

· 理论研究 ·

“伏毒”新识

周仲瑛*

(* 南京中医药大学,江苏省南京市汉中路282号,210046)

摘要 以“伏邪”及“苛毒”发病说为依据,提出“伏毒”论,认为“伏毒”以伏而不觉,发时始显为特点,正虚是毒伏的基础。“伏毒”既可外受,亦可内生,涉及外感内伤多类疾病,特别是对急难病症的辨治,“伏毒”论更有重要的临床价值。

关键词 伏毒/中医理论

“毒”是中医病因学说中一个特定的词义,意指病邪的亢盛,病情的深重,病势的多变,既可因多种病邪蕴酿形成,也可为特异性的致病因子伤人为病,表现为一毒一病,传统多用于温热病范围,现今已进一步广泛应用于多种疑难急症。但如何界定毒与非毒,从外感的毒延伸到内生的毒,从感而即发的毒到伏而后发的毒,从伏气温病延伸到内生伏邪,对指导临床实践,深入发展中医学理论,均有极为重要的学术价值。笔者在临床实践中体会到,伏而后发的毒与中医学传统的“伏邪”学说密切相关,并且认为不应单纯把“伏邪”囿于温热病范围,它在内伤杂病中有更重要的实用意义,内生伏毒,潜藏人体,待时而发者尤为多见。故倡“伏毒”专论,并予初步探讨。

1 “伏毒”的基本概念

“伏毒”是指内外多种致病的邪毒潜藏人体某个部位,具有伏而不觉,发时始显的病理特性,表现毒性猛烈,病情危重,或迁延反复难祛的临床特点。其发病多为伏藏的邪毒遇感诱发,如外感新邪,饮食劳倦,情志刺激,胎产伤正等。发病迟早不一,缓急有别,且可因病、因人而异。

“伏毒”一词,究其原委,“伏者,匿藏也,所谓‘伏邪’指藏于体内而不立即发病的病邪”(《中医大辞典》)。源于王叔和“寒毒藏于肌肤,至春变为温病,至夏变为暑病”。明·汪石山则正式提出温病有新感与伏气两类。认为伏气温病为感受外邪,伏藏体内,过时而发,由里外达。毒的概念出自《素问·生气通天论》“苛毒”说,意指毒气严重剧烈的病邪,故一般解释为邪盛谓之毒,如尤在泾说“毒者,邪气蕴蓄不解之谓”。笔者认为伏邪既有外受,亦可内生,不能囿于伏气温病一端,而毒之为病亦有外受、内生之别,不应理解为仅指外毒,目前有人借用现代医学理论而倡“内毒”论,但笔者对

内生“伏毒”的立论则源于中医理论的“伏邪”与“苛毒”说,且可涵盖现代医学的“内毒”论。临床所见,许多急难病症每多具有“伏毒”的病理特点,据此理论采用相应的治疗原则,确能有助于提高疗效,拓宽思路,显示“伏毒”的学术价值。

2 “伏毒”的成因

“伏毒”的病因虽然复杂,然概而言之,不外内外两端,既可由外而感,亦能从内而生,或两者相因为病。

外感“伏毒”与通称之伏气温病类同。一是由六淫蕴酿而成;一是感受天地间的一种戾气,表现为一气一病,有其特异性。而六淫亦可夹时行之戾气伤人,且其为病更凶。当其侵犯人体后,由于人体正气难以立即产生对应性抵抗,“伏毒”亦尚难损正发病,正邪尚能对峙相安共处,但邪毒深伏于内,必然损伤脏腑,暗耗正气,邪盛正怯,或复加新感引触,则“伏毒”乘势从里外发而为病。而潜藏时间的长短可随病而异。

内生“伏毒”常始于微而成于著,是在多类内伤疾病发展过程中,因多种病理因素,如湿、热、痰、瘀等蓄积体内,不得化解,转酿为毒,伤害脏腑功能,导致实质性损害,虚实互为因果,形成质变,藏匿深伏,性质多端,且可交错为患,每因多种诱因自内外发而为病。

内外二毒不仅能单独致病,且能内外相引,因果错杂为患。如外感伏毒类疾病,在其病理演变中,可以酿生热毒、湿毒、火毒、瘀毒、痰毒、水毒等多类性质的内毒。内生伏毒类疾病,在其未发之前,多有正气不能达邪外出的潜在病理特点,若再感外毒,则可乘势外发,病理性质多端,病势更为复杂多变。

3 “伏毒”的病理基础

“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”。这是中医发病学的基本观点,而在“伏毒”致病方面尤为重要。即无论外毒、内毒,正虚是邪伏的基础。

由此可知,“伏毒”为病总以人体正气先虚、脏腑阴阳失调为前提。如先天禀赋薄弱,胎中遗传,精气亏耗,卫外不固,或因机体具有某一方面的自身缺陷,感受相关特异性外毒,潜藏深伏,遇感诱发,涉及中医所称之“胎毒”类疾病,如天花、麻疹及乙肝垂直传播等;而自身禀赋的缺陷,脏腑功能失调,更与内毒的形成和致病

密切相关,如系统性红斑狼疮的营血伏毒、支气管哮喘的宿根:伏痰、类风湿的风寒湿热痰瘀酿毒,均可由某些诱因而触发,且可随着病情的进展,从功能失调至损及脏腑实质。

总之,“伏毒”是在正虚的基础上,复加内外多种致病因子的侵袭而酿成。外有六淫、秽浊、疫疠等邪,内有“五气”及痰瘀之滞,以及一毒一病,一毒多病之异,故其病理因素多端,病证性质不一。概言之,有风、寒、火(热)、燥、湿、痰、水、瘀(血)等多类,且可兼夹、转化,如热毒化火,则为火毒;火热煎灼,与血相搏,则为血毒、瘀毒;瘀毒里结,气化失司,则水毒内生;火动风生,风火相煽,则为害更甚;湿遏热伏,湿热稽留,则病势缠绵;痰瘀互生,胶结同病,则尤为痼结。

4 “伏毒”的脏腑病位

“伏毒”发病的基本特点就是由里外发。具体而言,涉及的脏腑病位,非常广泛,邪伏有深有浅,有轻有重,虽然辨证体系不一,分类方法多端,但只要根据临床表现,审证求机(因),综合应用,自能指导辨证定位。

从六经辨证而言,有发于少阳、阳明、少阴、厥阴等经的不同;从卫气营血辨证而言,轻者发自卫、气,重者发自营、血,且以血分为主;从三焦辨证而言,又有上中下三焦之别,且以肝肾为重点,因肝肾精气亏虚,是“伏毒”内陷潜藏的重要内因。至于俞根初所指的邪伏募原,其病位类同于少阳的半表半里,当亦属伏气温病之类,为湿热秽浊杂感伤人,且可有达表、入里之传变。

从上可知,“伏毒”的所在病位有其广泛性,病及脏腑经络气血,甚至还包括鲜为人知的脑腑、骨髓之毒。故章虚谷用“至虚之处便是容邪之处”来解释伏气温病。而且不同的“伏毒”其致病脏腑还有其特异性,如乙肝病毒的嗜肝性,对肝脏的侵袭损害就有它的特性。

5 “伏毒”的病性特点

由于“伏毒”有伏而不觉和发时始显的双重特性,因此它既有隐伏缠绵暗耗等属阴的一面,又有暴戾杂合多变等属阳的一面,而阴阳两类特性又常交叉并见,这种阴阳交错的病性,决定了“伏毒”的难治性。

5.1 隐伏:无论外受、内生之毒,只要是伏而不发,待时再动,都属处于隐蔽状态,此时正气虽无力发挥对抗性祛邪反应,邪毒亦尚难伤正致病。若积久正气渐衰,伏毒渐盛,或复加其他诱因引触,则“伏毒”自里外发而为病。“伏毒”伏藏时间的长短与是否发病,既与“伏毒”不同类别的特性有关,还与人体自身的抗邪能力,正邪之间的强弱有关,如乙肝病毒携带者,有的可以突发,有的可以积久生变,有的可以长期相安共处。感染艾滋病毒后,通常不会立即发病,可能在感染6个月后,甚

至长达10年之久才有症状发生,而一旦发病则病重多变。至于现今所说的潜伏期,主要着眼于不同病原体的性质,并不是强调邪正抗争的结果,故应另作别论。

5.2 缠绵:由于“伏毒”病位广泛,病性多端,正邪混处,胶着难解,毒留难净,潜于脏腑经隧,深入骨髓血脉,故既迁延难愈,又常伺机反复发作,甚至屡发屡重。如慢性肝炎、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎,以及伏气温病中的湿热类温病等。

5.3 暗耗:“伏毒”虽然隐匿潜藏,但非静止不动,它有一个氤氲、弥漫到鸱张的过程,随着时间的久延,必然损伤脏腑精气,暗耗气血津液,脏腑体用皆伤,以致正虚毒郁,每受诱因而触发。

5.4 暴戾:“伏毒”久羁,可因毒盛正怯,或正邪激烈抗争,而致急性暴发,病势凶猛,病情乖戾无常,难拘一格,毒盛必致正气溃败,正胜则毒伏于里,处于相对稳定状态,待机再动,表现为作止无常,甚至突变。

5.5 杂合:由于“伏毒”不仅有外受、内生之别,其病位有它的广泛性,病理因素有它的多样性,不同病性的毒有它的因果关联性,因而其主病脏腑不一,病理传变无常,往往阴阳交错,虚实夹杂,多脏并病,证候表现难以定格。

5.6 多变:“伏毒”为病,虽然总以由里外发为基本病理特点,但其具体传变,可以有六经、三焦、卫气营血的不同表现,涉及脏腑病位各异,还有一毒一病的特异性,病情有发作与隐伏的交替性,邪正消长多变,发时不仅以从里出表为主,同时还可见表里分传,“伏毒”内陷之变。

总之,“伏毒”所具病性特点,可以为明确界定毒与非毒的界限,并提示“伏毒”类疾病的难治性。外受伏毒其发病暴戾,病势多变;内生伏毒则屡治屡发,正虚毒恋。

6 “伏毒”的辨治要领

通过对“伏毒”的理论探析,显示了它在中医发病学方面的特殊意义,临床涉及到外感、内伤多类疾病,特别是对急难病症的辨治更有其实用价值。约而言之,其辨证原则有五:一辨毒的外受、内生;二辨毒的阴阳属性,及其相关病理因素;三辨所在病位及其病理传变;四辨毒的特异性或普遍性,是一毒一病(如乙肝病毒),还是一毒多病,如热毒、瘀毒;五辨邪正的标本缓急及其动态变化。治疗应以祛毒护正、化解透托为原则。其具体治法当参照温病的卫气营血、三焦,伤寒的六经,内科的脏腑气血津液辨治。现仅针对“伏毒”病位特点,择其要者述之。

凡邪毒阻于半表半里,湿热郁蒸,枢机不和,寒热

往来,或高或低,起伏不定者,治以和解清透,方如小柴胡汤、蒿芩清胆汤;若邪伏募原,湿热、秽浊杂感伤人,憎寒壮热,头痛身疼,苔如积粉,治以疏利宣达,方如柴胡达原饮;若湿热内郁,表里俱热,头痛,呕秽,胸膈胀闷,心腹疼痛,口渴,身疼,烦躁不宁者,治以升散透泄,方如升降散;若热毒里结,气血两燔,大热,渴饮,烦躁,谵妄,昏狂,或发斑吐衄,舌绛唇焦者,治以清热泻火、凉血解毒,方如清瘟败毒饮。临床可衡量气、营、血的偏重及其兼症而配药;若寒毒内陷,深伏少阴,阳不外达,难从热化,小腹疼痛,恶寒,面青肢厥,舌淡脉伏者,又当助阳破阴,方如四逆汤;若兼表实者,麻黄附子细辛汤;若正虚毒恋,无力抗邪,病虽隐而不发,但迁延日久,易生他变,故扶正托毒尤为重要,扶正多以益气、养阴为主,如党参、黄芪、生地黄、麦冬等,托毒则需视“伏毒”的不同性质而采用相应治法方药。

笔者以“伏邪”学说及“毒者邪气蕴蓄不解之谓”为依据,提出“伏毒”论。认为“伏毒”既涵盖外感之毒,现今所指的某些感染性疾病,如非典型肺炎、乙肝、巨细胞病毒感染等,更强调内生“伏毒”的广泛性,它涉及到免疫性疾病、结缔组织病、肿瘤及某些遗传性疾病。且总以伏而后发为其特点。正虚是“伏毒”的病理基础,从而阐发了中医学有关先天禀赋及遗传因素在发病学方面的重要意义,这对理论的深化和创新,拓宽临床辨证思路,提高诊疗水平,将会有所裨益。

7 病案举例

例1:蒋某,女,27岁,2005年5月11日初诊。患红斑狼疮10年,既往常服用激素,最近又服用1个月,现已停药,目前面部红斑明显,呈蝶形分布,鼻准亦有皮损,痒痒难忍,出血方舒,面部毛囊粗糙,背部、手臂、足掌常发皮疹、瘙痒,大便正常,带下有血色,舌质红,舌苔黄,脉细滑。查自身抗体:抗SSA(+),SSDNA(+),dsDNA弱阳性。尿常规:蛋白(+).拟从风邪遏表,营血伏毒,肝肾阴虚治疗。处方:水牛角片20g(先煎),赤芍12g,牡丹皮10g,生地黄15g,玄参12g,狗舌草20g,熟大黄5g,苍耳草15g,地肤子20g,紫草10g,漏芦15g,地龙10g,苦参10g,鬼箭羽15g,露蜂房10g,墓头回10g,每日1剂,早晚煎服。

2005年6月8日二诊:两侧颧部红斑减轻,鼻准有痒感,两手臂皮肤破损痒痒,服药曾见便溏,舌质红,舌苔黄,脉细滑。原方去熟大黄,加凌霄花10g,制黄精10g,白鲜皮15g,土茯苓20g,用法如前。

2005年7月13日三诊:颧部红斑基本向愈,毛囊粗糙好转,色素褐斑明显,鼻准红斑尚难全消,食纳知味,大便偏溏,手臂仍有皮疹红斑,月经后期,舌质红、

舌苔黄、脉小滑。尿蛋白(-)。原方去熟大黄,加菝葜20g,凌霄花10g,制黄精10g,白鲜皮15g,土茯苓20g,用法如前。此后守方稍予加减善后。

本病乃属内生“伏毒”为患,火热毒邪伏于营血所致,有如章虚谷所说:“热闭营中,故多成斑疹”。故以清营凉血为法,透营分之热毒。方以犀角地黄汤为基础,再配紫草、凌霄花、苍耳草清热泻火、凉血活血、解毒透邪,地肤子、白鲜皮、苦参清热祛湿。因病经10年,“伏毒”已深,故伍以漏芦、地龙、露蜂房、黄柏、墓头回等增强清热解毒的功效。由于热毒深伏营分,势必伤阴耗血,损及肝肾,故配黄精、玄参、生地黄等养阴清热,在凉血解毒的基础上,兼顾其本。三诊后,面颧部红斑基本向愈,毛囊粗糙好转,仅鼻准红斑尚未全消,继用上法加减,得以稳定巩固,临床痊愈。

例2:叶某某,女,28岁,2004年6月3日初诊。乙肝病史近3年,查乙肝两对半大三阳。近期查ALT128.31IU/L,HBV-DNA(+),目前自觉症状不显,疲劳乏力,夜晚口干,小便黄,舌质暗,舌苔薄黄腻,脉细滑。治拟清化湿热瘀毒,调养肝脾。处方:醋柴胡5g,升麻6g,苦参10g,垂盆草30g,蒲公英15g,田基黄15g,茵陈12g,广郁金10g,野菊花12g,叶下珠20g,鸡骨草15g,虎杖15g,太子参12g,焦白术10g,赤芍10g,枸杞10g,每日1剂。

2004年8月2日二诊:初服上药周身乏力,续服则无不适,肝区不痛,纳可,小便黄,舌质暗红,舌苔薄黄腻,脉小弦滑。方加制香附10g,炙甘草3g,每日1剂。

2004年9月30日三诊:复查乙肝两对半HBSAg(+),抗HBC(+),HBV-DNA 3.64×10^3 ,A/G=1:4,余无异常。因倦欲寐,小便时黄,大便正常,夜晚口干,舌质偏红,舌苔薄黄腻,脉小滑。再予化湿健脾、清肝解毒治疗。处方:太子参10g,焦白术10g,茯苓10g,炙甘草3g,茵陈10g,垂盆草30g,蒲公英15g,叶下珠20g,野菊花20g,田基黄15g,枸杞10g,每日1剂。

2005年1月13日四诊:复查肝功能均已正常,HBV-DNA 1×10^3 。寐差易醒,二便正常,纳可,舌质暗红,舌苔薄黄腻,脉细滑。以2004年9月30日方中加土茯苓20g,夜交藤20g,炒黄芩10g,墨旱莲10g,炙女贞子10g,每日1剂。

此例系外感“伏毒”,湿热瘀毒蕴结在肝,故治予疏泄透毒,调养肝脾。药用柴胡、升麻等疏肝透毒;垂盆草、蒲公英、田基黄、茵陈、广郁金、野菊花、叶下珠、鸡骨草、虎杖等清热解化湿;太子参、焦白术、赤芍、枸杞调养肝脾。药后肝功能全部正常。

(2006-10-18收稿)