

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

探討生活因子與中醫體質對大學生失眠之影響

**The Effects of Lifestyle Factors and Body
Constitution of Chinese Medicine on Insomnia
in University Students**

指導教授：陳秋媛 博士

研究生：顏美智

中華民國一百年六月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩士論文

探討大學生中醫體質與失眠之關係

A Research of the Association between Body Constitution of
Chinese Medicine and Sleep Disorders in University Students

研究生：顏美智

經考試合格特此證明

口試委員：林菁珊
黃國清
羅俊智
連秋媛

指導教授：連秋媛 羅俊智

所 長：連秋媛

中華民國 100 年 6 月 22 日

謝誌

本論文的完成，承蒙大家的鼎力協助。在此由衷感謝陳秋媛老師、蘇奕彰老師、林睿珊老師、陳嘉民老師、羅俊智老師、黃國清老師、余哲仁老師、辜美安老師、王昱海老師、陳貞吟老師、楊明翰醫師、顏正芳醫師、美如學姊、政圻學長、同學李明和醫師及我們這一班的所有同學、施萍學妹等及默默支持我的家人和朋友們。

論文的進行，總有各種挑戰與發現，這樣的歷程也正是人生永續學習的意涵。自然醫學是身心均衡的維護方法，也是預防醫學的概念基礎。在此，感謝在自醫所期間的所有學習，也祈願大家由自然醫學的觀念和實踐，擁有自信健康的人生。

顏美智 謹誌

摘要

失眠是現代人常見的生活困擾，短期失眠影響生活作息，長期失眠可能導致各種身心症候。根據文獻記載，失眠會影響大學生的記憶、學習、推理及運算等認知能力，而影響睡眠的原因包括課業壓力、生活形態及環境因素等。然而，對於大學生的失眠現象是否與生活因子及中醫體質有關，目前尚無任何研究探討。本研究探討大學生失眠與生活因子及中醫體質之相關性，以期讓大學生了解其體質特性，並藉由自我健康管理改善影響失眠之因素。本研究採橫斷式研究設計並以立意取樣方式進行問卷調查，以南部某大學之學生為收案對象，共計收取有效問卷 115 份，其中男生 61 人，女生 59 人。問卷內容包括中醫體質量表 (Body Constitution Questionnaire, BCQ) 及中文版雅典失眠量表 (Chinese version of the Athens Insomnia Scale, CAIS)。研究結果發現，研究對象中有 55% 的大學生有失眠現象；大學生中醫體質類型以含陰虛體質者居多 (58.3%)。陰虛體質的失眠勝算是非陰虛體質的 4.05 倍；男性的失眠勝算是女性的 4.17 倍；有吃宵夜習慣的人失眠勝算是沒有吃宵夜習慣的人的 5.1 倍；睡眠時間每增加一小時失眠勝算將減少 0.56 倍。

結論：本研究之大學生之中醫體質分佈以陰虛體質居多，失眠與陰虛體質成正相關，中醫體質分類可做為評估個人睡眠品質及改善失眠的有利

參考。

關鍵詞：中醫體質、失眠、睡眠量表

Abstract

Insomnia is a common problem to most people in daily life and may be a risk factor for consistently predictive of cardiovascular disease and mortality of chronic diseases. Sleep disorders can impact the ability of memory, learning, logic thinking and calculation to students. In most sleep researches, stress and lifestyle are common factors to sleep disorders of adolescents. The objective of this study is to investigate the association between lifestyle factors and insomnia as well as the association between Chinese body constitution and insomnia in university students. A cross-sectional purposive sampling study design was used to survey 115 students in a university located in south Taiwan. The questionnaires applied in this research were Chinese version of the Athens Insomnia Scale (CAIS) and Body Constitution Questionnaire (BCQ). Results indicated that the prevalence of insomnia was 55 percent with the subjects and 58.3 percent of the students were Yin-deficiency (Yin-Xu) body constitution type. Multivariate logistic regression analysis found that odds ratio of insomnia was 4.05 times ($P < 0.05$) in Yin deficiency students compared to those who were not non-Yin-deficiency. The odds ratio of sleep disorders to gender was 4.17 times ($P < 0.05$) in male students compared to female students. The odds ratio of insomnia with lifestyle was 5.1 times ($P < 0.05$) in students of having a

night-time snack compared to those who were non-having a night-time snack. In addition, for every one hour increasing to sleep, the odds of insomnia decreased by 0.56 times ($P < 0.05$).

In conclusion, most university students were of Yin-deficiency body constitution. Yin-deficiency body constitution was associated with greater occurrence of insomnia to university students.

Key words: Chinese body constitution, Sleep disorders, Sleep questionnaire

目次

| | |
|------------------------|----|
| 摘要 | II |
| Abstract..... | IV |
| 第 1 章 緒論 | 1 |
| 1.1 研究背景 | 1 |
| 1.2 研究動機 | 3 |
| 1.3 研究目的 | 4 |
| 第 2 章 文獻回顧 | 5 |
| 2.1 睡眠醫學 | 5 |
| 2.1.1 睡眠學說發展沿革 | 5 |
| 2.1.2 睡眠的功能 | 7 |
| 2.1.3 睡眠的生理機制 | 8 |
| 2.2 睡眠品質與睡眠障礙 | 11 |
| 2.2.1 睡眠品質 | 11 |
| 2.2.2 睡眠障礙 | 11 |
| 2.2.3 失眠的成因與影響 | 15 |
| 2.2.4 睡眠品質評估 | 17 |
| 2.3 體質學說 | 23 |
| 2.3.1 體質學說之沿革與發展 | 23 |

| | |
|------------------------|----|
| 2.3.2 中醫病因學與臨床診斷..... | 24 |
| 2.3.3 中醫體質學說..... | 27 |
| 2.3.4 中醫體質之重要性..... | 35 |
| 2.4 中醫睡眠醫學..... | 39 |
| 2.4.1 中醫病名之典籍考據..... | 39 |
| 2.4.2 失眠的中醫病因論..... | 42 |
| 2.5 失眠之臨床治療對策..... | 52 |
| 2.5.1 西藥及非藥物的治療方法..... | 52 |
| 2.5.2 中醫的失眠治療方法..... | 55 |
| 第 3 章 研究材料與方法..... | 61 |
| 3.1 研究設計..... | 61 |
| 3.2 研究對象..... | 61 |
| 3.3 研究工具..... | 61 |
| 3.4 研究架構及流程..... | 65 |
| 3.5 統計方法..... | 68 |
| 第 4 章 研究結果..... | 69 |
| 4.1 描述性統計分析..... | 69 |
| 4.1.1 基本資料之描述性統計..... | 69 |
| 4.1.2 失眠量表之描述性統計..... | 71 |

| | |
|---------------------------|-----|
| 4.1.3 中醫體質量表之描述性統計 | 73 |
| 4.1.4 生活形態因子之描述性統計 | 73 |
| 4.2 推論性統計 | 76 |
| 4.2.1 中醫體質與失眠之推論性統計 | 76 |
| 4.2.2 失眠、基本資料及生活形態 | 76 |
| 第 5 章 討論 | 90 |
| 5.1 大學生失眠文獻之比較 | 90 |
| 5.2 陰虛體質與失眠之探討 | 92 |
| 5.3 生活形態與失眠之探討 | 97 |
| 5.4 體質因素之影響 | 102 |
| 第 6 章 結論與建議 | 104 |
| 6.1 結論 | 104 |
| 6.2 限制與建議 | 106 |
| 6.3 中醫對失眠的建議 | 108 |
| 參考文獻 | 110 |
| 附錄 | 117 |

表目錄

| | |
|---------------------------|----|
| 表 2.1 中醫典籍之睡眠障礙簡表 | 40 |
| 表 2.2 臟腑學說與睡眠障礙 | 46 |
| 表 4.1 BMI 與性別 | 78 |
| 表 4.2 性別與失眠分數之描述性統計 | 79 |
| 表 4.3 失眠分數之性別分佈 | 80 |
| 表 4.4 中醫體質與性別描述性統計 | 81 |
| 表 4.5 陰虛體質之性別分佈 | 82 |
| 表 4.6 壓力與性別 | 83 |
| 表 4.7 睡眠時數與性別 | 84 |
| 表 4.8 其他生活形態之描述性統計 | 85 |
| 表 4.9 使用電腦時數 | 86 |
| 表 4.10 大學生失眠之推論性統計 | 87 |
| 表 5.1 大學生失眠文獻之比較 | 91 |

圖目錄

| | |
|-------------------------|----|
| 圖 3.1 研究架構 | 66 |
| 圖 3.2 研究流程圖 | 67 |
| 圖 4.1 失眠與不失眠之次數分佈 | 88 |
| 圖 4.2 體質分佈圖 | 89 |

第1章 緒論

1.1 研究背景

睡眠是生物自然而規律的生理活動，也是自我體能調節保護和體力修復的生理機制，人們藉由睡眠得以修復耗損的體力並儲備覺醒後需要的精神與體力。人類生命時間的三分之一是處於睡眠狀態，睡眠可以穩定環境與晝夜變化對人體的影響，經由睡眠休息，可提升人體免疫力，睡眠品質對健康更有直接的影響，因此睡眠生理學是自古以來科學家們想要一探究竟的重要課題。

睡眠的生理機制複雜，睡眠時新陳代謝趨緩，藉此修復耗損的體力並使生理功能恢復正常。睡眠是個人與生俱來的基本生理需求，然而，因個人的生理、心理狀況、生活習慣和環境差異，對睡眠的需求程度也不同。睡眠障礙是主觀的陳述和睡眠異常狀況的結合，短期影響日常生活，長期則可能是疾病發生或轉變的因子。

失眠對生活品質有負面的影響，短期或偶發的失眠會造成隔天身體疲倦、精神不濟或手腦動作不協調；長期失眠則會容易產生注意力不集中、記憶力減退和工作力不從心等現象而影響正常生活的運作。心理學家更提出失眠可能造成憂鬱、焦慮、藥物濫用或依賴及自殺等嚴重的後果(Taylor et al., 2003)。

美國的醫學研究也指出，睡眠剝奪會改變體內葡萄糖的新陳代謝而與糖尿病的發生有關；睡眠障礙對於體內荷爾蒙的生成及代謝功能也會產生影響 (Sharma S. & Kavuru M., 2010)。長期睡眠障礙會使人體免疫力下降，導致抗病能力降低和康復時間延長。再者，因為免疫力的低下，人體對於氣候變化的應變能力降低，可能會加重其他疾病或誘發原有疾病的發作，尤其是心血管、腦血管及高血壓等疾病。一些身體疾病例如心血管疾病、糖尿病、憂鬱症、腸胃疾病、腎臟病等也會影響睡眠品質。

現代人常處於忙碌高壓的生活形態，失眠成為多數人曾有的健康困擾。睡眠品質是生理和心理良好狀態的重要指標。優質睡眠可促進生長、延緩衰老，並可調節免疫系統，康復體況。

1.2 研究動機

對發育中的孩童和青少年而言，睡眠障礙會影響內分泌系統的運作，長期累積以來可能會影響其成長發育。從近幾年對青少年睡眠研究的文獻中發現，大學生普遍有失眠的現象。Lund 氏等人以美國的 1125 位大學生為對象，對睡眠特徵、睡眠品質及影響因素進行評估，研究發現超過 60% 的學生有睡眠品質不佳的現象 (Lund, Reider, Whiting & Roxanne Prichard, 2010)。在歐洲，Preišegolavičiūtė 氏等人以立陶宛不同學校、不同學科的 405 位大學生進行睡眠品質與生活因素之探討，結果發現 59.4% 的學生有睡眠障礙的困擾 (Preišegolavičiūtė, Leskauskas & Adomaitienė, 2010)。在亞洲地區，Suen 氏等人以 400 位香港大學生 (男生 150 位，女生 250 位) 為對象的睡眠研究發現，57.5% 的大學生有睡眠品質不佳的情形，習慣睡前吃宵夜者也呈現較差的睡眠品質 (Suen, Hon & Tam, 2008)。另有學者針對 896 位台灣的大學生進行睡眠與生活形態相關研究發現，63.1% 的學生有睡眠品質不佳的困擾 (邱史珊、劉俊昌，2008)。由此可見，在各個區域或國別，睡眠品質不佳是大學生普遍面臨的困擾。

1.3 研究目的

本研究以失眠量表與中醫體質量表做為評量工具，探討大學生中醫體質與睡眠品質之相關性，以作為了解個人中醫體質及改善睡眠品質之參考。

本研究以具信效度的問卷進行大學生的中醫體質與失眠之自我評量調查，研究目的如下：

- (1) 大學生中醫體質的分佈狀況
- (2) 大學生的失眠狀況
- (3) 探討大學生中醫體質與失眠之關係
- (4) 探討大學生基本資料與失眠之關係
- (5) 探討大學生生活形態因子與失眠之關係

第2章 文獻回顧

2.1 睡眠醫學

2.1.1 睡眠學說發展沿革

睡眠學說起源甚早，西元前 400 年至西元 1900 年左右，西方學者認為睡眠是人在白天活動時，體內產生不明物質，當此物質蓄積到一定程度後，身體引起的中毒反應。此種中毒現象，需要經過一段時間的睡眠休息後，才能解毒消除，人也因而覺醒。亞里士多德則以胃中散發出來的暖蒸氣 (warm vapors)，來解釋人在飯後容易昏昏欲睡的原因。18 世紀時，Karl Von Linne 最早提出睡眠生物晝夜節律，19 世紀則有四個理論說明睡眠的過程，其中血管理論主張血液充滿腦部而引起睡眠；化學理論認為食物消化產生毒氣或白天疲勞累積乳酸導致睡眠；神經理論認為睡眠是神經麻痺的結果；行為理論則將睡眠解釋為警醒抑制反應的結果（吳京一，2008）。

近代西方睡眠學說發展自 20 世紀初，德國病理學家 Weichardt 推翻中毒之說，提出導致睡眠的不明物質是疲勞物質 Kenotoxin。Legendre 和 Pieron 由正在睡覺的狗抽取血清，發現了睡眠物質 Hypnotoxin。而 Schnedorf 及 Ivy 則證明了 Hypnotoxin 具有引發睡眠的作用。俄國生理學兼心理學家 Pavlov 創立內部制約 (Internal Inhibition) 學說，根據條件反射實驗，討論睡眠時腦部細胞被興奮和被抑制的狀況。另外，維也納大學神經

科教授 Economo 由實驗結果發現，大腦內的神經細胞可以啟動及終止睡眠，因而提出大腦是睡眠中樞學說。之後，荷蘭解剖學教授 Nauta 認為動物受睡眠中樞和覺醒中樞的興奮刺激，而有睡眠和覺醒現象的交互出現。

1950 年間睡眠醫學有了突破性的發展，美國生理學家 Aserinsky 和 Kleitman 以腦波實驗結果，提出睡眠分為快速動眼期 (REM) 與非快速動眼期(NREM)兩部分。做夢為睡眠過程中的重要經歷，常見於快速動眼期。REM 睡眠期的生理現象，如肌肉鬆弛、心跳增加、呼吸節律擾亂、血壓不規律和腦波變化，則是奠定日後研究睡眠階段的檢查依據。

1950 ~ 1980 年間，日本學者 Akimoto 等提出網狀體抑制系統(Reticular Inhibitory System) 可使大腦活動能力降低，引發睡眠。之後，日本學者以此為基礎，提出腦幹網狀體調節系統(Brainstem Reticular Controlling System)，說明促進睡眠和抑制睡眠的相互抑制和影響（吳京一，2008）。

1970 ~ 1990 年，Hobson 和 McCarley 提出以腦幹相互作用來解釋睡眠的相互影響學說 (Reciprocal Interaction Hypothesis) 。其中以腦細胞分泌正腎上腺素、血清素和乙醯膽鹼對神經細胞作用說明 REM 睡眠與 NREM 睡眠的交替。REM 睡眠期與 NREM 睡眠期受內分泌睡眠物質影響的理論因而受到矚目，例如：大腦松果體分泌的褪黑激素可控制睡眠的晝夜節律，進而影響呼吸、循環、消化、內分泌和泌尿系統等生理功能（吳京一，2008）。

20 世紀各種基礎和臨床醫學例如神經生化學、電生理學、神經生理學、時間生物學及睡眠病理學的興起，有助於睡眠醫學的快速發展，而睡眠醫學更是包含於各科臨床醫學的領域中，並且隨著時代變遷而更顯重要。

2.1.2 睡眠的功能

睡眠是人體所具有的一種規律性自我保護機制。睡眠品質是生理和心理安好狀態的重要指標。睡眠功能主要可分為下列 7 項（陳寧宏、吳嘉碩，2008）：

- (1) 恢復理論 (Restorative Theory)：人於睡眠時，腦與身體進行休息即回復，以重整身體組織能力及腦力，以供應明天清醒後的生活需要。
- (2) 適應理論 (Adaptive Theory)：睡眠的棲息，可減少夜間在外的危險，可增加生存的適應性及存活率。
- (3) 能量儲存理論 (Energy Conservation Theory)：睡眠降低代謝消耗，可保存生理能量及精力。
- (4) 強化及固化記憶 (Memory Reinforcement and Consolidation Theory)：睡眠中的快速動眼期與學習和促進記憶有關，快速動眼期的睡眠剝奪影響新事物的學習，深度睡眠期的睡眠剝奪影響舊有熟悉工作的效率。

- (5) 突觸及神經網路完整理論 (Synaptic and Neural Network Integrity Theory)：睡眠可間接刺激中樞神經，維持突觸和神經元網路的完整性，快速動眼期的睡眠與維持運動性的迴路有關，非快速動眼期的睡眠則與維持非運動性的迴路有關。
- (6) 體溫調節功能理論 (Thermoregulatory Function Theory)：睡眠具有維持體溫調節功能的恆定，大腦下視丘體溫調節中樞的神經元可以影響睡眠和清醒，當完全睡眠剝奪時，則會導致嚴重的體溫調整異常。
- (7) 本能理論 (Instinctive Theory)：生物基於生存本能，尋求保護和遮蔽等的休息養護需求。

2.1.3 睡眠的生理機制

睡眠依腦波活動、下顎肌肉張力活動及眼睛動作快慢程度，可分為快速動眼期 (Rapid Eye Movement, REM) 與非快速動眼期 (Non-Rapid Eye Movement, NREM) 兩種，快速動眼期的產生與橋腦到膝狀體至枕腦 (Ponto-geniculo-occipital, PGO) 及腦幹上區的網狀形成乙醯膽鹼 (Acetylcholine) 有關，非快速動眼期的產生與大腦皮質迴路 (Thalamocortical Circuits) 有關，在睡眠時海馬迴 (Hippocampus) 的潛意識作用會和快速動眼期的記憶整合而有夢境的產生 (葉世彬，2007)。非快速

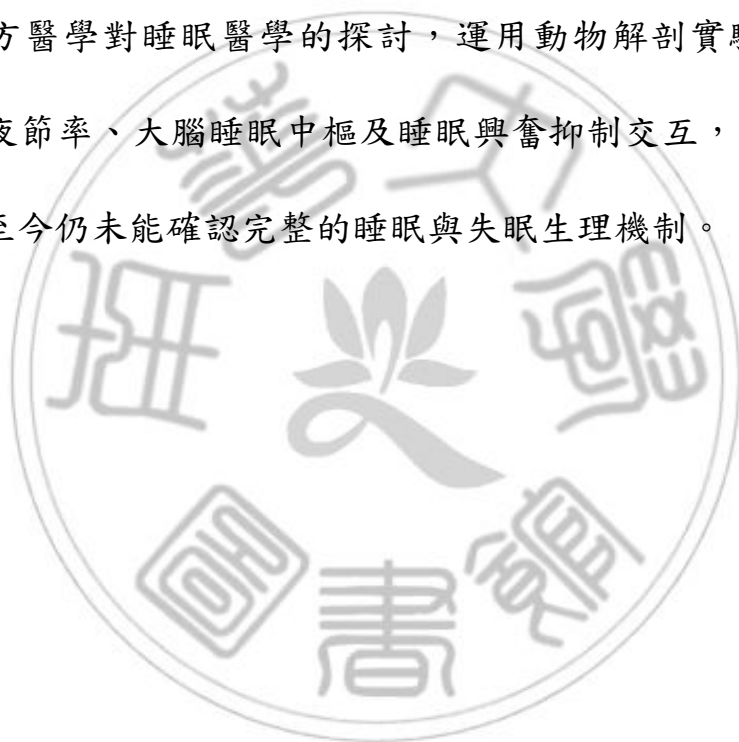
動眼期，生長激素的分泌明顯增多，有助於促進生長和體力的恢復。快速動眼期與非快速動眼期的差異，主要以快速動眼期時的眼睛移動快速、心跳和呼吸不規律、全身肌肉張力降到最低、並常伴隨做夢（蔡政樞，2001）。田安然根據多項睡眠生理腦波儀顯示，提出睡眠狀態與行為的關聯，說明 NREM 時期，仍有微弱聽覺或視覺訊號，記憶整合功能會被抑制，此睡眠時期因此容易被干擾，影響睡眠品質，但沒有醒來亦無睡眠時的記憶。對於輪班或熬夜者，容易有聽覺和視覺的感知度下降，專注力分散，作業的效率降低也容易發生危險（田安然，2006）。

睡眠調節與清醒維持與神經傳導物質的合成、分泌及代謝有關，例如：血清素 Serotonin(5-Hydroxytryptamine, 5HT)及 GABA 接受器神經傳導物質可幫助入睡；正腎上腺素 (Norepinephrine, NE)、兒茶酚胺 (Catecholamines)、乙醯膽鹼 (Acetylcholine, Ach) 等則會幫助覺醒。此外，心血管系統、呼吸系統、腸胃道系統、腎臟系統、內分泌系統及免疫系統等功能的盛衰表現，都可能影響睡眠（葉世彬，2007）。

睡眠與覺醒是生物體的生理節律對晝夜節律變化 (Circadian Rhythm) 的反應，大腦的下視丘 (Hypothalamus) 是睡眠與覺醒的控制中心。白天的光線刺激大腦，活化腎上腺素、乙醯膽鹼等神經傳導物質而導致覺醒；夜間松果體 (Pineal Gland) 分泌褪黑激素 (Melatonin) 和血清素 (Serotonin) 而導致入睡。清醒時期，神經傳導物質正腎上腺素幫助引導並集中注意力、血清素以調節情緒並結合判斷和學習及記憶的功能；入睡時期，乙醯膽鹼

作用因為運動神經衝動被阻擋，原本激發腦部視覺和運動及情緒中樞發出的信號觸發快速動眼和影像功能，因而引發作夢（蔡政樾，2001）。腦電圖 (Polysomnography) 是常用的睡眠偵測設備，大腦皮質神經元在無任何明顯外加刺激下，即能產生持續的節律性電位變化。腦波依頻率不同，可分為 α 、 β 、 δ 、 θ 四種波型，腦波是許多突觸電位的綜合表現，腦波形成的機制和原因仍未完全清楚（季鍾樸，2007）。

近代西方醫學對睡眠醫學的探討，運用動物解剖實驗及人體腦波量測，提出晝夜節率、大腦睡眠中樞及睡眠興奮抑制交互，內分泌睡眠因素等學說，但至今仍未能確認完整的睡眠與失眠生理機制。



2.2 睡眠品質與睡眠障礙

2.2.1 睡眠品質

睡眠品質的定義是指個人評估其睡眠相關特性是否能滿足個人需求的程度。評估睡眠需包括三種特性(Buysse D.J. et al., 1989)：

- (1) 質：主觀陳述對睡眠品質的評價、睡眠中曾發生的困擾以及睡眠充足感。
- (2) 量：睡眠時數長短、睡眠潛伏期的長短以及睡眠效率。
- (3) 睡眠相關者：使用安眠藥、白天的疲憊程度等。

2.2.2 睡眠障礙

根據臺大醫院精神科主治醫師李宇宙醫師調查統計，有將近 30% 的人曾有失眠的困擾，其嚴重程度達到需要使用藥物者高達 17% (李世滄，2007)。美國睡眠學者 Buscemi 氏等根據美國國家衛生研究院 (NIH) 於 2003 年的全美國睡眠狀況調查資料指出，美國每年有五千萬至七千萬人受到睡眠障礙的影響(Buscemi et al., 2004)。可見失眠是現代人生活上普遍的困擾，也是潛在影響健康的重要因子。

有關失眠的流行病學研究指出，失眠是可能導致焦慮、憂鬱、藥物濫用和依賴，甚至導致自殺的風險因子。曾經有研究指出，失眠的嚴重度與

憂鬱症的嚴重度成正相關。Melling 氏等提出，抱怨嚴重失眠的患者中，有 21% 罹患有重度憂鬱症。而情感性的憂鬱症的疾患，由多項睡眠生理腦波儀檢查，都可用來判斷睡眠品質的好壞（葉世彬，2007）。失眠也會減弱免疫的功能，並且是心血管疾病死亡的影響因素 (Taylor et al., 2003)。

瑞典科學家曾經以 2000 多人為研究對象且歷時超過 10 年的追蹤，研究睡眠與疾病的關係。經排除可能的干擾因素例如年齡、BMI、打鼾、憂鬱、高血壓等，研究結果發現男性糖尿病與睡眠不足、入睡困難和睡眠警醒有高度相關性。此外，臨床實驗的研究結果也指出，睡眠剝奪會改變葡萄糖的代謝及荷爾蒙的分泌 (Sharma S. & Kavuru M., 2010)。

根據國際疾病分類，睡眠障礙分為失眠、嗜睡、阻塞型睡眠呼吸暫停及不寧腿等四大類型：

1. 失眠 (Insomnia)

失眠是指睡得太少或睡醒後覺得沒有睡飽、難以入睡、半夜覺醒或睡眠品質不好。1984 年美國國家衛生研究院 (National Institutes of Health, NIH) 依時間的特性，將失眠分為三種類型（蔡政樞，2001）：

- (1) 短暫性失眠 (Transient Insomnia)：數天內由於特殊原因引起間歇或持續的短暫睡眠障礙，當事件結束得以恢復。例如：考試、會議或時差反應等。
- (2) 短期性失眠 (Short Term Insomnia)：數月內由於短期無法排除的因素或

事件，所引發間歇或持續的睡眠障礙。必要時，需由專業輔導或治療。例如：喪偶、離婚或男女朋友分手。

(3) 長期性失眠 (Long Term Insomnia)：超過半年以上，長期失眠障礙而需接受長期失眠治療。例如：失眠門診求診。

美國睡眠障礙協會 (American Sleep Apnea Association)對失眠的量化，提出幾個判斷參考：

- (1) 入睡困難：上床到入睡 > 30 分鐘。
- (2) 睡眠不實在：每夜覺醒時間 > 5 分鐘，每夜睡眠覺醒次數 > 2 次，每夜總覺醒時間 > 40 分鐘，總覺醒時間 > 10 % 總睡眠時間。
- (3) 睡眠深度不夠：入睡期和淺睡期增加，熟睡期和深睡期減少。
- (4) 早醒：清醒時間比正常醒來提早 30 分鐘以上。
- (5) 睡眠時數不足：睡眠時數 < 6.5 小時，睡眠效率青少年 < 90 % ，老年人 < 65 % 。
- (6) 睡眠期失調：非快速動眼期與快速動眼期比例失常。

2. 嗜睡症(Narcolepsy)

嗜睡是睡眠品質及生活行為的異常，嗜睡對日常活動安全性有直接的影響，值得關注和改善。多次睡眠潛伏期測試 (Multiple Sleep Latency Test, MSLT) 為 Carskadon 氏等人於 1986 年提出，主要用來測量嗜睡程度。Roehrs 氏等人於 1992 年研究發現，一般人的平均嗜睡潛伏期為十分鐘，各年齡層的平均睡眠潛伏期不同，老年人的平均睡眠潛伏期為八到十分

塞，導致呼吸暫停。由於呼吸停歇，睡眠受到干擾而覺醒。

4. 不寧腿綜合症狀 (Restless Legs Syndrome, RLS)

不寧腿綜合症狀是睡眠時腿部出現間歇性不自主快速而刻板的肢體運動，每晚發生達數百次（謝英彪，2003）。

由以上睡眠症狀可知，睡眠與人們的日常生活息息相關，睡眠品質更是觀察健康的直接指標。國際精神衛生和神經科學基金會 (International Foundation for Mental Health and Neuro-science) 於 2001 年發起了一項全球睡眠和健康計劃，並將每年的 3 月 21 日定為世界睡眠日 (World Sleep Day)，由初春季節變化的周期性、睡眠的晝夜交替節律的提醒，倡導人們重視及關注日常睡眠品質及改善，建立落實自主健康管理和自我保健的預防醫學觀念。

2.2.3 失眠的成因與影響

主流醫學對睡眠的成因與病理機制，在神經解剖方面有提出腦幹至前腦軸中的睡眠與覺醒路徑調控失常之說；而睡眠生理時鐘調控中樞之說，則以下視丘的視交叉上核 (Suprachiasmatic Nuclei, SCN) 受正腎上腺素與褪黑激素 (Melatonin) 的交互作用恆定為探討；另外，神經化學傳導物質之說，則強調睡眠受不同神經傳導的助眠與覺醒的反應影響，然而完整的睡眠機制至今尚無明確的醫學定論。

失眠、嗜睡、睡眠呼吸暫停、不寧腿等都是臨床上常見的睡眠障礙。

近年來，臨床上不少以睡眠障礙與自主神經功能紊亂討論為主題，更是現代人受工商業生活形態導致睡眠障礙發展的寫照。睡眠障礙常可由腦波觀測出其異常，睡眠障礙可能是功能性原因，也可能是器質性問題。睡眠障礙的成因與狀況複雜，而大多數有失眠障礙的病人並沒有積極接受深入的診斷和治療。

成年人睡眠受不同因素的影響，其中生活形態的影響最為直接，Ashton 於 1987 年提出咖啡因 (Caffeine) 能刺激中樞神經，有如正腎上腺素作用。在其研究中指出，咖啡因的攝取量 200 ~300 mg，即可改變情緒，增加腦波覺醒，更甚者產生精神焦慮如失眠、頭痛、恐懼等影響。咖啡因的攝取與學生的神經質表現 (Neuroticism score) 為正相關，高咖啡因攝取量的學生有身心失調現象及較差的心血管功能表現 (Ashton, 1987)。

香菸所含的尼古丁是一種中樞神經的刺激物質，進而影響睡眠。然而尼古丁具有雙向作用 (Biphasic Effect)，在血液濃度較低時會產生輕微鎮靜和放鬆的作用，對焦慮和某些精神症狀有短暫舒緩功能。然而在血液濃度較高時，膽鹼性機轉將導致喚醒，引起睡眠障礙。長期吸菸習慣將增加氣管分泌物的殘留，引發夜間咳嗽而干擾睡眠。另外，適度運動具有可以增加體溫，升高下視丘溫度，增加睡眠深度。然而睡前的運動，會因為神經的興奮延長警醒時間而不易入睡。白天從事費力的運動，除了可加深晚上睡眠深度，也會刺激在深度睡眠時期的生長激素分泌 (葉世彬，2007)。

2.2.4 睡眠品質評估

目前用來評估睡眠品質的方法有用儀器直接測量睡眠生理訊號之變化，或是以睡眠日誌記載及問卷等做為睡眠品質評量之參考。儀器直接測量主要於醫學相關單位設立的睡眠中心進行，並可連結醫療機構的臨床研究及治療。睡眠日誌則廣泛運用於身心科及失眠相關研究或醫療單位。睡眠品質問卷則是最為方便而廣泛使用的自主評估，尤其有利於睡眠改善的研究。

1. 睡眠生理訊號之測量儀器

一般評估睡眠品質的量測儀器可分為以下幾類：

(1) 多項睡眠生理腦波儀 (Polysomnography)

Holland 氏等人於 1974 年將史丹福大學睡眠實驗室的心跳、呼吸等操作內容定義為睡眠醫學的研究檢查，包含腦波圖 (Electroencephalography, EEG)、眼電圖 (Electrooculography, EOG)、心電圖 (Electrocardiography, ECG)、肌電圖 (Electromyography, EMG)、口腔鼻呼吸氣流 (Air Flow)、胸腹部呼吸肌肉活動 (Respiratory Effort) 和血中氧氣飽和濃度 (Blood Oxygen Saturation) 等常用偵測方法，全程錄影記錄睡眠過程的聲音及影像。多項睡眠生理腦波儀主要根據「睡眠-清醒」、「休息-活動」的週期進行腦波、肌電、眼電、心跳、呼吸等多項睡眠追蹤的

活動紀錄檢察，常用來進行多次睡眠潛伏期測試 (Multiple Sleep Latency Test, MSLT)。測試需於安靜、黑暗及溫控的環境中，於甦醒後一個半到三個小時的兩個小時內進行至少四次的測試 (Carskadon,1986)。

(2) 心律及血壓變化

經由睡眠中的心律 (Heart Rate) 及血壓 (Blood Pressure) 變化，可觀察睡眠的生理狀況，並進一步評估睡眠與心血管疾病的關係。

(3) 睡眠體位偵測

不當的睡眠體位 (Sleep Gesture) 將惡化原患有呼吸道阻塞或肌肉張力的問題，導致呼吸受阻、打鼾、睡眠中斷等干擾。

(4) 生理監測器

睡眠受多種器官生理反應影響，各種偵測器，例如：酸鹼值監測器 (PH Monitoring Sensor) 用來偵測胃食道逆流 (Gastroesophageal Reflux)；鼾聲監測器 (Snoring Monitoring Sensor) 可偵測鼾聲的頻率及強度；食道壓力監測器 (Esophageal Pressure Monitoring Sensor) 可量測食道壓力以診斷上呼吸道阻力症候群 (Upper Airway Resistance Syndrome)等，都是協助了解睡眠障礙原因的重要方法。

(5) 隨身偵測

對於特殊失眠症狀如睡眠狀態錯覺症或睡眠清醒週期異常的疾患，睡眠監測原因需包含睡眠與日常生活作息關係的了解，可隨身測量的家庭監測裝置 (Home Monitoring)，例如腕動計，方便多次與長時間睡眠紀錄的進行。

2. 睡眠日誌 (Sleep Diary)

記錄每天就寢時間，睡著所需時間，醒來次數，起床時間，起床感覺，白天是否小睡，是否服用助眠藥物，是否喝酒或含咖啡因等飲料，由日誌記錄可以了解睡眠的狀況並分析影響原因，做為睡眠改善的重要參考（李宇宙，2000；Buysse, 2008）。

3. 睡眠品質問卷(Questionnaires)

睡眠品質問卷是自我主觀睡眠評量，匹茲堡睡眠品質量表、Epworth 嗜睡量表 (Epworth Sleep Scale, ESS) 和史丹福嗜睡度評量表 (Stanford Narcolepsy Questionnaire) 等是較常被使用之睡眠品質評估量表（武文月，2004）。

匹茲堡睡眠品質量表 (The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) 由 Buysse 等人於 1989 年建立，是常用的睡眠品質量表，其評量的內容包括以下 7 項：

- (1) 個人睡眠品質：個人對過去一個月的主觀睡眠品質滿意度。
- (2) 入睡潛伏期：臥床後至真正入睡的時間。
- (3) 睡眠時數：過去一個月平均睡眠時數，並以週間與週末做為區分，以評估不同生活形態對睡眠時數的影響。
- (4) 睡眠效率：真正入睡時間與就寢臥床的時間比值，做為評估真正入睡效率。
- (5) 睡眠困擾：由室友觀察受測者入睡時的潛在性生理狀況，例如打鼾、呼吸中止、不寧腿等，做為疾病治療與防治參考。
- (6) 使用助眠藥物：觀察藥物對睡眠的影響。
- (7) 白天生理功能運作：了解失眠或睡眠品質對日常生活或工作的影響。

匹茲堡睡眠品質量表建立於 1989 年，有些學者考慮此量表因年代較久，受到生活形態、社會文化改變、環境因素、研究對象不同等條件限制及失眠相關疾病的產生，不僅增加許多睡眠醫學的研究投入，不同睡眠品質量表也隨之產生。

雅典失眠量表 (Athens Insomnia Scale, AIS) 改良自英國醫院的睡眠品質評估內容，經過臨床使用與修正，已成為近年來各國學者與臨床研究評價良好的睡眠品質量表。根據睡眠研究學者於臨床和研究的使用比較，匹茲堡睡眠品質量表對夜間睡眠的生理觀察如打鼾、呼吸中止和不寧腿等

有不便利性，計分方式也較為複雜；雅典失眠量表則可將睡眠評估分為夜間失眠和白天精神狀況兩種對照，可以更有效地了解睡眠的狀況與分析，容易使用及較低成本是雅典失眠量表的優點 (Soldatos C.R., 2000)。

江惠綾提出失眠臨床治療和研究的結果指出，以 283 位病患為研究樣本，其中 65 人為醫學中心精神科門診病人，另外 218 人無精神科疾病，使用中文版雅典失眠量表 (Chinese Version of the Athens Insomnia Scale, CAIS) 做為失眠評估，其中 CAIS-8 (原問卷第 1-8 題，包含夜間症狀及日間症狀之全天候因素分析評估) 及 CAIS-5 (原問卷第 1-5 題，日間評估)。失眠症的診斷依據 ICD-10 之診斷準則，另外以中文版 Insomnia Self-assessment Inventory (ISAI) 作為外部效度評估工具。其研究結果之內部一致性信度係數 Cronbach's α 值高達 0.82-0.84，再測可信度 (Test-retest reliability) 為 0.84-0.86，CAIS 與 ISAI 的相關係數是 0.72-0.76，結論是 CAIS-8 或 CAIS-5 皆有良好之信效度，適合選用為快速篩檢失眠症的問卷 (Chiang et al., 2009)。

中文版雅典失眠量表的評估包括 8 個部分：

- (1) 入睡時間
- (2) 睡眠中斷
- (3) 過早清醒
- (4) 總睡眠時間
- (5) 整體睡眠品質

(6) 白天的美好感

(7) 白天身心功能

(8) 白天嗜睡程度

顏正芳則以中文版雅典失眠量表，進行 8319 位在學青少年的睡眠品質人口統計學的調查，發現高比例的青少年睡眠品質不佳，有白天生理功能不彰，總睡眠時數不足等現象 (Yen, King & Chang, 2010)。

2.3 體質學說

2.3.1 體質學說之沿革與發展

西方醫學很早就將體質學列入醫學觀察，尤其以外型及體態來做為體質分類代表。西元前 400 年，Hippocrates 依人的體型體力分為弱型、強型、肥胖型、濕潤型等類型。而東方的古印度就以外觀將人分成羚羊型、牛型、鹿型三種體型，並將人的生理表現分成風 (Vata)、膽 (Pitta)、痰 (Kapha) 三種體質。

解剖學尚未發展完善前，不論在西方或是中國，醫療初步的重要工作即是對於病人本身的觀察與分析，因此體質的概念也是早期醫學的研究重點。如西元前 504 ~ 433 年的 Empedocles 及 Pythagors 提出的四要素學說，認為一切物質由火、水、土及氣組成，在人體形成血液、粘液、黃膽汁及黑膽汁四種液體，而健康或疾病則與四種液體的平衡狀態相關。此一學說經 Hippocrates, Aristotle 和 Galen 等人之發揚，乃成為在 Pasteur 研究細菌病原前西方最重要的醫學理論 (匡調元, 2008)。根據 Tucker 和 Lessa 於 1940 年對體質定義為個體之形態、生理和心理特性之總和，並具有種族、性別和年齡之差異，大部份由遺傳決定，但也受到環境因素之不同程度影響。體質學的綜合表現成為一個生物學的實體，在正常狀態下呈現有不同程度的波動變化，偶而超越界線，進入異常或病理的範圍 (蘇奕彰, 2007a)。1940 年 Tucker 將體質的特性做擴充性的解讀，提出體質

是個體型態學、生理學及心理學的特徵總和；1970年 Damon 則整合體質與生命的對應，認為體質是人體結構與功能相互關係的實際應用（匡調元，2008）。

體質學是由存在於人體且能代表個體特質的因素組成，可將人體遺傳的體質概念、生態體質的差異、優生學的研究及養生學的規劃等回溯探討與觀察預測，因此適用於群體體質學及個體體質學。體質學具有以下的特性：遺傳性、相對穩定度、可預測性、可變性、轉化性、相關性、可測量性及驗證性（匡調元，2008）。

2.3.2 中醫病因學與臨床診斷

《黃帝內經》是中國傳統醫學最早的醫學典籍，包括養生、陰陽五行、藏象、治則、脈法、經脈、疾病、刺灸、運氣、醫德等內容都成為後代醫家重要的指導基礎。中醫病因學與臨床診斷主要的基礎如下：

(1) 陰陽、虛實、氣血、臟腑

《內經》針對病邪以陰陽來做對照說明，《素問·調經論》：「大邪之生也，或生於陰，或生於陽，其生於陽者，得之風雨寒暑。其生於陰者，得之飲食居處，陰陽喜怒。」陰陽兩者關係，陽為主，陰為從。氣血兩者關係，氣為血帥，血為氣母，氣是血的推動力，而血是孕育氣的搖籃。陰陽的盛衰表現，以虛與實定義之，呈相對平衡，若失衡則引發病機。《內經·

通評虛實論》：「邪氣盛則實，精氣奪則虛。」即是說明病邪之氣盛行體內形成實證，臟腑的功能衰退形成虛證。當而陰陽失衡引發的虛實證驗，氣血調養是主要的步驟，若氣血兩虛，則以氣血生衍的「有形之血難速生，無形之氣動先機」為原則，先治氣，後治血，氣血生養是治療的方向。

中醫以五臟（肝、心、脾、肺、腎）為陰與六腑（膽、胃、三焦、膀胱、大腸、小腸）為陽說明生理功能的系統。五臟為實體，主掌生化與收藏；六腑為腔體，負責消化和排泄等。《靈樞·本臟》：「五藏者，所以藏精神血氣魂魄者也。六府者，所以化水谷而行津液者也。」即是指人體生命所需的精、氣、血、津液等，均藏於五臟六腑而運作生息。

(2) 病因

中國傳統醫學將病因分為外因、內因、不內外因三種。外因，指的是風、寒、暑、濕、燥、火的六淫疫癘之氣。內因則是指喜、怒、憂、思、悲、恐、驚等七情的情志因素，或飲食、勞倦、房事、起居等生活規律。四時天氣的外因變化對身體機能的調變是一大考驗，中醫認為正氣不足是疾病發生的內在主要原因，邪氣過盛則是發病的條件。陰陽失調、氣血津液失常、臟腑經絡功能失能，即是正、邪兩氣交戰導致的病機。《靈樞·論疾診尺》：「四時之變，寒暑之勝，重陽必陰，重陰必陽。故陰主寒，陽主熱。故寒甚則熱，熱甚則寒。故曰：寒生熱，熱生寒。此陰陽之變也。」可見外因的變化影響人體的健康。

(3) 四診、八綱、六經辨證論治

中醫的診斷，主要以望、聞、問、切四診做為直接的病情探詢，並依據陰、陽、表、裡、寒、熱、虛、實八綱規則，太陽、陽明、少陽、太陰、少陰、厥陰六經脈象等做為辨識病因、病位、病性、病勢的病機基礎。經過中醫基本原理和辨證論治的分析後，則多以扶正祛邪、陰陽調整、因勢利導為原則，「求本治未病」是中國傳統醫學的主要精神。

(4) 臨床治則

體質是個人代表性的生理狀態，個人體質對致病的因子及病理機制有其接受和傾向，體質受先天形體構造的遺傳及後天的因素如飲食、生活習慣、環境與心理情志等影響，體質經由適當修復調整，可由相對代表性的生理狀態，轉變成健康的生命體（王琦，1995）。了解個人體質即是疾病治療與預防的首要工作。

中國傳統醫學觀察個體體質特性與差異，根據中醫基本理論及辨證論治的方略，強調精、氣、神是人體的健康元素，以陰陽協調及四季養生為健康照護的方針，治療方法主要以藥食同源的飲食建議，多以神農本草的記載為根本，方藥配伍和五臟五色五味的關係，並引用典籍做變化，或是針灸治療的運作，四時養生的規律調養等，是長期處於忙碌高壓的現代人最自然而根本的養生治療指導。

2.3.3 中醫體質學說

中醫體質學匯集體質特徵、體質類型和體質差異，將生理表現和疾病徵兆做對照，做為辨證論治的具體觀察。《內經》是最早記載體質的醫書也是開啟中醫體質思想的重要典籍。中醫體質學說始見於《靈樞·陰陽二十五人》，以金、木、水、火、土五行歸屬，相應皮膚五色，由膩順肥瘦的體型、外觀的剛強柔弱衛氣、言談氣勢及心理特徵等分類。《靈樞·通天》依人陰陽的多寡，分為太陽、太陰、少陽、少陰、陰陽平和五種分類，其態不同，其筋骨氣血各不同。《內經》對體質的分類差異及類型有廣泛而明確的說明，主要作為辨證論治的基礎，是中醫因人制宜、因體論治的實踐（錢會男，2006）。

王琦等認為《內經》的體質差異分類是建立在個體形態結構、生理機能與心理特質的觀察。體質主要受後天地理環境與氣象因素，其次是飲食因素，再其次是性別及年齡。體質的強弱偏頗，陰陽虛實偏屬是導致發病的重要因素。王琦進一步提出，內經具有特定的時代背景，不同的年代環境，社會和心理因素也會影響體質。並指出個體體質差異，對相同療法和藥物劑量有不同反應性和耐受性，因而不同體質需以適合的療法和藥物及劑量，辨體質施治，這也是中醫採取因人制宜的施治原則（王琦，1995）。

明代醫家張景岳以人類天生的陰陽特質、臟氣的強弱程度、氣血營衛的盛衰、飲食偏好等，將體質分為陰臟、陽臟、平臟三種。王琦認為張景

岳所言：「其有以一人之稟，而先後之不同者。如以素稟陽剛，而恃強無畏，縱嗜寒涼，及其久也，而陽氣受傷，則陽變為陰矣；或以陰柔，而素耽辛熱，久之則陰日之涸，而陰變為陽矣。不惟飲食，情欲皆然。病有出入，朝暮變遷，滿而更滿，無不覆矣，損而又損，無不破矣」；「久而增氣，物化之常也；氣增而久，天之由也。」即是清楚說明體質雖與先天稟賦有關，但後天的調節奉養因素可使之有常有變，藉以達到疾病治療與預防的目的（王琦，2006a）。

清代名醫葉天士從型態特徵、肌肉堅結或柔軟、面色、面型、膚色等為辨識，將體質分為木火質、濕熱質、肝鬱質、陰虛質、陽虛質、脾虛質六類型。清代醫家章楠則以陰陽量的盛旺虛弱程度來說明陰陽，將體質分為陽旺陰虛、陰陽俱盛、陰盛陽虛、陰陽兩虛四種體質。近代醫家陸晉生根據病邪的從化規律，由病性之寒、熱、濕、燥徵象，將體質以濕熱、燥熱、寒濕、寒燥四型做為區分（孫理軍，2008）。

王琦提出中醫體質發展沿革，說明明清時期的體質學說採取綜合陰、陽、氣、血、津液的盛、衰、虛、實變化為主的分類方法，探討人體生命物質的基礎，而現代的中醫體質研究，則是根據人體臟腑經絡、氣血陰陽津液的表現差異結合中醫病因理論與《內經》和明清時期的體質分類，建立現代醫學的臨床觀察基礎（王琦，2005）。

陳麗麗以中醫陰陽解釋人體內部生理，陰的功能包含血，陽的功能包含氣；維持身體功能的質量屬陰，如器官組織、血、營養物質、體液等；

維持身體功能的能量屬陽，如器官功能的維護、身體內液體及溫度調節等生理功能等。而維持陰陽氣血處於平衡狀態，即是中醫所謂的陰陽氣血平衡之概念。陰陽平衡或和諧狀態視為健康，並歸之為正常體質；而當陰血或陽氣消耗而失去平衡，個體將生理失常表現於外在，而這種失衡持續的狀態便歸類為虛性體質（陳麗麗，2008）。

現代中醫體質學說，依不同學理基礎，有以下幾種分類法：

王琦根據體形膚色等外觀、舌象、脈象、飲食、性格等形、證、色、脈四診特徵加以分型，並以中醫臟腑、經絡、營衛等理論為基礎，由觀察中醫陰、陽、氣、血、津液的盛衰虛實變化，結合臨床經驗和病理機制，將臟腑功能變化，結合形體結構、功能特徵、心理性格等定義出瘀血質、氣虛質、濕熱質、痰濕質、陽虛質、陰虛質、正常質的體質七類型（王琦，1995）。其中醫體質量表以五段計分法，由其原始分數依轉化規則得到體質評估結果，分數越高代表該體質類型傾向越明顯（王琦，2006c）。王琦由其中醫體質量表的應用研究指出，陽虛質、陰虛質是最常見的體質類型（王琦，2008）。另外，王琦提出中醫體質兼具相對的穩定性及動態可變性，在未病的情況下，及早採取對策，糾正或改善由於陰陽氣血偏盛偏衰所導致的體質偏頗，以減少偏頗體質對疾病的易感性，可以預防疾病或延緩發病。實證治病的目的在於改變患者的病理體質，服用適當的藥物是調整體質的重要方法，合理的運用藥物的四氣五味、升降浮沉等性能，可以有效糾正體質的偏頗。調整和改善體質還要注意調整生活習慣，針對不同

體質類型，進行相當的生活指導，建立良好的行為方式和生活習慣，體質也可以獲得改善（王琦，2006c、2006d）。

匡調元認為體質與病證是不同的思維架構，依中醫陰陽、氣血、痰瘀等生理及病理特徵發展出體質病理學，將體質分為晦澀質（氣血易阻）、膩滯質（痰濕易盛）、倦眊質（氣血易虛）、遲冷質（陽氣易衰）、燥紅質（陰氣易虧）、正常質共六種體質分類（匡調元，2008）。匡氏認為西方醫學的疾病概念，是在「局部定位論」的主導下，以局部結構變化為主的定型反應形式，診斷和治療常著重在局部某一結構或單一功能或某個代謝指標。而中醫學的證型和質型則是在「整體制約論」主導下，以「臨床整體功能變化為主的定型反應形式」診斷與治療著眼在全身臟腑經絡間的生剋關係（匡調元，2008）。匡氏以陰陽兩綱及氣血、寒熱、燥濕、虛實之八要做為辨析體質的要領，治療時可根據體質分類與辨證結果，採取解表劑、瀉下劑、清熱劑、祛暑劑、溫裡劑、補益劑、固澀劑、安神劑、理氣劑、理血劑、祛痰劑、治燥劑等進行藥療。匡氏提出治病必求其本，中醫體質是辨證論治的根基，強調以急則治其症，緩則治其質為治則，從辨證論治與隨質加減，才能切中病機，提高療效，並能增強體質以達預防復發的目的。

周學勝將體質分為陰陽平和質、偏陽質、偏陰質三種類型（周學勝，2006），認為中醫體質受先天因素和後天因素影響。先天因素指子代出生前，在母體內所稟受的一切特徵，包含父母身體素質、父母生育年齡、養

胎、妊娠的影響，是體質形成的基礎；後天因素則涵蓋年齡、性別、飲食營養、勞動鍛鍊、精神情志、地理環境等，是體質演化的條件。

孫理軍整合了各家中醫體質的內容，提出以體質概念與形成、精氣與陰陽及經絡等臟象關係、先天後天因素、典籍分類說法、體質辨析、疾病與體質關係、辨體論治、治療及防治養生的方法、中醫體質的系統總結共九個不同構面來強調中醫體質「形神合一」、「天人合一」的特徵和理念（孫理軍，2008）。孫氏認為體質、證、病為三種不同又互為關聯的狀態。病機包含了病因、病位、病性、病勢，病機決定病證的表現，體質是先天和後天因素在生長和衰老間，生理與病理的差異現象。結合辨體、辨病、辨證的辨體論治是中醫治療疾病的思想。母國成認為病變過程的體質變化是一種病態狀況，根據個體病質受病變過程影響的觀念，提出無力質（氣虛）、蒼白質（血虛）、黏液質（痰濕）、紫滯質（瘀血）、遲弱質（陽虛）、盜熱質（陰虛）、冷激質（陰盛）、奮力質（陽盛）、結障質（氣滯）九種體質。王大鵬則以五臟功能異常做為體質分類，提出心虛質、胆旺質、脾虛質、肺虛質、腎虛質共五種體質。

林齊鳴偏重臨床觀察而將體質括分為正常質、陽熱質、陰虛質、陽虛質、氣血虧虛質、精虧質、氣郁質、血滯質、痰濕質九種類型。和嘉芳等以匡氏早期的體質分類為參考，觀察中醫陰陽盛衰及五行氣質變化，結合醫學生化檢驗，發展出陰虛、陽虛、陰盛、陽盛、陰陽平和、陰陽兩虛六種類型，其氣質與情志內容，有別於一般體質分類，有助七情致病機制的

評估。楊靖等人（楊靖，2000）對各家中醫體質的發展做出了比較，認為體質與證是相互關聯卻是不同特徵的轉化和約制。另外，結合病理體質的動物實驗，依照代謝醫學分析，得到寒體與熱體的體質差異表現。而臨床試驗針對疾病、年齡、性別的研究分析，也發現顯著性意義。中醫體質的研究發展，不僅提供治療學上的重要參考，更是預防醫學的重要途徑和方法。

大陸地區的學者和醫學研究單位有許多對中醫體質投入長期的研究，於 1978 ~ 2007 年間，中醫體質採用文獻計量學法的學術研究發表，已有 345 篇，尤以 2002 年開始迅速增長，足見中醫體質越來越受重視。其中，1978 ~ 2001 年為理論探討，2002 年以來則陸續以疾病和中醫體質為探討方向，例如：原發性高血壓與中醫體質分類研究、鼻咽喉家系體質調查、第二型糖尿病與中醫體質分類研究、睡眠患者相關因素與體質關係研究等。這些研究主要以中醫體質與疾病關係、治療學、文獻整理、中醫基礎理論、流行病學、小兒體質等的探討，中醫體質逐漸成為治療和防治的重要應用（王琦，2006a、2006b、2006c、2006d）。

近年來，在疾病不斷演化的衝擊之下，中西醫整合醫療由實證醫學與傳統醫學的異同和互補，建立診療模式的共識（沈建忠，2009、2008），提供全人的治療和疾病預防的前瞻。蘇奕彰之研究結果指出，國人之體質頻率以痰濕質及陰虛質患者最高；系統性紅斑狼瘡患者之體質傾向為陰虛質、瘀滯質和血虛質。腎病症候群與血虛體質關係密切；光敏感和陰虛體

質關係密切；口瘡與氣虛體質關係密切；胸腹部症狀及神經症狀則與陽虛體質較相關（蘇奕彰，1995）。黃建勳以醫院體檢個案與家醫科訓練醫師及社區整合式篩檢民眾共 615 人為對象的中醫體質研究結果發現，「高血壓」與陽虛和痰濕存在正相關；「糖尿病」與陰虛、陽虛、血虛存在正相關；「高血脂」與陰虛、氣虛、血虛、痰濕、瘀滯存在正相關；「貧血」與血虛、瘀滯存在正相關；「肝病」與陽虛、氣虛存在正相關；「腎病」與陰虛、陽虛存在正相關；「皮膚過敏」與陰虛、陽虛、氣虛、血虛存在正相關（黃建勳，2005）。李佳霖對過敏性鼻炎臨床症狀嚴重度的研究，結合實證醫學的 IgE、ECP(Eosinophil Cationic Protein)的生化檢驗及中醫體質陰陽之差、氣血之和、病程及性別、年齡等七個自變數來的探討，並依陰陽之差、氣血之和將過敏五大症狀分為打噴嚏、流鼻水、鼻癢、眼癢與鼻塞症候群做症狀與體質相關的研究探討，結果有顯著正相關。因此李氏提出，同時將中西醫指標納入考量，才能對過敏性鼻炎有較正確的評估（李佳霖，2006）。大陸學者朱燕波也由疾病影響因素的研究中發現，痰濕質、陰虛質、氣虛質是最容易發生原發型高血壓的體質（朱燕波、王琦、鄧棋衛、蔡晶、宋曉鴻、關雪，2010）。

綜合上述中西醫對疾病的整合治療，個體化的健康照護是現今醫學努力的方向，而中醫體質的概念，對疾病的真因判斷和治療防治也更顯現其重要性。

蘇奕彰考察王琦對中醫體質的定義，說明體質是由先天遺傳和後天獲

得所形成，在形態結構、功能活動方面具有相對穩定的個體特性，並表現與心理性格的相關性。蘇奕彰並提出體質結構包括體態（身體的解剖結構）、質態（維持身體功能的質量和能量狀態，如生理功能及氣質）及心理的活動和行為的特性共三個部分。體質表現為生理狀態下對外界刺激的反應和調適上的某些差異性，以及發病過程中對某些致病因子的易罹性，和病態發展過程中的傾向性（蘇奕彰，1995）。而影響體質的因素有先天及後天，包括基因遺傳、年齡、性別、地理氣候、飲食、疾病、運動等因素。體質具有穩定的個體特徵，也具有個體之差異性，受到遺傳和環境因素的影響是可變的，具有決定個體對致病因子之易感性及其所產生病變類型的傾向性。蘇氏提出對中醫體質的探討，說明王琦認為急性患者的證候表現不一定與體質相關，但慢性疾患中，證與體質是相關的看法。不同的體質類型決定了個體對某些疾病的易感性，王琦等人研究發現肥胖痰濕體質者，患高血壓、高血脂症、冠心病、中風、糖尿病的機會顯著大於非痰濕體質者（蘇奕彰，2008）。蘇氏並綜合各家體質分類的特點，提出體質在臨床上被應用於指導健康促進方法的選擇，指導疾病的防範及指導醫師診治疾病。蘇氏綜觀體質的文獻，對學者提出多數研究體質評估方式，多採望、聞、問、切四診合參資料，進行體質分型，然而，四診技巧的運用，需具專業資格的中醫師才有能力，且此種方式所收集之資料，其客觀性有待商榷，參考以自覺症狀、體徵量表資料的研究模式，以實驗室測定方式針對系統性紅斑狼瘡及正常人進行體質分類，將體質分為七型，即正常質、

血虛質、陰虛質、氣虛質、陽虛質、痰濕質、瘀滯質，且以統計模式重新檢定體質分型之問項標準，之後並針對過敏性鼻炎患者探討其中醫體質（蘇奕彰，2008）。

2.3.4 中醫體質之重要性

中醫將氣分為四種，是人的生理功能和氣血循環的整合。元氣又稱腎氣，來自父母，是先天之氣，命門所繫，氣行三焦。宗氣出於胸，結合飲食水谷化生之氣與肺部吸入之氣，包含氧氣的血循環，是一身之氣運行輸佈的起點。營氣又稱陰氣，為宗氣貫入血脈的營養之氣，行於脈中，主管血液中養分運輸。衛氣即陽氣，為宗氣宣發於脈外的氣，行於脈處，散佈全身，是防禦外邪的抵抗力。人體生命所需的精、氣、血、津液等，均藏於五臟六腑而運作生息。五臟更發展出與五味、五色的關係，《素問·宣明五氣篇》：「五味所入，酸入肝，辛入肺，苦入心，鹹入腎，甘入脾，是為五入。」《靈樞·五色》：「以五色命藏，青為肝，赤為心，白為肺，黃為脾，黑為腎。肝合筋，心合脈，肺合皮，脾合肉，腎合骨也。」皆是疾病治療與養生強身的運作參考。

中醫認為疾病的原因正氣不足，正氣決定發病與否與康復能力的強弱，而體質則是決定疾病病性、病位及病勢的重要依據。個人體質具有不同特性，中醫體質分類即是考量個人條件及狀況的健康評估與應用基礎。

疾病的形成可分為外在環境及內在個體兩種因素，從現今的主流醫學體制，採用西方生化檢驗和解剖生理甚至基因分子生物的角度來看，個體內在因素則與體質強弱有密切關係，體質強弱影響身體對疾病的感染性與抗癒能力，體質強者正氣盛較不易罹病，體質弱者則抗病能力較差或健康恢復期較長。徐松鋌認為中西醫最大之不同，在於中醫重視個體之差異性，即所謂「體質」之差異，在同一種疾病中可分析出不同診斷類型，使用不同治療藥物，由於個體體質差異性，中醫發展出獨特之「辨證論治」學說。對於疾病病機的探討，體質應包括 3 個要件：(1) 刺激因素，即誘發疾病發病的原因；(2) 反應條件，即在刺激因素作用下，身體的反應能力及狀況；(3) 時間因素，它包含了潛伏期、前驅期、疾病期、和恢復期四個階段，刺激因素與反應條件兩個因素之相互作用時間，也就是病程，隨著疾病之發展。綜合以上論述，中醫體質是做為現代醫學的科學分析和中醫論治實務的可靠參考（徐松鋌，2008）。

中醫藉由陰、陽、表、裡、寒、熱、虛、實八綱評估基礎，太陽、陽明、少陽、太陰、少陰、厥陰六經脈象等觀察疾病的病性、病位及病勢來解析疾病的證候，由望、聞、問、切四診參合來判斷病發的部位、疾病的屬性和病情的輕重，中醫體質則是失眠的演變發展及症狀解除之觀察及辨證論治的重要指標。

蘇奕彰在中醫體質特性的研究探討上，發現本地一般國人之體質頻率以痰濕質及陰虛質患者最高；系統性紅斑狼瘡患者之體質傾向為陰虛質、

瘀滯質和血虛質。結果亦發現：腎病症候群與血虛體與之關係最密切；光敏感和陰虛體質最密切；口瘡與氣虛體質最密切；而胸腹部症狀及神經症狀則與陽虛體質較相關。此外，蝴蝶斑、口乾眼乾、雷諾氏現象及關節炎等症狀，歸於中醫病理性產物造成之痰濕與瘀滯體質，在關係上並與陰虛及血虛質較接近（蘇奕彰，1998）。

王琦提出中醫體質兼具相對的穩定性及動態可變性，在未病的情況下，及早採取對策，糾正或改善由於陰陽氣血偏盛偏衰所導致的體質偏頗，以減少偏頗體質對疾病的易感性，可以預防疾病或延緩發病。

蘇奕彰整合匡調元、王琦、劉良倚對體質的論述，提出體質的特點是穩定的個體特徵，且具有個體之差異性，受到遺傳和環境因素的影響，是可變的，具有決定個體對致病因子之易感性及其所產生病變類型的傾向性。由於體質有上述之特點，故體質在臨床上被應用於指導健康促進方法的選擇，指導疾病的防範及指導醫師診治疾病（蘇奕彰，2007b）。體質的重要在於體質結合身體結構、生理功能及心理特性，是個體差異性的表現，體質受到遺傳、環境、飲食和疾病等因子的影響，與個人健康及疾病的發生與治療有重要關聯（陳麗麗、蘇奕彰，2007）。

中國傳統醫學以「治未病」為健康促進及疾病預防為方向，中醫體質以觀察陰陽、臟象、營衛、經絡等病位、病勢等的狀態，由各體質基礎與特性分類，以因人制宜措施，對個體體質差異與健康目標進行辨證論治，並可由中醫體質特性，強調日常生活起居的規律、飲食保健的重要性，藉

由自我健康認知及保健落實來調整體質，使疾病得以選擇相應的治療方法，平常得以建立養生與防治的健康管理指引。

中央研究院徐松鋁以西醫確診為過敏性鼻炎之患者，隨機分組分別服用寒性或熱性中藥方二個月，在服藥前後分別接受中醫體質分型及西醫臨床評估，利用 2D-gel 做蛋白質分佈的關係研究，以尋找證型、疾病與血清蛋白質的關係，研究中醫的體質類型與疾病表現的關係。結果發現血紅蛋白與服用藥物有直接相關，但與體質的變化沒有相關。然而，徐氏也指出中藥補陽與補陰是強化體質實質的治療，清熱與溫陽是調節體質功能的表現，因此中藥與基因表現最直接相關的是陰陽之體質類型，而體質類型包括寒或熱屬性為外在表現型，藥物反映之結果也以寒熱為表現型，因此認為作為銜接基因及蛋白質研究與中西醫臨床表現之基礎研究應以陰陽（寒熱）為探討之標的（徐松鋁，2008）。由徐氏之論見，中醫數千年的學理基礎與臨床的豐厚根基，除了可以經由現代科學化的驗證，更可以與現代的主流醫學相互輔助與結合；中醫體質是中醫辨證論治的根本，也是中醫科學化重要的里程碑。

2.4 中醫睡眠醫學

2.4.1 中醫病名之典籍考據

中國文字與睡眠相關描述甚多，例如：睡、眠、暝、臥、寐、寢、夢、鼾、寤、覺、醒等。《內經》是現今流傳最早的一本描述睡眠的中醫典籍，《素問篇》及《靈樞篇》對睡眠均有諸多說明，如《靈樞·營衛生會》：「衛氣行于陰二十五度，行于陽二十五度，分為晝夜，故氣至陽而起，至陰而止。」又言：「榮衛之行，不失其常，故晝精而夜暝。」《靈樞·衛氣行篇》：「陽盡於陰，陰受氣矣。其始入於陰，常從足少陰注於腎，腎注於心，心注於肺，肺注於肝，肝注於脾，脾復注於腎為周。」均以晝夜節律和氣血營衛學說做為中醫睡眠醫學發展的基礎。

睡眠主要以人體的陰陽消長變化為觀察，配以自然晝夜的節律，形成個人睡眠與覺醒的生理現象，《靈樞·口問》：「陽氣盡，陰氣盛，則目暝；陰氣盡而陽氣盛，則寤矣。」中醫典籍對睡眠障礙的病因有不同分類，可分為先天體質的特異、臟腑發育不良、元氣虛損、七情鬱結及邪由內生五種。而引起睡眠障礙的病理機制，則有陰陽失調、神元失養、邪擾神動等。臟腑氣血的不榮不養，精氣神散失，身心不寧，魂不守舍，則是睡眠障礙的病機。另外，正氣不足，邪氣留滯，臟腑功能無法正常發揮，神志不清明，情緒浮動，亦引發睡眠障礙。睡眠病機導致睡眠障礙，而有失眠、嗜睡、難入睡、鼾眠、夢驚、夢遊等症狀產生（李世滄，2007）。

中國歷代醫學典籍對睡眠障礙的記載眾多，根據林昭庚《中西醫病名對照大辭典》之中醫病名對照，以「不能臥、不得臥、不得眠、臥不安、不寐」等語詞作為關鍵字進行檢索，整理出歷代中醫典籍中與睡眠障礙相關之記載如表 2.1：

表 2.1 中醫典籍之睡眠障礙簡表

| 年代 | 典籍 | 作者 | 睡眠障礙描述 |
|------|--------|-----|---------------------------|
| 春秋戰國 | 內經 | 佚名 | 臥不能眠、臥不安、不得臥、夜驚、驚悸于臥等 |
| 漢代 | 傷寒論 | 張仲景 | 溫病鼾眠、虛勞虛煩不得眠、傷寒不得眠等 |
| 漢代 | 中藏經 | 華陀 | 不寐、睡中驚悸等 |
| 隋代 | 諸病源候論 | 巢元方 | 虛勞不得眠、嗜眠、夜驚、夜啼等 |
| 唐代 | 備急千金要方 | 孫思邈 | 不得眠、夢驚、多魘、夢寤驚悸等 |
| 唐代 | 千金翼方 | 孫思邈 | 夜不得寐、多睡欲合眼等 |
| 唐代 | 外台秘要 | 王焘 | 虛勞虛煩不得眠、睡中尿床不自覺、遺尿、小兒驚夜啼等 |

| | | | |
|----|----------|--------|-----------------------------------|
| 宋代 | 太平經惠方 | 王懷隱 | 膽虛不得睡、膽熱不得睡 、虛勞心熱不得睡等 |
| | 醫心方 | 日·丹波康賴 | 治谷勞欲臥、嗜眠、昏塞 喜眠等 |
| 宋代 | 博濟方 | 王袞 | 夜多盜汗、多困睡等 |
| 宋代 | 太平惠民和劑局方 | 和劑局編 | 夜多異夢、晝少精神、嗜 臥少起、睡臥不寧、夢寐 驚悸等 |
| 宋代 | 濟生方 | 嚴用和 | 夢寐驚恐、夜多不寐、睡 臥不安等 |
| 金元 | 脾胃論 | 李東垣 | 嗜眠、食後昏冒欲睡等 |
| 金元 | 醫學發明 | 李東垣 | 寢汗憎風、臥而多驚、熱 蒸不眠等 |
| 元代 | 世醫得效方 | 危亦林 | 夜不得睡，夢中驚魘、虛 煩少睡等 |
| 明代 | 普濟方 | 朱棣 | 睡臥不安、實熱多驚、心 虛驚悸等 |
| 明代 | 本草綱目 | 李時珍 | 不寐、多眠、離魂、夜啼、 夢嚙等 |
| 明代 | 明醫指掌 | 皇甫中 | 夜臥不安奇怪夢 |

| | | | |
|----|--------|-------|-----------------|
| 明代 | 東醫寶鑑 | 朝鮮·許浚 | 虛煩不睡、昏沉多睡、身重嗜臥等 |
| 明代 | 証因脈治 | 秦景明 | 七種外感不得臥、五種內傷不得臥 |
| 明代 | 景岳全書 | 張介賓 | 不得臥、不寐等 |
| 清代 | 張氏醫通 | 張璐 | 喘不得臥、虛勞形拖不得臥等 |
| 清代 | 醫宗金鑑 | 吳謙等 | 畏恐不能獨臥 |
| 清代 | 醫碕 | 何夢瑤 | 心煩不得臥、多臥等 |
| 清代 | 醫學原始 | 王宏翰 | 正夢、夢中魘、魂出為夢 |
| 清代 | 不居集·不寐 | 吳澄 | 終夜不寐、忽寐忽醒等 |

根據以上中醫典籍資料顯示，自古醫家對睡眠障礙有相當程度之重視。

2.4.2 失眠的中醫病因論

中醫認為失眠的病因為七情所傷、暴受驚恐、思慮勞倦、稟賦不足、房勞久病、年邁體虛；失眠的病機則是氣血失調、陰陽失和、臟腑功能不彰，因而心神受擾、神不守舍故不得眠（林昭庚，2001）。中醫講求辨證論治，因此治則與療法也隨之應運而生，例如《金匱要論·血痺虛勞病脈證

并治》：「虛勞虛煩不得眠，酸棗仁湯主之。」

程士德則提出寤寐的機理以《內經》最早記載，且多次強調衛氣與寤寐關係密切。而「不得眠」的病機更是說明營氣、衛氣、宗氣的化生及功能失衡的結果。睡眠是中醫體質分類的一項重要評估，通常以嗜睡、打鼾、睡眠易醒、不易入睡等現象為分類考量。母國成的體質分類中，蒼白質代表的血虛體質有失眠多夢的特徵。林齊鳴以睡眠障礙為臨床常見問題，由其觀察結果指出，正常體質者睡眠品質好，陰虛體質者睡眠多，氣鬱體質者睡眠品質差，血虛體質者有失眠驚悸現象，痰瘀者多眠（孫理軍，2008）。

黃怡嘉以憂鬱疾患者和中醫體質做探討，發現中醫文獻中的不寐、不得臥、嗜臥、嗜眠等，皆是睡眠和憂鬱相關的情志範疇。由其整理的中醫憂鬱症病性證型診斷標準，陰虛或血虛容易有失眠、不易入睡、眠淺易醒的症狀；氣虛或痰濕容易有嗜睡症狀（黃怡嘉，2004）。

中醫對嗜睡的論述，有生理現象的觀察，有陰陽理論的平衡觀，說明個人體質所呈現的陰陽平衡、營衛運行、臟腑功能、精神情志等狀況與睡眠息息相關，此在《靈樞·大惑論》有詳細的記載：「多臥者，其腸胃大而皮膚濕，而分肉不解焉。腸胃大則衛氣留久，皮膚濕則分肉不解，其行遲，留於陰久也。其氣不精則欲暝，故多臥矣。其腸胃小，皮膚滑以緩，分肉解利，衛氣之留于陽也久，故少臥焉。」

大陸學者劉艷驕提出，一般中醫理論認為痰濕質的人、瘀血質的人睡

眠時間較長，陰虛質的人、血虛質的人睡眠較少。特異體質的人因過敏而影響睡眠，易患皮膚病的人也常有睡眠障礙。中醫睡眠學認為失眠的病因，主要為外邪所感、七情所傷、思勞久倦或受暴受驚恐、稟賦不足、房勞久病、年邁體虛所致。而失眠主要病機則是陰陽平衡、氣血調和、臟腑功能不彰等，其神明受擾，神不守舍，造成睡眠障礙甚至引發疾病。中醫對睡眠障礙的診治，以不寐即失眠為首要。失眠可分為虛證及實證兩種。失眠虛證，多屬陰血不足，表現為體弱消瘦，面色無華，體倦懶言，心悸健忘，病程長，起病緩慢，多因肝腎功能失調，心神失養所致。失眠實證，多為火邪擾心，表現為心煩易怒，口苦咽乾，便秘溲赤，病程較短，起病緩急，多因心火、肝火、痰火擾心，心神不安所致。失眠宜辨虛實及臟腑，根據病證不同，施以祛邪或扶正的治則。失眠的病因主要以心火熾熱、肝鬱化火、痰熱內擾、陰虛火旺、心脾兩虛、汗心膽氣虛為病因（劉艷驕、高榮林，2003）。

中醫對於睡眠障礙病因的描述，可以陰陽學說、臟腑學說、營衛學說、經絡學說來闡釋：

(1) 陰陽學說

晝夜陰陽是大自然的節律，而人體的陰陽則應變於晝夜節律做調節變化。《靈樞·口問》對晝夜陰陽的說明：「衛氣晝日行於陽，夜半則行於陰，陰者主夜，夜者臥；陽者主上，陰者主下；故陰氣積於下，陽氣未盡，陽引而上，陰引而下，陰陽相引，故數欠。陽氣盡，陰氣盛，則目瞑；陰

氣盡而陽氣盛，則寤矣。」指出當環境外因變化而人體的陰陽失衡，則外邪入侵，內擾不安而影響睡眠與覺醒的關係。東漢醫家張仲景于《傷寒論》有「傷寒不得眠」，即是說明外邪氣盛、陰陽不調導致的外感失眠熱病。

中醫以陰陽平衡來定義病因，睡眠障礙也不例外。《靈樞·寒熱病》：「陽氣盛則瞋目，陰氣盛則瞑目。」及《類經·不得臥》：「凡五臟受傷，皆能使臥不安也。如七情傷倦、飲食風寒之類皆是也，……五臟主臟經者也。臟有所傷則精有所失，精有所失則神有所不安，故必使精復神安，則臥亦安矣。」說明陰陽失調，虛實寒熱失衡，臟腑將直接受到衝擊，是睡眠障礙的主要病機。

(2) 臟腑學說

睡眠是臟腑正常運作與休息的機制，臟腑的功能失常，睡眠也會因此受到影響。《素問·病能論》：「人有臥而有所不安者……藏有所傷及，精有所之寄，則安。」《靈樞·衛氣行》：「陽盡于陰，陰受氣矣。其始入于陰，常從足少陽注於腎，腎注於心，心注於肺，肺注於肝，肝注於脾，脾復注於腎為周。」即說明臟腑功能與晝夜陰陽循行的關係。《傷寒論》也有臟腑失能，身體勞煩影響睡眠「虛勞虛煩不得眠」的說法，臟腑失能引發的百合病（精神官能症）、虛勞病等，其主要病因則是心血不足。

中國傳統醫學對五臟六腑影響睡眠有系統性的闡述，以五臟而言，心是血脈和情志的主宰，由心神安寧、心血的滋養和暢行、心陰心陽的運作、心氣的脈動與睡眠為互動。以肝主血藏魂，由肝血濡澤神魂、肝陰肝陽制

約衡平、肝氣的疏泄調氣行血，是促成安寧睡眠的條件。以脾為後天精氣之源，水谷化生滋養氣血，統血固攝可做為睡眠的能量，並平穩血行運作的輸通。以肺為氣行的根本，肺亦藏魄寧神，由肺氣宣發及肅降，精氣生化散布，濁氣排出，是安寧睡眠的要因。以腎是先天之精的本，生命的根源，腎精滋養，五臟六腑得以發揮正常功能，腎陽溫養腎氣活化，是良好睡眠品質的基礎（李世滄，2007）。

臟腑受損引起的睡眠障礙，亦伴隨心氣不足，精神不濟的現象，可做為睡眠障礙的辨證論治參考。例如：《太平經惠方》對膽虛不得睡有其詳盡說明：「夫膽虛不得睡者，是五臟虛邪之氣干淫於心。心有憂掛，伏氣在膽，所以睡臥不安，心多驚悸，精神怯弱，蓋心氣憂傷，肝膽虛冷致不得睡也。」華陀《中藏經》則以冷熱為分野，對睡眠障礙做說明：「膽實熱，則精神不守，臥起不寧。膽熱則多睡，膽冷則無眠。」而大病造成身體的影響，從睡眠更可以直接觀察，《諸病源候論》：「大病之後，臟腑尚虛，榮衛未和，故生于冷熱。陰氣虛，衛氣獨行于陽，不入于陰，故不得眠。若心煩不得眠者，心熱也，但虛煩不得眠者，膽冷也。」

中醫典籍有關臟腑學說與睡眠障礙之相關記載如表 2.2：

表 2.2 臟腑學說與睡眠障礙

| 臟腑 | 中醫臟腑與睡眠障礙 |
|----|------------------------|
| 心 | 寐本乎陰，神其主也。神安則寐，神不安則不寐。 |

《景岳全書·不寐》

若陽熱內擾，心陽充盛而不入陰分，心火燔灼神明，神明為之燥動不安而不居其室，精神情志則亢奮不寧，使人煩亂，難以安靜入睡眠，或睡而不實，夢遊，多驚夢喜，畏懼不安。《太平經惠方》

心氣虛則夢救火陽物，得其時則夢燔灼。

《素問·方盛衰論》

心氣虛者，其人則畏，合目欲眠，夢還行而精神離散，魂魄妄行。《金匱要論·五臟風寒積聚病》

心病不寐者，心藏神，血虛火妄動，則神不安，凡而不寐。

《血證論·臥寐》

煩熱怔忡，頭目昏眩，夜臥不寧。

《經濟總論·心臟門》

腎

真陰精血之不足，陰陽不交，而神有不安其室耳。

《景岳全書·不寐》

髓海不安，則腦轉耳鳴，脛酸眩冒，目無所見，懈怠

安臥。《靈樞·海論》

腎氣虛則使人夢見一舟船溺人，得其時則夢浮水中，若有

畏恐。《素問·方盛衰論》

肝

肝藏血，血舍魂。《靈樞·本神》

平人肝不受邪，故臥則魂歸于肝，神靜而寐。今肝有邪，魂不得歸，是以臥則魂揚又離體也。

《普濟本事方》

若肝氣有餘，膽實，實則生熱，熱則精神驚悸不安，起臥不安。《太平經惠方》

魂藏於肝，肝藏血……，衄血多，則魂失養，故交睫即魘。

《醫宗必讀》

膽

膽熱多睡，膽冷則無眠。《中藏經》

痰在膽經，神不歸舍。《証治要訣》

脾

飲入于胃，游溢精氣，上輸于脾。脾氣散精，上歸于肺，通調水道，下輸膀胱，水精四布，五經並行，合于四時五臟陰陽，揆度以為常也。《素問·經脈別論》

百病皆由脾胃衰而生。《脾胃論》

脾胃一虛，則谷氣不充，脾愈無所稟……故因乏而嗜臥也。

《古今醫統》

脾胃受濕，沉困無力，怠惰好臥。《丹溪心法》

胃

脈數滑有力不得眠者，中有宿食痰火，此為胃不合則臥不安也。《張氏醫通·不得臥》

肺

肺氣虛則夢哭。《素問·脈要精微論》

肺氣盛則脈大，脈大則不偃臥。《素問·病能論》

(3) 營衛學說

中醫以精、氣、神為人體生命的要素。人體的氣，以源自父母的先天精氣，後天飲食水谷之氣與呼吸的清氣，匯合成生命現象。營氣是水谷經由脾胃化生，運行于血脈而營養全身的臟腑。衛氣則是水谷精氣之盛，循行于皮表而捍衛外邪入侵的守護。營衛之氣受晝夜循行變化影響，白天食飲水谷而化生，營衛氣血得以運行，至夜間停食，水谷精氣耗盡，休息以復生息，是為睡眠（李世滄，2007）。

營衛氣的循行的狀況，盛衰與行暢程度會影響臟腑的功能，營衛虛缺，臟腑失養，神衰意亂，是睡眠障礙的內因。《靈樞·大惑論》：「衛氣不得入于陰，常留于陽。留于陽則陽氣滿，陽氣滿則陽蹻盛，不得入于陰則陰氣虛，故目不瞑矣。」《景岳全書·不寐》：「無邪而不寐者，必營氣之不足也。」又言：「氣虛則無以養心，心虛則神不守舍……，以致終夜不寐，及忽寐忽醒，而為神魂不安等証。」說明營衛的寒熱、虛實、滯淤，使得心神不得安養，元神失榮，睡不安寧。《溫熱論》也以「營分受熱，則血液受劫，心神不安，夜甚無寐」，描述營衛對睡眠的影響。

《靈樞·營衛生會》：營氣衰少而衛氣內伐。」《靈樞·大惑論》：「其腸胃小，皮膚滑以緩，分肉解利，衛氣之留於陽也久，故少臥焉。」「邪氣留於上焦，上焦閉而不通，已食若飲湯，衛氣久留於因而不行。」《靈樞·邪客》：「厥氣客于五臟六腑，則衛氣獨衛其外，行於陽，不得於于陰。行於陽則陽氣盛，陽氣盛則陽蹻滿，不得入於陰，陽虛故目不瞑。」都是說

明營氣不足，衛氣行盡，邪氣內侵，衛氣滯留造成睡眠障礙。

營衛之氣由水谷化食精氣而成，營衛的循行規律為人體氣血的活動，循十二經絡運行，一晝夜營運可達五十周次。水谷之氣于內是為營氣，水谷之氣于外是為衛氣。營衛循行失度，陰陽不交，影響睡眠。而水谷化生是影響營衛的原因，飲食不節，血氣營衛不能正常運行，導致身體營衛失衡，例如：《靈樞·大惑論》：「腸胃大，則衛氣行留久；皮膚濕，分肉不解，則行遲。留於陰也久，其氣不清，則欲眠，故多臥矣。」說明了過食的營衛阻滯，導致精神不濟而出現嗜睡的睡眠障礙。

(4) 經絡學說

經絡出表入里，貫行上下，調和陰陽，是血氣運行的通道，傳達臟腑功能，維持生理現象的網絡。中醫經絡學的奇經八脈，有一對相應循行的陰陽蹻脈，起於足跟沿人體內外體側向上交會於目內眦，心神感受晝夜，衛氣運行其中，陰陽蹻脈可以調節眼睛睜閉，而有睡眠和覺醒的生理反應。

《靈樞·熱病論》：「足太陽有通項入腦者，正屬日本，名曰眼系……人腦乃別，陰蹻陽蹻，陰陽相交，陽入陰出，陰陽交於目銳眦，陽氣盛則瞋目，陰氣盛則瞑目。」「衛氣行於陽則陽蹻盛，主目張不欲睡；衛氣行於陰則陰蹻盛，主目閉而入睡。」睡眠與覺醒受陰陽蹻脈的影響，當陰陽蹻脈平衡失常，睡眠品質將受到干擾，《脈經·平奇經八脈病》：「陽蹻脈氣盛則清醒而目張，陰蹻脈氣盛則目合而入睡。」《靈樞·大惑論》也以陰陽盛衰說明失眠的病機：「陽氣盛則陽蹻滿，不得入于陰則陰氣虛，故

目不得瞑矣。」「陰氣盛則陰踴滿，不得入于陽則陽氣虛，故目閉也。」

綜合以上中醫學說，人的體質有陰陽之狀態，臟腑與營衛功能透過經絡暢行的運作得以與大自然節律變化產生平衡和諧的互動而達到健康；反之，即是疾病的成因。

2.5 失眠之臨床治療對策

2.5.1 西藥及非藥物的治療方法

A. 藥物治療

(1) Benzodiazepines(BZD)類，此類藥物作用在 GABA 接受器，可加速入眠、增加睡眠時間、提高睡眠效率。依藥效時間長短分為短效、中效、長效三種。短效的缺點是維持時間短，長效的缺點是白天殘留藥性，影響正常作息。

(2) 非 BZD 類，（如：Zopiclone），此類藥物可改善睡眠效率，亦會影響肝臟代謝，老年人與肝功能不佳者應減少劑量。

(3) 抗憂鬱藥類（如：Trazodone），對憂鬱引起的失眠有療效，但對非憂鬱引起之失眠則須依患者狀況考量。

(4) 巴比妥鹽類 (Barbiturates)，安全性較 BZD 類藥物差，容易產生耐受性和依賴性，不建議使用。

(5) 褪黑激素 (Melatonin)，此為松果體分泌的荷爾蒙，半衰期為三十至六十分鐘，可改善盲人與晝夜睡眠不規律，如輪班人員，但對一般慢性失眠的療效不佳（林清華，2005；陳崇賢，2010）。

B. 非藥物治療

(1) 改變睡眠習慣：建立規律睡眠時間，規律運動，睡眠場所的溫

度與噪音控制，夜間不食用刺激性食物及菸酒，睡前不做劇烈運動或太花腦力的活動。

(2) 放鬆治療 (Relaxation Therapy)：利用放鬆來改善睡眠品質。常用漸進式肌肉放鬆法 (Progressive Muscle Relaxation)、生理回饋法 (Biofeedback)及引導圖像 (Guided Imagery)等方法。

(3) 刺激控制療法 (Stimulus Control Therapy)：只在想睡時睡覺，不在床上做睡覺以外的事，上床十分鐘內未入睡就要起床做其他事，每天早上同一時間起床，白天不得睡覺。

(4) 限制睡眠療法 (Sleep Restriction Therapy)：減少睡眠時間以增加睡眠深度與品質。

(5) 認知治療 (Cognitive Therapy)：幫助病人消除因睡不好的非理性心理因素影響，及太過擔心而害怕睡不好的壓力，對非可實現期望的開導，以改善失眠 (陳崇賢，2010)。

(6) 另類與替代醫學 (Complementary and Alternative Medicine, CAM)：根據美國國家另類與替代醫學中心 (National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) 定義，CAM 是主流醫學以外，集合多種醫學和健康照護的系統、實作和產品之總稱。CAM 與主流醫學的界線並不絕對，特定的 CAM，如：傳統中國醫學的針灸對減輕疼痛甚至比主流醫學的療法更為廣被接受。美國國家健康訪談調查單位 (National Health Interview Survey, NHIS) 公布 2007 年的調查結果，約有

38% 的美國民眾使用 CAM 做為醫療保健。

美國另類與替代醫學期刊對 CAM 歸納了四十種療法，常見的有傳統中醫(Traditional Chinese Medicine)、針灸 (Acupuncture)、生理回饋訓練與神經療法 (Biofeedback Training and Neurotherapy)、芳香療法 (Aromatherapy)、音樂療法 (Music therapy)、催眠療法 (Hypnotherapy)、氣功與太極 (Qigong and Tai Chi)、瑜珈 (Yoga)、放鬆療法 (Relaxation)、身心療法 (Mind Body Medicine)、營養醫學 (Nutritional Medicine)、花精療法 (Flower Essences)、能量醫學 (Energy Medicine)、順勢醫學 (Homeopathy) 等，都是臨床上常見的輔助療法 (劉大元，2009)。然而，CAM 的使用依各國法律規定，因此施行的時間和內容也不同，臨床醫學對其療效結果也有不同的看法。澳洲 Sarris 氏等人以 2009 年 MEDLINE (PubMed)、CINAHL、PsycINFO、The Cochrane Library 等醫學文獻之草藥、營養藥品、針灸、瑜珈、太極、按摩、芳香療法和同類療法做為 CAM 應用在慢性失眠治療的隨機控制試驗之系統研究回顧，根據數據顯示針灸、太極、瑜珈對慢性失眠有療效。然而，草藥類如纈草屬植物和主流的 CAM 療法，如同類療法、按摩及芳香療法則無明顯療效 (Sarris and Byrme, 2011)。

綜合上述臨床失眠療法，失眠的成因包含了生理與心理的層面，而生活形態和環境條件及壓力也是影響睡眠的原因，因而失眠的探討應考量各項影響因素，如性別、年齡、疾病史、生活形態及環境與壓力感受等，進而以提升個人的狀況及改善睡眠品質為依歸。

2.5.2 中醫的失眠治療方法

中醫對失眠的判斷不僅就其生理的功能表現也著重其病理的變化。例如，睡眠不實、不敢獨睡、心悸氣短而易驚醒者，是心氣弱膽氣虛的表現。精神不濟，食量大活動力差，懶言氣短，多寐體倦，是由脾氣虛弱而起。中醫的睡眠障礙，主要以先天異常、臟腑功能不全、元氣虛損、七情鬱結、邪生內擾為病因，其中元氣虛損、七情鬱結、邪生內擾此三種病因最為常見，而陰陽失調、神元失養、邪擾神動則是睡眠障礙主要的病理機制。

歷代中醫家對失眠的治療，多從氣虛、血虛及臟腑受邪論治。中醫主張心藏神，肝藏魂，若心神失養，抑鬱悶結，勞煩氣短等，睡眠即受到影響，因而心和肝和睡眠的關係最為密切。以中醫病理而言，肝主藏血，血虛生內熱，虛熱內擾，血虛不能養心，則神魂不寧，因此心煩不得眠。中醫對睡眠障礙的治法，因此著重在平衡陰陽、調和臟腑功能、定氣寧神的清熱法、消導法、補益法、和解法和安神法等。

現代人常見的失眠，中醫典籍以虛勞不得眠、煩不可寧的失眠症狀說明之，《金匱要略》：「虛勞虛煩不得眠，酸棗仁湯主之。」及《外台秘要》以小酸棗湯治療。主方酸棗仁即是以其中醫藥理之性平，味甘、酸，能補血養肝，益心安神為基礎，成為鎮靜寧眠的常用方劑。

中藥方劑常見於治療失眠，如：《內經》以半夏秫米湯治療胃不和、臥不安。漢代張仲景以黃連阿膠湯、桂枝加龍骨牡蠣湯及酸棗仁湯來治療

失眠。元代朱丹溪擅用補益的方法，以人參養榮湯治療積勞虛損，四肢倦怠、汲汲短氣，面少顏色引起的虛損失眠（李世滄，2007）。

以嗜睡為例，主流醫學多認為嗜睡是睡眠不足、睡眠剝奪或呼吸道及相關疾病史導致，嗜睡是睡眠不足的生理回饋機制，而中醫的觀察與辨證則有更精微獨到的見解。《靈樞·寒熱病》：「陽氣盛則瞋目，陰氣盛則瞑目。」指出當陰陽失衡，陽虛陰盛將導致嗜睡。朱丹溪承續李東垣《脾胃論》的觀點，提出對嗜睡的看法：「脾胃受濕、沉困乏力、怠情嗜臥。」也說明嗜眠主要由於脾虛濕勝所引起，而脾虛會減緩體內的化水功能，水不化而轉化為痰濕，造成腸胃及呼吸道的不適，進而影響睡眠，嗜睡和鼾睡皆是常見的脾胃型睡眠障礙。

根據《傷寒論》的說法，倦怠蜷臥、似睡非睡、似醒非省而欲眠者，是陽衰陰盛、神虛不振的嗜睡。而神清熟睡的嗜睡是邪氣退正氣還的徵象，與邪熱內擾神明蒙蔽得昏沉嗜睡則有病勢發展的不同。《傷寒論》也提到邪熱亢盛、傷灼神明之人，會出現鎮日昏沉、體重出汗、易睡鼻鼾等現象，此症狀則類似現代睡眠呼吸中止症。睡眠打鼾是常見的睡眠障礙現象之一，主流醫學常與年齡及體重相提，中醫則認為外感內傷都是睡眠打鼾的病因，外感為侵入肺衛肌表，內傷則是心胃火盛、邪擾肺氣、痰熱內蘊、肝熱上擾。《素問·逆調論》：「不得臥而鼻有音者，是陽明之逆也，足三陽者下行，今逆而上行，故息有因也。陽明者，胃脈也，陽明逆不得從其道，故不得臥也。夫起居如故而息有音者，此肺之絡脈逆也，絡脈之病也微，

故起居如故而息有音也。」

睡眠障礙常用的中醫療法，主要以陰陽臟腑、營衛經絡的基礎進行辨證論治，以方劑做為平衡陰陽，調和營衛；養護臟腑功能及紓鬱安神的對策。

另外，針灸、按摩、刮痧等都是臨床上廣為使用的治療。

中醫常用的失眠療法如下：

(1) 藥物

《神農本草經》是中國最早的藥物學著作，其中記載人參、酸棗仁、柏子仁、天門冬、麥門冬、遠志、山藥、茯苓、菖蒲、丹參、枸杞等藥材常用於治療失眠之方劑中。《金匱要論》中的苓桂朮甘湯，方中茯苓健脾滲淡利濕，桂枝溫陽降逆，與茯苓氣化行水，白朮健脾燥濕，健中焦除水濕，炙甘草健脾補中，全方具有振奮陽氣、健脾滲濕之功，是中醫常見脾胃虛濕、氣滯神萎的嗜睡對策。《金匱要論》：「虛勞虛煩，不得眠，酸棗仁湯主之。」以主方酸棗仁具有養血補肝、斂汗寧心的作用，配伍茯苓加強安神醒脾，知母滋陰清熱除煩緩燥、川芎疏達肝氣、甘草和藥，是睡眠障礙的常用中醫藥療。而《太平經惠方》對「心臟煩熱、燥渴不得睡卧」、「心神煩不得眠」之失眠症狀，也同樣主張以酸棗仁湯來治療。

對臟腑失衡引起之失眠，《外台秘要》對心虛不得眠，不食者，以茯神飲治療之。《備急千金要方》對膽寒的虛煩不眠以溫膽湯對應，溫膽湯也常用於治療痰濕內擾的睡眠障礙。對於肝臟積熱，氣昏血滯導致的睡臥不安，《普濟方》則提出瀉肝湯來改善。對夢寤驚悸的失眠治療，《千金翼方》主

張以鎮心丸或大建中湯治療。此外，歸脾湯、半夏湯和天王補心丹等也都是常用的治療失眠方劑。

(2) 針灸

針灸是中醫的經絡學的實踐，也是調和陰陽的操作手法，《靈樞·根結篇》：「用針之要，在於知調陰與陽，調陰與陽，精氣乃光，合形於氣，使神內藏。」針灸依人體陰陽虛實的盛衰，採取合適的針灸治療手法，補其不足，瀉其有餘，以平衡陰陽，疏通經絡，改善症狀。神不安寧是中醫睡眠障礙常見的病因，《景岳全書·不寐》：「蓋寐本乎陰，神其主也。神安則寐，神不安則不寐。」腦為元神之府，眼瞼是寤寐開眼睜眼的門戶，以安定元神並協調寤寐的眼睛開合，因此由腳跟而起，向上貫行體側至目內眦，而最終於頸後入腦的陰陽躋脈是針灸治療睡眠障礙的重要經絡。失眠屬於陰虛陽盛，故治療時多以先補其陰，後瀉其陽的次序調合治之。

神門、三陰交是針灸治療睡眠障礙的主穴，依病因不同，配以相關經絡穴點，例如胃不和則臥不安，治以針刺足三里，使胃液分泌下降，平緩胃酸，和胃安神，消導寧睡（季鍾樸，2007）。《針灸資生經》提出百會穴療多睡、陽蹻及膈俞療嗜臥、厲兌療多睡善驚等，皆是以針灸治療睡眠障礙的說明。

(3) 經絡按摩

中國傳統醫學治則以陰陽及五行的平衡為原則，經絡則為貫通氣血臟腑的途徑，《靈樞·經脈》：「經脈者，所以能決死生，處百病，調虛實，

不可不通。」《靈樞·本臟》：「經脈者，所以行氣血而營陰陽，濡筋骨，利關節者也。」經絡學說的手足三陽三陰表裡共十二經絡，「內屬於臟腑，外絡於肢節」，經絡按摩是傳統中醫治療也是改善失眠的保健手法。

失眠的病因概括五臟六腑的失調，常引發頭部及眼部的不適。按摩是以刺激穴點及其經絡的循環，化解血行不暢，對外以加強氣血營衛的運行，對內以深入臟腑，強化臟腑生理功能。風池、百會、睛明、太陽是常用的頭部按摩穴點；足心湧泉穴對失眠治療有特殊效果；中脘穴及背部胃俞等則可改善胃不適或食欲不振；心脾兩虛引起的失眠，則可以按摩心俞、脾俞改善之。

(4) 氣功

氣功是簡便好用的自我養生功法，巢元方於《諸病源候論》即曾提出以氣功改善睡眠。經常練太極拳及八段錦習作，可加強臟腑功能增進體內循環，因而改善內因所致的慢性病所衍生的嗜睡。

(5) 刮痧

刮痧以經絡學為基礎，由促進主要穴道或穴點的局部血液循環，加強經絡循行，進而調和臟腑功能，改善睡眠品質。頭頸部太陽穴、風池為主，肢體的神門、三陰交，配以背部心俞、肺俞、腎俞是失眠改善常用的刮痧部位。

(6) 食療

藥食同源是中國傳統醫藥的重要主張，依個人體質及疾病性質，食物

的四氣五味特性將有助於養生與治療。一般熱性病，宜多吃涼性食物；寒性病則多吃熱性食物；肝腎陰虛引發的肝陽上亢而失眠者，可食用貝殼類海產品；腸燥便秘者宜多吃含油脂或纖維多的食物（蘇奕彰，2007b）。四時季節變化，人的生理、病理受到氣候變化影響，適時進補或滋養也可以平衡體內陰陽及調整體質，進而改善失眠。

由中國春秋戰國時期的《黃帝內經》以來，中國傳統醫學不斷以各種醫學典籍及治療技術對身體做整體性的調整，以解決人們因為器質性或功能性問題而直接或間接引發的睡眠障礙。中醫睡眠醫學辨證論治的經驗，在數千年後的今日仍延續使用，且有相當的成效，顯示中國傳統醫學對睡眠醫學有相當的貢獻。將中醫的悠久實證經驗，經由科學化儀器量測分析加以驗證，輔以流行病學的統計分析，是現代研究中醫睡眠理論的創新方向。

綜合以上中西醫學對睡眠生理與睡眠障礙的文獻探討，減少入睡潛伏時間及改善睡眠品質是共同的目標，然而，中西醫對失眠的原因有不同的見解，其失眠改善對策及成效也因此不同。中醫睡眠醫學辨證論治的經驗，在數千年後的今日仍延續使用，且有相當的成效，顯示中國傳統醫學對睡眠醫學有相當的貢獻。將中醫的悠久實證經驗，經由科學化儀器量測分析加以驗證，輔以流行病學的統計分析，是現代研究中醫睡眠理論的創新方向。

第3章 研究材料與方法

3.1 研究設計

本研究參考睡眠品質評估及中醫體質量表的文獻，採取立意取樣 (Judgment sampling) 及橫斷式的調查方式，由問卷結果加以整理分析，探討大學生的中醫體質與失眠之相關性，進而提出對大學生睡眠改善建議。

3.2 研究對象

本研究由隨機抽樣五名大學生進行問卷預填，以受訪者對問卷內容的了解程度及回答填寫時間為考量，決定以南部某大學 20 歲以上大學生為研究對象進行中醫體質與失眠的問卷調查。

本研究問卷為維護受試者的權利及隱私權，問卷皆以編碼方式對應處理以保護個人資料，而且不予公開。問卷調查前，由研究者對受訪者同意書及問卷調查相關事項加以說明，並於填寫過程中隨時回應受訪者對問卷調查的各項問題。本研究共發出問卷 120 份，回收 120 份，扣除填寫不完整或回答不清楚及明顯填寫不實的部分，總計有效問卷 115 份，有效回收率為 95.8%。

3.3 研究工具

本研究以中文版雅典失眠量表及中醫體質量表做為問卷調查主體，中

文版雅典失眠量表是具有高信效度發表於文獻之適合選用為快速篩檢失眠症的問卷，並可分為兩種類型。其中八題型 (Chinese version of the Athens Insomnia Scale 1-8, CAIS 1-8)，問卷內部一致性信度係數 Cronbach's α 值高達 0.82-0.84，再測可信度 (Test-retest reliability) 為 0.84-0.86，是目前臨床上常被用來評估失眠的量表 (Chiang, 2009; 江惠綾, 2009; Yen, 2010)。

中醫體質量表則是發表於國內外醫學期刊及輔助醫療研究期刊的中醫體質評量方法 (Su, 2008; 2009)，由中國醫藥大學中國醫學研究所蘇奕彰教授領導體質與證型研究室，根據 Delphi Method，邀請國內中醫學系及醫學中心附設中醫部之具有代表傳統中國醫學學理基礎並有五年以上實務經驗及對中醫體質有研究興趣之中醫專家 26 位，建立立意取樣問卷基礎；參考蘇氏 (1995) 系統性紅斑狼瘡患者之中醫體質研究的中醫體質分型，先將體質根據中醫傳統概念分為尋常質、陰虛質、陽虛質、血虛質、氣虛質。另外，陰陽氣血不平衡出現後造成臟象生理功能變化，產生痰濕與氣滯血瘀兩種病理性產物；此病理性產物形成後，會成為影響陰陽氣血平衡狀態之穩定生理特性，稱為痰濕瘀滯質，列入問卷的內容。根據文獻及中醫專家及問卷統計專家意見，選擇台灣版中醫體質問卷量表的量尺語詞 (陳麗麗、林君黛、黃怡嘉、林睿珊、黃建勳、蘇奕彰, 2008) 做為問卷選項依據，問卷資料收集完成進行多次問卷評估及會議討論，收集完成之問卷資料以 SPSS 12.0 版建檔並進行統計分析，包括描述性統計分析研究對象的基本資料及專家意見。根據原來分型標準中，各種體質類型問項之資料，

將量表架構為 4 個部分：

(1) 個案基本資料信效度測試。

(2) 各體質類型問項信度評值，評定其內在一致性 (Internal Consistency Reliability)之 Cronbach's α 值。

(3) 各體質類型問卷之探索性因素分析 (Exploratory Factor Analysis)

進行建構效度檢測，以主成份分析法 (Principal Components Analysis) 抽取各體質類型量表之因素個數，使問卷能解釋之變異量及因素負荷 (Factor loading)。

(4) 各體質類型問卷之確認性因素分析 (Confirmatory Factor Analysis)

由包括描述性統計分析研究對象的基本資料及專家意見，經過推論性統計的探索性因素分析及信度再測試，並利用線性結構方程模式 (Linear Structural Equation Model, LISREL) 執行確認性因素分析及評值體質分型問項基準，利用潛在變數模型 (Latent Variable Model)，分析體質問項資料，估算潛在變數模型參數之最大概似估計量 (Maximum Likelihood Estimator)，再利用估計的結果配合貝氏定理 (Bayes Theorem) 中事後機率 (Posterior Probability) 的觀念，由驗證的建構效度進而建立中醫體質量表 (Body Constitution Questionnaire, BCQ)，其體質類型量表之 Cronbach's α 值介於 0.7533 ~ 0.8474，檢定量表內在一致性，成為體質問卷分型的新標準 (蘇奕彰，2007a, 2008)。

此中醫體質量表修正何裕民等於中國大陸進行體質調查之分型標準，

並合併陰虛質、血虛質為陰血虛質（代表熱性體質），合併氣虛質、陽虛質為陽氣虛質（代表寒性體質）並於 2009 年修訂為44 題，體質分類則整合為陰虛體質、陽虛體質、痰濕瘀滯體質三種（蘇奕彰，2007a、2008）。依問卷計分規則，分數達分類標準即屬於該體質，超過一種體質屬性稱之為複合型體質。根據問卷內容，其體質分類特徵如下：

陰虛：手心、腳掌心或身體發熱，頭重、頭昏，突然站立時眼前發黑、舌頭或口腔破、眼睛乾澀或視物不清、身體或手腳麻木感、耳鳴、皮膚乾燥、皮膚龜裂、皮膚變厚或變硬、抽筋、口渴、嘴乾、嘴唇乾燥龜裂、喉乾、臉頰發紅、姿勢改變時覺得天旋地轉、聽力減退、身體或頭面突然一陣熱、腰部容易扭傷、小便顏色深黃、小便量少、大便乾硬。

陽虛：怕冷、手腳冰冷、覺得疲倦無力、突然站立時眼前發黑、覺得疲倦不想說話或沒力氣說話、覺得氣不夠需要深呼吸、身體或手腳麻木感、覺得胸口悶緊像有東西壓著、腰膝或足跟痠軟疼痛、無力或發冷、抽筋、呼吸淺短或喘、平躺時呼吸變喘、姿勢改變時覺得天旋地轉、吹到風覺得不舒服、喜歡喝溫熱的東西、腰部容易扭傷、大便不成形、嘴巴淡沒有味道、小便量多、天亮前會因拉肚子而起床。

痰濕瘀滯：覺得身體或下半身重重的、胸腹或四肢悶痛或刺痛、覺得想睡或睡不飽、身體或手腳麻木感、覺得胸口悶緊像有東西壓著、

無故出現瘀血烏青、皮膚乾燥、皮膚龜裂、皮膚變硬或變厚、身體或四肢靜脈曲張、兩側上腹肋骨處悶脹疼痛、四肢身體臉部或眼睛四周浮腫、舌苔厚或黏。

中醫體質量表適用於個人及群體進行標準化的量化評估，除了可加強中醫診治在科學體檢上的不足（沈建忠，2009；沈建忠、張恒鴻，2008），並且有利個人體質與疾病治療的相關研究，對於群體的體質調查與評估，也有代表性的意義及發展，是疾病防治和健康管理的有利工具。

本研究以大學生的中醫體質與失眠為探討方向，並參考失眠文獻，以個人基本資料，例如年齡、身高、體重等，及睡眠時數、使用電腦時間、運動、吃宵夜及喝咖啡或茶等生活形態因子，做為失眠與體質評估條件。

3.4 研究架構及流程

本研究以大學生失眠與中醫體質的關係為探討，參考失眠醫學及中醫體質文獻，以橫斷式問卷調查為方法，將受訪者基本資料及生活形態及中醫體質個體差異表現的形態結構、生理功能、心理狀態、反應表達等四大方向，做為相關性及影響因素探討。研究架構（圖3.1）及研究流程（圖3.2）如下：

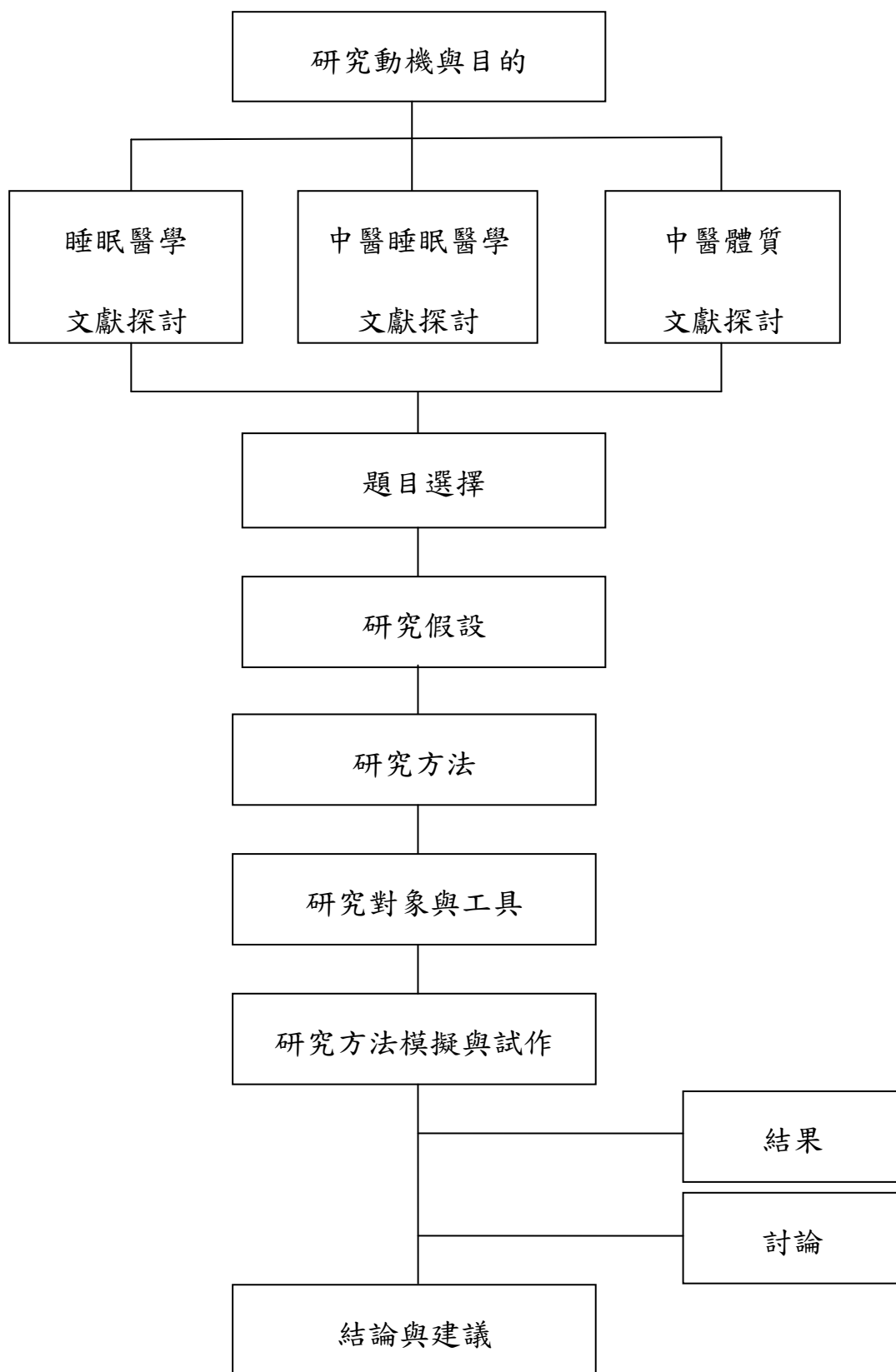


圖 3.1 研究架構

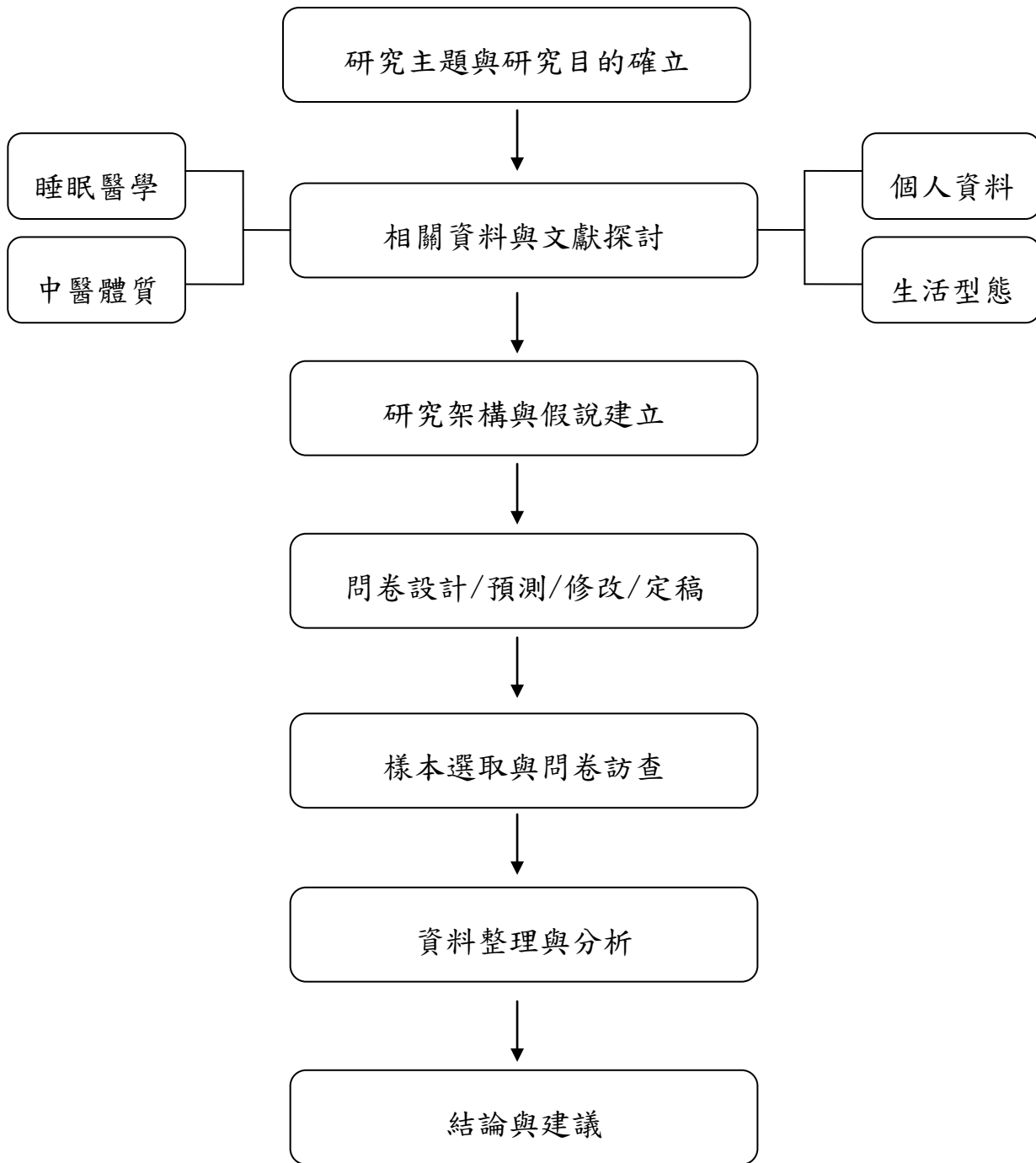


圖 3.2 研究流程圖

3.5 統計方法

回收問卷經過清點、資料整理、除錯、檔案編碼及建檔，使用 SPSS 12.0 為統計分析工具。以問卷結果為研究目的及變項條件，建立相關性探討模組，選擇以下統計方法以做為資料分析。

- (1) 次數分配表：檢驗資料輸入的正確、遺漏及偏離等異常，確定異常後予以排除，不列入分析。
- (2) 描述性統計：將失眠量表及中醫體質量表、個人基本資料及生活形態因素依次數分配、所佔群體百分比、最大值、最小值及平均值和標準差做呈現。
- (3) 建立比較模組：以卡方檢定對失眠結果和中醫體質結果做分析，了解兩者是否存在相關性。
- (4) 模組分析：分別以失眠和中醫體質為依變項，以基本資料及生活形態因素為自變項，依類別變項及連續性變項特性，選擇卡方檢定、羅吉斯迴歸等來做推論性分析。
- (5) 根據統計結果以圖表呈現，輔助研究說明。

第4章 研究結果

本研究以 20 歲以上大學生為研究對象，於 2010 年 10 月份進行失眠與中醫體質之問卷調查，共發出問卷 120 份，回收 120 份，失眠量表完答率 100%，扣除中醫體質量表及生活形態部分填寫不完整或回答不清楚及明顯填寫不實的部分，總計有效問卷 115 份，有效回收率為 95.8%。

4.1 描述性統計分析

本研究問卷可分為失眠量表、中醫體質量表、基本資料、生活形態因子四個部分。

4.1.1 基本資料之描述性統計

(1) 性別及年齡：受訪對象為 20 ~ 25 歲之大學生，共計 120 人。男生有 61 人(50.8%)，女生 59 人(49.2%)。

(2) 身體質量指數(Body Mass Index, BMI)

身體質量指數是身體理想體重的參考，由體重的變化可以了解身體的熱量平衡狀態，也就是身體組成的生理變化。理想體重可顯性呈現體型，隱性可反映身體機能的盛衰。

$$\text{BMI} = \text{體重} / (\text{身高} * \text{身高})$$

根據衛生署對 BMI 與體重標準之分級：

BMI < 18.5 為體重過輕

BMI 18.5 ~ 24 為正常

BMI 24 ~ 27 為體重過重

BMI 27 ~ 30 為輕度肥胖

BMI 30 ~ 35 為中度肥胖

BMI \geq 35 為嚴重肥胖

本研究之大學生身體質量指數描述性統計如表 4.1，由表 4.1 的身體質量指數描述性統計結果，BMI 最大值為 31.6，最小值 14.9。以 BMI 值介於 18.5 ~ 24 之正常值比例最高 (55.6%)，男女皆為 32 人。其次 BMI 值為 24~27 是體重過重 (16.5%)，男性 14 人多於女性的 5 人。BMI 值 < 18.5 屬於體重過輕 (17.4%)，女性 12 人多於男性的 8 人。而輕度肥胖 (BMI 值 27 ~ 30) 與中度肥胖 (BMI 值 30 ~ 35) 共 10.3%，男性為 7 人，女性 5 人。

4.1.2 失眠量表之描述性統計

失眠量表以最近一個月中，每週出現至少三次的睡眠回顧，共有 8 題，以 4 級分法表示失眠相關程度，第一級為不受影響不計分，第二級為輕微計分一分，第三級為明顯計分兩分，第四級為嚴重計分 3 分，滿分共為 24 分。量表評量結果總分 8 分以上為有失眠現象，分數越高，失眠的程度越嚴重。

依失眠之描述性統計結果顯示（表4.2），整體失眠比例為 55% ，不失眠比例則為 45% 。依性別與失眠結果顯示，失眠者中男大學生有 38 人，佔所有受訪者的 31.67%（所有男受訪者的62.7%）；失眠的女大學生有 28 人，佔所有受訪者的 23.33%（所有女受訪者的47.5%），顯示男大學生失眠比例較女大學生高。

整體失眠分數平均值為 8.00 ± 0.33 。以單一性別而言，男大學生中 62.3% 有失眠現象，平均失眠分數 8.38 ± 0.47 ；女大學生中 47.5% 有失眠現象，平均失眠分數 7.61 ± 0.47 。此結果也顯示出女大學生的睡眠品質較男大學生為佳。

失眠量表總分為 24 分，本次問卷調查結果（表4.3）最高分為男大學生。而以失眠分數依性別區分的結果，女大學生失眠最高得分為17分，低於男大學生最高得分22分；最低分為 0 分，男女大學生各有一位。

以失眠量表評分規則，總分 8 分為是否失眠的判定基準，由結果顯示，

5分 ~ 7分 佔 30.9%，為失眠防治對象；8分 ~ 10分 佔 35.9%，有輕度失眠症狀，是失眠改善對象。依失眠量表分數的次數分配結果（表4.3，圖4.1）而言，失眠量表分數 5 ~ 10 分的大學生佔全部受訪人數的 66.8% 是最大族群。

本研究採用 8 題型的中文版雅典失眠問卷量表，第 1 題到第 5 題為夜間睡眠的觀察，第 6 題到第 8 題為白天受睡眠影響的觀察。結果分別如下：

第 1 題 「上床後是否無法立刻入睡」：30.3% 不受影響， 50.4% 輕微受影響， 14.3% 明顯受影響， 5.0% 嚴重無法立刻入睡。

第 2 題 「睡眠中斷」：46.2% 不受影響， 37.8% 輕微， 16% 明顯睡眠中斷。

第 3 題 「過早清醒」：28.6% 不會， 57.1% 輕微， 14.3% 明顯過早清醒。

第 4 題 「總睡眠時間足夠」：15.1% 足夠， 41.2% 輕微不足， 37.8% 明顯不足， 5.9% 嚴重不足。

第 5 題 「整體睡眠品質」：26.1% 滿意， 48.7% 輕微不滿意， 19.3% 明顯不滿意， 5.9% 嚴重不滿意。

第 6 題 「白天的心情」：64.7% 正常， 25.2% 輕微低落， 9.2% 明顯低落， 0.8% 嚴重低落。

第 7 題 「睡眠對白天身心功能」：8.4% 沒影響， 46.2% 輕微受影響，

33.6% 明顯受影響， 11.8% 嚴重受影響。

第 8 題「白天嗜睡程度」:9.2% 不會想睡， 63.9% 輕微想睡， 21.8% 明顯想睡， 5.0% 嚴重想睡。

4.1.3 中醫體質量表之描述性統計

中醫體質量表共有 44 題，依問題內容採五分級計分，依計分規則，可分為陰虛、陽虛、痰濕瘀滯之單一體質及包含兩種以上之複合型體質，未達任一項積分標準者，視為正常體質。

中醫體質之描述性統計如(圖 4.2、表 4.4、表 4.5)，正常體質有 36 人(31.3%)，陰虛體質有 4 人(3.5%)，陽虛體質有 7 人(6.1%)，痰濕瘀滯體質有 2 人(1.7%)，複合型體質有 66 人(57.4%)。單一體質出現的比例很少，則可說明個體體質具有同時多樣存在的特性。

依性別的體質分佈數據(表 4.4，表 4.5)可以看出約有三分之一的大學生為正常體質，而超過半數為複合體質(共 66 人，佔 57.4%)。複合體質中男性有 26 人(22.61%)，女性有 40 人(34.78%)，顯示女大學生屬複合體質者較男性為多。複合體質中又以含陰虛體質者佔多數(58.3%)。

4.1.4 生活形態因子之描述性統計

(a) 壓力

壓力是影響健康的隱形因素，壓力可直接影響情緒及反應，連續性壓力將影響日常生活及身體不適，長期壓力將導致疾病。

由表 4.6 壓力與性別的描述性資料可知，以壓力 1 到 10 分，平均壓力值為 5.4，39.9% 的大學生壓力介於 5 ~ 6 分之間。壓力最大為 10 分，共 5 人都是男性。

壓力的紓解和處理，是失眠的重要指標，由受訪者的自覺壓力評估，將可以與失眠量表的結果做為比較基礎，以了解壓力與失眠間是否有相關性，並由此提醒大學生關注於壓力的和紓解，進而改善睡眠品質。

(b) 睡眠時數

表 4.7 睡眠時數描述性統計：睡眠時數最多為 10 小時，最少為 2 小時，平均睡眠時數為 6.41 ± 0.12 小時。依性別區分，睡眠時數與失眠分數之 t- test 結果，男大學生平均睡眠時數 (6.32 ± 0.16) 與女大學生平均睡眠時數 (6.50 ± 0.17) 相近，然而男大學生平均失眠分數 (8.38 ± 0.47) 則高於女大學生平均失眠分數 (7.61 ± 0.47)，顯示相近之男女大學生之平均睡眠時數，男大學生平均失眠狀況較女大學生略為嚴重。

(c) 其他生活形態之描述性統計

1. 吃宵夜 (表 4.8)
2. 喝咖啡、茶等刺激性飲料 (表 4.8)
3. 休閒運動 (表 4.8)
4. 使用電腦時數 (表 4.9)

表 4.8 為以時間頻率（每日、每週、每月）為生活形態之描述性統計，分別以性別、人數、百分比呈現結果。以吃宵夜而言，男大學生每天有 14 人(11.76%)，每週 37 人(31.09%)，較女大學生每天者 3 人(2.5%)，每週 26 人(21.85%)，高出甚多。

就喝咖啡或茶等刺激性飲料而言，不喝者男生 10 人(8.40%)，女生 6 人(5.04%)；每天喝者，男生 20 人(16.81%)，女生 17 人(14.29%)；每週喝者男生 21 人(17.65%)，女生 21 人(17.65%)；每月喝者，男生 10 人(8.40%)，女生 14 人(11.76%)。

從事休閒運動方面，每天者男生有 25 人(21.01%)，女生只有 8 人(6.72%)；每週者，男生有 29 人(24.37%)，女生有 35 人(29.41%)；每月者，男生有 6 人(5.04%)，女生有 12 人(10.08%)。

使用電腦時數之描述性統計結果（表 4.9），平均時數為 4.66 ± 0.19 小時，男生平均使用電腦時間為 4.52 ± 0.26 小時，女生平均使用電腦時間為 4.81 ± 0.27 小時。依性別之使用電腦時間 $>$ 平均使用時數者，男生有 40 人(33.61%)，女生有 41 人(34.45%)。

平均使用電腦時數與失眠分數之 t-test 結果，男大學生平均失眠分數 (8.38 ± 0.47) 則高於女大學生平均失眠分數 (7.61 ± 0.47)，然而男大學生平均使用電腦時數 (4.52 ± 0.26)，女大學生平均使用電腦時數 (4.81 ± 0.27)，顯示男女大學生之失眠分數與使用電腦時數並無顯著差異。

4.2 推論性統計

本研究問卷共有失眠量表、中醫體質量表、基本資料、生活形態四個部分，以失眠為依變項，中醫體質、性別、BMI、壓力、運動、喝茶或咖啡、吃宵夜、使用電腦時間、睡眠時數等為自變項作為假設，建立模組，進行推論式統計分析。

經由羅吉斯迴歸之推論性統計結果（表4.10），大學生中醫體質之陰虛體質、基本資料之性別、生活形態之吃宵夜及睡眠時數與失眠有顯著相關性。

4.2.1 中醫體質與失眠之推論性統計

根據推論性統計結果，中醫體質陰虛體質失眠的勝算是非陰虛體質的 4.05 倍，顯示大學生之陰虛體質是失眠的重要影響因子。

4.2.2 失眠、基本資料及生活形態

(1) 失眠與基本資料之關係

男大學生失眠的勝算是女大學生的 4.17 倍，顯示男大學生之睡眠品質較女大學生差。此與某些探討女性因生理條件而較男性容易失眠的文獻結果不同，因此欲改善大學生睡眠，失眠相關因子值得進一步探討。

(2) 失眠與生活形態之關係

有吃宵夜習慣的人失眠的勝算是沒有吃宵夜習慣的人的 5.1倍，睡眠時間每增加一單位失眠的勝算將減少 0.56 倍，結果顯示生活形態影響睡眠，因而了解生活形態的調整方向是改善睡眠的當務之急。

表 4.1 BMI與性別

| BMI | 男生 (人數/百分比) | 女生 (人數/百分比) | 最大值 | 最小值 | 平均值±標準誤 |
|---------|----------------|----------------|------|------|--------------|
| | | | 31.6 | 14.9 | 21.79 ± 0.36 |
| < 18.5 | 8 (7.0) | 12 (10.4) | | | |
| 18.5~24 | 32 (27.8) | 32 (27.8) | | | |
| 24~27 | 14 (12.2) | 5 (4.3) | | | |
| 27~30 | 5 (4.3) | 2 (1.7) | | | |
| 30~35 | 2 (1.7) | 3 (2.6) | | | |

表 4.2 性別與失眠分數之描述性統計

| 失眠 | 人數 | 依性別 (%) | 最大值 | 最小值 | 平均值±標準誤 |
|-------|-------|---------|-----|-----|-------------|
| | | | 22 | 0 | 8.00 ± 0.33 |
| 是 | 男: 38 | 62.3 | | | |
| (55%) | 女: 28 | 47.5 | | | |
| 否 | 男: 23 | 37.7 | | | |
| (45%) | 女: 31 | 52.5 | | | |
| 失眠分 | 男 | | | | 8.38 ± 0.47 |
| 數 | 女 | | | | 7.61 ± 0.47 |

表 4.3 失眠分數之性別分佈

| 分數 | 男性 (人數) | 女性 (人數) | 總人數 | 百分比 (%) |
|----|---------|---------|-----|---------|
| 0 | 1 | 1 | 2 | 1.7 |
| 1 | 0 | 2 | 2 | 1.7 |
| 2 | 1 | 1 | 2 | 1.7 |
| 3 | 1 | 3 | 4 | 3.3 |
| 4 | 5 | 2 | 7 | 5.8 |
| 5 | 5 | 7 | 12 | 10.0 |
| 6 | 3 | 8 | 11 | 9.2 |
| 7 | 7 | 7 | 14 | 11.7 |
| 8 | 10 | 5 | 25 | 12.5 |
| 9 | 12 | 8 | 20 | 16.7 |
| 10 | 4 | 4 | 8 | 6.7 |
| 11 | 2 | 3 | 5 | 4.2 |
| 12 | 3 | 2 | 5 | 4.2 |
| 13 | 3 | 0 | 3 | 2.5 |
| 14 | 1 | 5 | 6 | 5.0 |
| 15 | 1 | 0 | 1 | 0.8 |
| 17 | 0 | 1 | 1 | 0.8 |
| 18 | 1 | 0 | 1 | 0.8 |
| 22 | 1 | 0 | 1 | 0.8 |

表 4.4 中醫體質與性別描述性統計

| 中醫體質 | 男性人數 (%) | 女性人數 (%) | |
|--------|------------|-----------|-------------------|
| 正常體質 | 25 (21.74) | 11 (0.96) | |
| 陰虛 | 2 (1.74) | 2 (1.74) | |
| 陽虛 | 4 (3.48) | 3 (2.61) | |
| 痰瘀 | 0 (0.00) | 2 (1.74) | |
| 陰虛陽虛 | 5(4.35) | 7(6.09) | = 57.4% (複合體質) |
| 陽虛痰瘀 | 0 (0.00) | 3(2.61) | |
| 陰虛痰瘀 | 4(3.48) | 1(0.87) | |
| 陰虛陽虛痰瘀 | 17(14.78) | 29(25.22) | |

陰虛體質
58.3%

表 4.5 陰虛體質之性別分布

| 中醫體質 | 男性人數 (%) | 女性人數 (%) |
|------|-----------|-----------|
| 陰虛 | 28 (49.1) | 39 (67.2) |
| 非陰虛 | 29 (50.9) | 19 (32.8) |

表 4.6 壓力與性別

| | 男生 | 女生 | 最大值 | 最小值 | 平均值±標準誤分數 |
|--------|-------------|-------------|-----|-----|-----------|
| 分數 | 5.53 ± 0.29 | 5.26 ± 0.27 | 10 | 0 | 5.4 ± 0.2 |
| 人數 (%) | | | | | |
| 0 | 2 (1.7) | 1 (0.8) | | | |
| 1 | 0 | 2 (1.7) | | | |
| 2 | 3 (2.5) | 4 (3.4) | | | |
| 3 | 5 (4.2) | 4 (3.4) | | | |
| 4 | 6 (5.1) | 8 (6.8) | | | |
| 5 | 16 (13.6) | 12 (10.2) | | | |
| 6 | 11 (9.3) | 8 (6.8) | | | |
| 7 | 5 (4.2) | 9 (7.6) | | | |
| 8 | 7 (5.9) | 10 (8.5) | | | |
| 10 | 5 (4.2) | 0 | | | |

表 4.7 睡眠時數與性別

| 睡眠時數 (小時) | 男生 人數 | 女生 人數 | 最大值 | 最小值 | 平均值±標準誤 |
|--------------|----------|----------|-----|-----|-------------|
| | | | 10 | 2 | 6.41 ± 0.12 |
| 2 | 1 | 0 | | | |
| 3 | 0 | 1 | | | |
| 4 | 3 | 3 | | | |
| 5 | 8 | 6 | | | |
| 6 | 22 | 19 | | | |
| 7 | 18 | 13 | | | |
| 8 | 7 | 17 | | | |
| 9 | 1 | 0 | | | |
| 10 | 1 | 0 | | | |
| 睡眠時數 | V | | | | 6.32 ± 0.16 |
| | | V | | | 6.50 ± 0.17 |
| 失眠分數 | V | | | | 8.38 ± 0.47 |
| | | V | | | 7.61 ± 0.47 |

表 4.8 其他生活形態之描述性統計

| 生活形態 | 無 | 每天 | 每週 | 每月 |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 人數 (%) | | | |
| 吃宵夜 | | | | |
| 男性 | 4 (3.36) | 14 (11.76) | 37 (31.09) | 6 (5.04) |
| 女性 | 14 (11.76) | 3 (2.5) | 26 (21.85) | 15 (12.61) |
| 喝咖啡、茶等刺激性飲料 | | | | |
| 男性 | 10 (8.40) | 20 (16.81) | 21 (17.65) | 10 (8.40) |
| 女性 | 6 (5.04) | 17 (14.29) | 21 (17.65) | 14 (11.76) |
| 休閒運動 | | | | |
| 男性 | 1 (0.84) | 25 (21.01) | 29 (24.37) | 6 (5.04) |
| 女性 | 3 (2.52) | 8 (6.72) | 35 (29.41) | 12 (10.08) |

表 4.9 使用電腦時數

| 時數 (小時) | 男生 人數 (%) | 女生 人數 (%) | 最大值 | 最小值 | 平均值±標準誤 |
|------------|--------------|--------------|-----|-----|-------------|
| | | | 12 | 1 | 4.66 ± 0.19 |
| 1 | 1 (0.84) | 1 (0.84) | | | |
| 2 | 5 (4.20) | 4 (3.36) | | | |
| 3 | 2 (1.68) | 1 (0.84) | | | |
| 4 | 13 (10.92) | 11 (9.24) | | | |
| 5 | 14 (11.76) | 10 (8.40) | | | |
| 6 | 20 (16.81) | 22 (18.49) | | | |
| 7 | 0 | 1 (0.84) | | | |
| 8 | 4 (3.36) | 5 (4.20) | | | |
| 10 | 1 (0.84) | 2 (1.68) | | | |
| 12 | 1 (0.84) | 1 (0.84) | | | |
| 使用電腦時數 | | | | | |
| | V | | | | 4.52 ± 0.26 |
| | | V | | | 4.81 ± 0.27 |
| 失眠分數 | V | | | | 8.38 ± 0.47 |
| | | V | | | 7.61 ± 0.47 |

表 4.10 大學生失眠之推論性統計

| | 勝算 (95%信賴區間) | |
|--------|--------------|--------|
| | P 值 | Exp(B) |
| 陰虛體質 | 0.007* | 4.052 |
| 性別 | 0.007* | 4.170 |
| BMI | 0.081 | 0.885 |
| 壓力 | 0.221 | 1.154 |
| 運動 | 0.435 | 0.562 |
| 喝茶或咖啡 | 0.959 | 0.963 |
| 吃宵夜 | 0.041* | 5.104 |
| 使用電腦時間 | 0.055 | 1.297 |
| 睡眠時數 | 0.009* | 0.558 |

* : $P < 0.05$, 有顯著相關

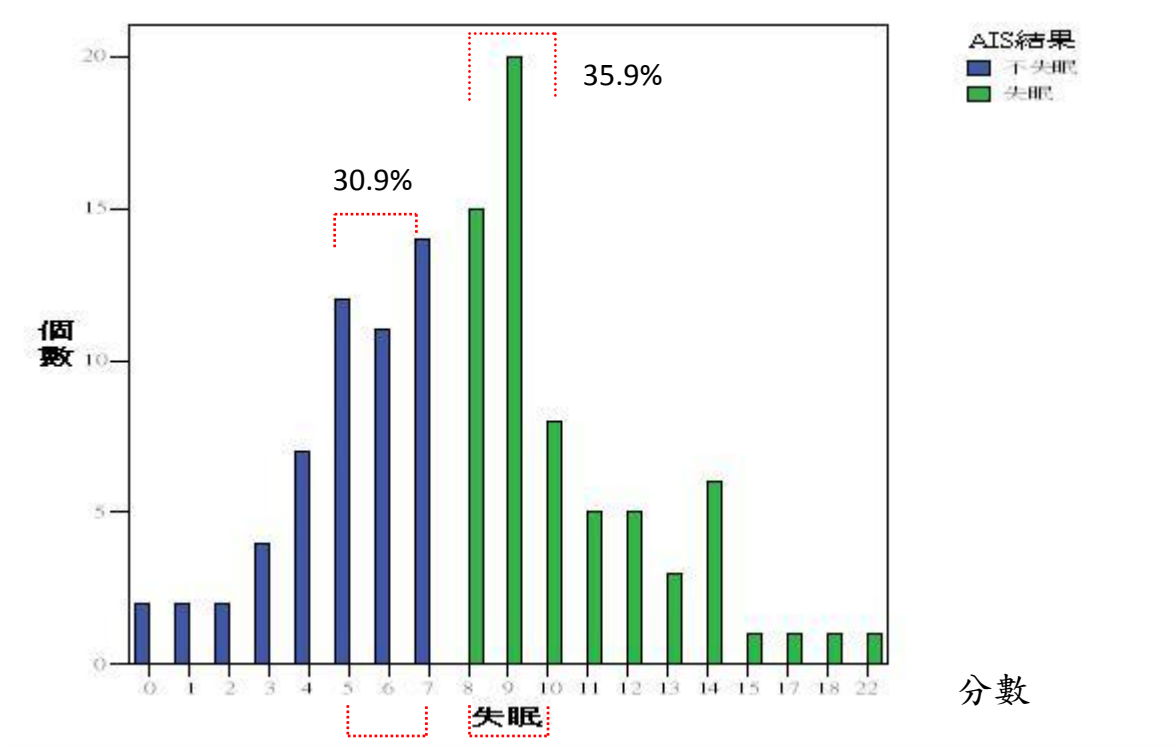


圖 4.1 失眠與不失眠之次數分佈

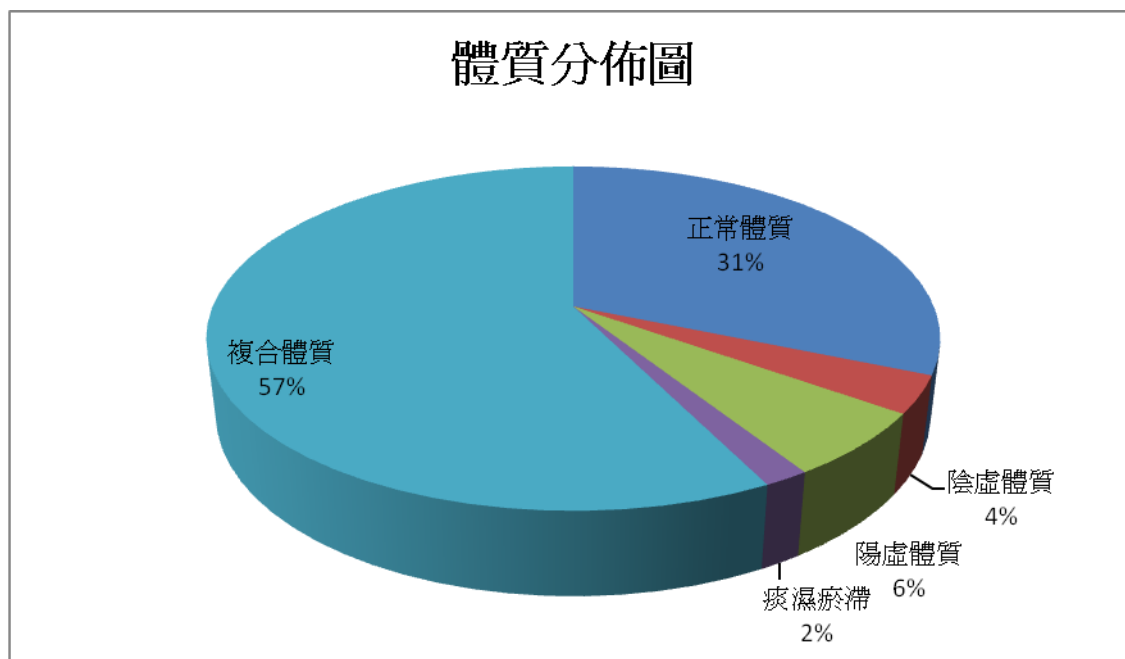


圖 4.2 體質分佈圖

第5章 討論

5.1 大學生失眠文獻之比較

比較近幾年對大學生失眠之文獻，失眠百分比及睡眠時數如(表 5.1)，顯示不分區域，在美國、歐洲、香港、台灣等對大學生失眠研究結果，超過半數以上之大學生有失眠狀況。平均睡眠時數與其他台灣地區的研究結果相近，顯示台灣大學生每天的平均睡眠時數在 6 小時左右。而有關大學生性別與失眠之相關文獻，並無一致性之結論，因此本研究將探討其他生活形態因子與失眠之相關性。



表 5.1 大學生失眠文獻之比較

| 地區 | 時間 | 作者 | 失眠百分比 | 平均睡眠時數/天 |
|-----|------|-------------------|--------|----------|
| 台灣 | 2011 | 本研究 | 55% | 6.41 |
| 美國 | 2010 | Lund | > 60% | |
| 立陶宛 | 2010 | Preišegolavičiūtė | 59.40% | |
| 香港 | 2008 | Shu | 57.50% | |
| 台灣 | 2008 | 邱史珊 | 63.10% | 6.40 |
| 台灣 | 2007 | 陳美娟 | 52.9% | 6.66 |

5.2 陰虛體質與失眠之探討

本研究的統計結果，失眠與陰虛體質有顯著相關，中醫陰虛體質的失眠風險較非陰虛體質高，以性別區分之陰虛體質分佈，男大學生 49.1% ，女大學生 67.2% ，都屬失眠風險較高的族群。

中醫典籍對陰虛與失眠的關係早有記載，例如《醫效秘傳》之「陰虛為陽所勝，則終夜煩擾而不眠也。」又如《症因脈治》：「血虛即陰虛也，形體黑瘦，五心常熱，夜多盜汗，睡臥不寧。」及言：「心血虛不得臥之症，心煩燥亂、夜臥驚起、口燥舌乾、五心煩熱。」

黃怡嘉以憂鬱症和中醫體質研究，探討出陰虛或血虛體質易有失眠、不易入睡、眠淺易醒症狀（黃怡嘉，2004）。林郁甯則以其中醫辨證與心臟自主神經功能之相關性研究發現，陰虛者的中樞神經系統與交感神經系統的興奮性表現為代償性增高，有些受試者經由中醫調理，可以改變自主神經參數，由實驗結果可證實中醫之陰陽虛實辨證確實與自主神經有明確關係（林郁甯，2004）。

以中醫典籍的論點，陰虛代表津液、血液、腎精等陰液的不足，因而影響滋潤、寧靜、潛降、成形與制約陽熱的功能。陰虛的病理特性為燥、熱、動、升、散、虛之表現。而形成陰虛的原因，可能是陽邪傷陰、五志六淫化火傷陰、久病傷陰、陽損及陰、氣虛無法生陰等。其中，朱丹溪提出陰虛的定義，《丹溪心法》：「人受天地之氣以生，天之陽氣為氣，地之

陰氣為血。」 「陽常有餘，陰常不足。」 《相火論》：「心君火也，為物所感則易動，心動則相火異動。」 說明肝腎等生理功能的原動力，本是相火寄存之處，但經常的情志變動，生理之火即變成病理之火，而產生陰虛，導致失眠，如《醫效秘傳》：「陰虛為陽所勝，則終夜煩擾而不眠也。」 《症因脈治》：「血虛即陰虛也，形體黑瘦，五心常熱，夜多盜汗，睡臥不寧。」 又：「心血虛不得臥之症，心煩燥亂、夜臥驚起、口燥舌乾、五心煩熱。」 產生這些失眠症狀。

明代醫家李中梓於《醫宗必讀·不得臥》 提出不寐的五大症狀及治法。氣虛以六君子湯加酸棗仁及黃芪，陰虛心煩以酸棗仁湯，痰滯以溫膽湯，水停依症候輕重，以六君子湯加之，胃不和以石斛、茯苓、半夏、神麴、仙楂之類治療之。

大陸學者田維君綜合自秦漢以來至現代的歷代醫典，提出陰虛的基本病機為陰虛則熱、陽虛損陰、陰血失常、津液失常、陰液亡失。而邪害入侵、五臟陰陽及臟腑間失調也是陰虛的原因：內邪傷陽引起陰虛風動、傷津化燥、虛火內生；心肝脾肺腎之五臟失調引起陰虛；五臟陰不足與其臟腑互動失衡引發的各種陰虛症狀。

中醫視陰虛為重要的體質類型，陰虛攸關五臟六腑維持生命功能，因而陰虛的辨證論治療法常見有：滋陰解表法、滋陰退熱法、滋陰降火法、滋陰涼血法、養陰通絡法、養陰利濕法、滋陰潤燥法、滋陰潤腸法、養陰柔肝法、養陰疏肝法、滋陰潛陽法、滋陰熄風法、滋陰潤肺法、滋養胃陰

法、滋養脾陰法、滋養心陰法、滋養肝陰法、滋養腎陰法、滋養肺胃法、滋養肺腎法、滋養肝腎法、交通心腎法等。相較於主流醫學對失眠常使用助眠或抗憂鬱藥物做為治療，傳統中國醫學以強調陰陽平衡及身心協調的治則，是兼顧病機病因的症狀及調和身體功能的整體照護（田維君，1990）。

以田安然對陰虛的探討，交感神經的興奮即類似中醫所言的「火氣大」，而大到一個程度，火氣強度減弱，即是「陰虛」，產生燥、熱、動等特性的口乾舌燥、手足心發熱、煩燥、暈眩、身體震動、夜汗等症狀。陰虛若不經適時調理，可能有心跳加速、呼吸急促的心陰虛；腰痠背痛、遺精早洩的腎陰虛；消化不良的脾陰虛；脅下疼痛的肝陰虛；咳嗽的肺陰虛等現代人常見的症狀。陰虛的成因有津液不足、腎精虧損等，所以中醫在論證辨治以陰虛層次來選擇用藥。若陰虛持續程度加重，則會出現「火證」，若自主神經功能低下，為「氣虛」；再更甚低下而出現寒象，是為「陽虛」。而當神經系統、內分泌系統、免疫系統或神經傳導物質等產生失調，及表現「濕」或「痰」的症狀（田安然，2006）。

主流醫學常以自主神經失調來解釋失眠，而中醫則以體質和失眠有其相關作為論治基礎。陳敬修、張永賢等人利用心率變異的時域與頻域分析結果，來分析交感神經與副交感神經調變，用以評估自律神經功能與中醫陰陽體質的研究，結果指出「陽」主要表現在交感神經的作用，「陰」的表現則主要在副交感神經作用。交感神經活絡時，在實驗數據上可以發現正常人「陽」的部分有明顯的增加；副交感神經作用時，正常人「陰」

的部分有明顯的變化，而高低兩個頻譜同時反映著自律神經系統之交感神經與副交感神經活動的情形，合乎中醫學陰陽盛衰的動態調合之說（陳敬修、張永賢、邱創乾、宋慶龍，2002）。而這也和主流醫學對自主神經失調影響睡眠的說法，不謀而合。

林郁甯以探討中醫陰陽虛實辨證與心臟自主神經功能的相關性研究中指出，陰虛者的中樞神經系統與交感神經系統的興奮性表現為代償性增高，有些受試者經由中醫調理，可以改變自主神經參數，由實驗結果可證實中醫之陰陽虛實辨證確實與自主神經有明確關係，因此中醫體質是自主神經功能的重要參考。鄺安堃（1995）以中西醫整合來說明一般虛證的生化表現，中樞神經系統及自主神經系統之興奮性均呈降低、內分泌萎縮或分泌減少、血容量減少、血漿中血漿蛋白、醣類、脂質、維生素和無機鹽離子減少、血漿總滲透壓減少、紅血球和白血球數量減少、心臟收縮力減少，心臟血輸出量減少等，體能表現呈現能量代謝下降、呼吸減弱、食慾減退、小便失禁、肌收縮力減弱等（林郁甯，2004）。

馬建中提出睡眠的中醫診斷學：失眠而有精神恍惚，驚恐不安的，多為思慮過度，心血不足；失眠而心下滿，小便不利，氣喘不寧的，是水停心下，胃氣不和；虛煩，舌津乾，脈細數而失眠的，是陰氣不足；嗜眠而兼身重脈緩的，是濕勝；神倦肢怠而多臥的，是氣弱（馬建中，1980）。由本研究的文獻參考和問卷調查結果，現代大學生超過半數有睡眠障礙的困擾，中醫診斷學對失眠的面相，說明了陰不足是失眠症狀的可能病因，中

醫體質則以中醫辨證論治為基礎，可做為個人睡眠品質改善的參考。

綜合以上對陰虛體質的論述，陰虛體質是生理功能衰弱的表現，由陰虛引發之失眠，不僅可以觀察睡眠障礙的症狀，更可能是身體機能失衡的前兆。可見中醫體質的應用對大學生失眠現象的改善，具有其重大意義。

5.3 生活形態與失眠之探討

以性別區分，男大學生失眠比例為 62.3%，女大學生失眠比例為 47.5%。失眠相關文獻並未出現失眠受性別影響的一致性結論，其他影響失眠之生活形態因素有下列幾種：

(1) 壓力

本研究結果顯示壓力與大學生失眠沒有顯著相關，不同於以下兩個研究。Lund 氏等人對 1125 名 17 – 24 歲美國大學生的睡眠因素調查研究發現，有超過 60% 的學生有睡眠品質不佳的現象，並且週末晚睡及晚起，甚至需要服用心理或精神方面的藥物來改善睡眠。在此研究中，壓力佔睡眠品質 24% 的影響，而運動、酒精、咖啡因的使用，對睡眠則無顯著的影響 (Lund, Reider, Whiting & Roxanne Prichard, 2010)。根據美國學者 Verlander 等人對大學生的壓力與睡眠因素研究發現，情緒受壓力影響而反應在影響睡眠深度、覺醒、睡眠的品質、做噩夢和睡眠的不規律。而環境的事件則只會影響睡眠長度。顯示情緒對承受壓力的反應，是探討睡眠時應進行的考量 (Verlander, Benedict, Hanson, 1999)。

田安然以壓力影響腎上腺、皮質醇等內分泌功能，舉例醱質新生作用異常導致的低血糖症狀盜汗、心悸、失眠、多夢、心煩易怒、頭昏目花等與中醫的陰虛類似。另外以泛焦慮症的病理生理機轉與陰虛的探討，泛焦

慮症因中樞神經系統正腎上腺素與 GABA 系統失調而產生之心悸健忘、口乾舌燥、失眠、心煩易怒、頭昏眼花與中醫陰虛的症狀極為相近（田安然，2006）。

(2) 吃宵夜

腸子特殊運動（Migrating motor complex, MMC）為發生於胃及小腸的重複性運動，約每隔 90 分鐘發生一次，類似睡眠的快速動眼期及非快速動眼期，有夜間週期，睡眠時 MMC 速度變慢，受到吃宵夜的影響，睡眠可能因而受到影響（葉世彬，2007）。臨床上十二指腸胃潰瘍的患者也通常出現失眠現象，主要是腸胃失調，其生化機轉所產生的胃酸與胃蛋白酶與胃和十二指腸消化運動失衡，導致胃腸過度負荷，因而疼痛覺醒，尤其在午夜 3 點左右發生（田安然，2006）。洪祖培等根據臨床經驗，提出消化性潰瘍的疼痛多出現在半夜第一次快速動眼期，建議進入快速動眼期前，喝牛奶可預防消化性潰瘍引發的失眠（洪祖培、林克明，1988）。這些可提供大學生在夜間飲食及消化性潰瘍的生活形態調整，以減少失眠的發生。

《靈樞·脹論》：「夫心脹者，煩心短氣，臥不安……脾脹者，善噯，四肢煩惋，體重不能勝衣，臥不安。」說明過食也會影響睡眠，說明夜間飲食習慣與失眠有關連，在本研究結果也顯示吃消夜與失眠有顯著的關係，但其真正機轉則有待日後進一步探討。

飲食習慣對胃腸有直接作用，而間接影響消化功能及代謝循環，導致睡眠習慣與睡眠品質的好壞差異。

(3) 運動

中醫提出五勞之傷，《素問·宣明五氣論》：「久視傷血，久臥傷氣，久坐傷肉，久立傷骨，久行傷筋，是為五勞所傷。」其中久視電腦、久坐書桌均是現代學生的生活寫照，生活作息因此晝夜顛倒，影響正常睡眠。適度的運動具有活動筋骨肌肉，通暢氣血循環，加強內臟功能，促進消化吸收、減輕壓力提升睡眠品質的作用。然而，過度運動易損傷筋骨，消耗氣血，臟腑精氣衰弱，影響生理功能，導致虛性體質，也是中醫強調平衡的生活主張。

(4) 熬夜

網路世界不分晝夜提供大學生資訊和交友的便利，然而熬夜引發的種種問題卻是影響現今大學生健康的重要因素。以陳麗麗、蘇奕彰對虛性體質提到，熬夜耗陰易引發陰血虛過敏性鼻炎患者復發（陳麗麗、蘇奕彰，2007）。

(5) 網路沉迷

本研究結果男生平均使用電腦時間為 4.52 ± 0.26 小時，女生平均使用電腦時間為 4.81 ± 0.27 小時。然而男大學生平均失眠分數 (8.38 ± 0.47) 則高於女大學生平均失眠分數 (7.61 ± 0.47)，顯示男女大學生使用電腦時數與之失眠分數並無相關性。

而根據方紫薇研究結果顯示使用電腦與失眠有顯著相關，使用電腦的目的和過程特性則是值得探討的內容。參考方紫薇對大一學生進行研究，結果顯示男大學生在一周網路使用總時數、打電玩時間、網路沉迷的程度，皆顯著高於女性。由方氏研究結果顯示網路沉迷與孤寂感有關，其中引用相關研究中男性之孤寂感比女性高，網路沉迷之比率也是男性比女性高（方紫薇，2010）。本研究男女大學生之失眠分數與使用電腦時數並非太大差異。由此推論可能是其他生活因子如吃宵夜習慣對影響睡眠的影響較大。

(6) 臥床睡眠時間

環境光線的明暗變化及視交叉上核共同作用而產生 Melatonin 的分泌節律，而產生睡眠和覺醒的生理現象。Melatonin 的濃度在傍晚開始上升，於凌晨 3 點至 5 點間達到最大值，隨即在白天下降至最低點（葉世彬，2007）。

清朝醫家高士宗在《皇帝素問直解》提出：「人臥血歸於肝，故肝痺者，夜臥者驚。」中醫經絡之說中肝經運行時間為午夜 3 點到 5 點，《素問·五臟生成篇》：「人臥血歸於肝。」顯示熬夜不眠對身體的影響，是解決失眠的生活作息指導。

根據張步桃對睡眠與中醫經絡血行關係的說明，晚上 11 點至午夜 3 點是肝經與膽經的血液運行，而肝膽兩經在臟象學說，主宰藏血功能。如果長期處於血液無法滋養肝膽兩經，藏血功能不彰，將導致肝血不足之肝血虛的症狀，引發頭昏眼花、視物模糊、經脈拘攣等現象，產生容易疲勞、

肝臟解毒能力低弱、對疾病的抵抗力降低，造成感染，引起疾病（張步桃，2010）。失眠引發的症狀，也正是人體健康失衡的表徵。從中國傳統醫學的整體檢視和疾病預防，失眠的治療也是身體健康調和及生理功能修復的基礎。

(7) 睡眠時數

邱史珊（邱史珊、劉俊昌，2008）與陳美娟（陳美娟，2007）之大學生睡眠品質研究，兩研究之平均睡眠時數為 6~7 小時，與本研究大學生的平均睡眠時數為 6.41 ± 0.12 小時相近。大學生睡眠時數不足，容易有疲憊及白天思睡，注意力不集中影響學習，是值得關注與改善的。

(8) 香菸

香菸中的尼古丁對睡眠會有相當的影響，Soldatos 等人研究發現，抽菸者比非抽菸者，需要較長的入睡潛伏期時間，而戒菸後的睡眠獲得改善（葉世彬，2007）。

(9) 咖啡因

咖啡因的攝取與學生的神經質表現（Neuroticism Score）為正相關，高咖啡因攝取量的學生有身心失調現象及較差的心血管功能表現（Ashton, 1987）。

綜合以上影響失眠因素的特性，陰虛體質、個人壓力感受之特性及吃宵夜生活形態等都可能是失眠的原因。而睡眠生理可以依照個人症狀予以調整，失眠狀況也應考量個人生活形態及心理壓力以做為改善之對策。

5.4 體質因素之影響

體質是中醫注重的生理病理基礎，體質的類型是致病因子易感性及發病性的原因，因而古代醫家對體質的分類，多建立於中醫的基礎理論和疾病驗證方法，而主要以疾病防治為其發展目的。中醫強調的「形神合一」也表現在體質分類上，是人類生理活動及心理狀態的綜合應用。體質因素之影響如下：

(1) 性別

如陰陽學說，男子屬陽，女子屬陰，氣屬陽，血屬陰，男子以氣為主，女子以血為主。男子陽旺，要慎用大辛大熱之物，以免助陽生火；女子陰盛，要少用寒涼之物（王琦，2006b）。黃建勳以現代人口學觀點，探討生活因子與疾病因子對體質之影響，其研究發現性別是重要影響因素，例如女性是陰虛體質的加重因子（黃建勳，2005）。由此可見，性別是中醫辨證論治的參考指標。

(2) 飲食營養

個人的中醫體質受先天因素，如父母體質、生育年齡及養胎妊娠影響，是不可逆的條件；而後天因素，如年齡、性別、生活習慣、飲食營養、運動、情志、環境皆是體質演化條件。中醫典籍提出飲食營養對中醫體質有直接的關聯，《素問·生氣通天論》：「味過於酸，肝氣以津，脾氣乃絕。味過於鹹，大骨氣勞，短肌，心氣抑。味過於甘，心氣喘滿，色黑，腎氣不

衡。味過於苦，脾氣不濡，味氣乃厚。味過於辛，筋脈沮施，精神乃央。」

說明臟腑功能受飲食營養的影響，藉由飲食攝取改變偏頗體質可做為現代人養生防病及飲食治療的參考。

第6章 結論與建議

6.1 結論

本研究結論為：陰虛中醫體質與失眠具有顯著相關性。男大學生失眠百分比高於女大學生。生活形態之吃宵夜、睡眠時間少者，有較高失眠風險。參考對大學生失眠研究的文獻中，課業壓力、生活形態及環境因素是失眠的原因。失眠影響記憶、學習、推理、運算等認知能力，對複雜的語言表達與決斷能力也有所影響。失眠是普遍卻容易被忽視的問題，更是肝腎及心血管等重大疾病的影響因素之一。

本研究之大學生之中醫體質分佈，以陰虛體質居多，失眠則與陰虛體質成正相關。中醫對睡眠障礙的探討由來已久，不論在生理、心理、病理、藥理、治則等集歷代各醫家之大成而成為中醫睡眠的獨特見解。然而，中醫古籍對睡眠醫學的記載雖多但並無系統性的整理，在缺乏科學性的臨床研究支援下，中醫睡眠醫學始終無法與主流睡眠醫學相提並論。對於中國歷代醫家對睡眠障礙的記載，中醫對睡眠障礙有完整而精闢入理的病醫理論與經驗，相對於主流醫學在失眠人口不斷攀升，但至今尚無法確定睡眠障礙的機制，不能有效治療睡眠障礙的情況，中醫則提供了許多從根本改善的治療對策。睡眠障礙是疾病的前驅指標，每個人導致疾病的成因與變化都有其特別的歷程，體質的偏頗亦是疾病發生的重要因素，體質因素對

健康的影響不容忽視。自然醫學以預防勝於治療及推廣人體自我療癒的意涵，個人中醫體質的認識，是實現自主健康管理和治未病的前提。由個人中醫體質的建立可以了解個體病邪的易感性與病證種類傾向性，體質特性也可由正邪交互作用中觀察病性、病位、病程與病變，經由中醫數千年的辨證學理基礎及臨床治療經驗，中醫體質是完整的治療與預防養生的基礎。中醫體質分類可做為評估個人睡眠品質及改善失眠的有利參考，以中醫體質做為睡眠健康評量的參考，是兼顧體態結構、生理質能和個人氣質表現的綜合分析。

6.2 限制與建議

本研究參考失眠相關文獻，對 20~25 歲之大學生做失眠與中醫體質之調查，結果顯示大學生之陰虛體質與失眠有顯著相關。對於不同年齡族群的失眠狀態與中醫體質之相關性，仍值得後續深入探討。

本研究為失眠之橫斷式問卷調查，資料可能有回憶誤差。本研究以大學生為探討對象，對其他組群之相關探討則需不同研究對象。相關文獻提出壓力影響大學生睡眠品質，主要以 SUDS 抑鬱量表或 POMS 簡式情緒量表來評量緊張、焦慮、憂鬱、沮喪、憤怒等情緒因素，本研究以中醫體質與失眠關係為探討，未出現壓力與失眠之顯著相關，日後研究之問卷設計則可加強對於大學生心理壓力評量。

本研究與相關文獻比較，不同區域及不同人種之大學生失眠結果相近，而本研究之中醫體質與失眠顯著相關，則說明個人體質對健康有其重要性。失眠的評估工具各具優缺點，自覺量表具有便利和可大量分析特性；睡眠日誌及睡眠生理量測可全程記錄睡眠反應；中醫體質量表則可由體質特性提出防治失眠之對策。因此，建構兼具生理與心理的客觀性評估更能提供正確的資料以改善睡眠品質。

西醫治療失眠大多採用助眠與抗憂鬱藥物，有其應用局限。中國傳統醫學運用陰陽平衡之原則，以不同的治法應對不同辨證類型，方劑應用靈活多變。然而，在現代醫學研究方法的理論或研究樣本的分析上，中醫的

觀察變項或依變關係，不同於現代醫學的單純與獨立的特質，無法得到明顯的數據支持，甚至未有一致性的結果。因此，建立具科學化的中醫臨床評量工具是中醫學擴充應用的基礎。

本研究之生活形態中，吃宵夜及睡眠時數與失眠有顯著相關。以中醫體質為基礎，考量個體差異性及外在環境條件之健康促進調整建議，由生活起居、飲食保健及運動等改善措施，以調整體質，達到陰陽調和，使個體不容易受病邪侵襲。因此，中醫體質的評估方法，可以做為預防醫學、治療疾病及衛生教育的重要評估指標。中醫體質分類可做為評估個人睡眠品質及改善失眠的有利參考。

6.3 中醫對失眠的建議

對於主流醫學常以服用安眠、抗憂鬱或抗焦慮等鎮定藥物治療失眠，根據黃怡嘉研究結果指出，安眠劑對中醫證型的改變幅度不如抗憂鬱劑，而抗焦慮劑的改善程度更不及兩者。由治療前後證型比較，西醫的治療在於改善二級或更後面的病位點，且減低病理產物或病理變化的產生（黃怡嘉，2004）。此即表示臨床常用失眠藥劑，對失眠僅具有控制和短效的功用。而失眠的治療在於了解真正成因及影響，以個體特質的中醫體質，結合生活形態因素改善，應是徹底治療失眠的良方。

陰虛體質為陰不足，表現出虛熱體質症狀如口乾舌燥、大便硬結、小便量少、體溫微升高等自覺症狀。陳等並參考大陸學者沈施德等的養生方法（沈施德、蕭敏材、黃燕、李潔，1997），提出陰虛體質健康促進之 4 個建議：

(1) 健康膳食攝取：以中醫對食物有雷同藥物溫、熱、寒、涼、平共五種屬性，陰虛體質表現虛熱症狀，宜適量攝取寒涼及平性食物，滋陰生津食物如：甘蔗、蜂蜜、木耳、銀耳、燕窩、百合、海參、鮑魚、蟹、牡蠣、蛤蜊、蚌、烏賊、鴨肉、豬肉、豬皮、鴨蛋、桃子、李子、梨、柿子、石榴、桑椹、松子、核桃、枸杞子、黑芝麻、山藥；及滋陰藥膳，如何首烏雞、首烏芝麻糊、沙參銀耳湯、百合蓮子銀耳湯等，不宜進補熱性藥膳，減少溫熱、油炸、辛辣食物（如韭、薑、辣椒等），並應戒除菸酒。

(2) 生活起居行為與環境：陰虛體質表現虛熱症狀，耐熱力較差，適合居住清涼安靜環境，避免溫度過高環境及少曬太陽。生活作息上，應多休息避免過勞，因「久視傷血」，應減少長時間看電視或電腦。夜間休息可滋陰養血，陰虛體質尤其不宜熬夜。

(3) 情志調護：人體情感活動與氣血變化息息相關，陰虛體質者容易出現情緒不穩定、急躁及心煩易怒。陰虛體質應避免刺激情緒，少參與競爭性活動，自我加強沉著冷靜的訓練，多聽旋律輕鬆緩慢的音樂以調和心情。

(4) 健康運動：中醫提出動生陽、靜生陰的動靜結合養生概念，過度運動耗傷陰質，但過度不動則傷陽氣，適當運動則平衡陰陽。陰虛體質者不宜過動，而以靜坐或吐納導引為最適合養生運動。

參考文獻

中文文獻

- 方紫薇 (2010)。網路沉迷、因應、孤寂感與網路社會支持之關係：男女大學生之比較。 *教育心理學報*，41 (4)，773-798。
- 王琦 (1995)。 *中醫體質學*。北京市：中國醫藥科技。
- 王琦 (2005)。九種基本中醫體質類型的分類及其診斷表述依據。 *北京中醫藥大學學報*，28 (4)。
- 王琦 (2006a)。中醫體質表性能的初步評析。 *中國臨床康復*，3 (10)。
- 王琦 (2006b)。論中醫體質研究的三個關鍵問題 (下)。 *中醫雜誌*，5 (47)。
- 王琦 (2006c)。論辨體論治的科學意義及其應用 (一)。 *浙江中醫藥大學學報*，2 (30)。
- 王琦 (2006d)。論辨體論治的科學意義及其應用 (二)。 *浙江中醫藥大學學報*，(30)。
- 王琦 (2008)。中醫體質文獻計量學分析。 *中華中醫藥學刊*，26 (11)。
- 田安然 (2006)。 *中西醫結合義理探討*。台北市：知音。
- 田維君 (1990)。 *陰虛証治*。江西科學技術出版社。
- 匡調元 (2008)。 *人體體質學*。台北市：文光。
- 朱燕波、王琦、鄧棋衛、蔡晶、宋曉鴻、關雪 (2010)。中醫體質類型與高血壓的相關性研究。 *中西醫結合學報*，8 (1)，40-45。
- 江惠綾 (2009)。中文版雅典失眠量表信效度研究。 *臺灣精神醫學*，23 (1)，

43-52。

吳京一 (2008)。科學教育月刊 (311)。台北市：台灣師範大學。

岑濤、王琦 (2007)。不同年齡人群體質分佈的調查分析。中華中醫學刊，
6 (25)。

李世滄 (2007)。失眠中醫典籍彙編。台北市：衛生署中醫藥會。

李宇宙 (2000)。日間多眠及嗜睡心身醫學研究 (國科會專題研究計畫成果
報告，NSC89-2314-B002-563)。台北市：台灣大學醫學院。

李宇宙 (2007)。李宇宙好眠自助寶典。台北市：天下雜誌。

李佳霖 (2006)。過敏性鼻炎患者臨床表現與中醫體質陰陽氣血變項之相關
性研究。未出版之碩士論文，台中市：中國醫藥大學中國醫學研究所。

沈建忠 (2009)。台灣中醫診斷實證研究之回顧與前瞻 (2-1)。中醫藥年報，
6 (27)，385-400。

沈建忠、張恒鴻 (2008)。台灣中醫診斷實證研究之回顧與前瞻。中醫藥年
報，5 (26)，221-238。

沈施德、蕭敏材、黃燕、李潔 (1997)。天然養生術。上海市：華東師範大
學。

周學勝 (2006)。中醫基礎理論圖表解。台南市：大學。

李鍾樸 (2007)。現代中醫生理學基礎。台北市：知音。

林昭庚 (2001)。中西醫病名對照大辭典。台北市：國立中國醫藥研究所。

林郁甯 (2004)。中醫之陰陽虛實辨證與心臟自主神經功能之相關性研究。

未出版之碩士論文，花蓮市：慈濟大學醫學研究所。

林清華（2005）。精神藥物學：憂鬱症、焦慮症及失眠之治療。台北市：合記。

武文月（2004）。影響某大學學生睡眠品質相關因素之研究。未出版之碩士論文，台北市：臺灣師範大學衛生教育研究所。

邱史珊、劉俊昌（2008）。大學生的睡眠與學校生活形態、環境間之關係研究—以中部地區某國立師資培育大學學生為例。學校衛生，(52)。

洪祖培、林克明（1988）。睡眠及其障礙。台北市：水牛。

孫理軍（2008）。中醫解讀人的體質。北京市：中國中醫藥出版社。

徐松錕（2008）。過敏性鼻炎患者中醫體質類型與基因及蛋白質表現之相關性研究—細胞激素相關性研究。中醫藥年報，26（2）。

馬建中（1980）。中醫診斷學。台北市：國立編譯館。

張步桃（2010）。張步桃開藥方：望聞問切的老祖宗智慧，簡便廉效的新時代中醫。台北市：遠流。

陳美如（2010）。男性大學生的中醫體質與痤瘡之關係。未出版之碩士論文，嘉義縣：南華大學自然醫學研究所。

陳美娟（2007）。大學生睡眠品質、自覺健康及其影響因素之研究—以中部某私立大學為例。未出版之碩士論文，台中市：亞洲大學健康管理研究所。

陳崇賢（2010）。失眠評估與治療。台灣家庭醫學醫學會 Vol. 25。

陳敬修、張永賢、邱創乾、宋慶龍（2002）。利用心率變異數評估中醫陰陽

- 體質之研究。中華醫學工程學刊，22（4），91-98。
- 陳寧宏、吳嘉碩（2008）。讓你睡好眠。台北市：文經社。
- 陳麗麗（2008）。中醫陽氣虛體質量表之發展。未出版知博士論文，台中市：中國醫學大學中國醫學研究所。
- 陳麗麗、林君黛、黃怡嘉、林睿珊、黃建勳、蘇奕彰（2008）。選擇台灣版中醫體質量表的量尺語詞。中臺灣醫學科學雜誌，13（1），35-42。
- 陳麗麗、蘇奕彰（2007）。從中醫談虛性體質的健康促進。護理雜誌，54（4），16-20。
- 黃怡嘉（2004）。憂鬱疾患病人之中醫證型研究。未出版之碩士論文，台中市：中國醫藥大學中西醫結合研究所。
- 黃建勳（2005）。從人口學和生活因子與疾病因子探討影響體質之因素。未出版之碩士論文，台中市：中國醫藥大學中西醫結合研究所。
- 楊靖（2000）。中醫體質學說的現代研究發展。長春中醫學院學報，4（16）。
- 葉世彬（2007）。睡眠疾患手冊。台北市：合記。
- 劉艷驕、高榮林（2003）。中醫睡眠學。北京市：人民衛生出版社。
- 蔡政樞（2001）。認識睡眠障礙。台北市：宏欣文化。
- 錢會男（2006）。《內經》體質理論特色分析。中醫藥學刊，7（24）。
- 謝英彪（2003）。失眠自然療法。台北市：培根文化。
- 蘇奕彰（1995）。系統性紅斑狼瘡患者之中醫體質研究。未出版之博士論文，台中市：中國醫藥大學中國醫學研究所。

蘇奕彰 (1998)。過敏性鼻炎患者之中醫體質研究。未發表的碩士論文，台北市：中國醫藥學院中醫醫學研究所。

蘇奕彰 (2007a)。中醫體質量表及分行指標建立 (2-1)。中醫藥年報，25 (5)，45-144。

蘇奕彰 (2007b)。體質強化之中醫藥典籍研究。台北市：衛生署中醫藥會。

蘇奕彰 (2008)。中醫體質量表及分行指標建立 (2-2)。中醫藥年報，26 (5)，65-152。

英文文獻

- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28 (2) , 193-213.
- Chiang, H. L., Chen, H. C., Bai, C. H., Che, H. H., Lee, M. B., Lai, S. H., et al. (2009) A Validation Study of the Chinese Version of the Athens Insomnia Scale. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 23 (1) , 43-52.
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010) Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46 (2) , 124-132.
- Preisegolaviciute, E., Leskauskas, D., & Adomaitiene, V. (2010) Associations of quality of sleep with lifestyle factors and profile of studies among Lithuanian students. *Medicina (Kaunas)* , 46 (7) , 482-489.
- Sharma, S., & Kavuru, M. (2010) Sleep and metabolism : an overview. *International Journal of Endocrinology*, 1-12 . .
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000) Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48 (6) , 555-560.
- Suen, L. K. P., Hon, K.L.E., Tam, W.W.S. (2008) Association between sleep behavior and sleep-related factors among university students in Hong Kong. *Chronobiology internatio*., 25 (5) , 760-775.

- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., & Durrence, H. H. (2003) Insomnia as a health risk factor. *Behavioral Sleep Medicine, 1* (4) , 227-247.
- Verlander, L. A., Benedict, J. O., & Hanson, D. P. (1999) Stress and sleep patterns of college students. *Perceptual and Motor Skills, 88* (3) , 893-898.
- Yen, C. F., King, B. H., & Chang, Y. P. (2010) Factor structure of the Athens Insomnia Scale and its associations with demographic characteristics and depression in adolescents. *Journal of Sleep Research, 19* (1) , 12-18.

附錄

受訪者同意書

編號：

我們邀請您參加本問卷調查，此份同意書提供您本研究相關資訊，
研究生將為您詳細說明並回答相關問題。

| | | | | | |
|------|-------------------|----|--|--------|--|
| 計畫名稱 | 探討大學生睡眠品質與中醫體質之關係 | | | | |
| 執行單位 | 南華大學自然醫學研究所 | | | | |
| 研究生 | 顏美智 | 電話 | | E-mail | |
| 指導教授 | 陳秋媛 | 電話 | | E-mail | |

本同意書以下列方式敘述：口述 筆述

一、實驗計畫的名稱：

二、邀請您參加本研究：

南華大學自然醫學研究所碩士班學生顏美智正在進行一個睡眠品質的研究。我們邀請您在充分瞭解有關的資訊後填寫這份問卷。

三、研究的描述：

藉由問卷調查探討大學生睡眠品質與中醫體質之相互關聯性。

四、受試者之權益及保護：

- (一) 本實驗獲得的資料僅供學術與研究用途，所有個人資料（例如：姓名、得以辨識受試者身份之資料）將絕對保密，敬請安心回答。
- (二) 您參加這項研究完全是出於自願，您有充裕的時間來決定是否願意參加。任何時候只要您不想繼續參加，都可自由決定退出，不必提供理由。
- (三) 若您對於參與本研究有任何疑問，您可與研究生、指導教授或本所的研究倫理委員會之行政助理聯絡，聯絡電話：(05)272-1001 分機 2641，傳真：(05)242-7195，
E-mail：nhs@mail.nhu.edu.tw

五、簽章：

本人已詳細瞭解上述研究，有關本研究的疑問亦獲得詳細解釋。本人同意並自願參與此項研究計畫。

(一) 受試者（本人）：_____（簽名） 日期：____年____月____日

(二) 執行說明人：_____（簽名） 日期：____年____月____日

(三) 研究生：_____（簽名） 日期：____年____月____日

說明：

1. 受試者已成年且有行為能力，由受試者於（一）親筆簽名並載明日期。
2. 受試者已滿 7 歲未滿 20 歲（限制行為能力者），除由受試者於（一）親筆簽名並載明日期外，另須法定代理人於（二）親筆簽名並載明日期，以示同意。

本同意書一式二份，雙方完成簽署後，各執一份留存。

中醫體質問卷

中醫體質量表

Body Constitution Questionnaire, BCQ

「中醫體質問卷 (Body Constitution Questionnaire, BCQ)」係由中國醫藥大學中醫學院蘇奕彰博士領導之體質與證型研究團隊所開發完成，研究開始自 1995 年，於 2007 年完成第一版問卷，其間部分研究經費曾獲行政院衛生署中醫藥委員會之補助 (CCMP93-RD-026、CCMP94-RD-107、CCMP95-RD-014、CCMP95-TP-036)，特此致謝。

版權所有 翻印必究

BCQ_44 Taiwan Standard Version 1.0

Copyright © 2007 Chinese Medicine Constitution Research Center. All rights reserved.

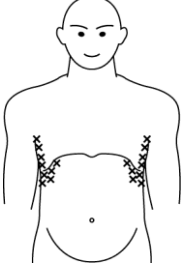
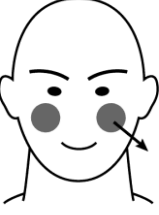
第一部分 基本資料

| | | | | | | | | |
|------|---|----|----|------|-----|-----------------|----|---|
| 姓名 | | | | 收案日期 | 西元 | 年 | 月 | 日 |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生日 | 西元 | 年 | 月 | 日 | 血型 | 型 |
| 身高 | 公分 | 體重 | 公斤 | | 出生地 | _____省(市)_____區 | | |
| 教育程度 | <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中(初中) <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 其它：_____ | | | | 職業 | | | |
| 居住地 | _____省(市)_____區 | | | | | | | |
| 習用母語 | <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其它_____ | | | | | | | |
| 生活作息 | 主要的工作或上學時間： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不固定/輪班制 <input type="checkbox"/> 固定：上午/下午_____點~上午/下午_____點 | | | | | | | |
| | 您每天大約都_____點上床睡覺，_____點起床 | | | | | | | |
| | 您是否經常熬夜(超過晚上 12:00 以後才睡) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 經常 | | | | | | | |
| 精神壓力 | 請您就目前的壓力感受，從 0-10 分中選出您的壓力分數：_____。 0 分表示無感覺壓力，10 分表示壓力極大(分數愈高代表壓力愈大) | | | | | | | |
| 飲食習慣 | 您平常喜歡吃哪種口味的食物(可複選) <input type="checkbox"/> 無特殊喜好 <input type="checkbox"/> 酸味 <input type="checkbox"/> 苦味 <input type="checkbox"/> 甜味 <input type="checkbox"/> 辛辣 <input type="checkbox"/> 鹹味 | | | | | | | |
| | 您是否吃冰品(冰製品及冰飲料)? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 經常 | | | | | | | |
| | 您是否吃油炸食品? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 經常 | | | | | | | |
| 個人史 | 您平常抽菸的情形是： <input type="checkbox"/> 不抽菸 <input type="checkbox"/> 偶爾抽(非每天) <input type="checkbox"/> 每天一包以下 <input type="checkbox"/> 每天一包以上 | | | | | | | |
| | 您平常喝酒的情形是： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 經常 | | | | | | | |
| | 您平常嚼檳榔的情形是： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 經常 | | | | | | | |
| | 您平常運動的情形是： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 經常 | | | | | | | |

| | |
|-------------|--|
| <p>疾病史</p> | <p>您是否罹患下列慢性疾病（經醫師確定診斷）？（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>高血壓 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血脂症 <input type="checkbox"/>高尿酸 <input type="checkbox"/>甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/>先天代謝異常</p> <p><input type="checkbox"/>肝炎帶原 <input type="checkbox"/>慢性肝炎 <input type="checkbox"/>肝硬化</p> <p><input type="checkbox"/>氣喘 <input type="checkbox"/>皮膚過敏 <input type="checkbox"/>過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/>消化性潰瘍或腸胃障礙</p> <p><input type="checkbox"/>先天性心臟病 <input type="checkbox"/>冠狀動脈疾病 <input type="checkbox"/>心瓣膜疾病 <input type="checkbox"/>貧血</p> <p><input type="checkbox"/>肺氣腫與支氣管肺炎 <input type="checkbox"/>肺結核 <input type="checkbox"/>退化性關節炎 <input type="checkbox"/>骨質疏鬆</p> <p><input type="checkbox"/>紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/>類風濕性關節炎 <input type="checkbox"/>僵直性脊椎炎 <input type="checkbox"/>腎臟病 <input type="checkbox"/>精神疾病</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p> |
| <p>手術史</p> | <p>是否曾接受其他手術？ <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有。</p> <p>手術原因：_____手術日期：西元_____年_____月</p> <p>手術原因：_____手術日期：西元_____年_____月</p> <p>手術原因：_____手術日期：西元_____年_____月</p> |
| <p>自我評量</p> | <p>請為自己目前的健康狀態打個分數(0-100分)：_____分</p> <p>您對自己的健康狀態覺得：<input type="checkbox"/>很不滿意 <input type="checkbox"/>不滿意 <input type="checkbox"/>滿意 <input type="checkbox"/>很滿意</p> |

■ 第二部分 BCQ 體質問卷 ■

| 題 號 | <p>■ 請您回想在「最近的這一個月內」是否有出現以下現象？</p> <p>■ 並在各題右方之「□」內，以「✓」選取此現象出現的強度。</p> | 完全不會 | 稍微會 | 中等程度會 | 很會 | 最嚴重會 |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 1 | 雖然沒有感冒，我喉嚨中會有痰。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 我會覺得手心、腳掌心或身體會熱熱的。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 我會覺得自己怕冷、手腳冰冷或需穿比較多的衣服。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 我會覺得頭重、頭昏不舒服。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 我會覺得疲倦或無力不想動。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 我會覺得口中黏黏的或口水黏稠。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 我會覺得身體或下半身重重的。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 突然站起來時，我會覺得眼前發黑。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 我會覺得疲倦不想說話或沒力氣說話。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 我的舌頭或口腔會破。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 我會覺得眼睛乾澀，或看東西不清楚。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 我的胸、腹部或四肢會悶痛不舒服。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 我的胸、腹部或四肢會刺痛不舒服。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 我會覺得睡眠時間夠，但仍想睡覺或睡不飽。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | 我會覺得氣不夠，需要深呼吸。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | 我的身體或手腳會有麻木感。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | 我會覺得胸口悶悶或緊緊的，好像有東西壓著。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | 我會耳鳴。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | 我的皮膚會無故出現瘀血烏青。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | 我的皮膚會乾燥、龜裂、變厚或變硬。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | 我的身體或四肢會看到扭曲變形的血管（靜脈曲張）。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | 我會感到腰部、膝蓋或足跟酸軟、疼痛、無力或發冷。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 題 號 | <p>■ 請您回想在「最近的這一個月內」是否有出現以下現象？</p> <p>■ 並在各題右方之「□」內，以「✓」選取此現象出現的強度。</p> | 完全不會 | 稍微會 | 中等程度會 | 很會 | 最嚴重會 | | |
|--------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | | |
| 23 | 沒有劇烈運動時，我會抽筋。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 24 | 我會覺得呼吸深度短淺或喘。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 25 | <p>我的身體側面或兩側上腹肋骨處（位置見右圖中打×範圍）會有悶、脹或疼痛的感覺。</p> |  | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | 我會口渴、嘴巴乾、嘴唇乾燥龜裂，且喝水後很快又口渴。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 27 | 我的四肢、身體、臉部或眼睛周圍會浮腫。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 28 | 平躺時我的呼吸會變喘。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 29 |  | 我的臉頰會發紅。(部位請見附圖) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 30 | 我會覺得喉嚨乾，但嘴巴或嘴唇不會乾燥。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 31 | 姿勢改變時，我會覺得天旋地轉。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 32 | 我覺得我的聽力減退。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 33 | 我吹到風會不舒服。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 34 | 我的舌苔會厚厚或黏黏的。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 35 | 我會覺得身體或頭面突然一陣熱熱的。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 36 | 我會喜歡喝溫熱的東西。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 37 | 沒有劇烈運動時，我的腰部會容易扭傷。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| 題 號 | <p>■ 請您回想在「最近的這一個月內」是否有出現以下現象？</p> <p>■ 並在各題右方之「□」內，以「✓」選取此現象出現的頻率。</p> | | | | | |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 38 | 除了早上第一次解尿外，我的小便顏色深黃或茶色。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 | 我的小便量少。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 | 我的大便乾硬。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 | 我的大便不成形。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 | 我會覺得嘴巴淡淡的沒有味道。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 | 沒有喝很多水，我仍覺得小便量多。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44 | 我在天亮前會因拉肚子而起床。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

中文版雅典失眠量表

以下問題是想了解你最近一個月的睡眠情形，如果最近一個月中你有下列狀況每週出現至少三次，則請依照你所感受的嚴重程度來勾選。

1. 你在晚上關燈上床後會不會翻來翻去睡不著？

- a. 完全不會 b. 輕微會 c. 明顯會 d. 很

嚴重或根本沒有睡覺

2. 你睡覺時會不會很容易醒來，因而對生活造成影響？

- a. 完全不會 b. 輕微會 c. 明顯會 d. 嚴

重影響或根本沒有睡覺

3. 你睡覺時會比期望的時間早醒來嗎？

- a. 完全不會 b. 輕微會 c. 明顯會 d. 嚴

重提早或根本沒有睡覺

4. 你覺得你的總睡眠時間足夠嗎？

- a. 足夠 b. 輕微不足 c. 顯著不足 d.

嚴重不足或根本沒有睡覺

5. 無論睡的時間長短，你對於你的睡眠品質滿意嗎？

- a. 滿意 b. 輕微不滿意 c. 顯著不滿意 d. 嚴

重不滿意或根本沒有睡覺

6. 你覺得你在白天的心情如何？

a. 正常 b. 輕微低落 c. 顯著低落 d. 嚴

重低落

7. 你覺得你的睡眠對於白天時的體力、精神、記憶力、認知力和注意力有無影響？

a. 沒影響 b. 輕微影響 c. 顯著影響 d.

嚴重影響

8. 你白天會想睡覺嗎？

a. 不會想睡 b. 輕微想睡 c. 顯著想睡 d.

嚴重想睡