



世界中医药
World Chinese Medicine
ISSN 1673-7202, CN 11-5529/R

《世界中医药》网络首发论文

题目：广东省新型冠状病毒肺炎中西医结合防治专家共识（试行第一版）
作者：
收稿日期：2020-03-05
网络首发日期：2020-03-12
引用格式：. 广东省新型冠状病毒肺炎中西医结合防治专家共识（试行第一版）. 世界中医药. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5529.r.20200311.1453.014.html>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。



广东省中西医结合学会

广东省新型冠状病毒肺炎中西医结合防治 专家共识 (试行第一版)

2020-03-05

广东省中西医结合学会

目 录

前 言	3
引 言	4
1 范围	6
2 规范性引用文件	6
3 病原学特点.....	6
4 流行病学特点	7
5 病理改变.....	7
6 临床特点.....	8
7 中医病因病机	9
8 诊断标准.....	10
9 鉴别诊断.....	13
10 病例的发现与报告.....	13
11 中西医防治	14
参 考 文 献.....	28

通信作者：郭姣(1961.11—)，女，博士，二级教授，主任医师，广东省中西医结合学会会长，研究方向：中西医结合防治糖脂代谢病，E-mail:gyguoyz@163.com

前 言

本共识按照GB/T1.1—2009《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本共识由广东省中西医结合学会提出。

顾问专家组：

禩国维 周岱翰 邱健行 王省良 王新华

主要起草人：

郭 姣 刘小虹 李爱民 谢 兵 张忠德 张 伟
林 琳 谭 杰

参与起草及共识专家组（按姓氏笔划排序）：

丁邦晗 马 为 王昌俊 卢文菊 叶 焰 吕志平
刘 磊 刘建博 江 勇 庄轰发 许浦生 许银姬
李 艺 李际强 杨建新 肖 波 吴 健 何 金
何明丰 何德平 余细勇 张诗军 张荣华 金世明
周宇麒 周红梅 周继红 郑小河 郑学宝 洪铭范
贺爱辉 夏欣田 徐 虹 徐卫方 唐可京 彭 英
程远雄 傅南琳 温敏勇 谢夏南 詹少锋 蔡 彦
魏成功

秘书组：

金英花 项 磊

引 言

新型冠状病毒肺炎（以下简称新冠肺炎）作为急性呼吸道传染病已纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病，按甲类传染病管理。2020年1月19日，广东省确诊了首例输入性新冠肺炎病例，1月23日，广东省启动重大突发公共卫生事件一级响应，翌日，广东省中医药局发布《广东省新型冠状病毒感染的肺炎中医药治疗方案（试行第一版）》，广东省中医药介入防治新冠肺炎有了指导性方案，但新冠肺炎中西医结合的诊治尚缺少指导意见。为进一步贯彻习近平总书记重要指示批示精神，落实党中央、国务院和我省的决策部署，切实落实中央应对新冠肺炎疫情工作领导小组关于新冠肺炎“强化中西医结合，促进中医药深度介入诊疗全过程，及时推广有效方药和中成药”的指导意见，广东省中西医结合学会遵循国家新冠肺炎诊疗方案，充分吸取国内外同行救治经验，坚持中西医结合协同攻坚策略。2月18日经广东省中西医结合学会会长、秘书长会议研究，一致同意组织专家编写《广东省新型冠状病毒肺炎中西医结合防治专家共识（试行第一版）》，由广东省中西医结合学会会长郭姣教授牵头中西医结合领域各相关专家、省中西医结合学会呼吸病、慢性阻塞性肺疾病等相关专业委员会主委、副主委、委员及多名身处抗疫一线工作和驰援湖北武汉、荆州等地抗疫的中西医专家，组建顾问专家组、主要起草人、共识专家组及秘书组，商讨确定共识针对的目标人群、目标用户，及共识结构、涵盖的范围与主题。确立目标是以中西医结合的方法提高临床新冠肺炎救治成功率，降低病死率，未病先防，早诊早治，阻断病情进展，降低病重患者的比例，加快患者恢复，讨论新冠肺炎中西医结合防治方法并达成共识。

因起草本次共识的任务紧迫和疫情管控等原因，本次专家共识的编写参考WHO针对紧急公共卫生事件的快速建议指南方法，在国家卫生健康委、国家中医药管理局《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第七版）》、广东省卫健委、广东省中医药局《广东省新型冠状病毒肺炎中医药治疗方案（试行第二版）》基础上，总结临床一线运用中西医结合诊治新冠肺炎的经验，结合广东省岭南地区气候、居民体质特点等情况，坚持中西医结合诊治原则，细化和优化救治方案。由主要起草人先撰写共识的初稿文字，共识专家组以“背靠背”形式交叉审修初稿，秘书组和学会秘书处办公室协助回收修改意见。主要起草人结合共识专家意见，讨论商定修订版文字。具体方法为：3位及以上专家提出的修改意见，直接进入修订版文字；其余修改意见，经主要起草人讨论商议后决定是否采纳，最后以“面对面（视频会议）”形式再次向各位专家征求定稿意见，形成《广东省新型冠状病毒肺炎中西医结合防治专家共识（试行第一版）》。

广东省新型冠状病毒肺炎中西医结合

防治专家共识（试行第一版）

1 范围

本共识包含新型冠状病毒肺炎的病原学、流行病学、病理变化、临床特征、中医病因病机、诊断标准、鉴别诊断、中西医防治等内容。适用于发热门诊、急诊科、呼吸科、重症医学科等诊治新型冠状病毒肺炎患者的医师、护士以及科研工作者。

2 规范性引用文件

国家卫生健康委、国家中医药管理局 《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第七版）》

广东省卫健委、广东省中医药局 《广东省新型冠状病毒肺炎中医药治疗方案（试行第二版）》

国卫办医函〔2020〕189号 《国家卫生健康委办公厅关于印发新冠肺炎出院患者康复方案（试行）的通知》

肺炎机制医疗发〔2020〕108号 《关于印发新型冠状病毒肺炎恢复期中医康复指导建议（试行）的通知》

3 病原学特点

新型冠状病毒属于 β 属的冠状病毒，有包膜，颗粒呈圆形或椭圆形，常为多形性，直径60-140nm。其基因特征与 SARS-CoV 和 MERS-CoV 有明显区别。目前研究显示与蝙蝠SARS样冠状病毒(bat-SL-CoVZC45)同源性达85%以上。体外分离培养时，2019-nCoV 96个

小时左右即可在人呼吸道上皮细胞内发现，而在Vero E6和Huh-7细胞系中分离培养需约6天。

对冠状病毒理化特性的认识多来自对 SARS-CoV和MERS-CoV的研究。病毒对紫外线和热敏感，56℃ 30分钟、乙醚、75%乙醇、含氯消毒剂、过氧乙酸和氯仿等脂溶剂均可有效灭活病毒，氯己定不能有效灭活病毒。

4 流行病学特点

4.1 传染源

目前所见传染源主要是新型冠状病毒感染的患者。无症状感染者也可能成为传染源。

4.2 传播途径

经呼吸道飞沫和密切接触传播是主要的传播途径。在相对封闭的环境中长时间暴露于高浓度气溶胶情况下存在经气溶胶传播的可能。由于在粪便及尿中可分离到新型冠状病毒，应注意粪便及尿对环境污染造成气溶胶或接触传播。

4.3 易感人群

人群普遍易感。

5 病理改变

根据目前有限的尸检和穿刺组织病理观察结果总结如下。

5.1 肺脏

肺脏呈不同程度的实变。

肺泡腔内见浆液、纤维蛋白性渗出物及透明膜形成；渗出细胞主要为单核和巨噬细胞，易见多核巨细胞。II型肺泡上皮细胞显著增生，部分细胞脱落。II型肺泡上皮细胞和巨噬细胞内可见包涵体。肺泡隔

血管充血、水肿，可见单核和淋巴细胞浸润及血管内透明血栓形成。肺组织灶性出血、坏死，可出现出血性梗死。部分肺泡腔渗出物机化和肺间质纤维化。肺内支气管黏膜部分上皮脱落，腔内可见黏液及黏液栓形成。少数肺泡过度充气、肺泡隔断裂或囊腔形成。电镜下支气管黏膜上皮和II型肺泡上皮细胞胞质内可见冠状病毒颗粒。免疫组化染色显示部分肺泡上皮和巨噬细胞呈新型冠状病毒抗原阳性，RT-PCR检测新型冠状病毒核酸阳性。

5.2 脾脏、肺门淋巴结和骨髓

脾脏明显缩小。淋巴细胞数量明显减少，灶性出血和坏死，脾脏内巨噬细胞增生并可见吞噬现象；淋巴结淋巴细胞数量较少，可见坏死。免疫组化染色显示脾脏和淋巴结内CD4+T和CD8+T细胞均减少。骨髓三系细胞数量减少。

5.3 心脏和血管

心肌细胞可见变性、坏死，间质内可见少数单核细胞、淋巴细胞和(或)中性粒细胞浸润。部分血管内皮脱落、内膜炎症及血栓形成。

5.4 肝脏和胆囊

体积增大，暗红色。肝细胞变性、灶性坏死伴中性粒细胞浸润；肝血窦充血，汇管区见淋巴细胞和单核细胞细胞浸润，微血栓形成。胆囊高度充盈。

5.5 肾脏

肾小球球囊腔内见蛋白性渗出物，肾小管上皮变性、脱落，可见透明管型。间质充血，可见微血栓和灶性纤维化。

5.6 其他器官

脑组织充血、水肿，部分神经元变性。肾上腺见灶性坏死。食管、胃和肠管黏膜上皮不同程度变性、坏死、脱落。

6 临床特点

6.1 潜伏期：1-14 天，多为 3-7 天。以发热、乏力、干咳为主要表现。少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛、肌痛和腹泻等症状。轻型患者仅表现为低热、轻微乏力等，无肺炎表现。重症患者多在发病一周后出现呼吸困难和/或低氧血症，严重者可快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症休克、难以纠正的代谢性酸中毒和出凝血功能障碍及多器官功能衰竭等。值得注意的是重型、危重型患者病程中可为中低热，甚至无明显发热。部分儿童及新生儿病例症状可不典型，表现为呕吐、腹泻等消化道症状或仅表现为精神弱、呼吸急促。

6.2 胸部影像学特征：早期呈现多发小斑片影及间质改变，以肺外带明显，进而发展为双肺多发磨玻璃影、浸润影，严重者可出现肺实变，胸腔积液少见。

6.3 发病早期外周血白细胞总数正常或减少，可见淋巴细胞计数减少；部分患者出现肝酶、乳酸脱氢酶（LDH）、肌酶和肌红蛋白增高；部分危重者可见肌钙蛋白增高。多数患者C反应蛋白和血沉升高，降钙素原正常。严重者D-二聚体升高，外周血淋巴细胞进行性减少。重型、危重型患者常有炎症因子升高。

采用RT-PCR或/和NGS方法在鼻咽拭子、痰和其他下呼吸道分泌物、血液、粪便、尿液等标本中可检测出新型冠状病毒核酸。检测下呼吸道标本（痰或气道抽取物）更加准确，标本采集后尽快送检。

新型冠状病毒特异性IgM抗体多在发病3-5天后开始出现阳性，IgG抗体滴度恢复期较急性期有4倍及以上增高。

6.4 从目前收治的病例情况看，多数患者预后良好，少数患者病情危重。老年人和有慢性基础疾病者预后较差。患有新冠肺炎的孕产妇临床过程与同龄患者相近。儿童病例症状相对较轻。

7 中医病因病机

根据新冠肺炎发病的临床症候特点，本病可归属于中医“疫病”的范畴。病因为感受“疫疠”之气。本病病位在肺，涉及脾胃，逆传心包，延及心肾。基本病机为疫毒外侵，正气亏虚，肺脏受邪。病机特点为“湿、热、瘀、毒、虚”。

本次新冠肺炎在国内多初发于武汉，武汉市位于江汉平原东部、长江中游，与长江、汉水交汇，属亚热带湿润季风气候。广东地处岭南，气候常年多雨潮湿，居民体质多脾虚夹湿，冬春交替之际，气候多变，乍寒乍暖，疫毒夹风、寒、湿、热而致病。疫疠之气，从口鼻而入，客于膜原，侵袭肺卫，肺失宣肃，故而发热、咳嗽；滞于胃肠，则运化失司，气机郁滞，故见腹胀、纳差、呕吐、大便溏烂，甚者腹泻；疫毒留滞体内，化热壅肺犯胃，阻滞气机，易导致肺气郁闭，见喘促不能平息；甚则逆传心包，见神识昏蒙或神昏谵语；若疫毒稽留不去，邪胜正衰，暴伤正气，见大汗淋漓、四肢厥冷等阴阳离决之危象；若及时治疗得当，湿、热、毒、瘀祛除，然气阴已伤，可见低热、少气懒言、疲乏、口干、纳差、大便溏烂等。

本病初起以寒湿、湿热为主；若病情发展，湿、热、毒、瘀夹杂而致病情加重，以标实为主；若邪毒稽留不去，邪盛正衰，病性为本虚标实；恢复期因邪毒耗散气阴，因而以正虚为主。年老或正虚体弱或素体肺胃伏热者，易疫毒内陷，传变迅速，发为变证、坏证，出现危候。

8 诊断标准

8.1 疑似病例

结合下述流行病学史和临床表现综合分析。

8.1.1 流行病学史

(1) 发病前14天内有武汉市及周边地区，或其他有病例报告社区的旅行史或居住史。

(2) 发病前14天内与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史。

(3) 发病前14天内曾接触过来自武汉市及周边地区，或来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者。

(4) 聚集性发病（2周内小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现2例及以上发热和/或呼吸道症状的病例）。

8.1.2 临床表现

(1) 发热和/或干咳、鼻塞、流涕、咽痛等呼吸道症状；

(2) 具有上述新冠肺炎的影像学特征；

(3) 发病早期白细胞总数正常或降低，淋巴细胞计数正常或减少。

有流行病学史中的任何1条，且符合临床表现中任意2条。无明确流行病学史的，符合临床表现中的3条。

8.2 确诊病例

8.2.1 疑似病例，同时具备以下病原学或血清学证据之一者：

(1) 实时荧光RT-PCR检测新型冠状病毒核酸阳性。

(2) 病毒基因测序，与已知的新型冠状病毒高度同源。

(3) 血清新型冠状病毒特异性IgM抗体和IgG抗体阳性；血清新型冠状病毒特异性IgG抗体由阴性转为阳性或恢复期较急性期4倍及以上升高。

8.2.2 临床分型

(1) 轻型

临床症状轻微，影像学未见肺炎表现。

(2) 普通型

具有发热、呼吸道等症状，影像学可见肺炎表现。

(3) 重型

成人符合下列任何一条：

①出现气促，RR \geq 30次/分；

②静息状态下，指氧饱和度 \leq 93%；

③动脉血氧分压（PaO₂）/吸氧浓度（FiO₂） \leq 300mmHg（1mmHg=0.133kPa）。高海拔（海拔超过1000米）地区应根据以下公式对PaO₂/FiO₂进行校正：PaO₂/FiO₂ \times [大气压(mmHg)/760]。

肺部影像学显示24~48小时内病灶明显进展 $>$ 50%者按重型管理。

儿童符合下列任何一条：

①出现气促（ $<$ 2月龄，RR \geq 60次/分；2-12月龄，RR \geq 50次/分；1-5岁，RR \geq 40次/分； $>$ 5岁，RR \geq 30次/分），除外发热和哭闹的影响；

②静息状态下，指氧饱和度 \leq 92%；

③辅助呼吸（呻吟、鼻翼扇动、三凹征），发绀，间歇性呼吸暂停；

④出现嗜睡、惊厥；

⑤拒食或喂养困难，有脱水征。

(4) 危重型

符合以下情况之一者：

①出现呼吸衰竭，且需要机械通气；

②出现休克；

③合并其他器官功能衰竭需 ICU 监护治疗。

8.2.3 重型、危重型临床预警指标

(1) 成人

- ①外周血淋巴细胞进行性下降；
- ②外周血炎症因子如IL-6、C反应蛋白进行性上升；
- ③乳酸进行性升高；
- ④肺内病变在短期内迅速进展。

(2) 儿童

- ①呼吸频率增快；
- ②精神反应差、嗜睡；
- ③乳酸进行性升高；
- ④影像学显示双侧或多肺叶浸润、胸腔积液或短期内病变快速进展；

⑤3月龄以下的婴儿或有基础疾病（先天性心脏病、支气管肺发育不良、呼吸道畸形、异常血红蛋白、重度营养不良等），有免疫缺陷或低下（长期使用免疫抑制剂）。

9 鉴别诊断

9.1 新型冠状病毒感染轻型表现需与其它病毒引起的上呼吸道感染相鉴别。

9.2 新冠肺炎主要与流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒等其他已知病毒性肺炎及肺炎支原体感染鉴别，尤其是对疑似病例要尽可能采取包括快速抗原检测和多重PCR核酸检测等方法，对常见呼吸道病原体进行检测。

9.3 还要与非感染性疾病，如血管炎、皮肌炎和机化性肺炎等鉴别。

10 病例的发现与报告

10.1 各级各类医疗机构的医务人员发现符合病例定义的疑似病例后，应当立即进行单人隔离治疗，院内专家会诊或主诊医师会诊，仍考虑疑似病例，在2小时内进行网络直报，并采集标本进行新型冠状病毒核酸检测，同时在确保转运安全前提下立即将疑似病例转运至定点医院。与新型冠状病毒感染者有密切接触的患者，即便常见呼吸道病原检测阳性，也建议及时进行新型冠状病毒病原学检测。

10.2 疑似病例连续两次新型冠状病毒核酸检测阴性（采样时间至少间隔24小时）且发病7天后新型冠状病毒特异性抗体IgM和IgG仍为阴性可排除疑似病例诊断。

11 中西医防治

中医药防治参照下列方案进行辨证论治，应当在医师指导下使用。在危重型患者救治中可结合患者实际情况合理使用。

11.1 未病先防

11.1.1 生活调摄

顺应气候变化，及时调整衣被，避免受风寒。保持生活和工作环境整洁卫生，居处要空气流通、阳光充足、温度适宜。少出门、不聚会、不聚餐，出门戴口罩（最好是医用口罩），外出后、饭前便后规范洗手。饮食清淡、规律、营养、多果蔬，不过食辛辣之品，戒烟限酒，勤喝水。劳逸结合，不熬夜。保持心情愉悦。加强体育锻炼，传统保健强身方法如太极拳、五禽戏、八段锦及各种运动等量力而动。

11.1.2 中医药预防

调整人体脏腑气血阴阳的偏盛或偏衰，使得人体的阴阳达到平衡状态，正气存内，邪不可干。结合岭南地区居民多脾虚夹湿的体质特

点，预防本病重在健脾祛湿、益气固表，及时祛除风寒湿热诸邪，用药需寒温适宜。

(1) 内服中药方

①平素乏力，汗出多，易于感冒者

治法：健脾益气固表

处方：炙黄芪15g、炒白术20g、防风10g、党参10g、茯苓20g、金银花10g、生甘草5g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

②平素恶风身重，易感冒以头疼身痛为主症者

治法：祛风固表，散寒除湿

处方：炙黄芪15g、炒白术20g、防风10g、茯苓10g、川芎10g、枳壳10g、羌活10g、桔梗10g、荆芥10g、金银花10g、生甘草5g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

③平素时有腹胀，大便不爽或粘腻者

治法：固表化湿，理气和中

处方：炙黄芪15g、炒白术15g、防风10g、藿香10g(后下)、苍术10g、茯苓10g、陈皮10g、厚朴10g、神曲10g、苏梗10g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

④平素时有口干苦，易咽痛者

治法：理气固表，清热解毒

处方：炙黄芪15g、炒白术15g、防风10g、金银花10g、连翘10g、黄芩10g、佛手10g、牛大力20g、佩兰10g、生甘草5g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

(2) 药膳方

处方：白茅根15g、茯苓10g、陈皮10g、炙黄芪15g、扁豆20g、山药20g、五指毛桃30g。

功效：固表和中，化浊解毒

用法：瘦肉适量炖汤，每日1剂，水煎400ml，分2次服用。

(3) 外用香囊方

处方：苍术20g、川芎15g、白芷15g、艾叶20g、藿香15g、佩兰15g、薄荷5g、檀香10g。

功效：利用中药的芳香之气，起到芳香辟秽，化浊醒脾，通经活络，宁神开窍等作用。

用法：上药打粉后用棉布袋缝制佩戴。

(4) 穴位保健预防

取穴：足三里、气海、关元等保健穴

方法：艾灸、按摩、穴位贴敷等，增强人体的正气以达到防病却疾的目的。

11.2 疑似病例治疗

治疗场所：疑似病例应在具备有效隔离条件和防护条件的定点医院单人单间隔离治疗。

11.2.1 一般治疗

(1) 适当卧床休息，可予以一般支持治疗，监测生命体征、指氧饱和度等。

(2) 适当给予鼻导管氧疗。

11.2.2 中医药辨证施治

(1) 临床表现：乏力伴恶心、食欲不振、腹胀、腹泻等胃肠不适。

治法：解表化湿，理气和中

处方：藿香20g(后下)、苍术10g、佩兰10g、紫苏10g、茯苓10g、法半夏10g、炒白术15g、陈皮10g、厚朴10g、黄芩10g、生甘草5g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

(2) 临床表现：乏力伴发热。

治法：祛风除湿，清热解毒

处方：金银花15g、连翘10g、黄芩10g、苍术10g、佩兰10g、生麻黄5g、杏仁10g、青蒿10g(后下)、生甘草5g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

11.3 确诊病例治疗

治疗场所：确诊病例应在具备有效隔离条件和防护条件的定点医院隔离治疗，可多人收治在同一病室。危重型病例应当尽早收入ICU治疗。

11.3.1 轻型

(1) 一般治疗

①适当卧床休息，可予以一般支持治疗，监测生命体征、指氧饱和度等。

②适当给予鼻导管氧疗。

(2) 中医药辨证施治

①风寒夹湿

临床表现：低热或不发热，恶寒，周身酸痛，头重体倦，无汗，鼻塞声重，时流清涕，喉痒，口淡不渴，轻咳，胸闷泛恶，纳呆，大便烂或正常。舌淡红，苔白厚或白腻，脉浮紧或濡。

治法：祛风解表，宣肺散寒

方药：荆防败毒散加减

荆芥10g、防风10g、柴胡10g、羌活10g、独活10g、枳壳10g、甘草10g、生麻黄10g、苍术15g、广藿香15g（后下）、紫苏叶10g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

②风热夹湿

临床表现：发热，微恶风寒，汗出不畅，头痛，鼻塞浊涕，口干而渴，咽喉干痒疼痛，干咳痰少，头重体倦，胸闷泛恶，纳差，小便赤，大便烂或粘滞不爽。舌红，苔黄厚或黄腻，脉浮滑。

治法：疏风解表，清热宣肺

方药：银翘散合三拗汤加减

金银花15g、连翘10g、炙麻黄10g、厚朴20g、杏仁15g、枇杷叶10g、牛蒡子15g、贯众15g、桔梗10g、藿香10g（后下）、生甘草10g、陈皮10g、紫菀10g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

11.3.2 普通型

(1) 一般治疗

①卧床休息，加强支持治疗，保证充分热量；注意水、电解质平衡，维持内环境稳定；密切监测生命体征、指氧饱和度等。根据病情监测血常规、尿常规、CRP、生化指标（肝酶、心肌酶、肾功能等），凝血功能、动脉血气分析、胸部影像学等。有条件者可行细胞因子检测。

②及时给予有效氧疗措施，包括鼻导管、面罩给氧和经鼻高流量氧疗。有条件可采用氢氧混合吸入气（H₂/O₂:66.6%/33.3%）治疗。

(2) 中医药辨证施治

①邪蕴肺胃

临床表现：发热，伴或不伴恶寒，身热不扬，乏力，周身酸痛，咳嗽，咯痰，胸闷憋气，纳呆，恶心，呕吐，大便粘腻不爽。舌淡，苔白厚或白腻，脉濡或滑。

治法：化浊和中，宣肺止咳

方药：藿朴夏苓汤合三拗汤加减

藿香15g(后下)、厚朴10g、法半夏10g、茯苓15g、薏苡仁20g、白蔻仁10g、猪苓15g、泽泻10g、枳壳10g、黄芩10g、生麻黄6g、杏仁10g、生甘草5g、生姜10g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次

②湿热郁肺

临床表现：发热，或身热不扬，热势缠绵，少汗，汗出不畅，胸闷气促，或咳喘，口干口苦，乏力倦怠，纳差，大便不畅，小便少赤，舌红，苔黄厚或黄厚腻，脉滑数。

治法：清热祛湿，宣肺平喘

方药：麻杏石甘汤合达原饮加减

炙麻黄10g、生石膏20g、苦杏仁10g、薏苡仁30g、生甘草6g、槟榔10g、草果10g、厚朴10g、知母10g、黄芩10g、芦根30g、瓜蒌皮10g、桑白皮10g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

(3) 抗病毒治疗：

① α -干扰素：成人每次500万U或相当剂量(单位换算： $10\mu\text{g}=100$ 万IU， $50\mu\text{g}=500$ 万IU)，加入灭菌注射用水2ml，每日2次雾化吸入。

② 洛匹那韦/利托那韦：200mg/50mg/粒，每次2粒，每日2次，疗程不超过10天，要注意洛匹那韦/利托那韦相关腹泻、恶心、呕吐、肝功能损害等不良反应，同时要注意和其他药物的相互作用。目前洛

匹那韦/利托那韦治疗新冠肺炎的有效性仍有待进一步临床研究确认，治疗过程中应严密监测。

③磷酸氯喹：用于新冠肺炎治疗适用于18岁~65岁成人。体重50kg以上者每次500mg，每日2次，疗程7天；体重50kg及以下者第1、2天每次500mg，每日2次，第3~7天每次500mg，每日1次，疗程7天。使用患者在用药前必须心电图检查正常，禁止同时使用喹诺酮类、大环内酯类抗生素及其他可能导致QT间期延长的药物，同时，保证患者体内电解质水平（钾、钠、氯）和血糖、肝肾功能正常。

④阿比多尔：成人200mg，每日3次，疗程不超过10天。目前阿比多尔等治疗新冠肺炎的有效性仍有待进一步临床研究确认，治疗过程中应严密监测。

⑤利巴韦林：建议与干扰素或洛匹那韦/利托那韦联合应用，成人500mg/次，每日2至3次静脉输注，疗程不超过10天。

不建议同时应用3种及以上抗病毒药物，出现不可耐受的毒副作用时应停止使用相关药物。目前抗病毒药物在临床应用中仍需进一步评价所试用药物的疗效。

（4）抗菌药物治疗：避免盲目或不恰当使用抗菌药物，尤其是联合使用广谱抗菌药物。

11.3.3 重型、危重型

在对症治疗、抗病毒治疗的基础上，积极防治并发症，治疗基础疾病，预防继发感染，及时进行器官功能支持，同时配合中医药治疗。

（1）呼吸支持：

①氧疗：重型患者应当接受鼻导管或面罩吸氧，并及时评估呼吸窘迫和（或）低氧血症是否缓解。

②高流量鼻导管氧疗或无创机械通气：当患者接受标准氧疗后呼吸窘迫和（或）低氧血症无法缓解时，可考虑使用高流量鼻导管氧疗或无创通气。若短时间（1~2小时）内病情无改善甚至恶化，应当及时进行气管插管和有创机械通气。

③有创机械通气：采用肺保护性通气策略，即小潮气量（4~8ml/kg理想体重）和低水平气道平台压力（平台压 $<30\text{cmH}_2\text{O}$ ）进行机械通气，以减少呼吸机相关肺损伤。在保证气道平台压 $\leq 35\text{cmH}_2\text{O}$ 时，可适当采用高PEEP，保持气道温化湿化，避免长时间镇静，早期唤醒患者并进行肺康复治疗。较多患者存在人机不同步，应当及时使用镇静以及肌松剂。根据气道分泌物情况，选择密闭式吸痰，必要时行支气管镜检查采取相应治疗。

④挽救治疗：对于严重ARDS患者，建议进行肺复张。在人力资源充足的情况下，每天应当进行12小时以上的俯卧位通气。俯卧位通气效果不佳者，如条件允许，应当尽快考虑体外膜肺氧合（ECMO）。其相关指征：1）在 $\text{FiO}_2 > 90\%$ 时，氧合指数小于80mmHg，持续3-4小时以上；2）气道平台压 $\geq 35\text{cmH}_2\text{O}$ 。单纯呼吸衰竭患者，首选VV-ECMO模式；若需要循环支持，则选用VA-ECMO模式。在基础疾病得以控制，心肺功能有恢复迹象时，可开始撤机试验。

（2）循环支持：充分液体复苏的基础上，改善微循环，使用血管活性药物，密切监测患者血压、心率和尿量的变化，以及动脉血气分析中乳酸和碱剩余，必要时进行无创或有创血流动力学监测，如超声多普勒法、超声心动图、有创血压或持续心排量(PiCCO)监测。在救治过程中，注意液体平衡策略，避免过量和不足。如果发现患者心率突发增加大于基础值的20%或血压下降大约基础值20%以上时，

若伴有皮肤灌注不良和尿量减少等表现时，应密切观察患者是否存在脓毒症休克、消化道出血或心功能衰竭等情况。

(3) 肾功能衰竭和肾替代治疗：危重症患者的肾功能损伤应积极寻找导致肾功能损伤的原因，如低灌注和药物等因素。对于肾功能衰竭患者的治疗应注重体液平衡、酸碱平衡和电解质平衡，在营养支持治疗方面应注意氮平衡、热量和微量元素等补充。重症患者可选择连续性肾替代治疗(continuous renal replacement therapy, CRRT)。其指征包括：①高钾血症；②酸中毒；③肺水肿或水负荷过重；④多器官功能不全时的液体管理。

(4) 康复者血浆治疗：适用于病情进展较快、重型和危重型患者。用法用量参考《新冠肺炎康复者恢复期血浆临床治疗方案（试行第二版）》。

(5) 血液净化治疗：血液净化系统包括血浆置换、吸附、灌流、血液/血浆滤过等，能清除炎症因子，阻断“细胞因子风暴”，从而减轻炎症反应对机体的损伤，可用于重型、危重型患者细胞因子风暴早中期的救治。

(6) 免疫治疗：对于双肺广泛病变者及重型患者，且实验室检测IL-6水平升高者，可试用托珠单抗治疗。首次剂量4-8mg/kg，推荐剂量为400mg、0.9%生理盐水稀释至100ml，输注时间大于1小时；首次用药疗效不佳者，可在12小时后追加应用一次（剂量同前），累计给药次数最多为2次，单次最大剂量不超过800mg。注意过敏反应，有结核等活动性感染者禁用。

(7) 其他治疗措施

①对于氧合指标进行性恶化、影像学进展迅速、机体炎症反应过度激活状态的患者，酌情短期内（3~5日）使用糖皮质激素，建议剂

量不超过相当于甲泼尼龙1~2mg/kg/日。应当注意：较大剂量糖皮质激素由于免疫抑制作用，会延缓对冠状病毒的清除；可予以大剂量维生素C（3~6g）治疗以抗氧化应激、炎症；可静脉给予血必净100ml/次，每日2次治疗；可使用肠道微生态调节剂，维持肠道微生态平衡，预防继发细菌感染；对有高炎症反应的重危患者，有条件可以考虑使用血浆置换、吸附、灌流、血液/血浆滤过等体外血液净化技术。

②儿童重型、危重型病例可酌情考虑给予静脉滴注丙种球蛋白。患有重型或危重型新冠肺炎的孕妇应积极终止妊娠，剖腹产为首选。

③患者常存在焦虑恐惧情绪，应当加强心理疏导。

（8）中医辨证施治

①疫毒闭肺

临床表现：身热不退或低热，朝轻暮重，或不发热，气促喘憋，胸闷烦躁，咳嗽痰少，口渴不欲饮，伴纳差，肢体倦怠，小便黄赤，大便干结，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：通腑泄热，泻肺平喘

方药：麻杏石甘汤合宣白承气汤加减

炙麻黄10g、苦杏仁15g、生石膏30g、生甘草5g、生大黄10g、全瓜蒌15g、桑白皮10g、黄芩15g、玄参10g、厚朴15g、枳壳10g、佛手10g、槟榔20g、葶苈子10g、丹参15g、青蒿10g（后下）。

用法：每日1剂，水煎400ml，每次100~200ml，1日2~4次，口服或鼻饲。

②气营两燔

临床表现：大热烦渴，喘憋气促，神识昏蒙或神昏谵语，或发斑疹，或吐血、衄血，或四肢抽搐，舌绛少苔或无苔，脉沉细数，或浮大而数。

治法：清热泻火，凉血解毒

方药：清瘟败毒饮加减

生石膏30g、知母30g、生地30g、水牛角30g（先煎）、赤芍30g、玄参30g、连翘15g、丹皮15g、黄连6g、竹叶12g、葶苈子15g、生甘草6g。

用法：每日1剂，水煎400ml，每次100~200ml，1日2~4次，口服或鼻饲。

③内闭外脱

临床表现：呼吸困难、动辄气喘或需要机械通气，伴神昏，烦躁，汗出肢冷，舌质紫暗，苔厚腻或燥，脉浮大无根。

治法：开闭固脱、解毒救逆。

方药：人参15g、黑顺片10g(先煎)、山茱萸15g，送服苏合香丸或安宫牛黄丸。

用法：每日1剂，水煎400ml，每次100~200ml，1日2~4次，口服或鼻饲。

11.3.4 恢复期

经治疗后，患者症状改善，可逐步减少有创呼吸机、无创呼吸机、高流量氧疗、面罩吸氧、鼻导管吸氧等治疗，减少抗病毒药物及其他支持治疗，同时予以加强中药治疗，具体如下：

①肺脾气虚

临床表现：气短，倦怠乏力，身热已退，或有低热，胸闷，腹胀，纳差，大便无力或粘滞不爽，舌淡黯，苔白腻，脉细数。

治法：扶正祛邪，益气健脾

方药：参苓白术散加减

太子参30、五指毛桃30g、茯苓15g、炒白术20g、生甘草5g、陈皮10g、砂仁10g（后下）、薏苡仁30g、苇茎15g、蛇舌草10g、炙黄芪10g、茵陈10g、神曲10g、丹参15g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

②肺胃津伤

临床表现：乏力，气短，身热已退，或有低热，口干口苦，干咳，少痰，纳呆，舌红少苔，脉细数。

治法：扶正祛邪，清养肺胃

方药：生脉饮、沙参麦冬汤合玉屏风散加减

沙参15g、玉竹10g、生甘草5g、桑叶10g、麦冬15g、白扁豆10g、炙黄芪10g、炒白术10g、生地20g、西洋参10g、五指毛桃30g、石斛20g。

用法：每日1剂，水煎400ml，分2次服用，早晚各1次。

11.3.5 康复期

（1）应尽早对患者肺功能康复进行干预，进行呼吸功能锻炼；适当进行如太极拳、八段锦、体育运动等锻炼恢复体能。

①呼吸功能锻炼：包括调整呼吸节奏（吸：呼=1:2）、腹式呼吸训练、缩唇呼吸训练等。还可根据患者体力情况进行卧位、坐位及站立位的颈屈伸、扩胸、转身、旋腰、侧躯、蹲起、抬腿、开腿、踝泵等系列呼吸康复操运动。

②太极拳：推荐每日1次，每次30~50分钟为宜。

③八段锦：练习时间10~15分钟左右，建议每天1~2次，按照个人体质状况，以能承受为宜。

④体育运动：可进行踏步、慢走、快走、慢跑、游泳等，每次20-30分钟，每周3-5次。使用沙袋、哑铃、弹力带或瓶装水等进行渐进抗阻训练，每组15-20个动作，每天1-2组，每周3-5天。

⑤以上各活动，从低强度开始，循序渐进，以运动后第二天不出现疲劳的运动强度为宜，对于容易疲劳的患者可采取间歇运动形式进行，注意劳逸结合。

(2) 可根据实际情况，继续服用恢复期中药方剂，或服用预防方药。

(3) 可进行药膳治疗，推荐中药材：山药、陈皮、黄芪、茯苓、白扁豆、党参、太子参、五指毛桃、薏苡仁等。

(4) 中医适宜技术：可选用大椎、肺俞、足三里等穴位艾灸，还可以对太渊、膻中、中府、肺俞等穴位进行按摩，或推拿手太阴肺经、手阳明大肠经、足阳明胃经等经络，配合针刺、耳穴压豆、刮痧、拔罐等。

11.3.6 出院标准和出院后注意事项

(1) 出院标准

- ①体温恢复正常3天以上；
- ②呼吸道症状明显好转；
- ③肺部影像学显示急性渗出性病变明显改善；
- ④连续两次痰、鼻咽拭子等呼吸道标本核酸检测阴性(采样时间至少间隔24小时)，并行肛拭子（如具条件）核酸检测阴性。

满足以上条件者，可出院。

(2) 出院后注意事项

①定点医院要做好与患者居住地基层医疗机构间的联系，共享病历资料，及时将出院患者信息推送至患者辖区或居住地居委会和基层医疗卫生机构。

②患者出院后，建议应继续进行14天的隔离管理和自我健康状况监测，佩戴口罩，有条件的居住在通风良好的单人房间，减少与家人的近距离密切接触，分餐饮食，做好手卫生，避免外出活动。

③建议在出院后第2周、第4周到医院随访、复诊。



参 考 文 献

1. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia [J]. N Engl J Med, 2020, DOI:10.1056/NEJMc2001468.
2. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [J]. Lancet, 2020, DOI:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
3. 陈军, 凌云, 席秀红, 等. 洛匹那韦利托那韦和阿比多尔用于治疗新型冠状病毒肺炎的有效性研究[J]. 中华传染病杂志, 2020, DOI: 10.3760/cma.j.cn 311365-20200210-00050.
4. 田朝晖, 向建军, 葛舰, 等. 清肺排毒汤治疗新型冠状病毒肺炎理论分析与临床实践[J]. 世界中医药, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5529.R.20200302.1745.013.html>.
5. 桑希生, 于淼, 狄舒男, 等. 基于中医疫病分类探讨新型冠状病毒肺炎的病因病机[J]. 中医学报, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/41.1411.R.20200302.1811.004.html>.
6. 孙恽泽, 王哲义, 侯季秋, 等. 从“逆传心包”角度认识新型冠状病毒肺炎相关心脏并发症[J]. 世界中医药, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5529.R.20200302.1032.004.html>.
7. 高培阳, 张传涛, 郭留学, 等. 新型冠状病毒肺炎的中医证型分析[J]. 中药药理与临床, 2020, <https://doi.org/10.13412/j.cnki.zyyj.20200302.002>.
8. 田朝晖, 吴波, 向建军, 等. 中西医结合辨治新型冠状病毒肺炎理论分析与临床实践[J]. 世界中医药, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5529.R.20200228.1755.006.html>.
9. 何威华, 丁念, 郑承红, 等. 从湿毒疫论治新型冠状病毒肺炎医案探析[J]. 南京中医药大学学, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/32.1247.R.20200227.1957.002.html>.
10. 彭博, 王世长, 高彤彤, 等. 从湿毒挟风论治炎症风暴引发的新型冠状病毒肺炎的病程演进[J]. 世界中医药, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5529.R.20200227.2244.002.html>.
11. 张圆, 王玉光, 程海英. 新型冠状病毒肺炎出院患者中医康复治疗思路与方法[J]. 北京中医药, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5635.R.20200227.1136.002.html>.
12. 王传池, 吴珊, 江丽杰, 等. 全国各地新型冠状病毒肺炎中医药诊治方案综合分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5699.R.20200225.1702.006.html>.
13. 程韶, 舒冰, 赵东峰, 等. 基于炎症-氧化应激角度探讨中药对新型冠状病毒肺炎的干预作用[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5699.R.20200225.1702.008.html>.
14. 王怡菲, 邱模炎, 裴颢, 等. 中医药辨治新型冠状病毒肺炎的组方及用药规律探析[J]. 世界中医药, 2020, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5529.R.20200226.1032.010.html>.