



# 浅析从“胃不和则卧不安”治疗失眠的认识及验案1例

程锦琰<sup>1</sup>, 刘进进<sup>2</sup>

(1. 湖北中医药大学第一临床学院, 湖北 武汉 430061; 2. 湖北中医药大学附属医院, 湖北 武汉 430061)

**摘要:** 临床观察发现, 失眠发病率逐年增加, 严重影响人们的日常生活和学习工作。中医药在治疗失眠方面具有独特的优势。笔者跟师侍诊, 且受到“胃不和则卧不安”的理论影响, 并对临床中失眠患者进行复诊随访, 略有体会。本文通过临床跟诊心得, 分析探讨从“脾胃不和”论治失眠, 在治疗上主要是调理脾胃, 和中安神, 并分享1例典型案例。

**关键词:** 失眠; 不寐; 胃不和则卧不安; 临证经验

**中图分类号:** R163

**文献标识码:** B

**DOI:** 10.3969/j.issn.1671-3141.2023.037.036

**本文引用格式:** 程锦琰, 刘进进. 浅析从“胃不和则卧不安”治疗失眠的认识及验案1例[J]. 世界最新医学信息文摘, 2023, 23(037): 200-204.

## 0 引言

在现代医学中, 失眠的定义是以入睡困难和(或)睡眠维持困难所导致的睡眠质量或数量不能满足正常的生理需求而影响日间社会功能的一种主观体验<sup>[1]</sup>, 中医称之为“不寐”或“目不瞑”。失眠的流行病学调查研究显示, 在临床中, 失眠已经成为最常见的一种睡眠障碍性疾病, 成人中符合失眠症诊断标准的比例高达10%~15%, 并且约半数可持续10年以上的严重失眠<sup>[2]</sup>。在失眠人群中, 合并有消化系统疾病的患者达61.9%<sup>[3]</sup>。现代医学治疗失眠常应用的是苯二氮草受体激动剂, 包括苯二氮草类和新型非苯二氮草类催眠药物, 对于合并消化系统疾病的患者常联合应用胃肠疾病类药物, 从短期来看, 虽然有一定的治疗效果, 但也存在非常明显的缺点。苯二氮草类药物有阿普唑仑、氟西洋、咪达唑仑等, 长期服用有药物依赖性, 且在停药后容易出现戒断反应、记忆力下降、药物依从性较差等<sup>[4]</sup>; 新型非苯二氮草类催眠药物有佐匹克隆、右佐匹克隆、唑吡坦等, 但是也可能在突然停药后发生一过性失眠反跳、夜间跌倒、宿

醉等副作用。而中医药在治疗失眠合并消化系统疾病方面具有独特的优势。

《黄帝内经》首次提出“胃不和则卧不安”的理论, 是中医对失眠发病机制和治则最早的阐述, 为失眠的辨证论治提供了理论基础。随着后世医家在临床中的不断探索, 此理论的内容得到了完善和更进一步的发展。笔者通过跟师临床学习, 对失眠合并消化系统疾病患者进行随访复诊, 总结临床用药特点, 分析发病机理及病机特点, 发现其发病以脾胃失和为特点, 审定和中安神为主要治法, 临床效果较单纯镇惊、益气、滋阴、补血等方法, 更为显验。针对从《黄帝内经》中“胃不和则卧不安”理论论治失眠的认识, 现将笔者的探究分析总结如下, 并分享典型验案1则。

## 1 “胃不和则卧不安”理论溯源

“胃不和则卧不安”最早可以追溯到《黄帝内经》。《素问·逆调论》曰: “不得卧而息有音者, 是阳明之逆也……阳明逆不得从其道, 故不得卧也”。阐述了胃阳过盛致胃气上逆, 喘而不能安卧。陶弘景《养性延命录·食

诫第二》：“故人不要夜食，……，饱食即卧生百病，不消成积累也。”其主张虽在强调养生，但也包含了“脾胃不和，不得安卧”的思想。补土派李东垣在其《脾胃论》提出：“夫阴火之炽盛，……，善治斯疾者，惟在调和脾胃，使心无凝滞”；“夜不安寝，……，饥而睡不安，则宜少食；饱而睡不安，则少行坐”。指出若要七情调和，心神安卧，应该重在调理脾胃。明代李中梓在其《医宗必读·不得卧》提到：“不寐之故，……，一曰胃不和”。阐述了失眠可以由脾胃不和导致。清代程国彭在《医学心悟》有云：“有胃不和则卧不安者，……，此食积也，保和汤主之”。认识到饮食积滞可以引发失眠，并创制了治疗方保和汤。可见后世医家经过长期的临床实践扩展并延伸了“胃不和则卧不安”的涵义，认为凡因脾胃失常、痰湿内阻、饮食积滞，导致脾胃不和以致不寐者均属之。

## 2 “胃不和则卧不安”机理

“胃不和则卧不安”中的“胃”并非单指解剖中的生理器官，而是指由脾、胃、肠共同组成的消化系统<sup>[5]</sup>。在传统医学中，阳和阴分别主动与静，昼夜分别归属于阳和阴，卫气在白昼行于阳，在夜半行于阴，阴阳二气交替接续，卫阳与营阴交合以至阴平阳秘，获得正常睡眠<sup>[6]</sup>。倘若脏腑功能发挥失常，营卫失于调和，卫阳不能入于阴分导致阳盛阴衰，阴阳不能调和，则导致失眠。所以对于失眠一病，其病机可以总结为阳盛阴衰，阳不入阴。《灵枢·大惑论》<sup>[7]</sup>中有详细论述：“卫气不得入于阴，常留于阳。留于阳则阳气满，……，不得入于阴则阴气虚，故目不瞑矣。”然而，脾胃是气机升降的重要枢纽，阴阳交通的正常依赖于此<sup>[8]</sup>。《灵枢·五味》有云“谷始入于胃，其精微者，……，别出两行，营卫之气。”由此可见，营卫之气亦是由脾胃水谷之气所化生。

因此，当脾胃调和，脾胃功能发挥正常，则营卫化生有源，阴阳运行有序，则睡眠安和。反之，当脾胃不和，脾胃运化失司，气机升降失常，则营卫化生无源，阴阳运行无序，则无以安睡。

其次，脾胃作为仓廩之官，受纳腐熟水谷，为气血生化之源。心作为君主之官，主血脉舍神明。肝作为将军之官，藏血宗筋，为魂之处。脾胃健运，则气血充沛，一则可充盈心血，使神得养，二则使肝血充足，魂有所舍。神有所安，魂有所处，故夜间睡眠平和安稳。思虑劳倦太过，损伤脾胃，脾胃不能运化水谷精微，则体内气血无以接续，一致心血不足，心无所主，神无所养；二致肝血不充，肝不藏血，魂不守舍。神魂不安，故无法安卧。在五行中，脾属土，心属火，根据五行子母关系，脾为心之子，心为脾之母<sup>[9]</sup>。若脾土失运，子病犯母，则心不藏神，亦可导致不寐的发生。

再者，脾为一身气机之枢纽。倘若脾胃不和，不能运化水湿，酿湿成痰，居于中焦，枢机不利，营卫无法正常运行，发为不寐。张寿甫在其《衷中参西录》提出：“盖心火也，痰饮水也，火畏水刑故惊悸至于不寐也。”胡萧红等<sup>[10]</sup>认为心存君火，火气通于心，而痰湿属阴，为水邪，居于心下，水克火，导致心阳丧失温煦功能，神不能藏而惊悸不能寐。

## 3 调畅脾胃治疗失眠

失眠的病因虽然很多，但究其根本总属于阳盛阴衰，阴阳失交。失眠中医辨证论治所需要注意的辨证要点，从脾胃角度论治失眠亦是如此。其辨证要点应立足于脾胃，辨别虚实，有“实则阳明，虚则太阴”之说；并应注意从中医整体观念出发辨别和其他相关脏腑的联系。

### 3.1 健脾益气，调和营卫

脾为后天之本，营卫之气的充盈依赖于脾



胃所化生的精微物质，脾胃健运则化源充足，化源充足则营卫自充。脾胃功能衰弱，则营卫之气亏损，不能在体内正常运行，白天卫气不能由阴出阳，造成白昼倦怠乏力，夜晚卫气不能由阳入阴，导致夜间不能安卧。临床表现除失眠外，常伴有倦怠乏力，少气懒言，自汗，恶风，活动后尤甚，纳呆食少，暖气便溏，面色淡白或萎黄，舌淡，苔白，脉缓。治宜健脾益气，调和营卫。许小泰等<sup>[1]</sup>关于中医健脾益气法治疗失眠的Meta分析结果显示，中医健脾益气法论治失眠的效果和改善匹兹堡睡眠质量指数评定量表评分均优于西药对照组。临床可选四君子汤，桂枝汤、半夏秫米汤等合用以及加减化裁。常用的调和营卫的中药有桂枝、白芍、甘草、合欢花、玫瑰花、百合等。其中桂枝与甘草二药相合辛甘养阳，白芍与甘草二药相合酸甘化阴，达到阴阳并补，营卫得调。

### 3.2 补益心脾，养血安神

心主血，脾统血，肝藏血。脾能够化生气血，并统摄血液在经脉中流行，防治逸出脉外。心气则推动血液在经脉中运行，从而发挥营养和滋润心神的作用。肝可以贮藏机体一定的血液，并调节循环血量，当机体处于休息睡眠时，血液回流入肝，使肝魂安卧。若思虑劳倦伤脾，脾弱则气血化生不足，故心神无所主，肝魂无所安。清代林佩琴《类证治裁》云：“思虑伤脾，脾血亏损，经年不寐。”临床除失眠外，常伴有多梦健忘，心悸易惊，神疲乏力，目眩头晕，四肢倦怠，食少纳呆，便血，面色萎黄少华，舌淡白，苔薄白或少苔，脉细弱。治疗应从补益心脾，养血安神着手。临床常采用中医经典方归脾汤加减化裁。其中药组成为白术、人参、黄芪、当归、甘草、茯苓、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣。方中君药人参、黄芪，性味甘温，补气健脾，气旺则血自生；白术燥湿健脾，增强君药健脾之效，甘草和中健脾；四药合用健脾益气之效尤甚。当归补血养心，酸枣仁宁心安神，

当归、酸枣仁与龙眼肉合用，加强补血养心，宁心安神之效。佐以茯苓健脾宁心，远志宁心益智。更佐以木香理气醒脾和胃，与诸滋补之品相伍，使其滋而不腻，补而不滞，增强补气养血之功效。生姜、大枣二药合用调和脾胃，以资化源，同为佐药。甘草亦作为使药，调和诸药。诸药相伍，心脾得补，气血得充，诸症自消。此方在临床中常用来治疗心脾两虚证失眠。憨兰<sup>[12]</sup>将96例心脾两虚型失眠患者随机分为治疗组和对照组各48例，对照组采用常规西药物治疗，治疗组采用归脾汤加减疗法，结果治疗组总有效率为87.50%，远高于对照组的68.75%。刘志龙教授运用归脾汤治疗顽固性失眠同样取得了很好的疗效<sup>[13]</sup>。

### 3.3 和中化痰，除烦安神

痰是体内津液停聚所形成的病理产物。明代医家张景岳有云：“痰生百病，百病多兼有痰。”脾为生痰之源，倘若脾胃不和，脾气不升，胃失和降，则导致体内津液输布出现障碍，水湿内停，成痰化饮。痰饮致病，可随气流行，无处不往，或停滞于经脉，或留滞于脏腑，郁久化热，蒙蔽清窍，扰乱心神，致机体不能安卧。临床常表现为心烦不寐、多梦易醒，胸脘痞闷、恶心暖气、食少纳呆、口苦口干、头昏不适、舌淡红或红，苔白腻或黄腻，脉弦滑。在治疗上宜采用和中化痰，除烦安神之法。临床常选用温胆汤治疗。根据化热程度可在此方进一步加减化裁。温胆汤药物组成：半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、甘草。方中君药半夏辛温属阳，燥湿化痰，和胃止呕，取其阳入阴之性，使阳能入阴，阴阳和合<sup>[14]</sup>。臣药竹茹，甘寒属阴，清热化痰，除烦止呕。君臣相伍，温凉并用，化痰和中，清热除烦之效尤甚。陈皮辛苦温亦属阳，理气健脾化痰，枳实辛苦寒同为阴，降气消痰，陈皮、枳实相合，亦是温凉同用，理气化痰之功备，俱为臣药；佐以茯苓，利水渗湿，健脾宁心。甘草为使，调和诸药。同时予以生姜、大枣调和脾

胃，与茯苓相合共杜生痰之源，且生姜兼制半夏之毒。痰热者，可选用黄连温胆汤，痰火可进一步选用柴芩温胆汤。如若烦热明显，可加栀子、淡豆豉，以增其清热除烦之效。

#### 4 验案举隅

患者，女，45岁，2022年7月13日初诊。主诉：间断失眠3月余。现病史：患者3月前无明显诱因出现入睡困难，多梦，夜间易醒，醒后难寐，每晚约睡3~4小时，夜间睡眠时有胃脘隐痛不适，次日晨起时口干口苦，易疲劳，精神差，情绪烦躁，不思饮食，咽部异物感，咯之不出，咽之不下，时有反酸烧心，大便难解，小便偏黄，舌偏红，苔腻微黄，脉滑数。曾于当地医院就诊，予以艾司唑仑片助眠，奥美拉唑肠溶片护胃治疗，上诉症状未得到缓解。既往无特殊疾病，青霉素过敏。西医诊断：失眠，慢性胃炎；中医诊断：不寐病，脾胃不和证。治以健脾化痰，和中安神。予以自拟方，其方药组成：瓜蒌皮15g，瓜蒌仁15g，郁金10g，虎杖15g，茜草15g，白芨15g，百合15g，生白术30g，枳壳10g，砂仁10g，蒲公英15g，白花蛇舌草15g，茯神15g，柏子仁15g，合欢花10g，玫瑰花10g，大枣10g，云芝10g，牡丹皮15g。14剂，水煎服，日1剂，分2次早晚饭后服用。并嘱患者规律饮食，禁食肥甘厚腻、辛辣腌制之品，适当运动，放松心情。二诊：自述睡眠较前明显改善，睡眠时间延长，夜间觉醒偶有再发，夜间胃脘隐痛不适好转，情绪有改善，食欲增加，二便正常，仍有晨起口干口苦，咽部有异物感，偶有反酸，舌偏红，边有齿痕，苔白，脉弦滑。治疗在原方基础上加玉竹10g，竹茹10g，八月札10g，木蝴蝶10，去蒲公英、白花蛇舌草、虎杖。继服7剂，日1剂，分2次早晚饭后服用。并嘱患者规律饮食，禁食肥甘厚腻、辛辣腌制之品，适量食用精瘦肉等优质蛋白，适当运动，放松心

情。三诊：自述睡眠好转，次日精神可，偶有口干口苦，咽喉异物感明显减轻，二便可，饮食可，舌淡红，苔白，脉滑。治疗在二诊原方基础上去瓜蒌皮、瓜蒌仁。继服7剂，日1剂，分2次早晚饭后服用。并嘱患者规律饮食，禁食肥甘厚腻、辛辣腌制之品，适当运动，放松心情。后未再复诊，随访两月，期间未再发生失眠，胃脘不适等症状。

按语：本案病属于不寐病，证属脾胃不和证。患者中年女性，平日从事脑力劳作，工作压力较大，饮食作息不规律，加之在西医治疗后未见明显好转，使得情绪焦虑，精神紧张，日久导致脾胃失和，脾胃功能失常，不能运化水湿，在体内酿生痰湿，郁久化热，居于心下，扰动心神，出现夜寐不安并伴有明显的脾胃失和所表现的诸多躯体症状。故中医治疗上以“健脾和胃，理气化痰，解郁安神”为法。一诊方中使用全瓜蒌清热化痰，并兼顾滑肠通便。郁金行气解郁，清心凉血以安神。生白术健脾燥湿化痰，正所谓治湿不治脾，非其治也；枳壳理气宽中消滞，“治痰先治气，气顺则痰消”；二药合用，起到调畅脾胃气机之用。虎杖有利湿化痰，散瘀止痛之效。茜草、白芨、牡丹皮合用，行血与止血相合，散中有收，助心行血，畅通心脉。百合清心安神，同时针对患者咽喉不适之症，又能起到濡润咽喉之效。砂仁化湿开胃，温脾理气；云芝健脾利湿，清热，二药相合，一温一凉，调和脾胃。蒲公英、白花蛇舌草清热利湿，使湿热从小便而解。茯神、柏子仁养心安神。合欢花、玫瑰花加强郁金解郁安神。大枣补中益气，养血安神。二诊患者失眠、胃脘不适改善，说明脾胃渐和，二便正常，说明体内湿热痰渐消，去利湿通淋药物。针对二诊患者仍存在口干口苦、反酸、咽喉异物感等症状，予以玉竹养阴润燥，生津止渴；竹茹除烦止呕；八月札、木蝴蝶利咽散结，疏肝和胃。三诊患者症状基本好转，脾胃将和，湿热痰渐消缓散，去全瓜蒌继



续巩固。

## 5 小结

笔者通过临床跟师侍诊，并结合随访分析发现，在当下高速发展的时代背景下，人们生活紧凑，工作压力增大，许多人都不能够规律地饮食和作息，导致了以脾胃为主导的失眠发生。对于从脾胃论治失眠，笔者认为首先应抓住“阳盛阴衰，阴阳失交”的总纲，认识到脾胃不和的病机贯穿病程始终，注重健脾、和胃、理气、化痰、安神类药物的灵活运用。在治疗失眠的过程中，我们更要耐心倾听患者的倾诉，积极与患者交流，引导并帮助患者建立健康的饮食和规律的作息，这样往往能起到事半功倍的效果。

### 参考文献

- [1] 刘帅,张斌.《中国失眠障碍诊断和治疗指南》解读[J].中国现代神经疾病杂志,2017,17(09):633-638.
- [2] 苏亮,陆峥.2017年中国失眠症诊断和治疗指南解读[J].世界临床药物,2018,39(04):217-222.
- [3] 崔竞尧,臧力学,陈冰.臧力学主任以“胃不和则卧不安”理论辨治失眠思路探析[J].亚太传统医药,2020,16(05):86-88.
- [4] 李海宏.苯二氮卓类药物依赖性失眠症患者的中医证型研究[J].新疆中医药,2017,35(03):94-96.
- [5] 田苗,王建强.王自立教授从“胃不和则卧不安”论治不寐经验[J].西部中医药,2018,31(08):34-35.
- [6] 董梦久.应用《黄帝内经》“阴阳相交”理论治疗失眠症[J].湖北中医杂志,2005(11):23-24.
- [7] 刘莉.中医治疗失眠的临床体会[J].中国处方药,2018,16(09):104-105.
- [8] 赵海峰,蔡林.李东垣生平与主要学术思想[J].实用中医内科杂志,2022,36(09):126-128.
- [9] 刘建城,PENGYINGSIN,章文春.“胃不和则卧不安”的理论探讨及应用进展[J].中华中医药杂志,2021,36(11):6635-6638.
- [10] 胡萧红,邓义欢,王浩中.浅析从水饮论治失眠[J].中国民族民间医药,2022,31(09):67-69.
- [11] 许小泰,陈殿豫.中医健脾益气法治疗失眠的Meta分析[J].巴楚医学,2022,5(03):88-93.
- [12] 憨兰.归脾汤加减治疗心脾两虚型原发性失眠临床观察[J].山西中医,2017,33(04):49-50.
- [13] 黎崇裕,刘志龙.刘志龙教授运用归脾汤治疗顽固性失眠经验[J].中医临床研究,2022,14(17):87-89.
- [14] 洪曹栋,谢永贵,田超,等.从升降出入理论探讨温胆汤加减治疗不寐的机理[J].山西中医,2018,34(06):1-3.