

## 厥病診與腹診概要

鐵椎中醫診所 陳淼和 2016.12.10

### 厥病（診）定義：

病人腕踝以下寒冷、腕踝以上溫熱者統稱為厥病。醫師鑒別厥病而對應出某湯方者稱為**厥病診**。如果四肢整條都冷則稱為四肢逆冷。厥病的證型有寒厥、熱厥、氣厥、血厥、水厥與厥陰病。論中厥陰病的條文有誤。筆者改為：

◎厥陰病外感，發病當下其人體質偏寒，腕踝上溫下冷，氣上撞，欲嘔，心中疼熱，飢而不欲多食者，吳茱萸湯主之。（非主以烏梅丸）

上述條文雖然用字不美，但是臨床容易掌握其證候。吾輩可從寒熱交界線的下移而判斷出病癒之機。厥病診法分為湯方與針灸療法兩種：

### 湯方療法：

寒厥：桂枝加附子湯、抵當（黨）烏頭桂枝湯、附子理中湯

熱厥：白虎湯、白虎加人參（葦）湯

氣厥：茯苓桂枝五味子甘草湯、橘皮湯

血厥：黃連阿膠湯（其人眼白出血鮮紅、失眠）、桂枝茯苓丸加黃芩（自擬）、溫經湯加附子（自擬）、溫清飲（日醫常用。黃連解毒湯合四物湯，出自明朝龔廷賢《萬病回春》治血崩）、桃核承氣湯（其人煩躁）等

水厥：茯苓甘草湯

厥陰病：吳茱萸湯

### 針灸療法：三陰交穴

此是依據《補闕肘後方》，臨床驗得可從。一般取單側即可，通常只需數分鐘即有溫熱效果，如果療效不彰則可用艾條溫灸或針上加灸。

### 腹診定義：

病人自覺或醫師透過感官察覺病人腹、脅、胸、背、腿的外部形態與溫度，另藉扣擊、推移、按壓手法察覺內部悸、動、滿、結、軟、硬、塊痛、水移聲等異常症狀，其目的是鑒別湯方，或判斷陰陽病勢與氣、血、水病的中醫診斷法。日醫訛言發明腹診。腹診乃是始於扁鵲，仲景加以應用。西醫也有腹診，但其著於解剖生理的異常態，例如盲腸炎、膽囊炎、肝脾腫大、疝氣、乳房腫塊等，以作為進一步理學定量檢查的基礎。中醫腹診必須結合其他診斷而行整體歸納，鑒別對應出某湯方，或判斷病勢之陰陽與氣、血、水病為目的之一種重要診斷法。

《史記·扁鵲倉公列傳》：「…越人之為方也，不待切脈、望色、聽聲、寫形，言病之所在（按不用望聞問切，只依腹診即能知病處。中庶子輕視扁鵲，故扁鵲有此言）。聞病之陽，論得其陰；聞病之陰，論得其陽。病應見於大表（按見與現字通假，大表指病狀外顯於腹）…試入診太子，當聞其耳鳴而鼻張，循其兩股以至於陰，當尚溫也…。是以陽脈下遂，陰脈上爭，會氣閉而不通（按陽脈與陰脈非指尺寸，而是指軀體陽位之脈與陰位之脈）…脈亂，故形靜如死狀，太子未死也…。太子起坐，更適陰陽，但服湯二旬而復故（按病癒而復為舊故之健康態）…。」按扁鵲為首開腹診與陰陽病勢診斷的第一人。

腹診的姿勢日醫多採取平躺、雙手雙腳自然伸直。按可採取平躺、屈膝彎腿的姿勢。肥胖病人等必要時也可兼及側躺位置或雙手上舉以利診得。腹診並非單獨診斷腹部，其含蓋胸、背、腿等部位。《傷寒論》113 首湯方，其中只有 33 首附有脈象，故**脈診並非開方的必要條件**。又論中約只有 47 首附有腹症，故**腹診也非湯方診療的必要條件**。《靈樞·九鍼十二原》：「凡將用鍼，必先診脈，視氣之劇易，乃可以治也。」即下針之前必須先診脈，脈實者行瀉法，脈虛者行補法。推得診脈原本是針刺療法的必要條件，漢代醫家或藉整體脈象（不分寸關尺、不分左右手）佐作一部分湯方的診斷。

日醫通稱德川幕府江戶初期的御園意齋（みそのいさい 1557~1616 年）為腹診之祖。意齋傳門人森道和，爾後在森氏家族中流傳，第二代森仲和，第三代森有益。森有益另受教於五雲子（明朝人而移民作日人）。森氏第四代森中虛整理腹診手寫《意仲玄奧》，幕府醫官多紀元堅（たきもとかた 1795~1857 年）依據《意仲玄奧》而於 1842 年撰《診腹要訣》。1843 年另輯錄共 17 位醫家腹診而撰《診病奇佻》，之後又增錄為 27 位醫家。多紀元堅的弟子松井操於 1888 年將《診病奇佻》譯為中文而於上海出版。日文本則於 1935 年石原保秀重新校訂。

《意仲玄奧》手寫本家傳給第七代森立之（號枳園もりりっしみ 1807~1885 年）。2003 年長野仁等將其合森中虛另一手寫本《陰虛本病》撰《日本腹診の源流》（小曾戶洋監修）。這是日本腹診的主流，其理論基於《難經》與《內經》。按《難經·十六難》：「假令得肝脈…其內證臍左有動氣，按之牢若痛。…假令得腎脈…其內證臍下有動氣，按之牢若痛…。」〈五十六難〉：「肝之積，名曰肥氣，在左脅下，如覆杯，有頭足。…腎之積，名曰贛豚，發于少腹，上至心下，若豚狀，或上或下無時…。」按易學依據日照陽光之多寡畫分為陽儀（日）與陰儀（月）。陰儀（左側）再分太陰（冬）、少陽（秋）。陽儀（右側）再分少陰（春）、太陽（夏）。其太、少陽與太、少陰是在講天文學。好事者將爾等移花接木羈入中醫，以解剖位置肝腎居低而歸屬陰儀、心肺居高而歸屬陽儀。左側陰儀的腎臟居於最低故配太陰，陰儀的肝臟則自屬少陽。右側陽儀的心臟居於最高位置故配太陽，肺臟則自屬少陰。**易學羈入中醫是左肝、右肺；五行羈入中醫是右肝、左肺**。易學與五行虛擬方位配屬矛盾，但因皆非關臨床，故並無所謂。即〈十六難〉與〈五

十六難〉是以肚臍為中心點，採取易學的虛擬方位而得。〈六十六難〉：「臍下腎間動氣者，人之生命也，十二經之根本也，故名曰原。」同此。爾等部位是在講針刺的外治法（物理效用），卻被訛移作內科的湯方療法（化學效用）。又易學是 2 的幕次方，五臟多出一脾臟，上下左右無位置可配屬，只好以居中的當臍與胃脘來配屬。推得《診病奇侅》等腹診內難派者不可從。

古方派吉益東洞（よしますとどう，1702～1773 年）的腹診內容是傷寒論與《金匱要略》。相對於《診病奇侅》主流腹診，古方派的腹診則是屬於小眾。但是古方派腹診是依據論中條文而驗得於臨床；內難派主流腹診則係由易學羈入虛擬而得，不符生理，非關臨床。何況仲景之學不講五行，不用臟腑辨證。

稻葉文禮於 1787 年手寫《腹證圖彙》，1801 修訂刊為《腹證奇覽》（後篇於 1809 年增補）。門人和久田寅（號叔虎）受師之託而於 1809 年刊《腹證奇覽翼》兩篇，1853 年叔虎去世後另刊出第三、四篇。《腹證奇覽》與《腹證奇覽翼》雖被歸為古方派的腹診代表作，但是書中訛羈入許多內難派的腹診。《素問·脈要精微》：「尺內兩傍，則季脅也，尺外以候腎，尺裏以候腹中……。」是在講尺膚之診，稻葉卻訛作腹診。《靈樞·論疾診尺篇》也被其訛作腹診的理論。

吉益東洞為古方派腹診之大師，引起傷寒論醫家臨證再度重視腹診，其貢獻甚大。但是前輩以某腹症去固定對應某湯方，其見解恐誤。因為論中多數湯方的條文並不具腹症，又中醫是綜合歸納而非單獨依據腹診。同理，吾輩不能以某脈象去固定對應某湯方。例如桂枝湯證脈浮，但不能說舉凡脈浮者都主以桂枝湯。

日醫訛解「支」為「脅」的部位。觀《素問·五藏生成》：「…青脈之至也，長而左右彈有積氣在心下支胛，名曰肝痺…。」推得心下、支、胛為三個部位。即「支」為部位名稱。胸部正中線而居鳩尾（胸骨劍突）下的凹窩稱為**心下**。心下**痞滿**即毒邪平滿此凹窩而阻隔氣機。正面齊鳩尾線以上至鎖骨的長方形區域稱為**胸**。心下沿假肋向兩側分開（第十肋骨下）的八字形凹陷帶稱為**支**，其仿如樹木分支而名。胸部左右兩側與手臂相連的內窩稱為腋窩，腋窩直下至腰部之間的區域統稱為**脅**，其骨頭統稱為肋。脅通脇字，肉字旁，另由 3 個力字組成，隱有很多肋骨之意。脅下處特稱為**胛**。胸部的肋間空隙被毒邪平滿稱**胸滿**，身側脅部的肋間空隙被毒邪平滿稱**脅滿**，八字形凹陷帶被毒邪平滿稱**支滿**。《金匱要略》苓桂朮甘湯條：「**胸脅支滿**」。其即胸滿、脅滿、支滿三者皆被毒邪（水邪）所平滿之意。爾等往往需透過醫師方能診得，病人或不自覺，或誤認為正常態。

又日醫腹診多忽略病人肌膚的溫度。臨床上或手足溫暖而有裏寒者，醫師以手掌心探病人肚臍與下腹部之溫度多可辨別而得其真章。其有助鑒別病勢陰陽。腹診時醫師可順便以掌心去診病人足趾溫度，有助於厥病診之診斷。

鳩尾一詞於《脈經》另正確作**龜尾**，按鳩字上古音讀龜（即河洛音ㄍㄨ）音而與龜字通假。東晉漢傳佛教比丘譯師：鳩摩羅什（Kum ā raj ī va 334~413年）。其鳩字對應 Ku 的音譯可徵。鳩屬鴿類，常會發出ㄍㄨ ㄍㄨ的聲音而名鳩。台灣俗稱斑甲，其尾端呈扇形狀，不符髑髏骨（即胸骨劍突）底部之斷陷狀。虛擬烏龜趴在腹部而龜頭朝下，陰莖視為龜頭，陰莖勃起狀正如龜頭昂首。腹臍視為龜背，兩側支部視為龜甲弧狀後緣，髑髏骨凹陷處則有如烏龜尾巴呈斷然下陷狀，故應稱為**龜尾**而非稱為鳩尾。

不論內科與針灸，醫師與病人心平氣和為首務。緊張則氣結，嬉笑則氣散，歹念則氣壞，憤怒則氣亂。腹診時病人平躺，雙手與雙腳自然身直。醫師站在床側。在雙方皆自然放鬆狀態下來行腹診。男醫師如面對女性患者，必須有女性護士陪同，以緩和病人情緒，一方面也可免於醫療糾紛。腹診操作簡述如下：

1. 請病人掀衣，先望診全腹外觀，整個腹壁凹陷或大腹凸起。肚臍有無臍垢、發霉？肚臍下緣有無低垂下陷（病勢多朝陰）。判斷腹皮亮澤滑潤（水邪）與有否水腫，或枯澀晦暗（多有血邪），有無濕疹、乾癬皮膚病等異常狀態。
2. 醫師以掌心輕按病人肚臍以診測溫度，然後用姆指與食指輕捏肚臍周圍的皮膚，能分離捏起如鼠皮狀者病勢多朝陰。
3. 併指按悸動，腹主動脈等的悸動病人或可自覺，但多數不知，必須靠醫師診得。心下悸有屬水邪者見小青龍湯、苓桂朮甘湯、真（玄）武湯。心下悸有屬氣邪者見桂枝甘草湯、或加龍骨牡蠣等。心（心臟）動悸者見炙甘草湯。心中（膻中穴處）悸而煩者見小建中湯。臍下悸者見苓桂棗甘湯。
4. 併指按壓左右腹與少腹，先輕後重，診斷有無壓痛點或呈條索狀痛者。再讓病人彎腿屈膝，重複按之，如此可診得較深層部位。按 a 點而只有 a 點痛者多屬血邪。按 a 點而擴大呈 A 點痛者血邪業已積久。按 a 點而痛連 b 點者血邪為主兼有氣邪。按 a 點不痛而 b 點反痛者氣邪為主兼有血邪。按 a 點有抵押感但不痛者，可考慮芍藥甘草湯；病人或打嗝排尿氣者，則多屬氣邪。
5. 胸脅苦滿指病人為胸滿與脅滿所苦之狀，屬於病人自覺。即胸脅整個悶脹不適而呼吸不順。胸滿、脅滿者或為他覺，即必須透過醫師診斷才能夠查覺。
6. 龜尾穴下凹處正常態呈空虛陷狀，此凹陷處浮起而有抵壓感者曰心下痞，見附子瀉心湯。心下痞而按壓痛者曰心下痞堅（隋朝避諱楊堅而改為鞭字），見桂枝人參湯。完全浮起塞滿凹陷處者曰心下滿或心下（痞）滿，見旋覆代赭石湯、半夏瀉心湯、甘草瀉心湯、生薑瀉心湯。心下痞而按壓反軟者曰濡，見大黃黃連瀉心湯。心下痞堅滿而引脅下痛者，見十棗湯。
7. 大腹脹滿而扣擊有回音者，屬水邪者見五苓散、厚朴生薑甘草人參湯。屬氣邪者屬大柴胡湯（無大黃），三湯皆為治外感之方。
8. 承氣湯證腹部必有痛點或條索狀壓痛，桃仁承氣湯兼見血症而可鑒別。又苓桂味甘湯、苓桂棗甘湯等逆氣上衝者，其趺陽脈必浮而有力，相對的其寸口脈沉而無力（常態下寸口脈強過趺陽脈）。