

中医腹诊在胃肠病诊疗中的应用

刘启泉* 杜艳茹* 王志坤*

主题词 胃肠疾病/诊断 腹诊

中医腹诊在《内经》、《难经》、《伤寒论》、《金匱要略》等经典中多有论述。腹诊是中医“望、闻、问、切”四诊的组成部分,在胃肠病的临床实践中,我们应用中医腹诊,结合平脉辨证及现代诊疗手段(如电子胃镜、电子肠镜、数字胃肠造影、超声波等),指导临床常见胃肠病的诊断、治疗及转归,颇有心得,现总结如下。

1 中医腹诊源远流长,博大精深

1.1 《内经》、《难经》奠定了腹诊理论基础:中医腹诊历史悠久,是中医基础理论体系中的重要组成部分,在临床实践中,可贯穿于辨证论治之始终。腹诊记载最早见于殷虚甲骨文中,其中记载了20余种疾病的名称。其中包括腹部疾病在内,如“蛊”字,《说文解字》曰:“蛊,腹中虫也。”《五十二病方》中记载有“大腹水肿”、“腹肿”等。《史记·扁鹊仓公列传》扁鹊在为虢太子看病时,采用了“循其两股,以止于阴,当尚温也”的方法来判断虢太子之假死。《内经》为中医腹诊提供了重要的理论依据,为后世腹诊发展奠定了坚实基础。如“诸病有声,鼓之如鼓”(《素问·至真要大论》)、“腹大、身尽肿皮厚,按其腹,……”(《灵枢·水胀》)。《灵枢·百病始生》对积证的腹诊作了较详细的描述,积“著于伏冲之脉者,揣之应手而动,发手则热气下于两股,如汤沃之状”等,皆是对腹诊的具体论述。

1.2 张仲景开创腹诊论治之先河:医圣张仲景在《伤寒论》、《金匱要略》中,创造性地发展了腹诊理论,将腹诊应用于临床,融会于辨证论治体系之中,使腹诊与临床诊断、治疗紧密结合,开创了中医腹诊论治之先河。在《伤寒论》^[397]条原文中,涉及腹诊内容的多达114条,占全书的25%以上,如“少腹急结”(106条);“少腹当硬满”(124条);“心下痞,按之濡”(154条);“从心下至少腹硬满而痛,不可近者”(137条);“小结胸痛,正在心下,按之则痛”(138条)等。在《金匱要略》中,腹诊更是作为辨证论治的重要依据,有时甚至是唯一的依

据加以强调,如“按之心下满痛者,以为实也,当下之,宜大柴胡汤”。

1.3 后世诸家发展完善:后世诸家,在《伤寒论》、《金匱要略》基础上各有发挥,临床应用更趋丰富、发展,并明确提出了“腹诊”概念。俞根初《通俗伤寒论》在“按胸腹”一节中,明确提出了“腹诊”的概念,并指出“按腹之要,以脐为先”,这是中医著作中论述腹诊切诊法最明确、最具体的文献。张志聪在《伤寒论集注·凡例》中指出“胃中按之而痛,世医便谓有食,夫胃为水谷之海,又为仓廩之官,胃果有食,按之必痛。试将饱食之人按之,痛否?惟邪气内结,正气不能从隔出入,按之则痛”,此文对应用腹诊诊查胃中邪气有无作了明确阐述。吴又可《瘟疫论》中有“心下虽满痛,按之则软,略加揉按,则漉漉有声,此证夹水之辨也”,进一步完善了通过腹诊察验病机。在日本汉方医也极为重视腹诊,认为“腹者有生之本,故百病根于此焉,是以诊病必候其腹”。有“先证不先脉,先腹不先证”之说(吉益东洞)。

2 腹诊的方法与分区

2.1 腹诊方法:腹诊包括了腹部的望诊、闻诊、问诊、切诊,而切诊在腹诊中较之其他三种方法尤为重要。由此,古今不少医家认为,腹诊就是指腹部的切诊,如清代俞根初就指出“胸腹为五脏六腑之宫城,阴阳气血之发源,若欲知其脏腑何如,则莫如按胸腹。腹诊时,让患者仰卧,两腿屈曲,两臂顺沿两肋平伸,露出腹部,放松腹肌,检查医师位于右侧,用右手指掌,逆时针方向从左下腹诊查起,顺序向右下腹触摸,手法宜轻柔徐缓,由浅入深,由轻到重。为了寻找疾病病位,也可用大指或食指,由轻到重对患者的穴位,进行按压、推移、循摸等,以便发现阳性反应,我们在临床上常用滑动法、揉按法、移压法、推动法,或一法独施,或数法合用,诊查腹部的胀、满、硬、痛、痞、急、结、板等情况。注意有无凝滞、结节、团块、板结、条索等。

2.2 腹诊分区:腹诊分区参照《中医诊断学》胸腹部位划分法及王琦教授“中医十一区腹诊分区法”,根据脾胃病证特点划分为9个区域。胃脘(心下):相当于西医腹部九分法上腹部;脐部(大腹):相当于西医腹部九分法中腹部;小腹:相当于西医腹部九分法下腹部;左右

* 河北省中医院消化内科,石家庄市中山东路139号 Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

少腹:相当于西医腹部九分法之左右下腹部;左右肋下:相当于西医腹部九分法左右中腹部;左右肋部:相当于西医腹部九分法左右上腹部;胃脘(心下):诊胃、心、胆;脐部:脾、胃;左右少腹:肠、肝;左右肋下:诊肝、胆;左右肋部:诊肝、胆;小腹:肾膀胱、胞宫。

3 腹诊的应用

3.1 胃病腹诊辨证:胃脘(心下)如果胃脘部有轻度压痛、无板结,病程较短,多为胃炎活动期,说明胃病在初期,多为浅表性胃炎。结合舌脉及症状,治疗宜理气清热和胃,多用柴胡、香附、延胡索、枳实、蒲公英、败酱草、茵陈等。若中、重度压痛,并伴有明显的节律性疼痛,诊之有条索状物,多为溃疡病或糜烂性胃炎。结合舌脉及症状,治疗宜清热解毒,化瘀通络和胃,多用蒲公英、连翘、败酱草、当归、徐长卿、延胡索、红藤、川芎、地榆、墨旱莲、冬凌草、三七粉等。若有凝滞、板结,说明胃病病程日久,病史一般较长,腹部干涩,板结明显,而压痛不明显,说明气滞、血瘀、痰凝,治疗宜活血化瘀,通络散结,多选用当归、莪术、徐长卿、丹参、姜黄、白花蛇舌草、冬凌草、五灵脂。若按之较软,有“振水声”或“咕咕”之声,说明病程短,多为水湿内停,宜化湿和胃,选用茯苓、生薏苡仁、白豆蔻、白术、白芍、石菖蒲、猪苓、桂枝、厚朴。若局部涩滞,按之胀满,有水声,多为胃动力不足,宜理气化湿,选用厚朴、枳实、八月札、炒莱菔子、紫苏梗、荷梗、厚朴花、白残花、砂仁、大腹皮等。若腹部干涩,按之有板状感,轻按有分层感,说明病程久,乃瘀血阻滞正虚邪实之候,治宜扶正与祛邪并重,宜缓缓图之,选用理气而不伤气,化瘀而不伤正之剂,如佛手、香橼、八月札、当归、隔山消、三七粉、川芎、郁金、丹参、桃仁等。若腹部干涩,按之有板结感,局部发凉(触之皮温低),此多为气滞、湿热、瘀血,阻滞络脉,胃腑失于荣养,治宜选用调理气机、清热化湿、活血通络之品,如柴胡、黄芩、香附、佛手、八月札、连翘、蒲公英、败酱草、当归、莪术、徐长卿等。切不可因胃脘、脐周局部发凉、怕冷而用辛温燥热之剂。若腹部皮肤干涩,

按之板结,且明显搏动感,多为胃病日久,气血亏虚,邪实正虚之候,宜攻补兼施,此时患者多有纳呆、乏力、头晕、失眠等表现,宜选用八月札、佛手、当归、丹参、生牡蛎、珍珠母、合欢皮、夜交藤、炒酸枣仁。若腹部皮肤干涩,按之板结,腹部干瘪,纳呆、乏力、消瘦,舌红嫩、无苔,多为胃病日久,阴血亏虚,宜选用石斛、百合、沙参、女贞子、生甘草、乌梅、五味子、麦冬等,并佐以佛手、八月札、炒谷芽、炒麦芽调气和中消导。

3.2 肠病腹诊辨证:脐部(大腹)左右少腹,多反映脾与肠的病理变化,如脐左右压痛明显,多为脾虚或肠道湿热,大便规律有改变。若右少腹(脐右 3 寸)有压痛多为大便秘结,兼见腹满,舌红苔腻,脉滑(弦滑、实)等,多为热结肠腹。可选用瓜蒌、火麻仁、败酱草、生石膏、女贞子、玄参、枳实、红藤。若左少腹(脐左 3 寸)有压痛多为大便溏泄,兼见腹满,舌淡苔腻,脉细(沉细、细滑)等,多为脾虚夹湿。可选用茯苓、炒白术、炒薏苡仁、山药、防风、葛根、砂仁、仙鹤草、凤尾草等。若小腹(脐下 2 寸)有压痛多为乙状结肠病变,根据兼证的不同,灵活加减选药:湿热者选用黄连、黄芩、败酱草、地榆、白头翁、叶下珠、秦皮;气滞者选用八月札、佛手、香附、柴胡;血瘀者选用五灵脂、丹参、姜黄、郁金、桃仁、川芎。

3.3 腹诊与辨病相结合:慢性胃炎:胃脘部有压痛,多为浅表性胃炎,压痛明显多为浅表性胃炎活动期、溃疡病或糜烂性胃炎。按之胀满不痛,有板结者多为萎缩性胃炎,如板结明显,一般胃炎病史较长,按之有分层感、有条索状物者,结合病史多为萎缩性胃炎伴肠上皮化生、异型增生。

腹诊是中医一般诊断方法在胸腹病变诊察中的综合运用,是中医四诊体系中的一个子系统,同时又有其完整自身体系和特点,是中医学宝库中的重要遗产。在胃肠病的临床实践中,正确应用腹诊,对于脾胃肠常见病的诊断、治疗(遣方、选药)、预后等,具有非常重要的意义,应当认真继承、发展、提高、推广,使之发挥更大的作用。

(上接第 211 页)

取坐位,头微前倾,进针向口或下颌方向,深度 1~1.5 寸,约为患者颈围的 12%~14%。也有人按回归方程计算进针深度,即 $Y = 2.6475 \pm 0.0778X$ (Y 为进针深度, X 为颈围)。风池、完骨、天柱进针 1.5~2 寸,针尖指向喉结,震颤徐入 2.5~3.0 寸,施小幅度高频率捻转补法 1 分钟。人中为督脉之穴,手足阳明之会,针以开窍醒脑、疏通经络。内关为心包之络,乃八脉交会穴,能通阴维,可宁心安神。三阴交为脾、肾、肝经交会之

处,可调补肝肾。极泉、委中以舒经活络,促进患肢功能恢复。随症配穴,以提高疗效。

3 后记

经过讨论后处方如下:风府、风池、完骨、天柱、人中、内关、三阴交、极泉、委中、太冲、足三里、丰隆、曲池、百会、颊车、地仓。中药用镇肝熄风汤加减,西医对症治。该患者经上述治疗 4 天后,已拔掉鼻饲管。2 周后逐渐行走自如,吞咽及构音基本正常,最终于 2001 年 11 月 12 日治愈出院。随访 1 年未复发。