

中医药诊治室性早搏研究进展

黄一婷¹, 曾建斌^{2*}

(1. 江西中医药大学, 江西 南昌 330004; 2. 江西中医药大学附属医院, 江西 南昌 330006)

摘要:室性早搏是最常见的心律失常之一,患者可有心悸、胸闷、乏力、心跳停搏感,甚至黑矇晕厥、诱发心绞痛,严重者发生心源性猝死。通过查阅、整理与分析中医药诊治室性早搏的文献,可将其归属于中医学“心悸”“惊悸”“怔忡”等范畴,室性早搏病位在心,与肾、肝、脾、肺关系密切,病机不外乎虚实两端,气血阴阳亏虚,心失所养;痰饮瘀火扰心,心神不宁。室性早搏的分型虽尚未统一,但主要可分为气阴两虚证、肝郁气滞证、气阴两虚夹瘀证、气血两虚证等。中医药治疗室性早搏采用口服中药为主,针刺、揲针、穴位贴敷等中医特色疗法为辅,使其阴平阳秘,心神安宁。

关键词:室性早搏; 中医药; 心悸

DOI:10.11954/ytctyy.202501044

中图分类号:R256.2

文献标识码:A

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

文章编号:1673-2197(2025)01-0223-05



- [21] 许戈林.慢性萎缩性胃炎中医证型分布与病理特点分析[J].河南中医,2022,42(8):1226-1230.
- [22] 秦珂馨,于靖文,王少丽,等.基于文献的慢性萎缩性胃炎胃镜像与中医辨证的相关性研究[J].云南中医学院学报,2022,45(6):28-34.
- [23] 马颖聪,苏田锐,王亚男,等.采用数据挖掘技术分析中医治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证用药规律[J].实用中医内科杂志,2022,36(12):82-85,167.
- [24] 黄彦子,张伟健,李海文,等.慢性萎缩性胃炎证型-证候分布及用药规律研究[J].世界中医药,2022,17(1):112-116,122.
- [25] 姚国召,李志红.基于数据挖掘探讨脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的用药规律[J].中医临床研究,2021,13(28):18-22.
- [26] 黄春全,韦维,张雪莲.香砂六君子汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎作用机理与临床研究概述[J].现代中药研究与实践,2019,33(4):75-78.
- [27] 曹元媛,徐春风.中医经典名方治疗慢性萎缩性胃炎的研究[J].中药材,2022,45(4):1015-1018.
- [28] 张晶晶,张勇,吴兰兰,等.调中和胃舒痞汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对胃黏膜损伤的修复作用研究[J].四川中医,2023,41(2):108-111.
- [29] 李天伦,李芳,邢艺子,等.黄芪建中汤对慢性萎缩性胃炎(脾胃虚弱证)患者胃镜指标和胃蛋白酶原变化的影响[J].吉林中医药,2023,43(4):419-422.
- [30] 林剑良,戈焰,蔡伟才,等.基于“虚-瘀-毒”论治脾胃虚弱证慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].广州中医药大学学报,2023,40(3):556-562.
- [31] 马丹,潘晨晨,吴忆雪,等.固本通络汤对慢性萎缩性胃炎伴广泛肠上皮化生脾胃虚弱患者癌变风险干预研究[J].中华中医药杂志,2022,37(4):2391-2394.
- [32] 蒙仕祥,陈卜伟,冯永锋.香茶花芽汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎疗效及异型增生、腺体萎缩的改善研究[J].中华中医药学刊,2023,42(3):96-99.
- [33] 吴灿,邓行行,罗燕文,等.针灸联合加味香砂六君子汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎中医证候、组织学及疗效的影响[J].中华中医药学刊,2022,40(7):185-188.
- [34] BAI W J, LIANG J W, MIAO X M, et al. Clinical effects of acupoint catgut embedding with quadruple therapy on Hp (+) chronic atrophic gastritis of spleen and stomach deficiency syndrome[J]. Acupuncture Research, 2022, 47(6): 537-543.
- [35] 张迪,袁星星,王炳予,等.合募配穴灸法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].上海针灸杂志,2017,36(12):1401-1405.
- [36] 邓登华,黄祖波,周浩.调中益胃汤加减联合募配穴灸治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证临床疗效观察[J].四川中医,2021,39(5):99-101.
- [37] 陈贤,刘京,郝杰,等.升阳益胃汤联合子午流注择时耳穴贴压法对慢性萎缩性胃炎胃蛋白酶原、炎症指标、miR-26a及miR-32表达的影响[J].中华中医药学刊,2022,40(5):248-251.
- [38] 张晶晶,孙培养,王玲,等.腹针结合胃复春片治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎30例[J].陕西中医药大学学报,2022,45(3):64-67.
- [39] 李岩,王垂杰.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的现状和问题及展望[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(6):469-472.

(编辑:赵可)

收稿日期:2024-04-15

基金项目:国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(zyyzdxk-2023113);江西省中医药管理局科技计划(2022B117)

作者简介:黄一婷(1999—),女,江西中医药大学硕士研究生,研究方向为中医防治心血管疾病。

通讯作者:曾建斌(1968—),男,江西中医药大学附属医院主任医师,教授,硕士生导师,研究方向为中西医结合防治心血管疾病。E-mail:robertzengjb@163.com

Research Progress of Chinese Medicine in the Diagnosis and Treatment of Premature Ventricular Contractions

Huang Yiting¹, Zeng Jianbin^{2*}

(1. Jiangxi University of Chinese Medicine, Nanchang 330004, China; 2. The Hospital Affiliated to Jiangxi University of Chinese Medicine, Nanchang 330006, China)

Abstract: Premature ventricular contractions are one of the most common cardiac arrhythmias, and patients may experience palpitations, chest tightness, fatigue, a feeling of cardiac arrest, or even blackout and fainting, induced angina pectoris, and in severe cases, sudden cardiac death. By reviewing, organizing and analyzing the literature on the treatment of premature ventricular contractions in Chinese medicine, it can be attributed to the categories of “palpitation”, “palpitation with fear” and “continuous palpitation”. Premature ventricular contractions are located in the heart and are closely related to the kidney, liver, spleen and lung. The mechanism of the disease is no more than the two ends of the spectrum: deficiency of qi, blood, yin and yang, loss of nourishment for the heart, phlegm, fluid retention, blood stasis and fire disturbing the heart, and restlessness of the heart spirit. Although the classification of premature ventricular contractions has not been standardized, it can be mainly divided into deficiency of both qi and yin, stagnation of liver qi, qi and yin deficiency with stasis, deficiency of both qi and blood, etc. Chinese medicine treatment is based on oral Chinese medicine, supplemented by other traditional Chinese medicine specialties such as acupuncture, press needle, and acupoint application, so that balancing Yin and Yang, making the mind and spirit peaceful.

Keywords: Premature Ventricular Contractions; Traditional Chinese Medicine; Palpitation

室性早搏是希氏束及其分支以下的异位起搏点所引起的过早搏动,是常见的心律失常之一,其临床表现差异性大,大部分患者无明显临床症状,偶有心悸、胸闷、乏力、心跳停搏感,甚至黑矇晕厥、诱发心绞痛,严重者发生心源性猝死^[1]。频发室性早搏可诱发心肌病并参与随之而来的心力衰竭的发生^[2]。此外,有报道发现室性早搏还可触发包括特发性心室颤动和多形性室性心动过速在内的恶性心律失常^[3]。流行病学资料显示,室性早搏的发病率为1%~4%,普通心电图筛查的检出率约为1%,24h或48h动态心电图检测的检出率为40%~75%,且其发病率随年龄增长而逐渐升高^[4]。

尽管室性早搏的基本病因尚不清楚,但其潜在的电生理机制包括并行收缩、触发活动、机械电反馈、自律性增强、持续激活和折返、损伤电流和2期重入等^[5]。西医治疗主要分为药物治疗及导管消融治疗。药物治疗效果显著为主要治疗方法,至今仍占核心地位^[6]。但抗心律失常药物的致心律失常作用也逐渐被发现,20世纪80年代末著名的心律失常抑制试验(Cardial arrhythmia suppression trial, CAST)结果显示,抗心律失常药物在有效降低患者的室性早搏和非持续性室性心动过速的同时,却显著增加猝死和总死亡率。因此,临床医生在使用抗心律失常药物方面面临着很大的挑战。对于室性早搏诱导的器质性心脏病患者,通过导管消融治疗可以达到根治室性早搏、改善心脏结构及功能等效果^[4]。但其适应证少、有创、手术费用昂贵,很难得到患者的广泛认同。相比于西医治疗,中医药治疗

室性早搏标本同治,强调“整体观”和“辨证观”,临床疗效确切,不良反应少,改善病程发展,现将近年来的研究进展概述如下。

1 室性早搏中医病名讨论

室性早搏一词在中医典籍中并没有记载,根据其典型临床表现可归为“心悸”“惊悸”“怔忡”等范畴。

1.1 心悸

心悸的病名,首次出现于东汉张仲景的《伤寒论》和《金匱要略》,称之为“心动悸”“心下悸”“心中悸”等。如在《伤寒论·辨太阳病脉证并治》篇中有“其人叉手自冒心,心下悸,欲得按”“心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地”“心中悸而烦”“脉结代,心动悸”,详细地描述了心悸的临床表现,并指出其脉象特征。

1.2 惊悸

《素问·举痛论》云“惊则心无所倚、神无所归、虑无所定、故气乱矣”,并最早记载脉律不齐是该病的主要表现。《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》篇有“寸口脉动而弱,动则为惊,弱则为悸”的记载,明确指出惊悸时不同脉象。《丹溪心法·惊悸怔忡》曰:“人之所主者心,心之所养者血,心血一虚,神气不守,此惊悸之弊端也。”

1.3 怔忡

宋代严用和首创怔忡之名,《济生方·惊悸怔忡健忘门》谓:“怔忡者,心中躁动不安,惕惕然后人将捕之也。”金代刘完素在《素问玄机原病式·火类》中载“心胸躁动,谓之怔忡”,明确指出怔忡的临床表

现。成无己在《伤寒明理论·悸》中载“悸者，心忪是也，筑筑惕惕然动，怔怔忪忪不能自安者是矣”，表明了怔忡不能自己的临床特点。

明代虞抟《医学正传·惊悸怔忡健忘证》曰：“怔忡者，心中惕惕然动摇，而不得安静，无时而作者是也；惊悸者，蓦然而跳跃惊动，而有欲厥之状，有时而作者是也。”其对惊悸、怔忡的区别与联系作出了详尽描述。

2 室性早搏中医病因病机

虽然《黄帝内经》中无心悸、惊悸或怔忡病名，但对室性早搏的病因病机叙述清晰：暴作惊恐，宗气外泄，加之外邪乘虚侵袭，心脉不通致心神失养，心气逆乱，惊悸不安。国医大师刘志明认为心悸多由七情、熬夜、失眠、虚劳、年老等诱因引发，肾精亏虚，心失所养，虚火上炎，肾水失于温煦，心肾阴虚，虚阳上浮，心气外泄则悸动不安，病机乃本虚标实，宜补益心气、振奋心阳，同时兼顾养肾阴，补下元亏虚，使得宗气内固，血脉通畅，心神得养，取得事半功倍的疗效^[7]。周亚滨教授认为心脾两虚是室性早搏的主要病机，心主血脉，心气不足，则生血行血不能，脾为后天之本，气血生化之源，脾失健运，气血化生不足，心脾气血两虚，不能濡养心脉，心失所养则不宁；又脾气虚弱，失于健运，痰湿、水饮停聚，阻于心脉，脉道不畅日久生瘀^[8]。李玉峰教授提出室性早搏基本病机为心体亏虚、阴阳两虚、气血不足、心神失养而悸动不安，多用桂枝甘草龙骨牡蛎汤合天王补心丹为主方加减，共奏补养气血、燮理阴阳、养心安神之效，使心体得安^[9]。

庄文琪认为心悸的病因病机主要为内伤七情、肝气郁结，责之于心肝两脏，重视疏泄、畅达气机的重要作用，主张用和解之法，常以逍遥散、柴胡疏肝散为基本方，兼以清肝泻火、滋阴补心、清热化痰、养血安神、理气活血等，使得疏泄得宣、心脉调畅^[10]。李平教授认为随着人们生活水平和饮食结构的改变，室性早搏的中心病理环节为“痰阻脉络”“热扰心神”，故以清心安神、化痰通络为法，创制“连夏宁心方”^[11]。《伤寒论》中所论心悸大多数为脾胃虚弱，运化失司，痰饮内停，上凌心阳，故王守富论治室性早搏以痰湿上扰心神为病机，方以参苓白术散加减，用于临床，每获良效^[12]。于春泉认为“气虚血瘀，痰瘀互结”是室性早搏发病的重要病机，治疗尤为注重痰瘀并治，常根据痰瘀之轻重程度，灵活选方，祛瘀常用降香、五灵脂、延胡索、丹参之类，对于湿浊较轻者，临床常用藿香、佩兰醒脾化湿，并佐以豆蔻温中化浊行气^[13]。

3 室性早搏辨证分型

各医家对于室性早搏辨证论治的认识各有千秋，可归纳为心虚胆怯、心血不足、阴虚火旺、心阳不振、水饮凌心、瘀阻心脉、痰火扰心证^[14]，这也是目前最常用的分型。国医大师李振华结合数十年的临床治疗经验，认为室性早搏可分为：气阴亏虚、痰浊扰心、肝郁伤神 3 种证型^[15]。其治疗特色在于“和”，对气阴亏虚型，在补气养阴药中加入少量桂枝以温通经脉、调和阴阳，但用量不宜过多，避免阳盛则毙；对痰湿阻滞型，治以健脾化痰为主，少佐理气安神之品以“和”之；对肝郁伤神型，当于疏肝理气以调和气血为主，佐安神宁心之品以“和”之。李振华认为无论气阴亏虚、痰浊扰心，或肝郁伤神型，均可加丹参活血养血、通行血脉，正所谓“一味丹参散，功同四物汤”，体现了以“和”为期的学术思想。

魏鹏路等^[16]通过数据挖掘探讨室性早搏的证候分布，检索三大中文数据库自 2010 年 1 月 1 日—2021 年 9 月 25 日收录的有关中医药治疗室性早搏的案例，共纳入方剂 74 首，涉及中药 128 味，涉及证型 11 个，以气阴两虚证、肝郁气滞证、气阴两虚夹瘀证、气血两虚证为主要证型，累计占比为 64.85%。

4 室性早搏的中医治疗方法

4.1 中医辨证论治

4.1.1 虚证 秦鹏等^[17]认为阳气在生命活动中占主导地位，故以“温补心阳、安神定悸”为治疗原则，对照组予常规西药治疗，研究组联合桂甘龙牡汤（桂枝 20g，白芍 15g，牡蛎 30g，黄芪 20g，当归 20g，茯苓 20g，党参 20g，丹参 15g，龙骨 30g，甘松 15g，酸枣仁 15g，炙甘草 15g）治疗，结果显示研究组治疗总体有效率为 94.00%，较对照组的 84.00% 高（ $P < 0.05$ ）。刘卜瑞等^[18]从阴虚相火角度论治气阴两虚型冠心病室性早搏，治疗上强调调和五脏阴阳，升发生理相火，平息病理相火，拟五参饮（党参 15g，苦参 12g，沙参 10g，丹参 30g，玄参 10g）治疗，较对照组相比，中药组总体有效率显著增加（ $P < 0.05$ ）。张敏^[19]认为失眠与室性早搏密切相关，大部分室性早搏患者伴有失眠，拟酸枣仁汤加味（酸枣仁 30g，炙甘草 10g，知母 20g，茯苓 20g，川芎 20g，北沙参 20g，麦冬 20g，五味子 15g，栀子 10g，豆豉 20g）治疗，显示中药组治疗总有效率明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）。燕春裕^[20]治疗室性期前收缩主张心、胆、肝同治，心经与胆经相连，胆气内通于心，临床拟加味柴胡温胆汤〔柴胡 10g，黄芩 10g，姜半夏 15g，陈皮 15g，酸枣仁（打碎）30g，人参 15g，茯苓 15g，远志 20g，石菖蒲 20g，甘松 20g，佛手 15g，生甘草 10g〕治疗，中药组患者的中医

证候有效率(92.86%)显著优于对照组(71.43%),差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.1.2 实证 张锐等^[21]认为七情直接影响脏腑气机,气郁、痰湿停聚,扰乱心神,临床拟理气化痰宁心汤(瓜蒌皮 8g,茯苓 30g,薤白、法半夏、柴胡、黄芩、陈皮、枳壳、竹茹、炙甘草各 10g)治疗,治疗组室性早搏频次总有效率为 83.33%,对照组为 66.67%,提示治疗组占绝对优势。尹萍等^[22]认为少阳不和、宿痰内扰为室性早搏的核心机理,治疗上多从少阳入手,临床多用柴胡加龙牡汤加减[柴胡 10g,黄芩 10g,法半夏 10g,党参 10g,生龙骨 30g(先煎),生牡蛎 30g(先煎),茯苓 15g,酒大黄 10g,丹参 15g,青蒿 10g,苦参 10g,甘草 6g]治疗,结果显示治疗组总有效率(87.8%)较对照组(69.2%)显著增高,差异有统计学意义($P<0.01$)。衡百川^[23]从气阴两虚夹瘀论治冠心病室性早搏,予血府逐瘀汤合生脉饮(生地 15g,柴胡 20g,当归 20g,川芎 15g,桃仁 15g,枳壳 10g,红花 10g,牛膝 10g,赤芍 15g,桔梗 10g,甘草 10g)治疗,结果显示中药组治疗效果优越,可显著改善心率震荡情况,改善患者血脂状况,保护血管内皮细胞。王玉娣^[24]主张以温阳益气、祛痰化饮为法,拟二术桂泽温胆汤(茯苓 30g,桂枝 10g,泽泻 15g,苍术 10g,白术 20g,竹茹 15g,枳壳 10g,姜半夏 15g,瓜蒌皮 20g)治疗室性早搏,结果提示观察组总有效率(80.0%)显著高于对照组(56.7%);且在中医证候疗效方面,观察组亦明显优于对照组;在安全性指标方面,两组病患均未出现明显不良反应,安全性良好。

4.2 中成药

中成药是以中药材为原料,经加工制成不同剂型的中药制品,如丸、散、胶囊等,轻巧方便,易储存、易携带,更重要的是其消除了中药煎剂特殊的气味,易被大众所接受。杨保林等^[25]选取 6 300 例气阴不足、血瘀心脉型室性早搏患者,将其随机分为 I、II、III 组各 2 100 例, I 组给予参松养心胶囊, II 组给予倍他乐克, III 组给予参松养心联合倍他乐克治疗,持续治疗 4 周,其中参松养心组临床症状改善总有效率(85.14%)优于倍他乐克组(70.1%),参松养心联合倍他乐克组(90.71%)显著优于单用参松养心组和单用倍他乐克组($P<0.05$),差异有统计学意义。参松养心胶囊使用患者不良反应发生率为 2.62%,主要为咽喉干痛、便秘、胃胀、干咳等非心律失常症状。其余检验指标均未见异常,可见该药物安全性良好。

郭芮彤等^[26]纳入 20 项研究,病例数 1 568 例,其中对照组 781 例,治疗组 787 例,对照组仅予美托洛尔单独治疗,治疗组联合应用稳心颗粒,Meta 分

析结果表明,室性早搏的临床症状改善有效率[$RR=1.26,95\%CI(1.17,1.36),P<0.000\ 01$]、室性早搏疗效有效率[$RR=1.22,95\%CI(1.16,1.29),P<0.000\ 01$]的差异均具有统计学意义,表明治疗组优于对照组;且治疗组的总体不良反应发生率[$RR=0.70,95\%CI(0.50,0.98),P=0.04$]低于对照组。

有研究表明,在口服中成药联合美托洛尔治疗冠心病室性早搏的方案上,参松养心胶囊联合美托洛尔对于治疗有效率和改善 24h 动态心电图结果方面可能是最优的,而稳心颗粒联合美托洛尔在改善 EF 值方面效果更显著^[27]。

4.3 针刺

针刺有效性可能与干预刺激和穴位特异性效应的综合作用有关,具有双向调节作用,可调节心肌电生理活动,改善心率变异性。CAI Y 等^[28]对针刺治疗室性早搏进行 Meta 分析,结果提示针刺可显著减少室性早搏的数量[$RR=3.83,95\%CI(2.19,6.7),I^2=0\%$]。同时,针刺联合标准治疗在减轻室性早搏负担方面优于单纯标准治疗[$RR=1.21,95\%CI(1.08,1.36),I^2=0\%$]。虽然没有公布治疗方案共识,但针刺治疗选取内关、神门、灵台、神道和足三里穴位,广泛应用于临床。内关是研究最多的穴位。研究结果显示,针刺可能对延髓头端腹外侧血管中枢产生影响,且接受电针治疗的实验动物交感神经电活动降低。关于针刺不良反应,所有报告均为轻微和可逆的,不必采用任何额外的医疗管理。邹演梅等^[29]观察发现腹部针刺治疗总有效率明显高于非经非穴位浅刺,提示经络穴位有利于调节脏腑气血运行,纠正阴阳偏颇。此外,揞针亦可辅助治疗室性早搏,可显著降低早搏次数及临床症状评分,较单独使用西药显著提高临床疗效,与普通针刺相比,揞针操作简便、痛感轻微,患者接受程度高,且治疗作用持久^[30]。

4.4 穴位贴敷

穴位贴敷具有药物和刺激穴位双重作用,其不经胃肠道吸收及肝肾代谢,副作用小,适用范围广。王雲等^[31]认为室性早搏多由思虑过度,暗耗心脾气血引起,致心悸不宁、头晕目眩等,治以益气健脾、养血安神,拟宁心贴(党参 180g,炒白术 180g,炙甘草 60g,茯苓 150g,五味子 90g,黄芪 180g,丹参 90g,当归 90g,制远志 60g,炒酸枣仁 90g,薄荷脑 60g,冰片 30g)外敷双侧内关穴,结果显示治疗组中医证候总有效率(88.57%)显著高于对照组(60.00%)($P<0.01$);室性早搏总有效率(91.43%)高于对照组(80.00%),差异具有统计学意义($P<0.05$);且心率变异性升高较对照组明显($P<0.05, P<0.01$)。

5 结论

综上所述,中医治疗以辨证论治为核心,倾向于使用口服中药为主要治疗方法,并以针刺、揠针、穴位贴敷等传统中医治疗方法为辅助,调和一身气血阴阳,使阴平阳秘,神宁心安。相对于西医治疗,中医防治并举、整体调节,不良反应和依赖性显著降低。然而中医治疗室性早搏仍然存在一些不足之处,例如当前中医各家对于室性早搏辨证分型仍呈百家争鸣之象,统一的辨证分型难以形成;且目前中医治疗室性早搏的研究多为临床研究等。中医治疗室性早搏应结合多专家意见进行规范化,并联合细胞学、分子学、遗传学等现代科学技术进一步阐明其作用机制,增强研究结果的权威性,以充分发挥中医治疗室性早搏的优势,促进中医药现代化进程。

参考文献:

- [1] CRESCENZI C, PANATTONI G, STAZI A, et al. Ventricular arrhythmias and risk stratification of cardiac sudden death in athletes[J]. *Minerva Cardioangiologica*, 2020, 68(2): 110-122.
- [2] LIMPITIKUL W B, DEWLAND T A, VITTINGHOFF E, et al. Premature ventricular complexes and development of heart failure in a community-based population[J]. *Heart (British Cardiac Society)*, 2022, 108(2): 105-110.
- [3] MARRAKCHI S, BADENCO N, SCHUMACHER S, et al. Focus on malignant ventricular premature contractions[J]. *Annales De Cardiologie Et D'angiologie*, 2023, 72(5): 101662.
- [4] 曹克将, 陈柯萍, 陈明龙, 等. 2020 室性心律失常中国专家共识(2016 共识升级版)[J]. *中国心脏起搏与心电生理杂志*, 2020, 34(3): 189-253.
- [5] HOOGENDIJK M G, GÉCZY T, YAP S C, et al. Pathophysiological mechanisms of premature ventricular complexes[J]. *Frontiers in Physiology*, 2020(11): 406.
- [6] 吴林. 抗心律失常药物的新分类法[J]. *临床心电学杂志*, 2019, 28(6): 401-407.
- [7] 李慧, 刘如秀. 国医大师刘志明从心肾论治室性期前收缩医案举隅[J]. *环球中医药*, 2016, 9(1): 63-65.
- [8] 刘新野, 周亚滨. 周亚滨教授运用辨病辨证辨体思想治疗室性早搏经验[J]. *成都中医药大学学报*, 2018, 41(2): 73-75.
- [9] 黄宏, 姜旭, 修晟尧, 等. 李玉峰教授应用桂甘龙牡汤合天王补心丹治疗室性期前收缩的临床经验[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2019, 17(21): 3442-3444.
- [10] 宋旭丽. 庄文琪以和解法治疗心悸病临床经验浅析[J]. *中西医结合心脑血管病电子杂志*, 2019, 7(17): 63.
- [11] 马良梅, 朱国东, 赵利, 等. 李平教授清心化痰法治疗功能性室性心律失常经验[J]. *环球中医药*, 2017, 10(3): 313-315.
- [12] 任平, 程亚丽. 王守富主任中医师运用参苓白术散治疗室性早搏经验[J]. *中医研究*, 2016, 29(12): 50-52.
- [13] 杨明杰, 王洋, 薛晓雪, 等. 益气活血通络法治疗室性期前收缩验案 1 则[J]. *天津中医药*, 2022, 39(4): 487-492.
- [14] 郭磊, 朱文浩. 心悸治验 4 则[J]. *中国民间疗法*, 2020, 28(5): 94-96.
- [15] 韩景辉. 国医大师李振华教授运用和法治疗功能性室性早搏经验[J]. *中医研究*, 2014, 27(2): 42-43.
- [16] 魏鹏路, 尚菊菊, 刘红旭, 等. 基于数据挖掘探讨中医药治疗室性期前收缩的证候分布及用药特征[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2023, 21(15): 2705-2710.
- [17] 秦鹏, 李闯, 申晨. 桂甘龙牡汤治疗功能性室性早搏心阳不振证临床观察[J]. *光明中医*, 2021, 36(21): 3575-3577.
- [18] 刘卜瑞, 薛寒梅, 彭梦, 等. 五参饮治疗气阴两虚型冠心病室性早搏临床观察[J]. *光明中医*, 2023, 38(2): 271-273.
- [19] 张敏. 酸枣仁汤加味治疗室性早搏(阴虚火旺型)的临床研究[D]. 张家口: 河北北方学院, 2022.
- [20] 燕春裕. 加味柴胡温胆汤治疗室性期前收缩(心虚胆怯型)患者的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2021.
- [21] 张锐, 彭筱平. 理气化痰宁心汤治疗痰火扰心型室性早搏疗效观察[J]. *山西中医*, 2022, 38(1): 20-22.
- [22] 尹萍, 刘建和. 柴胡加龙牡汤加减治疗室性早搏 41 例临床观察[J]. *湖南中医杂志*, 2018, 34(5): 53-54.
- [23] 衡百川. 血府逐瘀汤合生脉饮加减治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病室性早搏的临床疗效观察[J]. *中医临床研究*, 2021, 13(26): 52-55.
- [24] 王玉娣. 二术桂泽温胆汤治疗阳虚痰饮型频发室性早搏的临床观察[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2023.
- [25] 杨保林, 李瑛, 李艳. 参松养心胶囊治疗室性早搏疗效及安全性临床研究[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2013, 19(7): 787-789.
- [26] 郭彤彤, 鞠娜, 林鑫, 等. 稳心颗粒与美托洛尔联用治疗室性早搏疗效与安全性 Meta 分析[J]. *中草药*, 2016, 47(6): 1053-1060.
- [27] 任方, 杜廷海, 胡心, 等. 口服中成药联合美托洛尔治疗冠心病室性期前收缩有效性及安全性的网状 Meta 分析[J]. *世界科学技术—中医药现代化*, 2022, 24(10): 3896-3907.
- [28] CAI Y, ZHANG C S, LIU S, et al. Acupuncture for premature ventricular complexes without ischemic or structural heart diseases: a systematic review and meta-analysis of clinical and pre-clinical evidence[J]. *Frontiers in Medicine*, 2022(9): 1019051.
- [29] 邹演梅, 何德英. 腹针治疗功能性室性期前收缩的疗效观察[J]. *中国中医急症*, 2020, 29(6): 1011-1014.
- [30] 马新柱, 李成. 西药联合揠针治疗室性早搏 30 例临床观察[J]. *中国民族民间医药*, 2020, 29(11): 92-94.
- [31] 王云, 马子霖, 沈琳, 等. 宁心贴穴位贴敷联合西药治疗心脾两虚型室性早搏的临床观察[J]. *上海中医药杂志*, 2022, 56(7): 63-67.

(编辑:梅雯惠)