

基于陈士铎“阴火 - 阳火”理论论治房颤

张晓阳¹, 王思瑶², 李呈佳¹, 张瑞^{3*}

1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040; 2. 贝特诺股份有限公司, 美国马萨诸塞州
马布尔黑德市 01946; 3. 黑龙江中医药大学附属第二医院, 黑龙江 哈尔滨 150001

摘要 本文基于清代医家陈士铎“阳火 - 阴火”理论, 提出从“心包火”论治心房颤动(房颤)的新视角。文章指出, 现代房颤治疗存在抗凝出血、药物副作用及介入治疗复发率高等局限, 且对于心中火的治疗, 中医传统辨治多侧重清心火, 相对忽视心包病机。陈士铎认为心包之火属阴火, 其性缓而亲上, 常因心气衰惫、肾水亏虚致相火浮越、虚阳扰动, 发为心悸。治疗上强调“相火宜补不宜泻”, 主张通过大补心气、滋肾涵阳或疏肝折焰等方法, 而非简单清泻, 使相火归位。文中以陈氏归脾汤合六味地黄丸加减治疗房颤验案为例, 展示了该理论指导下的临证思路与疗效, 体现了中医治病求本的整体观, 为中西医结合防治房颤提供了新的理论参考。

关键词 阴火 - 阳火; 陈士铎; 房颤; 心包

中图分类号: R22 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002 - 2392(2026)06 - 0043 - 05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002 - 2392.260117

房颤是心血管死亡及全因死亡的独立危险因素。我国房颤疾病负担严重, 死亡人数增长率处于较高水平^[1]。流行病学调查数据显示, 中国成人房颤标准化患病率约为 1.6%, 提示其已成为重要的公共健康问题^[2]。房颤不仅显著增加缺血性脑卒中风险, 还可导致或加重心力衰竭, 并与认知功能下降、生活质量降低密切相关, 对个人与社会造成多种负面影响。目前, 房颤的西医治疗策略主要包括药物治疗与介入治疗两大类。药物治疗涵盖抗凝治疗以及心律转复与窦性维持治疗; 介入治疗则包括导管消融和左心耳封堵术等^[3]。现有的治疗方案存在明显局限性: 长期抗凝治疗伴随出血风险; 抗心律失常药物具有致心律失常作用及心外不良反应; 导管消融存在手术相关并发症, 且术后复发率较高; 左心耳封堵术亦为有创操作, 适应证较为严格。这些局限性凸显出房颤治疗领域仍需进一步探索互补或替代策略。

在中医学理论体系中, 房颤可归属于“心悸”“怔忡”等范畴。火邪作为阳邪, 其性燔灼、上炎, 易扰心神, 是引起心悸的重要病机。现代中医临床实践中, 多数医家论治火邪所致房颤时, 多侧重于从心火角度论

治, 相对忽视从“心包火”角度辨证施治。心包为心之宫城, 代心受邪, 亦主神明, 心包火同样可扰及心神, 导致心悸不宁。清代医家陈士铎在《辨证录》等著作中提出“阳火 - 阴火”理论, 强调火邪需分阴阳虚实, 其传变与兼夹具有复杂病机。本文基于陈士铎这一理论, 提出应从“心包火”论治房颤的新视角——不仅关注心经实火、阳火, 也应重视心包郁火或虚火、阴火的病机转归, 从而更全面地把握火邪致悸的多元病机, 为中医诊治房颤提供新的理论依据与临证思路。

1 巧论阴火辨渊源

“阴”是一个从具体到抽象, 内涵不断丰富字。阴的起点是一个具体的自然地理概念——山北背阳之地。它的核心是一个深刻的哲学范畴——代表宇宙中柔顺、静止、寒冷、隐藏、物质的一面, 与“阳”共同构成万物运行的法则。《外经微言》中, 陈士铎借岐伯之口提出“心火, 阳火也, 其势急而可避; 心包之火, 阴火也, 其势缓而可亲。”陈氏通过火势急缓划分火的阴阳属性, 他认为的阴火为缓和可亲之火, 同其他医家所认为的“阴火”形成鲜明对比。例如, 同为“阴火”之说, 张景岳在《景岳全书·火证》中强调“阴火”乃脾胃气虚所致之内伤虚火^[4], 主张“甘温除大热”; 朱丹溪则基于“阳常有余, 阴常不足”之论, 认为“阴火”实为肝肾相火妄动^[5]; 李时珍在《本草纲目》中将人之阴火区分为二, 一为发于命门、寄于肝胆三焦的“坎火”(相火), 为生命动力之源, 一为“三昧之火”^[6], 与精神意识相关。可见, 陈士铎对阴火的划分不同于前人, 他明

收稿日期: 2025 - 10 - 10 修回日期: 2026 - 03 - 17

基金项目: 黑龙江省自然科学基金(PL2024H213)

作者简介: 张晓阳(2000 -), 男, 硕士研究生, 研究方向: 中医内科学。

* 通信作者: 张瑞(1969 -), 男, 博士, 主任医师, 研究方向: 中医内科学。

确提出心与心包同为火脏,然其火性有阴阳之别:心火属阳,其性急烈;心包之火属阴,其性缓柔。二者相对而言,心火之于心包则为阳,心包之火之于心则为阴。这种将火脏进一步二分并明确其相对属性的理论,极大地丰富和发展了中医火证辨证体系,提示临证治疗火邪为患时,除辨别心之阳火外,也需辨心包之阴火,从而为从心包论治相关病证奠定了理论基础。

陈士铎之论与张锡纯的学术观点亦存在可互通之处。《医学衷中参西录·论心病治法》载:“愚谓心包络即心外之衣,为心之外围,代心受邪,原与心有如一体、相并之义。而西人所谓心之左右心房、心室,与夫心血管、回血管、微丝血管等,皆可与心包络并为一谈。盖心包络非即心也,而心之全体运行,实赖心包络为之保护、为之传达也。”另外,对于中医的“心”,张锡纯对中医的心的功能进行了总结,一为心主神明,一为心主血脉。《医学衷中参西录·人身神明论》中明确指出头者精明之府“夫精明即神明也。头即脑之外廓,脑即头之中心点也。国家之货财藏于府,兹则名之为府者,确定其为神明所藏也。”他认为中医学的心主神明的功能与西医学脑主神明这一功能是相同的。同时认为中医学的心主血脉的功能同心脏泵血功能是相同的。张锡纯从中西汇通的视角,将中医学之心包络概念与现代解剖学心脏的房室结构及血管系统进行类比性阐释,认为心包络在功能上不仅“代心受邪”,还涉及心脏整体运行之保护与传导机制。这一认识,为中医从心包理论探讨现代心脏疾病提供了关键的理论衔接点。

2 论治心包谈相火

陈士铎在《辨证奇闻》中指出,“包络之火为相火,相火宜补不宜泻;若误用泻法,则必损心包”,并进一步强调“心包逼近于心,泻心包则心火不宁。”心包火与心火在临床表现上往往相似,不易辨别,陈士铎《辨证奇闻》中对此作出了区分,“心包膻中,属相火,其为虚火。膻中为臣使之官,主司喜乐,实乃心君之宰辅,代行赏罚之职。喜乐者,赏罚之外现也。心君神明昌明,则赏罚得正;心君昏乱,则赏罚失序。犹如权臣假借君威以行私意,久之忘其臣位,竟以一己之好恶,为私门之赏罚。终致公议不存,私情用事,喜叹失常。”

从上文可归纳出两个核心观点:其一,心包代心行令,主持喜乐之情;其二,心气虚弱时,本为虚火之心包火反而亢盛,导致喜乐无常、情绪失序。因此,心火与心包火鉴别的关键点在于:心包火旺者,多见易喜易叹、情绪波动剧烈之症;心火旺者,虽症状和心包火同有心烦、失眠、口舌生疮等症,但缺少易喜易叹,情绪波

动剧烈之症。临床论治所谓“心火旺”时,应深入辨析其病机实质,明辨其火究竟属心或属心包,从而为治疗提供准确依据。相火当补而不宜泻,若误泻心包,非但不能清火,反而扰动心神,甚则导致心君不宁,其害甚矣。

2.1 大补心气火自消

《辨证奇闻》云:“心包火旺,由于心君气衰,补心,心包不敢夺权,又何敢喜叹息自若,僭我君主……喜叹既正,则赏罚条教,颁赐无不得宜,宁有酷烈炎炎之变?”此段论述明确指出心包之火亢盛实非邪火炽盛之实证,乃由心气不足、君火失明所致。治法当以补益心气为要,心气得充,则心包相火自然退守其位,不复上扰。这一观点与《素问·天元纪大论》中“君火以明,相火以位”之旨深切契合。心属火脏,为君主之官,主神明而统御五脏。若心气充沛,君火明亮,则相火安守其位,温煦周身而不为病。反之,若心气衰惫,君火不明,相火失其所制,则易浮越妄动,出现心烦、失眠、口舌生疮等,且喜怒无常,即“心包火旺”之象。然此火实为虚火,乃离位之相火,非真正之火热实证。

宋代医家陈无择于《三因极一病证方论》中亦强调“心主安宁,则相火守位”,若心气不足、神机衰弱,则相火易动,形成虚性亢奋状态。明代张景岳在《类经》中进一步阐释,“君火衰则相火亦退,非相火之实旺也”,明确指出心包之火旺本质为代君行令而过其度,实乃虚象。从病机角度看,心君气衰为本,心包火旺为标。心气亏虚,神明不振,相火失于制约,因而外现虚热之候。治疗倘以苦寒直折,妄清心包,则更伤心气,必使君火愈衰,相火愈浮,形成恶性循环。故治当以补心气、益营血为法,佐以潜降敛镇之品,使心君复明,相火归位,则虚热自退。《辨证奇闻》中指出,“心包火旺实非实证,乃由心君气衰、君火不明所致”,主张以补益心气为治疗心包火旺的大法。在治疗因心气不足、虚火上扰所致房颤时,清代医家陈士铎创制的陈氏归脾汤(人参、黄芪、当归、茯苓、炒酸枣仁、远志、麦冬、山药、木香、甘草)正体现了这一学术思想。方中人参、黄芪为君,大补心脾之气,令君火得明,相火得摄;当归、麦冬为臣,当归养血和营,麦冬清心养阴、润燥除烦,二者共济阴血,使虚火不得浮越;炒酸枣仁、远志、茯苓宁心安神,敛定神志,舒缓悸动;山药益气滋阴,助人参、黄芪固护中州,资气血生化之源;木香理气醒脾,使补而不滞;甘草调和诸药,益心气、缓急迫。该方在补益心脾、益气养血之中,兼以清润敛火,使心君得养,相火归位,虚颤自宁。

现代药理研究发现,人参皂苷 Rg1 可通过上调

基质金属蛋白酶-2(MMP-2)和基质金属蛋白酶-9(MMP-9)表达,抑制心肌纤维化,改善心脏结构重塑^[7]。人参皂苷 Rg1 具有抗炎、抗氧化作用,能降低大鼠心肌损伤后心律失常的发生率^[8]。酸枣仁中的酸枣仁皂苷 A 可抑制心肌细胞内钙超载,调节离子稳态,从而抗心律失常^[9]。黄芪-当归药对能调节 miR-21-5p/Smad7 信号通路,抑制高血压模型大鼠的心房纤维化,改善心肌顺应性^[10]。麦冬含高异黄酮类和甾体皂苷类成分^[11],天然高异黄酮类具有心血管保护、抗炎、免疫调节等多种作用^[12];麦冬甾体皂苷类具有抗心肌损伤、抗心律失常等作用^[13]。陈氏归脾汤不仅契合中医补心气以摄相火的理论机制,其组成药物亦在现代药理学层面显示出抗纤维化、调节钙稳态、抑制异常电活动等作用,与该方治疗房颤(尤其属心气虚、虚火动悸者)的临床效应相吻合。这种“君臣-虚实-心包”辨证体系与分子机制之间的呼应,体现了中医方剂整体调节与微观机制相结合的科学内涵。

2.2 疏泄肝木络火清

在治疗心包火旺证时,因心包与心相邻、生理相关,若直接清泻心包之火,易扰动心君,导致心火不宁,反生变证。为解决这一难题,陈氏基于五行相生理论提出其独到见解:心包属相火,为肝木之子,肝经则为其母脏。《黄帝外经》中也有“泻肝则心包络之火必衰矣”的说法,即通过泻肝木以间接削弱心包之火,从而实现“母能令子虚”的治疗意图。然而,肝木不仅为心包之母,亦为心之母。若泻肝过度,既损心包,亦可能损及心,因此,在治法中需审慎把握泻肝之力度与时限。对此,《外经微言》载:“暂泻肝,则包络损其焰而不至于害心;即久泻肝,则心君减其炎,亦不止于害包络,犹胜于直泻包络。”肝木与心包、心虽俱属母子关系,然病位有内外深浅之别。心包位居外层,暂泻肝木可先折其子势,使外焰得抑而不内犯于心。即便久泻肝木,因心火亦赖肝木资生,虽其炎渐减,仍可保全心包不致大损,较之直泻心包更为稳妥安全。

疏泄肝木法是中医的核心治法之一,主要包括疏肝理气与清泻肝火两个方面。陈氏在疏肝理气方面提出了独具特色的学术见解。与常规运用柴胡、香附等辛散疏泄之品不同,他主张以白芍、当归等养血滋阴之药为君,通过滋养肝血、柔润肝木,肝体得养,则肝用自复,郁结自解。该方法深刻体现了“肝体阴而用阳”的理论内涵——肝藏血,主疏泄,其生理功能的正常发挥依赖于肝血的充沛与濡润。若肝血亏虚,肝失濡养,则疏泄失常,气机郁滞。因此,陈氏治肝郁重在补体以助用,而非一味攻伐疏导。现代医学研究亦从神经内分

泌机制角度为该治法提供了科学依据。研究表明,房颤与焦虑、抑郁等情志疾病在生物学基础上存在多系统、多通路的机制重叠^[14],如下丘脑-垂体-肾上腺轴过度激活、炎症因子水平异常及自主神经功能紊乱等。疏肝理气法可通过调节上述共同通路,改善情绪状态,从而对房颤等心系疾病发挥治疗作用,体现了“肝心相关”理论在现代医学中的潜在意义^[14]。若肝气郁结日久,则可郁而化火,形成肝火上炎之证。肝火亢盛又可“母病及子”,引动心火,肝木之横恣遂上干于心,以致心火旺。清泻肝火使肝火得清,心火得安,神志安定。陈氏在清肝火时慎用苦寒直折之品,如龙胆、栀子等,因其易耗伤肝阴、损及脾胃。相反,他主张在清热之中辅以滋阴润燥、养血柔肝之药,常配伍白芍酸收敛阴、当归养血活血,再佐以玄参、麦冬滋阴润燥,泻火而不伤阴、清热而不败胃。其所著《石室秘录》中提出的泻火之法,强调“清、润、降”三者结合,即在清热泻火的同时,注重滋润阴液、导火下行。这种治法思想与其“王治法”一脉相承——主张方药平和、治法从容,不图速效而求根本,长期施治效验自彰,所谓“日计虽不足,岁计则有余”(《石室秘录》),体现出中医治病求本和以柔克刚的治疗智慧。

2.3 本治肾水络火除

陈士铎《外经微言》载:“心包,阴火,窃心之阳气以自养,孤阴不生,独阳不长,亦必得肾之阴气以自存。心火欲温肾阳,肾水欲润心阴,皆先行交心包以通之,使肾水少衰,心又分其水气,肾且供心火不足,安能分余惠以慰心包。”这一论述揭示了心包火与肾水之间密切的生理联系。心包作为心之外围,属阴火,其正常功能不仅依赖心阳的温煦,还需肾阴的濡养。心火下温肾阳、肾水上济心阴的过程,皆需借道心包以实现交通。若肾水不足,心火失于制约,心包失其所养,则相火妄动,表现为心包火旺之证。这一机制充分体现了陈士铎所倡导的“本治法”学术思想,即治病必求于本。他在《石室秘录》中强调,“本治者,治心肾之法也。人非心不能宁静致远,非肾不能作强生育。故补心即当补肾,补肾即当补心也。是二经一身之主宰,脏腑之根本也。”因此,治疗心包之火,不应孤立清泻,而应着眼于滋养肾水、补益心阴,从心肾两脏的根本进行调治,使水火既济,心包自安。

西医解剖学肾脏在维持机体内环境稳态方面具有重要作用,包括水液代谢、电解质平衡及内分泌调节(如肾素-血管紧张素-醛固酮系统),这与中医学中“肾主水”“司二便”“主气化”的理论相契合。而中医“心”的功能,除主血脉与心脏泵血功能相对应外,还

涵盖部分神经与精神调节功能。近年来,西医学提出“心血管-肾脏-代谢综合征”的概念,强调心血管系统、肾脏和代谢系统在病理生理上的紧密关联;心脏通过血流动力学影响肾脏灌注,肾脏则通过容量调节、神经内分泌机制(如交感神经系统、肾素-血管紧张素-醛固酮系统)反馈影响心脏功能与代谢状态^[15]。

由此可见,陈士铎补肾水治心包火的理论,虽源于传统五行脏象学说,却在整体观与系统调节层面,与西医学中心、肾互联互动的系统生物学认识具有显著的相通之处,其强调多器官协同在维持内环境稳定中的核心作用,为“心肾相交”理论提供了跨学科的依据。

3 验案

李某,男,72岁,2023年10月15日初诊。主诉:反复心悸、胸闷5年,加重伴失眠1个月。现病史:患者5年前确诊房颤,长期服用西药抗凝(华法林)和抗心律失常(胺碘酮),但心悸仍时有发作。近1个月因情绪波动后症状加重,心悸频发,伴失眠、心烦易怒,偶有胸闷气短。西医检查:心电图示房颤(心室率110次/min),心脏彩超提示左心房增大(45 mm),左室射血分数55%。患者拒绝导管消融,求治中医。患者高血压病史10年,控制可;无糖尿病。职业为退休教师,平素思虑过多,喜叹息,情绪波动大。刻下症:心悸怔忡,每日发作数次,持续数分钟至半小时;失眠多梦,每晚仅睡3~4 h;心烦易怒,易喜易叹,情绪不稳;腰膝酸软,耳鸣如蝉,口干不欲饮;小便短赤,大便偏干。舌质红绛,舌体瘦薄,舌中部有裂纹,苔少,脉细数(脉率90次/min,节律不齐)。西医诊断:房颤;中医诊断:心悸(心肾不交证,心包络火旺为主)。治法:滋肾水、补心气、潜降虚火,佐以安神定悸。处方:人参6 g(另煎),黄芪15 g,当归10 g,茯苓15 g,炒酸枣仁15 g,远志6 g,麦冬15 g,山药15 g,木香6 g,甘草6 g,生地黄15 g,山茱萸10 g,牡丹皮10 g,龙骨30 g(先煎),牡蛎30 g(先煎)。7剂,日1剂,水煎服,分2次温服。嘱患者保持情绪平稳,避免劳累。

2023年10月22日二诊。心悸发作频率减至每日1~2次,持续时间缩短;睡眠改善,每晚可睡5~6 h,梦减少;心烦减轻,情绪稍稳,但仍偶发叹息;腰酸、耳鸣依旧,大便转软。舌红减轻,苔薄白,脉细数(脉率85次/分),结代脉减少。原方去木香,加白芍15 g,枸杞子10 g,玄参10 g。7剂,日1剂,煎服法同前。

2023年10月29日三诊。心悸基本未发作,睡眠安稳(每晚6~7 h),情绪平稳,无叹息;腰酸、耳鸣明显减轻;二便调。舌淡红,苔薄白,脉细和缓(脉率

78次/min),节律齐。复查心电图,示窦性心律,偶发房早。将首诊方做成丸药,6 g/次,2次/日,连服1个月。

按语:本案患者年高体虚,房颤日久,证见心悸、失眠、情绪波动(易喜易叹),兼腰酸耳鸣,舌红绛,少苔,脉细数,属心肾不交、虚火动悸之候。然其病机关键在于心包络火妄动。依陈士铎“阳火-阴火”之论,心包之火属阴火,其性缓而亲上,代心行令。患者心气衰惫,君火不明,相火失制;肾水亏虚,无以上济,心包失养,致阴火浮越,扰及神明,故见心悸怔忡、喜怒无常诸症。此火非实热亢盛,乃本虚标实之虚火,若误用苦寒直折,必伤心气,反致火势愈炽。治疗紧扣“心包络火”病机,以陈氏归脾汤合六味地黄丸加减,重在补心气以摄相火、滋肾水以潜虚阳。方中人参、黄芪补益心气,使君火得明;生地黄、山茱萸滋填肾水,助水火既济;麦冬、炒酸枣仁清润敛火,安神定悸;更佐龙骨、牡蛎潜镇浮阳。全方未用泻火之品,而是通过补本虚以制标火,体现了“相火宜补不宜泻”之旨。二诊加强滋肾疏肝,防郁火复燃。三诊时心神得安,相火归位,诸症悉平。

此案印证了从心包络火论治房颤的临床价值:心包阴火之动,根于心肾之虚,治当以补为泻,以藏为清。陈士铎之论不仅深化了火邪致悸的病机层次,更为房颤的中医辨治提供了“心-心包-肾”系统调摄的新思路,凸显了中医治病求本的整体智慧。

4 结语

本文基于清代医家陈士铎“阳火-阴火”理论,提出从“心包火”论治房颤的新视角,是对中医心悸辨证体系的一次深化与拓展。本文通过理论溯源与医案验证,可见心包作为“心之宫城”,其功能失调导致的“络火”是房颤发生发展的重要病机。这种火多为因虚致实的阴火,根源在于心气衰惫、肾水亏虚,致相火失位、虚阳浮越。因此,治疗上当以补为要,或大补心气以摄火,或滋填肾水以敛阳,或疏泄肝木以折其焰,切忌简单清泻。陈氏归脾汤的运用,正是“补心气以消火”思想的完美体现,其疗效也得到了现代药理学一定程度的佐证。但对于“心包络火”的实质、传变规律及相应方药的深层机制,仍有待更深入的临床研究与科学探索。相信这一思路能为中医药防治房颤开辟新的路径,为构建融汇古今、贯通中西的心脏病诊疗模式提供有益借鉴。

参考文献:

- [1] LIPPI G, SANCHIS - GOMAR F, CERVELLIN G. Global epidemiology of atrial fibrillation: an increasing epidemic and public health challenge[J]. Int J Stroke, 2021, 16(2): 217-221.

- [2] 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]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2025,39(4):273–343.
- [3] BOERSMA L V A, SCHMIDT B, BETTS T R, et al. Implant success and safety of left atrial appendage closure with the WATCHMAN device: peri – procedural outcomes from the EWOLUTION registry[J]. Eur Heart J, 2016, 37(31):2465–2474.
- [4] 林子涵,曹婷,李华妍,等. 熊磊教授基于“阳火、阴火”理论辨治小儿热厥经验[J]. 云南中医药大学学报,2024,47(6):71–73,77.
- [5] 杨卫东. 东垣“阴火”与丹溪“相火”之异同[J]. 中医研究,2006,19(8):3–4.
- [6] 陶永琛,常学辉. 阴火与阳火之我见[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版),2012,19(1):23–24.
- [7] 高磊. 基于 RIP1/RIP3/MLKL 通路调控心肌成纤维细胞程序性坏死在房颤心肌纤维化中的机制及人参皂苷 Rg1 干预研究[D]. 南京:南京中医药大学,2022.
- [8] 韩志龙,王静,王连友,等. 基于 PPAR- γ 探讨人参皂苷 Rg1 对大鼠心肌缺血再灌注后心律失常的调节作用[J]. 中国动脉硬化杂志,2019,27(7):587–592,598.
- [9] 刘宇,马茜,王哲. 基于数据挖掘和网络药理学探讨房颤的用药规律及核心药物作用机制[J]. 天津中医药,2022,39(5):656–662.
- [10] 靳乐. 基于 miR-21-5p/Smad7 通路探讨黄芪-当归对高血压大鼠心房纤维化的作用及机制[D]. 济南:山东中医药大学,2024.
- [11] 罗霄,张兴国,杨言琛,等. 麦冬黄酮类成分的研究进展[J]. 中国中医药科技,2015,22(5):603–605.
- [12] 江洪波,黄静,郭明娟,等. 天然高异黄酮的研究进展[J]. 药学报,2007,42(2):118–126.
- [13] 范明明,张嘉裕,张湘龙,等. 麦冬的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药信息,2020,37(4):130–134.
- [14] 李琳轩,程晓振,李明昊,等. 冯玲教授基于“脉神同调”治疗心房颤动伴焦虑、抑郁的经验[J]. 中国医药导报,2024,21(4):125–129.
- [15] 《中国心血管病研究》杂志编辑委员会,中国未来研究会未来生物医学工程分会心肾代谢性疾病防治学组,夏经钢,等. 心血管-肾脏-代谢综合征患者的综合管理中国专家共识[J]. 中国心血管病研究,2025,23(3):193–228.

Treatment of Atrial Fibrillation Based on Chen Shiduo’s “Yin Fire – Yang Fire” Theory

ZHANG Xiaoyang¹, WANG Siyao², LI Chengjia¹, ZHANG Rui³

1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China;

2. Betternot Co., Inc., Marblehead, MA 01946, United States of America;

3. The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150001, China

Abstract Based on the physician Chen Shiduo’s theory of “yang – fire and yin – fire in Qing Dynasty,” this paper proposes a new perspective for treating atrial fibrillation (AF) from the concept of “pericardial fire.” The article points out that modern AF treatment has limitations such as bleeding risks from anticoagulation, side effects of medications, and high recurrence rates after interventional procedures. Furthermore, in the treatment of heart fire, traditional Chinese medicine (TCM) conventionally focuses on clearing heart fire, relatively neglecting the pathogenesis of the pericardium. Chen Shiduo believed that pericardial fire is a type of “yin – fire,” characterized by a slow nature and a tendency to rise upward. It often arises from deficiency of heart qi and depletion of kidney water, leading to floating ministerial fire and stirring of deficient yang, which manifests as palpitations. The treatment emphasizes that “ministerial fire should be tonified, not drained,” advocating for methods such as strongly tonifying heart qi, enriching kidney yin to restrain yang, or soothing liver qi to extinguish the flame, thereby returning the ministerial fire to its proper place, rather than simply clearing and draining it. The paper presents a clinical case of AF treated with a modified formula based on Chen’s Guipi Decoction and Liuwei Dihuang Pills, demonstrating the clinical reasoning and therapeutic efficacy guided by this theory. This reflects TCM’s holistic principle of “treating the root cause” and provides a new theoretical reference for the integrated treatment of AF with Chinese and Western medicine.

Key words “Yin Fire – Yang Fire”; Chen Shiduo; Atrial fibrillation (AF); Pericardium