從《黃帝內經》不寐理論探討《傷寒論》治法的臨床應用

Exploring the clinical application of therapeutic methods from the Treatise on Cold Damage Disorders based on insomnia theory in the Yellow Emperor's Classic of Medicine

阮愛善[1] 趙 佳[1,*] 蘇 晶[1,*] *YUAN Aishan, ZHAO Jia, SU Jing*

（1.香港大學中醫藥學院 School of Chinese medicine, The University of Hong Kong）

[摘要] 不寐作為主要睡眠障礙疾病，歷來是醫學界重點探討的範疇。《黃帝內經》作為中醫學的重要典籍，對中醫理論的形成有着深遠影響。《黃帝內經》中對不寐的病因，有較深入的剖析。醫家張仲景則在《傷寒雜病論》中，完成由中醫理論體系到臨床的過程，提出針對不同病機的治療方式與方藥。本文一方面從《黃帝內經》和《傷寒論》中，探討不寐的病機和治療方法，歸納出陽不入陰、胃不和及臟腑經絡失調三個機理，並提出針對胃不和、營氣虛少、厥氣三方面的治療原則，另一方面通過病案分析驗證臨床應用，為治療不寐整理出新的思路。

[關鍵詞] 不寐；黃帝內經；傷寒論；中醫藥

引言

失眠是現今最常見的睡眠障礙。據統計，全球約1/3人口曾患失眠，其中6%更長期受失眠困擾[1]。2020年一項研究指出，女性發病率明顯高於男性，且年齡分佈廣泛，不局限於某一年齡層[2]。至今，失眠問題已被列為醫療健康領域的重點議題，按世界衛生組織定義，確診失眠的標準包含三點：睡覺障礙，有條件睡眠仍難以入睡，及伴隨日間功能障礙，臨床上一般訂定30分鐘為標準，提出入睡需時超過30分鐘，中途醒來超過30分鐘，以及比預期醒來時間提早30分鐘，便可確診為失眠[3]。中醫將失眠稱為不寐，概念基本和現代醫學相同，即難以入睡以及寐而易醒，但在臨床診斷上較少設定指標，而是更重視患者的自身感覺。

治療方面，目前西醫多以處方安眠藥為主，然而其療效一直存有疑慮。2017年一份共識聲明指出，受驗的14種常用藥物或補充劑，在睡眠障礙的療效上最多只獲得弱推薦水平[4]。此外，藥物也產生諸多副作用，包括頭痛、腹瀉、疲乏，嚴重甚至可出現幻覺、健忘、抑鬱等等[5]。為此，近年越來越多人尋求西藥以外的治療方案，而中藥方劑也是被重點關注的一項。中藥治療失眠有很好的療效，且副作用小，為治療失眠提供另一個出路[6]。要精準應用中醫方藥治療不寐，必須回歸中醫理論，而中醫理論根於四大經典。故本文旨在從《黃帝內經》及《傷寒論》了解不寐的病機及治則，同時通過解析名師病案，探究經方治療該病的理論基礎。

1 《內經》的不寐理論

「不寐」一詞始於《難經·第四十六難》：「老人臥而不寐，少壯寐而不寤。」；《說文解字》指出：「寐，臥也。」不寐即失眠之意。參考上文現代醫學的定義，應視作以經常不能獲得正常睡眠為特徵的一類病證，主要表現為睡眠時間、深度不足。《內經》對這病症則稱為「目不瞑」、「不得眠」、「不得臥」等[7]，在多篇經文中均有論述其病機。《靈樞·營衛生會》中提到人的作息機理：「日中為陽隴，日西而陽衰，日入陽盡而陰受氣矣。夜半而大會，萬民皆臥，命曰合陰。」，一日之中夜半子時，即下午十一時至早上一時時候，屬陰氣最盛，營衛兩者都行於陰而大會，稱為合陰，是切合自然的作息時間。是以衛氣「行於陽則寤，行於陰則寐。」，合陰之後衛氣的特性是入陰經，入五臟而內藏，則人體活動進入靜態休息。據《內經》多篇加以歸納，可以將不寐的病機整合為三個方面：陽不入陰、胃不和及臟腑經絡失調。

1.1 陽不入陰

《靈樞·大惑論》云：「衛氣不得入於陰，常留於陽。留於陽則陽氣滿，陽氣滿則陽蹻盛，不得入於陰則陰氣虛，故目不瞑矣。」，衛氣作為陽氣的一種，能否正常入於陰分，是能否正常作息的重要關鍵。衛氣和營氣相對而言，前者屬陽，後者屬陰。營衛兩者皆生於水谷，經過脾胃的生化作用，清者化為營氣，行於脈內，濁者化為衛氣，行於脈外，各司其職而使人能維持正常生命活動。《素問·逆調論》精要地指出「榮氣虛則不仁，

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

衛氣虛則不用」，可見營氣的功能在濡養機體，衛氣的功能在機體得以活動。是以衛氣要入陰而息，人才能安眠。

《素問·陰陽應象大論》又說：「陰在內，陽之守也；陽在外，陰之使也。」，若陰陽之間出現偏亢偏虛，導致陰陽失和，則可以出現陽不入陰，人則不能正常入睡，而這關乎到衛氣和營氣之間的平衡和諧。

1.2 胃不和

《素問·逆調論》提到「陽明者，胃脈也，胃者六府之海，其氣亦下行，陽明逆不得從其道，故不得臥也。」。根據《靈樞·衛氣行》和《靈樞·營衛生會》等篇中，描述了衛氣和營氣的循行，提示陽明對於陽入於陰的重要性。衛氣陽盡入陰時，必須經過足陽明、手陽明兩經入足少陰。足陽明、手陽明分別是胃和大腸經，兩者又在消化飲食上息息相關。與此同時，衛氣陰盡出陽時，最後又是從脾交出，而脾與胃互為表裏。由是可見，人的寤寐，與陽明之氣有着密切關係。故此「陽明逆不得從其道」，使衛氣離入營陰的氣道失常，則可導致「胃不和臥不安」。脾胃運化水穀水濕功能失常，水濕、水飲、食積停聚阻滯衛氣入陰之道，稱為厥氣，亦影響睡眠。

另一方面，《靈樞·營衛生會》中「人受氣於穀，穀入於胃，以傳與肺，五藏六府，皆以受氣，其清者為營，濁者為衛。」。由此可見營衛二氣皆源於水谷之氣，都必須經過脾胃運化才能生成，兩者又與人的寤寐有着密切關係。故此若胃不和，受納腐熟水谷功能下降，可導致營衛不足，從而影響作息。

1.3 臟腑經絡失調

《靈樞·九鍼論》中提到：「心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，腎藏志也。」。《靈樞·本神篇》也說：「隨神往來謂之魂。」，神明主宰生命個體一切活動，包括作息休眠，心與夜寐有着重要關係。神能安靜則能寐，而心主神明，故此不寐的首要病位在於心。誠如《景岳全書·不寐》所說：「蓋寐本乎陰，神其主也，神安則寐，神不安則不寐。」，與此同時，魂又與神明有着密切關係。《黃帝內經·太素》指出：「魂者，神之別靈也。」，主宰人的精神、意識、意志，若魂不內守，則常見多夢失眠，而肝藏血，血舍魂，由是可見肝對入寐同樣有着重要意義。唐宗海的《血證論》對此有精闢的歸納：「不寐之證有二，一是心病，一是肝病……心藏神，血虛火妄動。則神不安，煩而不寐。肝藏魂，人寤則魂遊於目，寐則魂返於肝。若陽浮於外，魂不入肝，則不寐。」，充份解釋了心、肝兩臟對寤寐的影響。

此外，衛氣和營氣的周而復始，是通過各臟腑功能，以及經絡氣血的循環往復來完成，而任一失常，都可導致營衛循行失暢，可分為虛實兩個方面。從《靈樞·營衛生會》：「氣血衰，其肌肉枯，氣道澀，五藏之氣相搏，其營氣衰少而衛氣內伐。」，可見氣道通暢與否，以及五臟功能是否相和諧，都是衛氣能否入於陰的重點，而臟腑經絡的濡養，又需要依靠充足的營氣來完成。另外《靈樞·邪客》也指「厥氣客於五藏六府，則衛氣獨衛其外，行於陽，不得入於陰。」，厥，按《說文解字》：「厥，發石也。」衍生壅堵，逆亂的意思。提示若有邪氣在人體之中，可以影響人的作息。總結而言，《黃帝內經》中的三個病機實則環環相扣，互為影響。

2 《傷寒論》中關於不寐的治療

《傷寒論》由張仲景著，由於流傳緣故，現今一般分為兩書，即《傷寒論》及《金匱要略》，前者以人感受外邪風寒，感而即發的傷寒疾病為主；後者主要論述各種雜病。兩者中提到不寐的條文，各約5條，而各條的病機，又都可以和《黃帝內經》相對應。本文從《傷寒論》中各列舉例子，試釋張仲景治不寐的思路。

2.1 胃不和

《傷寒論》72條：「太陽病，發汗後，大汗出，胃中乾，煩躁不得眠，欲得飲水者，少少與飲之，令胃氣和則愈。」，本條述患者因外感傷寒，卻汗不得法，使患者胃中乾，而見煩躁不得眠，可見這種不寐，是因津液大量流失，胃陰不足，胃火上擾心神，從而煩躁無法入睡。病機正符合《黃帝內經》中「陽明逆不得其道。」，張仲景提出的治法，並沒有應用到藥方，而是「少少與飲之」。患者由於津液流失過多，而使胃陰津不足，故此補充津液是最直接的方法。要多次少量地喝水，是因胃陰虧損，胃機能不佳，若大量喝水，反而會導致水飲內停。這種治法充份考慮了胃的生理和病理狀態，而不只是單純地滋補胃陰。張仲景提出「使胃氣和則愈」，是胃不和所致不寐的重要原則。

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

2.2 厥氣客於臟腑

《傷寒論》太陽病篇76條：「發汗吐下後，虛煩不得眠；若劇者，必反覆顛倒，心中懊憹，梔子豉湯主之。」。若同時參照陽明病篇221條：「陽明病，脈浮而緊，咽燥，口苦，腹滿而喘，發熱汗出，不惡寒，反惡熱，身重。若發汗則躁，心憒憒，反譫語，若加溫針，必怵惕，煩躁不得眠。若下之，則胃中空虛，客氣動膈，心中懊憹，舌上胎者，梔子豉湯主之。」。可見梔子豉湯的虛煩不寐病機，是邪熱鬱於胸膈。心在膈上，位在胸中，故邪熱鬱則可擾動心神，使煩躁懊憹不得眠，若與《黃帝內經》相對照，其病機正是「厥氣客於五藏六府」。梔子豉湯僅梔子和香豉兩味，兩味同有苦寒清熱的特性，而前者可以泄熱除煩，降中有宣，後者氣輕升清，宣中有降，兩者合用則宣降俱調，共奏解胸膈鬱熱，清熱除煩的作用。全方未有使用安神之品，故若「厥氣客於臟腑」，治療上只要針對病因祛邪即可。

2.3 營氣衰少，衛氣內閥

《傷寒論》少陰病篇第303條：「少陰病，得之二三日以上，心中煩，不得臥，黃連阿膠湯主之。」。《傷寒論》中少陰病的提綱為「脈微細，但欲寐。」如今病人卻出現心中煩，不得臥，可以看着其病已經熱化。心在上，與少陰腎關係密切；心屬君火，腎主水，心火能下濟腎水而溫真陽，腎水又能上濟心火，使其不致過亢並滋心陰。如今心火獨亢於上，正是少陰腎水不足於上濟，心腎不交，而出現不寐。張仲景提出黃連阿膠湯，組成黃連、黃芩、芍藥、雞子黃、阿膠五味。黃連、黃芩味苦寒，可治中上焦之火，即「陽有餘，以苦除之」；芍藥、雞子黃、阿膠味甘而平，同滋腎水，即「陰不足，以甘補之」。黃連阿膠湯上下並治，制偏亢的心火，同時滋補腎陰，使水火相和，得交通心腎之效。由是可見，營氣衰少而出現衛氣內閥的情況，當以制火滋陰，使陰陽相平衡為原則。

3 經方治不寐病例一則試析

錄自《當代名老中醫典型醫案集·內科分冊》上冊中一周仲瑛醫案[8]：

王某，女，60歲，2006年6月7日初診。

失眠1年多，入睡困難，基本徹夜不寐，用安眠藥凌晨約睡1小時，疲倦乏力，多夢，口乾，食納知味，怕冷明顯，有心絞痛史。查其：苔薄黃膩質暗，診脈細弦。診其為：心腎失交之不寐（頑固性失眠）。治法：滋陰降火，交通心腎，方擬交泰丸合酸棗仁湯加減。處方：熟棗仁30g，知母10g，川芎10g，丹參15g，黃連5g，肉桂2g（後下），炒延胡索15g，法半夏10g，夏枯草10g，珍珠母30g（先煎），夜交藤25g，大麥冬10g，五味子5g，川百合12g，大生地12g，水煎服，日1劑，14劑。另：天王補心丹3瓶，每次8粒，日3次。

分析上述病案，患者入寐困難，徹夜不寐，即使服用安眠藥也僅能入睡一小時，究其病機基本為陰份大衰，陰不能為陽之守，陽不入陰所致。由於夜裏神不能按時作息，長期夜裏不寐，陽氣長期偏亢，既耗陽氣且不能養陽，所謂子時一陽生。陽氣日衰，則導致日間神疲，並不能溫養身體而怕冷。患者神魂不藏，精神、意識無法息於心、肝之火，使夜裏即使入寐仍然多夢。其苔薄黃膩，口乾，脈細弦，反映素體陰虛陽亢化熱，而同有氣滯血瘀見舌暗。食納知味提示脾氣未衰，但有心絞痛史反映病位重在心。總體而言，該患者寒熱病症並見，陽氣獨亢於上，陰氣獨衰於下，正符合心腎不交的病機，同時心、肝陰虛所見於舌暗脈細，血不守神，亦不舍魂，即符合心腎陰虛。由是可見其病位主要在心，涉及肝、腎兩臟。

本案寒熱並見，據張仲景用方應寒熱並用，與此同時又應陽有餘，以苦除之；陰不足，以甘補之。周師對此病處方交泰丸、酸棗仁湯及天王補心丹三方，交泰丸黃連、肉桂屬寒熱並用，可交通心腎；酸棗仁湯作為張仲景方，當中酸棗仁酸甘化陰補肝，知母苦甘兼清熱甘補之功，全方滋肝血而潛陽清熱；天王補心丹多藥合用，滋陰清熱，又可養血安神。值得注意的是，周師對其處方服法為天王補心丹為日服3次，應為調理患者體質之用。交泰丸及酸棗仁湯日服1劑，推斷應為夜間服用，以助陽以入陰安眠之用。後兩方共14劑達2周時長，也正針對其長期失眠的情況。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCTCMP All Rights Reserved

4 總結

睡眠是人體生命活動的重要環節，對人體能否保持正常健康狀態有着重大意義。《黃帝內經》中深入探討不寐的病機，《傷寒雜病論》則提出治療不寐的方法，對後世醫家有重要意義。不寐有虛實之分，但以偏虛為主，又與臟腑神魂的功能有着重要關係[9]。臨床應參照《金匱要略》所引《難經·八十一難》經文：「虛虛實實，補不足，損有餘」的原則，抓準病機辨證施治。現代醫學尚未有安眠藥以外的有效方法之際，或許遁經取義能使中醫為失眠治療提供更佳的出路。臨床上應該以兩本經書為基礎，僅遵張仲景「觀其脈證，知犯何逆，隨證治之」，避免一方到底，或過用重鎮安神之品，使素體受損。總括而言，治不寐應法於陰陽，調其營衛，和其臟腑經絡為要。

參考文獻

[1] Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn[J]. Sleep Medicine Reviews, 6(2), 97–111. https://doi.org/10.1053/smrv.2002.0186

[2] Zeng, L., Zong, Q., Yang, Y., Zhang, L., Xiang, Y., Ng, C. H., Chen, L., & Xiang, Y. (2020). Gender Difference in the Prevalence of insomnia: A Meta-Analysis of Observational Studies[J]. Frontiers in Psychiatry, 11 , 577429. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.577429

[3] Kutscher, S., & Juang, C. (2023). Insomnia[J]. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, 29(4), 1167 – 1187. https://doi.org/10.1212/con.0000000000001283

[4] Sateia, M. J. (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition[J]. CHEST, 146(5), 1387 – 1394. https://doi.org/10.1378/chest.14-0970

[5] Fitzgerald, T., Vietri, J., & Pillar, G. (2015). Residual Effects of Sleep Medications Are Commonly Reported and Associated with Impaired Patient-Reported Outcomes among Insomnia Patients in the United States[J]. Sleep Disorders, 2015(2015), 1 – 9. https://doi.org/10.1155/2015/607148

[6] Yeung, W. F., Chung, K. F., Poon, M. M. K., Ho, F. Y. Y., Zhang, S. P., Zhang, Z. J., Ziea, E. T. C., & Wong, V. T. (2012). Chinese herbal medicine for insomnia: a systematic review of randomized controlled trials[J]. Sleep Medicine Reviews, 16(6), 497 – 507. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.12.005

[7] 魏禕, 張碩. 《傷寒論》七法治療不寐簡析[J]. 臨床医药文献电子雜志, 2020, 7(31): 193.

[8] 孫光荣. (2009). 當代名老中医典型医案集[M]. 內科分冊 (第1版.). 人民衛生出版社, 41-42.

[9] 魏士雄, 劉琼, 王平. 《傷寒雜病論》五臟皆令失眠及从神論治探討[J]. 中医雜志, 2018, 59(13): 1169-1170.

Abstract: Insomnia, one of the most challenging sleep disorders for medical professionals, has been extensively discussed in classical Chinese medical texts. Huangdi Neijing, a foundational doctrinal source in Chinese medicine, provides key theoretical insights into insomnia. Later, Zhang Zhongjing successfully applied Chinese medical theory to clinical practice in Shanghan Zabing Lun, proposing various treatments and prescriptions. This study, based on these classical texts, categorizes the causes of insomnia into three main types: Yang failing to enter Yin, stomach disharmony, and disorders of the organs and meridians, while proposing three corresponding treatments targeting stomach disharmony, Yin deficiency, and pathological factors. Through a case study of insomnia, we conclude with a new and effective treatment strategy derived from classical traditional Chinese medicine theory.

Keywords: Insomnia; Huangdi Neiiing; Shanghan Lun; Traditional Chinese medicine

（編委：嚴新傑審校2025.11.08）

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved