

## • 学术探讨 •

## 从“伏邪学说”论述慢性乙型肝炎从肾论治的理论渊源

聂红明\* 董慧琳 高月求 陈建杰 王灵台

上海中医药大学附属曙光医院, 上海市浦东新区张衡路 528 号, 201203)

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81001492); 上海市青年科技启明星计划项目(11QA1406700);

上海市卫生局新优青培养计划(XYQ2011066); 上海高校创新团队建设项目(第一期)

\* 通讯作者: beining0630@126.com, 13795433078

[摘要] 乙型肝炎病毒在感染后潜伏于人体内, 大多伏而不发, 因无症而难辨, 但当肝炎处于活动期时, 症状明显, 这与“伏气”的认识相一致。从乙型肝炎病毒致病与中医“伏气”学说的比较分析, 认为慢性乙型肝炎从肾论治蕴含“扶正托毒”思想, 从而丰富了慢性病毒性肝炎的中医病机学说和治则治法。

[关键词] 伏邪学说; 慢性乙型肝炎; 从肾论治

中医临床疗效的提高源于理论的创新, 而理论的创新源于临床实践的总结。早在 20 世纪 70 年代, 我们就提出了慢性乙型肝炎从肾论治的观点, 并经基于循证医学的临床研究证实了其有效性, 丰富了慢性乙型肝炎中医病机学说和治则治法, 也是对中医“肝肾同源”理论的发展和阐释。慢性乙型肝炎从肾论治理论的提出是从病机和治法上的创新, 需要形成一个完善的理论体系, 需要形成病因—病机—治法上的一体化。然而乙型肝炎的中医病因至今也无定论, 概以湿热疫毒统之。中医是“审证求因”, 即以各种病证的临床表现为依据, 通过分析疾病的症状、体征, 找出其病因病机。为进一步完善“慢性乙型肝炎从肾论治”的理论体系, 本文将结合慢性乙型肝炎的发病特点和临床表现, 从“伏邪学说”这一病因学的角度论述“慢性乙型肝炎从肾论治”的理论渊源。

#### 1 慢性乙型肝炎的发病特点与慢性乙型肝炎从肾论治理论的提出

##### 1.1 慢性乙型肝炎的发病特点——发则有证可辨, 伏则无机可循

慢性乙型肝炎是由乙型肝炎病毒(HBV)引起的一种流行性、进展性传染病, 是引起终末期肝病的主要原因之一<sup>[1]</sup>。HBV 感染引起全球严重健康问题, 全球每年有近 500 万患者死于 HBV 相关疾病<sup>[2-4]</sup>。我国是病毒性乙型肝炎中等程度高发区<sup>[5]</sup>, 根据 2006 年全国 HBV 感染者血清流行病学调查 1~59 岁人群中 HBsAg 的流行率为 7.18%

我国每年死于乙型肝炎相关性疾病者约为 30 万人, HBV 感染为我国危害最大的公共卫生问题之一<sup>[6]</sup>。

慢性乙型肝炎一般属于中医的“肝着”、“湿阻”、“黄疸”、“胁痛”等范畴, 中医认为, 慢性乙型肝炎由湿热疫毒之邪内侵, 郁伏于内, 耗伤正气, 逾时而发, 即当人体正气不足无力抗邪时而发病, 常因外感、情志、饮食、劳倦而诱发本病。病机特点是湿热疫毒隐伏血分, 常表现为湿热蕴结证; 因肝主疏泄, 喜条达, 如若情志不畅即可引发肝郁气滞证; 因肝病传脾、或湿疫伤脾, 即可导致肝郁脾虚证; 因肝肾同源、或热毒伤阴、或郁久化火伤阴皆可导致肝肾阴虚证; 因肝体阴用阳, 久病阴损及阳而克脾伤肾即可导致脾肾阳虚证; 因气血失调, 久病致瘀入络即可导致瘀血阻络证。其病位主要在肝, 多涉及脾、肾两脏及胆、胃、三焦等腑。病性属本虚标实, 虚实夹杂, 故应辨明湿、热、瘀、毒之邪实与肝、脾、肾之正虚两者之间的关系。正因为内郁“伏邪”, 日久正气渐耗, 病情交错难愈, 从而导致疾病迁延数年甚或数十年, 并不断进展到终末期(慢性乙型肝炎—肝硬化—肝癌)。因此, 其病因为“伏邪”内郁, 其病机特点为“邪恋正虚”, 尤其是正虚到一定程度, 先天之本和后天之本均因伏邪所伤, 而导致疾病进展。

“发则有证可辨, 伏则无机可循”是伏邪的特点, 这与慢性乙型肝炎的发病特点极为相似。慢性乙型肝炎在感染后病毒潜伏于体内, 大多伏而不发, 因无症而难辨, 但当肝炎活动时, 症状明显, 这恰恰与传统“伏气”的认识相一致。

## 1.2 慢性乙型肝炎从肾论治理论的提出

中医对各种疾病的认识均基于对临床实践的总结。在长期临床实践中,根据慢性乙型病毒性肝炎的临床特点,常常发现相当部分慢性乙型肝炎患者除有湿热症状外,尚有肾虚表现,如神情萎顿,眩晕耳鸣,腰酸膝软,阳痿遗精或带下清稀,甚或形寒畏冷,部分患者除乏力、腰酸外无其他主诉。虽然中医并无“乙肝”、“丙肝”之名,但根据中医“审证求因”理论分析,慢性乙型肝炎发病之初为感受湿热疫毒之邪,邪伏于内,正邪胶着;且湿性黏滞,而致病情缠绵,疾病进展。邪伏于内,必耗损正气,且湿为阴邪,易伤阳气,轻则脾阳不运,重则脾阳不振,暂则脾病而已,久则肾阳亦虚,所谓“湿久,脾阳消乏,肾阳亦惫”。中医还认为,“五脏之真,惟肾为根”,“五脏之伤,穷必及肾,轻伤肾气,重伤肾阳”,因此,旷日持久,必然暗耗肾精,所谓“久病伤肾”。

同时通过大样本流行病学调查发现,肝肾亏虚、湿热未尽是慢性乙型肝炎持续进展的关键病机,结合中医“肝肾同源”理论,我们率先提出慢性乙型肝炎从肾论治,由此形成补肾为主、清化为辅的方法治疗慢性乙型肝炎。历经30余年,临床上证实了其有效性,得到业内广泛认同。全方由巴戟天、菟丝子、肉苁蓉、何首乌、生地黄、枸杞子、虎杖、黄芩、丹参、青皮等药物组成,方中巴戟天、菟丝子温而不热,健脾开胃,既益元阳,又填阴水;肉苁蓉、何首乌厚重下降,直入肾脉,温而能润,无燥热之害,能温养精血而通阳气;枸杞子滋补肝肾之阴;生地黄养血补阴,有填精补肾之效,且补而不膩;虎杖、黄芩清热解毒利湿;丹参活血化瘀,青皮起理气兼引经药之作用。全方清补相兼,主次有别,扶正为主,正邪兼顾,相辅相成<sup>[6-7]</sup>。

## 2 伏邪学说及其致病的特点

### 2.1 伏邪学说的产生与发展

“伏邪”即伏气,指人体感受外邪,邪气伏藏于人体,逾时发病。伏邪的理论依据,最早可上溯至《黄帝内经》,曰“冬伤于寒,春必病温”。它反映了一种病与时气不符的现象:寒伤于内,郁而不发,耗伤正气,过时而发。晋代王叔和提出了“伏邪学说”,金代成无己在《注解伤寒论·伤寒例》中论述:“是以辛苦之人,春夏多温热病,皆由冬时触寒所致,非时行之气也”;“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”。人们一般将晋之后、明之前作为“伏邪学说”的初期阶段,普遍认为

为,“伏邪”主要为外感寒邪,而其“伏寒化温”的理论亦被认为是温病病机公认的解释。至明清时期,随着温病学派、医家、大量倡导伏邪的医家及一批“伏邪”专著的出现,“伏邪学说”的发展产生了质的飞跃,“伏邪”性质也进一步由单一的“伏寒”不断扩展,如刘吉人《伏邪新书》所述:“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。而发者而治不得法,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,后仍复作者,亦谓之曰伏邪。有已发治愈,而未能除尽病根,遗邪内伏,后又复发,亦谓之伏邪”;又如沈金淦所述:“伏气为病,皆自内而外,不止春温一病,盖四时之气,皆有伏久而发者,不可不知也。”再如清代陈平伯所论:“里虚者表不固,一切时邪皆易感受”。伏邪的病因被进一步扩大,不再拘泥于“寒邪”一说,“春温”一证,是谓六淫皆可感而不即发。

### 2.2 伏邪学说的致病特点

邪伏体内导致疾病的慢性进展是“伏邪”致病的特点。“伏邪”的起病多因正气不足、固护乏力,外感邪毒,正气虚损,邪伏于内。其发病大致可分两种情况,一由新感诱发,二由伏而自发。而且“邪伏”于内,日久难去,必损正气,而致疾病迁延难愈,最终不可避免导致疾病不断进展。

邪恋正虚是“伏邪”致病导致疾病迁延难愈的基本病机。对于外感疾病,其发病均是正邪相互斗争的过程,尤其重视正气在发病中的决定性因素。早在《素问·刺法论》中便有所论述:“正气存内,邪不可干。”《素问·金匱真言论》对春温的论述也是如此:“夫精者,身之本也,故藏于精者,春不病温。”可见,邪伏于内与正气虚损是相互影响、相互促进的,正气虚损是伏邪的前提,邪伏于内是正气虚损的促进因素。伏邪的发病,更与正邪盛衰息息相关,邪伏于内,最终耗伤正气,导致邪恋正虚,病情胶着,迁延难愈而疾病进展。

透邪为主,兼顾正气,是伏邪治疗的根本大法。正是基于对伏邪发病特点的认识,对于“伏邪”的治则,多数医家以“清”、“透”为主,尤其要突出一个“透”字,即透邪,但透邪治法是个广义的概念,有清透、宣透、通通之不同。同时也要权衡邪正关系,正虚明显者,因正虚无力驱毒,应以“扶正托毒”为主,驱邪同时勿忘扶正,临床当在辨证论治指导下灵活掌握。

### 2.3 伏邪学说的拓展应用

“伏邪学说”所指这种伏而时发的发病特点,与很多疾病的病机特点极为相似,因此,历代学者以“伏邪学说”为指导,进一步发挥和拓展,将“伏邪学说”及其治则治法广泛用于临床的许多疾病的治疗。如偏头痛、哮喘、冠心病等,都在“伏邪学说”指导下收到了很好的疗效。林海等<sup>[8]</sup>将“伏邪学说”应用于偏头痛的治疗,认为偏头痛为内有伏寒游风,外有情志不畅,调养失宜,寒凝血脉,从而导致气机不畅、脑络闭阻,选用川郁解痛汤祛寒通络,收效良好。刘敏<sup>[9]</sup>等将“伏邪学说”应用于哮喘的治疗,哮喘乃“内有壅塞之气,外感非时之邪,膈有胶固之痰,三者相合,闭阻气道”,治以宣肺透邪,佐以祛痰降气,在解表化痰汤的基础上辨证论治。赵天喜<sup>[10]</sup>将“伏邪学说”应用于雷诺现象的治疗,认为其病机为热毒瘀血内伏,营卫气血不合,治以清透内伏热毒,化瘀通络,和营通痹,方取黄芪桂枝五物汤加减。胡旭等<sup>[11]</sup>将“伏邪学说”应用于冠心病的治疗,治以活血化瘀,方取瓜蒌薤白半夏汤、丹参饮等加减,收效良好。

我们提出慢性乙型肝炎从肾论治的治法理论,应用补肾法为主治疗慢性乙型肝炎,经30余年的临床和实验研究证实,补肾法可明显改善患者症状,肝功能复常率为75%,HBeAg和HBV-DNA阴转率与干扰素相近,但治疗费用降低40%左右。近年来我们在开展的补肾冲剂联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎临床探索中发现,在52周疗程结束后,HBV-DNA的阴转率为93.5%( $P<0.05$ ),HBeAg阴转率为22.6%( $P>0.05$ ),优于单用拉米夫定组,并可显著降低HBV的YMDD变异的发生率。采用补肾冲剂联合苦参素的方案治疗慢性乙型肝炎,在1年疗程结束时,患者HBV-DNA阴转率达43.7%;HBV-DNA滴度下降2 log以上达50%以上,HBeAg阴转率和HBeAg/抗HBe血清转换率分别达到40.9%和30%<sup>[12-14]</sup>。经过多年的临床研究和临床应用,补肾法为主治疗慢性乙型肝炎的临床治疗方案,已成为行业内公认的有效治法则。

因此,比较“伏邪”的致病特点和慢性乙型肝炎的发病特点,不难发现,慢性乙型肝炎从肾论治理论的提出是对“伏邪学说”的进一步拓展应用,反映了“伏邪学说”扶正托毒的治疗理念,丰富了慢性病毒性肝炎中医病机学说和治则治法。同时应用“伏邪学说”解释慢性乙型肝炎的病因和发病,从而指导慢

性乙型肝炎的临床治疗,使慢性乙型肝炎从肾论治的理论从“病因—病机—治法”整体上进一步完善,很好地阐释了该理论的病因学渊源,这将使慢性乙型肝炎从肾论治的理论更加完善并形成体系,从而更好地指导临床。

### 参考文献

- [1]中华医学会肝病学分会,中华医学会感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南(2010)年版[J].临床肝胆病杂志,2011,27(1):7-9.
- [2]斯崇文.慢性乙型肝炎的治疗目标、终点和策略[J].胃肠病学,2006,11(4):193-194.
- [3]Rehermann B, Nascimbeni M. Immunology of hepatitis B virus and hepatitis C virus infection[J]. Nat Rev Immunol, 2005, (5): 215-229.
- [4]Ganem D, Prince AM. Hepatitis B virus infection-natural history and clinical consequences[J]. N Engl J Med, 2004, 350: 1118-1129.
- [5]Ong SC, Lim SG, Li SC. How big is the financial burden of Hepatitis B to society? A cost-of-illness study of Hepatitis B infection in Singapore[J]. Journal of Viral Hepatitis, 2009, 16(1): 53-63.
- [6]王灵台, 陈建杰, 高月求, 等. 补肾法为主治疗慢性肝病的临床研究[J]. 中医药通报, 2005, 4(2): 26-310.
- [7]陈建杰, 赵钢. 王灵台教授论补肾法为主治疗慢性乙型肝炎的机制[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(1): 78-80.
- [8]林海, 查鹏洲, 荣培红, 等. 川郁解痛汤治疗偏头痛68例[J]. 陕西中医, 2004, 25(2): 63-66.
- [9]刘敏. 哮喘病的中医辨证治疗[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2010, 13(5): 784.
- [10]赵天喜. 应用伏邪理论治疗雷诺现象体会[J]. 中国医药导报, 2010, 7(10): 155.
- [11]胡旭. 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.
- [12]陈建杰, 唐蕊蕊, 王灵台, 等. 补肾冲剂联合苦参素治疗肝肾亏虚兼湿热型慢性乙型肝炎临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(1): 23-27.
- [13]张友祥, 王灵台, 陈建杰. 中药补肾冲剂联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎88例[J]. 中西医结合肝病杂志, 2003, 13(2): 112.
- [14]周飞, 王灵台, 陈建杰, 等. 拉米夫定和补肾方联合应用治疗慢性乙型肝炎的疗效及对YMDD区域的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(6): 417-420.

(收稿日期:2011-10-08;修回日期:2011-12-05)

[编辑:黄健]