

## ·专家论坛·

## 新感与伏邪学说研究

马健 (南京中医药大学教务处, 江苏 南京 210029)

**摘要:** 新感与伏邪学说是温病发病学的主要内容。在系统回顾温病新感、伏邪学说学术渊源的基础上, 深入分析其涵义与特点, 并对历代有关伏邪学说的学术争鸣进行了归类、汇总, 进而提出对新感伏邪学说的研讨应着重于临床实际, 分析不同类型温病的病变机理, 探讨其演变规律及防治方法。

**关键词:** 新感学说; 伏邪学说; 学术渊源; 学术争鸣; 临床价值

**中图分类号:** R 254

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1000-5005(2000) 03-0129-04

新感与伏邪学说是温病发病学的主要内容, 它植根于《黄帝内经》, 肇始于晋代, 至清代温病学鼎盛, 这一学说内容更趋丰富, 近代随着对温病发病学的深入研究, 对新感伏邪学说尤多阐发。现就新感与伏邪的学术渊源、涵义特点、学术争鸣及其临床价值作一系统回顾与全面剖析, 以其匡正。

### 1 学术渊源回眸

新感与伏邪的概念, 在《黄帝内经》这部巨著中, 虽未明确提出, 但有关伏气的论述, 却成为后世伏邪学说的主要理论根据。如《素问·生气通天论》所说: “冬伤于寒, 春必病温”, 是说冬季感受寒邪, 未即时发病, 至春季则易发生春温。《素问·热论》提出: “凡病伤寒而成温, 先夏至日者为病温, 后夏至日者为病暑”, 明确指出春季所发生的春温病与夏季所出现的暑温病, 究其原因皆为冬季感受了寒邪所致。《难经》更明确指出: “伤寒有五: 有中风、有伤寒、有湿温、有热病、有温病”, 五者“其所苦各不同”, 病名各异, 但均由寒邪所引起。

晋·王叔和在《伤寒例》中, 从发病学角度对外感热病作了初步分类: “冬时严寒……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……春夏多温热病, 皆由冬时触寒所致, 非时行之气也”<sup>[1]</sup>。这在《黄帝内经》的基础上, 剖析了感邪后是即时发病, 抑或过时而发的 2 种发病情况, 实为界划新感与伏邪之先河。但王氏所说的中而即病是指伤寒, 过时而发的则指温病、暑病。

首先将温病区分为新感与伏邪 2 类的, 当推宋

代医家郭雍, 他在《伤寒补亡论》中指出: “冬伤于寒, 至春发者, 谓之温病; 冬不伤寒而春自感风寒温气而病者, 亦谓之温”<sup>[2]</sup>。即认为发于春季的温病, 既有冬季感寒伏而后发者, 亦有感受春季时令之邪而发者。明代汪石山更明确指出发于春天的温病有 2 种情况, 一是伤于冬令寒邪而病发于春, 即“伏邪温病”; 一是感春令温暖之气而即病发于春, 即“新感温病”。这些论述, 突破了“今夫热病者, 皆伤寒之类也”的传统认识, 确立了在温病发病学中新感与伏邪学说共处并存的格局。

此后, 对伏邪学说研究较有影响的医家有朱肱、张子和、俞根初、戴天章、喻昌等。朱肱在《伤寒类证活人书》中指出, 伏邪化温发病, 还与感受时令之气有关, “寒毒藏于肌肤之间……因春温气而变, 名曰温病; 因夏热气而变, 名曰热病”<sup>[3]</sup>。金元四大家之一的张子和则认为, 伏邪致病不仅与重感时气有关, 而且与邪伏部位的浅深关系密切。他说: “人之伤于寒也, 热郁于内, 浅则早发为春温; 若春不发而重感于暑, 则夏为热病; 若夏不发而重感于湿, 则秋变为疟痢; 若秋不发而重感于寒, 则冬为伤寒, 故伤寒之气最深”<sup>[4]</sup>。这种认识, 在伏寒化温的基础上又有了新的见解。元末著名医家王安道对以里热外发为病理特点的伏气温病的因证脉治作出了系统分析, 认为治疗当清里热为主, 而解表兼之, 亦有里热清而表自解者。其意义不仅在于“脱却伤寒, 辨证温病”, 而且对新感及伏气为病治疗原则的确立有很大启迪。俞根初则更明确指出: “伏温内发, 新寒外束, 有实有

收稿日期: 1999-12-28; 修稿日期: 2000-03-01

作者简介: 马健 (1959-), 男, 江苏如皋人, 南京中医药大学教授, 博士。

虚;实邪多发于少阳募原,虚邪多发于少阴血分、阴分<sup>[9]</sup>。提示了伏邪温病邪伏部位及其与证候虚实的关系。喻昌将伏气温病分为3类:“以冬伤于寒,春必病温,为一大例;以冬不藏精,春必病温,又为一大例;以既伤于寒,又冬不藏精,此又为一大例<sup>[9]</sup>。明确了伏气温病的形成,既有外因,又有内因。

对于新感温病说的研究,至明清时代始有了突飞猛进的发展。明末医家吴又可对温疫病因、发病、治疗等提出了独特见解。认为“温疫为病,非风非寒,非暑非湿,乃天地间别有一种异气所感”,这种戾气虽然无象可见,无形可求,但可能通过口鼻而侵犯人体,并具有强烈的传染性,“无问老少强弱,触之者即病”,从而在病因方面彻底划清了与传统“伏寒化温”的界限。被誉为“温热大师”的叶天士,则在前辈医家论述的基础上,对于新感温病的病因、病机、感染途径、侵犯部位、传变规律和治疗大法进行了系统阐述,创造性地提出了卫气营血的辨证论治体系,为温病学脱却伤寒,而自成体系奠定了理论基础。与叶天士同时代的薛生白在《湿热病篇》中,对湿热病的病因、病机、辨证治疗作了较全面、系统的论述,进一步充实了新感温病说的内容。此后,温病学家吴鞠通在叶氏学术成就的基础上,结合他自己的临床经验,编著了系统论述四时温病的专著《温病条辨》,倡导三焦辨证,使温病学形成了以卫气营血、三焦为核心的辨证施治体系。

总而言之,新感和伏邪是温病学中2种主要的发病学说,自《内经》至宋代以前,基本以“伏寒化温说”作为温热病的主要发病学说,随着时代的发展和临床经验的积累,人们逐渐认识到单纯的“伏寒化温”并不能完全解释外感温热病的发病,进而提出了新感温病的发病学概念,并在实践中逐步完善,至明清时代则形成了较为完整的理论体系。

## 2 涵义特点提要

前人之所以将温病分为新感温病和伏邪温病两大类型,主要是根据四时温病初起的证候表现,并联系时令致病之邪的临床致病特点而划分的。

### 2.1 新感温病

新感温病的原始含义是指感受外邪当时立即发病的一类温病,因为这类温病是由于新近感邪而发,故称为新感温病。凡是新感温病初起证候均与时令之邪的致病特点,包括邪犯部位、病机变化、证候特点等相一致,亦即是说,病变初起的临床证候正是当令时邪致病的特异表现。由于时令外邪侵犯人体多具有由表入里、由浅入深的规律性,所以新感温病,

除暑温病等少数病外,初起临床证候都以卫表见症为主要表现,如发热、恶寒、无汗或少汗、头痛、咳嗽、苔薄白、脉浮数等。所以近代文献中常据此而把新感温病的发病类型称为“病发于表”者。但这是就大多数新感温病的临床表现而言,如暑温就不在此例。

新感温病的病机传变基本趋向是由表入里、由浅入深,即由卫入气,再深入营血。就大多数新感温病而言,初起邪从外受,病在卫表;若表邪不得外解,则可内传入里,从而反映出由表入里、由浅入深的发展规律。即使夏令暑温初起即见阳明气分里热证,没有明显的卫分过程,但其传变亦是由气入营入血,仍然体现了由浅入深、由轻至重的发展规律。

### 2.2 伏邪温病

伏邪是与新感相对而言的,顾名思义是指病邪的伏藏。伏邪温病的确切含义应是指发病初起以里热证候为主要表现,而与当令时邪的致病特点不相符合的温病。四时伏邪温病的成因、发病季节、临床证候各有不同,但从发病初起的临床表现及其病机传变则有其共同特点。即初起证候表现与当令时邪的致病特点不相一致。具体地说,伏邪温病的发病特点是初起必见里热内郁的症状,如灼热、烦躁、口渴、溲赤、舌红、苔黄等。部分患者初起虽可兼见表证,但必以里热见症为主要表现。对于里热而兼有表证者,古人称之为“新感引动伏邪”。

伏邪温病的基本病机及其传变趋向是邪郁伏于里,里热既可由里达外,亦能进而深陷。由于伏邪温病感邪有轻重,患者体质亦有差异,因此里郁之热尚有浅深可分。以卫气营血辨证分析,浅者热在气分,以热郁胆、胃、肠等为病变中心;深者热在营分,以热灼心营为主要病机变化。热邪郁于气分者既可外透而解,亦可进而深入营血;热郁营分者既可向外透出气分,亦可深入血分,内陷厥阴。王孟英在阐发“卫气营血”病机时说:“若伏气温病自里出表,乃先从血分而后达于气分”,即体现了这一传变特点。

## 3 学术争鸣聚焦

伏邪学说是温病学最早期的理论,随着新感温病理学的发展,对于伏邪问题的认识则产生了歧意,历代医家争议的焦点有以下几方面。

### 3.1 外邪能否伏藏人体

持确有伏邪观点的医家众多,认为寒邪能够伏藏人体,过时而发为温病,其理论依据是《内经》的“冬伤于寒,春必病温”之说。除寒邪外,不少医家认为暑邪亦可伏而为病,如李挺在《医学入门·暑》中指出:“伏暑即冒暑久而藏伏三焦肠胃之间”。俞根初

在《通俗伤寒论》中进一步分析暑邪之所以能伏藏,是与湿邪交困所致,即“夏伤于暑,被湿所遏而蕴伏。”陆廷珍则认为,四时之邪均能伏藏而致病,他说:“可知四时伏气皆能为病,即伏寒、伏风、伏燥,皆可与伏暑立名主病。故春温为冬之伏寒,肠风为春令之伏风,疟痢为夏间之伏暑,咳嗽为秋天之伏燥,以类而推”<sup>[7]</sup>。

不少医家对此持截然相反的看法。明末吴又可指出:“风寒所伤,轻者感冒,重则伤寒;即感冒一证,亦不能容隐而当即为病;若伤于冬令严寒,何能藏伏于内过时而发!”<sup>[8]</sup>力陈外邪伏藏人体的不可能性。

### 3.2 外邪伏而后发的机理

病邪侵袭人体,为什么有的会立即发病,有的会伏而后发?张锡纯有邪重者感而即发,邪轻者伏而后发的说法。但邪气重者,正气尚能立即抗拒而为即病之伤寒;何以病邪较轻,正气反不能立即抗邪,岂邪气在人体之内,日渐由轻转重,待春令邪气重,则正气即与之抗而为病吗?所以张氏此论,有待进一步讨论。邪气之所以能伏藏于人体,朱肱认为“壮者气行则已,怯者着而成病”,主要在于正气虚弱不能抗邪外出,故使邪气能伏藏于人体之内;而章虚谷认为“冬寒是阴气偏胜,适因人身阳旺,自能容受阴气”。朱肱之说是正虚而致邪伏;章虚谷之说,是阳旺而能容受阴寒之气,两者显然有不同。按“邪之所凑,其气必虚”,岂有阳气旺而阴寒反得隐伏为患?柳宝诰认为寒邪内伏,必因肾气之虚而入;吴鞠通论伏暑邪伏之理,因气虚不能传送暑邪外出,都主张以正气亏虚,为邪气伏藏之因。《内经》所说的“正气存内,邪不可干”,可为有力证明。

### 3.3 外邪伏藏机体的部位

邪伏部位是伏邪学说中的重要内容,它是前人根据伏邪温病的证候表现差异而提出的。伏邪学说认为病邪侵入人体后不即发病而潜伏体内,必有一定部位可藏,但由于各人的认识不同,所观察的病种有所不同,因此对邪伏部位提出了多种不同说法,其中具有代表性的有以下几种。

(1) 邪伏肌肤说:晋代王叔和在论述冬伤寒邪致病时指出:“不即病者,寒毒藏于肌肤,至春变为温病”,即是说冬令感受寒毒之邪,如不即时发为伤寒,则伏藏于人体肌肤,至来年春季伏寒化热而发为温病。这一见解实是根据受邪之处便是邪伏之处的认识推导而来,因为风寒外邪侵袭人体多先犯人体肌肤之表,故将肌肤作为邪伏的所在。

(2) 邪伏肌骨说:《诸病源候论·温病候》提出“寒

毒藏于肌骨中”,即认为冬季感受的寒毒是藏于人体肌肉与骨骼中间。此与王氏所谓“藏于肌肤”的基本精神类同,但从文字上看,“肌骨中”更能体现病邪潜伏藏匿的特点。

(3) 邪伏少阴说:叶天士在《三时伏气外感篇》中说:“春温一证,由冬令收藏未固,昔人以冬寒内伏,藏于少阴,入春发于少阳,以春木内应肝胆也”<sup>[9]</sup>。这是根据五脏应四时的理论,结合发病后临床证候特点而提出来的。再从临床特点分析,春温初起多见身热、心烦、口苦、溲赤、脉弦数等胆热症状,正是“发于少阳”的客观依据,而其病变后期易见真阴欲竭的严重变化,又可作为“藏于少阴”的佐证。

(4) 邪伏膜原与少阴说:俞根初于《通俗伤寒论》中提出:“伏温内发,新寒外束,有实有虚;实邪多发于少阳膜原,虚邪多发于少阴血分、阴分”<sup>[10]</sup>。邪伏膜原之说乃源于吴又可“邪气盘踞膜原”之论,但含义有所不同,俞氏所说的伏温内发于膜原,指伏邪温病,而吴又可所说是疠气先犯于膜原,不是指伏邪温病。俞氏把邪伏部位分为少阳膜原和少阴血分、阴分,也是根据其证候特点而提出来的。

上述医家所提出的各种邪伏部位之说,实质是根据不同证候的表现而推断出来的,以试图从理论上解释某些温病的发病原因及其临床特点,但其实际意义在于指导临床辨证,分析病位,藉以区分证候类型。因此,对邪伏部位的认识不应刻板地把它看成是解剖学上的具体病变部位,而是阐述某些温病病因病机的理论概括。

## 4 临床价值探析

新感与伏邪学说是温病发病学的重要内容,历代对新感与伏邪、尤其是伏邪学说的争议较多,甚至由于邪伏体内,感而后发有悖科学常识,近年来否认伏邪的呼声亦不少,也有将伏邪等同于现代传染病的潜伏期之论。笔者认为,新感伏邪所揭示的温病初起的不同发病类型临床确实存在,这2种发病类型的产生并非决定于感邪后是否即时发病,而是与病邪性质、轻重以及机体的反应状态等因素有关,因此对新感伏邪学说的研讨应着重于临床实际,分析不同类型温病的病变机理,探讨其演变规律及防治方法。从目前而言,新感伏邪学说的临床价值可体现在以下诸方面。

### 4.1 区分发病类型

新感伏邪学说的临床意义并不在于探究感邪后的即发与伏藏,而主要是从理论上阐述温病不同发病类型的发病机理。即发病初起以肺卫表热证为特

征的为新感,如春季的风温、秋季的秋燥等;发病初起径见里热证候表现的为伏邪,如春温;而初起既有表证,同时又有里证者,为新感引动伏邪,如伏暑。从现代临床的角度审视,新感都属于表热证类温病;伏邪大都属于里热证类温病;新感引动伏邪则属于表里同病类温病。所以辨别新感伏邪,实际上就是区别温病初起的不同发病类型。

#### 4.2 判断病情轻重

新感与伏邪,由于初起发病类型有别,故其病情的轻重有着明显的区别。一般而言,新感温病除暑温外,初起均病发于表,邪在卫分,病位较浅,病情较轻,治疗得当,邪不内传,病可速愈,故病程多不长。伏邪发病,里热外达,充斥肆虐,病发即见一派里热证候。如无外感激发,一般无表证;如由外感引发者,则可同时伴见表证。伏邪为病,一般病情缠绵,病势较重,变证较多,病程较长,难于速愈。因此,运用新感伏邪学说能够判断温病初起之病位浅深及病情轻重。

#### 4.3 揭示传变趋向

新感温病虽然病因不同、证候各异,但其病邪传变具有共同的规律。初起邪在卫分,以卫表失和为特征,病位最浅,病情亦轻。如果传变,一般情况下多循卫气营血的层次,由表入里,依次深入,病情随之而相应加重。间或亦有邪在肺卫跨越气分径入心营者,虽为突变,病情骤然加剧,但亦为由表入里,由浅入深范畴。而伏邪温病,如春温、伏暑等发病初起则径见里热炽盛表现,或热郁气分,或热炽营分,间有因“新感引动伏邪”而兼表证者,其表证较轻且为时短暂,病位较深,病情亦重。其传变,亦较新感温病复杂。热郁气分者,可传入营分或血分;其间夹湿者,或郁蒸少阳,或蕴阻中焦,或与积滞交阻胃肠,变化最多。热发于营分者,既可以透出气分而病情由重转轻,也可进一步深入血分而使病情更为深重。可见,新感伏邪学说能够揭示不同温病的传变趋向,

对于把握各类温病的发生发展规律颇有裨益。

#### 4.4 提示治疗大法

新感伏邪学说可为确定治疗大法提供依据。新感温病病发于表,传变趋向为由表入里,故其治疗初起以解表透邪为基本大法,且多以辛凉宣泄肺卫为主,使新感之邪透达于外,以截断病邪传里,达到早期治疗之目的。及至传里,当辨别病位及证候,而用清气泄热、凉营透达、凉血止血等法。伏邪温病由于病发于里,热郁化火,以里热证候为基本特点,所以初起治疗即以清泄里热为基本大法,以使里郁之邪向外透解,以免其进一步内陷为患。若因新感引动伏邪者,配合散解之法,以透邪外出。总之以伏邪向外透达化解为顺。若继而内陷深入,或动风或动血或闭窍,甚则内闭外脱等种种变化,皆属病情危重之候,其治疗与新感传入者无异,但因其初发病位较深,所以较之新感陷入生变者病情更为严重,这在制订治疗伏气温病原则时须注意及此。柳宝诒在《温热逢源》中指出:“伏气由里而发,治之者以清泄里热为主。其见证至繁且杂,须兼视六经形证,乃可随机立法。暴感风温……其病与伏温病之表里出入,路径各殊,其治法之轻重深浅,亦属迥异”<sup>[1]</sup>,对伏邪与新感的治疗,可谓要言不繁。

#### 参考文献:

- [1] 成无己.注解伤寒论[M].北京:人民卫生出版社,1994.34
- [2] 郭壘.伤寒补亡论[M].北京:新华书店首都发行所,1992.卷十八
- [3] 朱肱.类证活人书[M].上海:商务印书馆,1955.41
- [4] 张从正.子和医集[M].北京:人民卫生出版社,1994.34
- [5] 俞根初.重订通俗伤寒论[M].上海:新医书局,1956.242
- [6] 喻嘉言.尚论后篇[M].上海:上海锦章书局,1929.卷一
- [7] 陆子贤.六因条辨[M].济南:山东科学技术出版社,1982.44
- [8] 吴又可.温病八大名著·温疫论[M].北京:中国中医药出版社,1995.71
- [9] 叶香岩.温病八大名著·三时伏气外感篇[M].北京:中国中医药出版社,1995.812
- [10] 俞根初.重订通俗伤寒论[M].上海:新医书局,1956.242
- [11] 柳宝诒.温热逢源[M].北京:人民卫生出版社,1959.61

#### Instant Diseases and Incubated Diseases

MA Jian (Teaching affair office, Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210029)

**ABSTRACT:** Theories on instant onset diseases and diseases appearing after incubation are the major contents of the pathogenic theory of febrile diseases. After systematic review of the development of the theory of instant and incubated diseases, the author explores their meaning and features, and summarizes and categorizes the relevant debates in history. The author suggests that the emphasis of the discussion on the two kinds of diseases should be put on clinical practice. The pathogenic mechanisms, law of transformation, prevention and treatment of different febrile diseases should be studied.

**KEY WORDS:** theory on instant diseases theory on incubated diseases development of theory academic debate clinical value