

王松龄教授治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征经验

孟毅, 郑伟锋, 刘望乐*

(河南中医学院第二附属医院, 郑州 450002)

【摘要】 王老出身于中医世家, 从事医学教研 40 余年, 中医学理论基本功扎实, 临床经验丰富, 尤其是治疗脑病科疑难杂症有独到之处。在治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征方面亦有独到的经验, 笔者跟师学习, 颇心得。王老根据多年临床经验总结出脾虚湿困、痰瘀阻窍是阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征病人的基本病机。治疗方面根据辨证论治与体质相结合将该病分为脾虚湿困、痰瘀阻窍证, 心脾阳虚、痰浊蔽窍证, 肾气亏损、痰瘀互阻证 3 个证型, 且结合中成药、针刺治疗、中药丸散等综合治疗, 经多年临床观察, 疗效满意。

【关键词】 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 名医经验; 王松龄

【中图分类号】 R242 【文献标识码】 B 【文章编号】 1005-9903(2011)24-0281-03

1 辨证求因 明晰病机

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是指睡眠时上气道塌陷阻塞引起的呼吸暂停和通气不足,伴有打鼾、睡眠结构紊乱、频繁血氧饱和度下降、夜间尿频、白天嗜睡、晨起口干、口苦等病症。临床上可分为阻塞性、中枢性、混合性三类,其中以阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)最为常见。目前诊断睡眠呼吸暂停低通气综合征多靠多导睡眠监测(PSG)。经 7 h 多导睡眠监测睡眠呼吸暂停及低通气反复发作 30 次以上,或睡眠呼吸暂停和低通气指数(AHI) ≥ 5 次/h 即可诊断为睡眠呼吸暂停低通气综合征(SAHS)^[1]。主要表现为睡眠打鼾并伴有呼吸暂停和呼吸表浅,夜间反复发生低氧血症、高碳酸血症和睡眠结构紊乱,导致白天嗜睡、口干、注意力不集中等,且可引起心脑血管病并

发病乃至多脏器损害,严重影响患者的生活质量。阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征,中医称之为“鼾症”。鼾,鼻息有声也。早在张仲景的《伤寒论》中就有“身重多眠睡,鼻息必鼾,语言难出”的论述。隋朝巢元方《诸病源候论》最早提出了肥人鼾眠的成因“鼾眠者,眠里咽喉间有声也。人喉咙,气上下也。气血若调,虽寤寐不妨宣畅;气有不和,则冲击后咽而作声也。其有肥人眠作声者,但肥人气血沉厚,迫隘咽喉,涩而不利亦作声”。朱丹溪也指出“肥白人多痰湿”。王老认为鼾眠病位在心、肺,与脾肾关系密切,多属本虚标实。本虚主要为心、脾、肾阳气虚弱,机窍失荣;标实则为湿邪、痰浊、瘀血等阻滞脉络,蒙塞机窍。清·吴谦的《医宗金鉴·外科心法要诀》曰“喉闭声鼾者,肺气将绝”。王老指出鼾眠的发生多是由于过食肥甘或嗜酒无度,损伤脾胃,运化失司,聚湿生痰,痰浊结聚日久,脉络瘀阻则血运不畅,易致瘀血停聚,痰瘀互结,阻塞气道致使气流出入不利,冲击作声发为睡眠打鼾甚至呼吸暂停。痰浊瘀阻,上蒙清窍则脑失荣养,或素体脾气虚弱,土不生金致肺气虚,气血化源匮乏,咽部肌肉失去气血充养则痿软无力,致气道塌陷,气流出入受阻而发病。王老认为该病与饮食不当、生活节律紊乱密切相关。由于该类患者长期饮食不节,生活无规律,损伤脾胃

【收稿日期】 2011-08-16

【第一作者】 孟毅,教授,从事脑血管疾病睡眠障碍疾病的中医药临床研究, Tel: 13673693562

【通讯作者】 * 刘望乐,教授,从事脑血管病研究, Tel: 0371-63730853

配半夏加强降逆止呕,和胃消痞之功。治法:辛开苦降,补脾和中。方药以半夏泻心汤加减:制半夏 9 g,黄芩 6 g,黄连 6 g,干姜 6 g,太子参 15 g,生甘草 5 g,莱菔子 15 g,厚朴 9 g 等。大便稀溏者加用怀山药 15 g,薏苡仁 12 g,白扁豆 10 g 等以健脾化湿。若湿热偏重,舌苔厚腻者加用六一散,佩兰 15 g,藿香 15 g 等清热化湿,和中化浊。

4 结语

功能性消化不良是一个反复发作的慢性疾病,患者大多精神状态不佳,张师认为重视身心调养在本病的治疗中亦非常重要,正如《黄帝内经》:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”,单纯依赖药物是不可取的,需以治未病为指导思

想,以饮食有节,起居有常,养性调神为本。张师认为调畅气机、攻补兼施、健脾益气、舒畅情志是中医治疗功能性消化不良的治疗原则,临床中辨证准确,随证加减,常能获得良效。

【参考文献】

- [1] 苏仁意,章晓华. 香砂六君子汤加减治疗功能性消化不良 38 例[J]. 时珍国医国药, 2006, 17(6): 1056.
- [2] 周俊亮,刘友章. 加味四逆散治疗功能性消化不良肝郁脾虚证的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(6): 880.

【责任编辑】 邹晓翠

而影响脾胃功能。脾胃为气机之枢纽,脾主运化,主升清,运化无权则水湿内聚,痰浊内生;脾不升清,则浊气不降,脾为生痰之源,肺为储痰之器,痰浊之邪上犯于肺,肺气不利,壅滞不畅,肺主气、司呼吸的功能失常,则发为本病。反之,肺气不利,通调失司,治节无权则痰浊潴留更甚,清窍被痰湿所蒙则见嗜睡多卧,倦怠乏力诸症。故王老认为此处所指的机窍,一是指咽、气道,二是指清窍。另外阳气虚衰在本病发病过程中也有重要意义,尤其是心脾肾阳气亏虚。中年以后阳气虚衰,气化不利,阴浊之邪则更易停聚,故气虚痰浊内生是本病的初始环节,瘀血则是该病病程日久的另一原因。瘀血的产生是由痰浊内阻,气机不畅所致,气滞则血液运行迟滞,日久则成瘀血。痰瘀瘀血相互胶结,更加重气机不畅,使患者病情日趋严重,也是导致患者出现许多心脑血管合并症的病理基础,故王老认为脾虚湿困、痰瘀阻窍是 OSAHS 病人的病机特点。

2 根据体质 辨证论治

根据 OSAHS 病人的病机特点,结合患者的体质,王老把 OSAHS 分为脾虚湿困、痰瘀阻窍证,心脾阳虚、痰浊蔽窍证,肾气亏损、痰瘀互阻证 3 个证型,每个证型王老都有自己独特的辩证经验,现将王老辩证论治的经验总结如下。

2.1 脾虚湿困、痰瘀阻窍证^[2] 症见睡则鼾声如雷,时断时续,反复出现呼吸暂停及憋醒;白天头晕昏沉,时时昏昏欲睡,但睡不解乏,形体肥胖;伴咯吐黏痰,口干口黏或口苦、口臭,口唇紫绀或梦多;或见夜间胸闷胸痛时作,舌体胖大,或舌质黯,苔白厚腻或黄腻,舌底络脉迂曲,脉弦滑或沉涩。遇到此类病人王老常治以化痰理肺、健脾醒神。方选橘红 15 g,法半夏 6 g,茯苓 15 g,杏仁 9 g,白术 15 g,石菖蒲 10 g,郁金 12 g,炒白芥子 6 g,地龙 10 g,赤芍 10 g,丹参 15 g,川芎 10 g,日 1 剂,水煎服,早晚分 2 次温服。方中橘红、法半夏、茯苓、白术燥湿化痰、兼以理气健脾,杏仁、炒白芥子化痰宣肺,石菖蒲、郁金开窍醒神,地龙化痰开窍,赤芍、川芎、丹参活血祛瘀。诸药合用,共奏化痰祛瘀开窍之功。临床上气短乏力者可加黄芪 18 g,党参 15 g,以健脾益气,舌苔胖大湿盛比较明显者白术易苍术,加厚朴、桂枝、泽泻等,仿平胃散和苓桂术甘汤之意,燥湿和胃、温阳利水。

2.2 心脾阳虚、痰浊蔽窍证^[3] 症见鼾声轻微,呼吸短促甚至停止,胸闷胸痛时作,以刺痛为主,甚至夜间憋醒,不能平卧;白天神情淡漠,悠悠困倦,口唇紫绀,面色晦暗,舌质紫暗,舌底络脉迂曲增粗,脉可有结代。此证多见于中老年 OSAHS 病人。王老治以益气温阳、活瘀祛痰,方选生黄芪 20 g,党参 15 g,白术 15 g,肉桂 6 g,炙甘草 6 g,龙眼肉 15 g,川芎 10 g,半夏 9 g,茯苓 15 g,石菖蒲 10 g,日 1 剂,水煎服,早晚分 2 次温服。此类病人临床若见夜尿频繁者常加益智仁、山药、乌药等仿缩泉丸之意以健脾补肾,固涩小便。

2.3 肾气亏损、痰瘀互阻证 症见鼾声轻微,呼吸浅促,甚至呼吸暂停;白天昏昏欲睡,不分昼夜,呼之能醒,旋又复寐,健忘,反应迟钝,精力不支,伴夜尿频或遗尿,性功能减退,腰

膝酸软,耳鸣头昏;或伴咯吐痰涎,舌淡苔白,舌底络脉迂曲,脉沉迟。此型多见于老年 OSAHS 病人。王老治以益肾温阳,化浊活瘀。方选炒山药 30 g,菟丝子 15 g,附片 6 g,肉桂 4 g,陈皮 12 g,茯苓 15 g,益母草 15 g,川芎 10 g,炒芥子 6 g,干荷叶 30 g,日 1 剂,水煎服,早晚分 2 次温服。炒山药、菟丝子、附片、肉桂温补肾气;陈皮、茯苓健脾和胃、理气化痰;益母草、川芎活血祛瘀,且益母草既能活血又能利水,起到活血利湿的双重效果;白芥子可以去皮里膜外之痰,尤其对于痰浊阻肺而致肺气不利者效果尤佳。干荷叶升清阳气,适合于痰浊阻滞、清窍被蒙的患者。

3 辨证选用中成药

王老在辨证治疗的过程中,常根据病情辩证选择中成药进行治疗,笔者跟师过程中总结出偏于痰热闭阻机窍者可选用清开灵注射液或醒脑静注射液;偏于痰浊瘀阻机窍者可选用冰蝎通脉含片;偏于痰瘀阻滞机窍不利者可选用苦碟子注射液;偏于心肾阳虚痰瘀机窍者可选用灯盏细辛或灯盏花素注射液;偏于痰热上扰蒙蔽清窍者可用安宫牛黄丸。这些都是王老多年积累的临床经验,临床应用,效果显著。

4 结合针刺 针药并用

王老在治疗 OSAHS 过程中,把疾病的病机特点概括为脾虚湿困、痰瘀阻窍,并结合针灸综合治疗,在治疗该病的过程中常选用膻中、内关、百会、四神聪、丰隆、太溪、廉泉等穴,每次选穴 7 个,日 1 次。根据每天的病情变化而变换穴位,大幅度提插,要求针感向上下走窜,每次留针 15~30 min,1 个疗程为 15 d。膻中穴为八会穴之气会,有理气活血、宽胸利膈的作用;内关穴为八脉交会穴,通于阴维脉,有宽胸理气的作用;百会穴位于颠顶,具有醒脑开窍、升清阳气的的作用;四神聪亦有醒脑开窍之功,丰隆穴为足阳明胃经的络穴,具有健脾化痰的功;太溪穴为足少阴肾经输穴、原穴,具有滋肾养阴之功,廉泉穴位于咽喉部,具有通利咽喉、舒舌理气的作用,诸穴配伍共奏滋肾宽胸理气、活血健脾化痰、升清阳气、通利咽喉之功。

5 中药丸散,贯穿始终

该类患者多形盛体胖,辨证以脾虚湿困、痰瘀机窍者居多,王老认为证型较为单一,倡导除辨证选用中药煎剂口服外,还强调慢性病要固定基本方药,丸药缓图,探索配置浓缩水丸,以便该类患者长期服用(3~6 个月),对继续防治鼾眠的效果显著可行。方药:法半夏 15 g,茯神 15 g,生白术 30 g,白芥子 8 g,生晒人参 12 g,陈皮 12 g,泽兰 30 g,泽泻 20 g,干荷叶 30 g,石菖蒲 12 g,制山甲 8 g,三七 4 g,水蛭 3 g,制马钱子 0.4 g。以上为一日汤剂用量,按浓缩丸工艺提取后,可制药丸 60 g,每次服用 6 g,每日 3 次,于三餐时服用。此方仍以健脾化痰、活血化痰、升清阳气为主,加用马钱子壮督通络,病人须坚持服用,经长期临床观察,效果可靠。

6 典型病例

张某,男,46 岁,2010 年 10 月 12 日初诊,主诉夜间打鼾、憋气,白天嗜睡 20 年,加重半年。其伴侣诉患者夜间打鼾较

重,时有呼吸暂停现象,有时可因呼吸暂停而憋醒,夜尿多,每晚3~4次,大便溏,晨起口干,白天头昏沉,嗜睡,经常在看电视或静坐时打瞌睡,注意力不集中,记忆力下降,患者身高167 cm,体重92 kg,颈部周径43 cm,舌体胖大,有齿痕,苔滑腻,脉滑濡。在我院行PSG监测,结果显示患者AHI指数:58次/h,最长呼吸暂停时间76 s,最低血氧饱和度63%,微觉醒指数:30 h,打鼾指数:16%,属于重度OSAHS,辨证属脾虚湿困、痰瘀阻窍证,治以化痰理肺、健脾醒神。方选橘红15 g,法半夏10 g,茯苓15 g,杏仁10 g,白术15 g,石菖蒲10 g,郁金10 g,炒白芥子6 g,地龙10 g,赤芍10 g,丹参15 g,川芎10 g,取15剂,日1剂,水煎服,早晚分2次温服。并嘱患者加强运动,清淡饮食,减轻体重,夜间侧身睡觉。2010年11月1日2诊,患者诉服药后仍有打鼾,但夜间憋醒次数明显减少,白天嗜睡症状有所减轻,大便成形,舌质淡,苔白腻,脉滑,守上方加山药20 g、苏梗10 g,以健脾利湿、理气宽胸利咽,继服15剂。2010年11月17日3诊,诉服药后打鼾较前有所减轻,夜间憋醒次数明显减少,白天精神状态明显好转,夜尿次数明显减少,每晚1~2次,大便正常。改为丸药巩固,配方半夏15 g,茯苓15 g,生白术30 g,炒白芥子8 g,生晒人参12 g,陈皮12 g,泽兰30 g,泽泻20 g,干荷叶30 g,石菖蒲12 g,制山甲8 g,三七4 g,水蛭3 g,制马钱子0.4 g,取30剂。按浓缩丸工艺提取后,制药丸1800 g,每次服用6 g,每日3次,于3餐时服用。嘱患者继续减轻体重,清淡饮食,侧卧睡觉。3个月后复查PSG,结果显示患者AHI指数:18次/h,最长呼吸暂停时间35 s,最低血氧饱和度89%,微觉醒指数:14 h,打鼾指数:12%,属于中度OSAHS。患者对治疗效果满意。

7 体会

OSAHS因其多种并发症及其引起夜间猝死的潜在可能已愈来愈受到临床医师的重视,现代医学认为OSAHS的发生与气道解剖异常及神经肌肉功能失调关系密切,治疗上分

一般性治疗、药物治疗、非药物治疗,一般性治疗包括减肥控制体重和适当运动、戒烟酒、避免服用镇静剂;体位改变包括侧卧睡眠,适当抬高床头等。药物治疗疗效不确切,且目前尚未发现一种理想药物能明显减轻或消除OSAHS,药物只能起辅助治疗;非药物治疗包括外科手术治疗和气道正压通气治疗,手术治疗包括:①鼻手术;②腭垂腭咽成形术(UPPP);③激光辅助腭垂成形术(LAUP);④颏舌肌前移-舌骨下肌群切断术(GAHM);⑤上下颌骨截骨术(MMO);⑥气管造口术。但手术只能对气道解剖明显异常者有效。而且手术后易引起手术区域瘢痕组织形成,导致气道狭窄,复发率高,甚至有术后加重的可能。故目前多采用气道正压通气(CPAP)、双水平气道正压通气(BiPAP)治疗与自动调节持续气道内正压通气(AUTO-CPAP),虽然BiPAP与AUTO-CPAP短期效果不错但成本投入高,而且有部分病人不能耐受,通常只在住院期间临时应用,难以普及。王老通过长期研究,从中医角度出发探索出OSAHS的病机为脾虚湿困、痰瘀阻窍,并总结出一套完整的治疗方案,用于临床,疗效确切,显示出中医在该病治疗上的优势,不但成本投入低,且简便可行,患者依从性较好,值得进一步研究。

[参考文献]

- [1] 殷善开.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征[M].北京:北京科学技术文献出版社,2006:18.
- [2] 赵俊,林勇.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征与各系统疾病[J].现代医学,2005,6(3):332.
- [3] 秦玉玲,王真.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的中医药治疗近况[J].河南中医学院学报,2008,6(23):245.

[责任编辑 何伟]