

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.08.015

基于育心软坚辨治非梗阻性肥厚型心肌病

耿小飞, 范新彪, 孙夕童, 尚文钰, 李文秀, 张弛, 张军平✉

天津中医药大学第一附属医院/国家中医针灸临床医学研究中心, 天津市西青区昌凌路 88 号, 300381

[摘要] 总结基于育心软坚理念辨治非梗阻性肥厚型心肌病 (HCM) 的临证经验。认为 HCM 属于“心积”范畴, 脾肾亏虚为发病之本, 痰瘀积聚、气阴耗伤为发病之标。脾肾亏虚, 化生痰瘀, 痰瘀积聚心体; 痰瘀结聚日久, 耗伤心之气阴, 导致心体失养, 久之则表现为心之体用俱损。据此提出育心软坚法治非梗阻性 HCM, 强调软坚散结贯穿治疗全程, 常用四味软坚方加减; 症状明显期以益气养阴、软坚散结为主要治法, 方用自拟育心软坚方加减; 病情稳定期以益肾健脾、软坚散结为主要治法, 方用自拟脾肾同治方加减。

[关键词] 肥厚型心肌病; 心积; 育心软坚; 软坚散结

肥厚型心肌病 (hypertrophic cardiomyopathy, HCM) 是一种显性遗传的心肌疾病, 病理表现为心肌细胞进展性肥大、排列紊乱, 心肌纤维化形成, 临床常表现为劳力性呼吸困难和胸痛、心悸、晕厥等症, 部分患者首发症状为猝死, 是临床诊治过程中的疑难病证^[1]。当前 HCM 治疗的总体目标为减轻症状, 改善心功能, 延缓疾病进展, 减少疾病死亡^[2]。临床根据患者左心室流出道有无梗阻分为梗阻性 HCM 和非梗阻性 HCM。对于梗阻性 HCM, 以侵入性治疗联合药物治疗为主, 中医药治疗优势并不明显; 对于有症状的非梗阻性 HCM, 目前以 β -受体阻滞剂治疗为主^[2], 但临床观察中发现, 使用 β -受体阻滞剂的患者仍存在胸闷、心悸、胸痛等不适。中医药的介入在缓解非梗阻性 HCM 患者临床症状方面具有显著优势^[3], 且有助于抑制心肌肥厚的进展, 改善心脏舒张功能, 提高患者生活质量^[4-5]。我们基于阮士怡“育心”理念^[6], 结合 HCM 痰瘀积聚心体的病变特点, 提出基于育心软坚理念辨治非梗阻性 HCM, 以期为 HCM 的辨治提供思路。

1 育心软坚辨治非梗阻性 HCM 理论依据

HCM 病位在心, 与脾、肾关系密切, 病机多

为虚实夹杂, 其中以心脾肾亏虚为本, 痰瘀互结为标, 治疗上总体以补益心、脾、肾为主, 结合化痰、祛瘀等方法^[7-9]。阮士怡针对心血管疾病提出“育心”理念^[6, 10], 即滋养心之气血, 又助心生发达到强心之功能, 以恢复心主血脉、主藏神之正常功用。我们认为, 对于心肌损伤后恢复期、心肌肥厚以及心功能不全等疾病, 不能单纯以祛邪或强心为目的, 应该关注心脏“体阴而用阳”的特点, 通过养心之体、助心之力、强心之用以育心。脾肾亏虚是 HCM 发病之本, 可导致气血津液运化障碍, 化生痰瘀, 日久结聚心体, 促使心体肥厚, 通过益肾健脾可防止痰瘀化生、结聚心体, 抑制 HCM 的进展; 同时, 脾肾为先后天之本, 气血生化之源, 通过益肾健脾可助气血生化以滋养心体, 发挥养心固本之效。HCM 患者心肌纤维肥厚粗大、排列紊乱, 使心肌本身处于缺血缺氧状态, 并且心肌肥厚导致心肌舒张功能障碍^[1], 而育心之法能提高心肌细胞对缺血缺氧的耐受能力, 改善心肌能量代谢, 减少细胞凋亡和坏死, 维持细胞结构, 改善心肌舒缩功能和心室重构, 使心脏“泵”功能正常发挥^[11]。

根据 HCM 心肌肥厚及其心肌纤维化的组织学特征, 目前认为 HCM 与中医学“积证”的病变特点相似, 属于“心积”范畴^[3-4]。“软坚”之说源于《素问·至真要大论篇》“坚者软之, 结者散之”, 是针对癥瘕积聚等病症而设立的治法^[12]。HCM 的

基金项目: 中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)(国中医药人教函[2021]203号); 天津市名中医传承工作室专项(津卫中[2020]732号)

✉ 通讯作者: tjzhtcm@163.com

病变特点与积证的特点相似,痰瘀互结心体日久化为坚结,当软坚散结治之。基于以上认识,形成了育心软坚的治疗理念,主要包括益肾健脾、软坚散结、益气养阴三个方面。

2 以育心软坚为非梗阻性HCM治疗原则

HCM作为慢性进展性疾病,在治疗方面以控制心肌肥厚进展、减轻临床症状,减少疾病死亡为总体目标。根据痰瘀积聚心体的病理特点,我们认为非梗阻性HCM的治疗应以育心软坚为治疗原则,其中软坚散结贯穿治疗始终,以遏制疾病进展;同时根据病情分阶段辨治,在症状明显期,以益气养阴为主,通过培补心气、养心阴以濡养心体,以缓其症;症状稳定期,通过益肾健脾以固其本。

2.1 软坚散结贯穿治疗始终

HCM患者素体脾肾亏虚,易化生痰瘀,痰浊、血瘀积聚心体,日久化为积证。《素问·脏气法时论篇》曰:“心欲软,急食咸以软之。”我们在临床中常选用四味软坚方加减,四味软坚方是阮士怡的经验方,由海藻、昆布、夏枯草、浙贝母四味药组成^[13],海藻、昆布、浙贝母化痰软坚,夏枯草清热解毒、软坚散结。现代研究表明,夏枯草^[14]、浙贝母^[15]均有一定的心脏保护作用,能够抑制心肌肥大及纤维化、减轻心室壁厚度,改善心脏舒张功能,起到心肌保护作用。若见胸闷、刺痛,舌紫暗、暗红,苔薄黄、黄腻等瘀热证候,可配伍山慈菇、半枝莲、皂角刺、连翘等清热散结,丹参、赤芍、姜黄、莪术等活血化瘀,以增强散结之功。

2.2 症状明显期——益气养阴,软坚散结

心具有“体阴而用阳”的特点,其中心阴具有凉润、宁静的特点,心阳具有温煦、推动的作用,心阴与心阳相互协调使心脏收缩、舒张有度,气血冲和畅达,机体得以濡养。HCM患者脾肾亏虚,化生痰瘀,结聚心体,日久化热耗气伤阴,心之气阴耗伤,心体失于濡养,从而表现为胸痛、胸闷、心悸等不适。从现代医学角度来看,HCM心肌肥厚,表现为射血能力增强,舒张功能减低,心脏顺应性降低,且舒张功能减低会导致心肌舒张期供血障碍,而心肌肥大导致心肌微血管功能障碍,使心肌缺血缺氧从而引发胸痛、心悸、胸闷等不适^[1-2, 16]。因此,此期治疗时当以益气养阴为主,同时根据痰瘀结聚心体的疾病特点,予以活血清热化痰之法以软坚。

此期常选用自拟育心软坚方加减治疗。自拟育

心软坚方组成:玉竹30g,丹参30g,炙黄芪15g,西洋参9g,麦冬12g,五味子6g,海藻10g,夏枯草10g,山慈菇9g,瓜蒌15g,薤白12g,桂枝6g,炙甘草9g。玉竹、丹参取玉丹荣心丸之意,其中玉竹甘寒,养阴生津;丹参苦寒,活血化瘀,配甘温补气之黄芪,共奏益气养阴、祛瘀软坚之效。现代研究显示,玉丹荣心丸能够维持心肌细胞结构,提高心肌细胞耐缺氧能力,改善心肌代谢,促进心肌修复,改善心功能^[17]。西洋参、麦冬、五味子取生脉散之意,增强益气养阴之功。现代研究显示,生脉散能够抑制心肌肥厚、心肌纤维化,改善心肌收缩、舒张功能^[18-19]。瓜蒌、薤白宽胸理气,少配桂枝、炙甘草以温心阳、通血脉;海藻、夏枯草、山慈菇软坚散结。全方以益气养阴为主,软坚散结为辅,少佐桂枝通心阳,行血脉,助气阴布散以濡养心体,共奏养心体、助心力、强心用以育心软坚的功效。

2.3 病情稳定期——益肾健脾,软坚散结

《景岳全书·积聚》云:“凡脾肾不足及虚弱失调之人,多有积聚之病。”脾肾亏虚是HCM发病之本,痰瘀结聚心体为HCM发病之标,故治疗当以益肾健脾为主,一方面可助气血化生以滋养心体,另一方面可防止痰瘀化生结聚心体,达到益养心固本的目的,从而延缓病情进展,同时根据前文所述辅以软坚散结之法。

此期常选用自拟脾肾同治方加减治疗,通过补益脾肾养心固本,稳定病情,同时结合软坚散结之法遏制病情进展。自拟脾肾同治方组成:桑寄生15g,牛膝15g,仙茅9g,淫羊藿9g,酒女贞子10g,墨旱莲10g,卷柏12g,党参15g,麸炒白术15g,茯苓15g,甘草9g。方中墨旱莲、女贞子取二至丸之意以滋补肾阴,仙茅、淫羊藿取二仙汤之意以温补肾阳,桑寄生、牛膝补肾活血,合卷柏增强补肾活血之功,党参、白术、茯苓、甘草取四君子汤之意健脾。诸药合用,共奏益肾健脾、养心固本的功效。

3 验案举隅

患者,男,63岁,2017年6月7日初诊。主诉:间断心悸、胸闷10年余,加重伴胸痛1年。现病史:患者10年前因劳累后间断发作心悸、胸闷,休息后可自行缓解,未予系统诊治。1年前因劳累、情绪激动后出现心悸、胸闷加重伴胸痛。查心电图示:窦性心律,左心室肥大伴ST段改变。心

脏彩超示：左心室收缩末内径 33 mm，左心室舒张末内径 52 mm，室间隔厚度 17 mm，前侧壁心尖部 14~15 mm，左室射血分数（LVEF）：65%，提示：左室壁及室间隔心肌不规则增厚。考虑肥厚型心肌病，予以口服琥珀酸美托洛尔缓释片每次 47.5 mg，每日 1 次，参松养心胶囊每次 1.6 g，每日 3 次。治疗后症状未见明显缓解，近半月自觉症状加重，遂前来就诊。刻下症见：劳累及情绪激动后自觉心悸、胸闷、胸痛，每日发作二三次，持续 5 min 左右，休息后可自行缓解，常伴气短、乏力，纳可，夜梦多易醒，每晚间断睡眠时间为 5~6 h，大便稀、每日一二次，小便调。舌暗淡、少苔、有齿痕，脉沉细。家族史：母亲有肥厚型心肌病病史。辅助检查：血压 122/75 mmHg，心率 56 次/min，心律规整，各瓣膜区未闻及明显异常的心脏杂音。心电图检查结果示：窦性心律，左心室肥大伴 ST 段改变。心脏彩超：室间隔厚度 17 mm，前侧壁心尖部 14~15 mm，E 峰（左心室舒张早期最大血流）/A 峰（左心房收缩期最大血流）>2，左室流出道为层流，流速正常。西医诊断：非梗阻性肥厚型心肌病；中医诊断：心积（气阴两虚、痰瘀互结证）。治法：益气养阴，软坚散结。予育心软坚方加减，处方：玉竹 30 g，丹参 30 g，炙黄芪 15 g，西洋参 9 g，麦冬 9 g，海藻 10 g，夏枯草 10 g，赤芍 30 g，桂枝 6 g，炙甘草 9 g，黄连 6 g。14 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。停服参松养心胶囊，嘱继服琥珀酸美托洛尔缓释片每次 47.5 mg、每日 1 次。

2017 年 7 月 8 日二诊：患者自诉服用初诊方后自行停药，近 2 周末服用其他中药，现心悸、胸痛、气短乏力等症较前明显缓解，偶有活动后胸闷、憋气不适，每日发作一二次，休息可缓解，纳可，寐安，夜梦明显减少，每晚睡眠时间为 5~6 h，大便成形、每日一二次，小便调。舌暗、苔黄腻，脉沉细。处方：玉竹 20 g，丹参 30 g，北沙参 30 g，瓜蒌 15 g，薤白 10 g，法半夏 6 g，黄连 10 g，山慈菇 6 g，焦山楂 30 g，赤芍 10 g，鸡血藤 20 g。28 剂，每日 1 剂，煎服法同前。嘱继服琥珀酸美托洛尔缓释片，用法用量同前。

2017 年 10 月 20 日三诊：患者自诉服用二诊药物后诸症减轻，自行停药，近 2 月未再服用其他中药。现胸闷、憋气减轻，正常活动后几乎无不适，纳可，寐安，每晚睡眠时间为 5~6 h，大便成形、每日一二次，小便调。舌淡红、苔薄白，脉沉细。处方：桑寄生 15 g，牛膝 20 g，淫羊藿 15 g，炙黄

芪 15 g，酒黄精 30 g，薏苡仁 30 g，丹参 30 g，玄参 30 g，半枝莲 15 g，海藻 10 g，豆蔻 10 g，砂仁 6 g。28 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。嘱继服琥珀酸美托洛尔缓释片，用法用量同前。

2017 年 12 月 8 日四诊：患者自诉近期未见明显不适，纳可，寐安，大便成形、每日一二次，小便调。舌淡红、苔白，脉滑。患者病情平稳，以丸剂代替汤剂，处方：桑寄生 15 g，牛膝 15 g，玉竹 20 g，丹参 20 g，麦冬 10 g，玄参 30 g，党参 15 g，酒黄精 15 g，昆布 10 g，海藻 10 g，皂角刺 15 g，焦山楂 15 g，砂仁 6 g，蜂蜜炼 500 g 制成中药丸剂，每丸 6~10 g，每次 2 丸，每日 2 次。嘱继服琥珀酸美托洛尔缓释片，用法用量同前。

2018 年 4 月 20 日五诊：患者自诉服用四诊丸剂的四个月期间病情平稳，现无胸闷、心悸、胸痛、气短等不适，无头晕头痛，未诉其余不适，纳可，寐安，每晚睡眠时间为 5~6 h，大便成形、每日 2 次，小便调。舌淡红、苔白，脉弦。处方在四诊的基础上去丹参、山楂，加炙黄芪 30 g，姜厚朴 6 g，夏枯草 10 g，继续制成丸剂，每丸 6~10 g，服法同前。嘱继服琥珀酸美托洛尔缓释片，用法用量同前；查肝肾功能。

后患者定期门诊复诊，并以上述方加减予以汤/丸药交替治疗，自诉服用药后病情平稳，无其余不适，肝肾功能正常。2019 年 4 月 20 日门诊随访，患者自诉服用药后病情平稳，查心脏彩超示：左心室收缩末内径 30 mm，左心室舒张末内径 48 mm，室间隔厚度 13~17 mm，前侧壁心尖部 15 mm，LVEF：67%，二尖瓣舒张期流速 E 峰：0.8 m/s，二尖瓣舒张期流速 A 峰：0.7 m/s，E/A>1；提示：左室壁及室间隔心肌增厚，不排除肥厚型心肌病；左室流出道正常。

按语：本案患者因心悸、胸闷加重伴胸痛初次就诊，诊断为非梗阻型肥厚型心肌病。本病多为虚实夹杂之证，先天脾肾不足，气血津液运化失常，化生痰瘀，痰瘀结聚心体，日久耗伤心之气阴，心体失于濡养，故患者表现出胸闷、心悸、气短等症。本案患者心悸、胸闷、乏力、气短，舌少苔均为气阴两虚的表现；同时，痰浊盘踞，胸阳失展，气机痹阻，血脉阻滞，致胸闷胸痛，舌暗淡、有齿痕，脉沉细均为痰瘀互结的表现，故诊断为气阴两虚、痰瘀互结证，治以益气养阴、软坚散结，以育心软坚方加减治疗。二诊患者心悸、胸痛、气短乏力等症较前明显缓解，继以益气养阴、软坚散结为

主,以育心软坚方加减治疗,患者仍觉胸闷,加小陷胸汤(瓜蒌、半夏、黄连)化痰祛瘀,宽胸散结,患者舌暗、苔黄腻,考虑有湿热之象,故在育心软坚方的基础上去炙黄芪、桂枝、炙甘草化热之品,恐其助热,加焦山楂促进脾胃运化,以北沙参替换西洋参、麦冬养阴生津,以山慈菇替换夏枯草、海藻清热解毒散结,加鸡血藤活血化瘀,增强散结之效。三诊患者服药后症状趋于平稳,但HCM为缓慢进展性疾病,痰瘀等产物持续累积会加重疾病,脾肾为痰瘀生成之源,故针对脾肾亏虚之本,通过益肾健脾以养心固本,杜绝痰瘀之源,防止疾病进展。故三诊以脾肾同治方加减治疗,以桑寄生、牛膝、淫羊藿益肾,黄精益气养阴,黄芪健脾益气,薏苡仁健脾利湿、豆蔻、砂仁芳香醒脾,丹参、海藻、玄参、半枝莲化痰祛瘀散结。四诊患者病情平稳,继以益肾健脾、益气养阴、软坚散结为主要治法,以丸剂代替汤剂,取“丸者缓也”之意;同时HCM为慢性进展性疾病,以丸剂替代汤剂,能减轻患者经济负担,增加患者依从性,能更好地稳定患者病情。以桑寄生、牛膝益肾,党参、砂仁、焦山楂健脾益气开胃,黄精、玉竹、麦冬养阴,海藻、昆布、丹参、皂角刺、玄参软坚散结。五诊患者诸症控制平稳,无胸闷、心悸、胸痛、气短等不适,继以益肾健脾、益气养阴、软坚散结为主要治法,继予以丸剂进行治疗,加夏枯草散肝经郁结,姜厚朴燥湿健脾,助脾胃运化,患者苔白,故去丹参防苦寒败胃,加甘温之炙黄芪益气健脾。后患者定期门诊就诊随访,并予以汤/丸药交替治疗,患者病情平稳,服药期间室间隔厚度及前侧壁心尖部心肌厚度均未增加。治疗全程紧扣非梗阻性HCM痰瘀积聚心体的病机,以软坚散结贯穿始终,症状明显时益气养阴为主,病情平稳后补益脾肾,最终病情得到控制。

参考文献

- [1] TUOHY CV, KAUL S, SONG HK, et al. Hypertrophic cardiomyopathy: the future of treatment [J]. Eur J Heart Fail, 2020, 22(2): 228-240.
- [2] 国家心血管病中心心肌病专科联盟,中国医疗保健国际交流促进会心血管病精准医学分会“中国成人肥厚型心肌病诊断与治疗指南 2023”专家组. 中国成人肥厚型心肌病诊断与治疗指南 2023[J]. 中国循环杂志, 2023, 38(1): 1-33.
- [3] 黄雪云,李七一,严士海. 肥厚性心肌病中医研究进展[J]. 四川中医, 2014, 32(7): 187-188.
- [4] 高帅飞,杨丽,毛竹青,等. 李庆海治疗肥厚型心肌病经验[J]. 中医杂志, 2021, 62(8): 658-661.
- [5] 李睿智,刘菲菲,吴琼,等. 中医药治疗心肌肥厚的研究进展[J]. 中医药通报, 2024, 23(8): 63-68.
- [6] 漆仲文,王晓景,仲爱芹,等. 基于育心保脉理论调治冠心病危险因素[J]. 中医杂志, 2017, 58(14): 1192-1195.
- [7] 刘金凤,徐利亚,陈靖,等. 刘如秀教授治疗肥厚型心肌病经验总结[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(3): 229-231.
- [8] 李瑞茜,朱春临,景瑞青,等. 黄力教授治疗心尖肥厚型心肌病经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(4): 691-693.
- [9] 彭江扬,王晓丽,何志凌,等. 邹旭治疗肥厚型心肌病经验介绍[J]. 新中医, 2017, 49(7): 149-150.
- [10] 王晓景,张军平,李明. 阮士怡心脾肾三脏同调治疗冠心病经验[J]. 中医杂志, 2017, 58(6): 464-466.
- [11] 谢盈彧,方子寒,李渊芳,等. 国医大师阮士怡运用育心保脉理论辨治心力衰竭经验[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(11): 1388-1391.
- [12] 张立双,张俊华,张伯礼,等. 浅谈软坚散结法的内涵与外延[J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40(2): 137-141, 130.
- [13] 张军平. 国医大师阮士怡集[M]. 北京:华夏出版社, 2023: 39-41.
- [14] 刘宏扬,张睿,任公平. 夏枯草提取物对AHF模型大鼠心肌保护作用及SDF-1表达水平的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(8): 171-176.
- [15] 孙小慧. 浙贝母提取物对异丙肾上腺素诱导H9c2心肌细胞肥厚的干预作用及机制研究[D]. 杭州:浙江工业大学, 2017.
- [16] PELLICCIA F, CECCHI F, OLIVOTTO I, et al. Microvascular dysfunction in hypertrophic cardiomyopathy [J]. J Clin Med, 2022, 11(21): 6560.
- [17] 马沛然,黄磊,姜宏磊,等. 玉丹荣心丸对改善小鼠病毒性心肌炎心肌病理改变的实验研究[J]. 山东医药, 2004, 44(22): 22-23.
- [18] 翟取,孙明杰,崔海峰,等. 生脉散对糖尿病大鼠心脏收缩功能的保护作用[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(6): 2818-2823.
- [19] 倪青,王阶,赵安斌,等. 生脉散对2型糖尿病性心肌病大鼠心肌的保护作用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(7): 572-576.

Differentiation and Treatment of Non-Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy Based on the Concept of Nourishing the Heart and Softening the Hardness

GENG Xiaofei, FAN Xinbiao, SUN Xitong, SHANG Wenyu, LI Wenxiu, ZHANG Chi, ZHANG Junping

First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine/National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin, 300381

ABSTRACT This article summarized clinical experience in differentiating and treating non-obstructive hypertrophic cardiomyopathy (HCM) based on the concept of nourishing the heart and softening the hardness. It is considered that HCM belongs to the category of "heart accumulation", with the fundamental cause being depletion of the spleen and kidney, and phlegm-stasis accumulation, as well as *qi-yin* exhaustion, serving as the manifestations. Spleen and kidney depletion leads to the transformation of phlegm and stasis, which accumulate in the heart; over time, this phlegm-stasis accumulation consumes heart *qi* and *yin*, resulting in the heart being deprived of nourishment, which eventually leads to the damage to both the function and structure of heart. Therefore, the method of nourishing the heart and softening the hardness is proposed for the treatment of non-obstructive HCM. Emphasis is placed on softening hardness and dissipating masses throughout the entire treatment process, often using *Modified Siwei Ruanjian Formula* (四味软坚方加减). During periods with prominent symptoms, the main treatment is boosting *qi* and nourishing *yin* to soften hardness and dissipate masses with self-made *Yuxin Ruanjian Formula* (自拟育心软坚方) in modifications; in stable periods, the main treatment is boosting kidney and fortifying spleen to soften hardness and dissipate masses with self-made *Pishen Tongzhi Formula* (脾肾同治方) in modifications.

Keywords hypertrophic cardiomyopathy; heart accumulation; nourishing the heart and softening the hardness; softening the hardness and dissipating masses

(收稿日期: 2024-07-29; 修回日期: 2025-01-23)

[编辑: 果 彤, 贾维娜]

(上接第 845 页)

Prevention and Treatment Strategies for Post-Radiofrequency Ablation Recurrence of Arrhythmia Based on the "Qi-Blood-Meridians" System

CAI Yongyuan¹, LIU Ting², LI Mengran³, YAN Zhongmin³, NIU Tianfu²

1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053; 2. Shanxi Province Hospital of Traditional Chinese Medicine; 3. Shanxi Institute of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT Based on the "Qi-blood-meridians" system, it is proposed that recurrence after radiofrequency ablation (RFCA) for arrhythmia originates from damage to the heart and injury to the meridians caused by thermal burns. Disorder of *qi* movement, blood obstruction and heat constraint are the prerequisites for recurrence, while internal consumption of deficient *qi*, *yin* damage and scarce blood are key factors in frequent episodes. Latent pathogen of both phlegm and stasis, along with condensation of pathogenic *yin*, is the main cause of disease progression. Accordingly, self-made *Tongxin Beverage* (通心饮) with 18 herbs is used throughout the postoperative intervention process to nourish the heart, unblock the meridians, restore vessels in balance of *yin* and *yang*. Self-made *Qingxin Dingji Decoction* (清心定悸汤) can be used to promote *qi* movement, diffuse stagnation, relieve heat and activate blood circulation so as to facilitate early recovery. Self-made *Peiben Yangxin Decoction* (培本养心汤) can boost *qi* and nourish *yin*, harmonize the *ying* (营) level and nourish blood, thereby improving long-term prognosis. In addition, *Shiwei Wendan Decoction combined* (十味温胆汤) with *Taoren Honghua Decoction* (桃仁红花煎) resolves phlegm, dissipates masses, removes stasis, and softens hardness, which can be used to prevent disease aggravation. These approaches aim to provide ideas and references for clinical practice.

Keywords arrhythmia; post-radiofrequency ablation recurrence; *qi* and blood; meridians

(收稿日期: 2024-07-20; 修回日期: 2024-12-12)

[编辑: 侯建春]