

抑郁症

中西医诊疗学

YI YU ZHENG

曹欣冬 王 伟 编著

ZHONG XI YI ZHEN LIAO XUE

中国中医药出版社

中国医药出版社

中西医诊疗学

YIYU ZHENGLING 中国医药出版社
ZHONG GUO YIYAO CHUBANSHE

中国医药出版社

抑郁症中西医诊疗学

曹欣冬 王 伟 编著

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

抑郁症中西医诊疗学/曹欣冬, 王伟编著. - 北京: 中国中医药出版社, 2009. 6
ISBN 978-7-80231-653-9

I. 抑… II. ①曹…②王… III. 抑郁症-中西医结合-诊疗 IV. R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 079556 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
河北欣航测绘院印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 787×1092 1/16 印张 28 字数 429 千字
2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978-7-80231-653-9

*

定价: 48.00 元
网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

序 言

中西医结合医学是一门具有中国特色的专门学科。“中西医并重”是新中国成立以来医疗卫生的发展方针，中西医结合是对中西医药学各自优势的互补和集成。大量的实践和科研证明，中西医结合防治疾病的效果优于单纯西医药或单纯中医药。中西医结合治疗抑郁症就是其中的典范。

千百年来，经过历代中医学家的探索，不断积累总结经验，对抑郁症病因病机的论述，经历由萌芽到发展，从发展到逐步完善的历程，从而形成了系统的理论体系和一系列具有中医特色的治疗方法。自开展中西医结合对抑郁症的临床研究以来，大量的研究成果证实了中西医结合医学对抑郁症诊断、治疗的优势。本书对抑郁症中西医等方面的最新研究进展予以总结，结合作者的临床体会编著而成。

当今，把握和利用好中西医相互融合、传统医学与现代医学优势互补已成为世界医学科学的发展趋势，我们要注重中西医结合的人才培养，促进精神卫生领域中西医结合事业的发展，希望本书能为此提供帮助。

马 辛

首都医科大学附属北京安定医院

2009 年 5 月

前 言

抑郁症是一种常见的心境障碍，严重损害患者的社会功能且复发性高。测算目前全球疾病负担，抑郁症位列第四，占疾病总负担的4.4%。在中国精神障碍和自杀所占总疾病负担的比例位列第一，成为第三位就诊的疾病。世界卫生组织估计，到2020年抑郁障碍将成为继冠心病后的第二大疾病负担。抑郁症又是常见病，1993年世界范围流行病学调查，普通人群抑郁症患病率为5.8%，终身患病率为17.1%。

现代精神病学对抑郁症虽然有较深入的研究，但对其病因、发病机理、治疗及复发的干预等方面仍不尽如人意。中医学对抑郁症的认识较早，虽然未有专著，但对本病的描述散见于郁证、百合病、脏躁、癰证等疾病中，属于中医学“郁证”范畴。历代中医学家对此有极其丰富的理论和临床实践经验，是我们研究抑郁症的可靠资源。

本书突出中医特色，以中医学对抑郁障碍的认识为主，结合现代精神病学，反映中西医对于抑郁症的理论、观点、最新研究成果及发展趋势的认识。本书编著过程中，精神病学专家张继志教授提出大量宝贵意见，马辛院长在百忙之中为本书作序，中国中医科学院范吉平副院长予以大力支持，在此予以感谢。本书参考文献较多，由于篇幅所限，不能一一列出，对广大作者的辛勤劳动表示感谢。

本书适合中医师、精神科医师、综合医院各科医师、心理咨询师、精神康复医师、精神科护士、医学基础研究工作者、医学院校相关专业的学生及抑郁症患者及家属阅读和参考。

编著者历时4年，数易书稿，倾注大量心血，力争本书能概括抑郁症的中西医研究进展。但由于编著者学识、能力有限，存在疏漏和错误难以避免，恳请广大读者予以批评指正，不胜感激，以便再版时修正。

曹欣冬 王 伟
2009年5月于北京

目 录

基础研究部分

第一章 概述	(1)
第二章 脑的特性与生理功能	(6)
第一节 脑的生理特性	(6)
第二节 脑的生理功能	(6)
第三节 脑神、心神、五脏神的关系	(8)
第三章 中医传统精神病理学	(14)
第一节 中医心身观	(14)
第二节 精神心理的传统理论	(17)
第四章 抑郁症中医发病机理	(27)
第一节 抑郁症与中医脏腑阴阳的关系	(27)
第二节 抑郁症中医证候学研究	(44)
第三节 抑郁症病因病机分析	(48)
第四节 抑郁症发病的时间性	(52)
第五节 抑郁症与中医体质	(54)
第五章 抑郁症现代病因学研究	(69)
第一节 抑郁症的生物学病因	(69)
第二节 抑郁症社会心理因素研究	(93)
第三节 抑郁患者人格及认知特点	(95)
第四节 抑郁症脑功能影像学进展	(100)
第六章 抑郁症中医量表研究	(106)
第七章 中医药对抑郁动物模型的影响	(110)
第一节 抑郁动物模型的研究进展	(110)
第二节 中医药对抑郁动物模型行为学的影响	(116)
第三节 中医药对抑郁动物模型生物化学的影响	(117)

第四节 中药抗抑郁作用动物实验研究	(121)
第八章 抑郁症治疗的问题与展望	(161)

临床诊疗部分

第九章 诊断与鉴别诊断	(163)
第一节 抑郁症西医诊断	(163)
第二节 抑郁症中医诊断	(166)
第三节 鉴别诊断	(166)
第十章 中医辨证论治	(170)
第一节 古代文献论述	(170)
第二节 抑郁症中医治疗	(186)
第十一章 中医其他疗法	(212)
第一节 针灸治疗	(212)
第二节 心理治疗	(217)
第三节 饮食治疗	(222)
第十二章 抑郁症西医治疗指南	(225)
第一节 抑郁障碍的治疗目标	(225)
第二节 抑郁障碍的药物治疗	(225)
第三节 抑郁障碍的心理治疗	(227)
第四节 抑郁障碍的电抽搐治疗	(228)
第十三章 双相抑郁	(229)
第十四章 难治性抑郁发作的治疗	(234)
第十五章 特殊人群抑郁症辨证治疗	(238)
第一节 儿童抑郁症	(238)
第二节 老年抑郁症	(241)
第三节 女性抑郁症	(250)
第十六章 脑器质性和躯体疾病所致抑郁症的治疗	(278)
第一节 脑卒中后抑郁症	(278)
第二节 血管性抑郁症	(296)

第三节	糖尿病伴发抑郁症	(298)
第四节	高血压病伴发抑郁症	(305)
第五节	冠心病伴发抑郁症	(306)
第六节	慢性阻塞性肺疾病伴发抑郁症	(309)
第七节	肿瘤伴发抑郁症	(311)
第八节	帕金森病伴发抑郁症	(312)
第九节	阿尔茨海默病伴发抑郁症	(315)
第十七章	与抑郁症相关(伴发)疾病的治疗	(322)
第一节	焦虑障碍与抑郁障碍共病	(322)
第二节	抑郁症性功能障碍	(331)
第三节	抑郁症失眠	(335)
第四节	抑郁症躯体不适感	(338)
第五节	抑郁症消化不良	(340)
第六节	抑郁症与痛症	(342)
第十八章	抑郁症预后与复发	(349)
第一节	抑郁症预后的影响因素	(349)
第二节	预后差的可能机制	(351)
第三节	抑郁症的复发	(352)
第十九章	抑郁症护理	(357)
第一节	生理护理	(357)
第二节	精神护理	(359)
第三节	卫生宣教	(361)
第四节	康复护理	(362)
第五节	抑郁症中医辨证施护	(364)

附 录

附录1	抑郁症诊断标准及分类	(367)
《国际疾病分类第10版精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点》 (ICD-10)		(367)

《美国精神障碍诊断统计手册》第4版(DSM-IV)	(378)
《中国精神障碍分类与诊断标准第3版》(CCMD-3)	(383)
附录2 常用抗抑郁药物简介	(387)
阿米替林(Amitriptyline)	(387)
氯米帕明(Clomipramine Hydrochloride)	(389)
多塞平(Doxepin)	(391)
马普替林(Maprotiline Hydrochloride)	(392)
氟西汀(Fluoxetine Hydrochloride)	(394)
帕罗西汀(Paroxetine)	(396)
舍曲林(Sertraline)	(399)
氟伏沙明(Fluvoxamine)	(401)
西酞普兰(Citalopram)	(402)
艾司西酞普兰(Escitalopram oxalate)	(404)
米氮平(Mirtazapine)	(406)
文拉法辛(Venlafaxine)	(407)
米安色林(Mianserin)	(409)
曲唑酮(Trazodone)	(410)
吗氯贝胺(Moclobemide)	(412)
阿莫沙平(Amoxapine)	(413)
瑞波西汀(Reboxetine)	(414)
噻奈普汀钠(Tianeptine Sodium)	(416)
米那普仑(Milnacipran)	(417)
安非他酮(Bupropion)	(418)
度洛西汀(Duloxetine)	(420)
附录3 抑郁症常用量表	(424)
抑郁自评量表(SDS)	(425)
汉密尔顿抑郁量表(HAMD)	(428)
Montgomery-Asberg 抑郁量表(MADS)	(432)
附录4 中英文名词对照表	(435)

第一章 概 述

抑郁症是一种常见的情绪障碍综合征，以心境低落为主要特征。情绪低落不仅存在于抑郁症中，而且与许多其他精神障碍、躯体疾病、特别是社会和外部环境因素有关。它由与潜在的生物学异常有关的症状和体征组成，抑郁心境发展到一定严重程度，持续存在相当的时间，能严重损害患者社会职业功能，是复发性甚至慢性致残性精神障碍。

1993 年世界卫生组织（WHO）、世界银行及美国哈佛大学公共卫生院开展了一项全球疾病负担的合作研究，将伤残调整生命年（Disability Adjusted Life Year, DALY）作为疾病负担的衡量指标。2000 年 WHO 测算全球疾病负担，抑郁症负担位列第四，占疾病总负担的 4.4%，达 6500 万 DALYs。估计到 2020 年，抑郁症将成为继冠心病后的第二大疾病负担源，达到 7900 万 DALYs，仅在心脏病（8200 万 DALYs）之后。而在中国精神障碍和自杀所占总疾病负担的比例位列第一，成为第三个就诊的原因。

Simon GE 等（1995）研究发现抑郁症患者的卫生支出显著高于没有抑郁症的患者（4246 美元：2371 美元）。在澳大利亚抑郁症的直接损失为 4 亿美元，间接损失 14 亿美元；在台湾抑郁症的直接、间接损失分别为 3.5 亿美元和 10 亿美元。2000 年在加拿大抑郁症经济负担为 54 亿加元，直接损失为 21 亿加元，占 39.5%，间接损失为 33 亿加元，占 60.5%，间接损失中死亡占 15.4%，生产力损失占 45.1%。英国 2000 年的抑郁症疾病负担为 90 亿英镑。2002 年欧共体抑郁症经济负担占疾病负担的 4.5% ~ 7.6%，影响 3% ~ 15% 的人口，约有 3340 万名患者，主要影响成人、妇女、低收入者。

在我国抑郁症直接经济负担是 141 亿元人民币，间接负担是 481 亿元

人民币，总的经济负担为 622 亿元人民币，仅次于美国。抑郁症年人均总经济花费为 11587.82 元（RMB），直接经济花费 4751.10 元（37.7%），间接经济花费 6849.41 元（62.3%）；住院患者年人均总经济花费、直接经济花费、直接医疗花费显著高于门诊患者；城镇患者年人均总经济花费、间接经济花费、误工及工作能力下降花费显著高于农村患者。抑郁症对于家庭关系和生活质量也有非常大的负性影响。当一个家庭成员患抑郁症时，整个家庭将会产生一些情感反应，如无名的担忧，对诊断结果的焦虑，对一些致病因素的愤恨，对出现伤残的悲愤，倾向于用病的感觉和症状来鉴别问题，对健康问题更敏感，感觉到经济上有压力，整个家庭的活动常常被病人所操纵。整个家庭就会陷入危机状态，家庭往往会出现严重的功能障碍，这又将影响所有家庭成员的心身健康，从而形成一个恶性循环。抑郁症患者家庭环境量表（FES-CV）评分显示：亲密度、情感表达、独立性、成功性、娱乐性、组织性、控制性因子分显著低于中国常模，矛盾性因子分显著高于中国常模。

中医学对抑郁症的认识较早，虽然未有专著，但对本病的描述散见于郁证、百合病、脏躁、癰证等疾病中，属于中医学“郁证”范畴。郁证是指情志不舒，气机郁滞所致，以心情抑郁，情绪不宁，胁肋胀痛，或易怒易哭，以及咽中如有物梗阻、失眠等为主的一种病症。

情志医学滥觞于远古时期。殷墟出土的甲骨片有一些是关于疾病症状的描述，如失眠，这可能是对情志疾病最早的记载。从《山海经》中记载的 38 种疾病来看，其中就有精神情志病，如狂、痴等。先秦诸子也极为重视对人的情志活动研究。庄子重视人的心身健康，主张“静”、“虚”、“无为”；《吕氏春秋》曰：“大喜、大怒、大忧、大恐、大哀五者接神则生害矣。”《楚辞·九章·惜诵》中载有“心郁悒余侘傺兮”。《左传·昭公三年》中提出哀乐思虑不节制可导致疾病的观点。《史记·扁鹊仓公列传》载淳于意诊齐王之子病，谓：“此悲心之所生也，病得之忧也”。由此可见，早在公元前 3~4 世纪，古人就已经注意到环境中的不良事件可引发情绪波动，而情绪的忧郁悲闷对人体的身心健康十分有害。《黄帝内经》奠定了中医学的理论体系，在情志医学方面也有大量精辟的论述。《黄帝内

经》在情志医学上的学术贡献主要有六：其一，记载了情志医学的病证名称，如癫狂、癰疾、不眠、无言等；其二，《黄帝内经》还首将“郁”的概念引入医学，《素问·六元正纪大论》云：“郁极乃发，待时而作”。提出了五运之气太过与不及可导致木郁、火郁、土郁、金郁、水郁的“五郁”概念。其三，阐明了情志失常的病因病机，如《素问·举痛论》：“怒则气上”、“喜则气缓”、“悲则气消”、“恐则气下”、“惊则气乱”、“思则气结”；“愁忧者，气闭塞而不行”等。其四，已经注意到躁狂症患者可以在一个时期内有抑郁的表现，这可能是躁狂抑郁双相障碍的最早记载。如《灵枢·癫狂》中有这样的记载：“狂始生，先自悲也”。说明在躁狂症发作之前，有抑郁发作。其五，论述了情志病证的治疗大法，如移精祝由法、情志相胜法、语言开导法等；“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泻之，水郁折之”的治法，其中尤以“木郁达之”更具临床意义。其六，强调了养生过程中的精神摄养，如《素问·上古天真论》中“恬淡虚无”、“精神内守”、“形与神俱”等。

东汉张仲景在《伤寒杂病论》中开创了对情志医学进行辨证论治的先河，如记载了“奔豚气”、“脏躁”、“梅核气”、“百合病”、“惊悸”等情志病证的理法方药。书中的百合地黄汤、半夏厚朴汤、甘麦大枣汤等经方，都是经数千年临床实践反复证明的有效方剂。隋代巢元方《诸病源候论》中有关情志疾病的论述达四十多种，其中一些症状与抑郁症十分类似。指出忧思可致气滞而郁结为病，如“结气病者，忧思所生也。心有所存，神有所止，气留而不行，故结于内”。《诸病源候论·气病诸候》：“九气者，谓怒喜悲恐寒热忧劳思。因此九事而伤动于气。一曰怒则气逆，甚则呕血，及食而气逆也；二曰喜则其气缓，荣卫通利，故气缓；三曰悲则气消，悲则使心系急，肺布叶举，使上焦不通，热气在内，固气消也；四曰恐则气下，恐则精却，精却则上焦闭，闭则气还，气还则下焦胀，故气不行；五曰寒则气收，聚寒使经洩涩，使气不宜散故也；六曰热则腠理开，腠理开则荣卫通，汗大泄；七曰忧则气乱，气乱则心无所寄，神无所归，虚无所定，故气乱；八曰劳则气耗，气耗则喘且汗，外内皆越，故气耗也；九曰思则气结，气结则心有所止，故气留而不行。”

宋金元时期，医家根据情志疾病的情志不舒，气机郁结不得发越的病

理特点，进行综合归纳。陈无择明确提出了七情致病理论，《三因极一病证方论·七气叙论》云：“夫五脏六腑，阴阳升降，非气不生。神静则宁，情动则乱。故有喜怒忧思悲恐惊。”指出七情过极可损伤脏腑，“七者不同，各随本脏所生所伤而为病”。从而喜伤心，怒伤肝，忧伤肺，思伤脾，悲伤心包，恐伤肾，惊伤胆，导致一系列精神、躯体症状的产生。七情致病理论至今仍被尊为经典，现代医家多以此解释抑郁症的发病和指导辨证论治。刘完素、张从正、李杲、朱丹溪四大医学流派都对情志医学发表了自己独特的见解。刘完素在《素问玄机原病式·序》中提出“法象天地，理合自然”的观点，强调自然环境对人的心理生理影响；张从正在《儒门事亲》中阐发《黄帝内经》的情志学说运用，并有大量医案验证；李杲在《脾胃论》中则明确指出“凡忿怒、悲、思、恐惧皆伤元气”；朱丹溪在《格致余论》中则认为“相火”多起于情志妄动，提出“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。故人身诸病，多生于郁”的论点，首倡“六郁”学说，并创立了治疗六郁的著名方剂越鞠丸。

明清以来，情志医学进一步发展。明代虞抟在《医学正传·郁证》中首先提出了“郁证”病名。徐春甫《古今医统大全·郁证门》：“郁为七情不舒，遂成郁结，既郁之久，变病多端”，对其病因病机做了相关论述。张介宾阐释了《黄帝内经》“移精变气”和“祝由”的理论并特别重视情志对健康的影响，形成了独具特色的心身医学观，提出“因病而郁”和“因郁而病”以及“郁由于心”等观点，提出“凡气血一有不调而致病者，皆得谓之郁”。赵献可将郁的概念推而广之，提出“凡病之起，多由于郁。郁者，抑而不通之义”，在治疗上，他根据五郁相因而首重木郁的特点，提出“以一法代五法”，即用逍遥散一方治其木郁，俾肝胆之气舒展则诸证自解，在病机和治疗上都发展了朱丹溪的六郁学说。李中梓著有《不失人情论》，告诫医者在诊治疾病时，必须注意三种人情，即“病人之情”、“旁人之情”和“医人之情”；徐大椿在《医学源流论》中提出“人心之感召无所不通”，说明心理效应是客观存在的，强调了心理治疗在疾病治疗中的重要作用。王清任还从血瘀的角度出发，认为情绪障碍如瞋闷、急躁等应以活血化瘀法治之，《医林改错·上卷》中记载以血府逐瘀汤治疗瞋闷，“即小事不能开展，即是血瘀，三副可好。”从而奠定了后世以活血

化痰法治疗抑郁症的理论基础。张璐在《张氏医通·卷三·诸气门上·郁》中提出：“思想无穷，所愿不得，皆能致病”；“郁证多缘于志虑不伸，而气先受病，……然郁多于妇人……”与现代研究抑郁症的发病率女多于男相符。林佩琴《类证治裁·卷之三·郁症论治》云：“七情内起之郁，始而伤气，继必及血，终而成劳。”指出了郁证的病理演变规律。叶天士《临证指南医案·卷六·郁》中云：“其原总于心，因情志不遂，则郁而成病矣，其症心脾肝胆为多。”阐明了郁证常涉及的脏腑。清代诸医从临床实际出发，强调七情致郁，辨证分新久虚实，治疗上渐趋成熟，大量医案医话为情志医学留下了丰富的理论论述和临床经验，值得我们深入研究。

直到《实用中医内科学》问世，对抑郁症的认识才逐渐统一起来。《实用中医内科学》里将精神疾病归纳分类成“心系病证”，其中“惊悸”“怔忡”“不寐”的描述多是轻度抑郁症、抑郁焦虑性神经症等。“气血津液病证”里的“郁证”则是比较明确的抑郁症反映，认为情志内伤为致病原因，是灵机、情志、行为三方面失常所致。

主要参考文献

- [1] 蔡焯基. 抑郁症基础与临床. 第二版. 北京: 科学出版社, 2001.
- [2] 龚绍麟. 抑郁症. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 2003.
- [3] 阎孝诚. 实用中医脑病学. 第一版. 北京: 学苑出版社, 1993.
- [4] 韩鑫, 李晓泓, 张有志. 中医治疗抑郁症理论溯源 [J]. 新中医, 2002, 34 (6): 6-8.
- [5] 罗家发. 情志医学研究的思考 [J]. 安徽中医学院学报, 2002, 21 (2): 7-9.
- [6] 唐启盛. 抑郁症中医学认识的历史沿革 [J]. 北京中医, 2007, 26 (3): 131-134.
- [7] 姚晓波, 杨昆, 羊礼军. 抑郁症患者家庭功能及家庭亲密度和适应性调查 [J]. 临床心身疾病杂志, 2007, 13 (3): 209-210.
- [8] 周学东, 陈兴宝. 抑郁症经济负担研究进展 [J]. 上海医药, 2006, 27 (12): 539-541.

第二章 脑的特性与生理功能

第一节 脑的生理特性

一、中清之脏

脑为至清之脏，不能容邪，犯之则病。《证治准绳》云：“盖髓海真气所聚，卒不受犯，受邪则死不可治”。一方面，脑为髓之海，而髓属液，至清至纯，水谷精微中，“和合而为膏者”，才能藏之于脑，以荣脑养骨，较之五脏之气血津液尤为所贵；另一方面，由于“诸髓者皆属于脑”，脑髓、脊髓、骨髓，皆由脑主之。只有脑髓充足，才能轻劲多力。若脑髓亏虚，则会“脑转耳鸣，腰酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”。这就是脑髓喜盈而恶亏。

二、纯阳之脏

脑不但藏精气而不泄，而且因为“头为诸阳之府”，督主一身之阳，足太阳膀胱为巨阳，足三阳经脉皆上头而通脑，脑居头颅中，至高之巅，赖阳气通达，使脑髓转运疏泄，以敷和布达于周身，故为纯阳之脏。

三、喜静恶扰

脑藏元神，以清静明亮内持为贵，动扰则掉摇散乱，无所适从。《奇效良方》云：“脑喜静谧而恶动扰，静谧清明内持，动扰则掉摇散乱”。在正常生理状态下，清阳出上窍，浊阴走下窍，两不相干。当人体脏腑功能失常，清浊相干导致气机逆乱时可上扰于脑而为病。

第二节 脑的生理功能

脑通过经络系统与人体各脏腑建立起了广泛的联系，脑为十二官之主，是人体生命活动的主宰。脑具有主元神的生理功能，人体的任何一种

生命活动，都是脑统领下的脏腑功能活动的表现。

一、脑主思维

思维是人体精神活动的一部分，包括认识并分析事物，做出判断，对不同的外界因素有喜怒悲恐忧思惊的反应，并能通过机体本身进行调节，这些功能都由脑所主宰。

二、脑主感觉认知

感知活动，包括感觉和知觉两部分。感觉是客观刺激作用于感受器官，经过大脑的信息加工活动所产生的对客观事物个别属性的反映。在人们认识世界的过程中，担负对复杂事物的简单要素进行分析的任务。感觉是认识的开端，而知觉则是感觉的深化，是人对客观环境和主体状态的感觉和解释过程，即事物整体关系的认识。人体最敏感的感知器官是耳、目、口、鼻、身等，“十二经脉三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。其精阳之气上走于目而为睛；其别气走于耳而为听；其宗气上出于鼻而为臭；其浊气出于胃走唇舌而为味”。（《灵枢·邪气脏腑病形》）

三、脑主记忆

人之精明在脑，因而存记忆功能。《本草备要》云：“人之记忆，皆在脑中。小儿善忘者，脑未满也；老人健忘者，脑渐空也。凡人外见一物，必有一形影留于脑中”。《医林改错》有“灵机记性在脑”之说。

四、脑主运动

运动是生命存在的形式，举凡目视，足步、掌握、指摄以及肢体各种运动，都与肝功能有关，亦与脑有关。而且由脑所统帅。如《灵枢·海论》云：“髓海有余，则轻劲多力，自过其度。髓海不足……胫酸眩冒，……懈怠安卧”。

五、脑主五志

人类的情志活动是机体对外界精神刺激或既往刺激作出相应的反应和

