

基于“太阳常多血少气”探讨俯卧位通气联合通阳活络法治疗重症肺炎

张心佳,涂思义*,陈志斌

(福建中医药大学附属第二人民医院,福建 福州 350003)

摘要:基于《黄帝内经》“太阳常多血少气”理论,结合重症肺炎(SP)病理特点,探讨俯卧位通气联合通阳活络法治疗SP的临床思路。认为SP核心病机在于热毒壅滞导致太阳经“多血少气”生理特性异化,形成“气郁-血瘀-痰阻-气虚”的恶性循环;常规仰卧位会导致“阴阳易位”,进一步抑制太阳经气升发并加重背部血瘀,这与现代医学肺通气/血流比例失调及肺内分流机制相通。提出俯卧位通气可通过顺应阴阳、改变重力作用,助太阳经气升发以助经气畅通、散瘀化痰。基于“形气同治”理念,将《灵枢》针对太阳经“足太阳深五分,留七呼”的针刺法则转化为药物配伍策略,运用通阳活络方以宣肺通阳、化痰散瘀、益气扶正,通过体位纠偏与药物的协同作用,恢复气血正常周流,为中西医协同防治SP提供理论依据与新路径。

关键词:重症肺炎;太阳常多血少气;俯卧位通气;通阳活络;《黄帝内经》

重症肺炎(severe pneumonia, SP)是一种常见的呼吸系统疾病,具有较高发病率及致死率,其病理机制涉及通气血流比例失调、炎症性肺水肿及肺泡塌陷等多重因素^[1]。现代治疗以控制感染、抗炎、改善肺通气为治疗原则^[2],然仍面临死亡率居高不下的问题^[3]。因此,基于“太阳常多血少气”理论,结合SP病理靶区与足太阳膀胱经循行部位高度重合的生理基础,系统分析太阳经气血异化导致SP发生的原因,并阐述常规通气体位影响太阳经气血,造成SP恶化的机制。同时基于“形气同治”理念提出通阳活络法联合俯卧位通气对SP的治疗方案,从经脉气血理论阐释俯卧位通气对SP的纠治机制以及该体位下的中医干预策略,旨在为SP治疗提供中西医协同新路径。

1 “太阳常多血少气”理论内涵

《素问·血气形志篇》云:“夫人之常数,太阳常多血少气,少阳常少血多气,阳明常多气多血,少阴常少血多气,厥阴常多血少气,太阴常多气少血,此天之常数”^[4]⁵⁰,揭示十二经脉气血分布的内在规律。气血在经络中的运行与分布并非均等,而是同自然阴阳消长、五行生克一样,遵循内在的、恒定的气化法则^[5]。需要强调的是,十二经脉气血多寡非绝对量化比例,而是强调各经气血相对盛衰的生理常态与功能定位之异^[5]。《黄帝内经素问集注》指出:“太阳者,巨阳也,为盛阳之气”^[6],太阳为三阳之首,而足太阳经主一身之表,其经气亢奋,司卫外之能,为人体御邪之藩篱。然阳气行于外必赖阴血作为化生和承载阳气的基础,其亢盛之性需充足的阴血以濡养涵敛,方使阳气得守而功能稳济。故太

阳经多血之质,实为维系其特性和功能的生理基础。

《素问·阴阳离合论篇》云:“太阳为开”^[4]¹⁴,其核心功能在于将卫气布散于体表以御邪。较之功能涉及生成宗气、营气且需要大量运行在经脉内部的气来推动消化腐熟的阳明经而言,太阳之气外趋肤表,其功能侧重护卫体表,而非循行于经脉之内。相对于其丰沛的“多血”基础,经脉中运行的经气在比例上显为不足,此为“少气”之因^[7]。故太阳经“少气”是功能分工使然,是相对于“多血”而言的功能特性,非谓经气绝对亏虚^[8]。太阳经气血配比之常,实为其生理特性与功能需求之外应。

2 SP发生与“多血少气”失常的关联

现代研究认为,SP的典型特征为炎症因子风暴引发肺水肿,以及肺泡毛细血管损伤造成的通气/血流比例失调,并发顽固性低氧血症、肺内分流、肺顺应性降低等病理改变^[9]。中医学则认为SP发生多因外感六淫或疫戾之气,正虚不能抗邪,邪气深入所致,其核心病机在于热毒炽盛,壅滞于肺,气血逆乱^[10]。太阳经主一身之表,为六经藩篱,其气血分布本具“多血少气”之性,临证常见喘促憋闷、口唇紫绀、咳嗽咳痰、神疲乏力等症,实乃太阳经“多血少气”的生理特征在热毒冲击下失衡,致气机壅逆、血瘀络阻、痰阻气道、气虚失养之变。

太阳经气以布散为常,然热毒暴戾外袭,首犯太阳,遏其布散之机,卫气失布,诚如《灵枢·本脏》所云:“卫气者,所以温分肉,充皮肤,肥腠理,司关合者也”^[11]⁹⁶。热毒壅遏,腠理郁闭,卫气不得宣发,肺合皮毛,亦失宣降之职,清气不入,浊气不出,气机壅逆于上,故见肺气郁闭,肺体张缩无权,其病机与肺泡广泛塌陷、肺顺应性降低的病理特征一致^[12]。

太阳经多血之体,赖气以帅行,今经气布散受

收稿日期:2025-07-28;接受日期:2025-08-19

基金项目:福建省名老中医药专家传承工作室建设项目(闽卫中医函[2023]697号)

通信作者:涂思义, E-mail: 275561588@qq.com

DOI: 10.13260/j.cnki.jfjtc.2026.02009

阻,内部推动之力愈显不足,“少气”之弊凸显,血行迟滞,由滋养之资异转为壅阻之瘀,“多血”之常异化为病理之瘀。足太阳经行于背,与肺脏投影相叠,血瘀络阻,肺络瘀滞乃生。肺泡毛细血管损伤微血栓形成的机制正与气壅血瘀、络脉缠塞之病机相应^[12]。

气郁、血瘀交织,三焦水道不利,津液输布受阻,饮聚成痰,壅阻息道,进一步阻滞气机,正与肺泡腔内大量炎性渗出物积聚、肺水肿的表现相应^[12]。此外,热毒不仅郁闭气机,亦直接耗伤正气;加之瘀血、痰浊等病理产物堆积,阻碍清气生成与输布,致“少气”从经气相对不足转为气虚状态,气虚则无力宣肺、行血、化痰、逐邪,使得痰浊、瘀血更难化解,形成恶性循环,即现代病理研究中的通气/血流比例失调,肺内分流激增^[12]。最终经气总量与功能全面衰竭,形成“气郁-血瘀-痰阻-气虚”的病理格局。

3 仰卧位在SP中对太阳经气血的影响

《素问·金匱真言论篇》云:“言人身之阴阳,则背为阳,腹为阴”^[47]。SP患者因病情严重,需长时间卧床,尤以仰卧位为多见。而仰卧位背在下,腹在上,导致“阴阳易位”。背部为太阳经主要循行区域,处于低位,太阳经本具“少气”之性,体位压迫显著阻碍太阳经气运行,导致太阳经经气受抑,进一步限制其布散功能,加重“气郁”与“气虚”状态。与此同时,在SP病理状态下,太阳经“多血”的生理特性已异化为病理性血瘀。仰卧位时,重力作用使瘀滞之血沉积于背部,进一步加重太阳经及肺络壅滞,使其远超基础病理状态下的瘀阻水平。尤为关键的是,血之壅滞进一步阻碍气之行散,气之虚馁又无力帅血通行,二者互为因果,交织为患。因此,仰卧位通过“阴阳易位”和重力依赖效应,对太阳经“多血少气”的病理失衡产生特异性影响,既加剧“少气”之困,又诱导“多血”沉聚,致气血乖戾益甚。

现代研究显示,仰卧位对SP患者的氧合状态存在显著负面影响^[9]。① 仰卧位下,腹部脏器对背侧肺组织的压迫加重,同时由于重力作用,背部肺组织成为主要的血流灌注区域,形成通气不足但血流充沛的低通气/血流(V/Q)区域;腹侧肺组织通气相对良好而血流量相对不足,形成高V/Q死腔效应,进一步削弱整体V/Q匹配能力。② 气道分泌物在重力作用下更易沉积于背侧支气管,阻塞气道并加重肺不张。③ 仰卧位时膈肌上抬加重压迫肺底,限制其收缩幅度,降低肺泡通气量。因此,仰卧位通过重力依赖区肺不张、血流异常再分布以及膈肌功能受限等机制,进一步加重V/Q失调和肺内分流。上述气机紊乱、血瘀络塞、水饮沉降共同导致“气郁-血瘀-痰阻-气虚”的局面进一步恶化,肺

内气血交换障碍达到顶峰,造成患者病情进一步恶化。

4 俯卧位通气改善SP的中西医机制探讨

俯卧位通气改善SP的核心机制在于其通过体位翻转同时解决了重力作用和体位压迫的双重问题,消除了“阴阳易位”负面影响,为太阳经“多血少气”复常创造机会。

俯卧位时背朝上,腹朝下,“阳在上,阴在下”的姿势调整使仰卧位中“阴阳易位”格局得以纠正,使人身阴阳与自然界天阳地阴之气相通。同时,体位翻转改变了重力作用方向,使太阳经从地气下陷之势转为清气升扬之机,应《灵枢·官能》“上气不足,推而扬之”之意^{[11]143}。太阳经气自坠陷复为升发,促使仰卧位时沉积于太阳经的病理性“多血”得以重新分布和流散。经气推动之力既复,则“多血”壅滞可疏,肺络瘀滞得减。太阳经“少气”布散复常与病理性“多血”壅滞改善相辅相成,共同恢复津液输布的气化功能。气化复常,则水饮得布,或渗入脉络而化,或随气道宣肃之力外排,壅滞之痰饮由此得消,气郁、血瘀、痰阻的病理性格局通过体位翻转得到改善。因此,俯卧位通气实际上是通过升发太阳经气,助肺气宣肃,使郁者通,滞者行,浊者化,达到气畅血行、痰消饮散的效果。

现代研究显示,俯卧位下心脏、纵膈和腹腔脏器对肺组织的压迫主要转移到前胸壁,背侧受压解除,肺泡复张,背侧通气显著改善;肺叶后基底段具备丰富的血流灌注,即使背部血流受重力作用向腹侧分流,该区域仍能维持充足血供;通气良好区域与血流丰富区域的重叠度增加,使V/Q匹配状况得到显著改善,从而抑制肺内分流,改善全身氧合状态^[13]。与仰卧位相比,隆突以下支气管,尤其是下叶和后基底段,位置转为重力依赖区,痰液在重力作用下更易沿主支气管向口咽部引流,排痰后气道阻力降低,肺泡通气量增加,氧合能力得以改善^[14]。上述改变可与中医“经气畅通-血瘀消散-痰浊得祛”的机制相对应。

5 多血少气理论指导下的干预策略

俯卧位通气主要解决形体层面的通气障碍,对脏腑功能的调节作用较为有限。在俯卧位通气初步改善太阳经气化功能、促进气血运行基础上,此时恰是联合药物治疗以深入调理脏腑、化解病邪的关键时机。

《灵枢·经水》依据各经“血气多少”指导针刺深浅与留针久暂^{[11]142},其核心在于根据经脉气血配比特性选择相应刺法^[15]。“足太阳深五分,留七呼”^{[11]143},正是基于其“多血少气”特性而设。血盛则邪易壅滞于络,气相对不足则推动力弱,故刺不宜过深以免伤及多血之络,留针时间需稍长以候相

对不足之经气来复,达到引气散邪而不扰动血脉过甚的目的^[16]。

SP的发生以“气郁-血瘀-痰阻-气虚”为病理核心。将针刺法则转化应用于药物治疗。针对太阳经“少气”特性在病理状态下易转化为气郁、气虚状态的特点,用药需重视宣通阳气、激发经气运行之力,并辅以益气扶正,以恢复其推动、布散之能。针对其“多血”易壅滞成瘀的病理倾向,用药需侧重疏通血络、消散瘀滞之能,宜轻清透达,避免过用峻猛攻伐徒伤气血。通阳活络方之配伍,正契合此由“多血少气”针刺法则转化而来的用药思路。本方由福建省名中医陈志斌教授经验方——气虚痰热方化裁而来,组方:桂枝9g,炮附子(先煎)6g,丹参15g,赤芍10g,浙贝母10g,法半夏9g,瓜蒌15g,薤白10g,鱼腥草30g,黄芪15g,党参15g,羌活6g。方中桂枝辛润温通,善行太阳之表;炮附子温壮元阳,通行十二经脉,少量用之,少火生气;二者相合,力主宣通阳气,激发经气流转,其持续温通之效,犹如“留针”以候气复,引气达邪,共为君药。丹参、赤芍活血化瘀,药性平和,恰如“浅刺”之疏通血络而不伤正气,共为臣药。浙贝母、法半夏、瓜蒌、薤白化痰散结,宽胸通阳,祛除气血壅滞所生之痰浊;黄芪、党参益气固本,增强推动之力,补“少气”之虚;鱼腥草清热解毒,兼制温药之性,同为佐药。羌活引经报使,直抵太阳。全方融宣肺通阳、化痰散瘀、益气扶正于一体,轻疏与温补并行,共奏开郁通闭、散瘀化痰、畅达气血之效,使太阳经紊乱之气血复归其常。

若症见气喘明显,胸闷较甚,气机郁滞明显者,加厚朴12g、枳壳12g、升麻5g以疏理气机,升提郁遏之气;若症见胸痛唇绀,舌质紫暗有紫斑,舌下脉络迂曲青紫,属血瘀较重者,加泽兰9g,桃仁9g,活血化瘀而不伤正;若症见咳痰黏稠,咳嗽气喘,甚者喉间痰鸣,属痰气胶结者,当去炮附子,以防其辛热助火,炼津为痰,加竹茹9g、桑白皮9g、枇杷叶15g以清热化痰;若症见神疲乏力,四肢不温,属中气虚羸者,重用黄芪、党参至30g以扶助正气;若症见呼吸困难,甚则神志不清,脉微欲绝,属病情危重、正气欲竭者,当暂去瓜蒌、赤芍、鱼腥草等寒凉之药,重用炮附子至15~20g,易党参为人参以回阳救逆,复脉固脱。

6 结 语

“太阳常多血少气”揭示了太阳经气血分布的

生理特性。在SP发病过程中,生理性的“多血少气”异化形成“气郁-血瘀-痰阻-气虚”的病理核心。仰卧位“阴阳易位”加剧气血乖戾与肺内气血交换障碍。而俯卧位通气通过纠正体位,复常阴阳,为化解气郁、血瘀、痰阻创造关键转机。联合通阳活络方动态调治,既可借体位之势疏通经气,又能深入调理脏腑功能,其作用机制既涵盖中医气血阴阳的动态调节,又与现代医学的体位变化改善呼吸力学、药物治疗缓解炎症反应的治疗方式相契合。这种融合体位干预、药物调节的治疗策略,不仅揭示俯卧位通气的深层治疗原理,更为中西医协同优化呼吸支持方案提供新范式。

参考文献

- [1] PETERSSON J, GLENNY R W. Gas exchange in the lung [J]. *Semin Respir Crit Care Med*, 2023, 44(5): 555-568.
- [2] 中国医师协会急诊医师分会. 中国急诊重症肺炎临床实践专家共识[J]. *中国急救医学*, 2016, 36(2): 97-107.
- [3] MCLEAN L J R. Should zinc be used as an adjunct therapy in severe pneumonia in Western Europe [J]. *Arch Dis Child*, 2019, 104(6): 605. 1-60607.
- [4] 黄帝内经素问[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [5] 余小波. 阴阳二分法、三分法探析[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(7): 4156-4158.
- [6] 张自聪. 黄帝内经素问集注[M]. 王宏利, 吕凌, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2014.
- [7] 周康艳. 基于文献数据挖掘技术的《黄帝内经》中经气生理病理特点研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2021: 65.
- [8] 黄俊伟. 基于知识元标引的《黄帝内经》“厥阴”“阳明”概念内涵及其应用研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2023: 132.
- [9] 陈烁. 高流量氧疗机联合俯卧位通气在重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者中的应用[J]. *中国医疗器械信息*, 2025, 31(22): 39-41.
- [10] 许峰, 吴倩, 胡译丹, 等. 从“热毒”论治重症肺炎探析[J]. *中国中医急症*, 2023, 32(2): 260-263.
- [11] 灵枢经[M]. 田代华, 刘更生, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [12] 王亚杰, 徐红日, 郝丹丹, 等. 老年人重症肺炎营分证的发病特点、核心机制及其物质基础探讨[J]. *江苏中医药*, 2024, 56(6): 19-22.
- [13] 胡漫林, 利齐冠, 邓仙炳, 等. 俯卧位机械通气对重症肺炎合并呼吸衰竭患者血气分析指标、血流动力学的影响[J]. *实用中西医结合临床*, 2020, 20(9): 21-22.
- [14] 王伟霞, 刘万里, 刘志勇. 支气管镜灌洗联合俯卧位排痰对重症肺炎机械通气患者的疗效及安全性[J]. *医药论坛杂志*, 2025, 46(12): 1301-1306.
- [15] 张放. 中医针刺手法力学性能与仿真技术研究[D]. 西宁: 青海大学, 2024: 3.
- [16] 方园, 范丽红, 黄河, 等. 艾灸与针刺疗法的差异分析[J]. *湖南中医药大学学报*, 2020, 40(9): 1070-1076.