加味大补心汤联合西药治疗冠心病合并室性早搏临床研究

程全周，陈爱莲，韩会香，赵振凯

濮阳市中医院心内科，河南 濮阳 457001

［摘要］**目的：**观察加味大补心汤联合西药治疗冠心病合并室性早搏的临床疗效。**方法：**采用随机数字表法将90例冠心病合并室性早搏患者分为对照组与试验组各45例。对照组给予西药治疗，试验组在对照组治疗基础上联用加味大补心汤治疗，2组均连续治疗4周。比较2组治疗前后中医证候评分及血清血管紧张素Ⅱ（AngⅡ）、肌酸激酶同工酶（CK-MB）、N-末端B型利钠肽原（NT-proBNP）水平；比较2组治疗前后室性早搏次数、短阵室速次数、室性早搏二联律数目及震荡斜率（TS）、震荡起始（TO）值；比较2组治疗前后左室舒张期平均能量损耗（EL-ave）、左室收缩末期容积（LVESV）、左室心肌质量指数（LVMI）、冠状动脉血流储备（CFR）、循环抵抗指数（IMR）、周围阻力（Rp-V）、平均血流量（Qmean），评估2组临床疗效及不良反应发生情况。**结果：**试验组总有效率97.78%，高于对照组82.22%（$P<0.05$）。治疗后，2组血清AngⅡ、CK-MB、NT-proBNP水平及TO值、室性早搏次数、短阵室速次数、室性早搏二联律数目、LVMI、LVESV、Rp-V、中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且试验组治疗后上述指标低于对照组（$P<0.05$）；2组治疗后TS值及EL-ave、Qmean、CFR、IMR水平均较治疗前升高（$P<0.05$），试验组治疗后TS值及EL-ave、Qmean、CFR、IMR水平均高于对照组（$P<0.05$）。2组均无不良反应发生。**结论：**加味大补心汤联合西药治疗冠心病合并室性早搏疗效确切，能够减少患者室性早搏发作次数，改善心率震荡及左室结构重构，调节冠脉微循环，安全性较高。

［关键词］冠心病；室性早搏；大补心汤；心率震荡；左室结构重构；冠脉微循环

［中图分类号］R541.4 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）21-0012-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.21.003

Clinical Study on Modified Dabuxin Decoction Combined with Western Medicine for Coronary Heart Disease Complicated with Ventricular Premature Beat

CHENG Quanzhou, CHEN Ailian, HAN Huixiang, ZHAO Zhenkai

Department of Cardiology, Puyang Hospital of Chinese Medicine, Puyang Henan 457001, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Modified Dabuxin Decoction combined with western medicine for coronary heart disease complicated with ventricular premature beat. **Methods:** A total of 90 patients with coronary heart disease complicated with ventricular premature beat were divided into the control group and the trial group according to the random number table method, with 45 cases in each group. The control group was given western medicine treatment, and the trial group was additionally treated with Modified Dabuxin Decoction based on the treatment of the control group. Both groups were treated continuously for 4 weeks. Traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and levels of angiotensin Ⅱ (AngⅡ), creatine kinase-MB (CK-MB), and N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) in serum were compared before and after treatment between the two groups. The numbers of ventricular premature beats, nonsustained ventricular tachycardia and bigeminy of ventricular prematurebeat,

［收稿日期］2023-03-08
［修回日期］2023-08-27
［基金项目］中国民族医药学会科研项目（2020ZY017-420201）
［作者简介］程全周（1975），男，硕士，副主任医师，E-mail：1520667628@qq.com。

and the values of turbulence slope (TS) and turbulence onset (TO) were compared before and after treatment between the two groups. The average energy loss (EL-ave), left ventricular end systolic volume (LVESV), left ventricular myocardial mass index (LVMI), coronary flow reserve (CFR), index of microvascular resistance (IMR), resistance peripheral-V (Rp-V), and mean blood flow (Qmean) were compared before and after treatment between two groups. The clinical effects and incidence of adverse reactions were evaluated in the two groups. **Results:** The total effective rate was 97.78% in the trial group, higher than that of 82.22% in the control group ($P<0.05$). After treatment, Ang II, CK-MB and NT-proBNP in serum, TO values, the number of ventricular premature beats, nonsustained ventricular tachycardia and bigeminy of ventricular prematurebeat, LVMI, LVESV, Rp-V, and TCM syndrome scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above indexes in the trial group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the TS values and levels of EL-ave, Qmean, CFR and IMR in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the TS value and levels of EL-ave, Qmean, CFR and IMR in the trial group were higher than those in the control group ($P<0.05$). No adverse reaction occurred in the two groups. **Conclusion:** Modified Dabuxin Decoction combined with western medicine has a definite therapeutic effect on coronary heart disease complicated with ventricular premature beat, which can reduce the number of ventricular premature beats in patients, improve heart rate turbulence and left ventricular structural remodeling, regulate coronary microcirculation, and have high safety.

Keywords: Coronary heart disease; Ventricular premature beat; Dabuxin Decoction; Heart rate turbulence; Left ventricular structure remodeling; Coronary microcirculation

冠心病患者常合并室性早搏，可产生明显的心跳不规则的感觉和漏搏感，伴随胸闷、心悸、气短症状，轻则影响患者日常活动，重则可增加心源性猝死风险，需及时给予治疗措施[1-2]。临床常给予抗血小板凝聚、β-受体阻滞剂等药物治疗，能够缓解患者临床症状，但治疗疗效不理想，无法调节患者身体状态，且需长期服药来稳定病情，增加患者负担[3-4]。中医将冠心病合并室性早搏归属于怔忡、心悸等范畴，多由患者先天禀赋不足，加上情志失调、过度劳损、饮食不节，致心阳虚弱、心气不足，使心神失养，神无所藏而发病，常采用补气升阳、养心安神法治疗。大补心汤具有补血养心、助阳、除烦止痛的功效。本研究观察加味大补心汤联合西药治疗冠心病合并室性早搏的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合冠心病诊断标准[5]。患者有胸部发闷、压迫、紧缩或烧灼感，持续约 10 min，多于情绪激动、劳累或受凉等时出现。静息心电图示静息时心电图心肌缺血变化；冠状动脉造影显示冠状动脉直径狭窄率超过 50%，且无创性检查显示患者存在心肌缺血证据或患者具有典型心绞痛症状。室性早搏参考诊断标准[6]拟定。提前出现宽大畸形的 QRS 波，时限通常在 0.12 s 以上或伴有继发性 ST-T 改变；QRS 主波和 T 波、ST 段的方向相反；产生逆行的 P′波，逆行的 P′波可出现在 QRS 之前或之后，或前后均无 P′波；室性早搏后出现完全性代偿间歇。

1.2 辨证标准 符合心阳虚弱证的辨证标准[7]。胸闷气短，心悸动则为甚，头晕，畏寒肢冷，面色苍白。舌淡胖，苔白，脉沉细迟或结代。

1.3 纳入标准 符合上述诊断、辨证标准；美国纽约心脏病学会（NYHA）心功能分级为Ⅱ~Ⅲ级；近 1 个月内未给予相关治疗；依从性良好；患者及家属

签署同意书。

1.4 排除标准 伴随血液系统、循环系统疾病；妊娠期或哺乳期妇女；合并感染病、恶性肿瘤、免疫系统疾病、脏器功能不全；对本次药物过敏；合并活动性心肌炎、心包大量积液、心源性休克等其他心血管疾病；依从性差或有不稳定型心绞痛、急性心力衰竭、心律失常、严重房室传导阻滞；进行过血管重建手术；精神障碍无法正常沟通。

1.5 一般资料 选择2021年1月—2022年5月于濮阳市中医院心内科收治的90例冠心病合并室性早搏患者作为研究对象，根据随机数字表法分为对照组、试验组各45例。对照组男21例，女24例；年龄42～84岁，平均(57.35±3.27)岁；病程1.10～3.50年，平均(2.24±0.28)年；NYHA分级：Ⅱ级21例，Ⅲ级24例。试验组男22例，女23例；年龄41～85岁，平均(57.21±3.12)岁；病程1.00～3.40年，平均(2.31±0.32)年；NYHA分级：Ⅱ级25例，Ⅲ级20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。本研究经濮阳市中医院医学伦理委员会审批通过(0020145)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西药治疗，调节患者血压及血糖，避免劳累、情绪波动，给予抗血小板凝聚、β受体阻滞剂等治疗。口服盐酸普罗帕酮片(南京白敬宇制药有限责任公司，国药准字H32024070)，每天3次，每次100 mg；阿司匹林肠溶片(邯郸滏荣制药有限公司，国药准字H13023363)，每次100 mg，每天1次；琥珀酸美托洛尔缓释片(广西厚德药业有限公司，国药准字H20233458)，每天1次，每次95 mg。连续治疗4周。

2.2 试验组 在对照组基础上联用加味大补心汤治疗，处方：黄芩、附子(先煎)各3 g，生甘草、茯苓、桂心、熟地黄、阿胶、麦冬各9 g，石膏、半夏、远志各12 g，生姜10 g，大枣20枚，饴糖50 g。随症加减：气虚者加太子参、黄芪各20 g；胸痛频繁或重者加乳香、没药各10 g；面部发白、前区疼痛者加当归10 g。上述药物由濮阳市中医院中药制剂室统一煎药，每次200 mL，每天早晚2次服用，连续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①血清指标。取患者空腹肘静脉血5 mL，离心取血清，采用酶联免疫吸附试验法检测2组治疗前后血清血管紧张素Ⅱ(AngⅡ)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、N-末端B型利钠肽原(NT-proBNP)水平，试剂盒由天津阿斯尔生物科技有限公司提供。②室性早搏指标。通过24 h动态心电图记录2组治疗前后室性早搏次数、短阵室速次数、室性早搏二联律数目。③心率震荡指标。采用24 h动态心电图及窦性心率震荡(HRT)软件检测2组治疗前后R-R间期，计算震荡斜率(TS)和震荡起始(TO)值。④左室结构重构指标。采用BLS-X8超声彩色多普勒诊断仪(徐州贝尔斯电子科技有限公司)检测2组治疗前后左室舒张期平均能量损耗(EL-ave)、左室收缩末期容积(LVESV)、左室心肌质量指数(LVMI)。⑤冠脉微循环指标。采用Voluson P8多普勒超声诊断仪(南京贝登医疗股份有限公司)检测2组治疗前后冠状动脉血流储备(CFR)、循环抵抗指数(IMR)、周围阻力(Rp-V)、平均血流量(Qmean)。⑥中医证候评分。采用相关量表评估2组治疗前后胸闷气短、心悸动则为甚、头晕、畏寒肢冷、面色苍白等症状，根据症状的无、轻、中、重程度分别计0分、2分、4分、6分[8]。⑦不良反应。

3.2 统计学方法 数据通过SPSS23.0软件分析。以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示计量资料，组间及组内比较进行独立样本t检验与配对样本t检验；计数资料以百分比(%)表示，行χ^2检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈：患者临床症状及室性早搏消失，心电图、实验室检查恢复正常；好转：临床及室性早搏症状减轻，实验室检查有改善；未愈：症状及室性早搏无改变[6]。总有效率=(治愈+好转)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。试验组总有效率97.78%，高于对照组82.22%，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组 别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
对照组	45	21(46.67)	16(35.56)	8(17.78)	37(82.22)
试验组	45	31(68.89)	13(28.89)	1(2.22)	44(97.78)①

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.3 2组治疗前后血清AngⅡ、CK-MB、NT-proBNP含量比较 见表2。治疗前，2组血清AngⅡ、CK-MB、NT-proBNP含量比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组血清AngⅡ、CK-MB、NT-proBNP含量均较治疗前降低（$P<0.05$），试验组治疗后血清AngⅡ、CK-MB、NT-proBNP含量低于对照组（$P<0.05$）。

4.4 2组治疗前后室性早搏次数、短阵室速次数、室性早搏二联律数目比较 见表3。治疗前，2组室性早搏次数、短阵室速次数、室性早搏二联律数目比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组室性早搏次数、短阵室速次数、室性早搏二联律数目较治疗前降低（$P<0.05$），且试验组治疗后上述指标低于对照组（$P<0.05$）。

表2 2组治疗前后血清AngⅡ、CK-MB、NT-proBNP含量比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	AngⅡ(ng/L)	CK-MB(U/L)	NT-proBNP(ng/L)
对照组	治疗前	45	120.79±20.82	14.53±3.25	716.57±25.14
	治疗后	45	108.29±15.11①	11.81±2.73①	255.12±20.20①
试验组	治疗前	45	120.15±20.20	14.18±3.09	715.95±24.15
	治疗后	45	98.74±12.21①②	8.16±1.54①②	221.25±15.24①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

表3 2组治疗前后室性早搏次数、短阵室速次数、室性早搏二联律数目比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	室性早搏次数(次/24 h)	短阵室速次数(阵/24 h)	室性早搏二联律数目(次/24 h)
对照组	治疗前	45	5 509.53±251.01	135.03±21.15	529.86±20.42
	治疗后	45	2 015.31±174.13①	79.51±18.04①	112.93±16.52①
试验组	治疗前	45	5 450.38±253.96	136.96±21.51	528.49±21.15
	治疗后	45	1 474.66±161.04①②	46.06±16.75①②	91.41±13.37①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.5 2组治疗前后TS、TO值比较 见表4。治疗前，2组TS、TO值比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组TO值较治疗前降低（$P<0.05$），TS值升高（$P<0.05$）；试验组治疗后TO值低于对照组（$P<0.05$），TS值高于对照组（$P<0.05$）。

表4 2组治疗前后TS、TO值比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	TS(ms/RR间期)	TO(%)
对照组	治疗前	45	2.76±0.84	0.69±0.13
	治疗后	45	5.92±1.13①	−0.99±0.30①
试验组	治疗前	45	2.69±0.80	0.73±0.14
	治疗后	45	7.35±1.24①②	−1.44±0.20①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.6 2组治疗前后LVMI、LVESV、EL-ave比较 见表5。治疗前，2组LVMI、LVESV、EL-ave比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组LVMI、LVESV较治疗前降低（$P<0.05$），EL-ave升高（$P<0.05$）；试验组治疗后LVMI、LVESV低于对照组（$P<0.05$），EL-ave高于对照组（$P<0.05$）

4.7 2组治疗前后Rp-V、Qmean、CFR、IMR比较 见表6。治疗前，2组Rp-V、Qmean、CFR、IMR比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组Qmean、CFR、IMR较治疗前升高（$P<0.05$），Rp-V降低（$P<0.05$）；试验组治疗后Qmean、CFR、IMR高于对照组（$P<0.05$），Rp-V低于对照组（$P<0.05$）。

表5 2组治疗前后LVMI、LVESV、EL-ave比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	LVMI(mg/g)	LVESV(mL)	EL-ave
对照组	治疗前	45	2.61±0.30	63.05±5.07	1.42±0.35
	治疗后	45	2.30±0.25①	50.11±4.02①	3.25±0.92①
试验组	治疗前	45	2.63±0.32	63.54±5.21	1.47±0.33
	治疗后	45	2.12±0.22①②	44.16±3.54①②	4.24±1.15①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

表6 2组治疗前后Rp-V、Qmean、CFR、IMR比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	Rp-V[10^3/(a·m^3)]	Qmean(mL/s)	CFR	IMR
对照组	治疗前	45	14 701.53±209.45	5.64±0.72	1.31±0.27	23.72±2.01
	治疗后	45	7 244.12±151.32①	7.57±0.86①	1.71±0.42①	26.34±2.25①
试验组	治疗前	45	14 742.55±213.56	5.69±0.69	1.34±0.21	23.59±2.12
	治疗后	45	6 934.55±122.17①②	8.58±0.94①②	2.16±0.54①②	29.02±3.72①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.8 2组治疗前后中医证候评分比较 见表7。治疗前，2组胸闷气短、心悸动则为甚、头晕、畏寒肢

冷、面色苍白评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组胸闷气短、心悸动则为甚、头晕、畏寒肢冷、面色苍白评分均较治疗前降低（$P<0.05$），试验组治疗后各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。

表7 2组治疗前后中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组别	时间	例数	胸闷气短	心悸动则为甚	头晕	畏寒肢冷	面色苍白
对照组	治疗前	45	4.11±1.02	3.97±0.80	4.15±0.97	3.93±0.77	4.03±1.05
	治疗后	45	1.31±0.35①	1.20±0.33①	1.44±0.42①	1.05±0.33①	1.36±0.32①
试验组	治疗前	45	4.06±0.94	3.93±0.95	4.07±1.01	3.99±0.97	4.07±1.01
	治疗后	45	0.97±0.29①②	0.87±0.25①②	0.92±0.24①②	0.73±0.18①②	0.90±0.23①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.9 不良反应 2组治疗期间均无肝、肾功能异常，无明显不良反应发生。

5 讨论

冠心病合并室性早搏的产生与动脉缺血产生心肌细胞损伤、遗传因素、正常自律性增高和异常自律性增强等密切相关[9-11]。中医认为冠心病合并室性早搏多由患者先天禀赋不足，加上后天失养，思虑过度，损耗心气，过度劳损可损伤心神，致使心气不足，心阳虚弱，无以推动血行，使心神失养，神无所藏，引发心悸，临床以补气升阳、养心安神法治疗。本研究采用的大补心汤，源自《备急千金要方》，方中远志交通心肾、宁心安神，桂心活血化瘀、补火助阳，共为君药。附子回阳救逆、助阳、止痛，大枣补中益气、养血安神，共为臣药；茯苓健脾宁心、利水渗湿，黄芩清热燥湿，石膏泻火除烦，半夏燥湿化痰，生姜温中止痛，饴糖补中益气、缓急止痛，熟地黄补血生津，阿胶补血，麦冬润肺清心除烦，共为佐药；生甘草益气复脉、调和诸药，为使药。另外随症加减，气虚者加太子参、黄芪益气养心、升阳、益卫固表；胸痛频繁或重者加乳香、没药散瘀止痛、活血行气；面部发白、前区疼痛者加当归补血活血、化瘀止痛。诸药合用，共达补血养心、助阳、除烦止痛之功。本研究中试验组总有效率高于对照组，胸闷气短、心悸动则为甚、头晕、畏寒肢冷、面色苍白评分低于对照组，提示加味大补心汤联合西药治疗冠心病合并室性早搏的疗效优于单纯西药治疗，能够有效缓解患者中医症状。

AngⅡ是一种内分泌激素，也是一种神经内分泌因子，可收缩血管，产生水钠潴留，促进心肌间质细胞及血管平滑肌细胞增生，致使患者产生心室重构；NT-proBNP为心肌损伤及心室重构重要指标，与心肌损伤及心室重构呈正相关[12-13]。CK-MB主要存在于心肌细胞中，是心肌酶谱指标，在心肌损伤后，细胞膜通透性产生改变，促进CK-MB释放入血，灵敏反映心肌损伤程度[14]。本研究结果显示，试验组血清AngⅡ、CK-MB、NT-proBNP含量均较对照组降低，提示加味大补心汤治疗冠心病合并室性早搏，可减少患者心肌损伤。研究发现远志中远志皂苷元成分可加强外周血内皮祖细胞移植，促进心肌供血，减少心肌缺血损伤，促进心肌修复，改善心室舒张功能[15]。黄芪中黄芪皂苷成分可增大心脏收缩振幅，增多排出血量，保护心肌缺血缺氧、缺血/再灌注损伤[16]。

EL-ave、LVMI、LVESV是心室重构常用指标，TO、TS为心率震荡指标，其反映迷走神经调控功能，当迷走神经调控异常可产生室性早搏[17]。本研究结果发现，试验组室性早搏次数、短阵室速次数、室性早搏二联律数目、TO、LVMI、LVESV均较对照组降低，TS、EL-ave均较对照组升高，提示加味大补心汤联合西药治疗冠心病合并室性早搏，可改善心率震荡指标及左室结构重构，减少室性早搏发作。药理研究发现麦冬中含有的甾体皂苷、高异黄酮类等活性成分能提升心肌缺血耐受力，抑制心肌细胞损伤，调节受损心肌搏动率及活力，改善患者细胞能量代谢，对抗心律失常[18]。附子中含有附子总生物碱能通过细胞修复相关蛋白表达，改善缺血心肌的信号传导机能、能量代谢来保护缺血心肌细胞，减少心肌损伤；附子中的苄基异喹啉类生物碱可抗心律失常[19]。

Rp-V、Qmean为血流动力学指标，CFR、IMR为冠脉微循环指标，均能够反映患者血流状态[20]。本

研究中，试验组Rp-V较对照组降低，Qmean、CFR、IMR较对照组升高，提示加味大补心汤联合西药治疗可调节患者冠脉微循环。药理研究发现黄芩中黄酮、苯乙醇苷类、二萜等活性成分能防止心血管畸形，保护心血管，改善微循环[21]。此外，2组均未出现不良反应，提示加味大补心汤联合西药治疗冠心病合并室性早搏，安全性较高。

综上所述，加味大补心汤联合西药治疗冠心病合并室性早搏疗效确切，能够减少患者室性早搏发作次数，改善左室结构重构与冠脉微循环，安全性较高。

[参考文献]

[1] 王孟柳. 益气养阴通络方治疗稳定性冠心病(SCAD)气阴两虚型室性早搏(PVC)的临床观察[D]. 济南：山东中医药大学，2021.
[2] 邵淑琳，余璐. 稳心颗粒联合西药对气阴两虚型冠心病心力衰竭合并室性早搏患者心功能及血清N末端B型脑钠肽前体水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志，2022，17(4)：737-742.
[3] 吴岚，揭珏，周琛，等. 参松养心胶囊联合美托洛尔治疗冠心病室性早搏的疗效及对血浆NT-proBNP、AngⅡ、CK-MB、CTnT的影响[J]. 华夏医学，2020，33(5)：1-5.
[4] 秦焕，井晓峰，薛剑，等. 养心定悸胶囊联合比索洛尔治疗气阴两虚型慢性心力衰竭合并室性早搏疗效观察及对NT-pro-BNP、LVEF的影响[J]. 中药药理与临床，2020，36(1)：194-198.
[5] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组，中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组，中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会，等. 稳定性冠心病诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志，2018，46(9)：680-694.
[6] 中华医学会心电生理和起搏分会，中国医师协会心律学专业委员会. 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.
[7] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京：南京大学出版社，1994：19-20.
[8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：68-72.
[9] GASPERETTI A，CAPPELLETTO C，CARRICK R，et al. Association of Premature Ventricular Contraction Burden on Serial Holter Monitoring With Arrhythmic Risk in Patients With Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy[J]. JAMA Cardiology，2022，7(4)：378-385.
[10] 袁梓勋，张艳. 高血压左心室肥厚与室性早搏相关的中医病机研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志，2017，5(12)：87-88.
[11] KHEIRKHAH J，GHORBANI Z，SALARI A，et al. Melissa officinalis tea favourably affects the frequency of premature ventricular beats and cardiometabolic profile among patients with premature ventricular contraction：A randomised open-label controlled trial[J]. International Journal of Clinical Practice，2021，75(10)：e14644.
[12] 吴阳阳，姚魁武. 姚魁武教授运用养阴定悸汤治疗室性早搏经验撷英[J]. 天津中医药，2019，36(10)：991-993.
[13] 吴岚，揭珏，周琛，等. 参松养心胶囊联合美托洛尔治疗冠心病室性早搏效果及对相关指标的影响[J]. 白求恩医学杂志，2020，18(3)：263-265.
[14] 尹培永，熊婷，吴文虎. 逍遥通脉汤联合西药治疗气滞血瘀型冠心病稳定型心绞痛的疗效及对冠脉微循环、血管内皮功能的影响[J]. 四川中医，2022，40(7)：90-93.
[15] 王小雨，刘传鑫，周佳丽，等. 中药远志的化学成分和药理作用研究进展及其潜在质量标志物预测分析[J]. 国际药学研究杂志，2020，47(7)：483-495，513.
[16] 孙政华，邵晶，郭玫. 黄芪化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医临床研究，2015，7(25)：22-25.
[17] 徐建辉. 益气复脉方对老年人冠心病室性早搏的作用及对窦性心率震荡影响的研究[D]. 郑州：河南中医药大学，2016.
[18] 迟宇昊，李暘，申远. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报，2021，38(2)：189-192.
[19] 唐梅，赵立春，徐敏，等. 附子化学成分和药理作用研究进展[J]. 广西植物，2017，37(12)：1614-1627.
[20] 吴健，陈智龙，陈建强，等. 益气破血化痰方对冠心病室性心律失常病人趋化性细胞因子、冠状动脉微循环和血管内皮功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2022，20(12)：2224-2228.
[21] 李影，周小青，陈杰，等. 黄芩属植物化学成分及药理作用的研究进展[J]. 江西中医药大学学报，2023，35(2)：111-120.

(责任编辑：冯天保，沈崇坤)