張斌霞教授論治早搏經驗結輯

Summary of the clinical experience of Professor *ZHANG Binxia* in the treatment of premature beats

彭玉霞[1]　彭玉芝[2]　張斌霞[3]

PENG Yuxia, PENG Yuzhi, ZHANG Binxia

（1.南京中醫藥大學 南京 210023；2.陝西中醫藥大學 咸陽 712000；3.常州市中醫醫院 常州 210003）

[摘要] 早搏是指異位起博點過早或者提前發出的衝動所引起的心臟搏動，主要表現為心慌、胸悶、氣喘。本文介紹張斌霞教授對早搏的病因病機的認識及其治療經驗，張斌霞認為本病的病理特性為本虛標實之證。根據「審證求因」的原則，認為致病的根本原因為氣血兩虛、陰陽俱虧，水飲凌心、痰瘀阻絡為加重病情發展的重要病理因素。強調補腎、益氣養血為大法，佐以化飲祛痰、清心安神、活血化瘀的治療原則，自擬消搏安心飲氣血同調、標本兼治，注重辨病結合辨證，臨床上取得了較好的療效。

[關鍵詞] 早搏；心悸；臨床經驗；中醫藥；消搏安心飲

早搏是指異位起博點過早或提前發出的衝動所引起的心臟搏動，是循環系統常見疾病之一，具有起病隱匿不易引起重視的特點，臨床上以室性早搏最為多見，也是最常見的心律失常[1]。該病早期主要以心慌、胸悶、氣喘為主可伴有全身乏力、頭昏頭暈、失眠健忘等症狀，後期則累及脾腎等臟器出現相應的病變，甚至可導致五臟俱竭，有研究報導本病可引起心臟器質性病變[2]，是心房顫動[3-5]、心力衰竭、中風發生的危險因素[6-7]。隨着社會老齡化越來越嚴重、當下年輕人普遍壓力大及過度疲勞，情緒波動較大，發病率越來越高，嚴重的影響人們的生活及工作。當代醫學對本病的治療主要以β受體阻滯劑、鈣通道阻滯劑、鈉通道阻滯藥、延長動作電位的阻滯藥和腺苷等對症治療為主並無其他特殊治療方法，雖效果可觀，但不能徹底根治、易反復發作、耐藥性強、副作用大等缺點。而傳統醫學多立足於「整體觀念」、「治病求本」、「辨證施治」的基本原則，臨床療效可觀，特別是其在遠期療效方面的優勢更顯。

中醫古籍並未有「早搏」這一獨立病名記載，但根據其臨床症狀可歸屬於「心悸、怔忡」範疇。對其病因最早記載於《內經》。正如《素問·平人氣象論》中所述：「左乳下，其動應衣，宗氣泄也」；《素問·痹論》記載的「心痹者，脈不通，煩着心下鼓」是最早記載本病的表現為脈律不齊。張斌霞系南京中醫藥大學教授，主任中醫師博士，碩士研究生導師，從事臨床、科研近30載，曾師從全國名老中醫周仲瑛教授和省名中醫及博士生導師張琪教授臨證學習多年，現為孟河醫派傳人、市名中醫，常州市衛生局重點醫學創新人。對內科心血管疾病有着獨特的見解及診治經驗。現將張斌霞教授治療早搏經驗總結如下，僅供同道中人參考。

1　病因病機

1.1　七情藥物、飲食勞倦為發病之因

經過多年在臨床上的不斷摸索與總結，張斌霞教授認為引起早搏的原因不僅與體虛勞倦、七情所傷、感受外邪、飲食不節、藥物不當有關，是多種多樣複雜的病因所引起的綜合性循環系統疾病，包括內因和外因，內因主要責以情志失調、濫食藥物、過食肥甘、勞倦過度為甚，如《素問·邪氣臟腑病形》曰：「愁優恐懼則傷心」；《素問·本病論》亦曰：「憂愁思慮則傷心」；《素問·舉痛論》所載：「驚者心無所依，神無所歸，慮無所定，故氣亂矣」以上皆說明七情過度，五志過盛，則擾亂心神，使心神失寧；飲食肥甘厚膩，易釀熱生痰，痰熱內生，化火擾心；過度勞累、年老體弱或久病傷正，臟腑功能失調，皆可引起氣血虧虛，心神失養；過服或錯服藥物，耗傷心氣心陰。

1.2　氣血兩虛、脾腎俱虧為發病之本

Copyright ©《中醫雜誌》版權所有 All Rights Reserved

《傷寒明理論·悸》曰：「氣虛者……正氣內動而悸也。」；《丹溪心法。驚悸怔忡》亦曰「人之所主者心，心之所養着血，心血一虛，神氣不守，此驚悸之所肇端也」。此皆說明氣血不足是病發的關鍵所在。心主血主脈，血行脈中而奉赤全身使心得養，心養則神藏逸志，心博脈律平穩。氣能載血，血在脈中的運行需氣的推動，氣行則血行，氣虛則血滯，亦不能使水穀之精轉為氣血津液而濡養心臟，心失奉養而發為心悸；「氣為血之母」氣能生血亦能行血，氣虛日久則致血虛，「津能載氣」，血虛日久必然導致氣的不足，進一步加重機體的氣血兩虛。「血主濡之」、「氣主溫煦」，臟腑、經絡的正常功能的維持有賴於氣血的滋養和溫煦作用，氣血兩虛則致使心失所養故而出現心慌、胸悶、氣喘、乏力等症狀，因而發為本病。因此，綜上所可知氣血兩虛是此病發生的根本原因。

從臨床實踐上來說，張教授認為早搏的臨床症狀多樣，分型繁多複雜，較少有單純的氣虛、血虛或者氣血兩虛者，從整個病理演變來看，早搏大致經歷可歸納為三個階段，初為氣血兩虛—繼而氣陰兩虛—終則陰陽俱虧，病位在心，多涉及肺脾腎，尤以與脾腎關係最為密切，多數初脾後腎，病情逐漸加重。

病情初期主要責於脾。臨床上表現為心悸氣短，動、勞則更甚，頭昏目眩，疲勞乏力，面色不華，舌淡，苔薄白，脈細弱等症狀。脾為生氣生血之源，均需水穀精微化生而來，故氣血同源，《醫學必讀》中所記：「一有此身，必滋谷氣，谷入於胃，灑陳於六腑為氣至，和調於五臟而血生，而人資之以為生者也」。「脾以升為健」、「脾主為胃行其津液者也」，為氣血轉運之樞紐，向上達心腦，向下致四肢，故脾健氣血旺心養脈穩律平。

在病情的中後期主要責於腎，症候表現以氣陰兩虛為主，臨床上多表現為心悸心煩，五心煩熱，口乾，頭昏目眩，腰膝酸軟，耳鳴，舌紅少津，脈細數弦等症狀。「久病入腎」、「久病易虛」，「腎藏精」，孕元陰元陽，腎之陰是一身陰液之根本，故疾病中後期的陰精虧虛主要為腎陰虛。腎屬陰藏精主水為水臟以升為順，心屬陽藏神主血為火臟以降為和，生理上，腎水上濟降心火，心火下降溫腎水，則水火既濟，陰陽調和，精血互資。否則心火過亢擾心，腎水過腎凌心，心擾神煩脈律不齊；且腎主氣化主津液，為津液轉輸的關鍵臟器，腎虧則氣血津液上達心受障，心失所養則悸動。

病初氣血不足脾虛，日久氣血兩虛，血失氣運而停脈道，致血脈凝滯，生成淤血，虛易生內熱，瘀熱內生，正如李東垣·《內外傷辨惑論》云「皆隔上血中伏火，蒸蒸而不安」。瘀則阻礙氣血津液的周轉運行，內則五臟六腑失其溫潤，外則四肢百骸失其滋養；熱則耗氣傷陰，煎灼津液，津虧又耗氣，氣津兩虧，致疾病的中期氣陰兩虛腎虛。如若未能及時干預或治療不當導致病情進一步發展，則使氣陰更虧，病致後期氣、血、津生髮不足，而損耗巨大，臟腑俱衰，陰陽俱虧。綜上所述，氣血兩虛、脾腎俱虧是導致早搏發生的本質且伴隨疾病發生發展的始終。

1.3 水飲凌心、瘀瘀阻絡為致病之標

《金匱要略·痰飲咳嗽病篇》云：「水停心下，甚者則悸,微者短氣。」說明水飲凌心是早搏發生的重要機制。心在上焦屬火為陽，腎在下焦屬水為陰，心藏血主神，腎藏精主水，心腎相為表裏。一般情況下，心火下降溫腎水，腎水上濟滋心火，即「水火既濟」，機體保持動態平衡。早搏氣血兩虛，脾腎俱虧，氣虛則肺的宣降、脾的運化、腎的蒸騰作用減弱，津液代謝失調，水飲停留體內，腎陽虧虛，日久陽虛水泛，上凌於心，臨床上出現心悸眩暈、胸悶痞滿、肢體浮腫等表現。腎陰虧虛，則不能上濟滋養心陽，心腎失交出現心火獨亢、腎水凝聚等證，臨床上表現為心悸怔忡、胸悶、心煩失眠、頭昏頭暈等症狀。

「脾為生痰之源、肺為儲痰之器」肺在上焦主治節善降，脾在中焦主運化善升，正常情況下，肺脾升降協同，彼此交通，維持生克制化，使脾土健運、肺金調節。早搏氣血兩虛，肺失宣降調節，脾失運化升清，水液代謝障礙，水飲溜內，聚濕成痰，凝滯血脈；濕為陰邪，損傷陽氣，虛熱內生，痰火擾心。《素問·痹論》云：「心痹者，脈不通，煩則心下鼓」，指出瘀血與其關係密切。早搏氣血兩虛，氣虛推血無力，滯澀血絡不通而為瘀；津血同源，血少津虧黏澀脈絡不暢而成瘀，病理產物淤血進一步加重氣血兩虛，相互交互形成惡性循環；病久必瘀，瘀血阻絡，停於心，臨床上可見心悸，胸悶心痛，唇甲青紫，舌質紫暗或有瘀斑，

香港註冊中醫學會 版權所有 All Rights Reserved
Copyright HKRCTCM

脈結代或澀。由此可得出，水飲凌心、痰濁阻絡為致病之標，而淤血貫穿早搏病程進展的始終，也是治療早搏的關鍵一環。

2　臨床治療特點

張斌霞認為此病病變本質為氣血兩虛、脾腎俱虧，並同時與水飲凌心、痰瘀阻絡關係緊密，且與心肺脾腎四臟有關，相互為用相互影響，本着「治病求本」的原則，故將益氣、養血、補腎、化飲、祛痰、活血之法有機結合起來，確立了以補腎、益氣養血為大法，佐以化飲祛痰、清心安神、活血化瘀的治療原則。故將「益氣養血，補氣健脾，調整陰陽，以平為期」的治療原則貫穿早搏治療的全過程，氣屬陽主溫煦，血屬陰主濡養，採取陰陽同補，以「陰陽互根互用、相互轉化」為選方譴藥的依據，同時注重辨病與辨證結合，標本兼顧，從而達到「陰平陽秘」的狀態。

飲邪犯心與本病有着密切的關係，水飲代謝失調多數由於肺脾腎虧虛所導致，因此補益肺脾腎同是其不可忽略的一個重要環節。因「金水相生、先後天互資」，所以通常採取肺脾腎同補法，尤以補脾腎為主，通過補益脾腎先後天之精以補心肺之虛，補心肺之虛亦對脾腎之精的產生有相輔的效果，換而言之，補益肺脾腎即是溫飲。「肺生痰、脾儲痰」補益肺脾，即是堵斷痰源。聚濕成痰，痰濕化火擾心，同時佐以降火安神之藥。

此外久病入絡，淤血停心，致使瘀阻心脈、陰陽失調、經絡氣血衰敗、經絡氣血運行逆亂或阻滯，產生經絡功能失調的一系列症狀。因此治療當以活血化瘀之法貫穿本病的始終，此為治療和預防本病進一步發展至關重要的一步。

3　臨床處方用藥經驗

基於以上對早搏的認識，張斌霞教授經過多年的臨床實踐和孜孜不倦的探索，總結出治療此病的基礎方消搏安心飲。此方作為治療早搏的基本方，同時注重把辨證分型的原則運用到隨證加減的用藥上，標本同治，辨病、辨位同施，在臨床上治療多數早搏取得了顯著的臨床療效。

消搏安心飲組成：炒白朮15-20g，黨參10-15g，當歸10-15g，阿膠6-10g，山藥10-15g，黃精10-15g，麥冬10-15g，葛根20-30g，淫羊藿10-15g，仙茅10-15g，生牡蠣30-40g，生龍骨30-40g，桂枝10-15g，炙甘草15-20g，紅花10-15g，桃仁10-15g，丹參10-15g，川芎10-15g，此方為炙甘草湯、桂枝甘草龍骨牡蠣湯及桃仁紅花煎加減化裁而成。情志不暢者加百合、郁金、綠萼梅疏肝解鬱；失眠健忘者加茯苓、茯神、酸棗仁養血安神；心煩胸悶者香附、柴胡滋陰達肝；虛熱汗出者加梔子、石膏清退虛熱止汗；頭昏頭暈者加天麻、鉤藤、牛膝降火平肝潛陽；消化不良痞滿者加麥芽、萊菔子助胃腸蠕動；痰甚則加半夏、天南星祛頑痰；大便不通者加麻子仁丸加減行氣通便。

方中炒白朮味甘性溫，取其甘味益氣健脾、緩解病情，取其溫性燥濕利水，具有「補氣健脾第一要藥」之稱；黨參性平偏溫補血生津，善補脾肺氣，兩藥相使為用共增補肺脾氣之效，且使白朮溫而不燥，補氣而不伐陰；當歸補血活血，溫而不燥，且善行瘀止痛，其有效成分槁本內酯可抑制血栓素A_2的生成，擴管降壓，有選擇控制K^+通道，來抗心律失常[8]；阿膠補血止血滋陰，兩藥同配增加補血活血之功，且不礙膩阿膠養陰之效，當歸善引諸藥入心經；山藥、黃精同歸肺脾腎三經，且山藥能益氣養陰固澀，黃精善補氣養陰，兩藥配伍補肺健脾滋腎之效更佳；麥冬功善養陰生津，且有清心安神之效，性寒味苦，為清虛熱之要藥，研究表明麥冬能阻滯心肌細胞鈣通道及延長動作電位[9]；葛根具有類似β受體拮抗劑的療效[10]；淫羊藿、仙茅相須共舞補腎壯陽除濕之功，補腎陽而不傷腎陰，以達陽中求陰之效；

生牡蠣、生龍骨、桂枝、炙甘草四藥是取桂枝甘草牡蠣湯之意，共奏養心複脈、安神定悸平脈之功。藥理學研究發現桂枝甘草牡蠣湯具有鎮靜、抗驚厥作用，能夠調節下丘腦—垂體—腎上腺軸，而增強機體應激能力、抑制縫隙連接蛋白表達或抑制心室肌細胞K^+ 通道改變膜內外動作電位糾正電流失衡來抗心律失常[11-12]。陳育群等10採用Review Manager 5.2、Stata14統計軟體對其進行行Meta分析得出其治療心律失常的療效顯著、安全

中醫藥期刊雜誌社 版權所有 All Rights Reserved Copyright ©1994-2021 CNKI

性高[13]。紅花、桃仁、丹參、川芎是桃仁紅花煎化裁而來，其中紅花功有活血祛瘀止痛，且能擴管降脂降低血液黏度抑制血栓形成，改善心臟微循環的藥理作用[14]，桃仁功善活血祛瘀，止咳平喘，兩味同配以達活血而不留瘀，祛瘀而不傷正之效，同為活血祛瘀之要藥；丹參功善除煩安神，有較佳的祛瘀養血之效，即具有「破舊血，補新血」之功，祛瘀而生新，丹參酮IIA、丹參素藥效類似Ca^{2+}阻滯劑[15]；川芎具有「上行頭目，下調經水，中開鬱結」之功，為血中之氣藥，補血而不破氣；五味子功善益氣收斂生津，尤可補腎寧心；炙甘草補脾養心複脈 、調和諸藥，其甘草酸可抑制心房肌自律性和興奮性劑其不應期[16]。統看全方氣血同補，陰陽共調，寒熱並治，飲瘀兼除，諸藥合參共譜補氣養血、滋陰助陽、安神定悸、化飲祛瘀之效，最終使經絡、五臟六腑、氣血津液平衡，則諸證自除、病自愈。

4 典型案例

何某，女，58歲，2018年04月30號初診，患者訴心慌動悸間斷發作1年餘，且情緒激動時易發不能自主，發時偶有胸悶頭暈，夜間易醒入睡困難。近1月來過度勞累後上述症狀突然加重，伴有胸悶不舒，胸痛時作，痛如針刺，時發時止，氣短乏力，頭昏眼花，舌淡紅苔白滑邊有瘀斑，脈結弦，心電圖示竇性心動過速128次/分，心超未見明顯異常。西醫診斷為早搏，中醫診斷為心悸，證屬氣血兩虛、痰瘀阻絡，治當益氣養血，化痰祛瘀，安神定悸。處方：炒白朮15g，黨參、當歸10g，阿膠（烊化）6g，山藥、黃精10g，麥冬15g，葛根30g，淫羊藿、仙茅15g，生牡蠣、生龍骨30g（先煎），紅花、桃仁、丹參、川芎、桂枝10g，炙甘草15g，天麻、半夏10g，7付溫水煎服，每天1付，2次分服。二診上述症狀明顯較前好轉，但仍有心煩、失眠，心率73次/分。上方加酸棗仁30g、製香附15g，7付煎服。三診心煩胸悶好轉，夜寐可。此方效已對症，守方不變，繼服14付以資鞏固。

按：患者年過半百，氣血減虧，又加過度勞累，耗氣傷血，氣血不足，痰瘀阻絡，致五臟失養、陰陽失調、經絡不通發為本病。本例患者既有氣短乏力等氣虛等症狀，同時又有頭昏眼花等血虛表現；痰瘀阻絡故見胸悶胸痛、痛如針刺、時發時止，煎服消搏安心飲加減治療氣血同補、痰瘀並除、安神定悸，療效顯著。二診仍有心煩、失眠，故加酸棗仁、製香附增強養心安神、解鬱除煩的功效。

Copyright 中醫藥學會 版權所有 All Rights Reserved

參考文獻：

[1] 陳燁文，孫達. 中醫臨床辨治早搏的優勢探討[J]. 雲南中醫中藥雜誌，2019,40（7）：6-10.

[2] Goette A, Kalman JM, Aguinaga L, et al. EHRA/HRS/APHRS/ SOLAECE expert consensus on Atrial cardiomyopathies : Definition， characterisation，and clinical implication[J]. J Arrhythm，2016，32(4)： 247-278.

[3] Acharya T, Tringali S, Bhullar M, et al. Frequent Atrial Premature Complexes and Their Association With Risk of Atrial Fibrillation[J]. Am J Cardiol , 2015，116 (12)：1852-1857.

[4] Nguyen KT, Vittinghoff E, Dewland TA, et al. Electrocardiographic Predictors of Incident Atrial Fibrillation[J]. Am J Cardiol，2016，118 (5)：714-719.

[5] Cabrera S, Valles E, Benito B, et al. Simple predictors for new onset atrial fibrillation[J]. Int J Cardiol，2016(221)：515-520.

[6] Huang BT，Huang FY，Peng Y，et al. Relation of premature atrial complexes with stroke and death：Systematic review and meta - analysis[J]. Clin Cardiol，2017，40(11)：962-969.

[7] Sejr MH, Riahi S, Larsen TB, et al. Premature atrial complexes in an ischemic stroke population and risk of recurrent stroke：a systematic review [J]. Expert Review of Cardiovascular Therapy，2017，15(6)： 447-455.

[8] 劉醫輝，楊世英，馬偉林，等. 當歸藥理作用的研究 進展[J] . 中國當代醫藥，2014，21(22) : 192-193，196 .

[9] 陳敏. 麥冬總苷抗心律失常作用及其電生理特性[J]. 中國藥理學報，1990，11 (2) : 161-165.

[10] 鄭虎占，董澤宏，佘靖. 中藥現代研究與應用[J]. 北京：學苑出版社，1998：4308.

[11] 童瑤，鄒軍，倪力強，等. 化痰、溫陽法對慢性應激大鼠IL- 1β、IL-2及下丘腦CRHmRNA、垂體ACTHmRNA基因表 達的影響[J]. 中國中醫基礎醫學雜誌，2005，11(7)：501- 502，510 .

[12] 童瑤，鄒軍，倪力強，等. 4種中藥複方對大鼠實驗性急性應激行為及下丘腦 - 垂體 - 腎上腺軸的影響[J]. 中國中藥雜誌，2005，30(23)：1863-1866 .

[13] 陳育群，張鵬飛，黃政德. 桂枝甘草龍骨牡蠣湯治療心律失常療效及安全性的系統評價[J]. 中醫藥導報, 2018,24(10):113-116,120.

[14] 扈曉佳，殷莎，袁婷婷，等. 紅花的化學成分及其藥理活性研究進展[J]. 藥學實踐雜誌，2013，31 (3) : 161-168，197 .

[15] Jang SI, Kim HJ,Kim YJ,ed al. Tanshinone IIA inhibits LPS-in-duced NF一KB activation in RAW 264. 7cells:Prossible involvemem of the NIK-IKK,ERK1/2,p38 and JNK pathways [J]. Eur J Phar-maco1,2006,542(1/3):1-7.

[16] 陳蘭英，陳奇，劉榮華，等. 炙甘草湯主要有效成分對心肌電生理特性的影響[J]. 中草藥，2001，32（22）：134.

Abstract: Premature beats refer to heart beats caused by premature or premature impulses from ectopic starting points, mainly manifested as panic, chest tightness and asthma. This paper introduces Professor Zhang Binxia's understanding of the etiology and pathogenesis of premature beats and his treatment experience. Zhang Binxia believes that the pathological characteristics of premature beats are the evidence of deficiency and excess. According to the principle of "seeking the cause by examining the evidence", the basic causes of the disease are deficiency of both qi and blood, deficiency of both yin and yang, and excessive drinking of water, phlegm and blood stasis blocking collaterals are the important pathological factors that aggravate the development of the disease. Emphasis is laid on tonifying the kidney, replenishing qi and nourishing blood as the main method, supplemented by the principles of Huayin Qutan, Qingxin Anshen, Huoxue Huayu, self-made Xiaoboanxinyin Qi and blood coordination, both symptoms and symptoms, pay attention to the combination of disease differentiation and dialectics, and achieved good clinical results.

Key words: premature beat; Heart palpitations. Clinical experience; Traditional Chinese medicine; Xiaobuanxinyin .

（編委：張群湘審校2020.10.31）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved