

本文引用: 熊广华, 简维雄, 胡志希. 中医腹诊法与临床应用探析[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(9): 1726-1731.

中医腹诊法与临床应用探析

熊广华, 简维雄, 胡志希*

湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208

〔摘要〕腹诊是中医学传统诊法之一,是独具特色的诊断方法。从腹诊的概念与源流、腹诊的内容与常见腹证、腹诊的操作方法与注意事项、腹诊的价值与意义、腹诊的典型病例认识中医腹诊。明确腹诊有助于疾病的诊断与鉴别诊断、探求病因、分析病机、判断病位、明确病性、确立治则、指导治疗、观察疗效、推测预后,具有重要临床意义。通过梳理及规范中医腹诊,进而指导中医临床应用,促进腹诊的传承与发展。

〔关键词〕腹诊;腹证;中医诊断;操作规范;诊法

〔中图分类号〕R241.26

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.09.027

TCM abdominal palpation and its clinical application

XIONG Guanghua, JIAN Weixiong, HU Zhixi*

Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China

〔Abstract〕Abdominal palpation is one of the traditional diagnostic methods in Chinese medicine, which is a unique diagnostic method. This paper aims to introduce TCM abdominal palpation from its concept, origin, contents, common abdominal patterns, operating methods, precautions, value, significance, and typical cases. Definitive abdominal palpation is of great clinical significance, which is helpful for the diagnosis and differential diagnosis of diseases, exploring the causes, analyzing the pathogenesis, determining the location, clarifying the disease nature, establishing treatment principles, guiding treatment, observing therapeutic effects, and predicting prognosis. By sorting out and standardizing TCM abdominal palpation, we can further guide TCM clinical application and promote the inheritance and development of abdominal palpation.

〔Keywords〕abdominal palpation; abdominal pattern; TCM diagnosis; operation standard; diagnostic method

中医腹诊是具有强大生命力的特色诊断方法,是中医诊断学的重要组成部分。其历史悠久、内容丰富,客观性强、临床实用性大,可广泛应用于中医内科、妇科和儿科,尤其对脾胃系统病变、肝胆系统病变、肾与膀胱系统病变的诊察,具有良好的针对性。诚如近代伤寒大家刘渡舟所言:“腹诊之法,是诊疾审病、辨证论治之首要,临床疗病所必需者也。”笔者对中医腹诊进行系统梳理,以期对腹诊的临床应用

提供指导与借鉴。

1 腹诊的概念与源流

中医腹诊是指诊察人体腹部(含胸腹结合处)的病变征象,以判断内在脏腑、经脉、气血津液的病理变化,从而指导临床治疗的一种中医特色诊断方法^[1]。腹诊通过局部的生理病理信息来诊断疾病,是生物全息论在中医临床上的具体应用。腹诊有广义与狭

〔收稿日期〕2022-11-28

〔基金项目〕国家自然科学基金项目(82274412);广东省重点领域研发项目(2020B1111100001);湖南省自然科学基金项目(2020JJ4062, 2020JJ5408);湖南省教育厅项目(21A0230, 21B0361);湖南省教育改革课题(HNJG-2021-0594);湖南省学位与研究生教育改革研究项目(2020JGZX012);湖南省研究生培养创新基地项目(2019-45);湖南省学位办研究生导师团队项目(2019-111)。

〔第一作者〕熊广华,男,博士研究生,研究方向:中医诊断学。

〔通信作者〕* 胡志希,男,博士,教授,博士研究生导师, E-mail: 515800272@qq.com。

义之分:广义腹诊指望、闻、问、切四诊在腹部(含胸腹结合处)的综合运用^[2];狭义腹诊指对腹部(含胸腹结合处)进行切按诊察^[3],属切诊内容之一。本文主要介绍广义腹诊。

腹诊之术源远流长,其肇始于《黄帝内经》,书中有19篇与腹诊相关的精辟论述^[4],内容翔实丰富,为中医腹诊的发展奠定了坚实的基础,对后世医家有较大的启发意义。其函载于《难经》^[5],书中有4篇涉及腹部内容,包括诊察动气、定腹部五脏分区及积聚的鉴别三个方面,开创了“难经派”腹诊。发展于张仲景,《伤寒论》397条原文中有114条涉及腹诊,占全书条目1/4以上,《金匮要略》22篇中重点论述腹证的有10余篇^[6],内容十分丰富,腹诊是仲景学术思想不可分割的重要组成部分,开辟了腹诊治治先河,创立了“伤寒派”腹诊,对现代中医临床有重要指导意义。完善于后世医家,尤其是迨清代俞根初《通俗伤寒论》的问世,在一定程度上掀起了中医腹诊研究高潮。近现代时期,1956年中医药高等院校的建立,腹诊被写入《中医诊断学》教材,以切诊内容之一而被普及。二十世纪八九十年代,北京中医药大学以王琦院士为代表组成相关研究团队,对腹诊的理论渊源、临床发展及现代化应用等多方面内容进行了相对全面系统的研究,形成了现代中医腹诊的理论体系,推动了腹诊的现代化发展。

2 腹诊内容与常见腹证

2.1 腹诊内容

腹诊的内容,依据不同的分类方法,有不用的侧重点。主要分为两大类,一是根据诊察部位的差异,其内容包括基本腹诊、脐诊、虚里诊及腹部穴位诊四个方面^[7]。其中,基本腹诊是指对腹部整体的形态、色泽、温度、紧张度以及是否有胀满、疼痛、痞硬、急结等征象的诊察,是腹诊内容的主体部分,收集的信息比较全面;脐诊是对脐的形态、脐周动气的诊察;虚里诊是指对虚里的位置、搏动、色泽、音量、至数等方面的诊察;腹部穴位诊是指对腹部(含胸腹结合处)特定穴位的诊察,是经络学说在腹诊中的具体应用。二是根据诊察方法之不同,其内容包括腹部的望、闻、问、切四大诊法^[8]。其中,望诊包括观察腹部之色是否光亮、腹部之形是否膨隆或凹陷、肚脐之形是否深而紧或浅而松等;闻诊包括有无振水音、肠鸣音是否正常、有无异常声音及特殊气味等;问诊包括询问患者腹部的主观寒热、疼痛、胀满等感觉及切按腹相应部位的反应等;切诊包括触、摸、按、叩四法,轻触以感知腹部皮肤的温度、湿度、松紧度、软硬度,中摸以感知腹力的强弱、腹直肌的紧张度、血脉的搏

动感、包块的有无等,重按以感知腹部的深层次抵抗感、压痛的有无等,叩击以感知肋肋有无放射性疼痛感,腹部有无鼓音、浊音或振水音等。

2.2 常见的腹证

腹诊所得的信息称为腹证,包括腹部(含胸腹结合处)相关的症状和体征,但大多数以他觉的体征为主^[9],是看得见、摸得着的,具有很强的客观性和可靠性,可作为中医辨证的核心依据,对于指导临床有重要意义。常见的腹证有心下痞类、胸胁苦满、胃振水音、腹部动悸、腹满、少腹硬满、少腹拘急或弦急、少腹急结、少腹不仁、正中芯、瘀血痛点等。

2.2.1 心下痞类 心下痞类包括心下痞、心下痞满、心下痞硬、心下痞坚等。其中,心下痞是基础,指的是自觉心下区,即以剑突下端为顶点,连接两侧乳头与季肋弓交叉两点之线为一等边三角形区域,有堵塞不适感;或体格检查时,该区域轻按浅部柔软,一如常人,而重按深部有力,但无明显的抵抗感或压痛感^[10]。心下痞满是指在心下痞基础上,伴有心下区膨满之外形;心下痞硬是指在心下痞基础上,伴有重按深部明显的抵抗发硬感,但无压痛;心下痞坚则是心下痞硬之更甚者,达到如按压木板一样,稍用力即出现疼痛。心下痞类的出现,多提示中焦气机痞塞,或兼实邪停滞,是临床运用泻心汤、人参剂的重要指征。

2.2.2 胸胁苦满 胸胁苦满证,在临床甚为常见,指自觉胸部及肋下部有闷胀不适感。他觉时,医者以食指、中指、无名指并列从其肋弓下水水平插入肋弓内,有明显抵抗感,患者诉疼痛不适。具备自觉或他觉症皆可诊断^[10]。此证的出现,多提示少阳不和、肝胆气机不畅,是少阳病的典型腹证^[11],是临床运用柴胡剂的重要指征^[12]。其中,重度胸胁苦满伴明显心下痞硬、便秘倾向者,常用大柴胡汤;中重度胸胁苦满伴口干、口苦、脉弦者,常用小柴胡汤;中度胸胁苦满伴脐左压痛明显、手足偏凉者,常用四逆散;轻度胸胁苦满伴上腹部腹直肌紧张者,常用柴胡桂枝汤;轻微胸胁苦满伴上腹部动悸、腹力偏弱者,常用柴胡桂枝干姜汤。

2.2.3 胃振水音 胃振水音指医者以手掌触摸患者心下,或三指冲击此处,或频按此处,稍用力即听到水声,似摸暖水袋一样的感觉^[10]。它的出现,主要提示胃中有水饮,是临床运用苓桂术甘汤的重要指征^[12]。

2.2.4 腹部动悸 腹的动悸感,是腹动脉搏动而显现出来的一种跳动^[10]。其中,自我感知者称“悸”,他觉感知者称“动”(从腹部表面可见,或通过轻触即可感知到)。就临床意义而言,心下或脐上之动悸,多提

示中虚有水气;脐下之动悸,多提示肾虚、下焦元气不足。腹部动悸多属里寒证,桂枝是解决此类里寒证的首选药物,故腹动缓慢可作为桂枝类方剂使用的腹诊依据^[13]。

2.2.5 腹满 腹满之证,在当今生活中十分常见,指自觉或他觉的以脐区为中心或全腹部的膨满状态^[10]。若重按脐腹而抵抗感明显,不喜按揉,持续发作者,多为实证,以胃肠积滞为主;若重按脐腹而抵抗力弱,喜按揉,时作时止者,多为虚证或虚中夹实证,以中焦虚弱为主。

2.2.6 少腹满或硬满 在临床中,下腹部的膨满称为少腹满,部分以自我主观感觉为主,但更多的是一种客观的异常体征。若在少腹满基础上,按压下腹部,有明显抵抗发硬感者,则称为少腹硬满。少腹满一般提示下焦气化不足,为下焦元气亏虚的表现。少腹硬满则提示下焦有实邪停滞,若伴小便不利者,多为下焦蓄水证;若小便利而伴神志异常者,多为下焦蓄血证。

2.2.7 少腹拘急或弦急 腹直肌触之呈条状拘挛者,称为少腹拘急;若拘挛严重如弓弦状者,则称为少腹弦急。一般出现少腹拘急或弦急者,其腹壁多较瘦薄,重按腹里有空虚感,多为下焦虚弱的反映。

2.2.8 少腹急结 少腹急结一般指左下腹对于擦过性压力有急迫性疼痛感。具体操作:嘱患者伸直双腿,医者用手指轻触其腹部皮肤,然后迅速从脐旁擦过样移向左髂窝,患者会突然感到疼痛而屈膝。这是一种特有的腹证,提示少腹有瘀血,女性患者多见,常用桃核承气汤治疗。

2.2.9 少腹不仁 少腹不仁指下腹部感觉减退,并按之皮薄无力空虚感,犹如按压棉花之样。在诊察时会客观地发现,从上腹移向下腹的过程中,下腹的腹力明显较上腹低落。它是肾虚、下焦元气不足的典型表现,常用金匱肾气丸加减治疗。

2.2.10 正中芯 正中芯是一种非常特殊的腹证,即在腹部前正中线上,从剑突下至耻骨联合附近,可触及如铅笔芯样棱感条索状抵抗^[10]。有的出现在脐上,有的出现在脐下,还有的则贯通整个脐腹上下。它是身体处于长期虚证的表现,脐上正中芯提示脾胃虚弱,可用四君子汤、补中益气汤、人参汤之类治疗;脐下正中芯提示肾虚,是八味肾气丸的腹证之一。

2.2.11 瘀血痛点 瘀血证在临床十分常见,而其腹证的特点甚为典型。瘀血痛点,以压痛和抵抗的形式常出现在脐周(脐左右斜下两至三横指处,且左侧更多见)、脐上水分穴附近、脐下石门穴附近、回盲部等,甚则能触到条索状物。一般轻按即有轻微抵抗,

若增大按压力度,于按压点的上方或下方会出现牵引样疼痛,即放射状压痛,且疼痛性质多为刺痛感。当确认有该腹证时,可考虑用活血化瘀类药物治疗。其中,以脐左斜下压痛点为主时,若腹力适中者,可用桂枝茯苓丸;若腹力偏强且有便秘趋势者,则首选桃核承气汤;若腹力偏弱且有腹泻趋势者,可用当归芍药散。以回盲部压痛点为主时,若腹力偏实且有便秘倾向者,可用大黄牡丹汤;若腹力偏弱且有畏寒趋势者,可用薏苡附子败酱散。以脐上水分穴压痛点为主时,若伴喜食温物而食凉则不适者,可用膈下逐瘀汤;若伴喜食冷物而无不适者,可用刘保和教授自创的化瘀灵方。以脐下石门穴附近为压痛点时,可用下瘀血汤,这种情况多见于有剖宫产史或流产史的女性。

3 腹诊的操作方法与注意事项

3.1 腹诊的操作方法

腹诊是重要的中医诊法之一,其操作要点为:嘱患者平躺,暴露腹部(胸剑结合至脐下三寸),先进行腹部的望诊、闻诊、问诊,而后以切诊为主,或配合相关的询问。在切诊当中,要有一定次序,避免遗漏。切诊遵循的一般原则是先上(胸腹结合处)后下(腹),先轻(触)后重(按),先健侧后患侧^[14-15]。具体操作方法简介如下。

3.1.1 望腹 重点观察腹部之色、腹部之形、肚脐之形、有无肠管蠕动不安等。

3.1.2 闻腹 重点闻及肠鸣音是否正常、有无异常声音及特殊气味、有无振水音等。

3.1.3 问诊 重点询问患者腹部有无主观的寒热、疼痛、胀满、悸动、气上冲等。

3.1.4 切诊 首先轻触以感知腹部的整体情况,如温度、湿度、力度、软硬松紧度、腹直肌紧张度等。然后分部依次诊察,从胁肋至胁下,从心下到脐周,最后是下腹区。其中,胁肋及胁下区切按有无胸胁苦满、胁下痞硬等,心下区切按有无痞满硬、濡软、压痛、振水音等,脐周区切按有无压痛、动悸感等,下腹区切按有无少腹拘急、少腹硬满、少腹不仁、少腹急结、少腹压痛等,最后再切按有无正中芯。

3.2 腹诊的注意事项

3.2.1 诊室的环境 诊室的环境宜温暖而安静,勿当风,备有检查床,必要时床边安有隔帘,注意保护患者的隐私。

3.2.2 诊察的时间 一般建议在餐后 2~4 h,以切脉之后为宜。因饱食之后易误诊为“心下痞”或“胃内停水”,饥饿腹易误诊为肠鸣或肠痉挛,上下床活动

易影响到脉象之诊察。

3.2.3 诊察的体位 患者多取仰卧位,双腿伸直(必要时也可屈膝),两手附于两股之侧,医者立于患者右侧施术。

3.2.4 患者的要求 诊察前排空二便,安舒静卧,平静心情,深呼吸3~5次,放松腹部。

3.2.5 医者的要求 温暖双手,以平静的心情、谦和的态度来进行诊察。手法按压先宜轻柔,切忌突然猛浪重按。诊察需按一定流程次序,避免遗漏。在诊察肋肋按压到肋下肋骨游离端时,切勿太过用力,以防损伤肋骨。

4 腹诊的价值与意义

4.1 诊病鉴病

在中医古籍中,常以腹诊为主来确定某些病名诊断。如在《黄帝内经》中,“胞痹”“鼓胀”“伏梁”“疹筋”“厥疝”“肝痹”“腹胀”“肠覃”“石瘕”等十余种病的确诊均离不开腹诊;在《难经》中,“肥气”“伏梁”“痞气”“息贲”“奔豚”这五脏之积病,均以腹证为特点;在《金匮要略》中,“胸痹”“奔豚气”“寒疝”“支饮”“悬饮”“肠痈”等病的诊断,都需要以腹诊作为重要参考;在《伤寒论》中,更有以腹证而诊六经之病^[16],如胃家实、绕脐痛、拒按属实者称阳明病;腹满时痛、喜按属虚寒为太阴病等。腹诊不仅可以用于诊病,亦有助于鉴病。如《伤寒论》对大小结胸证的鉴别诊断中,张仲景以腹诊的表现作为核心鉴别要点^[17],大结胸证的腹诊特点是“从心下至少腹硬满而痛不可近”,而小结胸证的腹诊特点为“正在心下,按之则痛”。两者腹诊的范围、程度及具体表现都有明显差异。

4.2 探求病因

中医学常见病因病邪有瘀血、水饮、宿食、燥屎、虫积等,而这些发病因素在腹诊中多有各自相应表现。瘀血的腹诊表现多为脘腹肋下、小腹之中有结块,按之坚硬,推之固定不移^[18];或腹部硬满、按之有抵抗感;或脐旁多有明显压痛^[19]。如《通俗伤寒论·按胸腹》云:“痛在脐旁小腹,按之则有块应手者,血瘀也。”水饮的腹诊表现多为心下痞硬,按之漉漉有声,如《通俗伤寒论·按胸腹》云:“按其中脘,虽痞硬而揉之漉漉有声者,饮癖也。”宿食的腹诊表现多为脘腹疼痛胀满且拒按,如《通俗伤寒论·按胸腹》云:“痛在心下脐上,硬痛拒按,按之则痛益甚者,食积也。”燥屎的腹诊表现最为典型,为小腹鞭满疼痛,或绕脐而痛,其痛拒按,扪之可探及条状的硬块。如《伤寒论》第241条云:“大下后,六七日不大便,烦不解,腹满

痛者,此有燥屎也……”虫积则多见于小儿,常表现为脐腹时痛,甚者深扣腹中可探及条索状物,其柔软、移动,或伴有吐蛔、便蛔等。

4.3 分析病机

在临床中,腹诊信息可作为分析病机的一种重要手段。如《伤寒论》第127条云:“太阳病,小便利者,以饮水多,必心下悸;小便少者,必苦里急也。”此句若细细琢磨,机制自在其中。心下悸乃水停于胃所致,少腹里急为水停膀胱所致。同为水饮内停,但其病机不同。辨小便之利否,需靠问诊而得,而心下悸与少腹里急为可客观触及的腹证。既辨其小便之利否,复辨其腹证,两者结合,则更为全面。若仅辨其小便,则难以明确其病机;若再与腹诊结合,其病机自明。尤其是临床中遇到一些复杂病证,其病机难以明确时,腹诊所能的腹证,可能是答案之所在。

4.4 判断病位

判断病位是辨证的核心环节之一,临床上可以通过腹诊来辅助确定病位之所在。如《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云:“水在心,心下坚筑”“水在肝,肋下支满”“水在肾,心下悸。”此数条说明,水邪为患,病在何脏,必现其相应腹证,一一对应也^[20]。又如现代医家刘保和教授将《难经》腹诊理论灵活应用于临床,其根据以脐为中心的按压疼痛点位置,判断五脏之病位所在:若脐上水分穴压痛明显,是病在心,用旋覆花汤加减;脐下气海穴压痛明显,是病在肾,用金匮肾气丸加减;脐左盲俞穴压痛明显,是病在肝,用四逆散加减;脐右盲俞穴压痛明显,是病在肺,用奔豚汤加减;脐正中压痛明显,是病在脾,用当归芍药散加减,均取得了良好疗效^[21]。

4.5 明确病性

病有寒热虚实之不同,所以临床上必须辨别其性质,治疗方能有的放矢。张仲景常常参考腹诊辨别病性,为诊治提供依据。如《金匮要略·腹满寒疝宿食病》云:“病者腹满,按之不痛为虚,痛者为实,可下之。”此句是通过喜按拒按或按之痛加痛减来辨病性之虚实。实证腹满多由饮食积滞于胃中,或燥屎积于肠道所致,故多痛而拒按;虚证腹满多由脾胃虚寒所致,故按之不痛,甚或有时喜按。又如《通俗伤寒论·按胸腹》云:“凡满腹痛,喜暖手按抚者属寒”“喜冷物按放者属热,按腹而其热灼手,愈按愈甚者伏热”。此皆通过喜温或喜凉来辨病性之寒热。寒证之满腹痛多因寒凝气滞,不通则痛,得温可行,故喜暖手按抚;热证之满腹痛多因热迫气血妄行,得凉可缓和,故喜冷物。

4.6 确立治则

腹诊具有审病因、析病机、定病位、辨病性的作用,进而可据腹诊确立治则。如《伤寒论》中太阳蓄血证,但少腹急结者为轻证,治以逐瘀泻热之法;若少腹硬满者为重证,治以破血逐瘀之法。又如《伤寒论》第205条云:“阳明病心下硬满者,不可攻。”此条说明阳明病虽为可下之证,但心下硬满者,为邪结偏于上,尚未成实,禁攻,提出禁治之法。再如《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》云:“按之心下满痛者,此为实也,当下之。”表明若心下有满痛感,这是结已成实,宜用攻下法。

4.7 指导治疗

腹诊所获信息,常常可作为临床选方用药的重要依据,这在经方腹诊体系中表现得尤其明显。如《伤寒论》第374条云:“下利后,更烦,按之心下濡者,为虚烦也,宜栀子豉汤。”在心烦基础上,若心下按之濡软而伴胸憋闷不适者,此为无形之热扰胸膈证,是运用栀子豉汤的核心。又如《伤寒论》第96条云:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满……或咳者,小柴胡汤主之。”“胸胁苦满”这一重要腹症,是选用小柴胡汤的关键。

4.8 观察疗效

腹诊所得的表现较为直接、客观,随病情之变化,可出现相应的动态改变,据此可观察疾病的治疗效果。如《伤寒论》第236条云:“茵陈蒿汤主之,一宿腹减,黄从小便去也。”以“腹满”症状的变化作为观察黄疸病经茵陈蒿汤治疗后的疗效。又如《金匮要略·水气病脉证并治第十四》云:“心下坚,大如盘”,诊为“水饮所作”,投以健脾行水之枳术汤治疗。服药之后,“腹中软,即当散也”,说明治疗有效,水饮已散。由此可知,在临床治疗中,要重视腹诊、腹证的前后变化,对于观察疗效有重要指导意义。

4.9 推测预后

腹诊不仅有助于观察临床疗效,还能作为判断疾病转归与预后的依据。如《伤寒论》第167条云:“病胁下素有痞,连在脐旁,痛引少腹,入阴筋者,此名藏结,死。”患者胁下平素可触及痞块,连在脐旁部位,并自脐旁到少腹牵引作痛,甚至阴筋内抽,这是肝脾肾三脏无阳以温化,阴寒凝结于三阴,故名“藏结”,其病情危笃,多预后不良。再如《金匮要略·黄疸病脉证并治第十五》在论述女劳疸发展为黑疸证中云:“其腹胀如水状,大便必黑,时溏,此为女劳之病,非水也。腹满者难治……”女劳疸发展成为水胀腹满,属脾肾两败之征,肾不主水、脾失运化,真水日渐亏虚,而邪水有余,真气不摄而虚散为满,肾脾

失守,可知预后不佳。以上论述表明,某些病变的发生发展过程,常可出现疑难重症,甚或危症,在审病时尤其应该重视以腹诊为主,结合四诊来推断疾病预后。

综上所述,腹诊不仅有助于疾病的诊断与鉴别诊断,更能用于探求病因、分析病机、判断病位、明确病性、确立治则、指导治疗、观察疗效及推测预后等多个方面,其临床意义甚大。若能与常规四诊有机结合,能有效提高诊断的准确性和治疗的有效性,值得深入研究与探索,在临床上普遍加以重视和应用。

5 腹诊的典型病例

张某,女,33岁。

初诊:2022年1月21日。主诉:左侧面部麻木,伴左耳目疼痛10d。患者10天前,晨起吹风,遂发现左侧口眼喎斜,于当地医院诊断为“面神经麻痹症”,予输液及针刺治疗1周,症状无明显改善。现在症:左侧面部感觉减退、左眼耳疼痛、左侧抬头纹消失、左侧无法鼓腮。口干、口苦、口黏、口臭,善叹息,心烦,纳可,大便2~3d1次、偏干、不畅,小便黄、不能久憋尿,睡眠尚可,体力一般。末次月经:2021年12月29日,经量可、色暗、夹有血块、经前乳房胀痛,平素时有小腹刺痛、左眼不适,有剖宫产史和乙肝病史。舌象:舌淡红略暗,舌边齿痕,舌中、舌根苔白腻偏厚,舌下络脉郁滞明显。脉诊:弦象明显,脉之粗细及力度尚可,双关脉大,且以左关为甚,左寸浮取不足。腹诊:双侧胸胁苦满较重,心下痞硬,脐左压痛,脐左下压刺痛明显、呈放射性,腹直肌偏紧,腹力中等。中医诊断:面瘫(少阳阳明合病兼下焦湿瘀证)。方拟大柴胡汤合桂枝茯苓丸加减:柴胡24g,黄芩9g,法半夏15g,白芍15g,枳壳15g,生大黄9g,生姜20g,大枣15g,桂枝15g,茯苓20g,桃仁15g,赤芍12g,牡丹皮12g。7剂,水煎服,每日1剂,早晚饭后温服。医嘱:畅情志;勿食水果、牛奶、海鲜等生冷之物及油腻之品。1周后复诊,诉左眼耳不适消失,左脸麻木感好转,已略有抬头纹,余症亦有改善,脚畏冷。腹诊见上述腹证仍有,但较前减轻。上方茯苓减为15g,加党参12g,肉桂粉15g,全蝎(研末冲服)10g,蜈蚣1条。10剂,煎服法同前。

2022年2月8日线上随访,患者诉面瘫已痊愈。

按:腹部诊察所得信息为本案辨证处方的核心依据。患者年轻女性,于冬天不慎感受风邪而患面瘫,以左脸麻木伴耳目疼痛为主要诉求,但在中医整体审察中,发现有中重度的胸胁苦满症和心下痞硬症,又伴有大便不畅、口干、口苦、脉弦,这是典型的

少阳阳明合病大柴胡汤证。且患者脐左斜下有明显的放射性压痛,为常见瘀血痛点,结合其月经色暗有血块、舌中与舌根苔白腻、舌下络脉瘀滞,又提示下焦湿瘀互结,为桂枝茯苓丸证,故一诊基于整体辨证思维,处方以大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗。1周后的疗效反馈,表明治疗方向正确,故二诊效不更方,但考虑到患者体力一般、脚畏冷,便在一诊处方基础上增强扶正祛邪之力,尤其是加入善祛风通络的虫类药物,最终取得了满意的疗效。全方不针对面瘫治疗而面瘫自愈,以其治病求本故也。看得见、摸得着的“腹证”,具有很强的客观性和可靠性,可作为中医辨证的核心依据。在整体审察中,应重视腹诊,对于临床处方用药有重要指导意义。

6 讨论

中医腹诊是基于传统中医理论指导下,运用望腹、闻腹、问腹、切腹四法,来辅助判断整体的寒热虚实及可能的脏腑病位,其诊察重点放在腹壁和腹内,及早发现“潜证”和“先兆证”^[22],诊察结论与治疗的具体方药密切相关。因此,中医腹诊以“司外揣内”为核心原理^[23],是一种简单、方便、客观、准确的特色诊断方法。大量的临床实践证明,中医腹诊实用性强,诊断价值和临床意义大,值得被继承发展和弘扬推广^[24]。

目前,腹诊也存在一些问题亟待解决:其一,古今中外腹诊文献内容丰富,却略显庞杂,缺乏系统而全面的整理,亟须将其集中化、条理化、系统化、数字化。其二,腹诊的概念尚不统一,腹诊的内容尚不完善,腹诊的分区尚不明确,腹诊的手法尚不一致,腹诊的操作流程更缺乏统一的标准。有必要对腹诊进行更深入地规范化研究,制订一套简明实用、操作性强的腹诊方法。其三,腹诊的普及率低。目前,在临床中知晓腹诊并能熟练运用者较少,很多医师没有腹诊的意识。究其根源,主要还是受到我国传统封建礼教思想的束缚,医者以手直接触摸腹部,尤其是对女性,似有失节之弊,患者不便解衣露体,医者羞于触摸察看,逐渐导致腹诊之法被冷落、被忽视,甚至出现断层之危。但当今是一个思想解放的时代,应当摒弃陈旧观念的束缚,一切以服务患者为中心。在规范腹诊相关内容的基础上,可开展腹诊的专题讲座、腹诊的实训教学、腹诊的系统培训、腹诊的全国学术会议等。此外,中医腹诊也应与时俱进,可运用现代科技手段进行实验研究,并借助现代科学仪器进行腹诊的客观化研究,优化腹诊仪,推进腹诊的客观化、标准化、智能化、现代化。

参考文献

- [1] 王琦. 中医腹诊研究与临床[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 38-55.
- [2] 马翻过, 方文岩. 《伤寒论》腹诊及其应用[J]. 江苏中医药, 2019, 51(9): 76-78.
- [3] 戴宁, 李峰, 关静, 等. 中医腹诊的研究进展[J]. 世界中医药, 2017, 12(1): 217-221.
- [4] 李霞. 《黄帝内经》腹诊理论探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(2): 125-126.
- [5] 戴皓宁, 陈玉琢. 《伤寒论》腹诊探析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(9): 4037-4039.
- [6] 陈家旭. 张仲景诊断学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2005: 94-100.
- [7] 孙忠年. 中医腹诊发展概要[J]. 陕西中医, 1988, 9(7): 331-332.
- [8] 赵晓晖, 马维骥. 日本汉方腹诊发展概况[J]. 国医论坛, 2018, 33(5): 14-16.
- [9] 张英子, 羊璞, 王克穷, 等. 从腹证与本源剂量谈柴胡加龙骨牡蛎汤的临床运用[J]. 江苏中医药, 2020, 52(6): 74-77.
- [10] 刘宁, 王宁元, 赵进喜, 等. 明辨方证, 腹诊先行; 经方应用, 当识腹证[J]. 环球中医药, 2018, 11(11): 1697-1699.
- [11] 冯筱筱, 刘庚鑫, 郭栋, 等. 《伤寒论》腹证研究[J]. 山东中医药大学学报, 2022, 46(5): 573-577.
- [12] 李盼飞, 王艳, 谭天阳, 等. 基于《伤寒论》的康守义腹诊经验探析[J]. 中国医药导报, 2021, 18(29): 126-130.
- [13] 李盼飞, 高星辰, 谭天阳, 等. 试论《伤寒论》中桂枝剂的腹诊依据及其临床应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(5): 682-685, 737.
- [14] 赵家驹. 谈谈汉方医学的“腹诊”[J]. 天津中医学院学报, 1990, 9(3): 24-27.
- [15] 张文瑜. 中医腹诊法临床应用举隅[J]. 浙江中西医结合杂志, 2018, 28(9): 792-794.
- [16] 邵家东, 龚雨萍, 林江, 等. 腹诊理论与临床运用探讨[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(3): 1323-1326.
- [17] 王宁, 童雪, 钟玉梅, 等. 《伤寒论》脉诊与腹诊结合运用探讨[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(4): 1829-1832.
- [18] 李祝华. 刘保和教授运用《难经》腹诊理论的临床经验[J]. 四川中医, 2015, 33(1): 13-16.
- [19] 谭彩, 王理槐, 冯君, 等. 活血化瘀法和补益法协同在肿瘤化疗后骨髓抑制中的运用[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(1): 82-85.
- [20] 董硕, 周可林, 陈家旭. 《伤寒杂病论》仲景腹诊学术特色探究[J]. 环球中医药, 2022, 15(1): 65-68.
- [21] 曹丽静, 刘保和. 刘保和依据《难经》腹诊理论活用经方经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(2): 195, 208.
- [22] 程孝雨. 浅析《伤寒杂病论》腹诊与现代医学腹诊的不同[J]. 光明中医, 2009, 24(11): 2169.
- [23] 严晓双, 陆为民. 国医大师徐景藩腹诊应用发挥[J]. 江苏中医药, 2022, 54(7): 18-21.
- [24] 林志豪, 叶威, 蒋越, 等. 朱文宗教授基于伤寒派腹诊辨治神经性失眠临床经验探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2022, 46(9): 964-968.

(本文编辑 贺慧娥)