

诊 治 研 究

日本《伤寒论》派腹诊与中医辨证的比较研究

上海中医学院 何新慧

指导 柯雪帆 费兆馥 孙汉钧

中医腹诊是中医诊断的重要内容之一,源于《内经》、《难经》及《伤寒杂病论》,在《伤寒杂病论》中,腹诊的内容较为丰富,已初具规模。日本汉方医腹诊的流派之一——《伤寒论》派腹诊即由此而发展形成,延用至今,在日本汉方医的临床诊断治疗中起有十分重要的作用。鉴于中医腹诊在我国中医临床辨证中所占比重较小,为总结整理出较为完整实用的中医腹诊法,笔者按日本《伤寒论》派腹诊的理论和操作方法*,在中医临床上对544例患者作了腹诊诊察,并将诊察结果与我国目前中医临床辨证结果作比较分析,从而对日本《伤寒论》派腹诊的某些腹候的中医辨证意义提出了初步看法。

一、一般资料

本组544例均为中医辨证比较明确,治疗有一定疗效者,除此之外,未作任何条件限制。其中男性256例,女性288例;年龄15~20岁10例,21~30岁58例,31~40岁136例,41~50岁112例,51~60岁120例,61~70岁71例,70岁以上37例。544例中内科病480例,妇科病60例,外科病4例;病种涉及25个中医证候,70余个现代医学病种**。

二、腹诊方法简介

作腹诊诊察前令病人仰卧,两腿平伸,取平静放松的姿势,医者立于病人右侧。依次诊测以下几项。

测腹力:医者将手掌手指伸平,整个手掌贴紧病人的腹部,逐步地呈“〇”字形按压,边按压边体会腹壁的张力。腹力等级分为五级,由软到硬依次为软、偏软、中等、偏实、实;或用腹力探测仪(自行研制)测定腹力等级。

诊胸胁苦满:胸胁指肋弓下缘部位。腹诊时在乳头与脐的连线与肋弓下缘的交点的正下部位,用食、中、无名三指沿胸廓壁向乳头方向推按,又可下压,并向左右移位推按。如有疼痛或伴有抵抗,或较重的

不适感,即为胸胁苦满(+),程度严重者胸胁苦满(++).

诊心下痞硬和振水音:在剑突下至中脘,左右不超过锁骨中线的区域内,将食、中、无名三指并拢,先轻后重地按压。如有压痛或伴有抵抗为心下痞硬(+),程度严重者心下痞硬(++).在上述部位叩击腹壁,如闻及振水音即为振水音(+),但要在病人至少2小时内无进食或进水情况下诊得。

诊脐旁、S状部、回盲部压痛点:脐旁指脐上、下、左、右,脐左斜上、左斜下,脐右斜上、右斜下,各距脐二横指处;S状部指脐与左髂前上棘的连线中点;回盲部指脐与右髂前上棘的连线中点,以这个连线中点为中心,上下左右二横指处均可作为压痛放散部位。在上述各部用中指向下按压,由轻到重,轻按即痛为痛(+++),中度按压痛为痛(++),重度按压才痛为痛(+).

三、诊察结果分析

1. 腹力与中医辨证的关系:随机抽样测定137例病人的腹力,根据腹力探测仪测定数据划分等级,与中医辨证结果对照,中医辨证结果分成虚证、实证、虚实夹杂证三型。137例的腹力与虚实辨证对照结果见表1。

从表1中可见在腹力软的病例中虚证的出现率最高;在腹力偏软、中等的病例中实证的出现率高;在腹力偏实、实的病例中虚实夹杂证的出现率最高。另外,对308例手测腹力的病例作中医虚实辨证结果对

* 主要根据日本汉方医藤平健先生传授的腹诊方法。

** 中医证候诊断参考上海中医学院主编《内科学》,上海科学技术出版社1979年12月版;中医辨证分型参考柯雪帆主编《中医辨证学》,上海中医学院出版社1987年11月版;现代医学病名参考上海第一医学院等主编《内科学》,人民卫生出版社1980年6月版。

表 1 137例腹力与中医虚实辨证
情况对照表

腹力	例数	实证例 (%)	虚证例 (%)	虚实夹杂证例 (%)
软	50	9(18.0)	21(42.0)	20(40.0)
偏软	52	20(38.5)	4(7.7)	28(53.8)
中等	22	8(36.4)	1(4.5)	13(59.1)
偏实	8	1(12.5)	0	7(87.5)
实	5	0	0	5(100)

照分析,亦符合上述趋势。

2. 胸胁苦满和中医辨证的关系: 临床诊察有胸胁苦满 140 例, 胸胁苦满发生在右侧的有 125 例, 占 89.3%; 发生在左侧的有 6 例, 占 4.3%; 发生在双侧的有 9 例, 占 6.4%。胸胁苦满在各个证候中的出现率以胁痛证最高(74%); 其余依次是饮证(48%), 黄疸(33%), 胸痛(27%), 胃脘痛(26%), 咳嗽(21%); 在其他证候中胸胁苦满的出现率均在 20% 以下。在胁痛证中出现胸胁苦满的病人, 其辨证分型情况如下: 肝胆湿热型中胸胁苦满出现率为 88%; 肝气郁结、胆失疏泄型为 64%; 肝气郁结、肝血瘀阻型为 58%; 单纯肝气郁结型为 50%。

3. 心下痞硬、振水音和中医辨证的关系: 临床诊察有心下痞硬者 142 例, 心下痞硬在各个证候中的出现率以胃脘痛最高(68%); 其次是胁痛(30%), 黄疸(33%), 腹痛(22%); 在其他证候中心下痞硬的出现率均在 20% 以下。出现心下痞硬的胃脘痛病人其辨证分型有肝气犯脾、肝气犯胃、脾不统血、湿热中阻、脾虚气滞血瘀、胃阴不足等, 各证型中心下痞硬的出现率相近, 均在 60~75% 之间。

心下部位有振水音的 47 例中, 伴心下痞硬者 29 例, 占 62%。在胃窦炎、消化性溃疡、慢性胃炎等病中, 振水音和心下痞硬同时出现者高达 88%。在 6 例有振水音的胃下垂病人中, 仅 1 例伴有心下痞硬。有振水音的 2 例幽门水肿、憩室病人, 均不伴有心下痞硬。47 例有振水音的病人, 辨证有湿浊的 13 例, 舌苔腻的 31 例。

4. 脐旁、S 状部、回盲部压痛点和中医辨证的关系: 173 例腹部有压痛的病人, 部位包括脐旁、S 状部、回盲部, 共计有压痛点数 301 点, 这些压痛点和病证、证型的关系见表 2。

从表 2 中可见冲任气滞血瘀型其压痛点在脐下、S 状部、回盲部的频数最高; 肠痛的压痛点主要在回盲部; 胃脘痛者伴有脐上压痛的频数最高; 胁痛证的压痛点以在脐上、脐右、回盲部的频数为较高。

表 2 173例的压痛点和病症或证型的关系

病症或证型	压痛点总频数(例)	脐上	脐下	脐左	脐斜左	脐右	脐斜右	S 状部	回盲部
冲任气滞血瘀	46(31)	4	8	3	0	5	0	12	14
膀胱湿热下注	10(4)	1	3	1	1	0	1	2	1
肠 痛	6(3)	1	0	0	0	0	2	0	3
泄泻、痢疾	25(12)	4	5	2	0	5	0	4	5
胃脘痛	93(51)	24	14	17	0	17	0	10	11
胁 痛	32(20)	7	0	3	0	9	0	2	11
其他病证	89(52)	14	15	12	2	19	0	12	15

四、讨论

1. 腹力与中医虚实辨证的密切关系: 从分析比较的结果中可知, 在腹力软中以虚证为多; 在腹力偏软及中等中以实证为多; 在腹力软、偏软、中等中, 虚实夹杂证的出现率相似; 在腹力偏实和实中, 以虚实夹杂证为多, 不出现单纯的虚证; 在腹力实中亦不出现单纯的实证。腹力的测定虽然是对腹部的虚实作出判断, 但对患者全身状态的虚实辨证也有很大的参考价值。因为腹壁的阻抗是由整个腹壁的紧张度, 腹壁充实感及腹壁皮内层、腹肌层的阻抗, 内脏的阻抗所显示的内脏一体壁反射合在一起构成的, 因此, 通过诊腹可了解全身的生理病理状况。同时腹力也反映了人的体质, 如曾对 30 名正常健康人作腹力测定, 腹力偏软占 73%, 腹力软的占 23%, 中等腹力占 4%。可见正常人以腹力偏软为主, 出现软的是体质较弱的表现。中等腹力常见于长期从事体力劳动或体育锻炼的人, 是体质较强的征象, 少数腹力偏实的亦属于此种情况, 但正常人不会出现腹力实。腹力偏实和实的, 其形成与腹腔内病邪严重积聚致腹壁充实感的阻抗增强有关, 故腹部表现为实证; 但由于病邪积聚十分严重, 正气难免受损, 因此病证多为虚实夹杂证。这种情况可见于晚期肿瘤、严重腹水, 尤多见于腹水短期内增长很快的病人或巨大良性肿瘤病人。对一些舌、脉无明显虚或实的征象, 单纯以症状判断有时易有误差, 腹力的测定可提供虚或实的客观征象。

2. 胸胁苦满与肝胆病证的关系: 胸胁苦满在胁痛证候中发生的比例最高。在胁痛证候中又以肝胆湿热型发生胸胁苦满的比例最高; 其次为肝气郁结、胆失疏泄型, 此两型的胸胁苦满程度较强, 常伴有明显的右腹直肌紧张(即抵抗), 多见于胆石症、胆囊炎、病毒性肝炎急性期病人, 当病情缓解时, 胸胁苦满程度亦减弱。胸胁苦满大部分出现在右侧, 而右侧是肝、胆所对应的体表部位, 如病变导致肝胆经脉的气滞血瘀就可出现胸胁苦满。因此胸胁苦满在很大程度上提

示肝胆病证。但其他病证如胸痛、饮证等心肺病证，其所存在的较严重的心脉瘀阻可进而影响肝之疏泄，从而导致肝气郁结、肝血瘀阻，亦可出现胸胁苦满。

3. 心下痞硬、振水音与脾胃病证的关系：心下痞硬与振水音出现于心下部位，是胃所对应的体表部位，因此主要提示脾胃病证。心下痞硬在胃脘痛证候中出现率最高，其程度的强弱，一般与病情轻重有关，如湿热中阻、气滞血瘀的病证，在发作期可出现较强的心下痞硬，病好转时可减弱，此多见于胃窦炎、胃炎、消化性溃疡、胰腺炎等病。其他病证如肝胆、心肺病证，大肠、小肠病证影响到脾胃，致胃腑气滞血瘀，病邪停滞亦可出现心下痞硬。

振水音与心下痞硬常同时出现，因此振水音和心下痞硬一样与脾胃病证关系较大。振水音比心下痞硬更易在胃下垂、幽门水肿、憩室等病证中出现，故振水音更能反映这些病变。振水音的出现与胃的排空延长直接有关，故易在胃弛缓、胃扩张的病人中出现，中医辨证当属脾胃虚弱，水湿停滞。

4. 脐旁、回盲部和S状部压痛点与瘀血症及其他病证的关系：中医辨证属冲任气滞血瘀的多见于腹痛、崩漏、积聚等证候中，多为妇科疾病，包括宫外孕、子宫内异位症、子宫肌瘤、卵巢囊肿等病。此证型的压痛点分布特点是以小腹部为主，即脐下、S状部、回盲部压痛点频数高于脐上、脐左、脐右。肠痛病人中心压痛点在回盲部，脐旁可有放散痛。胃脘痛的压痛点以脐上为最多，这与病变部位在上腹部有关。胁痛证的压痛点以脐上、脐右、回盲部为主，此与病变在右上腹和肝胆病变的放散痛有关。膀胱湿热下注多见于淋证病人，疼痛点以脐左斜下、脐右斜下、S状部和回盲部偏内为易见。其他病证的压痛点分布

频数均较接近，且程度亦较轻，辨证主要有心脉瘀阻、经脉痹阻、水湿停聚、燥热内盛等。

总之，脐旁压痛点和S状部、回盲部压痛点的压痛存在与气滞血瘀有密切关系，此外与寒、热、湿邪结聚亦有一定关系。如果这些病变在腹部，则压痛点的出现部位与病变部位有一定的联系，尤其是中心压痛点更能提示病变部位。如果由其他病证引起全身较严重的气滞血瘀，则压痛点部位的出现无规律，且这种压痛程度较轻。

综上所述，胸胁苦满、心下痞硬、脐旁压痛点、S状部压痛点和回盲部压痛点等腹候的阳性表现，其基本理论均是“不通则痛”。究其不通的原因，系由寒、热、湿邪，痰饮，瘀血等侵犯脏腑经脉，或者是由气血亏虚，运行无力而导致脏腑经脉的气滞血瘀所造成。由于这些腹候的诊察部位不同，反映了不同脏腑的病变情况，因此通过这些腹候的诊察，为辨证论治提供客观依据。尤其是急性病证，初起时舌、脉诊尚未反映出来，或症状不明确时，腹证已出现，对病证早期诊断有很大帮助。几个腹证同时存在，提示病证的联系和影响，如胸胁苦满和心下痞硬易同见，此与肝胆病证与脾胃病证关系密切，易致肝病及脾，或脾病及肝，互相影响，互为因果。另外还提示病变范围，如泄泻病人脐旁压痛和S状部、回盲部压痛，说明大肠病变，如伴有心下痞硬，则提示肠胃同病。

由此可见，日本《伤寒论》派腹诊的一些腹候的诊察结果具有其特定的中医辨证意义，在某种程度上腹诊可弥补舌诊、脉诊的不足，丰富和强化了中医诊断的内容和作用。由于日本《伤寒论》派腹诊，其理论基础不离中医基本理论，它可在中医辨证论治中发挥其特有的作用，值得重视、研究与推广。

• 中医药信息 •

• 香港慈云阁有限公司捐资1500万港元兴建的惠来县慈云中医院最近落成。慈云中医院占地1.2万多平方米，已经建成的门诊楼、住院楼、附属楼、制剂楼、职工宿舍总建筑面积1.3万平方米。

• 为加强中医药院校的政治思想工作，国家中医药管理局最近在福建中医学院召开了“全国高等中医药院校首次思想政治工作研讨会”。中宣部、卫生部有关领导及福建省副省长刘金美到会祝贺，会议收到论文40多篇。

• 由洛阳市针灸学会倡导主办的“七大古都针灸联谊会暨首届学术研讨会”不久前在洛阳召开。北京、

西安、开封、杭州、南京、洛阳、安阳七市代表200多人到会，收到论文280篇。

• 广东省最近召开了“全省农村工作会议”，会议代表一致认为，当前的首要工作是要把中医的农村三级预防保健网建立起来，以县中医院为“龙头”，以乡镇卫生院中医门诊、病房为枢纽，以村卫生站中医药人员为基础，形成面向广大农村的中医药服务网络。

• 最近，黑龙江省委、省政府授予省中医研究院中药研究所副所长罗佳波“黑龙江省优秀专家”称号。罗佳波1975年毕业于黑龙江中医学院中药系，16年来先后研究开发10个新药，发表论文18篇，其中的“小儿消炎栓新品”、“止泻退热微丸”获新药证书，并为卫生部推荐给世界卫生组织(WHO)推广使用。