基于“阳化气，阴成形”辨治阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

叶敏[1,2]，王振伟[1]，黄海茵[1]，汤杰[1*]
（1. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院呼吸内科，上海 200437；
2. 上海中医药大学岳阳临床医学院，上海 200437）

摘要 本文从“阳化气，阴成形”理论角度，对 OSAHS 的形成与发展进行详细分析与探讨，结合呼吸暂停低通气指数（AHI），将 OSAHS 分为初期、中期、中后期、后期，并阐述了各期衍生出的阳化气不足、阴成形太过、阳化气太过、阴成形不足四种病理状态，同时以该理论统领痰、瘀、毒、虚等病机，治则以“审其阴阳，以别柔刚”为总纲，分别采用补肺健脾调肝、辛温蠲饮化瘀、苦寒解毒消瘀、补肾填精益损等治法，以调和阴阳，对临床辨治 OSAHS 有一定指导意义。

关键词 阳化气；阴成形；阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征；阴阳平衡
中图分类号：R22 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）08－0045－06
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250163

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征（Obstructive Sleep Apnea Hypoventi－lation Syndrome，OSAHS）是指睡眠期间因各种原因导致上气道阻塞而出现的呼吸暂停和通气不足，伴随症状有打鼾、睡眠结构紊乱、低氧血症、日间嗜睡、情绪异常等[1－3]。目前认为其发病机制主要包括上气道的解剖结构[4－6]以及功能[7－8]异常、肺容积改变[8－9]、呼吸控制不稳定[10]等。目前临床尚无治疗 OSAHS 的特效药物，而中医药在改善 OSAHS 患者临床症状方面有显著优势[1]。OSAHS 属中医学“鼾眠”“鼻鼾”“嗜睡”等范畴，夜间发作，其性属阴，总因阳气失用，阳消阴长，气化无力，致痰浊、瘀血壅阻咽喉而成。本文基于“阳化气，阴成形”理论分析、探讨 OSAHS 的病因病机及其治法，以期为中医药治疗 OSAHS 的进一步研究提供借鉴和参考。

1 “阳化气，阴成形”理论

《素问·阴阳应象大论篇》载：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”。阴阳是一切事物的纲纪，万物变化的起源。凡医治疾病，需求病情变化之根本，其不外乎阴阳二字。“阳化气、阴成形”理论首见于《素问·阴阳应象大论篇》，“积阳为天，积阴为地。阴静阳躁，阳生阴长，阳杀阴藏。阳化气，阴成形”。《类经·阴阳类》载：“阳动而散，故化气，阴静而凝，故成形”。自然界万物的产生、发展和变化，离不开阴阳的相互作用。生命活动的正常运行赖于气化运动，即化气与成形。人体的正气是无形的，属阳；精血津液为有形的，属阴。“阳化气”以有形之阴精散化为无形之清阳，靠阳气的气化功能而发腠理、实四肢，促使精血津液阳化升发、散出，保证人体脏腑发挥正常的功能。“阴成形”以无形之气凝化有形之浊阴，借阴气的凝聚功能而走五脏，归六腑，将无形之气或弥散之精微敛降、静入，构成有形之阴精濡养人体脏腑百骸。正如《素问注证发微》所载，“阳化万物之气，而吾人之气由阳化之；阴成万物之形，而吾人之形由阴成之。”阳之亢借阴之静润，使其不过于躁，阴之凝赖阳之温煦，以致静而不滞[11]。“阳化气”与“阴成形”处于不断的动态调衡中，使机体处于“阴平阳秘，精神乃治”的整体调和状态，维持并推动机体生命的正常活动。《证类本草·序例中》载：“人之生，实阴阳之气所聚耳，若不能调和阴阳之气，则害其生”。由此观之，阴阳失衡不仅关乎生命之本，亦与疾病息息相关。OSAHS 的病理机制与阴阳失衡密切相关，呼吸暂停低通气指数（AHI）是评判 OSAHS 患者病

收稿日期：2024－05－21 **修回日期**：2024－12－16
基金项目：国家自然科学基金项目（82073901）；上海市卫健委中医药科研项目（2020LP019）；上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院中医专科项目管理平台建设[YW（2023－2024）－05－01]；上海市“科技创新行动计划”生物医药科技支撑专项（23S21900700）
作者简介：叶敏（1998－），男，硕士研究生，研究方向：中西医结合防治慢性呼吸系统疾病。
*通信作者：汤杰（1972－），男，硕士，主任医师，硕士研究生导师，研究方向：中西医结合防治慢性呼吸系统疾病。

情的重要指标，AHI 值与 OSAHS 的中医证型有一定的关联[12-14]。因此本文基于“阳化气，阴成形”理论，结合 AHI，将 OSAHS 分为初期、中期、中后期、后期四个阶段，分别对应阴阳失调衍生出的阳化气不足、阴成形太过、阳化气太过、阴成形不足四种病理状态。

2 “阳化气，阴成形”与 OSAHS 的形成

2.1 阳化气不足，气化失司，痰湿始生

《医理真传·阳虚症门问答》载：“阳者，阴之主也，阳气流通，阴气无滞，阳气不足，稍有阻滞，百病丛生。”五脏生长发育及功能的行使皆由阳化气所主，阳化气不足，气化失职，阳无以流通全身，是 OSAHS 发病的基础。肺主气司呼吸，肺阳不足，则肺宣降失司，通调水道不利，聚集成痰，阻滞鼻腔，咽鼻窍不通，影响气流流通[15-16]；脾为太阴湿土，喜燥恶湿，同气相求而湿易归于脾，脾阳不足，而致清浊不分，清阳不升，胃主受纳失职，浊阴不降，中焦无力运化，则精微不得气化，阴亦不化精，凝聚为痰湿阴邪；或情志失调，肝阳不足，其升发与疏泄失常，而致气机不畅，气化不利而水湿内停，酿出痰湿。痰湿上逆犯肺，滞留肺络，使肺气不通，阻于气道，气流出入不利，咽窍受阻，故鼾声大作[17-18]。正如《证治汇补·痰症》所载“升于肺，则塞窍鼾睡，喘息有声，名曰中痰”。OSAHS 初期（AHI 5～10 次/h）起于阳化气不足、气化不利，痰湿内生，停留于肺，阻滞肺之宣发肃降，以致气道阻塞不利。这种阻塞不仅损伤气道黏膜，增加气道压力，还使得气道总阻力上升，从而阻碍机体的正常通气功能，对肺功能造成一定的损害[19]。

2.2 阴成形过盛，形寒而凝，痰瘀互结

《类经图翼·大宝论》述：“夫形气者，阳化气，阴成形，是形本属阴，而凡通体之温者，阳气也。”命门火衰，阴寒生水，为阴成形过盛，非阴精有余。阳气不足，阴寒之气不受温煦，阴不在其常位，不循其常道，使代谢失常，造成阴质的异常累积，即湿、痰、瘀等阴寒病理产物，阻碍气血运行，进一步损伤阳气。痰瘀停聚于肺，影响肺的宣降，必然出现息道的闭塞不通，呼吸功能的下降与短暂停止，从而发为鼾症，若上蒙清窍，则见日间嗜睡、疲乏[20-21]。《四圣心源·痰饮根源》云：“盖痰饮伏留，腐败壅阻，碍气血环周之路，格精神交济之关”。阴成形太过是 OSAHS 发展的必经环节，QSAHS 中期（AHI＞10 次/h 且≤20 次/h）肺脾肾三脏阳气不足，阳气循环周流有碍，阴寒凝滞，精血聚集凝结成瘀，或气化失司，津液不归正化，阴成形太过，无力制衡则水湿蓄而成痰。湿、痰、瘀等浊阴之邪凝聚过多，痰瘀胶着，随气血循行，聚于咽喉，壅塞气道，伏于脏腑，气机不畅，肺之络脉细小迂曲，痰瘀更易阻滞，阻遏肺气，使肺窍不利，而致鼾声加重，致 QSAHS 症状多变，涉及心、脑、肾、血管等，从而可能引发高血压、冠心病、2 型糖尿病等多种慢性疾病，对多个器官和系统造成损害[22]，受累部位痰瘀胶结难解、互为因果，是 OSAHS 病变部位广泛、病情迁延难愈的根源。

2.3 阳化气过盛，伏痰化热，瘀毒生变

《景岳全书·胁痛》云：“凡人之气血犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞。故气血不虚则不滞，虚则无有不滞者”。“阳化气”不足，阴津失于温煦则为寒凝，痰湿聚集而生，阳气失于推动，痰瘀壅堵，以致“阴成形”太过，痰、饮、瘀三者迁延不愈。OSAHS 中后期（AHI＞20 次/h 且≤30 次/h）机体阳气亏虚，有形之阴邪内积日久，久之不去，阴邪凝敛，重阴必阳，阳化气偏盛，伏痰瘀滞，上犯于肺，既碍肺之通调而加重瘀阻，又可与气相互胶结，塞于气道，气机逆行则见鼻息如雷，久郁蕴热，化为瘀毒，二者互为因果，致 OSAHS 病情反复难愈。《素问·阴阳应象大论篇》言：“壮火之气衰，少火之气壮；壮火食气，气食少火；壮火散气，少火生气”。少火生气不足，已成形之沉疴难以去除，凝结之阴停滞而变“伏邪”，壮火散气太过有助于伏痰化热，阳化气偏盛，局部阳邪偏亢而妄动，推动痰瘀循经窜络，客于脏腑，上逆犯肺，伏于鼻络，血浊脉涩，导致瘀毒生变而作鼾息。《临证指南医案·积聚》曰：“初为气结在经，久则血伤入络。”痰瘀所生之毒邪，蕴结不解，阻碍气血津液运行，加速痰、瘀、毒相互胶着，久必犯之于心络，其危害性显著，病势进展迅猛，变化多端，又可隐伏暗耗、杂合多变如“伏毒”[23]，故 OSAHS 危重者多为痰蒙清窍，心血闭阻，瘀毒生变，阻塞气道，败坏形质，损伤脏腑，且伴有心、脑、肺等并发症，从而导致冠状动脉粥样硬化、急性心肌梗死和脑卒中，出现神志改变，甚至心脏骤停，危及生命[24-25]。

2.4 阴成形不足，虚损日久，阴精匮源

《丹溪心法·六郁》论：“气郁则生湿，湿郁则生热，热郁则成痰，三者相因为病”。阳化气不足，水湿伏痰生热，瘀毒内结，耗伤阴液，而致阴成形不足，渐成阴虚痰火、虚实夹杂证。人体之阴精为有形之质，静藏于脏腑，构成体内精血津液，依靠阳化气而遵循其道。阳化气太过，不仅津伤还化为痰瘀，瘀血不去，新血不生，脏腑百骸失于濡养而致亏虚，阴成形匮乏，导致呼吸肌、气管平滑肌及咽部肌肉虚弱无力、功能失常[26]，甚至发展至呼吸暂停。OSAHS 后期（AHI＞30 次/h）肾精亏虚，营血亏少，携氧能力下降，则易致低氧血症的发生[27]。《类经·阴阳应象》言：“气聚则精盈，精

盈则气盛,精气充而形自强矣”,气散则精先化源,OSAHS 气化关系矛盾从“阳化气偏盛”转化为“阴成形不足”,穷必及肾,累及五脏之精,此时阴阳气化失衡,如《医贯砭·阴阳论》曰:“无阳则阴无以生,无阴则阳无以化”。随着 OSAHS 进展,正气不断耗伤,阴精生成减少,病久阳损及阴,甚则可见“阳化气”“阴成形”均不及,脏腑虚损与痰瘀并见,病性本虚之阴精匮源,标实之痰瘀毒作祟,症状可见睡时打鼾,鼾声如蝉,睡时多梦易醒或有憋醒,尿频甚至遗尿,白天疲乏气短,头晕耳鸣,腰膝酸软,形体消瘦,记忆力下降明显,反应迟钝等。

3 治法:审其阴阳,以别柔刚,定其血气,各守其乡

3.1 补肺健脾调肝,以助阳起亟

《灵枢·口问》载:“邪之所在,皆为不足”。“阳化气不足”涵盖了肺、脾、肝三脏气化、温运、疏通的功能减弱。肺气亏虚,气虚则阳无以化生,肺宣降失司,气不化津,痰饮内生。肝气郁结,疏泄失职,阳无以化生,津液失布,寒凝而成痰,或横克脾土,脾失健运,阳化气失宜,酿液为痰,上贮于肺,而致肺失宣降。《医学衷中参西录·治阴虚劳热方》言:“人之元气,培养于脾”,脾失健运,津液无以温煦,痰浊内生,上干于肺,致痰气交阻,壅塞气道,发为鼾眠。阳化气不足,气化失司,气血津液输布运化失常,痰湿始生。因此,OSAHS 初期虽由痰湿而成,但多因肺气亏虚、脾失健运、肝失疏泄而致阳化气不足,气机运行不畅。故欲使阳化气充实,需补肺健脾调肝,复调气枢,宣行诸阳。治宜温补肺气、健脾化痰、疏肝调气,当用补肺汤、苓桂术甘汤合四逆散加减,常用人参 12 g,生黄芪 15 g,柴胡 12 g,枳实 12 g,白芍 12 g,茯苓 30 g,桂枝 12 g,白术 30 g,五味子 9 g(捣碎),紫菀 10 g,桑白皮 20 g,甘草 9 g。补肺汤出自元代李仲南所著的《永类钤方》,该方补肺益气。苓桂术甘汤、四逆散均出自《伤寒论》,苓桂术甘汤主治中阳不足之痰饮,具有温阳健脾化痰的功效;四逆散疏肝理脾透邪。三方合用,调理枢机,疏升肝木,补肺调脾,可使中阳得健,痰饮得化,津液得布,升降收散相宜,阳升阴降,气机无碍,流通百骸,气血疏通,宣布阳气。若饮邪壅逆于肺而致鼾声连绵不绝,甚则夜间憋醒严重,可取葶苈大枣泻肺汤之意,加入葶苈子、大枣以泻肺化痰止鼾。若痰湿较盛以致喉中异物感或清痰较多,可加入射干通利咽喉,祛喉间之痰,另加半夏祛痰化饮,通达阳气。若四肢身体沉重,白天困倦嗜睡明显,可加石菖蒲、胆南星开窍化痰醒神。

3.2 辛温蠲饮化瘀,以刚消阴翳

《灵枢·百病始生》云:“温气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成。”阴形成过盛往以阳虚为由,久则阳虚阴盛,气不化津,气难以畅行,血难以通达,精血津液寒从阴化,凝滞为瘀,而致痰、饮、瘀三者相互影响和转化。阴成形失衡而偏盛,酿生痰湿,痰浊凝结日久,气血痹阻,痰瘀互结,壅塞气道,隘于喉间而作鼾声。因此,OSAHS 中期多由“阳化气不足”发展至“阴成形太过”,故欲祛除阴盛,补其阳弱,需辛温蠲饮化瘀,以刚通阳,振奋阳气,温消阴翳,而宣阳祛浊。治宜辛温蠲饮,祛痰化瘀,当以蠲饮泄肺方加减,该方是王庆其教授研习经典,参考《伤寒杂病论》的“小青龙汤”的用药特点,取其精髓,结合临证经验及现代药学研究成果,总结和继承国医大师裘沛然先生“反激逆从”的学术思想化裁而成[28]。常用生麻黄 9 g,桂枝 12 g,龙胆 6 g,细辛 3 g,五味子 9 g,姜半夏 12 g,生黄芪 15 g,甘草 6 g,生地黄 12 g,黄芩 9 g,干姜 6 g,炒枳壳 12 g,苦杏仁 9 g,炒白芍 12 g。该方辛温散寒,畅肺蠲饮,祛痰化瘀,调畅气机,而解痰瘀束缚阳化气之窘,使阴邪去而阳自复。痰湿明显者,可加苍术、厚朴,增强燥湿健脾、下气止鼾之功;鼻塞者,加白芷、辛夷温通鼻窍;面色晦暗,唇甲紫绀,瘀象重者,加三棱、莪术,《玉楸药解》指出三棱破滞行瘀,消积化块,莪术破滞攻坚,化结行瘀,二者行气化瘀而不伤正;小便不利者,加附子、肉桂,附子辛热,药性刚燥,入气分,走而不守,上助心阳以通脉,中温脾阳以健运,下补肾阳以益火,能温全身之寒,通行十二经,肉桂甘辛热,归肝肾二经,入血分,守而不走,能引火归元,温营血,两者合用,一守一行,助气化,温肾壮阳;形体肥胖,便溏者,加山药、芡实、白扁豆、薏苡仁健脾祛湿。

3.3 苦寒解毒消瘀,以柔调阳戾

《金匮要略心典·百合狐惑阴阳毒病脉证治》云:“毒者,邪气蕴蓄不解之谓。”“阴精沉疴”伏于肺内细络,酿生痰饮、瘀血,而其蕴蓄日久使局部阳化气偏盛,伏痰化火,日久酿毒,痰热夹毒胶固难解,瘀阻血脉,痰热邪盛助其毒势,痰湿浊毒不化, 痰毒瘀鸱张,三者成为互助之势,藉气周流,无处不达,停滞咽喉壅塞气道。因此,OSAHS 中后期多由阳化气过盛,痰热瘀毒闭阻气道,气道不通而成,故欲治其鼾必以柔调阳戾,清其伏阳、解其毒、化其瘀,化瘀必化痰,化痰又当理气活血,毒邪若去,则痰热自解,瘀可消,宿瘀通行,则水湿随之下行,伏痰阳戾之源自消。因此,治宜苦寒解毒,化痰消瘀,当用三仁汤、茵陈蒿汤合活效络灵丹加减。常用苦杏仁 12 g,豆蔻 12 g,薏苡仁 30 g,通草 12 g,淡竹叶 12 g,黄连 6 g,石膏 20 g(先煎),制半夏 15 g,茵陈30 g,栀子 12 g,熟大黄 6 g,当归 12 g,丹参 12 g,乳

香6 g,没药6 g。三仁汤出自清代吴鞠通的《温病条辨》,具有宣畅气机、清利湿热之功;茵陈蒿汤出自《伤寒论》,该方具有清热利湿、化瘀解毒之功;活效络灵丹出自张锡纯的《医学衷中参西录》,具有活血化瘀通络之功,三方合用,苦寒清热解毒,行气祛湿化痰,活血化瘀通络,毒祛痰清,痰祛则瘀孤,痰瘀清则湿从化,三焦通畅,使阳戾自调,诸证自除。若久病入络,痰瘀毒胶着较盛而致夜间憋气频发,加入全蝎、蜈蚣,两药合用,攻毒散结通络;咽喉肿痛者,可加板蓝根、桔梗、牛蒡子清喉利咽,解毒止痛;口干明显者,加石斛、百合养阴润肺,益胃生津;大便秘结者,加厚朴、枳实、芒硝行气导滞,润肠通便;夜寐难以入睡者,加入茯神、远志、夜交藤、合欢皮益气安神养心,解郁和血宁心。

3.4　补肾填精益损,以充形固阴

“阳化气”过盛的进一步失衡导致“阴成形”不及,无形之阳相对过盛,伏痰化热而燔灼阴津致瘀,痰、瘀、毒三者并存,阴精虚损更甚。精血不足则脏腑、筋脉、肌肉失于荣养,肺阴不足则精失宣布,不能上承气道,筋脉弛缓、肌肉塌陷,无力支撑气道,气道狭窄,气机受阻,浊气不降,血运不畅,壅滞咽喉,则发鼾声,甚则呼吸暂停。因此,OSAHS后期多由阴成形不足,津液不足,阴精匮源,气道失于濡养而成,故治其鼾必求其本,本于阴阳,阴气阴精来源于肾,以补肾填精,充其形而固其阴,顺其生机,以复常度。因此,治宜补肾填精,益气养阴,当用百合地黄汤合参麦地黄丸加减。常用百合30 g,生地黄20 g,熟地黄30 g,山茱萸30 g,山药30 g,泽泻12 g,茯苓12 g,牡丹皮12 g,麦冬12 g,西洋参12 g。百合地黄汤出自《金匮要略》,该方养阴清热、补益心肺,参麦地黄丸始载于清代《成方便读》,该方具有滋补肾阴、益气补肺之功,两方合用,补肾填精益损,其中熟地黄、山茱萸、山药大补肺脾肾三脏之精,精化生阴阳,配以百合、生地黄、麦冬滋阴,使精归于阴化,阴复热退,百脉调和,纠正人体阴阳之偏颇,恢复阴阳动态平衡。咽干咽痒或咽痛者,可合玄麦甘桔汤,玄参、麦冬、甘草、桔梗四药清热润肺利咽;夜间胸中憋闷刺痛者,可合用颠倒木金散,该方出自《医宗金鉴·杂病心法要诀》,云:“胸痛气血热饮痰,颠倒木金血气安”,唯有木香、郁金二药,具有行气活血止痛之功;心烦易怒,不得卧寐者,取黄连阿胶汤之意,加用黄连、阿胶交通心肾,扶阴散热,泻火除烦;精神不振、注意力不集中、记忆力减退者,可合孔圣枕中丹,该方出自唐代孙思邈的《千金要方》,方中远志、石菖蒲、龟板、生龙骨四药共奏补肾宁心、益智安神之功。

4　病案举例

患者,男,36岁,2024年3月13日初诊。主诉:反复打鼾15年余,加重伴憋气两周。家属诉患者15年前夜间打鼾,劳累后加重,夜间偶有憋醒,3~4月1次,醒后正常入睡,晨起口干,白天时困倦乏力,未予重视治疗。2周前夜间睡中鼾声频发,且鼾声如雷,时夜间憋醒,每晚6~7次,醒后难以入寐,晨起口干口苦,白天困倦乏力,遂于我院就诊。睡眠呼吸监测:AHI 43.9次/h,夜间最低血氧饱和度($LSpO_2$)74%,提示重度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征合并重度低氧血症。Epworth嗜睡评分:16分。pH:7.38,PaO_2:9.1 kPa,$PaCO_2$:6.80 kPa。BMI:35.8 kg/m^2。住院期间予无创呼吸机佩戴口鼻罩治疗,因佩戴后不适且睡中易醒,夜间常自行中断该治疗,至今患者家中自备无创呼吸机,每晚佩戴2~3 h后因不耐受而自行取下。刻下:夜间鼾声如雷,睡中自觉呼吸欠畅,时有憋醒,晨起口干口苦,白天困倦乏力,四肢沉重,时鼻塞,夜寐较差,胃纳可,大便溏,小便尚可。舌暗红,苔略黄且厚腻少津,脉弦滑略数。西医诊断:重度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征合并重度低氧血症;中医诊断:鼾症,脾虚痰湿兼夹瘀热证。治以辛温蠲饮,祛痰化瘀,健脾除鼾。方用蠲饮泄肺方加减。组成:生麻黄9 g,桂枝12 g,龙胆6 g,细辛3 g,五味子9 g,姜半夏12 g,生黄芪15 g,甘草6 g,生地黄12g,黄芩9 g,干姜6 g,炒枳壳12 g,苦杏仁9 g,炒白芍12 g,山药15 g,芡实15 g,薏苡仁15 g,白扁豆15 g,葶苈子12 g,丹参20 g,14剂,水煎服,日1剂,早晚分服。嘱患者平时规律运动,饮食合理搭配,忌辛辣刺激。

2024年3月27日二诊。打鼾次数降低,夜间憋醒明显改善,睡中呼吸较之前畅通,鼻塞缓解,口干口苦时减时作,困倦乏力、四肢沉重显减,时呃逆、嗳气,夜寐较差,便溏略有改善,小便尚可。舌淡暗,苔略黄腻,脉弦滑。一诊方加旋覆花9 g,代赭石30 g(先煎),茯神12 g,远志12 g,14剂,煎服法同前。

2024年4月10日三诊。偶有打鼾,鼾声较低,夜间偶有憋醒1~2次,口干口苦显减,呃逆、嗳气消失,近日工作劳累后自觉胸闷气短,夜寐差改善,大便成形,小便正常。舌淡,苔薄黄,脉滑。二诊去旋覆花、代赭石、龙胆、白扁豆、薏苡仁、茯神,加柴胡9 g,桔梗6 g,茯苓30 g,苦杏仁9 g,另将原方生黄芪加至30 g,14剂,煎服法同前。

2024年4月24日四诊。偶打鼾,夜间未再憋醒,晨起后偶有口干,胸闷气短显减,夜寐转佳,胃纳香,二便调。舌淡,苔薄白,脉滑。故守方继进,巩固疗效。14剂,煎服法同前。

2024 年 5 月 8 日住院复诊。睡眠呼吸监测(未佩戴呼吸机监测):AHI 13.9 次/h,LS$pO_2$86%,提示轻度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征合并轻度低氧血症。Epworth 嗜睡评分:6 分。pH:7.42,PaO_2:10.7 kPa,$PaCO_2$:5.60 kPa。BMI:31.3 kg/m^2。患者自诉夜间已无憋气,偶劳累后打鼾,未再加重,目前已脱离无创呼吸机辅助睡眠。

按:本案患者打鼾多年,最初素体阳虚不化,脾气亏虚,阳不化气,阴寒凝聚成形,痰湿充于咽喉致气道狭窄而成鼾声。痰湿是 OSAHS 的病理基础,贯穿疾病全程。机体阳化气不足,形成 OSAHS 初期。随着 OSAHS 的不断发展,突出表现为痰浊壅阻咽喉,气机不畅,胸中大气不畅,自觉有呼吸之外气与内气不相接续,故见憋气阻塞感。因“阴成形”太过,日久郁而化热,致痰、热、瘀互结,寒热虚实错综复杂,阴阳失衡。四诊合参,苔略黄且厚腻少津,脉弦滑略数。辨证为脾虚痰湿兼夹瘀热证。首诊选用蠲饮泄肺方加减,在原方中加入山药、芡实、薏苡仁、白扁豆,增强健脾补肾利湿之功;葶苈子入肺,通闭泄满,可通调肺气;丹参活血通络以祛瘀热。全方敛散同用,寒热并投,温清并用,阴阳同调,相反相成,宣肺与肃肺偕用,理肺、健脾与益肾共施,切合 OSAHS 阴阳失衡的虚实兼夹,痰湿闭阻咽喉,气机宣降失调的病机,诸药配伍,辛温蠲饮,祛痰化瘀,健脾除鼾。二诊打鼾次数降低,夜间憋醒明显改善,为痰湿渐祛,但时有呃逆、嗳气,夜寐较差,乃痰浊内阻,气机不畅,阴阳不相顺接而致。故在前方中加入旋覆花、代赭石,取旋覆代赭汤降逆化痰和胃之意,加入伏神、远志益气养心安神。三诊夜间偶有打鼾,鼾声较低,夜间偶有憋醒,呃逆消失,夜寐差改善,大便成形,舌淡,苔薄黄,脾湿瘀热显减,故前方去旋覆花、代赭石等药,因近日工作劳累后自觉胸闷气短,取张锡纯《医学衷中参西录》升陷汤之意,将生黄芪加至 30 g,再加入柴胡、桔梗升提阳气,又取《金匮要略》茯苓杏仁甘草汤之意,加入茯苓、苦杏仁调气行水,使气机通畅,阳气得升,阴水得散。四诊夜间偶有打鼾,夜间未再有憋醒,胸闷气短显减,故守方继进,巩固疗效。

该病复杂,变化多端,治疗过程当以“阳化气,阴成形”为指导原则,重在调和阴阳、表里、气血、脏腑之平衡。采用反激逆从法,取其方药药性相逆相激之功,即相反相成之意。蠲饮泄肺方“辛温蠲饮,补肺健脾”以温阳化气,杜绝生痰之源;“清热泄肺、通利肺气”以清伏痰瘀热,共奏化痰除鼾之功。具体施治之时,根据患者体质和病程动态变化,《伤寒论·辨太阳病脉证并治》载:“观其脉症,知犯何逆,随证治之”,用其方之义而变其方之药,最终效果不言而喻。

5 结语

OSAHS 病较复杂,基于“阳化气,阴成形”辨治 OSAHS,应注重治养结合,避免劳复、食复、自复,合理锻炼,规律作息,饮食以清淡为主,阴阳平衡则内脏坚固,邪无由而入。目前暂未有本理论指导 OSAHS 临床诊疗的相关报道,未来应设计随机对照试验研究,定义具体的量化指标,如 AHI、最低血氧饱和度、睡眠效率;收集患者的基线数据以及随访数据,包括症状的严重程度、生活质量的改变等;使用标准化的量表评估患者的生活质量和日间功能状态,如 Epworth 嗜睡量表等;根据患者的体质、病情变化和治疗效果等情况,制定个性化方案,以期增强研究的科学性和结果的可靠性,使该理论在 OSAHS 的诊疗上得到更好的推广。

参考文献:

[1] 何权瀛,王莞尔. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(基层版)[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2015,14(4):398 – 405.
[2] KO C Y, LIU Q Q, SU H Z, et al. Gut microbiota in obstructive sleep apnea – hypopnea syndrome: disease – related dysbiosis and metabolic comorbidities[J]. Clin Sci(Lond),2019,133(7):905 – 917.
[3] TANG S S, LIANG C H, LIU Y L, et al. Intermittent hypoxia is involved in gut microbial dysbiosis in type 2 diabetes mellitus and obstructive sleep apnea – hypopnea syndrome[J]. World J Gastroenterol,2022,28(21):2320 – 2333.
[4] 叶京英,韩德民,张永杰,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者上气道的形态学研究[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35(4):37 – 40,83.
[5] LEE R W W, SUTHERLAND K, CHAN AS, et al. Relationship between surface facial dimensions and upper airway structures in obstructive sleep apnea[J]. Sleep,2010,33(9):1249 – 1254.
[6] 马靖,王广发. 睡眠呼吸疾病的上气道检查[J]. 中华结核和呼吸杂志,2007,30(12):946 – 949.
[7] GREEN K K, WOODSON B T. Upper airway stimulation therapy[J]. Otolaryngol Clin North Am,2016,49(6):1425 – 1431.
[8] BOHORQUEZ D, MAHMOUD A F, YU J L, et al. Upper airway stimulation therapy and sleep architecture in patients with obstructive sleep apnea[J]. Laryngoscope,2020,130(4):1085 – 1089.
[9] ABDEYRIM A, ZHANG Y P, LI N F, et al. Impact of obstructive sleep apnea on lung volumes and mechanical properties of the respiratory system in overweight and obese individuals[J]. BMC Pulm Med,2015,15:76.
[10] 李彦如,丁秀,郜飞,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者呼吸调控稳定性对持续正压通气治疗效果的影响[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2018,25(7):375 – 379.
[11] 唐蒙,齐文升. 基于“阳化气,阴成形”理论探析肺结节病机及治疗[J]. 中国中医药信息杂志,2024,31(1):171 – 175.
[12] 刘婷婷,赵燕,孙运良,等. 不同缺氧程度阻塞性呼吸睡眠暂停低通气综合征的特征分析[J]. 滨州医学院学报,2017,40(2):81 – 84.
[13] 童梦瑶,王莉,徐超,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征痰瘀

虚与 AHI 等因素的相关性研究[J]. 中医药通报,2018,17(4):52 - 56.
[14] 蔡汝然,万琛宜,程绍民,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的中医辨证与多导睡眠监测相关性研究[J]. 河北中医药学报,2024,39(1):9 - 13.
[15] 周洪波. 针刺治疗痰湿型阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的临床疗效观察[D]. 成都:成都中医药大学,2019.
[16] 徐小小,刘刚,郑陈月. 涤痰汤治疗痰瘀互结型阻塞性睡眠呼吸暂停综合征疗效观察及对还原型谷胱甘肽、丙二醛水平的影响[J]. 新中医,2022,54(6):34 - 38.
[17] 李排行. 祛瘀化痰汤联合无创正压通气法治疗老年阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的疗效评价[J]. 临床研究,2023,31(3):117 - 119.
[18] 王倩,金健,王芹丹,等. 祛瘀化痰方辅助治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征合并 2 型糖尿病 57 例[J]. 浙江中医杂志,2023,58(2):101 - 102.
[19] 刘树林. 探讨重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)患者的肺功能变化[J]. 中外医疗,2017,36(20):23 - 24,27.
[20] 张芳,张家萌,杜宜航,等. 基于伏邪理论治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征[J]. 中医杂志,2023,64(23):2480 - 2484.
[21] 肖扬,王莹威,张啸宇,等. 基于“脾 - 气血津液 - 窠囊”病机观防治阻塞性睡眠呼吸暂停综合征合并冠状动脉粥样硬化性心脏病[J]. 中医药导报,2023,29(1):166 - 169,176.
[22] PATEL S R. Obstructive sleep apnea[J]. Ann Intern Med,2019,171(11):ITC81 - ITC96.
[23] 李成,华鑫,朱爱松,等. 从瘀毒郁互结探讨冠心病伴焦虑、抑郁的病机特点[J]. 中医杂志,2021,62(3):195 - 198.
[24] SHAH N A,YAGGI H K,CONCATO J,et al. Obstructive sleep apnea as a risk factor for coronary events or cardiovascular death[J]. Sleep Breath,2010,14(2):131 - 136.
[25] 任晓勇. 阻塞性睡眠呼吸暂停合并症的研究现状和未来展望[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2023,37(6):1 - 5,23.
[26] 陈善文,温志立,林星镇. 浅谈“脾主肌肉”在相关疾病中的作用[J]. 江西中医药大学学报,2021,33(1):7 - 9.
[27] 金阳,王至婉. 中医对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的研究进展[J]. 中华中医药杂志,2021,36(6):3475 - 3478.
[28] 钟秀君,徐威,汪珍,等. 蠲饮泄肺方对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者气道黏液高分泌的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(3):410 - 414,421.

Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea - Hypopnea Syndrome Based on the Theory of “Yang Transforming Qi, while Yin Constituting Form”

YE Min[1,2], WANG Zhenwei[1], HUANG Haiyin[1], TANG Jie[1]

(1. *Department of Respiratory Medicine, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai* 200437, *China*;
2. *Yueyang Clinical Medical College, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai* 200437, *China*)

Abstract This study explores the formation and progression of obstructive sleep apnea - hypopnea syndrome (OSAHS) from the perspective of the theory of “Yang transforming Qi, while yin constituting form.” Based on the apnea - hypopnea index (AHI), OSAHS is categorized into initial, middle, middle - late, and late stages. The pathological states derived from these stages are analyzed in four aspects: insufficient Yang transforming Qi, excessive Yin constituting form, excessive Yang transforming Qi, and insufficient Yin constituting form. Under this theoretical framework, the pathological mechanisms of phlegm, blood stasis, toxin, and deficiency are managed, with treatment principles guided by “examining Yin and Yang to distinguish deficiency and excess.” Specific therapeutic approaches include tonifying the lung, fortifying the spleen, and regulating the liver; warming to dispel retained fluid and resolve stasis; detoxifying and resolving stasis with bitter - cold medicinals; and replenishing the kidney, nourishing essence, restoring damage, etc. This approach provides valuable guidance for the clinical diagnosis and treatment of OSAHS.

Key words Yang transforming Qi; Yin constituting form; Obstructive sleep apnea - hypopnea syndrome (OSAHS); Yin - Yang balance