

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

《傷寒論》之腹診研究
The Investigation on Physical Examination of
Abdomen in “Shang-Han-Lun”

指導教授：黃國清博士

研究生：張美華

中華民國一百零一年六月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩 士 學 位 論 文

傷 寒 論 之 腹 診 研 究

The investigation on Physical Examination of Abdomen in
"Shang-Han-Lun"

研究生：張 送 華

經考試合格特此證明

口試委員：張 丞 立

連 秋 媛

何 宗 融

黃 國 清

指導教授：黃 國 清

系主任(所長)：連 秋 媛

口試日期：中華民國 101 年 6 月 14 日

誌謝

近樹飛舞向後，遠山婆娑前行，眼前字幕顯示“目前列車速度為298公里/小時”這是我三年嘉義台北來回奔波的景象，現在回想起來，有甘有苦，不過裡面都包含著感謝。

首先感謝南華大學自然醫學研究所，美麗且具禪意的學習環境及優異的學程，感謝在台北市立聯合醫院中興院區，向陳森和醫師學習腹診的機緣。陳森和醫師將其數十年臨床經驗，及多年浸淫《傷寒論》的深入見解，毫無保留的傳授，在醫務繁忙之餘，仍多次撥冗對論文編修指正。感謝我的指導教授黃國清老師，對論文精闢的指正與悉心的指導，論文才得以順利進行。感謝口試委員台北醫學大學張丞圭教授、中國醫藥大學何宗融教授、以及我的老師自醫所陳秋媛所長對論文給予許多寶貴的意見與指導鼓勵。

感謝羅俊智老師、葉月嬌老師、余哲仁老師、王昱海老師，以及所有指導過的老師。感謝瑛敏、美智、明和、志芳、雨霖、尚志、麗敏.....所有在自醫所一起學習砥礪的同學，謝謝你們的協助與陪伴。

當然學業與論文的完成，我要謝謝我摯愛的家人，兩個兒子給我許多專業及電腦資訊的協助，還有我先生的鼎力支持。

摘要

腹診是中醫診斷學的重要內容之一，但近代中醫腹診相關研究稀少，目前中醫診斷多強調於抽象之脈學診斷，而忽略大體積而有實癥可察得之腹診。腹診在臨床診斷和治療上，具有獨特的臨床指導意義，在很多方面可以彌補現有中醫診斷方法的不足，並為「方證對應」提供依據。

《傷寒論》是中醫四大經典之一，為中醫現存最早的一部完整系統的臨床醫學著作。《傷寒論》中述及大量的腹診內容，腹證與處方論治結合，對於腹診與腹證有具體的論述。論中所言之胸脇苦滿、心下痞堅……等腹證，自非透過腹診不可。然《傷寒論》由於年代久遠，傳抄混亂，又多夾雜衍文或後人注解而造成醫家誤解，常給後學者帶來閱讀及學習上的困難。

《傷寒論》成書一千八百年來，從未曾有逐條詮釋其腹診者，本研究以宋本 398 條條文為基礎，整理輯錄出腹診條文 103 條，溯源仲景之腹診，對照康平本，剔除後人追論與注解等，以釐清仲景條文本意。並首次以彩色人體相片圖示、繪製說明臨床腹診之部位，有別於歷來腹診研究之手繪簡圖，更能精確辨明條文中腹診證候之部位，腹診與條文論述對應，填補腹診研究之空缺，豐富中醫診斷學之內容，有利於中醫典籍之傳承與臨床實用性。

關鍵詞：傷寒論、腹診、中醫診斷學

Abstract

The physical examination of abdomen had played an important role in Chinese medicine. There are lots of ancient literatures about the physical examination of abdomen. In recent decades, however, it is out of spotlight of the mainstay of Chinese medicine, which focuses merely on vague interpretation of pulse condition, but pays little attention on concrete manifestation of abdominal representation.

The physical examination of abdomen has its unique value on clinic diagnostics, and therefore provides a solid support of “prescription-syndrome” correlation.

“Shang-Han-Lun,” one of the four classics of Chinese medicine, is the first comprehensive writing of clinical investigation. The physical examination of abdomen was thoroughly elaborated in “Shang-Han-Lun” and its applications on differential diagnosis and prescription is the essential of Chinese medicine.

However, because “Shang-Han-Lun” is an ancient literature and there are many mistakes, it is hard for modern people to understand.

Throughout the history of “Shang-Han-Lun,” no one has ever thoroughly explained the physical examination of abdomen. This thesis is based on the 398 articles of Sung Version, 103 articles of recorded physical examination of abdomen. Also, “Zhong-Jing” and “Kang-Ping”

version are fully investigated. Different from the illustrations of previous work, this thesis first demonstrates clinical color photos with detailed explanation. Moreover, we solve problems in ancient literature of the physical examination of abdomen and paves the way for future clinical applications.

Key words: Shang-Han-Lun, Physical Examination of Abdomen,
Diagnostics in Chinese Traditional Medicine

目次

摘要.....	i
Abstract.....	iii
目次.....	v
圖目次.....	viii
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究動機.....	2
1.3 研究目的.....	3
第二章 文獻回顧.....	5
2.1 腹診源流.....	5
2.2 《輔行訣藏府用藥法要》論述之腹診證候.....	5
2.3 《傷寒論》與《金匱要略》論述之腹診證候.....	6
2.4 《內經》與《難經》論述之腹診證候.....	7
2.5 《諸病源候論》論述之腹診證候.....	8
2.6 日醫漢方之腹診醫籍.....	9
第三章 研究材料與方法.....	11
3.1 研究材料.....	11
3.2 研究方法.....	11
3.3 《傷寒論》之腹診研究流程圖.....	13

第四章 中醫腹診之概述.....	14
4.1 腹診定義.....	14
4.2 腹診姿勢與手法.....	16
4.3 腹診部位.....	20
4.4 中、西醫腹診之差別.....	25
第五章 《傷寒論》主要版本之介紹	27
5.1 《傷寒論》十種版本	27
5.2 宋本《傷寒論》	27
5.2.1 宋本之源流.....	27
5.2.2 宋本之內容.....	28
5.2.3 宋本成書之時間.....	30
5.2.4 宋本之學術論點.....	30
5.3 成本《傷寒論》	31
5.3.1 成本之源流.....	31
5.3.2 成本之內容.....	32
5.3.3 成本成書之時間	34
5.3.4 成本之學術論點.....	35
5.4 康平本《傷寒論》	36
5.4.1 康平本之源流.....	36
5.4.2 康平本之內容.....	36
5.4.3 康平本之抄寫年代	37

5.4.4 康平本之學術價值.....	42
第六章 《傷寒論》腹診條文校勘釋義	44
6.1 本研究之腹診條文是以宋本 398 條為基礎.....	44
6.2 宋本 398 條與 397 法之涵義不同	44
6.3 宋本腹診條文之認定原則	45
6.4 宋本腹診共 103 條文中有 27 條康平本是作追論或注解.....	46
6.5 宋本腹診條文再扣除 11 條無記載湯方者而得 65 條.....	47
6.6 《傷寒論》腹診條文釋義	48
第七章 研究結果與討論.....	87
第八章 結論.....	89
第九章 研究限制與未來展望	91
參考文獻.....	92
附錄 宋本 103 條腹診條文之彙集	95

圖目次

圖 3.1 《傷寒論》之腹診研究流程圖	13
圖 4.1 本研究者示範心下之診斷手法	18
圖 4.2 日醫坐姿之三指探按手法《腹證奇覽》	18
圖 4.3 立姿示範腹診圖	19
圖 4.4 病人屈膝示範腹診圖	19
圖 4.5 診尺圖《腹證奇覽》	24
圖 5.1 康平傷寒論.....	39
圖 5.2 康平傷寒論內文圖示	39
圖 5.3 傷寒論解說.....	39
圖 5.4 康平傷寒論讀解.....	39
圖 6.1 胸部部位腹診圖	49
圖 6.2 心下部位腹診圖	50
圖 6.3 少腹部腹診位圖	51
圖 6.4 肚臍、臍下、少腹部部位腹診圖	53
圖 6.5 心下、腹部、肚臍部位腹診圖	54
圖 6.6 心中部位腹診圖	57
圖 6.7 脇、支部位腹診圖	59
圖 6.8 脇下、支部位腹診圖	59
圖 6.9 脇、脇下部位腹診圖	60
圖 6.10 《腹證奇覽》大結胸湯證之圖示.....	69
圖 6.11 心下、支(枝)、腹部部位腹診圖.....	71

第一章 緒論

1.1 研究背景

腹診是中醫診斷學的重要內容之一。雖然中醫典籍文獻中有許多腹診的內容，但相關的研究並未能像舌診及脈診一樣得到精深的發展及廣泛的應用。中醫腹診相關研究稀少，尤其台灣在腹診研究上，自1990年施銘傑以「《傷寒論》中胸腹證之研究」為主題的研究外，迄今未再見有以腹診為主題之碩、博士論文。中國方面之腹診專書有三：劉文巨、周超凡(1985)《中醫與漢方醫腹診》；孫忠年、陳選平(1991)《中醫腹診學》；及王琦(1994)《中國腹診》等。另有零星之腹診期刊篇章，但是年代較舊，甚至有些是偏重腹診儀器之設計。大致上中國腹診之研究亦甚為不足。日本漢方醫學之腹診則相當盛行，江戶時期日醫對腹診深入浸淫，日醫腹診流派分立。基本上分為以《內經》、《難經》為主與以《傷寒論》、《金匱要略》為主，前者宗於金元諸家之說而稱後世派；後者宗於仲景等漢代醫家之說而稱古方派。兩派爭相著書解說，多達百餘本，奠定漢方腹診之地位(李文瑞，2010:2)。但是1868年日本明治維新以後，制定廢止漢方醫學方案，江戶時期流傳之腹診亦隨之日漸式微。

1.2 研究動機

《傷寒論》是中醫四大經典之一，也是中醫最重要的臨床經典，《傷寒論》最早原稱作《張仲景辨傷寒》，是東漢末年張仲景所撰，撰寫成書時間約於建安七年八年(202、203年)，是中醫現存最早的一部完整系統的臨床醫學著作(錢超塵，1993:6)，《傷寒論》中所運用的六病辨證確立了中醫診治疾病的規範，對中醫臨床醫學的影響非常深遠。腹診首創於扁鵲，仲景承繼之。《傷寒論》中述及大量的腹診內容，腹證與處方論治結合，對於腹診與腹證有具體的論述。《傷寒論》中所言之腹證如胸脇苦滿、心下痞鞭(按隋代以後因避諱，改「堅」為「鞭」字)、腹脹滿、少腹堅、脇下有水氣、小腹、胸脇支滿……等，醫師非透過腹診無法診得。《傷寒論》自東漢末年成書迄今一千八百餘年，從事傷寒學研究者不勝枚舉。據李氏統計《傷寒論》相關著作至1999年止共有1604種，日本亦達有297種(李順保，2000:587-721)。

王琦說宋本《傷寒論》有114條記載腹診之內容(王琦，1989)。王氏之後有1991年孫忠年、1999年韓宇霞、2006年劉啟泉相繼提出。本研究者認為宋本條文混淆許多後人之注解與追論，相對的康平本《傷寒論》傳抄底稿，卻清楚地將主文、旁注、嵌注、追論分開抄寫。例如宋本第154條：「心下痞，按之濡，其脈關上浮者，大黃黃連瀉

心湯主之。」此條讓人對仲景脈學是否有寸、關、尺三部之對應感到疑惑。《素問》、《靈樞》只論述寸脈與尺脈，並無「關脈」這個名詞。

「關脈」最早見於《難經》，但是《難經》無任何湯藥，其討論之前提重點是指「針灸療法」而非「湯方療法」。本條對照康平本，得知其「關上」二字是作小字旁注，係出於後人之增衍。第 154 條之疑問豁然而解。

本研究者考證《傷寒論》腹診條文有 103 條，異於王氏之 114 條。腹診條文數目並不重要，重點是宋本等正文已滲雜許多增衍之注解等，以致詞句語法不通而難以理解，或造成醫家誤解，更帶來學習上之困難。本研究是以宋本 398 條條文為基礎，選出有關腹診內容，再藉由一一對照康平本，剔除後人追論與注解等，校勘後釐清出仲景原文而來論述。本研究之動機是有感於中醫診斷學研究之不足，多侷限於抽象之脈學診斷，卻忽略大體積而有實癥可察得之腹診。希望透過《傷寒論》腹診的系統研究能助於中醫診斷之水平，提供中醫實證醫學之參考。

1.3 研究目的

《傷寒論》被歷代醫家奉為中醫經典著作，更是學習研究中醫學的必讀書。但是由於年代久遠，傳抄混亂，《傷寒論》含殘本共有

十種版本，諸版條文歧異，文字不一，令人無從辨別。本研究者認為康平本為最佳善本，但是康平本亦非完全正確，宋本等出於後人增衍者亦有可取之處。漢代語詞意義非同今日，更造成《傷寒論》難以傳承。例如宋本第 146 條之「心下支結」，即「心下結」與「支結」之合稱。「心下」非指心臟之下，而是指髑髏骨下凹陷處，俗稱心窩。「支」字應訓為「枝」字，指由心窩沿第十二肋下旁開至左右身側之八字形區域。兩支旁散有如左右橫生之兩樹枝狀故名。「結」者指醫師重按有粗索或條塊狀之謂。當心窩凹處被體內病邪撐起而呈水平滿狀時，則稱為「心下滿」。當按壓心窩察得其悸動時，則稱為「心下悸」。現今單憑脈診尚無法驗證上述之診斷，更造成《傷寒論》之教學流於空泛，只能依照宋本條文宣讀，條文中之腹證亦無臨床詮釋。中國之中醫院校甚或改為選修，或乾脆不開設《傷寒論》之課程。本研究者曾於台北市立聯合醫院中興院區跟診陳焱和老師學習腹診，發現腹診確能掌握湯方之關鍵診斷。腹診亦能將枯燥條文轉化為有趣之臨床體認，此法能使學習《傷寒論》更為活潑而實用。本研究之目的是結合《傷寒論》仲景原文與臨床，透過腹診而能增進《傷寒論》之傳承與臨床實用性。故本研究者將論文題目訂為：「《傷寒論》之腹診研究」。

第二章 文獻回顧

2.1 腹診源流

中醫腹診應用於臨床，最早的文獻記載見於西漢司馬遷《史記·扁鵲倉公列傳》：「越人之為方也，不待切脈、望色、聽聲、寫形，言病之所在。聞病之陽，論得其陰；聞病之陰，論得其陽。病應見於大表，不出千里，決者至眾，不可曲止也。子以吾言為不誠，試入診太子，當聞其耳鳴而鼻張，循其兩股以至於陰，當尚溫也。」（瀧川龜太郎，1977:1144-1145）當扁鵲在為魏太子看病時，採用腹診而行以「循其兩股，以至於陰，當尚溫也」之診斷方法。故扁鵲可說是中醫首開「腹診」之第一人。

2.2 《輔行訣藏府用藥法要》論述之腹診證候

《輔行訣藏府用藥法要》有 28 首湯方論述腹診證候，皇甫謐《鍼灸甲乙經》自序：「仲景論廣伊尹湯液，為數十卷，用之多驗。」按《漢書·藝文志》收錄經方十一家之書目，其中之《湯液經法》應即出於伊尹所撰。1900 年敦煌出土《輔行訣藏府用藥法要》有許多湯方之組成、主治皆與《傷寒論》雷同，其署名為梁朝陶洪景撰，推得此書應為《湯液經法》之一部分（陳焱和，2008:540-559）。《湯液經法》

早已亡佚，《輔行訣藏府用藥法要》五臟補瀉等 60 首湯方中論述到腹診證候。例如：大瀉肝湯之「脇下支滿」、小瀉肺湯之「胸中迫滿」……。

本研究者考證此 60 首湯方共有 28 首之主治論述到腹診之證候。仲景即承繼此基礎而加以變制，例如將小陽旦湯改名為桂枝湯、小朱雀湯改名為黃連阿膠湯。仲景亦同時吸取爾等之腹診以作為診斷。

2.3 《傷寒論》與《金匱要略》論述之腹診證候

東漢(西元 25 年-西元 220 年)時期《傷寒論》、《金匱要略》之腹診內容有明顯的發展，依據病家的自覺症狀和他覺體徵並且與辨證論治相聯繫，對腹診的論述，大為豐富，腹證與方藥相結合為特有的模式，開創了腹診辨證施治之先河，從而成為中醫臨床診斷學的一個重要組成部分(張英英，2009)。

《傷寒論》之腹診證候有：胸滿、胸脇滿、胸腔苦滿、脇下滿、脇下滿痛、膈內拒痛、心動悸、心下悸、心下悸欲得按者、心下急、心下滿、心下滿微痛、心下支結、心下因鞭、心下逆滿、心下痞滿、心下痞鞭、心下痞鞭滿引脇下痛、心下痛按之石鞭、從心下至少腹鞭滿而痛不可近者、腹滿、腹微滿、腹痛、臍下悸、少腹滿、少腹鞭，少腹急結、心下有水氣……等。

《金匱要略》論述之腹診證候有：臍下堅急、背反張、少腹弦急、

苦腸鳴、腹滿不能飲食、肺脹、心中痞、心懸痛、心下滿痛、飲後水流在脇下咳唾引痛、脇下痛飲缺盆、胸脇支滿、心下痞隔間有水、瘦人臍下有悸、腹滿陰腫、心下堅大如盤邊如旋杯、胎動在臍上、少腹腫痞、少腹滿如敦狀……等。

2.4 《內經》與《難經》論述之腹診證候

《素問·氣厥論》：「涌水者，按腹不堅。」又《舉痛論》：「寒氣客於腸胃之間，膜原之下，血不得散，小絡急引故痛。按之則血氣散，故按之痛止。」又《咳論》：「肝咳之狀，咳則兩脇下痛。甚者不可以轉，轉則兩肱下滿。」《靈樞·水脹》：「水始起也，…足脛腫，腹乃大，其水已成矣。以手按其腹，隨手而起，如裹水之狀。」又《靈樞·邪氣藏府病形》：「有所墮墜，惡血留內；若有所大怒，氣上而不下，積於脇下，則傷肝。……肝脈急甚者為惡言；微急為肥氣在脇下，若復杯。……腎脈急甚為骨癩疾；微急為沉厥奔豚，足不收，不得前後。緩甚為折脊；微緩為洞，洞者食不化，下嗝逐出。大甚為陰痿；微大為石水，起臍以下至小腹睡睡然，上至胃脘，死不治。」

《難經·十六難》：「假令得肝脈，其外證善潔，面青，善怒。其內證齊左有動氣，按之牢若痛。……假令得心脈，其外證面赤，口乾，喜笑。其內證齊上有動氣，按之牢若痛。……假令得脾脈，其外證面

黃，善思，善味。其內證當齊有動氣，按之牢若痛。其病腹脹滿，食不消，體重節痛，怠墮嗜臥，四肢不收。……假令得肺脈，其外證面白，善嚏，悲愁不樂，欲哭。其內證齊右有動氣，按之牢若痛。……假令得腎脈，其外證面黑，喜恐欠。其內證齊下有動氣，按之牢若痛。其病逆氣，少腹急痛，泄如下重。」又《五十六難》「肝之積名曰肥氣，在左脇下，如覆杯，有頭足。……心之積名曰伏梁，起齊上，大如臂，上至心下。……脾之積名曰痞氣，在胃脘，覆大如盤。……肺之積名曰息賁，在右脇下，覆大如杯。……腎之積名曰贲豚，發於少腹，上至心下，若豚狀，或上或下無時。」又《五十七難》：「脾泄者，腹脹滿，泄注，食即嘔吐逆。」

2.5 《諸病源候論》論述之腹診證候

《諸病源候論》可說是最早之中醫診斷專書，隋朝巢元方等人所撰。《脇痛候》：「脇下拘急。」又《上氣胸脇支滿候》：「寒冷在內，與臟腑相搏，積於脇下，冷乘於氣，氣則逆上，衝於胸脇，故上氣而胸脇支滿。」又《腹痛病諸候》：「腹脹脈浮者生，虛小者死。」又《心腹脹候》：「心腹脹者，臟虛而邪氣客之，乘於心脾故也。」(巢元方，1977:169-175)又《積聚候》重出《五十六難》：「肥氣、伏梁、痞氣、息賁、贲豚。」之諸腹診證候。又《暴癥候》：「暴癥者，由臟腑虛弱，

食生冷之物，臟既虛弱，不能消之，結聚成塊，卒然而起，其生無漸，名曰暴癥也。」又《七疝候》：「……腹中氣乍滿，心下盡痛，氣積如臂，名曰癥疝也。……腹中臍下有積塊，名曰附疝也。」(巢元方，1977:194-200)按《諸病源候論》論述各種疾病之病因、病理與證候，其以經脈、臟腑之角度來詮釋，基本上是宗於《內經》與《難經》之說。全書無出湯方。

2.6 日醫漢方之腹診醫籍

日本漢方醫學源自中醫而來，中國醫藥傳入日本，始自秦始皇時代，由徐福率領童男女三千人，攜帶各種植物種籽，東渡日本。徐福名為方士，其實亦是醫家，故植物種籽中除穀麥外，頗多藥物，這是日本有中醫中藥之始。至漢代大批醫書及藥物運日，故日人對中醫中藥，稱為「漢醫漢藥」(陳存仁，2002:74-75)。

日醫漢方腹診是在江戶時代中期隨「古方派」之興起而興盛(鞏玲，1995)，尤以吉益東洞(1702-1773年)為代表。其提出「萬病一毒」與「六經也者，是後人所摻入，而非仲景之古也。」大破當時日醫主流「後世派」之思惟，後世派崇尚金元諸家而宗於《內經》、《難經》之說。1800年稻葉克文禮撰《腹證奇覽》，其以繪圖說明《傷寒論》、《金匱要略》等湯方對應之腹診證候，另有少數之後世湯方。但

卻以《內》、《難》詮釋仲景湯方。稻葉克文禮認為腹診法源於《內經》而曰：「考《靈樞》、《素問》、……，尺、脈各有相對之文，診尺作診腹。」提出診尺即為診腹，而非診臂內側之尺膚(稻葉克文禮，2008:6-12)。稻葉氏門人和久田寅虎增補《腹證奇覽翼》而刊印多次。1843年丹波元堅撰《診病奇咳》，蒐集江戶時代宗以《難經》腹診證候之三十二醫家而成(李文瑞，2010:28)。1888年再傳弟子松井操譯為漢文，廖宗城序：「診其手項之，舍此則望聞問其切近者也。余嘗致力於醫，因亦斤斤於寸關尺參其消息，然不敢謂診病之法遂盡於此也。」按「項」訓為「內」字而不及其腹際，豈探本之道哉。今中土診病之法，惟於兩手項寸關尺求解，「中土」指華夏中國。此書中國1931年於蘇州、1986年於山西先後校勘出版等。1935年台灣漢醫研究室改名為《診腹學講義》印行。1987年日本東洋出版社《日本漢方腹診叢書》，一套六冊，總輯江戶諸家腹診而成，可惜並無中譯版。

第三章 研究材料與方法

3.1 研究材料

本研究以宋本《傷寒論》398 條條文之內容為基礎，輯錄論中之腹診條文而行校勘與說明。主要依據有康平本《傷寒論》、《傷寒卒病論台灣本》，並參考《輔行訣藏府用藥法要》、稻葉克文禮《腹證奇覽》，山田正珍《傷寒論集成》，《日本漢方腹診叢書（共六冊）》等，以及相關論文與期刊文獻等。

3.2 研究方法

《傷寒論》是中醫學史上最最早的臨床醫學著作，反映了中醫早期診斷用方的理論和思維方式。過去關於腹診的相關研究，大多以「腹證」，或胸腹診「部位」做分類或分區討論，或以「腹證部位」分類歸納出個別有幾條條文論述。但「腹診」雖為中醫診斷的重要內容，卻非唯一之診斷，不能單憑腹診或某一腹證去對應某一湯方，相同腹證可能對應不同之湯方，同一湯方或有兩種以上之腹證；脫離條文的前後文，難以了解《傷寒論》條文辯證論治的真意，故本研究採逐條詮釋之方式，應更有利於了解條文中腹診證候之真正涵義。

本研究首先整理出宋本腹診證候之條文，總計宋本共有 103 條腹診證候之條文。對照康平本，發現其中有 27 條是屬追論或注解，剔

除之後餘有 76 條。又此 76 條中有 11 條並無記載湯方，非屬本研究之對象而須再予以扣除，故本研究之腹診條文餘有 65 條。並將其條文中有關腹診證候之字詞以網底標示。

本研究對象之 65 條腹診條文，先行校勘，其次再說明其內容。個別文字予以訓詁，考證並加以注釋。另外透過相片、及繪製說明本研究者臨床腹診之部位。總之，盡可能站在仲景之立場去了解條文腹診證候之真正涵義。希望藉由本研究而能使《傷寒論》與臨床結合。

3.3 《傷寒論》之腹診研究流程圖

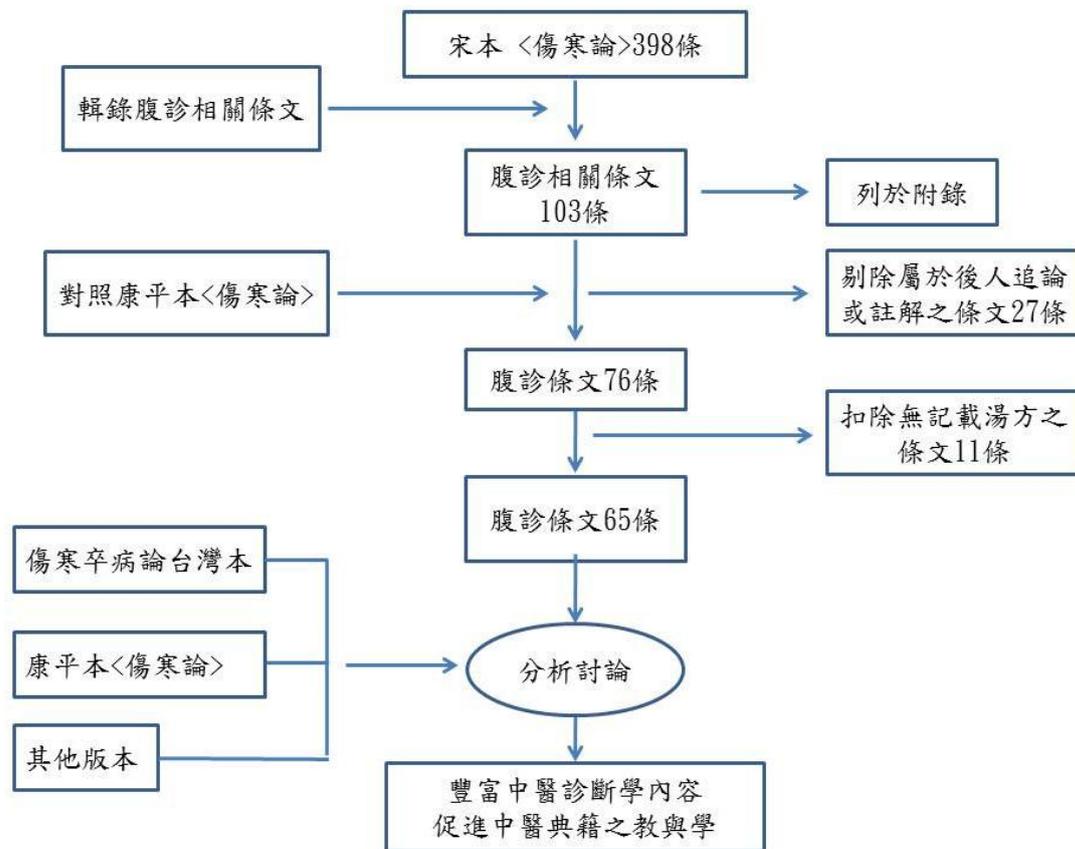


圖 3.1 《傷寒論》之腹診研究流程圖

第四章 中醫腹診之概述

4.1 腹診定義

吳又可《瘟疫論》(1641年)：「腹痛按之愈痛者，宜下之。」「心下雖滿痛，按之則軟，略加揉按，則漉漉有聲，此證夾水之辨也。」按《傷寒論》自仲景以後，並未列入醫家顯學，752年唐朝《外台秘要》亦無將仲景列入所謂「傷寒八大家」。1065年北宋朝臣雖修訂《傷寒論》，原文艱澀難懂而不久失散。1144年成無己第一次白話整本注解《傷寒論》，有助於學習，但以經脈角度切入，不合臨床之掌握。隨後金元諸家盛起而蔚為主流。1599年趙開美《仲景全書》輯宋本、成本、《金匱要略》、《傷寒類證》共四書、二十六卷而得。宋本雖重現，但不過約半世紀又散佚。吳又可能深得仲景腹診之法，實際操作於臨床而能了解條文之真義，其雖自創達原飲等湯方，然以白虎湯清熱、承氣湯攻下等皆為《傷寒論》之湯方。

張志聰《傷寒論集注·凡例》(1683年)：「(論)中謂按之而痛，世醫便謂有食。夫胃為水穀之海，又為倉廩之官，胃果有食，按必不痛。試將飽食之人，按之痛否，惟邪氣內結，正氣不能從膈出入，按之則痛。又胃無穀神，藏氣虛而外浮，按之亦痛。若不審邪正虛實，眾謂有食，傷人必多。又按者輕虛平按，若按不得法，加以手力，未

有不痛者。」

按張志聰字隱庵，師從張卿子（遂辰）。張卿子《集註傷寒論》校勘宋本、成本而得，另合《金匱要略》等共五書、二十卷而仿趙開美《仲景全書》之書名印行。張志聰首先提出按腹之手法。

然而儘管中醫文獻中有著許多腹診內容記載，但「腹診」一詞，在清代以前的中醫古醫籍中從未曾出現，直至 1776 年清代俞根初《通俗傷寒論》書中始有腹診法之論述（李文瑞，2010:677）。

按《靈樞·脹論》：「夫脹者，皆在於藏府之外，排藏府而郭胸脇，脹皮膚，故命曰脹……。藏府之在胸脇腹裏之內也，若匣匱之藏禁器也，名有次舍……夫胸腹，藏府之郭也。」《通俗傷寒論》引此而言：「考其部位層次，胸上屬肺。胸膈之間屬心，其下有一橫膈，繞肋骨一周。膈下屬胃。大腹與臍屬脾。臍四圍又屬小腸。臍下兩腰屬腎。兩腎之旁及臍下，又屬大腸。膀胱亦當臍下，故臍下又屬膀胱。血室乃肝所司。血室大於膀胱，故小腹兩旁，謂之少腹，乃血室之邊際，屬肝。少腹上連季脇，亦屬肝。季脇上連肋骨，屬膽。胸與腹向分三停。上停名胸，在膈上，心肺包絡居之，即上焦也。膈下為胃，橫曲如袋，胃下為小腸，為大腸。兩旁一為肝膽，一為脾，是為中停，即中焦也。臍以下為下停，有膀胱，有衝任，有直腸，男有外腎，女有子宮，即下焦也。故胸腹為五臟六腑之宮城，陰陽氣血之發源，若欲

知其臟腑何如，則莫如按胸腹，名曰腹診。」(俞根初，1959:129-130)

推得俞氏是華夏中國最早創立「腹診」二字者。

2010年陳焱和云腹診：「以望聞問切感官診察病人胸、腹、背等外部形態與寒熱，另透過叩擊推按等手法察覺其內部悸、動、滿、結、軟、硬、塊痛、波移聲等異常證候，鑑別湯證與氣、血、水邪病因、病勢之一種中醫診斷方法。腹診之目的在於豐富診斷學之內容(樸質中醫漢方網站 <http://tw.myblog.yahoo.com/tcm-yes>)。」

4.2 腹診姿勢與手法

腹診是醫者不憑藉儀器，僅以醫者感官來行診斷，故醫者手法技巧之良劣決定診斷正確與否。腹診時病人標準姿勢是穿輕便衣著，直躺，雙手自然伸平，雙腳微張，呼吸均勻而放鬆心情。醫師須先加調息清靜，詢問病人飽食與否，二便如何，腹痛如何等。醫師藉由溝通病情而減輕病人之心理壓力，此時可以補充問診內容。異性者須有家屬或護士陪伴，以增加病人安全感並可防止醫療糾紛。手法先輕後重，最忌粗暴。小兒尤須安撫，須先徵求其認可，讓病兒覺得只是一場遊戲；不宜過於嚴肅，亦不宜過於嬉鬧，嚴肅則隔拒，嬉鬧則氣散。年老者動作較慢，有家屬陪伴者可囑咐先扶其上於病床，醫師還可趁機騰出時間填寫病歷；年老而無人陪伴者，則須主動幫忙扶持。腹診時

須拉上布簾保護病人之隱私。主治醫師帶實習醫師時必須事先主動說明，並徵求病人同意，約有一成病人不接受跟診醫師在場，必須予以尊重。跟診醫師在動手之前，先向病人說聲「不好意思」，腹診之後則須向病人道謝。除了直躺以外，病人另屈雙腿而診按之，有時直躺並無證候，病人屈腿卻可按得證候。診按脇與脇下則雙手高舉較易診得。肥胖者另須側身診按。先以掌心輕壓肚臍察其寒熱，併攏食指、中指、無名指三指之第一節按壓肚臍周圍察其有無硬結塊痛，次察其心下處（見圖 4.1），輕按有無悸動、外凸、滿起、緊硬、水聲、疼痛，重按有無底力、塊結、疼痛，然後依序按壓胸部、腹部、支、脇、脇下。最後按壓小腹。欲直接接觸腹部肌膚之前，異性者須再徵求其同意，讓病人自己掀開上衣，醫師不要動手。醫師直望臍周外觀，凹陷輪廓清靜深幽有彈性、肌膚潤澤者病輕，肚臍變形、黴垢、捏起薄如鼠皮皺摺者病重。並診視腹部有無粗糙、濕汗、臭味、皮膚病……等。其肚臍有黴垢或胖瘦等不雅外觀者，暗示跟診醫師注意即可，不能在病人面前直接批評腹部身材之美觀與否，否則流於輕忽或損及病人自尊。腹診完畢，身重或老弱者須幫忙拉起，稍加輕拍背部理氣，扶持下床穿鞋，整理好衣服後，最後才拉開布簾。醫師並須將證候紀錄於病歷上，以與下次之腹診作比較。整個腹診過程須要讓病人覺得舒適、尊重。《傷寒論》來自民間而非官方，庶民文化之背景，當初病人應

多臥席於地，醫者亦多坐地而行腹診。江戶日醫腹診時因病人躺臥於榻榻米上，故醫者同採取坐姿(見圖 4.2)。



圖 4.1 本研究者示範心下之診斷手法



圖 4.2 日醫坐姿之三指探按手法《腹證奇覽》

今醫師多採立姿，病人直躺(見圖 4.3)或屈膝(見圖 4.4)。除了坐姿不同以外，腹診作為日本和方醫的診療法，遠比脈診受到重視(鞏玲，1995)，江戶日醫多視腹診為生命之本，將腹診作為「方證相對」之診斷，即某腹部證候專以去對應某湯方。這是日醫腹

診與中醫腹診之差異。按腹診只是診斷手段之一而非全部，同一腹部證候有可能對應不同湯方。反之亦然，同一湯方有可能對應不同之腹部證候。



圖 4.3 立姿示範腹診圖



圖 4.4 病人屈膝示範腹診圖

4.3 腹診部位

腹診部位是依照《傷寒論》之條文而定，未必完全符合現代之解剖學。例如圖 4.1 示範「心下」之部位，並非指心臟之下方，而是指心窩之凹陷處。其餘分別以圖示舉例說明於第六章。

俞根初《通俗傷寒論》對腹診部位有極其詳盡之說明：「宜按摩數次，或輕或重，或擊或抑，以察胸腹之堅軟，拒按與否，並察胸腹之冷熱，灼手與否，以定其病之寒熱虛實。又如輕手循撫，自胸上而臍下，知皮膚之潤燥，可以辨寒熱。中手尋捫，問其痛不痛，以察邪氣之有無。重手推按，察其硬否，更問其痛否，以辨臟腑之虛實，沉積之何如，即診脈中浮中沉之法也。惟左乳下虛裏脈，臍間衝任脈，其中虛實，最為生死攸關。故於望聞問切四診之外，更增一法，推為診法上第四要訣。」

論中對於診察腹診部位劃分胸、膈、大腹、臍，及臟腑部位：如「先按胸膈脇肋，按之胸痞者，濕阻氣機，或肝氣上逆。按之胸痛者，水結氣分，或肺氣上壅。按其膈中氣塞者，非膽火橫竄包絡，即伏邪盤踞膜原。按其脇肋脹痛者，非痰熱與氣互結，即蓄飲與氣相搏。胸前高起，按之氣喘者，則為肺脹。膈間突起，按之實硬者。即是龜胸。若肝病須按兩脇，兩脇滿實而有力者肝平，兩脇下痛引小腹者肝鬱。

男子積在左脇下者屬疝氣，女子塊在右脇下者屬瘀血。兩脇空虛，按之無力者為肝虛。兩脇脹痛，手不可按者為肝癰。」

「惟夏病霍亂痧脹者，每多夾水夾食夾血，與邪互並，結於胸脇。水結胸者，按之疼痛，推之漉漉。食結胸者，按之滿痛，摩之噉腐。血結胸者，痛不可按，時或昏厥。因雖不同，而其結痛拒按則同。次按滿腹。凡仲景所云胃家者，指上中二脘而言，以手按之痞硬者，為胃家實。按其中脘，雖痞硬而揉之漉漉有聲者，飲癖也。如上中下三脘，以指撫之，平而無澀滯者，胃中平和而無宿滯也。凡滿腹痛，喜按者屬虛，拒按者屬實。喜暖手按撫者屬寒，喜冷物按放者屬熱。按腹而其熱灼手，愈按愈甚者伏熱。按腹而其熱烙手，痛不可忍者內癰。痛在心下臍上，硬痛拒按。按之則痛益甚者食積。痛在臍旁小腹，按之則有塊應手者血瘀。腹痛牽引兩脇，按之則軟，吐水則痛減者水氣。惟蟲病按腹有三候，腹有凝結如筋而硬者，以指久按，其硬移他處。又就所移者按之，其硬又移他處。或大腹，或臍旁，或小腹無定處。是一候也。右手輕輕按腹，為時稍久，潛心候之，有物如蚯蚓蠢動，隱然應手，是二候也。高低凸凹，如畎畝狀，熟按之，起伏聚散，上下往來，浮沉出沒，是三候也。若繞臍痛，按之磊磊者，乃燥屎結於腸中，欲出不出之狀。水腫脹滿症，按之至臍，臍隨手移左右，重手控之近乎脊。失臍根者必死。此診胸腹之大法也(俞根初，

1959:130-131)。」

手法上則指出「然按胸必先按虛裏，按之微動而不應者。宗氣內虛，控之躍動而應衣者，宗氣外泄。按之應手，動而不緊，緩而不急者，宗氣積於膻中也，是為常。」

「一息二至，繞臍充實者，腎氣充也。一息五六至，衝任伏熱也。按之虛冷，其動沉微者，命門不足也。按之熱燥，其動細數，上支中腕者，陰虛氣衝也。按之分散一息一至者，為元氣虛敗。按之不動，而指如入灰中者，為衝任空竭之候。且可辨其假寒假熱，按衝任脈動而熱，熱能灼手者，症雖寒戰切牙，肢厥下利，是為真熱而假寒。若按腹兩旁雖熱，于衝任脈久按之，無熱而冷，症雖面紅口渴，脈數舌赤，是為真寒而假熱。總之衝任脈動，皆伏熱傷陰，陰虛火動之證。平人則發病，病患則難治。惟素有肝熱者，亦常有之，尚無大害。若素稟母體氣鬱，一病溫熱夾食，腸中必有積熱。熱盛則衝任脈動，動而底者熱尚輕，動而高者熱甚重，兼虛裏脈亦動躍者必死。如能積熱漸下，衝任脈動漸微，及下淨而衝任脈不動者多生。若衝任脈動躍震手，見於久瀉久痢者，乃下多亡陰之候，病終不治（俞根初，1959:131-132)。」

綜上《通俗傷寒論》闡述腹診部位，劃分胸、膈、大腹、臍，及臟腑部位：手法上先按胸膈、脇肋，次按虛里、臍間動氣等。

俞氏「診胸腹之大法」創立腹診之實際操作手法，功不可沒，非常具有臨床價值。但是俞氏以五臟為對象而行腹診，按中醫之五臟為一體，診斷開方皆無法切割五臟而分離。《傷寒論》之腹診部位則是依照《傷寒論》之條文而定，故未必完全符合現代之解剖學。

醫家多認為「胸脇」為一部，本研究者認為仲景之「胸脇」是「胸」與「脇」兩部之合稱。《諸病源候論·胸脇痛候》：「邪氣乘於胸脇，故傷其經脈，邪氣之與正氣交擊，故令胸脇相引而急痛也。」按「相」引者，指「兩」者之間互相牽引，自非指一部。吉益東洞等日醫多將「胸脇」標示為沿第十二肋弓下而分散至兩邊身側處，約相當於論中之「支」部，日醫卻將「胸脇」合為一個部位名稱。論中「胸脇支滿」應是胸滿、脇滿、支滿之合稱。又《腹證奇覽》以《內經》理論詮釋仲景湯方。其引《素問·脈要精微論》：「尺內兩傍則季脇也，尺外以候腎，尺裏以候腹中。中附上，左外以候肝，內以候膈。右外以候胃，內以候脾。上附上，右外以候肺，內以候胸中。左外以候心，內以候膻中。上竟上者，胸喉中事也。下竟下者，少腹，腰，股，膝，脛中事也」。稻葉氏指「尺」為「腹」，「中」字作「中央」解，言「尺中」係指腹部之中央。按此篇《素問·脈要精微論》，已明示「脈要」，「尺」字是指「尺脈」，稻葉氏卻引作「腹部」解，這是日醫腹診與《傷寒論》腹診在立論所據上的差異。參見圖 4.5。

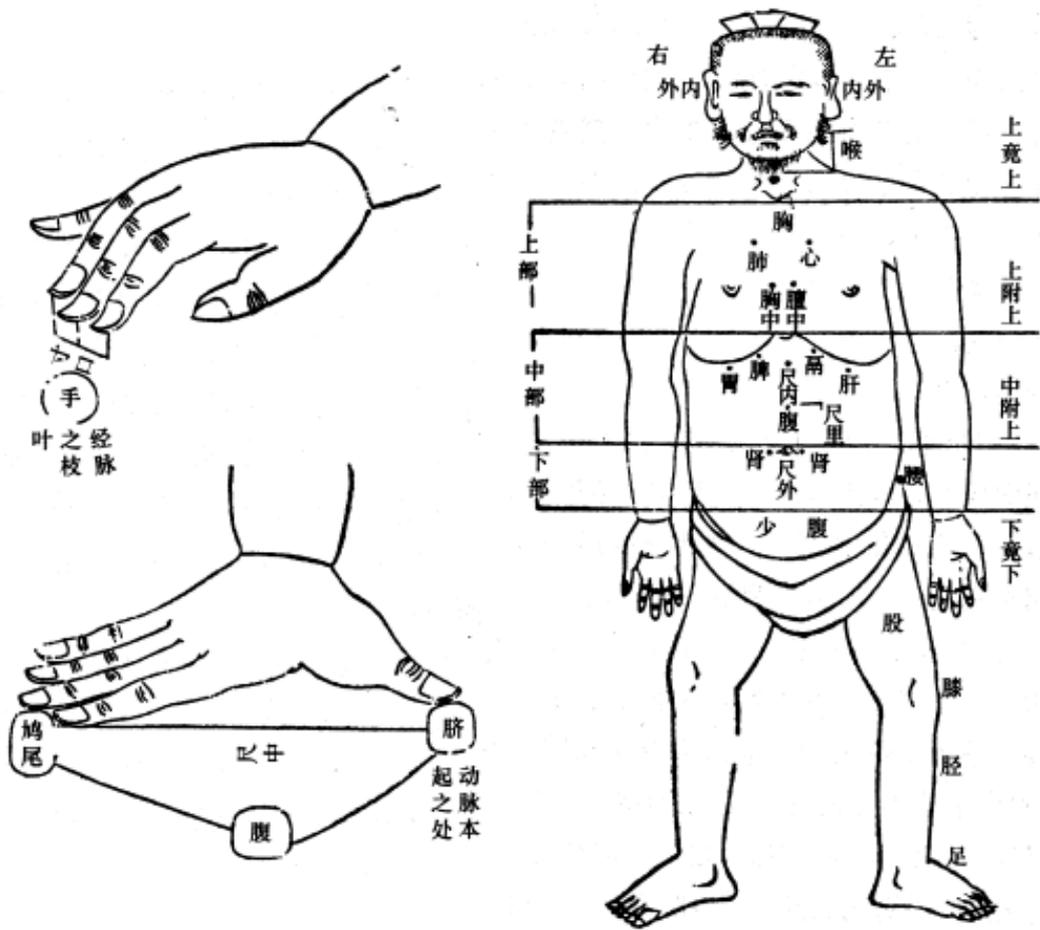


圖 4.5 診尺圖《腹證奇覽》

4.4 中、西醫腹診之差別

中醫有脈診，西醫亦有脈診。西醫紀錄一分鐘脈速多少下，中醫另辨其脈性（滑澀）、脈位（浮沉）、脈寬（大小）、有力無力……等脈象。中醫有腹診，西醫亦有腹診。《傷寒論》和現代醫學都有腹診，但兩者意義不同，各有所長。《傷寒論》腹診注重的是腹部局部與全身的聯繫，四診合參、辨證論治是處方用藥的基礎與前提。現代醫學的腹診則側重於瞭解腹腔臟器形態功能的變化，注重的是腹部症狀、體征與現代解剖學、生理學、病理學的聯繫(程孝雨，2009)。西醫之腹診資料固然中醫師可作為參考，但是中醫不是依據西醫病名來開方，高血壓與肝臟發炎有可能主以同一湯方，月經異常與皮膚病亦有可能同一湯方，失眠與腸胃病亦有可能同一湯方，……等等。所以說仲景113湯方（其中禹餘糧丸無組成）既可治療外感病亦可治療雜病。中醫開方是依據扁鵲陰陽病勢之診斷，而行「陰石以治陽病，陽石以治陰病」之湯藥。即整體病勢陽盛者，主以寒涼藥（陰石）；整體病勢陰盛者，主以溫熱藥（陽石）。仲景開方承此而於陰陽大綱之下再細分為三陰三陽。《傷寒論》六病並非依照臟腑器官而開方，更非指六條經脈之疾病。推得中醫腹診之內涵異於西醫，例如《傷寒論》半夏瀉心湯證條之「心下痞滿」者，醫師就必須行腹診來確認，然後才能開出此方。「方證對應」是中醫腹診之重要目的，無需鑑別實質之臟

腑器官。除了《傷寒論》之「方證對應」以外，雜病之腹診亦先辨陰陽病勢，其次判斷氣、血、水邪之不同而各主以適當之湯藥。《傷寒論》113 湯方只有 33 首湯方附有脈象，多屬外感病。其餘 80 首則不附脈象，多由腹診擔當診斷角色。今人用仲景方者就必須依照當初仲景之診斷與思惟。醫師並非在「臟腑器官」之基礎上行以腹診，這是中、西醫腹診之最大差異。

第五章 《傷寒論》主要版本之介紹

5.1 《傷寒論》十種版本

《傷寒論》版本共有十種版本：趙開美《仲景全書·傷寒論》(俗稱宋本)、成無己《註解傷寒論》(俗稱成本)、《脈經·卷七》、《金匱玉函經》(俗稱玉函本)、《敦煌本·傷寒卷》、高繼沖本(或稱為淳化本)、《千金要方·傷寒卷》、《千金翼方·傷寒卷》(俗稱唐本)。日本十九世紀中葉出有康治本《傷寒論》(俗稱康治本)與康平本《傷寒論》(俗稱康平本)。本研究依序簡介宋本、成本、康平本三種主要版本之源流。又《傷寒論》版本文獻學是本研究者與佛光大學生命與宗教學系研究所歐陽玉娥醫師共撰，本研究與歐陽醫師「《傷寒論》應非源於《內經》辨析」兩論文共享資源而部分有重出之處。

5.2 宋本《傷寒論》

5.2.1 宋本之源流

今稱宋本是指明朝萬曆己亥年(1599年)、趙開美影刻北宋小字版《傷寒論》並輯錄於《仲景全書》者。原北宋治平二年(1065年)林億朝臣校正之大字本與元祐三年(1088年)朝廷補刻之小字本早皆已亡佚(錢超塵, 2010)。今宋本亦有稱為趙開美本或簡稱趙本者。簡言之, 今所稱宋本即為趙本, 但其與原北宋之大、小字本是否有個

別文字之差異則不得而知。宋本共十卷二十二篇，趙開美《仲景全書》

雖有初刻與補刻之分，但兩者卷數及篇名完全相同，今將舉列之。

5.2.2 宋本之內容

卷第一 辨脈法第一

平脈法第二

卷第二 傷寒例第三

辨瘧濕喝脈證第四

辨太陽病脈證并治上第五

卷第三 辨太陽病脈證并治中第六

卷第四 辨太陽病脈證并治下第七

卷第五 辨陽明病脈證并治第八

辨少陽病脈證并治第九

卷第六 辨太陰病脈證并治第十

辨少陰病脈證并治第十一

辨厥陰病脈證并治第十二

卷第七 辨霍亂病脈證并治第十三

辨陰陽易差後勞復病脈證并治第十四

辨不可發汗病脈證并治第十五

辨可發汗病脈證并治第十六

卷第八 辨發汗後病脈證并治第十七

辨不可吐第十八

辨可吐第十九

卷第九 辨不可下病脈證并治第二十

辨可下病脈證并治第二十一

卷第十 辨發汗吐下後病脈證并治第二十二

按《仲景全書》初刻與補刻本僅有極小部分之差異，補刻本另更正數個訛字。台灣故宮所典藏之《仲景全書》即屬補刻本，其微膠卷另藏於北京圖書館。1991年劉渡舟《傷寒論校注》即以此微膠卷作為底本，本文從之。2010年《仲景全書之傷寒論、金匱要略方論》則屬初刻版，其並附有明朝初刻原稿之影印。當初趙開美是以影刻方式摩刻原北宋之小字本《傷寒論》，「影刻」是指以半透明紙張覆蓋於底本之上，先以毛筆仔細描繪原字樣，再依此字樣刻印，字句編排則完全依照底本模式。換句話說，如果描繪刻印與編排正確，即約等同於今日之影印本。因為趙本極逼近原宋本小字本，故今日所稱之宋本實際上就是趙本。其先刊仲景序文（按康平本亦有仲景序文，其他諸版本則無）。序文之後輯有「醫林列傳」，分別述及張機、王叔和、成無己三人。接續刊出「國子監」牒文，詳細陳述北宋朝臣刻印大、小字本之公文經過與負責之官員姓名。然後才是上述之目錄。又從「辨太陽病脈證并治上第五」至「辨陰陽易差後勞復病脈證并治第十四」各篇名之下皆附有小字：「合某某法、方某某首」。本研究者認為此應係自宋臣所統計，指該篇共有某某首湯方，某某則治法（按凡條文錄有湯方或針灸治法者皆屬之）。因不同條文或出有同一湯方，故「治法」之數目會大於「湯方」之數目。又每篇正文之前，宋本先彙集該

篇出有湯方之諸條文，其文字比正文簡略，此彙集之簡略諸條文通稱為「子目」。惟有宋本出有「子目」，按「子目」應出自宋臣所增衍，各篇合計數目即為林億序文之 397 法、112 湯方。

5.2.3 宋本成書之時間

前已述趙本極逼近原宋本之小字本，故今日所稱之宋本實際上就是趙本。1599 年趙開美委託優秀之刻工趙應期影刻《仲景全書》，不久發現極少數字詞有誤而再行以補刻。其「補刻」是將底版之錯誤字詞挖除，另刻正確字詞而再重新嵌上整理而得。補刻之時間不明，但應同為趙應期所刻且離初刻時間不久。因初刻與補刻僅有極少字詞有異，故不妨將趙本影刻時間定為 1599 年。趙本之底本為北宋元祐三年（1088 年）朝廷小字雕印之《傷寒論》。而小字本之母本即為北宋治平二年（1065 年）林億等朝臣原校正之大字本《傷寒論》。因林億輯有題名「傷寒卒病論」之仲景序文，而《新唐書》輯有「傷寒卒病論」之目錄，推知林億所引用之底本應源於後者。

5.2.4 宋本之學術論點

由於北宋朝廷國家級之修正刊印，在華夏《傷寒論》各種版本紛爭暫告一段落，宋本統一諸版本。隨後因成本流通廣大而取代《傷寒論》標準本之位階，宋本也失散約五百年之久。但是宋本只錄條文之

特點，並含有國子監牒文之國家級背書，終不為成本撼動其地位，今日中醫主流又回歸尊宋本為標準本。可惜宋本夾雜有大量後人之注解與追論等，條文詞句不通或難以理解之處，對照康平本則多見非屬仲景原文。又復刻之《仲景全書》東傳日本，日醫於寬文八年（1668年）抽離其宋本而單獨刻印，俗稱為寬文本。日醫傷寒學者捨去成本之經脈注解，重新由寬文本之條文出發，其中以中西深齋《傷寒論辨正》與山田正珍《傷寒論集成》為代表。爾等能釐清仲景原文與後人增衍之條文字詞等差異，中西深齋更否定仲景序文出自仲景。華夏中國尊宋本為標準本而全文照收，日醫尊宋本而再加以篩選出真正屬於仲景之原文。華夏中國迄今仍不離成本之經脈來詮釋《傷寒論》，日醫詮釋《傷寒論》則有徹底剔除《內經》觀點者。本研究認為經脈疾病方行以針灸，而論中湯方證候則不能代以針灸治療，顯然深齋與正珍之論點甚為可取。宋本之再出現讓日醫能對《傷寒論》有更深層次之體認。

5.3 成本《傷寒論》

5.3.1 成本之源流

成本指金朝成無己《注解傷寒論》，共編為十卷、二十二篇。主要有兩種版本，一為明朝嘉靖乙亥（1545年）汪濟川校刊，一為1599

年趙開美《仲景全書》輯錄。今依據後者列出卷數與篇名。

5.3.2 成本之內容

- 首卷 南政三陰六圖
- 北政三陰六圖
- 南政陰陽交四圖
- 北政陰陽交四圖
- 南政寸尺脈二圖（按內容有圖表而目錄遺漏，本研究者補入於目錄）
- 北政寸尺脈二圖（按內容有圖表而目錄遺漏，本研究者補入於目錄）
- 三陽上下加臨補瀉病證三圖
- 三陰上下加臨補瀉病證三圖
- 五運六氣主病加臨轉移之圖
- 運氣圖解（按汪濟川本作：圖解運氣圖）
- 釋運氣加臨民病吉凶圖
- 汗差棺墓總括歌
- 運氣加臨五圖
- 卷一 辨脈法第一
- 平脈法第二
- 卷二 傷寒例第三
- 辨瘧濕暍脈證第四
- 辨太陽病脈證并治法上第五
- 卷三 辨太陽病脈證并治法中第六
- 卷四 辨太陽病脈證并治法下第七

- 卷五 辨陽明病脈證并治法第八
辨少陽病脈證并治法第九
- 卷六 辨太陰病脈證并治法第十
辨少陰病脈證并治法第十一
辨厥陰脈證并治法第十二
- 卷七 辨霍亂病脈證并治法第十三
辨陰陽易差後勞復病脈證并治法第十四
辨不可發汗病脈證并治法第十五
辨可發汗病脈證治并法第十六
- 卷八 辨發汗後病脈證并治法第十七
辨不可吐第十八
辨可吐第十九
- 卷九 辨不可下病脈證并治法第二十
辨可下病脈證并治法第二十一
- 卷十 辨發汗吐下後病脈證并治法第二十二

本研究認為「首卷」或出於成氏私下所增衍，目錄既有「首卷」又有「卷一」，兩者同義卻並列於目錄，有所矛盾。又「首卷」全屬運氣學說，其淵源於唐朝王冰《素問·天元紀大論》等七篇，運氣學說內容是用氣候與物候推測疾病每隔 60 年會重複流行一次（樸質的中醫網站），此說與仲景之學無關。

成本多被稱作《注解傷寒論》或《傷寒論注釋》。清朝乾隆四十六年（1781 年）《四庫全書·傷寒類醫著集成》所輯成本即作《傷寒

論注釋》，其並將「首卷」全部刪除。成本不計「首卷」在內則其與宋本同編為十卷，二十二篇，兩者篇次、條文順序及內容類同。成本比宋本多「首卷」運氣圖解，又各卷卷末多附有「釋音」，各條文後有成氏從經脈觀點之注解。而「釋音」是將各卷中的疑難字以漢字反切標出讀音和字義。成本卷十是將論中湯方「加、減」者 25 首重集於此，例如桂枝「加」葛根湯、桂枝「去」芍藥湯……等。這 25 首湯方先前已散見於各篇。成本無宋本林億等之校注語、無各篇彙集之「子目」。宋本條文凡見有湯方者，皆出其組成。因條文述有相同之湯方，以致宋本全本共有 40 則湯方重出組成。成本僅在條文首見湯方時出其組成，而後條文另見有該湯方時則不再重出組成。此累贅之舉應出自林億增衍，其重出煩雜之模式類同「子目」。

5.3.3 成本成書之時間

成無己撰有《注解傷寒論》十卷、《傷寒明理論》三卷、《傷寒論方》一卷等三書。此在宋本《醫林列傳·成無己》已有說明。其他文獻並無成氏之詳細資料。

除宋本《醫林列傳》以外，嚴器之曾為《注解傷寒論》與《傷寒明理論》作序，另有張孝忠《傷寒論方·跋》等少數資料可查。嚴器之《注解傷寒論》作序署為「甲子中秋日」，其相當於 1144 年，成氏

時年約 80 歲。

5.3.4 成本之學術論點

成本首創整本逐條注釋《傷寒論》，其以白話注解，簡單易讀，流通極廣，完書之後不久即取代宋本之地位。《仲景全書》雖復輯宋本，但數十年之後再度散失，以致二十世紀以前，華夏中國注解《傷寒論》之醫家多以成本為底本。成本無仲景序文，部分文字亦與宋本不同，可見成氏應另參考其他民間版本，故成本與宋本可以互相校勘。由於宋本在趙開美之前曾流散約五百年，故成本在保存仲景之學有其功勞。特別是各篇後之「釋音」，其保留漢代古字之音義，此點有利研究仲景當初之原意。例如「釋音茈音柴」，表示「柴胡」古字是作「茈胡」。陳焘和指出：「『茈』字之漢代讀音等同河洛語之『柴』音。今台灣民間仍讀此音。依河洛語十五音法其音標作：葩五出。擬音讀如北京話『察』音。茈胡係歸於草部；如訓為柴木、柴林解，則理應歸於木部。從《神農本草經》到宋代《大觀本草》、出土敦煌醫書、《五十二病方》、《武威漢代醫簡》等皆作茈胡……等。茈字是形容鮮嫩之意。茈胡即隱喻春天採收之茈胡，今稱為春柴胡、芽柴胡者即是。又茈薑同指春天採收之嫩薑。春採者鮮嫩質潤，透發之力較強，其藥效符合透表解邪之作用（陳焘和，2008:480）。按今幸有成本之「釋音」證實仲景當初是作「茈胡」而非「柴胡」，以下本研究皆改正作茈胡。

附錄宋本則仍保留原柴字。

成本最大差異是以朱肱經脈臟腑詮釋仲景之湯方條文，混淆外治法（針灸）與內服法（湯方）。因成本流通廣大之影響，中醫主流根深蒂固始終框限於此種訛論。甚至今醫家仍無法辨清錯誤，嚴重影響中醫教學與仲景學說之傳承。

5.4 康平本《傷寒論》

5.4.1 康平本之源流

康平本是日醫大塚敬節於 1936 年發掘，隔年 1937 年大塚加以眉注而撰《康平本傷寒論 全》。康平本無宋本之《辨脈法》、《平脈法》兩篇，亦無「可」與「不可」諸篇。只有宋本與康平本有仲景序文。康平本採取方證同條，全書不分卷，無目錄，底本為手抄寫稿，共計有十二篇但無編出序號。今舉列各篇之名稱。

5.4.2 康平本之內容

傷寒例

辨大陽病 瘧濕暍

辨大陽病

辨大陽病

辨大陽病 結胸

辨陽明病

辨少陽病

辨大陰病

辨少陰病

辨厥陰病

辨厥陰 霍亂

辨陰陽易差後勞復病

5.4.3 康平本之抄寫年代

康平本是大塚敬節於昭和 11 年（1936 年）所發掘，隔年大塚加以眉注並交於日本漢方醫學會刊行《康平本傷寒論 全》。此本為袖珍本，面積為 18.6 乘以 11.5 公分，大塚寫有「例言」，署為昭和丁丑（1937 年）立春。大塚並於 1946 年贈送給中國葉橘泉一刊行本，之後大塚另贈一本手稿抄寫本給葉氏。葉氏互校此二本，刪去大塚於「例言」及「仲景序文」所加之日文返點符號。葉氏請陸淵雷、范行准、李疇作序，1947 年由上海千頃堂刊印《古本康平本傷寒論》，1954 年再版。1986 年湖南科技出版社重刊。由於經葉氏互校，《古本康平本傷寒論》內容與《康平本傷寒論 全》存有數字差異。2000 年李順保《傷寒論版本大全》輯錄《古本康平本傷寒論》。大塚《康平本傷寒論 全》於

日本重刊數次，最近一次為昭和 59 年（1984 年），山田光胤並為之作序，精裝本但仍維持原袖珍本之大小（參見圖 5.1, 5.2）。昭和 41 年（1966 年）大塚整本逐條注解《康平本傷寒論 全》而撰《傷寒論解說》，內附有手抄寫稿之影印本。台灣 1973 年吳家鏡翻譯《傷寒論解說》（參見圖 5.3），亦附有此康平本手抄寫稿之影印本。2008 年陳焱和《傷寒卒病論台灣本》以康平本為底本，並附錄其手抄寫稿之影印本。2002 年山田光胤整本逐條以日文注解《康平本傷寒論 全》而撰《康平傷寒論讀解》（參見圖 5.4）。

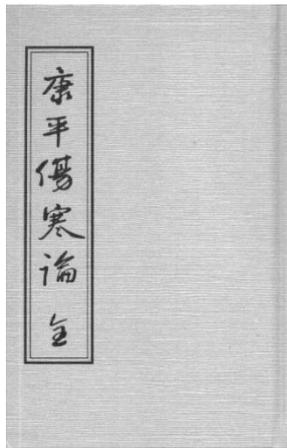


圖 5.1 康平傷寒論

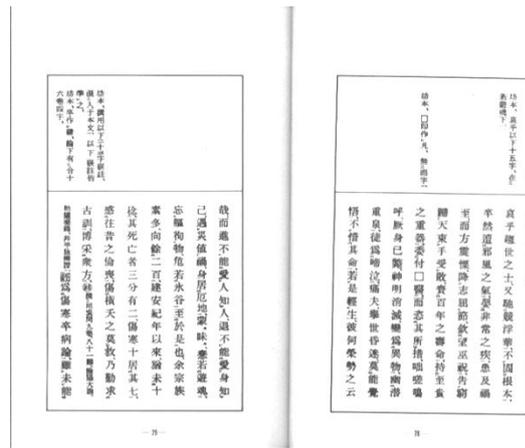


圖 5.2 康平傷寒論內文圖示

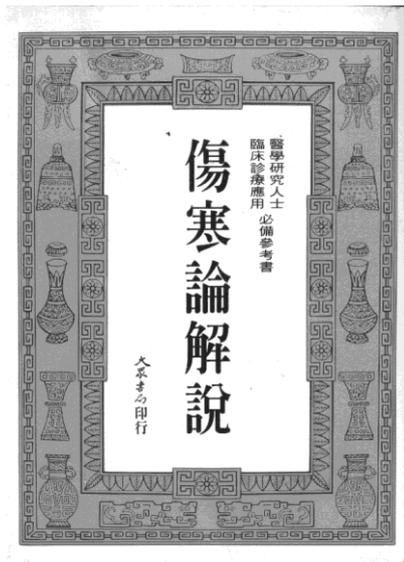


圖 5.3 傷寒論解説



圖 5.4 康平傷寒論読解

大塚《康平本傷寒論 全》底本之手稿抄寫本其來源不詳，最後跋文署名為：「康平三年二月十七日 寺醫丹波雅忠」、「貞和二年十二月十五日 以家秘說授典藥權助畢 和氣朝臣嗣成」與小字「南山隱士山秋五祖謹書」。按丹波雅忠（1021～1088年）是《醫心方》作者丹波康賴之曾孫，家學淵源，雅忠撰有《醫略抄》等。但是據宮下三郎考證康平三年（1060年）雅忠官階不過是「典藥頭」而尚未擔任「寺醫」；宮下又考證貞和二年（1346年）和氣嗣成亦尚未擔任「典藥權助」（按相當於醫藥教授）之職位。兩者之時間點皆不符事實。有確切記載是萬延元年（1860年）齊藤毅藏有康平本之影本並加校正（大塚敬節，2001:51-54）。按手抄寫稿同一種藥物卻有作「桂枝、桂支、圭枝、圭支」四種異名，醫家水平不可能如此粗俗，推知雅忠與嗣成之署名應是後人所託名。按康平本「堅」字已改作「鞭」字，此為避隋文帝楊堅之諱，得知康平本在隋朝曾經被傳抄過，其祖本當在隋朝之前。又陳氏指出論中四逆湯原名作四順湯，梁武帝蕭衍（西元464～549年）之父親名蕭順之，因避其諱名而改「順」字為「逆」字。康平本作「回逆湯」實為「四逆湯」抄寫之訛，其既已避諱「順」字為「逆」字，推知其祖本當更上推在梁武帝之前（陳焱和，2008:510）。

錢氏將康平本東傳時間上推為唐朝，日本弘法大師空海804年隨

遣唐史赴唐求法時、委請人代抄後於 806 年帶回日本而藏於佛寺（錢超塵，2000:640-667）。按錢氏純屬臆測而缺乏直接證據，唐朝前醫療文獻皆作「生薑」而非作「生姜」。故本研究對錢氏之觀點持保留意見。

據《宋史·志第五十七·禮七》真宗大中祥符五年（1012 年）避諱聖號而將「玄」改為「真」字。林億等朝臣 1065 年修正《傷寒論》時，就將「玄武湯」改為「真武湯」。因康平本仍作「玄武湯」，故知康平本並未經過宋臣之修正，推得 1012 年至 1279 年宋朝滅亡時，康平本應沒有被宋人傳抄過。

和氣嗣成如果確係託名傳抄所為，則康平本東傳日本之時間必晚於 1346 年有相當時間。又齊藤毅於 1860 年藏有康平本之影本，其母本至少早於此時數十年。推知康平本約在 15~17 世紀時東傳日本。

康平本是梁朝前之早期傳本，曾於梁、隋被傳抄。唐朝孫思邈之後、王冰之前，元 683~761 年被數人增衍而託作出仲景序文。康平本一直在華夏民間秘傳。1012 年至 1279 年沒有被宋人傳抄。15~17 世紀時康平本東傳日本，傳抄者之水平不高，但仍保留主文與注解區隔之原樣。860 年日人齊藤毅藏有其影本。1936 年大塚敬節發掘，1937 年並加以眉注而撰《康平本傷寒論 全》。康平本跋文及丹波雅忠、和氣嗣成之署名應是日人託名而增衍。康平本在華夏之母本早已亡佚。

5.4.4 康平本之學術價值

康平本何時東傳日本並非重點，其將內容區隔為主文、嵌注、旁注與追論；宋本條文語法混亂不通之處，對照康平本之後即可明白，這才是重點。葉橘泉《古本康平本傷寒論·序》：「我國傷寒論之存世者，惟宋本成本為善，而文字猶多疑義，蓋自西晉迄北宋，傳鈔既久，錯亂割裂竄補，已失叔和撰次之真面目也，予近得日本所藏康平傷寒論，與通行本大異，殆係叔和撰次之真本。」陸淵雷作序：「不知葉君之意如何至於康平本勝宋本之處，大塚之校，葉君之序，言之已詳，予不多贅，惟有一言敢告於讀是書者，傷寒論傳世諸本，以予所見所聞，當以康平本為最善爾。」按中國於民初時期亦相當重視康平本，可惜後來多將康平本貶為偽本。按宋本與成本主文基本上一致，但亦有少數差異。康平本區隔出主文、嵌注、旁注與追論，主文語法通順而易於臨床掌握。宋本序文「撰用素問九卷、八十一難、陰陽大論、胎臚藥錄，并平脈辨證」二十三字，對照康平本則屬小字嵌注(大塚敬節，2001:87)。《傷寒論》淵源於《內經》之惟一證據被摧毀，得知康平本對宋本、成本以及其他版本之衝擊巨大。雖然 1955 年重慶市中醫學會刊行《新輯宋本傷寒論》，但主流仍宗成本。直至 1991 年劉渡舟以《仲景全書》之宋本微膠卷為底本出版《傷寒論校注》後，宋本才漸取代成本而為標準本，時間距今不過 20 年而已。康平本多處

否定宋本條文之正確性，康平本主文最能貼近仲景之條文原樣。

第六章 《傷寒論》腹診條文校勘釋義

6.1 本研究之腹診條文是以宋本 398 條為基礎

《仲景全書》之宋本並沒有編以序號。1955 年重慶市中醫學會刊行《新輯宋本傷寒論》，第一次自行將宋本整本編以 398 條序號，正體字印刷。《新輯宋本傷寒論》之底本不詳，或為《仲景全書》初刻版所輯之宋本，亦有可能是回傳中國之日本安政本。台灣故宮博物館所藏《仲景全書》為補刻版，其另錄有微膠卷藏於北京圖書館。1991 年劉渡舟以此微膠卷為底本而撰《傷寒論校注》，正體字印刷。因《傷寒論校注》正文屬於補刻本，此正文內容自然就成為宋本之標準版。西元 2001 年李順保《傷寒論版本大全》以簡體字印刷，所輯宋本是另結合《新輯宋本傷寒論》之 398 條序號而得。今 398 條之序號已成中醫傷寒學之共識，為方便說明，本研究亦以宋本 398 條為基礎。

6.2 宋本 398 條與 397 法之涵義不同

因為 397 與 398 數目相鄰，以致傷寒學中常引起混淆，事實上兩者之涵義有別。宋臣林億修正《傷寒論》留有序文，序文之末：「今先校定張仲傷寒論十卷、二十二篇。外合三百九十七法。除復重，定有一百一十二方。今請頒行。」按《傷寒論》史料在北宋之前只有「卷數」，並無「篇數」之名稱。經過宋臣校正整編之後，卷數雖同保留

為十卷，卻多出篇數之名稱，得知宋本每卷內容已異於《傷寒論》之祖本。宋臣將條文出有「湯方名稱」或「針灸治療」者統稱為「法」。因為宋本「可與不可篇」之條文是重錄從「辨太陽病脈證并治上」到「辨陰陽易差後勞復病脈證并治」之間的相關條文。以致相關條文「法」之數目亦被重複計算。按「可與不可篇」共有 159 法被重複計算，故 397 法應該扣除 159 法，宋本實際上只有 238 法。1955 年重慶市中醫學會首先將宋本編以 398 條之序號，其與 397 法毫不相干。

6.3 宋本腹診條文之認定原則

「腹症」並不等同「腹診」。「腹症」著於病人之主訴症狀，醫師或可透過「腹診」予以確認，亦有無法確認者。例如病人主訴有胃痛病史，醫師門診之時觸其胃處或劇痛或稍痛、或有當下不痛者。又如病人主訴痛經，可是就診時並非經期，醫師以手觸診其腹部、小腹亦有毫無疼痛者。又如腹部抽筋，醫師診斷之時並無異樣。此種症狀訊息是先由病人主訴所提出者，稱之為「腹症」。「腹診」則著於醫師之專業診斷行為，病人或知、或不知，或知道而不認為有所相關。例如腹部之悸動，病人多不自覺。又如腹部水邪之診斷，病人或偶覺腹中有咕嚕之聲音，或根本無法察覺。又肚臍濕黴、腹部瘀斑、腹部溫度之寒熱、下腹部皮膚捏起薄如鼠皮……等病人或多不在意，但卻可作

為臨床醫師開方之重要參考，此種診斷法稱為「腹診」。相對「腹症」為病人主訴之名詞，「腹診」則屬動詞，專指醫師之診斷動作。本研究強調醫師行「腹診」之動作，非在探討病人主訴之「腹症」。故第76條「心中懊懣」、123條「胸中痛」、173條「腹中痛」、307條「腹痛」、321條「心下痛」……等自訴「腹症」暫且不論。又135條之「按之石鞭者」與340條之「按之痛者」因條文中含有一「按」字，強調醫師之腹診動作而歸類為「腹診」條文。本研究總計出宋本共有103條「腹診」之條文，分析如下：太陽病上篇2條；太陽病中篇31條；太陽病下篇38條；陽明病篇18條；少陽病篇1條；太陰病篇2條；少陰病篇2條；厥陰病篇8條；陰陽易差後勞復病篇1條。總共103條彙集本研究末之附錄，其比例超過宋本398條的四分之一。

6.4 宋本腹診共103條文中有27條康平本是作追論或注解

康平本有主文、注解、追論之區隔(按注解又有旁注與嵌注之分，大塚敬節認為旁注之時間晚於嵌注)。宋本則全部混淆作為正文，以致宋本條文多有詞句不通而語法混亂。康平本作低二格書寫之條文者屬於後人追論，非出自仲景。上節宋本共103條腹診條文之中，經對照康平本察覺其中有24條康平本是作低二格書寫，應須加以扣除。

此 24 條出自後人之追論如下：第 36、37、108、109、127、128、129、132、133、142、143、167、171、189、205、251、254、255、322、339、340、372、375、381 條。另第 100 條法當腹中急痛」於康平本是作旁注。第 232 條「若不尿，腹滿加噦者，不治」與第 238 條「腹微滿，初頭鞭，後必溏，不可攻之」作嵌注，亦應扣除。宋本共 103 條腹診條文扣除此 27 條（24 條追論與 3 條注解）後，尚有 76 條。

6.5 宋本腹診條文再扣除 11 條無記載湯方者而得 65 條

上節 76 條腹診條文中有 11 條並無記載湯方，爾等腹診條文無關醫師之開方診斷，不符合本研究之前提而須予以扣除。此 11 條文依序如下：第 49、111、139、140、150、151、153、160、195、273、326 條。上節 76 條再扣除此 11 條之後，本研究者認定有 65 條腹診條文，依序如下：第 21、28、40、41、64、65、66、67、77、78、79、82、96、97、98、99、102、103、104、106、107、123、124、125、126、131、134、135、136、137、138、141、146、147、148、149、152、154、155、156、157、158、159、161、163、164、165、166、177、208、219、221、229、230、231、241、244、249、260、266、279、310、355、356、395 條。下一章本研究者將分別討論此 65 條腹診條文，並佐以本研究者臨床示範之相片等。

6.6 《傷寒論》腹診條文釋義

《傷寒論》條文前之 (21) 是指宋本條文之序號，條文中腹診相關詞元如胸滿等，加以網底標示；並佐以本研究者臨床腹診之說明。條文如有疑義之處則與諸版校勘。共計 65 條，今依序說明如下：

(21) 太陽病，下之後，脈促，胸滿者，桂枝去芍藥湯主之。

【校勘】諸家皆訓促脈為：脈來數，時一止，復來者，名曰促。陳森和《傷寒卒病論台灣本》(以下簡稱台灣本)訓促為短，並將「脈促」改作「氣促」。去年再當面請教陳氏，陳氏仍訓促為短，但主張應維持原條文不變。陳氏指出血脈之搏動時間分為三階段：由底部上升至峰頂、停留峰頂、由峰頂降下於底部。常脈三階段之時間約相等。促脈者其上升與下降之時間皆較常態為慢，第二階段停留峰頂之時間較常態者為快，只稍微應指碰觸一下即消失。脈促即脈短，形容停留峰頂之時間很短，歸類於於心臟無力搏出血液者。芍藥性味苦平，合甘草開暢陰凝滯氣。病勢朝陽者則主以寒涼苦瀉之藥；病勢朝陰則用溫補藥。以「脈促」一詞鑑別其病勢朝陰，桂枝合甘草、生薑、大棗溫熱宣陽之藥正宜。如不去芍藥則妨礙其溫通之力。桂枝湯含芍藥者是其兼有氣逆病狀，故溫通陽氣於胸位，一方面開暢陰凝滯氣於下。

【說明】「滿」者，悶也。患者可自覺，醫者腹診時亦可察覺。古人

多瘦，胸部各肋骨相間，明顯呈露於外，易見外觀之肋骨間凹痕陷下狀。醫者於該部位橫向移動時肋骨間凹痕填滿，或按之澎滿，係邪氣滿而悶。臨床上曾見瘦者胸滿治癒後，可恢復原先其常態肋骨之凹陷狀。論中胸部之定義為：兩乳外緣之間、鎖骨以下、平心窩橫切線之上。本研究以橢圓陰影標示胸部之區域，見圖 6.1。



圖 6.1 胸部部位腹診圖

(28) 服桂枝湯，或下之，仍頭項強痛，翕翕發熱，無汗，心下滿微痛，小便不利者，桂枝去桂加茯苓白朮湯主之。

【校勘】「心下滿」者同「胸滿」皆因陽位氣滯不宣所致，故絕無去桂枝之理。桂枝湯命以桂枝者，即強調桂枝為主藥，豈有將主藥刪除又反列為湯方名稱？推知「去桂」二字有誤。本研究認為條文應改作：服桂枝湯，或下之，仍頭項強痛，翕翕發熱，無汗，心下滿微痛，小便不利者，桂枝加茯苓白朮湯主之。

【說明】「心下」指鬲疴骨下凹陷區域，俗稱心窩。相當於鳩尾穴或

尾翳穴。其內小骨為髑髀骨。「心下滿」者自覺與他覺皆有。心窩躺下時常態微凹陷而柔軟，病邪外撐則凹窩滿起呈水平者曰心下滿。心窩脂肪不柔軟者曰心下鞭。心下處重按有如粗索條狀者曰心下結。心下膚表淺層具有張力、重按雖有底力略痛而非如粗索條狀者稱心下痞。心下痞者必滿，心下滿者未必為痞。今以圓形陰影標示心下，見圖 6.2。



圖 6.2 心下部位腹診圖

(40) 傷寒表不解，心下有水氣，乾嘔，發熱而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹滿，或喘者，小青龍湯主之。

【校勘】諸本作「表不解」，《千金要方》則作「表未解」。

【說明】「心下有水氣」，應指胃內有水邪。病人或可自覺胃內水鳴聲音，但主要是醫師之他覺。醫者併攏四指，以指腹去按壓病人心下處而緩慢橫移，可聽聞水聲或震波之聲音。手指繼續加壓時，指下微有軟物感，然後指下會察覺到水邪之移動，體內即發出水聲。此屬水邪。

臨床亦可見如鼻流清涕，眼癢模糊，唇口水樣，痰多或泡沫狀，口沫多，苔滑不欲飲水等現象。「少腹」即小腹，河洛語「少」、「小」兩字同音通假，其處指肚臍橫線以下、兩側的髌骨沿鼠蹊線內緣之間、陰部恥骨以上之倒梯區域，本研究者以倒梯形陰影標示少腹，見圖 6.3。

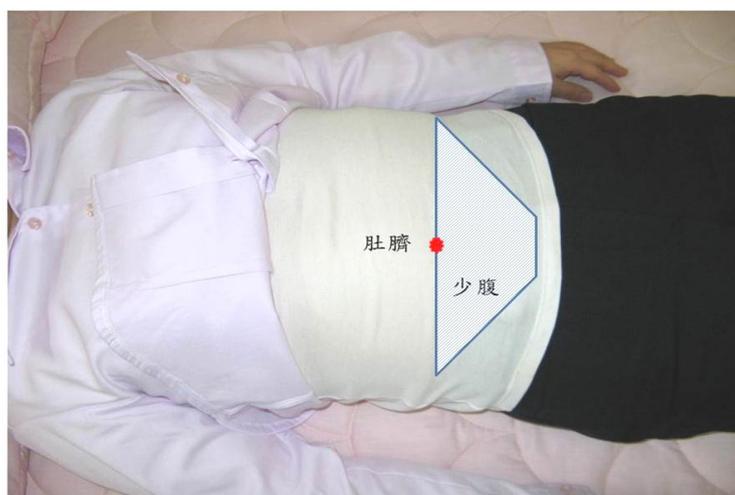


圖 6.3 少腹部腹診位圖

(41) 傷寒，心下有水氣，咳而微喘，發熱不渴。服湯已，渴者，此寒去欲解也，小青龍湯主之。

【校勘】台灣本指出依論中語法於「某某湯主之」前應為「者」字。

「此寒去欲解也」六字係後人所增衍，應刪。條文應更正作：傷寒，心下有水氣，咳而微喘，發熱不渴。服湯已，渴者，小青龍湯主之。

【說明】「心下有水氣」同上第 40 條。

(64) 發汗過多，其人又手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草湯主之。

【說明】胸腹處跳動如脈者稱為「悸動」或簡稱為「悸」。醫師透過腹診能察覺病人是否有「悸」，病人或能自覺、或無法自覺、或經醫師教導後方能自覺。軀體腰臍線以下屬陰位，以上屬陽位。當陰位病邪行上逆於陽位之動作時則「悸」。有氣悸與水悸之不同種類。另有心悸、心下悸、臍上悸、臍悸、少腹悸（含臍下悸）等不同病位。當陰位病邪上逆於陽位之後而呈靜態者則曰「滿」，有氣滿與水滿之不同種類病邪。另有胸滿、心下滿、腹滿等不同病位之滿。條文「冒」字為蓋壓之意。本條病人陰位之邪「氣」上逆於「心下」之動作不停時，病人自覺心下處連續跳動不停或兼有惶恐，故欲以手壓按之，以安其悸動。本條因為醫師先前之治療造成病人發汗過度，汗液大量流失所導致。兼有頭暈者，可配合不涼冷之運動飲料約 100 毫升補充電解質。心悸與心下悸屬「氣邪」者醫師指腹輕按病處即得，重按反不易察覺。屬「水邪」者醫師輕按多無，須漸增壓力方得有軟物感，類如脈診「沉脈、伏脈」之力，當醫師橫移指腹則能察覺水邪移動並能聽到水聲，水邪之悸多發生於不容、承滿、水分穴位與脇下處等，左側常多於右側。又桂枝湯中用「桂枝合甘草」者，其意正可從本條去思索。心下部見圖 6.2。

(65) 發汗後，其人臍下悸者，欲作奔豚，茯苓桂枝甘草大棗湯主之。

【校勘】「者」字後應續接某湯主之。「欲作奔豚」四字係增衍。故條文更正作：傷寒，發汗後，其人臍下悸者，茯苓桂枝甘草大棗湯主之。

【說明】臍下居於肚臍以下、恥骨橫線以上、兩側腎經線之間的長方形區域。臍下悸者或伴有腹直肌攣急，或見腹主動脈之搏動於表面。陳森和指出：悸、動有別，醫師以指腹壓按能察覺跳動者稱為「悸」，病人亦可自覺；「動」者病人多不能自覺，須藉由醫師診察而得，例如寸口脈與心臟之搏「動」（網站：樸質的中醫漢方）。「臍下」屬於「少腹」之一部分。本研究以肚臍直下之長方形標示，見圖 6.4。

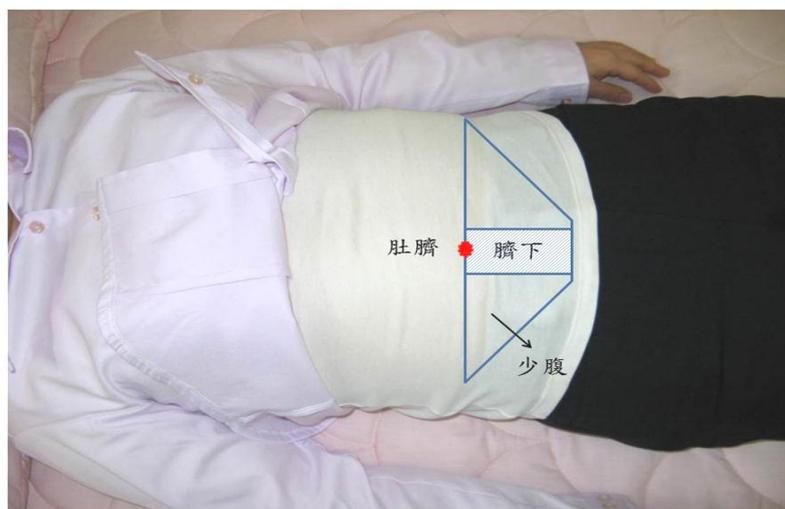


圖 6.4 肚臍、臍下、少腹部位腹診圖

(66) 發汗後，腹脹滿者，厚朴生薑半夏甘草人參湯主之。

【說明】腹部居於心下處之底緣以下、肚臍底緣以上、兩側脇部間、

左右支部下之橢圓形區域。肚臍屬於腹部之一部分。腹滿者病人或可自覺，或不能自覺而須透過醫師之診斷。腹滿之「滿」類同正常飲食後之「滿」。腹部稍有柔軟，局部按之凹陷，離手復起。腹滿者按腹凹陷而有抵抗力。腹滿甚者，整個腹部膨滿而全體往外撐起，病人面有難忍之狀，常以手撫腹，稱為「腹脹」。腹脹類似過度飽食而難消，病人必可自覺。壓腹滿者如壓軟式棒球、壓腹脹者則如壓硬式棒球。從局部腹滿到整體腹脹是病狀輕重之演變，本條「腹脹滿」之病狀居於「腹滿」與「腹脹」之間。本研究者以陰影標示腹部，見圖 6.5。

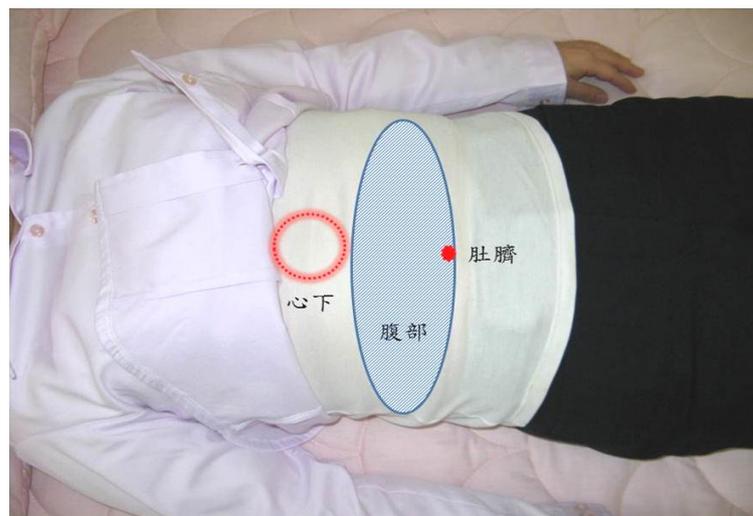


圖 6.5 心下、腹部、肚臍部位腹診圖

(67) 傷寒，若吐，若下後，心下逆滿，氣上衝胸，起則頭眩，脈沈緊，發汗則動經，身為振振搖者，茯苓桂枝白朮甘草湯主之。

【校勘】《仲景全書》所輯宋本之底稿斷句為：「若吐，若下後，心下逆滿」。台灣本則斷句為：「若吐若下後，心下逆滿」。諸家訓本條「若」

作「或」、「如」字解。陳氏則提出漢代醫學須以漢代語言來詮釋。認為本條「若吐若下」4字連用應詮釋為：一邊吐又一邊下利之意。今台灣河洛語仍保有此語法，「若」字之河洛語讀音擬音類同北京話之「納」字音。又陳氏將「發汗則動經」五字視為後人之增衍，應刪。本研究認為《傷寒論》非淵源自《內經》，仲景是講藥物湯方而非針灸經脈，陳氏論點應從之。故條文應更正作：傷寒，若吐若下後，心下逆滿，氣上衝胸，起則頭眩，脈沈緊，身為振振搖者，茯苓桂枝白朮甘草湯主之。

【說明】心下滿者，心下陷處平滿。心下逆滿者，滿又逆衝於上，自心下處向上部胸處逆衝。本條為水邪所致。起則頭眩者，起立之時則會頭暈目眩。心下部參見圖 6.2。

(77) 發汗，若下之，而煩熱，胸中窒者，梔子豉湯主之。

【校勘】《脈經》「胸中窒者」作「胸中塞者」。台灣本刪除「若下之」3字。陳氏去年指導本研究時提出「發汗，若下之，」應斷句為「發汗若下之，」。「發汗若下之」即「若發汗若下之」的省言。今台灣河洛語「若吃飯若看電視」與「吃飯若看電視」兩種語法皆通用。即第一個「若」字可以省略。本條應更正作：發汗若下之，而煩熱，胸中窒者，梔子豉湯主之。

【說明】胸中窒者，胸悶而呼吸不暢，原屬病人主訴之自覺病狀。但是臨床醫師按其心下時，可診察出病人心下軟而無底力（軟而有底力者曰痞）。故將本條納入本研究。胸中之「中」訓作「內」字解，即指胸部之內。宋本第（375）條：下利後，更煩，按之心下濡者，為虛煩也，宜梔子豉湯。其「濡」字訓作「軟」字解，按之心下軟正如前述，雖然康平本此條屬追論，但合乎臨床腹診。胸部病位參見圖6.1。

(78) 傷寒五六日，大下之後，身熱不去，心中結痛者，未欲解也，梔子豉湯主之。

【校勘】前已述語法「者」與「某某湯主之」間不應插有字詞。本條應更正作：傷寒五六日，大下之後，身熱不去，心中結痛者，梔子豉湯主之。

【說明】《傷寒論》心中之「中」訓為「中央」解，「心中」與「心下」對應而言。此條「心」字非為解剖之心臟，而是指兩乳中央的膻中穴處。「心中」底緣直下之凹陷窩則為「心下」。本條應注為：醫師按壓病人膻中穴處時，能診察出其底部有硬結感，病人被壓按時會感覺到疼痛。本研究者以小圓形陰影標示心部，見圖 6.6。

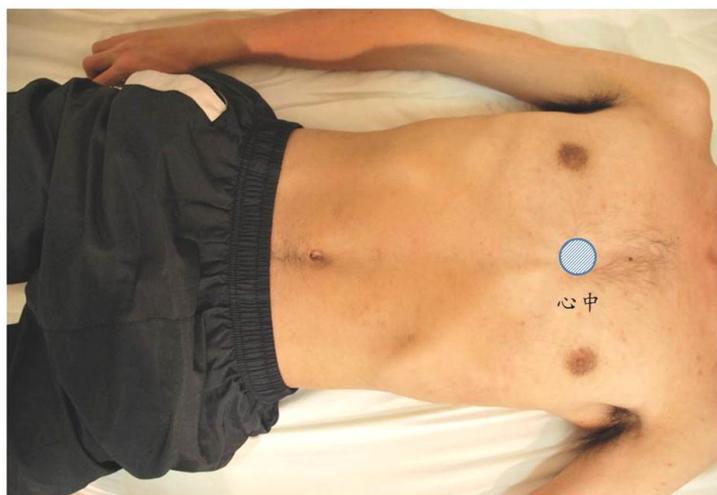


圖 6.6 心中部位腹診圖

(79) 傷寒下後，心煩腹滿，臥起不安者，梔子厚朴湯主之。

【說明】本條「心煩」是作形容詞，非關於「心」部。腹部見圖 6.5。

(82) 太陽病，發汗，汗出不解，其人仍發熱，心下悸，頭眩，身暈動，振振欲擗地者，真武湯主之。

【校勘】真武湯原名玄武湯，宋臣林億因避諱而改為真武湯。台灣本指出本湯是從《輔行覺臟腑用藥法要》之玄武湯所演化，其大玄武湯者用生薑，小玄武湯者則用乾薑。就如同大青龍湯者用生薑，小青龍湯者則用乾薑。湯名曰小者著於正氣虛，湯名曰大者著於邪氣實。仲景只有用生薑。故本條應命名為大玄武湯。本研究認為仲景或有用乾薑之條文而被遺漏。

【說明】心下部見圖 6.2。

(96) 傷寒五六日，中風，往來寒熱，胸脇苦滿，嘿嘿不欲飲食，心煩喜嘔，或胸中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脇下痞鞭，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微熱，或咳者，小柴胡湯主之。

【校勘】宋本作「柴胡」（見附錄），本研究從台灣本改正作「芘胡」隱喻春天採收（參見第五章）之意，以下同此。康平本[中風]二字作旁注；今從康平本而刪。「嘿嘿」與「默默」同音通假，康平本亦作：默默。本條應更正作：傷寒五六日，往來寒熱，胸脇苦滿，默默不欲飲食，心煩喜嘔，或胸中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脇下痞鞭，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微熱，或咳者，小芘胡湯主之。

【說明】「胸脇苦滿」是「胸脇為滿所苦」之倒裝句，病人苦於胸滿與脇滿。胸部參見圖 6.1。「脇」居兩側腋窩以下、支部順第十二肋骨旁開於外側以上之身側區域。「脇下」居「脇」之直下、腰側髌骨以上之身側區域。脇部參見圖 6.7 之斜線區域。脇下部見圖 6.8。

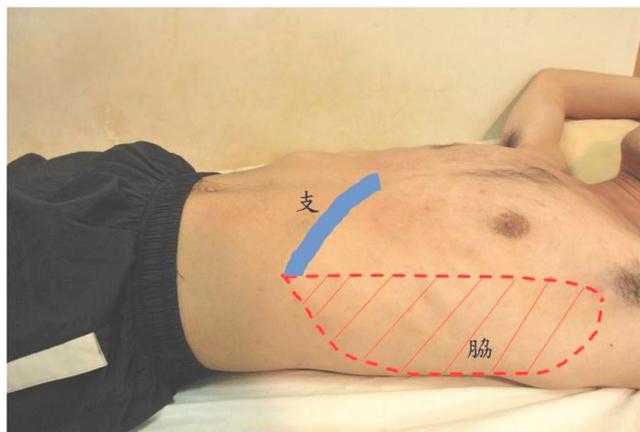


圖 6.7 脇、支部位腹診圖

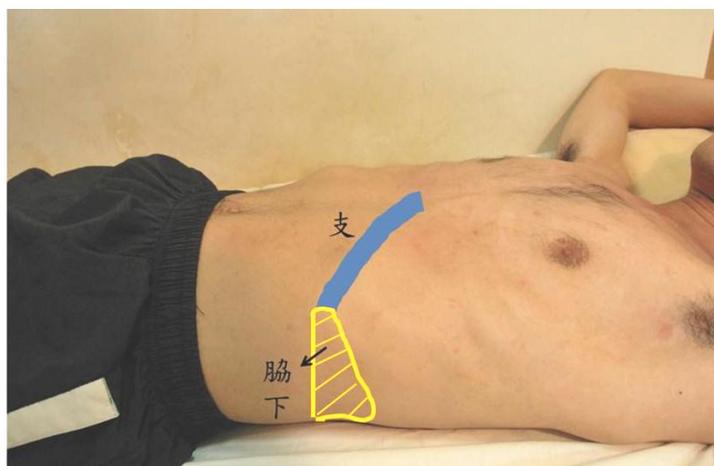


圖 6.8 脇下、支部位腹診圖

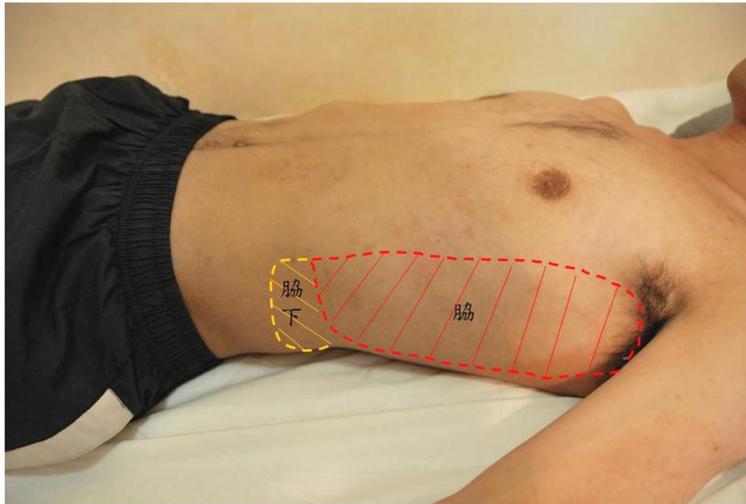


圖 6.9 脇、脇下部位腹診圖

(97) 血弱氣盡，腠理開，邪氣因入，與正氣相搏，結於脇下，正邪分爭，往來寒熱，休作有時，嘿嘿不欲飲食，藏府相連，其痛必下，邪高痛下，故使嘔也。一云：藏府相連，其病必下，脇膈中痛，小柴胡湯主之。服柴胡湯已，渴者，屬陽明，以法治之。

【校勘】「藏府相連」康平本作「藏府相違」。「其痛必下，邪高痛下」康平本作「其病必下，邪高病下」。仲景不講臟腑，應刪。末段十四字應從康平本獨立另成一條。本條應更正作：血弱氣盡，腠理開，邪氣因入，與正氣相搏，結於脇下，正邪分爭，往來寒熱，休作有時，默默不欲飲食者，小柴胡湯主之。

【說明】97 條是在解釋 96 條之病因。脇下部見圖 6.8

(98) 得病六七日，脈遲浮弱，惡風寒，手足溫，醫二三下之，不能食而脇下滿痛，面目及身黃，頸項強，小便難者，與柴胡湯，後必下重。

本渴，飲水而嘔者，柴胡湯不中與也，食穀者噦。

【校勘】宋本與康平本大芘胡湯之組成無大黃，正確。成本與《金匱要略》則誤衍有大黃。按少陽病位未進入內層，須透外而解脇，不應用大黃、芒硝之從下解邪。「後必下重」屬注解之語法，應刪。末段十八字應從康平本獨立另成一條，且是低二格書寫者。本條應更正作：得病六七日，脈遲浮弱，惡風寒，手足溫，醫二三下之，不能食而脇下滿痛，面目及身黃，頸項強，小便難者，大芘胡湯主之。

【說明】「脇下滿」即脇下部之腰側凹窩向外撐出而滿，兼有痛覺者則稱「脇下滿痛」。小芘胡湯之人參、甘草代以芍藥、枳實則為大芘胡湯。小芘胡湯強調正氣虛，大芘胡湯強調邪氣實。「脇下滿痛」屬於邪氣實且芍藥苦平有利小便之作用，故主以大芘胡湯。因已曾誤下過，故不能用大黃、芒硝重覆下之。脇下部見圖 6.8。

(99) 傷寒四五日，身熱，惡風，頸項強，脇下滿，手足溫而渴者，小柴胡湯主之。

【校勘】「柴」應更正作「芘」字。

【說明】本條與上條皆有惡風（寒）、頸項強、脇下滿、手足溫。惡風寒而頸項強者欲透外而解，其非從下解而不屬陽明病。手足溫者邪不在三陰。脇下滿者病位不在太陽肌表，亦未入陽明內層，故屬少陽

病。惡風、脇下滿而不痛者，屬正氣虛而主以小芫胡湯。惡風寒、脇下滿而痛者，屬邪氣實而主以大芫胡湯。脇下部見圖 6.8。

(102) 傷寒二三日，心中悸而煩者，小建中湯主之。

【說明】悸多為自覺，醫師亦能診出，心中指膻中穴處。《素問·平人氣象論》：「胃之大絡，名曰虛里，貫膈絡肺，出于左乳下，其動應衣，脈宗氣也。盛喘數絕者，則病在中；結而橫，有積矣；絕不至，曰死。乳之下，其動應衣，宗氣泄也。」宋氏指出「其動應衣，脈宗氣也。」之「衣」字應為衍字（宋玉田 2000）。按宋氏所說正確，即病態悸動時才會應衣，醫師能從其外觀之悸動應衣察得；常態者則否。此悸之部位是指心臟。本條心中悸則指「膻中穴處」之悸動，異於「心臟」之悸動應衣。按小建中湯證多見有腹皮拘急。另《金匱要略·血痺虛勞篇》：虛勞裏急，悸，衄，腹中痛，夢失精，四肢痠疼，手足煩熱，咽乾口燥，小建中湯主之。心中部見圖 6.6。

(103) 太陽病，過經十餘日，反二三下之，後四五日，柴胡證仍在者，先與小柴胡湯。嘔不止，心下急一云嘔止小安，鬱鬱微煩者，為未解也，與大柴胡湯下之則愈。

【校勘】康平本「過經」二字作旁注。又「為未解也」四字係後人所

增衍。另「下之則愈」四字顯然是係後人注解之語法。皆應刪除。台灣本考證凡「先主以某湯，後再主以某湯」者非仲景之語法。條文應更正作：太陽病，十餘日，反二三下之，後四五日，嘔不止，心下急，鬱鬱微煩者，與大芩胡湯。

【說明】「急」字形容皮膚觸之直緊不柔滑，甚者則為抽筋、痙攣。心下凹窩之皮膚雖未滿起，但診得呈現直緊感。心下部參見圖 6.2。

(104) 傷寒十三日不解，胸脇滿而嘔，日晡所發潮熱，已而微利。此本柴胡證，下之以不得利，今反利者，知醫以丸藥下之，此非其治也。潮熱者，實也。先宜服小柴胡湯以解外，後以柴胡加芒硝湯主之。

【校勘】康平本「此本柴胡證，下之而不得利，今反利者，知醫以丸藥下之，非其治也，潮熱者，實也」共三十一字皆作旁注。「已而微利」者病邪未入陽明內層，不能用芒硝、大黃。前已述「先主以某湯，後再主以某湯」者非仲景之語法。本條應更正作：傷寒，十三日不解，胸脇滿而嘔，日晡所發潮熱，已而微利者，大芩胡主之。

【說明】古人多瘦，肋間隙比肋骨稍凹陷些，推按診察腋下身側之肋骨時，可察覺肋間隙之凹陷約可容指。如邪熱、水飲、瘀血、積氣等病邪居於其部位時，因肋骨堅硬不移，惟有肋間凹隙被病邪外撐起而與肋骨齊平，故稱為「滿」（網站：樸質的中醫漢方）。觀圖 6.7 之脇

部，可見脇部之肋骨間隙略呈凹陷狀，手臂上舉時更為明顯。當得有病邪時，肋骨間隙呈凹陷會向外撐起而滿。胸部見圖 6.2。

(106) 太陽病不解，熱結膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。其外不解者，尚未可攻，當先解其外。外解已，但少腹急結者，乃可攻之，宜桃核承氣湯。後云解外宜桂枝湯

【校勘】康治本作：「太陽病，熱結膀胱，其人如狂，血自下，下者癒，但少腹急結者，與桃仁承氣湯。按其無「其外不解者，尚未可攻，當先解其外。外解已……」又前已述「先主以……，後再主以某湯」者非仲景之意。「其外不解者，尚未可攻」仲景樸質之學，自無須衍詞，應刪。又「熱結膀胱」四字顯然是從太陽膀胱經詮釋太陽病之後人誤注，因論中非指針灸療法，自無關於經脈。康平本「血自下者愈」作旁注。「者」字之後應直接續出湯方，「乃可攻之」四字應刪。本條應更正作：太陽病不解，其人如狂，但少腹急結者，宜桃核承氣湯。

【說明】「少腹急」是指少腹皮膚呈現緊張不柔順貌，「結」者按壓有如硬索狀之粗糙感，兼之則合稱「少腹急結」。少腹部見圖 6.3。

(107) 傷寒八九日下之，胸滿煩驚，小便不利，譫語，一身盡重，不可轉側者，柴胡加龍骨牡蠣湯主之。本云柴胡湯，今加龍骨等

【校勘】 芫胡加龍骨牡蠣湯共有十二味藥物，相當於小芫胡湯刪去甘草，再加龍骨、牡蠣、茯苓、桂枝、大黃、鉛丹。此方湯名不合論中語法，又鉛丹有毒，現已不入湯藥。龍牡是治煩驚之一組對藥，苓桂合用可降氣逆。本方組成錯雜，恐係後人所增衍。胸部見圖 6.1。

(123) 太陽病，過經十餘日，心中溫溫欲吐，而胸中痛，大便反澹，腹微滿，鬱鬱微煩，先此時自極吐下者，與調胃承氣湯。若不爾者，不可與，但欲嘔，胸中痛，微澹者，此非柴胡湯證，以嘔，故知極吐下也。

【校勘】 康平本「過經」作旁注；末段三十字作嵌注。玉函本「溫溫」作「噍噍」，台灣本指出其讀同「襪」音，描繪欲吐之形聲字。「先此時自極吐下」應屬增衍。條文應更正為：太陽病，十餘日，心中噍噍欲吐，而胸中痛，大便反澹，腹微滿，鬱鬱微煩者，與調胃承氣湯。

【說明】 其病勢朝陽發展，大便澹者欲從下出而解，不可見利止利。

(124) 太陽病，六七日，表證仍在，脈微而沈，反不結胸，其人發狂者，以熱在下焦，少腹當鞭滿，小便自利者，下血乃愈，所以然者，

太陽隨經，鬱熱在裏故也，抵當湯主之。

【校勘】「脈微而沉」從玉函本作「脈微沉」，脈位略沉之意。康平本「所以然者，太陽隨症，鬱熱在裏故也」作嵌注。者字之後直接續出湯方，「下血乃愈」應刪。仲景不言三焦。「以熱在下焦」五字應刪。條文應更正為：太陽病，六七日，表證仍在，脈微沈，反下之，不結胸，其人發狂者，少腹當鞭滿，小便自利者，抵當湯主之。

【說明】稻葉氏《腹證奇覽》指出本湯之腹證以左側較明顯，病人腹中軟滿如有物滑動(稻葉克文禮，2008:217)。少腹見圖 6.3。

(125) 太陽病，身黃，脈沈結，少腹鞭，小便不利者，為無血也。小便自利，其人如狂者，血證諦也。抵當湯主之。

【校勘】康平本「小便不利者，為無血也」九字與「血證諦也」四字皆作旁注。本條應更正為：太陽病，身黃，脈沈結，少腹鞭，小便自利，其人如狂者，抵當湯主之。少腹部見圖 6.3。下條圖同。

(126) 傷寒有熱，少腹滿，應小便不利，今反利者，為有血也，當下之，不可餘藥，宜抵當丸。

【校勘】康平本「為有血也」四字與「不可餘藥」四字皆作旁注。「者」字之後直接續出湯方，「當下之」三字應屬後人之增衍，應刪。本條

應更正為：傷寒有熱，少腹滿，應小便不利，今反利者，宜抵當丸。

(131) 病發於陽而反下之，熱入因作結胸。病發於陰而反下之一作汗出，因作痞也。所以成結胸者，以下之太早故也。結胸者，項亦強，如柔瘕狀，下之則和，宜大陷胸丸。

【校勘】康平本於句號處分作四條。「下之則和」屬注解式之語法，應刪。宋本本條有關腹診條文應作：結胸者，項亦強，如柔瘕狀，宜大陷胸丸。

【說明】台灣本考證論中丸劑之條文應非出於仲景。126 條之宜抵當丸同此。大陷胸湯組成（大黃、芒硝、甘遂）與大陷胸丸（大黃、芒硝、葶藶子、杏仁）竟然不同。又大陷胸湯之條文卻晚於本條之後。皆矛盾。

(134) 太陽病，脈浮而動數，浮則為風，數則為熱，動則為痛，數則為虛。頭痛，發熱，微盜汗出，而反惡寒者，表未解也。醫反下之，動數變遲，膈內拒痛一云頭痛急眩，胃中空虛，客氣動膈，短氣躁煩，心中懊憹，陽氣內陷，心下因鞭，則為結胸，大陷胸湯主之。若不結胸，但頭汗出，餘處無汗，劑頸而還，小便不利，身必發黃。

【校勘】康平本「浮則為風，數則為熱，動則為痛，數則為虛」十六

字作嵌注。葉橘泉康平本「胃中空虛，客氣動膈」八字作旁注；文末接續有「宜大陷胸丸。」脈經接續有湯名：「屬柴胡梔子湯」而無出組成。宋本子目無出後段。大塚康平本「膈內拒痛」作「脇內拒痛」。台灣本認為後段丸劑應為衍文。本條應更正為：太陽病，脈浮而動數，頭痛，發熱，微盜汗出，而反惡寒者，表未解也。醫反下之，動數變遲，膈內拒痛，短氣躁煩，心中懊懣，陽氣內陷，心下因鞭，則為結胸，大陷胸湯主之。

【說明】膈部約相當於橫膈膜。胸滿而有硬索狀，稱為胸結或結胸。大陷胸湯證除指胸部內層外，另包括心下、膈部甚至下沿至小腹部之深層內部。其部位基本上屬陽明。本條膈內拒痛指胸膈內後之橫阻堅痛，相當於橫膈膜處堅痛。大陷胸湯證由背(太陽)向前而陷入胸中，甚者胸部會往前凸起。論中「鞭」字是隋朝避諱楊堅而改，原作「堅」字。又胸部、心下部之圖同前，以下部位不再說明，請自行參見之。

(135) 傷寒六七日，結胸熱實，脈沈而緊，心下痛，按之石鞭者，大陷胸湯主之。

(136) 傷寒十餘日，熱結在裏，復往來寒熱者，與大柴胡湯。但結胸，無大熱者，此為水結在胸脇也，但頭微汗出者，大陷胸湯主之。

【校勘】唐本「熱結在裏」作「邪氣結在裏」，並於句號處分作兩條。

康平本「無大熱者」作「無大熱」；「此為水結在胸脇也」作旁注。本條應更正為：傷寒十餘日，熱結在裏，復往來寒熱者，與大芫胡湯。但結胸，無大熱，但頭微汗出者，大陷胸湯主之。

(137) 太陽病，重發汗而復下之，不大便五六日，舌上燥而渴，日晡所小有潮熱，從心下至少腹鞭滿而痛不可近者，大陷胸湯主之。

【說明】綜合 134、135、136、137 四條大陷胸湯證，得知其病位著於胸位內層，甚者胸位外凸並由胸位下沿至腹部、小腹，病邪鞭結而痛不可近，醫師稍加按壓即痛。本研究者無大陷胸之臨床經驗，今轉錄《腹證奇覽》之陰影圖示如下：



圖 6.10 《腹證奇覽》大結胸湯證之圖示

(138) 小結胸病，正在心下，按之則痛，脈浮滑者，小陷胸湯主之。

【校勘】康平本將 137、138 條合為一條。

【說明】胸滿者雖有胸部束緊感，但尚未影響到正常呼吸。胸窒者病人強調其呼吸不順暢。胸結者醫師按壓其胸部底部有硬索狀之結塊。大結胸湯證之胸部向外撐出，胸結而兼有痛感，甚者病位向下沿至少腹，疼痛難忍，不容醫師稍加碰觸。小結胸湯證之痛感較輕，按之則痛，不按不痛，其胸部有結塊，甚者只向下沿至心下之凹窩處而已。

(141) 病在陽，應以汗解之，反以冷水澀之，若灌之，其熱被劫不得去，彌更益煩，肉上粟起，意欲飲水，反不渴者，服文蛤散。若不差者，與五苓散。寒實結胸，無熱證者，與三物小陷胸湯，白散亦可服。

一云與三物小白散

【校勘】唐本：「寒實結胸，無熱證者，與三物小白散」另成一條。

「白散亦可服」五字康平本作嵌注。故本條「與三物小陷胸湯，白散亦可服。」實為「與小陷胸湯，三物白散亦可服。」之誤植。

【說明】台灣本指出「文蛤散」用五倍子（一名文蛤），而非用海蛤。

(146) 傷寒六七日，發熱，微惡寒，支節煩疼，微嘔，心下支結，外證未去者，柴胡桂枝湯主之。

【說明】台灣本訓「支節煩疼」為「肢節煩疼」，指四肢關節疼痛以致造成煩躁不安寧。又訓「心下支結」為「心下枝結」，指支部側開之狀有如樹枝之旁散。「心下支結」者為心下結與支結之合稱。

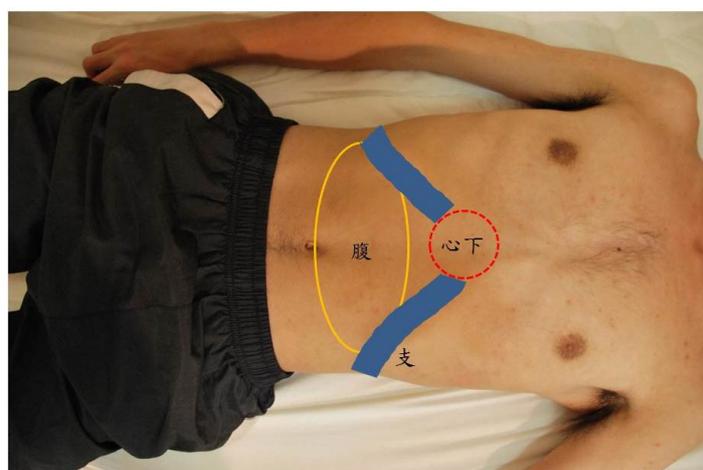


圖 6.11 心下、支（枝）、腹部部位腹診圖

(147) 傷寒五六日，已發汗而復下之，胸脇滿微結，小便不利，渴而不嘔，但頭汗出，往來寒熱，心煩者，此為未解也，柴胡桂枝乾薑湯主之。

【校勘】康平本：「此為未解也」五字作旁注。應刪。按上條與本條之「柴」字應更正作「芘」字。

【說明】微結輕於結。「胸脇滿微結」指「胸」與「脇」皆滿而微結。

(148) 傷寒五六日，頭汗出，微惡寒，手足冷，心下滿，口不欲食，大便鞭，脈細者，此為陽微結，必有表，復有裏也。脈沉，亦在裏也，汗出為陽微，假令純陰結，不得復有外證，悉入在裏，此為半在裏半在外也。脈雖沈緊，不得為少陰病，所以然者，陰不得有汗，今頭汗出，故知非少陰也，可與小柴胡湯，設不了了者，得屎而解。

【校勘】康平本：「此為陽微結…故知非少陰也」七十八字作注解。應刪。條文應更正作：傷寒五六日，頭汗出，微惡寒，手足冷，心下滿，口不欲食，大便鞭，脈細者，可與小芘胡湯，設不了了者，得屎而解。

【說明】小芘胡湯：胸滿、脇滿、脇下滿、心下滿、心下悸、心下痞鞭。大芘胡湯：「嘔不止，心下急，鬱鬱微煩」、「胸脇滿而嘔，日晡所發潮熱」、「不能食而脇下滿痛，面目及身黃，頸項強，小便難」。欲嘔、滿而不痛屬小芘胡湯證；嘔不止、滿痛有兼證屬大芘胡湯證。

(149) 傷寒五六日，嘔而發熱者，柴胡湯證具，而以他藥下之，柴胡證仍在者，復與柴胡湯。此雖已下之，不為逆，必蒸蒸而振，卻發熱汗出而解。若心下滿而鞭痛者，此為結胸也。大陷胸湯主之。但滿而不痛者，此為痞，柴胡不中與之，宜半夏瀉心湯。

【校勘】康平本無「此為結胸也」與「此為痞」八字。又「此雖已下

之，不為逆」作旁注。「柴胡證仍在者，復與柴胡湯。此雖已下之，不為逆，必蒸蒸而振，卻發熱汗出而解」全段應屬後人增衍之嵌注。條文應更正為：傷寒五六日，嘔而發熱，若心下滿而鞭痛者，大陷胸湯主之。心下但滿不痛者，宜半夏瀉心湯。

【說明】心窩微凹被病邪撐出而呈水平者稱為心下滿。心下鞭滿痛結、凸出於外者屬大陷胸湯證。心下滿，按之有底力而稍痛者則屬半夏瀉心湯之痞證。本條雖以「痛」與「不痛」作為二湯方之鑑別，事實上腹診半夏瀉心湯證者，按壓其心窩底部時，病人會稍有鈍痛感。

(152) 太陽中風，下利，嘔逆，表解者，乃可攻之。其人漦漦汗出，發作有時，頭痛，心下痞鞭滿，引脇下痛，乾嘔，短氣，汗出不惡寒者，此表解裏未和也，十棗湯主之。

【校勘】康平本：「表解者，乃可攻之」作旁注。「此表解裏未和也」作嵌注。本條語焉不詳，暫且不論。

(154) 心下痞，按之濡，其脈關上浮者，大黃黃連瀉心湯主之。

【校勘】康平本：「關上」二字作旁注。唐本作「按之自濡」。吳謙修正作「按之不濡」。台灣本注為滑動貌。心下處之膚表淺按具有張力、重按雖有底力略痛而非如粗索條狀者稱心下痞。痞者按之本軟，諸家訓「濡」為「軟」，則「按之濡」者豈非衍詞，「按之不濡」豈非矛

盾。又宋本等組成缺黃芩，康平本之組成含有黃芩。

【說明】《輔行訣藏府用藥法要》小瀉心湯，治胸腹支滿，心中跳動不安者方：大黃三兩、黃連三兩、黃芩三兩右三味，以麻沸湯三升，漬一食頃，絞去滓，頓服。《金匱要略·驚悸篇》瀉心湯，主治心氣不定，跳動不安，吐血，衄血者。大黃二兩、黃連一兩、黃芩一兩右三味，以水三升，煮取一升，頓服之。按顯然仲景此方是淵源自小瀉心湯。台灣本曾以漬法治腦出血。故《金匱要略》瀉心湯主治正確。條文應修正作：胸腹支滿，心中悸，吐血，衄血者，大黃黃連瀉心湯主。其人汗出惡寒，足冷者，附子瀉心湯主之（即前方另加附子）。

(155) 心下痞，而復惡寒汗出者，附子瀉心湯主之。（見前條說明）

(156) 本以下之，故心下痞，與瀉心湯，痞不解，其人渴而口燥，煩，小便不利者，五苓散主之。一方忍之一日乃愈

【校勘】宋本 153、154、155、156 分作四條，康平本則合為一條。康平本：「本以下之故」5字作旁注。條文應更正作：心下痞，與瀉心湯，痞不解，其人渴而口燥，煩，小便不利者，五苓散主之。

【說明】心下滿者重按有底力而軟，略有鈍痛感者則稱心下痞，149條半夏瀉心湯證即是。康平本「此為痞」三字雖作旁注，但所注正確。

(157) 傷寒汗出，解之後，胃中不和，心下痞鞭，乾噫食臭，脇下有水氣，腹中雷鳴，下利者，生薑瀉心湯主之。

【說明】心窩柔軟之脂肪卻反呈凝滯不動者曰心下鞭。此「鞭」係避諱「堅」字而改，河洛語形容由軟縮硬之過程稱「堅」，得知「鞭」不等同「硬」字。心窩處本柔軟，因病邪梗阻而凝滯不動故曰鞭。心窩處本微凹，因病邪外撐升起呈水平故曰滿。心下滿者其水平高出常態之微凹，心下鞭者其僵硬超過常態之柔軟。心下處淺按具有張力，重按雖有底力而非呈粗索條狀者稱為心下痞。心下痞者必滿，反之則否。心下痞滿者實為心下痞之加強語氣。「心下痞」者其脂肪仍保有常態之柔軟貌，如凝滯不動而兼具「心下鞭」時則合稱「心下痞鞭」。

(158) 傷寒中風，醫反下之，其人下利日數十行，穀不化，腹中雷鳴，心下痞鞭而滿，乾嘔，心煩不得安。醫見心下痞，謂病不盡，復下之，其痞益甚。此非結熱，但以胃中虛，客氣上逆，故使鞭也。甘草瀉心湯主之。

【校勘】康平本「此非結熱」作旁注。「但以胃中虛，客氣上逆，故使鞭也」作嵌注。又「醫見心下痞，謂病不盡，復下之，其痞益甚」此段應屬後人叮嚀之語氣。條文應修正作：傷寒中風，醫反下之，其人下利日數十行，穀不化，腹中雷鳴，心下痞鞭而滿，乾嘔，心煩不

得安者，甘草瀉心湯主之。

(159) 傷寒，服湯藥，下利不止，心下痞鞭，服瀉心湯已。復以他藥下之，利不止，醫以理中與之，利益甚。理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹餘糧湯主之。復不止者，當利其小便。

【校勘】康平本「理中者，理中焦，此利在下」與「復不止者，當利其小便」皆作嵌注。條文應修正作：傷寒，服湯藥，下利不止，心下痞鞭，服瀉心湯不已，利益甚者，赤石脂禹餘糧湯主之。

【說明】仲景不言三焦，又服瀉心湯已，病癒，何須再行攻下？推知「復以他藥下之，利不止，醫以理中與之，利益甚」應係後人追注。

(161) 傷寒發汗，若吐若下，解後，心下痞鞭，噫氣不除者，旋覆代赭湯主之。

【說明】「若吐若下」四字連用，正確。此「若」不能訓作「如」字，亦不能訓作「或」字解。其是指發汗，吐利兼作後，表邪已解之意。

(163) 太陽病，外證未除，而數下之，遂協熱而利，利下不止，心下痞鞭，表裏不解者，桂枝人參湯主之。

【說明】桂枝人參湯即理中湯加桂枝，臨床治療腸胃型外感病。五苓

散亦治療腸胃型之外感病。前者吐利食物而心下痞鞭，後者吐利水分而腹滿有振水聲。前者發病當下裏有寒邪，後者發病當下裏有水邪。

(164) 傷寒大下後，復發汗，心下痞，惡寒者，表未解也，不可攻痞，當先解表，表解乃可攻痞。解表宜桂枝湯，攻痞宜大黃黃連瀉心湯。

【校勘】康平本「表未解也」作旁注。末段「解表宜桂枝湯，攻痞宜大黃黃連瀉心湯」作嵌注。得知其湯方非出於仲景。

(165) 傷寒發熱，汗出不解，心中痞鞭，嘔吐而下利者，大柴胡湯主之。

【校勘】康平本作：傷寒發熱，汗出不解，心中痞鞭，嘔吐而下利者，□□□□之。按4缺字而宋本卻填以五字。心中屬於胸部，痞者必滿，胸滿須去芍藥，大柴胡湯組成卻有芍藥，湯證不合，得知宋本有誤。

(166) 病如桂枝證，頭不痛，項不強，寸脈微浮，胸中痞鞭，氣上衝喉咽不得息者，此為胸有寒也，當吐之，宜瓜蒂散。

【校勘】康平本「此為胸中有寒也」作嵌注。按「病如桂枝證」不合語法，應屬後人嵌注。仲景脈學不分三部，「寸」字應係增衍。脈微浮者指脈象略浮之意。條文應修正作：頭不痛，項不強，脈微浮，胸

中痞鞭，氣上衝喉咽不得息者，宜瓜蒂散。

(177) 傷寒脈結代，心動悸，炙甘草湯主之。

【說明】本條「心」指心臟，其動應衣。膻中處悸動稱「心中悸」。

(208) 陽明病，脈遲，雖汗出不惡寒者，其身必重，短氣，腹滿而喘，有潮熱者，此外欲解，可攻裏也。手足濇濇然汗出者，此大便已鞭也，大承氣湯主之。若汗多，微發熱惡寒者，外未解也一法與桂枝湯，其熱不潮，未可與承氣湯。若腹大滿不通者，可與小承氣湯，微和胃氣，勿令致大泄下。

【校勘】康平本「有潮熱者，此外欲解，可攻裏也」與「汗出者，此大便已鞭也」作旁注。第三段「若汗多…」以低一格而非低二格單獨成條，但亦應屬追注。條文應修正作：陽明病，脈遲，雖汗出不惡寒者，其身必重，短氣，腹滿而喘，手足濇濇然汗出，小承氣湯主之。

(219) 三陽合病，腹滿，身重，難以轉側，口不仁，面垢又作枯，一云向經，讞語，遺尿，發汗則讞語。下之則額上生汗，手足逆冷。若自汗出者，白虎湯主之。

【校勘】「讞語，遺尿，發汗則讞語」語法不通。又「發汗則讞語，下之則額上生汗，手足逆冷」應屬後人嵌注。康治本作：三陽合病，

腹滿身重，難以轉側，口不仁，面垢，遺尿，發汗譫語，下之額上生汗，手足逆冷，若自汗出者，白虎湯主之。條文應修正作：三陽合病，腹滿身重，難以轉側，口不仁，面垢，譫語，遺尿，若自汗出者，白虎湯主之。

(221) 陽明病，脈浮而緊，咽燥，口苦，腹滿而喘，發熱汗出，不惡寒，反惡熱，身重。若發汗則躁，心潰潰，反譫語。若加溫針，必怵惕，煩躁不得眠。若下之，則胃中空虛，客氣動膈，心中懊惱，舌上胎者，梔子豉湯主之。

【校勘】「若發汗則躁，心潰潰，反譫語。若加溫針，必怵惕，煩躁不得眠。若下之，則胃中空虛，客氣動膈」三十五字應屬嵌注。山田正珍認為第一段末同 219 條而應接有：白虎湯主之。條文應修正作：陽明病，脈浮而緊，咽燥，口苦，腹滿而喘，發熱汗出，不惡寒，反惡熱，身重者，白虎湯主之。若心中懊惱，舌上胎者，梔子豉湯主之。

(229) 陽明病，發潮熱，大便溏，小便自可，胸脇滿不去者，與小柴胡湯。

【說明】柴字應作芘字，下兩條同此。身體有朝向自癒之能力，陽明病而體質佳者發潮熱之後，內熱稍輕。雖未服藥，然經正邪相爭之後，

正氣勝出。原本大便秘結之燥熱從下出而轉為大便溏。原本小便不利之濕熱從下出而轉為小便自利。病人或可自癒，不能自癒者病邪亦可減輕一層，由陽明病退出少陽病，轉見有胸脇滿者，主以小芩胡湯。

(230) 陽明病，脇下鞭滿，不大便而嘔，舌上白胎者，可與小柴胡湯。

上焦得通，津液得下，胃氣因和，身濺然汗出而解。

【校勘】高本作：陽明病，脇下堅滿，大便秘而嘔，口燥，宜柴胡湯。

仲景不講三焦，後段應屬追論。條文應從台灣本而修正作：陽明病，脇下鞭滿，大便秘而嘔不止，口燥，舌上白胎者，可與大芩胡加大黃芒硝湯。

【說明】台灣本認為大芩胡之組成無大黃，主治少陽病而著於邪氣盛者。邪氣更盛一層則轉入陽明病，而用三承氣湯。本條屬少陽病與陽明病之中間型，取三承氣湯之大黃、芒硝，故主以大芩胡加大黃芒硝湯。小芩胡湯主治少陽病而著於正氣虛者，邪氣更減一層則退出太陽病，如屬太陽病與少陽病之中間型者，則主以（小）芩胡桂枝湯。

(231) 陽明中風，脈弦浮大而短氣。腹都滿，脇下及心痛，久按之氣不通。鼻乾不得汗，嗜臥，一身及目悉黃，小便難，有潮熱，時時噦，耳前後腫，刺之小差，外不解。病過十日，脈續浮者，與小柴胡湯。

【校勘】高本作：陽明病，中風，其脈浮大，短氣，心痛，鼻乾，嗜臥，不得汗，一身悉黃，小便難，有潮熱而噦，耳前後腫，刺之雖小瘥，外若不解，宜柴胡湯。論中不言針灸，有關傳經、到經……刺風池、刺期門…皆屬後人注解，「刺之小差」亦屬針灸療法而非出自仲景。《脈經》「氣不通」又另作「氣不痛」，可從，其隱含尚未全入陽明之病機。又「中風」二字不合病情，應係後人增衍。條文應修正作：陽明病，其脈浮大，短氣，腹都滿，脇下及心痛，久按之氣不痛，鼻乾，嗜臥，不得汗，一身及目悉黃，小便難，有潮熱，時時噦，耳前後腫，宜大芩胡加大黃芒硝湯。病過十日，外若不解者，與大芩胡湯。

【說明】言「腹都滿」者僅見於本條，「都」者集中、壯大貌，例如人口眾多之大市集稱為都市。「腹都滿」者形容整體腹部滿起壯大貌。本條病邪居於陽明病與少陽病之間，故應主以芩胡加大黃芒硝湯。如未及時服藥，經過十日之正邪相爭後。病減一層而轉出少陽病者，用大芩胡湯透外而解；病進一層而全入陽明病者，用三承氣湯從下而解；病情仍維持原樣者，仍主以大芩胡加大黃芒硝湯。

(241) 大下後，六七日不大便，煩不解，腹滿痛者，此有燥屎也。所以然者，本有宿食故也，宜大承氣湯。

【校勘】康平本「所以然者，本有宿食故也」作旁注。又語法「者」字之後應直接續接湯方。條文應修正作：大下後，六七日不大便，煩不解，腹滿痛者，宜小承氣湯。

【說明】已經大下，殘邪未解，宜小承氣湯，不應再主以大承氣湯。

(244) 太陽病，寸緩、關浮、尺弱，其人發熱汗出，復惡寒，不嘔，但心下痞者，此以醫下之也。如其不下者，病人不惡寒而渴者，此轉屬陽明也。小便數者，大便必鞭，不更衣十日，無所苦也，渴欲飲水，少少與之，但以法救之，渴者，宜五苓散。

【校勘】康平本作「脈緩浮弱」，「寸關尺」作旁注。按仲景脈學不分寸關尺，弱脈之脈位居於沉部，言浮弱者，矛盾。又康平本「此轉屬陽明也」作旁注。本條語與混亂，暫且不論。

(249) 傷寒吐後，腹脹滿者，與調胃承氣湯。

【說明】「腹滿」者醫師按壓其腹部有張力。病人自覺腹部張力甚強，而醫師按壓時有難忍之狀者，稱為「腹脹滿」，或簡稱「腹脹」。即腹滿甚強者曰腹脹，類如按捏網球與硬式棒球之差別。腹脹者必腹滿，

反之則否（心下痞者必心下滿，反之則否）。台灣本考證「調胃」承氣湯之湯名實為「小」承氣湯之誤。條文應修正作：傷寒，吐後，腹脹滿者，與小承氣湯。

(260) 傷寒七八日，身黃如橘子色，小便不利，腹微滿者，茵陳蒿湯主之。

【說明】太陽病發黃者兼有惡寒，其黃淺淡，主以麻黃連翹赤小豆湯。

陽明病發黃者不惡寒，全身色黃如橘子色，腹滿，潮熱，大便難。兩湯證皆具小便不利。條文應修正作：傷寒七八日，未解，腹滿，潮熱，大便難，小便不利，腹滿，身黃如橘子色者，茵陳蒿湯主之。

(266) 本太陽病，不解，轉入少陽者，脇下鞭滿，乾嘔不能食，往來寒熱，尚未吐下，脈沈緊者，與小柴胡湯。

【說明】柴字應作芘字。「脇下」居「脇」直下之兩側腰部稍凹處，常態下具有柔軟度。「鞭」者指其脂肪失去柔軟。「滿」者指其凹處因病邪外撐而呈水平（無腰身）。脇下兩症兼具則稱「脇下鞭滿」。

(279) 本太陽病，醫反下之，因爾腹滿時痛者，屬太陰也，桂枝加芍藥湯主之。大實痛者，桂枝加大黃湯主之。

【校勘】康平本「屬太陰也」作旁注，合乎論中語法。又依湯方組成則「桂枝加大黃湯」應作「桂枝加芍藥大黃湯」為正確。台灣本考證凡「本…」字皆屬後人之嵌注。上條同此。太陰病為六病之一，應具有獨立之體質得外感時而呈現，不應寄託於醫師治療太陽病誤下所轉化。台灣本太陰病條文修正作：太陰病，腹脹滿，吐食，脈沉，厚朴生薑半夏甘草人參湯主之。即第 66 條：「發汗後，腹脹滿者，厚朴生薑半夏甘草人參湯主之。」應移作太陰篇之主方。第 279 條則應移至太陽病篇，列為太陽病誤下之補救湯方。其應修正作：太陽病，醫反下之，腹滿時痛者，桂枝加芍藥湯主之。大實痛者，桂枝加芍藥大黃湯主之。

(310) 少陰病，下利，咽痛，胸滿，心煩，豬膚湯主之。

【校勘】山田正珍考證豬膚湯非關少陰病，本條應抽離少陰病篇。台灣本從之而將其歸建於《金匱要略·肺痿肺癰篇》。按其非屬《傷寒論》，故本研究暫不予討論。

(355) 病人手足厥冷，脈乍緊者，邪結在胸中。心下滿而煩，飢不能食者，病在胸中，當須吐之，宜瓜蒂散。

【校勘】參看第 166 條之修正：頭不痛，項不強，脈微浮，胸中痞鞭，氣上衝喉咽不得息者，宜瓜蒂散。按者字之後應直接續出湯方。而且「胸中」重出兩次，必為衍詞。故「病在胸中，當須吐之。」應屬後人增衍。條文應修正作：病人手足厥冷，脈乍緊者，邪結在胸中，心下滿而煩，飢不能食者，宜瓜蒂散。又「胸中」應作「胸部之內」解。

(356) 傷寒，厥而心下悸，宜先治水，當服茯苓甘草湯，卻治其厥，不爾，水漬入胃，必作利也。

【校勘】本研究者認為「宜先治水」與「卻治其厥，不爾，水漬入胃，必作利也」應皆屬後人注解。條文應修正作：傷寒，厥而心下悸，腹鳴，無汗，小便不利者，茯苓甘草湯主之。

【說明】台灣本將論中「厥」病注為：腕踝齊腰線以上為陽，以下為陰。腕踝線以上溫暖、以下之手足寒涼者，統稱為厥病。有寒厥、熱厥、氣厥、血厥、水厥與厥陰病之分。本條屬水厥，因水邪而造成厥病之謂。

(395) 大病差後，從腰以下有水氣者，牡蠣澤瀉散主之。

【校勘】台灣本將本條修正作：大病差後，煩渴，脈沉，腰以下有水氣，胸腹悸動劇者，牡蠣澤瀉散主之。

【說明】本條是腹主動脈搏動而顯現出來的一種跳動。在腹診時易從腹部表面望到，並可通過指掌感到的一種腹部他覺證狀。「動」者多不能自覺，而由醫師按壓察覺之。輕按不著，以掌（非以手指）用力壓按方得，多見於臍周及任脈線上，甚者由臍動上至巨闕穴處等。本條語意欠詳，或因病方癒後，體力不足以化水，渴而飲水過多，以致水邪結阻而胸腹動劇。

第七章 研究結果與討論

1.本研究以宋本 398 條條文為基礎，總計整理出宋本共有 103 條「腹診」之條文，分析如下：太陽病上篇 2 條。太陽病中篇 31 條。太陽病下篇 38 條。陽明病篇 18 條。少陽病篇 1 條。太陰病篇 2 條。少陰病篇 2 條。厥陰病篇 8 條。陰陽易差後勞復病篇 1 條。其比例超過宋本 398 條的四分之一。

2.《傷寒論》歷經千百年的傳抄，版本眾多，有仲景原文、有叔和搜採之文字、宋本又多夾雜後人所增衍之詞句。本研究對照康平本，與各版本條文比對，剔除其中屬追論或注解及無記載湯方之條文後，就本研究對象之 65 條腹診條文，校勘並詮釋說明其內容，有利於瞭解仲景所要表達之條文本意。當然後世所增衍之詞句也不能予以一概否定。

3.《傷寒論》之腹診定位，異於《內經》之解剖位置。本研究從《傷寒論》之腹診條文歸納整理出胸部、心中、心下、肚臍、臍下、腹部、少腹、脇部、脇下、支部等腹診部位，透過人體相片圖示、繪製說明本研究者臨床腹診之部位，有別於歷來腹診研究之以手繪簡圖，更能清楚了解條文腹診證候之真正涵義。

4.腹診在臨床診斷和治療上，具有獨特的臨床指導意義，在很多

方面可以彌補現有中醫診斷方法的不足，並為「方證對應」提供依據。即使是疑難雜症，先判斷其陰陽病勢，再透過腹診而得其氣、血、水等證候，醫師亦能有所遵循而主以適當湯方。另外老人、幼兒或重病在床而表達能力欠缺者，腹診亦能有助於醫師之診斷開方。

第八章 結論

1.《傷寒論》成書一千八百年來，從未曾有逐條詮釋其腹診者，本研究首次逐條校勘並詮釋其腹診條文，透過逐條討論說明，有利於瞭解仲景所要表達之條文本意，透過腹診研究，豐富中醫診斷學之內容，更能增進《傷寒論》及中醫經典之傳承與臨床實用性。

2.中醫腹診相關研究稀少，尤其台灣在腹診研究上，自 1990 年自今尚無以腹診為主題，依據《傷寒論》條文逐條討論之論文或專書。本研究除利用現代學界對宋本的校勘成果與條文編號，並參考日本康平本對仲景原文與後人注釋之區分，溯源仲景之腹診，腹診與條文論述對應，另闢中醫診斷學之模式，填補腹診研究之空缺，希望能增進中醫界對腹診之重視。

3.《傷寒論》向來就是中醫臨床之寶典，其條文論述之 113 首湯方只有 33 首附有脈象，得知單從脈象之診斷無法一窺仲景之全貌。本研究從《傷寒論》之條文出發，根據條文所述而於實際察得其腹部證候，佐以本研究者之臨床經驗而推論出「腹診」是仲景開方重要診斷之一。

4. 通過條文的細密研讀和理解，配合臨床診療的經驗與領會，發現「腹診」並不同「腹症」；由病人主訴所提出者，稱之為「腹

症」，大多為病人自覺；「腹診」則著於醫師之專業診斷行為，病人或知、或不知，或知道而不認為有所相關。例如心下滿者自覺與他覺皆有，而腹部之悸動，病人多不自覺。醫師透過腹診能察覺病人是否有「悸」，病人或能自覺、或無法自覺、或經醫師教導後方能自覺。又如心下有水氣，病人或可自覺胃內水鳴聲音，或根本無法察覺，主要是醫師之他覺。又肚臍濕黴、腹部瘀斑、腹部溫度之寒熱、下腹部皮膚捏起薄如鼠皮……等病人或多不在意，但卻可作為臨床醫師開方之重要參考。

5.過去關於腹診的相關研究，或日本漢方醫之腹診專書，皆以手繪黑白簡圖，或簡單示意圖說明腹診之相關部位，本研究從《傷寒論》之腹診條文歸納整理出胸部、心中、心下、肚臍、臍下、腹部、少腹、脇部、脇下、支部等部位腹診圖，首次以彩色人體相片圖示、繪製說明本研究者臨床腹診之部位，配合相關文字說明，有別於歷來腹診研究之手繪簡圖，更能精確辨明條文中腹診證候之部位，有助於《傷寒論》條文之閱讀學習，及作為醫者臨床應用腹診之鑒。

6..由於《傷寒論》語文艱澀難懂，中國行以簡體字更造成中醫院校疏遠《傷寒論》，如果透過臨床腹診之學習，實際掌握論中條文之意旨，使《傷寒論》教、考、用更為有趣而有利於仲景學術之傳承。

第九章 研究限制與未來展望

本研究只論述《傷寒論》之腹診，但是除了《傷寒論》外，中醫典籍中仍包括許多腹診相關論述，例如《金匱要略》、《千金要方》、《千金翼方》、《外台秘方》……甚至是金元諸家等，都有探討的價值。例如，《金匱要略》24篇中有關於腹診的即有10篇，其更將腹診作為診斷之重要依據，因於研究範圍之所限，未包含於本研究中，希望在本研究之基礎上，將爾等作為日後繼續研究之方向。

日本漢方醫的腹診相當豐富，其將中醫文獻與臨床結合，非常具有特色，有利於醫經醫典之詮釋。可惜這些著作多是以日文寫作，本研究者因為缺乏日文背景，無法直接了解其意。如能學習日文，藉由熟悉日文而擴展學習之寬度，必有助於了解腹診。

本研究者學識淺薄，對《傷寒論》體認或有不足，希望爾後努力浸淫中醫經典並增進臨床經驗，以求更進一步深入研究腹診。

中醫腹診雖然早於扁鵲時代即有醫案報告，可惜缺乏後繼發展，醫家多集中於脈診而忽略腹診，腹診相關之文獻醫書與臨床醫案相當缺乏。中醫院校之中醫診斷學亦無講授腹診課程，以致限制本研究之水平。本研究希望能拋磚引玉，引發中醫對腹診的重視。

參考文獻

大塚敬節(2001)。傷寒論解說(吳家鏡譯)。台南市：大眾書局。(原著出版於1966)

大塚敬節(2002)。傷寒論解說(何志鋒譯)。台北市：國立中國醫藥研究所。(原著出版於1966)

山田正珍(2000)，傷寒論集成，於陳存仁(編校)，皇漢醫學叢書。台北市：新文豐出版社。(原著出版於1789)

王琦(1994)。中國腹診。北京市：學苑出版社。

王琦、陸云飛(1989)。論中醫腹診源流與原理。山東中醫學院學報，13(4)，6-9。

宋玉田(2000)。「其動應衣，脈宗氣也」之我見。陝西中醫，21(2)，48。

李文瑞、李秋貴(2010)。傷寒派腹診。北京市：學苑出版社。

李順保(2000)。傷寒論版本大全。北京市：學苑出版社。

肖凡、李玄、陳波(2007)。中醫腹診與用藥。太原市：山西科學技術出版社。

俞根初(1959)。徐榮齋重訂。重訂通俗傷寒論。上海市：上海科學技術

出版社。(原著出版於 1776)

施銘傑(1990)。《傷寒論》中胸腹證治的研究。未出版之碩士論文，中國醫藥大學中國醫學研究所，台中市。

程士德主編 (1994)。內經。台北市：知音出版社。

程孝雨(2009)。淺析《傷寒雜病論》腹診與現代醫學腹診的不同。光明中醫，24 (11)，2169。

巢元方(2002)。諸病源候論。台北市：集文書局。

張英英(2009)。中醫婦科腹診探討。陝西中醫，30(7)，852-853。

陳存仁(2002)。中國醫學史話。台北市：國立中國醫藥研究所。

陳森和(2008)。傷寒卒病論台灣本(附：金匱要略方論)。台北縣：集夢坊。

劉文巨、周超凡(1985)。中醫與漢方醫腹診。南昌市：江西科學技術出版社。

劉啟泉、杜艷如、王志坤(2006)。中醫腹診在胃腸病診療中的應用。中醫雜誌，47(3)，224-225。

劉渡舟主編，錢超塵副主編(1991)。傷寒論校注。北京市：人民衛生出版社。

稻葉克文禮、和久田寅虎(2008)。腹證奇覽。北京市:學苑出版社。(原著出版於 1800)

鞏玲(1995)。日本漢方醫的腹診。北京中醫，2，63-65。

錢超塵(1993)。傷寒論文獻通考。北京市:學苑出版社。

錢超塵(2004)。宋本《傷寒論》刊行後流傳演變簡史。江西中醫學院學報，16(2)，23-25。

錢超塵(2010)。宋本《傷寒論》版本簡考，河南中醫，30(1)，1-9。

韓宇霞、王洪琦(1999)。腹診源流及其現代研究。貴陽中醫學院學報，21(4)，2-4。

瀧川龜太郎(1977)。史記會注考證。台北市:洪氏出版社。

附錄 宋本 103 條腹診條文之彙集

說明：宋本條文共有 398 條，本附錄彙集條文中有關腹診之 103 條，正文前之號碼(21)代表宋本條文之序號。底本是依照《仲景全書》補刻之宋本，改正其異體字之外，其餘全同底本。但為合乎今人寫作習慣而代以 3 個現代字：欬→咳、胃→胸、脅→脇。標以網底(36)則代表於康平本是作低二格書寫之追論與注解，爾等共計 27 條暫且不議。框號【49】代表該條並無記載湯方，非關本研究腹診之開方診斷，爾等共計 11 條暫且不議。今依序舉列宋本共 103 條腹診條文如下：

(21) 太陽病，下之後，脈促，胸滿者，桂枝去芍藥湯主之。

(28) 服桂枝湯，或下之，仍頭項強痛，翕翕發熱，無汗，心下滿微痛，小便不利者，桂枝去桂加茯苓白朮湯主之。

(36) 太陽與陽明合病，喘而胸滿者，不可下，宜麻黃湯。

(37) 太陽病，十日以去，脈浮細而嗜臥者，外以解也。設胸滿脇痛者，與小柴胡湯。脈但浮者，宜麻黃湯。

(40) 傷寒表不解，心下有水氣，乾嘔，發熱而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹滿，或喘者，小青龍湯主之。

(41) 傷寒，心下有水氣，咳而微喘，發熱不渴。服湯已，渴者，此寒

去欲解也，小青龍湯主之。

【49】脈浮數者，法當汗出而愈。若下之，身重心悸者，不可發汗，當自汗出乃解。所以然者，尺中脈微，此裏虛。須表裏實，津液自和，便自汗出愈。

(64) 發汗過多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草湯主之。

(65) 發汗後，其人臍下悸者，欲作奔豚，茯苓桂枝甘草大棗湯主之。

(66) 發汗後，腹脹滿者，厚朴生薑半夏甘草人參湯主之。

(67) 傷寒，若吐，若下後，心下逆滿，氣上衝胸，起則頭眩，脈沈緊，發汗則動經，身為振振搖者，茯苓桂枝白朮甘草湯主之。

(77) 發汗，若下之，而煩熱，胸中窒者，梔子豉湯主之。

(78) 傷寒五六日，大下之後，身熱不去，心中結痛者，未欲解也，梔子豉湯主之。

(79) 傷寒下後，心煩腹滿，臥起不安者，梔子厚朴湯主之。

(82) 太陽病，發汗，汗出不解，其人仍發熱，心下悸，頭眩，身瞤動，振振欲擗地者，真武湯主之。

(96) 傷寒五六日，中風，往來寒熱，胸脇苦滿，嘿嘿不欲飲食，心煩

喜嘔，或胸中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脇下痞鞭，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微熱，或咳者，小柴胡湯主之。

(97) 血弱氣盡，腠理開，邪氣因入，與正氣相搏，結於脇下，正邪分爭，往來寒熱，休作有時，嘿嘿不欲飲食，藏府相連，其痛必下，邪高痛下，故使嘔也一云：藏府相連，其病必下，脇膈中痛，小柴胡湯主之。服柴胡湯已，渴者，屬陽明，以法治之。

(98) 得病六七日，脈遲浮弱，惡風寒，手足溫，醫二三下之，不能食而脇下滿痛，面目及身黃，頸項強，小便難者，與柴胡湯，後必下重。本渴，而飲水嘔者，柴胡湯不中與也，食穀者噦。

(99) 傷寒四五日，身熱，惡風，頸項強，脇下滿，手足溫而渴者，小柴胡湯主之。

(100) 傷寒陽脈濇，陰脈弦，法當腹中急痛，先與小建中湯。不差者，小柴胡湯主之。

(102) 傷寒二三日，心中悸而煩者，小建中湯主之。

(103) 太陽病，過經十餘日，反二三下之，後四五日，柴胡證仍在者，先與小柴胡湯。嘔不止，心下急，鬱鬱微煩者一云嘔止小安，為未解也，與大柴胡湯下之則愈。

(104) 傷寒十三日不解，胸脇滿而嘔，日晡所發潮熱，已而微利。此

本柴胡證，下之，以不得利，今反利者，知醫以丸藥下之，此非其治也。潮熱者，實也。先宜服小柴胡湯以解外。後以柴胡加芒硝湯主之。

(106) 太陽病不解，熱結膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。其外不解者，尚未可攻，當先解其外。外解已，但少腹急結者，乃可攻之，宜桃核承氣湯。後云解外宜桂枝湯。

(107) 傷寒八九日下之，胸滿煩驚，小便不利，譫語，一身盡重，不可轉側者，柴胡加龍骨牡蠣湯主之。本云柴胡湯，今加龍骨等。

(108) 傷寒腹滿譫語，寸口脈浮而緊，此肝乘脾也，名曰縱，刺期門。

(109) 傷寒發熱，晡晡惡寒，大渴欲飲水，其腹必滿，自汗出，小便利，其病欲解，此肝乘肺也，名曰橫，刺期門。

【111】 太陽病，中風，以火劫發汗，邪風被火熱，血氣流溢，失其常度。兩陽相熏灼，其身發黃。陽盛則欲衄，陰虛小便難。陰陽俱虛竭，身體則枯燥。但頭汗出，劑頸而還，腹滿微喘，口乾咽爛，或不大便，久則譫語，甚者至噦，手足躁擾，捻衣摸床，小便利者，其人可治。

(123) 太陽病，過經十餘日，心中溫溫欲吐，而胸中痛，大便反澇，腹微滿，鬱鬱微煩，先此時自極吐下者，與調胃承氣湯。若不爾者，不可與，但欲嘔，胸中痛，微澇者，此非柴胡湯證，以嘔，故知極吐

下也。

(124) 太陽病，六七日，表證仍在，脈微而沈，反不結胸，其人發狂者，以熱在下焦，少腹當鞭滿，小便自利者，下血乃愈，所以然者，以太陽隨經，瘀熱在裏故也，抵當湯主之。

(125) 太陽病，身黃，脈沈結，少腹鞭，小便不利者，為無血也。小便自利，其人如狂者，血證諦也，抵當湯主之。

(126) 傷寒有熱，少腹滿，應小便不利，今反利者，為有血也，當下之，不可餘藥，宜抵當丸。

(127) 太陽病，小便利者，以飲水多，必心下悸，小便少者，必苦裏急也。

(128) 問曰：病有結胸，有藏結，其狀何如？ 答曰：按之痛，寸脈浮，關脈沈，名曰結胸也。

(129) 問曰：何謂藏結？ 答曰：如結胸狀，飲食如故，時時下利，寸脈浮，關脈小細沈緊，名曰藏結，舌上白胎滑者，難治。

(131) 病發於陽而反下之，熱入因作結胸。病發於陰而反下之一作汗出，因作痞也。所以成結胸者，以下之太早故也。結胸者，項亦強，如柔瘕狀，下之則和，宜大陷胸丸。

(132) 結胸證，其脈浮大者，不可下，下之則死。

(133) 結胸證悉俱，煩躁者亦死。

(134) 太陽病，脈浮而動數，浮則為風，數則為熱，動則為痛，數則為虛。頭痛發熱，微盜汗出，而反惡寒者，表未解也。醫反下之，動數變遲，膈內拒痛一云頭痛急眩，胃中空虛，客氣動膈，短氣躁煩，心中懊懣，陽氣內陷，心下因鞭，則為結胸，大陷胸湯主之。若不結胸，但頭汗出，餘處無汗，劑頸而還，小便不利，身必發黃。

(135) 傷寒六七日，結胸熱實，脈沈而緊，心下痛，按之石鞭者，大陷胸湯主之。

(136) 傷寒十餘日，熱結在裏，復往來寒熱者，與大柴胡湯。但結胸，無大熱者，此為水結在胸脇也。但頭微汗出者，大陷胸湯主之。

(137) 太陽病，重發汗而復下之，不大便五六日，舌上燥而渴，日晡所小有潮熱，從心下至少腹鞭滿而痛，不可近者，大陷胸湯主之。

(138) 小結胸病，正在心下，按之則痛，脈浮滑者，小陷胸湯主之。

【139】 太陽病，二三日，不能臥，但欲起，心下必結，脈微弱者，此本有寒分也。反下之，若利止，必作結胸。未止者，四日復下之，此作協熱利也。

【140】 太陽病，下之，其脈促一作縱，不結胸者，此為欲解也。脈浮者，必結胸。脈緊者，必咽痛。脈弦者，必兩脇拘急。脈細數者，頭

痛未止。脈沈緊者，必欲嘔。脈沈滑者，協熱利。脈浮滑者，必下血。

(141) 病在陽，應以汗解之，反以冷水澀之，若灌之，其熱被劫不得去，彌更益煩，肉上粟起，意欲飲水，反不渴者，服文蛤散。若不差者，與五苓散。寒實結胸，無熱證者，與三物小陷胸湯，白散亦可服。

一云與三物小白散。

(142) 太陽與少陽併病，頭項強痛，或眩冒，時如結胸，心下痞鞭者，當刺大椎第一間、肺俞、肝俞。慎不可發汗，發汗則譫語，脈弦，五日譫語不止，當刺期門。

(143) 婦人中風，發熱惡寒，經水適來，得之七八日，熱除而脈遲身涼，胸脇下滿，如結胸狀，譫語者，此為熱入血室也，當刺期門，隨其實而取之。

(146) 傷寒六七日，發熱，微惡寒，支節煩疼，微嘔，心下支結，外證未去者，柴胡桂枝湯主之。

(147) 傷寒五六日，已發汗而復下之，胸脇滿微結，小便不利，渴而不嘔，但頭汗出，往來寒熱，心煩者，此為未解也，柴胡桂枝乾薑湯主之。

(148) 傷寒五六日，頭汗出，微惡寒，手足冷，心下滿，口不欲食，大便鞭，脈細者，此為陽微結，必有表，復有裏也。脈沉，亦在裏也，汗出為陽微，假令純陰結，不得復有外證，悉入在裏，此為半在裏半

在外也。脈雖沈緊，不得為少陰病，所以然者，陰不得有汗，今頭汗出，故知非少陰也，可與小柴胡湯，設不了了者，得屎而解。

(149) 傷寒五六日，嘔而發熱者，柴胡湯證具，而以他藥下之，柴胡證仍在者，復與柴胡湯。此雖已下之，不為逆，必蒸蒸而振，卻發熱汗出而解。若心下滿而鞭痛者，此為結胸也，大陷胸湯主之。但滿而不痛者，此為痞，柴胡不中與之，宜半夏瀉心湯。

【150】 太陽少陽併病，而反下之，成結胸，心下鞭，下利不止，水漿不下，其人心煩。

【151】 脈浮而緊，而復下之，緊反入裏，則作痞。按之自濡，但氣痞耳。

(152) 太陽中風，下利，嘔逆，表解者，乃可攻之。其人絳絳汗出，發作有時，頭痛，心下痞鞭滿，引脇下痛，乾嘔，短氣，汗出不惡寒者，此表解裏未和也，十棗湯主之。

【153】 太陽病，醫發汗，遂發熱惡寒，因復下之，心下痞，表裏俱虛，陰陽氣併竭，無陽則陰獨，復加燒針，因胸煩，面色青黃，膚暍者難治，今色微黃，手足溫者，易愈。

(154) 心下痞，按之濡，其脈關上浮者，大黃黃連瀉心湯主之。

(155) 心下痞，而復惡寒汗出者，附子瀉心湯主之。

(156) 本以下之，故心下痞，與瀉心湯，痞不解，其人渴而口燥煩，小便不利者，五苓散主之。一方云忍之一日乃愈

(157) 傷寒汗出，解之後，胃中不和，心下痞鞭，乾噫食臭，脇下有水氣，腹中雷鳴，下利者，生薑瀉心湯主之。

(158) 傷寒中風，醫反下之，其人下利日數十行，穀不化，腹中雷鳴，心下痞鞭而滿，乾嘔，心煩不得安。醫見心下痞，謂病不盡，復下之，其痞益甚。此非結熱，但以胃中虛，客氣上逆，故使鞭也。甘草瀉心湯主之。

(159) 傷寒，服湯藥，下利不止，心下痞鞭，服瀉心湯已。復以他藥下之，利不止，醫以理中與之，利益甚。理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹餘糧湯主之。復不止者，當利其小便。

(160) 傷寒吐下後，發汗，虛煩，脈甚微，八九日，心下痞鞭，脇下痛，氣上衝咽喉，眩冒，經脈動惕者，久而成痿。

(161) 傷寒發汗，若吐若下，解後，心下痞鞭，噫氣不除者，旋覆代赭湯主之。

(163) 太陽病，外證未除，而數下之，遂協熱而利，利下不止，心下痞硬，表裏不解者，桂枝人參湯主之。

(164) 傷寒大下後，復發汗，心下痞，惡寒者，表未解也，不可攻痞，

當先解表，表解乃可攻痞，解表宜桂枝湯，攻痞宜大黃黃連瀉心湯。

(165) 傷寒發熱，汗出不解，心中痞鞭，嘔吐而下利者，大柴胡湯主之。

(166) 病如桂枝證，頭不痛，項不強，寸脈微浮，胸中痞鞭，氣上衝喉咽不得息者，此為胸有寒也，當吐之，宜瓜蒂散。

(167) 病脇下素有痞，連在臍傍，痛引少腹入陰筋者，此名藏結，死。

(171) 太陽少陽併病，心下鞭，頸項強而眩者，當刺大椎、肺俞、肝俞，慎勿下之。

(177) 傷寒脈結代，心動悸，炙甘草湯主之。

(189) 陽明中風，口苦，咽乾，腹滿，微喘，發熱惡寒，脈浮而緊。若下之，則腹滿小便難也。

【195】 陽明病，脈遲，食難用飽，飽則微煩，頭眩，必小便難，此欲作穀瘴。雖下之，腹滿如故。所以然者，脈遲故也。

(205) 陽明病，心下鞭滿者，不可攻之。攻之，利遂不止者死，利止者愈。

(208) 陽明病，脈遲，雖汗出不惡寒者，其身必重，短氣，腹滿而喘。有潮熱者，此外欲解，可攻裏也。手足濇然汗出者，此大便已鞭也，大承氣湯主之。若汗多，微發熱惡寒者，外未解也一法與桂枝湯。其熱不

潮，未可與承氣湯。若腹大滿不通者，可與小承氣湯，微和胃氣，勿令至大泄下。

(219) 三陽合病，腹滿身重，難以轉側，口不仁，面垢又作枯，一云向經，譫語，遺尿。發汗則譫語。下之則額上生汗，手足逆冷。若自汗出者，白虎湯主之。

(221) 陽明病，脈浮而緊，咽燥，口苦，腹滿而喘，發熱汗出，不惡寒，反惡熱，身重。若發汗則躁，心潰潰，反譫語。若加溫針，必怵惕，煩躁不得眠。若下之，則胃中空虛，客氣動膈，心中懊懣，舌上胎者，梔子豉湯主之。

(229) 陽明病，發潮熱，大便溏，小便自可，胸脇滿不去者，與小柴胡湯。

(230) 陽明病，脇下鞭滿，不大便而嘔，舌上白胎者，可與小柴胡湯。上焦得通，津液得下，胃氣因和，身濺然汗出而解。

(231) 陽明中風，脈弦浮大而短氣。腹都滿，脇下及心痛，久按之氣不通。鼻乾不得汗，嗜臥，一身及目悉黃，小便難，有潮熱，時時噦，耳前後腫，刺之小差，外不解。病過十日，脈續浮者，與小柴胡湯。

(232) 脈但浮，無餘證者，與麻黃湯。若不尿，腹滿加噦者，不治。

(238) 陽明病，下之，心中懊懣而煩，胃中有燥屎者，可攻。腹微滿，

初頭鞭，後必澹，不可攻之，若有燥屎者，宜大承氣湯。

(241) 大下後，六七日不大便，煩不解，腹滿痛者，此有燥屎也。所以然者，本有宿食故也，宜大承氣湯。

(244) 太陽病，寸緩、關浮、尺弱，其人發熱汗出，復惡寒，不嘔，但心下痞者，此以醫下之也。如其不下者，病人不惡寒而渴者，此轉屬陽明也。小便數者，大便必鞭，不更衣十日，無所苦也，渴欲飲水，少少與之，但以法救之，渴者，宜五苓散。

(249) 傷寒吐後，腹脹滿者，與調胃承氣湯。

(251) 得病二三日，脈弱，無太陽柴胡證，煩躁，心下鞭，至四五日，雖能食，以小承氣湯，少少與，微和之，令小安，至六日，與承氣湯一升，若不大便六七日，小便少者，雖不受食一云不大便，但初頭鞭，後必澹，未定成鞭，攻之必澹，須小便利，屎定鞭，乃可之，宜大承氣湯。

(254) 發汗不解，腹滿痛者，急下之，宜大承氣湯。

(255) 腹滿不減，減不足言，當下之，宜大承氣湯。

(260) 傷寒七八日，身黃如橘子色，小便不利，腹微滿者，茵陳蒿湯主之。

(266) 本太陽病，不解，轉入少陽者，脇下鞭滿，乾嘔不能食，往來

寒熱，尚未吐下，脈沈緊者，與小柴胡湯。

【273】 太陰之為病，腹滿而吐，食不下，自利益甚，時腹自痛。若下之，必胸下結鞭。

(279) 本太陽病，醫反下之，因爾腹滿時痛者，屬太陰也，桂枝加芍藥湯主之。大實痛者，桂枝加大黃湯主之。

(310) 少陰病，下利，咽痛，胸滿，心煩，豬膚湯主之。

【322】 少陰病，六七日，腹脹，不大便者，急下之，宜大承氣湯。

【326】 厥陰之為病，消渴，氣上撞心，心中疼熱，飢而不欲食，食則吐蛔，下之利不止。

【339】 傷寒，熱少厥微，指頭寒，嘿嘿不欲食，煩躁，數日小便利，色白者，此熱除也。欲得食，其病為愈。若厥而嘔，胸脇煩滿者，其後必便血。

【340】 病者手足厥冷，言我不結胸，小腹滿，按之痛者，此冷結在膀胱關元也。

(355) 病人手足厥冷，脈乍緊者，邪結在胸中，心下滿而煩，飢不能食者，病在胸中，當須吐之，宜瓜蒂散。

(356) 傷寒，厥而心下悸，宜先治水，當服茯苓甘草湯，卻治其厥，不爾，水漬入胃，必作利也。

(372) 下利腹脹滿，身體疼痛者，先溫其裏，乃攻其表。溫裏宜四逆

湯。攻表宜桂枝湯。

(375) 下利後更煩，按之心下濡者，為虛煩也，宜梔子鼓湯。

(381) 傷寒噦而腹滿，視其前後，知何部不利，利之即愈。

(395) 大病差後，從腰以下有水氣者，牡蠣澤瀉散主之。