

## 护士主导的“八段锦”干预方案对颅脑损伤后认知障碍患者的效果研究

戴静雅

江苏省太仓市第一人民医院 江苏苏州

**【摘要】** 目的 观察护士主导的“八段锦”干预方案对颅脑损伤患者的认知障碍辅助治疗效果。方法 根据观察时间需求及病患入选标准，从 TBI 后认知障碍患者中筛选 120 例患者作为研究对象，分为对照组和实验组，每组 60 例。2 组患者均给予常规药物治疗颅脑损伤和以护士为主导的非药物干预方案，观察组在此基础上辅以八段锦训练，干预后一周分别对 2 组患者认知功能、生活品质、抑郁、睡眠质量等进行评价，并于治疗结束后进行干预满意度问卷调查。结果发现 2 组患者简易智能状态评估量表(MMSE)评分、QOLIBRI 脑外伤后生活品质问卷、SDS 抑郁自测量表、匹兹堡睡眠质量评估表 (PSQI) 均较治疗前明显改善( $P < 0.05$ )；并且干预后观察组患者 MMSE、QOLIBRI、SDS 及 PSQI 评分分别为[(23.4±3.5)分、(104.62±8.36, 31.75±5.15)分、(49.97±6.79)%和(7.17±2.71)分]亦显著优于对照组水平，组间差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )；另外观察组干预后满意度为 85.0%，也明显优于对照组水平( $P < 0.05$ )。两组患者干预前 SF-36 生活质量对比差异无法满足统计学含义( $P > 0.05$ )。经干预后，观察组生活质量明显优于对照组( $P < 0.05$ )。结论 在常规治疗颅脑损伤导致认知障碍患者基础上辅以八段锦干预方案能进一步改善患者病情及提高生活质量，其疗效明显优于仅以护士为主导的非药物干预方案，值得在颅脑损伤导致的认知障碍患者中推广、应用。

**【关键词】** 认知障碍；非药物干预；八段锦；生活质量

### Effect of nurse-led "Ba Duan Jin" intervention program on patients with cognitive impairment after traumatic brain injury

Jingya Dai

The First People's Hospital of Taicang City, Jiangsu Province, Suzhou, Jiangsu, China

**【Abstract】 Objective** To observe the effect of "Ba-duan-jin" intervention program led by nurses on cognitive impairment in patients with cerebration injury. **Methods** according to the observation time demand and patient inclusion criteria, 120 patients with cognitive impairment after TBI were selected as the research objects and divided into control group and experimental group, with 60 patients in each group. The patients in the two groups were given routine drug treatment for craniocerebral injury and nurse led non drug intervention program. On this basis, the observation group was supplemented with Ba-duan-jin training. One week after the intervention, the cognitive function, quality of life, depression and sleep quality of the patients in the two groups were evaluated, and the treatment satisfaction questionnaire was conducted after the treatment. **The results** showed that the scores of MMSE, QOLIBRI (post traumatic quality of life questionnaire), SDS (depression self-test and Pittsburgh Sleep Quality Assessment), PSQI in the two groups were significantly improved compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ); After treatment, the scores of MMSE, qolibri, SDS and PSQI in the observation group were [(23.4±3.5)、(104.62±8.36, 31.75±5.15)、(49.97±6.79)% and (7.17±2.71)] respectively, which were also significantly better than those in the control group ( $P < 0.05$ ); In addition, the treatment satisfaction of the observation group was

85.0%, which was also significantly better than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** on the basis of routine treatment of patients with cognitive impairment caused by craniocerebral injury, Baduanjin intervention scheme can further improve the patient's condition and improve the quality of life. Its curative effect is significantly better than the non drug intervention scheme dominated by nurses. It is worthy to be popularized and applied in patients with cognitive impairment caused by craniocerebral injury.

**【Key words】** Cognitive impairment; Non drug intervention; Ba-duan-jin; Quality of life

认知障碍是指学习记忆以及思维判断有关的大脑高级加工过程出现异常, 从而引起严重学习、记忆障碍, 同时伴有失语或失用或失认或失行等改变的病理过程<sup>[1]</sup>。认知障碍是创伤性颅脑损伤(trumatic brain injury, TBI)患者的常见后遗症之一, 有研究认为可以造成认知缺失的重要部位有: 左侧大脑半球, 丘脑, 大脑额叶前部, 且优势大脑半球的丘脑损害比非优势侧更加容易导致认知功能障碍, 甚至在脑震荡等轻度脑损伤中也会出现<sup>[2]</sup>。大脑不同的部位控制不同的认知功能, 人的注意力、记忆力及反应能力等功能与大脑各部位供血情况有密切关系, 凡引起大脑皮层功能和结构受损的因素都可导致认知功能损害, 机制可能是小血管病变导致皮质-皮质下结构慢性缺血, 间接导致额颞顶的皮质功能异常, 影响皮质-皮质下之间的协同作用。额叶与执行能力密切相关; 颞叶与记忆、语言、执行和记忆密切相关; 基底节与额叶、颞叶有复杂、广泛的纤维联系; 颅脑损伤可导致皮质和皮质下之间的联系纤维中断会影响到执行能力和语言能力<sup>[3-5]</sup>。有研究表明, TBI后认知功能障碍是 TBI 患者发展为痴呆的强预测因子<sup>[6]</sup>; TBI 后的认知功能障碍直接影响患者脑功能的全面康复, 间接影响机体的其他功能恢复, 进而最终影响患者生活质量和预后<sup>[7]</sup>。最近针对反复轻度 TBI 的研究表明<sup>[8]</sup>, 相当多的患者长期经受神经认知和神经行为后遗症。

在中重度TBI患者中约有65%会出现长期的认知功能障碍, 轻度TBI患者中约有15%会出现较为持久的认知功能障碍, 且认知功能障碍是TBI患者致残的主要原因之一<sup>[9-10]</sup>, 是影响患者能否恢复工作和生活的主要因素, 因此对颅脑损伤后认知功能障碍的识别和干预研究有深远的临床实际意义。

当前, 国际和国内主要依靠各种认知评估量表来筛查和评定认知功能障碍, 简易智能状态评估量表 (MMSE)为研究最广泛的认知功能障碍评估表, 是痴呆筛查的首选量表, 有研究证明MMSE量表对于创伤性颅脑损伤患者具有良好的信度和效度<sup>[11]</sup>,

具有题目设置简单, 易于回答分析, 受教育水平和年龄影响不大的优势<sup>[12]</sup>, 因此该量表可以选作创伤性颅脑损伤患者认知功能的筛查和评定的评估工具。我科使用简易智能状态评估量表 (MMSE)对颅脑损伤患者进行认知功能的筛查和评定: 该量表包括7个方面: 时间定向力, 地点定向力, 即刻记忆, 注意力及计算力, 延迟记忆, 语言, 视空间。共30项题目, 每项回答正确得1分, 回答错误或答不知道评0分, 量表总分范围为0-30分。

2020年10月1日至12月1日, 对我科颅脑损伤患者预实验筛查, 颅脑损伤认知功能障碍的发生率为35.32%, 发生率较高, 因此通过非药物干预手段改善患者认知功能障碍具有重要意义。

目前, 研究者对于认知障碍干预措施也相对较少, 主要集中在对阿尔兹海默和脑卒中后引起的认知障碍患者的方向, 而对于TBI引起的认知障碍患者的干预治疗研究相对较少, 目前, 药物治疗在延缓认知功能减退, 日常生活、活动能力下降等方面的作用均有限, 且可能产生副作用<sup>[13]</sup>, 越来越多的研究表明, 认知训练等非药物干 (Non-Pharmaceutical Intervention, NPI) 可能有不错的效果, 同时还具有价格便宜、操作方便等优势, 在改善认知, 缓解精神行为症状等多方面表现出了积极的作用<sup>[14-15]</sup>。

当前, 研究者对 TBI 患者认知障碍非药物干预的相关研究较少, 但是国内外对 AD 导致的认知障碍运用非药物干预方法的相关研究, 已获得了较多成果: 有学者经研究认为, 认知训练、认知刺激和认知康复等认知干预, 能对轻中度 AD 患者的总体认知功能起到持续改善的作用<sup>[16]</sup>。郑妍等研究证明, 运动疗法能够改善 AD 患者的认知功能, 日常生活能力, 减少精神行为症状, 延缓疾病进程<sup>[17]</sup>。中国有许多传统运动项目, 如太极拳等, 被应用于临床能康复<sup>[18-19]</sup>, 八段锦是目前应用广泛中国传统健身法<sup>[20]</sup>, 其以身体活动、心理调节和呼吸吐纳为基本原则, 具有增强体质、延年益寿的作用, 既涉及肩、肘、腕、髌、膝、踝等外在形体锻炼, 也要求以意

领气、意注而形动的内在修炼<sup>[21]</sup>，八段锦下肢微屈、半屈动作较多，肌肉负重较大，可以增强肌力，改善协调性和平衡功能，对血脂异常、高血压有积极作用<sup>[22]</sup>；对心理问题和亚健康也有积极影响<sup>[23-24]</sup>。与太极拳等复杂的运动形式相比，八段锦动作简单，对身体和认知要求较低，更容易学习，更适合认知障碍患者，同时，练习八段锦安全经济，无场地、时间和器材限制，效果明显，有临床应用价值。基于此，本研究在常规非药物干预基础上采用八段锦训练对脑损伤导致的认知障碍患者进行辅助干预，获得满意疗效，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

采用随机对照研究的方法，将2021年1月到4月的60例TBI后认知障碍的患者作为对照组将2021年5

月到2021年12月的60例TBI后认知障碍的患者作为实验组。纳入标准：①颅脑损伤患者；②自愿参加本研究；③意识转为清醒患者；④入院72h以上（避开疾病急性期）；⑤MMSE简易智能精神状态检查量表评分 $<27$ 分；剔除标准：①具有可导致认知功能障碍的疾病（阿尔茨海默病、帕金森病、脑卒中、脑白质病变、颅内感染、甲状腺功能异常等）的患者，大量抽烟、饮酒及服用影响认知功能药物的患者。②伴有重度焦虑抑郁者、精神分裂症等精神疾病。③有明显听力、视力、语言、运动功能障碍等不能配合检查者。④有严重高血压、心脏病、血糖不稳定或其他严重疾病导致无法下床活动者。两组患者或家属均签署知情同意书，并报医院伦理委员会批准。两组患者的性别构成比、年龄等一般临床资料比较，患者一般资料见表1。

表1 两组患者一般资料比较 (n=120)

组别	例数	性别 (例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$ )
		男性	女性	
观察组	60	38	22	56.20±6.28
对照组	60	37	23	55.97±6.21
$\chi^2/t$ 值		0.037	0.033	0.142

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组认知障碍患者接受以护士为主导的非药物干预方案，具体方案内容包括：(1)饮食干预：以营养丰富，富含2-3脂肪酸，抗氧化剂等成分的食物组成，主要以高摄入蔬菜、水果、谷类、豆类、坚果；摄入不饱和脂肪酸(主要是以橄榄油为主)；适当进食鱼肉；进食低到中等量的乳制品；少量摄入红肉制品。(2)认知干预：认知训练的实施建议每周5-6次，每次1h，强调以患者为主体，时间和强度遵循个体化原则。①记忆力训练：采取记数字、询问日期、重述电话号码、回忆之前出示的钢笔、眼镜、钥匙等物品名称等方法，以提高其瞬间记忆能力；或引导患者记忆一段信息，按一定间隔复述信息，反复进行并逐渐延长间隔时间等方式，训练其延迟记忆能力。②定向力训练：建议将定向力训练融入日常生活中，选择患者与之有感情、感兴趣的时间、地点、人物的常识性记忆进行训练和强化，可以获得事半功倍的效果。③语言交流能力训练：遵循从易到难原则，利用图卡命名和看图说话等方

式锻炼表达能力；通过抄写听写、看图写字、写日记等锻炼书写能力；也可以通过朗读和歌唱激活其大脑相应功能。④视空间与执行能力训练：参考日常生活能力量表，结合生活技能相关的条目进行针对性的训练，如穿衣、如厕、洗浴、识别钱币、接打电话、开关电视，也可以练习更复杂的项目，如使用洗衣机、银行取钱等；如果患者在训练中出现错误，用鼓励的方式正确示教，避免责备，不强迫其选择和回忆。⑤计算能力训练：根据病情选择难易程度，循序渐进，以简单算数运算为佳。

#### 1.2.2 实验组

实验组在接受认知障碍训练之外，增加八段锦训练，具体方案内容包括：八段锦训练采用国家体育总局2003年颁布的“健身气功八段锦”，动作包括共10个动作：(1)预备式：练功先练腿，左脚开立，与肩同宽，微微下蹲，两掌呈半圆抱于腹前；接着调息：吸呼几次，使身心平顺。(2)第一式：两手托天理三焦，两掌五指分开，腹前交叉，双腿伸直，两掌上托于胸前，内旋向上托起，掌心向上，

抬头目视,然后手掌停一停,目视前方。膝关节微屈,两臂下落,两掌心向上捧于腹前。这样一上一下为一次,共做6次。(3)第二式:左右开弓似射雕,①左脚向左开步,两掌向上交叉于胸前。两腿马步,就像左右开弓射箭一样,右掌拉至右胸前,左掌呈八字掌(大拇指和食指呈八字,其余三指曲后)向左推出,把弓拉到最圆,眼光盯着指尖。②然后重心右移,右手划弧,左脚回收,两掌捧于腹前并步站立。然后反方向来一次,共做3次。(4)第三式:调理脾胃须单举,左手掌根上撑,上举至头左上方,右掌根下按。然后左臂下落于腹前,一左一右做三次。(5)第四式:五劳七伤往后瞧,两腿微屈挺膝,手臂于两侧伸直,掌心外旋向上,头尽量向后转,目视左斜后方,稍停。两臂内旋收回两侧,两腿微屈,目视前方。一左一右做三次。

(6)第五式:摇头摆尾去心火,①右脚开步站立,两腿微屈,两掌经两侧上举,两腿半蹲为马步,两臂向双腿降落扶于膝关节上方。②身体重心右移,俯身经过右脚面,重心放低,由尾闾带动上体向左旋转,经过左脚面。然后身体重心后移,上体后摇由右向左向前旋转,身体立起。一右一左做三次。

(7)第六式:两手攀足固肾腰,①两腿挺膝站立,两臂向前向上举起,掌心向前,目视前方。两臂屈肘,两掌心向下,按至胸前,两掌反穿至背后,沿着脊背向下摩运至臀部,同时上体前屈,两掌沿腿至脚面,两膝挺直,目视前下方。②两掌前举上升,脊柱随之升起。一上一下为一次,共做6次。(8)第七式:攒拳怒目增气力,左脚向左开步,脚蹬马步,两掌握拳于腰侧,大拇指在内,拳眼向上。左拳向前冲出,拳眼向上,怒目而视,左拳变掌,再旋腕握固成拳,收回腰处。一左一右做三次。(9)第八式:背后七颠百病消,两脚跟提起,头上顶,稍停,目视前方。两脚跟下落,轻震地面。一起一落为一次,共做七次。(10)收势,最后两掌合于腹前,呼吸均匀,周身放松。由一名护士领操,4-5名患者进行以小组为单位的共同锻炼,患者在指导下,每天8:00练习,每次约30 min,每天1次。

### 1.3 疗效评定

两组患者干预前及干预后1周后,均由2名护士单盲法行简易智能状态评估量表(MMSE)评分、QOLIBRI脑外伤后生活品质问卷、SDS抑郁自测量表、匹兹堡睡眠质量评估表(PSQI)的评价,评定两组患者的认知功能、日常生活质量,抑郁和睡眠

情况。

#### 1.3.1 简易智能状态评估量表(MMSE)评分

该量表包括7个方面:时间定向力,地点定向力,即刻记忆,注意力及计算力,延迟记忆,语言,视空间。共30项题目,每项回答正确得1分,回答错误或答不知道评0分,量表总分范围为0-30分。最高得分为30分,分数在27-30分为正常,分数<27为认知功能障碍。

#### 1.3.2 QOLIBRI 脑外伤后生活品质问卷

QOLIBRI量表分为6个一级条目,37个二级条目,其中前4个一级条目用于测量TBI患者对身体各方面的满意度(共包括27个二级条目),分别为认知思考能力(7个二级条目),自我评价(7个二级条目),日常生活和自主性(7个二级条目),人际关系(6个二级条目);量表后2个一级条目用于测量TBI患者是否因自身的身体机能障碍而受到困扰(共包括10个二级条目),分别为情感(5个二级条目),身体机能受限(5个二级条目)。量表中每个条目可供选择的答案为5点Gut-man法:一点也不、有一点、中等、比较、非常;各条目得分总和即为TBI患者生活质量得分。前者分值越高提示生活状态越好,后者分值越高提示问题越严重,生活状态越差。

#### 1.3.3 SDS 抑郁自测量表

抑郁自评量表是一种测量抑郁的工具,包括20个项目,每个项目由七级评分构成。包括精神情感症状两个项目,躯体性障碍八个项目,精神运动性障碍两个项目,抑郁性心理障碍八个项目,抑郁严重度=各条目累计分/80。结果:0.5以下者为无抑郁;0.5-0.59为轻微至轻度抑郁;0.6-0.69为中至重度;0.7以上为重度抑郁。

#### 1.3.4 匹兹堡睡眠质量评估表(PSQI)

它由19个自评条目(组成9个自评问题)和5个他评条目组成,计时只计算自评问题的得分。19个自评条目组成7个因子,每个按0~3分计算,“0”指没有困难,“1”指轻度困难,“2”指中度困难,“3”指重度困难。累计各因子成分得分为PSQI的总分,总分在0~21之间,得分越高,表示睡眠质量越差。“0”分指没有困难,“21”分指在所有方面都非常困难。各个因子:主观睡眠质量;睡眠潜伏期;睡眠持续性;习惯性睡眠效率;睡眠紊乱;使用睡眠药物;白天功能紊乱。自评条目中各选项计分为:①计0分,②计算1分,③计算2分,④计算3分。

### 1.3.5 生活质量量表 (SF-36)

SF-36 量表由美国医学研究组研制的测评生活质量的通用量表,在国际上被普遍认可并广泛应用。此量表共有 8 个维度评价健康相关生命质量 (HRQOL)分属于生理健康和心理健康两个大类中,即生理功能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、总体健康(CH)、活力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)、精神健康(MH)。本次研究选取上述 5 个维度(生理功能,躯体疼痛,总体健康,社会功能,心理健康)对患者干预前后进行评价,分数越高,提示患者的生活质量越高。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS19.0 版统计学软件包进行数据比较,所得计量数据以( $\bar{x}\pm s$ )表示计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验,  $P>0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

入选时 2 组患者简易智能状态评估量表(MMSE)评分、QOLIBRI 脑外伤后生活品质问卷、SDS 抑郁自测量表、匹兹堡睡眠质量评估表 (PSQI) 评分组间差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ),经 1 周干预后发现 2 组患者 MMSE、QOLIBRI、SDS、PSQI 评分均较治疗前明显改善 ( $P<0.05$ ) 通过进一步组间比较发现,治疗后观察组患者上述疗效指标亦显著优于对照组水平,组间差异均具有统计学意义 ( $P>0.05$ ),具体数据见表 2 表 3,另外对 2 组患者治疗后身心感受满意度进行比较,发现观察组满意度也明显优于对照组水平,组间差异具有统计学意义 ( $P>0.05$ ),具体情况见表 4。两组患者干预前 SF-36 生活质量对比差异无法满足统计学含义 ( $P>0.05$ )。经干预后,观察组 SF-36 生活质量明显优于对照组 ( $P<0.05$ )。详见表 5。

表 2 干预前、后 2 组患者 MMSE、QOLIBRI 评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	MMSE 评分		QOLIBRI 评分			
		干预前	干预后	患者对身体各方面满意度		患者是否受到困扰	
				干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	19.2±3.7	22.9±3.8	61.12±6.08	88.64±7.61	47.04±7.55	40.16±5.45
观察组	60	19.1±3.9	23.4±3.5	61.81±6.15	104.62±8.36	48.37±7.33	31.75±5.15
t		0.417	0.000	0.493	8.943	0.422	6.727
P		0.611	0.000	0.623	0.000	0.672	0.000

注:与组内干预比较,  $P<0.05$ ;与对照组同时时间点比较,  $P<0.05$

表 3 干预前、后 2 组患者 SDS、PSQI 评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	SDS 量表评分 (%)		PSQI 量表评分 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	61.79±6.03	53.49±4.12	10.63±4.59	8.64±3.23
观察组	60	62.21±6.15	49.97±6.79	10.89±5.13	7.17±2.71
t		0.436	2.051	0.102	1.807
P		0.686	0.027	0.896	0.045

注:与组内干预比较,  $P<0.05$ ;与对照组同时时间点比较,  $P<0.05$

表 4 干预后 2 组患者满意度比较[例 (%) ]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	很不满意	满意及以上
对照组	60	12 (20.0)	30 (50.0)	12 (20.0)	6 (10.0)	0 (0.00)	42 (70.0)
观察组	60	19 (31.7)	32 (53.3)	7 (11.7)	2 (3.3)	0 (0.00)	51 (85.0)

注:与对照组比较,  $P<0.05$

表 5 两组干预前后 SF-36 生活质量对比分析 ( $\bar{x} \pm s$ ) (分)

组别	例数	生理功能		躯体疼痛		总体健康		社会功能		心理健康	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	54.32±2.31	85.43±2.34	53.23±4.32	86.54±3.22	52.34±4.32	85.43±4.32	51.23±4.32	83.43±5.43	56.54±3.46	89.87±4.32
对照组	60	54.57±2.45	74.32±2.32	54.35±3.46	71.24±4.32	52.35±4.76	74.32±5.43	51.43±4.83	73.54±3.54	56.43±3.12	76.54±5.32
t	-	0.575	26.116	1.567	21.995	0.012	12.402	0.239	11.818	0.182	15.066
P	-	0.566	0.001	0.119	0.001	0.990	0.001	0.811	0.001	0.855	0.001

注：与组内干预比较， $P < 0.05$ ；与对照组同时时间点比较， $P < 0.05$

### 3 讨论

创伤性颅脑损伤后的认知障碍、运动和感觉功能障碍以及情绪不稳定是影响 TBI 患者及其家庭的最常见问题，其生理、情感和经济负担都很大而且可能持续很长时间，但是目前还没有一种有效的方法来减轻这些问题，因此，近年来对 TBI 后认知功能障碍的研究也被人们重视，在展望研究中各种药物及特殊治疗方法治疗 TBI 后认知功能障碍的研究层出不穷，这也为将来的临床转化研究提供了实验基础，但还需要进一步更加有力的证据才有可能进入临床试验。在目前的临床干预中传统的神经康复措施仍然是促进 TBI 后认知功能恢复的主要手段，本研究采用护士主导的“八段锦”干预方案对颅脑损伤患者的认知障碍辅助治疗，发现干预后患者认知功能、抑郁程度、睡眠质量及日常生活能力等均明显改善，且患者治疗后身心感受满意度也明显优于对照组，其治疗机制可能包括以下方面：首先，八段锦是我国传统健身方法，该功法分为八段，每段一个动作，故名为“八段锦”。八段锦动作简单，节奏缓慢柔和，属于低中强度的有氧运动，而已有文献报道了有氧运动不仅使血红蛋白和最大摄氧量增加，心肌收缩增强，心排血量增加，提高器官血液灌注和肺通气量；还可以促进多巴胺分泌，直接影响情绪产生兴奋感；并加速人体新陈代谢，加速血液循环，促进营养物质的吸收，给人体提供充足的能量供应，从而减轻疲劳感。其次，研究表明，呼吸训练和膈肌功能锻炼可以显著改善 PSF，八段锦强调呼吸深而缓，以腹式呼吸为主，可提高肺泡通气量，增强小气道压力，预防气道塌陷，显著改善呼吸功能，从而提高患者的心血管功能。再次，

本研究采用护士领操，患者集体跟随锻炼的方式，许多文献证实，鼓励患者参与到集体活动中，与其他患者交流，治疗氛围更加轻松，患者之间也可以互相学习，改善对疾病的认知，增加疾病的接受度，克服心理障碍，有利于患者身心放松、情感愉悦，对调节患者不良心理情绪及健脑有益，通过有氧训练过程中肢体动作切换、协调及配合训练，尤其是肢体快速反应训练，可提高患者的注意力、思考和记忆功能，促进肢体动作协调性及反应速度改善，相关报道也证实在进行肢体动作变换和习练操作过程中，患者集中注意力并做出快速灵活反应，对大脑神经系统能产生持续刺激作用，有助于机体认知功能改善，可以更好地促进患者恢复。同时有氧训练必然会促进患者体能消耗，对改善其食欲及提高睡眠质量有利，能使患者获得精神层面上的身心放松，能促使患者保持愉悦精神状态，这也是该组患者治疗后身心感受满意度较好的重要原因。

### 4 结论

护士主导的“八段锦”干预方案对颅脑损伤患者的认知障碍辅助治疗效果干预对患者有效，能够明显改善认知障碍，提升生活品质、减轻抑郁、提高睡眠质量，且练习八段锦安全经济，无场地、时间和器材限制，具有简单易行、依从性高等优点，锻炼效果明显，有一定临床应用推广价值。但是因本研究的样本量比较小，治疗的周期较短，没有追踪后续效果，可能无法检测到更多差异。其次，我们仅选择能合作的 TBI 后认知障碍患者，结果的普遍性有待进一步研究。下一阶段可通过延长干预期和随访期、扩大样本量、设计随机对照试验等进一步完善。



## 参考文献

- [1] 许琼冠.不同部位损伤对颅脑外伤病人认知功能的影响[J].安徽医药,2019,23(3):540-542.
- [2] 仝思雨,刘刚,廖红.弥漫性轴索损伤致认知功能障碍的研究进展[J].军事医学,2019,43(11):875-878.
- [3] 张国梁,周承扬,庞坚,石瑛,赵咏芳,詹红生,石印玉.脑损伤后认知功能障碍的机制及其药物治疗进展[J].浙江中医药大学学报,2017,41(5):441-446.
- [4] 杨意如,吕辰龙,赵少琨,李鹤,张占军.轻度认知障碍风险快速筛查工具的测算过程及判别效果分析[J].中华老年医学杂志,2020,39(10):1146-1150.
- [5] Rabinowitz AR , Levin HS . Cognitive sequelae of traumatic brain injury[J] . Psychiatr Clin North Am , 2014, 37(1): 1-11.
- [6] Helmes E , Stbye T , Steenhuis RE . Incremental contribution of reported previous head injury to the prediction of diagnosis and Cognitive functioning in older adults[J]. Brain Inj, 2011, 25(4): 338-347.
- [7] Sivanandam TM , Trhakur MK . Traumatic brain injury: a risk factor for Alzheimer's disease[J] . Neurosci Biobehav Rev, 2012, 36(5): 1376-1381.
- [8] Elder G A. Update on TBI and Cognitive Impairment in Military Veterans[J]. Current Neurology and Neuroscience Reports, 2015,15(10).
- [9] Pundlik J, Perna R, Arenivas A. Mild TBI in interdisciplinary neurorehabilitation: Treatment challenges and insights[J]. NeuroRehabilitation, 2020,46(2):227-241.
- [10] 中国防治认知功能障碍专家共识专家组.中国防治认知功能障碍专家共识[J].中华内科, 2006,45(2):171-173.
- [11] 程晓涛,金保哲,惠磊,周文科.轻中度颅脑损伤患者认知功能障碍特征及危险因素[J].中华脑科疾病与康复杂志(电子版),2016,6(1):25-28.
- [12] R amalho J , Castillo M . Dementia resulting from traumatic brain injury [ J ] . Dement Neuropsychol , 2015, 9(4) : 356-368.
- [13] WU L, SUN D. Adherence to mediterranean diet and risk of developing cognitive disorders; an updated systematic review and metxanalysis of prospective cohort studies[J].Sci Rcp,2017, 7:1317.
- [14] Van D , YFRFNSFN A, HAVFMAN-NIFSA,et al. Dietary patterns,cognitive decline , and dcmcntia:a systematic review[J].Advances in Nutrition;an International Review .Journal,2015, 6(2):154-168.
- [15] SINUH B,PARSAIK A K , MIFLKF M M , et al. Association of mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease:a systematic review andmcta-analysis[J].Journal of Alzheimer'、 Disease Jad, 2014, 39(2):271-282.
- [16] 中国老年医学学会认知障碍分会,认知障碍患者照料及管理专家共识撰写组.中国认知障碍患者照料管理专家共识[J] . 中华老年医学杂志 , 2016 , 35(10) : 1051-1060.
- [17] 郑妍,陈桂秋,马思慧,王学菊.有氧运动联合认知训练干预老年人轻度认知功能障碍的作用[J].中国老年学杂志,2020,40(18):4016-4019.
- [18] 胡建平.太极拳、健步走对改善女性老年人静态平衡功能效果的对比研究[J]. 运动, 2018(2): 153-154.
- [19] 刘斐雯,林乐乐,朱文宗.太极拳在帕金森病步态及平衡功能康复中的应用现状[J]. 中国康复, 2019, 34(1): 55-58.
- [20] 侯雯 . "健身气功八段锦"调节心身的研究现状[J]. 才智, 2018, 1(15): 243-244.
- [21] 林柔伟,高伟,代流通 . 健身气功八段锦对促进心理健康研究综述 [J]. 当代体育科技, 2018, 8(6): 173-175.
- [22] 陈祖森,郑丽维,杨晨晨,等 . 八段锦运动对高血压患者干预效果的 Meta 分析[J]. 解放军护理杂志, 2018, 376(10):1-8.
- [23] 刘洪福,安海燕 . 健身气功·八段锦对促进学生心理健康的影响剖析[J]. 华章教学探索, 2007, 64(12): 123-124.
- [24] 姜敏,王琦,刘铜华 . 浅谈八段锦对亚健康状态的调治[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 10(6): 7-8.

收稿日期: 2022年5月17日

出刊日期: 2022年7月2日

引用本文: 戴静雅 护士主导的“八段锦”干预方案对颅脑损伤后认知障碍患者的效果研究[J]. 现代护理医学杂志, 2022, 1(2) :1-7

DOI: 10.12208/j. jmm.202200067

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS