

病例報告

上呼吸道阻力症候群之中西醫學整合治療 ——病例報告

張維修¹、楊美貞^{2,3}、吳炫璋^{1,4,*}

¹ 佛教醫療財團法人臺北慈濟醫院中醫部，新北市，臺灣

² 佛教醫療財團法人臺北慈濟醫院胸腔內科，內科部，新北市，臺灣

³ 慈濟大學醫學系，花蓮，臺灣

⁴ 慈濟大學學士後中醫學系，花蓮，臺灣

上呼吸道阻力症候群是睡眠呼吸障礙疾病之一，常見於體型較瘦、顱顏異常的女性，由於此症每小時睡眠呼吸中止指數為正常，故常被忽略導致診治困難。本病人為 19 歲女性，因白天過度嗜睡前來中醫求診。自述白天常入睡而不自知，無法被喚醒；晚上難以入睡、淺眠、多夢、醒後精神倦怠。經夜間睡眠檢查發現病患每小時睡眠呼吸中止指數只有 0.5 次。但睡眠檢查時明顯打鼾引起腦波覺醒，加上日間過度嗜睡，故診斷為上呼吸道阻力症候群。在中醫辨證上為氣血不足、營衛不調，影響心肝脾肺等臟腑，也因宗氣不足、清氣不升影響腦竅、鼻竅、與咽喉等，治則以補益氣血與調和營衛。白天以人參養榮湯、桂枝加龍骨牡蠣湯為主、睡前以天王補心丹為主，治療約 4 個月後，病人日夜間症狀均改善。由此病例，我們將探討上呼吸道阻力症候群引起的勞倦之中醫病因、病機與治則，並針對陰陽平衡與睡眠的關係、桂枝加龍骨牡蠣湯的應用想法，提供中藥治療此類疾病的方向。

關鍵字：上呼吸道阻力症候群、中醫勞倦、桂枝加龍骨牡蠣湯

前言

上呼吸道阻力症候群以上呼吸道阻力上升與睡眠時打鼾為主要特徵，日間症狀以嗜睡、疲倦、恍神、甚則影響情緒與工作表現、引起焦慮或憂鬱的傾向，夜間症狀則

以多次腦波覺醒（arousal）、夜眠不安為表現，而在症狀表現上甚至較阻塞性睡眠呼吸中止症嚴重，且可能與心血管功能及代謝症候群相關 [1,2]。診斷上除詳細之病史詢問外，睡眠中心常規使用的夜間睡眠檢查（Polysomnography）由於並不包含侵入性的

* 通訊作者：吳炫璋，佛教醫療財團法人臺北慈濟醫院中醫部，地址：新北市新店區建國路 289 號，電話：02-66289779，E-mail：xuang@ms65.hinet.net

食道壓力偵測器，故常常會被忽略。但若病人睡眠時打鼾引起睡眠中斷或腦波覺醒，加上用問卷（比如愛普渥斯嗜睡度量表：Epworth Sleepiness Scale (ESS)，或睡眠中止症臨床量表：Sleep Apnea Clinical Score(SACS)）進行主觀症狀描述則可協助評估診斷此症。治療則考慮以運動、藥物控制或戴正壓呼吸器為主，有些病人甚至需要開刀治療 [3]。而就中醫治療與預防的觀點而言，以分析證型與病機的角度切入，以全人的角度結合辨證論治的思維，就此案例而言，的確可以改善類似病患的症狀、日間功能障礙與生活品質。而中西醫整合醫學治療針對此類疾病的診治，可以作為下一步的探討與臨床研究方向。

病例闡述

1. 基本資料：

病患姓名：鄭○云

病歷號：R22432XXXX

生日：85年08月20日

年齡：19歲

性別：女性

婚姻：未婚

職業：學生

初診日期：2016/08/03

2. 主訴：

白天嗜睡已2年餘

3. 現病史：

病人為19歲女性大學生，身高159公分，體重50公斤，未有異常生長發育史，於2016.08.03因疲倦問題，首次來中醫科就診。主訴自高二起疲倦狀況漸明顯，上課無法專心，白天過度嗜睡已2年餘，記憶背誦能力也不好，上大學後白天上課或騎車容易打瞌

睡或恍神，甚則直接入睡但不自知，曾嘗試喝咖啡提神但效果不佳，而平常運動（打羽毛球）也有注意力不集中的問題，若上課較多則易促使症狀加重，暑期打工時勉強維持精神但仍有直接入睡狀況；平時睡眠時間約0:00am～9:00am，睡前無口乾症狀，而睡眠時難以入睡、淺眠、多夢（夢境轉換快），醒後精神仍差且記得夢境內容。先前並未因此問題到西醫求診或服用西藥，而因病情越漸嚴重，病人為改善疲倦嗜睡而前來中醫求診。

4. 過去病史：

- (1) 脊椎側彎：曾在彰化秀傳醫院做健康檢查時照X-ray發現，2014年於耕莘醫院確診為胸腰椎側彎。
- (2) 蕁麻疹：2015.09於耕莘醫院確診。
- (3) 無糖尿病、高血壓、或心臟方面病史、無肝病病史、無過敏性鼻炎與鼻竇炎病史。
- (4) 無出血病史（痔瘡、胃潰瘍等）、無外傷史、無開刀史。

5. 個人史：

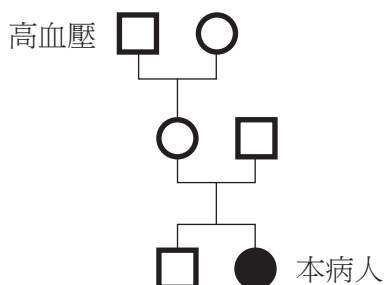
- (1) 無特殊個人史、無藥物過敏史、無食物過敏史、最近三個月無國內外旅遊史。
- (2) 無抽菸、喝酒、或吃檳榔。
- (3) 用藥史：目前無服用任何藥物。

6. 月經史：

- (1) 初經史：國一月經初潮，無不適症狀或徵象。
- (2) 平素月經狀況：I/D：21～28/7（Interval多為21天，少數會到28天）。
- (3) LMP：2016/7/4，經量2～3hr/pad，經色暗紅且黏稠，但無血塊；經期約7天結束。

7. 家族史：

外公：高血壓病史



8. 理學檢查：

BH：159cm；BW：50kg (BMI：19.77)；

BP：93/61mmHg；HR：91 下/min

General appearance：chronic illness, tired looking；Consciousness：clear；Sclera：not icteric；Conjunctiva: not pale；Chest：symmetric, bilateral breathing sound clear without wheezing or rales；Heart：regular heart beat, no murmur；Abdomen：no abdominal distension；Bowel sound：normo-active；no lymphadenopathy noted；Extremities: freely movable and no pitting edema.

9. 中醫四診：

9.1. 望診：神疲，面色萎黃，體瘦，舌體偏瘦，色淡紅，苔少。

9.2. 聞診：呼吸平順，無特殊語音或氣味。

9.3. 問診：

- (1) 全身狀況：平素不畏寒或怕熱，精神疲倦，專注力和記憶力差，整天嗜睡，喝咖啡或運動未見改善。
- (2) 睡眠狀況：白天嗜睡，會立即睡著而不自知，發生在上課或騎車時較多，嚴重時即使運動或打工時也會；夜眠較難入睡、淺眠、多夢且夢境轉換快，醒後會記得夢境內容，醒後精神仍倦

怠。

- (3) 頭項五官：平素易頭暈（特別是從坐著站起來時），但無頭痛；易鼻塞；無口乾、口苦、口臭；耳鳴自小時候即有，如蟬音，周圍安靜時較響亮。
- (4) 胸部：平素會心悸，甚至可自覺脈搏跳動感；偶胸悶。
- (5) 腹部腸胃：平素易飽易飢，易腹脹；壓力大時會胃痛。
- (6) 二便：大便多偏軟（甚至為水便），一日一行，排便前偶有脹痛，但睡眠狀況好時較為成形；不會因為壓力大而轉水便；小便白天無不適，夜尿1～3次。
- (7) 腰背：容易腰痠、尾椎痛。
- (8) 四肢：無異狀。
- (9) 情志方面：無特別憂鬱或躁鬱，不會特別容易緊張。

9.4. 切診：脈左右皆弦細。

轉診至胸腔內科做夜間睡眠檢查以確診病患客觀睡眠狀態並予病人抽血檢查。

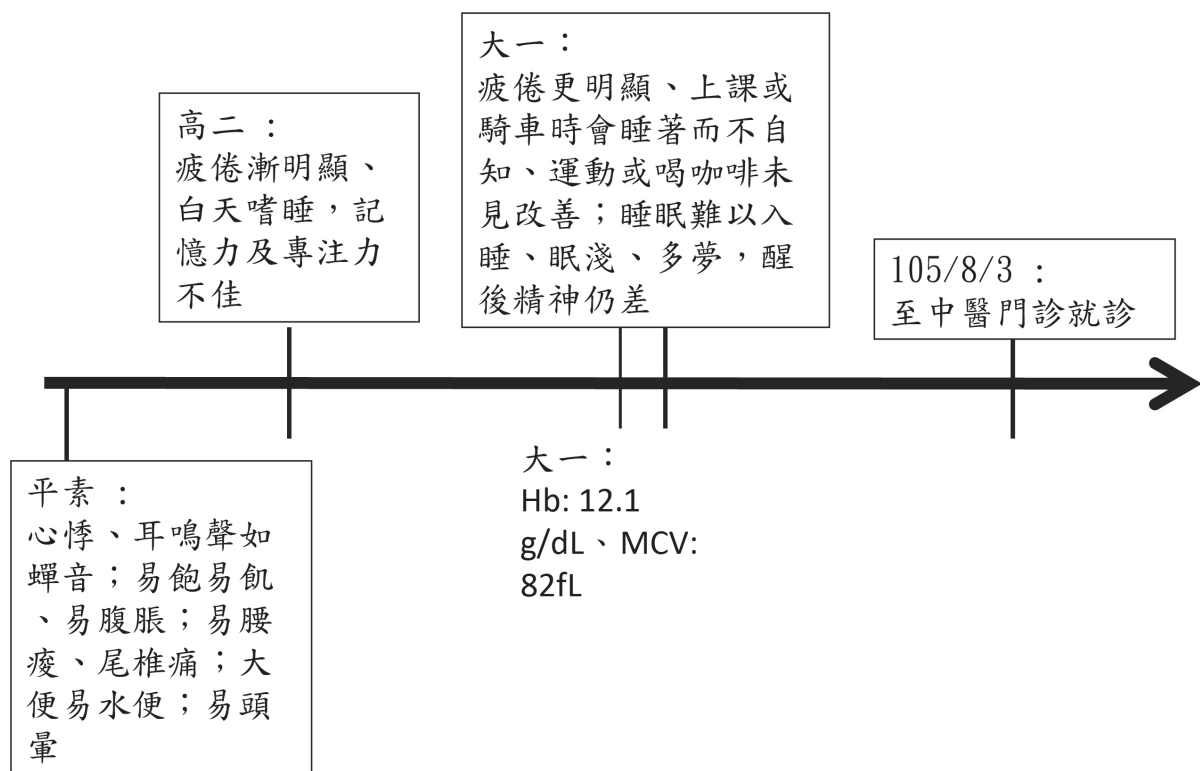
10. 整體回顧：

這位 19 歲女性病患白天過度嗜睡已兩年，從高二起白天疲倦感漸甚，上大學後疲倦感加重，白天上課或騎車時容易打瞌睡且會立即入睡而不自知，醒時精神則無法集中，記憶力及背誦能力不好；睡眠時間約 0：00am～9：00am，睡眠狀況大多難入睡、淺眠、多夢且夢境轉換快速，醒後精神差且記得夢境內容。曾嘗試以咖啡或運動提神，但效果皆不佳。暑假期間有打工故尚勉強維持精神。自述平時易飽易飢，也容易腹脹，壓力大時容易胃痛；從小就有心悸與耳鳴（似有蟬音）；大便多偏軟（甚至為水便），一日一行，排便前偶有脹痛；平時飲水約

1500 ~ 2000cc，白天小便無不適症狀，而夜尿 1 ~ 3 次；平素汗不多、且無口苦或口臭；容易頭暈（坐著站起來時較明顯，但不會有暈眩（vertigo）的現象），但無頭痛；容易鼻塞；大一（2014.09.13）做過健康檢查發現：Hb：12.1g/dL、MCV：82fL。月經狀況：I/D：21 ~ 28（大多是 21 天）/7；LMP：

2016.07.04，經量：（2 ~ 3hr/pad），經期大約 7 天，且顏色偏暗紅色、月經黏稠但無塊狀。望診面色萎黃，體瘦，舌體偏瘦，色淡紅，苔少；無特殊語音或氣味；切診：脈弦細。轉診於胸腔內科做睡眠檢測（PSG）以確診病患客觀睡眠狀態並予病人抽血檢查。

11. 時序圖：見圖一



圖一 時序圖

12. 臟腑病機四要素分析：

12.1. 病因：內因 報告考試壓力

外因 無

不內外因 勞倦

12.2. 病位：解剖病位 鼻咽部

臟腑病位 脾、心、肝、肺

12.3. 病性：主證 (1) 平時易倦怠，白天上課或騎車時容易打瞌睡且會立即入睡而不自知 (2) 精神無法集中，記憶力

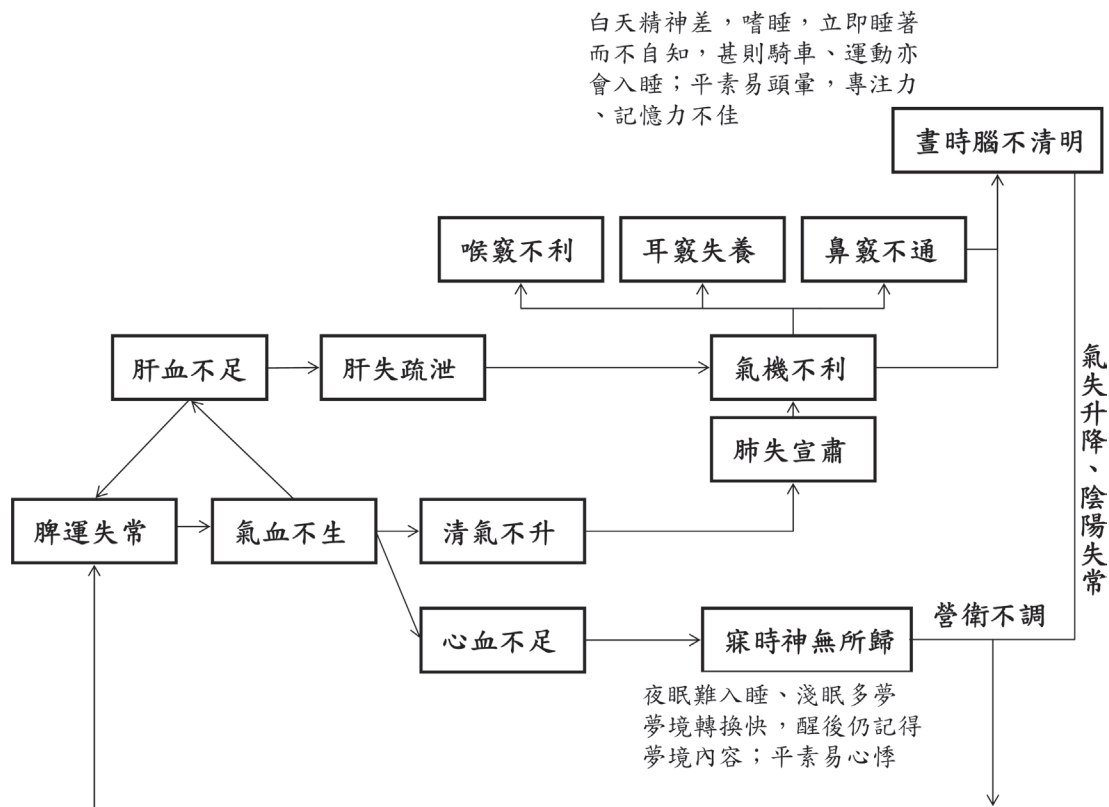
及背誦能力不好 (3) 睡眠難入睡、淺眠、多夢且夢境轉換快速，醒後記得夢境內容 次證 (1) 從小就有心悸與耳鳴（似有蟬音）(2) 易飽易飢易腹脹，壓力大時容易胃痛 (3) 平素大便多偏軟（水便），但與壓力無關 (4) 易頭暈（坐著站起來時較明顯，但不會有暈眩（vertigo）的現象），無頭痛 (5) 容易鼻塞 (6) 面色萎黃，體瘦；

舌體偏瘦，色淡紅，苔少；脈弦細。

12.4. 病勢：本病人症狀出現時間大約是在高二有升學壓力時，上大學後則越來越嚴重，且主要表現是嗜睡、疲倦、精神不濟。脾主後天之氣，若脾不能運化如常，脾之清氣不能升發至上，甚則影響肺宣發肅降，導致鼻竅、耳竅、腦竅不通暢，鼻塞、耳鳴、頭暈、嗜睡、倦怠等症狀隨之而來；若脾運化失司，可能有饑飽不節、腹脹、大便水瀉、體瘦、面色萎黃等症狀；而脾不運化營血，則心血來源亦不足，故導致恍神、心神不寧；而陰陽調和才能入眠，若白天清氣不升，夜晚營不足使陽不入於陰，陰陽不調下則難入眠、睡眠不寧、淺眠、多夢、甚

至多有驚懼夢境；女子以肝為先天，以血為本，血來源的不足導致肝之疏泄繼而失常，氣機不利，不只影響脾的運化，也加重諸竅的不通暢，使腦更不清明；腦多賴飲食生氣血、精汁之清者，又主精神活動，若氣血不足、清氣不升、樞機不利，則易恍神、倦怠、時時欲睡、記憶專注力不佳 [4]；而本病人也會因考試升學、報告壓力等出現胃痛，更顯示脾之失常與易於受剋。而無論是諸臟失常（氣機不利、肝疏泄失常），或是陰陽不和、營衛不調導致的淺眠多夢、白天嗜睡昏昧，也會再影響脾的運化功能。

13. 病因病機圖：見圖二



圖二 病因病機分析圖

14. 診斷：

西醫診斷：Upper Airway Resistance Syndrome

中醫診斷：勞倦

病機：脾失健運，元氣不足，肝脾不調，
心血虧虛。

治則：益氣補中、疏肝理脾、滋陰養血
安神。

15. 處方：8/3 初診 TID 單位：克

qd+ql：逍遙散 1.5，香砂六君子湯 1.5，石斛
0.3，紅景天 0.3，益智仁 0.3，天麻 0.3，
桂枝 0.3，刺五加 0.3。

HS：天王補心丹 1.5，夜交藤 0.3，茯神 0.3，
百合 0.3，生地黃 0.3。

【理法方藥分析】

治病先分清主次與急慢性，由於病人來有比較明顯的脈弦，加上考試因素仍在，故先以逍遙散疏肝解鬱，健脾養血、用香砂六君子湯益胃補中，理氣和胃 [5]，合用同治肝脾，特別是脾虛的狀況。紅景天益氣活血通心經；石斛益胃生津治胃中不和；天麻歸肝經，平抑肝風、通絡而治頭暈；益智仁辛熱，本為脾藥，兼入心腎，補心之不足；刺五加入心脾腎經，可益氣健脾、安神；桂枝和營通陽，助陽化氣，又能通心氣溫心陽，針對病人睡眠陽不入於陰的狀況有所助益。晚上夜眠得安有賴陰血之充營，故在其時（夜眠之時）養其血，因而選用天王補心丹滋陰養血、補心安神，同時針對健忘怔忡，心煩少寐，心悸神疲的情形而治 [5]，正好與病人狀況相符，並加上輔以夜交藤、茯神、百合、生地養心安神 [6]。

16. 追蹤回診：

105.08.10：第一次中醫回診（中醫治療一週後）

病人狀況：8/5 胸腔內科就診後於 8/6 做睡眠

檢測，預計下周回診看報告。

白天打工時自覺尚較清醒，其餘時間疲倦感仍甚；睡眠仍淺眠；天熱時有膚癢疹，色紅，多在大腿、膝蓋區域；LMP: 8/6，第 1.2.3 天經行量大，經質黏稠，偶腹悶痛，吃冰時加重悶痛感；西醫 Water's view：上頷竇、額竇未見黏膜腫大。

望 診：面色稍萎黃；舌診：舌淡紅，津稍多，苔薄白。

切 診：左弦細稍數；右弦細稍數。

治則用藥：補益氣血、健脾養心、疏肝理脾
TID 單位：克

qd+ql：逍遙散 1.5，人參養榮湯 1.5，附子（製）0.3，炙甘草 0.3，紅景天 0.3，益智仁 0.3，天麻 0.3，桂枝 0.3，刺五加 0.3。

HS：天王補心丹 1.2，歸脾湯 1.0，夜交藤 0.3，茯神 0.3，柏子仁 0.3，龍骨 0.3。

【方藥分析】

由前方與病人服藥後的反應來看，病人氣血仍然不足，故白天部分改香砂六君子湯為人參養榮湯，意即將補氣血的效力往上提升，另外加入附子溫陽、炙甘草補中益氣 [6]，與原方相配加強重點在於心脾兩臟，採取調氣、補氣、溫陽為主的治療方式；晚上方藥加入歸脾湯，補益心脾，養血安神 [5]；龍骨重鎮潛陽，加強陽入於陰的效力 [6]。至於脈仍有弦意，而考試報告因素尚在，故仍維持逍遙散用方，再服 1 周觀察情況。

105.08.19：第二次中醫回診（中醫治療兩週後）

病人狀況：夜眠偶打呼，夜眠夢多，作夢仍多；白天精神仍倦怠；皮膚癢疹減；睡眠檢測報告：favor UARS，ESS：20 分，轉介耳鼻喉科檢查。

望 診：面色稍萎黃；舌診：舌淡紅，苔薄白。

切 診：左脈細；右脈細稍弦。

治則用藥：補益氣血、調和陰陽、升降氣機
TID 單位：克

qd+ql：桂枝加龍骨牡蠣湯 1.5，人參養榮湯 1.5，附子(製) 0.3，炙甘草 0.3，紅景天 0.3，益智仁 0.3，天麻 0.3，阿膠 0.3，刺五加 0.3。

HS：天王補心丹 1.2，夜交藤 0.3，茯神 0.3，柏子仁 0.3。

【方藥分析】

由於考試報告因素已消除，加上脈也較無見到弦象，故先去掉逍遙散；因症狀改善有限，且反應夢多的問題，思量在補益氣血的前提下，尚需調和陰陽、升降氣機、並重鎮潛陽安神，使氣血陰陽能藉升降調和之力而運轉調勻，故選用桂枝加龍骨牡蠣湯。桂枝加龍骨牡蠣湯可以調和陰陽營衛、升降氣機，若配合人參養榮湯補益功效，正可將補益氣血效果做調節作用。原方減去桂枝加入阿膠，

增強補益陰血效用 [6]。而睡前方藥續以天王補心丹加減為主，以期與桂枝加龍骨牡蠣湯共同作用。

105.08.26：第三次中醫回診（中醫治療三週後）

病人狀況：眠改善，較不嗜睡，膚疹近無，頭暈稍減。

西醫檢查：Hb：10.1g/dL, MCV：71.8fL；耳鼻喉科檢查：下鼻甲肥厚、扁桃腺：grade1；Mallanpatti：grade2；posterior pillar webbing：(-)；Retrognathia（mandible 內縮(+)）；High palatal arch(+)；malocclusion 咬合不良(+)；AHI：0.5/hr。建議戴 CPAP 或手術治療。

四 診：面色稍萎黃；舌診：舌淡紅，苔薄白；脈左弦細稍數，右弦細。

用 藥：qd+ql：原方續用，阿膠改為 0.5；HS：天王補心丹 1.5，夜交藤 0.3，茯神 0.3，柏子仁 0.3（TID 單位：克）。

後續追蹤診察資料與用藥彙整如下表：

回診日期	主觀描述	客觀資料	治療（TID）
105.09.02 中醫治療五週後	精神持平、眠續改善，但唯昨晚難入眠，膚疹近無，頭暈稍減	DISE：epiglottis complete obstruction，suggestion：epiglottidectomy 面色萎黃、舌紅有朱點、苔薄白微黃、雙側根邊稍瘀；脈左弦細稍數，力不足、右弦細偏弱	原方續用 加黃耆、玉竹各 0.3g HS：續用
105.09.14 中醫治療七週後	白天較不會睡著，仍稍易恍神；眠可熟睡，稍多夢；手腳仍冰冷，稍易鼻塞	面色萎黃、舌紅，尖稍有朱點，苔薄白微黃、雙側根邊稍瘀；脈左弦細稍數、右弦細	原方續用 加鵝不食草 0.3g HS：續用

回診日期	主觀描述	客觀資料	治療 (TID)
105.10.07 中醫治療十週後	上課睡著頻率減少、同學評估狀況改善、夜眠偶驚醒、晨偶頭痛、頭暈減、鼻塞偶	面色萎黃、舌紅，朱點稍減，苔薄白微黃、雙側根邊稍瘀；脈左弦細稍數、右弦細 因懷疑小球性貧血而請病人同時至血液腫瘤科就診	原方去鵝不食草、炙甘草加川芎 0.3g HS：續用
105.10.28 中醫治療十三週後	臨近期中考，上課較想睡，但白天入睡整體減少，夜眠較易入睡，夜醒次數減，且醒後對於夢境較記不清；LMP: 10/25，經量大、色偏暗，無血塊，無黏稠	面色萎黃、舌紅，朱點少，苔薄白微黃、雙側根邊稍瘀、有齒痕；脈左弦細稍數，寸邊際不清、右弦細 血液腫瘤科就診，懷疑缺鐵性貧血，服用鐵劑 (Fe: 17ug/dL; TIBC: 395ug/dL; HbA: 97.6%; HbA2: 2.4%)	原方去川芎加茜草、鵝不食草 0.3g HS：續用
105.11.18 中醫治療十六週後	睡眠已不會被驚醒，可一覺到天明，作夢情況減少許多，醒後精神仍疲倦；鼻塞已減；LMP：10/25~11/2 總共 9 天，色稍暗，前三天量大：2.5hr/pad 夜用型	Hb:10.1 g/dL； MCV: 72.1f/L 面色萎黃、舌稍紅偏暗，朱點微，苔薄微黃、有齒痕；脈寸偏弦細，關部力增、細微滑，尺沉	原方去茜草加川芎 0.3g HS：續用
105.12.16 中醫治療二十週後	靜坐閱讀書報較不會睡著，已無鼻塞，夜夢微，眠起精神仍倦怠，食慾平，LMP：12/15，月經初至，腹悶但不痛，色鮮紅，質稍稠 ESS：(105.11.23)14 分；(11.30)15 分；(12.07) 15 分	1051202 抽血資料： Hb：12.3 g/dL； MCV：79.8f/L 面色萎黃、舌稍紅稍暗，朱點減，苔薄；脈寸滑力增，關部力增、細微滑，尺沉力增	原方去人參養榮湯、黃耆、玉竹、阿膠，加補中益氣湯 1.5g，麻黃根 0.15g，薄荷 0.3g HS：續用
105.12.30 中醫治療二十二週後	白天精神改善，較不會想睡，鼻塞些微，晚睡時會頭悶痛，心悸改善 12/15~12/22 總共 8 天，無不適症狀 ESS：(105.12.14)12 分	1051230 抽血資料： Hb:13.3 g/dL； MCV: 82.4f/L 面色萎黃、舌稍紅偏暗，朱點減，苔薄、有齒痕；脈右寸滑力增，關力增、細微滑，尺沉力增；左沉細	12.16 原方續用 HS：去柏子仁，其餘續用

回診日期	主觀描述	客觀資料	治療 (TID)
病史演進	愛普渥斯嗜睡量表由治療前之 20 分 (嚴重嗜睡) 改善為 14 分，繼續追蹤至 105.12.30 改善為 12 分 (輕微嗜睡)，症狀變化如下： (初診) 劇烈晃動病人也不會醒 (治療前期) 晃動會醒，但仍會立即睡著 (坐著) (治療中期) 不會直接睡著，但非常嗜睡 (治療 4 個月後) 嗜睡程度減輕，白天精神改善、上課時已不會入睡		

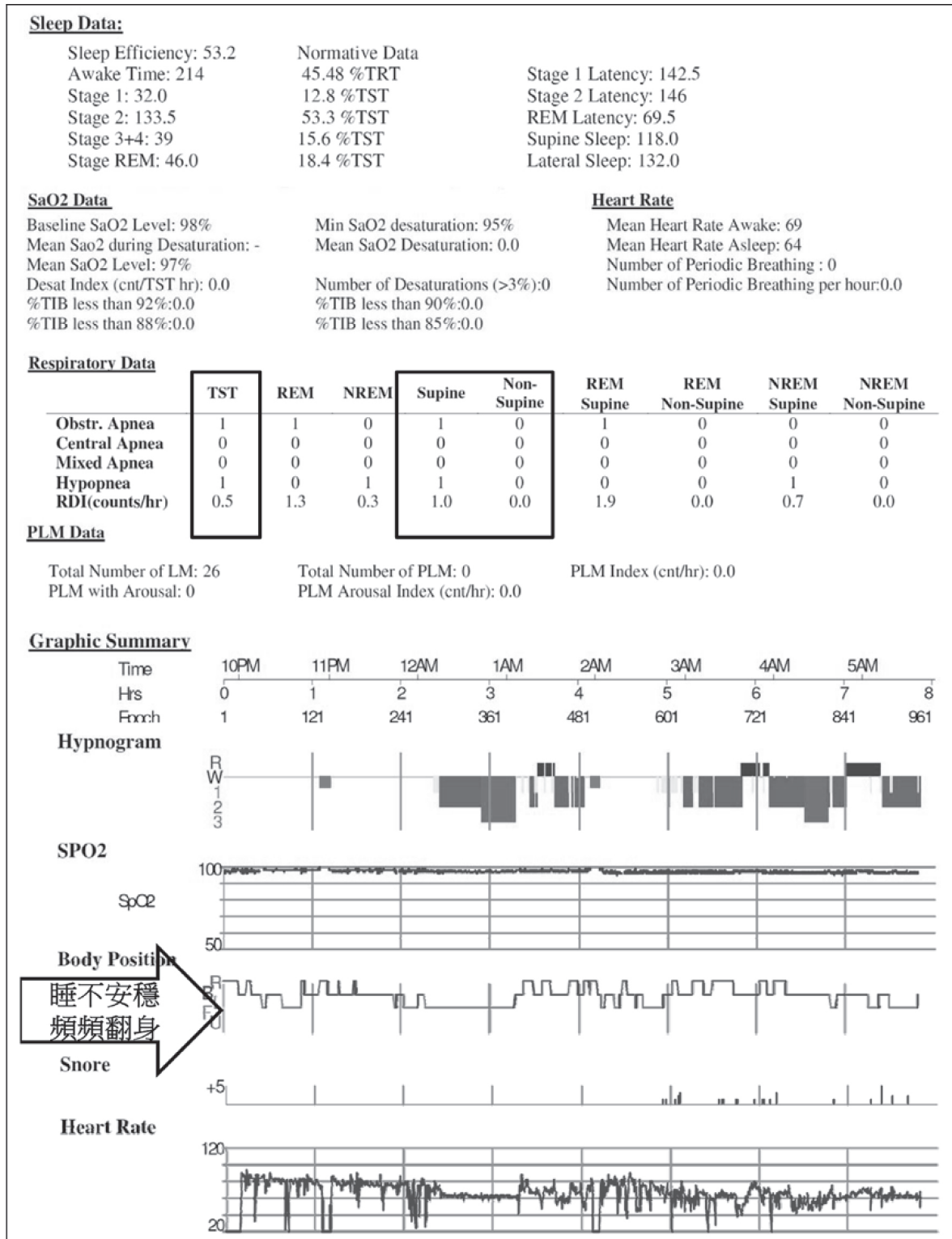
討論

本病人在中醫治療過程中，也轉介西醫胸腔內科、耳鼻喉科與血液腫瘤科進行相關檢查確診為上呼吸道阻力症候群 (Upper Airway Resistance Syndrome, UARS) 與缺鐵性貧血。上呼吸道阻力症候群是在睡眠時上呼吸道阻力過大，伴隨打鼾或覺醒 (arousal)，但不會出現呼吸氣流減少、停止，或血氧濃度下降的現象 [1,2]。有研究顯示 UARS 的症狀表現可能會比阻塞性睡眠呼吸中止症候群嚴重，除了夜眠不安、淺眠、打鼾症狀外，白天嚴重嗜睡與疲倦更是其特徵 [1,2]，此症以顛顏異常且體型較瘦的女性較常見 [7]。本病患睡眠檢查顯示病人睡眠時每小時睡眠呼吸中止指數僅為 0.5 次 (Apnea-Hypopnea Index : 0.5/hr)，而睡位改變為側睡時可改善 (見圖三)，藥物誘導式睡眠內視鏡 (DISE, Drug-induced sleep endoscopy) [3] 則更確定病位為會厭處阻塞明顯 (epiglottis anteroposteriorly complete obstruction)，故耳鼻喉科醫師建議以手術方式切除部分會厭軟骨。病患貧血的診斷，則更進一步透過血液中總鐵結合能 (TIBC) 與血清鐵 (serum iron) 以確認缺鐵性貧血並排除地中海性貧血。病患在中醫治療期間，除了配合服用西藥鐵劑之外，並沒有接受其他手術或是正壓

呼吸器之治療。

已有研究顯示，上呼吸道阻力症候群 (UARS) 比輕度的阻塞性睡眠呼吸中止症 (OSA) 有更差的睡眠品質以及更明顯之白天嗜睡與疲倦 [1]，這些都會嚴重影響生活品質甚至日間功能狀態，造成白天嗜睡、車禍機率上升等不良後果，甚至有些研究顯示 UARS 與心血管疾病有相關性 [7]，因此如何有效治療 UARS 有著重要的意義。本病的表現與中醫「勞倦」、「寤寐」觀念類似，過去文獻特別針對上呼吸道阻力症候群在中醫治療上研究較少，多半是針對 OSA 的臨床研究較多。曾有回溯性臨床病例系列研究報告針對睡眠呼吸障礙病人，使用散腫潰堅湯與通鼻竅單味藥組 (白芷、辛夷、蒼耳子、細辛等) 科學中藥一個月，可以改善患者打呼與白天嗜睡狀況，進而改善生活品質 [8]；也有系統性文獻回顧的文獻顯示中醫藥包括中藥口服與針灸等治療 OSA 在提高睡眠中血氧、糾正呼吸紊亂等方面具有一定的療效優勢 [9]；也有不少學者針對證型來分析，如劉薇於 2010 年對 300 例阻塞性睡眠呼吸中止症進行證型分析，依序為痰濕 (80.3%)、氣虛 (42.0%)、瘀血 (28.3%)、陽虛 (17.7%) [10]；而張哲慈也於 2011 年對 40 例中重度的患者，以自填式問卷做了類似的分析，結果分別是痰濕 (77.5%)、氣虛 (75.0%)、陰虛

(52.5%)、濕熱(42.5%)，而痰濕體質者的 BMI 也較高 [11]。由此可見，在中醫的辨證分析之下，阻塞性睡眠呼吸中止症的患者以痰濕及氣虛的占大多數，而因上呼吸道阻力



圖三 PSG (Polysomnography)

症候群在症狀上與 OSA 相似，OSA 的證型分析對於 UARS 的治療想法上也相對別具意義。對照本病人所表現的症狀，和氣虛型或脾肺氣虛型較為相似，相當於中醫“勞倦”的定義與觀念。針對勞倦問題，可以從：「脾胃為水穀之海，得後天之氣也…人之既生，由乎水穀之養。非精血無以立形體之基，非水穀無以成形體之壯。精血之司在命門，水穀之司在脾胃，……精血之海必賴後天為之滋…」[12] 得知脾主後天之氣，是一身動力的來源之一，所有水穀精微皆因脾的輸佈而能充盈其餘臟腑，如脾氣散精上歸於肺，脾統血而使心有所養，脾精與腎精相互化育、充養等等，李東垣在脾胃盛衰論中更提到：「大抵脾胃虛弱，陽氣不能生長，是春夏之氣不行，五臟之氣不生。」[13]，在在顯示脾在於五臟中的地位。脾既有升清，也與降濁部分有關，清濁不分者易有腹脹、腹瀉、疲倦、頭暈目眩等症狀 [14]，是故脾之功能常是需要考慮的部分。若脾之功能異常，一者可能連帶影響肺之宣發肅降 [15,16]，氣道不通，引起鼻塞、講話低微無力、甚則氣不上達而意識朦朧、精神疲倦、無法使血灌注百脈；二者無法化生氣血，氣不足以上達，更影響心之主血，心無所養致神無所歸，營血不足又無法使陽入於陰，故易夜寐不寧、淺眠多夢、心悸怔忡 [17]；三者脾腎為先後天氣之來源，先天之精需賴後天之氣以生，後天之氣需賴先天之精以長，當脾失健運氣無所化，便使腎之精元失其充，精又不能化氣，故成一個負循環，故調理脾胃補益氣血為治療勞倦上的一大主軸。病人首次前來就診時仍伴有考試壓力因素，故先以「逍遙散、香砂六君子湯」配合單味藥達到益氣補中、疏肝理脾之效。整組方藥用於疏肝補脾居多，先處理現

階段壓力問題，欲先使脾不受肝抑 [18]，並以補氣為基本方向，補血以及疏通為次，以期使病人漸漸恢復元氣；而夜眠部分，先以滋陰養血、補心安神、滋腎水的「天王補心丹」配合單味藥去治療。而睡眠本身和陰陽調節有極大的關係，如《靈樞》裡提到的「陽氣盡，陰氣盛，則人能入寐；陰氣盡，陽氣盛，則人寤」，因此必須營衛氣血陰陽調和方能入眠，若有陽不入於陰，則成失眠，陽不出於陰，則成恍惚、嗜睡、多寐 [19]。若從《傷寒論》及《金匱要略》來分類失眠病因，可大致分為誤治失治、外感內傷、失血、體虛、虛勞等。本病人無外感，七情因素上雖有課業壓力，但屬短暫事件，再將病人脈象多次呈現「細」的型態納入考量後，便需要注意「氣血不足」的特性 [20]。素體虛弱或氣血虛少者，易致心失所養而不寐，正如《景岳全書》中提到的「無邪而不寐者，必營氣不足也，營主血，血虛則無以養心，心虛則神不守舍」。如此氣血不足者，心無法主神志，陰陽調之無權，寐時便夢擾紛紜，寤時精神離散，難以專注 [21]。由此兩觀點可知，健運脾胃生化氣血與調和陰陽營衛、升降氣機應該並重，便以桂枝加龍骨牡蠣湯與人參養榮湯互相搭配使用，夜眠部分則續用天王補心丹加減治療。單味藥的部分補氣補虛外，多配合病人當次狀況做調整。以此施治下，脾得運化，氣血得充，陰陽調平，使氣能升降無礙，鼻塞問題因氣道通暢而有所改善，大便水瀉亦已減；心有所養而神有所舍，故夜眠也少有多夢、淺眠、或是難以入眠、醒後仍記得夢境等狀況，精神也比初診就診時為佳，白天雖仍有倦怠感，但已無立即入睡、且嗜睡程度減輕、上課時坐著亦不會入睡。由病患自填的 Epworth Sleepiness Scale 量表，

也可明顯得知病患主觀症狀的改善程度（表一）。

治療中所用到的桂枝加龍骨牡蠣湯為金匱要略虛勞篇的方劑：「夫失精家，少腹弦急，陰頭寒，目眩髮落，脈極虛芤遲，為清穀、亡血、失精。脈得諸芤動微緊，男子失精，女子夢交，桂枝加龍骨牡蠣湯主之。」，以治療營陰衛陽失調為特色 [22]，方中桂枝、白芍辛通酸斂，調和陰陽，生薑、大棗、甘草同用能調營衛、和脾胃，助氣血之滋生，特別是龍骨和牡蠣的應用，龍骨可降浮越之陽、牡蠣起下陷之陽，兩者合用可使陽氣升降有序，亦有顧陰與定心安神的效果。為達到陰陽平衡則用桂枝湯做基底 [23,24]，桂枝湯的調營衛陰陽就包含了調整身體消化吸收與運化功能，同時暢通營衛之道路，使身體達到平和。對表虛者桂枝湯能調營衛，氣血虛者桂枝湯能建中養血，陰陽兩虛者桂枝湯則能通陽和陰，而加入龍骨牡蠣更具安定心神與升降陰陽的作用。尤怡曾指出「精失

而虛及其氣，陰陽並乘而傷及神與精」，佐證了桂枝加龍骨牡蠣湯和陰陽的重要性。而究其原條文，目眩源於精氣虧、髮落源於血本竭、極虛則為勞、芤則象徵亡血，在在提醒虛勞病的範疇與桂枝加龍骨牡蠣湯的應用法。以本病人而言，中醫診斷為勞倦，症狀以嗜睡、疲倦、精神不濟、多夢淺眠為表現，伴隨有頭暈、夢多、腸胃不適等，且有月經過短與缺鐵性貧血等符合虛勞診斷的見證，除了用人參養榮湯協助後天脾胃大補氣血與天王補心湯的補養心腎之外，加上桂枝加龍骨牡蠣湯以調和營衛，疏通裡外，使氣血得所，陰陽表裡能夠上下內外交通，並兼潛鎮安神。使用補益類的方藥，要先考量病人脾胃功能運化是否得宜，是否能輸佈氣血津液至臟腑，而桂芍薑棗草的組合不僅能化生陰陽，還可鼓動氣機升降，使人參養榮湯、天王補心丹等益氣養血藥物發揮得更好，故桂枝加龍骨牡蠣湯使整組方藥有更佳的療效。對於此類 UARS 病患，長期配戴 CPAP 可能

表一 愛普渥斯嗜睡度量表 (Epworth Sleepiness Scale)

評估時間	打瞌睡的可能性				
	0806	1123	1130	1207	1214
靜坐閱讀書報	3	3	3	2	1
觀看電視節目	2	2	2	2	3
靜坐於未有活動的公共場合	2	2	3	2	1
靜坐於連續開了一個小時的車子	3	3	2	3	3
下午躺下來休息	3	3	3	3	3
靜坐與別人交談	2	0	1	1	0
午餐後安靜坐著時	3	1	1	2	1
乘坐車子停頓幾分鐘	2	0	0	0	0
總分	20	14	15	15	12

是現代實證上選擇的治療方法之一 [25]，然而相關花費與手術後的可能併發症，也是此類病患有所顧忌之處。且針對此類病患若不積極處理則不僅嚴重影響生活品質與日間功能，甚至可能因為慢性壓力、代謝與老化的問題而使罹患阻塞型睡眠呼吸中止症與心血管疾病風險的機率上升 [2]。

上呼吸道阻力症候群與阻塞性睡眠呼吸中止症在症狀表現上極為相似，但白天過度嗜睡與疲倦、夜眠反覆覺醒（arousal）則為上呼吸道阻力症候群的主要特徵，對病人造成相當程度的困擾，甚或可能與心血管疾病有關連性 [2]。本病例充分展現了中西醫合作診治的優點，西醫在診斷上精確且客觀的確定解剖病位與生理數據，鐵劑等類似中醫營陰的營養物質補充對於病人營血虧虛有不可磨滅的功效。然而中醫也提供了另類治療的觀點，即使症狀表現與睡眠呼吸中止症相似，我們從病人主述、中醫四診觀察，而確立中醫病機並治療，再由客觀 ESS 問卷評估下，以不損及病人生活品質與身體結構為前提，病人經過四個月的中醫治療其症狀已緩解改善，白天已無過度嗜睡，晚上睡眠品質也改善，整體對病人生活品質改善上大有助益。中醫展現的優點在於氣（功能）的調整與改變，透過營陰的補足，中醫補氣血、調和營衛的力量，讓有形之營血可以得到無形之氣的推動，進而改善了營氣與宗氣的運行與推動，成功的改善了患者的症狀。也因此我們針對此類案例，建議在西醫常規檢查、治療、與建議病人運動與調整生活習慣外，若配合中醫全人的觀念從整體的身體狀況上來調整，不僅可以輔助目前西醫在分科精確下著重於單一病理與解剖變化的觀點，也可改善病患的勞倦症狀與睡眠品質，進而改善日間

生活品質與功能狀態。我們建議未來可以蒐集更多病案報告或執行臨床人體試驗研究來比較中西醫整合醫學治療的療效。

參考文獻

1. de Godoy LBM, Luz GP, Palombini LO, e Silva LO, Hoshino W, Guimaraes TM, Tufik S, Bittencourt L, Togeiro SM. Upper Airway Resistance Syndrome Patients Have Worse Sleep Quality Compared to Mild Obstructive Sleep Apnea. *PLoS ONE.*, 2016; 11(5):e0156244.
2. Joan E. Broderick, Morris S. Gold, Mohammad M. Amin, Avram R. Gold. The association of somatic arousal with the symptoms of upper airway resistance syndrome. *Sleep Medicine.*, 2014; 15:436-443.
3. Charakorn N, Kezirian EJ. Drug-Induced Sleep Endoscopy. *Otolaryngol Clin North Am.*, 2016; 49:1359-1372.
4. 鄧鐵濤、郭振球，中醫診斷學，知音出版社，台北，pp. 414-415, 456-458, 467-468，1998。
5. 王綿之、許濟群，方劑學，知音出版社，台北，pp. 232-233, 260-261, 467-468，2014。
6. 顏正華，中藥學，知音出版社，台北，pp. 232-233, 260-261, 367, 467-468, 668, 759, 836，2011。
7. Pepin JL, Guillot M, Tamisier R, Levy P. The Upper Airway Resistance Syndrome. *Respiration.*, 2012; 83:559-566.
8. Wu YH, Wei YC, Tai YS, Chen KJ, Li HY. Clinical Outcomes of Traditional Chinese Medicine Compound Formula in Treating Sleep-Disordered Breathing Patients. *Am. J. Chin. Med.*, 2012; 40(1):11-24.

9. 張睿智、李曉慶、曹愛琴、呂渭輝，中醫藥治療阻塞性睡眠呼吸暫停的 Meta 分析，實用醫學雜誌，2016；32(1):111-113。
10. 劉薇，300 例阻塞性睡眠呼吸暫停綜合症中醫證候分析，北京中醫藥，2010；29(4):289-290。
11. 張哲慈、張恒鴻、陳濤宏、陳瑞照、林康平，阻塞性睡眠呼吸中止症候群患者之中醫體質探討，中醫藥雜誌，2011；22(3,4):195-204。
12. 張景岳，景岳全書，人民衛生出版社，北京，pp. 399，2015。
13. 王肯堂，醫統正脈全書，新文豐出版公司，台北，pp. 6893，1997。
14. 賈海驊、王侖、趙紅霞、李海玉，從宗氣論治勞倦的機理探討，中國中醫基礎醫學雜誌，2007；13(5): 336-337。
15. 沈寧、邱夢茹、朱雪、張偉、陳憲海，睡眠呼吸暫停低通氣綜合症中醫辨治思路，中醫雜誌，2015；56(4):297-299。
16. 岳莉莉、王偉民、何華，王松齡主任中醫師治療阻塞性睡眠呼吸暫停低通氣綜合症臨床經驗，中國中醫藥現代遠程教育，2016；14(8):70-72。
17. 余喆，歸脾湯合桂枝加龍骨牡蠣湯治療失眠 40 例，河南中醫，2015；35(7):1489-1490。
18. 王春娥、李大治、嚴桂珍，中藥治療非肥胖型阻塞性睡眠呼吸暫停綜合症 35 例，中醫研究，2012；25(12):13-15。
19. 李璟怡、黃俊山，中醫陰陽寤寐學說探析，中醫雜誌，2014；55(1):86-88。
20. 陳永莉，睡眠呼吸暫停綜合症的中醫辨證分型，實用中醫內科雜誌，2012；2(10):80-82。
21. 魏丹蕾、李思寧，從〈內經〉“中和”思想治療中老年睡眠障礙，中國中醫藥現代遠程教育，2015；13(6):1-3。
22. 崔文臣，桂枝加龍骨牡蠣湯組方探析及運用，江西中醫藥，2015；2(46):9-10。
23. 徐重明、汪自源，桂枝加龍骨牡蠣湯組方規律及應用，實用中醫內科雜誌，2010；24(5):91-92。
24. 張麗萍、裘輝、裘昌林，裘昌林運用桂枝系列方治療神經系統疾病經驗，河南中醫，2015；35(10):2315-2316。
25. de Godoy LB, Palombini LO, Guilleminault C, Poyares D, Tufik S, Togeiro SM. Treatment of upper airway resistance syndrome in adults: Where do we stand?. *Sleep Science (Sao Paulo, Brazil)*, 2015; 8:42-48.

Case Report

Treatment of Upper Airway Resistance Syndrome by Integrative Medicine — A Case Report

Wei-Hsiu Chang¹, Mei-Chen Yang^{2,3}, Hsien-Chang Wu^{1,4,*}

¹*Department of Traditional Chinese Medicine, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzuchi Medical Foundation, New Taipei City, Taiwan*

²*Department of Division of Pulmonary Medicine, Department of Internal Medicine, Taipei Tzu-Chi Hospital, Buddhist Tzu-Chi Medical Foundation, New Taipei City, Taiwan*

³*School of Medicine, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan*

⁴*School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan*

Upper Airway Resistance Syndrome (UARS) is one of the sleep-disordered breathing diseases. It's commonly seen in the women with thinner stature and craniofacial abnormalities. As the apnea-hypopnea index (AHI) is usually normal, it is often overlooked and leads to difficulties in diagnosis and treatment. Our patient is a 19-year-old female, who suffered from daytime drowsiness for several years. She also had symptoms typical for UARS, including drowsiness, tiredness, lack of concentration, snoring, less efficacy in work et al, which are very similar as obstructive sleep apnea (OSA), but the symptoms could be much more severe. The polysomnography revealed AHI only 0.5/hour, and loud snoring with following frequent EEG arousal was noted. Therefore, UARS was still considered. In TCM theory, the differential diagnosis was deficiency of Qi and blood, which led to ancestral Qi insufficiency, nutrient-defense disharmony, and disturbed the function of heart, liver, spleen, lung, nasopharynx, and consciousness. Our principles were supplement of Qi and blood and harmonization of nutrient-defense. Ginseng Construction-Nourishing Decoction and Cinnamon Twig Decoction Plus Dragon Bone and Oyster Shell were the main formulas for her situation, while Celestial Emperor Heart-Supplementing Elixir was prescribed for her sleep condition. After TCM treatment for 4 months, her symptoms were improving. In this report, we elucidated the cause of disease, mechanism, and treatment for UARS related

*Correspondence author: Hsien-Chang Wu, M.D., Department of Traditional Chinese Medicine, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzuchi Medical Foundation, New Taipei City, Taiwan, and School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan, No. 289, Jianguo Rd, Xindian Dist, New Taipei City, 23142, Taiwan, Tel:+886-2-66289779, E-mail: xuang@ms65.hinet.net.

overexertion and fatigue, the relationship between Yin-Yang balance and insomnia, and provided the therapeutic opinion of application of Cinnamon Twig Decoction Plus Dragon Bone and Oyster Shell.

Key words: Upper Airway Resistance Syndrome, Drowsiness, Cinnamon Twig Decoction Plus Dragon Bone and Oyster Shell