Nursing Science 护理学, 2026, 15(11), 31-37
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ns
https://doi.org/10.12677/ns.2026.1511362

Hans汉斯

穴位贴敷联合耳穴压豆对阳虚水泛证慢性心力衰竭患者应用效果的观察

胡海丽，蓝玉菲，黎　燕*，黄　静

广西中医药大学第二附属医院，广西 南宁

收稿日期：2026年10月2日；录用日期：2026年10月31日；发布日期：2026年11月11日

摘　要

目的：评价穴位贴敷联合耳穴压豆对阳虚水泛证慢性心力衰竭患者的干预效果。方法：采用随机对照设计，纳入2025年3月~2026年3月在广西中医药大学第二附属医院住院的60例阳虚水泛型慢性心力衰竭患者，按随机数字表法分为对照组和干预组，每组30例。两组均接受慢性心力衰竭常规西医治疗及护理，干预组另给予穴位贴敷联合耳穴压豆，干预持续4周。比较两组干预前后的N末端B型利钠肽原(NT-proBNP)、左心室射血分数(LVEF)、中医证候积分、6分钟步行距离(6MWD)及明尼苏达心力衰竭生活质量问卷(MLHFQ)评分。结果：干预组总有效率为83.33%，对照组为73.33%，组间差异无统计学意义(P = 0.64)。干预前，两组主要观察指标差异均无统计学意义；干预4周后，干预组LVEF和6MWD高于对照组，NT-proBNP、中医证候积分及MLHFQ评分低于对照组，差异均有统计学意义(均P < 0.05)。结论：在西医常规治疗及护理基础上加用穴位贴敷联合耳豆压穴，能够进一步改善阳虚水泛型慢性心力衰竭患者的心功能、减轻中医证候、增强运动耐力并提升生存质量，该联合方案具备临床推广价值。

关键词

慢性心力衰竭，穴位贴敷，耳穴压豆，生活质量

Observation on the Clinical Effect of Acupoint Application Combined with Auricular Point Pressing in Patients with Chronic Heart Failure of Yang-Deficiency and Water-Flooding Syndrome

Haili Hu, Yufei Lan, Yan Li*, Jing Huang

The Second Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

*通讯作者。

文章引用: 胡海丽, 蓝玉菲, 黎燕, 黄静. 穴位贴敷联合耳穴压豆对阳虚水泛证慢性心力衰竭患者应用效果的观察[J]. 护理学, 2026, 15(11): 31-37. DOI: 10.12677/ns.2026.1511362

Received: October 2, 2026; accepted: October 31, 2026; published: November 11, 2026

Abstract

Objective: To evaluate the intervention effect of acupoint application combined with auricular acupressure in patients with chronic heart failure (CHF) of yang deficiency and water flooding syndrome. Methods: A randomized controlled design was adopted. Sixty patients with CHF of yang deficiency and water flooding syndrome hospitalized in the Second Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine from March 2025 to March 2026 were enrolled and divided into a control group and an intervention group by random number table method, with 30 cases in each group. Both groups received routine Western medicine treatment and nursing for CHF, while the intervention group additionally received acupoint application combined with auricular acupressure for 4 weeks. N-terminal pro-B-type natriuretic peptide (NT-proBNP), left ventricular ejection fraction (LVEF), TCM syndrome score, 6-minute walking distance (6MWD), and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) score were compared between the two groups before and after intervention. Results: The total effective rate was 83.33% in the intervention group and 73.33% in the control group, with no statistically significant difference between groups (P = 0.64). Before intervention, there were no statistically significant differences in the main outcome measures between the two groups. After 4 weeks of intervention, LVEF and 6MWD in the intervention group were higher than those in the control group, while NT-proBNP, TCM syndrome score, and MLHFQ score were lower than those in the control group, with statistically significant differences (all P < 0.05). Conclusion: On the basis of routine Western medicine treatment and nursing, the addition of acupoint application combined with auricular acupressure can further improve cardiac function, alleviate TCM syndromes, enhance exercise tolerance, and improve quality of life in patients with CHF of yang deficiency and water flooding syndrome. This combined regimen has clinical value for promotion.

Keywords

Chronic Heart Failure, Acupoint Application, Auricular Point Pressing, Quality of Life

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Open Access

1. 引言

心衰(Heart Failure, HF)是由多种致病因素所致的心脏结构和/或功能异常，继而引起心室收缩和/或舒张功能受损的一组复杂临床综合征[1]。心血管疾病目前仍居中国城乡居民的首位死因，2021 年分别占农村、城市死因的 48.98%和 47.35% [2]。目前已明确了心脑血管疾病防治的量化目标，要求以 2030 年为时间节点，将心脑血管疾病死亡率控制在每 10 万人口 190.7 例以内[3]。而心衰作为多种心血管疾病的终末阶段，其防治工作无疑是实现这一目标的重要环节。近几十年来，心衰的药物治疗取得了长足进步，新药物、新技术层出不穷。2024 年发布的治疗指南为该患者的规范化诊治提供了重要依据[4]。然而，即使接受规范的西医治疗，部分患者仍存在临床症状控制不佳、运动耐量低下及生活质量受损等问题。慢性心衰属于中医学“心衰病”范畴，其病机可用“虚”“瘀”“水”概括，属本虚标实之证[5]。已有研究对慢性心衰 C、D 阶段的中医证候要素进行了归纳：气虚与血瘀的出现频率最高，阳虚、阴虚、水饮、痰浊次之；上述要素多相互兼夹，临床常以复合证型的形式呈现[6]。其中，阳虚水泛证是临床常见的证型之一，其病机为心肾阳气亏虚，温化失司，水湿内停并泛溢肌肤，临证多见心悸、短气、畏寒肢冷、浮肿

及小便不利等症。针对这一病机，治法当以益气温阳、活血利水为主。然而，在临床护理中，患者顽固性水肿、畏寒肢冷及活动耐量下降等症状，单纯依赖限水限盐、利尿剂等常规手段改善有限，且西药长期应用容易导致电解质紊乱、低血压及肾功能损害等弊端。穴位贴敷与耳穴压豆作为中医外治法，恰可内合“益气温阳、活血利水”之旨，通过透皮给药与耳穴刺激，温和助阳化气、调畅血行，无创安全且不增加肝肾负担，能有效缓解症状、提升患者耐量，弥补常规护理之不足。已有研究表明[7]，穴位贴敷联合耳穴压豆可改善老年慢性心力衰竭患者的左心功能及生活质量；在慢性心衰合并睡眠障碍的患者中，该联合疗法有助于降低静息心率、提高睡眠质量和生活质量[8]；另有研究证实，耳穴压豆联合 I 期心脏康复可改善心衰患者的运动耐力，降低 NT-proBNP 及超敏 C 反应蛋白水平[9]。然而，目前关于穴位贴敷联合耳穴压豆针对阳虚水泛证慢性心衰患者应用效果的研究仍较有限。基于此，本研究以阳虚水泛证慢性心力衰竭患者为对象，在常规西药治疗基础上增加穴位贴敷与耳穴压豆，旨在评估该联合方案对中医证候积分、心功能指标、运动耐量及生活质量的影响，以期为该疗法在临床中的推广提供参考依据。

2. 资料与方法

2.1. 研究对象

本研究为随机对照研究。纳入 2025 年 3 月至 2026 年 3 月在广西中医药大学第二附属医院住院治疗的阳虚水泛证慢性心力衰竭患者 60 例，采用随机数字表法分为对照组和干预组，各 30 例。两组基线一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2. 纳入与排除标准

纳入标准：1) 符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》[10]中 CHF 的诊断标准；2) 中医辨证分型符合阳虚水泛证[5]；3) 年龄 40~80 岁；4) 病程 ≥0.5 年；5) 纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级为II级及以上；6) 患者及家属了解研究内容并签署知情同意书。排除标准：1) 合并急性心肌梗死、恶性心律失常等急性心血管事件；2) 存在肝肾功能衰竭、恶性肿瘤或严重感染；3) 肢体活动障碍、认知功能障碍、精神疾病；4) 皮肤破损、过敏体质，无法耐受穴位贴敷及耳穴压豆。

2.3. 干预方法

对照组给予慢性心力衰竭常规护理，包括生命体征监测、用药指导、低盐低脂饮食、体重管理、症状观察及健康宣教。干预组在此基础上增加穴位贴敷和耳穴压豆，连续实施 4 周，具体方法如下：

1) 穴位贴敷：将丁香、肉桂各 30 g 研末并调制成糊膏，贴敷于膻中、心俞、神阙及双侧内关穴。每日 1 次，每次保留 4~6 小时。治疗期间嘱患者若出现明显不适立即告知，如发生局部皮肤潮红、瘙痒等过敏反应则即刻停用。

2) 耳穴压豆：采用耳穴贴压法，取心、肺、肾、脾、膀胱、大肠、三焦等耳穴，以王不留行籽为贴压物，将耳贴置于单侧所选耳穴并固定。每穴按压 2 分钟，以局部产生酸、麻、胀、痛感为度，每日按压 3 次，双耳轮流交替，每 3 日更换 1 次。

2.4. 观察指标

1) 临床疗效：依据干预前后 NYHA 心功能分级变化判定。心功能恢复至I级或较基线改善至少 2 级判为显效；改善 1 级判为有效；改善不足 1 级判为无效；较干预前下降至少 1 级判为恶化。总有效率按“(显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%”计算。

2) 中医证候积分：分别在干预前、后进行评定。主症按无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分，次症

分别计 0、1、2、3 分；舌脉按无、有计 0、1 分，各条目得分相加为总分，分值愈高提示症状愈重。

3) 心功能指标：治疗前后采用多普勒超声测定左心室射血分数(LVEF)；于清晨空腹或禁食 ≥8 h 状态下采集肘静脉血 3 ml，送检 NT-proBNP 水平。

4) 运动耐量：干预前后均完成 6 min 步行试验。测试前至少静坐休息 10 min，在无明显不适的情况下，于 30 m 平直、坚硬地面往返步行 6 min，并记录完成的总步行距离。

5) 生活质量：于治疗前、后运用明尼苏达心力衰竭患者生活质量量表(Minnesota living with heart failure questionnaire, MLHFQ)，该量表由明尼苏达大学 Cohn 博士研发[11]。评估患者的生活质量，量表包括情绪、身体、其他 3 个维度，分别含 5、8、8 个条目，共 21 个条目，每条目按 0~5 分计，总分 0~105 分，分数越低生活质量越好，原量表 Cronbach's α 系数为 0.88。

6) 干预观察期间，持续监测阳虚水泛证慢性心力衰竭患者生命体征，全程记录患者并发症、不良事件发生情况。

2.5. 统计学处理

采用 SPSS27.0 软件处理数据。符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数和率表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者一般资料比较

年龄方面，对照组为(66.76 ± 5.00)岁，干预组为(65.53 ± 4.89)岁，差异无统计学意义($t = 0.96$, $P = 0.33$)；病程方面，对照组为(6.93 ± 1.48)年，干预组为(7.20 ± 1.29)年，差异无统计学意义($t = 0.74$, $P = 0.46$)；性别构成方面，对照组男 16 例、女 14 例，干预组男 15 例、女 15 例，差异无统计学意义($\chi^2 = 0.067$, $P = 0.80$)。两组一般资料具有可比性，见表 1。

Table 1. Baseline characteristics of the two groups of patients
表 1. 两组患者一般资料表

项目	分类	对照组(n = 30)	干预组(n = 30)	t/χ^2	P
年龄(岁)		66.76 ± 5.00	65.53 ± 4.89	0.96	0.33
病程(年)		6.93 ± 1.48	7.20 ± 1.29	0.74	0.46
性别(例)	男	16	15	0.067	0.80
	女	14	15		

3.2. 两组患者临床疗效比较

干预组显效 14 例、有效 11 例，总有效率为 83.33%；对照组显效 12 例、有效 10 例，总有效率为 73.33%。两组疗效比较未见统计学差异($\chi^2 = 0.89$, $P = 0.64$)，见表 2。

Table 2. Comparison of clinical efficacy between the two groups before and after intervention
表 2. 两组患者干预前后临床疗效比较

组别	显效(n%)	有效(n%)	无效(n%)	加重(n%)	总有效率(n%)
干预组(n = 30)	14 (46.67)	11 (36.66)	5 (16.67)	0 (0)	25 (83.33)
对照组(n = 30)	12 (40)	10 (33.33)	8 (26.67)	0 (0)	22 (73.33)
χ^2			0.89		
P			0.64		

3.3. 两组患者中医证候积分比较

干预后，干预组的中医证候积分总分显著低于对照组，两组中医症候积分比较有统计学差异(t = 3.76, P < 0.001)，见表 3。

Table 3. Comparison of total TCM syndrome scores between the two groups
表 3. 两组中医证候积分总分比较

组别	干预前	干预后
对照组(n = 30)	20.30 ± 2.90	13.27 ± 3.40
干预组(n = 30)	20.63 ± 3.00	9.50 ± 4.30
t	−0.44	3.76
P	0.66	<0.001

3.4. 两组患者治疗后心功能指标比较

干预前，两组 NT-proBNP、LVEF 水平接近，差异均无统计学意义(P > 0.05)。干预后，干预组 LVEF 较对照组升高，NT-proBNP 较对照组降低，差异均有统计学意义(P 均<0.05)，见表 4。

Table 4. Comparison of cardiac function indicators between the two groups of patients before and after intervention
表 4. 两组患者干预前后心功能指标比较

组别	NT-proBNP (pg/ml)		LVEF (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组(n = 30)	1501.13 ± 250.22	749.63 ± 103.94	50.01 ± 3.30	58.03 ± 2.99
干预组(n = 30)	1499.63 ± 199.95	630.47 ± 105.03	49.96 ± 2.99	62.66 ± 2.44
t	0.03	4.42	0.04	−6.56
P	0.98	<0.001	0.96	<0.001

3.5. 两组患者治疗后运动耐量比较

干预前，两组运动耐量差异无统计学意义(P > 0.05)；干预后，干预组 6 min 步行距离较对照组明显延长，差异有统计学意义(P 均<0.05)，见表 5。

Table 5. Comparison of 6MWD between the two groups of patients before and after intervention
表 5. 两组患者干预前后 6MWD 距离比较

组别	干预前	干预后
对照组(n = 30)	280.26 ± 19.99	409.83 ± 30.98
干预组(n = 30)	279.06 ± 20.58	439.76 ± 35.01
t	0.22	−3.50
P	0.82	<0.001

3.6. 两组患者治疗后生活质量比较

干预前，两组 MLHFQ 得分差异无统计学意义(P > 0.05)；干预后，干预组 MLHFQ 总分低于对照组，差异有统计学意义(P < 0.05)，见表 6。

Table 6. Comparison of quality of life scores between the two groups of patients before and after intervention
表 6. 两组患者干预前后生活质量得分比较

组别	干预前	干预后
对照组(n = 30)	39.13 ± 5.71	28.56 ± 4.01
干预组(n = 30)	38.46 ± 7.00	24.00 ± 3.30
t	0.40	4.81
P	0.68	<0.001

3.7. 两组患者治疗后不良反应比较

干预期两组均未发生不良反应与并发症。

4. 讨论

本研究结果显示，在常规治疗基础上加用穴位贴敷联合耳穴压豆，可显著改善阳虚水泛证 CHF 患者的心功能、降低中医证候积分、提升运动耐量及生活质量。尽管两组总有效率的差异未达到统计学意义，但干预组在各客观指标上均表现出更优的趋势，提示该联合方案具有积极的临床价值。

从中医理论角度分析，穴位贴敷与耳穴压豆的联合应用契合阳虚水泛证“益气温阳、活血利水”的治疗大法[5]。穴位贴敷通过将具有温阳益气、活血化瘀、利水消肿功效的药物贴敷于特定腧穴，借助药物的渗透作用和穴位的经气传导，既可发挥药物的直接治疗作用，又可激发经络之气、调节脏腑功能，纠正机体阳气亏虚、水湿瘀滞的病理状态。耳穴压豆则通过刺激耳廓相应穴位，调整脏腑经络功能状态，改善机体气血运行失常、水液代谢紊乱的问题。二者联用，内外兼顾、协同增效，共奏温阳化气、利水消肿、宁心安神之功。本研究中干预组患者的中医证候积分显著低于对照组，气喘心悸、肢体浮肿等主要症状改善明显，与朱斐琼等的研究结果一致[12]，证实了该联合疗法在改善阳虚水泛证候方面的优势。

本研究尚存在一定的局限性：样本量相对较小，观察时间较短，未能对远期预后进行评估；未对穴位贴敷与耳穴压豆的单独效应进行对比分析；证型限定为阳虚水泛证，研究结论是否可推广至其他证型尚需进一步验证。未来可开展大样本、多中心、长随访的随机对照研究，并探索该联合疗法的作用机制，为穴位贴敷联合耳穴压豆在慢性心衰康复中的规范化应用提供更充分的循证医学证据。

5. 结论

穴位贴敷与耳穴压豆联合应用于阳虚水泛证慢性心力衰竭患者，可改善其心功能，缓解中医证候，并提高运动耐量与生存质量，安全性较好。该联合方案可作为阳虚水泛证慢性心衰患者中西医结合康复治疗的有效辅助手段，具备临床推广应用价值。

声　明

研究方案经医院伦理委员会审批(伦理审批号：KY2023-124)。

基金项目

广西自筹经费科研课题(项目编号：GXZYA20230102)。

参考文献

[1] 柴坷, 杨杰孚. 心力衰竭诊断和治疗的现状和思考[J]. 心脑血管病防治, 2020, 20(1): 10-12+24.

[2] 中国心血管健康与疾病报告 2024 概要[J]. 中国循环杂志, 2025, 40(6): 521-559.

[3] 中国心血管健康与疾病报告 2025 概要[J]. 中国循环杂志, 2026, 41(6): 527-563.

[4] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024 [J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235-275.

[5] 陈可冀, 吴宗贵, 朱明军, 等. 慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J]. 心脑血管病防治, 2016, 16(5): 340-347.

[6] 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年) [J]. 中医杂志, 2023, 64(7): 743-756.

[7] 戴昌文, 郑凯特, 李健. 穴位贴敷结合耳穴压豆治疗老年慢性心力衰竭的效果及对左心功能的影响[J]. 中医外治杂志, 2022, 31(2): 42-43.

[8] 冯晓云, 于萌. 耳穴压豆与穴位贴敷在慢性心力衰竭合并睡眠障碍患者中的应用[J]. 中国卫生标准管理, 2025, 16(5): 168-171.

[9] 苗倩, 林乐垒, 李卓伟, 等. 耳穴压豆联合I期心脏康复对心衰患者运动耐力、NT-proBNP 及超敏 C 反应蛋白影响的研究[J]. 系统医学, 2023, 8(21): 24-27.

[10] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018 [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.

[11] Rector, T.S. and Cohn, J.N. (1992) Assessment of Patient Outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: Reliability and Validity during a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Pimobendan. *American Heart Journal*, **124**, 1017-1025. https://doi.org/10.1016/0002-8703(92)90986-6

[12] 朱斐琼, 李广浩. 穴位贴敷联合耳穴压豆干预对老年慢性心力衰竭患者心功能康复的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5(24): 49-53.