第60回日本東洋医学会学術総会
教育講演

腹診の全て

——腹診伝承——

山田 光胤

医療法人・金匱会診療所, 東京, 〒103-0028 中央区八重洲1-6-2

All About Abdominal Palpation—The Traditional Diagnosis Method

Terutane YAMADA

Iryo-hojin, Kinki-kai Clinic, 1-6-2 Yaesu, Chuo-ku, Tokyo 103-0028, Japan

Abstract

In Japanese Kampo, we use abdominal palpation as a clinical examination method. Abdominal palpation, a kind of tactile inspection method, which in turn is one of the four mainstays inspection methods (palpation, visual, auditory, and verbal), is the most effective technique giving one information to determine a patient's *sho* diagnosis. Moreover, abdominal palpation is the only clinical examination method of those traditional techniques passed down to the countries and regions of East Asia, which was developed solely in Japan. Abdominal palpation as it is practiced today stems mainly from the *Koho-ha* Old School of thought, which traces back to ancient *Shokanron* (Treatise of Cold Damage Disorders) text medicine, although it also influences the *Secchu-ha* Compromise School of thought. And although an awareness of abdominal palpation is perfunctory, it does require a certain amount of training and proficiency, as it is a skill. In this paper, we discuss abdominal palpation findings amassed over many long years since ancient times.

Key words : abdominal palpation, *sho* diagnosis

要旨

日本漢方は、診察法として腹診の手法を行う。

腹診は、四診、すなわち望、聞、問、切診の中の切診の一部ではあるが、診断である証の判定の為に、最も有力な情報が得られる手技である。

また、腹診は、東亜諸国、諸地域に伝承されている伝統医学の中で、日本で、唯一、独自に発展した診察法である。

なお、現代行われている腹診は、主に古方、傷寒論系医学におけるものであるが、折衷派医学にも影響が及んでいる。

さらに、腹診は、形式的認識ではあるが、手技、手法である故、一応の修練、習熟が必要である。

本稿で、古昔より長年にわたって集積された腹診の知見を解説する。

キーワード：腹診、証診断

緒言

日本漢方の腹診は、証を診断する為の診察法の一部である。此れは、東亜諸地域に伝承されている伝統医療の中で、唯一で独自の手法である。

その発生時期や、創始者などは定かでないが、江戸期（1590～1867頃）に、古方派の興隆と共に発展したであろうということは疑いもない。これが、明治期には、漢方の衰退により一時中絶した。それを、大正期に、湯本求真が復元、復活し、昭和初期に、門人・大塚敬節が継承して記録した。これが現代の腹診の基本になっている。

腹診とは何か

腹診は、漢方の診察法である四診の一部である。

四診には、視覚にもとづく診察法の望診、主に聴覚にもとづく聞診、主訴、自覚症等を問いたす問診に次いで、患者に直接接触して診察する切診がある。この切診で、切脈即ち、脈診と、この腹診が行われる。

腹診はこのように、四診の一部ではあるが、証の判定には極めて有力な情報が得られる重要な診察法である。

現在の腹診の略歴

前述のように、腹診の発生時期や創始者は、種々な論があって一定し難い。ただ、戦国時代末期の豊織期頃起こったであろうと推定される。

大塚敬節¹⁾によると、腹診は、難経系、傷寒論系、折衷派系の三流に分類され、発生期の腹診は難経系であろうとされる。

難経系腹診は、腎間の動という腹大動脈の搏動と、腹壁全面を区分して五臓に配当した諸部位の様相とによって証を判定し、針灸術の依りどころとした。

傷寒論系の腹診は、傷寒論を準拠とする古方の興隆に従って、傷寒論記載の薬方の腹証を探ったであろうと考えられる。此の派の腹診は、腹壁を形成する筋層の全面的な表現から虚実、寒熱を判定し、諸所に出現する種々なる腹壁反射を触知し、それらに関連する薬方を探るものである。腹壁に表れる種々なる反射相を腹証^{ふくしやう}とよび、特定の薬方には、対応する一定の腹証があることが、経験的に集積された。

傷寒論系腹診の伝承 (表1)

くり返すが、現在行われている腹診は、主として傷寒論系腹診である。

傷寒論医学、即ち古方の創始者の一人、後藤艮山²⁾ (1659~1733) には、その名を冠した腹診書が伝世されている。「艮山腹診図説」である。この書は写本であって、その後を経承された証左がない。

吉益東洞³⁾⁴⁾ (1702~1773) は、艮山より後輩であるが、その名を冠した腹診書が、写本ながら数書ある。「東洞先生腹診候」「東洞先生腹診口伝」その他である。

六角重任⁵⁾は、東洞の門人で、師の伝を承けて著した書は、版本である。「古方便覧」(1782) で、腹証の図解もされている。

鶴 泰栄は、東洞の直弟子ではないが、その医説を尊重、経承し、弟子の稲葉文礼に伝えた。

稲葉文礼⁶⁾は、腹診を深く研究し、腹診書を著し、版本として世に広めた。「腹証奇覧、四篇」(1800) である。

文礼の弟子、和久田叔虎⁷⁾は、師の業を増補改訂して、「腹証奇覧翼 8冊」を版本で著し(1809~1853)、更に世に広めた。

明治以後、日本漢方が準拠としている腹診は、主として此の、腹証奇覧と腹証奇覧翼の二書にもとづいている。

表1

表2

伝世する腹診書		
大塚敬節先生被見の書	一般に被見できる書	
日本東洋医学会誌 12巻1号 腹診書の分類	日本漢方腹診書 正統 オリエン出版社 1986	
大塚先生の分類	難経系腹診書 33書	難経系腹診書 11書
	傷寒論系腹診書 36書	傷寒論系腹診書 25書
	折衷系腹診書 4書	折衷系腹診書 11書
	計 73書	49書

明治期に、まさに消滅しようとした漢方を、ようやく保持したのは、医師和田啓十郎⁸⁾が著した「医界の鉄椎」で、これを読んで発奮し、門人になって古方漢方を研究し、復活させた人が医師湯本求真であり、その著「皇漢医学」を読んで発奮し、門人になって学技を継承したのは、大塚敬節である。

大塚⁹⁾¹⁰⁾が、昭和16年(1941)に、共著「漢方診療の実際」で、腹診を記述し、数種の腹証を図解した。これが、現代文漢方解説と腹診の嚆矢であり、その後、昭和44年(1969)に、増補改訂版である「漢方診療医典」が共著作された時、再度、腹診を図解入りで解説した。現今の漢方腹診は、主に此の書の記載が根幹となっている。

(注) 漢方診療の実際は、古方の大塚敬節、後世方の矢数道明、折衷派の木村長久、薬学者の清水藤太郎の共著で、三流派合同の嚆矢である。漢方診療医典は、木村が第二次大戦で戦死の為共著者から漏れている。

図1

図2

伝世する腹診書（表2）

腹診について解説された腹診書が、多数遺されている。

大塚敬節は、日本東洋医学会誌に、“腹診書の分類”という論説を掲載し、それらの書の略解をした（12巻1号）。

この論文には、大塚が披見した腹診書として、難經系33、傷寒論系36、折衷派系4、合計73書目が記載されている。

これらの書を、今、我々が披見することは、容易ではないが、幸い、オリエント出版社が1986年に発刊した日本漢方腹診叢書の正統篇、夫々6巻があり、これによると、難經系11、傷寒論系25、折衷派系11、合計47書目を披見することが容易にできる。

此の叢書の主体は、東洋堂医院・松本一男氏が長年にわたって収集した古医書を公開されたものである。改めて深く感謝するものである。

腹診の実技

腹診の実技を口述する。これは主に腹証奇覧及び奇覧翼にもとづいて、湯本求真が復元し、大塚敬節が経承した手技である。

始めに当って、腹診の要諦をのべる。

1. 患者に苦痛を与えないこと。そのため強い力

を加えず、軽い按压で腹証を触知すること。

2. 患者には、むしろ安堵感や安心感を与えるような按压をすること。

3. 医師は、以上の点が可能になるように、自己を訓練する。但し場合により、必要な部位を一瞬ながら強く押さえることもある。

以上の事は、著者自身が、幼少期の難病の際、大塚敬節先生の診察を受けた時の記憶を、蘇らせた知見である。

実技の第1段階（図1）

1. 患者を仰臥伸展位にし手足を伸ばさせる。
2. 医師は患者の左側に位置し、右手、利き手で触診する。左ききの者は、反対でもよい。古医書のうち、賀川修庵だけは一本堂行余医言に、反対の手法をのべている。

実技の第2段階

1. 手掌診、腹証奇覧翼に覆手圧按法とある（図1）。手掌全面（といっても、主にⅡ～Ⅴ指を揃えその掌面）を以て、肋骨弓の上辺より、下の方へ向って軽く擦過した後、腹壁を軽く按压しつつ、上から下へ移動させる。1回目は右側の腹壁を、2回目は左側の腹壁を、3回目は正中の腹壁を按压する。これで、腹壁全面の腹筋層の厚薄、緊張力、弾力と、

図3

大塚敬節

大柴胡

小柴胡

図5

温冷が触知できて、虚実、寒熱を判定できる。

2. 三指診、腹証奇覧翼に三指探按法とある(図2)。II～IVの三指を揃えて、先端の第1関節辺の掌面によって、腹壁各部位のやや狭い範囲を按压して、諸種の腹証を探り出す。

3. 指頭診、大塚敬節の創法である。拇指頭を以て胸脇苦満を探り、示指頭を以て臍痛点を探る等、ごく狭い部位の探策に応用する。

虚実の判別(図3)

虚実とは、証を構成する重要な要素であり、その判別の正否は、漢方医療の成否に関連する。

1. 肥満といふ瘦。肥満型には実証が多いが、腹筋軟弱ないわゆる水肥り型は、むしろ虚証が多い。るい瘦型は、虚証が多いが、例外的に筋骨質の者に実証がある。

2. 上腹角。左右の肋骨弓の作る角度で、広いものは実(略90度以上)、狭いものは虚(略60度以下)、中間のものは虚実間証(略90度)が多い。主として、

胸脇苦満

図4

後藤良山

良山腹診図説

図6

上上腹角についての論である。

3. 腹壁筋層の筋力、弾力。この強いものは実、弱いものは虚であるが、数量的な基準はなく、多分に直観的である。

4. 腹壁の厚薄。この厚いものは実が多く、薄いものは大概虚である。

代表的な諸種の腹証

腹証は、内臓の病変に関連する腹壁反射を含み、腹壁の種々な部位に現れる種々な様相であって、何れかの薬方(漢方処方)を用いるべき指示を表している。逆に言えば、種々な薬方には、夫々、対応する特異の腹証が存在する。対応する腹証がない薬方もあるが、古方ではそれは少ないと考えられる。

なお、腹証は多分に実証には顕著に現われるが、虚証では不著明なので、注意深く探策する必要がある。

1. 胸脇苦満(図4)

季肋下腹壁の、一種の抵抗と圧痛である。

大塚敬節は、「胸脇苦満は 胸脇の部に患者自身が充満感を覚え、他覚的には図のように医師が季肋下から母指を胸腔内に向って押し込むようにし、胸

図7

稲葉文礼

図9

脇苦満があれば指頭に抵抗を覚え、患者は息詰まるように感じ苦痛を訴える。この抵抗と苦痛は胸脇苦満の程度によって強弱がある」とのべ図示された(漢方診療医典, 図5)。

胸脇苦満の伝承(図6)

1. 胸脇苦満という症候名は、傷寒論・小柴胡湯の条文(宋本96条, 康平本94条)に記載されている。古方の創始者である後藤艮山は、「艮山腹診図説」に小柴胡湯として、図6の如く胸下の苦満、小柴胡の主治なり。臍辺の礙滯は寒疝なり、附子粳米湯の主治する処なり」とのべている。これによると艮山は、胸脇苦満は自覚症状であって、他覚的症状を伴う腹証とは、まだ認識していなかったように思われる。

胸脇苦満が、他覚症状としての腹証であることを、初めて解説したのは、吉益東洞である。「東洞先生腹診伝」があり、同種の書「東洞先生家腹診論」に

図8

「小柴胡湯の腹は、先ず大抵胸脇苦満と云い、両方の脇骨のはずれの処にきつと手にさわる物ありて、按ずれば胸へこたえ痛むなり。」とのべている(図7)。

胸脇苦満という腹証についての、現在の知見は、吉益東洞を祖始とするものと思われる。

東洞の門人・六角重任の「古方便覧」にも、東洞の説を継承した図解がある(図8)。

2. 稲葉文礼は「腹証奇覧」で、東洞説を継承したと思われる腹証図を示している(図9)。

大塚敬節は「漢方診療医典」で、これらを踏襲したと考えられる腹証図を挙げ、前記の如く論じられた(図5)。

胸脇苦満の意義と対応

腹診を行うに当って、胸脇苦満とする腹証が発現する頻度はかなり高く、従って、それに対応して方剤を用いる機会も多く、胸脇苦満は漢方の臨床では重要な腹証である。

胸脇苦満は、柴胡を配合する方剤・柴胡剤を用いるべき腹証である。そして、それには、病症と虚実に対応して、多数の方剤が用いられる。

またこの腹証は、顕著に分り易く現れることもあるし、微弱に分りにくい腹壁反射のことも少なくない。従って、これを検策するには、ある程度の習熟も必要である。

胸脇苦満のある病変

胸脇苦満は、柴胡剤を用うべき証を示す腹証であって、その際、如何なる病変が存在するかが、分ることもある。

表3

胸脇苦満の強弱と薬方の関係

実証	大柴胡湯	(胆石 肝炎) 柴胡 6g
	柴胡加竜骨牡蛎湯	(肝炎 神経症 癲癇) 5g
	小柴胡湯	(肝炎 気管支炎 感冒) 7g
	柴胡桂枝湯	(胆石 肝炎 感冒 神経症 癲癇)
	柴芍六君子湯	(肝炎 胃炎) 3g 5g
微弱	柴胡桂枝乾姜湯	(肝炎 感冒 神経症) 6g
	加味逍遙散	(肝炎 神経症) 3g
	参蘇飲	(感冒) 前胡 2g
	補中益気湯	(肝炎 感冒) 1g
	滋陰至宝湯	(気管支炎 感冒) 1g
虚	加味歸脾湯	(うつ症状 不眠) 3g

図10

臨床経験上、胸脇苦満を認めるときは、次のような、器質的又は機能的病変が存在することが大部分である。

1) 主として、横隔膜近辺の臓器、組織の病変。

A. 胸膈内(横隔膜より上部)～心、肺、気道、胸膜等の病変。

B. 腹腔内(横隔膜より下部)～肝、胆、胃、十二指腸、大小腸、腹膜等の病変。

2) 中枢関与の病変。主として自律神経系。

急性症の場合に出現する時期

感冒などの急性症では、発病後5、6日を経た時期に、胸脇苦満は現われる。この病期を、少陽病といい、半表半裏の証とされている。

急性症では、病患が治癒するに及んで、胸脇苦満は消失する。また、胸脇苦満が出現するのは、病態が陽証の場合であって、陰証では出現しない。

慢性症の場合は、出現する時期は特定できない。ただ、病患が軽快するに従って、胸脇苦満の強さが減弱する傾向がある。

著者は、常時、右側季肋下に、一種の圧痛を伴う抵抗部位があり、胸脇苦満と思われる。これは、幼少期に罹患した腹膜炎が、治癒した痕跡と思われる、石灰化した腹膜の部位が認められる為と思われる。

胸脇苦満出現頻度の左右差

胸脇苦満は、両側の季肋下に現われるが、両側同時に、同様な強さで現われることは少ない。右側が顕著で左側が弱いことが多い。右側のみに現われることが最も多い。左側のみに現われることは、稀れである。ただこういう現象と、臨床との関連は不明

である。

胸脇苦満の強弱と薬方との関係(表3)

腹証・胸脇苦満の現われ方には、大塚が述べられるように強弱がある。これは临床上、患者の虚実と関連する。しかし、方剤に配合される柴胡の分量とは、必ずしも関係がない。

胸脇苦満の強弱と薬方との関係を、表に示し、且、出現することの多い病変と、方剤に配合される柴胡の分量を示して参考にした。

大柴胡湯は、実証の第一で、胸脇苦満の腹証は顕著に現れる。胆石、肝炎等の場合が多く、方剤一日量の柴胡の分量は6gである。

柴胡加竜骨牡蛎湯は、大柴胡湯に次ぐ実証で、腹証は略顕著に現われる。肝炎、神経症(身体化反応失調症)、癲癇等の場合が多く、柴胡の分量は5gである。

小柴胡湯は、柴胡剤の代表である。虚実間証に対応し、腹証は略顕著に現われる。しかし、幼少児は、殆んど腹証が不明である。肝炎、気管支炎、感冒の場合が多く、柴胡の分量は7gである。

柴胡桂枝湯は、小柴胡湯に次ぐ虚実間証で、腹証は略判別でき、慢性症では他の腹証(腹皮拘急等)を伴うことが多い。ただ、幼少児では不明である。胆石、肝炎、感冒、神経症、癲癇等の場合が多く、柴胡の分量は5gである。

柴芍六君子湯は、主体が後世方の六君子湯で、本朝経験方の柴胡剤である。比較的虚証で、腹証はやや微弱である。肝炎、胃炎等の場合が多く、柴胡の分量は3gである。

柴胡桂枝乾姜湯は、古方・傷寒論の薬方、柴胡剤

図11

図12

証の中で最も虚証である。胸脇苦満の現われ方は微弱で、傷寒論には「胸脇満微結」と表現されている。腹壁全体の様相（軟弱無力）や他の腹証（腹部動悸等）を参考に、証を判定する要がある。肝炎、感冒、神経症等の場合が多く、柴胡の分量は6gでやや多量。

加味逍遙散，参蘇飲（前胡2g），補中益気湯，滋陰至宝湯，加味帰脾湯等は，何れも後世方の薬方である。又これらの薬方は，何れも虚証に対応するものである。ところが，何れにも，少量ながら柴胡が配合されている。

そこで，これらも又柴胡剤と考えて応用した長年の臨床で，やはり，ごく微弱ながら胸脇苦満を呈する場合に，よく奏効した。

このような，微弱な胸脇苦満の検索には，ある程度の習熟を要する。

2. 心下痞硬（図10）

以下師伝を伝える。心下痞硬は図10のように，心下部，腹壁の中心部に，少し硬い抵抗をふれ，自覚的には胃部停滞感を訴える腹証である。胃炎が腹壁

に反射したものと思われる。

実証では，腹壁全面の腹筋緊張力が強いので，反って心下痞硬が分りにくいが，大柴胡湯証などでみられる。

虚実間証で，代表的なのは半夏瀉心湯証でこの腹証は分り易い。

虚証では，心下部の抵抗の現われ方も微弱である。慎重に按压すると，他の部位より僅かに硬く触れる。六君子湯，四君子湯，人参湯証などである。

3. 心下部振水音（胃内停水）（図11）

腹壁を軽打，振動させると，水の音が聞こえる証で，拍水音ともいい，胃内停水の表現である。飲んだ水分と分泌した胃液が，停滞している状態である。

消化，吸収，運動力の低下があり，臓腑筋層の弛緩を伴うもので，虚証であって，胃下垂や内臓下垂が存在する事が多い。

茯苓，朮沢瀉，猪苓等の利尿剤が配合された薬方や，虚証に対応する薬方の証である。

虚実間証にもみられ，茯苓飲，茯苓沢瀉湯，五苓散，苓桂朮甘湯等の証がある。

図13

腹皮拘急

図14

小腹不仁

図15

虚証には、六君子湯、四君子湯、人參湯、真武湯等、利水、消化の機能と体気を補う方剤の証である。

4. 腹部動悸 (腎間の動) (図12)

人体には、生存に欠かせない腹大動脈が腹腔中にある。大動脈であるから、心臓から伝わる搏動が常に存在する。しかし、健康人は、平素は腹壁上にその搏動は伝播しない。この腹大動脈の搏動を、腹壁の上で触知して、何らかの生体の異常を判別しようとしたのが、難経系の腹診で、腎間の動と言って重視した。

傷寒論系腹診でも、腹部動悸として、証の判定の一助にする。その際、心下部で触知するものを心下悸と、臍の直上で触知するものを臍上悸と、臍の左傍(稀に右傍)で触知するものを臍傍悸と、臍の下で触知するものを臍下悸と一応区別して呼ぶ。

腹部動悸の起因は、古医書の記事から推定すると、1)は、虚証の表現である。これは、虚証の患者は、腹壁の筋層、脂肪層が菲薄なことが多く、腹腔内の搏動が、腹壁外で触知されるのである。

2)は、臨床上この腹証を呈する患者は、精神不安、情動不安等を呈し、自律神経失調が推定されるものである。

3)は、1)とも関連するが、特に下焦・身体下部の機能が減退した場合の臍下悸で、腎虚という。

1)には、虚証に対応する諸種方剤を用い、2)には、実証であれば柴胡加竜骨牡蛎湯を、虚証であれば柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、桂枝加竜骨牡蛎湯等を用いることが多い。3)は、八味丸証であるが、胃腸虚弱の脾虚証には、対応しない。

5. 瘀血の腹証 (図13)

瘀血は、末梢血管の循環不全である。打撲症による皮膚の紫斑は、外証としての瘀血である。一般に漢方臨床の対象になるのは、腹腔内の瘀血である。

瘀血の腹証は、特に顕著なのが小腹急結であり、一般に多いのが小腹硬満である。

1) 小腹急結は、左下腹部を腸骨窩に向って斜めに、擦過状に、こするように圧迫すると、患者が脚を縮め、膝を屈曲するように反応する腹証で、桃核

大塚の臍痛点

図16

正中芯

図17

承気湯の腹証である。このような按压，検策の手法は，湯本求真先生の創案で，先生は診察でこのような患者を屢々検出されたと，門人・大塚敬節先生から，著者は直接聞かされ，大塚先生の診察でも，数回そのような患者を実見した。しかし，著者自身は，こういう患者を検出した記憶は1～2回しかない。時代の相異ではないだろうか。

2) 小腹硬満は，左右の下腹に，圧痛を伴う抵抗物を触知する腹証で，臍の斜め下，腹直筋の上辺りに出現することが多く，桂枝茯苓丸証などである。古医書には，下腹中央に抵抗が生ずることもあるような記載がある。大黃牡丹皮証と思われる。

演者は，打撲によって急性に現れた瘀血で，臍の右下，腹直筋の部位に，圧通を伴う，小鶏卵状の抵抗を触知した経験がある。その時は，桂枝茯苓丸料で打撲症が治癒した後は，瘀血の腹証が消失したものである。

6. 腹皮拘急 (図14)

両側の腹直筋が緊張して，硬く触れる腹証である。

体気・体力気力が衰えた場合で，虚証であって，腹痛や痙攣性便秘を伴う場合が治療の対象であり，小建中湯，桂枝加芍薬湯等の証が多い。

7. 小腹不仁 (図15)

小腹とは下腹であり，不仁とは知覚鈍麻である。この腹証の顕著なものは，そのように現われるが，稀れである。

多くは，臍の下，下腹正中に沿って，紡錘状に細長い脱力箇所を現わすものである。下焦，身体下部の生活力減退の表現で，加齢につれて，正常でも出

現する。下焦の虚，腎虚の徴候があるものは，八味丸の証である。

8. 臍痛点 (図16)

臍輪の直上を，指頭で圧迫すると圧痛を訴える抵抗に触れる腹証で，大塚敬節先生の創見した，葛根湯証である。慢性症でも，急性症でも，実証，虚実間証に現われ，虚証には現われない。感冒，鼻炎，外中耳炎等の対象になる。稀れに麻黄湯証がある。

9. 正中芯 (図17)

腹壁の正中皮下に，紐状の抵抗を触知する腹証で，解剖学上の白線，左右の腹筋が正中で合する組織を，触知するものである。

腹壁の菲薄な虚証に現われ，小建中湯，人參湯，真武湯等の証である。

大塚敬節先生の提唱した腹証で，古医書の傷寒論系腹診書には記載がないが，折衷派系腹診書の「浅井南溟先生腹診伝」や曲直瀬道三の「百腹図説」に此の腹証と推察できる図示の記載がある。

10. 腹証の組合せの例

腹証は，単独で出現することもあるが，多くの場合，2，3複数の腹証が，同時に現われることが多い。

临床上で，複数の腹証の組み合わせとして，現われることの多い例を，1，2挙げる。

1) 胸脇苦満と腹皮拘急（腹直筋緊張）の組合せ (図18)

胸脇苦満があつて，同時に腹直筋緊張が現われるのは，柴胡桂枝湯の腹証で，急性症には少なく，慢性症で多くみられる。此の腹証は「腹証奇覧」には

胸脇苦満と腹皮拘急

胸脇苦満と腹皮拘急。

◎腹力中等度——柴胡桂枝湯の腹証。

◎腹力やや強——四逆散の腹証。

図18

ないが、大塚敬節先生が初めて「漢方診療医典」に記載されたものである。

その後、近似した腹証が、四逆散と抑肝散にも現われることを口述されている。

ただし、此の二処方の腹証は、柴胡桂枝湯の腹証と、やや異なる傾向がある。

四逆散と抑肝散証は、柴胡桂枝湯の腹証に対比すると、胸脇苦満が強くなり現われ、且、腹直筋上部がより顕著に緊張しているという違いがある。

また、四逆散と抑肝散証の腹証は、よく似ていて、その相異は筆述し難い。外症と、対応する病症の違いに従って使い分けなければならない。

2) 胸脇苦満に、心下部振水音、腹部動悸、小腹硬満（瘀血の腹証）が併せて現われる腹証（図19）

此の腹証は、加味逍遥散のもので、著者の長年の臨床による知見である。

本方証の患者は、虚証なので、何れの腹証も、余り顕著でないで、慎重に触診しなければならない。尚これらの腹証が、総べて揃うことは稀で、大抵は、2～3の腹証の併存である。ただ、胸脇苦満は、本方が柴胡の配合剤であることから、略、必発の腹証である。

心下部振水音は、脾虚、水飲の証の現われであり、腹部動悸は、臍上悸、臍傍悸で、本方証が、精神不

胸脇苦満と小腹硬満、振水音、腹部動悸

軽度の胸脇苦満と小腹硬満（瘀血の腹証）および振水音。時に臍傍悸。（振水音はないものもある）
腹力弱——加味逍遥散の腹証。

図19

安、神経過敏を伴うことの証左である。

瘀血の腹証を伴うことがあるのは、本方が当帰、牡丹皮を配合され、微弱な瘀血に対応しているからと考えられる。

結語

本稿は、第60回日本東洋医学会学術総会に於ける、教育講演で口演した原稿の全文である。

「腹証の伝承」とサブタイトルしたのは、いずれも、師から継承したものであり、師はまたその師から受けたものだからである。後に遺したいと願っている。

文献

- 1) 大塚敬節：腹診考(1)(2)(3)，日本東洋医学会誌，11巻1，2，3号
- 2) 後藤艮山：艮山腹診図説
- 3) 吉益東洞：東洞先生腹診候
- 4) 吉益東洞：東洞先生腹診口伝
- 5) 六角重任：古方便覧，1782
- 6) 稲葉文礼：腹証奇覧，1800
- 7) 和久田叔虎：腹証奇覧翼，1809～1853
- 8) 和田啓十郎：医界の鉄椎，1910
- 9) 大塚敬節，他：漢方診療の実際，1941
- 10) 大塚敬節，他：漢方診療医典，1969