

漢法苞徳塾資料	No. 256
区分	診断論・腹診
タイトル	腹診の手技について（深淺を候う手振り）
著者	八木素萌
作成日	旧称「難塾」1982.03の資料より

基礎は『黄帝内経』と『難経』に属しているが、日本で発達し、完成した診法である。

1. 多くの腹診書を見ると、外感病よりも内傷病や蔵府病を診るのに用いている。
2. 浅部は「陽」であり「気」である。深部は「陰」であり「血」であり「積聚」である。
3. 浅部は「循」「撫」「按」を用いて「気」を候う。うるおいを生じており、「温」があり、皮肉の関係がよいもの、弾力のあるものを可とする。
深部を候うのは、動悸の浅・深、痞塊の浅・深・大・小・堅・軟・動揺・痼着などの判定のためである。
4. 「腹力」の候いは、基本的な体力の判定、または体力的側面の虚実を判定するためである。
5. 振水音やグル音・臓腑の動応にも注意を払うものである。
6. 皮膚の厚さ・脂肪の厚さ・腹部の弾力・腹部の温度などに注意する。その際には「蒙色」も大切である。
7. 腹診は、食・痰・飲・精・煩・燥・悸・痞塊などを判定し、また、予後を判断する重要な診法である。

（以上は橋本素岳師よりの伝であり、以下は八木素萌によるもの）

8. 経絡との関係を診る方法も近年開発されているので、部位の意味の学習とともに図で学ぶのがよい(臍傍診)。
9. 眇部(側腹部)は「痰」と「食滯」を診分ける上で重要な所である。
やや背部寄り(脊)は腎の診どころである。仰臥位では「章門」を掌で大きく挟むように按じ気味に圧する。そして、反発する弾力を比較する。右が強ければ「痰」、左であれば「食滯」が判断される。判りにくい場合は、伏臥位にして、T₁₂～L₁の所を手掌で垂直に圧して眇部の肉の膨らみ具合を診る。患者の右眇部の膨らみが大であれば「痰」、反対に左が大きくなれば「食滯」と判断する。これは「痰」「食」が中焦に滞留して障害をもたらしていることを示している。
10. 眇部(側腹部)の背側は腎を診る。真上から両手掌で持ち上げるように操作する。
そして、その弾力と皮肉の温度を診る。弾力弱・冷は腎の弱り。

11. 眇部はまた、「中風」の予兆を診る所ともされてきた。眇部(側腹部)のスジが絶しているとか断絶しように細く弱々しくなっていれば年を経ずして「中風」を患うものと言われた。「のぼせ」があり、「瘀血」反応があり、「腎の弱り」や「肝・胆」の異常な亢進が認められたりなどの症候を伴っていれば、「血の衰え」「活血力の衰弱」を示すものと言える。これらの面をあわせて診ることによって、「中風の前兆」を把握できよう。
- 「血グスリ」を服用することが必要であると、近時まで民間にも伝承されていた。

12. 胸脇苦満の診察手技については現代医師のやり方には従わない。

現代医師(主に内科医)は、半坐位にして腹筋を極力弛緩させておいて、手指を肋骨の内に差し込むようにするが、これは肝臓、脾臓の肥大や硬さを探ろうとするものである。これは患者にかなりな不快感を与える。

漢法医学においては、肋骨下弓部から上腹部(時には中腹部に至るまでの)における過緊張の有無を診ることが主目的である。従って、診察部に手掌を軽く按擦気味にスライドさせながら、拇指腹を他の箇所比べてやや力を入れ、そこで感知される、その部位での皮膚や筋肉の緊張を見て判断するのである。

13. 「結胸」と「心下痞」の診別問題

「胸苦しい」「胃が痞(うれ)える」「胸が痞える」などと患者から訴えられるのは、ほとんど「結胸」か「心下痞」に相当する。ひとつは傷寒を誤治したために、寒邪が裏に陥入しようとしている段階の症状とされるものであり、今ひとつは「体虚」が進んで、陰の病が上逆していることから出る症状であるとされている。両者は同じように心窩部に痞塞感を覚えているのであるが、割合容易に診別できるものである。

註：清・程国彭『医学心悟』に

「経云、病発干陽。而反下之、熱入因作結胸。病発干陰 而反下之、因作痞。
……結胸症重、痞気較輕也」とあり、続いて

- ①結胸……………「大抵從胸至腹、硬満而痛。手不可近者、為結胸。」
②心下痞……………「胸前痞満不舒者、為痞気。」とある。

『傷寒総病論』に、龐安時は

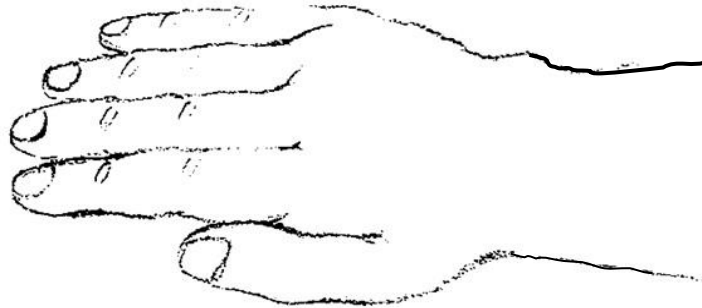
「発熱惡寒為発於陽 誤下即為結胸」「無熱惡寒為発於陰 誤下即為痞気」と注す。

この記述は明らかに『傷寒論』の述べるところに基づいている。

14. なお、「飲」は上腹部の膨満感・冷満感・振水音・もたれ感などがあり、中庭付近に著名な圧痛が診られる。

15. 腹診の手技

① 気・陽・浅部を候う手振り



② 血・陰・深部を候う手振り

