

秉承名蒙医邵呼日乐学术思想应用蒙药诃子-16 治疗心刺痛 86 例疗效观察

包银象 佟红霞 邵呼日乐

呼伦贝尔市蒙医医院 内蒙古呼伦贝尔 021008

【摘要】目的 秉承名蒙医邵呼日乐学术思想,应用蒙药诃子-16 治疗心刺痛,观察蒙药诃子-16 的临床疗效。方法 将 86 例病人随机分为治疗组,对照组各 43 例,治疗组用蒙药诃子-16 为主药同时辨证服用扫日格顺—11,赞丹—3,高优—13,雄阿嘎日—8,砸迪—5 等蒙药。对照组辨证服用扫日格顺—11,赞丹—3,高优—13,雄阿嘎日—8,砸迪—5 等蒙药。疗程均为 20 天,观察治疗前后两组心前区或胸骨后疼痛,胸闷,气短,心神不宁,心前区不适,乏力及舌,脉象变化情况。**结果** 治疗组总有效率为 93.02%,对照组总有效率为 90.70%,经统计学处理, $\chi^2=25.3, p<0.01$,两组治疗前后具有差异,蒙药诃子-16 组疗效优于对照组。**结论** 秉承名蒙医邵呼日乐老师学术思想,主用蒙药诃子-16 治疗心刺痛疗效显著,稍优于传统辨证治疗,值得推广应用。

【关键词】 邵呼日乐;学术思想;蒙药诃子-16;心刺痛**【中图分类号】** R29**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 04-123-03

邵呼日乐是第二批自治区老蒙医学术思想继承指导老师,市名蒙医,硕士生导师,在 30 年的临床、教学、科研过程中始终坚持蒙医理论与实践相结合,积累了丰富的临床经验,擅长于治疗内科疾病,尤其对心病、肺病、类风湿关节炎,形成了独特的学术思想。心刺痛即西医慢性稳定性心绞痛系指心前区或胸骨后疼痛为主要特征的肝脏疾病,常伴有胸闷,气短,心神不宁,心前区不适,乏力等症状。多由劳累,情绪波动,惊吓,饱食,过量饮酒,吸烟或寒冷等因素诱发。主要病机为三能与体素失衡,清浊升华障碍。其发病率随着我国人民群众生活水平的提高及肥胖人群的不断增多,逐年增加的趋势,好发于四十岁以上中老年人,是临床常见病,多发病。呼伦贝尔市蒙医医院心病科自 2016 年 3 月至 2018 年 8 月,主要使用蒙药诃子-16 治疗该病 43 例,并进行对比观察。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 86 例病人均为呼伦贝尔市蒙医医院心病科自 2016 年 3 月至 2018 年 8 月确诊为心刺痛的门诊患者。按来诊日期随机分组,按西医慢性稳定性心绞痛,蒙医辩证标准,西医的排除标准等筛选共纳入 86 例患者,其中男性 46 例,女性 40 例,年龄 42—80 岁,病程 1 个月—39 年。

1.2 诊断标准

1.2.1 蒙医诊断标准

参照《蒙古学百科全书—医学卷》(蒙古学百科全书编辑委员会《医学卷》编辑委员会编,内蒙古人民出版社,2002 年),《蒙医病症诊断疗效标准》(乌兰主编,民族出版社,2007 年)。

①赫依性心刺痛:心前区游走性刺痛,气短,胸闷,头晕,失眠,乏力,尿清而泡沫多,脉扎而时有歇止,舌红而苔薄白。

②乎扬性心刺痛:心前区刺痛或沿左肩,上臂至手指处麻痛,多伴有头晕,颈僵,尿黄,气味浓,脉象滑而数,舌红燥而苔薄黄。

1.2.2 西医诊断标准

参照《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》(医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会,2007 年)

心绞痛分级标准:

I 级:一般日常活动不引起心绞痛,费力,速度快,长时

间的体力活动引起发作。

II 级:日常体力活动稍受限制,快步行走或上楼,登高,饭后行走或上楼,寒冷或风中行走,情绪波动可发作心绞痛或仅在睡醒后数小时内发作。在正常情况下以一般速度平地步行 200 米以上或登二层以上的楼梯受限。

III 级:日常体力活动明显受限,在正常情况下以一般速度在平地步行 100—200 米或上一层楼即可引起心绞痛发作。

IV 级:轻微活动即可引起心绞痛,甚至休息时也可发作。

1.3 鉴别诊断

不稳定性心绞痛以外的其它冠状动脉粥样硬化性心脏病,心肌病,心包炎,心包积液,恶性高血压病,先心病及其它心脏疾病。

1.4 排除标准

鉴别诊断中所述疾病,有沟通障碍者,对所用蒙药任何单药过敏者。

1.5 纳入标准

所有符合西医慢性稳定性心绞痛诊断,蒙医心刺痛诊断,并接受蒙药治疗者。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 治疗组:蒙药诃子-16 主药组

蒙药诃子-16 为主药辩证施治

①赫依性心刺痛:阿嘎日—35,早饭后 30 分钟,15 粒,口服,诃子-16,午饭后,15 粒,口服,阿敏额尔敦,晚饭后 30 分钟,15 粒,口服,共服 20 天。

②乎扬性心刺痛:阿嘎日—35,早饭后 30 分钟,15 粒口服,诃子-16,午饭后 30 分钟,口服,珍宝丸,晚饭后 30 分钟,15 粒,口服,共服 20 天。

传统蒙药辩证施治

①赫依性心刺痛:阿嘎日—35,早饭后 30 分钟,15 粒,口服,肉豆蔻五味丸,山丹-3 午饭后,15 粒,口服,阿敏额尔敦,晚饭后 30 分钟,15 粒,口服,共服 20 天。

②乎扬性心刺痛:阿嘎日—35,早饭后 30 分钟,15 粒口服,乌兰十三味丸,午饭后 30 分钟,口服,珍宝丸,晚饭后 30 分钟,15 粒,口服,共服 20 天。

2.1.2 对照组

上述蒙药按赫依性和乎扬性症候，同上服法，观察期为 20 天。

2.1.3 观察内容

脉象，舌象变化，心绞痛发作次数，持续时间，程度，硝酸甘油片用量及蒙医症候群等的治疗前后变化情况。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

参照《中药，新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）

3.1.1 心绞痛症状疗效评定

显效（治愈）：症状消失或基本消失。

有效（好转）：疼痛发作次数、程度及持续时间有明显减轻。

无效：症状基本与治疗前相同。

加重：疼痛发作次数、程度及持续时间有所加重。

3.1.2 蒙药症候疗效评定

根据积分法判定蒙药症候疗效：疗效指数（n）=（治疗前积分—治疗后积分）/ 治疗前积分 *100%

显效（治愈）：临床症状体征明显改善，症候积分减少 $\geq 70\%$

有效（好转）：临床症状体征均有好转，症候积分减少 $\geq 30\%$ ， $70\% <$

无效：临床症状体征无明显改善，甚或加重，症候积分减少 $< 30\%$ ， $\geq 0.0\%$

加重：临床症状体征均有加重，症候积分增加。

3.2 评分方法

3.2.1 临床症状的评价

采用心绞痛症状计分表，蒙医症候分级量化表进行观察和比较。（见附表 1）

蒙医症候分级量化表（附表 1）

主症	正常（0 分）	轻度（2 分）	中度（4 分）	重度（6 分）
胸痛	无	有较典型的心绞痛发作，每次持续时间数分钟，每周至少发作 2—3 次，但程度不重，有时需口含硝酸甘油缓解	每天有 1—3 次较典型的心绞痛发作，每次持续时间数分钟到 10 分钟，程度较重，发作时一般需含硝酸甘油缓解	每天有多次较典型的心绞痛发作，每次持续时间 > 10 分钟，程度重，影响日常活动，需多次含硝酸甘油
胸闷	无	轻微胸闷	胸闷明显，有时叹息样呼吸	胸闷如窒息
头晕	无	偶有	时有	常有
失眠	无	偶有	时有	常有
痛沿左肩，左臂至小指麻木	无	麻木轻度	麻木明显	麻木较重
颈僵	无	轻微	明显	较重
舌象	正常	舌红而苔薄白	舌红燥而苔薄黄	
脉象	正常	扎而时有歇止	滑而数	
尿象	正常	清而泡沫多	黄而气味浓	

3.2.2 生存质量评价

采用西雅图心绞痛量表进行评价。（见附表 2）

心绞痛分级量化表（附表 2）

主症	正常（0 分）	轻度（2 分）	中度（4 分）	重度（6 分）
发作次数	无	有较典型的心绞痛发作，每周至少发作 2—6 次	每天有 1—3 次以上较典型的心绞痛发作	每天有 4 次以上较典型的心绞痛发作
持续时间	无	每次持续时间 < 5 分钟	每次持续时间 5—10 分钟	每次持续时间 > 10 分钟
程度	无	较日常活动重的体力活动引起心绞痛，日常活动无症状，如平地小跑，快速或持重物上三楼，上陡坡等引起心绞痛	日常体力活动一起心绞痛，日常活动稍受限。如在正常条件下常速步行 3—4 站，上三楼，上坡等引起心绞痛	较日常体力活动轻的体力活动引起心绞痛，日常活动明显受限。如在正常条件下常速步行 1—2 站，上二楼，小坡等引起心绞痛
硝酸甘油用量	无	每周服 1—4 片	每周服 5—9 片	每周服 10 片以上

3.2.3 远期疗效评定

通过随访方式评定心血管终点事件。如；心血管疾病死亡，心肌梗死，脑卒中，需要行血运重建术（包括冠脉支架植入和冠脉搭桥术），因不稳定性心绞痛或 TIA 住院等。

3.3 治疗结果

3.3.1 疗效统计

治疗组：共 43 例，临床治愈 10 例，好转 30 例，无效 3 例，加重 0 例，总有效率：93.02%

对照组：共 43 例，临床治愈 6 例，好转 33 例，无效 3 例，加重 1 例，总有效率：90.70%

治疗组效果明显优于对照组，两组有效率比较，经卡方检验，有显著性差异， $\chi^2=26.5$ ， $P < 0.01$

3.3.2 有效分析

蒙药穴位贴敷治疗加蒙药治疗提高了治疗效果，明显减少了发病频率、程度和持续时间，缩短了治疗过程。

3.3.3 无效分析

由于患者依从性差，暴饮暴食，过度饮酒，疾病恶化，行冠状动脉支架植入术。

4 讨论

（下转第 127 页）

分组	治愈时间(天)
观察组(n=47)	24.43±4.87
对照组(n=47)	33.21±5.16
t	8.484
P	<0.05

3 讨论

中药熏洗联合象皮生肌膏换药的功效在于:①具有局部杀菌抗炎的作用:熏洗中药方中所含的黄柏能够抑制痢疾杆菌、金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌等多种细菌和一些真菌,土茯苓和黄柏则具有泻火解毒,清热燥湿的功效。蒲公英和苦参煎剂能够抑制多种致病菌。赤芍能够三语止痛,清热凉血。紫草具有止血解毒的功效。②促进局部血液循环:中药熏蒸过程中,药液所含有的药物离子通过皮肤黏膜辐射、吸收、扩散等进入体内,既有效增加局部病灶药物的浓度,又避免肝脏出现首过效应。皮肤和患肢部分的毛细血管受到温热刺激而扩张,促进血液和淋巴有效循环,不但能够有效疏通经脉,调节脏腑还能够改善局部症状^[6]。

本次研究结果表明,患者在进行3-5次中药熏洗后异臭味完全消失,疮面局部渗液显著减少,疼痛感改善具有良好的疗效。象皮生肌膏所含有的成分具有消肿生肌、活血止痛、散瘀消肿等功效,将其在疮面外敷能够保持创面处于湿润环

境从而缓解疼痛,以无损伤的液化方式保持疮面的新陈代谢,将代谢物排除从而有效促进疮面的血液循环,为组织再生营造良好有利的环境。

经临床护理发现,采用象皮生肌膏换药联合中药熏洗的治疗方法治疗褥疮患者具有显著的疗效,能够明显缩短治愈时间,有效缓解患者的疼痛,增加舒适感,提高患者的生活质量,在临床上值得推广应用。

参考文献

- [1]曹晖,宾东华,王爱华. 冰纳米乳促肛瘘术后创面修复50例临床分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(10):57-59.
- [2]朱晓伟. 大隐静脉曲张合并小腿溃疡缝扎治疗53例效果观察[J]. 中国实用医药, 2016, 11(17):58-59.
- [3]刘永祥,杨意平,谢金峰,等. VSD负压引流技术结合生肌膏治疗跟骨鸟嘴样骨折术后破溃的应用[J]. 医药前沿, 2017, 7(6):183-184.
- [4]王会杰,刘艳华,施乐,等. 真空负压拔罐联合生肌溶液治疗Ⅲ期压疮临床研究[J]. 光明中医, 2017, 32(7):1048-1050.
- [5]安丽影,梁晓云,黄雪琼,等. 锐器清创联合自制生肌膏在压疮患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(4):122-124.
- [6]朱慧敏,李婷. 中药换药结合超声波清创在皮肤肿瘤术后溃疡的临床护理[J]. 中医外治杂志, 2016, 25(4):38-39.

(上接第122页)

得进一步研究并临床推广的护理措施。

参考文献

- [1]吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南:山东科学技术出版社, 1993:947.
- [2]刘海亮,韩丁,周荣斌. 肠功能障碍发病机制的认识[J]. 中国急救医学, 2007, 27(10):940-942.

[3]毛星. 术后胃肠道功能紊乱的护理研究进展[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(21):197-198.

[4]郑海,王家欢,黎雪燕,陈明,蒋春舫. 腹部术后消化道功能障碍的成因和对策[J]. 临床急诊杂志, 2009, 10(5):271-273.

[5]危桀罡,赵若华,任新生. 中药穴位贴敷预防胃癌术后功能性胃排空障碍48例[J]. 福建中医药, 2014, 45(4):36-37.

(上接第124页)

蒙医学认为心脏是正常赫依的宿位,病变赫依的循经,普行赫依依靠心脏普行于全身。赫依、血病变是心脏疾病的主要内因。过量或长期饮用浓茶,食桥面等轻糙性饮食,饥饿过度,长期失眠,思维活动过度或者过度惊吓,大失血等原因而赫依偏盛降于心脏,大怒急躁,饮食油腻而希拉和血上攻心脏,受潮湿等而巴达干和黄牛坠入心脏等因素致使赫依、血运行不良而使心脏发生病变。

邵胡日乐老师治疗心刺痛,主要是抑制赫依,降血热,调理体素、清糟归精为首之观点。目前蒙医把赫依、希拉、巴达干称为“三元素”也称“三根”,血被认为“七素”之一,所谓“七素”是指食物精华、血(琪素)、肉、脂、骨、髓、精。是在“三根”的主持与滋润下依次生化形成。血是食物之精

华的精华,在人体内保持一种动态平衡状态,处于正常平衡关系则身体健康,反之偏盛偏衰,失去平衡则导致身体的病变,引起各种病。若“三根”发生偏盛偏衰则影响“七素”,随“三根”的偏盛而衰减,随“三根”的偏衰而增多。它们之间是依赖与被依赖、害与被害的关系。而心刺痛是赫依旺盛并与血热相扶位于心,继而影响赫依,血运行不良而成病。

其次,蒙药验方诃子-16以味酸、涩、苦,性平,具有祛邪、解毒、调和三根功效的诃子为主药,辅以广枣,可清心热,补心益气,心脏良药肉豆蔻镇心赫依,藏红花、紫檀香清血热等十五味诸药合用共奏清心热,镇心赫依、心刺痛之功效。

临床研究中,胡日乐老师应用蒙药验方诃子-16,以蒙医理论作指导资料心刺痛临床疗效显著,安全性高,可进一步深入探讨和研究。

(上接第125页)

综上所述,在急性缺血性脑卒中恢复期患者治疗期间应用涤痰汤合牵正散加减治疗方法,可有效促进患者功能恢复,改善患者神经功能缺损症状,应用价值较高。

参考文献

- [1]姜飞鹏. 涤痰汤合牵正散加减治疗急性缺血性脑卒中恢复期90例疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2014, 38(6):724-726.

[2]葛星. 益气活血消栓汤治疗急性缺血性脑卒中的效果探究[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(16):150-152.

[3]汤琪,李旷怡,吴智鑫,等. 半夏白术天麻汤联合依达拉奉治疗急性缺血性脑卒中40例[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(14):94-96.

[4]谢江波,张婷婷,刘涛,等. 麝香四黄汤联合rt-PA对急性缺血性脑卒中病人NIHSS评分及血清MMP-9水平的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(7):937-939.