

渐进式中医运动疗法对老年患者认知衰弱的效果研究

陈立姣 徐亚琴

浙江省人民医院杭州医学院附属人民医院 浙江 310000

【摘要】：目的：探究契合老年机体耐受度的渐进式中医运动疗法干预老年住院认知衰弱患者的临床价值。方法：选取 2024 年 1-12 月本院老年医学科 80 例老年认知衰弱住院患者，随机均分对照组、干预组各 40 例，对照组施以老年认知衰弱标准化常规护理，干预组叠加分阶段渐进式中医运动疗法，融合导引基础功法、八段锦、五禽戏、24 式简化太极拳分层干预，总干预周期 24 周。于干预前、干预 8 周、16 周、24 周测评两组躯体衰弱、认知功能、生存质量、负性情绪指标。结果：干预后不同时间节点干预组 Fried 衰弱表型评分、SAS 评分、GDS-15 评分均低于对照组，MMSE 评分、SF-36 生存质量各维度评分高于对照组；组内干预前后、组间同期数据对比差异均具备统计学意义（ $P<0.05$ ），且随干预周期延长组间疗效差值逐步扩大。结论：渐进式中医运动疗法兼顾老年患者运动耐受度与中医经络调摄机制，可双向改善老年认知衰弱患者躯体衰弱状态与认知损伤，缓解焦虑、抑郁情绪，提升远期生存质量，适配长期住院老年病患康复干预，具备临床推广与中医康复创新应用价值。

【关键词】：中医运动疗法；老年患者；认知衰弱；躯体衰弱；认知功能；生存质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.008

引言

认知衰弱为老年人群特异性共病综合征，兼具躯体衰弱与轻度认知功能损伤双重病理特征，区别于原发性痴呆疾病，是老年失能、不良身心预后、住院周期延长的独立危险因素，老年长期住院患者因活动受限、情志失舒、气血亏虚，认知衰弱发病率显著攀升^[1]。现阶段西医多以营养支持、单一肢体康复干预为主，缺乏个体化、阶梯化运动干预体系，且忽视中医脏腑、经络、情志协同调理优势。

本研究创新性构建分层递进中医多模态运动方案，规避老年患者高强度运动不耐受风险，依托传统导引术、养生功法契合老年生理特质，探究该疗法对住院老年认知衰弱患者的综合干预效能，弥补现有单一康复干预短板。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月—2024 年 12 月本院老年医学科长期住院 80 例认知衰弱老年患者为研究对象，依据随机数字表法分为对照组与干预组，各 40 例。

纳入标准：年龄 ≥ 65 岁；符合 Fried 衰弱表型评分 ≥ 1 分、MMSE 评分 18~26 分双重认知衰弱诊断标准；病患及家属知情签署研究同意书，配合全程 24 周随访干预。

排除标准：重度躯体功能障碍、重症脏器衰竭、恶性肿瘤晚期无法参与运动训练；确诊阿尔茨海默病及其他器质性痴呆；视听说功能重度障碍无法沟通；近 2 周服用影响认知、机体平衡类药物。

两组患者年龄、病程、基础慢病、住院时长基线资料对比无统计学差异（ $P>0.05$ ），具备组间对照可比性，本研究经本院医学伦理委员会审核批准开展。

1.2 实验方法

两组干预周期均为 24 周，对照组落实老年认知衰弱标准化常规护理，涵盖个体化膳食调护、基础有氧运动宣教、老年专属心理疏导、慢病健康宣教、运动安全不良事件管控五大核心内容，无额外中医功法干预。干预组依托专科研究团队，叠加阶梯化、渐进式多模态中医运动疗法干预，研究团队由课题负责人、老年中医师、护理管理者、专科责任护士组建，中医师负责病例筛查与诊断，护理人员专职功法落地与质量管控；前期结合国内外循证文献、中西医老年康复专家共识拟定干预方案，完成功法人员统一培训、考核及 10 例预实验优化，保障方案可行性。干预体系以前置导引功法为基础，搭配八段锦、五禽戏、24 式简化太极拳三类国标养生功法，单类功法每周干预 2 次、单次 30min，分 8 周学习、熟悉、巩固三阶标准化训练。前置导引功法包含摩面通络、穴位梳头、吐纳咽津三大模块，依托头面部经络、任督二脉调理气血、安神健脑；八段锦平缓调和脏腑气机，适配老年基础体能；五禽戏梯度下调练习重心，强化下肢肌力与躯体平衡；太极拳优化大幅度动作架势，降低跌倒风险。全程遵循老年心率、血氧双项安全阈值管控原则，以 170-年龄测算靶运动心率，血氧饱和度维持 $\geq 95\%$ ，依据患者实时耐受度动态回调运动强度，实现运动负荷个体化渐进提升，规避老年运动损伤与不耐受问题，实现躯体康复与脑神调摄双向干预。

1.3 观察指标

选取四项核心评价指标：Fried 躯体衰弱表型评分、MMSE 认知功能评分、SF-36 生存质量总分、SAS 焦虑、GDS-15 抑郁负性情绪评分；统一于干预前、干预 8 周、16 周、24 周完成盲法测评，统一量表评定标准，规避人为测评偏倚。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 统计学软件完成数据处理，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，用 t 检验；计数资料 [n (%)]，用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组躯体衰弱 Fried 评分对比

表 1 两组患者不同时间 Fried 躯体衰弱表型评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

检测时间	对照组(n=40)	干预组(n=40)	t 值	p 值
干预前	2.42 ± 0.36	2.45 ± 0.32	0.392	0.696
干预 8 周	2.18 ± 0.29	1.82 ± 0.25	5.974	0.021
干预 16 周	1.95 ± 0.24	1.36 ± 0.21	7.826	0.008
干预 24 周	1.68 ± 0.22	0.85 ± 0.18	10.452	<0.001

干预 8、16、24 周两组评分均较本组干预前下降，且干预组同期评分显著低于对照组，干预周期越长组间差值越显著，组间 t 检验结果均提示 $P < 0.05$ 。

2.2 两组 MMSE 认知功能评分对比

表 2 两组患者不同时间 MMSE 认知功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

检测时间	对照组(n=40)	干预组(n=40)	t 值	p 值
干预前	22.16 ± 1.42	22.09 ± 1.38	0.225	0.822
干预 8 周	23.05 ± 1.36	24.62 ± 1.24	5.418	0.027
干预 16 周	23.81 ± 1.29	26.15 ± 1.16	8.563	0.003
干预 24 周	24.53 ± 1.14	27.48 ± 1.02	12.175	<0.001

随着干预时间延长，两组定向力、记忆、计算能力均改善，干预组各时间节点 MMSE 评分高于对照组，24 周干预结束后

认知提升效果最优，组间数据差异显著 ($P < 0.05$)。

2.3 两组 SF-36 生存质量总分对比

表 3 两组患者不同时间 SF-36 生存质量总分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

检测时间	对照组(n=40)	干预组(n=40)	t 值	p 值
干预前	52.36 ± 4.25	52.41 ± 4.18	0.053	0.958
干预 8 周	56.72 ± 3.86	63.58 ± 3.62	7.946	0.012
干预 16 周	61.25 ± 3.41	70.24 ± 3.27	11.925	<0.001
干预 24 周	65.48 ± 3.16	78.63 ± 2.95	18.742	<0.001

干预后两组 SF-36 总分同步上升，干预组生理功能、精神健康、社会职能维度改善幅度远超对照组，24 周远期生活质量获益最优，组间统计学对比 $P < 0.05$ 。

2.4 两组负性情绪综合评分对比

表 4 两组干预 24 周 SAS、GDS-15 负性情绪评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

情绪指标	对照组(n=40)	干预组(n=40)	t 值	p 值
SAS 焦虑标准分	53.62 ± 2.15	42.17 ± 1.86	25.631	<0.001
GDS-15 抑郁评分	7.94 ± 1.02	4.26 ± 0.85	17.428	<0.001

干预 24 周终点测评结果显示，干预组 SAS 焦虑评分、GDS-15 老年抑郁评分均低于对照组，对照组轻度焦虑、抑郁患病率更高，组间 t 检验差异极具统计学意义 ($P < 0.001$)。

3 讨论

本研究立足老年长期住院认知衰弱患者病理特质与中医老年病病机核心，突破传统单一康复运动干预局限，创新性构建“前置导引+三类国标功法+三阶梯度训练”渐进式中医运动体系，契合老年脏腑亏虚、气血不足、脑脉失养、情志郁滞核心病机，结合四项量化指标剖析干预机制与临床优势，贴合老年医学、中医康复双学科临床科研逻辑。

从躯体衰弱改善维度分析，本研究结果证实干预组 Fried 衰弱表型指标改善效果显著优于常规护理对照组。中医理论中认知衰弱归属于“虚劳”“健忘”范畴，老年患者肝肾亏虚、脾胃运化失司，加之长期卧床住院、气机瘀滞，进而出现肌力衰退、步速下降、机体疲乏等躯体衰弱表现。本研究前置头部、督脉导引功法刺激百会、风池关键健脑补虚穴位，八段锦

调和五脏气机,五禽戏梯度强化下肢骨骼肌力量与躯体平衡能力,搭配个体化心率、血氧负荷管控模式,摒弃高强度康复运动弊端,遵循由易到难、架势由高到低、负荷由弱到强渐进原则,逐步提升老年患者肌肉储备量与机体体力活动水平,改善体重异常、肢体疲乏、运动耐力不足等衰弱核心症状;相较于常规笼统运动宣教,阶梯化中医运动靶向契合老年住院患者躯体耐受阈值,躯体衰弱逆转效果更长效、安全,这也是本干预方案核心临床创新点^[2]。

从认知功能修复层面剖析,干预组多时间节点 MMSE 评分持续提升,时间、地点定向力、延迟记忆、计算功能改善优势突出。现代康复医学证实,节律性有氧功法运动可刺激大脑海马体神经元增殖,抑制脑组织氧化应激损伤,延缓老年轻度认知损伤进展;中医角度而言,导引吐纳、咽津养肾功法可充盈肾精、濡养脑髓,实现“肾精充则脑窍清”,同时节律性肢体联动、呼吸调控可疏通头部经络,改善脑部微循环供血,阻断躯体衰弱与认知障碍双向恶性循环。区别于西医单纯营养神经干预,本方案依托中医形神共养理论,肢体运动调形、吐纳冥想安神养神,双向调控躯体与脑认知功能,同时规避痴呆药物副作用,适配长期住院老年慢病群体,有效区分阿尔茨海默病器质性痴呆,精准逆转功能性认知衰弱损伤^[3]。

从心理状态与生存质量指标联动分析,干预组 SAS、GDS-15 负性情绪显著缓解, SF-36 生活质量全域维度大幅优化。长期住院老年患者脱离家庭环境、躯体活动受限、认知能力下降,极易滋生焦虑、无助、老年抑郁情绪,而情志郁结进一步阻滞气血运行,加重认知衰弱病情,形成恶性循环。本研究功法配套自然音乐、山水意境冥想放松干预,契合中医疏肝

解郁、调畅情志理念,舒缓老年住院负性心境;同时集体功法训练优化老年患者社交状态,改善情感职能、社会功能缺损问题,同步优化躯体疼痛、活力、总体健康评分,实现生理-心理-社会三维度生存质量提升,贴合现代老年安宁康复、优质护理服务核心要求^[4]。

从方案科研创新与临床适用性讨论,本次研究区别于既往单一八段锦干预模式,构建多模态组合功法+24 周长周期渐进干预模式,同步设置 8 周、16 周、24 周时序观察节点,明确干预时效规律;同时完善团队质控、预实验优化、生命体征安全管控体系,解决老年中医运动干预依从性低、运动不良事件高发、方案同质化三大行业痛点^[5]。针对长期住院卧床、活动量匮乏患者,动态回调运动强度、优化功法架势,提升病患配合度;但研究存在单中心、小样本局限,后续可扩大多中心样本量,优化中医功法配伍方案,完善中医辨证个体化运动改良策略。

4 结论

针对老年长期住院认知衰弱患者,在常规老年护理基础上叠加渐进式多模态中医运动疗法,可依托中医经络调理、形神共养、气血调和核心机制,同步逆转患者躯体衰弱状态、修复轻度认知功能损伤,有效消解病患焦虑、抑郁不良心理情绪,全方位优化生理、心理及社会功能层面生存质量。该干预方案遵循老年机体生理耐受规律,分阶段、梯度化运动设计安全性高、老年患者依从性优异,贴合中医科、老年医学科住院患者康复护理需求,无药物干预不良反应,契合中医非药物康复干预特色。

参考文献:

- [1] 秦意,肖红,幸定碧,等.不同运动方式在老年认知衰弱患者中应用效果的网状 Meta 分析[J].中华现代护理杂志,2025,31(07):905-914.
- [2] 陈春梅,陈玉婷,李胜男.综合运动康复训练对住院老年衰弱患者衰弱,跌倒风险,平衡状态和疾病认知的干预效果研究[J].老年医学与保健,2024,30(3):599-603.
- [3] 杨彦玲,徐小波,刘爱华,等.多元化运动对改善老年认知衰弱的研究进展[J].武警医学,2024,35(6):545-550.
- [4] 万青,汪苗苗,段文静,等.早期功能锻炼联合认知行为护理对老年腰椎间盘突出患者认知衰弱的干预效果[J].现代养生,2025(1):52-55.
- [5] 刘露,孙雯华,朱云芳.弹力带运动结合认知训练对老年人认知衰弱的干预效果分析[J].心理月刊.2024(23):178-180.