

## ·护理研究·

本文引用:林奕,张月娟,廖若夷,余艳兰.五行音乐之角调对缺血性脑卒中后肝气郁结型抑郁患者干预效果的护理观察[J].湖南中医药大学学报,2018,38(2):216-219.

# 五行音乐之角调对缺血性脑卒中后肝气郁结型抑郁患者干预效果的护理观察

林奕<sup>1</sup>,张月娟<sup>2\*</sup>,廖若夷,余艳兰

(1.湖南中医药大学,湖南长沙410208;2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙410007)

**[摘要]** **目的** 探讨中医五行音乐之角调对缺血性脑卒中后肝气郁结型抑郁患者的干预效果。**方法** 将选取的80例缺血性脑卒中后抑郁患者随机分为对照组、干预组各40例;对照组给予常规治疗和护理,干预组在对照组的基础上予中医五行音乐之角调干预。在干预前后使用抑郁自评量表(SDS)和Barthel指数进行评定,并进行统计学分析。**结果** 干预前两组患者SDS和Barthel指数评分比较无统计学意义;干预后,干预组患者SDS和Barthel指数评分优于对照组( $P<0.05$ ),总有效率也高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。**结论** 五行音乐之角调对改善缺血性脑卒中后抑郁(肝气郁结)患者的抑郁状态有明显的效果。

**[关键词]** 缺血性脑卒中;五行音乐;角调;肝气郁结型;抑郁

**[中图分类号]**R248

**[文献标志码]**B

**[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2018.02.025

## Intervention Effect of Jiao Tune of TCM Five-Element Music on Patients with Post Ischemic Stroke Depression (Stagnation of Liver)

LIN Yi<sup>1</sup>, ZHANG Yuejuan<sup>2\*</sup>, LIAO Ruoyi, YU Yanlan

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

**[Abstract]** **Objective** To investigate the intervention effect of Jiao Tune of TCM five elements music on patients with post ischemic stroke depression (stagnation of liver). **Methods** Eighty patients with post ischemic stroke depression were randomly divided into the control group and intervention group, 40 patients in each group. The control group was given routine treatment and nursing, and the intervention group was given therapeutic intervention with Jiao Tune of TCM five-element music based on the control group. The data was evaluated by using SDS and Barthel Index before and after the intervention, and was statistically analyzed. **Results** The SDS and Barthel indexes before intervention were not statistically significant. After intervention, the scores of SDS and Barthel, and the total effective rate in intervention group were higher than the control group and, the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Jiao Tune of TCM five-element music shows obvious effect in improving the depressive state of patients with post ischemic stroke depression (stagnation of liver).

**[Keywords]** cerebral ischemic stroke; TCM five elements music; Tune of Jiao; stagnation of liver Qi; depression

**[收稿日期]**2017-12-11

**[基金项目]**国家临床重点专科(中医专业)建设项目(湘财社指[2013]151号);湖南省中医药管理局科研计划项目重点课题(201410);湖南省补助中医项目经费中医护理方案重点研究室专项课题(湘财社指[2014]41号);湖南省中医药管理局科研计划项目重点课题(201604)。

**[作者简介]**林奕,女,本科,主管护师,主要从事中西医结合护理临床工作和研究。

**[通讯作者]**\*张月娟,女,教授,博士,博士生导师,E-mail:1171825297@qq.com。

脑卒中又称脑中风或者脑血管意外,是一组以急性起病、局灶性或弥漫性脑功能缺失为共同特征的脑血管病,分为出血性脑卒中和缺血性脑卒中两类<sup>[1]</sup>。近年来,随着人口老龄化进程的加快和生活方式的改变,脑卒中已成为我国主要的公共卫生问题<sup>[2]</sup>,而缺血性脑卒中的发病率高于出血性脑卒中,占脑卒中总数的60%~70%。医学心理特征研究表明,大部分脑卒中患者无论是病情较轻或由昏迷转为清醒后,都有其心理特征,对疾病表现出担心和忧虑,56.6%有不同程度的心理障碍<sup>[3]</sup>。国外早有研究表明,卒中后抑郁是脑卒中常见的心理障碍类型,发生率一般在40%~50%<sup>[4-6]</sup>,我国缺血性脑卒中后抑郁的发生率为34.2%<sup>[7]</sup>,有些患者甚至表现为假性痴呆,降低了康复的速度和程度,使患者的生活质量明显下降<sup>[8-9]</sup>。中医运用音乐疗法治疗疾病的历史有两千余年,金元四大家的朱震亨更是提出“乐者,亦为药也。”<sup>[10-11]</sup>他主张用音乐作为一种精神疗法,使人获得身心愉悦。本研究团队从2015年3月开始应用五行音乐疗法对缺血性脑卒中后抑郁(肝气郁结)患者进行干预,临床效果满意,现报道如下。

## 1 临床资料

选择2015年3月至2017年5月在我院神经内科和神经外科住院的缺血性脑卒中后抑郁(肝气郁结)80例患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组、干预组各40例。对照组男22例,女18例;年龄(64.43±6.89)岁;病程(45.38±9.93)周;SDS(62.55±4.81)分;Barthel指数(60.52±6.11)。干预组男23例,女17例;年龄(66.23±6.74)岁;病程(46.32±10.14)周;SDS(63.89±5.20)分;Barthel指数(59.87±5.76)。两组患者的一般资料经统计学检验,无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.1 纳入标准

(1)西医诊断符合2010年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》<sup>[12]</sup>中脑卒中的标准,并结合CT或MRI检查,确诊为缺血性脑卒中,同时符合国家中医药管理局于1995年公布实施的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准·郁证》<sup>[13]</sup>之肝气郁结证的诊断标准者;(2)抑郁自评量表(SDS)评分在50~69分者;(3)男女均可,年龄40~75岁;(4)各项生命体征平稳,神志清楚,心智正常者;(5)无听力障碍者;(6)右利手患者;(7)愿意参加本研究并签署知情同意书者。

### 1.2 排除标准

(1)有脑出血者;(2)有意识障碍或有严重的失

语情况,无法沟通者;(3)并发有肝、肾、心血管和造血系统等严重原发性疾病者;(4)有精神方面疾病或近一年有其他原因导致的重大精神创伤史者;(5)正在使用或已使用过导致或加重抑郁情况药物等,可能影响观测结果者;(6)对音乐敏感不喜欢、不耐受者;(7)已经接受或者准备接受服用药物进行抑郁干预者。

### 1.3 剔除标准

(1)不符合纳入标准但因误诊、误纳已经纳入的患者;(2)研究过程中治疗方案有重大调整者;(3)研究过程中服用可能导致或加重抑郁情况药物者;(4)研究过程中接受抗抑郁药物进行治疗者;(5)患者或家属配合度差,不能合作治疗或未按照研究方案进行者;(6)出现暴力倾向或暴力行为者。

### 1.4 脱落标准

(1)研究过程中患者脑卒中病情加重,出现病情变化或发生严重不良事件,不宜继续进行研究者;(2)研究过程中,出现重大生活事件影响抑郁评定者;(3)治疗期间因特殊原因,被迫中断治疗者;(4)放弃治疗,自动退出者;(5)提前出院、转院者。

## 2 护理方法

### 2.1 对照组护理方法

入组的40名缺血性脑卒中后抑郁(肝气郁结)患者除进行常规护理外,针对脑卒中后抑郁还进行以下相关护理,四周后进行量表的复评。

2.1.1 进行脑血管病基础知识的宣教 向患者耐心解释病情,讲解疾病的发生、发展、表现、需完成的检查、治疗方法、治疗前景、治疗过程中可能会出现不良反应及应对策略等,使患者最大限度的获得相关知识和得到安全感;做好饮食、用药等相关知识宣教,引导患者表达自己对诊断、治疗、护理以及疾病预后等问题的看法和要求。

2.1.2 加强情志护理 弄清产生心理问题的症结后,针对问题进一步耐心、详细地释疑,矫正患者认识的误区;帮助患者重新认识自己的价值,调整未来生活目标;对患者的每一点进步和配合给予鼓励和肯定,增强患者康复的信心;获得患者家属的支持与配合,让患者家属认识到亲情关怀对患者康复的重要性,尽量解除患者的思想顾虑;工作人员富有同理心,运用共情技术从患者的立场出发设身处地感受患者的所需所想,缓解患者的精神压力,调动患者的潜能;中医情志护理疗效可靠,采用情境疗法使患者宁心定志,给患者营造清洁、舒适、和乐、轻松的治疗环境,告诉患者情绪稳定对疾病康复的重要性,帮助

患者安神养神。充分了解患者的心理状况,运用“三因制宜”,适时采用顺意、愉悦、暗示、疏泄、分散注意力等移情疗法,消除患者紧张、焦虑、忧郁等不良情绪;根据中医五行相胜的原理,灵活采用“怒胜思、思胜恐、恐胜喜、喜胜悲、悲胜怒”以情胜情的方法来纠正不良情绪,帮助患者保持积极乐观的心态。采用团体心理治疗方法,通过团体内人际交互作用,促进患者通过观察、交流、学习、体验,实现自我认识、自我接纳,以达到调整心态、促进康复的目的。

2.1.3 早期功能锻炼 促进患者康复制定适宜的功能锻炼方法。急性期保持患肢功能位,为康复训练奠定良好的基础;恢复期在加强健肢活动的同时,对患肢实施被动的握拳、抬腿等活动;范围由小变大,遵循床上活动坐-站-走的方式进行康复锻炼。

## 2.2 干预组护理方法

干预组在对照组的基础上让人组的40名缺血性脑卒中后抑郁(肝气郁结)患者聆听五行角调音乐。音乐选择角调乐曲之胡笳十八拍、鹧鸪飞、庄周梦蝶、春风得意、江南好。听曲环境安全、安静,无噪音干扰。播放时间为睡前19:00~21:00,尽量避开常规治疗、护理及康复治疗。听曲时要求患者排除杂念、平心静气、全身放松,整个过程中用心聆听,卧位以患者感觉舒适为度。曲目循环播放,也可根据患者喜好选择播放,每天一次,音量40~60分贝,以患者合适为度,每次播放时长40~60 min。干预疗程为4周,共计28次。疗程完成即进行量表的复评。

## 2.3 观察指标

两组患者在干预前、干预后,用抑郁自评量表(SDS)和Barthel指数进行评分,以分值进行组内、组间比较来评价抑郁状态的改善情况。量表均采用减分率的计算来判断,计算方法(尼莫地平法):减分率=(干预前评分-干预后评分)/干预前评分 $\times$ 100%。明显改善:单项提高70%以上或两项均提高50%以上;中度改善:单项提高50%以上或两项均提高30%以上;轻度改善:单项提高30%以上或两项均提高10%以上;无效:单项提高30%以下或两项提高10%以下。

## 2.4 统计学方法

采用SPSS 17.0统计软件包建立数据库进行统计分析,计量资料属正态分布的以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,采用 $t$ 检验,不符合正态分布者采用Wilcoxon秩和检验,等级资料采用Mann-Whitney Test,均以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 两组患者抑郁自评量表(SDS)和Barthel指数评分比较

两组患者干预前、干预后SDS评分和Barthel指数评分比较,两组差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),干预组评分结果明显优于对照组。见表1。

表1 干预前后两组缺血性脑卒中后抑郁患者SDS评分和Barthel指数评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	SDS评分		Barthel指数评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	62.55 $\pm$ 4.81	50.31 $\pm$ 3.40	60.52 $\pm$ 6.11	80.28 $\pm$ 5.71
干预组	40	63.89 $\pm$ 5.20	45.24 $\pm$ 5.33*	59.87 $\pm$ 5.76	87.24 $\pm$ 7.15*

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

### 3.2 干预后两组患者抑郁状态改善情况

干预组治疗的总有效率(77.5%)高于对照组(47.5%),两组间差异具有统计学意义( $z=-3.516, P=0.000$ )。见表2。

表2 两组缺血性脑卒中后抑郁患者治疗效果比较 (例)

组别	例数	明显改善	中度改善	轻度改善	无效	总有效率(%)
对照组	40	0	6	13	21	47.5
干预组	40	3	17	11	9	77.5

注:两组总有效率比较, $z=-3.516, P=0.000$ 。

## 4 讨论

中医认为“神”是整个生命的主宰,神气一乱,百病皆生,中医调神可使患者气机通畅、血脉调和,从而百病自消。音乐可以安神,故有治疗疾病的作用。北宋著名文学家、史学家欧阳修在《欧阳文忠集》中提到“吾尝有幽忧之疾,而闲居不能治也,既而学琴与孙友道滋,受宫音数引,久而乐之,不知疾之在体也”。清代名医吴师机认为音乐疗法在治疗情志疾病方面胜于服药,他在《理渝骈文》中赞曰:“七情之病也,看花解闷,听曲消愁,有胜于服药矣”。

人生于天地万物之间,自然万物与人类之相互包容、依赖、感应、联系的关系,即为天人合一。《灵枢·邪气篇》曰:“天有五音,人有五脏;天有六律,人有六腑。”角为木音通于肝,徵为火音通于心,宫为土音通于脾,商为金音通于肺,羽为水音通于肾。人不能离开万物而独善其身,天地万物的变化在人体也有相应的体现。中医之五脏和五音相互影响、调节,从而把五行、五脏、五音三者融合,依据五行相生相

克理论,辨证选乐来用于治疗疾病,便形成了“五行音乐疗法”。天地五行、五音与人之五脏、五志的相互联系,正是五行音乐疗疾的基础所在。

中医之卒中后抑郁属“郁病”范畴。《古今医统大全·郁症》:“郁为七情不舒,遂成郁结,即郁之久,变病多端”,由此可见,情志不舒、气机郁结为发病之因,同时阴虚火旺、心神失调、气血不和等进一步促使了抑郁的发作。卒中后抑郁患者兼有抑郁和卒中的特点,且两者相互影响,形成恶性循环,导致脏腑功能虚衰,病情加重,最终造成许多负面的影响,包括降低患者的依从性、生活质量、康复程度,延长住院时间等<sup>[14]</sup>。脑卒中患者每年医药费可上100亿元人民币<sup>[15]</sup>,这无论对于患者个人、家庭、社会都是不容忽视的经济负担。肝气郁结证为抑郁的最主要证型,居病性类证候要素和病位类证候要素首位。清·何梦瑶《医编》卷二一杂症之“郁”篇云:“郁而不舒,则皆肝木之病也”。肝属木,喜调达舒畅,角调为春音,是以角音(3-Mi)为主音,属木,通于肝。《金峨山房医话》中有记载:“角音条畅平和,善消忧郁,助于睡眠”,其旋律朝气蓬勃、兴发舒展、生机盎然,能促进体内气机的上升、宣发和展放,可疏肝解郁,解除痛楚,消愁解郁,有助睡眠。木曲生发舒展,既能分散抑郁,又能平抑狂怒<sup>[16]</sup>。

本研究应用中医五行音乐之角调来干预缺血性脑卒中后抑郁(肝气郁结)之病证,设计合理,方法独特,简便易行,无副作用,不影响患者的生活,患者和家属配合度高、依从性好,经济适用。本研究严格遵循中医护理辨证施护的总体原则,在辨病辨证的基础上,提出以五行音乐中一行音乐为主,来干预疾病,体现了中医护理优势。

本研究数据结果显示,在常规护理的基础上加用中医角调五行音乐干预治疗,干预后的SDS评分和Barthel指数评分都得到了明显优化,干预组治疗护理的总有效率显著高于对照组,表明中医五行音乐之角调能有效改善缺血性脑卒中后抑郁(肝气郁结)患者的抑郁状况,促进患者的康复,增强其生活

活动能力,提高生活质量,值得广泛运用推广。

#### 参考文献:

- [1] 杨 莘.神经疾病护理学[M].北京:人民卫生出版社,2005,99.
- [2] 盛海平.脑卒中患者生活质量的相关因素研究[J].湖南中医药大学,2013,33(10):82-83.
- [3] 王晓丽.优质护理在脑血管病患者护理中的应用价值[J].临床合理用药杂志,2014,27(8):269.
- [4] POHJAVAARA T, LEPP VUORI A, SHIRA I, et al. Frequency and clinical determinants of poststroke depression [J]. Stroke,1998,29(11):2311-2317.
- [5] KOTILA M, NUMMINEN H, WALTINO O, et al. Depression after stroke: re-sults of the FINNSTROKE Study [J]. Stroke, 1998, 29(2): 368-372.
- [6] SMITH T, GILDEH N, HOLMES C. The montreal cognitive assessment: validity and utility in a memory clinic setting [J]. Can J Psychiatry,2007,52(5):329-332
- [7] 龙 洁,刘永珍,蔡焯基,等.卒中后抑郁状态的发生率及相关因素研究[J].中华神经科杂志,2001,34(3):145-148.
- [8] WILLIAMS L S, GHOSE S S, SWINDLE R W. Depression and other mentalhealth diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke[J]. Am J Psychiatry, 2004, 161(6): 1090-1095.
- [9] GAIONTI G, ANTONUCCI G, MARRA C, et al. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery [J]. Neurol Neurosurg Psychiatry, 2001, 71(2): 258-261.
- [10] 朱 杰,朱 文,李鼎生.乐者,药也-音乐与中医药的不解缘[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2006,7(3):135-137
- [11] 曹 冰.五行音乐应用于疾病治疗的研究进展[J].中国疗养医学,2016,25(8):801-803.
- [12] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.
- [13] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:20-21.
- [14] 张长青,王向华.卒中后抑郁流行病学研究现状[J].中华神经科杂志,2006,39(1):63-65.
- [15] 张红智,张秋娟,鲍春龄,等.中西医结合卒中单元治疗急性缺血性脑卒中卫生经济学评价 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(8):933-935.
- [16] 聂道芳.五行理论与情绪养生[J].中国疗养医学,2012,21(1):37-38.

(本文编辑 李路丹)