

蒙医治疗心悸病的临床体会

宝塔娜

巴彦淖尔市蒙医医院 内蒙古 巴彦淖尔 015000

【摘要】：心悸病为蒙医临床常见心血管病证，归属于蒙医“朱日很·赫依”范畴，对应现代医学各类心律失常、心脏神经官能症、功能性心悸等。本病以阵发性心慌悸动、心神不宁、惊惕不安为主症，常伴胸闷气短、失眠多梦、头晕乏力、心烦多汗，部分患者还可出现善恐易惊、遇事心慌加重等表现，病程缠绵、反复发作，严重损害患者身心健康，长期患病还可显著降低工作效率与生活质量。蒙医三根七素理论认为，三根失衡、心赫依功能紊乱是心悸核心病机；情志失调、劳逸失度、饮食不节、起居失常为主要诱因。本文立足蒙医传统理论，结合临床实践，梳理心悸病因病机、脉-尿-症状联合辨证要点及分型施治方案，总结蒙药分时内服、传统外治、饮食起居情志调护一体化诊疗模式，探讨蒙西医协同优势与危重症鉴别要点。临床表明，脉-尿-症状三参辨证可辨析赫依、齐素热、巴达干寒病机主次，识别血瘀、黄水滞留、白脉损伤等兼夹改变；规范化综合干预可改善症状、调和脏腑、降低复发，在功能性心悸整体调治上优势显著，可为蒙医心悸病规范化、个体化诊疗提供理论与临床参考。

【关键词】：蒙医；心悸病；朱日很·赫依；三根理论；辨证论治；综合治疗

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.078

引言

心悸是心血管常见病证，既可独立发病，亦可继发于多种心脏或全身性疾病。现代医学借助心电图、动态心电图、心脏超声，可明确诊断器质性心律失常、心脏神经官能症、自主神经功能紊乱。但针对无显著器质性改变、反复发作的功能性心悸，单纯西药对症干预疗效有限，存在复发率高、易产生药物依赖及不良反应等问题，部分患者即便检查未见明显异常，主观心慌不适感依旧持续存在，长期困扰临床治疗。

蒙医学是我国特色民族医学，对心悸有着深厚理论积淀与完备诊疗体系。《四部医典》《蒙医金匱》记载“朱日很·赫依”，提出心脏普赫依功能失常是发病关键，三根动态失衡为根本病机。蒙医秉持整体观念与辨证论治，认为心悸并非心脏局部病变，而是全身三根七素失调、脏腑气血紊乱的外在病理反映，故治疗不能仅仅着眼于心之局部，而需着眼于全身机能的调和修复。

临床单纯单一证型心悸少见，多寒热错杂、虚实夹杂，赫依偏盛常兼血热、寒凝、血瘀、黄水滞留。若仅拘泥镇赫依、安神定悸，忽视本源调治，仅能短期取效，病情易反复。本文结合临床实践，从病因病机、辨证要点、方药运用、内外协同治疗、调护及蒙西医联合诊疗展开论述，以期优化心悸诊疗思路，为民族医药治疗本病提供借鉴。

1 蒙医对心悸病病因病机的认识

三根七素是蒙医阐释生理与病理演变的核心理论。生理状态下赫依、希拉、巴达干三根动态平衡，七素生化有序，脏腑调和、气血畅达，则心神安定。情志内伤、劳逸失度、饮食不

节、起居失宜，会打破三根平衡，心脏普赫依功能紊乱，心脉失养、心神被扰，遂发心悸。

1.1 核心病机：赫依功能紊乱偏盛

赫依居三根之首，主气血运行、脏腑调控及神志活动；心脏普赫依维系心脏节律与心神安宁。赫依禀性轻扬善动，易受情志、作息、劳逸影响而失调。长期思虑惊恐耗伤正精，赫依亢盛；熬夜过劳耗损心之津液，心脉失养，赫依失其所附而妄动扰心。现代社会生活节奏加快，高压工作、长期精神内耗成为诱发赫依偏盛型心悸的重要社会因素，青年群体发病率逐年上升。

赫依躁动扰动心脉心神，出现心悸不宁、失眠多梦、头晕神疲。赫依偏盛是心悸最基础病机，贯穿病程，各类复合证型均以此为基础，合并他邪演变而成。

1.2 常见兼夹病机

（1）齐素（血）热偏盛：多由情志抑郁恼怒，气机郁滞化火，热灼阴血、壅遏脉络，血热扰心、瘀滞心脉。症见心跳急促、心烦胸闷、心前区阵发性刺痛、面红唇赤、口干烦躁，多见于压力大、情绪波动的中青年，常为赫依兼血热复合证。此类患者情绪波动后心率可明显增快，交感神经长期处于兴奋状态。

（2）巴达干寒邪凝滞：巴达干性寒黏滞，主脾胃运化与脏腑温煦。嗜食生冷肥甘，或年老体弱、脏腑衰减，巴达干寒邪内生，凝滞心胸脉络、遏抑胸阳，发为心悸。表现为心慌心悸、畏寒肢冷、面色苍白、脘腹胀满、纳食减少，遇寒、食生冷后加重，脉象迟弱，尿淡质清，多见于中老年体虚者。部分

老年患者常同时合并脾胃运化能力下降，寒邪持续内生，心悸缠绵难愈。

1.3 久病所致复杂病机

心悸迁延日久，病机趋于复杂。赫依久扰心脉，气血不畅，黑脉瘀阻，则胸闷胸痛、痛处固定；病邪久羁，水液代谢失常，黄水滞留心胸，加重胸闷心悸。心神久扰，睡眠紊乱，白脉失养传导失常，进一步加重心脏节律异常。心悸与失眠、焦虑互为因果：心悸致夜卧不宁，失眠又耗损正精、扰动赫依，是本病缠绵难愈的重要因素，临床不少患者陷入“心悸-失眠-焦虑”的恶性循环。

2 心悸病辨证要点：脉-尿-症状三参合参

蒙医强调整体辨识、多诊合参，脉诊、尿诊、症状相互印证，避免仅凭主观心慌判定证型。三参辨证厘清赫依、齐素热、巴达干寒主次，区分单型与复合证，辨识寒热虚实及兼夹病邪，为个体化施治提供依据。临床当中还应结合患者年龄、生活习惯、发病诱因综合分析，提升辨证精准度。

2.1 赫依偏盛型

本型最为多见，好发于体虚、熬夜、精神压力大的青年，对应功能性心悸、心脏神经官能症。主症心悸易惊、惕惕不安，情绪稍有波动即可诱发；兼失眠多梦、易醒、头晕倦怠、气短懒言。诊查脉弦细无力、节律不齐，可见结代脉；尿液清稀，泡沫多消散快，无明显异味沉淀。病机为赫依偏盛，心神失养、心脉受扰。

治以镇赫依、养心气、宁心安神，兼顾补益正精。选用吉如很-阿嘎日-8、砸迪-5、阿嘎日-35，吉如很-7（七味广枣丸）为基础方。广枣入心，镇悸定惊、平复心赫依；肉豆蔻温养心气，收敛浮神；沉香行气镇静，共奏安定心神之功。

2.2 齐素（血）热偏盛型

情志郁而化热、血热扰心，以实证为主，多见于中青年，对应快速性心律失常、交感兴奋型心脏神经官能症。主症心跳急促、心悸频作，心烦易怒、胸闷憋胀；伴心前区刺痛、面红唇暗、口干口苦、多汗便干。诊查脉洪实偏快，偶见促脉；尿黄赤浑浊、气味重，泡沫消散缓慢。病机血热亢盛扰心，多合并赫依失常，属热实夹杂。

治宜镇赫依、清血热、宁心通络，予绍沙-17、扎木萨-4汤，酌情配伍行气通络药。体质壮实无贫血的纯血热实证，专科评估排除禁忌后可审慎使用放血疗法；体虚、贫血、虚寒者严禁使用。

2.3 巴达干寒盛型

属寒虚之候，多见于中老年体虚、久病、嗜食寒凉人群，对应缓慢性心律失常、虚寒型功能性心悸。主症心悸绵绵、心跳无力；畏寒肢冷、面色苍白、腹胀食少、神疲嗜睡，遇寒食

冷加重。诊查脉迟弱沉细、节律不齐；尿淡白清稀，泡沫细小均匀。病机巴达干寒凝，心阳不振，赫依失摄。

治以镇赫依、祛寒除巴、温通心脉，首选伊赫哈日-12。方中干姜、荜茇、胡椒温中散寒，驱散心胸寒邪，平复扰动赫依，改善寒凝诸症。

2.4 辨证体会

证型与年龄、体质、诱因密切相关。中老年人脏腑衰退，久病多兼黑脉瘀阻、黄水滞留，除心悸外常胸闷胸痛，单纯镇赫依安神疗效有限，需兼顾活血通脉、燥湿除邪，标本同治。青年心悸多无器质性损伤，多由压力、熬夜、情绪诱发，属心身共病。药物仅改善躯体症状，情志作息调护是防复发关键，仅靠药物极易反复。

3 一体化综合治疗：药物-外治-饮食-起居协同干预

蒙医天人相应思想认为心悸是全身三根七素失衡的外在表现，不可单纯依赖药物。应构建“蒙药分时内服+传统外治辅助+饮食起居情志调护”一体化模式，多维度调节机体，祛除病根，实现标本兼顾。

3.1 蒙药分时内服，顺时调护脏腑

蒙医时间医学提出人体三根盛衰随昼夜气机变化，分时给药契合机体节律，提升药效。清晨赫依偏旺，心悸高发，空腹服镇赫依安神药，减少日间发作；中午希拉血热偏盛，予清热凉血方药清心除烦；夜间阳气内敛，睡前服养心安神药，打破“心悸-失眠-心悸加重”恶性循环，借睡眠调养脏腑，降低复发。临床观察分时给药疗效优于随意给药。

3.2 传统外治辅助，内外合治固本

蒙医外治可疏通白脉、调和三根、安定心神，与内服药联用增效，适用于非危重型心悸。灸疗为虚寒型首选，取膻中、心俞、内关、神门施灸，温通心阳、平复赫依；血热证禁用艾灸，避免助长热邪。穴位按揉无创居家可用，按揉神门、膻中、内关，每穴3-5分钟，可快速缓解心慌胸闷，长期坚持减少发作。放血疗法仅限体质壮实血热实证，属专科有创操作，须执业蒙医评估后实施，严禁滥用。

3.3 饮食起居情志调护，祛除诱因防复发

蒙医倡导“三分治，七分养”，饮食、起居、情志失常是心悸发病复发的重要诱因。全部患者忌浓茶、咖啡、烈酒、辛辣、生冷之品，防止扰动赫依、滋生热邪或寒凝。赫依及虚寒者宜羊肉、小米、红枣、牛奶等温性补益食物；血热者饮食清淡，多食蔬菜杂粮，忌食燥热。

起居重在作息规律，规避熬夜、过劳，保证睡眠；减少惊恐、焦虑、暴怒等不良刺激。部分患者用药后症状缓解，但因生活方式失当反复发作，凸显日常调护的重要价值。

4 临床诊疗思考

4.1 勿执单一治法，注重虚实标本兼顾

心悸多虚实夹杂、寒热错杂，纯虚纯实证少见。部分医者见心悸即堆砌镇赫依安神药，短期取效，但久用耗伤正精、损伤脾胃，正气亏虚反致赫依妄动。久病心悸外呈赫依亢奋之象，本质多为七素亏虚、心脉失养，治疗需标本兼顾，镇悸治标同时补益滋养，根除内在病机。

4.2 发挥各自优势，开展蒙西医结合诊疗

功能性心悸、心脏神经官能症、早搏伴失眠焦虑、自主神经紊乱，蒙医整体调治优势突出，调节三根平衡，改善全身不适，复发率低，少有药物依赖。但冠心病、心肌病、心衰所致危重心律失常，蒙药不能替代西医基础治疗。临床采取蒙西医协同，西医处置原发病、稳定生命体征；蒙医改善全身症状，减轻西药不良反应，实现优势互补。

4.3 重视心身同治，强化情志调摄

忧思耗伤正精，惊恐扰动赫依。中青年无器质性心悸多由精神紧张、压力焦虑引发，属于心身疾病。诊疗摒弃“重药轻

情志”思维，践行心身同治。除辨证用药外，做好心理疏导，消除患者对心悸发作的恐惧，引导调畅情绪。药物调躯体，情志安心神，二者协同降低复发。

4.4 做好风险鉴别，守住医疗安全底线

心悸既见于良性疾患，也可为中心肌损伤、严重心律失常、心衰的预警。心悸发作剧烈顽固，伴持续胸痛、晕厥、大汗、严重脉结代，需及时完善心电图、心肌酶、心脏彩超，区分良恶性。危重心悸优先西医急救转诊，保障安全；病情平稳后，再开展蒙医巩固调理。

5 小结

蒙医治疗心悸以调和三根、镇心赫依、安神定悸为总治则，根植三根七素理论，形成完整辨证体系。临床坚持脉-尿-症状三参辨证，辨析病机主次，识别血瘀、黄水滞留、白脉损伤等兼夹，规避片面用药。通过蒙药分时内服、外治、饮食起居情志调护综合施治。诊疗需区分功能性与器质性心悸，合理蒙西医结合，兼顾疗效与安全；做到心身同治、标本并重，重视调护及危重症识别，改善主观症状的同时恢复三根平衡，降低复发，对心悸民族医药规范化临床应用具备参考推广价值。

参考文献：

- [1] 宇妥·元丹贡布.四部医典[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,1977.
- [2] 策·苏荣扎布.蒙医内科学[M].北京:民族出版社,1989.
- [3] 白清云.中国医学百科全书·蒙医学[M].海拉尔:内蒙古科学技术出版社,1987.
- [4] 乌兰图雅.蒙医治疗心悸症临床研究进展[J].中国民族医药杂志,2015,21(07):44-46.
- [5] 赵梅花,旺其格.心悸症的蒙医分型与心电图相关性研究[J].中国民族医药杂志,2016,22(09):37-39.
- [6] 斯琴格日乐,刘萨仁.浅谈蒙医对心律失常的研究概况[J].中国民族医药杂志,2016,22(09):60-61.
- [7] 乌日嘎.名老蒙医布仁吉日嘎拉蒙医辨证治疗心悸征 228 例[J].中国民族民间医药,2020,29(05):98-100.