

第四节 手术病人心理学问题

一、外科手术病人的一般心理反应和辅助行为治疗

〈一〉心理反应及对手术结果的影响

外科手术对机体有一定的损伤,因而对多数接受手术的病人来说会引起一定的情绪反应。甚至连“外科”二字本身就足以成为某些病人的强烈心理刺激因素,使得他们宁愿要求保守治疗而不愿接受手术。外科病人的情绪反应通常表现为明显的恐惧和焦虑。临床调查证明,病人一进入手术室,其血、尿中儿茶酚胺类物质和皮质类固醇水平即明显增加,这就是由于强烈的情绪反应的结果。这种心理上的紧张变化降低痛阈,使病人的痛耐受力下降,结果手术时,特别在手术后产生一系列心理和行为上的反应,如感到强烈疼痛和痛苦,全身肌肉紧张,术后对止痛药的依赖,以及长期卧床不想活动等,从而影响整个手术的效果。部分病人甚至可因手术而出现各类精神症状。不少临床手术病人由于心理上不适应,虽手术本身是成功的,但手术后个人感觉却很不满意,恢复过程也慢。可见,如何减轻手术病人的心理行为反应,促进手术治疗的更大成功,也是医学心理学在外科领域的一项任务。

为了探索行为反应特点与手术结果之间的相互关系,Janis IL(1958)曾经过研究提

出一条关于手术前恐惧程度和手术后心理生理反应关系的“U”字形曲线。这一曲线显示，手术前“很小焦虑”和“高度焦虑恐惧”这两种病人，都比只有中等程度焦虑的病人容易出现手术后的痛苦体验。他们把这种现象的原因解释为：手术前中等焦虑的病人，由于在心理上对手术有一种现实的、恰当的预料和准备，因而能较好地适应手术，术后个人体验良好，机体恢复过程也往往较顺利。对这一结果也有争论，例如Johnson JE (1970) 提出，手术前的恐惧程度与手术后的个人体验成一正关系，即术前越恐惧，手术后也越害怕，反之亦然。

尽管这个问题的细节尚待进一步研讨，但有一点应该是肯定的，即手术前的焦虑性行为反应是影响手术效果的重要因素，由于焦虑影响个人对手术的评价以及伴随出现各种行为反应，如肌肉紧张、活动减少等，使手术不能获得最理想的结果

〈二〉手术前后的心理指导

近些年来，一些人通过术前心理指导和一系列的行为训练程序，主要包括给病人介绍一些有关手术的基本知识和情况、指导病人进行特殊行为训练、给病人以情绪上的支持和鼓励等方法，一定程度上起到调节病人焦虑情绪、帮助他们尽快地在心理上和行为上适应以促进术后躯体和心理康复的作用。

据报道，使用类似松弛训练的程序，同时结合其它一些心理指导方法，对手术病人有良好的帮助。Egbert JD等1964年曾对一组上腹部手术病人进行研究。实验组46名病人除了给予常规术前指导，还在术前向他们介绍手术后疼痛情况，向他们解释疼痛的原因主要是肌肉紧张造成的，用全身顺序放松的训练方法可以使疼痛减轻，并指导他们进行具体的松弛训练，主要通过一种缓慢的深呼吸和有意识地放松腹肌。最后还告诉病人，如果需要，止痛药也是有效的，也可以使用。手术结束后，再重复有关这些心理行为训练指导。51名对照组病人则仅给以常规的术前指导，仅在手术前晚上给病人讲解麻醉过程，但不涉及手术后疼痛等问题。结果，手术后实验组比对照组住院时间要短2—7天，止痛药使用量实验组仅为对照组的一半，通过观察估计，证明实验组的疼痛比对照组轻。Healy KH (1968) 使用同样的心理学指导法，通过对300多位病人的临床对照研究，取得同样良好的结果。我们与杭州市一医院合作，设立较严格的对照组，在胃、胆囊择期手术病人中使用与上述相类似的心理指导和松弛训练，所得结果与上述完全一致。

对儿童外科病人，则可采用模型塑造法 (Modelling)。一些国外研究者采用手术前电影教育的办法，收到一定的效果。Melamed BG (1977) 使用名为“伊森接受开刀”的影片作儿童术前教育内容。片中反映一个小男孩 (模型) 从入院、术前准备、麻醉、术后康复整个过程的良好表现情况。结果表明，接受模型塑造即观看电影的4—12岁儿童，比观看另一部中性影片的对照儿童手术效果好得多。模型塑造有利于情绪调节、利于躯体功能的恢复，也减少了术后“行为问题”的出现率。对这种结果的一种解释是与上述Janis观点相一致的。通过观看电影，可以使没有心理准备的儿童产生中等程度的焦虑，使由于不了解情况而对手术感到神秘莫测而极度恐惧的儿童减轻焦虑程度，因此两者都促进对手术的心理适应。

〈三〉康复期的心理治疗问题

手术后短时期内，躯体恢复是根本的问题，心理因素的作用不太受到注意。但是随着病人一步步地恢复，心理行为问题亦随着各人躯体恢复的不同结果而逐步显得突出起来，并开始明显影响进一步的躯体恢复过程。

根据行为医学理论，许多慢性病的行为症状，例如丧失信心、愁眉不展、慢性疼痛、对药物的依赖、长期卧床、活动迟缓、局部或全身肌肉紧张和废用性肌萎缩等等，可以是部分地或者甚至全部地由急性期的各种反应性行为症状，经过强化和发展过程而固定下来的。在这些病人身上，往往很难找到产生这些症状的生理依据。不消除有关心理行为因素，病人常难以用生物医学治疗手段获得康复。

当手术后病人进入康复期，对某些人来说，行为因素甚至也能成为决定手术最终结果是否理想的最突出的影响因素。Horton JC认为，这一段时期的行为治疗至少将能起到与术前行为指导同样重要的作用。

我国的一些类似行为训练法，如气功、太极拳等，应用于一些大手术后恢复期病人，具有一定的积极作用。这除了运动本身产生的躯体锻炼效果外，应该说这么一整套训练程式对于调节心身平衡也起着良好促进作用。

二、心脏手术病人的心理反应

心脏手术是一个胸科大手术，有关手术方面，目前还存在着一些问题，疗效也不很理想。对于心脏手术前后的心理反应，在国外有较多报导，国内仍缺乏完整的资料。美国 Kimball 教授对54例病人做手术前后交谈研究，根据这些病人的精神调节能力，对手术焦虑的程度和对未来的定向能力等，将其分为四组，即抑制型（Depressed type），依赖型（symbiotic type），否认焦虑型（Denying Anxiety Type），适应型（Adjusted type）。据统计，手术后死亡率最高为抑郁型。手术后并发症率最高的是依赖型和否认焦虑型。术后得到最大改善的是适应型。这些类型主要表现分述如下：

1. 适应型：本组病人的特点是，过去能恰当应付生活中的各种刺激，包括他们的心脏病，且能完满地处理工作及家务。认为手术必要的、自愿的，是为了挽救自己的生命，这类病人对于手术可表现出中度的紧张、害怕和焦虑情绪。但他们应付这些情绪的防卫功能是好的。他们并不否认手术过程中的死亡的可能性，但他们充满信心，坚信手术不仅能成功，而且能使他们达到未来的目标和完成计划。

2. 依赖型：此型病人能适应所患的疾病。病人在过去的生活中，常在一定程度上需要依赖父母或配偶。由于这类病人需要长期与父母保持密切的关系，一旦其父母死亡，他们就颓废悲伤一段很长时间。这类病人的失偿和风湿热的开始发作，可能与生活中的重大刺激有关（如丧失父母、配偶或孩子，婚姻问题，生活重大改变等）。

3. 否认焦虑型：此型病人特点：能持久而完善的应付各种生活刺激。病人常否认或缩小自己的症状和体征。他们的生活活泼而丰富多彩，希望通过手术使其身体条件得到缓解和改善，并不担心，对手术过程否认有焦虑情绪，并采取各种防卫措施以控制这种情绪。这类病人较严肃，高度敏感，多疑，多动，常难以与人交往。

4. 抑制型：这类病人过去应付生活刺激的能力各不相同，有些人长期痛苦，失望，屈服于“疾病”。经过一段较长时间后，“丧失”信心。另一些人以前的生活相对顺利，但由于新近发生心脏病或心脏病症状加重，当即造成了心理适应性的恶化。在接受外科手术时，所有这类病人都表现出抑郁。大部分病人否认对手术过程有焦虑情绪，说：“医生认为我必须手术。”他们对手术的期望不同，有人认为“手术解决不了问题，”又有说“我活不成了。”对多数人来说，未来似乎是希望的无底深渊。

Kimball教授对手术后，根据各人特殊反应类型，各期特点，作较详细介绍如下、

1. 早期阶段：这一阶段包括紧接手术后的5—7天，本阶段又有四个独立的特点：

(1) 无显著反应：继术后持续约36小时的暂时性精神错乱之后，病人表现出明显的不舒服，对治疗合作。

(2) 灾难性反应：在紧接手术后一段时间内，病人躺着不动，毫无表情，面具型面容，常紧闭双眼，若睁开时则呈茫然凝视状。对医师护士的帮助表现出被动性合作和反应，他们对谈话懒得反应。在长期严密的观察可看到，病人对室内的任何突然的响声均有反应，表现出眼睑眨动和凝视或肢体的弹动等，这一状态持续4—5天后突然停止。过后病人则忘却这一过程。他们对“灾难性”焦虑反应似乎由于害怕清醒过来会发现自己已经死去而不敢动弹。

(3) 欣快：术后24小时内表现欣快、机敏、对答流畅等。他们容观焕发，充满信心，具有明显虚张声势之状。此类病人较其他类病人较少出现并发症（血肿、肺炎、发热，心律失常和电解质紊乱等），术后第3—4天就要求除输液，去除导管和其他监护装置，要求回复普通常规护理（其他类型的病人常在术后5—7天仍在继续输液）。他们的定向功能正常，态度恰当。

(4) 意识状态改变：术后常有较长时间的精神错乱，可持续几天至数周。这种典型的精神错乱伴有识别功能的低下和认知水平的波动，脑电图呈慢波及波幅低平。

(5) 死亡：在50例手术中，有8例病人死于手术过程中，2例死于手术48小时内。

2. 中间阶段：这一阶段包括住院后期从加强治疗病房（I、C、U）转到普通治疗病房。所有生存下来的病人所经历的这一阶段，大致可分三个不同阶段：

(1) 第一小阶段：开始下地活动时，多数病人感到忧虑和恐惧。而欣快反应的病人，对此阶段适应得最快，而那些灾难性反应的病人则适应得最慢。

(2) 第二小阶段：其特点为抑郁。变得越内向，同医务人员交往兴趣减少，不理睬亲属和其他探访者，经过短一段时间后，病人逐渐重新对环境集中，并开始能够预料到将要出院，做出切合实际的计划。在这小阶段，偶然可发生不良的并发症，常见的是肺梗塞和心律失常。在欣快型的病人，此小阶段可出现胃肠道出血及不明原因的发热等并发症。

(3) 第三小阶段：某些病人表现相当忧虑，往往有一些病人，尽管其身体恢复的情况相当顺利，但他们还是认为需要继续住院调理。

3. 后期阶段：包括术后3—15个月，这是一个适应，恢复的阶段。

最后Kimball教授还指出，各组及各种反应的基础上，可得出特定组与特定反应之间的关系。

第一组（适应组）：病人在术后早期阶段表现为无特殊情况的顺利过程，中期阶段相当良好，后期阶段则完全改善。

第二组（依赖型）：对手术表现出各种不同的反应。一些病人且有意识改变并有特殊的神经精神系统后遗症。中期阶段常延长至5—6周，在以后长期阶段，功能没有再改变或甚至比术前差。

第三组：（否认焦虑型）：早期阶段是“灾难性”反应。其中1/4死于手术，中期阶段与其他组比较，有较多的心律失常并发症存在。后期阶段与术前比较，各种功能水平有的高

有的低。

第四组（抑郁组）：病人状况差，与其他组比较，术后各阶段死亡率高，幸存的第四组病人其功能水平多无改善或恶化。

上面主要介绍心脏手术前后的心理状态，术后的反应情况各组与各种反应之间的关系，以及提出手术前表现有焦虑或抑郁情绪的病人，手术过程中或术后并发症及死亡的危险性较大，这些是值得心脏外科医生重视的问题。

（浙江医科大学 姜乾金：一）

（汕大医学院 张国粹：二）