

失眠：五運六氣與神志調理——從《黃帝內經》到現代睡眠醫學的證據整合

執行摘要

截至 **2026 年 9 月**，若把「失眠、五運六氣與神志調理」放在同一個研究框架中，最穩健的結論不是「用五運六氣預測誰會失眠」，而是建立一個有層次的整合模型：**五運六氣可被理解為古代的時間—氣候—人體反應框架；中醫的體質與辨證可作為臨床表型語言；真正決定現代失眠診斷與治療的，仍應是睡眠症狀、日間功能、共病、鑑別診斷與循證治療。**

《素問·天元紀大論》以「天有五行御五位，以生寒暑燥濕風」將自然時序與人體反應放在同一套宇宙—生命觀中；《靈樞·大惑論》則以衛氣晝夜出入解釋「目不瞑」。這些文本具有重要思想史與中醫理論價值，但並不是現代流行病學已驗證的個體風險模型。[1]

現代睡眠醫學則把**慢性失眠障礙（chronic insomnia disorder）**理解為：在有適當睡眠機會與環境的情況下，持續出現入睡困難、維持睡眠困難或過早醒來，並造成顯著日間困擾或功能損害；ICSD-3-TR / DSM 體系通常以每週至少三晚、持續至少三個月作為慢性失眠的重要時間條件。失眠的診斷主要依靠臨床病史與睡眠日誌，而不是必須靠多導睡眠檢查；若懷疑睡眠呼吸障礙、週期性肢動、其他睡眠疾病，或失眠治療抵抗，才更需要客觀睡眠檢查。[2]

CBT-I（失眠認知行為治療）目前仍是慢性失眠的一線治療核心。AASM 2021 指南給予多成分 CBT-I 強推薦；刺激控制、睡眠限制 / 睡眠壓縮、放鬆等單一或簡短行為療法有條件推薦，而「睡眠衛生教育」本身不應被當作慢性失眠的單一治療。ESRS 2023 同樣把面對面或數位 CBT-I 列為各年齡成人、包括有共病患者的一線治療。AASM 2026 年最新的合併治療指南進一步顯示：CBT-I 加藥比單獨用藥較好，但沒有證據顯示常規把藥物加到 CBT-I 上會優於 CBT-I 本身，因此整體決策順序仍是 **CBT-I 優先，必要時才個別考慮合併藥物。**[3]

藥物治療不是「無效」，而是**效益、風險、適應症與治療時間高度依藥物而異**。AASM 2017 對 eszopiclone、zolpidem、zaleplon、temazepam、triazolam、ramelteon、doxepin、suvorexant 等給的是藥物與睡眠型態相對應的條件性建議；ESRS 2023 則允許苯二氮平類、benzodiazepine receptor agonists、daridorexant 等作短期治療，並對 orexin receptor antagonists、特定年齡層的 prolonged-release melatonin 等作較細分的建議。兩套指南在 ramelteon、melatonin 等項目並不完全一致，反映評證方法、上市情境與更新年份不同；不宜把任何一份藥物清單理解為自行用藥表。[4]

近十年的中醫與傳統運動證據呈現一個一致而重要的訊息：**有正向訊號，但證據確定性遠低於 CBT-I**。一項 2025 年慢性失眠針灸對假針的統合分析中，PSQI 平均差約為 **-2.60 分**，ISI 約 **-2.04 分**；然而客觀總睡眠時間並未顯著改善，且試驗數與樣本量有限。酸棗仁相

關複方「棗仁安神」2020年系統回顧納入19項研究、1,780人，但唯一安慰劑對照研究的PSQI差值僅**-0.90分**，且整體研究被評為高偏倚風險。太極方面，一項針對社區老年睡眠問題的2024年統合分析報告PSQI約改善**-1.96分**；2022、2023年針對太極及太極／八段錦／氣功等傳統運動的系統回顧亦顯示有利方向，但人口、診斷、對照組、運動劑量及結局差異很大。[5]

因此，本報告提出的核心分析框架是：

運氣層不是診斷層；體質層不是命定層；神志層才是症候與治療決策真正落地的地方。

更精確地說：

運氣／時令→可測量的環境暴露與生活節律→個體易感／體質表型→情志與生理高警覺→實際睡眠症候。

這一模型可以保留五運六氣的「因時制宜」思想，但必須拒絕「某歲運＝某人必然失眠」「出生年份決定失眠證型」或「只憑司天在泉決定中藥／針灸處方」等超出證據的推論。現代五運六氣研究確有以流感、疾病流行與年度氣候作相關分析或預測的研究，但在本次檢索中，沒有找到足以證明五運六氣曆法變項能獨立、前瞻性、跨地區預測個體慢性失眠的高品質研究。[6]

範圍、方法與概念背景

本報告是一項**深度敘述性證據整合（narrative evidence synthesis）**，而不是重新執行一套完整PRISMA系統性回顧。文獻優先順序為：官方／專業學會臨床指南、PubMed收錄的原始系統回顧與統合分析、原始經典文本，再以中文學術期刊與當代五運六氣研究作補充。失眠治療以AASM、ESRS及其方法學系統回顧為核心；補充療法聚焦2016–2026年間的針灸、中藥、太極與氣功證據。所納入的多篇系統回顧本身明確檢索了**PubMed/MEDLINE、Embase、Cochrane、CNKI、WanFang、VIP、CBM/SinoMed**等資料庫，例如棗仁安神回顧同時搜尋EMBASE、PubMed、Cochrane、PsycINFO、CNKI、WanFang、VIP；太極相關回顧亦涵蓋PubMed、Embase與中國資料庫。[7]

需要透明說明的是：本次研究環境沒有直接取得Embase、CNKI、WanFang的完整專有資料庫匯出與逐條去重功能，因此**不能宣稱完成了可完全複製的全資料庫系統檢索**；對這三類資料庫的涵蓋主要來自已發表系統回顧的明確檢索紀錄，以及可被公開索引的中國期刊文獻。這一點尤其重要，因為五運六氣的中文文獻量大，但研究設計與索引品質不均。

「神」與現代psyche/brain並不是一對一翻譯。《靈樞·本神》用「兩精相搏謂之神」，隨後又把心、意、志、思、慮等連成一套精神活動語彙。因此，中醫「神」比較合理的現代詮釋是：一個涵蓋覺知、精神活動、情志、認知、反應與整體生命狀態的功能性範疇，而不是古人對單一神經解剖結構的名稱。把「神」直接等同於「大腦」、意識或精神疾病都會過度簡化原典。[8]

「不寐」同樣不是現代 ICD/ICSD 意義下的單一疾病實體。《靈樞·大惑論》以「衛氣不得入於陰，常留於陽」說明「目不瞑」；《素問·逆調論》則有「胃不和則臥不安」，顯示傳統醫學從晝夜陰陽、衛氣運行、臟腑升降與情志神明等多條路徑理解睡眠不安。這些描述可被視為中醫病機框架，而不能直接翻譯成現代的 hyperarousal、circadian misalignment、GERD 或 autonomic dysfunction 等特定機制。[9]

面向	中醫傳統語境	現代睡眠醫學
核心名稱	不寐、不得臥、目不瞑、臥不安等	Insomnia disorder / chronic insomnia disorder
核心問題	神不得安、衛氣出入失常、臟腑氣血陰陽失調等	入睡 / 維持睡眠 / 早醒 + 日間困擾或功能損害
時間門檻	原典沒有 ICSD 式統一「三個月」定義	慢性失眠通常要求 ≥ 3 晚/週、 ≥ 3 個月
是否需要客觀睡眠檢查	無現代 PSG 概念	一般不需 PSG 才能診斷；有其他睡眠病嫌疑或難治時才特別重要
共病理解	可與肝、心、脾、腎、胃、痰、火等病機並見	失眠可與憂鬱、焦慮、疼痛、OSA 等共存；不必一概稱「次發性失眠」
治療目標	調陰陽、和臟腑、安神等	降低失眠嚴重度、改善日間功能與長期自我調節能力

現代診斷的另一個重要轉變，是不再把所有有憂鬱、疼痛或其他疾病的失眠簡單視為「次發症狀」。慢性失眠可能與共病形成雙向維持，因此仍可成為獨立治療目標。AASM 2026 指南也強調，睡眠呼吸中止、慢性疼痛、精神疾病等經常與慢性失眠並存，臨床診斷需要完整睡眠史與醫療史，而不是單靠一個量表。[10]

現代循證治療：CBT-I、藥物與臨床決策

CBT-I 的證據地位最清楚。AASM 的 2021 年系統回顧找到 1,244 篇文獻，其中 124 項研究符合納入條件，89 項可進行統計分析；其後的臨床指南對多成分 CBT-I 給予強推薦。其核心通常包括刺激控制、睡眠限制或睡眠壓縮、認知介入、放鬆，以及作為支持元素的睡眠 / 晝夜節律教育。睡眠衛生有用，但 AASM 明確不建議把它單獨當作慢性失眠的充分治療。[11]

這裡的關鍵不是「教患者早點睡」，而是處理慢性失眠的維持機制：過度延長臥床時間、把床與清醒焦慮建立條件聯結、反覆監控「今晚到底睡幾小時」、災難化思考，以及為補眠而形成的節律不穩定。AASM 2021 對刺激控制、睡眠限制與放鬆療法給予條件性推薦；ESRS 2023 則把完整 CBT-I——包括數位形式——列為慢性失眠成人的一線治療。[2]

AASM 2026 年的合併治療更新提供了一個特別有價值的量化比較。CBT-I 加失眠藥物與單獨藥物相比，整體失眠嚴重度較佳，標準化平均差約 **SMD -0.67 (95% CI -0.97 至 -**

0.36)；但 CBT-I 加藥與 **CBT-I 單獨治療**相比，整體失眠嚴重度幾乎沒有額外改善，**SMD 0.10 (−0.17 至 0.37)**。前者證據確定性低，後者也受研究數與偏倚限制，因此不能解讀成「任何患者都不應加藥」，但它支持把 CBT-I 視為長期治療的核心，而不是藥物的附屬品。[\[12\]](#)

介入	目前指南位置	代表性效應 / 證據	主要限制
多成分 CBT-I	AASM 強推薦；ESRS A 級、一線	大量 RCT；AASM 回顧 124 項符合條件、89 項可統合	可近性、治療師供應、患者投入度
數位 CBT-I	ESRS 一線選項	效益有 RCT 支持，可擴大可近性	各平台品質與支持程度不一
CBT-I + 藥物 vs 藥物	AASM 2026 條件推薦	全局失眠嚴重度 SMD −0.67 (−0.97, −0.36)	低確定性，研究數少
CBT-I + 藥物 vs CBT-I	AASM 2026 傾向 CBT-I 單獨	SMD 0.10 (−0.17, 0.37)，無臨床重要優勢	研究少、組合與用藥差異
藥物治療	CBT-I 不足、不可及或需短期輔助時個別考慮	藥物別效應不一，短期證據強於長期	嗜睡、跌倒 / 認知與精神運動風險、依賴性或其他藥物特異風險需權衡
睡眠衛生單獨治療	AASM 不建議作單一治療	缺乏作為獨立慢性失眠療法的充分證據	容易造成「我已做足衛生卻仍睡不好」的挫折

[\[13\]](#)

藥物方面，**AASM 與 ESRS 不應被視為完全相同的處方手冊**。AASM 2017 對睡眠起始型失眠曾條件性支持 triazolam、zaleplon、ramelteon；對維持型失眠支持 doxepin、suvorexant；對起始兼維持型支持 temazepam、zolpidem、eszopiclone，同時不支持 trazodone、tiagabine、diphenhydramine、melatonin、tryptophan、valerian 作一般慢性失眠治療。AASM 2026 特別指出，2017 指南出版後 lemborexant、daridorexant 等新型 orexin antagonist 才陸續上市，因此舊指南不能完整代表 2026 年所有可用藥物。[\[10\]](#)

ESRS 2023 的表述更貼近當前歐洲實務：若 CBT-I 不夠有效，可考慮藥物；苯二氮平、benzodiazepine receptor agonists 與 daridorexant 可用於短期治療（一般 ≤4 週），低劑量鎮靜型抗憂鬱藥證據等級較低；orexin receptor antagonists 在某些情況可用三個月甚至更久；≥55 歲患者 prolonged-release melatonin 可考慮至三個月。反之，抗組織胺、抗精神病藥、速放 melatonin、ramelteon 與 phytotherapeutics 在該 ESRS 指南中不推薦作一般失眠治療。這與 AASM 對 ramelteon 的較早建議不一致，正好說明藥物決策需要看指南年份、司法區域、適應症與個人風險。[\[14\]](#)

2022 年《Lancet》大型藥物網絡統合分析也顯示，成人失眠藥物之間在短期療效、可接受度與長期資料量上存在明顯差異，不能合理地把「安眠藥」當成一個效應相同的單一類別；長期比較資料尤其少於急性治療資料。[15]

因此，最符合截至 2026 年指南脈絡的治療層級可概括為：

先確認是真正的慢性失眠障礙與共病 → **CBT-I 為核心** → 若無法取得、反應不足，或臨床上需要較快短期症狀控制，再經共同決策考慮藥物 → 定期重新評估必要性與風險。AASM 2026 對合併治療的整體判斷甚至可概括為「**CBT-I 優於常規合併；合併優於只用藥**」，但這是一個群體層級結論，不是個別患者的絕對規則。[10]

中醫介入的近十年證據：針灸、中藥、太極與氣功

這一部分最需要避免兩個對立誤區：一是「有統合分析顯著 = 已被證明等同一線療法」；另一是「研究品質不完美 = 完全沒有訊號」。目前比較準確的判斷是：**針灸、中藥與傳統運動都有值得進一步驗證的療效訊號，但確定性普遍低於 CBT-I**；最常見的問題包括盲法困難、假針設計、研究規模小、主觀結局偏多、診斷標準不一致、方劑或運動劑量異質、出版偏倚與長期資料不足。2025 年對中醫失眠治療系統回顧的 umbrella-level 評估亦指出，雖然多種療法的統合結果偏正向，但基礎系統回顧與證據確定性品質參差，這正是為何中醫介入不宜與 CBT-I 的指南地位直接等量齊觀。[16]

針灸。2025 年一項針對慢性失眠、以假針作對照的系統回顧、統合分析與 trial sequential analysis 納入 10 項試驗、757 名參與者。主觀睡眠指標方面，PSQI 平均差 **-2.60 分 (95% CI -3.24 至 -1.97)**，ISI **-2.04 分 (-3.18 至 -0.90)**；睡眠效率約增加 **3.62 個百分點 (0.92 至 6.32)**，WASO 約減少 **18.53 分鐘 (-29.22 至 -7.85)**。然而總睡眠時間差異 **+11.92 分鐘 (-20.25 至 44.09)** 並不顯著，而且客觀睡眠結局的試驗數更少，因此最合理的結論是：**主觀睡眠品質改善有訊號；客觀睡眠結構的確定性仍不足。**[17]

針灸研究還有一個方法學核心問題：真正可信的「安慰劑」很難設計。非穿刺、淺刺或非穴位假針未必完全生理惰性；而操作者通常無法盲法。這使針灸效應中的特異性效應、情境效應、期待效應與非特異觸覺刺激較難完全分開。因此，即使假針對照優勢存在，也應比藥物雙盲安慰劑 RCT 更謹慎地解讀。[17]

中藥。一個可以量化、也很能說明證據問題的例子是 2020 年 Birling 等人的「棗仁安神」系統回顧。研究搜尋了 EMBASE、PubMed、Cochrane、PsycINFO、CNKI、WanFang 與 VIP，共納入 19 項研究、1,780 名參與者；然而真正安慰劑對照的研究只有一項，其 PSQI 改善僅 **MD -0.90 (95% CI -1.56 至 -0.24)**。與 benzodiazepine receptor agonists 比較時，PSQI **MD 0.17 (-0.29 至 0.64)**，沒有顯著差異。雖然報告的不良事件 RR 僅 **0.16 (0.12 至 0.23)**，作者同時明確判定整體研究存在高偏倚風險，因此這個安全性結果不能被解讀成「已證實中藥比 BZRA 安全六倍」。[18]

這對中藥研究尤其重要：一個方劑名稱底下可能存在不同藥味來源、劑量、炮製、萃取、製劑品質與療程；如果缺乏批次標準化、化學指紋、安慰劑盲法與長期安全監測，統合一個「平均療效」很可能掩蓋實際產品差異。因此，「某一方類研究有正向結果」與「任一市售同名產品都有效且安全」是完全不同的命題。[\[18\]](#)

太極、氣功與其他傳統功法。2024 年一項針對社區老年人睡眠問題的太極統合分析納入 12 篇原始研究、1,058 人，PSQI 加權平均差約 **-1.96 (95% CI -3.02 至 -0.90)**。2022 年一項專門評估太極治療失眠的系統回顧也報告整體有利方向；2023 年的傳統中國運動統合分析進一步涵蓋太極、八段錦、氣功等多種運動，整體睡眠品質亦有改善訊號。[\[19\]](#)

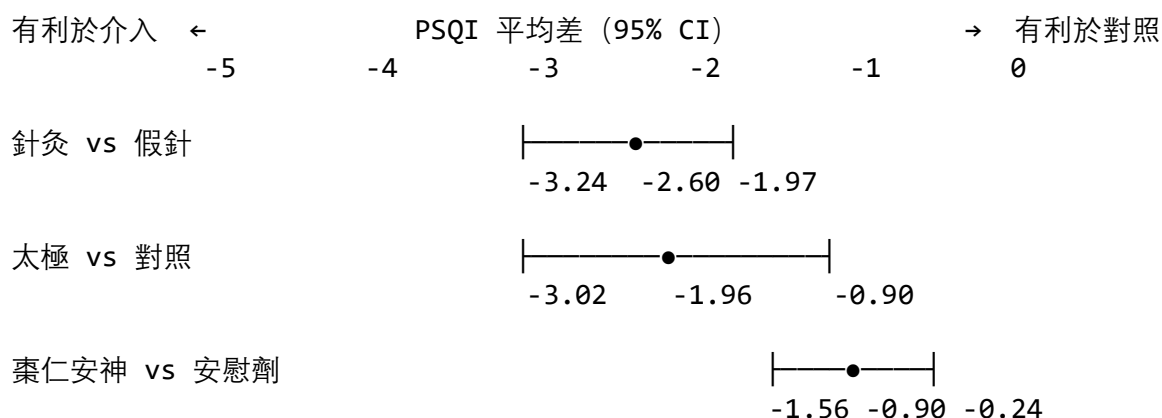
但太極 / 氣功的證據需要一個重要限定：有些試驗納入的是「PSQI 偏高」「睡眠品質差」的老年人或慢性病族群，而不一定全部符合 ICSD 慢性失眠障礙，因此不能把「睡眠品質改善」直接等同於「治療慢性失眠障礙的療效」。此外，運動組常同時增加社交、日間活動、規律作息、身體放鬆與期待，活性對照不足時難以確認是哪一個成分產生效果。[\[20\]](#)

代表性量化證據

介入	研究 / 對照	代表性效應	本報告對 確定性的 判斷	最重要的研究缺 口
CBT-I	多項 RCT； AASM 系統回 顧	一線治療；與藥物合併 vs 藥物 SMD -0.67；加藥 vs CBT-I 本身 SMD 0.10	高 / 中高	可近性、個人 化、長期實務成 效
藥物	多藥物 RCT/NMA	藥物特異，不能合理給單一 類別效應	中等、藥 物別差異 大	長期療效、安 全、停藥策略、 頭對頭比較
針灸	10 RCT、757 人；假針	PSQI -2.60；ISI -2.04； TST 無顯著差異	低至中低	可信假針、客觀 結局、大型多中 心、長期追蹤
棗仁安神 類	19 研究、 1,780 人	唯一 placebo RCT：PSQI -0.90	低 / 很低	標準化、真正安 慰劑、偏倚控 制、安全監測
太極	12 研究、 1,058 老年人	PSQI -1.96	低至中低	正式失眠診斷、 活性對照、運動 劑量、長期結局
太極 / 八 段錦 / 氣 功整體	多 RCT 統合	睡眠品質整體偏正向	低至中低	不應混合不同功 法；需分項、分 族群效應

[\[21\]](#)

以下把三個可直接用 **PSQI 平均差（分數越低越好）** 表示的研究作一個「forest-plot style」視覺摘要。它**不是**網絡統合分析，**也不是**排名；各研究人口、對照、療程與偏倚不同。



針灸的點估計最大，但這**不能證明針灸優於太極或中藥**，因為這不是直接比較，而且三個效應來自不同族群與研究設計。更重要的是，中藥的 -0.90 來自單一 placebo-controlled trial，而針灸的主觀效果與客觀總睡眠時間結果並不完全一致。[22]

五運六氣：經典框架、現代詮釋與「運氣→體質→神志」模型

五運六氣的核心材料集中在《素問》的《天元紀大論》《五運行大論》《六微旨大論》《氣交變大論》《五常政大論》《六元正紀大論》《至真要大論》等「運氣七篇」。它把五行、三陰三陽、干支、歲運、司天、在泉、主氣、客氣等概念組合成一套描述**時間、氣化、季節、氣候異常與人體反應**的理論系統。《天元紀大論》把寒、暑、燥、濕、風等自然現象與人體五臟、情志並置；同篇又明言寒暑燥濕風火為「天之陰陽」的表現。[23]

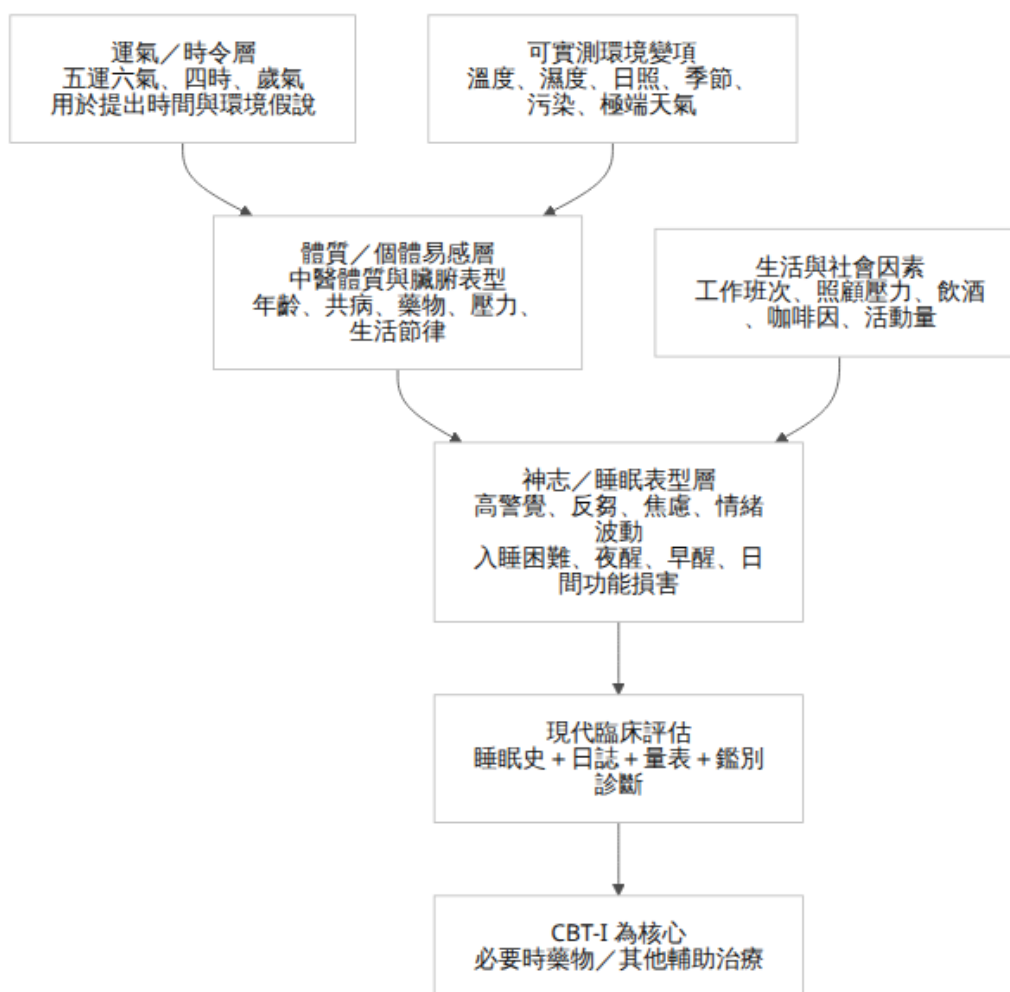
這套框架具有至少三個歷史層面的意義。第一，它不是單純的疾病分類，而是一種**時間化醫學觀**：疾病的發生與防治要考慮四時與歲氣。第二，它把「正常時令」與「太過、不及、勝復、郁發」等異常變化放進醫學思考。第三，它強調同一外在環境不一定對所有人產生相同後果，因為人體本身的臟腑、正氣與既有失衡不同。這種「環境×個體」思路與現代精準醫學不是同一理論，但在方法論上比「某年份人人患某病」更接近合理的風險模型。[24]

現代中國研究常把五運六氣描述成古代的「醫學氣象學」或時間醫學框架。例如近年的論文會根據干支、歲運、司天在泉推演某年度可能的寒、濕、燥、熱及疾病趨勢；也已有研究把五運六氣變項與流感、歷史氣象或疾病發病資料作統計相關分析。這說明五運六氣仍是一個活躍研究領域，但**研究存在 ≠ 預測效度已被證明**。[6]

目前最值得批判性注意的是三個問題。其一，很多研究是**事後配對**：已知某年氣候或疾病特徵，再用運氣理論解釋，這容易產生確認偏誤。其二，如果沒有與單純的月份、季節、實際溫度、濕度、日照等基準模型比較，就無法知道「干支 / 司天在泉」是否真的提供額外預測資訊。其三，年度或區域疾病資料屬於群體生態資料，即使有相關，也不能推論某個出生年或某位個體必然出現特定證型。這是把五運六氣從文化—理論框架轉成可驗證臨

床模型時必須跨越的方法學門檻。現代研究確實正嘗試把運氣與氣象、疾病資料結合，但在本次檢索中，沒有發現對**慢性失眠個體風險**做預先註冊、跨地區外部驗證的高品質前瞻性模型。[\[25\]](#)

因此，本報告建議把五運六氣放在**最外層的背景／假說生成層**，而不是直接當診斷或處方層。



這個模型中的箭頭代表**工作假說與臨床觀察次序**，不代表已證實的單向因果鏈。

第一層「運氣」回答的是：**這段時間的環境與時序背景可能有什麼特徵？**若要進入現代研究，就應把它轉成可測量變項，而不只保留「火運太過」「太陰濕土在泉」等類別。

第二層「體質」回答的是：**同一環境為何有人有症狀，有人沒有？**在中醫可以用陰虛、痰濕、氣鬱等表型描述；在現代研究中則應同時測量年齡、性別、睡眠史、精神健康、共

病、藥物、輪班、咖啡因與其他混雜因素。這可以讓傳統體質概念成為可研究的表型，而不是命定論。

第三層「神志」才是臨床真正需要處理的層次：是否存在失眠性高警覺、反芻、睡眠焦慮、條件性清醒、情緒症狀？具體是入睡困難、夜醒、早醒，還是其實是睡眠呼吸中止、腿不寧、晝夜節律障礙？這一層必須接受現代診斷框架檢驗。[\[2\]](#)

由此可得到一條很重要的界線：

「火熱時令可能成為某些人的睡眠壓力背景」是一個可以研究的假說；「火運太過的人一定心火失眠」則不是現有證據支持的醫學結論。

同理，出生年份、歲運、司天在泉最多只能在特定傳統理論內作背景參考，沒有足夠科學證據把它當作個體失眠診斷、藥物選擇或預後工具。現代五運六氣論文雖有疾病預測應用，但其證據層級與 CBT-I 的隨機試驗和臨床指南並不可直接比較。[\[26\]](#)

神志調理與轉介實務

下面的表格不是一套經驗證的「證型治療演算法」，而是一個**非處方、低風險的臨床溝通框架**：用常見中醫辨證語彙整理患者主觀體驗，再把實際建議映射到已有現代睡眠證據的行為、放鬆、運動與認知方法。其目的不是自己辨證開中藥，也不是讓證型取代 OSA、憂鬱症、躁狂症、RLS 等診斷。《內經》提供的是「神」「衛氣」「胃不和」等病機語言；現代行為策略則主要以 CBT-I 與 ESRS/AASM 指南為依據。[\[27\]](#)

教學性

證型 / 表型	傳統臨床常見描述	可行、非處方的生活 / 呼吸 / 運動 / 認知策略	何時不應只做自我調理
肝鬱化火 / 心火偏亢型表現	入睡困難、煩躁、思緒停不下來、易怒、睡前反覆想事	固定起床時間；睡前建立降刺激時段；把「擔心時間」移到白天；做舒適的慢呼吸或漸進式放鬆；使用 CBT-I 的刺激控制與認知重構；避免把「今晚一定要睡八小時」變成績效要求	持續 ≥3 個月並影響日間功能；明顯躁狂、精神病性症狀、自傷 / 自殺意念需立即專業評估
心脾兩虛型表現	多夢易醒、疲倦、日間乏力、思慮多、食慾不佳	維持固定起床與日間活動；避免因疲勞長時間臥床「補睡」；白天規律、漸進式活動；規律飲食；若失眠慢性化，仍以正式 CBT-I 而非單純「多休息」處理	明顯貧血樣症狀、體重下降、持續倦怠或其他系統性疾病線索應先做醫療評估
心腎不交 / 陰虛內熱型表現	夜間煩熱、易醒、口乾、自覺潮熱、心煩	保持臥室舒適不過熱；睡前放鬆 / 呼吸訓練；避免以酒精作「降火助眠」；有更年期症狀、夜尿、慢性疼痛者應同步處理誘因	頻繁夜汗、明顯潮熱、夜尿或疼痛造成睡眠破碎，需評估內分泌、泌尿、疼痛或藥物因素

教學性

證型 / 表型	傳統臨床常見描述	可行、非處方的生活 / 呼吸 / 運動 / 認知策略	何時不應只做自我調理
痰熱擾心 / 胃不和型表現	胸悶、脘腹不適、睡前過飽後難眠、口苦或身重感	避免臨睡前大量進食；規律飲食；餐後保留活動時間；減少酒精；日間適量運動；若伴睡前反芻，再加入 CBT-I 認知策略	明顯胃食道逆流、胸痛、持續腹痛應就醫；若同時有大聲打鼾、窒息醒、晨起頭痛或日間嗜睡，要評估 OSA
膽怯易驚 / 高警覺型表現	易驚醒、對聲音敏感、躺床後「越想睡越清醒」	重點不是強迫放空，而是降低對清醒的威脅解讀；刺激控制；正念式觀察或放鬆；避免反覆看鐘；把「失眠 = 明天一定崩潰」作為認知重構目標	創傷後惡夢、夜間恐慌、解離、危險夢境行為或嚴重焦慮需要心理 / 精神專業評估
任何證型的共通層	不論辨證名稱	固定起床時間、規律日間活動、合理咖啡因與酒精管理、床與睡眠重新建立聯結、放鬆；太極 / 氣功可作輔助活動，而非取代 CBT-I	符合慢性失眠、症狀惡化、日間功能受損、懷疑其他睡眠疾病時應正式評估

CBT-I 中的刺激控制、睡眠限制 / 壓縮與認知方法，尤其不應被縮減成「少看手機、少喝咖啡」。AASM 的證據評估明確指出，睡眠衛生教育單獨不足以構成慢性失眠治療。睡眠限制類策略也不宜照網路公式自行極端縮短臥床時間；有複雜共病、安全敏感工作或明顯日間嗜睡者，更適合由受訓臨床人員個別調整。[28]

太極、氣功、八段錦等則比較適合定位成**輔助性神志—身體調節活動**。其潛在實用價值不必建立在「疏通某經絡已被現代科學證實」這類過度陳述上；規律、低至中等強度的身體活動、呼吸注意、身體覺察與固定練習時間本身就可能構成有用的行為介入。現有統合分析支持睡眠品質的正向訊號，但尚不足以把某一特定功法宣布為 CBT-I 的替代一線療法。[29]

正式睡眠醫學評估的門檻不應太高。若失眠已大約達到每週三晚、三個月並明顯影響工作、學習、情緒、記憶或生活品質，就值得把它當慢性失眠障礙評估，而不是無限期自行養生。ESRS 建議的基本評估包括完整睡眠史、醫療史、睡眠問卷 / 日誌、必要時身體檢查；actigraphy 不作例行必需，但可用於鑑別。[14]

以下情況尤其應跳出「只是失眠」的框架：

警訊	需要考慮的問題	建議層級
大聲打鼾、被目擊呼吸停止、夜間窒息、明顯日間嗜睡	阻塞性睡眠呼吸中止等睡眠呼吸障礙	睡眠醫學評估；ESRS 支持疑似時作 PSG
睡前腿部難受、強烈	Restless legs / 週期性肢	醫療與睡眠評估

警訊	需要考慮的問題	建議層級
移動衝動，活動後暫緩	動	
不可抗拒睡眠發作、猝倒樣症狀	中樞性嗜睡疾病	儘快睡眠專科評估
睡夢中拳打腳踢、跌床、傷人	危險型 parasomnia / REM sleep behavior disorder 等	儘快評估並先做環境安全處理
失眠伴極度情緒高漲、幾乎不需睡仍精力旺盛	躁狂 / 輕躁狂可能	儘快精神醫療評估
自殺想法、自傷意圖、精神病性症狀	急性精神健康危機	立即尋求緊急專業協助
適當 CBT-I 後仍明顯失眠	治療抵抗或診斷不完整	睡眠專科重新鑑別；ESRS 將 treatment-resistant insomnia 列為 PSG 適應情境之一

ESRS 明確指出，多導睡眠檢查不是所有失眠患者的例行檢查，但懷疑週期性肢動、睡眠呼吸障礙等其他睡眠疾病，或出現治療抵抗時有明確角色。[\[14\]](#)

證據限制、風險與研究議程

本領域最大的問題不是「東醫西醫哪個對」，而是**不同知識系統回答的問題並不相同**。

《黃帝內經》提供的是一套古代生命—時間—環境理論；TCM 辨證是臨床表型與治療推理語言；CBT-I RCT 回答的是「在符合現代失眠定義的人群中，這種介入相較對照能否改善結局」；五運六氣年度推演則往往在回答「某種時序模式是否與氣候 / 疾病現象相符」。若把這些證據放在同一把尺上，不是貶低傳統，就是誇大傳統。

五運六氣最大的科學限制是可證偽性與增量預測效度。真正有說服力的現代研究不應只問「今年的疾病是否可以用運氣理論解釋」，而應在年初預先註冊：以哪些運氣變項預測哪些具體氣象與疾病結局、預測方向與幅度為何；再與「月份、溫度、濕度、降雨、日照等純氣象模型」比較。如果加入干支 / 司天在泉後沒有改善外部驗證表現，那麼其現代預測價值就有限；如果有穩定增量效度，才值得進一步研究。現有中國文獻已開始進行疾病—運氣相關性與氣象結合研究，但距離這種嚴格外部驗證標準仍有明顯空間。[\[25\]](#)

針灸研究最需要解決的是對照與客觀化。下一代試驗宜採預先註冊、多中心設計，使用可信度經驗證的假針，記錄患者對組別的猜測，預先指定主要終點，並把 ISI / PSQI 與 actigraphy / PSG、日間功能、復發率並列；否則主觀量表的中等改善仍很難與期待和情境效應完全分開。2025 年的 sham-controlled 統合結果正顯示，主觀改善比客觀總睡眠時間更一致。[\[17\]](#)

中藥研究最需要解決的是「介入本身到底是什麼」。未來應報告完整處方、藥材鑑別、劑量、製程、批次與化學標準，使用外觀 / 氣味可接受的安慰劑與真正雙盲設計，並預先規劃藥物交互作用、肝腎安全與不良事件監測。棗仁安神的回顧已經清楚證明：大量小型、開放或方法學薄弱的試驗，即使統計方向一致，也不會自動轉化成高確定性臨床建議。

[18]

太極與氣功研究需要把「睡不好」與「失眠障礙」分開。未來應優先納入符合 ICSD/DSM 定義的患者，設置伸展、健康教育或等時長運動作活性對照；同時標準化功法、頻率、每次時間、總療程、教練資歷與居家依從性。否則不同的太極、八段錦、易筋經與氣功被合併成「traditional Chinese exercise」，容易產生一個臨床上不可直接複製的平均效應。

[30]

研究領域	目前最關鍵缺口	建議下一步
CBT-I	專業人力與可近性	比較數位、團體、簡短與分層照護模式；研究哪些人需要完整治療
藥物	長期比較與停藥資料不足	更長期頭對頭 RCT、停藥 / 復發、老年與多重用藥研究
CBT-I + 藥物	誰真正受益尚不清楚	預先定義亞群；比較「一開始合併」與「CBT-I 不足後再加藥」
針灸	假針與盲法、客觀結局不足	多中心 sham RCT、PSG/actigraphy、長期追蹤
中藥	方藥異質、安慰劑不足、品質控制	標準化製劑、化學指紋、雙盲 placebo、大型多中心試驗
太極 / 氣功	混合功法與混合族群	正式失眠診斷、活性對照、功法劑量與依從性標準化
五運六氣	多為回顧性相關 / 理論推演	預先註冊、客觀氣象資料、基準模型比較、跨地區外部驗證
整合醫療	常問「A 或 B」，少問附加價值	測試「CBT-I + 太極 / 針灸」是否比 CBT-I 本身增加具有臨床意義的效益

最後，可以用三個不同層次來界定「失眠：五運六氣與神志調理」最嚴謹的位置。

在歷史層面，五運六氣保存了中國醫學很早就重視時間、季節、氣候與人體反應的思想。《天元紀大論》《大惑論》《逆調論》讓我們看到古人不是把失眠理解成一個孤立器官的故障，而是放在晝夜、環境、臟腑與神志之中。[31]

在現代科學層面，目前沒有足夠證據證明五運六氣能預測個體慢性失眠，亦沒有證據證明依歲運、出生年或司天在泉選擇失眠治療能改善臨床結局；這一部分應明確標示為歷史理論、臨床假說或待驗證模型，而不是與 AASM/ESRS 指南並列的循證治療。當代運氣研究

正在嘗試與氣象及疾病資料連結，但方法學上的關鍵挑戰仍是前瞻性、對照基準、混雜控制與外部驗證。[6]

在臨床實務層面，最有建設性的整合不是「用五運六氣取代睡眠醫學」，而是把五運六氣的「察時」轉化為對季節與生活節律的敏感度，把中醫「察人」轉化為對個體表型、情志與身體症候的細緻觀察，再把真正持續的失眠帶回現代診斷與 CBT-I。針灸、中藥、太極、氣功可以在知情、風險可控的前提下被研究或作輔助選擇，但目前的證據層級不支持它們取代 CBT-I 或必要的睡眠醫學鑑別。[32]

因此，若要把整個主題濃縮成一句不神秘化、又保留中醫思想價值的結論，可以是：

五運六氣用來「察時」，體質辨證用來「察人」，神志調理用來理解個體經驗；
而是否構成失眠障礙、是否需要 CBT-I、藥物或睡眠專科評估，則應回到可檢驗
的現代臨床證據。

[1] [23] [24] [31] <https://ctext.org/wiki.pl?chapter=978393&if=gb>

<https://ctext.org/wiki.pl?chapter=978393&if=gb>

[2] [4] [13] [14] [32] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38016484/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38016484/>

[3] [11] [21] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33164741/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33164741/>

[5] [17] [22] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40371085/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40371085/>

[6] [26]

https://www.hunanzzyz.com/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=202410021&flag=1

https://www.hunanzzyz.com/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=202410021&flag=1

[7] [18] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32045853/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32045853/>

[8] [27] <https://ctext.org/huangdi-neijing/ben-shen/zh>

<https://ctext.org/huangdi-neijing/ben-shen/zh>

[9] <https://ctext.org/huangdi-neijing/da-huo-lun/zhs>

<https://ctext.org/huangdi-neijing/da-huo-lun/zhs>

[10] [28] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13076838/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13076838/>

[12] <https://link.springer.com/article/10.1007/s44470-025-00039-7>

<https://link.springer.com/article/10.1007/s44470-025-00039-7>

[15] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35843245/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35843245/>

[16] Checking your browser - reCAPTCHA

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12269391/>

[19] [20] [29] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38227110/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38227110/>

[25]

https://hnzydxxb.hnucm.edu.cn/hnzydxxb/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=20260221&flag=1&journal_id=hnzydxxb

https://hnzydxxb.hnucm.edu.cn/hnzydxxb/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=20260221&flag=1&journal_id=hnzydxxb

[30] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37933009/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37933009/>