

五行音乐疗法结合中医体质个体化干预治疗脑卒中睡眠障碍临床研究

潘艳, 徐艳

湖州师范学院附属第一医院康复科, 浙江 湖州 313000

[摘要] 目的: 观察五行音乐疗法结合中医体质个体化干预治疗脑卒中睡眠障碍的临床疗效。方法: 采用随机数字表法将 64 例脑卒中睡眠障碍患者分为对照组、观察组各 32 例。对照组给予普通音乐联合基础疗法治疗, 观察组给予五行音乐疗法、中医体质个体化干预联合基础疗法治疗。比较 2 组临床疗效及治疗前后焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS)、匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI)、神经功能缺损 (NIHSS) 和脑卒中专用生活质量量表 (SS-QOL) 评分。结果: 观察组总有效率 87.50%, 高于对照组 50.00% ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 SDS、SAS、NIHSS、PSQI (日间功能、睡眠障碍、睡眠效率、睡眠时间、入睡时间、睡眠质量及总分) 评分均低于治疗前 ($P < 0.05$), SS-QOL 评分高于治疗前 ($P < 0.05$); 观察组治疗后 SDS、SAS、PSQI (日间功能、睡眠障碍、睡眠效率、睡眠时间、入睡时间、睡眠质量及总分) 评分均低于对照组 ($P < 0.05$), SS-QOL 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 五行音乐疗法结合中医体质个体化干预治疗脑卒中睡眠障碍疗效确切, 能够有效缓解患者负性情绪, 改善患者睡眠质量及生活质量。

[关键词] 脑卒中睡眠障碍; 五行音乐疗法; 中医体质个体化干预; 负性情绪; 睡眠质量

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2023) 11-0206-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.11.039

Clinical Study on Five-Phase Music Therapy Combined with Intervention of Individualized Traditional Chinese Medicine Constitution for Sleep Disorder Caused by Ischemic Stroke

PAN Yan, XU Yan

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of five-phase music therapy combined with intervention of individualized traditional Chinese medicine (TCM) constitution on sleep disorder caused by ischemic stroke. **Methods:** A total of 64 patients with sleep disorder caused by ischemic stroke were divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 32 cases in each group. The control group was given common music combined with basic therapy for treatment, and the observation group was treated with five-phase music therapy and intervention of individualized TCM constitution combined with basic therapy. The clinical effects and scores of self-rating anxiety scale (SAS), self-rating depression scale (SDS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) and Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) were compared before and after treatment between the two groups. **Results:** The total effective rate was 87.50% in the observation group, higher than that of 50.00% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of SDS, SAS, NIHSS and PSQI (including daily function, sleep disorder, sleep efficiency, sleep duration, time for falling sleep, sleep quality and total scores) in both groups were lower than those before

[收稿日期] 2022-03-22

[修回日期] 2023-03-29

[作者简介] 潘艳 (1989-), 女, 护师, E-mail: zjhzyyp@163.com。

treatment ($P < 0.05$), the SS-QOL scores were higher than those before treatment ($P < 0.05$); the scores of SDS, SAS and PSQI (including daily function, sleep disorder, sleep efficiency, sleep duration, time for falling sleep, sleep quality and total scores) in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$), the SS-QOL scores were higher than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Five-phase music therapy combined with intervention of individualized TCM constitution has a definite curative effect on sleep disorder caused by ischemic stroke, which can effectively mitigate the negative emotions and improve the sleep quality and quality of life of patients.

Keywords: Sleep disorder caused by ischemic stroke; Five-phase music therapy; Intervention of individualized traditional Chinese medicine constitution; Negative emotions; Sleep quality

睡眠障碍是脑卒中常见的并发症,以白天嗜睡、夜晚清醒或有精神症状的觉醒-睡眠节律异常为临床表现,严重影响患者日常生活及健康。西医治疗该病的药物多有成瘾性、依赖性、耐药性,同时放松疗法、认知疗法等非药物治疗效果也欠佳^[1]。中医将脑卒中睡眠障碍归属于少寐、不寐等范畴,认为脑卒中患者阴阳失衡,疲倦内伤,五脏损伤,脾失健运,内生痰浊,情志失调,又加之外感邪气,营卫失调,故发睡眠障碍。既往临床研究发现不同中医体质的失眠人群的失眠症状有所不同,其中气郁质、血瘀质、气虚质、阳虚质4种体质与失眠发生呈正相关^[2]。本研究采用五行音乐疗法结合中医体质个体化干预治疗脑卒中睡眠障碍,观察其临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 睡眠障碍参考《精神障碍诊断与统计手册》^[3]拟定。患者对睡眠质量、时间不满意,伴有早醒、入睡难、睡眠浅中任意1项;过度嗜睡障碍,持续睡眠 $>7\text{ h}$ 且仍然感到没有得到良好休息,或 24 h 内反复出现睡眠等情况。脑卒中诊断符合《中国脑血管病防治指南》^[4]相关标准。患者存在静态下或动态下起病,部分患者前期有短暂性脑缺血发作表现;病情在数小时或数天达高峰,部分患者症状进行性加重或波动;症状包括偏身感觉障碍、偏瘫、失语、共济失调,部分见昏迷、呕吐、头痛等全脑症状,结合血液和影像学辅助检查确诊。

1.2 纳入标准 符合上述诊断标准;患者知情研究,且签署知情同意书;脑卒中度过危险期,现处于恢复期;匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分 >7 分。

1.3 排除标准 既往有精神疾病史;合并恶性肿瘤;严重消化道、呼吸道、心血管等疾病;研究前2周服用过镇静、催眠药物;妊娠期、哺乳期妇女;研究期间服用过咖啡、茶、酒或吸烟;过敏体质(即中医体质中的特禀质);中途因任何原因主动提出退出研究,经劝解无效。

1.4 一般资料 选取2019年2月—2021年3月湖州师范学院附属第一医院收治的64例脑卒中睡眠障碍患者,按随机数字表法分为对照组与观察组各32例。观察组男19例,女13例;年龄 $60\sim 78$ 岁,平均 (68.83 ± 2.12) 岁;病程 $2\sim 32$ 个月,平均 (19.32 ± 6.18) 个月。对照组男20例,女12例;年龄 $62\sim 75$ 岁,平均 (67.93 ± 4.93) 岁;病程 $3\sim 29$ 个月,平均 (20.32 ± 4.71) 个月。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2组给予心理疏导、药物、饮食、并发症预防等常规方法治疗,包括口服 50 mg 舍曲林(华夏药业集团有限公司,国药准字H20051285),连续用药2个月。对焦虑、抑郁情绪明显患者进行心理疏导,引导家属与其积极交流,避免冲突,睡前家属或护士可帮助患者做 $15\sim 30\text{ min}$ 按摩,指导患者平卧,双手置于腹部,平缓呼吸,感受腹部起伏,放松身心,帮助入睡。

2.1 对照组 在常规治疗基础上给予普通音乐干预治疗。普通音乐干预以西式曲目为用,以助眠、安静、舒缓的音乐进行干预,避开五行音乐元素,乐曲包括《回想》《记忆》《飞舞之叶》《森之树》《春乡》等,音量在 70 分贝以下,干预 $30\sim 60\text{ min}$,旋

律柔和,音调较小,节奏、音量无明显变化以帮助患者安神放松。每天1~2次,每次30 min,5 d为1个周期,中间间隔2 d,共干预8个周期,约2个月。

2.2 观察组 在常规基础上加用五行音乐联合中医体质个体化干预治疗。五行音乐疗法根据不同证型^[5]患者进行相应的五行音乐干预。肝郁化火用角调式音乐,以疏通肝郁气滞,代表曲目有《胡笳十八拍》《草木青春》《庄周梦蝶》《绿叶迎风》等,配合羽调式下火,润泽肝气,19:00—23:00进行。心脾两虚用徵调式和宫调式音乐,以养心健脾,其中徵调式最佳曲目为《紫竹调》,19:00—21:00进行最佳,听前平和心气,此外可选择《茉莉花》《花好月圆》《渔歌》等;宫调式最佳曲目《十面埋伏》,在进餐和餐后1 h内欣赏最好,另可选择《良宵》《空山鸟语》《闲居吟》等。痰热内扰以商调式为主,配合羽调式,其中商调式养肺,改善肺活量和痰阻,羽调式解热;商调式代表曲目《阳春白雪》,15:00—19:00进行最佳,此外可选择《广陵散》《高山流水》《长清》等。心虚胆怯以徵调式为主,配合羽调、商调式,每天19:00—21:00听,推荐曲目有《紫竹调》《山居鸣》《文王操》《狂欢》。手机播放,30~40分贝,确保环境安静舒适,患者放松身心,每天1~2次,每次30 min,5 d为1个周期,中间间隔2 d,共干预8个周期,约2个月。播放时间可灵活调整,鼓励睡前倾听。

中医体质个体化干预是参考王琦院士提出的9种体质分类^[6]对患者的体质进行分类,根据不同体质进行个体化干预。①气虚质:耳穴压豆取交感、神门、肾、脾、心,艾灸取肾俞、脾俞、肺俞、神阙、气海、足三里、关元,每天取上述2~3个穴位,在腹侧、背侧交替艾灸至皮肤潮红;饮食推荐姜枣茶、红枣汁、大枣鸡汤、黄芪鸡汤等。②阳虚质:耳穴埋豆取皮下、交感、神门、肾、心、脾,艾灸取足三里、命门、大椎、涌泉;饮食推荐生姜羊肉汤、红枣枸杞茶、小米粥。③阴虚质:耳穴埋豆取皮质下、神门、交感、肾、肝、心;饮食推荐冬瓜枸杞炖鸭、百合粥、红枣银耳汤等。④痰湿质:耳穴埋豆取皮质下、交感、神门、脾、胃;艾灸取足三里、曲池、脾俞、丰隆;饮食推荐陈皮薏

仁排骨汤,坚持清淡饮食。⑤湿热质:耳穴埋豆取皮质下、交感、神门、脾、胃;艾灸取足三里、曲池、脾俞、大椎;坚持清淡饮食,推荐冬瓜薏米排骨汤、小米粥等。⑥血瘀质:耳穴埋豆取皮质下、交感、神门、三焦、脾、肝、心;艾灸取足三里、脾俞、血海;饮食用川芎、白芍入膳,炖鸡汤或排骨汤。⑦气郁质:耳穴埋豆取皮质下、交感;艾灸取章门、期门、膻中、足三里、太冲穴;多与患者交流,进行心理干预;饮食推荐山楂茶、菊花茶、金银花茶、玫瑰茶。均干预2个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①焦虑自评量表(SAS)评分^[7]。该量表共20项条目,15项由负性词陈述,余5项为正性陈述,各项目总分为粗分,乘以1.25取整数为最终得分, ≥ 50 分表明患者焦虑。②抑郁自评量表(SDS)评分^[8]。该量表包含20项条目,10项条目为负性词陈述,余10项为正性陈述,最终得分计算同SAS, ≥ 50 分表明患者抑郁。③PSQI评分^[9]。评估内容包括日间功能、催眠药物、睡眠障碍、睡眠效率、睡眠时间、入睡时间、睡眠质量等7项睡眠相关项目,每个项目计0~3分,总分0~21分,分值越高睡眠障碍越严重。④神经功能缺损(NIHSS)评分^[10]。该内容共8个项目,总分为0~42分,分数越高神经受损越重。⑤脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评分^[11]。该量表包含12个大项目,每个大项目有数个小项目,每个小项目计1~5分,满分248分,分值越高生活质量越好。

3.2 统计学方法 采用SPSS20软件进行统计学分析,计量资料呈正态分布以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间及组内比较分别采用独立样本 t 检验与配对样本 t 检验;计数资料用百分比(%)表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 符合文献[5, 12]中相关标准。治愈:睡眠正常,伴有症状消失;好转:睡眠时间延长,伴有症状改善;未愈:症状无改变。总有效率=(治愈+好转)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为87.50%,高于对照组50.00%($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后SAS、SDS评分比较 见表2。

2组治疗前SDS、SAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组SDS、SAS评分低于治疗前($P<0.05$),且观察组治疗后上述指标低于对照组($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
观察组	32	1(3.12)	27(84.38)	4(12.50)	28(87.50) ^①
对照组	32	0	16(50.00)	16(50.00)	16(50.00)

注:①与对照组比较, $P<0.05$

表2 2组治疗前后SAS、SDS评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	SAS	SDS
观察组	治疗前	32	54.12 $\pm$ 6.54	42.43 $\pm$ 3.54
	治疗后	32	40.12 $\pm$ 3.99 ^{①②}	34.09 $\pm$ 2.19 ^{①②}
对照组	治疗前	32	53.98 $\pm$ 5.99	41.77 $\pm$ 4.01
	治疗后	32	46.12 $\pm$ 4.00 ^①	37.11 $\pm$ 2.21 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$

4.4 2组治疗前后PSQI评分比较 见表3。2组治疗前PSQI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组PSQI(日间功能、睡眠障碍、睡眠效率、睡眠时间、入睡时间、睡眠质量及总分)评分均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组治疗后PSQI(日间功能、睡眠障碍、睡眠效率、睡眠时间、入睡时间、睡眠质量及总分)评分低于对照组($P<0.05$)。2组催眠药物评分治疗前后比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表3 2组治疗前后PSQI评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

项目	观察组(例数=32)		对照组(例数=32)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
日间功能	1.72 $\pm$ 0.32	0.67 $\pm$ 0.14 ^{①②}	1.70 $\pm$ 0.24	1.43 $\pm$ 0.21 ^①
催眠药物	1.12 $\pm$ 0.23	1.21 $\pm$ 0.07	1.12 $\pm$ 0.12	1.11 $\pm$ 0.19
睡眠障碍	1.60 $\pm$ 0.29	0.81 $\pm$ 0.14 ^{①②}	1.59 $\pm$ 0.24	1.34 $\pm$ 0.12 ^①
睡眠效率	1.25 $\pm$ 0.33	0.87 $\pm$ 0.21 ^{①②}	1.25 $\pm$ 1.19	1.16 $\pm$ 0.33 ^①
睡眠时间	1.99 $\pm$ 0.35	0.81 $\pm$ 0.21 ^{①②}	2.03 $\pm$ 0.31	1.41 $\pm$ 0.19 ^①
入睡时间	1.85 $\pm$ 0.45	0.80 $\pm$ 0.11 ^{①②}	1.82 $\pm$ 0.32	1.27 $\pm$ 0.22 ^①
睡眠质量	2.25 $\pm$ 0.59	1.01 $\pm$ 0.21 ^{①②}	2.24 $\pm$ 0.43	1.98 $\pm$ 0.32 ^①
总分	11.61 $\pm$ 2.33	6.99 $\pm$ 0.54 ^{①②}	11.98 $\pm$ 2.54	9.32 $\pm$ 2.01 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$

4.5 2组治疗前后NIHSS、SS-QOL评分比较 见表4。2组治疗前NIHSS评分、SS-QOL评分比较,

差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组NIHSS评分低于治疗前($P<0.05$),SS-QOL评分高于治疗前($P<0.05$),且观察组治疗后SS-QOL评分高于对照组($P<0.05$)。2组治疗后NIHSS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 2组治疗前后NIHSS、SS-QOL评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	NIHSS评分	SS-QOL评分
观察组	治疗前	32	20.12 $\pm$ 2.19	151.21 $\pm$ 21.01
	治疗后	32	14.72 $\pm$ 2.44 ^①	173.21 $\pm$ 22.33 ^{①②}
对照组	治疗前	32	19.97 $\pm$ 2.11	150.32 $\pm$ 19.25
	治疗后	32	15.01 $\pm$ 2.01 ^①	160.01 $\pm$ 19.53 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$

5 讨论

脑卒中睡眠障碍是脑细胞损伤后遗症,包括失眠、日间嗜睡、昼夜节律紊乱等,其严重程度关系患者预后和生活质量。目前非药物治疗备受关注,音乐干预作为非药物治疗法,常用于治疗卒中后抑郁、睡眠障碍疾病^[13]。中医认为五脏与五行、五音相对应,为五行音乐干预神志、调节神思以及治疗疾病奠定理论基础。宫、商、角、徵、羽五音分别对应土、金、木、火、水,又对应五脏中的脾胃经、肺和大肠经、肝胆经、心和小肠经、肾和膀胱经。在治疗中根据辨证结果给予对应的五行音乐疗法能提高干预效果^[14]。针对不同偏颇体质患者配伍穴位、汤药能改善体质,提高疗效,促进康复。气虚质耳穴压豆取交感、神门以及艾灸所取肾俞、脾俞、足三里等穴位具有补肾益气作用;阳虚质艾灸所取足三里、命门等穴位具有补益阳气作用;阴虚质所选皮质下、神门等穴位有滋阴补虚作用,考虑这类患者阴虚火旺,因此不行艾灸。痰湿质所选曲池、脾俞、丰隆等穴位具有健脾、化湿、祛痰作用;湿热质所选曲池、脾俞、大椎等穴位具有化湿清热作用;气郁质所选章门、期门、太冲为肝经穴位,膻中为气之会穴,配合足三里疏肝理气健脾。同时根据不同辨证进行耳穴埋豆和艾灸,通过耳穴埋豆提供按压作用,艾灸提供热力作用,达到调理体质,改善睡眠目的^[15]。

本研究观察组采用五行音乐干预结合中医辨证,一方面滋养不同证型患者脏腑,改善病情,缓解症状;另一方面在睡前使用,使患者在睡前身心

与舒缓、亲切的音乐共鸣,从而调节情志,放松身心,安定心神,促进睡眠。其中肝郁化火用角调式音乐,角调式由木鱼、竹笛、洞箫等演奏,曲风深远、舒展,好似枯木逢春、万物萌生,同时配合羽调,能滋养肝脏,安神,平复情绪。心脾两虚用徵调式和宫调式音乐,其中徵调式曲风活泼轻松或热烈欢快,构成层次分明、性情欢畅气氛,可入心,所用《紫竹调》以徵音为主,又配合了羽音,使补火不至于过旺,有利于心功能运转^[16]。宫调式悠扬沉静,醇厚庄重,如“土”宽厚,可入脾,所用《十面埋伏》,宫调为主,辅以徵音,能刺激脾胃,利于食物消化、吸收,减轻脾胃负担,健脾养血^[17]。痰热内扰以商调清肺化痰,配合羽调,化痰下热,改善肺功能,调整呼吸,利于睡眠;商调式为金音,是金石乐器演奏,音乐清脆或雄浑,连绵回荡、气势磅礴、高昂或委婉起伏,入肺经,能助长肺气,平衡肺气,增加肺活量,促使吸纳大量氧气,缓解痰热,利于睡眠。心虚胆怯者心气虚则心神不安,终日惕惕,虚烦不眠,易惊醒,自汗,此类患者多内向,属水,为太阴之人,阴气重以徵调之火振阳养心,配合羽调柔和哀婉之音以泻阴气,使补水不使火过旺,补火不使水过凉,达到阴阳平衡,利于心功能转运;胆怯者容易受惊,需要养肝,属金的商音元素稍重,可以克制体内过多的木气,与羽调之水配合,能滋养木气,使之柔软、顺畅,从而滋养肝胆。本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,提示五行音乐疗法结合中医体质个体化干预治疗脑卒中睡眠障碍疗效确切。

SS-QOL在患者语言、认知方面反映良好,信效度及敏感度较高,能整体评估脑卒中患者生活质量。本研究观察组SS-QOL评分高于对照组,提示五行音乐疗法结合中医体质个体化干预治疗能有效改善患者生活质量。研究发现睡前良好的音乐干预能广泛激活患者中枢神经功能,刺激脑垂体分泌内啡肽,提高褪黑素分泌,从而发挥镇静、安眠作用,能降低皮质醇水平,一定程度上能改善患者睡眠质量^[18]。本研究中观察组SAS、SDS评分均低于对照组,提示五行音乐疗法结合中医体质个体化干预治疗能缓解患者焦虑和抑郁症状。研究发现良好的音

乐干预能缓解患者焦虑、抑郁情绪,帮助患者睡前平复情绪,利于睡眠^[18]。PSQI能反映睡眠障碍患者睡眠行为、习惯和睡眠质量。本研究观察组PSQI总分低于对照组,提示观察组患者睡眠时间、效率、质量、入睡质量等改善均优于对照组。狄继红等^[19]研究者将中医五行音乐作为慢性失眠的辅助治疗方法,与辨证法结合,发现五行音乐较普通音乐干预具有更好的改善失眠症状效果,且不易复发。此外,在中医体质个体化干预中,在饮食方面也结合患者体质推出药膳,达到一定调理作用,缓解症状,调节机体平衡,从而有效改善睡眠。刘艳等^[20]将耳穴压豆和艾灸结合治疗脑卒中后睡眠障碍,发现其患者睡眠质量改善效果优于常规干预。本研究中2组治疗后NIHSS评分均较治疗前降低,提示2组神经功能均得到改善,但2组治疗后NIHSS评分比较,差异无统计学意义,考虑患者神经功能的改善主要是常规药物治疗的效果,与常规音乐干预相比,五行音乐疗法结合中医个体化干预在短期内尚不能带来更显著的神经功能治疗效果。

综上所述,五行音乐疗法结合中医体质个体化干预治疗脑卒中睡眠障碍疗效确切,能够有效缓解患者负面情绪,提高患者睡眠质量及生活质量。

[参考文献]

- [1] 李景莉. 穴位按摩联合五行音乐疗法对脑卒中后抑郁伴睡眠障碍患者临床症状和生活质量的影响[J]. 四川中医, 2019, 37(5): 190-192.
- [2] 王晓秋, 吴文忠, 刘成勇, 等. 基于中医体质失眠影响因素的Logistic回归分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(3): 304-308.
- [3] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5版. 北京: 北京大学出版社, 2015: 45-46.
- [4] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 64.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 19-20.
- [6] 柳璇, 王琦. 《中医体质分类与判定》标准修改建议及分析[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(5): 300-304.
- [7] ZUNG W W. A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics. 1971, 12(6): 371-379.
- [8] ZUNG W W. A Self-Rating Depression Scale[J]. Arch Gen Psychiatry. 1965, 12: 63-70.

- [9] BUYSSE D J, REYNOLDS C F, MONK T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research[J]. *Psychiatry Res*, 1989, 28(2): 193-213.
- [10] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6): 381.
- [11] WILLIAMS L S, WEINBERGER M, HARRIS L E, et al. Development of a stroke-specific quality of life scale[J]. *Stroke*, 1999, 30(7): 1362-1369.
- [12] 陈勇达. 归脾丸内外并治心脾两虚型失眠60例疗效观察[J]. *浙江中医杂志*, 2015, 50(2): 109.
- [13] 董人齐, 周霞, 李丽. 五行音乐疗法治疗卒中后抑郁的研究进展[J]. *实用心脑血管病杂志*, 2019, 27(10): 109-111.
- [14] GIBBON F M, MACCORMAC E, GRINGRAS P. Sleep and epilepsy: unfortunate bedfellows[J]. *Arch Dis Child*, 2019, 104(2): 189-192.
- [15] 曾飞, 王月霞, 姚昌盛, 等. 基于中医体质辨识理论的体质护理干预在脑卒中急性期患者中的应用效果[J]. *现代中西医结合杂志*, 2021, 30(30): 3401-3405.
- [16] 吴培香, 徐翠, 肖利允, 等. 中医体质辨识干预对脑卒中病人早期康复依从性及康复效果的影响[J]. *护理研究*, 2021, 35(18): 3357-3359.
- [17] 陈晓君, 马静, 曹素红. 杵针疗法联合中医五行音乐疗法对卒中后抑郁患者康复、抑郁及睡眠质量的影响[J]. *武警后勤学院学报(医学版)*, 2020, 29(10): 64-66.
- [18] TASI S Y, LEE W T, LEE C C, et al. Sleep in children with epilepsy: the role of maternal knowledge of childhood sleep[J]. *Sleep*, 2018, 41(11): 157.
- [19] 狄继红, 谭霞. 中医体质辨证护理在脑卒中患者康复护理中的应用[J]. *四川中医*, 2019, 37(5): 199-202.
- [20] 刘艳, 裴胜利, 杜谢琴, 等. 基于脑卒中后睡眠障碍患者中医体质的个体化干预[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(22): 48-51.
- (责任编辑: 冯天保, 沈崇坤)