

室性早搏的中医辨证论治分析

谢海波¹,汪典²,刘亚娟³,周岚²,李杨²(1.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙410007;2.湖南中医药大学,湖南长沙410208;
3.天津市红桥区邵公庄街社区卫生服务中心,天津300122)

〔摘要〕近年来,应用中医药防治室性早搏得到越来越多的重视。本文通过研究室性早搏在性别中的中医证型分布,不同合并症中的中医证型分布,以及初步总结谢海波副教授临床应用中医药治疗室性早搏的经验,为以后研究中医药如何更有效地治疗室性早搏提供参考。

〔关键词〕室性早搏;中医辨证;气血两虚证;痰火扰心证;痰热瘀阻证

〔中图分类号〕R256.2 〔文献标识码〕B 〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2016.10.017

Analysis of Ventricular Premature Beat in TCM Differentiation and its Drug Characteristics

XIE Haibo¹, WANG Dian², LIU Yajuan³, ZHOU Lan², LI Yang²(1. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China;
2. Hunan University of Traditional Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China;
3. Hongqiao District Shao Gongzhuang Street Community Health Service Center, Tianjin 300122, China)

〔Abstract〕In recent years, the application of Chinese traditional medicine for the treatment of premature ventricular contractions got more and more attention. The laboratory of ventricular premature beat in gender in TCM syndrome type distribution, distribution of TCM Syndrome Types in different complications, and to preliminarily summarize the experience from associate Professor Xie Haibo in treatment of ventricular premature beat in clinic, provide reference for how to more effectively treatment of premature ventricular contractions by TCM in the future study.

〔Keywords〕ventricular premature beat; TCM differentiation; deficiency of Qi-blood syndrome; phlegm-fire disturbing heart syndrome; phlegm-heat stasis syndrome

室性早搏是一种常见的快速性心律失常,其临床症状主要有心慌、胸闷、胸痛、气促、乏力、晕厥等,严重者可致血流动力学改变而危及生命。因此,如何防治室性早搏,减轻患者临床症状、减少发病率及死亡率,已引起广泛重视。近年来中医药以其整体调理、疗效确切、毒副作用少、远期预后而被广泛应用于临床。本研究旨在探索现阶段室性早搏患者的中医证型分布规律并总结谢海波副教授治疗室性早搏的经验,以飨读者。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究纳入的患者均来源于2013年06月至2014年12月在湖南中医药大学第一附属医院心血管内科就诊的患者,共计187例。

1.2 纳入标准

室性早搏患者的诊断标准参照《内科学》^[1];中

医辨证分型标准则结合患者的临床症状、舌脉象等,四诊合参,严格依据《中医诊断学》^[2]对患者进行辨证分型。

1.3 排除标准

未控制的高血压($\geq 180/110$ mmHg)或血压 $\leq 90/60$ mmHg;心功能IV级;有明显肝、肾功能异常及精神病患者;妊娠及哺乳期妇女。

1.4 观察内容

1.4.1 客观检查 对至本院心血管内科门诊就诊的符合室性早搏诊断的患者进行室性早搏的相关检查:心电图、动态心电图。

1.4.2 患者资料 采集已纳入患者的一般资料(包括姓名、性别、年龄、职业、家庭住址、环境、病程、发病时间等)。

1.4.3 辨证分型 经严谨的辨证分型,将已纳入患者分为气血两虚型、痰火扰心型、痰热瘀阻型、阴阳两虚型、水饮凌心型五型。

〔收稿日期〕2015-12-23

〔作者简介〕谢海波,男,博士,副教授,副主任医师,硕士研究生导师,主要从事中医药防治心血管疾病。

1.5 数据分析

所有计量资料采用 SPSS 19.0 统计软件进行相关性检验。双向无序 R×C 表多样本比较采用 χ^2 检验。组间比较若满足正态性者,使用单因素方差分析,不满足正态性资料用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 室性早搏患者性别的中医证型分布

性别与证型之间有显著相关性($P<0.01$);在男性患者中,痰热瘀阻型室早患者数量较多,且与气血两虚型、痰火扰心型、阴阳两虚型、水饮凌心型比较均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$);而在女性患者中,气血两虚型室早患者数量最多,与其他四型比较均有统计学意义($P<0.01$)。分析结果为:在不同性别的室性早搏患者中医证型分布方面,男性患者痰热瘀阻型出现率最高,女性患者气血两虚型出现率最高。见表 1。

表 1 187 例室性早搏患者不同性别的中医证型分布 (n)

性别	证型					合计
	气血两虚证	痰火扰心证	痰热瘀阻证	阴阳两虚证	水饮凌心证	
男	22	17	31	6	9	85
女	45	10	26	8	13	102
合计	67	27	57	14	22	187

2.2 合并不同疾病的室性早搏患者中医证型分布

合并高血压病、高脂血症、冠心病及单纯室性早搏的患者与证型具有相关性 ($P<0.01$ 或 $P<0.05$);并且在合并冠心病的室性早搏患者中,痰热瘀阻型与其它各型比较均有显著差异($P<0.01$);在合并高血压病的室性早搏患者中,痰火扰心型与其它各型比较均有统计学意义($P<0.01$),痰热瘀阻型与气血两虚型、阴阳两虚型、水饮凌心型比较均有统计学意义($P<0.01$);在合并糖尿病的室性早搏患者中,气血两虚型与其它各型比较均有统计学意义 ($P<0.01$ 或 $P<0.05$);在合并高脂血症的室性早搏患者中,痰热瘀阻型与其它各型比较均有统计学意义 ($P<0.01$ 或 $P<0.05$),痰火扰心型与其它各型比较均有统计学意义 ($P<0.01$ 或 $P<0.05$);在单纯室性早搏的患者中,气血两虚型与其它各型比较均有显著统计学意义 ($P<0.01$), 阴阳两虚型与其它各型比较均有统计学意义 ($P<0.01$),见表 2。

分析结果为:合并冠心病的室性早搏患者,以痰热瘀阻型多见;合并高血压病、高脂血症的室性早搏患者,以痰火扰心型与痰热瘀阻型多见;合并糖尿病的室性早搏患者,以气血两虚型较多见;单纯室性早搏的患者,以气血两虚型与阴阳两虚型多见。

表 2 合并不同疾病的室性早搏患者中医证型分布 (n)

合并症	证型					合计
	气血两虚证	痰火扰心证	痰热瘀阻证	阴阳两虚证	水饮凌心证	
冠心病	7	6	20	3	4	40
高血压病	11	24	16	7	5	63
糖尿病	9	3	2	4	6	24
高脂血症	2	13	19	6	5	45
单纯室早	41	5	5	18	9	78
合计	70	51	62	38	29	250

3 典型病例

病例 1

患者彭xx,女,36岁。初诊(2014年7月12日):反复心悸2年余。患者2年余前感冒后患病毒性心肌炎,后反复出现心悸怔忡,不能自主。到处求医无果,内心焦急忧虑。后病情渐渐加重,气短乏力,夜不能寐,服用琥珀酸美托洛尔 47.5 mg/日,阿普唑仑 0.8 mg/晚。症见反复心悸,时有头晕,气短乏力,胸胀痛,善太息,健忘,手足怕冷,口干,纳食少,夜寐差,大便时溏,小便正常。舌淡红,边有齿痕,苔薄白,脉细弱。心率 96 次/分,可闻及早搏每分钟 2 次,次日动态心电图回报:1.窦性心律(54 bpm-141 bpm,平均 78 bpm);2.多发室性早搏:有 1429 次室早,有 37 次联律;3.ST-T 段无明显改变;4.心率变异性增高。西医诊断:心律失常。中医诊断:心悸 气血两虚证;治法:补血养心,益气安神;方予归脾汤加减:党参 10 g,白术 10 g,黄芪 30 g,当归 10 g,茯苓 10 g,制远志 10 g,酸枣仁 30 g,首乌藤 30 g,甘松 10 g,炙甘草 5 g,柏子仁 10 g,桂枝 5 g,麦冬 10 g。14 剂,水煎服,日服 1 剂,嘱晨起空腹服药 1 次,晚睡前 1 小时服药 1 次。二诊(2014年7月25日):诉服药后心悸缓解,夜寐改善,气短乏力较前缓解,阿普唑仑由每晚 0.8 mg 改为 0.4 mg,余无不适。舌淡红,边有齿痕,苔薄白,脉细弱。交谈过程中发觉患者焦虑紧张,于是循循善诱,耐心疏导。上方药证相安,守方加百合 20 g,炒川楝子 10 g。再进 14 剂。三诊(2014年8月9日):患者诉心悸发作频率及程度明显减轻,气短乏力较前明显缓解,胸部胀痛消失,不欲饮食,夜寐好转,已停用阿普唑仑及琥珀酸美托洛尔。舌淡红,边有齿痕,苔薄白,脉细弱。守方进退,灵活加减,上方加山药 15 g,白术加至 20 g,茯苓加至 20 g,酸枣仁减至 15 g。再进 7 剂。四诊(2014年8月16日):诉诸证缓解,偶有心悸,精神好,食纳好,二便调。效不更方,原方续服 14 剂。随访至今,患者对疗效满意。

患者病后焦急担忧,思虑过度,劳伤心脾,气血亏虚,心失所养,以致心悸长久不愈,反复发作。在治

疗上应心肺同治,且重在补脾,使脾旺则气血生化有源;患者气血亏虚,应气血双补,但重在补气,气为血之帅,气旺则血生。

病例 2

患者吴xx,男,58岁。初诊(2013年8月16日):反复心悸6年余,再发加重2天。患者平素嗜食肥甘厚味,近6年来反复出现心悸不宁,劳累后心胸憋闷,烦躁口苦,纳食一般,夜寐欠佳,小便尚可,大便秘结,舌质紫黯,舌下脉络青紫,苔黄腻,脉弦滑。心率70次/分,律欠齐,次日动态心电图回报:(1)窦性心率;(2)多发多源性室性早搏,室性早搏计1476个/24h;(3)偶见房性早搏;(4)偶见室性逸搏;(5)ST-T段改变。西医诊断:心律失常。中医诊断:心悸痰热瘀阻证;治法:清热化痰,活血定悸;方予以柴胡陷胸汤加减:柴胡10g,黄芩10g,黄连6g,瓜蒌皮15g,法半夏10g,丹参15g,甘松10g,酸枣仁20g,柏子仁15g,炙甘草6g。7剂,水煎服,日服1剂,早晚分服。二诊(2013年8月23日):诉服药后心悸及心胸憋闷症状的发作频率较前减少,舌质紫黯,舌下脉络青紫,苔黄腻,脉弦滑;上方有效,守方进退,加当归10g,川芎10g,栀子10g,石菖蒲10g,酸枣仁加至30g。再与7剂。三诊(2013年8月30日):诉服药后诸证明显改善,偶发心悸,未发心胸憋闷,口苦减轻,夜寐改善,大便调,舌质紫黯,舌下脉络青紫,苔黄腻,脉弦滑。效不更方,原方续进14剂。四诊(2013年9月14日):诉服药后诸证明显改善,无明显心悸、胸闷,精神好,食纳好,夜寐转安,二便调,舌暗红,舌下脉络青紫,苔黄,脉弦滑。守方改酸枣仁15g,去栀子、甘松,再进14剂巩固疗效,随访半年未复发。

此证是因痰、热、瘀邪互结于胸,心阳被抑,心失温养而致心悸不宁;诸邪固结于胸,气机阻滞,故心胸憋闷时痛;此宜投黄连以泄胸中之热,施半夏以散胸中之结,予瓜蒌以泄胸中之气,再佐以活血化痰之品,则痰、热、瘀邪尽去,诸症悉除。

4 讨论

中医学医籍中并无“室性早搏”病名的记载,往往将其归属于中医学“心悸”、“怔忡”范畴,临床上多表现为自觉发作性惊慌不安,心跳剧烈,不能自主;但其症状的有无及症状的轻重与室性早搏的频发程度并不直接相关,症轻者可无不适表现或仅有轻微心悸,症重者可出现黑朦或晕厥。目前临床上对于室性早搏的治疗大多给予西药治疗,如 β 受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙拮抗剂、钾通道阻滞剂等,有一定临床疗效,但其致心律失常作用也同样明显,且停药后容易复发,对症状较重的患者疗效欠佳。

《内经》中已认识到心悸的病因有宗气外泄、心

脉不通、突受惊恐、复感外邪等。《金匱要略》和《伤寒论》首提出“心悸”病名,称为“心动悸”、“心下悸”、“心中悸”及“惊悸”等,认为其病因有惊扰、水饮、虚劳及汗后受邪等,并提出了基本治则及炙甘草汤等治疗心悸的常用方剂。《丹溪心法》提出“心悸责之虚与痰”的理论。《医学正传》对惊悸、怔忡的区别与联系进行了详尽的描述。《医林改错》重视瘀血内阻导致心悸怔忡,记载了用血府逐瘀汤每多获效。亦有现代学者提出“水衰火旺,心胸躁动,而发为怔忡”,辨证为气阴不足及瘀热互结,治疗上以“益气养阴,清热宁心,安神定志”为主^[3]。张静生教授^[4]根据患者发作时心率的快慢,认为快速型心律失常多以气阴两虚为本;缓慢型心律失常以心肾阳虚为本,又以心气虚最常见,兼见瘀血、痰浊。总之,中医学认为心悸、怔忡病位在心,病机无外乎虚、实两端,虚者气、血、阴、阳不足,引起心气不足或心失所养;实者痰、瘀滞涩脉络所致心脉不畅,心神失养,且两者常相互夹杂而为病^[5-6]。治疗上标实当泻,尤重活血通脉之治;本虚宜补,当以补益心气之不足为重^[7]。

谢海波教授总结自己多年临床经验,认为本病其虚证者,主要由气血阴阳亏虚导致心神失养;其实证者,则多责之于水饮、痰浊、瘀血导致心神不宁。临床上一般心悸见有神疲、乏力、脉虚者,为心气虚;见有头晕、色淡、脉细者,为心血虚;气虚基础上出现畏寒肢冷、面白者为阳虚;血虚基础上出现少寐多梦、五心烦热、脉细数者为阴虚;舌紫斑、隐青,脉涩或结代者,多夹瘀;脘腹痞满,舌苔厚腻,脉滑者,多夹痰。心悸为本虚标实之症,以虚证居多,治当补益气血,调理阴阳,以求气血调畅,阴平阳秘,配合应用养心安神之品,促进脏腑功能的恢复。谢教授指出,单纯室性早搏的患者,以气血两虚型与阴阳两虚型多见,但是在临床诊疗中仍要严格遵循辨证论治的原则,即可达到满意的治疗效果;在治疗过程中,要依据患者的伴随症状灵活加减,并善于守方;对于单纯性室性早搏患者,单独使用中药汤剂治疗疗效良好,此类患者积极配合治疗,最后可以停药,达到改善临床症状的目的。

参考文献:

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:197-198.
- [2] 朱文锋.中医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2002:164-173.
- [3] 沈春峰.申春梯治疗冠心病室性早搏经验[J].湖南中医杂志,2016,32(7):20-21.
- [4] 詹杰,柳承希.张静生治疗心律失常经验[J].辽宁中医杂志,2011,38(5):830-831.
- [5] 陈晴晴,王振兴,陈晓虎.心悸心律失常的中医药治疗[J].吉林中医药,2016,36(7):674-678.
- [6] 王阶,李勇,李军,等.室性早搏中医诊疗指南临床应用评价研究[J].中华中医药杂志,2016,31(6):2210-2213.
- [7] 骆杨平,唐铭翔,王鹏,等.益心舒胶囊联合美托洛尔缓释片治疗室性早搏的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2016,36(3):60-63.