

# 应用耳穴埋豆对1级高血压患者降压效果观察

吴文苹 丁 丽 高 杨

安徽中医药大学 安徽合肥 230031

**摘 要:** 根据《中国高血压防治指南(2018年修订版)》定义的高血压1级数值标准,选取2022年11月至2023年5月我院心血管科门诊的符合标准的1级高血压患者60例作为研究主体,以随机数字表法将纳选对象划分为两组(n=30)对照组(生活方式干预)、干预组(耳穴埋豆联合生活方式干预)观察两组患者血压的情况。**结果:** 对照组、干预组降压有效率分别为36.67%、90.00%,组间数值对比结果为 $P<0.05$ ;治疗前,两组患者血压对比结果为 $P>0.05$ ;治疗后,两组的血压水平均较干预前改善( $P<0.05$ ),且干预组优于对照组,组间数值对比差异为 $P<0.05$ 。**结论:** 耳穴埋豆作为一种中医特色疗法,临床上疗效确切。应用耳穴埋豆联合生活方式干预对1级高血压患者降压效果显著,值得大力推广。

**关键词:** 耳穴埋豆; 高血压; 降压; 高血压证候积分

高血压病(HTN)是以体循环动脉压升高为主要临床表现的心血管综合征<sup>[1]</sup>。属临床常见疾病之一,高血压以体循环动脉压升高为主要临床表现,已成为我国乃至全世界的公共卫生问题<sup>[2]</sup>。目前我国约有高血压患者2.45亿,占总人口的30%。高血压病的并发症不仅影响人们的生活质量,甚则危及生命。随着高血压病发病的年轻化,如何预防和治疗高血压病,有效降低中风等老年病、慢性病的风险就变得至关重要<sup>[3]</sup>。1级高血压是高血压发展的初级阶段,如不进行积极有效的预防和治疗干预,有可能将发展成严重的并发症。现代西医学治疗高血压主要以口服降压药治疗为主,然而临床上1级高血压患者尤其是病程较短患者的用药意愿不强,且常规西药治疗可能存在耐药反应及多种副作用<sup>[4]</sup>。对患者进行健康教育宣讲和生活方式干预降压效果疗效不显著。此时就需要一种临床有效的方法既能帮助患者控制血压,预防高血压病的并发症,又能减轻抗拒服用高血压药物的患者的心理负担。耳穴埋豆作为中医特色疗法,经我科临床实践发现其在高血压防治期间具有操作方便、疗效确切、毒副作用小的优势。还有研究显示,耳穴贴压在控制患者血压、血糖水平方面有良好效果,还可以改善不良情绪<sup>[5]</sup>。为此本文展开对照研究分析探讨在1级高血压患者治疗期间采用耳穴埋豆联合生活方式干预对其降压效果的作用,现报道如下。

## 一、资料与方法

### (一) 一般资料

选取2022年11月至2023年5月我院心血管科门诊的

1级高血压(低危)患者展开对照研究,共计60例,以随机数字表法将其均匀划分为对照组及干预组各30例。其中对照组男14例,女16例。年龄40~61岁,平均(49.27±4.28)岁;病程1~4年,平均(2.37±1.30)年。对照组男13例,女17例;年龄41~63岁,平均(51.47±6.83)岁;病程1~4年,平均(2.33±0.96)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1. 纳入标准

(1) 年龄在18~70周岁之间者;(2) 符合《中国高血压防治指南(2018年修订版)》中有关诊断标准者,在未服抗高血压药物的情况下,收缩压(SBP)在140 mmHg~160 mmHg之间和(或)舒张压(DBP)在90 mmHg~100 mmHg之间同时无合并症的;(3) 符合《中医病证诊断疗效标准》中有关诊断标准者<sup>[6]</sup>;(4) 详细了解本研究并签署相关同意书者。

### 2. 排除标准

(1) 年龄不符合纳入标准者;(2) 诊断不符合1级高血压病(低危)诊断标准;(3) 有确切证据诊断为继发性高血压者;(4) 合并危重原发病者,如:心衰、恶性肿瘤;(5) 伴有精神疾患或智力问题者;(6) 无降压药服药史,或已停药超过1月者;(7) 妊娠期妇女;(8) 对研究中使用药物不耐受或依从性差不能坚持治疗者。

### (二) 方法

#### 1. 对照组

给予常规健康教育,纠正患者不健康生活方式,调整患者日常饮食结构,以低盐、低脂食物为主,监督患者戒烟戒酒,鼓励适当的运动;肥胖者应适当减重;确保患者情绪状态稳定。

## 2. 干预组

在对照组的基础上采用耳穴埋豆措施,选择耳部交感、三焦、神门以及肾上腺,在患者耳廓部位处使用浓度为75%的酒精进行消毒,用血管钳夹住王不留行籽贴敷在耳部三焦穴、神门穴、交感穴、降压沟神经反射区以及肝部和肾部反射区,指导患者自行按压,每次按压30~60s,按压至患者能耐受的耳朵发红、发热、发胀程度,双耳交替进行,反复3~5次。王不留行籽每隔3d需更换1次,每日按压3次,连续8d。

### (三) 观察指标

#### 1. 预后恢复

恢复良好:高血压证候积分下降70%及以上;恢复较好:高血压证候积分下降30%及以上;恢复较差:高血压证候积分下降低于30%。积分减少率= $([\text{干预前积分}-\text{干预后积分}]/\text{干预前积分})\times 100\%$ ;总恢复率= $(\text{恢复良好例数}+\text{恢复较好例数})/\text{总例数}\times 100\%$ 。

#### 2. 高血压证候积分

眩晕、头痛、心悸气短以上3项根据严重程度分别记0-3分,分数越高表示临床症状越严重。

#### 3. 血压水平

每日上午9点及下午3点各测量一次血压,并记录舒张压及收缩压数值,数值越高表示血压水平越差。

#### 4. 统计学方法

研究中所涉及观察指标均采用SPSS 24.0统计分析,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,行t检验;计数资料用n(%)表示,行 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 即表示差异有统计学意义。

## 二、结果

### (一) 两组一般资料比较

对照组男14例,女16例。年龄40~61岁,平均(49.27±4.28)岁;病程1~4年,平均(2.37±1.30)

年。对照组男13例,女17例;年龄41~63岁,平均(51.47±6.83)岁;病程1~4年,平均(2.33±0.96)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数(n)	年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	病程( $\bar{x}\pm s$ ,年)	性别(n)	
				男	女
对照组	30	49.27±4.28	2.37±1.30	14	16
干预组	30	51.47±6.83	2.33±0.96	13	17
$\chi^2/t$ 值		0.52	0.082	0.087	
P值		0.57	0.91	0.93	

### (二) 两组预后恢复比较

干预2个月后,对照组共30例,恢复良好的1例,恢复较好的10例,恢复较差的19例,总恢复率为36.67%;干预组共30例,恢复良好的11例,恢复较好的16例,恢复较差的3例,总恢复率为90.00%;干预组总恢复率明显高于对照组,组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组总恢复率比较

组别	例数(n)	恢复良好	恢复较好	恢复较差	总恢复率
对照组	30	1	10	19	11(36.67)
干预组	30	11	16	3	27(90.00)

### (三) 两组高血压证候积分比较

干预前对照组平均眩晕证候积分(2.10±0.55),平均头痛证候积分(1.93±0.25),平均心悸气短证候积分(1.17±0.70);耳穴组平均眩晕证候积分(1.93±0.74),平均头痛证候积分(1.97±0.41),平均心悸气短证候积分(1.10±0.66),组间差异不具有统计学意义( $P>0.05$ )。干预2个月后,对照组平均眩晕证候积分(1.73±0.52),平均头痛证候积分(1.67±0.48),平均心悸气短证候积分(0.87±0.82);耳穴组平均眩晕证候积分(0.70±0.65),平均头痛证候积分(0.63±0.56),平均心悸气短证候积分(0.47±0.68)。两组眩晕、头痛、心悸气短高血压证候积分与干预前比较均有所下降,且干预组上述积分明显低于对照组,组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 干预前后两组高血压证候积分变化( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数(n)	眩晕		头痛		心悸气短	
		对照组	耳穴组	对照组	耳穴组	对照组	耳穴组
干预前	30	2.10±0.55	1.93±0.74	1.93±0.25	1.97±0.41	1.17±0.70	1.10±0.66
干预后	30	1.73±0.52	0.70±0.65	1.67±0.48	0.63±0.56	0.87±0.82	0.47±0.68
t值		2.34	3.247	2.01	5.524	13.359	5.188
P值		0.026	0.003	0.035	0.000	0.000	0.000

表4 干预前后两组血压水平变化 ( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	例数 (n)	对照组		干预组	
		舒张压	收缩压	舒张压	收缩压
干预前	40	90.67 ± 5.90	151.33 ± 3.61	90.20 ± 7.56	149.97 ± 5.05
干预后	40	86.90 ± 6.77	144.53 ± 5.15	84.50 ± 5.55	132.27 ± 7.72
t值		2.132	5.202	3.17	10.33
P值		0.049	0.000	0.001	0.000

#### (四) 两组血压水平比较

干预前对照组舒张压平均值90.67 ± 5.90mmHg, 收缩压平均值151.33 ± 3.61mmHg, 对照组舒张压平均值90.20 ± 7.56mmHg, 收缩压平均值149.97 ± 5.05mmHg, 组间差异不具有统计学意义(P > 0.05)。干预2个月, 对照组舒张压平均值86.90 ± 6.77mmHg, 收缩压平均值144.53 ± 5.15mmHg, 对照组舒张压平均值84.50 ± 5.55mmHg, 收缩压平均值132.27 ± 7.72mmHg。两组舒张压及收缩压较前均下降, 且干预组上述数值低于对照组, 差异及组间差异均有统计学意义(P < 0.05)。见表4。

#### 三、讨论

高血压患者的早期症状并不明显, 甚至有的患者并无症状, 但随着病情进展和病程延长可能发生头痛、头晕、心悸等症状, 且长时间的高血压状态还会累及患者其他脏器。研究证实, 高血压是心肌梗死、脑卒中等心脑血管疾病的重要诱因, 严重时可能危及患者生命安全, 因此, 需积极进行治疗<sup>[7-8]</sup>。目前临床上高血压的治疗依旧以药物治疗为主, 但是由于该病是一种终身性疾病, 无法治愈, 只能通过长期服药来控制病情, 而长期服用降压药存在药物耐受、副作用大(如心慌、水肿等)等问题, 且患者的治疗依从性也不佳, 因此, 如何提高高血压的治疗效果及患者治疗依从性是临床研究的重点。中医学无“高血压病”病名, 将其归为“眩晕”“头痛”“中风先兆”<sup>[9]</sup>。其病因病机古代医书论述颇多, 《素问·至真要大论》曰: “诸风掉眩, 皆属于肝”, 《灵枢·海论篇》指出“髓海不足”<sup>[10]</sup>。以及《素问·玄机原病式·五运主病》认为本病的发病原因由于风火, 指出“风火皆属阳, 多为兼化, 阳主乎动, 两动相搏, 则为之旋转”, 至《丹溪心法》“无痰不做眩”, 《景岳全书》“无虚不做眩”等。总之, 中医认为其根本原因在于阴虚不能制阳, 水火不能相济, 导致气滞、痰浊、瘀血、肝火等, 从而使气血升降失调。由此可见, 中医认为, 高血压病发病与肝肾阴虚、情志失调、劳累过度、思虑

过度、饮食不节等多种因素有关<sup>[11]</sup>。而耳穴埋豆可对穴位产生刺激进而作用于相应的脏腑, 达到治疗疾病的目的。从现代医学角度讲, 耳穴埋豆通过作用于耳部血管及末梢神经将信号传递给大脑中枢, 进而起到改善疾病症状的作用。此外, 耳穴埋豆作为一种中医外治疗法, 充分运用中医理论中的经络原则, 中医学认为耳为人体经脉经过、会合、终止的重要场所, 耳与经络、脏腑之间有相当密切的联系。耳穴埋豆可以通过调节脏腑经络气血平衡, 促使大脑皮层的功能快速恢复正常, 综合协调神经、体液、血管机能, 从而达到降压效果<sup>[12]</sup>。其中, 穴位三焦具有通行元气、运行水液、输布气血之功效。神门自律神经、镇静安神、补益心气, 主治高血压。交感穴具有滋阴清热, 安神, 行气降逆之效, 对血管有舒张作用。肾上腺具有调节肾上腺和肾上腺激素的功能。通过适度按压, 直接持续性刺激这些耳部穴位, 可激活副交感神经兴奋, 抑制交感神经功能活动, 减少肾上腺等缩血管物质的分泌, 增加一氧化氮等舒张血管物质分泌, 调节血管舒缩, 改善血液黏滞性及血流动力学, 从而起到调节血压的作用<sup>[6]</sup>。除此之外, 在机体血压升高时, 耳廓相应位置还会出现敏感点, 这些敏感点也为降压所要选取的穴位<sup>[13]</sup>。在临床中还应四诊合参, 根据患者的症、脉、舌进行辨证取穴。综上, 耳穴埋豆作为一种绿色降压方法, 在临床中干预早期高血压患者简便廉验、疗效确切。

本观察研究结果显示: 1级高血压患者通过生活方式干预及耳穴埋豆治疗均临床有效, 且耳穴埋豆治疗相较于生活方式干预的高血压证候积分及血压水平均明显下降。因此, 应用耳穴埋豆作为中医特色治疗在1级高血压治疗期间对控制血压指标以及改善其血压水平具有积极意义, 值得在临床实践中广泛推广。

#### 参考文献

- [1] 陈平圣, 冯振卿, 刘慧. 病理学[M]. 南京: 东南大学出版社, 2017: 333.
- [2] Mancia G, De B G, Dominiczak A, et al. 2007

ESH - ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. Blood Press, 2007, 16(3): 135 - 232.

[3]周永明.高血压预防和治疗综述.现代中西医结合杂志, 2008, 17(24): 3887-3888.

[4]王忠玲.探讨高血压药物治疗的研究进展[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(36): 23+32

[5]严天旭, 杨莺.非药物治疗治疗高血压的研究进展[J/OL].实用中医内科杂志: 1-5.

[6]洪馨雨, 李晋.基于PDCA循环模式的预防式护理对老年高血压性脑出血患者术后深静脉血栓形成的影响研究[J].心血管病防治知识, 2021, 11(28): 72-74

[7]田思雨, 王志勇, 窦毓, 等.南京市城区≥60岁老年人群2000年和2017年高血压患病情况比较[J].实用老年医学, 2022, 36(12): 1233-1237.

[8]肖丹, 唐妮, 周淑芳.耳穴埋豆配合穴位按摩对原发性高血压患者降压效果及生活质量的影响[J].当代护士, 2019, 26(28): 137-139.

[9]王华.高血压患者社区护理干预效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(22): 130.

[10]陶雅, 朱赛男, 王志云.子午流注理论指导下的择时干预联合耳穴埋豆在原发性高血压患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文), 2021, 7(12): 69-72.

[11]胡小莲, 钱海凌.柴远复方颗粒联合硝本地平缓释片治疗高血压病45例[J].实用中医内科杂志, 2007, 21(2): 76.

[12]宋立中, 万红棉, 李艳梅.中医外治法治疗原发性高血压研究进展[J].山东中医杂志, 2015, 34(11): 894-896.

[13]卢星星, 毕鹏, 姚先娥.中药降压贴联合耳穴埋豆法辅助治疗原发性高血压的临床观察[J].中国现代医生, 2020, 58(28): 155-157+161.