

对慢性腰背痛患者实施心理干预的效果研究

祁俊菊^{1,2} 王仙园^{1,3} 杜秋华² 陈历健² 王瑞敏²

摘要

目的:探讨慢性腰背痛患者的心理干预效果。

方法:将 102 例符合入选标准的研究对象随机分为患者+重要人组 35 例、患者组 34 例及对照组 33 例,对照组接受常规治疗;患者干预组除接受物理治疗外还接受研究干预(患者健康教育、日常疼痛管理、认知纠正及正念训练);患者+重要人组,除患者接受常规治疗、研究干预,还要对患者的重要人进行健康教育。随访 12 周,评价心理干预对患者疼痛、自我效能及健康状况的效果。

结果:干预前后患者+重要人组及患者组在疼痛程度、疼痛自我效能及健康状况方面均有显著性差异($P<0.05$)。

结论:本研究制定的心理干预方式能减轻慢性腰背痛患者的疼痛程度,提高患者疼痛自我效能和健康状况。

关键词 慢性腰背痛;心理;正念训练;重要人

中图分类号:R493,R685 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2013)-09-0855-04

背腰疼是指腰部一侧或两侧,或者腰椎、后背骶椎部位出现以疼痛为主要症状的综合征。腰背痛症状持续 3 个月以上,即成为慢性腰背痛,长时间持续存在^[1-2]。流行病学调查发现,慢性腰背痛终生流行率可高达 60%—80%,导致患者功能障碍、致残误工、心理及社会问题,影响生存质量^[3]。

国内外学者的研究发现,各种物理治疗方法对于长期缓解患者疼痛水平和改善身体功能并无明显作用。原因在于忽视了患者的心理-精神因素对康复的影响。赵英^[4]、Keefe^[5]等学者提出慢性疼痛更多地依靠患者的自我管理,和家庭、社会支持。本研究制定基于文献循证的多种心理干预策略,建立医护人员-家庭(重要人)-患者疼痛管理途径,提高慢性疼痛患者自我管理效能和健康状况。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究采取便利抽样法在重庆市 2 所医院选取 102 例慢性腰背痛患者,在知情同意的原则下进行研究,其中男性 39 例,女性 63 例,年龄 18—64 岁,平均年龄 47.12 ± 9.27 岁。纳入标准:符合临床慢性腰背痛诊断标准的患者,非手术疼痛干预,排除器质性疾病引起的疼痛及神经根性疼痛,无其他严重慢性疾病,神志清醒、表达清晰、愿意参加研究、未参加其他相关干预活动。重要人年龄从 27—61 岁,平均年龄 43.16 ± 11.13 岁;小学及初中学历 28 人,高中 6 人,大学 1 人;男性 8 例,女性 27 例;8 对为配偶关系,22 对为父母/子女关

系,3 对为朋友关系,2 对为姐妹关系。职业多为技能型和服务型,无医疗机构工作人员。纳入标准:非慢性腰背痛患者,对此病缺乏了解,神志清醒、表达清晰、有电话并会使用,愿意配合研究。

三组患者在性别、年龄、受教育程度、经济状况、婚姻状况、职业、居住地、居住情况、医保等资料方面比较,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 研究方法:干预内容:通过文献查阅,根据本研究目的与对象构建干预方法与内容,确定慢性疼痛的心理干预方式,包括患者及重要人健康教育,日常疼痛管理及正念训练^[6-9]。具体内容如下:

①患者健康教育包括知识教育和认知纠正。前者包括疾病知识及自我应对策略,除了医护人员共性教育内容外,又补充慢性腰背痛形成的非病理机制、自我管理的重要性及日常生活预防技巧,依据慢性疼痛应对策略问卷内容^[10],用深呼吸、想象、伸展动作、自我积极暗示等技巧应对疼痛;认知纠正包括改变患者不正确的应对疼痛的观念如休息、个人习惯体位(如靠墙/椅、按压、锤打疼痛部位等);重要人教育和患者同时进行,除患者教育内容外,还强调对患者的督促支持作用。②日常疼痛管理是帮助患者完成因疼痛较难进行的日常活动,列举完成这一活动的障碍,通过当前能完成的中间性活动,最终完成整个活动,提高对慢性疼痛的理解,并降低疼痛的严重程度和恢复活动功能。③正念训练是帮

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.09.016

1 第三军医大学护理学院,400038; 2 重庆医药高等专科学校; 3 通讯作者

作者简介:祁俊菊,女,硕士,讲师; 收稿日期:2013-01-11

表1 研究对象一般资料 (例)

项目	患者+照顾者组	患者组	对照组	χ^2	P
性别				2.19	0.33
男	12	11	16		
女	23	23	17		
年龄				11.42	0.18
≤30岁	4	2	6		
31—40岁	2	3	7		
41—50岁	9	14	11		
51—60岁	13	11	5		
>60岁	7	4	4		
受教育程度				7.10	0.52
小学	10	11	5		
初中	17	17	16		
高中	5	5	9		
大专及以上	2	1	3		
无	1	0	0		
经济情况				4.57	0.60
≤2000元	22	17	17		
2000—4000元	10	16	14		
≥5000元	2	1	2		
婚姻状况				3.07	0.54
已婚	30	28	28		
未婚	3	6	4		
丧偶	0	0	0		
离婚	2	0	1		
职业				10.34	0.24
无	13	7	3		
知识型	5	7	8		
技能型	8	8	11		
服务型	3	5	7		
退休	6	7	4		
居住地				1.61	0.44
农村	7	5	3		
城镇	28	29	30		
居住情况				12.13	0.06
与子女\父母一起	20	15	9		
夫妻二人	10	18	17		
独居	5	1	6		
和保姆一起或养老院	0	0	1		
医保				2.70	0.25
有	31	30	25		
无	4	4	8		

助人观察自己的内在,建立真实的身心连接,将心理能量从消极思维中抽离出来,缓解情绪^[1]。本研究选用正念训练里的身体扫描技术(平静地指从头到脚呼吸放松每一个部位)。坚持练习,不仅能放松紧张疼痛的腰背肌肉、骨骼,还能缓解焦虑、抑郁等精神压力。

干预方法:先在医院门诊以团体讲座形式对患者及其重要人实施健康教育2次,每次30min,根据知识-信念-行为程序,干预顺序为慢性腰痛疾病知识及应对教育,认知纠正,制定日常疼痛管理计划,正念呼吸训练。团体教育分三次进行,未能参加的个别患者或重要人通过分发文字材料和电话

进行教育。团体干预完毕,患者自我训练,包括应用正确的疼痛应对策略,实施日常疼痛管理和正念呼吸训练(每天早6—10点和晚5—9点依次进行正念呼吸训练10—15min)。研究者随访12周,通过门诊教育、电话、网络等方式对患者及重要人实施心理支持、技能指导等干预。

分组干预:对照组接受常规物理和药物治疗(如按摩、针灸、腰椎牵引、经皮神经电刺激、热疗及服用药物)^[12]。物理疗法根据患者的具体情况各方法不同,本研究多入选患者腰背疾病多是腰椎间盘突出型、腰肌劳损、炎症等,临床常见治疗方法有针灸,一般20min,每日1次;经皮神经电刺激20min,或1h;按摩15—20min,每日1次。药物治疗如非甾体类消炎药、神经营养药物、止痛镇静药等。患者组除常规物理和药物治疗外还接受本研究干预内容(除重要人教育和随访干预);患者和重要人组除常规治疗,患者及重要人都接受本研究干预。于干预前、干预12周采集数据,包括疼痛程度、自我效能和健康状况。

1.2.2 研究工具:①疼痛测量表^[13](VAS);国内临床常用中华医学会疼痛学会监制的视觉模拟疼痛评估卡,在卡中心刻有数字的10cm长线上有可滑动的游标,两端分表示“0”端(无痛)和“10”端(最剧烈的疼痛)。患者面对无刻度一面,将游标放在最能代表疼痛的部位,医生面对有刻度的一面,并记录疼痛程度。②慢性疼痛自我效能感量表(chronic pain self-efficacy scale, CPSS)^[13]:由疼痛管理自我效能感量表、躯体性自我效能感量表、症状应对自我效能感量表3个分量表共22个项目组成,得分从10—100,分值越高代表自我效能越高。③SF-36+健康调查量表^[15]:广泛应用于普通人群的生存质量测定、临床试验效果评价以及卫生政策评估等领域。作为简明健康调查问卷,它从生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能以及精神健康等8个方面全面概括了被调查者的生存质量。

1.3 统计学分析

采用SPSS 16.0软件包对数据进行统计分析,行 χ^2 检验, $P>0.05$ 表示具有可比性;计量资料采用 t 检验,以 $P<0.05$ 表示有显著性意义。

2 结果

干预前后研究对象的疼痛评分、干预前后研究对象的自我效能评价、干预前后研究对象健康状况评价,见表2—4。

表2 干预前后研究对象的疼痛评分 ($\bar{x}\pm s$)

组别	患者+重要人组	患者组	对照组
干预前	3.80±1.13	3.68±1.10	3.74±1.06
干预后	2.79±1.07	3.11±1.06	3.59±0.89
t	0.44	0.39	0.46
P	<0.05	<0.05	>0.05

表3 干预前后研究对象的自我效能评价 (x±s)

组别	干预前			干预后		
	患者+重要人组	患者组	对照组	患者+重要人组	患者组	对照组
疼痛管理自我效能感	13.22 ± 4.10	12.51 ± 3.74	12.89 ± 3.21	15.44 ± 4.61 ^②	13.73 ± 4.36 ^①	13.11 ± 3.90 ^①
躯体功能自我效能感	26.40 ± 6.83	25.83 ± 6.07	24.99 ± 5.97	29.09 ± 8.11 ^②	27.16 ± 7.79 ^②	25.13 ± 6.18 ^①
症状应对自我效能感	20.13 ± 5.75	20.57 ± 5.11	21.65 ± 5.99	23.01 ± 7.11 ^②	23.23 ± 6.74 ^②	21.87 ± 5.78 ^①
总分	60.45 ± 15.73	58.91 ± 13.26	59.53 ± 13.27	67.54 ± 17.99 ^②	64.12 ± 16.58 ^②	60.11 ± 13.64 ^①

注:①P>0.05;②P<0.05

表4 干预前后研究对象健康状况评价 (x±s)

组别	干预前			干预后		
	患者+重要人组	患者组	对照组	患者+重要人组	患者组	对照组
生理功能	18.36 ± 7.03	19.21 ± 4.20	118.77 ± 6.97	19.15 ± 11.89 ^①	219.86 ± 12.33 ^②	18.51 ± 12.81
生理职能	5.32 ± 1.21	5.36 ± 1.20	5.41 ± 1.98	6.88 ± 1.35 ^②	35.84 ± 0.84 ^①	5.23 ± 1.06
躯体疼痛	7.25 ± 1.71	7.41 ± 2.09	7.66 ± 1.35	5.86 ± 0.71 ^②	6.09 ± 0.99 ^②	7.75 ± 0.69
总体健康	16.66 ± 9.17	16.14 ± 9.94	16.52 ± 8.76	19.10 ± 10.08 ^②	17.81 ± 10.04 ^②	16.21 ± 9.81
精力	13.47 ± 8.83	13.66 ± 9.29	13.32 ± 9.45	15.51 ± 11.06 ^②	13.86 ± 10.84 ^①	13.26 ± 9.80
社会功能	4.59 ± 1.11	4.78 ± 1.00	4.39 ± 0.54	5.11 ± 0.47 ^①	5.14 ± 0.82 ^①	4.59 ± 0.18
情感职能	3.17 ± 0.21	3.60 ± 0.50	3.08 ± 0.13	3.26 ± 1.10 ^①	3.32 ± 0.86 ^①	3.03 ± 0.48
精神健康	18.56 ± 11.31	17.69 ± 10.85	18.73 ± 11.39	19.64 ± 10.12 ^②	18.56 ± 10.06 ^②	17.88 ± 10.18

注:①P>0.05;②P<0.05

3 讨论

3.1 患者重要人的支持能促进患者建立自我效能

家庭社会的支持对患者坚持自我管理意义重大。重要人的选择除了使患者信得过的人,还愿意参加研究。患者重要人的支持是减轻慢性疼痛病人心理压力,坚持应对疼痛的长期最坚实的后盾^[4]。Lamb 等^[16]也研究发现对于慢性疼痛最重要的人的观念、支持,直接影响患者的康复信念和行为。本研究将慢性腰背痛患者的重要人士参与到疼痛管理中,通过教育和随访发挥重要人的直接监督作用,将其置于健康促进者的角色去帮助患者树立积极的康复信念,鼓励坚持应对疼痛的行为,学会自我管理。

由表3看出,疼痛管理自我效能感,仅患者+重要人组有差异,表明对患者重要人的健康教育对提高患者的疼痛自我管理非常有意义,也证明了慢性疼痛的管理需要患者的重要人参与。两实验组干预前后躯体功能自我效能感、症状应对自我效能感较对照组均有显著差异(P<0.05)。表4看出,干预前后患者+重要人组在生理机能、社会功能及情感职能三方面无统计学意义外,其他均有差异;而患者组在生理职能、活力、社会功能及情感职能方面无显著性意义,表明患者重要人参与疼痛管理对改善患者的总体健康水平起到了一定的作用。生理功能指健康状况是否妨碍了正常的生理活动,如重体力活动、爬不同层级楼梯或行不同里程路等,干预前后患者+重要人组无差异而患者组有,可能与患者的身体情况差异有关。

3.2 对慢性腰背痛患者实施心理干预是有效的

3.2.1 心理干预能帮助慢性腰背痛患者改善认知:慢性腰背痛患者建立疼痛应对信念和能力,首先需要改变不正确的观念及认知。认知是指人们认识活动的过程,通过认知活动,建立自己的认识、信念。通过访谈调查影响患者行为依从性因素,结果以缺少支持和信心为最多。因此本研究侧重于对患者及其重要人进行心理教育和精神支持。知识教育让患者了解慢性腰背疼痛目前治疗的局限性,纠正对疼痛应对及治疗的错误认知,了解精神因素对慢性疼痛的影响;通过心理教育使患者意识到对慢性疼痛的歪曲想法和不当的行为反应,提高对慢性疼痛的理解。

疼痛是主观体验,已有研究报道患者的情绪会影响到疼痛感受,本研究引入正念训练,是近几年认知心理学应用改善情绪和减压的新疗法,创始人乔·卡巴金曾经用于处理病人的疼痛、压力和其他疾病。和传统心理干预方法不同,它不仅能帮助放松躯干,还能建立情绪和身体连接,增强其积极信念和自我控制感,提升患者的身体和情绪功能。这一点是临床治疗所欠缺的,临床物理和药物治疗可以增大腰椎、脊柱间隙,缓解压迫,放松肌肉,增加肌肉营养供给,减轻疼痛。但效果是短期的,不能预防复发,患者无法自行运用。如果能将两者结合应用,患者的康复效果更佳。

3.2.2 心理干预能够改善慢性腰背痛患者的健康状况:研究中慢性腰背痛患者的疼痛,大多为轻、中度疼痛(疼痛分值≤4),表2可以看出,干预前后,两组实验组在的疼痛评分均有统计学差异。

表4看出,干预前后患者+重要人组及患者组在8项健康

状况指标中各自有5项和4项得到了显著改变。干预中,研究团队帮助患者制定日常疼痛管理计划,即针对疼痛导致患者日常活动最受限的问题,采用“动作分解”式制定如何完成的计划,保持体力的持续性,减少躯干负重和疼痛发作。需要患者改变以往的一些行为习惯,该结果表明重要人的支持鼓励能够帮助患者实现计划,达到目标。SF-36健康调查量表是全球应用最广的生命质量测评工具。能够反映慢性疼痛对患者的日常活动、工作、心理、精神及总体健康感知情况。社会功能指身体和情绪对社会活动的限制;情感职能指投入工作或事情的时间、专注力。此两项,干预前后两实验组均无显著性意义,原因可能与康复干预时间较短有关,患者已习惯依赖于被动治疗,实施自我疼痛管理是一个新理念和挑战。从认知-心理及行为的改变需要较长的时间。其次正念训练,患者已掌握要领和流程,但真正做到从消极思维中抽离出来,提升身体和情绪功能却需要长时间的练习、坚持。因此,以后的研究还需更长的随访时间提高慢性腰背痛患者的依从性,验证本研究的心理干预方式对患者健康状况的远期效果。由研究结果看出,研究前后对照组在疼痛程度、自我效能、健康状况方面均无差异。

参考文献

- [1] Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain[J]. Lancet,1999,14,581—585.
- [2] 樊碧发译.疼痛医学原理与实践[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2009:132—138.
- [3] The Management of Pain in Clinical Practice[M]. 2nd Ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 1990, pp. 2107—2120.
- [4] 赵英. 关于慢性疼痛(1)[J]. 中国临床康复,2005,9(2):163.
- [5] Keefe FJ, Beaupre PM, Gil KM, et al. Group therapy for patients with chronic pain. In: Turk DC, Gatchel RJ(Eds.), Psychological Approaches to Pain Management. A Practitioner's Handbook[M]. 2nd ed. New York: Guilford Press, 234—255.
- [6] Hechler T, Dobe M, Kosfelder et al. Effectiveness of a 3-week multimodal inpatient pain treatment for adolescents suffering from chronic pain [J]. Statistical and clinical significance. Clinical Journal of Pain, 2009,25:156—166.
- [7] Strand EB, Kerns RD, Kristie A, et al. Higher levels of pain readiness to change and more positive affect reduce pain reports: a weekly assessment study on arthritis patients [J]. Pain, 2007,127:204—213.
- [8] Woo J, Leung J, Lau E. Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life [J]. Public Health, 2009, 123:549—56.
- [9] Turk DC, Burwinkle TM. Cognitive-behavioral perspective on chronic pain patients [J]. Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine, 2006,18, :1—38.
- [10] 李香凤,李爱平,王俊星,等. 慢性疼痛应对策略及自觉效果量表在老年病人中的适用性研究[J]. 护理研究, 2010, 25(9): 2342—2343.
- [11] Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal 著, 谭洁清译. 改善情绪的正念疗法[M]. 北京: 中国人民大学出版社 2008, 25—40.
- [12] 王斌. 非特异性下腰痛的临床与康复[J]. 中国康复医学杂志, 2004,19(2):150—153.
- [13] 李仲廉, 安建雄, 倪家, 等. 临床疼痛治疗学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1999, 336: 346.
- [14] Ann M. Steffen, Christine McKibbin, Antonette M Zeiss, et al. The Revised Scale for care giving self-efficacy: Reliability and validity study [J]. The Journals of Gerontology, 2002, (57):1.
- [15] 李鲁. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志, 2002, 2(36):109—112.
- [16] Lamb SE, Lall R, Hansen Z, et al. BeST Trial Group. A multi-center randomized controlled trial of a primary care based cognitive behavioural program for low back pain (the Back Skills Training Trial)[J]. Health Technol Assess, 2010,14:1—253.