

腰痛与心理社会因素的相关研究现状*

汪 敏¹ 吴建贤^{1,2}

腰痛是指腰、腰骶、骶髂、臀部或腿部一组疼痛的主观感觉,可伴有腿部疼痛、麻木和无力,大约有 60%—80%的成年人在生活中有过腰痛的经历^[1]。腰痛是一个复杂的、多因素共同作用的结果,包括体质因素、躯体因素、心理和环境因素等,因此,仅仅针对躯体因素的经典治疗方法常常不能阻止腰痛朝慢性化方向发展^[2]。心理社会因素对腰痛发病及预后的影响越来越受到重视。

从统计学意义来说,当个体具有某些与腰痛发病相关的因素时,将来患腰痛的几率越大,这些因素被称为腰痛发生的危险因素;当腰痛患者具有某些与腰痛疗效不佳相关的因素时,其发展为持续性腰痛的几率越大,这些因素被称为已发腰痛的预后因素。腰痛与心理社会因素的关系复杂,心理社会因素存在于腰痛发病前后,现就与腰痛相关的心理社会因素、可能的作用机制及康复治疗方法综述如下。

1 腰痛发生的危险因素

1.1 心理社会因素

主要包括关于腰痛的消极态度(认为腰痛具有伤害性或潜在致残性)、恐惧-逃避行为(使腰痛患者减少腰部活动)、消极的期望(认为在腰痛治疗中被动比主动更有益)、抑郁倾向和社交回避等,这些因素的存在提示对腰痛患者的心理社会状态进行评估的重要性^[3]。腰痛“黄牌”特征主要是指影响腰痛长期预后的因素,这些因素可能会妨碍腰痛的评估和治疗^[4]。针对腰痛“黄牌”特征的研究表明,心理社会因素可能延长或干扰腰痛的康复,导致长期的失能^[5]。

1.2 与工作相关的心理因素

与工作相关的心理因素包括工作负荷、低技术熟练程度、职业满意度、感受到压力、工作环境的和谐^[6]。对一般人群发生腰痛危险因素的调查显示,心理社会因素比生物医学或生物力学因素的影响作用更大。这些因素包括态度、认知、恐惧-逃避信念、抑郁、焦虑、心理应激和相关的情绪体验。但目前尚没有确实有效的治疗措施来改变工人的低社会支持度和职业满意度,低社会支持度和职业满意度引起的腰痛应更多归于政治-经济-社会问题。也许可以采取一些预防措施改变与疼痛相关的态度、信念、抑郁和应激状态等心理社会因素,但没有关于这些措施能显著预防腰痛发生的报道^[7]。

1.3 其他因素

①体质因素:年龄在 35—55 岁,既往有腰痛病史是唯一对腰痛发生具有预测作用的因素^[8],其他体质因素不能作为腰痛的危险因素,或与腰痛发生的相关性很弱。②职业因素:一些生物力学和职业因素,如认为提重物、反复移动、非中立位的姿势和全身震动是明确的腰痛发生的危险因素^[9]。

2 已发腰痛的预后因素

2.1 心理社会因素

心理症状在腰痛仍处于急性期时即已经出现。在疾病的最初 3 个月中即出现典型的焦虑、抑郁、主观化、行为和认知反应,并在此后逐渐稳定,它们在慢性相没有加重,维持在相似的水平。有研究表明强迫人格特征比疼痛倾向人格特征更易患腰痛,但其他个性心理特征也可能导致慢性疼痛^[10]。

2.2 其他因素

①体质因素:在腰痛的临床特征中,老龄化、高强度的始发症状、下肢的放射痛和不正规治疗等都是导致腰痛预后不佳的高风险因素^[11]。②职业因素:与腰痛慢性化相关的主要职业因素包括与同事的关系差、工作节奏快、工作量大,不能胜任简单任务和搬重物的工作。

还有许多因素也很重要,包括恐惧-逃避信念、灾难化、抑郁、对未来的期望和信心,但对于心理因素预测腰痛不良预后的证据仍存在争议^[12]。Waddell 非器质性体征是 Waddell 总结了腰痛患者 8 种表现,并分为 5 类,包括继发获益、癔症、心理应激、疼痛泛化、异常疾病行为、躯体化。有文献表明 3 或 4 个 Waddell 非器质性体征是疗效欠佳的预后因素^[13]。然而, Fishbain 等^[14]的研究证明 Waddell 体征与患者功能下降、保守治疗效果差和疼痛加剧相关;Waddell 体征与心理应激、异常疾病行为和继发获益不相关,并认为 Waddell 体征是器质性现象,不能用来辨别器质性和非器质性问题。

Thomas 等^[15]认为任何单一的高危预后因素对疾病只有很小的预测意义,应强调多因素共同作用。腰痛慢性化的主要高危预后因素包括腰痛病史、对当前的工作不满意、疼痛广泛、下肢放射痛、2 个或 2 个以上的脊柱运动受限和性别。没有或只有 1 个或 2 个危险因素的患者,只有 6%会发展成慢性;与有 3 个或 4 个危险因素相对应的几率分别为 27%和 35%;但有 5 个或 6 个高危预后因素的患者发展为慢性腰痛的几率高达 70%,因此,心理社会因素只是腰痛慢性化的部分原因。所有导致患者发展成慢性腰痛的因素中心理因素占 40%,这解释了较少因素引起腰痛的患者能够康复的原因^[13]。

3 心理社会因素导致腰痛的潜在机制

一些临床医生轻易地把腰痛发作或持续腰痛归因于心理社会因素,并把心理社会因素是腰痛危险因素的文献作为佐证^[7]。他们利用心理社会学的解释来说明为什么不能做出

* 基金项目:安徽省教育厅自然科学基金项目(2004KJ230zc);安徽省教育厅省级一般教学项目(001KJ135);安徽省卫生厅临床医学应用技术项目(No.06B117);安徽省科技厅计划内年度重点项目(07021002);安徽省高校自然科学基金项目(教育厅皖北产学研)(KJ2008A097)

1 安徽医科大学第二附属医院康复医学科,合肥,230022

2 通讯作者

作者简介:汪敏,男,在读硕士研究生

收稿日期:2008-08-02

明确的生物医学诊断或提供有效的治疗。把疼痛归因于心理因素如同宣称患者正在虚构疼痛主诉或正在承受幻想中的疼痛。心理因素对疼痛发生和持续的作用是第二位的,但心理社会因素与腰痛发生之间存在何种关系呢?它们之间有没有内在联系和可能机制,以下阐述了几种相关的实验研究。

3.1 恐惧-逃避模型

20世纪80年代早期,有人提出了恐惧-逃避模型理论。该理论模型是在临床跨学科研究腰痛的背景下发展起来的,试图解释多数急性腰痛能自然康复,而少数却发展成慢性的原因^[6]。腰痛的恐惧-逃避模型理论认为,患者以一种威胁性和灾难性的方式(如认为有潜在的组织损伤)知觉疼痛,他们可能逃避增加他们焦虑的行为。与该模型一致,急性和慢性腰痛患者,若具有很强的与疼痛相关的恐惧,在典型的体格检查时就会出现体征,如直腿抬高、膝关节伸展屈曲,躯干伸展屈曲受限^[7]。在盎格鲁-萨克森人和北欧的中年腰痛患者中,恐惧-逃避信念是导致失能的主要决定因素,使疼痛泛化以致超过了疼痛本身^[8]。

逃避行为会导致几个有害的结果,首先,由于逃避行为本身不会减少疼痛,所以是无益的;其次,逃避行为减少了身体和社会活动,可能会导致“病废”状态。评估恐惧-逃避信念对日常生活活动和工作能力的影响,可以解释23%的日常生活活动失能,26%工作能力损失。恐惧-逃避模型的预测意义:预防退缩和逃避,鼓励反复逐渐暴露于先前逃避的刺激,极大地减少逃避行为,最大限度的加入自我效验、识别能力和期望值。

3.2 心理测量学证据

人们常用SCL-90R(修正的90项症状自评量表)测量心理疾患。研究表明,患慢性肌肉骨骼疾病的患者在此量表中有相同的轮廓^[9]。他们在躯体化、抑郁、敌意、强迫观念或行为和精神质上的得分突出。这样的轮廓不能定义为任何精神或心理疾患,更确切的说是持续性疼痛完美合理的结果。躯体化症状(如工作前疼痛)反映了患者感到有腰痛的事实;抑郁是任何致残疾病持续存在的自然结果;敌意由医生告诉患者没什么问题引发的;他们在强迫观念和行为上的得分很高,因为他们喜欢讲述他们身上挥之不去的疼痛;精神质反映患者在疾病中感到孤独。但是,相对于焦虑和抑郁,挫折感是急性腰痛患者报告的主要心理烦恼。当成功持续受阻,随之产生愤怒和挫折感,疼痛患者渴望的成功就是减轻疼痛。所以,无论通过自然缓解还是正规治疗,疼痛都没减轻,就产生了愤怒和挫折感。

4 腰痛康复治疗方法

腰痛的治疗目标是减轻疼痛,改善活动能力,包括预防失能,恢复正常生活,维持工作能力。在腰痛的治疗中必须同时考虑包括心理、社会、生物在内的多重因素。

4.1 心理康复治疗

临床医生和心理学家发展了认知行为疗法来治疗腰痛,综合运用认知学派和行为学派的理论与方法。Airaksinen等^[20]的研究表明,在缓解疼痛、改善功能和抑郁状态、重返工作等方面认知干预组比非认知干预组的预后优越。Steve等^[21]的研

究认为,认知因素应该作为以物理治疗为基础的慢性腰痛治疗整体方案的一部分;他们的另一项研究认为,改变认知因素不能明显缓解慢性腰痛患者的疼痛,而减少对工作和躯体活动的恐惧-逃避信念,以及增加对控制腰痛的感知可以减少功能失用,甚至是在腰痛得到控制后也能起作用^[22]。

很多研究证实,认知行为疗法是慢性腰痛治疗措施中一个有效的组成部分。认知行为疗法在治疗慢性腰痛心理社会成分中发挥着积极作用。但是,认知行为疗法需与其他治疗方法联合运用^[23]。心理治疗必须针对合适的患者,运用认知行为疗法治疗腰痛,并不意味着腰痛是抑郁的变体或心理问题^[24]。其他的心理康复治疗方法还有支持疗法、患者中心疗法和理性情绪疗法等。

4.2 综合康复治疗

临床治疗腰痛的方法多种多样,取决于医生和患者的选择,从卧床到手术。最近循证医学推荐的腰痛治疗方法有:卧床、保持活动、药物(非甾体类)治疗、腰背肌训练、物理因子治疗、牵引治疗、局部注射、手术治疗等,研究表明,综合康复治疗在缓解和减轻腰背痛方面起到了肯定的作用^[1]。

目前,很少有研究资料提供降低腰痛患病率的措施,亦没有可靠的证据支持躯体或人类环境的改造是腰痛的危险因素,但针对这两个因素的有效且有一定适用范围的干预措施已应运而生。大家一致认为:腰部支具和腰痛学校不是很有效;没有关于改造人类环境后能够降低腰痛患病率的有力证据;仍缺乏可靠证据支持改变特定的危险因素后能降低腰痛发生的患病率,但腰背肌训练是预防腰痛的有效方法之一^[25]。如果能根据腰痛患者的个体情况,因人而异地选择综合康复方法,效果可能会更好。

5 小结

绝大多数腰痛是非特异性的,非特异性腰痛找不到潜在病理学证据。不论是作为腰痛发生前的危险因素还是发生后的预后因素,心理社会因素与腰痛之间都有着密切的关系,它对腰痛的发生、发展及预后都有一定程度的影响,所以临床医生在腰痛的临床诊断、治疗、预后判断和预防复发中应充分考虑心理社会因素的作用。但心理社会因素对腰痛的影响作用有多大,还有待进一步研究。

参考文献

- [1] 王斌. 非特异性腰背痛的临床与康复[J]. 中国康复医学杂志, 2004,19(2): 150—153.
- [2] Michele K, Jean-Michel M, Nicole R, et al. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study[J]. Eur J Pain, 2006, 10: 1—11.
- [3] Els C, Dirk De B, Françoise L, et al. The impact of psychosocial factors on low back pain[J]. Spine, 2007, 32: 262—268.
- [4] Krismer M, van Tulder M. Low back pain (non-specific)[J]. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 2007, 21(1): 77—91.
- [5] Samanta J, Kendall J, Samanta A. Chronic low back pain[J]. BMJ, 2003, 326: 535.
- [6] Ijzelenberg W, Molenaar D, Burdorf A. Different risk factors for musculoskeletal complaints and musculoskeletal sickness absence[J]. Scand J Work Environ Health, 2004, 30: 56—63.

- [7] Nikolai B. Psychology and low back pain[J]. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2006, 9:49—53.
- [8] Nachemson A, Vingard E. Influences of individual factors and smoking on neck and low back pain. In: Nachemson A, Jonsson E, editors. *Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment* [M]. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000:79—95.
- [9] Kendra M, Paul E. low back pain [J]. *Prim Care Clin Office Pract*, 2007, 34:71—82.
- [10] Pincus T, Burton AK, Vogel S, et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain [J]. *Spine*, 2002, 27: E109—20.
- [11] Fransen M, Woodward M, Norton R, et al. Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain[J]. *Spine*, 2002, 27:92—98.
- [12] Pincus T, Vogel S, Burton KA, et al. Fear avoidance and prognosis in back pain: a systematic review and synthesis of current evidence[J]. *Arthritis Rheum*, 2006, 54:3999—4010.
- [13] McIntosh G, Frank J, Hogg-Johnson S, et al. Prognostic factors for time receiving workers' compensation benefits in a cohort of patients with low back pain[J]. *Spine*, 2000, 25:147—157.
- [14] Fishbain DA, Cole B, Cutler RB, et al. A structured evidence-based review on the meaning of nonorganic physical signs: Waddell signs[J]. *Pain Med*, 2003, 4(2):141—181.
- [15] Thomas E, Silman AJ, Croft PR, et al. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study[J]. *Br Med J*, 1999, 318:1662—1667.
- [16] Hans H, Geert A, Maurits W, et al. Psychosocial variables in patients with (sub)acute low back pain [J]. *Spine*, 2007, 32: 586—592.
- [17] James ST, Christopher RF. The relationship between pain-related fear and lumbar flexion during natural recovery from low back pain[J]. *Eur Spine*, 2008, 17:97—103.
- [18] Francisco K, Victor A, Alejandra C, et al. Fear avoidance beliefs do not influence disability and quality of life in Spanish elderly subjects with low back pain [J]. *Spine*, 2007, 32: 2133—2138.
- [19] Peebles JE, McWilliams LA, MacLennan R. A comparison of symptom checklist 90-revised profiles from patients with chronic pain from whiplash and patients with other musculoskeletal injuries[J]. *Spine*, 2001, 26:766—770.
- [20] Airaksinen O, Brox JL, Cedraschi C, et al. Chapter 8. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain[J]. *Euro Spine J*, 2006, 15:S192—300.
- [21] Woby SR, Roach NK, Urmston M, et al. The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy [J]. *Eur J Pain*, 2007, 11(8):869—877.
- [22] Woby SR, Watson PJ, Roach NK, et al. Are changes in fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control, predictive of changes in chronic low back pain and disability [J]? *Eur J Pain*, 2004, 8(3):201—210.
- [23] Gatchel RJ, Rollings KH. Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy [J]. *Spine J*, 2008, 8(1):40—44.
- [24] Max Henderson, Christopher Bass. Chronic pain: the role of psychosocial factors in common musculoskeletal disorders [J]. *Psychiatry*, 2006, 5(2):52—56.
- [25] Linton SJ, van Tulder MW. Preventive interventions for back and neck pain problems. What is the Evidence [J]? *Spine*, 2001, 26:778—787.

· 综述 ·

卒中后强制性运动疗法的研究进展*

刘 泰¹ 蔡 伦¹ 陈 炜¹

肢体瘫痪是卒中最常见的症状之一, 治疗卒中后肢体瘫痪对于提高患者的肢体运动功能和日常生活活动能力具有重要意义。在众多肢体瘫痪康复疗法中, 强制性运动疗法(constraint induced movement therapy, CIMT) 是一种新兴的且有针对性的疗法。现通过检索 MEDLINE 上 2003 年 3 月—2008 年 3 月关于卒中后 CIMT 的文章, 了解这一疗法的机制、应用和发展趋势的研究进展。

1 CIMT 定义

CIMT 是 20 世纪 80 年代开始兴起的应用于临床的一种神经康复疗法。它鼓励卒中后不同程度肢体瘫痪的患者在生活中大量使用严重瘫痪侧肢体。它由 3 部分组成: ①由被称为“塑形”的技术努力进行基于任务式的训练, 每天进行数小时, 持续 2—3 周; ②这种技术产生从实验室/临床到现实生活

中的全面化的治疗收益; ③在 90% 的觉醒期限制健侧或轻度瘫痪侧肢体^[1]。它意味着帮助患者战胜“习得性废用(learned non-use)”^[2]。其优点是需人力少、花费少、治疗效果良好^[3-4]。后来, 因患者的不适应和治疗师担心患者的安全和患者不能够很好地坚持^[5], 研究者们提出了进行 10 周的改良 CIMT(modified CIMT, mCIMT) 训练, 在治疗期(每周 3 次, 30min/次), 重度瘫痪侧上肢进行有意义的训练, 在尽可能使用较重瘫痪侧肢体同时, 给健侧或轻度瘫痪侧肢体使用限制装置(每周 5d, 5h/d)^[6]。

* 基金项目: 广西卫生厅重点课题(重 200708 号)

1 广西中医学院第一附属医院神经内科, 南宁, 530023

作者简介: 刘泰, 男, 主任医师, 教授

收稿日期: 2008-08-17