

# 心痛宁汤治疗心绞痛临床观察

闫凌云

(河南省鹤壁职业技术学院医学院 鹤壁 321027)

**摘要:**目的:观察自拟心痛宁汤治疗心绞痛的临床疗效。方法:采用随机对照方法,将 108 例心绞痛随机分成观察组和对照组。治疗组采用心痛宁汤进行治疗,对照组采用藻酸双酯钠片、复方丹参注射液进行治疗。结果:治疗组疗效明显优于对照组, $P < 0.01$ 。结论:心痛宁汤治疗心绞痛安全有效。

**关键词:**心绞痛;中西医结合疗法;心痛宁汤;硝酸甘油;临床观察

中图分类号:R 541.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01-0021-01

## 1 临床资料

108 例心绞痛病例选自鹤壁市肿瘤医院心脑血管科 2001 年元月~2003 年 12 月的住院病例或门诊坚持治疗的病例(出血性脑血管疾病的急性期,血小板减少性病变,妇女月经期、妊娠期除外)。男 68 例,女 40 例;年龄最大 76 岁,最小 32 岁,平均年龄为 59.8 岁;发病时间最短 3d,最长 12 年。入选病例均符合《中华人民共和国中医药行业标准·中医病症诊断疗效标准》中《胸痹心痛病》的诊断依据、症候分类、疗效评定标准。西医符合冠状动脉硬化性心脏病、劳累型心绞痛。心电图检查方法:患者休息时心电图示明显心肌缺血,心电图运动试验阳性。

## 2 观察方法

**2.1 分组** 根据加拿大心血管病学会分类按病情轻重分为 4 级(4 组),进行分层抽样,年龄、性别齐同。

**2.2 观察组**在观察期间除发病症状较甚时,配用硝酸甘油外,停用其他药物,同时口服心痛宁汤。基本方:全瓜蒌 20g,薤白 15g,制半夏 12g,枳实 15g,桃仁 10g,红花 15g,川芎 15g,桂枝 15g,郁金 15g,丹参 30g,三七粉 6g(冲)。心率快加龙骨 20g、牡蛎 20g,睡眠差加石菖蒲 20g、远志 20g、炒枣仁 20g。煎服方法:药加凉水浸泡 1h,用水量以药被淹没为度,用武火煎煮,水沸后 20min,取汁,再加水 300mL,煎煮 20min,取汁。2 次药液调和,分 2 次睡前、晨起温服,每日 1 剂,15d 为 1 个疗程。

**2.3 对照组** 心绞痛发作时,含服硝酸甘油,常规口服藻酸双酯钠片(天津金世制药股份有限公司),每次 200mg,每日 3 次;复方丹参注射液 16mL(上海中西药业股份有限公司,每毫升含丹参、降香各 2g),加入 5%葡萄糖注射液 250mL 或生理盐水 250mL,静滴,每日 1 次。15d 为 1 个疗程。

## 3 疗效标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病症诊断疗效标准》中《胸痹心痛病》的疗效评定。治愈:症状消失,心电图恢复正常,1 年未复发;好转:症状减轻,发作次数减少,间歇时间延长,心电图有改善;无效:主要症状及心电图无改善或加重。

## 4 治疗结果

见表 1。

表 1 2 组治疗结果 例

组别	治愈	好转	无效
观察组	18	46	2
对照组	8	26	8

注:经  $\chi^2$  检验, $P < 0.01$ 。

## 5 典型病例

张某,男,60 岁,鹤壁市无线电一厂退休工人,2001 年 1 月 26 日就诊。反复发作性心前区闷痛 2 年余,加重 2h。患者 2 年前因劳累突然出现心前区疼痛,气短、汗出。查心电图示:下壁心肌缺血。含服硝酸甘油 1mg 后症状缓解。平常服心痛定、消心痛,复方丹参片等药物。此次因天气寒冷自觉胸部闷痛、气短,自含消心痛片 5mg,症状未缓解,急到本院就诊,刻时症见:胸部压榨样疼痛,气短,汗出,口唇略紫,舌质紫,苔白厚腻,脉沉弦。心电图显示:下壁、前壁、高侧壁心肌缺血。入院诊断:中医诊断为胸痹(痰瘀互结)。西医诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病、劳累型心绞痛。治疗:先给予硝酸甘油针静滴以缓解心绞痛症状,同时口服心痛宁汤,每日 1 剂,3d 后症状明显减轻。心电图示:心肌缺血明显改善。1 周后复查心电图:下壁心肌缺血。半月后症状消失,心电图正常。随访 1 年未复发。

## 6 讨论

心绞痛西医属“缺血性心脏病”范畴,西医认为体内脂质调节紊乱和血管壁正常机能结构的破坏与导致动脉粥样硬化有着直接关系<sup>[1]</sup>。如果血液内脂质增多,进入管壁中的脂蛋白就可发生滞留而沉着于管壁;如果动脉正常结构和机能被破坏便可使血液成为粥样斑块,造成动脉血管粥样硬化,管腔变窄。平时心肌的供血尚能满足需要,当心脏负荷突然增大,需要的供血量增多,超过了狭窄的冠状动脉的代偿能力,或者心肌的需要量不多,但由于高级神经活动或体液调节障碍而引起冠状动脉痉挛,减少供血量,引起冠状动脉缺血缺氧,心肌内积聚过多的代谢产物,如乳酸丙酮酸、磷酸等酸性物质或类似激肽类物质刺激心脏的交感神经末梢产生疼痛。中医属“胸痹”范畴,认为本病是由于气机郁滞,水湿停留,瘀血内阻导致气、血、津液的运行障碍,即“痛则不通,通则不痛”,引发胸痹心痛病的发生<sup>[2]</sup>。血液中的脂质沉积,导致循环障碍与瘀血内停的临床表现相一致;水湿内停,痰湿郁阻与高粘脂血症临床表现基本一致。西(下转第 28 页)

表 1 嵌顿痔术前与正常人的肛管直肠压力比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) kPa

组别	n	直肠静息压	肛管静息压	肛管舒张压	肛管最大收缩压
嵌顿痔术前	40	3.36±0.62	15.26±3.36	3.61±1.50	20.82±2.18
正常人	20	2.20±0.36	9.47±2.06	6.07±1.39	21.63±2.74

嵌顿痔术前与正常人比较: 直肠静息压  $t=5.22, P<0.01$ ; 肛管静息压  $t=5.62, P<0.01$ ; 肛管舒张压  $t=4.63, P<0.01$ ; 肛管最大收缩压  $t=1.28, P>0.05$ 。从表 1 中看出环状嵌顿痔术前直肠静息压、肛管静息压高于正常人, 肛管舒张压则低于正常人。

### 3.2 嵌顿痔术后与正常人的肛管直肠压力比较, 见表 2。

表 2 嵌顿痔术后与正常人的肛管直肠压力比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) kPa

组别	n	直肠静息压	肛管静息压	肛管舒张压	肛管最大收缩压
嵌顿痔术后	40	2.45±0.55	10.23±2.45	5.98±1.82	20.30±2.15
正常人	20	2.20±0.36	9.47±2.06	6.07±1.39	21.63±2.74

嵌顿痔术后与正常人肛管直肠压力比较: 直肠静息压  $t=1.02, P>0.05$ ; 肛管静息压  $t=0.92, P>0.05$ ; 肛管舒张压  $t=1.03, P>0.05$ ; 肛管最大收缩压  $t=1.12, P>0.05$ 。从表 2 中表明嵌顿痔术后直肠肛管静息压及肛管舒张压与正常人无明显差异。

### 3.3 环状混合痔术前与正常人的肛管直肠压力对比, 见表 3。

表 3 环状混合痔术前与正常人的肛管直肠压力比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) kPa

组别	n	直肠静息压	肛管静息压	肛管舒张压	肛管最大收缩压
环状混合痔术前	40	2.23±0.66	10.22±2.82	5.60±2.30	20.86±2.16
正常人	20	2.20±0.36	9.47±2.06	6.07±1.39	21.63±2.74

环状混合痔术前与正常人的肛管直肠压力比较: 直肠静息压  $t=1.02, P>0.05$ ; 肛管静息压  $t=0.92, P>0.05$ ; 肛管舒张压  $t=0.48, P>0.05$ ; 肛管最大收缩压  $t=0.92, P>0.05$ 。从表 3 中看出环状混合痔术前肛管直肠静息压及肛管舒张压与正常人对比无差异。

### 3.4 环状混合痔术前、术后肛管直肠压力对比, 见表 4。

表 4 环状混合痔手术后肛管直肠压力比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) kPa

组别	n	直肠静息压	肛管静息压	肛管舒张压	肛管最大收缩压
术前	40	2.33±0.51	10.86±2.53	5.91±2.93	20.16±2.12
术后	40	2.23±0.66	10.22±2.82	5.60±2.30	20.86±2.16

环状混合痔手术前后肛管直肠压力对比: 直肠静息压  $t=0.83, P>0.05$ ; 肛管静息压  $t=1.06, P>0.05$ ; 肛管舒张压  $t=0.52, P>0.05$ ; 肛管最大收缩压  $t=0.96, P>0.05$ 。从表 4 中表明环状混合痔手术前后肛管直肠压力对比无明显差异。

## 4 讨论

通过环状嵌顿痔及环状混合痔手术前后肛管直肠压力测定对比分析, 环状混合痔手术前后肛管直肠静息压、肛管舒张压与正常人无显著差异, 这是因为环状混合痔无炎症、

水肿及血栓形成, 仅肛门衬垫里的痔静脉从血管充血扩张, 肛管内括约肌、直肠内环外纵肌及直肠环诸肌功能处于正常状态, 故肛管直肠压力没有改变。环状混合痔术前, 肛管最大收缩压比正常人稍低 ( $P>0.05$ ), 虽然没有统计学的意义, 但可能是环状混合痔病程日久, 内痔反复脱出, 与肛门括约肌松弛有关。因此环状混合痔手术不应切断内括约肌, 否则会发生并发症; 而且术后应通过提肛运动锻炼来恢复肛门功能。

环状嵌顿痔术前肛管静息压高于正常人, 肛管舒张压低于正常人 ( $P<0.01$ ), 手术后恢复至正常。嵌顿痔的发病机理主要是 II、III 期内痔或多发性混合痔在某种因素作用下脱出肛外, 痔组织因括约肌的强烈痉挛而受其夹持, 使静脉丛内血流明显受阻, 但此时动脉血仍源源不断的输入, 致使脱出痔核体积不断增大, 直至输入的动脉血亦被阻断关闭, 以致出现广泛的血栓形成, 使脱出痔块发硬, 有明显触痛, 不能还纳肛内, 外痔区的皮下可发现大量的血块和散在的血栓<sup>[3]</sup>。肛管静息压主要由内括约肌张力形成, 约占 85%, 外括约肌所致者仅占 15%<sup>[4]</sup>, 从环状嵌顿痔术前, 肛管测压表明肛管静息压高于正常人, 术后恢复正常, 说明环状嵌顿痔因内括约肌痉挛, 故术前肛管静息压高于正常人, 肛管舒张压低于正常人; 行内括约肌切断术后, 内括约肌得到松解, 所以术后肛管压力恢复正常, 说明环状嵌顿痔行多区域剥注注射术附加内括约肌松解术是合理的、有效的。

从临床上看, 大部分嵌顿痔之前都是混合痔, 混合痔大部分是 III 期内痔反复脱出后发生的, 因此我们将混合痔与嵌顿痔进行肛管测压对比。当混合痔急性发作时即发生嵌顿, 嵌顿后的病理改变与一般混合痔不同。从本质上来讲, 嵌顿痔由于痔核脱出, 血栓形成, 疼痛剧烈, 水肿明显, 内括约肌处于强烈持续痉挛状态, 痔核不能还纳肛内而混合痔无以上的病理变化, 在临床上可将嵌顿痔理解为嵌顿性混合痔。两者在治疗上也是不同的, 通过肛管直肠测压说明环状嵌顿痔内括约肌痉挛, 需行内括约肌松解, 而环状混合痔无内括约肌痉挛, 不应盲目地切断内括约肌, 否则会引起肛门括约肌松弛而影响远期疗效, 甚至会出现并发症。

### 参考文献

[1]王净净, 龙俊杰. 中国临床病证诊断疗效标准[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993.361  
 [2]黄乃健. 中国肛肠病学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996.640  
 [3]肖振球. 嵌顿痔的诊治近况[J]. 广西中医学院学报, 2000, 17(1): 66  
 [4]张东铭. 大肠肛门局部解剖与手术学[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1998.69

(收稿日期: 2004-06-14)

(上接第 21 页) 医的治疗原则是扩张冠状动脉, 解除冠状动脉痉挛, 降血脂, 抗凝。中医的治疗原则是宽胸理气, 利湿化痰, 活血化瘀<sup>[3]</sup>。此外心痛宁汤对缺血性脑血管疾病也有较好疗效。

### 参考文献

[1]黄学敏, 党毓超, 马浩亮, 等. 软化冠脉汤治疗冠心病 105 例[J]. 陕

西中医, 1999, 20(1): 1~2

[2]韩丽华, 黄锦. 化痰活瘀法治疗冠心病的初步研究[J]. 实用中西医结合杂志, 1995, 8(7): 403~404  
 [3]牛天福. 祛瘀化痰法治疗痰瘀互结型冠心病的临床研究[J]. 山西中医, 1993, 9(1): 14~15

(收稿日期: 2004-08-17)