

引用:宋畅,古洁若,陈于晴,杜明泽,于丽丽.对“孰主神明”三大学派之分歧的尝试性整合[J].
中医导报,2024,30(8):103-107,116.

理 论

对“孰主神明”三大学派之分歧的尝试性整合

宋 畅¹,古洁若^{2,3},陈于晴¹,杜明泽¹,于丽丽¹

(1.澳门科技大学,澳门 999078;

2.澳门科技大学中医药学院附属珠海市中西医结合医院,广东 珠海 519020;

3.中山大学附属第三医院,广东 广州 510630)

[摘要] 梳理了中医学“神明”概念的由来,以及心主神明学派、脑主神明学派、心脑共主神明学派的产生过程与各自所持的主要观点,并以三大学派在阿尔茨海默病、失眠症与抑郁症中的临床应用为例,对三大学派进行比较,探讨其争论症结所在。尝试应用“心系统”概念将三大学派理论进行整合,以期使“神明”理论更好地指导临床诊治工作。

[关键词] 神明;心;脑;心系统

[中图分类号] R223.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2024)08-0103-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2024.08.020

The Tentative Integration of the Differences between the Three Schools of "Who is the Master of the Spirit"

SONG Chang¹, GU Jieruo^{2,3}, CHEN Yuqing¹, DU Mingze¹, YU Lili¹

(1.Macau University of Science and Technology, Macau 999078, China; 2.Zhuhai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Faculty of Chinese Medicine, Macau University of Science and Technology, Zhuhai Guangdong 519020, China; 3.The Third Affiliated Hospital, Sun Yat-Sen University, Guangzhou Guangdong 510630, China)

[Abstract] "Spirit" is an important concept in the theoretical system of traditional Chinese medicine. This paper reviews the origin of the concept of "spirit" in traditional Chinese medicine, as well as the emergence process and main viewpoints of the heart leading spirit school, the brain leading spirit school and the heart and brain co-leading spirit school. This paper takes the clinical application of the three schools of thought in Alzheimer's disease, insomnia and depression as an example, compares the three schools of thought, and probes into the crux of their controversy. This paper tries to integrate the theory of the three schools with the concept of "heart system" in order to make the theory of "spirit" guide the clinical diagnosis and treatment better.

[Keywords] spirit; heart; brain; heart system

“神明”一词在《黄帝内经》中被多次提及,其为中医学理论体系中的一个具有深邃内涵的重要概念。在实际临床工作中,与“神明”有关的疾病较多,在辨证施治的过程中往往需要基于中医学“神明”理论进行论治。“神明”究竟由谁所主是中医学“神明”理论需要解决的关键问题,围绕这一问题中医学界形成了3个主要的理论学派,但是三大学派在相当长的时期内一直争论不下,在一定程度上造成了学派对立,影响了“神明”理论的应用与普及。因此,能否对三大学派的分歧

进行某种整合成为了一个值得研究的问题。故笔者就“孰主神明”相关问题进行探讨,从“神明”的概念、关于“孰主神明”三大学派的理论与临床实际应用等方面展开论述,并从“心系统”的角度对三大学派理论进行尝试性整合,以期减少不必要的分歧与争论,便于“神明”理论更好地指导临床诊治工作。

1 “神明”的概念

“神明”这一术语根植于中国传统文化^[1]。“神”字在金文

通信作者:于丽丽,女,助理教授,研究方向为中医辨证方法研究、中医药防治慢性病。

中呈闪电延展之貌,这与古人的生产生活方式高度依赖自然天象有关。《说文解字》记载“天神,引出万物者也”,说明“神”字的最初含义即为“天神”。在此基础上,“神”字的含义不断发展变化。最终,宇宙间一切事物的主宰者被称为“神”。那么“神”在中医学中的含义是什么呢?《灵枢·本神》指出中医的“神”就是指一个生命体的全部精神活动与生理活动^[2-3]。有学者进一步将中医学的“神”分为元神、识神、欲神三大类,元神即指人生命之主宰,识神即指人思虑之主宰,欲神即指人本能冲动之主宰。在这类“三神”中,处于核心位置的是“元神”,在“元神”的基础上生出“识神”,而“欲神”则是“元神”的一种外在表现且能对“元神”产生干扰^[4]。而“明”字从字义上来说,是“日月交辉、大放光明”之意,在中医学概念中是说“藏于内”的神表现出来的生命活动或者生命状态,“明”字与“神”字合称“神明”^[5]。另外,有学者提出“神明”包括“自然神明”“人体神明”“社会神明”“心理神明”4个方面,四者分别为人体治病之“天道原理”“脏器程序”“实际作业”和“意念响应”^[6]。

2 关于“孰主神明”三大学派的理论及应用

下文就“孰主神明”三大学派的理论进行介绍。笔者在研究中发现一个有趣的现象,临床中同一种疾病可以分别在这3种看似相冲突的理论指导下进行治疗,而且均能取得不错的疗效。笔者选择阿尔茨海默病、失眠症与抑郁症3种临床上常见的疾病(下文中称“三大疾病”),分别按照三大学派的理论展开讨论。(见表1)

2.1 “心主神明”学派的理论及应用 “心主神明”是中医学的传统观点。该理论在疾病的养生预防、诊断治疗、预后保健等领域已有广泛应用^[7]。在古代哲学层面,《荀子》提出了“心为形神之主”的观点^[8],这一观点对《黄帝内经》产生了较大的影响。《黄帝内经》首次提出“心主神明”的理论观点^[9],其对“心主神明”有诸多论述。《素问·灵兰秘典论篇》记载“心者,君主之官,神明出焉”,明确提出人体所有生命活动的统领者是“心”的观点,这成为“心主神明”理论纲领性的条文^[10]。《灵枢·邪客》也提到“心者,五脏六腑之大主也,精神之所舍也”,说明“心”统领的生命活动包括各个脏腑的生理活动与精神心理活动^[11]。明代医家张介宾也有相类似的论述,其在《类经·脏象类》中注“心为一身之君主……脏腑百骸,唯命是从,聪明智慧,莫不由是,故曰神明出焉”,也即“心”掌握着生命体一切生理与心理活动^[12]。

2.1.1 阿尔茨海默病 阿尔茨海默病是一种以认知功能衰退与行为损害为主要表现的神经退行性疾病,属于中医学“呆病”“痴呆”范畴。阿尔茨海默病与许多疾病都有密切的关系,如风湿免疫性疾病中的强直性脊柱炎就与阿尔茨海默病存有相关性^[13]。中医学认为阿尔茨海默病的发生是由于“神明失用”,“神无归处,神病始生”,而人之神明由心所主,故提出

使用“调心方”与“补肾法”相结合的方式治疗。心在五行属火,肾在五行属水,调心补肾使得心肾互养、水火相交,从而使得神有所依。经过此法治疗后,患者生活自理能力与认知功能得到明显改善,神经细胞的凋亡也得到了抑制^[14]。从心论治阿尔茨海默病获得了良好的效果^[14-15]。

2.1.2 失眠症 失眠症是指患者睡眠量不正常以及在睡眠中出现异常行为,中医学称该病为“不寐”,认为其病位主要在心,是心神失养或邪热扰心所致,同时与肝、脾、肾也有密切的关系。该病的患病率较高,在老年人群与女性群体中尤甚,对患者的日常生活与情绪状态造成了很大影响^[16]。历代治疗不寐的方剂多以养心安神、交通心肾、调气养血等为理论依据。有学者^[17]立足中医学“心主神明”理论,从女性生理特点、社会角色出发,按照“从心论治”的思路进行辨证施治。青年女性治以养血安神、健脾益气;中年女性治以疏肝理气、清心化痰、宁心安神;更年期女性治以滋补肝肾、养血安神,不同年龄阶段治疗均取得了显著的临床疗效。

2.1.3 抑郁症 抑郁症是目前最常见的一种心理疾病,以连续且长期的心情低落为主要的临床特征^[18]。中医称为郁症,其发生主要为肝失疏泄,脾失健运,心失所养。心在郁症的发病过程中起着关键作用,《景岳全书》记载:“至若情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也。”心气血不足,化喜不及,无以克悲,就会产生抑郁症状^[19]。抑郁症与许多躯体疾病都有密切的关系,包括心血管系统疾病、风湿免疫性疾病等^[20],如类风湿关节炎与抑郁症就呈现一种相互影响的双向关系^[21]。有学者^[22]基于“心主神明”理论设计了一项临床对照试验来研究益心解郁汤对心力衰竭后出现轻度抑郁的患者心功能与抑郁症状的改善情况,结果显示基于“心主神明”理论的益心解郁汤能够使患者得到身心同治,有效改善患者的心功能并缓解抑郁。

2.2 “脑主神明”学派的理论及应用 道家的经典著作《黄庭经》已经对“泥丸”即“脑”有了相关的论述:“泥丸百节皆有神,一面之神宗泥丸。”^[23]张仲景在《金匮玉函经》中提出“头身者,身之元首,人神所注”,孙思邈在《千金方》中提到“头者,身之元首,人身之所法”,陈无择在《三因极一病证方论》也提出“头者”为“百神所聚”的论述。由此可以看出,在中医学的发展过程中,“脑主神明”的观点不断得到认可^[24]。明朝时期的李时珍在其巨著《本草纲目》中明确提出“脑为元神之府”即“脑主神明”的观点。但是李时珍关于“脑主神明”的论述只有寥寥数语^[25],后世王清任则对“脑主神明”的观点有较为详尽的阐发。王清任对“心主神明”这一中医学传统理论持否定态度,他提出“脑髓说”的观点^[26],认为人之神志产生的生理基础是“脑髓”,即“灵机记性在脑不在心”,主张人的听觉、视觉、嗅觉等感觉功能与语言、思维等认知功能由脑所主。

表1 “孰主神明”3种理论在三大疾病临床中的应用

理论	阿尔茨海默病	失眠症	抑郁症
心主神明理论	病机为“神明失用”,治以“调心补肾”	病位在心,心神失养,应“从心论治”	病机“情志之郁由乎心”,治以“益心解郁”
脑主神明理论	病位在脑,治以“补肾化痰开窍”	脑供血异常,治以“活血安神,疏肝解郁”	“气机紊乱,抑制脑神,脑神失调”,治以针灸督脉经穴
心脑共主神明理论	“髓海空虚,气血不运”,治以“补肾精,充脑髓,调心神”	“心血不足,精衰髓减”,治以“补肾健脑,养心安神”	心脑无法相互配合,治以“醒神开窍”

2.2.1 阿尔茨海默病 有学者^[27]认为阿尔茨海默病的病位在脑。中医学认为,脑的精气来源于五脏,脑依附五脏完成主神明的功能,脑之功能分属五脏的“五神脏”高度概括了脑与神之间的关系。肾精不足,脑主神明功能异常,则记忆力下降以至出现痴呆。在治疗该病时应遵循补肾化痰开窍的原则,补肾填精,充盈髓海,往往能取得不错的效果^[27]。

2.2.2 失眠症 有学者^[28]提出失眠症的病位在脑,由于生活压力等导致的思虑过度使脑功能出现失衡,从而导致人的精神情志出现异常变化,进而出现失眠。肝与脑二者关系十分密切,脑之元神统帅“肝”的功能,只有脑正常进行“主神明”的活动,肝才能气机调畅,使得情志能够正常疏泄。脑维持功能的运转以心血充足供养为前提,失眠症源自脑,但表现在肝。因此在治疗上需从“心主血脉、脑主神明、肝主情志”出发,活血安神,疏肝解郁。按照此法治疗失眠症,临床有效率达到79.7%~90.1%^[28]。

2.2.3 抑郁症 有学者^[29]提到抑郁症的病位在脑,思维与神志活动由脑负责,其病机为过度思虑、喜怒无节扰乱了人体的气机,进而脑神被抑制,神机失用,导致出现抑郁症。其认为大脑在精神与神志疾病的演变过程中起到主要的作用,脑神逆乱是心身疾病的发病关键^[29]。还有学者^[30]提出抑郁症是由脑神失调所致,可针灸督脉经穴治疗,其疗效与服用抗抑郁的西药相差不多。

2.3 “心脑共主神明”学派的理论及应用 “心脑共主神明”理论是对于“心主神明”与“脑主神明”之争论的一种弥合,由近现代中西医汇通学派医家张锡纯提出^[31]。张锡纯在其著作《医学衷中参西录》中对“心脑共主神明”理论有过一系列的论述,他认为人的神明“原在心脑两处”,而“神明之功用”,则是“心与脑相辅相成”,“人之元神在脑,识神在心”,“心脑息息相通”,提出“脑中之神为元神”而“心中之神为识神”的观点^[32]。在《人身神明论》中,张锡纯对“神明藏于脑,发于心”的理论进行了比较详细的论述:张锡纯运用模拟的思维方法,认为《黄帝内经》中提到“头者精明之府”,其中“精明”也就是“神明”,而“国家之货财藏于府”,因此可以认为作为“头之中心点”的“脑”即“为神明所藏也”。同时,张锡纯又对《黄帝内经》中“心者,君主之官,神明出焉”进行了阐释,张锡纯认为《黄帝内经》在这部分论述中“不曰藏而曰出”恰恰说明了“神明”在“用时实发露于心”。另外,张锡纯还提出心脑神明贯通成思以及神明为纯阳之物的观点^[33]。现代的学者也对张锡纯的观点进行进一步阐发,认为脑与心血存在物质上的关系,脑完成神明活动需要在心的协调与控制下进行^[34]。

2.3.1 阿尔茨海默病 有学者^[35]根据心脑共主神明理论提出,“脑”是神明存在的物质基础,而“心”则负责对神明进行调节。只有作为神明存在的物质基础的“脑”处在充盈无损的状态并且主管神明调节机制的“心”功能为正常,此时人的“神明”才可以正常运转。而阿尔茨海默病患者由于髓海空虚,无法得到充足的濡养。脏腑的功能衰减导致体内气血无法正常运行,导致“心”无法进行正常的调控,因而“神机失用”。因此在治疗上,必须通过补肾精以充脑髓,同时对心神加以调节。调心补肾,双管齐下,方可在阿尔茨海默病的治疗中得到比

较理想的效果^[35]。

2.3.2 失眠症 “心脑共主神明”理论在失眠症的治疗中发挥着重要的作用^[36]。有学者^[37]认为老年失眠症的病机以肾虚为其核心。一方面,肾虚导致精髓无法充盈脑海,脑中的元神无法统摄心中的识神,导致识神上浮,无法安眠;另一方面,肾虚则肾水不能正常上济心火,导致心神扰动,难以入眠。总之,“心血不足、精衰髓减”是老年失眠症产生的基础,故在治疗上可用地黄饮子加减以补肾健脑,再辅以养心安神之方。基于“心脑共主神明”理论,从“补”“养”“调”“清”4个角度入手同调心脑,在老年失眠症患者治疗的临床实践中已经取得良好疗效^[37]。

2.3.3 抑郁症 有学者^[38]提出抑郁症是由于情志郁结而产生。神明是心与脑相互联系的纽带,而神与情志关系非常密切。脑之元神与心之识神的相互配合是情志活动正常进行的基础。抑郁症的病位在心与脑,长期过度思虑内伤情志,导致心脑无法正常进行共主神明的活动。在治疗上运用“祛痰开窍”的办法醒神开窍,恢复由心脑共主之神明的正常运转,从而对抑郁症进行有效的治疗^[38]。

3 讨论

综上所述,“心主神明”学派、“脑主神明”学派与“心脑共主神明”学派的理论在临床工作中指导治疗同种疾病都取得了较好效果,三大学派的理论均表现出较为强大的生命力。基于此,笔者提出一种观点:这三大学派的理论或许在本质上并无差别,出现争论的根源可能只是在于对“心”的概念与界定的不同。

中医学将“脑”归为“奇恒之腑”,认为“诸髓者,皆属于脑”。脑与精的关系密切,是精髓汇聚之处,《灵枢·经脉》言“人始生,先成精,精成而脑髓生”,“脑为髓之海”。汪昂提出“人之记性皆在脑中”,记忆、视听嗅觉等属性的功能即是脑的生理功能^[39]。需要着重指出的是,中医藏象学中提出的概念往往对应解剖学中多个脏器的功能,同时解剖学中某一脏器的功能也可能会对应中医藏象学中多个脏器之功能^[40]。也就是说,上文中提到的“意识之心”即是在描述“脑”的功能,解剖学上的“脑”实际上已经包含在中医经典理论中“心”或者说是“心系统”概念之中。

中医学“心”的概念与解剖学“心”或者“心脏”的概念不能等同^[41]。笔者从中医“心”的概念与界定的角度出发,中医学的“心”不仅包括解剖学的心脏(古人称血肉之心),而且还包括了精神意识思维活动(古人称意识之心)^[42],是联系全身相关脏器组织及自然界和社会心理而形成的一个系统整体,又称心系统。“脑主神明”并不是指“大脑”主神明,实际上还是在强调“心”或者“心系统”有机统一、协调配合的重要性。也即是说,三大学派的差异只是在于“用语范畴”的不同,但实际上都在强调“神明”源自一个有机统一又和谐运转的整体“心系统”。中医学经典理论中的“心主神明”从“心系统”的角度出发,是中医整体观念的体现。

主流的现代医学观点支持“脑主神明”理论,认为人的精神状态由大脑主宰。大脑功能一旦受损,则患者大多会出现一系列神经精神症状。以风湿性疾病为例,系统性红斑狼疮

导致的狼疮脑病(神经精神性狼疮)会令患者产生认知障碍、精神失常、情绪障碍等临床症状^[43]。系统性硬化如果引起中枢神经系统受累,患者会出现认知功能障碍、记忆力下降等表现^[44]。线状硬皮病也会累及脑组织,从而导致患者产生认知损害与癫痫发作等临床表现^[45]。这些相关报道似乎提示人的“神明”应由“大脑”所主。但是笔者认为,脑主神明与心主神明的观点实际上并不冲突,脑的一系列功能的实现必须以心血充足供应为前提。在上文中,“脑主神明”学派在三大疾病的临床治疗中也并未忽视“心主血脉”的重要作用。在中医学经典理论中“心”的定义是大于解剖学“心脏”本身的,中医学的“心”实际上包括现代医学中神经系统、循环系统、免疫系统、内分泌系统等多个系统的功能^[46]。“脑主神明”实际上暗含了“在心主血脉前提下才有脑主神明”的意思,“脑主神明”在字面上虽然没有“心”字,但是也不可能脱离心,单纯的大脑不可能完成主神明的功能。有现代医学研究表明,接受换心手术的患者会获得一部分心脏捐赠者的人格方面的特质,捐赠者的一部分记忆似乎通过心脏转移到了受者身上^[47],一部分接受心脏移植手术的患者的人格会往心脏捐赠者过往生活历史特点的方向变化^[48]。还有学者^[49]指出,不同于詹姆斯-兰格情绪理论所描述的人体生理变化会引起特定信息流传到大脑,进而出现情绪体验那样,加快的心率本身至少已经在动物模型小鼠中引起了恐惧或者焦虑的情绪反应。还有一项新近的研究^[50]揭示了心跳可以在20 ms内通过Piezo通道介导的压力感受机制对大脑神经元(嗅球神经元)的活动进行调控。这些较为有力地说明了神明并不单由大脑所主。

而“心脑共主神明”论的产生是由于近代以来西方医学传入中国,是典型的中西汇通产物^[51]。笔者认为,基于“心脑共主神明”理论产生的特定历史背景,这一理论中的“心”与“脑”指的是西医解剖学概念中的“心脏”与“大脑”,“心脑共主神明”实际上是在用西医学的概念去描述中医学的“心”也就是“心系统”的内容。“心”“脑”配合换句话说是“心系统”的和谐统一。“心脑共主神明”即是“和谐统一的心系统主神明”。因此归根结底,还是对“心”这一概念的界定问题。

在“心系统”的概念下,“心”不再是一个简单的实体器官,其内涵已容纳了人的情感、思想、意识等精神心理层面的内容。基于“心系统”理念的诊疗模式要求医者在疾病的诊治过程中树立起“心脑最佳耦合态”的意识,要从“社会-心理-神经-内分泌-免疫”的整体视角看待疾病^[6]。例如应激是机体为应对躯体、环境、心理等因素改变产生的适应性变化,主要依托自主神经系统(ANS)与下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA轴)完成。骨质疏松与心理应激有密切的关系,一些慢性心理应激(如重度抑郁症)会通过影响交感神经系统、HPA轴以及其他的免疫与内分泌因素导致患者骨量减少,罹患骨质疏松。通过采用调控血清中含量过高的促炎细胞因子、调节HPA轴反应、提高脑源性神经营养因子水平,以及心理治疗、情绪疏导等综合治疗方式,可以实现对骨质疏松较为有效的干预^[52]。在这一过程中,以“心系统”为理论根基,整合免疫、内分泌、“脑”之神经、精神心理等多层面概念,从“心系统”与“神明”的角度治疗骨质疏松,取得了令人较为满意的效果,是“心系

统”理论之整合性在诊疗领域的体现。

实际临床工作遇到的问题往往非常复杂,难以依靠三言两语讲解透彻,也无法单凭某一学派的观点就能解决。面对各个学术流派理论,应秉持包容态度,从临床实际出发,凡是优秀先进、有助于提高疗效的,都要进行认真学习。每个学术流派都有各自独立的体系,但是在本质上却有着共同根源,要努力在更高的高度进行把握^[53]。对“孰主神明”三大学派进行整合,体现出对待不同学派的“尊重包容、追本溯源”的科学态度。基于历史原貌对三大学派的争论进行探讨,同时结合现代医学研究成果探寻三大学派内在的一致性,最终实现提高临床疗效、促进中医的标准化与规范化建设的目标。

最后,笔者尝试从更深层次对三大学派之争论进行探讨。中医的形态学研究是个容易被学者忽视的内容^[54]。中医学的五脏不是解剖学意义上的五脏,但中医学的脏腑到底应如何定位,这是古代中医留给现代人的一个形态学上的疑问。传统的中医形态学体系是个不完整的体系,形态学的不确定性必然会引起中医基础理论研究的困惑,这也导致了中医现代化进程的困难^[55]。“孰主神明”的“心”“脑”之争在相当程度上即是由于形态学的不明晰。但是中医的藏象学说恰恰体现了人之生命运动的复杂性,其与还原论医学是背离的。要解决这一矛盾,就需要引入系统科学的理论与方法,充分发挥系统中医学对中医各学术流派的整合功能,形成系统论框架。这对于中医现代化以及中医药产业的发展都是大有裨益的^[56-57]。笔者通过“心系统”理论对“孰主神明”三大学派进行整合正是将系统论方法应用至中医学的一次尝试。

4 结 论

笔者从中医“心”的概念与界定的角度出发,中医学的“心”其立足解剖,但不拘泥于解剖,是联系全身相关脏器组织及自然界和社会心理而形成的一个系统整体。中医这个“心系统”是中医经典理论中“心”的真正含义,是中医整体观念特征的体现。“孰主神明”三大理论实际上都可归结到对“心系统”的描述。“心主神明”“脑主神明”“心脑共主神明”三大理论均经受了临床实践的检验,说明三大理论在表现形式上虽然有所不同,但是在本质上具有一致性。从这个意义上来说,孰主神明之争或可基于“心系统”的概念进行统合,以减少对这一问题的过度争论,便于“神明”理论指导临床诊治工作。

参考文献

- [1] 臧守虎.传统文化背景下《黄帝内经》“神明”通释[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(1):23-26.
- [2] 王旭,贺娟.《黄帝内经》“脑主神明”与“心主神明”关系探析[J].北京中医药大学学报,2022,45(1):34-37.
- [3] 王文炎,陈瑞,梁凤霞.中医“神明”的探讨与思考[J].环球中医药,2020,13(9):1499-1502.
- [4] 汪卫东,孙泽先.中国传统文化中的“三神学说”初探[J].中医杂志,2012,53(13):1157-1159.
- [5] 袁永飞.《黄帝内经》“神明”新探[J].宝鸡文理学院学报(社会科学版),2023,43(4):18-24,72.
- [6] 吴止境,陈晓虎.基于“心主神明”理论探讨现代“双心医

- 学”的应用与外延[J].中医药学报,2023,51(3):1-5.
- [7] 余光.荀子“治气养心”思想新探:兼论荀子心论的道德化进路[J].莆田学院学报,2022,29(3):27-33.
- [8] 樊经洋,翟双庆.天人视域下的《黄帝内经》“心主神明”命题探析[J].北京中医药大学学报,2022,45(4):325-333.
- [9] 曹康迪,王瑾琨,王欣妍,等.基于“心主神明”探讨情志在肺结节发生发展中的作用[J].中医杂志,2023,64(14):1509-1512.
- [10] 王文炎,陈瑞,梁凤霞.浅谈对“心主神明”的认识[J].河南中医,2020,40(8):1153-1155.
- [11] 唐卓然,陈雅丽,侯季秋,等.从“心主神明”论冠心病合并抑郁[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(22):3892-3893.
- [12] WATAD A, MCGONAGLE D, ANIS S, et al. TNF inhibitors have a protective role in the risk of dementia in patients with ankylosing spondylitis: Results from a nationwide study[J]. Pharmacol Res, 2022, 182: 106325.
- [13] 易希,潘露茜,顾耘,等.从心主神明及肾生髓理论探讨林水淼治疗阿尔茨海默病经验[J].阿尔茨海默病及相关病杂志,2022,5(3):205-208.
- [14] 施丽娟,梁永林,吴红彦.从五脏论治阿尔兹海默病[J].实用中医内科杂志,2020,34(5):12-14.
- [15] 杜艳军,王丽.基于“心肾”理论视域下中医药防治阿尔兹海默病的思考[J].中华中医药学刊,2022,40(1):10-13.
- [16] 张梦丹,雷正权,金霞霞,等.基于不同中医辨治体系治疗失眠的研究进展[J].中医药导报,2023,29(3):130-135.
- [17] 毛美娇,沈虹,刘萍.刘萍教授从“心主神明”辨治女性不寐的经验[J].现代中西医结合杂志,2020,29(5):510-513.
- [18] 宋小东,何嘉丽,吕思慧,等.抑郁症不同年龄特征的表现遗传学机制研究进展[J].中华精神科杂志,2022,55(6):469-474.
- [19] 刘盼,刘晓萍,金瑄,等.从心脾两虚论治儿童抑郁症经验[J].环球中医药,2021,14(3):488-491.
- [20] 戴微微,冯伟伟,李德富,等.风湿免疫病住院患者的抑郁与自杀风险分析[J].昆明医科大学学报,2022,43(3):160-165.
- [21] 孙佳宁,崔轶霞.类风湿关节炎与抑郁症共病的研究进展[J].临床荟萃,2023,38(7):663-667.
- [22] 顾燕频,陶丹红.基于“心主神明”理论研究益心解郁汤对心衰后轻度抑郁的影响[J].中国医药导报,2017,14(7):73-76.
- [23] 段绮云,张彬.基于“脑主神明”理论的中风病辨治三要素浅析[J].时珍国医国药,2021,32(2):416-417.
- [24] 刘永平,王兴,张玲.基于“脑主神明”理论治疗小儿脑性瘫痪回顾性研究[J].山东中医杂志,2017,36(11):948-950.
- [25] 辛陈,王瑜,杨金生,等.中医对心脑认知的源流与走向[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(4):515-519.
- [26] 金红,赵德喜.中医脑髓学说发展沿革与国医大师任继学脑髓学说撷华[J].长春中医药大学学报,2023,39(6):616-620.
- [27] 宋琳,朴钟源,谢宁.从老年性痴呆的研究论“脑主神明”[J].天津中医药,2007,24(2):133-134.
- [28] 许红.试论“脑主神明”在失眠症诊治中的指导意义[C]//2008年中国睡眠研究会第五届学术年会论文集,2008:357-359.
- [29] 张震,赵博,郭永胜,等.基于脑主神明理论的抑郁症的中枢发病机制探讨[J].时珍国医国药,2020,31(11):2715-2718.
- [30] 蔡海红,王玲玲.王玲玲教授八髎穴深刺法及临床应用[J].中国针灸,2014,34(3):285-288.
- [31] 石文英,章薇,罗容,等.关于“心主神明”“脑为元神之府”“心脑共主神明”的思考[J].世界中医药,2023,18(2):221-223,228.
- [32] 张通,孙新亭.心脑共主神明:心脑一体化的认识[J].中国康复理论与实践,2016,22(3):368-370.
- [33] 肖倩,张光霁.心脑共主神明之理论体系建构探讨[J].陕西中医药大学学报,2016,39(4):6-8,12.
- [34] 曾士元.心脑共主神明新论对中医脑病学的意义[J].甘肃中医学院学报,2006,23(3):3-5.
- [35] 鲁艺,王垚涵.从“心脑共主神明”探讨阿尔兹海默病的治疗[J].吉林中医药,2013,33(12):1189-1191.
- [36] 王莉斐,胡敏棣.胡敏棣主任基于“心脑共主神明”从气血论治失眠经验总结[J].中国民族民间医药,2023,32(6):69-71,74.
- [37] 王素,沈凤麟,井宏颖,等.谢宁教授从“心脑共主神明”论治老年失眠症经验[J].中国医药导报,2020,17(2):124-127.
- [38] 杨杰,刘运琴,林丽.基于“心脑共主神明”理论从“祛痰开窍法”探讨抑郁症的研究进展[J].湖北中医药大学学报,2022,24(6):119-122.
- [39] 郭文利,刘文平,任荔,等.浅议脑府“以藏为本,以通为用”[J].成都中医药大学学报,2023,46(4):4-7.
- [40] 孙利民.心脑同治与中医整体观[J].中医杂志,2012,53(19):1705-1706.
- [41] 郑敏麟,阮杏林.论心藏象的宏观与微观实质[J].湖南中医药大学学报,2022,42(3):492-497.
- [42] 邱鸿钟,梁瑞琼,陈玉霏.中医之神与中医之心的现象学还原分析[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3404-3406.
- [43] 张索,刘冬舟.系统性红斑狼疮脑病的研究进展[J].实用医学杂志,2020,36(3):414-419.
- [44] 郭军,张文,张烜.系统性硬化合并神经系统损害临床分析(附12例报告)[J].北京医学,2009,31(11):641-643.
- [45] 郭红,张在强.线状硬皮病合并中枢神经系统血管炎[J].中国卒中杂志,2010,5(5):379-383.
- [46] 张晓丝,于睿.从心论治抑郁症[J].实用中医内科杂志,2015,29(1):66-68.
- [47] LIESTER M B. Personality changes following heart transplantation: The role of cellular (下转第116页)

清热之力强,去心则清热力稍弱,而以养阴生津为主。现代药理学研究证实,麦冬心总皂苷含量高。麦冬经去心炮制后,总多糖含量、高异黄酮类成分含量均降低^[2],且去心操作不便,故《中华人民共和国药典》亦未要求麦冬去心炮制。因此,在“遵古”原则外,应结合现代应用标准,对古方中的炮制法进行药理学验证,去芜存菁,更好地古为今用。

4 结 语

傅青主对阴精亦十分重视,用麦冬和不同的中药配伍,能分别从滋阴清热、养血敛阴、养阴生血、养血滋阴、大补气阴等方面顾护阴精。现今社会高速发展,女性因经、孕、产、乳等生理活动而数伤阴血,再加之工作生活压力、不规律饮食、熬夜、焦虑等都可导致阴血暗耗,临床用药也尤其重视补阴。麦冬药性平和,能与诸药相伍,适用范围广,调经、种子、孕中、产后均宜,可在组方用药中多加运用。傅青主善于运用五行生克制化扩大其应用范围,麦冬亦可通过肺肾金水相生,或交通心肾,清心火以滋肾水,起到滋阴补肾的作用。肝主藏血,为女子之先天。麦冬能补益脾胃,化生气血,从而养血以柔肝体,调肝用。综上所述,妇科疾病的遣方用药可用麦冬以补阴,同时不拘于润肺清心,更可通过配伍达到滋阴益肾、补益脾胃、养血柔肝等作用,于五脏调摄均有可为。

参考文献

- [1] 吴普.神农本草经[M].孙星衍,孙冯翼,撰.戴铭,黄梓健,余知影,等,点校.南宁:广西科学技术出版社,2016:19.
- [2] 陶弘景.本草经集注:辑校本[M].尚志钧,尚元胜,辑校.北京:人民卫生出版社,1994:195.
- [3] 国家药典委员会.中华人民共和国药典—二部:2020年版[M].北京:中国医药科技出版社,2020:162.
- [4] 范明明,张嘉裕,张湘龙,等.麦冬的化学成分和药理作用研究进展[J].中医药信息,2020,37(4):130-134.
- [5] 肖承棕.傅青主女科评注[M].北京:人民卫生出版社,2015.
- [6] 缪希雍.《炮炙大法》释义[M].太原:山西科学技术出版社,2009:32.
- [7] 陈士铎.精校本草新编[M].王景,整理.北京:人民军医出版

社,2013:35.

- [8] 黄绳武.傅青主妇科评注[M].武汉:湖北科学技术出版社,1985:33.
- [9] 冯兆张.冯氏锦囊秘录[M].王新华,点校.北京:人民卫生出版社,1998:725.
- [10] 屈丽媛,赵文娟,魏绍斌.《傅青主女科·种子》治脾学术思想浅谈[J].湖南中医杂志,2016,32(4):145-146.
- [11] 叶天士.本草经解[M].张森,伍悦,点校.北京:学苑出版社,2011:23.
- [12] 张甜影,韩燕妮,雷洁荣.妊娠晚期孕妇心理健康状况、影响因素及其母婴结局[J].中国计划生育学杂志,2023,9(10):2287-2291.
- [13] 万梅绪,原景,张燕欣,等.麦冬提取物及其有效成分的药理作用研究进展[J].药物评价研究,2023,46(8):1819-1826.
- [14] 夏子怡,车晓青,李文,等.基于双向调节药效的人参、西洋参和三七中药质量标志物研究[J].世界中医药,2023,9(3):421-424.
- [15] 陶雨凡,董凡,兀琦,等.《中国药典》2020年版含黄芪成方制剂分析及其现代研究进展[J].中国现代中药,2023,25(1):202-209.
- [16] 陈士铎.辨证录[M].太原:山西科学技术出版社,2011:499.
- [17] 张景岳.妇人规[M].北京:中国医药科技出版社,2017:74.
- [18] 唐容川.血证论[M].金香兰,校注.北京:中国中医药出版社,1996:108.
- [19] 黄元御.长沙药解[M].北京:中国医药科技出版社,2017:106.
- [20] 赵佳琛,王艺涵,翁倩倩,等.经典名方中麦冬的本草考证[J].中国现代中药,2020,22(8):1381-1392.
- [21] 王悦,葛威,刘小康,等.基于含量测定及指纹图谱评价麦冬“去心”的科学性[J].中药材,2022,45(6):1388-1393.

(收稿日期:2023-12-07 编辑:罗英姣)

(上接第107页) memory [J]. Med Hypotheses,2020,135:109468.

- [48] PEARSALL P, SCHWARTZ G E, RUSSEK L G. Changes in heart transplant recipients that parallel the personalities of their donors[J]. Integr Med,2000,2(2):65-72.
- [49] HSUEH B, CHEN R, JO Y, et al. Cardiogenic control of affective behavioural state[J]. Nature,2023,615(7951):292-299.
- [50] JAMMAL SALAMEH L, BITZENHOFER S H, HANGANU-OPATZ I L, et al. Blood pressure pulsations modulate central neuronal activity via mechanosensitive ion channels[J]. Science,2024,383(6682):eadk8511.
- [51] 张效霞,王振国.关于“孰主神明”的争鸣与反思[J].天津

中医药,2006,23(5):360-364.

- [52] 张彬,许超,彭翼,等.骨质疏松症与心理应激关系的研究进展[J].中华内分泌代谢杂志,2022,38(6):526-530.
- [53] 姜苗,周平安,贾海忠,等.中医流派,精彩纷呈;融合百家,繁荣学术[J].环球中医药,2016,9(2):149-152.
- [54] 王永炎,张志强,王燕平.大科学背景下的中医学形势及整合[J].环球中医药,2011,4(5):321-325.
- [55] 蒙一纯,李澎涛,贾长恩.中医学与形态学研究[J].北京中医药大学学报,2003,26(4):8-9.
- [56] 祝世讷.论系统中医学[J].山东中医药大学学报,2019,43(4):324-329,323.
- [57] 马晓彤.系统中医学的学术整合功能[J].山东中医药大学学报,2019,43(5):430-434.

(收稿日期:2023-12-03 编辑:刘国华)