

# 越鞠丸治疗室性期前收缩 - 痰瘀互阻型的临床疗效观察

王光磊<sup>1\*</sup>, 李正光<sup>2</sup>

<sup>1</sup>青岛大学医学部中西医结合学科, 山东 青岛

<sup>2</sup>青岛大学附属青岛市海慈医院心血管内科, 山东 青岛

收稿日期: 2023年8月14日; 录用日期: 2023年9月8日; 发布日期: 2023年9月18日

## 摘要

目的: 通过观察分析越鞠丸治疗室性期前收缩 - 痰瘀互阻型患者的临床症状、室性早搏次数和中医证候积分的影响, 评价越鞠丸治疗室性期前收缩 - 痰瘀互阻型的临床疗效。方法: 选取就诊于青岛大学附属青岛市海慈医院心血管内科符合纳入标准的患者80例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各40例。对照组采用常规的循证治疗, 观察组在对照组的基础上加用越鞠丸治疗, 连续使用4周。观察患者治疗前后临床症状、中医证候积分和24小时动态心电图(Holter)室性早搏次数、心室率(HR)、等变化情况, 以及治疗期间的不良反应发生情况。采用统计学SPSS24.0进行数据分析和处理。结果: 1) 两组患者中医证候积分, 治疗组改善中医全身症状效果优于对照组( $P < 0.05$ ); 2) 两组患者的室性早搏发作次数均有所改善, 且观察组改善程度明显优于对照组, 差异明显( $P < 0.05$ )。结论: 采用越鞠丸治疗室性期前收缩 - 痰瘀互阻型, 可以明显提高临床治疗效果, 有效改善患者的中医临床症状, 降低治疗期间的不良反应, 具有明显的临床价值。

## 关键词

室性期前收缩, 痰瘀互阻型, 越鞠丸, 琥珀酸美托洛尔缓释片, 临床疗效观察

# Clinical Observation on the Effect of Yueju Pill in Treating Ventricular Premature Contraction Phlegm and Blood Stasis Blocking Type

Guanglei Wang<sup>1\*</sup>, Zhengguang Li<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Integrative Chinese and Western Medicine, Medical Science Center of Qingdao University,

\*通讯作者。

Qingdao Shandong

<sup>2</sup>Department of Cardiovascular Medicine, Qingdao Haici Hospital Affiliated to Qingdao University, Qingdao ShandongReceived: Aug. 14<sup>th</sup>, 2023; accepted: Sep. 8<sup>th</sup>, 2023; published: Sep. 18<sup>th</sup>, 2023

## Abstract

**Objective:** To evaluate the clinical efficacy of Yueju Pill in treating patients with ventricular premature contractions phlegm stasis obstruction type by observing and analyzing the clinical symptoms, the frequency of ventricular premature contractions, and the impact of traditional Chinese medicine syndrome scores. **Method:** 80 patients who met the inclusion criteria in the Cardiovascular Department of Haici Hospital affiliated with Qingdao University were selected and divided into an observation group and a control group using a random number table method, with 40 patients in each group. The control group received routine evidence-based treatment, while the observation group received additional treatment with Yueju Pill for 4 consecutive weeks. Observe the clinical symptoms, traditional Chinese medicine syndrome scores, 24-hour dynamic electrocardiogram (Holter), ventricular premature beats, ventricular rate (HR), and other changes of the patient before and after treatment, as well as the occurrence of adverse reactions during the treatment period. Statistical SPSS 24.0 was used for data analysis and processing. **Result:** 1) The TCM syndrome score of the two groups, the treatment group to improve the systemic symptoms of traditional Chinese medicine effect was better than the control group ( $P < 0.05$ ). 2) The two groups of patients with ventricular premature beat episodes were improved, and the observation group was significantly better than the control group, the difference was significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The use of Yueju Pill in the treatment of ventricular premature contractions phlegm stasis obstruction type can significantly improve clinical treatment effectiveness, effectively improve patients' TCM clinical symptoms, reduce adverse reactions during treatment, and have high clinical value.

## Keywords

Ventricular Premature Beats, Phlegm Stasis Mutual Obstruction Type, Yueju Wan, Metoprolol Succinate Sustained Release Tablets, Clinical Efficacy Observation

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Open Access

## 1. 引言

室性早搏(Premature Ventricular Beat, PVB)又称室性期前收缩,是临床上最为常见的心律失常类型之一,是指希氏束及其分支以下的心室肌的异位起搏点提前除极而引发心脏提前收缩。心电图上表现为提前出现宽大畸形的QRS波。室性早搏根据有无心脏器质性改变分为器质性室性早搏与功能性室性早搏。有研究表明,频发的室性早搏会影响心肌功能,即使在身体没有心脏疾病的基础之上,仍可导致患者左心室扩大和弥漫性心肌纤维化,是潜在性心脏病的危险信号,同时增加心脏疾病的风险[1]。室性早搏不仅会导致原发病恶化,甚至会引起恶性心律失常、心脏停搏甚至猝死等严重后果,严重威胁人们的生命

健康。因此及时有效的治疗室性早搏, 避免危险事件的发生, 具有非常重要的临床意义。

## 2. 临床资料

### 2.1. 一般资料

选取青岛大学附属青岛市海慈医院心血管内科符合纳入标准的就诊患者 80 例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。西医诊断为室性期前收缩, 中医诊断为心悸病, 经辨证符合痰瘀互阻证。

### 2.2. 纳入标准

1) 西医诊断为室性早搏患者; 2) 720 次/24h  $\leq$  24 小时动态心电图早搏数量  $\leq$  10,000 次/24h, 且根据 Lown 分级量表(见表 1), 属于 II 级-IVA 级; 3) 心率不低于 60 次/分; 4) 中医诊断[2]为心悸病, 经辨证属于痰瘀互阻证; 5) 年龄为 35~70 周岁之间; 6) 近 2 个月未系统应用抗心律失常药物; 7) 自愿参加此次试验。

**Table 1.** Huang Wan edited Lown classification in *Clinical Electrocardiology* published by People's Medical Publishing House

**表 1.** 黄宛主编人民卫生出版社出版《临床心电图学》中 Lown 分级

等级	室性早搏特点
0 级	无室性早搏
I 级	偶发, 每小时少于 30 次或每分钟少于 1 次
II 级	频发, 每小时多于 30 次或每分钟多于 6 次
III 级	多源性室性早搏
IVA 级	成对的室性早搏, 反复出现
IVB 级	成串的室性早搏(三个或三个以上室性早搏)反复出现
V 级	期前收缩的 R 波落在前一个窦性激动的 T 波上

### 2.3. 排除标准

1) 伴有严重器质性疾病如心力衰竭、急性心肌梗死、合并严重的肝、肾等系统疾病; 2) 恶性心律失常患者如短阵室速、VF 等, 或严重传导阻滞; 3) 收缩压  $\leq$  100 mmHg, 或(和)舒张压  $\leq$  80 mmHg; 4) 参加其他临床试验患者; 5) 妊娠期或哺乳期妇女; 6) 对药物有过敏者。

### 2.4. 剔除、终止标准

1) 不符合纳入标准而误被纳入的患者; 2) 严重不良反应患者, 损伤患者健康; 3) 不能按要求连续服用药物, 依从性较差的患者; 4) 在治疗过程当中病情加重, 并有可能发生危险的患者; 5) 检查结果不全, 或隐瞒真实数据的患者。

## 3. 治疗方法

将参加本次实验的 80 例患者, 根据诊断标准、纳入及排除标准等, 采用随机数字表法将 80 例患者分为对照组 40 例与治疗组 40 例, 对照组与治疗组服用相同的西药治疗, 琥珀酸美托洛尔缓释片(商品名称: 倍他乐克, 国药准字 J20150044)起始剂量为 23.75 mg, 根据患者具体心率情况调节药物剂量, 一日一次, 口服。治疗组在对照组基础上服用越鞠丸, 口服, 一次 6~9 g, 一日 2 次, 并且在试验期间尽量改善不良生活习惯, 减少或者戒掉烟与酒, 连续使用 4 周, 观察两组患者治疗前后临床症状、中医证候积

分和 24 小时动态心电图(Holter)室性早搏次数、心室率(HR)、Lown 分级等变化情况, 以及治疗期间的不良反应发生情况, 通过统计学软件分析处理数据, 对本次试验的临床疗效做出评价。

### 3.1. 观察指标

1) 般记录项目: 采用调查问卷方式, 收集受试者姓名、性别、年龄、病程、病史、近 1 周服药情况等基本资料。

2) 中医观察指标: 观察记录患者的临床症状, 并根据中医证候量化测评表, 于治疗前、4 周结束后对患者进行评分。

3) 西医观察指标: 24 小时动态心电图: 患者在测量前 2 天尽量减少饮浓茶、咖啡、饮酒、吸烟、熬夜等。动态心电图需连续带 22 小时及以上, 期间减少与电子设备接触减少干扰, 采集结束后对结果进行电脑分析, 收集患者的 24 小时动态心电图早搏数量、Lown 分级、心率变异性相关数据等。

4) 安全性指标: 治疗前后记录患者的基本体征, 如呼吸、脉搏、体温、血压、血、尿常规、肝肾功能、心脏彩超等。

### 3.2. 疗效判定标准

此次试验的中医疗效标准参考 2002 版《中药新药临床指导原则(试用)》制定标准, 24 小时动态心电图疗效标准及 Lown 分级疗效判定标准参考《心血管系统药物临床研究指导原则》及《中药新药治疗心悸的临床研究指导原则》中关于室性早搏的疗效判定标准。

#### 1) 中医证候疗效判定标准

疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 × 100%

显效: 临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 ≥ 70%;

有效: 临床症状、体征均有好转, 70% > 证候积分减少 ≥ 30%;

无效: 临床症状、体征无明显改善, 证候积分减少 < 30%, 甚或加重。

#### 2) 24 小时动态心电图疗效判定标准

显效: 经治疗 24 小时动态心电图示功能性室早次数较治疗前减少 ≥ 90%;

有效: 经治疗 24 小时动态心电图示功能性室早次数较治疗前减少 ≥ 50%且<90%;

无效: 经治疗 24 小时动态心电图示功能性室早次数较治疗前减少 < 50%者或者无变化甚至疾病情况加重。

#### 3) Lown 分级疗效判定标准

显效: 室性早搏 Lown 分级降低 2 级及以上;

有效: 室性早搏 Lown 分级降低 1 级但达不到 2 级;

无效: 室性早搏 Lown 分级无变化甚至分级升高。

## 4. 结果

本次临床试验收集的数据, 均采用 SPSS25.0 统计学软件进行分析与处理, 计量资料以均数 ± 标准差表示, 数据符合正态分布、方差齐者, 组内采用配对 *t* 检验, 组间采用独立样本 *t* 检验; 不符合正态分布者, 采用非参数检验。当  $P < 0.05$  表示结果差异具有统计学意义, 当  $P < 0.01$  表示具有显著统计学意义, 当  $P > 0.05$  表示差异无统计学意义。

#### 1) 两组患者治疗室性早搏治疗效果的比较(见表 2)

表 2 的结果显示: 治疗组的显效率为 22.5%, 总有效率为 82.5%; 对照组的显效率为 17.5%, 总有效

率为 72.5%。可见, 两组患者的室性早搏发作次数均有所改善, 且观察组改善程度明显优于对照组。

2) 两组患者治疗后中医全身症状改善情况的比较(见表 3)

**Table 2.** Comparison of treatment effects between two groups for ventricular premature beats

**表 2.** 两组治疗室性早搏治疗效果的比较

组别	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
治疗组(n = 40)	9 (22.5%)	24 (60%)	7 (17.5%)	82.5%
对照组(n = 40)	7 (17.5%)	22 (55%)	11 (27.5%)	72.5%

**Table 3.** Comparison of the improvement of traditional Chinese medicine symptoms between two groups

**表 3.** 两组中医症状改善情况的比较

组别	例数	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率
治疗组	40	7 (17.5%)	30 (75%)	3 (7.5%)	92.5%
对照组	40	3 (7.5%)	20 (50%)	17 (42.5%)	57.5%

表 3 的结果显示: 治疗组患者的中医症状明显改善, 总有效率达 92.5%, 而对照组患者的总有效率为 57.5%, 可见, 治疗组改善中医全身症状效果优于对照组, 疗效显著。

3) 安全性评价

在整个临床研究过程中, 两组患者均未出现严重不良反应及过敏反应, 对照组部分患者出现心动过缓的情况, 但未对该实验的进行造成影响。治疗前与治疗后肝功能、肾功能、血常规、尿常规与大便常规亦未见明显异常。

## 5. 小结

### 5.1. 室性期前收缩的中医研究进展

室性期前收缩是临床上常见的一种心律失常, 主要表现为心悸、胸闷、气短、乏力、胸痛等症状, 甚者出现晕厥, 危及患者生命。因此寻找一种有效的途径治疗室性早搏, 减轻患者疾痛苦及死亡率, 具有非常重要的临床意义。在传统中医学文献中并没有室性早搏的明确概念, 历代医家根据室性早搏发作时心中急剧跳动、悸动不安、心搏异常甚至不能自主的临床症状和舌脉象, 以及采用古籍中与“心悸”“惊悸”“怔忡”相关的经验与方剂治疗此类疾病, 有较好的临床疗效, 因此将其归于中医的“心悸”“惊悸”“怔忡”等范畴。纵观祖国医学对于心悸病的治疗, 从单味药材开始, 就有相关记载, 《神农本草经》中记载旋复花、人参有止悸之效, 《本草纲目》中记载麦冬、玄参有滋阴定悸之功。现代药理研究发现, 炙甘草、苦参、青皮、延胡索、葛根等药物均有抗心律失常之效[3]。周仲瑛[4]的新版《中医内科学》主要按七个证型辨证论治: 心虚胆怯, 治以镇惊定志, 养心安神, 方用安神定志丸; 心脾两虚, 治以补血养心, 益气安神, 方用归脾汤; 阴虚火旺, 治以滋阴清火, 养心安神, 方用黄连阿胶汤; 心阳不振, 治以温补心阳, 安神定悸, 方用桂枝甘草龙骨牡蛎汤; 水饮凌心, 治以振奋心阳, 化气利水, 方用苓桂术甘汤; 心血瘀阻, 治以活血化瘀, 理气通络, 方用桃仁红花煎; 痰火扰心, 治以清热化痰, 宁心安神, 方用黄连温胆汤。此外[5]积极配合治疗, 保持情绪稳定乐观, 饮食有节, 养成良好的生活习惯有助于康复[6]。杨思进[7]教授认为心悸病虚实夹杂, 虚者多以气虚、阳虚为主, 实多见于痰湿与瘀血。以益气温阳、祛痰活血为治疗原则, 以重芪桂合温胆汤治疗。周亚滨教授[8]认为心悸主要病机为心肝血虚, 病理因素为“痰、火、瘀”相互郁结, 导致心悸, 在治疗时强调心肝互用, 疏肝养肝以宁心定悸。

孙霏[9]将心悸分为心虚胆怯、心血不足、痰瘀互阻、水气凌心、心阳不振、外邪扰心 6 型。谢海波教授[10]将室性早搏分为气血两虚、痰火扰心、痰瘀热阻、气阴两虚、水饮凌心 5 个证型,并根据性别及原发病统计出了不同证型的发病率,对后期进一步研究提供了有利的临床依据。

## 5.2. 越鞠丸的临床应用研究

越鞠丸出自金代朱丹溪的《丹溪心法》,为治疗郁证代表方。由香附、川芎、苍术、神曲、栀子五味药组成,现代用法:水丸,每服 6~9 g,温开水送服;亦可作汤剂煎服。本方由肝脾气机郁滞,以致气、血、火、湿、痰、食相因成郁,以气郁为先。人以气为本,气和则病无由生,若喜怒无常,忧思过度,或饮食失节,寒温不适等,均可引起气机郁滞。肝气郁结,气机不畅,则胸膈痞闷胀痛;气郁日久势必及血,而致血郁,则胁腹刺痛而有定处;郁久化火,则病火郁,则吞酸嘈杂;肝郁乘脾,运化失司,脾不胜湿则湿郁;湿聚生痰则痰郁,暖气呕恶;水谷不运,则饮食不消为食郁。气、血、火郁责之于肝,湿、痰、食郁责之于脾,由此可见,六郁之病主要在肝脾郁滞,尤以气郁为主。其治法,重在行气解郁,使气行则血行,气顺则火、湿、痰、食诸郁皆消。方中香附行气舒肝开郁,以治气郁,为君药。川芎为血中之气药,既助君药行气开郁,又可活血祛瘀,以治血郁;苍术燥湿健脾,以治湿郁;神曲消食和胃,以治食郁;栀子清热泻火,以治火郁,共为臣佐药。本方五药,理气为先,行气解郁功效显著,为治六郁证的代表方,以胸膈痞闷,胁腹胀痛,饮食不消为辨证要点。

周思敏[11]在《从郁论治心血管疾病之越鞠丸应用》中谈到:近年来越来越多的医者提出从郁论治心血管疾病。气、血、痰、火、湿、食六郁,既属病理产物,又为致病因素,六者之间互为因果、相互影响,在心血管疾病的发生发展中起到关键作用。临床对于由“郁”所致心悸的治疗,应分别以疏肝解郁定悸、和血解郁、涤痰解郁、发越郁热、补益心脾、祛湿解郁为法。以“解诸郁”之越鞠丸加减治疗因郁而致各种心血管疾病,疗效显著。

邹晓明[12]在越鞠丸加味从“郁”论治冠心病心绞痛临床研究中发现,从中医“郁”的角度采用越鞠丸加味论治冠心病心绞痛可以提高临床治疗效果,快速改善患者的临床症状,降低发病的危险因素,降低治疗期间的不良反应,具有较高的临床价值。

我们在临床治疗室性早搏的过程中发现,现代人们随着生活水平的提高,承受着生活和社会的各种压力的同时,生活作息不规律,经常熬夜伤神,思虑过度,久思伤脾,加之缺乏运动,脾失健运,又饮食不节,过食肥甘厚味,辛辣炙博,酿湿生痰,痰淤阻滞经脉,使心脉瘀阻,而出现痰瘀互阻型室性早搏者居多。我们在整体观念与辨证论治的中医指导思想之下,以“解诸郁”之越鞠丸治疗因郁而致的室性早搏痰瘀互阻型,改善患者的临床症状和提高患者的生活质量,为探索中西医结合治疗室性早搏的新思路提供临床依据。

## 声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

## 参考文献

- [1] Gorenk, B., Fisher, J.D., Kudaiberdieva, G., et al. (2020) Premature Ventricular Complexes: Diagnostic and Therapeutic Considerations in Clinical Practice: A State-of-the-Art Review by the American College of Cardiology Electrophysiology Council. *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology*, 57, 5-26. <https://doi.org/10.1007/s10840-019-00655-3>
- [2] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 164-173.
- [3] 王耀宇, 魏建梁, 杨传华. 杨传华教授治疗阴虚火旺型快速性心律失常经验[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(12): 158-159.

- [4] 周仲瑛, 金实, 李明富, 等. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007.
- [5] 季倩倩, 郭金昊, 孙楠楠, 杨传华. 益气养阴活血方治疗心悸的经验[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(1): 56-57+65.
- [6] 石晶晶, 薄荣强, 胡元会, 等. 调理脾胃学术思想在治疗心悸病中的应用[J]. 北京中医药, 2021, 40(6): 571-573.
- [7] 刘平, 李晓斌, 李静, 等. 杨思进教授治疗心悸的经验总结[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(65): 100-101.
- [8] 陈守峰, 周亚滨. 周亚滨从心肝论治心悸病经验[J]. 湖北中医杂志, 2019, 41(11): 23-25.
- [9] 边凌云, 赵鹏飞. 孙需教授辨证论治心悸经验撷菁[J]. 中医学报, 2015, 30(7): 978-981.
- [10] 谢海波, 汪典, 刘亚娟, 周岚, 李杨. 室性早搏的中医辨证论治分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(10): 64-66.
- [11] 周思敏, 徐思雨, 姚魁武. 从郁论治心血管疾病之越鞠丸应用[J]. 北京中医药, 2021, 40(11): 1222-1224.  
<https://doi.org/10.16025/j.1674-1307.2021.11.014>
- [12] 邹晓明. 越鞠丸加味从“郁”论治冠心病心绞痛临床研究[Z]. 丹东珍珠医院医药卫生科技(2019-ZD-0967).