

2001,94(2):149-158.

[9] 胡风侠,李洁,丁超,等. 三种疼痛强度评估量表应用于结核外科手术患者的首选率、重测信度及同时效度分析[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(20):149-151.

[10] Koyama T, McHfie J G, Laurienti P J, et al. The subjective experience of pain: where expectations become reality[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 2005, 102 (36): 12950-12955.

[11] 冯晓燕,李晓彤. 心房颤动患者冷冻消融联合射频消融及左心耳封堵术的护理配合[J]. 护理学杂志,2021,36(16):50-52.

[12] 吴淑龄,傅小莉,李敏香,等. 中文版疼痛行为量表对神经外科患者疼痛评估的适用性评价[J]. 中国卫生统计, 2021,38(2):283-285.

[13] Pudas-Tähkä S M, Salanterä S. Reliability of three lin-

guistically and culturally validated pain assessment tools for sedated ICU patients by ICU nurses in Finland[J]. Scand J Pain,2018,18(2):165-173.

[14] 李素婷,李红杰,王艳红,等. 不同疼痛量表在肝癌患者动脉化疗栓塞术后疼痛评估中的应用比较[J]. 护士进修杂志,2021,36(15):1345-1348,1353.

[15] Fidan A S, Seyda E, Ergul E. A comparison of two pain scales in the assessment of dental pain during initial phase of orthodontic treatment[J]. J Int Dent Med Res,2015,8(2):61-67.

[16] Zhou Y, Petpichetchian W, Kitrungrrote L. Psychometric properties of pain intensity scales comparing among postoperative adult patients, elderly patients without and with mild cognitive impairment in China[J]. Int J Nurs Stud,2011,48(4):449-457.

(本文编辑 赵梅珍)

• 论 著 •

慢性疼痛患者疼痛灾难化水平及影响因素分析

宋春燕¹,王改利²,吴红艳¹

摘要:**目的** 探讨慢性疼痛患者疼痛灾难化现状及影响因素,为实施针对性干预提供参考。**方法** 采用便利抽样法选择武汉市某三甲医院门诊 303 例慢性疼痛患者为研究对象,运用一般资料调查表及疼痛灾难化量表进行调查。**结果** 慢性疼痛患者疼痛灾难化得分 28.00(17.00,39.00)分,沉思维度得分最高,无助维度得分最低;93 例(30.7%)患者有疼痛灾难化倾向。多元线性回归分析显示,平均疼痛程度、疼痛类型、疼痛部位个数、个人月收入、文化程度是疼痛灾难化的影响因素(均 $P<0.05$),共解释 34.0%的变异量。**结论** 慢性疼痛患者疼痛灾难化较高,需重点关注疼痛程度高、疼痛部位多、月收入和文化程度低的患者,进行针对性干预,以减轻疼痛,从而降低患者疼痛灾难化认知水平。

关键词:慢性疼痛; 疼痛灾难化; 疼痛程度; 沉思; 无助; 疼痛部位; 风湿性疼痛; 调查分析

中图分类号:R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.04.032

The level and determinants of pain catastrophizing in patients with chronic pain

Song Chunyan, Wang Gaili, Wu Hongyan. Nursing Department, Union Hospital of Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To identify the level and determinants of pain catastrophizing in patients with chronic pain, and to provide reference for targeted interventions. **Methods** A total of 303 patients with chronic pain attending outpatient clinics of a tertiary hospital in Wuhan city were surveyed by using a sociodemographic questionnaire and the Pain Catastrophizing Scale. **Results** The median (IQR) score of pain catastrophizing was 28.00(17.00,39.00). The subscale of rumination scored the highest and helplessness scored the lowest. Ninety-three (30.7%) of the participants had pain catastrophizing. Multiple linear regression showed that, average pain intensity, type of pain, the number of body parts involved, personal monthly income, and education level were factors affecting pain catastrophizing (all $P<0.05$), explaining 34.0% of the total variance. **Conclusion** Patients with chronic pain reported severe pain catastrophizing. Nursing staff should pay more attention to those with severe pain intensity, more body parts involved, lower monthly income and education level, and take individualized interventions, thus to alleviate pain level and lessen pain catastrophizing of patients.

Key words: chronic pain; pain catastrophizing; pain intensity; rumination; helplessness; site of pain; rheumatic pain; survey and analysis

慢性疼痛是指持续或者反复发作超过 3 个月的疼痛,已被定义作为一种独立疾病。慢性疼痛不仅发生

率高且带来沉重的个人及治疗负担。2016 年全球疾病负担研究显示,腰痛、偏头痛在 2016 年健康寿命损失年(Years Lived with Disability,YLD)五大原因中排前 2 位^[1]。我国 2020 年报告显示,慢性疼痛患者已超过 3 亿,且每年以 1 000 万~2 000 万的速度快速增长,患者人群有年轻化趋势,每年整体治疗花费可能超过 5 000 亿元^[2]。国际疼痛学会(International Association for the Study of Pain)于 2020 年对疼痛定义进行了修订,“疼痛是一种不愉快的感觉和情

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 护理部 2. 心外科(湖北 武汉,430022)
宋春燕:女,硕士,主管护师,songchunyan_143@163.com
通信作者:吴红艳,641270729@qq.com
科研项目:华中科技大学同济医学院护理学院自主创新研究项目(ZZCX2022012)
收稿:2023-09-20;修回:2023-11-28

绪体验,或与此类似的经历,伴有实际或潜在的组织损伤”,并附加 6 项相关说明,如疼痛是不同程度受到生物学、心理学以及社会因素影响的一种个人的主观体验^[3]。疼痛灾难化是疼痛心理学领域的研究热点,是疼痛特有的心理因素。疼痛灾难化指经历现实或预期的疼痛体验时,表现出的一种夸张的负性心理定势^[4]。恐惧-回避模型(Fear-avoidance Model)指出,灾难性思想是导致疼痛相关不良结局的先决条件,疼痛灾难化的个体很少具备有效处理疼痛症状的能力,会回避日常活动,进而导致情绪变化(沮丧、抑郁)和机体变化(功能障碍)^[5]。王路等^[6]研究显示,疼痛灾难化与抑郁情绪、负性思维明显相关。杨芷等^[7]综述报道,疼痛灾难化对慢性疼痛患者的疼痛体验、心理状态、治疗效果和生活质量都有较大的影响。而疼痛灾难化被认为是认知易感性因素,是认知行为疗法的主要干预指标之一。研究显示,不同类型患者的疼痛灾难化水平和影响因素有所不同,尚未达成一致结论^[8-12]。因此,有必要了解慢性疼痛患者的疼痛灾难化现状与特点,为实施针对性干预提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2021 年 10 月至 2022 年 8 月,便利选取武汉市某三甲医院疼痛专科门诊及风湿免疫科门诊就诊患者为研究对象。纳入标准:年龄≥18 岁;疼痛持续时间≥3 个月;目前疼痛程度或自感平时疼痛程度评分≥3 分;意识清楚,语言表达、沟通及听力正常;知情同意,自愿参与本研究。排除标准:癌性疼痛;因车祸、截肢等创伤性事件导致的疼痛;患者正在参与心理相关干预研究项目。根据现况研究计量资料的样本量估算公式: $n = (\mu_{a/2}\sigma/\delta)^2$,参考对疼痛患者^[11,13]相关研究数据, $\mu_{a/2} = 1.96, \sigma$ (样本标准差)分别为 9.49、12.86, δ (容许误差)取 1.5,计算样本量为 153~282。预计 20%的脱落率,需要发放问卷 192~353 份。本研究获得华中科技大学同济医学院伦理委员会审批:[2018]伦审字(S266)号。

1.2 方法

1.2.1 调查问卷 ①一般资料调查表。由研究者自行设计,包括性别、年龄、文化程度、职业、婚姻状况、医疗费用支付方式、个人月收入、居住地、慢性疼痛病程、疼痛程度[参考简明疼痛评估量表(Brief Pain Inventory, BPI)“疼痛程度”维度,由患者自评过去 7 d 内最剧烈、最轻微、平均程度、目前的疼痛程度;本研究疼痛程度取 4 个条目的均值]、疼痛类型(参考 ICD-11 慢性疼痛分类^[14])、疼痛部位数(多选题:头面部,颈部,肩部及上肢,胸部,腹部,腰骶部,骨盆,肛门会阴区,下肢)。②疼痛灾难化量表(Pain Catastrophizing Scale)。该量表由 Sullivan 等^[15]编制,用来测量疼痛灾难化水平,包括沉思(4 个条目)、夸大(3 个条目)、无助(6 个条目)3 个维度共 13 个条目。

采用 Likert 5 级评分法,选项为从不、稍微、中等、非常、始终,依次计 0~4 分,总分 0~52 分,得分越高表示疼痛灾难化水平越高。评分≥38 分为患者有疼痛灾难化倾向,该量表 Cronbach's α 系数为 0.927^[16]。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.948,各维度 Cronbach's α 系数为 0.784、0.857、0.916。

1.2.2 调查方法 由 2 名经过统一培训的研究者进行调查。对就诊患者询问疼痛是否持续 3 个月及以上,再采用可视化数字疼痛模拟评分尺(NRS)评估患者平时自感疼痛程度或目前疼痛程度,任意一项评分≥3 分的患者纳入研究。采用面对面调查方式,调查问卷匿名填写。文化程度低、视力欠佳或自感疼痛影响填写的患者,由研究者协助完成调查。发放问卷 353 份,回收有效问卷 303 份,有效回收率为 85.8%。

1.2.3 统计学方法 数据由双人核对录入,采用 SPSS26.0 软件进行统计分析。疼痛灾难化评分不服从正态分布,采用中位数(M)、四分位数(P_{25}, P_{75})表示。统计分析采用 Wilcoxon 秩和检验、Kruskal-Wallis 检验、Spearman 相关性分析、多元线性回归分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 慢性疼痛患者一般资料 303 例患者中,男 88 例,女 215 例;年龄 18~86(49.81±13.81)岁。病程 3~480[12(6,60)]个月。疼痛部位数:1 个 161 例,2 个 95 例,3 个 31 例,4 个 10 例,5 个 4 例,6 个 2 例。自评近 7 d 平均疼痛程度 0~10(4.82±1.76)分。

2.2 慢性疼痛患者疼痛灾难化水平 本研究中,93 例(30.7%)患者疼痛灾难化总分≥38 分。慢性疼痛患者疼痛灾难化总分及维度得分,见表 1。

表 1 慢性疼痛患者疼痛灾难化得分($n=303$)

疼痛灾难化	$M(P_{25}, P_{75})$	
	总分	条目均分
沉思	10.00(6.00,13.00)	2.50(1.50,3.25)
夸大	6.00(4.00,9.00)	2.00(1.33,3.00)
无助	12.00(6.00,17.00)	2.00(1.00,2.83)
总分	28.00(17.00,39.00)	2.15(1.31,3.00)

2.3 慢性疼痛患者疼痛灾难化的单因素分析 年龄、病程、疼痛部位个数、自评近 7 d 平均疼痛程度为连续变量,与疼痛灾难化总分及维度得分进行相关性分析,见表 2。不同特征患者疼痛灾难化得分比较,见表 3。

表 2 年龄、病程等与疼痛灾难化的相关系数($n=303$)

项目	沉思	夸大	无助	总分
年龄	0.254**	0.239**	0.312**	0.295**
病程	0.108	0.063	0.145*	0.126*
疼痛部位数	0.130*	0.094	0.128*	0.126*
疼痛程度	0.364**	0.392**	0.462**	0.443**

注:* $P<0.05$,** $P<0.001$ 。

2.4 慢性疼痛患者疼痛灾难化的多因素分析 疼痛灾难化总分不服从正态分布,但经检验残差服从正态分布,德宾-沃森(Durbin-Watson)检验值为1.986,说明模型不存在一阶自相关。以疼痛灾难化总分为因变量,以单因素分析有统计学意义的变量为自变量(职业以在职为参照、婚姻状况以已婚为参照、付费方式以公费为参照、疼痛类型以不清楚为参照设置哑变量;文化程度、个人月收入从低到高依次赋值1~4;性别男、女分别赋值1、2,居住地城镇赋值为1,农村赋值为2;年龄、病程、疼痛部位数、疼痛程度以原值输入),进行多元线性回归分析($\alpha_{\lambda}=0.05, \alpha_{\text{出}}=0.10$),因设置哑变量,变量进入方法为“输入(enter)”。有统计学意义的变量,见表4。

表3 不同特征患者疼痛灾难化得分比较

项目	例数	疼痛灾难化得分 [$M(P_{25}, P_{75})$]	Z/Hc	P
性别			2.470	0.014
男	88	24.00(16.00,35.00)		
女	215	29.00(18.00,41.00)		
文化程度			37.442	<0.001
文盲	24	38.00(28.25,47.75)		
小学	67	31.00(20.00,42.00)		
中学/中专	143	28.00(18.00,39.00)		
大专及以上	69	16.00(9.00,30.00)		
职业			20.336	<0.001
在职	180	24.00(15.00,37.75)		
退休	96	34.50(23.35,43.00)		
无业	27	33.00(20.00,36.00)		
婚姻状况			6.964	0.031
已婚	257	28.00(18.00,40.00)		
未婚	21	18.00(10.00,33.00)		
离异/丧偶	25	29.00(19.00,46.00)		
医疗付费方式			8.412	0.038
公费	25	24.00(13.00,43.00)		
医疗保险	75	28.00(14.00,39.00)		
农村合作医疗	72	35.00(20.25,42.75)		
自费	131	25.00(17.00,37.00)		
个人月收入(元)			26.958	<0.001
<1 000	94	34.00(20.00,44.25)		
1 000~<3 000	101	29.00(19.50,39.00)		
3 000~<5 000	62	23.50(15.75,35.25)		
≥5 000	46	16.00(9.75,32.00)		
居住地			3.656	<0.001
城镇	180	25.00(14.00,38.00)		
农村	123	33.00(21.00,41.00)		
疼痛类型			12.415	0.030
原发性疼痛	78	29.00(15.00,41.25)		
风湿性疼痛	120	24.00(16.00,36.00)		
神经性疼痛	19	37.00(23.00,47.00)		
手术后疼痛	9	39.00(21.50,47.50)		
不清楚	66	28.00(19.00,40.25)		
其他*	11	27.00(18.00,41.00)		

注:* 头痛和颌面部疼痛 6 例,内脏痛 1 例,合并到“其他”。

表4 慢性疼痛患者疼痛灾难化影响因素的多元线性回归分析($n=303$)

自变量	β	SE	β'	t	P	容差	VIF
常量	22.707	7.603		2.987	0.003		
疼痛部位个数	2.240	0.757	0.150	2.957	0.003	0.853	1.173
疼痛程度	2.842	0.394	0.362	7.205	<0.001	0.865	1.157
文化程度	-2.290	1.026	-0.143	-2.231	0.026	0.532	1.878
个人月收入	-2.550	0.849	-0.192	-3.003	0.003	0.533	1.875
疼痛类型							
风湿性疼痛	-6.724	1.830	-0.238	-3.673	<0.001	0.520	1.924

注: $R^2=0.382$,调整 $R^2=0.340$; $F=9.190, P<0.001$ 。

3 讨论

3.1 慢性疼痛患者疼痛灾难化水平较高 痛觉是人类最原始、最普遍、最早体验到的主观感受,同时也是相当复杂的感觉。慢性疼痛的复杂性表现在病因、病理机制和疼痛表现形式等各个方面;此外,慢性疼痛的影响因素和造成的影响均呈现多元化^[17]。笔者前期对门诊慢性疼痛患者访谈发现,大部分患者表述“疼痛是非常可怕的体验”“无法忍受/生不如死/担心/担忧”,表现出疼痛灾难化的倾向^[18]。本研究显示,30.7%的慢性疼痛患者存在疼痛灾难化倾向,高于冠心病患者(16.75%)^[10]、放射性损伤疼痛患者(18.26%)^[8]及全膝关节置换术后患者(20.79%)^[9],且本研究灾难化得分亦高于上述研究,说明慢性疼痛患者灾难化水平较高,需要引起护理人员的关注。进一步分析发现,3个维度中,沉思维度条目均分最高,其次为夸大,无助维度条目均分最低;与对放射性损伤疼痛患者的研究结果正好相反,其无助得分最高、沉思得分最低^[8]。沉思指过度关注疼痛感受而对疼痛持续负面思考,夸大指夸大疼痛的潜在破坏力,无助指感知自己无法应对疼痛症状。慢性疼痛往往迁延数月、数年,甚至终身,病情复杂甚至无法确定病因,治疗疗程长而效果无法预测,疼痛控制不佳而消磨人的精力和意志,甚至导致躯体功能障碍。因此,患者将注意力过多地放在疼痛体验上,表现为“迫切希望远离疼痛”“期待疼痛的终止”,沉思维度得分较高。放射性损伤疼痛患者主要由癌症治疗导致,癌症的诊断更易诱发患者的无助感,也体现在疼痛应对上;而慢性疼痛患者疼痛至少持续3个月以上,在与疼痛共处的过程中积累了一定的应对经验,故无助维度得分最低。而对全膝关节置换术后患者及痛风患者的研究显示,沉思维度得分最高,夸大维度得分最低^[9,13]。说明不同类型患者的疼痛灾难化有其特点,针对慢性疼痛患者的疼痛灾难化,应以改善沉思维度为主,指导患者将注意力从控制疼痛上分散,通过接纳与承诺疗法干预^[19],倡导患者接纳疼痛,在认可疼痛客观存在的前提下,采取特定或积极的行为来对待疼痛,从而改善个体在疼痛时的状态。

3.2 慢性疼痛患者疼痛灾难化影响因素分析

3.2.1 疼痛程度 多元线性回归分析显示,疼痛程度是慢性疼痛患者疼痛灾难化最重要的影响因素($P<0.05$),疼痛程度与疼痛灾难化呈正相关,即疼痛程度越重,疼痛灾难化水平越高。国内外研究对此形成比较一致的结论^[9-10,12,20]。可能因为疼痛程度越重,患者的日常生活、活动、睡眠等都被影响,疼痛造成的困扰越大,他们会更加关注疼痛以及对疼痛感到无力应对。同时国外研究认为,疼痛灾难化会加剧疼痛程度^[21-22]。可能因为疼痛灾难化会削弱个体认知调节的积极作用,同时增强消极作用,进而产生无用感,失去对疼痛的控制而增加疼痛的感受程度;疼痛灾难化也会使个体对疼痛过度恐惧,表现出更低的疼痛承受能力。因此,疼痛程度与疼痛灾难化可能互为因果,疼痛程度会强化对疼痛灾难化的认知,疼痛灾难化又会加剧疼痛的感受,形成恶性循环。在临床工作中,既要缓解患者的疼痛程度,也要改善患者的疼痛灾难化思维,从而更好地提高疼痛治疗效果,提升患者与疼痛共处的能力。

3.2.2 疼痛类型 不同类型的疼痛对个体的日常生活产生不同的影响,患者对不同的疼痛问题有不同的担忧,因而疼痛可控性和治疗选择性会影响个体的疼痛灾难化程度,尤其对那些难以确定或有争议的诊断更有可能导致产生疼痛灾难化思维^[23]。表 3 显示,风湿性疼痛患者的疼痛灾难化得分最低,相对于不清楚疼痛类型的患者,风湿性疼痛进入疼痛灾难化的回归方程($P<0.05$)。风湿性疾病是一组累及骨关节、其周围软组织(如肌肉、肌腱、骨膜、滑膜、韧带、软骨等)及其他相关组织器官的慢性疾病,主要包括类风湿关节炎、痛风、脊柱关节炎、骨关节炎等。风湿性疼痛主要为关节痛,如类风湿关节炎易侵犯双手小关节(腕关节、掌指关节、近端指端关节等),痛风所致疼痛以手足、四肢等活动需求大的关节为主。国内外研究均显示,类风湿关节炎患者疼痛程度为中等^[24-25]。此外,风湿性疼痛有发作与缓解交替的特点。故推测风湿性疼痛患者可能因为疼痛程度相对轻或有一定的缓解而弱化了疼痛灾难化认知。另外,与不清楚疼痛类型的患者比较,风湿性疼痛患者疾病诊断明确、有确切的治疗方案,且随着新型非甾体抗炎药、生物制剂等的出现,已大幅度改善患者的疼痛症状及生活质量,对治疗的信心及疼痛控制效果使患者对疼痛的灾难化认知降低。研究显示,痛风患者的疼痛灾难化得分(30.01 ± 9.49)分,22.4%疼痛灾难化达到临床显著水平(得分 ≥ 38 分)^[13];中轴型脊柱关节炎患者疼痛灾难化得分 15.0(6.0,28.0)分,23.6%的患者有疼痛灾难化倾向(得分 ≥ 30 分)^[12];神经性疼痛患者的疼痛灾难化得分(28.14 ± 12.86)分,51.0%的患者得分 ≥ 30 分^[11]。本研究风湿性疼痛患者的疼痛灾难化水平相对低于其他类型疼痛患者。但目前国内相

关研究未纳入不同类型疼痛患者,无法比较疼痛灾难化的差异,本研究提供了一个新的视角,可以进一步采用质性研究等方法探讨风湿性疼痛患者疼痛灾难化相对轻的原因,为其他类型疼痛患者提供参考。本研究神经性疼痛、手术后疼痛患者疼痛灾难化得分最高,与王银燕等^[11]结果差异较大,但由于样本量较少,对疼痛灾难化的影响无统计学意义(均 $P>0.05$),也需要扩大样本量继续探讨。

3.2.3 疼痛部位数 本研究显示,疼痛部位数越多,患者的疼痛灾难化水平越高($P<0.05$),这项影响因素未在其他文献中报道。疼痛部位数越多,躯体功能受限越严重,越影响患者的正常生活与工作,患者需要投入更多精力来应对疼痛,而疼痛控制效果不理想时,患者会放大疼痛与功能障碍的关系,产生焦虑、抑郁等负性情绪,进而强化疼痛灾难化思维。研究显示,疼痛部位数越多,患者对疼痛的接受度越低^[26-28]。而疼痛接受度与疼痛灾难化呈显著负相关($r=-0.65$)^[29]。因此,需更关注疼痛部位数多患者的疼痛灾难化。

3.2.4 个人月收入和文化程度 表 4 显示,个人月收入是疼痛灾难化的影响因素($P<0.05$)。个人月收入越高者,疼痛灾难化程度越轻,可能因为收入较高的患者能更好地获取医疗资源,对疼痛有更多的应对方式,疼痛控制效果更好。另一方面,慢性疼痛患者存在一定的经济负担,他们因疼痛不能完成日常工作而影响收入,同时也担心疼痛治疗费用昂贵而增加家庭负担^[18],而月收入高的患者经济压力相对较小,对疾病和疼痛的认知更积极,对治疗充满信心,从而削弱疼痛的灾难化思维。文化程度也是疼痛灾难化的影响因素($P<0.05$),与其他研究结果^[8,11]一致,可能因为文化程度会决定一个人对疾病的概念化,并影响他对躯体症状的认知评估,文化程度低者会增加对疾病的易感性或损害对疾病的适应能力,这可能与疼痛灾难化水平增加相关。护理人员需要对月收入和文化程度低的患者进行健康教育,提高其对疼痛的正确认识,掌握应对疼痛的方法,从而降低疼痛的负面影响。

3.2.5 其他因素 本研究单因素分析显示,性别、年龄、病程、职业、婚姻状况、医疗费用支付方式、居住地是疼痛灾难化的影响因素,但最终未进入回归方程,与其他研究有一定的异同^[8-9]。可能因为疼痛灾难化作为一种信念体系、一种应对策略及在体验和感受疼痛时的一种评估过程,疼痛本身的影响更大,可能会弱化人口学资料的影响,邓诗裔等^[12]采用 logistic 回归分析得出相似结论,疼痛强度、疼痛总体影响程度是疼痛灾难化的高危因素。

4 结论

本研究显示,慢性疼痛患者疼痛灾难化水平较

高,受疼痛程度、疼痛类型、疼痛部位数、个人月收入及文化程度的影响。护理人员需重视对患者疼痛灾难化的评估,尤其是对疼痛程度重、疼痛部位多、月收入和文化程度低的患者,同时神经性疼痛和手术后疼痛也应引起重视,指导患者缓解疼痛的方法,也可以通过认知行为疗法、接纳与疼痛疗法干预,改变患者对疼痛的错误认知,接纳疼痛,将更多的精力投入到生命中有价值的事情,提高生活质量。本研究为横断面调查,尚无法确定疼痛程度与疼痛灾难化的因果关系;此外,各影响因素对疼痛灾难化的解释率为34.0%,疼痛灾难化的其他影响因素需要进一步探讨。

参考文献:

- [1] GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. *Lancet*, 2017, 390(10100): 1211-1259.
- [2] 樊碧发. 中国疼痛医学发展报告(2020)[M]. 北京: 清华大学出版社, 2020: 70.
- [3] IASP. Pain terms and definitions[EB/OL]. (2020-07-16) [2022-10-29]. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>.
- [4] Sullivan M J, Thorn B, Haythornthwaite J A, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain[J]. *Clin J Pain*, 2001, 17(1): 52-64.
- [5] Vlaeyen J W, Linton S J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art[J]. *Pain*, 2000, 85(3): 317-332.
- [6] 王路, 彭森, 池丹妮, 等. 慢性疼痛患者疼痛灾难化认知的初步研究[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2011, 13(5): 135-136.
- [7] 杨芷, 周英, 姜恋, 等. 慢性疼痛患者疼痛灾难化认知的研究进展[J]. *广东医学*, 2016, 37(7): 1096-1099.
- [8] 王静娜, 王会娟, 赵静, 等. 放射性损伤疼痛患者疼痛灾难化现状及影响因素分析[J]. *保健医学研究与实践*, 2022, 19(10): 176-180.
- [9] 李晨菲, 贺玲, 黄幼玲, 等. 全膝关节置换术患者疼痛灾难化及影响因素调查[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(23): 22-24, 38.
- [10] 王若涵, 王艳, 李岩, 等. 冠状动脉硬化性心脏病患者的疼痛灾难化现状及其影响因素[J]. *解放军护理杂志*, 2022, 39(2): 21-24.
- [11] 王银燕, 魏绍辉. 神经病理性疼痛病人疼痛灾难化现状及其影响因素分析[J]. *护理研究*, 2020, 34(13): 2371-2374.
- [12] 邓诗裔, 何懿, 邓思思, 等. 中轴型脊柱关节炎患者疼痛灾难化认知及影响因素分析[J]. *中华风湿病学杂志*, 2019, 23(12): 825-830.
- [13] 张珊, 李鑫德, 李琴, 等. 疼痛灾难化在痛风患者自我效能感与整体疼痛评估间的中介效应[J]. *风湿病与关节炎*, 2022, 11(3): 17-23.
- [14] Treede R D, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11[J]. *Pain*, 2015, 156(6): 1003-1007.
- [15] Sullivan M J, Bishop S R, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation[J]. *Psychol Assess*, 1995, 7(4): 524-532.
- [16] Yap J C, Lau J, Chen P P, et al. Validation of the Chinese Pain Catastrophizing Scale (HK-PCS) in patients with chronic pain[J]. *Pain Med*, 2008, 9(2): 186-195.
- [17] 陈雪丽, 贾晓丽, 陈峥. 对标疼痛新定义, 浅谈慢性疼痛管理的现状和未来[J]. *华西医学*, 2022, 37(8): 1253-1256.
- [18] 宋春燕, 吴红艳, 戴红梅, 等. 慢性疼痛门诊患者心理体验的现象学研究[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(23): 81-84.
- [19] 费丁家, 崔艳秋, 沈梦萱, 等. 接纳承诺疗法治疗慢性疼痛的随机对照试验 meta 分析[J]. *中国心理卫生杂志*, 2020, 34(8): 643-649.
- [20] Crombez G, Eccleston C, van den Broeck A, et al. Hypervigilance to pain in fibromyalgia: the mediating role of pain intensity and catastrophic thinking about pain[J]. *Clin J Pain*, 2004, 20(2): 98-102.
- [21] Hirsh A T, Bockow T B, Jensen M P. Catastrophizing, pain, and pain interference in individuals with disabilities[J]. *Am J Phys Med Rehabil*, 2011, 90(9): 713-722.
- [22] Belfer I, Schreiber K L, Shaffer J R, et al. Persistent postmastectomy pain in breast cancer survivors: analysis of clinical, demographic, and psychosocial factors[J]. *J Pain*, 2013, 14(10): 1185-1195.
- [23] 王银燕. 疼痛患者社会支持、家庭功能、生活满意度与疼痛灾难化的相关性研究[D]. 太原: 山西医科大学, 2020.
- [24] Roche P A. Description of stable pain in rheumatoid arthritis: a six year study[J]. *J Rheumatol*, 2003, 30(8): 1733-1738.
- [25] 王璐, 梁慧敏, 魏蔚, 等. 类风湿关节炎患者躯体功能状况与疲劳及疼痛的相关性研究[J]. *重庆医学*, 2019, 48(17): 3042-3045.
- [26] 宋春燕, 王改利, 谭璇, 等. 慢性疼痛患者疼痛接受度与影响因素研究[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(24): 21-24.
- [27] 辛程, 张会君. 老年慢性疼痛患者疼痛接受与疼痛程度的相关关系[J]. *医学与哲学(B)*, 2013, 34(10): 30-32, 36.
- [28] Xu X, Ou M, Xie C, et al. Pain acceptance and its associated factors among cancer patients in mainland China: a cross-sectional study[J]. *Pain Res Manag*, 2019, 2019: 9458683.
- [29] Gillanders D T, Ferreira N B, Bose S, et al. The relationship between acceptance, catastrophizing and illness representations in chronic pain[J]. *Eur J Pain*, 2013, 17(6): 893-902.