

# 丹松生脉饮治疗房性期前收缩的临床研究

——高才达运用丹松生脉饮治疗气阴两虚型心悸经验

张 勇 王继东 李立华 王 巍 仇 军 指导老师:高才达

(北京中医医院顺义医院,北京,101300)

**摘要** 目的:探讨丹松生脉饮治疗气阴两虚型房性期前收缩的临床疗效。推广高才达老先生治疗心悸的临床经验。方法:将80例符合中医气阴两虚证的房性期前收缩患者按照1:1随机分为治疗组40例和对照组40例。治疗组采用丹松生脉饮为主加减治疗,对照组使用稳心颗粒对照。疗程4周。结果:治疗组脱落1例,对照组脱落2例。中医证候治疗组和对照组的有效率分别为89.7%和68.4%。治疗组效果明显优于对照组。结论:采用丹松生脉饮治疗气阴两虚型房性期前收缩疗效满意。治疗组比对照组中医证候总积分改善更好( $P < 0.05$ ),且无明显不良反应。

**关键词** 丹松生脉饮;益气养阴;心律失常;学术思想;@高才达

## Clinical Research on Atrial Premature Beat Treated with Dansong Pulse-Activating Decoction—Clinical Experience of Gao Caida in the Treatment of Palpitation with Qi and Yin Deficiency Applying Dansong Pulse-Activating Decoction

Zhang Yong, Wang Jidong, Li Lihua, Wang Wei, Qiu Jun, Advisor: Gao Caida

(Shunyi district of Beijing Hospital of TCM, Beijing 101300, China)

**Abstract Objective:** To explore clinical efficacy of Dansong pulse-activating decoction on atrial premature beat with qi and yin deficiency and to promote clinical experience of Gao Caida in the treatment of palpitation. **Methods:** Eighty cases were chosen from May 2014 to April. 2015 in shunyi district of Beijing Hospital of TCM. Patients were randomly divided into two groups (the treatment group and the control group), with 40 cases in each group. Modified Dan-song pulse-activating decoction was applied in the treatment group while the control group was treated with Wenxin particles (produced by Shandong Step Pharmaceutical co., LTD.). Each group was treated for 4 weeks. **Results:** The number of missing case in the treatment group and the control group was 1 and 2 respectively. The treatment group was obviously superior to the control group in the clinical efficacy and the effective rate in the two groups was 89.7% and 68.4% respectively. **Conclusion:** Dansong pulse-activating decoction can effectively treat atrial premature beat with qi and yin deficiency. The improvement of total TCM syndrome integral in the treatment group was better than that in the control group ( $P < 0.05$ ) without any significant adverse reaction.

**Key Words** Gao Caida; Dan-song pulse-activating decoction; Strengthen qi and nourish yin; Arrhythmia; Academic thoughts

中图分类号:R249.2/.7;R256.21 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.04.013

心悸是指阴阳失调,气血失和,心神失养,出现心中悸动不安,甚则不能自主的一类病证,是内科常见病、多发病,多见于各种原因引起的心律失常,严重影响人们的生活质量。积极有效治疗心悸有助于提高患者生存质量,降低病死率,改善预后。高才达主任医师为全国第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从医数十载,其在心悸的诊治中学验俱丰。高老认为,心悸在发生、发展过程中极易形成“气阴两虚,血脉瘀滞”,治疗应以“益气养阴,活血通脉”为法。近年来,他运用经验方丹松生脉饮治疗房性心律失常等疾病引起的心悸疗效显著。笔者侍

诊左右,将高老治疗心悸的经验进行总结,并对采用丹松生脉饮为主方治疗房性期前收缩患者进行研究,现报道如下。

### 1 材料与方法

1.1 一般资料 80例患者均为我院2014年5月至2016年2月在高才达老中医工作室及心内科门诊就诊的患者。按1:1区组随机方法分为治疗组40例和对照组40例。治疗组中,年龄18~72岁,平均44.62岁;男性19人,女性21人。对照组40例,年龄20~70岁,平均45.12岁;男性18人,女性22人。此2组基线资料相比,差异无统计学意义( $P >$

基金项目:全国第五批老中医药专家学术经验继承项目;高才达全国名老中医药专家传承工作室;北京中医医院—北京中医医院顺义医院科研合作基金(编号:szyz-201409)

作者简介:张勇(1973.11—),男,硕士,副主任医师,高才达学术经验继承人,研究方向:心血管疾病的中西医结合治疗,E-mail:szyz2008@163.com

通信作者:王继东(1972.12—),男,本科,副主任医师,副院长,研究方向:心血管疾病的中西医结合治疗,E-mail:63777338@qq.com

0.05),具有可比性。

1.2 纳入标准 1)年龄在18~75岁,性别不限。2)符合中医心悸,气阴亏虚证的诊断标准。3)符合西药房性期前收缩诊断标准,有确切心电图等客观改变。4)停用各种抗心律失常药物1周以上。5)自愿参加调查研究。

### 1.3 诊断标准

1.3.1 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>:1)主症见:患者自觉心跳异常,呈阵发性或持续不解,或快或慢,或忽跳忽止;神情紧张。2)一般伴有头晕、心烦、胸闷、眠差、颤抖、四肢乏力等症

状。中老年患者可伴有心胸部疼痛,甚则喘憋气促,汗出肢冷,更甚者发生晕厥。3)脉象可见:促、数、代、结、缓、迟。4)发病常因情志刺激、劳倦、过量饮酒。

1.3.2 中医证候学诊断标准 根据《中医临床诊疗术语证候部分》(1997年版)对患者中医临床证候进行归类。气阴两虚证:主症:心悸气短、神疲头晕、失眠多梦、颧红、舌红少苔、脉弱而数。兼症:胸闷或胸痛、腹胀或纳差、舌边有瘀点、脉沉细。具备主症2项伴或不伴兼证即可诊断。

1.4 中医证候分级量化 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>。见表1。

表1 证候分级量化评分表

主证	0分	1分	2分	3分
心悸	无	偶发,轻微不适	时有发生,持续时间较长,会明显感觉不适	经常发生,惊惕而动,甚则影响生活
气短	无	轻微活动后气短	稍活动后即感气短	即使不活动亦感短气喘促
疲倦乏力	无	精神不振,全身无力感,可进行日常工作及活动	精神疲惫,全身无力,能勉强坚持工作	严重疲乏,难以坚持日常活动
胸闷	无	轻微胸部憋闷感	胸闷明显,有时叹息样呼吸	胸闷如室,叹息不止
自汗	无	平素皮肤湿润感,稍活动则更甚	平素皮肤潮湿,稍动则汗出	平素即汗出,动则汗出如水浸状
不寐	无	时常觉醒或夜寐难安,晨醒过早,但不影响工作	睡眠小于4h,但尚能坚持工作	彻夜无法入睡,难以坚持工作
形寒肢冷	无	四肢末梢发凉	四肢发冷,需加衣被	全身发冷,增添衣被仍无法完全缓解
腰膝酸软	无	轻微,不影响工作生活	较重,对工作略有影响	严重,影响工作生活,难以坚持
胸痛	无	典型的心绞痛发作症状,每次持续数分钟,每周至少发作2~3次,有时需含硝酸甘油片	每天发生数次心绞痛发作,每次持续数分钟到10min,疼痛较重,需含硝酸甘油片缓解	每天发生多次心绞痛,影响日常活动,持续时间较长,需多次含硝酸甘油片

1.5 排除标准 1)年龄>75岁、或<18岁;2)经检查证实为先天性心脏病、扩张型心肌病、风湿性心脏病、严重心功能不全、重度贫血、电解质紊乱、药物所致恶性心律失常者;3)有严重的心、肝、肾等功能不全者及各种原因导致严重心律失常患者;4)有传染病史、仍需隔离者;5)发病后病情过于危重、有循环、呼吸衰竭形成可能者;6)有精神障碍者,或无法理解、无法配合调查者;7)过敏体质,已知或可能对试验药物或其组成成分过敏者;8)观察期间不能停用其他抗心律失常药物者。

1.6 剔除标准 1)研究观察过程中由于自身原因放弃规定的治疗方案患者;2)资料不全或者依从性差等影响疗效判断者;3)治疗过程中出现严重的心脑血管并发症、感染者;4)服药过程中发生严重不良事件,不宜继续接受治疗者;5)研究观察过程中病情发生变化者,不宜继续试验者。

1.7 治疗方法 治疗组应用丹松生脉饮(丹参30g、人参15g、麦冬15g、五味子10g、甘松15g)。兼证加减1)大汗出者,重用人参,加煅龙骨15g、煅牡

蛎15g益气敛汗;2)伴瘀血阻滞心脉,致胸部隐隐作痛者加延胡索15g,活血化瘀止痛;水煎服,日1剂。对照组应用步长稳心颗粒治疗(山东步长制药有限公司生产),1袋/次(9g),3次/d,口服。2组观察期均以4周为1个疗程。进行治疗前1周停用一切可能影响心律的药物(正在服用其他类的药物,包括治疗心脏原发病的药物可继续)。

1.8 观察指标 1)受试者气阴两虚相关的临床症状和体征:心悸气短、神疲头晕、失眠多梦、颧红、胸闷或胸痛、腹胀、纳差等;2)血常规、生化、心电图、动态心电图等检查。

### 1.9 疗效判定

1.9.1 中医证候疗效标准 按照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>疗效判定标准制定。痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,症状积分较治疗前减少95%以上;显效:临床症状、体征明显改善,症状积分较治疗前减少70%~95%;有效:症状体征均有好转,治疗后症状积分较治疗前减少30%~69%;无效:治疗后症状积分较治疗前减少不足30%。

1.9.2 西医疗效指标 参照《常见心律失常病因、严重程度及疗效判断标准》:根据症状、体征、心电图或动态心电图检查结果。痊愈:不适症状全部消失,心电图或动态心电图检查提示正常;显效:心悸症状消失,心电图或动态心电图明显改善,早搏次数较前明显减少,可达90%以上;有效:心悸症状大部分消失,心电图或者动态心电图有所改善,早搏次数与治疗前相比减少50%以上,或者频发转为多发,或多发转为偶发;无效:心悸等不适症状及心电图、动态心电图无变化或加重。

1.10 统计学方法 以Epidata 3.1建立数据库,采用SPSS 17.0进行统计分析。计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )描述,符合正态分布的用 $t$ 检验,不符合正态分布用秩和检验。计数资料用率(或构成比)描述,组间比较采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 提示有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组中医证候疗效比较 依据中医疗效评定标准,对照组40例,脱落1例,显效2例,有效24例,无效12例,有效率68.4%;治疗组40例,脱落2例,显效13例,有效22例,无效4例,有效率89.7%。2组比较,经 $\chi^2$ 检验,治疗组疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

2.2 2组早搏疗效比较 依据西医疗效评定标准,对照组40例,脱落1例,有效34例,无效5例,有效率87.2%;治疗组40例,脱落2例,有效21例,无效17例,有效率55.3%。2组比较,经 $\chi^2$ 检验,治疗组疗效明显优于对照组( $P < 0.01$ )。见表3。

表2 受试者中医证候疗效(例,%)

组别	对照组	治疗组
例数	40	40
显效	2	13
有效	24	22
无效	12	4
有效率	68.4	89.7*

注:与对照组相比,\* $P < 0.05$ 。

表3 2组早搏的疗效比较(例,%)

组别	对照组	治疗组
例数	40	40
有效	21	34
无效	17	5
有效率	55.3	87.2*

注:与对照组相比,\* $P < 0.01$ 。

2.3 安全性评价结果 治疗组和对照组在治疗前、后血、尿常规、便常规+潜血、肝肾功能、血压、心率等安全性指标未见异常改变,试验过程中未发现任

何不良反应。

## 3 讨论

房性期前收缩是临床上常见的心律失常,各种器质性心脏病患者均可发生,可导致快速性房性心律失常,影响血流动力学稳定,因此正确处理房性期前收缩具有重要的临床意义。传统的一些改善心律失常的西药已被证明有较好的疗效,但同时也有明显的不良反应,这些不良反应会窦房结抑制和负性肌力作用,常可导致新的心律失常。如何安全有效的减少及抑制房早的发生成为我们研究的重点。

房性早搏属中医心悸、怔忡等病证范畴。中医认为,心悸多因体虚劳倦,情志内伤,外邪侵袭等因素,导致心神失宁而发病。其病位在心,病机有虚实之分,故治疗上首先区分虚实。虚证治以补气、养血、滋阴、温阳;实证祛痰、化饮、清火、行瘀。高老认为本病以虚实错杂为多见,且虚实之主次、缓急各有不同,故治疗时当相应兼顾。同时,由于心悸以心神不宁为其主要病理特点,故应酌情使用镇心安神之法。许多临床研究发现,心悸发生的病机主要是气阴亏虚,血脉郁滞。气阴两虚型的表现主要临床表现是:心悸怔忡,胸闷、气短乏力,虚烦多梦,或自汗盗汗,或五心烦热,舌淡质红,少苔,脉虚细数或结代。临床上以该证型最为多见。治疗气阴两虚型心悸是本课题组的研究目的。

本研究所用丹松生脉饮的基本方剂生脉散,生脉散出自张元素《医学启源》,原书云:“生脉散,补肺中元气不足。”用来治疗肺气不足之证。明·吴昆《医方考》云:“人参补肺气,麦冬清肺气,五味子敛肺气,一补一清一敛,养气之道毕矣。名曰生脉者,以脉得气则充,失气则弱,故名之。”肺朝百脉,主治节,心主血脉,主神志,心肺同居上焦,密切相关,生脉散虽原为治疗肺气不足之方,但将此方用于心之气阴两虚者,也疗效较佳,临床应用广泛,故《医方集解》云:“人有将死脉绝者,服此能复生之,其功甚大。”后世医家将生脉散应用于心肺气阴两虚而产生的诸如气短、咳嗽、心悸、胸闷、自汗、乏力等诸多症状均有良好疗效。一味丹参,功同四物,既能活血,又能补血,《本草纲目》云:“丹参,活血,通心包络。”甘松宁心安神,理气开郁,现代药理研究,甘松可改善心肌缺血引起的心律失常。

高老临床常用生脉散加味治疗多种内科杂症,通过对大量心悸患者的诊疗经验总结,认为心悸在发生、发展过程中极易形成“气阴两虚,血脉瘀滞”的状态,以“益气养阴,活血通脉”为主要治则,以丹

松生脉饮加减益气养阴、活血理气通脉,疗效显著。方中人参补气生津、健脾益肺、安神益智,现代药理研究认为人参能够调节中枢神经系统,改善心脏功能,提高免疫力<sup>[3-4]</sup>;麦冬清心除烦、养阴润肺、益胃生津,现代药理研究其具有抗心律失常,保护心肌,缓痉镇静,增强免疫等作用;五味子补肾养心、益气生津、收敛固涩,现代药理研究表明其具有保护和增强心肌功能,且对于肝脏和中枢神经具有益处<sup>[5]</sup>。丹参则活血祛瘀、养血安神、凉血消肿,临床应用时具有增加心肌收缩力,扩张血管,抗血栓,改善微循环,从而增强心脏功能<sup>[6]</sup>;甘松理气止痛、醒脾健胃,现代医学则从镇静中枢神经,抗心律不整,舒缓平滑肌等功能论述<sup>[7]</sup>。诸药并用,共奏益气养阴,活血理气之功。常用于治疗心悸症见心慌、气短、胸闷、自汗、乏力等,另外,高老依据患者体质及兼证特点,随症加减,效果明显。

本研究应用丹松生脉饮与稳心颗粒对比治疗房性期前收缩中医证属气阴两虚型患者发现,在综合疗效评价和中医证候的改善上,丹松生脉饮组明显

优于对照组。说明采用丹松生脉饮,结合患者自身病症特点,灵活用药,不仅可改善患者症状,提高生活质量,并且能改善患者心电图表现。因此,应用丹松生脉饮加减治疗房性期前收缩中医证属气阴两虚型患者,临床疗效肯定,值得推广。

#### 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:19.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2004:70.
- [3] 路放,杨世海,孟宪兰. 人参药理作用研究新进展[J]. 人参研究,2013,25(1):46-52.
- [4] 冯彦. 人参药理作用及临床应用研究进展[J]. 中医临床研究,2013,5(6):121-122.
- [5] 柳娟. 五味子药理作用研究进展[J]. 黑龙江科技信息,2011(35):48-48,163.
- [6] 宋立群. 丹参药理作用研究进展[J]. 社区医学杂志,2012,10(24):51-53.
- [7] 张盼,程光宇,程为平. 浅谈甘松的临床应用[J]. 中医药学报,2015,43(2):99-100.

(2015-10-30 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 621 页)

及血浆缓激肽之间具有正相关性,因此我们认为,可能在肩手综合征发病过程中,血浆缓激肽释放增多,激活了 NMDA 受体,更进一步导致肢体疼痛。

总之,我们有理由相信募配穴法确实对肩手综合征患者的能产生明显止痛作用,从而改善患者日常生活质量。但由于本研究随访时间较短、样本量较少,以期在下阶段增大样本量、延长随访时间,进一步证实募配穴法改善肩手综合征预后的明确机制,以指导临床治疗。

#### 参考文献

- [1] 季向红. 脑血管意外后遗症的临床综合治疗效果观察[J]. 实用心脑血管病杂志,2014,22(5):50-51.
- [2] 潘艳霞,刘志顺. 俞募配穴的临床特点分析[J]. 中华中医药杂志,2011,26(4):656-659.
- [3] 李中梓. 医宗必读[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:186.
- [6] 周学海. 内经评文[M]. 北京:学苑出版社,2010:24.
- [4] 辜锐鑫,焦杨,徐丹丹. 俞募配穴埋线治疗失眠症临床观察[J]. 上海针灸杂志,2011,30(2):101-103.
- [5] 张国雪,刘昊,王富春. 论腧穴配伍与针灸处方[J]. 中国针灸,2014,34(10):987-990.

- [6] 王昕,赵立波,谢代鑫. 激光穴照并穴位贴敷联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 激光杂志,2014(2):67-68.
- [7] 刘鸣,张苏明,饶明俐,等. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[S]. 中华神经科杂志,2010,42(4):146-153.
- [8] 王葳. 针刺多穴位组合中枢神经机制的脑 fMRI 研究[A]. 首届国际医学影像学暨介入医学学术会议论文汇编[C]. 2005.
- [9] 杨军,王康峰. 中医药治疗脑卒中后肩-手综合征现状[J]. 山西中医学院学报,2010,11(5):76-78.
- [10] Dongmin L, Lu W, Wen L, et al. HIV and syphilis infections among street-based female sex workers in China, 2010-2012[J]. 中华医学杂志:英文版,2014,127(4):707-711.
- [11] 梁宜,方剑乔,房军帆,等. 中枢 NMDA 受体在疼痛中的作用及电针的干预研究[J]. 浙江中医药大学学报,2012,36(1):109-112.
- [12] Jung TG, Lee JH, Lee IS, et al. Involvement of intracellular calcium on the phosphorylation of spinal N-methyl-D-aspartate receptor following electroacupuncture stimulation in rats[J]. Acta Histochem, 2010,112(2):127-32.
- [13] 刘伯一,张海林. 缓激肽、离子通道与炎症性疼痛[J]. 药理学报,2009,44(10):1066.

(2015-12-14 收稿 责任编辑:王明)