

桂枝甘草龙骨牡蛎汤联合天王补心丹治疗 气阴两虚型室性期前收缩临床观察

郭海伶¹ 徐淑乐¹ 周琦²

(1. 北京中医医院顺义医院心血管内科, 北京 101300; 2. 首都医科大学附属北京中医医院心内科, 北京 100010)

【摘要】目的 探讨天王补心丹联合桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗气阴两虚型室性期前收缩的临床效果。**方法** 选择 2018 年 1 月—2020 年 12 月北京中医医院顺义医院心血管内科门诊诊断为室性期前收缩的患者 60 例, 采用随机数字表法分为治疗组、对照组。对照组给予倍他乐克口服, 每次 12.5 mg 或 25 mg, 2 次/d。治疗组在对照组基础上给予天王补心丹加桂枝甘草龙骨牡蛎汤口服, 1 剂/d。2 组 1 个疗程均为 4 周。对比 2 组室性期前收缩疗效、Myerburg 分级疗效、中医证候疗效, 治疗前后室性期前收缩次数, 心率变异性相关指标 [全部正常 RR 间期的标准差 (SDNN)、全程相邻 RR 间期之差的均方根值 (rMSSD)、相邻 RR 间期差值超过 50 ms 的个数占总窦性心搏个数的百分比 (PNN50)], 二联律、三联律、成对室性期前收缩次数, 中医证候积分, 安全性。**结果** 治疗组室性期前收缩总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组室性期前收缩次数均较治疗前减少 ($P<0.05$), 且治疗组少于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组 SDNN、rMSSD、PNN50 均较治疗前升高 ($P<0.05$), 且治疗组优于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组二联律、三联律、成对室性期前收缩次数均较治疗前减少 ($P<0.05$), 治疗组二联律、三联律少于对照组 ($P<0.05$)。治疗组 Myerburg 分级总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候积分均较治疗前降低 ($P<0.05$), 且治疗组低于对照组 ($P<0.05$)。治疗组中医证候总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。2 组均无不良事件发生。**结论** 天王补心丹联合桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗气阴两虚型室性期前收缩效果优于单纯西药治疗, 且未增加不良反应。

【关键词】 室性期前收缩; 气阴两虚型; 天王补心丹; 桂枝甘草龙骨牡蛎汤; 心率变异性

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.06.009

室性期前收缩是起源于希氏束分叉以下部位的心肌提前激动, 由心室提前除极引起。其发病人群较广, 包括正常人群和各种心脏病患者。40% 频发室性期前收缩患者不伴器质性心脏病^[1]。有研究发现, 长期无症状功能性室性期前收缩, 也可诱发心脏重塑、心功能不全^[2], 有可能会由功能性室性期前收缩发展至器质性室性期前收缩。目前西医治疗室性期前收缩多采用抗心律失常药物, 但此类药物同时具有致心律失常作用, 限制其在临床的广泛应用。笔者在临床采用中西医结合方法治疗功能性室性期前收缩, 取得满意效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2018 年 1 月—2020 年 12 月于北京中医医

院顺义医院心血管内科门诊诊断为室性期前收缩的患者, 参照前期临床观察有效率进行计算, 样本量参考完全随机设计的样本量估计公式计算, 需纳入 58 例, 考虑 10% 脱落率, 实际需纳入 64 例。采用随机数字表法将患者分为治疗组 32 例、对照组 32 例, 2 组均因不能按时复诊各脱落 2 例, 最终治疗组 30 例, 对照组 30 例。治疗组男 16 例, 女 14 例; 年龄 40~74 岁, 平均 (50.12±3.74) 岁; 病程 6~60 个月, 平均 (29.02±4.15) 个月; 合并高血压病 15 例, 糖尿病 5 例, 高脂血症 10 例。对照组男 14 例, 女 16 例; 年龄 44~75 岁, 平均 (52.10±4.07) 岁; 病程 8~58 个月, 平均 (30.18±4.07) 个月; 合并高血压 15 例, 糖尿病 6 例, 高脂血症 9 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。本研究已通过北京中

基金项目:北京市属医院科研培育计划项目(PZ2022025)

作者简介:郭海伶,女,51岁,大学本科,副主任医师。研究方向:中西医结合治疗心血管疾病。

通信作者:周琦,E-mail:37549558@163.com

引用格式:郭海伶,徐淑乐,周琦.桂枝甘草龙骨牡蛎汤联合天王补心丹治疗气阴两虚型室性期前收缩临床观察[J].北京中医药,2023,42(6):621-625.

医医院顺义医院医学伦理委员会批准（审批号 2022SYKY011-01）。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断：参照《内科学》^[3]、《诊断学》^[4]标准，根据患者症状、体征、心电图、动态心电图结果进行诊断。症状：心悸，气短，乏力，胸闷，或伴头晕。体征：心脏听诊可及心律不齐，早搏后长间歇。早搏时 S1 亢进，S2 减弱或消失。触诊时脉搏可见漏跳。心电图：①提前出现的宽大畸形的 QRS 波，时限 >120 ms。②QRS 波前无相关的 P 波，QRS 波群 T 波与 QRS 主波方向相反。③常有完全性代偿间歇，基础心率慢时，可见插入性室性期前收缩，代偿间歇可不完全。参照《临床心律失常学》^[5]采用 Myerburg 分级法对室性期前收缩进行危险分层。

1.2.2 中医辨证：参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]气阴两虚证诊断标准，主症：心悸；次症：气短乏力，胸闷，头晕，神疲；舌红少苔，脉弱或细数。具备主症及次症任意 2 项及以上者，参考舌脉，即可诊断气阴两虚证。

1.3 纳入标准

年龄 18~75 岁；室性期前收缩 ≥30 次/h（或 ≥720 次/24 h），HR ≥60 次/min。经心理疏导，生活干预症状不缓解者；近 4 周末用中药和抗心律失常西药，完善心脏彩超除外心脏结构病变者。

1.4 排除标准

因药物或电解质紊乱而导致的室性期前收缩；合并急性心力衰竭、急性心梗、肾衰竭、肺心病、甲状腺疾病、肺栓塞、重度贫血患者；哺乳期、妊娠期妇女；过敏体质或对已知试验药物过敏的患者。

1.5 终止或剔除标准

患者在入组过程中出现严重事件或病情恶化，经判定不宜继续入组者；患者依从性差，不能完全按照治疗方案执行或自行滥用药物；患者因自身其他原因主动要求退出者。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组：根据心率给予倍他乐克 [阿斯利康药业（中国）有限公司，国药准字 H32025391] 口服，每次 12.5 mg 或 25 mg，2 次/d。

2.1.2 治疗组：在对照组基础上给予天王补心丹加桂枝甘草龙骨牡蛎汤口服。药物组成：柏子仁

10 g，天冬 10 g，麦冬 10 g，当归 10 g，生地黄 25 g，丹参 15 g，玄参 10 g，人参 10 g，桔梗 9 g，五味子 10 g，远志 10 g，茯苓 10 g，酸枣仁 20 g，桂枝 15 g，炙甘草 12 g，龙骨 20 g，牡蛎 20 g。1 剂/d，水煎 200 mL，早晚分服。

2 组 1 个疗程均为 4 周。

2.2 观察指标

2 组治疗前后均给予 24 h 动态心电图检查，记录室性期前收缩次数；利用 24 h 动态心电图检测心率变异性相关指标 [全部正常 RR 间期的标准差 (SDNN)、全程相邻 RR 间期之差的均方根值 (rMSSD)、相邻 RR 间期差值 >50 ms 的个数占总窦性心搏个数的百分比 (PNN50)] 及二联律、三联律、成对室性期前收缩次数；中医证候积分^[6]，包括心悸、气短、乏力、胸闷、头晕、神疲 6 个症状，分 4 个级别，分别计 0、2、4、6 分。分值越高说明症状越重。血常规、肝肾功能、电解质、血脂、心肌酶、心脏彩超等检查，记录不良反应。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料用均数 ± 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。计数资料以例数和百分率 (%) 表示，比较采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

3.1.1 室性期前收缩疗效判定标准^[6]：显效：室性期前收缩消失或减少 ≥75%；有效：50% ≤ 室性期前收缩减少 <75%；无效：室性期前收缩减少 <50% 或无变化。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

3.1.2 Myerburg 分级疗效判定标准：参照《临床心律失常学》^[5]，显效：Myerburg 频率及形态下降 2 级；有效：Myerburg 频率及形态下降 1 级；无效：Myerburg 频率及形态无变化。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

3.1.3 中医证候疗效判定标准^[6]：显效：中医主次症状改善，证候积分减少 ≥70%；有效：中医主次症状均好转，30% ≤ 证候积分减少 <70%；无效：中医主次症状无明显改善，证候积分减少 <30%；加重：中医主次症状均加重，证候积分增加。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

3.2 结果

3.2.1 2组室性期前收缩疗效比较：对照组显效6例、有效14例、无效10例，总有效率66.67%；治疗组显效15例、有效11例、无效4例，总有效率86.67%。治疗组总有效率高与对照组（ $P<0.05$ ）。

3.2.2 2组24 h动态心电图室性期前收缩次数比较：治疗前，2组24 h动态心电图室性期前收缩次数比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，

2组室性期前收缩次数均较治疗前减少（ $P<0.05$ ），且治疗组少于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

3.2.3 2组二联律、三联律、成对室性期前收缩比较：治疗前，2组二联律、三联律、成对室性期前收缩次数比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，2组二联律、三联律、成对室性期前收缩次数均较治疗前减少（ $P<0.05$ ），治疗组二联律、三联律少于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 2组治疗前后24 h动态心电图室性期前收缩次数、二联律、三联律、成对室性期前收缩比较(次, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	室性期前收缩次数	二联律	三联律	成对室性期前收缩
治疗组	30	治疗前	1 741.24±360.88	352.37±26.78	162.72±28.78	48.57±12.38
	30	治疗后	350.10±141.52 [△]	126.83±14.98 ^{△*}	90.18±15.06 ^{△*}	25.78±5.37 [*]
对照组	30	治疗前	1 730.20±408.37	350.21±30.18	170.68±26.60	45.35±13.42
	30	治疗后	542.32±160.21 [*]	148.81±30.20 [*]	128.74±13.84 [*]	24.31±5.68 [*]

与治疗前比较，* $P<0.05$ ；与对照组比较， $\Delta P<0.05$

3.2.4 2组心率变异性比较：治疗前，2组心率变异性比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，2组SDNN、rMSSD、PNN50均较治疗前升高（ $P<0.05$ ），且治疗组优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表2。

3.2.5 2组Myerburg分级疗效比较：治疗前：对照组Myerburg分级，4A级：22例；4B级：3例；4C级：5例。治疗后：4A级：7例；4B级：1例；4C级：3例；3A级：10例；3B级：1例；3C级：2例；2A级：6例。治疗前：治疗组分级：4A级：23例；4B级：2例；4C级：5例。治疗后：4A级：1例；4B级：2例；4C级：1例；3A级：11例；3C级：1例；2A级：10例；2B级：1例；2C级：3例。对照组30例，显效6例，有效13例，无效11例，有效率60.00%，治疗组30例，显效14例，有效12例，无效4例，有效率86.66%。治疗组Myerburg分级总有效率高与对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

3.2.6 2组治疗前后中医证候积分比较：治疗前，2组中医证候积分比较差异无统计学意义（ $P>$

0.05）；治疗后，2组中医证候积分均较治疗前降低（ $P<0.05$ ），且治疗组低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表2。

3.2.7 2组中医证候疗效比较：对照组显效3例、有效19例、无效8例，总有效率73.33%；治疗组显效11例、有效17例、无效2例，总有效率93.33%。治疗组总有效率高与对照组（ $P<0.05$ ）。

3.2.8 2组安全性比较：2组治疗前后监测血常规、肝肾功能、电解质、心肌酶均在正常范围，均无不良事件发生。

4 讨论

室性心律失常属于中医学“心悸”范畴。其病因多以心气血阴阳亏损^[7]，夹杂痰浊、血瘀、气滞、瘀热为标^[8]。患者或先天禀赋不足，或忧思郁虑，饮食劳倦，导致心气亏虚，心阴血不足，气虚则鼓动血运不利，阴血虚则脉道不能充养，失于濡润，心神失养，脉道闭塞。故见心悸、气短、乏力、胸闷、神疲诸症。元·朱丹溪《丹溪心法·惊悸怔忡》曰：“怔忡者血虚，怔忡无时，

表2 2组治疗前后心率变异性指标、中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	SDNN(ms)	rMSSD(ms)	PNN50(%)	中医证候积分(分)
治疗组	30	治疗前	95.30±12.75	20.20±2.59	7.50±1.69	24.60±3.28
	30	治疗后	131.02±24.58 [△]	32.49±4.96 [△]	14.80±4.12 [△]	8.10±1.86 [△]
对照组	30	治疗前	95.32±12.70	20.16±2.01	7.52±1.71	23.73±3.62
	30	治疗后	119.19±17.48 [*]	26.98±1.72 [*]	10.31±2.26 [*]	11.00±2.35 [*]

与治疗前比较，* $P<0.05$ ；与对照组比较， $\Delta P<0.05$

血少者多,有思虑便动,属虚。”隋·巢元方在《风惊悸候》中记载“风惊悸者,由体虚,心气不足,心之府为风邪所乘,心藏神而主血脉。心气不足则虚,虚则血乱,血乱则气并之血。气血相并又被风邪所乘,故惊而不安定,名为风惊。”患者本身心气阴血亏虚,阳气虚衰,常因外因诱发,心神浮越,而发心悸。在临床中,气阴两虚型室性期前收缩常见,治疗当益气养阴、温补心阳、复脉定悸。

天王补心丹出自明·洪基《摄生秘剖》,在明·吴昆《医方考》、清·汪昂《医方集解》等书中均有记载,具有滋阴养血、益气宁心安神的作用。方中重用生地黄为君药,其味甘苦微寒,归心肝肾经,意在滋阴养血;配天冬、麦冬、玄参,加强滋养心阴之效;同时用当归、丹参养血活血。另用大补元气之人参,补益心脾之茯苓,养心安神之酸枣仁、柏子仁、五味子,同时藉桔梗之力载药上行以达心经。诸药相配,滋阴血补心气、养心定悸安神,标本兼治、形神兼顾。

桂枝甘草龙骨牡蛎汤为汉·张仲景《伤寒论》中经典方剂之一。方中桂枝辛甘温,温通心脉,舒畅心气。炙甘草通经脉,利血气,助桂枝振奋阳气,平心悸;龙骨、牡蛎潜敛神气、镇静安神治烦躁。清·尤怡《伤寒贯珠集》曰:“桂枝,甘草以复心阳之气,牡蛎,龙骨以安烦乱之神”。天王补心丹和桂枝甘草龙骨牡蛎汤共用,在滋阴养血益气基础上加用温阳重潜之药,共同调制阴血、心阳,使阴平阳秘、标本同治,以达益气滋阴、温补心阳、复脉定悸之效。

现代药理研究显示,生地黄中梓醇能明显改善交感神经兴奋状态,使血浆 cAMP 含量趋于正常^[9];可通过 P13-Akt 途径减少氧化应激和硝化应激,发挥保护心肌的作用^[10]。人参、麦冬、五味子是生脉散组成,可改善心功能,抗心肌缺血,保护心肌细胞膜,具有明确抗心律失常作用^[11]。丹参可调节心肌细胞能量代谢,显著降低脂质过氧化反应,减少细胞凋亡^[11]。当归抗心律失常作用可能与延长有效不应期,消除折返,抑制异位节律点,提高心室颤动阈值等有关^[11]。远志、酸枣仁、柏子仁,可抑制交感神经兴奋,镇静催眠,缓解焦虑抑郁。酸枣仁总皂苷可抗心肌缺血,减少心肌氧自由基生成,保护心肌细胞膜稳定,从而减少心律失常发生^[11]。桂枝具有抑制血小板聚

集的药理活性^[12],桂枝挥发油桂皮醛对外周血管具有扩张作用^[13],均可以间接改善心肌血供,减少心律失常发生。甘草中甘草酸、甘草次酸、甘草黄酮等成分均有较强抗心律失常作用,具有明显的抗心肌缺血活性^[14]。桂枝甘草合用可对抗多种心律失常,可能通过抑制钙离子通道发挥作用^[15]。龙骨、牡蛎具有类似的化学成分,其中主要钙盐成分磷酸钙、碳酸钙和其他微量元素,可使血管通透性降低,并具有调节电解质平衡,抑制神经肌兴奋^[16],发挥抗心律失常作用。

本研究结果提示,天王补心丹和桂枝甘草龙骨牡蛎汤联合倍他乐克治疗室性心律失常疗效优于倍他乐克治疗,室性期前收缩、二联律、三联律治疗组均优于倍他乐克治疗,且心率变异性改善较倍他乐克治疗显著。2组均能改善中医证候,治疗组疗效优于对照组;尤以心悸、气短、乏力改善优于对照组,治疗组与对照组安全性指标差异无统计学意义。心率变异性是评估心脏自主神经功能活动的主要指标,当自主神经调节心脏功能下降时,心肌不稳定性增加,室颤阈值降低,易诱发猝死。心率变异性对预测心源性猝死有重要意义,包括对健康人群心脏性猝死的预测。倍他乐克是β-阻滞剂,通过抑制交感神经兴奋,抑制儿茶酚胺分泌,从而降低心脏自律性,达到抗心律失常作用,最终减少室性期前收缩的发生。在临床上针对心室率快的患者有效。天王补心丹和桂枝甘草龙骨牡蛎汤合用,可能有一定调节患者自主神经功能,通过提高心率变异来减少室性期前收缩次数。

综上所述,天王补心丹和桂枝甘草龙骨牡蛎汤联合倍他乐克治疗心气阴两虚型室性期前收缩,有明显的抗心律失常效果,同时能够很好改善症状,疗效优于单纯倍他乐克治疗,且安全,无明显不良反应,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 邹演梅.腹针治疗功能性室早的随机对照研究[D].广州:广州中医药大学,2013.
- [2] 梁峰,胡大一,沈珠军,等.2015年欧洲心脏病协会关于室性心律失常患者治疗和心脏性猝死预防指南的解读[J].中国医院用药评价与分析,2016,16(6):721-727.
- [3] 葛均波,徐永建.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:185-200.
- [4] 万学红,卢雪峰.诊断学[M].北京:人民卫生出版社,

- 2014:508.
- [5] 陈新. 临床心律失常学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2009:474.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:67-69.
- [7] 蔡晓月, 赵英强. 心悸从虚论治[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(03):429-430.
- [8] 甄耀辉. 邓启华教授治疗心悸经验[J]. 中国临床研究, 2017, 9(11):62-63.
- [9] 沈映君, 陈长勋. 中药药理学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2008:62-63.
- [10] 黄传君, 赵方正, 张才擎. 生地黄有效成分梓醇药理作用机制研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51(2): 93-97.
- [11] 沈映君, 陈长勋. 中药药理学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2008:139-218.
- [12] 闫红, 范良, 刘利涛. 桂枝汤加减对慢性心衰患者心功能及脑钠肽前体水平的影响[J]. 中医药导报, 2019, 25(7):74-76.
- [13] 陈育群, 张鹏飞, 黄政德. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗心律失常疗效及安全性的系统评价[J]. 中医药导报, 2018, 24(10):113-116, 120.
- [14] 王小龙, 亓咏梅. 基于数据挖掘探讨甘草在冠心病心绞痛中的配伍应用[J]. 中医药导报, 2018, 24(23):74-76.
- [15] 李冀, 赵伟国, 李胜志, 等. 桂枝甘草汤及其提取物组分对大鼠心肌缺血再灌注心律失常的影响[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(8):2052-2054.
- [16] 张懿, 张良洁, 卞雷斯, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗心悸病的研究进展[J]. 中国医药, 2022, 17(1):136-139.

Clinical observation on treatment of premature ventricular contraction due to deficiency of both qi and yin with Tianwang Buxin Dan and Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction

GUO Hai-Ling¹, XU Shu-le¹, ZHOU Qi²

(1. Department of Cardiology, Shunyi Hospital, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101300, China; 2. Department of Cardiology, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to the Capital Medical University, Beijing 100010)

ABSTRACT Objective To explore the clinical effect of Tianwang Buxin Dan and Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction in treating ventricular premature beats due to deficiency of both qi and yin. **Methods** Sixty cases of ventricular premature beats who were diagnosed from January 2018 to December 2020 were enrolled, and they were divided into treatment group and control group by random number table. The control group was treated with metoprolol tartrate 12.5 mg or 25 mg each time, twice a day, and the treatment group was treated with Tianwang Buxin Dan and Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction on the basis of the control group one bag each day. The course of treatment was four weeks in both groups. The curative effect of premature ventricular contractions, Myerburg grading, curative effect of TCM syndrome, the number of premature ventricular contractions before and after treatment, the related indexes of heart rate variability [standard deviation (SDNN) of all normal RR intervals, root mean square value (rMSSD) of the difference between adjacent RR intervals, the percentage of the number of adjacent RR intervals exceeding 50 ms to the total number of sinus beats (PNN50)], bigeminal beats and trigeminal beats, paired premature ventricular contractions, TCM syndrome integral and safety were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of premature ventricular contraction in the treatment group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the number of premature ventricular contractions in both groups decreased ($P < 0.05$), and the number in the treatment group was less than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of SDNN, rMSSD and PNN50 in both groups were higher than that before treatment ($P < 0.05$), and the treatment group was better than the control group ($P < 0.05$). After treatment, bigeminal beats and trigeminal beats and the number of paired premature ventricular contractions were decreased compared with that before treatment ($P < 0.05$), in the treatment group, the number of bigeminal beats and trigeminal beats was less than that in the control group ($P < 0.05$). The overall effective rate of Myerburg grade in the treatment group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the scores of TCM syndrome in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the treatment group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). There were no adverse events in either group. **Conclusion** Tianwang Buxin Dan combined with Guizhi Longgu Muli Decoction are more effective than western medicine used only in the treatment of ventricular premature beats without increasing the incidence of adverse events.

Keywords Ventricular premature beat; both qi and yin deficiency type; Tianwang Buxin Dan; Guizhi Longgu Muli Decoction; heart rate variability

(收稿日期: 2022-05-31)