

# 日本汉方医腹诊简介

北京医院中医科 李文瑞

目前,日本汉方医界临证诊断方法,除望闻问切四诊之外,都必行腹诊。据笔者实地考察,凡汉方医门诊、病房的病志,均特设有腹诊专页,并预先绘制空白腹象图,医者诊察病人之后写病志时,在空白腹象上注明腹证之各种诊象,以此做为重要诊断依据之一。

日本医家在德川时代(16世纪)宗《内经》、《难经》和《伤寒论》有关腹证和腹诊之论述,深琢精研,逐渐形成了独特的腹诊理论和方法。后来,又形成了两个派系。一派以《内经》、《难经》为主,称“难经派”;另一派以《伤寒论》为主,称“伤寒派”。两派各有千秋。

本文拟简介日本汉方医之腹诊起源、理论根据、腹诊方法以及常见腹证之辨证,供中医界同道理论研究和临证参考。

## 一、腹诊之起源、派系与理论根据

(一)腹诊之起源,日本医家在德川时代开始提倡腹诊。据日本医学史和有关文献记载,最初倡导腹诊者为竹田定加(1573~1614年)。如日本《皇国名医传》载:“候腹之法,其起久矣。天正庆长年间,竹田定加(号阳山)著《诊腹精要》首倡;其后,松岗意斋和北山道长著《腹诊法》、高井直茂著《元仙腹诊》、浅井惟寅著《内证诊法》、高村良务著《腹诊秘传》等,对腹诊均有发挥。”亦有说腹诊之倡导者始于五云子,认为《五云子腹诊法》为日本最早之腹诊专著。据日本《皇国医事年表》载:“五云子歿于1660年,姓王,字宁,中国福建人,庆安中加入我籍,在长崎行医,后转至奥州秋,更在江户名声大振。”另据《诊病奇伎》附录《五云子腹诊法》跋:“诊腹之法,唐山反无其说,五云子之于术,岂宿有独得,抑入我籍之后,观我医之伎,就有发明乎。”故日本最早倡导腹诊者,究为何人,其说纷纭,尚未趋一致。

(二)腹诊之派系与理论根据,日本医家从德川时代起,对腹诊著书立说者如雨后春笋。据大塚敬节氏报道,日本现有腹诊专著书籍,达77种。其中属于“难经派”36种,“伤寒派”36种,“折中派”5种。另外

有书名并有作者但未见其书者28种。由此可知,日本医家重视腹诊之程度。在日本汉方医界最为推崇之腹诊书籍为《腹证奇览》和《腹证奇览翼》。

1.“难经派”腹诊:此派系腹诊之形成,最初由针师所开辟。在杉山和一(1694歿)著《选针三要集》中有“针师不懂经络,百病皆由腹推测”的记载。就是说,当时的针师无视经络,将腹部与脏相配,以此诊断“邪气之位置,判定脏腑之虚实,疾病之预后,治疗方针。”此派系的腹诊理论根据为“肾间动气”;其腹诊方法由“按之牢若痛”衍生而成。其理论根据和方法均源于《难经》八难、十六难、六十六难。如“肾间动气……此五脏六腑之本,十二经脉之根,呼吸之门,三焦之原”;“脐下肾间动气者,人之生命也,十二经之根本也”;“脐之左有动气,按之牢若痛……有是者肝也。”德川时代名医森中虚钻研《难经》有很深的造诣,其名著《意仲玄奥》(1696年成书)论述腹诊理论根据以及腹部与五脏相配等甚为详尽。他认为“肾间动气”可识死生吉凶,如说“观病人之腹,切肾间动气之所在,识死生吉凶。”同时他还认为病家脐上或右或左均可发生动气。脐左动气,诊断肝病;脐右一带为肺属,此处有动气,死期将近;……中脘动气,可诊脾胃强弱,脐下有动气,诊肾之盛衰。”

“难经派”腹诊之代表作为《诊病奇伎》。该书作者为多纪元坚(1795年生),他集前人腹诊之大成编辑成书。共有四种版本。第一种版本天保4年(1833年)出版,共搜集北山寿安、森中虚、堀井对时等17家腹诊书之精要;第二种版本除上述17家外,又增补竹田阳山、味岗三伯等10家腹诊论著之内容;第三种版本由松井子静编译成中文本,成书于明治21年(1888年),译此书目的,拟将日本之腹诊介绍给中国医家,这也是日本第一次向我国输出汉方医书,同年(光绪戊子年)在上海印刷发行;第四种版本为石原保秀(1877~1943年)校订本,昭和10年(1935年)刊行。此书为何名为《诊病奇伎》?所谓“奇伎”,据日本医家解释,望闻问切四诊为中医诊断之正法,而腹诊为四诊之外另一法,故名“奇伎”。

2. “伤寒派”腹诊：此派系之鼻祖为后藤艮山(1659~1733年)，其名著为《艮山腹诊图说》。该派系后继之名医，人才辈出，腹诊专著甚多。被称为日本古汉方派之泰斗者吉益东洞(1703~1773年)极为重视腹诊。他说：“腹者有生之本，故百病根于此焉，是以诊病必候其腹。”又说：“先证不先脉，先腹不先证也。”强调诊病必须候腹。

此派系腹诊源于《伤寒论》和《金匱要略》之诸“腹证”。如“胸胁苦满”、“胁满”、“心悸”、“脐下悸”、“心下悸”、“心中悸”、“心动悸”、“心下坚筑”等。此派系不仅论述腹证之诊法，而且有论治和方药。如后藤艮山治疗“心中悸”用半夏、茯苓；“心下悸”用茯苓、甘草；“脐上动”用大柴胡汤、厚朴枳实汤；“脐旁动气”为大肠湿热，方用厚朴七物汤、厚朴三物汤；腹中一侧硬而胀者，按脐有动气者，为内实证，用攻下法，无动气者为内虚，方用四逆汤、理中汤之类。

“伤寒派”腹诊源于《伤寒论》已如上述，但其诊法和部位也有源于《内经》者。如稻叶克文礼(1805年歿)著《腹证奇览》序言曰：“古有言，病所根在腹，探以知其壅滞。古谓之诊尺，以自鸠尾至脐一尺也。《灵枢·论疾诊尺篇》曰‘黄帝问于岐伯曰，余欲无视色持脉，独调其尺，以言其病，从外知内，为之奈何？岐伯曰，审其尺之缓急小大滑涩，肉之坚脆，而病形定矣’。又《内经》曰‘尺内两旁，则季胁也’。又按脉动静，循尺滑涩寒温之意，视其大小，合之病态，且古人言疾必言腹心，然则腹诊之于治疗，莫先于斯。”这里引用《灵枢》诊尺，既有望诊又有切诊，但其诊尺之部位与我历代医家认识不一，文中“独调其尺”，一般理解“尺”为尺肤，其部位在肘至腕之皮肤。而日本医家将“尺”之部位理解为鸠尾至脐(神阙)。笔者认为“尺内两旁，则季胁也”之“尺”，不论从全文理解，或从字意理解，其部位在腹是正确的。

“伤寒派”腹诊之代表作为《腹证奇览》。该书集各家腹诊之精华而编著，作者为稻叶克文礼，成书于1800年。书中既论述腹诊之方法，又强调腹证之辨证，并且有治疗之方药，更为可贵者，每一方证均附有形象化之腹诊图，使读者一目了然。稻叶克文礼师于古方派吉益东洞之信徒鹤泰荣门下，勤学“伤寒派”腹诊法。他为了精益求精，遍历日本各地，搜集诸家腹诊著作。1793年在远州滨松与和久田叔虎相遇，并收其为门徒，师生肝胆相照，共同钻研腹诊术。文礼病故后，叔虎继师业，于文化6年(1809年)著《腹证奇览翼》初篇出版；天保4年(1833年)二篇出版；永嘉6年(1853年)三、四篇出版。1981年5月间，医道

日本社复刻《腹证奇览》、《腹证奇览翼》，二书合版名为《腹证奇览》(全)，并由日本当代名医大塚敬节、矢数道明解題，现已正式出版。自昭和初年日本汉方医复兴以来，《腹证奇览》最为流行，汉方医家之腹诊法多以此为据，运用于临证。

## 二、腹诊的方法和辨证

(一) 腹诊方法：综观日本各家之腹诊，其手法大致分为覆手压按法和三指探按法。不拘何法，凡腹诊时，病人仰卧，两腿伸直，两手附于两股之侧，放松腹力，心情平静。医者坐或立于病人右侧施术。

1. 覆手压按法：医者以右手掌覆于患者之胸腹，五指微浮起，先徐徐抚摸胸上二、三次，然后抚摸腹部。诊时手掌轻轻随患者呼吸行之，无阻其气，再渐渐重押，左旋右还，候胸腹内之静躁，诊肌肤滑涩润燥。《诊病奇伎》曰：“凡按腹专用左手，右手亦非不可，唯使左为佳，先将左手掌上齐鸠尾，鱼际当右肋端，掌后侧当左肋端，指根当中脘，始轻轻按过，渐渐重押，三处进推，左旋右还，按动无休，不宜少移，良久掌中与腹皮相摩，其间似热非热，温润似汗为度，如是则掌下腹里，滞结之气，融合解散，莫不犹开云见日也，唯以久按静守半时许为妙。”

2 三指探按法：医者以右手食、中、无名指之侧，微微按腹皮，审候凝滞、结聚。若探按有结聚，宜辨大小以及痛与不痛。如按有微小之征，再以中指探按之；或以三指直立深探，以察腹底之候。《腹证奇览翼》曰：“以右手食、中、无名指之侧，自上缺盆起，逐渐移于左右肋骨之间细探之。……沿左右季肋。乃至章门，返回再腕边至脐，探按左中右几行(始于任脉，二行三行及两胁下，章门下而按之)……按少腹左中右，亦同几行……”

(二) 腹证辨证：腹诊的目的主要是辨腹证。辨腹证之前，必先识体之肥瘠，气之虚实，肤之润燥，肚腹之大小，男女、少壮、老人之异；次则辨各种腹证。

1. 平人之腹：平人之腹，皮肤周密不粗，宗筋端正，细线条长，任脉微凹，至脐按之有力，推之不拘挛，少腹充实，肥腻如凝脂，温润如抚玉，肌肉敦敦，血色洁净，不肥不瘦，清阳布扬，浊阴归腑。少壮之腹，上虚下实为常态，老人之腹，下虚上实为常态；脐下软弱，脐上坚强，少人为变，老人为常；脐上软弱，脐下坚强，老人有寿，少人无妨。

2. 辨虚里：腹诊必先诊虚里之动否。人之生以胃气为本。《诊病奇伎》曰：“虚里者，胃之大络，而元气之表也，死生之分间也。”故虚里之动否，可辨病之

轻重。其动在左乳下，按之应手，动而不紧，缓而不迫者，宗气积于膻中，此为常；其动洪大弹手，上贯膻中，气势及于缺盆者，宗气外泄，诸病有此候者，为恶兆；若虚里数而时绝者，病在胃中之候；若动结涩者，内有症瘕之候。凡此大动者，与绝而不应者，俱胃气绝也，亦为凶兆。

3. 候五脏：日本医家根据《内经》、《难经》有关论述，把五脏与腹相配而运用于腹诊，借以判明虚实。

(1) 诊肝：《素问·脏气法时论》曰：“肝病者，两胁下痛引小腹”；《灵枢·经脉篇》曰：“肝经‘布胁肋’”。故肝病者，腹诊两胁，轻按胁下，皮肉满实而有力者为肝之平。两胁下空虚无力者为肝虚、中风和筋病之候。据《诊病奇难》载：“男子积在左胁者多属疝气；女子块在左胁者多属瘀血。动气在左胁者肝火亢也。”

(2) 诊心：《灵枢·本脏篇》曰：“无赜赜者心高”；《灵枢·九针十二原篇》曰：“膏之原出于鸠尾一，育之原出于腓腧。”故心病者腹诊须候鸠尾。轻按有力而无动气者，心坚之候；轻按有动气，重按其动有根者，心虚之候；手下跳动，重手却无根者，触物惊心之候；心下动气，牵脐间者，心肾兼虚；心下有动气，身如摇者，心神衰乏之候；一切痛在下部者，动气乍见心下，或心痛如刺，呃逆呕逆者，难治之候。

(3) 诊脾：《难经·四十四难》曰：“太仓下口为幽门，大肠小肠会为阑门。”此为传送幽阴，分阑化物，输当脐下一、二寸之分，名曰下脘、水分，胃气之所行也，故此间诊脾胃之盛衰。脐上充实，按之有力者，脾胃健实之候；脐上柔虚，按之无力者，脾胃虚损之候；脐上虚满，如按囊水者，胃气下陷。

(4) 诊肺：《素问·刺禁论》曰：“鬲育之上，中有父母”，此为心肺之谓也。故胸者肺之候；左右膈下肤润，举按有力者，肺气充实之候；轻按胸上，腠理枯而不密者，肺虚之候；左右膈下柔虚，随手陷者，胃气下陷，肺气大虚之候，其人多为短气。

(5) 诊肾：《难经·六十六难》曰：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本也”。故按脐下和缓有力，一息二至，绕脐充实者，肾气之是也；一息五、六至属热，手下虚冷，其动沉微者，命门之大虚也；手下热燥不润，其动细数，上支中脘者，阴虚之动也；按之分散者，一止者，原气虚败之候；一切卒病，诸脉虽绝，脐尚温者，其动未绝，仍有复苏之机。

4. 心下满：心下满，一般指上腹部紧张，有自觉、他觉和自觉他觉均满之别。成人之腹，下腹比上腹胀满为佳，反之为疾。心下满实证居多。

5. 心下痞硬：心下痞为心下、胸胁痞闷堵塞之自觉症状；他觉则为心下部腹壁紧张。心下痞无抵抗压痛，有振水音者，多为虚证；心下痞硬，除上述自觉症状外，按之坚硬有物，并有抵抗压痛，此多为虚实夹杂。心下痞硬有痞坚、坚硬、石硬、坚满之别。

6. 胸胁苦满：自觉胸胁季肋部痞塞充满，或有苦痛感；医者按其两胁，或以指押肋弓下缘有抵抗感，或有压痛。此证一般属柴胡证。

7. 腹软无力：全腹软弱无力，脉亦沉弱，手足冷者，为里虚之候；全腹软弱无力，又肠蠕动不安，亦为虚证；腹软弱，但腹底有力者为实证。

8. 腹满：按之充实有力且痛者为实满；按之软弱无物、不痛而适者为虚满；腹满伴有便秘者多为实证；下痢又腹胀满者为虚证；有腹水而胀者多为虚证；腹满底有力伴便秘而脉有力者为实证；腹满而皮硬、底无力而脉微弱者为虚证。

9. 小腹拘急：小腹指下腹，或称少腹。小腹处于拘挛(即腹直肌紧张)状态，按之硬有冷感为下焦虚寒；尚有小腹弦急之称，此亦表现为腹直肌紧张，但紧张度较前更强。此症多为下焦肾虚证。

10. 小腹不仁：指下腹壁紧张程度较弱，且有麻痹之含意。按之下腹空虚无力感，其皮肤又处于知觉麻痹状态，属肾虚证。

11. 小腹急结：此证多发生于小腹之左侧肠骨肌处，对于擦过性按压有急性疼痛感，触之常有索状物。腹诊时，患者有屈膝动作，并诉有疼痛。多属桃核承气证。

12. 小腹满、小腹硬满：小腹满者为下腹部膨满；小腹硬满者除下腹部膨满外，尚有抵抗者。此证为瘀血证或尿闭证。

13. 动悸：腹部动悸为腹大动脉搏动之表现。动而应手，腹满充实者，触之难；腹乏力而陷没者，动悸多显著。动悸静者为善候；反之为虚候或恶候。

(1) 心下悸：按之逆满，气上冲胸，为心下部有痰饮水气。

(2) 脐下悸：其动轻按之即陷下，为肾虚；其动按之陷痛，为真水不足。

(3) 水分动：其动在脐下属肝肾虚火、水毒停留。

(4) 肾间动：有称脐中动、脐下丹田动、气海动，属肾虚证。

(5) 脐旁大动悸：属肝木虚、痰火旺。

### 三、结 语

腹诊本属望闻问切四诊之切诊范畴，但我国后世

医家和现代中医界较少应用。日本医家自16世纪以降,逐渐应用于临床,并将其发扬光大,形成了独特的诊断手段。

日本医家强调“腹者生之本,故百病根于此焉。是以诊病必候其腹”是有科学道理的,符合中医四诊八纲、脏腑辨证理论。日本诸腹诊家之学说和论证,以及他们的临床操作方法,对诊断疾病确有实用价值。因此,我们要学习日本医家之长,深入钻研腹诊理论,不断完善其诊断方法,逐渐使其客观化,更好地服务于临床。

注:文中引用的“经文”有的系从日本原著中转引。

### 参 考 文 献

(1) 稻叶克文礼:腹证奇览,医道之日本社,1981。

- (2) 和久田叔虎:读腹证奇览,享和2年(1802年)。
- (3) 和久田叔虎:腹证奇览翼,医道之日本社,1981。
- (4) 多纪元坚:诊病奇候,医道之日本社,1979。
- (5) 大塚敬节:腹诊考(1),日本东洋医学会志 11(1):13, 1961。
- (6) 大塚敬节:腹诊考(2),日本东洋医学会志11(2):74, 1961。
- (7) 大塚敬节:腹诊考(3),日本东洋医学会志11(3):124, 1961。
- (8) 大塚敬节:腹诊书之分类,同上12(1):20, 1962。
- (9) 大塚敬节:稻叶克文礼与和久田叔虎——腹诊之传承,同上12(2):56, 1962。
- (10) 大塚敬节:百腹图说之讨论——腹诊书之研究,同上18(1):65, 1968。
- (11) 大塚敬节:汉方医学,日本汉方医学研究所,1978。
- (12) 细野史郎:腹诊之研究,日本东洋医学会志 9(2):35, 1959。
- (13) 矢数道明:关于脉诊和腹诊,内部铅印资料,1979。
- (14) 矢数道明:汉方百话,第二卷,680页,医道之日本社, 1976。

## 脑 血 栓 协 定 处 方

河北省医院 哈志远 张秋才 郭连涛

我院于1975年11月~1980年11月用协定处方,结合扩张血管、降颅压等西药治疗脑血栓形成150例住院患者,疗效尚满意。平均住院29天,痊愈33例,占22%,显效72例,占48%,好转37例,占24.6%,无效8例,死亡2例,总有效率为94.6%。现将协定处方介绍于下:

### (一) 脑血栓I号方

药物组成:钩藤15~30克,石决明30克,生石膏30克(先煎),瓜蒌30克,生军9克(后下),川芎15克,红花15克,蜜虫9克,桃仁9克。

适应证:中风初起(脑血栓急性期),血压偏高(超过160/100毫米汞柱),半身不遂,口渴,舌强语蹇,头晕头疼,烦躁或嗜睡,大便秘结,舌红苔黄厚,脉弦数有力。

随症加减:(1)有意识障碍者,加羚羊角粉1.5~5克(冲),并服安宫牛黄丸或至宝丹,每次1丸,日二次。(2)舌红干少苔者,去生石膏、瓜蒌、生军,加生地24克,玄参15克,白芍9克。(3)大便秘者,用番泻叶9克,泡水饮。(4)痰多、失语、苔腻者,加菖蒲9克,郁金9克,竹沥30克(冲),天竺黄9克。

### (二) 脑血栓II号方

药物组成:黄芪30~60克,当归9克,川芎9~15克,赤芍9克,红花9~15克,桃仁9克,蜜虫9~15克。

适应证:脑血栓恢复期,血压和颅内压不高,偏瘫肢体稍有动意或肌张力较前增强,舌质紫暗或有瘀斑,或舌质胖嫩,脉弦缓无力,腑行通畅。

随症加减:(1)大便干者加瓜蒌30克,生军9克。(2)舌强语蹇加菖蒲9克,郁金9克。(3)舌胖嫩加仙灵脾15克,巴戟天15克。(4)偏瘫肢体久不恢复,酌加穿山甲9克,水蛭粉6克(冲)。

### (三) 脑血栓III号方

药物组成:生地24克,山萸肉9克,山药9克,麦冬9克,石斛12克,牛膝9克,巴戟天15克,肉苁蓉15克,菖蒲9克,远志9克,肉桂1.5克,黄芪30克,川芎9克,全蝎3~6克。

适应证:脑血栓后遗症或伴脑软化患者,症见意识朦胧,或痴呆健忘,舌强语蹇,肢体不遂,眩晕,大小便失禁,舌红干或胖嫩,苔白或黑润,脉沉细弱或虚大无力。

随症加减:同前。

以上三方均为水煎服,日服二次。