引用:倪娟,李东雅,刘佳,李兰,陈偶英. 随身灸联合五行音乐对隔离休养期新冠肺炎一线医务人员的干预效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(7): 95-98.

随身灸联合五行音乐对隔离休养期 新冠肺炎一线医务人员的干预效果观察

倪娟,李东雅,刘佳,李兰,陈偶英
(湖南中医药大学,湖南长沙,410208)

[摘要] 目的:观察随身灸联合五行音乐疗法对隔离休养期新冠肺炎一线医务人员职业倦怠感和身心健康的干预效果。方法:采用随机数字表法将 60 名处于隔离休养期新冠肺炎一线医务人员分为观察组和对照组,每组各 30 名。对照组采取常规隔离措施,观察组在此基础上采取随身灸联合五行音乐疗法。分别在干预前、干预 2 周后比较 2 组医务人员职业倦怠量表(MBI)、症状自评量表(SCL-90)、疲劳评定量表(FAI)和匹兹堡睡眠质量指数评分(PSQI)的得分情况。结果:2 组 MBI、SCL-90、FAI 和 PSQI 评分均较干预前明显降低,且观察组 MBI、SCL-90、FAI 和 PSQI 评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:采用随身灸联合五行音乐疗法可降低隔离休养期新冠肺炎一线医务人员的职业倦怠感,缓解疲劳,减轻焦虑,改善睡眠,促进医务人员身心的恢复。

[关键词] 新冠肺炎;一线医务人员;隔离休养期;随身灸;职业倦怠;身心健康

[中图分类号] R246.9 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.07.038

新冠肺炎一线医务人员作为抗疫的主力军,因背负超负荷的工作、巨大的精神压力,而容易出现焦虑、失眠等问题,产生职业倦怠感^[1]。新冠肺炎传染性高、进展迅猛,可致消化、神经及心血管系统损害,甚至多器官功能衰竭^[2]。抗击新冠肺炎期间,一线医务人员需要承担患者治疗、护理及生活起居等工作,其伴随的应激、焦虑、失眠等心理问题,不仅影响医务人员的注意力、理解能力及决策能力,损害疫情防控,还可能对总体健康造成持久的不良影响^[3]。为关爱一线医务人员,中央应对新型冠状病毒感染肺炎疫情工作领导小组印发了通知,一线医务人员抗疫连续上班 30 d 后,由所在单位强制安排隔离休息 14 d。隔离休养的医务人员居于定点酒店,活动受限,因此如何在酒店等有限的条件下,选择方便可行的康复方法成为备受关注的问题。随身灸不受时间、场地限制,利用艾草和灸火的透性,刺激腧穴而起到舒通经络、平衡阴阳的作用。五行音乐疗法具有改善情绪,促进康复的作用^[4]。随身灸和音乐疗法具有价格低廉、操作简单方便的特点,非常适用于隔离休养期的一线医

人员。

本研究采用随身灸联合五行音乐对处于隔离休养期的新冠肺炎一线医务人员进行干预,在改善其职业倦怠方面取得了较好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2020 年 2 月 28 日至 3 月 28 日于长沙市第一医院北院(长沙市新冠肺炎定点医院)处于隔离休养期的新冠肺炎一线医务人员 60 名。采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组各 30 名。观察组中,医师 7 名,护士 23 名;其中男 5 名,女 25 名;年龄 18~65 岁,平均(31.17±3.88)岁;受教育年限 15~21 年,平均(15.7±3.1)年;工作年限 5~16 年,平均(9.43±2.39)年。对照组中,医师 8 名,护士 22 名;男 7 名,女 23 名;年龄 18~65 岁,平均(30.87±4.08)岁;受教育年限 15~21 年,平均(16.53±1.76)年;工作年限 5~16 年,平均(9.23±1.61)年。2 组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 1) 收治新冠肺炎疑似或确诊病例的病房、发热门诊或急诊科、放射科、检验科等科室

基金项目:湖南省研究生培养创新实践基地建设项目(湘教通[2019]248号);湖南省学位与研究生教育改革研究项目(2020JGYB133);湖南中医药大学护理学开放基金项目(2019HLX02)

第一作者:倪娟,女,2019 级硕士研究生,研究方向:中医护理学

通讯作者:李东雅,女,副教授,硕士研究生导师,研究方向:中医护理学、护理管理,E-mail:2461273091@qq.com

的医师或护师;2)年龄 ≥ 18 岁;3) 抗疫期间连续上班 30 d 后,由所在单位强制安排居定点酒店隔离休息 14 d,处于隔离休养期;4) 自愿参加并签署知情同意书。

1.3 排除标准 对艾灸成分过敏或局部皮肤有破损、感染、感觉异常等。

2 干预方法

2.1 对照组 实行常规单人隔离。在酒店施行全封闭管理,吃住行统一安排,一日三餐由专人送达房间;每天 8:00 和 16:00 自行监测体温,如实报告体温测量结果。观察自身健康状况,如出现发热、乏力、咽痛、头痛、出血等异常症状,应立即与医务负责人联系;房间内禁止吸烟,保持室内通风,每次通风 30 min,每天至少 3 次。

2.2 观察组 在对照组基础上采用随身灸联合五行音乐疗法干预。1)随身灸。①材料:采用纯铜六联无烟随身灸(艾健坊艾灸养生堂,规格 37 cm×21 cm,布套长度 64 cm),艾柱(艾健坊艾灸养生堂,规格 1.8 cm×3 cm,纯度 35:1)。②穴位:神阙、气海、关元、中脘。③操作方法:将艾柱插在灸盒支架上,用打火机点燃,装入布套内,根据室温及个人耐受力调节出风口,置于腹部对应穴位,绑好绒布。灸时关闭门窗,减少空气对流;禁止空腹、饱餐及餐后立即施灸;根据耐受力随时调节灸盒窗口的大小,防止烫伤;灸后多饮温开水,禁饮冷水或冰水,慎食生冷瓜果蔬菜。隔天 9:00~11:00(巳时)进行,每次 40 min。2)五行音乐疗法。从中华医学会音像出版社出版的《中国传统五行音乐(正调式)》中选取角调音乐 5 首,代表曲目有《胡笳十八拍》《草木青春》等。建立防疫工作人员 QQ 群,将音乐上传至 QQ 群,督促医务人员下载至手机,并向其介绍五行音乐的中医特色及作用。时间为午睡前,于每天 12:30 定时群内提醒督促其睡前进行音乐疗法,并打卡了解干预情况。

2 组均干预 14 d。

3 效果观察

3.1 观察指标 于干预前后,对参加本研究人员进行职业倦怠量表(MBI)、症状自评量表(SCL-90)、疲劳评定量表(FAI)和匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)的调查评分,利用 QQ 群发放问卷星调查表,为避免对结果产生影响,干预实施者、评估者及统计分析者相互分离。1) MBI:该量表共 22 项条

目,包括情感衰竭、去人格化评分及个人成就感 3 个维度,采用 0~7 级评分。情感衰竭、去人格化得分越高,职业倦怠感越强;个人成就感得分越高,职业倦怠感越弱。情感衰竭、去人格化和个人成就感的内部一致性系数分别为 0.89、0.84、0.87^[5]。

2) SCL-90:该量表共 90 个项目,包含躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对性、恐怖、偏执、神经病性、睡眠与饮食 10 个因子,采用 0~4 级评分,得分越高,说明个体的自觉症状越严重^[6]。本研究中各分量表的内部一致性系数为 0.731~0.902,总量表的内部一致性系数为 0.943^[7]。3) FAI:该量表由 29 项条目组成,包含 4 个因子,因子 1(S)反映疲劳的程度;因子 2(SS)测定对特定环境的敏感性,评价疲劳是否有情景的特异性;因子 3(PC)评价疲劳可能导致的心理结果;因子 4(RTR/S)评定疲劳对休息或睡眠的影响。采用 1~7 级评分^[8]。判定标准:<4 分为无疲劳状态;4 分为一般性疲劳状态;5 分为中度疲劳状态;≥6 分为重度疲劳状态,其 Cronbach's α 值很高,范围为 0.70~0.92^[9]。4) PSQI:该量表共 18 个条目,7 个指标,每个指标采用 0~3 分等级评分,总分为 0~21 分,得分越高,睡眠质量越差。PSQI 7 个主要指标和各条目间的 Cronbach's α 系数分别为 0.8420 和 0.8519^[10]。

3.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS 25.0 统计软件进行统计学处理,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)进行描述,组间比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 2 组干预前后 MBI 评分比较 干预前,2 组情感衰竭、去人格化、个人成就感评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,情感衰竭、去人格化评分均降低,个人成就感评分上升,且观察组改善程度优于对照组,组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组干预前后 MBI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	情感衰竭	去人格化	个人成就感
观察组	30	干预前	33.20±2.62	12.10±1.78	29.10±2.52
		干预后	29.07±2.03	10.30±1.50	31.50±1.38
对照组	30	干预前	32.73±2.84	12.20±2.16	28.90±1.18
		干预后	30.47±2.36	11.40±2.03	30.30±1.66
<i>t</i> 值			-2.462	-2.389	3.037
<i>P</i> 值			0.017	0.020	0.004

注:*t*、*P* 值为 2 组干预后组间比较。

3.3.2 2组干预前后 SCL-90 评分比较 干预前,2组躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对性、恐怖、偏执、精神病性、睡眠与饮食方面评分比较,差异无统

计学意义($P>0.05$)。干预后,2组各指标均有下降,且观察组下降幅度较对照组更为明显,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。(见表2)

表2 2组干预前后 SCL-90 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	躯体化	强迫	人际关系	抑郁	焦虑	敌对性	恐怖	偏执	精神病性	睡眠与饮食
观察组	30	干预前	1.80±0.61	1.73±0.64	1.60±0.56	1.90±0.66	2.00±0.59	1.43±0.63	1.63±0.56	1.37±0.49	1.40±0.50	1.33±0.48
		干预后	1.17±0.46	1.33±0.48	1.17±0.46	1.27±0.78	1.40±0.50	0.97±0.41	1.37±0.49	0.97±0.61	1.10±0.48	0.97±0.49
对照组	30	干预前	1.70±0.53	1.67±0.61	1.67±0.55	1.93±0.52	1.93±0.64	1.50±0.57	1.70±0.53	1.40±0.50	1.47±0.50	1.37±0.49
		干预后	1.50±0.51	1.63±0.61	1.60±0.56	1.87±0.43	1.97±0.67	1.43±0.57	1.63±0.49	1.30±0.47	1.40±0.50	1.27±0.45
<i>t</i> 值			-2.66	-2.107	-3.261	-3.664	-3.722	-3.636	-2.107	-2.366	-2.373	-2.47
<i>P</i> 值			0.01	0.039	0.002	0.001	0.001	0.001	0.039	0.021	0.021	0.016

注:*t*、*P*值为2组干预后比较。

3.3.3 2组干预前后 FAI 评分比较 干预前,2组S、SS、PC、RTR/S评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,2组各指标均有下降,且观察组下降幅度更为明显,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。(见表3)

组下降幅度较对照组更为明显,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。(见表4)

表3 2组干预前后 FAI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	S	SS	PC	RTR/S
观察组	30	干预前	3.90±0.66	4.43±0.86	4.60±0.89	5.27±0.64
		干预后	3.20±0.61	3.73±0.76	3.73±0.91	4.30±0.75
对照组	30	干预前	3.83±0.66	4.34±0.90	4.52±0.95	5.03±0.73
		干预后	3.62±0.62	4.24±0.79	4.45±1.06	4.72±0.65
<i>t</i> 值			-2.623	-4.331	-2.794	-2.320
<i>P</i> 值			0.011	<0.01	0.007	0.024

表4 2组干预前后 PSQI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物应用	日间功能
观察组	30	干预前	2.00±0.53	2.17±0.53	1.57±0.86	1.97±0.85	2.00±0.45	1.50±0.57	2.20±0.76
		干预后	1.53±0.51	1.53±0.63	0.97±0.56	1.37±0.56	1.27±0.45	1.13±0.51	1.53±0.63
对照组	30	干预前	2.10±0.31	2.10±0.48	1.50±0.68	1.90±0.84	1.90±0.48	1.57±0.57	2.13±0.78
		干预后	1.93±0.25	1.87±0.51	1.30±0.60	1.77±0.77	1.77±0.57	1.47±0.57	1.90±0.55
<i>t</i> 值			-3.862	-2.26	-2.24	0.171	0.331	0.019	0.024
<i>P</i> 值			<0.01	0.028	0.029	0.025	<0.01	0.020	0.019

注:*t*、*P*值为2组干预后的比较。

4 讨论

中医学认为,肝主疏泄,调畅气机,与情志活动关系密切,疏泄失常可致情志失常,而出现急躁易怒、心烦失眠,或抑郁寡欢、情绪低沉等症^[11]。肝主藏血,通过经络协调各脏腑功能、保证气血正常运转。《素问·阴阳应象大论》记载了“悲胜怒、恐胜喜、怒胜思、喜胜忧、思胜恐”以情治情的治疗方法。本研究采用随身灸联合五行音乐疗法,随身灸是由赵尔康教授倡导的一种将艾条置于艾灸仪内,可随时随地、多个穴位同时进行治疗的灸疗方法^[12]。借灸火的热力,艾叶有行气活血、祛湿逐寒的功效,通过经络腧穴的作用,使清气上升,浊气下降,气机调畅,扶正祛邪,增强抵抗力,以达到治病和保健的作用。艾灸仪器小巧、固定方便,随时随

地可以施行治疗,可根据患者感觉、舒适度来调控温度。本研究所选穴位中的神阙穴主治消化系统诸症、虚脱;气海、关元穴主治泌尿、生殖系统诸症、水肿;中脘穴主治胃肠道疾患、气喘。“温而通之”,处于隔离休养期的医务人员通过畅通气机、平衡阴阳,其情绪问题和睡眠质量也能随之得到改善。

五音疗法是将医学中阴阳五行、天地人合一的理论与音乐相结合,将角、徵、宫、商、羽五音分别与五行(木、火、土、金、水)、五脏(肝、心、脾、肺、肾)、五志(怒、喜、思、悲、恐)相对应,以调节身心的音乐疗法,具有调神、悦心、解郁之诸多功效^[13-14]。角调风格悠扬,生机勃勃,曲调亲切爽朗,舒畅条达。角音作用于肝,能促进体内气机的上升、宣发和展放,使气血运行协调,维持脏腑功能稳定。角音平和调畅,善消忧郁,助人入眠。

医务人员出现职业倦怠、疲劳、失眠等问题,会导致工作热情消失,人际关系冷漠,工作效率降低,严重影响身心健康,同时对生活产生一定的影响。本观察结果显示,观察组干预后 MBI、SCL-90、FAI 和 PSQI 评分明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明随身灸联合五行音乐疗法能有效消除医务人员的职业倦怠感、疲劳,缓解失眠。

综上所述,抗击疫情最前线的医务人员,面临着繁重的工作任务、沉重的心理压力,其身心健康问题备受关注。随身灸具有温经通络、平衡阴阳、增强抵抗力的作用,且随时随地可施灸;五行音乐之角音通于肝,角乐具有疏肝解郁、调畅气机的功效,午睡前听音乐可促进睡眠。随身灸联合五行音乐疗法价廉方便,两者通过协同作用促进处于隔离休养期的新冠肺炎一线医务人员的身心恢复。

参考文献

[1] 张瑶,张西京,彭嘉熙,等. 武汉抗新冠肺炎医务人员心理健康调查[EB/OL]. (2020-03-11)[2020-10-20]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/44.1503.R.20200311.0813.002.html>.

[2] 国家卫生健康委员会. 新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)[EB/OL]. (2020-02-19)[2020-2-28]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7653p/202002/8334a8326dd94df351d7da8aefc2.shtml>.

[3] 王竞,程雅倩,周照蒋,等. 新型冠状病毒肺炎疫情对武汉市一线医护人员心理状况的影响[J]. 武汉大学学报:医学版, 2020,41(4):547-550.

[4] 孙岳,王园园,钱湘云. 子午流注择时五行音乐护理疗法对失代偿期肝硬化病人负性情绪的影响[J]. 循证护理,2018,4(3):238-241.

[5] NICO S,SALA T,RAIJA K,et al. The factorial validity of the Malach Burnout Inventory-General Survey(MBI-GS) across occupational groups and nations[J]. Journal of Occupational and organizational Psychology,2000,73(2):53-66.

[6] 王征宇. 症状自评量表(SCL-90)[J]. 上海精神医学,1984(2):68-70.

[7] KIM M,MCGAUGH JL. Effects of intra-amygdala injections NMDA receptor antagonists on acquisition and retention of inhibitory avoidance[J]. Brain Res,1992(585):35-48.

[8] SCHWARTZ JE,JANDORF L,KRUPP LB. The mesment of fatigue;a new instrument[J]. J Psychosom Res,1993,37(7):753-762.

[9] 熊波,柳甜甜,斯银平. 疲劳评定量表在特勤疗养中的应用构想[J]. 中国疗养医学,2011,20(1):27.

[10] 耿旭强,李伟红,李欣珂,等. 神阙穴隔盐灸联合三阴交温针灸治疗痰湿中阻型失眠的临床观察[J]. 海军医学杂志, 2017,38(5):429-431.

[11] 刘蕊嘉,张海艳,吴爽,等. 从肝论治失眠伴焦虑、抑郁情绪验案举隅[J]. 环球中医药,2020,13(1):89-92.

[12] 陈巧玲,罗利娟. 随身灸干预骨科患者β-七叶皂苷钠致静脉炎临床观察[J]. 上海针灸杂志,2014,33(6):556-557.

[13] 管鑫,陈冬梅,解丽. 音乐疗法在临床护理中的应用现状及存在问题[J]. 护理管理杂志,2010,10(4):267-268.

[14] 杨藏,沈婷,李艳芳,等. 音乐疗法结合中医辨证改善系统性红斑狼疮患者郁证的效果[J]. 解放军护理杂志,2014,31(4):11-14. (收稿日期:2020-12-25)

(上接第70页)

参考文献

[1] 尤黎明,吴瑛. 内科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:222-223.

[2] 曾望远,周素云,顾申红. 海口市社区高血压现状调查及全科干预效果研究[J]. 中国全科医学,2020,23(18):2335-2341.

[3] 国家卫生和计划生育委员会. 中国居民营养与慢性病状况报告(2015年)[M]. 北京:人民卫生出版社,2015.

[4] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南2018年修订版[J]. 心脑血管防治,2019,19(1):1-44.

[5] 韩学术. 高血压病中医诊疗方案(初稿)[J]. 中华中医药杂志,2008,23(7):611-613.

[6] 张昆,郑君. 隔药灸联合络活喜治疗高血压肝阳上亢证30例[J]. 陕西中医,2011,32(2):205-206.

[7] 人力资源和社会保障部教材办公室等组织. 悬灸应用技术[M]. 北京:中国劳动社会保障出版社,2014.

[8] 陈文强,郭栋. 艾灸治疗原发性高血压研究概述[J]. 世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2019,19(99):71-72.

[9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:73-76.

[10] 金明娇,张明雪. 中医药治疗高血压的研究近况[J]. 中医

药信息,2019,36(1):113-116.

[11] 焦欣,蔺晓源,雍苏南. 基于名老中医经验的高血压病病名、病因、病机、证型研究[J]. 中医药信息,2020,37(4):31-35.

[12] 唐林,黎宗宝,白瑞娜. 半夏白术天麻汤对原发性高血压的作用机制研究[J]. 世界中医药,2020,15(16):2458-2461,2465.

[13] 郑丽维,纪小凤,陈丰,等. 艾灸丰隆、足三里治疗痰湿壅盛证高血压患者的疗效[J]. 解放军护理杂志,2017,34(2):43-47.

[14] 席沙. 定时艾灸涌泉穴治疗高血压的临床疗效观察[D]. 广州:广州中医药大学,2016.

[15] 胡舒宁,张国山,张彬彬,等. 针刺、艾灸对功能性消化不良大鼠胃、肠 ICC 超微结构和 Cx43 表达影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(3):64-68.

[16] 刘益成,张文高,吴赛,等. 半夏白术天麻汤治疗痰湿壅盛型高血压的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(11):1334-1336.

[17] 管媛媛. 基于 mTOR 信号通路探讨艾灸抗高血压大鼠血管损伤的应激耐受机制研究[D]. 南京:南京中医药大学,2016.

[18] 梁晶,李旭光,王志敏,等. 高血压伴心房颤动患者的血浆血管紧张素II水平及其对应用肾素-血管紧张素系统阻滞剂的指导意义研究[J]. 中国全科医学,2017,20(19):2353-2357. (收稿日期:2021-01-10)