

本文引用: 解安琪, 杨建飞. 周亚滨教授从“阳气窒闭, 浊阴凝痞”论治病毒性心肌炎慢性期[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(12): 2435-2441.

周亚滨教授从“阳气窒闭, 浊阴凝痞”论治病毒性心肌炎慢性期

解安琪¹, 杨建飞^{2*}

1. 黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨 150040;

2. 黑龙江中医药大学附属第一医院心血管病二科, 黑龙江 哈尔滨 150040

[摘要] 总结周亚滨教授运用通阳泄浊法治疗病毒性心肌炎(VMC)慢性期的临床经验。VMC慢性期是在外感邪毒壅遏阳气, 致气机失调、阴阳失衡基础上引发的病证。周亚滨教授指出, 邪毒壅遏, 阳气窒闭, 气机逆乱, 心脉痹阻是VMC慢性期发病关键所在。邪毒先伤卫阳, 致三焦气化不利, 津血不归正化而生痰瘀等浊阴之邪, 浊阴凝滞又加重阳气窒闭, 形成“阳郁-浊凝”的恶性循环, 发为心痹。周亚滨教授临床治疗以通阳泄浊为总纲, 以方证对应为原则, 通过通阳透邪解毒以舒郁闭之阳、透内陷邪毒, 化痰破痰泄浊以涤凝滞之浊、疏心脉痹阻, 从而平衡阴阳, 达到治疗目的。选用枳实薤白桂枝汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤等经典方剂配合对药, 临床每获良效。本文主要介绍周亚滨教授治疗VMC慢性期的经验, 并附验案一则。

[关键词] 病毒性心肌炎; 阳气窒闭; 浊阴凝痞; 心痹; 名医经验; 周亚滨

[中图分类号]R256.2

[文献标志码]A

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.12.028

Professor ZHOU Yabin's treatment of the chronic phase of viral myocarditis based on the pathomechanism of "yang qi obstructed and turbid yin stagnated into epigastric fullness"

XIE Anqi¹, YANG Jianfei^{2*}

1. The First Clinical Medical College, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin, Heilongjiang 150040, China;

2. The Second Department of Cardiovascular Diseases, the First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin, Heilongjiang 150040, China

[Abstract] This paper summarizes Professor ZHOU Yabin's clinical experience in treating the chronic phase of viral myocarditis (VMC) with the method of activating yang and dispelling turbidity. VMC is considered a pattern induced by exogenous pathogenic toxins blocking yang qi, which leads to a disordered qi activity and yin-yang imbalance. Professor ZHOU identifies the core pathogenesis of VMC as the obstruction by pathogenic toxins, obstruction of yang qi, rebellion of the qi mechanism, and blockage of the heart meridians. Pathogenic toxins initially damage defensive yang, impairing the qi transformation of the sanjiao. This impedes the proper transformation of fluids and blood, leading to the generation of turbid pathogens such as phlegm and blood stasis. The stagnation of turbid yin further exacerbates the obstruction of yang qi, forming a vicious cycle of "yang depression-turbid stagnation" that manifests clinically as heart heat. The clinical approach involves applying the method of activating yang and dispelling turbidity, following the principle of tailoring formulas to specific patterns. This method works by activating yang to eliminate pathogens and remove toxins, while transforming blood stasis and

[收稿日期]2025-07-01

[基金项目]全国名老中医药专家传承工作室(国中医药办人教函[2022]75号)。

[通信作者]* 杨建飞,女,博士,副主任医师,硕士研究生导师,E-mail:yangjianfei119@163.com。

resolving phlegm to dispel turbidity, thereby restoring the yin–yang balance to achieve the therapeutic goal. Classic formulas such as Zhishi Xiebai Guizhi Decoction and Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction, when modified with appropriate additional herbs, produce consistently favorable clinical outcomes. This paper highlights Professor ZHOU Yabin’s clinical experience in managing the chronic phase of VMC and presents one verified medical case.

[**Keywords**] viral myocarditis; yang qi obstruction; turbid yin stagnation; heart heat; famous physician’s experience; ZHOU Yabin

病毒性心肌炎(viral myocarditis, VMC)是指由病毒感染引起的心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变^[1]。目前,已知能引起 VMC 的病毒高达 30 多种,其中以柯萨奇病毒 B 组、人巨细胞病毒、腺病毒最为常见,针对 VMC 的临床症状和免疫机制的研究将其分为 3 个阶段:病毒感染损伤心肌细胞阶段、病毒感染引起自身免疫反应阶段、过度的免疫反应演变成各种心律失常或扩张型心脏病阶段^[2-3]。目前,西医针对 VMC 主要采取免疫抑制、免疫调节、抗病毒感染以及干细胞治疗等方法。流行病学研究发现,VMC 患者中有 70% 的患者有呼吸困难、32% 的患者出现胸痛、20% 的患者有心律失常^[4]。不同病毒引起的感染机制和免疫反应大不相同,因此,根据不同的临床症状需要采取不同的治疗措施,精准治疗较困难,疗效欠佳。中医药在临床治疗中具有一定的优势,以毒副作用较少、随证灵活加减、预后好等诸多特点被大众逐渐接受并认可^[5]。

周亚滨教授系博士研究生导师,黑龙江省名中医,师从国医大师张琪教授,国家重点学科中医内科学学科带头人,善治心血管疾病,对 VMC 慢性期的治疗颇有经验,用药精准得当。周亚滨教授认为,VMC 慢性期多由阳气亏虚、邪犯肺卫所致,正邪交争,阴阳失衡,热毒灼津成痰、灼血成瘀,痰瘀相搏,阻滞心脉,故成正气亏虚、心阳虚衰为本,痰浊、瘀血、热毒等病理产物为标的本虚标实之证,病机演变大致分为 3 个阶段:初期多以卫阳受遏、邪毒内陷为主;中期常转为气化失司、痰瘀互结;若迁延不愈至后期,则出现元阳衰惫、浊阴扰神的危重证候。治疗应以平衡阴阳为主,以通阳泄浊为总纲,以透邪解毒、化痰逐瘀、顾护心脉为要旨,贯穿整个治疗过程,这与叶天士《临证指南医案·便闭》中提出的“阳气室闭,浊阴凝痞”理论高度契合。叶天士的“阳气室闭”理论强调阳气运行受阻,而周亚滨教授所述“阳气亏

虚、心阳虚衰”正是阳气功能低下的表现。心阳亏虚,则阳气不能温煦心脉,导致气机室闭,出现类似“阳气室闭”的状态。在 VMC 慢性期中,邪犯肺卫,正邪交争,进一步耗伤阳气,加剧了阳气室闭的状态。而后“浊阴凝痞”指浊阴之邪凝聚成痞的过程,周亚滨教授认为的“痰瘀互搏,痹阻心脉”正是浊阴凝痞的具象化。两者均遵循“阳气亏虚–邪气承袭–阴阳失衡–浊阴内生–阻滞经络–复伤阳气”的逻辑链。笔者有幸随周亚滨教授侍诊,深受其学术思想影响,现将其从“阳气室闭,浊阴凝痞”治疗 VMC 慢性期的临证心法介绍如下。

1 “阳气室闭,浊阴凝痞”理论概述

“阳气室闭,浊阴凝痞”理论由叶天士在《临证指南医案·便闭》中提出,是阐释机体阴阳失调引发病理积聚的重要学说。该理论认为,阳气作为生命活动的原动力,其气化、推动、温煦能力一旦受阻,则会导致浊湿痰瘀等病理产物聚而凝痞,同时,浊湿痰瘀形成后,又会进一步阻碍阳气的运行输布,二者互为因果,阳气郁闭则浊阴愈凝,浊阴凝滞复碍阳气布散,形成“阳郁–阴凝”的恶性循环^[6]。后世医家结合临床实践,从不同角度拓展了这一理论:刘完素在《素问玄机原病式·六气为病》中提出“玄府郁闭”是气机室塞的微观基础;张子和、朱丹溪等医家进一步完善“六郁”学说,认为气、血、痰、湿、热、食等浊阴之邪郁滞均与阳气运行障碍相关;朱丹溪的越鞠丸即通过疏通气机化解诸郁,体现了“通阳泄浊”思想在治疗中的延伸;现代医家张介眉继承并发展“通阳”思想,提出“阳气不通”是痰瘀形成的关键,认为辛温通阳法可疏通玄府、恢复气化,打破痰瘀互结的恶性循环^[7]。周亚滨教授认为,外邪侵袭机体致阳气室闭,气化失调,三焦不通,浊毒痰瘀上痹于心,发为心痹。

2 基于“阳气窒闭,浊阴凝痞”探析 VMC 慢性期病机

根据临床表现可将 VMC 慢性期归属于中医学“心悸”“温病”“胸痹”等范畴,在《中医临床诊疗术语》中将其称为“心痺”。《素问·痹论篇》载“脉痺不已,复感于邪,内舍于心”;“心痺者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘,啞干善噫,厥气上则恐”。张仲景在《伤寒论·辨太阳病脉证并治》中首创“心动悸”病名并创炙甘草汤。现代医家将 VMC 的病因病机多概括为气阴两虚、外邪犯心、痰瘀阻滞心脉等^[8-9]。

2.1 卫阳受遏,邪毒痹阻心脉

《说文解字·阜部》载“阳高明也”,本指高处阳光照得到的地方,后引申为阳光、温暖等意思;《说文解字·气部》载“气,云气也”,初始指云雾之气,后逐渐引申为构成万物的基本物质或能量,据此阳气可以理解为一种具有温暖、升发等特性的能量或物质,这与中医理论中阳气具有温煦脏腑组织、维持生理功能和固卫体表等作用的观点有一定的相通之处。阳气畅行周身,是人体气血津液得以运行、输布以及能量代谢的动力源泉。一旦阳气运行受阻,升降出入异常,阴阳平衡被打破就会导致各种疾病的出现,正如《素问·阴阳应象大论篇》言“阴盛则阳病,阳盛则阴病”。

现代医学认为,病毒感染累及心脏的严重程度取决于患者本身的免疫功能状态,病毒本身的各种特性则相对次要。当前研究显示,肠道病毒,如柯萨奇病毒 B 组通过柯萨奇-腺病毒受体侵入心肌细胞,病毒复制直接损伤心肌,此为“邪毒痹阻心脉”的微观体现。随后,Toll 样受体(Toll-like receptor, TLR)中的 TLR3 捕捉识别 CVB3,在复制过程中产生双链 RNA 并激活核因子- κ B(nuclear factor- κ B, NF- κ B)信号,从而增加肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、白细胞介素(interleukin, IL)-6 等促炎因子的表达,这一系列的免疫反应以及炎症细胞因子的表达直接或间接诱导心肌损伤与凋亡^[10]。从中医理论分析,人体免疫系统与功能属于正气、阳气的范畴^[11]。由此可认为阳气窒闭、卫阳受遏(免疫功能低下)是 VMC 发生、发展的内在因素之一。《灵枢·本脏》载卫气:“温分肉,充皮肤,肥腠理,司开

阖。”在 VMC 发展初期,外邪侵袭,卫阳奋起抗邪于肌表,通过调节腠理开合、发汗驱邪,阻止疫戾之邪深入心脉。若卫阳不足或邪毒炽盛,卫阳受遏,则邪气可直趋少阴心经,形成“太阳病内陷少阴”的传变路径,这正是 VMC 发病的重要基础。《素问·六节藏象论篇》载:“心者,生之本,神之变也;其华在面,其充在血脉,为阳中之太阳。”心阳充盛则血脉流畅、脉率匀齐,若心阳不振、阳郁不达,心脉失于温煦,气血运行滞涩,则会出现胸闷、心悸、脉结代的临床症状,阳气久郁致心阳衰,推动无力,浊阴之邪凝于心包络脉,血行滞而成瘀、津凝滞而成痰,形成“痰瘀痹阻心脉”之变,乃“阳郁不达,浊阴初凝”之候。

2.2 气化失司,痰瘀互结于心

叶天士《临证指南医案·痰饮》载“不明痰饮皆为浊阴之化”,指出浊阴可以作为一种病理产物,在此处特指痰饮。后世医家进一步拓展了浊阴的范围,包括瘀血、痰浊、浊毒等内生病理产物^[12]。《说文解字·水部》载:“浊水也。从水,蜀声。”原指一条名为“浊水”的河流,后引申为浑浊之意。《黄帝内经》中对“浊”的论述则更为丰富,且与中医理论深度结合^[13]。其一,从阴阳属性角度《素问·阴阳应象大论篇》中提到“清阳为天,浊阴为地”,将“浊”归为与“清阳”相对的阴性质物质范畴;其二,《素问·阴阳应象大论篇》所载“故清阳出上窍,浊阴出下窍”及《素问·五藏别论篇》所述“此受五脏浊气,名曰传化之府”,两次所提及的“浊”都是指机体内性质污秽的代谢产物^[14]。通过研究发现,VMC 疾病发展中,血管内皮细胞功能失调会导致血管活性物质的分泌和释放失衡;这种失衡可引起冠状动脉痉挛,且削弱内皮细胞的抗血栓能力、引起血小板聚集,从而增加血液的凝固性;最终,这些不利因素会促进微血栓的形成^[15]。微血栓、病毒、抗原抗体复合物等“浊阴”会共同导致微循环障碍。中医的络脉在人体气血津液的输布与代谢过程中,发挥着类似于微循环的作用。VMC 中期,久郁之阳气不得宣通,三焦气化功能失职,水谷精微不归正化,上焦如雾失司则津凝为痰,中焦沤渎不利则湿浊内生,下焦决渎失常则溺浊内停。诸般浊阴上泛于心,与前期滞留之余毒相胶结,形成“痰-瘀-毒”互结之势,这与微循环障碍极为相似。心体失养而见胸痛彻背,动则喘促,舌质紫暗、苔浊腻,脉沉

涩结代。此时“阳郁致浊,浊邪痹心”成为核心病机。

2.3 元阳衰惫,浊阴扰乱心神

现代医学表明,由于治疗不及时或疾病发展过于迅速,机体持续被侵袭、免疫反应失控,引发心肌细胞大面积坏死、免疫风暴失控,进而导致多器官功能障碍^[16]。这一病理进程,对应中医病机,正是因阳气衰微而鼓动无力、浊阴弥漫而壅塞三焦、正伤及根本,最终演变为阴阳俱损危重证候的具体表现。此时,心肌收缩功能崩溃、能量代谢衰竭,并因钙稳态失衡而导致恶性心律失常^[17]。此外,神经内分泌系统失控、肾素-血管紧张素-醛固酮系统过度激活加重血管收缩与心肌缺氧,而炎症因子风暴引发全身毛细血管渗漏,导致肺水肿、急性肾损伤及意识障碍,最终进展为心源性休克和多器官功能障碍综合征^[18]。周亚滨教授认为,肾阳为心阳之根,共主气化与血脉,在 VMC 的发病过程中起到关键作用。《景岳全书·传忠录》言:“命门为元气之根,五脏之阳气非此不能发。”心阳的温煦与推动需依赖肾阳的充养,二者形成火源与火苗的依存关系;肾阳蒸腾水液,清者上归于肺,经心阳推动布散周身,浊者下输膀胱,排出体外,二者共同维持人体水液与精微物质的正常输布和代谢平衡。VMC 慢性期病程发展中心阳亏虚,无力推动水液运行,加之心血瘀阻,血不利则为水,水湿内停泛滥肌肤则水肿,上凌心肺则喘促,形成心肾阳虚之证,元阳衰微无力蒸腾气化,浊阴失制而弥漫三焦,浊阴上犯君主之官,闭阻心脉、蒙蔽心神,形成阴阳离决之势。临床可见面色㿖白、四肢厥冷、神识昏蒙、脉微欲绝,此阶段呈现“阳微阴凝,神机闭阻”的终末病机特征,常伴发心阳暴脱或内闭外脱之危候。

综上所述,VMC 慢性期的核心病机演变过程可总结如图 1 所示。

3 基于“阳气窒闭,浊阴凝痞”理论论治 VMC

3.1 通阳透邪,解毒护络

周亚滨教授认为,病程发展初期多为外感疫毒之邪内陷心脉,致卫阳受遏、心阳郁闭,气化失司而成。此期虽以热毒为因,然其关键病机在于阳气窒闭,邪毒痹阻。临床常见胸闷、心悸、气短、乏力,甚则见脉结代等症,此皆阳郁不达、心脉失畅之候。故

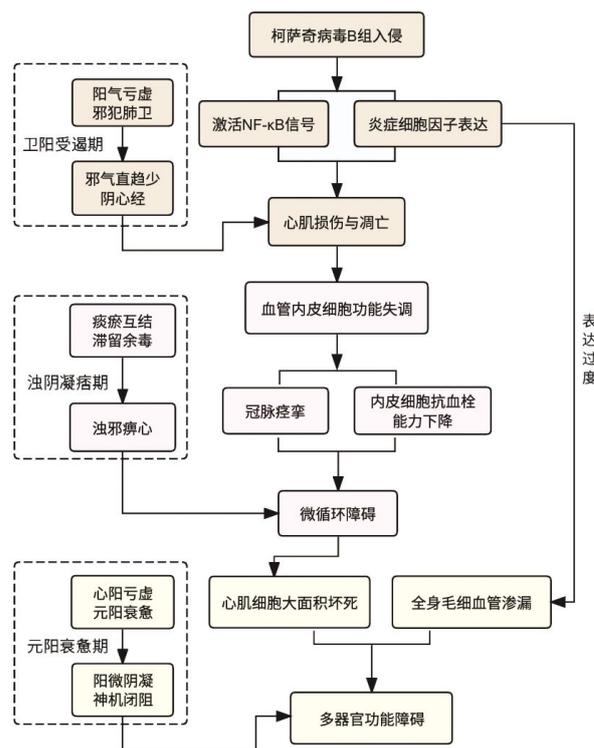


图 1 VMC 慢性期病机演变机制图

Fig.1 Pathogenic evolution in the chronic phase of VMC

治当以通阳透邪为主、以清热解毒为辅,使郁阳得伸,邪有出路。若患者阳郁加重,胸闷、气短、无力症状明显,可以枳实薤白桂枝汤为主方加减用药,方中薤白合桂枝以升举阳气;薤白合瓜蒌以行阳开郁;桂枝合瓜蒌以涤浊降气,以防浊阴久凝成瘀^[19]。其中,桂枝可用肉桂代替,二者作用相似但侧重点不同,桂枝偏上焦,归心经、善治心下悸,肉桂偏下焦,善温补命门火衰,黄连与肉桂配伍,以其苦寒之性善清心火、解热毒,可直折上炎之火邪;肉桂则以辛温大热之质温补肾阳,对于心火亢盛、肾阳不足所致的心肾不交证更适用。对于外感热毒之邪,周亚滨教授常用银翘散加减,辛凉透表、清热解毒,或单独重用清热解毒药如黄连、板蓝根、大青叶、金银花、连翘、紫花地丁、蒲公英、葛根、石膏等,并辅以麦冬、牡丹皮以滋阴清热,防止热毒太过耗伤心阴。现代药理研究表明,板蓝根、大青叶、金银花、连翘、紫花地丁均具有抗病毒、消炎、减轻炎性反应的作用^[20-23]。周亚滨教授指出,此时期应注意清热之法的合理运用,以免使枢机不利、升降失常,故在驱邪外出时注意扶正益气、平衡阴阳。

3.2 疏调气机,化痰破瘀

VMC 中期多因前期邪毒壅盛、失治或调摄不

当,致阳郁日久,三焦气化失常,枢机不利,津血不归正化,终成痰瘀互结之势。朱丹溪《丹溪心法·六郁》中载:“气血冲和,万病不生,一有佛郁,诸病生焉。”周亚滨教授承袭其旨,主张本期须气、痰、瘀三者同治,以疏调气机为枢,以化痰祛瘀为要。临床症见胸闷、头晕目眩、痰多咳嗽、苔白腻、脉濡缓,此为痰湿困阻之证,选用瓜蒌薤白半夏汤加减,《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》云“胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气……瓜蒌薤白半夏汤主之”,故以此方为基础,再佐以枳壳、厚朴,以增强行气宽胸之力。湿邪偏重、肢体困重者,可加陈皮、苍术、薏苡仁以增化痰燥湿、理气健脾之效。痰湿郁久化热,痰黄稠、苔黄腻者,可加黄连、竹茹以清热化痰。胸闷如窒、痛有定处、面色黯淡、唇甲青紫、舌多瘀斑瘀点、脉细涩结代者,为心脉痹阻证,方药多选用三七粉、桃仁、红花、苏木、丹参、川芎以活血化瘀,佐柴胡、郁金、枳壳、延胡索疏肝调气、恢复气机升降。现代药理研究表明,苏木、红花、郁金配伍可有效减轻患者炎症反应,共行活血祛瘀、行气通脉之效^[24],气血同治,预后效果较好。若患者病程较长,久病入络,可加入虫类药物土鳖虫、水蛭、蜈蚣以通络化瘀,脉道通利,浊阴得除,血行自然通畅。周亚滨教授亦强调,此期为正气已损、邪气盘踞之虚实夹杂阶段,破瘀化痰不可过用峻猛,以免更伤气血。故常在方中佐以黄芪、炙甘草等甘温之品以补益中气,寓通于补,使心气充而血行畅。

3.3 温补元阳,宁心安神

若 VMC 前期失治误治,或过投寒凉,致病程迁

延,久病及肾,元阳耗损,乃成阴损及阳、阳微阴凝之危候。临床见心悸喘促、倚息不得卧、四肢厥冷、夜寐不安、舌淡、脉微欲绝等症,此属元阳虚衰、浊阴上逆、神机欲闭之象。周亚滨教授指出,此时急当温补元阳、回阳救逆,主方选用参附汤合桂枝甘草龙骨牡蛎汤,还需遵守张景岳在《景岳全书·新方八阵》中提出的“善补阳者,必于阴中求阳”之旨,可配熟地黄、山茱萸等以滋阴敛阳,使阳得阴助而生化无穷。桂枝甘草龙骨牡蛎汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治》,其中桂枝、甘草合用,取其“辛甘化阳”之法,温通心脉,龙骨、牡蛎潜镇浮阳、安神定悸,诸药合用可起到更佳的温阳通脉之用^[25-26]。周亚滨教授指出,此时患者心脾肾三脏亏虚,由于水饮内停导致的水肿、心悸症状加重,可加茯苓、茯神两药以利三焦、除湿之源,同时茯神入心经,可达安神、养魂之功^[27]。VMC 3 个阶段发展及治疗见表 1。

4 验案举隅

患者,男,70岁。初诊:2023年3月25日。主诉:阵发性心慌、气短10年,加重1周。患者既往患 VMC 10年,1个月前有上呼吸道感染病史。2天前剧烈运动后心悸、胸闷、气短症状明显加重,遂于黑龙江中医药大学附属第一医院周亚滨教授门诊就诊。现症见:心悸,胸闷,气短,乏力,咳嗽,伴白色泡沫样痰,喘憋夜间加重,易感冒,语声低微,双下肢浮肿,小便不利,畏寒,寐差,舌紫,舌体大,苔薄白,脉沉细。辅助检查:肌钙蛋白 1.0 ng/mL;心电图示:广泛 ST 段下移 0.05~0.1 mV;心脏超声示:收缩功能减弱,射

表 1 VMC 3 个阶段发展与治疗

Table 1 Development and treatment of the three stages of VMC

病机	辨证要点	病位	主症	次症	舌脉	治法	方药
早期 卫阳受遏, 邪毒痹阻 心脉	心悸、胸闷与外感症状 并见,关键在于卫阳被 遏,邪毒初陷,心阳郁 闭不通	卫阳、心	胸闷,心悸	发热,微恶风寒, 咽痛,咳嗽,乏力	舌红,苔薄白或 薄黄,脉结代 或浮数	通阳透邪, 解毒护络	枳实薤白桂 枝汤合银翘 散加减
中期 气化失司, 痰瘀互结 于心	表证已罢,胸痛、痰瘀 征象凸显。关键在于 三焦气滞,痰浊瘀血互 结,壅塞心脉	三焦、心	胸痛彻背, 动则喘促	头晕目眩,痰多 咳嗽,肢体困重, 唇甲青紫	舌质紫暗,苔 浊腻,脉沉涩 结代	疏调气机, 化痰破瘀	瓜蒌薤白半 夏汤加杏仁、 丹参
后期 元阳衰惫, 浊阴扰乱 心神	危重征象,关键在于 心肾阳衰,浊阴水泛, 上凌心肺,蒙蔽心神	心、肾	面色㿗白, 四肢厥冷, 神识昏蒙	心悸喘促,倚息 不得卧,小便不利, 下肢浮肿	舌淡胖或淡紫, 苔白滑,脉微细 欲绝或沉弱	温补元阳, 宁心安神	参附汤合桂 枝甘草龙骨 牡蛎汤加减

血分数 45%，左室舒张末期内径 64 mm。口服培哌普利 4 mg/d。西医诊断：VMC。中医诊断：心悸（邪毒内侵、痰瘀互结、心肾阳虚证）。治法：清热解毒，化痰破痰，益气养心。予枳实薤白桂枝汤合银翘散加减。具体用药：柴胡 10 g，枳实 15 g，黄芪 30 g，党参 15 g，板蓝根 30 g，大青叶 30 g，半枝莲 10 g，蒲公英 25 g，紫花地丁 25 g，茯苓 15 g，茯神 15 g，泽泻 15 g，麦冬 15 g，五味子 10 g，半夏 15 g，肉桂 15 g，白芍 20 g，香附 30 g，郁金 30 g，陈皮 15 g，砂仁 10 g，薏苡仁 20 g，川芎 15 g，丹参 15 g，三七 5 g，甘草 15 g。共 7 剂，每日 1 剂，水煎服，早晚分服。

二诊：2023 年 4 月 1 日。患者服药后诸症缓解，心慌气短减轻，夜间偶有咳嗽。舌淡紫，苔薄白，脉弱。上方加防风 15 g、白术 15 g。共 7 剂，煎服法同前。

三诊：2023 年 4 月 9 日。患者服药后症状进一步缓解，无咳嗽，心悸未发，仍有乏力短气。复查肌钙蛋白恢复正常。二诊方去板蓝根、大青叶、蒲公英、紫花地丁，加黄芪至 50 g、加党参至 20 g。共 14 剂，煎服法同前。

本案患者随访 3 个月，期间服用玉屏风颗粒防止感受外邪，心悸气短症状减轻，病情稳定。嘱调情志，调节饮食，定期复查心脏超声，不适随诊。

按语：患者为老年男性，病情迁延，已由心及肾，由气及阳。心阳不足，阳气窒闭，三焦气机不通，浊阴凝滞，瘀血阻滞，致心脉不畅，出现心悸胸闷、舌紫等表现。由于病程较长，出现肾阳亏虚，温煦失职，影响水液代谢，造成水湿内停，既可上凌心肺，也可内蕴生痰引起咳嗽、痰多、水肿等症。四诊合参，诊断为 VMC。辨证为邪毒内侵、痰瘀互结、心肾阳虚证，故采用清热解毒、化痰破痰、益气养心的治法。因患者卫外不顾，易感外邪，添入补肺益气之品，选用板蓝根、大青叶、半枝莲、蒲公英和紫花地丁清解余毒，加麦冬、五味子养阴生津、敛肺滋肾，二者相须为用，既能滋养因久病、热毒耗伤的心阴，又能收敛耗散的气阴，与黄芪、党参补气之品相配，气阴双补而无偏耗之虞，缓解患者语声低微、乏力短气之态；佐以肉桂温补肾阳，以培其本，补心肾之不足；以半夏、陈皮为核心配伍薏苡仁、茯苓等健脾利湿之品，

契合二陈汤涤痰化饮精髓；择取川芎、丹参、三七组成“化瘀三药”，取其行气活血而不耗血之特性，使心脉瘀滞得通；更以枳实破气消积、化痰除痞，其辛散之力能助气机升降，与柴胡、郁金等行气药相佐，可解心脉壅滞之困，契合患者胸闷窒塞之症；针对夜寐不安伴水肿之证，创新性使用泽泻配伍茯苓-茯神药对，既利水渗湿又宁心安神；病程迁延致情志失和，故辅以柴胡、郁金、香附构成“疏郁三角”，运用“双心同治”理念，配合疏肝理气药物，疗效显著；白芍养血柔肝、缓急止痛，既可制肉桂、枳实之辛燥，防其耗伤阴血，又能调和肝脾，助“疏郁三角”疏肝理气之力，令情志得和而不扰心；砂仁化湿开胃、温脾止泻，其芳香之性能醒脾和胃，助健脾药运化水湿，兼防滋补药壅滞脾胃，顾护患者久病虚弱之脾胃功能；甘草补中益气、调和诸药，既助黄芪、党参增强补气之力，又能缓和方中寒热、攻补之性，使全方药性协和，共奏清热解毒、化痰化瘀、温补心肾、宁心安神之效。二诊时，患者整体状况显著改善，可见周亚滨教授辨证论治思路精准。然咳嗽外感症状未完全消退，遂加防风、白术组合增强卫外护内之效。三诊时，患者外感热毒已清，咳嗽咳痰、心悸等标实之症显著缓解，故去清热解毒之板蓝根、大青叶、蒲公英、紫花地丁，以防苦寒过度损伤初复之阳气，避免“浊阴”未除反致“阳气”再遏。然患者病程日久，心肾阳气亏虚之本未固，仍见乏力短气，属正气未充、气化推动无力之象。故加大黄芪至 50 g、党参至 20 g，意在大补脾肺之气，益气以助阳，充养心脉，扶正固本。周亚滨教授治疗 VMC 辨证用药思路清晰，标本兼顾，疗效显著。

5 总结

在 VMC 的临床辨治中，如何有效防止其向慢性心肌病、心力衰竭转变，是现代医学面临的关键挑战之一。传统治疗多着眼于清热解毒以抗病毒，或益气养阴以扶正，虽有成效，但在应对 VMC 复杂的病理转归，特别是“炎症损伤-纤维化-心功能衰退”这一病理进程时，常显乏力。周亚滨教授在治疗 VMC 时，并非将“热毒”与“心气虚”作简单的病机叠加，而是将“阳气”的气化功能与“浊阴”等病理产物之间的

动态关系置于病机演化的中心,从“阳气窒闭,浊阴凝痞”角度出发,以“通阳泄浊”为治疗总纲,分阶段运用通阳透邪、化痰破痰、温补元阳之法,遵方证对应之旨,将辨证观念和整体论治有机结合,为辨治VMC构建了一套理法方药完备的系统性方案。

参考文献

- [1] 丛超,郭义山,王东.病毒性心肌炎发病机制的研究进展[J].医学综述,2017,23(15):2948-2953.
- [2] 非成瑞,杨欢,刘勤,等.不同病毒感染引起的病毒性心肌炎及其免疫机制的研究进展[J].病毒学报,2025,41(4):1344-1352.
- [3] 李丽,韩丙超.心肌炎的病因和治疗研究进展[J].临床误诊误治,2024,37(19):94-100.
- [4] OLEJNICZAK M, SCHWARTZ M, WEBBER E, et al. Viral myocarditis—incidence, diagnosis and management[J]. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 2020, 34(6): 1591-1601.
- [5] 殷志颖,武圣超,程韶,等.中医优势疗法结合冲击波促进运动性肩袖损伤功能康复的临床研究[J].中国中医急症,2025,34(2):223-226.
- [6] 徐文洋,吴若云,鲁玉辉.从“阳气窒闭,浊阴凝痞”探讨肝纤维化证治[J].亚太传统医药,2016,12(2):60-62.
- [7] 付聪,杨家耀,郝建军,等.张介眉辨时论治疾病临床运用初探[J].湖北中医杂志,2021,43(8):17-19.
- [8] 符佳美,周亚滨,孙静.病毒性心肌炎中医辨证论治近况摘要[J].中国中医急症,2017,26(8):1423-1426.
- [9] 张林平,刘旭东.从虚、毒、痰、瘀论病毒性心肌炎的病机[J].吉林中医药,2017,37(9):871-874.
- [10] 邱月清,陈振翼,申晓秋,等.NF- κ B信号通路与病毒性心肌炎[J].中国实验动物学报,2024,32(11):1445-1455.
- [11] 栾哲宇,王晗笑,彭鑫,等.基于“正邪”理论探讨病毒性肺炎“免疫-炎症”机制及中医药治疗[J].中国实验方剂学杂志,2025,31(2):239-247.
- [12] 徐伟超,李佃贵,刘建平,等.浊毒理论创新中医病因病机学[J].中国中西医结合杂志,2019,39(8):913-915.
- [13] 孙飞,杜武勋,张少强.《黄帝内经》“浊”及其相关概念的理
论研究[J].中医杂志,2015,56(20):1711-1715.
- [14] 李伟军,李谟文,廉坤,等.基于“浊阴理论”探讨II型心肾综合症的病机和证治[J].湖南中医药大学学报,2025,45(8):1506-1511.
- [15] 刘凌云,何贵新,秦伟彬,等.急性心肌梗死心肌微循环“三部曲”防治策略构建[J].辽宁中医药大学学报,2025,27(3):117-123.
- [16] 钟夕艳,邓国兰,薛雨洲,等.成人重症病毒性心肌炎的相关影响因素分析[J].重庆医科大学学报,2021,46(2):162-165.
- [17] 李岚,刘双琿,陈婷.重症病毒性心肌炎心电图特征及其发病机制研究进展[J].中国病原生物学杂志,2024,19(6):733-735,740.
- [18] LI H H, CHEN X T, WANG J J, et al. Spatiotemporal transcriptomics elucidates the pathogenesis of fulminant viral myocarditis[J]. Signal Transduction and Targeted Therapy, 2025, 10(1): 59.
- [19] 陈志强,张意林,陈仁寿.经典名方枳实薤白桂枝汤的古今文献研究[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(9):1515-1522,1547.
- [20] 李咸慰,宋沁洁,杨新荣,等.板蓝根多糖抗病毒作用及其机制研究进展[J].中草药,2022,53(19):6227-6233.
- [21] 祝家笙,高维浩,范红艳.金银花提取物药理作用的研究进展[J].吉林医药学院学报,2022,43(2):130-132.
- [22] 张静.紫花地丁化学成分及其抗炎活性研究[D].石河子:石河子大学,2019.
- [23] 杨建飞,张钰,魏来.周亚滨教授治疗病毒性心肌炎药对经验举隅[J].中国中医急症,2024,33(1):149-151,155.
- [24] 崔丽,曹珣.苏木的药理作用及临床应用研究进展[J].陕西中医,2023,44(3):406-409.
- [25] 尹永坤,吴国清,蒋丹丹.参附汤合桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减联合西药治疗慢性心力衰竭临床研究[J].新中医,2022,54(11):52-55.
- [26] 刘勤,赖晓霖,李毅然.桂枝甘草龙骨牡蛎汤加味汤治疗室性早搏临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(6):127-130.
- [27] 崔莹莹,陈会君.周亚滨从虚、火、滞理论治疗病毒性心肌炎[J].江苏中医药,2021,53(8):27-30.

(本文编辑 周旦)