

# 中國傳統診斷學的 symptoms & signs



總論  
分論

舌診學  
掌診學  
腹診學  
脈診學

執筆

葛 謹

策劃

柯基生

康華戈

中國醫藥研究社

張錫安

江滄鎮

### 前言

中國傳統醫學於戰國、唐宋時曾大量吸收西方之醫術。正是“泰山不讓土壤，所以成其高，江海不捐細流，所以成其深”。西方醫學，於“文藝復興”以後，突飛猛進，明清之際，源源傳入中國，不但受到國人的重視，亦引起不少的醫學論戰，直至今日，沒完沒了。本社嘗試以現代醫學的角度，簡介中國傳統醫學中之診斷學，希望能因此而引起大家的注意與研究，進而融會中西醫學之長，開創中國現代醫學之新面貌。

### 總論

傳統醫學認為人之所以會生病，依清陳無聲（修園）先生之「三因方」謂：“一曰內因，為七情、發自臟腑，形於肢體；二曰外因，為六淫，起於經絡，舍於臟腑；三曰不內外因，為飲食、飢飽、叫呼、傷氣，以及虎狼毒蟲、金瘡、厭濁之類。“七情”為喜、怒、憂、思、悲、恐、驚。“六淫”為風、寒、濕、燥、火、暑。

既有病，應如何診斷呢？古人以「四診」來診斷，「八綱」來辨證，“四診”即望、聞、問、切四種方法。「醫宗金鑑四診心法要訣」云：“望以目察，聞以耳占，問以言審，切以指參。”試分論之。

**望診** (inspection)，主要是觀察病者的神色、形態、舌頭、手、大小便，其他排泄物等。其中“舌診”、“掌診”經後人整理發展，獨立成篇，分別簡介於分論中。

**聞診** 包括聽聲音和嗅氣味二方面，前者聽病人之語言，呼吸聲、咳嗽聲。後者以嗅覺分辨病體所發散的及其排泄物的氣味。

**問診** 相當於吾人之問病史 (History taking)，即詢問病人之病痛所在 (主訴)，發病時間、原因、經過、既往史、生活習慣、飲食習慣、家族史等。清陳修園之「醫學實在易」一書中，歸納為「十問」。

一問寒熱二問汗，三問頭身四問便，五問飲食六問胸，七聾八渴俱當辨，九問着病十問因，再兼服藥叁機變，婦人尤必問經期，遲速閉崩皆可見，再添片語告兒科，天花麻疹全占驗。

**切診** 分為觸診 (palpation) 和脈診 (sphygmology)。但尤重脈診，以橈骨動脈上分“寸”、“關”、“尺”三部所決定的二十八種脈象，各有主病，另於分論中論述。

又日人漢方醫學中，有“腹診”一項，亦介紹於後。

另外尚有“辨證法”，用來分析病情簡介於下：

**八綱辨證**，以陰陽、表裏、虛實、寒熱八者稱“八綱”，疾病出現的症狀錯綜複雜，傳統醫學是以八綱進行分析、歸納，探求疾病的屬性，病變的部位，病勢之輕重，個體反應之強弱，作判斷以為臨床診斷與治療之依據。八綱之意義為：陰陽表疾病之類別，表裏指病變部位的深淺，寒熱表疾病的性質，虛實指邪正消長盛衰。

其中又以“陰陽”為八綱之總綱，統領其他“六綱”（又稱六變），

八綱中兩兩相對，互相矛盾，但又互相有密切聯繫，以此形容病情可用：表證、裏證，或是表實裏虛，表寒裏熱，表裏同病，真寒假熱……等。

**六經辨證** 為東漢張仲景「傷寒論」所提出，是外感病辨證法之一，以太陽、陽明、少陽、太陰、少陰、厥陰三陰三陽為名，簡述於下：

外感病初期，出現惡寒 (chilly feeling)、發熱、頭痛、脈浮時稱“太陽病”，病邪向內發展，由表寒轉為裏熱證，出現身熱，不惡寒反惡熱者，稱“陽明病”，發熱時不惡寒，惡寒時不發熱，惡寒和發熱交替出現，加上口苦，咽乾等症狀，稱為“少陽病”，以上三類型，稱“三陽病”，屬陽、屬熱。

病邪再向內，病理變化由陽證、熱證轉變為陰證、寒證，出現腹滿、嘔吐、泄瀉等，特點是不發熱，稱“太陰病”，若出現神倦、脈細微、惡寒肢冷的為“少陰病”，病情較複雜，寒熱交錯出現者，稱“厥陰病”，上三者稱“三陰病”，屬陰，屬寒。

六經彼此有一定的聯繫，可以“合病”，“併病”方式表現，“六經”也會互相“傳變”。

**三焦辨證**：此為溫熱病辨證之法，以心肺病變屬“上焦”，脾胃病變屬“中焦”，肝腎病變屬“下焦”。“三焦”所屬各經的主要症狀如下：①上焦：肺經病有發熱惡寒、自汗頭痛而咳等症，心包經病有舌質紅絳、神昏譫語或舌蹇肢厥。②中焦：胃經病有發熱不惡寒、汗出口渴、脈大。脾經病有身熱不揚、體痛且重、胸悶嘔惡、苔膩、脈緩。③下焦：腎經病有身熱面赤、手足心熱甚於手足背，心躁不寐，唇裂舌燥。肝經病有熱深厥陰，心中懊惱，手足蠕動，甚則抽搐。三焦病變之各種不同的症狀

，代表“溫病”傳變三個不同的階段。

經過“四診”和“辨證”後，即對疾病做全面分析，判斷疾病之標本緩急，指導治療法則。故有“四診合參”，“色脈合參”，“脈證合參”。

。又如脈、證表現不一致時，經過分析，以臨床症狀為審定病機，確定治療方針之依據時，稱“舍脈從證”；多用於急性性病病情複雜時；反之，以脈為主要依據者，稱“舍證從脈”，多用於慢性病。此其大要也。

### 分論

為使大家易於明瞭中國傳統醫學，接著以“四診”的順序，介紹“舌診”、“掌診”、“腹診”、“及”“脈診”。提供您作參考。

## 舌

## 診

## 學

### 定義

以視覺或觸覺，審察人身舌頭上之變化狀態，以推知其所染病原之學問。

### 簡史

吾國舌診之法，由來甚早，「內經」有舌轉可治之文，「難經」有謂「肌寒熱，則舌稿」另於東漢張仲景之「傷寒論」，華佗之「中藏經」，孫思邈之「千金方」，王燾之「外台秘要」，對於舌頭皆有論及，但均為片語隻言，語焉不詳。

元代有敖氏，不詳何許人，著有「點點金」、「金鏡錄」二書，論述「傷寒論」中各病症之舌診，分舌為十二圖，同時代之杜清碧，恐十二圖未能盡述諸證，增作二十四圖，合成三十六圖，並列治方於圖下，至此舌診成為專論，但其內容，只為「傷寒」一病之法，遺漏頗多。

明嘉靖時，薛己獨重「金鏡錄」，加繪五彩圖，又恐五彩圖久而色渝，復加分註於其色上，易名為「外傷

金鏡錄」，編入「薛氏醫案」(1529年)。

申斗樞之「傷寒觀舌心法」，以杜氏三十六圖推廣至137圖，後有張登(謫先)改正申氏之書，刪其重複，汰其與傷寒無關者，定為一百二十圖，名曰「傷寒舌鑑」(1668)。1764年，徐靈胎亦作「舌鑑總論及圖說」，1874年傅松元著「舌胎統志」，1902年，劉以仁編成「活人心法」中，有王文選「舌鑑」一卷，共一百四十九圖，梁玉瑜復將王之「舌鑑」原文，逐條辨正，著成「舌鑑辨正」，民國以來，有曹炳章之「辨舌指南」六卷，可謂為診舌家之類書。民國十二年，楊雲峰著「臨症驗舌法」，二十二年，邱駿聲有「中醫舌診學」。此其大要也。

### 舌診原理

古謂：舌乃心之苗竅，又為脾之外候，心為一身之主宰，脾主運行上下四方，故以為察舌體之榮枯，可定內臟之虛實，審舌垢狀態，能辨外邪之寒熱。且臟腑經絡多繫於舌本(舌根也)，經絡有病時，會直接影響舌體，故認為舌為「診候之要地」。

### 舌苔

古謂：舌上薄苔，為胃之生氣，有似地上微草，若不毛之地，土無生氣矣。亦即舌之有苔，猶地之有苔，胃地之苔，濕氣上泛而生，舌之苔，胃蒸脾濕上潮而生。

其實，舌苔為舌面一層腐敗穢物體，並不因刮拭而失其形色，有時須待病情消退方褪。近人認為，正常舌苔是舌的絲狀乳頭末端角化，空隙中脫落角化上皮，細菌、食物碎屑、滲出細胞及唾液構成。

葛 謹

舌診表現	中醫的認識和臨床意義	西醫的認識和臨床意義
舌	氣血兩虛	營養不良，貧血
	淺紅舌	正常舌色，疾病初起，或慢性疾病不甚嚴重。
舌	淡紅舌	感染引起之毒血症，膿毒血症，化膿性感染，重症肺炎，急性傳染病之嚴重情況。
	紅	高熱、敗血症，及上述情況之更嚴重者。
舌	絳	嚴重感染、呼吸循環衰竭。
	紫	呼吸循環衰竭、缺氧症，預後不良。
色	藍	疾病晚期，極度衰弱消瘦，或有嚴重感染，舌肌萎縮。
	縮	水腫、舌炎充血、巨舌症等。
舌	腫	腫舌之嚴重者，舌癱瘓。
	木	舌下腺炎，舌下腺囊腫，腫瘤。
體	重	高熱，毒血症，伸舌樣痲呆。
	伸	高熱，猩紅熱，重症肺炎等。
形	舌生芒刺	高熱，脫水，營養缺乏或不良。
	舌有裂紋	營養不良，貧血（巨細胞性）
態	舌光滑	濃瘍性舌炎，口炎
	舌潰瘍	地圖舌，滲出性體質，營養不良
舌	舌剝蝕	神經系統損害（各種原因使神經受刺激，舌神經功能喪失）
	舌歪斜、震顫、痿軟、弄舌	疾病初起，輕症，一般感染或慢性疾病不太嚴重者。
舌	白	常見於疾病較重時，又易見於消化不良者。
	黃	疾病重，消化系統疾病為時較久，脫水及酸中毒。
舌	灰	較上述灰苔表現更嚴重之疾病。
	黑	正常，疾病初期，輕證。
舌	薄	病重，消化不良（中毒性）
	厚	正常或輕症。
舌	潤	高熱、毒血症、脫水、酸中毒。
	乾	輕病，消化不良。
舌	膩	嚴重感染，消化不良。
	鬆	
舌	正氣化邪，癱症。	

表一

獻中國傳統醫學  
頁序，介紹“舌  
復診”、及“虛

# 學

葛 謹

竅，又為脾之  
，脾主運行上  
之榮枯，可定  
態，能辨外邪  
繫於舌本（舌  
會直接影響舌  
之要地」。

為胃之生氣，  
之地，土無生  
之地之有苔，  
舌之苔，胃

一層腐敗樣物  
色，有時須  
為腐，正常舌  
化，空隙中  
物碎屑、滲

### 舌之診察法

以舌體、舌色、及舌苔之苔色、苔質為觀察重點。

- 1. 舌色：正常舌色多呈淡紅，不深不淺，乃因舌之粘膜下層及肌層富有血管，血色透過白色半透明之舌粘膜面，面呈現淡紅色，當有病時，血液成分或濃度有所改變，或舌黏膜上皮有增生肥厚，萎縮變薄，均可引起舌色改變。分為淺紅、淡紅、紅、絳、紫、藍色等舌。

2. 舌體：包括舌體之神氣，形態，舌面變化三方面。

甲、舌體神氣：看舌是否靈動精

爽，紅活鮮明。

乙、形態方面：看舌之腫脹、瘦癟、痿軟、強硬、偏歪、顫動、伸縮等。

丙、舌面變化：需看舌面之點刺（茸狀乳頭增生肥大所形成）、裂紋、光滑等。

3. 苔色：常見苔色有白、黃、灰、黑等色。

4. 苔質：主要看苔之有無、厚薄、有根無根（有根之苔緊舌而生，無根者似物塗於舌上）、苔之分佈，剝落，及潤燥腐膩感。

茲將某醫院 1000 個病例統計分析舌診臨床意義、歸納如前表：

### 病情輕重及預後之估計

一般認為舌苔由白而黃，由黃而退，由退而復生新薄白苔為「順象」，若苔由黃而白，由白而灰，由灰而黑，則為「逆象」。舌苔驟退驟生，不由漸而退，使舌光而燥，此為「假象」，表胃氣漸絕，病多凶危。

### 注意要點

古診僅為診斷學之一部份，應與其他方法綜合考慮，不可以此專斷病情，又診察舌頭時亦需注意：光線之強弱，病人飲食習慣，生活習慣，染苔，及舌頭伸出時的姿勢。

## 掌

## 診

## 學

### 概說

掌診的最早記錄，見於「黃帝內經」經脈篇：“胃中寒，手魚之絡多青，胃中有熱，魚際絡赤，其暴黑者，留久痺也。其有赤有黑有青者，寒熱氣也，其青短者，少氣也。”元朝吳恕著有「指掌圖」，對掌診略有敘述。另吾國兒科有“指紋學”，近人亦發表“楊氏掌診學”，皆有可觀。

### 小兒指紋學

吾國傳統醫學小兒科有“診指紋”一項，此“指紋”是指食指（index finger）掌面桡側的表淺小靜脈。因幼兒皮膚薄嫩，靜脈易暴露，“指紋”比較明顯，三歲以後皮膚增厚，指紋逐漸模糊不清。由於小兒脈部短小，診病時易啼哭，影響脈象，

故三歲以下之小兒常輔以“診指紋”幫助診斷。

診指紋主要觀察其顏色和充盈度，醫者用左手食、拇二指握住小兒食指末端，以右手拇指在小兒食指上，由指端向指根部輕輕推動幾次，使指紋更顯現。

正常指紋，紅黃隱隱而鮮明，一般不超過連過掌部的第一指關節。辨指紋的要點有：以指紋的浮現，沈著分別表裏，色澤的淡滯紅紫辨其寒熱虛實。三關測其輕重。

三關者，以食指和掌相交之指節稱“風關”，第二指節稱“氣關”，第三指節稱“命關”。指紋顯現在風關者，病情輕淺，伸延至氣關者，病情較重，伸至命關者更重。若指紋透過風、氣、命三關，一直伸至指甲端

康華戈

### 後之估計：

白而黃，由黃而白者為「順氣」白而灰，由灰而舌苔驟退驟無，而燥，此為「陰病多凶危」。

之一部份，應與不可以此專斷病需注意；光線之，生活習慣，姿勢。

，稱為“透關射甲”，病勢多屬凶險，危急。

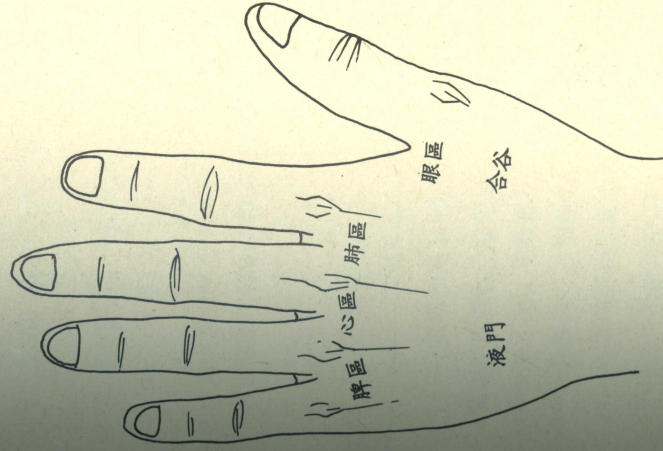
近人認為，指紋的變化與靜脈壓有關，如於心力衰竭、肺炎的小兒，因靜脈壓升高，多數可見指紋向命關伸展。指紋的色澤與貧血，缺氧有關，缺氧愈甚，血中還原紅血球多，指紋的青紫即愈明顯。故肺炎和心力衰竭的小兒，多見青紫色的指紋。貧血者，指紋變淡。

### 成人掌診學

成人掌診應觀手掌與手背每個部份，分為許多區（見圖），各區各有所主，分述於下：

#### 一、陽掌（手背部分）：

- (1) 睡眠區：十指之指甲為睡眠區，指甲直紋多而明顯，表示睡眠不好。
- (2) 眼區：虎口之「合谷」穴部位



圖一陽掌部位

之肌肉凹陷無力，通常視力差或弱視，若縐紋多表示有眼疾。

(3) 肺區：食、中指間肌肉陷下無力，其反應通常為肺功能欠佳。

(4) 心區：中指及無名指間凹下無力，反應為心臟衰弱或膝蓋痛、小腿痛。

(5) 脾區：第四、五掌骨間之「液門」穴附近發黑，凹下無力，為脾虛（中醫所說脾虛便是消化機能不良或消化系統衰弱）、易倦嗜眠。

#### 二、陰掌（手心面）：

(1) 血壓區：除大指以外的各指第二節橫紋處①有細青筋者反應為低血壓體質，若其人眼巢下色澤略黑更能確定。②筋粗且色深有高血壓趨勢。

(2) 心區：中指基部肌肉無力，為心臟擴大，心衰弱之兆，若「合谷」之相對面（陰掌面）同時出現徵兆則更能確定。

(3) 肺區：感情及智慧線間之間隔愈狹窄通常反應呼吸系統愈不利（鼻喉不利或胸悶不爽）或食、中指間有青筋更應能確定，若「合谷」相對面有青筋反應為少氣（呼吸不暢），「後給」穴附近青筋浮現則有氣喘趨勢。

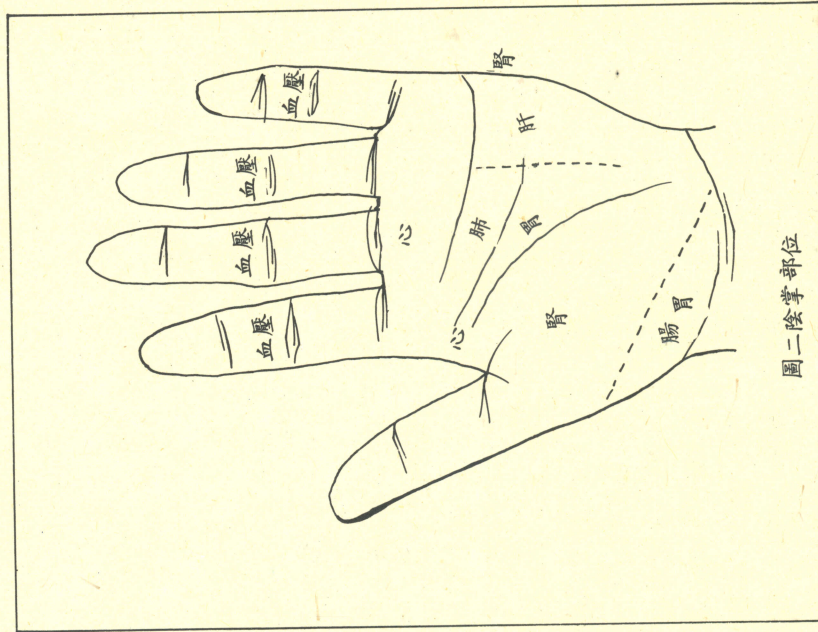
(4) 肝區：第四、五掌骨間之「少府」穴附近為肝臟反應區。可分四點說明①感情線及肝區青黑，反應為肋痛、腹脹，甚則肝硬化。②肝區肌膚發黃，間有白點反應，為肝炎或易疲倦。③發紅有白點則出現於熬夜或多夢或血壓高者。④此外魚際及各指指間，呈紅色者稱為「肝掌」，有肝硬化之危險。

(5) 腎區：包括魚際到大指基部橫紋間的區域和感情線終點之「後給」穴附近。若①肌肉彈性不佳反應為腎功能不健全②紋路多而明顯為腎虛（

### 學

康華戈

掌相交之指節稱“氣關”，指紋顯現在風至氣關者，病重。若指紋透直伸至指甲端



圖二陰掌部位

古人所謂腎虛即骨骼系統退化或無力)  
③生命線與大姆指間之距離越短越顯示先天性腎功能衰弱。④若整條生命線自手腕上緣至智慧線起點處皆發黑反應為「腎虧」(性能力減退或神經衰弱。)

(6)胃區：可分為二區①魚際至腕橫紋間之區域(a)色澤不紅潤且多縐紋為消化力衰退，易疲倦及大便較濕。  
(b)該部位出現青筋常見胃寒(易嘔吐

、飲食不化)。c)發紅或筋為紅色為胃熱(善嘔、小腹痛脹、牙痛齒齦潰爛或煩腫)。②三角亭(智慧線與生命線間的三角區域)：(a)縐紋多而明顯且乾燥為好思慮、失眠、消化不良。(b)肌肉無彈性為胃下垂徵兆或胃氣不足(機能衰退)。

### 結語

成人掌診學，絕大部份取自「楊

氏掌診學」，此為本社指導老師楊傑中醫師，從針灸學之手針和八卦中整理而得，本文之成，亦有賴楊老師之賜助，特此誌謝。

主要參考書目：

顏戊邨 楊氏掌診學簡介 中醫文編 第一卷第二期 42頁 1980  
啓業書局 中醫名詞術語大辭典 p.133~134 1978.

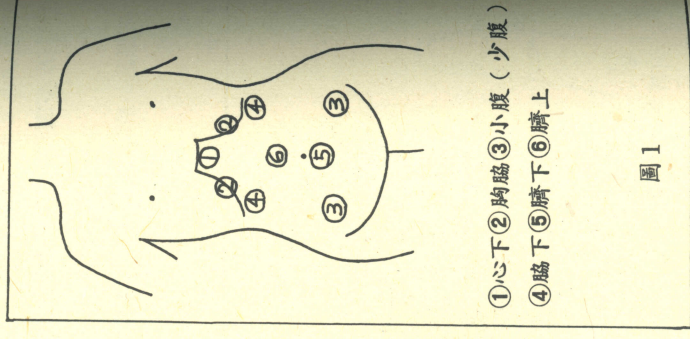
## 腹 診

江滄鎮

張錫安

## 學

在談到主題以前，我們先介紹在中醫腹診學裏所用的解剖部位名稱。見圖1。



### 一、中醫腹診學

事實上在中國古代醫學書籍裏並沒有獨立的腹診學，我們以下所討論的「中醫腹診學」乃是從古代典籍中整理出來，並參考日本漢方醫學的腹診學。

中醫腹診的目的，主要是作虛實的判斷，以選定藥方並決定治療的方針。在此我們並不介紹湯劑，並強調一點：中醫的腹診乃是對「腹證」作診斷，而非對單一疾病作診斷，「腹證」是指在腹部出現的臨床徵象(sign)而言。以下我們將逐一詳細地介紹。

關於腹診我們分為傳統中國醫學和現代西方醫學兩方面來比較。

(一)腹壁之厚薄：

以腹壁之厚薄可辨虛實。一般實證：「腹壁厚，皮下富有脂肪，有彈力。」虛證：「腹壁薄，無緊張力，軟弱」或「薄堅如板」。

(二)心下痞硬：(見圖2)

所謂心下痞，是在心下部(心窩)自覺有物堵住的樣子。心下痞硬者

本社指導老師  
學之手針和八卦  
之成，亦有難處  
討。

目：  
簡介 中醫文庫  
42頁 1980  
術語大辭典  
~ 134 1978

，我們先介紹在  
解剖部位名稱。

就是既有心下痞的症狀，按壓此部，又有抵抗壓痛者，硬意味著堅硬，即按診時微有堅硬之感。症狀是頭痛、目眩、失眠、心悸、胸慌、心口痛、咳嗽、空腹時易起胃痛等等，多是表現上焦疾病的使在。經絡上，此部有，心經的募穴「巨闕」，還有「上脘」穴。

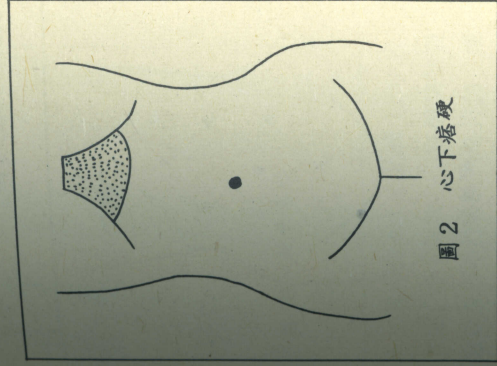


圖 2 心下痞硬

(二)胸脇苦滿：(見圖 3)  
病人自覺在胸脇部位感到悶滿而苦惱，他覺的亦多可從肋骨弓下的抵抗和壓痛而得到證明。此種苦滿的感覺，多現於左右兩側，也有只在一個顯著的。(另有一說：發現於右側者

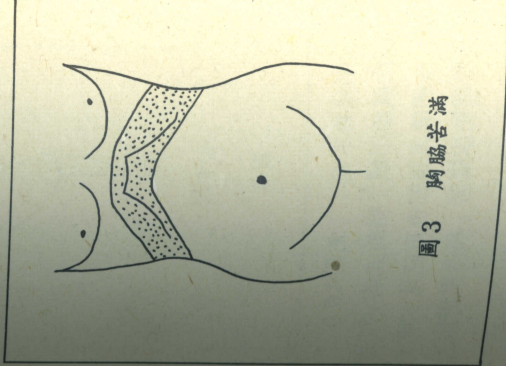


圖 3 胸脇苦滿

佔 80%) 診察此症時，普通是用指頭由肋骨弓之下緣，向上方推上時，有自覺抵抗感和苦痛的程度。

現此症是「少陽病」，若用湯劑，多用「柴胡湯」之類。但如發生於患病經過或治療中，雖有胸脇苦滿，不一定是病。又如因肝臟肥大或脾臟肥大時，肋骨弓下有壓痛，則不能說是胸脇苦滿。

(四)腹滿 (見圖 4)

自覺的，他覺的，腹部全部膨滿狀態，通常在臍旁的一個範圍內，又有虛實之別。實證：腹滿按之有抵抗力、便秘、脈有力。虛證：腹滿、腹表面雖堅，但無抵抗力，脈微弱。

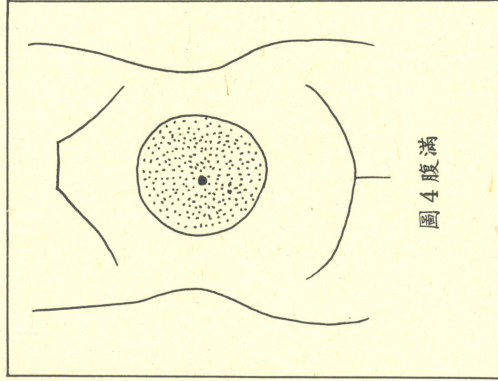


圖 4 腹滿

(五)腹皮拘急：(見圖 5)  
又稱「腹皮掣急」，就是「腹直肌痙攣」。左右腹直肌痙攣得像樹立的兩根棒子一般，是在體質虛弱的人可以發現的現象。又有自心口部到肚臍附近的上腹部腹直肌痙攣，和自臍下到恥骨的下腹部腹直肌痙攣，後者亦稱「小腹弦急」。另外也可看到胸脇苦滿兼腹皮拘急者。

腹直肌、從經絡上來說，大部分是與胃經的經絡一致，而腎經恰通其內側。故緩解腹直肌的痙攣，當然要使用胃經和腎經的穴，若再檢查背部

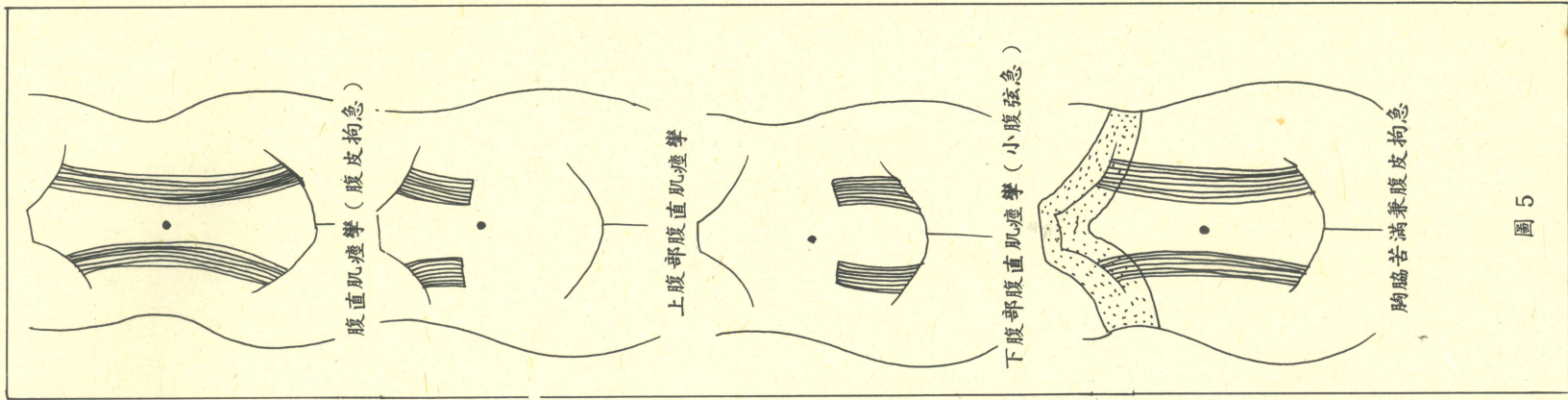


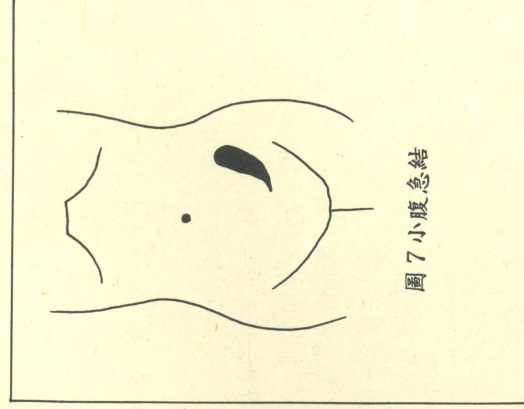
圖 5

虛實。一般實  
有脂肪，有彈  
，無緊張力、  
。

見圖 2)  
心下部(心窩  
。心下痞硬者



索狀的東西存在於腹表附近，以指頭按壓，可遇到抵抗及疼痛。但是寄生蟲，宿便、妊娠等症，亦有類似的腹證，所以應注意其鑑別。



膀胱經各穴的反應，治療出現反應之處，亦可緩解腹部網緊的肌肉。要特別注意的是，痙攣的腹直肌，因治療而漸近緩解是好現象，若突然變得軟弱無力則是壞徵候，應多加留意。

(六)心下支結：(見圖6)

此症和腹直肌痙攣略有不同，乃指腹直肌之肌腱淺現於腹表，如支住心口部，而且胸脚脇苦滿之狀，謂心下支結。

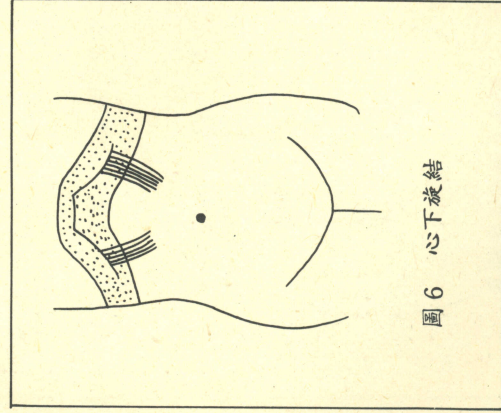
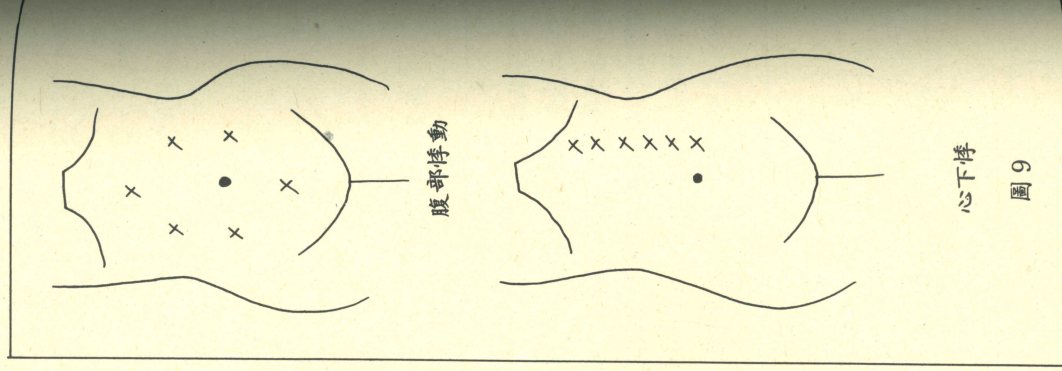


圖6 心下支結

(七)小腹急結：(見圖7)

小腹急結作為瘀血腹證之一而出現。典型的沿左側髂骨高上下，以擦過性之壓迫，可觸及索狀的東西，這

觸之顯著搏動，我們由其所在之位置，所用的名稱也不同，如「心下悸動」、「臍傍悸動」、「臍下悸動」等。一般腹部悸動亢進，是在腹力缺乏的時候，這類人即使受到些許刺激，也易興奮、易疲倦、精神萎靡，故為「虛證」。又慢性病人，臍上如果突然發現了悸動，而且一目了然，則是瀕近死期的徵候。



腹部悸動

心下悸

圖9

(八)小腹不仁：(見圖8)

亦稱「臍下不仁」，指沿下腹部正中線附近，時常有知覺麻鈍(麻痺)為虛證，也是「八味丸」之腹證，腳氣病多出現這種情形。

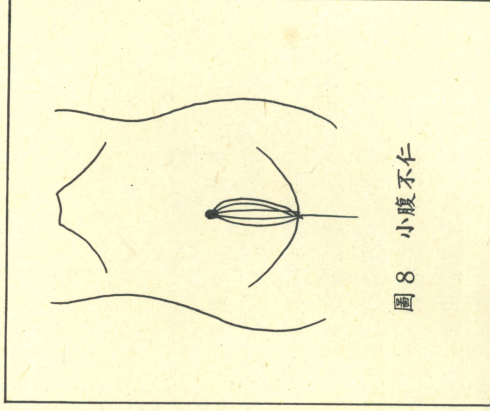


圖8 小腹不仁

(九)腹部悸動：(見圖9)

腹部之悸動，是腹部大動脈的跳動，健康的人一樣有，只是多深沈於內，不見於表面，所以無感腹部之悸動。如果腹部之大動脈出現於表面，

(十)蠕動不穩：(見圖10)

腸內氣動不順，蠕動亢進，或逆蠕動，我們隔其腹部也可望見。患者常主訴腸蠕動或腹痛，為冷氣滯留於體內。

感，心悸亢進，胃內有積滯到壓痛，同時等肚臍周圍的

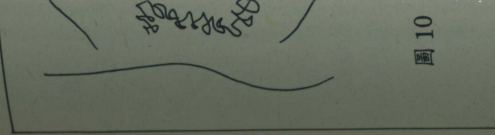


圖10

(胃)胃內心亦稱「心」時，若以指頭常有拍水音積水，中醫謂極下垂、胃弛緩有這種現象。減弱，或許是因此多有胸膈

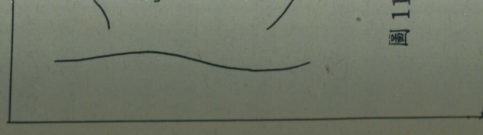


圖11

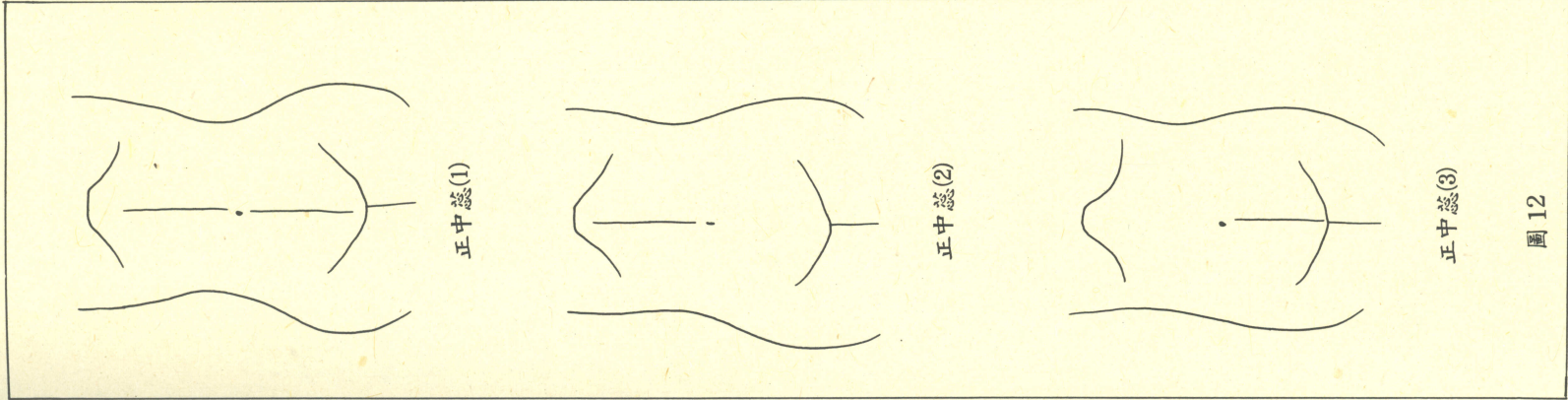
(由)正

們由其所任之位置，如「心下悸動」，「臍下悸動」等，是在腹力較弱，受到些許刺激，精神萎靡，故為其人，臍上如果且一目了然，則

鉛筆蕊者，謂之「正中蕊」。有臍上及臍下皆有、只有臍上有和只有臍下有三種。

## 二、西醫腹診學

西醫的腹診為是屬於物理檢查 ( physical examination ) 的一部分，其目的在配合症狀 ( symptoms )，提供線索，使醫師據以作正確的診斷或建議病人作更進一步的檢查。西醫物理檢查分為視診 ( inspection )，觸診 ( palpation )，叩診 ( percussion ) 和聽診 ( auscultation ) 四種，腹診也不例外，我們將逐一詳細的討論。



沿下正中線，觸著腹壁皮下似有

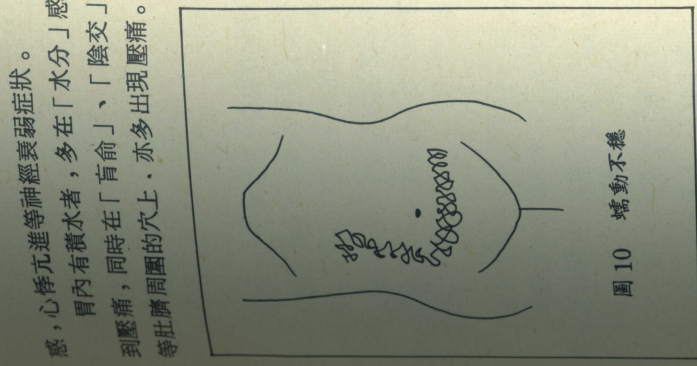


圖 10 蠕動不穩

(甲)胃內積水：(見圖 11) 亦稱「心下痰飲」，在腹壁弛緩時，若以指頭叩打(輕拍)胃部，則常聞有拍水音者或振水音者，為胃內積水，中醫謂之胃內停水。胃炎、胃下垂、胃弛緩症、胃擴張患者，時常有這種現象。患此病者，利水作用則減弱，或許是由於水毒而侵及腦部，因此多伴有眩暈、頭重、倦怠、疲勞

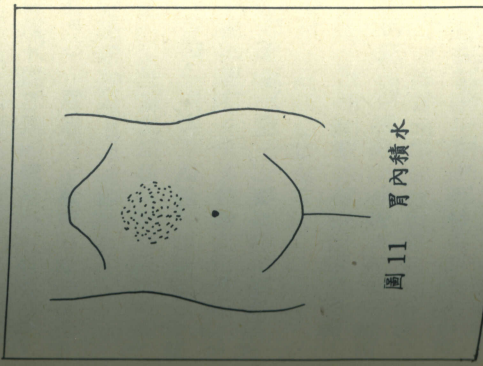


圖 11 胃內積水

(乙)正中蕊：(見圖 12)

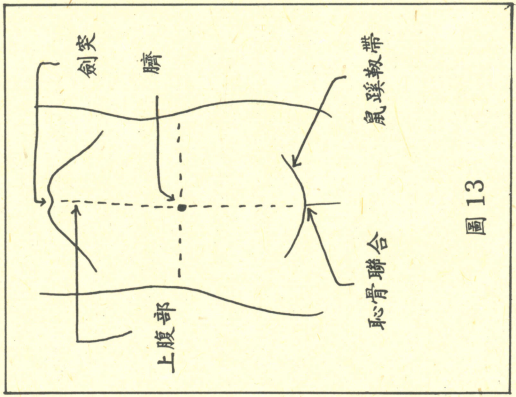


圖 13

在討論前，我們也先介紹一下腹部解剖學，見圖13。我們通常以通過肚臍的垂直和水平線把腹部分成四部分：分別為右上象限 ( Right upper quadrant )，左上象限 ( left upper quadrant )，右下象限 ( right lower quadrant ) 和左下象限 ( left lower quadrant )，其下的器官與組織，有右上象限：肝，胆，十二指腸，胰臟，右腎和結腸肝旁曲 ( hepatic flexure of colon) 左上象限：胃、脾、左腎、胰臟、結腸脾旁曲 ( splenic flexure of

colon ) , 右下象限 : 盲腸 ( cecum ) , 闌尾, 右卵巢和輸卵管, 左下象限 : 乙狀結腸 ( sigmoid colon ) 左卵巢和輸卵管。

(一)視診 : 要注意腹部的皮膚, 肚臍, 腹部的形狀, 對稱性, 有否可見的腫瘤或靜脈曲張, 有否見到蠕動或脈動等。

(1)腹部皮膚是觀察色素沈著, 脫水或營養不良最好的地方。在庫興症候群 ( Cushing's syndrome ) 的病人肚子有時可見到粉紅至紫色的嫩紋。另在生過孩子的婦女肚皮上也可見到嫩紋, 為結締組織在分娩時斷裂所致。

(2)要注意肚臍的形狀, 位置, 有否發炎, 突出。如臍突出表示可能有臍疝氣 ( umbilical hernia ) , 另如臍旁變成黃或藍色表示有腹膜內或腹膜後出血。

(3)肚子如有突出, 表示可能肥胖, 胃腸鼓脹, 有腫瘤, 懷孕或腹水等。如為恥骨聯合上的突出要考慮是否為漲滿的膀胱或懷孕的子宮。

(4)腹部的表面如有靜脈曲張, 表示可能有門靜脈或下腔靜脈的阻塞。如在腹表面有靜脈曲張, 要小心檢查上腹壁或前胸是否有皮膚血管瘤即所謂的蜘蛛痣 ( spider nevi ) , 它常見於肝硬化的病人。

(5)腸蠕動正常只在很瘦的人才可能看到。如果看見蠕動波增加可能有腸阻塞。

(6)主動脈的脈動正常可在上腹部看到, 如果看到主動脈的脈動增加, 表示可能有主動脈瘤 ( aortic aneurism ) 。另外在三尖瓣閉鎖不全 ( tricuspid insufficiency ) , 我們常可看到肝臟的脈動, 因為血液逆流至肝臟所致。

(二)觸診 : 觸診是腹診最重要的一

環, 要注意是否壓痛, 肌肉的硬度, 肝, 胆, 脾, 腎是否腫大, 有否腫瘤等。

(1)腹部有壓痛時視其位置與特徵而代表各種不同的疾病。見圖 14。如果舉起頭和肩部可以減輕壓痛, 表示是深部的內臟病變, 否則表示是淺部腹壁上的病變。另外急性肋膜炎如果

發生於單側, 常常類似急性肋膜炎或甚至急性闌尾炎。如果背部肋痛 ( costovertebral angle ) 有壓痛表示腎臟有感染, 另如有反彈痛 ( rebound tenderness ) 表示有肋膜炎。

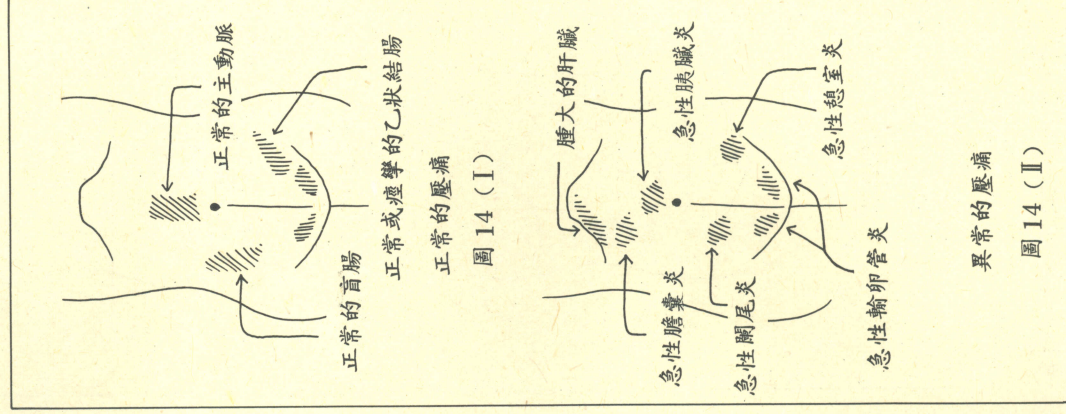
(2)腹部肌肉如果變為僵硬 ( rigidity ) 表示有腹膜炎的跡象。

(3)(1)肝臟腫大可由慢性充血, 肝硬化, 肝膿腫 ( Liver abscess ) , 原發或轉移性肝臟腫瘤, 肝炎等引起。(ii)脾臟腫大則見於血病, 何杰金氏病 ( Hodgkin's disease ) , 瘧疾, 傷寒, 肝硬化。(iii)胆臟腫大時, 則可用柯羅瓦定律 ( Courvoisier's law ) 來診斷。如果胆臟腫大, 沒有黃疸, 可能是急性胆囊炎, 如果胆臟腫大有黃疸, 可能是胆囊末端, 歐蒂氏約肌 ( Oddi sphincter ) 及膽囊部惡性腫瘤。如果胆囊不大, 黃疸有時無, 可能是總胆管結石。(iv)臟腫大見於腎盂積水 ( hydronephrosis ) , 腫瘍及多囊狀腎病 ( polycystic disease ) 等。

(4)摸到腫瘤時, 要注意其位置, 硬度, 痠痛, 溫度, 顏色, 定或可動性, 有否接觸周圍組織, 有否自動變大變小, 浮球感及是否滋養等。

(5)在上腹部摸到明顯的動脈並向側面膨脹時, 表示可能有主動脈瘤。

(三)叩診 : 正常的叩診聲通常分為三種 : 鳴響 ( resonance ) 濁音 ( dullness ) 和鼓響 ( tympany ) ,



異常的壓痛 圖 14 ( II )

率依次提高。正常肺所產生的叩診是  
鳴響，液體或實質性物體為濁音，胃  
腸所產生的則為鼓響。腹部叩診可察  
覺肝，脾等實質器官是否腫大，胃中  
的氣泡是否增加，有否不正常的質塊  
(mass)，有否腹水 (ascites)

等。  
(i) 沿著右鎖骨中線 (right  
midclavicular line) 叩診，可標  
定肝臟的大小，不過要注意右邊肋膜  
積水或肺實質變 (consolidation) 可能  
混淆上端的濁音，右邊橫膈下有氣體  
(因為臟器破壞) 或右邊的結腸也可  
能使下端的濁音減少。(ii) 沿著左邊  
第十肋骨高度，腋中綫 (midaxill-  
ary line) 稍後叩診，可標出脾臟  
的大小。

(2) 沿左下肋緣 (costal mar-  
gin) 叩診可分辨胃氣泡的大小，如  
胃氣泡增大，加上腹脹表示可能有胃  
擴張 (gastric dilatation)。

(3) 腹部除了肝，脾區，應都是  
鼓響，如有不正常的濁音出現，表示  
可能有質塊 (Mass)。

(4) 如有腹水產生，可產生兩種  
現象，液體波動 (fluid wave) 和  
轉移性濁音 (shifting dullness)  
。前者是用左手放在病人腹部右側，  
用右手敲打病人左側，如有足夠的腹  
水，左手可感覺到液體的波動，後者  
是當病人平躺時，如有腹水時，腹部  
前面為鼓響，側面為濁音，如病人轉  
為側躺，則濁音區會發生轉移。

四、聽診：腹部聽診主要是聽胃腸  
的蠕動聲 (bowel sound) 另可聽  
動脈的收縮雜音 (systolic bruit)

及臟器的磨擦音等 (friction rub)  
(1) 正常蠕動聲每分鐘平均可聽  
到 5 到 34 次，如聽不到蠕動聲表示  
有胃腸發炎，開刀後引起的反射性腸  
塞絞痛 (reflex ileus) 或胃腸病變  
引起的麻痺性腸塞絞痛 (paralytic  
ileus)，如蠕動聲增加，產生頻率  
，似金屬音的聲音，稱為腹鳴 (bor-  
borygmi) 表示可能有小腸阻塞的  
情形發生。

(2) 如在上腹部或鼠蹊部聽到動  
脈收縮雜音，表示主動脈，腎動脈或  
髂動脈 (iliac artery) 有部分阻塞  
，擾流或動脈瘤產生。

(3) 呼吸時，如在肝，脾區聽到  
腹膜磨擦音，表示這些臟器的腹膜表  
面有發炎現象。

除了以上四診外，還有一些特殊  
的病症 (sign) 可作為診斷的參考  
。如：穆飛病徵 (Murphy's sign)  
，即當病人深吸氣時，可摸出脹大的  
胆囊，且有壓痛，表示是胆囊炎腰大  
肌病徵 (Psoa's sign)，病人側躺  
，大腿往後伸展可引起疼痛，表示有  
盲腸後的闌尾發炎。

閉孔肌病徵 (Obturator sign  
) 病人平躺，大腿內轉可引起疼痛，  
表示有骨盆內的闌尾發炎。

腹膜炎病徵 (peritoneal sign  
) 當有腹痛，局部反彈壓痛，腹肌僵  
硬，及腸蠕動聲減少時，表示有腹膜  
炎。

### 三、結論

事實上中，西醫的物理檢查都是  
由經驗累積，歸納而來的，但是西醫

的物理檢查有解剖學，生理學及病理  
發展 (pathogenesis) 等為基礎，而  
且經常透過 X 光，內視鏡等現代化  
診斷工具的證實及修正，所以能日新  
又新，不斷的進步，而且十分可靠，  
而中醫的檢查則缺乏科學基礎，也沒  
有工具可以客觀的證實或修正，所以  
易流於人為的想像，成為中醫哲學思  
想的延續。腹部器官的病變出現的徵  
象 (sign) 很多，而且很容易偵測  
，所以中醫的腹診比中醫的其他檢查  
進步得多。本文所列十二種腹證已幾  
乎包括了腹部常見的病徵，但是西醫  
的腹診是提供資料給醫師作為診斷疾  
病的參考，而中醫所謂的腹證本來是  
一種象徵 (sign) 若據此作為開立  
處方，治療疾病的依據，這種作法似  
乎仍嫌落伍。

## 致謝

本社社齡尚淺，學員之中，西醫  
學知識仍嫌不足，掛一漏萬在所難免  
，尚祈諸先進不吝賜教指正。本文之  
成，曾獲本校潘憲醫師，空總江叔游  
醫師，及張正想，楊維傑中醫師提供  
資料，在此一併致謝。

下期預告：

「中國傳統診斷學」一文，  
本期已刊完「舌診學」、「掌診學」  
、「腹診學」三部份。另有「脈診學」  
」因本期稿絀，將於下期刊出，敬請  
期待。