

心腦主神明學說的沿革

張清賢^{1,2,#}、施柏瑄^{3,#}、楊仕哲^{4,5,*}

¹ 臺北榮民總醫院傳統醫學部，台北，台灣

² 長庚大學臨床醫學研究所，桃園，台灣

³ 振興醫療財團法人振興醫院中醫科，台北，台灣

⁴ 中國醫藥大學中醫學系，台中，台灣

⁵ 中國醫藥大學附設醫院放射線部，台中，台灣

中醫學從《黃帝內經》開始提出「心主神明」觀點，到明代李時珍則於《本草綱目·木部·辛夷》提出：「腦為元神之府，而鼻為命門之竅。」自此揭開「心主神明」與「腦主神明」爭論的開端。而清代王清任《醫林改錯·腦髓說》指出「靈機記性不在心在腦」，率先在中醫史上打破心腦合一說，揭開心主神明與腦主神明之爭。甚至《中醫臨床診療術語·疾病部分》更認為中醫腦科學得以充分理性發展的前提，就是必須將「心主神明」變革為「腦主神明」。但現代醫家多持反對意見，認為腦主神明對心理疾病的解釋不足，臨床治療上也無多大見效，而其使用藥物的副作用更大，且療效不夠持久。本文希望藉著現代醫學及其他學科的研究來探討心腦主神明的源流、變革、科學性及證據。

關鍵字：心、腦、神明

105 年 2 月 5 日受理

105 年 4 月 14 日接受刊載

106 年 6 月 1 日線上出版

* 聯絡人：楊仕哲，中國醫藥大學附設醫院放射線部，40447 臺中市北區育德路 2 號，電話：04-22052121 分機 5470，電子郵件信箱：yangst@mail.cmu.edu.tw

#：共同第一作者

一、前言

兩千多年前《黃帝內經》提出「心主神明」觀點，從《素問·靈蘭秘典論》提出「心者，君主之官也，神明出焉」、「主明則下安」、「主不明則十二官危」開始，一直被後世醫家所遵循，並得以有效指導著理論闡發與臨床實踐[1]。直到經過清代名醫王清任在《醫林改錯·腦髓說》[2]提出「靈機記性不在心在腦」後，中醫史上開始打破心腦合一說，揭開心主神明與腦主神明之爭[3]。甚至中國國家技術監督局在《中醫臨床診療術語·疾病部分》[4]一書中將多寐、不寐、癰病、癲病、狂病、中風、腦瘤、腦萎、偏頭痛、腦鳴、痴呆等34種疾病歸類定義為「腦系病類」，其也是認為「心主神明」變革為「腦主神明」才得以使中醫腦科學充分理性發展。但周東浩[5]等人持反對意見，認為腦主神明對心理疾病的解釋不足，臨床治療上也無多大見效，而其使用藥物的副作用更大，且療效不夠持久。現今普遍認為中醫藏象學說中每個臟腑並不單純指解剖實質器官，常常是綜合生理與病理的功能單位，因此單一臟腑的功能往往橫跨了多個解剖器官的部分功能[6]。所以中醫學上的「心」與其他臟腑，事實上是一種介於解剖結構狀態和功能狀態之間的非虛非實概念[7]。本文希望藉著現代醫學及其他學科的研究來探討心腦主神明的源流、變革、科學性及證據。

二、心主神明學說之源流

《黃帝內經》分為《素問》與《靈樞》兩大部份，其中關於「心主神明」之論點散見於各篇章，《素問·靈蘭秘典論》提出「心者，君主之官也，神明出焉。」並認為「主明則下安，以此養生則壽，殁世不殆，以為天下則大昌。主不明則十二官危，使道閉塞而不通，形乃大傷，以此養生則殃。」更為後世醫家提倡「心主神明」之論述開端，而《靈樞·五癰津液別》提到說：「五臟六腑，心為之主，耳為之聽，目為之候，肺為之相，肝為之將，脾為之衛，腎為之主外。故五臟六腑之津液，盡上滲於目，心悲氣并，則心系急。心系急則肺舉，肺舉則液上溢。夫心系與肺，不能常舉，乍上乍下，故欬而泣出矣。」以「欬而泣出」論述五臟六腑等生理活動均由心所調控，並在心的主導之共同完成整體活動。《靈樞·邪客》也提到「心者，五臟六腑之大主，精神之所舍也。」心

主神明的功能正常，則思考銳利，神志清楚。而《素問·六節藏象論》提到「心者，生之本，神之變也。」明代張介賓於《類經·十二官》解釋為：「心為君主，屬陽，陽主生，萬物系之以存亡，故曰生之本。心藏神，神明由之以變化，故曰神之變。」心為五臟六腑存亡之根本，心藏神主宰神明之變化。張景岳於《類經·藏象類》也提到：「人身之神，惟心所主。故本經曰：心藏神。又曰：心者君主之官，神明出焉。此即吾身之元神也。外如魂魄志意五神五志之類，孰匪元神所化而統乎一心？是以心正則萬神俱正，心邪則萬神俱邪，迨其變態，莫可名狀。」《醫門法律·先哲格言》也說明「心為五臟六腑之大主，而總統魂魄、兼賅志意」。先秦道家認為心中精氣以自然狀態做保存，避免受到外來聲色物慾之影響，並以此自然狀態實現心主神明之功能[8]。故《類經·藏象類》說明：「心為一身之君主，稟虛靈而含造化，具一理而應萬機，臟腑百骸，唯所是命，聰明智慧，莫不由之。」但心雖貴為君主之官，並非指中央集權管制，比較像《管子·內業》提到的「修心正形」，主要是指心主神明無欲無為，其他臟腑才能各司其職，功能運作正常[8]。也有學者[9]認為是否是因為古人並無直接觀察到任何心的具體表現，加上五臟概念並非只侷限於解剖器官，就如同「君主」不須事必躬親，但仍透過「神明出焉」，來統轄管理其餘臟腑運作，以進行生命活動。

三、腦主神明學說之興起

早在《內經》時期就認為腦是精神思維感知的源泉，但是沒有特別提出「腦主神明」或「心腦共主神明」的論點[10]。《靈樞·海論》提出「腦為髓之海，其輪上在於其蓋，下在風府」，指出腦的部位在頭顱之中、風府之下。《靈樞·經脈》提出「人始生，先成精，精成而腦髓生」，以說明腦的生成發育情形。《靈樞·五癰津液別》更以「五穀之津液，和合而為膏者，內滲於骨空，補益腦髓，而下流於陰股」說明腦髓之生成。《素問·脈要精微論》說道：「頭者，精明之府，頭傾視深，精神將奪矣。」說明腦為精神之居處；《素問·五臟別論》提到：「腦髓骨脈膽女子胞，此六者地氣之所生也，皆藏於陰而象於地，故藏而不瀉，各曰奇恒之腑。」論述腦髓為奇恒之腑，與一般之五臟六腑不同；《素問·刺禁論》更提到「刺頭中腦戶，入腦立死」，揭示腦部受傷將影響生命活動。《靈樞·大惑論》寫道：「五臟六腑之精氣，

皆上注於目而為之精。精之窠為眼，骨之精為瞳子，筋之精為黑眼，血之精為絡，其窠氣之精為白眼，肌肉之精為約束，裹擷筋骨血氣之精而與脈並為系，上屬於腦，後出於項中。」以論述眼睛相關構造，以及視覺與腦的關係。《靈樞·海論》提到：「髓海有餘者，則輕勁多力，自過其度；髓海不足，則腦轉耳鳴，脛酸眩冒，目無所視，懈怠安臥。」說明髓海充盈與人體機能相關。上述為《內經》依腦的部位、生成發育及功能方面，說明腦及「腦主神明」的觀察記載[11]。

《內經》雖然對「心主神明」闡述較多，但上述內容仍可見到其在腦本身及腦與精神、感覺、知覺、健康等……關係也有相當份量之描述。李時珍於《本草綱目·木部·辛夷》說：「腦為元神之府，而鼻為命門之竅，人之中氣不足，清陽不升，則頭為之傾，九竅為之不利。」此一「腦為元神之府」之說，從此揭開「心主神明」與「腦主神明」爭論的開端[1]。隨後明代李梴《醫學入門·臟腑》更提出「血肉之心」和「神明之心」，認為人體還有另一個「心」來主神明，並非「一心二主」。清代醫家王清任透過人體解剖的觀察，在《醫林改錯·腦髓說》提出「靈機記性不在心在腦」，首次說明腦的功能包含視覺、嗅覺、記性、聽覺、語言等高級神經功能，除了指出腦的生理功能，還指出了腦主之神明還包含精神思維的層面。其特別說明「因始創之人，不知心在胸中，所辦何事」，然後提到有一「衛總管」其「前通氣府、精道，後通脊，上通兩肩，中通兩腎，下通兩腿，此管乃存元氣與津液之所。氣之出入，由心所過，心乃出入氣之道路，何能生靈機，貯記性？」那因為飲食入胃可以生氣血、肌肉，精微物質化髓由脊骨上行入腦，稱為「腦髓」，故腦髓所居之處又稱為「髓海」，故可稱為「靈機記性在腦」。王氏並舉例「癩癰」，即為「元氣一時不能上轉入腦髓。」小兒抽風、大人氣厥等，「皆是腦中無氣」，均作為其認為靈機在腦之證據。

李育章[12]認為腦主神明，心主血脈。程昭寰[13]將腦的生理特點歸納出為「中清之臟，純陽之臟，喜靜惡擾；具有主精神思維、感覺、運動、記憶和情志的功能」。周文獻[14]也指出「腦為中清之臟，寧靜之器，內持為貴，在人的生命中占中心地位」。朱文鋒[15]也認為將腦的生理與病理統屬於心較不恰當，應該將腦獨立為一「臟」，非為古之所稱「奇恒之腑」，腦主藏神，開竅於耳，其華在髮。姜惟[16]也認為腦藏精氣而不瀉，應歸為臟，主神志，藏髓，開竅於五

官，可控制視覺、語言、感覺與運動。平玉娟[17]認為大腦功能正常發揮的前題主要是心主血脈的功能維持正常，而「腦主神明」學說是中醫學的進步，但心腦理論不必相斥。徐雅[1]等人也提出腦神受心所支配，心主血脈提供了腦神的物質基礎，腦神並在心神的支配下產生和完成神明活動。劉軻[18]透過大腦對臟腑及經絡的作用，認為「腦為神明之所，神明之本」。陳士奎[11]認為要變革「心主神明」說、確立「腦主神明」論，並與人類腦科學研究發展同步進行。景雅婷[19]也提到自律神經為腦中樞神經系統之延伸，其可以調控心臟及血液循環之效能，當精神受到刺激，交感神經與副交感神經功能失調，除了影響心臟血液輸出，也會影響到情志功能。

但綜上所述，腦主神明立論仍較不足，樓益平[20]等人提出幾點看法：1. 「頭者，精明之府」之精明主要指眼睛，所以此句主要說明透過眼神的變化可以觀察神氣的盛衰，並不適於當作腦主神明的依據；2. 李時珍提出「腦—命門—元神」概念，「腦為元神之府。而鼻為命門之竅」實際上是在說元神為腦和命門所藏之物。可以理解為基因、遺傳物質、遺傳信息等物質，與精神、意識、思維活動的「神明」不同；3. 中藥學中有歸「心經」，但無歸「腦經」的中藥。而劉興仁[21]認為「靈機記性不在心在腦」是利用解剖學觀點來解釋，只是王清任的說法，不能作為科學定論，並且提出腦為髓聚之處與腦為髓聚而成不能混為一談，反對五版統編教材《中醫基礎理論》[22]提出「腦居顱內，由髓匯聚而成」之論點。若只有用解剖學及生理學探討神明所主，將會受到很大的限制[23]。廖若莎[10]也提出「腦主神明是現象，心主神明是本質」，認為腦主神明需要心主血脈來發揮作用。

張立等人[24]認為心腎相交為心神與腦髓連結的機制，並提倡以心腎相交理論統一「心神說」和「腦髓說」，由於「心主神明」以臟腑功能調節立論，「腦主神明」以物質解剖立論，並利用神經生理學、心磁場、大腦磁場及心激素等研究成果，證明「心腦共主神明」，雖然「心腦共主神明」理論某些程度調解「心主神明」和「腦主神明」的矛盾，但對臨床沒有實際意義[17]。蔣俊提出心主之「神」是與生俱來且源于父母之「生命之神」，而腦主之「神」是指意識和思維，腦神必需以心神為基礎，只有兩神合一才能發揮功能[25]。崔遠武更提出「腎腦系統」理論想藉此解決腦部疾病臨床治療的辨證論

治思路[26]。

皮國立在《近代中醫的身體與思想轉型：唐宗海與中西醫匯通時代》[27]書中將意識定義成意識狀態(state of conscious)與意識經驗(conscious experience)，前者描述意識正處在的狀態，後者是處在任一種意識狀態下所清楚知道的事，如夢境、思想、推理等。而其著眼於釐清歷代醫家們的觀點，將哲學及心理學的討論排除在外，聚焦於中西醫形質和氣化的爭議點上。皮氏認為中醫看待臟腑的角度不是肉眼形質的精確確認，而是利用肉眼看不到的神、氣、靈、魂、精等氣化用語來解釋人的生理功能。故當西醫之腦在明清之際傳入中國，由於中國人對「形質臟腑」的認知不如「氣化臟腑」的強烈，造成中醫心腦融合之衝擊。雖然隨著時代演進讓「腦說」已被當成常識被接受了，但皮氏認為還是會出現中國人對於西方形質臟腑不同於中醫「氣」文化之排斥感。

根據栗山茂久在《身體的語言：從中西文化看身體之謎》[28]的書中描述，古希臘人看待身體臟腑時，著重於思考身體「主導原則」及「控制者」存在人體何處之問題，隨著解剖學發展，此問題最後聚焦於大腦和心臟，栗山茂久認為大腦在人體器官中處於主導的最高位階，藉以此和中醫君主之官心臟相比，認為其他臟腑也具有人體意志及思考功能，因此中醫之心並非人體心理精神狀態之唯一主宰，會有這樣中西醫學論爭主要是因為古希臘人與中國人對身體的主導觀念不同，中國醫學之「主」是以不同方式將各個部位串連起來。這種因果關聯並不直接連接，並且是解剖學上所看不出來的。

而祝平一在《身體、靈魂與天主：明末清初西醫學中的人體生理學知識》[29]一文研究之背景乃明清西方傳教士將人體生理傳入中國之際，當時西方普遍接受蓋倫學說認知記憶由腦主宰，是主要認知「天主」的器官。雖然此文是從宗教情境開始展開，但也說明腦、神經、記憶等相關知識在清初就已傳入中國。祝教授也從《通貫天學、醫學與儒學：王宏翰與明清之際中西醫學的交會》一文論述清代中醫王宏翰以中醫立場接受西方傳入的腦理論進行發揮，由於王宏翰以傳統中醫理論體系解讀西方醫學知識，但在臨床治療還是需回歸到中醫層面來說明。

因此，從《素問·脈要精微論》提出「頭者，精明之府」，到李時珍《本草綱目·木部·辛夷》提出「腦為元神之府」，最後王清任《醫林改錯·腦髓說》指出「靈機記性不在心在腦」，開啟了腦主神明學說的主導

作用，與對心主神明學說的質疑[30]。而腦主神明，也是因為西方解剖學傳入而又開始被重視，《醫林改錯》也是在解剖學基礎上發展，「心主神明」和「腦主神明」是屬於不同的醫學理論體系。雖然「腦主神明」一方面承認神志活動是由腦產生，另一方面，卻不能在理、法、方、藥等方面提出新的有效方法[6]。對心理疾病來說，單純以腦主神明論來有侷限性，其對臨床治療的藥物副作用大、療效不持久，指導臨床的作用更是有限[5]。吳迪[31]更提到《內經》中「心主神明」和「腦主神明」學說的同時出現也可說明心與腦可作為「主神明」的綜合表現。

四、中醫「心」之現代詮釋

「心主神明」之「心」不是「心臟主神明」[32]，是一個功能集合體，包括推動血液循環的心血管功能，調節心血管活動的神經內分泌功能以及大腦高等神經系統功能[31]，主要對應的是心臟、血管、大腦，其中的心臟和大腦為主要部分，透過血管產生連接作用，並協同作用產生「主神明」之功能，主要進行思考、記憶、情感、意志、主管感知……等心理活動[33]，其理論根據受到古代哲學思想、中醫學認識人體生理功能的獨特方法及臨床經驗的影響[34]。除了心臟血液幫浦的作用可調控全身血液循環功能之外，還有能作用於大腦的分泌物，並透過「神經—內分泌—免疫網絡」進行信息處理整合[35,36]。心神（感知中樞）與五官（感覺器官）之間的聯繫通路是「經絡系統」[37]，心與腦之間的聯繫也是藉由十四經脈間接溝通[38]。心調節各臟腑的功能活動與人的精神活動，通過感官形成感覺和知覺進入腦中，此種說法仍然不脫出心主神明的功能，腦雖屬神明之府，但其功能也要歸屬於君主之官「心」的統轄[30]。劉氏等人推測心主神明理論之成立原因：是以心主血脈立論，作為心主神明的物質基礎，因腦細胞對心血管系統供血的高度依賴及缺血、缺氧……等因素，造成神志活動正常與異常之相關性[39]。

只有心的氣血充盛，神志才能正常運作[40]。當心主血脈的功能失常或陰陽平衡失調，則可出現心主神明功能異常的狀態[41]，痰迷心竅、心火旺、痰火擾心、心陰虛、心陽虛、心氣虛、心血虛等病證，皆可影響人之神志[42]。而精神緊張或受驚嚇時……等精神情志引起的出汗狀況，也是因為心為大主，主宰精神情志的相關活動[38]。

綜上所述，中醫之心統管全身臟腑、經

絡、形體、官竅等生理活動，並主導精神意識、思維、情志、睡眠等心理活動[43]，而現階段對心腦何主神明之疑惑，主要是《內經》對心的描述不清楚，造成解剖、生理、病理模糊不清的概念及心神涵義重疊的錯覺[30]。

林氏及吳氏等人認為心可分為「心Ⅰ」（五臟之心）和「心Ⅱ」（君主之心）兩部分，而主宰神明的是心Ⅱ，君主之心調控五臟系統，進而控制全身之四肢百骸、五官九竅[33,44]。心的精氣上入於腦，並產生思維意識及相應行為，心所藏之神才得以支配腦之元神[1]。因此趙氏認為「心主神明」中的「心」應理解為「心臟」，包含現代醫學之中「心」和「腦」的功能[3]，主要分成類似西醫循環系統的主血脈功能及腦、神經、精神系統中的主神志功能，但是腦的思維功能必須在心功能正常的情況下，才得以正常發揮[41]。

王金城[45]認為心主之「神」是一種「生命之神」，而腦主之「神」是指意識與思維活動，可經過後天培養與學習，更說明腦主之神是心主之神的進階表現。朱向東[46]提及「元神」是生命活動的根本氣機，可支配各臟腑主導之魂、神、意、魄、志，「識神」為腦產生之「精神意識」，由元神支配腦產生，並透過元神控制魂、神、意、魄、志，可對各種資訊進行翻譯、整理及儲存。孫滿娟[47]在這方面做一個總結，認為「元神」由魂（主司感覺和運動）及魄（管理內臟活動）組成，而「識神」可主管意、志、思、慮、智等思維意識活動，但元神卻不能受到「意」所控制。

五、心主神明機轉之現代醫學研究

血液循環系統每分鐘注入大腦組織的血流量約 750 ml 左右（約占心輸出量的 15% ~ 20%），當腦血流量供應不足，會出現神志異常，嚴重者甚至會昏迷及意識喪失[48]。當人體內外環境發生變化時，中樞神經系統會透過「神經—內分泌—免疫網路」作用，調節心輸出量及身體大小血管的收縮舒張變化，主要是「識神」對「元神」的反饋作用[46]。心「主血脈」、「主神明」、「藏神」及「五臟六腑之大主」，其實是對「精神—神經—內分泌—免疫網路—靶器官」的最重要整體概括，主要是中醫學中「心」與「五臟」整體觀念的重要體現[49]。

在現代醫學研究中，也為心提出影響腦功能的論點提供物質基礎的證據。如腦利鈉尿肽（brain natriuretic peptide, BNP）廣泛分佈於腦、脊髓、心肺等組織，而 BNP 的主要分泌來源出自心室，但其受體在腦室周圍及嗅球部分布較密集[1]。又如心血管系統所分泌的心納素（atrial natriuretic factor, ANF）、前列環素（prostacyclin, PGI₂）、內皮素（endothelin）等血管活性物質，會影響局部和全身循環，又通過血液循環到達全身各系統以發揮生物活性，同時也會對大腦活動、精神、心理產生作用[50]。也有學者[51]提出血管內皮細胞可合成與分泌內皮舒張因子（endothelium-derived relaxing factor, EDRF）、內皮素、血管內皮生長因子（vascular endothelial growth factor, VEGF）、神經生長因子（nerve growth factor, NGF）、腦源性神經生長因子（brain-derived neuro-trophic factor, BDNF）……等激素，可影響心、腦與神經細胞，人體並可透過心主「脈」（血管）來調控連結心、腦、神明、內皮細胞、血管及神經細胞。

心主神明的理論和現代醫學接軌已經非常細緻，其功能沒有停留在解剖學的心血管系統，其「神明」已經進一步討論到近似於現代醫學中「神經—內分泌—免疫網路」學說對訊號進行傳遞的過程[5]。

此外，平均有 40% 冠狀動脈性心臟病患者伴發抑鬱症[52]，而冠狀動脈性心臟病和抑鬱症之間的關係，劉淑芳等人[53]認為是心臟病引起心輸出量減少，導致腦部供血不足，因而表現為腦神經衰弱症狀。在心理和社會因素對心臟的影響方面，其風險和肥胖、吸煙、高血壓等因子幾乎一樣大[54-56]。將近一半以上（40~90%）的冠狀動脈性心臟病患者伴有抑鬱與焦慮，而抑鬱與焦慮更為加重心律失常的主因，嚴重焦慮症更會增加猝死型冠狀動脈性心臟病事件的發生率[57,58]。芬蘭對 2815 名中老年族群進行 10 年的追蹤，結果發現悲觀中老年男性有較高風險易發生冠狀動脈性心臟病[59]，瑞典研究也顯示[60]抗壓性低與低體適能之中年人有較高之冠心病風險。因此心理治療可以緩解患者的心理壓力，提高生活品質，也可以緩解冠狀動脈性心臟病治療過程中對心理和生理的不良反應[61,62]。

2014 年美國芝加哥大學調查 585 位平均 73 歲的高血壓族群，發現患有心血管疾病之老年人有 2.5-2.9 倍之風險易發生失智現象[63]。也有研究指出阿茲海默症（Alzheimer's disease）及血管性失智症（vascular dementia）可能與結構性心臟疾病（主動脈瓣逆流、左心室

肥大……等)相關[64]。甚至透過核磁共振造影觀察心臟與腦部之變化，較差之心臟功能可加速腦部老化，即便是在心臟指數稍低但仍屬正常心臟功能之族群，也較易有老化情形的發生[65]。Justin B Ng也統整各大心臟疾病與失智症相關之文獻[66]，並於文章末尾提出飲食、運動與藥物治療之方針以供參考。

上述臨床研究都說明，在心臟發生病變的情況下，會引起人體精神意識的變化，並可通過現代醫學研究在心及血脈的活動中表現出來，進一步說明心與神志具有一定的聯繫性[36]。

六、心主神明之臨床應用

中醫將腦之生理病理統歸於心，分屬於五臟，藉著中醫辨證論治理論體系進行診斷治療[23]，所以临床上影響到神明之疾患，其治療宜尋心因，往往也從心論治[30]，如安神定志丸、柏子養心丸、酸棗仁湯、天王補心湯、歸脾湯、知柏地黃丸……等方劑的臨床應用[67]，其中人參「開心益智，令人不忘」的作用可用來治療健忘，知母「定心安魂魄」的作用則能治療驚悸，而天南星「燥濕化痰、祛風解痙」的功能也可治療「心膽被驚，神不守舍」[30]，諸如此類的藥物臨床使用皆充分表現了心主神明的想法。尤海玲[68]也提出《備急千金要方》的磁朱丸及《體仁彙編》的柏子養心丸能益陰明目和重鎮安神寧心，可用來治療失眠。此外，在俞穴治療方面，心經的主治長於痴呆、多夢、中風昏迷、失語或舌強不語等病證，而手厥陰心包經則長於昏迷、癲、狂、癰、熱病昏迷等病證[69]，所以临床上精神情志之疾病，可選用心經與心包經之穴位配伍治療。

《丹溪心法》說：「驚悸，人之所主者心，心之所養者血，心血一虛，神氣不守，驚悸之所肇端也。」岳遠林據此立論[70]認為心律失常主要是「心不明」，神無所主，進而影響心臟的正常跳動與傳導，主要為本虛標實，久病傷正，損及心之氣陰，或為脾失健運，氣血生化乏源，而心失所養，可利用炙甘草湯加減治療氣陰兩虛型，桂枝甘草龍骨牡蠣湯合參附湯治療心腎陽虛型，歸脾湯加減治療心血不足型，血府逐瘀湯加減治療氣虛血瘀型，以及黃連溫膽湯加減治療痰火擾神型之心律失常患者。

景雅婷[19]認為中醫對神志的病變主要為心氣、心血不足或心脈瘀阻，可由心來辨證論治，如心血不足可補血養心、邪熱擾心

可清心涼血、痰蒙心竅可滌痰開竅……等，並可利用入心經之生地、熟地、梔子、犀角、牡丹皮、當歸、夜交藤、柏子仁、朱砂……等藥物來治療，由此可體現心主神明之理論、臨床意義及應用。

韓斐教授[71,72]認為抽動障礙(Tic Disorders)主要是長期焦慮壓力、煩躁緊張耗傷心氣心血，導致心神相關器官功能失調為本，而肝風動搖只是本病因「心」之情志不舒影響肝臟疏泄，及心血不足養肝致筋脈失養，有別於目前中醫兒科的普遍共識，認為本病為肝風內動所引起，韓教授也提出由於患者本身心氣心血耗傷累及肺氣肺陰不足，引起「肺竅不利」等鼻咽症狀，可進而誘發本病的發生，並研制「靜心制動方」以養心安神、疏肝理氣、通竅化痰，其組成為珍珠母、鍛龍骨、鍛牡蠣各20 g、酸棗仁15 g、柴胡6 g、蘆根15 g、僵蠶9 g、牛蒡子6 g，每日1劑，以水煎服。

現代研究顯示，在心腦血管疾病及神志疾病的治療過程中，藉由調整心系疾病為主的治療方式，同時也會改善解剖學上腦部的功能障礙[23]。王穎曉等人[6]，研製了參桂健腦液治療阿茲海默症(Alzheimer's disease, AD)，結果在改善患者認知功能上具有明確的療效。畢榕[67]等人使用養心安神藥柏子仁的萃取物，發覺它對小鼠短期及長期記憶障礙有明顯的改善作用。而根據畢榕[73]研究加味酸棗仁湯併用 isosorbide mononitrate 治療60例冠心病穩定型心絞痛患者14天，相比於單用 isosorbide mononitrate，不論在心絞痛症狀積分、中醫症狀積分及心電圖等評估均有顯著改善，顯示加味酸棗仁湯具有保護缺血心肌的作用。

七、心主神明與其他學科之相關研究

早在1980年代，A.H. Cromer認為地球磁場和太陽磁場對心磁場與腦磁場影響極大，進而干擾人體知覺及精神活動[74]，太陽活動也會影響 melatonin，進而改變內源性生物節律[75]。磁場還會影響生物體內氧化還原反應中的電子傳遞鏈過程，藉由對人體內金屬和非金屬離子等作用，影響生物酶的活性，最終對人體產生影響[76]。心臟的週期性收縮和舒張會產生雙相生物電流，再產生了心磁場，造成其他生物電流(如心電、腦電、肌電及神經動作電位)也受到其磁場力的影響，並且引起相關組織器官的變化。

而心磁場強度約 1×10^{-6} G，比腦磁場強度 (3×10^{-8} G) 大將近百倍，所以心磁場相比於腦磁場，更能影響及調控人的精神意識及思維活動[1,77,78]。

八、結論

從《黃帝內經》開始，歷代醫家對腦及其主神明的論述和見解越來越精確，但「腦主神明」的概念最終也未能取代「心主神明」說[79]。雖然有學者[10]認為「腦主神明」只是一種現象，若心血不能養腦，腦無以主神明，腦功能活動還是需要受心的調控，所以還是以心主神明為主來論述會較恰當，但未來仍須在此方面繼續探究，冀以辨明「心主神明」和「腦主神明」學說之闡釋。「腦主神明」的說法早自《黃帝內經》等醫書開始就有提及，但其論述主要是受到解剖、生理學的影響，與中醫學之藏象思維及理論仍無法緊密結合，在臨床意義上則有待進一步的探索[6]。但無論如何，我們應系統性整理及研究中醫學上的心系和腦系的藏象理論，以瞭解其疾病之病因、病機和辨證論治，建構中醫的心、腦科學體系，嘗試探討兩者的關聯和從屬，並在臨床實踐中建立中醫對心系和腦系疾病的診斷和療效評估系統[11]。

誌謝

本文惠承衛生福利部國家中醫藥研究所研究計畫支持(MOH104-NRICM-C-114-000-006)，謹此致謝。

參考文獻

1. 徐雅、李澎濤、李衛紅等，再論“心主神明”與“腦主神明”，中醫雜誌，19:268-270，2009。
2. 王清任(清)，醫林改錯，人民衛生出版社，北京，2005。
3. 趙喜，心主神明論，河北北方學院學報，22:64-65，2005。
4. 國家技術監督局主編，中醫臨床診療術語：疾病部分，中國標準出版社，北京，pp. 5-7，1997。
5. 周東浩、周明愛，“心主神明”之我見，中國醫藥學報，20:10-13，2001。
6. 王穎曉，“心主神明”的發生學思考，時珍國醫國藥，19:2174-2175，2008。
7. 張先鋒，論心不主神只藏神—與《中醫基

- 礎理論》“心主神明”之說商榷，湖北中醫學院學報，8:39-40，2006。
8. 陳曦，從先秦道家“心學”看《內經》“心主神明”，中國中醫基礎醫學雜誌，15:18-19，2009。
9. 常立果、楊彬、煙建華，從“心”概念談“心主神明”，長春中醫藥大學學報，22:6-8，2006。
10. 廖若莎、何軍，再議“心主神明”，吉林中醫藥，25:5-6，2005。
11. 陳士奎，對中醫學“心主神明”和“腦主神明”的再認識，上海中醫藥雜誌，37:3-5，2003。
12. 李育章，試論腦主神明說，湖南中醫雜誌，2:24，1986。
13. 程昭寰，論腦的生理特性及功能，黑龍江中醫藥，6:6-8，1992。
14. 周文獻，腦為元神之府芻議，河南中醫，16:277，1996。
15. 朱文鋒，略論腦當另立為臟，湖南中醫學院學報，10:113-115，1990。
16. 姜惟，略論腦主神明，陝西中醫，10:452-453，1991。
17. 平玉娟，“心主神明”和“腦主神明”之爭，中醫研究，16:5-7，2003。
18. 劉軻、李建生，對腦主神明生理功能的認識，中國中醫藥信息雜誌，5:6-7，2003。
19. 景雅婷、王鳳榮，中醫心病對“心主神明”內涵的認識初探，遼寧中醫雜誌，41:1629-1631，2014。
20. 樓益平、魏克民，淺談對“心主神明”的認識，浙江中醫雜誌，46:374-375，2011。
21. 劉興仁，再論“心主神明”與“腦主神明”，北京中醫藥大學學報，19:14-16，1996。
22. 印會河主編，中醫基礎理論，上海科學技術出版社，上海，1984。
23. 尤永超，如何看待中醫的“心主神明”理論，貴陽中醫學院學報，29:8-9，2007。
24. 張立、黃暉，“心神學”與“腦髓說”統一論，中國中醫基礎醫學雜誌，1:13，1995。
25. 蔣俊，論心腦共主神明，中國醫藥指南，8:196-197，2015。
26. 崔遠武、張連城、李強、王凱、張玉蓮，中醫“腎腦系統”的初步構建，天津中醫藥，32:142-145，2015。
27. 皮國立，近代中醫的身體與思想轉型：唐宗海與中西醫匯通時代，生活·讀書·新知三聯書店，北京，pp. 342-403，2008。

28. 栗山茂久，身體的語言：從中西文化看身體之謎，究竟，台北，pp. 172-176，2000。
29. 祝平一，身體、靈魂與天主：明末清初西醫學中的人體生理學知識，新史學，7:47-98，1996。
30. 顧衛，研究心主神明理論的臨證意義，中醫藥學刊，22:511-547，2004。
31. 吳迪、楊萍、敖杰男，試論“心主神明”中“心”的實體定位，時珍國醫國藥，17:2423-2424，2006。
32. 王黎，心主神明之我見，廣州中醫藥大學學報，20:324-326，2003。
33. 吳慧心，關於心主神明的理論研究評述，江西中醫學院學報，17:9，2005。
34. 柯新橋，論“心主神明”理論的形成基礎，浙江中醫學院學報，5，1988。
35. 鄧鐵濤，心主神明論的科學性，新中醫，35:15-16，2003。
36. 李舒健，淺析“心主神明”的科學內涵，長春中醫藥大學學報，22:7-8，2006。
37. 張炎，淺談《內經》的“心主神明”，北京中醫，3:51-54，1997。
38. 周美啟、周逸平，“心主神明”探要，安徽中醫學院學報，23:4-6，2004。
39. 劉美珍、孟聰，心主神明理論探析及其臨床應用，新中醫，42:123-124，2010。
40. 樸順天，心主神明研究，中國中醫基礎醫學雜誌，8:14-18，2002。
41. 岳曉杰、姜惟、李輝，心主神明闡微，中國中醫急症，20:58-60，2011。
42. 杜夢玄，論“心主神明”之必要性與必然性，中醫藥學報，30:4-5，2002。
43. 李三環、陳寶貴，淺論“心主神明”，天津中醫藥，26:396-397，2009。
44. 林雷、倪健偉，“神明之主”理論問題探討，北京中醫學院學報，5:18，1990。
45. 王金成、史曉燕，對“心主神明”和“腦主神明”的認識，山西中醫，20:1-3，2004。
46. 朱向東、田文景、李蘭珍，“心主神明”與“腦主神明”的再認識，中國中醫基礎醫學雜誌，9:15-17，2003。
47. 孫滿娟、李明海，“心主神明”與“腦為元神之府”辨析，黑龍江中醫藥，1:3-4，2003。
48. 李玉梅、沈津湛、陳旭華，“心主神明”辨析，江西中醫學院學報，19:6-7，2007。
49. 楊戈、林水森，試論心主神明，遼寧中醫學院學報，5:205-206，2003。
50. 林文娟，心理神經免疫學的研究及其思路問題，心理學報，29:301-305，1997。
51. 張云云、王文健，從中西醫學角度認識“心主神明”，中西醫結合心腦血管病雜誌，10:347-349，2012。
52. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am. J. Psychiatry*, 155:4-11, 1998.
53. 劉淑芳、賈樹華，冠心病伴焦慮抑鬱的臨床研究，醫學與哲學，28:32-33，2007。
54. Smith TW, Ruiz JM. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *J. Consult Clin. Psychol.*, 70:548, 2002.
55. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, et al. "Stress" and coronary heart disease: Psychosocial risk factors. *Med. J. Aust.*, 178:272, 2003.
56. 楊立民，冠心病心身因素和治療，中華實用中西醫雜誌，4:191，2005。
57. 王雪萊、熊碧文、陳海君、夏令瓊、張燕，冠心病患者情緒抑鬱與焦慮的調查，罕少疾病雜誌，11:55，2004。
58. 工福軍、慈書平，焦慮情緒對冠心病心律失常的影響，中國行為醫學科學，13:535，2004。
59. Pankalainen MT, Kerola TV, Hintikka JJ. Pessimism and the risk for coronary heart disease among middle-aged and older Finnish men and women: a ten-year follow-up study. *BMC Cardiovasc. Disord.*, 15:113, 2015.
60. Bergh C, Udumyan R, Fall K, et al. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. *Heart*, 101:623-629, 2015.
61. 陳妮、李予文、婁百玉、石玉中，冠心病介入治療患者情緒障礙及心理干預研究，中國行為醫學科學，13:1630，2004。
62. 郭玉秀、郭永貴、郭玉嵐、王濤，冠心病所致焦慮、抑鬱情緒及其心理干預效果，四川精神衛生，18:127，2005。
63. Yano Y, Bakris GL, Inokuchi T, et al. Association of cognitive dysfunction with cardiovascular disease events in elderly hypertensive patients. *J. Hypertens.*, 32:423-431, 2014.
64. Reitz C, Brickman AM, Luchsinger JA, et al. Frequency of subclinical heart disease in elderly persons with dementia. *Am. J. Geriatr. Cardiol.*, 16:183-188, 2007.
65. Jefferson AL, Himali JJ, Beiser AS, et al. Cardiac index is associated with brain aging:

- the Framingham Heart Study. *Circulation*, 122:690-697, 2010.
66. Justin BN, Turek M, Hakim AM. Heart disease as a risk factor for dementia. *Clin. Epidemiol.*, 5:135-145, 2013.
67. 畢榕、張泉、劉晉利、曹雪明，心主神明論與心腦疾病關係的研究進展，中西醫結合心腦血管病雜誌，5:333-335，2007。
68. 尤海玲，從《內經》相關理論探討失眠機理，北京中醫藥大學，北京，pp. 24-25，2007。
69. 張捷、黃家毅，論心主神明的內涵以及與其他臟腑之間的聯繫，中國中醫藥信息雜誌，15:7-8，2008。
70. 岳遠林、趙立群，從心主神明論治心律失常，中醫臨床研究，6:34-35，2014。
71. 李霽、韓斐，韓斐運用中醫心主神明論診治抽動障礙思路及經驗，遼寧中醫藥大學學報，16:151-154，2014。
72. 南彥武，韓斐從心論治小兒抽動障礙經驗總結，中國中醫藥信息雜誌，22:113-115，2015。
73. 畢榕、張泉、姚平、丁博智、杜慶芳、鄒莉萍，養心安神藥改善冠心病穩定型心絞痛心肌缺血的療效觀察，中西醫結合心腦血管病雜誌，(10):1135-1137，2008。
74. 王鴻儒譯，物理學，人民衛生出版社，北京，p. 400，1980。
75. Smirnova AV, Naumcheva NN. Solar activity and cardiovascular diseases. *Klin. Med. (Mosk)*, 86:10-17, 2008.
76. 傅中朝，心肌細胞自律性與磁場液晶的關係及臨床研究，生物磁學，1:23-25，2004。
77. 劉燕池、蔣雲娜，腦與脾腎病機相關理論的探討，中國中醫基礎醫學雜誌，5:6，1999。
78. 鐘艷，心主神志的現代醫學淺釋，湖南中醫學院學報，2:32-34，2005。
79. 陳士奎，變革“心主神明”為“腦主神明”——中醫腦科學理性發展的前提條件，中國中醫基礎醫學雜誌，8:14-15，2002。

The Origin and Evolution of Heart and Brain Governing the Bright Spirit

Ching-Mao Chang^{1,2,#}, Po-Hsuan Shih^{3,#}, Su-Tso Yang^{4,5,*}

¹Center for Traditional Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan

²Graduate Institute of Clinical Medicine, and Graduate Institute of Traditional Chinese Medicine, College of Medicine, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

³Department of Chinese Medicine, Cheng Hsin General Hospital, Taipei, Taiwan

⁴School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

⁵Department of Radiology, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

“*Huang Di Nei Jing*” proposed that “heart governs the bright spirit”, but “*Ben Cao Gang Mu*” stated that “brain governs the bright spirit”. Then, “*Yi Lin Gai Cuo*” added to the debate by saying “Spirit and memory locate in the brain, not in the heart”. Thus, the controversy between heart and brain governing the bright spirit continued ever since in traditional Chinese Medicine (TCM). Although the TCM supervisor in mainland China stated that “brain governs the bright spirit” is the foundation in “TCM brain science” in 1997, many researchers remain skeptical due to the unsolved problems in clinical diagnosis and treatment. In order to account the origin and evolution, this paper reviews both proposals with the aid of modern medicine and scientific studies.

Key words: Heart, brain, bright spirit

Received 5 February 2016

Accepted 14 April 2016

Available online 1 June 2017

***Correspondence:** Su-Tso Yang, Department of Radiology, China Medical University Hospital, No. 2 Yuh-Der Rd., Taichung City, Taiwan, Tel: +886-4-22052121 ext. 5470, E-mail: yangst@mail.cmu.edu.tw

Equal Contribution