

# 王克穷合参腹诊辨识经方治疗肺癌一案

滕春风

**【摘要】** 腹诊即运用明确的腹部切按方法以获得五脏六腑疾病反映于腹部的客观征象,本文试从合参腹诊角度分析1例肺癌患者主症,并结合中医常规四诊辨识疾病本质,揭示精准运用经方的辨析要点及思路,进一步明确腹诊的诊断意义。

**【关键词】** 腹诊; 经方; 肺癌

**【中图分类号】** R241.26 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.04.022

腹诊属中医切诊的一部分,医者通过对腹部运用按、扪、寻、探等手法,获得一系列客观症候,以补充常规四诊的不足,提高诊疗水平。《伤寒论》397条原文中明确用腹诊的就有114条,《金匮要略》22篇中重点论述腹诊的有10余篇之多,可见仲景对腹诊法的重视<sup>[1]</sup>。《灵枢·本脏》说:“视其外应,以知其内脏,则知所病矣”。腹诊在《伤寒杂病论》辨证论治体系的大体作用为:分析病因病机,辨病辨证,类证鉴别,判断预后及指导治疗大法。名中医王克穷主任医师针对肿瘤类复杂疾病,重视伤寒腹诊,四诊合参,方证相对,巧用经方,现结合其临床验案加以探讨。

## 1 典型案例

患者,女,73岁,退休工人。2014年12月15日初诊,自诉3月前出现双侧胸部疼痛不适,左侧为甚,伴咳嗽,痰少,胸闷,气短。1月前于某院呼吸科住院治疗,诊断为左肺肿瘤。既往患慢性浅表性胃炎30余年,平素常胃胀胃痛不欲饮食。刻下:口苦咽干,目眩,心烦喜呕,默默不欲饮食,自觉有股热气从少腹上冲胸咽,伴胸闷,心悸,胸痛及濒死感。腹诊:有胸胁苦满(++),心下按之满痛(++),脐上下动悸(+)

),瘀血性腹证(+++)。舌偏红苔薄黄,脉弦细。辨证为:病在少阳之气滞血瘀证及热证奔豚。处方:大柴胡汤合柴胡加龙骨牡蛎汤、桂枝加桂汤及桂枝茯苓丸加减,1剂,以观进退。方药如下:柴胡125g、大黄<sup>后下</sup>30g、枳实55g、黄芩45g、生半夏65g、生白芍45g、大枣12枚、炙甘草45g、茯苓25g、桂枝75g、丹参30g、生龙骨25g、生牡蛎25g。上药以水5000mL,煎至1200mL,去滓,再煎至600mL,纳大黄,更煮一、二沸,温服200mL,日三服。患者自诉,一服药后顿觉舒畅即能食,续服,眩止呕停。

12月17日二诊:食纳常,已无冲气上逆,余症缓解,前日腹诊所查腹证仍在,原方稍作加减,予大柴胡汤合柴胡加龙骨牡蛎汤及桂枝茯苓丸加减。处方:柴胡125g、大黄<sup>后下</sup>30g、枳实55g、黄芩45g、生半夏55g、生白芍45g、大枣12枚、茯苓25g、桂枝25g、丹参30g、生龙骨25g、生牡蛎25g。2剂,每天1剂,水煎,以水4000mL,煮至1200mL,去滓,再煎至600mL,纳大黄,更煮一、二沸,温服200mL,日三服。

12月22日三诊:能食,不呕,不渴,心烦,略口苦,偶有咳嗽,腹诊:胸胁苦满(+),脐上下动悸(+),瘀血性腹证(+).舌偏红苔略黄,脉弦细。予方柴胡加龙骨牡蛎汤和桂枝茯苓丸,去人参、生姜、大枣加五味子、干姜:柴胡60g、茯苓25g、桂枝25g、生龙骨25g、生牡蛎25g、大黄<sup>后下</sup>30g、五味子25g、干姜30g、赤芍15g、黄芩25g、桃仁10g、丹皮10g、生半夏30g。2剂,每天1剂,水煎,以水1600mL,煮至

作者单位:712046 咸阳,陕西中医药大学基础系伤寒教研室

作者简介:滕春风(1986-),女,2014级在读硕士研究生。研究方向:经方治疗肾病。E-mail:13224064@qq.com

800 mL,去滓,再煎至 600 mL,纳大黄,更煮一、二沸,温服 200 mL,日三服。药后诸症悉平,据体质调理善后。

## 2 规范腹诊,明确腹证

诊胸胁苦满<sup>[2,3]</sup>:胸胁指肋弓下缘这个部位。操作方法:在乳头与脐的连线与肋弓下缘的交点的正下部位,用食、中、无名三指并拢沿胸廓壁向乳头方向推按,又可向压。并以此点为中心,向左右移位,用同法推按,并注意病人表情。诊断标准:指头向内推按,阻力小或较小,且无疼痛,但可有轻微的不舒服。此为“胸胁苦满(-)”;指头向内推按,阻力较大,难以继续向内推按,此为有抵抗。如有抵抗,并有疼痛,或者抵抗不明显,但有疼痛或较重的不舒服感,为“胸胁苦满(+);如有抵抗,指头一推按就疼痛,及疼痛重者,为“胸胁苦满(++)”。

诊心下满痛<sup>[2,4]</sup>:心下部位是指剑突下到中脘,左右不超过锁骨中线。操作方法:用食指、中指和无名指三指并拢在心下部位先轻后重地按压,边按压边体会有无抵抗感,并注意病人表情。诊断标准:有抵抗、有压痛或抵抗不明显,但有压痛,为“心下满痛(+);有抵抗,稍向下按压即痛,或抵抗不明显,但压痛严重,为“心下满痛(++)”。

诊脐上悸和脐下悸<sup>[2,5]</sup>:脐上动悸点在脐上 1~2 横指处,脐下动悸点在脐下 1~2 横指处。操作方法:在上述部位用中指向下由轻到重地按压,注意有无搏动应指。诊断标准:中指重按才感到搏动应指,且搏动力弱为“脐上悸或脐下悸(+);中指轻按即感搏动应指,且搏动力较强,为“脐上悸或脐下悸(++)”。

诊瘀血腹证<sup>[2,6]</sup>:脐周压痛点部位在脐上、脐下、脐左、脐右、脐左斜上、脐左斜下、脐右斜上、脐右斜下各距脐二横指处的部位。小腹部压痛点部位分左、中、右三处。左右两侧压痛点分别在脐与左或右髂前上棘的连线中点,并以此点为中心,上、下、左、右二横指左右处均可作为压痛散放部位。中间压痛点在耻骨联合上三横指左右处。操作方法:在上述各压痛点,用中指由轻到重逐渐向下按压,同时注意手指有无抵抗感,并观察病人表情。诊断标准:中指向下重度按压,病人觉痛,为痛(+);中指向下中度按压,病人疼痛,指感有轻度抵抗,为痛(++);中指向下轻压,病人即痛,指感有明显抵抗,为痛(+++)。

## 3 谙熟经典,准确翻译,方证相对,取意变通

运用经方,谙熟经典是前提,且能与病者四诊资料联系互译是抓住主症运用经典的关键,深入理解病机和药物作用趋向才能取意变通。

《金匱要略·腹满寒疝宿食病并治》云:“按之心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤。”腹诊心下满痛阳性,以及患者自觉症状口苦咽干,目眩,心烦喜呕,默默不欲饮食,乃胃热结实,胆气阻滞之实证,当以大柴胡汤泻下胃实,疏调少阳。《伤寒论》107 条云:“太阳病,下之,胸满烦惊……柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”此患者脐上下动悸,心烦,胸胁苦

满,乃少阳之邪内陷,伤及心气而烦悸,柴胡加龙骨牡蛎汤加减以和少阳宁心神。因腹诊查见瘀血腹证,而合用桂枝茯苓丸去桃仁缓消瘀血。

患者自觉有股热气从少腹上冲咽喉,伴胸闷,心悸,胸痛及濒死感。《金匱要略》云:“奔豚病,从少腹起,上冲咽喉,发作欲死,复还止。”当属热证奔豚,宜奔豚汤以苦泄之。而此以桂枝加桂汤,寓意如下:其一,奔豚汤李根白皮药源稀缺,不便组方;其二,仲景常取桂枝平冲降逆之性,随证加减,无论何病,如《金匱要略》因服“青龙汤下已”而见“气从小腹上冲咽喉者”“与苓桂五味甘草汤,治其气冲”,待服后“冲气即低,则去桂”;防己黄芪汤方后注“气上冲者加桂枝三分”;《伤寒论》理中丸方后注“若脐下筑者,肾气动也,去术加桂四两”等,临证运用疗效亦佳<sup>[7]</sup>。此用桂枝加桂汤,调阴阳运转中焦同时平冲降逆,合柴胡剂以治热证奔豚。

## 4 治肺者非独肺也

《素问·咳论》云“五脏六腑,皆令人咳,非独肺也”;“五脏之久咳,乃移于六腑”。启示医者治肺,当勿拘泥于肺,且需安未受邪之地。大柴胡汤和解少阳,荡涤胃肠滞热,调气活血,肃肺化痰,往往取效甚著,前贤曾谓“用大柴胡破其结,留者去而逆气下行矣,此上病治下之法也”<sup>[8]</sup>。从圆运动角度,大柴胡汤证,脉象右实而左弱。右实者,阳明胃腑滞热,左弱者,木气结而津气伤<sup>[9]</sup>。由此,胃气得降,中焦之枢运转复常,木气调畅,胆降肝升,肺气自降,圆运动复常,内外复安。

综上所述,腹诊在辨证论治过程中能够起到辅助甚至决定性作用,而运用经方,张仲景尚参之,今医诊病亦不可偏废。若欲辨证用药精准,合参是关键。现代医学恶性肿瘤多病情复杂,常病及多个系统,尤于早期本系统表现不甚明晰时,腹诊对如何抓住主症具有指导意义。

## 参 考 文 献

- [1] 郭家襄. 论仲景腹诊法重要性[J]. 新中医, 1982, (9): 3.
- [2] 李文瑞, 李秋贵. 伤寒派腹诊[M]. 北京: 学苑出版社, 2010: 667-898.
- [3] 李夏平, 殷东风. 中医腹诊对恶性肿瘤诊断和预后的意义[J]. 中医药临床杂志, 2008, 20(3): 250-252.
- [4] 王满囤, 王懂臣. 难辨之大柴胡证用腹诊法及大柴胡汤之临床运用[J]. 河北中医, 2005, 27(11): 837.
- [5] 龚玲. 日本汉方医的腹诊[J]. 北京中医, 1995, (2): 63-64.
- [6] 王阶, 陈可冀, 宋小华, 等. 瘀血腹诊的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(12): 709.
- [7] 郭士全. 论张仲景用桂枝平冲降逆[J]. 国医论坛, 1996, 11(4): 7.
- [8] 马冠英. 大柴胡汤治疗肺部疾病二例[J]. 福建中医药, 1984, (2): 45.
- [9] 彭子益. 圆运动的古中医学[M]. 中国中医药出版社, 2007: 32-33.

(收稿日期: 2015-10-23)

(本文编辑: 董历华)