

音乐治疗对不同严重程度痴呆患者精神行为症状的影响

邓丽凤 周芳 徐兴红 程晓平

401147 重庆市精神卫生中心老年科

通信作者:程晓平, Email: 565622024@qq.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2018.04.006

【摘要】目的 比较音乐治疗对不同严重程度痴呆患者精神行为症状的影响。**方法** 选取 2017 年 1—6 月在重庆市精神卫生中心住院的痴呆患者 80 例, 所有患者均接受精神科药物治疗, 在此基础上进行为期 12 周的音乐治疗。采用神经精神科问卷(Neuropsychiatric Inventory, NPI)评估患者的精神行为症状, 采用临床痴呆评定量表(Clinical Dementia Rating scale, CDR)评估患者的痴呆严重程度, 比较不同痴呆严重程度患者的 NPI 评分情况。**结果** 干预结束后轻、中、重 3 组痴呆患者的 NPI 评分均较干预前改善, 但不同组间评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 音乐治疗对不同严重程度痴呆患者精神行为症状干预均有效。

【关键词】 痴呆; 精神行为症状; 音乐治疗

Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of patients with different severity of dementia

Deng Lifeng, Zhou Fang, Xu Xinghong, Cheng Xiaoping

Geriatric Department, Chongqing Mental Health Hospital, Chongqing 401147, China

Corresponding author: Cheng Xiaoping, Email: 565622024@qq.com

【Abstract】Objective To compare the effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of patients with different severity of dementia. **Methods** A total of 80 dementia patients in Chongqing Mental Health Hospital from January 2017 to June 2017 were selected. On the basis of psychotropic medication treatment, all the patients enrolled received music therapy for 12 weeks. Neuropsychiatric Inventory(NPI) and Clinical Dementia Rating scale (CDR) were applied to assess patients' behavioral and psychological symptoms and the severity of dementia respectively. The scores of NPI of patients with different severity of dementia were compared. **Results** After intervention, the NPI scores of all 3 groups of patients with mild, moderate and severe dementia increased than before, however there was no significant difference among the 3 dementia groups ($P > 0.05$). **Conclusions** Music therapy is effective on behavioral and psychological symptoms in patients with different severity of dementia.

【Key words】 Dementia; Behavioral and psychological symptoms; Music therapy

随着我国社会老龄化进程的加快, 老年痴呆患者的数量不断增加, 绝大多数患者会发生精神行为症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD), BPSD 是由偏执、幻觉、妄想、焦虑、抑郁、静坐不能等组成的一系列突出的临床表现, BPSD 的治疗及护理管理相关问题越来越受到研究者与社会关注。非药物治疗是目前对痴呆患者 BPSD 的重要护理管理方式, 蒋良函等^[1]比较了不同音乐治疗方式对痴呆 BPSD 的效果, 显示音乐治疗可以明显改善患者的 BPSD, Meta 分析显示^[2], 音

乐治疗对于痴呆患者的 BPSD 各方面症状如淡漠、激越、焦虑、抑郁等也均能获得较好的改善。然而对痴呆患者而言, 可能不同的个体会表现出不同的症状, 对不同 BPSD 表现的痴呆个体进行相同干预效果可能是不一致的, 如对出现幻觉、妄想、激越、攻击的个体更多应该考虑的是紧急短期精神药物治疗, 在不同的痴呆阶段患者出现的 BPSD 也不尽相同^[3], 随着痴呆的加重 BPSD 的种类和频率也变得更加严重。音乐治疗对不同痴呆阶段患者 BPSD 的作用尚不清楚, 因此我们在综合前人音乐治疗方式

研究报道的基础上,结合我国文化背景,设计适宜的音乐治疗方案,探索在常规护理、药物治疗基础上结合音乐治疗这种非药物干预对不同阶段长期住院老年痴呆患者BPSD的作用。

一、对象与方法

1.研究对象:于2017年1—6月在重庆市精神卫生中心老年一区、老年二区两个病房选取痴呆患者80例,被试具体情况见表1。入组标准:符合ICD-10中血管性痴呆、混合性痴呆和阿尔茨海默病性痴呆的诊断标准,排除帕金森病痴呆;既往及现在无重大躯体疾病及残疾,无严重听力缺陷;年龄60~80周岁;研究期间不参与其他干预研究(如改良电抽搐疗法、重复经颅磁刺激等)。向家属详细阐明研究目的后由家属和患者均签署知情同意书,不限制患者与家属见面,按照医院管理规定并向家属解释清楚:每周见1次,每次1.5 h,不限制患者活动自由,每天在自由活动时间正常晒太阳放松等,不额外进行光照刺激。

2.方法:音乐治疗共由6名心理治疗师、10名护士参与,每次活动由1~2名心理治疗师组织实施,3~4名护士协助完成,研究开始前进行一致性培训,确保掌握了音乐治疗方案。音乐治疗在结合患者意愿的基础上结合前人报道、专家意见确定本方案:日间音乐干预,每日上午9:30开始在心理治疗师的组织下护士带领患者积极参与到音乐治疗中来,音箱播放一些患者熟悉的改革开放前的歌曲,诸如《我们走在大路上》《东方红》《毛主席的话儿记心上》《大海航行靠舵手》等,治疗师积极引导患者开口唱歌,护士在旁边看护,以防止患者在唱歌、躯体活动中发生意外,活动持续40~50 min,每日一次。唱歌结束后患者开始自由活动,这个时候还是会播放一些积极向上节奏较缓慢的歌曲如《让我们荡起双桨》《轻轻的告诉你》《摇太阳》等,音量逐渐调低直至患者吃饭,下午在活动时间也播放类似背景音乐,如《女驸马》《天仙配》选段等;夜间音乐干预,在患者统一睡眠前半小时内开始播放轻柔的钢琴曲,如《献给爱丽丝》《卡农D大调》《小夜曲》等,音量逐渐减小至患者入睡。干预共持续12周,如果患者连续3次不参加活动则视为退出研究。

所有患者均接受精神科药物治疗,包括口服石杉碱甲片(100 mg/d),或者合并使用多奈哌齐片(5~10 mg/d)。在此基础上对存在精神病性症状的个体合并使用抗精神病药物如奥氮平、利培酮、喹硫平等,对存在抑郁情绪的个体合并使用帕罗西汀

等,存在失眠症状的个体合并使用右佐匹克隆,存在躁动表现的可合并使用丙戊酸钠。本研究不干涉临床医生用药,用药剂量均为初始剂量。日常护理在保证患者安全的基础上,鼓励患者自己做一些基本的生活护理,如自行穿脱衣服,洗脸、刷牙、进食等,鼓励患者参与一些作业活动:如简单的拼图、手工剪纸等。

3.临床评估:分别于入组前及12周末对患者进行评估,用神经精神科问卷(Neuropsychiatric Inventory, NPI)评估患者的精神行为症状,用临床痴呆评定量表(Clinical Dementia Rating scale, CDR)评估患者的痴呆严重程度,根据CDR得分将被试分为轻、中、重3组。评估由8名经过一致性培训的主治医师担任, Kappa=0.83。

4.统计学方法:采用Epidata 3.1对数据进行双录入核查后,采用SPSS 18.0对数据进行统计分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料组间比较方差齐性则采用单因素方差分析;方差不齐则采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1.不同组痴呆患者一般社会人口学资料及临床特征描述:根据CDR得分划分准则,80例痴呆患者中,轻度痴呆患者31例,中度痴呆24例,重度痴呆25例。3组之间性别、年龄、病程、服药情况及诊断分布均无统计学意义,具体见表1。

2.不同组干预前后组间NPI得分比较:见表2。结果显示,干预结束后3组之间不同精神行为症状得分差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

讨论 老年痴呆给社会及家庭带来了沉重的经济负担,而且病情越严重,负担越高,探索适宜的干预手段是迫切必要的。音乐治疗是一种简便易行的干预手段,本研究结果发现,音乐治疗对不同痴呆严重程度的患者干预差异无统计学意义,不同严重程度的痴呆患者均可以通过音乐治疗获益。这可能是由于通过主动刺激和被动接受两种方式使患者在每天的大多数时间里浸泡在音乐氛围中,通过柔和和积极的音乐,或许可以改善患者的情绪、心境,通过跟随、吟唱曾经熟悉的音乐节奏可能可以唤起患者的回忆,调动残存的认知记忆功能进行大脑活动,从而减少一些精神行为症状;还有可能是多种精神行为症状相互影响,在音乐的调动下,随着部分精神行为症状的改善间接带动了其余症状的好转,从这个层面看这种使干预起效果的因素也可能具有延缓痴呆进一步发展的作用。Meta分析显示^[4],音乐

表1 不同组痴呆患者一般社会人口学资料及临床特征描述

项目	总体(n=80)	轻度(n=31)	中度(n=24)	重度(n=25)	χ^2/F 值	P值
性别(例, %)						
男	37(46.3)	15(48.4)	11(45.8)	11(44.0)	0.110	0.947
女	43(53.7)	16(51.6)	13(54.2)	14(66.0)		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	70.05 \pm 5.21	69.00 \pm 5.40	71.21 \pm 4.10	70.24 \pm 5.83	1.246	0.293
病程(年, $\bar{x} \pm s$)	4.53 \pm 5.52	3.90 \pm 2.21	4.83 \pm 2.82	5.00 \pm 2.52	1.590	0.211
诊断(例, %)						
血管性痴呆	25(31.3)	9(29.0)	8(33.3)	8(32.0)	0.936	0.919
阿尔茨海默病性痴呆	29(36.3)	10(32.3)	9(37.5)	10(40.0)		
混合性痴呆	26(32.4)	12(38.7)	7(29.2)	7(28.0)		
服药情况(例, %)						
抗精神病药物	47(58.8)	19(61.3)	15(62.5)	13(52.0)	0.692	0.708
抗抑郁药物	33(41.2)	12(38.7)	9(37.5)	12(48.0)		

表2 不同组干预前后组间NPI得分比较[分, ($\bar{x} \pm s$), $M(P_{25}, P_{75})$]

项目	轻度 (n=31)	中度 (n=24)	重度 (n=25)	F/Z值	P值
妄想					
干预前	1.83 \pm 2.21	2.10 \pm 2.07	2.68 \pm 2.13	1.109	0.335
干预后	2(1, 2)	2(1, 3)	3(1, 3)	4.385	0.112
幻觉					
干预前	0.68 \pm 1.63	0.91 \pm 1.20	0.98 \pm 1.37	0.342	0.712
干预后	0.32 \pm 0.78	0.33 \pm 0.9	0.48 \pm 1.02	0.253	0.777
激越/攻击					
干预前	3(2, 4)	3(2, 5)	3(2, 4)	2.045	0.360
干预后	2(2, 3)	3(2.25, 3)	3(2, 4)	5.862	0.053
抑郁/心境恶劣					
干预前	2.89 \pm 1.96	3.02 \pm 2.13	3.36 \pm 2.36	0.345	0.709
干预后	1.52 \pm 1.73	1.44 \pm 1.69	1.41 \pm 1.80	0.030	0.970
焦虑					
干预前	3.52 \pm 2.59	3.47 \pm 2.61	3.68 \pm 2.34	0.047	0.954
干预后	2.41 \pm 2.13	2.56 \pm 2.06	2.78 \pm 2.10	0.215	0.807
情感高涨/欣快					
干预前	0.71 \pm 1.05	0.67 \pm 0.93	0.60 \pm 0.87	0.091	0.913
干预后	0(1, 1)	0(1, 1)	0(0.5, 1)	4.580	0.101
情感淡漠					
干预前	3.78 \pm 2.67	3.52 \pm 2.98	3.97 \pm 2.83	0.158	0.855
干预后	2.09 \pm 3.10	2.56 \pm 2.64	2.67 \pm 2.43	0.352	0.704
脱抑制					
干预前	2.04 \pm 1.69	2.56 \pm 1.80	2.37 \pm 1.58	0.672	0.514
干预后	0.82 \pm 1.08	0.93 \pm 1.25	0.87 \pm 1.36	0.055	0.947
激惹/情绪不稳					
干预前	3.01 \pm 2.77	3.33 \pm 2.16	2.89 \pm 2.38	0.207	0.814
干预后	2.07 \pm 1.54	2.51 \pm 1.98	2.34 \pm 1.69	0.456	0.635
异常运动行为					
干预前	2.89 \pm 2.08	2.99 \pm 2.83	3.30 \pm 2.62	0.196	0.822
干预后	1.41 \pm 1.37	2.03 \pm 1.80	2.17 \pm 1.54	1.911	0.155
睡眠/夜间行为					
干预前	3(2, 4)	3(2.25, 4.75)	3(2.5, 4.5)	2.354	0.308
干预后	2.76 \pm 1.99	2.89 \pm 2.01	2.07 \pm 2.22	1.145	0.324
食欲/进食障碍					
干预前	3(2, 4)	4(2.25, 4)	3(2.5, 4)	3.936	0.140
干预后	2.09 \pm 1.86	2.13 \pm 1.69	2.67 \pm 1.74	0.868	0.424

治疗对多种精神行为症状有效,这与本研究结果相一致,然而有研究认为音乐治疗对认知功能的影响持否定态度^[5],也有分析持相反观点^[6],这可能是由于不同的音乐效果所致,本研究中音乐均为引导患者说出关键词或者曲调,在患者提示下确定的音乐目录,在主动的音乐刺激过程中也会鼓励患者开口唱歌,记忆歌词,这可能也是起作用的因素之一。在不同严重程度痴呆群体中研究显示音乐治疗的作用是积极肯定的^[7-8],这也部分支持了本研究观点,不同程度的痴呆患者均可以进行音乐治疗。

通过3个月干预后,痴呆患者在BPSD精神病性、情感、行为等症状上有不同程度的改善。具体而言,音乐治疗对轻度痴呆患者的激越/攻击改善效果不明显,对中度痴呆的异常运动行为、食欲/进食障碍改善效果不明显,对重度痴呆的情感高涨/欣快、激惹/情绪不稳、食欲/进食障碍改善效果不明显。由此可见,不同痴呆严重程度患者均可以通过音乐治疗改善BPSD,这与Raglio等^[9]研究结果相一致,音乐治疗对中重度痴呆患者BPSD干预依然起作用,然而获益可能与痴呆严重程度有关,痴呆越轻,可改善的症状越多,这也说明对痴呆患者的BPSD应尽可能早进行干预。在本研究中中、重度分组效果也验证了这一点,在轻度组中效果不明显可能与基线测量有关,从数据中分析轻度组两次测量均显示激越得分比较低,显示激越症状不是很严重。在食欲/进食障碍上,中重度两组音乐治疗改善效果均不理想,研究显示异常进食行为与多种神经网络有关,涉及认知奖赏、自主神经系统、神经内分泌系统等^[10],且与健康人群相比痴呆患者大脑灰质体积明显缩小^[11],可能随着痴呆的进展,灰质体

积减小得更明显,多种生理因素共同作用下可能会导致音乐治疗对严重痴呆患者的进食障碍干预效果不明显。异常运动行为与大脑额叶功能失调有关^[12],本研究中音乐治疗仅对中度痴呆组干预无效,NPI得分受多种因素影响如认知功能、日常生活能力、所受教育等^[13],音乐治疗对异常运动行为,重度痴呆患者欣快、易激惹的影响仍有待进一步研究验证。有研究者认为,血管性痴呆本身病情具有波动性特点,这可能会对本研究结果产生影响,一项针对血管性痴呆BPSD严重程度的评价研究中^[14],与基线期相比,24周后血管性痴呆BPSD症状保持稳定(在幻觉、妄想、抑郁、焦虑、欣快、淡漠、脱抑制、异常运动行为、食欲等因子上)或严重些(在激越攻击、激惹、睡眠等因子上),音乐治疗对血管性痴呆BPSD的影响作用尚需要进一步研究。

因样本量较小,本研究未对不同类型痴呆进行分类比较,未考虑所服用药物及认知功能的作用,这均可能会使结果产生影响。本研究仅仅是前后施测,因此不能动态观测到痴呆患者的BPSD的变化趋势,也未做跟踪随访,BPSD的发生及干预受多种因素影响,在未来的研究中需要进一步厘清风险因素,探索音乐治疗对痴呆影响作用的起效、维持时间等。本研究中量表测评人员均为科室的临床医生,较熟悉患者状况,通过采用干预后再分组进行分析,减少了因非盲法测查等因素导致的结果误差。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 论文撰写为邓丽凤,统计分析数据为周芳,研究质量控制为徐兴红,研究设计、文章审校为程晓平

参 考 文 献

- [1] 蒋良函,卫昭华,徐琳,等.两种音乐治疗方式对痴呆患者精神行为症状效果的比较[J].神经疾病与精神卫生,2016,16(4):451-455. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2016.04.021.
Jiang LH, Wei ZH, Xu L, et al. Comparison of the effect of two kinds of music therapy on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia[J]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2016, 16(4): 451-455.
- [2] Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, et al. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. Ageing Res Rev, 2013, 12(2): 628-641. DOI: 10.1016/j.arr.2013.02.003.
- [3] Huang SS, Wang WF, Liao YC. Severity and prevalence of behavioral and psychological symptoms among patients of different dementia stages in Taiwan[J]. Revista De Psiquiatria Clínica, 2017, 44(4): 89-93. DOI: 10.1590/0101-6083000000127.
- [4] Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, et al. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. Ageing Res Rev, 2013, 12(2): 628-641. DOI: 10.1016/j.arr.2013.02.003.
- [5] Fusar-Poli L, Bieleninik Ł, Brondino N, et al. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. Aging Ment Health, 2017; 1-10. DOI: 10.1080/13607863.2017.1348474.
- [6] 徐韩,陆春华,卫昭华,等.音乐治疗对痴呆患者认知功能改善的效果[J].神经疾病与精神卫生,2016,16(5):554-556;557. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2016.05.017.
- [7] Sakamoto M, Ando H, Tsutou A. Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia[J]. Int Psychogeriatr, 2013, 25(5): 775-784. DOI: 10.1017/S1041610212002256.
- [8] Kwak K, Bae N, Jang WY. Music therapy with moderate Alzheimer's disease in a long-term care center[J]. Alzheimers Dement, 2013, 9(4): 880. DOI: 10.1016/j.jalz.2013.08.226.
- [9] Raglio A, Bellelli G, Traficante D, et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia [J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2008, 22(2): 158-162. DOI: 10.1097/WAD.0b013e3181630b6f.
- [10] Ahmed RM, Irish M, Henning E, et al. Assessment of Eating Behavior Disturbance and Associated Neural Networks in Frontotemporal Dementia[J]. JAMA Neurol, 2016, 73(3): 282-290. DOI: 10.1001/jamaneurol.2015.4478.
- [11] Yang J, Pan P, Song W, et al. Quantitative meta-analysis of gray matter abnormalities in semantic dementia [J]. J Alzheimers Dis, 2012, 31(4): 827-833. DOI: 10.3233/JAD-2012-120736.
- [12] Nagata T, Shinagawa S, Ochiai Y, et al. Relationship of frontal lobe dysfunction and aberrant motor behaviors in patients with Alzheimer's disease[J]. Int Psychogeriatr, 2010, 22(3): 463-469. DOI: 10.1017/S1041610209991323.
- [13] Haibo X, Shifu X, Pin NT, et al. Prevalence and severity of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Chinese: findings from the Shanghai three districts study[J]. Aging Ment Health, 2013, 17(6): 748-752. DOI: 10.1080/13607863.2013.781116.
- [14] Pan WD, Yoshida S, Liu Q, et al. Quantitative evaluation of severity of behavioral and psychological symptoms of dementia in patients with vascular dementia[J]. Transl Neurodegener, 2013, 2(1): 9. DOI: 10.1186/2047-9158-2-9.

(收稿日期:2018-02-01)

(本文编辑:赵静姝)