

张文科 编著

腹 诊 证 治

科学技术文献出版社

腹 诊 证 治

张 文 钊 编 著

科学技术文献出版社

(京)新登字 130 号

责任编辑/徐素华
责任出版/全 未
封面设计/雪 梅

图书在版编目(CIP)数据

腹诊证治/张文钊编著. - 北京:科学技术文献出版社,1998.4
ISBN 7-5023-2991-9

I. 腹… II. 张… III. 腹诊 IV. R241.26

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97) 第 17629 号

出 版 者/ 科学技术文献出版社
地 址/ 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
发 行 者/ 新华书店北京发行所
印 刷 者/ 北京昌平百善印刷厂
版(印)次/ 1998 年 4 月第 1 版,1998 年 4 月第 1 次印刷
开 本/ 850×1168 32 开
字 数/ 248
印 张/ 9.25
印 数/ 1—4000 册
定 价/ 16.00 元

© 版权所有 违法必究

(购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者本社发行部负责调换)

发行部电话/(010)68514035 总编室电话/(010)68515544-2935

社长室电话/(010)68515037

前 言

腹诊实属中医诊断学中切诊内容之一,由此而诞生的腹证又属其中辨证内容之一。把它应用于临床,又是选方用药的理论根据。

考诸医籍,《素问》、《灵枢》、《难经》是腹诊理论的奠基者。《伤寒论》、《金匱要略》是腹证在临床上的应用者。自此之后,历代医家由于受封建礼教的束缚和限制,多重视脉诊而略其腹诊。腹证多从理论探索,辨证亦重视四诊辨证而略其腹证辨证,或有论述,多简而不详,延续至今,可谓存而不用。余思及此,不顾学识浅陋,广搜博采,汇集成册。使诊断多一技,辨证多一术,用方多一证(腹证),临床多一效。

余学识粗陋,阅历浅浮,资料有限,时间仓促,初步尝试,其内容难免谬误,惟望读者,补其缺略,正其谬误,不吝指教。

编 者

目 录

腹诊证治溯流	(1)
一、《黄帝内经》为腹诊证治的形成奠定了理论基础	(1)
二、《伤寒杂病论》为腹诊证治形成体系,应用临床,首开先河	(3)
三、中医东渡,远传日本,汉方医家诊病必候其腹	(4)
腹诊方法	(6)
一、腹诊姿式	(6)
二、腹诊部位	(6)
三、腹诊顺序	(9)
四、腹诊手法	(10)
腹证分述	(13)
一、心下痞	(13)
二、心下痞满	(16)
三、心下痞硬	(17)
四、心下痞坚	(18)
五、心下石硬(心下硬)	(19)
六、心下振水声	(20)
七、心下支结	(21)
八、胸胁苦满	(22)
九、少腹急结	(23)
十、少腹肿痞	(25)
十一、少腹拘急	(26)
十二、少腹弦急	(27)
十三、少腹如教	(27)
十四、少腹不仁	(28)
十五、少腹满	(29)

十六、少腹硬满·····	(30)
十七、腹皮拘急·····	(31)
十八、蠕动不安·····	(32)
十九、动悸·····	(33)
二十、腹满·····	(34)
二十一、腹力·····	(35)
二十二、正中芯疼痛·····	(36)
二十三、腹部寒热·····	(37)
二十四、腹皮枯燥·····	(38)
二十五、旋杯旋盘·····	(38)
二十六、脐周疼痛·····	(39)
二十七、腹诊腹证与四诊辨证关系·····	(40)
方证应用 ·····	(41)
大黄黄连泻心汤 ·····	(41)
泻心汤 ·····	(43)
附子泻心汤 ·····	(44)
黄芩汤 ·····	(47)
桂枝生姜枳实汤 ·····	(49)
半夏厚朴汤 ·····	(50)
栀子豉汤 ·····	(53)
枳实栀子豉汤 ·····	(55)
栀子厚朴汤 ·····	(57)
厚朴生姜半夏甘草人参汤 ·····	(59)
半夏白术天麻汤 ·····	(61)
人参汤(理中汤) ·····	(63)
枳实薤白桂枝汤 ·····	(67)
半夏泻心汤 ·····	(68)
生姜泻心汤 ·····	(73)
甘草泻心汤 ·····	(75)
黄连汤 ·····	(78)

干姜黄连黄芩人参汤	(80)
旋复花代赭石汤	(82)
葛根黄连黄芩汤	(85)
续命汤	(87)
干姜人参半夏丸	(88)
苏子降气汤	(89)
平胃散	(91)
木防己汤	(93)
大陷胸汤	(97)
小陷胸汤	(100)
甘遂半夏汤	(102)
十枣汤	(103)
茯苓桂枝白术甘草汤	(106)
五苓散	(109)
小青龙汤	(111)
小柴胡汤	(113)
大柴胡汤	(118)
柴胡加龙骨牡蛎汤	(121)
逍遥散	(125)
柴胡桂枝汤	(127)
四逆散	(132)
枳实芍药散	(135)
柴胡桂枝干姜汤	(136)
抑肝散	(139)
桃核承气汤	(142)
大黄牡丹汤	(146)
八味地黄丸	(150)
桂枝加龙骨牡蛎汤	(153)
大黄甘遂汤	(155)
抵当汤	(157)

桂枝茯苓丸·····	(161)
下瘀血汤·····	(166)
芍药甘草汤·····	(168)
小建中汤·····	(171)
甘草小麦大枣汤·····	(176)
当归四逆汤·····	(179)
当归芍药散·····	(181)
甘草汤·····	(185)
排脓散·····	(188)
瓜蒌薤白半夏汤·····	(189)
半夏汤·····	(190)
龙胆泻肝汤·····	(192)
温经汤·····	(193)
附子汤·····	(195)
大建中汤·····	(197)
附子粳米汤·····	(200)
炙甘草汤·····	(202)
桂枝加桂汤·····	(204)
桂枝甘草汤·····	(207)
桂枝甘草龙骨牡蛎汤·····	(209)
桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎汤·····	(210)
酸枣仁汤·····	(211)
真武汤·····	(213)
茯苓泽泻汤·····	(215)
茯苓桂枝甘草大枣汤·····	(217)
茯苓杏仁甘草汤·····	(220)
温胆汤·····	(222)
四物汤·····	(223)
归脾汤·····	(225)
大承气汤·····	(227)

小承气汤·····	(230)
调胃承气汤·····	(232)
厚朴三物汤·····	(233)
厚朴大黄汤·····	(235)
厚朴七物汤·····	(236)
白虎汤·····	(238)
茵陈蒿汤·····	(240)
防己黄芪汤·····	(243)
防风通圣散·····	(245)
四逆汤·····	(248)
四逆加人参汤·····	(250)
茯苓四逆汤·····	(253)
桂枝汤·····	(254)
桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤·····	(256)
吴茱萸汤·····	(259)
桃花汤·····	(262)
黄土汤·····	(264)
补中益气汤·····	(266)
参苓白术散·····	(267)
四君子汤·····	(269)
胶艾汤·····	(271)
桂枝去芍药加麻辛附子汤·····	(272)
枳术汤·····	(274)
薏苡附子败酱散·····	(276)

腹诊证治渊流

腹诊证治的理论渊于《黄帝内经》；临床应用源于《伤寒杂病论》；形成独特的诊疗体系，实属中医东渡日本而形成。

一、《黄帝内经》为腹诊证治的形成奠定了理论基础

在《素问》、《灵枢》、《难经》，三部经典著作有关篇章中，可以看到腹诊证治理论形成的基本雏形。它提出了腹诊机理、腹诊分位、切腹定病、辨别寒热、区分虚实、预测预后、针刺疗法等内容。

《灵枢·本脏篇》云：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”言明通过腹诊，观察腹部变化，可以了解脏腑的病变。这无疑是腹诊证治的理论基础。

《灵枢·论疾诊尺篇》云：“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。”此文固然言指诊尺定病，若其义引伸，同样可以切按腹部，则知所病，病形可定。

《素问·脉要精微论》云：“尺内两傍，则季胁也。尺外以候肾，尺内以候腹。中附上，左外以候肝，内以候膈；右外以候胃，内以候脾。上附上，右外以候肺，内以候胸中；左外以候心，内以候膻中；前以候前，后以候后。上竟上者，胸喉中事也；下竟下者，少腹腰股膝胫足中事也。”对此段经文，后世医家多认为是诊脉分位法，其理亦确。若把它作为腹部分位的依据，其理亦通。

《灵枢·百病姓生篇》云：“著于膂筋在肠后者，饥则积见，饱则积不见，按之不得。”《灵枢·刺节真邪篇》对有形的病变云：“以手按之柔”是“肠瘤”；“以手按之坚”是“昔瘤”。《灵枢·邪气藏府病形篇》云：“微急为肥气，在胁下如覆杯。”这些条文，言明切腹定病。

《灵枢·师传篇》云：“胃中热，则消谷，令人悬心善饥，脐以上皮热；肠中热，则出黄如糜，脐以下皮寒。胃中寒，则腹胀；肠中寒，则肠鸣飧泄。”又《素问·至真要大论》云：“少腹生寒，下为鹜溏”。触诊腹部寒热，可以辨别疾病寒热属性。

《素问·至真要大论》云：“诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热。”又《素问·藏气法时论》：“虚则腹满肠鸣，飧泄，食不化。”又《灵枢·邪气藏府病形篇》云：“大肠病者，肠中切痛而鸣濯濯。”又《灵枢·百病姓生篇》云：“虚邪之中人也，……留而不去，传舍于肠胃，在肠胃之时，贲响腹胀。”叩听患者腹音，可以辨别疾病属性——寒热虚实。

《灵枢·水胀》云：“水与腹胀、鼓胀、肠覃、石瘕、石水何以别之？”“以手按其腹，随手而起，如裹水之状”者为水；“腹大，身尽肿，皮厚，按其腹，窅而不起，腹色不变”者为腹胀；“腹胀，身皆大，大与腹胀等也，色苍黄，腹筋起”者为鼓胀；“其姓生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成，如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下”者为肠覃；“生胞中寒，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下”者为石瘕。通过腹诊，对此诸疾，可以作出鉴别诊断。

《灵枢·玉版篇》云：“腹胀，身热，脉大是一逆也；腹鸣而满，四肢清、泄，其脉大者是二逆也，……如是者，不过十五日而死矣。”据腹证及其脉候，可以推断疾病的预后。又《素问·平人氣象论》云：“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。盛喘数绝者，则病在中；结而横，有积矣；绝不至，曰死，乳之下其动应衣，宗气泄也。”按虚里跳动强弱，可以审察宗气盛衰，病势轻重，推断预后。

《难经·十六难》首论脐诊：“然假令得肝脉……其内证脐左有动气，按之牢若痛……；假令得心脉……其内证脐上有动气，按之牢若痛……；假令得肾脉……其内证脐下有动气，按之牢若痛……。”脐下肾间动气，为生命之根，其元气温煦五脏六腑。诊腹候脐，可以查五脏六腑之虚实盛衰。脐上充实，按之有力者，脾胃康健之候；脐上柔虚，按之无力，中土虚损之证；脐上虚满，如按囊水，胃气不足而下陷。

脐下和缓有力，一息二至，绕脐充实者，肾气充实；一息五六至属热；手下虚冷，其动沉微，命门火虚；手下热燥不润，其动细数，上支中腕，阴虚火动；按之分散，一上者，原气虚败。一切卒病，诸脉虽绝，脐尚温者，其动未绝，仍有复苏之机。

关于治疗，《灵枢》首推针刺。

综上所述，《素问》、《灵枢》、《难经》所阐述的理论，为腹诊证治的发展奠定了理论基础。

二、《伤寒杂病论》为腹诊证治形成体系，应用临床，首开先河

继《黄帝内经》之后，张仲景《伤寒杂病论》问世。张仲景在运用内、难创立的四诊时，尤其重视腹诊、探究腹证，使腹诊证治熔为一炉，合为一体，形成诊疗体系，应用于临床。

确立腹诊部位。张仲景根据六经发病及辨证情况，在《伤寒论》中，把腹诊部位分为心下、胸胁、脐上、脐下、小腹等腹诊部位。张仲景依据杂病病机相关，在《金匱要略》中，设专篇合而论病，然所论各篇亦含有腹诊部位之义。例如《胸痹心痛短气病脉证治》中，胸痹、心痛皆由胸阳或胃阳不振，水饮或痰涎停滞胸中或胃中所致，二者无论是病机还是病位都息息相关。又如《腹满寒疝宿食病脉证治》，三病病因不同，但发病部位均与胃肠有关，皆有胀满、疼痛证状，故合为一篇论说。如果说《伤寒论》对腹诊证治是从纵的论述，那么《金匱要略》对腹诊证治是从横的讲解。仲景这种分而合，纵与横的写法，其腹诊证治的辨证意义，在于活用。这也是《素问·脉要精微论》脉诊分位的引伸应用。

创立腹证专名。自仲景《伤寒杂病论》问世，腹诊所得腹证已有专名。以心下而言，就有心下痞，心下满，心下痞硬，心下痞坚，心下石硬，心下支结，心下振水声，心下悸等；以小腹而言，有少腹急结，少腹拘急，少腹肿痞，少腹如敦，少腹不仁，少腹满、硬、硬满等；以胸胁而言，有胸胁苦满，胁下满，胁下硬满，胸胁满微结等。总计腹证之名，有 20 余种。这种专名的出现，有利于辨证。

证治相应协调。每一腹证,都有对应之方治。如《伤寒论·139条》:“伤寒六七日,结胸热实,脉沉而紧,心下痛,按之石硬者,大陷胸汤主之。”“心下痛”是自觉症候,“按之石硬”是腹诊所得,他觉症候,二者结合,确定结胸,用大陷胸汤治疗。又如《伤寒论 159 条》:“心下痞,按之濡,其脉关上浮者,大黄黄连泻心汤主之。”余如痞证,用泻心诸剂;胸胁苦满,用柴胡诸剂;腹满痞坚,用承气类方。又根据腹证程度不同,兼证不一,又可具体到类方中的某一方剂。以痞证而言,心下痞硬,实者兼胃中不和,用生姜泻心汤;兼心烦、下利,用甘草泻心汤;兼吐利交作用半夏泻心汤;兼噎气不除,用旋复代赭汤。这样种属清晰,层层深入,系列明朗,证治相应,方证相合,应用在临床,简化了临床思维过程,节省了诊疗时间。这样,证有客观标准,剂有对应之方,自然疗效有桴鼓之应。

综上所述,腹诊证治,在《伤寒杂病论》中,已经形成理法方药完整的理论体系,仲景为腹诊证治的建立,做出了无以伦比的贡献。

腹诊证治作为一种有效的诊疗手段,理应得到继承和发扬。然而,遗憾的是由于封建礼教的束缚,提倡君子拘于礼,男女授受不亲等,致使腹诊证治在祖国医学中处于名存实亡,未得到应有的发展。据宋人张杲,在《医说》中曾云:“今豪足之家,居奥室之中,处帷幔之内,复以帛幪手臂,既不能行望色之神,又不能殚切脉之巧。”中医四诊望闻问切,尚有二缺,安可腹诊。据此可见,当时患者亦不愿脱衣露体,医者亦不便检查患者腹部,平民与官宦富贵之家均是如此。因此,自汉以后,可以说对腹诊证治已存而不用。直至晚清,腹诊证治在《通俗伤寒论》重新得到重视,推出“胸腹为五脏六腑之宫城,阴阳气血之发源,若欲知其脏腑,则莫如按胸腹,名曰腹诊。”书中详细论述了腹诊的方法,很值得深入研究。然在中医界仍未得到应有的重视和应有的发展。

三、中医东渡,远传日本,汉方医家诊病必候其腹

令人安慰的是,腹诊证治,它随着对外交流的发展,东渡日本,在

日本开花结果,得到了弘扬和发展。

公元前 219 年(秦王政 28 年),秦始皇遣徐市(即徐福)率领童男童女三千,百工技艺,入海求仙,东渡日本,始把祖国医学传入日本。自此之后,历经沧桑,中日文化不断交流,特别是在唐代,鉴真和尚为中日文化的交流做出了巨大贡献。在荷兰医学未输入日本之前,日本医学完全是中国输入的,被称之为汉方医,日本人民信仰尤深。在腹诊方面,日本汉方医家皆很重视,诊病必候其腹。如《百腹图说》云:“腹者,生之本,百病皆根于此,是以诊病必候其腹。”“先证不先脉,先腹不先证。”《一本堂行余医言》也说:“吾门以按腹,为六诊之要务。”

日本汉方医家重视腹诊,根据其学术渊源的不同,分别称为“难经派”、“伤寒派”,两派腹诊各有特色。由于两派的共同努力,使腹诊在日本得到弘扬与发展。汉方腹诊的复兴,从德川时代起。据大塚敬节先生考证,现有专著 77 种,其中“难经派”33 种,“伤寒派”36 种,“折中派”5 种。另外,仅见书目、作者,未见其书者 28 种。在日本最受崇拜之书是《腹证奇览》、《腹证奇览翼》,可谓是集腹诊之大成者,对腹诊具有卓著贡献。现代松本一男集 51 种腹诊诸家之论述而成集,名为《日本汉方腹诊丛书》,真是洋洋大观,叹为观止。

腹诊方法

一、腹诊姿式

腹诊之际,先令患者解开衣衫,然后仰卧床上。头部放平,或略高于躯体。两腿舒展伸直,两臂沿两肋自然放平,或交叉在胸前。要求患者体态要自然,精神要坦然,肌肉(尤其是腹部肌肉)要放松。如属需要,再令患者屈膝,或采取坐位。

医者或站于或坐于患者左侧(或右侧),用右手(或左手)施术。用力要适度,从上到下,由浅入深,有序进行,以探索患者腹证真伪。要求医者精神要专一,手力要适度,做到神随手移,手随神触,得随神出,感随手解。另外,在诊察少腹急结时,医者以位于患者右侧为宜;在诊察心下或胁肋时,又可采取坐位。

尾台榕堂先生,根据日本民族的风俗习惯,对此在《方伎杂志》说:“候腹,则让病人仰卧,病人的两手下垂,并使脚伸开。医者收敛心气,要使医者的膝的外侧和病人臂部外侧并排坐,而后用手掌放在病人的胸上。”这种姿式为日本而设。言明于此以备参考。然而,要求医者“收敛心气”,使精神专一,对探求病灶,实属必要。

二、腹诊部位

胸腹之内,内藏脏腑,外有分部。上焦所指,胸膈之上,内有心肺,旁下肝胆,外名胸肋。中焦所指,膈下脐上,内藏脾胃,外名上腹。下焦所指,脐下耻骨之上,其内藏肾与膀胱,大肠、小肠,外名小腹。视外知内,脏腑经络相应。此书根据《伤寒杂病论》的腹证划分如下:心下、胸肋、肋下、脐上、脐下、少腹小腹。见图1。

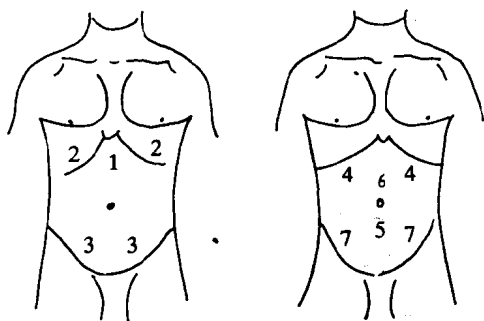


图 1

1—心下;2—胸胁;3—小腹;4—肋下;

5—脐下; 6—脐上;7—少腹

进行腹诊时,略知腹壁的解剖部位及其名称较为方便。兹略述如下:(见表1,图2)。

腹壁的厚薄因人而异,由浅入深分为六层,即皮肤、皮下组织或浅筋膜、肌层、腹横筋膜、腹膜外脂肪及腹膜壁层。但中央部没有肌肉,由两侧的腹直肌鞘纤维彼此交织而成腹白

线。脐以上的腹白线宽约1厘米,脐以下则因侧腹直肌相靠近而不甚明显。皮肤薄而富有弹性,松松地附于皮下组织而易于分离。除腹股沟附近的皮肤移动性较小外,其他部位的移动性均较大,可适应生理性或腹内压增大时的腹部膨胀。腹白线侧方左右各有腹直肌。腹肌发育良好的人,可看出腹直肌的外形,有的如增加腹压亦可看清腹直肌的外形。再侧方的腹侧肌,自表层至深层有腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌。腹直肌和3个腹侧肌的分界,是腹侧肌膜,呈凹陷,触之即相当于腹直肌的外缘,故可明确腹直肌的位置和范围。特别是病态紧张时,可以看到或触到腹直肌的位置。

对腹腔内的检查,主要是对腹主动脉和髂总动脉的检查。腹主动脉纵走于正中,到脐边分为左右,称为髂总动脉,斜行到腹股沟,称为股动脉。触诊时在脐中心二三横指的范围内可感到腹部动脉的搏动,或病态紧张。

为了便于描述腹内脏器的位置,叙述临床证状、病变和损伤部位,现代医学常应用九分法。此外,尚有“四分法”。即用通过脐的纵横两线,将腹前壁分为左、右上腹部及左、右下腹部四个区域。此分法在临床上也较常用。

腹腔内,内有脏器,外有体表投影。以成年人为例,其投影如表

1。

表 1 腹腔器官在腹前壁的投影

右季肋区	腹上区	左季肋区
1. 右半肝大部分 2. 胆囊一部分 3. 结肠肝曲 4. 右肾一部分	1. 右半肝小部分及左半肝大部分 2. 胆囊 3. 胃幽门部及胃体一部分 4. 胆总管、肝动脉和门静脉 5. 十二指肠大部分 6. 胰腺 7. 两肾一部分及肾上腺 8. 腹主动脉及下腔静脉	1. 左半肝小部分 2. 胃贲门、胃底及胃体的一部分 3. 脾 4. 胰尾 5. 结肠脾区 6. 左肾一部分
右腰区	脐区	左腰区
1. 升结肠 2. 部分回肠 3. 右肾下部 4. 右输尿管	1. 胃大弯(胃充盈时) 2. 横结肠 3. 大网膜 4. 十二指肠小部分 5. 空、回肠各一部分 6. 腹主动脉及下腔静脉	1. 降结肠 2. 部分空肠 3. 左肾下部 4. 左输尿管
右髂区	腹下区	左髂区
1. 盲肠 2. 阑尾 3. 回肠末端	1. 回肠袢 2. 膀胱(充盈时) 3. 子宫(妊娠时) 4. 乙状结肠一部分	1. 乙状结肠大部分 2. 回肠袢

腹腔内脏器在腹前壁的体表投影,随着体形、体位、年龄、胃肠道的充盈状况以及腹肌的紧张程度等而有所改变。因此,对腹内器官除掌握其一般的位置关系外,尚须充分了解个体差异,才能做到正确诊断。