

国医大师徐景藩腹诊应用发挥

严晓双 陆为民

(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘要 腹诊是综合运用望、闻、问、切四诊并以切(按)诊为主的腹部诊察法,对五脏六腑疾病,特别是对胃肠肝胆疾病的诊察具有重要意义。国医大师徐景藩在诊疗过程中重视腹诊,常通过腹诊来定病位、审病机、辨病证、分病性、立方药、判预后,可获良效。附验案1则以佐证。

关键词 腹诊;徐景藩;名医经验;验案

基金项目 国家中医药管理局“徐景藩学术经验传承研究室”建设项目(国中医药人教发[2010]59号)

腹诊源于《灵枢·水胀》:“腹乃大,其水已成矣。以手按其腹,随手而起,如裹水之状。”东汉张仲景将腹诊与辨证论治有机结合,《伤寒论·辨太阳病脉证并治》曰:“心下痞,按之濡,其脉关上浮者,大黄黄连泻心汤主之”,“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”,使腹诊得到进一步完善。汉末至隋唐,腹诊相关理论迅速发展,广泛应用于各种疾病的诊察,尤以《诸病源候论》《千金要方》为主要代表。然至宋金元时期,医家只注重脉诊与舌诊,又受封建礼教影响,腹诊渐失传承,直至清代方被重视,但临床运用仍较为少见。新中国成立后,随着西方文化的传入,腹诊几乎与西医腹部触诊类似。直至叶橘泉院士^[1]将腹诊与方证相结合,中医“腹诊”的定义才得以明确,并与脉诊、舌诊相参而用,对于现代医家鉴别患者体质强弱、气血盛衰、脏腑病位具有重要意义。

国医大师徐景藩,衷中参西,融会新知,在长期的临床诊疗中积累了丰富的经验。徐老在脾胃病的诊治过程中,尤其强调腹诊的重要性,其在明辨病因病机、病位病性、处方用药、判断预后等方面的腹诊经验具有重要的临床指导价值,现将徐老临床运用腹诊辨治疾病之经验介绍如下。

1 病位病机,腹诊明晰

《灵枢·本藏》云:“视其外应,以知其内藏,则知所病矣。”徐老认为腹诊是基于“司外揣内”思维方式的一种诊察方法,临床诊断疾病时,可通过腹诊明晰病位病机。

1.1 脏腑内居,以定病位 《灵枢·胀论》曰:“脏腑之在胸胁腹里之内也,若匣匮之藏禁器也,名有次

舍,异名而同处,一域之中,其气各异……夫胸腹,脏腑之郭也。……故五脏六腑者,各有畔界,其病各有形状。”由此可知,脏腑居于胸腹腔内,排列有序,各有其名,发挥着不同的功能。脏腑在胸腹的投射反映区域亦不相同,故可运用腹诊诊察不同部位出现的异常现象来推测相关脏腑发生的相应病变。

对于胃脘腹痛者,徐老通过腹诊来确定病位。触诊时,先让病人指点痛处,医者先按其他部位,轻重适当,同时询问是否有压痛,最后按其自诉之痛点。若自觉痛点与压痛位于中脘、梁门等穴附近,病位在胃;疼痛以上脘至鸠尾为主,病位在胃之上部近贲门处;疼痛以下脘为主,涉及水分、神阙等穴者,病位在胃之下部及脾、胆;若胃脘及心下、胁肋、背部、肩部按之均痛者,无论中脘是否疼痛,均应考虑肝胆胃同病,且以肝胆为主;若疼痛位于上腹左侧、肋之下(肝经之所络,无论左、右、肋下均为肝之分野),病位在肝;若胀痛及于脐部周围,病位及脾与肠。形瘦之人常有“胃下(胃下垂)”,若下脘及脐部胀痛,但按之疼痛不著,仍应考虑病位在胃。中老年人若心下疼痛连及左下胸或心前区,剑突下按之无痛感,常考虑病位在心或心胃同病。除上述病证之外,胰腺疾患亦不可忽视,其临床症状颇似胃脘痛,有时痛及脘之两侧,或可连及左肋部,腹部切诊常在用力深按时觉痛,需仔细辨别。

1.2 审察病情,明析病机 俞根初在《通俗伤寒论》“按胸腹”一节中指出:“若欲知其脏腑何如,则莫如按胸腹,名曰腹诊”^[2],并称腹诊为“诊法上第四要诀”,胸腹部为“五脏六腑之宫城,阴阳气血之发源”。由此可知,胸腹部是气化、气机活动的场所,亦是经

络起止循环的部位,分布着许多募穴腧穴,腹诊的运用正是建立在脏腑生理机能及气机运转的基础上。故运用腹诊可及时发现和分析脏腑机能与气机失调时所致的各种病理变化,徐老临证时亦常用腹诊来审察病情、明析病机。

对于重症肝炎患者,徐老常问其腹感、观其腹形、按其臃块、闻其腹音^[3]。该病初起时患者常自觉腹部胀满而腹形无明显膨大,触诊或可触及右肋下肿块,症状常朝轻暮重、食后胀甚,此时以气滞气胀为主;随着病情进展,腹形逐渐增大,轻者仅限于脐周围,胀甚则连及腹部和小腹部,腹壁可见静脉显露,少数患者还可见皮肤黄染,脐周及中、下脘部位叩之空空然,此时仍以气胀为主,并逐渐出现水胀,因胀而饮食日减、腹大日甚。由于短期内胀势会随黄疸等其他病症加重而快速增长,故见腹皮绷急,可与慢性单腹胀之腹形隆起、如囊裹水状相鉴别。此外,因气滞水留日久则夹血瘀,还可见瘀斑、肌衄等症,病邪及于脾胃则食欲不振、恶心、脘痞腹胀,及于肝胆则身面俱黄,失于疏泄则小便不利。因此,徐老认为本病与急黄、臌胀、血证等相关,且病证病机相兼错杂,后期甚至可发展为关格、喘、水肿等病;其病位多在肝脾,久则及肾,病机多以本虚标实为主,本虚表现为阴虚或阳虚,标实多为湿阻、热郁、血瘀等。

2 病证病性,腹诊析微

腹诊在《中医大辞典》中的定义为以按、触诊为主,结合望、闻、问诊手段来诊察患者胸腹部位,以了解病情的诊断方法。其诊察方法与现代医学的“视、触、叩、听”相近,但手法、诊察内容及理论体系却不相同。西医多通过腹部触诊来寻找器质性病变,而中医腹诊主要通过诊察患者胸腹部胀、痛、满、浮、痞、硬、急、结等病变征象,来判断气、血、食、水在人体分布的状况,以察知脏腑寒热虚实之病证病性等情况。

2.1 一胃三脘,可助辨证 临床诊疗胃脘痛时,徐老常借助腹诊,结合经络穴位,协助辨证。徐老认为胃容量大且形态迂曲屈伸,故临床多将胃分为上、中、下三脘来诊察,上脘以胃底为主,下脘位于胃角水平线以下,中脘则位于上、下脘之间。喻嘉言在《寓意草》中提出“上脘气多,下脘血多,中脘气血俱多”,徐老认为此论甚为精辟,指出胃中气体轻清而在上,故上脘多气;中脘主磨化,为气血生化之源,故中脘气血俱多;下脘则存水谷及胃中津液,犹如浊阴,血亦属“浊阴”范畴,故下脘多血^[4]。以此为理论基础,通过分区触诊可对胃脘痛进行初步辨证:如心下鸠尾至中脘部压痛以肝胃气滞为主;中脘、建里部压痛,虚者多为脾胃气虚,实者多为气滞;下脘压痛,如

日久且固定局限,多为血瘀;上、中、下脘均有压痛,则提示食滞不化。若自诉胃脘疼痛,但按诊时痛点不明显,常提示病情轻浅,以气滞、肝胃不和居多;若按诊时自诉不适,且有胀满、痞塞不舒之感,提示湿邪阻滞。若用食指交替快速按压腹部双侧梁门、天枢穴外侧时,闻得内有漉漉声响者,常为胃中有饮,或因幽门管部约而不利,导致气血瘀结。若见患者腹部有手术疤痕,则需考虑皮肉损伤、疤痕收缩、结扎牵引等局部因素影响,有瘀血内停之可能。如胃已大部分切除,胃容量减少,饮食入于残胃,迅达于肠,腐熟与运化过程失常,脾胃功能低下,则多为气血亏虚。

除此以外,有胃病未愈而伴发心、肝、胆、胰等疾病者,常有上腹痛之症,此时不可因痼疾而忽略“卒病”,当详细诊查,以免疏漏。如肠病患者常以上腹疼痛为初发症状,若进行全面腹诊,右下腹可见压痛,此时应先治肠痛。

2.2 寒热虚实,研判病性 《素问·至真要大论》言:“诸胀腹大,皆属于热。……诸病有声,鼓之如鼓,皆属于热。”《金匱要略》曰:“病者腹满,按之不痛为虚,痛者为实。”由此可知,腹诊可用来判断寒热虚实等病性。徐老认为上脘压痛多属实证,中脘压痛则有虚有实,或虚实兼夹,下脘压痛多属虚证或兼见血瘀。若患者腹部皮肤望之干枯无华,触之硬结,多为虚实错杂之证。当患者脉切之滑数有热,但按腹无热,则可知其热在表易去;反之若按腹灼手,则知其热深伏难去。故结合脉诊有助于鉴别“真热假寒”或“真寒假热”之证。徐老指出,通过腹诊可知患者之寒热偏好、是否有压痛、喜按或拒按等,从而可对疾病寒热虚实等病性作出初步判断,但临证时还需结合其他诊察信息,综合判断,切勿以偏概全。

3 方药预后,腹诊辅之

在确定了疾病病位病机、病性病证的基础上,徐老运用腹诊辅助确立治疗原则和用药,并推断疾病的预后发展。

3.1 腹证不同,随证治之 日本名医奥田宽在其著作《腹证考》中提出:“仲景曰:‘随证治之’,凡从事古疾医者,必先明腹证,腹证明,而后药能详;药能详,而后方法正;方法正,则无病不愈矣。”^[5]腹证可分为症状与体征两类,痞满、疼痛、动悸等自觉症状,问询乃知;膨隆、濡硬、肿块等他觉体征,望切乃得。故可通过腹诊判定腹证,以腹证为据遣方用药。《内经》中多有运用,如《素问·腹中论》中记载治鼓胀病心腹满用鸡矢醴方,治血枯病胸胁支满用四乌鲂骨一藋茹丸等。

据徐老经验,若上腹部剑突下胃脘(上、中、下脘穴)处自觉痞硬满痛且拒按,治以和解泻热,方选大柴胡汤;若腹部满痛持续、拒按,兼有痞满燥实证,治以泄下,方选大承气汤;若腹痛隐隐,喜热喜按,得食可减,治以温中补虚、缓急止痛,方选小建中汤;若自觉腹满,而外形望之不满,舌色紫黯时,当考虑内有瘀血,治以活血化瘀,方选膈下逐瘀汤;若胸骨后或剑突下饱胀,甚则疼痛,性质常为隐痛、胀痛或灼痛,伴暖气、食物反流,治以理气和胃降逆,方选四逆散加减;若脘肋胀痛或自觉抽动,伴胸闷、情志不舒,治以疏肝和胃解郁,自拟徐氏疏肝和胃汤(紫苏梗10g,制香附10g,炒枳壳10g,炒白芍15g,陈皮6g,川芎10g,佛手10g,广郁金10g,炙鸡内金10g,莪术10g,生薏苡仁30g,石见穿15g,甘草3g),兼脘肋痛剧者加延胡索、川楝子缓急止痛,兼胃脘自觉灼热嘈热者加牡丹皮、山梔、象贝清泻肝胃郁热;若脘腹鸣响,胀满抽痛,叩之空空然,治以补脾敛肝祛风,药选白术、扁豆、防风、乌梅、五味子、藿香等,甘、酸、辛相合,以肝脾同治。

3.2 腹证变化,推断预后 《灵枢·外揣》曰:“五脏波荡,若是则内外相袭,若鼓之应桴,响之应声,影之似形。”脏腑、经脉、气血津液等内在的变化必然在外部胸腹有所反映,随着脏腑气血盛衰的变化,腹证也会随之改变,因此,徐老常借腹诊来推测疾病的预后。当患者脘痛发作较剧时,若疼痛快速减轻,特别是短时间内觉疼痛如失,不可放松警惕,应当注意观察有无黑便,谨防出血可能。若仅觉疼痛及压痛减轻,但饮食减少,形体更瘦者,不宜过于乐观,应警惕不良转归;若疼痛缓解,余症亦随之改善,说明病情向愈。此外,腹诊还可与脉诊相参,凡腹证与脉证相符者为顺为生,预后佳,不符或相背者为逆,预后不良。

4 验案举例

王某,女,44岁。1992年11月18日初诊。

主诉:脘腹胀1年余。患者食后上腹发胀,继而脐下、脘腹均胀,胀甚则隐痛,得暖气、矢气则舒。腹胀晨起稍舒,进食后即觉胀,午后加重,晚餐后尤甚,整个腹部均感胀满,衣裤嫌紧。因胀而妨食,食量减少约1/3,啖甜食、饮水稍多则更胀。1年之中,夏暑症状最轻,气候转冷之时,尤入秋后胀满加重。月经基本正常,经来之时腹胀加重。大便不畅,但每日能解。既往用四磨汤、六磨饮等调治,前医在理气方中加用参芪,病人自诉不适,服后尤胀,夜卧不安。西药曾用艾司奥美拉唑+克拉霉素+阿莫西林抑杀幽门螺杆菌(Hp),吗丁啉等促进胃动力,初服有效,旬余之后效果不甚明显,再服亦无效。起病以来无咳

嗽、黑便、发热等病史。腹诊:触之腹部脂肪层稍厚,无明显压痛,无振水音,叩诊鼓音较著,无移动性浊音,肠鸣音低。舌脉:舌淡红、苔薄白,脉细弦。肝功能、乙肝两对半检查未见异常;B超示:胆囊壁稍粗糙;胃镜示:慢性浅表性胃炎,Hp(+). 西医诊断:功能性消化不良,慢性胃炎,幽门螺杆菌感染;中医诊断:胀病(气胀实证)。治以理气和中消胀。方选香苏散合五磨饮加减。处方:

紫苏梗10g,制香附10g,炒陈皮6g,广木香6g,乌药10g,槟榔10g,降香5g,炒枳壳10g,炒白芍15g,炙甘草3g,佛手片10g,石见穿15g。5剂。每日1剂,水煎,分2次服,服药后端坐30min。

1992年11月23日二诊:患者服药后上腹胀有明显好转,但脐腹仍胀,药后暖气较多,矢气较少。予初诊方加枸橘李10g,5剂。

1992年11月28日三诊:患者脐腹之胀亦渐改善,进食之量稍增,食后胀势亦不加重。予二诊方去降香,加谷芽30g,10剂。

1992年12月8日四诊:患者脘腹胀满基本缓解,继予三诊方调治,改为2日服1剂,1剂分3次服(第1日服2次,次日服1次)。

半个月后患者腹胀症状消失,饮食正常,大便通畅,余无所苦。停药观察2个月,症状未见反复,腹部体征均正常。

按:本案患者腹诊时触之腹部脂肪层稍厚,腹力充实,叩之鼓音明显,结合食后脘腹胀加重,暖气、矢气则舒等症,可诊为胀病,辨证属气胀实证,病位在胃,与肝相关。患者面肢不肿,腹诊时腹部无振水音、无移动性浊音,可排除臌胀;胀甚觉隐痛,并无持续或较剧之疼痛故不能诊断为胃脘痛、腹痛;心下腹壁按之结实,不濡软,无痞满嘈杂感,可排除痞证。肝主疏泄,疏泄失常,气机不调,胃中气滞,故其胀先从上腹开始,继及大腹、少腹。患者病程虽久,但其虚不著,不宜补气,且其症状夏暑最轻,气候转冷则胀满加重,可知病性偏寒。故徐老治以理气消胀,方选香苏散祛寒理气和中、五磨饮破滞降逆顺气,共奏除胀满、畅气机之功。方中紫苏梗易紫苏叶,因紫苏梗其性不甚温,其味不甚辛,“能使郁滞上下宣行,凡顺气诸品惟此品纯良”;沉香改降香,因降香降气兼行瘀,入肝、脾、胃经;本案患者肝郁气滞为因,故用香附疏肝解郁、理气宽中,配以佛手理气和胃,木香、枳壳行气消积,槟榔破滞行气;陈皮辛行温通,有行气止痛、健脾和中之功,因其苦温而燥,善行偏寒之气滞,再配以乌药行气散寒;因病程日久,加石见穿活血散结;白芍寓和阴养胃、刚中配柔之意,并制诸

任勤分期论治儿童过敏性鼻炎之经验

王秋荣

(天津中医药大学第一附属医院, 国家中医针灸临床医学研究中心, 天津 300380)

指导: 任 勤

摘 要 任勤教授认为儿童过敏性鼻炎的病因在内责于小儿肺脾肾之不足, 以肺气虚为先, 在外责于六淫外袭, 以风邪为首, 兼夹寒、湿、热邪。任师结合小儿生理特点, 并根据临床表现将儿童过敏性鼻炎分为三期六型进行辨治, 以疏风利窍为治疗大法贯穿始终。无症状期多为卫表不固型, 以玉屏风散合过敏煎解表和里; 疾病初期属肺经伏热证以银翘散为主疏风清热, 属风寒犯肺证以桂枝汤为主解表散寒; 迁延期属虚实夹杂证以小青龙汤合玉屏风散为主温肺固表, 属痰瘀阻络证以桂枝茯苓丸合消瘰丸为主温经化痰散瘀, 属肺肾阴虚证以麦味地黄丸为主养阴益肾。附验案1则以佐证。

关键词 儿童; 过敏性鼻炎; 经方; 任勤; 验案

儿童过敏性鼻炎以鼻塞、鼻痒、打喷嚏和流清水鼻涕为主要临床表现, IgE介导的I型变态反应是其发生发展的主要病理因素。近年来, 由于空气污染、生活方式转变及其他因素的影响, 我国儿童过敏性鼻炎患病率已高达15.79%, 且有不断上升的趋势^[1]。本病可归属于中医学“鼻鼽”“鼽嚏”等范畴, 其病因责之肺热、脾虚、肾寒等^[2]。

任勤教授为第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 师从著名儿科专家李少川教授, 善于运用经方治疗儿科过敏性疾患及疑难杂症, 探本求源, 直中病所。任师认为, 经方药味精炼, 配伍

严谨, 是中医的经典方、标准方、规范方, 值得医者认真研究应用。笔者有幸侍诊于侧, 观任师以八纲辨证为总纲, 结合脏腑经络辨治儿童过敏性鼻炎, 并在此基础上根据病程将本病分为三期六型, 运用经方化裁治之, 每每获效, 现将其辨治经验总结如下, 以飨同道。

1 审悉病机, 着眼风邪

任师认为, 儿童过敏性鼻炎的发作在外责之卫外不固、六淫外袭, 常以风邪为首, 兼夹寒、湿、热邪侵袭肌表、头面, 致肺气失宣。外邪犯肺, 人体正气欲鼓邪外出, 故气上而喷嚏; 风为百病之长, 风盛则

药辛温之性。二诊时, 患者脐腹仍胀兼暖气多矢气少, 故加枸橼李加强疏肝和胃、消积化滞之力。三诊时, 患者上腹及脐腹胀满均渐改善, 进食亦增, 因降香辛香性温, 不宜久用, 故中病即止, 遂去降香, 加谷芽养胃兼助脾之运化。四诊时, 患者脘腹胀满基本缓解, 效不更方, 续服以巩固疗效。

5 结语

通过腹诊可直接客观地诊察脏腑经络与气血津液情况, 且能实时掌握病情变化, 具有较好的实用性与准确性。徐老运用腹诊理论辨治疾病之经验, 对诊断鉴别疾病、判断病位病性、分析病因病机、指导治疗、观察疗效、判断预后转归等各个方面具有重要指导意义, 值得进一步学习和研究。

参考文献

[1] 叶橘泉. 仲景学说《腹诊与方证》的研究[J]. 中西医结合杂

志, 1986, 6(2): 74.

[2] 俞根初, 原著. 徐荣斋, 重订. 重订通俗伤寒论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 137.

[3] 徐景藩. 重症肝炎的病机证治体会[J]. 南京中医学院学报, 1985, 1(4): 1.

[4] 徐景藩. 徐景藩脾胃病临证经验集粹[M]. 陆为民, 徐丹华, 罗斐和, 整理. 2版. 北京: 科学出版社, 2015: 119.

[5] 王凌. 中医腹诊腹证的渊源探析[J]. 北京中医药, 2011, 30(8): 590.

第一作者: 严晓双(1996—), 女, 硕士研究生在读, 研究方向: 中医药治疗脾胃病。

通讯作者: 陆为民, 医学博士, 主任中医师, 教授, 博士研究生导师。wmlu@163.com

收稿日期: 2022-01-10

编辑: 傅如海 蔡 强