

五臟與神志活動對應關係的考察

翟雙慶·陳子傑

北京中醫藥大學

五臟과 神志活動의 對應關係에 대한 考察

翟雙慶·陳子傑

北京中醫藥大學

개요 및 목적 : 古今名醫들의 神, 魂, 魄, 意, 志 등의 이상에 대한 치료를 考察分析함으로써 오장과 神, 魂, 魄, 意, 志의 대응관계를 연구하였다.

방법 : 臨床病例들을 취하고 통계방법을 사용하여 고금명들의 처방 중에서 조건에 부합되는 처방 589예를 선택하여 약물귀경에 대하여 통계처리를 함으로서 각 종류의 정신증상에 사용된 약들이 어느 한 장부계통과 특징적인 대응규칙이 있는지 여부를 분석해 보았다.

결과 : 臨床治療에서 여러 가지 정신증상에 사용된 약들은 오장계통에 모두 영향을 주었는데 여러 가지 정신증상을 치료하는 약들은 어떤 한 가지 증상에 그와 대응되는 한 가지 장부계통이 연관되는 특징적인 규칙은 없었다. 각 증상에 사용된 약들은 五臟系統중에서도 심계통과 비위계통을 치료하는 약이 나타난 빈도가 가장 높았다.

키워드 : 五臟, 神志活動, 對應關係.

I. 五臟與神志活動異常對應關係的考察

爲了考察五臟與神志活動的對應關係我們從臨床病案角度進行了考察, 著重研究了古今名醫對神, 魂, 魄, 意, 志異常所進行的治療與方藥組成.

* 교신저자 : 翟雙慶, 北京中醫藥大學

1.1 病案來源

本項工作以『名醫類案』, 『續名醫類案』, 『二續名醫類案』(魯兆麟主編, 遼寧科學技術出版社, 1996年九月第一版), 『中國現代名醫醫案精華』(董建華主編, 北京出版社, 1990年7月第一版)所載的凡見有精神異常症狀的病例爲基礎, 共調查了除根據病名可判斷爲精神疾患的686例外, 還包括了雖無精神疾患病名但出現精神症狀的134例, 共計820例病案.

1.2 篩選分類

原計劃將每一個症狀單列，將治療該症狀所用的中藥(即該症狀所在病案的治療藥物)進行統計，並按其藥物歸經與臟腑相對應，以便了解古今醫家對臟腑與某種神志活動關係的認識及其運用情況。由於所調查的古今醫案對精神症狀描述較為簡單與模糊，用語也不規範，即使一類症狀的描述也不統一，而相同用語的症狀表述則十分散見，出現率極低，不便於統計。鑒於上述情況，為了便於統計選用，我們只好以病案記錄明確記載的症狀為依據，並將相關症狀進行歸類：① 妄言妄動類：包括登高而歌、棄衣而走，妄言罵詈，不避親疏，毀物傷人，哭笑無常，語無倫次，“精神錯亂”等症狀。② 抑鬱呆滯類：包括沉默寡語，喃喃自語，表情淡漠，目光呆滯，善悲欲哭，獨處發呆，竊笑等症狀。③ 驚悸怔忡類：包括驚恐不安，心煩易驚，坐立不安等症狀。④ 不寐類：包括入睡困難，醒後難眠，多夢，夢語，夢遊等症狀。⑤ 嗜睡類：包括喜臥，多睡難醒等症狀。⑥ 健忘類：包括善忘，喜忘等症狀。⑦ 幻覺類：包括“妄見”，“妄視”，妄聽，幻聽等症狀。⑧ 多疑類：包括疑慮不定，疑心重重等症狀。

根據上述所規定的症狀，我們從初選的820例病案篩選出符合規定的病例共589例。

1.3 統計方法

我們根據上述589例病例，各類症狀用藥規律及治療中五行五臟系統出現的頻率的統計，按以下方法進行：A，將各類症狀所用中藥(按單味藥統計)全部列出，每一診按一個病案處理即記數一次，複診者(按兩個病案計)出現同一種藥物則計數兩次，依此類推。統計其出現的次數，再將出現次數占該類症狀病例數20%以上者重新列表，由多到少依次排列，作為以下統計的基礎。B，據『簡明中醫辭典』(『中醫辭典』編輯委員會編，人民衛生出版社，1980)列出每味藥物所歸之臟腑(即歸經)。其中菖蒲，珍珠母兩味中藥『簡明中醫辭

典』未載歸經，則據『常用中藥學』(成都中醫學院編，上海科技出版社，1964)補入。C，根據藥物出現的次數統計藥物所歸入臟腑出現的次數，有的藥物入兩個臟腑或三個臟腑，則每個臟腑均單獨計數。統計出各臟腑在某一類症狀治療中出現的頻率，此頻率計算以某一臟腑出現的次數占所有臟腑出現次數的百分比來表示。由於五行五臟代表了人體五大功能活動系統，故臟腑相合即按系統統計該系統出現的頻率，以重新列表表示。D，統計藥物出現次數時，發現甘草出現的次數較多，而甘草一藥，中醫學家常認為其為使藥，並不用作特殊治療，故此統計將甘草刪除，當然其所入的臟腑也不再計數。E，健忘類有17例，多疑類有5例，由於樣本太少，故未作統計僅列出藥物出現的次數。

1.4 統計結果

按照上述方法，我們進行統計，各類症狀用藥規律及治療中五行五臟系統出現的頻率的統計結果見表1至表4。(注：由於不寐，嗜睡屬睡眠異常範疇，我們另文專門討論)

表1-1：治療妄言妄動類症狀(共224例)藥物出現次數及歸經表

藥物	菖蒲	茯神	遠志	人參	半夏	麥冬	黃連	陳皮	生地	大黃	白芍	膽星	茯苓	當歸	酸棗仁
出現次數	85	76	74	71	69	66	66	61	61	60	60	54	53	53	50
歸經	心肝	心脾	心肺腎	肺脾	脾胃	心肺胃	小腸大腸	脾肺	心肝腎	胃大腸肝	肝脾	心脾脾	心腎	心脾脾	心肝膽

竹茹	朱砂	鬱金	竹瀝
48	48	47	45
脾胃	心	心肝肺	心肝肺

表1-2：治療妄言妄動類症狀五臟系統出現頻率統計表

五臟系統	心系統	肝系統		脾系統		肺系統		腎系統	總計
		肝	膽	脾	胃	肺	大腸		
出現次數	778	515	50	443	309	446	126	262	2949
出現頻率(%)	26.38	19.16	25.50	20.07	8.8	8	100		

注：利用兩個樣本率差別的統計意義檢驗(『醫學統計方法』，上海醫科大學出版社，1993年2月第一版，1998年5月第4次印，148頁，下同)

- ①第一位心系統與第二位脾系統比較：u=0.771
即u < 1.96 p > 0.05 兩者無統計意義；
- ②第三位肺系統與第二位脾系統比較：u=4.97
即u > 2.58 p < 0.01 兩者有顯著差別；
- ③第四位肝系統與第三位肺系統比較：u=0.88
即u < 1.96 p > 0.05 兩者無統計意義。

表2-1：治療驚悸怔忡類症狀(共137例)藥物出現次數及歸經表

藥物	遠志	茯苓	陳皮	茯神	白術	人參	酸棗仁	半夏	當歸	黃連	白芍	麥冬
出現次數	62	58	53	50	44	41	41	38	37	33	31	29
歸經	心肺腎	心肺腎	肺脾	心脾	脾胃	肺脾	心肝膽	脾胃	心肝脾	心胃大腸	肝脾	心肺腎

表2-2：治療驚悸怔忡類症狀五臟系統出現頻率統計表

五臟系統	心系統	肝系統		脾系統		肺系統		腎系統	總計
		肝	膽	脾	胃	肺	大腸		
出現次數	310	109	41	352	144	185	33	120	1294
出現頻率(%)	23.96	11.59	38.33	16.85	9.60	10			

注：用兩個樣本率差別的統計意義檢驗：

- ①第一位脾系統與第二位心系統比較：u=7.9
即u > 2.58 p < 0.01 二者有顯著差別；
- ②第二位心系統與第三位肺系統比較：u=4.89
即u > 2.58 p < 0.01 二者有顯著差別；
- ③第四位肺系統與第四位肝系統比較：u=3.83
即u > 2.58 p < 0.01 二者有顯著差別。

表3-1：治療抑鬱呆滯類症狀(共68例)藥物出現次數及歸經表

藥物	人參	茯苓	大棗	茯神	遠志	菖蒲	半夏	百合	當歸	陳皮	膽星	白術	貝母	黃連	酸棗仁
出現次數	23	22	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	14	14
歸經	肺脾	心肺腎	脾胃	心脾	心肝腎	心肝	脾胃	肺心	心肝脾	脾肺	心肝肺	脾胃	肺	心胃大腸	心肝膽

表3-2：治療抑鬱呆滯類症狀五臟系統出現頻率統計表

五臟系統	心系統	肝系統		脾系統		肺系統		腎系統	總計
		肝	膽	脾	胃	肺	大腸		
出現次數	160	66	14	154	69	109	14	42	628
出現頻率(%)	25.48	12.74	35.51	19.59	6.69	100			

注：用兩個樣本率差別的統計意義檢驗：

- ①第一位脾系統與第二位心系統比較：u=3.86
即u > 2.58 p < 0.01 二者有顯著差別；
- ②第二位心系統與第三位肺系統比較：u=2.5
即u > 1.96 p < 0.05 二者有差別；
- ③第四位肺系統與第四位肝系統比較：u=3.3
即u > 2.58 p < 0.01 二者有顯著差別。

表4-1：治療幻覺類症狀(共23例)藥物出現次數及歸經表

藥物	陳皮	當歸	遠志	菖蒲	人參	茯苓	朱砂	茯神	酸棗仁	鬱金	麥冬	龍齒
出現次數	9	9	9	9	8	7	7	6	6	5	5	5
歸經	肺脾	心肝脾	心肺腎	心肝	脾肺	心脾腎	心	心脾	心肝膽	心肝肺	心肺胃	心肝

表4-2：治療幻覺類症狀五腑系統出現頻率統計表

五腑系統	心系統	肝系統		脾系統		肺系統	腎系統	總計
		肝	膽	脾	胃			
出現次數	68	34	6	39	5	36	16	204
出現頻率(%)	33.33	19.61		21.57		17.65	7.84	100

注：用兩個樣本率差別的統計意義檢驗：

- ①第一位心系統與第二位脾系統比較： $u=2.66$
即 $u > 2.58$ 故 $p < 0.01$ 二者有顯著差別；
- ②第二位脾系統與第三位肝系統比較： $u=0.49$
即 $u < 1.96$ $p > 0.05$ 二者無統計意義；
- ③第三位肝系統與第四位肺系統比較： $u=0.51$
即 $u < 1.96$ $p > 0.05$ 二者無統計意義；
- ④第二位脾系統與第四位肺系統比較： $u=1.00$
即 $u < 1.96$ $p > 0.05$ 二者無統計意義。

表5：治療健忘類症狀(共17例)藥物出現次數及歸經表

藥物	茯神	酸棗仁	遠志	白術	人參	當歸	陳皮	菖蒲	朱砂	茯苓	黃芪	龍眼肉	大棗	柏子仁	生地	生薑
出現次數	10	9	8	6	6	6	6	5	5	4	4	4	4	4	4	4
歸經	心脾	心肝膽	心肺腎	脾胃	脾肺	脾肺	心肝脾	心肝	心脾腎	心脾	肺脾	心脾	脾胃	心肝脾	心肝腎	肺胃脾

表6：治療多疑類症狀(共5例)藥物出現次數及歸經表

藥物	茯神	陳皮	遠志	天花粉	瓜蒌	竹茹	膽星	珍珠母	石決明	琥珀
出現次數	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
歸經	心脾	肺脾	心肺腎	肺胃	肺胃大腸	肺胃	心肝肺	心肝	肝腎	心肝小腸

1.5 結果分析

從以上統計結果可以看出，在治療各類精神症狀的用藥中並無某一症狀對應某一臟腑系統的特定規律，但卻存在這樣一個規律：臨床治療各類精神症狀用藥中，五腑系統均被涉及；其次治療每類症狀的用藥中均以心系統，脾胃系統出現頻率最高，占居前兩位，(妄言妄動類，幻覺類，心為第一位，脾胃為第二位；驚悸怔忡類，抑鬱呆滯類，脾胃為第一位，心為第二位)，且與占居第三位的臟腑系統(有的是肺，有的是肝)比較大多有顯著差異，僅在治療幻覺類症狀(23例)中，第二位的脾胃系統與第三，四位肝系統，肺系統比較差異不顯著，但此類病例數較少，用此統計方法統計也可能帶有一些偶然性，此外，雖然健忘類(17例)，多疑類(5例)樣本太少，我們沒有進行統計學處理，但從其所用藥物來看仍以入心系統，脾胃系統的藥物出現次數居多(見表5，表6)，其中多疑類(5例)若按藥物出現次數占病例數20%以上列出，則出現一例者即可，而不能說明任何問題，故略去未列。總之，上述規律提示我們：人的神志活動與五腑均有關係，其中以心系統和脾胃系統為重點。

II. 有關五臟與神志活動對應關係的討論

就某一類精神症狀不單獨歸屬於某一臟腑系統問題，我們認為其原因主要有以下兩點：

2.1 五神概念相互交叉包容，互為基礎

『內經』提出“五臟藏神”理論，即“心藏神”，“肝藏魂”，“肺藏魄”，“脾藏意”，“腎藏志”，對此，後世一直將之理解為五神分別歸屬於各自所隸屬的臟腑，若此，於中醫學理論，臨床不符之處甚多。“心藏神”之神，與其他四神並列不應指為總括諸神之概念。『靈樞·本神』云：“所以任物者謂之心，心有所憶謂之意”。故“任物”，“憶”，“意”當是神的內容，即包括感知覺，記憶，注意，意念產生之義項。魂，魄，『靈樞·本神』云：“隨神往來者謂之魂，並精而出入者謂之魄”，說明魄是與身俱來，且以形體為基礎的，故指一些非條件反射性動作和耳聽，目視，冷熱痛癢等感知覺；而魂則是建立在神氣活動基礎上的，是逐步發展完善的，是活躍的，包括感覺基礎上的知覺，注意，思維，想象，情感，意志等心理活動。意，既有注意，記憶之義，又有測度，思考的意思。志，即指意志。可見，神，魂，魄，意，志雖然是對人類認知，思維，意志過程心理活動的概括，但各自所含的內容相互交叉包容，互為基礎與前提，尤其是神，魂，魄，意之間更是存在這種關係，難以嚴格界定各自的內涵與外延。

正是由於五臟所對應的神，魂，魄，意，志其內容相互包容難以嚴格區分，因此，即使是不同的神，魂，魄，意，志(或臟腑)病變卻也可以導致相同的精神症狀，如『靈樞·本神』所云：“魂傷則狂妄不精，不精則不正”，“魄傷則狂，狂者意不存人”，即言魂，魄異常均可致狂症；而名稱相同的神志活動(或臟腑)則又可表現出不同的精神症狀，還以上文“魂傷則狂妄不精，不精則不正”為例，王洪圖主編的『內經選讀』云：“忘”，『甲乙經』，

『脈經』均作‘妄’；不精，不精明，愚鈍；不正，行為失常。即狂妄，愚鈍，言行舉止失常”。另外，由於各種神志活動互為基礎，相互制約，具有整體之特性，故外表可見的某一種精神現象則是以多種內在的精神心理活動為基礎的，因而即使是某單一精神症狀表現也包含著多種神志活動異常，故很難說清楚是神，魂，魄，意，志哪一種，哪一臟腑異常，如“登高而歌”一症，則反映了感知覺，記憶，思維，想象，情感均有障礙，涉及了神，魂，魄，意等；善忘一症，『靈樞·大惑論』則將之歸為腸，胃，心，肺病變。

2.2 五臟是整體，聯系密切，而五神的產生則以五臟整體協調關係為基礎

『內經』認為，人的神志活動的產生以精氣津液血為物質基礎，如『靈樞·本神』云：“故生之來謂之精，兩精相搏謂之神”，『素問·八正神明論』云：“血氣者，人之神”，『靈樞·平人絕穀』云：“故神者，水穀之精氣也”，『素問·六節藏象論』更明確提出：“天食人以五氣，地食人以五味，五氣入鼻，藏於心肺，上使五色修明，音聲能彰；五味入口，藏於腸胃，味有所藏，以養五氣，氣和而生，津液相成，神乃自生”。而這裏的精氣津液血的充足與正常則是以五臟整體配合為前提條件的，哪一個單一臟腑均無法單獨完成，故可以說人神志活動的產生依靠的是五臟的整體配合，正如『靈樞·天年』所言：“何者為神？岐伯曰：血氣已和，營衛已通，五臟已成，神氣舍心，魂魄畢具，乃成為人”，而『素問·靈蘭秘典論』則說：“凡此十二官者，不得相失也”，『靈樞·平人絕穀』也說：“五臟安定，血脈和利，精神乃居”。均說明人的神志是在人全部生理活動的基礎上產生的最為高級的機能，各臟腑間的整體配合協調是產生精神活動的先決條件，決非每個臟腑產生某種精神活動。故可以認為，神志病變的產生也是以體內臟腑間協調關係被破壞為前提的。

由於五臟是一個整體，其間聯系密切，故其虛

實變化後所反映的不僅是本臟腑的病變變化，而且還兼有其他被影響臟腑的表現，正如『素問·調經論』所云：“神有餘則笑不休，神不足則悲”，『靈樞·本神』亦云：“肝氣虛則恐，實則怒”等。因此，同一種精神症狀所反映的往往不是某單一臟腑病變，而是多個臟腑協調異常所產生的變化，這也是某一精神症狀不單獨歸屬某一臟腑的重要原因。

鑒於以上分析，我們認為，臨床上某一精神症狀的產生非常複雜，往往是多種神志活動異常的共同表現，難以用神，魂，魄，意，志進行分類歸屬，因而合於五臟也便產生了巨大困難，難怪臨床單純用精神症狀辨證常感到“無症可辨”，不得不借助軀體的其他症狀或舌脈作為辨證依據，但是又常有一些神志異常患者，單以某些精神症狀為主，而軀體症狀不很明顯，若僅從舌脈著手也很勉強，至今也尚未形成一套完整的“精神症狀”臟腑辨證模式(4)。由於神，魂，魄，意，志相互包容，用五行生克制化關係難以闡釋，心，肝，脾，肺，腎與神，魂，魄，意，志的一一對應關係在臨床更加難以運用，因此，再將五臟藏神理解為一個臟腑系統分管一種神志活動則令人難以接受，而把五臟看成一個整體，神志活動(主要指認知，思維，意志過程)看成一個密不可分的整體，理解為五臟整體協調配合而完成對人認識過程的主宰作用，則較為妥當。這裏神，魂，魄，意，志劃分為五行，歸屬於五臟，僅是從認知，思維，意志過程中某些心理活動具有不同的特性出發，給予類比而成，是用五行特性對這一過程的描述，而並非是對認知，思維，意志過程的實質內容和階段進行嚴格的分類。因此，這一描述可以看作是為了解明人的認知，思維，意志過程也具有五行的某些特性，並且是以所有臟腑參與作為基礎的，其實也正是強調了五臟整體對其的主宰作用。另外，在五臟整體與神志活動聯系中起重要作用者，當首推心與脾胃，這是我們通過上述調查所得出的結論。

參考文獻

1. 何裕民，中國傳統精神病理學，上海科學普及出版社，1995：33
2. 何裕民，心身醫學概論，上海中醫學院出版社，1990：21
3. 王洪圖主編，普通高等教育中醫類規劃教材『內經選讀』，上海科學技術出版社，1998：160
4. 翟雙慶，王洪圖，調理脾胃氣機治療精神疾患的心得，中醫雜誌，1990(2)：23。