

腹診に対する中医学と日本漢方の比較

劉 園 英 *

Comparison between Traditional Chinese Medicine
and Japanese Kanpo Medicine for Abdominal Diagnosis

Yuan Ying LIU *

Received October 28, 1998

I. はじめに

伝統的中国医学（中国における中医学，日本における漢方）の診察方法の一つである腹診は，現代医学の腹部触診とは目的・方法ともに異なっている。現代医学の腹部触診は主として内臓の病変を探り，疾病の本態の解明またはその補助とするために行うのに対して，伝統的中国医学の腹診は，主として腹壁の全般的及び局所の状態を把握して，患者の病態（虚実，時として寒熱）を判断し，治療方針を決め，予後を推定するために行うものである。

腹診は，伝統的中国医学の四つの診断法（望診・聞診・問診・切診）の切診の一部をなす重要な診察法であり，脈診と共に，日本漢方では腹診が，中医学では舌診が重視されている。日本漢方では，「腹部の状態を通じて，全身の状態を観察できる」として，腹証から適応方剤を決めることが多い。伝統的中国医学の歴史的経過を顧ると，中国においては脈診法がよく発達し，多くの著述が遺されている。日本においては腹診は独自の発展を遂げ，数多くの腹診書が次々と著わされた。

中国においても古代腹診が行われたと言う記録は残されている。しかし，時代と共に，「腹診までして体に触らないとわからないような医者は腕が悪く，腕がよければ，外からの観察や脈を取る程度で診断できるはず」といった考え方が強まり，また「異性の体にむやみに触れてはいけない」という儒教の教えも影響したことで，腹診が廃れていったと言う説もある。"筆者の経験からも現代の中医学では一般的に腹診はあまり行われていない。

一方，日本では，江戸時代に極めて精細な腹診法が開発されている。日本にも儒教の影響はあったが，「誤診は許されない」という考え方が強かった。そのため，患者を外から診て「こういう病気だ」ということがほぼ確信できても，わずかでも不明部分があれば，「たとえ失礼でも患者の体に触れて診断を確定すべき」といった姿勢が尊重された。腹診は日本漢方の特徴の一つであると認識されている。"

*薬学部
Faculty of Pharmaceutical Sciences

本稿では日本に行われている腹診と中医学における腹診概念の比較検討を行う。この論文で論じる「中医学の腹診」の定義は、近年中国で提唱されている「中国腹診」における腹診の定義に従う。即ち「四つの診断法により患者の胸腹部の脹・痛・満・悸・痞・硬・急・結等の病変徴候より、臓腑・経絡・気血津液の病態を判断し、治療方針を決め、予後を推定する診断法」である。²⁾

II. 腹診の起源

伝統的中国医学の古典、『黄帝内経』（以下、『内経』と略す）『難経』、『傷寒論』、『金匱要略』には、腹診という文字はない。特に『内経』では望診と脈診が強調されている。しかし、腹部の診察所見に関する記載はたくさん残されている。『内経』（B.C. 400頃）は『素問』と『靈枢』に分かれる。『素問』気厥論第三十七篇には“按腹”という文字がある。その他の篇にも、腹部の所見が記されている。『靈枢』邪氣臓腑形第四篇や百病始生第六十六篇には、「手を以てこれを按じ」などの文字が見える。

後漢時代に成立したとされている『難経』には、第八難「腎間の動悸」（じんかんのどうき、臍傍又は臍下に現われる動悸で、腎虚の徴候）が記されている。第十六難には腹診部位とその方法が記載されている。また、第五十五難と第五十六難には腹部の積聚（しゃくじゅう、積証は痛みの部位が一定しており形はあるが移動しないもの。聚証は痛みに定処がなく、按しても形がなく、集散不定の腫れを言う）が記されている。

黄帝内経、難経系統の腹診は針医師により開拓された。腹部に臓腑を配当して邪気の存在する部位を診断し、臓腑の虚実を知り治療方針を立てた。具体的な腹証、例えば、胸脇苦満には言及していない。

後漢末年に成立したとされている『傷寒雜病論』（張仲景）は今日『傷寒論』及び『金匱要略』の二書に分けて伝えられている。『傷寒論』と『金匱要略』には腹部所見に関する記載が多く見られる。多くの腹部所見（臍下悸、心下悸、胸脇苦満、臍下不仁、心下痞鞭、小腹急結）には治方が指示されていて、診断の便に資したことが認められる。

一方、現代はもとより、遥か以前より、中国では腹診は軽視され、発達しなかった。腹診の専門書も伝わっていない。中国においては、近年「中医腹診」として従来の伝統的中国医学の腹診理論の整理と体系化が行われ、『中医与漢方医腹診』（劉文巨、周超凡編、1985）、『中国腹診』（王琦主編、1994）の成書の刊行がなされ始めている。

現代中医学においては腹診は望診・聞診・問診・切診の診察方法によって腹部の脹・痛・満・悸・痞・硬・急・結等の病変特徴を捉え、臓腑・経絡・気血津液の病態を判断して治療法を決める一つの特徴的な診察方法であると認識されている。腹診は臨床的に弁証論治の主要な依拠となりうることが言及されている。²⁾

日本における腹診の起源については、大塚敬節の考察がある。大塚によると、日本の腹診の方は安土桃山時代に端を発したものであると考えられる。³⁾ 腹診は次第に江戸時代に体系づけられた。初期の腹診は、針灸術のために行われたもので、大塚はその系統を難経系の腹診とし、現行行われている漢方薬物治療（湯液）のための腹診を、傷寒論系の腹診として、両者の区別を提唱している。難経系の腹診は腎間の動悸や虚里の動（胸の動悸）の重要性を強調し、第十六難の腹診を基礎とした。⁴⁾ 代表的なものに夢分流の臓腑配当図がある。（図1）

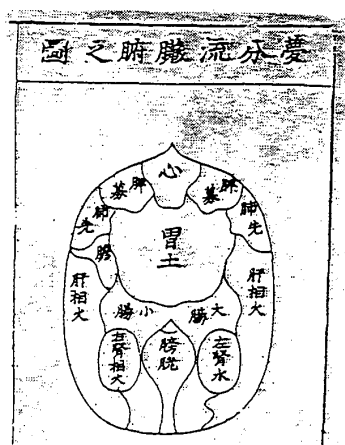


図1

傷寒論系の腹診とは、主に『傷寒論』と『金匱要略』に記載されている腹証を、具体的に明かにしたものである。この系統の腹診をはじめて提唱したのは、日本古方派の開祖・後藤良山(1659-1733)であり、腹診の発展に特に意を尽くしたのは吉益東洞(1702-1773)であった。⁵⁾ 東洞は万病一毒説(万病は一毒によりて生ず、薬もまた毒になり、毒を以て毒を攻め、毒去れば則ち病癒ゆ)を提唱した。⁶⁾ これによると病気の本体はただ一種類の毒であり、世に万病が存在するのは毒の存在する部位が異なるためであるというのである。次のステップでは、脈診を廃し、「万病は腹に根ざす、病を治する必ず腹を窺う」、「腹候詳らかならざれば、方を処することあたはず」と、腹診第一主義を主張した。吉益流が広く受け入れられたために日本漢方の腹診術は急速の進歩をとげ、幾多の著書が刊行された。

伝統的中国医学の腹診と日本漢方の腹診は「同源」である。即ち、双方とも伝統的中国医学に基づいたものである。しかしながら、中国では腹証がほとんど無視されて発達しなかったが、日本は伝統的医学の理論よりも臨床経験に基づいて腹診を発達させたのである。

『内経』、『難経』、『傷寒論』、『金匱要略』における腹部所見の記載は中医学の腹診の研究と発展に重要な価値があり、日本漢方の腹診の発展に大きな影響があったと考えられる。

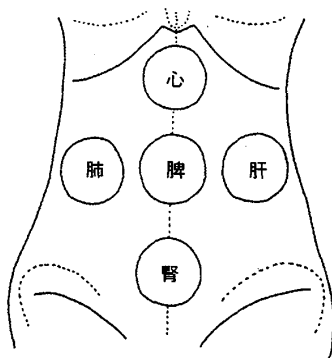
Ⅲ. 腹診に関する論述と著書

伝統的中国医学の古典には、腹部所見に関する論述が多く見られ、各々に特徴が見られる。伝統的中国医学の切診は切・按・捫・推等の手法によって患者の胸腹部を直接に接触し、胸腹部の客観所見から病変の部位、形態、大小、圧痛等を推論する。²⁾

『靈樞』⁷⁾ 本藏篇には「視其外應，以知其内臓，則知所病矣」(それぞれ相応した外部に出現する現象を観察して、内部の五臓六腑の状態を推測すると、どこが病んでいるのかを診断することができる)と記載されている。即ち、胸腹部の腠理及び筋肉の色、粗密、厚薄及び形態の変化から内臓の状況を推察するのである。『靈樞』水脹第五十七篇には「腹大，身尽腫，皮厚，按其腹，窅而不起，腹色不変」(腹が大きくなって全身がむくみ、皮が厚くて、その腹を押さえると手の跡が凹んでなかなか元に戻らない。また押さえた所の色が変わらない)とあり、胸腹部の望診によって病証を判断することが論じられている。また、『素問』⁸⁾ 至真要大論「諸病

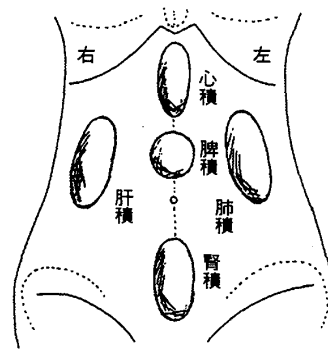
有声，鼓之如鼓，皆属于熱」(諸々の脹りて腹の大なるは，皆熱に属す)，『靈樞』百病始生第六十六篇の「虚邪之中人也，……留而不去，伝舍于腸胃。在腸胃之時，責嚮腹脹」(邪氣は人の虚に乗じて，……この邪を止めておくことができず，そのため行ったり来たりして胃腸の間に邪が移動する場合，もしそこに停滞した水があると，それが動いてじゃぶじゃぶと鳴る)，『靈樞』邪氣蔵府病形第四篇「大腸病者，腸中切痛而鳴濯濯」(大腸の病の時は，腸の中が切り刻まれるように痛み，じゃぶじゃぶと腹鳴る)などの論述は腹部の聞診によって病変部位及び病性の寒熱・虚実を判断することを論じている。

『難経』⁹⁾第十六難，第五十五難，第五十六難には腹診に関する内容も記載されている。五臓の病変を診る方法として第十六難に，動悸，硬結，圧痛を内証として次のように腹診部位を示している。(図2)「肝病は，臍の左に動悸あり，これを按せば牢く，もしくは痛む；心病は，臍の上に動悸あり，これを按せば牢く，もしくは痛む；脾病は，臍に当りに動悸あり，これを按せば牢く，もしくは痛む；肺病は，臍の右に動悸あり，これを按せば牢く，もしくは痛む；腎病は，臍の下に動悸あり，これを按せば牢く，もしくは痛む」。第五十五難と第五十六難には“五積”(ごしゃく)の名称があつて五臓の積病の病因と証候などを論述している。積とは腹部にできる固まりで，按じて動かないものを言う。この難では，積について種類，部位，形状，病症等を説明している。積を知るためには腹の触診をしなければわからないと書かれている。(図3)



十六難・腹診部位

図2



五十六難・積の図

図3

張仲景の『傷寒論』¹⁰⁾と『金匱要略』¹¹⁾には，「臍下悸」，「心下悸」，「胸脇苦満」，「臍下不仁」，「心下痞堅」，「少腹攣急」など，本来は自覚症状とも考えられるが，腹部所見とも解釈しうる症候の記載がある。『傷寒論』三陰三陽篇398条文中，腹部所見に関する条文は144条である。『金匱要略』の25篇中では腹部所見に関する篇数は10篇である。²⁾張仲景は腹部の状態を非常に重視し，疾患の病位・病因・病勢を鑑別し，治療と予後の判定の指標としたことが記述されている。『傷寒論』において腹診を行ったと解釈し得る条文を幾つか挙げてみる。「傷寒六七日，結胸熱実，脈沈にして緊。心下痛，之を按じて石鞭なる者は大陷胸湯之を主る」(傷寒論・太陽病下篇第135条)，「小結胸なる者，正に心下に在り，之を按じて則ち痛む。脈浮滑なる者は小陷胸湯之を主る」(傷寒論・太陽病下篇第138条)，「心下痞，之を按じて濡。脈浮なる者は大黃連瀉心湯之を主る」(傷寒論・太陽病下篇第154条)。『金匱要略』における条文。「病者腹満，之を按じて痛まざる者を虚となす。痛む者を実となす。之を下すべし，舌黄にして未だ下らざる者は，これを下せば黄自ずから去る」(金匱要略・腹満・寒疝・宿食病篇)，「之を按じて

心下満痛する者は之を実となすなり。まさに之を下すべし。大柴胡湯に宜し」(金匱要略・腹満・寒疝・宿食病篇), このように, 腹部を按じて診断の便に資したことが認められる。

中国でも、『傷寒論』が成立した当時には, 腹診が行われていた可能性を否定できないのである。それが遥かな以前から行われなくなり, 現在も殆ど行われていない。腹診の専門書も伝わっていない。¹²⁾ 中医診断学に関する著書(新中医診断学, 廣東中医学院, 1990; 中医学基礎, 上海中医学院, 1988, など)では, 腹診を四診法の切診の一部(按診・触診)として説明していることが多い。

1985年劉文巨, 周超凡編著の『中医与漢方医腹診』(江西科学技術出版社, 1985)が刊行された。この著書は中国腹診に関する第一著書と言えよう。その後, 従来の伝統的中国医学理論の整理と体系化が行われ, 「中国腹診」(王琦主編, 1994)が刊行された。中医学における腹診研究は最近になって体系化されてきたのである。

一方, 日本では, 江戸時代(1603-1867)に, 極めて多数の腹診に関する書物が著述された。大塚敬節(1900-1980)の報告によると, 現存する日本腹診専門書は77種であり, その内容は難経派36種, 傷寒派36種, 折衷派5種である。大塚によると, 初期の腹診は八十一難経に徴を求めて展開した難経系の腹診であった。この腹診は, 主として鍼医によって提唱されたものである。腹診が湯液家の間で広く応用されるようになったのは, 古方派(こほうは, 伝統医学理論を排除し, 『傷寒論』を重視して治療の法則を『傷寒論』の中に求めようとする流派である)によって傷寒論系の腹診が発明されてからである。その他, 難経系, 傷寒論系双方の腹診法を取り入れた折衷系がある。

難経系の代表著書は多紀元堅の『診病奇佶』, 久野玄悦の『腹診図説』(図4)などである。傷寒論系の腹診の提唱者は後藤良山であり, 著書には『良山腹診図説』がある。門人の香川修庵は, 腹診と候背診を重視した。吉益東洞は「腹は生あるの本なり。故に百病はここに根ざす」として腹証第一を主張, 胸脇苦満, 腹直筋の攣急の二本棒, 動悸などを重視した。弟子の瀬丘長圭が腹診に意を用いて『診極図説』を著わし, 更に稲葉文礼『腹証奇覽』(1800), 和久田叔虎の『腹証奇覽翼』(1809)で体裁が整った。(図5, 図6)『傷寒論』と『金匱要略』の腹証を図示して平易に解説しているところが『腹証奇覽』の特徴である。傷寒論系の腹診では, 腹証がそのまま薬方の指示となる場合がある。¹³⁾ 腹診に関する折衷系の書物としては浅井南冥の『浅井秘玄腹侯書』, 曲直瀬道三の『百腹図説』などがある。



後藤良山『腹診図説』

図4

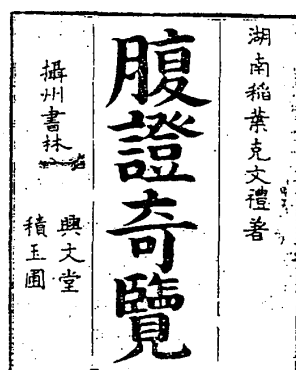


図5

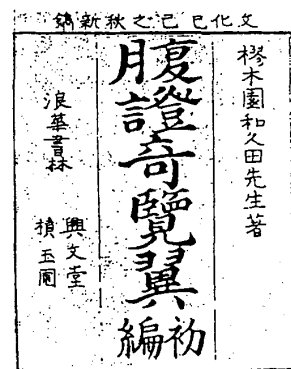


図6

このように様々な腹診専書が日本で著わされていることは取りも直さず、腹診が日本でいかに大事にされたかと言う一つの証拠であろう。¹⁴⁾

日本では明治以降漢方は廃止され、西洋医学が導入されたため、これらの伝統はほとんど途絶した。漢方はごく少数の篤志家により受けつがれてきた。これまで論じてきて江戸時代腹診は今日一般に日本で行われている腹診とは大いに異なる。今日日本で一般的に行われている腹診は、昭和中期に新たに整理、改編されたものであり、『漢方診療医典』（大塚敬節、南山堂、1969）にその大部分が論じられている。又、臨床経験に基づいた独自の腹診法を発展させた小川新の業績（『古今腹証親覽』、1989）も特記されるべきであろう。

IV. 腹診と腹証

伝統的中国医学の診察方法は、望診（ぼうしん、患者の外見を詳細に観察することにより、診断のための情報を手に入れる診察法）・聞診（ぶんしん、患者の話す声の質、呼吸の状態、咳などがある場合はその状態など、聴覚からの情報収集の診察法）・問診（もんしん、様々のことを質問することによる情報を収集する診察法）・切診（せつしん、患者の身体に触って診察をする診察法、脈診と腹診を含む）の四診（ししん）である。切診に、脈診と腹診（背診も含む）がある。日本では脈診と腹診を重要視している。腹診は切診の一部で、腹候・按腹・診腫とも呼ばれている。按腹とは元来腹部を按摩すると言う意味であったが、後にこれを腹診の意味にも用いた経緯がある。日本では按摩としての按腹は古くから民間で行われていた。文政10年（1827）に出版された太田晋斎の『按腹図解』の中で候腹の条を設けて、按腹を施すにはまず腹部の虚、実、動悸、攣急や結塊などを弁じて、それに応じた按腹を行うべきであると述べられている。¹⁴⁾

中医学における腹診は、その名のごとく腹部の診察である。臓腑、経絡に対応して反応があるとされる募穴の圧痛を見て、腹壁の緊張、弾力性、硬結、圧痛、振水音、腹鳴、動悸などを、望・聞・問診と併せ、臓腑、経絡の病変を推測する診察法であるとされている。

日本の漢方における腹診は、腹部の様々な所見を診断の根拠とする診察法である。「方証相對」を行う際の重要な指標となる。処方にはそれぞれ対応する特有の腹証が存在し、特定の処方の使用目標が得られるとされている。診断（処方決定）に欠かすべからざる所見として重視されている。

中医学の腹証は、腹診方法（腹部の望・聞・問・切の四診）を用いて胸腹部の病変特徴、即ち、胸脇苦満、心下悸、腹満などの客観とするものである所見を捉え、臓腑、経絡、気血津液の病態を推論し、また臨床の弁証、処方の依拠になる。日本漢方では臨床上特徴的な腹証を重視する。例えば、「臍下悸」、「心下悸」、「胸脇苦満」、「心下痞鞭」、「少腹攣急」、「小腹不仁」などである。特殊な腹部所見を呈した場合、中医学のように病態生理を考えず、腹証それ自体が漢方処方の選択にストレートに結びつくという発想は日本漢方の一つの特徴である。例えば、胸脇苦満を認めた場合、柴胡を含む処方（柴胡剤）をまず考慮し、小腹不仁があれば、八味地黄丸を用いるのである。これらの腹証と処方の関係（有効性）は、従来経験的に言われてきたものであり、客観的指標を用いた多数例での解析はさほどなされておらず、今後の検討課題である。

V. 腹診の部位

伝統的中国医学的な腹診には、胸・腹部及び背部の按診を含んでいる。胸及び腹は、古来「五臓六腑の宮城」と言われ、営衛気血発生の源であるが、同時にまた病邪が留まり易い場所とも考えられている。胸、腹の按診によって、病証の表裏及び臓腑の虚実を判別することができる。例えば、胸、腹の皮膚の表面に軽く触れ、皮膚の潤燥、乾燥の程度により寒熱を判別する。手をあてて撫で廻し痛いかどうかを聞くことによって邪気の有無を察する。また、手で重按した際の硬軟を調べ、臓腑の虚実並びに病邪の集積の度合いを見分ける。また、動悸・圧痛・塊物（かいぶつ）・しこり・痞鞭（腹の一部に固くなった部位ができ、触れたりすると不快になる）・拘攣（こうれん）（筋肉が緊張して突っ張ること）の存在と、その位置を相互に比較して診断の助けとする。^{15), 16)} 更に詳しくは数種の特定の腹証も診ることになっているが、部位に関しては脇、心下、小腹、虚里などの特殊な用語がある。具体的な中医学と日本漢方の胸、腹の按診について比較検討する。

V-I 中医学の胸腹部の按診—虚里・心下・胸脇部・穴位診・臍診

以下に中医学における按診を概説する。（『新中医診断学』¹⁶⁾（広東中医学院編，石山淳一訳，緑書房，1990）より抜粋）

虚里 虚里とは、経穴（経絡線上の反応点。いわゆるツボ）の名称である。虚里診は腹診の一部として古来応用されている。『素問』平人氣象論には「胃之大絡，名曰虚里，貫膈絡肺，出于左乳下，其動应衣，脈宗氣也」（胃の大絡は，名つけて虚里と曰う。膈を貫き肺を絡い，左の乳の下に出ず。其の動，衣に应ずるは，脈の宗氣なり）の記載がなされている。虚里穴は胸部左乳下の第四～五肋骨間にあり，この経穴の跳動の具合を探索して病態機序の変化を知ることができると考えられ，古人は重視していたものである。虚里は諸脈の大宗または胃の大絡であり，虚里を診れば疾病の軽重が解るとさえ言われている。虚里穴を按して手応えがあっても緊迫感がなく，緩のままで急とならない者は宗氣が胸中に蓄積されていることを示すものであり，無病の兆候である。しかし，手応えが微で不明確な者は氣力不足ということであり，宗氣内虚の証である。（宗氣は心肺の氣を指す）。そしてもし動きが衣服まで伝わるならば，それは行きすぎであり，宗氣が外へ排泄されていることを示す。動きは一時的に激しくなるが，間もなく元通りとなることがある。この情況は恐怖・驚き・怒りの後或いは大酔狂奔の後に常見される虚里穴の動態である。更に他に死の兆候を見られないのにその動きが今にも杜絶せんとする情況は，痰飲・食積・疝瘕（胃下腹部のしこり）などの病に多見される。その動きがすでに杜絶し，他の脈搏もストップする場合は危候と見るべきである。¹⁶⁾ 以上が古典に論じられる内容である。

心下 胸骨から下は胃部であり，古来心下と呼ばれている。心下の硬軟と圧痛の有無を按診で判断することは，胸痞（きょうひ）或いは結胸証の鑑別に役立つ。その方法については，『傷寒論』に記述されている。一般に心下部が膨満して触診すると硬く，患者が痛みを訴える時は結胸証である。心下部が膨満している触診すると軟らかい，或いは硬くても圧痛のない時は胸痞証であると考えてよい，と古典に論じられている。

胸脇 両側の季肋部を指す。胸脇部の抵抗と圧痛の有無によって病勢の軽重を判断する。この部分に自覚的につまったような不快感とか、他覚的に抵抗と圧痛を感じるのが、胸脇苦満という腹候である、と日本では一般に論じられている。

穴位診 腹部穴位診とは、腹部の特定な経穴を望・聞・問・切診により、経穴の疼痛・凹陷などの変化を捉え、臓腑の病変を判断し、治療方針を導く方法である。

臍診 臍診とは、臍の形態及び臍周囲の動気を観察し、臓腑、経脈及び気血津液などの病理変化を判断する方法である。『難経』十六難には「……其内証臍左有動気、按之牢若痛」(……其の内証は臍の左に動気あり、これを按すれば、硬くして、もしくは病む)の記載がなされている。

満痛 腹満は腹が張ること。腹満には虚実の違いがある。『金匱要略』には「腹満、これを按じて痛むものを実となし、痛まざるものを虚となす」という原則が述べられている。腹部を按診して充実感と強力性がある上に圧痛があり、腹壁肥厚して便秘を見る場合は実満の証であるが、腹部が脹満していても、按して軟弱感があり、圧痛がなく、弾力の不足か或いは気体充満感だけに止まるものは、いずれも虚満証に属するとされている。

鼓張 腹部を凡そ按してすぐには元に戻らない腫れは「水鼓」であり、按して手を挙げればすぐに元通りに持ち上ってくるものは「気脹」である。即ち、水鼓は重按後しばらくたって手を挙げれば凹痕が残るが、気脹ではこうした状態はとされている。

腸癰 小腹(下腹部に相当する)の腫脹で按すればすぐに疼痛を覚え、その痛みが外陰部まで波及して淋病に似ているが、小便は順調、時々発熱、自汗、悪寒を繰り返す、脈は遅緊な状況が見られる。腫脹は未化膿と判断してよく、もしも全身の皮膚が荒れて腹皮が緊張し、按すれば濡れた感触があり、腫れてはいるが腹部に積聚がなく、身熱もないのに脈は数または洪数などの状況がある場合は、すでに化膿しているとされている。

積聚 積証は痛む部位が一定しており形はあるが移動しないものであるが、聚証は痛みに定処がなく、按しても形がなく、集散不定の腫れである。積と聚は腹部按診を通して鑑別が可能である。

身熱 身熱も腹部按診でその軽重を分別することができる。腹部の熱感が顕著な場合は全身の発熱もまた著しく、腹部の熱感が軽度の場合は全身の発熱も軽度である。もしも心下が動いて手を焦すほど熱く感じる者は、身熱は更に重症であるから不注意は許されない。

V-II 日本漢方の胸腹部の按診

日本における漢方の腹診は、腹部全体及び特有な局所の緊張、温度及び弾力より虚実と寒熱を判別する。各部位に現われる様相を、腹証といい、これと「証」(処方)を対応させる。腹部の様相は多種多様である。特殊な腹部所見の表現として、臍下悸、心下悸、胸脇苦満(きょうきょうくまん)、心下痞鞭(しんかひこう)、心下支結(しんかしけつ)、小腹不仁(しょうふくふじん)、少腹急結(しょうふくきゅうけつ)、小腹拘急(しょうふくこうきゅう)、「心下軟」(しんかなん)などがある。これらの所見の有無を確認しつつ腹証を判断する。以下、今日行われている日本漢方の数種の腹診部位及び腹証を述べる。(この項は『漢方腹診講座』(藤平健, 1991)を参照した。)これらの腹診所見は必ずしも江戸時代の腹診書とは等しくない。

V-II-i 胸・腹部の腹診—心下・胸脇・小腹部

腹診の部位に関して心下、胸脇、小腹などの特殊な用語がある。これらの部位を触れて数種の腹証を判断する。

心下部 心下とは、西洋医学で言う心窩部とほぼ同一で、所謂“みぞおち”を言う。即ち、胸骨剣状突起と臍との中間あたりを指す。このあたりに、自覚的または他覚的な諸種の変状を来すことがある。原則的には、心下に変状を認める場合には、病が少陽の部位にあるとする。具体的に「心下痞」（しんかひ、みぞおちがつかえる）、「心下痞鞭」（心下部がつかえて、抵抗力のあるもの）、「心下軟」（心下部が軟弱で、抵抗感のないもの）、「心下支結」（腹直筋が腹表に浅く現われる場合、腹直筋の上部において拘攣が著しい）「心下振水音」（心下部を指で軽く叩くと、ゴボゴボなど水を振る音がする）などの腹証がある。

胸脇部 胸脇部とは、季肋部を指す。このあたりに、自覚的に充満感があり、苦しいと言え、**「胸脇苦満」**という腹候である。他覚的には、肋骨弓の下から指を入れて胸腔内に向って圧すと抵抗があり、患者は息詰まるような苦痛を感じる。

小腹部 小腹とは、下腹部を言う。下腹部を触れ、腹候の虚実を鑑別する。実証の腹証として、「少腹急結」（瘀血の腹証）、「小腹鞭満」（瘀血または水毒の腹証）などがある。虚証の腹証として、「小腹拘急」（下腹部に拘攣する、腎虚の腹証）、「小腹不仁」（下腹部に力がなく空虚な感じ、腎虚の腹証）などがある。

V-II-ii 特定の腹証

日本漢方は、「証」が処方に直結すると言う「方証相對」の思想が特徴的である。即ち、腹診において、特殊な腹部所見が特定の処方を決める根拠になると考えられている。例えば、「少腹急結」の証のある時は、如何なる疾患であっても桃核承気湯を投与する。このような方法により疾患が治癒することが多いと考えられたより、軽快するものを加えると、殆ど全例と言ってよい程の効果が挙げられると言う報告もある。¹⁷⁾

胸脇苦満と柴胡剤

胸脇苦満は、特に重要な腹証である。日本漢方では、胸脇苦満を認めた場合、柴胡を含む処方（柴胡剤）を考慮するのが定石とされている。『傷寒論』の少陽病の条に「傷寒五六日、中風、往来寒熱、胸脇苦満、黙々として飲食を欲せず、心煩喜嘔、云々の者は、小柴胡湯之を主る」とある。これらの症状が全部備わっていても胸脇苦満さえあれば柴胡の証であると吉益東洞は論じている（「薬徴」）。吉益東洞は『傷寒論』の処方指示条文の記載を抽出整理し、“腹中痛”や“寒熱往来”をはじめとして多くの柴胡剤の証を比較検討して、構成生薬から検討して「柴胡は胸脇苦満を治する薬である」としたのである。¹⁸⁾ 胸脇苦満を呈する小柴胡湯の腹証は、『腹証奇覽』¹⁹⁾によれば図7の通りである。これは今日の認識とは異なっている。胸脇苦満を、今日では、季肋部腹壁の抵抗及び圧痛として把握している。

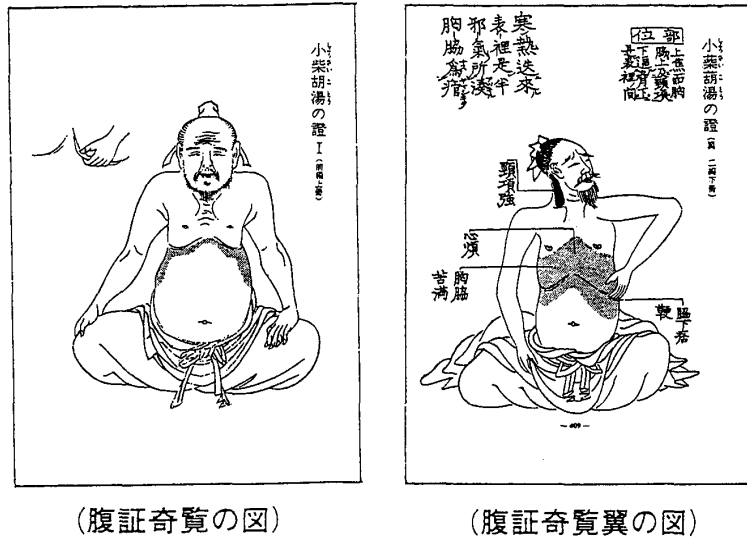


図 7

小腹不仁、小腹拘急と八味地黄丸

小腹不仁という腹候は、『金匱要略』に記載されている。中風歴節病第五に「…八味丸は、脚気上って小腹に入り不仁するを治す」、血痺虚劳病第六に「虚劳腰痛，小腹拘急し，小便利せざる者は八味腎気丸を主る」とある。八味地黄丸証を『腹証奇覧』では図8の如く示している。即ち，臍を間にして，上腹部と下腹部とを交互に按压して，上腹部に比べて明らかに下腹部の方の腹力が落ちていれば，小腹不仁と認めるのである。小腹部の抵抗がない場合，八味丸を与える。¹⁷⁾



(腹証奇覧の図)

図 8

小腹不仁は「腎虚」(概ね老化現象を意味する)の腹証である，とも言われている。老人で夜間尿の回数が増加するのは腎虚によるものである，とする考え方があり，小腹不仁の腹証を目標に八味丸を投与したところ多数例で夜間尿が改善したとする報告もある。¹⁹⁾

瘀血の腹候と驅瘀血劑（桃核承氣湯・桂枝茯苓丸）

瘀血（おけつ、体内に形成された病理的産物。種々の病因により正常の血が変化して発病因子となったもの、という概念。「血の道」「ふる血」などの古語もこの概念を指す）の存在を認知するためには、他覚所見、自覚症状、腹候などがあるが、これらの中で最も重要な決め手となる症候が腹候であると日本漢方では認識している。藤平健の『漢方腹診講座』によれば、瘀血の腹候は、臍傍と回盲部並びにS状部及び臍下に現われる。臍傍圧痛点（臍の斜左下二横指の附近）に抵抗と圧痛の程度と、腹力の程度、それに加えて諸種の自覚症状等を総合して、この状態には某湯がよい、という漢方的診断が決まるのである。例えば、腹力が充分に有って、抵抗と圧痛の程度も強い。顔色はのぼせ気味であったり、赤ら顔であったり、浅黒かったりすることがあって、また、自覚的には便秘の傾向、いらいら感などの症状を伴う時に桃核承氣湯を用いる。桃核承氣湯より一まわり軽度の場合には桂枝茯苓丸を用いる、とする。『腹証奇覽』及び『腹証奇覽翼』には、桃核承氣湯では「図の如く小腹に急結あり、上衝して悪血深し。……」（『奇覽』）として、小腹とは言っているものの、図では明らかに左側下腹に症状のあることが示されており、更に『腹証奇覽翼』では「図の如く左の臍傍天枢の辺より上下二、三の間、三指探り按すに結するものあるを得。……」として図9のような図が示されている。



図9

下腹部の腹証と薬方を対応させて用いることは『傷寒論』と『金匱要略』に見ることができると日本漢方では言われている。例えば、桃核承氣湯条では「…但だ少腹急結者、……」、大黃牡丹皮湯条では「腸癰者、少腹腫痞……」、温経湯条では「少腹裏急、腹満……」、抵当湯条では「男子膀胱満急……」などである。

左下腹部を軽く触れるだけでも悲鳴を痛がるものを、少腹急結とする場合もある。⁵⁾

心下痞・心下痞鞭と半夏瀉心湯

『傷寒論』太陽病下篇第149条に「……若心下満而鞭痛者、此為結胸也。大陷胸湯之主。但満而不痛者、此為痞。…宜半夏瀉心湯」（若し、心下は満ち而して鞭痛する者は、結胸なり。

大陷胸湯これを至る。但だ満ち痛まざる者は、痞なり。…半夏瀉心湯に宜し」とある。ここで、「但満而不痛者、此為痞」。即ち、心下のところが重たい、指で押さえて抵抗を感じる。そういう時には半夏瀉心湯が宜しい、と記されている。

日本漢方では、「少腹急結＝桃核承気湯」・「心下痞＝半夏瀉心湯」・「胸脇苦満＝柴胡剤」・「小腹不仁＝八味地黄丸」というように、腹候と処方とを直結させ、病因、病態などを論じない、即ち、伝統理論を介在させない処方決定方法として腹診が用いられているのである。

VI. 腹診の臨床的意義

腹診は伝統的中医医学における重要な診察法である。各種の腹証を把握することは臨床弁証上、体質を弁別し、病因を追究し、病理を分析し、病位を確定し、病変の性質と変転傾向を判断する上で重要な意義を有している。

臨床的には、伝統的中国医学では、異なった体質の患者は異なった腹部徴象があることを論述している。例えば、『靈樞』陰陽二十五人には「火形之人、……頭は小さく、肩背腹は美しい…；金形之人、……頭肩背は小さく、腹は小さい…；水形之人、……頭は大きく、肩は小さく、腹は大きい…。」とし、『靈樞』衛氣失常には「膏者、……下腹が垂れ下がり、肉は緩んでいる」とする。

ある種の疾病の診断及び鑑別に対して腹診にも重要な役割があると言う記載が古典にはなされている。例えば、「水脹」・「鼓脹」などの疾病はすべて「腹大」（腹が大きい）の症状が現れる。これらの疾病を鑑別する時に腹診が必要である。水脹について、『靈樞』水脹に「以手按其腹、隨手而起、如裏水之状」（腹を手で一旦押さえて放すると、すぐ元のように腫れが戻り、ちょっと腹の皮の下には水がいっぱい入っているような感じがする）とし、鼓脹の腹証の特長は「腹脹、身皆大、色蒼黄、腹筋起」（腹脹は、腹がはれ全身もむくみ、皮膚が青黄色となって、腹筋が張っている）とするなどである。

腹診によって表裏・臟腑の病位を判断することも考えられる。病邪が表に居る時には、一般的に胸腹には腹証が現れない。『金匱要略』の痙湿喝篇に「湿家病、身痛發熱、面黄而喘、頭痛鼻塞而煩、其脈大、自能飲食、腹中和、無病、……」（湿病を罹っている人は、身体が痛み、熱が出、顔色は黄色く、而呼吸が困難になり、頭痛がし、鼻が詰り、いらいらする。脈象は大を呈し、飲食は正常であるのは、胃腸の調子がよく、湿病以外の病気は全くないことを示している。……）とし、『腹証奇覽翼』に¹⁸⁾「中脘傍有動氣、按之浮者、大率為表証」（中脘の傍に動氣を触れて、これを按すると浮であるものは、多くが表証である）とし、『金匱要略』の痰飲咳嗽病篇に「……水在肝、脇下支滿。…水在腎、心下悸」（肝経の水飲は、肝経の経脈が脇肋部に広がっているため、脇の下が膨満し、…腎臓に水飲があるのは、水気が上逆するため、心下部が動悸をする）と記載されている。

腹診によって病因を分析することができる場合もある。『金匱要略』の水気病篇に「氣分、心下堅、大如盤、辺如旋杯、水飲所作、……」（氣分という疾病は、心下部が硬くて、皿のように大きく、縁が円い杯のようにになっている。これは水飲によって起こる疾病である。……）とあり、『傷寒論』第239条には「病人不大便五、六日、繞臍痛、煩躁、發作有時者、此有燥屎、…」（病人が五、六日も大便が出ず、臍の周囲が痛み、煩躁し、発作が定時的に起こるのは、

腸内に乾いて硬くなった便があるためであり、…)と記されている。即ち、病因となる痰飲・食積・燥屎などは腹診から判断できる場合もあることを記述している。

腹診は病気の性質を判断する材料となる。古人は「外感脈を主とし、内傷は腹を主とす」と言っている。³⁾ 急性熱性病（外感）では、病証の変動が激しく、脈はこの変動に敏感に反応して変化するため、脈診に主力を置くのであるが、内傷（ないしょう、体内で臓気を損う病症を指す。主に慢性疾患を言う）の諸病では、病状の変化が緩慢であるから、虚実の判定は腹証によれと教えたものである。『金匱要略』には、「腹満、之を按じて痛むものを実となし、痛まざるものを虚となす」という原則が述べられている。腹満は腹が張ることであり、腹満にも実証と虚証とがあり、これを判別することができると考えられている。例えば、腹満を感じて腹部の表面が硬くとも、深く圧迫した時には抵抗が少なく、脈も弱い場合には虚のことが多い。腹力が強く、深く圧迫した時の抵抗が強いもので、便秘して脈もしっかりしている時には実証であることが多い。同時に腹部全体の温度感で、寒熱を判定することができるともされている。腹部全体または下腹部に、他覚的に冷たさが触知されるものは、寒証である。腹部全体に、他覚的にも熱感が触知されるものは、熱証であると考えられている。⁵⁾

臨床の面では、日本における漢方治療の対象者の多くが慢性病患者である今日、その病態の把握並びに証の判定上で腹診の所見は重要であることが考えられる。

VII. 結語

伝統的中国医学の四診のうちで、中国では、脈診が重視されているが、日本漢方では腹診が重視され、体系づけられた。（脈診については別稿で論じる）

日本漢方には、腹証それ自体が漢方処方を選択にストレートに結び付くこと言う考え方があ。日本では方剤を選択する時、腹診の果たす役割が極めて大きいと言えよう。

日本では理論を軽視する傾向があったが、経験を重視した腹診の発達によって臨床医学として一定の成績を収めてきた。

中国では腹診はさほど発達しなかったが、理論面の発達が著しく、現在も有用な医療として広く行われている。

日本において経験的に行われ、発達してきた腹診の技法を中国伝統医学理解で解釈し得るか否かは今後の検討課題であるが、両国の経験と理論が融和した時に、更なる発展が期待されるのではなかろうか。

謝 辞

論文投稿にあたって、本教室の牧角和宏先生から貴重な御意見をいただき、参考にさせていただきましたこと感謝いたします。

参考文献

- 1) 丁宗鐵：漢方実用全書，池田書店，1994
- 2) 王琦：中国腹診，学苑出版社，1994
- 3) 西山英雄：漢方医学の基礎と診察，創元社，1969
- 4) 小川 新・池田太喜男・池田政一：古今腹証新覽Ⅰ、Ⅱ，漢方の友社，1989
- 5) 山田光胤：腹診の発生と伝承・その応用，中医臨床，Vol.3，臨時増刊号，52-58，1982
- 6) 久保道德，谿 忠人：漢方医薬学，廣川書店，1984
- 7) 小曾戸丈夫，浜田善利：意積黄帝内經靈枢，築地書館，1972
- 8) 南京中医学院編，石田秀実監訳：黄帝内經素問，東洋學術出版社，1993
- 9) 井上恵理，本間詳白：難經の研究，医道の日本社，1965
- 10) 中医研究院・北京図書館編著，中沢信三・鈴木達也共訳：傷寒論，中国漢方刊，1978
- 11) 中医研究院・北京図書館編著，鈴木達也訳：金匱要略，中国漢方刊，1982
- 12) 藤平 健：漢方腹診講座，緑書房，1991
- 13) 村松 睦：対比で学ぶ漢方入門，たにぐち書店，1994
- 14) 大塚恭男：切診，特に腹診を中心に，日本東洋医学雑誌，Vol.47，No.3，376-383，1986
- 15) 松下嘉一：漢方診察法，たにぐち書店，1996
- 16) 広東中医学院編，石山淳一編訳：新中医診断学，緑書房，1990
- 17) 有地 滋：現時点で漢方を考える，近畿大学東洋医学研究所，1986
- 18) 稲葉克文礼・和久田寅叔虎著，大塚敬節・矢数道明解題：腹証奇覽全，医道の日本社，1981
- 19) 牧角和宏：老人の，腎虚のボケには八味丸，老人疾患漢方治験集，金剛出版，1993