

四 诊 研 究

瘀血腹诊的探讨

中国中医研究院西苑医院心血管病研究室 王 阶 陈可冀

血瘀的诊断除了凭临床的症状体征外，腹诊也是一个重要的诊断方面。而我国对于瘀血腹诊的专门研究尚少，故本文提出探讨如下。

一、瘀血腹诊的源流

在殷墟出土的甲骨文中就有了“腹疾”的记载。但较为系统地论及腹诊的古籍是《黄帝内经》。《素问·举痛论》、《素问·脏气法时论》、《灵枢·胀论》、《灵枢·邪气脏腑病形》等篇章都具体论述了腹诊。

《灵枢·五邪》指出：“邪在肝则两胁中痛，寒中、恶血在内”。《灵枢·水胀》对石瘕作了具体论述：“石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，瘀以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下”。这些，可以说是关于瘀血腹诊的最早论述。在另一部中医古籍《难经》中也有许多关于腹诊的记载，如《难经·五十六难》就指出：“肝之积名肥气，在左胁下，如覆杯，有头足”。

对瘀血腹诊的系统阐发，使之成为独特诊断瘀血而辨证用药的一种方法，是《伤寒杂病论》的贡献。《伤寒论》397条原文中，论及腹证者就有114条之多；《金匱要略》前22篇中，涉及腹诊者居二分之一强，瘀血腹诊的论述也较多地出现在上二书中。如在桃核承气汤、抵挡汤、下瘀血汤等汤证中，原文中都有有关腹诊的记载，对瘀血腹证则有急结、硬、满、胀、痛、满痛、刺痛、胀痛、里急等具体描述。张仲景还创造性地把瘀血腹诊与临床证候相结合，使之成为辨证论治、方证相对的一种方法得以继承下来，至今仍在临床诊断及辨证用药上发挥着积极的作用。

《内经》及《伤寒杂病论》是瘀血腹诊发展的重要时期，这一时期奠定了瘀血腹诊的基础，以后如葛洪《肘后方》、巢元方《诸病源候论》、孙思邈《千金要方》、王焘《外台秘要》、成无己《伤寒明理论》、戴天章《广温疫论》、唐容川《血证论》、俞根初《通俗伤寒论》等都不同程度地论述了瘀血腹诊的有关内容，对瘀血腹诊的继承起了积极作用。

十六世纪以来，日本古方派勃兴之后，对《伤寒

论》中的腹诊内容作了系统研究，发展了瘀血腹诊。直至今日，日本有关瘀血腹诊的研究和应用在血瘀证和活血化瘀中仍居重要地位。

二、瘀血腹证产生的机理

脏腑、气血、经络相互关联，它们在内的病变可以从腹部表现出来。多种病因导致血液瘀滞，就会以种种形式表现于相应的腹诊部位，这可能是瘀血腹证产生的机理所在。

1. 与人体的募穴有关

五脏六腑之经气在胸腹部有聚结和输转的募穴，这些部位都是脏腑经气交汇的地方，既是内脏经气又是邪气出入的所在。故当经气、脏气出入受限，气血瘀滞时，就会在这些特定穴位反映出异常，探查这些部位，即可发现异常腹证。

2. 与特定部位的“阿是穴”有关

阿是穴本是古代针灸医师“以痛为输”的治疗点。这些穴位能反映附近部位的病变。当身体内有瘀血形成时，常在这些“阿是”的部位表现出来，诊察这些部位，即可得知瘀血的存在与否。如少腹部的抵抗压痛有左、中、右之分，各部位的点也时有偏正。因此，它介乎特定部位和“阿是穴”之间。瘀血腹诊的部位一开始是以阿是穴被发掘出来的，随着临床运用的增多成为较为特定的部位。日本的脐旁压痛点、回盲部压痛点等诊断部位就是这类例子。

3. 与类似经络的感传有关

在进行瘀血腹诊时常发现，用手探索少腹部（左或右），当感觉有抵抗时，再向深部加压，患者往往诉疼痛向上或向下放射。这种类似针刺时的经络感传现象，与瘀血的存在和消失有关。当给予活血化瘀药后，临床证候解除，这种感传也不复存在。所以，还有用针灸使瘀血块和抵抗压感消退的报道^{〔1〕}。

4. 与解剖位置有关

少腹部是瘀血腹诊的重要部位。瘀血征象为何易在这样的位置表现出来？汤本求真认为，这是因为：第一，盆腔是体内下方的腔洞，缺少运动，易形成血

瘀；第二，门脉没有瓣膜，难于促使血液前进，不能阻止逆流，所以血液易在腹内诸脏器中沉着而形成瘀血；第三，因为月经和恶露均为瘀血，所以妇人下腹部易产生瘀血^[2]。

三、瘀血腹诊的辨证及应用规律

1. 辨性质

瘀血腹证多根据其性质不同而酌情选用不同方药。《伤寒论》原文109条说：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂……外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤”。129条说：“太阳病，身黄，脉沉结，少腹硬……其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之”。130条说：“伤寒有热，少腹满，应小便不利，今反利者为有血也……宜抵当丸”。上三条，是瘀血腹证的典型条文。109条少腹急结，“急”是少腹部的崩紧、紧缩状态，按压时有紧张、抵抗之感，“结”是结聚而成的有形之物，如肿块、硬块、腹直肌痉挛等，用桃核承气汤；129条少腹硬，“硬”即按之有物坚硬，用抵当汤；130条少腹满，“满”为感觉胀满及探查时有抵抗感，用抵当丸。

从腹诊性质来说，少腹急结、少腹硬，皆为较急重之证，宜破血逐瘀，用峻下之法，桃核承气汤和抵当汤皆为峻剂；而少腹满，证较缓，但蓄血已成，非破不可，用抵当丸缓破之。从临床病机分析，也是因其缓急而选用不同方剂的。

另外，在《伤寒论》和《金匱要略》二书中，少腹里急用温经汤、少腹满如敦状用大黄甘遂汤、少腹满痛用土瓜根散、产妇腹痛于血著脐下用下瘀血汤、腹中血气刺痛用红蓝花酒、少腹肿痞用大黄牡丹皮汤、腹中疝痛用当归芍药散等，也主要是根据腹诊性质运用方药的。

2. 辨部位

瘀血腹诊的区域主要是脐区、脐下区、京门区和少腹区。脐区诊察脐腹的结痛、压痛、刺痛；脐下区诊察少腹满、少腹硬、少腹硬满、少腹满痛、少腹急结等；左少腹区主要诊察血之凝块及其压痛；右少腹区诊察少腹肿痞（肠痛时的反应）；京门区诊察软块、条索状物等。根据诊察这些部位的性质酌情选方用药，如痛、硬、满、结、块等所用方药不同，应辨证施治。再者，《伤寒》、《金匱》也常依据部位运用相应之方。如少腹部用抵当汤、抵当丸、桃核承气汤；于血著脐下用下瘀血汤，因势利导，泄而出之；大腹部、腹中血气刺痛，以红蓝花酒活血化瘀止痛；腹中诸疾痛用当归芍药散活血缓急止痛，有居中则消而去之的意思；京门区的疼痛、结聚不舒，用复元活血汤之类，柴胡与活血化瘀药同用，有入肝经、走两胁而

化瘀血之意。这些用法都表现了较强的部位意识。

3. 辨所兼证候

腹诊之所以单独作为一种诊断方法，除了特定的腹部体征外，结合证候的辨别才得以系统完善。如少腹急结，可以凭此一证而用桃核承气汤，条文中还同时列举了“其人如狂”。一般来说，二者在临床上常相随出现。故二证并见，选方用药更趋明确。所以，少腹硬，兼身黄、脉沉结、其人发狂，是瘀血较重，故用抵当汤；少腹里急、少腹满，兼暮即发热、手掌烦热、唇口干燥，为瘀血在少腹不去，用温经汤；少腹满如敦状，又有小便微难而不渴，是水与血俱结在血室，用大黄甘遂汤；妇人怀妊，腹中疝痛，则用当归芍药散。

再如，日本瘀血腹诊选用活血化瘀方药时，也多结合兼证进行鉴别应用。芎归胶艾汤与桂枝茯苓丸在腹诊上都可见到腹直肌的挛急，且挛急多限于左侧，但在证候上，兼有心悸、气上冲、筋惕肉瞤及癥瘕、包块等用桂枝茯苓丸；兼面色㿔白等血虚血瘀征象者则用芎归胶艾汤。又如少腹部的抵抗压痛向上下放射，可出现于桃核承气汤证和桂枝茯苓丸证中，如果抵抗压痛腹力充实，兼有大便秘结、上火、月经色黑等则用桃核承气汤；无便秘，主要表现为癥瘕等则用桂枝茯苓丸。所以，结合证候辨别用方，既深化了辨证论治，又丰富了瘀血腹诊的应用。

四、瘀血腹证与血瘀诊断依据相关性的考察

在日本，瘀血腹证被认为是诊断血瘀的重要体征和必备依据。瘀血腹证与其他血瘀的诊断依据到底关系如何？我们对来自本院门诊及住院部被诊断为血瘀证（按血瘀证诊断标准^[3]）又同时具有瘀血腹证的临

附表 50例瘀血腹证患者其他血瘀依据出现频率统计

血瘀依据	频率(%)	血瘀依据	频率(%)
固定性疼痛	35(70)	精神异常	33(66)
病理性肿块	4(8)	黑便	11(22)
舌质紫暗	35(70)	皮下瘀血斑	9(18)
舌体瘀斑	15(30)	脉涩	13(26)
膀胱膜征阳性	28(56)	脉结代或无脉	7(14)
舌下静脉曲张	30(60)	肢体麻木	30(60)
腹壁静脉曲张	1(2)	肢体偏瘫	3(6)
细络	15(30)	手术史	25(50)
面部眼周暗黑	21(42)	外伤史	14(28)
口舌齿龈暗红	27(54)	人工流产史	13(26)
皮肤粗糙	5(10)	月经色黑有块	13(26)

床病人50例(男24例,女26例)进行了考察。检查方法为病人在安静和自然光线下依次填写调查表格,统计与血瘀诊断有关的项目。共统计了二十二个项目,结果见附表。

从附表中可以看出,当患者具备瘀血腹证时,对诊断血瘀意义较大的依据如舌质紫暗、固定性疼痛、舌下静脉曲张、月经色黑有块、手术史、口唇齿龈暗红等出现的频率都较高。特别象精神异常一项,出现的频率也非常高,在古籍记载中,此证常与瘀血腹证相随出现,属于运用活血化瘀方药的一个指征。

上述结果说明:(1)瘀血腹证的出现不是孤立的,它与其他血瘀的诊断依据是相关的;(2)它代表

了诊断血瘀的一个方面的内容,包含了其他与血瘀有关的一部分症状体征的信息,或者说,一部分血瘀的临床诊断信息可为瘀血腹证所代替,所以它有执简驭繁,以少量项目获得多量信息的作用。证明瘀血腹证作为血瘀证诊断的一个方面是有其理论基础和临床基础的。

参考文献

- (1) 胜田正泰:瘀血与腹证, 中医临床 1982; 3(4):45.
- (2) 汤本求真著, 周子序译《皇汉医学》, 人民卫生出版社, 1956年.
- (3) 中国中西医结合研究会活血化瘀专业委员会, 血瘀证诊断标准, 中西医结合杂志 1987; 7(3):129.

脑垂体前叶功能减退症并发危象治验

同济医科大学附属协和医院 陈泽民 指导 朱师墨

垂体前叶病损之后,可引起性腺、甲状腺和肾上腺皮质的功能减退,治疗颇为棘手。我们应用重剂金匱肾气汤加减治疗本病并发危象一例,取得了较好疗效,介绍如下。

某女,24岁,未婚,化工检验员,1967年7月11日由内科转入中医病房,住院号118867。

1964年突然出现间断高热月余,原因不明,未作规则治疗而热退。不久低热又发,并持续年半,病情渐重,由食欲减退到完全不思饮食,体重明显下降。经内分泌专家多次检查,1966年底确诊为“脑垂体前叶功能减退症”。给予激素、甲状腺素等治疗,并服用过养阴补肾中药2月余收效不著,遂转中医科诊治。

刻诊:持续低热,心慌胸闷,畏冷神疲,腰膝痛,汗出,体重下降,口渴引饮,无食欲,尿中沉淀物多,白天无尿,经闭。脉细数、重按无力,舌淡苔薄白。查体:营养差,体瘦,慢性重病容,面色苍白,步态不稳,颜面下肢轻度浮肿,头发腋毛脱落。心率110次/分,血压150/100毫米汞柱,空腹血糖71毫克%,24小时尿17酮类固醇5.64毫克(正常值8.5~15.8毫克),17羟类固醇2.16毫克(正常值8毫克)。

此病属中医虚劳范畴,辨证为肾阴阳两虚,脾失健运,气血不足,治宜温补肾阳,兼养肾阴。健运脾胃,补益气血,拟方金匱肾气丸加减。药用:

上肉桂6克,附块15克,熟地20克,山萸肉10克,山药20克,丹皮9克,连皮茯苓30克,泽泻10克,党参15克,黄芪30克,当归30克,鹿角片12克,炙远志12克,琥珀末10克(分二次冲服)。水煎

服,一天1剂,药后白天尿量增多,腰痛、畏寒、心慌、胸闷等症减轻,共服15剂。

至10月8日突感右下腹剧痛,诊为急性阑尾炎。经保守治疗第二天阑尾炎症状好转,但原有病情恶化。患者心慌、胸闷、气急等症加重,并感呼吸困难,尿少,心率增快至160次/分,出现危象。经几位名中医会诊,认为患者病情危急,脾肾阳气大衰,急宜金匱肾气丸方加减,重剂治之。

上肉桂末6克(分二次冲服),附块20克,熟地30克,山萸肉15克,山药20克,红参12克(另煎兑服),茯苓15克,鹿角片15克,当归12克,黄芪30克,炙远志15克,菟丝子15克,枸杞15克。上药2剂后,患者诸症渐现转机,连服7剂,病情明显好转。上方去红参,加党参30克,肉桂、附块减量,继服30剂之后,病情稳定。上方略作加减,经半年治疗好转出院。出院后一直每月复诊2~3次,病情稳步好转,诸证渐愈,月经恢复正常。1972年结婚,1976年妊娠,剖腹产一正常男婴。1988年5月9日随访,患者生活工作正常。

按:此例病之初乃阴虚之证,病久及阳,而成阴阳两虚,病本在肾,日渐累脾,遂现脾肾两亏之候。所谓有形之阴难以速生,无形之阳当先急固。故治疗以补阳为主,兼顾于阴,以补肾为主,并及于脾。金匱肾气丸,补阳而于阴中求之,补肾而兼以补脾,用之恰合。至出现危象时,脾肾阳大衰,一般剂量恐药力不济,遂以重剂肾气丸方加红参、鹿角片等,急固阳扶危而获显效。治仅1例,尚有待进一步验证。