

# 二夏汤联合五行音乐疗法改善慢性肾脏病3-5期患者睡眠障碍的疗效评价

王江<sup>1</sup> 黄孟君<sup>1</sup> 彭姚芬<sup>2</sup> 夏石榴<sup>1</sup> 夏小霞<sup>1</sup>

1.九江学院第二附属医院(肾内科) 江西九江 332000

2.九江学院第二附属医院(神经内科) 江西九江 332000

**摘要:**目的:探讨二夏汤联合五行音乐疗法改善慢性肾脏病3-5期患者睡眠障碍的临床疗效观察。方法:选取2023年5月-2024年5月我院收治的60例慢性肾脏病3-5期伴睡眠障碍患者为研究对象,按随机数字法分为常规组和研究组,每组30例。常规组无特殊处理,研究组予二夏汤(半夏10g、夏枯草10g,水煎代茶饮,每日300ml)联合五行音乐疗法(睡前1小时播放自选五行曲目,音量30-40dB)。比较两组患者的临床疗效及治疗前和治疗第1、3、6周睡眠情况,并对比两组暂停治疗后第1、3、6周PSQI评分。结果:研究组的治疗有效率为86.67%,高于常规组的60.00%( $P < 0.05$ );研究组治疗后1、3、6周PSQI评分低于常规组( $P < 0.05$ );研究组暂停治疗后,PSQI评分呈逐渐上升趋势,但仍低于相同时期常规组( $P < 0.05$ )。结论:在慢性肾脏病3-5期患者中,二夏汤联合五行音乐疗法对于改善其睡眠障碍有所帮助,提升了患者临床疗效,值得推广应用。

**关键词:**慢性肾脏病3-5期;睡眠障碍;二夏汤;五行音乐疗法

慢性肾脏病3-5期患者因肾功能减退引发的代谢紊乱、毒素蓄积及心理压力,常伴随睡眠障碍,发生率高达60%-80%<sup>[1]</sup>,不仅导致患者生活质量较差,也使其疾病预后效果欠佳。临床对慢性肾脏病3-5期患者展开治疗的过程中,往往从镇静催眠药物入手,但应用时间较长后,容易导致患者出现依赖问题,肝肾功能产生一定变化。从中医角度分析,肾水不能上济心火,心肾不交则心烦不寐;肝阴不足、肝阳上亢,扰动清窍则夜寐不宁,形成“多脏同病、虚实夹杂”的病理特点。中医药在改善睡眠障碍方面具有独特优势,二夏汤作为经典方剂,可通过健脾化痰、宁心安神调节脏腑功能;五行音乐疗法基于中医“五音疗疾”理论,能舒缓情绪、调节神经内分泌平衡。二者联合应用有望协同改善患者睡眠状况,目前关于这两种干预方式在慢性肾脏病3-5期伴睡眠障碍患者中应用效果的研究甚少。对此,本文围绕二夏汤联合五行音乐疗法改善慢性肾脏病3-5期患者睡眠障碍的临床疗效展开研究,现报告如下:

**基金项目名称及编号:**江西省中医药管理局科技计划项目(2023B0043)

**作者简介:**王江(1987-08),男,江西九江人,在读博士,九江学院第二附属医院,肾内科,副主任医师,研究方向:慢性肾脏病,本文通讯作者。

## 一、资料与方法

### (一)一般资料

研究对象来源于2023年5月-2024年5月在我院接受治疗的60例慢性肾脏病3-5期伴睡眠障碍患者,将随机数字表法作为小组划分的依据,其中常规组30例,男女均为15例;年龄40-79岁[(58.57 ± 10.72)岁],病程1-10年[(4.81 ± 2.09)年];研究组30例,男16例、女14例,年龄42-74岁[(56.03 ± 9.28)岁],病程0.5-9.5年[(4.85 ± 2.24)年]。两组基线资料对比无统计学差异( $P > 0.05$ ),具可比性。本研究经院伦理委员会批准(编号:JJXYDEFSYY-YXLL-2023007)。

纳入标准:①患者同意纳入本研究,签订知情同意书;②符合慢性肾脏病3-5期患者诊断标准;③符合中国精神疾病分类与诊断标准第3版(CCMD-3)失眠症的标准;④对治疗药物能够耐受;⑤24小时尿量大于400ml,无明显水肿;⑥听力正常。排除标准:①睡前嗜好吸烟/喝浓茶/咖啡以及饮酒等致中枢神经兴奋的患者;②患有精神病的患者;③排除生活中有重大事件或有尚未解决的心理冲突。

### (二)方法

常规组无特殊处理。

研究组口服二夏汤(半夏10g,夏枯草10g),每日300ml开水煮沸,代茶饮;睡前1小时播放五行音乐,根

据研究对象选用《中华五音疗法辨证施乐规范》推荐曲目库中选取宫、商、角、徵、羽5种音阶的音乐各3首，一共15首。每位患者将自己所选的音乐曲目利用手机等随身携带播放器，使其在规定的时间内（1小时左右）循环播放，尽量将播放音乐的音量控制在30-40dB，保持病室或卧室安静，减少其他噪音的产生。并停用其他改善睡眠药物。

### （三）观察指标

1. 临床疗效：显效：每日睡眠时间超过6.5h，临床症状基本缓解；好转：每日睡眠时间不足6.5h，但相较于治疗前平均延长1.5h以上，临床症状有所减轻；无效：每日睡眠时间未出现明显延长，临床症状也无显著改善。总有效率的计算公式为：（显效+好转）例数/本组总病例数×100%。

2. 睡眠障碍：以6周为1疗程，于治疗前、治疗第1、3、6周末及停药后第1、3、6周末，采用PSQI（匹兹堡睡眠质量指数）对两组睡眠障碍进行评价，分值越高，表明患者睡眠障碍问题越严重。

表2 两组治疗前及治疗后第1、3、6周PSQI评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗前	治疗1周	治疗3周	治疗6周
常规组	30	16.90 ± 1.21	16.93 ± 1.11 <sup>①</sup>	16.53 ± 1.66 <sup>①</sup>	16.53 ± 1.85 <sup>①</sup>
研究组	30	17.23 ± 1.33	13.37 ± 2.55 <sup>②③</sup>	10.00 ± 4.14 <sup>②③</sup>	7.40 ± 4.72 <sup>②③</sup>
t值		-1.01	7.02	8.03	9.86
P值		0.315	<0.001	<0.001	<0.001

注：PSQI匹兹堡睡眠质量指数；与同组治疗前比较，<sup>①</sup>P > 0.05；与常规组同一时间点和同组治疗前比较，<sup>②③</sup>P < 0.05

### （三）两组患者治疗后第1、3、6周睡眠质量比较

研究组暂停治疗后第1、3、6周PSQI评分相比常规组较低（P < 0.05），见表3。

表3 两组暂停治疗后第1、3、6周PSQI评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	暂停1周	暂停3周	暂停6周
常规组	30	16.30 ± 1.86	16.70 ± 2.05 <sup>①</sup>	16.57 ± 1.85 <sup>①</sup>
研究组	30	8.80 ± 4.18 <sup>②</sup>	10.20 ± 3.40 <sup>②③</sup>	11.80 ± 3.08 <sup>②③</sup>
t值		8.98	8.97	7.27
P值		<0.001	<0.001	<0.001

注：PSQI匹兹堡睡眠质量指数；与同组暂停1周比较，<sup>①</sup>P > 0.05；与常规组同一时间点和同组暂停1周比较，<sup>②③</sup>P < 0.05

### 三、讨论

全球慢性肾脏病发病率呈逐年上升趋势，目前全球患病率约为13.4%，我国成人患病率达10.8%，其中3-5

### （四）统计学方法

运用SPSS 26.0软件处理数据，计数资料采用例数（%）表示，行 $\chi^2$ 检验，计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行t检验，P < 0.05为差异有统计学意义。

### 二、结果

#### （一）两组患者临床疗效比较

研究组的临床疗效优于常规组（P < 0.05），见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[n（%）]

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率
常规组	30	10 (33.33)	8 (26.67)	12 (40.00)	18 (60.00)
研究组	30	19 (63.33)	7 (23.33)	4 (13.33)	26 (86.67)
$\chi^2$ 值					5.455
P值					0.020

#### （二）两组患者治疗前和治疗第1、3、6周睡眠质量比较

治疗后第1、3、6周PSQI评分的比较中，分值更低的为研究组（P < 0.05），见表2。

期患者占比约20%-30%<sup>[2]</sup>。慢性肾脏病3-5期属于中晚期阶段，此时患者肾功能进行性减退，肾小球滤过率降至60 mL/（min·1.73m<sup>2</sup>）以下，随着病情进展，可出现电解质紊乱、贫血、高血压等多种并发症，最终可能进展为终末期肾病。在慢性肾脏病3-5期患者中，睡眠障碍问题比较常见，不同患者伴随着不同程度的失眠、睡眠呼吸暂停综合征，或者由于不宁腿综合征等导致患者生活质量较差。引起慢性肾脏病3-5期患者睡眠障碍的原因较多，如肾功能降低导致尿毒素蓄积，导致患者中枢神经系统处在异常状态；贫血导致患者脑组织缺氧，睡眠节律产生波动；患者担忧疾病愈加严重或预后效果不理想，心理状态较为消极，情绪的波动性显著，则睡眠结构难以保持稳定性，从而使患者陷入睡眠障碍的困境中。

临床对慢性肾脏病3-5期伴睡眠障碍患者展开常规治疗的过程中，主要以控制基础疾病和对症干预为主，通过降压、纠正贫血、透析等手段延缓肾功能恶化，同时

使用苯二氮草类、非苯二氮草类镇静催眠药改善睡眠<sup>[3]</sup>。上述治疗方式虽然短时间内可以改善患者临床症状,减少并发症出现的可能性,但易产生依赖、耐药性及肝肾功能损伤,且在改善患者睡眠障碍方面作用有限。

慢性肾脏病3-5期属中医“虚劳”“水肿”“关格”等范畴,其睡眠障碍的核心病机与脾肾亏虚、湿浊内蕴、心神失养密切相关。研究指出,慢性肾脏病中后期,久病耗伤脾肾阳气,脾失运化则水湿内停,肾失气化则浊毒潴留,气血生化无源,心神失养而致失眠、多梦<sup>[4]</sup>。脾肾气虚、心神失养证患者表现为多梦易醒、神疲乏力、食欲不振,治以健脾益肾、养心安神。湿浊内蕴、热扰心神证患者表现为烦躁失眠、口苦口黏、舌苔黄腻,治以清热化浊、宁心安神。

二夏汤是中医经典祛痰安神方剂,核心组成为半夏、夏枯草,辅以茯苓、陈皮、甘草等配伍。半夏辛温燥烈,善燥湿化痰、降逆和胃,为君药;夏枯草苦寒清泄,能清肝泻火、散结消肿,二者一温一寒、一降一清,共奏化痰散结、调和阴阳之功<sup>[5]</sup>。方中茯苓健脾渗湿、宁心安神,陈皮理气健脾、燥湿化痰,甘草益气和中、调和诸药。全方紧扣“痰浊内蕴、心神失扰”病机,通过健脾化痰、清泻肝火、宁心安神,改善睡眠障碍。五行音乐疗法在中医治疗领域占据着关键性位置,其处在中医“五音疗疾”理论的范畴内,以宫、商、角、徵、羽五音对应脾、肺、肝、心、肾五脏,将特定旋律作为关键,并考虑到节奏的音乐特征,对患者脏腑功能形成一定影响。我国现存最早的医学经典著作《黄帝内经》中就曾提出,天有五音:角徵宫商羽;地有五行:木火土水金。五音分别与人体五脏相通,即宫动脾、商动肺、角动肝、徵动心、羽动肾。此外,五行音乐疗法的作用机制和音乐声波的振动频率密切相关,作用范围集中在人体经络气血,有利于缓解阴阳平衡性不足的问题,如宫音舒缓悠扬,可健脾益气<sup>[6]</sup>;羽音低沉柔和,能补肾宁心。且此种疗法从听觉刺激的角度出发,对大脑边缘系统进行激活,弥补了神经内分泌功能的不足之处,降低患者焦虑、抑郁的严重程度。

本研究结果显示,与常规组60.00%的治疗有效率相比,研究组的86.67%更高( $P < 0.05$ ),主要因为二夏汤围绕病理方面展开干预,借助健脾化痰、清浊解毒清除体内病理产物,解决“痰浊扰心”的器质性根源;五行音乐疗法侧重于干预患者心理层面,五音与患者五脏相对应,及时调节患者情绪,避免其情志失调的问题不断加剧。且二夏汤对于调节患者的中枢神经递质帮助较大,缓解了患者神经功能异常的问题;五行音乐

疗法能降低应激激素、升高褪黑素分泌,二者协同调节神经-内分泌-免疫网络,增强对睡眠节律的调控能力,比单一疗法更易打破“病理产物蓄积-情绪紊乱-睡眠变差”的恶性循环。本研究结果还显示,研究组治疗后1周的PSQI评分为( $13.37 \pm 2.55$ )分,治疗3周后的PSQI评分为( $10.00 \pm 4.14$ )分,治疗6周后的PSQI评分为( $7.40 \pm 4.72$ )分,均比常规组低( $P < 0.05$ ),且暂停治疗后第1、3、6周PSQI评分的比较中,同样是研究组更低( $P < 0.05$ ),提示在二夏汤联合五行音乐疗法的影响下,可以实现改善患者睡眠障碍问题的目标。分析原因:慢性肾脏病3-5期睡眠障碍以“脾肾亏虚、湿浊内蕴、心神失养”为核心病机。二夏汤通过健脾化痰、清泻浊毒,从根本上清除病理产物,恢复脏腑功能,解决“痰浊扰心”的器质性病因;五行音乐疗法则针对患者因疾病产生的焦虑、抑郁等心理问题,通过对应五脏的音乐调节情绪,缓解“情志失调”所致的心神不宁,实现“标本同治”。且二夏汤中半夏、茯苓在健脾益肾方面作用显著,夏枯草这一中药成分进入机体后,可以对患者进行清肝泻火,使其脾、肝、肾等脏腑功能获得改善,为心神安宁提供一定支持。

综上所述,在慢性肾脏病3-5期伴睡眠障碍患者中,二夏汤联合五行音乐疗法的应用优势显著,是提升患者治疗效果的可行方式,避免睡眠障碍问题持续加剧,具有较强的临床应用意义。

#### 参考文献

- [1] 袁计红, 金咏梅, 陆伟华等. 音乐疗法联合降钙合剂中药结肠透析在慢性肾脏病3-4期患者中的疗效[J]. 吉林医学, 2024, 45(09): 2229-2232.
- [2] 郑玉梁, 郑访江, 吴玮等. 耳尖放血联合音乐疗法辅助治疗肾源性高血压病的临床效果[J]. 现代养生, 2024, 24(01): 12-15.
- [3] 王方茹, 孟保玲, 刘飞扬. 耳穴埋豆联合穴位贴敷及五行音乐疗法在慢性肾衰竭失眠患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(15): 73-76.
- [4] 马春芳, 谢凤珠, 薛毅. 耳尖放血联合音乐疗法辅助治疗肾源性高血压危象病人的效果[J]. 护理研究, 2021, 35(19): 3538-3541.
- [5] 王国庆, 易香, 王惠等. 五行音乐疗法对维持性血液透析患者焦虑抑郁状态及睡眠质量的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2021, 22(08): 721-723.
- [6] 方敬爱. 中西医结合防治慢性肾脏病3~4期的现状及思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(04): 427-429.