

中图分类号

密级 公开

UDC

学号 2032701213



湖北中医药大学

Hubei University of Chinese Medicine

硕士学位论文

MASTER DISSERTATION

基于数据挖掘探讨“胃不和则卧不安”理论相关性失眠的辨证用药规律

Based on Data Mining to Explore the Law of Syndrome Differentiation and Medication for Insomnia Related to the Theory of "Stomach Disharmony, Lying Restlessness"

研究生姓名：占诗林

指导教师姓名、职称：黄鹤 主任医师

申请学位：医学硕士

学科（专业）名称：中医内科学

学位类型：专业学位型

湖北中医药大学

二〇二三年五月二十日

目 录

前言.....	1
文献研究.....	3
1.研究材料.....	3
1.1 数据来源.....	3
1.2 纳入标准.....	3
1.3 排除标准.....	3
2.研究方法.....	4
2.1 数据的筛选.....	4
2.2 数据的规范化处理.....	4
2.3 数据的导入与处理.....	6
3.文献研究结果.....	7
3.1 频数分析.....	7
3.2 关联分析.....	15
3.3 聚类分析.....	21
3.4 复杂网络分析.....	22
4.讨论.....	23
4.1 频数分析结果讨论.....	23
4.2 方剂分析.....	29
4.3 关联分析结果讨论.....	32
4.4 聚类分析结果讨论.....	34
4.5 复杂网络分析结果讨论.....	35
5.结论.....	36
参考文献.....	39
附录 1:文献综述 基于“胃不和则卧不安”理论治疗失眠研究进展 ...	45
1.现代医学对失眠的研究概述	45
1.失眠的定义及流行病学.....	45
2.失眠的发病机制.....	45
3.失眠的治疗.....	46
2.祖国医学对“胃不和则卧不安”的认识.....	47
1.历代医家对“胃不和则卧不安”的认识	47
2.脾胃引起失眠的病因病机.....	48
3.祖国医学从调理脾胃治疗失眠现状.....	50
3.总结.....	51
参考文献.....	52

摘 要

研究目的：本研究旨在探讨“胃不和则卧不安”理论在中医药治疗相关性失眠方面的应用，并利用古今医案云平台系统对文献报道的相关证型及中药处方进行数据挖掘分析，以期发现“和胃”角度下治疗失眠的辨证用药规律，为中医药临床治疗提供更有效的参考依据。

研究方法：本次研究主要是通过运用计算机检索出在中国知网、重庆维普全文数据库、万方数据知识服务平台和中国生物医学文献服务系统四大数据库中，自建库至2022年12月公开发表的中医药治疗失眠的文献，随后根据拟定的纳入和排除标准，筛选出符合条件的文献，并建立EXCEL数据库。将其导入到古今医案云平台系统对数据进行标准化处理，并纳入分析池中，通过运用数据挖掘板块对经过标准化处理后分析池中的中药组成、性味归经、疾病的证型、方剂等分别进行频数统计分析、关联分析、聚类分析和复杂网络分析，探索出现代医家从“和胃”论治相关性失眠的处方用药规律。

研究结果：此次研究共计筛选出121篇文献，含有150条处方数据，所纳入的文献均含中医证型，统计出的各种证型中以痰热内扰证、肝胃不和证、痰湿中阻证、湿热蕴脾证和脾胃虚弱证出现频次较高。另外全部处方中共包含中药178味，其中使用频次 ≥ 20 的中药共有30味，根据使用的频次由高到低进行排列，前十位的中药分别是半夏、甘草、茯苓、陈皮、黄连、白术、枳实、远志、酸枣仁、柴胡；通过分析中药属性发现，以燥湿化痰、清热解毒、宁心、降逆止呕、消痞散结等功效使用为主；分析中药归经发现以入脾经最多，其次为肺经、胃经、心经、肝经；分析药性发现使用最多的为温性药，其次为平性、微寒、寒性；中药药味以甘、辛、苦为主；另外方剂使用频次由高到低前五位依次为：温胆汤、黄连温胆汤、归脾汤、柴胡舒肝散、半夏泻心汤。关联分析中，以半夏-茯苓、陈皮-茯苓、陈皮-半夏等中药组合出现频次较高；按照置信度由高到低排列前五位的关联药对分别是：竹茹-半夏、黄芩-半夏、黄连-半夏、枳实-半夏、

陈皮-茯苓。通过药-证关联发现痰热内扰证常用中药为半夏、茯苓、竹茹、陈皮、枳实、甘草、黄连等；寒热错杂证常用中药为黄连、半夏、干姜、黄芩、甘草、大枣等；食滞胃脘证常用中药为半夏、神曲、陈皮、山楂等；痰湿中阻证常用中药为半夏、茯苓、陈皮、甘草等；湿热蕴脾证常用中药为白术、黄连、茯苓、竹茹、黄芩等；脾胃虚弱证常用中药为茯苓、白术、陈皮、大枣、黄芪、甘草等；肝胃不和证常用中药为甘草、柴胡、茯苓、白术、白芍等；脾虚湿阻证常用中药为半夏、甘草、白术等。通过对频次 ≥ 20 的30味中药进行层次聚类分析共可得到6组药物：第1组：甘草、半夏、茯苓、陈皮；第2组：白术、柴胡、白芍；第3组：党参、黄芪、当归、木香、大枣、干姜、生姜、茯神；第4组：黄连、枳实、竹茹；第5组：黄芩、枳壳、厚朴、麦芽、神曲；第6组：远志、酸枣仁、夜交藤、龙骨、牡蛎、石菖蒲、郁金。最后对全部178味中药进行复杂网络分析，探索出从“和胃”角度治疗相关性失眠的核心药物分别是：半夏、茯苓、陈皮、甘草、黄连、白术、枳实、竹茹、远志、黄芩、柴胡、酸枣仁、党参。

研究结论：由“胃不和”引起的失眠多由痰热、痰湿、气滞、气血亏虚等病因引起，其中以痰热因素最为常见，故临床治疗时应以清化痰热为主，同时根据患者症状辅以疏肝和胃、补益气血、调和肝脾、通腑泄热等治法，针对患者的病机进行辨证化裁，并辅以宁心安神之品，标本兼治。本研究通过数据挖掘发现从“和胃”角度论治失眠的辨证用药规律，以期失眠的临床治疗提供新的治疗思路。

关键词：失眠；胃不和则卧不安；数据挖掘；中医药治疗；

**Based on Data Mining to Explore the Law of Syndrome
Differentiation and Medication for Insomnia Related to the
Theory of "Stomach Disharmony, Lying Restlessness"**

Speciality:Traditional Chinese Internal Medicine

Author:Zhan Shilin

Supervisor:Prof. Huang He

Abstract

Research Objective: The purpose of this study was to explore the application of the theory of "stomach disharmony, lying restless" in the treatment of traditional Chinese medicine related insomnia, and to use the cloud platform system of ancient and modern medical records to conduct data mining and analysis of related syndrome types and traditional Chinese medicine prescriptions reported in the literature, in order to find the law of syndrome differentiation and medication in the treatment of insomnia from the perspective of "harmonize the stomach", and to provide more effective reference for traditional Chinese medicine clinical treatment.

Research methods: In this study, the literatures on the treatment of insomnia by traditional Chinese medicine from China National Knowledge Network (CNKI), Chongqing VIP Full-text Database, WANFANG DATA Service Platform and China Biomedical Literature Service System (CBM) were retrieved by computer, and the self-built database was published until December 2022. Then, according to the proposed inclusion and exclusion criteria, the eligible literature was screened out, and the EXCEL database was

established. It was imported into the cloud platform system of ancient and modern medical records for standardized data processing and included into the analysis pool. The data mining plate was used to conduct frequency statistical analysis, association analysis, cluster analysis and complex network analysis on the composition of traditional Chinese medicine, the normalization of sex and taste, the syndrome types of diseases and prescriptions in the analysis pool after standardized processing. Explore the modern doctors from the "harmonize the stomach" to treat related insomnia prescription drug law.

Research results: A total of 121 literatures were screened out in this study, including 150 prescription data, and the included literatures all contained TCM syndrome types. Among the statistical syndrome types, the syndrome of internal disturbance of phlegm-heat, disconcerting of liver and stomach, obstruction of phlegm-dampness, dampness-heat accumulation of spleen and weakness of spleen and stomach appeared frequently. In addition, a total of 178 TCM flavors were included in all prescriptions, of which 30 TCM flavors were used more than or equal to 20 times. The top 10 TCM were *Pinellia ternata*, liquorice, *poria cocos*, Tangerine peel, *Coptis chinensis*, *atractylodes*, *Fructus aurantii*, *Polygala*, Sour jujube kernel, and *radix bupleuri* in order of frequency of use. Through the analysis of the properties of traditional Chinese medicine, it was found that dry dampness and phlegm, clearing heat and detoxifying, calming the heart, reducing reverse vomiting, eliminating ruffijie and other effects were mainly used. The analysis of the traditional Chinese medicine channel showed that the spleen channel was the most, followed by the lung channel, stomach channel, heart channel and

liver channel. By analyzing the drug properties, it was found that warm drugs were used most, followed by flat drugs, mild cold drugs and cold drugs. The traditional Chinese medicine tastes mainly sweet, sweet and bitter. In addition, the top five prescriptions from high to low use frequency were: Wendan Decoction, Huanglian Wendan Decoction, Guipi decoction, Chaihu Shugan Powder, Banxia Xiexin Decoction. In the association analysis, pinellia - poria, tangerine peel - poria, tangerine peel - pinellia pinellia and other TCM combinations appeared more frequently. The top five associated drug pairs in order of confidence from high to low were: Zhuzhu-Pinellia pinellia, scutellaria baicalensis -pinellia pinellia, Coptidis chinensis -pinellia pinellia, Fructus aurantii - pinellia pinellia and Tangerine peel - Poria cocos. Through the drug-syndrome association, it was found that the commonly used traditional Chinese medicines for phlegm-heat internal upset syndrome were pinellia pinellia, poria cocos, bamboo Ru, Tangerine peel, Fructus aurantii, glycyrrhiza, coptidis etc. The commonly used Chinese medicines for mixed cold and heat syndrome were coptis chinensis, pinellia pinellia, dried ginger, scutellaria scutellaria, licorice, jujube, etc. The commonly used Chinese medicines for the epigastric syndrome of food stagnation are pinellia pinellia, divine Qu, tangerine peel, hawthorn, etc. The commonly used traditional Chinese medicines were pinellia pinellia, poria cocos, tangerine peel and licorice. The commonly used Chinese medicines for dampness and heat accumulation of spleen syndrome were atractylodes atractylodes, coptis coptidis, poria cocos, bamboo shaoxing, scutellaria scutellaria etc. The commonly used Chinese medicines for spleen and stomach weakness syndrome were

poria, atractylodes, tangerine peel, jujube, astragalus, licorice, etc. Glycyrrhiza, bupleurum bupleurum, poria cocos, atractylodes atractylodes and Paeoniae alba were commonly used in liver and stomach disconcerting syndrome. The commonly used Chinese medicines for spleen deficiency and dampness-blocking syndrome are pinellia pinellia, glycyrrhiza licorice and Rhizoma atractylodes etc. By cluster analysis of 30 herbs with frequency ≥ 20 , 6 groups of drugs could be obtained: Group 1: glycyrrhiza, pinellia pinellia, poria cocos, tangerine peel; Group 2: bighead atractylodes rhizome, bupleurum bupleurum and Paeony; Group 3: Codonopsis, Astragalus, Angelica, Costustoot, Jujube, dried ginger, fresh ginger, poria with hostwood; The fourth group: Coptis, Fructus aurantii, Bamboo shavings; The fifth group: Scutellaria, Fructus aurantii, Magnolia officinalis, malt, Shenqu; Group 6: Radix polygonatum, sour jujube kernel, night cross vine, keel, oyster, acorus, radix curcumae. Finally, the complex network analysis of all 178 traditional Chinese medicines was carried out, and the core drugs for the treatment of related insomnia from the perspective of "harmonize the stomach" were: Pinellia, Poria cocos, Tangerine peel, Licorice, Coptis chinensis, Bighead atractylodes rhizome, Fructus aurantii, Bamboo shavings, Radix polygonatum, Scutellaria, Bupleurum, Suanjujube kernel, Codonopsis.

Research conclusion: Insomnia caused by "stomach disharmony" is mostly caused by phlegm heat, phlegm dampness, qi stagnation, qi and blood deficiency and other causes, among which phlegm heat is the most common factor. Therefore, clinical treatment should focus on clearing phlegm heat, and at the same time, according to the patient's symptoms, supplemented by treatment methods such as

soothing the liver and stomach, tonifying qi and blood, harmonizing the liver and spleen, and channeling the fu-organs to relieve heat, so as to conduct syndrome differentiation according to the patient's pathogenesis. And with a calm heart products, both symptoms and root causes. Through data mining, this study found the law of drug differentiation in treating insomnia from the perspective of "harmonize the stomach", in order to provide a new therapeutic idea for the clinical treatment of insomnia.

Key words: insomnia; Stomach disharmony, lying restless; Data mining; Traditional Chinese medicine treatment;

中英文缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
3P	Predisposing; Precipitating; Perpetuating	易感因素；促发因素；维持因素
NBZDs	Nonbenzodiazepine receptor agonists	非苯二氮卓类受体激动剂
BZDs	Benzodiazepine receptor agonists	苯二氮卓类受体激动剂
IL-6	Interleukin- 6	白细胞介素-6
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺杆菌
GABA	Gamma-Amino Butyric Acid	γ -氨基丁酸
NE	Norepinephrine	去甲肾上腺素
DA	dopamine	多巴胺
5-HT	5-hydroxytryptamine	5-羟色胺
PPI	Proton pump inhibitor	质子泵抑制剂
CBT	cognitive behavioral therapy	认知-行为疗法

前 言

失眠，也称不寐，是由心神失养或心神不安所导致，以经常不能获得正常睡眠为特征的一类病证^[1]。临床症状主要表现为睡眠时间以及睡眠深度的不足，轻者可仅表现为入睡困难，或寐而不酣，时寐时醒，或醒后不能再寐，重者则表现为彻夜不寐。根据流行病学研究调查发现，现代人们普遍存在失眠问题，随着越来越快的社会节奏以及日趋增长的生活压力，人们失眠率愈发严重。失眠的发生不仅能够引起多种心脑血管疾病、消化系统疾病，而且对于精神心理疾病也有严重影响，如引起焦虑、抑郁等^[2]。关于失眠的发病机制现代医学研究暂无统一认识，目前提出的以 3P 假说与过度觉醒假说为主。现代医学治疗失眠以镇静类药物为主，如非苯二氮卓类（NBZDs）、苯二氮卓类（BZDs）及抗焦虑药等，但长期服用这些药物，会产生明显的戒断反应，且会改变患者睡眠结构，增加患者发生认知障碍的风险^[3]。

中国传统医学医治疗失眠历史悠久，具有明显优势，根据失眠的临床表现，中医将其归属于“不寐”范畴，其最早在《黄帝内经》中称为“不得卧”、“目不瞑”，中医认为失眠与多种因素有关，情志、饮食、劳逸失度和病后体虚等，均能导致失眠的发生。情志不遂，导致肝气郁结，气郁化火从而上扰心神；饮食不节，可导致宿食停滞于胃脘，引起胃气失和，同时宿食可蕴生痰热上扰于心引起失眠；另外劳倦太过，容易耗气，造成脾虚气弱，脾虚则气血生化乏源，血不养心而不得安寐；素体阴虚，或者耗伤肾阴，可引起心火独亢，导致心肾不交而失眠。根据《素问·逆调论》中提出的“胃不和则卧不安”理论，经过后世医家的不断发挥与临床实践，现已成为治疗失眠的重要理论之一。

根据现代研究，“胃不和”与“失眠”存在密切相关性^[4]，但由“胃不和”引起的失眠，目前临床上关于其证候分型无明确统一标准，且失眠的分型也各不相同，导致中医药治疗失眠的疗效参差不齐。因此本研究通过收集近年来现代医家从“和胃”角度治疗失眠的文献，使用数据挖掘分

析技术，对中医药治疗“胃不和”型失眠的数据进行整理、挖掘、总结，从而挖掘出其临床常见证型以及“和胃”法在失眠病中治疗的用药规律。

文献研究

1. 研究材料

1.1 数据来源

运用计算机检索方式,检索在中国知网(CNKI)、万方数据知识服务平台(WANFANG DATA)、重庆维普全文数据库(VIP)和中国生物医学文献服务系统(CBM)四大数据库中,关于运用“胃不和则卧不安”理论用中医药治疗失眠的相关文献,检索方式为:检索词选用(“胃不和则卧不安” OR “不寐” OR “失眠” OR “不得卧”) AND (“中医药” OR “中医” OR “中药” OR “经验”等),检索时间设置为自建库至2022年12月,随后根据拟定的纳入标准及排除标准,共筛选出符合条件的文献121篇,其中包括中药处方数据150条。

1.2 纳入标准

①筛选以失眠为主症,且伴有胃肠道症状,胃肠道症状符合《胃肠疾病中医症状评分表》^[5]中的一项或多项;

②筛选以“胃不和则卧不安”理论为指导,从“和胃”角度治疗失眠的文献;

③筛选以中医药方剂治疗的文献,包括临床研究以及专家个人经验等;

④筛选以中药复方内服,药物组成及剂量明确,且临床疗效明确的文献;

⑤筛选治疗对象为成人的文献;

1.3 排除标准

①排除以失眠为非主症者的文献,或由他病继发引起失眠的文献;

②排除以失眠为主症但不伴有胃肠道不适症状的文献;

③排除中药组成或剂量不明确的文献;

④排除同一作者以相同处方在不同期刊上发表的文献(仅选取其中一篇);

⑤排除动物实验、meta分析、综述等文献;

⑥排除以中医外治（如推拿、针灸、穴位贴敷等）或其他疗法治疗为主的文献；

⑦排除使用少数民族医药治疗（如藏药）的文献；

2. 研究方法

2.1 数据的筛选

将符合检索条件的文献全部导入 NoteExpress 到软件中进行整合，删掉重复的文献，再根据拟定纳入标准及排除标准，最后共筛选出文献 121 篇，处方数据 150 条，将筛选出的处方数据按照其编号、篇名、作者、中西医诊断、中医证型、方剂名称和中药组成等信息，在 WPS Excel 上逐一进行录入（如果同一文献中含有多条不同的处方则分别进行录入），最终建立失眠的数据库，同时由双人反复交叉核查数据库。

2.2 数据的规范化处理

因中药的别名、产地不同或炮制方法的不同，还有不同医家个人习惯的不同，这些因素均会造成中药名称的差异，进而会影响到中药、证型、方剂等数据之间的关联性，因此需对数据库中的数据进行标准化处理。

2.2.1 中药名称的标准化

根据 2020 版《中华人民共和国药典》及第十版《中药学》，对中药名称的标准化按照以下原则处理：①因中药产地不同而名称不同者，如淮山药与山药，统一为山药；②同一中药因不同的炮制方法，造成功效相近但名称不同者，如生黄芪与炙黄芪，统一为黄芪；③因不同医家书写习惯而造成名称差异者，如蒲公英与公英，统一为蒲公英；④同一中药而有不同名称者，如夜交藤与首乌藤，统一为夜交藤；⑤同一中药因不同取材部位但功效类似者，如橘红与陈皮，统一为陈皮；⑥同一中药因加工形式不同而名称不同者，如芒硝与朴硝，统一为芒硝。部分中药名称标准化处理后对照见表 1。

表 1 部分中药名称标准化对照表

序号	中药名称标准化前	中药名称标准化后
1	生甘草、蜜甘草、炙甘草	甘草

2	清半夏、姜半夏、法半夏、法夏…	半夏
3	元胡、玄胡…	延胡索
4	煅牡蛎、生牡蛎	牡蛎
5	薏米，薏仁	薏苡仁
6	乌贼骨	海螵蛸
7	炒白术、生白术、麸炒白术	白术
8	白芨	白芨
9	紫苏叶、苏梗、苏叶	紫苏
10	煅瓦楞、煅瓦楞子	瓦楞子
11	生黄芪、炙黄芪	黄芪
12	三七粉	三七
13	焦山楂、炒山楂	山楂
14	焦栀子、炒栀子	栀子
15	炒麦芽	麦芽
16	麸炒枳壳	枳壳
17	生石膏	石膏
18	炮附片、制附子	附片
19	姜竹茹	竹茹
20	红枣	大枣
21	浙贝、大贝母、象贝	浙贝母
22	全瓜蒌、瓜蒌皮	瓜蒌
23	炒山药、淮山药	山药
24	北柴胡、醋柴胡	柴胡
25	姜厚朴、川厚朴	厚朴
26	朴硝、元明粉	芒硝
27	枣皮	山茱萸
28	橘红	陈皮
29	首乌藤	夜交藤
30	元参	玄参

2.2.2 证型及方剂名称的标准化

中医证型的标准化参照《失眠症中医临床实践指南（WHO/WPO）》^[6]及《中医诊断学》（全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材，中国中医药出版社出版），《失眠症中医临床实践指南（WHO/WPO）》中将失眠分为9个证型分别为心脾两虚证、心胆气虚证、瘀血内阻证、肝郁化火证、阴虚火旺证、痰热内扰证、心火炽盛证、胃气失和证、心肾不交证；根据上述指南中的证型名称标准将数据库中的证型进行名称的标准化，如痰热扰心证、痰火扰心证统一为痰热内扰证，胃腑失和证统一为胃气失和证等。参照新世纪第四版《方剂学》（全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材，中国中医药出版社）对方剂的名称进行标准化处理，同一基础方临证加减化裁者命名在基础方后缀“加减”，如“黄连温胆汤加减”；关于医家自拟的经验方，有自拟名称者则以自拟名称命名，或以“自拟**方”等命名，如“自拟疏肝健脾方”。

2.3 数据的导入与处理

运用古今医案云平台系统（V2.3.5）将经过标准化处理之后的数据导入到分析池中，运用平台系统中数据挖掘的不同板块对分析池中的中药、证型等数据分别进行统计与分析。频数分析是对数据库中录入的中药、功效、四气五味、归经、证型以及方剂等数据出现的次数进行排列，找出本病临床上常见的证型以及治疗时常用到的中药、方剂等，并对其功效、属性等进行分析；关联分析是根据中药-证型、中药-中药之间的相关性，寻找出不同证型的用药规律和常用药物组合；聚类分析是根据不同中药成分以及不同功效之间存在的亲疏关系，并对其进行分类，对于其作用机理的研究具有积极作用；复杂网络分析是对分析池中所有方剂里面所涉及的全部药物进行统计并分析，探索出从“和胃”角度出发论治失眠的核心处方，探索出不同药物之间隐藏的价值联系，以期为临床用药和药物研发开拓思路。

3. 文献研究结果

3.1 频数分析

3.1.1 药物频次统计

对录入的 150 首处方中的所有中药进行频次统计并分析,发现共含有 178 味中药,药物使用总频次为 1793 次,其中使用频数 ≥ 20 的中药共有 30 味,按照使用的频次由高到低排列,前十位依次是:半夏 95 次、甘草 92 次、茯苓 88 次、陈皮 78 次、黄连 56 次、白术 53 次、枳实 44 次、远志 44 次、酸枣仁 42 次、柴胡 38 次。统计频次使用高低排列前 30 位的中药,具体见表 2。

表 2 高频次中药频次(≥ 20)统计表(n=178)

序号	中药统计分析	频次	百分比	序号	中药统计分析	频次	百分比
1	半夏	95	63.33%	2	甘草	92	61.33%
3	茯苓	88	58.67%	4	陈皮	78	52.00%
5	黄连	56	37.33%	6	白术	53	35.33%
7	枳实	44	29.33%	8	远志	44	29.33%
9	酸枣仁	42	28.00%	10	柴胡	38	25.33%
11	党参	37	24.67%	12	竹茹	35	23.33%
13	黄芩	35	23.33%	14	白芍	33	22.00%
15	夜交藤	33	22.00%	16	枳壳	31	20.67%
17	麦芽	29	19.33%	18	石菖蒲	28	18.67%
19	龙骨	27	18.00%	20	大枣	27	18.00%
21	黄芪	27	18.00%	22	郁金	26	17.33%
23	牡蛎	24	16.00%	24	神曲	23	15.33%
25	生姜	23	15.33%	26	厚朴	23	15.33%
27	当归	22	14.67%	28	干姜	22	14.67%

序号	中药统计 分析	频次	百分比	序号	中药统计 分析	频次	百分比
29	茯神	21	14.00%	30	木香	20	13.33%
31	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

3.1.2 药物功效统计

将数据库中所含有的 178 味中药导入到云平台的中药功效板块进行频数统计,得到 337 种不同的中药功效;其中使用频次最高的为燥湿化痰药,达 187 次,在全部中药功效中占比为 10.43%。使用的中药功效频次 >50 次的具体可见表 3、图 1。

表 3 中药功效频次表

序号	功效统计分析	频次	百分比
1	燥湿化痰	187	10.43%
2	清热解毒	114	6.36%
3	宁心	109	6.08%
4	降逆止呕	99	5.52%
5	消痞散结	95	5.30%
6	清热燥湿	94	5.24%
7	补脾益气	92	5.13%
8	缓急止痛	92	5.13%
9	祛痰止咳	92	5.13%
10	调和诸药	92	5.13%
11	泻火解毒	91	5.08%
12	利水渗湿	89	5.08%
13	健脾	89	4.96%
14	安胎	88	4.91%
15	理气健脾	78	4.35%
16	补中益气	64	3.57%
17	止汗	63	3.51%
18	生津	56	3.12%
19	健脾和胃	54	3.01%

序号	功效统计分析	频次	百分比
20	燥湿利水	53	2.96%
21	健脾益气	53	2.96%
22	疏肝解郁	53	2.96%
23	安神益智	53	2.96%
24	.....	...	...

功效分布图

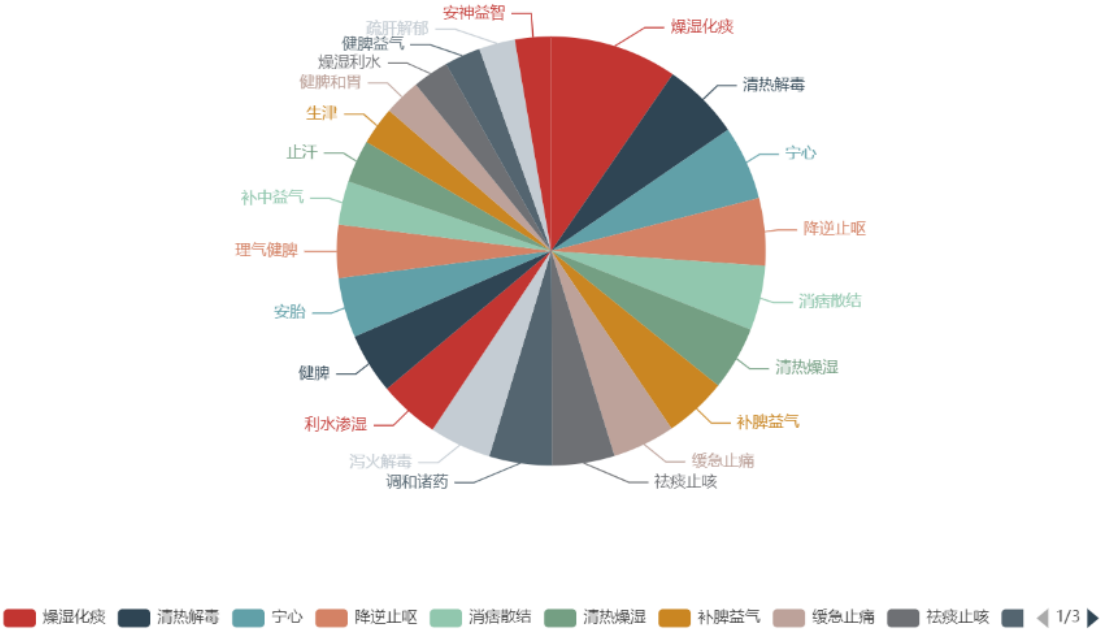


图 1 中药功效分布图

3. 1. 3 中药归经统计

将 178 味中药全部导入到云平台中的中药属性归经板块，统计不同归经出现的次数并对其进行分析，其中频次出现最多的为脾经，达 989 次，其次分别为肺经 821 次、胃经 749 次、心经 666 次、肝经 457 次；具体结果如表 4、图 2 所示。

表 4 中药归经统计表

序号	归经统计分析	频次	百分比
1	脾	989	55.16%

序号	归经统计分析	频次	百分比
2	肺	821	45.79%
3	胃	749	41.77%
4	心	666	37.14%
5	肝	457	25.49%
6	肾	330	18.40%
7	胆	180	10.04%
8	大肠	133	7.42%
9	三焦	53	2.96%
10	膀胱	41	2.29%
11	心包	34	1.90%
12	小肠	20	1.12%

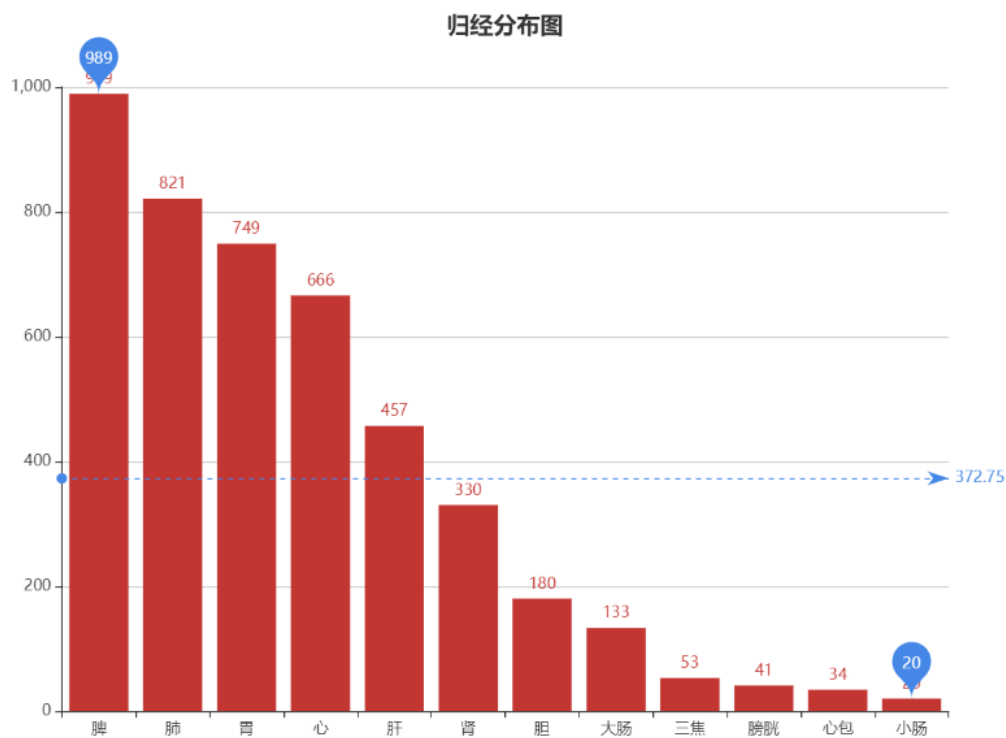


图 2 中药归经分布图

3.1.4 中药属性统计

将全部处方中的中药导入到中药四气五味板块进行统计并分析后发现,使用的全部中药的药性共 9 种,其中使用最多的为温性药,达 555 次(30.95%);其次分别为平性药 504 次(28.11%),微寒药 275 次(15.34%),

寒性药 242 次(13.50%)，微温药 96 次(5.35%)，热性药 32 次(1.78%)，凉性药 30 次(1.67%)，大热药 11 次(0.61%)，大寒药 4 次(0.22%)。具体见表 5，图 3。

所用中药五味排名前三的分别是甘味 817 次(45.57%)，辛味 722 次(40.27%)，苦味 714 次(39.82%)。具体见表 6，图 4。

表 5 中药四气统计表

序号	四气	频次	百分比
1	温	555	30.95%
2	平	504	28.11%
3	微寒	275	15.34%
4	寒	242	13.50%
5	微温	96	5.35%
6	热	32	1.78%
7	凉	30	1.67%
8	大热	11	0.61%
9	大寒	4	0.22%

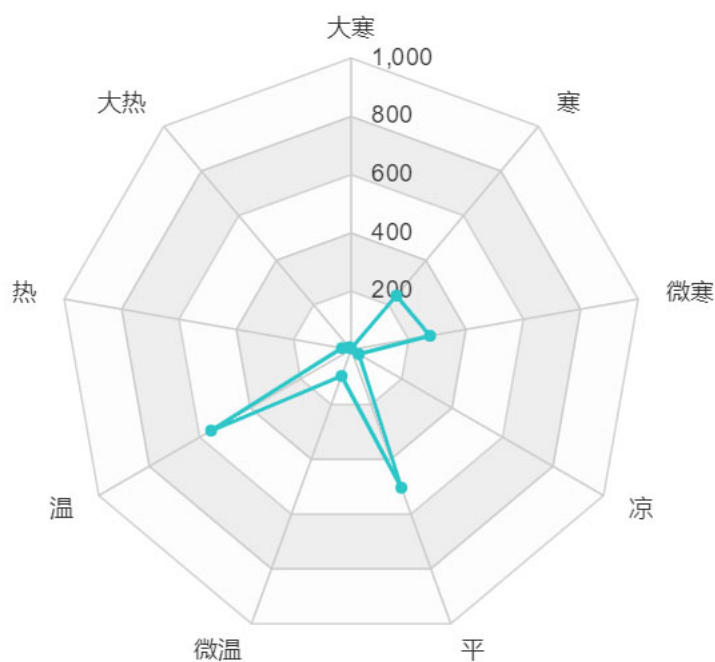


图 3 中药四气雷达图

表 6 中药五味统计表

序号	五味	频次	百分比
1	甘	817	45.57%
2	辛	722	40.27%
3	苦	714	39.82%
4	酸	197	10.99%
5	淡	124	6.92%
6	微苦	61	3.40%
7	咸	50	2.79%
8	涩	45	2.51%
8	微甘	17	0.95%
10	微辛	6	0.33%

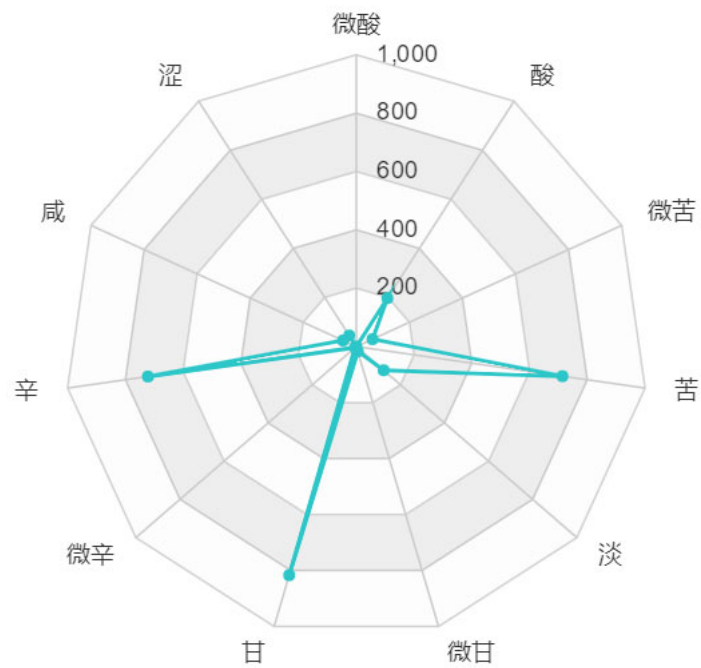


图 4 中药五味雷达图

3. 1. 5 证型统计

收录的 150 首处方通过证型的规范化处理后，统计发现共涉及 36 种不同中医证型，其中有 19 个中医证型出现频次 ≥ 2 ，其中以痰热内扰证的

出现频次最多,达 24 次,占全部频次的 16.00%;其次肝胃不和证出现 14 次,占全部频次的 9.33%;痰湿中阻证出现 12 次,占全部频次的 8.00%,具体见表 7,图 5。

表 7 频次 ≥ 2 的中医证型统计表 (n=150)

序号	中医证候	频次	百分比
1	痰热内扰证	24	16.00%
2	肝胃不和证	14	9.33%
3	痰湿中阻证	12	8.00%
4	湿热蕴脾证	12	8.00%
5	脾胃虚弱证	10	6.67%
6	肝郁脾虚证	8	5.33%
7	脾虚湿阻证	8	5.33%
8	寒热错杂证	8	5.33%
9	心脾两虚证	7	4.67%
10	食滞胃脘证	6	4.00%
11	中焦虚寒证	5	3.33%
12	腑实不通证	5	3.33%
13	肝脾不调证	5	3.33%
14	胃阴虚证	4	2.67%
15	痰食内扰证	4	2.67%
16	寒湿困脾证	2	1.33%
17	气阴两虚证	2	1.33%
18	肝胃郁热证	2	1.33%
19	胃火炽盛证	2	1.33%
20	.....	.....	.....

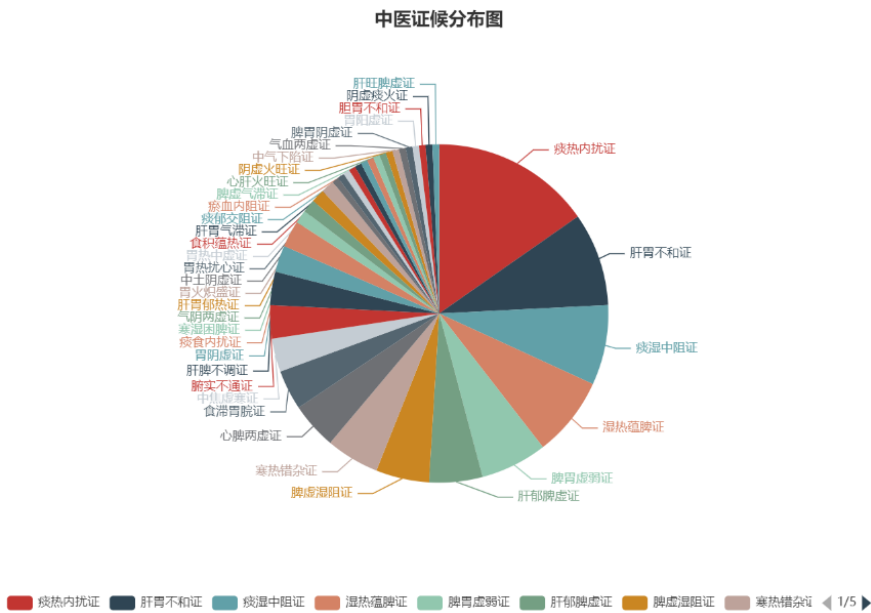


图 5 中医证型分布图

3. 1. 6 方剂统计

收录的 150 首处方方剂名称通过规范化处理后，统计发现共涉及 38 种不同方剂，其中有 20 种方剂使用的频次 ≥ 2 ，以温胆汤和黄连温胆汤出现频次最高，各达 17 次(在全部处方中各占比为 11.33%)，其次为归脾汤使用频次达 13 次(在全部处方中占比为 8.67%)、柴胡舒肝散使用频次达 10 次(在全部处方中占比为 6.67%)、半夏泻心汤使用频次达 9 次(在全部处方中占比为 6.00%)及逍遥散使用频次达 8 次(在全部处方中占比为 5.33%)，因不同医家自拟的和胃安神方、自拟健脾养心方均为其个人经验方，故不纳入此次研究分析中。具体见表 8、图 6。

表 8 频次 ≥ 2 的方剂统计表

序号	方剂名称	频次	百分比
1	温胆汤	17	11.33%
2	黄连温胆汤	17	11.33%
3	归脾汤	13	8.67%
4	柴胡舒肝散	10	6.67%
5	半夏泻心汤	9	6.00%
6	逍遥散	8	5.33%
7	大承气汤	8	5.33%
8	半夏秫米汤	7	4.67%
9	自拟和胃安神方	6	4.00%

序号	方剂名称	频次	百分比
10	六君子汤	6	4.00%
11	保和丸	6	4.00%
12	益胃汤	5	3.33%
13	黄芪建中汤	5	3.33%
14	参苓白术散	3	2.00%
15	自拟健脾养心汤	2	4.00%
16	厚朴温中汤	2	1.33%
17	香砂六君子汤	2	1.33%
18	理中汤	2	1.33%
19	清胃散	2	1.33%
20	四君子汤	2	1.33%

注：百分比=方剂频次/全部处方数（即 150 个处方数据）

方剂分布图

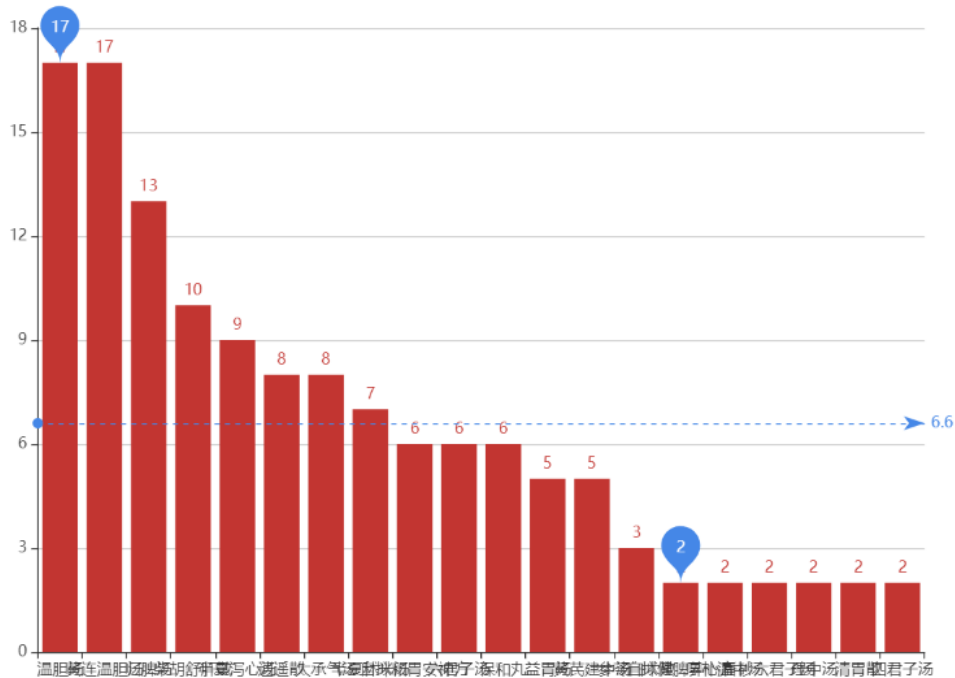


图 6 方剂频次柱状图

3.2 关联分析

关联分析主要用于探索数据的隐含信息,通过对支持度和置信度的不同设置,探索出隐藏在数据库中不同事物之间的依赖关系和相关性,找出在大规模数据中潜在的隐藏价值关系,如探索出临床常用的药物组合规律以及不同证型与药物的之间的潜在联系等。支持度表示前项与后项在一个数据集中同时出现的频率,以 A、B 两种不同药物举例说明,支持度反映

A 药物与 B 药物在处方中同时出现的频率，频率越低则提示 A、B 两种药物之间的联系越低；置信度指的是 B 药物出现时，A 药物是否也会出现的概率，当置信度为 100% 时，则说明 B 药物出现时，A 药物一定出现，如果置信度太低，则提示 A 与 B 关系不大。或者提示 B 关联的不是 A；提升度反映关联规则中 A 与 B 的相关性，提升度 >1 且越高，则表明 A、B 两种不同药物的正相关性就越高，当提升度 $=1$ 时，则表明 A、B 没有相关性。

3.2.1 药物关联分析

将分析池中经规范化处理后的全部中药进行关联分析，关联的前后项均选择为中药，提升度保证始终 >1 ，同时支持度设置为 >0.2 ，置信度设置为 >0.5 ，共可得到 24 对中药药对。按照频次出现的高低排列，前 10 对药物组合分别是：半夏-茯苓(67 次)、茯苓-半夏(67 次)、陈皮-茯苓(62 次)、茯苓-陈皮(62 次)、半夏-陈皮(61 次)、陈皮-半夏(61 次)、半夏-甘草(58 次)、甘草-半夏(58 次)、甘草-茯苓(56 次)、茯苓-甘草(56 次)，药物关系可见图 7。按照置信度的高低将不同药物组合进行排列，具体见表 9。

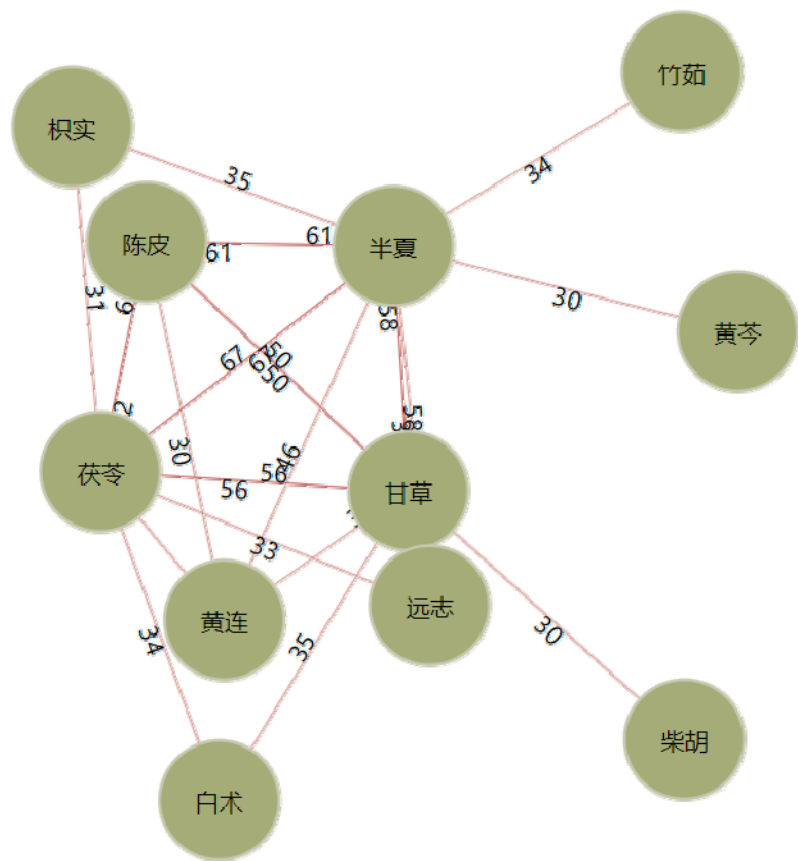


图 7 药对关系图

表 9 关联药对统计表（支持度 ≥ 0.2 ，置信度 ≥ 0.5 ，提升度 >1 ）

序号	中药	中药	支持度	置信度	提升度	共现度
1	竹茹	半夏	0.23	0.97	1.53	34
2	黄芩	半夏	0.2	0.86	1.36	30
3	黄连	半夏	0.31	0.82	1.29	46
4	枳实	半夏	0.23	0.8	1.26	35
5	陈皮	茯苓	0.41	0.79	1.35	62
6	柴胡	甘草	0.2	0.79	1.29	30

序号	中药	中药	支持度	置信度	提升度	共现度
7	陈皮	半夏	0.41	0.78	1.23	61
8	茯苓	半夏	0.45	0.76	1.2	67
9	远志	茯苓	0.22	0.75	1.28	33
10	半夏	茯苓	0.45	0.71	1.21	67
11	茯苓	陈皮	0.41	0.7	1.35	62
12	枳实	茯苓	0.21	0.7	1.19	31
13	远志	半夏	0.2	0.68	1.07	30
14	白术	甘草	0.23	0.66	1.08	35
15	半夏	陈皮	0.41	0.64	1.23	61
16	茯苓	甘草	0.37	0.64	1.04	56
17	陈皮	甘草	0.33	0.64	1.04	50
18	白术	茯苓	0.23	0.64	1.09	34
19	甘草	半夏	0.39	0.63	0.99	58
20	黄连	甘草	0.23	0.63	1.03	35
21	半夏	甘草	0.39	0.61	0.99	58
22	甘草	茯苓	0.37	0.61	1.04	56
23	黄连	茯苓	0.23	0.61	1.04	34
24	甘草	陈皮	0.33	0.54	1.04	50
25	黄连	陈皮	0.2	0.54	1.04	30

3.2.2 药证关联分析

对分析池中所有的处方数据进行“证型-中药”的关联分析,保证提升度 >1 ,同时设置支持度为 >0.04 ,置信度为 >0.5 ,共可得到 42 组药证组合,按照置信度高低,将其依次排列,具体见表 10。

表 10 证型中药关联统计表

序号	中医证候	中药	支持度	置信度	提升度	共现度
1	痰热内扰证	半夏	0.16	1.0	1.58	24
2	寒热错杂证	黄连	0.05	1.0	2.68	8
3	食滞胃脘证	半夏	0.04	1.0	1.58	6
4	食滞胃脘证	神曲	0.04	1.0	6.52	6
5	食滞胃脘证	陈皮	0.04	1.0	1.92	6
6	食滞胃脘证	山楂	0.04	1.0	8.82	6
7	痰湿中阻证	半夏	0.07	0.92	1.45	11
8	痰湿中阻证	茯苓	0.07	0.92	1.57	11
9	痰湿中阻证	陈皮	0.07	0.92	1.77	11
10	湿热蕴脾证	半夏	0.07	0.92	1.45	11
11	肝郁脾虚证	白术	0.05	0.88	2.49	7
12	寒热错杂证	半夏	0.05	0.88	1.39	7
13	寒热错杂证	干姜	0.05	0.88	6.0	7
14	寒热错杂证	黄芩	0.05	0.88	3.77	7
15	寒热错杂证	甘草	0.05	0.88	1.43	7
16	痰热内扰证	茯苓	0.13	0.83	1.41	20
17	痰热内扰证	竹茹	0.13	0.83	3.56	20
18	脾胃虚弱证	茯苓	0.05	0.8	1.36	8
19	脾胃虚弱证	白术	0.05	0.8	2.26	8
20	脾胃虚弱证	陈皮	0.05	0.8	1.54	8
21	痰热内扰证	陈皮	0.13	0.79	1.52	19
22	肝胃不和证	甘草	0.07	0.79	1.29	11
23	肝胃不和证	柴胡	0.07	0.79	3.12	11

序号	中医证候	中药	支持度	置信度	提升度	共现度
24	湿热蕴脾证	黄连	0.06	0.75	2.01	9
25	脾虚湿阻证	半夏	0.04	0.75	1.18	6
26	脾虚湿阻证	甘草	0.04	0.75	1.22	6
27	脾虚湿阻证	白术	0.04	0.75	2.12	6
28	寒热错杂证	大枣	0.04	0.75	4.17	6
29	痰热内扰证	枳实	0.11	0.71	2.42	17
30	脾胃虚弱证	大枣	0.05	0.7	3.89	7
31	脾胃虚弱证	黄芪	0.05	0.7	3.89	7
32	脾胃虚弱证	甘草	0.05	0.7	1.14	7
33	痰热内扰证	甘草	0.11	0.67	1.09	16
34	痰湿中阻证	甘草	0.05	0.67	1.09	8
35	肝胃不和证	茯苓	0.06	0.64	1.09	9
36	肝胃不和证	白术	0.05	0.57	1.61	8
37	痰热内扰证	黄连	0.09	0.54	1.45	13
38	痰热内扰证	远志	0.08	0.5	1.7	12
39	肝胃不和证	白芍	0.04	0.5	2.27	7
40	湿热蕴脾证	茯苓	0.04	0.5	0.85	6
41	湿热蕴脾证	竹茹	0.04	0.5	2.14	6
42	湿热蕴脾证	黄芩	0.04	0.5	2.14	6

根据上述表 10，按置信度从高到低排序，发现痰热内扰证常用中药为半夏、茯苓、竹茹、陈皮、枳实、甘草、黄连、远志；寒热错杂证常用中药为黄连、半夏、干姜、黄芩、甘草、大枣；食滞胃脘证常用中药为半夏、神曲、陈皮、山楂；痰湿中阻证常用中药为半夏、茯苓、陈皮、甘草；湿热蕴脾证常用中药为白术、黄连、茯苓、竹茹、黄芩；脾胃虚弱证常用

中药为茯苓、白术、陈皮、大枣、黄芪、甘草；肝胃不和证常用中药为甘草、柴胡、茯苓、白术、白芍；脾虚湿阻证常用中药为半夏、甘草、白术。

3.3 聚类分析

将频数分析中筛选出的使用频次 ≥ 20 次的 30 味中药进行聚类分析，距离类型选择为欧氏距离，距离方法选择为最长距离法，以 >8 为分组距离，药物聚类关系可见图 8、图 9。

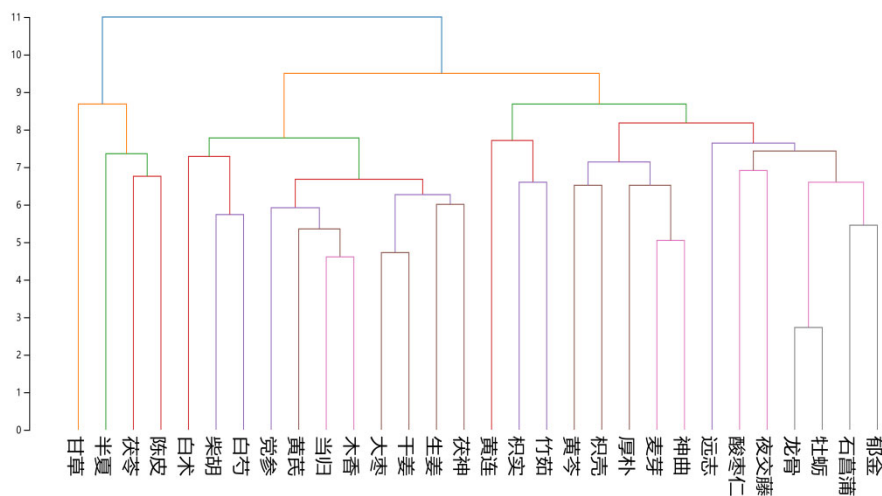


图 8 药物聚类分析竖向图

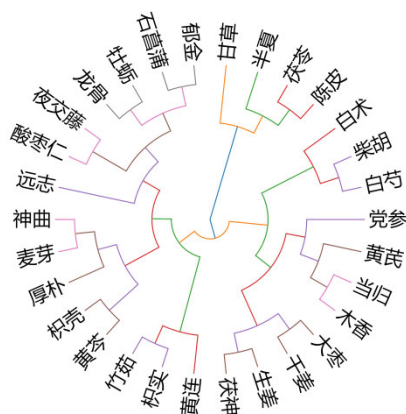


图 9 药物聚类分析圆形图

根据上述聚类分析的图 8、图 9，同时结合专业知识，共可得到 6 组药物：

第 1 组：甘草、半夏、茯苓、陈皮；

第 2 组：白术、柴胡、白芍；

第 3 组：党参、黄芪、当归、木香、大枣、干姜、生姜、茯神；

第 4 组：黄连、枳实、竹茹；

第 5 组：黄芩、枳壳、厚朴、麦芽、神曲；

第 6 组：远志、酸枣仁、夜交藤、龙骨、牡蛎、石菖蒲、郁金。

3.4 复杂网络分析

将出现总频次达 1793 次的 178 味中药进行复杂网络分析，设置边权重为 25，置信度设为 0.5，布局选用 random 模式，得到从“和胃”角度治疗失眠的核心处方，其共包含 13 味中药，分别是：半夏、茯苓、陈皮、甘草、黄连、白术、枳实、竹茹、远志、黄芩、柴胡、酸枣仁、党参。具体结果见表 11、图 10。

表 11 中药节点权重表

序号	节点名称	节点名称	权重	序号	节点名称	节点名称	权重
1	半夏	茯苓	67	17	陈皮	黄连	30
2	陈皮	茯苓	62	18	柴胡	甘草	30
3	半夏	陈皮	61	19	半夏	远志	30
4	半夏	甘草	58	20	枳实	甘草	29
5	茯苓	甘草	56	21	陈皮	远志	29
6	陈皮	甘草	50	22	竹茹	茯苓	29
7	半夏	黄连	46	23	陈皮	竹茹	28
8	半夏	枳实	35	24	甘草	远志	28
9	白术	甘草	35	25	白术	陈皮	28
10	黄连	甘草	35	26	酸枣仁	半夏	27
11	半夏	竹茹	34	27	陈皮	枳实	26
12	茯苓	黄连	34	28	酸枣仁	甘草	26

序号	节点名称	节点名称	权重	序号	节点名称	节点名称	权重
13	白术	茯苓	34	29	党参	甘草	25
14	茯苓	远志	33	30	半夏	白术	25
15	茯苓	枳实	31	31	酸枣仁	陈皮	25
16	黄芩	半夏	30				

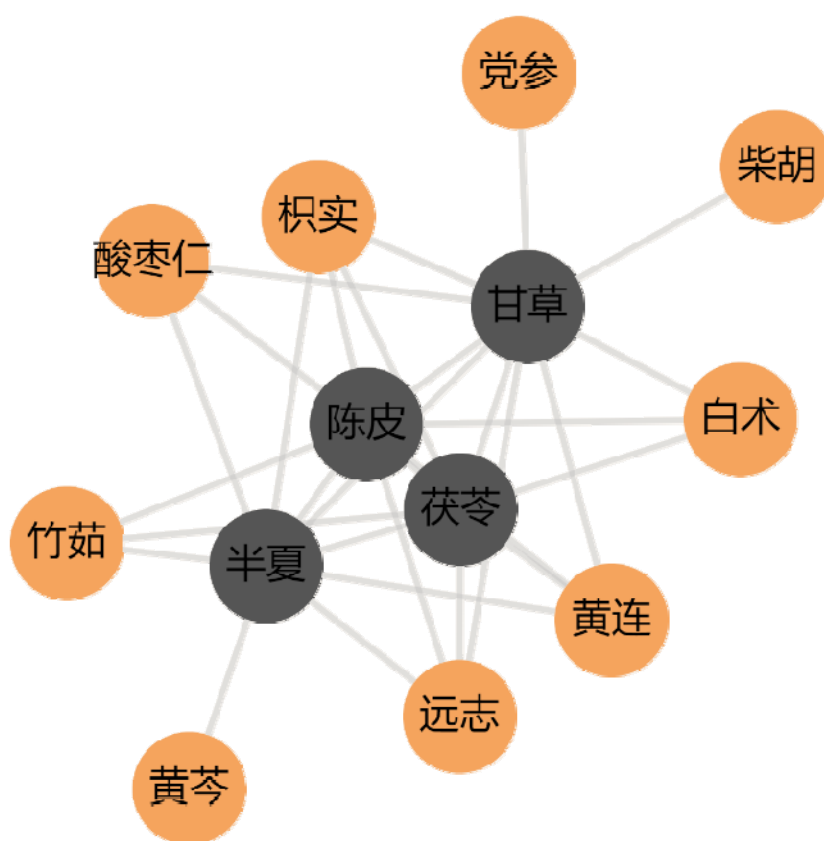


图 10 中药复杂网络分析图（边权重>25）

4. 讨论

4.1 频数分析结果讨论

4.1.1 高频中药结果分析

本次研究数据库中共计纳入中药处方数据 150 条，涉及中药 178 味，且中药使用总频次达 1793 次，功效总体以燥湿、清热、宁心为主，其中

有 30 味中药使用频次 ≥ 20 , 有 16 味中药使用频次 ≥ 30 , 分别是:半夏、甘草、茯苓、陈皮、黄连、白术、枳实、远志、酸枣仁、柴胡、党参、竹茹、黄芩、白芍、夜交藤、枳壳, 是当代医家基于“胃不和则卧不安”理论治疗相关性失眠的临床常用药物。以《中国药典》2020 年版为参考依据, 对使用频次前十位的高频中药做简要分析:

半夏味辛, 性温, 且有毒, 归脾、胃、肺经, 具有燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结等功效; 因其功善燥湿, 历代医家认为其为治痰要药, 可用于多种痰证, 同时半夏在治疗失眠方面也有广泛应用。半夏最早记载于汉代的《礼记月令》中, 曰:“五月半夏生, 盖当夏之半也, 故名”。古人将夏至分为三候: 一候鹿角解, 二候蝉始鸣, 三候半夏生。半夏生长于夏至的前后, 在夏至节气之前, 天地之间为纯阳之气, 中医认为“夏至一阴生”, 到了夏至, 阴气开始发动, 天气开始由阳转阴、由热转凉。故历代中医家认为半夏感一阴之气而生, 具有“交通阴阳”的作用, 从而能引阳入阴, 治疗失眠等症。张锡纯在《医学衷中参西录》中提到:“半夏生当夏半, 乃阴阳交换之时, 实为阳入阴之候, 故能通阴阳合表里, 使阴中之阳渐渐潜藏于阴, 而入睡乡也。”故半夏在临床治疗失眠病证方面有许多记载, 如《灵枢·邪客》中记载:“……饮以半夏汤一剂, 阴阳已通, 其卧立至。”

《小品方》中记载的流水汤(组成为半夏、粳米、茯苓)用于治虚烦不得眠, 明代李时珍的《本草纲目》记载半夏能治“目不得瞑”, 《景岳全书》中记载半夏能治“不眠气结”, 清代《得配本草》记载半夏能“治不眠”, 而吴鞠通更是从剂量上提出半夏“一两降逆, 二两安眠”, 从量效关系上肯定半夏治疗失眠的作用。从法象药理学^[7]来看, 半夏能够治疗失眠的机制, 主要是符合中医理论中关于失眠是由“阳不入阴”引起的基本病机。根据现代药理学研究发现, 半夏具有明显的镇静催眠作用^[8], 能够协同戊巴比妥诱导的睡眠作用, 能缩短小鼠睡眠潜伏期, 延长睡眠时间^[9], 其作用机制可能是通过含有的生物碱、挥发油、脂肪酸等成分, 降低细胞内部分酶的活性, 从而起到对中枢神经系统的抑制作用^[10]。有研究报道, 当用半夏治疗失眠时, 剂量需用到 60-150g^[11], 但半夏有毒, 故临证时, 可 30g 起步

^[12]，根据患者病情及配伍酌情增加剂量。

甘草味甘，性平，归心、肺、脾、胃经，具有补脾益气、清热解毒、缓急止痛、调和诸药等功效；根据不同的炮制方法，甘草有诸多炮制品，如生甘草、炙甘草等，《药品化义》中记载甘草“取其性缓，缓可去急，同热药用之缓其热，寒药用之缓其寒，使补不至于骤，而泻不至于迅，有调和相协之义”，因甘草能调和诸药，故有称为“国老”，本研究所纳入的处方中使用甘草主要取其调和诸药的作用故临床上甘草常用于治疗寒热错杂之痞证。现代药理研究发现甘草具有抗肿瘤、抗炎、抗过敏、抗溃疡、神经保护等多种作用^[13]，其中甘草甜素^[14]可通过降低大脑中的 IL-6 细胞因子（IL-6 是一种与睡眠/剥夺关系密切的细胞因子），起到增强患者非快眼动睡眠的时间的作用；而甘草次酸对于脑脊液中某些内源性物质的分泌具有促进作用，可以起到改善睡眠的作用^[15]。

茯苓味甘、淡，性平，归心、肺、脾、肾经，有利水渗湿、健脾、宁心等功效；其药性平和，可用于治疗多脏病证，《药品化义》中记载茯苓：“……味独甘淡。甘则能补，淡则能渗，甘淡属土，用补脾阴，土旺木金，兼益肺气。”脾主运化，可将胃中之水饮上输至肺，肺为水之上源，通调水道，两者共同调节人体的水液代谢，而茯苓甘淡健脾，同时兼补肺气，一物而二功，健脾利水，使水邪从下焦而出，故《医学衷中参西录》称其为“渗湿利痰之主药”。根据现代药理学研究，发现茯苓不仅具有抗炎、抗氧化、抗肿瘤和增强机体免疫力的作用^[16]，同时还具有镇静催眠的作用^[17]，其作用机制与茯苓多糖能协同戊巴比妥发挥对中枢神经系统的抑制有关^[18]。

陈皮味辛、苦，性温，归肺、脾经，具有理气健脾、燥湿化痰的功效；陈皮味辛香走窜，善行脾胃之气滞。人体气机升降出入有序，则人体生理活动能正常维持，气机不利时则百病皆生。“胃不和”实质就是脾胃气机不畅，脾胃为人体气机升降之枢纽，而陈皮可以通过调节脾胃气机，治疗因气机不畅所产生的脘腹胀满、呕吐、疼痛等不适症状。现代药理研究发现，陈皮具有广泛抗炎、抗消化性溃疡、保护肝脏和调节精神心理情绪

等作用^[19]，同时其还能通过改善胃肠道平滑肌痉挛，起到排出肠道积气，调节胃肠功能的作用，另外还能增强食欲^[20]，其机制与其能促进消化液分泌^[21]分泌有关。

黄连味苦，性寒，归心、脾、胃、肝、胆、大肠经，具有清热燥湿、泻火解毒等功效；《古今医统大全》中记载：“痰火扰乱，心神不宁，思虑过伤、火炽痰郁而致不眠者，多矣。”说明失眠多由痰热内扰引起，与上述统计的证型分布中痰热内扰证居于首位的结果一致。《药品化义》中记载：“黄连，味大苦，性寒而清，能浮能降，力泻心火，性气薄而味厚。”黄连性寒，寒能胜热而不滞，根据不同的炮制方法，药性可升可降，如酒黄连善清上焦之火，姜黄连善清中焦湿热，兼能和胃止呕，而盐黄连则善清肾与膀胱之火，但其主要对心火及中焦湿热治疗效果佳，而心火亢盛与痰热内扰往往是失眠的常见病机，故黄连在失眠症中常用。现代药理学研究发现黄连不仅具有抗炎、抗病毒、抗肿瘤、抗心脑血管疾病^[22]而且还具有镇静催眠^[23]的作用，其作用机制与其含有的生物碱能透过血脑屏障，发挥对中枢神经产生抑制作用有关。

白术味甘、苦，性温，归脾、胃经，有健脾益气、燥湿利水、止汗、安胎等功效；历代医家称白术为“脾脏补气健脾第一要药”，广泛用于治疗脾胃虚弱诸症，李中梓更是在《本草通玄》中称白术为“补脾胃之药，更无出其右者。”失眠的关键病机是阴阳失调^[24]，此阴阳具体指的是营卫二气，如《灵枢·营卫生会篇》记载到：“卫气行于阴二十五度，行于阳二十五度，分为昼夜，故气至阳而起，至阴而止。”白天卫气运行于阳分，阳气充盛，故人处于清醒状态，夜间运行于阴分，阴气足够，则进入睡眠，而脾胃为营卫生化之源，只有脾胃功能良好，才能不断化生营卫之气，维持其循环不休的状态，保证人体能“昼精而夜瞑”。当脾胃虚弱时，气血生化乏源，化生营阴、卫阳不足，卫气当出于阳而不能出，当入于阴而不能入，此时失眠则易发生。清代马培之也提到：“脾处中州，为化生气血之脏，脾虚不能布津于胃，子令母虚，神不归舍，彻夜不寐。”故白术益气健脾，能为人体睡眠活动提供良好的物质基础。现代药理学研究白术不

仅能调节肠道运动,有抗炎、抗肿瘤等作用,而且对于神经细胞凋亡具有抑制作用,起到神经保护的作用^[25]。

枳实味苦、辛、酸,性微寒,归脾、胃经,具有破气消积、化痰散痞等功效;根据《药品化义》记载:“枳实,色黄,味大苦,专泻胃实……性猛酷而速下,开导坚结,有推墙倒壁之功……疗脐腹间实满,消痰癖,祛停水,逐痰水,破结胸,通便闭,非此不能也。”故张仲景《伤寒论》中承气汤用枳实,皆取其泻胃实、通便闭、破结实之义也。”当实邪积滞于胃脘,引起“胃不和”而致失眠时,则需枳实破其积滞,导邪而出。现代药理学研究发现枳实不仅能改善胃肠动力障碍,呈剂量依赖性^[26],而且还具有明显的镇静^[27]作用,与戊巴比妥催眠具有协同作用。

远志味苦、辛,性温,归心、肾、肺经,具有安神益智、交通心肾、祛痰、消肿等功效;远志自古以来在失眠方面就有广泛应用,《本草易读》里面记载远志能“养心神而润肺,安魂魄而益智”;《药品化义》记载远志能“凡痰涎沃心,壅塞心窍……以此豁痰利窍,使心气开通,则神魂自宁也。”《滇南本草》记载远志可“养心血,镇惊,宁心,散痰涎”;《本草害利》直接提出远志能“入心安神”。根据现代药理学研究,发现远志能减少小鼠戊巴比妥导致的睡眠潜伏期^[28],增加总睡眠时间,同时还具有改善记忆力,延长戊巴比妥的睡眠时间,其作用机制可能与 GABA 能信号通路以及神经代谢途径有关^[29]。

酸枣仁味甘、酸,性平,归肝、胆、心经,具有养心补肝、宁心安神,敛汗、生津等功效;因其性平,故酸枣仁为治疗失眠的常用药物,《药性切用》记载其“生用…以宁心安神;熟酸温…以养血安神。”《药品化义》记载“若胆虚血少,心烦不寐,用此使肝胆血足,则五脏安和,睡卧自宁”临床上酸枣仁用以益心血,炒过后其性化为微温,得温则以助心神,常与茯苓配伍使用,酸枣仁养心血,茯苓补心脾同时祛湿浊,两药合用,共奏健脾养肝、宁心安神之功,如治疗失眠的名方“酸枣仁汤”中就包含酸枣仁与茯苓。现代药理学研究发现,酸枣仁不仅具有镇静安神、抗焦虑、抗抑郁与抗肿瘤等多种作用^[30],同时能改善失眠,延长睡眠时间^[31],其机制

与激活 GABA 系统发挥镇静催眠有关^[32]。

柴胡味辛、苦，性微寒，归肝、胆、肺经。具有疏散退热、疏肝解郁、升举阳气的作用；《药品化义》中记载柴胡：“味微苦，主疏肝。”临床上，柴胡为疏肝解郁要药，对于因“肝气郁滞”引起的病证具有良好作用。由于现代生活节奏加快及生活压力大，失眠的病人往往多伴有焦虑、抑郁的状态，根据现代药理学研究，柴胡具有抗抑郁的作用，其发挥抗抑郁的机制与通过调节神经内分泌系统、改善炎症信号通路等方面有关^[34, 35]。

通过分析以上前十味高频中药的功效，以及现代药理学对其的研究后发现，高频使用的药物不仅能针对失眠的病因病机，起到间接安神的作用，同时这些药物往往还能镇静、催眠，起到直接治疗失眠的作用。

4.1.2 中药属性频数结果分析

中药的属性包括药物的四气五味、功效、归经等。

本次研究发现在药物四气统计中以温性药(555 次, 占比 30.95%)与平性药(504 次, 占比 28.11%)使用最多, 其次为微寒性药(275 次, 占比 15.34%)与寒性药(242 次, 占比 13.50%), 热性药使用较少。中医治病, 讲究阴阳平衡, 故“寒者热之”、“热者寒之”, 性温可以燥湿、可以温阳, 治疗寒证, 性寒可以泻火, 治疗热证, 平性药则药性平和, 寒热界限不明显, 作用和缓。通过上述统计发现“胃不和”引起的失眠, 多由痰、湿、热等病理因素引起, 故常须寒热并用方能取效, 如“黄连温胆汤”。安神药中的基本药性为平性药, 性平则能避免偏于寒、热, 引起阴阳不平衡^[36]。现代研究发现, 平性植物类安神药中广泛存在的蒽醌类、皂苷类、酚酸类等物质, 均存在改善睡眠的作用^[37], 而在清代医家治疗失眠的药物中, 以平性药使用频次最多, 如茯苓、茯神、夜交藤、龙眼肉等^[38]。

在药物五味统计中发现以甘味药使用最多(817 次, 占比 45.57%), 其次为辛味药(722 次, 占比 40.27%)、苦味药(714 次, 占比 39.82%), 甘味能补、能和、能缓, 能和中安神、益气养血, 用于治疗因气血虚弱引起的失眠; 辛味能行能散, 能行气解郁, 治疗因情志不畅引起的失眠; 苦味能泄、能燥、能坚, 能清热泻火、燥湿化痰、泻火存阴, 治疗因火热扰

神、痰热内扰引起的失眠。但味过苦、过辛均能损伤人体正气，故常常加用甘味药缓和其峻烈之性，如半夏泻心汤中，半夏辛能疏通气机，黄连、黄芩苦能泻火，甘草调和药性，本方辛、甘、苦合用，治疗寒热错杂之失眠。

在药物归经统计中发现，以脾经为主，肺、胃、心、肝、肾等脏器均有涉及。说明失眠的发生与五脏及胃联系密切。《黄帝内经》记载“心藏脉，脉舍神”，“盖寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐（《景岳全书》）”；“肺主气，气舍魄”，“魂魄飞扬，使人卧不得安而喜梦（《灵枢·淫邪发梦》）”；“脾藏营，营舍意，脾气虚则四肢不用，五脏不安”；“肝藏血，血舍魂”，“肝热病者……胁满痛，手足躁，不得安卧（《素问·刺热论》）”；“肾藏精，精舍志，肾气虚则厥，实则胀，五脏不安”。黄元御的“土枢四象，一气周流”理论则提出：土为金、木、水、火四象之母而实生四象，只有土气的正常枢转^[39]才能维持四象的正常运行，故黄元御认为治疗失眠主要是恢复脾土的正常枢转功能，脾胃升降气机功能正常则能上清心火下温肾水，左畅肝气右敛肺魄，脾土功能正常，则能安五脏，五脏安和则人得安寐。

通过统计并分析全部 178 味中药的功效后发现，在所有功效中使用频次较高的为燥湿化痰、清热解毒、宁心、降逆止呕、消痞散结、清热燥湿、补脾益气、缓急止痛、祛痰止咳、调和诸药等功效。“胃不和”所引起的失眠，其实证多由痰热、痰湿、气郁、火盛引起，虚证多由气血虚弱引起，且有胃肠道不适的症状，故治疗时既应该针对病因病机选择相应的治法，如火盛则泻火解毒，痰湿则燥湿化痰，脾虚则补脾益气，同时针对失眠的主症，治以宁心安神，如此标本兼治，方可效如桴鼓。

4.2 方剂分析

通过对 150 篇文献进行分析，通过统计不同方剂出现的频次，得出从“和胃”角度治疗失眠的方剂主要有：温胆汤、黄连温胆汤、归脾汤、柴胡舒肝散、半夏泻心汤、逍遥散、大承气汤、半夏秫米汤等。现对上述方剂进行简要分析：

温胆汤最早载于南北朝时期的《集验方》中，后被唐代孙思邈的《备急千金要方》收录，曰：“治大病后虚烦不得眠……宜服之方”，南宋时期陈无择著的《三因极一病证方论》中出现了三首温胆汤，从此后世医家所用的温胆汤多由陈氏温胆汤变化而来，陈氏温胆汤的主要组成为半夏、竹茹、枳实、陈皮、甘草、茯苓、生姜、大枣，而黄连温胆汤则是在温胆汤的基础上加黄连组成，两方皆用于治疗由“痰”而引起的各种病症。中医认为失眠的病因主要分为虚实两端，即以心火、痰热、肝郁等引起的相关实证和以心脾气血虚弱为主引起的相关虚证。温胆汤温凉兼顾，以半夏为君，竹茹为臣，半夏与竹茹相合，一温一凉，相反相成，对于痰热互结中焦之病证，既清既温，可得中和之妙，陈皮和枳实理气化痰，生姜与甘草，一散一守，散者散痰气也，守者守中气也，可使胃气得和，痰气渐消，茯苓不仅能健脾渗湿，绝生痰之源，同时发挥宁心安神的功效，大枣养血安神，以达治疗失眠之效。现代研究发现，温胆汤及其加减方对于改善失眠患者睡眠质量具有良好效果，与传统西药治疗相比，其作用温和、副作用小且复发率低的优点^[40]，同时温胆汤及其加减方在消化系统疾病方面也有广泛应用，如黄连温胆汤联合温针灸用于治疗慢性浅表性胃炎，发现其能够抑制胃黏膜炎性反应、提高 Hp 的根除率，并能保护胃黏膜，改善患者临床症状^[41]；如用温胆汤合旋覆花汤加减治疗痰瘀阻络证慢性萎缩性胃炎，发现温胆汤合旋覆花汤能延缓甚至阻断慢性萎缩性胃炎发展成胃癌的进程，同时能够改善胃黏膜表面的腺体，另外其能够降低服用 PPI 产生不良反应的发生率，并降低疾病的复发率^[42]；如温胆汤在治疗慢性胆囊炎方面疗效明显，且无明显不良反应，安全性较好^[43]。

归脾汤最早记载在宋代严用和的《济生方》中，其组成为：黄芪、人参、白术、茯苓、炙甘草、木香、龙眼肉、酸枣仁，原方主要用来治疗健忘、失眠等心脾两虚证，后经过元代危亦林的发挥，在其著作《世医得效方》中提出归脾汤可以用于治疗吐血、下血等脾不统血证，扩大了归脾汤的主治范围，明代薛立斋在其著作《校注妇人良方》中在上方基础上增加了两味药，远志与当归，此方便成了后世一直沿用之今的归脾汤。归脾汤为调

补心脾、补益气血之剂,明代赵献可《医贯》中提出:“心主血,脾裹血,肝藏血,归脾汤一方,三经之方也。”清代沈尧封在《沈氏女科辑要》中提出:“归脾汤方,确为补益血液专剂”;失眠症中,虚证以心脾气血虚弱为主,归脾汤益气健脾、养血安神,为心脾两虚证失眠之主方。现代研究发现,归脾汤治疗失眠疗效明显高于西药,且无明显不良反应^[44-49],其治疗失眠的机制,主要是通过影响多种中枢神经递质及部分炎性因子来实现,如调节下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA)、去甲肾上腺素(NE)、多巴胺(DA)和5-羟色胺(5-HT)等物质的含量,来影响睡眠结构,最终达到缓解失眠、改善睡眠质量等相关症状^[50]的目的。

柴胡舒肝散,出自《景岳全书》,由柴胡、陈皮、川芎、木香、芍药、枳壳、甘草组成,脾胃同居中焦,当因饮食、情志等因素导致中焦气机不畅,肝气郁滞,横逆犯土,引起脘腹胀满、胸胁胀痛等实证;或因脾胃素虚,土虚木克,脾胃为气机升降之枢纽,中气虚则枢纽转机不利,人体气机升降失衡,气血之运行不畅,出现“胃不和”的症状,而引起失眠。另外有多篇研究报导明确了慢性胃炎伴睡眠障碍与中医辨证分型的关系,认为肝胃不和型的慢性胃炎患者与失眠的发病紧密相关^[51, 52]。故治病求本,标本结合,治以疏肝理气,健脾和胃,舒畅气机,使脾胃功能恢复,“胃和”而“卧安”。现代研究发现,柴胡舒肝散在抗焦虑、抗抑郁方面具有良好效果^[53, 54],且无明显不良反应,其作用机理主要是抑制5-HT神经元功能,以及多种神经递质、细胞因子、信号通路等共同作用,从而达到抗焦虑抑郁的作用^[55, 56]。

半夏泻心汤,出自张仲景的《伤寒论》,由半夏、干姜、黄连、黄芩、人参、大枣、炙甘草组成,是治“痞”证的经典方剂,如《伤寒论》中记载:“但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之也,宜半夏泻心汤”,《金匱要略·呕吐下利病脉证治》篇提到:“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤治之。”脾胃为气机交通之枢纽,当中气因各种原因受损,则斡旋作用失司,枢机转输不利,气机则会壅滞于中焦,产生疼痛、恶心、痞满等不适,出现“胃不和”,长期气机壅滞,则会引起升降紊乱,出现上热下寒,

之后扰动心神，引起失眠，而半夏泻心汤具有辛开苦降、寒热平调之功，故能用于治疗失眠症。现代研究发现，半夏泻心汤在治疗失眠方面具有明显优势，较西药相比无明显副作用，且复发率低^[57-60]。

逍遥散出自宋代《太平惠民和剂局方》，由柴胡、当归、芍药、茯苓、白术、炙甘草、生姜、薄荷组成，为调和肝脾的主方。肝主藏血，当肝之藏血功能异常，则血不能正常归肝，无以安其舍，神魂则不能被滋养，出现失眠的症状；脾胃为气血生化之源，脾胃功能正常运行，则气血生化有源，心神到气血的滋养，则寤寐正常。随着经济的飞速发展以及越发快速的生活节奏，现在人们面临的生活、工作压力更大，大部分人常有心情抑郁、焦虑过度、饮食不规律或暴饮暴食等不良习惯，这些不良情绪常常引起肝气郁结，肝木克脾，从而引起脾的功能障碍，最终肝脾关系不协调。逍遥散则是现代医家治疗情志不遂、肝脾失和之失眠的主方，且疗效较好。现代研究发现逍遥散能促进失眠症状的缓解，提高睡眠质量^[61-63]。

4.3 关联分析结果讨论

4.3.1 药对关联

根据上述对支持度与置信度的设置，共可得到 24 条药对，其中主要包括竹茹、半夏、黄芩、黄连、枳实、陈皮、茯苓、柴胡、甘草、远志、白术等 11 味中药。其中置信度较高的药对有竹茹-半夏、黄芩-半夏、黄连-半夏、枳实-半夏等；不同药物在同一处方中同时出现次数较高的药对有半夏-茯苓、陈皮-茯苓、陈皮-半夏等。根据关联结果并结合专业知识将部分药对进行简要分析：

竹茹、半夏、枳实：《药品化义》记载竹茹“入胆、胃二经”，认为其“轻可去实，凉能去热，苦能降下，专清痰，为宁神开郁佳品”，现代《中国药典》记载竹茹的功效为“清热化痰，除烦，止呕”。半夏功善燥湿化痰。《本经逢源》记载枳实能“消食泻痰，滑窍破气”，《药品化义》认为枳实“开导坚结……疗脐腹间实满，消痰癖，祛停水，逐宿食，破结胸，通便闭……”，可知枳实破痰消积、化痰散痞之功显著。三药同用，一温一凉，如温胆汤，既能清化痰热，又能和胃利胆，邓老常用其加减治疗痰

热引起的失眠等症^[64]。

黄芩、黄连、半夏：黄芩、黄连、半夏的配伍主要出于《伤寒论》中的半夏泻心汤，半夏辛温，黄芩、黄连苦寒，三药合用，一温一寒，辛开苦降，总奏“散结除痞，调和寒热”之功，临床上常用其治疗寒热错杂之证，临床上寒热错杂证也是引起失眠的常见病因，故常配伍使用。

陈皮、半夏、茯苓：《药品化义》记载陈皮“性温，能升能降……用治膈痰呕逆、谷食酒毒……佐白术健脾……同半夏渗湿，合青皮去滞……”半夏功善燥湿化痰，陈皮既可燥湿化痰，又具有行气作用，两药相合，体现“治痰先治气，气行则痰消”之意，则燥湿化痰之功更甚，同时脾为生痰之源，再辅以茯苓健脾渗湿，减少痰的生成，同时对于因痰气上扰引起的头晕、目眩等症也具有治疗作用。临床上三药配伍应用广泛，如治痰名方“二陈汤”，治疗因脾虚痰湿引起的失眠疗效较好^[65]。

4.3.2 证型与用药分析

关于失眠的中医证候分型，临床上尚无公认统一的标准，大多是根据国家发布的指南标准和医家的临床经验体会分型，会存在一定的差异。如国家规划“十二五”教材《中医内科学》将失眠分为心胆气虚证、心脾两虚证、痰热扰心证、肝火扰心证以及心肾不交证 5 型^[66]；“十三五”教材则把失眠分为心胆气虚证、心脾两虚证、痰热内扰证、肝郁化火证以及阴虚火旺证 5 型^[1]。临床上见的失眠的病机往往更加复杂，故医家根据自己的经验提出新的分型，如严石林认为失眠与心关系最为密切，其从心论治失眠，将失眠分为 3 种实证分别为痰热扰心证、邪热扰心证和瘀血内阻证，4 种虚证分别为心气虚证、心阳虚证、心血虚证（包括血不养神与血虚脏燥）、心阴虚证（包括心阴失滋证、阴虚内热证与阴虚火旺证）共 7 型^[67]；谢建军从肝论治失眠，将其分为 5 种实证分别为肝血瘀阻证、肝火扰神证、肝气郁结证、肝寒犯胃证与肝经有痰证，3 种虚证分别为肝阳上亢证、肝血亏损证与肝阴不足证共 8 型^[68]；黄晓辉从肺论治分为肺失宣降、肺气壅滞、肺气不足与肺阴亏虚 4 型^[69]；路志正从脾胃论治分为脾虚湿阻、痰热扰心型，胃腑不和、心神不宁型，脾胃虚弱、血不养心型以及脾虚不运、

痰湿阻滞共 4 型^[70]；滕晶从心肝论治分为肝火扰心证、心肝血瘀证、心肝气滞证、心肝血虚证与阴虚火旺证 5 型^[71]；针对临床上关于失眠的不同辨证分型，国家中医药管理局及各行业协会也发布了相应指南与行业标准，如 2016 年《失眠症中医临床实践指南（WHO/WPO）》将失眠分为瘀血内阻、心火炽盛、心脾两虚、心胆气虚、心肾不交、肝郁化火、痰热内扰、阴虚火旺与胃气失和 9 型；2017 年中国睡眠研究会发布的《中国失眠症诊断和治疗指南》分为痰热扰心证、肝火扰心证、瘀血内阻证与胃气失和证 4 种实证以及心胆气虚证、心脾两虚证与心肾不交证 3 种虚证共 7 型^[72]。本次研究主要从“胃不和”探讨失眠的证型，从研究结果分析，与路志正提出的从脾胃论治失眠的证型基本相符。

根据上述药-证关联分析后发现，现代医家治疗失眠痰热内扰证失眠常用半夏、茯苓、竹茹、陈皮、黄连、枳实等，如黄连温胆汤；治疗寒热错杂证常用黄连、半夏、干姜、黄芩、甘草等，如半夏泻心汤；治疗食滞胃脘证常用半夏、神曲、陈皮、山楂等，如保和丸；治疗痰湿中阻证常用半夏、茯苓、陈皮、甘草等，如二陈汤；治疗脾胃虚弱证常用茯苓、白术、陈皮、大枣、黄芪、甘草等，如归脾汤。

4.4 聚类分析结果讨论

对使用频次 ≥ 20 的前 30 味中药通过聚类分析后共可得到 6 组药物：

第 1 组：甘草、半夏、茯苓、陈皮。为二陈汤的主要组成药物，二陈汤为治湿痰之要方，可治疗湿痰引起的多种病证，如痰湿内生，可郁而化火，郁热上扰心神导致失眠，如《证治要诀》提到：“有痰在胆经，神不归舍，亦令不寐。”《古今医统大全·不寐候》提到：“痰火扰心，心神不宁，思虑过伤，火炽痰郁，而致不寐者多矣”。《医学心悟·不得卧》提到：“有湿痰壅遏神不安者……用二陈汤导去其痰，其卧立安”。半夏燥湿化痰、和胃降逆，陈皮燥湿化痰，且理气行滞，体现“治痰先治气”之义，佐茯苓健脾渗湿，健脾以杜生痰之源，渗湿以助化痰之力，甘草健脾和中，调和诸药，诸药合用，标本兼治，痰湿去而寐自安。

第 2 组：白术、柴胡、白芍。柴胡功善疏肝解郁，为治疗“肝郁气滞”

证主药，白术益气健脾，适宜于脾胃虚弱等症，同时抑木扶土，《药品化义》记载白芍：“因酸走肝……肝性欲散恶敛，又取酸以抑肝……女人调经胎产，男子一切肝病，悉宜用之，调和气血。”白芍非脾经药，但经过炒用制其酸苦寒之性，亦能用于收敛脾气，能除脾虚腹痛、肠道湿热等症，此以泻肝之邪而缓中焦脾气也。白术与白芍合用，为临床上常用“抑木扶土”之组合，再辅以柴胡，三药合用，则具有疏肝解郁，柔肝健脾之功，可用于治疗木旺克土引起的腹痛、泄泻等症，同时也可用于治疗肝胃不和、肝脾不调引起的失眠。

第3组：党参、黄芪、当归、木香、大枣、生姜、茯神。党参、黄芪健脾益气，黄芪为“补气圣药”，当归为“补血良药”，黄芪、当归两药相伍，气血双补，为益气补血养心之法；生姜、大枣补中和胃、调和诸药，茯神宁心安神，木香理气健脾，如尤在泾提到：“……于甘温补养药中，而加木香醒脾行气”。诸药合用，可起到益气养血，健脾养心之功，如归脾汤，用于治疗脾胃气血虚弱型失眠。

第4组：黄连、枳实、竹茹。黄连性苦寒，善清上焦及中焦火热，竹茹清化痰热，枳实破气消积，三药合用，适宜于痰热阻滞较盛的失眠患者。

第5组：黄芩、枳壳、厚朴、麦芽、神曲；现代人们生活饮食不规律，常常暴饮暴食，引起脘腹胀满，进而引起失眠，而枳壳理气宽中、行滞消胀，厚朴燥湿化痰、行气除满，麦芽、神曲消食化积，饮食积滞往往郁而生热，故用黄芩清食积热，诸药合用，食消胃合而神安。

第6组：远志、酸枣仁、夜交藤、龙骨、牡蛎、石菖蒲、郁金。失眠的本质在心神不安，阴阳不平衡，安神药为治疗失眠的基础，且安神药中多为平性药，以防阴阳偏颇，酸枣仁、夜交藤养血安神；龙骨、牡蛎重镇安神；远志、菖蒲开窍化痰安神；郁金性寒，能清心安神。诸药合用，可针对失眠的主症，起到良好的治疗效果。

4.5 复杂网络分析结果讨论

对数据库中所有处方涉及的187味中药进行复杂网络分析，根据临床治疗需要提取出13味核心处方中药分别是：半夏、茯苓、陈皮、甘草、

黄连、白术、枳实、竹茹、远志、黄芩、柴胡、酸枣仁、党参。从中发现从“和胃”角度治疗失眠的核心处方及相似的方剂：1. 陈皮、半夏、茯苓、枳实、竹茹、甘草——和胃利胆、理气化痰，如温胆汤加减，主要治疗痰湿中阻证。2. 党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏——健脾益气，燥湿化痰，如六君子汤，用于脾胃虚弱而生痰湿之证。3. 柴胡、白术、茯苓、甘草——疏肝健脾，如逍遥散，用于治疗肝脾不调（肝胃不和），而有胁肋胀满疼痛、脘腹胀满等症状者。4. 党参、白术、茯苓、酸枣仁、甘草、远志——益气补血，健脾养心，如归脾汤，用于治疗脾胃气血两虚证。失眠病因病机复杂，病情常常反复，以上四组方药组合可针对本病常见证型及不同病理因素进行辨证化裁，体现出中医辨证论治的特点。

5. 结论

本研究收集自建库至 2022 年 12 月间发表的基于“胃不和则卧不安”理论治疗相关性失眠的期刊文献，通过筛选最终得到 121 篇文献，共涉及 150 条处方数据。运用古今医案云平台对数据进行清洗、整理、标准化处理后，通过对分析池中数据的用药频次、药物的四气五味、药物组合、药证关联、方剂等进行统计，并选用不同的分析板块对其进行关联分析、聚类分析及复杂网络分析等，挖掘出了从“和胃”角度治疗失眠的用药规律。

通过研究可以发现，失眠的发生与五脏均有密切联系，其中与脾、肺、胃、心等脏器关系最为密切，而临床上现代医家在治疗“胃不和”型失眠时多采用药性为温、平的药物，并且药味以甘、辛、苦为主。同时还挖掘出中医药治疗“胃不和”型失眠的高频中药为：半夏、甘草、茯苓、陈皮、黄连、白术、枳实、远志、酸枣仁、柴胡，且探索出了一些治疗“胃不和”型失眠的高频核心药对，如半夏-茯苓、陈皮-半夏等，另外还发现温胆汤、黄连温胆汤、归脾汤、柴胡疏肝散、半夏泻心汤等方治疗“胃不和”型失眠所占比重较大，而使用的中药多以燥湿化痰、清热解毒、宁心、降逆止呕、消痞散结、清热燥湿等功效为主，再参以补脾益气、缓急止痛之法。发现临床上“胃不和”型失眠的常见证型为痰热内扰证、肝胃不和证、痰湿中阻证、湿热蕴脾证以及脾胃虚弱证等证，另外探索出临床上治疗痰热

内扰证失眠的核心药物为半夏、茯苓、竹茹、陈皮、枳实、甘草、黄连等；肝胃不和证的核心药物为甘草、柴胡、茯苓、白术、白芍等；痰湿中阻证的主要治疗药物为半夏、茯苓、陈皮、甘草等；湿热蕴脾证的常用的药物为白术、黄连、茯苓、竹茹、黄芩等；脾胃虚弱证常用药物为茯苓、白术、陈皮、大枣等。通过对数据的观察分析后，发现临床上在治疗“胃不和”型失眠病时，不仅针对失眠表现出的不同证候而采取相应的治法，且针对心神不安而引起的失眠辅以安神之品，即注重整体论治、标本兼治的原则。本文挖掘出了从“和胃”角度治疗相关性失眠的常用中药、药物配伍以及方剂等等，符合临床需要，可为临床治疗失眠病提供新的治疗思路与参考意见。

但此次研究也存在不足之处：①本次研究选取的中医药治疗失眠的数据库，主要包含中国知网、重庆维普、万方及 CBM 四大中文数据库，未收录外文及其他数据库，鉴于时间、人力等因素，以后可以选取更多的数据库，以期在临床上能更准确的指导辨证用药，取得更好的治疗效果。②目前临床上关于由“胃不和”引起失眠的理论及定义尚存在争议，也无统一的诊断标准，且纳入的文献质量良莠不齐，未来可以以更加权威的标准为参考，挖掘出更加有价值的隐藏数据，使临床辨证用药规律更准确。③数据库中的纳入的数据分析不够完整，未将患者的年龄、性别、舌苔、脉象、体格检查，辅助检查、临床症状等分别进行统计并分析。④同一中药因炮制方法的不同，对于功效有一定影响，此次研究未将不同炮制方法的中药列为不同中药进行分析。⑤对统计出的中药和方剂的分析仅仅分析研究了其基本功效，未探索出药物中某些物质具体的分子作用机制，未来可对其进行进一步研究分析。

因此在今后的研究中，收集资料数据应尽可能完整，包括基本情况、四诊等，以期让研究结果更具全面性，同时需要参考具有权威性代表性的指南或共识意见，以此为标准对文献进行筛选，另外还要通过使用更加高级的数据挖掘技术，对中医药治疗相关疾病的用药数据进行更深入层次地挖掘，以发现其中隐藏的有价值的药物组合规律和处方规律，以期在今后的

临床治疗提供新的思路。

参考文献

- [1] 方祝元, 余小萍. 中医内科学[M]. 上海科学技术出版社, 2018.
- [2] 叶增杰, 梁木子, 胡蕖, 等. 失眠障碍的国内外研究进展[J]. 医学与哲学(B), 2017,38(05): 60-63.
- [3] AU-AFF AU ID NAME FERNANDEZ-MENDOZA JULIO NAME MAIL MAIL AFF CITY COUNTRY INSTITUTION CONTENT-TYPE INST INSTITUTION INSTITUTION CONTENT-TYPE DEPT INSTITUTION RAW AFF SLEEP RESEARCH AND TREATMENT CENTER D O P B. Insomnia with objective short sleep duration is associated with cognitive impairment: a first look at cardiometabolic contributors to brain health. [J]. Sleep, 2020.
- [4] 汤皓, 张茜, 张晓龙, 等. “胃不和”与“卧不安”的相关性调查研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017,23(03): 346-348.
- [5] 杨春波, 劳绍贤, 危北海, 等. 胃肠疾病中医症状评分表(中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,2010,苏州)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011,19(01): 66-68.
- [6] 中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组. 失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO)[J]. 世界睡眠医学杂志, 2016,3(01): 8-25.
- [7] 马艳苗, 张育敏, 梁琦, 等. 基于象思维的半夏、夏枯草治疗失眠的研究[J]. 辽宁中医杂志, 2018,45(03): 503-504.
- [8] 田芳, 陈婷. 半夏现代研究进展[J]. 广东化工, 2022,49(14): 75-76.
- [9] WU X, ZHAO J, ZHANG M, et al. Sedative, hypnotic and anticonvulsant activities of the ethanol fraction from Rhizoma Pinelliae Praeparatum[J]. Journal of Ethnopharmacology, 2011,135(2).
- [10] 李斌, 程秀民, 周永妍, 等. 半夏的研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2010,19(01): 47-48.
- [11] 黄和, 钱英. 重剂半夏失眠证治[J]. 中医研究, 2010,23(09): 66-68.
- [12] 王东明. 半夏治疗失眠疗效观察及临床机制分析[J]. 内蒙古中医药, 2014,33(05): 17.

- [13] 李葆林, 麻景梅, 田宇柔, 等. 甘草中新发现化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2021, 52(08): 2438-2448.
- [14] 肖刚, 罗超, 彭彤, 等. 甘草甜素通过抑制炎症反应和氧化应激改善大鼠蛛网膜下腔出血后血脑屏障损伤[J]. 中国免疫学杂志, 2019, 35(07): 811-818.
- [15] 严兴科, 张泽国, 徐富菊, 等. 甘草改善睡眠作用的药效物质基础研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2014, 30(11): 1023-1025.
- [16] 邓桃妹, 彭代银, 俞年军, 等. 茯苓化学成分和药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 中草药, 2020, 51(10): 2703-2717.
- [17] 徐煜彬, 徐志立, 李明玉, 等. 茯苓及其化学拆分组分学习记忆及镇静催眠的性味药理学研究[J]. 中草药, 2014, 45(11): 1577-1584.
- [18] 赵天国. 茯苓多糖对小鼠镇静、催眠作用的研究[J]. 畜牧与饲料科学, 2017, 38(04): 73-74.
- [19] 宋叶, 梅全喜, 赵志敏, 等. 广陈皮的古今临床应用[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(07): 1726-1729.
- [20] 李卫霞. 陈皮的药理分析及临床应用研究[J]. 医学理论与实践, 2018, 31(10): 1521-1522.
- [21] 王昌亚. 对陈皮药理作用的探讨[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(15): 135.
- [22] 胡茜, 张颖, 李堃, 等. 黄连主要成分小檗碱的临床药理作用探析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(24): 203-205.
- [23] 黄玲. 黄连化学成分及有效成分药理活性的研究进展[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(17): 136-137.
- [24] 刘彦廷, 蔡忠明, 李耀谦. 失眠辨治体会[J]. 中医临床研究, 2018, 10(33): 18-19.
- [25] 张维霞, 苏萍, 赵爱军. 白术的炮制方法及其药理作用研究进展[J]. 中医药导报, 2022, 28(05): 110-115.
- [26] 林倚莉, ZE-YUAN H. U., 谭人千, 等. 枳实对功能性消化不良大鼠 IL-6、SCF、MTL 的影响[J]. 山西中医, 2020, 36(01): 52-53.

- [27] 黄雪丽, 陈玉宇. 中药枳实的化学成分及分析方法研究进展[J]. 广州化工, 2016,44(17): 22-25.
- [28] CHUNG-IL L, JIN-YI H, TAE H J, et al. 3,4,5-Trimethoxycinnamic acid (TMCA), one of the constituents of Polygalae Radix enhances pentobarbital-induced sleeping behaviors via GABAergic systems in mice. [J]. Archives of pharmacal research, 2013,36(10).
- [29] XIAOJUAN R, GUANYING W, XINGPING Z, et al. Sedative and Hypnotic Effects and Transcriptome Analysis of Polygala tenuifolia in Aged Insomnia Rats. [J]. Chinese journal of integrative medicine, 2020,26(prepublish).
- [30] 杜晨晖, 崔小芳, 裴香萍, 等. 酸枣仁皂苷类成分及其对神经系统作用研究进展[J]. 中草药, 2019,50(05): 1258-1268.
- [31] 李子恒, 刘鑫, 王平, 等. 酸枣仁汤通过影响脑、心、肝脏腑功能治疗失眠的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021,27(16): 59-66.
- [32] 张飞燕, 李晶晶, 周莹, 等. 安神类中药及其有效成分对神经递质镇静催眠机制的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2016,41(23): 4320-4327.
- [33] 徐雪娇, 李天英, 李欣, 等. 柴胡化学成分及抗抑郁机制研究进展[J]. 化学工程师, 2022,36(06): 65-67.
- [34] 李月阳, 雷根平, 董盛, 等. 柴胡的现代药理作用研究进展[J]. 海南医学院学报, 2022,28(22): 1748-1754.
- [35] 李迪, 姚建平. 柴胡配伍调控 CREB 治疗抑郁症研究进展[J]. 光明中医, 2022,37(16): 2925-2929.
- [36] 魏珍珍, 白明, 苗明三. 安神药物的现代研究[J]. 中医学报, 2014,29(11): 1646-1648.
- [37] 黄春桃, 侯小涛, 杜正彩, 等. 平性植物类安神中药药理作用与化学成分研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020,22(12): 4254-4266.
- [38] 乔春梅. 基于数据挖掘分析清代治疗不寐的用药规律研究[D]. 湖北中医药大学, 2022.
- [39] 赵冀校, 李鹏英. 从“土枢四象, 一气周流”理论论治失眠[J]. 中医学报,

2021,36(11): 2302-2305.

[40] 吕双宏. 温胆汤临床应用研究进展[J]. 中医药导报, 2018,24(20): 123-125.

[41] 汪湃, 冯世兵, 刘宏伟, 等. 温针灸联合黄连温胆汤治疗慢性浅表性胃炎的疗效[J]. 世界中医药, 2020,15(14): 2155-2158.

[42] 张珊珊, 余玺, 陈晨, 等. 旋覆花汤合温胆汤加减对慢性萎缩性胃炎痰瘀阻络证患者的临床疗效[J]. 中成药, 2019,41(09): 2106-2110.

[43] 王亮. 研究温胆汤治疗慢性胆囊炎的临床综合疗效和安全性[J]. 中国医药指南, 2019,17(33): 220-221.

[44] 陈维铭, 钱涯邻, 宋小平, 等. 归脾汤对心脾两虚型失眠患者下丘脑-垂体-甲状腺激素水平的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2012,39(12): 2429-2431.

[45] 姚自强, 陈绍云, 朱石莲. 归脾汤辨证治疗气血两虚型失眠症患者疗效及对PSQI、ISI 及 WHOQOL-BREF 评分的影响[J]. 四川中医, 2018,36(08): 130-132.

[46] 李丰, 黄观灵, 金明华. 归脾汤加减治疗心脾血虚型失眠的疗效评价[J]. 实用中西医结合临床, 2021,21(15): 101-102.

[47] 王伯东. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2020,39(03): 62-63.

[48] 李洪奎, 王文璁. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠的疗效[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018,6(19): 161.

[49] 任小冬. 归脾汤加减治疗失眠疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2017,33(11): 1245-1246.

[50] 康丽杰, 许二平, 丁娜娜, 等. 归脾汤治疗失眠的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2022,40(12): 64-69.

[51] 马锦霞, 张东, 朱方石. 从脾主思论治慢性萎缩性胃炎伴抑郁、焦虑[J]. 中华中医药学刊, 2018,36(10): 2362-2364.

[52] 赵蕾, 代二庆. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗慢性萎缩性胃炎合并失眠的经验举隅二则[J]. 环球中医药, 2018,11(08): 1305-1306.

[53] 杨凤珍, 路志正, 烟建华. 焦虑与抑郁障碍的中医病机与治疗大法[J]. 中

华中医药杂志, 2012, 27(09): 2338-2340.

[54] 华自森, 余军, 刘俊. 柴胡舒肝散加减治疗肝胃不和型慢性非萎缩性胃炎合并焦虑、抑郁患者的临床疗效观察[J]. 四川中医, 2021, 39(04): 106-110.

[55] 高雪松, 赵静洁, 王永志, 等. 柴胡疏肝散精简方对抑郁大鼠中缝核内 5-羟色胺及色氨酸羟化酶 2 的影响[J]. 首都医科大学学报, 2018, 39(06): 793-797.

[56] 周瑾, 黄菲, 吴晓俊. 柴胡疏肝散抗抑郁化学成分和药理作用研究进展[J]. 中药药理与临床, 2019, 35(02): 174-179.

[57] 万广宋, 王荣, 孙闵. 辛开苦降法调脾胃辨治不寐理论探讨[J]. 新中医, 2021, 53(12): 210-213.

[58] 王诗恒, 刘剑锋, 秦培洁, 等. 半夏泻心汤治疗失眠症的研究进展与临床经验概述[J]. 海南医学院学报, 2021, 27(19): 1517-1520.

[59] 郭佳莹, 孟毅, 乔明亮, 等. 基于“胃不和则卧不安”论述半夏泻心汤治疗失眠临床经验[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(17): 3-5.

[60] 傅理琦, 叶平胜, 叶罡成, 等. 半夏泻心汤治疗睡眠障碍 46 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(09): 644.

[61] 张元忠, 赵冬梅. 逍遥散加味治疗肝郁型失眠[J]. 吉林中医药, 2018, 38(01): 49-51.

[62] 薛玲, 张智明. 逍遥散加味治疗肝郁型失眠的临床观察[J]. 光明中医, 2019, 34(14): 2155-2156.

[63] 万圆圆, 徐丽霞, 钱巧云, 等. 逍遥散加减治疗女性更年期失眠的经验[J]. 智慧健康, 2022, 8(15): 91-93.

[64] 罗菁, 贾波. 邓中甲教授临床运用温胆汤经验举隅[J]. 山西中医学院学报, 2015, 16(06): 39-40.

[65] 林洁萍, 杨芳, 杨斌, 等. 二陈汤合归脾汤加减治疗痰湿困脾型不寐 90 例临床观察[J]. 海峡药学, 2016, 28(04): 124-125.

[66] 李东垣. 金元四大家医学全书·李东垣医学全书[M]. 山西科学技术出版社, 2012.

[67] 严石林, 李正华. 从心辨证治失眠[J]. 成都中医药大学学报, 2002(03):

59-61.

[68] 谢建军. 从肝论治失眠八法[J]. 中国中医基础医学杂志, 1997(S3): 34-36.

[69] 黄晓辉, 张荣华. 失眠的从肺论治[J]. 时珍国医国药, 2007(03): 720-721.

[70] 卢世秀, 苏凤哲. 路志正从脾胃论治失眠[J]. 北京中医药, 2011,30(01): 15-16.

[71] 滕晶, 张继香. 谈失眠从心肝论治[J]. 山东中医杂志, 2005(01): 6-7.

[72] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017,97(24): 1844-1856.

附录 1：文献综述

基于“胃不和则卧不安”理论治疗失眠研究进展

1. 现代医学对失眠的研究概述

1. 失眠的定义及流行病学

失眠是指以频繁而持续的入睡困难或者睡眠维持困难并导致睡眠满意度不足的睡眠障碍疾病^[1]。根据《睡眠障碍国际分类》^[2]，按照失眠持续时间长短，失眠可以分为短期失眠、慢性失眠和其它类型的失眠。根据调查研究，随着生活节奏快，生活、工作压力大等原因，人们普遍存在失眠的问题，而我国成年人失眠发生率已经高达 35%^[3]，已经超过欧美地区等发达国家，有的慢性失眠可达十余年^[4]。有研究表明，失眠不仅会引起焦虑、抑郁等心理问题^[5]，而且还是多种心脑血管疾病的危险因素，如高血压、冠状动脉硬化性心脏病、心肌梗死等，同时还能引起许多其它疾病，如消化性溃疡、月经不规律等^[6-9]，另外有研究表明^[10]，失眠患者伴有胃肠道症状的发生率高达 79.48%。

2. 失眠的发病机制

现代医学认为失眠是由于睡眠与觉醒失衡引起，关于其发病机制，目前学术界尚无统一意见，其中影响力较大且为人们所接受的发病机制主要分为过度觉醒假说、3P 假说和睡眠觉醒机制等^[11]。其中过度觉醒假说^[12]认为是由于大脑过度觉醒引起的失眠，通过实验研究发现，失眠患者在清醒和入睡时脑电波的频率较正常人都表现的更快、且植物神经功能活性增加，如过度兴奋的下丘脑-垂体-肾上腺轴，以及释放过多的炎症因子等。3P 假说中“3P”即易感因素(Predisposing)、促发因素(Precipitating)和维持因素(Perpetuating)，认为失眠患者是由于各种原因导致 3P 因素累积过多，超出正常睡眠的阈值而引起失眠^[13]。另外有研究发现^[3]正常睡眠主要是由于大脑中的中缝核和孤束核起作用，而人的觉醒状态主要是靠脑桥中的色素核维持，这些神经核通过调节许多不同的睡眠神经递质的含

量, 如 5-HT、谷氨酸和 γ -氨基丁酸 (GABA) 进而调节睡眠。

3. 失眠的治疗

目前临床上现代医学对失眠症的治疗主要分为认知-行为疗法 (cognitive behavioral therapy, CBT)、药物治疗以及物理治疗。

3.1 认知-行为疗法

认知-行为疗法^[14]主要是通过分析患者发生失眠的原因, 改变患者不良的生活习惯和对睡眠的不正确认识, 减少患者的负面情绪, 使患者养成良好的睡眠习惯和睡眠理念, 从而起到改善睡眠的目的。李霞^[15]、王元慧^[16]、孙宝民^[17]运用认知-行为疗法治疗失眠患者, 治疗组有效率普遍优于对照组, 说明认知-行为疗法对于改善患者失眠症状具有一定作用, 但由于 CBT 短期疗效不显著, 且 CBT 对患者睡眠习惯要求太多, 导致患者对 CBT 依从性变差, 故 CBT 疗效有所降低。

3.2 药物治疗

根据我国《中国失眠障碍诊断和治疗指南》^[18]和美国睡眠医学会 (AASM) 推荐: 失眠患者的治疗应首选半衰期短的药物, 即短效或中效的非苯二氮卓类药物 (NBZDs), 如右佐匹克隆、唑吡坦等, 其对于入睡困难的患者疗效明显; 其次可以选择苯二氮卓类药物 (BZDs), 如艾司唑仑、阿普唑仑、地西泮等; 最后可以选择具有镇静作用的抗抑郁药, 如黛力新、米氮平等, 其对于顽固性失眠或严重焦虑的患者较为合适; 另外还可以选择某些具有催眠作用的天然成分, 如褪黑素, 其含量越高则睡眠的质量越好, 即其数量与夜间睡眠质量成正比。但现代研究发现, 服用镇静催眠药、抗抑郁药、抗焦虑药等药物治疗失眠, 会改变睡眠结构, 导致白天困倦且会产生明显的戒断反应, 会产生常见不良反应^[19], 另外长期使用这些药物能增加患者发生认知障碍的风险^[20]。

3.3 物理疗法

失眠的物理治疗方法主要包括脑电生物反馈疗法、新型的重复经颅磁刺激疗法和光疗等, 其能有效改善失眠的症状, 但其具体的作用机制不明, 且关于如何选择合适的物理疗法, 均有待于进一步的研究。

2. 祖国医学对“胃不和则卧不安”的认识

1. 历代医家对“胃不和则卧不安”的认识

(1) 秦汉时期

“胃不和则卧不安”一词最早见于《黄帝内经》，《下经》中也提到：“胃不和则卧不安，此之谓也。”中医理论认为足阳明经脉之气运行自上而下，从头走足，如果经气上行则为逆。脾胃同位于中焦，脾主升清，胃主通降，两者相互协调，共同调节全身气机升降，故为人体气机升降之枢纽。当因外邪侵袭或者内伤七情、饮食，脾胃气机升降失调，胃气则会逆行上迫于肺，肺失肃降，则喘息而不能平卧，故当时的“胃不和则卧不安”是指因胃气上逆引起喘息而导致不能安卧^[21]，此时医家认为“卧不安”是由于其他疾病所引起的“不得卧”的一种症状，并没有当成一种独立的疾病。

(2) 魏晋时期

此时期养生观念盛行，人们开始认识到脾胃与失眠的联系，如王叔和提倡在饮食起居方面进行调理保养，人能安寐，却病延年；陶弘景则提倡人不应食饱，不宜夜食，在其著作《养性延命录·食诫第二》中记载：“故人不要夜食……饱食即卧生百病，不消成积累也。”此从侧面说明“脾胃不和则难寐”、“调理脾胃则可百病消”^[22]。

(3) 金元时期

刘完素、张从正和朱丹溪开始提出将不寐作为一个独立的疾病，而不仅仅是某些疾病的兼夹症^[23]，脾胃学说创始人的李东垣，在其著作《脾胃论》^[24]中提到：“夫阴火之炽盛，由心生凝滞，七情不安故也……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。”其说明了脾胃不适可以影响睡眠，强调了调和脾胃在治疗不寐病中的重要性，后世医家受其学说影响，在治疗不寐病的辨证论治中往往会顾护脾胃。

(4) 明清时期

此时期医家开始把“胃不和”当做引起不寐的独立病因，如李中梓在

著作《医宗必读》中提出不寐的原因有五,“胃不和”为其中之一;清代唐容川在《血证论》中提出:“不得卧有二证,一是胃病,一是肺病,胃病不得卧者,阳虚则邪并于阴,烦躁不卧……肺病而不得卧者……故咳而不得卧。”清末医家张聿清在其著作《医案》中提到:“脾胃为人体气机运行的中枢,能升降阴阳,心火与肾水借此交通,此即所谓的坎离之济也,而一旦水火不能成济,人则不能成寐。但是发生水火不济时,非水火不欲济也,实为有阻水火相交之道者,中枢是也。”说明此时期大多数医家认为胃不和与不寐之间存在密切联系,胃和是人能安寐的基础^[25]。

(5) 现代医家

现代医家对“胃不和则卧不安”的理解在明清学术思想基础上有不少发展,如陈淑兰^[26]等认为“胃和”为“卧安”的前提,只有气血盛、营卫行、阴阳平和才能则“胃和卧安”,反之亦然。冯红礼^[27]认为“卧不安”主要与营卫化生不足、阴阳平衡失调以及心脑失养,神失所居有关。他们强调脾胃受纳运化水谷、化生精气的作用,当脾胃失和时,会对营卫、阴阳、心神产生影响,引起不寐,故现代医家提倡“卧不安”的主要病因是由于“胃不和”,强调治疗失眠应从“和胃”角度出发。

2. 脾胃引起失眠的病因病机

(1) 脾胃生化乏源,神失所养

脾胃同为后天之本,气血生化之源,脾胃纳运相得,则腐熟水谷化生精微物质功能正常,则气血充盛,充盛的气血不仅能充盈心血,使神有所养;另一方面,可使肝有所藏,魂有所舍。因此,脾胃功能协调,则能正常化生气血,神魂有所归,则夜寐安和。当思虑劳倦太过,常常会引起脾胃受损,脾胃运化功能失职,导致气血化生不足,既可使心血得不到充养,无以养神,神不守舍,最终产生不寐;又可以引起肝藏血不足,肝血亏虚,则血不养魂,魂无所舍,常常出现夜卧而惊,睡眠不安等症状^[28]。如《医学心悟》中记载:“有心血空虚,卧不安者,皆由思虑太过,神不藏也,归脾汤主之。”《类证治裁》中也提到:“思虑伤脾,脾血亏损,经年不寐。”

(2) 脾胃虚弱,营卫失和

《灵枢·大惑论》中记载：“卫气不得入于阴，常留于阳……不得入于阴则阴气虚，故目不瞑矣。”说明人能寐主要是卫气夜能归于阴；《灵枢·口论》中也提到：“卫气昼日行于阳，夜半则行于阴。阴者主夜，夜者卧……阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽，而阳气盛，则寤矣”，说明卫气昼行于阳人则寤，夜行于阴人而寐，营、卫二气共同决定了寐寤状态的交替，而脾胃为营卫生化之源，当因各种因素引起脾胃功能受损时，化生不足，就可以导致营卫亏虚，营卫亏虚则其出阳入阴失衡，出现不寐。如巢元方在《诸病源候论》中提到：“大病之后，脏腑尚虚，荣卫未和……卫气独行于阳，不入于阴，故不得眠”。

（3）脾胃气机升降失常，心肾不交

祖国传统医学认为，人在正常生理状态下，位于上焦的心火（阳）需下降于肾，以温肾水，使肾水不寒；同时位于下焦的肾水（阴）需上济于心，以滋心阴，使心阳不亢，只有这样水火既济，阴阳才能平衡，人才能安然入寐。但心火与肾水的既济均需依赖于脾胃的正常斡旋作用才能保持生理状态下的升降^[29]，因脾胃为气机升降之枢纽，故肾水顺脾气左升上济于心火，心火顺胃气右降下温于肾水。当脾胃功能失调时，升降枢机不利，气机斡旋无力，则肾阴无以上济于心，心火无以下降于肾，出现心肾不交，而引起失眠^[30]。正如吴谦在《医宗金鉴》中提到：“脾阳苟不运，心肾必不交”。

（4）脾胃运化失职，痰湿阻滞

根据《素问·经脉别论》记载：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”说明脾胃对于水液具有吸收、输送及转运的作用，二者升降相因，不仅可以保证人体正常的受纳运化功能，而且可以保持水液的正常代谢。当脾失健运时，则水湿难以运化，凝聚成痰湿，故提出“脾为生痰之源”，当痰湿形成后，不仅可以蒙蔽清窍，使人出现头晕头重、失眠健忘等症状，同时又会成为新的病理因素，继发其他病证，如痰湿往往容易阻滞气机，使胃气不能正常和降，引起气机上逆，使人不能安卧。故戴元礼在《证治要诀》

中提出辨治失眠应从“治痰”的角度出发。

3. 祖国医学从调理脾胃治疗失眠现状

(1) 中药治疗

现代医家从调理脾胃角度出发治疗失眠取得良好效果,如吕瑞民^[31]用加味温胆汤治疗 32 例痰食内扰型失眠患者,治疗 2 周后发现观察组有效率高于对照组,并且能明显改善患者睡眠质量,同时发现患者胆囊收缩素水平较治疗前明显降低,提示用加味温胆汤治疗痰食内扰型不寐的作用机制可能是通过调节脑肠肽(胆囊收缩素)的水平实现。麦嘉泳^[32]以补中益气汤治疗 41 例脾胃气虚型不寐患者,其主观疗效评价率达到 78%,且发现补中益气汤对于脾胃气虚型不寐患者的主观睡眠质量具有改善作用,推测补中益气汤治疗脾胃气虚型不寐患者的作用机制可能直接或间接对人体神经-内分泌-免疫系统有调节作用。高荣林^[33]以自拟调中安神汤治疗痰热扰心型失眠患者,发现其能明显改善患者睡眠状况及脾胃方面的症状,且在睡眠质量、入睡时间、睡眠效率、睡眠障碍及日间功能等方面,观察组均明显优于对照组。陈雪梅^[34]用黄连温胆汤加减治疗 40 例不寐患者,其总有效率达 95.0%。朱青霞^[35]用黄连温胆汤治疗 32 例痰热内扰型不寐患者,其总有效率达 93.75%,且患者的匹兹堡睡眠质量指数明显改善。吕洋洋^[36]用保和丸加味治疗 30 例胃气失和证失眠患者,结果显示治疗组取得较好的治疗效果,且治疗组不良反应发生率明显低于观察组。汪兴生^[37]用调胃承气汤加减治疗 50 例失眠症患者,结果显示其有效率高达 96.0%,且无明显严重不良反应。王巧俐^[38]用半夏泻心汤加减治疗 52 例功能性消化不良伴失眠患者,其总有效率达 90.4%,且能明显改善患者消化道症状及睡眠质量。茅凌燕^[39]用黄芪建中汤治疗中焦虚寒型失眠,结果显示能明显改善患者的失眠症状。刘美含^[40]用麦门冬汤治疗脾胃阴虚型失眠,取得较好临床效果。

(2) 其他疗法

李倩^[41]用无水乙醇灌胃的方法造成大鼠应激性胃黏膜损伤的模型,通过针刺足三里、中脘、照海、申脉等穴位进行干预,结果发现通过针刺对

于大鼠胃黏膜损伤的愈合具有促进作用，同时能延长大鼠的睡眠持续时间。另外耳穴、刺络拔罐、艾灸等传统疗法从调理脾胃中焦出发治疗失眠均取得良好治疗效果^[42, 43]。

3. 总结

综上所述，“胃不和”与“卧不安”存在密切相关性^[44]，随着社会经济的不断飞速发展，人们失眠发病率逐渐升高，中医认为五脏六腑皆能引起失眠，而其中“胃不和则卧不安”的理论更是中医治疗失眠的重要一环，临床上根据患者失眠的不同临床表现进行辨证论治，均取得令人满意的治疗效果，但目前研究均以“胃不和则卧不安”作为理论来指导治疗，对于其治疗失眠的作用机制不明，且缺少动物及实验研究数据，相信随着将来的不断研究，未来对于“胃不和则卧不安”这一理论将会有更新的认识。

参考文献

- [1] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017,97(24): 1844-1856.
- [2] 高和. 《国际睡眠障碍分类》(第三版)慢性失眠障碍的诊断标准[J]. 世界睡眠医学杂志, 2018,5(05): 555-557.
- [3] 中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组. 失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO)[J]. 世界睡眠医学杂志, 2016,3(01): 8-25.
- [4] 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.
- [5] 叶增杰, 梁木子, 胡蕖, 等. 失眠障碍的国内外研究进展[J]. 医学与哲学(B), 2017,38(05): 60-63.
- [6] REN R, ZHANG Y, YANG L, et al. Daytime sleepiness is associated with higher BMI in insomnia with objective normal sleep duration[J]. Sleep Medicine, 2019,64(Supl. 1).
- [7] 唐李媛, 邹桂和. 高血压与睡眠障碍的相关性及治疗最新研究进展[J]. 当代医学, 2019,25(03): 181-183.
- [8] 王灵芝. 分析老年心血管疾病患者失眠原因及护理应对策略[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019,19(89): 329-331.
- [9] 马国玉, 蔡乐, 杨家甜, 等. 云南省宁洱县农村老年人睡眠质量现状及与心血管疾病的关系研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2019,23(04): 431-435.
- [10] 侯理伟, 荣培晶, 魏玮, 等. 基于脑-肠轴探讨消化疾病和失眠共病的应用展望[J]. 中华中医药杂志, 2020,35(09): 4541-4544.
- [11] WEI Y, BRESSER T, WASSING R, et al. Brain structural connectivity network alterations in insomnia disorder reveal a central role of the right angular gyrus[J]. NeuroImage: Clinical, 2019,24.
- [12] RIEMANN D, SPIEGELHALDER K, FEIGE B, et al. The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence[J]. Sleep Medicine Reviews,

2009,14(1).

[13] 袁晶. 失眠的六经辨证分型分布规律探讨[D]. 北京中医药大学, 2018.

[14] DENIS D, ELEY T C, RIJSDIJK F, et al. Is digital cognitive behavioural therapy for insomnia effective in treating sub-threshold insomnia: a pilot RCT[J]. Sleep Medicine, 2020,66(C).

[15] 李霞, 谭洪华. 认知行为疗法治疗失眠症 45 例临床疗效观察[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2020,36(08): 24-25.

[16] 王元慧. 认知行为疗法联合药物治疗失眠症的临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2019,30(22): 3966-3967.

[17] 孙宝民. 认知行为疗法与药物治疗失眠症的临床研究[J]. 中国继续医学教育, 2017,9(07): 161-163.

[18] 顾平, 何金彩, 刘艳骄, 等. 中国失眠障碍诊断和治疗指南: 中国睡眠研究会东北睡眠工作委员会首届学术年会暨黑龙江省中西医结合学会睡眠分会第二届学术年会[C]. 中国黑龙江哈尔滨, 2019.

[19] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017,97(24): 1844-1856.

[20] AU-AFF AU ID NAME FERNANDEZ-MENDOZA JULIO NAME MAIL MAIL AFF CITY COUNTRY INSTITUTION CONTENT-TYPE INST INSTITUTION INSTITUTION CONTENT-TYPE DEPT INSTITUTION RAW AFF SLEEP RESEARCH AND TREATMENT CENTER D O P B. Insomnia with objective short sleep duration is associated with cognitive impairment: a first look at cardiometabolic contributors to brain health. [J]. Sleep, 2020.

[21] 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.

[22] 刘雄峰. 舌尖与养生: 道医食疗思想的当代启示——以陶弘景《养性延命录》为中心: 陶弘景养生思想学术会议[C]. 浙江温州, 2017.

[23] 余芳芳, 王鹏, 吴彬. 金元四大家辨治失眠辑要[J]. 实用中医内科杂志, 2016,30(04): 10-12.

[24] 李东垣. 金元四大家医学全书·李东垣医学全书[M]. 山西科学技术出版社,

2012.

- [25] 邓陈英, 胡秀武, 刘建武, 等. 胃不和则卧不安理论在推拿治疗小儿夜啼中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(22): 82-83.
- [26] 陈淑兰, 陈少玫. “胃不和则卧不安”与失眠辨治[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(12): 52-54.
- [27] 冯红礼, 何丽娜. 从“胃不和则卧不安”探讨失眠的证治[J]. 陕西中医药大学学报, 2017, 40(06): 16-17.
- [28] 卢世秀, 苏凤哲. 路志正从脾胃论治失眠[J]. 北京中医药, 2011, 30(01): 15-16.
- [29] 韩博宇, 邵千枫, 从禹, 等. 从心肾相交理论探讨制方思路[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(05): 1172-1174.
- [30] 赵沁慧, 邹烈寰. 调脾治疗心肾不交型失眠探讨[J]. 山西中医, 2019, 35(04): 4-5.
- [31] 吕瑞民, 房丽, 李明石. 加味温胆汤治疗痰食内扰型不寐的疗效观察及其对胆囊收缩素的影响[J]. 中国中医药科技, 2018, 25(04): 539-540.
- [32] 麦嘉泳, 杨玲玲, 万赖思琪, 等. 补中益气汤治疗脾胃气虚型不寐临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(10): 81-84.
- [33] 章波, 卢建新, 高荣林. 调中安神汤治疗失眠的临床研究[J]. 中国临床医生, 2013, 41(01): 62-65.
- [34] 陈雪梅. 黄连温胆汤加减治疗失眠临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(01): 22-23.
- [35] 朱青霞. 黄连温胆汤加味治疗痰热内扰型失眠临床观察[J]. 河南中医, 2019, 39(03): 392-395.
- [36] 吕洋洋, 冯斌. 保和丸加味治疗胃气失和型不寐的临床对照研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(09): 699-700.
- [37] 汪兴生, 解光艳. 调胃承气汤加减治疗失眠 50 例疗效观察[J]. 吉林中医药, 2013, 33(02): 156-157.
- [38] 王巧俐, 陈辉, 王天刚, 等. 半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良伴失眠的

疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019,19(08): 189-190.

[39] 茅凌燕. 黄芪建中汤临床应用体会[J]. 临床合理用药杂志, 2016,9(19): 125.

[40] 刘美含, 薛一涛. 三因方麦门冬汤辨治心悸失眠验案一则[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018,18(98): 237-239.

[41] 李倩, 黄迎华, 刘曜纶, 等. 针刺对应激性胃黏膜损伤大鼠睡眠时间及其纹状体中五羟色胺、多巴胺含量的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2015,22(05): 48-51.

[42] 戴恩洁, 王寅. 王寅教授刺络拔罐法调理中焦治疗失眠临床研究[J]. 世界睡眠医学杂志, 2015,2(02): 92-95.

[43] 赵晓梅, 董凤怡, 王冬芝, 等. 近5年针灸治疗失眠症临床方法研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2017,29(08): 1351-1353.

[44] 汤皓, 张茜, 张晓龙, 等. “胃不和”与“卧不安”的相关性调查研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017,23(03): 346-348.