**心病科优势病种诊疗常规、疗效**

**分析及评估、优化措施**

**目 录**

2021年心悸病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施 3

2016年心悸病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施......................13

2014年心悸病诊疗常规、疗效分析及评估、优化措施......................22

**心悸病(室性早搏)中医诊疗方案**

**（2020版）**

一、诊断

（一）疾病诊断

1、中医诊断标准：参照中华中医药学会发布《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T19-2008）与《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002年）

（1）自觉心中跳动，惊慌不安，不能自主。

（2）可见结、代、促等脉象。

（3）常有情志剌激、惊恐、紧张、劳倦、烟酒等诱发因素。

2、西医诊断标准：参照《室性心律失常的治疗指南》（ACC/AHA/ESC制定，2006年）。

（1）临床表现

症状：最常见的症状是心悸不适，部分病人还可以出现心前区重击感、头晕、乏力、胸闷，甚至晕厥；较轻的室性期前收缩常无临床症状。

体征：心脏听诊有提前出现的心搏，其后有较长的间歇，提前出现的室性期前搏动的第一心音增强，第二心音减弱或消失，有时仅能听到第一心音。桡动脉搏动有漏搏现象。

（2）心电图特征：

①提前出现的宽大畸形的QRS波群，时限>0.12s，其前无P波，其后常有完全性代偿间歇，T波方向与QRS波群主波方向相反。

②室性早搏的类型：室性早搏可孤立或规律出现。每个窦性搏动后跟随一个室性早搏，并有规律出现两次以上者称为室性早搏二联律；每2个窦性搏动后出现一个室性早搏，并有规律出现两次以上者称为室性早搏三联律；连续发生2个室性早搏称为成对室性早搏；连续3个以上室性早搏称短阵室性心动过速。位于两个窦性心律之间的室性早搏称为间位室早。若室性早搏在同一导联内形态相同，且偶联间期固定者，称为单形性室性早搏。若同一导联中室性早搏的形态不同，但配对间期相等者称多形性室性早搏。若室性早搏在同一导联内出现两种或两种以上形态，且偶联间期存在差异者，称为多源性室性早搏。

（3）病情分类

①按发作频率分类

偶发室性期前收缩：ECG示<5次/min，DCG示<30次/h；

频发室性期前收缩：ECG示>5次/min，DCG示>30次/h；

②按形态分类

单源（单灶）：同一导联中室性早搏的形态及配对间期均相同；

多源（多灶）：同一导联中室性早搏的形态及配对间期均不相同；

多形（联律间期相同，形态迥异）：同一导联中室性早搏的形态不同，但配对间期相等。

（4）病情分级：

Myerburg室性早搏危险程度分级

|  |  |
| --- | --- |
| 室性早搏的频率分级 | 室性早搏的形态分级 |
| 0无 | A单形、单源 |
| 1少见（≤1次/h） | B多形、多源 |
| 2偶发（1-9次/h） | C连发、成对（2次连发） |
| 3常见（10-29次/h） | 成串或连发（3-5次连发） |
| 4频发（≥30次/h） | D非持续性室速（6-30次连发） |
|  | E持续性室速（≥30次连发） |

**（二）证候诊断**

本病可分为正虚证及邪实证，临床上多表现为虚实夹杂。

1. 气阴两虚证：心悸气短，神疲乏力，少寐多梦，心烦，口干，自汗盗汗，舌质红少苔，脉象细数无力。

 2. 痰瘀互结证：心悸怔忡，胸闷痛，形体肥胖，痰多气短，伴有倦怠乏力，纳呆便溏，口黏，恶心，咯吐痰涎，小便短少，大便溏薄。舌质淡紫或紫暗，苔白腻，或弦滑或结代。

3. 阴阳两虚证：心悸怔忡，胸闷气短，面色苍白，头晕乏力，自汗或盗汗，舌淡苔白，脉结代。

4. 气滞血瘀证：心悸胸闷，心痛时作，痛无定处，时欲太息，遇情志不遂时容易诱发或加重，或兼有脘胀闷，得嗳气或矢气则舒，苔薄或薄腻，脉弦。

5. 痰火扰心证：心悸时发时止，胸闷烦躁，失眠多梦，口苦，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

6. 心脾两虚证：心悸气短，失眠多梦，头晕乏力，面色不华，腹胀纳呆，舌淡苔薄白，脉细弱结代。

二、治疗方案

本病临床上多表现为虚实互见，复合证型较多，治疗上多攻补兼施。

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1. 气阴两虚证

治法：益气养阴，安神定悸。

方药：雷氏养心活血汤加减：西洋参10g 麦冬15g 五味子10g 陈皮10g 丹参30g 三七粉3g(冲服) 苦参10g 徐长卿15g 甘松15g

 中成药：参松养心胶囊、参龙宁心胶囊。

2. 痰瘀互结证

治法：化痰泻浊，活血化瘀。

方药：雷氏丹蒌心悸方：瓜蒌皮15g 薤白15g 葛根30g 川芎15g 丹参30g 赤芍15g 泽泻15g 黄芪30g 骨碎补15g 郁金15g 徐长卿15g

3. 阴阳两虚证

治法：阴阳双补，复脉定悸。

方药：炙甘草汤加减：炙甘草10g [桂枝](http://baike.baidu.com/view/34673.htm)10g [西洋参](http://baike.baidu.com/view/1723.htm)10g 生地黄20g [阿胶](http://baike.baidu.com/view/36127.htm)10g（烊化） 麦门冬10g 胡麻仁30g 菖蒲15g 琥珀10g 甘松10g

中成药：心肝宝、稳心颗粒。

4. 气滞血瘀证

治法：活血化瘀，理气通脉。

方药：血府逐瘀汤加减：当归10g 生地15g [桃仁](http://baike.baidu.com/view/51608.htm)10g [红花](http://baike.baidu.com/view/20990.htm)10g 枳壳10g [赤芍](http://baike.baidu.com/view/283185.htm)10g 柴胡10g [甘草](http://baike.baidu.com/view/4640.htm)6g 桔梗10g [川芎](http://baike.baidu.com/view/39526.htm)10g 牛膝15g 苦参10g

中成药：三七通舒胶囊

5. 痰火扰心证

治法：清热化痰，宁心安神。

方药：菖琥温胆汤：菖蒲15g 琥珀10g 枳壳10g 竹茹10g 半夏10g 陈皮10g 茯苓20g 黄连10g 苦参10g 徐长卿15g甘草10g 甘松15g

6.心脾两虚证

治法：补血养心，益气安神。

方药：归脾汤：白术10g 党参30g 茯苓15g 当归10g 黄芪30g 龙眼肉15g 远志15g 酸枣仁15g 木香10g 甘草6g

中成药：归脾丸。

（二）辨证选择静脉注射中药注射液

根据病情，可辨证选择参附注射液、生脉注射液、苦碟子注射液。

（三）中医特色疗法

（1）体针疗法：可选内关、通里为主穴，酌配神门、心俞等穴，交替针刺，每日1次。

（2）耳穴埋豆疗法：取穴：心、脾、胆、肾、交感、神门，耳穴埋豆，一周两次，定期按摩。

（四）护理

起居：居室环境安静；生活起居规律，适当休息，避免过劳。

饮食：应适当的饮食调养，可辨证选用红枣、莲子、银耳、黑木耳、牛奶等食品。水肿者，低盐或无盐饮食，适当限制水的摄入量。戒烟忌酒，限制茶、咖啡的饮入量，忌食辛辣刺激性食品；体胖者应清淡饮食，忌肥甘厚腻多形之品。

调整心态，减轻紧张情绪，避免精神刺激。当病人心悸发作时，患者常心情恐惧，最好有人陪护，使病人心情放松，情绪稳定。

三、疗效评价

**（一）评价标准**

《药品临床试验管理规范（GCP）》（国家药品监督管理局，1999）

症状评分依据患者自觉症状，3＋记3分，2＋记2分，1＋记1分，无记0分。

1.单项症状疗效评定标准：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症 状 | 重 | 中 | 轻 |
| 心悸 | 心悸不宁，影响日常生活 | 时有心悸，不影响日常生活 | 偶有心悸 |
| 胸闷 | 胸闷甚，心悸时伴发，静息时亦感胸闷 | 时有胸闷，不影响日常生活 | 偶有胸闷 |
| 气短 | 气短频发，影响日常生活 | 时有气短，不影响日常生活 | 偶有气短 |
| 心痛 | 每日均有发作，心悸时加重，辗转不宁 | 时有心痛，不影响日常生活 | 偶有心痛 |
| 脘腹胀满 | 胀满甚，影响进食 | 时有胀满，不影响日常饮食 | 偶有脘腹胀满 |
| 恶心欲吐 | 恶心频作，影响日常饮食 | 时有恶心，不影响日常饮食 | 偶有恶心 |
| 神疲乏力 | 乏力明显，休息不能缓解，影响日常生活 | 时有乏力，休息可缓解，不影响日常生活 | 乏力轻微 |
| 五心烦热 | 烦热明显，得冷则喜，时欲引冷 | 时有烦热，不影响日常生活 | 偶有烦热 |
| 盗汗 | 汗出明显，甚则需夜间更换衣物 | 夜间盗汗，尚可忍受 | 时有盗汗 |
| 失眠多梦 | 夜不能寐，睡则梦多，晨起仍昏昏欲睡 | 夜间睡眠不足6小时，入睡梦多 | 入睡困难，入睡梦多 |
| 形寒肢冷 | 畏寒明显，需增衣加被 | 畏寒时作，得温则减 | 偶有畏寒 |
| 耳鸣 | 耳鸣甚，影响听觉及日常会话 | 耳鸣时作，不影响会话 | 时有耳鸣 |

评分标准：心悸轻、中、重分别记2、4、6分；余各症状记1、2、3分。

临床痊愈：症状消失。

显效：症状明显好转，由＋＋＋→＋。

有效：症状好转，由＋＋＋→＋＋，或＋＋→＋。

无效：症状无改变，或减轻不明显。

2.中医证候疗效评定标准

根据积分法判定中医证候总疗效。

疗效指数(n)＝ 疗前积分－疗后积分 ×100％

 疗前积分

显效：n≥70％

有效：30％≤n＜70％

无效：n＜30％

（1）临床控制：治疗后症状体征总积分较治疗前下降≥90％

（2）显效：治疗后症状体征总积分较治疗前下降≥70％，＜90％

（3）有效：治疗后症状体征总积分较治疗前下降≥30％，＜70％

（4）无效：治疗后症状体征总积分较治疗前下降＜30％

3.客观检查疗效评定：比较心电图或动态心电图（Holter）,分为临床痊愈、显效、有效及无效4级。

临床痊愈：心电图或动态心电图检查恢复正常。

显效：动态心电图早搏消失或明显减少，较原来次数减少75％以上，阵发性室上性或心房颤动发作基本控制或转为偶发。

有效：动态心电图早搏次数减少50％～75％，阵发性室上性或心房颤动发作较治疗前减少50％以上，或频发转为多发、多发转为偶发。

无效：动态心电图早搏次数无变化或较前增多。

 (二)评价方法

1.中医症候评价：按照中医证候积分量表进行积分评价

2.西医疗效评价：按照自身症状积分及心电图及动态心电图的结果评价

3.生活质量评价：基于病人结局报告的PRO量表及生活质量量表（SF-36健康简表）评分进行评价。

**2020年心悸病（室性早搏）**

**临床疗效分析及评价报告**

一、临床资料与方法

1.1 一般资料：选择符合条件的患者169例，按 2：1 随机分成 2组，其中治疗组 112例，男性 58 例，女性 54 例，年龄 42~82岁，对照组 57例，男性 30 例，女性27例；年龄 45~80 岁。诊断标准西医诊断标准按1979 年国际心脏病学会和协会及WHO 临床命名标准化联合专题组提出的《缺血性心脏病的命名及诊断标准》和卫生部1995 年制定发布的《中药新药治疗心悸的临床研究指导原则》。

1.2 中医辨证要点：基本证候特点是发作性心慌不安，心跳剧烈，不能自主，或一过性、阵发性，或持续时间较长，或一日数次发作，或数日一次发作。常兼见胸闷气短，神疲乏力，头晕喘促。其脉象表现以结脉、代脉、促脉、涩脉为常见。

1.3 心电图诊断：室性早搏。

1.4 治疗方法：对照组常规给予抗心律失常药，治疗组根据辨证分型选用本科诊疗常规中药汤剂。

二 疗效标准

2.1 中医证候疗效标准：证候疗效评定采用积分法．即根据主要症状无、轻、中、重分别记0、2、4、6分，兼症根据无、轻、中、重分别记0、1、2、3分，舌象、脉象根据正常、异常分别记0、1分。并根据治疗前后总积分值与差值计算出疗效指数(n)，分为临床痊愈：≥90％，显效：≥60％．有效：≥30％，无效：<30％。

2.2 临床总体疗效标准：根据《中药新药治疗心悸的临床研究指导原则》分为临床痊愈、显效、有效及无效4级。临床痊愈：症状全部消失，心电图或动态心电图检查恢复正常。显效：心悸症状消失，动态心电图早搏消失或明显减少，较原来次数减少75％以上。有效：心悸症状大部分消失，动态心电图早搏次数减少50％～75％，或频发转为多发、多发转为偶发；无效：原有症状无明显改善，动态心电图早搏次数无变化或较前增多。

三 治疗结果

3.1中医症候疗效比较

|  |  |
| --- | --- |
| 组别 |  n 痊愈 显效 有效 无效 有效率（%） |
| 治疗组对比组 |  112 15 43 36 18 83.9 57 7 8 24 18 68.4 |

3.2各证型疗效比较〔有效数/ 例数（%）〕

|  |  |
| --- | --- |
| 组别 | n 痰火扰心 痰瘀互结 气滞血瘀 气阴两虚 阴阳两虚 心脾两虚 |
| 治疗组 | 112 30/34(88.2) 23/26(88.5) 16/21(76.2) 12/14(85.7) 10/14(71.4) 1/3(33.3) |
| 对比组 | 57 8/11(72.7) 6/10(60.0) 12/16(75.0) 9/12(75.0) 3/8(37.5) 0/0.(0) |

3.3各组单项症状疗效比较

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 组别 （例数） 痊愈 显效 有效 无效 有效率(%) |
| 心悸胸痛胸闷心烦失眠气短乏力汗出 | 治疗组 (112) 17 43 35 17 84.8对比组(57) 6 8 25 18 68.4治疗组(59) 10 15 24 10 83.1对比组(20) 3 4 9 4 80.0 治疗组(74) 14 17 27 16 78.4 对比组(28) 4 6 10 8 71.4 治疗组(98) 14 37 26 21 78.6对比组(48) 4 8 19 17 64.3治疗组(84) 9 17 25 33 60.67对比组(43) 5 6 13 19 55.8治疗组(78) 14 16 25 23 70.5对比组(42) 3 6 17 16 61.9治疗组(45) 5 9 24 7 84.4对比组(24) 2 4 7 11 54.2  |

3.3两组动态心电图疗效比较

|  |
| --- |
| 组别 n 痊愈 显效 有效 无效 有效率(%) |
| 治疗组 112 12 18 38 44 60.7对照组 57 4 1 21 31 45.6 |

四、疗效评估

1、症状、体征变化：

根据本诊疗常规对患者进行辨证论治，对各证型患者临床症状均有改善，尤其对于心悸主症疗效明显，对失眠、汗出较对照组改善显著。

2、动态心电图的变化：

根据治疗前后动态心电图比较，治疗组优于对照组。

**2020年心悸病（室性早搏）**

**诊疗方案的优化与修订情况**

我们在总结前版方案基础上，经疗效分析、总结、评估等，遵照国家中医管理局印发的心悸病诊疗方案的具体内容，纳入本专科自身诊疗特色和优势修订完成。

心悸病，临床一般多呈发作性，每因情志波动或劳累过度而发作，且常伴胸闷、气短、失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症。病情较轻者为惊悸；病情较重者为怔忡，可呈持续性。心悸是心脏常见病证，为临床多见，除可由心本身的病变引起外，也可由它脏病变波及于心而致。可作为临床多种病证的症状表现之一，如胸痹心痛、失眠、健忘、眩晕、水肿、喘证等出现心悸时，应主要针对原发病进行辨证治疗。

1. 根据本病的临床表现，我科重点研究的是西医学中常见的室性早搏，我科致力于本病的中医诊疗方案研究，通过对疾病近几年临床病例观察，取得了一定成绩，但由于该疾病病因、病机复杂等因素，建立的诊疗方案仍需进行临床验证---修订---验证，以期为建立具备科学性、实用性、继承性、发展性、区别性、稳定性等多特点的诊疗方案打下坚实基础，同时为促进中医的医疗、教学、科研质量和国际学术交流等多方面做出一定贡献。
2. 在本版诊疗方案中分型论治分为痰火扰心、痰瘀互结、气滞血瘀、气阴两虚、阴阳两虚、心脾两虚六个证型。在前一版的方案应用中发现，心神不宁证在患者人群中比例明显少于其他证型；而心阳虚脱证无论在哪种心律失常中出现，均为心病科的急危重症，应该中西医结合抢救生命。血瘀证在心律失常患者中不少见，但是单纯的血瘀证似不多见，而气滞血瘀证更常见；同样，在阴虚火旺证中，因收入病房的患者多为老年人，病程较长，多阴虚及阳，故阴阳两虚证更加多见。
3. 采用我科名老中医雷忠义治疗心悸病的经验。

**心悸病(室性早搏)中医诊疗方案**

**（2016版）**

一、诊断

（一）疾病诊断

1、中医诊断标准：参照中华中医药学会发布《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T19-2008）与《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002年）

（1）自觉心中跳动，惊慌不安，不能自主。

（2）可见结、代、促等脉象。

（3）常有情志剌激、惊恐、紧张、劳倦、烟酒等诱发因素。

2、西医诊断标准：参照《室性心律失常的治疗指南》（ACC/AHA/ESC制定，2006年）。

（1）临床表现

症状：最常见的症状是心悸不适，部分病人还可以出现心前区重击感、头晕、乏力、胸闷，甚至晕厥；较轻的室性期前收缩常无临床症状。

体征：心脏听诊有提前出现的心搏，其后有较长的间歇，提前出现的室性期前搏动的第一心音增强，第二心音减弱或消失，有时仅能听到第一心音。桡动脉搏动有漏搏现象。

（2）心电图特征：

①提前出现的宽大畸形的QRS波群，时限>0.12s，其前无P波，其后常有完全性代偿间歇，T波方向与QRS波群主波方向相反。

②室性早搏的类型：室性早搏可孤立或规律出现。每个窦性搏动后跟随一个室性早搏，并有规律出现两次以上者称为室性早搏二联律；每2个窦性搏动后出现一个室性早搏，并有规律出现两次以上者称为室性早搏三联律；连续发生2个室性早搏称为成对室性早搏；连续3个以上室性早搏称短阵室性心动过速。位于两个窦性心律之间的室性早搏称为间位室早。若室性早搏在同一导联内形态相同，且偶联间期固定者，称为单形性室性早搏。若同一导联中室性早搏的形态不同，但配对间期相等者称多形性室性早搏。若室性早搏在同一导联内出现两种或两种以上形态，且偶联间期存在差异者，称为多源性室性早搏。

（3）病情分类

①按发作频率分类

偶发室性期前收缩：ECG示<5次/min，DCG示<30次/h；

频发室性期前收缩：ECG示>5次/min，DCG示>30次/h；

②按形态分类

单源（单灶）：同一导联中室性早搏的形态及配对间期均相同；

多源（多灶）：同一导联中室性早搏的形态及配对间期均不相同；

多形（联律间期相同，形态迥异）：同一导联中室性早搏的形态不同，但配对间期相等。

（4）病情分级：

Myerburg室性早搏危险程度分级

|  |  |
| --- | --- |
| 室性早搏的频率分级 | 室性早搏的形态分级 |
| 0无 | A单形、单源 |
| 1少见（≤1次/h） | B多形、多源 |
| 2偶发（1-9次/h） | C连发、成对（2次连发） |
| 3常见（10-29次/h） | 成串或连发（3-5次连发） |
| 4频发（≥30次/h） | D非持续性室速（6-30次连发） |
|  | E持续性室速（≥30次连发） |

**（二）证候诊断**

本病可分为正虚证及邪实证，临床上多表现为虚实夹杂。

1. 气阴两虚证：心悸气短，神疲乏力，少寐多梦，心烦，口干，自汗盗汗，舌质红少苔，脉象细数无力。

 2. 痰瘀互结证：心悸怔忡，胸闷痛，形体肥胖，痰多气短，伴有倦怠乏力，纳呆便溏，口黏，恶心，咯吐痰涎，小便短少，大便溏薄。舌质淡紫或紫暗，苔白腻，或弦滑或结代。

3. 阴阳两虚证：心悸怔忡，胸闷气短，面色苍白，头晕乏力，自汗或盗汗，舌淡苔白，脉结代。

4. 气滞血瘀证：心悸胸闷，心痛时作，痛无定处，时欲太息，遇情志不遂时容易诱发或加重，或兼有脘胀闷，得嗳气或矢气则舒，苔薄或薄腻，脉弦。

5. 痰火扰心证：心悸时发时止，胸闷烦躁，失眠多梦，口苦，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

6. 心脾两虚证：心悸气短，失眠多梦，头晕乏力，面色不华，腹胀纳呆，舌淡苔薄白，脉细弱结代。

二、治疗方案

本病临床上多表现为虚实互见，复合证型较多，治疗上多攻补兼施。

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1. 气阴两虚证

治法：益气养阴，安神定悸。

方药：雷氏养心活血汤加减：西洋参10g 麦冬15g 五味子10g 陈皮10g 丹参30g 三七粉3g(冲服) 苦参10g 徐长卿15g 甘松15g

 中成药：参松养心胶囊、参龙宁心胶囊。

2. 痰瘀互结证

治法：化痰泻浊，活血化瘀。

方药：雷氏丹蒌心悸方：瓜蒌皮15g 薤白15g 葛根30g 川芎15g 丹参30g 赤芍15g 泽泻15g 黄芪30g 骨碎补15g 郁金15g 徐长卿15g

3. 阴阳两虚证

治法：阴阳双补，复脉定悸。

方药：炙甘草汤加减：炙甘草10g [桂枝](http://baike.baidu.com/view/34673.htm)10g [西洋参](http://baike.baidu.com/view/1723.htm)10g 生地黄20g [阿胶](http://baike.baidu.com/view/36127.htm)10g（烊化） 麦门冬10g 胡麻仁30g 菖蒲15g 琥珀10g 甘松10g

中成药：心肝宝、稳心颗粒。

4. 气滞血瘀证

治法：活血化瘀，理气通脉。

方药：血府逐瘀汤加减：当归10g 生地15g [桃仁](http://baike.baidu.com/view/51608.htm)10g [红花](http://baike.baidu.com/view/20990.htm)10g 枳壳10g [赤芍](http://baike.baidu.com/view/283185.htm)10g 柴胡10g [甘草](http://baike.baidu.com/view/4640.htm)6g 桔梗10g [川芎](http://baike.baidu.com/view/39526.htm)10g 牛膝15g 苦参10g

中成药：三七通舒胶囊

5. 痰火扰心证

治法：清热化痰，宁心安神。

方药：菖琥温胆汤：菖蒲15g 琥珀10g 枳壳10g 竹茹10g 半夏10g 陈皮10g 茯苓20g 黄连10g 苦参10g 徐长卿15g甘草10g 甘松15g

6.心脾两虚证

治法：补血养心，益气安神。

方药：归脾汤：白术10g 党参30g 茯苓15g 当归10g 黄芪30g 龙眼肉15g 远志15g 酸枣仁15g 木香10g 甘草6g

中成药：归脾丸。

（二）辨证选择静脉注射中药注射液

根据病情，可辨证选择参附注射液、生脉注射液、苦碟子注射液。

（三）中医特色疗法

（1）体针疗法：可选内关、通里为主穴，酌配神门、心俞等穴，交替针刺，每日1次。

（2）耳穴埋豆疗法：取穴：心、脾、胆、肾、交感、神门，耳穴埋豆，一周两次，定期按摩。

（四）护理

起居：居室环境安静；生活起居规律，适当休息，避免过劳。

饮食：应适当的饮食调养，可辨证选用红枣、莲子、银耳、黑木耳、牛奶等食品。水肿者，低盐或无盐饮食，适当限制水的摄入量。戒烟忌酒，限制茶、咖啡的饮入量，忌食辛辣刺激性食品；体胖者应清淡饮食，忌肥甘厚腻多形之品。

调整心态，减轻紧张情绪，避免精神刺激。当病人心悸发作时，患者常心情恐惧，最好有人陪护，使病人心情放松，情绪稳定。

三、疗效评价

**（一）评价标准**

《药品临床试验管理规范（GCP）》（国家药品监督管理局，1999）

症状评分依据患者自觉症状，3＋记3分，2＋记2分，1＋记1分，无记0分。

1.单项症状疗效评定标准：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症 状 | 重 | 中 | 轻 |
| 心悸 | 心悸不宁，影响日常生活 | 时有心悸，不影响日常生活 | 偶有心悸 |
| 胸闷 | 胸闷甚，心悸时伴发，静息时亦感胸闷 | 时有胸闷，不影响日常生活 | 偶有胸闷 |
| 气短 | 气短频发，影响日常生活 | 时有气短，不影响日常生活 | 偶有气短 |
| 心痛 | 每日均有发作，心悸时加重，辗转不宁 | 时有心痛，不影响日常生活 | 偶有心痛 |
| 脘腹胀满 | 胀满甚，影响进食 | 时有胀满，不影响日常饮食 | 偶有脘腹胀满 |
| 恶心欲吐 | 恶心频作，影响日常饮食 | 时有恶心，不影响日常饮食 | 偶有恶心 |
| 神疲乏力 | 乏力明显，休息不能缓解，影响日常生活 | 时有乏力，休息可缓解，不影响日常生活 | 乏力轻微 |
| 五心烦热 | 烦热明显，得冷则喜，时欲引冷 | 时有烦热，不影响日常生活 | 偶有烦热 |
| 盗汗 | 汗出明显，甚则需夜间更换衣物 | 夜间盗汗，尚可忍受 | 时有盗汗 |
| 失眠多梦 | 夜不能寐，睡则梦多，晨起仍昏昏欲睡 | 夜间睡眠不足6小时，入睡梦多 | 入睡困难，入睡梦多 |
| 形寒肢冷 | 畏寒明显，需增衣加被 | 畏寒时作，得温则减 | 偶有畏寒 |
| 耳鸣 | 耳鸣甚，影响听觉及日常会话 | 耳鸣时作，不影响会话 | 时有耳鸣 |

评分标准：心悸轻、中、重分别记2、4、6分；余各症状记1、2、3分。

临床痊愈：症状消失。

显效：症状明显好转，由＋＋＋→＋。

有效：症状好转，由＋＋＋→＋＋，或＋＋→＋。

无效：症状无改变，或减轻不明显。

2.中医证候疗效评定标准

根据积分法判定中医证候总疗效。

疗效指数(n)＝ 疗前积分－疗后积分 ×100％

 疗前积分

显效：n≥70％

有效：30％≤n＜70％

无效：n＜30％

（1）临床控制：治疗后症状体征总积分较治疗前下降≥90％

（2）显效：治疗后症状体征总积分较治疗前下降≥70％，＜90％

（3）有效：治疗后症状体征总积分较治疗前下降≥30％，＜70％

（4）无效：治疗后症状体征总积分较治疗前下降＜30％

3.客观检查疗效评定：比较心电图或动态心电图（Holter）,分为临床痊愈、显效、有效及无效4级。

临床痊愈：心电图或动态心电图检查恢复正常。

显效：动态心电图早搏消失或明显减少，较原来次数减少75％以上，阵发性室上性或心房颤动发作基本控制或转为偶发。

有效：动态心电图早搏次数减少50％～75％，阵发性室上性或心房颤动发作较治疗前减少50％以上，或频发转为多发、多发转为偶发。

无效：动态心电图早搏次数无变化或较前增多。

 (二)评价方法

1.中医症候评价：按照中医证候积分量表进行积分评价

2.西医疗效评价：按照自身症状积分及心电图及动态心电图的结果评价

3.生活质量评价：基于病人结局报告的PRO量表及生活质量量表（SF-36健康简表）评分进行评价。

**2016年心悸病（室性早搏）**

**临床疗效分析及评价报告**

一、临床资料与方法

1.1 一般资料：选择符合条件的患者169例，按 2：1 随机分成 2组，其中治疗组 112例，男性 58 例，女性 54 例，年龄 42~82岁，对照组 57例，男性 30 例，女性27例；年龄 45~80 岁。诊断标准西医诊断标准按1979 年国际心脏病学会和协会及WHO 临床命名标准化联合专题组提出的《缺血性心脏病的命名及诊断标准》和卫生部1995 年制定发布的《中药新药治疗心悸的临床研究指导原则》。

1.2 中医辨证要点：基本证候特点是发作性心慌不安，心跳剧烈，不能自主，或一过性、阵发性，或持续时间较长，或一日数次发作，或数日一次发作。常兼见胸闷气短，神疲乏力，头晕喘促。其脉象表现以结脉、代脉、促脉、涩脉为常见。

1.3 心电图诊断：室性早搏。

1.4 治疗方法：对照组常规给予抗心律失常药，治疗组根据辨证分型选用本科诊疗常规中药汤剂。

二 疗效标准

2.1 中医证候疗效标准：证候疗效评定采用积分法．即根据主要症状无、轻、中、重分别记0、2、4、6分，兼症根据无、轻、中、重分别记0、1、2、3分，舌象、脉象根据正常、异常分别记0、1分。并根据治疗前后总积分值与差值计算出疗效指数(n)，分为临床痊愈：≥90％，显效：≥60％．有效：≥30％，无效：<30％。

2.2 临床总体疗效标准：根据《中药新药治疗心悸的临床研究指导原则》分为临床痊愈、显效、有效及无效4级。临床痊愈：症状全部消失，心电图或动态心电图检查恢复正常。显效：心悸症状消失，动态心电图早搏消失或明显减少，较原来次数减少75％以上。有效：心悸症状大部分消失，动态心电图早搏次数减少50％～75％，或频发转为多发、多发转为偶发；无效：原有症状无明显改善，动态心电图早搏次数无变化或较前增多。

三 治疗结果

3.1中医症候疗效比较

|  |  |
| --- | --- |
| 组别 |  n 痊愈 显效 有效 无效 有效率（%） |
| 治疗组对比组 |  112 15 43 36 18 83.9 57 7 8 24 18 68.4 |

3.2各证型疗效比较〔有效数/ 例数（%）〕

|  |  |
| --- | --- |
| 组别 | n 痰火扰心 痰瘀互结 气滞血瘀 气阴两虚 阴阳两虚 心脾两虚 |
| 治疗组 | 112 30/34(88.2) 23/26(88.5) 16/21(76.2) 12/14(85.7) 10/14(71.4) 1/3(33.3) |
| 对比组 | 57 8/11(72.7) 6/10(60.0) 12/16(75.0) 9/12(75.0) 3/8(37.5) 0/0.(0) |

3.3各组单项症状疗效比较

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 组别 （例数） 痊愈 显效 有效 无效 有效率(%) |
| 心悸胸痛胸闷心烦失眠气短乏力汗出 | 治疗组 (112) 17 43 35 17 84.8对比组(57) 6 8 25 18 68.4治疗组(59) 10 15 24 10 83.1对比组(20) 3 4 9 4 80.0 治疗组(74) 14 17 27 16 78.4 对比组(28) 4 6 10 8 71.4 治疗组(98) 14 37 26 21 78.6对比组(48) 4 8 19 17 64.3治疗组(84) 9 17 25 33 60.67对比组(43) 5 6 13 19 55.8治疗组(78) 14 16 25 23 70.5对比组(42) 3 6 17 16 61.9治疗组(45) 5 9 24 7 84.4对比组(24) 2 4 7 11 54.2  |

3.3两组动态心电图疗效比较

|  |
| --- |
| 组别 n 痊愈 显效 有效 无效 有效率(%) |
| 治疗组 112 12 18 38 44 60.7对照组 57 4 1 21 31 45.6 |

四、疗效评估

1、症状、体征变化：

根据本诊疗常规对患者进行辨证论治，对各证型患者临床症状均有改善，尤其对于心悸主症疗效明显，对失眠、汗出较对照组改善显著。

2、动态心电图的变化：

根据治疗前后动态心电图比较，治疗组优于对照组。

**心悸病（心律失常）诊疗方案**

**（2014年版）**

概述：

心悸是指病人自觉心中悸动、惊悌不安，甚则不能自主的一种病症，临床一般多呈阵发性。

辨证论治：

1、痰火扰心：

症状：心悸不宁，胸闷烦躁，头晕失眠，痰多口干苦。舌苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，宁心安神。

方药：黄连温胆汤加味

 半夏10克，陈皮10克，枳实10克，竹茹10克，枣仁30克，茯苓20克，生龙齿30克，甘草6克，黄连6克。

2、痰血内阻：

症状：心悸怔忡，胸闷或痛，呼吸气短，舌紫暗，或瘀点，脉涩迟。

治法：化瘀定悸。

方药：血府逐瘀汤加减

 桃仁10克，红花10克，川芎10克，当归10克，赤芍10克，生地15克，牛膝10克，郁金10克，香附10克，丹参30克，瓜蒌30克，甘草6克。

3、阴虚火旺：

症状：心悸不宁，头晕目眩，胸中烦热，寐少多梦，口干舌燥，舌红少津，脉细数。

治法：滋阴降火。

方药：天王补心丹加减

 生地20克，当归10克，麦冬15克，丹参30克，五味子10克，黄连10克，莲子10克，酸枣仁30克，柏子仁30克。

4、气阴两虚：

症状：心悸怔忡，虚烦多梦，气短乏力，汗多口渴，舌淡苔薄白。

治法：益气养阴。

方药：生脉散加味

 西洋参10克，麦冬15克，五味子10克，枣仁30克，丹参30克，苦参10克。

5、心阳虚脱：

症状：心悸气促，四肢厥冷，冷汗淋漓，面色苍白，脉微欲绝。

治法：益气回阳救脱。

方药：参附汤加味

 红参10克，附片10克，黄芪30克，甘草10克，煅龙牡各30克。

阵发性室上性心动过速，一般无严重后果，多见阴虚火旺，痰火扰心之证；阵发性室性心 动过速是一种危急证候，多属心之阴阳虚衰，甚至出现心阳虚脱之危象，应中西结合积极抢救。

转归与预后：

心悸为内科临床常见的危重症，其病机复杂，变化多端。尽管如此，只要辨证准确，治疗及时，善于摄养，一般都可得到控制或缓解。但是心阳虚脱之心悸（阵发性室性心动过速）是一种危急证候，多属心之阴阳虚衰，甚至出现心阳虚脱之危象，应中西结合积极抢救。

**2014年心悸病（室性早搏）**

**临床疗效及评价**

疗效分析

心悸病门诊就诊人数：18060例，心悸症2245例，占12.43%。

住院患者：1654例，心悸症127例，占7.74%。

疗效分析

1中医症状记分法：

⑴心悸 0分：无

 2分：偶发心悸，不适感轻微，可自行缓解。

 4分：时有发作，持续时间长，不适感明显。

 6分：经常发生，心悸持续不解，甚至影响生活和工作。

⑵气短： 0分：无

 2分：偶感胸闷，可自行缓解。

 4分：胸闷发作较频繁，有叹息可呼吸，但不影响正常生活和工作。

 6分：胸闷持续不解，影响生活和工作。

⑶头晕： 0分：无

 2分：偶有头晕。

4分：头晕频繁发作。

6分：头晕发作时伴黑曚。

⑷畏寒： 0分：无

 1分：偶发畏寒，不适感轻微，可自行缓解。

 2分：时有发作，持续时间长，不适感明显。

 3分：经常发生，持续不解，需增衣加被。

⑸胸闷： 0分：无

 2分：偶感胸闷，可自行缓解。

 4分：胸闷发作较频繁，有叹息可呼吸，但不影响

正常生活和工作。

 6分：胸闷持续不解，影响生活和工作。

⑹倦怠乏力：0分：无

 1分：精神不振，乏力较差，不影响工作。

 2分：精神疲乏，全身乏力，尚可坚持工作。

 3分：经常倦怠乏力，难以坚持工作、生活。

舌象、脉象不记分。

2中医证候总疗效判定标准：

疗前积分 — 疗后积分

疗效指数（EI）= ×100%

 疗前积分

 显效：EI≥ 70%

 有效：30%≤EI <70%

 无效：EI < 30%

3疗效统计结果

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 门 诊 |  |  住 院 |
| 异常 显效 有效 有效率(%) | 异常 显效 有效 有效率(%) |
| 心悸气短头晕畏寒胸闷倦怠乏力 | 2245 632 948 70.381689 506 760 74.981563 495 742 79.122185 727 1091 83.211825 544 815 74.452011 662 993 82.30 |  | 127 41 59 78.62108 36 53 82.69101 34 51 84.22 98 35 52 88.36 96 32 47 82.56112 38 57 85.21 |

**2014年心悸病（心律失常）**

**诊疗方案优化措施**

1、在治疗中所用方剂虽为经典方剂，但是目前临床单一的典型证型仍较少见，虽然在实际使用中方剂也进行了划裁，但是仍不够集中、系统。在以往科内协定处方中发掘整理疗效突出的，结合经典方剂，在《诊疗规范》中拟定新的中药处方。

2、心悸（心律失常）部分病人变化往往比较迅速，中医诊治存在滞后性，本次诊疗方案纳入患者修订剔除恶性心律失常影响血流动力学的患者。待病情稳定后，可发挥中西医持长。

3、对无器质性心脏病病人的心悸，可参考本诊疗常规执行。

**2016年心悸病（室性早搏）**

**诊疗方案的优化与修订情况**

我们在总结前版方案基础上，经疗效分析、总结、评估等，遵照国家中医管理局印发的心悸病诊疗方案的具体内容，纳入本专科自身诊疗特色和优势修订完成。

心悸病(BNX010)是指病人自觉心中悸动，惊惕不安，甚则不能自主的一种病证，临床一般多呈发作性，每因情志波动或劳累过度而发作，且常伴胸闷、气短、失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症。病情较轻者为惊悸；病情较重者为怔忡，可呈持续性。心悸是心脏常见病证，为临床多见，除可由心本身的病变引起外，也可由它脏病变波及于心而致。可作为临床多种病证的症状表现之一，如胸痹心痛、失眠、健忘、眩晕、水肿、喘证等出现心悸时，应主要针对原发病进行辨证治疗。

1. 根据本病的临床表现，我科重点研究的是西医学中常见的室性早搏，我科致力于本病的中医诊疗方案研究，通过对疾病近几年临床病例观察，取得了一定成绩，但由于该疾病病因、病机复杂等因素，建立的诊疗方案仍需进行临床验证---修订---验证，以期为建立具备科学性、实用性、继承性、发展性、区别性、稳定性等多特点的诊疗方案打下坚实基础，同时为促进中医的医疗、教学、科研质量和国际学术交流等多方面做出一定贡献。
2. 在本版诊疗方案中分型论治分为痰火扰心、痰瘀互结、气滞血瘀、气阴两虚、阴阳两虚、心脾两虚六个证型。在前一版的方案应用中发现，心神不宁证在患者人群中比例明显少于其他证型；而心阳虚脱证无论在哪种心律失常中出现，均为心病科的急危重症，应该中西医结合抢救生命。血瘀证在心律失常患者中不少见，但是单纯的血瘀证似不多见，而气滞血瘀证更常见；同样，在阴虚火旺证中，因收入病房的患者多为老年人，病程较长，多阴虚及阳，故阴阳两虚证更加多见。
3. 采用我科名老中医雷忠义治疗心悸病的经验。