

全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法治疗痰瘀互结型高血压性眩晕的疗效观察及对甘油三酯水平的影响

张晶^{1*}, 徐慧荣¹, 刘珈含², 刘莉¹, 张蕾蕾¹, 张奎^{3#}

¹黑龙江中医药大学附属第一医院心血管病一科, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学药学院, 黑龙江 哈尔滨

³黑龙江中医药大学附属第一医院骨伤一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年9月23日; 录用日期: 2025年10月16日; 发布日期: 2025年10月24日

摘要

目的: 评估全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法应用于痰瘀互结型高血压性眩晕患者的临床治疗效果及对甘油三酯水平的影响。方法: 选取在黑龙江中医药大学附属第一医院心血管病一科接受治疗且诊断为高血压性眩晕(证属痰瘀互结)患者120例。基于计算机生成的随机序列, 将入选患者平均分配至试验组、对照组。对照组接受常规降压药物治疗及基础护理(包括情志、用药、饮食、生活起居和临证护理), 试验组在对照组基础上加用全息经络铜砭刮痧(隔日1次, 共7次)联合耳穴“三联”疗法(耳穴按摩每日3次、耳尖放血隔日1次、耳穴压豆每3日更换)。治疗周期4周。比较两组治疗前后的眩晕障碍量表(DHI)评分、血压(收缩压SBP、舒张压DBP)、中医证候积分及SF-36生活质量评分、甘油三酯水平及总有效率。结果: 治疗后, 试验组全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法总有效率为93.10%, 显著高于对照组76.27% ($P < 0.01$)。两组DHI评分、血压参数、中医证候积分、SF-36评分、甘油三酯水平均呈现显著下降趋势。且试验组上述指标的降幅更大, 较对照组改善更优($P < 0.01$)。结论: 全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法能有效改善痰瘀互结型高血压性眩晕患者的临床症状、降低血压及甘油三酯水平, 并提高生活质量, 为临床综合干预提供了优化方案。

关键词

眩晕, 高血压, 痰瘀互结证, 全息经络铜砭刮痧, 耳穴“三联”疗法

*第一作者。

#通讯作者。

Efficacy Observation of Holistic Meridian Copper Bian Stone Gua Sha Combined with Auricular Point “Triad” Therapy on Hypertensive Vertigo with Phlegm and Blood Stasis Syndrome and Its Impact on Triglyceride Levels

Jing Zhang^{1*}, Huirong Xu¹, Jiahao Liu², Li Liu¹, Leilei Zhang¹, Kui Zhang^{3#}

¹Department of Cardiovascular Diseases I, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²College of Pharmacy, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

³Department of Orthopedics and Traumatology I, First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: September 23, 2025; accepted: October 16, 2025; published: October 24, 2025

Abstract

Objective: To evaluate the clinical efficacy of Holographic Meridian Copper Bian Stone Gua Sha combined with Auricular “Triad” Therapy for hypertensive vertigo with Phlegm-Blood Stasis Syndrome and its effect on triglyceride levels. **Methods:** A total of 120 patients with hypertensive vertigo (Phlegm-Blood Stasis Syndrome type) were randomly assigned to a treatment group or a control group. The control group received conventional antihypertensive medication and routine care. The treatment group received the same care plus Holographic Meridian Copper Bian Stone Gua Sha (once every other day, 7 sessions total) and Auricular “Triad” Therapy (daily auricular massage, every-other-day auricular apex bloodletting, and auricular seed pressing replaced every 3 days). The treatment period was 4 weeks. Outcomes, including the Dizziness Handicap Inventory (DHI) score, blood pressure (SBP/DBP), TCM syndrome score, SF-36 quality of life score, and triglyceride levels, were compared before and after treatment. **Results:** The total effective rate was significantly higher in the treatment group (93.10%) than in the control group (76.27%) ($P < 0.01$). Both groups showed significant improvements in all measured parameters. However, the treatment group demonstrated significantly greater improvements in DHI score, blood pressure, TCM syndrome score, SF-36 score, and triglyceride levels compared to the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** The combined therapy of Holographic Meridian Copper Bian Stone Gua Sha and Auricular “Triad” Therapy effectively alleviates clinical symptoms, reduces blood pressure and triglycerides, and improves quality of life in patients with hypertensive vertigo of Phlegm-Blood Stasis Syndrome, offering an optimized approach for clinical management.

Keywords

Vertigo, Hypertension, Phlegm-Blood Stasis Syndrome, Holographic Meridian Copper Bian Stone Gua Sha, Auricular Point “Triad” Therapy



1. 引言

眩晕作为临床常见症状，其表现为患者自觉自身或周遭环境发生旋转、晃动、摇摆感，并常伴有平衡功能障碍[1]。在中医理论体系中，眩晕隶属于“眩”“晕”范畴，其核心病机多责之于风、火、痰、虚、瘀等，终致清窍失养，髓海亏耗，脑神失司[2]。受社会老龄化和生活方式转型影响，高血压等慢性疾病的发病率持续攀升[1]。作为引发眩晕的突出病源之一，高血压所致眩晕的临床证候分布中，痰瘀互结证型在临床尤为常见且为诊疗重点[3]。现代医学治疗眩晕多将血压调控置于核心地位，采用钙离子通道拮抗剂等降压药物控制血压，辅以促进血管舒张、改善循环、营养神经等方法[4]。然而，部分患者疗效欠佳，且易复发，长期用药可能出现不良反应或依从性差等问题[5]。治疗慢性疾病及其伴随症状时中医特色疗法展现出独特临床价值，全息经络铜砭刮痧技术以生物全息原理及经络腧穴理论为指导，运用特制铜砭以特定手法作用于体表相关全息反射区和穴位，引发局部“痧象”，可促进经络通畅，驱除外邪，同时激发经气运行并改善气血瘀滞[6]。耳穴“三联”疗法(耳穴按摩、耳尖放血、耳穴压豆)是综合运用三种耳穴外治刺激方法，依托于十二经脉与耳部的密切联系，其良性刺激信号可经人体经络进行传输与调控，可清热泻火、开郁通窍、镇静醒神，尤其对调节血压、改善眩晕症状有较好应用效果[7]。本研究旨在采用随机对照试验，探索全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法治疗痰瘀互结型眩晕患者的临床疗效及对甘油三酯水平的影响，以期为中医特色疗法的推广应用提供循证依据。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2024 年 1 月至 2024 年 12 月期间在黑龙江中医药大学附属第一医院心血管病一科诊断为高血压性眩晕证属痰瘀互结的患者 120 例，依据随机数字表，将属痰瘀互结证的患者均等划分试验组(n = 60)与对照组(n = 60)。遵循样本管理方案，试验组 2 例因失联脱落，对照组 1 例主动退出干预，最终有效数据集者共计纳入 117 例(试验组 58 例，对照组 59 例)。经统计分析，两组在性别构成、年龄中位数、病程中位数等基线特征上均未呈现统计学显著性差异($P > 0.05$)，见表 1。本研究痰瘀互结证的患者均签署知情同意书。

Table 1. Comparison of baseline data between the two groups of patients
表 1. 两组患者基线资料比较

项目	试验组(n = 58)	对照组(n = 59)	统计量	P 值
性别				
男	25 (43.10%)	27 (45.76%)	$\chi^2 = 0.083$	0.773
女	33 (56.90%)	32 (54.24%)		
年龄(岁)	58.42 ± 8.73	57.93 ± 9.23	$t = 0.546$	0.587
病程(年)	2.08 ± 1.29	2.32 ± 1.52	$t = 0.943$	0.348
DHI 评分(分)	68.24 ± 11.35	66.51 ± 12.08	$t = 0.876$	0.383
收缩压 SBP (mmHg)	156.82 ± 12.34	155.14 ± 13.05	$t = 0.412$	0.676
舒张压 DBP (mmHg)	95.67 ± 8.92	94.28 ± 9.15	$t = 0.484$	0.630

2.2. 诊断标准

2.2.1. 西医诊断标准

依据《中国高血压防治指南(2018 年修订版)》[8]及《头晕/眩晕基层诊疗指南(2019 版)》[1], 诊断高血压性眩晕标准如下: ① 患者未接受降压药物治疗时, 经连续 3 次独立门诊监测日(间隔 ≥ 24 小时), 记录到收缩压(Systolic Blood Pressure, SBP) ≥ 140 mmHg, 和(或)舒张压(Diastolic Blood Pressure, DBP) ≥ 90 mmHg 的任一情况; ② 眩晕明确存在持续性头晕、发作性眩晕、视物动荡或旋转的核心表现。

2.2.2. 中医证型标准

依据《中医内科学》[9]中眩晕病痰浊瘀阻证的辨证确立以下诊断标准: ① 主证为头晕目眩, 头重如裹。② 次证为胸膈痞闷室塞感、脘痞泛恶、呕吐痰涎、纳少多寐。③ 舌脉: 舌象为胖大有齿痕, 苔白腻或黄腻; 脉象呈弦滑或弦涩。诊断时需满足全部主证, 同时具备至少 2 项次证, 并参考上述痰浊瘀阻证的舌脉特征。

2.3. 纳入和排除标准

2.3.1. 纳入标准

① 西医确诊高血压性眩晕且中医方面证属痰瘀互结证型; ② 年龄 40~70 周岁; ③ 意识清醒无认知功能障碍, 具备完整配合研究能力; ④ 自主签署书面知情同意文件。

2.3.2. 排除标准

① 存在皮肤过敏反应、遗传性/获得性凝血功能异常或恶性肿瘤病史; ② 3 级以上高血压(SBP ≥ 180 mmHg 和/或 DBP ≥ 110 mmHg); ③ 耳郭区域存在活动性感染、皮肤溃疡、湿疹样变或炎症反应; ④ 经研究者判定存在影响研究安全的潜在因素。

2.4. 治疗方法

2.4.1. 常规治疗与护理

所有受试者均接受标准化降压药物治疗(根据个体化原则选用钙拮抗剂类药物, 治疗期间维持药物种类及剂量恒定), 同步实施系统化护理干预: (1) 情志护理: 应用情志疏导技术与注意力转移疗法, 缓解负性情绪, 增强治疗依从性; (2) 用药护理: 指导正确服药, 观察血压变化, 预防体位性低血压; (3) 饮食护理: 执行限盐低脂膳食方案(每日钠摄入 < 5 g), 限制动物性油脂及刺激性食物, 避免肥甘厚味、生冷荤腥; (4) 生活起居护理: 配合患者实施中医导引术太极拳、八段锦, 规范作息周期, 保证 7~8 h 睡眠; (5) 临证护理: 眩晕发生时立即制动(斜坡卧位), 配置床边防护装置。

2.4.2. 对照组

仅按照 2.4.1 常规治疗与护理进行, 不进行全息经络铜砭刮痧及耳穴“三联”疗法。

2.4.3. 试验组

在常规治疗与护理基础上, 加用全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法。具体操作如下:

(1) 全息经络铜砭刮痧: 由经过专业培训的护士操作。操作者持特制黄铜砭, 蘸取少量刮痧油, 采用平补平泻法, 以 45° 至 90° 角持刮痧板, 按患者耐受力度, 在皮肤相应部位刮拭 10~20 次, 至局部出痧即可。按照如下部位顺序刮拭: ① 头部全息穴区(额中带、额旁 1 带(右侧)、额旁 2 带(左侧)、额顶带后 1/3、顶颞后斜带下 1/3); ② 脊椎脾胃对应区; ③ 相关经络穴位(头颈部: 四神聪、血压点、百会、风府、太阳、风池; 背部: 督脉、膀胱经、心俞、肝俞、肾俞、脾俞、胃俞; 四肢: 曲池、足三里、三阴交、涌泉)。

每次治疗 20 分钟, 隔日 1 次, 周期为 4 周。

(2) 耳穴“三联”疗法: ① 耳穴按摩: 患者取坐位或卧位, 护理人员用双手食指和拇指轻轻揉搓患者双侧耳廓, 从耳轮、耳舟、对耳轮、三角窝、耳甲艇、耳甲腔到耳垂, 每个部位按摩 1~2 分钟, 以耳部发热为度。每日按摩 3 次。② 耳尖放血: 按摩耳廓局部促进充血, 消毒后使用一次性采血针对准穴位快速点刺, 深度约 1~2 mm, 随即挤出血液约 5~8 滴, 以无菌干棉球压迫针孔止血。隔日放血 1 次, 共放血 10 次。③ 耳穴压豆: 选用王不留行籽耳穴贴, 在耳部神门、交感、肝、脾、肾、内耳穴位进行贴压。每次选择单侧耳部穴位进行贴压, 每侧持续 3 天后交替至对侧。嘱患者每日自行适当力度按压 3~5 次, 每次每穴 30~60 秒, 以耳处产生酸胀得气感为宜。治疗周期 4 周。

2.5. 观察指标与方法

2.5.1. 眩晕症状评分

用眩晕障碍评定量表(Dizziness Handicap Inventory, DHI)衡量患者症状改善效果。量表由 25 个测评题目、三个维度构成: 包括 7 项体感功能障碍(Physical, P)评估、9 项心理应激反应(Emotional, E)相关行为评估、9 项社会参与(Functional, F)受限能力评估, 每个问题按“无困难”“稍有困难”“比较困难”“很困难”分别计 0、1、2、4 分, 总分 0~100 分。分数越高, 表示高血压性眩晕(痰瘀互结证)对患者生活的影响越大。

2.5.2. 血压变化

分别于治疗前后测量并记录患者坐位安静状态下的收缩压和舒张压, 取非同日 3 次测量平均值进行比较。

2.5.3. 中医证候积分

采用分级计分法量化评估治疗前后痰瘀互结证证候, 观察指标及计分标准如下: 眩晕、头痛、胸脘痞闷、食欲不振、口唇紫暗均按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分; 恶心呕吐按无、偶有、频繁分别计 0、2、4 分。总积分范围 0~19 分, 积分越高提示证候越重。

2.5.4. 生活质量量表评分

本研究运用国际通用汉化版本——简明健康调查问卷(Short Form 36-Item Health Survey, SF-36)对治疗前、后患者的健康相关生活质量实施评估。共计 36 项问题, 评测八项生存质量相关领域: 整体健康状况、生命活力指数、身体机能表现、角色躯体功能、躯体不适程度、心理健康状态、情绪调节功能与社交活动能力。得分区间为 0~100 分, 评分结果正向关联其健康相关生活质量水平。

2.5.5. 甘油三酯水平检测

分别于治疗前、治疗 4 周后, 采集患者空腹 8 小时以上静脉血 5 mL, 离心分离血清(3000 r/min, 10 min), 采用全自动生化分析仪(型号: AU5800, 贝克曼库尔特)以酶法测定甘油三酯水平, 严格按照试剂盒说明书操作。

2.5.6. 临床疗效评定

参照《中国高血压防治指南(2018 年修订版)》[8]制定本研究综合疗法疗效评价标准。(1) 基本痊愈: 眩晕等症状完全消失, DHI 评分降至 0~30 分, 血压控制在正常范围(SBP < 140 mmHg 且 DBP < 90 mmHg); (2) 显效: 眩晕等症状明显减轻, DHI 评分较治疗前降低 $\geq 50\%$, 血压较治疗前下降 ≥ 20 mmHg 或已接近正常范围; (3) 有效: 眩晕等症状有所减轻, DHI 评分较治疗前降低 $\geq 30\%$ 但 < 50%, 血压较治疗前下降 10~19 mmHg; (4) 无效: 未达到以上标准, 眩晕症状、DHI 评分及血压变化不明显或加重。

总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.6. 统计学方法

试验数据应用 SPSS 27.0 统计软件包处理。计量指标表示为均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$)，组间基线均衡性验证采用独立测量 t 检验，干预前后效应评估实施配对样本 t 检验。当数据违反概率分布形态学特征或方差齐性假设(Levene 检验 $P < 0.05$)时，启用非参数秩次检验法。计数资料以频数(n)和率(%)描述，组间率的差异分析依据数据情况选用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验。复发事件的组间时间分布差异通过 Log-rank 检验评估。以 $P < 0.05$ 作为差异具有统计学意义的阈值。

3. 结果

3.1. 临床疗效比较

试验组(全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法)基本痊愈 20 例，显效 28 例，有效 7 例，总有效率为 93.10%。对照组基本痊愈 12 例，显效 23 例，有效 13 例，总有效率为 76.27%，差异有统计学意义($\chi^2 = 9.014, P = 0.003$)。见表 2。

Table 2. Comparison of clinical efficacy between two groups of patients [n (%)]

表 2. 两组患者临床疗效比较[n (%)]

组别	例数	基本痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率
试验组	58	20 (34.48)	28 (48.28)	7 (12.07)	3 (5.17)	55 (93.10)*
对照组	59	12 (20.34)	23 (38.98)	13 (22.03)	11 (18.64)	48 (76.27)
χ^2 值						9.014
P 值						0.003*

注：与对照组比较，* $P < 0.01$ 。

3.2. 两组患者治疗前后 DHI 评分比较

两组患者的 DHI 评分在不同方案治疗后均显著低于基线水平($P < 0.01$)。试验组(采用全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法)的症状缓解程度优于对照组(常规护理)，且其末次评估的 DHI 评分亦更低($P < 0.01$ ，详见表 3)。

Table 3. Comparison of DHI scores between two groups of patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, points)

表 3. 两组患者治疗前后 DHI 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
试验组	58	68.24 $\pm$ 11.35	25.73 $\pm$ 8.61* Δ	25.678	<0.001
对照组	59	66.51 $\pm$ 12.08	42.86 $\pm$ 10.52*	15.923	<0.001
t 值		0.876	11.547		
P 值		0.383	<0.001 Δ		

注：与同组治疗前比较，* $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较， $\Delta P < 0.01$ 。

3.3. 两组患者治疗前后血压变化比较

完成相应治疗后，两组患者的收缩压和舒张压较基线值均呈现显著下降($P < 0.01$)。试验组(全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法) SBP 与 DBP 的降低程度均显著优于常规护理的对照组($P < 0.05$ ，具体

数据详见表 4)。

3.4. 两组患者治疗前后中医证候积分比较

基线期测定显示, 两组患者痰瘀互结证的中医证候积分差异无显著性($P > 0.05$)。治疗周期完成时, 两组证候积分均较各自基线值呈现显著减少($P < 0.01$)。试验组全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法在疗程结束后的最终积分显著低于对照组($P < 0.01$)。具体数据详见表 5。

Table 4. Comparison of blood pressure changes before and after treatment between two groups of patients ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

表 4. 两组患者治疗前后血压变化比较($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	例数	治疗前 SBP	治疗后 SBP	治疗前 DBP	治疗后 DBP
试验组	58	156.82 $\pm$ 12.34	132.15 $\pm$ 10.51* Δ	95.67 $\pm$ 8.92	81.23 $\pm$ 6.78* Δ
对照组	59	155.14 $\pm$ 13.05	143.72 $\pm$ 11.23*	94.28 $\pm$ 9.11	87.65 $\pm$ 7.34*
治疗前后组间比较	t 值	0.286	3.912	0.484	3.576
	P 值	0.776	0.000 Δ	0.630	0.000 Δ

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$ 。

Table 5. Comparison of traditional Chinese medicine syndrome points between two groups of patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, points)

表 5. 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
试验组	58	15.75 $\pm$ 1.32	6.23 $\pm$ 3.14* Δ	21.654	<0.001
对照组	59	15.51 $\pm$ 1.85	11.47 $\pm$ 4.26*	11.872	<0.001
t 值		0.473	7.923		
P 值		0.529	<0.001 Δ		

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$ 。

3.5. 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较

SF-36 基线评估显示组间生活质量无统计学差异($P > 0.05$)。完成治疗方案后, 两组的总评分较基线值均获得显著提升($P < 0.01$), 试验组全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法评分改善程度显著优于对照组($P < 0.01$)。详细数据见表 6。

Table 6. Comparison of SF-36 scores between two groups of patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, points)

表 6. 两组患者治疗前后 SF-36 评分总分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
试验组	58	58.45 $\pm$ 12.34	78.92 $\pm$ 13.45* Δ	10.567	<0.001
对照组	59	57.78 $\pm$ 13.67	69.12 $\pm$ 12.34*	8.912	<0.001
t 值		0.234	3.456		
P 值		0.815	<0.001 Δ		

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$ 。

3.6. 两组患者治疗前后甘油三酯水平比较

治疗前，两组患者甘油三酯水平差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗 4 周后，两组甘油三酯水平均较治疗前显著下降($P < 0.01$)，且试验组下降幅度更大，显著低于对照组($P < 0.01$)。具体数据详见表 7。

Table 7. Comparison of triglyceride levels between two groups of patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)
表 7. 两组患者治疗前后甘油三酯水平比较($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
试验组	58	2.86 ± 0.72	$1.65 \pm 0.43^{*\Delta}$	15.237	<0.001
对照组	59	2.91 ± 0.68	$2.23 \pm 0.51^*$	8.762	<0.001
t 值		0.382	6.945		
P 值		0.703	$<0.001^{\Delta}$		

注：与同组治疗前比较， $^*P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较， $^{\Delta}P < 0.01$ 。

4. 讨论

眩晕是严重影响中老年人生活质量的常见症状，其中高血压性眩晕尤为多见。痰瘀互结证是高血压眩晕的常见证型，祖国医学认为其与内在脏腑气血失调有关，涉及痰浊内生、瘀血阻络、清窍失养等多个环节[4]。现代医学治疗侧重于控制血压指标，虽有其必要性，但多未能充分兼顾痰瘀互结这一整体病理状态调节，致使部分患者血压虽降而眩晕难消，生活质量改善有限[10]。中医特色疗法在改善慢性病症状方面具有独特优势，其中全息经络铜砭刮痧与耳穴“三联”疗法尤为切中痰瘀互结型高血压眩晕的病机特点[11] [12]。

全息经络铜砭刮痧，其核心在于“全息”“经络”和“刮痧”三个要素的结合，融汇了中医经络学说、全息生物原理及铜材独特的物理效应[13]。刮痧即“解结”泻实之法，通过特定手法作用于皮肤、经络及腧穴，可疏通经络内邪实瘀滞，使气血得以周流，清阳得以上升，营血可濡养清窍。在人体全息理论中，背部脊柱区，尤以督脉、夹脊穴及膀胱经背部第一侧线被视为人体的“全息缩影”，是脏腑精气输注于体表的集中区域[14]。故刮痧作用于脊柱两侧膀胱经，不仅通调督脉阳气，更能系统调整五脏六腑功能，振奋阳气以化散痰饮，通利血脉而祛除瘀滞。选用铜作为砭具，具有良好的导热性、导气性和共振效应，能更深层次地激发经气，增强“气至病所”效应，其导热性助长温通之力，尤其适合痰瘀互结证。

耳穴疗法则建立在中医脏腑经络学说和现代生物全息理论双重根基之上。耳部与全身经络、五脏六腑关系密切。现代耳针学认为，耳廓恰如倒置的胎儿，其上分布着全身各脏腑器官系统的对应反射点，按压、刺激相应耳穴，能通过神经-内分泌-免疫网络调控对应脏腑的气血功能[15]。而耳尖刺络放血又可泻热平肝通窍。《灵枢·九针十二原》强调“菀陈则除之者，去血脉也”。耳尖为井穴在耳廓的延伸，能宣泄上壅之热毒，疏通头面气血瘀滞，对痰火扰清所致的眩晕、头痛有速效。“三联”效应协同增效，贴压提供持久柔和的良性刺激以调理脏腑；刺络耳尖在症状明显时，可予迅速疏导泻实；按摩则贡献温和、深透的调节作用。三者相辅相成，靶向性地调理核心脏腑、平定气血逆乱、镇静安神，且作用温和持久，适合需要长期调理控制的高血压眩晕患者。

本研究结果显示，全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法能显著改善痰瘀互结型眩晕患者的临床症状。试验组治疗后 DHI 评分较对照组下降更明显，提示该联合疗法能更有效地减轻眩晕对患者躯体、情绪和功能方面的影响，提高患者的生活质量。这可能与两种疗法的协同作用有关。全息经络铜砭刮痧通过铜砭的特定频率振动和刮拭作用，刺激体表全息穴区和经络穴位，铜砭进一步增强疗效，耳穴“三

联”疗法调节相应脏腑功能,平衡阴阳[7]。两种疗法结合,既作用于体表经络,又通过耳穴调节整体脏腑功能,故能取得较好疗效。本研究还发现,试验组患者血压下降幅度更优。中医认为,痰瘀互结型眩晕与肝风、肝阳有关,而耳穴中的降压沟、降压点、肝、肾等穴位以及刮痧对相关经穴的刺激,均可能通过调节肝肾功能、平抑肝阳而间接起到稳定血压的作用。在中医证候积分上,试验组患者治疗后的证候积分下降更显著,表明该联合疗法不仅能改善患者眩晕等主症,还能有效改善与痰瘀互结证型相关的伴随症状,如头痛、脘痞闷、恶心呕吐、食欲不振、口唇紫暗等,提示全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法通过刺激特定经穴和全息穴区,能有效疏通气血、化痰通络、健脾宁心,针对痰瘀互结的病机核心发挥疗效。生活质量是评价疾病负担和治疗效果的重要维度。本研究两组患者治疗后 SF-36 评分较前提高,说明常规治疗和护理本身对改善患者的生活质量均有一定帮助,而试验组改善幅度显著优于对照组,提示全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法不仅能缓解眩晕症状,还能显著改善患者的躯体功能感知、社会交往及情绪状态。

本研究进一步发现,联合疗法能显著甘油三酯水平,效果优于单纯常规治疗。现代医学中的甘油三酯升高可归为中医“痰浊”范畴[16],痰浊阻滞脉络,既是眩晕发病的病理产物,也是加重瘀滞的重要因素。通过铜砭刮痧,疏通背部全息经络区,能健脾化湿、祛痰通络,从根源减少痰浊生成;耳穴中,脾穴可健运脾胃以化湿,肝穴能疏肝利胆以调节脂质代谢,可改善脂质紊乱[17]。现代医学角度上,甘油三酯升高常伴随血管内皮功能损伤及血液黏稠度增加,加重脑循环障碍,进而诱发或加重眩晕[18]。该联合疗法可能刮痧的机械刺激可促进局部血液循环及淋巴回流,加速脂质代谢产物排出;耳尖放血可调节交感神经-内分泌系统,降低与甘油三酯升高密切相关的胰岛素抵抗;刮痧的物理特性可能通过刺激经络传导影响肝脏脂质合成功能,减少甘油三酯生成[19]。因此,甘油三酯水平的降低不仅是该疗法“化痰祛瘀”功效的客观体现,也是其改善眩晕症状、稳定血压的重要机制之一。

综上所述,全息经络铜砭刮痧联合耳穴“三联”疗法作为一种中医特色综合护理干预措施,在改善痰瘀互结型眩晕患者临床症状、降低血压、减轻中医证候、提高生活质量等方面均显示出显著优势,其疗效机制可能与疏通气血、化痰通络、健脾宁心等多途径作用有关。本研究结果为该疗法的临床应用提供了更充分的循证依据。当然,本研究仍存在样本量相对有限、单中心设计等局限性。未来需开展更大规模、多中心、更长随访期的随机对照研究,并进一步深入探索其作用机制,以期更好地发挥中医特色疗法在慢性病管理中的优势。

基金项目

黑龙江省中医药科研项目(ZHY2023-130);黑龙江省中医药科研项目(ZHY2023-213);黑龙江中医药大学基金项目(201724)。

参考文献

- [1] 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.头晕/眩晕基层诊疗指南(实践版·2019)[J].中华全科医师杂志,2020,19(3):201-216.
- [2] 胡银花,孙龙飞,安冬青,等.高血压中医证素的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(24):4483-4485.
- [3] 张育杰,张臻年,马小蓉.从痰论治眩晕经验及医案举隅[J].甘肃医药,2025,44(1):46-49.
- [4] 杨善军,潘继普,甘仕虎,等.原发性高血压发病机制以及中药调控原发性高血压的研究进展[J/OL].辽宁中医药大学学报:1-10. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1543.R.20250515.1641.004.html>,2025-06-30.
- [5] 谈文俊.高血压眩晕的急诊中西医结合标准化治疗效果分析[J].中国标准化,2025(8):246-249.
- [6] 马新爱.耳尖放血联合全息刮痧对眩晕痰瘀互结型患者的疗效分析[J].航空航天医学杂志,2025,36(5):602-605.

-
- [7] 陈聪, 吴飞飞, 陈莹. 全息刮痧疗法配合耳尖穴点刺放血联合中医特色护理治疗眩晕气虚血瘀——评《中医刮痧疗法》[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(21): 278.
- [8] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2018年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019, 24(1): 24-56.
- [9] 吴勉华, 石岩. 中医内科学: 新世纪[M]. 第5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 106.
- [10] 王国琛, 刘江彦. 运用中医经典方剂治疗眩晕探析[J]. 新疆中医药, 2025, 43(1): 108-110.
- [11] 张曼, 董春芳, 石彦会, 等. 中医情志护理配合全息刮痧对阴虚阳亢型高血压患者血压及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(24): 3468-3472.
- [12] 王雷, 李道政. 浅析李氏砭法虎符铜砭刮痧疗法理论特色[J]. 中医学报, 2021, 36(11): 2327-2329.
- [13] 张秀勤, 郝万山. 全息经络刮痧法[M]. 北京: 新华出版社, 1999: 46.
- [14] 郭翠翠, 涂海菊. 全息经络刮痧在住院患者中的应用进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(13): 203-205.
- [15] 陈少宗, 巩昌镇. 现代针灸学[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2011: 123-128.
- [16] 关媛媛, 赵福方宇, 刘美怡, 等. 基于中医体质学浅谈痰湿体质高甘油三酯血症[J]. 天津中医药, 2023, 40(10): 1269-1273.
- [17] 黄伟贞. 针刺配合耳穴贴压治疗单纯性肥胖症并发高脂血症的疗效分析[J]. 广西医科大学学报, 2003(2): 222-223.
- [18] Chang, C.C., Chang, W.N., Huang, C.R., *et al.* (2011) The Relationship between Isolated Dizziness/Vertigo and the Risk Factors of Ischemic Stroke: A Case Control Study. *Acta Neurologica Taiwanica*, **20**, 101-106.
- [19] 王璇, 冯进, 章琼, 等. 虎符铜砭刮痧干预原发性高血压(肝阳上亢型)患者的临床疗效及其对血脂的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(12): 1493-1497.