

- 稳定期：NRS评分 ≤ 3 分，疼痛性质和范围无明显变化，无新发药物不良反应，心理状态稳定，日常生活能力良好；
- 波动期：NRS评分4~6分，或疼痛较前有所加重但未达到剧烈程度，或出现轻度药物不良反应，或伴有轻度焦虑/抑郁/睡眠障碍，日常生活能力轻度受限；
- 加重期：NRS评分 ≥ 7 分，或疼痛剧烈影响睡眠和日常生活，或出现中重度药物不良反应，或伴有中重度焦虑/抑郁/自杀意念，或出现新发严重合并症。

8.2 稳定期处置

针对病情处于稳定期的患者，开展如下处置：

- a) 维持当前治疗方案，继续按计划随访；
- b) 给予健康教育和康复指导，鼓励患者保持规律作息和适度活动；
- c) 强化用药依从性教育，提醒患者按时服药；
- d) 关注患者心理状态，给予积极心理支持。

8.3 波动期处置

针对病情出现波动的患者，开展如下处置：

- a) 分析病情波动原因，评估是否需要调整治疗方案；
- b) 必要时安排门诊随访，由医师进行评估和治疗方案调整；
- c) 对出现轻度药物不良反应者，给予对症处理或调整药物剂量/种类；
- d) 对伴有轻度焦虑/抑郁/睡眠障碍者，给予心理疏导、睡眠卫生指导，必要时转诊心理科；
- e) 增加随访频次，密切观察病情变化，直至病情恢复稳定。

8.4 加重期处置

针对病情加重的患者，开展如下处置：

- a) 立即安排门诊随访或住院治疗，由疼痛专科医师进行全面评估；
- b) 调整镇痛治疗方案，必要时增加神经阻滞、射频消融、脊髓电刺激等有创治疗；
- c) 对出现中重度药物不良反应者，立即停用可疑药物，给予积极对症处理，必要时住院治疗；
- d) 对伴有中重度焦虑/抑郁或自杀意念者，立即启动精神心理科会诊或转诊精神专科医院；
- e) 上调风险层级，增加随访频次，直至病情得到控制；
- f) 对出现紧急情况（如自杀企图、严重药物中毒、剧烈疼痛伴休克等）者，应立即拨打急救电话或送往急诊救治。

9 用药安全随访管理

9.1 用药教育

首次随访时应向患者及家属详细说明所用药物的名称、剂量、用法、疗程、预期疗效和可能的不良反应，发放用药指导手册。每次随访时应强化用药教育，提高患者用药依从性。

9.2 镇痛药随访管理

9.2.1 非甾体抗炎药（NSAIDs）

随访时应评估胃肠道反应（胃痛、恶心、黑便）、肾功能（尿量、水肿）、心血管症状（胸闷、血压升高）和皮肤过敏反应。长期使用者应定期监测血常规、肝肾功能和大便潜血。有消化性溃疡病史者应联合使用胃黏膜保护剂。

9.2.2 抗惊厥药

加巴喷丁、普瑞巴林等药物应从小剂量开始，逐渐滴定至有效剂量。随访时应评估头晕、嗜睡、共济失调、外周水肿、体重增加等不良反应。肾功能不全患者应根据肌酐清除率调整剂量。突然停药可能引起戒断症状，应逐渐减量停药。

9.2.3 抗抑郁药

三环类抗抑郁药（如阿米替林）应注意抗胆碱能不良反应（口干、便秘、尿潴留、视物模糊）、心血管不良反应（体位性低血压、心律失常）和过度镇静。老年患者应从小剂量开始，密切监测。5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（如文拉法辛、度洛西汀）应注意血压升高、恶心、头痛等不良反应，避免与其他5-羟色胺能药物合用以防5-羟色胺综合征。

9.2.4 阿片类镇痛药

使用阿片类药物的患者应作为重点随访对象。随访时应评估镇痛效果、呼吸功能（呼吸频率、血氧饱和度）、意识状态、便秘、尿潴留、瘙痒、恶心呕吐等不良反应。应定期评估成瘾风险和异常用药行

为。便秘是最常见的不良反应，应预防性使用缓泻剂。应告知患者及家属阿片类药物过量的表现和急救方法，必要时配备纳洛酮。

9.3 抗病毒药随访管理

对仍在使用抗病毒药物（如伐昔洛韦、泛昔洛韦）的患者，应评估肾功能和胃肠道反应，提醒患者多饮水。肾功能不全患者应调整剂量。

9.4 神经营养药随访管理

对使用甲钴胺、维生素B1等神经营养药物的患者，应评估用药依从性和疗效，告知患者此类药物起效较慢，需坚持使用。

9.5 外用药物随访管理

对使用利多卡因贴剂、辣椒素乳膏等外用药物的患者，应评估局部皮肤反应（红肿、瘙痒、皮疹），指导正确的使用方法和注意事项。

9.6 药物重整

每次随访时应对应患者的用药清单进行重整，核对药物名称、剂量、用法是否与医嘱一致，及时停用不再需要的药物，避免重复用药和不合理联合用药。药物重整结果应记录在随访档案中。

10 心理干预与康复指导

10.1 心理干预

10.1.1 心理健康教育

向患者及家属讲解慢性疼痛与心理因素的关系，告知焦虑、抑郁、睡眠障碍等心理问题会加重疼痛感知，而疼痛也会影响心理状态，形成恶性循环。帮助患者正确认识疾病，树立治疗信心。

10.1.2 认知行为干预

对伴有疼痛灾难化思维或负性认知的患者，给予认知行为干预，帮助患者识别和纠正负性思维，建立积极的应对方式。可指导患者进行注意力转移、放松训练、正念冥想等练习。

10.1.3 情绪疏导

随访过程中应关注患者的情绪变化，给予倾听、共情和情感支持。对伴有轻度焦虑或抑郁情绪的患者，给予心理疏导和安慰，鼓励患者表达内心感受，寻求社会支持。

10.1.4 睡眠干预

对伴有睡眠障碍的患者，给予睡眠卫生指导，包括规律作息、避免睡前使用电子设备、营造良好睡眠环境、避免咖啡因和酒精等。对睡眠障碍严重者，转诊精神心理科或睡眠医学科进行专业干预。

10.1.5 心理转诊

对PHQ-9评分 ≥ 15 分、GAD-7评分 ≥ 15 分、存在自杀意念或经初步心理干预无效的患者，应及时转诊精神心理科或精神专科医院进行专业评估和治疗。转诊后应跟踪随访，了解精神心理治疗情况。

10.2 康复指导

10.2.1 健康教育

向患者及家属讲解PHN的病因、发病机制、临床表现、治疗方法和预后，发放健康教育手册。告知患者PHN是可治疗、可控制的，坚持规范治疗和随访有助于缓解疼痛、改善生活质量。

10.2.2 皮肤护理指导

指导患者保持疼痛部位皮肤清洁干燥，避免搔抓、摩擦和冷热刺激。穿着宽松、柔软的棉质衣物。对存在痛觉超敏的部位，可使用柔软的布料或防护罩进行保护。

10.2.3 物理治疗指导

根据患者情况，指导患者进行适当的物理治疗，包括温热疗法、冷敷、经皮神经电刺激（TENS）等。告知患者物理治疗的作用、方法和注意事项，鼓励患者坚持治疗。

10.2.4 运动疗法指导

指导患者进行适度的有氧运动和功能锻炼，如散步、太极拳、瑜伽等，以改善血液循环、缓解肌肉紧张、增强体质。运动应循序渐进，避免过度劳累和剧烈运动。

10.2.5 神经调控训练

指导患者进行呼吸训练、渐进性肌肉放松训练、引导想象等神经调控练习，帮助患者调节自主神经功能，缓解疼痛和紧张情绪。

10.2.6 饮食与生活指导

指导患者保持均衡饮食，多摄入富含维生素B族的食物，避免辛辣刺激性食物和酒精。保持规律作息，避免过度劳累和精神紧张。鼓励患者参与社会活动和兴趣爱好，转移对疼痛的注意力。

11 双向转诊

11.1 上转指征

基层医疗机构在随访过程中发现患者存在以下情况时，应及时上转至上级医院疼痛专科或相关专科：

- a) 疼痛持续加重，经规范治疗后NRS评分仍 ≥ 7 分；
- b) 需要进行神经阻滞、射频消融、脊髓电刺激等有创治疗；
- c) 出现中重度药物不良反应或药物中毒；
- d) 伴有中重度焦虑、抑郁或自杀意念；
- e) 诊断不明确，需要进一步检查；
- f) 出现新发严重合并症或并发症。

11.2 下转指征

上级医院对经治疗后病情稳定的患者，符合以下条件时可下转至基层医疗机构继续随访管理：

- a) 疼痛控制良好，NRS评分 ≤ 3 分且稳定 ≥ 2 周；
- b) 治疗方案明确且稳定，无需频繁调整；
- c) 无中重度药物不良反应；
- d) 心理状态稳定，无自杀风险；
- e) 患者及家属同意在基层医疗机构继续随访。

11.3 转诊流程

11.3.1 上转流程

基层医疗机构评估患者符合上转指征后，应填写转诊单，注明患者基本信息、诊断、当前治疗方案、疼痛评估结果、用药情况、转诊原因和紧急联系方式，通过医联体转诊平台或直接联系上级医院预约挂号。对病情紧急者，应直接送往上级医院急诊。

11.3.2 下转流程

上级医院评估患者符合下转指征后，应填写下转单，注明患者诊断、治疗经过、当前治疗方案、随访计划、注意事项和上级医院联系人信息，将患者转回基层医疗机构。上级医院应保留患者的随访联系方式，必要时进行远程指导。

11.4 信息交接与随访衔接

转诊时应确保患者诊疗信息的完整交接，包括病历资料、检查检验结果、用药清单、随访记录等。接收医疗机构应在患者转诊后3个工作日内完成首次随访，建立或更新随访档案，按照本标准要求继续进行全程随访管理。转诊双方应保持沟通，共同做好患者的连续性管理。

12 随访档案、失访与终止

12.1 随访档案

12.1.1 档案内容

应为每位纳入随访管理的PHN患者建立独立的随访档案，档案内容应包括但不限于：

- a) 患者基本信息：姓名、性别、年龄、联系方式、住址、紧急联系人等；
- b) 疾病信息：带状疱疹发病时间、皮疹部位、愈合时间、PHN确诊时间、疼痛部位和性质、既往治疗经过等；
- c) 合并症信息：高血压、糖尿病、冠心病、慢性肾病、肝病、精神疾病等慢性病史；
- d) 用药记录：当前使用的所有药物名称、剂量、用法、开始时间和调整记录；
- e) 随访记录：每次随访的日期、形式、随访人员、疼痛评估结果、心理评估结果、用药安全评估、功能状态评估、处置措施、下次随访计划等；
- f) 转诊记录：上转和下转的时间、原因、接收机构、交接信息等；
- g) 患者知情同意书。

12.1.2 档案管理

随访档案应实行专人管理，确保档案的完整性、准确性和安全性。电子档案应定期备份，纸质档案应存放在安全的场所，防止丢失和损坏。随访档案的保存期限应符合医疗机构病历管理规定，自患者随访终止之日起不少于15年。

12.1.3 隐私保护

随访档案中涉及患者个人隐私的信息应严格保密，不得泄露给无关人员。随访人员应遵守医疗保密制度，妥善保管患者信息。电子随访系统应设置访问权限和操作日志，确保数据安全。

12.2 失访管理

12.2.1 失访定义

在规定的随访时间内，经电话、短信、微信、上门等多种方式联系3次及以上（每次间隔不少于24小时）仍无法取得联系，或患者明确拒绝继续随访，视为失访。

12.2.2 失访防控

为降低失访风险，开展如下防控处置：

- a) 首次随访时应详细记录患者及至少2名紧急联系人的联系方式，包括手机号、固定电话、微信号、住址等；
- e) 每次随访时应核对并更新患者联系方式；
- f) 随访前应提前1~3天通过短信、微信或电话提醒患者；
- g) 对高龄、独居或认知功能下降的患者，应同时联系其家属或照护者；
- h) 提高随访服务质量，增强患者对随访的信任和依从性；
- i) 建立失访预警机制，对连续2次未按时随访的患者进行重点关注。

12.2.3 失访后处理

确认患者失访后，应在随访档案中记录失访时间、失访原因、已采取的联系措施等信息。失访患者应继续保留随访档案，每3个月尝试联系1次，重新取得联系后应恢复随访管理。对失访超过12个月且无法取得联系的患者，可按随访终止处理。

12.3 随访终止

12.3.1 终止条件

符合以下条件之一者，可终止随访管理：

- a) 疼痛完全缓解（NRS评分=0分）且持续≥3个月，经医师评估确认无需继续随访；
- b) 患者死亡；
- c) 患者或其法定监护人明确要求终止随访，并签署知情同意书；
- d) 失访超过12个月且经多次尝试仍无法取得联系；
- e) 患者因其他疾病终末期，预期生存期<6个月。

12.3.2 终止流程

确认患者符合随访终止条件后，应由随访人员填写随访终止记录，注明终止原因、终止时间、最后一次随访评估结果等信息，经科室负责人审核后归档。对疼痛缓解终止随访的患者，应告知患者如疼痛复发应及时就诊，并保留患者的联系方式以便后续追踪。

附 录 A (资
料性) 带状疱疹后神经痛 (PHN) 随访记录表

表A.1给出了带状疱疹后神经痛（PHN）随访记录表。

表 A.1 带状疱疹后神经痛（PHN）随访记录表

分类	项目	填写内容 / 选项
一、患者基础信息（建档必填）	患者编号	☐ 人工录入 ☐ 智能随访自动生成 编号：_____
	姓名	_____
	性别	☐ 男 ☐ 女
	出生日期	____年__月__日 实足年龄：__岁
	联系电话（本人）	_____
	紧急联系人	_____ 关系：____ 联系电话：_____
	常住地址	_____
	医保类型	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保 ☐ 自费 ☐ 其他：_____
	过敏史	☐ 无 ☐ 药物过敏：_____ ☐ 食物过敏：_____
	既往重大病史	☐ 高血压 ☐ 糖尿病 ☐ 冠心病 ☐ 脑血管病 ☐ 肝肾功能异常 ☐ 肿瘤 / 免疫低下 ☐ 精神心理疾病 ☐ 其他：_____
	带状疱疹初发日期	____年__月__日
	皮疹愈合日期	____年__月__日
	PHN 确诊时间	____年__月__日（皮疹愈合后≥1 个月仍存在疼痛）
	疼痛受累部位	_____
二、本次随访核心信息	本次随访日期	____年__月__日
	随访方式	☐ 门诊随访 ☐ 电话随访 ☐ 线上互联网随访 ☐ 家庭上门随访 ☐ AI / 智能客服随访 AI 随访后是否人工复核： ☐ 是 ☐ 否，复核医师：_____
	本次风险分层	☐ 高风险（NRS≥7 分） ☐ 中风险（NRS4- 6 分） ☐ 低风险（NRS≤3 分）
	执行随访人员	_____
三、疼痛评估	NRS 数字疼痛评分（0-10 分）	____分（0 = 无痛，10 = 最剧烈疼痛）
	疼痛性质（可多选）	☐ 烧灼痛 ☐ 针刺样痛 ☐ 电击样痛 ☐ 撕裂痛 ☐ 搏动痛 ☐ 持续性隐痛 ☐ 其他：____
	诱发 / 加重因素（可多选）	☐ 衣物摩擦 ☐ 触碰 ☐ 温度变化 ☐ 劳累 ☐ 情绪波动 ☐ 无明确诱因 ☐ 其他：_____

分类	项目	填写内容 / 选项
	缓解因素	_____
四、感觉功能评估	神经感觉异常 (可多选)	☐ 痛觉超敏 ☐ 痛觉过敏 ☐ 麻木感 ☐ 瘙痒 ☐ 蚁行感 ☐ 感觉减退 ☐ 无异常 ☐ 其他: _____
五、睡眠评估	疼痛对睡眠干扰	☐ 无影响 ☐ 偶尔影响 ☐ 经常影响 ☐ 几乎整夜无法入睡
	近 7 天平均睡眠时长	_____ 小时
六、情绪筛查评估	PHQ-9 抑郁筛查总分	_____ 分 初筛结果: ☐ 无抑郁 ☐ 轻度抑郁 ☐ 中度抑郁 ☐ 中重度抑郁 ☐ 重度抑郁
	GAD-7 焦虑筛查总分	_____ 分 初筛结果: ☐ 无焦虑 ☐ 轻度焦虑 ☐ 中度焦虑 ☐ 重度焦虑
七、用药评估	钙离子通道调节剂 (普瑞巴林 / 加巴喷丁)	当前剂量: _____ 依从性: ☐ 完全依从 ☐ 间断漏服 ☐ 经常漏服 ☐ 自行停药 / 减药 不良反应: ☐ 头晕 ☐ 嗜睡 ☐ 乏力 ☐ 水肿 ☐ 视物模糊 ☐ 无不良反应
	抗抑郁辅助镇痛药 (度洛西汀 / 文拉法辛等)	当前剂量: _____ 依从性: ☐ 完全依从 ☐ 间断漏服 ☐ 经常漏服 ☐ 自行停药 / 减药 不良反应: ☐ 恶心胃肠道不适 ☐ 出汗 ☐ 心慌 ☐ 肝区不适 ☐ 无不良反应
	外用镇痛药物 (利多卡因贴剂等)	当前剂量 / 用法: _____ 依从性: ☐ 完全依从 ☐ 间断漏服 ☐ 经常漏服 ☐ 自行停药 / 减药 不良反应: ☐ 局部皮肤红肿瘙痒 ☐ 无不良反应
	其他药物	名称及剂量: _____ 依从性: _____ 不良反应: _____
	用药备注 (自行增减药 / 停药史)	_____
八、日常生活能力评估	Barthel 指数 (ADL) 总分	_____ 分 (0 = 完全依赖, 100 = 完全独立)
	疼痛影响的日常项目 (可多选)	☐ 穿衣 ☐ 洗漱 ☐ 行走 ☐ 进食 ☐ 家务活动 ☐ 社会交往 ☐ 无明显影响
九、既往治疗疗效回顾	既往干预手段	☐ 口服药物 ☐ 神经阻滞 ☐ 射频消融 ☐ 理疗康复 ☐ 其他 _____
	本次疗效评估	☐ 明显改善 ☐ 部分改善 ☐ 无变化 ☐ 疼痛加重
十、本次随访处置意见	治疗方案调整	☐ 维持原方案 ☐ 调整药物剂量 ☐ 换药 ☐ 建议专科复诊介入治疗 ☐ 建议心理科会诊 ☐ 建议转诊基层继续随访
	下次计划随访时间	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	紧急预警告知	如出现疼痛骤增、严重药物不良反应, 请立即就诊
十一、档案与随访状态	随访状态标记	☐ 正常随访 ☐ 标记失访 (联系次数 _____ 次) 失访备注: _____
	随访终止	☐ 否 ☐ 是, 终止原因: ☐ 疼痛 NRS ≤ 2 稳定 ≥ 3 月 ☐ 患者拒绝随访 ☐ 死亡 ☐ 转出

T/HBAS 2026—XXXX

分类	项目	填写内容 / 选项
十二、医师确认	医师签字	_____
注：本表同时兼容人工随访、AI /智能客服智能随访；AI /智能客服仅可采集标准化勾选、数字填写项；体格检查、临床判断、医师签字栏必须由医护人员人工填写。		

附录 B
(资料性)

PHQ- 9 患者健康问卷—抑郁筛查量

表图B.1给出了PHQ-9 患者健康问卷—抑郁筛查量表。

PHQ- 9患者健康问卷—抑郁筛查量表

过去两周内，您被下面问题困扰的频率，请勾选对应选项 计分规则：完全没有=0分；几天= 1分；一半以上天数=2分；几乎每天=3分。

序号	题目	完全没有 (0)	几天 (1)	一半以上 天数 (2)	几乎每天 (3)	得分
1	做事时提不起劲或没有兴趣	☐	☐	☐	☐	—
2	感到心情低落、沮丧或绝望	☐	☐	☐	☐	—
3	入睡困难、睡不安稳或睡得过多	☐	☐	☐	☐	—
4	感到疲倦或没有精力	☐	☐	☐	☐	—
5	食欲不振或吃太多	☐	☐	☐	☐	—
6	觉得自己很失败，或让自己、家人失望	☐	☐	☐	☐	—
7	对事物专注有困难，例如阅读报纸或看电视时	☐	☐	☐	☐	—
8	动作或说话速度缓慢到别人已经察觉，或正好相反，烦躁或坐立不安、动来动去	☐	☐	☐	☐	—
9	有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	☐	☐	☐	☐	—

PHQ-9 总分： _____

判读标准：0- 4分：无抑郁；5- 9分：轻度抑郁；10- 14分：中度抑郁；15- 19分：中重度抑郁；20- 27分：重度抑郁。**注意：**量表仅做筛查，不能替代精神科专科诊断；≥10分 建议心理 / 精神科会诊；第 9 条任何得分 > 0，需要 立即人工干预，禁止仅依靠 AI 随访处理自杀意念条目。

图 B.1 PHQ- 9 患者健康问卷—抑郁筛查量表

附 录 D (资料
性) 带状疱疹后神经痛 (PHN) 患
者健康教育要点

图D. 1给出了带状疱疹后神经痛 (PHN) 患者健康教育要点。

本要点供医护人员随访过程中对患者及家属开展健康宣教使用；可打印随随访记录表交由患者留存；AI 智能随访可推送本要点文本，但患者提出复杂疑问、不良躯体及心理异常反馈时，必须转人工医护解答。

一、疾病认知教育

本规范定义带状疱疹后神经痛 (PHN) 为：带状疱疹皮疹愈合1个月以后仍然持续存在的疼痛，属于神经病理性疼痛，是水痘-带状疱疹病毒对外周神经造成损伤后遗留的病症。临床表现可出现烧灼痛、刺痛、电击痛、触碰痛，也可伴随麻木、瘙痒、蚁行感等异常感觉。

PHN 病程个体差异较大，部分患者疼痛可持续数月甚至数年。患病后不必过度恐慌，但也不能忽视，应当遵从医嘱坚持规范治疗与定期随访。

PHN 疼痛多数并非细菌感染引发，不要自行长期服用抗生素。

疼痛存在波动性，劳累、受凉、睡眠不足、焦虑抑郁情绪均可诱发疼痛加重，属于疾病常见现象。

二、用药安全健康教育（重点告知患者及家属）

严禁自行骤然停药：普瑞巴林、加巴喷丁、度洛西汀等神经痛治疗药物，即使疼痛明显缓解，也需在专科医生指导下阶梯逐步减量；自行突然停药，会造成疼痛反弹、失眠、心慌等撤药反应。

图 D.1 带状疱疹后神经痛 (PHN) 患者健康教育要点

常见不良反应观察要点：

钙离子通道调节剂（普瑞巴林、加巴喷丁）：用药早期容易出现头晕、嗜睡、乏力。老年患者重点防范跌倒风险，服药后避免独自登高、驾驶机动车；多数使用者1-2周可逐步耐受，如持续严重头晕、站立不稳，及时联系随访医师。

抗抑郁类辅助镇痛药物（度洛西汀、文拉法辛等）：留意恶心、胃肠道不适、出汗、心慌等表现，出现持续不能耐受的不良反应及时复诊。

外用利多卡因贴剂：观察贴敷部位皮肤，若出现发红、瘙痒、皮疹等过敏表现，立即取下贴剂并告知医护人员。

切勿自行网购偏方、不明成分止痛药酒、非正规祖传膏药，部分产品非法添加激素、镇痛成分，存在肝肾功能损伤风险。

合并高血压、糖尿病、肝肾疾病等基础疾病的患者，每次随访主动告知医师全部正在使用的慢性病药物，便于评估药物之间的相互作用。

三、日常皮肤与生活护理

皮肤防护：存在痛觉超敏（轻微触碰即产生剧痛）的患者，优先选择宽松、柔软纯棉衣物，减少摩擦刺激；疼痛区域避免热水烫洗、用力揉搓，洗澡水温不宜过高。

作息管理：保证充足睡眠，熬夜会显著加重神经病理性疼痛；疼痛干扰睡眠时及时向随访医师反馈。

运动活动：推荐温和运动，如平地慢走、简单肢体拉伸；避免

图D.1 带状疱疹后神经痛（PHN）患者健康教育要点（续）

过度劳累、重体力劳动。

饮食指导：均衡膳食，保证优质蛋白摄入，无需特殊严格忌口；服药后如有胃肠道不适，减少辛辣刺激性食物；戒烟限酒。

四、情绪与心理调节指导

长期慢性疼痛极易诱发焦虑、烦躁、情绪低落；反之不良情绪会放大疼痛感受，形成“疼痛-负性情绪”恶性循环。

建立合理治疗预期，不必执着追求“疼痛完全根除”，临床治疗优先目标是减轻疼痛程度、改善睡眠、恢复日常生活与社会活动能力。

如果长期失眠、情绪低落、兴趣减退，不要简单归为“思想问题”，及时向随访医护反馈，必要时转诊心理专科开展评估干预。

家属应当充分理解患者痛苦，避免使用“忍一忍就过去了”等言语，重视患者的疼痛主诉，给予陪伴与心理支持。

五、病情自我监测与紧急就诊警示信号

出现以下任意情况，不要等待既定随访时间，应当立即线下医院就诊：

短时间内疼痛急剧加重，NRS 评分 ≥ 7 分，居家用药无法缓解；
服药后出现严重头晕、站立不稳、持续恶心呕吐、明显水肿、
药物过敏皮疹；

持续严重失眠，出现消极想法、自杀相关念头；

原疼痛区域皮肤再次出现水疱、破溃、感染；

新发头痛、肢体无力、麻木范围快速扩大。

图 D.1 带状疱疹后神经痛（PHN）患者健康教育要点（续）

六、随访管理宣教

遵从医嘱完成定期随访；即使疼痛好转，也不可自行中断随访。
低风险、中风险患者可接受AI、智能客服开展标准化信息采集，一旦反馈异常情况，务必联系医护人员。

每次复诊、随访，请携带既往病历资料、完整用药清单。

若更换居住地址、联系电话，请及时告知随访医护，防止失访。

当疼痛控制稳定，经专科医师评估后，可下转至基层医疗卫生机构继续长期随访管理。

七、疾病预防相关提示

年龄 ≥ 50 岁、免疫功能低下人群，在身体病情稳定状态下，可咨询专科医师评估带状疱疹疫苗接种可行性，降低再次罹患带状疱疹的风险。

日常注意防寒保暖，避免过度劳累；规范管控高血压、糖尿病、免疫类基础疾病，维持机体免疫水平。

患者宣教确认栏

本确认栏打印在纸

质版末尾，用于留存宣教记录。

本人已阅读并充分理解本健康教育全部内容，知晓用药风险、病情观察要点及随访要求。

患者/家属签字：_____日期：_____年____
月____日

开展宣教医护人员签字：_____

图D.1 带状疱疹后神经痛（PHN）患者健康教育要点（续）

参 考 文 献

- [1] 带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(3):161-167.
- [2] 中华医学会疼痛学分会.中国带状疱疹相关性疼痛全程管理指南（2025版）[J].中华疼痛学杂志,2025,11(4):241-252.
- [3] 带状疱疹后神经痛中西医结合诊疗专家共识（2026版）[J].中华医学杂志,2026,106(18):1385-1398.
- [4] Gross G E, Eisert L, Doerr H W, et al. S2k guidelines for the diagnosis and treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia[J].J Dtsch Dermatol Ges,2020,18(1):55-78.
- [5] Mallick-Searle T,Snodgrass B,Brant J M.Postherpetic neuralgia:epidemiology, pathophysiology,and pain management pharmacology[J].J Multidiscip Healthc,2016,9:447-454.
- [6] Yu S Y,Fan B F,Yang F,et al.Patient and economic burdens of postherpetic neuralgia in China[J].Clinicoecon Outcomes Res,2019,11:539-550.