

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.07.015

从“气失其治、津血同辙”探讨急性呼吸窘迫综合征的治疗

翁慧, 陈波, 陈腾飞, 叶成坚, 郑文贺✉

福建中医药大学附属第二人民医院, 福建省福州市鼓楼区五四路 282 号, 350003

[摘要] 认为急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 以气机失常为首乱之因, 气病为先, 津血病变随后而生, 病位在肺、病本在气、病变在津血, 病机与“气失其治、津血同辙”契合。据此将本病分为三期, 早期气机壅逆, 津血受阻, 极期气脱阳衰, 津血失统, 恢复期气耗津伤, 余邪羁留, 分别治以宣肺开闭化痰蠲饮、益气固脱利水化瘀、益气生津兼清余滞, 予葶苈大枣泻肺汤合宣白承气汤或射干麻黄汤加减、真武汤合参蛤散加减、沙参麦冬汤合补肺汤。同时, 从“气失其治、津血同辙”探讨俯卧位通气 (PPV) 的治疗机理, 认为 PPV 通过复大气运转、解气血水滞结, 实现“气至血所”之效, 可为 ARDS 中西医结合诊疗提供思路。

[关键词] 急性呼吸窘迫综合征; 气; 血; 津液; 俯卧位通气

急性呼吸窘迫综合征 (acute respiratory distress syndrome, ARDS) 以急性呼吸窘迫和顽固性低氧血症为主要表现, 病死率为 35%~45%^[1]。根据临床表现, 其可归属于中医学“暴喘”“肺胀”等范畴。现代医学治疗 ARDS 主要以俯卧位机械通气 (prone position ventilation, PPV) 联合抗炎、激素治疗为主, 虽能暂缓症状, 但因本病高度异质性的特点, 标准化治疗方案的临床疗效往往因人而异^[2]。中医药治疗本病在缩短机械通气时长、降低病死率及改善生活质量等方面具有一定优势^[3-4]。

“气失其治、津血同辙”之论, 渊薮于《黄帝内经》气血津液一体同源之说。所谓“气失其治”, 乃气失统帅、斡旋之权; “津血同辙”, 则谓津血二者生理互资, 病理相及, 犹如同轨共辙。本团队临证观 ARDS 病理之演变, 皆以气机失常为首乱之因。气之或壅、或虚、或脱, 旋即牵动津血, 致其或郁、或瘀、或泛、或亏。全病程之关键在于气之病变率先而动, 津血之变随后而生。ARDS 其病在肺, 其本在气, 其变在津血。当前中医辨治多从“虚实”立法, 施以清热化痰、益气利水以及补虚

固脱等治法^[5-6], 究其深层病机, 乃气、血、津液三者的动态失衡与相因致病。现代医学对于 ARDS 之发病机制尚在探微之中, 我们认为其病理要旨及俯卧位通气 (PPV) 之机妙, 与“气失其治、津血同辙”不谋而合。基于此, 可依据本病早期、极期与恢复期的病机演变^[7], 以调气为先, 分期治津血, 兼顾虚实, 辨证施治, 以期为 ARDS 的临床诊疗及 PPV 机理阐发提供思路。

1 从“气失其治、津血同辙”分期探析 ARDS 之病机

《素问·五常政大论篇》曰:“气始而生化, 气散而有形, 气布而蕃育, 气终而象变, 其一致也。”“气”为 人身生命之根本。《灵枢·营卫生会》言:“故夺血者无汗, 夺汗者无血”, 精准概括了津血互累的病机。《素问·经脉别论篇》所言“饮入于胃, 游溢精气……水精四布, 五经并行”提示津液之布散, 全赖气之斡旋。故气失统帅, 则津停为饮、血滞为瘀, 津血既乖, 交互为病, 是谓“气失其治、津血同辙”。ARDS 的病理机制复杂, 观其早期、极期、恢复期三个病程阶段, 均不离气、血、津液之变化。

1.1 早期——气机壅逆, 津血受阻

《素问·举痛论篇》言:“百病生于气也。”气失其和, 则诸疾由生, 亦为气、血、津液互结之肇端。

基金项目:福建省科技计划(2024Y9479);福建省卫生健康委员会福建省西学中高级人才研修项目(闽卫中医函[2023]1063号)

✉ 通讯作者:Wenhe0350@sina.com

肺主一身之气，司治节而朝百脉。气机条达，则血随气行，津随气布，大气周流，营卫通利，故神机安宁，邪不可干。《灵枢·五邪》言：“邪在肺……上气喘，汗出，咳动肩背。”ARDS 多因疫戾秽毒、湿温浊邪等暴戾之邪直中于肺，或他脏病变逆传于肺，其势急暴，损伤尤甚，异于普通外感。邪气乘袭肺卫，卫气受遏不得通达于外，且肺气壅痞不得宣肃，气闭于内。气不行津，则津停为饮，聚湿生痰；气不行血，则血滞为瘀，痰瘀交结，壅塞肺络，速致肺气壅逆，气机闭塞。故 ARDS 早期见恶寒发热、胸胁胀满、呼吸窘迫、咳喘痰多、息促鼻煽、张口抬肩等症状。若失治误治，气闭津停血瘀进一步加重，由肺及心，由心及肾，致肾失开阖，水饮上凌心肺，外溢肌肤，下闭膀胱，终致阳虚水泛、气脱血瘀，阴阳不相续接，大气外脱，病趋危殆。因此，肺气壅逆、气机闭塞实为 ARDS 发病之基础病机，贯穿疾病始终，亦为气、血、津液互结不通之根本原因。

1.2 极期——气脱阳衰，津血失统

ARDS 为暴病骤起，邪气鸱张，伤正尤速。病位在肺，肺气大伤，母病及子，累及于肾；肺主通调水道，肾主水液气化，肺肾气机一伤，水失所制，则泛滥为肿。且心阳根于肾阳，肺气壅闭可遏心阳，肾阳虚衰则无以温煦心火，皆致心阳不振，水气乘虚凌心，心脉为之瘀阻，心气心阳受抑，血行进一步迟涩，病势益深。肾中元阳为气之根本，肺气宣肃，亦赖肾气摄纳为之续接，金水相生，则人体呼吸调匀、气息深长、吐纳有序。若肺肾两亏，则肺气宣肃无度，肾气摄纳无权，清阳不升而阳衰于上，浊阴不降而阴浊内踞，津血失于固摄，元气暴脱，阴阳离决之势已成。故 ARDS 极期多见喘促欲脱、呼多吸少、面青肢冷、尿少肢肿、唇甲紫暗等病危之兆。若患者长期服用抗生素、激素等克伐之品，更伤中阳^[8]，则易出现腹胀噎膈、泄泻难止、痰多黏腻等脾胃虚寒之候。此阶段患者元气暴脱，阳随气泄，水泛血瘀，交织为患，气血阴阳俱损，病情危笃。

1.3 恢复期——气耗津伤，余邪羁留

ARDS 经正确辨治，邪气虽减而正气已损，遂转入恢复期，此时可见津气两伤之本虚，亦兼痰瘀余邪留滞之标实。《灵枢·本神》云：“是故五脏主藏精者也，不可伤，伤则失守而阴虚，阴虚则无气，无气则死矣。”疫毒燥火灼伤肺金，肺体失润，

宣降之力未复；宗气亦因病变耗损，呼吸推动无权。故患者虽暴喘大减，但气短声低、咳痰无力、口干咽燥之症仍存。此时邪毒虽退，而痰瘀余烬未清，深伏肺络，窒碍气机，稍有不慎则易致病情反复。若患者于前期屡用峻剂或过用温燥，更易重伤气津，多见虚羸少气、潮热盗汗、舌红少津、脉细无力等气津交损之虚象。故 ARDS 恢复期以正虚为主，邪留为次，治当扶正透邪，益气生津，兼清余滞。若调治失宜，则正虚难复，余邪羁留，易致病情迁延，甚则转成肺痿、哮喘等痼疾。

2 从“气失其治、津血同辙”分期辨治 ARDS

2.1 早期治以宣肺开闭、化痰蠲饮

《素问·至真要大论篇》提出“疏气令调，则其道也”，阐释了调畅气机在 ARDS 治疗中的重要性，亦是化解气血津液互结的关键。《丹溪心法》云：“肺胀而嗽，或左或右，不得眠，此痰夹瘀血，碍气而病。”肺朝百脉，主行水，病邪袭肺致肺气失调，则气血津液输布失常，痰、饮、瘀之病变初现，壅遏一身气机，肺气壅逆为此期核心病机，临床多表现为实证。治疗早期 ARDS 当以宣肺开闭、化痰蠲饮为原则。若外邪入里化热，方用葶苈大枣泻肺汤合宣白承气汤加减，针对高热便秘、痰黄质黏、面红鼻煽等里热腑实之症。本方治疗 ARDS 的关键在于重用葶苈子，常用 25~30 g 以下气平喘，专泻肺中水饮与痰浊，并合用等量的大枣甘温补中，缓和葶苈子峻烈之性；生石膏、大黄共用，清上焦肺热，泻下焦腑实，痰饮热瘀从二便而解，腑气通则肺气自降；苦杏仁、瓜蒌皮共用，一宣一降助复肺气之宣降；泽泻、桑白皮与葶苈子合用，增强祛水利尿、泻肺平喘之功；炙甘草调和诸药。方中生石膏先煎，热重者可用 30~50 g，便秘明显可加芒硝 9 g。若寒邪直中于里，方选射干麻黄汤加减治疗，针对喘促恶寒、痰白质稀、四肢不温等里实寒之症。本方治疗 ARDS 早期寒饮闭肺证的关键在于射干与麻黄合用，外散寒邪，内消寒饮；其中麻黄用量为 12~15 g，以开腠散寒、宣肺平喘；射干最大可用 15 g，配伍辛夷可通鼻窍、利咽喉，宣通肺气，祛邪有道；配伍等量或稍减量的生姜，既助麻黄温散表里，又合大枣调和营卫；细辛、半夏同用，一温一燥共化伏留之痰饮，痰饮得温则行，得燥则化；紫菀、款冬花与射干相辅，开结化痰、下气利咽，消除寒痰宿饮；五味子酸收，防麻黄、

辛夷宣散太过。需注意的是,使用葶苈子、麻黄、大黄的同时须佐大枣、白芍之类,以护正气,防逐邪伤本。此阶段病多属实证,服药后,可视病情续服,以手足温为度,用药须中病即止,重在把握气闭、水停、痰阻、寒热之轻重偏向,辨证施治,使肺复宣降,内饮得化,气道得通,逆转 ARDS 气闭水瘀之危局。

2.2 极期治以益气固脱、利水化瘀

《素问·阴阳应象大论篇》言:“形不足者,温之以气;精不足者,补之以味”,提示形体虚弱、阳气衰微时,急需益气温阳之法,顾护人体正气,从而阻断病危之兆。阳气得养,水饮得利,瘀血可化,则有转愈之机。ARDS 极期在肺气壅逆的基础上形成阳虚水泛、气脱血瘀的病机,脏腑温煦气化无力,从而出现面青肢冷、喘促欲脱、汗出如油、泄泻难止等气脱阳衰之象。此阶段为 ARDS 治疗过程中的难治期,治疗当以益气固脱、温阳利水为原则,若有瘀血之象,则兼顾化瘀,选用补肺益肾、益气活血之品,以复正气。方药以真武汤合参蛤散化裁,方中重用黑顺片,一般用量为 30 g,无明显毒性反应则用量可达 50 g,以温阳固脱,化气行水,驱散内盛之阴寒;配伍人参大补元气、固脱复脉,用量以 30 g 起始,若元气暴脱,救急可用至 60 g,病缓即减,与蛤蚧粉相合,重症可用至 15~20 g,补益肺肾、纳气定喘,共挽垂危之正气;易生姜为干姜,以温肺化饮、回阳通脉,与白术相须温中健脾、散寒除湿,以复中焦运化之职;更入炙甘草,与黑顺片、人参、干姜相配,暗合参附汤、四逆汤主治气脱阳衰、寒厥危证之方义。血瘀者,少佐桃仁、丹参等活血化瘀之品,通利肺络,改善瘀滞。水肿甚者,单用茯苓 30 g 或 15 g 合用白芍 15 g。需注意的是,服药过程中应密切监测肾功能,且黑顺片、干姜之类须佐人参、甘草之属以护阴液,防温燥伤正。全方以益气固脱为宗旨,阳气得复则水饮自化,元气固守则喘脱自平,气固血行则肺络自通,共奏温固兼行、肺肾同治之效,促进人身气血津液周流运行。

2.3 恢复期治以益气生津、兼清余滞

《温病条辨》云:“至调理大要,温病后一以养阴为主”,提示邪气已退,肺之气阴亦受耗损,气虚无力则推运不及,致使残余之瘀血、痰浊未能尽化。此期 ARDS 患者呈现气耗津伤、余邪未净之候,治当益气生津以扶正气,清化余邪以通肺络,

复其宣降之常,以轻补、缓补为主。方用沙参麦冬汤合补肺汤化裁,方中北沙参、麦冬同用,滋阴润燥,清解虚热,剂量一般为 15 g;玉竹、天花粉生津止渴,兼清虚火;炙甘草益气和中,培土生金;补肺汤出自《永类铃方》,以黄芪、人参大补元气,益卫固表,常用量均为 30 g,避免过用补益以致闭门留寇;若见低热等热邪稽留之症,则用生地黄清热凉血、养阴生津;若见手足心热等阴虚偏甚之症,则用熟地黄滋阴养血,合五味子酸收敛气,使气阴固守;若见痰黏难咳等痰邪留滞之象,则用紫菀、桑白皮润肺化痰,兼泻肺中残留痰饮;若见舌质暗,提示络有瘀滞,可酌加丹参、当归养血活血。全方旨在使气复津生,肺体得养,余邪得清,气血津液运行重归调和,则正气渐复,病体向愈。

3 从“气失其治、津血同辙”探讨 PPV 对 ARDS 之治疗机理

ARDS 的病机是由于外邪袭肺,肺失宣肃,气机闭塞,肺病进一步发展损伤肾阳,水饮泛滥,痰瘀交结,最终致元气暴脱,阴阳离决。PPV 作为早期和极期 ARDS 的标准物理治法,我们认为其关键作用在于复大气之运转,解气血水之滞结。临床循证研究已证实,PPV 能够减轻炎症细胞因子的表达,预防肺纤维化,延缓 ARDS 病情进展并提高 28 天生存率^[9-10]。《灵枢·五乱》言:“清气在阴,浊气在阳……乱于肺,则俛仰喘喝,接手以呼。”PPV 时,横膈膜上下伸缩运动,最大限度地调动肺之气机,顺应肺气以降为顺的特性,气沉则浊降,津血不利形成的水饮痰瘀等“浊阴”沉降于人身之阴位,经口、鼻、前后阴等窍通泻排浊,从而减轻水结、血瘀,使肺络通畅,清气上承,散津运血濡养肺脏,使肺气宣肃通达有序。PPV 使阳气得以布达,加之阴血随体位改变重新分布,实现了“气至血所”,气络血络互渗,阴阳交融,气血津液相济相养,方可周而行使。结合中医子午流注法,寅时肺经当令,肺气最旺;巳时脾经当令,主运化水湿;酉时肾经当令,与肺经互为表里。ARDS 极期应采取 10~14 小时 PPV 治疗^[11],避开阳气初生之子时,为避免压力性损伤可分两次进行,覆盖丑时-巳时和酉时-戌时,借天时之力,刺激肺、脾、肾三经,助肺气肃降,引上逆之气下行至肾,促进水饮从上、下二窍而出,缓解喘脱。而 ARDS 早期可采取 10~12 小时 PPV 治疗^[11],以丑时-巳时为

主，若有尿少肢肿、形寒肢冷等阳虚之症，可增西时治疗。

4 病案举例

患者，男，56岁，2025年3月6日初诊。主诉：发热、咳嗽3天，气促、喘息加重1天。患者2025年3月4日无明显诱因出现发热至38.4℃、咳嗽、咳白黏痰、咽痒、鼻塞，就诊于当地卫生所予荆防颗粒（每次1袋，每日3次）、阿莫西林胶囊（每次0.5g，每日3次）、盐酸氨溴索片（每次30mg，每日3次）服用2天后，上述症状未见明显缓解。2025年3月6日午时因出现喘息气急，鼻翼翕动，痰多色黄，伴发热、便秘，无胸闷胸痛，无恶心呕吐，无头痛头晕，遂就诊于福建省第二人民医院急诊。急诊查氧合指数228.2 mmHg，即予气管插管接呼吸机辅助通气，因病情危重收住我院ICU。刻下症见：意识模糊、烦躁，喘息气急、动辄加重，痰多难咳，色黄质黏，伴尿赤、量少，大便未解。查体：体温38.9℃，心率123次/min，呼吸32次/min，血压148/87 mmHg，血氧饱和度97%（PPV、吸入氧浓度55%）；面色潮红，口唇发绀；舌红、舌黄腻，脉数。查体：形体肥胖，双下肢中度水肿；双肺呼吸音粗，双下肺可闻及干湿性啰音。2025年3月6日检查血常规：白细胞 $16.65 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞计数 $13.82 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞计数 $0.63 \times 10^9/L$ 。C反应蛋白78.92 mg/L。胸部CT示：两肺下叶多发索条影及磨玻璃密度影，考虑炎症可能性大。西医诊断：重症肺炎；急性呼吸窘迫综合征。中医诊断：暴喘（肺热腑实证）。治法：泻肺平喘、清热通腑。方选葶苈大枣泻肺汤合宣白承气汤化裁：葶苈子30g，生石膏30g（先煎），大枣30g，大黄12g（后下），苦杏仁9g，瓜蒌皮12g，桑白皮12g，芒硝9g，泽泻6g，炙甘草6g。4剂，先服200ml，若症状未缓解，4~8h后再服；若症状缓解，每日1剂，水煎服，分两次温服。同时1:00~11:00进行PPV治疗。哌拉西林他唑巴坦4.5g，每8h1次，溶于250ml 0.9%氯化钠注射液，静脉滴注。甲泼尼龙琥珀酸钠0.4g，每日1次，溶于48ml 0.9%氯化钠注射液，2ml/h静脉输注。复方异丙托溴铵2.5ml，吸入用丙酸倍氯米松混悬液2ml，每日2次，雾化吸入。注射用奥美拉唑0.4g，每日2次，溶于50ml 0.9%氯化钠注射液，25ml/h静脉输注。

2025年3月12日二诊：患者服4剂药后偶见低

热，体温波动于36.6~37.8℃，呼吸平顺，二便已解，已顺利脱机拔管1日。但今日突发神志昏迷、面色青白、口唇紫绀、喘促欲脱、张口抬肩、肢体冰冷水肿，小便量少，大便难解。舌暗红、苔厚腻，脉微欲绝。复查氧合指数95.2 mmHg。血常规：白细胞 $21.32 \times 10^9/L$ 。C反应蛋白82.14 mg/L。肺泡灌洗液细菌培养：肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌。纤维支气管镜检示：双肺各级支气管内可见大量胃内容物，伴黏膜充血、水肿。西医诊断：吸入性肺炎；细菌性肺炎；急性呼吸窘迫综合征。中医诊断：暴喘（阳虚气脱证，夹瘀），治以温阳利水、益气固脱、活血化瘀，更方为真武汤合参蛤散化裁：黑顺片50g（先煎），人参片50g（另煎），蛤蚧粉12g（冲服），干姜20g，白术12g，桃仁9g，丹参9g，茯苓12g，白芍12g，炙甘草6g。2剂，每日1剂，水煎服，早晚2次温服。同时1:00~11:00和17:00~21:00进行PPV治疗。停用哌拉西林他唑巴坦，改用盐酸莫西沙星氯化钠注射液0.4g，每日1次，静脉滴注；注射用盐酸万古霉素0.5g，溶于100ml 0.9%氯化钠注射液，每6h1次，静脉滴注。余西药同前。

2025年3月15日三诊：服上方后患者喘促、紫绀症状缓解，现嗜睡，口渴不欲饮，偶见心悸，心率92~118次/min，肢体中度水肿，小便量<1500ml/日，大便每日1次。舌红少津，苔薄黄，脉细数。复查氧合指数：285.9 mmHg。血常规：白细胞 $13.62 \times 10^9/L$ 。C反应蛋白36.22 mg/L。守上方，黑顺片、干姜减半量，茯苓、炒白芍增至15g，加麸炒山药30g。3剂，每日1剂，早晚2次温服。同时继续进行PPV治疗。停用万古霉素，余西药同前。

2025年3月18日四诊：患者神志清醒，对答切题，脱机拔管顺利。现症见气促、咳嗽，气短胸闷，痰黏难咳，口燥咽干，渴而欲饮，肢体水肿明显消退，小便正常，大便日1次。舌红、苔薄黄，脉细。查体：体温37.2℃，心率83次/min，呼吸19次/min，血压128/86 mmHg，血氧饱和度99%。复查氧合指数315.8 mmHg。血常规：白细胞 $11.81 \times 10^9/L$ 。C反应蛋白23.16 mg/L。纤维支气管镜检示：双肺可见少量分泌物，色黄质黏，黏膜充血、水肿改善。中医诊断：暴喘（津伤气耗证），治以益气生津、化痰止咳，予沙参麦冬汤合补肺汤加减：北沙参15g，麦冬15g，玉竹6g，天花粉6g，黄芪20g，人参片20g（另煎），蜜紫菀9g，熟地

黄 9 g, 桑白皮 9 g, 五味子 9 g, 炙甘草 6 g。3 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 早晚 2 次温服。盐酸莫西沙星片 0.4 g, 每日 1 次。复方异丙托溴铵 2.5 ml, 吸入用丙酸倍氯米松混悬液 2 ml, 每日 2 次, 雾化吸入。

1 周后随访, 患者病情平稳转至普通病房继续治疗。

按语: 本案属中医“暴喘”危候。其病机关键在于温热疫毒壅遏于肺, 热毒与痰浊互结, 骤闭肺气, 致肺失宣肃、气逆而喘。初起戾毒袭表, 直中肺金, 热毒与痰浊搏结, 壅遏气机, 致肺失宣肃之权, 腑失传导之职, 形成肺热腑实之闭证。急予葶苈大枣泻肺汤合宣白承气汤加减, 通腑泻肺, 开闭平喘; 加芒硝与大黄相辅, 速达“通腑以泻肺”之效; 佐以泽泻、桑白皮通调水道, 用炙甘草缓诸药峻烈之性, 兼能缓急止咳。同时配合 1:00~11:00 PPV 治疗, 借天时升发之气助肺金肃降, 纠正肺气壅逆, 顺利脱机拔管。二诊支气管镜下见双肺大量胃内容物, 考虑因误吸致气机闭塞至极, 肺气大伤, 累及肾元, 金水不相生续, 导致阳气暴脱之候。急投真武汤合参蛤散加减温阳固脱、纳气归元; 加丹参、桃仁活血化瘀、通络止咳, 活血以利水, 化瘀以助气行; 炙甘草顾护阴液, 防温燥伤正。配合 1:00~11:00、17:00~21:00 的 PPV 治疗, 对应肺、脾、肾经之主时, 纳气归元, 共奏回阳固脱之功。三诊喘脱、紫绀症状缓解, 现见口渴不欲饮、心悸, 肢体水肿, 乃阳回阴未复, 兼水湿不化。故守前方黑顺片、干姜之半量, 以过燥伤阴, 增茯苓、炒白芍以健脾利湿、敛阴和营, 加麸炒山药健脾固本、益气养阴, 使阴阳双补, 水道通调。至四诊邪退正虚, 气津两伤, 转投沙参麦冬汤合补肺汤加减益气生津, 佐以蜜紫菀、桑白皮等清化痰浊之品, 五味子酸收敛气, 固守气阴, 使余邪得清, 正气来复。全程紧扣“气失其治、津血同辙”理论, 以调气为核心, 根据病情中西医结合分期论治, 针对邪气而有所偏重, 随证加减, 促进病症痊愈。

参考文献

- [1] GORMAN EA, O'KANE CM, MCAULEY DF. Acute respiratory distress syndrome in adults: diagnosis, outcomes, long-term sequelae, and sanagement [J]. Lancet, 2022, 400(10358):1157-1170.
- [2] YANG S, SUN Q, YUAN X, et al. Effect of prone position on ventilation-perfusion matching in patients with moderate to severe ARDS with different clinical phenotypes [J]. Respir Res, 2025, 26(1):70.
- [3] 张松, 龙坤兰, 钱琳, 等. 复苏剂联合西医常规治疗急性呼吸窘迫综合征的多中心前瞻性随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(3):298-304.
- [4] 郭怡鲲, 程森, 晏军, 等. 从“状态辨治”探析中西医结合治疗急性呼吸窘迫综合征[J]. 中医杂志, 2024, 65(6):577-581.
- [5] 李含, 倪琦, 王光耀, 等. 中医药治疗脓毒症相关急性呼吸窘迫综合征的研究进展[J]. 中国医药导报, 2024, 21(34):51-54, 64.
- [6] 孙德阳, 杨洋, 梁群. 中医药治疗脓毒症急性肺损伤的研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(5):1108-1110.
- [7] 王今达, 王宝恩. 急性呼吸窘迫综合征(ARDS)分期诊断标准(经庐山'95 全国危重病急救医学学术会议讨论通过)[J]. 中国危重病急救医学, 1995, 7(6):348.
- [8] 霍巧玲, 温彬宇, 杨成城, 等. 抗生素相关性腹泻与脾阳虚证的代谢组学研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(10):1225-1232.
- [9] FOSSALI T, PAVLOVSKY B, OTTOLINA D, et al. Effects of prone position on lung recruitment and ventilation-perfusion matching in patients with COVID-19 acute respiratory distress syndrome: a combined CT scan/electrical impedance tomography study [J]. Crit Care Med, 2022, 50(5):723-732.
- [10] RAMPON GL, SIMPSON SQ, AGRAWAL R. Prone positioning for acute hypoxemic respiratory failure and ARDS: a review [J]. Chest, 2023, 163(2):332-334.
- [11] 中国研究型医院学会危重医学专委会, 宁波诺丁汉大学 GRADE 中心. 中国成人急性呼吸窘迫综合征(ARDS)诊断与非机械通气治疗指南(2023)[J]. 中国研究型医院, 2023, 10(5):9-24.

Discussion on the Treatment of Acute Respiratory Distress Syndrome from the Theory of "Qi Loses Its Regulatory Function, Fluids and Blood Follow the Same Path"

WENG Hui, CHEN Bo, CHEN Tengfei, YE Chengjian, ZHENG Wenhe

Second Affiliated Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, 350003

ABSTRACT Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is believed to primarily result from a disorder of the *qi* movement, with *qi* dysfunction occurring first, followed by changes in fluids and blood. The disease is located in the lungs, with its root in *qi* and pathological changes in fluids and blood, aligning with the theory of "*qi* loses its regulatory function, fluids and blood follow the same path". Accordingly, ARDS is divided into three stages, the early stage with *qi* congestion, counterflow, fluids and blood obstruction, severe stage with *qi* collapse, *yang* depletion, fluids and blood out of control), and recovery stage with *qi* consumption and fluids damage, residual pathogen retention. For the corresponding treatments, in the early stage, the focus is on diffusing the lung *qi*, opening the block, dissolving phlegm, and eliminating fluid retention, using *Tingli Dazao Xiefei Decoction* (葶苈大枣泻肺汤) and *Xuanbai Chengqi Decoction* (宣白承气汤) / *Shegan Mahuang Decoction* (射干麻黄汤) with modifications. In the severe stage, the priority is to reinforce *qi*, stabilize collapse, and promote diuresis and blood circulation, with modified *Zhenwu Decoction* (真武汤) and *Shenge Powder* (参蛤散). During recovery stage, the emphasis shifts to replenishing *qi* and body fluids while clearing residual pathogens, with *Shashen Maidong Decoction* (沙参麦冬汤) and *Buwei Decoction* (补肺汤). At the same time, from the perspective of "*qi* loses its regulatory function, fluids and blood follow the same path", the mechanism of prone position ventilation (PPV) is explored. It is believed that the effect of "*qi* reaching the blood" via PPV by restoring the *qi* movement and unblocking *qi*, blood and water retention, which offers insights for the diagnosis and treatment of ARDS with integrated traditional Chinese and western medicine.

Keywords acute respiratory distress syndrome; *qi*; blood; body fluids; prone position ventilation

(收稿日期: 2025-10-29; 修回日期: 2025-11-21)

[编辑: 叶晨]

广告

《中医杂志(英文版)》欢迎投稿

Journal of Traditional Chinese Medicine [《中医杂志(英文版)》] (ISSN 0255-2922, CN 11-2167/R, 双月刊) 由中华中医药学会与中国中医科学院联合主办, 是我国中医药界具有权威的中医药英文科技期刊, 现发行和交换 90 多个国家和地区。

《中医杂志(英文版)》自 1981 年创刊以来一直坚持正确的办刊宗旨, 国际影响力不断提升。2010 年入选 SCI-E (《科学引文索引》扩刊版), 2011 年获得中国中医科学院自主选题项目资助, 2013 年获得“中国科技期刊国际影响力提升计划”资助, 自 2012 年起连续被评为“中国最具国际影响力学术期刊”, 2023 年再次入选“T1 级中医药英文科技期刊目录”。本刊先后被国际知名文献数据库 MEDLINE、《化学文摘》(CA)、《医学文摘》(EM) 等收录, 是 MEDLINE 收录的第一份中国出版的中医药期刊, 是 SCI 收录的 30 余种全科医学和替代医学期刊中的中国传统医学综合性学术期刊之一。

《中医杂志(英文版)》主要栏目包括循证研究、理论研究、基础研究、临床观察、中药研究、文献研究, 思路与方法、综述等。内容以报道中医药基础、临床研究成果和科研前沿进展为主, 覆盖中医药学科各个领域。欢迎广大专家学者积极投稿。作者可直接登录本刊网站 <http://www.journaltcm.cn> 投稿。

联系邮箱: jtcmen@126.com。联系电话: 010-64089190。

联系地址: 北京市东城区东直门内南小街 16 号, 邮政编码: 100700。