

基于数据挖掘探索姜德友教授治疗失眠的用药规律

田源¹, 徐云鹏^{2*}, 曹丹³, 刘晓艳³, 乔文琪¹

¹黑龙江中医药大学附属第三医院内分泌科, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

³哈尔滨市松北区松北社区卫生服务中心, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年1月12日; 录用日期: 2026年2月6日; 发布日期: 2026年2月25日

摘要

目的: 数据挖掘探索姜德友教授治疗失眠的用药规律。方法: 收集2020年8月~2024年8月就诊于黑龙江中医药大学附属第三医院名中医诊室的失眠患者的病案, 建立数据库, 使用中医传承辅助系统, 对数据进行统计频次、关联规则以及核心药物熵聚类分析。结果: 筛选出治疗失眠的医案187例, 涉及中药163味; 药性以寒、平、温为主, 药味以辛、苦、甘为主, 归经以脾经、肝经为多; 使用频次较高的中药依次为刺五加、佛手、党参等。获得核心药物组合6组。结论: 姜德友教授治疗失眠以“外因寒燥、内伤痰热、气血不畅”提出辨外感、辨内伤、辨气血、辨阴阳、辨不寐类型为辨治思路, 临床治疗善用经方、慎尊经典、专药专方、灵活加减用药特点, 基于临证用药特点对辨证论治理念的引申与发展, 为临床医生运用中药治疗失眠提供了参考。

关键词

姜德友, 失眠, 柴胡加龙骨牡蛎汤, 龙江医派

Explore the Medication Rules of Professor Jiang Deyou in the Treatment of Insomnia Based on Data Mining

Yuan Tian¹, Yunpeng Xu^{2*}, Dan Cao³, Xiaoyan Liu³, Wenqi Qiao¹

¹Department of Endocrinology, The Third Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

³Songbei Community Health Service Center, Songbei District, Harbin Heilongjiang

*通讯作者。

文章引用: 田源, 徐云鹏, 曹丹, 刘晓艳, 乔文琪. 基于数据挖掘探索姜德友教授治疗失眠的用药规律[J]. 临床医学进展, 2026, 16(2): 3168-3182. DOI: 10.12677/acm.2026.162729

Received: January 12, 2026; accepted: February 6, 2026; published: February 25, 2026

Abstract

Objective: Professor Jiang Deyou's treatment of insomnia and medication rules on the subject were explored through data mining. **Methods:** Patient records of insomnia cases treated at the Third Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine from August 2020 to August 2024 were collected and a database was established. The Traditional Chinese Medicine Heritage Assistance System was used to analyze the data, including statistical frequency, association rules, and core drug entropy clustering. **Results:** 187 medical cases for treating insomnia were selected, involving 163 Chinese herbs. The predominant properties of the herbs were cold, neutral, and warm; tastes were mainly spicy, bitter, and sweet; and the most commonly used meridians were the spleen and liver. The frequently used Chinese herbs included Ci Wu Jia, Fo Shou, and Dang Shen. Six core drug combinations were identified. **Conclusion:** Professor Jiang Deyou's approach to treating insomnia involves distinguishing external factors (cold and dryness), internal damage (phlegm-heat), and Qi and blood stagnation. Clinical treatment emphasizes using classic formulas, specialized medicines, and flexible adjustments based on individual patient conditions. This provides a reference for clinicians using Chinese medicine to treat diseases.

Keywords

Deyou Jiang, Insomnia, Chaihu and Longgu Mulitang, Longjiang Medical School

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

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

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



Open Access

1. 引言

失眠一般表现为入睡困难或不易维持睡眠或睡眠状况不能充分恢复的身体和精神状态，上述症状可能单独出现，但大多数情况为混合发作。国外失眠流行病学数据表明，全球约有 8.8 亿成年人患有慢性失眠，占全球人口的 16.7% [1]，我国失眠患病率高达 15% [2]，一项全国性观察性研究的结果显示，老年人主诉睡眠质量差的患病率从 2008 年的 34.87% 上升至 2018 年的 47.67%，短睡眠时间从 5.29% 增加到 8.37% [3]。目前，西医药物治疗以苯二氮草类受体激动剂为主，但是所有治疗失眠的药物证据效力均一般，几乎均为低质量证据，故非药物治疗——也就是认知行为疗法 CBTI (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia) 为主 [4]。CBTI 的宗旨是打破患者负性思维和行为模式，纠正不良的睡眠习惯、建立正确的认知模式、缓解不良情绪，进而提高睡眠质量 [5]。CBTI 与药物治疗的短期疗效相当，但其长期疗效则优于药物治疗 [6]。但其本身不是一种同质化治疗策略。CBTI 包含行为要素和认知要素，不同临床试验中，CBTI 的组成部分不同，这种多样性会造成统计和临床结果的异质性，对观测结果产生影响。且受限于我国经济发展不平衡不充分的国情，缺少有经验的治疗师，作为一套认知和行为疗法系统，面对面的 CBTI 治疗成本相对较高，难以广泛地推广和应用。

中医学治疗失眠不仅历史悠久，治疗手段丰富，且疗效显著。失眠在中医学中被叫为不寐，关于不寐证治法与方药的认识，先秦两汉时期，《伤寒杂病论》载有多首治方外相关的论述并不多见。晋唐时期，医方和所用药物有所增加，南北朝时梁代陶弘景在《本草经集注》中初次记载了治疗不得眠的“诸

病通用药”，宋金元时代医方和用药有了显著增加。到明代以后，有关治法的认识与概括渐多，进一步总结发展了不寐证的药物疗法。

姜德友教授全国老中医药专家学术经验继承工作导师，国家中医药管理局重点学科《金匱要略》学科带头人。姜教授结合《内经》《伤寒论》《金匱要略》中脏腑失调、阴阳失衡、升降失常、气血失和等病因病机，以及龙江地域独特的气候环境与自身数十年临床实践，总结龙江地区不寐患者之病因病机为“外因寒燥，内伤痰热，气血不畅”[7]。姜教授发现龙江地区人们失眠的发病率较高，龙江地区人们的生活习惯及环境可能是其极为重要的病因。因此本研究使用数据挖掘技术，通过对姜德友教授名中医诊室治疗失眠的患者纸质版处方进行归纳总结，分析姜德友教授治疗失眠的用药规律，总结姜德友教授的学术思想，以期失眠的临床诊治提供借鉴。

2. 资料与方法

2.1. 数据来源

本研究均以姜德友教授在黑龙江中医药大学附属第三医院 - 姜德友教授名中医诊室 2020 年 1 月~2024 年 10 月诊断为失眠患者的临床医案进行数据挖掘分析。

2.2. 纳入标准

- 1) 西医诊断标准参考《中国成人失眠诊断与治疗指南(2017 版)》失眠诊断标准[8];
- 2) 中医诊断标准参考《失眠症中医临床实践指南》中医不寐诊断标准[9];
- 3) 患者病案记录完整;
- 4) 患者如果多次复诊，仅纳入整理分析首次的病案。

2.3. 排除标准

- 1) 病案处方、病史资料残缺模糊等;
- 2) 合并外科伤痛(气胸、骨折、术后疼痛等)和严重的内科疾病(慢性呼吸衰竭、癌症晚期等)或外环境原因等导致的失眠;
- 3) 合并患有严重内分泌系统、心脑血管系统疾病者;
- 4) 符合上述任意一条者均被排除。

2.4. 数据预处理

为保证数据的准确性和分析的可靠性，将病案处方中不同名称的中药进行规范化标准化处理。参考《中华人民共和国药典》[9]《中药学》[10]等。将川牛膝、怀牛膝统一为牛膝，北柴胡统一为柴胡；炒山楂、生山楂统一为山楂；焦栀子、炒栀子统一为栀子；麸炒枳壳、炒枳壳统一为枳壳；麸炒白术、炒白术统一为白术；山萸肉统一为山茱萸；粉葛统一为葛根；丹皮统一为牡丹皮；夜交藤统一为首乌藤；蒺藜子、炒蒺藜统一为刺蒺藜；龟板统一为龟甲。

2.5. 数据处理与分析

采用中医传承辅助平台(V2.5)，对方药频次、药物功效、性味归经进行数据分析，探寻相关中药与中药间的关联及聚类规则总结姜教授的高频用药、配伍规律及学术思想。

3. 结果

3.1. 中药纳入情况

共纳入符合纳排标准的就诊于黑龙江中医药大学附属第三医院姜德友教授名中医诊室治疗失眠的患

者纸质版处方 187 首，涉及中药 163 味，药物总频次为 3018。

3.2. 药物频次

187 首处方中有 22 味中药的应用频次 ≥ 50 ，其中前 10 位应用频次的为刺五加、佛手、党参、炙甘草、枳壳、白芍、柴胡、合欢花、栀子、茯神，见图 1。

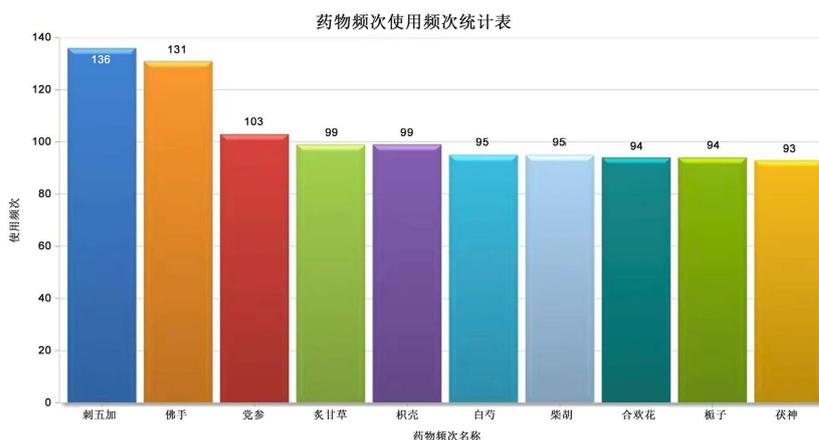


Figure 1. Top 10 most frequently used drugs statistical table

图 1. 使用频次前 10 位的药物统计表

3.3. 中药四气五味、归经分析

统计分析全部的 163 味中药，四气总频次为 2445 次，其中，频次最高的是温性药，为 882 次，其次为寒性药物，为 774 次，再次为平性药物，是 613 次，具体分布见图 2。统计分析的药味总频次为 3779 次，其中，频次最高的是甘味，为 1485 次，其次是苦味，为 1079 次，其它依次为辛味(775 次)、酸味(197 次)、咸味(125 次)、涩味(114 次)，具体分布见图 3。药物归经频次共 6792 次，脾经的频次最高，为 1388 次，其次是肝经(1245 次)，其它依次为肺经(945 次)、心经(880 次)、胃经(828 次)、肾经(789 次)、胆经(342 次)、大肠经(141 次)、膀胱经(96 次)、心包经(64 次)、小肠经(62 次)、三焦经(12 次)。具体分布见图 4。

使用中药在四气中所占比重统计

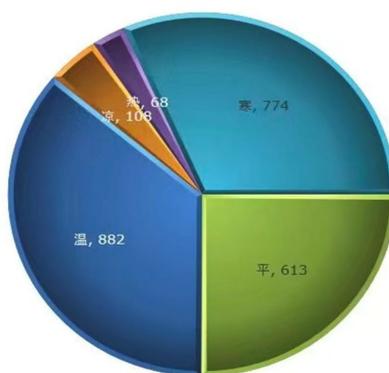


Figure 2. Frequency and weight distribution of four qi

图 2. 四气频次及比重统计

使用中药在五味中所占比重统计

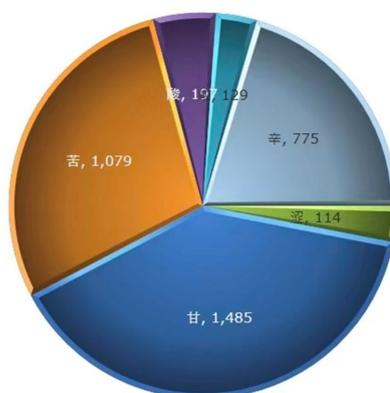


Figure 3. Frequency and percentage distribution of five flavors
图 3. 五味频次及占比统计

使用中药在五味中所占比重统计

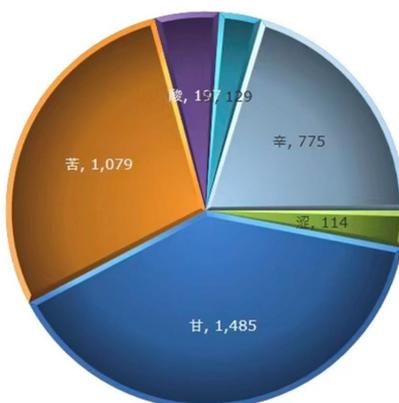


Figure 4. Frequency of return statistics table
图 4. 归经频次统计表

3.4. 组方规律

3.4.1. 药物组合

登录中医传承辅助平台的数据分析系统，利用“方剂分析-组方规律”模块进行组方规律分析。根据收集的 187 首处方，依据样本量，设置“支持度个数”为 80，“置信度”为 0.90，得到 13 味中药、69 条药物组合，前 10 组药物组合为刺五加-佛手、佛手-合欢花、栀子-佛手、白芍-柴胡、佛手-玫瑰花、党参-佛手、党参-刺五加、柴胡-佛手、白芍-佛手、佛手-茯神。具体统计见表 1，网络图展示见图 5。

3.4.2. 关联规则

对进行组方规律分析后得到的 69 条药物组合进行关联规则分析，共得到 28 组药物组合，中药关联度前 10 位的为牡蛎->柴胡；牡蛎->龙骨；合欢花，茯神->佛手；法半夏，茯神->白芍；法半夏，白芍->

茯神；白芍，枳壳->柴胡；白芍，牡蛎->柴胡；白芍，牡蛎->龙骨；龙骨，枳壳->柴胡；龙骨，牡蛎->柴胡。详见表 2、表 3。

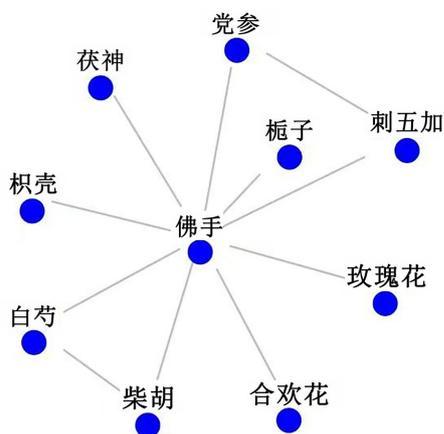


Figure 5. Network diagram of the top 10 drug combinations

图 5. 前 10 药物组合网络图

Table 1. Statistical table of top 10 drug combinations

表 1. 前 10 药物组合统计表

药物模式	出现频度
刺五加，佛手	102
佛手，合欢花	91
栀子，佛手	90
白芍，柴胡	89
佛手，玫瑰花	88
党参，佛手	88
党参，刺五加	87
柴胡，佛手	87
白芍，佛手	86
佛手，茯神	86

Table 2. Top 10 drug combinations in association rule analysis

表 2. 关联规则分析前 10 药物组合

序号	药物组合	置信度
1	牡蛎->柴胡	1
2	牡蛎->龙骨	1
3	合欢花，茯神->佛手	1
4	法半夏，茯神->白芍	1
5	法半夏，白芍->茯神	1
6	白芍，枳壳->柴胡	1
7	白芍，牡蛎->柴胡	1
8	白芍，牡蛎->龙骨	1
9	龙骨，枳壳->柴胡	1
10	龙骨，牡蛎->柴胡	1

Table 3. Association rule analysis 10~20 drug combinations

表 3. 关联规则分析 10~20 药物组合

序号	药物组合	置信度
11	柴胡, 牡蛎->龙骨	1
12	牡蛎->柴胡, 龙骨	1
13	白芍, 龙骨, 牡蛎->柴胡	1
14	白芍, 柴胡, 牡蛎->龙骨	1
15	白芍, 牡蛎->柴胡, 龙骨	1
16	龙骨->白芍	0.988095238
17	龙骨->柴胡	0.988095238
18	栀子, 合欢花->佛手	0.987951807
19	柴胡, 龙骨->白芍	0.987951807
20	白芍, 龙骨->柴胡	0.987951807

3.4.3. 递进分析

将支持度个数设置为 80、置信度设置为 0.90 时, 获得 69 组药物组合, 保持置信度不变, 提高支持度, 将支持度设置为 85 时, 获得 11 组药物组合; 将支持度设置为 90 时, 获得 3 组药物组合; 详见表 4。药物关联规则网络见图 6~8。

Table 4. Progressive analysis of drug combinations

表 4. 递进分析药物组合

支持度	味数	中药
80	13	刺五加、佛手、党参、玫瑰花、法半夏、栀子、白芍、柴胡、枳壳、茯神、合欢花、龙骨、牡蛎
85	10	刺五加、佛手、党参、玫瑰花、栀子、白芍、柴胡、枳壳、茯神、合欢花
90	4	刺五加、佛手、栀子、合欢花

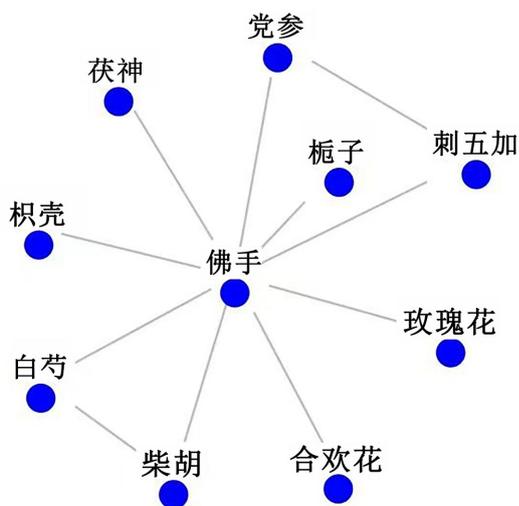


Figure 6. Support level 80

图 6. 支持度 80

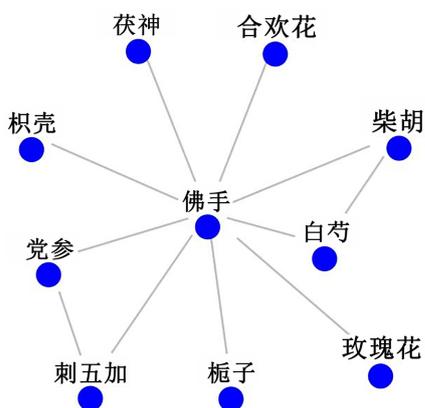


Figure 7. Support level 85

图 7. 支持度 85

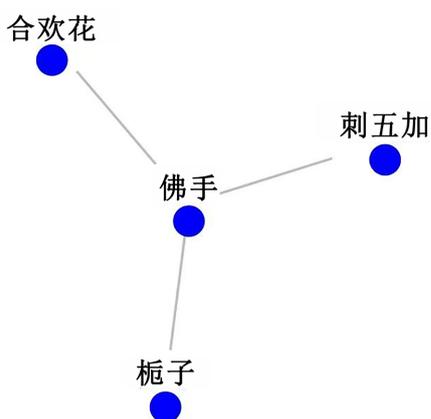


Figure 8. Support level 90

图 8. 支持度 90

3.5. 核心药物组合及新方处方

3.5.1. 核心药物组合

依据处方数量及不同参数结果，将相关度为 10，惩罚度设置为 2，聚类分析后得到 108 组药对，关联系数 > 0.1 的有 10 组药对，详见表 5。将这 108 组药对进行提取组合，聚类分析可获得 6 组核心药物组合，包含 19 味中药，分别为麦冬 - 生地黄 - 白芷 - 党参 - 甘草 - 太子参 - 菊花 - 生地黄 - 牡丹皮 - 刺五加 - 黄连 - 罗布麻叶、三七 - 葛根 - 红花、白芍 - 茯神 - 柴胡 - 龙骨 - 茯苓。详情见表 6，药物关联规则网络见图 9。

Table 5. Drug pairs with correlation coefficient > 0.1 表 5. 关联系数 > 0.1 的药对

药物 1	药物 2	关联系数
茯神	佛手	0.1296232
栀子	茯苓	0.114121
法半夏	白术	0.1107748

续表

白芍	佛手	0.1103184
白芍	神曲	0.1091172
白芍	三七	0.105543
柴胡	三七	0.105543
栀子	三七	0.1038582
合欢花	三七	0.1038582
合欢花	玫瑰花	0.1021039

Table 6. Core drug combination
表 6. 核心药物组合

序号	核心药物组合
1	麦冬_生地黄_白芷
2	党参_甘草_太子参
3	菊花_生地黄_牡丹皮
4	刺五加_黄连_罗布麻叶
5	三七_葛根_红花
6	白芍_茯神_柴胡_龙骨_茯苓

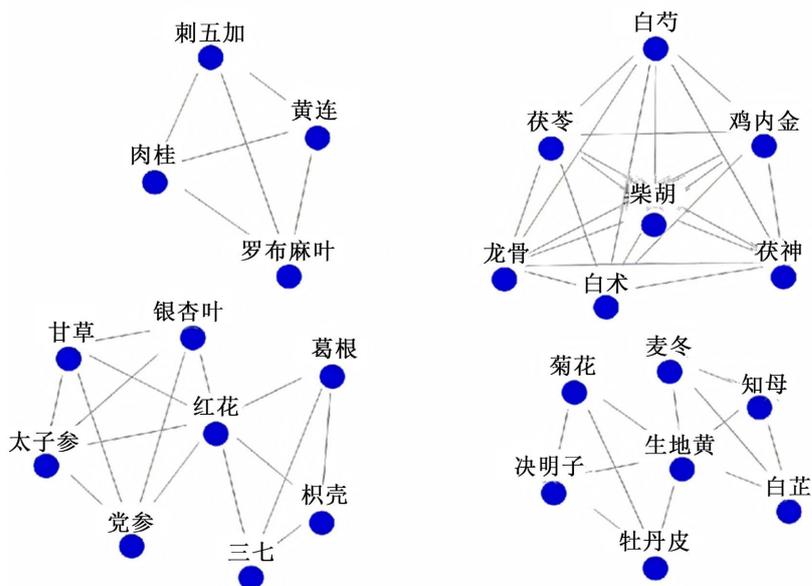


Figure 9. Core drug association rules
图 9. 核心药物关联规则

3.5.2. 新方处方

以上述 6 组核心药物组合为基础，进行新处方的提取组合，根据新方聚类得到 6 首新处方，详情见表 7，并对其进行网络分析。详见图 10。

Table 7. New prescription statistics

表 7. 新方处方统计表

序号	新方组合
1	麦冬_生地黄_知母_白芷
2	党参_银杏叶_红花_甘草_太子参
3	菊花_生地黄_决明子_牡丹皮
4	刺五加_黄连_肉桂_罗布麻叶
5	三七_葛根_枳壳_红花
6	茯苓_白术_鸡内金_白芍_茯神_柴胡_龙骨

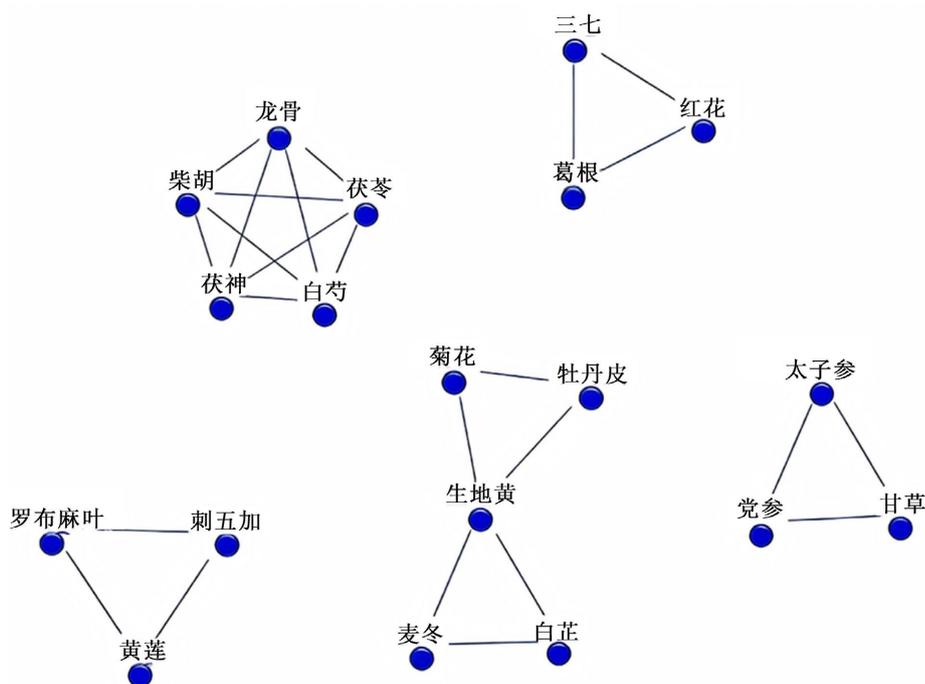


Figure 10. Network analysis diagram of new prescriptions

图 10. 新方处方网络分析图

4. 讨论

4.1. 药物频次、药性及归经分析

本研究共纳入 187 首处方，共有 163 味中药，平均每首处方含中药约 16 味。使用频次前 16 位的药物作为姜教授临床治疗失眠常用药，分别为刺五加、佛手、党参、炙甘草、枳壳、白芍、柴胡、合欢花、栀子、茯神、玫瑰花、法半夏、龙骨、牡蛎、百合、茯苓。刺五加为使用频率最高的药物，补肾安神以固本，刺五加为“龙九味”之首，《名医别录》云其“补中、益精、坚筋骨、强志意”[10]。此药归脾、肾、心经，正合《素问·阴阳应象大论》“阴平阳秘”之旨，通过补益先天(肾)与后天(脾)，调和阴阳以安神。实验研究表明，刺五加可双向调节中枢神经系统兴奋和抑制作用，促进脑细胞代谢和修复，具有改善睡眠、提高记忆力、抗神经衰弱、抗焦虑、抗抑郁等作用[11]；佛手、柴胡、枳壳、白芍等药频次较高，疏肝理气以调枢机，体现“肝郁致不寐”的病机。《金匱要略》云：“见肝之病，知肝传脾”，肝失疏泄则

气机逆乱,扰动心神。佛手“理气快膈,疏肝醒脾”(《本草便读》),柴胡、白芍、枳壳暗合四逆散之制,疏肝解郁,调和气机升降,且不寐患者,尤其是长期慢性者,常存在“虚实夹杂”的病机,即既有心脾肾的亏虚,又有肝气郁滞。刺五加专于补益安神,佛手长于疏肝解郁,两者配伍,实现了“补而不滞,疏不伤正”的平衡。通过同时调理心、脾、肝、肾,使气血生化有源,气机调畅无阻,心神得以濡养和安定,从而共同达成安眠之效。张仲景言:“少阴病,四逆……四逆散主之。”此方化裁可解肝郁化火、阳亢不寐之证。白芍柔肝敛阴,与柴胡一散一收,契合《景岳全书》“疏肝养血,阴阳相济”之论。补虚安神以养心脾党参、炙甘草、茯苓、茯神等药主补虚安神以养心脾,呼应《灵枢·营卫生会》“老者之气血衰,肌肉枯,气道涩,故昼不精,夜不瞑”之论。党参、炙甘草取四君子汤之意,健脾益气以资化源,《本草备要》称党参“补中益气,和脾胃”,甘草“协和诸药,通行十二经”,共奏培土生金、养心安神之功。茯苓、茯神健脾宁心,引《本草崇原》云:“茯苓调脾和胃,安魂养神”,尤擅治心脾两虚之失眠。佛手可显著改善焦虑情绪所产生的不良行为,缓解心理应激,起到抗焦虑、抗抑郁作用[12]。重镇潜阳以敛浮越,龙骨、牡蛎频次显著,取其“重可去怯”之性。张仲景于《伤寒论》中创桂枝甘草龙骨牡蛎汤,用治“火逆烦躁”,后世引申为镇惊安神之要药。《医学衷中参西录》称其“安魂定魄,宁心镇惊”,尤宜阴虚阳浮、心神不宁之证。此二药咸寒质重,可潜纳虚阳,使“卫气入阴”,恢复“昼精夜瞑”之生理节律。栀子、百合清心除烦,清热除烦以和阴阳,针对“心火亢盛,扰乱神明”之证。《金匱要略》百合病篇载百合“治意欲食复不能食,常默默,欲卧不能卧。”其性甘寒,可清心肺郁热;栀子泻三焦之火,《药性论》谓其“解五种黄病,利五淋,通小便,除心中烦热”,与百合配伍,共奏清心除烦、引火下行之效。化痰和胃以通枢机,法半夏体现“胃不和则卧不安”之治。法半夏降逆和胃,《医学启源》言其“治寒痰及形寒饮冷伤肺而咳,除胸中痞”,痰湿中阻者用之可通利气机。合欢花解郁安神,《神农本草经》称其“安五脏,和心志”,玫瑰花疏肝解郁,二药轻扬升散,与重镇之龙骨、牡蛎形成升降相因之势,调和气机。试验研究证实,合欢花具有抗焦虑、抗抑郁、镇静催眠等作用[13],玫瑰花具有明显抗焦虑、抗抑郁作用,其芳香族物质可兴奋机体呼吸中枢,调节神经系统,促进吸氧排碳能力,大脑供氧充分则精力旺盛,思维敏捷,提高心理高级认知[14]。

四气方面,频次最高为温性药物,其次为寒性药物,再次为平性药物。中医强调“因地制宜”,不同地区的气候、人文特点深刻影响着当地医家的诊疗思路。贾跃进[15]先生认为对于山西人不寐肝郁为枢,波及他脏(如痰热、化火、脾虚)从肝论治,疏肝解郁。根据兼证配合清热、化痰、健脾。施今墨[16]先生总结不寐是脏腑功能失调,阴阳气血失和,分型细致辨证施治,治病求本,调阴阳、理气血、治脏腑,法多方活。而姜德友教授对于治疗不寐则体现“寒地用药”的特色,则是因为黑龙江省位于我国最北部,纬度高,气温低,《素问·六元正纪大论》中言:“至高之地,冬气常在。”用温性之品发散寒邪,通寒滞,行气血;频次第二的为寒性,因龙江地区纬度高,气温低,嗜食肥甘,喜饮烈酒,口味重咸。肥甘醇酒致湿热痰火内生,内蕴脾胃,渐积日久,必与血结成瘀。张子和言“夫富贵之人,一切涎嗽,是饮食厚味热痰之致然也……大忌酸咸油腻生硬热物也”。故用寒凉药物清痰热,理气血;故姜教授从用药的四气方面可以总结出龙江地区不寐患者之病因病机为“外因寒燥,内伤痰热,气血不畅”。

五味方面,甘味药频次最高,其次是苦味药,其它依次为辛味药、酸味药、咸味药、涩味药,甘、苦、辛味药物占全部药物的88.35%,说明姜教授治疗不寐的用药上,以甘、苦、辛味药为主,辛甘二味药,辛甘化阳,阳足则温;或以甘温之药温补气血,祛虚寒。苦味药可清解痰热,直折火势,辛味药行气开郁,疏通壅滞的气机,防止痰热胶结,苦辛并用,苦寒制约辛温之燥热,辛温缓解苦寒之凝滞,达到“清热不碍气,行气不助火”的效果。体现姜教授对于病机“外因寒燥、内伤痰热、气血不畅”的把握。

归经方面,频次前六位的药物归经为脾经,其次是肝、肺、心、胃、肾。脾为气血生化之源,主运化,脾虚痰湿内阻,郁而化热,痰热上扰心神。脾虚则气血不足,心神失养,导致“血不养心”而失眠,

《景岳全书》言“无邪而不寐者，必营血之不足也”。肝主疏泄，调畅气机，肝郁化火或肝血不足导致肝火扰心或魂不守舍，从而失眠多梦，《灵枢》言“肝藏血，血舍魂”。肺主一身之气，肺主气功能促进卫气的生成和运行，清代冯楚瞻《冯氏锦囊秘录》曰：“更有肺金魄弱，肝魂无制，寐中而觉神魂飞扬者。”[17]心藏神，心主神明，心直接主导神志活动，心火亢盛、心血不足或痰火扰心均会导致“神不守舍”。胃主受纳，与脾共为“后天之本”。《素问》云：“胃不和则卧不安。”食滞胃脘或胃火炽盛可致中焦气机壅滞，上扰心神。不寐的病机复杂，常涉及多脏腑功能失调，归经频次的高低体现了姜教授在临床治疗中选择用药对不同脏腑的侧重，对于治疗不寐更注重整体调节，而非单纯安神。

4.2. 组方规律分析

高频药物组合及关联规则

将“支持度个数”设置为 80，“置信度”设置为 0.90，得到 13 味中药、69 条药物组合，前 10 组药物组合为刺五加，佛手、合欢花、栀子、白芍、柴胡、玫瑰花、党参、茯神、法半夏、龙骨、牡蛎、枳壳，其中柴胡、枳壳、法半夏、佛手、茯神、白芍、栀子、合欢花、党参、龙骨、牡蛎为姜教授总结龙江地区不寐患者之病因病机在柴胡加龙骨牡蛎汤基础上化裁而来的自拟方“高兴汤”，另外再配伍刺五加、玫瑰花，益气健脾、解郁安神。

将上述的 69 条药物组合进行关联规则分析，得到 28 组药物组合，中药关联度前 5 位的为牡蛎->柴胡；牡蛎->龙骨；合欢花、茯神->佛手；法半夏、茯神->白芍；法半夏、白芍->茯神。牡蛎、龙骨、柴胡、法半夏为柴胡加龙骨牡蛎汤的重要组成部分，疏肝解郁，镇静安神。茯神作为茯苓的附药，具有比茯苓更强的宁心安神的作用[18]，从而在柴胡加龙骨牡蛎汤中代替茯苓起到更好的宁心安神、镇静助眠的作用。合欢花作为解郁安神药，配伍佛手加强二者疏肝解郁、宁心安神的作用。现代研究白芍的水煎液有镇静、抗抑郁的作用，从而有助于不寐的治疗[19]。

4.3. 核心药对分析

将相关度设置为 10，惩罚度设置为 2，进行聚类分析，得到 6 组核心药物组合，包含 19 味中药，分别为麦冬 - 生地黄 - 白芷、党参 - 甘草 - 太子参、菊花 - 生地黄 - 牡丹皮、刺五加 - 黄连 - 罗布麻叶、三七 - 葛根 - 红花、白芍 - 茯神 - 柴胡 - 龙骨 - 茯苓。

第一组药物滋阴降火、引阳入阴，麦冬“养阴清肺，益胃生津”(《本草正义》，生地黄“凉血滋阴，补肾水真阴”(《本草纲目》，二药相配，暗合“增液汤”之意，滋水以制虚火。白芷虽为风药，然《本草求真》言其“能通窍达表”，此处妙用有三：一者升清阳以济阴，防滋阴药滞腻；二者引药上行头目，治失眠伴头痛；三者借其芳香透达之性，助阴阳交泰。正如《灵枢》云：“阳气尽则卧，阴气尽则寤。”此组以润降配升散，成“阴平阳秘”之势。

第二组药物培土生金、气阴双补，党参“补中益气，和脾胃”(《本草从新》，甘草“调和诸药，益精养气”(《本草汇言》，太子参“补肺健脾，功似人参而力薄，专走气分”(《本草再新》)。三药相须，仿“四君子汤”化裁，然太子参轻清润肺，党参厚重补脾，甘草居中调和，共奏“培土生金”之效。尤宜于思虑伤脾、肺气不足之虚烦不寐，契合《景岳全书》“无邪而不寐者，必营血之不足也，营主血，血虚则无以养心，心虚则神不守舍”之论。

第三组药物清肝凉血、透热宁神，菊花“平肝明目，散风清热”(《药性论》，生地黄“滋阴凉血”，牡丹皮“清热凉血，活血散瘀”(《神农本草经》)。此组取法“犀角地黄汤”去犀角加菊花，专攻肝经郁热。菊花轻清上行，疏肝郁而清头目；牡丹皮泻血中伏火，合生地黄滋肾水以涵木，正应《慎斋遗书》“欲求阴阳之和者，必求中气；欲求中气之立者，必资肝木”之旨。适用于更年期潮热、肝阳上亢之失眠。

第四组药物泻南补北、交通心肾，刺五加“补中益精，强志安神”(《本草纲目》)，黄连“泻心火，除湿热”(《珍珠囊》)，罗布麻叶“平肝潜阳，清热利水”(《陕西中草药》)。此组暗合“交泰丸”(黄连配肉桂)变法，以刺五加代肉桂，取其补肝肾而不助火；罗布麻叶助黄连清肝降逆，共成“泻心火、补肾水”之局。尤宜于高血压伴失眠者，罗布麻叶有抗抑郁、镇静、降血压的作用[20]，同样黄连一定抗心律失常、降压的作用[21]，二药连同刺五加平肝安神，降压助眠，《韩氏医通》云：“火降则心宁，水下则志定”，正此配伍精义。

第五组药物化瘀通络、升清养脑，三七“散瘀定痛”(《玉楸药解》)，葛根“升阳解肌，透疹止泻”(《神农本草经》)，红花“活血通经，祛瘀止痛”(《本草纲目》)。此组针对瘀阻脑络之失眠，取法“血府逐瘀汤”精要。葛根升清阳以养脑窍，红花、三七破血滞而通经脉，《医林改错》言：“夜睡梦多，是血瘀，此方一两付痊愈。”正合“瘀去新生，神自归舍”之理。现代多用于颈椎病、脑供血不足所致失眠。

第六组药物柔肝镇魄、安神定志，此组集疏肝(柴胡)、敛阴(白芍)、健脾(茯苓)、宁心(茯神)、重镇(龙骨)于一体，乃“柴胡加龙骨牡蛎汤”化裁。柴胡升发少阳，白芍敛肝之液，龙骨“敛正气，安魂魄”(《本草经疏》)，茯神“专理心经，助阴以维阳”(《药品化义》)。《金匱要略》云：“邪哭使魂魄不安者，血气少也。”此配伍以疏补兼施、镇摄并行，治肝郁血虚、神魂浮越之彻夜难眠最佳。

综上所述，正如《临证指南医案》所言：“不寐之故，虽非一种，总是阳不交阴所致。”诸组或滋阴潜阳，或调气活血，或安神定志，终使“阴跷满而阳跷虚，卫气夜行于阴，则目瞑而安”。

4.4. 新方处方分析

将上述核心药物组合进行提取组合，使用新方聚类得到了6首新处方。

第一组为麦冬-生地黄-知母-白芷，滋阴降火、引阳归宅。此组在麦冬、生地滋阴基础上，加入知母“润肾燥而滋阴，泻无根之邪火”(《本草备要》)，三药共成“玉女煎”化裁之势，专攻阴虚火旺之虚烦不眠。白芷“上行头目，通窍透邪”(《本草求真》)，其辛散之性反佐滋阴药之滞腻，仿“引火汤”“以风药引虚火归元”之法。适用于更年期潮热盗汗、头面烘热而足冷之失眠，契合《景岳全书》“阳入于阴则寐，阳出于阴则寤”之论。

第二组为党参-银杏叶-红花-甘草-太子参，益气通络、化瘀养神。党参、太子参双补脾肺，甘草调和守中，新增银杏叶“活血化瘀，通利脉络”(《现代实用中药》)，红花“入心肝血分，破瘀生新”(《本草衍义补遗》)。此组实为“补阳还五汤”变法，以参草补气为君，红杏通络为臣，专治气虚血瘀型失眠。《医林改错》云：“夜寐不安如针刺者，血府必有瘀。”现代常用于冠心病、脑梗后失眠伴健忘者。

第三组为菊花-生地黄-决明子-牡丹皮，清肝泻热、釜底抽薪。菊花“平肝明目”，决明子“清肝益肾，利水通便”(《药性论》)，与生地、丹皮共成清肝凉血重剂。决明子通腑泻热，取“阳明降则厥阴平”之意，仿“龙胆泻肝汤”“给邪出路”之法。尤宜肝火上炎伴便秘、目赤之失眠，暗合《黄帝内经》“胃不和则卧不安”之旨，通过泻肝火、通肠腑以安神。

第四组为刺五加-黄连-肉桂-罗布麻叶，水火既济、坎离交媾。黄连苦寒泻心火，肉桂辛热引火归元，此乃“交泰丸”经典配伍。刺五加“补肝肾，安神益智”(《东北药用植物志》)，罗布麻叶“平肝潜阳，清热利尿”(《新疆中草药手册》)，二者助黄连清肝降压，辅肉桂温肾不助火。适用于上热下寒、心肾不交型高血压失眠，正如《韩氏医通》言：“黄连肉桂能使心肾交于顷刻。”

第五组为三七-葛根-枳壳-红花，升清降浊、通脉醒脑。葛根“升脾胃清阳”(《用药法象》)，枳壳“破气降浊”(《珍珠囊》)，三七、红花活血通络，四药形成“升、降、通”三角之势。仿“通窍活血

汤”合“半夏白术天麻汤”精要，治清阳不升、浊阴上犯之眩晕失眠。《医学入门》云：“头为诸阳之会，清气不开，浊痰瘀血必踞之。”此组尤宜颈椎病、椎动脉供血不足所致失眠。

第六组为茯苓-白术-鸡内金-白芍-茯神-柴胡-龙骨，运脾调肝、安中镇逆。茯苓、白术健运脾土，取“四君子汤”之意；鸡内金“消积滞，健脾胃”（《滇南本草》），解脾虚食积之困；柴胡、白芍疏肝柔肝，成“逍遥散”核心；龙骨、茯神重镇安神。全方体现“治失眠必调中焦”思想，正如《金匱要略》云：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，适用于肝郁脾虚伴消化不良之多梦易醒。

《理瀹骈文》云：“用药如用兵，务使水火既济，气血周流。”此六组新方姜教授暗合“调气机、和阴阳、通经络、安神志”四大法则，针对现代失眠“虚实夹杂、多脏同病”的特点，体现中医“异病同治，同病异治”的辨证精髓。

5. 总结

综上所述，姜德友教授治疗不寐，通过结合本地的地理环境、人们的生活习惯，从而总结出不寐的病因病机为“外因寒燥、内伤痰热、气血不畅”，进而提出辨外感、辨内伤、辨气血、辨阴阳、辨不寐类型的辨治思路，在治疗上具有临床治疗善用经方、禀尊经典、专药专方、灵活加减用药特点，基于临证用药特点对辨证论治理念的引申与发展，为临床医生运用中药治疗疾病提供了参考。但由于样本量数量、地域特点、人文环境等的局限性，临床上对于不寐的治疗需结合患者具体情况整体分析。

伦理说明

本研究获得黑龙江中医药大学附属第三医院伦理委员会批准(审批号: 20260118), 患者均签署知情同意书。

基金项目

2024 年度黑龙江省中医管理局科技计划(项目编号: ZYW2024-011)。

参考文献

- [1] Benjafield, A.V., Sert Kuniyoshi, F.H., Malhotra, A., Maurer, L.F. and Wickwire, E.M. (2024) Estimation of the Global Prevalence of Chronic Insomnia among Adults: A Literature-Based Analysis. *Sleep Medicine*, **115**, S175. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.11.497>
- [2] 赵运浩, 罗娴. 失眠的流行病学及发病机制研究进展[J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51(12): 1397-1401.
- [3] Tao, Z., Feng, Y., Liu, J. and Tao, L. (2023) Trends and Disparities in Sleep Quality and Duration in Older Adults in China from 2008 to 2018: A National Observational Study. *Frontiers in Public Health*, **11**, Article 998699. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.998699>
- [4] 苏亮, 陆峥. 2017 年中国失眠症诊断和治疗指南解读[J]. 世界临床药物, 2018, 39(4): 217-222.
- [5] Espie, C.A., Emsley, R., Kyle, S.D., Gordon, C., Drake, C.L., Sirlwardena, A.N., et al. (2019) Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-Being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, **76**, 21-30. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2745>
- [6] van der Zweerde, T., Bisdounis, L., Kyle, S.D., Lancee, J. and van Straten, A. (2019) Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: A Meta-Analysis of Long-Term Effects in Controlled Studies. *Sleep Medicine Reviews*, **48**, Article ID: 101208. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.08.002>
- [7] 李文昊, 韩洁茹. 姜德友辨治不寐思路与方法[J]. 江苏中医药, 2019, 51(2): 23-25.
- [8] 顾平, 何金彩, 刘艳骄, 等. 中国失眠障碍诊断和治疗指南[C]//中国睡眠研究会(Chinese Sleep Research Society), 黑龙江省中西医结合学会. 中国睡眠研究会东北睡眠工作委员会首届学术年会暨黑龙江省中西医结合学会睡眠分会第二届学术年会会议手册. 2019: 77-86.
- [9] 中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组. 失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO) [J]. 世界睡眠医学杂志, 2016, 3(1): 8-25.

-
- [10] 宋成彬. 姜德友教授形神同调分期辨治情志病经验[J]. 环球中医药, 2024, 17(3): 461-464.
- [11] 程甲波. 刺五加抗疲劳谱效关系及质量评价研究[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 东北林业大学, 2022.
- [12] 史俊豪, 丘琴, 刘晓芳, 等. 佛手化学成分和药理作用及其质量标志物(Q-Marker)预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(4): 17-28.
- [13] 黄辰杰, 樊明理, 杜晓娜, 等. 合欢对精神疾病的药理作用及机制研究进展[J]. 药物评价研究, 2024, 47(8): 1929-1936.
- [14] 梁梦梦, 邵欣欣, 陈聪, 等. 基于网络药理学探讨玫瑰花抗抑郁物质基础及作用机制[J]. 山东科学, 2022, 35(4): 38-48.
- [15] 刘毅, 何晓瑜, 李菲, 等. 贾跃进从肝论治不寐经验[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(3): 25-27.
- [16] 李智. 从施今墨药对探讨失眠病机[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(06): 883-884.
- [17] 王虎, 王婷萱, 姜德友. 基于专病专药思维探析姜德友临证用药经验[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(10): 1150-1153.
- [18] 胡俊航, 许菲, 王桐生, 等. 茯神水煎液对 PCPA 致失眠小鼠 5-HT 系统和 GABA 表达的影响[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(6): 1581-1591.
- [19] 姚庄娴, 袁智宇, 郭明真, 等. 白芍及其药对药理作用及临床应用研究进展[J]. 安徽中医药大学学报, 2024, 43(5): 109-12.
- [20] 陈小露, 刘起棠, 张洁帅, 等. 罗布麻叶的化学成分及药理作用研究进展[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(11): 2739-42.
- [21] 沈子扬, 韩宇博, 刘树民, 等. 黄连化学成分、药理作用及配伍应用的研究进展[J]. 中医药信息, 2024, 41(10): 64-76.