

试论《伤寒论》腹证“满”的特点及意义

★ 谢梅轩 (江西中医学院 南昌 330006)

关键词: 伤寒论; 腹证; 腹诊; 满

中图分类号: R 222.2 文献标识码: A

中医诊法丰富多彩, 腹诊是其中具有悠久历史的一种独特诊法。清·余根初推腹诊为“诊法第四要诀”, 认为“胸腹为五脏六腑之宫城, 阴阳气血之发源, 若欲知其脏腑何如, 则莫如按胸腹(即腹诊)”。

腹诊之术, 虽源远流长, 但国内继承缺失, 不如日本的发展, 且广为应用, 可谓是“墙内开花墙外结果”了, 吾辈甚感遗憾, 愿有更多的中医同行有所警醒, 发奋图强, 发展此术。

腹证乃腹诊而获得的病人胸腹部在病理变化时所反应的一定状态, 是可察可诊的他觉征象和自我感觉的病状概括, 具有客观性、可靠性、特定性的特点。《伤寒论》所涉及的腹证表现广泛, 内容翔实, 据有人统计《伤寒论》397条, 直接提到胸腹部情况者有64条, 其中胸部部位14条, 心的部位28条, 腹部14条, 脐部2条, 少腹部位6条, 所论及腹证的虽有胸部部位11种, 心的部位16种, 腹部7种, 脐部2种, 少腹部位4种等等, 但综合起来, 我认为主要不外悸、痛、痞、满、胀、硬、急、冲等八大方面。本文仅试选其中最多、最具特色、最为复杂的“满”这一腹证的特点及具有的意义作一讨论, 以求教于同道, 祈望指正。

1 腹证“满”的腹诊特点

“满”在《伤寒论》有关腹证的条文中首屈一指, 总见60多条, 是一个颇值得重视的腹证。其独见者有之, 兼现者更是不少。单纯“满”者多为自觉征象。一般能摸得到、触得到的“满”多为兼现腹证。因此, 细察体会按“满”的指下感觉是非常重要的。需要指出的是尚需结合望问二诊, 方臻准确。

“满”即膨满, 呈弥漫状态, 自觉某部或多处膨满、室闷, 腹诊某部或多处堵塞, 膨大充满, 或微有弹力, 或略有抵抗, 或压之不适但不一定有压痛明显, 或伴有轻微疼痛, 或饱满不适但不见发硬程度, 或细触细压皮下组织有增厚之感。

《伤寒论》中被腹诊所得之“满”, 多为复合, 或痞满, 或硬满, 或结满, 或胀满, 或满痛, 甚或硬满而痛

等, 从而构成较为复杂而又颇具特色的腹证。后面再分别论述之。

2 腹证“满”的临床意义

大凡腹证“满”者, 总为邪阻气滞所致, 尤其失治误治之后邪气深入于内(脏腑经络气血等), 气机升降失常, 而导致“满”更是屡见不鲜, 这在太阳病变证条文中充分反映。盖邪阻气滞有因正气未伤或已伤之异, 所阻部位有脏腑经络气血上下之别, 以及病邪种类和与之内结的有形之物——痰、湿、水、燥屎等不同, 其“满”是有特异性的, 故此所反映的病证自当迥异了。

一般来说, 由于腹证的部位与疾病之所在有着对应关系, 因此, 广泛性的“满”, 自然提示病位之大体, 如胸满是邪阻上焦、心肺之病变, 腹满则为邪阻中下焦、肝胆脾胃肠等病变, 局灶性的“满”则不然, 由于病位较为具体, 所反应的病位则自然的确, 如胸胁苦满多为病在少阳(胆), 胁下满多病在肝脾, 心下满多病在胃腑, 小腹满多病在膀胱, 至于少腹满则较多争议, 膀胱、大肠、小肠、肝胆、焦膜、血室、少阳、太阳、厥阴等究属何处? 据《伤寒论》方证分析, 余认为病位在气分为多, 或亦有见血分者。如五苓散证、小青龙汤证、大陷胸汤证等出现的“满”当属病在气分, 抵当汤证、桃核承气汤证所见之“满”则属血分病变。临床上不同部位的“满”可以判断脏腑经络气血等不同病位, 而且还据此腹证可鉴别患者体质的盛衰, 病证性质有阴阳寒热虚实等, 以及反映不同的病种。我们曾采用专家咨询、临床病例统计方法, 对胁腹瘀血腹证与常见肝胆病和血瘀证关系课题研究, 得出的一定数量的数据, 证实其有一定的相关性, 如肝病中出现“满”这一腹证中以肝硬化、慢性肝炎最为多见, 肝癌、脂肪肝次之, 肝囊肿再次之。又见胸胁苦满、心下痞满非血瘀证居多, 而硬满、满痛、满胀者血瘀证比例大。

众所周知, 中医诊治的特点是“辨证论治”, 证(此指腹证)的确诊, 的确可为治疗施方的张本。仲

景学说就是把诊断病证与治疗方药紧密联系在一起,“有是证(腹证)才有是方,而使临床选方用药的准确性大为提高”(刘史自语),可见,腹证的确成为辨证论治的有力依据并非一句空话。

3 分类

前面已述“满”这一腹证虽独见者有,然兼现者更多,现一一分述于下。

3.1 痞满

3.1.1 腹诊要点 自觉痞塞,室闷不适,指下饱满、膨大,虽略有弹力、抵抗,但没有压痛和明显疼痛,仍呈软散状态。

3.1.2 临床意义 从《伤寒论》149、152、158等条文得知,痞满的部位多在心下,病变与中焦(胃)有关,属里证范畴。病邪阻中,胃失和降。病性常见寒热错杂,虚实兼夹。临床多选泻心汤、小陷胸汤、胃苓汤、苓桂术甘汤主之。

在此必须指出,腹证“痞满”与小承气汤证的鉴别要点“痞满”不全相同,现今对“三承气”的鉴别诊断多以“痞满燥实坚”加以概括,认为“痞满”既是小承气汤证,那么,见之“痞满”腹证也应小承所气汤主之,本人不敢苟同,其理由有三:首先从原文来看,承气证诸条皆未见“痞满”字样。其二,大小承气汤证的根本病机是燥热结实,即“胃中燥”。然而胃中燥热结实属燥热纯实证候,能见腹证“痞满”吗?虽然小承气汤证在“三承气证”中偏于气滞,但毕竟是燥屎内结,有形之物壅滞。其三,从临床实际出发,燥屎热实初结或小结的小承气汤证,若见满多为满胀相合而不是痞满,这与热性充斥主升降不无相关。

3.2 硬满

3.2.1 腹诊要点 主要指膨满充实,肌肉紧张,似有发硬之感,有弹性、抵抗感,可伴有轻微疼痛,但不一定有明显压痛。若硬满痛则有明显疼痛或压痛。

3.2.2 临床意义 硬满多主实证,也有虚实夹杂者。一般多因水、痰、瘀、热等病邪互结,气机阻滞不通所致。临床多选大陷胸汤、十枣汤、抵挡汤等主之,或小柴胡汤亦有选用。

如水热互结,硬满部位偏上,在气分者为大陷胸汤证;瘀热互结,硬满部位偏下(下焦)、少腹、在血分者为抵挡汤证。上述二证均主实证,如论中230条、266条的胁下硬满的小柴胡汤证则属虚实相兼、寒热夹杂。那么硬满如何辨证虚实?按照《金匱要略》所云:“病者腹满,按之不痛为虚,痛者为实”,以痛之有无可资鉴别。《伤寒论》本身也提示了这一要点,

“心下痞硬满,引胁下痛”为十枣汤证(实),而甘草泻心汤证仅“心下痞硬而满”,未提及疼痛,是“胃中虚,客气上逆,故使硬也”(见158条)。诚然,仅凭此断其虚实尚嫌不足,还须腹诊加压腹壁有无抵抗力,有者为实,反之属虚。如果据此仍难断定,那么必须脉症合参了。

3.3 满痛

3.3.1 腹诊要点 满痛是两大主要腹证复合而成的另一种痛苦腹证,既痛且满,满中有痛,即不仅有膨大充满不适感,而且又有明显疼痛或压痛,甚者按压之后疼痛尤为明显。论中满痛合见者不少。

3.3.2 临床意义 由于满痛之因较为复杂,故其性有寒热虚实不同,若要辨证准确,务必腹诊精细,需当分辨其满与痛孰主孰次、孰轻孰重。腹中满痛,痛多满少,不可近乎者,多里热结实,其病在阳明(见241、254、149、137条等);若大腹满痛,满甚于痛,或腹满时痛,按之而濡者(如279条),多为里虚或寒,病属太阴,若胁下满痛,按之抵抗,并自觉充满痛苦之状明显者,此为半表半里,虚实夹杂,寒热相兼(见98条)。故临床视其不同病性,不同病位而选用承气汤、陷胸汤、桂枝加芍药汤、理中汤、大柴胡汤等方主之。

3.4 胀满

3.4.1 腹诊特点 自觉膨满发胀充大不适,触按腹壁饱满胀大,有抵抗、弹性,或不明显或较明显。本腹证临床常见,而原著条文明见的反寥寥无几,于阳明篇、少阴篇仅有数条。

3.4.2 临床意义 据《伤寒论》所载,其病在阳明,主实证,大腹胀满是“胃家实”的重要腹证之一,为运用承气法的主要依据,具体而言,大胀大满而坚实硬痛拒按,腹皮枯燥甚者大承气汤主之;若胀甚满轻而实痛,腹皮枯燥轻者小承气汤主之;若胀满均不甚而实痛,腹皮枯燥重者调胃承气汤主之。

必须指出二点:其一,胀满不全是胃家实所致,而仍有虚实之分,如朴姜夏草人参汤证(66条)、四逆汤证(372条)等的胀满就是虚性。其二,即使实性胀满、由于“因、证、痛”不同,也有腹水胀满,瘀血胀满、虫积胀满、肿瘤胀满等差异,临证自当进一步鉴别。

总之,“满”是《伤寒论》主要腹证之一,为中医个体化的诊断信息,其临床意义不容小视,我们知道个体化诊疗是世界医学的发展趋势,所以对腹诊不但应予以重视,而且尚应发掘继承、发扬光大。

(收稿日期:2006-07-30)