

创伤性脊髓损伤患者不同心理结局及其相关性研究*

解海霞¹ 王 岩¹ 沈 沉¹ 沈雪韵¹ 吴爱荣¹ 王艳波^{2,3}

创伤性脊髓损伤(spinal cord injury, SCI)常突发,不可预测,导致脊髓结构和功能损害,引发损伤平面以下运动、感觉、自主神经功能的障碍,幸存者将长期饱受残疾相关的躯体功能缺失和心理功能失调带来的困扰。损伤多发于青壮年,对伤者及其家庭和社会影响巨大。相对其他创伤群体,脊髓损伤患者病理性心理问题罹患率高。有报道,SCI患者创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)的发生率为7%—44%,焦虑发生率为15%—32%,抑郁发生率为19%—26%,三者已成为脊髓损伤患者创伤后最常见的病理性心理结局^[1-3]。另有研究表明,除了病理性心理结局,部分脊髓损伤患者创伤后也会表现为正向心理结局,如心理弹性(resilience)和创伤后成长(posttraumatic growth, PTG)。心理弹性指使个体能更好地适应逆境的人格特质^[4],高心理弹性者能更好地利用保护性资源对抗由脊髓损伤导致的生物、心理、社会等问题引发的痛苦^[5]。PTG则指个体在与创伤事件进行抗争后体验到的积极心理变化^[6]。SCI患者创伤后常伴有创伤后成长体验,如与家人关系更加亲密,更加珍惜生命等^[7-8],PTG因其适应性价值受到广泛关注。我国现有脊髓损伤患者达100万以上,每年新发病例达12万^[9]。我国脊髓损伤患者的心理康复仍处于起步阶段,了解患者不同心理结局的发生情况,有利于心理康复措施的制定。本研究目的即探讨三种常见负性心理结局(PTSD、焦虑及抑郁)和两种正性心理结局(心理弹性和PTG)在脊髓损伤患者群体中的发生率及不同结局之间的相关性。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究经同济大学伦理委员会审查通过。研究对象纳入标准:①创伤性脊髓损伤时间至少6个月以上;②能够理解且自愿参加研究;③既往无精神疾病及认知功能障碍;④具备一定文化程度,能够阅读和理解测评工具的含义。排除颅脑损伤及认知功能受损患者。研究对象招募于上海市阳光康复中心“中途之家”康复培训项目。中心以团体干预方

式为脊髓损伤患者提供综合性康复培训,在2014年3月—2016年12月间,共320例参与了培训。在团体干预开始前,参与者均被邀请完成调查问卷,最终有效问卷为300份。

1.2 研究方法

问卷调查法采用自行设计的脊髓损伤者一般资料收集单,评估伤者人口学及创伤相关变量特征。脊髓损伤患者常见心理并发症测量包括PTSD、焦虑及抑郁。PTSD采用事件影响程度量表修订版(impact of event scale-revised, IES-R)进行测量,该量表包含22个条目,以35分作为PTSD的临界分值^[10]。焦虑和抑郁应用住院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HAD)进行测量,此量表包含14个条目,其中7个条目代表焦虑维度,7个条目代表抑郁维度,各维度得分达9分及以上被定义为焦虑或抑郁^[11]。

正性心理结局测量包括心理弹性与PTG。心理弹性应用中国版心理弹性量表(Connor-Davidson resilience scale, CD-RISC)评估,此量表包含25个条目^[4]。PTG应用创伤后成长量表(posttraumatic growth inventory, PTGI)测量,中国版PTGI量表有20个条目^[12]。本研究所选用测量工具均被证明具有良好的信效度。

1.3 统计学分析

采用SPSS18.0统计软件,应用描述性分析,了解脊髓损伤患者人口学及创伤相关特征。应用描述性分析,探索脊髓损伤患者不同心理结局发生率及不同心理变量的均数和标准差。采用Pearson 相关分析探索人口学及创伤相关变量与不同心理结局变量的关系及不同心理结局变量之间的相互关系。

2 结果

2.1 患者的一般资料

研究样本的平均年龄为45.81±12.89岁,受伤时的平均年龄为34.11±14.35岁,损伤持续时间平均为12.06±13.26年,具体人口数及损伤相关信息见表1。

2.2 患者不同心理结局的描述性分析

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.10.017

*基金项目:上海市残疾人康复科研项目(K2016027);上海市残联系统重点学科建设项目([2015]139号)

1 上海市养志康复医院(上海市阳光康复中心),201916; 2 同济大学医学院心理学与行为科学教研室; 3 通讯作者
作者简介:解海霞,女,心理治疗师; 收稿日期:2017-12-15

表1 研究对象人口学与创伤相关特征 (n=300)		
变量	例数(%)	
性别	男	180(60)
	女	120(40)
婚姻	单身	158(52.7)
	已婚	111(37.0)
	离异	31(10.3)
受教育程度	初中及以下	142(47.3)
	高中及中专	106(35.3)
	大学及以上	52(17.3)
宗教信仰	是	50(16.7)
	否	250(83.3)
脊髓损伤持续时间	受伤时间<1年	73(24.3)
	受伤时间1—3年	47(15.7)
	受伤时间>3年	65(21.7)
	受伤时间>10年	115(38.3)
受伤水平及程度	高位截瘫	71(23.7)
	截瘫	229(76.3)
损伤是否完全	完全	143(41.2)
	不完全	157(52.3)
环境阻碍程度	阻碍程度<3	110(36.7)
	阻碍程度≥3	190(63.3)
损伤后工作状态	从事有报酬的工作	21(7)
	未从事任何工作	279(93)

研究对象的 PTSD 症状、焦虑、抑郁及心理弹性和创伤后成长的均数与标准差见表2。在300例样本中,有35%(n=105)达到 PTSD 的临床临界点(PTSD 临床临界点为35分)。焦虑和抑郁的发生率分别为29% (n=86) 和27% (n=81)。在 Connor 和 Davidson 的研究中,≤68分被定义为心理弹性很差,>68份被定义为心理弹性较好。也有研究用68分作为衡量脊髓损伤患者心理弹性水平的优劣^[4,13]。基于此标准,本研究中仅有32%(n=96)患者报告了较好的心理弹性,68%(n=204)患者报告其心理弹性较差。关于PTG的评价,多个研究均以条目均分超过3分作为达到中等以上成长水平的衡量标准^[14]。据此,本研究采用60分作为实现较好成长的分界值,则有51%(n=154)的研究对象达到中等水平以上的成长。

2.3 不同心理结局变量间的相互关系

应用双相关分析探讨五个心理变量间的相互关系。结果显示(表3),心理弹性与创伤后成长呈强正相关($r=0.57$, $P<0.01$);心理弹性和PTG与PTSD,焦虑和抑郁分别呈负相关。此结果表明,心理弹性水平高者可能表现出更好的个人

成长,而心理弹性和创伤后成长水平高者其罹患心理问题的风险较低。PTSD,焦虑和抑郁等变量两两之间表现为较强相关性。

2.4 人口学及创伤相关变量与心理结局变量的相关性

本研究同时探讨的社会人口学变量与不同心理结局的关系。结果显示,年龄、创伤时年龄、性别、环境障碍与 PTSD、焦虑和抑郁有关。性别、婚姻与 PTSD 和焦虑呈负相关。创伤持续时间与焦虑和抑郁呈负相关。这意味着男性、单身或离异、创伤早期人群是罹患心理问题的高危人群。宗教和就业与心理弹性和创伤后成长呈正相关。另外,创伤持续时间与PTG呈正相关,说明随着时间的流逝,部分患者在与SCI抗争过程中积极体验会有所增加。患者对出行受限程度的认知与三个负向心理变量呈正相关,而与心理弹性和创伤后成长呈负相关。有宗教信仰和创伤后成功就业两变量与心理弹性及PTG均呈正相关。

表2 研究对象PTSD、焦虑、抑郁及心理弹性和创作后成长的均数与标准差				
变量	均数	标准差	范围	心理结局发生率 [例(%)]
PTSD	27.18	17.52	0—73	105(35%)
焦虑	6.41	4.15	0—19	86(29%)
抑郁	6.07	4.30	0—19	81(27%)
心理弹性	59.45	18.03	11—115	96(32%)
PTG	59.05	18.07	0—95	154(51%)

PTSD:创伤后应激症状;PTG:创伤后成长。

表3 5个心理结局变量间的相关分析 (n=300)					
变量	1	2	3	4	5
PTSD	1	0.69 ^②	0.62 ^②	-0.34 ^②	-0.12 ^①
焦虑		1	0.71 ^②	-0.42 ^②	-0.27 ^②
抑郁			1	-0.51 ^②	-0.40 ^②
心理弹性				1	.057 ^②
PTG					1

PTSD:创伤后应激症状;PTG:创伤后成长;① $P<0.05$,② $P<0.01$ 。

表4 人口学及创伤相关变量与心理结局变量的相关性分析 (n=300)					
变量	PTSD	焦虑	抑郁	心理弹性	PTG
年龄	0.23 ^②	0.13 ^①	0.14 ^①	0.09	0.10
创伤时年龄	0.26 ^②	0.28 ^②	0.23 ^②	-0.03	-0.02
性别	-0.13 ^①	-0.15 ^②	-0.07	0.05	-0.04
婚姻	-0.14 ^①	-0.14 ^①	-0.12	-0.06	0.10
受教育水平	-0.13	-0.09	-0.07	0.11	-0.02
宗教	-0.04	-0.00	-0.07	0.18 ^①	0.12 ^①
创伤持续时间	0.11	-0.24 ^②	-0.20 ^②	0.09	0.23 ^②
损伤水平	-0.09	-0.07	-0.03	0.06	-0.04
损伤是否完全	-0.03	-0.09	-0.09	-0.09	0.03
出行受限程度	0.28 ^②	0.25 ^②	0.28 ^②	-0.32 ^②	-0.16 ^①
创伤后工作状态	-0.03	-0.03	-0.07	0.19 ^①	0.13 ^①

PTSD:创伤后应激症状;PTG:创伤后成长;① $P<0.05$,② $P<0.01$ 。

3 讨论

3.1 SCI患者病理性心理问题高发

本研究探讨了社区SCI患者三种病理性心理结局PTSD、焦虑和抑郁的发生率。结果显示我国脊髓损伤患者PTSD的发生率约35%,高于国外相关研究^[15]。有报道,创伤后PTSD发生率为6%—45%,且随着时间进展,有下降趋势^[16]。但本研究中,即使创伤后时间达10年以上者,其PTSD发生率仍为33%,说明我国SCI患者是PTSD的高危人群,PTSD发生率远高于健康人群的7%^[17]。本研究中焦虑的发生率为29%,与已有报道的医院发生率27%和社区发生率29%相近^[2];抑郁发生率为27%,稍高于William等^[1]报道的19%—26%。相关分析显示三种常见病理性心理问题彼此间呈强相关性,12%的研究对象PTSD、焦虑、抑郁三项均超过临床临界值,说明三种心理问题可能互为高危因素,以共病形式存在。分析我国SCI患者PTSD、焦虑及抑郁等高发原因,可能与我国当前SCI的临床照护现状有关。我国对脊髓损伤患者照顾更多聚焦于抢救生命和处理躯体问题,常忽视患者心理康复及回归社区后的康复。研究表明,大部分脊髓损伤患者创伤后会经历包括躯体残疾、婚姻维系、并发症及人际隔离等问题,进而引发一系列对残疾的心理适应问题,这些问题已成为阻碍脊髓损伤患者重返工作岗位、适应新角色及获得个人独立的重要因素^[8]。早期及时识别患者的常见心理问题并进行预防和干预是减少心理问题对患者的长期影响,实现“患者从心理上适应残疾,提高生活质量并以良好心态回归家庭与社会”这一康复目标的重要手段。

3.2 SCI患者心理弹性及创伤后成长水平偏低

本研究中仅有32%SCI患者报告了较满意的心理弹性,而国外报道SCI患者达到较为满意的心理弹性水平的比率为60%—70%^[4]。心理弹性的差异可能是由于东西方社会文化环境的不同所致,如我国脊髓损伤患者大多来自低收入水平家庭,有限的社会福利及就业困难的现状也增加了他们的负担。本研究发现51%的患者报告了中等以上的创伤后成长水平,低于以前报告的79%^[18]。但99%的脊髓损伤患者报告在其生命中至少有一项成长发生。说明我国脊髓损伤患者心理弹性和创伤后成长仍有较大提升空间。两者与三种病理性心理结局间均呈负相关性,预示心理弹性和PTG可能是PTSD、焦虑和抑郁的保护因子,提升SCI患者的心理弹性和创伤后成长水平可能降低病理性心理问题的发生率,使SCI患者受益。

3.3 探索不同心理结局的一般相关因素对临床实践的启示

本研究探讨了人口学及创伤相关变量与5个心理结局变量的关系。与已有研究一致,性别、婚姻、年龄、创伤时年龄等变量与PTSD、焦虑及抑郁相关^[13,19],我们临床上实施高危人群筛选可提供指导,如男性、非婚状态、创伤早期人群应

高度关注其心理健康。自我报告的环境障碍反映个体对他们社会参与能力的认知,本研究支持创伤相关的负性自我评价与病理性心理结局相关^[13]。对出行障碍的认知与患者病理性心理结局呈高度正相关,评估患者对环境障碍的认知并提供针对性训练有利于实现SCI患者的社区参加。

3.4 研究局限性

本研究样本仅来源于一家康复中心,且来自患者自评筛选,将结果应用于较大人群时需要考虑样本的代表性。损伤后时间对患者心理结局发展是重要变量,有必要通过纵向研究探讨患者创伤后康复的所有阶段,以了解患者不同心理结局的发展轨迹和发生率。许多因素会影响SCI患者的心理结局,有必要深入探讨不同心理结局的危险因子,促进病理性心理结局向积极心理结局转化。

参考文献

- [1] Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2015,96:133—140.
- [2] Le J, Dorstyn D. Anxiety prevalence following spinal cord injury: a meta-analysis[J]. Spinal Cord, 2016,54:570—578.
- [3] Otis C, Marchand A, Courtois F. Risk factors for posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injury[J]. Top Spinal Cord Inj Rehabil, 2012,18:253—263.
- [4] Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) [J]. Depress Anxiety, 2003,18:76—82.
- [5] Guest R, Craig A, Tran Y, Middleton J. Factors predicting resilience in people with spinal cord injury during transition from inpatient rehabilitation to the community[J]. Spinal Cord, 2015,53:682—686.
- [6] Tedeschi RG, Calhoun LG. the posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma[J]. J Trauma Stress, 1996,9:455—471.
- [7] Griffiths HC, Clinpsy D, Kennedy P. Continuing with life as normal: positive psychological outcomes following spinal cord injury[J]. Top Spinal Cord Inj Rehabil, 2012, 18:241—252.
- [8] Wang Y, Wang H, Wang Z, et al. The process of posttraumatic growth in individuals with traumatic spinal cord injury in Mainland China: An interpretative phenomenological analysis[J]. J Health Psychol, 2017, 22:637—649.
- [9] 封亚平,朱辉,刘艳生,等. 脊髓损伤治疗现状[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2008, 7: 279—280.
- [10] 黄国平,张亚林,向慧,等. 事件影响量表-修订版(IES-R)在女性犯人中的信度、效度分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2006, 20(1): 28—31.

[11] 郑磊磊,王也玲,李惠春,等. 医院焦虑抑郁量表在综合性医院中的应用[J]. 上海精神医学,2003,15(5):264—266.

[12] Wang Y, Wang H, Wang J, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic growth in accidentally injured patients [J]. J Clin Psychol Med Settings,2013,20:3—12.

[13] Schonenberg M, Reimitz M, Jusyte A, et al. Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury[J]. Int J Behav Med,2014,21:169—176.

[14] SchroeversMJ,Teol.The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies[J]. Psycho-Oncology, 2008, 17 (12): 1239—1246.

[15] Heron-Delaney M, Kenardy J, Charlton E, et al. A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors[J]. Injury,2013, 44:1413—1422.

[16] Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication[J]. Arch Gen Psychiatry, 2005,62: 593—602.

[17] Krause, JS, Carter R, Zhai Y, and et al.Psychologic factors and risk of mortality after spinal cord injury[J]. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2009. 90(4): 628—633.

[18] Kalpakjian CZ, McCullumsmith CB, Fann JR, et al. Post-traumatic growth following spinal cord injury[J]. J Spinal Cord Med,2014,37: 218—225.

[19] Pollock K, Dorstyn D, Butt L, Prentice S. Posttraumatic stress following spinal cord injury: a systematic review of risk and vulnerability factors[J]. Spinal Cord, 2017,55(9): 800—811.

·短篇论著·

肌肉牵张辅助治疗对脑卒中后偏瘫肩痛的疗效观察*

刘飞来¹ 闫秀丽² 李瑞青¹ 冯晓东^{1,3}

偏瘫肩痛是脑卒中后最常见的并发症之一,其发病率约为12%—60%不等^[1-4]。它不仅发生在脑卒中的早期阶段,也可以持续至慢性阶段^[4]。其发病原因不是单一的,疼痛往往发生在运动时,并伴有不同程度的活动范围受限。不仅给患者带来极大的痛苦,影响患者情绪;还会导致患者生活质量下降,影响功能恢复,造成抑郁以及延长住院时间等^[5-7]。因此,关于偏瘫肩痛的研究一直是康复的焦点,目前的治疗研究包括运动疗法、理疗、肉毒素注射、皮质类固醇注射、关节松动术、神经松动术、针灸等。本研究采用肌肉牵张辅助治疗脑卒中后偏瘫性肩痛,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取在河南中医学院第一附属医院康复中心2015年8月—2016年6月住院的脑卒中后偏瘫肩痛患者,按随机数表法随机分为治疗组和对照组。纳入标准:①符合1995年中

华医学会第四届全国脑血管学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[8]拟定的标准,患者经头部CT或MRI检查支持为首次发作;②偏瘫侧没有肩痛的病史;③能够理解和执行指令;④生命体征稳定;⑤自愿参加,并签署知情同意书。

排除标准:①因肩周炎、颈椎病、心肌梗死或丘脑病变等因素所引起的肩痛者;②已出现肩关节半脱位者;③严重认知障碍或言语障碍者。两组患者的资料如性别、年龄、病变性质、病程无显著性意义($P>0.05$)。见表1。

1.2 治疗方法

两组均接受运动训练包括良肢位的摆放、关节无痛范围内的活动度训练、关节松动术(包括盂肱关节、肩锁关节、胸

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	病变性质(例)	
		男	女			脑出血	脑梗死
治疗组	22	17	5	54.55±11.30	65.55±13.20	8	14
对照组	21	15	6	56.10±12.33	61.48±14.10	9	12

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.10.018

*基金项目:河南省中医临床学科领军人才培养计划资助项目(2100202)

1 河南中医药大学第一附属医院,河南省郑州市人民路19号,450000; 2 郑州铁路职业技术学院; 3 通讯作者

作者简介:刘飞来,男,主管治疗师; 收稿日期:2017-02-12