《伤寒论》腹诊及其应用

马翻过 方文岩

(天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193)

摘要 腹诊始见于《内经》,仲景的《伤寒杂病论》将其发挥发展并运用到临床,开创了腹诊辨证施治的先河。《伤寒论》提出腹诊分区为全腹、心下、胸胁、脐、少腹等几个部位,明确各个诊区常见腹候,如腹满、腹胀、心下痞、心下硬痛、少腹硬满、胸胁苦满等。每一腹候,辨其病因、病性、病位之阴阳,确定其相应的治则,合以方药,方证结合,为后世腹诊的发展奠定了基础。

关键词 《伤寒论》;腹诊;辨证;汉朝

中图分类号 R241.26 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)09-0076-03

《伤寒论》是我国第一部理法方药完备、理论联系实际的临床著作。仲景创立了六经辨证的理论体系,为中医临床提供了辨证论治的基本法则。在望、闻、问、切四诊中,他亦重视腹诊,开创了腹诊辨证施治的先河,现探讨如下。

1 腹诊的概念和源流

腹诊是指医者应用按、摸、扪等各种手法,对胸腹部进行全面诊察,从而对临证出现的各种征象进行判断,以指导临床施治。腹诊的临证意义主要体现在诊断疾病、分析病因、病性、病位及推测预后、转归等方面。

中医腹诊源远流长,腹诊的记载最早见于《内经》,书中涉及腹诊的有19篇,如《素问·至真要大论》云:“诸胀腹大,皆属于热”,《灵枢·水胀》云:“肤胀者,寒气客于皮肤之间……腹色不变,此其候也”。《难经》对腹诊的发挥主要体现在腹部的五脏分区:心主脐上、心下;肝主左肋下(或脐左);脾主胃脘(或当脐);肺主右肋下;肾主少腹。并将腹诊运用在奔豚气、痞气等特异性疾病的诊断。仲景的《伤寒杂病论》将腹诊与理、法、方、药结合在一起以指导治疗和判断预后,为后世腹诊的发展奠定了基础。巢元方《诸病源候论》将腹诊广泛应用于各种疾病中,并补充了腹诊的诊察手法和内容。明清时期腹诊得到了较多的补充和完善,如戴天章的《广瘟疫论》详述了多种温热病症候的腹诊以及鉴别诊断,俞根初《通俗伤寒论》专述腹部腹诊分区和内部脏腑的联系、腹诊手法,为后世做出了巨大

贡献。

2 《伤寒论》中腹诊分区

中医腹诊是在中医脏腑经络学说和解剖学基础上发展起来的诊断方法,它的诊疗方法和目的不同于现代医学所施用的腹诊,它不能直接触知腹部内脏、组织的病理变化,而是通过医者以往的诊疗经验,凭借医者的手,施以一定压力按压一定部位去触其腹壁的紧张度,以探知气、血、水、食在人体分布的情况,从而知其病变之部位,确定寒热虚实等。仲景在《伤寒论》中把胸腹部大致分为胸胁、心下、腹、脐、少腹等区域,并将症状和体征按严重程度分级,列出胸胁苦满、肋下硬痛等比较客观的描述。胸部为心肺之所居,心肺的病变在外主要表现为胸部;肋为胸下两侧部位,肝经贯膈循胸胁,故多对应肝胆病变等。

3 腹诊在《伤寒论》中的应用

《伤寒论》398条原文中涉及腹诊内容的多达114条,如胸满、胸中滞、胸胁苦满、心下悸、少腹硬满、少腹急结等,其论述过程有证、有方,除了对《内经》《难经》腹诊内容进行发挥外,更是将其与辨证论治相结合,成为中医辨证不可分割的组成部分。《伤寒论》中提出的腹诊,大致可分为全腹、心下、胸胁、脐、少腹等几个部位。

3.1 腹部 腹部为“五脏六腑之宫城,阴阳气血之发源”,同时腹部又为经络起止或循环的部位,分布着许多与气血阴阳密切相关的腧穴,故腹腔为先后天之所居。腹部症状主要包括腹满、腹胀以及腹痛

等,其中又以腹满为多,《伤寒论》中涉及腹满的条文共计22条。

(1) 腹满。腹满即腹部胀满膨隆之意,其病机大致可分为寒热虚实。虚寒腹满,主要指太阴病之腹满,多由脾胃阳虚,寒湿内盛,升降无常所致。腹诊时当胀满而不实,腹壁柔软,喜温喜按。治宜“当与温药”,如《伤寒论》太阴病本病(277条)四逆辈证之腹满当以四逆汤、理中汤等温中散寒,健脾燥湿;279条:“本太阳病,医反下之,因而腹满时痛者,属太阴也,桂枝加芍药汤主之”,因误下导致腹满时痛,故重用芍药以通阳益脾,活络止痛。实证腹满腹诊时腹部胀满而内部充实,腹肌紧张,甚则疼痛拒按,治疗多以攻邪为主。以大承气汤之腹满为代表,如241条:“大下后,六七日不大便,烦不解,腹满痛者,此有燥屎也。所以然者,本有宿食故也,宜大承气汤”,此为阳明腑实重症或下后邪热未清,燥屎复结者,故用大承气汤邪热通腑,下其燥屎。

(2) 腹胀。《伤寒论》中腹胀的病因为多由虚致实,如原文第66条:“发汗后,腹胀满”,即为太阳病发汗过多,损伤脾阳,以致运化失职,湿浊内生,阻碍气机,气滞腹胀,用厚朴生姜半夏甘草人参汤温运健脾,消滞除满;249条“伤寒吐后,腹胀满者,与调胃承气汤”,因伤寒吐后伤津,中下焦之邪化燥成实,燥实内结,故以腹胀满为主要表现,但痞满不甚,病情较轻,故用调胃承气汤泄热和胃;322条曰:“少阴病,六七日,腹胀不大便者,急下之,宜大承气汤”,此为少阴阴虚,邪从燥化,至胃肠干燥,灼伤真阴,需急下以救将竭之阴;372条“下利腹胀满……温里宜四逆汤,攻表宜桂枝汤”为中阳不足,温运无力,气机阻滞导致。

(3) 腹痛。根据《伤寒论》六经辨证,三阳病腹痛多为实热证,其痛多为疼痛剧烈,痛时拒按,代表方有泻热逐水止痛之大陷胸汤,活血祛瘀止痛之桃核承气汤等;三阴病腹痛多为虚寒证,其痛为隐隐作痛,喜温喜按,如芍药甘草汤养阴缓急止痛、四逆汤温中散寒止痛等等。

3.2 心下 《伤寒论》中“心下”一词经常出现,表示部位,但不只是表示部位,部分医家认为心下包含三层含义,即胃脘部、心脏和泛指人体内部,其部位、病机不同,治法亦不同。心下见证颇丰,包括痞、满、硬、痛、悸等多种症候。

(1) 心下痞。痞为心下堵闷不舒,然以手按之却软若无物之意,仲景有云:“但满而不痛者,此为痞”,心下位于中焦,是人体气机升降的枢纽,若脾胃之

气受伤,在表之邪入里影响脾胃的升降功能,气机壅滞,遂成痞证。如《伤寒论》156条:“本以下之,故心下痞,与泻心汤……五苓散主之”,即因误下导致中焦气化失司,升降失常而成心下痞;又如157条生姜泻心汤之痞证,系因汗不得法,邪气内陷,损伤脾胃之气,邪气阻于中焦,气机升降失常所致。

(2) 心下硬痛。硬痛是腹肌紧张,疼痛拒按,较痞满相比,程度一般比较重,常为水饮、痰瘀等有形之邪与无形之邪热互结所致。如《伤寒论》134、135条热实结胸证,表现为“脉沉而紧,心下痛,按之石硬”,石硬反映了有形之水和邪热相结之深,病情较危急,故用大陷胸汤泻热逐水;而138条小陷胸汤证为痰热互结于心下,相较于大陷胸汤证来说,病情轻浅,病变范围局限,故用药亦柔缓。

(3) 心下悸。心下悸指心部自觉悸动或胃脘部有跳动感,病机主要为心阳不足,心失所养,原文64条曰:“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸欲得按者,桂枝甘草汤主之。”即为过汗导致心阳随汗外泄,伤及心阳,心无所主而悸动不安,用桂甘温通心阳,敛其心神。

3.3 胸胁部 《医宗金鉴》曰:“胸者,缺盆下,腹之上,有骨之处也”,“其两侧自胸以下,至肋骨之尽处,统名曰肋”,说明胸肋对应于胸廓肋骨所包之处,内含心肺肝胆,又为三焦分部,病变脏腑主要为肝胆,病机为邪犯少阳,少阳气机不畅,或肝胆郁结,疏泄失司,治宜调畅气机。

胸肋苦满指胸肋、季肋部痞塞满闷,腹诊时可觉其肋下部有胀满抵抗之感。《伤寒论》96条:“伤寒五六日,往来寒热,胸肋苦满,默默不欲饮食……小柴胡汤主之”,主因邪客少阳,胆火内郁,枢机不利而致胸肋苦满,治宜和解少阳,调达枢机,用小柴胡汤解少阳半表半里之伏邪。

3.4 脐 脐部腹诊主要观察脐周动气以诊断五脏病,所谓动气即动脉搏动,主要分为脐下悸和脐上悸。脐上悸多由心肾阳虚,水饮凌心或阳气不足,气机逆乱所致,治宜温阳化饮,镇逆降冲;脐下悸多为下焦水饮之邪乘虚而动的征象,治以温阳利水法。

3.5 少腹 《伤寒论》主要言其小腹,膀胱、胞宫等居其内,少腹部的腹诊主要提示下焦病变,病机以水饮瘀血为多。常见症候包括少腹急结、少腹硬满等症。

(1) 少腹急结。少腹急结指小腹疼痛,胀满,拘急不舒,甚则硬痛拒按,主要由于瘀热互结于下焦,气血凝滞不通所致。《伤寒论》106条曰:“太阳病不

吴门医派叶桂辨治痞满探析

余婉丽¹ 刘同亭²

(1.山东中医药大学,山东济南250014; 2.解放军第960医院,山东济南250031)

摘要 清代医家叶桂是吴门温病医派的代表,不仅对温病学说贡献突出,在内科疾病的诊治方面也独具特色。叶桂治疗痞满临证经验颇丰,《临证指南医案》等多部医案均有记载。从病因、病机、治疗上总结其诊治经验,病因分外感内伤,病机以气机阻滞为本,与肺、肝、脾的气机失调相关。治疗融入温病理论,祛除温邪,调和营卫;借鉴仲景思想,善用经方,随证化裁;运用六经辨证,补泻兼施,温清得宜。其独到的辨证思想和用药方法为后世开启了一条新的思路。

关键词 叶桂;痞满;经验;病因病机;从温病论治;中医药疗法;清朝

中图分类号 R256.32 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)09-0078-03

痞满,指心下痞塞、胸膈满闷、触之无形不痛的病证,常见于慢性胃炎、胃神经官能症、消化不良及肝病等^[1]。最早记载于《内经》,其云:“浊气在上则生膈胀。”隋·巢元方《诸病源候论·诸痞候》提出“八痞”“诸痞”之名,元·朱丹溪《丹溪心法·痞》曰:“痞者与否同,不通泰也。”在痞满的诊治方面,叶桂不仅沿袭前贤思想,也加入了温病辨治纲领,为后人提供了宝贵的经验,总结如下:

1 病因分外感内伤

叶氏认为痞满外感因素是外感六淫,外感六淫致病以暑、湿、火热、寒邪为主,且常相兼为病。内伤因素包括饮食不节、情志失调、木克脾土。饮食不节如“酒肉浊物助阴”“偶食闭气物”“味过辛酸”可致痞;情志失调,如怒、惊等情志太过影响脏腑气机,

而成痞满;木克脾土,分为木旺乘土,即肝气过盛时脾土受到克伐,以及土虚木乘,即脾土虚弱时肝气相乘。

1.1 外感因素 (1)暑邪:《临证指南医案·痞》谈氏案,症见“胸痞不饥,热不止,舌白而渴”,为暑邪未尽,阻于气分引起的痞满。《临证指南医案·暑》程三六案“暑风必挟湿,湿必伤于气分,断症疮发,即湿邪内发之征。湿伏热蕴,致气壅塞咽底脘中”,为暑风夹湿伤表引起的痞满。(2)热邪:《临证指南医案·痞》刘案,症见“胃汁消烁,舌干便难”,为热邪里结引起。(3)湿邪:《临证指南医案·痞》邱案,症见“脉濡而缓,不饥不食”,为湿阻气分引起。(4)寒邪:《叶天士晚年方案真本·杂症》李寿星桥案,症见“痞满妨食,脉沉色黄”,为寒湿伤阳引起。

解,热结膀胱……外解已,但少腹急结者,乃可攻之,宜桃核承气汤”,此为蓄血症轻症,仲景明确的指出蓄血症是热邪和瘀血郁结膀胱而成,病虽在膀胱,却牵引致整个少腹,用桃仁承气汤泻下瘀热。

(2)少腹硬满。“硬”是客观体征,医者触按时有坚硬抵触的感觉,“满”为自觉症状,患者自觉胀满不舒,为瘀血与邪热结于下焦所致,是蓄血症重症。如《伤寒论》124、125、126条均为瘀热互结于下焦血分,仲景明确指出:“以热在下焦”,“以太阳随经,瘀热在里故也”,治疗宜破瘀邪热,方用抵当汤。

纵观《伤寒论》全文,腹诊是《伤寒论》中诊断疾病的重要手段,通过胸腹部的外在体征以及自

觉症状以诊察人体的气血阴阳亏盈。通过腹诊可以审察气滞、血瘀、痰饮、寒凝、宿食、燥屎等病因病机,其以六经辨证为纲领,结合六经生理、病理与腹诊的联系,从而了解病变的部位、疾病的发生发展及鉴别病变性质,指导确立治法和处方用药,对后世腹诊的发展亦有重要意义。

第一作者:马翻过(1993—),女,硕士研究生,中医内科学专业。

通讯作者:方文岩,本科学历,主任医师,硕士研究生导师。fangwydr@163.com

收稿日期:2019-05-08

编辑:吕慰秋