

· 护理园地 ·

[文章编号] 1007-0893(2023)22-0131-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.22.039

八段锦运动处方对脑卒中恢复期患者平衡功能的影响

王异之 温清秀 李秀霞

(1. 福建中医药大学附属康复医院, 福建 福州 350003; 2. 福建省康复技术重点实验室, 福建 福州 350003)

[摘要] 目的: 观察脑卒中恢复期患者实施八段锦运动处方在恢复患者平衡功能方面的作用。方法: 选择 2020 年 3 月至 2021 年 12 月福建中医药大学附属康复医院收治的 60 例脑卒中恢复期患者, 按照随机数字表法分为两组, 对照组 (30 例) 给予神经内科常规处理, 观察组 (30 例) 在对照组基础上联合八段锦运动处方。在实施不同护理方式后, 观察两组患者 Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (FMA)、Berg 平衡量表 (BBS) 评分以及焦虑情绪评分。结果: 干预前, 两组患者 FMA 评分、BBS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者 FMA 评分、BBS 评分均较干预前明显升高, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预前, 两组患者焦虑自评量表评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组患者焦虑自评量表评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 脑卒中恢复期患者通过实施八段锦运动处方, 可有效提升患者平衡能力, 缓解焦虑情绪, 提高治疗安全性。

[关键词] 脑卒中; 八段锦运动处方; 平衡功能**[中图分类号]** R 255.2 **[文献标识码]** B

脑卒中患者临床较为常见, 该疾病将会损害患者中枢神经系统, 进而导致患者伴随运动、感觉障碍, 对患者生活质量产生严重影响, 甚至还会直接造成患者残疾。相关调查^[1]显示, 平衡功能障碍属于患者运动功能障碍的基础性因素。并且当脑卒中患者进入到急性期, 患者平衡功能受损情况占比 83.00%。在疾病的影响下, 患者步态稳定性下降明显, 还会伴随明显的跌倒风险, 引发二次损伤。因此, 对于脑卒中患者而言, 通过强化患者平衡功能, 可有效促进患者运动功能康复。相关研究显示, 通过结合患者实际情况, 为患者提供八段锦训练, 在强化患者平衡功能方面具有重要作用^[1]。但是在实际训练过程中, 当患者进入到脑卒中恢复期后, 由于伴随肢体功能障碍, 难以有效完成八段锦锻炼, 并且在居家期间, 患者处于多方面因素影响, 加之未得到良好的指导, 无法坚持锻炼, 这将会严重影响患者平衡能力恢复, 导致患者康复效果下降。因此, 要求临床应切实加强住院期间的指导工作, 通过围绕患者实际情况, 从多方面出发, 对患者进行八段锦训练指导, 为患者制定八段锦运动处方, 有效促进患者平衡能力恢复, 进而提高患者运动功能, 优化生活质量。本研究围绕脑卒中恢复期患者进行分析, 具体观察八段锦运动处方的临床治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 3 月至 2021 年 12 月福建中医药大学附

属康复医院收治的 60 例脑卒中恢复期患者, 以随机数字表法分为观察组和对照组, 各 30 例。观察组男性 20 例, 女性 10 例; 年龄 49~71 岁, 平均 (62.94 ± 6.17) 岁; 病程 4~13 周, 平均 (8.17 ± 3.65) 周。对照组男性 21 例, 女性 9 例; 年龄 50~72 岁, 平均 (62.96 ± 6.18) 岁, 病程 4~12 周, 平均 (8.20 ± 3.66) 周。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准 (2022013)。

1.1.1 纳入标准 (1) 患者符合脑卒中诊断标准^[2], 接受核磁共振成像检查后确诊, 均处于脑卒中恢复期;

(2) 患者年龄在 35~65 岁; (3) 患者生命体征稳定; (4) 患者能够完成各项量表测定; (5) 患者均伴随平衡功能、肢体功能障碍。(6) 患者及家属对研究均知情同意。

1.1.2 排除标准 (1) 短暂脑缺血发作患者; (2) 存在其他继发性改变患者; (3) 患者是受到其他疾病形成的上肢运动功能障碍; (4) 妊娠、哺乳期妇女; (5) 活动性癫痫患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予神经内科常规处理。加强患者药物治疗, 给予营养支持, 落实呼吸道管理, 日常加强患者体位管理, 每小时调整患者体位, 提升舒适感。为患者提供口咽护理。重点落实康复护理, 以保障患者生命体征稳定作为前提, 帮助患者完成上肢被动训练, 借

[收稿日期] 2023-09-12**[基金项目]** 福建省中青年教育科研项目 (JAT190266)**[作者简介]** 王异之, 女, 主管护师, 主要研究方向是康复护理。

助挤压、拍打等刺激方式，诱发患者进行上肢随意运动，实施护理操作期间应注意询问患者感受，以免患者出现疼痛感。强化患者床上训练，协助患者先练习床上移动，在训练良好的情况下，可练习床上坐起，并指导患者正确进行桥式运动。指导患者练习日常生活训练，包括手指屈伸训练等。给予神经肌肉促通技术，对患者实施训练。训练时间为4周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上联合八段锦运动处方。指导患者处于独立站立式，医护人员立于患者身旁保护防跌倒。加强病房环境控制，保持病室宽敞明亮，环境安静。提前录制好八段锦视频让患者学习。指导患者每日训练，时间控制在20 min，每日进行1次训练，每周共训练6 d，总计进行4周训练。

1.3 观察范围

应用Fugl-Meyer运动功能评定量表(Fugl-Meyer motor function assessment, FMA)^[3]评估患者的运动功能恢复情况，量表为上肢项目(9个, 66分)、下肢项目(7个, 34分)，评分提升，表明肢体肌肉反射情况越好，运动功能恢复效果越好。应用Berg平衡量表(Berg balance scale, BBS)^[4]评估患者的平衡能力，总分0~56分，评分越高，平衡能力越好。应用焦虑自评量表^[5]评估患者的焦虑情况，满分100分，超过50分说明存在焦虑情绪，评分与焦虑情绪呈反比。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计软件分析数据，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后运动功能及平衡功能比较

干预前，两组患者FMA评分、BBS评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，两组患者FMA评分、BBS评分均较干预前明显升高，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

表1 两组患者干预前后平衡功能比较($n = 30, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	FMA评分	BBS评分
对照组	干预前	63.92 ± 6.80	36.22 ± 2.60
	干预后	79.29 ± 7.08 ^a	40.14 ± 3.79 ^a
观察组	干预前	63.98 ± 6.84	36.14 ± 2.62
	干预后	96.98 ± 10.18 ^{ab}	50.14 ± 6.54 ^{ab}

注：FMA—Fugl-Meyer运动功能评定量表；BBS—Berg平衡量表。

与同组干预前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者干预前后焦虑情绪比较

干预前，两组患者焦虑自评量表评分比较，差异无

统计学意义($P > 0.05$)；干预后，观察组患者焦虑自评量表评分低于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表2。

表2 两组患者干预前后焦虑情绪比较($n = 30, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后
对照组	52.14 ± 2.63	30.14 ± 1.03
观察组	52.20 ± 2.65	16.85 ± 2.15 ^c

注：与对照组干预后比较，^c $P < 0.05$ 。

3 讨论

平衡调控强调应将多种感觉信息传输到中枢神经系统中，经统一整合分析，进而下达运动指令。运动系统能够以协同运动模式作为依托，对姿势变化进行控制。如果身体偏离重心，人体能够通过自身调节机制，帮助患者恢复重心，因为脑卒中患者伴随中枢神经系统受损情况，在不具有部分中枢神经控制后，患者机体感觉下降明显，伴随协调能力下降情况，进而导致无法控制主动运动，引发平衡功能障碍。而在脑卒中恢复期患者中，患者面对外力影响下的体位变化往往不具有良好的保持稳定性的能力，该问题即自我平衡功能障碍^[6]。

考虑到脑卒中患者在给予治疗后，仍具有较高的肢体功能障碍风险，并且平衡能力相对较差，临床高度重视患者康复治疗工作。当前临床帮助该类患者肢体功能恢复方法相对较多，并且均起到了一定的治疗效果，但是各类方法的使用同样存在局限性。其中，物理疗法主要借助传统神经促通技术，指导患者训练，训练内容以被动运动为主，需要耗费大量人力资源，并且远期治疗效果较差。作业疗法在患者患肢功能障碍的情况下，应用存在局限性，仅能够支持少量开展，无法实现对患者的全面介入治疗^[7]。强制性运动疗法过度强调患者患侧运动训练，患者在训练后往往伴随肢体不协调情况。康复机器人仪器设备费用较高，无法普及。经中药治疗，虽然治疗效果良好，但是患者无法长期坚持。针刺需要医务人员具有精湛的操作技巧，医务人员操作水平将会严重影响患者临床治疗效果^[8]。太极拳更加注重患者下肢步态，卒中早期患者学习困难，容易丧失信心。因此，强调临床应充分考虑到患者的具体情况，选择更加科学的训练方式，进而有效提升患者训练质量，提高患者康复效果^[9]。

近年来，八段锦因为动作简单，适用于肢体功能障碍患者练习，且不对肢体功能恢复产生负面影响，具有良好的保健性，成为临床较为热衷的一种训练方式。当前国内研究^[10]显示，通过将八段锦应用到脑卒中患者中，可有效改善患者肢体功能。本研究显示，干预后，观察组患者FMA、BBS评分更高更优，焦虑情绪评分更低($P < 0.05$)。八段锦主要以中医理论作为基础，涵

盖三种经典中医思维,在提升患者平衡能力方面具有显著优势,可有效确保治疗安全性。八段锦涉及到的动作能够调理特定脏腑,其中,第三式、第六式能够有利于调节气机。《素问·脏器法时论》中认为,脾病患者由于水湿无法运化,将会导致患者出现营养不良,进而引发脏器失养。而八段锦第三式能够通过练习上肢,调节气机,进而有效改善患者脾胃,进而实现中土得安,起到强身健体的作用,进而促进患者平衡功能恢复^[11]。

《素问·上古天真论》中认为肾气能够为人体活动提供动力,而在先天不足、后天耗伤的情况下,将会导致患者肾精亏损,进而伴随腰膝酸软症状,并且在症状严重的情况下,还会使患者无法正常生长发育^[12]。而八段锦第六式能够通过指导患者练习腰背部屈伸,可起到刺激肾脏的作用,有利于强腰固肾,促进生长发育,经练习后,可有效改善平衡能力。中医强调治未病思想,八段锦动作轻柔,具有连续性,能够指导患者在全身放松的基础上,开展各项肢体运动,有利于调理患者脏腑、经络^[13]。同时,八段锦动作连贯,强调动静结合,与我国古代阴阳平衡思想相贴合。八段锦练习可调节患者心神,有利于促进患者身心放松,符合中医养生观念。八段锦涉及到大量伸展性动作,重视练习手指抓握。其中,前四式强调上肢运动,建立在有效运动基础上,可有效刺激手部、肘部,使患者上肢得到充分锻炼。其中,第一式需要指导患者上肢拉伸,双掌上托,两臂内旋,通过疏通三焦,可有效促进诸气通行,有利于运行水液,进而改善患者疼痛感,促进患者肢体恢复。第二式强调右掌呈爪右拉,左侧呈八字掌向左,经锻炼后,可充分刺激患者少商穴,有利于疏通整条手太阳穴位。第三式需要指导患者左手举,掌心朝上,右手下按,经练习,可有效改善患者脾胃功能,促进痿软无力肢体恢复。第四式强调患者手臂外旋,并开展肩关节训练,通过对患者手部穴位进行刺激,有利于调节患者气血,改善上肢功能^[14]。第五式强调患者身体稍微前倾,目视前方,双手呈现反按状态,放置在膝盖上,并进行上体摇晃,有利于充分刺激患者穴位,确保患者肝脏气血畅通。第六式强调患者双臂平举上抬,并逐步下落,通过坚持进行练习,可有效优化患者肢体力量。第七式强调患者双手握拳,左拳击出后头向左转,右拳后拉,形成争力,并随后收回左拳,将右拳击出。该项训练可有效强化患者手部功能。第八式强调患者双腿直立,手指并拢,经训练后,可优化患者运动功能。八段锦训练具有松紧结合的特点,整个练习期间患者肌肉以及关节均呈现放松状态,并且需要适当用力,可有效帮助患者疏通经络,促进强筋壮骨。现代体育项目对患者身体协调能力要求严格,更加适用于病情稳定的患者。而八段锦动作和缓,通过应用在脑卒中患者中,不仅具有良好的治疗作用,还能够起到保健作用。

因此,临床认为,八段锦具有良好的辅助作用,应用后,通过加强患者运动指导,能够有效优化患者身体功能,有利于提升神经肌肉精细化水平,进而帮助患者恢复平衡能力,提高患者生活质量。并且该治疗方式具有较高的安全性,动作简单,患者学习便利,不具有刺激性,可有效降低患者不良事件风险^[15]。

综上所述,脑卒中恢复期患者在实施八段锦运动处方后,有利于保障平衡能力,提高治疗安全性。

[参考文献]

- [1] 方秀秀,王伟,王广伟,等.八段锦在治未病中的研究进展[J].中国疗养医学,2023,32(10):1082-1085.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国各类主要脑血管病诊断要点2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.
- [3] 唐智生,梁勤,李思源,等.八段锦运动对脑卒中后抑郁患者肌张力和情绪的影响分析[J].中国现代药物应用,2023,17(14):169-173.
- [4] 杨莉,张会敏,孙娟.八段锦运动在脑卒中患者主要照顾者中的应用[J].中国疗养医学,2023,32(8):785-790.
- [5] 柳丽萍,董晓露,邵其遐,等.八段锦联合经颅磁刺激对脑卒中后失眠患者睡眠质量的影响[J].现代实用医学,2022,34(9):1150-1152.
- [6] 刘婉,赵焰,杨丹,等.八段锦运动处方对脑卒中恢复期患者自我动态平衡的影响[J].时珍国医国药,2022,33(8):1936-1939.
- [7] 冀晓瑜,袁梦,宋艳.八段锦干预对脑卒中偏瘫患者运动功能、肌电图特征及血清神经细胞因子水平的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(20):18-22.
- [8] 马占科,曹宇璐.八段锦在糖尿病周围神经病变中应用效果的Meta分析[J].宁夏师范学院学报,2022,43(4):51-59.
- [9] 谭雪峰,郭成根,易军.中国传统功法对中老年脑卒中患者运动能力影响的Meta分析[J].湖北体育科技,2022,41(4):360-366.
- [10] 陈国明,王丽,毕鸿雁.中国传统功法八段锦的临床康复研究进展[J].按摩与康复医学,2022,13(10):57-60.
- [11] 刘国光.八段锦康复训练干预脑卒中恢复期患者的价值分析[J].基层医学论坛,2022,26(5):72-74.
- [12] 吴丽丽.针刺联合言语康复训练对脑卒中后失语症患者的影响[J].实用中西医结合临床,2022,22(2):117-119,128.
- [13] 周海英,吴云英,吴春兰.八段锦配合康复训练对治疗恢复期老年脑卒中患者的影响[J].老年医学与保健,2021,27(6):1191-1194.
- [14] 罗琼,周通,曾海涛,等.八段锦联合互动式头针对老年脑卒中后偏瘫患者康复的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(24):5571-5573.
- [15] 张玲玲,黄彩霞.八段锦康复训练对老年脑卒中偏瘫患者肢体运动功能、日常生活和生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(21):4620-4622.