

中医治疗房性早搏的研究进展

郝琦云¹, 韩泉城¹, 李焱², 薛一涛²

1. 山东中医药大学, 山东 济南 250014; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014

[摘要] 房性早搏可归属于中医学心悸、怔忡范畴, 病因病机分为虚、实、虚实夹杂3类, 现代医家进一步丰富其辨证体系。中医治疗房性早搏常采用汤剂(经典经方与现代自拟方)、中成药(稳心颗粒等常用药及医院自制剂)、外治疗法(针刺、穴位贴敷等)单独或联合使用, 均能有效改善患者临床症状、减少早搏发作, 且不良反应较少, 其中稳心颗粒获评相关证型A类药物。中医辨证论治为核心的内服外治多种疗法, 可作为房性早搏临床管理的重要方案, 提供多元诊疗思路。目前中医相关研究仍存在作用机制不明确、临床试验设计有缺陷、疗效评价体系不完善等问题, 未来需深化理论研究、创新科研方法, 完善中医诊疗体系, 推动中医治疗房性早搏的规范化与高质量发展。

[关键词] 房性早搏; 中医; 中药汤剂; 中成药; 外治疗法; 研究进展

[中图分类号] R259 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 13-0098-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.13.013

Research Progress of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Atrial Premature Beats

HAO Qiyun¹, HAN Quancheng¹, LI Yan², XUE Yitao²

1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan Shandong 250014, China; 2. The Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan Shandong 250014, China

Abstract: Atrial premature beats (APBs) can be classified under the categories of palpitations and fearful throbbing in traditional Chinese medicine (TCM). The etiology and pathogenesis are divided into three types: deficiency syndrome, excess syndrome, and deficiency interwoven with excess syndrome. Modern TCM practitioners have further refined the syndrome differentiation system. In TCM treatment of APBs, decoctions (classic formulas and modern self-prescribed formulas), Chinese patent medicines (e.g., Wenxin Granules and other commonly used medicines, as well as hospital preparations), and external therapies (acupuncture, acupoint application, etc.) are often used alone or in combination. All these approaches can effectively improve clinical symptoms and reduce the frequency of APB episodes with few adverse reactions. Among them, Wenxin Granules have been rated as an A-class drug for the APBs-relevant syndrome type. Various internal and external TCM therapies centered on syndrome differentiation and treatment can serve as important options for the clinical management of APBs, providing diversified diagnostic and treatment strategies. However, current TCM research still has limitations, such as unclear mechanisms of action, defects in clinical trial design, and an imperfect efficacy evaluation system. Future efforts should be focused on deepening theoretical research, innovating scientific research methods, improving the TCM diagnostic and treatment system, and promoting the standardization and high-quality development of TCM treatment for APBs.

Keywords: Atrial premature beats; Traditional Chinese medicine; Chinese medicine decoction; Chinese patent medicine; External therapy; Research progress

[收稿日期] 2025-10-29

[修回日期] 2026-06-16

[基金项目] 山东省自然科学基金面上项目(ZR2023MH053)

[作者简介] 郝琦云(2000-), 女, 在读硕士研究生。

[通信作者] 薛一涛(1961-), 男, 主任医师, 教授。

房性早搏是指比窦性心律提前出现的起源于心房的异位搏动,又称房性期前收缩,以心悸、胸闷、头昏、全身乏力等为主要临床表现。房性早搏可归属于中医学中心悸、怔忡范畴。其发病主要责之于心脏气血阴阳失衡。其病机主要分为虚实两端,或为气血阴阳亏虚、心失所养,或由痰火、气滞、血瘀等实邪扰心,亦有虚实夹杂、本虚标实之证。现代医家在此基础上进一步深化认识,如从五脏相关、少阳枢机、痰瘀互结等角度进行辨治,丰富了房性早搏的辨证体系。中医治疗以辨证论治为核心,采用中药汤剂(如炙甘草汤、归脾汤等经典方剂和清心定律汤、枣柏宁心定悸汤等临床验方)、中成药(如稳心颗粒、参松养心胶囊等)及针灸、穴位贴敷等外治法,临床研究表明其在改善症状、减少早搏发作方面具有一定疗效^[1]。目前西医治疗以抗心律失常药物和射频消融为主,但存在不良反应多、依从性欠佳等局限^[2-3]。中医通过整体调节与个体化治疗,为房性早搏的临床管理提供了重要补充。本文系统梳理中医对房性早搏的认识与治疗进展,以期临床提供参考。

1 中医对房性早搏的认识

1.1 病名溯源 根据房性早搏的症状和发病特点,可将其归属于中医学心悸、怔忡范畴,是以心中急剧跳动,惊慌不安,甚则不能自主为主要临床表现的一类病症。《黄帝内经》中已体现宗气外泄、感受惊恐、心脉不通、感受外邪等因素可引发本病,如《素问》载“乳之下,其动应衣,宗气泄矣”“惊则心无所依,神无所归,虑无所定,故气乱矣”“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”“心痹者,脉不通,烦则心下鼓”。心悸的病名可追溯至东汉张仲景的《伤寒杂病论》“心动悸”“心下悸”等,并记录了治疗心悸的经典名方一炙甘草汤。心悸

病名首见于唐代孙思邈《千金翼方·卷第七·妇人三·心悸第五》“产后心冲恐悸不定,恍恍惚惚,不自知觉,言语错误,虚烦短气,志意不定”。

1.2 病因病机 中医学将房性早搏的病因病机分为虚实两大类。患者体虚久病、禀赋不足,素体虚弱,或久病失养,劳欲过度,气血阴阳亏虚,以致心失所养,发为心悸;劳倦太过伤脾,引起生化之源不足,而致心血虚少,心失所养,神不潜藏,而发为心悸。或平日饮食劳倦嗜食膏粱厚味,蕴热化火生痰,痰火扰心而致心悸;七情扰动,忤犯心神,心神动摇,不能自主而心悸;感受外邪,痹阻心脉,心之气血运行受阻,发为心悸。其他因素如药物中毒、药物过量或毒性较剧,损害心气,甚则损伤心质,引起心悸,如附子、乌头等。

现代中医学家依据现代人的生活方式、饮食习惯等,再结合现代人房性早搏的发病特点,对其病因病机有新的解读。吴鸿教授认为社会人群普遍处于高压、少睡眠、重思虑、嗜肥甘的生活方式中,易生痰饮,扰乱心神,则发心悸^[4]。袁金声教授认为心悸基本病机是本虚标实,本虚有气阴两虚、心脾两虚、心肾阳虚之别;标实有痰、瘀、气滞、风湿、温毒等^[5]。程丑夫教授认为少阳枢机不利,人体气机升降失司,心气不足、心脉不通,则发为心悸^[6]。王阶教授遵循“以肾济心、以脾益心、以肝调心”的心血管疾病治疗理念,以肾阳虚衰、心脉瘀阻为心悸的关键病机^[7]。邓铁涛教授继承和发扬中医五行学说及脏腑理论,提出五脏相关学说,从心、肺、肝、脾、肾五脏将心悸辨证分为心虚胆怯、心血不足、阴虚火旺;水饮凌心;气滞血瘀、痰火扰心;心血不足、水饮凌心;心阳不振、水饮凌心^[8]。

综上,房性早搏的病因病机可分为虚、

实、虚实夹杂3类。虚以气血阴阳亏虚为主；实以痰火、气滞、血瘀为主；虚实夹杂以本虚标实为主。

2 中医治疗房性早搏

2.1 中药汤剂 程煜^[9]选取60例房性早搏的患者随机分为治疗组和对照组各30例，2组患者均口服酒石酸美托洛尔片，治疗组在此基础上加服以柴胡加龙骨牡蛎汤为基础方加减的中药汤剂，8周后的结果显示治疗组临床症状疗效、心电图疗效、中医证候疗效均明显优于对照组。王帅等^[10]选取60例痰火扰心型房性早搏患者，随机分为对照组和治疗组各30例，对照组服用富马酸比索洛尔片，治疗组在对照组基础上加用温胆汤和小柴胡汤为基础方加减的中药汤剂，治疗4周后，治疗组早搏总有效率、中医证候疗效均明显高于对照组，且治疗前后动态心电图(Holter)房性早搏次数减少亦优于对照组。钱盈莹^[11]选取72例心脾两虚型房性早搏患者，随机分为对照组和观察组，对照组口服富马酸比索洛尔片，观察组在对照组基础上加服李文杰教授以归脾汤为基础方加减的中药汤剂，4周后发现观察组的中药汤剂可有效改善患者症状，减少房性早搏发作次数，并可在一定程度上改善患者的自主神经功能。徐长青等^[12]将70例房性早搏患者随机分为对照组和治疗组，对照组予美托洛尔、稳心颗粒，治疗组予生脉饮联合桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减，治疗4周后，治疗组的疗效优于对照组。雷杰等^[13]将80例患者随机分为中药组和西药组各40例，中药组服用炙甘草汤加减治疗，西药组口服普罗帕酮片治疗，3周后结果显示中药组在中医证候积分、疗程后24 h动态心电图心律失常次数及有效率方面均优于西药组，提示炙甘草汤加减能明显改善临床症状，降低房性早搏次数，临床疗效显著。吴翌菲^[14]选取60例

痰热扰心型房性早搏患者，随机分为治疗组和对照组各30例，对照组服用心速宁胶囊，治疗组服用郭茂松教授自拟黄金青白汤，治疗4周后结果显示黄金青白汤可有效改善患者的临床症状，并减少房性早搏次数。殷俊^[15]选取40例气阴两虚型房性早搏患者，随机分为治疗组和对照组，对照组口服美托洛尔缓释片，治疗组服用由唐蜀华教授创立、刘春玲教授改良的复方关白附汤，治疗4周，结果显示复方关白附汤可有效改善中医临床症状、减少房性早搏发生次数。车晓倩^[16]选取66例气阴两虚型房性早搏患者，随机分为观察组和对照组各33例，对照组口服琥珀酸美托洛尔缓释片，观察组在对照组的基础上予自拟方枣柏宁心定悸汤，疗程2周，结果显示观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$)；观察组治疗后主要症状积分和24 h动态心电图房性早搏次数低于对照组($P < 0.05$)，表明枣柏宁心定悸汤可提高美托洛尔治疗房早气阴两虚证的疗效，缓解心悸、胸闷等症状，减少房性早搏次数。刘晶^[17]选取180例冠心病心律失常患者，随机分为研究组和对照组各90例，研究组中房性早搏患者32例，对照组中房性早搏患者30例，对照组予酒石酸美托洛尔片，研究组在对照组基础上予宁心汤，疗程4周，结果表明定心汤配合酒石酸美托洛尔片可以改善冠心病心律失常患者的临床症状。郭楠楠^[18]选取60例阳虚水泛型肺心病失代偿期合并房性早搏患者，随机分为对照组和试验组各30例，对照组予富马酸比索洛尔片，试验组在对照组的基础上予温阳利水定悸方，疗程2周，结果表明低剂量比索洛尔联合温阳利水定悸方可减少房性早搏的发生次数，改善临床症状。

综上，无论是古代中医学家所创经方还是现代中医学家的自拟方，在治疗房性早搏上均

取得明显的临床疗效,特别是将西医抗心律失常药物与中药汤剂联合应用治疗房性早搏,疗效更佳。但其治疗房性早搏的作用机制尚未明确。

2.2 中成药 中药汤剂熬煮时间长、存放条件严格、随身携带不易,对于适应现代快节奏的生活、工作方式的人群,中成药以其服用便捷、剂量明确、便于携带保存,且通过标准化生产保证质量稳定的特点更能满足他们的用药需求。

魏瑞丽等^[19]采用多准则决策分析(MCDA)模型,经过专家对准则层、指标层赋予权重,应用CSC V2.0软件,对稳心颗粒治疗心律失常(室性早搏和房性早搏)气阴两虚证的安全性、有效性、经济性、创新性、适宜性、可及性、中医药特色(“6+1”维度)进行临床综合评价,稳心颗粒属于A类。李静等^[20]选取80例房性早搏或室性早搏患者,随机分为治疗组和对照组各40例,治疗组予参松养心胶囊,对照组予比索洛尔片,疗程8周,结果表明参松养心胶囊对各种原因引起的房性早搏、室性早搏均有较好的治疗作用,尤其是对功能性早搏所致的心律失常治疗效果尤为显著。田丰^[21]将50例冠心病心律失常患者随机分为治疗组与对照组,治疗组30例病人予通心络胶囊联合普罗帕酮,对照组20例仅服用普罗帕酮,疗程均为4周,结果显示,治疗组总有效率高于对照组($P < 0.01$)。

除稳心颗粒、参松养心胶囊和通心络胶囊这类临床常用治疗房性早搏的中成药外,各大医院亦有自制剂用以治疗房性早搏。迎春^[22]选取60例房性早搏患者随机分为治疗组和对照组,治疗组口服冠心舒通胶囊,对照组口服稳心颗粒,均治疗3周,结果显示治疗组症状好转情况优于对照组,但2组治疗后动态心电图

评估相似。刘丽英^[23]随机选取58位气阴两虚型房性早搏患者随机分为试验组和对照组各29例,试验组予通脉养心丸口服治疗,对照组予通脉养心丸模拟剂口服治疗,疗程为4周,结果显示试验组证候总积分疗效、房性早搏总疗效明显优于对照组,房性早搏次数少于对照组。焦丽华等^[24]将频发房性早搏患者80例,随机分为治疗组40例和对照组40例,对照组口服美托洛尔,治疗组服用心悸宁丸,均治疗12周,结果显示与治疗前相比,治疗后2组患者的临床症状及动态心电图检查结果均得到明显改善($P < 0.05$),且治疗组的临床疗效优于对照组($P < 0.05$)。薛静等^[25]选取60例房性早搏患者随机分为2组,治疗组30例采用宁心定悸胶囊治疗,对照组30例采用慢心律治疗,疗程为4周,结果显示宁心定悸胶囊对改善房性早搏患者的中医证候具有一定疗效。赵国定等^[26]选取146例快速心律失常患者随机分为对照组54例和治疗组92例,其中治疗组房性早搏29例,对照组房性早搏17例,以4周为1个疗程,对照组服用宁心宝胶囊,治疗组服用上海黄浦区中心医院自制剂冠心灵胶囊,结果显示治疗组临床疗效高于对照组。陈颖颖等^[27]选取30例频发房性早搏患者为研究对象,予健心平律丸治疗,疗程2个月,结果表明健心平律丸能稳定频发房性早搏患者的心率,减少早搏次数,改善不适症状。

稳心颗粒、参松养心胶囊、通心络胶囊等常用治疗房性早搏的中成药以及各医院自制剂虽已在临床试验中证明了其治疗房性早搏的临床疗效,但多数临床试验存在样本量较少、试验机构单一、作用机制不明确等问题。

2.3 中医外治疗法 李亮等^[28]将123例心律失常患者随机分为A、B、C组各41例,3组中房性早搏患者各有20、19、21例,3组在口服盐

酸胺碘酮片的基础上分别口服葛根桂枝甘草汤、针刺治疗(双侧内关穴)、口服葛根桂枝甘草汤配合针刺治疗,疗程1个月,结果表明口服葛根桂枝甘草汤配合针刺治疗心律失常,可提高患者心率变异性指标水平,降低炎症因子水平,抑制机体氧化应激反应。盛炜^[29]将70例房性早搏患者随机分为试验组和对照组,2组均服用美托洛尔缓释片,试验组在此基础上加用穴位揿针治疗(心俞、厥阴俞、内关、巨阙、膻中穴),观察2周,结果显示试验组的中医证候积分疗效、动态心电图疗效均优于对照组。杨玉韩^[30]选取60例痰瘀互结型房性早搏患者,随机分为治疗组和对照组各30例,对照组予倍他乐克,治疗组予礞石参连汤保留灌肠,疗程2周,结果表明礞石参连汤灌肠治疗房性早搏,脏器毒性较低,药物生物利用度较高,可降低房性早搏的复发率。祝芸芸^[31]将60例房性早搏患者随机分为治疗组和对照组,2组均口服美托洛尔片,治疗组加用穴位敷贴双侧内关穴,疗程为4周,结果显示西药配合内关穴位贴敷能够有效缓解房性早搏患者的临床症状,减少房性早搏次数。郑梅红等^[35]经过临床试验发现耳穴压豆(主穴为心、神门,配穴为交感、内分泌、皮质下)对偶发房性早搏具有较好的疗效。杨玉佩等^[33]将64名生理性频发房性早搏患者随机分为八段锦试验组和对照组,疗程为8周,结果显示通过练习八段锦可减缓因焦虑、劳累、失眠等房性早搏生理性发作诱因,并可改善患者心悸、气短、胸闷症状。

综上,在口服西医抗心律失常药物的基础上加用中医外治疗法,可有效改善房性早搏的临床症状;对于偶发的房性早搏可在进行药物治疗之前尝试中医外治疗法,亦有不错的疗效。

3 讨论

本研究系统梳理了中医对房性早搏的理论认识、辨证分型及内服外治等多种干预措施,并结合现代临床研究证据进行了综述。综合现有文献可知,中医治疗房性早搏已从传统的经验医学逐步走向循证探索,在缓解症状、减少发作方面展现出确切疗效,并与西医疗法形成了有益的互补格局。然而,在肯定成绩的同时,必须清醒地认识到当前的研究与实践仍处于发展阶段,若干深层次的问题亟待厘清与突破,这直接关系到中医药在本领域发展的深度与广度。

关于中医治疗房性早搏的疗效内涵与定位需进一步明晰。现有研究多集中于证实某一方药或疗法在减少24 h早搏次数、改善中医证候积分方面的有效性,这固然重要,但仍未能完全揭示中医干预的核心价值。中医治疗的优势或许不仅在于抗心律失常,更在于其整体调节作用。例如,通过补益心脾改善患者整体状态以消除早搏发生的重要病理基础,或通过疏肝解郁调节自主神经功能失衡这一重要病理环节。因此,未来的疗效评价应超越单纯的心电图指标,更多纳入生活质量、焦虑抑郁状态、心脏自主神经功能等维度,以全面诠释中医治病求本的特色。此外,中医在治疗功能性房性早搏、改善射频消融术后症状、处理西药禁忌或不耐受情况等方面,可能具有独特的优势,亟需通过设计良好的研究予以明确界定。其次,当前研究的方法论瓶颈制约了证据等级的提升与结论的外推。如本文所述,多数临床试验存在样本量小、随访时间短、缺乏多中心大样本随机双盲研究等问题。更深层的问题在于,许多研究中的辨证论治灵活性与其临床研究所需的标准化之间存在张力。例如,同一证型下基础方的加减变化如何规范?针刺治疗的

穴位选择、刺激参数如何统一?这种“标准化”与“个体化”的矛盾,是中医临床科研的固有难题。解决之道并非完全摒弃个体化,而是探索建立“病-证-方-效”相结合的临床研究范式,例如采用主方固定、随证微调的组方策略,或制定基于证据的针灸临床操作核心方案,在保持中医精髓的前提下提升研究的可重复性与可比性。再者,作用机制研究的相对滞后。尽管有研究从调节自主神经、抗炎、抗氧化应激等角度进行了一些探索,但总体而言,研究仍较为零散和表浅。房性早搏的发生涉及心房电重构、结构重构、神经体液调节等多方面,中医复方多成分、多靶点的作用特点与之高度契合。未来应积极运用系统生物学、网络药理学、肠道微生物组学等现代技术,构建从活性成分、关键靶点到通路网络的整合分析模型,不仅阐明为何有效,更可反哺中医理论,揭示气阴两虚、痰瘀互结等证候的现代生物学内涵,实现传统理论与现代科学的契合。

最后,推动中西医在房性早搏治疗中的深度融合与协同创新是必然方向。中西医对于房性早搏的病因认知存在异同,二者均认为该病的发生与心脏功能异常、神经调节失衡相关,不同的是西医将病因归为结构性因素如肥厚性心肌病、化学性因素如 β 受体激动剂,以及充血性心力衰竭等其他病症的后遗症,而中医则从整体辨证角度,将病因分为虚、实、虚实夹杂3类,虚证以气血阴阳亏虚为主,实证以痰火、气滞、血瘀为主,虚实夹杂证则以本虚标实为核心,同时还将情志失调、感受外邪等因素纳入病因范畴。在治疗方面,中西医的治疗目标一致,均以减少房性早搏发作、缓解心悸、胸闷等临床症状为核心,但治疗方式差异显著,西医以抗心律失常药物如 β 受体阻滞剂、射频消融术为主,针对疾病具体病理机制

开展治疗,其中射频消融术多用于孤立性房性早搏的治疗;中医则以辨证论治为核心,采用多元治疗方式,包括炙甘草汤、归脾汤等经典汤剂及清心定律汤、枣柏宁心定悸汤等现代自拟方在内的中药汤剂,稳心颗粒、参松养心胶囊等临床常用及各医院自制的中成药,还有针刺、穴位贴敷、耳穴压豆等中医外治疗法,通过整体调节与个体化治疗实现病症改善,且不良反应相对较少。未来的结合不应是简单的“中药+西药”或“针刺作为辅助”,而应是在深刻理解各自优势基础上的有机整合。例如,能否建立基于中医辨证分型的房性早搏风险分层模型,以指导治疗方案的选择;能否探索在西医射频消融围手术期,应用中医疗法以改善患者基础状态、减少术后复发等。这些问题的探索,将有助于构建更具个性化和效益最优化的房性早搏中西医结合诊疗方案。

综上所述,中医治疗房性早搏前景广阔,但任重道远。未来的研究应致力于:深化理论内涵,明确疗效特色与优势病种;创新研究方法,在遵循中医规律的前提下提升证据等级;突破机制瓶颈,运用现代科技阐释科学原理;探索整合路径,构建中西医优势互补的诊疗新模式。以此将中医治疗房性早搏的实践经验,转化为被广泛认可、可持续发展的临床方案,为全球心律失常患者提供更多元、更优质的治疗方案。

[参考文献]

- [1] 范俊飞,韩天雄,徐瑛.房性早搏的中医药研究进展[J].天津中医药,2019,36(1):101-104.
- [2] MURSAN L, CISMARU G, MURESAN C, et al. Beta-blockers for the treatment of arrhythmias: Bisoprolol—a systematic review[J]. Ann Pharm Fr, 2022, 80(5): 617-634.
- [3] HE B, LI Y, HUANG W, et al. Mapping and Ablation of Isolated Frequent Symptomatic Premature Atrial Contractions in Patients With Structurally Normal Heart[J]. Front Cardiovasc Med, 2022, 9:

- 862659.
- [4] 王凯霞, 曹盼夏, 胡蒙惠, 等. 吴鸿教授运用苓桂术甘汤治疗心悸经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2025, 23(11): 1751-1753.
- [5] 胡蓉, 舒华, 李福强, 等. 全国名中医袁金声基于炙甘草汤证治疗心悸经验总结[J]. 贵州医药, 2025, 49(4): 507-511.
- [6] 徐艺嘉, 张仪, 彭园, 等. 程丑夫从少阳枢机辨治心悸验案2例[J]. 山西中医, 2025, 41(3): 36-37.
- [7] 田径, 邓秘, 牛露娜, 等. 王阶运用补肾活血法治疗心悸经验[J]. 中医杂志, 2025, 66(10): 996-999.
- [8] 王创畅, 王侠. 邓铁涛教授“双五”理论在中医内科学心悸病中的教学应用探讨[J]. 广东职业技术教育与研究, 2024(11): 110-113.
- [9] 程煜. 宁心汤治疗心律失常频发房性早搏临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(8): 133-136.
- [10] 王帅, 李文杰. 清心定律汤治疗痰火扰心型功能性房性早搏临床观察[J]. 山西中医, 2022, 38(7): 15-17.
- [11] 钱盈莹. 归脾定悸汤治疗功能性房性早搏(心脾两虚证)患者的临床疗效研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2021.
- [12] 徐长青, 付小燕. 生脉饮联合桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减治疗频发房性早搏临床观察[J]. 山西中医, 2018, 34(9): 42, 51.
- [13] 雷杰, 郑琼莉. 炙甘草汤加减治疗房性早搏的临床观察[J]. 江汉大学学报(自然科学版), 2017, 45(6): 537-540.
- [14] 吴翌菲. 黄金青白汤治疗痰热扰心型房性早搏的临床疗效观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江省中医药科学院, 2023.
- [15] 殷俊. 复方关白附汤治疗气阴两虚型房性早搏的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2017.
- [16] 车晓倩. 枣柏宁心定悸汤联合美托洛尔治疗房性早搏患者33例[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(5): 997-999.
- [17] 刘晶. 定心汤配合酒石酸美托洛尔片治疗冠心病心律失常的疗效分析[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(6): 1303-1305.
- [18] 郭楠楠. 温阳利水定悸方治疗肺心病失代偿期合并房性早搏阳虚水泛证的临床疗效观察[D]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2023.
- [19] 魏瑞丽, 王志飞, 马晓昌, 等. 稳心颗粒治疗心律失常(气阴两虚证)的临床综合评价[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(23): 6068-6077.
- [20] 李静, 郑萍, 罗秀锋, 等. 参松养心胶囊治疗心律失常临床观察[C]//中华中医药学会. 络病学基础与临床研究(10). 南宁: 广西壮族自治区第二人民医院, 2014: 577-579.
- [21] 田丰. 通心络胶囊治疗冠心病心律失常疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(3): 348-349.
- [22] 迎春. 冠心舒通胶囊治疗房性早搏的临床观察[D]. 通辽: 内蒙古民族大学, 2022.
- [23] 刘丽英. 通脉养心丸治疗气阴两虚证的房性早搏的临床研究[D]. 天津: 天津中医药大学, 2020.
- [24] 焦丽华, 张志国, 范立华, 等. 心悸宁丸治疗频发房性早搏的临床观察[J]. 中国社区医师, 2015, 31(25): 88-89.
- [25] 薛静, 牛天福, 祁慧霞, 等. 宁心定悸胶囊治疗房性期前收缩临床观察[J]. 山西中医, 2011, 27(5): 11-13.
- [26] 赵国定, 宋海萍, 蔡征宇, 等. 冠心灵胶囊治疗快速心律失常92例临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2005, 39(1): 7-8.
- [27] 陈颖颖, 何绪屏. 健心平律丸治疗频发房早的临床研究[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(12): 192-194.
- [28] 李亮, 黄积存, 王国蕾. 针刺配合葛根桂枝甘草汤治疗心律失常疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(12): 1510-1515.
- [29] 盛炜. 穴位揪针联合美托洛尔治疗房性早搏患者33例[J]. 中医外治杂志, 2021, 30(1): 53-54.
- [30] 杨玉韩. 礞石参连汤灌肠治疗痰瘀互结型房性早搏的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江省中医药科学院, 2019.
- [31] 祝芸芸. 内关穴位贴敷对房性早搏患者临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(84): 66.
- [32] 郑梅红, 许艺惠, 尹莲花, 等. 耳穴贴压治疗偶发室性早搏及偶发房性早搏的效果分析[J]. 福建医药杂志, 2016, 38(2): 39-41.
- [33] 杨玉佩, 钟捷, 李东雅, 等. 八段锦干预生理性频发房性早搏效果观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(5): 107-108.

[责任编辑: 钟志敏, 蒋维超(英文)]