

【理论探讨】

从“尺肤”考证看日本尺肤腹诊法指导经方应用

贾博^{1,3} 姜巍² 石洋¹ 信欢¹ 白光²

(1. 辽宁中医药大学 沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属医院 沈阳 110032;

3. 江苏省高邮市中医医院 江苏 高邮 225600)

摘要: 本文通过详细考证“尺肤”在《黄帝内经》(以下简称《内经》)中的意义,参考日本汉方医家的腹诊著作,提出“尺肤”乃是鸠尾至脐部皮肤的观点。在此基础上进一步明确腹部皮肤分区对应的脏腑及汤证,介绍腹诊的基本方法,利用腹部皮肤“寒热、缓急、小大、滑涩、坚脆”的差异结合中医基础理论为临证提供更多参考。选取大建中汤证及柴胡加龙骨牡蛎汤等5个经方腹诊代表汤证结合临床分别论述,力图使腹诊之学于理论上有所裨益,于临证上亦能有所裨益。

关键词: 尺肤; 考证; 腹诊; 经方; 临床

中图分类号: R241.26 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2018)11-1511-03

日本汉方医学是中医学传播到世界的一朵奇葩,特别是汉方鼎盛的江户时期,汉方医家曲直濑玄朔《百腹图说》的出现成为首部腹诊专著,开启了日本特色汉方腹诊的时代。期间稻叶通过对《内经》尺肤的考证,独创性地提出“尺肤”应定位在鸠尾(剑突下)至脐的腹部皮肤,在此基础上汉方医家不断研读《伤寒杂病论》等中医经典,发挥尺肤腹诊的优势,在临床上亦取得尚佳疗效。迄今为止腹诊专著的刊行本与手抄本已近150多种。同时也使汉代以前就曾普遍应用于临床,却因封建礼教束缚而日渐式微的腹诊在日本得以重新焕发生机。本文选择尺肤腹诊结合经方临床应用为切入点,力图使腹诊之学于理论上有所裨益,于临证上亦能有所裨益。

1 尺肤的部位

“尺”字在《说文解字》中单指度量单位,即“尺,十寸也。人手却十分动脉为寸口,十寸为尺,所以指斥规矩事也”^[1]。值得注意的是,这里的“十寸为尺”是指尺的长度,并不能望文生义将其作为寸口向上延伸10倍即为尺肤的依据。尺肤诊法最早详载于《灵枢·论疾诊尺》,提到“余欲无视色持脉,独调其尺,以言其病,从外知内,为之奈何”,可见尺诊是相对独立于脉诊的一种诊疗方法,详考《内经》中脉象并无寸、关、尺之分,这里有必要划清界线。在注释上,王冰、马蒨等诸多医家皆将“尺”作为肘至腕之皮肤,认为“尺之皮肤者,从尺泽至关,此为尺分也;尺分之中,关后一寸动脉,以为诊候尺脉之部也;一寸以后至尺泽,称曰尺之皮肤”。而日本汉方腹诊家则提出尺的部位应该为胸腹,由鸠尾至脐之间约为一尺的距离。

首先《素问·脉要精微论》中提到“尺内两傍,则季肋也。”季者末也,季肋即是终末之肋,显然与

前臂肌肤相差甚远。《灵枢·论疾诊尺》中除了涉及“尺”这一部位,同时还有“臂中”“掌中”“肘”几个部位,其中“臂”一词遍考《内经》皆指腕至肘中间的部分,与“臑”对应。只有《灵枢·五色》中指出:“臑者,肩也;臑后者,臂也;臂下者,手也”,此处为孤证,且与臂的位置并不矛盾,故仍见“臂”作为腕至肘中间的部分看待,则此处“尺”应与“臂中”非同位置,作为一个反证。

《灵枢·论疾诊尺》提到“尺外以候肾,尺里以候腹。中附上,左外以候肝,内以候膈……下竟下者,少腹腰股膝胫足中事也”,客观地将身体躯干分为上中下三段,同时与脏腑四肢有了较为精确的联系(图1^[2])。又提到“审其尺之缓急、小大、滑涩,肉之坚脆,而病形定矣”,此处若理解为肘至腕的皮肤,在临床实际中确实很难表现出“寒热、缓急、小大、滑涩、坚脆”的差异,相反而在急腹症、肝硬化及癌症等病变时胸腹部皮肤确有明显的皲裂等表现。因此笔者更倾向于日本学者将“尺肤”确定为鸠尾至脐之间皮肤的说法。

2 尺肤腹诊的意义

日本医家吉益东洞在《医断》^[3]中明确提出:“腹者,有生之本,百病根于此焉,是以诊病,必候其腹”,着重强调腹诊的必要性,在此不妨引用一下尺肤腹诊第一个医案记载。《史记·扁鹊仓公列传》^[4]:“蜺瘕为病,腹大,上肤黄粗,循之戚戚然……切其脉,循其尺,其尺索刺粗,而毛美奉发,是虫气也。其色泽者,中脏无邪气及重病。”此切寸口之脉,同时循摸胸腹之皮肤,可见尺肤络脉凸起,肌肤枯焦,诊断为虫气。正是通过尺肤腹诊判断五脏并没有感受其他邪气,帮助医者作出准确诊断。

《灵枢·论疾诊尺》曰“尺肤滑,其淖泽者,风也……尺肤涩者,风痹也。尺肤粗如枯鱼之鳞者,水洩也。尺肤热甚,脉盛躁者,病温也……尺肤寒,其脉小者,泄、少气。尺肤炬然,先热后寒者,寒热

作者简介: 贾博(1992-),男(蒙古族),辽宁朝阳人,住院医师,医学硕士,从事经方治疗消化系统疾病的临床与研究。

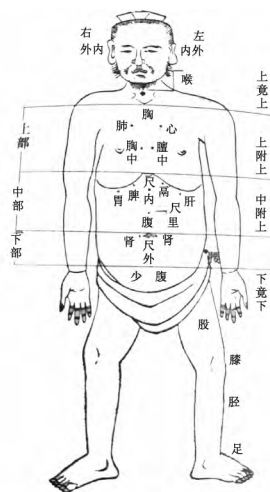


图 1

也。尺肤先寒,久持之而热者,亦寒热也。”此处可见尺部皮肤对风、寒、火、热、痰湿等外邪有着更为敏感的反应。风水侵袭之时尺肤表现出滑润之感,风邪痹阻则表现为尺肤艰涩,溢饮为患则表现为尺肤粗糙如鱼鳞状,若尺肤寒凉参之脉小则为虚性泄泻之属,若尺肤热甚久按之觉寒、寒甚久按之觉热都是寒热错杂之原因。以此诊病再参合归属脏腑,便可更精确地了解病情。彭静山^[5]也有凡病人腹痛,取仰卧位轻按腹部寻找最凉部位,即是最疼痛的部位,参以经络循行及配合针灸用药每获良效,可见腹诊之重要性。

3 尺肤腹诊的方法

患者取仰卧位,双手自然附于大腿两侧,下肢取伸展位,使腹直肌保持自然长度,医师立于患者右侧并用右手诊查,进行触诊之后再令患者屈膝。根据《内经》中的记述可简单分为“循、按、扪、推”4种方法。“循”字本义为顺着、沿着之意,此处引申为顺着腹部皮肤抚摸诊察,主要判断尺肤的“滑涩、寒温、大小”相当于现代医学的浅部触诊,“按”则是通过“以手按其腹,随手而起”的方式诊察腹部,主要用于判断疼痛类型与程度、疼痛与脏腑的关系、积聚的部位等情况,相当于现代医学的深部触诊。日本汉方学者又将其细化为“覆手压按法”和“三指深按法”,“扪”字本义为抚摸、扶持,与“循”按照一定方向诊察有一定区别,在实际操作上更注重局部病变的情况,通过“视而可见,扪而可得”判断局部是否有实邪阻滞,同时注意感受腹部动脉的搏动与脉诊互参;关于“推”有此一段论述“推而外之,内而不外,有心腹积也;推而内之,外而不内,身有热也;盖形身之上下,即脏腑所居之外候也”,“内”同“纳”意,此处通过推来判断腹部包块与脏腑的关系。

虽诊察方法与现代医学的“望、触、叩、听”基本接近,但诊察内容与理论体系却不尽相同。为使腹诊分区规范化,中国中医科学院腹诊课题组参考历代医家著作成果,提出了腹诊十一分区法^[6]。“胸

区、心区、左胁部、右胁部、左肋下、右肋下、脐部、小腹、左少腹、右少腹、心下”11个区域,将阴阳气血、胀满疼痛、癥瘕积聚为主要诊查目标,判断内在脏腑、经脉、气血津液等方面的病理变化。日本汉方医家藤平健《腹诊讲座》^[7]中更注重腹肌力量,将腹力分为“软甚、软、偏软、微软、中等、微实、偏实、实、实甚”在虚实辨证中具有重要指导意义。

4 尺肤腹诊指导经方应用

张仲景的尺肤腹诊是严格按照《内经》“以外揣内,以内揣外”的思想为指导原则实施的。《伤寒杂病论》中根据胸腹的各种征象,如心下痞、心下满、心下悸、心下支结、少腹满、少腹肿痞、少腹急结、胸胁苦满、胁下硬满等参以症状及病因病机进行综合分析,得出脏腑疾病反映于外在腹部的客观实质征象,从而将腹部的征象与汤证紧密结合,形成包含在汤证中独具特色的腹证。如桂枝汤证、大承气汤证、小陷胸汤证等。本文参考《腹证奇览》及《腹证奇览翼》选取6个典型的腹证加以分析。

4.1 大建中汤证

《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》曰:“心胸中大寒痛,呕不能饮食,腹中寒,上冲皮起,出见有头足,上下痛而不可触近,大建中汤主之。”方药:蜀椒二合去汗,干姜四两,人参三两,胶饴一升。腹证概括为“脐周有头足、蛇漫游走、疼痛”,此证为胸中阳气不宣,阴寒之气自下而上、上下攻冲作痛,结于胃肠之寒邪上冲皮起,现代医学则认为是阵发性肠蠕动亢进且具有剧烈腹痛者。

此腹证以里虚证为主,全腹软弱无力且迟缓,当与小建中汤证之“腹中拘急、少腹弦急”相鉴别。小建中汤当以腹肌表面拘挛为主,伴周身乏力、精力不足;此方亦应与“雷鸣切痛,胸胁逆满”之附子粳米汤相鉴别,附子粳米汤当以水气走于肠间,雷鸣不止主要区分。现代医学多认为其是胃痉挛、肠疝痛等应激性亢进表现,大建中汤证则趋向于肠套叠、肠扭转、肠狭窄等虚寒性疾病。

4.2 柴胡加龙骨牡蛎汤

《伤寒论》第107条曰:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”方药:柴胡、龙骨、生姜、人参、茯苓、铅丹、黄芩、牡蛎、桂枝各一两半,半夏二合,大枣六枚,大黄二两。腹证概括为“胸胁苦满、心下部有抵抗,心下部膨满,腹部多见脐上动悸”,此证为妄下之后,正气虚耗血气亏损,津液不荣于外,但邪未深入,以少阳见证为主。

此腹证为实证,介于大小柴胡之间,与苓桂术甘汤“病证,心下悸,胃内水停”相鉴别。虽同有精神症状与津液问题,但苓桂术甘汤主要是水饮停聚中焦并无明显热证;还应与甘麦大枣汤“妇人脏躁”相鉴别,甘麦大枣汤多有自觉或腹诊的“腹皮拘急”;

柴胡桂枝干姜汤与此腹证基本近似,但柴胡桂枝干姜汤脉诊与腹诊均无里,表现为里虚更重邪尚羁留太阳为主。

4.3 黄连汤证

《伤寒论》第173条“伤寒胸中有热,胃中有邪气,腹中痛,欲呕吐者,黄连汤主之。”方药:黄连、炙甘草、干姜、桂枝(去皮)各三两,人参二两,半夏半升,大枣12枚。腹证概括为“胸中有热迷乱而疼痛,自心下至脐上疼痛,按之硬而干呕者”,此证为热邪羁留中上焦,寒邪羁留中下焦,上下相隔,阴阳升降失调。

此腹证为寒热错杂,当与半夏泻心汤“心下痞硬”相鉴别。同为寒热错杂,半夏泻心汤为热邪兼水邪聚于心下,故以苦降为主;还应与柴胡剂“腹痛,胸胁苦满,心下支结,心下急”相鉴别,此为邪在少阳胸胁,非在胃中,故必无苦满与往来寒热。

4.4 桃核承气汤

《伤寒论》第106条“太阳病不解,热结膀胱,其人如狂,血自下,下者愈。其外不解者,尚未可攻,当先解其外;外解已,但少腹急结者,乃可攻之,宜桃核承气汤。”方药:桃仁50个,大黄四两,甘草二两,桂枝二两,炙芒硝二两。腹证概括为“小腹急结,脐下瘀血”,此证为热结膀胱,阴血蓄而不行。

此腹证以瘀血为主,当与桂枝茯苓丸之“脐两侧充实,触之有抵抗伴压痛”相鉴别。与桃核承气汤比较此证患处固定,脉多沉迟而紧;还应与抵当汤相鉴别,相比较而言抵当汤少见少腹急结,但健忘较重,腹证并不明显;大黄牡丹汤则初起压痛为主,急结不明显,又可见肿胀、发热、便秘等兼证可资鉴别。

4.5 真武汤

《伤寒论》第82条“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者,真武汤主之。”《伤寒论》第316条“少阴病,二三日不已,至四五日腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者,此为有水气。其人或咳,或小便不利,或下利,或呕者,真武汤主之。”方为:茯苓三两,白术二两,芍

药三两,生姜三两,附子1枚(炮)。腹证概括为“腹软满,心下悸,身瞤动”。此证一则为下焦肾水,因心液不足随阳上犯,阳气泄水气无所依;一则为上焦津枯肾水上救,肾阳不能制水,水饮停为水气。

此证为肾阳虚不能化水,当与四逆汤“四肢厥逆,身体疼痛,下利清谷”相鉴别。真武汤多有发热、小便不利、心下悸之水邪不化,四逆汤则更多表现为虚寒证的小便利兼下利清谷;亦与苓桂术甘汤之眩晕不同,苓桂术甘汤多脉沉紧,表现为直立性眩晕伴有气上冲之感。

尺肤腹诊历史由来已久,但建国以来对“尺肤”考证的文章不足15篇。本文借鉴日本汉方医家对尺肤为鸠尾至脐的腹部皮肤这一见解,详细考证了《内经》涉及“尺肤”及“尺肤诊”的原文,明晰了《内经》中并无寸关尺三部分诊的诊脉方式,提出了“尺肤”确为鸠尾至脐的腹部皮肤这一看法。在此基础上对《伤寒杂病论》中涉及的脉诊及腹诊内容有了更清晰的认识,不仅仅把腹部症状停留在患者的主观感受上,更多地利用“循、按、扪、推”的方法客观的对应症状,不断对腹证和方证关系进行挖掘探索,进一步发展张仲景六经辨证论治的优势,更好地为临床患者服务。

参考文献:

- [1] 许慎.说文解字[M].上海:上海古籍出版社,2007:417.
- [2] 和久田寅叔虎.《腹证奇览翼》[M].张展荣,等译.北京:学苑出版社,2015:174.
- [3] 陈存仁.皇汉医学丛书[M].上海:世界书局,1936.
- [4] 司马迁.史记[M].北京:中华书局,2006:605-614.
- [5] 彭静山.辨证恒径[J].辽宁中医杂志,1991,21(7):306-307.
- [6] 谢建军.中医腹诊检测的客观化研究[D].北京:中国中医研究院,1991.
- [7] 藤平健.腹诊讲座[M].日本:绿书房,2000.
- [8] 王冰.补注;林亿.新校正.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2012.
- [9] 灵枢经[M].史崧.校.北京:人民卫生出版社,2012.
- [10] 张仲景.伤寒论[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [11] 张仲景.金匮要略[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [12] 李文瑞.伤寒派腹诊[M].北京:学苑出版社,2010:32-35.

收稿日期:2018-04-17

(上接第1510页)

4 结语

《种杏仙方》对耳鼻喉科疾病作了详尽阐述,记载了诸多切实可行的方药和治法,尤重外治,对耳聋、耳鸣、脓耳、耳聩、鼻塞、鼻疮、瓮鼻、喉痹、喉疳、骨鲠等急症、重症重视局部用药,结合塞、吹、含、敷等丰富的用药方法,解除患者病痛于须臾之间,这对现今临床治疗耳鼻咽喉疾病多重内治而轻外治的状况有着重要的启示作用。可见,龚廷贤治病切合实际,不尚空谈,源于实践,重于实践,其所著《种杏仙方》具有较高的临床使用价值,值得进一步挖掘和深究。

参考文献:

- [1] 李世华,王育学.龚廷贤医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:8.
- [2] 谢强,周思平,黄冰林.盱江流域及盱江医学地域分布今考[J].江西中医学院学报,2012,24(6):11-14.
- [3] 谢强,周思平.盱江医家医籍及地域分布略考[J].江西中医学院学报,2013,44(3):3-6.
- [4] 谢强.源远流长的盱江医学——盱江医学发展探寻[J].江西中医学院学报,2014,26(2):1-3.
- [5] 谢强.盱江喉科流派衍探析[J].江西中医学院学报,2014,26(1):11-15.
- [6] 谢强.盱江喉科流派医家时空分布规律探析[J].中华中医药杂志,2015,30(11):3915-3917.

收稿日期:2018-02-16