

# 健身气功干预在卒中康复期患者中的安全性评估及依从性分析

王琦

自贡职业技术学院

DOI:10.12238/bmtr.v7i5.16531

**[摘要]** 目的: 探讨健身气功(八段锦、太极拳)在卒中康复期患者中的安全性评估及依从性影响因素。方法: 选取120例卒中康复期患者, 随机分为干预组(60例, 常规康复+健身气功)与对照组(60例, 常规康复), 干预12周。比较不良事件发生率, 用MMAS-8改编版评依从性。结果: 干预组不良事件发生率6.67% 低于对照组20.00%( $P=0.031$ ); 依从性优良率81.67%高于对照组58.33%。结论: 健身气功联合常规康复安全, 需针对性改善依从性。

**[关键词]** 卒中康复期; 健身气功; 安全性; 依从性; 影响因素

中图分类号: R730.9 文献标识码: A

## Safety assessment and compliance analysis of fitness qigong intervention in stroke rehabilitation patients

Qi Wang

Zigong Vocational and Technical College

**[Abstract]** Objective To explore the safety and compliance influencing factors of fitness qigong (Ba Duan Jin, Tai Chi) in stroke rehabilitation patients. Method: 120 stroke rehabilitation patients were selected and randomly divided into an intervention group (60 cases, conventional rehabilitation+fitness qigong) and a control group (60 cases, conventional rehabilitation) for 12 weeks. Compare the incidence of adverse events and evaluate compliance using the modified version of MMAS-8. The incidence of adverse events in the intervention group was 6.67% lower than that in the control group (20.00%,  $P=0.031$ ); The excellent compliance rate was 81.67%, which was higher than the control group's 58.33%. Conclusion: The combination of fitness qigong and conventional rehabilitation is safe and requires targeted improvement of compliance.

**[Key words]** stroke rehabilitation period; Fitness Qigong; Security; Compliance; influencing factors

### 引言

卒中是全球成人致残首因, 我国年新发超200万, 70%-80%患者遗留功能障碍。常规康复训练存在强度难控、内容枯燥问题, 易致不良事件且依从性低。健身气功虽在慢病康复中显优势, 但针对卒中康复期患者的安全性、依从性缺乏系统数据<sup>[1]</sup>。基于此, 本研究通过随机对照设计, 系统评估健身气功干预效果, 为优化卒中康复方案提供循证依据。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取2023年1月-2024年1月我院120例卒中康复期患者。纳入标准: 符合2022卒中指南诊断、发病1-6个月且肌力 $\geq 2$ 级、生命体征平稳、MMSE $\geq 24$ 分、知情同意; 排除标准: 脏器衰竭、认知/精神障碍、严重骨病/肿瘤、近3月跌倒/损伤、气功禁忌。患者男68例、女52例, 年龄45-78岁( $62.3 \pm 8.5$ )岁, 缺血性86例、出血性34例。随机分两组各60例, 基线资料可比( $P>0.05$ )<sup>[2]</sup>。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组

实施常规康复训练, 肢体功能训练(30min/次)以主动与被动训练结合, 被动训练由治疗师辅助完成肩、肘、腕、髋、膝、踝等关节全范围活动, 每个关节各方向重复10~12次, 预防关节挛缩; 主动训练根据肌力分级开展, 肌力2级者进行辅助主动运动, 肌力3级及以上者开展直腿抬高、桥式运动等抗阻训练, 每组10~15次, 共3组。平衡训练(20min/次)从静态平衡(坐位、立位平衡保持)逐步过渡到动态平衡(重心左右转移、闭目站立), 训练时配备防护栏与治疗师守护, 避免跌倒风险。言语训练(按需, 20min/次)针对构音障碍患者开展口腔肌肉运动训练(如鼓腮、伸舌), 针对失语患者进行发音、复述与命名训练, 每次训练设置10~15个目标词汇。ADL训练(20min/次)模拟日常生活场景, 指导患者完成穿衣、进食、洗漱等动作, 重点纠正动作不协调问题, 提升生活自理能力。每日1次, 每周5d, 连续12周。

1. 2. 2 干预组

在对照组常规康复训练基础上联合健身气功（八段锦、简化 24 式太极拳交替）干预，每周一、三、五练习八段锦，每周二、四练习太极拳，训练时间安排在常规康复训练后 30min 内，避免患者过度疲劳。

（1）初始适应阶段（第 1~2 周）：每次训练 15~20min，含 5min 热身、10~15 min 功法训练、5min 放松。热身采用轻柔的关节活动（头部缓慢旋转、肩部环绕、腰部侧屈）与腹式呼吸训练（吸气 4s、屏息 2s、呼气 6s），帮助患者激活肌肉、调整呼吸节奏。功法训练选取基础动作，八段锦重点教授“两手托天理三焦”“左右开弓似射雕”，太极拳重点教授“起势”“野马分鬃”“白鹤亮翅”，每个动作分解为 3~4 个步骤，治疗师逐一步骤示范，同时用口语化指令（如“双手慢慢举过头顶，感受腰部伸展”）引导患者理解动作要领，每个动作重复 3~5 次，动作幅度控制在患者可耐受范围内（以不引发关节疼痛为宜）。放松阶段采用全身肌肉渐进式放松，从脚趾到头部依次收紧再放松肌肉，配合深呼吸，缓解训练后肌肉紧张。

（2）适应提升阶段（第 3~6 周）：每次训练 25~30min，含 5min 热身、15~20 min 功法训练、5min 放松。热身在初始阶段基础上增加平衡预热（单腿站立 10~15s，左右腿交替），提升患者平衡感知能力。<sup>[3]</sup> 功法训练完成八段锦 8 式、太极拳 24 式全部动作教学，八段锦新增“调理脾胃须单举”“五劳七伤往后瞧”等动作，太极拳新增“云手”“单鞭”等动作，训练中采用“集体练习+个体化指导”模式，治疗师巡回观察，针对动作不规范者（如太极拳“云手”时重心转移不到位）进行单独纠正，通过手把手辅助调整肢体位置，确保动作标准。同时，引入“呼吸与动作配合”训练，要求患者在动作展开时吸气、回收时呼气，形成“动息相随”的节奏，每次动作重复 5~8 次。放松阶段增加穴位按摩，按揉合谷穴（手背第 2 掌骨中点）、足三里穴（外膝眼下 3 寸），每个穴位按摩 30s，力度以患者感到轻微酸胀为宜，辅助缓解肌肉疲劳。

（3）巩固维持阶段（第 7~12 周）：每次训练 30~35min，含 5min 热身、20~25min 功法训练、5min 放松。热身内容与适应阶段一致，功法训练采用“完整流程+重点强化”模式，先完整练习 1 遍功法（八段锦约 8min、太极拳约 10min），再针对难度较高的动作（如八段锦“摇头摆尾去心火”、太极拳“下势”）进行强化训练，每个重点动作重复 8~10 次，训练强度根据患者主观感受（采用 Borg 自觉疲劳量表，RPE 评分控制在 11~13 分，即“感觉稍累但可坚持”）动态调整，若患者出现头晕、心慌等不适，立即降低动作幅度或暂停训练。此外，每周开展 1 次“功法交流小课堂”，通过播放功法教学视频、组织患者互相示范动作，提升患者训练兴趣与主动性。放松阶段延续肌肉放松与穴位按摩，同时增加心理放松引导，治疗师用温和语言引导患者想象舒适场景（如“想象自己在平静的湖边散步”），帮助患者缓解训练压力。训练场地铺设防滑垫、安装扶手，配备血压计、血糖仪等急救设备，预防突发不良事件。每日 1 次，每周 5d，连续 12 周。

1. 3 观察指标

观察两组不良事件（跌倒、头晕等）发生率以评安全性，用 MMAS-8 改编版评依从性（0~8 分，分优良 6~8 分、中等 4~5 分、差 0~3 分），比较两组依从性优良率。

1. 4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以频数和百分比表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义，确保结果可靠性及科学严谨性。

2 结果

2. 1 两组患者不良事件发生情况比较

从数据结果可以看出，干预组患者不良事件发生比对照组低（ $P > 0.05$ ），详细可见表 1 数据。

表 1 对照组与干预组患者不良事件发生率结果数据 [n(%)]

组别	例数	跌倒	头晕	血压波动	关节疼痛	心悸	不良事件发生率
对照组	60	3 (5.00)	2 (3.33)	4 (6.67)	2 (3.33)	1 (1.67)	12 (20.00)
干预组	60	1 (1.67)	1 (1.67)	1 (1.67)	1 (1.67)	0 (0.00)	4 (6.67)
$\chi^2$							4.672
P							0.031

2. 2 两组患者干预依从性比较

从数据结果可以看出，干预组患者依从性比对照组高（ $P > 0.05$ ），详细可见表 2 数据。

表 2 对照组与干预组患者依从性结果数据 [n(%)]

组别	例数	优良 (6~8 分)	中等 (4~5 分)	差 (0~3 分)	依从性优良率
对照组	60	35 (58.33)	18 (30.00)	7 (11.67)	35 (58.33)
干预组	60	49 (81.67)	8 (13.33)	3 (5.00)	49 (81.67)
$\chi^2$					7.528
P					0.006

3 讨论

本研究结果显示干预组不良事件发生率（6.67%）显著低于对照组（20.00%），这一结果充分表明健身气功联合常规康复训练在卒中康复期患者中具有较高的安全性。常规康复训练虽能改善患者运动能力，但训练强度把控难度大，内容单一枯燥，易导致患者跌倒、血压波动等不良事件。而健身气功以动作柔和缓慢、强调呼吸与肢体协调为核心，其动作幅度和强度可根据患者个体情况进行灵活调整，避免了因训练强度不当引发的关节损伤等问题。在训练过程中治疗师能够密切观察患者的反应，及时调整动作难度和强度，进一步降低了不良事件的发生风险。

例如,在巩固维持阶段,根据患者主观感受采用Borg自觉疲劳量表动态调整训练强度,若患者出现头晕、心慌等不适,立即降低动作幅度或暂停训练,这种个性化的调整方式有效保障了患者的安全。

干预组依从性优良率(81.67%)明显高于对照组(58.33%),说明健身气功的引入显著提高了患者的治疗依从性。常规康复训练长期重复,容易使患者产生抵触情绪,导致依从性下降。健身气功作为一种传统养生方式,具有丰富的文化内涵和趣味性。在训练过程中采用分阶段教学,从初始适应阶段的简单动作分解示范,到适应提升阶段的集体练习与个体化指导,再到巩固维持阶段的完整流程练习与重点强化,以及每周开展的“功法交流小课堂”,通过播放教学视频、组织患者互相示范动作等方式,增加了训练的趣味性和互动性,激发了患者的训练兴趣和主动性。此外,健身气功强调呼吸与肢体的协调配合,患者在训练过程中能够感受到身体的逐渐改善和内心的平静,这种积极的体

验也促使患者更愿意坚持训练,从而提高了依从性。

综上所述,健身气功联合常规康复训练在卒中康复期患者中具有较高的安全性和良好的依从性。未来的研究可以进一步扩大样本量,延长观察时间,深入探讨健身气功干预的长期效果和作用机制,为卒中康复提供更全面、科学的依据。

#### [参考文献]

[1]冯金苹.八段锦联合经颅直流电刺激治疗脑卒中后轻度认知功能障碍临床研究[J].新中医,2022(18):146-149.

[2]彭团辉,杨玲.长期运动对健康老年人群血脂影响的系统评价及Meta分析[J].中国组织工程研究,2023(14):2276-2282.

[3]王晨,张培珍,杨发明,等.六字诀训练对脑卒中恢复期患者平衡功能和呼吸功能的影响[J].康复学报,2022(04):306-313.

#### 作者简介:

王琦(1999--),女,汉族,四川攀枝花人,本科,研究方向:卒中后康复。