

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.02.006

中医药治疗心房颤动的优势及临床研究要点分析

孙聪, 董玉江[✉], 高红梅, 蔚青, 张梦贺, 史晓静, 冯丽亚

山东中医药大学第二附属医院, 山东省济南市市中区经八路1号, 250001

[摘要] 中医药疗法在心房颤动治疗中具有优势, 主要体现在提高生活质量、实现早期诊疗、促进心脏康复、弥补西药治疗不足、提高导管消融成功率5个方面, 但目前临床研究的证据转化存在不足。基于中医药治疗心房颤动的研究现状, 指出今后应开展辨证分型规范化研究, 通过临床流行病学调查、专家共识等方法建立统一的心房颤动辨证分型标准; 规范临床疗效评价指标, 通过系统评价、患者访谈等方法构建中医药治疗心房颤动的临床研究核心结局指标集; 完善临床研究设计、研究实施及数据管理, 借助人工智能等现代信息技术提高中医药干预心房颤动临床研究的科学性和规范性, 最终提高研究质量。

[关键词] 心房颤动; 中医药疗法; 临床优势; 临床研究

心房颤动 (atrial fibrillation, AF) 简称“房颤”, 是一种伴有不协调心房电激动和无效心房收缩的室上性快速性心律失常, 轻者心悸、胸闷, 生活质量下降, 重者可出现脑卒中、动脉栓塞、心力衰竭等危险事件^[1]。我国75岁以上居民的房颤患病率高达2.4%^[2]。近年来, 以抗凝、转复维持窦性心律以及心室率控制为主的西药治疗取得了一定疗效, 导管消融手术也为房颤治疗提供了更多选择, 但目前治疗方法仍存在无法避免房颤反复发作与不良反应等问题^[3]。根据房颤临床表现, 可将其归属为中医学“心悸”“怔忡”“胸痹”范畴, 基于虚气留滞^[4]、脾胃生风^[5]等中医理论对房颤的临床治疗在改善症状、疾病预防及康复等方面具有独特优势。本文通过总结中医药治疗房颤的临床优势, 提出今后的研究重点, 为开展中医药治疗房颤的高质量临床研究提供参考, 以期促进房颤中医药临床疗效的进一步提高。

1 中医药治疗房颤的临床优势

1.1 改善症状, 提高生活质量

房颤除本身症状给患者带来痛苦外, 还可引发焦虑、抑郁等精神心理问题, 严重影响患者生活质

量^[6]。欧洲心脏病学会 (ESC) 房颤特别工作组于2012年提出, 除了关注卒中、生存率等终点事件外, 生活质量也应该纳入房颤患者的预后评估^[7]。对于心律转复失败的持续性房颤患者, 西医主要通过控制心室率改善症状, 而如何改善持续性房颤患者的临床症状从而提高生活质量是一大临床难题。

中医理论指导下的辨证论治在持续性房颤患者的症状控制方面具有独特优势。研究^[8]表明, 在口服酒石酸美托洛尔治疗的基础上加用炙甘草汤更有利于持续性房颤患者控制心室率, 且能提高患者的房颤生活质量 (AFEQT) 评分。另有研究^[9]发现, 在常规西药治疗的基础上加用稳心颗粒能够显著降低心阳不振型长程持续性及永久性房颤患者的心室率及心悸证候评分, 提高AFEQT评分。还有研究^[10]发现, 相较于酒石酸美托洛尔, 舒郁定悸汤能够明显降低持续性房颤伴抑郁患者的汉密顿抑郁量表 (HAMD) 评分, 改善胸闷、心悸症状, 提高患者生活质量。

1.2 未病先防, 注重上游治疗

2010年ESC在房颤治疗指南中首次提出房颤上游治疗的概念, 即针对房颤基质的形成及发展进行提前干预, 主要包括在房颤发生之前预防房颤发作的一级预防, 以及在房颤发生之后减少房颤复发或延缓其进展为持续性房颤的二级预防^[11]。有国外研究者提出房颤管理应在“三驾马车”, 即抗凝、

基金项目: 国家自然科学基金(82104844); 山东省医药卫生科技发展规划(202203011031)

✉ 通讯作者: dongyjiang@sina.cn

心室率控制、节律控制的基础上联合上游治疗,形成“四大支柱”管理模式^[12],突出了房颤上游治疗的重要性。然而,目前关于房颤上游治疗的研究大多集中在肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)抑制剂等药物的应用上^[11],实际临床疗效并不满意。

中医学具有独特的疾病预防理论,未病先防、既病防变思想与现代医学的一、二级预防理论具有内在一致性,对房颤的上游治疗具有重要指导意义。一项研究^[13]分析了出生时间五运六气与房颤发病的相关性,结果显示出生时岁运为六甲年(太宫),或司天为太阳寒水,或主气为太阳寒水的患者房颤发病率较高,可以为房颤的一级预防提供参考。另有研究显示,芪珀生脉颗粒能够通过减轻炎症反应、氧化应激等机制改善心房基质重构,从而达到预防房颤发生的目的^[14];参连复脉颗粒能够改善自发性高血压模型大鼠心房结构重构,能够降低房颤易感性,其作用机制可能与调控细胞外调节蛋白激酶(ERK)1/2及转化生长因子 β 1(TGF- β 1)/信号转导蛋白3(Smad3)信号通路有关^[15]。可见,中医理论指导下的辨证论治在持续性房颤患者的症状控制方面具有独特优势。

1.3 中医传统运动,促进心脏康复

2022年中国医院协会心脏康复管理专业委员会发布了《心脏康复分级诊疗中国专家共识》^[16],进一步细化了相关诊疗制度及技术方案,突出了心脏康复的重要性。心脏康复是指为改善心血管病患者预后所提供的综合医疗措施,已被国际相关指南^[17-18]明确列为心血管疾病诊疗的重要推荐内容。研究^[19]表明,运动可明显改善患者房颤负荷及运动能力。多国心脏康复协会都制定了心脏康复运动指南,但是在运动强度及运动检测方面尚未达成共识^[20-21]。

以太极拳、八段锦等为主的中医传统运动讲求“意随形动,身心合一”,强度适中且身心同治^[22],已经成为房颤患者运动康复不可或缺的内容。研究发现,八段锦训练能提高房颤射频消融术后患者的峰值代谢当量,改善患者心肺功能,促进心脏康复^[23];易筋经能够提高练功者的迷走神经张力,加强自主神经的调节能力^[24],有助于房颤患者康复。有荟萃分析^[25]指出,太极拳、八段锦等中医传统功法临床应用安全有效,对于房颤患者的康复具有重要价值。

1.4 减毒增效,辅助西药治疗

房颤的西药治疗主要包括抗心律失常药物(节

律控制药物及心室率控制药物)及抗凝药物。各种抗心律失常药物房颤复律成功率约为58%~75%,治疗效果的个体化差异及临床副作用是限制心律失常药物临床应用的主要原因^[26]。胺碘酮作为我国临床应用相对广泛的抗心律失常药物,统计显示其发生率超过1%的严重不良事件有5项^[27]。血栓形成是房颤患者的严重不良事件,对于房颤患者脑卒中风险评估工具CHA2DS2-VASc评分 ≥ 2 分的男性患者和 ≥ 3 分的女性患者均需进行抗凝治疗以预防卒中的发生^[1]。出血风险评估工具HAS-BLED评分是临床常用的出血评分工具,评分 > 3 分为出血高危患者,但高出血风险并不作为使用抗凝药物的禁忌^[28]。2023年我国《心房颤动诊断和治疗中国指南》提出的脑卒中风险评分工具CHA2DS2-VASc-60将房颤患者脑卒中高风险的年龄因素由65岁提前到60岁^[3]。可见房颤的抗凝策略较以前更加积极,如何平衡血栓和出血风险是临床难题。

中医药的作用途径复杂,具有多靶点、多环节、多层次、多效性的特点,通过整体调节发挥作用,在西药治疗的基础上联合中医药治疗能够达到辅助复律、控制心室率及抗凝效果,且毒副作用更小。《针灸甲乙经》记载:“心澹澹而善惊恐,心悲,内关主之。”研究^[29]发现,按压健康人内关穴能够调节心脏迷走-交感神经平衡性,进而调控心率变异性以调整心率。在转复维持窦性心律方面,一项系统评价^[30]表明,针刺治疗可提高房颤转复至窦性心律的比例,缩短房颤转复至窦性心律的时间;另有研究^[31]发现,在西药治疗基础上联合复律宁颗粒能有效减少气阴两虚型房颤患者的房颤发作频率及持续时间,并降低心室率。在抗凝方面,复方血栓通胶囊能显著降低血栓模型大鼠下腔静脉血栓、动-静脉旁路血栓和颈总动脉血栓的重量,延长凝血时间和凝血酶时间,具有明确的抗凝作用^[32];益心舒胶囊能够提升持续性房颤患者服用华法林后的国际标准化比值(INR)增长速度,但不影响INR的稳定性,不增加出血风险^[33]。

1.5 围术期干预,提高导管消融成功率

美国心脏学会(ACC)和美国心脏协会(AHA)2023年发布的房颤诊断和管理指南提出,对于合并射血分数降低的心力衰竭合并房颤患者,导管消融术为I类推荐^[34]。但房颤导管消融术仍存在诸多临床问题,如导管消融术后仍存在复发风险,单次射频消融术后1年内复发率高达45.9%,而射频消融术的热能会导致患者术中出现疼痛以及术后出

现各种并发症,均可影响导管消融的成功率^[35]。

中医药在房颤射频消融围术期管理方面具有独特优势,在术后防复发、术中镇痛方面具有显著效果。研究发现,冷冻消融术后联合稳心颗粒能够显著降低房颤复发率^[36],在常规服用氯沙坦钾的基础上加用稳心颗粒能够显著降低房颤射频消融术后心律失常复发率,促进左心室逆重构^[37];参松养心胶囊能够显著降低持续性房颤患者射频消融术后 1 年的房颤复发率,提高患者的生存质量,降低消融术后 3 个月和 6 个月内房颤负荷^[38];针刺内关可以在保持镇痛效果的前提下,减少镇痛药剂量,缓解房颤射频消融术中及术后恶心反应^[39]。

2 中医药治疗房颤的临床研究要点

中医药治疗房颤具有诸多临床优势,但尚未形成临床指南或专家共识,已开展的临床研究未能将中医药治疗房颤的临床优势转化为科学证据。究其原因,目前中医药治疗房颤的临床研究中存在中医辨证分型不统一、疗效评价指标应用混乱、临床研究设计及实施科学性不足的问题,且研究证据级别较低,故而影响了研究成果的推广和应用。如何生产中医药治疗房颤的循证医学高级别证据是当前临床研究的主要问题。

2.1 建立统一的房颤辨证分型标准

现代医家对房颤的中医辨证分型多样。丁书文将房颤分为痰火内盛证、阴虚火旺证、心血瘀阻证和心神受扰证^[40]。周华将房颤分为初期气阴两虚证、中期痰瘀互结证和后期肾阳虚证^[41]。李平将房颤分为属虚的气阴两虚证,属实的痰热内蕴、瘀血内阻证及病久入络的脉络瘀滞证^[42]。临床中房颤的中医辨证分型多为医家个人经验,存在证型名称不规范、证型诊断不统一、证候疗效评价不标准的问题,研究成果的可重复性差,不利于开展中医标准化诊疗研究。2014 年国家中医药管理局医政司发布的《促脉证(阵发性心房颤动)中医护理方案》^[43]将阵发性房颤分为气阴两虚证、心虚胆怯证、痰热内扰证与气虚血瘀证,但该方案至今已 10 年,无法满足当前房颤的中医临床研究需求。

无论是中医药临床干预性研究还是观察性研究,都离不开规范的中医辨证标准。建立统一的辨证分型标准是生产高级别临床证据的基础。已有研究^[44]基于电子病历信息系统,运用横断面研究方法分析了 1676 例心力衰竭住院患者的中医证型临床特征,发现心力衰竭患者中医证型以痰浊血瘀证

和气虚血瘀证最为多见。另有研究^[45]通过系统评价、病例回顾研究并结合德尔菲法,初步构建了非瓣膜性房颤的中医核心证候指标集,包括气滞血瘀证、心肾阳虚证、气阴两虚证和心脾两虚证,为中医辨证分型的标准化研究提供了示范。我们认为,可在房颤患者中医证候分布的临床观察性研究的基础上,通过流行病学调查等方法,归纳房颤的证型分布规律及舌脉等信息,进而通过专家会议、德尔菲法、深度访谈等形式达成行业共识,从而规范辨证分型标准、统一证型名称、明确各证型的症状及舌脉特征,为今后房颤的中医药临床研究提供标准和依据。

2.2 构建房颤的中医临床研究核心结局指标集

临床疗效是中医药传承和创新发展的根本。中医药临床疗效评价指标主要包括终点指标、替代指标、生活质量指标、中医证候指标、安全性指标及卫生经济学指标。在目前中医药治疗房颤的临床研究中上述指标均有涉及,但评价指标的应用不规范、不统一。例如,一项随机对照研究探讨了新加丹参饮联合华法林治疗血瘀证房颤的疗效和安全性,评价指标包括中医证候指标、终点指标(血栓及出血事件发生率)和安全性指标(肝肾功能、凝血功能)^[46];另一项研究观察稳心颗粒结合氯沙坦钾对房颤射频消融术后患者心室重构的预防效果及对复发率的影响,评价指标包括中医证候指标、终点指标(术后复发)及替代指标(P波离散度、左心房直径等)^[37]。评价指标应用不一致一方面无法客观、全面、科学地反映中医药干预的有效性,另一方面不利于开展同类研究的合并分析或横向比较研究。

构建中医药干预房颤的临床研究核心结局指标集是生产高级别临床证据的前提。核心结局指标集(core outcome set, COS)是指某种疾病学术界公认的临床研究报告的最小结局评价指标集合^[47]。基于核心结局指标集的概念及研究方法,有研究者^[48-49]提出中医临床研究核心指标集(COS-TCM)的概念、构建路径及相关规程,包括确立病症范围、文献资料收集、遴选核心条目等 8 个关键技术环节,为中医临床评价指标的选择提供了方法学支持。就房颤而言,从中医药治疗房颤的临床实际出发,遵循国际核心结局指标集的制定模式,采用系统评价、患者访谈、问卷调查及专家共识等方法,综合临床专家、方法学专家、统计学专家及卫生行政管理人员等多方意见,制定中医药治疗房颤临床

研究的核心结局指标集,进而开展大规模临床评价研究,是生产高级别循证医学证据的可行之路。

2.3 提高中医药干预房颤的临床研究质量

随着循证中医药学的发展,研究者基于临床流行病学和循证医学的理论、方法开展临床研究并取得了诸多成就,如通心络胶囊治疗急性心肌梗死^[50]、芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭^[51]获得的循证医学高级别证据得到了学术界的认可。但大多数中医药治疗房颤的临床研究设计或实施存在科学性不足的问题,研究结果难以得到国际同行的认可。有研究采用 CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) 标准评价稳心颗粒治疗房颤随机对照试验的文献质量,共纳入 66 篇研究文献,结果显示纳入研究均未进行样本量计算、意向性分析或分层分析,所有研究均采用了中间指标观察疗效,但其中仅有 4 项研究也采用终点指标^[52]。

提高中医药干预房颤的临床研究质量是生产循证医学高级别证据的关键。研究设计、研究实施、研究数据是决定临床研究质量的重要因素,人工智能等现代信息技术能够辅助提升研究设计的科学性、研究实施的规范性及研究数据的可靠性,从而提高临床研究质量^[53]。研究设计上,多中心临床研究是提高研究代表性的有效方法,但是存在受试者招募困难及数据管理的问题,可借助人工智能信息管理技术进行受试者智能化招募及匹配,实现多中心数据的统一管理及质控^[53]。在研究实施方面,针对我国房颤知晓率低^[54]的问题,可运用智能可穿戴设备开展房颤筛查,同时借助人工智能算法优化数据采集管理,降低信息偏倚。针对中医数据客观化不足的问题,可使用四诊仪客观化收集四诊信息,运用分类算法实现房颤的客观化辨证。在数据分析方面,机器学习、深度学习等算法的应用在实现因果关联分析的同时能够挖掘数据间的复杂关联,有助于发现房颤诊疗的复杂规律。同时,研究者应分析归纳现有中医药干预房颤临床研究报告中的方法学问题并加以改进,在研究报告撰写时应严格遵循中医药临床研究报告规范,进一步提高临床研究质量和报告质量。

3 小结

综上所述,中医药在房颤防治中具有独特的临床优势,但临床证据转化不足。今后应统一房颤辨证分型,完善临床评价体系,借助现代数字信息技术提高中医药干预房颤的临床研究质量,规范临床

研究方法,进而获得高级别证据,形成中医药治疗房颤的指南、共识和临床路径,继而进行机制解读及产业转化,凸显中医药治疗房颤的现代科学内涵与价值。

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.
- [2]《中国心血管健康与疾病报告 2020》编写组.《中国心血管健康与疾病报告 2020》概述[J]. 中国心血管病研究,2021,19(7):582-590.
- [3]中华医学会心血管病学分会,中国生物医学工程学会心律分会. 心房颤动诊断和治疗中国指南[J]. 中华心血管病杂志,2023,51(6):572-618.
- [4]贾思涵,连妍洁,尚菊菊,等. 从“虚气留滞”论治心房颤动[J]. 中医杂志,2024,65(12):1235-1239.
- [5]李明轩,来晓磊,刘红旭,等. 从“脾胃生风”探讨阵发性房颤的中医证治[J]. 中医杂志,2022,63(12):1186-1188.
- [6]SERPYTIS R, NAVICKAITE A, SERPYTIENE E, et al. Impact of atrial fibrillation on cognitive function, psychological distress, quality of life, and impulsiveness[J]. Am J Med, 2018,131(6):703. e1-703. e5.
- [7]CAMM AJ, LIP GY, DE CATERINA R, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation[J]. Eur Heart J,2012,33(21):2719-2747.
- [8]陈婷,陈颖,范秀花,等. 炙甘草汤联合美托洛尔治疗持续性心房颤动临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2018,20(3):163-166.
- [9]田晓婕,顾宁,何小丽,等. 稳心律合剂干预心房颤动的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(4):458-460.
- [10]李洁,李飞泽,郝宗霞,等. 舒郁定悸汤治疗持续性心房颤动伴抑郁状态患者的临床研究[J]. 中国现代医生,2022,60(7):142-145.
- [11]GUICHARD JB, ANSELME F, DEFAYE P, et al. Prevention of Atrial Fibrillation After Atrial Flutter Ablation With Ramipril (from the PREFACE Study) [J]. Am J Cardiol, 2022,162:73-79. doi: 10.1016/j.amjcard.2021.09.010.
- [12]LAU DH, NATTEL S, KALMAN JM, et al. Modifiable risk factors and atrial fibrillation[J]. Circulation, 2017,136(6):583-596.
- [13]张晓芳,吴波,陶国水. 心房颤动发病与五运六气的相关性研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19

- (14):2329-2332.
- [14]胡元会,王欢. 基于中医“治未病”理论的芪珀生脉颗粒治疗房颤的应用研究[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2021, 35(10):723-724.
 - [15]马征. 基于 ERK1/2 与 TGF- β 1/Smad3 通路研究参连复脉颗粒干预高血压心房重构及房颤易感性机制[D]. 北京:北京中医药大学, 2021.
 - [16]中国医院协会心脏康复管理专业委员会,苏州工业园区心血管健康研究院. 心脏康复分级诊疗中国专家共识[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2022, 30(8):561-572.
 - [17]YANCY CW, JESSUP M, BOZKURT B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines [J]. Circulation, 2013, 128(16):1810-1852.
 - [18]PELLICCIA A, SHARMA S, GATI S, et al. 2020 ESC guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease [J]. Rev Esp Cardiol (Engl Ed), 2021, 74(6):545.
 - [19]JOENSEN AM, DINESEN PT, SVENDSEN LT, et al. Effect of patient education and physical training on quality of life and physical exercise capacity in patients with paroxysmal or persistent atrial fibrillation: a randomized study [J]. J Rehabil Med, 2019, 51(6):442-444.
 - [20]PIEPOLI MF, CORA U, BENZER W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation [J]. Eur Heart J Suppl, 2010, 31(16): 1967-1974.
 - [21]WOODVUFFE S, NEUBECK L, CLARK RA, et al. Australian Cardiovascular Health and Rehabilitation Association (ACRA) core components of cardiovascular disease secondary prevention and cardiac rehabilitation 2014[J]. Heart Lung Circ, 2015, 24(5): 430-441.
 - [22]李军,陈光,王阶,等. 中医药是心脏康复的新动力 [J]. 中医杂志, 2018, 59(17):1460-1464.
 - [23]林小娟. 八段锦对心房纤颤经导管射频消融术后患者的临床疗效研究[D]. 福州:福建中医药大学, 2020.
 - [24]章文春,钟志兵,吉娜薇,等. 健身气功:易筋经对中老年人规范负荷下心率变异性的影响[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(4):448-449.
 - [25]WANG T, JIN H, WANG Y, et al. Traditional Chinese exercise for non-valvular atrial fibrillation: a protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2022, 101(49):e31829.
 - [26]VALEMBOS L, AUDUREAU E, TAKEDA A, et al. Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2019, 9(9): CD005049.
 - [27]SIDDOWAY LA. Amiodarone: guidelines for use and monitoring [J]. Am Fam Physician, 2003, 68(11): 2189-2196.
 - [28]LOPES RD, AL-KHATIB SM, WALLENTIN L, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin according to patient risk of stroke and of bleeding in atrial fibrillation: a secondary analysis of a randomised controlled trial[J]. Lancet, 2012, 380(9855): 1749-1758.
 - [29]罗超,王继红. 不同压力点按内关穴对健康人心率变异性的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(2): 223-226.
 - [30]FEI Y, FEI R, ZHANG J, et al. Systematic evaluation of efficacy and safety of acupuncture treatment for patients with atrial fibrillation [J]. OAMJMS, 2019, 7(3): 461-466.
 - [31]刘珂珂,李绵绵,吴琼,等. 复律宁颗粒治疗气阴两虚型房颤的临床观察[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(9): 2148-2151.
 - [32]聂勇胜,文思,刘静,等. 复方血栓通胶囊抗血栓作用的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(8): 178-181.
 - [33]王芝燕,王芳,刘辉,等. 益心舒胶囊联合华法林对持续性房颤患者凝血功能的影响[J]. 岭南急诊医学杂志, 2022, 27(5):449-451.
 - [34]JOGLAR JA, CHUNG MK, ARMBRUSTER AL, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines [J]. J Am Coll Cardiol, 2024, 83(1):109-279.
 - [35]SULTAN A, LÜKER J, ANDRESEN D, et al. Predictors of atrial fibrillation recurrence after catheter ablation: data from the german ablation registry [J]. Sci Rep, 2017, 7(1):16678.
 - [36]刘广交,钟晓芬,李琳. 冷冻消融联合稳心颗粒治疗阵发性心房纤颤的临床研究[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(20):3221-3223.
 - [37]郁一波,陶春兰,方任远,等. 稳心颗粒结合氯沙坦钾对房颤射频消融术后心室重构的预防效果及对复发率的影响[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(6):191-194.
 - [38]黄鹤,黄从新,唐艳红,等. 参松养心胶囊治疗射频导管消融后持续性心房颤动患者疗效和安全性的临床研究:基本原理和设计方案[J]. 中华心律失常学杂志,

- 2023, 27(2): 166–170.
- [39] 牟秋润. 针刺内关对房颤射频消融术中镇痛药剂量影响[D]. 济南: 山东中医药大学, 2023.
- [40] 王靖涵, 柴振豪, 姜枫, 等. 丁书文从“火扰心神”论治心房颤动[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(6): 2640–2643.
- [41] 唐巧林, 瞿惠燕, 刘文锐, 等. 周华教授基于分期辨证论治心房颤动的经验[J]. 中国医药导报, 2023, 20(9): 123–126.
- [42] 李贝金, 崔雪峰, 李平. 李平教授辨证治疗心房颤动的经验总结[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(4): 658–662.
- [43] 国家中医药管理局医政司. 关于印发促脉证(阵发性心房颤动)等 20 个病种中医护理方案(试行)的通知[EB/OL]. (2014-03-26) [2024-07-30]. <http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-24/2750.html>.
- [44] 杜毅, 李峥, 杨关林, 等. 1676 例心力衰竭住院患者中医证候特征研究: 一项基于真实世界电子病历信息的横断面调查[J]. 中医杂志, 2024, 65(3): 299–307.
- [45] 邱瑞瑾, 孙杨, 韩松洁, 等. 非瓣膜性房颤中医核心证候指标集的构建[J]. 中国循证医学杂志, 2021, 21(12): 1480–1488.
- [46] 赵静如, 鲁成, 刘永明, 等. 新加丹参饮联合华法林治疗血瘀证心房颤动随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(2): 156–161.
- [47] TUGWELL P, BOERS M. OMERACT conference on outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials: introduction[J]. J Rheumatol, 1993, 20(3): 528–530.
- [48] 邢冬梅, 张俊华, 张伯礼. 中医临床研究核心结局指标集形成路径[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(5): 1352–1355.
- [49] 张冬, 张明妍, 郑文科, 等. 中医药临床试验核心指标集构建及德尔菲法实施规范[J]. 中医杂志, 2017, 58(1): 20–22.
- [50] YANG Y, LI X, CHEN G, et al. Traditional Chinese medicine compound (tongxinluo) and clinical outcomes of patients with acute myocardial infarction: the CTS-AMI randomized clinical trial [J]. JAMA, 2023, 330(16): 1534–1545.
- [51] LI X, ZHANG J, HUANG J, et al. A multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled study of the effects of qili qiangxin capsules in patients with chronic heart failure[J]. J Am Coll Cardiol, 2013, 62(12): 1065–1072.
- [52] 刘为民, 姜锐, 丁沙沙, 等. 稳心颗粒治疗心房颤动的随机对照试验质量评价[J]. 中国中药杂志, 2012, 37(1): 109–114.
- [53] HARRER S, SHAH P, ANTONY B, et al. Artificial intelligence for clinical trial design [J]. Trends Pharmacol Sci, 2019, 40(8): 577–591.
- [54] 国家心血管病中心, 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(7): 625–660.

Clinical Advantages and Key Research Points of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Atrial Fibrillation

SUN Cong, DONG Yujang, GAO Hongmei, WEI Qing, ZHANG Menghe, SHI Xiaojing, FENG Liya

The Second Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan, 250001

ABSTRACT Traditional Chinese medicine (TCM) therapy has unique clinical advantages in the treatment of atrial fibrillation, mainly reflected in five aspects, improving quality of life, enabling early diagnosis and treatment, promoting cardiac rehabilitation, making up for the limitations of Western medicine, and improving the success rate of catheter ablation. However, there is insufficient evidence in current clinical research. Based on the current status of TCM research in the treatment of atrial fibrillation, it is suggested that future studies should focus on standardized research on syndrome differentiation and classification. This can be achieved through clinical epidemiological surveys, expert consensus, and other methods to establish a unified syndrome differentiation and classification standard for atrial fibrillation. Clinical efficacy evaluation indicators should be standardized, and core outcome measures for clinical research on TCM treatment of atrial fibrillation should be developed through systematic reviews, patient interviews, and other methods. Additionally, clinical research design, implementation, and data management should be improved. By leveraging modern information technologies such as artificial intelligence, the scientific and standardized nature of TCM intervention research on atrial fibrillation can be enhanced, ultimately improving the quality of research.

Keywords atrial fibrillation; traditional Chinese medicine therapy; clinical advantages; clinical research

(收稿日期: 2024-05-27; 修回日期: 2024-10-16)

[编辑: 焦 爽]