

· 思路与方法 ·

病毒性心肌炎从伏邪论治探析

王小玲¹ 张军平^{2*} 吕仕超³

(1. 天津中医药大学 2009 级硕士研究生, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 3001931;

2. 天津中医药大学第一附属医院; 3. 天津中医药大学 2008 级硕士研究生)

基金项目: “十一五”国家科技支撑计划资助项目(2007BAI20B073)

* 通讯作者: tjzhtcm@163.com, (022) 27432016

[摘要] 通过对伏邪理论的分析研究, 结合病毒性心肌炎诊断及治疗现状, 提出了伏邪内藏是病毒性心肌炎的基本病机之一, 并提出从伏邪论治病毒性心肌炎。

[关键词] 病毒性心肌炎; 伏邪; 失治误治

1 伏邪理论的渊源

伏邪理论源于《黄帝内经》, 如《素问·生气通天论》云: “冬伤于寒, 春必病温”, 《素问·金匱真言论》亦云: “藏于精者, 春不病温”。虽未明确提出伏邪的概念, 但描述了伏邪发病的过程, 为后世“伏邪学说”奠定了理论基础。至西晋王叔和整理《伤寒论》, 提出了“伏寒化温”, 用于阐发温病的病机, 同时提出伏邪的潜伏部位在肌肤。而隋代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。至此伏邪的病因还是局限于伏寒、伏温, 未有拓展。

明清时期是伏邪理论发展的鼎盛和成熟时期。吴又可可在《温疫论》中明确提出了“伏邪”概念, 柳宝诒在《温热逢源》中专门论述了伏气温病, 认为伏邪潜伏部位在少阴, 认识到“少阴先虚, 肾不藏精”, 正气不足是伏邪潜伏的主要原因。刘吉人的《伏邪新书》、田云槎《伏阴论》、叶子雨《伏气解》标志着伏邪理论的深入发展和成熟。此时伏邪的定义不仅仅局限于春温伏暑, 病种也不仅仅局限于温病。

2 伏邪理论的内涵

2.1 伏邪的范畴

早在《黄帝内经》时期就有伏邪多样性的论述, 如《素问·阴阳应象大论》云: “冬伤于寒, 春必病温; 春伤于风, 夏生飧泄; 夏伤于暑, 秋必痄疰; 秋伤于湿, 冬生咳嗽”, 提出了风寒暑湿均可伏邪。清代《伏邪新书》分别阐述伏燥、伏寒、伏风、伏湿、伏暑、伏热, 把伏邪的范畴扩大至六淫。清代王燕昌《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。”提出了伏邪不仅包括六

淫, 还包括伏痰、伏饮等各种病理产物和致病因素。

2.2 伏邪的特点

伏邪具有“动态时空”、“隐匿潜藏”和“自我积聚”的特征^[1]。伏邪的“动态时空”特征与伏邪的“隐匿潜藏”和“自我积聚”特征密不可分。其“动态时空”特征是通过“隐匿潜藏”和“自我积聚”表现的。“隐匿潜藏”的特征说明伏邪潜伏时间上有留连、晚发的特点, 伏邪潜伏空间上有深层潜藏的部位特点; “自我积聚”特征说明, 随着时间推移, 伏邪的性质、强弱、部位、伏邪导致的疾病发生着动态变化。

3 伏邪理论与心血管疾病的相关性

随着疾病谱的变化, 能够应用伏邪理论进行论治的疾病也随之增多。胡旭等^[2]认为, 动脉粥样硬化从病变开始到表现出明显的临床症状过程漫长, 符合伏邪学说“逾时而发”的发病特点。其提出结合中医“治未病”理论, 从冠心病早期即无症状期遏制伏邪从而预防冠心病的发病。罗威等^[3]认为, 高脂血症除具“痰浊”的典型特征外, 其“伏痰”特征更加明显: 从脂质代谢异常到导致高脂血症疾病的发生必须经历长期的过程, 这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, 与伏邪自我积累特征相合。因此, 应从伏邪理论出发, 开展高脂血症的各项研究。

在临床前期伏邪内藏, 蕴结成毒, 伏于血络, 而正能胜邪, 邪气内藏, 伏而待发; 临床期(急性期或发作期) 正不胜邪, 触动而发; 缓解期(稳定期) 正能胜邪, 邪气内藏, 伏而待发(低水平的平衡)。这是许多

心系疾病的共有机制或通路,因此,在各期病证的治疗中,把握伏邪的病理机转,有利于发挥中医药特色疗法在预防、控制、调节乃至康复目标的整体效应,指导临床实践。

4 从伏邪论治病毒性心肌炎

刘吉人《伏邪新书》云:“感六淫而即发病者,轻者谓之伤,重者谓之中。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。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。”明确指出了失治误治导致邪毒留恋,伺机为病。

4.1 病毒性心肌炎诊治现状

病毒性心肌炎由于早期缺乏特异性检查,且病毒性心肌炎患者病毒检测阳性率较低,临床上容易误诊漏诊,易把急性病毒性心肌炎心电图出现急性心肌梗死样改变误诊为急性心肌梗死。此外,临床上也将一些表现为胸部症候群的功能性疾病误诊为病毒性心肌炎。病毒性心肌炎之所以会误诊漏诊,归根结底是难以确诊。病毒性心肌炎的诊断须建立在有心肌炎的证据和病毒感染的证据基础上。由于患者早期的临床表现、体征及相应实验室检查结果均缺乏特异性,临床上确诊相当困难,成人《病毒性心肌炎诊断标准》虽经3次修订,仍不尽如人意。心内膜心肌活检被认为是诊断病毒性心肌炎的“金标准”,国内自1981年起陆续开展经导管心内膜活检,但仍存在以下几方面的问题:有创检查,难以普及;安全性有待评价;取材部位及时间存在争议;病理诊断标准不统一。病毒性心肌炎因误诊漏诊导致的失治误治也是亟需解决的问题之一。

4.2 失治误治致邪毒伏藏,反复而作

病毒性心肌炎诊断的不确定性导致了误诊漏诊,进而导致了失治误治。钟莲芳等^[1]分析187例急性心肌炎患者非典型临床表现:以咳嗽、气促或喘息等呼吸道症状为主者86例,易误诊为肺炎并心力衰竭;以呕吐、腹泻、纳差、腹痛等消化系统症状为主要表现者54例,易误诊为胃肠炎、肠套叠或肠道蛔虫症等;出现晕厥、抽搐、意识障碍等19例,易误诊为癫痫或脑炎;以发热肌痛、纳差、精神差等全身中毒症状为主要表现者12例,而心脏受损表现较轻或缺如,易误诊为败血症、急性上呼吸道感染、肠伤寒、川崎病等;颜面、下肢水肿、少尿者11例,尿常规检查异常,易误诊为肾炎、泌尿系感染;其他少见表现者,剧烈胸痛3例,关节痛2例。

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。在病毒性心肌炎发病的不同阶段,病毒感染心肌的方式和作用有一定的差别。但无论在急性和亚急性期抑或慢性期,都存在病毒的持续复制。目前研究已证实,扩张型心肌病患者带有病毒信号,肯定了病毒性心肌炎是扩张型心肌病的前驱疾病这一临床现象,虽病毒RNA可持续存在,然其毒力和完整性尚有待于进一步评价。这种病毒和病毒信号即是伏邪之一,伏藏于心肌之中,当患者感冒或遇其他诱因引动伏邪,病情则反复缠绵难愈。

4.3 清除伏邪是治疗病毒性心肌炎的关键

失治误治导致邪毒留恋、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。病毒性心肌炎系由外感邪毒侵心,毒热内蕴,损伤心脉所致。邪毒侵心每与正气不足有关,即所谓:“邪之所凑,其气必虚”,治疗以祛邪为原则,解毒护心为其常法,强调祛邪务要彻底,不应过早弃用清热解毒之品,注意诊察有无余毒留恋,彻底清除余毒,以控制病毒反复感染;同时要根据患者的素体禀赋和临床表现,因人因证施治,祛邪勿伤正。病毒性心肌炎患者后期常以气阴两虚证为主,此时治疗当以益气养阴为主。气阴损伤不仅是病毒性心肌炎发病的内因,还是病变的必然结果。现代药理研究也表明,益气养阴类中药能有效提高心肌收缩力,有强心作用,同时还能增强心肌对病毒、毒素及免疫反应的耐受力。此外,对于伏瘀者佐以活血化瘀,诸法合用,遣药组方,可发挥中医药的优势。总之,病毒性心肌炎作为临床常见疑难病,其诊断和治疗都存在很大争议,造成了大量的误治失治,使邪毒留恋伏藏、伺机而发,反复为病。这与“伏邪为病”不谋而合,伏邪内藏是病毒性心肌炎的基本病机之一,伏邪理论可以指导病毒性心肌炎的诊断及治疗。

参考文献

[1]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.
[2]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.
[3]罗威,盖国忠,任继学.伏痰与高脂血症相关性初探[J].中国中医基础医学杂志,2009,15(3):171.
[4]钟莲芳,李双杰.小儿急性性心肌炎的非典型表现(附187例分析)[J].临床误诊误治,2009,13(1):26. <http://www.cnki.net>

(收稿日期:2010-12-15;修回日期:2011-02-25)

[编辑:黄健]