

腹部悸动研究概况

宋成城, 傅海群, 叶晓红, 金永喜, 朱文宗

浙江中医药大学附属温州市中医院, 浙江 温州 325000

[摘要] 为了阐明腹诊及腹部悸动的重要性及客观性, 笔者通过追溯腹诊的发展渊源, 细究《伤寒论》腹部悸动的不同分类及病机, 综述了国内外关于腹部悸动的机理及相关性因素的研究。腹诊证治为整个中医证治体系的一部分, 腹部悸动是其中的重要组成部分, 分为心下悸、脐下悸及脐上悸, 三者的部位及病机均有所差异。腹部悸动与腹部解剖学特征、血液流速、椎体的反作用力、声音产生的冲击力密切相关; 另外, 心脏横径、胸廓前后径、年龄、身高、血压、腹力与悸动均有不同程度的相关性。

[关键词] 腹部悸动; 腹诊; 心下悸; 脐下悸; 脐上悸; 《伤寒论》; 悸动机理

[中图分类号] R573 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 05-0212-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.05.056

Research Progress of Abdominal Throb

SONG Chengcheng, FU Haiqun, YE Xiaohong, JIN Yongxi, ZHU Wenzong

Abstract: We expounded the importance and objectivity of abdominal examination and abdominal throb by tracing the development origin of abdominal examination. The different classification and pathogenesis of abdominal throb in *Treatise on Cold Damage* were dissected and studies on the mechanism and correlation factors of abdominal throb at home and abroad were reviewed. The syndrome and treatment of abdominal examination is a part of the syndrome and treatment of the whole Chinese medicine system and abdominal throb is an important part of it, which can be divided into epigastric throb, subumbilical throb and supraumbilical throb, the location and pathogenesis of all three being different. Abdominal throb is closely related to the anatomical characteristics of the abdomen, velocity of blood flow, counterforce of vertebral body, and impact of sound. In addition, the diameter of the heart, the front and rear diameter of the chest, age, height, blood pressure, abdominal force and throb were all correlated with different degrees.

Keywords: Abdominal throb; Abdominal examination; Epigastric throb; Subumbilical throb; Supraumbilical throb; *Treatise on Cold Damage*; Mechanism of throb

腹诊证治是《伤寒论》中独具特色的诊疗技术, 腹部悸动则是其中的重要组成部分。腹部悸动主要分为心下悸、脐上悸及脐下悸三类, 是临床十分常见的症状之一。然而随着历史的变迁等因素, 腹部悸动乃至是腹诊证治尚未引起当代医家足够的重视, 其理论及方法逐渐被医家所淡忘。日本汉方医学对其研究却颇为深厚, 并通过现代医学方法对它的机理进行了研究。故本文以中医基础理论为指导, 概述腹诊的发展及腹部悸动的相关内容, 并综述汉方医学及国内对于悸动的研究进展, 希望腹部悸动及腹诊能重新引起医家的重视, 运用于临床, 增加辨证施治的准确性, 扩大经方的使用范围。

1 腹诊源流

腹诊概念由俞根初在《通俗伤寒论》中明确提出, 然追溯

腹诊内容的起源则发现早在《内经》中便有记载, 如“独调其尺, 以言其病……审其尺之缓急、大小、滑涩、肉之坚脆, 而病形定矣”及“尺内两旁, 则季肋也”之论。据后世学者统计发现《内经》中共有 19 篇内容涉及腹诊, 而《难经》中亦有 4 篇涉及^[1]。仲景融会前人对于腹诊的理论论述, 与临床结合著《伤寒论》, 成为整个中医证治体系的一部分。在此之后, 后世虽也有不少医家对腹诊相关内容做出叙述, 如《诸病源候论》中对腹诊手法、内容及部位分类等方面较前均有完善, 《太平圣惠方》《伤寒明理论》《脉因证治》《证论准绳》等著作中亦有对腹诊有或多或少的散在记载。然在实际临床应用中, 腹诊却越来越被当时医家所忽视, 直至清代名家俞根初提出腹诊的概念, 并明确此乃中医诊断之第四要诀, 才对后世产生一定

[收稿日期] 2017-11-10

[基金项目] 浙江省自然科学基金项目 (LY18H270001)

[作者简介] 宋成城 (1993-), 男, 硕士研究生, 研究方向: 经方防治脑病。

[通信作者] 朱文宗, E-mail: gdkingzwz@126.com。

影响。随着中国中医药传入日本,日本汉方腹诊亦随之形成且得以兴旺,在其腹诊的发展历程中主要分为难经派、伤寒派及折衷派。伤寒派随《伤寒论》研究的发展而成为如今腹诊的主流,其中的代表作《腹证奇览》内含腹诊之法、所应之方证,方证之下所附腹诊图,对于汉方医家的腹诊可谓是里程碑之作,使腹诊在临床诊病中成为不可或缺的手段之一^[2]。

2 腹部悸动分类

《伤寒论》对中医学腹诊具有深远影响,该书将腹部悸动分为心下悸、脐下悸及脐上悸三类。论心下悸者共有五条,分别为第64条、82条、96条、127条及356条;论脐下悸者为第65条;关于脐上悸的论述则在第386条条文中所注之处。现将上三类腹部悸动表现、病因病机概括于下。

2.1 心下悸 心下部位现多是指在剑突及两肋为界的三角形区域,相当于当今所述胃脘部,此处切之应搏动应手,不能自主,甚者望而可见其搏动,并常在四指并拢冲击或叩打此处时会兼有震水音,或心下及腹壁腹力软弱之象^[3]。从《伤寒论》条文论心下悸之病机,现代医家多认为乃过汗心阳亏虚、下焦阳气不足、水饮内停胃脘及枢机不利所致水气凌心,故而心下悸动不安^[4]。亦有医家对其中的心阳不足存有异议,认为第64条所述之多汗当伤中气,所谓“复发汗,胃中冷”,虽汗为心之液,然亦为中焦水谷精微所化,故而过汗中气不足而见心下悸动欲按^[5-6]。

2.2 脐下悸 脐下悸是指在脐下一横指或两横指之处,指尖触按可及腹主动脉搏动,甚或见此处跳动不止,而健康人腹主动脉搏动多触及不到,且汉方医家多认为此征象与气上冲(即奔豚)证密切相关。《伤寒论》中关于脐下悸的记载仅见于“发汗后,其人脐下悸者,欲作奔豚,茯苓桂枝甘草大枣汤主之”一条,病机在于心火不旺无以制肾水,下焦水气内动故见脐下悸,甚则上冲而见奔豚,继而患者可自觉气上冲之象^[7]。

2.3 脐上悸 脐上悸在《伤寒论》中虽未直接提出,然结合临床当知其中第386条所述之“脐上筑”即为脐上悸,且脐上悸在临床上十分常见,正如汉方家滕平健所述之脐上悸者占其七八也^[8]。所谓脐上悸是指约在脐上一横指或两横指处,触压此处可有腹主动脉搏动,或患者自觉脐上搏动,尤以体弱瘦小者多见^[9]。《外台秘要》中曾对脐上悸病机作出论述,即为“脾气亦虚不能制水,水不下宣,与气俱上乘心其状起脐下,而至脐筑动”,为中阳亏虚,水气逆于脐上而致^[10]。

3 腹部悸动现代研究

3.1 悸动机理研究 早在上世纪90年代,秦军等^[11]便从血管分布及其生理变化对腹主动脉异常搏动进行阐释。他提出可能是因部分病理因素如寒邪等影响腹主动脉及其分支的扩张,使其紧张度增强,外周血管弹性下降,血压较前发生较大波动,引起大动脉异常跳动,并对受其动脉及分支营养的不同脏腑造成功能性失调,出现腹部动悸,而并非一定存在器质性病变。

日本若山育郎等^[12]等20例研究对象进行X线及CT拍摄,讨论悸动出现与皮下脂肪的厚度、腹直肌的厚度、大动脉的深度、主动脉断面测量面积的相关性,结果发现腹部悸动主要取决于以腹部前后宽度为中心的解剖学特征,且并未发现肝叶肿瘤、大主动脉的钙化、大主动脉的梭状扩张等疾病因素与其有明显相关性。寺泽捷年^[13]通过腹部跳动试验发现脐上悸波动范围大约为4mm,他认为这是由于腹部大动脉的直径随着心率变化有很大的变化所致。该实验选取6例患者对腹主动脉进行了磁共振血管造影及腹部超声的检查,结果发现脐上悸不是单纯的腹主动脉直径的变化所造成的悸动,而应考虑存在因其他因素所致的冲击力存在。随后他测量了腹部大动脉的血流速度,发现腹主动脉流速所产生的冲击力可能是产生动悸的原因之一。另外,他认为动悸产生的另外一个原因在于椎体的反作用力。即用手指压迫腹壁的操作使腹部大动脉的后壁与椎体紧密接触,在这里产生的反作用力也会起到很大作用。最后,心音所产生的压力可能也是一大因素。通过这项研究,明确了悸动非简单的腹主动脉搏动引起,设想其与腹部大动脉壁发生的冲击力有关,并提出冲击力的产生可能与血液流速,其次是椎体的反作用力,以及声音压力等因素相关,但仍需现代研究做进一步阐明。

若杉安希乃等^[14]推测腹部悸动是与自主神经相关的,并对腹部悸动的出现部位和瞳孔中所检测的自主神经平衡之间的关联性进行了研究。研究纳入腹部悸动患者52例,在初诊时以红外线电子瞳孔仪进行测定,发现52例均伴有自主神经疾病,其中交感神经优先组为25例,非交感神经优先组为27例。而腹部悸动主要分为脐上、脐下及脐旁三个部位。该实验对各部位悸动的自主神经平衡情况进行了分析,发现17例脐上悸及脐旁悸中交感神经优势群占6例,非交感神经优势群占11例;脐上悸、脐旁悸及脐下悸12例中交感神经优势群8例,非交感神经优势群4例。在治疗后再对腹部动悸改善率进行比较发现,脐上悸及脐旁悸者腹部动悸改善率为35.2%,另外,脐上悸、脐旁悸及脐下悸者改善率为75%(12例中9例)。综上,腹部动悸其与自主神经异常相关,且在脐上悸、脐旁悸加入脐下悸后,其交感神经优势群的比例增加,并对腹部悸动治疗的改善度亦增加,进一步而言,脐下悸可能是比脐上悸及脐旁悸更据临床意义的腹证。

3.2 悸动的其他相关性研究进展 近年来日本不少学者进行了关于腹部悸动的相关性研究。长坂和彦等^[15]曾对489例患者进行研究,发现其中心下悸占14%,脐上悸57%,脐下悸18%,数据表明腹部悸动尤以脐上悸多见。通过检测X线、心电图、呼吸功能等讨论其与腹证间的相关性,结果发现,心下悸、脐上悸、脐下悸与心脏横径、胸廓前后径呈负相关;脐上悸、脐下悸与年龄呈正相关,与身高则呈负相关;心下悸与血压又密切相关。其中尤与心脏横径、胸廓纵径有较强的相关性。另有学者表明心下悸、脐上悸、脐下悸常在腹力较弱者中

出现,且常合并出现,这与若杉安希研究中的现象相符,且脐上悸多见于女性^[6]。巽武司等^[7]以484例短期住院体检者为研究对象,分别检测身体质量指数(BMI)、脂肪肝及生化指标。结果发现心下悸与BMI呈负相关,在男性的心下悸表现中更与高密度脂蛋白呈正相关;而在关于脐下悸的研究中,仅发现与男性身体质量指数呈负相关关系。在脐上悸很明确的情况下,结合腹部超声检查,结果提示其腔内的肝叶的厚度在头尾方向的长度很长,表明脐上悸与肝和胰等器官的形态可能存在某种密切关系^[8]。我国王琦等^[9]通过胃电图作为反应胃肠功能的指标对不同腹证进行研究,结果发现各心下的腹证其胃电图参数与对照组的正常人相比均有变化,且不同类型(心下悸、心下痞、心下痞满、心下痛)间的胃电参数相比也存在差异,提示胃电图或可作为反映腹证的指标。另外,通过比较这种差异亦发现心下部腹证的出现可能与消化系统尤其是胃肠疾病相关,且其中心下悸表现以十二指肠球部溃疡多见。

4 小结

腹诊证治作为《伤寒论》中重要的临床诊断技术,早在《内经》及《难经》中就有所记载,但在中华医学历史的发展中,腹诊的重要性一度被脉诊及舌诊所掩盖,直至日本汉方医学中对腹诊的重视,才使得这门医技慢慢被世人所重拾。腹部悸动作为其中的重要内容,分为心下悸、脐下悸及脐上悸,其中三者的部位及病机均有所差异。日本汉方医家试对腹证的本质做出研究,通过现代仪器及技术对腹部悸动及腹证的机理及临床相关因素进行了探讨,结果发现腹部悸动主要取决于以腹部的前后宽度为中心的解剖学特征;悸动不是由单纯的腹主动脉直径的变化所致,或许有血液流动的流速、椎体的反作用力以及声音压力等因素所产生的冲击力存在;自主神经异常也被认为与腹部悸动相关,在脐上悸、脐旁悸加入脐下悸后,其交感神经优势群的比例增加,并对腹部悸动治疗的改善度亦增加;另外心脏横径、胸廓前后径、年龄、身高、血压、腹力与悸动均有不同程度的相关性。

即便如此,此类研究较腹部悸动的文献研究仍显不足,且缺少关于此类腹证药物治疗的随机对照试验。国内医家需进一步正视腹部悸动的重要性以及腹诊辨证的意义,推广腹诊的临床应用及标准化实施,提高临床辨证施治的准确性。

[参考文献]

- [1] 韩宇霞,王洪琦.腹诊源流及其现代研究[J].贵阳中医学院学报,1999,21(4):2-4.
- [2] 俞贤在,张志枫,许家佗,等.日本汉方腹诊的起源与流派形成[J].中医药文化,2013,8(3):32-35.

- [3] 王琦.中国腹诊[M].北京:学院出版社,1994:87-97.
- [4] 杨红涛.《伤寒论》中心悸的因机证治探讨[J].国医论坛,2015,30(3):5-6.
- [5] 罗建华.桂枝甘草汤是治汗后心阳虚吗[J].中医杂志,1988,38(7):65-66.
- [6] 姜义飞,徐立鹏,刘元平.《伤寒杂病论》“心”义探微[J].江西中医药,2015,46(9):15-16.
- [7] 岩崎.日本汉方伤寒派腹诊方法与理论研究[D].北京:北京中医药大学,2011.
- [8] 滕平健,乔树芳.论“脐下悸”[J].贵阳中医学院学报,1988,20(1):62-63.
- [9] 王益平.日本汉方腹诊法简介[J].陕西中医函授,1987,7(5):62-64.
- [10] 王义相.《伤寒论》悸证辨治初探[J].湖北中医杂志,2014,36(8):28-29.
- [11] 秦军,戴桂满.奔豚气与腹主动脉搏动[J].河北医学,1996,2(4):375-376.
- [12] 若山育郎,八瀬善郎,田中敬刚,等.146X線CTを用いた腹部動悸の解析[J].日本東洋醫學雜誌,2000,50(6):178.
- [13] 寺澤捷年.脐上悸の発現機序に関する一考察[J].日本東洋醫學雜誌,2016,67(4):408-412.
- [14] 若杉安希乃,小田口浩,正田久和,等.066腹部動悸と瞳孔自律神経バランスの検討[J].日本東洋醫學雜誌,2007,58(3):170.
- [15] 長坂和彦,土佐寛順,巽武司,等.胸部検査所見と漢方医学的腹候の関連性に関する検討[J].日本東洋醫學雜誌,1997,48(2):185-195.
- [16] 二宮裕幸,土佐寛順,嶋田豊,等.人間ドック受診者における脈診・舌診・腹診の検討[J].日本東洋醫學雜誌,1994,44(3):403-413.
- [17] 巽武司,土佐寛順,長坂和彦,等.血液生化学検査所見と漢方医学的腹候の関連性に関する検討[J].日本東洋醫學雜誌,1997,48(2):197-203.
- [18] 高橋宏三,土佐寛順,嶋田豊,等.腹診と腹部超音波所見との関連性について[J].日本東洋醫學雜誌,1991,42(1):1-9.
- [19] 王琦,谢建军,翁泰来.心下部腹证与胃电图及胃病病种关系探讨[J].上海中医药杂志,1998,44(4):25-27.

(责任编辑:冯天保)