

心理、压力与恢复

心理、压力与恢复

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



本页面由机器翻译，尚未经临床医生审核。**英文版本**为权威版本。

疼痛与情绪相伴而行。任何经历过糟糕一周并注意到肩部疼痛加剧的人，都已经深知这一点。这并不意味着疼痛是想象出来的，也不意味着这是你的错。这意味着传递疼痛的神经系统与负责担忧的部分属于同一系统，因此在手术前理解它们如何相互作用，比事后才发现更为重要。

压力对疼痛的影响

将您的神经系统想象成一个警报器。它的职责是在出现问题时提醒您。在平静、休息良好的身体中，警报器敏感但准确：真正的损伤会触发它，而日常活动则不会。

当疼痛持续数月，或者睡眠不佳，或在家或工作中承受压力时，警报器的音量会被调高。它开始对非危险的事物发出警报：轻微的触碰、小幅度的运动、甚至毯子的重量。疼痛是真实的，但它现在比引起它的损伤更强烈。医生将此称为中枢敏化。通俗地说，神经线路变得过度敏感，而担忧、睡眠不足和恐惧都会进一步调高这个“音量旋钮”。

这就是为什么两个接受相同手术、以相同方式手术的人，在最初几周可能会有非常不同的体验。修复是相同的；但警报器的设置不同。

这对您的手术为何重要

如果您正受焦虑或情绪低落的困扰，您的康复过程很可能与教科书上的标准路径有所不同。您在术后早期几周可能会报告更多的疼痛，且我们使用的问卷评分改善速度可能较慢。您仍然会获得手术的大部分益处；您可能只是感受到的时间较晚，且在过程中对其确定性感受较低。

有两点具体情况值得特别提及：

- **对活动手臂的恐惧** 是最可能阻碍康复恢复的单一因素。这完全是可以理解的。手臂疼痛，刚刚接受过手术，活动它感觉上似乎会造成伤害。但是，如果不活动，修复部位会僵硬，而僵硬比预防更难逆转。您被指导进行的锻炼是治疗手段，而非可选的额外项目。
- **术后出现的担忧** 值得告知我们。在肩部手术后的几周内新出现焦虑或情绪低落的人，更有可能再次入院，通常是因为出现了他们未曾预期的疼痛。对此有所预期并制定应对计划，是解决这一问题的关键所在。

以上情况并不改变您是否应该接受手术的决定。它改变的是我们为您做术前准备的方式。

最有帮助的习惯：每天轻柔地活动

来自您的外科医生或[手部治疗师](#)的练习 刻意设计得幅度很小，且刻意显得枯燥。它们旨在每天进行数次，在您被给予的限制范围内，无论您是否愿意。以下是一些使其更容易执行的提示：

- **按时间表做，而不是凭感觉。** 将它们与您已经做的事情联系起来：每餐后，或每次泡茶时。
- **预期会有一些不适，并知道其中的区别。** 随着您逐渐适应而变得舒缓的拉伸是安全的。如果疼痛加剧，或者疼痛在之后数小时内持续升高，则不安全，这意味着您应该减轻力度并告知我们。
- **在脑海中排练动作。** 安静地坐着，详细地想象手腕弯曲的动作，每天数次，听起来很奇怪，但已被证明能改善腕部骨折后的活动、抓握和功能 [10]。即使关节尚不能活动，大脑也在练习该动作。请在每组练习前尝试。
- **保持身体其他部位的活动。** 每天散步。手臂在悬吊带中；您不在。

简单有效的辅助措施

- **保护您的睡眠。** 睡眠不佳与疼痛相互加剧，尤其是肩部手术后，睡眠尤为困难。[睡眠、疼痛与恢复](#) 页面提供了实用的步骤。
- **在最初几天按处方使用止痛药**，而不是等到疼痛剧烈后再去应对。参见 [术后疼痛管理](#)。
- **保持规律作息。** 按平时时间起床、穿衣，按时进食。没有结构的一天，就是疼痛填满空间的一天。
- **听您喜欢的音乐。** 这并非空话。在一项随机对照试验中，在肩关节置换手术期间接受音乐治疗的患者，其疼痛和焦虑评分的下降幅度大于未接受者 [11]。在候诊区和家中使用耳机成本为零。
- **缓慢呼吸。** 吸气4秒，呼气6秒，持续几分钟，每天多次，并在疼痛加剧时进行。这是最快将警报调低一档的方法。
- **保持社交联系。** 单手生活会令人感到孤立。接受探访和协助，让人们帮您处理需要双手完成的事情。
- **减少酒精和咖啡因摄入**，两者都会使睡眠变差，并加剧焦虑。
- **以周为单位评估进展，而非以天为单位。** 恢复并非直线过程。第三周出现糟糕的一天并不意味着手术失败。

如果您已患有焦虑症或抑郁症

请告知我们。这种情况很常见，并非避免手术的理由，了解这一情况有助于我们围绕它进行规划。

- **请继续服用您的药物。** 除非开具处方的医生指示您这样做，否则请勿在手术前停用抗抑郁药或抗焦虑药。突然停药会使手术前后的日子更加艰难。
- **在手术日前安排好您的支持系统。** 如果您正在看心理学家或心理咨询师，请让他们知道您的手术日期。如果您没有在看，但希望开始咨询，您的全科医生可以为您安排。
- **治疗焦虑有助于手臂康复。** 在接受肩袖修复术的焦虑或抑郁症患者中，在手术前后几周治疗情绪问题，不仅减轻了痛苦，还改善了术后前三个月的肩部活动和功能 [12]。您的心理状态和您的肩部并非两个独立的项目。

何时寻求帮助

如果出现以下情况，请致电病房：

- 疼痛远重于预期，或在预期应改善的时间点仍未见任何好转
- 您因恐惧而非疼痛而无法完成锻炼
- 术后出现新的焦虑或情绪低落，且未见缓解

如果情绪低落或担忧持续超过两周，或完全无法入睡，或已停止进行通常享受的活动，请咨询您的全科医生。

如果您有伤害自己的念头，请勿等待预约。随时拨打生命线（Lifeline）电话 **13 11 14**，或在紧急情况下拨打 **000**。

深入探讨

本节面向希望了解证据而非仅看摘要的读者。关于心理状态与骨科康复的研究发展迅速，真实的图景比“焦虑者预后更差”这一说法更为复杂，也更为乐观。

心理健康影响的是起点，而不仅仅是终点

在接受肩袖修补翻修术的患者中，术前心理健康状况与基线疼痛、功能及满意度评分之间的相关性最强，且这种关联在尚未进行任何手术之前就已存在 [1]。这一点对于解读后续所有内容至关重要：如果起始评分较低，即使最终评分的绝对值较小，也可能代表相同幅度的改善。

焦虑和抑郁改变的是路径，而非终点

一项关于腕关节置换术的前瞻性队列研究发现，焦虑和抑郁症状与较差的预后相关，尽管两组患者均出现显著的临床改善，但具有此类症状患者的恢复轨迹与无此类症状的患者不同 [2]。在髌骨稳定术后，患有重度抑郁症或曾患抑郁症但从未被诊断的患者，在术前和术后均报告了更差的评分，但仍从手术中显著获益

[3]。在髋关节镜术后两年，焦虑或抑郁病史与较差的患者报告结局持续相关，而心理韧性则表现出较弱且不太一致的相关性 [4]。

反复出现的模式是曲线发生偏移而非保持平坦：益处是真实的，只是从更低的起点开始衡量。

这并非一条定则

两项上肢研究对任何简单的叙事提出了质疑。在拇指基底关节置换术后，抑郁症病史似乎并未恶化患者报告结局 [5]。而在针对手臂疼痛性神经末梢（神经瘤）的手术中，术前心理健康评分较低的患者报告了与所有人相似或更大的疼痛改善，以及相似的功能改善 [6]。情绪是一个因素，而非判决。

可改变的部分是对运动的恐惧

具有最明确机械后果的心理因素是运动恐惧症（kinesiophobia），即担心运动会造成伤害。在肩关节脱位行关节镜稳定术后，运动恐惧症对功能恢复和重返运动产生了不利影响 [7]。一个相关的特质——疼痛灾难化（即对疼痛预期最坏结果的倾向）——预测了脊柱手术后六个月的满意度低下 [8]。此外，在关节镜肩关节稳定术后的数周内，出现新发焦虑或抑郁的患者在90天内再入院的风险显著升高 [9]。

这些发现正是本页建议按时活动、预期不适感，以及告知我们新的担忧而非独自承受的依据。

经过严格验证的实际有效方法

有三项经过适当随机化的比较值得了解。在远端桡骨骨折后，将运动意象（对动作进行结构化的心理预演）加入标准治疗，与单独使用标准治疗相比，改善了功能、腕关节背伸及握力 [10]。在肩关节置换术期间进行音乐治疗，与常规护理相比，疼痛和焦虑评分的降低幅度显著更大 [11]。此外，在接受肩袖修复术且伴有焦虑或抑郁的患者中，使用度洛西汀（一种也用于疼痛治疗的抗抑郁药）治疗，在最初三个月内改善了焦虑和痛苦情绪，同时也提高了关节活动度和功能评分，代价是约六分之一的患者出现恶心或呕吐 [12]。

这些方法均非治愈手段，且最后一种属于您的全科医生或精神科医生的处方决策，并非您可以自行开始的事项。但综合来看，它们从三个方向表明了同一事实：大脑在康复过程中并非旁观者，且可以对其进行干预。

关于问卷的说明

术前可能会要求您填写一份简短的心理健康问卷。这不是一项可能不及格的测试。一项比较关节置换术前筛查工具的研究发现，简短的标准心理健康评分在识别预后较差风险的患者方面，表现优于韧性问卷 [13]。询问的目的是为了规划支持措施，而非决定谁接受手术。

参考文献

- [1] Streubel PN, Sahoo S, Zhang C, Cogan CJ, Farrow LD, Gilot GJ, et al. 术前患者心理健康状况、社会人口学及临床特征与接受肩袖修复翻修术患者基线疼痛、功能及满意度的关联。J Shoulder Elbow Surg. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2026.05.007>
- [2] Aalders MB, Ligthart MJ, Temmerman OP, Benner JL, van der List JP, Kerkhoffs GM, et al. 焦虑和抑郁症状与接受全髋关节置换术患者较差的预后相关：一项前瞻性队列研究。J Arthroplasty. 2026;41(1):132-40.e4. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2025.06.013>

- [3] Greif DN, Castle P, Jain S, Ramirez G, Mannava S, Maloney M, et al. 患有重度抑郁症和未诊断抑郁症的患者在接受髌骨稳定术后预后较差的风险增加。J ISAKOS. 2026;18:101080. <https://doi.org/10.1016/j.jisako.2026.101080>
- [4] Quinn M, Morrissey P, Pisani C, Marquez-Garcia J, Ahn B, Zhang H, et al. 焦虑和抑郁病史对髌关节镜术后2年随访时患者报告结局的影响。Orthop J Sports Med. 2026;14(2). <https://doi.org/10.1177/23259671251407329>
- [5] Mohamed OM, Duggan JL, Hines KE, Harper CM, Rozental TD, Shoji MM. 抑郁和抗抑郁治疗对拇指腕掌关节置换术后患者报告结局的影响。J Hand Surg Glob Online. 2026;8(3):100989. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2026.100989>
- [6] Manzoor A, Khan M, Macaraeg C, Yohe G, Giladi AM. 再生外周神经接口手术后的结局及其与术前心理健康的关联：上肢神经瘤的回顾性分析。J Hand Surg Glob Online. 2026;8(3):100985. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2026.100985>
- [7] Altay N, Özdemir E, Topsakal FE, Şahbat Y, Demirel E. 运动恐惧症对肩胛盂肱关节不稳定关节镜 Bankart修复术后康复及重返运动的影响：至少1年的随访。BMC Musculoskelet Disord. 2026;27(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-026-09567-6>
- [8] Mao-jiang Y, Xian Q, Han-feng Y, Xiao-xue X, Al-Goshae HAA. 颈椎间盘突出症中的疼痛灾难化与术后满意度：一项6个月的前瞻性队列研究。BMC Musculoskelet Disord. 2026;27(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-026-09541-2>
- [9] Lutati DC, Brennan JC, Johnson AH, Peterman MA, Redziniak DE, Lashgari CJ, et al. 关节镜肩关节稳定术后新发焦虑和抑郁的危险因素。JSES Int. 2026;10(2):101413. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.101413>
- [10] Kalaycı MG, Analay Akbaba Y, Güven MF. 运动意象对远端桡骨骨折患者功能、疼痛、运动恐惧症和生活质量的影响：一项随机对照双盲研究。J Hand Ther. 2025;38(4):726-35. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2025.02.018>
- [11] Kim RY, Nam HH, Stouffer JW, Myers CA, Hassenbein SE, Updegrave GF, et al. 音乐治疗干预对接受全肩关节置换术成人患者疼痛和焦虑影响的随机对照前瞻性试验。JSES Int. 2026;10(2):101438. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.101438>
- [12] Han SC, Han J, Min YK, Han JW, Jeong HJ, Oh JH. 度洛西汀可改善伴有焦虑或抑郁患者关节镜肩袖修复术后的早期临床结局，包括活动范围、功能评分、疼痛和心理痛苦：前瞻性随机对照试验。Am J Sports Med. 2026;54(6):1333-43. <https://doi.org/10.1177/03635465261430918>
- [13] Megafu M, Solomito MJ, Carangelo R, Makanji H. 患者报告结局测量信息系统（PROMIS）整体健康量表心理健康T分数与简明韧性量表在识别择期全膝关节和全髌关节置换术后不良结局风险方面的有效性比较。J Arthroplasty. 2026;41(5):1384-90. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2025.09.034>