

病例報告

重用甘草為君論治頑固怔忡之病例報告

黃柏翰^{1,2}、陳逸光^{1,3,*}

¹ 花蓮慈濟醫學中心中醫部，花蓮，臺灣

² 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院中醫部，嘉義，臺灣

³ 慈濟大學學士後中醫學系，花蓮，臺灣

本論文探討病例苦於心律不整、經常出現陣發性心房纖維顫動（Paroxysmal atrial fibrillation）已超過十年，發作時伴隨嚴重恐慌、怔忡等症狀，經服用抗心律不整藥物及心導管射頻燒灼術（RFCA, Radiofrequency catheter ablation）治療但療效不足以緩解，現以中藥治療，其怔忡、心悸已獲控制，患者對療效相當滿意。

筆者以少陰君火、離火之概念，重用甘草為君藥以安少陰君火，得到滿意療效，其法仿效李東垣《脾胃論》甘溫益元氣之法、及張仲景《傷寒論》中之少陰證，文中將分析其理法方藥，並討論甘草在歷代本草典籍中之相關論述，以期找出療效顯著且力專之治法來處理較為急重之症。

關鍵字：甘草、少陰病、心悸、怔忡

前言

臨床上常見造成患者心律不整的原因，除了心臟本身器質性的問題，其他如藥物、生活飲食、緊張、壓力情緒等問題也都可能造成患者心律不整。根據不同類型的心律不整，現代醫學常見處理方式為抗心律不整藥物（Antiarrhythmic drugs）、置放心律調節器、心臟電氣生理學檢查及電氣燒灼術。

本論文重點探討運用少陰君火、離火的概念，重用甘草為君藥，安少陰君火、使離火歸位的治法，處理嚴重怔忡合併心悸、煩躁，使本案例患者取效甚捷。

病例闡述

1. 基本資料

姓名：魏○○

性別：女性

年齡：71 歲

病歷號碼：U200XXXXXX

婚姻：已婚

職業：家庭主婦

初診日期：2015/11/16

2. 主訴

心悸合併恐慌、煩躁 2 日，今日尤重。

3. 現病史

* 通訊作者：陳逸光，慈濟大學學士後中醫學系，地址：97004 花蓮市中央路三段 701 號，電話：03-8565301 分機 2511，E-mail：simcham@mail.tcu.edu.tw

魏女士，71 歲女性，於 2003 年被心臟科診斷有心律不整、陣發性心房纖維顫動（Paroxysmal atrial fibrillation），開始服用心臟科抗心律不整藥物，一開始服用 Amiodarone，後來因副作用造成甲狀腺機能亢進而停藥。期間心臟科調整過的藥物包括 Propafenone、Dronedarone、Rivaroxaban、Bisoprolol、Metoprolol、Aspirin、Furosemide（詳細心臟科用藥紀錄列於時序圖），但因患者自覺症狀仍然持續發生，故並沒有很規律服藥。2009 年心臟科醫師建議做心導管射頻燒灼術（RFCA, Radiofrequency catheter ablation），但術後心律不整情況仍持續。

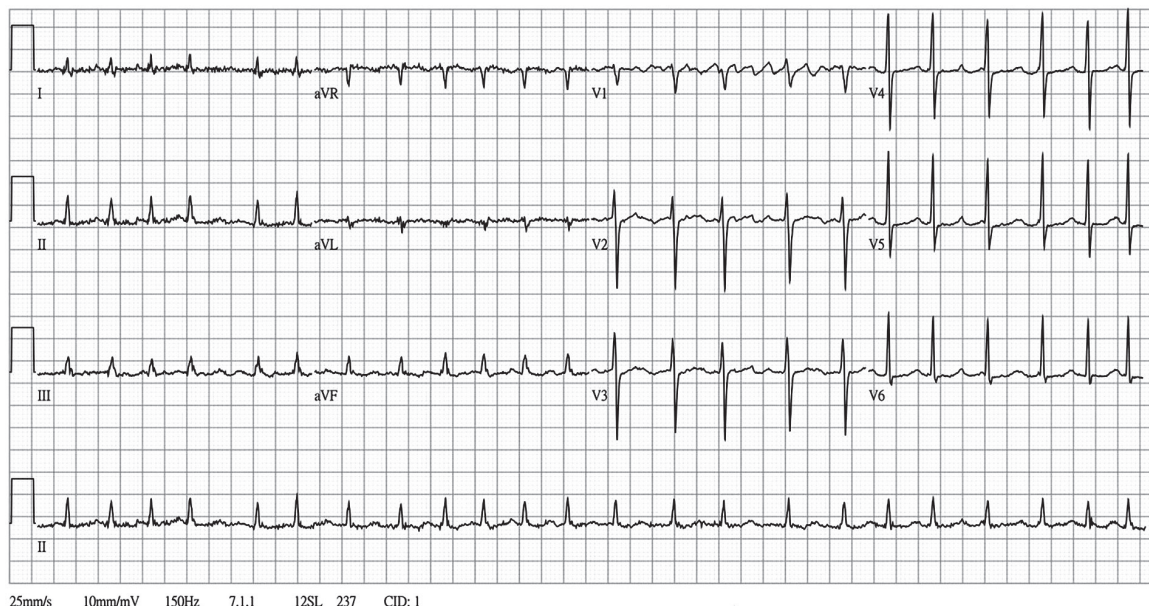
發作頻率大約每個月會有兩、三次嚴重心悸合併恐慌感，患者自述無特殊加重與緩解因子，有時在安靜狀態下也會突然發作，嚴重時會有心臟欲跳出感，合併胸悶、冷汗

淋漓，患者平時無高血壓，但在心悸恐慌感發作時血壓常飆升至收縮壓 $> 150 \text{ mmHg}$ ，至今 13 年來曾多次進出急診及住院，於急診皆紀錄到心電圖顯示 Atrial fibrillation with rapid ventricular response（見圖一），2015 年於中醫門診就診前曾兩度入院，皆因嚴重心律不整，其中一次甚至合併有心臟衰竭造成的急性肺水腫（見圖二）。

因患者長年在醫院做醫療志工，之間也曾尋求中醫治療，前醫多以炙甘草湯、酸棗仁湯、疏肝散、四逆散等方做加減，2015/11/16 患者心律不整狀況又作，自覺發作欲死，對西醫的治療不具信心，故捨西醫急診而先至中醫門診求治。

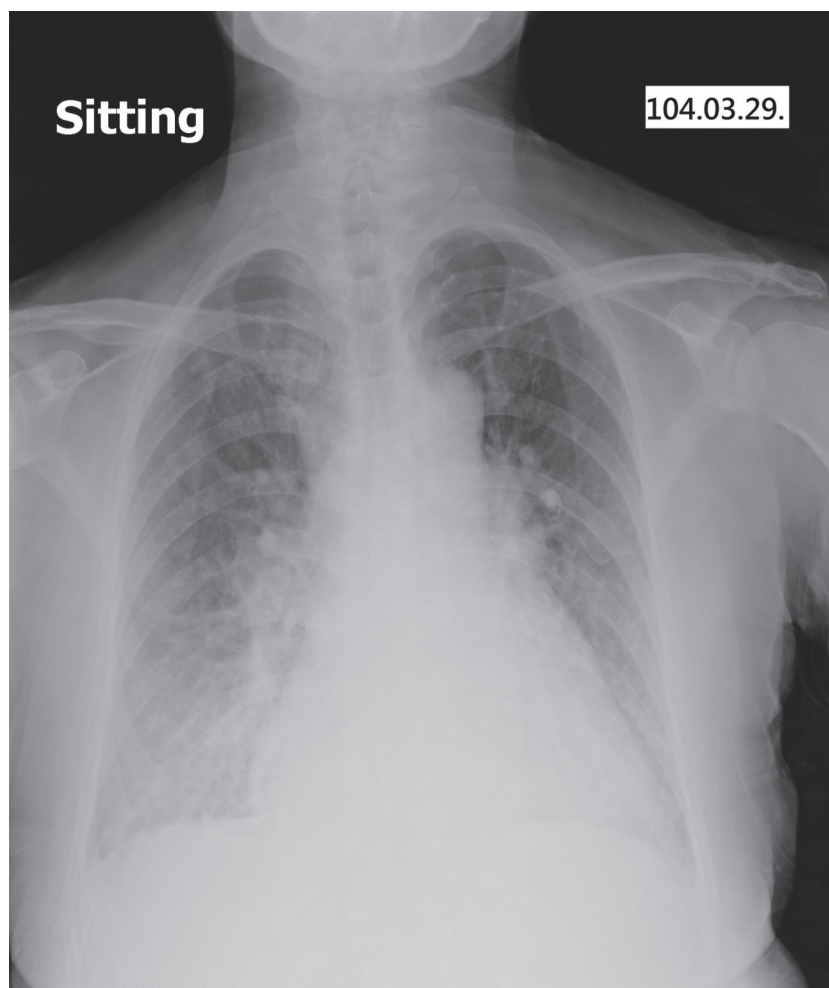
4. 過去病史

4.1. 自 2003 年發現心律不整、經常出現陣發性心房纖維顫動（Paroxysmal atrial



心電圖可見心房顫動合併快速心室反應
(Atrial fibrillation with rapid ventricular response)
心率約 138 次 / 分

圖一 2015/03/29 急診之心電圖



X 光可見雙側有胸腔積液，且心臟較肥大。

圖二 2015/03/29 急診之胸部 X 光片

fibrillation)，發作時伴隨恐慌、怔忡症狀，2009 年曾行心導管射頻燒灼術（RFCA, Radiofrequency catheter ablation），抗心律不整藥物無規則服用。

4.2. C 型肝炎帶原，目前肝功能追蹤皆正常。

4.3. 地中海型貧血（Hb 10.9 g/dL, MCV 66.7 fL）。

4.4. 甲狀腺功能亢進，因服用抗心律不整藥物 Amiodarone 造成，停藥後甲狀腺

功能即恢復正常。

4.5. 陳舊性肺結核（50+ 年前）。

4.6. 痔瘡，於 2013 年行痔瘡切除手術。

5. 個人史

5.1. 茹素已 30 年，全素。

5.2. 無抽菸，無喝酒，無嚼檳榔。

5.3. 過去無食物或藥物過敏史。

6. 家族史

母親於 93 歲因中風去世。

家族中並無特殊心臟疾病史。

7. 門診理學檢查

血壓：150/85 mmHg。

脈搏速率：106 次/分（irregularly irregular rhythm）。

8. 中醫四診

8.1. 望診：體格中等，面色輕微萎黃，指甲、皮膚、毛髮、口唇等皆無異狀。

舌診：舌質紅，苔厚白。

8.2. 聞診：無特殊異常氣味，語音較低微。

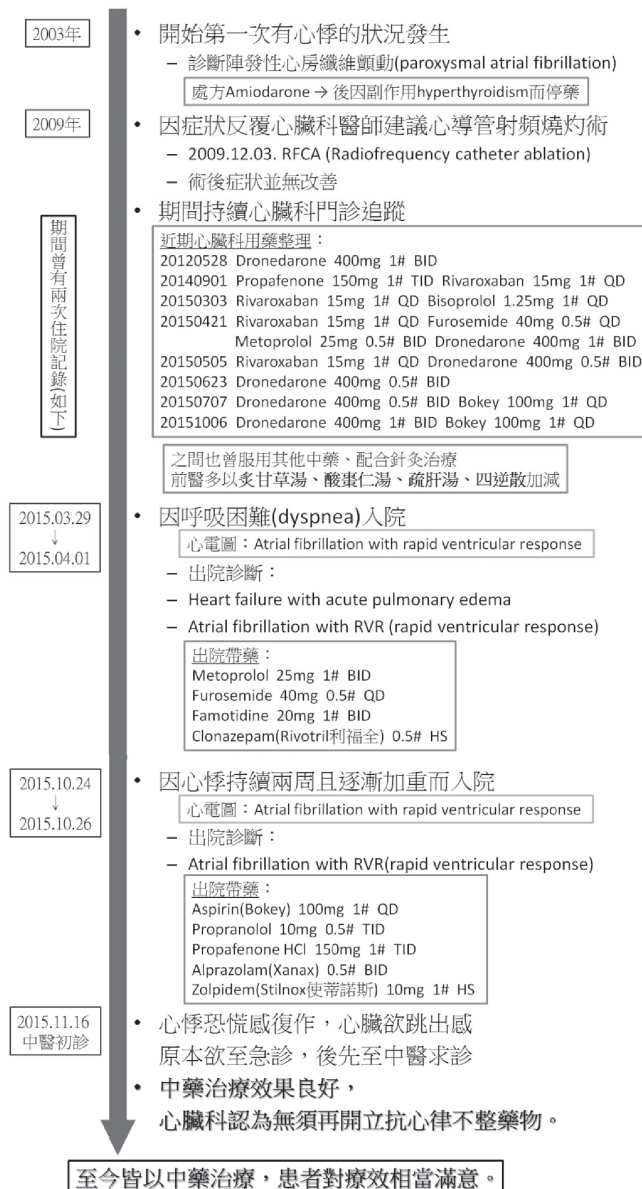
8.3. 問診：平時血壓正常，但於心悸恐慌

感發作時則血壓起伏變化大，高時可到收縮壓大於 150 mmHg，低時則自覺會有發冷、畏寒感。大便可日一行，小便色淡黃量中等，眠差，難入睡，偶爾須服用抗焦慮劑幫助入睡。

8.4. 切診：雙脈浮散，澀，代。

9. 時序圖

見圖三。



〈註：至今為截至論文截稿日（2016年5月）〉

圖三 時序圖

10. 診斷

10.1. 西醫診斷：心房纖維顫動（Atrial fibrillation）

10.2. 中醫診斷：心悸怔忡。證屬：宗氣泄，腎陰虛，心陽不足。

11. 理法方藥分析

患者為怔忡所苦，合併心悸、煩躁甚，雙脈浮散且澀、代，證屬宗氣泄，治宜大補元氣、填補真陰真陽。初診科學濃縮中藥處方如下：

生甘草 1.5g 生脈散 2g 黃耆 0.8g 濟生腎氣丸 1g 熟地黃 0.8g TID×2days

處方重用甘草為君，以安少陰君火、使離火歸位；生脈散可斂肺金之氣，方中人參補肺氣，麥冬養肺陰，五味子收斂；黃耆加強補氣；濟生腎氣丸合熟地黃加強峻補真陰。全方補宗氣、資其化源令坎水充足得以上承，滋離卦中之真陰，宗氣得補、離火得收，少陰君火便得以復其位。因求診當日患者非常不舒服，自述有發作欲死感，病情於急性期變化較大，因此先給予二日份藥物，並囑回診。

12. 追蹤診療經過

見表一。

表一 追蹤診療經過

日期	脈證變化	方藥分析
2015.11.16.	突發心悸、恐慌煩躁甚 脈搏速率> 100 次 / 分 合併全身無力、冒冷汗 脈浮散 澀 代 舌苔厚白質紅	生甘草 1.5g 生脈散 2g 黃耆 0.8g 濟生腎氣丸 1g 熟地黃 0.8g TID×2days 以甘草為君安少陰君火，使離火歸位；生脈散斂肺金之氣；濟生腎氣丸合熟地黃加強峻補真陰，以資其化源。
2015.11.18.	全身諸症大適 心悸、心慌感已大減 胸悶身倦減 痔瘡近日加重 脈浮 澀 代 舌苔厚白質紅	生甘草 1.5g 補中益氣湯 1.2g 熟地黃 1g 生地黃 0.8g 槐花散 1.2g TID×6days 諸症大減，脈已無散之象，心律不整有減，仍以甘草為君；另加補中益氣湯升發春陽之氣，行春夏之令；熟地黃合生地黃除填補真陰外，亦有涼血作用以助槐花散涼血收澀之功。
2015.11.23.	心悸、心慌感已大減 痔腫仍有 脈弦 舌苔厚白質紅	生甘草 1g 生脈散 1.2g 黃耆 0.8g 槐花散 2g 皂刺 0.3g 白豆蔻 0.4g 肉豆蔻 0.4g TID×6days 代脈已無，守方減量以顧住宗氣，酌加皂刺以消痔腫，白、肉豆蔻以振脾陽。
2015.11.27.	前額頭痛、頭暈 心悸、恐慌感似欲復作 血壓：153/83 mmHg 脈搏速率 73 次 / 分 脈浮 舌苔厚白質紅	生甘草 1g 生脈散 1.5g 黃耆 0.5g 熟地黃 0.6g 川芎 0.4g 白芷 0.6g 紫蘇葉 0.6g 桑葉 0.5g TID×6days 患者因吹風而感頭風頭痛，人不舒服即感心悸恐慌欲復作，故除原方補宗氣以外酌加風藥以疏散頭風、清利頭目。

日期	脈證變化	方藥分析
2015.12.02.	前額頭痛、頭暈已無 心悸、恐懼症皆已大適 痔血有排血塊、輕微腫 脈弦 舌苔薄白質紅而乾	生甘草 1g 補中益氣湯 1.2g 黃耆 0.5g 熟地黃 1g 生地黃 0.8g 槐花散 1g TIDx6days 原方加減，補中益氣湯升發春陽之氣，加黃耆以增強補氣效果。

結果與討論

心房纖維顫動（Atrial fibrillation）是臨床上最常見到的心律不整類型，心房纖維顫動在台灣的盛行率大約是百分之一 [1]，隨著人口老化，其盛行率將可能會越來越高。本病例受此疾患導致心悸、怔忡所苦已十多年，西藥療效不足以緩解，現在以中藥治療，其怔忡、心悸已獲控制，患者對療效相當滿意，且心臟科亦認為無須再開立抗心律不整藥物，至今皆以中醫治療。截至本論文截稿日（2016 年 5 月），其心悸發作頻率及程度均有減緩，約一兩個月會發生一次，患者感覺似欲復作便會至本院所求診，無再有如之前嚴重發作欲死、掛急診的情況，且服中藥後均可改善，後續皆依此固宗氣、離火之理法作治療。

心房纖維顫動，臨床上除了有不規則的脈搏，也可能出現心悸、胸悶、呼吸短促、頭昏甚至暈厥等症狀。依其症狀在中醫可歸至心悸怔忡的範疇，如《景岳全書·卷十八·怔忡驚恐》中之論述：「怔忡之病，心胸築築振動，惶惶惕惕，無時得寧者是也」[2]。至於心悸怔忡的病因，古今醫家皆有各自的論點，然大多以虛為其主因，如《金匱要略·驚悸吐衄下血胸滿瘀血病脈證并治》：「動即為驚，弱則為悸」[3]。《千金要方·

心臟脈論》：「陽氣外擊，陰氣內傷，傷則寒，寒則虛，虛則驚悸心忡，定心湯主之」[4]。成無己所著《傷寒明理論卷中·悸》：「悸者，心忡者也，築築惕惕然動，怔忡忡忡，不能自安者是矣。其氣虛者，由陽氣內弱，心下空虛，正氣內動而為悸也」[5]。其中亦有以痰火擾心、痰瘀血瘀立論者，然而，《素問·平人氣象論》曰：「胃之大絡，名曰虛理，貫膈絡肺，出於左乳下，其動應衣，脈宗氣也。盛喘數絕者，則病在中。結而橫，有積矣。絕不至，曰死。乳之下，其動應衣，宗氣泄也」[6]。若臨床患者已見宗氣泄之脈證，萬不可以痰火瘀毒等論治而犯虛虛之戒，如《石室秘錄》所述：「怔忡之症，擾擾不寧，心神恍惚，驚悸不已，此肝腎之虛，而心氣之弱也，若作痰治，往往殺人」[7]。《景岳全書·卷十八·怔忡驚恐》：「忡景則有動氣在上下左右之辨，云：諸動氣皆不可汗下也。凡此者，即皆怔忡之類。此證惟陰虛勞損之人乃有之。蓋陰虛於下，則宗氣無根，而氣不歸源，所以在上則浮憾于胸臆，在下則振動于臍旁。虛微者動亦微，虛甚者動亦甚。凡患此者，速宜節欲節勞，切戒酒色。凡治此者，速宜養氣養精，滋培根本。若或誤認為痰火而妄施清利，則速其危矣」[2]。此患者脈虛浮大散，心惶恐不安，胸口氣動而散，其證為真氣泄漏可知，且與景岳所引

內經怔忡之論點同，故決定以大補元氣論治宗氣泄之心悸怔忡。

現今常見以炙甘草湯治療「脈結代，心動悸」之症，不可否認炙甘草湯益氣養陰之效甚佳，然現今應用科學濃縮中藥，於病情急、重時，仍須選擇藥效顯著且力專之藥物為宜。筆者認為以重用甘草為君藥，才能有效的控制病情，其法仿效李東垣《脾胃論》

以及張仲景《傷寒論》中之少陰證，《素問·至真要大論》曰：「勞者溫之，損者溫之」[6]。《臟腑標本藥式·心部》：「甘溫以益元氣，而熱自退，雖以補氣，亦謂之瀉火」[8]。甘溫藥之中，甘草是最標準的一味藥，以下分別就甘草在歷代本草典籍中不同的論述作統整及歸納：見表二。

《本草新編》中的論述與我們重用甘草

表二 甘草之本草古籍資料彙整 [9]

典籍出處	文獻節選
《名醫別錄》	主溫中，下氣，煩滿，短氣，傷臟，咳嗽，止渴，通經脈，利血氣，解百藥毒。
《藥類法象》	火炙則溫，能補上中下三焦元氣。補脾胃不足，能大瀉心火須用之。熱藥用之緩其熱，寒藥用之緩其寒。經曰：甘以緩之。陽不足，補之以甘，中滿禁用。
《本草發揮》	成無己云：甘草甘平以除熱。又云：脾欲緩，急食甘以緩之，用甘補之。
《本草經疏》	甘入血分而能緩中，且傷則熱，熱而後腫，甘溫益血而除熱，煩熱解，故腫散也。溫中下氣者，甘味屬土，土位乎中，故溫中。甘能緩中散結，故下氣。煩滿短氣者，是勞傷內乏，陽氣不足，故虛而煩滿短氣。甘溫能益血，除大熱助氣，故煩滿短氣并除也。
《本草備要》	生用氣平，補脾胃不足而瀉心火；火急甚者，必以此緩之。
《本經逢原》	生用則氣平，調脾胃虛熱，大瀉心火，解癰腫金瘡諸毒。
《本草求真》	昔人言其有火能瀉，是因火性急迫，用此甘味以緩火勢，且取生用性寒，以瀉楚燂害耳。
《本經疏證》	少陰病，二三日，咽痛者，可與甘草湯，不差者，與桔梗湯。喉嚨，少陰直脈所循也，少陰病，僅二三日，即咽痛，明其急疾之至，謂非少陰之熱，循直脈之從腎貫肝膈，入肺中，循喉嚨，挾舌本而上者，不可，其用甘草，即可謂之緩中，甘草緩之至，而治急疾之病，著效甚速，故雖實為緩中補虛，而謂之瀉火也可，即如別錄所謂溫中下氣治煩滿短氣也，亦無不可。 甘草乾薑湯，芍藥甘草湯，一和脾，一和肝。和脾者，安中宮陽氣之怫亂，和肝者，通木臟陰氣之凝結，雖係乾薑芍藥之力，然此重彼輕，則又可見中央之病，中央藥主之，乾薑芍藥力雖大，然保泰定功，不能不歸於甘草也。故兩湯之治曰，便厥咽中乾，煩躁吐逆，兩脛拘急，是陽明內結也，與甘草乾薑湯；厥愈足溫，重與芍藥甘草湯爾乃脛伸，夫陽結為厥，陰結為拘，乾薑能破陽，芍藥能破陰，破陰破陽，能愈拘愈厥，不能愈咽乾，止煩躁，此保泰定功之所在矣。
《本草思辨錄》	凡仲聖方補虛緩急，必以炙用，瀉火則生用，雖瀉亦兼有緩意。 生甘草瀉心火，寧心氣。大甘為土之正味，且能止腎水越上之火（洄溪語）。《集解》治心火旺盛一語，實即用甘草之意。

頗有異曲同工之處：「世人皆謂甘草有益而無損，誰知其益多損亦有之乎；知其益而防其損，斯可矣。或疑甘草在藥中不過調和，無大關係，此論輕視甘草矣。甘草實可重用以收功，而又能調劑以取效，蓋藥中不可缺之藥，非可有可無之品也」[9]。汪昂在《本草備要》中甘草的按語亦如是說：「甘草之功用如是，故仲景有甘草湯、甘草芍藥湯、甘草茯苓湯、炙甘草湯，以及桂枝、麻黃、葛根、青龍、理中、四逆、調胃、建中、柴胡、白虎等湯，無不重用甘草，贊助成功。即如後人益氣補中、瀉火解毒諸劑，皆倚甘用甘草不過二三分而止，不知始自何人，相習成風，牢不可破，殊屬可笑。附記以正其失」[9]。

仲景《傷寒論》諸方中，「少陰病，二三日咽痛者，可與甘草湯；不瘥，與桔梗湯」[10]。其中甘草湯僅甘草一味藥，且本方列於少陰篇中，如同陳修園在《長沙方歌括》論述甘草湯：「後人只識中焦藥，誰識少陰主治優」[11]。少陰君火之陽熱在上，坎水在下，今坎水之生陽不能上濟離火，甘草湯中以甘溫助其陰而除熱為君，甘草甘溫和中，李東垣以其甘溫退陰火除大熱，亦詳於仲景心法中矣。李東垣甘溫除熱之法，甘草這一味藥正合仲景、東垣之理法，筆者過去曾發表論文，以大劑量甘草處理少陰病咽痛顯效案例[12][13]，今擴大其應用，從外感少陰證推廣運用到內科心悸怔忡的範疇。《素問·六微旨大論》：「少陰之上，君火主之」、「君火之下，陰精承之」[6]。張志聰《傷寒論集注》云：「少陰本熱而標陰，火上而水下」、「病少陰君火之氣則煩，病少陰陰寒之氣則躁，所謂陽煩出於心，陰躁出於腎」[12]。手少陰心，足少陰腎，互為上下（見圖四）。



圖四 改自汪叔游、陳逸光《內經形氣論傷寒、溫病》P.331 圖 68 [12]

今取甘草甘溫之性，同時處理手、足少陰，安少陰君火，離火得以歸位，則煩躁可止。

綜上所述，雖取材自不同方劑，運用於不同範疇，然其道一也。古人論述常將心悸、怔忡放在一起討論，現代醫學探討心律不整的病因，亦有發現除生理心臟器質性問題會引發心律不整、心悸，心理性的情緒壓力因素，包括憂鬱、恐慌等症亦可能引發心理性的心律不整[14]，程度嚴重者甚至可能威脅到生命[15]。近年來身心醫學（Psychosomatic Medicine）崛起，現代醫學亦強調心理精神層面與身體的交互作用，發展全人醫學（Holistic Medicine），甚至出現了心臟神經官能症、心理心臟學（Psycho-Cardiology）等學科[16]。然而此身心之連繫古人在過去已早有記載，如《靈樞·邪客》：「心者，五臟六腑之大

主也，精神之所舍也」[6]，及《諸病源候論·心痹候》所論：「思慮繁多則損心」[17]，《丹溪心法·驚悸怔忡六十一》亦云：「人之所主者心，心之所養者血，心血一虛神氣不守，此驚悸之所肇端也」[18]。筆者認為可以少陰君火、離火之概念，重用甘草為君藥，安少陰君火、使離火歸位，用來處理怔忡合併心悸、煩躁之患者。

臨床應用方面，因本院所進貨之科學中藥僅有生甘草品項，並無炙甘草以供使用，而臨床上使用生甘草科學中藥粉亦有確切療效。甘草主要含甘草甜素（Glycyrrhizin），水解生成甘草次酸（Glycyrrhetic acid）和二分子葡萄糖醛酸，甘草還含甘草苷（Liquiritin）、甘草素（Liquiritigenin）等黃酮類化合物[19]。實驗證明，甘草經蜜炙後，甘草酸的含量減少了 20% 左右，而甘草苷的含量無變化[20]。炙甘草中甘草次酸的含量相對增高，且蜜炙可顯著增加甘草苷的含量[21]。但科學中藥粉之炙甘草經蜜炙過後，再製成科學中藥乾粉，其中有效成分是否和原藥材相同尚待進一步研究，而生甘草科學中藥品質則相對穩定。

在水煎藥的使用上則有不同的選擇，筆者臨床上處理此種心悸怔忡案例，水煎劑均使用炙甘草，若是處理外感少陰證咽痛則會使用生甘草。本患者曾在今年（2016）五月份一次因心悸復作回診，血壓 94/57 mmHg，脈搏速率 48 次 / 分，脈浮大散澀，舌苔薄白質紅而乾，筆者處方以煎劑：黃耆五錢、炙甘草一兩、黨參四錢、五味子三錢、麥門冬五錢、熟地黃五錢、山藥三錢、山茱萸三錢、乾薑二錢。中醫理論多提及中滿者忌甘，甘草易令人中滿，故腹脹滿及嘔吐者忌服[22]。平時處方用藥，如果有此顧慮，可略加行氣

藥如香附、砂仁，但本患者臨床上並無中焦濕滿之象，且在發病當時，若加氣分藥恐怕會更加傷到陰分，導致散氣、耗氣，故在急性期並不會加入行氣藥物。

甘草用量部分，儘管現代藥理研究，甘草的藥理作用有腎上腺皮質激素樣作用，能促進鈉、水滯留，排鉀增加，大劑量或長期服用可致水腫、高血壓、低血鉀、低鉀性肌病等不良反應[19]。然而日本分析 75 例不良反應患者，超過半數病例以血壓上升及低血鉀造成的肌力減退為表現，但該作者認為此症可能只是藥物代謝或排泄等個體差異引起的，與用量無關[23]。臺灣中藥典中甘草建議用量為 2 ~ 10 g [24]，筆者臨床上用以治療心悸怔忡急性發作，炙甘草作為煎劑中君藥常重用至一兩以上，文獻中亦有記載作主藥可用 10 ~ 30 g [25]，在臨床上，短期服用，一般大於藥典規定的量，每日可用至 15 ~ 30 g [26]。筆者認為，炙甘草作為君藥劑量宜大，以期能達到安少陰君火、使離火歸位之功效。聚水之副作用有個體的差異，從筆者之臨床經驗來看，大量使用甘草引起聚水的機率會較大，但個體差異相關性影響仍是最大，因此當患者科中甘草用量大於 0.6 克一日服用三次，便應注意小便量及水腫等問題，此時浮腫及高血壓患者尤須謹慎。

誌謝

非常感謝恩師陳逸光醫師在論文撰寫過程對我的提點與啟發，老師在花蓮為傳統中醫及五運六氣的傳承默默耕耘，於臨床教學與研究令學生獲益良多，承蒙老師盡心指導使論文得以順利完成。同時感謝慈濟醫院中醫部提供良好的學習環境，特此致謝。

參考文獻

1. Chao TF, Wang KL, Liu CJ, Lin YJ, Chang SL, Lo LW, Hu YF, Tuan TC, Chung FP, Liao JN, Chen TJ, Chiang CE, Lip GY, Chen SA. Age threshold for increased stroke risk among patients with atrial fibrillation: a nationwide cohort study from taiwan. *J Am Coll Cardiol.*, 66:1339-1347, 2015.
2. (明)張景岳, 張景岳醫學全書, 中國中醫藥出版社, 北京, p. 1099, 1999。
3. (漢)張機, 金匱要略, 台灣中華書局, 台北, 1975。
4. (唐)孫思邈, 備急千金要方, 國立中國醫藥研究所, 台北, p. 233, 1990。
5. (宋)成無己, 中國醫學大成(四), 牛頓出版, 台北, 1990。
6. 黃帝內經素問(附靈樞), 文光圖書, 台北, 1992。
7. (清)陳士鐸, 陳士鐸醫學全書, 中國中醫藥出版社, 北京, p. 422, 1999。
8. (金)張元素, 珍珠囊二種・藏府標本藥式, 文興出版事業有限公司, p. 117, 2006。
9. 馬子密、傅延齡, 歷代本草藥性匯解, 中國醫藥科技出版社, 北京, pp. 706-715, 2002。
10. (漢)張機, 傷寒論, 台灣中華書局, 台北, 1966。
11. (清)陳修園, 陳修園醫書七十二種(中), 文光圖書, 台北, p. 1698, 1985。
12. 汪叔游、陳逸光, 內經形氣論傷寒、溫病, 知音出版社, 台北, 2012。
13. 中醫臨床顯效案例彙編(三), 新北市中醫師公會編印, pp. 154-157, 2012。
14. Ehlers A, Mayou RA, Sprigings DC, Birkhead J. Psychological and perceptual factors associated with arrhythmias and benign palpitations. *Psychosom. Med.*, 62:693-702, 2000.
15. Hofmann B, Ladwig KH, Schapperer J, Deisenhofer I, Marten-Mittag B, Danner R, Schmitt C. Psycho-neurogenic factors as a cause of life-threatening arrhythmias. *Nervenarzt*, 70:830-835, 1999.
16. Albus C, Ladwig KH, Herrmann-Lingen C. Psychocardiology: clinically relevant recommendations regarding selected cardiovascular diseases. *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 139:596-601, 2014.
17. (隋)巢元方, 巢氏諸病源候總論, 國立中國醫藥研究所, 台北, p. 118, 1996。
18. (元)朱震亨, 丹溪心法, 五洲出版社, 台北, 1984。
19. 沈映君, 中藥藥理學, 知音出版社, 台北, pp. 218-220, 2005。
20. 孫秀英、黃麗娟、劉霞, 中藥甘草化學成分分析, 中醫藥學報, (5), 1994。
21. 張玉龍、王夢月、楊靜玉、李曉波, 炙甘草化學成分及藥理作用研究進展, 上海中醫藥大學學報, (3), 2015。
22. 林宗旦、林宗平、林景彬, 中藥藥理學, 國立編譯館, 台北, pp. 430-434, 1996。
23. 杜旭, 日本甘草誘發假醛固酮症的現狀, 藥學實踐雜誌, (1), 1995。
24. 邱文達, 臺灣中藥典(第二版), 行政院衛生署編印, pp. 63-64, 2013。
25. 華海清、宋起、李益生, 現代養生保健中藥大辭典, 薪傳出版社, pp. 107-111, 2003。
26. 周平安, 談談甘草的用量, 中藥通報, (7), 1986。

Case Report

Intractable Palpitation Treated with Large Amount of Licorice as the Major Medication : A Case Report

Po-Han Huang^{1,2}, Yee-Guang Chen^{1,3,*}

¹ Department of Chinese Medicine, Hualien Tzu Chi Medical Center, Hualien, Taiwan

² Department of Chinese Medicine, Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation, Chia-Yi, Taiwan

³ School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan

We present a case of 71-year-old woman who had suffered from cardiac arrhythmia with paroxysmal atrial fibrillation for more than ten years. The symptom of palpitation often accompanied with severe anxiety and panic attack. She had taken antiarrhythmic drugs, even performed Radiofrequency catheter ablation (RFCA), but all in vain. In contrast, after prescribing traditional Chinese medicine, the cardiac arrhythmia and all symptoms of palpitation and panic had been well controlled. The patient was quite satisfied with the efficacy of our medical treatment.

In this study, the concept of Shao-Yin-Jun-Huo (少陰君火) and Li-Huo (離火) has been applied to prescribe large amount of Licorice (Gan-Cao甘草) as the main drug within the formula. The methods were referred to the theories of “Gan-Wen (甘溫)” medications to elevate body energy in the books of Pi-Wei-Lun (脾胃論), and Shao-Yin disease in Shang-Han-Lun (傷寒論). The theory, method, prescriptions, and applications of Licorice in the ancient herbal classics were clearly documented as well. Based on this successful treatable case, further application of traditional Chinese medical theory to critical illness with the similar diseases will be expected clinically.

Key words: Licorice (*Glycyrrhiza uralensis*), Shao-Yin disease, Palpitation

*Correspondence author: Yee-Guang Chen, School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, Tzu Chi University, No.701, Sec. 3, Zhongyang Rd., Hualien City, Hualien County 97004, Taiwan, R.O.C., Tel: +886-3-8565301 ext. 2511, E-mail: simcham@mail.tcu.edu.tw