

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.12.050

五行音乐疗法对结直肠癌手术患者负性情绪、睡眠质量及生存质量的影响研究

薛琴芬,王艳玲,薛玲玲

延安大学附属医院高压氧中心,陕西延安 716000

摘要:目的 研究五行音乐疗法对结直肠癌手术患者负性情绪、睡眠质量及生存质量的影响。方法 将该院收治的 208 例结直肠癌手术患者作为观察对象,随机数字表法分为两组,对照组 104 例行传统护理模式,观察组 104 例则在传统护理模式基础上给予五行音乐疗法,探讨不同护理干预方案治疗对其负性情绪、睡眠质量及生存质量的影响。结果 干预后,两组患者焦虑自评量表(SAS)评分及抑郁自评量表(SDS)评分均明显降低,且研究组的 SAS 评分及 SDS 评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);干预后,两组患者睡眠质量评分明显降低,且研究组患者睡眠质量评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);干预后,研究组患者生存质量评分明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对结直肠癌手术患者应用五行音乐疗法,可有效控制负性情绪发展,改善患者睡眠质量,进一步改善生存质量,临床意义较大。

关键词:五行音乐疗法; 结直肠癌; 负性情绪; 睡眠质量; 生存质量

中图分类号:R226;R735.3+7

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)12-1763-03

结直肠癌(CRC)是临床最常见的消化道肿瘤之一,也是极大威胁患者生命健康的一种恶性肿瘤。我国 CRC 发病率逐年上升,每年约有 40 万新发病例,其中男性较多见,男女比为 23:1^[1]。目前临床普遍认为,手术仍是 CRC 最主要和最有效的治疗手段,但是会引起部分患者出现焦虑、紧张等不良情绪,同时受疾病影响患者也会出现睡眠不足,从而引起术后并发症增多。故进行术后风险精准预测对实现合理判断患者预后具有重要意义,同时也可为患者术后的医疗和护理服务提供系统、科学的指导依据,从而保证患者生存质量^[2]。有研究显示,常规的护理干预仅注重患者身体方面的治疗,而忽略了心理、生理及社会功能层次的整体康复情况^[3]。而音乐疗法集音乐、医学和心理学知识为一体,可转移患者注意力,有效缓解患者的心理负担,改善患者的睡眠状态。音乐疗法中中医五行音乐疗法,作为一种颇具特色的治疗方法,广泛受到临床工作者喜爱。本研究拟对五行音乐疗法在 CRC 手术患者的临床应用进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 7 月至 2019 年 8 月收治的 208 例结直肠癌手术患者为研究对象,按照随机数字表法分为研究组和对照组,各 104 例。对照组男 60 例,女 44 例;年龄 18~70 岁,平均(49.98±11.10)岁;平均体质量指数(BMI)为(23.34±0.95)kg/m²。研究组男 62 例,女 42 例;年龄 18~75 岁,平均(50.29±12.51)岁;平均 BMI(23.21±1.04)kg/m²。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)符合结直肠癌的临床诊断标准,且经内镜或指检及病理涂片明确诊

断^[4];(2)患者年龄 18~75 岁,性别不限;(3)所有患者均无内分泌和免疫系统疾病;(4)意识清楚,可以理解和完成本研究,且自愿参加并签署知情同意书。排除标准:(1)伴有急性肠梗阻、出血或穿孔急诊手术者;(2)既往有排便习惯改变及结直肠慢性炎症病史者;(3)有精神病史患者;(4)就诊前已接受过其他音乐或心理干预治疗者。

1.2 方法 对照组患者入院后均给予常规护理措施:入院时对患者进行术前健康教育,检查、饮食指导;加强沟通,予以心理疏导;鼓励家庭成员相互陪伴和交流,增强患者战胜疾病的信心等其他常规措施。研究组在上述基础上进行五行音乐疗法治疗,具体内容如下:(1)术前教育与选乐曲。术前向患者讲解五行音乐疗法的目的及方法,取得患者术后的配合,首先责任医生参照《恶性肿瘤中医诊疗指南》对患者进行辨证,包括胆气虚怯证、心脾两虚证、心火亢盛证、肝郁化火证和痰热内扰证。责任医生根据《黄帝内经》记载“肝属木,在音为角,在志为怒;心属火,在音为徵,在志为喜;脾属土,在音为宫,在志为思;肺属金,在音为商,在志为忧;肾属水,在音为羽,在志为恐”,手术患者为虚证,再结合五行、五志、五音和五脏相对应关系开具音乐处方。例如,宫音和平雄伟,庄重宽宏,使人温良而宽大,具有土的特性,可以入脾,代表曲目有《秋湖月色》《鸟投林》《闲居吟》《马兰开花》等;商音清静肃穆,使人方廉而好义,有金的特性,可以入肺,代表曲目如《阳光三叠》《广陵散》《高山流水》《黄河大合唱》等;角音朝气蓬勃、蒸蒸日上,属木,可以入肝,代表乐曲如《草木青青》《绿叶迎风》《步步高》《行街》等;徵音热烈欢欣,属火,可以入心,代表曲目有《汉宫秋月》《喜相逢》《苏武牧羊》《金蛇狂舞》等;羽声

悠扬澄静,柔和透明似水,使人恭俭而好礼,可以入肾,代表曲目有《昭君怨》《塞上曲》《渔樵晚唱》《小夜曲》等。治疗时遵循五行生克制化的规律,因病、因人、因地、因时辨证选乐。(2)施乐。确定好曲目后,工作人员将每位患者所选的曲目复制到 MP3 或患者手机等随身播放器上并发放给患者,供其循环播放,音乐的音量控制在 30~40 dB,以患者舒适为宜。指导患者与术后第 1 天起,每日晨(8:00 前)和夜间入睡(21:00 后)听音乐,每次 30 min,音乐干预每天 2 次,同时保持房间空气流通,播放音乐时保证房间安静。

1.3 观察指标 (1)负面情绪情况^[5]:根据焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)对干预前后患者的抑郁及焦虑状态进行评分比较,两量表均由 20 个条目组成,每个条目赋值 1~4 分,评分越高,焦虑及抑郁程度越严重,患者心理情绪越差。(2)睡眠质量情况^[6]:采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评估干预前后患者睡眠质量的改善情况,量表共包含 19 个自评条目,并将其分为 7 个组别,每个组别计分 0~3 分,总分值为 21 分,睡眠质量与分值呈负性相关,分数低则表示睡眠质量佳。(3)生存质量情况:采用欧洲癌症研究与治疗组织制订的生存质量核心问卷(OLQ-C30)对患者干预前后生存质量进行评分,量表共包含 15 个领域 30 个条目,采用百分制计算,生存质量与分值呈负性相关,分值越高则说明生存质量越好^[7]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS24.0 软件对数据进行处理及分析。计数资料以构成比表示,采用 χ^2 检验比较分析其结果;呈正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 负性情绪比较 两组患者干预前 SAS 评分及 SDS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组患者 SAS 评分及 SDS 评分均明显降低,且研究组的 SAS 评分及 SDS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者 SAS 评分及 SDS 评分情况比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	<i>n</i>	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	104	62.25±5.67	44.40±7.27*	59.87±5.98	52.99±8.10*
研究组	104	63.20±5.34	59.64±9.36*	60.64±6.55	40.28±6.41*
<i>t</i>		1.634	18.636	1.253	15.717
<i>P</i>		0.185	<0.001	0.281	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 睡眠质量比较 干预前,两组患者的 PSQI 评分情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组患者 PSQI 评分均明显降低,且研究组 PSQI 评分

显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后 PSQI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)			
分组	<i>n</i>	干预前	干预后
对照组	104	10.52±2.16	8.30±1.71*
研究组	104	10.26±2.38	5.17±1.40*
<i>t</i>		1.087	24.128
<i>P</i>		0.284	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 生存质量比较 干预前,两组患者的 QLQ-C30 评分情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后,两组患者 QLQ-C30 评分明显升高,且研究组 QLQ-C30 评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者干预前后 QLQ-C30 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)			
分组	<i>n</i>	干预前	干预后
对照组	104	54.69±13.52	58.76±14.67*
研究组	104	57.50±12.77	67.84±12.45*
<i>t</i>		2.012	8.525
<i>P</i>		0.092	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

近 30 年来我国经济水平不断提高,生活方式逐渐变化,疾病谱也发生了变化,其中 CRC 人群所占比例越来越高,现已居恶性肿瘤发病率第 3 位,在某些发达地区已居恶性肿瘤发病率的第 2 位。但 CRC 的发病原因至今仍不明确,其发生的过程是一个多因素、多步骤、内外因交互作用的结果,而且大多数患者发现时已处于中晚期^[8]。临床上常选的治疗方式为手术切除肿瘤组织并辅以放、化疗。但是在术后躯体疼痛感会给患者带来较大的消极情绪,影响患者的睡眠质量,甚至会加重患者的并发症发生率^[9]。

中医五行音乐疗法以《乐记》的音乐理论和《黄帝内经》的五音学说为理论基础,逐渐形成中医音乐疗法的思想体系。将五音与五脏相结合,逐渐形成一种治疗疾病的音乐疗法。主要是针对患者的病证及具体情况,遵循中医辨证治疗的原则,选择与其相应的五行音乐曲目,开出音乐处方,以达到治疗目的。《黄帝内经·阴阳应象大论》:“脾在音为宫,肺在音为商、肝在音为角、心在音为徵、肾在音为羽。”五脏和五音之间可以相互影响,而心肝脾肺肾分别又与喜怒思悲恐 5 种情绪变化相对应,因此,五行音乐疗法在可以减轻临床症状的同时,亦能消除致病因素^[10]。五行音乐已经广泛应用于抑郁、焦虑、更年期抑郁等情志失调的护理之中。徐海燕等^[11]研究发现,中医五行音乐能改善焦虑抑郁型肺癌晚期患者化疗期间的焦虑、抑郁状况,改善生活质量。本研究发现,采用五行音乐疗法的患者其生存质量显著高于常规护理的患者,可见五行音乐疗法能提高患者的生存质量;两组患者干

预后睡眠质量评分均有改善,研究组升高情况优于对照组,提示五行音乐疗法可有效减轻患者的失眠症状,提高了睡眠质量水平;另外,两组干预后 SAS、SDS 评分均显著降低,研究组干预后的 SAS、SDS 评分改善情况优于对照组,说明五行音乐疗法能有效舒缓焦虑、抑郁等不良情绪的发展,调节脏器功能稳定,促进患者康复,易被患者接受。

综上所述,五行音乐疗法对结直肠癌手术患者具有良好的治疗效果,不仅能有效缓解不良情绪,改善睡眠质量,还可提高生存质量,是一种值得推广的首选干预方案。

参考文献

- [1] 刘盛楠,刘瑞,范婷婷,等.结直肠癌的诊断和治疗研究进展[J].山东医药,2017,57(40):110-112.
- [2] 全太山,兰光华,唐小伟.结直肠癌术后化疗患者认知功能及相关影响因素分析[J].精神医学杂志,2015,28(6):429-432.
- [3] 王宇,李燕,王承志,等.个性化护理干预对结直肠癌患者术后心理状态和生活质量的影响[J].河北医药,2017,39(11):1749-1751.

- [4] 韩安家,黄艳,来茂德.肿瘤病理诊断规范(结直肠癌)[J].中华病理学杂志,2016,45(12):822-824.
- [5] 丁颖,闫成锐,马晓丽,等.社区空巢老人焦虑抑郁现状及影响因素分析[J].安徽医学,2019,40(8):947-950.
- [6] 李兴旺,钱效森,刘毅,等.基于匹兹堡睡眠质量指数的民航飞行员睡眠质量调查[J].中华航空航天医学杂志,2018,29(3):210-214.
- [7] 张丽燕,李洁.胃肠神经内分泌肿瘤患者生活质量量表的信效度评定[J].护理学杂志,2019,34(13):27-30.
- [8] 李嘉琳,黄明君,李立.结直肠癌根治术预后影响因素的研究进展[J].国际消化病杂志,2015,35(6):407-409.
- [9] 郝磊,徐云玲,郝霞,等.结直肠癌患者手术前后中医辨证分型及中医外治法的临床应用[J].中华中医药学刊,2016,34(9):2276-2278.
- [10] 沈艳,李莉.中西医结合治疗大肠癌的研究进展[J].中国临床研究,2017,30(8):1138-1139.
- [11] 徐海燕,张黎丹,夏兴梅,等.五行音乐疗法对中晚期肿瘤患者负性心理及睡眠质量的影响[J].中医杂志,2019,60(11):954-956.

(收稿日期:2019-11-07 修回日期:2020-04-06)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.12.041

老年髌部骨折患者压力性损伤预防的集束化管理

余建英,廖淑梅[△]

陆军特色医学中心关节四肢外科,重庆 400040

摘要:目的 探讨集束化管理对髌部骨折患者围术期压力性损伤预防的效果。方法 选取 2017 年 2 月至 2019 年 2 月入住陆军特色医学中心关节四肢外科的 180 例老年髌部骨折患者为研究对象,分为试验组和对照组,各 90 例。对照组采用的医院标准化基础护理实施,试验组在常规护理方法基础上采用集束化管理措施。结果 最终纳入 156 例患者,试验组 80 例,对照组 56 例。两组压力性损伤发生率比较,观察期间对照组有 1 例患者在研究第 3 天(受伤后第 5 天骶尾部发生Ⅱ期压力性损伤,试验组均未发生压力性损伤。结论 集束化管理即可充分调动护理人员主观能动性,又可增加患者及家属对压力性损伤预防知识依从性。

关键词:老年; 髌部骨折; 压力性损伤预防; 集束化管理

中图法分类号:R274.1;R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)12-1765-03

压力性损伤又称压力性溃疡、压疮,在临床中是评价护理品质的指标之一,影响着患者健康结局,但此护理问题可进行干预^[1]。压力性损伤是高龄患者常见的健康问题,多由于基础疾病多,身体抵抗力下降,活动量减少,肌力下降等导致^[2],在美国、加拿大及一些欧洲国家整体压力性损伤的患病率为 18.1%^[3],根据国际压力性溃疡小组调查发现,医院压力性损伤患病率为 8%~14%,发病率为 3%~5%^[4]。老年患者发生压力性损伤的主要原因除压力、剪切力、摩擦力等一般外在因素外,机体生理、病理的改变也是诱发压力性损伤的重要因素。老年患者生理改变普遍表现在皮肤表皮较薄,弹性差,皮下

脂肪少,皮肤神经末梢密度减少,感觉迟钝,皮肤防御功能差,不能耐受各种刺激等;其病理改变普遍表现为基础疾病多,器官修复能力差。髌部骨折患者疼痛明显,长期处于强迫平卧位,术后虽然疼痛有所缓解,但体位要求特殊,所有活动均在患肢外展中立位按照髌关节屈曲角度小于 60°的原则下进行。参照《2014 版压力性损伤预防指南》,本研究针对老年髌部患者围术期的护理,成立了压力性损伤管理小组,进行集束化管理。集束化管理由美国健康促进研究所提出,目的在于帮助医务人员为患者提供尽可能优化的护理服务和护理结局,集合一系列有循证基础的治疗及护理措施,将这些措施捆绑成一个集束,在同一个环

[△] 通信作者,E-mail:lsmzxr@126.com。