

理论探讨

试论脐诊法

镇江医学院 曾希和

指导: 曾永康

脐诊属于中医腹诊范畴,临床当与腹诊同步进行,是用于“体质辨证”的重要手段。脐诊主要诊切脐部动气,以辨析冲气上逆之微甚,寻求“肾虚”本质。要在掌握“冲逆阳浮”的共性,再结合脏腑辨证,同中求异,为“下虚上逆”所导致的各种病证,提供辨治依据。近代苏南名医朱莘农氏擅长脐诊法,其门人曹永康教授得其薪传,再经潜心实践研究,对脐诊之理论认识及方证论治的具体化,作了较有系统之阐述,现结合个人体会,介绍如下。

一、脐诊原理

脐,位于大腹中央,且居一身之中。《东医宝鉴》谓:“脐者齐也,身之半,正谓脐中也。”此言脐乃人体上下左右交会之中心。脐又名神阙,因脐系人身血脉之蒂,为精、神、气、血往来之要冲,与冲任二脉关系密切。

肾间动气,即藏于两肾之间的元阳之气,它不仅是人体生命活动的动力,并有防御病邪侵袭人体之功能。肾间动气,下出丹田。丹田在脐下三寸,方圆四寸,为冲、任二脉向上循行必经之地。因而在某些病理情况下,肾间动气和脏腑虚实之变异,势必影响冲、任,并通过冲、任而形诸于脐腹,于体征上则为筑筑然动于当脐或上下左右。故吴坤安说:“动气筑筑然动于脐旁上下左右,甚则连及虚里心脉,而浑浑然振动,此气血大亏,以致肾气不纳,鼓动于下而作也。”

综上所述,可见脐为生气所系,内通五脏而关系于肾,有极为重要的生理意义。而当脐动气则是病理表现,反映冲脉动态,凡肾虚冲

逆及其变化,可从当脐动态上体现出来,作为辨证和确定诊断的手段。

当脐动气之病机,历代医家多数从虚立论,如张仲景、成无己、张隐庵、吴坤安等认为是正气内虚或气血大亏,进而肾气不纳,脏气不治所致。张景岳则谓:“动气见于虚者极多,见于伤寒者亦不少”。但朱氏、曹氏皆指出,脐跳并不局限于肾虚冲逆一个方面,也有因肝火、肝阳冲激或肠热蕴结而致者,临床应予鉴别,不能一见脐跳,便作为肾虚冲逆而论。笔者总结他们的经验,认为脐跳病机,多缘肾虚水亏、下虚上逆,但不乏虚中夹实之候。

二、脐诊诊法

脐诊诊法,令患者仰卧,两腿伸直,两手置于身体两侧,以使脐动脉处于自然伸展状态。医者站于病者体侧,以手掌鱼际按切病人的脐部,一如切脉之举、按、推、寻,作轻、重、浅、深之按切,以体会脐动脉之动势。一般而言,脐诊在部位上分当脐及脐上、下、左、右,于气势上分缓与急、粗与细、深藏与浮露等征象。

正常的脐动是动而和缓有力,深藏不露,且常人每无所觉察。病理之脐动是:寒盛者脐跳细弦或拘紧而急,部位多在脐下,按之较深;肾虚者脐跳细弱短促或粗大无力,部位多在当脐或脐上;冲逆阳浮者脐跳则按之躁急,浮露不藏,甚则上冲至腕。

正确运用脐诊,一需注意病者形体之肥瘠与腹壁脂肪之厚薄。二需与腹诊同步进行,并结合脉诊、舌诊。凡形体较瘦或腹壁脂肪较薄者,脐跳较正常明显而极易按得,相反,形体

肥胖或腹壁脂肪较厚者,常不易按得,故需细心体会。

腹诊主要看腹部是否柔软。正常人腹部平软,腹肌弹力充沛。而阴寒内盛或寒凝不化者,多见脐腹板室,喜按摩而舒适。脐跳常与腹部板室同时互见,但也有腹中软绵而见脐跳者,依此可作为辨别肾虚与寒邪两者的比重关系。凡脐腹室硬而脐跳者,是为阳气既虚,阴寒又盛;腹中柔软而脐跳者,则重在于虚,往往阴精亦伤,虽有寒邪内伏,但其势不盛。

脉诊以诊尺脉为重点。凡尺部无力者(包括诸脉滑数,尺脉反无力),为肾脏阳气虚馁;若尺脉浮露(轻按即得,虚大盈指,重按反不实),甚或虚弦者,为阴失内守,阳不敛藏或相火上僭。舌诊以辨析根苔、底苔及舌面润燥为主。舌苔根中白厚,或底白而罩黄,舌质一般正红或淡红者,为阳虚气不展化,阴寒凝聚的征象;如气不布津上承,可见舌面干燥,但舌边白腻或舌边见线条状腻苔;设或阴盛于下,火浮于上,寒热相格,则舌苔根中白厚,前半光红,脐跳而见此舌象,最要细心辨认,因易为假象所惑,而误诊为湿热或热盛伤津。

三、脐诊辨证

脐诊分肾虚冲逆与冲肝上逆二类。

(一)肾虚冲逆。按肾虚冲逆之微甚,而有脐腹动气部位之不同。

1. 动气在脐下:为肾阳式微,寒邪内郁,真阳无以鼓舞,阴寒因而凝聚,寒伤冲脉,动及冲气。证见脐跳弦紧或弦细,腹部拘急,腹中线有一条较明显的弦急感,病人喜跪卧以缓其急;兼有面色淡,足冷体寒,神疲欲寐,舌质胖嫩,舌苔白润;若寒重于虚,则腹肌板室,小腹拘痛,尿室不畅,腹部喜按摩,按之则痛缓。

2. 动气在当脐:为脾肾虚寒,命门火衰,不能温煦中土,冲脉失去镇护,冲气因而逆动。证见脐跳濡软,腹肌板室,脐腹时痛,痛而喜按,肠鸣呱呱有声;兼有支胁满闷,心觉微悸,神情怠惰,口淡不渴,大便或溏,苔白脉濡。

3. 动气在脐上:由于病久重夺其虚,或阳伤及气,阴伤及血,以致冲脉失于温养,下虚则宗气无根,下寒则相火难藏,内不司守,故呈现冲逆阳浮,阴精内损的病理现象。(1)下焦虚寒,冲逆阳浮。证见脐跳躁急,渐浮于表面,腹肌板室少活力;兼有面色潮红或油光,时或烦热,足冷,渴不甚饮,小便反多,舌质嫩红,苔白少津,苔底湿润,脉大或迟弱。(2)阴精亏损,虚阳浮越。证见脐上筑动,按之虚弦或大而不实,上及脘中或虚里,腹壁软绵,环脐无力;兼有头昏耳鸣,咽间气塞,心悸自汗,脉大无力,尺露不藏,舌苔前半色红、根中白厚。

(二)冲肝上逆。有水亏木旺及肠热冲激之分。

1. 水亏木旺,冲阳上冒。证见脐跳在当脐或左旁,或上冲脘中,其势如新张弓弦,按之弦劲搏指;兼见头昏眩晕,或头痛耳鸣,咽间气阻,胸脘窒闷,气逆似喘,心悸不宁,舌红苔黄或薄黄,脉细弦数或浮滑数。

2. 肠热蕴结,阳明气逆。证见当脐跳动筑筑,其势充满搏指,腹肌灼热,满腹虚胀而不拒按(腑实证胀满拒按);兼有小便黄赤,大便秘结,苔黄或黄腻,脉来滑数。

四、脐诊论治

(一)肾虚冲逆

1. 动气在脐下者,寒邪内郁,冲气尚低。由于下虚脏阳失运,气不展化,见证以脐腹室痛,小腹弦急,小便不利为著。(1)在表为太阳下虚证,治用桂枝汤温阳宣气,和营卫而解肌达邪,加独活、细辛以搜下部伏寒;如下寒较重,可加附子以温肾散寒。(2)在下则为水逆证,用桂枝加桂、真武汤以振肾阳、展气化、泄水邪、平冲气。(3)寒在冲脉血分,血郁寒凝,则用当归四逆汤以温经活血,逐寒平冲。(4)若当脐动气较甚,则在诸方中加龙骨、牡蛎,潜摄以镇冲逆。

2. 动气在当脐者,寒水侮土,脏寒冲逆,则为脏寒证。见证以脐腹板室而硬,腹痛肠鸣,

按摩反舒,脐跳无力,大便溏薄或秘结(此为阴结)为著,治用附子理中汤、苓姜术甘汤、小建中汤等以温脏安中,祛寒平冲。

3. 动气在脐上。(1) 偏于虚弱浮热,阳不下潜者,以浮热自汗,下肢欠温,脐动虚大为著,宜用二加龙牡汤导阳养阴,镇摄平冲。(2) 偏于阴虚阳越,下焦湿热相火亢动,见证以脐跳躁急,少腹板窒,溲黄难出为著,宜用通关滋肾丸合桂枝龙牡汤以滋肾坚阴,导阳制亢。(3) 设或阴精耗伤,阴不涵阳,须佐龟板、元精石、生地、元参、首乌等滋养安下,以守阳气;而导火诸法,所当慎用。

脐上动气,连及虚里而愴愴大动,虚跃不息者,此为下虚已极,摄纳无权,亟宜培元固脱。偏阳虚者用温养潜纳,偏阴虚者用咸寒滋育,分别选用参茸龙牡救逆汤、三甲复脉汤、生脉散、黑锡丹,酌加紫石英、紫河车、坎炁等以填补精血,摄纳真元。

(二) 冲肝上逆

脐跳弦劲搏指,冲激殊甚,此“诸逆冲上,皆属于火”者居多。例如肝火、肝阳,见有脐跳,总是水亏,唯其水亏,而斯木旺。治疗上每因

泄降少效,而滋柔得安,药用生地、龟板、元精石、白芍、杞子、首乌、石决明、玳瑁、珍珠母、龙骨、牡蛎等。

若肠热蕴结,见有脐跳,即非腑实。治疗上不宜妄施攻下,而以苦泄取效。药用川连、川柏、知母、山栀、丹皮、牛膝、青盐等。

上二证乃“虚中见盛候”,临床不乏此种病证。可借助脐诊法,以认识其“下虚失纳、气逆上冲”的病机,而作进一层之推理。

五、结 语

脐诊之要,在于医者掌握脐腹诊法,当临床遇到病机错杂,病情隐晦、虚实难以决诊的情况下,可以通过脐腹之诊,以发现特殊症情,探求疾病本质,从而在临床辨证上重视患者体内脏气变动及人体机能反应,在治疗上注意调整肾中阴阳。对下虚上逆,冲逆阳浮诸证候的辨证施治,确有其临床实践意义。

但脐腹诊法只是中医诊法之一,有其特定的适应范围,若持此以眩奇,立异以为高,则脱离实际,当引以为戒。

生肌定痛速愈散治疗肛门术后265例

河南省遂平县人民医院痔瘡科 李 留 记

我科自1985年5月~1987年6月,自拟“生肌定痛速愈散”治疗265例肛门术后病人取得了满意的效果,现介绍如下:

一、一般资料:本组265例中,其中男性120例,女性145例。年龄最大70岁,最小2岁。混合痔57例,单纯性结缔组织外痔28例,环状外痔15例,血栓性外痔15例,肛裂82例,肛周脓肿18例,肛瘘50例;住院病例201例,门诊病例64例。

二、治疗方法:1. 方药组成:生滑石、煅石膏各60克,橡皮、制乳香、制没药、药用淀粉、氧化锌各30克,炉甘石、血竭、白芷各20克,冰片10克另包。

2. 配制方法:上药除氧化锌、药用淀粉、冰片

(研细面)外,余药共研极细末,过200目筛,混合高压灭菌,然后将氧化锌、淀粉、冰片加入诸药搅均装瓶备用。

3. 用法:患者术后每天便后换药。先用生理盐水将疮口冲洗干净,并用棉签沾干,用喷粉器将药粉均匀喷撒在伤口表面,再用消毒敷料压迫胶布固定。

为防止大便干结,宜多吃新鲜蔬菜,忌服辛辣食物及烟酒。

三、疗效:全部病例换药后均无疼痛感,愈合时间也较短。5~10天愈合者205例,占本组病例77.4%;11~20天愈合者60例,占22.6%。本组265例均达到一期愈合。