

经验传承

“伤寒派”腹诊法在男科疾病中的应用举隅^{*}赵红乐¹ 刘建国¹ 李丰^{2**} 杨凯³

(1. 陕西省中医医院, 陕西 西安 710003; 2. 西安市长安医院, 陕西 西安 710100;

3. 张家港市中医医院, 江苏 张家港 215600)

摘要:中医腹诊理论源于《内经》《难经》, 发展于仲景《伤寒杂病论》。日本汉方医以《伤寒杂病论》为基础形成了“伤寒派”腹诊。“伤寒派”腹诊法相对客观, 尤其对于诊查气、血、水异常及兼夹时更有优势, 且可一定程度上提示处方用药。而男科疾病恰有多郁、多瘀、多痰及相兼同病等特点, “伤寒派”腹诊法用于常见男科疾病诸如不射精、阳痿、早泄等的辨治取得了较好疗效。

关键词: 伤寒派腹诊; 男科疾病; 不射精; 阳痿; 早泄

中图分类号: R254.1 文献标识码: A

文章编号: 1672-0571(2023)03-0030-05

DOI: 10.13424/j.cnki.mtcm.2023.03.006

Application Examples of “Shanghan School” Abdominal
Diagnosis Method in Male DiseasesZHAO Hongle¹ LIU Jianguo¹ LI Feng² YANG Kai³

(1. Shaanxi Provincial Chinese Medicine Hospital, Xi'an 710003, China; 2. Chang'an District Hospital,

Xi'an 710100, China; 3. Zhangjiagang Chinese Medicine Hospital, Jiangsu Zhangjiagang 215600, China)

Abstract: The theory of abdominal diagnosis in traditional Chinese medicine originated from the *Inner Canon of Huangdi* and *Nanjing*, and developed from Zhongjing's *Treatise on Febrile Diseases and Miscellaneous Diseases*. The Japanese Han medicine formed the “Shanghan School” of abdominal diagnosis based on the *Treatise on Febrile Diseases and Miscellaneous Diseases*. The abdominal diagnosis method of the “Shanghan School” is relatively objective, especially in the diagnosis of Qi, blood, and water, and has more advantages when combined with clamping, and can indicate prescription medication to some extent. Male diseases have the characteristics of excessive depression, blood stasis, phlegm, and concurrent diseases. The “Shanghan School” abdominal diagnosis method has achieved good results in the differentiation and treatment of common male diseases such as non ejaculation, impotence, premature ejaculation, etc.

Key words: Abdominal diagnosis of Shanghan; Male diseases; Not ejaculating; Erectile dysfunction; Premature ejaculation

腹诊是指在胸腹部以触诊为主, 四诊相结合的一种诊法。它可以通过对胸腹部的诊查, 了解体内脏腑、经络、气血津液盛衰, 从而指导临床诊

治。腹诊的理论和方法源于《内经》《难经》。之后张仲景创造性的将腹诊法与辨证用药有机结合, 开创了腹诊辨治的先河, 进一步发展了腹诊理

* 基金项目: 国家自然科学基金项目(82174387); 苏州市科技发展计划(SYSD2020220)

** 通讯作者: 李丰, 主治医师。E-mail: lifeng617@163.com

论的临床应用。然因古时封建礼教等因素,腹诊之法在我国的传承上出现了断层。而随着中国医药学不断传入日本,日本汉方医通过对中医经典中记载的腹部症候的领会,经过不断的临床实践探索,形成了独特的汉方医腹诊及“内难派”“伤寒派”和“折衷派”三大腹诊流派,其中以“伤寒派”腹诊为主流。“伤寒派”腹诊主要以《伤寒论》《金匱要略》为理论指导,学术特点主要是以腹诊所得证候结合仲景原文,判定相应腹证(包括病位和病性,如心下硬满),据腹证指导遣方用药。目前在日本汉方诊疗中,腹诊(特别是“伤寒派”腹诊)已成为不可或缺的诊法^[1-2]。

1 伤寒派腹诊的方法

依据“伤寒派”腹诊代表著作《腹证奇览》中记载及近现代伤寒派腹诊医家的经验^[3-8],方法大致如下:让患者两下肢伸直,仰卧在检查床上,两上肢平置于两胁或轻轻合放在胸部。检查者立于患者左侧或右侧,进行腹诊操作。先进行腹部的望诊,主要观察腹壁的色调、营养状态;腹壁的形状(膨隆、平坦、凹陷);肋弓角的大小等,以初步判断虚实。

然后按《腹证奇览》中记载的顺序进行胸腹触诊:①覆手按压法,先于胸部左右徐徐揉动,诊虚里之动及胸中烦悸与否。②三指深按法,以右手食、中、无名三指相并,自上缺盆处,逐次诊切,诊胸中虚实缓急。③诊心下之虚实,沿胸骨而下至鸠尾按压。④诊胸胁之虚实,指头沿左右季肋按压,直至章门处(为胁下之诊),且以指头从肋骨下缘深按。⑤从上脘至脐上分左、右、中三行诊按,即从任脉向左右分行诊按,直到胁下章门。⑥少腹亦如前分行诊按,直至髌骨及气冲脉止。⑦诊按左右脐旁。⑧覆手按压法,以掌用力,从心下到脐,逐次按压,以诊腹中动气。主要采集的内容有腹壁汗出;皮肤温度;肠蠕动亢进的有无;腹壁力量;腹直肌的紧张度;心下痞硬;胸胁苦满;心下、脐部、腹部悸动;胃部振水音;脐旁部、回盲部、乙状结肠部、腹股沟部抵抗、坚块和压痛等。以进一步诊查虚实寒热,同时诊查气、血、水、食等异常及兼夹情况^[9-10]。

2 病案举例

近来笔者将“伤寒派”腹诊法用于男科临床,取效显著,现举验案三则:

2.1 不射精案 薛某,男,26岁,已婚未育,2019年6月7日初诊。主诉:性交不射精4月。近4月出现性交不射精,勃起正常,性交20~30 min无射精感而停止性交,之后阴茎疲软,性欲一般,手淫可射精,精液量偏少。性生活1~2次/周。4月前性交时约20 min射精。曾在当地医院服用补肾类中成药治疗1月,仍性交不射精。否认糖尿病、精神疾病等病史,未服其他药物。刻下见:腰酸乏力,偶有左侧睾丸疼痛,纳可寐安,二便调,舌质暗,尖红,苔薄黄,舌下络瘀,脉弦软滑。西医诊断:功能性不射精;中医诊断:不射精(气阴两虚,瘀热窍闭)。治疗以化瘀清热,双补气阴为法,方用红白皂龙汤加减,药用:红花10 g,夏枯草10 g,地龙10 g,车前子10 g(包煎),泽泻10 g,炒王不留行10 g,皂角刺10 g,泽兰15 g,生黄芪20 g,黄精15 g,生、熟地各10 g,生麻黄10 g。14剂,水煎服。二诊(2019年6月22日):性交1次,勃起正常,但性交约20 min未射精。刻下见:面郁,情绪不佳,舌质暗红,苔黄白,脉细弦滑。考虑肝郁,加柴胡15 g,枳壳15 g。继服14剂。三诊(2019年7月19日):性交2次,勃起正常,均30 min左右未射精。面白,舌质暗红,尖点刺,舌下络瘀,苔薄黄,脉细滑。上方加路路通15 g,川牛膝20 g,增大疏肝活血、通精窍力度,继服14剂。四诊(2019年8月10日):性交2次,仍未完成阴道内射精。现已治疗近两月,此时患者已没信心了,询问有无更好方案。就想不如诊腹看看,兴许有别的用药指征。腹诊:腹偏软,左右肚脐旁(天枢穴)及脐上轻按即压痛明显,痛处固定。此为瘀血腹证^[8]。按黄煌体质分类,患者面白肤白,脉细软滑,体偏瘦,应为桂枝体质^[11],结合腹证,考虑桂枝茯苓丸证。患者不射精应因血瘀窍闭为主,遂改方桂枝茯苓丸合红白皂龙汤加减,处方:桂枝15 g,茯苓15 g,炒桃仁20 g,丹皮10 g,赤芍15 g,红花10 g,地龙10 g,醋香附15 g,旋覆花(包煎)15 g,皂角刺10 g,路路通20 g,炮山甲5 g,10剂。五诊(2019年8月24

日):性交3次,第1次20 min以上未射精。后两次均15 min左右完成阴道内射精,射精感尚可。舌脉同前。腹诊:仍有肚脐两侧(天枢穴)压痛,脐上压痛。效不更方,继用14剂。六诊(2019年9月21日):性交3次,15~20 min均正常射精,舌脉可。腹诊:腹软,两侧腹直肌平脐处压痛,脐上压痛较前减轻。上方加生黄芪20 g,继用14剂。之后患者未复诊,2020年9月9日随访,告知之后未再服药,现在性交时多可正常射精,偶有不射精。

按语:不射精是指在性交时可正常勃起,且性交能持续足够时间,但不能达到性高潮并完成阴道内射精的病症。不射精有功能性和器质性之分,功能性不射精表现为非性交时可射精,但性生活时却不射精^[12]。本案患者即为功能性不射精。中医辨证来看,初诊时性交不射精,手淫射精精液量偏少。加之腰酸乏困,脉弦软滑,考虑肾气阴两虚;左侧睾丸疼痛,舌质暗,尖红,苔薄黄,舌下络瘀,考虑瘀热,故辨证为气阴两虚,瘀热窍闭。治疗以补气阴,化瘀热,通精窍为法。红白皂龙汤效清热利湿、活血通络,最早用于治疗无精子症^[13]。目前常用于治疗功能性不射精^[14]。故一诊治疗以红白皂龙汤化瘀热,通精窍,加生黄芪、酒黄精、生地、熟地黄双补气阴,加生麻黄促进精路平滑肌收缩,以助射精。用药后效果不佳,二、三诊结合患者情志抑郁,肝失疏泄,加柴胡、枳壳疏肝理气,路路通、川牛膝加大通精窍之力。药后患者仍不射精。四诊时腹诊见明显瘀血腹证,且患者为桂枝体质。遂改以桂枝茯苓丸合红白皂龙汤活血化瘀通精窍为主,加醋香附,旋覆花,路路通,炮山甲,进一步增大理气活血通窍之力。药后患者可完成阴道内射精,自此治疗进入坦途,四诊基础上又服药月余,性交时可正常射精,且瘀血腹证逐渐改善。后随访发现远期疗效亦满意。

2.2 阳痿案 杨某,40岁,已婚育,2019年12月7日初诊。主诉:性交时勃起不坚,易疲软4月余。近4月来无明显诱因出现性交时勃起不坚,中途易疲软,性欲正常,5~10 min射精,未经诊治。性生活2~3次/周。偶有晨勃。现症见:语声洪亮,怕热,易汗出,额头及下肢明显,阴囊潮湿,晨起口

苦,纳可,入睡困难,多梦,小便黄,大便粘,1~2次/日,口周红,舌暗红,苔薄黄而干,舌下红、舌下络瘀,脉滑有力。腹诊:肚腹及两胁下胀满,抵抗感强伴压痛,心下硬满,右侧脐旁平脐处压痛,痛处固定。西医诊断:男性勃起障碍。中医诊断:阳痿(肝火湿热血瘀)。处方:大柴胡汤合桂枝茯苓丸加减。柴胡15 g,枳实10 g,赤芍10 g,黄芩12 g,清半夏15 g,干姜5 g,大枣10 g,蜈蚣2条,桂枝10 g,酒大黄10 g,茯苓15 g,丹皮10 g,桃仁15 g,茵陈15 g,泽泻10 g,7剂,水煎服。二诊(2020年12月14日):药后晨勃明显增多,2~3次/周,性交1次,勃起正常,无中途疲软,约15 min射精。口干苦减轻,睡眠、阴囊潮湿较前好转,大便略成形,1~2次/日。现感右侧腰痛,手心发烫。舌暗红,苔薄黄,舌下络瘀,脉滑。腹诊:肚腹及两胁下仍抵抗感强,压痛减轻,心下硬满,右侧脐旁平脐处压痛减轻。上方加醋香附10 g,地骨皮15 g。继服14剂。三诊(2020年12月28日):性交3次,勃起硬度满意,未见疲软,性交10~20 min射精。腹诊:肚腹及两胁下胀满较前减轻,无压痛,右侧脐旁平脐处略感压痛。无明显腰痛,手心烫减轻。舌偏红,苔薄黄,舌下络瘀,脉滑。上方继服7剂。告知药后无明显不适,可停药,嘱戒烟酒。

按语:勃起功能障碍(阳痿)是指阴茎持续不能达到或维持足够的勃起以完成满意的性生活,病程3个月以上者^[15]。本案患者中年男性,营养状况良好,语声洪亮,口苦多汗、阴囊潮湿、睡眠多梦、小便黄、大便粘,舌红苔黄,脉弦滑有力,此为肝火湿热的表现。腹诊见肚腹胀满,两胁下胀满伴压痛,心下硬满。此为典型的大柴胡汤腹证^[8,16]。此亦提示肝火湿热壅滞较重。舌暗,舌下络瘀,腹诊见右侧脐旁平脐处压痛明显,且痛处固定提示血瘀。综合辨证为肝火湿热血瘀。肝喜条达而恶抑郁,肝火湿热壅滞致气机郁滞,肝失条达,则宗筋失养;气滞则血瘀,瘀血阻遏宗筋,则气血不达,故而阳痿不用。治疗上以大柴胡汤加醋香附疏肝火壅滞,合茵陈、泽泻泄肝经湿热。以桂枝茯苓丸活血化瘀以消瘀滞,合蜈蚣兴阳通络起痿。诸药同用,则肝气调,湿热去,瘀血消,宗筋得

以濡养,故阳痿可愈。值得强调的是,随着治疗用药后勃起改善,腹证也不断减轻,这不仅表明依据典型腹证决定辨证处方的正确性,而且一定程度上可以判断用药的疗程。

2.3 早泄合并阳痿案 毛某,男,36 岁,已婚育,2019 年 8 月 11 日初诊。主诉:性交射精快 3 年,勃起不坚 2 年余。近 3 年无明显诱因出现性交射精快,3 min 以内射精,不能控制,近 2 年又增勃起不坚,偶有晨勃,性欲正常。未经诊治。3 年前性交时勃起正常,5~6 min 射精。现性生活 1 次/周。刻下见:体型中等,口苦,怕热汗多,腰酸,大便 1~2 日一行,小便调,纳可寐安,舌质略暗,苔薄白,脉细弦滑有力。腹诊:两胁下胀满抵抗,双侧腹直肌紧张,左侧脐旁平脐处压痛明显,痛处固定。西医诊断:继发性早泄,男性勃起障碍。中医诊断:早泄,阳痿(肝郁化火兼血瘀)。治以疏肝清火,活血化瘀为法。处方:四逆散合桂枝茯苓丸加减。柴胡 15 g,麸炒枳壳 15 g,生白芍 15 g,生甘草 5 g,蜈蚣 2 条,醋香附 10 g,桂枝 15 g,茯苓 15 g,丹皮 10 g,炒桃仁 15 g,炙淫羊藿 15 g。7 剂,水煎服,日 1 剂,早晚分服。二诊(2019 年 8 月 18 日):晨勃增多,1 周 5 天有,性交 2 次,勃起硬度正常,7~8 min 射精。汗出减少,口苦未见,矢气增多,舌淡红,苔薄白,脉滑有力。腹诊:两胁下抵抗减轻,双侧腹直肌紧张感减轻,左侧脐旁平脐处压痛减轻,上方继服 7 剂。三诊(2019 年 8 月 25 日):性交 2 次,勃起正常,性交 6~8 min 射精。舌脉同前。腹诊无明显阳性腹证。效不更方,继服 14 剂。嘱药后可停药。

按语:早泄(premature ejaculation, PE)是常见的男性性功能障碍疾病。根据临床表现及发病情况不同,可分为原发性 PE,继发性 PE,自然变异性 PE 和主观性 PE^[17]。继发性 PE 应在 PE 治疗之前或同时针对早泄病因进行治疗,如勃起功能障碍、前列腺炎等^[18]。本案患者即为继发性 PE 合并男性勃起障碍,二者同时中药治疗,取效满意。中医辨证方面,腹诊见两胁下胀满抵抗,双侧腹直肌紧张,此为四逆散的典型腹证^[8,16],提示肝郁气滞,结合患者口苦,怕热汗多,脉弦滑有力,辨证为肝郁

化火。舌质略暗,腹诊见左侧脐旁平脐处压痛,此为血瘀表现。肝藏相火,肝郁气滞,气郁化火,相火妄动,故早泄。肝郁气滞,血瘀内阻,则气血不达宗筋,故而阳痿。治疗上以四逆散加醋香附疏肝解郁,加丹皮清肝火,以桂枝茯苓丸活血化瘀,加淫羊藿、蜈蚣补肾通络起痿。诸药合用,则气火清,相火藏,气血畅,故早泄、阳痿皆愈。

3 结语

男科病患者往往情绪抑郁、焦虑、恐惧,且多不及时面对,往往迁延日久,加之男科病患者常有嗜烟酒,恣肥甘等不良习惯,因此男科疾病有多郁、多瘀、多痰及三者相兼同病等特点^[19-22]。常规四诊中,多以望诊、问诊辨郁,以诊舌脉辨痰,辨瘀。如舌苔白厚、黄厚或水滑多为痰饮;舌质紫黯或有瘀点、瘀斑,舌下络脉迂曲变粗多为血瘀。脉弦多郁,脉滑多痰,脉涩多瘀^[23-25]。但男科临床上常有常规四诊无证可辨或多证相兼而常规辨证难以全面把握的情况,因此常常难以取得较好临床效果。

相对于常规四诊,“伤寒派”腹诊法在诊查气、血、水异常时更为迅速、直接、客观,如胸胁部抵抗,胀满多为气郁,心下、脐部、腹部悸动,胃部振水音多为痰浊或水饮;脐旁部、回盲部、乙状结肠部、腹股沟部抵抗、坚块和压痛者多为血瘀^[8]。另外典型腹证还可以一定程度提示处方用药。如案 2、案 3 通过常规四诊辨为肝郁,四逆散腹证以两胁下抵抗感,双侧腹直肌紧张为主;大柴胡汤腹证是在四逆散腹证的基础上伴有两胁下抵抗较强,心下硬满,拒按压痛等^[16]。但如若以腹证直接配合固定之处方,成为有是“腹证”就用“是方”,这未免不失于拘泥。从上述医案可以看出,倘将“伤寒派”腹诊与常规四诊合参,则辨证及处方用药更为精准,因此值得在男科临床上推广使用。

参考文献

[1] 赵晓晖,马维骥. 日本汉方医“伤寒派”腹诊法探析[J]. 现代中医药,2018,38(2):72-74,77.
[2] 王珊珊,崔长虹,周文静,等. 日本汉方腹诊初探[J]. 世界中西医结合杂志,2019,14(7):1026-1027,1032.
[3] 稻叶克,和久田寅. 腹证奇览[M]. 梁华龙,陈玉琢,陈

- 宝明编译. 北京:中国中医药出版社,2017:3-5.
- [4]李文瑞. 日本汉方医腹诊简介[J]. 中医杂志,1982,(3):79-82.
- [5]王益平. 日本汉方腹诊法简介[J]. 现代中医药,1987,7(5):62-64.
- [6]龚玲. 日本汉方医的腹诊[J]. 北京中医,1995,14(2):63-65.
- [7]岩崎. 日本汉方伤寒派腹诊方法与理论研究[D]. 北京中医药大学,2011:40-46.
- [8]王宁元. 伤寒派腹诊基本方法与经方应用举隅[C]//中国中西医结合学会诊断专业委员会第十次全国学术会议论文集. 2016:94-98.
- [9]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.
- [10]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.
- [11]黄煌. 中医十大类方[M]. 3版. 南京:江苏科学技术出版社,2010:3-4.
- [12]夏术阶. 郭应禄男科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2019:1503.
- [13]金义. 红白皂龙汤治疗无精子症56例[J]. 中国中医药科技,1998,5(3):143.
- [14]金保方,黄宇烽,夏欣一,等. 加味红白皂龙汤合养精胶囊治疗功能性不射精[J]. 浙江中医药大学学报,2007,31(6):731-732.
- [15]中国中西医结合学会男科专业委员会. 勃起功能障碍中西医结合诊疗指南(试行版)[J]. 中华男科学杂志,2016,22(8):751-757.
- [16]汤本求真. 皇汉医学[M]. 中国中医药出版社,2012:182,189.
- [17]Waldinger MD, Schweitzer D H. Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II: proposals for DSM-V and ICD-11[J]. J Sex Med, 2006, 3(4): 693-705.
- [18]北京中医药学会男科疾病专家共识组. 早泄中西医结合药物治疗专家共识[J]. 2021,35(6):93-96.
- [19]赵红乐,李姣姣,赵宇涛,等. 痰瘀同治在男科疾病中的应用举隅[J]. 山东中医杂志,2021,40(12):1373-1375.
- [20]徐福松,赵伟,章茂森. 从痰论治男科疾病钩玄[J]. 江苏中医药,2018,50(2):1-4.
- [21]张荣欣,王中欧. 祛痰化饮法治疗男科疑难病证[J]. 现代中医药,1992,12(1):31-33.
- [22]岳肖华,李晏乐. 曹继刚从痰瘀论治男科疑难杂病验案2则[J]. 江苏中医药,2015,47(5):59-60.
- [23]赵红乐,刘建国. 舌边白涎在男科疾病诊治中的应用举隅[J]. 国际中医中药杂志,2019,42(9):927-930.
- [24]杜松,胡镜清,卢红蓉. 痰瘀互结证现代理论研究进展述评[J]. 中国中医基础医学杂志,2015,21(4):477-482.
- [25]陈丽婷,陈豪,朱垚. “痰瘀互结证”辨治浅析[J]. 现代中医药,2012,32(4):57-58.

(修回日期:2022-08-22 编辑:巩振东)