

蒙医食疗联合蒙药对高脂血症合并冠心病患者的干预效果

宝 乐

内蒙古自治区国际蒙医医院 内蒙古 呼和浩特 010083

【摘 要】：目的：探讨蒙医食疗联合蒙药干预高脂血症合并冠心病患者的临床效果，为该病的民族医药综合干预提供临床依据。方法：选取 2023 年 1 月—2024 年 12 月于我院就诊的 40~65 岁高脂血症合并冠心病患者 80 例，采用随机数字表法分为观察组与对照组各 40 例；对照组予以西医常规干预，观察组在对照组基础上联合蒙医食疗与蒙药治疗，疗程均为 12 周；比较两组治疗前后血脂指标（总胆固醇 TC、甘油三酯 TG、低密度脂蛋白胆固醇 LDL-C、高密度脂蛋白胆固醇 HDL-C）、心绞痛症状改善情况及临床总有效率，记录不良反应发生情况。结果：治疗前两组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平及心绞痛发作频率、持续时间比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后两组血脂指标均显著改善，观察组 TC、TG、LDL-C 水平低于对照组，HDL-C 水平高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组心绞痛发作频率减少、持续时间缩短幅度优于对照组，临床总有效率 92.50% 高于对照组 75.00%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；两组均无严重不良反应发生。结论：蒙医食疗联合蒙药干预高脂血症合并冠心病，可有效调节血脂代谢、改善心肌供血与临床症状，提升整体干预效果，安全性良好，值得临床推广应用。

【关键词】：蒙医食疗；蒙药；高脂血症；冠心病；血脂代谢；临床干预

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.005

引言

高脂血症是动脉粥样硬化发生发展的核心危险因素，长期脂质代谢紊乱可导致冠状动脉粥样硬化、管腔狭窄，进而引发冠心病，二者常合并存在，互为因果，显著增加心血管不良事件发生风险，是中老年人群致死致残的重要疾病负担^[1]。西医常规干预以他汀类调脂、抗血小板、扩冠等药物为主，虽可有效控制血脂与症状，但长期用药存在肝肾功能损伤、肌肉毒性、耐药性等问题，且难以从整体调节机体代谢状态，临床获益存在一定局限。蒙医药是我国传统民族医药的重要组成部分，以“三根七素”理论为核心，认为高脂血症合并冠心病属“巴达干病”“心刺痛”范畴，核心病机为赫依、希拉、巴达干三根失衡，巴达干偏盛凝滞、浊脂内生，兼夹赫依血瘀，阻滞心脉，致气血运行不畅、心脉痹阻而发病^[2]。蒙医强调饮食调理与药物治疗并重，食疗（策格疗法、特色食材调摄）可平衡三根、化解巴达干浊脂，蒙药可清希拉、通血脉、散瘀滞，二者联合具有整体调节、多靶点干预的优势^[3]。目前关于蒙医食疗联合蒙药干预高脂血症合并冠心病的高质量临床研究仍相对不足，本研究纳入 80 例 40~65 岁患者开展对照观察，探讨该联合方案的临床价值，为临床优化干预策略提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月—2024 年 12 月于我院蒙医心血管科就诊的高脂血症合并冠心病患者 80 例，年龄 40~65 岁，平均（ 52.36 ± 7.12 ）岁；采用随机数字表法分为观察组与对照组各 40 例。观察组男 22 例、女 18 例，年龄 41~64 岁，平均（ 51.89 ± 7.35 ）岁；对照组男 23 例、女 17 例，年龄 40~65 岁，平均（ 52.78 ± 6.98 ）岁。两组性别、年龄、病程、基础血脂水平、心绞痛分级等基线资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），

具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会审批通过，所有患者均签署知情同意书。

1.2 诊断标准

西医诊断标准：高脂血症符合《中国成人血脂异常防治指南（2023 年）》标准，即空腹血清 TC $\geq 5.20\text{mmol/L}$ 、TG $\geq 1.70\text{mmol/L}$ 、LDL-C $\geq 3.40\text{mmol/L}$ 、HDL-C $< 1.04\text{mmol/L}$ ，满足任意一项即可诊断；冠心病符合《冠状动脉粥样硬化性心脏病诊断标准》，经心电图、冠脉 CTA 或冠脉造影证实，存在稳定型心绞痛表现。蒙医辨证标准：参照《蒙医病证诊断疗效标准》，辨证为巴达干偏盛、赫依血瘀证，症见胸闷胸痛、心悸气短、肢体沉重、头晕乏力、腹胀纳呆、舌苔白腻、脉沉涩。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准：年龄 40~65 岁；同时符合高脂血症与冠心病西医诊断及蒙医巴达干偏盛、赫依血瘀证辨证标准；意识清楚、可配合治疗与随访；临床资料完整。

排除标准：合并严重肝肾功能不全、甲状腺疾病、恶性肿瘤、严重心律失常、急性心肌梗死、心源性休克；对蒙药或食疗成分过敏；近 3 个月内接受过调脂或蒙医药治疗；妊娠或哺乳期女性；依从性差、无法完成疗程者。

1.4 治疗方法

两组均予以西医常规基础干预，包括低盐低脂饮食、戒烟限酒、适度运动、控制体重、规律作息；口服阿托伐他汀钙片（20mg，每晚 1 次）、阿司匹林肠溶片（100mg，每日 1 次），心绞痛发作时舌下含服硝酸甘油片。疗程均为 12 周。

对照组仅予以上述西医常规干预。

观察组在西医常规干预基础上，联合蒙医食疗与蒙药治疗。①蒙医食疗：遵循蒙医“寒热平调、祛巴达干、通血脉”原

则，制定个体化饮食方案，每日饮用发酵马奶（策格）200~300mL，早餐食用荞麦粥、沙葱、莜面等清淡易消化食物，适量食用沙棘、山楂、枸杞等药食同源食材；忌食肥甘厚味、生冷油腻、酸腐及辛辣刺激食物，减少红肉、动物内脏、精制米面摄入，每日分3~4餐，避免暴饮暴食。②蒙药治疗：口服蒙药通拉嘎-5味丸（15粒，每日2次）、额尔敦-乌日勒（13粒，每日2次），温水送服，疗程12周；通拉嘎-5味丸具有清希拉、祛巴达干、调血脂功效，额尔敦-乌日勒可活血化痰、通脉止痛、改善心肌供血。

1.5 观察指标

（1）血脂指标：治疗前后采集空腹静脉血，检测TC、TG、LDL-C、HDL-C水平，采用全自动生化分析仪测定。

（2）心绞痛症状：记录治疗前后心绞痛每周发作频率、每次持续时间。

（3）临床疗效：参照《心血管系统药物临床研究指导原则》制定，显效：血脂指标恢复正常，心绞痛症状基本消失，发作频率减少≥80%；有效：血脂指标显著改善，心绞痛发作频率减少50%~79%、持续时间缩短；无效：血脂指标无改善甚至升高，心绞痛症状无缓解或加重；总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数×100%。

（4）安全性：观察并记录治疗期间胃肠道不适、头晕、皮疹、肝肾功能异常等不良反应发生情况。

1.6 统计学方法

采用SPSS26.0统计软件分析数据，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组内比较采用配对t检验、组间比较采用独立样本t检验；计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血脂指标比较

治疗前两组TC、TG、LDL-C、HDL-C水平比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后两组TC、TG、LDL-C水平均显著降低，HDL-C水平显著升高，且观察组改善幅度优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组治疗前后血脂指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ），mmol/L

组别	观察组		对照组	
例数	40		40	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TC	6.28±0.75	4.12±0.51	6.25±0.78	4.86±0.63
TG	2.56±0.62	1.32±0.41	2.53±0.65	1.85±0.53
LDL-C	4.15±0.58	2.48±0.42	4.12±0.61	3.05±0.54

HDL-C	0.89±0.16	1.28±0.21	0.91±0.15	1.09±0.18
-------	-----------	-----------	-----------	-----------

注：与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较， $P < 0.05$

2.2 两组心绞痛症状改善情况比较

治疗前两组心绞痛每周发作频率、持续时间比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后两组心绞痛发作频率减少、持续时间缩短，观察组改善优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组治疗前后心绞痛症状比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	观察组		对照组	
例数	40		40	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
每周发作频率(次)	5.82±1.45	1.25±0.58	5.78±1.51	2.68±0.92
每次持续时间(min)	8.56±2.31	2.15±0.86	8.49±2.28	4.32±1.15

注：与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较， $P < 0.05$

2.3 两组临床疗效比较

观察组显效25例、有效12例、无效3例，总有效率92.50%；对照组显效16例、有效14例、无效10例，总有效率75.00%；观察组总有效率显著高于对照组，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 4.507$ ， $P = 0.034$ ）。

2.4 安全性评价

治疗期间观察组出现轻微腹胀1例、口干1例，对照组出现轻度恶心2例、乏力1例，均为一过性，无需特殊处理可自行缓解；两组均无肝肾功能异常、过敏反应、严重胃肠道不适等严重不良反应，安全性良好。

3 讨论

高脂血症合并冠心病是代谢紊乱与血管病变相互作用的慢性疾病，西医以调脂、抗血小板、改善心肌缺血为核心干预策略，虽可有效控制症状，但难以纠正机体整体代谢失衡，长期用药存在不良反应风险，且对体质调理、复发预防作用有限。蒙医药根植于民族传统理论，以“三根七素”为核心，认为饮食不节、劳逸失度、情志失调致巴达干偏盛、浊脂内生，阻滞脉络、损伤心脉，是本病核心病机，治疗强调整体调节、三根平衡、食疗与药物协同，食疗为基础、药物为辅助，契合慢性代谢性疾病长期干预需求^[4]。

蒙医食疗以策格（发酵马奶）、荞麦、沙棘、沙葱等特色食材为主，策格可健脾和胃、化解巴达干浊脂、调节肠道菌群，改善脂质吸收代谢；荞麦、莜面富含膳食纤维，可减少肠道胆

固醇吸收、延缓血糖血脂升高；沙棘、山楂具有活血化瘀、消食化积、降脂通脉功效，可辅助改善血脂与心肌供血，整体起到平衡三根、祛浊降脂、健脾养心作用。蒙药通拉嘎-5味丸以石榴、栀子、萆薢等组方，清希拉热、祛巴达干、调血脂、改善血液流变学；额尔敦-乌日勒可活血化瘀、通脉止痛、改善血管内皮功能、缓解心肌缺血，二者联用契合本病巴达干偏盛、赫依血瘀病机，多靶点干预脂质代谢与血管病变^[5]。

本研究结果显示，治疗后观察组 TC、TG、LDL-C 降低幅度及 HDL-C 升高幅度显著优于对照组，心绞痛发作频率减少、持续时间缩短更明显，临床总有效率达 92.50%，显著高于对照组 75.00%，且无严重不良反应，提示蒙医食疗联合蒙药可协同增效，强化调脂效果、改善心肌供血与临床症状，安全性可靠。

分析其机制，食疗从源头减少脂质摄入、调节代谢，蒙药调节三根、活血化瘀、保护血管内皮，二者联合兼顾整体调理与局部治疗，弥补西医单一药物干预的不足，契合本病慢性、多因素致病特点。

本研究局限性为样本量偏小、观察周期较短，未开展长期随访与远期心血管事件评估，后续可扩大样本量、延长随访时间，结合炎症因子、血管内皮功能等指标进一步深入机制研究，为该方案的临床推广提供更充分证据。综上，蒙医食疗联合蒙药干预高脂血症合并冠心病，可有效调节血脂、改善心绞痛症状、提升临床疗效，安全性良好，是中西医结合干预该病的有效方案，具有临床应用价值。

参考文献：

- [1] 周小琳,李春辉.血府逐瘀汤联合美托洛尔治疗老年冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛的临床疗效及对同型半胱氨酸、血脂水平的影响分析[J].中医临床研究,2022,14(24):41-43.
- [2] 党林林,张瑞芬,王智业,等.蒙药当贡-3 胶囊治疗稳定型心绞痛临床观察[J].西部中医药,2025,38(1):48-53.
- [3] 乌勒木吉,佟玉清.基于“肠-脂肪轴”理论探讨蒙药通拉嘎-5 治疗高脂血症的机制[J].中国民族医药杂志,2025,31(12):89-93.
- [4] 潘典顺,张林燕,黄璜燕.阿托伐他汀钙联合脉血康治疗对冠心病患者血脂指标、心功能指标及炎性反应水平的影响[J].中国医药指南,2024,22(36):104-106
- [5] 汪杰,刘玥,蒋跃绒.动脉粥样硬化及其中西医结合防治新策略[J].医学研究杂志,2022,41(5):9-11+117.