

◆思路研究论著◆

伏邪理论在心血管疾病中的运用

李艳阳¹, 吕仕超², 仲爱芹³, 张军平⁴

1. 天津中医药大学 2012 级硕士研究生, 天津 300193
2. 天津中医药大学 2011 级博士研究生, 天津 300193
3. 天津中医药大学 2012 级博士研究生, 天津 300193
4. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193

[摘要] 伏邪理论萌芽于《黄帝内经》, 充实、发展、完善与成熟于明、清时期, 及至现代, 运用伏邪理论指导临床疾病的治疗得到广泛的开展。伏邪, 即藏伏于体内而不立即发病的病邪, 分为狭义和广义伏邪。狭义伏邪是指伏气温病, 即外邪侵犯人体, 伏匿体内, 逾时而发的病邪; 广义伏邪是指一切伏而不即发的邪气。伏邪具有动态时空变化、隐匿潜藏、自我积聚、潜证导向等特征。心血管疾病各期符合伏邪致病的特点, 即急性期正不胜邪, 触动而发; 缓解期正能胜邪, 邪气内藏, 伏而待发。基于伏邪理论, 从中医学角度思考探讨心血管疾病的治疗, 为临床提供新的治疗思路。

[关键词] 伏邪; 心血管疾病; 冠心病; 病毒性心肌炎

[中图分类号] R54 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0001-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.001

伏邪, 即藏伏于体内而不立即发病的病邪。伏邪理论从萌芽到成熟经历了漫长的过程, 积淀了历代医家的理论与实践的精华, 蕴含着丰富的内容。笔者在继承的基础上将伏邪理论结合现代医学研究进展, 突破固有思维的束缚, 从中医学角度运用伏邪理论指导心血管疾病的治疗, 以期进一步提高临床疗效。

1 伏邪理论的渊源

1.1 伏邪理论的提出与形成 伏邪理论萌芽于《黄帝内经》。《素问·生气通天论》曰: “冬伤于寒, 春必病温”, 《素问·金匱真言论》曰: “藏于精者, 春不病温”, 《素问·热论》曰: “凡病伤寒而成温者, 先夏至日者为病温, 后夏至日者为病暑。”《黄帝内经》的这些理论描述了伏邪致病特点, 为后世伏邪理论的提出奠定了基础。晋·王叔和在《注解伤寒论·伤寒例》中云: “中而即病者, 名曰伤寒; 不即病者, 寒毒藏于肌肤, 至春变为温病, 至夏变为暑病”。“从立春节后, 其中无暴大寒, 又不冰雪, 而有人壮热为病者, 此属春时阳气, 发于冬时伏寒, 变为温病”, 明确提出温病的病机是伏寒化温, 同时指出伏邪的潜伏部位在肌肤。而隋·巢元方根据伏邪由内而

发而非表里俱发的特点, 认为伏邪潜伏部位在肌骨而非肌肤。伏邪理论初步形成, 但仍仅局限于伏寒、伏温, 未有发展。

1.2 伏邪理论的充实、发展、完善与成熟 至明、清时期, 伏邪的病因、部位和病机的拓展, 标志着伏邪理论的充实、完善。明·吴又可可在《瘟疫论》中明确提出了“伏邪”概念, 曰: “天地间别有一种异气所感, 伏于膜原, 发为瘟疫。”清·叶子雨指出, 伏邪可以是多种邪气的结合, 如《伏气解》云: “伏气之为病, 六淫皆可, 岂仅一端。”清·王燕昌认为, 多种病理因素均可成为伏邪, 如《王氏医存》云: “伏匿诸病, 六淫、诸郁、饮食、瘀血、结痰、积气、蓄水、诸虫皆有之。”清·柳宝诰认为, 伏邪的主要部位在肾, 如《温热逢源》云: “寒邪之内伏者, 必因肾气之虚而入, 故其伏也每在少阴。”而清·田云棧则指出了寒湿阴邪伏藏的部位和特点, 如《医寄伏阴论》云: “春夏感受寒湿阴邪, 不即为病, 伏于肺脾肾三经孙络, 乘人阴气内盛之时, 遂从阴化而发。”清·刘吉人在《伏邪新书》中云: “感六淫而不即病, 过后方发者, 总谓之曰伏邪。已发者而治不得法, 病情隐伏, 亦谓之曰伏邪。有初感治不得法, 正气内伤, 邪气内陷, 暂时假愈, 后仍作者, 亦谓之曰伏邪。”

[收稿日期] 2014-03-20

[基金项目] 国家自然科学基金项目 (编号: 81173244); 教育部高等学校博士学科点专项科研项目 (编号: 20121210110002)

[作者简介] 李艳阳 (1988-), 女, 硕士研究生, 主要从事中医药防治心血管疾病的研究工作。

[通讯作者] 张军平, E-mail: tjzhtcm@163.com。

有已治愈,而未能除尽病根,遗邪内伏,后又复发,亦谓之曰伏邪。”详细论述了伏邪的病机。

临床中的广泛运用,标志着伏邪理论的成熟与发展。《伏气解》、《伏邪新书》中不仅提出了许多伏气温病的具体病名,还有温病以外的病名,而且均有具体的治法方药。

及至现代,伏邪理论在理论发展方面虽没有重大突破,但运用伏邪理论指导临床疾病的治疗得到广泛的开展,主要有:非典型肺炎、哮喘、慢性阻塞性肺病等肺系疾病;冠心病、心肌炎等心系疾病;慢性乙型肝炎、肝硬化等肝系疾病;急、慢性肾小球肾炎、IgA肾病等肾系疾病;中风、艾滋病、白血病、成人Still病等^[1]。至此,伏邪理论已经形成了一套完整的理法方药体系。

2 伏邪理论的内涵

《中医大辞典》将伏邪定义为:藏伏于体内而不立即发病的病邪。但是,伏邪可分为狭义和广义。狭义伏邪是指伏气温病,即外邪侵犯人体,正气被束,不能托邪外出,使邪气得以伏匿,或伏于膜原,或伏于肌腠,或伏于脂膜,逾时而发;广义伏邪是指一切伏而不即发的邪气,即指七情所伤、饮食失宜、痰浊、瘀血、内毒等内在的致病因素^[2]。伏邪的特征主要有:动态时空,即随着时间的推移和机体内外环境的改变,伏邪可能发生由此发展为彼的改变,位置也会发生由浅入深或由深出浅的变化;隐匿,既包含有对伏邪特征和正邪交争态势的描述,又暗示特定的人体内外环境可以导致伏邪潜藏;自我积聚,即伏邪积聚到一定程度,超过发病阈值,就会发病;潜证导向,即指伏邪具有导致机体呈现潜证状态的特征^[3]。

3 伏邪在心血管疾病中的表现

心血管疾病(高血压病、冠心病、心肌梗死、心力衰竭、心律失常、病毒性心肌炎等)各期均符合伏邪致病的特点,即急性期正不胜邪,触动而发;缓解期正能胜邪,邪气内藏,伏而待发。有学者认为,动脉粥样硬化的漫长发病过程,符合伏邪“逾时而发”的发病特点,并提出结合中医学“治未病”理论,从无症期遏制伏邪从而预防冠心病的发病^[4]。此外,从脂质代谢异常导致高脂血症疾病的发生经历的长期过程,恰恰是伏邪“晚发”的特征。其在漫长的发病过程中多无明显症状,临床不易发现,符合伏邪“隐匿”特征。高脂血症是脂质代谢紊乱逐步加重、突破自身调控能力的结果,与伏邪“自我积聚”特征相合^[5]。

4 从伏邪论治心血管疾病

4.1 冠心病心绞痛 牟宗毅等^[6]搜集了444例冠心病稳定性心绞痛缓解期患者的临床资料,结果血瘀型401例(90.32%)、痰浊型203例(45.72%),胸痛、心悸、胸脘痞满;淡舌、胖大舌、紫黯舌、腻苔;细脉、脉沉等16项症状存在于冠心病心绞痛发病始终,提示其可能是痰瘀伏邪为患的症状基础。陈颖等^[7]认为,在本虚(气虚)的基础上,伏邪(伏痰、伏瘀)是冠心病心绞痛发生发展过程中的重要病理因素,痰瘀伏邪是心血管

疾病事件链的核心病机,基于痰瘀伏邪病因的中医药干预稳定性,心绞痛治疗方案能明显提高心绞痛疗效,减少心绞痛发作次数,改善生活质量。

4.2 冠心病血运重建 基于伏邪理论的冠心病血运重建后病机变化规律,主要是:邪毒内伏易致疾病反复,即体内残留的宿痰旧瘀与介入治疗产生的新生瘀血共同形成以瘀为主,兼有痰浊的邪毒,内潜心脉,伺机反复;心气亏虚为邪毒提供存在的内环境,即介入术后心气更虚,无力驱邪外出,致使邪毒留恋,使其长期潜藏成为可能,正所谓至虚之处,便是容邪之所;热毒为病情反复的诱发因素,即热毒贯穿疾病之中,既是病理因素,又是致病因素,是斑块易损和破裂的关键因素^[8]。常立萍等^[9]认为,支架的植入相当于人为的造成伏邪伏藏于内,极易出现痰浊和血瘀。进而基于国医大师任继学提出的“心病伏邪、蕴结成毒”的病因理论基础,总结出“以通为主,祛除伏痰、伏瘀以救心”的治疗法则,研制出具有益气活血、豁痰通络作用的参红化浊通络颗粒。临床研究表明,配合西药基础治疗,能够明显降低经皮冠状动脉介入(PCI)术治疗后冠心病再狭窄发生率及狭窄程度,减少心绞痛发作以及心肌梗死再发率和心衰患病率,明显改善胸闷痛、心悸、乏力等症状,提高患者生存质量。

4.3 病毒性心肌炎 王小玲等^[10]认为,病毒性心肌炎由于误诊误治,错过最佳治疗时期,或驱邪不尽使邪毒伏藏于里,当邪毒积累到一定阈值,或每遇机体抵抗力下降时,疾病则易反复。余毒内藏、气阴两虚的内环境、外邪诱发,是病毒性心肌炎伏邪为病的三大基本要素。邪毒伏藏是病毒性心肌炎的基本病机之一,清除伏邪是治疗病毒性心肌炎的关键所在。首先对于余毒内藏,应强调祛邪务要彻底,不应过早弃用清热解毒之品;其次针对伏邪存在的气阴两虚内环境,应用益气养阴之品以匡复正气;最后,针对诱因,平素注意生活起居,防寒保暖,杜绝外邪内侵。

5 结语

现代疾病谱发生了根本性的变化,传染病、寄生虫病的主导地位已经被心脑血管病、恶性肿瘤等慢性非传染性疾病所取代,能够运用伏邪理论进行论治的疾病也越来越多。因此,把握伏邪在各期病证中的病理机转,发挥中医药在预防、治疗乃至康复中的整体调节作用,指导临床实践,提高临床疗效。

[参考文献]

- [1] 罗思宁.伏邪学说的理论发展与临床应用[J].中医学报,2012,27(12):1600-1601.
- [2] 丁宝刚,张安玲.伏邪理论初探[J].山东中医药大学学报,2010,34(1):38-40.
- [3] 张鑫,张俊龙,郭蕾,等.伏邪特征的诠释[J].中医研究,2006,19(4):11-14.
- [4] 胡旭,周慧敏.运用伏邪学说对冠心病早期防治探讨[J].

- 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(5): 24-25.
- [5] 罗威, 盖国忠, 任继学. 伏痰与高血脂血症相关性初探[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(3): 171.
- [6] 牟宗毅, 张茂云, 陈颖. 冠心病稳定性心绞痛痰瘀伏邪本质探索[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(4): 711-712.
- [7] 陈颖, 邓悦, 崔英子, 等. 基于痰瘀伏邪病因的中医药干预稳定性心绞痛的方案研究[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(5): 939-941.
- [8] 丁义, 吕仕超, 彭立, 等. 基于伏邪理论探析冠心病介入术后病机[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(3): 530-531.
- [9] 常立萍, 邢笑佳, 邓悦. 伏邪理论指导治疗血管重建术后冠状动脉粥样硬化性心脏病临床疗效研究[J]. 环球中医药, 2012, 5(9): 669-672.
- [10] 王小玲, 张军平, 吕仕超. 病毒性心肌炎从伏邪论治探析[J]. 中医杂志, 2011, 52(10): 826-827.

(责任编辑: 黎国昌)

基于肺脾两虚的慢性阻塞性肺疾病营养不良理论探析

孙杰^{1,2}, 韩敏娟¹, 曹鹏鹏¹

1. 甘肃中医学院中医临床学院, 甘肃 兰州 730000

2. 甘肃中医学院附属医院呼吸科, 甘肃 兰州 730020

[摘要] 营养不良是慢性阻塞性肺疾病(COPD)常见并发症, 是COPD预后不良的独立危险因素。基于中医学理论分析, 肺脾两虚是导致COPD营养不良的重要病机, 其中: 肺气虚是内在基础; 脾气虚是关键环节; 肾气虚是必然结局。肺脾两虚理论为COPD并发营养不良早期治疗提供了新的研究思路 and 方向。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 营养不良; 肺脾两虚;

[中图分类号] R563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0003-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.002

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)是一种可以预防和可以治疗的常见疾病。其特征是持续存在的气流受限, 气流受限呈进行性发展, 伴有气道和肺对有害颗粒或气体所致慢性炎症反应的增加。急性加重和合并症影响患者整体疾病的严重程度。由于其患病人数多, 死亡率高, 社会经济负担重, 已成为一个重要的公共卫生问题。近年对我国成年人群进行调查, COPD患病率占40岁以上人群的8.2%, 其患病率之高十分惊人^[1]。在我国的主要致死病因中排第3位(17.6%), 是危害我国公众健康的主要疾病之一^[2]。

随着对COPD研究的深入, 目前已经认识到COPD的异常炎症反应不仅仅局限于肺部, COPD患者存在全身性、系统性的不良效应^[1,3]。COPD的全身不良效应具有重要的临床意义, 它可引起和(或)加重各种并发症及合并症, 加剧患者的活动能力受限, 使生活质量下降, 预后变差。不仅增加住院率和

医疗负担, 更会增加病残率及病死率, 近年来已成为研究的热点问题。

1 营养不良是导致COPD加速恶化的重要因素

营养不良是COPD的常见并发症, 是COPD预后不良的独立危险因素^[4]。营养不良损害患者的免疫功能, 使患者易遭受各种感染、减少呼吸肌的储备能力等, 是导致COPD患者呼吸衰竭的重要原因之一, 并发肺心病、心力衰竭发生率均明显升高^[5], 在老年患者中尤其如此^[6]。研究表明, 20%~70% COPD患者出现体重低于理想体质量的10%^[7]。我国约有60%的COPD患者存在营养不良。2010年NICE所颁布的《在初级和二级医疗系统中稳定期COPD的管理指南》提出了对多维严重度评估的需求, 营养支持正是其中重要的一环^[8]。2013年更新的中国《COPD诊治指南》^[1]、2013年慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GOLD)都相继提出了营养支持在COPD治

[收稿日期] 2014-03-20

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(编号: 81360539)

[作者简介] 孙杰(1972-), 男, 医学硕士, 副教授, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合呼吸病教学与临床。