

# 心理状态对骨伤预后的影响

华金宝 潘宏武

(安吉县第三人民医院, 浙江 安吉 313300)

随着新的医学模式的提出, 病人的心理状态逐渐引起人们的关注。本文通过医院焦虑及抑郁量表(HAD)对某些骨伤病人术前心理状态作出定量的评估。然后记录本组病人术后恢复的客观指标。试图解释心理状态与预后的关系。旨在探讨骨伤病人应以何种心理状态迎接手术。

## 临床资料

本组病例82例中男性43例, 女性39例; 年龄20~68岁, 平均年龄43.2岁; 其中肱骨干骨折16例, 肱骨髁上骨折7例, 锁骨骨折4例, 尺桡骨双骨折20例, 股骨骨折18例, 胫骨骨折12例, 股骨颈骨折5例。

## 方法

所有病人在术前一天根据 Zigmond 及 Snaith 提出的一种医院焦虑及抑郁量表(The hospital anxiety and depression scale, HAD)。分别测定评分。对于失去阅读能力的人及文盲, 由护士解释量表内容, 并根据回答评分。该表是包括14个项目的自评量表。其中焦虑(A)及抑郁(D)各占7项, 每项以0—3的四级评定分别计A及D分, 总分各为21分。每个病人的A及D分相加, 总分14分以下为轻度焦虑。总分在15至20分为中度焦虑, 21分以上为高度焦虑。分出三组, 即轻度焦虑为A组20例, 中度焦虑为B组26例, 高度焦虑C组36例。

术后6周摄X线片, 评定疗效。疗效评定标准: 0级: 无骨痂, 断端间隙清晰; Ⅰ级: 出现外骨痂, 但量少, 断端间仍清晰; Ⅱ级: 外骨痂量多, 骨折间隙模糊, 但未消失; Ⅲ级: 间隙不清, 外骨痂多, 完全连接。疗效评定采取盲法, 即由放射科医生评定。

## 结果

全组无0级愈合。A组 Ⅰ级愈合8例, Ⅱ级愈合7例, Ⅲ级愈合5例。B组 Ⅰ级愈合5例, Ⅱ级愈合9例, Ⅲ级愈合12例。C组 Ⅰ级愈合16例, Ⅱ级愈合11例, Ⅲ级愈合9例。A, B, C组间卡方检验得  $\chi^2 = 17.19 P < 0.01$ 。卡方检验两两比较A组与B组  $\chi^2 = 9.91 P < 0.01$ 。B组与C组  $\chi^2 = 7.34 P < 0.05$ 。A组与C组  $\chi^2 = 0.23 P > 0.05$ , 结果表明: 术前高度焦虑和忧郁的病人

和术前焦虑和忧郁分较低的病人愈后较差, 而术前中等焦虑和忧郁的病人愈后较好。统计学处理显示有差异。即术前焦虑和忧郁程度与手术愈后间存在着U字型的函数关系。

## 讨论

早在1958年 Janis<sup>[1]</sup>通过对病人心理状态及术后心理生理效应的研究, 提出了术前焦虑的程度与术后的效果存在着U字型的函数关系。但随后的研究<sup>[2]</sup>又不支持这一观点。关于病人术前心理状态及术后心理生理效应关系必定有某种内在联系, 而影响术后的康复过程。本文82例病人的研究提示符合Janis<sup>[1]</sup>的U字型函数关系。即术前表现中等焦虑的病人术后的康复过程较好。而术前高度焦虑和低焦虑反应均对术后康复不利。对此现象可能的解释是: 由于中等焦虑的病人在心理上对手术及可能带来的影响有比较现实客观的认识和准备。有比较切合实际的期望。因而能正确对待手术, 也能适应手术及手术带来的一些问题, 结果术后个人体验较好, 躯体恢复过程也较顺利。相反, 对于术前有高度焦虑者在术中及术后仍有高度焦虑和紧张, 这显然不利于躯体的康复。而术前低焦虑反应者则由于在心理上对手术采取简单的回避和否认, 对手术过程和结果缺乏心理准备, 对实际经历的手术措手不及。就容易将手术体验为一种严重的打击。

上述结论提醒我们要注重骨伤手术病人的术前心理状态。对手术前有高度紧张的病人, 手术医师应及时向病人解释手术的必要性和科学性, 帮助病人树立治疗疾病的信心, 消除紧张心理。心理准备不足的病人临床医师应该及时地向病人提供正确的手术信息。如有必要, 可采取一系列的心理治疗, 以帮助病人术前有一定的心理准备, 对手术采取积极的对应, 而有利于病人的康复。

## 参考文献

- [1] Janis IL. Psychological stress. NY: Wiley, 1958. 169
- [2] 姜乾金. 医学心理学. 北京: 科学技术出版社, 1993. 235

(收稿: 1999-02-27)