

骆仙芳治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征经验

周忠辉¹, 指导: 骆仙芳²

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江省中医院, 浙江 杭州 310006)

摘 要: 介绍骆仙芳老师临床治疗睡眠呼吸暂停综合征经验, 并阐述了中医对该病的认识, 分析其主要病理因素、危险因素和辨证分型的特点, 另举医案以验证。

关键词: 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征; 中医药疗法; 临床经验; 骆仙芳

中图分类号: R259.6

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2007)12-2458-02

LUO Xian-fang's Experience in Treating Obstructive Sleep Apnea Syndrome

ZHOU Zhong-hui¹, advisor LUO Xian-fang²

(1. Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, Zhejiang China

2. TCM Hospital of Zhejiang Province, Hangzhou 310006 Zhejiang China)

Abstract This article introduces professor LUO Xian-fang's clinical experience in the treatment of Obstructive Sleep Apnea Syndrome from the perspective of traditional Chinese medicine. LUO expounds the recognition of Chinese medicine to Obstructive Sleep Apnea Syndrome, analyzes its main pathologic factor and risk factor, summarizes the characteristic of differentiation of symptoms and signs for classification of syndrome in clinical. One typical case is taken as example.

Keywords Obstructive sleep apnea syndrome; Chinese medicine; clinical experience; LUO Xian-fang

阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 (obstructive sleep apnea syndrome, OSAS) 亦称阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS), 是一种常见且具一定潜在危险性的睡眠呼吸疾病。OSAS 发病率男性高于女性, 其主要临床表现为形体肥胖, 睡眠时打鼾且鼾声不规律, 呼吸及睡眠节律紊乱, 反复出现呼吸暂停及觉醒, 或患者自觉憋气, 夜尿增多, 白天嗜睡, 乏力, 睡不解乏, 晨起头痛、口干, 注意力不集中, 记忆力下降, 性格异常等。多导睡眠仪 (PSG) 检测显示每晚 7h 睡眠过程中呼吸暂停和低通气反复发作为 30 次以上, 或睡眠呼吸暂停低通气指数 (AHI 即平均每小时睡眠中的呼吸暂停加上低通气次数) 大于或等于 5 次/h。现代医学对 OSAS 的治疗尚缺乏有效药物, 中医药具有调节整体功能、疗效稳定、副作用小等优点, 可以弥补西药因不良反应多和治疗局限的缺点。骆仙芳老师从事呼吸病防治近 20 年, 对中医辨证治疗睡眠呼吸暂停综合征有颇多验效, 兹介绍于下, 以飨同道。

1 中医认识

中医虽无“阻塞性睡眠呼吸暂停综合征”的病名, 但其临床表现的“打鼾、白天嗜睡、乏力、睡不解乏”等症状类似于中医学对“鼾眠”、“嗜卧”、“久卧”、“目闭”等描述。关于本证的最早论述, 首见于《黄帝内经》, 但当时并未定名称为鼾, 而称其为“息有声”。鼾症的记载最早可见于东汉时期张仲景所著的《伤寒论·辨太阳病脉证并治第一》, “风温为病, 脉阴阳俱浮, 自汗出, 身重, 多眠睡, 鼻息必鼾, 语言难出”, 这里张氏首先提出了鼾声现象, 并已认识到伴

有自汗出、身重、多睡眠的打鼾属病理现象。隋·巢元方在《诸病源候论·咽喉心胸病诸候》中对打鼾做了明确定义, 指出“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, 则冲击咽喉而作声也。”另外还散见于中医“嗜卧”、“嗜睡”等病证之中。

2 病理因素

骆师认为 OSAS 的发生多为先天禀赋异常, 后天调摄失当所致, 属本虚标实之证, 其主要病理因素为痰湿、痰热、血瘀、气滞, 主要病机为痰湿内阻或痰热内壅, 气滞血瘀, 肺脾肾虚, 心阳不足, 尤以脾失健运, 肺气不利为关键。

2.1 痰湿与痰热 OSAS 患者多肥胖, 古有“肥人多气虚”, “肥人多痰湿”之说。痰湿的形成与脾之运化功能密切相关, 饮食内伤及素体脾胃虚弱均是形成痰湿内盛的重要因素。脾为生痰之源, 肺为贮痰之器, 肺脾功能失调则痰湿内停, 痰湿日久可郁而化热, 使痰热交阻。痰湿或痰热上阻于气道, 壅滞不畅, 痰气交阻, 肺气不利, 入夜益甚, 使肺主气、司呼吸功能失常, 出现鼾声如雷、呼吸暂停, 痰湿均为阴邪, 易蒙蔽清窍, 使清阳不升, 脑失所养, 可出现白天嗜睡、注意力不集中、记忆力下降等症状。

2.2 气滞 《素问·举痛论》曰: “百病生于气也”, 张景岳更明确指出: “气之在人, 和则为正气, 不和则为邪气。”无论外感六淫, 饮食劳逸, 还是七情内伤皆可导致气机失常而致病。气滞可致气的推动和气化功能障碍, 使血液和津液运行不畅, 继而导致瘀血和水湿痰饮等病理产物的产生, 而各种病理产物的产生又可加重气机阻滞, 互为因果。《丹溪心法》曰: “痰之为物, 随气升降, 无处不到”, 痰气交阻于气道, 致气道狭窄, 肺气不利, 出现打鼾, 鼾声如雷, 呼吸暂停等症。

2.3 血瘀 肺主一身之气, 朝百脉, 肺气正常则血行无

收稿日期: 2007-07-14

作者简介: 周忠辉 (1982-), 男, 浙江慈溪人, 2001 级七年制学生。

研究方向: 中西医结合防治呼吸系统疾病。

碍,若气机不畅、气阳虚衰可使瘀血内生,痰湿郁滞也可致瘀血,“久病入络”亦可产生瘀血。《灵枢》曰:“血者,神气也”、“血脉和利,精神乃居”。血瘀络滞,血运不畅,使脏腑失于濡养,神明失司,睡眠时口腔内可表现为肌肉松弛,悬雍体下垂,从而导致气道狭窄,气流通过时产生鼾声,甚者呼吸暂停。此外,瘀血内阻易与痰、湿、热、气互为交阻,互为因果,更是加重病情。

3 危险因素

OSAS 发病率高达 2% ~ 4%, 男性多于女性, 随着年龄的增加而升高, 体重指数与颈围越大越易发生睡眠呼吸暂停, 吸烟量与饮酒量越多呼吸暂停指数则越高。此外, 先天禀赋异常、饮食不当、外感六淫、体虚病后等亦是发病的危险因素。

3.1 年龄 “年四十而阴气自半也”, 人到中年肾气渐衰, 肾之阴阳为一身阴阳之根本, 肾虚致五脏六腑亏虚, 脏腑机能衰退, 气血运行及水津输布失常, 继而积聚成痰, 日久瘀血内生, 痰瘀互结, 阻于气道, 使气道壅塞不利, 出现打鼾、呼吸暂停等症状。

3.2 肥胖 《丹溪治法心要》中明确提出: “肥白人多痰湿”。一方面痰湿壅滞是肥胖的成因, 另一方面痰湿证亦是肥胖人的主要证候特征。肥胖人痰湿的发生多与饮食因素有关, 《素问·痹证》说: “饮食自倍, 肠胃乃伤”, 多饮多食, 使脾失健运, 进而聚湿生痰; 另外水谷精微超过机体的生理需要, 滞留体内亦可使痰湿内生。故《张氏医通》指出“膏粱过厚之人, 每多痰”。痰湿为 OSAS 主要病理因素之一, 痰湿日久可加重气滞, 亦可使瘀血内生, 壅阻气道, 继而可出现打鼾, 鼾声如雷, 呼吸暂停等症状。

3.3 吸烟 烟草辛温而热, 其性属阳, 质轻主升, 易伤津液, 偏嗜抽烟, 烟自鼻喉而入, 最易耗肺伤津, 故有“久服则肺焦”、“耗肺而焦皮毛”之说。肺焦津伤, 肺失宣肃, 气机升降失调, 日久而酌津成痰, 痰热交阻, 壅塞气道, 出现眠时打鼾, 鼾声如雷, 呼吸暂停等表现。

3.4 饮酒 酒为辛热有毒之品, 长期大量饮酒既可燥金耗血, 使肺津受损, 宣肃失职; 又会损伤脾胃, 内生湿热; 日久则可伤肾, 耗伤阳气, 使血脉凝涩, 形成血瘀之证。《本草纲目》云: “痛饮则伤神耗血, 损胃亡精, 生痰动火。”痰热内生, 肺失宣肃, 气机失调, 日久痰瘀互结, 交阻气道而作鼾, 甚者呼吸暂停。

4 辨证论治

骆师在临床过程中对 OSAS 进行中医辨证分型, 认为主要有以下 4 型。

痰湿内阻、肺气壅滞: 主症为睡眠时鼾声阵作, 时断时续, 与呼吸暂停间歇交替出现, 夜间常常自觉憋气而醒。形体多肥胖, 白天神疲乏力, 睡不解乏, 伴胸闷, 咳吐白痰, 喜食油腻之物, 纳呆呕恶, 头昏肢沉, 记忆力减退, 舌体胖大, 舌质淡红, 苔白厚腻, 脉弦滑。治拟健脾化痰, 顺气开窍。方用二陈汤化裁: 姜半夏、陈皮、茯苓、甘草、党参、白术、苍术、石菖蒲、郁金、旋覆花、代赭石、桔梗、杏仁、苏子、川朴、浙贝母。若痰湿郁而化热, 症见口黏, 口苦, 痰黄或质黏难咳, 佐以黄芩、胆南星、天竺黄、鲜竹沥、瓜蒌仁等; 若咽中如有炙肉, 胸膈满闷显著, 可用半夏厚朴汤; 若多食则脘腹胀满, 昏昏欲睡者, 可佐以鸡内金、山楂、薏苡仁等。

痰浊壅塞、气滞血瘀: 主症为睡眠时打鼾, 鼾声如雷且不规律, 呼吸节律紊乱, 夜寐不实, 易憋气而醒。形体多肥胖, 白天表现为神疲嗜睡, 睡不解乏, 健忘, 胸膈满闷, 咳痰白稀, 头重如蒙, 面色晦黯, 口唇紫绀, 舌质黯紫或有瘀点, 舌底络脉迂曲增粗, 脉细滑或涩。治拟理气化痰, 活血开窍。方用涤痰汤合血府逐瘀汤加减: 姜半夏、茯苓、陈皮、甘草、石菖蒲、胆南星、郁金、白芥子、桔梗、党参、枳实、红花、桃仁、当归、丹参。若痰浊郁而化热, 症见痰黄或质黏难咳, 苔黄腻, 脉滑数, 佐以黄芩、鲜竹沥、竹茹、鲜芦根等; 如神倦乏力, 少气懒言, 气虚症状明显者, 佐以党参、太子参、白术等。

肺脾肾亏、痰瘀交阻: 主症为睡眠时鼾声阵作, 鼾声响亮, 夜寐不实, 时时憋醒。晨起头痛, 白日嗜睡, 睡不解乏, 胸中窒闷, 咳吐痰涎, 气息短促, 神倦乏力, 健忘, 腰膝酸软, 伴夜间遗尿或夜尿频多, 性功能减退, 面唇色黯, 舌紫或有瘀斑, 苔薄润, 脉沉或细涩。治拟益肾健脾, 祛瘀除痰。方用金水六君煎化裁: 当归、熟地、陈皮、姜半夏、茯苓、黄芪、太子参、石菖蒲、胆南星、郁金、丹参、地龙、白芥子、枳实、淫羊藿、甘草。若有腰膝酸软, 畏寒肢冷等肾阳不足表现者, 可酌情加用肉桂、川牛膝、菟丝子、补骨脂等; 如瘀象较重者, 则重用活血祛瘀之品, 如桃仁、红花、川芎等; 若伴有脾气急躁, 性情忧郁者, 可佐以制香附、醋柴胡等。

心肾两虚、阳气不足: 主症为眠时有鼾声, 鼾声不响, 时断时续, 与呼吸暂停间歇交替出现, 夜寐不实而时时憋醒。白天表现为嗜睡, 睡不解乏, 哈欠频频, 举止迟钝, 神疲懒言, 动则气促息短, 面色㿠白, 畏寒肢冷, 头昏健忘, 胸闷, 小便清长, 夜尿频多, 腰膝酸软, 性功能减退, 舌质淡胖, 苔白滑, 脉沉。治拟补益心肾, 温阳开窍。方用金匱肾气丸加味: 熟附子、桂枝、熟地、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、石菖蒲、远志、麦冬、郁金、淫羊藿、黄芪、党参、五味子、桔梗。如有阴虚内热之象, 可改用麦味地黄丸化裁; 若见口唇发绀, 舌黯红或有瘀点, 可佐以紫丹参、当归、广地龙、虎杖等。

5 案案举例

史某, 男, 66 岁, 初诊时间为 2004 年 6 月 9 日。患者打鼾 20 年余, 睡眠时鼾声阵作, 鼾声如雷, 夜间平均憋醒 1~2 次, 白天嗜睡, 头痛, 神倦乏力, 睡不解乏, 记忆力减退, 伴有咳嗽, 咳痰, 痰量少, 舌红偏紫, 苔腻, 脉弦滑数。2004 年 6 月 8 日 PSG 报告示: AHI 为 46.7, 睡眠时血氧饱和度基线为 88%, 最低血氧饱和度为 65%。提示重度阻塞性睡眠呼吸暂停伴低通气综合征。中医辨证为痰浊壅塞, 气滞血瘀。治拟理气化痰, 活血开窍。予以姜半夏 9g 白茯苓 15g 陈皮 6g 生甘草 6g 党参 15g 石菖蒲 15g 广郁金 12g 桃仁 10g 红花 6g 紫丹参 15g 全当归 10g 制胆星 6g 炒枳壳 15g 太子参 15g 7 剂, 日服 1 剂。二诊: 服药 7 帖后咳嗽、咳痰减轻, 白天嗜睡、神疲乏力亦较前改善, 余同前, 治拟原法出入, 加灵磁石 15g 7 剂。此后患者多次复诊, 予以原方基础上随症加减, 经过 4 个多月的中药治疗, 患者鼾声明显减少, 音量显著降低, 夜间已无憋醒现象, 咳嗽、咳痰、嗜睡、头痛等症状完全消失。2004 年 10 月 28 日复查 PSG 示: AHI 为 18.8 睡眠时血氧饱和度基线为 95%, 最低血氧饱和度为 71%。提示轻度阻塞性睡眠呼吸暂停伴低通气综合征, 各项指标较治疗前明显好转。