

- [7] VARADHARAJ S,PORTER K,PLEISTER A, et al .Endothelial nitric oxide synthase uncoupling:a novel pathway in OSA induced vascular endothelial dysfunction [J]. Respiratory Physiology & Neurobiology,2015,207:40-47.
- [8] QASEEM A,DALLAS P,OWENS D K, et al .Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults:a clinical practice guideline from the American College of Physicians[J].Ann Intern Med,2014,161(3):210-220.
- [9] 中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南 2010[J].中华心血管病杂志,2011,39(7):579-615.
- [10] SHAMSUZZAMAN A S,GERSH B J,SOMERS V K. Obstructive sleep apnea:implications for cardiac and vascular disease[J]. JAMA,2003,290(14):1906-1914.
- [11] LOPEZ-ALARCONA C,DENICOLA A.Evaluating the antioxidant capacity of natural products:a review on chemical and cellular-based assays[J].Anal Chim Acta,2013,763:1-10.
- [12] 郝雁,纪明,李黎,等.阻塞性睡眠呼吸暂停相关高血压与氧化应激研究[C].上海:中国转化医学和整合医学学术交流会(上海站)论文汇编,2015:1-5.
- [13] 王鹏举,李江平,曹红,等.氧化应激反应在 OSAs 倍原发性高血压中的作用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(9):604-606.
- [14] SCHULZ R,MURZABEKKOVA G,EGEMNAZAROV B, et al .Arterial hypertension in a murine model of sleep apnea:role of NADPH oxidase 2[J].Hypertens,2014,32(2):300-305.
- [15] CHEN L,YUAN D,WANG G L, et al .Clinicopathological significance of expression of Tspan-1,Jabland P27 in human hepatocellular carcinoma[J].J Korean Med Sci,2010,25 (10):1438-1442.
- [16] RIO R D,MOYA E A,ITURRIAGA R.Differential expression of pro-inflammatory cytokines,endothelin-1 and nitric oxide synthases in the rat carotid body exposed to intermittent hypoxia[J]. Brain Research,2011,1395:74-85.
- [17] JELIC S,PADELETTI M,KAWUT S M, et al .Inflammation,oxidative stress, and repair capacity of the vascular endothelium in obstructive sleep apnea[J].Circulation,2008,117(17):2270-2278.
- [18] 郑建普,孙莉,可燕,等.NADPH 氧化酶对自发性高血压大鼠体内氧化应激的影响[J].中国药理学通报,2006,22(9):1079-1083.
- [19] MU H,WANG X,LIN P, et al .Nitrotyrosine promotes human aortic smooth muscle cell migration through oxidative stress and ERK 1/2 activation[J].Biochim Biophys Acta,2008,1783(9):1576-1584.
- [20] MOYA E A,ALCAYAGA J,ITURRIAGA R.NO modulation of carotid body chemoreception in health and disease[J].Respiratory Physiology & Neurobiology,2012,184(2):158-164.
- [21] YANG Y M,HUANG A,KALEY G, et al .eNOS uncoupling and endothelial dysfunction in aged vessels[J].Am J Physiol Heart Circ Physiol,2009,297:1829-1836.

(收稿日期:2018-07-05)

(本文编辑 郭怀印)

苓桂术甘汤合四逆散治疗室性期前收缩验案 1 例

李瑞祺¹,王安璐²,徐 浩²

摘要: 室性期前收缩是临床最常见的心律失常疾病之一,中医药治疗具有独特优势。徐浩教授治疗室性期前收缩经验丰富,主张病证结合,善于在辨证运用经方时方的基础上结合现代药理研究处方用药,每获良效。本研究介绍徐浩教授运用苓桂术甘汤治疗室性期前收缩的经验 1 则。

关键词: 室性期前收缩;苓桂术甘汤;验案;辨病辨证

中图分类号:R541.7 R256.2 文献标识码:C doi:10.12102/j.issn.1672-1349.2019.24.064

室性期前收缩是希氏束分叉以下部位过早发生的提前使心肌除极的心搏^[1]。室性期前收缩的发生多与各种器质性心脏病的存在有关,如冠心病、心肌病、心力衰竭,然而有 1/10 左右的室性期前收缩病人并未合并上述器质性心脏病^[2]。长期频发室性期前收缩可引起心脏扩大和心功能不全。目前,西医对于频发室性期前收缩病人主要采用射频消融和药物治疗。射频消融能快速有效控制频发性室性期前收缩,但因价格高昂难以普及,且有复发问题,而抗心律失常药物应用后疗效个体差异较大、有致心律失常作用且易远期复发。大量相关研究显示,中医药辨病与辨证施治在缓解临床症状的同时,还可发挥多层次和多靶点抗心律失常效应,已逐渐成为室性期前收缩治疗的热点研究方向

之一^[3]。徐浩教授在辨病、辨证、辨症的基础上灵活运用经方时方,同时在中西医结合的指导下运用现代药理研究结果,在临床治疗不伴有原发疾病的功能性室性期前收缩每有良效。徐浩教授认为,室性期前收缩病机多为本虚标实,本虚为气血不足、阴阳亏虚,标实则分气滞、血瘀、痰饮、水湿、血热等。在治疗时首先辨证选择基础用方,再于辨证的基础上辨病。从西医角度应用现代药理研究已证实的具有抗心律失常的药物,如苦参、黄连、郁金、桑寄生、甘松、延胡索等;再从中医角度心悸所具有的共性病机“神不安”入手,加入安神之药,如重镇安神之生龙齿、磁石、珍珠母,养心安神之茯神、远志、炒枣仁、柏子仁、合欢皮、夜交藤等^[4]。笔者随师侍诊,受益匪浅,现将苓桂术甘汤治疗室性期前收缩经典验案总结如下。

1 资 料

病人,男,30岁,职业为飞行员,2018年6月25日初诊。主诉发现期前收缩3个月。病人于2018年3月18日于包头医学院第二附属医院体检发现室性期前收缩,曾于当地服中药1个半月效果不佳,病人否认

作者单位 1.北京中医药大学研究生院(北京 100029);2.中国中医科学院西苑医院心血管病中心

通讯作者 徐浩,E-mail:xuhaotcm@hotmail.com

引用信息 李瑞祺,王安璐,徐浩.苓桂术甘汤合四逆散治疗室性期前收缩验案 1 例[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(24):4103-4104.

心脏病史,于包头医学院第一附属医院查心脏超声示:静息状态下,心内结构及功能大致正常。查甲状腺功能、心肌酶、血清离子均在正常范围内。发病前无重感冒及发烧,平素生活不规律,吸烟饮酒,现已戒烟酒。6月18日包头医学院第二附属医院复查动态心电图示:窦性心律伴窦性心律不齐,总心搏数99 788次,最小心率37次/min,最大心率118次/min,平均心率70次/min,停搏大于2 000 ms的长RR间期是0个,室性期前收缩有14 190次,有1 411阵室性二联律和44阵室性三联律(可见室性并行心律),可见室性融合波。室上性期前收缩有0次,可见间断出现二度I型传导阻滞,未见明显ST-T改变。刻下症见:期前收缩以睡眠时多,运动时少,时有心慌,纳可,易腹泻,善太息,夜眠可,入睡慢,无明显怕冷怕热,汗出正常,口干,口不苦。舌淡胖边齿痕苔薄白滑,脉细迟,时结代。中医诊断为:心悸,证属阳虚水饮兼气滞,以温化水饮为法,佐以调畅气机、宁心安神,治以苓桂术甘汤合四逆散加减,处方如下:茯苓30 g,桂枝15 g,炒白术30 g,炙甘草30 g,当归10 g,白芍10 g,党参30 g,远志10 g,郁金30 g,柴胡10 g,枳壳10 g,桑寄生30 g。30剂,水煎服,日1剂,早晚分服。

2018年7月23日复诊,病人坚持服药30剂,心慌感减轻,已无气短,太息明显减轻,晨起时有心跳快,偶手足心发麻,纳眠可,大便偏稀,小便正常,口干,口气大,夜眠好转,室性期前收缩多于午睡及夜眠安静时出现。2018年7月19日包头医学院第二附属医院动态心电图示:窦性心律伴窦性心律不齐,窦房结到房室结内游走性心律。总心搏数99 912次,最小心率37次/min,最大心率128次/min,平均心率70次/min,停搏大于2 000 ms的停搏或长RR间期是0个,室性期前收缩有4 663次,有329阵室性二联律和0阵室性三联律,可见室性融合波。室上性期前收缩有1次。可见二度房室传导阻滞,未见窦性停搏。心率增快时可间断性出现T波改变(Ⅱ、Ⅲ、aVF、V4~V6)。舌淡红略暗胖苔薄白微黄,脉细迟,时结代。上方桑寄生、党参加至45 g,处方为:茯苓30 g,桂枝15 g,炒白术30 g,炙甘草30 g,当归10 g,白芍10 g,党参45 g,远志10 g,郁金30 g,柴胡10 g,枳壳10 g,桑寄生45 g。30剂,水煎服,日1剂,早晚分服。病人心慌症状明显减轻,未再复查动态心电图,遂停中药,随访1年病情稳定。

2 讨 论

室性期前收缩属中医学“心悸”的范畴,又根据是

否由外界刺激引发而分为“惊悸”和“怔忡”。中医病机为本虚标实,本虚为心阳不振,气阴两虚,标实多为痰火、水饮、瘀血^[5]。苓桂术甘汤出自《伤寒论》,“伤寒,若吐若下后,心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧;发汗则动经,身为振振摇者,茯苓桂枝白术甘草汤主之”,《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之”,再有“夫短气有微饮,当从小便去,苓桂术甘汤主之”。均为心脾阳虚而脾失健运,饮停气逆,故见气逆冲胸、头昏目眩、胸胁支满等各种症状。其与心血管系统诸多疾病的表现相类似。

本病例中病人为青年男性,职业为飞行员,饮食不节、喜烟酒、熬夜多,损伤脾胃导致脾失健运,故症见易腹泻,善太息;心阳不足,故期前收缩夜间加重;心慌为脾胃虚弱,不能运化水湿,水饮上泛,扰动心神之象;水饮内停,不能上承,故见口干;舌淡胖边齿痕苔薄滑,脉细迟,均为心脾阳虚,水饮内停之征。方中桂枝、甘草振奋心阳,茯苓、白术驱逐水饮,恢复脾之运化职能,配当归、党参、远志寓有健脾养心的归脾汤,佐以四逆散之柴胡、枳壳、白芍合郁金调达郁结之气,配以现代药理研究有抗心律失常作用的桑寄生^[6],全方共奏健脾养心、调气化饮之效。服药1个月后,复诊,病人心慌症状明显减轻,且动态心电图亦显示期前收缩次数由14 190次减至4 663次,效不更方,将党参、桑寄生用量增加,以增强扶正之力,巩固疗效,故三诊心慌症状明显减轻,且停药后病情保持稳定。目前,西医治疗室性期前收缩主要采用普罗帕酮、胺碘酮、β受体阻滞剂等,其主要机制为抑制异位起搏点自律性、延长动作电位时间、拮抗交感神经活性等,在减少期前收缩数目方面具有一定效果,但长期应用有一定不良反应,且停药后容易复发,特别是在无器质性心脏病病人中其应用受到限制,而中医中药疗效确切,不良反应少,取效停药后不易复发,值得进一步深入研究。

参考文献:

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2014:197-200.
- [2] 刘萍.频发室性早搏射频消融术治疗的疗效[J].中医临床研究,2019,11(18):5-7.
- [3] 韩昌华.倍他乐克联合门冬氨酸钾镁及稳心颗粒治疗室性早搏50例临床分析观察[J].中国医药指南,2012,10(4):191-192.
- [4] 张贺,李金根,于美丽,等.徐浩教授病证结合治疗心律失常临床经验撷英[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,16(19):2913-2914.
- [5] 朱明军,王永霞.心律失常的中西医结合治疗[J].中国中西医结合杂志,2011,31(3):428-432.
- [6] 刘丽娟.桑寄生现代临床应用研究进展[J].检验医学与临床,2009,6(12):1001-1002.

(收稿日期:2018-03-29)
(本文编辑 王丽)