

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙第三十六讲以“伏邪病因,源于医疗实际;理论创新,服务现代临床”为议题,于 2017 年 10 月 22 日在北京中医药大学东直门医院举行。本次议题主要针对伏邪的理论渊源、发病特点、临床应用等方面进行。伏邪理论是中医学病因理论的重要组成部分,学习者应客观理解其概念,处理好继承与创新的关系,方可更好服务于临床。同时,如何应用伏邪理论解决临床疑难病,截断病情,改善预后是值得中医人深入学习和探讨的话题。谨以此文与后来者勉之。

· 铿锵中医行 ·

伏邪病因,源于医疗实际;理论创新,服务现代临床

赵进喜 赵岩松 贾海忠 齐文升 张玉平 刘宁 梁腾霄 刘轶凡

【摘要】 伏邪发病理论,是中医病因学的重要内容,源自《内经》,完善于温病学家,是为了服务临床实际而创立。伏邪的性质与部位虽多有争议,但关键还是以发病具体临床表现为根据。近年伏邪概念被不断拓展,而且出现了泛化现象。对此应该客观理解,应注意处理好继承与创新的关系。临床上,应根据伏邪的致病特点、临床表现等判断伏邪,重视祛邪气、扶正气、调精神等,以期截断病情,改善预后。深入理解伏邪理论,有利于更好地服务现代临床。

【关键词】 伏邪; 病因学; 温病学; 临床思维

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.12.012

伏邪理论是中医学病因理论,尤其是温病病因理论的重要组成部分,为一部分起病发病与新感温病相异的特殊温病提供了新的认识与诊治思路,同时也对多种现代难治性疾病的诊治具有重要的指导意义。如何正确理解应用伏邪理论,解决现代临床难题?近期北京中医药大学东直门医院中医内科教研室组织专家,对此展开讨论。谨总结如下。

1 伏邪发病理论,源远流长

刘宁副主任医师:

一般认为伏邪理论为温病学派重要的病因理论。伏,藏也,伏邪者,指藏于体内而不立即发病的病邪,有广义和狭义之分。狭义指伏气温病,即指外邪侵袭人体以后,未能即时发病,邪气藏匿,或伏于膜原,或伏于肌肤,或伏于脂膜,逾时而发的温病。广义指一切伏而不即发的邪气,包括外感、内伤,即如清代王燕昌《王氏医学》所说“伏匿诸病,六淫、诸郁、饮食、瘀血、结核、积气、蓄水、诸虫皆有之”。

伏邪理论源远流长,《内经》《伤寒论》以及后世金元四大家都曾论及。《素问·生气通天论篇》“春伤于风,邪气留连,乃为洞泄。夏伤于暑,秋为痲症。秋伤于湿,上逆而

咳,发为痿厥。冬伤于寒,春必温病”,即论伏气发病。王叔和《伤寒论·平脉法》指出“伏气之病,以意候之,今月之内,欲有伏气。假令旧有伏气,当须脉之”,也提到伏气。宋代庞安时《伤寒总病论》更指出“据《难经》温病,本是四种伤寒,感异气而变为温病也”,认为伏寒复感时邪而发温病。金元刘完素《河间六书》认为“冬冒其气而内生拂热”,张子和《儒门事亲》指出“人之伤于寒也,热郁于内”“浅则发为春温,若春不发,夏则发为热病”,明代王履《医经溯洄集》指出“寒者……其身中之阳,虽始为寒邪所郁,不得顺其渐升之性,然亦必欲应时而出,故发为温病也”,认为还是一个寒邪束表导致的体内阳气不得宣发,气郁化火,伏寒变温。清初吴又可著《瘟疫论》,提出邪伏膜原理论,其后吴瑭则把温病分为三类,一是伏气温病,二是天时之病,三是非其时而有其气,至此伏气温病理论则渐趋完善。任继学教授认为伏邪可分为外感伏邪和杂病伏邪,外感如急性肾小球肾炎、支气管哮喘等,杂病如血管性痴呆,冠心病、肝硬化、慢肾衰、TIA、原发性癫痫、痛风等,其发病皆有伏邪存在。

总结历代医家论述伏邪发病的机理,喻嘉言根据病因病机不同,把春时温病分为三类:其一冬伤于寒,春日发病,认为发于太阳经;其二是冬不藏精,春时感邪发病,病发于少阴经;第三种是冬季伤于寒,冬又不藏精的,是太少同病,表里俱病。而柳宝诒《温热逢源》,周扬俊《温热暑疫全书》则认为:伏邪发病的过程是由内而外的,以温病卫气营血言,是由血及气的,与新感温病按照卫气营血、由表入里的传变规律不同。王士雄《温热经纬》也指出“乃先从血分而后达于气分”,认为伏气温病的发病是直接从血分发病,由里达表的

作者单位:北京中医药大学东直门医院内分泌科[赵进喜、刘轶凡(硕士研究生)],针灸科(刘宁),急诊科(梁腾霄);北京中医药大学温病学教研室(赵岩松);慈方中医馆(贾海忠);中国中医科学院广安门医院急诊科(齐文升);中国中医科学院西苑医院眼科(张玉平)

作者简介:赵进喜(1965-),博士,主任医师,教授,博士生导师。研究方向:中医治疗肾病、内分泌代谢病。E-mail:zhaojinxi@126.com

过程。

可见,伏邪理论,虽在中医病因学尤其是在温病病因学理论中是一个比较成熟的学说,但实际上古今医家的认识实在是仁智各见,古代医家如张景岳等,甚至对伏邪发病理论持否定态度。

2 源自临床,有利于认识复杂临床问题

齐文升主任医师:

伏邪又称伏气,伏邪理论源于临床实践。临床上一类烈性传染病,发病快,时间短,病情重,突然高热,没有《伤寒论》太阳病阶段的头痛、咳嗽,用新感病因就不好解释。比如当年非典型性肺炎病人,发病即见高热、咳嗽,全是里证的表现。并未按卫气营血、六经次序传变。埃博拉,两天即可能出现吐血、七窍出血。古人发现这类病用普通的六经、卫气营血的理论不好解释,就认为是内有热邪潜伏,伺机而发。伏邪发病理论虽形成于明清时代,但实际上是萌芽于《内经》。现代临床一些疾病,如耐药菌引起的难治性泌尿系感染等,除了邪气本身的问题,实际上还常与医源性的因素有关。如过用苦寒、滥用抗生素、年龄太大等,可导致邪气难除,引起邪气潜伏。

赵岩松教授:

伏邪理论主要在于认识层面,是认识疾病的方法。“伏邪”的名词确源于温病,曾思考这个名词出现的原因,应该是古人解释不了外来的邪气起病即见到里热证的现象,所以他们思考是否是邪气提前伏藏进去,然后过时而发,是认识方法的概念,放在治疗层面不太合适。但这个认识论用处很多,不仅可用于解释初起病情较重的里热证,从伏邪角度认识某些难治病也有一定价值。个人认为对于反反复复,很难一下完全解除的病,就可以用伏邪来认识。另外,我们不能不提柳宝诒“抽蕉剥茧,层出不穷”这句话,这句话特别能体现伏邪的内涵。曾诊治一顽固性咳嗽患者,用小青龙汤以后咳嗽大减,但其舌象从白滑变为黄腻,后又变为白腻、黄燥,反复折腾几回才得以根治,就可以借用伏邪来认识。所以几经反复,就是因为内有伏邪,治疗过程中,邪气会逐渐从里向外表现出来。

3 理论创新,深入认识伏邪内涵

齐文升主任医师:

伏邪内涵复杂,与体质也有关系。“冬伤于寒,春必温病”,重点在于体质不同邪气从化不同。“冬伤于寒”,寒邪侵犯人体以后,邪气潜伏,并不一定发病。现代传染病学也是这样认识的,如流感为隐性感染,90%不发病,只有小部分人发病。而针对耐药菌感染用伏气理论来解释,深刻认识导致邪气潜伏的原因,对临床有警示作用。如外感病早期,本该解表透邪,一上来就乱用抗生素,或清热解毒,就容易导致邪气内伏。耐药菌感染,西医常请中医会诊,清热解毒,金银花、连翘、大青叶等,疗效并不好。何以然?苦寒伤正,抗生

素滥用,邪气内伏,导致病情缠绵不愈。

张玉平主任医师:

伏邪发病与正气不足有关。伏邪好像是敌人派来人体内的卧底,当时机成熟的时候,比方说抵抗力下降等原因,外边的敌人会来接应,当其内外勾结之时,就会对我们身体产生巨大的影响。但如果我们身体正气特别的足,就能够识别这个卧底,就可以把敌人在内部解决。如果我们身体状态不好,识别不了敌人的时候,潜藏着邪气就容易与外边的敌人接应,就容易导致发病。

比方说现在过敏性疾病这么多,花粉可以说是来接应体内卧底的敌人,花粉引动伏邪,就可导致哮喘、过敏性鼻炎、过敏性结膜炎发病。另外,伏邪是否发病,还有一个正虚的问题。多年研究发现:过敏体质者,都是舌淡胖,多气虚、不爱活动的脑力劳动者,抵抗力差,正气不足。正气存内,邪不可干。正气不足,识别不了这些敌人,就会引发伏邪发病。所以个人认为伏邪问题与正虚有关。如果体质好,就不会导致发病。

梁腾霄副主任医师:

伏邪理论是在不断发展的,伏邪的内涵实际上也在改变。中医对感染性疾病的认识,并不只有风寒暑湿燥火,还有癘虫。葛洪《肘后方》还明确提到恙虫病。实际上到了现在,我们已知道是哪一个耐药菌感染,再说伏邪临床意义不大。近期有很多文献说从伏邪论治某某疾病,比如说从伏邪论冠心病斑块,究竟意义何在?

赵进喜教授:

现代的伏邪概念确有泛化倾向。实际上,伏邪一方面是温病学里面讲的伏邪理论,一方面是内科杂病里有宿根的疾病。如哮喘、痢病、头风,本身都是有宿根的,遇到特殊情况,在特定的时间点、特定的诱因下就会突然发作。如哮喘,内有胶固之痰,外有非时之感,非时之感可以说是外感引动,还有因情绪波动发作的,可以把它理解成为广义的伏邪。

当然,对伏邪概念的泛化,也要客观认识。在许多情况下,也有启发临床思维的作用。所谓伏痰、伏饮、伏风,都不是真正意义的温病里说的伏邪概念,但是也可以把它理解成伏邪。了解到底伏的什么邪,对指导临床治疗和预防发作都有一定意义。针对伏痰、伏饮、伏风,甚至包括沉寒痼冷、宿瘀顽痰等,临床治法以及选方用药各有不同。我们不能将伏邪理论无限制拓展,但也不能认为伏邪理论的新说法都不对,只要能启发临床思维,就有存在价值。

赵岩松教授:

中医想传承下去,概念的准确性是第一位的,偷换概念非常不合适。其实,只有在温病分类里面提到过新感温病和伏邪温病,看到一个“伏”字,就肆意发挥的现象,值得引起注意。《内经》论“冬伤于寒,春必温病”,并没说这是伏邪,

只是被后人理解为邪气伏藏而已。需要提醒大家的是,伏邪理论只适用于外来的邪气。内伤而生的夙痰,不能妄称伏邪。

如果把伏邪的概念拓展到内伤杂病领域,就应该重视临床表现,从征象上能够判断邪气的性质,并按外邪去治疗。以溃疡性结肠炎为例,如果我们认为它有伏邪理论指导,确实从患者舌象看到湿热邪气的话,那么在稳定期除了扶正,还应该相应地再加一点祛邪药,或清热,或祛湿。

4 继承创新,服务现代中医临床

贾海忠教授:

应用伏邪理论首先要明确伏邪的诊断。伏邪致病三个特点:第一是非其时,但表现出来的是上个季节或其他季节一个时节的特点。这类有明确的寒、热、燥、湿、风外感诱因,有明确的外邪引动了伏邪,即时邪引动了伏邪。第二是没有明确的与这个季节相关的六淫之邪。这类往往没有明确的六淫外感病史,但是他一定有心情问题,就是情绪的问题,或者是劳倦的病史。个人体会,旅游奔波劳累,可导致体质下降,就可以引发体内的伏邪发病。带状疱疹、单纯疱疹、口周疱疹,都常常是在情绪、劳累这些因素的影响下发病的。第三伏邪未发作时并非没有表现。如果说我们不能早期诊断伏邪,那这个学说的价值也就有限了。但如果体内有伏邪,一定会有症状,只不过不是表现出来发热、寒战等其他的那些非常严重的表现。临床体会,有的人平时来看病,舌苔都是厚腻,一发烧舌苔就黄了,实际上那个时候就有伏邪在,但是没有表现。所以伏邪应该是有象、有表现的,就像现在说的亚健康,亚健康实际上就是不健康。我们一旦认识到伏邪的存在,就要努力探索伏邪的临床表现,设法控制不发病。

那么伏邪怎么治疗呢?第一方面,安心神。就是首先心情要保持愉悦,精神免疫作用很强。第二方面,要调正气,因为正气存内,邪不可干,其实正气存内,伏邪也不可能发作。所以我们要调正气,调正气既包括脏腑虚弱,需要补益它,也包括调节机体脏腑功能的失调。第三方面,要祛新邪。有外邪引动了伏邪,肯定要治,所以我们应该治伏邪的同时还要治新邪。这是治疗伏气温病的几个原则,那么,最后一个原则是一定要针对伏邪用药的。所以治疗伏气温病要从这四个方面下手。这样的话,伏邪的病因学说就真正有其临床指导价值。

赵进喜教授:

判断伏邪的种类,伏的是温邪,是湿邪,还是暑邪,最主要还得回到中医本身审症求因的基本临床思维方式,就是通过外在的临床表现,症状、体征、舌苔、脉象,然后推测内在的病因病机。假如冬天的时候,本来多寒邪致病,但如果得的病表现是温热,那就是温热,即冬温之类,天气再冷,也要按照温热来治疗。至于具体选方用药,表现是营血分的证候,就不要再用药翘散了,而是该凉血解毒,凉血散血;表现为气分证者,该用白虎汤就白虎汤,该用清瘟败毒饮就清瘟败毒

饮。实际上,分析前边到底伏了什么邪,邪伏在什么部位,一切都是要以临床表现为根据。

另外,伏邪发病确实有关体质,但体质与伏邪内涵不同。比如说体质是阴虚体质,到了春天,容易得风温,有表证,卫表不和,即为阴虚外感,属于新感,不是伏邪。但如果到了春天,患上春温,一发病没出现表证,直接出现高热不退气分证,甚至皮肤发斑营血分证,这时候就应该考虑存在伏邪。是伏邪还是新感,风寒还是风热,都是从临床表现来判断。认定某种疾病,一定是什么部位,伏着什么邪,往往是不可靠的。比如膜性痛经,平素这个人特别正常,一来月经,痛得就呼天抢地,甚至冷汗淋漓,四肢厥冷,上吐下泻,特定时期、特定阶段、特定诱因诱发的,这个时候就可以理解可能有伏邪。至于伏邪是寒邪,还是宿瘀,主要还是根据当时的临床表现决定的。

赵岩松教授:

温病的分类,分为新感温病和伏邪温病,二者发病特点、传变规律以及预后,都各有特点。伏邪理论,第一意义,就在于怎么能及时截断病情,不让这种危重症出现、发展下去,这是首要的。如果确定是伏邪温病,往往提示预后较差,我们可以提前使用截断方法。至于伏邪性质,在“温病”的范畴内,最后都是“热”,只要把这个“热”解决了就足够了。

5 总结

伏邪理论,渊源流长,是中医病因理论尤其是温病病因理论的重要组成部分。在中医病因理论的发展进程中,医家提出了诸多伏邪相关新学说,同时也导致伏邪概念被不断泛化。对此,我们应该客观、理性地认识。一方面要强调概念的规范化,避免伏邪无限泛化,另一方面也不要完全否认新说法的临床价值。伏邪发病的理论为中医认识诊治疾病提供了新的途径和方法,深入理解伏邪理论,对我们进一步诊治现代难治病具有重要的意义。

赵进喜教授简介

博士研究生导师,博士后工作站指导老师,师从中医内科学家王永炎院士、肾病糖尿病专家吕仁和教授和肾脏病理专家魏民教授。北京中医药大学东直门医院内科教研室主任,国家中医药管理局中医内科内分泌重点学科带头人,国家第三批名老中医药专家吕仁和教授学术继承人。

赵岩松教授简介

北京中医药大学教授,主任医师,全国第四批名老中医孔光一教授学术经验继承人,中华中医药学会感染病分会委员、中华中医药学会老年病分会委员,北京市中西医结合学会感染病分会副主任委员。主讲中医四大经典——温病学课程。曾赴新加坡南洋理工大学和新加坡中医研究院、奥地利维也纳医学院讲学。参与或主持省、部级、校级课题十余项,发表论文论著三十余篇。

贾海忠教授简介

原中日友好医院中西医结合心内科主任医师、教授, 硕士研究生导师, 全国第二批优秀中医临床人才, 为全国第三批名老中医史载祥教授的学术继承人。

齐文升主任医师简介

中国中医科学院广安门医院急诊科主任医师, 博士, 博士生导师。师从方药中教授从事中医基础理论研究。后又拜师薛伯寿教授, 深造中医临床。北京中医学会急诊分会副主任委员、北京中西医结合学会急诊分会副主任委员、中华中医急诊学会常委。国家中医药管理局急诊临床基地负责人、全国优秀中医临床人才、中国中医科学院中医急诊学学科带头人。

张玉平主任医师简介

中国中医科学院西苑医院眼科主任医师, 从事眼科临床、科研、教学工作 30 年, 中医世家, 擅于舌诊脉诊, 针药并用, 形成了一套成熟的疗效肯定的治疗方案, 如青少年近视、

干眼、角膜炎, 虹膜炎, 过敏性结膜炎、糖尿病视网膜病变、动脉硬化、黄斑病变等眼科疾病。发表学术论文 30 余篇, 合写论著 10 余部, 牵头局级院级课题 4 项。

刘宁副主任医师简介

中医内科学博士, 针灸推拿学硕士, 北京中医药大学东直门医院针灸科副主任医师, 第五批国家级名老中医刘景源教授学术传承人, 刘景源名医工作室负责人, 世界中医药学会联合会经方专业委员会理事, 北京中医药学会养生学会理事。

梁腾霄副主任医师简介

临床医学博士, 北京中医药大学东直门医院急诊科副主任医师, 师从著名中医内科专家姜良铎教授, 北京市级第四批名老中医学术经验继承人, 北京中医药大学抗击非典先进个人。现任北京中西医结合学会急诊分会秘书, 世界中医药学会联合会内科专业委员会委员。

(收稿日期: 2017-10-28)

(本文编辑: 董历华)

· 启事 ·

《环球中医药》杂志对优秀论文开设快速通道

为了响应并落实“广大科技工作者要把论文写在祖国的大地上”的号召,《环球中医药》呼应作者的需求,拟改善采编流程,对优秀论文开设快速通道、优先发表。

《环球中医药》为国家卫计委主管、中华国际医学交流基金会主办的中医药学术期刊,为中国科技核心期刊、《中国学术期刊影响因子年报》统计源期刊、美国《化学文摘》收录期刊。张伯礼院士任杂志总编辑。2017 年版《中国科技期刊引证报告(核心版)》上本刊影响因子 0.558。

1. 快速通道适用范围

- (1) 国家级科研基金资助课题的主要科研成果(请附课题计划书)。
- (2) 博士研究生学位论文研究的主要内容,科研成果部分和综述部分均可(请附博士生导师推荐信并签字)。

2. 优秀论文的基本要求

- (1) 原创性研究,适合论著类栏目刊发。
- (2) 科研信息量充分,图文丰富,非一个科研的切分发表。
- (3) 综述不低于 6000 汉字,40 条参考文献。

3. 优秀论文的优先处理流程

- (1) 拟申请快速通道论文由作者本人提出申请,以投稿方式在本刊在线采编系统注册投稿,课题计划书或导师推荐信附于稿件文档中。投稿成功后电话通知编辑部及时处理(010-65269860)。
- (2) 申请的论文首先由副总编/编辑部主任快速初审,符合进入快速通道要求的论文收取审稿费 200 元。
- (3) 及时送编委外审,投稿 2 周内完成外审并返回审核意见。
- (4) 已经通过外审的论文,发录用通知。并优先进入排版和编校流程。达到发表印刷质量的稿件,将安排在最近刊期。从发录用通知到见刊争取在 45 日内完成。

4. 版面费与稿酬

- (1) 稿件录用后按照每篇文章 3000 元付版面费,不收取加急费。
- (2) 论文刊发付第一作者稿酬。论著类文章每篇付稿酬 500 元,综述类文章每篇付稿酬 350 元。

《环球中医药》杂志社编辑部

2017 年 11 月 1 日