

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.07.015

基于“风邪致悸”分虚实论治阵发性心房颤动

杜宜航, 魏艺, 柴若宁, 段城林, 朱雪萍, 吕梦, 陈子真, 胡元会✉

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053

[摘要] 阵发性心房颤动可归属于中医学心悸、怔忡范畴, 其发病具有急、变、动的特点, 与风邪致病特点相近。认为风邪内动贯穿本病全程, “因风而动”是其直接病机。风邪致悸有虚实之分, 急性发作期以实风致病为主, 热盛动风者, 治以清肝熄风, 方以自拟羚夏清肝汤加减; 血瘀生风者, 治以祛瘀止风, 方以自拟延丹理脉汤加减; 痰热蕴风者, 治以化痰祛风, 方以自拟连萎胆星汤加减。迁延恢复期则以虚风多见, 阴虚风动者, 治以养阴熄风, 方以自拟枣芍珍珠汤加减; 脾虚生风者, 治以健脾宁风, 方以自拟参英定悸汤加减。临床用药紧扣风邪特点, 权衡虚实之变, 随证化裁, 和调脏腑气血, 以达熄风止颤之功。

[关键词] 阵发性房颤; 心悸; 风邪

心房颤动(简称房颤)是临床上常见的快速室上性心律失常之一, 据2022年调查显示, 目前全世界范围内约有6000万患者受到房颤影响, 其患病率随年龄增加^[1]。现代医学认为房颤发生于异位兴奋灶发放的快速冲动, 并且与心房重构、自主神经紊乱、炎症、氧化应激损伤等病理机制密切相关^[2]。目前房颤的西医治疗以导管消融、药物抗凝以及控制心室率为主, 但是存在着复发率高、副作用大等问题^[3]。

阵发性房颤发作持续时间≤7天, 且能够自行终止或干预后终止, 是房颤病程初始阶段^[2]。本病可归属于中医学心悸、怔忡范畴, 医家多从温补心阳、益气养阴、祛痰活血等角度论治^[4]。阵发性房颤发病急骤, 变化无常, 发作时心中动摇不定, 或伴有昏昏欲扑之证, 与风邪致病特点相似。《诸病源候论·风病诸候》中有“风惊悸者, 由体虚心气不足, 心之府为风邪所乘”的论述, 据此临证治疗本病可从风邪立论, “因风而动”是其直接病机, 治疗当分清标本缓急。现将我们基于“风邪致悸”分虚实论治阵发性房颤的体会总结如下。

1 阵发性房颤的发病与风邪相关

阵发性房颤发病具有“急、变、动”的特点, 起病突然, 病情多变, 常由气候变化、情绪波动、饮食不调、睡眠障碍等原因诱发, 这与风邪善行数变特点相似。《素问·风论篇》云:“风者, 百病之长也, 至其变化, 乃为他病也。”风邪为百病之始, 在阵发性房颤发病过程中, 风邪往往兼合他邪, 成为发病的先导。风无处不在, 若痰瘀之邪随风而动, 阻于心络则见胸痹心痛, 上冲于脑可见中风。研究表明, 房颤患者缺血性卒中的风险较非房颤患者增加3~4倍, 心肌梗死风险增加2倍^[5-6]。《重广补注黄帝内经素问》云:“风盛则庶物皆摇。”房颤发病伴随着心房不规则的收缩以及心室律的绝对不齐, 脉搏动数不齐, 患者自觉心跳不安, 难以名状, 与“风胜则动”特点相符。风为阳邪, 最易上袭阳位。《素问·阴阳应象大论篇》言:“阳之气, 以天地之疾风名之。”风邪实为阳气之变动, 同气相求, 故易袭阳位。房颤病位在心, 居于上焦, 为阳中之太阳, 易受风邪所扰而发病。综上, 我们认为阵发性房颤的发病与风邪密切相关。

2 从“风邪致悸”论治阵发性房颤

阵发性房颤处于房颤病程早期阶段, 发作之时患者心悸不安、头晕、汗出、乏力, 严重者伴有胸闷喘憋、昏厥、汗出肢冷等症。若治疗得当则可延

基金项目: 中国中医科学院科技创新工程(CI2021A03011); 中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目—传承名老中医专家学术经验专项(HLCMHPP2023011)

✉ 通讯作者: huiyuhui55@sohu.com

缓病情，避免阵发性房颤进一步发展为持续或永久性房颤^[7]。风邪致悸有虚实之分，实者多由肝火、瘀血、痰湿所生，虚者多因阴虚、脾虚所致，现分而论之。

2.1 实邪扰心，风气内动

2.1.1 肝郁化火，热盛风动

肝为风木之脏，主疏泄，心与肝为母子之系。《素问·五脏生成篇》谓：“肝藏血，心行之”，肝血充足，肝体得养，则肝之疏泄功能正常，气血得以舒畅流通，心方可正常主导全身血脉。《难经·十难》云：“假令心脉急甚者，肝邪干心也。”若遇情志不畅，则肝气易滞，日久蕴而化火生热，热极生风，风阳相煽，上凌于心，扰动心神，则见心中悸动难安，正如《临证指南医案·肝风》指出“肝胆内风自动……心悸荡漾之因”，陈士铎《辨证录·卷四·怔忡门》中亦提到“遇拂情，听逆言，便觉心气砰砰不能自主”。

此类患者多见于长期情志不遂或精神紧张的群体，多表现为心悸阵发、胸胁胀满、头晕头胀、口苦、情绪急躁、大便干结、舌质红苔黄，脉弦数等症。治疗以清泻肝火、熄风止颤为主。肝火亢逆无制，本当苦寒泄之，然其本由郁所致，故当以疏肝解郁为先，使肝火得平，肝风得止。方用自拟羚夏清肝汤加减，此方由《医学入门》^[8]清肝汤化裁而成，组成：羚羊角粉 0.3 g（冲服），夏枯草 15 g，白蒺藜 12 g，僵蚕 12 g，丹参 15 g，牡丹皮 9 g，生地黄 15 g，当归 9 g，白芍 15 g。方中羚羊角专入肝经，为平肝清热之要药，夏枯草主少阳相火及风木胆经之症，二者相配清肝泻火，平熄肝风；然肝郁为其根本原因，故取白蒺藜、僵蚕平肝解郁，疏肝透热。《本草便读》曰：“白蒺藜，行瘀破滞，搜肝风有走散之功”，僵蚕气味俱薄，入足厥阴肝经，可活络通经，祛风透热；热甚则入营伤血，耗竭阴液，故以丹参、牡丹皮清营分之热邪，以生地黄、当归、白芍养肝血，滋肝体。若心火亢盛，见口舌生疮、小便灼痛者，加黄连、栀子、通草清心泻火；气滞偏重，见胸胁胀满、暖气呃逆、腹胀不舒者加柴胡、枳壳、陈皮、佛手、大腹皮等理气解郁；若肝火为湿所困而成湿热，见头晕头痛、口苦咽干、四肢沉重者，加龙胆草、桑白皮、地骨皮、青蒿等以泄火利湿清热；若热邪伤阴，见心烦燥热、口干欲饮、夜寐不安者，加北沙参、玄参、当归、鳖甲等养阴清热。

2.1.2 血瘀于内，留而成风

在房颤发病过程中，心房失去了有效的收缩能力，伴随着心房血液的涡

旋和血液动力学的改变，容易形成血栓^[9]，这与中医学所论瘀血的形成相似。《血证论·脏腑病机论》言：“血虚则神不安而怔忡，有瘀亦怔忡”，瘀血致风原因有二，一则瘀血本身阻滞心脉，导致心脉失于濡养，心体心脉挛急而风动；二则瘀血不去则新血不生，心体心脉津枯血少，失润化燥，气血失于调和，故燥动生风。临床上瘀血停滞产生的原因有气滞血瘀、气虚血瘀、痰瘀内阻、血热生瘀等，无论何种原因所致瘀血停留于心均可致使新血不生，久之失润化燥，血燥生风，当代医家也提出“治血先治风，风行血自通”^[10]的理论，提出运用风药可畅通血行，清瘀祛滞。

血瘀多见于血栓性疾病合并阵发性房颤患者，可见心悸、胸胁时有刺痛、胸闷不舒、四肢偶有麻木、面色晦暗、唇甲色暗，舌质黯、有瘀点，脉沉涩等症。治疗以活血化瘀，缓急熄风为主，方用自拟延丹理脉汤加减，组成：三七粉 3 g（冲服），鸡血藤 15 g，丹参 15 g，延胡索 12 g，全蝎 6 g，玫瑰花 9 g，玳玳花 9 g，佛手 9 g，牡丹皮 12 g，白芍 12 g。方中三七、鸡血藤重在活血补血，化瘀通络；丹参、延胡索合用活血化瘀，理气止痛；牡丹皮与白芍相配活血凉血，柔肝缓急，并配伍全蝎以搜风通络，缓急止悸；气为血之帅，血为气之母，活血当先理气，气行则血畅，故以佛手、玫瑰花、玳玳花轻柔质润之品柔肝疏肝，理气宽胸，解郁安神。血瘀之因多有不同，若因气滞成瘀者，则加陈皮、枳壳、柴胡等疏肝理气，若因气虚所致者，则加黄芪、太子参、灵芝等补气养心；若兼痰邪，偏寒者多用清半夏、薤白、白芥子等燥湿化痰，偏热者多用浙贝母、瓜蒌、竹茹等清热化痰；血热生瘀者，多用生地黄、牡丹皮、玄参、紫草等清热凉血化瘀。

2.1.3 痰湿中阻，蕴热生风

痰湿是心悸反复发作的重要病理因素，早在《伤寒论》中即用温阳化饮法治疗心下痰饮之心悸。《丹溪心法·惊悸怔忡六十一》云：“心虚而停水……水既上乘，心火恶之，心不自安”，将心悸之因归于痰饮上扰；《血证论·怔忡》言：“心中有痰者，痰入心中，阻其心气，是以心跳不安”，可见心悸与痰饮密切相关。此类患者多有饮食油腻、劳倦伤脾之史，脾为生痰之源，脾胃受损则水谷精微不得运化，痰湿内生则生诸病，一则痰饮水湿内留，阻碍肝木之疏泄，则风气内郁，攻冲于心；二则痰湿久踞于中，化火生热，热而成风，扰动心神。《备急千金要方·风眩》

云：“痰热相感而动风”，痰热胶着于中，发则扰动风阳，痰随风动，阻滞心脉，上扰心神，则生悸动。

痰湿蕴热成风者症见心悸频发，胸闷如室，时有头晕目眩，肢体重着，纳呆腹胀、口中黏腻，大便黏滞不爽，舌质暗红、苔白腻或黄腻，脉弦滑。治疗以化痰祛湿，清热熄风为法，方用自拟连萆胆星汤加减，此方以小陷胸汤化裁而成，组成：黄连 6 g，法半夏 9 g，胆南星 6 g，全瓜蒌 30 g，竹茹 15 g，枳实 12 g，茯苓 15 g，郁金 9 g，远志 12 g，僵蚕 9 g，蝉蜕 9 g。方中黄连涤热，半夏导痰，瓜蒌润燥下行，合用以涤胸膈痰热，攻而不峻；茯苓、枳实、竹茹、胆南星以加强清热化痰之功；痰热胶着，热虽速清，然痰湿难解，缠绵于心络，伺而成风，故用僵蚕、蝉蜕清透之品搜风通络；痰浊蒙绕于心中，心神受其所扰，以郁金、远志清心经痰热，并兼有宁心安神之功。若合并其他快速性心律失常且心悸频繁发作者，常用苦参、甘松以增强止悸之功，研究显示二者均有抗心律失常的作用^[11-12]。对于心悸易惊，心神不安者多加用龙骨、牡蛎定惊安神；若夹杂瘀血，则用地龙、三七、丹参活血化瘀通脉，以通络祛瘀祛痰；痰热日久伤阴则用玄参、沙参、青蒿、枸杞、鳖甲等养阴清热。对于痰饮停中偏寒者，治疗以温阳利水熄风为主，多以苓桂术甘汤加减。

2.2 心失所养，虚而生风

2.2.1 心阴久耗，络风内动 清代何梦瑶《医碥·杂症》云：“心为热所乘，则动而惊也……水主静，水足则静而不易动。”阴阳相互制约，互为根本，心脏正常功能的发挥依赖于心阳温煦推动和心阴凉润宁静协调统一。《通俗伤寒论·卷五》言：“阴虚则内风窜动。”若因年老体衰、肝肾渐亏或者久病失治、多服温燥渗利之品导致心阴受损，一则阴液枯竭，其凉润滋养之功受损，无以濡养心体，心体失养则易生拘挛、震颤之象，变生内风，则心神受扰悸动频发；二则心肝阴液不足，无以制约心阳，阳亢则易化火生热，热极生风，风火相煽，引动心风，则脉促心悸，正如《临证指南医案·肝风》言：“营液内耗，肝阳内风震动，心悸眩晕少寐”。

此类患者临床多见心悸易惊，思虑劳累加重，口干欲饮，五心烦热，时有燥热汗出，耳鸣膝酸，心中烦闷，失眠多梦，舌红少苔，脉细数。治疗以滋补心阴，补虚宁风为法，方用自拟枣芍珍珠汤加减，组成：酸枣仁 30 g，白芍 9 g，生地黄 12 g，百合 12 g，玄参 12 g，麦冬 12 g，丹参 15 g，醋鳖甲

9 g，炙甘草 9 g，珍珠粉 0.3 g（冲服），牡蛎 15 g。《温病条辨》言：“热深厥甚，脉细促，心中憺憺大动”，故先以血肉有情之品鳖甲滋阴潜阳，咸寒之牡蛎重镇平肝，以防阳亢无制。然其根源在于阴虚生热，主以甘寒滋阴之品补心、肝、肾三脏，其中以甘寒之地黄清热凉血，滋阴降火，且具有安神之功；咸寒之玄参入肾，养肾阴，退无根浮游之火；麦冬、百合相配入心经，滋阴养心安神；白芍有滋阴敛阳之功，与丹参相配养血活血；酸枣仁养心肝，安心神、除烦热；咸凉之珍珠粉重镇安神，潜阳定惊，心神得安则心悸可止，并以炙甘草调和诸药。然临床运用中一派补阴药质多阴柔，有滋腻之嫌，常配用党参、黄芪、桂枝等补气通阳，使得阳动阴生。

2.2.2 心脾不足，虚风内生 《医碥·五脏生克说》云：“得心火以温之，乃健运而不息，是为心火生脾土”，可见心血赖脾气转输的水谷精微以化生，而脾的运化功能又有赖于心血的滋养和心阳的推动。脾强则水谷精微得以运化，上行奉心化赤而为血，则心之气血得充，心神得养。《古今医统大全集要》言：“心之官则思，甚则心血日涸，脾液不行……则成心风，属虚者多。”先天脾胃不足或久病伤正，导致气血生化失源，心体失于濡润，心神不得内守，虚风内起则成拘挛震颤之象。

此类患者多因先天不足、年老体弱或久病伤正所致，症见心悸气短，面色无华，乏力懒言，头晕目眩，纳呆食少，嗜睡懒言，失眠多梦，舌淡，脉沉弱。治以补益心脾，养血祛风为法，方用自拟参英定悸汤加减，组成：黄芪 15 g，党参 12 g，麸炒白术 15 g，茯苓 15 g，陈皮 9 g，丹参 15 g，炒酸枣仁 30 g，鸡血藤 15 g，当归 9 g，炙甘草 6 g，紫石英 15 g，僵蚕 12 g，蝉蜕 12 g。此方以归脾汤为基础化裁而成，以补虚为主，泻实为辅。脾虚多易生湿，以白术、陈皮、茯苓、党参、炙甘草理气健脾以祛湿，以黄芪、当归为对药益气生血。久虚之体，多有瘀滞，故以丹参、鸡血藤活血通络，养血熄风。僵蚕、蝉蜕轻浮而升，两者相配以平熄内风，通络止颤。血虚则神不归心，故以酸枣仁与紫石英相配，养心安神，镇惊定神，以宁心止悸。心之气血不足，久而损及心阳，导致阳气内弱，心搏无力，症见胸闷气短、神疲乏力、畏寒肢冷、面色㿔白，舌淡苔白，脉沉弱无力，此时当以温阳益气补血为主，可选用桂枝、甘草、附子等温补心阳。

3 典型病例

患者，男，63 岁，2022 年 9 月 5 日初诊。主诉：间断心慌 7 年余，加重 3 个月。患者 7 年前情绪激动后出现心慌、胸闷，伴有头晕、乏力、汗出，自测心率约 160 次/min，持续 10 h 左右，心电图检查提示阵发性房颤，予抗凝、控制心室率等治疗后恢复窦性心律，出院后规律服用盐酸普罗帕酮片 100 mg、每日 3 次，利伐沙班片 100 mg、每日 1 次。此后心慌、胸闷症状每年发作 2 或 3 次，持续约 3~4 h，休息后可自行缓解。2022 年 6 月以来，先后发作房颤 4 次，每次持续 1~2 日，末次发作时间 2022 年 8 月 15 日。患者因惧怕手术风险拒绝射频消融术，每次发作均于当地医院住院治疗好转。目前口服酒石酸美托洛尔片 25 mg、每日 2 次，利伐沙班片 100 mg、每日 1 次。

刻下症见：间断心慌、气短，进餐及劳累后加重，发作时伴有周身汗出，头晕目眩，每次持续约 1~2 日后可自行转为窦性心律，口干口苦，肩背时有疼痛，四肢沉重无力，纳呆腹胀，入睡困难，二便调。舌胖大质暗红，苔黄腻，脉弦滑数。24 h 动态心电图检查：阵发性房颤，心率 48~254 次/min，平均心率 74 次/min，24 h 房颤负荷时长 114 min。西医诊断：阵发性房颤；中医诊断：心悸（痰湿内阻，化热动风证）。治法：化痰祛湿，清热熄风。以连萆胆星汤加减，处方：法半夏 9 g，浙贝母 12 g，牡蛎 30 g（先煎），茯苓 30 g，桑白皮 30 g，桔梗 12 g，僵蚕 12 g，蝉蜕 12 g，地龙 12 g，甘松 12 g，丹参 15 g，黄连 6 g，肉桂 3 g（后下），竹茹 15 g，延胡索 10 g，郁金 9 g，远志 12 g。14 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次口服。嘱患者继续服用酒石酸美托洛尔片 25 mg、每日 2 次，利伐沙班片 100 mg、每日 1 次。

2022 年 9 月 19 日二诊：服药后心慌、胸闷症状较前减轻，近 2 周因劳累后发作 1 次，发作时四肢无力，头晕、恶心等症状较前减轻，持续 2 h 左右自行缓解，自测心率最高 120 次/min，双肩酸痛明显，仍有口干口苦，纳少，入睡困难改善，二便调。舌暗红、苔中部黄腻，脉弦滑。处方以初诊方去牡蛎、肉桂、桔梗，加穿山龙 30 g、全瓜蒌 15 g、地骨皮 30 g。继服 14 剂，煎服法同前。嘱患者调整酒石酸美托洛尔片剂量为 12.5 mg，每日 2 次，利伐沙班片剂量同前。

2022 年 10 月 3 日三诊：心慌、胸闷程度较前

好转，劳累后发作 1 次，持续约 30 min 后自行缓解，头晕、乏力、恶心症状消失。复查 24 h 动态心电图未监测到房颤发作，胸部 CT 提示肺部结节。仍有口苦，夜间干咳无痰，乏力，纳可，无明显入睡困难，舌脉同前。上方去延胡索，加藤梨根 15 g。继服 14 剂，煎服法同前。嘱患者停用酒石酸美托洛尔片，继服利伐沙班片 100 mg，每日 1 次。

2023 年 1 月电话随访，患者于 2022 年 10 月 17 日自行抄三诊方服药 14 剂，西药按三诊方案服用，现心慌、胸闷等症未见发作，活动耐力较前明显改善，口苦、咽干、夜间咳嗽等症均已明显好转。

按语：此案患者为老年男性，阵发性房颤反复发作，并有逐渐加重向持续性房颤发展的趋势，故当及早干预。患者平素情志不遂致肝气郁结，木郁克土，脾虚失运，痰湿内生。而情志过极、食后、劳累等增加脾胃负担，脾虚失运之征愈加凸显，痰浊水湿之势更甚，痹阻心络，水郁风动，上泛于心，发为心悸。痰湿日久化热生火，风火相煽，心神受扰，故见心悸。治疗以化痰祛湿，清热熄风为法，方用连萆胆星汤加减。患者初诊之时四肢倦怠，乏力气短，考虑患者病程日久，气阴已伤，故未用枳实、胆南星以防辛燥伤气，去瓜蒌以防滑肠伤阴，改用浙贝母、桑白皮，两者配伍清热不伤气，利湿而不伤阴，并配桔梗以载药上行，兼有化痰之力。患者时有胸闷且舌质暗红，考虑存在瘀血之证，故加地龙、丹参、甘松三药活血通络，理气解郁。患者入睡困难，心神不安，故以肉桂引火下行，牡蛎重镇安神。

二诊时患者痰热仍存，且有口干等伤阴之象，故加瓜蒌以豁痰清热，加地骨皮以防热邪深入血分，耗伤阴液。患者肩痛明显，故加穿山龙祛风除湿通络。睡眠方面已无明显入睡困难，故去牡蛎、肉桂。三诊患者症状较前明显减轻，但出现夜间干咳之症，考虑药物辛燥伤阴，故去辛温走窜之延胡索以防动气伤阴。此外，患者胸部 CT 检查发现有肺部结节，故加藤梨根以清热散结。治疗全程围绕痰浊、郁热、瘀血、风动的病机辨证施治，同时根据患者体质灵活调整用药，在清热熄风、利湿化痰的同时注意保护气阴。服药期间患者心悸得减，且房颤发作次数减少，心率较前降低，辅助检查已未见房颤发作，故逐渐减少酒石酸美托洛尔片用量直至停药。

参考文献

- [1] SHI S, TANG Y, ZHAO Q, et al. Prevalence and risk of atrial fibrillation in China: A national cross-sectional epidemiological study [J]. Lancet Reg Health West Pac, 2022, 23:100439. doi:10.1016/j.lanwpc. 2022. 100439.
- [2] 中华医学会心电生理和起搏分会, 中国医师协会心律失常专业委员会, 中国房颤中心联盟心房颤动防治专家工作委员会. 心房颤动:目前的认识和治疗建议(2021) [J]. 中华心律失常学杂志, 2022, 26(1):15-88.
- [3] JAIS P, CAUCHEMEZ B, MACLE L, et al. Catheter ablation versus antiarrhythmic drugs for atrial fibrillation: the A4 study [J]. Circulation, 2008, 118(24):2498-2505.
- [4] 王占武, 耿晓娟. 心悸中医证治现代研究进展 [J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40(4):539-544.
- [5] PACIARONI M, AGNELLI G, MICHELI S, et al. Efficacy and safety of anticoagulant treatment in acute cardioembolic stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Stroke, 2007, 38(2):423-430.
- [6] SOLIMAN EZ, SAFFORD MM, MUNTNER P, et al. Atrial fibrillation and the risk of myocardial infarction [J]. JAMA Intern Med, 2014, 174(1):107-114.
- [7] EBRAHIMZADEH E, KALANTARI M, JOULANI M, et al. Prediction of paroxysmal atrial fibrillation: A machine learning based approach using combined feature vector and mixture of expert classification on HRV signal [J]. Comput Methods Programs Biomed, 2018, 165: 53-67. doi:10.1016/j.cmpb. 2018. 07. 014.
- [8] 李挺. 医学入门(下册) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006:1238.
- [9] LEE DC, MARKL M, NG J, et al. Three-dimensional left atrial blood flow characteristics in patients with atrial fibrillation assessed by 4D flow CMR [J]. Eur Heart J Cardiovasc Imaging, 2016, 17(11):1259-1268.
- [10] 黄淑芬. 试论治血先治风[J]. 中医杂志, 1997, 38(1): 9-11.
- [11] 韦伟, 唐汉庆, 李晓华. 苦参碱对豚鼠心室肌细胞钠离子通道电流的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(20):199-202.
- [12] 刘元伟, 郭继鸿, 张萍, 等. 稳心颗粒甘松提取物对大鼠心室肌细胞钠电流和瞬时外向钾电流激活动力学的影响 [J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2009, 23(6):533-535.

Treatment of Paroxysmal Atrial Fibrillation by Deficiency-Excess Pattern Identification Based on “Palpitations Caused by Wind Pathogen”

DU Yihang, WEI Yi, CHAI Ruoning, DUAN Chenglin, ZHU Xueping, LYU Meng, CHEN Zizhen, HU Yuanhui

Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053

ABSTRACT Paroxysmal atrial fibrillation can be attributed to the category of xinji (palpitations) and zhangchong (severe palpitations) in traditional Chinese medicine, and its onset has the characteristics of urgency, change, and movement, which is similar to the characteristics of diseases induced by wind pathogen. It is believed that the internal movement of wind pathogen runs through the whole course of this disease, and palpitations due to wind as the direct pathogenesis. Palpitations caused by wind pathogen showed different characteristics of deficiency and excess pattern. In the acute exacerbation period, excess wind is the main cause of disease. For excessive heat generating wind, the treatment is to clear the liver and extinguish wind by self-modified *Lingxia Qinggan Decoction* (羚夏清肝汤); for blood stasis generating wind, the treatment is to remove blood stasis and stop wind by self-modified *Yandan Limai Decoction* (延丹理脉汤); for phlegm-heat accumulation with wind, the treatment is to dissolve phlegm and eliminate wind by self-modified *Lianlou Danxing Decoction* (连蓼胆星汤). In the prolonged recovery period, deficiency wind is more common. For stirring of wind due to yin deficiency, the treatment is to nourish yin and extinguish wind by self-modified *Zaoshao Zhenzhu Decoction* (枣芍珍珠汤); for spleen deficiency generating wind, the treatment is to strengthen spleen and nourish wind by self-modified *Shenyang Dingji Decoction* (参英定悸汤). Clinical prescriptions closely follow the characteristics of wind, weigh the changes of deficiency and excess, tailor with the patterns, and regulate *qi* and blood of the *zang-fu* organs, in order to extinguish wind and arrest convulsion.

Keywords paroxysmal atrial fibrillation; palpitations; wind pathogen

(收稿日期: 2023-11-29; 修回日期: 2024-01-29)

[编辑: 果 彤, 侯建春]