

耳穴压豆联合穴位贴敷在眩晕患者中的应用效果分析

王建逸

南京市江宁中医院 江苏南京 211100

【摘要】目的：探讨耳穴压豆联合穴位贴敷在心病科眩晕患者中的应用效果。**方法：**选取2024年1月至2026年1月我院心病科收治的眩晕患者300例，随机分为对照组与观察组各150例。对照组实施常规治疗与护理，观察组在对照组基础上加用耳穴压豆联合穴位贴敷干预。比较两组眩晕程度评分、中医证候积分。**结果：**干预后，两组DHI总分及中医证候积分比较，均为观察更低（ $P<0.05$ ）。**结论：**耳穴压豆联合穴位贴敷应用于眩晕患者，能有效改善眩晕症状，值得临床推广。

【关键词】 耳穴压豆；穴位贴敷；眩晕；中医护理；应用效果

眩晕是心病科常见病症，以头晕目眩、视物旋转为主症，重者伴恶心呕吐、耳鸣汗出。西医以改善循环、控制血压为主。中医学认为眩晕病位在脑，与肝、脾、肾相关，病机以虚、痰、风、火为主^[1]。近年来，耳穴压豆联合穴位贴敷因其简便安全，在眩晕辅助治疗中应用渐广。为探究其具体应用效果，特做此研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2026年1月我院心病科收治的300例眩晕患者，随机分为观察组与对照组各150例。对照组，男82例，女68例；年龄36~74岁，平均（58.83±9.42）岁。观察组：男79例，女71例；年龄35~75岁，平均（57.86±9.51）岁。组间基础资料对比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①符合中西医眩晕诊断标准；②35~75岁；③意识清楚，可配合；④知情同意。

排除标准：①颅内严重器质性病变、耳部皮肤破损感染；②严重脏器功能不全；③贴敷药物过敏；④妊娠哺乳期；⑤精神认知障碍不能配合者。

1.2 方法

对照组实施常规治疗与护理。（1）药物治疗：遵医嘱予香丹注射液、冠心宁注射液改善循环，必要时口服盐酸氟桂利嗪控制眩晕；基础病用药含富马酸比索洛尔控心率、瑞舒伐他汀钙片调脂稳斑、阿司匹林抗血小板、达格列净控血糖等。（2）常规护理：嘱卧床休息，避免急变体位；保持病室安静、光线柔和；监测生命体征及血压心率；行跌倒风险评估与宣教；予心理疏导；饮食低盐低脂、清淡易消化。

观察组在对照组基础上加用耳穴压豆联合穴位贴敷。(1)耳穴压豆:取神门、交感、内耳、眩晕区、肝、肾、心。75%酒精清洁耳廓,王不留行籽贴于0.6cm×0.6cm胶布中心贴压穴位,稍按压至酸麻胀痛感。单耳贴压,双耳交替,3日一换,每日按压3~5次,每穴1~2分钟,疗程2周。(2)穴位贴敷:取双侧涌泉、内关、足三里。方用川芎、天麻、钩藤、半夏、茯苓、肉桂等研粉,姜汁调糊制饼。每日1次,贴敷4~6小时,以皮肤温热无灼痛为度,红肿瘙痒即取。疗程2周。

1.3 观察指标

(1)眩晕障碍评定量表(DHI):包含躯体、情绪、功能三个维度,总分0~100分,分数越高表示眩晕对生活影响越大。(2)中医证候积分:参照《中药新药临床研究指导原则》对眩晕、头痛、胸闷、恶心等症状进行分级量化,按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分。

1.4 统计学方法

统计值计算软件为SPSS 26.0,“ $\bar{x} \pm s$ ”代表正态计量数据, t 检验进行组间对比,通过 χ^2 检验完成样本率对比;统计学有意义为 $P<0.05$ 。

2 结果

干预后,观察组各项评分均显著低于对照组($P<0.05$)。详见表1。

表1 两组 DHI 评分及中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	DHI 总分		中医证候积分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	150	57.43±12.86	38.42±10.21	12.97±3.52	7.94±3.17
观察组	150	58.46±13.25	23.63±8.77 [△]	13.24±3.62	4.11±2.35 [△]
t 值		0.683	13.458	0.655	11.887
P 值		0.495	0.000	0.513	0.000

注:与对照组相比,[△] $P<0.05$ 。

3. 讨论

眩晕属中医学“眩冒”“头眩”范畴,中医外治法以经络传导与穴位刺激为核心,通过

体表-内脏反射调节脏腑气机，近年来在眩晕辅助干预中备受关注。

本研究结果显示，干预后，观察组各项评分均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。这一结果印证了耳穴压豆联合穴位贴敷协同干预的临床价值。耳部乃宗脉汇聚之处，神门镇静安神、交感调节自主神经功能、内耳及眩晕区为对应取穴以定眩止晕，配合肝、肾、心三穴调补脏腑、平潜风阳。王不留行籽持续按压产生的机械刺激经迷走神经耳支投射至孤束核，可间接调控前庭核团兴奋性，改善脑干听觉诱发电位异常^[2]。穴位贴敷取涌泉引火归元、内关和胃降逆、足三里健脾化痰，药糊中川芎、天麻、钩藤祛风活血定眩，半夏、茯苓燥湿涤痰，佐以肉桂温通血脉，姜汁透皮增效，药物经皮吸收可规避肝脏首过消除，缓慢释放而维持平稳血药浓度^[3]。二者联用，一者调神定眩于上，一者化痰通络于下，标本兼顾，故能更大幅度减轻眩晕障碍程度与中医证候负担。

综上所述，眩晕患者采用耳穴压豆联合穴位贴敷干预，有助于改善眩晕症状。

参考文献：

- [1] 雷文洁,将丽慧,董慧. 穴位贴敷联合耳穴压豆对脑动脉供血不足型眩晕患者眩晕症状的影响[J]. 黑龙江医学,2025,49(21):2574-2576,2580.
- [2] 付哲. 耳穴压豆结合中药穴位贴敷对眩晕伴睡眠障碍患者睡眠质量的影响[J]. 中国现代药物应用,2023,17(3):155-157..
- [3] 荀小燕,刘小茹,王淑芹,等. 穴位贴敷结合耳穴压豆在眩晕患者中的治疗效果评价[J]. 内蒙古中医药,2024,43(2):108-110.