

中西医结合治疗心房颤动的研究现状

陈 鹏, 徐惠梅*

黑龙江省中医药科学院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年9月8日; 录用日期: 2026年10月4日; 发布日期: 2026年10月15日

摘 要

心房颤动是临床最常见的持续性心律失常, 发病率随年龄增长显著上升, 与脑卒中、心力衰竭及死亡风险增加密切相关。西医以抗凝、节律控制、心室率控制及导管消融为核心手段, 但长期药物不良反应与术后复发问题仍制约疗效。中医将房颤归属于心悸、怔忡范畴, 辨治体系历经《内经》奠基、张仲景立论、后世充实, 至现代形成本虚标实的核心病机认识, 并衍生出络风内动、火郁发之、从脾胃论治等创新学说。近年来, 中西医结合方案在房颤的治疗中的优势逐渐突出, 凭借西医规范干预与中医药多靶点调控的协同优势, 有效弥补了单纯西医在延缓左房结构重构、降低长期复发率等方面的局限。本文系统梳理房颤的中医理论源流、辨证分型规律、西医机制进展及中西医结合干预证据, 指出当前证候标准化缺失、高质量循证不足、机制研究薄弱等瓶颈, 提出未来应在标准化、循证化与机制化三维协同推进, 以期为推进中西医有机结合与深度协同发展提供借鉴。

关键词

心房颤动, 心悸, 中西医结合, 文献综述, 本虚标实

Current Research Status of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Atrial Fibrillation

Peng Chen, Huimei Xu*

Heilongjiang Academy of Chinese Medical Sciences, Harbin Heilongjiang

Received: September 8, 2026; accepted: October 4, 2026; published: October 15, 2026

Abstract

Atrial fibrillation is the most common sustained arrhythmia in clinical practice. Its incidence rises

*通讯作者。

significantly with age and is closely associated with increased risks of stroke, heart failure, and death. Western medicine takes anticoagulation, rhythm control, ventricular rate control, and catheter ablation as core strategies, but long-term adverse drug reactions and postoperative recurrence still restrict the efficacy. Traditional Chinese Medicine (TCM) classifies atrial fibrillation into the categories of “Xinji” (palpitation) and “Zhengchong” (severe palpitation). The system of syndrome differentiation and treatment was founded in the *Inner Canon of the Yellow Emperor (Neijing)*, established by Zhang Zhongjing, and enriched by later generations. In modern times, it has formed the core pathogenesis understanding of “Ben-Xu-Biao-Shi” (deficiency in the root and excess in the manifestation), and derived innovative theories such as “collateral wind stirring internally” (*luo feng nei dong*), “fire stagnation needing dispersion” (*huo yu fa zhi*), and “treatment from the spleen and stomach”. In recent years, the advantages of integrated TCM and Western medicine regimens in the treatment of atrial fibrillation have become increasingly prominent. By virtue of the synergistic advantages of standardized Western medical intervention and multi-target regulation of TCM, they effectively compensate for the limitations of Western medicine alone in delaying left atrial structural remodeling and reducing long-term recurrence rates. This paper systematically reviews the TCM theoretical origins of atrial fibrillation, syndrome differentiation patterns, progress in Western medical mechanisms, and evidence of integrated interventions. It points out current bottlenecks such as the lack of syndrome standardization, insufficient high-quality evidence, and weak mechanistic research. It proposes that future research should advance synergistically in three dimensions: standardization, evidence-based medicine, and mechanistic exploration, in order to provide a reference for promoting the organic combination and deep collaborative development of Chinese and Western medicine.

Keywords

Atrial Fibrillation, Palpitation, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Literature Review, Ben-Xu-Biao-Shi

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 研究背景与目的

心房颤动是临床上最为常见的持续性心律失常。2019 年全球疾病负担研究数据显示, 全球房颤患病人数已攀升至约 5970 万例, 较 2010 年呈现显著增长[1]。房颤不仅引发心悸、胸闷等不适表现, 其更值得警惕之处在于可显著增加脑卒中、心力衰竭及全因死亡的发生风险, 因而受到临床广泛关注。西医针对房颤的管理已形成以节律控制、心室率控制及抗凝治疗为核心的规范化路径, 导管消融等手术干预也日益普及。但即便在现有指南指导下, 房颤的复发率依然居高不下, 长期药物干预带来的不良反应亦不容忽视。在房颤的综合管理策略中, 中医药凭借其安全性良好、患者耐受度佳及治疗依从性较高等优势, 逐渐发展为一种重要的辅助治疗选择。

尽管中西医结合在房颤防治领域已积累一定研究, 但整体系统性梳理仍显不足。本研究旨在检索近年来发表于中医学、临床医学及中西医结合领域的期刊论文, 围绕房颤的中医认识源流、证治规律以及中西医协同干预的临床证据与药理机制进行归纳, 明确当前研究热点与不足, 为后续高质量临床研究的开展和中西医协同干预方案的优化提供文献依据。

2. 文献梳理与分析

主题一: 中医对于房颤的研究进展

中医并没有心房颤动之名, 但据其心中悸动、脉律不齐、胸闷等核心表现, 多将其归属于心悸、怔忡。中医对这类疾病的认识根植于数千年的临床积淀, 其不仅积累了行之有效的诊疗策略, 更孕育出一套自成体系的学术思想。

心悸相关论述肇始于《内经》, 其多描述症状, 将病机归结于心主血脉与心藏神功能失常。张仲景在《伤寒杂病论》中确立了心悸的证治体系, 并首倡温通心阳之法。至宋代, 严用和在《济生方》中将惊悸与怔忡分而论之, 将其病机细分为“心虚胆怯”与“心血不足”两端。明清医家认识深化: 叶天士提出肝风内动致悸, 王清任强调瘀血内阻, 创血府逐瘀汤。现代中医继承古籍, 结合西医心电图技术, 将房颤纳入心悸、怔忡范畴辨证论治, 实现中西医病名有机对接。

整合古今文献与临床实践, 房颤的核心病机可归结为本虚标实: 病位在心, 波及脾、肾、肺、肝; 本虚责之气、血、阴、阳亏损, 标实缘于痰、瘀、火、饮、内风干犯心脉。虚实错杂、动态演变, 构成了其证候多变的临床特征。

近年来, 随着络病学说的深化及与现代医学心房重构、自主神经失衡等认识的融合, 学界围绕房颤的病机本质提出了若干创新性学说。王显团队[2]基于络病理论提出络风内动学说, 认为阵发性房颤时发时止、易受外境诱发的发作特点, 与风邪善行数变的特性高度契合, 以祛风通络、益气养阴为法创立参龙定悸方。杜宜航等[3]认为心之阳气运行不利、火郁于内、搏击于心的病机, 治疗遵《内经》火郁发之之旨, 以升降散为代表方剂透解郁火。万泳宏等[4]承李东垣脾胃学说, 提出阴火-宗气不两立理论, 治疗以补脾胃、益宗气、泻阴火、息内风为大法。谭玉培等[5]提出肺火痰实论, 主张从上焦肺脏入手清肺化痰。丁宇坤等[6]宗唐宗海《血证论》治血四法, 提出以活血、宁血、补血、化痰、通络为主要思路辨治房颤。上述学说极大丰富了中医辨治房颤的理论体系。

房颤的中医辨证以本虚标实为总纲, 本虚以心之气、阴、阳亏虚为主, 标实以痰浊、瘀血、火邪、水饮壅滞为要。参照国家中医药管理局《心房颤动分级诊疗技术方案》及《中医临床诊疗术语第2部分: 证候》, 临床常见证型包括气阴两虚、心虚胆怯、气虚血瘀、痰热(火)扰心等。

随着大样本临床研究的开展, 房颤的证候分布规律日益清晰, 其核心特征可概括为痰瘀互结为标实之首, 气阴两虚为本虚之主。唐荣辰等[7]对300例阵发性房颤患者的回顾性研究显示, 痰瘀互结、气阴两虚、气虚血瘀、心阳不振四型分别占53.67%、24.00%、14.00%和8.33%, 整体呈痰瘀为先、气阴次之的分布格局。张惠琴等[8]针对319例非瓣膜性房颤的研究进一步表明: 单证候要素以气虚证最为多见; 复合证候中, 气虚证+血瘀证、气虚证+阴虚证的组合频率最高, 这与高龄患者脏腑功能衰退、气阴自半的生理特点密切相关。证候分布与合并疾病及心脏结构改变具有显著相关性: 痰瘀互结证与高血压、血脂异常呈正相关; 气阴两虚证与糖尿病正相关; 心阳不振证患者的左房内径最大, 其后依次为气阴两虚证、气虚血瘀证、痰瘀互结证, 提示证候的演变与心房重构的程度存在平行关系。

主题二: 西医对于房颤的研究进展

西医层面关于房颤的机制阐释与干预路径日趋精细。Bunnell[9]在综述中强调房颤发病率上升及其与卒中、心衰等严重并发症的密切关联, 指出有效的房颤管理需要全面理解其病理生理、危险因素及多样化治疗方式, 在此基础上, 强调以患者个体特征为导向的精准治疗思路。王健等[10]聚焦骨保护蛋白/核因子- $\kappa\beta$ 受体活化因子/核因子- $\kappa\beta$ 受体活化因子配体(OPG/RANK/RANKL)信号轴, 针对心脏瓣膜病合并持续性房颤患者改良迷宫术后的复发问题展开分析。结果显示, 房颤复发组术前血清sRANKL、OPG水平及左心耳组织MMP-9表达均显著高于维持窦性心律组, 提示OPG/RANK/RANKL轴活性上调可能经由MMP/TIMP系统的介导, 加剧心房间质纤维化及结构重构, 进而提升术后复发风险。房颤的病理生理过程错综复杂, 涵盖心房重构、炎症反应、氧化应激、自主神经功能紊乱及遗传易感性等多个层面。其中, 心房纤维化居于核心地位, MMP-9等基质金属蛋白酶的表达升高在房颤启动及心房结构重塑中扮演

关键角色。此类分子机制的阐明,为中医药从多靶点角度干预心房重构奠定了精准的生物学基础。

McDermott 等[11]探讨了心房颤动中的心房电动力学特征。Matsunaga-Lee 等[12]汇总 2202 例消融病例指出,非阵发性房颤患者中,术前血红蛋白 $<12.4\text{ g/dL}$ 者术后复发风险升高,且多次射频术后该预测作用依旧存在。其机制并非操作损伤因素,而是低血红蛋白折射出左房负荷增加、纤维化及全身合并症所构成的不良心房基质。Luther 和 Katritsis [13]指出房颤消融已成为电生理实验室最常见的手术,并系统回顾了消融路径与潜在并发症,强调消融后房性心动过速是再次消融的最常见原因之一。

姜兆磊等[14]评价的梅氏微创房颤消融术,为房颤合并射血分数降低型心力衰竭或射血分数轻度降低型心力衰竭患者提供了外科解决方案。该研究回顾性分析 41 例患者,全组均顺利完成手术,术后随访 (28.0 ± 9.4) 个月,29 例(70.7%)维持窦性心律,37 例(90.2%)房颤负荷较术前明显缓解,术后 1 年窦性心律维持率为 $(73.2 \pm 11.0)\%$,且 LVEF、LVEDV、LVESV 均较术前明显改善,结论认为梅氏微创房颤消融术可安全、有效地应用于此类患者。

Puwatnuttasit 等[15]在射血分数保留的心衰人群中发现,合并房颤者的左房储备应变与泵应变显著降低,反映房颤与心房收缩功能受损、储备功能受损之间存在复杂交互。Ren 等[16]综述了癌症、心房心肌病与房颤三者间的关系,指出癌症本身及其引发的炎症、抗癌治疗等可导致心房重构与纤维化,增加心房心肌病与房颤易感倾向。Petramala 等[17]通过检测房颤患者 IFN- γ 及 TXB2 等标志物分析发现,全身炎症与血栓前状态直接参与房颤的发作及并发症形成,且提示发病机制正从传统的心房结构重构向“炎症驱动”模式转变。研究者指出,这一转变本质上体现了炎症-血栓轴在房颤病理生理中的核心驱动作用,而并非单纯由心房结构异常所致。

主题三: 中西医结合治疗房颤的前景

将中医与西医的证据链整合可见,单纯西医治疗虽在节律控制、心室率管理、消融手术等方面形成了规范化路径,但在延缓左房结构重构、降低长期复发率、改善中医证候等方面仍有局限;而中医药干预在刘萍和杜玲玲[18]的研究中展现出抑制左房重构、维持窦性心律的独特优势,史亚绘和石花[19]的上游治疗研究则从西医药物替米沙坦角度印证了阻断肾素-血管紧张素系统、抑制炎症与基质降解酶对预防复发的价值。两条证据链在抑制重构-控制炎症-维持窦律这一共同靶点上交汇,构成中西医结合治疗房颤的理论基石。

史亚绘和石花将 126 例高血压合并阵发性房颤患者随机分组,对照组单用胺碘酮,观察组加用替米沙坦,疗程 6 个月。观察组整体疗效为 95.34%,优于对照组的 76.19%;其首次复发出现更晚,随访半年内的发作频次与复发人数亦低于对照组。进一步检测发现,联合方案可下调血清高敏 C 反应蛋白、基质金属蛋白酶-2 及可溶性血管细胞黏附分子-1,提示通过减轻炎症、抑制基质降解相关通路,有望减少房颤复发,体现上游治疗价值。

刘萍和杜玲玲以 70 例非瓣膜性阵发性房颤、经胺碘酮转复窦律者为对象开展对照观察:全组均予胺碘酮,对照组加用缬沙坦,观察组在此基础上加服除颤复脉方。除颤复脉方以生脉散(人参、麦冬、五味子)为君益气养阴复脉;丹参、三七、当归、川芎活血通络为臣;苦参定悸、柏子仁安神为佐;炙甘草缓急复脉兼使。现代药理学表明,人参皂苷稳心肌电活动,丹参酮、三七皂苷抑心房纤维化,苦参碱抗异位节律,全方从电重构、结构重构及自主神经多靶点协同维持窦律。结果显示,观察组治疗后 3、6、12 个月窦律维持率均高于对照组;同时 P 波最大时限、P 波离散度、左房前后径及左房容积指数下降更为明显,左室射血分数提升更显著,而两组不良反应发生情况相近、无统计学差异。研究认为,除颤复脉方配合缬沙坦有助于巩固窦律、改善心功能,其获益或与减轻左房电学及结构重构有关。

从机制深度看,王健等揭示的 OPG/RANK/RANKL 轴通过 MMP/TIMP 系统促进心房纤维化的发现,为中医药多靶点干预心房重构提供了精准的分子生物学切入点;姜兆磊等的梅氏微创消融术临床成功率,

则为中医疗法联合微创外科治疗重症房颤合并心衰指明了协同方向。Bunnell 所倡导的以患者为中心的综合管理理念, 与中西医结合辨病与辨证相结合、整体调节与局部干预并重的学术思想高度契合。2025 年中国心房颤动管理指南更新, 首次将参松养心胶囊纳入房颤治疗推荐, 标志着中医药在房颤防治中的地位得到进一步明确。

未来中西医结合治疗房颤的研究, 应着力在三方面取得突破: 一是依托左房应变等敏感影像标记, 构建中西医结合疗效的客观评价体系; 二是针对癌症相关房颤、心衰合并房颤等特殊人群开展中医药干预的循证研究; 三是借助机制研究阐明中药复方调控 OPG/RANK/RANKL 轴、MMP/TIMP 系统的多靶点网络, 从而实现从经验用药到精准辨证的中西医深度融合。

3. 研究现状总结与评述

近年来, 中西医结合防治心房颤动呈现理论深化与临床拓展并行态势。中医辨治层面, 在继承经典心悸理论基础上, 络风内动、火郁发之、阴火与宗气不两立等创新学说使“本虚标实”证候框架日臻丰富; 临床证据层面, 替米沙坦上游治疗与除颤复脉方联合缬沙坦等方案证实可抑制炎症、改善左房重构并维持窦性心律; 西医机制层面, OPG/RANK/RANKL 轴、MMP/TIMP 系统及左房应变等标记揭示了中医学在抑制重构、控制节律这一共同靶点上交汇融合。

当前研究仍存在瓶颈: 证候诊断主观性强, 疗效评价指标分散, 高质量循证证据匮乏, 机制解析深度不足。未来应在标准化、循证化与机制化三维协同推进: 依托大样本流行病学数据构建可量化的证候诊断标准; 开展多中心长周期随机对照试验, 纳入左房应变等客观指标及脑卒中硬终点; 借助网络药理学等技术阐明中药复方多靶点协同效应。针对癌症相关房颤、消融术后复发等难点, 中西医结合干预策略探索空间广阔, 有望实现两种医学体系的深度融合。

参考文献

- [1] 中华医学会心电生理和起搏分会, 中国医师协会心律学专业委员会. 中国心房颤动管理指南(2025) [J]. 中华心律失常学杂志, 2025, 29(4): 265-338.
- [2] 王显. 从风论治冠心病的临床实践与思考[J]. 中医学报, 2025, 40(9): 1809-1816.
- [3] 杜宜航, 柴若宁, 段城林, 等. 基于“火郁发之”理论探讨宣郁清热法在房颤治疗中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2025, 31(4): 707-709.
- [4] 万泳宏, 刘建和. 从“阴火-宗气”不两立探讨心房颤动的中医机理和证治[J]. 云南中医中药杂志, 2025, 46(6): 30-33.
- [5] 谭玉培, 李明轩, 刘红旭, 等. 从“肺火痰实”探析阵发性房颤的治疗[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(12): 6508-6511.
- [6] 丁字坤, 李思聪, 王显. 《血证论》辨治心房颤动的思想探讨[J]. 中国中医急症, 2024, 33(12): 2206-2208+2215.
- [7] 唐荣辰, 宫丽鸿. 心房颤动的中医药治疗研究进展[J]. 中国中医急症, 2024, 33(4): 739-741+749.
- [8] 张惠琴. 对 319 例非瓣膜性心房颤动的中医证候及电解质、甲状腺功能和血脂情况的分析[D]. [硕士学位论文]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2023.
- [9] Bunnell, D.J. (2025) Atrial Fibrillation. *Physician Assistant Clinics*, **10**, 287-296. <https://doi.org/10.1016/j.cpha.2024.11.005>
- [10] 王健, 戴婷, 蒋国军, 等. 骨保护蛋白/核因子- κ B 受体活化因子/核因子- κ B 受体活化因子配体轴与心脏瓣膜病合并持续性心房颤动患者改良迷宫术后心房颤动复发的关系及其作用机制研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(10): 32-36.
- [11] McDermott, L.L., Bohorquez, J., Zaatari, G., et al. (2023) Atrial ECG Dynamics in Atrial Fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, **81**, 195. [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(23\)00639-3](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(23)00639-3)
- [12] Matsunaga-Lee, Y., Egami, Y., Sugino, A., Kobayashi, N., Abe, M., Nohara, H., et al. (2026) Hemoglobin Levels as a Marker of Arrhythmia Recurrence after Atrial Fibrillation Ablation. *Journal of Arrhythmia*, **42**, e70473.

- <https://doi.org/10.1002/joa3.70473>
- [13] Luther, V. and Katritsis, G. (2020) Ablation of Atrial Fibrillation and Atrial Tachycardia. In: *Decoding Cardiac Electrophysiology*, Springer, 73-86. https://doi.org/10.1007/978-3-030-28672-9_6
- [14] 姜兆磊, 曾千龙, 林政宇, 等. 梅氏微创心房颤动消融术治疗心房颤动合并射血分数降低型心力衰竭或射血分数轻度降低型心力衰竭的效果评价[J]. 中国心血管病研究, 2025, 23(4): 293-297.
- [15] Puwatnuttasit, P., Chulalakasanukul, R., Sinphurmsukskul, S. and Satitthummanid, S. (2025) Impact of Atrial Fibrillation on Atrial Function in HFpEF. *Journal of the American College of Cardiology*, **85**, 1707. [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(25\)02191-6](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(25)02191-6)
- [16] Ren, M., Yao, Y., Yue, X., Ning, Y. and Yang, Y. (2021) Atrial Cardiomyopathy and Atrial Fibrillation in Cancer. *Cardiology Research and Practice*, **2021**, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2021/6685953>
- [17] Petramala, L., Carnevale, R., Marino, L., D'Ambrosio, L., Bartimoccia, S., D'Amico, E.A., et al. (2026) Thrombaxane-b2 as a Predictor Marker of Atrial Fibrillation. *International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention*, **29**, 200604. <https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2026.200604>
- [18] 刘萍, 杜玲玲. 除颤复脉方联合缬沙坦对非瓣膜性阵发性心房颤动患者经胺碘酮复律后窦性心律维持及左心房重构和心功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(22): 2469-2472.
- [19] 史亚绘, 石花. 探讨替米沙坦在心房颤动上游治疗中的临床疗效及对患者心房颤动复发率的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(11): 1304-1307.