

精神疾病 诊治心悟

JINGSHEN
JIBING
ZHENZHI XINWU

主编 包祖晓 赵国平



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

精神疾病

診治心悟

上海精神卫生出版社

精神疾病诊治心悟

JINGSHEN JIBING ZHENZHI XINWU

主编 包祖晓 赵国平

参编 张 丽 何贵平 陈宝君

田 青 李 黎 李 燕

高新颜 周 威



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

精神疾病诊治心悟 / 包祖晓, 赵国平主编. —北京: 人民军医出版社, 2013.1
ISBN 978-7-5091-6304-7

I. ①精… II. ①包…②赵… III. ①精神病—中医诊断学②精神病—中医治疗法 IV. ①R277.79

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 278861 号

策划编辑: 王显刚 文字编辑: 周 宇 刘婉婷 责任审读: 周晓洲

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300 — 8707

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京国马印刷厂

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 12.75 字数: 221 千字

版、印次: 2013 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001 — 3000

定价: 29.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

前言



精神疾病属中医学的神志病范畴，是指在各种因素的作用下造成的心理功能失调，而出现感知、思维、情感、行为、意志以及智力等精神活动方面的异常，常常需要用医学的方法进行干预的一类疾病。这类疾病不仅给患者身心上造成极大的伤害，同时给家庭和社会带来巨大的痛苦和经济负担，甚至影响社会的安定。中医学防病治病理念强调“辨证”和“整体”，始终渗透着人文精神，包括对心理状态、社会原因的重视，符合现代“生物—心理—社会—环境”的医学模式。

近年来，随着生活节奏的加快，学习、就业、工作压力的增大，竞争加剧，以及个体对自我期望值的提高，精神压力也随之增大，精神疾病的发病率有进一步增高的趋势。WHO 曾指出，21 世纪人类面对的最大疾患是精神疾病。因此，精神疾病的有效防治已成医学界的研究热点。

我们从事精神疾病的中西医结合临床和科研十余年，发现中医学中关于精神疾病的内容丰富，许多治疗精神疾病的方法、药物甚为简便、有效。遗憾的是，中医文献中有关精神疾病的记载相对分散，尚未形成完善的体系，有些记述存在与临床脱节的现象，有些内容被后世曲解，甚至存在一些望文生义和人云亦云的现象。基于此，我们在多年精神科临床实践的基础上，再反复研读精神疾病的中医学文献，本着基础与临床相结合的原则编写了《精神疾病诊治心悟》。希望对提高精神疾病、心身疾病的中医、中西医结合治疗水平有一定裨益，同时希望得到医界同仁的评判、指正，互相切磋，促进精神疾病的中医论治体系进一步完善，使中医、中西医结合精神病学的理论和实践融入到现代精神病学的体系中。

本书分为导论、基础篇和临床篇三部分。导论主要探讨中医药在精神科实践中的困境与出路；基础篇主要探讨“神”、神志学说、神志活动的五脏调控机制、中医常见神志病的文献梳理、常见精神症状的中医学认识、安神方剂的用药组方规律、常见精神症状的用药组方规律，不求面面俱到，但求客观、理性；临床篇以常见精神疾病为统领，西医方面分病因和发病机制、临床表现、辅助检查、诊

断进行论述，中医方面分中医病名归属、病机分析、治疗要点、预防调护、临床验案进行论述，力求内容明晰、可操作性强，并对精神科常见药源性病症的中医治疗进行了归纳整理。

本书的内容与同类中医书最大的不同是：在理论阐述方面不强求古训，而是在紧密结合现代精神科临床的基础上对中医神志学说/神志病的文献进行梳理，给许多传统神志学说/神志病内容赋予了新的内涵；在用药组方规律分析时尽量避免“主观”和“经验”，而是引入了“数据挖掘”技术，不仅对精神症状的中医治疗作了示范，还对精神症状的传统病机认识进行了检验；对精神科常见疾病的论治不强求“辨证分型”，而是本着“辨病”与“辨证”相结合的原则，选择已经过实践检验的效方、验方，并附验案。此外，本书的基础篇、临床篇的内容互相补充，相映成趣。

需要指出的是，本书有关中药的剂量是作者经过临床摸索和总结出来的，尚需进一步临床和实验验证，谨供执业医师参考，患者及其家属必须在执业医师指导下使用。

在本书编写过程中，恩泽医疗中心领导、浙江省台州医院领导给予高度支持和重视，参编者付出辛勤劳动，在此一并感谢。

包祖晓

2012年10月

目录

导论 中医药在精神科实践中的困境与出路	1
基础篇	6
第1章 中医神志学说述略	6
第一节 中医学人身之“神”的概念、分类	6
第二节 中医神主学说探讨	9
第三节 神志活动的五脏调控机制	21
第2章 中医常见神志病的文献梳理	26
第一节 情志异常类	26
第二节 睡眠异常和健忘类	36
第三节 言行异常类	41
第四节 其他类	44
第3章 精神疾病常见症状的中医学认识	47
第一节 情绪障碍	47
第二节 其他症状	51
第4章 安神方剂的用药组方规律	59
第5章 精神疾病常见症状的用药组方规律	64
第一节 抑郁情绪治疗方剂的用药组方规律	65
第二节 抑郁情绪伴随的常见症状中医用药组方规律	69
第三节 焦虑情绪治疗方剂的用药组方规律	74
第四节 焦虑情绪伴失眠、烦躁、健忘的用药组方规律	78

第五节 烦躁的用药组方规律	82
第六节 烦躁伴失眠的用药组方规律	86
第七节 小结与启示	89
临床篇	92
第 6 章 抑郁症	92
第 7 章 焦虑症	103
第 8 章 强迫症	115
第 9 章 失眠症	124
第 10 章 发作性睡病	132
第 11 章 精神分裂症	139
第 12 章 老年期痴呆症	149
第一节 阿尔茨海默病	149
第二节 血管性痴呆	156
第 13 章 注意缺陷多动障碍	163
第 14 章 抽动障碍	171
第 15 章 神经性厌食症	179
第 16 章 精神科常见药源性病症的中医治疗	187

中医药在精神科实践中的困境与出路



随着现代医学科学的飞速发展，精神疾病在基础和临床各方面的研究都取得了长足进展，现代精神医学的许多治疗方法对控制疾病的发生、改善症状、促进康复等方面有了决定性的作用。但是对精神疾病的治疗、防止复发方面仍存在一些不足。中医学与精神病学尽管是两种不同的医学体系，但都是通过临床观察现象描述来诊疗疾病，两者在医学思想、基础理论、诊疗方法方面存在相似性，都具有整体性、多样性、灵活性的特点^[1]；在中医症状学和证候学中都包含着典型的心理学特征^[2, 3]。在一定程度上可以说，中医学与精神病学的本质是相通的。

因此，中医学在数千年发展中积累的辨证论治、审证求因、形神兼顾、心身兼调、标本论治等治病原则和方法可谓取之不尽，如果运用恰当，可起效如桴鼓之效，值得现代精神科临床借鉴和推广应用。但临床运用中医药治疗也经常遇到疗效不佳者，甚至出现按传统方法“无证可辨”的尴尬局面。如何在精神疾病的治疗中用好中医药是我们每一个从业者和科研人员都应该思考的问题。我们的实践体会，在精神科的临床和科研中必须注意以下三方面问题。

一、重视辨证和辨病的有机结合

许多人认为中医治病，如果遇到同样的证候，则“有是证，用是药”，才是辨证论治的圆机活法，如依病名而求对应方剂，就会犯教条主义的错误。这一观点在躯体疾病的论治中或许可行，但有精神科临床工作经验的人都知道：精神疾病中医辨证的特殊性非常突出，与一般杂病并不相同，传统之辨证方法有时难以施其所长。例如，一个以幻觉、妄想为主症的精神病人，其四诊八纲，特别是舌苔、脉象完全可能正常（服抗精神病药物者往往存在一定异常），且患者缺乏自知力，否认自己有病，给临床辨证带来困难。有时即使按传统四诊八纲辨出证并进行相应治疗，除对疾病的躯体症状或许有改善，但核心的精神症状还是依然如故。

近代名医岳美中指出：“各病有它的本质，专病有它的特征，若不针对着本质

和特征去治疗，往往会使辨证论治流于庸俗化，肤浅而不能深入，怯懦而不能举重，能理一般病而不能治特殊病，能医小病而不能疗大病”；“辨证论治最忌海阔天空，不着边际，要落实到一病一药上。但决不是死板的固定的一竿子插到底的特效方观点”^[4]。因此，辨证和辨病的有机结合是中医药有效治疗精神疾病的前提和基础。

具体地说，在精神科临床中，由于中医传统疾病名称的局限性及不尽合理，有些疾病依照临床症状很难恰如其分地归入传统中医病名中，这时只要采用国际通用的病名及诊断即可，没有必要生硬搬套中医病名，更没必要另创出一个病名，否则容易造成混乱甚至贻误后学。例如，现代精神病学中抑郁发作的临床特点是精神状态下降、缺乏勇气和动力以及倾向于灰暗思维，其中的抑郁情绪是一种低落、悲伤的情绪，而中国传统中“抑郁”一词多指“愤懑”“忧愤郁结”（《词源》）。可以说，除少数医家描述的“忧郁”之外，文献中大部分“郁证”内容与抑郁症的相关性并不大，简单地把抑郁症归入中医“郁证”范畴可能因两者都存在一个“郁”字。因此，我们不可直接把抑郁症与中医肝气郁结直接对接，也没必要为了与现代医学接轨，而把“郁证”名改成“郁病”。正如陆渊雷先生提出：“古医书之病名，如此庞杂不足据，愚则主张径用西医病名耳”。

我们临床体会，尽管有关精神疾病辨证论治的内容在传统中医理论中是薄弱环节，但无论是中医学的“病”“证”还是精神病学中的某一疾病均是由症状组成，即症状是中医“病”“证”最基本的单元和最客观的现象，如果从症状的理、法、方、药的研究开始，再到症状群的理、法、方、药研究，并在临床中反复验证，找出客观规律，确立“病”与“证”的最佳结合点，方能提高精神疾病的中医论治效果。我们在这方面已作了初步探讨，详见基础篇《精神疾病常见症状的用药组方规律》。

二、重视理论与临床的有机结合

近几年来，有关精神疾病的中医药研究的文献大量涌现，并取得了一定成绩，但基本上没有质的突破，许多研究停留在理论思辨状态或实验室中，缺乏对临床的指导价值，有时甚至经不起逻辑推理。例如，我们在解释许多精神疾病的中医病因病机时经常说：“所愿不遂则肝气郁结。”是这样吗？我们不妨作一分析。遂的含义有以下几种：①顺、如意，如遂心、遂愿；②成功、实现，如未遂、功名遂；③于是、就，如服药后头痛遂止；④通达，如何往而不遂；⑤进、荐，如不能退，不能遂。很明显，在所愿不遂中，遂的含义是顺、如意，而不遂的意思

是失败、不成功、不尽人意。所愿不遂是指愿望得不到满足。人有七情五志，愿望得不到满足可能产生怒、悲、忧、恐、惊、思各种变化。根据中医情志理论，怒则“气上”“伤肝”，易导致肝气上逆；思则“气结”“伤脾”，易导致中焦之气（主要指脾气）郁结；悲、忧则“气消”“伤肺”“伤心”，易导致心肺的气虚；恐则“气下”“伤肾”，易导致肾虚；惊则“气乱”，易导致气的运行混乱。因此，无论产生何种情绪变化，从逻辑上看，都与肝气郁结相去甚远。再如，我们在研究精神疾病常见症状的用药组方规律时运用“以药测证”的方式进行分析，发现由此推导出的烦躁、情绪低落等病机与传统习惯认识有很大出入。详见基础篇《精神疾病常见症状的用药组方规律》。

目前，困扰中医精神医学界最大的问题可能是精神疾病的中医学诊断、辨证分型及疗效评定标准问题。有些研究者唯古训是遵，以中医文献中记述的理论是“完全正确”为前提，再加以分型，言必称《素问》《伤寒论》，证不离脏腑营卫，不区别精华与糟粕，以致存在许多以讹传讹现象；另有些人以主观代替客观，先分好型，再以病人去套所分的型；还有一些一方面想越出旧框框，而自己又另外制造一个新框框，对别人分型提出不同意见，而要求按照自己所订的方法去分型，但实质仍属框框依旧，花纹更新而已^[5]。因此，许多精神科疾病中医辨证分型标准，如1987年修订的“躁狂的中西医结合辨证分型”、1991年修订的“精神分裂症的中西医结合辨证分型”、1994年发布的行业标准《中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》，这些辨证分型尽管症状罗列全面，兼及精神与躯体诸方面，但在实际应用中其信度却不尽人意，终难全面推开。

在治疗方面，方药多而疗效确切者少，亦存在盲目崇古以及基础理论与临床脱节现象。例如，治疗精神异常的“痰迷心窍”理论，可谓深入人心，但据此立法组方的三圣散、龙虎丸、加味控涎丹等除对少数兴奋躁动病人因吐泻过剧而使其稍安静外，其基本症状并无改善^[5]。又如，一提到中药治疗抑郁症，许多人马上想到疏肝解郁和柴胡剂，但实验研究表明，柴胡主要成分柴胡皂苷单独使用并不能有效地缩短悬尾及强迫游泳试验中小鼠和大鼠的不动时间^[6]，提示柴胡并没有抗抑郁作用。再如，合欢、郁金是我们临床常用的“解郁”“安神”中药，但郑金生教授通过考证，在《药林外史》中提出：“合欢‘解郁安神’功效可能系‘风俗药效’，和把玫瑰口服说成可以增加爱情没有什么两样”；“郁金治郁始自元代朱丹溪提出郁金‘因轻扬之性，古人用以治郁遏不能散者，恐命名因于此始’，朱丹溪倡导气、血、痰、郁病因说，他需要寻找相应的治郁药物，因此循名责实，作出了不符合郁金实际用药的推断”。

因此，从事中医药治疗精神疾病的研究时必须做到基础与临床的有机结合，分不出证型时不必勉强，关键是找出切实有效的治疗方药。正如徐大椿在《兰台轨范·序》中说：“一病必有主方，一方必有主药。”我们临床体会，专病专方、专病专药的诊疗模式在精神科临床似乎比传统辨证更具价值。我们在本书的临床篇各种疾病的论治中即摒弃传统的“辨证分型”，尽量避免载入实践依据不足的治法方药。

三、中医治疗与西医治疗的有机结合

在现代精神科的实践中，中医、西医治疗精神疾病各有优势也各有局限。西药作用明显，对特异性症状疗效相对肯定可靠，但往往由于药物的不良反应而影响患者的依从性，需要长期服药而影响患者的生活质量，专门的心理治疗费用与水平经常与患者的实际需求有一定差距，对部分难治性疾病如难治性抑郁、难治性精神分裂症的疗效欠佳。传统中医全面调理身体，集药物治疗与心理治疗为一体，注重医患关系和医患交流，力图从根本上消除产生精神异常的阴阳气血失衡，容易为患者及其家属接受，依从性较好，但往往对特异性症状起效较慢，有时候难以担当治疗的主要角色。因此，同时运用中西医两大医学体系的不同优势，扬长避短，互相补充，使患者在明确诊断的前提下，系统接受治疗，既全面迅速改善症状，又减少不良反应，提高依从性和生活质量，尽最大可能地恢复社会功能。

我们体会，中医治疗与西医治疗联合应用至少可起到以下两方面作用。

1. 协同、增效作用 迄今为止，人类对于大脑的研究虽已经深入到了分子水平，但距离完全弄清精神现象的奥秘仍遥遥无期。就精神疾病的产生而言，许多病如抑郁症、精神分裂症同时涉及脑内神经递质、内分泌系统、免疫系统、中枢神经的退行性变以及社会环境因素等方面。西医的靶向性治疗很难同时改变这些因素，并可能在治疗过程中对一些残余症状毫无办法，这些残余症状的存在往往提示疾病未痊愈，容易复发或复燃；而中医药恰恰可以弥补这方面的不足。例如，部分抑郁症患者经抗抑郁西药治疗总体恢复尚可，但疲劳症状始终存在，这时选用杜仲、巴戟天、淫羊藿、黑胡椒、鹿茸等补肝肾、益气助阳的药物不仅可以补虚、抗疲劳，还有助于提高抗抑郁药物的临床作用，我们常用自拟经验方“助阳舒心方”联合抗抑郁药物治疗难治性抑郁症，疗效满意。再如抗精神病药对精神分裂症病人的阳性症状控制较好，但对懒散、退缩等阴性症状疗效欠佳，这时如果联合温阳化痰中药会明显提高临床治疗效果。我们临床体会，同时接受中西医结合治疗的抑郁症患者，一般在一个月内均会取得满意疗效或明显改善症状，起效时间比单用西药快，且作用时间更持久，疗程亦会相应缩短。

2. 降低药物的毒性作用 一种化学药物作用于人体后所产生的药理作用往往不是单一的,也就是说,药物的毒性作用几乎是不可避免的。但中药因其多数为天然植物类,而且多数情况下都是多种药物配伍应用,所以毒性作用相对较少,和西药配合使用,除了能加强协同作用外,因其具有多靶点全方位作用的特点,还能够明显减轻西药的毒性作用。例如,许多抗精神病药和抗抑郁药均存在一定的抗胆碱能不良反应,在治疗过程中经常出现口干、心悸、便秘、小便短涩、多汗、激动等症状,与中医阴虚或火热的临床表现类似,如果西医临床效果满意,我们只要适当用些养阴药或清热药解除其不良反应即可。再如,高泌乳素血症是许多抗精神病药的常见不良反应,患者长期服用抗精神病药后会出现诸如溢乳、停经、阳痿等内分泌失调症状,这也是多数患者自行停药的主要原因,而逍遥散、芍药甘草汤、乌鸡白凤丸等中药对部分药源性闭经有很好效果。我们以自己的临床实践为依据,结合相关文献资料,总结了精神类药物毒性作用的中医治疗。详见临床篇《精神科常见药源性病症的中医治疗》。

但是,就目前精神科中西药合用的文献报道来看,许多作者对使用中药的目的不明确,有些作者把解决西药不良反应的经验当成治疗该疾病的经验,把不良反应的临床表现当成疾病的证候特征,导致结果根本无法重复,贻误后学。我们认为,不管如何运用中药,必须目的明确,要使人一看就知道在中西药合用中,中药和西药各自所起的作用,合用以后其作用又如何得到增强,或疗效得到提高。如果目的不明,一味糊涂地使用中药,对学科发展是有害无益的。

总之,我们必须理性地对待中医药在精神科中的运用,既不可盲目自大,也没必要自我贬低。本书在以后各章节的书写中即以此为基本原则,在基础篇中强调客观、理性,在临床篇中强调实用、可操作性。

参考文献

- [1] 陈文姬,陈文垠.中医学与精神病学的比较研究.浙江中医药大学学报,2006,30(4):340-342
- [2] 汪卫东,张容瑞.中医症状学的心理学特征分析.中医杂志,2008,49(4):297-299
- [3] 汪卫东.中医证候学的心身医学特征分析.中国中医基础医学杂志,2008,18(4):306-307
- [4] 陈可冀.岳中医学文集.北京:中国中医药出版社,2005:4-9
- [5] 黄跃东.精神病的中西医结合研究.上海:上海医科大学出版社,1999:34-45,203-205
- [6] 王斌,刘天培.柴胡皂苷加强氟西汀在强迫游泳模型上的抗抑郁作用.中草药,1997,28:729-731

基础篇

第1章 中医神志学说述略



第一节 中医学人身之“神”的概念、分类

“神”在中医学中的内涵非常丰富,且具有玄妙性。历代医家由于对人身之“神”的含义和特性,人身之“神”的分类,以及五脏神、心神、脑神等的相互关系问题产生了颇多争议,而致时至今日,对“神”仍是众说纷纭,不利于中医学术发展。

我们认为,中医学人身之“神”是中医学对生命本质的解读,指人的生命活动,既具有不可测度性,又具有可知性。它可分为先天之神和后天之神。先天之神又称元神,元神又称脑神,但都与精神、思维等神志概念不同。生命活动由生理活动和心理活动组成,后天之神可分为生理之神和心理之神,《素问·宣明五气篇》所称的“五脏神”包括了人的精神、意识、思维及情感活动,即相当于心理之神。根据脏象学说对人体的划分,后天之神又可分为心神、肝神、脾神、肺神、肾神等“脏神”,并可根据五脏与相应的腑、五官或手足的关系再细分,甚至细胞、蛋白、基因亦有更低层次之“神”。但从中医以五脏为核心的整体观念看,它们都是由“脏神”所分化的,并受到五脏系统甚至整个人体的调控。从物质和功能的统一性看,人身诸“神”又都根于阴阳气血等物质中。

下面通过对中医学人身之“神”的含义和特性、人身之“神”的分类进行探讨,以利于进一步规范而深入地开展中医精神病学研究。

一、人身之“神”的含义和特性

一般认为,“神”本指藏于事物内部的本质属性,是主宰事物的运动变化、兴衰存亡的根本因素。在自然界,它是决定自然变化的内在规律;在人体,它是主宰生命运动的中心要素,相当于气机、气化一类东西。如《素问·至真要大论篇》曰:“天地之大纪也,人神之通应也。”“大纪”指天地自然的法度,即“天神”。

“人神”就是指相应于天地自然规律即宇宙精神的人精神^[1]。换句话说，中医学对人身之“神”的定义就是生命规律。故《素问·五常政大论篇》曰：“根于中者，命曰神机，神去则机息”，《素问·六微旨大论篇》云：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。”

“神”具有不可测度的特点。故《素问·天元纪大论篇》云：“阴阳不测谓之神。”道出了“神”的特性，用肉眼是看不到它的。所以中医理论中有“心者，五脏六腑之大主，精神之所舍也”（《灵枢·邪客》）及“头者……百神所聚”（《三因极一病证方论》）之说，“藏”“聚”字恰好道出了神的隐蔽性。但“神”又具有可知性，虽然“神”藏于内无法观察到，但“神”却主宰全部的生命活动，而生命活动却是要表现出来的，且这种生命活动的外在表现是清晰可测的，此即“神明出焉”之义。一个人，如果面色泽润，气息平顺，活动自如，饮食知味，二便通畅，脉来和缓……就是得神的表现。

可见，称生命为“神”是中医学对生命的最本质的理解^[2]。从自然科学规律来看，没有没有物质基础的功能活动，也没有没有功能表现的物质存在。纯功能和纯物质的存在都是不可能的。物质以其特有的组织结构决定着它的功能现象，功能活动的种种表现是物质不同成分和结构状态的外在反映。故物质是第一性的。神以生命活动方式表现出来，故属机体生命的功能，此功能的基础是物质的。如恩格斯《反杜林论》对生命下了一个经典的定义：“生命是蛋白体的存在方式，这种存在方式在本质上就在于这些蛋白体的化学组成部分的不断自我更新。”《素问·阴阳应象大论篇》对此也有纲领性的论述，云：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。”也就是说，天地阴阳的相互作用，是自然万物发生、发展、变化、消亡的原因；人体阴阳是人体生命发生、发展、变化和消亡的根本所在。所以，阴阳（包括精、气、血、津液等物质）才是“人神”之主，“心”或“脑”是不可能具有这种作用的。

二、人身之“神”的分类

人体的生命活动可分为两个阶段：一是由父母之精交合后在母体内形成胚胎并逐渐发育的先天生命活动；一是人出生后的后天生命活动，包括精神心理活动和生理活动两方面。故人身之神也可由之分为先天之神和后天之神。

（一）先天之神

先天之神又名元神。所谓“元”者，乃起始而混然未分之谓也。如《尔雅·释

诂》说：“元，始也。”元神主宰着人的生命，把握了元神，就可以使人长寿。故张伯端在《青华秘文·神为主论》中说：“夫神者，有元神焉，有欲神焉。元神者，乃先天以来一点灵光也。欲神者，气察之性也。”刘一明在《指南针·修真后辩下》作了更详尽的论述，曰：“精气神而曰元，人未有此身，先有此物，即有此物，而后无形生形，无质生质……包此一点之真，变化成形，已有精气神寓于形内……元神至灵至圣，主宰万事，知之可以延年益寿。”中医学借用“元神”一词，是对先天禀赋的表达。由禀受于父母的先天之精所化之生命活动，则为元神。父母的生殖之精相搏而生成的元精藏于肾，是肾精的主体部分。元精化元气，元气生元神，则精气神三宝初俱。故绮石说：“以先天之体论，则精生气，气生神”（《理虚元鉴》）。可见，元神是元气的功能体现，与神志有别。

此外，《尔雅·释诂》又说：“元，首也。”因此元神又被认为是头脑内所藏之神。《黄庭经·至道章第七》说：“至道不烦诀存真，泥丸百节皆有神。发神苍华字太元，脑神经根字泥丸。眼神明上字英玄，鼻神玉垄字灵坚。耳神空闲字幽田，舌神通命字正论，齿神峰字罗千。”这里，脑神是头面七神的一种，居于泥丸宫，泥丸宫即脑宫。泥丸宫中也不只有脑神一神，还有其他神。故本篇又说：“一面之神宗泥丸，泥丸九真皆有房。”九真就是九位真神。如按《大洞真经》所说，则头部共有十一宫十六真，脑神只是其中之一，且无实际意义，只是指代所在的部位以便存思观想而已。故《黄庭经·至道章第七》云：“但思一部寿无穷，非各列位俱脑中，列位次坐向外方，所存在心自相当。”周崑声注云：“即可由气聚而神凝，神凝而形见，虚构成不同的神形和神名，但减府栢比，焉能逐一存念，而且这些神灵也并不是在头脑占有真正的部位与居住处所。”（《黄庭经医疏》）由此可见，元神虽为脑神，居于脑中，但并不是精神思维活动的功能，只是道家存思服气炼形的一种称谓^[3, 4]。

（二）后天之神

后天之神与先天之神相对，是指人出生后的生命活动。后天的生命活动是复杂的。但概括起来可分为两大类：一是生理活动，即各脏腑组织器官的功能活动，如消化、呼吸、循环、运动以及精气血津液的生成、输布和排泄等新陈代谢；一是精神心理活动，包括感觉、知觉、意识、思维、想像、记忆、情感等心理过程与特征，以及个性心理特征表现。据此，可以把人的生理活动称为生理之神；心理活动则可称为心理之神，即《素问·宣明五气篇》所说的心神、肺魄、肝魂、脾意、肾志等“五脏神”。道家所指的识神、欲神也是心理之神^[5]。如《云笈七签·太

上老君内观经》说：“太一帝君在头，曰泥丸君，总众神也。照生识神，人之魂也。”《真诠》说：“或问元神与思虑神是一是二。曰：‘心性神一也，以察受先天一点灵明，故谓之元神。后为情识所移，此个元神汨没在情识中，遂成思虑之神’”。张锡纯也说：“识神者，有思有虑，灵而不虚也。”（《医学衷中参西录》）

根据中医的藏象理论，后天生命活动表现为以五脏为中心的五大系统功能活动。故后天之神又可分为心神、肝神、脾神、肺神、肾神等“脏神”。在五大系统内部，有肝—目—藏血—爪—筋—藏魂—怒、心—舌—主血—脉—藏神—喜、脾—口—主运化—肌肉—藏意—思、肺—鼻—呼吸—皮毛—藏魄—忧、肾—耳—主藏精—髓（脑髓和骨髓）—藏志—恐之分。故每一“脏神”分别都有心理之神与生理之神之分，并可再细分。如在“肝神”中，表现为目的功能可称为“目神”，表现为筋的功能称为“筋神”，表现为神志方面，则称为魂。这样，《黄帝内经》中脑神、眼神、鼻神、耳神、舌神、齿神等词的含义就非常明确了。脑神指脑的功能而言，眼神指眼睛的视觉功能而言，鼻神指鼻的最重要的呼吸功能和灵敏的嗅觉功能而言，耳神指耳朵的听觉功能而言，舌神指舌的吞咽津液和味觉两大功能。并都可归入“脏神”范畴而分属于五脏。

综上所述，我们在研究“谁主神明”“谁主神志”时，应尊重中医名词概念的内涵，寻求透彻的理解，切忌张冠李戴，生搬硬套。

参考文献

- [1] 丁彰炫. 论“神”的系统性. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7(2): 3-4
- [2] 区永欣, 张小虎. 从神明的心脑之争思考中医理论的现状和前途. 广州中医药大学学报, 2004, 21(5): 332-334
- [3] 孙雨来, 薛茜, 宋雅芳, 等. 脑为元神之府析疑. 陕西中医函授, 2001, (1): 4-5
- [4] 刘保和. “元神”非“神志”. 河北中医药学报, 2001, 16(1): 8-9
- [5] 王勇. “脑神”与“心神”辨析. 山东中医药大学学报, 2002, 26(5): 333-335

第二节 中医神主学说探讨

“谁主神志”问题一直是中医学神主学说中一个颇有争议的焦点。历代医家对此仁者见仁，智者见智，而时至今日，仍未达成共识。概括起来，其观点主要可以归纳为以下几种观点：第一，“心主神志”说；第二，“脑主神志”说；第三，