

心臟房室早期收縮合併陣發性心房顫動與 多發性心室頻脈之中醫藥治療病例報告

許堯欽^{1,*}、謝元凱²、王宏銘³、廖啟卉¹、徐尉芳⁴

¹ 奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部，臺南，臺灣

² 阮綜合醫院心臟內科，高雄，臺灣

³ 馬偕紀念醫院中醫部，臺北，臺灣

⁴ 衛生福利部桃園醫院中醫科，桃園，臺灣

本案例為一位 47 歲男性病人，罹患心律不整多年，初期因症狀輕微未積極就醫診療，直至半年前因胸悶心悸嚴重影響工作與睡眠，乃求診於某區域教學醫院，經 24 小時心電圖檢查發現一日內有 834 次心室早期收縮 (PVC) 與 4,179 次心房早期收縮 (PAC)，合併陣發性心房顫動 (PAF) 與多發性心室頻脈 (VT)。因規律服用西藥一個月後症狀仍反覆發作，乃求助於中醫。經診察，中醫辨證屬心脾兩虛，痰瘀阻脈。初診處方以歸脾湯合溫膽湯加減。服藥二週後自覺心悸症狀明顯減少八成。前後經中藥調理半年後，病人自覺心悸症狀幾乎已消失，再回原醫院接受 24 小時心電圖檢查，結果顯示陣發性心房顫動與多發性心室頻脈消失，一日內的心室早期收縮 (PVC) 僅剩 7 次，心房早期收縮 (PAC) 僅剩 2 次。因病情穩定，停服中西醫藥物，至今已一年半未再發生胸悶心悸等症狀。

中醫辨證論治有效地控制心律不整的案例，提供臨床醫師一個值得參考的診療模式。

關鍵字：心律不整、房室早期收縮、陣發性心房顫動、多發性心室頻脈、歸脾湯、溫膽湯

* 通訊作者：許堯欽，奇美醫療財團法人奇美醫院中醫部，臺南市永康區中華路 901 號奇美醫院中醫部，電話：06-2812811 轉 53786，傳真：06-2820536，E-mail：cmh71001@mail.chimei.org.tw
107 年 5 月 27 日受理，108 年 4 月 24 日接受刊載

前言

心律不整，意指心臟失去正常應有的規則性節律。臨床上可分為快速心律、慢速心律及不規則早期收縮三大類 [1]。快速心律以上心室頻脈、心房撲動、心房顫動及心室頻脈較常見。慢速心律則以竇房結綜合徵及房室傳導阻礙最常見。不規則早期收縮則以心房早期收縮與心室早期收縮最多。

心律不整的臨床表現，可以是全無症狀，或是感覺心跳加快、心跳不規則，伴隨頭暈、疲倦、胸悶。嚴重時，病人會嚴重氣喘、胸痛、甚至昏倒休克，乃至猝死。在猝死的病人中，有九成以上的病人是因快速的心室頻脈或心室顫動而引起。心律不整的治療可分為抗心律不整藥物治療與侵入性的治療，包括：心導管電燒術、人工心節律器、植入型心室去顫器 [2]。對於房室早期收縮的病人，治療上當然是首選抗心律不整藥物。但是，當病人對於藥物反應不佳時，就會考慮使用心導管電燒術。這些抗心律不整藥物雖可治療心律不整，但也可能引發單型性心搏過速、多發性心室頻脈，心室顫動、傳導障礙、或是心搏過緩等不良反應，稱為心律不整藥物的心律惡化 (proarrhythmia)。

本案例是一個心臟房室早期收縮合併陣發性心房顫動與多發性心室頻脈的中年男性，主訴陣發性嚴重胸悶心悸，影響工作與睡眠已半年，經投以抗心律不整藥物未獲得理想療效，故求助於中醫，經辨證論治給予中藥處方調理，治療後陣發性心房顫動消失，多發性心室頻脈消失，24 小時心電圖紀錄的房室早期收縮次數明顯減少，病人的臨床症狀明顯改善，生活恢復正常。詳細診療經過報告如下：

病例闡述

1. 基本資料及現病史

林○○，47 歲男性，病歷號碼 3142****，職業為汽車電機商，已婚，居住在雲林縣，初診日期為 104 年 12 月 23 日，病患過去無高血壓、糖尿病、中風病史，父母親皆有高血壓。無藥物食物過敏記錄，無抽菸、喝酒、嚼食檳榔，飲食習慣為葷食。來診主訴胸悶心悸已多年，近半年症狀加重。20 年前因感冒引發中耳積水後初次斷續發作心悸，但因症狀輕微，故未積極就醫診療。近半年來工作較忙碌，精神壓力大，胸悶心悸頻發，每天有小發作數次，自覺於胸骨正中下方有強烈搏動感，症狀多在數分鐘後自緩。若睡眠狀況不佳易致發作，平均每 2-3 日就有大發作一次，持續一整天，若自行加快呼吸節奏可稍緩和症狀，平躺時易因心悸致無法入眠，無胸痛、氣喘。病患於 104 年 11 月至某區域教學醫院求診，24 小時心電圖檢查顯示 1 日內發作 834 次心室早期收縮 (PVC) 與 4179 次心房早期收縮 (PAC)，且合併陣發性心房顫動 (PAF) 與多發性心室頻脈 (VT)，心臟超音波檢查無異常，經規律服用西藥一個月，但症狀仍未能順利控制，遂於 104 年 12 月 23 日至本院中醫部就診。病患來診當日意識清醒，面色白，體格肥胖 (身高：175 cm，體重：94 kg，BMI：30.7 kg/m²)，舌淡紅，苔薄白，邊齒痕。語音音量適中，無特殊氣味。平時容易疲倦，少運動，無頭暈、頭痛，稍怕熱，排汗正常，食慾可，喜好冷飲和辛辣食物，近半年來常因心律不整發作致無法入睡，腰偶發痛，排便偏軟，一日二至三行，小便平。四肢溫。脈沉短無力。

2. 實驗室及影像學檢查

2.1 104/11/30: 24 hours Holter EKG: (圖1)

2.1.1 The dominant rhythm was sinus rhythm with rate 53-205 bpm, the average rate was 80bpm.

2.1.2 834 PVCs / 4179 PACs

2.1.3 Short-run VTs with the longest run 4

beats at rate 181 bpm was noted.

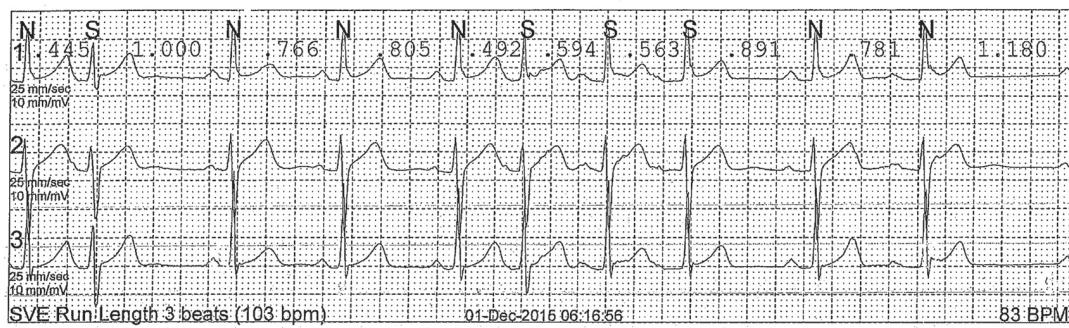
2.1.4 PAF with RVR, not followed by bradycardia were noted.

Patient: LIN C JZ, 798/S802
ID: P120582266

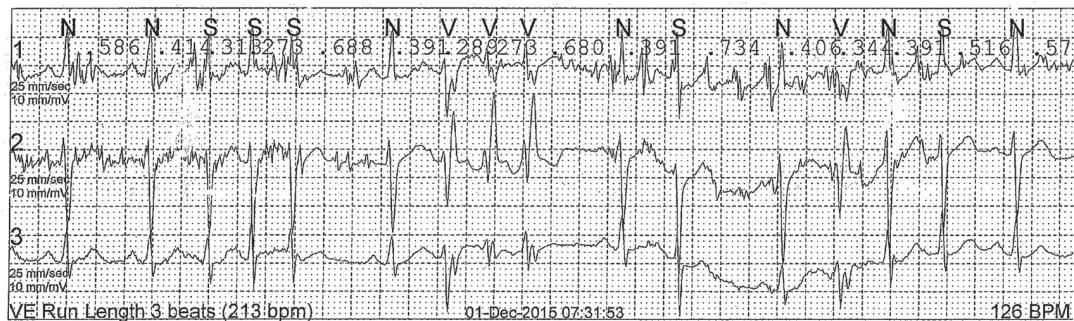
Room ID: OPD

Site: 10±DxjL-OAUAA°
Location: 24hrp@EaB1q1Y4
Hookup: 30-Nov-2015

PAT



VT



PAf

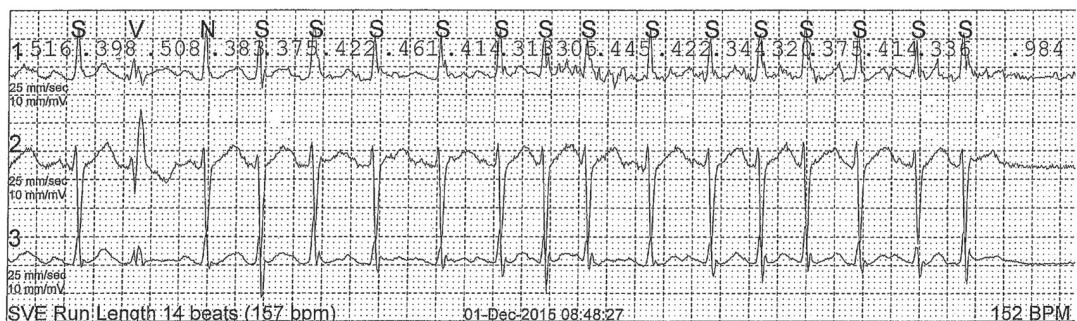


圖 1 104/11/30: 24 hours Holter EKG

2.1.5 The max R-R interval was 1.85 seconds.

2.1.6 Patients events were associated with PVCs / PACs.

2.2 104/12/04: 杜卜勒彩色心臟超音波

2.2.1 No chamber dilatation

2.2.2 No regional wall motion abnormalities

2.2.3 Adequate LV systolic performance (EF55.2%)

2.2.4 Mitral E/A and E`/A` reverse, E/E`<15, suggest Gr. 1 diastolic dysfunction without LA pressure elevation

2.2.5 Trivial TR with estimated SPAP: 18.9 mmHg

3、理法病機分析

從病患平素體徵來看，患者面色白，體格肥胖，少運動，容易疲倦，舌體胖邊有齒痕，脈沉無力，是典型的氣虛證體質。而肥人多夾有痰濕的問題，其平時又好食冷飲，症見大便偏軟，一日二至三行，脈沉而短，推論此位病患因過食生冷，久之寒邪抑遏脾

陽，導致脾陽失運，水飲不化，聚濕成痰。而且痰飲可進一步阻滯血脈，導致脈氣不利，故出現脈短的現象。以上所述之病機為病患發病的條件。

而從發病過程來看，病患近半年來工作繁忙，壓力大，精神體力耗損過度，導致心氣心血虧虛，繼而出現嚴重胸悶心悸、睡眠不穩等症狀，此應為本病致病之主要病機。綜上所述，本病之主要辨證為心脾兩虛，痰瘀阻脈。

4、病因病機圖：如圖 2

5、診斷

西醫診斷：心律不整，房室早期收縮，陣發心房顫動。

中醫診斷：心悸怔忡。

中醫證型：心脾兩虛，痰瘀阻脈。

6、治則：補益心脾，理氣化痰通脈。

7、處方：

歸脾湯 5.0g 溫膽湯 4.0g

甘麥大棗湯 3.0g

製附子 1.5g 丹參 1.5g

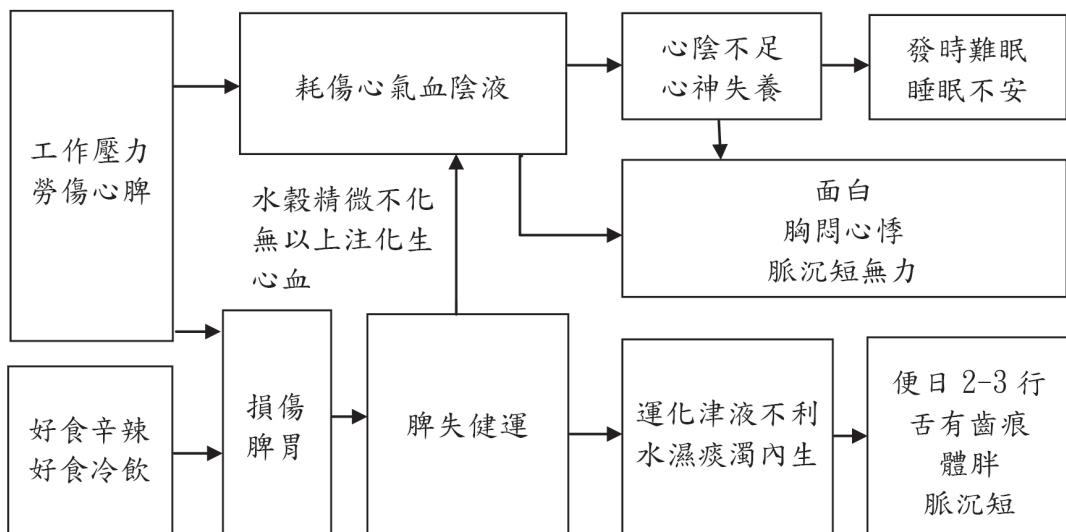


圖 2 病因病機圖

降真香 1.0g 3*7

8、方藥分析：

初診處方以歸脾湯為君，溫膽湯為臣，甘麥大棗湯為佐，附子、丹參、降真香為使。標本兼顧。配伍用藥原理如下：本案心悸之主要辨證為心脾兩虛，故處方選用歸脾湯為君 [3]，方中以參朮耆草甘溫補脾，棗仁桂圓遠志茯神酸甘苦溫以養心，主治勞傷心脾，怔忡健忘，驚悸盜汗，發熱體倦，食少不眠之心脾兩虛證。再因痰飲為本案之主要病邪，故選專治痰飲之溫膽湯為臣，以半夏燥濕化痰，配伍陳皮降氣化痰，茯苓滲濕消痰，加竹茹枳實，專治膽虛痰熱上擾所治之驚悸失眠。本病心悸之另一重要病機是痰飲阻滯血脈。依《金匱》所述痰飲為陰邪，宜以溫藥和之，故加附子以辛溫助陽，通調全身經脈，加丹參入心，活血通脈，降真香降氣以活血。此外，病人因工作勞心傷神，耗損心陰以致容易失眠且誘發心悸，故以甘麥大棗湯為佐，養血寧心安神、潤燥緩急。全方共奏補益心脾，寧心安神，除痰活血通脈之功。

9. 追蹤診療

104 年 12 月 30 日二診，病患表示服上方後自覺胸悶和心悸症狀減輕許多，睡眠品質較佳，故依原方續開立 7 日。105 年 1 月 6 日三診，病患自述症狀已減輕近八成，睡眠穩定，再依原方續開立 14 日。105 年 1 月 20 日四診，病患回顧服藥第一週陣發心悸致醒 3 次，服藥至第二週已無，此次藥物甘麥大棗湯調整為 2.0g，加細辛 1.0g，3*7。105 年 2 月 3 日五診，病患表示近兩周均穩定未發作心悸，依前次方續開立 21 日。105 年 2 月 25 日六診，病患自述兩週前因熬夜睡眠不足又飲酒後稍發作心悸，休息後症狀自減，囑其注意調整作息，依前次方續開立 21

日。105 年 3 月 24 日七診，病患近兩週於醫院照顧家人，工作和醫院來回奔波後，夜間又發兩次心律不整，腰痠痛，可入眠，診斷為過勞傷腎，處方調整為歸脾湯 5.0g、溫膽湯 3.0g、八味地黃丸 3.0g、製附子 1.5g、丹參 1.5g、降真香 1.0g、細辛 1.0g，3*21。105 年 4 月 14 日八診、105 年 5 月 5 日九診症狀較穩定，皆依 3 月 24 日之處方續開立三週。105 年 5 月 26 日十診症狀減輕許多，陣發心跳快、胸悶致醒已無，偶腰易痠痛，處方歸脾湯 5.0g、濟生腎氣丸 4.0g、麥冬 1.5g、降真香 1.5g、杜仲 1.5g、何首烏 1.5g、補骨脂 1.0g，3*28。

105 年 7 月 13 日十一診，病患於 105 年 6 月 20 日至某區域教學醫院檢查 24 小時心電圖報告（表一）顯示：原 1 日內房室早期收縮發作 5000 多次已減少為 9 次，且已無陣發性心房顫動，已無多發性心室頻脈。病患自覺臨床症狀減輕許多，惟偶爾失眠後稍覺胸悶、心跳快，因病情穩定，囑可減量為 BID 服藥，處方依前次方續開立 3*28。105 年 10 月 3 日十二診，病患症狀已穩定，故囑其可再減量為 QD 服藥，為鞏固療效增加補腎陽藥物，處方：歸脾湯 5.0g、八味地黃丸 4.0g、丹參 1.5g、降真香 1.5g、杜仲 1.5g、何首烏 1.5g、補骨脂 1.0g，3*28。105 年 4 月 24 日十三診，病患回診自述情況穩定，心悸未再發作。近日電話隨訪，病人表示目前未服中藥也未服西藥，病情未再復發，至今已逾兩年。

討論

- 從本案中病患之病史來看，其於 20 年前因感冒引發中耳積水後初次發作心悸，若外

表 1、105/06/20 某區域教學醫院 24 hours Holter ECG 報告

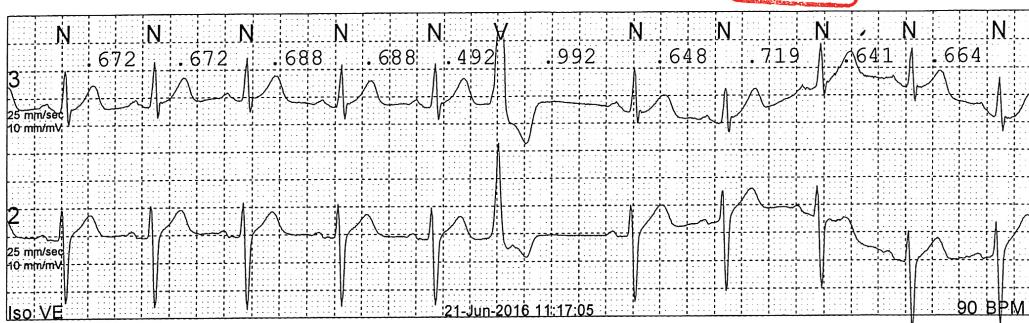
105/06/20 24 hours Holter ECG:

1. The dominant rhythm was sinus rhythm with rate 53-134 bpm, the average rate was 83 bpm.
 2. 7 isolated PVCs/2 isolated PACs.
 3. No sinus pauses.
- Patients event (palpitation) was associated with normal sinus rhythm with rate 85 bpm.

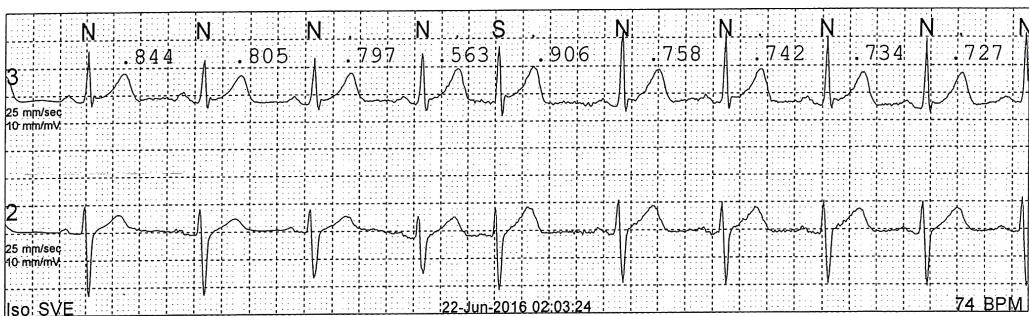
Patient: DLO Lin C J, 804 S802
ID: P120582266

Site: |०±D¤jºL-OÀÜÅå°|
Location: 24¤p@E¤B'q'¶+
Hookup: 21-Jun-2016

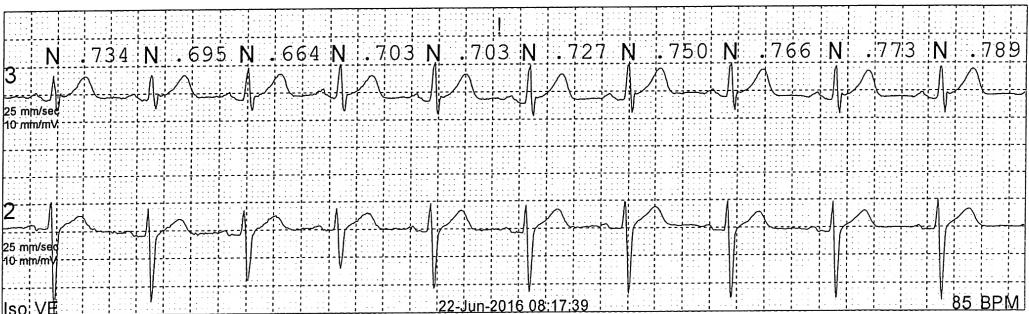
VPC



APC



Patient Event



邪襲人，營衛失和，血脈不利導致心悸斷續輕微發生，日久可損傷心氣，對後續發展出的心律不整問題埋下了不利的影響因子，雖然無直接證據指出與此次來診主訴的胸悶心悸症狀有直接關係，但從整個病程來看亦可能為遠因。

2. 心律不整之西醫診療

心律不整的診斷，除了理學檢查外，最常用的設備是心電圖檢查。心電圖的檢查包括一般常規心電圖、運動心電圖及 24 小時霍特心電圖檢查，從檢查中記錄心律不整的發作，進而判斷其類別及嚴重度。更精確的診斷方法則是心臟電氣生理學檢查，利用心導管的技術，置放多條電極導管到心臟內，記錄心臟內心電圖的變化及心律傳導的徑路，並經由電極導管刺激心臟來誘發出病人潛在可能發作的種種心律不整。並由發作時的心導管記錄正確診斷出心律不整的致病機轉，有助於進一步正確的治療。

心律不整的治療方式，包括：抗心律不整藥物、心導管燒灼術、人工節律器，或是植入型的心室去顫器。抗心律不整藥物有以下幾種：(1) 離子通道阻斷劑：包括鈉離子通道阻斷劑。(2) 乙型交感神經抑制劑，較無心搏過速與心律惡化的副作用，但可能造成心搏過緩。(3) 鉀離子通道阻斷劑，最常用的是 Amiodarone，副作用是可能造成有症狀的心搏過緩。(4) 鈣離子通道阻斷劑：可用來抑制副交感神經對心臟的抑制，可用於有症狀的心搏過緩。(5) 腺苷（Adenosine）：可抑制房室間傳導，是陣發性心室上心搏過速之首選 [4,5]。

對於快速心律不整，當藥物治療反應不佳時，就要考慮心導管燒灼術，但仍有少數併發症，如新的心律不整、死亡、放射線暴

露風險等 [6,7,8]。對於心率過慢，容易引發病人突發性的昏倒的病竇綜合徵，裝置人工心節律器則是優先選擇。永久性的心律調節器通常會使用在有症狀的心搏過緩、房室間傳導障礙與已排除其他影響心跳節律且可逆的因素者（如電解質不平衡、心肌梗塞、萊姆病等） [9,10]。若是遭遇難以控制的心搏過速，則可選用心室內去顫器 [11,12]。然而，手術也有高費用和增加心房纖維性顫動或心房撲動的風險等缺點。

3. 心律不整之中醫名家診療經驗

心律不整在中醫學屬於心悸、怔忡範圍，自內經以來，歷代醫家論述頗多，本病病因複雜，多見虛實夾雜，本虛多以心之氣血陰陽虧損為主，標實多以瘀血、寒凝、痰濁為主。名老醫家鄧鐵濤治療本病多以心脾立論，鄧老認為本病乃正虛（心氣虛和心陰虛）為病因，痰和瘀為繼發因素。鄧老認為氣虛、陰虛、痰濁、血瘀構成了心悸病機的四個重要環節，臨牀上多運用調脾護心、補氣除痰法治療 [13]。選方以溫膽湯加減：黨參 24 g，茯苓、丹參各 12 g，法半夏、珍珠層粉、竹茹各 10 g，橘紅、枳殼各 6 g，甘草 5 g。若氣虛甚者加白朮、黃耆或吉林參；偏虛寒者去竹茹，加桂枝或桂心；兼瘀者，加失笑散或三七末。

劉岡則認為室性早搏多為肝經鬱火擾心，其病機為肝鬱化火，上擾心神，致心神失養。治療以四逆散加減 [14]：柴胡、白芍、枳實、炙甘草各 12 g，苦參、桑寄生各 15 g，煅紫石英 6 g（水飛為末，沖服）。張薇也以心肝論治 [15]，認為本病病位在心，但與肝密切相關。心主血脈，肝主疏泄，肝與心又為母子之臟，肝氣舒，心氣暢。肝失疏泄，氣行瘀滯，脈絡失暢，故有心悸、怔忡、脈

結代之證。郭學軍則從心腎論治，用心腎兩交湯治療腎水不足所引起之房室早期收縮有顯著療效 [16]，其組成為：川黃連 10g、肉桂 15g、人參 10g、麥門冬 15g、當歸 15g、炒酸棗仁 30g、白芥子 12g、熟地黃 15g、山茱萸 15g。喻懷斌等則認為本病的主要病機為氣虛陽衰，無力推動血液運行，而致氣滯、血瘀、痰阻、胸陽不振等病理變化，治療重在益氣溫陽，活血安神。方以自擬之苦參消早湯治療 [17]，其組成為苦參 30g，炙甘草 15g，桂枝、阿膠（烊化）、半夏各 12g，黃耆、丹參、煅龍骨、煅牡蠣各 20g，紅參 6g。

4. 本案例之診療過程檢討

這是一個心臟房室早期收縮合併陣發性心房顫動與多發性心室頻脈的病人，本案例的病位在心，但病機與脾胃有密切相關。治療時以補益心脾為主，化痰通經脈為輔。處方以歸脾湯補心健脾，加溫膽湯以化痰飲，再加附子溫通經絡、丹參與降真香活血理氣，通補兼施。病人服藥兩周後自訴胸悶心悸症狀已減少約八成，後續加入溫腎助陽的八味地黃丸以支持體能，前後連續調理半年，除病人的胸悶心悸已鮮少再發之外，再至原醫院回診檢查 24 小時心電圖，結果顯示：陣發性心房顫動消失、多發性心室頻脈消失、心房與心室早期收縮次數均明顯減少。後續即停止服用中西藥物，至今已兩年，期間病人未再發作任何胸悶心悸症狀。

本案例的診療，我們主要從心脾論治。依中醫生理病理來看，心脾二臟之間確實關聯密切。從臟腑聯繫而論：心主血脈，脾統血；心臟透過血脈將充滿天陽（氣）的血液運送達周身臟腑經絡，人體得以溫養。脾胃健運則元氣充盈，將後天水穀精微運送上下以供養五臟六腑；從經脈循行而論：脾經

為心經循行之上接經，《靈樞·經脈篇》：「脾足太陰之脈，起於大指之端……，其支者，復從胃，別上膈，注心中。」[18]；從痰飲的生理病理而論：脾為生痰之源，脾胃健運，則人體津液表裏上下升降順暢，痰濁無以凝聚，則血脈流利，心氣調達。故治療心律不整常併用健脾化痰藥物。

結論

經過中醫辨證論治後，本心律不整病人的陣發性心房顫動與多發性心室頻脈消失，代表病人併發腦中風、急性心肌梗塞與猝死的風險明顯降低 [1] [19]，臨牀上起到重要的保護作用。此外，24 小時心電圖檢查紀錄顯示心臟房室早期收縮次數明顯減少，加上病人的臨床症狀明顯改善，生活恢復正常，不須倚賴中西藥物。很明顯的，本病人的病情在主客觀的評估成果均獲致明顯的改善。中醫辨證論治成功的控制了這個病人的心律不整問題。

參考文獻

1. 吳德朗，哈里遜內科學（上）：Harrison's Principle of internal medicine: 15 th ed. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson：合計圖書公司，台北，pp. 1625-1655，1648，2000。
2. McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM. Current Medical Diagnosis and Treatment 2007, 64th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc. pp. 375, 2007.
3. (清) 汪訥庵，醫方集解，大孚書局，台南，pp. 118，1999。
4. McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM. Current

- Medical Diagnosis and Treatment 2007, 64th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc. pp. 376-379, 2007.
5. Kowey PR, Yan G. Chapter 45. Antiarrhythmic Drugs. In: Fuster V, Walsh RA, Harrington RA. eds. Hurst's The Heart, 13e. New York, NY: McGraw-Hill. 2011.
6. Kay GN, Epstein AE, Dailey SM, Plumb V. Role of radiofrequency ablation in the management of supraventricular arrhythmias: experience in 760 consecutive patients. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 1993; 4: 371.
7. Chen SA, Chiang CE, Tai CT, Cheng CC, Chiou CW, Lee SH, Ueng KC, Wen ZC, Chang MS. Complications of diagnostic electrophysiologic studies and radiofrequency catheter ablation in patients with tachyarrhythmias: an eight-year survey of 3,966 consecutive procedures in a tertiary referral center. *Am J Cardiol*. 1996; 77: 41.
8. Scheinman MM, Huang S. The 1998 NASPE prospective catheter ablation registry. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2000; 23: 1020.
9. Birnie D, Williams K, Guo A, Mielniczuk L, Davis D, Lemery R, Green M, Gollob M, Tang A. Reasons for escalating pacemaker implants. *Am J Cardiol*. 2006; 98: 93.
10. Hildick-Smith DJ, Petch MC. Temporary pacing before permanent pacing should be avoided unless essential. *BMJ*. 1998; 317: 79.
11. McElderry HT, McGiffin DC, Plumb VJ, Nanthakumar K, Epstein AE, Yamada T, Kay GN. Proarrhythmic aspects of atrial fibrillation surgery: mechanisms of postoperative macroreentrant tachycardias. *Circulation*. 2008; 117: 155.
12. Cox JL, Ad N, Palazzo T. Impact of the maze procedure on the stroke rate in patients with atrial fibrillation. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1999; 118: 833.
13. 劉澤銀、鄒旭、羅英、鄧鐵濤，鄧鐵濤，心脾相關論治療心悸臨床經驗總結。中國中醫藥信息雜誌。2007；14(7)：82-83。
14. 劉崗、冀秀萍，四逆散加減治療室性早搏 42 例。陝西中醫。2005；26(7)：619-620。
15. 張薇，疏肝養心法治療早搏 30 例。四川中醫。2006；24(6)：59。
16. 郭學軍，心腎兩交湯治療頻發房早的臨床觀察。中國老年保健醫學。2009；7(6)：12-13。
17. 喻懷斌，苦參消早湯治療室性早搏 45 例。安徽中醫學院學報。2000；19(3)：14-15。
18. (唐)王冰，黃帝內經素問靈樞第三卷經脈第十，大孚書局，台南，pp. 10, 2000。
19. McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM. Current Medical Diagnosis and Treatment 2007, 64th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc. pp. 388-389, 2007.

Case Report

An AtriaVentricular Premature Contraction Combined with Paroxysmal Atrial Fibrillation and Multiformi Ventricular Tachycardia Patient Treated by Traditional Chinese Medicine

Yao-Chin Hsu ^{1,*}, Yuan-Kai Hsieh ², Hung-Ming Wang ³, Chi-Hui Liao ¹, Wei-Fang Hsu ⁴

¹ Department of Chinese Medicine, Chi Mei Medical Center, Tainan, Taiwan

² Department of Cardiology, Yuan's General Hospital, Kaohsiung, Taiwan

³ Department of Chinese Medicine, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan

⁴ Department of Chinese Medicine, Tao Yuan General Hospital Ministry of Health and Welfare, Tao Yuan, Taiwan

A case of a 47-year-old male patient suffered from arrhythmia for ten years. The illness had aggravated until half a year ago. Chest tightness and palpitation recurred and lead to insomnia. The patient came to the outpatient department of Cardiology for help. 24 hours Holter ECG revealed: 834 Premature ventricular contractions / 4,179 Premature atrial contractions, Short-run Ventricular tachycardia and Paroxysmal atrial Fibrillation with RVR. As the illness did not subsided after treatment, the man came to our Chinese medical department for help.

According to the Chinese Medical Syndrome Differentiation, the pattern of identification was Deficiency of the Heart and the Spleen, combined with Phlegm lodged in the channels of the Heart. Guiipi decoction and Wendan decoction were prescribed. Two weeks after, the patient came back and declared that the palpitation had decreased 80%. So we ordered the same prescription in the following six months. As the illness improved apparently, the patient came to the original hospital for further examination, and the 24 hours Holter EKG revealed: No Short-run VT and neither PAf were noted, and only 7 Premature ventricular contractions and 2 Premature atrial contractions were recorded.

Chinese Medical Syndrome Differentiation and Treatment had work as an effective treatment for arrhythmia in this case, We hoped this experience can provide useful opinion for doctors.

Key words: Arrhythmia; Atria-Ventricular premature contraction; Paroxysmal atrial fibrillation; Multiformi Ventricular Tachycardia; Guiipi decoction; Wendan decoction

***Correspondence author:** Yao-Chin Hsu, Department of Traditional Chinese Medicine, Chi Mei Hospital, No. 901 Zhonghua Road, Yongkang District, Tainan City, Taiwan, Tel: +886-6-2812811#53786, FAX: +886-6-2820536, E-mail: cmh71001@mail.chimei.org.tw

Received 27th May 2018, accepted 24th April 2019