

ICS **. ***, **
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

“卧-坐-立”序贯八段锦康复技术规程·心肌梗死

"Lying-Sitting-Standing" Sequential Baduanjin Rehabilitation Technical
Regulation · Myocardial Infarction
(文件类型：公示稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 缩略语	1
4.1 “HEBRISO”监测表	1
5 适应、禁忌证	1
5.1 适应证	1
5.2 禁忌证	1
6 操作步骤与要求	2
6.1 评估	2
6.1.1 安全性评估	2
6.1.2 运动方式选择	2
6.1.3 运动处方	2
6.2 环境准备	2
6.3 操作步骤	3
6.3.1 卧式八段锦操作规范	3
6.3.2 坐式八段锦操作规范	4
6.3.3 立式八段锦操作规范	5
7 注意事项	6
8 效果评价	7
附录 A (资料性附录) 心肌梗死患者心脏康复安全性评估及运动方式选择	8
表 A.1 心肌梗死患者 I 期心脏康复安全性评估及运动方式选择	8
表 A.2 心肌梗死患者 II、III 期心脏康复安全性评估及运动方式选择	9
附录 B (资料性附录) 序贯八段锦运动康复方案	10
表 B.1 院内 I 期序贯八段锦心脏康复方案	10
表 B.2 院外 II 期、III 期序贯八段锦心脏康复方案	10
附录 C (资料性附录) 心脏康复风险防控表	12
附录 D (规范性附录) 卧式八段锦	13
附录 E (规范性附录) 坐式八段锦	18
附录 F (规范性附录) 立式八段锦	24
参考文献	31

前 言

本文件按照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草》规定的规则起草。

本文件由广东省中医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：广东省中医院/广州中医药大学第二附属医院、北京中医药大学东直门医院、中国中医科学院西苑医院、新疆医科大学附属中医医院、中国中医科学院广安门医院、福建中医药大学附属第二人民医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、中国医学科学院阜外医院/国家心血管病中心、北京中日友好医院、重庆市中医院、河南中医药大学第一附属医院、广西中医药大学附属瑞康医院、黑龙江省中医药科学院、广州医科大学附属第二医院、广州医科大学附属第五医院、汕头大学医学院第一附属医院、东莞市中医院、东莞市厚街医院、绍兴市人民医院、中山大学附属第一医院、广州中医药大学第一附属医院、广州中医药大学第三附属医院、广东省人民医院、佛山市第一人民医院、中西医结合心脑血管病杂志、中山市中医院。

本文件主要起草人：张敏州、商洪才、徐浩、张晓璇、郭力恒。

本指南其它起草人（排名不分先后）：王晓峰、李海霞、褚剑峰、樊民、于欣、李宪伦、任毅、杜廷海、郑景辉、贾林山、李荣、徐惠梅、吴巧媚、陈名桂、孔丽丽、王芳芳、毛帅、曾锐祥、欧海宁、于红静、蓝惠兰、黄庆萍、黄海星、朱早兰、何益平、高明榕、李杏崧、夏裕、卢小清、梁雪妃、吴学智、王晶晶、陈海振、邱寅龙、赖惠梅、木楠、黎钰晴。

引言

目前，全球心血管疾病（cardiovascular disease, CVD）的发病率逐年增高。世界卫生组织的数据表示，CVD是非传染性疾病死亡的主要原因，而在我国，CVD仍是我国城乡居民总死亡原因的头号死因^[1]。心肌梗死（myocardial infarction, MI）是常见的心血管疾病，随着胸痛中心的全面建设，心肌梗死救治成功率显著提高，但心肌梗死后患者因心功能下降、心室重构等原因，易出现胸闷胸痛、焦虑抑郁、疲倦乏力，甚至再梗死、猝死等严重不良心血管事件，严重影响患者生活质量^[2, 3]。美国心脏协会（AHA）、美国心脏学会（ACC）及欧洲心脏学会（ESC）将心脏康复列为心血管防治的I级推荐，其能提高患者的生活质量、提高运动能力、降低再入院率和再梗死率，甚至能够有效降低抑郁和心绞痛的发生率^[4, 5]。

传统心脏康复的标准模式包括：I期心脏康复（院内康复）、II期心脏康复（院外早期康复或门诊康复期）和III期心脏康复（院外长期康复），心脏康复的临床获益性已得到初步证实^[6]。国内心脏康复模式主要依托康复中心，借助运动康复器材和设备进行，费用高昂，导致患者参与率低、依从性差^[7]。而中医传统运动康复以其源远流长的文化底蕴、广泛的群众基础和“简便验廉”的特点，在我国人民群众中广为流传^[8, 9]。习近平总书记指出要做好中医药守正创新、传承发展工作。八段锦作为传统中医养生功法，能够通过规律练习，起到调息、调心、调形的作用，达到未病先防、既病防变、预后防复等效果。但传统的立式八段锦不能满足心肌梗死介入术后患者早期活动的康复需求。为此团队参照心脏康复指南的推荐，首创“卧-坐-立”序贯八段锦，经临床实践取得显著成效并推广至40多家医院。

本标准立足于中医传统八段锦及中医康复理念，以国医大师邓铁涛教授的养生康复学术思想为依托，以国家政策为导向，基于中医脏腑、经络学说，结合文献溯源、科学循证、临床实践，并发挥中医传统保健优势，制定了早期、序贯的运动康复标准，以规范“卧-坐-立”序贯八段锦康复服务，明确其内容和过程，保障康复质量，为心肌梗死患者的运动康复提供科学、持续、序贯、完整的指引和规范。

“卧-坐-立”序贯八段锦康复技术规程·心肌梗死

1 范围

本标准规定了“卧-坐-立”序贯八段锦在心肌梗死患者心脏康复中的技术内容；本标准适用于各级西医院、中医院、中西医结合医院、基层医院、康复中心、社区康复中心等单位的医师、护士、康复师。

2 规范性引用文件

本文件无规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1 八段锦 Baduanjin

是一套独立而完整的健身功法，此功法分为八段，每段一个动作，如丝锦那样连绵不断，故名为“八段锦”。

3.2 “卧-坐-立”序贯八段锦 "Lying-Sitting-Standing" Sequential Baduanjin

是包括“卧式”、“坐式”，“立式”八段锦三套功法，每套功法为八段，每段一个动作，如丝锦连绵不断，满足患者从卧床到坐起，再到站立的一套完整的序贯运动康复功法，故名为“卧-坐-立”序贯八段锦。

4 缩略语

4.1 “HEBRSO”监测表 “HEBRSO” Monitoring table

该表是根据心脏康复相关指南制订的心脏康复风险防控表，即H 心率、E 心电图、B 血压、R 呼吸、S 症状体征、O 其他。（附录C，表C.1）^[6, 10]

5 适应、禁忌证

5.1 适应证

本康复技术规程适用于心肌梗死后 I 期、II 期、III 期心脏康复的患者。（附录 A）

5.2 禁忌证

出现以下一种情况患者不宜进行“卧-坐-立”序贯八段锦康复^[10, 11]

①不稳定性心绞痛发作时；②安静时收缩压>180mmHg 或舒张压>110 mmHg 的患者；③直立后血压下降>20 mmHg 并伴有头晕、胸闷等症状者；④重度主动脉瓣狭窄；⑤急性全身疾病或发热；⑥未控制的房性或室性心律失常；⑦未控制窦性心动过速（>120 次/min）；⑧未控制的心力衰竭；⑨Ⅲ度房室传导阻滞且未置入起搏器；⑩活动性心包炎或心肌炎；⑪血栓性静脉炎；⑫近期血栓栓塞；⑬安静时 ST 段压低或抬高（>2 mm）；⑭严重的可限制运动能力的运动系统异常；⑮其他代谢异常，如急性甲状腺炎、低血钾、高血钾或血容量不足；⑯严重的心理障碍。

6 操作步骤与要求

6.1 评估

6.1.1 安全性评估^[5, 12-14]

每次运动前评估患者生命体征，心、肺功能，躯体活动度，意识状态情况等。

- 1) 院内评估：核对床号、姓名、手腕带、诊断，介绍并解释，取得患者合作，采用“心肌梗死患者I期心脏康复安全性评估表”。（附录A，表A.1）
- 2) II期、III期心脏康复评估：远程获取患者基本生命体征，指导患者采用“心肌梗死患者II期、III期心脏康复安全性评估表”进行评估。（附录A，表A.2）

6.1.2 运动方式选择

根据心肌梗死患者不同体位及身体功能，推荐不同的序贯八段锦运动方式。（附录A 表A.1、表A.2）

- 1) I期心脏康复（院内康复期）：根据患者体位不同，结合安全性评估，早期卧床患者，指导其进行卧式八段锦锻炼；患者坐起时指导其进行坐式八段锦锻炼；若患者可下床且体力可耐受时，则进行立式八段锦锻炼；若体位变动后不能耐受相应锻炼，则退为上一级的体位八段锦锻炼。若患者病情改善，可逐渐进入下一级体位的锻炼。（强推荐）
- 2) II期心脏康复（院外早期康复或门诊康复期）：以坐式八段锦及立式八段锦为主。（强推荐）
- 3) III期心脏康复（院外长期康复）以立式八段锦为主。（强推荐）

6.1.3 运动处方^[6, 10]

I期心脏康复：术后第1-2天，序贯八段锦运动频率为1次/天，运动时间为10-15分钟/次；术后第3天至出院，序贯八段锦运动频率为2次/天，15-30分钟/次；每个招式视患者耐受程度进行4-8遍。（附录B，表B.1）

院外II、III期心脏康复，运动频率为1-2次/天，每周≥5次，序贯八段锦运动20-30分钟；每个招式视患者耐受程度进行4-8遍。（附录B，表B.2）

6.2 环境准备

- 1) 提供宽敞、舒适的康复环境。

2) 询问患者运动时间安排, 合理安排治疗时间。

6.3 操作步骤

6.3.1 卧式八段锦操作规范 (详见附录 D)

6.3.1.1 卧式第一式: 顺逆呼吸畅气机 (图 D.1)

招式要领: 闭目, 双手交叉至于腹部, 自然呼吸。顺腹式呼吸: 用鼻缓慢吸气, 吸气时把腹部鼓起, 双手随腹上抬, 吸气末可稍停顿屏气; 用口缓慢呼气, 呼气时腹部缩回, 双手随腹下移, 呼气末稍停顿屏气。逆腹式呼吸: 用鼻缓慢吸气, 吸气时将腹部收缩, 双手随腹下移, 吸气末可稍停顿屏气; 用口缓慢呼气, 呼气时把腹部鼓起, 双手随腹上抬, 呼气末可稍停顿屏气。

频率选择: 先顺 4-8 遍, 再逆 4-8 遍。

6.3.1.2 卧式第二式: 掌心互搓行血脉 (图 D.2)

招式要领: 仰卧位, 两手自然置于身体两侧。两肘弯曲, 两手合掌于胸前, 来回互搓, 频率约 120 次/分, 以手心稍感温热为宜。合掌并伸直两臂, 来回互搓, 频率约 120 次/分, 以手心稍感温热为宜。

频率选择: 一弯一伸为 1 遍, 重复 4-8 遍。

6.3.1.3 卧式第三式: 调理脾胃须摩腹 (图 D.3)

招式要领: 双手重叠置于脐 (神阙穴) 上方, 以脐为中心, 先顺时针摩腹 4 圈, 再逆时针摩腹 4 圈。摩腹的时候要掌根用力, 力量适中, 紧摩慢移, 按摩至腹壁微红或腹部透热为度。

频率选择: 一顺一逆为 1 遍, 重复 4-8 遍。

6.3.1.4 卧式第四式: 微撼天柱祛七伤 (图 D.4)

招式要领: 自然平卧, 双足略分开, 肩胛自然下沉, 双手放于身体两侧, 双眼目视前方。将颈部缓慢转向右侧, 双眼看向右方, 接着双肩向上收缩成“耸肩”姿势, 维持片刻后再将头缓慢转回正中, 目视前方, 同时双肩放回起始位置, 还原准备姿势, 目视前方。相反方向再重复一次, 此动作缓和, 以不感到头晕难受为宜。耸肩时吸气, 沉肩时呼气。

频率选择: 一左一右为 1 遍, 重复 4-8 遍。

6.3.1.5 卧式第五式: 屈膝钩攀舒筋骨 (图 D.5)

招式要领: 平卧, 双手自然放于身体两侧, 两腿上抬, 成屈膝状, 再将下肢伸直后, 上下交替, 有节律的摆动下肢, 成剪刀状。保持双下肢伸直片刻后屈膝, 进行缓慢、有节律的伸膝、屈膝动作, 如踩单车。先屈左膝, 伸右腿, 再屈右膝, 伸左腿, 双下肢交替进行, 缓慢放下后, 伸直双下肢。

频率选择: 一摆、一屈、一伸为 1 遍, 重复 4-8 遍。

6.3.1.6 卧式第六式: 伸腰引肾利阴阳 (图 D.6)

招式要领: 平卧, 自然呼吸, 双手放于身体两侧。屈膝, 以手、足部为支点。呼气, 缓缓使腰向上挺, 臀部尽量上抬, 使胸、腹、臀、膝关节在同一水平线上, 呈拱腰状, 保持片刻。

呼气，腰部缓慢下落，恢复平躺。

频率选择：一挺一落为1遍，重复4-8遍。

6.3.1.7 卧式第七式：展臂推掌行气力（图 D.7）

招式要领：平卧位，两臂伸直向上抬举至头顶上方，掌心向前，目视前方。双肘屈曲下落，两掌同时下按于胸前，夹肘同时双手翻转掌心向前，稍停片刻，用力将双掌推出，眼睛注视双掌，集中意念在双掌。用力外旋手腕、握拳，再收回。收拳时要吸气，推掌时要呼气。

频率选择：一举、一落、推掌、收回为1遍，重复4-8遍。

6.3.1.8 卧式第八式：足背屈伸定心神（图 D.8）

招式要领：平卧，双手自然放于身体两侧。勾脚：双脚踝活动，最大限度向上勾脚，使脚尖朝向自己，使踝屈至最大角度，保持数秒。绷脚：双脚踝活动，最大限度向下绷脚，使脚尖朝下踩，贴近地面，使足背伸至最大角度，保持数秒。

频率选择：一勾一蹦为1遍，重复4-8遍。

6.3.2 坐式八段锦操作规范（详见附录 E）

6.3.2.1 坐式第一式：托天按顶通经络（图 E.1）

招式要领：双眼目视前方，双手十指交叉于腹前，翻掌双臂上托，当肘关节渐渐伸直后，稍停顿，目视前方，再双手下按头顶，停顿片刻后双手向两侧展开，回到起势，如此反复。

频率选择：上抬、下按、收回于膝为1遍，重复4-8遍。

6.3.2.2 坐式第二式：掌浴前臂舒心胸（图 E.2）

招式要领：先浴左臂：用右手掌紧贴左手臂腋下内侧，用力沿臂内侧向下擦到左手手指端，再由手指端循臂外侧，用力沿臂外侧向上擦到肩部。再浴右臂：用左手掌紧贴右手臂腋下内侧，用力沿臂内侧向下擦到右手手指端，再由手指端循臂外侧，用力沿臂外侧向上擦到肩部。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.2.3 坐式第三式：前抚腕腹调六腑（图 E.3）

招式要领：双手交叉叠放在神阙穴（肚脐），顺时针方向，有规律地做环行腹部按摩4圈，力量均衡，连续摩腹后，回到神阙穴。再逆时针同法摩腹4圈回到神阙穴。

频率选择：一顺一逆为1遍，重复4-8遍。

6.3.2.4 坐式第四式：摇身晃海强腰腹（图 E.4）

招式要领：双腿盘膝，两手放于膝上，双眼目视前方；双手翻转放于两侧大腿上，身体左倾顺时针绕转1圈，回至中正。身体右倾逆时针绕转1圈，回至中正。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.2.5 坐式第五式：抱头扩胸运气血（图 E.5）

招式要领：两手于膝上旋腕，上抬至胸前，展开双臂，并将两手交叉置于脑后，挺直腰背，

下颌微抬，目视前方。抱头收拢，双手臂夹住头部，垂头缩颈收胸，两肘拉开扩胸，展开双肩，与肩平行，停顿片刻，下颌微抬，目视前方。展开双臂，从头顶往两侧展开后，回收于胸前，翻掌下按，放于膝上。前届时双手切忌过度用力带动头部，以免损伤颈部肌群。

频率选择：抱头、扩胸、收回为1遍，重复4-8遍。

6.3.2.6 坐式第六式：背摩精门固心肾（图 E.6）

招式要领：盘腿而坐，目视前方，双手自然垂放于膝。双手缓慢抬起至胸前，向后翻掌于背，指尖朝下，掌心贴住背部肾区。两掌掌心向内侧沿着脊柱左右两侧向下抚摸一直到肾俞穴腰眼处，在肾俞穴一上一下用力摩擦。

频率选择：上下摩擦至温热为1遍，重复4-8遍。

6.3.2.7 坐式第七式：左右划拳循气机（图 E.7）

招式要领：盘腿而坐，双手自然放于双膝，两手收拳于腰间，四指包裹大拇指，将左拳缓缓用力向右前下方冲出，同时圆瞪双目，直视左拳。左臂在前方旋转划一圈至原右前下方后弯曲胳膊肘，将左拳收回到腰的左侧，使拳眼朝上，目视前方。将右拳缓缓用力向左前下方冲出，同时圆瞪双目，直视右拳。右臂在前方旋转划一圈至原左前下方后弯曲胳膊肘，将右拳收回到腰的右侧，使拳眼朝上，目视前方。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.2.8 坐式第八式：屈膝伸足壮筋骨（图 E.8）

招式要领：盘腿而坐，屈右膝，左腿前伸；向前俯身，双手掌心顺着大腿两侧至小腿缓缓往前攀左脚，再用力扳脚心，尽量上身俯贴左腿，再收足端坐。换右脚前伸，屈左膝，交替动作同上。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.3 立式八段锦操作规范（详见附录 F）

6.3.3.1 立式第一式：两手托天理三焦（图 F.1）

招式要领：双臂徐徐上举，至头前时，翻掌向上，肘关节伸直，头往后仰，两眼视手背，两腿伸直，两臂放下，使呼气吸气均匀，最后十指松开，两臂由身前移动垂于两侧，以作收势。

频率选择：托举、下落为1遍，重复4-8遍。

6.3.3.2 立式第二式：左右开弓似射雕（图 F.2）

招式要领：两手上抬于胸前交叉，出左脚，双脚与肩齐宽，左手向左侧平伸，同时右手向右侧拉弓，肘屈与肩平，眼看左手食指，同时扩胸吸气，模仿拉弓射箭姿势。右手外展后两手从身体下部收屈于胸前，成复原姿势，但左右手指伸展相反，同时呼气。如此左右手轮流进行开弓，最后还原收势。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.3.3 立式第三式：调理脾胃须单举（图 F.3）

招式要领：左手翻掌上举，五指并拢，掌心向上，指尖向内，同时右手下按，掌心向下，指尖向前。如此左右手轮流进行，呼吸保持均匀，一息一动。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.3.4 立式第四式：五劳七伤往后瞧（图 F.4）

招式要领：起身，两臂外旋，转头后瞧；屈膝，两臂内旋，目视前方。左右反复，呼吸保持均匀，一息一动。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.3.5 立式第五式：摇头摆尾去心火（图 F.5）

招式要领：重心左移，右脚跨步，两掌指尖相对，扶于膝关节的上方，胳膊肘微微弯曲，两脚蹲成马步。将重心右移，呈弓步上身向右侧移动，缓慢向前再向左侧旋转，重心左移，目视右脚跟，左腿弯曲，右腿微屈，重心向右移至双腿间，眼睛的余光移至右脚脚跟，颈部后旋，尾闾前旋。相反方向再重复做一遍。摇头摆尾动作结束时，马步正身，重心应稍往下降。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.3.6 立式第六式：两手攀足固肾腰（图 F.6）

招式要领：两掌指尖向前，两臂向前、向上举起，再下按于胸前，掌心向下。两臂外旋掌心向上，两掌掌指随腋下往后背，沿脊柱两侧向下摩运至臀部。随之上体前俯，沿腿后向下摩运，经脚两侧置于脚面，两掌沿地面前伸，随之用手臂带动上体立起。

频率选择：一上一下为1遍，重复4-8遍。

6.3.3.7 立式第七式：攒拳怒目增气力（图 F.7）

招式要领：马步，两掌握拳于腰侧。左拳用力向前方冲出，与肩同高，拳眼向上，怒视左拳。左臂内旋，将拳变掌，虎口向下，再外旋，用力握住，大拇指在内，左拳屈肘回收于腰侧，拳眼向上，目视前方。同样方法出右拳头，做完后，重心右移，左脚回收成并步站立，同时两拳变掌，垂于体侧，目视前方。

频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

6.3.3.8 立式第八式：背后七颠百病消（图 F.8）

招式要领：两手自然放于两侧，肘臂稍作外撑，两脚跟尽量上提，头向上虚顶，同时吸气。两脚跟下落轻震地面，保持身体平衡，同时呼气。最后恢复预备姿势而收势。

频率选择：一起一落为1遍，重复7遍。

7 注意事项

在运动全程进行风险监控，保障患者运动康复安全：

- 1) I 期心脏康复过程中出现“HEBR50”评估表中任意一项，如存在不耐受运动的症状：如头晕、胸痛、明显气促、心悸、呼吸困难、关节疼痛等，应立即终止“卧-坐-立”序贯八段锦运动，并汇报医生对症处理。（附录C）^[6, 9-11]

2) II、III期心脏康复过程中超过院外康复风险自评表设定值范围,应立即终止“卧-坐-立”序贯八段锦运动。院外运动注意事项包括①禁止饱腹后运动,在进餐后至少1小时再开始运动;②当感到疲劳、胸痛、头晕、气短时,应立即停下来休息,可尝试舌下含服硝酸甘油,若无缓解应及时就医;③如有某些急性病,如感冒、腹泻等,要停止锻炼;④合理安排每日运动训练时间,保证运动的安全。(附录C)^[6, 9-11]

8 效果评价

8.1 心功能

八段锦应用于心肌梗死患者的康复训练在一定程度上可改善患者左室射血分数(LVEF)(低,强推荐)、左室舒张期末内径(LVDD)(中,弱推荐)、左室收缩期末内径(LVPW)(中,弱推荐);一定程度上可改善每搏输出量(SV)(极低,弱推荐)、心脏指数(CI)(极低,强推荐)。^[2, 3, 15-17]

8.2 其他重要指标

八段锦应用于心肌梗死患者的康复训练在一定程度上可改善患者6分钟步行试验(6WMT)(低,强推荐)、脑钠肽(BNP)(中,强推荐)、脑利钠肽(ProBNP)(中,强推荐)、峰值代谢当量(极低,强推荐)、无氧阈(AT)(极低,弱推荐)、心肌耗氧量(RPP)(中,弱推荐)。^[15-19]

8.3 终点指标

八段锦应用于心肌梗死患者的康复训练在一定程度上可降低患者再入院率、死亡率、心血管不良事件(中,强推荐)。^[2, 16, 20]

8.4 心血管代谢相关因素

八段锦应用于心肌梗死患者的康复训练在一定程度上可改善患者身体质量指数(BMI)(低,强推荐)、腹围(极低,弱推荐)、血脂(低,强推荐)、血压(极低,弱推荐)、心率(极低,强推荐)、空腹血糖(极低,弱推荐)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)(极低,弱推荐)。^[2, 3, 21, 22]

8.5 心理社会相关指标

八段锦应用于心肌梗死患者的康复训练在一定程度上可改善患者生活质量量表(SF-36)(低,强推荐)、汉密尔顿焦虑量表(极低,强推荐);在一定程度上可改善汉密尔顿抑郁量表、明尼苏达州心功能不全生命质量量表、中国心血管病人生活质量评定问卷、西雅图心绞痛量表、冠心病中西医结合量表(极低,强推荐)。^[17, 19, 21, 23, 24]

附录 A
(资料性附录)

表 A.1 心肌梗死患者 I 期心脏康复安全性评估及运动方式选择					
系统评估		床上活动		床旁活动	
		卧式八段锦	坐式八段锦	立式八段锦	
神经系统 (强推荐)	意识状态清醒, 能配合运动	●	●	●	
	头晕、晕厥等不适症状	■	■	■	
	有头痛等症状(非颅内高压等神经系统危重症引起)	▲	▲	■	
呼吸系统 (强推荐)	无呼吸困难	●	●	●	
	血氧饱和度 $\geq 95\%$	●	●	●	
	血氧饱和度 $< 95\%$	▲	▲	■	
	呼吸频率 > 30 次/min	▲	▲	■	
	30次/min \geq 呼吸频率 ≥ 12 次/min	●	●	●	
	呼吸频率 < 12 次/min	■	■	■	
	吸入氧浓度 $> 60\%$	▲	▲	■	
吸入氧浓度 $\leq 60\%$	●	●	●		
心血管系统 (强推荐)	基础情况	过去 8 小时内无新的或再发胸痛	●	●	●
		过去 8 小时内无新的明显心律失常	●	●	●
		过去 8 小时内无心电图动态改变	●	●	●
		肌钙蛋白水平无进一步升高	●	●	●
		未出现新的心力衰竭代偿征兆	●	●	●
	心律心率	稳定自主心律, 静息心率 50-100 次/min	●	●	●
		心室率 120-150 次/min;	▲	▲	▲
		心室率 > 150 次/min;	▲	▲	■
		经静脉或体外起搏心律	▲	▲	■
	心动过缓需要药物治疗或待置入临时起搏器	■	■	■	
	血压指标	静息血压 90-150/60-100mmHg	●	●	●
		因高血压急症接受静脉降压治疗	■	■	■
		血压低于目标范围并引起症状	▲	▲	■
		血管活性药物支持下高于目标范围的低限	▲	▲	■
其他	左室室射血分数 $\geq 40\%$	●	●	●	
	增加辅助装置置入: IABP、ECMO	▲	■	■	
运动系统 (强推荐)	四肢肌力 ≥ 3 级;	● (≥ 3 级)	● (≥ 3 级)	● (≥ 4 级)	
穿刺部位	桡动脉术口: 无出血、血肿	●	●	▲	
	股动脉鞘: 无出血、血肿	▲	■	■	
备注:					
●: 可进行序贯八段锦训练, 发生不良事件风险低, 评估后根据序贯八段锦方案进行。					
▲: 根据患者病情, 结合评估结果, 权衡利弊, 可酌情根据方案进行序贯八段锦部分招式训练, 每次活动前必须明确注意事项, 循序渐进, 并做好运动过程中的风险防控, 提高警惕。					
■: 禁止进行序贯八段锦训练, 如进行训练, 需再评估。					

表 A.2 心肌梗死患者 II、III 期心脏康复安全性评估及运动方式选择

系统评估		床上活动		床旁活动	
		卧式八段锦	坐式八段锦	立式八段锦	
神经系统 (强推荐)	意识状态清醒, 无晕厥等症状	●	●	●	
	有头晕、晕厥等不适症状	■	■	■	
	有头痛等症状 (非颅内高压等神经系统危重症引起)	▲	▲	■	
运动系统 (强推荐)	运动系统: 四肢肌力均 5 级	●	●	●	
	上肢肌力 ≥ 3 级	●	●	▲	
	下肢肌力 ≥ 4 级	●	●	▲	
呼吸系统 (强推荐)	无呼吸困难等症状	●	●	●	
	呼吸 ≥ 25 次/min	▲	▲	■	
循环系统 (强推荐)	症状	无心绞痛、心悸等症状	●	●	●
		有心绞痛、心悸的情况	■	■	■
	心率	自测心率 50-100 次/min	●	●	●
		HR > 120 次/min	▲	▲	■
	血压	自测血压 90-150/60-100mmHg	●	●	▲
		Bp < 90/60mmHg 或 > 150/100mmHg	▲	▲	■
DBP > 110mmHg 或 SBP > 180mmHg		■	■	■	
穿刺部位	无出血、血肿	●	●	●	
<p>备注:</p> <p>●: 可进行序贯八段锦训练, 患者可自测后在家进行训练。</p> <p>▲: 结合自身情况, 在家属陪同情况下, 可进行序贯八段锦训练, 但注意过程监测及防控, 以免意外发生。</p> <p>■: 禁止进行序贯八段锦训练, 需立即休息, 如症状加重, 家属陪同, 立即就医。</p>					

附录 B 运动处方
(资料性附录)

表 B.1 院内 I 期序贯八段锦心脏康复方案						
目的	(1) 对患者进行康复教育, 提高依从性; (2) 对患者进行身体评估, 了解其身体运动耐受性和运动相关反应; (3) 维持患者躯体功能, 防止废用现象, 提高生活自理能力; (4) 加速患者康复进程, 促进患者康复出院。					
评估	(1) 有无心绞痛症状; (2) 有无心电图、心肌缺血改变; (3) 其他明显不适症状, 如气促、头晕等; (4) 有无再发新的心律失常; (5) 有无血液动力学反应, 如随着运动负荷增加, 收缩压过高需静脉降压治疗或心率过快过慢等改变。					
运动方式 (强推荐)	卧式八段锦 / 坐式八段锦 / 立式八段锦					
运动时间 (强推荐)	术前	术后				
		第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天至出院
运动频率 (强推荐)	/	1 次/天, 10-15 分钟/次		2 次/天, 15-30 分钟/次		
序贯八段锦运动 (强推荐)	<p>急诊患者: 八段锦运动宣教; 择期手术、住院患者: 八段锦运动宣教, 观看视频及教导序贯八段锦基本动作。</p> <p>(1) 采用床边专人指导及视频辅助教学模式。 (2) 根据患者体位不同, 结合安全性评估, 选择序贯八段锦运动方式: 早期卧床患者, 指导其进行卧式八段锦锻炼; 患者坐起时指导其进行坐式八段锦锻炼; 患者可下床活动时教授其进行立式八段锦锻炼。若体位变动后不能耐受相应锻炼, 则退为上一级的体位八段锦锻炼。 (3) 每天进行功法练习并巩固, 出院前进行序贯八段锦动作考核, 保证患者动作的有效性。 (4) 指导患者掌握运动强度、评价方法, 并做好出院后训练的相关注意事项教育。</p>					
强度评价方法 (强推荐)	<p>(1) 峰值心率法: 理想状态下患者强度为最大心率(最大心率=220-年龄)的 50%-85%; (2) 目标心率法: 在较静息心率增加 20-30 次/分左右; (3) 自我感知劳累程度分级法: 患者感觉不大费力 (Borg 评分在 11-13 分范围内)。</p>					

表 B.2 院外 II 期、III 期序贯八段锦心脏康复方案

目的	(1) 在院内康复的基础上序贯改善患者的身心状况; (2) 在保证安全的范围内, 按运动处方和出院计划逐渐恢复功能状态; (3) 保持良好的运动生活习惯, 提高患者生活质量及生活满意度。				
评估 (强推荐)	运用心肌梗死患者 II、III 期心脏康复安全性评估及运动方式选择表, 进行运动前安全性评估。 (1) 神经系统: 评估其意识状态及是否有头痛、晕厥等症状; (2) 运动系统: 评估患者四肢肌力情况; (3) 呼吸系统: 评估患者呼吸次数及有无呼吸困难等症状; (4) 循环系统: 评估心率、血压及有无心绞痛、心悸等症状。				
运动处方 (强推荐)	运动频率	运动内容		运动时间	运动强度
	1-2 次/天 ≥5 次/周	热身运动	上肢拉伸 耐力练习	5 分钟	低强度运动: 热身运动; 卧、坐八段锦;
			下肢拉伸 耐力练习	5 分钟	
	序贯八段锦运动	立式八段锦为主 卧式、坐式八段锦为辅 (根据患者情况选择)	20-30 分钟	中强度运动: 立式八段锦;	
强度监测 (强推荐)	采用峰值心率和自我感知劳累程度监测运动强度。 (1) 以患者年龄推测的最大心率=220-年龄, 运动强度为中等至高等, 范围为 50%-85% 进行强度的目标心率。 (2) Borg 劳累程度分级法推荐达到 11-13 分, 对于运动低危的患者可短时间接受 14-16 分。				
院外运动注意事项 (强推荐)	(1) 禁止饱腹后运动, 在进餐后至少 1 小时再开始运动; (2) 避免气候恶劣时训练, 冬季在中午之前或下午训练, 夏季在清晨和傍晚训练; (3) 避免情绪激动、紧张或愤怒下进行运动训练, 并学会放松技术; (4) 当感到疲劳、胸痛、头晕、气短时, 应立即停下来休息; (5) 如有某些急性病, 如感冒、腹泻等, 要停止锻炼; (6) 合理安排每日运动训练, 保证运动的安全。				

附录 C 风险防控表
(资料性附录)

C.1 心脏康复风险防控表																				
I 期心脏康复“HEBRSO”评估表		II 期、III 期心脏康复风险评估表																		
H 心率 (强推荐)	心率 < 40 次/min 或 > 130 次/min	运动强度不超过目标心率和自感用力程度, 根据环境变化, 调整运动水平, 比如冷热、湿度和海拔变化等。																		
	活动后心率增加 ≥ 20 次/min																			
E 心电图 (强推荐)	明显的室性或房性心动过速	目标 心率法 (强推荐)	静息心率的基础上: 增加 20-30 次/min。超过上述范围, 停止运动。 (1) 体能差增加 20 次/min; (2) 体能好增加 30 次/min。																	
	II、III 度房室传导阻滞																			
	心电图显示 ST 段动态改变																			
	心律不稳定或需要使用抗心律失常药物																			
B 血压 (强推荐)	收缩压 < 90mmHg 或 > 180mmHg	Borg 评分 (强推荐)	Borg 劳累程度分级法 ^[11] : 推荐达到 11-13 分, 对于运动低危的患者可短时间接受 14-16 分。> 17 分以上, 自觉劳累, 停止运动, 进行休息。																	
	与静息时比较, 收缩压升高 > 40mmHg 或下降 > 10mmHg																			
	舒张压 ≥ 110mmHg																			
	平均动脉压 < 65mmHg																			
	新使用血管活性药物或使用剂量增加																			
R 呼吸 (强推荐)	呼吸 ≥ 30 次/min	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Borg 评分表</th> </tr> <tr> <th>Borg 评分</th> <th>自我感知的用力程度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6-8</td> <td>非常非常轻</td> </tr> <tr> <td>9-10</td> <td>很轻</td> </tr> <tr> <td>11-12</td> <td>轻</td> </tr> <tr> <td>13-14</td> <td>有点用力</td> </tr> <tr> <td>15-16</td> <td>用力</td> </tr> <tr> <td>17-18</td> <td>很用力</td> </tr> <tr> <td>19-20</td> <td>非常非常用力</td> </tr> </tbody> </table>	Borg 评分表		Borg 评分	自我感知的用力程度	6-8	非常非常轻	9-10	很轻	11-12	轻	13-14	有点用力	15-16	用力	17-18	很用力	19-20	非常非常用力
	Borg 评分表																			
Borg 评分	自我感知的用力程度																			
6-8	非常非常轻																			
9-10	很轻																			
11-12	轻																			
13-14	有点用力																			
15-16	用力																			
17-18	很用力																			
19-20	非常非常用力																			
SpO ₂ < 90%																				
S 症状体征 (强推荐)	存在不耐受运动的症状: 如头晕、胸痛、明显气促、心悸、呼吸困难等, 立即停止运动																			
	如感觉到任何关节或肌肉不寻常疼痛, 可能存在骨骼、肌肉损伤, 应立即停止运动																			
O 其他	患者拒绝活动																			
备注: I 期心脏康复阶段, 符合以上任一项, 立即终止运动康复。 II 期、III 期心脏康复阶段, 超过设定值范围及 S 症状体征任一项, 立即终止运动康复。																				

注:

1) “HEBRSO”监测表 “HEBRSO” Monitoring table

团队根据指南制订的 I 期心脏康复风险防控表, 即 H 心率、E 心电图、B 血压、R 呼吸、S 症状体征、O 其他。

2) II 期、III 期心脏康复风险评估表

团队根据指南制订的院外康复风险自评表。

附录 D
(规范性附录)
卧式八段锦

预备势

平卧位，全身放松，双手放于身体两侧，双脚并拢伸直，自然呼吸。

1. 顺逆呼吸畅气机

1.1 动作标准

- (1) 仰卧位，两手自然放于身体两侧，掌心向下。
- (2) 闭目，舌抵上鄂，双手交叉置于腹部，全身放松，缓慢呼吸，心神安宁。
- (3) 顺腹式呼吸：用鼻缓慢吸气，吸气时把腹部鼓起，双手随腹上抬，吸气末可稍停顿屏气；用口缓慢呼气，呼气时腹部缩回，双手随腹下移，呼气末稍停顿屏气。
- (4) 逆腹式呼吸：用鼻缓慢吸气，吸气时将腹部收缩，双手随腹下移，吸气末可稍停顿屏气；用口缓慢呼气，呼气时把腹部鼓起，双手随腹上抬，呼气末可稍停顿屏气。
- (5) 频率选择：先顺 4-8 遍，再逆 4-8 遍。

1.2 动作要点

- (1) 呼吸要点：①全身放松，“以静制动，闭目养神”，将意念放于腹部。②腹部呼吸时，感受腹部随呼吸起伏的状态。③整个呼吸宜悠、缓、匀、细、深、长。
- (2) 根据自身情况，调整时长。若为心肺疾病患者，可先自然呼吸后调整呼吸，逐渐加深加长。



图 D.1 顺逆呼吸畅气机

2. 掌心互搓行血脉

2.1 动作标准

- (1) 仰卧位，两手自然置于身体两侧。
- (2) 两肘弯曲，两手合掌于胸前，来回互搓。
- (3) 合掌并伸直两臂，来回互搓。
- (4) 两手互相来回搓动，频率约 120 次/分，手心稍感温热。
- (5) 频率选择：一弯一伸，重复 4-8 遍。

2.2. 动作要点

- (1) 互搓要点：①手指合拢，勿空心；②搓动时，从掌根搓至掌心；③搓动效果为手掌温热。
- (2) 幅度选择：根据肌力情况，选择双臂内收及伸展的幅度、揉搓力度。
- (3) 用力方式：两臂用力带动双手，双手掌稍用力贴合，进行互搓。



图 D.2 掌心互搓通血脉

3. 调理脾胃须摩腹

3.1 动作标准

- (1) 仰卧位，双手自然重叠置于脐（神阙穴）上方。
- (2) 以脐为中心，围绕中脘→天枢（左）→关元穴→天枢（右），进行顺时针摩腹4圈。
- (3) 以脐为中心，围绕中脘→天枢（右）→关元穴→天枢（左），进行逆时针摩腹4圈。
- (4) 频率选择：一顺一逆为1遍，重复4-8遍。

3.2. 动作要点

- (1) 摩腹要点：①将温暖的掌心置于脐部；②掌摩，掌根用力，力量适中，紧摩慢移；③按摩至腹壁微红或腹部透热为度。
- (2) 注意事项：①若便秘严重者，可仅进行顺时针方向腹部按摩。②若存在腹泻者，可仅进行逆时针方向腹部按摩。



图 D.3 调理脾胃须摩腹

4. 微撼天柱祛七伤

4.1. 动作标准

- (1) 自然平卧，双足略分开，肩胛自然下沉，双手放于身体两侧，双眼目视前方。
- (2) 将颈部缓慢转向右侧，双眼看向右方，接着双肩向上收缩成“耸肩”姿势，维持片刻然后再将头缓慢转回正中，目视前方，同时双肩放回起始位置，还原准备姿势，目视前方。
- (3) 将颈部缓慢转向左侧，双眼看向左方，接着双肩向上收缩成“耸肩”姿势，维持片刻然后再将头缓慢转回正中，目视前方，同时双肩放回起始位置，还原准备姿势，目视前方。
- (4) 频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

4.2. 动作要点

- (1) 转头要点：缓慢转动，转动至自己可耐受的最大幅度，停留片刻；

(2) 耸肩要点：①“耸肩”时应感觉到颈椎两侧的肌肉收紧，保持 2 秒；②耸肩时吸气，沉肩时呼气。

(3) 注意事项：①动作轻柔缓慢，以不引起头晕不适等症状为宜；②若有各种原因引起的头晕症状者，不能进行该动作转头的部分，以免发生危险；③颈椎病急性期及有明显脊柱受压症状者，禁止进行该动作锻炼；稳定期方可进行且宜动作缓慢，幅度减少，以自我耐受为宜，并适当控制运动的节奏和强度，避免活动过度加重颈部劳损。



图 D.4 微撼天柱祛七伤

5. 屈膝钩攀舒筋骨

5.1. 动作标准

(1) 平卧，双手自然放于身体两侧，两腿上抬，成屈膝状，再将下肢伸直后，上下交替，有节律的摆动下肢，成剪刀状。

(2) 保持双下肢伸直片刻后屈膝，进行缓慢、有节律的伸膝、屈膝动作，如踩单车。

(3) 先屈左膝，伸右腿，再屈右膝，伸左腿，双下肢交替进行，缓慢放下后，伸直双下肢。

(4) 频率选择：一摆一屈一伸为 1 遍，重复 4-8 遍。

5.2. 动作要点

(1) 在院患者：①可在护理人员指导下，先行被动屈伸运动，再慢慢过渡到主动屈伸；②普通住院患者，若肌力不足，则根据自身情况，调整动作的幅度及次数；③重症患者，因肌力不足或腹股沟有管道不能做抬离床面或屈膝动作者，则可替代为床上平移或单腿上下抬离床面的锻炼。

(2) 直腿运动：①根据个体情况，下肢肌力决定上抬的幅度；②若无法双腿同时抬高，则可进行单腿抬高运动。③小腿摆动，一上一下为一次，共做 6 次。

(3) 屈膝运动：①根据个体情况，进行屈膝踩单车运动；②动作幅度根据自身力量决定。



图 D.5 屈膝钩攀舒筋骨

6. 伸腰引肾利阴阳

6.1. 动作标准

- (1) 平卧，自然呼吸，双手放于身体两侧。
- (2) 屈膝，以手、足部为支点。
- (3) 呼气，缓缓使腰向上挺，臀部尽量上抬，使胸、腹、臀、膝关节在同一水平线上，呈拱腰状，保持片刻。
- (4) 吸气，腰部缓慢下落，恢复平躺。
- (5) 频率选择：一挺一落为1遍，重复4-8遍。

6.2. 动作要点

- (1) 呼吸调节，根据自身情况进行调整，以自身舒适为宜。
- (2) 拱腰动作：①根据自身情况及腰部力量进行幅度调节。操作时，要缓慢柔和，缓缓伸展至极处，能让脊柱得到充分的伸展和锻炼；②体弱者，由医护人员从旁协助抬起臀部，手部轻轻放于患者腰、臀部，协助其抬离床面；③重症患者若肌力不足或腹股沟有管道者，则根据情况调节上抬的幅度。
- (3) 注意事项：①腰肌劳损者，不宜做此操作。②如果肌力不足以做到腰部抬起上挺时，则以头和手为支点，腰往上挺，动作徐缓。



图 D.6 伸腰引肾利阴阳

7. 展臂推掌行气力

7.1. 动作标准

- (1) 平卧位，两臂自然伸直，放于身体两侧。
- (2) 双臂伸直，缓缓向上抬举，举至头顶上方，掌心向前，目视前方。
- (3) 双肘屈曲下落，两掌同时下按于胸前，夹肘同时双手翻转掌心向前，稍停片刻，蓄力聚神，目视前方。
- (4) 用力将双掌推出，眼睛注视双掌，集中意念在双掌。
- (5) 用力外旋手腕、握拳，再收回。
- (6) 频率选择：一举、一落、推掌、收回为1遍，重复4-8遍。

7.2. 动作要点

- (1) 呼吸：过程自然呼吸，收拳动作时吸气，推掌动作时呼气。
- (2) 推掌前，保持精神集中，五指伸直，充分旋腕，再屈指用力握固，气发丹田、沉肩；推出时，力达掌面，怒目圆睁，目视双掌。
- (3) 老年人及体弱者，根据体质情况调控力度。

(4) 患者手上有桡动脉等监测管道者，注意避免管道脱出。



图 D.7 展臂推掌行气力

8. 足背屈伸定心神

8.1 动作标准

- (1) 平卧位，双手自然放于身体两侧。
- (2) 勾脚：双脚踝活动，最大限度向上勾脚，使脚尖朝向自己，使踝屈至最大角度，保持数秒。
- (3) 绷脚：双脚踝活动，最大限度向下绷脚，使脚尖朝下踩，贴近地面，使足背伸至最大角度，保持数秒。
- (4) 频率选择：一勾一绷为 1 遍，重复 4-8 遍。

8.2 动作要点

- (1) 双腿尽量伸直并拢。
- (2) 双脚行踝泵运动时，用力需平稳、缓慢、速度均匀。
- (3) 勾脚和下踩至最大角度时，尽量坚持 10 秒；



图 D.8 足背屈伸定心神

收式：平卧位，全身放松，双手放于身体两侧，双脚并拢伸直，自然呼吸。

附录 E
(规范性附录)
坐式八段锦

预备式：盘腿而坐，手放于膝，抬头挺胸，自然呼吸

1. 托天按顶通经络

1.1 动作标准

- (1) 盘腿而坐，手自然放于膝上，抬头挺胸，自然呼吸，双眼目视前方。
- (2) 双手缓慢向中间靠拢，十指交叉于腹前，上托，托至胸前翻掌，双臂向上伸直，同时头随手动，抬头，眼睛看向手背，停留数秒。
- (3) 头摆正，目视前方，双手十指相扣，翻转按于头顶处，停顿片刻后双手向两侧展开，双手垂放于膝。
- (4) 频率选择：上抬、下按、收回于膝为 1 遍，重复 4-8 遍。

1.2 动作要点

- (1) 起势时，调整呼吸，挺胸收腹，上颌微抬，意达百会。
- (2) 双手上托时，使之形成一股向上的力量，同时目光追随手掌向上移动。
- (3) 托天的动作时，躯干与两臂要保持垂直，这样才能伸展腰臂，起到良好的拉伸作用。
- (4) 两掌下落，松腰沉髋，沉肩坠肘，松腕舒指。
- (5) 按压头顶时手部稍用力，按压后使头皮有温热和舒适感为宜。



图 E.1 托天按顶通经络

2. 掌浴前臂舒心胸

2.1 动作标准

- (1) 先浴左臂：用右手掌紧贴左手臂腋下内侧，用力沿臂内侧向下擦到左手手指端，再由手指端循臂外侧，用力沿臂外侧向上擦到肩部。
- (2) 再浴右臂：用左手掌紧贴右手臂腋下内侧，用力沿臂内侧向下擦到右手手指端，再由手指端循臂外侧，用力沿臂外侧向上擦到肩部。
- (3) 频率选择：一左一右为 1 遍，重复 4-8 遍。

2.2 动作要点

- (1) 手凉者，可先双手互搓，两手合掌搓热，能使手上气血调和，有助于经络畅通，十指灵敏，再进行做功。

(2) 循经浴臂时，用点通手三阴法：循经络线行走，从臂腋下沿手三阴经推拿至手指端，再用点通手三阳法：从手指端延手三阳经循经络线走向推擦至肩外侧。循经浴臂时，可有上肢微热感觉为佳。

(3) 患风寒臂痛者，根据自身情况，可增加次数达数十次，甚至上百次。

(4) 因臂部炎症导致红肿热痛者，不可做此功。

(5) 在院卧床重症患者手上有肘动脉或桡动脉管道监测，应避免穿刺部位及管道。



图 E.2 掌浴前臂舒心胸

3. 前抚腕腹调六腑

3.1 动作标准

(1) 双手叠放于腹部，以神阙穴（肚脐）为中心点，顺时针方向，有规律地做环行腹部按摩 4 圈，力量均衡，摩腹后双手回到神阙穴。

(2) 双手叠放于腹部，以神阙穴（肚脐）为中心点，逆时针方向，有规律地做环行腹部按摩 4 圈，力量均衡，摩腹后双手回到神阙穴。

(3) 频率选择：一顺一逆为 1 遍，重复 4-8 遍。

3.2 动作要点

(1) 在向上摩腹时，注意吸气、收腹，向下摩腹时，注意呼气、松腹。

(2) 摩腹动作要力量均衡，稳而缓慢，要贴近腹部并连续摩腹。

(3) 腹部有术口者，不宜行此招式。

(4) 饭后 1 小时，再行腹部按摩为宜。

(5) 腹泻者，不宜顺时针摩腹；便秘者，可适当增加顺时针摩腹时间。



图 E. 3 前抚腕腹调六腑

4. 摇身晃海强腰腹

4.1 动作标准

- (1) 双腿盘膝，两手自然垂放于膝上，双眼目视前方。
- (2) 双手翻转放于两侧大腿上。
- (3) 身体左倾顺时针绕转 1 圈，回至中正。
- (4) 身体右倾逆时针绕转 1 圈，回至中正。
- (5) 频率选择：一左一右为 1 遍，重复 4-8 遍。

4.2 动作要点

- (1) 绕转时注意要放松，缓慢而有节律，旋转幅度以自我耐受为宜，幅度要适中，避免扭伤。
- (2) 在上体绕转时，注意竖脊，收下颌。
- (3) 注意摇身时，两膝不要抬起。
- (4) 颈椎及腰椎疾病的患者，急性期不宜做此式，恢复期注意幅度和力度，避免过度导致情况加重。



图 E. 4 摇身晃海强腰腹

5. 抱头扩胸运气血

5.1 动作标准

- (1) 双腿盘膝，两手自然垂放于膝上，目视前方。
- (2) 两手于膝上旋腕，上抬至胸前，展开双臂，并将两手交叉置于脑后，挺直腰背，下颌微抬，目视前方。
- (3) 抱头收拢，双手臂夹住头部，垂头缩颈收胸；两肘拉开扩胸，展开双肩，与肩平行，停顿片刻，下颌微抬，目视前方。重复2次。
- (4) 展开双臂，从头顶往两侧展开后，回收于胸前，翻掌下按，放于膝上。
- (5) 频率选择：抱头、扩胸、回收为1遍，重复4-8遍。

5.2 动作要点

- (1) 盘膝而坐时，咬牙闭气，目视前方。
- (2) 抱头时沉肩，收腹；扩胸时展肩舒胸。
- (3) 此动作应配合呼吸法，含胸抱头时呼气，展肩扩胸时吸气。
- (4) 患者手部有动脉置管或留置针补液时应注意避开穿刺口，并避免管道脱落。



图 E.5 抱头扩胸运气血

6. 背摩精门固心肾

6.1 动作标准

- (1) 盘腿而坐，目视前方，双手自然垂放于膝。
- (2) 双手缓慢抬起至胸前，向后翻掌于背，指尖朝下，掌心贴住背部肾区。
- (3) 两掌掌心向内侧沿着脊柱左右两侧向下抚摸一直到肾俞穴腰眼处，在肾俞穴一上一下用力摩擦。
- (4) 频率选择：上下摩擦至温热为1遍，重复4-8遍。

6.2. 动作要点

- (1) 摩擦时要稳而稍用力，摩擦直至肾区微发热，觉似阳气上济与心，温煦全身为宜。
- (2) 做此动作时，保持腰胸挺直，目视前方。
- (3) 背摩时，需要五指并拢，掌心贴紧背部，同时注意上轻下重，速度适中。



图 E. 6 背摩精门固心肾

7. 左右划拳循气机

7.1 动作标准

- (1) 盘腿而坐，双手自然放于双膝，目光直视前方。
- (2) 两手收拳于腰间，四指包裹大拇指。
- (3) 将左拳缓缓用力向右前下方冲出，同时圆瞪双目，直视左拳。
- (4) 左臂在前方旋转划一圈至原右前下方后弯曲胳膊肘，将左拳收回到腰的左侧，使拳眼朝上，目视前方。
- (5) 将右拳缓缓用力向左前下方冲出，同时圆瞪双目，直视右拳。
- (6) 右臂在前方旋转划一圈至原左前下方后弯曲胳膊肘，将右拳收回到腰的右侧，使拳眼朝上，目视前方。
- (7) 频率选择：一左一右为 1 遍，重复 4-8 遍。

7.2. 动作要点

- (1) 冲拳时上身保持直立，肩膀保持放松状态，同时也要沉肩。
- (2) 冲拳时左右手的大拇指掐在其他四个手指的掌指横纹上，或者是置于手心，用其余四个手指握牢。
- (3) 当吸气时动作就要收回，当呼气时动作就要放出，眼睛圆瞪要左右轮换着看向拳头。划动双拳时，目视前方。



图 E.7 左右划拳循气机

8. 屈膝伸足壮筋骨

8.1 动作标准

(1) 盘腿而坐，双手自然放于双膝。

(2) 屈右膝，左腿向前伸直。

(2) 向前俯身，双手掌心顺着大腿两侧至小腿缓缓往前攀左脚，再用力扳脚心，尽量上身俯贴左腿，再收足端坐。

(3) 屈左膝，右腿向前伸直。

(4) 向前俯身，双手掌心顺着大腿两侧至小腿缓缓往前攀右脚，再用力扳脚心，尽量上身俯贴右腿，再收足端坐。

(5) 频率选择：一左一右为 1 遍，重复 4-8 遍。

8.2 动作要点

(1) 收足端坐时，意向丹田。

(2) 此动作根据患者体质及身体柔性度来做，无法攀足者，尽量伸展上身，双手用力前伸欲攀足。

(3) 如果练习者是坐在凳子上习练，则可行替代动作。

①端坐，微抬左下肢，向前做伸-屈的踢腿动作，一伸一屈为一遍。

②端坐，微抬右下肢，向前做伸-屈的踢腿动作，一伸一屈为一遍。



图 E.8 屈膝伸足壮筋骨

收式：盘腿而坐，双手放于膝，全身放松，自然呼吸。

附录 F
(规范性附录)
立式八段锦

预备式：左脚开步，与肩同宽，微微屈膝，掌抱腹前，调整呼吸，意守丹田。

1. 两手托天理三焦

1.1 动作标准

(1) 双脚自然站立，两足平开，与肩同宽，接预备势。双臂外旋微下落，双手五指分开、交叉与腹前，掌心向上。含胸收腹，腰脊放松，正头平视，宁神调息，气沉丹田。

(2) 双手自体侧缓缓举至头顶，转掌心向上，用力向上托举，此时，不再目视前方，而是抬头，目光追随着手掌向上移动，一直注视着它们。下颌向上扬，使之形成一股向上的力量。两腿缓缓挺膝伸直，足跟亦随双手的托举而起落。

(3) 双臂继续上托，肘关节渐渐伸直，同时，扬起的下颌向内收，目光由追随手掌变成目视前方。

(4) 身体重心慢慢下降，两腿的膝关节从挺直重新变成了微屈的姿势，十指分开，两臂分别向身体两侧下落，两掌重新捧于腹前，掌心向上，目视前方；

(5) 频率选择：托举、下落为 1 遍，重复 4-8 遍。

1.2 动作要点

(1) 两掌上托要胸部扩张，腰腹伸张，仰头，目视手背。

(2) 两手上撑时，力在掌根，肘关节伸直。

(3) 两掌下落，松腰沉髋，沉肩坠肘，松腕舒指，上体中正。

(4) 意念自始至终守于丹田，也可以在预备式时意念由足心（涌泉），随动作渐渐上提，至丹田处停止。



图 F.1 两手托天理三焦

2. 左右开弓似射雕

2.1 动作标准

(1) 接上式，身体重心右移，左步开站，双膝伸直，同时双手交叉与胸前，手心向内，左手在外，右手在内，目视前方。

(2) 缓缓屈膝下蹲成骑马步，右手屈指成爪，从左至右拉至肩前，同时左手手臂向内旋转，

向左侧推出，保持与肩同高，手腕直立，掌心朝向左面，如拉弓射箭一般，目光从前方转向左掌方向，视线通过左手食指凝视远方，意如弓箭在手，等机而射。

(3) 稍作停顿后，上体稍起，重心右移，同时右手五指展开成掌，掌心斜向前方，向右划弧至约与肩同高，指尖向上，左手指也展开成掌，掌心斜向后；眼睛由注视左掌变为注视右掌。

(4) 身体重心继续右移，左腿顺势收回，下肢的姿势由马步变为并步站立，同时顺势将两手向下划弧，分别由两侧下落收回腹前，左右手的手指指间相对，保持掌心向上，眼睛重新注视前方。

(5) 左式方向反之，身体重心左移，右脚向右横开一步，双膝伸直，双手交叉于胸前，手心向内，右手在外，左手在内，目视前方。

(6) 缓缓屈膝下蹲成骑马步，左手屈指成爪，从左至右拉至肩前，同时右手手臂向内旋转，向右侧推出，保持与肩同高，手腕直立，掌心朝向右面，如拉弓射箭一般，目光从前方转向右掌方向，视线通过右手食指凝视远方，意如弓箭在手，等机而射。

(7) 稍作停顿后，上体稍起，重心左移，同时左手五指展开成掌，掌心斜向前方，向左划弧至约与肩同高，指尖向上，右手指也展开成掌，掌心斜向后；眼睛由注视右掌变为注视左掌。

(8) 身体重心继续左移，右腿顺势收回，下肢的姿势由马步变为并步站立，同时顺势将两手向下划弧，分别由两侧下落收回腹前，左右手的手指指间相对，保持掌心向上，眼睛重新注视前方。

(6) 此式伸臂及拉弓时吸气，还原时呼气。

(7) 频率选择:一左一右为1遍，重复4-8遍。

2.2 动作要点

(1) 侧拉之手五指要并拢屈紧，臂约与肩平。

(2) 推出手时呈八字掌，侧撑需沉肩坠肘，屈腕，竖指，掌心含空。

(3) 在做侧拉动作时身体保持直立、放松，重心落于双脚。

(4) 年老或体弱者可自行调整马步的高度，切忌苛求完美。

(5) 意念开始自丹田至左手示指与拇指尖，然后随动作收回至丹田，向右拉弓时自丹田至右手示指与拇指尖，然后再收回。



图 F.2 左右开弓似射雕

3. 调理脾胃须单举

3.1. 动作标准

(1) 两膝慢慢挺立伸直，同时左掌向上托起，左臂经面前外旋上穿，随之向内旋转继续向上直到举到头顶的左上方，这时肘微屈，指尖向右，掌心向上，左臂的力量全部到达左掌根部，同时右掌微微向上托举，右臂随之向内旋转到右边的髋部，肘微屈，右掌指尖向前，掌心向下，右臂的力量完全达到了右掌根部，动作稍微停顿，眼睛注视前方。

(2) 放松腰部，髋部下沉，身体重心缓缓下降，双膝关节由挺直状态慢慢变成微屈状态，同时左臂屈肘外旋，左掌随之经面前下落腹前，掌心向上，右臂外旋，并向上捧在自己腹前，掌心向上，左右两掌指尖相对，大约距离为 10 厘米，眼睛注视前方。

(3) 两膝慢慢挺立伸直，同时右掌向上托起，右臂经面前外旋上穿，随之向内旋转继续向上直到举到头顶的左上方，这时肘微屈，指尖向左，掌心向上，右臂的力量全部到达右掌根部，同时左掌微微向上托举，左臂随之向内旋转到左边的髋部，肘微屈，左掌指尖向前，掌心向下，左臂的力量完全达到了左掌根部，动作稍微停顿，眼睛注视前方。

(4) 放松腰部，髋部下沉，身体重心缓缓下降，双膝关节由挺直状态慢慢成微屈状态，同时右臂屈肘外旋，右掌随之经面前下落腹前，掌心向上，左臂外旋，并向上捧在自己腹前，掌心向上，左右两掌指尖相对，大约距离为 10 厘米，眼睛注视前方。

(5) 本式上举吸气，下落呼气。

(6) 频率选择：一左一右为 1 遍，重复 4-8 遍。

3.2. 动作要点

(1) 手掌上托时，舒胸展体、拔长腰脊、两肩松沉、上撑下按、力在掌根。

(2) 双手争力时吸气，双手下落时呼气；手上举时吸气，手下沉时呼气。

(3) 双手捧于腹前时，手指间距约 10 厘米。

(4) 肩周炎患者做这套动作时要缓慢，不可急速。

(5) 此式配合呼吸，配合意念，意念跟随手臂上举而向上，直达上举之手指尖；然后随手下引归于丹田。



图 F.3 调理脾胃须单举

4. 五劳七伤往后瞧

4.1 动作标准

(1) 接上式，双膝慢慢挺直，同时双臂向两侧伸展伸直，手指尖指向下方，眼睛注视前方，接着，两臂向外部充分地旋转，双掌掌心向外，头向左后转，动作稍停，目光由前方转至左斜后方。

(2) 放松腰部，沉下髋部，身体重心缓缓下移，双膝从挺直状态变为微屈，同时，两臂内旋两掌按于髋旁两侧，掌心向下，指尖向前；目光由左斜后方转向前方。

(3) 双膝慢慢挺直，同时双臂向两侧伸展伸直，手指尖指向下方，眼睛注视前方，接着，两臂向外部充分地旋转，双掌掌心向外，头向右后转，动作稍停，目光由前方转至右斜后方。

(4) 放松腰部，沉下髋部，身体重心缓缓下移，双膝从挺直状态变为微屈，同时，两臂内旋两掌按于髋旁两侧，掌心向下，指尖向前；目光由右斜后方转向前方。

(5) 本式向后望时吸气，复原时呼气。

(6) 频率选择：一左一右为1遍，重复4-8遍。

4.2 动作要点

(1) 头向上顶，肩向下沉。转头不转体，旋臂，两肩后张。

(2) 配合呼吸法，头向后转时吸气，还原时呼气。

(3) 双掌下按时，臂稍内旋，撑圆按于髋旁，掌心向下，指尖向前。

(4) 患有颈椎病者，做这一式时循序渐进，转头动作不宜过快、幅度过大，以免头晕、恶心。如果病情较严重者慎做。

(5) 此式动作时要精神愉快，面带笑容，乐自心田生，笑自心内，只有这样配合动作，才能起到对五劳七伤的防治。



图 F.4 五劳七伤往后瞧

5. 摇头摆尾去心火

5.1 动作标准

(1) 重心左移，右脚向右横跨一步，两手托起手掌向上举起，指尖相对，力在掌根，目视前方。

(2) 两掌从身体两侧下落，两脚蹲成马步，两掌扶于膝关节的上方，胳膊肘随之微微弯曲。

(3) 身体重心稍稍升起，将重心右移，上身向右侧移动，右腿弯曲，左腿微屈，右臂弯曲，左臂伸直，目视前方。

(4) 俯下身躯，注视右脚尖，上身向前再向左侧旋转，重心左移，目视右脚跟，下颌微收。

(5) 左腿弯曲，右腿微屈，重心向右移至双腿间，眼睛的余光移至右脚脚跟，颈部后旋，尾闾前旋。

(6) 摇头摆尾动作结束时，马步正身，重心应稍往下降。

(7) 频率选择：一左一右为 1 遍，重复 4-8 遍。

5.2 动作要点

(1) 脚下的步法可以选择马步，也可以选择扑步，注意收髋敛臀立腰竖颈，下颌微收，百会上领，目视前方。

(2) 双手手掌轻轻放在膝盖上面，不要太用力，小指在前，两手四指相对。

(3) 脊柱的颈端与尾闾除上升和转正外，都处于反向运动，即上体右倾时，颈端向右，尾闾向左；上体前倾时，颈端向前，尾闾向后；上体左倾时，颈端向左，尾闾向右；摇头摆尾时，颈端后绕，尾闾前绕，整个过程，保持身体平衡，颈部与尾闾对伸拉长。

(4) 侧倾和俯身关键的颈椎部肌肉尽量保持放松的状态，在身体摇摆时，并要有意识地伸长脖颈与尾闾要对拉伸长，速度要缓慢而连贯。

(5) 颈部后旋的速度要稍慢于尾闾前旋的速度，眼睛视线由右脚看到了左脚，并伴随着尾闾的转动，从左脚的外侧看到左腿外侧至左肩，伴随着颈部的放松摇转，目视头上方。

(6) 摇头时颈部肌肉要放松。摇头时，不主动用力，用头部自身的重量来带动旋转，目视头上方。

(7) 摆尾时要收腹。勿塌腰、撅臀。从胸到腹部都要有种肌肉的紧张感，即：胸微内含，腹肌收缩。这样摆尾时，才能保证尾闾内收转正。转正时要力达夹脊。



图 F.5 摇头摆尾去心火

6. 两手攀足固肾腰

6.1 动作标准

(1) 双腿挺膝，伸直站立，两手指尖向前，两手臂向前，向上举起，肘关节伸直，两手掌掌心向前，目视前方。

(2) 两臂屈肘，双掌下按至胸前，掌心向下，指尖相对。

(3) 两臂外旋，两掌心向上，两掌掌指从腋下向后从上向下擦。

(4) 两掌心向内侧沿着脊柱左右两侧向下摩运，一直到臀部。

(5) 向前俯身，目视下方，两只手掌沿着双腿后面继续向下摩运，在向下摩运的过程中经过双脚的外侧，由两侧擦至脚面，略停顿。

- (6) 两掌沿地面向前伸，拉长腰脊，然后手臂主动向上举起带动上体立起，掌心向前。
- (7) 做完后，双臂下放，双掌下按至腹部，指尖向前，同时双腿微屈，目视前方。
- (8) 频率选择：一上一下为 1 遍，重复 4-8 遍。

6.2 动作要点

- (1) 两手向后穿经过腋下要尽量旋转手腕。
- (2) 摩运时脊柱的关节放松，向下摩运时适当用力，两膝挺直，勿弯曲、低头。
- (3) 运行至足背，松腰沉肩。
- (4) 起身时，先手臂主动上举，带动身体立起来。

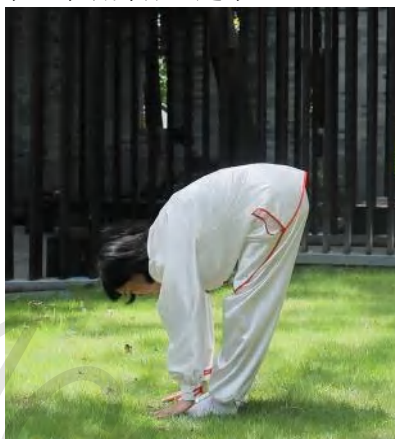


图 F.6 双手攀足固肾腰

7. 攢拳怒目增气力

7.1 动作标准

- (1) 重心右移，左脚向左开一步宽，腿慢慢下蹲成马步，同时两掌握拳于腰侧，大拇指在内，拳眼向上，目视前方。
- (2) 左拳缓缓地用力向前方冲出，与肩同高，拳眼向上，怒视左拳。
- (3) 左臂内旋，将拳变掌，虎口向下，目视左掌。
- (4) 左臂外旋，肘关节微屈，同时左掌向左旋转，变掌心向上时用力握住，大拇指在内，怒视左拳。
- (5) 左拳屈肘回收于腰侧，拳眼向上，目视前方。
- (6) 同样方法出右拳头，做完后，重心右移，左脚回收成并步站立，同时两拳变掌，垂于体侧，目视前方。
- (7) 频率选择：一左一右为 1 遍，重复 4-8 遍。

7.2 动作要点

- (1) 马步高低根据个人自己腿部力量灵活掌握。
- (2) 冲拳时，小臂贴肋向前送出，使力量充分地到达拳面，冲拳过重中头向上顶，上体要直立，勿前俯，肩部松沉，勿端肩耸肩。
- (3) 回收，先五指伸直，充分旋腕，再屈指用力抓握。
- (4) 冲拳时要怒目圆睁，盯住所出之拳，同时脚趾抓地。



图 F.7 攒拳怒目增气力

8. 背后七颠百病消

8.1 动作标准

- (1) 两手自然放于两侧，肘臂稍作外撑，两脚跟提起，意念头向上虚顶（百会穴上顶），稍作停顿，目视前方。
- (2) 两脚跟下落轻震地面，保持身体平衡。
- (3) 频率选择：一起一落为 1 遍，重复 7 遍。

8.2 动作要点

- (1) 上提时提肛收腹，脚趾用力抓地，脚尖用力，脚跟尽力抬起，勿端肩。
- (2) 下落时舒肩松臀，全身放松，身体随脚跟落地震动。
- (3) 稳住重心，保持身体平衡。



图 F.8 背后七颠百病消

收式：两臂内旋向两侧摆起，与髋同高，掌心向后，目视前方。两臂屈肘，双掌回归丹田，相交于腹部，男士左手在内，女士右手在内，两臂垂于两侧。全身放松，自然呼吸，气沉丹田，体态安详。

参 考 文 献

- [1] 《中国心血管健康与疾病报告 2021》编写组.《中国心血管健康与疾病报告 2021》要点解读[J]. 中国心血管杂志, 2022, 27(4): 305-318.
- [2] Chen M, Liang X, Kong L, et al. Effect of Baduanjin Sequential Therapy on the Quality of Life and Cardiac Function in Patients with AMI After PCI: A Randomized Controlled Trial[J]. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2020, 2020: 1-10.
- [3] 张亚菲, 旻刘, 韩雅蕾, 等. 八段锦对急性心肌梗死 PTCA 术后 I 期康复的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 7(30): 719-724.
- [4] Abreu A. Cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction: Still insufficient referral[J]. International Journal of Cardiology, 2018, 261: 28-29.
- [5] 袁丽霞, 丁荣晶. 中国心脏康复与二级预防指南解读[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(S1): 86-90.
- [6] 陈纪言, 陈韵岱, 韩雅玲. 经皮冠状动脉介入治疗术后运动康复专家共识[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2016, 24(7): 361-369.
- [7] 丁荣晶, 雷莎. 中国心脏康复发展历程、现状及思考[J]. 实用心脑血管病杂志, 2021, 29(09): 1-5.
- [8] 朱晓峰. 健身气功·八段锦 [M]. 北京: 人民体育出版社, 2003.
- [9] 向文秀, 张彦, 简爱萍, 等. 八段锦用于心脏康复的临床研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(19): 3216-3219.
- [10] 中国医院协会心脏康复管理专业委员会, 苏州工业园区心血管健康研究院. 心脏康复分级诊疗中国专家共识[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2022, 30(8): 561-572.
- [11] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 冠心病心脏康复基层指南(2020年) [J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20(2): 150-165.
- [12] 中华医学会心血管病学分会预防学组, 中国康复医学会心血管病专业委员会. 冠心病患者运动治疗中国专家共识[J]. 实用心脑血管病杂志, 2015, 43(7): 14.
- [13] Hodgson C L, Stiller K, Needham D M, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults[J]. Critical Care, 2014, 18(6).
- [14] 戴兰, 梅洁. 急性心肌梗死患者 PCI 术后早期康复运动的研究进展[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(06): 12-14.
- [15] 张漳禄. 八段锦对急诊 PCI 术后患者 II 期心脏康复的疗效评价[D]. 2019.
- [16] 王家美, 春梁, 蓓王, 等. “坐式八段锦”对急性心肌梗死病人介入治疗术后心脏康复的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(8): 1082-1085.
- [17] 刘果果, 石磊, 张明, 等. 八段锦在急性心肌梗死介入治疗后 II 期心脏康复中的疗效观察[J]. 世界中医药. <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5529.R.20210525.1718.038.html>, 2021.
- [18] 周宇璇, 李三军, 夏五妹, 等. 八段锦对心肌梗死后心力衰竭患者心功能及生活质量的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(25): 73-79.
- [19] 郭旭, 贾英. 太极球联合八段锦运动对急性心肌梗死 PCI 术后患者的心脏康复作用[J]. 河南中医, 2019, 39(8): 1247-1251.
- [20] 张晓璇, 陈名桂, 梁雪妃, 等. 八段锦序贯疗法对 ST 段抬高型心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗术后生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(8): 68-71.
- [21] 张小朵. 太极球联合八段锦运动对急性心肌梗死患者心脏康复作用的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2017.
- [22] 胡兰. 八段锦对冠心病 PCI 术后患者康复疗效的观察研究[D]. 广州中医药大学, 2018.
- [23] 李国彬. 太极球联合八段锦运动对急性心肌梗死 PCI 术后心脏康复作用的临床研究[D]. 2018.
- [24] 朱洁. 八段锦联合阻抗运动对急诊 PCI 术后患者心功能及心理方面的影响[D]. 湖南中医药大学, 2020.