

# 第十二讲 更新失眠治疗的思路与方法※

● 李玲孺 倪 诚 张 妍 王 济 黄腾杰 张惠敏 宋昊昶 俞若熙 姚海强 李英帅 许璇璇 李长明 孙治博 杨 菲 孙淑娴 王 琦▲

**摘 要** 本次王琦讲堂围绕“失眠”展开讨论,大家在王琦教授的讲解下,对失眠的范畴、失眠诊治的误区、失眠诊治的关键、主病主方思想等进行了探讨。首先,应正确认识失眠。失眠可以是一个独立的病,也可以继发于其他疾病,明确病因、全面认识失眠非常重要。其次,诊治中,要突破传统辨证论治的局限,注重失眠“病”,抓住总病机“阴阳失交、营卫失和”。处方应紧扣病机(主病主方思想),而不是简单的安眠。王老治疗失眠的主方为“交合安魂汤”,由夏枯草、清半夏、百合、苏叶组成。此外,还提到了失眠诊治中应关注的几点,比如抓主要伴发症、辨体质的重要性、辨不同人群失眠特点等。最后,王老师以临床科研方法结束了本次讨论,提出中医临床继承不能仍停留在老中医经验整理的阶段,而应借助先进的研究方法和手段,取得长足发展。

**关键词** 失眠 主病主方 交合安魂汤 高枕无忧汤 科研方法

## 1 失眠的范畴

王琦教授开讲:大家都知道,人的一生有两件事情,睡眠与觉醒,而人的生命活动有三分之一是在睡眠中度过的,睡眠是人类生活最基本的需求。睡眠的质量影响生命质量,睡眠障碍及相关疾患已有 87 种之多,与脑功能异常、心理障碍、躯体功能紊乱及多种其他疾病之间有密切关系。说明失眠可以是一个独立的病,就是不眠。也可以是继发病,如焦

虑、抑郁,还有老年性痴呆、精神病等,这些病跟失眠有很大的关联性。如果我们医生对来看失眠的人,不知道跟其他的病有关联,常常延误病机。

失眠在临床上越来越多,我昨天下午门诊看的 42 个病人当中,有 10 多个失眠的,其中从青海来的,一家三口失眠。失眠一般男性发病率 30% 以上,女性发病率 40% 以上,而老年人达 35 ~ 45%。全球大约 27% 的人有睡眠障碍。可见失眠是一个常见病。

中医对失眠的认识有悠久历史,《黄帝内经》中有“目不瞑”、“不得眠”等记述。至《难经》始称“不寐”(《难经·四十六难》),此后,就作为一种中医病名沿用,我们的教科书也采用“不寐”这个词。临床当中失眠有很多的分类,如果按时间长短分,4 周以内叫短暂性失眠,是临时性的,多由某一件事情引起;超过 4 周叫慢性失眠。按照失眠的类型分,有起始性失眠、间断性失眠、终点性失眠。顾名思义,起始性的失眠就是入睡困难;间断性的失眠是翻来覆去,睡了又醒、醒了又睡;终点性失眠是醒了以后再睡不着了。间断性的失眠多与脑血管病、血压有关,起始性失眠则跟焦虑、紧张、恐惧有关系,不同的表现则原因是不同的。

张曾亮(副教授,王琦老师 2013 级博士研究生):《中国失眠防治指南》对失眠的定义和诊断

※基金项目 ①国家重点基础研究发展计划(973 计划)“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目(No:2011CB505403);②北京市自然科学基金面上项目“王琦名老中医体质学术流派研究”(No:7132125);③国家中医药管理局王琦名老中医专家传承工作室建设项目;④北京中医药薪火传承“3 + 3”工程王琦名医传承工作站建设项目。

▲通讯作者 王琦,男,著名中医学家。北京中医药大学教授,博士生导师,国家重点学科中医基础理论学科带头人,国家 973 项目首席科学家,中国科协中医原创思维论坛首席科学家。本刊学术顾问。E-mail:wangqi710@126.com

●作者单位 北京中医药大学基础医学院(100029)

进行了阐释。失眠是一种常见病理、生理现象,人们在不同场合可有不同程度的失眠并试图减轻或避免失眠,这是一种正常的心理反应,因为这种失眠与现实环境相符,并不显著影响功能,失眠者意识到这是一种合理的生理、心理反应,因此不会感到十分痛苦。失眠症是失眠的疾病状态。当失眠严重程度或持续时间过长或与客观的事件或处境不相称,并损害躯体、心理、社会功能时,则为失眠症。失眠分为原发性失眠、继发性失眠,继发性失眠又分为躯体性失眠、精神障碍。失眠症是在充分的睡眠机会和环境的前提下,发生以失眠为主的睡眠质量不满意状况,其他症状均继发于失眠,包括难以入睡、睡眠不深、多梦、醒后不易再睡、早醒或自觉睡眠明显不足等。

王济(副教授,医学博士,王琦老师2011届博士后):失眠是现代医学中“睡眠障碍”的一种类型。美国睡眠障碍联合会(ASDA)拟定的睡眠障碍国际分类(ICSD)中,以“失眠”命名的有:精神生理性失眠症、特发性失眠症、高山性失眠症、食物过敏性失眠、致死性家族性失眠症等。其他类型的睡眠障碍如药物性睡眠疾病、尚未确定的外源性睡眠疾病、月经伴随睡眠疾病、妊娠伴随睡眠疾病,其中一部分也表现为失眠。不难看出,西医对于失眠的分类主要依据是病因。在治疗中,对于病因明确的失眠往往疗效优于病因不明者。就像王老师所讲的,我们中医在诊治失眠时,也应尽量明确地了解病因,这样可以有助于分析病机,确定治则。

## 2 失眠诊治的误区 - 关于病与证的思考

王琦教授:失眠的范畴给大家勾画如上,所以不要简单认为失眠就是睡不着觉,要全面认识其病因。

中医治疗失眠一直以脏腑辨证为纲,辨证施治为主导方法。《中医内科学》五版规划教材,将“不寐”分为“心脾两虚”、“阴虚火旺”、“心胆气虚”、“痰热内扰”等。我在备课的时候还查阅了《景岳全书》、《脉因证治》、《辨证录》、《张氏医通》、《医碥》、《杂病源流犀烛》、《类证治裁》、《血证论》等关于不寐的论述,均以脏腑辨证为主,大体可归为“心不藏神”,包括心血失养(天王补心丹、柏子养心丸)、心火上炎(黄连阿胶汤)、心肾不交(交泰丸)、心脾两虚(归脾汤)等;“肝不藏魂”包括虚劳虚烦(酸枣仁汤)、肝火上炎(龙胆泻肝汤)、肝气郁结(逍遥散)、胆经痰热(加味温胆汤)。《类证治裁》中讲了“五不眠”,“一曰气虚,一曰阴虚,一曰痰滞,一曰水停,一曰胃不和。”李中梓把失眠归纳为这五个证型。当然还有胆胃不和的问题,就是有些医家把“胃不和”当成其中的一个证型。那么“胃不和则卧不安”是什么意思呢?

李玲孺(讲师,医学博士,王琦老师2009级博士研究生):脾胃属于中焦斡旋升降的一个关键的脏腑,如果胃不和,阴阳的交接就会出现,就会导致睡眠不好。

焦招柱(王琦老师2012级硕士研究生):根据《内经》所说,是因为邪气犯胃导致胃的功能障碍所致。

王琦教授:现在中医教科书都把“胃不和则卧不安”讲为失眠的

一个要素,错就错在对“卧”字的理解上。《素问·逆调论》说的是阳明胃经的气不能下降,所以不能够平躺。“卧”是平躺的意思,而不是睡觉,因此把卧当成睡眠来看是个严重的错误。胃主降,胃阳明经气的上逆导致了肺气的上逆,所以不能够平躺,所以这里的“卧”不要理解成睡觉。现在把失眠分成这么多的证型,那么心火上炎、心脾两虚、心肾不交的各占失眠的比率有多少,而你又辨出来多少。所以我把证的位置抬得太高了,把这个病忽略了。

我要郑重地提醒大家,中医哪一天不看“病”只看“证”了,中医就要消亡了。我们现在为什么不能看病,比如说肺结核,如果肺结核治不好,那么阴虚永远治不好,因为阴虚是从肺结核来的,倘若你把病给丢掉了,把证放在一个很高的位置上,这就是一个很大的问题。所以我今天跟大家说,中医的临床大夫一定是“看病”的大夫,而不是“看证”的大夫。所以我们今天讲的是“失眠”这个病,跟乳腺增生、功能性子宫出血、多囊卵巢综合征其他的病一样,都是看的病,证可以作为病的补充,但一定是“证”不能在“病”的前面。所以第一个问题我们提出,这么多的证候,孰轻孰重,孰多孰少临床难以把握,这种以“证”为纲的思路,脱离了对“病”的整体把握,这个主导思想一直在主持中医这么长时间,本来我们有优势的地方,也渐渐渐远。

## 3 失眠诊治的关键 - 抓住病机

王琦教授:要讲失眠,首先讲睡眠生理 - “阴阳和合”,《灵枢·营卫生会篇》说到“阴阳相贯,如环

无端,……营卫之行不失其常,故昼精而夜瞑。”《灵枢·口问》中说“卫气昼日行于阳,夜半则行于阴,阴者主夜,夜者主卧;……阳气尽阴气盛,则瞑;阴气尽而阳气盛,则寤矣。”清代医家林佩琴在《类证治裁》提到“阳气自动而之静则寐,阴气自静而之动则寤。”这些原文论述了人体生物节律昼夜呈周期性的变化,有着寤-寐节律即睡眠-觉醒节律。现代睡眠医学提出人体存在睡眠与觉醒机制,睡眠与觉醒是兴奋与抑制的调节过程,中医学认为阳为昼、阳主动,阴为夜、阴主静,随着阴阳之气的盛衰出入循环,使动静之间相互制约着这种平衡。再看失眠的病理,失眠主要是入睡障碍或睡眠维持障碍,总体病机是“阴阳失交,营卫失和”,这源于《内经》的思想。《灵枢·大惑论》描述为“卫气不得入于阴,常留于阳。留于阳则阳气满,阳气满则阳跷盛;不得入于阴则阴气虚,故目不瞑矣。”阴阳失交落脚到营卫上,营卫循行与交会有其内在规律,营卫循行的规律变化,引起睡眠和觉醒的生理现象,若营卫失调,规律打乱则目不瞑而不得眠。一病必有一病之主要病机,是故“阴阳失交”,“营卫失和”是失眠的主要病机,围绕这一主要病机组方施治就能抓住要领。针对阴阳失交的病机特点是以交会阴阳为组方。

若干年前我曾治一失眠多年的患者,该患者长期服用安眠药但效果欠佳。根据营卫失和的理论,白天给他服用丹参、五味子使他振奋,晚上让他服交合阴阳的中药则自然睡觉。而临床上大家习惯性的思维是你不睡觉就给你安眠,一安眠,白天也没精神,晚上也睡不好,这是一直困扰我们的问题。如

果我们能够抓住“阴阳失交、营卫失和”这个病机来展开思维,那么我们会找到对接的方法,也就是调整睡眠的节律,中医用阴阳来表达。

张曾亮:王老师刚才讲的和书上、教材上学到的东西不一样,他举的例子对我启发比较大。治疗“失眠”病,白天振奋阳气、晚上推动阴气运行,能够起到很好的治疗作用。在临床上我们可以使用这种思路。

#### 4 失眠的用方用药 - 紧扣病机,主病主方

王琦教授:依据上述病机,治疗上拟定了“交合安魂汤”,即“夏枯草、半夏、百合、苏叶”这四味药。

其中半夏治疗失眠首发于《黄帝内经》半夏秫米汤,《灵枢·邪客篇》曰“阴虚故目不瞑,……补其不足,泻其有余,诊其虚实,以通其道而去邪”,云其“饮以半夏汤一剂,阳阴以通,其卧立至。”半夏生于五月当夏季之半,能引阳入阴。张山雷《本草正义》中讲到“《灵枢》谓阳气满则阳跷盛,不得入于阴,阴虚则目不明瞑,饮以半夏汤通其阴阳,其卧立至……其实所谓阳跷盛者,至是阳升太过,阴不涵阳,故不得眠,惟此善降,则阳入于阴矣,此不得眠之真旨也。”后世医家配半夏治不寐有多方,如瓜蒌薤白半夏汤、半夏茯苓汤、温胆汤等。明·徐树丕《识小录》又载“半夏,一名守田,一名水玉,能治夜不寐。姑苏张濂水,名康忠,常(尝)治董尚书浚阳不得眠,用百部一两、半夏一两,董即得美睡,酬之百金。”

夏枯草,《丹溪心法》曰“夏枯草,大能散结气,而有补养血脉之功。”冬至后生,夏至时枯,夏枯草得至阳之气而长,半夏得至阴之气

而生,阴阳配合,序行营卫,交通阴阳,正可调节人体寤寐之觉醒与睡眠规律。《灵兰要览》曰:“从来不寐之证,前人皆以心肾不交治也,投剂无效,窃思阴阳违和,二气亦不交。椿田每用制半夏、夏枯草各五钱,取阴阳相配之义,浓煎长流水,竟覆杯而卧。”用夏枯草是得益于读王孟英的书《重庆堂随笔》,王孟英说夏枯草“散结之中,兼有和阳养阴之功。失血后不寐者,服之即寐,其性可见矣。”王孟英用夏枯草治失眠是从阴阳二气的交合而论。夏枯草本身不是一个安眠药,而有阴阳交汇之意。

百合甘而微寒,《金匱要略》用以治百合病、心病。张景岳《景岳全书》曰其“定魂安心,逐惊止悸”。陈士铎《本草新编》中说它可以“安心益志,定惊悸狂叫之邪”。叶橘泉《食物中药与便方》记载百合“治失眠不宁,易惊醒”,文献显示它有安魂定魄之功,对惊悸乃至狂躁都有效,说明它调整情志的作用很明显。

苏叶,倪朱谟《本草汇言》曰“散寒气,清肺气,宽中气,安胎气,下结气,化痰气,乃治气之神药也”,其辛温气薄,理气和营,引阳入阴。苏叶配百合相得益彰。当然临床根据情况加味,若烦躁不安的者,加山栀、豆豉,《伤寒论》里“心烦懊恼,不得寐”用栀子豆豉,或可用黄连和苦参。

此外,常用的还有琥珀粉和延胡索。《本草经集注》描述琥珀粉“味甘平无毒,主安五脏,定魂魄,杀精魅邪鬼,消瘀血,通五淋”,实验证明该药能减少小鼠自发活动数与阈下计量的戊巴比妥有协同作用。延胡索在古书上记载为止痛药,如《本草纲目》曰:“延胡索能行血中气滞,气中血滞,故专治

一身上下诸痛,用之中的妙不可言。”《本草经疏》说:“延胡索温能和畅,和畅则气行,辛则能润而走散,走散则血活。”气血通畅以止痛,止痛的药物一般都有镇静的作用,所以实验也证实了它有镇痛、催眠、镇静的作用。

总而言之,组方的目的是交汇阴阳,同时须考虑营卫的问题、气分血分的问题,不要脱离营卫来谈阴阳相交。考虑气与血的问题,也就是营与卫的问题。抓住这个病机,就不需要很多药的堆砌。

张惠敏:交合安魂汤是王老师治疗失眠的基础方,在临床中跟王老师抄方,还注意到其他常用的一些药。比如甘松、苦参,老师将这两味药和交合安魂汤组合形成“高枕无忧汤”,甘松开郁镇静安神,苦参清热镇静,两者搭配调肝安魂。另外,临床中还有一些随证加减的几个常用药对。养血安神加丹参和柏子仁、茯苓和远志;镇静安神加生龙骨和生牡蛎、磁石和珍珠母;清热除烦加山栀和豆豉、黄连和苦参;除痰化浊加茯苓、陈皮、竹茹;疏肝解郁加柴胡和郁金、合欢皮和石菖蒲,虚烦加酸枣仁和夜交藤。

王济:据统计,目前具有促进睡眠作用的中药共 90 多种,其中最常用的植物中药有 37 种,动物中药 5 种,矿物中药 6 种<sup>[1]</sup>。除了文献记载的促进睡眠中药外,还有一些是经过药理实验证明具有促进睡眠作用的中药 30 多种。但是,就像诊治其他疾病一样,我们中医诊治失眠需要在中医理论指导下认识病机,确定治则治法。绝不能像西医使用“镇静催眠药”一样使用中药。王老师治疗失眠的主方“高枕无忧汤”就是在对“阴阳不交、营卫不和”病机准确把握

的基础上拟方,其中百合、苏叶并不在常用促睡眠中药里。同时,王老师临证治疗失眠,也是在抓住主要病机的基础上,结合其他表现灵活辨证处方,并不拘泥于“安神、镇静”。

倪诚(双博士,教授,主任医师,博士生导师,王琦教授的学术继承人,北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心主任):王琦老师在 50 余年的临床实践中,逐步探索出移植成方、组合小方、自拟新方的主病主方的制方方法。关于自拟新方,王琦老师认为自拟方既不是随意的组合,也不是传统方剂的简单加减。在针对专病制方的同时,还须注重以下三方面:一是遵循制方理论。失眠“阴阳失交,营卫失和”的总体病机源于《内经》的思想。围绕这一主要病机以交会阴阳为制方法度。二是擅用药对组方。陆以湑《冷庐医话·卷三·不寐门》记载了半夏、夏枯草同用治疗失眠的案例:“偶从杭城沈雨溥书坊购得《医学秘旨》一册,有治不睡方案云:余尝治一人患不睡,心肾兼补之药,遍尝不效。诊其脉,知为阴阳违和,二气不交。以半夏三钱、夏枯草三钱,浓煎服之,即得安睡……盖半夏得阴而生;夏枯草得至阳而长,是阴阳配合之妙也。”王琦老师将半夏、夏枯草作为调理阴阳而安神的药对组方。《侣山堂类辨》云:“庭前植百合、紫苏各数茎,见百合花昼开夜合、紫苏叶朝挺幕垂,因悟草木之性,感天地阴阳之气而为开阖者也……”王琦老师将百合与苏叶作为调整阴阳开合而安神的药对组方。三是参合药理制方。在遵循中医药理论的同时,汲取现代药理研究成果,拓展古代方药应用范围,是目前探索新方创制的一种取向。

王老师也提到了,实验研究表明,延胡索有镇痛催眠镇静安神作用,琥珀粉减少小鼠自发活动数与阈下计量的戊巴比妥有协同作用。值得注意的是,参合药理创制新方作为传统制方模式的补充和拓展,应以不违背中医药学理为前提,切忌“废医存药”的格局发生。

王琦教授:这里面还有一个服法的问题。治失眠的这个方子,不是早晚服。我一般都要求患者下午四点及晚上睡前服用,目的是调理阴阳,让阳入阴。这个服法是很重要的。目前西药的安眠药起效快,但是西药安眠药依赖成瘾,还影响认知功能。即使佐匹克隆、唑吡坦等第三代安眠药,虽然安眠性相对增强,但副作用仍具有停药反跳性失眠,过量引起昏迷,滥用依赖等,所以说吃安眠药不能开车。

今天我们来研究中药治疗睡眠障碍,仍然有很大的优势。西药是不吃药就不睡觉,而中药起效慢,但是只要你治好了就不用每天去吃药。所以这个组方的最大特点,不是一般意义上的安眠药,而是在调控你的生理机制——睡眠与觉醒机制,而调控睡眠机制障碍关键是你的思路要变。正如《灵兰秘典》已经说了“前人用心肾不交治之不效者”,而我们现在还在重复这个问题,因此我们要抓住核心问题。以上主病主方思想、临床疗效请大家讨论。

姚海强(王琦教授 2013 级博士研究生):针对不寐一病王老师所拟之方选用法半夏、夏枯草、百合、苏叶为伍,立意契合经旨,正本清源而释疑发覆。《北山医案·卷上》载北山友松以半夏汤依古煎法用之而立验,“后治数人,亦见大效,但不先以火煮沸其水,而后置

药于沸汤之中,及不多扬其水,只以生水煎成,则无斯大验矣。”可见其煎服法对于取效亦至为关键,不可忽视,此外顾金寿《重订灵兰要览》载:“从来不寐之证,前人皆以心肾不交治也,投剂无效。窃思阴阳违和,二气亦不交。椿田每用制半夏、夏枯草各五钱,取阴阳相配之义,浓煎长流水,竟覆杯而卧。”此处亦遵浓煎长流水之古法而取效,故知其不可忽视。

宋昊翀(王琦教授 2012 级博士研究生):我曾用王老师《治疗 62 种疑难病》中所载“交合安魂汤”治疗一位 67 岁女性顽固失眠患者,服 6 剂,经电话回访,效果良好,只是白天亦感困倦。通过老师的讲解,发现我的处方中半夏用量偏大,而且服药时间上仍是传统的早晚饭后各服 200ml。通过老师的讲解,知道了半夏的用量 12g,且用法半夏,在下午 4 点 30 分和临睡前 2 小时服药,这些细微的处方用药思想,需要在反复的应用和提问的过程中才能得到验证和提高。还曾用血府逐瘀汤加麝香 0.03g、黄芪 30g、葱茎一根,治疗一位 35 岁脑梗脑梗出院后身痛失眠的女性患者,服药 30 剂,身痛失眠转愈,体力增加。说明活血化瘀法可以疏通经络,通达营卫运行通路,如果辨证准确,疗效也是确切的。观察老师治疗失眠常用药物,如半夏、夏枯草、苏叶、百合都是引气向下向内之品,使气降则神安,火熄则魂守,是针对失眠在气味用药上的启示。

许璇璇:王老师常嘱失眠患者于下午 4 点和夜间 9 点服药,使药性发挥其最佳疗效。《灵枢·岁露篇》云:“人与天地相参也,与日月相应也”,故药物取效的关键在于必须严格按阴阳消长运行规律及

人的睡眠-觉醒周期规律来确定服药时间。失眠的产生因为阳不交阴,此二时用药,可调理阴阳,引阳入阴。下午 4 点为申时,此时天地阳气正在收敛潜降,借天地之势,可令药物能够更好的引阳入阴;另外此时一般为空腹,胃气渐盛,收纳腐熟能力较强,药力集中,所图专一,必能取效。夜间 9 点,一般为病人睡前 2 小时。张志聪:“气至阳则卧起而目张,至阴则休止而目瞑。”睡前 2 小时以方药助阳渐渐入阴,不让卫气滞行于阳分,阳入于阴则寐,可使患者按期入眠。通过顺时调节阴阳,治疗顽固性失眠,疗效颇佳。这种服药方式与自然界昼夜节律同步,体现了天人相应的思想。

## 5 治疗失眠几个关注点

### 5.1 抓主要伴发症

王琦教授:流行病学调查显示,原发性失眠 31%,失眠伴抑郁 30%,精神疾患 20%,器质性病变 19%。临床上至少占百分之三十的失眠病人伴有心理障碍、抑郁症状,而抑郁症的病人百分之九十都伴有失眠。所以要围绕这个重点考虑问题,加强治肝与调肝。精神性疾病很难治,而器质性病变中医介入的程度更少,如下丘脑、垂体肿瘤、高血压、甲亢、脑动脉硬化、脑震荡后遗症等。

### 5.2 辨体论治与失眠

王琦教授:失眠与体质类型有关,如气郁质,多气机郁滞,易于失眠伴抑郁,宜合用逍遥散、柴胡疏肝散。而血瘀质的人,多为顽固性失眠伴健忘,王清任血府逐瘀汤尤为有效,《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》云“夜不安者,将卧则起,坐未稳又欲睡,一夜无宁刻,此血府血瘀”,以血府逐瘀汤活血化

瘀、疏肝解郁。失眠以阴虚内热为多,阴虚体质易失眠,“阴虚目不瞑”,后世医家亦多有总结,如《症因脉治》提出外感有表热、里热、血热、气热、余热、虚烦,内伤有肝火、胆火、肺壅、胃不和等。

俞若熙:现代研究发现,失眠还有先天遗传方面影响因素,加拿大 1999 年一项关于失眠患者家族倾向的研究表明,有 35% 的患者具有明显的家族史,而家族中 40 岁后的女性则更为普遍<sup>[2]</sup>。这与体质禀赋不同应当是有关联的。

张曾亮:我想谈一下失眠症的治未病。当失眠症除了病程短于 1 个月以外,符合其余的诊断标准,应诊断为失眠亚临床状态(或失眠问题),其中失眠较轻者具有的是失眠症状,这类亚临床状态的人群,是患有“失眠症状-失眠症”的人群的 5~8 倍。对这些人处理好了,就可避免进展到失眠疾病。这就是医学上所说的“治未病”和“对疾病的防治关口前移”。怎么抓住这类失眠亚临床人群呢,我想体质就是一个很好的抓手,气郁质、血瘀质和阴虚质就是失眠的高危人群。

### 5.3 不同人群的失眠

王琦教授:我们也注意了三种人群的失眠。其实这也是体质的另一个角度,是不同人群辨不同体质状态,也就是我们这次做《健康之路》的时候讲的内容。

第一是女性失眠。主要是月经周期与睡眠障碍、绝经期睡眠障碍。女子经孕产乳皆以血为本,而女子又以肝为先天,肝的藏血功能不仅维持着女性的生理功能,同时对睡眠的调节也起着重要的作用,肝调节失常往往是导致女性失眠最常见的病机。失眠女性多于男性就是因为经带胎产均易耗血动

血。《万氏妇人科》云：“女子气有余，而血不足也”，即容易出现肝气有余的现象，致肝的疏泄功能失常，表现为肝气郁结、郁久化火，肝火扰神导致失眠。女性失眠是抑郁的高发因素，失眠引发的抑郁是非失眠的3倍以上。其次，与女子一生密切相关的两个关键词是“天癸”和“冲任”，天癸和冲任通过各脏腑参与女子阴阳平衡的调节和经孕产乳的调节。《素问·上古天真论》有云：“二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子”，“七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通”，天癸及冲任失调引起阴阳失调也是女子失眠的重要原因。更年期、绝经期睡眠障碍，属于中医“女子经断前后诸症”范畴，是因肾气渐衰，冲任亏虚，精血不足，天癸渐绝，月经将断而至绝经所出现的生理变化，但有些女性由于体质或精神因素以及其它因素的影响，一时不能适应这些生理变化，使阴阳失去平衡，脏腑气血功能失调，而更年期一个重要的表现就是“失眠”

第二是男性失眠。男子以肾精为本，精气易泄、易亏，因而男子精病多，而肾精不足造成的虚火扰心也是造成男性失眠的重要原因。同时男性多体格壮实、肌肉结实、声音粗犷洪亮，容易患阳热之证，加之男性工作、生存压力较大，嗜烟嗜酒现象较普遍，因此很容易出现痰热内盛的现象，引发精神症或抑郁症，伴随严重的失眠现象。

第三是老年人失眠。《灵枢·营卫生会篇》“老者之气血衰……故昼不精夜不寐。”老年失眠主要关注两点，一是肾虚，《素问·阴阳应象大论》“阴气自半也，起居衰矣”，肾精亏虚、肾阴不足是老年患者的主要中医病机基础之一。肝肾同源，肾阴不足，则肝血不充，夜卧而魂不能藏；肾精不足，肾水不能上奉于心，水不济火，则心火亢盛，扰乱心神。二是“营卫阻滞，气血衰，肌肉不滑，营卫之道涩”（《难经·四十六难》），随着年龄的增长，人体有元气日衰、精血亏损、虚实夹杂、多病相兼等发病特点，加之生活工作环境变化等易造成情绪波动、有孤独感，影响脏腑功能和营卫气血的运行，导致气血瘀滞型失眠。《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》云：“夜不安者，将卧则起，坐未稳又欲睡，一夜无宁刻，此血府血瘀。”

## 6 失眠论治的延伸－临床科研方法

王琦教授：我们用主病主方治疗失眠虽然取得临床疗效，但由于缺少失眠的测定与疗效评估故仍停留在老中医经验整理的阶段。至于前面讲的若干个证候类型更难了，临床上究竟哪种证候多？分布有何规律？哪个方有疗效？为什么有效？如果说不清这些问题就很难跨越，所以我们的方药还要做实验研究，解释机理，这样才能上一个新的台阶。

王济：王老师非常强调我们不仅要个案的疗效，更加要注重用循证医学的方法进行疗效的评价，带着科研的思维去做临床。目前，国际上有许多与失眠有关的量表，我们在临床中应该借鉴过来。另外，失眠的表现分为几种情况，如入睡困难、早醒、醒后难以入睡等。我觉得治疗失眠也应该从促进睡眠、延长睡眠时间、提高睡眠质量这几个方面进行考虑和评价。

王琦教授：讲得很好。国际上至少有四种睡眠量表、睡眠问卷等，如匹兹堡睡眠质量指数量表应用于临床对照，积累数据作为评价疗效依据。中医2500年前的《晏子春秋》、《黄帝内经》就有对失眠多梦的记载，现代医学上个世纪50年代才开始专门研究，而现在已经形成睡眠医学学科，睡眠学会研究会也相继成立，借助先进的研究手段取得了长足发展。所以我们是起得早、跑得慢，西医是起得晚、跑得快，我们再不改变思路方法，就会赶不上，我们的治疗肯定是有优势的，但方法学跟不上，机制说不清楚，就削弱了话语权。这要引起我们足够的重视。

## 参考文献

- [1] 刘艳骄. 中药促眠作用的特点与合理应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(8): 65-66.
- [2] CE A<sup>^</sup> LYNE H, BASTIEN and CHARLES M. MORIN. Familial incidence of insomnia[J]. Journal of Sleep Research, 2000, 9(1): 49-54.

# 欢迎订阅《中医药通报》杂志

邮发代号: 34-95