

分 类 号: R573.3+2  
学 号: 3120101215

密 级: 公开  
单位代码: 10393



福建中醫藥大學

FUJIAN UNIVERSITY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

硕 士 学 位 论 文

不同睡眠质量的慢性萎缩性胃炎中医证素  
差异性研究

**Research on Characters of Syndrome Element Differences  
of Different Sleep Quality in Chronic Atrophic Gastritis**

研 究 生: 肖雯迪

指 导 教 师: 林平 主任医师、教授

专 业 名 称: 中医内科学

研 究 方 向: 脾胃、肝胆病的中医临床研究

申请学位类型: 中医硕士专业学位

2020 年 6 月 中国·福州

## 学位论文质量承诺及原创性声明

本人郑重声明：所提交的学位论文已按答辩专家意见进行认真修改，文字和图表均无错误，内容真实可靠，论文书写和格式符合学校相关规定。本学位论文是在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出贡献的个人和集体，均已在文中作了明确说明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名：

肖震迪

签字日期：2020年6月30日

## 学位论文版权使用授权书

本人完全了解福建中医药大学有关保留和使用学位论文的规定，即：研究生在校攻读学位期间论文工作的知识产权单位属福建中医药大学所有。同意学校保留并向有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许学位论文被查阅和借阅。本人授权福建中医药大学可以公布学位论文的全部或部分内容，并编入有关数据库进行检索，可以允许采用任何手段保存、汇编学位论文（保密的学位论文在解密后遵守此规定）。

1、本学位论文属于（必须在以下相应方框内打“√”，否则一律按“公开论文”处理）：

（1）保密论文：☐ 本学位论文属于保密，在\_\_\_\_\_年解密后适用本授权书。

（2）公开论文：☒ 本学位论文不属于保密范围，适用本授权书。

2、是否同意授权以下单位（必须在相应方框内打“√”，否则一律按“同意授权”处理），未经授予的单位不得转载：

☒ 同意授权

☐ 不同意授权

清华大学“中国学术期刊(光盘版)电子杂志社” ☒ 立即/☐ \_\_\_\_\_年后将本人学位论文进行电子和网络出版，并编入CNKI系列数据库（《中国优秀博硕士学位论文全文数据库》和《中国知识资源总库》），同时本人保留在其他媒体发表论文的权利。

本人签名：

肖震迪

签字日期：2020年6月30日

导师签名：

杨

签字日期：2020年6月20日

# 目 录

中文摘要 .....	IV
Abstract .....	V
引 言 .....	1
临床资料与研究方法 .....	3
1 临床资料 .....	3
1.1 慢性萎缩性胃炎诊断标准 .....	3
1.2 失眠诊断标准 .....	3
1.3 证素辨证标准 .....	3
1.4 纳入标准 .....	3
1.5 排除标准 .....	3
2 研究方法 .....	4
2.1 病例资料收集 .....	4
2.2 质量控制 .....	4
2.3 分组 .....	4
2.4 数据录入与整理 .....	4
2.5 数据统计学处理 .....	5
结 果 .....	6
1 基本资料 .....	6
1.1 失眠组与非失眠组性别、年龄分布 .....	6
1.2 轻度失眠组与重度失眠组性别、年龄分布 .....	7
2 各组中医证素分布情况 .....	8
2.1 非失眠组证素分布 .....	8
2.2 失眠组证素分布 .....	9
2.3 轻度失眠组证素分布 .....	11
2.4 重度失眠组证素分布 .....	12
3 各组证素资料的差异比较 .....	13
3.1 非失眠组与失眠组病位证素对比 .....	13
3.2 非失眠组与失眠组病性证素对比 .....	14
3.3 轻度失眠组与重度失眠组病位证素对比 .....	15
3.4 轻度失眠组与重度失眠组病性证素对比 .....	16
讨 论 .....	17

1 理论认识 .....	17
1.1 疾病认识 .....	17
1.2 证素辨证认识 .....	18
2 一般资料分析 .....	19
3 中医证素资料分析 .....	20
3.1 不同睡眠质量的 CAG 组与证素特点分析 .....	20
3.2 不同睡眠质量的 CAG 组与证素的相关性分析 .....	24
4 不足之处 .....	28
结 论 .....	29
参考文献 .....	30
附 录 .....	33
附录 A: 英文缩略词 .....	33
附录 B: 慢性萎缩性胃炎胃镜和病理诊断标准 .....	34
附录 C: 失眠诊断标准 .....	35
附录 D: 证素辨证标准 .....	36
附录 E: 慢性萎缩性胃炎患者证素提取四诊信息采集表 .....	37
附录 F: PSQI 量表和评分标准 .....	39
文献综述 .....	41
致 谢 .....	48
作者简历 .....	49

## 中文摘要

### 目的

《内经》言“胃不和则卧不安”，临床中不乏慢性萎缩性胃炎导致失眠者。本研究明确不同睡眠质量的慢性萎缩性胃炎（Chronic atrophic gastritis, CAG）证素，并比较其差异性，从而为中医学理论指导睡眠质量欠佳的 CAG 诊疗提供参考，以期提高患者整体生活质量。

### 方法

本研究收集胃镜及胃黏膜病理结果符合 CAG 诊断标准，有临床症状的患者 120 例。根据是否符合失眠诊断，分为非失眠组、失眠组各 60 例。采集人群基本资料、四诊信息、匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index, PSQI）信息。进一步将失眠组根据 PSQI 积分，划分为轻度失眠组（PSQI<15）、重度失眠组（PSQI≥15）。将四诊信息录入证素辨证软件，明确不同睡眠质量的 CAG 证素分布情况、分析差异性等特点。

### 结果

1. 本研究中非失眠组与失眠组间及轻度失眠组与重度失眠组间性别和年龄分布均无统计学差异（ $P$  均 $>0.05$ ）；但总体上，各组年龄段分布均以中老年为主。

2. 各组证素特点分布：非失眠组主要病位证素在胃、脾、肝、肾，主要病性证素在气滞、湿、阳虚、气虚、痰、阴虚；失眠组主要病位证素在胃、脾、心神、心、肝，主要病性证素在气滞、气虚、阳虚、湿、痰。轻度失眠组主要病位证素在胃、脾、心神、心、肝，主要病性证素在气滞、气虚、阳虚、湿、痰、血虚；重度失眠组主要病位证素在胃、脾、心神、心、肝、肾，主要病性证素在气滞、气虚、阳虚、湿、痰、血虚。

3. 各组证素对比：非失眠组与失眠组在心、心神、气虚、阳虚及血虚证素的等级分布上有差异性（ $P$  均 $<0.05$ ），且心神、血虚为失眠组的危险因素（ $P$  均 $<0.05$ ，OR 均 $>1$ ）。轻度失眠组与重度失眠组在脾、肝、气虚及血瘀证素的等级分布上有差异性（ $P$  均 $<0.05$ ），且脾、肝、气虚及血瘀为重度失眠组的危险因素（ $P$  均 $<0.05$ ，OR 均 $>1$ ）。

### 结论

1. CAG 无合并失眠涉及胃、脾和肝为主的功能失调；病理因素虚实夹杂，以气滞和湿为主；

2. CAG 合并失眠，无论失眠严重程度，都涉及胃、脾和心神、心为主的功能失调；病理因素都为虚实夹杂，以气滞和气虚为主；

**关键词：**慢性萎缩性胃炎，睡眠质量，失眠，证素

# Abstract

## Objective

Huangdi Neijing says stomach distress can lead to poor sleep. Clinically, a lot of chronic atrophic gastritis patients have combination symptoms of insomnia. This study will focus on clarifying the characters of syndrome elements within chronic atrophic gastritis patients with different quality of sleep and comparing the differences of syndrome elements to provide a reference for TCM treatment of CAG patients with poor sleep quality and improve their life quality.

## Methods

The subject included 120 CAG cases who had clinical symptoms. Endoscope and pathological examination of all the cases met CAG diagnostic criteria. 60 of the cases who didn't have insomnia belonged to non-insomnia group, the other 60 who had insomnia belonged to insomnia group, divided by whether patients met insomnia diagnostic criteria. Through questionnaire, the basic information, "four diagnosis" information and Pittsburgh sleep quality index (PSQI information) of all the cases were gathered. Patients with insomnia were divided into mild and severe groups based on their PSQI points (PSQI<15 belongs to mild insomnia group and PSQI≥15 belongs to severe insomnia group). Data of "four diagnosis" information was typed into syndrome element differentiation system to find out how the distribution of syndrome element was impacted by different CAG patients' sleep quality and analysis the difference of the distribution.

## Results

1. In this study, there were no statistical differences ( $P>0.05$ ) in gender and age distribution between non-insomnia group and insomnia group or between mild insomnia group and severe insomnia group. However, patients in each group tended to be middle-aged and elderly in general.

2. The distribution of the characters of syndrome elements within each group showed that in non-insomnia group the primary syndrome elements of disease location were stomach, spleen, liver and kidney; the primary syndrome elements of disease nature were qi-stagnation, dampness, yang-deficiency, qi-deficiency, sputum and yin-deficiency. In insomnia group, the primary syndrome elements of disease location were stomach, spleen, mind, heart and liver; the primary syndrome elements of disease nature were qi-stagnation, qi-deficiency, yang-deficiency, dampness, sputum. In mild insomnia group, the primary syndrome elements of disease location were stomach, spleen, mind, heart and liver; the primary syndrome elements of disease nature were qi-stagnation, qi-deficiency, yang-deficiency, dampness, sputum, blood-deficiency. In severe insomnia group, the primary syndrome elements of disease location were stomach, spleen, mind, heart, liver and kidney; the primary syndrome elements of disease nature were qi-stagnation, qi-deficiency, yang-deficiency, dampness, sputum, blood-deficiency.

3. While comparing the characters of syndrome elements of each group, the ranked distribution between non-insomnia group and insomnia group had statistical differences in characters of syndrome elements of heart, mind, qi-deficiency, yang-deficiency and blood-deficiency ( $P < 0.05$ ); Further more, mind and blood-deficiency were both risk factors in insomnia group ( $P < 0.05$ ,  $OR > 1$ ). The ranked distribution between mild insomnia group and severe insomnia group had statistical differences in characters of syndrome elements of spleen, liver, qi-deficiency and blood-stagnation ( $P < 0.05$ ); Further more, they were all the risk factors in severe insomnia group ( $P < 0.05$ ,  $OR > 1$ ).

### **Conclusion**

1. The CAG cases without insomnia are attributed to the dysfunction of stomach, spleen and liver. The characteristics of pathological changes are mixture of deficiency and excess. And qi-stagnation and dampness are the major pathological changes.

2. The CAG cases, combined with different levels of insomnia sleep quality, are attributed to the dysfunction of stomach, spleen, mind and heart. The characteristics of pathological changes are also the mixture of deficiency and excess. And qi-stagnation and qi-deficiency are the major pathological changes.

**Key Word: Chronic atrophic gastritis, sleep quality, insomnia, syndrome element**

## 引 言

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG）被定义为一种因胃黏膜上皮不断受刺激、损伤累积，导致固有腺体数目减少，伴或不伴肠腺化生和（或）假幽门腺化生的慢性炎症性胃病<sup>[1]</sup>。CAG 归属于中医“胃痞”“胃脘痛”“暖气”等范畴，作为一种慢性疾病，临床上表现多为非特异性的症状，如反复中上腹胀闷、疼痛、暖气等，亦或无任何不适表现，故其治疗的重要性常被忽视。但目前相关专家学者公认的慢性胃炎病理发展过程为“炎—癌转化”模式<sup>[2]</sup>，即 CAG 与胃癌的发生有一定相关。所以，CAG 的治疗目标不仅是缓解患者的临床症状，更为减缓、阻断“炎—癌转化”的病理发展进程。

既往有调查结果表明，在我国有上消化道症状并且胃镜证实为慢性胃炎的患者中，CAG 所占比例为 17.7%，提示 CAG 患病率高<sup>[3]</sup>。并且我国成年人出现睡眠障碍的比例高达 30%<sup>[4]</sup>。有临床病例研究证明，慢性胃炎的消化道症状与睡眠质量息息相关<sup>[5]</sup>，失眠使胃肠功能紊乱、迷走神经兴奋，从而分泌过多酸性消化液，损伤胃黏膜固有屏障，加重原有的胃肠道症状。慢性萎缩性胃炎病程长、不适症状易反复，病人多情绪紧张焦虑，又常影响睡眠质量。

近代西方早前相继发现脑肠轴及脑肠肽的存在<sup>[6]</sup>，使西医在脑肠互动有了新的认识。然而今现代医学对此类疾病的治疗，或是单用抑酸保护胃黏膜、促进胃肠蠕动等消化道用药而忽视睡眠症状，或是在此基础上联合使用镇静催眠等药物。其虽能暂时缓解患者不适症状，但远期疗效欠佳，尤其苯二氮卓类的药物易产生依赖性、成瘾性，不良反应多。中医理论体系特点之一便是整体观念，强调人是不可分割的有机整体。脾胃为后天之本、五脏六腑之海也，其功能的改变能导致其他脏腑功能的失调，出现消化系统以外的病症<sup>[7]</sup>。并且，脑肠相关理论之源可溯至《素问》中：“胃不和则卧不安，此之谓也”。

中医学上均先辨证而后施治，纵观后世治疗脾胃与睡眠相关病症者，大致以脏腑辨证、卫气营血辨证方法为主，辨证随意性大、缺乏统一标准，施治效果存在差异，导致理论及经验总结难以升华，故目前尚未有理论、实践集大成者。证素辨证体系自朱文锋教授提出后，临床症状与证素间的关系通过量化的方式得以明确<sup>[8]</sup>。证素辨证是将收集



的“证候”（包括症状、体征等临床信息），辨别出证素，最终组合为证名<sup>[9]</sup>。它概括起来是一个先化繁为易，最终化零为整的过程，也因此更适用于较复杂病症的辨证，一定程度避免了“以证套症，以病套证”，能够体现中医辨证论治的灵活性，为辨证的客观和精准提供保证。吾师团队前期通过证素辨证方法对慢性胃炎证候进行统计分析<sup>[10]</sup>，认识到CAG多为虚实夹杂证型，故在CAG基础上夹杂有失眠的病症较单一病症更复杂，教科书或诊疗指南并未提供分型参考，其主要病位、病性证素为何尚未确定，给临床辨证带来困难，也为施治用药增添不确定性。

慢性萎缩性胃炎基础上合并的失眠虽病症复杂，辨证过程中易受杂乱繁多的症状干扰，但借助证素辨证的方法深入研究认识该病具有较大可行性。因此本研究通过证候采集，再得出证素的方法，结合PSQI积分量化的结果，明确不同睡眠质量CAG证素的分布情况，对比其差异性。终而为下一步用药施治提供参考指导，以期提升患者生活质量。

## 临床资料与研究方法

### 1 临床资料

#### 1.1 慢性萎缩性胃炎诊断标准

参照中国慢性胃炎共识意见（2017 年，上海）<sup>[11]</sup>，诊断标准分胃镜下和病理组织活检两部分（尤其强调病理结果，但凡有胃黏膜固有层腺体萎缩均可诊断为 CAG）：

①内镜：黏膜白相为主，可有黏膜血管显露等；②病理活检：观察慢性炎性反应、活动性、萎缩和肠化等组织学变化，并依病理变化程度分为 4 级：0、+~+++ 分别代表无、轻度~重度。另外，如有异型增生（上皮内瘤变）须注明，并明确等级划分。具体详见附录 B。

#### 1.2 失眠诊断标准

参考《中国精神疾病分类和诊断标准》第 III 版（CCMD-3）<sup>[12]</sup>，主要根据患者睡眠障碍的临床表现、症状出现的时间和频率以及由此产生的后果作出诊断。具体详见附录 C。

#### 1.3 证素辨证标准

采用证素辨证的研究方法，参考《证素辨证学》<sup>[9]</sup>中的辨证标准。证素积分按数值大小归属不同证素积分等级（0~3 级），并提示不同程度的证素病理改变。具体详见附录 D。

#### 1.4 纳入标准

1.4.1 年龄在 18~70 岁之间；

1.4.2 近半年内行胃镜及病理检查均符合 CAG 诊断的患者；近 3 月未经规范治疗，近 1 周未行治疗；

1.4.3 近 2 周末服用催眠类药、抗焦虑药或抗精神病药物；

1.4.4 失眠症状应出现在胃部不适之后，并且临床上观察失眠症状与胃部不适变化有明显相关者；

1.4.5 有临床症状体征等表现者；

1.4.6 患者知情同意，自愿配合，依从性好。

#### 1.5 排除标准

1.5.1 合并消化道溃疡、出血及恶性肿瘤病变患者；

1.5.2 合并心、脑、肺、肝、肾等重要脏器严重疾病，功能障碍或精神系统、内分泌系统疾病引起继发性失眠；

1.5.3 外界环境干扰因素引起的继发失眠；

1.5.4 智力认知能力低下、不能表达主观不适者；

1.5.5 滥用精神药物对其产生依赖者；

1.5.6 孕妇及哺乳期妇女。

## 2 研究方法

### 2.1 病例资料收集

本研究收集 2018 年 12 月至 2019 年 12 月间就诊于福建中医药大学附属第二人民医院的内科门诊、胃镜室及住院部，通过纳排标准，符合 CAG 诊断且有临床症状的患者。通过面对面问卷形式，调查采集基本资料，并收集患者临床症状、体征、辅助检查（包括胃镜及组织活检病理报告）等，填写证素提取四诊信息采集表（详见附录 E）；同时针对患者的近期睡眠质量情况，填写完善 PSQI 量表（详见附录 F）。

### 2.2 质量控制

采用统一诊断标准、统一四诊信息采集表、统一问诊方法。（1）电子胃镜诊断由经验丰富的医师操作，病理结果由三级甲等医院病理室分析后报告，确保严格遵循纳入标准及排除标准；（2）采集四诊信息时，不可用医学专业用语询问病人，不可主观意识诱导病人回答问题，需使其充分理解表格内容后填写，确保每份表格的真实性、完整性；对填写不完整或填写不规范的表格进行剔除；（3）整个信息采集过程固定采集人员，以减少因采集者改变而产生的偏差。

### 2.3 分组

将 2.1 中纳入的病例，根据是否符合失眠诊断，分为 60 例非失眠组，60 例失眠组；其中失眠组根据 PSQI 积分进一步划分为轻度失眠组（PSQI 积分 $<15$ ）、重度失眠组（PSQI 积分 $\geq 15$ ）。

### 2.4 数据录入与整理

运用证素理论，将其中四诊信息录入证素辨证软件（中医健康状态辨识与咨询系统），得出不同睡眠质量 CAG 的证素分布情况及证素积分等级，并将其导入 Excel 软件，按不同组别进行整理编辑。

## 2.5 数据统计学处理

采用 SPSS 21.0 建立数据库,一般资料进行描述性分析;计数资料比较用卡方检验;各组证素等级资料是否存在可比的差异选取 Kruskal-Wallis H 检验;两组间等级资料分布差异性用 Mann-Whitney U 检验分析;研究不同睡眠质量 CAG 的发生与证素间的相关性用 Logistic 回归分析。

## 结 果

### 1 基本资料

#### 1.1 失眠组与非失眠组性别、年龄分布

性别方面，本研究收集的 120 例 CAG 患者中，男性 68 例，女性 52 例，男女比例为 1:0.76。非失眠组包括男性 36 例，女性 24 例，男女比例为 1:0.67；失眠组包括男性 32 例，女性 28 例，男女比例为 1:0.88。具体详见表 2-1。

表 2-1 不同睡眠质量的 CAG 性别分布表 ( $n=120$ )

组别	性别 ( $n$ )		合计 ( $n$ )	男女比例
	男	女		
非失眠组	36	24	60	1:0.67
失眠组	32	28	60	1:0.88
合计	68	52	120	1:0.76

注：上表经卡方检验分析示，两组的性别分布差异无统计学意义 ( $\chi^2=0.543$ ,  $P\approx 0.461>0.05$ )。

年龄方面，根据目前世界卫生组织划分的年龄分段<sup>[13]</sup>，将 120 例患者分为三个年龄范围：青年 ( $\leq 44$  岁)、中年 ( $\geq 45$ ,  $\leq 59$  岁) 及老年 ( $\geq 60$  岁)。其中，最大年龄为 70 岁，最小年龄为 28 岁，平均年龄为  $56.23\pm 9.276$  岁。非失眠组与失眠组中均以中、老年年龄段所占比重大，分别为 83.33%、91.67%。具体详见表 2-2。

表 2-2 不同睡眠质量的 CAG 年龄范围分布表 ( $n=120$ )

组别	年龄段 ( $n$ )			合计 ( $n$ )	年龄 ( $\bar{x} \pm s$ 岁)
	青年	中年	老年		
非失眠组	10	26	24	60	$54.97\pm 9.95$
失眠组	5	24	31	60	$57.50\pm 8.37$
合计	15	50	55	120	$56.23\pm 9.28$

注：上表经卡方检验分析示，两组的年龄范围分布差异无统计学意义 ( $\chi^2=2.638$ ,  $P\approx 0.267>0.05$ )。

## 1.2 轻度失眠组与重度失眠组性别、年龄分布

本研究中，失眠组病例按 PSQI 积分 $<15$  分划为轻度失眠组，PSQI 积分 $\geq 15$  分划为重度失眠组，其中轻度失眠组 38 例，重度失眠组 22 例。

性别方面，轻度失眠组包括男性 21 例，女性 17 例，男女比例为 1:0.81；重度失眠组包括男性 11 例，女性 11 例，男女比例为 1:1。具体详见表 2-3。

表 2-3 不同程度失眠的 CAG 性别构成分布表 ( $n=60$ )

组别	性别 ( $n$ )		合计 ( $n$ )	男女比例
	男	女		
轻度失眠组	21	17	38	1:0.81
重度失眠组	11	11	22	1:1
合计	32	28	60	1:0.88

注：经卡方检验显示，不同程度失眠的性别分布差异无统计学意义 ( $\chi^2=0.155$ ,  $P\approx 0.694>0.05$ )。

年龄方面，同样按照青年 ( $\leq 44$  岁)、中年 ( $\geq 45$ ,  $\leq 59$  岁) 及老年 ( $\geq 60$  岁) 三个年龄段划分。其中，轻度失眠组最大年龄为 70 岁，最小年龄为 40 岁，平均年龄为  $57.13 \pm 7.875$  岁；重度失眠组最大年龄为 68 岁，最小年龄为 44 岁，平均年龄为  $58.91 \pm 7.179$  岁。具体详见表 2-4。

表 2-4 不同程度失眠的 CAG 年龄分布表 ( $n=60$ )

组别	年龄段 ( $n$ )			合计 ( $n$ )	年龄 ( $\bar{x} \pm s$ 岁)
	青年	中年	老年		
轻度失眠组	3	17	18	38	$57.13 \pm 7.88$
重度失眠组	1	8	13	22	$58.91 \pm 7.18$
合计	4	25	31	60	$57.50 \pm 8.37$

注：经卡方检验显示，不同程度失眠的年龄段分布差异无统计学意义 ( $\chi^2=0.839$ ,  $P\approx 0.657>0.05$ )。

## 2 各组中医证素分布情况

将采集过程中收集的四诊信息录入“中医健康状态辨识与咨询系统”，得出不同睡眠质量 CAG 的病位及病性证素分布情况。

### 2.1 非失眠组证素分布

非失眠组病位证素按频率由高到低排列如下：胃（32.79%）、脾（27.87%）、肝（9.84%）、肾（5.46%）、心（4.92%）、胆（4.92%）、小肠（4.92%）、大肠（3.83%）、心神（3.28%）、肺（1.64%）、胞宫（0.55%）。非失眠组病性证素按频率由高到低排列如下：气滞（16.91%）、湿（15.11%）、阳虚（14.39%）、气虚（12.23%）、痰（12.23%）、阴虚（7.19%）、热（5.76%）、血瘀（4.32%）、血虚（3.96%）、寒（3.96%）、食积（3.60%）、津亏（0.36%）。

纳入主要证素，即从中选取构成比大于 2.00%的病位、病性证素进行分析，具体详见表 2-5。

表 2-5 非失眠组证素分布表 ( $n=60$ )

证素		证素等级分布（ <i>n</i> ）			合计 <i>n</i>	构成比%
		1 级	2 级	3 级		
病  位	胃	17	12	31	60	32.79
	脾	6	15	30	51	27.87
	肝	7	3	8	18	9.84
	肾	2	2	6	10	5.46
	心	1	8	0	9	4.92
	胆	1	7	1	9	4.92
	小肠	9	0	0	9	4.92
	大肠	1	6	0	7	3.83
	心神	5	1	0	6	3.28
病  性	气滞	2	14	31	47	16.91
	湿	6	12	24	42	15.11
	阳虚	11	8	21	40	14.39
	气虚	3	12	19	34	12.23
	痰	10	11	13	34	12.23
	阴虚	11	9	0	20	7.19
	热	9	6	1	16	5.76
	血瘀	10	2	0	12	4.32
	血虚	7	4	0	11	3.96
	寒	6	2	3	11	3.96
	食积	6	4	0	10	3.60

注：上表经 Kruskal-Wallis H 检验分析示，非失眠组的病位证素在不同等级分布上，差异有统计学意义 ( $\chi^2=37.045$ ,  $P\approx 0.000<0.05$ )；非失眠组的病性证素在不同等级分布上，差异有统计学意义 ( $\chi^2=86.531$ ,  $P\approx 0.000<0.05$ )。

## 2.2 失眠组证素分布

失眠组病位证素按频率由高到低排列如下：胃（31.43%）、脾（24.00%）、心神（12.57%）、心（10.29%）、肝（8.57%）、胆（4.00%）、肾（3.43%）、大肠（2.29%）、小肠（2.29%）、肺（0.57%）、胞宫（0.57%）。失眠组病性证素按频率由高到低排列如下：气滞（15.41%）、气虚（13.78%）、阳虚（12.97%）、湿（12.70%）、痰（12.43%）、血虚（8.38%）、阴虚（6.76%）、热（5.14%）、寒（4.86%）、血瘀（3.51%）、食积（2.70%）、饮（0.54%）、阳亢（0.54%）、津亏（0.27%）。



纳入主要证素，从中选取构成比大于 2.00%的病位、病性证素进行分析，具体详见表 2-6。

表 2-6 失眠组证素分布表 ( $n=60$ )

		证素等级分布 (n)			合计 n	构成比%
		1 级	2 级	3 级		
病 位	胃	9	18	28	55	31.43
	脾	7	13	22	42	24.00
	心神	2	4	16	22	12.57
	心	0	11	7	18	10.29
	肝	7	3	5	15	8.57
	胆	3	4	0	7	4.00
	肾	2	1	3	6	3.43
	大肠	2	2	0	4	2.29
	小肠	1	3	0	4	2.29
病 性	气滞	9	23	25	57	15.41
	气虚	9	14	28	51	13.78
	阳虚	6	11	31	48	12.97
	湿	14	17	16	47	12.70
	痰	19	25	2	46	12.43
	血虚	23	8	0	31	8.38
	阴虚	15	8	2	25	6.76
	热	9	10	0	19	5.14
	寒	9	8	1	18	4.86
	血瘀	10	1	2	13	3.51
	食积	9	0	1	10	2.70

注：上表经 Kruskal-Wallis H 检验分析示，失眠组的病位证素在不同等级分布上，差异具有统计学意义 ( $\chi^2=22.605$ ,  $P\approx 0.004<0.05$ )；失眠组的病性证素在不同等级分布上，差异有统计学意义 ( $\chi^2=109.729$ ,  $P\approx 0.000<0.05$ )。

### 2.3 轻度失眠组证素分布

轻度失眠组病位证素按频率由高到低排列如下：胃（36.08%）、脾（23.71%）、心神（13.40%）、心（10.31%）、肝（7.22%）、胆（4.12%）、大肠（2.06%）、小肠（2.06%）、肾（1.03%）。轻度失眠组病性证素按频率由高到低排列如下：气滞（16.43%）、气虚（13.62%）、阳虚（13.15%）、湿（13.15%）、痰（13.15%）、血虚（7.98%）、阴虚（6.57%）、寒（5.16%）、热（5.16%）、食积（2.82%）、血瘀（2.35%）、饮（0.47%）。

纳入主要证素，从中选取构成比大于 2.00%的病位证素、病性证素进行分析，具体详见表 2-7。

表 2-7 轻度失眠组证素分布表（ $n=38$ ）

		证素等级分布 (n)			合计 n	构成比%
		1 级	2 级	3 级		
病 位	胃	8	11	16	35	36.08
	脾	5	8	10	23	23.71
	心神	1	3	9	13	13.40
	心	0	10	0	10	10.31
	肝	6	1	0	7	7.22
	胆	0	4	0	4	4.12
	大肠	0	2	0	2	2.06
	小肠	0	2	0	2	2.06
病 性	气滞	5	17	13	35	16.43
	气虚	7	10	12	29	13.62
	阳虚	6	5	17	28	13.15
	湿	9	11	8	28	13.15
	痰	15	12	1	28	13.15
	血虚	11	6	0	17	7.98
	阴虚	11	3	0	14	6.57
	寒	8	3	0	11	5.16
	热	7	4	0	11	5.16
	食积	6	0	0	6	2.82
	血瘀	5	0	0	5	2.35

注：经 Kruskal-Wallis H 检验分析，说明轻度失眠组的病位证素在不同等级分布上具有差异性（ $\chi^2=19.201$ ， $P\approx 0.008<0.05$ ）；轻度失眠组病性证素在不同等级分布上具有差异性（ $\chi^2=68.449$ ， $P\approx 0.000<0.05$ ）。

## 2.4 重度失眠组证素分布

重度失眠组病位证素按频率由高到低排列如下：胃（25.64%）、脾（24.36%）、心神（11.54%）、心（10.26%）、肝（10.26%）、肾（6.41%）、胆（3.85%）、大肠（2.56%）、小肠（2.56%）、胞宫（1.28%）、肺（1.28%）。重度失眠组病性证素按频率由高到低排列如下：气滞（14.01%）、气虚（14.01%）、阳虚（12.74%）、湿（12.10%）、痰（11.46%）、血虚（8.92%）、阴虚（7.01%）、热（5.10%）、血瘀（5.10%）、寒（4.46%）、食积（2.55%）、阳亢（1.27%）、饮（0.64%）、津亏（0.64%）。

纳入主要证素，从中选取构成比大于 2.00%的病位证素、病性证素进行分析，具体详见表 2-8。

表 2-8 重度失眠组的病位证素分布表（ $n=22$ ）

	证素	证素等级分布（ <i>n</i> ）			合计 <i>n</i>	构成比%
		1 级	2 级	3 级		
病 位	胃	1	7	12	20	25.64
	脾	2	5	12	19	24.36
	心神	1	1	7	9	11.54
	心	0	1	7	8	10.26
	肝	1	2	5	8	10.26
	肾	1	1	3	5	6.41
	胆	3	0	0	3	3.85
	大肠	2	0	0	2	2.56
	小肠	1	1	0	2	2.56
病 性	气滞	4	6	12	22	14.01
	气虚	2	4	16	22	14.01
	阳虚	0	6	14	20	12.74
	湿	5	6	8	19	12.10
	痰	4	13	1	18	11.46
	血虚	12	2	0	14	8.92
	阴虚	4	5	2	11	7.01
	热	2	6	0	8	5.10
	血瘀	5	1	2	8	5.10
	寒	1	5	1	7	4.46
	食积	3	0	1	4	2.55

注：经 Kruskal-Wallis H 检验，说明重度失眠组的病位证素在不同等级分布上具有差异性（ $\chi^2=20.859$ ， $P\approx 0.008<0.05$ ）；重度失眠组病性证素在不同等级分布上具有差异性（ $\chi^2=53.612$ ， $P\approx 0.000<0.05$ ）。

### 3 各组证素资料的差异比较

#### 3.1 非失眠组与失眠组病位证素对比

将非失眠组、失眠组的病位证素资料根据不同等级进行统计,通过秩和检验进行每个病位证素的两两比较,可知病位证素心、心神的  $P$  值分别为 0.027、0.000,均 $<0.05$ ,提示非失眠组与失眠组在心、心神证素的等级分布上具有统计学差异。具体详见表 2-9。

表 2-9 非失眠组与失眠组病位证素等级分布

病位	非失眠组 ( $n=60$ )				失眠组 ( $n=60$ )				Z	P 值
	0 级	1 级	2 级	3 级	0 级	1 级	2 级	3 级		
胃	0	17	12	31	5	9	18	28	-0.360	0.719
脾	9	6	15	30	18	7	13	22	-1.957	0.500
肝	42	7	3	8	45	7	3	5	-0.702	0.483
肾	50	2	2	6	54	2	1	3	-1.102	0.270
心	51	1	8	0	42	0	11	7	-2.213	0.027
胆	51	1	7	1	53	3	4	0	-0.640	0.522
小肠	51	9	0	0	56	1	3	0	-1.329	0.184
大肠	53	1	6	0	56	2	2	0	-0.997	0.319
心神	54	5	1	0	38	2	4	16	-3.812	0.000
肺	57	2	1	0	59	0	1	0	-0.996	0.319
胞宫	59	0	1	0	59	1	0	0	-0.012	0.991

通过上述 Mann-Whitney-U 检验后,仍需对心、心神两个病位证素进一步进行回归分析,以明确病位证素心、心神是否为失眠组的危险因素。使用二项分类 Logistic 分析结果如表 2-10,得出心的  $P$  值 $=0.120>0.05$ ,差异无统计学意义;心神  $P$  值 $=0.001<0.05$ ,差异具有统计学意义,且 OR 值 $=3.165>1$ 。故可知病位证素心神是 CAG 失眠组发生的危险因素。

表 2-10 失眠组的发生与证素心、心神的相关性分析

	B	$s_x$	Wals	df	Sig	EXP(B)	EXP(B) 的 95% C.I.	
							下限	上限
心	0.368	0.236	2.418	1	0.120	1.444	0.909	2.296
心神	1.152	0.354	10.614	1	0.001	3.165	1.583	6.330

### 3.2 非失眠组与失眠组病性证素对比

将非失眠组、失眠组的病性证素资料根据不同等级进行统计，通过秩和检验进行每个病性证素的两两比较，可知病性证素气虚、阳虚、血虚的  $P$  值分别为 0.010、0.029、0.000，均  $<0.05$ ，提示非失眠组与失眠组在气虚、阳虚、血虚证素的等级分布上具有统计学差异。具体详见表 2-11。

表 2-11 非失眠组与失眠组的病性证素等级分布

病性	非失眠组 ( $n=60$ )				失眠组 ( $n=60$ )				Z	P 值
	0 级	1 级	2 级	3 级	0 级	1 级	2 级	3 级		
气滞	13	2	14	31	3	9	23	25	-0.203	0.839
气虚	26	3	12	19	9	9	14	28	-2.586	0.010
阳虚	20	11	8	21	12	6	11	31	-2.180	0.029
湿	18	6	12	24	13	14	17	16	-0.605	0.545
痰	26	10	11	13	14	19	25	2	-0.632	0.527
血虚	49	7	4	0	29	23	8	0	-3.628	0.000
阴虚	40	11	9	0	35	15	8	2	-0.892	0.372
食积	50	6	4	0	50	9	0	1	-0.105	0.916
热	44	9	6	1	41	9	10	0	-0.647	0.518
寒	49	6	2	3	42	9	8	1	-1.426	0.154
血瘀	48	10	2	0	47	10	1	2	-0.275	0.783
津亏	59	1	0	0	59	1	0	0	0.000	1.000

通过上述 Mann-Whitney-U 检验后，仍需对气虚、阳虚、血虚病性证素进一步进行回归分析，以明确病性证素气虚、阳虚、血虚是否为失眠组的危险因素。使用二项分类 Logistic 分析结果如表 2-12，得出气虚的  $P=0.375>0.05$ ，差异无统计学意义；阳虚  $P$  值  $=0.731>0.05$ ，差异无统计学意义；血虚  $P$  值  $=0.035<0.05$ ，差异具有统计学意义，且 OR 值  $=2.139>1$ ，说明血虚是失眠组发生的危险因素。

表 2-12 失眠组的发生与证素气虚、阳虚、血虚的相关性分析

	B	$\bar{s}_x$	Wals	df	Sig	EXP(B)	EXP(B) 的 95% C.I.	
							下限	上限
气虚	0.178	0.200	0.788	1	0.375	1.195	0.807	1.770
阳虚	0.068	0.197	0.118	1	0.731	1.070	0.727	1.575
血虚	0.760	0.361	4.425	1	0.035	2.139	1.053	4.345

### 3.3 轻度失眠组与重度失眠组病位证素对比

将轻度失眠组、重度失眠组的病位证素资料根据不同等级进行统计,通过秩和检验进行每个病位证素的两两比较,可知病位证素脾、肝的  $P$  值分别为 0.013、0.048 ( $<0.05$ ),提示轻度失眠组、重度失眠组在脾、肝证素的等级分布上具有统计学差异。具体详见表 2-13。

表 2-13 轻度失眠组与重度失眠组的病位证素等级分布

病位	轻度失眠组 ( $n=38$ )				重度失眠组 ( $n=22$ )				Z	P 值
	0 级	1 级	2 级	3 级	0 级	1 级	2 级	3 级		
胃	3	8	11	16	2	1	7	12	-1.112	0.266
脾	15	5	8	10	3	2	5	12	-2.498	0.013
心神	25	1	3	9	13	1	1	7	-0.576	0.565
心	28	0	10	0	14	0	1	7	-1.466	0.143
肝	31	6	1	0	14	1	2	5	-1.981	0.048

通过上述 Mann-Whitney-U 检验后,仍需对病位证素脾、肝进一步进行回归分析,以明确病位证素脾、肝是否为重度失眠组的危险因素。使用 Logistic 分析结果如表 2-14,得出脾的  $P$  值=0.020 $<0.05$ ,差异具有统计学意义,且 OR 值=1.860 $>1$ ;肝的  $P$  值=0.018 $<0.05$ ,差异具有统计学意义,且 OR 值=2.566 $>1$ ,故可知病位证素脾、肝是重度失眠组发生的危险因素。

表 2-14 重度失眠组的发生与证素脾、肝的相关性分析

	B	$\bar{s}_x$	Wals	df	Sig	EXP(B)	EXP(B) 的 95% C.I.	
							下限	上限
脾	0.621	0.267	5.414	1	0.020	1.860	1.103	3.137
肝	0.942	0.400	5.552	1	0.018	2.566	1.172	5.619

### 3.4 轻度失眠组与重度失眠组病性证素对比

将轻度失眠组、重度失眠组的病性证素资料根据不同等级进行统计,通过秩和检验进行每个病性证素的两两比较,可知病位证素气虚、血瘀的  $P$  值分别为 0.001、0.025,均 $<0.05$ ,提示轻度失眠组、重度失眠组在气虚、血瘀证素的等级分布上具有统计学差异。具体详见表 2-15。

表 2-15 轻度失眠组与重度失眠组的病性证素等级分布

病性	轻度失眠组 ( $n=38$ )				重度失眠组 ( $n=22$ )				Z	P 值
	0 级	1 级	2 级	3 级	0 级	1 级	2 级	3 级		
气滞	3	5	17	13	0	4	6	12	-1.334	0.182
气虚	9	7	10	12	0	2	4	16	-3.321	0.001
阳虚	10	6	5	17	2	0	6	14	-1.933	0.053
湿	10	9	11	8	3	5	6	8	-1.403	0.160
痰	10	15	12	1	4	4	13	1	-1.836	0.066
血虚	21	11	6	0	8	12	2	0	-0.910	0.363
阴虚	24	11	3	0	11	4	5	2	-1.568	0.117
热	27	7	4	0	14	2	6	0	-0.897	0.369
血瘀	33	5	0	0	14	5	1	2	-2.234	0.025

通过上述 Mann-Whitney-U 检验后,仍需对病性证素气虚、血瘀进一步进行回归分析,以明确病性证素气虚、血瘀是否为重度失眠组的危险因素。使用二项分类 Logistic 分析结果如表 2-16,得出气虚的  $P$  值=0.002 $<0.05$ ,差异具有统计学意义,且 OR 值=3.602 $>1$ ;血瘀的  $P$  值=0.025 $<0.05$ ,差异具有统计学意义,且 OR 值=5.227 $>1$ 。综上,可知病性证素气虚、血瘀是重度失眠组发生的危险因素。

表 2-16 重度失眠组的发生与证素气虚、血瘀的相关性分析

	B	$\bar{s}_x$	Wals	df	Sig	EXP (B)	EXP (B) 的 95% C.I.	
							下限	上限
气虚	1.281	0.420	9.306	1	0.002	3.602	1.581	8.206
血瘀	1.654	0.740	4.992	1	0.025	5.227	1.225	22.300

## 讨论

### 1 理论认识

#### 1.1 疾病认识

慢性萎缩性胃炎是临床上常见的消化系统疾病，属于慢性胃炎的一种。系指因胃黏膜上皮细胞反复受损，使固有腺体数量减少，黏膜原有屏障破坏，或可伴有肠上皮化生（intestinal metaplasia, IM）、上皮内瘤变（intraepithelial neoplasia, IN）等改变。1978年世卫组织将 CAG 视为癌前状态，同时，把肠上皮及上皮内瘤变归为胃癌前病变。目前对于 CAG 的流行病学资料尚少，但当下尚能达成共识的是，不同人群中 CAG 患病率差异大，在东亚、东欧、南美等胃恶性肿瘤的高发地区，CAG 与 IM 患病率也相对较高<sup>[14-15]</sup>。无论是全球或是我国，胃癌致死率均高，并且我国胃癌发病率占全球的 44.1%，故胃癌是一种严重威胁我国国人健康的恶性肿瘤<sup>[16]</sup>。Correa 级联反应即“炎—癌转化”，是指慢性胃部疾病从最开始的非萎缩性胃炎，逐渐发展到萎缩性胃炎、肠上皮化生，最终成为不典型增生的病理演变路程<sup>[17]</sup>，病理变化相对有规律可循。因此及时诊治 CAG，对阻断 Correa 级联反应、预防和减少 CAG 发病率具有重要意义。但 CAG 是慢性病，病程较长，常常经久难愈，症状也常因饮食、情绪、天气等因素有波动性改变，病情时可自行缓解，从而使病患对该病有所忽视。加之 CAG 临床表现特异性低，故具有一定的难治性。

1989 年英国通过研讨会的形式探讨了脑肠相互间神经解剖、生理病理联系等问题，从而在现代医学中神经胃肠学领域得以开辟，产生了“脑肠轴”的概念<sup>[18]</sup>，并且至今“脑肠轴”仍是专业领域的研究热点。目前西方医学认为，神经系统在胃肠中的调控由自主神经、中枢神经和肠神经系统共同完成，另外下丘脑—垂体—肾上腺（The hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA）轴、脑肠肽（例如 5-羟色胺、乙酰胆碱、P 物质、脑啡肽、去甲肾上腺素、血管活性肽、胆囊收缩素等<sup>[19-20]</sup>）也在其中发挥重要作用<sup>[6]</sup>。“脑肠轴”作为胃肠和神经系统间的沟通桥梁，给双方带来相互影响，将胃肠疾病与精神心理疾病相联系，使得对消化疾病和脑部疾病能够有整体的认识。失眠是临床上慢性萎缩性胃炎常见的伴随疾病，长期的失眠使人类机体处于应激状态，精神持续紧



张下刺激黏膜上皮细胞间隙发生改变,使其通透性增大,可引起炎症反应的大分子物质作用于黏膜而发生炎症改变<sup>[21]</sup>。睡眠和免疫调节在人体均有一定的调节规律周期,睡眠紊乱能引起激素分泌失常,包括细胞因子水平和免疫细胞数量在内的自身免疫调节能力下降,使机体对慢性萎缩性胃炎等疾病的易感性增加<sup>[22]</sup>。焦虑抑郁状态能加重 CAG 患者腹胀、腹痛、早饱等不适<sup>[23]</sup>。CAG 患者因反复发作的病情、缠绵的病程、闻及“胃癌前病变”一类敏感词等原因,心理压力加重,从而诱发紧张焦虑情绪。胃虽属于消化器官,具有消化运动及消化分泌的职能,同时受植物神经系统、内分泌系统的控制,在解剖上通过植物神经与大脑皮层相联系,一旦胃黏膜有炎症损害,炎症介质刺激大脑皮层,便能够引发心理情绪问题<sup>[24]</sup>,进一步引起失眠。CAG 与失眠互为因果,有密切关联,相互影响、作用,终而使得病程长、易复发、治疗效果欠佳、临床症状表现复杂。

现代医学治疗伴有精神问题的胃肠病,并无具有针对作用的特效药,大多予经验性用药,针对不同的消化道症状,在给予如质子泵抑制剂(Proton pump inhibitors, PPI)等抑酸、胃肠黏膜保护剂、促胃肠动力等药物的基础上,加用抗焦虑、抗抑郁药<sup>[25-27]</sup>(其中以黛力新、安定多见<sup>[28-29]</sup>),辅以心理护理及精神干预疏导<sup>[30]</sup>。CAG 伴失眠者亦是使用类似的对症方法治疗,因其具有服药方便、见效快的特点,得以广泛的临床使用。中医理论强调辨证论治、从整体的角度来认识疾病状态,对疾病表现出的症状进行多靶点的治疗,从而带来疾病的综合总体程度得以缓解。随着中医药对此类疾病研究的不断深入,其治疗的相对优越性逐渐显现,具有不良反应少、停药后症状复发率低、无戒断作用和成瘾性等优点,缓解患者不适且能一定程度扭转胃黏膜腺体萎缩、异型增生。不少专家学者<sup>[31-33]</sup>进行临床疗效对照观察,发现欣胃颗粒能够改善慢性胃炎症状并且减轻或消除胃黏膜不典型增生的病理改变。孙唯玮<sup>[34]</sup>等予 42 例 CAG 患者胃安散联合西药进行疗效观察,结果表明此疗法能一定程度抑制胃黏膜腺体萎缩、扭转异型增生。故中医药在治疗此类疾病所处地位不容忽视。

## 1.2 证素辨证认识

证素即为辨证的基本要素,包括病位、病性两大部分。证素辨证是从“证候”资料(包括症状、体征等)收集开始,以证素的辨别为纽带,最终组合成证名<sup>[9]</sup>。临床中患者表现的证候复杂多样,目前仅能概括总结部分证型。若强行生硬地以固有证型套加,即“以证套症,以病套证”,则难以精准辨证,使得部分诊疗的施治效果不佳。证素辨

证执简御繁，能够体现中医辨证论治的灵活性，并能在一定程度上提高辨证论治的规范性、准确性<sup>[35]</sup>。CAG 伴失眠症状较复杂，临床辨证有一定难度，此时证素辨证的方法较为适用。

目前学术领域对于 CAG 证素研究已有一定基础。张北华<sup>[36]</sup>等选取 278 则中医专家医案，进行数据挖掘统计分析，得出 CAG 常见证素频次由高到低情况为：脾气虚>肝郁>气滞>胃热>湿热。一些研究者<sup>[37-38]</sup>经数据统计分析，结合证素分布结果，认为 CAG 须着眼于胃、脾，且病性虚实夹杂，尤以气的虚实病变为主，在此基础上兼有其他气血津液的病理变化。吾师团队前期研究<sup>[10]</sup>表明慢性胃炎的病位证素以胃、脾、肝为主，胃列于首位，病性证素以气滞、阳虚、气虚和湿为主，虚实夹杂的特点尤为显著。其后，进一步研究<sup>[39]</sup>认为 CAG 病位证素以胃、脾、肝为主，病性证素以气滞、气虚、阳虚和湿为主，与慢性胃炎证素特点无明显差异。

在目前既有的不寐证素研究<sup>[40-43]</sup>中，可以看出不同类型的不寐，病位证素以心为主，涉及其他病位，病性虚实夹杂且多证素相兼，二证素甚至证素多种组合形式多见。总结来看，各专家学者大致认同不寐有着本虚标实的病理基础，病位以心、肝、肾、胃为主，病性以阴虚、火热、气滞、气虚、痰、湿多见。

通过查阅相关文献发现，目前对于 CAG 合并失眠证素的研究尚缺乏。失眠作为伴随症状可被 CAG 所涵盖，此类疾病症状复杂、辨证有一定困难，本课题创新使用证素辨证法探究不同睡眠质量的 CAG 的证素特点，并比较其差异性，对指导临床辨证用药、改善患者身心健康和生活质量具有重要意义。

## 2 一般资料分析

本研究中纳入的 120 例 CAG 病例中，男性 68 人，占总体的 56.67%，女性 52 人，占总体的 43.33%。其中非失眠组男女构成分别为 60.00%、40.00%，失眠组男女构成分别为 53.33%、46.67%。虽有许多大样本量临床调查结果显示 CAG 男性患者多于女性<sup>[44-46]</sup>。同时，也有临床证据表明，不同性别在睡眠质量上存在差异，研究发现女性有 35% 的失眠症患病率，远高于男性的 25%<sup>[47]</sup>。但根据课题病例资料的统计学分析结果，提示本研究中的非失眠组、失眠组间，男女构成分布差异无统计学意义，说明无论有无合并失眠，CAG 的男女患病率相当。从失眠组分出的轻度、重度失眠组中，轻度失眠组 38

例，男性 21 人，占总体的 55.26%，女性 17 人，占总体的 44.74%；重度失眠组 22 例，男性 11 人，占总体的 50.00%，女性 11 人，占总体的 50.00%，结合统计学分析结果，说明性别对于 CAG 基础上合并失眠的严重程度无明显影响。

年龄构成分布方面，根据青年（≤44 岁）、中年（≥45，≤59 岁）及老年（≥60 岁）划分为三个年龄段进行统计，结果提示非失眠组、失眠组、轻度失眠组、重度失眠组的中年及老年年龄段分别占各组的 91.67%、83.33%、86.84%、77.27%，均以中年及老年年龄段所占比重大。这与其他临床研究结果相符，年龄同胃恶性肿瘤家族史、Hp 感染均是 CAG 的高危致病因素，随年龄增长机体免疫力下降，对 CAG 的易感性增加<sup>[48]</sup>。从客观实际来说，慢性萎缩性胃炎是胃黏膜退化所致，是一个长期的病理改变，随着年龄的推移，胃黏膜上皮不断受到刺激损害，防御屏障作用减弱，退化程度日渐提升。另一方面，失眠作为常见的慢性病，既已有研究表明，老龄是发病的危险因素<sup>[49]</sup>。

### 3 中医证素资料分析

#### 3.1 不同睡眠质量的 CAG 组与证素特点分析

3.1.1 非失眠组与失眠组证素特点分析 ①病位特点分析 由上文数据统计分析得出（表 2-5、表 2-6），无论非失眠组还是失眠组，均是 CAG 患者群体中的病例，故两组的主要病位证素都有胃、脾、肝，这与吾导师团队<sup>[11]</sup>前期对慢性胃炎的证素研究结果相符。

胃主受纳而能腐熟水谷，故为水谷之海。人体按生理所需，规律适度的进食，不断地与外界进行能量交换，从中摄取能量以维持生命功能的正常运作。《素问·痹论》有言“饮食自倍，肠胃乃伤”。凡是进食量过多过少，或是口味的偏嗜，或进食速度过快、食物温度刺激等外界原因，便是此处所说的“饮食自倍”，使胃的受纳功能失常。清·张聿青认为“六腑以通为用”，胃属腑，其性以通降为顺，《素问》云“胃者六腑之海，其气亦下行”，胃气滞或逆而不降，则出现上腹痞闷、暖气、早饱等症状，气滞甚者则有疼痛。脾胃同为《内经》中的“仓廪之官”。胃所盛受之水谷所化生的精微物质，需要通过脾气“升”的运作，输布于周身、滋养五脏及四肢百骸。叶天士在东垣的脾胃观点基础上，提出“纳食主胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降为和”<sup>[50]</sup>，胃气降、脾气升，此为“中医学乃人身一小宇宙之学”<sup>[51]</sup>之谓。胃受纳受损，脾胃气机之“枢”之稳

态被打破，脾不能上升运动，一定程度上加重上述胃脘部的诸多不适。CAG 病人的临床症状虽多样，但归结起来，不外以上腹痞闷、疼痛、暖气、早饱感等以胃脘中焦症状为主。中医所认为的中焦即为胃、脾，故 CAG 病位定以此二者所重。脾胃为中土，能以精微物质灌溉四旁，是维持机体动态稳定的核心关键，李东垣提出胃气一旦亏虚，脾失去禀受之源，进而导致四脏经络产生病变。脾胃所困，亦能影响他脏，其中与肝关系密切。肝属木，主疏泄，助脾胃畅达气机。肝脾二脏为病互相影响，木趋于克土乃循五行相克之常。清叶天士云：“肝为起病之源，胃为传病之所”，其在辨病论治中提出“克脾者，少阳胆木”，强调治疗脾胃病过程中不可忽视肝<sup>[52]</sup>。张锡纯<sup>[53]</sup>认为肝与脾二脏“相助为理之脏也”、“厥阴不治，求之阳明”，意在说明厥阴与阳明脾胃之病互相影响。

证素辨证法与传统的辨证方法相比，更能突显证素的兼夹及轻重缓急的特点。因本研究纳入病例已排除其余常见原因引起的失眠，均属以 CAG 症状为主的病人，故病位证素均以胃、脾为主。通过对比可知，失眠组心神及心病位占有一定比重，考虑为 CAG 合并失眠是以胃部症状为主，或时间发生上有先前之序，胃部不适在先、睡眠异常在后，故胃、脾病位乃首要。证素“心神”，是心主神明的体现，代指疾病可归结于与一切精神意识思维活动失常有关的症候。《景岳全书·不寐》曰：“寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐”，《血证论》认为心不藏神、神不安而烦则不寐，都详细论述了心神与不寐之间的关联，睡眠乃心神的具体表现，心神能够主导睡眠<sup>[54]</sup>。脉藏于心、神舍于脉，故心主血脉功能正常，则血脉调达，是神明之精神活动正常的基础。一旦心血不足，或血行不畅而成瘀之有形阻滞，心失濡养，神明不安，发为不寐。

非失眠组中肾是紧跟胃、脾之后的病位证素。肾乃先天之本，元阴元阳所藏之处，肾精对于脏腑功能的正常运作有不可替代的支持作用，一旦五脏六腑阴阳失调，肾阴肾阳能上济于脏腑，以助阴阳稳态的恢复。然而肾脏精气非无穷尽也，久病劳损、后天不得补续先天，亦可耗竭肾之精气。CAG 病程多以年计，缠绵易反复，久病必及于肾。加之根据本次研究病例一般资料分析得出，CAG 患者以中老年年龄段居多，提示 CAG 具有随着年龄增长，患病率不断提升的趋势。此乃中医学认为的常道，老年人气血肌肉衰枯，肾精渐竭。

②病性特点分析 由上文数据（表 2-5、表 2-6）观察分析，非失眠组与失眠组的

最重要的病性证素均为气滞。清《四圣心源·天人解》曰：“中气者，阴阳升降之枢纽，所谓土也”，“枢”本指的是旧式门上的转轴或承轴臼，后世引申为事物的关键、重要部位之意。《医学纲要》载：“升降之枢纽，全在脾土之运用”，中焦脾胃一者属阴，一者属阳，前者其性主升、后者其性主降，脾胃共为气机之枢，在人体起到以中焦为中心，促进气机轴转的作用。清末医学家彭子益提出“一气周流，土枢四象”理论，认为一气周流能形成“圆运动”<sup>[55]</sup>，只有气机升中有降，降中有升，才能维护脾胃气机升降有序的稳态。病变即为稳态的失衡，一旦气机平衡被打破，脾胃升降失调，清气不升、浊气不降，必然引起气机滞留、流通不利，继而在脾胃表现为痞满胀闷。气为人体中无形的物质，古代中医哲学提出的气一元论认为，万物出于一而异于形，气是维持生命、经络脏腑正常功能的基础物质，病损易及气分，气机的病变本身就最常见，故有“百病皆生于气”之论。

本研究中非失眠组病位证素湿仅次于气滞，而失眠组的证素湿则列于虚性证素气虚和阳虚之后。疾病过程无不反映正邪之消长斗争，多数疾病初期以邪实占主导，随着病程推移、病势渐深，正虚的矛盾才显现其重要性。证素湿在这两组中排列顺序的先后差异，间接提示的病变规律正是，随着患病时日的迁移，正气虚耗愈发明显，疾病表现于外的症状逐渐增多。于证素湿而言，“诸湿肿满皆属于脾”，水湿与脾胃中焦存在密切联系。脾胃承担着全身水湿的运化，脾胃虚弱水湿失于运化，湿聚集酿为痰，水停为湿、谷停为滞。痰与湿同为水湿代谢失调的产物，虽有相同的起因，但在具体形态及所表现的病症有异。同时，外湿也能困阻脾运，正如《素问·至真要大论》中“太阴在泉……湿淫所胜……民病积饮……太阴所胜……饮发于中”所表达之意。外湿可成为脾胃病的病因，内湿是脾胃运化不利的结果，脾气虚或者脾阳虚，能够引起内生痰湿，内湿作为病理产物又能阻碍脾胃运化。脾属阳喜燥，湿作为阴邪最易困脾，湿阻滞脾胃可出现恶心呕吐、纳呆、腹泻、便溏等。随着现代医学的发展，从中医证素的角度研究胃癌前病变的不断深入，痰作为湿之渐，在上述临床表现的基础上还可有宏观胃镜及微观组织病理的改变，如胃息肉、肠上皮化生及上皮内瘤变等<sup>[56]</sup>。

两组的气虚、阳虚及非失眠组的阴虚均属虚性证素，归为各组的主要病性证素。若是中焦气机郁滞，脾不升清、胃不能降浊，气之虚弱无力不能濡养脏腑、四肢肌肉，复

因脾胃是气血生化之源，脾胃虚弱则脾气生成缺乏。脾胃之气在先天之气的辅助下化生诸气，胃气不足则诸气皆虚。脾气虚升举清气无力，胃不能顺降，可见到头晕乏力、早饱感、呃逆、恶心呕吐等。

“阳气者，精则养神，柔则养精”，阳气在人体生命活动所进行的一系列生长化收藏的活动中起到不可替代作用。阳气同样可有先天与后天之分，后天阳气源于脾胃。《阴阳应象大论》曰“天之邪气，感则害人五脏，水谷之寒热，感则害于六腑，地之湿气，感则害皮肉筋脉”，脾胃受水谷之寒热损伤不可避免，但鲜有食物之热伤及食道、脾胃，外来之寒邪耗损脾胃之阳者众。万密斋在《养生四要》中谈及：“受水谷之入而变化者，脾胃之阳也……”水谷腐熟化为食糜需消耗大量脾胃之阳，脾胃功能受损，久则阳虚。人之真阳宝若红日于天，各脏腑功能衰退引起机体阳盛阴衰，阴阳失调，都可归结于阳气不足，不得以温煦濡养<sup>[57]</sup>。CAG 病性证素中，以气虚、阳虚、阴虚为代表的虚性证素占有主要地位，此亦反映了脾胃中焦乃水谷精微气血汇聚之处，脾胃虚弱，则上述物质不能输布至脏腑各处，脏腑正常功能失调，进则出现精微物质的亏虚。黄远程<sup>[58]</sup>等通过文献研究也发现，无论是全国还是岭南地区阴虚、气虚、阳虚三者均是主要的病性证素。

对比两组的病性证素可知，失眠组在出现了气滞之后，以气虚、阳虚虚性证素次之。气虚及阳虚既是 CAG 的病理性产物，又能成为失眠的病因。“人有卧而有所不安者……脏有所伤，及精有所乏，倚则不安”，自《素问》始便有理论认为不寐与虚证关系密切。规律的寤寐需要神的主导，气血阴阳是神的物质基础；五脏贮藏精气，神安也是脏腑功能调和的表现，故只有气血阴阳充盛、五脏相安，神不仅得以滋养，亦防御了外邪烦扰，则不会出现入睡困难、易醒、夜间烦闷等<sup>[59]</sup>。

3.1.2 轻度失眠组与重度失眠组证素特点分析 ①病位特点分析 由上文数据（表 2-7、表 2-8）统计分析认识到，轻度与重度失眠组都是从失眠组中细分而出的，两组的病位证素与失眠组大致相当，均以胃、脾、心神及心为主，说明无论失眠的轻重，病位证素主次上没有明显变化，提示在治疗上，仍以健脾和胃、养心安神为主要治法。国医大师周老在所提出的病机辨证中强调辨清复合多病位是脏腑病机的内涵体现，生理情况下五脏相生克乘侮、脏与腑表里相合，病理状态脏腑相传而同病<sup>[60]</sup>。辨证论治是中

医的精髓，辨证论治中辨病位是关键，内伤、外感均应辨别，辨明病位能为后续的用药提供时间、空间的引导参考。病位可有时间、空间上的区别，时间层次上囊括六经、卫气营血及三焦辨证、空间层次上包括脏腑经络辨证，另外表里作为其他病位辨证的总纲涵盖性更强<sup>[61]</sup>。另外，中医的脏腑不仅仅有形质的含义，更带有功能内涵，所以病位证素包括特定的生理特性及生理功能，例如五脏藏而不泻、六腑泻而不藏<sup>[62]</sup>。不同的病性还需责之于不同的病位，因此辨明病位是证素辨证中必不可少的关键环节。

②病性特点分析 根据课题数据（表 2-7、表 2-8）的统计分析，提示 CAG 基础上合并的失眠无论程度轻重，在治疗用药上仍应注重行气运气、化湿除痰、补益虚损不足。在此基础上结合两组的病位特点来看，脾胃病论治过程中，无论兼夹病症为何，都应辨清病机，邪气盛则偏实、精气亏则偏虚。天有寒暑、理有阴阳、病有虚实，CAG 作为慢性病，虚实交杂是病机中的一对主要矛盾，虚实都可引起 CAG 的不适症状。

《素问·举痛论》论及经脉气血与“五脏卒痛”的关系，提出寒气阻遏经气，滞涩不行而痛属实；寒客脉外，气虚不得濡内而痛属虚，均可发为胃脘痛。有邪实夹杂堵塞满闷者为实痞，无邪滞胀闷不甚者为虚痞，痞证亦有虚实二分，实痞能消能散而祛邪，虚痞非甘温健运补之不可。脾胃病变的病因或是病理产物，同时又成为了不寐的诱因。

《景岳全书·不寐》认为邪正可近乎概括不寐病证，从不寐的病机上分析，邪气盛则心神为之扰、营气不足则心神失其所养，同样需从虚实辨治。裘昌林<sup>[63]</sup>以虚实为纲将失眠证型进行分类，其中虚实夹杂者 2 型，在治疗上强调补虚泻实、揆度阴阳。王翹楚<sup>[64]</sup>认为临床失眠病症随复杂，不外分有八证三型，三型即按虚实而分，包括虚实夹杂在内。林如祥<sup>[65]</sup>认为机体因于六淫七情及先天，五脏气血阴阳失衡，产生相应病理产物最终导致失眠，失眠辨治应从虚及火、痰、瘀之实者而论。因此，起于 CAG 的失眠辨治，无论失眠轻重，仍须以虚实为纲，损其有余而补之不足，此为固守之大法。

### 3.2 不同睡眠质量的 CAG 组与证素的相关性分析

3.2.1 非失眠组与失眠组证素的相关性分析 ①病位相关性分析 本次研究的数据（表 2-9、表 2-10）先后经秩和检验和二项分类 Logistic 分析说明，病位心、心神的证素等级分布在非失眠组、失眠组间存在差异，且心神是失眠组的危险因素。因此在对 CAG 合并失眠的患者治疗上，要在健脾和胃的基础上，注重养心安神，调整脾胃与心、心神的关系。但仍应注意的是，CAG 合并失眠与单纯的失眠不同，病位是以胃、脾为

主，心、心神为辅。“足太阴脉注心中，从心中循手少阴脉行也”，脾胃经、心经在经络上相连；李杲言：“心主荣，夫饮食入胃，阳气上行，津液与气入于心”，胃、心在精微物质代谢上相关。王高峰<sup>[66]</sup>从临床总结出因脾胃为气血之源，疾病过程中产生的各种病理产物上扰“心主藏神”之用，故出现 CAG 患者合并失眠，其中脾胃失运在前为因和本，心不藏神在后为果和标。赵蕾<sup>[67]</sup>用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗此类疾病，方药中众药健脾疏肝为主，仅用龙牡重镇安神定志。因于对《素问·逆调论》中“胃不和则卧不安”的认识体会，后世医家倾向于从“胃不和”的病机角度入手，重视脾胃的关键作用，以治疗寤寐失常，若有失眠甚者，再加予养心、重镇安神之品以缓解标症。另外，CAG 本身为慢性病，精神情绪紧张的患者多，王庆其教授<sup>[68]</sup>认为患者若心理纠结不除，胃肠疾病难愈，强调养心安神药物的应用及心理安抚的必须。各医家多在诊治用药中，除调补脾胃外，也认识到心虚则神不守舍，故夜交藤、合欢皮等养心安神药物频现，以求利心神，注重药治病、医疗心<sup>[7、69-70]</sup>。

②病性相关性分析 疾病的病机概括起来是阴阳相对平衡的打破，可有具体的病理改变，进而产生相应的病理产物，人们通过气血寒热虚实特性的偏倚加以区分。本次研究数据分析（表 2-11、表 2-12）提示气虚、阳虚、血虚证素在非失眠和失眠组间存在等级分布差异；另外，血虚为失眠组发生的危险因素。气和血在《素问》中乃为“人之所有”，从事物均有相对的阴阳对立角度考虑，血更具有静、收敛、滋养等属阴的特性。同时夜晚、睡眠也相对更具有阴的特性。故从中医的血，来分析考虑不寐的病因病机是值得被重视的切入点。

脾胃被称为“后天之本”，胃受纳腐熟水谷产生的精微物质有阴阳二分，清为营、浊为卫，营卫二气虽同源而有异<sup>[71]</sup>。在营卫气功能上，前者行脉中、后者固脉外，如环相贯、与昼夜阴阳规律保持同步而不休。《灵枢·大惑论》言：“……故阳气尽则卧，阴气尽则寤”；《灵枢·营卫生会》言：“营气衰少……夜不瞑”；《难经》曰：“血气衰，肌肉不滑。荣卫之道涩，故昼日不能精，夜不得寐也”；因而昼精夜寐，需要营卫之气充足、各循其道、互守其律，更要由脾胃健运化生足够的精微作为物质基础保障。CAG 患者脾胃固虚弱，化生之源匮乏而气虚，正所谓气属阳、气虚而阳微，心气虚推动温煦不足、阳虚代谢减慢而心无所养，更重要的是营血的不足。《景岳全书·不寐》载：“无邪而不寐者，必营血之不足也……”，营气作为营血的组成，它的不足必然导



致血虚。血虚而肝藏血失职，肝不能收敛魂，加之血作为气的有形载体，血虚阴阳失调，阴虚阳亢，阳不能入于阴，血不足则心不得濡养，心不能舍神，神涣散不安，最后都导致不寐。所以治疗 CAG 合并失眠应注重调补脾胃，激发恢复中焦能量之源的功能，丰富精微物质，尤其是营血的供给，使心能有所养、神有处而舍。

3.2.2 轻度失眠组与重度失眠组证素的相关性分析 ①病位相关性分析 本次研究得出心神是失眠组的危险因素，脾、肝是重度失眠组间的危险因素（表 2-13、表 2-14），提示治疗 CAG 合并失眠时应予兼顾养心安神，但失眠严重者仍应回归根本，即对脾的调补健运。脾为后天之本，在疾病的防御中起到后盾作用，脾胃衰则百病由生，健运补益中焦之脾建中如稳基。“阴阳形气俱虚者，调以甘药”，甘味能更直接地调阴阳补其虚且入脾而充其气。《内经》提出五脏藏五神，脾藏意，主宰人的精神意识活动，与心主神明有关，并且脾在志为思，思虑过多则耗血，血虚心神失养则不寐。疑难病症多因于痰作祟，痰乃津液异常代谢的病产物，脾的运化不仅作用于水谷精微，同样能运化水湿，脾病水湿不运而成痰湿，痰随气流窜不定无常，所以难治性重病杂病需从治脾入手<sup>[72]</sup>。脾病宜运宜补，CAG 合并失眠甚者多以虚为本，故无论病性虚实的多少，都应以补益脾脏为治疗的最终倾向。脾运得健则气血充盛能养心，魏相玲<sup>[73]</sup>用归脾汤加减观察治疗顽固性失眠，收效颇佳。从五脏五行生克关系上，脾为心之子、脾易为土乘，实子能安母、补脾以防肝妄，沈浩<sup>[74]</sup>将理论结合长期的临床经验，认为虽五脏均可致失眠，但尤以脾为重，治疗难治性失眠应从脾入手。清代沈金鳌《杂病源流犀烛·脾病源流》载：“脾统四脏，脾有病必波及之……故脾气充，四脏皆赖煦育，脾气绝，四脏安能不病”，脾在各种生理、病理变化中都具有枢机的关键作用，因而在治疗复杂疾病过程中，治脾理脾可作为基本切入点。

先前有学者<sup>[75]</sup>通过大样本流行病学研究发现，5000 例失眠患者发病因素中，与情志有关者占半数以上。当下社会人们生活工作节奏加快，均有一定的精神心理压力，肝与情志休戚相关，故诸病都不能忽视肝的病位。情志、睡眠、心神与肝存在交错关系。梁晓春<sup>[76]</sup>认为失眠病因始动于气郁，肝主疏泄，情志抑易致气行不畅而郁，气郁能化火热、生痰湿、成血瘀等，引起诸多实邪，若病变加以时日亦有血虚、阴虚、气虚等，最终都使脏腑功能失和而失眠。反之，失眠严重者后期常因邪实、精微不足，脏腑难调，

失眠缠绵不愈，甚者愈重，因此治疗顽固难愈之失眠，疏肝理气解郁的治法有一定重要性。实邪扰心神使之不安，气血阴阳亏虚而不能滋养心神。另外宋许叔微《普济本事方·卷一》言：“平人肝不受邪……神静而得寐。今肝有邪，魂不得归……”，夜卧之时魂不归舍于肝，神不能静而难寐。失眠者除与睡眠相关的主症外，多有头晕、头部困重的伴随症状<sup>[77]</sup>，诸风掉眩而属于头部的诸多症状，归责于肝气向上作祟之因。起于 CAG 的失眠辨治，回归肝脾二脏之五行相关，肝为传病之源，脾为发病之处。肝病传脾，中焦脾胃生病而引发不寐，理清病变传化过程，才能对施治用药有更好的指向作用。

②病性相关性分析 由上文表 2-15、表 2-16 的数据分析说明，病性证素气虚与血瘀为重度失眠组的危险因素。轻度及重度失眠组是以合并失眠的轻重程度划分，失眠作为 CAG 的合并症，其严重程度也是病程长久或病情深浅的外在表现，重度失眠组较轻度失眠组发病日久且病情相对较重。气机存则脏腑功能生生不息，脾乃气之枢，脾病日久必耗损其气。阳明经乃多气多血之经，气虚无力推行血运，血滞化瘀；气失血之统领，亦散而不得收，气属阳、血属阴，二者互持互制。既往有对慢性胃炎的大样本病例研究认识到，该病在经过 CAG 直至恶性化过程中，虽然虚实夹杂是基本的病变特性，但同时存在由虚实相对消长的转化规律：实证多→虚证多→实证多，气虚和血瘀此虚实二者贯穿病变全程<sup>[78]</sup>。结合现代医学的胃镜及胃黏膜病理结果，CAG 内镜下见黏膜色苍白、薄平乃气虚表现，黏膜颗粒粗糙、血管透见，进而组织活检可有肠化、上皮内瘤变等有形病理改变均乃血瘀之征<sup>[79]</sup>，这也与吾师团队先前将证素与微观辨证结合的研究<sup>[80]</sup>结果相吻合。明李中梓言：“不寐之故，大约有五：一曰气虚，……一曰胃不和”，气虚被列为不寐病因之首，生理性的寤寐需营卫二气充盛及昼夜节律的稳定作保障，而且临床上也发现不寐以虚证偏多，并以气虚常见<sup>[81]</sup>。久病由浅及络伤及血分，久病重病虚实夹杂是常理，气虚、血瘀在不寐病机变化过程中扮演重要角色。气虚血瘀型的肿瘤相关性失眠、老年气虚血瘀失眠予用西药镇静催眠药治疗效果欠佳，刘咏英<sup>[82-83]</sup>用对照实验的发现补阳还五汤治疗此两类疾病效果佳、无明显不良反应。瘀血使气机逆乱而营卫失和、瘀阻新血不能上奉养心、瘀久化火扰动心神，瘀亦能导致失眠。遵循“久病入络”及“久病必瘀”之理，难治性失眠患病时日长，必然涉及血分病变，郭闫葵教授<sup>[84]</sup>强调顽固性失眠的诊治应多从瘀论治。

#### 4 不足之处

首先，受有限人力、物力及时间、地域空间限制，课题纳入总病例数为 120 例，细分组别则出现病例数不足的情况，故仅从失眠组划分出轻度失眠组与重度失眠组进行研究。若今后有能力增加病例数，可根据 PSQI 积分划分更多不同睡眠质量的病例组做进一步的证素研究，更好地为服务于临床诊疗。其次，参考吾师团队及其他相关 CAG 证素研究基础，肾属 CAG 主要病位证素，但在课题轻度、重度失眠组的病位证素研究中同样因例数不足而未进行进一步研究。最后，患者表达的不适症状是一种自身感受、调查者采集资料评判标准也难以完全统一，所以在患者、调查者参与的资料收集环节不可避免地夹杂主观因素在内。后一项则有望通过加强对患者的健康卫生教育、改善医患沟通方式、不断细化病例资料的采集评判衡量标准得以解决。

## 结 论

1.CAG 无合并失眠涉及胃、脾和肝为主的功能失调；病理因素虚实夹杂，以气滞和湿为主；

2.CAG 合并失眠，无论失眠严重程度，都涉及胃、脾和心神、心为主的功能失调；病理因素都为虚实夹杂，以气滞和气虚为主。

## 参考文献

- [1]李军祥,陈詒,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(02):121-131.
- [2]Correa P.A human-model of gastric carcinogenesis[J].Cancer Research, 1988,48(13):3554-3560.
- [3]张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(07):3060-3064.
- [4]Cremonini F,Camilleri M,Zinsmeister A R,et al.Sleep disturbances are linked to both upper and lower gastrointestinal symptoms in the general population [J].Neurogastroenterol Motil,2009,21(2):128-135.
- [5]苏玉花,王祥安.失眠与慢性胃炎的相关分析[J].中国实用医药,2015,10(23):38-39.
- [6]郭椿,贺平.脑肠轴及其研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(95):89-91.
- [7]侯理伟,苏晓兰,郭宇,等.胃不和则卧不安——魏玮教授从脾胃论治失眠的学术思想[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(09):791-793.
- [8]宋美芳,侯雅静,卞庆来,等.中医辨证方法体系概述[J].湖北中医药大学学报,2018,20(03):46-50.
- [9]朱文锋.证素辨证学[M].人民卫生出版社.2008:4-5.
- [10]林平,黄小燕,施婧瑶,等.慢性胃炎的证素特点[J].福建中医药大学学报,2013,23(02):7-9.
- [11]房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [12]中华医学会精神科分会编.中国精神疾病分类与诊断标准(第 3 版)[M].济南:山东科学技术出版社,2001:118-119.
- [13]刘国忠,刘辉,赵鹏.关于人类年龄分段的体育学研究[J].科教文汇(上旬刊),2013,9(08):150+156.
- [14]Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al.GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence,Mortality and Prevalence Worldwide.IARC Cancer Base No 5 version 2.0.Lyon: IARC Press,2004.
- [15]Laimasj, Audrius Idainius J, et al.Precancerous gastric conditions in high Helicobacter Pylori Prevalence areas: comparison between Eastern European(Lithuanian, Latvian) and Asian (Taiwanese) Patients[J]. Medicina (Kaunas),2007,43:623—629.
- [16]Bray F,Ferlay J,Soerjomatarm I,et al.Global cancer statistics 2018:GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J].CA: A Cancer Journal for Clinicians,2018,68(6):394-424.
- [17]许青,郭献灵,赵昆.对 Correa 级联反应的完整确认:西方低危发病人群胃癌前病变患者胃癌发病率的观察性队列研究[J].循证医学,2016,16(05):274-275.
- [18]Shanahan F.The Brain-Gut Axis and the Mucosal Immunoinflammatory Response[M]// Neuroendocrinology of Gastrointestinal Ulceration. Springer US,1995:103-108.
- [19]徐晓蓉,许国铭.胃肠动力和内脏敏感性检查的诊断价值及其进展[J].胃肠病学,2003,8(5):15-16.
- [20]蒋军,张勤.大黄素促胃肠动力机制研究概况[J].医学研究杂志,2011,40(5):20-23.
- [21] Wood J D.Enteric nervous system,serotonin,and the irritable bowel syndrome[J].Curr Opin Gastroenterol,2001,17(1):91-97.
- [22]杨冀,于卉影.睡眠障碍对免疫系统及疾病影响的研究进展[J].转化医学电子杂志,2017,4(10):66-70.
- [23]张燕.幽门螺杆菌感染、焦虑抑郁状态与慢性胃炎关系研究[D].青岛大学,2017.
- [24]张新,胡冬青,周晓凤,等.慢性萎缩性胃炎伴抑郁、焦虑诊疗进展[J].山西中医,2017,33(12):55-57.
- [25]徐泽静,董淑苹,郭晓鹤,等.心理护理干预对消化性溃疡患者不良情绪的影响[J].国际精神病学杂志,

2019,46(06):1140-1143.

[26] 卢娅,刘露路,王珏,等.精神心理因素与功能性消化不良的关系及治疗进展[J].现代医药卫生,2018,34(16):2489-2492.

[27] 余敏敏,席斌.情志与功能性消化不良的中西医研究进展[J].中国民族民间医药,2017,26(11):71-73.

[28] 赵亚男,许翠萍.胆汁反流性胃炎病因病机及诊治进展[J].世界华人消化杂志,2018,26(32):1886-1892.

[29] 朱赞伟.黛力新治疗难治性胃食管反流病的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2017,28(10):1838-1840.

[30] 徐泽静,董淑苹,郭晓鹤,等.心理护理干预对消化性溃疡患者不良情绪的影响[J].国际精神病学杂志,2019,46(06):1140-1143.

[31] 孙健伟,谢晶日,梁国英.欣胃颗粒治疗胃癌前病变 32 例疗效分析[J].实用中医药杂志,2011,27(4):220-221.

[32] 梁国英,谢晶日.欣胃颗粒治疗胃癌前病变疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2012,20(8):344-346.

[33] 谢晶日,王丹丹,王海强.欣胃颗粒治疗气阴两虚兼血瘀型慢性萎缩性胃炎 120 例临床观察[J].中医药学报,2012,40(6):104-105.

[34] 孙唯玮,李慧臻.胃安散配合西药治疗慢性萎缩性胃炎 42 例疗效观察[J].河北中医,2010,32(11):1682-1683.

[35] 黄碧群,曲超,向岁,等.中医证素辨证研究概况[J].湖南中医药大学学报,2013,33(01):24-31.

[36] 张北华,高蕊,李振华,等.中医药治疗慢性胃炎的专家经验数据挖掘分析[J].中医杂志,2015,56(08):704-708.

[37] 苏泽琦,贾梦迪,潘静琳,等.慢性萎缩性胃炎中医证候、证素分布特点文献研究[J].世界中西医结合杂志,2015,10(12):1636-1639.

[38] 张秋仔.慢性胃炎中医证素演变规律的临床研究[C].中国中药杂志 2015/专集:基层医疗机构从业人员科技论文写作培训会议论文集:中国中药杂志社,2016:1522-1523.

[39] 翁顺珠.不同类型慢性胃炎的中医体质及证素差异性初步研究[D].福建中医药大学,2014.

[40] 郑伟锋,崔应麟,常学辉.失眠症中医证素组合规律的文献研究[J].时珍国医国药,2015,26(09):2289-2290.

[41] 陈秀娟.原发性失眠的证素调查分析[D].南京中医药大学,2017.

[42] 王志丹.失眠症中医证素分布规律及其与相关神经递质、激素的关联性研究[D].福建中医药大学,2013.

[43] 黄惠琼.广东地区不寐患者的证型分析[D].广州中医药大学,2013.

[44] 杨友鹏,朱元民,牟方宏,等.2889 例健康体检人群胃肠镜检查结果分析[J].中外医学研究,2019,17(06):171-174.

[45] 任丽文.4647 例体检人群胃镜检查结果分析[D].山西医科大学,2017.

[46] 廖作平,朱蔓然.29256 例上消化道疾病胃镜检查结果分析[J].中国实用医药,2009,4(24):101-102.

[47] 付聪,谢晨,陈云飞.性别及性腺激素对睡眠影响的临床研究进展[J].华西医学,2015,30(03):577-581.

[48] 李晓敏,吕婧.慢性萎缩性胃炎患者的危险因素与临床治疗效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(A3):130-131.

[49] 王晓秋,吴文忠,刘成勇,等.基于中医体质失眠影响因素的 Logistic 回归分析[J].中国中西医结合杂志,2020,40(03):304-308.

[50] 刘子号.叶天士脾胃分治理论临床运用浅析[J].中医药临床杂志,2015,27(8):1103-1105.

[51] 刘洋,刘中雨,李廷荃,彭子益与中医圆运动学说[J].中医文献杂志,2017,35(06):42-46.

- [52]叶天士,华岫云.临证指南医案[M].北京:华夏出版社,1995:139.
- [53]张锡纯.医学衷中参西录[M].河北人民出版社,1957:196.
- [54]张秀琢,李黎,王明洁,等.“通督调神”法治疗不寐的理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(09):1268-1269+1315.
- [55]彭子益,李可.圆运动的古中医学[M].中国中医药出版社,2007:11.
- [56]李宇.慢性萎缩性胃炎癌前病变“痰”“湿”证候的证素特点研究[D].福建中医药大学,2016.
- [57]冯筱筱,杨涵棋,郭航,等.从脾肾阳虚理论治失眠思路临床探讨[J].四川中医,2019,37(03):29-31.
- [58]黄远程,潘静琳,蒋凯林,等.岭南地区慢性萎缩性胃炎证候、证素分布规律的文献研究[J].广州中医药大学学报,2019,36(10):1646-1650.
- [59]王思宇,杨学.“安神以扶正”探微[J].上海中医药杂志,2018,52(04):35-37+41.
- [60]方樑,周学平,周仲瑛.国医大师周仲瑛教授论复合与兼夹病机证素[J].中华中医药杂志,2013,28(04):973-976.
- [61]胡学明.辨证论治七步法浅谈[J].中国中医药现代远程教育,2008(05):429-430.
- [62]张启明,于东林,王永炎.中医证候要素的确认方法[J].中医杂志,2013,54(20):1732-1735.
- [63]姚憬,裘昌林.治疗不寐证临床经验[J].实用中医内科杂志,2001(03):15-16.
- [64]许良.王翹楚治不寐学术思想初探[J].中医文献杂志,2002(04):42-43.
- [65]林如祥.论失眠辨治[J].中国中医基础医学杂志,2002(01):34-36.
- [66]王高峰,单兆伟.单兆伟治疗慢性萎缩性胃炎合并失眠的经验[J].广西中医药,2019,42(05):42-44.
- [67]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.
- [68]王庆其.“胃不和则卧不安”与“卧不安则胃不和”[N].中国中医药报,2016-07-25(007).
- [69]许蒙,王新志.“胃不和则卧不安”——其实“卧不安”则“胃也不和”[J].光明中医,2017,32(06):783-784.
- [70]肖雯迪,赖虔青.林平主任诊治慢性胃炎合并睡眠障碍经验[J].福建中医药,2018,49(04):62-63.
- [71]王洪图,主编.内经[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:742,745.
- [72]李新玥,刘译鸿.从脾升胃降论治疑难杂症[J].陕西中医,2004,24(01):47-48.
- [73]魏相玲,孙海俊.归脾汤加减治疗顽固性失眠 47 例[J].中国中医基础医学杂志,2007,12(09):714.
- [74]沈浩,刘红权.从脾论治难治性不寐探析[J].现代中西医结合杂志,2019,28(21):2364-2366+2394.
- [75]王翹楚,许红,苏泓.五脏皆有不寐及从肝论治法[J].上海中医药大学学报,2005,18(04):3-4.
- [76]吴群励,杨丹,梁晓春.梁晓春从肝论治失眠经验[J].北京中医药,2019,38(11):1109-1111.
- [77]施明.镇静催眠药依赖性失眠临床特征与从肝论治分析[J].上海中医药杂志,2004,49(11):13-14.
- [78]苏泽琦,张文君,张雨珊,等.慢性胃炎恶性转化过程证候、证素演变规律[J].现代中医临床,2017,24(06):9-14.
- [79]张露,沈洪,周晓波,等.从气虚血瘀论治慢性萎缩性胃炎癌前病变[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2013,20(01):16-20.
- [80]吴丹.慢性萎缩性胃炎胃镜象与证素特点的相关性研究[D].福建中医药大学,2018.
- [81]苏珊娜,苏保育,李晓玲.酸枣仁汤加减联合“天灸”疗法治疗心胆气虚型失眠的临床观察[J].内蒙古中医药,2016,35(11):21-22.
- [82]刘咏英,矫健鹏,单珉,等.加减补阳还五汤治疗气虚血瘀型肿瘤相关性失眠 30 例[J].内蒙古中医药,2018,37(09):8-9.
- [83]刘咏英,单珉,岳小强.补阳还五汤治疗老年气虚血瘀型失眠 60 例[J].内蒙古中医药,2018,37(08):6-7.
- [84]王潇,王鹏琴.瘀与顽固性失眠[J].实用中医内科杂志,2013,27(01):74-75.

## 附 录

### 附录 A：英文缩略词

缩略词	英文全称	中文全称
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
CCMD	Chinese Classification of Mental Disorders	中国精神障碍分类及诊断标准
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌
HPA	The hypothalamic-pituitary-adrenal axis	下丘脑-垂体-肾上腺轴
IM	Intestinal metaplasia	肠上皮化生
IN	Intraepithelial neoplasia	上皮内瘤变
PPI	Proton pump inhibitors	质子泵抑制剂
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index	匹兹堡睡眠质量指数



## 附录 B：慢性萎缩性胃炎胃镜和病理诊断标准

CAG 诊断标准参照 2017 年中华医学会消化病学分会制定的中国慢性胃炎共识意见（上海）：

（1）胃镜诊断：内镜下可见黏膜红白相间，白相为主，皱襞变平甚至消失，部分黏膜血管显露；可伴有黏膜颗粒或结节状等表现。

（2）病理诊断：1. 活检取材部位：取 2~3 块，活检重点部位为胃窦、胃角、胃体小弯侧及可疑病灶处；标本应足够大，达到黏膜肌层。2. 观察慢性炎症反应、活动性、萎缩和肠化等组织学变化；并根据病理变化程度的不同分为 4 级：0 代表无，+代表轻度，++代表中度，+++代表重度。

胃黏膜病理等级判定标准：a.慢性炎症反应：黏膜层单个核细胞 $\leq 5$  个可诊断为基本正常（0），若慢性炎症细胞较密集、浸润深，则根据其占据黏膜层的多少，分别以 1/3、2/3 为界，依次划分为轻中重度（+~+++）；b.活动性：慢性炎症反应背景上无中性粒细胞浸润判为无活动性（0），若有中性粒细胞浸润，则根据黏膜层炎症细胞浸润的程度以判定轻中重度（+~+++）；c.萎缩：若无胃固有腺体数目减少归为无萎缩（0），若有腺体萎缩，则根据腺体减少的数目，分别以 1/3、2/3 为界，依次分为轻中重度（+~+++）；d.肠化：若胃黏膜未被肠型上皮细胞替代可归为无肠化（0），若胃黏膜出现近似肠黏膜上皮细胞，则根据肠化区面积占总表面上皮面积的大小，分别以 1/3、2/3 为界，依次分为轻中重度（+~+++）。

诊断中相对重视病理结果，只要慢性胃炎活检显示固有层腺体的萎缩，即可诊断为 CAG，不必考虑活检标本的萎缩块数与程度，临床医师根据病理结果并结合内镜所见，最后作出萎缩范围与程度的判断。如有异型增生（上皮内瘤变）要注明等级，包括轻中重度异型增生（或低级别和高级别上皮内瘤变）。

## 附录 C：失眠诊断标准

失眠诊断标准参考《中国精神疾病分类和诊断标准》第 III 版（CCMD-3），制定如下失眠诊断标准：

（1）临床以睡眠困难、睡眠障碍为主要症状，包括入睡困难、多梦、入睡不深、醒后不能再入睡、白天有困倦乏力不适等。（2）上述睡眠障碍症状持续时间>1 个月，每周出现 3 次以上。（3）因失眠引起苦恼、焦虑，精神效率下降。

## 附录 D：证素辨证标准

参照朱文锋教授《证素辨证学》，以各症状要素积分和阈值法确定，以 100 作为通用阈值，各症状对各辨证要素贡献度之和达到或超过 100 时，即可诊断为辨证要素。

在此基础上结合具体病情、症状（有轻重、简单复杂之分），若某一症状重时，则将其定量值乘 1.5，若该症状轻时，则乘 0.7。此处以积分 70 作为浮动调节后的诊断阈值。具体证素积分分级与病变程度对应关系如下：证素积分 $<70$ ，属 0 级（基本无病理变化）； $70\leq$ 积分 $<100$ ，属 1 级（存在轻度的证素病变）； $100\leq$ 积分 $<150$ ，属 2 级，（存在中度的证素病变）；积分 $\geq 150$  时，属 3 级（存在重度的证素病变）。

## 附录 E：慢性萎缩性胃炎患者证素提取四诊信息采集表

姓名： 性别：男 女 联系电话： 采集时间： 烟酒嗜好：  
 年龄： 职业： 居住地： 饮食习惯：  
 主诉： 病程（勾选）： 6 个月-1 年 1 年-2 年 2 年以上  
 中医诊断（勾选，补充）： 胃痛 胃痞 嘈杂 呃逆 吐酸  
 胃镜表现（勾选，补充）： 黏膜红斑 黏膜出血点或斑块 水肿 充血渗出  
 黏膜白相 红白相间 颗粒增生 黏膜粗糙 血管透见  
 胃镜诊断（勾选，补充）： 萎缩性胃炎 Hp 糜烂  
 病理诊断（程度）： Hp（ ）慢性炎症（ ）活动性（ ）萎缩（ ）肠化（ ）上皮内瘤变（ ）  
 其他检查：呼气试验（ ）

【频率】U：平素常发症状；N：现有症状；A：平素常发、现在也有的症状。

【程度】1：轻（症状轻微，未意识到症状存在）；2：中（可意识到症状存在，但正常活动未受到影响）；3：重（症状存在，正常活动受影响）。

【舌下络脉】舌脉主干长度估计：取舌下肉阜至舌尖之连线中点，把主干分成不超过 1/2 和超过 1/2。

0°：舌脉主干无充盈或稍充盈但不弯曲，不超过 1/2，色泽淡紫。

I°：舌脉主干充盈，延长，超过 1/2，但不弯曲，色泽淡紫、青紫。

II°：舌脉主干明显充盈，延长，迂曲，并见四周树叉样分枝，色泽深紫。

III°：舌脉主干除明显充盈，延长，迂曲，周围分枝外，分枝上并见点状扩张血管球，严重时呈紫葡萄样串珠状，色泽深紫。

症状体征	标记	症状体征	标记	症状体征	标记	症状体征	标记
始因		心痛		夜间痛甚		呕吐	
环境潮湿		乳房痛		痛拒按/压痛甚		干呕	
淋雨下水		胁痛（胸）		牵掣痛		呕吐酸水	
饮食不慎		肋肋痛		得食痛缓		呕吐苦水	
活动或劳累病重		脘腹痛		进食痛甚		呕吐清水	
病情与情志有关		右上腹痛		食热痛缓食冷痛剧		呕吐痰涎	
缓起久病		左上腹痛		食热痛甚		呕吐馊食或宿食	
嗜烟		脐腹痛		头身不适		暖气	
嗜酒		少腹痛		头晕		暖气酸馊	
寒热		小腹痛		头重		呃逆	
潮热		腹痛		眼眵多		口角流涎	
容易感冒		阴器痛		耳久鸣		睡中磨牙	
身热不扬		腰痛		咽部异物感		倦怠乏力	
经常畏冷		疼痛性质		气梗堵感		气下坠感	
四肢凉		胀痛或窜痛		胸闷		头蒙如裹	
脘腹腰背冷		绞痛		心慌		身体/四肢酸/困重	
下肢冷甚		固定痛		心悸		腰膝酸软	
喜凉恶热		刺痛		怔忡		口舌发麻	
喜温恶凉		游走痛		惊悸		舌衄	
汗出		闷痛		乳房胀		神疲（动则益甚）	
自汗		空痛		胁胀		睡眠情志	
盗汗		灼痛		腕痞胀		失眠	
热甚汗多		冷痛		胃脘嘈杂		多梦	
疼痛部位		酸重痛		腹胀		睡眠不实	
舌痛		隐痛		小腹胀		健忘	
口腔痛		气行觉舒		恶心		嗜睡	

(接上表)

## 福建中医药大学硕士学位论文

急躁易怒		经常便秘		面色少华		舌尖红	
情志抑郁孤僻		大便干结		面色萎黄		舌边红	
喜叹气		经常便溏		面黄色黯		舌起芒刺	
情绪易激动		新起便稀		面色晦暗		舌体胖大	
懒言		大便如黄糜		面色淡白		舌体瘦小	
咳嗽喘		大便有黏液		面色苍白		舌有裂纹	
吐痰		大便有脓血		面色皴白		舌有斑点	
咳嗽		大便先干后稀		面色黧黑		舌边齿印	
痰色白		大便时溏时结		面色赤		舌下络脉曲张	0°
痰色黄		大便腥腐臭气		躁扰不宁			I°
痰滑易咳		大便细扁		望诊（头面五官）			II°
痰黏难咳		完谷不化		面脸浮肿			III°
痰多质稀		排便无力		眼睑淡白		舌苔白	
痰少质稀		排便不爽		眼周黯黑		舌苔腐垢	
痰少质稠		肛门灼热		眼睑下垂		舌苔薄黄	
痰多质稠		肛门坠胀		睡后露睛		舌苔黄	
泡沫痰多		排便困难		唇淡		舌苔腻	
喉中痰鸣痰壅		里急后重		唇紫		苔剥/少/无	
气喘		腹痛欲泻		望诊（颈胸腹部）		舌苔厚	
气短		矢气多		颈脉怒张		舌苔润滑	
久病气喘		矢气无		腹露青筋		舌苔干燥	
喘不能卧		矢气甚臭		腹膨隆		舌体溃烂	
饮食口味		新病尿频		腹硬满		闻诊（声音）	
口不渴		长期尿频		心界扩大		声低	
口渴		夜尿多		心包积液		气息微弱	
渴欲饮冷		尿短黄		心脏杂音		胃部振水音	
渴欲饮热		尿清长		望诊（形体肌肤）		肠鸣辘辘	
渴不欲饮		尿少		形体消瘦		肠鸣亢进	
咽干		排尿灼热		形体肥胖		肠鸣减弱	
纳呆恶食		排尿无力		反复水肿		肠鸣消失	
吞食梗塞		月经带下(女性填)		肌肤甲错		脉诊	
长期食少		痛经		肝掌		脉沉	
进食无味		经行不畅		指端青紫		脉迟	
食后痞胀		月经提前		指甲淡白		脉数	
饥不欲食		月经推迟		关节活动不利		脉洪	
多食易饥		经期错乱		关节晨僵/僵硬		脉细	
厌油腻		月经量多		关节肿		脉虚	
过食生冷		月经量少		肢体萎软		脉微	
口酸		月经稀淡		望诊（舌诊）		脉缓	
口苦		月经深红		舌淡红		脉弦	
口甜		月经紫黯		舌淡白		脉滑	
口咸		月经夹块		舌淡胖		脉涩	
口臭		经期延长		舌淡紫		脉濡	
口黏腻		经间期出血		舌赤		脉促	
大小便		带下多而稀		舌红		脉结	
新起腹泻		带下多而黏		舌绛		脉代	
经常腹泻		带下色黄气臭		舌红胖		尺脉弱	
五更腹泻		带下色白气腥		舌黯红			
新病便秘		望诊（神志面色）		舌紫黯			

## 附录 F: PSQI 量表和评分标准

姓名: 性别: 男 女 年龄: 岁 填表日期:

以下问题是关于您最近 1 个月的睡眠情况, 请选填最符合您近 1 个月实际情况的答案。

请您回答:

1. 近 1 个月, 晚上上床睡觉通常( )点钟
2. 近 1 个月, 从上床到入睡通常需要( )分钟
3. 近 1 个月, 通常早上( )点起床
4. 近 1 个月, 每夜通常实际睡眠( )小时(不等于卧床时间)

对下列问题请选择 1 个最适合您的答案

5. 近 1 个月, 因下列情况影响睡眠而烦恼:
  - a. 入睡困难(30 分钟内不能入睡)(1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - b. 夜间易醒或早醒 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - c. 夜间去厕所 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - d. 呼吸不畅 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - e. 咳嗽或鼾声高 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - f. 感觉冷 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - g. 感觉热 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - h. 做恶梦 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - i. 疼痛不适 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周
  - j. 其它影响睡眠的事情 (1)无 (2)<1 次/周 (3)1-2 次/周 (4)>3 次/周

如有, 请说明:

6. 近 1 个月, 总的来说, 您认为自己的睡眠质量 (1)很好(2)较好(3)较差(4)很差
7. 近 1 个月, 您用药物催眠的情况 (1)无(2)<1 次/周(3)1-2 次/周(4)>3 次/周
8. 近 1 个月, 您常感到困倦吗 (1)无(2)<1 次/周(3)1-2 次/周(4)>3 次/周
9. 近 1 个月, 您做事情的精力不足吗 (1)没有(2)偶尔有(3)有时有(4)经常有

以下由信息采集者填写:

睡眠质量得分( ), 入睡时间得分( ), 睡眠时间得分( ), 睡眠效率得分( ),  
睡眠障碍得分( ), 催眠药物得分( ), 日间功能障碍得分( )PSQI 总分( )

另附: 该表格使用和统计方法

此表用于评定被试最近 1 个月的睡眠质量(由 18 个项目组成, 每个成份按 0-3 等级计分, 累积各成份得分为 PSQI 总分, 总分范围为 0-21, 得分越高, 表示睡眠质量越差。

被试者完成试问需要 5-10 分钟)。

各成份含义及计分方法如下:

**A、睡眠质量:**

根据项目 6 的计分:很好计 0 分, 较好计 1 分, 较差计 2 分, 很差计 3 分。

**B、入睡时间:**

1. 根据项目 2 的计分: <15 分钟计 0 分, 16-30 分钟计 1 分, 31-60 分钟计 2 分, >60 分钟计 3 分。

2. 根据项目 5a 的计分: 无计 0 分, <1 周/次计 1 分, 1-2 周/次计 2 分, >3 周/次计 3 分。

3. 累加项目 2 和 5a 的计分, 若为 0 计 0 分, 1-2 计 1 分, 3-4 计 2 分, 5-6 计 3 分。

**C、睡眠时间:**

根据项目 4 的计分: >7 小时计 0 分, 6-7 计 1 分, 5-6 计 2 分, <5 小时计 3 分。

**D、睡眠效率:**

1. 床上时间=项目 3(起床时间)-项目 1(上床时间)

2. 睡眠效率=项目 4(睡眠时间)/床上时间 $\times$ 100%

3. 成分 D 计分, 睡眠效率>85%计 0 分, 75-84% 计 1 分, 65-74%计 2 分, <65%计 3 分。

**E、睡眠障碍:**

根据项目 5b 至 5j 的计分: 无计 0 分, <1 周/次计 1 分, 1-2 周/次计 2 分, >3 周/次计 3 分。累加项目 5b 至 5j 的计分, 若累加分为 0 则成分 E 计 0 分, 1-9 计 1 分, 10-18 计 2 分, 19-27 计 3 分。

**F、催眠药物:**

根据项目 7 计分: 无计 0 分, <1 周/次计 1 分, 1-2 周/次计 2 分, >3 周/次计 3 分。

**G、日间功能障碍:**

1. 根据项目 8 的计分: 无计 0 分, <1 周/次计 1 分, 1-2 周/次计 2 分, >3 周/次计 3 分。

2. 根据项目 9 的计分: 没有计 0 分, 偶尔计 1 分, 有时计 2 分, 经常计 3 分。

3. 累加项目 8 和 9 的得分, 若累加分为 0 则成分 G 计 0 分, 1-2 计 1 分, 3-4 计 2 分, 5-6 计 3 分。

总分=成分 (A+B+C+D+E+F+G)

## 文献综述

### 慢性胃炎合并睡眠障碍的中医研究概况

现代医学所指慢性胃炎，根据具体的临床表现而有不同的中医诊断归属。其中以疼痛甚者，属“胃脘痛”；胀满甚者，属“胃痞”，或依据其他症状，考虑诊为“反酸”“嘈杂”等<sup>[1]</sup>。然而临床就诊的病人以痛、胀者多，故慢性胃炎在祖国医学上，归为“胃脘痛”“胃痞”占常见。另外，中医上将经常不能获得正常性睡眠的一类病证统称为“不寐”，又可称“少寐”“无眠”“不得眠（卧）”“目不瞑”。消化道不适伴随有睡眠困难的情况屡见不鲜，并有临床病例调查研究证实，两者存在密切相关<sup>[2]</sup>。中医药在对消化症状与失眠症状的关系上，均有一定认识研究。

#### 1.理论溯源及病因病机

脾胃乃后天之本、仓廪之官，营卫皆由中焦受承水谷运化后生成，人的生命活动需要脾胃功能的支持。内伤脾胃，百病由之而生，在病理过程中，脾胃亦占据着重要地位。中医上将脾胃看作一个整体对待，如《伤寒论》曰：“阳明之为病，胃家实是也”，将此处“胃”替代了整个脾胃。国医大师邓铁涛邓老也将脾胃认识为统一完整的脾胃功能及与其相关的体液<sup>[3]</sup>。故脾胃病涵盖疾病种类多而广。其中胃痞、胃脘痛是常见的脾胃疾病。《素问·至真要大论》言：“病生胁……甚则心痛，否满腹胀而泄”，亦云：“心胃生寒，胸隔不利，心痛否满”<sup>[4]</sup>。《灵枢·经脉》曰：“脾足太阴之脉……胃脘痛”；清汪必昌《医阶辨证》言：“胃痛，胃脘当心处痛”；明医家周文采在《医方选要》中载：“心腹痛者，皆由外感邪气，内伤生冷，及七情之气结聚……发而为痛也”；《临证指南医案》言：“肝阳直犯胃络，为心下痛”<sup>[5]</sup>。并且胃痞和胃脘痛都是一个缓慢的病变过程，病程一般较长。可总结出其病位在胃、脾，与肝相关，病性属虚实夹杂，病因不外乎外感、饮食、情志、脾胃素虚弱等。

《素问·灵兰秘典论》曰：“心为君主之官，神明出焉”，心主神明，神明不安则夜不能寐；明《景岳全书·杂证谟》言：“寐本乎神，神其主也。神安则寐，神不安则不寐”，强调了睡眠与心神间的关系；清《张氏医通·不得卧》在《内经》“胃不和”而致“卧不安”的基础上进一步阐明，由脉象而知“宿食痰火之人”，夜寐故不得眠；



《沈氏尊生书·不寐》中指出：“心胆惧怯……虚烦不眠”<sup>[6]</sup>。不寐的病因大致为情志失调、病后体虚、劳逸失调、饮食不调、外邪侵袭<sup>[7]</sup>，病位主要在心，与肝、脾、肾密切相关，其病机主要是营卫失调、阴阳失和，脏腑损伤、气血亏虚等而心神失养，肝郁气滞、痰瘀内阻等而心神受扰。

中医名句“胃不和则卧不安”，其原文记载于《素问·逆调论》：“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。下经曰：胃不和则卧不安，此之谓也”。此处虽原意指阳明气逆上犯于肺，肺气不降，喘促甚而不得卧，但随着后世之人临床实践的不断丰富及理论认识的深入，分别将此处的“胃不和”、“卧不安”引申为脾胃功能失常、不寐之义，并为大部分学者所认可。《内经》中便认为寤寐与机体营卫运行有关，卫气“昼日常行于阳，夜行于阴”，“阳气尽则卧，阴气尽则寤”，营卫之气来源于脾胃受纳水谷而化生的水谷精微，一旦脾胃虚弱，营气衰、卫气内伐，则卫气不能循常道，而也不能寐。《内经》亦曰：“昼不精，夜不瞑”，也是说明了卫气不循昼夜变换出入于阴阳的病理状态<sup>[8]</sup>。后世对“胃不和则卧不安”之说提出了多种病机理论，有清代名医张青提出“阴阳说”，其认为中焦气机升降失常，在上之心阳与在下之肾阴不能相交；因心与胃解剖位置相近，经络相通，故周福生教授、赵波等提出“心胃说”；通过经络循行及脾胃化生水谷精微为脑主宰的元神活动提供物质支持的关系来看，李绍旦等认为“脑胃说”；张怀亮教授等认为不寐与君相二火有关，分心肝不交、心肾不交及心与肝肾俱不交而治，主张“君相二火论”<sup>[9]</sup>。因“胃者，五脏六腑之海也”，李志宇<sup>[10]</sup>等认为脾胃中焦为气机升降枢纽，胃气以降为和，若脾胃不调，则营卫之气不循其道则失眠。除卫气出入异常及脾胃枢机不利之外，李雁<sup>[11]</sup>根据《灵枢·营卫生会》所说：“营气虚少，而卫气内伐，故昼不精，夜不瞑”，还认为失眠与脾胃虚弱有关，脾胃为气血生化之源，后天之本，若脾胃运化失常，精微无以化生，则使营卫虚少，运行不畅，使卫气非行其阴阳之常轨则失眠。沈佳<sup>[12]</sup>认为胃不和，生化无源，营气无以滋养心神，或邪气扰神，均可引发失眠。崔东祥<sup>[13]</sup>等认为，胃不和阻挡心肾互交，若中焦为湿热痰浊所困，水火阻隔，阴阳不交，心神被扰夜不能寐。赵立凝<sup>[14]</sup>提出心主神明，神不安则不得卧，故认为失眠其标在心；脾其志在思，脾虚在情志上的表现以失眠多见，失眠其本在脾。历代医家对于“胃不和则卧不安”，病位大致以胃为

主，与心、肾、肝、脾、脑等相关，病性虚实夹杂为主，各持己见，难成统一。

## 2. 辨证分型

2017 年慢性胃炎中医诊疗专家共识意见<sup>[1]</sup>中指出，经过文献统计、总结和讨论，最终将慢性胃炎分为肝胃不和等五个主要的常见证型。其中肝胃不和证可细分为肝胃气滞、肝胃郁热证，脾胃虚弱分为脾胃气虚、脾胃虚寒证，涵盖了实证和虚证。在单一的证型基础上，也说明了常见的相对复杂的复合证型。慢性胃炎多归属于中医疾病“胃脘痛”“胃痞”，究其病机为中焦脾胃气机失和，升降逆乱，壅滞而为痞满不适，气机壅遏甚则发为疼痛，故胃脘痛可认识为胃痞之渐。并且吾师<sup>[15]</sup>前期研究观察到无论是“胃脘痛”还是“胃痞”，其证素特点相同，在临床诊治中不需依据中医的病名辨证。通过查阅文献资料对比可知，胃脘痛的分型较胃痞相对充实。对胃脘痛的证型分类自古有之，王玉兴<sup>[16]</sup>等对从宋至明清的经典方书中的胃脘痛辨证分型进行归纳总结，认为宋代胃脘痛大抵分实证七个虚证两个，共九个证型，其中以脾胃虚弱证和中焦虚寒证多见，并形成了胃脘痛证型的大致分类雏形；金元时期简化为五个实证；明清时期在继承前者的基础上，将脾胃不和易为肝胃不和，并增加痰饮郁滞、脾胃虫痛、脾胃郁热及脾胃虚弱证。杨容青<sup>[17]</sup>对临床病例进行观察，强调胃脘痛的辨证仍应以虚实为纲领，同时不容忽视证型的错杂兼夹。屠庆祝<sup>[18]</sup>出于简化临床应用，在慢性胃炎中医诊疗共识意见基础上，结合实践经验，将精简为寒邪犯胃、湿热壅积、肝气犯胃、脾胃虚寒、胃阴不足、气滞血瘀和肝胃不和挟寒证。河南名老中医毛德西<sup>[19]</sup>从事胃痛诊治 50 余年，将胃痛归纳为寒邪客胃等五个实证及脾胃虚弱等四个虚证。现代刘敏<sup>[4]</sup>将胃痞分为虚实证在内的五个证型。世界中医药学会联合会消化病专业委员会制定的痞满中医临床指南<sup>[20]</sup>将痞满总结归纳为肝胃不和、脾胃湿热、痰湿内阻、饮食积滞、脾胃虚弱、胃阴不足、寒热错杂七个证型。综合来看，中华中医药学会所制定的慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)，是目前对慢性胃炎证候分型较为全面的总结，且有临床参考价值。

《景岳全书·不寐》中将不寐有无兼夹邪实，而分为虚实两类，其中虚证较实证多。名中医周仲英<sup>[21]</sup>把不寐分为涉及“心”在内的五个证型。滕晶<sup>[22]</sup>认为，肝主情志，情志所伤是不寐的重要病因，故不寐论治中应重视肝的重要性，从心肝二脏共治入手，分为以心肝二脏为中心的五个证型。有学者<sup>[23]</sup>通过梳理总结不寐的单一证型八种，并同时体

现虚实之分。张敏<sup>[24]</sup>通过对福建地区的失眠患者进行聚类法分析,从心肝肾三脏及气血阴阳入手,将不寐分为五证。中科院发布的失眠症中医诊治指南<sup>[25]</sup>中,将失眠症汇总为九大证型:肝郁化火、痰热内扰、阴虚火旺、胃气失和、瘀血内阻、心火炽盛、心脾两虚、心胆气虚及心肾不交证。但归结来看,结合临床实际,不寐的中医证型亦是复杂的,单一证型少见,其辨证分型仍是围绕八纲辨证、脏腑辨证为主。

单老<sup>[26]</sup>认为慢性胃炎合并失眠的情况,应立足主证而处方,失眠因于前者而生,故失眠的证型根据不同的慢性胃炎而有异。王立界<sup>[27]</sup>将包括慢性胃炎归为慢性胃病一类进行讨论,提出因五行生克的规律,子病及母,故慢性胃病患者多伴有失眠,并将其分为六大复合证型。霍正强等<sup>[28]</sup>按 2000 年慢性胃炎诊疗共识中证型分类,收集统计病例,认为胃不和与失眠症存在相对直接且不可分的关系、失眠与肝胃不和型的慢性胃炎患者的发病密切相关。项镇新<sup>[29]</sup>以八纲辨证为指导,从脏腑间的关系及气血津液的失调层面考虑,将脾胃病引起的失眠归为以下五个证型。刘凤斌教授<sup>[30]</sup>认识到五脏间的关系,结合岭南地区自然特点,将脾胃病伴失眠症患者分虚实各种证型进行论治,湿热是其不可忽视的病理关键。刘华一<sup>[31]</sup>将脾胃相关的失眠症的证型具体分为食滞胃脘、痰热中阻、肝胃不和、心脾两虚四个。姚乃礼<sup>[32]</sup>重视该病病机的脏腑、阴阳间的关系,将慢性胃炎伴失眠分为肝郁脾虚、心脾两虚、痰热中阻和食滞胃脘证以施治。各医家对该病的辨证分型均强调参考病机的重要性,辨症状之先后因果顺序,从而抓住病机以辨证。

### 3.用药施治

在中药治疗方面,王立界<sup>[27]</sup>认为治疗慢性胃炎伴不寐应重视健脾以调和脾胃,常用苓术健脾益气、燥湿利水,并根据不同的标症配以治标症之药,其强调不寐是慢性胃炎的伴随症状,不寐轻者可不需针对性用药而愈,重者加用宁心安神药以缓解症状。魏玮教授<sup>[9]</sup>秉承国医大师路志正的思想,在脾胃病的治疗中重视调理气机,通过能量有源、动态有序维持机体气机平衡,是保证睡眠健康的核心。单老<sup>[26]</sup>善于在治疗 CAG 合并失眠一类疾病中使用功效较复合的中药,如气阴两虚兼有湿热扰心者,用百合、茯神从中焦入手,扶脾胃气阴、清热化湿、养心安神;年老者脏腑精气虚、脉道涩,故用酸枣仁、柏子仁等性平和且能益精血滋后天且安神;因于脾胃痰湿之邪阻滞上扰心神者常用菖蒲、远志以化痰安神;肝失疏泄而致不寐者选用合欢皮、远志取解郁疏肝宁心安神之效;

若是种种原因致气机升降失常、中焦气机痞滞，则用交泰丸沟通上下、交通心肾。以上药物既能治疗失眠，又能解决主证，药效可谓一举多得。姚乃礼<sup>[32]</sup>认为治疗此类复杂病机的病症时，用药应审慎，注意顾护脾胃之虚；不忽视恢复气机的升降；用药仍应从病机出发、随症加减，并由此总结一系列常用药对。经典方剂也常应用于治疗慢性胃炎合并失眠。中医药擅长从病机入手，而后选取相应的治疗方法施治，无论是临床应用还是对照研究实验，其取得的较好效果均得到证实。林天<sup>[33]</sup>运用随机对照的方法，予对照组单一的舒乐安定治疗，观察组予联合用药，舒乐安定加黄连温胆汤治疗，10 周后观察失眠的改善程度，观察组的有效率 91.7%，对照组仅为 63.3% ( $P<0.01$ )，并且观察组随访 1 年内未有复发。赵蕾<sup>[34]</sup>根据“九窍不和，皆属胃病”之论，认为 CAG 患者因其脾胃升降紊乱，脾不升清、胃不降浊，而出现包括失眠在内的情志异常，故以经方柴胡加龙骨牡蛎汤为基础方治疗 CAG 和失眠。王宏<sup>[35]</sup>胃脘痛伴失眠患者 90 例，用随机对照的方法对比研究对照组用柴胡疏肝散加减口服治疗，观察组用柴胡疏肝散联合顺气药膳治疗，治疗后观察组总有效率为 88.9%，对照组为 68.9%；观察组疗程明显小于对照组治疗疗程 ( $P<0.05$ )。

同时，中药汤剂结合针灸等外治法综合手段或单纯用外治方法治疗慢性胃炎合并失眠经验及研究亦有，以对照实验的研究形式开展者居多。刘文艾<sup>[36]</sup>将 88 例慢性胃炎并失眠者随机分成 2 组，对照组于单纯黄连温胆汤治疗，实验组用黄连温胆汤联合耳穴贴压治疗，通过对比观察，认为黄连温胆汤联合耳穴贴压用于治疗慢性胃炎并失眠，实验组临床总有效率为 97.72%，大于对照组有效率 81.82% ( $P<0.05$ )，且治疗后 2 组的 PSQI 评分均较前下降 ( $P<0.05$ )，2 组治疗后 PSQI 评分比较，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。邹美英<sup>[37]</sup>对 80 例慢性胃炎伴睡眠障碍患者进行研究，其中参照组 40 例用常规药物治疗，试验组 40 例用针灸俞募配穴治疗，治疗后试验组的睡眠质量指数、各项生活质量评分均有差异性的改善，且试验组总有效率 95.00% 明显高于参照组的 80.00% ( $P<0.05$ )，表明对慢性胃炎伴睡眠障碍患者使用针灸俞募配穴法可显著提高治疗效果，改善睡眠障碍和睡眠质量，该治疗方法值得推广。

#### 4.总结和展望

慢性胃炎合并失眠是临床上常见的疾病,随着当前社会节奏加快、生活压力增大,该病的患病率有不断升高趋势。慢性胃炎病程长,加之其所包含的 CAG 已被公认与胃恶性肿瘤的发生密切相关;失眠同属慢性病,给患者的身心均可带来严重负面影响,且二者常常互相影响,使病情反复难愈,故对于慢性胃炎合并失眠中无论使胃部症状还是失眠症,都应引起重视、及时诊疗。中医药与现代医学相比,对于治疗此类疾病在理论上有较早的认识、更丰富的实践经验,在治疗效果上更是有多靶点而综合疗效好、不良反应小、远期效果佳的优点。但因此病病机较复杂、病性多为虚实夹杂、证型种类多,既往文献资料多以临床各家零散的诊疗理论经验为主,所以运用简便、规范、易于量化且实用于复杂证型的证素辨证方法的推广使用势在必行。并且虽学者们从脾胃与寤寐的关系作为研究出发点,但功能性消化不良合并失眠的研究远比慢性胃炎合并失眠的资料多。在仅有的慢性胃炎合并失眠的文献资料中,临床治疗效果对比的内容较多,理论总结及名中医经验少,故此方面的总结需进一步完善。另外,慢性胃炎中尤以慢性萎缩性胃炎病情复杂、难治,慢性萎缩性胃炎合并症多,故通过证素辨证方法研究多兼夹症的慢性萎缩性胃炎的内容亟待补充。因此深入认识此类疾病,须以中医药理论为指导,借助证素辨证方法的手段,进行综合全面的分析辨证、兼顾疾病发生发展过程中“证”之相兼错杂、缓急有别的特点,从而具有为临床诊疗实践提供理论层面的参考借鉴,有利于降低胃癌发病率,终以造福病患。

## 参考文献

- [1] 张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(07):3060-3064.
- [2] 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.
- [3] 邓中炎.邓铁涛医集[M].北京:人民卫生出版社.1995:75.
- [4] 刘敏.胃痞的中医辨证施治[J].中国医药导报,2008,28(19):184.
- [5] 姜德友,李皓月.胃脘痛源流考[J].河南中医,2017,37(08):1319-1323.
- [6] 胡霞,张波.不寐的病因病机浅析[J].中医药临床杂志,2013,25(03):204-206.
- [7] 凌燕,冼绍祥,刘树林.古代医家对失眠病因病机的认识[J].长春中医药大学学报,2014,30(01):169-172.
- [8] 师冉.浅谈《内经》之“胃不和则卧不安”[J].山东中医药大学学报,2007,30(04):280-282.
- [9] 侯理伟,苏晓兰,郭宇,等.胃不和则卧不安——魏玮教授从脾胃论治失眠的学术思想[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(09):791-793.

- [10]李志宇,陈以国.再论“胃不和则卧不安”[J].吉林中医药,2007,28(05):9.
- [11]李雁,阎晓天.从卫气运行谈“胃不和”与不寐[J].中国中医基础医学杂志,2001,6(07):494-496.
- [12]沈佳.漫谈“胃不和则卧不安”[J].江苏中医药,2002,46(05):36-37.
- [13]崔东祥,阳易.“胃不和则卧不安”临证心得[J].内蒙古中医药,1994,12(04):36-37.
- [14]赵立凝,周福生.“胃不和则卧不安”的内涵与外延研究[J].中医药学刊,2005,23(02):328-329.
- [15]林平.慢性胃炎证素特点和中医病名研究[C].中华中医药学会脾胃病分会.中华中医药学会脾胃病分会第二十五届全国脾胃病学术交流会论文汇编.中华中医药学会脾胃病分会:中华中医药学会,2013:253-256.
- [16]王玉兴,刘树巍,曾又佳.胃脘痛辨证分型沿革探析[J].天津中医药大学学报,2006,24(02):57-59.
- [17]杨容青.胃脘痛类证鉴别与证型辨析[J].实用中医内科杂志,2005,19(03):220.
- [18]屠庆祝.浅谈胃脘痛的中医辨证治疗[J].中医临床研究,2018,10(20):23-24.
- [19]李鲜,胡茜茜.毛德西治疗胃痛经验[J].河南中医,2018,38(09):1329-1332.
- [20]唐旭东,王凤云,李慧臻,等.痞满中医临床实践指南(2018)[J].中医杂志,2019,60(17):1520-1530.
- [21]周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:146-150.
- [22]滕晶,张继香.谈失眠从心肝论治[J].山东中医杂志,2005,24(01):6-7.
- [23]李国臣,张盛君,王森.试析不寐的基本证型及其方药[J].中医药临床杂志,2017,29(11):1820-1822.
- [24]张敏,黄俊山,张娅,等.1447例失眠患者中医证候分布规律研究[J].中华中医药杂志,2017,32(4):1778-1781.
- [25]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.
- [26]王高峰,单兆伟.单兆伟治疗慢性萎缩性胃炎合并失眠的经验[J].广西中医药,2019,42(05):42-44.
- [27]王立界,朱曙东.中医药治疗慢性胃病之不寐[J].黑龙江中医药,2012,41(01):8-9.
- [28]霍正强,朱文润,袁国平,吕振雷.慢性胃炎伴睡眠障碍与中医辨证分型的关系[J].中国农村卫生事业管理,2017,37(10):1270-1271.
- [29]项镇新.试谈从脾胃论治失眠的证治分型[J].新中医,2014,46(01):240-241.
- [30]侯江涛,吴美宁,刘凤斌.刘凤斌教授治疗胃心相关失眠症经验介绍[J].新中医,2016,48(07):217-218.
- [31]张子扬,刘华一.刘华一从脾胃论治失眠经验[J].湖南中医杂志,2018,34(12):16-17.
- [32]胡伶姿.姚乃礼教授基于“胃不和则卧不安”理论诊疗慢性胃炎伴失眠的临床研究[D].北京中医药大学,2019.
- [33]林天,林志超,周朝明.黄连温胆汤治疗以失眠为主症的慢性胃炎临床观察[J].四川中医,2012,30(08):98-99.
- [34]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.
- [35]王宏,李映.顺气药膳粥治疗肝胃气滞型胃脘痛伴失眠的临床观察[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(04):445-448.
- [36]刘文艾,王升强,朱少荣,等.黄连温胆汤联合耳穴贴压治疗慢性胃炎并失眠临床研究[J].新中医,2019,51(03):83-85.
- [37]邹美英,梁永信,欧阳七五.针灸俞募配穴治疗慢性胃炎伴睡眠障碍的临床疗效研究[J].中医临床研究,2019,11(09):113-114+118.

## 致 谢

三年前怀着憧憬与期待开启了我的硕士学习生涯，时光转瞬即逝，对始终陪伴、支持、鼓励我的家人、老师、同学及朋友们，心存感念。

首先感谢我的导师林平教授，在此次论文研究的选题、设计、病例收集以及后期论文撰写、修改的整个过程中悉心负责地指导，论文的完成离不开老师的帮助。老师在研究生期间传道授业解惑，关心我的学习生活，督促我进步成长。其崇高的医德、严谨的治学态度、精湛的医术、平易近人的为人处世方式，都将成为我今后人生道路上的榜样，学生定会继续孜孜不倦学习、保持积极乐观的人生态度始终向前，承担应有的社会责任并作出自己的贡献。再次，向悉心栽培我的老师致以诚挚的感谢，愿老师身体健康、工作顺利！

感谢福建中医药大学附属第二人民医院科教科各位老师在生活、学习工作中的照顾；感谢脾胃科及其他科室带教老师们的临床指导；感谢同门的黄铭涵师兄、黄小燕师姐、施婧瑶师姐、吴丹师姐、骆萍师姐、施家强师兄、赖虔青师兄、李书楠师姐、黄婉婷师姐，同门伙伴于莉、林梅、夏婧、周宏剑，还有师弟师妹们的支持帮助和鼓励。

知恩、感恩、报恩。另外还要感谢赋予我太多的父母家人，含辛茹苦、舐犊情深，是他们始终支持我在求学道路上前行，是他们无私的爱让我成长。真的辛苦了！同时，感谢遇识的朋友们，路上有你们的陪伴和关心，生活变得丰富精彩，是我的荣幸。

最后再次向各位专家、教授、同学表示谢意，本人学艺尚浅，望批评指正！

## 作者简介

**1.一般情况：**肖雯迪，女，汉族，1994 年 6 月，福建福州。

**2.学习经历：**

2012.9—2017.7 福建中医药大学七年制中医学专业本科毕业，获医学学士学位；

2017.9—2020.7 福建中医药大学中医内科学专业攻读硕士学位。

**3.工作经历：**

2016.1—2016.8 福建省立医院 临床实习；

2016.9—2017.5 福建中医药大学附属人民医院 临床实习；

2017.9—2020.7 福建中医药大学附属第二人民医院 住院医师规范化培训。

**4.在校攻读期间参加科研项目：**

[1]基于证素提取的慢性萎缩性胃炎癌前病变“痰”“湿”证候分析及中药干预实验研究.2015 年福建省重点科技计划项目（引导性项目）.2015.09-2019.09；

[2]基于状态辨识的脾胃病中医研究.福建省 2011 中医健康管理协同创新中心资助项目（JG2017007-协同）；

[3]基于 Sonic Hedgehog 信号转导通路探讨萎缩性胃炎癌前病变大鼠“脾虚、痰湿”证的证候学基础.2018 年福建省医学创新课题资助计划（2018-CX-47）。

**5.在校攻读期间发表学术论文：**

[1]肖雯迪,赖虔青.林平主任诊治慢性胃炎合并睡眠障碍经验[J].福建中医药,2018,49(04):62-63.

[2]高远,张伟英,于莉,周宏剑,夏婧,林梅,肖雯迪,黄铭涵,林平.林平诊治慢性胃炎临床经验[J].新中医,2019,51(04):302-304.

**6.在校攻读期间申请专利：**

无。

**7. 在校攻读期间获奖情况：**

全国大学生英语竞赛 C 类，二等奖，高等学校大学外语教学研究会，2013 年，肖雯迪；

优秀学业奖学金，一等奖，福建中医药大学，2014 年，肖雯迪；



优秀共青团干部、优秀学生干部，福建中医药大学，2014 年，肖雯迪；

全国大学生英语竞赛 C 类，三等奖，高等学校大学外语教学研究会，2014 年，肖雯迪；

优秀学业奖学金，二等奖，福建中医药大学，2015 年，肖雯迪；

三好学生，福建中医药大学，2015 年，肖雯迪；

优秀学业奖学金，二等奖，福建中医药大学，2016 年，肖雯迪；

三好学生，福建中医药大学，2016 年，肖雯迪；

优秀入学奖学金，福建中医药大学，2017 年，肖雯迪；

三好学生，福建中医药大学，2017 年，肖雯迪；

优秀学业奖学金，二等奖，福建中医药大学，2018 年，肖雯迪；

优秀学业奖学金，二等奖，福建中医药大学，2019 年，肖雯迪；

第五届全国悦读中医活动悦读中医好感悟作品，中国中医药出版社，2019 年，肖雯迪。