

# 《伤寒论》四诊方法撷微

● 李赛美\*

**摘要** 本文以《伤寒论》原文为载本,对仲景望闻问切四诊方法与运用案例进行了较系统、全面的归纳整理,展现了《伤寒论》作为中医诊断学运用经典的风采。

**关键词** 《伤寒论》 四诊方法 文献整理

初涉中医者,对四诊方法的了解大多源于《中医诊断学》,而中诊之源头又在经典。《内经》奠定了诊断学基础,《伤寒论》与临床紧密结合,是四诊在临床运用的具体体现。作为首部理法方药一脉贯通的经典之作,其四诊方法与运用有其独到见解,对当今临床仍具有重要指导价值。现结合《伤寒论》相关原文,对其具体内容与运用方法,概述如次。

## 1 望诊

**1.1 望神** 少阴六死症、厥阴六死症,以及白虎汤证之重证、承气汤证、脏厥证、蛔厥证等,均论及“躁烦”或“烦躁”。“烦”轻、“躁”重,“烦”是自觉症状,“躁”是他觉症状。躁扰不宁,躁动不安,往往是病情危重之标志,或心肾虚衰,或邪盛上扰,致心不藏神,神不守舍。有阳虚阴盛之干姜附子汤证之“昼日烦躁不得眠,夜而安静”、茯苓四逆汤证之烦躁不分昼夜;有

热盛邪扰之栀子豉汤证之“虚烦不得眠,反复颠倒、心中懊恼”、白虎汤证之“谵语遗尿”,桂甘龙牡汤证之“因烧针烦躁者”;有桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤证之“惊狂”,柴胡龙牡汤证之“烦惊、谵语”;有桃核承气汤证之“其人如狂”,抵当汤证之“其人发狂”。而“但欲寐”,作为少阴病提纲证表现之一,则反映了心肾阳虚,心神为阴寒困阻的病机特征。

**1.2 望色** 面色赤,往往是阳明经热表现,如206条提出“阳明病,面合色赤者,不可攻下”。23条“面色反有热色者,未欲解也,以其不得小汗出,其身必痒”,48条“设面色缘缘正赤者,阳气怫郁在表,当解之熏之”,均提出表郁内热之轻证辨证要点。219条白虎汤证重证有“口不仁面垢”,为阳明之热循经上熏所致。而当病情危重,阴盛格阳或戴阳时,也会“其人面色赤”,然与阳明之真热有浮游与凝重之别。

**1.3 望形** 对于有毒的方药,仲景因人体重、体形有异,如热实结胸证,服三物白散方,提出“强人半钱匕、羸人减之”;悬饮证,服十枣汤“强人服一钱匕、羸人服半钱”。对于热病后期,余热未尽,气阴不足之竹叶石膏汤证,仲景描述为“虚羸少气”者。

**1.4 望态** 对于肾阳亏虚,水泛经脉者,82条描述为“身瞤动,振振欲擗地者”,第67条“发汗则动经,身为振振摇者”;对于心阳亏虚,心失所养者,第64条描述“其人叉手自冒心,心下悸,欲得按者”,第75条有“未持脉时,其人手叉自冒心”。第295条“少阴病,恶寒身倦而利,手足逆冷者,不治”为少阴病寒化证之危候。

**1.5 望舌** 《伤寒论》中舌诊不多,仅四处:第230条“阳明病,脉下硬满,不大便而呕,舌上白苔者,可与小柴胡汤”,指出阳明兼少阳,然阳明腑实未成,燥热尚轻者;第221条“……若下之,则胃中空虚,客气动膈,心中懊恼,舌上胎者,栀子豉汤主之”,暗指舌胎黄,作为热证鉴别要点。第129条“……如结胸状,饮食如故,时时下利,寸脉

\* 作者简介 李赛美,女,医学博士,教授,博士生导师。国家中医药管理局第一批优秀中医临床人才。研究方向:中医临床基础(伤寒论)教学与临床。

• 作者单位 广州中医药大学第一附属医院(510405)

浮,关脉小细沉紧,名曰藏结。舌上白胎滑者,难治。”第 130 条“藏结无阳证,不往来寒热,其人反静,舌上胎滑者,不可攻也。”指出藏结证脏气虚衰,阴寒凝聚之特点。

1.6 望排泄物 辨呕吐物,清稀者为寒,黄稠者为热。第 378 条“干呕吐涎沫,头痛者,吴茱萸汤主之”另:如朝食暮吐、暮食朝吐为胃阳虚;下利清谷为脾肾阳虚,火不暖土;而葛根芩连汤证之喘、麻杏甘石汤证之喘为热,其痰嗽必黄稠,黄连汤证之“腹中痛,欲呕吐”,其呕吐为上热所致,必臭秽酸腐。

第 338 条“蛔厥者,其人当吐蛔”。吐蛔,是蛔厥证重要依据。

1.7 望局部体征 第 117 条“烧针令其汗,针处被寒,核起而赤者,必发奔豚”,第 29 条“……微恶寒,脚挛急,反与桂枝汤欲攻其表,此误也。……若厥愈足温者,更作芍药甘草汤与之,其脚即伸……”或强调内外合因,内外同治;或突出主要矛盾,找到治疗切入点。阳明三急下证有“目中不了了,睛不和……”为燥热亢极,阴津欲竭之危候,故与承气汤急下存阴。

## 2 闻诊

2.1 闻声音 第 75 条“未持脉时,病人手叉自冒心,师因教试令咳,而不咳者,此必两耳聋无闻也。所以然者,以重发汗,虚故如此。”第 312 条“少阴病,咽中伤,生疮,不能语言,声不出者,苦酒汤主之”

2.2 闻呼吸 第 299 条“少阴病,六七日,息高者死。”第 362 条“若脉不还,反微喘者,死。”

2.3 闻言语 第 210 条“夫实则谵语,虚则郑声,郑声者,重语也,”“言而微,终日乃复其言,此夺气也。”

2.4 闻呕哕 桂枝汤证有“鼻鸣

干呕”,五苓散证渴欲饮水,水入即吐之“水逆”;半夏泻心汤之“呕利痞”,少阳病之“心烦喜呕”,阳明病之“食谷欲呕”,太阴病之“腹满而吐”,少阴病之“欲吐不吐,心烦,但欲寐”,厥阴病之“食则吐蛔”,干姜黄芩黄连人参汤证之“食入口即吐”;第 232 条“若不尿,腹满加哕者,不治。”第 194 条“阳明病,不能食,攻其热必哕,所以然者,胃中虚冷故也。”第 226 条“若胃中虚冷,不能食者,饮水则哕。”第 381 条“伤寒哕而腹满,视其前后,知何部不利,利之即愈”。呕哕不止乎胃,也不离乎胃。

2.5 闻咳嗽 麻黄汤证为“无汗而喘”,麻杏甘石汤证为“汗出而喘”,桂枝加厚朴杏子汤为“喘家作桂枝汤”,承气汤证是“腹满而喘”,葛根芩连汤证是“下利兼喘”,小青龙汤证是“干呕发热而咳”,还有小柴胡汤证之“或喘”,猪苓汤证之“咳而呕渴”,真武汤证之“或咳”,四逆散证之“或咳”等。咳嗽不止乎肺,也不离乎肺。

## 3 问诊

3.1 问寒热 三阳病皆有发热,太阳病之发热恶寒同时并见,少阳病之往来寒热,阳明病之但热不寒。三阴病以恶寒为主,一般不发热,但若兼表,或脏病还腑,阴证转阳,或真寒假热亦可见发热。故第 7 条“病有发热恶寒者,发于阳也,无热恶寒者,发于阴也”。更细者,桂枝汤证为“翕翕发热”,调胃承气汤证为“蒸蒸发热”,大承气汤证为“日晡所发潮热”;太阳病提纲证“脉浮,头项强痛而恶寒”,阳明病“不恶寒,反恶热”,白虎加参汤证之“背微恶寒,时时恶风”,附子汤证“身体痛,手足寒,骨节痛,脉沉者”,通脉四逆汤证“身反不恶寒,

其人面色赤。”寒热之症贯穿表里,贯穿六经病,是正邪交争的重要形式。

3.2 问汗 太阳病中,桂枝汤证与麻黄汤证鉴别要点是有汗与无汗。桂枝汤既可治疗营卫不和自汗症,又可治疗太阳中风表虚之“发热、汗出,恶风,脉缓者”。阳明病之“汗出濈濈然”,小柴胡汤证有战汗,麻黄汤证有红汗;少阴病第 283 条“病人脉阴阳俱紧,反汗出者,亡阳也,此属少阴,法当咽痛而复吐利”。《伤寒论》中有“汗家”,有汗法。汗出即是祛邪的道路,也代表了里热炽盛而津未亡。若热盛无汗,或为阴虚,如 196 条“阳明病,法多汗,反无汗,其身如虫行皮中状,此以久虚故也”,或为湿热内蕴,将作黄疸。如第 236 条“阳明病,发热汗出者,此为热越,不能发黄也。但头汗出,身无汗,齐颈而还,小便不利,渴引水浆者,此为瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之。”

3.3 问头身 头痛根据部位不同,病位有别:太阳头痛在后项,少阳头痛在头侧,阳明头痛在前额,厥阴头痛在巅顶。身痛状况不同,病位病性有异:太阳病身痛无汗者为寒邪郁表,如麻黄汤证之“身疼腰痛,骨节疼痛”;桂枝新加汤证之“脉沉迟,身疼痛”,为气营不足、经脉失养;附子汤证之“身体痛,手足寒,骨节痛,脉沉者”,为肾阳虚衰,寒湿凝聚骨节所致;桂枝汤证之“身痛不休者”为营卫不和、经脉失养。还有“风湿相搏,身体烦痛,不能自转侧”之桂枝附子汤证、去桂加白术汤证,“风湿相搏,骨节疼痛,掣痛不可屈伸,近之则痛剧”之甘草附子汤证。

3.4 问二便 “便硬”有血分、气分之异:阳明蓄血证,除“其人喜忘

者,必有蓄血”外,第237条指出其大便性状“屎虽硬,大便反易,其色必黑者,宜抵当汤下之”,其色黑粘如漆,与阳明腑实“燥屎”之黑晦如煤必有不同。

便脓血,有寒热虚实之别。第258条“若脉数不解,而下不止,必协热便脓血也”,第371条“热利下重者,白头翁汤主之”,为阳明或厥阴热盛,迫血妄行,血热相蒸,腐败为脓所致,实热痢必色鲜红而秽臭;虚寒痢色必暗赤不泽,味腥不臭,白多红少,甚至下白冻,如第306条“少阴病,下利便脓血者,桃花汤主之。”

小便色“白”或“清”是鉴别里证、寒证依据。第56条“伤寒不大便六七日,头痛有热者,与承气汤。其小便色清者,知不在里,仍在表也,当须发汗。”第282条“……若小便色白者,少阴病形悉具,小便白者,以下焦虚有寒,不能制水,故令色白也。”

小便色黄则是热证或发黄证重要标志。如第236条“尿如皂夹汁状,色正赤,一宿腹减,黄从小便去也”。第206条“阳明病……色黄者,小便不利也。”

**3.5 问饮食** 饮食反映脾胃受纳与运化功能,是胃气存亡重要标志。厥阴病之“饥而不欲食”,为胃热脾寒;少阳病“默默不欲饮食”为肝木乘土;瓜蒂散证“邪结在胸中,心下满而烦,饥不能食”。病症由不能食,到稍能食、能食转变,为胃气恢复,病情向愈。如霍乱病之“下利后当便硬,硬则能食者愈,今反不能食,到后经中,颇能食,复过一经能食,过之一日当愈,不愈者,不属阳明也”;热厥轻证之“伤寒热少微厥,指头寒,嘿嘿不欲食,烦躁,数日小便利,色白者,此热除也,欲得食,其病为愈”。而厥阴病

之“除中”,虽能食,也为胃气衰败,预后不良。“伤寒脉迟六七日,而反与黄芩汤彻其热。脉迟为寒,今与黄芩汤,复除其热,腹中应冷,当不能食,今反能食,此名除中,必死。”

**3.6 问胸腹** 《伤寒论》太阳病变证中结胸、痞证、上热下寒证,阳明实证,少阳病,太阴病等,均涉及胸腹症状。一般言,结胸无虚证,其病因为热邪或寒邪,与体内之水饮或痰饮相搏结,病症为“从胸下至少腹,硬满痛不可近”、“脉沉而紧,心下痛,按之石硬者”。痞证多虚实夹杂证,其心下“按之濡,但气痞耳”,或“按之痞硬”。少阳病之“胁下痞硬”、“胁下硬满”、“胸胁苦满”、“心下急”。太阴病提纲证之“腹满而吐……时腹自痛”,或太阴腹痛证之“因而腹满时痛……大实痛”。阳明实证则为“腹大满不通”或“绕脐痛”。还有,气血不足,经脉失养之“腹中急痛”之小建中汤证;气虚气滞腹胀之厚朴生姜半夏甘草人参汤证。

**3.7 问聋** 肾开窍于耳,心寄窍于耳,少阳经脉外绕耳廓。耳聋常为肾气亏虚表现,但与少阴、少阳密切相关。实证如第264条“少阳中风,两耳无所闻”,为胆火上炎,清窍被扰;虚证如第75条有“未持脉时,其人手叉自冒心,师因教试令咳,而不咳者,此必两耳聋无闻也。所以然者,以重发汗,虚故如此”,发汗太过,损伤心阴心阳,耳窍失养。

**3.8 问渴** 《伤寒论》中有阴伤之渴,如阳明病热证,尤其白虎加参汤证“大烦渴不解”、“欲饮水数升者”;厥阴病上热之“消渴”;有水饮内停,膀胱气化失司五苓散证之“消渴”、“烦渴”、“渴欲饮水,水入则吐者”;有寒饮内停,津液不布小

青龙汤证之“或渴”、“或不渴”、“服汤已渴者”;有肾阳虚,津液不化,或因下利太甚而致阴伤之“五六日自利而渴者,属少阴也,虚故引水自救”;还有湿热发黄茵陈蒿汤证之“渴饮不浆者”;肝热内迫阳明之白头翁汤证之“热利下重者”“下利欲饮水者”;小柴胡汤证枢机不利,化热伤津之“或渴。”

**3.9 问经期** 《伤寒论》少阳病热入血室证,共3条论及妇人经水:第143条“妇人中风,发热恶寒,经水适来,得之七八日,热除而脉迟身凉……此为热入血室也,……当刺期门,随其实而取之”;第144条“妇人中风,七八日续得寒热,发作有时,经水适断者,此为热入血室,其血必结,……小柴胡汤主之”;第145条“妇人伤寒,发热,经水适来,昼日明了,暮则谵语,如见鬼状,此为热入血室,无犯胃气,及上二焦,必自愈。”妇人经期感邪,寒热如疟,胸胁下满,并出现精神症状者,称之为“热入血室”。其治疗或邪随经下,或刺期门,或小柴胡汤和解枢机。

**3.10 问宿疾** 宿疾,或称痼疾、慢性病,或特殊体质者。《伤寒论》太阳病桂枝汤证兼证有“喘家”作桂枝汤,用桂枝加厚朴杏子汤,指素有喘疾者兼太阳病处理方法。第17条“若酒客病,不可与桂枝汤,得之则呕,以酒客不喜甘故也”,指出内蕴湿热者禁用桂枝汤。第10条“风家,表解而不了了者,十二日愈”,指常受风患病者,得太阳病尚需一定时间调养。第81条“凡用栀子汤,病人旧微溏者,不可与服之”,指出素有脾寒便溏,当慎用栀子豉汤。另:在峻汗禁例中有“淋家”、“疮家”、“亡血家”、“汗家”、“衄家”等,提示某种体质,或原有慢性病,病久气血阴阳俱虚,

故不能发虚人之汗,因而作为禁例。

**3.11 问喜恶** 患者之喜恶,往往是内在环境真实反映,可作为病证鉴别重要依据。如第11条“病人身大热,反欲得衣者,热在皮肤,寒在骨髓也;身大寒,反不欲近衣者,寒在皮肤,热在骨髓也”。外有所缺,内有所需,第282条“……五六日自利尿而渴者,属少阴也,虚故引水自救”,第71条“太阳病,发汗后,大汗出,胃中干,烦躁不得眠,欲得引水者,少少与饮之,令胃气和则愈”。阳明病里热炽盛,故其证候特点为“身热,汗自出,不恶寒,反恶热”。吴茱萸汤证为胃中虚寒,浊阴上逆,若为热证则不得受纳,故第243条言“……得汤反剧者,属上焦也。”

**3.12 问治疗过程** 尽管不同治疗方法,由于体质原因,病症变化具有一定规律。但治疗经过仍是十分重要的辨证信息。《伤寒论》中记录了大量因失治、误治而成“坏病”的案例,从另一侧面反映了仲景对治疗经过的重视。一般言,汗吐下等祛邪之法,多损正;素体阴虚者多转为热化证,多从少阳、阳明或少阴热化;素体阳虚者,则多转化为寒化证,多从三阴,尤其少阴寒化证。如第131条“病发于阳,而反下之,热入因作结胸,病发于阴,而反下之,因作痞也。”同时,因脏腑虚损不同,而病位有异。如第61条之肾阳虚烦躁证,“下之后,复发汗,昼日烦躁不得眠,夜而安静……脉沉微,身无大热者,干姜附子汤主之”,第118条心阳虚烦躁证,“火逆下之,因烧针烦躁者,桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之”,第67条脾虚水停证,“伤寒若吐、若下后,心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧,……茯苓桂枝白术甘

草汤主之。”等。

**3.13 问药后反应** 药后反应往往可作为前车之鉴,并提供治疗方向。如第159条“伤寒服汤药,下利不止,心下痞硬。服泻心汤已,复以他药下之,利不止,医以理中与之,利益甚。理中者,理中焦,此利在下焦,赤石脂禹余粮汤主之。复不止,当利其小便。”运用小承气汤,依据药后反应,如“……腹中转气者,更服一升,若不转气者,勿更与之,”对于大承气汤证判断,先与小承气汤试探,如第209条“若不大便六七日,恐有燥屎,欲知之法,少与小承气汤,汤入腹中,转矢气者,此有燥屎也,乃可攻之,若不转矢气,此但初头硬,后必溏,不可攻之,攻之必胀满不能食也”。运用大柴胡汤,先与小柴胡汤试探,由于小柴胡汤能通达上下,治疗“阳微结”,但攻下力较弱,相对较安全,若不解决问题,再与大柴胡汤攻下。如第103条“太阳病,过经十余日,反二三下之,后四五日,柴胡证仍在者,先与小柴胡。呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤,下之则愈”,第24条“太阳病,初服桂枝汤,反烦不解者,先刺风池、风府,却与桂枝汤则愈。”

药后反应能对疾病预后做出判断,如第41条小青龙汤证为外寒内饮,病人不渴,或渴,“服汤已渴者,此寒去欲解也”。第46条麻黄汤证,“……服汤已微除,其人发烦目瞑,剧者必衄,衄乃解。所以然者,阳气重故也。”

## 4 切诊

**4.1 切脉** 《伤寒论》脉诊内容十分丰富,贯穿六经病证全程。并设有“辨脉篇”“平脉篇”专篇论述脉象之阴阳。

脉诊三部:如第166条“寸脉微浮,胸中痞硬,气上冲咽喉,不得息者,此为胸有寒也。当吐之,宜瓜蒂散”。第247条麻子仁丸证“趺阳脉浮而涩,浮则胃气强,涩则小便数,浮涩相搏,其脾为约。”第357条麻黄升黄汤证“寸脉沉而迟,手足厥逆,下部脉不至。”

尽管三部脉在《伤寒论》条文中未显全面记载,但《自序》中,仲景批评当时医者敷衍作风有表达:“……观今之医者,不念思求经旨,以演其所知,各承家技,始终顺旧,省病问疾,务在口给,相对斯须,便处汤药,按寸不及尺,握手不及足,人迎、趺阳,三部不参,动数发息,不满五十……”

有一病多脉:如太阳病“脉浮”,而桂枝汤证为“脉浮缓”,麻黄汤证为“脉浮紧”,太阳温病为“脉浮数”。有一证多脉:如桂枝汤证有“浮缓”、“浮弱”、“浮数”、“洪大”之别,麻黄汤证有“浮紧”、“浮”、“浮数”,反映了由于体质与状况不同,脉象的复杂性与多样性。

同时,以脉代证、以脉代病机的表达比比皆是。如第12条桂枝汤证之“阳浮而阴弱”,既指真实的脉象浮弱脉,又指代病机,为卫阳浮盛,营阴不足。第154条热痞证“心下痞,按之濡,其脉关上浮者,大黄黄连泻心汤主之”,说明热痞证中焦热郁之病机。麻黄汤灵活运用之第51条、52条“脉浮者,病在表,可发汗,宜麻黄汤”,“脉浮而数者,可发汗,宜麻黄汤”,即以“浮脉”代表一组麻黄汤证候。

以脉提示治法,也是《伤寒论》特色之一。如第323条“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤”,第394条“伤寒差以后,更发热,小柴胡汤主之。脉浮者,以汗解之;脉

沉实者,以下解之。”以脉象反映病势传变,如第4条“……脉若静……为不传,……脉数急者,为传也。”以脉象提示禁例,如第285条“少阴病,脉细沉微,病为在里,不可发汗”,第27条“脉微弱者,此无阳也,不可发汗”,第38条指出大青龙汤对于“若脉微弱,汗出恶风者,不可服之”。以脉象判断预后,如第132条“结胸证,其脉浮大者,不可下,下之则死”,第315条少阴病白通加猪胆汁汤证,“服汤脉暴出者死,微续者生。”

**4.2 切肤** 切肤,主要通过触摸皮肤与肢体温度,把握病性之寒热虚实。

一般言,寒者多阳虚,或阳亡、或气郁:《伤寒论》中有“指头寒”、“手足厥寒”、“手足厥冷”、“手足逆冷”之描述。第338条论脏厥时指出“伤寒脉微而厥,至七八日肤冷,其人躁无暂安时者,此为脏厥,非蛔厥也”,是病情危重凶险之表现。第333条提出试探法,了解胃气衰亡与否:“……今与黄芩汤,复除其热,腹中应冷,当不能食,今反能食,此名除中,死。”另外,根据症状与病机不同,厥阴病篇论述了11种厥证:包括脏厥、蛔厥、寒厥、热厥、水厥、痰厥、血虚寒凝厥、气郁致厥、痰热厥、冷结下焦关元厥、亡血之厥,重在同病异治,突出鉴别诊断。

热者,反映里热炽盛,或为阳气回复,或兼表证:如第293条:“少阴病,八九日,一身手足尽热者,以热移膀胱,必便血也”,为脏病还腑,阴证转阳,病邪由里达表之征。第278条“伤寒脉浮而缓,手足自温者,系在太阴”,为太阴中风,正邪交争之表现。少阴病之预后,与阳气存亡息息相关,有阳则

生,无阳则死,故第288条言“……手足温者,可治。”

**4.3 切腹** 腹诊,指对腹部施加一定压力,通过其反应以获取对病变部位、病性虚实信息的诊查方法,在《伤寒论》中独具特色,日本对此有深入探讨和临床发挥,并作为伤寒方运用重要指征。在太阳病结胸证、蓄水证、蓄血证,阳明腑实证,少阴病及太阴病等篇章描述较多。

按性质分,有虚实之别。一般言,虚者,按之柔软无物,即空虚感。如痞证之心下痞,“按之自濡”,第347条“伤寒五六日,不结胸,腹濡,脉虚复厥者,不可下,此亡血,下之死”;实者,硬满拒按,有抵抗感。如“腹大满不通”、“硬满痛不可近”、“大实痛者”。

按部位分,有心下、胁下、大腹、少腹、小腹(膀胱)之异。

心下:如痞证,有大黄黄连泻心汤证之“心下痞,按之濡”;半夏泻心汤证之“但满不痛者,此为痞”;生姜泻心汤证“心下痞硬,干噎食臭”;甘草泻心汤证“心下痞硬而满,干呕心烦不得安”;痰气痞“心下痞硬,噎气不除者”;水痞证“痞不解,其人渴而口燥烦,小便不利者”。热痞为无形之热郁所致,故“但气痞”,若夹痰湿、食滞、水饮有形之实邪,则为“痞硬”。

胁下:如少阳病,有小柴胡汤证之“胸胁苦满”、“胁下硬满”、“胁下痞硬”,大柴胡汤证“心下急”,大柴胡汤证“胸胁满微结”,热入血室“胸胁下满,如结胸状”,少阳阳明合病之“胁下硬满”。

大腹:如阳明病、太阴病篇相关症状表现于腹。阳明者,胃与肠也;而脾又主大腹。实则阳明,虚则太阴。阳明病实证,包括三承气

汤证、麻子仁丸证、润下法相关方证多有腹胀腹痛,不大便。如“腹满痛者”、“腹满不减,减不足言”、“绕脐痛”、“短气腹满而喘”、“腹大满不通者”;太阴病脾阳不足、寒湿内阻之“腹满而吐……时腹自痛”,太阴气血失和,经脉不畅之腹痛证:“因而腹满时痛者……大实痛者。”

另,还有水与邪气互结之结胸证。小结胸为“正在心下,按之则痛”,大结胸证“从心下至少腹硬满而痛,不可近者”,“脉沉而紧,心下痛,按之石硬者。”

少腹(膀胱):第167条脏结证“病胁下素有痞,连在脐旁,痛引少腹,入阴筋者”,第392条阴阳易病“其人身体重,少气,少腹里急,或引阴中拘挛……”

邪结膀胱,有蓄血与蓄水之分。如桃核承气汤证“热结膀胱……少腹急结”;抵当汤证“……以热在下焦,少腹当硬满,小便自利者,下血乃愈”;五苓散证“小便少者,必苦里急也”;冷结膀胱关元厥“小腹满,按之痛”;热移膀胱证“一身手足尽热者,以热在膀胱,必便血也”,尽管原文未描述局部症状,但小腹痛隐含其中。

## 5 结语

望闻问切,乃中医四诊方法,古今一脉相承。尤其《伤寒论》全面、系统、细致、有效地运用了四诊方法,给现代留下了宝贵而真实的史料;并为《伤寒论》方证准确运用,提供了客观指征与依据,是中医辨证论治体系中重要组成部分。《伤寒论》不但是中医临床辨证论治的经典,也是中医诊断学运用的经典。