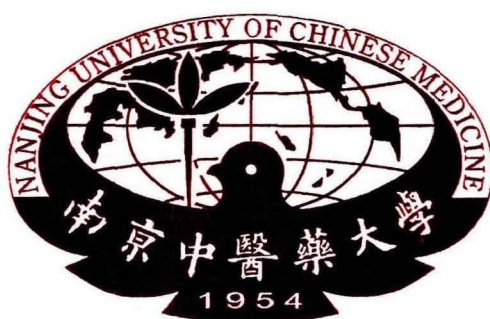


密级：公开

学号：20091496

南京中医药大学

硕士学位论文



中医五行音乐疗法结合降压药物治疗肝阳上亢
型原发性高血压的研究

研究生	王楠楠
指导教师	王旭东
学科专业	康复医学与理疗学
所在学院	第二临床医学院
毕业时间	2012年06月

**The study on the treatment of Primary
Hypertension with the Syndrome of
Hyperactivity of liver Yang by the music of five tones
of TCM combined with western medicine**

A Dissertation Submitted for the Master's Degree

Candidate: WangNannan

Adviser: WangXudong

Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, China

学号：20091496

硕 士 学 位 论 文

中医五行音乐疗法结合降压药物治疗肝 阳上亢型原发性高血压的研究

作者姓名	王楠楠	申请学位级别	临床医学硕士学位
指导教师姓名	王旭东	职 称	教授
学科专业	康复医学与理疗	研究方向	慢病的中西医结合康复
学习时间自	2009年09月10日起		至2012年06月30日止
论文提交日期	2012年04月06日	论文答辩日期	2012年05月28日
学位授予单位	南京中医药大学	学位类型	临床医学专业硕士学位

原创性声明

本人郑重声明：所提交的学位论文，是本人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者（需亲笔）签名：王楠楠 2012年6月11日

学位论文版权使用授权书

本学位论文作者完全了解学校有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。本人授权南京中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存和汇编本学位论文。

保密，在___年解密后适用本授权书。本学位论文属于不保密.

（请在以上方框内打“√”）

学位论文作者（需亲笔）签名：王楠楠 2012年6月11日

导师（需亲笔）签名： 2012年6月11日

目录

摘要.....	i
Abstract.....	ii
前言.....	1
第一部分 理论研究.....	2
1. 中医学对原发性高血压病的研究.....	2
1.1 中医高血压概述.....	2
1.2 中医高血压病因病机.....	2
2. 西医学对原发性高血压病的研究.....	3
2.1 高血压概述.....	3
2.2 高血压病因.....	3
2.3 高血压病机.....	6
3. 中西学的共同认识——心理、生理、环境三者互为因果.....	6
4. 五行音乐的理论研究.....	7
4.1 五行音乐简介.....	7
4.2 中医五行生克制化关系图.....	9
3. 音乐治疗现状.....	10
3.1 现代音乐.....	10
3.2 音乐疗法的特点.....	10
3.3 音乐养生的应用方式.....	11
3.4 音乐养生的临床研究.....	11
第二部分 临床研究.....	14
1. 资料与方法.....	14
1.1 病例选择.....	14
1.2 方法.....	15
1.3 观察方法.....	16
1.4 观察指标.....	16
1.5 疗效判定标准.....	17
1.6 统计学处理.....	17
2. 数据分析.....	17
2.1 两组临床一般资料分析.....	17
2.3 两组疗效比较.....	17
2.4 安全性评价.....	19

第三部分 讨论.....	20
1. 课题研究的现实意义	20
2. 研究结果分析	20
2.1 基本资料及主要症状分析	21
2.2 疗效分析	21
3. 相关探讨.....	21
3.1 五行音乐降压机理	21
3.2 对舒张压的降压机理	22
3.3 对肝阳上亢型患者乐曲的选择	22
3.4 评定工具的选择	22
4. 问题及展望	23
第四部分 结论.....	25
参考文献.....	26
附录一.缩略词表.....	29
硕士在读期间发表的学术论文.....	34
致谢	34

摘要

目的：本研究采用中医五行音乐结合常规降压药物的综合疗法治疗肝阳上亢型原发性高血压病，观察指标以血压值、临床主要症状以及心理评分为主，以此评价中医五行音乐加常规降压药物的综合疗法治疗肝阳上亢型原发性高血压病疗效，优化肝阳上亢型原发性高血压病的综合治疗方案，为肝阳上亢型原发性高血压病患者提供新的治疗思路，有利于肝阳上亢型原发性高血压病患者的恢复及生活质量的提高。

方法：收集自2011年7月至2011年10月南京中医药大学第一附属医院江苏省中医院心内科门诊及病房肝阳上亢型原发性高血压患者共42例，根据Excel Rand随机语句，随机分为治疗组（20例）、对照组（22例）两组。治疗组予中医五行音乐加常规降压药物的综合疗法，对照组仅予常规降压药物治疗；8周一个疗程。治疗前后，对患者血压值、临床主要症状以及心理状况评分进行对照观察。

结果：1. 治疗组：显效8人，有效8人，无效4人，有效率80%；对照组：显效6人，有效7人，无效9人，有效率59%。两组疗效比较具有显著统计学差异。其中舒张压达正常的治疗组15人，占70%；对照组9人，占45%，两组疗效比较具有显著统计学差异。两组均有疗效，但治疗组降压疗效优于对照组，尤其在舒张压恢复的程度和恢复周期方面优于对照组；2. 两组治疗后临床症状改善有显著统计学差异；3. 两组患者心理症状评分有统计学差异。

结论：应用中医五行音乐结合常规降压药物的综合疗法治疗肝阳上亢型原发性高血压病安全有效，总体疗效优于单纯降压药物治疗，尤其更有助于舒张压有效、快速恢复正常。部分症状的改善显著优于单纯降压药物治疗。

关键词：五行音乐，肝阳上亢型原发性高血压，疗效

Abstract

Objective: In this research, treat primary hypertension by the music of five tones in Traditional Chinese Medicine combined with western medicine, and evaluate the effect of this treatment for primary hypertension by observing the member of blood pressure, the major clinical symptoms and self-rating psychological symptoms scale, not only provide a best way and a new trend to the treatment of primary hypertension, but also put the life quality of patients with primary hypertension to a higher level.

Methods: 42 patients with primary hypertension were randomly divided into two groups: 20 cases for the treatment group treated with music of five tones in Traditional Chinese Medicine combined with western medicine; 22 patients for and the control group treated only by western medicine. 2 months a course, And finally Compare the blood pressure, the major clinical symptoms and self-rating psychological symptoms scale before and after the treatment.

Results: 1. After treating for 1 courses, the treatment group: 8 cases were effective. 8 cases were better and 4 cases were invalid, the total efficiency was 80%; control group: 6 cases were effective, 7 cases were better and 9 cases were invalid, the total efficiency was 59%. After treating for 1 courses, the treatment group: 15 cases' diastolic blood pressure returns to normal, the total efficiency was 70%; While the control group 9 cases, and the total efficiency 45%. after the treatment efficacy two groups has statistics difference. Both are effective, but the treatment group is better than the control group, especially on lowering DBP, and the time needed to return the DBP to normal. 2. On clinic symptoms there were significant statistics differences between the two groups. 3. On the self-rating psychological symptoms scale there were significant statistics differences.

Conclusion: Treating primary hypertension by the music of five tones in Traditional Chinese Medicine combined with western medicine is effective and secure. And is better than the control group on lower the blood pressure, especially the diastolic blood pressure, improve the condition of clinic symptoms and psychology.

Key Words: the music of five tones, primary hypertension, effect

前言

高血压病（essentialhypertension,EH）又称原发性高血压（primary hypertension,PH），是以体循环动脉压升高为临床表现且病因仍未明确的独立性疾病。一些靶器官如心、肾、脑和血管可因动脉压持续升高遭到损害，并伴全身代谢的改变。在心血管系统心身疾病中，高血压病算是代表性疾患。在祖国医学中，没有原发性高血压这一病名，根据其临床表现可归入中医的“眩晕”、“头痛”范畴。2002年，世界卫生组织在全球健康报告中给出的数据中，在全球高血压引起的脑血管疾病和缺血性心脏病分别占62%和49%，致死率达13%。且部分高血压病无明显临床症状，又被称为“无形杀手”。近年来社会不断进步人民生活水平逐渐提高、膳食结构及行为方式也发生了一些改变，导致高血压病的发病率逐年上升，目前我国高血压患者人数约2亿，且调查结果显示，在我国高血压知晓率只有30.2%，治疗率仅24.7%，控制率仅6.1%。社会医学模式从简单的生物医学模式逐渐向生物-心理-社会模式转变，人们认识到原发性高血压是心身疾病，是生理、心理、环境共同作用的结果。在进行药物治疗的同时进行有效的心理和行为干预，会把预防和治疗高血压提高到新的高度。

众所周知，现有治疗高血压药物效果欠佳，且长期服用还会对肝肾功能有一定损害。中医的非药物疗法比如五行音乐疗法不仅能降低西药的副作用，减少用药支出，还能够减轻和消除西药不能解决的一些临床症状，临床疗效更为突出。本研究采用中医五行音乐疗法结合降压药物治疗原发性高血压。选用与其密切相关的临床症状积分及与高血压密切相关的心理量表（SDS、SAS）进行评价和探讨。从而希望为中医五行音乐治疗高血压等心身疾病的方法提供新思路、新方法和临床依据。

第一部分 理论研究

1. 中医学对原发性高血压病的研究

1.1 中医高血压概述

在中医古典医籍中，对于原发性高血压并没有专门的记载，而且高血压病的病程较长，临床表现也多种多样，并发症也不确定，所以较难确切归属到某一病症中去。

原发性高血压病在临床上的症状表现上可见目眩、头晕头痛、口干口苦、耳鸣耳聋、心悸胸痛、气促、乏力等等，甚至有半身麻木、口眼喎斜、言语不利和半身不遂等。根据所表现出的不同的主要症状，现代医家将其归属为中医的“头痛”、“眩晕”和“中风”等疾病范畴。在证候学上，可归属之“肝阳”、“肝风”、“心悸”、“怔忡”等概念之内。随病情的进展，还可演化为“水肿”、“胸痹”、“饮证”以及“中风”等次生疾病。

1.2 中医高血压病因病机

高血压的病因很多，主要有四：体质禀赋的异常，情志失调，饮食不节还有劳逸过度。

1.2.1 体质禀赋异常

个人的体质是有差异的。体质受于先天，养于后天，体质的阴阳失调即由先天不足抑或后天失养所致。肾主先天，内藏精髓，而脑为髓海，若先天不足，精髓亏空，脑海失养则发为头痛和眩晕。后天失养，脾胃不足，如阴虚体质，多为瘦人，易生内热，头部经络遭扰或被阻，即发头痛和眩晕；而胖人体质多湿痰，痰湿上扰清窍，也会导致头痛、眩晕症状。除此以外，年老体弱者多见气虚，气虚无力，清阳无以升达清窍，导致其失养，“上气不足”而发眩晕、头痛，正如《素问·阴阳应象大论》所述“年四十而阴气自半也”。而阳盛体质之人，会使阳亢于上而发头痛眩晕。

1.2.2 情志失调

中医七情指怒、喜、忧、思、悲、恐、惊。脏腑功能与人的情志活动密切相关。正常情况下短暂的、强度在正常范围内的的情志变化不会导致疾病，只有超过人体正常生理、调节范围的时候，如突然、剧烈、长期反复的精神刺激，会导致脏腑功能紊乱。症状头痛、眩晕也与情志活动相关，如抑郁导致肝气不遂，气郁而化火，也有发怒，“怒则气上”致肝阳上亢，上扰清窍致头痛、眩晕症状的发生。过度的恼怒会导致肝疏泄失常，肝气上逆，血随气逆，上逆之气血走于上导致眩晕、头痛、面赤、呕血、甚至晕厥，正如《素问·生气通天论》曰：“大怒则肝气绝，而血菀于上，使人薄厥”。临床上也常见因为过度恼怒引发脑出血，符合《内经》所提到的“怒则气上”为病因病机的说法。《临证指南医案》载到：“郁则气滞，气滞久必化热”，是说抑郁使肝气郁结，久而化火，肝火上扰清窍导致头痛、头晕；气郁气滞碍脾，运化失常，水湿内停阻络则头痛、眩晕。过喜则易致心火亢盛，内扰气血，心之神明被扰亦致头痛、眩晕。忧思过度伤脾，运化失常，痰湿内停，上扰清窍，则出现头重如裹、头晕、腹胀便溏等症。肝为将军之官，体阴而用阳，其气刚烈且阳常有余，阴常不足，且司情志，一身之气机之通达皆赖于它，若五志失和、气失调

达，气机郁滞而化火，正所谓“气有余便是火”，而发为肝火。

1.2.3 饮食不节

不良饮食习惯如饮食偏嗜，或常饮食肥甘高粱厚味等，均容易致眩晕、头痛。正如《素问·生气通天论》载曰：“阴之所生，本在五味；阴之五官，伤在五味”，五味应五脏，五味偏嗜易致五脏阴精受损，五脏阴阳失调。如脾之健运会因饮食不节而损坏，痰湿内停，上扰清窍，则出现头重如裹、头晕、腹胀便溏等症；汉代医家张仲景也认为，“痰饮”是眩晕的一个重要病因；元代医家朱丹溪亦于《丹溪心法·头眩》提出“无痰不作眩”的观点。若是挑食禁食，气血生化乏源，无法生精充髓，清窍失养而致头痛、眩晕。五行理论中五味应五脏，饮食偏味亦可影响五脏六腑，《灵枢·五味论》载曰：“咸入于胃，其气上走中焦，注于脉，则血气走之，血与咸相得则凝”；又有《素问·五脏生成篇》中载曰：“是故多食咸，则脉凝泣而变色”，均表明过食咸易致血脉凝泣，血行不畅而致头络不通则痛、眩晕。且《灵枢·五味》说：“谷味咸，先走肾”，咸入肾，肾脏的阴阳平衡会因咸味过多摄入而失平衡，肾主水，其蒸腾水液功能失常则水饮内停，痰湿内生，搅扰清窍则出现眩晕、头痛以及水肿等症状。

1.2.4 劳逸过度

以过劳为主。包括三方面：劳力过度、劳神过度、房劳过度。在《素问·举痛论》中写道：“劳则气耗”，说明过劳伤气，易致气虚，运血无力，清窍气血失荣则出现眩晕、头痛，常同时伴神疲、少气懒言等症状。劳神过度是指用脑过度，忧思损伤心脾，导致心脾气血两虚，进而致全身气血生化乏源，清窍失养而发为眩晕、头痛，且常伴失眠、心悸，纳少便溏等。而房劳过度，可损耗肾中之精气，生精化髓之功能受损，髓海失养则眩晕、头痛、且伴肾虚症状如耳鸣耳聋、神萎等。且肝肾同源，精血同源，乙癸同源，肾精亏虚不能滋养肝血终致肝阴虚，阴虚不制阳，肝阳亢于清窍则发眩晕、头痛。本病初期实证较为多见，久可见虚实夹杂和虚证，如：初发肝阳上亢，久而久之耗伤肝阴肾阴形成肝肾阴虚证；阴损及阳；造成阴阳俱虚。

2. 西医学对原发性高血压病的研究

2.1 高血压概述

高血压病(essential hypertension, EH)又称原发性高血压(primary hypertension, PH),是以体循环动脉压升高为临床表现且病因仍未明确的独立性疾病。一些靶器官如心、肾、脑和血管可因动脉压持续升高遭到损害,并伴全身代谢的改变。在心血管系统心身疾病中,高血压病算是代表性疾患。在祖国医学中,没有原发性高血压这一病名,根据其临床表现可归入中医的“眩晕”、“头痛”范畴。2002年,世界卫生组织在全球健康报告中给出的数据中,在全球高血压引起的脑血管疾病和缺血性心脏病分别占62%和49%,致死率达13%。且部分高血压病无明显临床症状,又被称为“无形杀手”。

2.2 病因

2.2.1 生物、理化和生理因素

2.2.2遗传和基因因素

近年来研究重点主要是从基因水平揭示高血压病的发病机理，表明高血压病具有明显的家族集聚现象。高德江^[1]通过问卷形式调查发现，青年高血压与家庭和遗传史的关系为正相关。

2.2.3体重因素

研究表明^[2]，超重是心血管疾病的危险因素，青年高血压组的体重指数要比青年健康组高。

2.2.4不良生活方式

2.2.4.1盐量摄入过多，每天摄盐量大于7克的人群患病率增高。

2.2.4.2饮酒因素

研究报告表明，青少年血压与饮酒量之间存在着一定的剂量—反应关系，饮酒量增多，收缩压与舒张压也逐渐增高，研究还发现大量饮酒者(指每天65克酒精)，或者长期饮酒者的患病率和平均血压值均有所升高，特别是收缩压，原因是饮酒使皮质激素、儿茶酚胺分泌增加。

2.2.4.3吸烟因素

导致高血压发病的一个重要因素就是吸烟^[1]，每吸一颗烟，血压会表现出不同水平的上升，这个报告结果是由美国在高血压病全国联合委员会第六次会议中明确指出的。

2.2.5心理社会因素

随着生活水平的提高，生活节奏的加快，工作效率的增高，现代人的精神压力也越来越大，很多人长期处于焦虑状态，长期的噪音，视觉刺激引起的视觉疲劳等等会扰乱神经内分泌对高血压的调节，交感神经兴奋，机体增加血管活性物质的分泌，升高外周小血管的阻力，最后的结果是引起血压的增加。

2.2.5.1应激

Selye首次提出“应激”的概念，认为是“当外界环境影响超过了个体的恢复能力并对个体的生存造成威胁的时候，个体对这个外界环境影响因素的一种特殊应答”^[3]，高血压病的危险会因为对生活事件的应激反应所造成的焦虑、紧张状态而增加。McNendcz Villalva C^[4]等研究表明：处于紧张性生活事件的高血压病患者，收缩压往往会增高。目前，共有四类常见应激源^[5]：第一类，来自平素生活中，如来自家庭关系，工作中人际交往的困扰；第二类为：生活中重大变故，如家庭成员的突然死亡等；第三类与工作有关，如工作压力大，强度高；第四类为环境应激源，如战争地震、海啸、洪水等；应激引起原发性高血压的机制如下：当人体受社会心理因素影响时，通过中枢神经系统的接受与整合，会产生焦虑、惊恐、抑郁、愤怒等的情绪，这些情绪信息被传入下丘脑，使机体产生一系列植物内分泌反应；当心理社会应激存在的时间和强度达到了一定的量，会导致机体对高血压的神经调节、体液调节和内分泌激素调节等机制遭到损害，最终导致血压持久性的增高^[6]。还有学者发现参加战斗的士兵及飞行员，自然灾害（地震、海啸）的幸存者，这些人群

常常有较高的高血压发生率。赵凯国^[7]等研究表明，高血压病组在生活事件的紧张值尤其是负性的生活事件紧张值上面，与对照组相比具显著性差异($P < 0.01$)。亦有国外研究证实^[8]，长期慢性的应激可引起高血压发生。

2.2.5.2 情绪

情绪是一种态度体验^[9]，根据客观事物是否符合人自身需要产生，具有强烈的主观性，情绪有正性情绪(比如满足)和负性情绪(如失落、惊惧、绝望等)，正性情绪有助于机体内分泌调节机制平衡，是身体各项机能协调稳定，而长期负性情绪则会改变机体的生理基础。研究表明^[10]，机体的情绪与血压的关系是：惊恐的情绪会增加由于心脏的搏出量，从而引起收缩压升高；而痛苦和愤怒的情绪会增加外周小血管的阻力，主要升高舒张压，由此可见，痛苦、愤怒、恐惧、焦虑还有敌意等情绪均可导致血压的升高，长期下去最终发展成高血压，这是由于机体大脑皮层、丘脑下部和交感-肾上腺系统在长期或强烈的精神刺激因素(负性情绪)影响下，中枢神经系统激活这些系统，使得血管系统的调节功能渐渐乱，心输出量、心率、外周血管的阻力、肾上腺髓质和皮质功能发生变化，短期内知识在负性情绪出现的当时出现血压暂时上升，时间一久，会经历血压的在正常与升高之间波动，大约有数月至数年之久，最终引起不可回逆的血压增高。表明高血压引起发生发展的一个独立因素就是明显的焦虑，降压药物的治疗效果亦会受之影响。另有研究^[11]，当表现出焦虑或愤怒的时候，去甲肾上腺素在血液里的浓度会增高；当压制焦虑或愤怒的情绪时，肾上腺素浓度升高；这两种激素均可引起外周的血管收缩，增加心脏后负荷，导致血压升高。DeterHC^[12]的研究得出相似结论，在血压升高的因素中，长期的焦虑情绪和易激惹在健康人中可作为重要因素。

2.2.5.3 性格

性格体现了个人的稳定心理特征，20世纪50年代由Friedman等首次提出A型行为模式的说法^[13]，指出它是一种行为-情感综合征，这种行为模式的人具有如下特征：1、时间紧迫感；2、常持有经过掩饰的泛化性敌意情绪；在我国，较习惯称A型性格来代替A型行为这一说法，这种人格类型有过强竞争性和高度的时间紧迫感，机体多处于长期的应激状态中，他们的神经、内分泌、心血管调节系统的长期状态是紧张的，血液中引发高血压形成的五羟色胺也明显升高。在交感神经的活性上面，A型性格远大于B型性格。

2.2.5.4 心理防御机制

心理防御机制是指个体在面对挫折情境时采取一种潜意识的应对的心理适应机制^[14]，个体怎样选择防御机制往往受到多种因素的影响，比如个体成熟度、应激源、社会关系、社会支持以及文化程度等等，如果个体长期采取不良心理防御机制，且这种机制固定下来，身心健康必然要受负面影响；防御机制按性质可分为以下三种^[15]：一、成熟防御机制：升华、克制、幽默；二、中间型防御机制：解除、反作用形成、制止、理想化、回避、假性利他、否认、隔离、同一化、期望、交往倾向和消耗倾向；三、不成熟防御机制：投射、躯体化、被动攻击、潜意显现、幻想、抱怨、退缩、分裂。研究^[16]显示不成熟型的防御机

制会导致加重病理生理症状。这类患者习惯采取不良心理防御机制去应对心理压力和心理紧张，而且采取回避、否认和合理化态度的高血压患者其药物依从性较差，血压会进一步增高，且并发症亦会因不能及时获得治疗而出现。

2.2.5.5 社会支持系统

社会支持系统^[17]是指一个人在面对负性情绪、紧张事件时，社会关系及社会组织可给予他精神上的帮助和支持，良好身心健康会因良好的社会支持得到维持，而因劣性的社会关系遭到损害。Bovard(1992)^[18]研究认为，社会支持可以缓冲应激导致一系列伤害性的复杂神经内分泌反应比如广泛分解代谢以及免疫功能的抑制，使高血压病的发生率降低，可以辅佐高血压病患者的治疗。

由上看出，导致血压升高的原因有很多，其中一个非常重要的因素就是精神因素，在高血压病的发病、进展、并发症形成、转归预后和用药依从性诸多方面都影响很大，长期反复和强烈的精神刺激，使大脑皮层抑制和兴奋功能调节不平衡，皮层下的舒血管中枢调节机能紊乱，病理性兴奋灶的丘脑下部逐渐形成，交感——肾上腺系统神经中枢被兴奋，导致其神经末梢释放的去甲肾上腺素增多，血管上的 α 受体兴奋后导致小血管的收缩，周围阻力增大，导致了血压的升高；而其神经末梢释放的肾上腺素又可兴奋心脏的 β 受体， β 受体对心脏的正性作用使得心脏收缩力增强，心率加快，排血量增加，也引起血压的增高；RAAS系统功能也发生紊乱，醛固酮保钠保水排钾，导致水钠的潴留，最终引起血容量的增加而使血压升高。另外心加速中枢还会使心脏收缩加强、加快，心输出量增多。现代生活节奏的加快、工作紧张和职业压力使上述作用更加突出，而服用药物或多或少都有一定的副作用，且易产生依赖，所以传统自然非药物疗法日益受到青睐。

2.3 高血压的发病机制

血压增高是心脏射血同外周阻力增加相互作用所导致，二者同时维持血压的平衡。小动脉收缩导致外周阻力升高，血压上升，外界或内在的不良刺激长期反复作用在脑皮层，提高了交感神经兴奋性，全身小动脉痉挛收缩，以致血压升高。初期疾病，血压不稳定，情绪和生活方式等许多因素的影响会使血压波动，随着病情进展，血压由会不稳定渐趋稳定，随着年龄增长也可发生小动脉硬化，而且如果硬化发生在肾小动脉，肾缺血会加重。肾缺血和全身小动脉痉挛同时促进高血压的进展。

3. 中西医学的共同认识——心理、生理、环境三者互为因果

随着社会医学模式从简单的生物医学模式逐渐向生物-心理-社会模式转变，人们认识到原发性高血压是心身疾病，是生理、心理、环境共同作用的结果。同时这三者又互为因果。大量的研究表明，高血压病的发生和发展同机体的焦虑、抑郁、紧张、愤怒和痛苦等负性情绪有很大相关性，既可以造成各种躯体症状及表现加重和扩展，也影响它们的中医证型分型。血压升高可致肝火亢盛，从而出现相应的情绪心理表现特征。孙宏泰^[19]等人研究显示，肝火亢盛和阴阳两虚两证型对高血压病患的情绪心理有较大影响，可能是与其较长的和病程较多的并发症有关，长期损害患者的生理与心理，在关于高血压病病机的理论

认识上,此结论与中医是一致的^[20]。

高血压患者在应激环境下具有好胜、敌意、情绪不稳定的个性倾向,这是导致发病的重要危险因素;李常度等^[21]研究指出,在肝火亢盛型及阴虚阳亢的患者里具有胆汁质和抑郁质的人格特征的病患占到了42.4%,这种人格特征常表现为焦虑、情绪失控、紧张、暴躁、行为冲动、适应能力较差等等,而仅20.4%见于痰湿壅盛和阴阳两虚这两型患者;正常对照组中则仅有13.0%。叶人^[22]等通过研究亦认为肝火亢盛证型、阴虚阳亢证型较多具有胆汁质和抑郁质人格特征,得出的结论同李常度等人基本一致。而孙宏泰^[23]通过自评量表问卷调查的方式来评估患者的人格表现特征,所得结果与李常度和叶人基本一致:同其他证型相比,情绪心理障碍者以肝火亢盛证较甚,随着病程的延长、并发症的增多、医疗费用的增加带来的经济困难以及年龄的增长,常常使患者感到生活无助无望,导致患者的情绪心理障碍和精神卫生问题日益严重,生活质量亦下降。患者精神状况的不良,血压的持续升高,都使原发性高血压的转归受到影响。以上可以看出,临床中“生理”、“心理”以及“环境”这三者密不可分,互为因果。

4. 五行音乐的理论研究

4.1 五行音乐简介

五行音乐是首次将中医学阴阳五行理论、天地人合一理论与音乐相结合的尝试,由中医、音乐和气功界的专家合作创作并精心录制而成,与传统的阴阳五行思想相应,同具体的情绪、脏腑相匹配,注重个性化治疗。天地阴阳二气及人体内气机的运行会由于季节和时间的不同而发生变化,也会因年龄、性别和情绪差异而出现气机运化的不平衡,有平和、太过和不及的分别。五种调式的音乐因对应不同的主音,选用不同的旋律和配器,发出不同的声波和场质,从而能对脏腑及情志产生不同的作用。

中医五行对应关系图

五行	五脏	六腑	五音	情绪	五官	五味	形体
木	肝	胆	角	怒	目	酸	筋
火	心	小肠	徵	喜	舌	苦	脉
土	脾	胃	宫	思	口	甘	肉
金	肺	大肠	商	悲	鼻	辛	皮毛
水	肾	膀胱	羽	恐	耳	咸	骨

4.1.1 商调与商调式乐曲

商调,以商音(2-Re)为主音,为秋音,与肺相同,属金,促进全身气机内敛,调节肺气之宣肃。具有养肺阴、益肾、泄肝的功效。适于肺气阴虚、咳嗽气喘、气血两耗、自汗盗汗、头晕目眩易怒、情绪悲伤等病证。乐曲高亢悲壮^[24],具有金的特性,可以调节呼

吸功能，改善卫气不足的状况，增强肌体抗御疾病的能力，对神经系统和内分泌系统也有一定影响。

4.1.2 角调与角调式乐曲

角调，以角音(3—Mi)为主音，为春音，与肝相通，属木，能促进体内气机的上升和展放。具有疏解肝郁、保肝、养心利脾、泻肾之虚火的功效。可用于肝气郁滞、胃脘肋胀胸闷不舒、纳呆、性欲下降、月经不调、情绪烦躁易怒等病证。其曲显示了大地回春回暖，万物生机盎然的特征，曲调亲切爽朗，生气蓬勃，清澈流畅，具有木的特性，主要对神经系统有较好的调节作用，对于内分泌系统和消化系统也有一定的调节作用。

4.1.3 徵调与徵调式乐曲

徵调，以徵音(5—So)为主音，为夏音，与心相通，属火，有助全身气机的上炎。具有养心、健脾利肺作用。可防治心脾气血两虚、神疲力衰、精神恍惚、情绪低落、形寒肢冷等阳气不振之病证。乐曲旋律热烈活泼、轻松欢快，具有火的特点，入于心，主要对循环系统有调节作用，促进心血管的功能，对神经系统、精神系统也有一定调节作用。

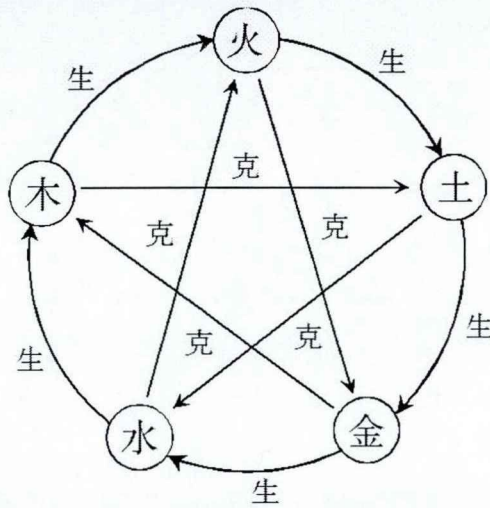
4.1.3 宫调与宫调式乐曲

宫调，以宫音(1—Do)为主音，为长夏音，与脾相通，属土，有助于全身气机稳定安和，调节脾胃之气的升降。可以健脾和胃、养肺利肾、祛心火之功。用于脾虚胃弱，升降失司、恶心呕吐、不欲食或食而不化、消瘦倦怠、神疲寐差、气短等病证。曲调风格悠扬沉静、敦厚端庄，如“土”般宽厚沉实，入于脾可对消化系统功能有调节作用，对神经系统和精神系统的功能也有一定的调节作用。促进消化系统，化生气血，提升食欲，同时能够使情绪得到安定，具有稳定神经系统的功能。

4.1.4 羽调与羽调式音乐

羽调，以羽音(6—La)为主音，为冬音，与肾相通，属水，具有促进全身气机的潜降收藏的作用。可以养阴、益肾藏精、养肝泄心火、泻肺火。适于肾阴不足、心火偏亢之心烦神燥、失眠多梦、夜寐不安、腰膝酸软、性欲低下、小便不利等病证。乐曲风格清冽^[25]，凄切哀婉，如行云流水，具有水的特点，入于肾，主要对泌尿系统和生殖系统有调节作用。起到增强肾功能，滋补肾精，益智健脑的作用。

4.2 五行生克制化关系图



在中医音乐养生思想中^[26]，同时强调心理和生理的作用，注重“身心双修”；从音乐对心理的调节上来讲，中医七情理论认为情志的失调可以通过五行的“相生”、“相克”来重获平衡，比如情绪过度压抑忧虑，可以用“怒”来使其平衡，通常采用木月，曲调亲切爽朗，生气蓬勃，清澈流畅，帮助患者宣泄心志的郁闷不舒；然后再辅助使用活泼欢快的乐曲来放松患者情绪，在中医五行理论中称为“怒胜思”、“喜生思”，分别使用了木克土，火生土的原理；其中的“以情制情”理论，在音乐养生的实施中更是起到了直接的指导作用；在生理调节方面，中国传统哲学思想中的“天人相应”理论认为，人与自然界“同构异质”，世界上所有实物均由各种相同的元素构成，他们之所以表现出不同的形状与特征，只是结构不同和元素的排列次序不一样；音乐亦是如此，在属性上“五音”和“五脏”亦有所相应，因此通过五音调式所编配的乐曲可以通过这种共同的属性与五脏相作用：如“宫”乐与“脾”脏、“商”乐与“肺”脏、“徵”乐与“心”脏、“角”乐与“肝”脏、“羽”乐与“肾”脏。

中医五行音乐在中国传统养生学中受到了非常的重视，以下是近年来五行音乐的临床应用进展：

4.2.1 抑郁症

李毓珊和林小姬等^{[27][28]}对抑郁症模型大鼠采用音乐电针疗法后发现，抑郁症模型大鼠的行为学有着明显的改善，作用机制可能如下：①中枢神经递质的去甲肾上腺素和 5-羟色胺的水平得到提高；②降低应激反应所引起的海马脑源性神经营养因子，其阳性神经元的数量得到增加，神经元系统得到改善，海马神经元 c-fos 的阳性细胞数也同时降低；③由于血清转化生长因子 $\beta 1$ 的水平降低，神经元细胞的可塑性提高、神经元形态也得到改善。

4.2.2 焦虑症

李琳等^{[29][30]}对焦虑症大鼠用中医五行音乐疗法治疗研究发现，与焦虑症模型组大鼠相比，治疗组的开放臂进入次数值，以及水平运动、垂直运动数值明显降低，说明焦虑模型大鼠的行为学可通过中医五行音乐疗法改善，其具体机制可能是通过降低焦虑症模

型大鼠下丘脑的 5-羟色胺水平来实现的。

4.2.3 精神分裂症

马龙^[31]使用五行音乐磁带对30例精神分裂症患者进行治疗,发现音乐疗法具有使患者的紧张情绪得到缓解,心理状态得到优化,脏腑功能得到改善,情感得到激发等功能效应。

4.2.4 神经系统疾病

郭声敏等^[32]对 35 例脑卒中后失眠症患者在常规护理基础上加予中医五行音乐疗法,并观察其疗效,发现相较单纯常规护理组,治疗组的睡眠总时间、早醒症状、睡眠中断现象、入睡所需时间方面均得到改善

4.2.5 恶性肿瘤

中国中医科学院西苑医院肿瘤科主任杨宇飞^[33]通过对中医五行音乐十年的临床实验和研究,发现对于改善恶性肿瘤患者的抑郁状态和减少临床症状方面,有较好的疗效。

4.2.6 亚健康状态和运动性疲劳

李靖等^[34]对 33 例运动性疲劳者分别采用低频电针和音乐电针进行治疗,并观察比较二者疗效,发现音乐电针疗法解除心理疲劳的作用较好;之后他们又对 32 例急性有氧运动疲劳者分别使用低频电针刺激足三里穴和音乐疗法,比较结果显示两种方法治疗后 15 分钟时患者的心率、大腿围、小腿围和主观体力感觉值均较刚运动完毕时明显降低,尿蛋白水平音乐疗法治疗比低频电针疗法显著降低。我国传统音乐治疗的临床应用进展

4.2.7 降压

龙金亮,王宏升^[35]根据以情胜情、补母泻子的规律选择音乐处方给高血压病人进行治疗,两组治疗前后血压均值的比较可以看出,认知疗法加五行音乐组对血压控制疗效要优于对照组。

4.2.8 美容

五行音乐对于美容也有不可忽视的作用,郑妙媚^[36]通过采用伴随五行音乐的音乐节奏进行面部按摩,发现脏腑功能可以得到改善,心理状态得到优化,通过以上身心功能的改善从而达到了美容保健的效果。

5. 音乐治疗现状

5.1 现代音乐

音乐治疗就是通过各种音乐活动的方式和手段,使异常或处于亚健康的机体达到健康状态的方法,具体的形式如聆听、演奏、演唱、律动甚至创作等等,杨铁菊^[37]的《音乐疗法的临床应用》说道:音乐疗法是以音乐为媒介,通过音乐的特质影响人体,除心理情绪障碍,在治疗过程中整合患者的生理、心理和情志,使身心得到恢复的治疗方法。

5.2 音乐疗法的特点

5.2.1 适用范围广

音乐治疗的基础是任何人,尽管音乐素养有所不同,对音乐都会产生不同程度的心理生理反应^[38]。其适用人群相当广泛,不受年龄的限制,无论是婴幼儿、中青年还是老年人,

都可适用（不包括音乐易感性癫痫及声音高度敏感症患者）^[39]；临床各科（内、外、妇、儿、精神、五官），很多创伤性的检查等均适用^[40]。且纯音乐不受语言限制，在面对语言障碍和说不同语言的患者，音乐不失为一种有效的沟通手段和治疗方法。

5.2.2 经济安全^[41]

一：经济：从费用上来说方便价廉，实施十分方便，很多现代音乐设备还可重复播放，进行治疗，大大节省了患者治疗费用的开支；二：安全：音乐治疗作为非药物疗法，不侵入人体，不会造成机体的创伤，也不存在毒副作用的问题。国外有研究发现，患者若配合使用音乐治疗，平均住院时间可减少5天，在很大程度上帮患者节省了医疗开销；同时音乐疗法与其它的药物合用也没有不良影响。

5.2.3 依从性高

音乐疗法因其安全性、娱乐性、方便性等诸多优点，患者较易接受并长期坚持下去。

5.3 音乐养生的应用方式

我国音乐养生的临床方式，根据王旭东教授^[42]在《中医养生康复学·音乐疗法》中的归纳来看，主要有六种：一、感受式：被动的欣赏音乐为主；二、参与式：创作、演奏音乐作品；三、结合式：结合感受式和参与式的形式；四、音乐电：通过声电转换器将音乐信号换成电信号（频率、节律、幅度不断变化的不规则正弦电流），这种电流可通过电极导入人体而起到一定的治疗作用；五、音乐冥想：将聆听音乐与人自身想象结合、或是将音乐与专业指导语融合，是音乐心理养生法的典型代表；六、音乐气功：一种是指在相应音乐的伴随下联系气功；二是指专门的音乐养生气功，如“六字诀”、“化音功”、“五音内视五脏法”等等。

5.4 音乐养生的临床研究

5.4.1 缓解焦虑

Magill L^[43]等人给患者联合应用音乐疗法和脚底按摩方法，发现患者与家属的沟通交流、患者的焦虑抑郁、悲观痛苦等负性情绪较治疗前均有所好转。

5.4.2 改善睡眠

Johnson^[44]通过个性化的音乐处方对52名70岁以上的医疗人员志愿者进行治疗，结果显示，个性化的音乐疗法可以加快入睡时间，提高睡眠深度，减少夜间觉醒次数，这部分人员的睡眠满意度都得到了不同程度的提高。

5.4.3 增进心理健康

时敏^[45]等人采用症状自评量表（SCL-90）对70名中学生音乐活动小组成员进行测试发现，学生的心理健康水平，与不参加音乐活动的学生相比，参加音乐活动的小组成员要高（ $P < 0.05$ ）。结论：音乐活动可增进心理健康，可作为素质教育一项重要手段之一。

5.4.4 降压

音乐还有生理调节的作用^[46]，放松音乐疗法可以使心率减缓、血压下降，在高血压的康复方面发挥着重要的作用，减少并发症。音乐疗法^[47]已被认为是高血压康复治疗处方的

重要组成之一。

5.4.5对自主神经功能

于兰^[48]等采用音乐放松疗法对高血压患者进行干预,并观察自主神经平衡状态和主诉症状的改善情况,他们对100例高血压患者采用随机分组的方法,分为治疗组50例、对照组50例,在两组患者均使用入组前所用的抗高血压药物,种类和用量亦同的基础上,每天予以治疗组音乐放松疗法,治疗后显示治疗组的自主神经平衡指数降低,心率和血压均下降,主诉症状减轻,同对照组相较,差异有显著性,说明音乐放松治疗可以改善高血病患的自主神经平衡状态,并能降低血压。

5.4.6 缓解疼痛

Ebneshahidi A^[49]等人通过使用音乐疗法干预剖宫产术后出现的早期痛苦、焦虑的作用研究,发现音乐疗法可以减少术后镇痛剂的使用剂量,焦虑情绪也同时得到缓解。

5.4.7 认知能力

Hyde KL^[50]等人对儿童进行音乐训练15个月后,发现这些儿童的运动和听力技巧均提高。

5.4.8献血

周俊辉^[51]等人采用随机分组的方式,将420例献血者分为两组,治疗组100例和对照组320例,治疗组给予音乐和心理干预,对照组予以看献血宣传材料,采血过程中进行心理、疼痛、献血反应和献血量的评估发现,焦虑量表得分结果治疗组显著低于对照组,疼痛评估显示疼痛感受显著低于对照组,可见音乐心理疗法可减少献血者焦虑情绪,降低疼痛,降低献血反应发生率。

5.4.9戒毒

张金香^[52]等人采用随机分组的方法,将60例戒毒者2组,治疗组30例,对照组30例,在常规管教基础上,予对照组普通心理干预,观察组在常规管教基础上予以音乐治疗,通过抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS),焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)),护士用住院病人观察量表(Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation, NOSIE-30)进行评定,发现观察组SDS、SAS、NOSIE-30各量表分值经治疗均明显优于对照组得分(P 均 <0.01),说明音乐治疗能够明显改善戒毒者的焦虑抑郁等负性情绪,对这部分人群的心理康复起到积极影响,提高了他们的社会功能。

5.4.10美容:

陈葵^[53]等人将100例激光美容的复诊患者实施音乐干预并对其疼痛进行评估,自诉治疗疼痛比以往未进行音乐治疗有明显减轻的人数有74人,对美容过程的满意度提高,表示更愿意继续接受治疗。

5.4.11亚健康状态:

刘伟^[54]等对680名职工通过亚健康状态简易症状量表及匹兹堡睡眠质量指数量表(The Pittsburgh sleep quality index, PSQI)行筛选出162例处于亚健康状态的人员,按随机分

组的方式分为两组（干预组81例，对照组81例），两组均予以一般健康教育，干预组加用体感振动音乐放松疗法，治疗后的简易症状量表和90项症状清单列表(SCL-90)结果显示：治疗组各量表因子分疲劳感、焦虑、抑郁症状、躯体化症状、强迫和敌对因子分和对照组相比有显著性差异($P < 0.05$ / $P < 0.01$)，说明体感振动音乐放松疗法可身心症状，改善亚健康状态。

5.4.12 心理疏导：

王金芳^[55]等也认为聆听音乐可以达到心理养生的作用，音乐养生可以缓解压力、舒缓心情，可作为大学生心理减压的一个治疗项目。

5.4.13 糖尿病

张梓威^[56]选取80名2型糖尿病患者按随机分组的方式分为两组（治疗组40例、对照组40例），对照组予以常规糖尿病治疗，治疗组采加予音乐治疗，4周后观察到治疗组空腹血糖（FBG）及餐后2h血糖(PBG)值均低于对照组，但治疗组治疗前后的糖化血红蛋白（HbA1C）改善不明显，无明显差异（ $P > 0.05$ ）。

5.4.14 生理机制

人们在聆听音乐时^{[57]-[60]}，有意识或无意识地，大脑和身体中的某些机能就会地出现生理学上的变化，生理学上称这种变化“情绪反应”，其中下丘脑等皮层下中枢掌管人类的喜、怒、哀、乐等情绪，它又被称为内脏脑，同时与自主神经系统(对心率、呼吸、血压、平滑肌和腺体等有调控作用)及内分泌系统联系紧密；情绪上的变化会影响自主神经系统，进而引起一系列生理心理效应，比如减少ACTH、NE的分泌和释放，反应为血压的下降、心率减慢、呼吸频率和呼吸深度减慢、焦虑抑郁情绪缓解等，促进内啡肽释放，产生镇痛、镇静作用等等；自主神经系统（Autonomic nervous system, ANS）包括交感神经和副交感神经，分别掌管人应激状态和安静状态，人的身心健康与交感神经和副交感神经的平衡相辅相成、相互促进。因此音乐可以治疗心身疾病。

第二部分 临床研究

本课题于 2011 年 7 月至 2011 年 10 月运用中医五行音乐结合常规降压药治疗原发性高血压病，并与单纯常规服用降压药组对照，报告见下文：

1. 资料与方法

1.1 病例选择

1.1.1 诊断标准

1.1.1.1 高血压西医诊断标准：参照《2005 年中国高血压防治指南》^[61]
血压水平的定义和分类

类别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
理想血压	<120	<80
正常血压	<130	<85
正常高值	130~139	85~89
I 级高血压	140~159	90~99
亚组：临界高血压	140~159	90~94
2 级高血压 (“中度”)	160~179	100~109
3 级高血压 (“重度”)	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	<90
亚组：临界收缩期高血压	140~149	<90

患者的收缩压和舒张压分属不同的级别时，以较高分级为准。单纯收缩期高血压可按照收缩压水平分为 1 级高血压、2 级高血压和 3 级级高血压。

1.1.1.2 高血压临床危险分层的标准：参照 2005 年中国高血压防治指南^[61]

低危组：男性年龄<55 岁、女性年龄<65 岁，高血压 1 级、无其他危险因素者。

中危组：高血压 2 级或 1~2 级同时有 1~2 个危险因素。

高危组：高血压水平属 1 级或 2 级，兼有 3 种或更多危险因素、兼患糖尿病或靶器官损害或高血压水平属 3 级但无其他危险因素患

很高危组：高血压 3 级同时有 1 种以上危险因素或兼患糖尿病或靶器官损害，或高血压 1~3 级并有临床相关疾病。

1.1.1.3 中医肝阳上亢标准：按《中药新药临床研究指导原则—中药新药治疗高血压临床研究指导原则》^[62] 肝阳上亢证：眩晕、头痛、急躁易怒；次症见面红目赤、烦躁易怒、口干口苦、溲黄便秘、舌红苔黄、脉弦。

1.1.2 试验病例标准

1.1.2.1 纳入病例标准

参考 2002 年《中药新药临床研究指导原则》^[63]略加修改

①符合西医高血压病诊断标准；②年龄在 18~65 岁；③抗高血压药物控制血压；④符合低危险组、中危险组高血压病诊断标准的患者；⑤签署知情同意书；⑥中医辨证属于肝阳上亢证型；⑦自愿加入本试验。对同时具备以上 7 项者纳入试验病例。

1.1.2.2 排除病例标准

参考 2002 年《中药新药临床研究指导原则》^[63]略加修改

- ①不符合高血压病的诊断标准及纳入标准者；
- ②年龄在 18 岁以下或 65 岁以上；
- ③收缩压 $\geq 23.94\text{kpa}(180\text{mmHg})$ 和(或)舒张压 $\geq 14.63\text{kpa}(110\text{mmHg})$ 的高血压患者；
- ④各种内分泌疾病、肾脏病及营养障碍性疾病引起的继发性高血压；
- ⑤合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病及有精神病患者；
- ⑥过敏体质或对多种药物过敏者。
- ⑦已接受其他有关治疗,可能影响本研究的效应指标观测者。

1.1.2.3 病例终止试验标准

- ①未按规定用乐,影响疗效判断者；
- ②资料不全,影响疗效和(或)判断安全性者；
- ③在治疗和观察过程中,血压呈缓慢或持续的上升,收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ 者；
- ④临床研究中病情加重和恶化、产生严重病发病症和(或)不良反应者；
- ⑤患者中途不愿参加、要求退出者。

1.1.3 一般资料

1.1.3.1 病例来源

本次临床研究观察了自 2011 年 7 月至 2011 年 10 月肝阳上亢型原发性高血压患者共 42 例。按随机数字表分为治疗组(中医五行音乐疗法结合降压药物组)(20 人)和对照组(常规降压药物组)(22 人)两组。所有病例来源于江苏省中医院心内科门诊及心内科病房。

1.1.3.2 病例背景

对两组患者的性别、年龄、文化程度、病情分布、临床症状积分及治疗前 SAS、SDS 评分情况相比较,经卡方检验和 t 检验后无显著性差异,具可比性。

1.2 方法

1.2.1 分组方法

按照门诊就诊先后及病房住院先后随机分为治疗组(中医五行音乐疗法结合常规降压药物组)和对照组(常规降压药物组)两组。

1.2.2 治疗方法

1.2.2.1 一般治疗

两组病人均按照心内科诊疗常规,予控制血压对症治疗。均进行饮食、生活方式教育等行为干预及必要的心理疏导。

1.2.2.2 治疗方法

中医五行音乐疗法结合常规降压药物组:

音乐采用《易经五行疗效音乐》:音乐中国出版社出版。肝阳上亢为主者,选用商乐。30min/

次, 1次/天, 3次/周, 音量 $\leq 70\text{dB}$, 8周为一个疗程。治疗程序分3阶段, ①向病患介绍治疗的目的是和方法, 介绍完后嘱其半坐卧位下休息10min; ②保持半卧位, 聆听音乐20min, 治疗时双眼微闭, 尽量放松身体; ③音乐完毕, 坐卧位下休5-10min后缓缓睁开双眼, 这是一次治疗。

1.2.2.3 常规降压药物组: 口服江苏省中医院心内科医生处方给予的降压药物, 所有降压药均来自江苏省中医院药房, 在心内科医生指导下服用。8周为一个疗程以观察疗效。

1.3 观察方法

1.3.1 两组病例均治疗8周。采用自拟简易观察表进行一般资料、临床病史的采集。于治疗前后分别进行血压、临床症状积分、抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)观察纪录进行记录, 观察比较治疗前后的变化并评定疗效。

1.3.2 治疗后予以安全性评价和相关项目检查。

1.4 观察指标

1.4.1 一般观察项目

姓名、性别、年龄、病程、药物治疗等。

1.4.2 疗效相关观测项目:

(1) 血压值

(2) 焦虑自评量表(SAS) 1. 4. 2. 3 焦虑自评表(Self-Rating Anxiety Scale SAS)^[64]是由Willam W. K. Zung编制的(1971), 共有20条陈述语, 每条语句均按由轻到重四个程度分别评为1、2、3、4分, 用于评出该条陈述的焦虑症状及程度。20条总分相加后乘以1.25, 将结果取整得到标准分, 大于50分表示存在焦虑状态。

1. 4. 2. 4 抑郁自评表(Self-Rating Depression Scale, SDS)^[64]是Zung氏编制的(1965), 共有20条陈述语, 每条语句均按由轻到重四个程度分别评为1、2、3、4分, 用于评出该条陈述的抑郁症状及程度。20条总分相加后乘以1.25, 将结果取整得到标准分, 大于等于53分表示存在抑郁状态。

(4) 临床主诉症状改善

以下症候: 眩晕、头痛、急躁易怒、面红、目赤、口干、口苦、溲黄、便秘、舌红苔黄脉弦

- 症候较重, 严重影响工作和生活者, 记3分;
- 症候经常发生, 对工作和生活有一定影响者, 记2分;
- 症候偶有发生, 对工作和生活影响不明显者, 记1分;
- 无症候者, 记0分;

1.4.3 安全性观察指标:

(1) 一般体检项目的检查

(2) 血常规、尿常规和粪常规检查

(3) 肝功能和肾功能的检查

(4) 心电图检查

(5) 不良反应的观察

1.5 疗效判定标准

血压疗效判定标准^[65]

(1) 显效：①舒张压下降 $\geq 10\text{mmHg}$ ，并达正常范围；②舒张压虽未降至正常但已下降 $\geq 20\text{mmHg}$ ；

(2) 有效：①舒张压下降 $< 10\text{mmHg}$ ，达正常范围；②舒张压较治疗前下降 $10\sim 19\text{mmHg}$ ，未达正常范围；③收缩压较治疗前下降 $\geq 30\text{mmHg}$ ；须具备其中1项。

(3) 无效：未达到以上标准者。

1.6 统计学处理

数据结果用 SPSS17.0 统计软件进行统计学分析。计数资料用卡方检验，计量资料用配对 t 以平均值 \pm 标准差 $\bar{x}\pm s$ 表示，用药前后采取配对 t 检验，组间比较用独立样本 t 检验， $P < 0.05$ 作为显著性差异的标准，非正态分布或方差不齐用非参数统计进行分析。

2. 数据分析

2.1 两组临床一般资料分析

表 2-1 两组患者临床一般资料比较

组别	例数	比例(男:女)	年龄(岁)	病程(年)	SBP(mmHg)	SDP(mmHg)
治疗组	20	13:7	57.70 \pm 4.71	2.04 \pm 1.20	148.30 \pm 4.46	94.45 \pm 3.41
对照组	22	14:6	58.27 \pm 5.64	2.17 \pm 1.22	149.73 \pm 5.50	94.41 \pm 4.08

表 2-1 两组患者临床一般资料比较

组别	SAS(分)	SDS(分)	症状积分(分)
治疗组	45.10 \pm 6.28	51.85 \pm 6.10	13.15 \pm 3.89
对照组	46.00 \pm 6.07	50.10 \pm 7.25	13.14 \pm 3.38

由表 2-1 得出，两组患者性别比较无显著统计学差异($P > 0.05$)

2.2 两组使用药物比较

表 2-2 两组使用药物比较(N)

组别	利尿剂		β阻剂		肾素-血管紧张素类		钙拮抗剂		血管扩张剂		抗精神病类	
	用	未用	用	未用	用	未用	用	未用	用	未用	用	未用
治疗组	12	6	4	14	2	16	7	11	13	5	18	0
对照组	12	8	2	18	3	17	9	11	14	6	19	1

由表 2-2 可见，两组患者药物使用无显著统计学差异，利尿剂，β阻剂，肾素-血管紧张素类，钙拮抗剂，血管扩张剂，抗精神病类 P 值均 > 0.05 。

2.3 两组疗效比较

2.3.1 两组临床总疗效比较

表 2-3 两组患者临床总疗效比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	8	8	4	80%
对照组	6	7	9	59%

由表从表 2-3 可以看出,其临床总疗效中医五行音乐结合常规降压药治疗要优于单纯西药降压治疗。

2.3.2 血压值的比较

表 2-4 各组治疗前后血压值的比较

组别	SBP(mmHg)			SDP(mmHg)		
	治疗前	治疗后	P	治疗前	治疗后	P
治疗组	148.30±4.46	131.30±4.46	0.000	94.45±3.41	83.00±3.51	0.000
对照组	149.73±5.50	132.73±5.50	0.000	94.41±4.08	86.32±4.06	0.000

表 2-4 得出,各治疗组治疗前后血压值的比较,均有显著性差异, $p < 0.05$,但从治疗后均值可以看出,治疗后的舒张压治疗组低于对照组的。

2.3.3 两组治疗后血压比值

表 2-5 两组治疗后血压比值

血压	治疗组	对照组	P
SBP(mmHg)	131.30±4.46	132.73±5.50	0.07
SDP(mmHg)	83.00±3.51	86.32±4.06	0.007

表 2-5 得出,治疗后两组收缩压比较无显著统计学差异 ($P > 0.05$),舒张压比较有非常显著统计学差异 ($P < 0.01$)。说明降低舒张压方面中医五行音乐结合西药降压治疗要优于单纯西药治疗。

2.3.4 两组舒张压恢复时间比较

表 2-6 两组舒张压恢复时间比较

组别	舒张压恢复时间(天)
治疗组	36.07±6.27
对照组	55.67±5.39

表 5 得出,两组舒张压恢复正常所用时间均值比较治疗组明显低于对照组。

2.3.5 两组症状积分治疗前后比较

表 2-7 两组症状积分治疗前后比较

组别	治疗前	治疗后	P
治疗组	13.15±3.89	5.90±2.57	0.000
对照组	13.14±3.83	9.32±3.90	0.000

表 6 两组症状积分治疗前后统计学比较具有非常显著差异 ($P < 0.01$)。说明两组在症状改善方面均有效,但从得分均值可以看出,治疗组优于对照组。

2.3.6 治疗后两组症状积分比较

表 2-8 治疗后两组症状积分比较

症状积分	治疗组	对照组	P
症状积分	5.90±2.57	9.32±3.90	0.002

由表 2-8 得出,治疗后两组两组症状积分统计学比较有非常统计学差异 ($P < 0.01$)

2.3.7 两组 SAS、SDS 评分治疗前后比较

表 2-9 两组 SAS、SDS 评分治疗前后比较

组别	SAS			SDS		
	治疗前	治疗后	P	治疗前	治疗后	P
治疗组	45.10±6.28	39.20±5.31	0.000	51.85±6.10	47.10±3.96	0.000
对照组	46.00±6.07	42.50±7.24	0.07	50.10±7.25	49.10±7.10	0.106

经配对 t 检验，各治疗组治疗前后 SAS、SDS 组内比较，中医五行音乐结合西药治疗前后有非常显著性差异，而单纯西药组治疗前后评分无显著性差异，提示中医五行音乐结合降压药可以较好改善 SAS、SDS 评分，单纯西药降压治疗则不能明显改善

2.4 安全性评价

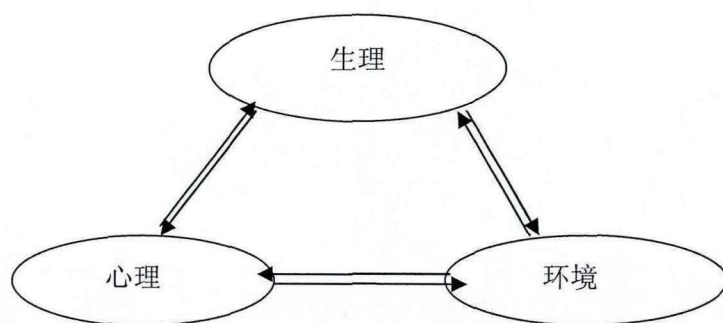
除治疗组 1 例诉听商乐后略有烦躁，予以调整音乐音量、减少每次治疗时间后缓解，其他患者治疗期间未诉不良反应。

第三部分 讨论

1. 课题研究的现实意义

近年来随着社会不断进步，人民生活水平逐渐提高，膳食结构及行为方式也发生了一些改变，导致高血压病的发病率逐年上升，在心血管疾病方面，每年的直接医疗费用达1300亿人民币，用来治疗高血压的费用达366亿人民币。一些年轻、初发患者不愿过早服药，对药物的副作用、停药后血压的反弹比较畏惧，五行音乐疗法简便、有效，费用低廉，灵活生动，更适合经济条件比较困难，及不想长期服药的患者。本研究发现五行音乐法对高血压疗效客观确切，而且安全几乎无副作用少，适合推广并应用于临床，今后高血压病治疗发展的趋势体现于此。

另一方面，“生理”、“心理”、“环境”常互为因果，如下图所示，高血压病的发



生和发展同机体的焦虑、抑郁、紧张、愤怒和痛苦等负性情绪有很大相关性，既可以造成各种躯体症状及表现加重和扩展，也影响它们的中医证型分型。血压升高可致肝火亢盛，从而出现相应的情绪心理表现特征。肝火亢盛和阴阳两虚两证型对高血压病患的情绪心理有较大影响，可能是与其较长的和病程较多的并发症有关，长期损害患者的生理与心理。不同的疾病中(如中风)亦有肝火亢盛型，这部分患者亦有因肝火亢盛导致各种负性情绪，其负性情绪主要来自予对病情的灰心，对生活环境感到不满，主要表现为忧郁，常焦虑、暴躁、情绪易激惹等，过于忧郁恼怒导致肝气郁结不舒，肝之疏泄失条达，气郁而化火，耗伤伤阴津，心理心理因素导致出现高血压高血压患者在应激环境下具有好胜、敌意、情绪不稳定的个性倾向，这是导致发病的重要危险因素。情绪心理障碍者以肝火亢盛证较甚。随着病程的延长、并发症的增多、医疗费用的增加带来的经济困难以及年龄的增长，常常使患者感到生活无助无望，导致患者的情绪心理障碍和精神卫生问题日益严重，生活质量亦下降。患者精神状况的不良，血压的持续升高，都使原发性高血压的转归受到影响。三者往往形成恶性循环，不利于疾病的向愈。本研究在血压增高水平、病程和用药因素之后，对两组患者都给以健康教育和饮食辅导的基础上，治疗组给以五行音乐的干预治疗，取得了不错的疗效。

2. 研究结果分析

2.1 基本资料及主要症状分析

本研究患者42例中男27例,女15例,平均年龄58.00±5.17岁,高血压平均起病时间2.11±1.19年。血压平均为149.05±5.02/94.43±3.73mmHg。14例患者使用了利尿剂,32例使用β受体阻滞剂,33例使用肾素-血管紧张素类药物,22例患者使用了钙离子拮抗剂,1例患者服用了抗精神类药物。主症积分平均13.14±3.81分,主要临床症状表现在眩晕、头痛、急躁易怒、面红、口苦、便秘方面。入组患者治疗前SAS平均45.57±6.12分,存在焦虑的占38%;SDS平均50.83±6.69分,存在抑郁状态的占33%,以上各项统计学比较无差异,具有可比性,两组具有可比性。

2.2 疗效分析

2.2.1 临床总疗效分析

治疗结束后,治疗组显效8人,有效8人,无效4人,有效率为80%;对照组显效6人,有效7人,无效9人,有效率为59%。方法治疗原发性高血压都是有效的,其临床总疗效中医五行音乐结合常规降压药物治疗要优于单纯常规降压药治疗。

2.2.2 治疗前后血压值的比较

各治疗组治疗前后血压值的比较,均有显著性差异, $p<0.05$ 。说明两组治疗都能有效地控制血压,但是舒张压治疗后舒张压组间比较有非常显著差异,且舒张压恢复正常所需要的时间治疗组短于对照组,说明在舒张压降低值、舒张压达标时间方面中医五行音乐结合常规降压药治疗要优于单纯常规降压药治疗。研究表明^[10],机体的情绪与血压的关系是:惊恐的情绪会增加由于心脏的搏出量,从而引起收缩压升高;而痛苦和愤怒的情绪会增加外周小血管的阻力,主要升高舒张压,引起舒张压的升高和难降。过中医五行音乐结合常规降压药治疗后焦虑、抑郁情绪缓解较好,对应这些福星情绪引起的舒张压异常的恢复方面叫单纯用降压药物疗效要好。

2.2.3 两组症状积分治疗前后比较

两组均可缓解高血压引起的临床症状,但是中医五行音乐结合常规降压药治疗要优于单纯西药治疗。

2.2.4 两组患者治疗后心理状态分析

各治疗组治疗前后SAS、SDS组内比较,中医五行音乐结合常规降压药治疗前后有非常显著性差异,而单纯西药组治疗前后评分无显著性差异,提示中医五行音乐结合常规降压药可以较好改善SAS、SDS评分,单纯西药治疗则不能明显改善。

3. 相关探讨

3.1 五行音乐降压机理

商调与商调式乐曲:商调以商音为主音,为秋音,与肺相同,属金,促进全身气机内敛,调节肺气之宣肃。角调与角调式乐曲:角调以角音为主音,为春音,与肝相通,属木,能促进体内气机的上升和展放。徵调与徵调式乐曲:徵音以为主音,为夏音,与心相通,属火,有助全身气机的上炎。宫调与宫调式乐曲:宫调以宫音为主音,为长夏音,与脾相

通，属土，有助于全身气机稳定安和，调节脾胃之气的升降。羽调与羽调式音乐：羽调以羽音为主音，为冬音，与肾相通，属水，具有促进全身气机的潜降收藏的作用。

中医七情理论认为情志的失调可以通过五行的“相生”、“相克”来重获平衡，比如情绪过度压抑思虑，五行中思对应土，木克土，怒对应木，可以用“怒”来使其平衡，五音中宫乐属木，故通常采用宫月，曲调亲切爽朗，生气蓬勃，清澈流畅，帮助患者宣泄心志的郁闷不舒。然后再辅助使用活泼欢快的乐曲来放松患者情绪。在中医五行理论中分别称为“怒胜思”、“喜胜思”，使用了木克土，火生土的原理。

在生理调节方面，人们在聆听音乐时^{[57]-[60]}，有意识或无意识地，大脑和身体中的某些机能就会地出现生理学上的变化，生理学上称这种变化“情绪反应”。其中下丘脑等皮层下中枢掌管人类的喜、怒、哀、乐等情绪，它又被称为内脏脑，同时与自主神经系统(对心率、呼吸、血压、平滑肌和腺体等有调控作用)及内分泌系统联系紧密。情绪上的变化会影响自主神经系统，进而引起一系列生理心理效应，比如减少 ACTH、NE 的分泌和释放，反应为血压的下降、心率减慢、呼吸频率和呼吸深度减慢、焦虑抑郁情绪缓解等，促进内啡肽释放，产生镇痛、镇静作用等等。自主神经系统 (Autonomic nervous system, ANS) 包括交感神经和副交感神经，分别掌管人应激状态和安静状态，人的身心健康与交感神经和副交感神经的平衡相辅相成、相互促进。因此音乐可以治疗心身疾病。

3.2 对舒张压的降压机理

实验表明^[66]，心算时舒张压得升高明显高于对照组，而心理应激似乎更能激发这种缺陷。有实验表明^[67]，个体的情绪变化与血压的高低有密切关系，如在痛苦和愤怒时，由于外周动脉阻力增加，舒张压明显上升。另有报道^[68]，焦虑或愤怒情绪外露时，血内去甲肾上腺素浓度增高；而焦虑或愤怒加以抑制时，血内肾上腺素浓度增高；二者都可引起外周血管收缩，阻力增加，血压升高。五行音乐疗法能缓解焦虑抑郁情绪，减少 ACTH、NE 的分泌和释放，反应为血压的下降、心率减慢、呼吸频率和呼吸深度减慢，促进内啡肽释放，产生镇痛、镇静作用等等，故其对舒张压的降压疗效由于单纯使用降压药组。

3.3 对肝阳上亢型患者乐曲的选择

肝阳上亢型患者表现为眩晕、头痛、急躁易怒、面红、目赤、口干、口苦、溲黄、便秘、舌红苔黄脉弦。属肝木过旺，而金克木，五音中商调与商调式乐曲对应金，故选取商乐。促进全身气机内敛，调节肺气之宣肃，克制肝木生发太过，从而缓解其引起的“眩晕”、“头痛”。

3.4 评定工具的选择

焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale)^[61]是由 Willam W. K. Zung 编制的 (1971)，Spearman 等级相关系数为 0.341，表明次表的效度高，临床上在测评患者主观症状时用此量表简便有效。有国外研究证实，焦虑倾向病患的主观感受可以客观的反映在焦虑自评量表上。高血压病患中焦虑是比较常见的。抑郁自评量表 (Self-Rating Depression Scale, SDS)^[64]是 Zung 氏编制的 (1965)，此量表简便有效，抑郁倾向病患的主观感受可以客观的反映在抑

郁自评量表上, 1973年和1978年Willam W. K. Zung对抑郁自评量表做信度检验得出奇偶对半信度相关系数为0.73和0.92, 表明次表的效度高。

4. 问题及展望

4.1 尽管有中医辨证论治的基础, 音乐处方的实施仍缺乏量化标准、专业性不够、乐曲的个性化挑选、音乐的分贝及节奏的控制均缺乏更加专业系统的量化指标, 没有充分体现音乐疗法的科学性。评估患者音乐兴趣方向、对音疗室环境和治疗方式的需求、音乐治疗前和治疗中的心理感受并给予个性化的干预, 对乐疗效果的影响将是积极的, 由于心内科病房条件有限, 患者均在病床边或集中在休息室进行。且对五行音乐治疗的欣赏程度受年龄、性别和受教育层次影响, 在研究过程中发现, 中青年较老年人更愿意接受五行音乐疗法, 受教育程度高的较受教育程度低的更易接受。本研究有待加强治疗前的评估。实施人员非音乐治疗专业出身, 音乐治疗专业素养有待提高, 而好的音乐治疗需要施者具有专业的心理学、医学和音乐知识理论体系。

4.2 本课题对治疗效果的观察、改善主要在心理状况、临床症状以及一般生命指证上。更先进精确的指标比如动物实验还尚缺少, 对于病理、生理和生化方面的影响机制缺乏理论依据, 今后可以加大实验室理论依据方面的研究, 从而提供更权威的治疗根据。

4.3 鉴于时间和经费方面的限制, 选择的病例数较少, 追踪观察的时间不够长, 高血压病的治疗应是持久战, 短期音乐治疗能起到暂时的降压效应, 相信如能坚持五行音乐疗法 3 至 9 个月疗效更佳; 没有设多些对照组分析比较, 且如果对患者血压的检测能用 24h 动态血压的话会更有助于血压的准确评估, 对于五行音乐疗法是否更有助于平稳降压方面也可作出比较。

4.4 治疗过程中门诊患者的可操作性设计欠佳。住院患者施乐者予以同统一的音乐治疗, 而门诊患者是辩证论治后向其发放音乐处方、五行音乐介绍、各个评分表及自测方法后让其自行治疗与测评, 待下次门诊将所有资料带来笔者进行一次测评, 门诊间隔时间为一周, 相较住院患者而言门诊患者的治疗自主性更大, 其结果会受多因素的影响。对音乐治疗的理解存在偏差, 虽笔者已向其详细介绍五行音乐疗法, 个别患者依然重视不足, 仍较难自行长期、规律坚持音乐治疗, 在笔者的随访鼓励下勉强维持治疗。因此需要加大这部分患者音乐疗法的教育和宣传力度, 提高患者认识。

4.5 本研究发现, 加用五行音乐疗法的患者, 达到了确切、客观、安全和副作用少等疗效特点, 值得推广并应用于临床, 甚至在医生的指导下走进患者日常生活。今后高血压病治疗发展的趋势体现于此; 且古文曰“上工不治已病, 治未病”, 对于疾病的预防中医是很重视的, 相信五行音乐疗法在高血压预防方面有也能起到很好的效果; 中国传统音乐疗法方法独到、历史悠久, 兼具现代音乐和传统中医治疗作用之特色, 随着我国经济的飞速发展, 人民生活水平逐渐提高, 社会生产力日新月异, 人们希望不仅没有疾病, 更希望能够高质量的活着, 能够健康长寿, 音乐疗法是“享受型”、“自然型”的医学疗法, 定会越来越受到大众的青睞, 值得进一步发掘、继承并发扬广大, 从而更好的服

务于大众。

第四部分 结论

1. 中医五行音乐结合常规降压药物的综合疗法的降压效果优于单纯使用药物，尤其更有助于舒张压有效、快速的恢复正常。
2. 社会心理因素在高血压的发病过程中发挥重大作用。通过对 SAS、SDS 量表的评估，对有焦虑、抑郁情绪的患者予五行音乐加降压药物的综合疗法，其抑郁和焦虑的症状可得到明显改善。
3. 中医五行音乐结合常规降压药物的综合疗法不仅使肝阳上亢型高血压病患的血压值和心理状况得到改善，也消除和减少各项临床症状，综合结果是改善了患者身心状况。
4. 中医五行音乐疗法灵活生动，副作用少，符合现在医学-社会-心理医学模式，做到以人为本，体现了中医辨证论治的精髓，在肝阳上亢型原发性高血压的治疗上有独到的疗效与优势。

参考文献

- [1] 高德江. 施工人员青年高血压发病因素探讨[J]. 现代康复, 2000; 4(2): 12.
- [2] 任高荆, 包汉霞. 体重和青年高血压发病的关系分析[J]. 中国社区医师, 2004; 20(5): 4.
- [3] 安志波, 邹长江. 心理应激在高血压病形成和发展中的作用及机制[J]. 高血压杂志, 2003, 11(2): 102-103
- [4] Manendez Villalva C, Mantes Martinez A, Nilnez Lnsada C, et al. Environmental stress and cardiovascular reactivity: the effect of stressful life events on hypertensive patients. *teil Prtmaria*. 2002 Dec; 30(100): 631-7.
- [5] 尹文刚, 林文娟. 心理应激与相关心理疾病的发生和治疗[J]. 中国临床康复, 2002, 6(17): 2514—2515.
- [6] 张建, 华琦. 高血压个体化治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 175-176.
- [7] 赵凯国, 冯仲华. 应激、A型行为与高血压病的探讨[J]. 河北医学, 2000, 6(5): 412-413.
- [8] Brady SS, Matthews KA. Chronic stress influences ambulatory blood pressure in adolescents. *Ann Behav Med*. 2006 Feb; 31(1): 80—88.
- [9] 侯永梅. 心理社会因素对心身疾病的影响[J]. 中国临床康复, 2004, 12(8): 2358.
- [10] 长虹, 丛中. 临床心理治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 37-49.
- [11] Vingerhoets AJ, Rattiliff CJ, Jabaaij L, et al. Cardiovascular stress reactivity. *J Psychosomatic Res*, 1998, 42(2): 177-190.
- [12] Deter HC, Micus C, Wagner M. Salt sensitivity, anxiety, and irritability predict blood pressure increase over five years in healthy males. *Clin Exp Hypertens*. 2006 Jan; 28(1): 17-27.
- [13] 李维, 张诗忠. 心理健康百科全书人格发展卷[M]. 上海: 上海教育出版社, 2004: 26-40.
- [14] 张向荣, 彭昌孝. 心身疾病患者负性情绪与心理防御机制研究[J]. 健康心理学杂志, 2001. 9(4): 244-245.
- [15] 路敦跃译. 防御方式问卷, 心理卫生评定量表手册. 中国心理卫生杂志, 1993, 增刊: 31.
- [16] 梁宝勇. 心理防御机制与临床实践[J]. 中国心理卫生杂志, 2002, 16(7): 488.
- [17] 闻吾森, 王义强, 赵国秋等. 社会支持、心理控制感对心理健康的影响. 浙江医学. 2000; 22(3): 150. 152.
- [18] Bovard EW. The balance between negative and positive brain system activity[J]. *Perspec Biol Med*, 1992, 6: 116-120.
- [19] 孙宏泰. 不同中医证型原发性高血压患者心理情绪表现特征[J]. 中国临床康复. 2005, 9(12): 88.
- [20] Hagemann G, Ugur T, Witte OW, et al. Recurrent posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) [J]. *J hum Hypertens*. 2004, 18(4): 287.
- [21] 李常度, 李培丽, 黄泳, 等. 高血压不同证型患者人格特征的研究[M]. 陕西中医学院报. 1992, (10): 5-7.
- [22] 叶人, 穰志清, 徐晓峰. 高血压病的影响因素与中医证型的相关性研究[J]. 浙江中医学院学报. 2002, 26(6): 17.
- [23] 孙宏泰. 不同中医证型原发性高血压患者心理情绪表现特征[J]. 中国临床康复. 2005, 9(12): 88.
- [24] 陈慰中. 西方的中医五行学说. 学苑出版社. 1990: 6P57.
- [25] 高天. 音乐治疗导论[M]. 军事医学科学出版社, 2006.
- [26] 王旭东. 从中国音乐疗法再出发[J]. 音乐中国(台湾), 1994 年第二期
- [27] 李毓珊. 音乐电针对抑郁模型大鼠行为学及中枢单胺类神经递质的影响[D]. 州中医药大学, 2009.
- [28] 林小姬. 音乐电针对抑郁模型大鼠神经营养因子影响的研究[D]. 广州中医药大学, 2008.
- [29] 李琳, 祁静. 五行音乐对焦虑模型大鼠行为学影响的研究[J]. 四川中医, 2009, 27: 24-26.
- [30] 祁静, 鹏全才, 刘建涛, 等. 电针与五行音乐对焦虑模型大鼠下丘脑和血浆 5-HT 含量的影响[J].

- 陕西中医, 2008, 29:627-629.
- [31] 马龙. 精神分裂症患者对五音疗法之反馈[C]. 中国音乐治疗学会第六届学术年会, 2002:30-32.
- [32] 郭声敏, 刘晓敏, 廖彬, 等. 音乐放松疗法对脑卒中失眠患者的影响[J]. 中国临床康复, 2004, 8:619.
- [33] 杨宇飞. 五行音乐养生疗疾[J]. 中国保健营养, 2008, (9): 92—94.
- [34] 李靖, 王旭东, 潘利萍. 低频电针刺刺激与音乐疗法对急性有氧运动疲劳效果的恢复比较[J]. 中国临床康复, 2006, 10:4-7.
- [35] 龙金亮, 王宏升, 杨振伟. 认知疗法结合五行音乐治疗原发性高血压. 中国健康心理学杂志. 2010, 18[12]:1445-1446.¹
- [36] 郑妙媚. 中医五行音乐疗法[J]. 中国科学美容, 1999, (3): 10—11.
- [37] 杨铁菊. 音乐疗法的临床应用[J]. 实用诊断与治疗杂志, 2006, 20(5): 355.
- [38] The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review, David Evans, Journal of Advanced Nursing, 2002, 37(1): 8-18.
- [39] 音乐疗法的相关问题及其临床应用, 齐彦春, 护理研究, 2004, 18(3):473-474.
- [40] Commonalities in the central nervous system's involvement with complementary medical therapies: limbic morphinergic processes, Tobias Esch, Massimo Guarna, Enrica Bianchi, Wei Zhu, George B Stefano, Med Sci Monit, 2004, 10(6): MS6-17.
- [41] Reducing Noise Pollution in the Hospital Setting by Establishing a Department of Sound: A Survey of Recent Research on the Effects of Noise and Music in Health Care, Izumi Nomura Cabrera, Mathew H M Lee, REVIEW/Preventive Medicine, 2000, 30: 339-345.
- [42] 王旭东. 中医养生康复学[M]. 北京: 中国中医药出版社. 2004.
- [43] Magill L Berenson S. The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer patients and their families [J]. Palliat Support Care, 2008. 6(3): 289—96.
- [44] Johnson JE. The use of music to promote sleep in older women. J Community Health Nurs 2003;20(1):27-35.
- [45] 时敏, 于惠敏. 音乐活动对青少年心理健康影响的研究. 中国学校卫生, 2000, 21(4): 293.
- [46] 音乐疗法的相关问题及其临床应用, 齐彦春, 护理研究, 2004, 18(3): 473-474.
- [47] 陈茜, 王大钊. 整体护理中广泛应用音乐疗法. 黑龙江护理杂志, 2006, 6(11): 47-49.
- [48] 于兰, 吕秋绿. 音乐放松辅助治疗对高血压患者自主神经平衡状态的影响中国临床康复 2002, 6(15) 2247-2245.
- [49] Ebneshahidi A, Mohseni M. The effect of patient—selected music on early postoperative pain, anxiety, and hemodynamic profile in craniotomy surgery[J]. J Altern Complement Med, 2008, 14(7): 827—31.
- [50] Hyde KL, Lerch J, Norton A, et al. Musical training shapes structural brain development[J]. J Neurosci, 2009, 29(10): 3019-25.
- [51] 周俊辉 湛雪强 曹胜清 心理干预和音乐支持在无偿献血中的应用当代护士(学术版) 2008(5) 93-94.
- [52] 张金香 翟爱玲 王勇 张海新 李遵清 音乐语言心理治疗对戒毒者负性情绪和不良行为矫治效果的影响 中国健康心理学杂志 2008, 16(3) 316-317.
- [53] 陈葵, 宣力, 蔡金辉, 邓永辉, 曾海玲, 夏丽娟, 程颢. 音乐疗法对激光美容患者的辅助治疗意义 中国美容医学 2009, 18(6) 868-869.
- [54] 刘伟 1 孔晶 1 韩标 z 靳耀英, 刘国玲, 高福云, 魏育林 体感振动音乐放松疗法改善亚健康状态身心症状的临床对照研究 中国康复医学杂志 2006, 21(11) 1008-1011.
- [55] 王金芳 张宇羽 调音乐对大学生恐惧情绪的缓解作用 中华行为医学与脑科学杂志 2009, 18(4) 354-356.
- [56] 张梓威 音乐治疗及心理疗法辅助治疗在 2 型糖尿病中的应用 中国医药科学 2011 年 9 月第 1 卷第

18 期 147-150.

- [57] Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people, Ruth McCaffrey, Edward Freeman, *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44 (5) : 517-527 16. Specially selected music in the cardiac laboratory—an important tool for improvement of the wellbeing of patients, Bitten Thorgaard, Birgitte Brøndsted Henriksen, Gunhild Pedersbæk, Inger Thomsen, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2004, 3 (1) : 21-26.
- [58] Commonalities in the central nervous system's involvement with complementary medical therapies: limbic morphinergic processes, Tobias Esch, Massimo Guarna, Enrica Bianchi, ..Wei Zhu, George B. Stefano, *Med Sci Monit*, 2004, 10(6): MS6-17.
- [59] The effect of nursing interventions utilizing music therapy or sensory information on Chinese patients' anxiety prior to cardiac catheterization: a pilot study, Ruth E. Taylor-Piliae, Sek-Ying Chair, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2002, 1: 203-211.
- [60] The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness, Shannon K de l' Etoile, *The Arts in Psychotherapy*, 2002, 29: 69-78.
- [61] 刘力生主编, 中国高血压防治指南, 2005: 20.
- [62] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[加. 中国医药科技出版社. 2005.
- [63] 中华人民共和国卫生部, 中药新药临床研究指导原则 [S] (第一辑), 北京:人民卫生出版社, 1993: 75-77.
- [64] 汪向东. 心理卫生评定量表手册[J]中国心理卫生杂志 1999(增刊): 124-127.
- [65] 刘爱红. 中医心理疗法治疗原发性高血压的研究[D]. 贵阳中医学院, 2007.
- [66] 李梦.A 型行为与高血压病患者心理社会因素及生理因素之相关性研究[D]. 辽宁师范大学, 2007.
- [67] 长虹, 丛中. 临床心理治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 37-49.
- [68] Vingerhoets AJ, Rattliff CJ, Jabaaj L, et al. Cardiovascular stress reactivity. *J. Psychosomatic Res.* 1998, 42(2): 177-190.

附录一.缩略词表

简写	全称
TCM	中医
SBP	收缩压
DBP	舒张压
SAS	焦虑自评量表
SDS	抑郁自评量表
HP	原发性高血压

观察表

随机编码: _____ 组别: _____

一、一般情况:

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 入组日期: _____

文化程度 _____ 经济状况 _____

住址: _____ 联系电话: _____

二、简要病史:

原发性高血压病病程: _____ 年; 目前服用药物: _____

高血压危险分层: _____

三、观察指标:

1. 临床疗效:

(1) 显效: ①舒张压下降 $\geq 10\text{mmHg}$, 并达正常范围; ②舒张压虽未降至正常但已下降 $\geq 20\text{mmHg}$;(2) 有效: ①舒张压下降 $< 10\text{mmHg}$, 达正常范围; ②舒张压较治疗前下降 $10\sim 19\text{mmHg}$, 未达正常范围; ③收缩压较治疗前下降 $\geq 30\text{mmHg}$; 须具备其中 1 项。

(3) 无效: 未达到以上标准者。

记录临床疗效(显效 有效 无效)

2. 血压评定标准: 每次记录血压的方法是测三次血压的平均值, 分别记录治疗前、一个疗程治疗后的血压值。

	治疗前	治疗后
血压值		

3. 治疗后舒张压恢复正常: (是、否); 舒张压恢复正常需要的天数: _____

4.

临床症状	治疗前	治疗后
眩晕		
头痛		
急躁易怒		
面红		
日赤		
口干		
口苦		
便秘		
溲赤		
舌红苔黄, 脉弦数		
临床症状积分		

5. 量表评定: 焦虑自评量表 SAS, 抑郁自评量表 SDS.

	治疗前	治疗后
焦虑自评量表 SAS		
抑郁自评量表 SDS		

附表:

1. 焦虑自评量表 (SAS)

提问内容:	没有 或很 少时 间	小部 分 时 间	相当 多 时 间	绝大 部分 或全 部时 间	得分	
					治 疗 前	治 疗 后
1.我感到比往常更加神经过敏和焦虑	1	2	3	4		
2.我无缘无故地感到担心	1	2	3	4		
3.我容易心烦意乱或感到恐慌	1	2	3	4		
4.我感到我的身体好象被分成几块,支离破碎	1	2	3	4		
5.我感到事事都很顺利,不会有倒霉的事发生	4	3	2	1		
6.我的四肢抖动和震颤	1	2	3	4		
7.我因头痛、颈痛和背痛而烦恼	1	2	3	4		
8.我感到无力且容易疲劳	1	2	3	4		
9.我感到很平静,能安静坐下来	4	3	2	1		
10.我感到我的心跳较快	1	2	3	4		
11.我因阵阵的眩晕而不舒服	1	2	3	4		
12.我有阵阵要昏倒的感觉	1	2	3	4		
13.我呼吸时进气和出气都不费力	4	3	2	1		
14.我的手指和脚趾感到麻木和刺痛	1	2	3	4		
15.我因胃痛和消化不良而苦恼	1	2	3	4		
16.我必须时常排尿	1	2	3	4		
17.我的手经常温暖而干燥	4	3	2	1		
18.我觉得脸红发烧发红	1	2	3	4		
19.我容易入睡,晚上睡得很好	4	3	2	1		
20.我做恶梦	1	2	3	4		
总分						

评定标准: 标准分 ≥ 50 分为存在焦虑状态。

2.抑郁自评量表 (SDS)

提问内容:	无	有时	经常	持续	得分	
					治疗前	治疗后
1.我感到情绪沮丧, 郁闷	1	2	3	4		
2.我感到早晨心情最好	4	3	2	1		
3.我要哭或想哭	1	2	3	4		
4.我夜间睡眠不好	1	2	3	4		
5.我吃饭象平时一样多	4	3	2	1		
6.我的性功能正常	4	3	2	1		
7.我感到体重减轻	1	2	3	4		
8.我为便秘烦恼	1	2	3	4		
9.我的心跳比平时快	1	2	3	4		
10.我无故感到疲劳	1	2	3	4		
11.我的头脑象往常一样清楚	4	3	2	1		
12.我做事情象平时一样不感到困难	4	3	2	1		
13.我坐卧不安, 难以保持平静	1	2	3	4		
14.我对未来感到有希望	4	3	2	1		
15.我比平时更容易激怒	1	2	3	4		
16.我觉得决定什么事很容易	4	3	2	1		
17.我感到自己是有用的和不可缺少的人	4	3	2	1		
18.我的生活很有意义	4	3	2	1		
19.假如我死了别人会过的更好	1	2	3	4		
20.我仍旧喜爱自己平时喜爱的东西	4	3	2	1		
总分						

评定标准: 标准分 ≥ 53 分为存在抑郁状态。

3.肝阳上亢型原发性高血压临床症状分级量化标准:

症状	轻	中	重
眩晕	头晕眼花, 时做时止	视物旋转, 不能行走	眩晕欲扑到, 不能站立
头痛	轻微头痛, 时作时止	头痛可忍, 持续不止	头痛难忍, 上冲额顶
急躁易怒	偶尔	经常	总是
面红	偶尔	经常	总是
目赤	偶尔	经常	总是
口干	偶尔	经常	总是
口苦	偶尔	经常	总是
便秘	稍干, 2天一便	干, 3、4天一便	很干, 5、6天一便
溲赤	稍黄	较黄	黄
舌红苔黄	稍有	有	明显
脉弦数	稍有	有	明显

4.临床症状积分表:

症候较重, 严重影响工作和生活者, 记3分;

症候经常发生, 对工作和生活有一定影响者, 记2分;

症候偶有发生, 对工作和生活影响不明显者, 记1分;

无症状者, 记0分;

临床症状	重(3分)	中(2分)	轻(1分)	无症状(0分)	各症状总分
眩晕					
头痛					
急躁易怒					
面红					
目赤					
口干					
口苦					
便秘					
溲赤					
舌红苔黄, 脉弦数					
总分					

硕士在读期间发表的学术论文

- 1 王楠楠, 王旭东. 中医特色疗法治疗原发性高血压的研究进展[J]. 河南中医, 2012, 2(32):258-260.

致谢

本论文是在导师王旭东教授的悉心指导下完成的。导师渊博的专业知识，严谨的治学态度，一丝不苟的工作作风是我学习的榜样，他不拘一格的思路给予我无尽的启迪。在此，谨向导师表示崇高的敬意和衷心的感谢！

十分感谢张洪斌教授对我的论文做出的指导和帮助，感谢江苏省中医院心内科的老师和患者对我的研究工作支持与配合。

感谢宿舍同学林娟、石慧、姜文君一路的扶持和帮助，同窗之间的友谊永远长存。