

- 属基质蛋白酶抑制作用的研究[J]. 新中医, 2011, 43(2): 18-19.
- [3] 王新东, 祁晓霞, 卞勇, 等. 黄芪丹参水煎液抑制 ISO 诱导的大鼠心肌重构及其下调 STIM1, TRPC1, CaN 和 NFATc3 表达的机制[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(14): 2738-2743.
- [4] 黄芪, 张运, 郑颖. 新生脉散片对射血分数正常心力衰竭患者心血管危险因素的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(1): 20-21.
- [5] 邓志刚, 陈静, 叶小汉, 等. 软坚散结方对颈动脉粥样硬化治疗的临床观察[J]. 中医临床研究, 2012, 4(10): 19-20.
- [6] Manzo-Silberman S, Louedec L, Meilhac O, et al. Therapeutic potential of fucoidan in myocardial ischemia[J]. Journal of Cardiovascular Pharmacology, 2011, 58(6): 626-632.
- [7] Elliott PM, Anastakis A, Borger MA, et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: The Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC) [J]. Eur Heart J, 2014, 35: 2733-2779.
- [8] 任晓晨, 张军平. 顽固性高血压病从浊阴论治[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1752-1754.
- (责任编辑: 吴凌, 李海霞)

## 杨志敏运用“气机升降相因”论治疗阳虚痰瘀鼾眠

麦润汝<sup>1</sup>, 周袁申<sup>2</sup> 指导: 杨志敏

1. 广州中医药大学第二附属医院芳村分院睡眠障碍科, 广东 广州 510145

2. 广州中医药大学第二附属医院总院重症医学科, 广东 广州 510120

[关键词] 鼾眠; 气机升降相因; 阳虚痰瘀

[中图分类号] R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 02-0299-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.02.093

阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSAHS)目前在全世界发病率很高<sup>[1]</sup>, 而且容易对其他的疾病产生潜在的危害, 可以说 OSAHS 也是心脑血管疾病的其中一个独立危险因素<sup>[2-4]</sup>, 其患病率、病死率逐年上升, 在中医方面以鼾眠为名, 患者通常有白天嗜睡、睡眠时严重打鼾和反复的呼吸暂停现象。杨志敏教授, 主任医师, 博士生导师, 中国中医科学院中青年名中医、广东省名中医。全国老中医药专家学术经验继承人, 师承国医大师颜德馨教授、邓铁涛教授、张学文教授、樊正伦教授。杨志敏教授重视天人相应, 因时、因地、因人对患者进行针对性治疗。擅长运用圆运动的学术理论及扶阳法治疗阳虚型睡眠障碍。笔者师从杨志敏教授 12 年, 目前致力于阳虚型睡眠障碍的中医药治疗及研究。杨志敏教授运用“气机升降相因”论治疗阳虚痰瘀轻度 OSAHS, 重视调畅气机的升、浮、降、沉, 同时还关注患者的体质禀赋、心理性格特征, 认为此病病机是脾肾阳虚为本, 痰瘀互结为标, 通过调节阳气在体内的运行化

生, 从而来治疗阳虚痰瘀鼾眠。

### 1 病因病机

根据既往研究, 目前针对鼾眠有较为统一的观点, 病机总属营卫不调、气机升降失常, 气道壅塞不利, 邪扰神机发为鼾眠<sup>[5]</sup>。病因不外乎外感和内伤, 以内伤多见。包括情志失调, 心脾受损, 而致郁火内盛, 气机枢机不利; 或是邪毒化热内郁, 导致肺气壅塞; 或是肥胖体质, 脾胃运化不足, 痰湿内蕴, 郁而化热; 又或是肝胆之热上扰清窍, 导致热气壅闭气道所致。可以说鼾眠为本虚标实之证, 或虚实夹杂。本虚有气虚、阴虚、阳虚, 标实有痰浊、湿热、瘀血、气滞。

### 2 阳虚痰瘀鼾眠的病因病机

2.1 阳气虚耗, 阴阳转化失司 近几十年来对鼾眠的临床研究, 多是对以痰湿阻滞为核心病机的传统辨证论治思路的验证, 验之于临床, 尽管能取得一定疗效, 但往往疗效不稳定, 从长期疗效观察来说也欠佳。

[收稿日期] 2018-10-27

[基金项目] 广东省中医药局基金项目 (20171119)

[作者简介] 麦润汝 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 心理睡眠。

[通信作者] 杨志敏, E-mail: yangyo@vip.tom.com。

《灵枢·寿夭刚柔》载：“人之生也，有刚有柔，有弱有强，有短有长，有阴有阳”<sup>[6]</sup>，人的先天条件本来就不同，且这种体质的差异与阳虚体质的转化也是密切相关的。一方面，现代人目前的生活方式与古人发生了巨大的转变，现代人的工作压力骤然增大，长期过度疲劳及生活起居无常使现代人普遍表现出阳不入阴，元阳亏损虚耗之机，这对于日出而作日落而息的古人而言是前所未有的巨变，破坏了人体的阴阳平衡。另一方面，《逆调论》：“岐伯曰：不得卧而息有音者，是阳明之逆也，足三阳者下行，今逆而上行，故息有音也”<sup>[6]</sup>。可以看出，鼾眠的发生与阳明之气不降密切相关，本应使阳气潜降于阴水，且阳气降得深则元气越充足，而阳气不得敛降，则易从热化、或从寒化而导致阳气的消耗。总的来说阳气虚耗，阴阳转化失司是目前鼾眠发生的重要因素。

**2.2 阳虚为本，痰瘀互结为标** 鼾眠是本虚标实之证，结合既往的常见病因病机分析可见，阳气的气机升降失调而导致湿邪、痰浊、瘀血的病理性产物不断累积，继而导致阳虚痰瘀证鼾眠的发生。现代医学研究也指出 OSAHS 患者多为本虚标实之证<sup>[7]</sup>，痰湿、血瘀是 OSAHS 患者最常见的标实证候，同时 OSAHS 的患者以痰湿体质、阳虚体质者居多<sup>[8]</sup>。

### 3 从气机升降相因论阳虚痰瘀鼾眠

根据彭子益《圆运动的古中医学》中所提到的“宇宙大气的升降浮沉，即是人身热的升降浮沉”的理论，阳气在不断的圆运动之中运行，肾元阳为起点，中焦脾胃为枢转之轴，运转中焦气机，使气机升降相宜，阳气上养心火，心火浮于上，得肺金和胆木之气沉降于肾水中<sup>[9]</sup>。

杨志敏认为，从气机升降相因论来看，若人因过度疲劳、外感邪气、嗜食肥甘厚腻及酒水、情志失调内伤等，容易导致阳气虚耗，元气不足，从而中土脾胃气虚，气机运行升降失常。一方面，脾虚则运化失权，水湿内停不运，湿邪聚而为痰，阳气升降失司，导致痰浊上壅闭于气道而发为鼾证。湿邪性重浊，其性粘滞，痰湿互阻，影响气机运动，阳气更加无法运行，从而停而留滞，留于上焦，故患者可见白天思睡，头重昏蒙，疲倦乏力，还会有面色晦暗，唇甲青紫，舌质暗，甚至有出现瘀斑瘀点的症状。另外一方面，阳虚则脾气虚弱，正所谓脾主肌肉，脾虚则肌肉萎软无力，因此鼻咽部肌肉不能维持气道张力，导致气道狭窄受阻，以致鼾眠等症状，加之平素夜眠不定时，阳气无法入阴，更加加重了阳气的耗损，而出现乏力嗜卧的症状。除此之外，有部分患者，在治疗中会出现咽痛、口干、心烦、反复口腔溃疡等上火表现，用清热化痰等法却效果不佳，究其原因，考虑阳气耗竭，阳气不能沉潜，阳气上越，故见虚阳浮越之象。正如扶阳名家祝味菊先生所说：“虚人而躁甚者，气怯于内，阳浮于上，甘凉之剂，可令小安，缓和之效也，频服之，则气愈怯则阳愈浮矣，此非亢阳有余，乃阳衰不能自秘也，温以壮其怯，引火归元，导龙入海，则可矣”<sup>[10]</sup>。因此，对于此类患者，如果一直用甘凉之剂，非但不

能解决患者的真正问题，更加容易导致阳气亏虚的情况出现。

杨志敏教授从气机升降相因论的角度阐释了 OSAHS 的病因除了实证之外，现在更多见的是脾肾阳虚，因而导致痰湿之邪内生，脾虚气行无力，停而留滞，痰瘀交阻，而影响气道壅塞，最终导致打鼾、呼吸暂停等症状的发生。

### 4 以扶阳为根，结合气机升降相因论治疗阳虚痰瘀鼾眠

杨志敏教授重视调畅气机的升、浮、降、沉，同时还要关注患者的体质禀赋、心理性格特征，认为此病病机是脾肾阳虚为本，痰瘀互结为标，根据杨志敏教授“一气周流”理论<sup>[11]</sup>，肾阳虚衰则阳气无法左升，心火无法滋养，肺金无法肃降，脾胃中焦则气机失调，停而留滞，无法阴阳转化。

**4.1 固护元气，以中土为轴心** 杨志敏教授强调元气为生命之源，《易经·彖》曰：“大哉乾元，万物资始，乃统天；至哉坤元，万物资生，乃顺承天。”《素问·保命全形论》曰：“天覆地载，万物悉备，莫贵于人”<sup>[12]</sup>。结合李可老中医的宝贵经验“坎中一点真阳乃人身立命之本，因此，一首四逆汤可通治百病。此论先天肾气。”故治疗应当以温阳固本为基础，杨师常用四逆汤扶阳扶正，选熟附子、干姜、炙甘草为底方，同时多因患者难以入眠，会在方中加用龙骨、牡蛎、磁石镇潜阳气，以血肉有情之品培补元阳等。同时脾胃之土立中守位，土载万物，土生万物，中土一转则四维轮转启动。李可老中医认为：“彭子益先生以易论医，创河图五行运行以土为中心论，中气为轴，十二经(五脏、六腑)经气为轮。轴运轮转，轴停轮止，生命终结。此论后天胃气。”中土作为轴心，把控四维，使升者升，降者降，调节外围轮转和缓有序<sup>[9,11]</sup>。健脾多选用苓桂术甘汤、四君子汤和补中益气汤为主，健脾益气扶正，运转全身气机，升发阳气。

**4.2 平衡气机，一气周流** 针对标实，选用瓜蒌薤白半夏汤合方降气顺导，以瓜蒌薤白通阳气，化痰散结，下气行滞，半夏引阳入阴，相配顺应天时、调整阴阳；再加丹参、山楂活血。部分患者会出现口腔溃疡、便秘的“上火”症状，乃因阳气耗损，阴液无阳气化生，虚阳浮越而致，因此在方中会重用山药，取山药之性润，健脾和胃益肺，另外加用补肾强精益阴之品如山萸肉为佐，滋养萌芽达乙癸同源之效，顾护气液，兼治肝肾之体，防厥阴风木横逆，滋阴配阳，共奏益火之原、以消阴翳之效等调补阴阳，取“善补阳者，必阴中求阳之意”。因此，在治疗这一类患者的方中可以体现出“一气周流”的理论，使气机有升亦有降，东西方气机得以平衡，也使阴阳互补。

杨志敏教授认为，人体本来就是一个有机整体，脏腑经络之间相互协同，相互依赖，都是依赖阳气在体内的运转以及气机协调的升降运动来维持的。一脏阳虚，阴阳互损，即便病机复杂，只要运用气机升降相因论的方法，从阳气运行整体的圆运动着手，升降枢转协调相因即可调整阴阳失衡。正如《内

经》所指出：“夫虚者，阳气出也，夫实者，阳气入也。阳升则出，阳降则入”<sup>⑨</sup>。因此，扶阳为本、为根，通过调节阳气在体内的运行化生，从而来治疗阳虚痰瘀鼾眠。

总的来说，随着疾病的发生发展，鼾眠的患者的证型多以本虚标实证为主，在此基于气机升降相因理论，通过中医药的多靶点干预，使疾病得到控制，也为今后探讨温阳活血化痰法对 OSAHS 患者的大规模临床推广及应用奠定基础。

## 5 病案举例

庄某，男，62岁，因“打鼾、失眠2余年”于2015年10月8日来诊。诊见：体胖颈短，体质量指数(BMI)为29，家人诉其夜间入睡困难，入睡后打鼾，鼾声响亮，时有停止，甚至偶有憋醒；白天倦怠思睡，头昏头麻，易头部汗出，偶心悸，时心烦易怒，口干喜饮，喜喝冷饮，易发口腔溃疡，既往长期使用抗生素及清热解毒类药品。腰膝酸软，畏寒，纳可，大便溏稀，每天2~3次，小便可，舌暗红有齿痕、苔白微腻、舌底脉络迂曲，脉沉细。多导睡眠检测提示：AHI 18.3，睡眠时最低血氧饱和度为70%，平均血氧饱和度为93%，睡眠效率下降，符合中度阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断。西医诊断：OSAHS。中医诊断：鼾眠，辨证为阳虚痰瘀互阻。予以四逆汤、瓜蒌薤白半夏汤加苓桂术甘汤合方加减，处方：熟附子(先煎)、生姜、桂枝各10g、党参、法半夏、薤白、泽泻、牛膝、乌梅、山萸肉各15g，炙甘草、白芍、茯苓、瓜蒌皮、丹参各30g，白术、淮山各45g，龙骨、牡蛎、磁石(先煎)各30g。加水2000mL，同煎1.5h，煮取200mL，分2次温服，日1剂。并嘱患者加强锻炼、调情志、节饮食，保持生活规律。

二诊，2015年10月21日，上方服13剂，患者感白天精神好转，面色较前改善，头部昏麻情况较前改善，夜间憋醒次数较前减少，大便较前成形，但仍觉乏力，舌苔白腻较前变薄。药已对症，继守上方，加黄芪45g煎服方法同上。后以上方加减续服2月余，上述诸症好转，复查多导睡眠检测示：AHI：4.5，睡眠时最低血氧饱和度为89%，平均血氧饱和度为96%。治疗效果佳。

按：本患者的治疗，遵循“气机升降相因”的基本原则，以四逆汤升阳扶正，选熟附子、干姜、炙甘草为底方，鼓动阳气，固护本源；以中土为轴心，选苓桂术甘汤健脾运湿，调理中土气运；加用补肾强精之品如龙骨、牡蛎、磁石、牛膝以滋阴配阳，共奏益火之原、以消阴翳之效。针对痰浊实邪，选用

瓜蒌薤白半夏汤降气顺导，化痰散结，下气行滞，配合半夏引阳入阴，调整阴阳；再加丹参活血。在这类方证治疗过程中，可调整气机升降、互补阴阳，以达到阴阳平衡之效。

## [参考文献]

- [1] Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2002, 165(9): 1217-1239.
- [2] Shahar E, Whitney CW, Redline S, et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2001, 163(1): 19-25.
- [3] Munoz R, Duran-Cantolla J, Martinez-Vila E, et al. Severe sleep apnea and risk of ischemic stroke in the elderly[J]. Stroke, 2006, 37(9): 2317-2321.
- [4] Ryan S, Taylor CT, McNicholas WT. Systemic inflammation: a key factor in the pathogenesis of cardiovascular complications in obstructive sleep apnoea syndrome? [J]. Postgrad Med J, 2009, 85(1010): 693-698.
- [5] 詹宇婷, 汪美霞, 陶长绣. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征发病机制研究[J]. 中医院临床杂志, 2015, 27(12): 1658-1660.
- [6] 佚名. 黄帝内经影印本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [7] 刘志国, 李磊, 国钰妍, 等. 睡眠呼吸暂停综合征中医证候要素分布与AHI、BMI指数相关性研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(11): 1133-1135, 1161.
- [8] 付桂玲. 睡眠呼吸暂停综合征患者中医体质特征的临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2008.
- [9] 刘力红. 圆运动的古中医学[M]. 北京, 中国中医药出版社, 2017: 8.
- [10] 钞建峰, 吴玲玲, 贾慧. 扶阳概念与内涵的临床体悟[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(4): 162-163.
- [11] 罗翠文, 徐福平. 杨志敏临床辨治运用“一气周流”理论经验探析[J]. 江苏中医药, 2014, 46(9): 16-17.
- [12] 杨亚杰, 何清平. 重阳思想初探[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(3): 9-10.

(责任编辑: 吴凌, 李海霞)