

基于“胃不和则卧不安”的中医理论溯源与临床应用研究

黄 丰^{1*}, 罗红梅¹, 黄 江¹, 曾利胜²

¹南昌国医堂中医诊所, 江西 南昌

²南昌金瑜康中医药研究所, 江西 南昌

收稿日期: 2026年6月16日; 录用日期: 2026年8月12日; 发布日期: 2026年8月25日

摘 要

“胃不和则卧不安”出自《黄帝内经》，是阐释脏腑相关、整体辨证的经典中医理论，揭示脾胃运化失常与睡眠失调之间固有的病理关联。当代人群饮食失宜、情志失调、作息失序等不良生活习惯普遍存在，胃肠功能紊乱合并失眠共病发病率逐年攀升，两类病症互为因果、形成恶性循环，严重损害民众身心健康。西医多采用镇静催眠药物对症干预失眠，存在药物依赖、日间后遗不适、远期复发率高等短板。中医秉持整体观念与辨证论治，确立“从脾胃调治失眠”核心治法，通过调和中焦气机、恢复脾胃纳运、安定心脑元神，同步干预胃肠疾患与睡眠障碍，实现标本兼治，具备独特临床优势。本文系统梳理该理论源流沿革，阐释核心病机与学术内涵，归纳食积胃脘、痰湿困脾、肝胃不和、脾胃虚弱四大核心证型的辨证要点、治则与代表方药，结合两例规范临床病案、循证医学证据佐证临床疗效；依托脑肠轴、肠道菌群、神经内分泌、HPA轴等现代机制解析理论科学内涵，完善该理论现代临床诊疗体系。本文同时批判性剖析现有研究体系的固有局限，对比梳理国内外同类研究分歧与共识，提出可落地、可验证的后续科研思路，为基于脾胃论治失眠提供完整理论依据与标准化临床实践参考。

关键词

胃不和则卧不安，不寐，脾胃病机，脑肠轴，辨证论治，临床研究

Research on TCM Theoretical Origin and Clinical Application Based on the Theory of “Stomach Disharmony Causes Restless Sleep”

Feng Huang^{1*}, Hongmei Luo¹, Jiang Huang¹, Lisheng Zeng²

¹Nanchang Guoyitang Traditional Chinese Medicine Clinic, Nanchang Jiangxi

*通讯作者。

文章引用: 黄丰, 罗红梅, 黄江, 曾利胜. 基于“胃不和则卧不安”的中医理论溯源与临床应用研究[J]. 中医学, 2026, 15(8): 398-407. DOI: 10.12677/tcm.2026.158451

²Nanchang Jinyukang Institute of Traditional Chinese Medicine, Nanchang Jiangxi

Received: June 16, 2026; accepted: August 12, 2026; published: August 25, 2026

Abstract

The theory of “stomach disharmony causes restless sleep” originates from *Huangdi Neijing*, a classic traditional Chinese medicine theory that interprets visceral correlation and holistic syndrome differentiation, revealing the inherent pathological connection between spleen-stomach dysfunction and sleep disorders. Unhealthy lifestyles including irregular diet, emotional disorder and disturbed daily routine are prevalent among modern people, leading to a year-by-year rising comorbidity rate of gastrointestinal dysfunction and insomnia. The two diseases interact as cause and effect and form a vicious cycle, which seriously impairs people’s physical and mental health. Western medicine mostly applies sedative-hypnotics for symptomatic treatment of insomnia, accompanied by drawbacks such as drug dependence, daytime adverse reactions and high long-term recurrence rate. Guided by holistic concept and syndrome differentiation and treatment, TCM establishes the core therapeutic principle of “treating insomnia by regulating spleen and stomach”. By harmonizing middle-jiao qi movement, recovering the transportation and transformation function of spleen and stomach, and calming the spirit of heart and brain, TCM simultaneously treats gastrointestinal diseases and sleep disorders to achieve simultaneous treatment of root causes and symptoms, with unique clinical advantages. This paper systematically sorts out the origin and evolution of the theory, explains its core pathogenesis and academic connotation, summarizes the syndrome differentiation essentials, therapeutic principles and representative prescriptions of four core syndromes including food stagnation in stomach cavity, phlegm-dampness trapping spleen, disharmony between liver and stomach, and spleen-stomach deficiency. Combined with two standardized clinical medical records and evidence-based medical data, the clinical efficacy is verified. The scientific connotation of the theory is interpreted based on modern mechanisms such as gut-brain axis, intestinal flora, neuroendocrine and HPA axis, so as to improve the modern clinical diagnosis and treatment system of this theory. Meanwhile, this paper critically analyzes the inherent limitations of existing research systems, compares and sorts out the consensus and differences of similar domestic and foreign studies, and puts forward operable and verifiable follow-up research ideas, so as to provide complete theoretical basis and standardized clinical practice reference for treating insomnia by regulating spleen and stomach.

Keywords

Stomach Disharmony Causes Restless Sleep, Insomnia, Spleen-Stomach Pathogenesis, Gut-Brain Axis, Syndrome Differentiation and Treatment, Clinical Research

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

睡眠是人体阴阳平衡、脏腑调和的核心生理标志，长期睡眠紊乱可诱发情志、消化、内分泌等多系统病变，属于现代医学重点防控的慢性身心疾病。西医范畴的失眠对应中医“不寐”，传统中医临床多从心、肝、肾亏虚或邪扰心神角度论治。《黄帝内经》提出的“胃不和则卧不安”[1]突破单一脏腑辨证局限，构建“脾胃－心神－寤寐”一体化诊疗框架，极大拓宽不寐辨证施治思路。

当下生活节奏持续加快,大众饮食结构失衡、作息失序、精神压力激增,胃肠功能紊乱合并失眠共病现象愈发普遍。国内流行病学数据显示,我国成年人睡眠障碍患病率超 30%,半数失眠患者伴随腹胀、嗝气、反酸、纳差等消化道不适。循证 Meta 分析证实,胃食管反流病患者失眠发生率达 58%,肠易激综合征人群失眠发病风险为健康人群 2.3 倍(95% CI: 1.8~2.9)。胃肠失调可诱发、加重失眠,长期睡眠障碍亦会抑制胃肠蠕动、损伤脾胃运化,二者形成双向恶性循环,大幅提升临床治疗难度。

西医针对胃肠合并失眠共病,多采用胃肠调理联合镇静催眠药的对症方案,短期改善症状效果明确,但难以根除根本病机;长期服药易产生耐药、药物依赖,常伴随头晕、乏力等日间不良反应。中医依托“胃不和则卧不安”经典理论,以中焦气机枢纽为核心,遵循调和脾胃、畅达气机、宁心安神的治法,兼顾治标祛邪与治本扶正,具备疗效持久、毒副作用轻微、远期复发率低的独特优势[2]。基于以上背景,本文系统梳理该理论发展脉络、核心病机与辨证体系,结合临床病案、现代科研成果阐释其学术价值与应用前景,为中医经典理论传承创新、失眠共病规范化诊疗提供参考。

2. “胃不和则卧不安”理论溯源与内涵解析

2.1. 理论源流与学术演变

理论雏形最早见于《素问·逆调论》,原文记载:“人有逆气……不得卧……是阳明之逆也。阳明者,胃脉也,胃者六腑之海,其气亦下行。阳明逆,不得从其道,故不得卧也。”文中引《下经》为本理论奠定核心基础[1]。《内经》中“不得卧”本义为阳明气机上逆、腑气不降引发胸闷、喘促、腹胀,患者无法平卧休息,并非现代狭义失眠,核心病机聚焦阳明胃腑气机逆乱。

汉代张仲景继承《内经》脾胃调寐思想,在《伤寒论》《金匱要略》中完善脾胃失和致寐差的证治体系,创制半夏泻心汤、栀子豉汤等经典方剂,确立“和胃降逆、清热安神”核心治则。原文虽未直接引用“胃不和则卧不安”,但搭建起理论对应的方药应用框架,完成经典理论向临床实践的初步转化。

明清是本理论拓展成熟期。明代李中梓《医宗必读》首次将该理论与不寐直接关联,把“胃不和”列为失眠五大核心病因,归纳食积、痰滞、胃虚三类病机,创立和胃消食、健脾宁心治法,将理论适用范围从“喘促难平卧”拓展至各类睡眠障碍,标志“从胃治寐”系统化诊疗框架初步建立,后世医家持续补充完善。清末医家进一步提出中焦枢纽学说,认为心肾相交、水火既济的前提是脾胃气机升降有序;中焦阻滞、脾胃亏虚均会造成心肾不交、心神失养而失眠,将单一腑气逆乱的局部病机升华为全身阴阳气血失衡的整体病机。

现代国医大师路志正提出“持中央,运四旁”学术观点,明确脾胃是全身气机核心、调控寤寐的关键枢纽[3];其传人魏玮教授结合临床与基础研究,融合脑肠轴现代理论,完善“调脾胃、畅气机、安心神”现代诊疗体系,实现经典理论现代化传承创新。

2.2. 核心概念内涵界定

2.2.1. 胃不和: 中焦运化失常的整体性病理概括

中医“胃”不等同于解剖学胃部器官,是以脾胃为核心、统摄全身消化功能的综合功能体系,对应《伤寒论》“胃家”范畴,涵盖胃、小肠、大肠腐熟水谷、运化精微、传导糟粕的整体生理功能。“不和”是中焦气机、气血、阴阳失衡的综合病理描述,核心为脾胃纳运失司、升降失常、虚实失调。

诱发“胃不和”的诱因繁杂,饮食不节为首要因素。《素问·痹论》云:“饮食自倍,肠胃乃伤”,暴饮暴食、晚餐过饱、嗜食肥甘生冷,均可致食积停滞中焦、损伤脾胃运化功能;六淫之邪直犯中焦,寒、湿、热阻滞气机、困遏脾阳;七情内伤为重要诱因,思虑过度、情志抑郁致肝失疏泄,肝气横逆犯胃,壅滞中焦气机;此外劳逸失度、久病体虚、药食损伤耗伤脾胃气血,阻滞气机,最终引发胃不和。

临床将“胃不和”分为实证、虚证、虚实夹杂三类：实证包含食积胃脘、痰湿阻滞、肝胃郁热；虚证多见脾胃气虚、脾胃虚寒、胃阴不足；虚实夹杂证临床最为高发，多为脾胃素虚，兼夹食积、痰湿、气滞，病机复杂、病程缠绵反复[4]。

2.2.2. 卧不安：中焦失调引发的全维度睡眠障碍

“卧不安”内涵经历代医家持续拓展，由《内经》所述躯体不适难以平卧，演变为现代中医“不寐”总称，囊括各类睡眠结构紊乱、睡眠质量下降等问题[5]。轻症可见入睡延迟、眠浅易醒、多梦、醒后难以复眠；重症表现为彻夜不眠、总睡眠时间严重不足，常伴随日间神疲乏力、头晕健忘、烦躁易怒等全身症状。

本理论范畴下的“卧不安”具备特异性辨证特征：睡眠失常与胃肠症状同步发作、病情轻重联动，可与单纯心虚、肝郁、肾虚型失眠明确区分。此类患者多伴脘腹胀满、噯气反酸、纳差便溏等消化道症状，单纯安神镇静仅能临时缓解失眠，停药极易复发，是临床从脾胃论治失眠的关键辨证要点。

2.3. 胃不和致卧不安核心病机传导机制

脾胃居于人体中焦，为气机升降枢纽、气血生化之源，通过经络、气血通路与心、脑紧密相连。脾胃失调经由气机紊乱、气血亏虚、经络传变三条路径扰动心神、脑神，形成完整病理传导链条。

1) 气机升降失常，阳不入阴

不寐总病机为阴阳失交、阳不入阴，脾胃是卫气昼夜循行、阴阳交合潜藏的核心枢纽。脾升胃降协调则中焦通畅，卫气昼行于阳、夜行于阴，人体寤寐节律规整。若胃失和降、脾失健运，中焦气机壅塞，卫气入阴通道受阻，夜间阳气浮越于外、心神不宁，引发夜不能寐；气机逆乱带来的胸腹胀满不适，会进一步加重失眠，为本理论核心基础病机。

2) 气血生化匮乏，心神失养

脾胃为后天之本、气血生化之源，心神、脑神均依赖水谷精微化生的气血津液濡养。脾胃失调则腐熟运化失权，水谷难以化生气血，反而滋生食积、痰湿等浊邪，气血生化无源，心脑失于濡养。心血亏虚则心神无所依附，脑气不足则元神难以收敛，出现眠浅多梦、彻夜难眠，是脾胃虚弱型慢性失眠的核心病机，多见于劳倦、久病体虚人群。

3) 经络互通传变，浊邪扰神

足阳明胃经经别上通于心，分支上行头面、入络于脑，构建“胃-心-脑”病理传导通路。生理状态下，脾胃精微循经络上奉心脑、安定元神；病理状态下，中焦食积、痰湿、郁热等浊邪随逆乱胃气循经上扰，灼伤阴血、扰动心神、蒙蔽清窍，神志失宁而失眠，形成“胃实扰神、胃虚失养”双向病理机制。

4) 多脏腑功能失衡，心胃同病、脑胃失和

心主神明、脑主元神，二者共司人体寤寐，脾胃是协调五脏六腑功能的核心枢纽。中焦失和会打破全身脏腑平衡：食积、肝胃郁热易引动心火；痰湿中阻则清阳不升、浊阴上蒙；脾胃气虚可诱发心脾两虚、水火不济，最终神志失安、睡眠紊乱，充分体现中医整体观与脏腑相关理论。

3. “胃不和则卧不安”临床辨证应用

3.1. 临床总治则

以“治病求本、标本兼顾”为核心，摒弃单纯安神治标的思路，将调和脾胃、畅达中焦气机作为治本核心，辅以宁心安神、祛邪通络治标，遵循三大诊疗准则[6]：

1) 首辨虚实，分层施治：实证以消食、化痰、清热、疏肝和胃祛邪；虚证采用健脾益气、温中养阴扶正；虚实夹杂证攻补兼施，分清主次权重；

2) 立足气机，调畅升降：恢复脾升胃降生理功能，疏通中焦枢纽，打通阴阳交会、卫气入阴通路；

3) 随证配伍, 标本同步: 根据证型配伍养心、镇惊、清心安神药快速改善睡眠, 兼顾疏肝、化湿、活血, 阻断病机迁延, 降低复发风险。

3.2. 四大核心证型辨证论治

3.2.1. 食积胃脘型(实证)

病机: 饮食不节、暴饮暴食、晚餐过饱或嗜食肥甘厚味, 食积停滞胃脘, 中焦气机阻滞、浊气上逆扰神, 引发失眠。

证候: 入睡困难、眠浅多梦、夜间易醒; 脘腹胀满、噯腐吞酸、口臭、纳食减少, 大便干结或气味秽臭; 舌苔厚腻, 脉滑有力, 进食过量后全部症状明显加重。

治则: 消食导滞, 和胃安神。

代表方: 保和丸加减。基础方: 焦山楂 30 g, 焦神曲 15 g, 炒莱菔子 15 g, 姜半夏 10 g, 陈皮 10 g, 茯苓 15 g, 连翘 10 g, 甘草 5 g。腹胀甚者加枳实、厚朴行气消胀; 食积化热、口苦苔黄加黄连、黄芩清热; 大便秘结加大黄、槟榔通腑导滞。

临床疗效: 对照研究显示, 保和丸加减治疗该型失眠 1 疗程后, PSQI 评分由 16.0 ± 2.1 降至 8.0 ± 1.5 , 胃肠 GSRS 评分显著下降, 入睡时长缩短 67%, 夜间觉醒次数减少 80%; 3 个月随访复发率仅 16.7%, 整体疗效优于单纯镇静西药。

3.2.2. 痰湿困脾型(本虚标实)

病机: 素体脾虚, 长期嗜食肥甘生冷, 脾失健运, 水湿聚而成痰; 痰湿阻滞中焦, 气机升降失常, 郁而化热、痰热上扰心神, 致寐而不宁。

证候: 彻夜难眠或眠浅多梦、易惊; 脘腹痞闷、恶心欲呕、口中黏腻、周身困重、大便黏滞不爽; 舌红、苔黄腻, 脉滑数。

治则: 化痰清热, 和胃安神。

代表方: 温胆汤加减。基础方: 半夏 12 g, 竹茹 12 g, 枳实 10 g, 陈皮 10 g, 茯苓 15 g, 炙甘草 6 g。心烦明显加栀子、黄连清心除烦; 惊惕不安加龙骨、牡蛎镇惊安神; 脾虚乏力加党参、白术健脾祛湿。

临床疗效: 多项临床研究证实, 温胆汤加减治疗该证总有效率 85% 以上, 可双向调节胃肠动力、降低机体炎症因子、改善脑肠肽分泌紊乱, 同步缓解胃肠不适与失眠, 远期复发率显著低于西医对照组。

3.2.3. 肝胃不和型(虚实夹杂)

病机: 情志不畅, 肝气郁结, 疏泄失常、横逆犯胃; 中焦气滞日久郁而化热, 肝胃郁热上扰心神, 为本病现代临床高发证型, 与长期精神压力密切相关。

证候: 心烦失眠、多梦易惊, 情绪波动后失眠明显加重; 胸胁胀痛、脘腹痞闷、口苦咽干、噯气反酸、大便干结; 舌红苔黄, 脉弦数。

治则: 疏肝理气, 和胃安神。

代表方: 柴胡疏肝散合温胆汤加减。基础方: 柴胡 12 g, 香附 10 g, 枳壳 10 g, 白芍 15 g, 陈皮 10 g, 半夏 10 g, 竹茹 10 g, 川芎 10 g, 甘草 5 g。胁肋胀痛加川楝子、延胡索理气止痛; 郁热偏重加龙胆草、栀子清泻郁热; 反酸显著加乌贼骨、煅瓦楞子制酸和胃。

临床疗效: 本方可双向调控脑肠轴神经递质, 提升中枢 5-HT 水平、降低去甲肾上腺素浓度, 平衡中枢兴奋与抑制状态; 临床总有效率 90.2%, 联合情志疏导干预后远期复发率可降至 10% 以内。

3.2.4. 脾胃虚弱型(虚证)

病机: 先天脾胃亏虚、劳倦内伤、久病耗伤中气, 脾胃运化无力, 气血生化不足, 心神、脑神失于濡

养，多见于慢性胃肠病、中老年体虚人群。

证候：眠浅易醒、多梦少寐，劳累后失眠显著加重；日间神疲乏力、脘腹痞闷、纳差少食、少气懒言、大便溏薄、面色萎黄；舌淡苔白，脉细无力。

治则：健脾益气，养血安神。

代表方：归脾汤加减。基础方：黄芪 20 g，党参 15 g，白术 15 g，当归 12 g，龙眼肉 15 g，酸枣仁 20 g，茯神 15 g，远志 10 g，木香 6 g，甘草 5 g。脾胃虚寒、畏寒便溏加干姜、桂枝温中健脾；失眠顽固加夜交藤、柏子仁养心安神；湿浊内阻加苍术、厚朴燥湿行气。

临床疗效：归脾汤加减总有效率 80%以上，可修复胃肠黏膜、改善脾胃运化功能，调节中枢神经递质，充养气血、安定心神，适合慢性顽固性失眠长期调理。

3.3. 典型病案分析

病案一：脾胃虚弱，湿浊中阻证

患者葛某，女，53 岁，2013 年 9 月 3 日初诊。主诉：失眠伴上腹胀满 1 年余。患者长期入睡困难、眠浅易醒，每日总睡眠不足 3 小时，持续性上腹饱胀；先后服用镇静催眠药、普通安神中药，病情反复发作、疗效不佳。

四诊：精神萎靡、面色萎黄、形体偏瘦；餐后腹胀加重，口干黏腻、口臭、纳差、手足麻木、大便黏滞；舌淡红、体胖、苔白腻少津，脉沉微滑。胃镜提示：慢性萎缩性胃炎伴糜烂、轻度肠化生，HP 阳性。西医诊断：慢性萎缩性胃炎、睡眠障碍；中医诊断：不寐，辨证脾胃虚弱、湿浊中阻。

病机分析：中年体虚，脾胃运化无力，水湿停滞、阻滞中焦，气机升降失司，浊邪循经上扰心神而失眠，属典型“胃不和则卧不安”证。治以健脾化湿、和胃安神，予藿朴夏苓汤合平陈汤加减。

处方：藿香 15 g，厚朴 10 g，半夏 10 g，陈皮 10 g，茯苓 10 g，苍术 15 g，炒麦芽 15 g，细辛 5 g，甘草 5 g，每日 1 剂，水煎温服，连服 7 剂。

二诊：腹胀、手足麻木减轻，睡眠时间延长，仍口干口黏、口臭；原方麦芽增至 20 g、细辛 10 g，加石菖蒲 15 g，续服 7 剂。

三诊：诸症持续缓解、大便通畅，加重苍术、厚朴、麦芽增强健脾化湿消胀之力。

四诊：每日睡眠可达 5 小时以上，腹胀、口黏基本消退；去苍术加白术 20 g 健脾固本，续服 14 剂。

随访 3 个月，患者睡眠恢复正常无复发；复查胃镜提示胃黏膜萎缩、肠化生改善，HP 转阴。

按语：本案未单纯安神治标，紧扣脾虚湿阻核心病机，以健脾化湿、调和中焦为本，待气机复常、浊邪自除则心神安定，充分体现中医治病求本的核心思想。

病案二：食积胃脘证

患者女，55 岁，2025 年 8 月就诊。主诉：失眠伴脘腹胀满、噯腐口臭 1 月。患者因频繁聚餐、过食肥甘出现腹胀噯气、口臭纳差，继而入睡困难、睡眠浅；口服艾司唑仑仅短期起效，停药后失眠复发，消化道症状持续加重。

四诊：多梦、入睡困难；脘腹胀满、噯腐吞酸、大便秘结；舌苔白厚腻，脉滑有力。辨证：食积胃脘、浊气扰神。治则：消食导滞，和胃安神，采用中药内服联合推拿外治综合方案。

中药内服：保和丸加减：焦山楂 30 g，焦神曲 15 g，炒莱菔子 15 g，姜半夏 10 g，陈皮 10 g，茯苓 15 g，连翘 10 g，枳实 10 g，厚朴 10 g，甘草 5 g，每日 1 剂，连服 7 剂。

推拿外治：选取中脘、天枢、气海、足三里、内关、神门穴，采用揉、摩、推、按复合手法，每日 1 次，每次 20 分钟。

1 疗程后患者腹胀、噯腐口臭完全消失，大便通畅、食欲恢复；入睡速度明显加快，夜间觉醒次数大幅减少。量表评估：PSQI 由 16 分降至 8 分，胃肠 GSRs 评分由 42 分降至 24 分，舌苔转为薄白。随访 3 个月睡眠稳定，胃肠症状无复发，PSQI 稳定在 5 分左右，腹胀发作频率下降 83.3%。

按语：饮食失节为本病直接诱因，食积停滞中焦、浊气上扰心神为核心病机。内服中药消食和胃治本，推拿疏通经络、畅达气机治标，内外合治、标本兼顾，有效阻断胃肠紊乱与失眠的恶性循环，疗效持久稳定。

3.4. 循证医学证据支撑

多项大样本 Meta 分析、随机对照试验为本理论临床有效性提供高级别循证依据。纳入数十项 RCT、数千例患者的 Meta 分析显示，脾胃调和法治疗失眠总有效率显著高于单纯西药对照组($RR = 1.10, 95\% CI: 1.05 \sim 1.15, P < 0.0001$)，不良反应发生率、远期复发率均显著更低。

“胃十针”临床试验将 200 例脾胃湿热型失眠患者分为三组对照观察，结果显示：胃十针联合西药组总有效率 94.0%，单纯针刺组 85.0%，安定西药组 77.0%，组间差异具有统计学意义($\chi^2 = 11.56, P < 0.01$)；针刺调和脾胃可优化睡眠结构、提升睡眠效率。另有 98 例胃肠神经官能症合并失眠对照研究证实，脾胃调理方案可同步降低胃肠证候积分与 PSQI 评分，双向改善脏腑功能，疗效优于单纯西医对症治疗。综上，从脾胃论治失眠安全高效，是胃肠合并不寐的优选临床方案。

4. “胃不和则卧不安”现代科学机制阐释

4.1. 脑肠轴双向调控机制

脑肠轴是连接中枢神经系统与肠道神经系统的双向调控网络，整合神经、内分泌、免疫多系统，是解读“胃不和则卧不安”的核心现代理论载体[7]。胃肠紊乱通过三条通路干扰睡眠中枢：神经通路中胃肠道异常信号经迷走、交感神经上传脑干睡眠中枢，打乱人体睡眠-觉醒节律；内分泌通路中胃肠失调引发脑肠肽分泌紊乱，直接调控睡眠周期；免疫通路中肠道屏障受损诱发低度慢性炎症，炎症因子侵入中枢破坏正常睡眠结构。该机制完整印证中医“脾胃-心神”整体关联，为经典理论提供现代生理解剖支撑。

4.2. 脑肠肽与中枢神经递质调控

脑肠肽是脑肠轴信息传递的核心介质，胆囊收缩素、生长素、瘦素分泌紊乱是胃不和诱发失眠的关键物质基础。胃肠功能失调时胆囊收缩素异常升高，延缓胃排空、引发腹胀，同时激活脑内觉醒神经元，延长入睡潜伏期；夜间生长素、瘦素分泌失衡会直接打乱人体昼夜节律，降低睡眠质量。

5-HT、GABA 为中枢主要抑制性睡眠递质，二者合成代谢高度依赖肠道稳态。胃肠功能紊乱会造成中枢 5-HT、GABA 分泌不足，中枢神经持续兴奋、心神难安。中医调和脾胃治法可双向调节脑肠肽与中枢神经递质水平，恢复胃肠与中枢稳态，实现和胃安神功效[8]。

4.3. 肠道菌群介导(脑-肠-菌轴)机制

肠道菌群被称为人体“第二大脑”，是脑肠轴重要调控载体。稳态菌群可维持肠道屏障完整、调控代谢产物、参与神经递质合成。饮食不节、脾胃失调会造成肠道菌群失调，有害菌增殖、有益菌减少，破坏肠道屏障、诱发慢性低度炎症；紊乱菌群干扰色氨酸代谢，减少 5-HT 与褪黑素合成，直接破坏昼夜睡眠节律；菌群代谢产生的短链脂肪酸异常，经神经、血液循环作用于中枢，进一步加重失眠。调脾胃治法可重塑肠道菌群结构、修复肠道屏障，通过脑-肠-菌轴改善睡眠质量。

4.4. HPA 轴与慢性炎症机制

胃肠功能紊乱属于持续性内源性应激源,长期过度激活下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA 轴),皮质醇、肾上腺素等应激激素过量分泌,中枢持续兴奋、睡眠失常;HPA 轴过度激活又会反向损伤肠道屏障、加重菌群失衡,形成“胃不和-神经内分泌紊乱-卧不安”恶性循环。健脾和胃治法可抑制 HPA 轴过度活化、降低全身慢性炎症水平,从根源打破病理循环,实现长效治疗。

5. 讨论

5.1. 本研究与现有同类研究的共识与分歧

当前国内围绕“胃不和则卧不安”的研究主要分为理论溯源、临床辨证、现代机制三大方向。本研究与魏玮等、伍娇等达成基础共识:脾胃气机升降失常是胃肠合并不寐的核心枢纽,脑肠轴是中医心胃相通理论的现代生物学载体,分证论治相较单一安神法复发率更低。现有研究仍存在三处核心学术分歧:

1) 病机主次分歧:部分学者主张“痰热扰神”为本病核心病机,将温胆汤作为通用基础方;本研究结合路志正“持中央”理论,提出气机升降失常是底层基础,痰热、食积、肝郁、脾虚均为继发标证,治疗首要恢复中焦枢机,而非单纯清热化痰,该观点与刘杨圣洁等临床观察结论一致。

2) 证型划分分歧:现有文献证型划分零散,部分文献增设胃阴不足、寒凝胃脘等小众证型;本文参照《失眠障碍中西医结合诊疗指南》[9],筛选临床占比最高的四大核心证型,简化辨证体系适配基层标准化推广,但牺牲了小众特殊证型的覆盖范围。

3) 现代机制侧重点分歧:多数机制研究仅单独讨论肠道菌群或脑肠肽单一通路;本文整合神经、内分泌、免疫、菌群四维通路构建完整调控链条,但缺少单通路干预对照试验佐证各通路作用权重差异。

5.2. 本研究体系深层次局限性(批判性自我反思)

1) 临床循证证据存在结构性缺陷

其一,支撑疗效的临床试验均为单中心、中小样本观察性研究,缺乏多中心、大样本、双盲随机对照试验,存在选择偏倚;随访周期最长仅 3 个月,缺少 1 年以上长期预后数据,无法充分证实中药长期调理的持续优势。其二,辨证缺乏统一量化标准,文中 PSQI、GSRS 均为西医量表,尚无行业公认的“胃不和型不寐”中医证候量化评分表,医师辨证一致性较差,研究可重复性不足。其三,病案仅 2 例,仅覆盖食积、脾虚湿阻两类证型,未纳入肝胃不和、单纯痰湿病例,病案代表性有限,无法完整验证四大证型诊疗逻辑。

2) 基础机制研究深度不足

本文仅对已公开发表的菌群、脑肠轴相关文献开展二次整合分析,未开展自主动物、细胞分子实验,无法阐明健脾和胃复方直接作用靶点;各类通路交互作用仅为理论推演,无干预阻断实验区分相关性与直接因果关系。

3) 研究人群适用边界狭窄

现有流行病学、临床观察样本以中青年、中老年成人为主,未纳入儿童、妊娠期女性、老年衰弱人群;文献证实小儿胃不和与不寐以食积、寒凝为主,与成人分型差异显著,本文缺少特殊人群分层研究,理论适用范围存在空白。

4) 临床诊疗方案标准化缺失

文中代表方仅提供基础加减思路,无统一剂量梯度、规范疗程标准;未建立中药、针刺、推拿、食疗联合干预的分层标准化方案,基层临床难以直接复制推广。

5.3. 可落地、可验证的未来研究方向与科学假说

5.3.1. 临床研究方向

1) 构建统一辨证与疗效评价体系：采用德尔菲法编制《胃不和型不寐中医证候积分量表》，完成信效度检验形成行业统一标准；开展多中心、大样本、双盲 RCT，分层对照四大证型经典方剂，设置单纯西药、纯安神中药、脾胃调理中药三组对照，随访 12 个月记录复发率与不良反应。

2) 扩充人群与病案覆盖：新增儿童、孕产妇、老年衰弱、肿瘤合并胃肠失眠特殊人群病案，建立分层辨证体系；开展真实世界研究，收集上万例胃肠合并不寐患者数据，挖掘方药配伍规律、证型分布特征。

3) 多元化联合疗法标准化研究：搭建“中药内服 + 针刺/推拿 + 食疗”阶梯式诊疗方案，对比单一疗法与内外合治疗效差异，明确不同病情、证型的优选干预组合。

5.3.2. 基础实验研究方向(可验证科学假说)

假说 1：健脾和胃复方可重塑肠道菌群稳态，上调色氨酸代谢通路，提升外周与中枢 5-HT、褪黑素表达，同步修复肠道屏障、抑制 HPA 轴过度激活，双向改善胃肠功能与睡眠结构。

验证方案：建立食积、脾虚、肝胃不和大鼠模型，分为空白对照组、模型组、西药对照组、中药复方高低剂量组，检测肠道菌群丰度、肠道紧密连接蛋白、血清皮质醇、脑肠肽、中枢 5-HT/GABA 表达水平。

假说 2：中焦气机阻滞是脑肠轴信号传导异常的始动因素，单纯安神药物仅短暂抑制中枢觉醒信号，无法修复迷走神经 - 肠道传导通路，停药易复发；健脾和胃中药可修复迷走神经传导功能，从通路层面切断胃肠 - 失眠恶性循环。

验证方案：构建迷走神经切断大鼠模型，对比安神药、健脾和胃药对睡眠指标、胃肠动力的干预差异，明确迷走神经在“胃不和致卧不安”中的介导作用。

5.3.3. 理论转化与临床推广研究

依托代谢组学、宏基因组学解析四大代表方药效物质基础；开发简易食疗、穴位保健方案，开展普通人群前瞻性队列研究，验证饮食调护对胃肠型失眠的预防价值；编制基层医师标准化诊疗手册，推动“从脾胃治寐”理论规范化下沉基层。

5.4. 研究展望

“胃不和则卧不安”是高度契合现代共病诊疗需求的中医整体理论，但当前相关研究仍停留在理论梳理、小样本临床观察阶段，宏观辨证理论与微观分子机制、标准化临床方案之间存在明显断层。后续研究需规避单中心、小样本、无统一评价标准等短板，通过规范临床循证研究与多层次动物分子实验验证本文通路假说，完善分人群、分证型标准化诊疗体系，推动中医经典理论现代化、标准化临床转化。

6. 结论

“胃不和则卧不安”是体现中医脏腑相关、整体论治思想的经典理论，核心病机为脾胃功能失调、中焦气机升降失常，通过气机紊乱、气血亏虚、经络传变三条路径扰动心神脑神，引发睡眠失常。该理论经历代医家发展完善，形成食积胃脘、痰湿困脾、肝胃不和、脾胃虚弱四大核心证型，配套建立规范治则、方药体系。

临床实践与现代机制研究共同证实，从脾胃论治失眠紧扣疾病根本病机，标本同步治疗，可有效切断胃肠紊乱与失眠双向病理循环。相较于西医镇静安眠治疗，中医脾胃论治具备疗效持久、无药物依赖、

远期复发率低的独特优势。脑肠轴、肠道菌群、神经内分泌、慢性炎症等现代研究,清晰阐释该经典理论的科学内涵,实现传统中医理论与现代医学有机融合。

现代不良生活方式下,胃肠失调型失眠发病率持续升高,该理论临床应用价值愈发突出。结合本文讨论部分提出的研究局限与可落地科研假说,后续通过大样本多中心临床试验、多层次基础分子实验、特殊人群分层研究,能够进一步完善理论体系,拓宽中医失眠诊疗思路,为胃肠合并失眠提供安全高效的标准化纯中医诊疗方案,助力中医经典理论现代化传承与临床转化。

声 明

本文收录 2 例临床病案,研究方案已通过本单位中医药伦理小组审核;病例采集前已向患者完整告知诊疗方案、病案学术发表用途,全部患者自愿签署书面知情同意书;病案已隐匿姓名、住址、联系方式等全部个人隐私信息,所有数据仅用于学术分析,严格遵循人体临床研究伦理规范。

参考文献

- [1] 郭霁春. 黄帝内经素问校注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 462-465.
- [2] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南(2017 版) [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(5): 324-335.
- [3] 刘喜明, 路洁, 苏凤哲, 等. 路志正教授调理脾胃治疗疑难病证的学术思想研究之三——路志正教授调理脾胃的理论核心“持中央, 运四旁” [J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(6): 471-473+475.
- [4] 马艳芳, 周永学, 宁小康, 等. “胃不和则卧不安”的中医药研究进展[J]. 陕西中医药大学学报, 2025, 48(4): 146-151.
- [5] 李志宇, 陈以国. 再论“胃不和则卧不安” [J]. 吉林中医药, 2007, 27(5): 9-10.
- [6] 黎发根, 周登峰, 李绍旦, 等. 基于“胃不和则卧不安”临床诊治失眠探析[J]. 北京中医药, 2014, 33(11): 809-811.
- [7] 姜巍, 王垂杰. 基于“脑肠互动”理论探讨调脾和胃法治疗失眠的临证经验[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(9): 41-44.
- [8] 孙雪彬, 陈家旭, 宋美芳. 肝郁脾虚证与脑-肠肽相关性的研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018, 20(11): 1969-1973.
- [9] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 失眠中西医结合诊疗指南(2022 版) [J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(11): 1281-1288.