



健康时报
重点推荐读物
人民卫生出版社 主办

养心符

吴宇峰等◎编著



总主编◎薛延平

中医古籍出版社

圖書在版編目(CIP)數據

符心護/林亭秀,吳宇峰著. —北京:中醫古籍出版社, 2007.3

ISBN 978-7-80174-491-3

符心護

· 養心篇 ·

主編: 吳宇峰 高 燕 林亭秀
編委: 朱 明 朱 丹 李曙光
周 崎



中醫古籍出版社

基金資助: 48.00元 (本館定價: 55.00元)

图书在版编目(CIP)数据

护心符/林亭秀,吴宇峰著. —北京:中医古籍出版社,
2007.2

ISBN 978 - 7 - 80174 - 491 - 3

I. 护… II. ①林…②吴… III. 心脏病—防治 IV. R541

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 020254 号

护心符·养心篇

吴宇峰 等编著

责任编辑:孙志波

封面设计:回归线视觉传达

出版发行:中医古籍出版社

社 址:北京东直门内南小街 16 号(100700)

印 刷:三河国英印务有限责任公司

开 本:787 毫米×960 毫米 1/16

印 张:13.75

字 数:262 千字

版 次:2007 年 2 月第 1 版 2007 年 2 月第 1 次印刷

印 数:0001~5000 册

书 号:ISBN 978 - 7 - 80174 - 491 - 3

全套定价:48.00 元(本册定价:22.00 元)



护心符

目 录

养心篇

目 录

第一章 心脏概述	(1)
第二章 中医学对心的认识	(7)
第三章 心身疾病	(12)
第一节 心身疾病概述	(12)
第二节 心身疾病的概念	(25)
第三节 心身医学的历史发展	(27)
第四节 心身疾病的诊疗原则	(29)
第五节 中医心理治疗的常用方法	(31)
第六节 心身护理	(33)
第七节 应激状态和心身疾病	(35)
第八节 心身疾病的研究现状及发展方向	(36)
第九节 全民健康教育	(37)
第四章 心脏病的预防与康复	(39)
第一节 病前预防	(41)
第二节 病后康复	(108)
第三节 食养护心	(119)
第四节 心理保健	(141)
第五节 老年人养心护心	(191)
附 录	(208)
心功能分级	(208)
心脏状况自测表	(208)
参考文献	(212)



第一章 心脏概述

从你在母腹中、还不是一个真正意义上的“人”开始，你心脏的搏动就无时无刻不在陪伴着你，一直伴你走到生命尽头咽下最后一口气。心脏不知疲倦地工作着，把一股一股新鲜的血液射入动脉，沿着大大小小的血管推进到每一个器官送到每一个细胞旁边。要想让机体的亿万个细胞随时随地吃饱喝足那可真不是一件容易的事儿，因此心脏的任务极其繁重，它得马不停蹄地干活为血液流遍全身提供动力。一个健康的成年人安静时心脏每分钟跳 70 次左右，每次泵出大约 70—80 毫升血液，这样一天就排出 700 多万毫升血。一个医院里最常用的点滴瓶是 500 毫升，你的心脏每天就要泵出大概 1.4 万瓶血液！一个 60 岁老人的心脏在以往的岁月中所射出的血液总量大约可以注满一个长 1 000 米、宽 70 米、深 2.5 米的湖泊。

心脏在整个循环系统中充当泵血站的角色，它是个结构非常巧妙的“水泵”，但不是机械的，而是由肌肉构成。正常的心脏外形像一个倒置的桃子，大小与自己握紧的拳头相似，厚厚的心肌组织构成心房壁、心室壁以及它们之间的“隔断”，尤其是左心室最厚的地方有 12 厘米，当然也只有这样发达的肌肉组织，才能胜任如此日复一日、艰苦卓绝的劳作。不过，体重指数与心脏的解剖结构和功能改变有密切关系，瘦长的人其心脏也呈瘦长型。肥胖者左室肥大的机制可能与循环血容量增多，前负荷加重，左室舒张末压增高，搏动功及输出量增加有关；肥胖者总血容量和总血浆容量均增加，长期容量负荷增加导致心脏扩大的同时为适应室壁应力的增加而出现室壁代偿性肥厚；肥胖者心脏增大可能还涉及交感机制及肾素-血管紧张素系统等。肥胖者无论血压正常还是增高，心输出量、搏出量及左室搏出功均显著高于血压水平类似的非肥胖者，反映了前负荷增高和心脏的高动力循环状态。表明超重肥胖者的心脏结构较体重正常者有明显改变，表现为心腔扩大、室壁增厚、心脏重量和心脏重量指数增加，心脏功能减退以舒张功能减退为主。控制体重、减轻肥胖有利于心脏结构和功能的改善。

循环系统包括心脏、血管和调节血液循环的神经体液。心脏就像是整个系统的一个“泵”，是能量之源。如果心脏停止跳动，我们全身的一切代谢活动都会终止，我们的一切运动和一切思维活动也将停止。

心脏斜挂在胸腔偏左的部位，只有三分之一是在右侧。正常人群中大约有十万分之一的人心脏是居于胸腔偏右的部位，与我们正好相反，他们的心脏和



护心符

养心篇

大血管的位置宛如正常心脏的镜像。他们体内的其他脏器也常常左右互换，如肝脏就居于左侧，而不像我们居于右侧。心脏前方有胸骨和肋骨的保护，后方是食管、大血管和脊椎，两侧是左右两肺。心脏的外面包着一层很薄的“衣服”，我们称之为“心包”。心包有两层，中间有少量液体，起润滑作用，减少摩擦。如果得了心包炎，有大量液体渗出到心包间，就会压迫心脏，影响心脏的跳动，患者会感到胸闷、气短。

成年人的心脏约有半斤重，运动员的心脏因为长期大负荷的锻炼，可以超过半斤。心尖正对着左侧第五肋间隙，左乳头内侧约一厘米处，心脏每舒张一次，心尖就向胸壁撞击一次，所以除了胖人，一般人都可以看见自己这个部位随着心跳一起一伏，用手触摸也可以感觉到心脏的跳动。中医认为宗气强的人，此处的搏动也愈强。当然如果搏动过于激烈，达到“其动应衣”的程度，就是宗气泄漏的象征，是危险的征候。

心脏中空，被分隔成四个小空间。上面两个称为心房，分别叫做左心房和右心房；下面两个分别称作左心室和右心室。左心房和右心房之间的隔断称做房间隔，左心室和右心室之间的隔断称做室间隔。如果出生后发现房间隔或室间隔有孔，就属于先天性心脏病。如果房间隔和室间隔都有缺损，就叫“艾森门格综合征”（Eisenmenger's syndrome），都需要手术治疗。我国常见的先天性心血管病依次为：心房间隔缺损（21.4%）、动脉导管未闭（21.2%）、心室间隔缺损（15.5%）、单纯肺动脉口狭窄（13.1%）、法乐氏四联征（13.1%）、艾森门格综合征（2.8%）、主动脉缩窄（1.4%）、主动脉窦动脉瘤破入右心（1.4%）、单纯肺动脉扩张（1.2%）等。

在心房与心室或者心室与血管相连通的地方都有一个和抽水机上的活塞一样的闸门，这是结缔组织构成的瓣膜，它们只能朝一个方向开启，故而也就只允许血液向一个方向流动而不准倒流。所以，心房只接纳从静脉回来的血液，心室将血液泵入动脉。左心房和左心室之间的门是两个瓣膜，称做“二尖瓣”，右心房和右心室之间有三个瓣膜充当这扇门，称做“三尖瓣”。如果由于炎症、退行性改变、先天性畸形、缺血性坏死、创伤等原因引起单个或者多个瓣膜结构或功能异常，会导致瓣口狭窄或关闭不全。

在心房与血管相连接的部位，也有类似的瓣膜，称做“半月瓣”，只允许血液从心房射向血管，禁止反流。血液从左心室被射出，先后流经全身动脉、毛细血管、静脉，最后进入右心房，这个循环称做体循环或大循环。血液从右心室被射出，先后流经肺静脉、肺毛细血管网、肺动脉，最后进入左心房，这个循环称做肺循环或小循环。

这两个循环以心脏为中心，保持血液周而复始，在体内循环不已。心脏周而复始地这样跳动不累得慌吗？其实，心脏是很会找时间休息的。我们通常所



护心符

养心篇

说的一次心跳包括一次收缩和一次舒张。医学上称为一个心动周期也称为一次心搏。在一个心动周期中收缩期等于工作；舒张期等于休息。如果按每分钟心跳 75 次计算，每一个心动周期是 0.8 秒（ $60 \text{ 秒} \div 75 = 0.8 \text{ 秒}$ ），在这 0.8 秒里心房收缩只用 0.1 秒，舒张用 0.7 秒；心室收缩 0.3 秒，舒张 0.5 秒。你看，不论心房还是心室，真正用来工作的时间都比休息的时间短，每次的收缩之后都有一段充分的休息时间。也就是说，心脏是很会忙里偷闲休息的，虽然它总在工作，却也总在休息。因此，它不会疲劳过度。

血液在血管中流动，对血管壁产生的侧压力就是我们通常所说的血压。如果心脏停止跳动，血液停止流动，血压也变成零。正常人血压收缩压不应高于 140 毫米汞柱，舒张压不应高于 90 毫米汞柱。理想的血压是收缩压不应高于 120 毫米汞柱，舒张压不应高于 80 毫米汞柱。

如果血压升高，早期通常没有什么特别的症状，可以多年自觉良好，而偶于体检时发现血压升高，少数患者是在发生心、脑、肾等并发症后才被发现。高血压患者可有头痛、眩晕、气急、疲劳、心悸、耳鸣等症状。初期只是在精神紧张、情绪波动时血压暂时升高，随后可恢复正常。随病情的进展，血压升高逐渐趋于明显且持久，一天之内白昼和夜间血压水平可以有很明显的差距。

心脏能这样有秩序地进行收缩和舒张的交替活动，持续一生不间断是谁支配的呢？人体很多部位的活动，都是依靠大脑来控制的。比如说，你渴了，大脑就会支配你的脖子转动，四处寻找水源，当看到山涧中清清的溪流或闹市里满头大汗贩卖矿泉水的摊贩时，大脑就会催动你腿部肌肉收缩，带你走向目标然后伸出手……这一套动作都是通过大脑的支配完成的。那心脏的跳动是不是大脑支配的呢？

有人做过实验，把鸡的心取出来，放在营养液中，没有任何刺激，它也失去了脑的支配，但它依然自顾自地按它原有的节律跳动。原来在位于鸡心脏右心房上部的地方，有一个叫做窦房结的结构，大小仅数毫米，由千余个特殊细胞所组成。它就是控制整个心脏活动的总控台，是正常心跳的发源地，也叫心脏的“正常起搏点”。它只要活着，不需要任何外来刺激就会自动产生周期性的生物电变化，这种电的变化叫做自动节律性，简称自律性。

人的心脏之所以能够这样永不停歇地跳动，也是因为在心房壁上有一个由特殊心肌细胞构成的“窦房结”，它就像手枪的扳机一样，按一定的频率启动心肌收缩，产生心跳。如果频率过快，每分钟超过 100 次，就叫窦性心动过速；相反，如果频率过慢，每分钟低于 60 次，就叫窦性心动过缓。

窦房结虽然具有自行其事的能力，但它在一定程度上还要受制于高级领导。要受到环境的影响与控制；受到神经、体液的影响；尤其要受到大脑皮层代表的最高级中枢功能的心理活动的影响。比如在大庭广众之下突然请你上台



护心符

养心篇

唱歌你会脸红、心跳……注意！心跳！这是因为神经纤维可以支配窦房结的活动。所以窦房结的自主功能也是相对而言的。因此当你一紧张，交感神经一兴奋，就立即会影响窦房细胞的电流脉冲的变化，从而引起正常心率的变化。

心脏就这样跳呀跳，你从一出生就习惯了，所以从不会去想自己的心脏是怎样跳动的。但如果在正常的、有规则的心跳中突然出现一次不规则的、提早的心跳（或漏掉一次心跳），这时人就会有异样的感觉——感到了心跳的异常，有的人感到胸口突然一荡；有的人感到心好像跳到喉咙口；有的人感到好像突然踩空一脚。这种心跳异常医学就称之为“早搏”；从脉象上看又叫间歇，是心律失常中最常见的一种。

人一天中偶发几次早搏是常事，这不一定是心脏病。为此医学上又把早搏分成良性与恶性。良性的早搏是生理性的，对人体并不产生危害；病理性的早搏则是由于心脏有了病理性的改变。一般讲偶尔发生的早搏或发生多年而无其他体征，亦无明显症状的，大多没有重要病理意义。这种情况，多见于健康人，常常与情绪激动、疲劳、饱餐、饮酒和吸烟过量等因素有关，不需特殊治疗。

若早搏频繁发生，常是病理性的表现。见于动脉硬化、冠心病、风湿病、病毒性心肌炎以及某些药物（如洋地黄、奎尼丁、锑剂等）的影响。另外早搏合并有其他心脏异常体征或心电图有其他异常变化者多属病理性。

因此出现早搏时首先不必过于紧张，紧张反而可能加重生理性早搏的程度，还是应请医生进一步检查早搏原因，评价早搏的严重程度，请医生决定是否需要对早搏进行治疗。

心脏功能指的是在心脏跳动过程中，单位时间内向主动脉射血量的多少。心脏是推动血液循环的动力器官，而血液循环的主要功能是完成体内物质转运、实现机体的体液调节、保证机体的新陈代谢不断进行。因此，心脏的功能是影响机体新陈代谢的决定性因素，而新陈代谢是生命的最基本特征，是生物体在不断与环境进行物质和能量交换中实现自我更新的过程，它每时每刻都在进行，新陈代谢一旦停止，生命也就结束。所以，心脏为了维持机体的新陈代谢，它也在不停地进行着跳动，是体内最“辛苦”的器官，心脏的功能发生了变化，必然要影响到机体的新陈代谢、生命活动和机体的健康状况。人在安静时代谢率较低，需氧量较少，而运动时，由于代谢加强，需氧量显著增加，就要求循环系统的机能随着机体活动强度的增加而产生适应性的反应。心脏的功能越强，单位时间内的泵血量就越高，机体的新陈代谢就越旺盛，生命的质量就越高，健康状况也越好，机体所能承担的运动负荷也就越高。反之，心脏的功能较差，单位时间内的泵血量就较低，机体的新陈代谢就较差，生命的质量就会受到影响，健康状况也必然受到影响，在这种情况下承担较大的运动负



荷,就可能进一步造成心肌缺血,影响心脏的功能。而目前影响人类健康的第一位原因的疾病——心脑血管疾病,正是由于心脏功能而影响健康。

心脑血管病的危险因素分为不可改变危险因素和可以改变危险因素。

不可改变危险因素包括:

- (1) 年龄:男性>45岁、女性>55岁。
- (2) 遗传、种族和家族史:家族中一级亲属有早发冠心病史即男性<55岁,女性<65岁,或者脑中风史。

(3) 心脑血管病史:即先前有过心肌梗死、经皮冠状动脉内成形术或冠状动脉旁路移植术史及脑中风病史。

(4) 性别:过去认为男性心脑血管病发病危险高于女性,现在发现性别差异主要在于男性,男性冠心病发病年龄早于女性,女性绝经后发病危险明显增加。妇女心脏病已开始受到医学的关注,世界卫生组织2005年发布一项研究结果显示,妇女比男子更容易患心血管病而死亡,妇女因心脏病和中风而死亡的数字是其他各种癌症致死数字总和的两倍。

女性发生脑中风的危险高于男性,合并有妊娠、口服避孕药、吸烟和高血压时女性脑中风危险尤为增高。

以上这些危险因素是无法干预的,事实上许多具有以上危险因素的人都合并有至少一种其他危险因素,从而使心脑血管病发病危险增加,因此控制其他危险因素对于具有不可改变危险因素的人就更为重要。

可以改变的危险因素包括:高血压、吸烟、糖尿病、低密度脂蛋白含量高、高密度脂蛋白含量低、肥胖、低体力活动等。由于这些传统危险因素只可以解释50%的冠心病的发病危险,因此近十年来许多研究致力于发现新的心脑血管病危险因素或遗传因素。

研究发现,与心血管病密切相关的新的危险因子主要有血清炎性标记物如C-反应蛋白、高同型半胱氨酸血症、载脂蛋白(apoA1或apoB)、血浆高纤维蛋白原、胰岛素抵抗以及一些遗传标志如基因多态性等。脑中风的危险因素包含了以上大部分心血管病的危险因子,另外还有颈动脉斑块或外周血管病、房颤,可能引起血栓栓塞的其他心脏病如扩张性心肌病、心脏瓣膜病和一些先天性心脏病,以及短暂脑缺血发作(TIA)史和血液的高凝状态。代谢综合征(Metabolic syndrome, MS)是近年来提出的多种危险因素同时存在的典型,很容易发生心脑血管病和糖尿病。血浆脂蛋白水平、血清炎性标记物、高同型半胱氨酸血症等是新的危险因素中具有较高评估价值的指标,在心脑血管病的预防中具有重大意义。

代谢综合征是多个心血管病危险因素的组合。MS发病机制的核心是肥胖、脂肪组织紊乱和胰岛素抵抗。健康人群中代谢综合征约占9%—22%,约



护心符

养心篇

0.8%—35.3%的高血压患者是代谢综合征，约80%的2型糖尿病患者是代谢综合征，在冠心病、脑血管病、外周动脉疾病和腹主动脉瘤等动脉粥样硬化性疾病患者中，代谢综合征约占46%。因此代谢综合征患者的筛选对于确定心脑血管病的高危人群具有重要的意义，对于心脑血管病和糖尿病的二级预防、防止血管事件发生具有直接的指导作用。

低密度脂蛋白-胆固醇（LDLC），包括乳糜微粒、极低密度脂蛋白、中间密度脂蛋白等的致动脉粥样硬化作用，以及高密度脂蛋白-胆固醇（HDL）的保护作用已基本取得公认。

大量研究表明，高同型半胱氨酸（Hcy）血症在动脉粥样硬化和血栓栓塞性疾病如脑血管病、冠心病和静脉血栓等的发病机制中起重要作用，已被认为是独立的危险因素之一。

心功能的好坏对我们的健康、工作、长寿有着至关重要的作用。现在心功能分级一般采用国际上通用的美国纽约心脏病学会提出的心功能四级分级法。

心功能的好坏对我们的健康、工作、长寿有着至关重要的作用。现在心功能分级一般采用国际上通用的美国纽约心脏病学会提出的心功能四级分级法。心功能四级分级法是根据患者体力活动受限的程度来分级的。I级：患者患有心脏病，但体力活动不受限制，日常活动不引起乏力、呼吸困难或心悸等不适。II级：患者患有心脏病，体力活动轻度受限，日常活动可引起乏力、呼吸困难或心悸等不适。III级：患者患有心脏病，体力活动明显受限，低于日常活动可引起乏力、呼吸困难或心悸等不适。IV级：患者患有心脏病，不能从事任何体力活动，休息时也有心力衰竭或呼吸困难等不适。心功能四级分级法是评估心功能的重要工具，对于指导治疗和预后判断具有重要意义。

心功能四级分级法是评估心功能的重要工具，对于指导治疗和预后判断具有重要意义。心功能四级分级法是评估心功能的重要工具，对于指导治疗和预后判断具有重要意义。



第二章 中医学对心的认识

心在中医学中属于“五脏”之一。五脏，即肝、心、脾、肺、肾的合称。《素问·五脏别论》中有一句话高度总结了五脏的生理功能：“五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实。”五脏职能各有专司，但心脏的生理功能起主宰作用。《素问·灵兰秘典论》中就认为“心者，君主之官，神明出焉”；《灵枢·邪客》明确记载有“心为五脏六腑之大主，精神之所舍也”。

心位于胸腔膈膜之上、两肺之间，偏于左侧，形似倒垂之莲蕊，外有心包护卫。中国古代医籍关于心的形态描述：“心重十二两，中有七孔三毛，盛精汁三合。”（《难经·四十二难》）“像如莲花下垂。”（明·王圻《三才图会·心神》）

若以阴阳论五脏，则心的属性为“阳脏”，《灵枢·九针十二原》称心为“阳中之太阳”。

心脏的主要生理功能有以下几个方面：

1. 主血脉

全身的血，依赖于心脏有节律的搏动，在脉中运行不息，周流全身，如环无端。这里的脉就是血脉。因此，心脏搏动力的强弱、搏动频率的快慢以及搏动频率的整齐与否等心的生理状态直接影响血液在脉中的运行状态。

心脏的搏动，中医学认为主要依赖于心气的推动作用。心气充沛，才能维持正常的心力、心率和心律。但另一方面，由于心脏、脉和血液在体内构成一个相对独立的系统，血液的正常运行，其关键不仅仅依赖于心气的推动作用，而且还需要血液充盈、脉道通畅、坚固这三个重要前提。如果血液量少，则血脉空虚；若脉道不通畅，那么血行不畅，从而导致血瘀；若脉道不坚固，则不能约束血液，导致血液逸出脉外。我们可以看出，其中任何一个环节如果出了问题，都可能导致血液无法在脉中正常运行。

我们已经知道，心脏的搏动是依靠心气的推动。而心气是人体元气的组成部分，元气盛则心气盛，元气衰则心气衰。人体体内还有一种气称做“宗气”，宗气是积于胸中之气，它“贯心脉”、“行呼吸”，宗气与心气的联系更加紧密，它直接影响心气的盛衰、心脏的搏动以及血液运行，还与呼吸的节律有关。

那么，胸部室息性，甚而压榨性疼痛是什么原因呢？《内经》云“涩则心痛”。《金匱要略》则以胸阳痹阻而立胸痹之名，涩者血脉不畅，痹者郁阻不



护心符

养心篇



通，历代医家多以“不通则痛”解释胸痹心痛的病机。其实“不通则痛”仅是胸痹心痛病机的一个方面，而虚则不荣，心失所养亦可产生心痛，即“不荣则痛”，即使是瘀血、痰浊、气滞等痹阻心脉，不通则痛，但瘀血、痰浊、气滞等病理产物的形成，多因脏腑虚损，功能减弱所致。因此心血管疾病多为虚证或本虚标实之证，心气虚为本，瘀血、痰浊、气滞为标。“心主血脉”，“营行脉中，卫行脉外，营周不休……如环无端”，心居膈上，为阳中之阳脏，心具有推动血液循环之功能，此功能主要靠心气来实现。心气包括心阴、心阳。心阴是心之活动的物质基础，包括心血及其他一切营养物质，起着濡养心及血脉的作用，心阳具有温煦心脉的作用，心阴、心阳化合而产生心气，使心具有推动血脉循行等功能。心阴、心阳需保持相对平衡，才能维持心脏的正常功能，无论心阴、心阳，其虚损不足均可致使心脏功能减弱，虚则邪干之，寒邪、瘀血、痰浊、气滞等乘心脉虚衰而侵之，痹阻心脉，而作心痛。人是有机的整体，人体各种功能的发挥，需要各个脏腑器官的协调。因此在强调心气不足是胸痹心痛产生的根源的同时，其他脏腑的功能失调均可影响到心，如脾为后天之本、气血生化之源，脾虚则气血生化不足。心肾为水火之脏，心肾相交，水火既济，若肾虚则心失濡养温煦。肝主疏泄，心之运血，靠肝疏泄之助等。

由于心主血脉，且其华在面，又开窍于舌，所以我们可以从脉象、面色以及舌象等途径去观察分析心主血脉生理功能是否正常。

舌与心在生理上密切相关。舌体血管丰富，心之气血可通过血脉上荣于舌，使舌能柔软灵活，味觉灵敏，语言流利。若心有病变，也可以从舌上反映出来。如心血虚则舌淡；心火上炎舌红生疮；心血瘀阻舌有紫斑或紫暗。面神经管理舌前2/3，舌咽神经管理舌后1/3的味觉和一般感觉，三叉神经管理舌前2/3的一般黏膜感觉，舌下神经司运动。这些神经发源于脑干相应的核团。若心主神的功能失常，脑功能受到影响，则可见舌强、语謇，甚或失语等。因此说舌是“心之官也”。

如果心主血脉生理功能正常，那么脉象和缓有力、面色红润有光泽、舌色淡红荣润。如果心气不足，血液亏虚，或血流不畅，则可见脉象无力、面色无华，甚至晦暗，舌色可见淡白或紫暗，或红绛。如果心主血脉生理功能发生严重障碍，气血瘀滞，脉道受阻时，脉象可见细涩等变化，面色、舌色均可见青紫，病情严重者会有胸闷、善叹息，甚至有心前区憋闷、刺痛等表现。

2. 主神明

古人认为神是藏于心的，《素问·宣明五气》说：“心藏神。”《素问·六节藏象论》有：“心者，神之处也。”而《灵枢·天年》曰：“气血已和，营卫已通，五脏已成，神气舍心，魂魄毕具，乃成为人。”说明神“出”于心，神



护心符

养心篇

“舍”于心，神“藏”于心，心乃神之宅。生命孕育之初，便产生了神。“两精相搏谓之神”，神通过心与血脉活动表现出来，人体发育构形，心具有藏神功能，才称之为“人”，“神气舍心”是人体具有独立生命的标志。“神”藏于内，“明”显于外，合称“神明”。心因为藏神而位居五脏六腑之首，具有统帅、核心的地位，故称“君主”、“大主”，主宰人的生命活动。只有在心神统领下，才能形成完整协调的藏象体系，维持机体统一和谐。虽言心主神明，可是在五行原理下，也将精神、意识、思维活动，按社会观念和医疗实践经验总结分类并划分与五脏。这就是“人有五脏化五气，以生喜、怒、悲、忧、恐”，其中，“怒为肝志”、“喜为心志”、“思为脾志”、“忧为肺志”、“恐为肾志”，但最终五志皆为心所主。在“五声”中，“肝主呼”、“心主笑”、“脾主歌”、“肺主哭”、“肾主呻”。

在《素问·宣明五气》曰：“心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。”《素问·灵兰秘典论》中记有“心者，君主之官，神明出焉”。指出精神活动虽分属五脏，但由于心在五脏的“君主”地位，最终还是受控于心，心神是人类意识思维活动的中枢。在我们现代人看来，似乎与我们的常识有所出入，我们都知道，大脑才是我们思维活动的中枢，怎么会是心呢？这里就涉及到一个概念区分。虽然中医中以五脏为中心的藏象学说是基于古代解剖知识、生理病理现象的长期观察，但是还是受到阴阳五行学说的深刻影响，采用阴阳五行学说的“取象比类”方法去观察研究脏腑的生理、病理现象；采用阴阳互根互用，制约转化等关系，五行之间的生克、乘侮、制化等关系去探索人体生理病理现象的内在机理。因此，中医藏象学说所阐述的脏腑生理病理现象，必然超越了人体解剖学意义上的脏腑范围，是一套独特的理论体系。西医传入中国，借用了中医藏象学说中的肝、心、脾、肺、肾、胃、胆、大肠、小肠、膀胱、心包等脏腑名称，虽然两者名称相同，但它们的内涵是有很大区别的。如中医认为肝主疏泄，脾主运化，肺通调水道，肾主藏精，以及我们刚刚提到的心主神明，都难以用西医解剖学概念去阐述。

虽然现代脑科学研究证实大脑是人体精神、意识和思维活动的场所。但这并不能否认“心主神明”理论，相反，随着科学研究深入，科学家发现心脏对脑的思维活动具有重要调控作用。人们发现心脏有内分泌功能，心脏通过神经体液调节系统影响思维等高级神经活动，不仅帮助大脑思维，还把心脏指令传到全身，包括大脑，使人体具有整体协调功能。古人将心主神明的说法确立下来。实则“心主神明”也代表了“脑主神明”。

西方现代医学研究认为：心对神明的作用主要通过心血、心激素及心磁场等方面实现。心血是人体赖以生存的重要物质，通过脑循环运行于大脑。脑循环是特殊区域循环的最重要组成部分，是大脑、小脑、脑干和脊髓血液循环的



统称。而大脑是神志活动的中枢，人脑的耗氧量约为全身耗氧量的 1/5，充足的脑血流量是保证脑部正常活动的首要条件。脑血流供应不足则很快严重影响脑的功能，大脑皮层对脑循环缺血和血中缺氧非常敏感，脑循环血中缺氧半分钟或完全阻断脑血流 10 秒即会导致昏迷，缺氧 3 分钟可能造成脑神经细胞的不能恢复的损伤，缺氧 6 分钟可以致死。由此可见，脑循环关系到我们的生死存亡。脑循环供给中枢神经系统营养并排除其有害的代谢产物，从而维持其正常功能。正常成年人每分钟流注于脑组织的血液达 750 毫升左右，占心输出量的 15%—20%，是肌肉细胞工作时耗血量的 15—20 倍。充足的脑血流量是保证脑部正常活动的首要条件，脑血流供应不足很快会严重影响脑的功能。当大脑半球血流量平均减少到 25—30 毫升时，就可能发生精神错乱，甚至意识丧失。

心激素是近年来发现的由心房分泌的多种肽类激素，这种激素能将心的指令传到全身，包括大脑，使人具有整体的协调功能。同时又能帮助大脑思维，一旦缺乏它，人就会反应迟钝，精神萎靡。以心钠素（ANP）为例，研究者在脑中检测出心钠素的特异受体，它是心房肌细胞产生和分泌的具有强烈利尿、利钠、扩血管及降低血压等作用的多肽激素。

心脏的心房和心室肌肉的周期性收缩和舒张伴随着复杂的交变生物电流，由此而产生了心磁场。在恒定磁场中，由于血管和血液的运动，对磁力线进行切割，从而产生微电流。在磁场作用下，生物电流（如心电、脑电、肌电及神经动作电位）将受到磁场力的作用，引起有关组织器官的功能发生相应变化。另外磁场还对生物体内氧化与还原过程中电子传递过程产生作用而影响生化过程，通过对人体金属离子（ Ca^{2+} ， Mn^{2+} ， Mg^{2+} 或 Zn^{2+} ）和非金属离子 Cl^- 等作用而影响酶的催化活性，进而对人体产生作用。神经和体液系统对磁场的作用最为敏感。神经系统以丘脑下部 and 大脑皮层最为敏感，主要是对神经系统的抑制作用。动物实验表明在磁场作用下，动物某些激素分泌增加。磁场还可能影响经络的电磁活动过程而起人体机能调节作用。心磁场要比脑磁场大百倍，所以心磁场能影响及脑磁场而起到调控人的精神意识、思维活动的作用。

3. 心肾相交

心主血藏神，肾主骨生髓藏精，心肾二脏正常相交维持人体正常生命活动。精与神是人体生命活动不可缺少的重要物质，且精神互用。心肾水火内容主要有以下五种。

（1）心肾精血同源互化。精血同源指精和血同出于水谷精微，心血循行流注于肾中，与肾精化合为精；肾精入冲任上交于心，与心血化合为血。

（2）心神肾精互相为用。心藏神为人体生命活动的主宰，肾藏精为人体



护心符

养心篇

生命活动的根本。肾藏精舍神，精能生髓，髓上聚于脑养神。精为神之宅，神为精之象，精是神的物质基础，神是精的外在表现，二者相互为用，精神相依。

(3) 君火命火相得益彰。心主君火，肾主命火，君火在上为阳气之用，命火在下为阳气之根。君火为命火之统率，命火为君火之根基。人体五脏六腑组织结构的正常功能活动，一靠君火统率，二靠命火的温煦激发。

(4) 心火肾水相互制约。心居胸中属阳，在五行属火；肾在腹中属阴，在五行属水。心与肾的关系即上下阴阳水火的关系。生理状态下，心火下降于肾，与肾阳共同温煦肾阴，使肾水不寒；肾水上济于心，使心火不亢。

(5) 元气与心血相互为助。元气是维持人体生命活动的原动力，元气以肾所藏的精气为主，依赖肾中精气所化生。心主血脉，不仅需要心血的推动，还赖于元气的推动激发。心肾相交实际包括心肾水火相济，气血相济，阳气相济，阴精相济，阴阳调节等多方面的内容，是整个心与肾的相互交通。

在临床上，无论患者有无肾虚表现或心功能异常表现，是否心肾相交功能失调，心肾相交作为一个重要的生理调节机制，在保持人体内稳定方面发挥着重要的作用。根据心肾水火理论，若心肾阳虚，可温肾阳振心阳，交通心肾之阳；心肾阴虚可补肾阴养心阴，交通心肾之阴精；心肾阴阳失交可益气养阴，交通心肾之阴阳。心肾水火理论在临床上用来指导对心肾失交病因病证的辨证和治疗，心肾失交指因心肾两脏协调关系某种程度地破坏而表现的病理变化。在《伤寒论》中载有肾阴虚、心火旺，用黄连阿胶汤；《韩氏医通》肾阳虚，心火旺，用交泰丸；《医法圆通》肾阳虚，心阳虚，用补坎益离丹；《辨证录》肾气虚，并心气虚，心肾两虚交通汤主之等等。



第三章 心身疾病

第一节 心身疾病概述

我国心身医学的理论发展与临床实践源远流长。在古代，中医就十分重视精神因素在各种疾病发生、发展中所起到的重要影响。在春秋战国与汉代创立的古代中医中，已具有丰富的“心身”思想。其后，经历了漫长的发展历史。1917年，北京大学哲学系开设了心理学课程，并首次建立了心理学实验室。1920年，北京高等师范学校建立了心理学实验室，南京高等师范学校建立了心理学系。1921年，中华心理学会成立。至1930年左右，全国已有十几所大学设立了心理系或心理学课程，中央研究院建立了心理研究所，并出版了大学心理卫生教材。

1936年在南京成立了中国心理卫生协会。次年抗日战争爆发，工作被迫停顿。抗战胜利后，国内的医学心理学工作者在医学、精神病学和儿童福利院等机构继续从事心理疾病诊治及心理卫生工作。

解放后，仅少数医院有专职医务工作者从事心理疾病诊治工作，亦有个别医学院开设有关课程。当时，曾错误地将西方心理学当做资产阶级的东西，把心理测验、心理治疗当做唯心主义的东西，打入冷宫。直至1958年，中国科学院心理研究所与北京医学院精神科合作，对为数众多、久治不愈的神经衰弱患者开展了以心理治疗为主的综合疗法。还将该疗法应用于高血压、溃疡病等心身疾病，都获得了显著疗效。

在“十年动乱”期间，心理学和心身医学遭到了严重摧残，全国唯一的心理研究所被解散，心身医学工作被迫停顿达八年之久。直到1976年以后，心身医学工作才如雨后春笋般在全国各地陆续开展。1979年在天津举行了中国心理学会第三届学术会议，并正式成立了医学心理学专业委员会。从此，心身医学事业在全国范围蓬勃发展。1981年，我国卫生部与世界卫生组织协作，举办了精神病学教学工作讲习班，介绍了行为科学和心身医学课程，增加了精神病学教学大纲中的心身医学内容。随后，又举办了全国综合性医院精神卫生讲习班和全国心理卫生工作骨干训练班，学习了许多心身医学知识。1986年中国心身医学委员会成立。1987年创办《中国心理卫生杂志》。其后，举办了多次全国性心身医学学术研讨会，推动我国心身医学向前发展。



护心符

养心篇

中医学认为“悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇”，这里的心动，即是指心脏受到的损害，其发生的根本原因是由于过分的悲哀，持久的忧愁。美国科学家进行的一项大规模研究所获得的结果表明，消极的心理情绪，如忧郁、焦虑和愤恨等均会对心脏造成损害，特别是引起冠心病。这项研究对近500名中年男子进行了长达3年的研究。研究结果表明，消极情绪与心脏病的形成有很大关系。该研究所测试的心理要素包括忧郁心情、焦虑、悲观情绪、胡思乱想以及注意力不集中等。研究数据表明，这些因素每上升1分，患心脏病的危险就增长6个百分点，从而进一步证实了消极情绪本身对心脏有很大的影响。研究人员在解释消极情绪与患心脏病之间的关系时说，人的心跳速率能够根据外界的变化呈有规律的波动。那些带有消极情绪的人会使心脏的这种有规律的变化减少，从而对心脏系统产生压力，使得心脏过于负重。另外一个原因是消极情绪会引起心血管系统炎症。科学实验表明，在那些带有消极情绪的人身上，可发现较高的炎症蛋白含量。科学界普遍认为，这种连续的、涉及整个心脏系统的炎症状况对引发冠心病有着重要的影响。研究人员还解释说，从非生物的角度来看，那些长期带有消极情绪的人常常不愿积极地去对待一些可能发生的疾病，他们不听医生或别人的劝告，结果忽视了必要的预防。

中医学认为“心在志为喜”。在各种情绪中，喜乐愉快的情绪与心的功能有关，心主血脉、主神志的功能正常，自然心情愉悦，而喜乐的情志也有益于心的功能正常。反之，心的气血不足可使人易于悲哀，而喜乐太过又会使心神受伤，所以还有“喜伤心”之说。另外，由于心主神志，因而其他情绪，如忧愁、恐惧等过极也会伤及心，影响心的功能。拥有坚强的心脏、稳定的血压，首先要拥有坚强的神经，学会控制与平息强烈的情绪，使它不能持续对身体发生影响。根据发表于最近一期《心身医学》杂志上的研究报告，悲观的人更容易患心脏病、死于心肌梗死，而乐观的人则正相反。来自哈佛大学公共卫生学院的L. Kuczansky等人通过对1300余名年龄在21—80岁的健康成年白人为期10年的追踪调查认为：“乐观的人积极地做计划和解决问题，因此这些人所经历的应激事件较少，他们能够更加合理地处理生活中的压力。”他们发现乐观的人更加善于社交，这与其健康状况较好有相关性。这些人更容易具备健康的生活方式，比如锻炼身体、适量饮酒、不吸烟等。研究人员用标准方法对受试者的乐观程度进行评价，然后根据其乐观程度对其进行分级。在乐观者与悲观者之间，在生活行为上没有明显的差异，但是悲观者更多地每天饮酒两杯以上，且悲观者的受教育程度较低。总的来看，在10年研究期间，大约12%的人出现了心脏病，其中有19%的人死于心肌梗死。受试者的乐观程度每增加一等，其胸痛和心脏病的发病危险就会降低25%。最乐观的人发生非致命性心肌梗死和死于心脏病的危险性显著降低。证实乐观的生活方式将有助