

·理论探讨·

基于“玄府-气液-络脉”理论探讨阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征合并冠状动脉粥样硬化性心脏病的辨治思路

孙 惠¹, 陈 沁², 林 翔³, 吴润华^{1*}

(1. 福建中医药大学中西医结合学院 中西医结合研究院, 福建 福州 350122;

2. 福建中医药大学临床技能教学中心, 福建 福州 350122;

3. 福建中医药大学附属人民医院, 福建 福州 350004)

摘 要:总结从“玄府-气液-络脉”论治阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)合并冠状动脉粥样硬化性心脏病(CHD)的辨治思路。认为玄府开阖不利、气液宣通失常、络脉虚滞不通为 OSAHS 合并 CHD 的核心病机。痰浊上壅, 郁闭肺玄府, 则肺失宣降, 气道不利, 发为鼾眠、呼吸暂停等症; 病久清气不入, 浊气不出, 宗气化源不足, 心玄府开阖失司, 血行涩滞, 则见胸闷、胸痛等症。玄府郁闭日久则气机壅滞, 气液失宣, 致痰瘀交阻肺、心络脉; 病久正虚邪恋, 络脉失养与痰瘀阻络并见, 终致肺、心同损, 病情缠绵难愈。治疗强调开通玄府, 宣通气液, 补虚通络。玄府闭郁者, 治以辛散透达, 芳香开窍, 给予麻黄、细辛、桂枝等, 郁热佐黄连、黄芩辛苦合化; 气液失宣者, 治以理气化痰, 活血利水, 轻症取川芎、香附、泽兰等, 痰瘀胶结给予加味涤痰汤开郁涤痰, 宣通气液; 络脉虚滞者, 治以补虚助通, 祛瘀通络, 常用黄芪、党参、五味子合麦冬、玉竹益气养阴, 痰瘀深伏者佐以僵虫、水蛭等搜剔通络。临证应据气滞、痰瘀、气虚偏重灵活化裁, 以复玄府开阖, 畅气液输布, 通肺、心络脉。

关键词:阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 共病; 玄府; 气液; 络脉

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome, OSAHS)以睡眠期反复呼吸暂停或低通气为主要临床特征, 其继发的慢性间歇性低氧、高碳酸血症及睡眠片段化, 可导致多系统损害, 尤以心血管系统为著^[1-2]。作为冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary atherosclerotic heart disease, CHD)发生、发展的独立危险因素, OSAHS 通过加速脂质沉积、损伤血管内皮及诱发微循环障碍等机制, 直接推动冠状动脉粥样硬化进程^[3-4]。流行病学研究显示, CHD 合并 OSAHS 的比例高达 30%~58%, 且中重度 OSAHS 常预示更为严重的冠状动脉病变及心血管不良事件^[5]。目前, 现代医学针对此共病的治疗多以生活方式干预、口腔矫治器、经鼻持续气道正压通气(continuous positive airway pressure, CPAP)及外科手术等多学科综合治疗为主, 缺乏针对性特效药物, 且 CPAP 治疗对改善心血管远期预后的证据不充分, 手术治疗亦存在远期疗效不明确等问题, 亟待拓宽治疗路径^[6]。

中医药基于整体观与辨证论治, 在应对 OSAHS 合并 CHD 这类多系统交互、病理机制复杂的共病时, 常能发挥整体性、多靶点及安全性高等优势^[7]。既往中医研究多立足于“心肺共病, 痰瘀互结”“痰瘀心肺, 大气下陷”“肺脾肾失调, 三焦气化失司”等宏观辨证角度进行阐释^[8-10], 上述病机认知固然奠定了本病的临床诊疗基础, 但难以深入揭示 OSAHS 与 CHD 之间细微的病理联结。基于此, 试

从“玄府-气液-络脉”理论探讨 OSAHS 合并 CHD 的中医病机。该理论认为, 本病的核心病机在于玄府开阖不利, 气液宣通失常, 络脉虚滞不通。故本文提出“开通玄府, 宣通气液, 补虚通络”之法, 以期 OSAHS 合并 CHD 的中医辨治提供新思路。

1 基于“玄府-气液-络脉”理论探讨 OSAHS 合并 CHD 的病因病机

1.1 “玄府-气液-络脉”的理论内涵 “玄府”本义为汗孔, 首见于《素问·水热穴论篇》, 载其:“所谓玄府者, 汗空也”^[11]。刘完素将其外延进一步拓展, 提出:“然玄府者, 无物不有”^[12]^[33], 将玄府由体表汗孔升华为遍布周身、至微至细、主司气机升降出入的门户。现代学者进一步认为, 玄府广泛存在于脏腑组织、经络腠理之间, 是气血津液出入、输布和交换的重要微观结构, 兼具广泛性、微观性、开阖性和通利性^[13]。玄府内连脏腑, 外络肢节, 并可随所在脏腑组织不同而表现出相应功能特征, 如肺玄府、心玄府、肾玄府等^[14]。立足 OSAHS 合并 CHD 的病机演变, 尤应重视心、肺玄府。

“气液”一词首见于《黄帝内经太素·藏府气液》^[15]。“气液”为运行于玄府、络脉之间的营卫、气血、津液等精微物质及其流动状态, 是维持脏腑组织濡养、气机升降出入和生命活动有序运行的重要基础。气液之常, 有赖于玄府之开阖和络脉之输注以宣通。若玄府闭郁, 络脉不通, 则气液不归正化, 继而变生气滞、痰浊、瘀血等病理产物^[16]。痰浊、瘀血既是气液失常的病理结果, 又可进一步壅塞玄府、闭阻络脉, 使气液运行障碍持续加重, 形成因滞致闭、因闭益滞的恶性循环。

络脉首载于《灵枢·脉度》, 载其:“经脉为里, 支而横者为络, 络之别者为孙”^[17]^[228]。络脉为经脉

收稿日期: 2026-01-07; 接受日期: 2026-03-12

基金项目: 国家自然科学基金项目(82474432)

通信作者: 吴润华, E-mail: wu_runhua@126.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.09004

的细小分支,其呈网状弥散全身,构成人体内外、表里间精微物质输布与信息沟通的枢纽^[18]。《形色外诊简摩》记载:“细络即玄府也”^[19]。玄府和络脉同是遍布全身的微观结构,相较而言,玄府更加细微,具有“门户”样特点,而络脉则具有“通道”类特征^[20]。气液循络脉周流不息,复经玄府灌注于脏腑、腠理之间,以发挥濡养功能。络脉分支多,结构细小,具有易滞易瘀、易入难出、易积成形的病理特点,容易形成络虚和络瘀的病理改变^[21]。

综上,玄府为气机启闭之门户,络脉为精微输布之通道,气液乃充盈其间、发挥濡养之物质,三者相辅相成,共同构成了人体微观层面物质交换的传递网络。

1.2 基于“玄府-气液-络脉”理论对 OSAHS 合并 CHD 的病机认识

1.2.1 玄府开阖不利,肺闭心痹

OSAHS 患者多形体肥胖,所谓“肥人多痰湿”。饮食不节、过食肥甘厚味,或素体脾虚,运化失职,均可致水湿不化,痰浊内生。脾为生痰之源,肺为贮痰之器,痰浊随气上壅,首犯清虚之肺,闭阻肺之玄府。肺玄府外合气道,内通肺叶,主司宣降^[22]。肺玄府开阖不利,则肺气壅滞,宣降失司,气道受阻,故见夜寐打鼾、呼吸暂停、憋闷惊醒等症。

肺玄府郁闭日久,清气不入,浊气不出,进一步影响宗气而牵连于心。《灵枢·邪客》有言:“宗气积于胸中,出于喉咙,以贯心脉,而行呼吸焉”^{[17]349}。患者夜间呼吸反复受阻,清气摄入不足,宗气化源受损;宗气不足则无力贯通心脉以助血行,调控心玄府之开阖。心玄府为心气出入、心血渗灌之微观门户,其启闭有度则心主血脉功能正常,若心玄府开阖不利,血行涩滞,凝而为瘀,痹阻心脉,可见胸闷、心悸、胸痛隐隐等症。由此可见,肺玄府郁闭是 OSAHS 发生的重要病机基础,而宗气不足、心脉失畅则是其影响 CHD 发生、发展的关键环节。

此外,玄府郁闭,气机升降出入不利,气液运行受阻,郁久可进一步化热。热邪既成,灼津炼液,与痰相结,化为痰热。灼血为瘀,形成痰热、瘀热互结之变。痰瘀互结,复阻玄府,更令肺气壅遏,气道不利;痰热扰心,瘀阻心脉,则胸闷、心悸、胸痛等症亦可随之加重。故 OSAHS 合并 CHD 并非单纯痰湿、血瘀为患,日久还可出现痰热、瘀热互结之变。此时病机渐趋复杂,若气机拂郁之势不解,病势可由玄府功能失调向气液运行障碍转化。

1.2.2 气液宣通失常,痰瘀交阻

肺玄府闭塞,心玄府开阖失司,并非仅为局部孔窍开阖不利,其直接后果在于气机升降出入受阻。倘若肺玄府持续闭郁,气机拂郁日甚,必如刘完素所论:“拂郁而气液不能宣通也”^{[12]14}。玄府作为气血津液渗灌周流的微观门户,一旦郁闭,津液无法通过微观门户布散于外,令络脉内津液环流迟滞,水湿不化,聚而成痰;同时,气为津血之帅,气行则血行,气失推动则

血行涩滞凝而为瘀。心肺居于膈上,以络脉相贯,《难经》记载:“心者血,肺者气……通行经络,营周于外,故令心、肺在膈上也”^[23]。痰瘀既生,可进一步循肺、心络脉系统交结互化。肺玄府郁闭所生之痰浊,随气机沿肺络渗出,注入心络,令心血运行愈涩,瘀血益甚;心玄府不畅形成之瘀血,亦随紊乱之血行沉积肺络,令肺气宣降失司,津液不布,痰浊从而更盛,此即朱丹溪所言“气郁之结,壅滞经络,或引痰饮,血为之滞,气为之乱”^[24]。痰瘀搏结于肺、心络脉,进一步阻塞气液流通,使心、肺玄府郁闭更甚,出现鼾声与胸痛并见、气短与心悸同存的共病表现,形成“郁-痰-瘀”交织的复杂病理状态。此时 OSAHS 合并 CHD 进入邪实壅盛、病邪深入络脉的阶段。

1.2.3 络脉虚滞不通,肺、心同损

病至后期,痰瘀久踞络脉,肺、心气血耗伤,病机由早期邪实壅滞逐渐转为虚实夹杂,即肺、心络脉久受痰瘀阻遏,气液输布不畅,既可见络脉瘀滞之实,又可见络脉失养之虚,形成“虚滞并见”的病理状态。一方面,肺络为痰浊所阻,肺气耗散,肺失宣降,气道通调不利,故见呼吸浅促、气短乏力、夜间憋醒反复发作等症;另一方面,心络为瘀血所痹,心体失荣,心气不足,血行无力,故见胸痛阵作、心悸怔忡等症。此时肺、心同病,互为因果。CHD 病程中形成的心气不足、心血瘀阻,可进一步削弱心主血脉和肺司呼吸的协同关系,使宗气愈发衰微,无力推动肺气宣发,从而加重 OSAHS 的气道壅塞与呼吸暂停;而 OSAHS 反复发作的低通气和缺氧状态,又可持续加剧肺玄府郁闭和痰瘀生成,进而闭阻心络,加速 CHD 进展。

由此可见,OSAHS 合并 CHD 后期多表现为“肺病及心,心病累肺,气虚络滞,痰瘀丛生”的复杂病理状态。其病机演变既有玄府开阖不利所致的气机闭郁,又有气液宣通失常所致的痰瘀交阻,最终导致络脉虚滞不通,肺、心同损,病情缠绵难愈,并呈进行性加重之势。

2 “开通玄府,宣通气液,补虚通络”是 OSAHS 合并 CHD 的核心治法

2.1 开通以复其机——辛散透达,通启玄府

玄府作为人体气机升降出入、津液输布代谢的微观门户,其开阖有度是维系心、肺功能协调的关键。故 OSAHS 合并 CHD 的治疗当以“开通玄府”为先。辛味药可散瘀结、行痰湿、通瘀血以宣气液,达络脉,为开通玄府首选。辛味药以风药为代表,刘完素认为风药开玄,可“使道路散而不结,津液生而不枯,气血利而不涩,则病日已矣”^[25]。临证常用麻黄配细辛,外开皮毛玄府以利肺气,内启脏腑气机以通心阳,外加桂枝辛甘温通,既可助卫阳以开玄府,又能温通心脉^[26]。辛味药若配伍麝香、苏合香、石菖蒲等芳香开窍之品,辛散与芳香透窍相济,使得药力无处不到,可增强透达玄府之力;玄府郁闭日久易化热,故常佐黄连、黄芩等苦寒清热药,形成“辛

苦合化”之法,不仅能斡旋中焦又能散瘀滞之血^[27]。值得注意的是,玄府贵在通利,而非洞开无度,故临证配伍遣药应谨遵祛邪而不伤正气,中病即止,方合“玄府通利”之要旨。

2.2 宣通以澄其源——活血化痰,宣畅气液 “宣通气液”旨在恢复气血津液在“玄府-络脉”系统中的正常输布。OSAHS合并CHD者,玄府郁闭,致气液运行迟滞,津停为痰,血滞成瘀,痰瘀互结,壅塞络脉。因此,理气化痰、活血利水为“宣通气液”之关键。当据气液不通之轻重分治,气液失宣较轻者,可用川芎、香附、泽兰、益母草、丹参、茯苓、葶苈子等药物^[28]。川芎、香附活血行气,通达络脉;泽兰、益母草为活血利水之要药,通利血脉兼消水肿,契合“血水同治”之旨;丹参活血祛瘀而不伤正,兼可凉血清心;茯苓健脾渗湿,葶苈子泻肺利水,二者分消上中二焦水饮,减轻心肺负担。诸药相伍,使气机得畅,痰湿得化,瘀血得行,水饮得消,气液复其宣通,络脉得以通利。若痰瘀胶结较甚,当选用具有开郁涤痰、宣通气液之专方。课题组基于临床实际,将《济生方》涤痰汤化裁为加味涤痰汤,其组成为黄芪30g、党参30g、茯苓12g、胆南星12g、法半夏12g、陈皮9g、石菖蒲15g、当归9g、川芎12g、甘草3g,全方融益气、化痰、活血、开窍于一炉,共奏开通郁结、宣行气液之效。既往研究证实,该方可显著改善OSAHS患者呼吸暂停低通气指数,减轻心肌损伤,提高左心室射血分数(LVEF)和左心室短轴缩短率(LVFS),从而改善心脏收缩功能^[29-31],提示从宣通气液论治OSAHS相关共病具有一定的临床价值。

2.3 补虚以固其本——以补助通,祛瘀通络 OSAHS合并CHD迁延日久,“络虚”与“络滞”交织互损,是病机深入的关键。络脉虚滞不通,纯补则壅滞,纯攻则伤正,治当以补助通,祛瘀通络^[32]。肺、心同居上焦为病位核心,脾胃为气血生化之源,故补虚当以扶助心肺、兼顾脾胃为根本。临床首选黄芪、党参、五味子。黄芪、党参既补肺气以助宣降,益心气以推血行,又健脾运以资化源;五味子酸温敛气,助心肺固摄,兼补脾胃之气,三药相合,络虚得充^[33]。气虚日久易耗伤阴津,故常佐用麦冬、百合、玉竹养阴润肺,清心除烦,又避免补益药温燥耗津。

补虚并非单纯补益,养络亦须通络,通络又必先祛邪。所谓初为无形气滞,渐成有形痰瘀,故祛邪首当疏理气机。临证可用柴胡、香附疏肝理气,枳壳、厚朴宽中下气,陈皮理气化痰,川芎行气活血,诸药协同使气机畅则痰瘀散,玄府络脉得通^[34]。若病延日久,痰瘀互结深伏络脉,胶着难解,需遵循叶天士“久则邪正混处其间,草木不能见效,当以虫蚁疏通逐邪”的理论^[35],酌用虫类药搜剔络邪。瘀阻为主者,可用虻虫、水蛭破血逐瘀;痰浊偏盛者,可取僵蚕、地龙豁痰通络^[36]。诸药协同,使络虚得充,络滞得散,病势向愈。然CHD患者多长期服用

抗血小板或抗凝药物,使用此类破血逐瘀之品须中病即止,并密切监测凝血功能,慎防出血之虞。

3 结 语

络脉为通道,玄府为门户,玄府开阖有度,络脉通滞有序,则气液宣通,心肺协调,生命活动得以正常维系。从“玄府-气液-络脉”辨治OSAHS合并CHD,以开玄启闭复其枢机、化痰祛瘀畅其气液、补虚通滞和其络脉为治则,是中医论治心肺同病思路的拓展。现代医学中气道阻塞、微循环障碍、血管内皮功能异常等病理环节与玄府闭郁、气液失宣、络脉虚滞之病机存在深层关联,从相关角度进一步探寻玄府、气液与络脉的微观实质,或可为OSAHS合并CHD的中西医结合辨治提供新的切入点。

参考文献

- [1] BADRAN M, PUECH C, GOZAL D. The cardiovascular consequences of chronic sleep fragmentation: evidence from experimental models of obstructive sleep apnea [J]. Sleep Med, 2025, 132: 106566.
- [2] 李洁, 谢晶, 姜懋, 等. 阻塞性呼吸睡眠暂停综合征与高血压的研究进展[J]. 中南大学学报(医学版), 2016, 41(2): 212-217.
- [3] 杜家琦, 聂绍平, 于雪, 等. 阻塞性睡眠呼吸暂停在冠心病中作用的研究进展[J]. 中国心血管杂志, 2024, 29(6): 574-578.
- [4] KOHLER M, STRADLING J R. Mechanisms of vascular damage in obstructive sleep apnea [J]. Nat Rev Cardiol, 2010, 7(12): 677-685.
- [5] GREWAL N, GORDON D, BAJAJ S, et al. Impact of obstructive sleep apnea treatment on cardiovascular disease associated mortality and morbidity: a systematic review [J]. Curr Probl Cardiol, 2024, 49(1): 102139.
- [6] CELIK Y, BALCAN B, THUNSTRÖM E, et al. Baseline lipid profile is associated with adverse outcomes in adults with coronary artery disease and obstructive sleep apnea despite lipid-lowering drugs and CPAP treatment: a secondary analysis of the RICCADSA cohort [J]. Sleep Med, 2025, 131: 106497.
- [7] 王露露, 李冰, 王圳伊, 等. 基于“整体观”系统生物学技术在中药研究中的应用进展[J]. 中草药, 2020, 51(19): 5053-5064.
- [8] 罗斌玉, 朱梦梦, 李逸雯, 等. 冠心病与阻塞性睡眠呼吸暂停综合征: 基于中医“心肺同治”的解读与思考[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(20): 198-204.
- [9] 赵仲雪, 张明雪. 基于“大气下陷”理论探析冠心病合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的病机及治疗思路[J]. 中医杂志, 2022, 63(15): 1431-1435.
- [10] 陈清丹, 陈沁, 陈珺滢. 从三焦气化失司论阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征合并冠心病中医病机[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(7): 2932-2934.
- [11] 黄帝内经素问[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 184.
- [12] 刘完素. 素问玄机原病式[M]. 丁侃, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2019.
- [13] 余海龙, 张馨月, 江玉. 玄府理论与应用研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(9): 1512-1514.
- [14] 张怡, 高维娟. 玄府理论的发展研究[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(6): 1420-1422.
- [15] 杨上善. 黄帝内经太素[M]. 李云, 校注. 北京: 学苑出版社, 2007: 310.
- [16] 李雨函, 刘政, 李奕萱, 等. 从“玄府开阖、络脉疏塞”探讨淋巴水肿的病因病机及治法[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(1): 120-124.

- [17] 灵枢经[M]. 刘更生,整理. 北京:中国中医药出版社,2022.
- [18] 怀宝虞,沈晓明,乔云,等. 浅析血浊与络病[J]. 北京中医药大学学报,2025,48(6):779-784.
- [19] 周学海. 形色外诊简摩[M]. 肖珙,李莘田,邢鲁光,整理. 北京:人民卫生出版社,1987:89.
- [20] 卢征敏,李佳欣,晏育棚,等. “玄府-气液-络脉”视角下探析糖尿病合并心力衰竭的病机[J]. 时珍国医国药,2025,36(23):4533-4538.
- [21] 黄观明,王菁菁,楚扬,等. 基于“玄府-气液-络脉”理论论治冠心病[J]. 中医学报,2024,39(5):960-964.
- [22] 陈薛菲,李媛媛,古远云,等. 基于玄府理论探讨风药在肺痿治疗中的运用[J]. 四川中医,2024,42(2):58-61.
- [23] 难经[M]. 刘渊,吴潜智,整理. 成都:四川科学技术出版社,2008:133-134.
- [24] 朱震亨. 脉因证治[M]. 阎平,校注. 北京:中国中医药出版社,2008:96.
- [25] 刘河间,张子和,李东垣,等. 金元四大医家医学全书[M]. 薛瑾,刘国栋,刘小萌,等,校注. 太原:山西科学技术出版社,2012:150.
- [26] 叶俏波,江花,江玉,等. 风药未必尽祛风,升散透泄用无穷:玄府学派名家论风药[J]. 成都中医药大学学报,2020,43(3):4-7.
- [27] 丁鑫,刘亚茹,袁方,等. 基于“玄府-气液-胃络”理论论治慢性萎缩性胃炎[J]. 北京中医药大学学报,2024,47(8):1060-1064.
- [28] 田晨佳,杨凤鸣,冯尧伟,等. 从虚、瘀、水选用药物治疗扩张型心肌病经验[J]. 环球中医药,2023,16(8):1631-1635.
- [29] 陈沁,林劲榕,洪旭初,等. 加味涤痰汤对老年阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者氧化应激和炎症反应的干预作用[J]. 中华老年医学杂志,2015,34(7):715-719.
- [30] 徐峰圣,陈沁,王奕锦,等. 加味涤痰汤调控线粒体自噬改善慢性间歇低氧大鼠心肌损伤的机制研究[J]. 时珍国医国药,2025,36(4):644-650.
- [31] 王奕锦,陈沁,吴润华,等. 加味涤痰汤对慢性间歇低氧大鼠心肌铁死亡的影响[J]. 北京中医药大学学报,2024,47(10):1427-1437.
- [32] 连妍洁,李明轩,刘红旭,等. 基于“玄府-气液-络脉”探讨心力衰竭的中医证治[J]. 中医杂志,2023,64(6):641-645.
- [33] 王宇翔,戴小华. 戴小华教授从脾论治冠心病经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(23):3832-3833.
- [34] 刘亮,胡有志. 柴胡疏肝散加减联用比索洛尔治疗双心病40例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(1):5-6.
- [35] 叶天士. 叶天士医学全书[M]. 薛瑾,刘国栋,刘小萌,等,校注. 太原:山西科学技术出版社,2012:555.
- [36] 姜国旺,生晓迪,邓帅帅,等. 虫类药在缺血性心脏病中应用的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(15):2770-2773.

Pattern Differentiation and Treatment Strategy for Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome Complicated with Coronary Heart Disease Based on the "Xuanfu-Qi and Body Fluid-Collateral Vessel" Theory

SUN Hui¹, CHEN Qin², LIN Xiang³, WU Runhua^{1*}

¹ College of Integrative Medicine, Academy of Integrative Medicine, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian 350122, China;

² Clinical Skills Teaching Center, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian 350122, China;

³ People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian 350004, China

ABSTRACT This article summarizes an approach to pattern differentiation and treatment for obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS) complicated with coronary heart disease (CHD) from the perspective of the "Xuanfu-Qi and Body Fluid-Collateral Vessel" theory. It proposes that impaired opening and closing of the Xuanfu (sweat pores), disturbed circulation of qi and body fluids, and deficiency-stagnation obstructing the collateral vessels constitute the core pathogenesis of OSAHS complicated with CHD. When turbid phlegm congests upward and blocks the pulmonary Xuanfu, the lung fails to perform its functions of dispersion and descent, resulting in impaired airway patency and clinical manifestations such as snoring and apnea during sleep. As the disease progresses, clear qi fails to enter the body and turbid qi fails to be expelled, leading to an insufficient source for the generation of pectoral qi. Dysfunction in the opening and closing of the cardiac Xuanfu further impedes blood circulation, giving rise to chest tightness, chest pain, and other related clinical manifestations. Prolonged constraint of the Xuanfu causes stagnation of qi movement and impaired circulation of qi and body fluids, leading to the binding of phlegm and blood stasis that obstructs the collateral vessels of the lung and heart. Over a prolonged disease course, deficiency of healthy qi coexists with lingering pathogenic factors, and malnourishment of the collateral vessels occurs together with obstruction by phlegm and blood stasis, ultimately damaging both the lung and heart and rendering the condition persistent and refractory. Treatment should focus on unblocking the Xuanfu, promoting the circulation of qi and body fluids, tonifying deficiency, and unblocking the collateral vessels. For closure and constraint of the Xuanfu, treatment should employ pungent dispersion and penetration combined with aromatic resuscitation, using medicinals such as *Ephedrae Herba* (Mahuang), *Asari Radix et Rhizoma* (Xixin), and *Cinnamomi Ramulus* (Guizhi); when constrained heat is present, *Coptidis Rhizoma* (Huanglian) and *Scutellariae Radix* (Huangqin) may be added to combine pungent dispersion with bitter drainage. For impaired circulation of qi and body fluids, treatment should regulate qi, resolve phlegm, activate blood circulation, and promote water metabolism. Mild cases may be treated with *Chuanxiong Rhizoma* (Chuanxiong), *Cyperus Rhizoma* (Xiangfu), and *Lycopus Herba* (Zelan), whereas for the binding of phlegm and blood stasis, modified Ditan Tang (Phlegm-Cleansing Decoction) may be used to relieve constraint, resolve phlegm, and promote the unobstructed flow of qi and body fluids. For deficiency-stagnation of the collateral vessels, treatment should supplement deficiency to facilitate circulation and dispel blood stasis to unblock the collateral vessels. *As-tragali Radix* (Huangqi), *Codonopsis Radix* (Dangshen), and *Schisandrae Chinensis Fructus* (Wuweizi) are commonly combined with *Ophiopogonis Radix* (Maidong) and *Polygonati Odorati Rhizoma* (Yuzhu) to replenish qi and nourish yin; when phlegm and blood stasis are deeply lodged, *Eupolyphaga* (Tubiechong) and *Hirudo* (Shuizhi) may be added to dredge deep collaterals and unblock the vessels. In clinical practice, treatment should be adjusted flexibly according to the predominance of qi stagnation, phlegm and blood stasis, or qi deficiency, with the aim of restoring the normal opening and closing of the Xuanfu, facilitating the distribution of qi and body fluids, and unblocking the collateral vessels of the lung and heart.

KEY WORDS obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome; coronary heart disease; comorbidity; Xuanfu; qi and body fluids; collateral vessel