

· 骨伤科护理 ·

# 症状自评量表和焦虑自评量表 在创伤性骨折心理护理中的应用

董列军, 黄红芳

(浙江省浙江医院, 浙江 杭州 310013)

**摘要** 目的:探讨症状自评量表和焦虑自评量表在创伤性骨折心理护理中的应用。方法:2009 年 10 月至 2011 年 9 月,运用症状自评量表和焦虑自评量表对 132 例创伤性骨折患者进行心理评估,并对其中有焦虑症状的患者进行专业心理护理。结果:132 例患者中,症状自评量表评分之焦虑评分  $>20$  分的患者有 31 例,其入院时的焦虑自评量表评分为  $(60.2 \pm 5.1)$  分,经专业心理护理后,焦虑自评量表评分降至  $(41.5 \pm 5.2)$  分。结论:根据创伤性骨折患者的症状自评量表和焦虑自评量表评分,采取科学规范的心理护理措施,不仅能有效改善其心理状态,更能提高其生活质量,促进其早期康复。

**关键词** 骨折 表现焦虑量表 症状自评量表 心理护理

创伤性骨折多由突发事件所致,常引起疼痛和肢体功能障碍等不适,容易导致患者出现紧张、焦虑、抑郁等不良情绪,不利于治疗和康复<sup>[1]</sup>。2009 年 10 月至 2011 年 9 月,我们运用症状自评量表(symptom check list 90, SCL-90)<sup>[2]</sup>和焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)<sup>[3]</sup>对 132 例创伤性骨折患者进行心理评估,并对其中有焦虑症状的患者进行专业心理护理,效果满意,现报告如下。

## 1 临床资料

本组 132 例,男 74 例,女 58 例。年龄 12 ~ 75 岁,中位数 56 岁。均为创伤性骨折患者,其中颈椎骨折 8 例,胸腰椎骨折 23 例,肋骨骨折 25 例,上肢骨折 19 例,下肢骨折 26 例,骨盆骨折 8 例,其他骨折 23 例。所有患者均排除脑器质性病变等疾病所引起的精神障碍。

## 2 方法

**2.1 评估方法** 患者入院 1 ~ 3 d,先采用 SCL-90 评分,对于焦虑评分  $>20$  分的患者,采用 SAS 评估其焦虑程度,经专业心理护理后,再次采用 SAS 评估其焦虑程度。

**2.2 护理方法** 由心理咨询师或经过心理学专业培训的医护人员对焦虑患者进行心理护理,每周 1 次,每次 30 min,4 周为 1 个疗程。具体措施为:①情绪护理。普及骨折治疗和康复的基本知识,说明焦虑等不良情绪对健康的影响,介绍成功病例,增强患者战胜疾病的信心,使其积极配合治疗。②人际关系辅导。

耐心与患者交流,指导其与医生、护士、家属和病友等人进行换位思考,使其站在对方的立场上体验和思考问题,多一些宽容和理解,从而更好地与他人相处。

③放松训练。指导患者掌握减轻焦虑等不良情绪的心理学方法,使其有意识地控制自身情绪,保持心情轻松。④支持疗法。与患者良好沟通,认真解答其内心疑惑,鼓励其勇敢面对现实问题,保持乐观情绪。

## 3 结果

132 例患者中, SCL-90 评分之焦虑评分  $>20$  分的患者有 31 例,其入院时的 SAS 评分为  $(60.2 \pm 5.1)$  分,经专业心理护理后, SAS 评分降至  $(41.5 \pm 5.2)$  分。

## 4 讨论

SCL-90 共有 90 个项目,包含广泛的精神病症状学内容,涉及感觉、情感、思维、意识、行为、生活习惯、人际关系、饮食、睡眠等方面。该量表采用躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执及精神病性等 10 个因子,分别反映 10 个方面的心理症状情况,适用于具有焦虑倾向的成年人。该量表由 20 个条目组成,1 个条目对应 1 个相关症状。每个项目均采用 5 级评分制,主要评定相关症状的严重程度。

SAS 是一种分析患者主观症状的评估工具,具有广泛的适用性,主要用于评价焦虑症状。该量表由 20 个项目组成,采用 4 级评分制,主要统计指标为总分值。50 分为其分界值,50 ~ 59 分为轻度焦虑,60 ~ 69 分为中度焦虑,70 分及以上为重度焦虑。

创伤性骨折患者多伴有全身严重合并伤,需长期卧床治疗,生活自理能力下降或丧失,容易出现焦虑、抑郁等不良情绪。常表现为精神高度紧张、易怒、拒绝医护人员的常规治疗和护理,严重者情绪低落、多疑、甚至有死亡意念。创伤引起的出血、疼痛和肢体功能障碍会加深患者的焦虑情绪,而焦虑等不良情绪会加剧疼痛等症状<sup>[4]</sup>。

骨折术后良好的心理护理有助于消除其不良情绪<sup>[5]</sup>。专业的心理护理更为科学规范,患者入院后先进行 SCL-90 评估了解其心理状态,再采用 SAS 评估了解其焦虑程度,最后进行有针对性的心理护理,如情绪护理、人际关系辅导、放松训练和支持疗法等,充分缓解或消除患者的焦虑情绪,使其保持良好心态,积极配合治疗。

新的医学模式从生物—心理—社会层面全面认识人的健康和疾病,更加重视人的社会生存状态,要求医护人员不仅要关心患者的病情,更要注重其心理

(上接第 75 页)有争议。笔者认为对于青少年型腰椎间盘突出症应首选非手术疗法进行治疗。正骨推拿手法配合电脑多方位牵引治疗腰椎间盘突出症,可以使椎间隙加大,突出的髓核与相应的神经根的空间位置发生改变,解除或减轻对神经根的压迫,纠正椎间关节的错缝,恢复脊柱的内在平衡。同时配合中西药物治疗,可以消除神经根周围无菌性炎症,松解粘连,改善血液循环,缓解肌肉痉挛而消除疼痛。综合运用这些方法治疗腰椎间盘突出症,可以使炎症水肿迅速消退,解除神经根压迫,纠正小关节紊乱,使神经根和突出物建立新的“和谐”关系,最终可以使临床症状缓解或消失。

高位腰椎间盘突出症通常是指 L<sub>3-4</sub> 以上椎间盘突出,发病率较低,而 T<sub>12</sub>L<sub>1</sub> 椎间盘突出更为少见。因其临床体征不明显,表现复杂,故治疗起来较为棘手。有学者<sup>[5-6]</sup>指出,高位腰椎间盘突出症的临床症状与体征是不典型的,当遇到不典型的腰部和腿部症状应考虑到高位椎间盘突出的可能性;要诊断高位腰椎间盘突出症仅靠患者的临床症状和体征是不可靠的。本病常因症状体征模糊而误诊,有条件的应及早做 MRI 或 CT 检查进行确诊,以便使患者得到及时有效的治疗。因为上腰部椎管空间相对较小,神经受压后缓冲余地小,几乎不能自行缓解;所以,多数学者认为一旦确诊为高位腰椎间盘突出症,应首选手术方法进行治疗。但是,笔者认为对于年龄较轻、单纯椎间盘

活动。根据 SCL-90 和 SAS 评分,采取科学规范的心理护理措施,不仅能有效改善其心理状态,更能提高其生活质量,促进其早期康复。

## 5 参考文献

- [1] 郑志惠,刘晓华,傅爱凤. 早期心理干预对创伤骨科病人焦虑的影响[J]. 现代护理,2005,11(16):1289-1290.
- [2] 王金道. SCL-90 量表使用的现状及检测心理健康的异议[J]. 中国心理卫生杂志,2004,18(1):51-52.
- [3] 刘贤臣,唐茂芹,彭秀桂,等. 焦虑自评量表 SAS 的因子分析[J]. 中国神经精神疾病杂志,1995,21(6):359-360.
- [4] 苏秀菊,胡素芬,牛素梅,等. 创伤骨折病人的不良情绪及护理对策[J]. 国际护理学杂志,2006,25(12):1016-1018.
- [5] 刘兰花,于玲玲,王燕. 急性创伤骨折患者焦虑、抑郁实施心理干预的研究[J]. 中国实用神经疾病杂志,2009,12(14):85-86.

(2012-05-06 收稿 2012-05-15 修回)

突出且突出物较小、症状体征不重者,可以先进行非手术疗法进行治疗。电脑多方位牵引配合正骨手法,是运用三维向量技术,作用于腰椎病变区域,松解神经根与周围软组织,使突出椎间盘变位或变小,从而使受压的神经根产生“逃逸”现象。再加上中西药物的运用,有利于椎间盘周围静脉回流,也有利于椎间盘营养的供给,使受损的椎间盘得以恢复,并能改善神经根的瘀血、缺血、缺氧状态,阻断炎症介质对软组织进一步损伤。

## 参考文献

- [1] 孙锦年,朱纯生,张礼鸿. 青少年型腰椎间盘突出症的非手术治疗[J]. 颈腰痛杂志,1999,20(2):1-4.
- [2] 翟加义,张宏光,吕希华,等. 电脑三维牵引配合正骨手法治疗腰椎间盘突出症[J]. 中医正骨,2003,15(2):34-35.
- [3] 翟加义,周丙成,刘小明. 等. 正骨推拿为主综合治疗腰椎间盘突出症 1101 例临床研究[J]. 按摩与导引,2008,24(11):11-12.
- [4] 翟加义,刘小明,陈宜胜,等. 正骨推拿为主综合治疗脱出型腰椎间盘突出症 1 例[J]. 按摩与康复医学,2011,2(5):66-67.
- [5] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2001:222-225.
- [6] 鲁玉来,孙永华. 最新腰腿痛诊断治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,2007:208-227.

(2011-10-17 收稿 2011-11-10 修回)