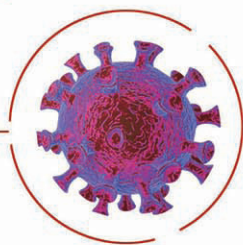


主审 张伯礼
主编 王 琦 谷晓红 刘清泉

新型 冠状病毒肺炎 中医诊疗手册

Handbook of
Diagnosis and Treatment of the Pneumonia Caused by
the Novel Coronavirus in TCM



全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

新型冠状病毒肺炎 中医诊疗手册

主审 张伯礼（天津中医药大学）
主编 王 琦（北京中医药大学）
谷晓红（北京中医药大学）
刘清泉（首都医科大学附属北京中医医院）

编委 张耀圣（北京中医药大学东直门医院）
王 彤（北京中医药大学东方医院）
梁腾霄（北京中医药大学东直门医院）
孟 捷（北京中医药大学东方医院）
王玉光（首都医科大学附属北京中医医院）
齐文升（中国中医科学院广安门医院）
苗 青（中国中医科学院西苑医院）

中国中医药出版社

· 北 京 ·

主 审：张伯礼
主 编：王 琦 谷晓红 刘清泉
出 版 人：范吉平
策划编辑：沈承玲
责任编辑：沈承玲

新型冠状病毒肺炎中医诊疗手册

中国中医药出版社出版发行
(北京经济技术开发区科创十三街 31 号院二区 8 号楼)

邮编：100176

传真：010-64405750

热线电话：010-89535836

维权打假：010-64405753

2020 年 2 月第 1 版

ISBN 978-7-89461-114-7



版权专有 侵权必究

主审简介



张伯礼，中国工程院院士，中央指导组专家组成员，国家卫健委专家组成员，国家卫健委疾控组顾问。中医内科学教授，博士生导师。中华中医药学会副会长，中国中西医结合学会名誉会长，曾任中国中医科学院院长，现任天津中医药大学校长。

主编简介



王琦，中国工程院院士，国医大师。北京中医药大学一级教授、主任医师、研究员、博士生导师，北京中医药大学国家中医体质与治未病研究院院长。

国家中医管理局应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控工作专家组顾问，北京中医药大学新型冠状病毒感染的肺炎防控医学专家组组长。



谷晓红，教授，主任医师，博士生导师。北京中医药大学党委书记，兼任教育部高等学校中医学类专业教学指导委员会主任委员，中国老年学及老年医学副会长，中华预防医学会副会长。中华中医药学会感染分会主任委员。

北京中医药大学新型冠状病毒感染的肺炎防控 医学专家组组长。



刘清泉，中央指导组专家组成员，首都医科大学附属北京中医医院院长，主任医师，博士研究生导师。国家中医管理局应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控工作专家组副组长。中华中医药学会急诊专业委员会主任委员，世界中医药学会联合会医院感染管理专业委员会会长。

《新型冠状病毒肺炎中医诊疗手册》由国家中医药管理局应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控工作专家组顾问、北京中医药大学新型冠状病毒感染的肺炎防控医学专家组组长、中国工程院院士王琦国医大师领衔，与中华中医药学会感染分会主任委员、北京中医药大学新型冠状病毒感染的肺炎防控医学专家组组长谷晓红教授，中央指导组专家组成员、国家中医药管理局应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控工作专家组副组长、世界中医药学会联合会医院感染管理专业委员会会长刘清泉教授共同担任主编，并由北京中医药大学东直门医院、东方医院，首都医科大学附属北京中医医院，中国中医科学院广安门医院、西苑医院战斗在武汉一线防控新型冠状病毒肺炎的张耀圣、王彤、梁腾霄、孟捷、王玉光、齐文升、苗青等专家共同参加编写。

中央指导组专家组成员、中国工程院院士、国家中医药管理局应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控工作专家组顾问、天津中医药大学校长张伯礼教授担任本书的主审。

本书以病证结合为主线，构建了中医对新型冠状病毒肺炎的诊疗系统，突出以中医理论思维指导实践；结合国家卫生健康委公布的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》试行第三版、试行第四版、试行第五版，按轻型、普通型、重型、危重型提出全过程的中医诊治要点与方药措施；对呼吸窘迫综合征、脓毒性休克、出凝血功能障碍等难治问题，并结合临床一线资料，在中西医结合的前提下，提出中医药介入思路与方法。全书从历代中医对瘟疫的主要认识到本次发病特点的分析，从中医病证结合到中西医结合的优势发挥，理论联系实际，为临床诊疗提供了病情演变过程中病证结合的思维方法和应用方药，体现了复杂多样性和实用性。

2019 年 12 月中旬以来，湖北武汉陆续发现了多例不明原因肺炎病例，随着疫情的蔓延，我国其他地区及境外相继发现了类似病例。现已证实为一种新型冠状病毒感染引起的急性呼吸道传染病。世界卫生组织（WHO）确认并命名为 2019-nCoV，该病原感染所致的肺炎称为新型冠状病毒感染的肺炎，国家卫生健康委将其暂命名为“新型冠状病毒肺炎”，简称“新冠肺炎”。2019 新型冠状病毒与 2003 年暴发的 SARS 病毒基因组序列相似度为 80%，与 2017 年 2 月从国内的蝙蝠中采集到的相关基因组序列相似性最高，相似度为 88%。可以确认它属于病毒界的“冠状病毒”科、“ β 冠状病毒”属、“严重急性呼吸综合征相关冠状病毒”种，广泛地分布于人类和其他哺乳动物中。新型冠状病毒感染性肺炎作为烈性传染病，其病情险恶，变化极快，严重地威胁人们的健康和生命。

疫情发生后，党中央、国务院高度重视。习近平总书记作出重要指示，生命重于泰山，疫情就是命令，防控就是责任。要求各级党委和政府及有关部门要把人民群众生命安全和身体健康放在第一位，坚决打赢疫情防控阻击战，指出要不断完善诊疗方案，坚持中西医结合，尽快明确诊疗程序、有效治疗药物及重症病人的抢救措施。

国家卫健委、国家中医药管理局在通知中要求，各有关医疗机构要在医疗救治工作中积极发挥中医药作用，加强中西医结合，建立中西医联合会诊制度，促进医疗救治的良好效果。

对于新型冠状病毒肺炎的防治，我们认为：

第一要立足当下，着眼长远。对于新型冠状病毒肺炎，从病原学的层面来说，中西医都缺乏特异防治方法，诸如对发病起源、病毒如何变异、人类传播的持续时间、流行病学、发病后个体病情演变的差异及完整有效的防控措施等方法，存在很多未知，需要通过未来的研究加以弥补。对目前已形成的认识要辩证地动态地应用于研究，发挥中医药的优势，区别不同时期、不同地区、不同体质，因时、因地、因人制宜，既要重视某种病邪致病的临床特点（如湿邪），又要重视“瘟疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿，乃天地间别有一种异气所感”（吴又可《温疫论》）这一根本问题，抓住“疫毒”这一主要病因。对新型传染疾

病，拮抗病原体是一种认知和干预方法，而根据病毒侵入后的症状特点采取中西医结合治疗，也是积极有效的措施。针对新型冠状病毒，加速特效药的研发是必须的，但另一方面，要认识到不同时期的病毒是不断变异的，目前科学水平尚无法预知某种病毒何时出现，对自然界的病毒可否杀灭尚难预期。因此，既要迅速应对当前疫情的防控和治疗，又要有科学研究的长期规划，变被动为主动，从猝不及防到有备无患。

第二要重视中医经典的指导作用。中医药有着丰厚的温病学文献及实践基础，愈是在危急之机愈要沉下心来寻求经典，从中汲取智慧，吴又可的《温疫论》、叶天士的《温热论》、薛生白的《湿热病篇》、吴鞠通的《温病条辨》、王孟英的《温热经纬》、杨栗山的《伤寒温疫条辨》、余师愚的《疫疹一得》、戴天章的《广瘟疫论》，还有刘松峰的《松峰说疫》、李炳的《辨疫琐言》等均在特定的疫病流行的条件下写成的，不仅多有创见，而且提供了许多行之有效的名方，包含着历代医家对传染病防治的丰功伟绩。中医温病学的理论与实践价值对于我们今天防治新型冠状病毒肺炎仍有重要的现实意义。千百年来，在疫病防治上为护佑中华民族的健康作出了巨大贡献。中医对病原的认识，不唯重视“戾气”传染的致病物质，同时重视人体正气内在因素与气候环境因素，更以调动机体防御和调节免疫的

功能为主导思想。在 2003 年抗击非典时，中医药疗法的介入，在缩短发热天数、减轻中毒症状、改善低氧血症和脱离呼吸机所需时间、减少糖皮质激素用量及副作用、减轻后遗症、提高治愈率等方面发挥了重要作用，得到了世界卫生组织的肯定。事实证明，这次中医药在参与新型冠状病毒肺炎。诊疗中，注重辨病辨证论治，注重病因病机及证候学因素，取得了积极效果，现已有用中西医并重的方法使患者获得痊愈的案例。因此，中医对本病的治疗不唯是对病毒的对抗，而是针对在病邪侵入人体后邪正两方面的关系进行有效的整体调节，中医药对急性传染病有些治疗理念十分先进，对于感染性休克，清代王清任即提出解毒活血的名方“解毒活血汤”，较近年发现的感染性疾病所致弥漫性血管内凝血用抗凝法治疗早近百年。因此我们要学习经典、运用经典。在防治的思路上不只是寻求特异措施，而亦可根据疫情发生内在规律寻求新的出路。

第三在诊疗过程中既要尊重中医理论思维和临床经验，又要重视现代科学知识和方法。对本病的认识和诊疗需要传染科、呼吸科、影像学、流行病等多学科参与，病情演变迅速，中西医在不同阶段、不同环节需要发挥各自优势，互相补充。现代医学临床诊断、分期分型、实验室检测、影像学检查都对辨证施方思路有重要参考意义。目前国家正迅速启动应急科技项目，着重在病毒溯源、传播途

径、动物模型建立、感染与致病机理、快速免疫检测方法、基因组变异与进化、重症病人优化治疗方案、应急保护抗体研发、快速疫苗研发、中医药防治等十个方面进行布置，相信中医药在抗击新型冠状病毒肺炎的斗争中将会作出无愧于时代的贡献。

《新型冠状病毒肺炎中医诊疗手册》以病证结合为主线，构建了中医对新型冠状病毒肺炎的诊疗系统，突出以中医理论思维指导实践；结合国家卫生健康委公布的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》试行第三版、试行第四版、试行第五版，按轻型、普通型、重型、危重型提出全过程的中医诊治要点与方药措施；对呼吸窘迫综合征、脓毒性休克、出凝血功能障碍等难治问题，并结合临床一线资料，在中西医结合的前提下，提出中医药介入思路与方法。全书从历代中医对瘟疫的主要认识到本次发病特点的分析，从中医病证结合到中西医结合的优势发挥，理论联系实际，为临床诊疗提供了病情演变过程中病证结合的思维方法和应用方药，体现了复杂多样性和实用性。

本书编写过程中，战斗在武汉一线防控新型冠状病毒肺炎的专家提供了宝贵的临床资料，在病证结合分型等方面南京中医药大学吴承玉教授给出了重要的修改建议，北京中医药大学三附院崔红生教授在对危重症等表述方面提出了修改建议，还有博士生张秀平春节疫情防控期间连续

数个日日夜夜和老师在办公室帮助打印、校对书稿，北京中医药大学国家体质与治未病研究院的老师为校稿查找资料做了不少工作，在此一并表示衷心的感谢！

疫病是动态演变的，存有复杂因素，施治过程中应本着因时因地因人制宜的原则，根据临床实际，谨守病机进行施治。集思广益，不断总结经验。

“借问瘟君欲何往，纸船明烛照天烧”，新型冠状病毒肺炎并非不治之症。我们应保持定力，沉着应战，以新型冠状病毒肺炎防治为契机，努力探索急性病毒性疫病救治规律，积极开拓延伸中医应对急症的新领域，提高中医对瘟疫的临床防治水平，以新的研究成果贡献于人类！

本书的编写启动工作始于我们的医疗队出征驰援武汉之日，历经4天即于1月25日（农历正月初一）就完成了书稿主要学术内容，因国家卫健委于2月5日正式发布了《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第五版）》，我们又据此对中医药治疗的分型作了调整更新，如增加了“轻型的治疗”内容，力求臻于完善，即便如此，由于时间特别仓促，水平有限，书中难免存在诸多不足或欠妥之处，恳请广大读者提出宝贵意见，以便今后进一步修订完善。

王 琦 谷晓红 刘清泉

2020年2月5日

上篇 总论

一、中医瘟疫的致病特点	1
二、病因	4
三、病性	4
四、治疗原则	5

下篇 中医药治疗

一、轻型的治疗	7
1. 分期特点	7
2. 辨治要点	7
3. 辨证分型论治	7
4. 辨病对症治疗	8
二、普通型的治疗	9
1. 分型特点	9
2. 辨治要点	9
3. 辨证分型论治	9
4. 辨病对症治疗	12

三、重型的治疗	13
1. 分型特点	13
2. 辨治要点	14
3. 辨证分型论治	14
4. 辨病对症治疗	17
四、危重型的治疗	18
1. 分型特点	18
2. 辨治要点	18
3. 辨证分型论治	18
4. 辨病对症治疗	21
五、恢复期的治疗	23
1. 分期特点	23
2. 辨治要点	24
3. 辨证分型论治	24
六、预防新型冠状病毒肺炎的中医药处方	27
附件 1: 王琦院士与在武汉一线刘清泉院长讨论新型冠状病毒肺炎的中医治疗方案手书文件及讨论实录	30
附件 2: 武汉一线刘清泉院长传来的新型冠状病毒肺炎患者的舌象图集	34

附 篇

附篇 1 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗快速指南 (第三版)	42
附篇 2 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案 (试行第五版)	50
参考文献	60

上篇 总论

一、中医瘟疫的致病特点

中医所称的瘟疫是指具有强烈传染性和流行性的一类疾病。新型冠状病毒肺炎属于中医“瘟疫”的范畴，可命名为“肺瘟”。此处，中医病名旨在用于指导临床确定辨证思维及用方，但研究报告仍当统一为“新型冠状病毒肺炎”。

1. 具有传染性 疫病突出的一点就是具有强烈的传染性。人体一旦感染了某种疫邪可传染给周围人群，乃至大面积发病。北宋医家庞安时在《伤寒总病论》中记载“天行之病，大则流毒天下，次则一方，次则一乡，次则偏着一家”。金元名医刘河间还正式用了“传染”二字。故周扬俊说“一人受之，则为湿温，一方传遍，即为疫疔”（《温热暑疫全书》）。《诸病源候论》则明确指出“人感乖戾之气而生病，则病气转相染易，乃至灭门，延及外人”。瘟疫是感受疫疔之邪而发生多种急性传染病的统称。其特点是发病急剧，病情险恶，有强烈的传染性，易引起大流行或散在流行。

2. 有特异病原 瘟疫由乖戾之毒引发，元代医家王履指出，瘟疫乃“感天地恶毒异气”。明代传染病家吴又可说“温疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿，乃天地间别有一种异气所感”。

3. 疫气不同，致病毒性强弱不同 中医对瘟疫之邪有“疫气”“疠气”“戾气”“杂气”之称。杂气是一种极微小的物质，人的感官不能发现，所谓“气无所可求，无象可见，况无声复无臭……其来无时，其着无方。”吴又可把杂气中致病力强，传染性大的叫做“疫气”“疠气”或“戾气”。《温疫论》指出“疫气者亦杂气中之一，但有甚于他气，故为病颇重，因名之疫气”，疫气是来势凶猛，变化迅速，病死率高的急性传染病。

4. 不同病原体可产生不同传染病 疫气有多种，每种疫气都可引发一种特定的疫病，其病位、病程经过、临床表现等各不相同。故吴又可说“大约病遍于一方，延门合户，众人相同者，皆时行之气，即杂气为病也，为病种种，是知气之不一也”（《温疫论》）。

5. 瘟疫通过空气与接触传染 《温疫论》指出，“邪自口鼻而入”“邪之所着，有天受，有传染，所感虽殊，其病则一”。“天受”，是指通过自然界空气传播；传染，则指通过患者接触传播。这里所描述的传染途径与现代医学观点多相吻合，对后世处理传染病的隔离、预防、空气消毒有很大意义。

6. 具有大流行和散发性的流行规律 对大流行的认识，《温疫论》说“其年疫气盛行，所患皆重，最能传染，即童辈皆知言其为疫。”至于散发性传播，吴又可说“其时村落偶有一、二人所患者，虽不与众人等，然考其证，正合某年某处众人所患之病，纤悉相同”，这些见解有助于对传染病的诊断。清代医家杨栗山还进一步指出，传染病具有家族聚集特点，他说“一人病气，足充一室……人受之者，亲上亲下，病从其类”。

7. 疫病流行多以人口稠密的城市为主 王学权言“疫之流行，必在都会人烟繁萃之区，若山乡僻壤、地广人稀之处，从无大疫”（《重庆堂随笔》）。

8. 疫病流行具有相似症状 《内经》指出“五疫之至，皆相染

易，无问大小，病状相似”。

9. 具有侵犯特定脏器及多脏受累的特点 《温疫论》载“盖当时适有某气专入某脏腑、某经络，专发为某病”。杨栗山认为：瘟疫与四时温病有别，瘟疫为杂气为病，疫邪多种多样，侵袭一定脏腑组织而得某种疫病，“各随其气而发为诸疫”。这与现代医学认为某些病原体可选择性侵犯某些脏器组织相吻合，这些见解在世界传染病史上也居于领先地位，但随着病情发展，危重期易发生心、肝、肾等多脏器损伤。

10. 可有潜伏期 吴又可指出“感之深者，中而即发，感之浅者，邪不胜正，未能顿发”，可稍缓时间而发。

11. 具有传染源、传播途径、易感人群三大条件 《温疫论》列举疫气的“盛行”“衰少”“不行”三种情况，阐明病原毒性强弱是造成瘟疫流行程度不等的主要原因，而对人群则“毒气所钟有厚薄也”，说明受病与否与人群体质强弱有关，所谓“虚处受邪”。

综上所述，本病可纳入“瘟疫”范畴，根据新型冠状病毒感染性肺炎的病因、发病部位、发病特点，其病名可称之为“肺瘟”。中医学历代对新出现的传染病，根据不同病原与发病特点冠以不同名称，以便从新的认知角度探索疾病规律，丰富论治体系。吴又可指出“天地之杂气，种种不一”“有是气则有是病”“各随其气，而为诸病焉”，还说“杂气为病，一气自成一病”，因此在《温疫论》中论述了“虾蟆瘟”“瓜瓢瘟”“疙瘩瘟”等不同病名。表明他已初步认识到各种不同的病原体可引起不同的传染病。300多年后的今天，随着社会与科学的进步，我们更当有这种认识，根据新病种，确定新病名。如现代医学对2003年所称的“非典型肺炎”也是过渡性的。它随着病原体分离的结论将冠以新的病名，事实上人民卫生出版社最近出版的《内科学》教科书中非典型肺炎已被如病毒性肺炎、支原体肺炎等明确的病因学诊断和病原学诊断所取代。而

世界卫生组织和各国专家把“非典”称为“严重急性呼吸综合征（severe acute respiratory syndrome, SARS）”。所以新病名的确立是认识的进步，也是中医学自身诊疗与研究的需要。

二、病因

1. 疫疠之气传染 为感染一种特殊的致病物质，非一般所指的风、寒、暑、湿、燥、火等六淫之邪。

2. 机体抗病能力的低下 疫病流行之际，有人发病，有人不发病，主要取决于体质和正气的强弱。吴又可指出“本气充满，邪不易入，本气适逢亏欠，呼吸之间外邪因而乘之”。他还说“正气稍衰者，触之即病”，说明自身的抗病能力对是否发病有重要影响。

三、病性

病机是中医对疾病变化机理的概括性认识，病性是疾病变化的结果。根据新型冠状病毒感染性肺炎的发病表现，其基本病机可概括为：疫毒外侵，肺经受邪，正气亏虚。病理性质涉及湿、热、毒、虚、瘀。湿邪致病既可外感，亦可内生，亦可因干预过程而助湿，湿邪易阻遏气机，导致其升降失常，可见胸闷脘痞，便溏腹泻苔厚腻等症。热，是指新型冠状病毒感染性肺炎在发病和发展过程中以发热为主要特征，具有温热病性质，同时在发病过程中有热邪燔灼呈阳热之象及热性升散易于耗气伤津的病理表现。毒，一方面是疫毒，为一种特殊的致病物质形成的致病因子，毒随邪入，发病急骤，传变迅速，极易导致喘促厥脱；一方面邪盛酿毒，浸淫脏腑，使之功能严重失调，甚则发生实质损害，内外毒邪互为交炽，影响病情的发展与转归。虚，为正气虚，发病之初即有正气虚，《内经》言“盖无虚，故邪不能独伤人”，发病之后，正气尚盛，转归较好，反之则差，从新型冠状病毒感染性肺炎死亡病例看，以久

病或年老之体为多；另一方面，病邪内羁，气血津液受耗，容易致虚。瘀是疫毒蕴结，血热煎熬成瘀，王清任说“血受烧炼，其血必凝”（《医林改错》），何廉臣也言“清火兼通瘀者，因伏火郁蒸血液，血被煎熬而成瘀”（《重订广温热论》）；同时邪热灼伤阴液，阴液不足即可造成血液浓缩而运行迟滞成瘀，正如周学海说“津液为火灼竭，则血行愈滞”。新型冠状病毒感染性肺炎过程中表现的微循环障碍及肺间质性病变等皆为瘀的表现。湿热毒瘀皆为实邪，可以兼夹为患，也可以在不同病理阶段有所偏重，“虚”是正气虚，“邪气盛则实，精气夺则虚”，临床上应把握病机，把握正气与病邪斗争的动态演变从而作出策应。

四、治疗原则

1. 重视“辨病为主、病证结合、专病专方”治疗相结合 根据疫病发病特点即某一疫病皆有相同症状，因此要求治疗的针对性。吴又可在《温疫论》中说“然则何以知其为疫？盖脉证与盛行之年所患之症，纤悉相同，至于用药、取效，毫无差别”。因此要重视“辨病为主、专病专方”。吴又可深刻指出：“一病只有一药之到而病自己，不烦君臣佐使品味加减之劳矣。”在把握疾病演变过程中主要证候的基础上进行辨证论治。

2. 重视体质因素 发病程度与感染毒株毒力强弱有关，但与体质强弱亦密切相关。

3. 要重视疫毒的病性 新型冠状病毒感染性肺炎是急性传染病，属于中医的疫毒，不等同于“四时温病”。立足点要针对“疫毒”的病理表现及特点，离开了“疫毒”就离开了主要病因。因此，发病过程中由毒而热、由毒而喘、由毒而瘀、由毒而脱、由毒而虚，从病机而论有湿毒、热毒、瘀毒等不同的病性，故治之当不离毒，“逐邪为第一要义”。《温疫论》对疫病的治则提出“大凡客

邪贵乎早逐”“邪不去则病不愈”，强调“有邪必逐，除寇务尽”为其指导思想。

4. 要重视主要病变部位和主要证候 新型冠状病毒感染性肺炎病位主要在肺，除高热外，干咳、胸闷、气促乃至呼吸窘迫及肺实变体征都说明了这一点，其次伴有胃肠道症状，危重期多见多脏器损伤。

5. 要重视根据病情的迅速变化判断轻症、重症并作出相应处理

由于本病变化急骤，有的患者病情迅速加重，肺部多叶病变，重症新型冠状病毒感染性肺炎出现休克、多器官功能障碍综合征，因此很难以时间段分期，要重视轻症与重症判断，作出相应处理。

6. 根据新型冠状病毒感染性肺炎发病的特点，结合现代有关药理研究成果，提出针对该病临床演变规律的综合治疗方法 如不同病理阶段的治疗措施，早期截断扭转防止病情发展；后期扶持正气，预防肺间质病变；危重阶段配合西医抢救；如何减少抗生素与激素的副作用等，总结更新中医治疗方案。

下篇 中医药治疗

一、轻型的治疗

1. 分期特点

轻型属于对目前没有明显症状的可疑传染病患者和曾经与传染病人或者疑似传染病人有密切接触的人（密切接触者）的观察阶段。此时尚未能明确诊断，临床表现常仅为低热、轻微乏力等轻微症状，无肺炎表现。

2. 辨治要点

①外邪初起侵犯肺卫，其寒热湿的表现多不明显，用药当轻灵疏透，忌过于苦寒温燥，反伤正气；②此时应预防为主，防治结合，防止病情发展。

3. 辨证分型论治

时邪犯表证

临床表现 微恶寒发热，鼻微塞，咽稍痛或伴咽痒，轻微乏力，苔薄白微腻或微黄，脉浮。

病机 疫毒时邪犯表，卫表失和。

治则 解表发散，扶正散邪。

处方 葱豉汤合玉屏风散加味。

参考用法 葱白一根切段，豆豉 10g，生黄芪 9g，炒白术 9g，防风 9g，苏叶 6g，金银花 6g，牛蒡子 9g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 葱豉汤出自《肘后备急方》，为辛温解表轻剂，有通阳发汗之功。如《医方集解》所言：“葱通阳而发汗，豉升散而发汗，邪初在表，宜先服此以解散之。”葱白“能达外内之情”“宜于病初起，卒难辨识之际”（邹润安）。华岫云言：“在内之温邪欲发，在外之新邪又加，葱豉汤最为捷径，表分可以肃清。”王孟英直言“此汤为温热病开手必用之剂”（《温热经纬》）。当初起之疫毒时邪寒热湿均不明显之时，此方最便于家中应用。玉屏风散出自《世医得效方》，为补益剂，有益气固表止汗之功效。《古今名医方论》评曰：“以防风之善驱风，得黄芪以固表，则外有所卫，得白术以固里，则内有所据，风邪去而不复来，当倚如屏，珍如玉也。”因此以葱豉汤之发散解表合以玉屏风散之益气固表，可收扶正祛邪、防治新型冠状病毒肺炎之功。

加减用法 ①若症见发热重、头胀痛、咽喉红肿疼痛、咳嗽伴有黄黏痰、鼻塞黄涕等风热之象，则宜以辛凉之剂银翘散、桑菊饮加减；②若症见恶寒重、无汗、头痛身痛、鼻塞流清涕、咳嗽吐稀白痰等风寒之象，则宜以荆防败毒散、香苏饮加减。

4. 辨病对症治疗

（1）低热（微热）

低热（low fever）是一种常见的症状，一般是指体温超过正常，但在 38℃ 以下者。中医称为微热，指发热不高，热势不甚。临床上可以酌情加用金银花、连翘、桑叶、葛根等药物以加强退热之力，可选用手太阴肺经、手阳明大肠经、督脉的穴位进行推揉按摩，如列缺、合谷、大椎、太阳、风池等。同时可以艾灸足三里增强机体正气以退邪。

（2）胃肠不适

少部分患者早期可能出现腹痛、腹泻等胃肠不适表现，此时当以藿香正气散、香苏饮加减，祛湿健脾，同时可选用手阳明大肠经、足阳明胃经的穴位进行推揉按摩，如合谷、曲池、梁丘、天枢、足三里等。

二、普通型的治疗

1. 分型特点

普通型属于疫毒外感，侵袭体表和呼吸道的临床阶段。其临床表现多有发热、干咳、肌肉疼痛、乏力等卫表症状，多无高热、大量咯痰、便秘等里热症状。

2. 辨治要点

①疫毒袭肺不宜大剂量苦寒以免凉遏冰伏；患者常伴腹泻，亦不宜一派苦寒；②湿邪阻滞不唯燥湿，尚可宣化湿邪，透邪外出，或通阳渗湿，湿热互结则清透并用。总之，湿邪重在施予出路，正如叶天士所说“或透风于热外，或渗湿于热下，不与热相搏，势必孤矣”。

3. 辨证分型论治

（1）寒湿疫毒袭肺证

临床表现 疫毒初起，恶寒发热，无汗头痛，肢体骨节酸痛，口中苦而微渴，苔薄白微腻，脉象浮或浮紧。

病机 寒湿疫毒袭表，郁闭肺卫。

治则 散寒祛湿，解表除疫。

处方 九味羌活汤、神授太乙散加减。

参考用法 羌活 9g，防风 9g，苍术 9g，苏叶 6g，葛根 9g，细辛 3g，川芎 9g，香白芷 12g，升麻 9g，白芍 6g，黄芩 6g，甘草 3g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 九味羌活汤又名大羌活汤，出自《此事难知》卷六十二引《经验秘方》。《伤寒六书》云：“此汤非独治三时暴寒，春可治温，夏可治热，秋可治湿，治杂证亦有神也。”《医方考》云：“触冒四时不正之气，而成时气病，憎寒壮热，头疼身痛，口渴，人人相似者，此方主之。”方中羌活发散风寒，祛风胜湿，宣痹止痛，为主药。《本经逢原》曰：“羌活发汗散表，透关利节，非时感冒之仙药也。”防风辛甘性温，为太阳本经药物，且为风药中之润剂，既合诸辛温之品祛风发表，又缓羌活诸辛温之燥烈；苍术辛苦温燥，既可发汗助主药以散表湿，又可入脾以防外湿而致内湿之变，二药共为辅药；细辛、川芎、白芷散寒祛风，并能行气活血，宣痹以除头身疼痛；黄芩清泄在里之蕴热，并防诸辛温香燥之药伤津之弊。神授太乙散出自《是斋百一选方》卷一三六引《广南卫生方》，专治“四时气令不正，瘟疫妄行，人多疾病……及阴阳两感，风寒湿痹”，方中寓升麻葛根汤之义，与九味羌活汤合用以加强祛除瘟疫毒邪之力。方中升麻甘、辛，微寒，发表透邪，清热解毒，《别录》谓其：“主解毒入口皆吐出……时气毒疔，头痛寒热，风肿，诸毒，喉痛口疮。”紫苏叶辛温芳香，疏散风寒，兼以理气和中；葛根以解表退热，透疹疏邪；白芷辛温，祛风解表，通窍止痛，又能燥湿，白芷合川芎以散寒祛风，行气活血，宣痹以止头身之痛；白芍以敛阴和营，又使辛散之药不致伤阴。甘草既解毒，又能调和诸药。诸药合用，共奏散寒解表，理气除湿，辟秽解毒之功。

（2）湿热疫毒蕴肺证——热重于湿型

临床表现 疫毒初起，起病急骤，发热不解，微恶寒，口干，干咳、少痰或有血丝痰，无汗或少汗，头痛，遍身酸痛，神疲乏力，或伴腹泻，舌淡红，苔薄白或微黄，脉数。

病机 湿热疫毒蕴肺，郁闭肺卫。

治则 辛凉宣泄，化湿透邪。

处方 升降散、栀子豉汤加味。

参考用法 僵蚕 10g，蝉蜕 6g，大黄 6g，姜黄 10g，栀子 10g，豆豉 10g，芦根 30g，金银花 15g，藿香 10g，草果 6g，虎杖 9g，鱼腥草 15g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 湿热蕴肺，不宜燥热，升降散为温病名方，又名太极丸，有宣化湿热，透邪外达之功。最早见于明代医家张鹤腾编著的《伤暑全书》“凡患瘟疫，未曾服他药，或一二日，或七八日或至月余未愈者”，皆可用升降散治疗。其后杨栗山强调升降散的重要性和实用性，将其推为治疗瘟疫的首要方剂，表里轻重皆可用之。方中僵蚕味辛苦，“功能清热解郁，胜风除湿，化痰散结，解毒定惊”“辟一切怫郁之邪气”；蝉蜕“涤热而解毒”，擅解外感风热，定惊镇痉；大黄清泄通下，腹泻者去大黄；姜黄“祛邪伐恶，行气散郁”“建功辟疫”，诸药合用，辛凉宣泄，升清降浊。僵蚕、蝉蜕两种药物，“得天地清化之气，以涤疫气，散结行径，升阳解毒”，解毒力量比其他药物更强，同时虫类药物走窜力强，有利于分消内外热邪，防止热邪内陷。杨氏于瘟疫流行之际，屡用此方活人甚众。栀子豉汤方出《伤寒论》，以栀子味苦性寒，泻热除烦，降中有宣，香豉体轻气寒，升散调中，宣中有降。栀子重在“清热”，豆豉重在“香透”，清中有透，则郁热自除。上海张镜人氏先辈治时疫发热每以此方配伍，名为“黑膏”，世代相传，救治极验。芦根、银花二味源于北京 SARS 治疗经验，芦根取其甘寒，归肺、胃经，清热利湿、生津止渴、清胃止呕之效。叶天士擅用芦根、滑石等渗湿于热下。现代临床可用于治疗感冒、急慢性支气管炎、扁桃腺炎、肺脓疡等症，在治疗呼吸系统疾病中，为最常用的药物之一。金银花辛凉质轻，归心、胃经，有清热解毒，疏散风热之效。药理实验证明其具有清热解毒、利胆、保肝以及抗病毒等作用。

复加鱼腥草清肺利湿解毒，治肺热咳嗽，现代药理研究亦证明

本品有抗病毒及增强免疫作用；藿香、草果芳香化湿，宣可去壅，善开痰结。虎杖有良好的祛风、利湿、散瘀、定痛、止咳作用，正为干咳身痛等症所宜。现代药理研究证明本品有抗病毒作用，同时有镇咳、平喘作用。上方综合应用，共奏清热透邪，肃肺热，解肌定痛之功。

（3）湿热疫毒蕴肺证——湿重于热型

临床表现 疫毒初起，发热午后尤甚，汗出不畅，胸闷脘痞，呕逆纳呆，腹泻或便秘，肢重酸楚，口干饮水不多，干咳或呛咳，或伴有咽痛，口苦或口中黏腻，舌红苔黄腻或白厚腻，甚至白厚如积粉，脉滑数。

病机 湿热疫毒蕴肺，郁闭肺卫。

治则 利湿化浊，清热解毒。

处方 甘露消毒丹、达原饮加减。

参考用法 滑石 12g，黄芩 10g，茵陈 10g，石菖蒲 9g，藿香 10g，白蔻仁 6g，槟榔 10g，草果 6g，厚朴 10g，连翘 15g，薄荷 6g，射干 9g，甘草 6g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 甘露消毒丹出自《医效秘传》，主治湿温、时疫，邪留气分，湿热并重之证。全方化湿辟秽，清热解毒。方中滑石、茵陈清热利湿，黄芩清热燥湿，泻火解毒，三药相合，共为君药。湿热留滞，易阻气机，故臣以石菖蒲、藿香、白豆蔻行气化湿。佐以连翘、射干、薄荷，合以清热解毒散结，宣化气机。达原饮出自《温疫论》，本方合用达原饮之槟榔、厚朴、草果以增强疏利透达之功，槟榔消磨除其伏邪，厚朴除湿散结，草果辛烈气雄散邪，从而气行湿化、拔除疫毒。

4. 辨病对症治疗

（1）发热

发热为新型冠状病毒肺炎常见首发症状，约占 98%。对于发热

的治疗,应避免盲目或不恰当的使用抗菌素,尤其是联合使用广谱抗菌素。应用中药控制体温,清热透邪,清肃肺热,解肌定痛。本病潜伏期一般3~7天,最长10~14天。早期以发热为主,一般5~7天,此时病毒盛而正不弱,是转折的关键时刻。如中药早期控制,可直接进入恢复期。

临床可以在辨证选方的基础上,酌情加用柴胡、葛根、金银花、连翘、葱白、豆豉等药物,以加强退热之功。同时可选用手太阴肺经、手阳明大肠经、督脉的穴位进行推揉按摩,如列缺、合谷、大椎,以及足少阳胆经的风池穴、经外奇穴太阳穴。对于小儿患者,尤宜使用推天河水的退热疗法。

(2) 干咳

咳嗽为除发热外的最常见症状,约占76%,多为“干咳”,没有痰,或少量白痰,或少数病人痰中带有血丝。

临床可以在辨证选方的基础上,酌情加用杏仁、桔梗、前胡、紫菀、当归等药物,以加强止咳之功。同时可以选用手太阴肺经的穴位进行推揉按摩,如鱼际、尺泽、孔最等。

(3) 肌肉疼痛或乏力

肌肉疼痛或乏力,约占44%。临床可以在辨证选方的基础上,酌情加用羌活、葛根、防风等药物,以加强解肌之功。

三、重型的治疗

1. 分型特点

重型属于疫毒内传,致使热郁胸膈、扰动心神,甚则邪毒闭肺、肠道炽结的临床阶段。其临床表现多有高热、神昏、胸闷、气喘、便秘等里热气滞症状,一般尚无呼吸欲绝、脉微欲脱等危重征象。

2. 辨治要点

①瘟疫热毒至深，里热愈炽，此时应在此前泻热透邪的基础上，内外分消其势。②同为高热，有辨证之异：热毒火邪郁结上焦，气热烁津，清上泻下；热与湿结，湿热并重，利湿化浊；邪毒闭肺，热结肠燥，通腑泻热；疫毒炽盛，高热神昏，清热安神。③瘀毒互结，瘀毒同治。注意辨证用方。

3. 辨证分型论治

（1）热结胸膈证

临床表现 表郁已微，有汗不畅，里热偏重。烦躁口渴，面赤唇焦，胸膈烦躁，口舌生疮，谵语狂妄，或咽痛吐衄，大便热结，小便短赤，舌红苔黄，脉滑数。

病机 热毒火邪郁结于胸膈。

治则 泻火解毒，清上泄下。

处方 凉膈散。

参考用法 连翘 12g，黄芩 10g，栀子 10g，酒大黄 6～10g，芒硝 6～9g，薄荷 9g，竹叶 12g，甘草 6g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 凉膈散原方出自《太平惠民和剂局方》，具有泻火通便、清上泄下之功，主治上、中二焦火热证。方中连翘轻清透散，长于清热解毒，透散上焦之热，黄芩清胸膈郁热，山栀通泻三焦，引火下行，大黄、芒硝泻火通便，以荡涤中焦燥热内结，薄荷清头目、利咽喉，竹叶清上焦之热，甘草调和诸药。全方配伍，共奏泻火解毒、清上泻下之功。

（2）毒扰心神证

临床表现 壮热不已（体温持续 39～40℃以上）或起伏不定，烦渴，神迷，甚则神昏，舌红绛，苔少，脉细数。

病机 疫毒炽盛，充斥内外，侵扰心神。

治则 清热泄毒，透热达邪，宁心安神。

处方 紫雪丹。

参考用法 每次 1.5～3g，口服，一日 2 次。

方义 本方为泻火清热、气血两清名方，《医方集解》将其归纳入为“泻火之剂”，用治“一切火热”，历代医家用治“温邪内闭热壅”（吴塘），“毒侵脏腑，热闭神明……专治一切实火闭结证”（徐大椿）。临床应用本方治温热时疫，热势鸱张，内闭多有捷效。现代常用于重症肺炎等传染性、感染性疾病，现代药理证明其解热作用明显，紫雪丹灌胃对五联疫苗所致的家兔发热有明显解热作用，紫雪丹组 2 小时的解热效果与复方阿司匹林组相比无明显差异，而 4 小时的解热作用效果显著优于复方阿司匹林组。紫雪散与紫雪口服液对二硝基酚所致的家兔发热有明显解热作用，紫雪散组与紫雪口服液组的体温均明显低于羧甲基纤维对照组，作用快而平稳。

（3）痰热壅肺、毒瘀互结证

临床表现 高热、咳嗽、胸闷、气促、咽干、口渴、汗出，舌红苔黄或紫暗，脉滑数。

病机 热毒互结，瘀阻肺络。

治则 化痰宣泄，清肺降逆。

处方 桃红麻杏石甘汤、桔梗汤加味。

参考用法 桃仁 10g，红花 10g，炙麻黄 6g，杏仁 10g，生石膏 30g（先煎），甘草 6g，桔梗 10g，枇杷叶 15g，鱼腥草 30g，射干 10g，莱菔子 10g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 麻杏石甘汤清热平喘，现代药理研究证实本方有抗炎、解痉作用，降低血钾及降低血液黏度作用，该方应重用石膏，大于麻黄 3～5 倍；瘀阻肺络，血行障碍，治节失司，复加桃仁、红花活血，改善循环障碍缺氧。合桔梗汤（桔梗、甘草），王孟英《温热经纬》谓“桔梗开肺气之结，肺窍既通，气遂宣通，热自透矣”；

复加鱼腥草增强清肺之力，枇杷叶降气平逆；射干降火、解毒、散血，《本经》曰其“主咳逆上气……不得消息”“散结气”，现代药理研究证实本品对腺病毒有抑制作用；莱菔子化痰泄浊，可通气闭，王秉衡《重庆堂随笔》谓“莱菔子下气最速之物，服之即通者，病由气闭也。”湿热壅肺者，用葶苈大枣泻肺汤加减泻肺下气平喘（葶苈子 15g，大枣 12 枚）。

（4）邪毒闭肺证

临床表现 气逆咳喘，脘腹燥实，便秘，潮热，谵语狂乱，或热结旁流，神识昏糊，脉沉实有力或沉伏。

病机 邪毒闭肺，热结肠燥。

治则 通腑泻热，清肺解毒。

处方 解毒承气汤、宣白承气汤。

参考用法

解毒承气汤：白僵蚕 10g，蝉蜕 10g，黄连 6g，黄芩 10g，黄柏 10g，栀子 10g，枳实 6～10g，厚朴 6～10g，酒大黄 5～10g，芒硝 6～10g（冲服）。日一剂，水煎服，早晚各一次。

宣白承气汤：生石膏 30g，生大黄 10g，瓜蒌 15g，杏仁 10g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义：肺与大肠相表里，邪热壅肺的同时出现大便干结，宜通腑以泻热。解毒承气汤出自《伤寒温疫条辨》，辟秽解毒，通腑泻热。治温病三焦大热，痞满燥实，谵语狂乱不识人，热结旁流，循衣摸床，舌卷囊缩，及瓜瓢、疔瘡瘟，上为痈脓，下血如豚肝，厥逆，脉沉伏者。宣白承气汤出自《温病条辨》，生石膏清泻肺热，生大黄泻热通便，杏仁粉宣肺止咳，瓜蒌皮润肺化痰，诸药同用，可使肺气宣降，腑气畅通。以上两方可酌情施方，随证治之。王今达、曾兆麟研究证实通里攻下能改善水肿，促进肺泡上皮增生与修复，改善肺泡通气/血流比例，对脏器有保护作用，也具有消炎排

除病毒，改善血液循环的作用。

4. 辨病对症治疗

(1) 高热

本病高热指体温持续在 $39.1 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上，目前西医对高热治疗：①物理降温：如冰敷、酒精擦浴等（已不提倡用冰袋或低于体温的凉敷方法，低于体温的温度可引起皮肤毛细血管收缩，不利于皮肤散热）。②激素治疗：有严重中毒症状、高热不退或发展成重症和达到重症病例标准者使用。有认为激素治疗延长了病毒的清除时间，并不缓解该病的进展，可以减轻症状，也可能掩盖一些症状，应用激素可使体温很快下降，停用后，体温又会急骤上升，也有认为过早或大剂量滥用激素，抗感染不足时，可引起感染病灶扩散，因此要严格掌握适应证（重症）并在抗感染的前提下使用。再就是撤用激素的问题也需要考虑。

临床上可以在辨证选方的基础上，酌情加用大剂量的柴胡、石膏、知母等药物，便秘者还应加用生大黄、芒硝等通腑药物，以加强退热之功。同时可以使用酒精棉球擦拭穴位，如大椎、合谷、风池、曲池等。

(2) 气喘

本病重症期的常见临床表现为气促，即呼吸频率增快（成人 >30 次/分钟即成为呼吸增快或气促，见于高热、缺氧病人）。现代医学对气促明显、轻度低氧血症根据氧饱和度变化及时给与有效氧疗措施，予持续鼻导管或面罩吸氧。必要时经鼻高流量氧疗、无创或有创机械通气等。

临床上可以在辨证选方的基础上，酌情选用桑白皮、黄芩、地龙等清热平喘药物，改善呼吸功能。同时可以按摩肺俞、定喘、膻中、喘点（耳穴）等穴位。

(3) 胸闷

胸闷是本病的常见临床症状之一，重症期邪毒炽盛，阻滞气机，尤易见胸闷出现。临床上可以在辨证选方的基础上，酌情选用瓜蒌、薤白、郁金、炒枳壳等药物，疏通气机。同时可以按摩内关、膻中、天池、天泉等穴位。

四、危重型的治疗

1. 分型特点

危重型常见闭证和脱证两种不同的转归趋势，前者为疫毒内炽、气血两燔、邪闭心包，后者为邪盛正虚、肺气欲脱或心阳欲脱，均属于危重临床阶段。前者多在高热的基础上进一步表现出狂躁、抽搐甚则昏厥等神经系统受损征象，后者则多无高热等实象，转为神志昏愠、手撒肢冷、二便失禁、脉微欲绝等虚象。

2. 辨治要点

①见微知著，及早防变，注意神志、脉象情况动态改变，防止危急重症的发生。②急则治标，中西医方法结合使用，以挽救患者生命为先。

3. 辨证分型论治

(1) 气血两燔证

临床表现 大热渴饮，头痛如劈，干呕狂躁，谵语神昏，或发斑，或吐血、衄血，四肢抽搐、或厥逆，脉沉数，或脉沉细而数，或浮大而数，舌绛唇焦。

病机 疫毒内侵，气血两燔。

治则 清热泻火，凉血解毒。

处方 清瘟败毒饮。

参考用法 生石膏 30g，生地黄 20g，水牛角 20g，黄连 10g，栀子 10g，桔梗 10g，黄芩 10g，知母 10g，赤芍 10g，连翘 15g，

玄参 20g, 甘草 6g, 丹皮 10g, 竹叶 10g。日一剂, 水煎服, 早晚各一次。

方义 清瘟败毒饮首载于清代余师愚《疫疹一得》, 为余氏于乾隆五十七年至五十九年京城大疫中所创之经验方, 对大热表里俱盛之证收效甚好, 活人无数。历代均释之以清热解毒、气血两清之方, 治疗瘟疫气血两燔之证。方中重用石膏合知母、甘草以清阳明之热; 黄连、黄芩、栀子三药合用能泻三焦实火; 水牛角、丹皮、生地、赤芍专于凉血解毒化瘀; 连翘、玄参、桔梗、甘草清热透邪利咽; 竹叶清心利尿, 导热下行。诸药合用, 既清气分之火, 又凉血分之热, 是治疗气血两燔的主要方剂。研究证实清热解毒方药有增强单核吞噬细胞系统作用, 可提高细胞免疫能力, 或抑制体液免疫功能, 或增强肾上腺皮质功能。

陈益昀等治疗 28 例 SARS 患者 (其中重症 18 例, 占 64.28%), 在西医常规治疗的同时予清瘟败毒饮加减治疗, 取得良效。根据原卫生部公布的《传染性非典型肺炎病例出院参考标准》, 26 例痊愈出院, 仅有 2 例重症患者死亡。张学智等选择 10 例患者为研究对象, 在常规西药 (抗生素、抗病毒药、免疫调节剂) 治疗基础上加用清瘟败毒饮加减, 治疗前后观察体温变化和肝肾功能。10 例患者退热时间平均在 $2.90 (\pm 1.009)$ d, 与单用西药退热时间在 4d 以上相比较, 加用清瘟败毒饮可以缩短退热时间, 明显缓解流感患者临床症状, 同时未发现不良反应。现代实验研究也发现清瘟败毒饮具有解热、拮抗血小板凝聚、降低血液粘度、抗炎、镇痛、镇静、抗菌、抗病毒、保肝、解毒、强心、利尿等药理作用。

(2) 邪闭心包证

临床表现 神昏谵语或昏愦不语, 身热烦躁, 舌謇肢厥, 舌质绛红, 脉数。

病机 邪闭心包。

治则 清泄邪热，开闭通窍。

处方 安宫牛黄丸或至宝丹。

参考用法 用温水送服上药一粒，兼便秘者可用生大黄水送服。

方义 安宫牛黄丸出自清代医家吴鞠通《温病条辨》，用生大黄水送服则为牛黄承气汤。安宫牛黄丸辛凉开窍、清热解毒，用于热病邪入心包、高热惊厥、神昏谵语；中风昏迷及脑炎、脑膜炎、中毒性脑病、脑出血、败血症见上述证候者。至宝丹出自宋代《太平惠民和剂局方》，有化浊开窍、清热解毒之功效。主治痰热内闭心包证。若兼见痰盛气粗、舌苔黄垢腻、脉滑数者更宜选用至宝丹。

（3）络阻气脱证

临床表现 咳嗽，胸闷，倦卧，语声低微，咽干，气微不足以息，动则愈甚，呼多吸少，甚则端坐呼吸，面色晦暗，唇甲重度紫绀，脉细浅数或脉迟而微，舌紫暗。

病机 疫毒内蕴，肺络痹阻，气虚喘脱。

治则 益气生津，活血通脉，收敛固脱。

处方 生脉饮合通经逐瘀汤加减。

参考用法 西洋参或人参 15g（另炖兑入），麦冬 15g，五味子 10g，山萸肉 20g，当归 30g，川芎 10g，丹参 20g，桃仁 15g，红花 10g，赤芍 10g，地龙 10g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 生脉饮首见于金代张元素的《医学启源》，用于治疗“肺中伏火，脉气欲绝”以及“补肺中其气不足”。后世多用于肺气虚馁，气阴不足之证。吴昆《医方考》云“肺主气，正气少故少言……人参补肺气，麦冬清肺气，五味子敛肺气，一补一清一敛，养气之道尽矣。”《赤水玄珠》对本方适应证的描写更具体指出“肺气大虚，气促上喘，汗出而息不续，命在须臾”，现代药理研究证

实本方有抗休克与促进人体皮质醇分泌的作用。加山茱萸收敛以固气脱。张锡纯《医学衷中参西录》谓本品“大能收敛元气，振作精神，固涩滑脱”，治喘逆势危欲绝，气微不足以息。复加当归、川芎、丹参活血以通肺络，改善循环，共奏益气养阴、活血固脱之功。通经逐瘀汤出自王清任《医林改错》功主活血化瘀解毒。地龙通经活络，正合王氏“解其毒，活其血”治疗原则。其方中要重用桃仁、红花，“血中瘀滞用桃红”是其特点，若腹泻，可减桃仁，以防滑肠。

(4) 心阳虚脱证

临床表现 手足厥冷，体温骤降，血压下降，颜面苍白，大汗淋漓。表情淡漠或神昏不语，气短而促，舌质暗淡，脉微欲绝。

病机 瘟毒内侵，阳气绝脱，血脉瘀滞。

治则 回阳救逆，活血化瘀。

处方 回阳救急汤加味。

参考用法 熟附子 9g，党参 24g，干姜 6g，白术 12g，甘草 12g，桃仁 12g，红花 10g，枳壳 15g。一日 3～4 次，救急则少量频服。

方义 热传心包，痰热壅遏，昏迷惊厥用安宫牛黄丸，芳香开窍，清热解毒。如面色灰白，舌质紫暗，呼吸急促，四肢厥冷，血压下降用回阳救急汤（出自《伤寒六书》），意在益气回阳救逆（党参可改用人参 20g 另炖先服）。白术健脾益气，以助回阳之力。阳气亏虚，气不行血，必有血瘀内生，故加枳壳、桃仁、红花活血化瘀，通行气血，“回阳化瘀”。现代应用本方救治各种原因引起的休克如感染性休克等出现微循环障碍或弥漫性血管内凝血者。

4. 辨病对症治疗

(1) 呼吸困难

新型冠状病毒肺炎约 50% 出现呼吸困难，重型病例在 7 天左右

右出现，发病过程中出现肺通气或换气功能严重障碍，可有呼吸频率、深度、节律的改变。主要表现为突发性进行性呼吸窘迫、气促、紫绀，伴有烦躁、焦虑表情，出汗等，常与低氧血症并存。

①有明显呼吸困难的或达到重症病例诊断标准要进行监护，西医主要根据呼吸困难程度、胸部影像学进展情况酌情短期内（3～5天）使用糖皮质激素，建议量不要超过相当于甲泼尼龙 $1\sim 2\text{mg}/\text{kg}\cdot\text{d}$ 。②可使用无创正压通气，首选鼻罩CPAP或BiPAP方法。③严重呼吸困难和低血氧症吸氧 $5\text{L}/\text{min}$ 条件下， $\text{SaO}_2<90\%$ 或氧合指数 $<200\text{mmHg}$ ，经过无创正压通气治疗后无改善或不能耐受无创正压通气者，应及时考虑进行有创的正压通气治疗。此时喘憋短气不足以息为喘脱，见于极期。应用中医急固元气，以防呼吸衰竭。并重视低氧血症出现微循环障碍以及喘憋、紫绀等瘀阻脉络之象。

临床可以在辨证选方的基础上，注意气阴两顾、收敛固脱，同时补中有通、兼以活血，酌情加用人参或西洋参（独参汤）、山萸肉、炙麻黄、地龙、丹参等药物改善呼吸困难，并可佐用艾灸神阙、关元的方法提升正气。

（2）肺间质病变

新型冠状病毒肺炎发病过程中可引起肺间质组织增生，形成肺间质病变以及疤痕组织，使肺顺应性降低，肺容量减少，呈限制性通气和弥漫性通气功能障碍。由于肺功能障碍，出现进行性呼吸困难，肺泡不能实现气体交换过程，导致血液中的氧含量下降。目前西医在肺泡炎性阶段可作去除病因治疗，若病情加重，可导致呼吸衰竭。中医宜较早运用，阻止肺间质病变的形成。疫毒侵肺，肺气壅遏。若出现吸入困难，呼吸浅短难续，或气血运行不畅，心脉瘀阻即出现呼吸喘满，紫绀等，属本虚标实，是肺间质纤维化的晚期阶段，则治疗较为困难。

临床可以在辨证选方的基础上，酌情加用地龙、皂角刺、消瘰

丸（玄参、生牡蛎、浙贝母）等药物化痰活血通络，以阻止肺间质病变的发生及发展。

（3）休克或 MODS

休克为本病出现的危重症状，休克早期为烦躁不安，心率加速，脉微弱，皮肤苍白，口唇指趾轻度紫绀，血压下降，若休克持续加重则出现呼吸急促，张口抬肩，面色灰白，紫绀，皮肤花纹，四肢湿冷，神志模糊，少尿以至无尿，甚至呼吸困难、昏迷。MODS 即多器官功能障碍综合征，是严重感染、休克等原发病 24 小时后机体同时序贯发生两个或以上器官或系统功能障碍的临床综合征，为急救医学领域的世界难题之一。

休克或 MODS 属中医厥脱，中药有醒脑、强心、升压效果。休克早期多为闭证发展为脱证，以开窍法或回阳固脱法参与施治。新型冠状病毒肺炎重症患者病情变化迅速，严重感染、休克、凝血功能障碍等病情往往短期内可兼夹发生，需要密切监护，随时做好抢救准备，中医中药在此环节，一方面注意根据病情发生情况，快速予以处方用药，可以将处方提前煎煮，以备危急重症出现时迅速给药。另一方面，要注意根据病情侧重，合理选择适用方剂。

五、恢复期的治疗

1. 分期特点

恢复期是患者的疫毒邪气已基本祛除，正气尚未完全恢复的愈后阶段。患者热退进入恢复期后常见憋气、气短出汗、语言无力或干咳、呛咳、精力疲惫、食欲差等一系列虚弱表现，肺部阴影还没有完全吸收，有时还有撤用激素的症状。此时应以扶正为主，促进恢复。

2. 辨治要点

①气阴两补，肺脾同调；②扶正为主，兼顾余邪。

3. 辨证分型论治

(1) 胃阴亏虚证

临床表现 食欲不振，口干咽燥，舌红少苔，脉细数。

病机 胃阴不足，余热未尽。

治则 甘寒生津，清泻余热。

处方 益胃汤加味。

参考用法 益胃汤：沙参 9g，麦冬 15g，冰糖 3g，生地黄 15g，玉竹 4.5g，泽泻 15g，车前子 10g，白茅根 30g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 益胃汤出自《温病条辨》，胃为水谷之海，十二经皆秉气于胃，胃阴复则气降能食。治宜甘凉生津，养阴益胃为法。本方重用生地、麦冬为君，味甘性寒，功擅养阴清热，生津润燥，为甘凉益胃之上品。北沙参、玉竹为臣，养阴生津，加强生地、麦冬益胃养阴之力，冰糖为使，濡养肺胃，调和诸药。并用泽泻、车前子利尿泄毒。白茅根凉血生津，清热利尿。

(2) 脾肺气阴两虚证

临床表现 热退乏力，气短汗出，唇干纳差，苔少或苔薄少津，脉细或细数。

病机 脾肺气阴两虚，营血亏损。

治则 益气养阴，荣营醒脾。

处方 百合固金汤、清燥养荣汤加味。

参考用法 百合 15g，麦冬 10g，贝母 10g，玄参 10g，桔梗 6g，甘草 6g，白芍 10g，当归 10g，生地黄 10g，熟地黄 10g，知母 6g，天花粉 15g，陈皮 10g，麦芽 10g，佩兰 10g。日一剂，水煎服，早晚各一次。

方义 百合固金汤金水并补，尤以润肺为主，滋养之中兼以清热凉血，宣肺化痰，俾阴血渐充，虚火自清，而收固护肺阴之效。

清燥养荣汤方出《温疫论》，治疫后阴虚，方中当归、白芍、地黄均与百合固金相同。另有知母、天花粉、陈皮、甘草清热和胃，复加佩兰、麦芽醒脾助运，全方清滋并用，气血同调，脾胃兼顾，正合病后调养。恢复期如有低热、舌红、口干、脉细弱可用竹叶石膏汤或《金匱要略》麦门冬汤，益气养阴泄肺。

值得欣慰的是，按照国家卫健委、国家中医药管理局“要在医疗救治工作中积极发挥中医药作用，加强中西医结合”的要求，湖北省中西医结合医院与武汉市中医医院首批共计 23 名患者经中西医结合治疗后于 2 月 6 日治愈出院，近日还将有一批患者痊愈出院，显示出以中医药为主的中西医结合方法在防治新型冠状病毒肺炎中的确切疗效。这批出院病人以轻症为主，有 3 例重症。他们均全程采用了以中医为主的中西医结合治疗而取得成效。为此，中央指导组专家组成员张伯礼院士和刘清泉教授收集了全国各地的资料，总结了以武汉地区为主的治疗新冠肺炎的经验。他们对中西医结合治疗对新冠肺炎疗效特点作了初步总结如下：

（1）对普通型患者，可改善症状，缩短疗程，促进痊愈

中医药在改善新冠肺炎患者主要症状方面具有确切作用。普通型患者常以发热、干咳、乏力等症状为主，部分患者伴有憋喘及肺部渗出病灶；中医药早期治以宣肺透邪，芳香化浊、清热解毒、平喘化痰、通腑泻热等治法，可防止病邪深入。

同时，对于焦虑、烦躁等情绪问题，中药治疗也有较好效果。

（2）对于重症、危重症患者，可减轻肺部渗出，控制炎症过度反应，防止病情恶化

对于重症、危重症患者，中药在减少肺的渗出，抑制炎症因子释放，稳定血氧饱和度，减少呼吸支持力度和抗生素使用程度等方面都具有作用。

重症及危重症患者，出现呼吸困难以及血氧饱和度明显下降，

需要借助呼吸支持，甚至是有创机械通气以及循环支持。此时在西医治疗的基础上，配合中药干预，如参麦注射液、参附注射液、血必净注射液等可以在稳定血氧饱和度，改善患者呼吸困难，抑制炎症因子释放等方面起到一定作用。

病情发展到重、危重时，常致脏器的损伤，对症支持治疗作用有限，中药的一些治法，如清心开窍、益气固脱、熄风凉血养阴、增液行舟等，可起到提高机体免疫机能，保护脏器功能，纠正电解质紊乱、减轻机体微循环障碍与组织纤维化程度等作用。

（3）对于恢复期患者，可促进康复进程

一些处于恢复期的患者，病毒的核酸检测虽然已经转为阴性，但乏力、咳嗽、精神状态差等症状仍然存在，特别是患者肺片的变化和临床症状并不对称，不同步。

病人出院了，但肺部还存在未吸收的炎症。在这种情况下，虽然没有传染性，但不代表病情完全好转，恢复期继续采用中药治疗可清除余邪，扶助正气，改善患者症状，促进损伤脏器组织的彻底修复。

除了服用中药，一些传统的中医理疗方法也有助于增强自身抵抗力，如太极拳、八段锦等。

以上经验总结基于较大样本临床观察，很有指导意义。但是张伯礼院士在之前新华网的专访中也重点提到：“治疗新型冠状病毒肺炎，中医药可以全疗程、全方位发挥作用，但我还是提倡中西医结合治疗。”他说，“中医西医各有所长，各有侧重，优势互补，协同取效。治疗此次肺炎目前尚无有效药物，主要是支持和对症治疗，中西协同救治病患就显得尤为重要，“要一切以病人受益最大为原则。”

六、预防新型冠状病毒肺炎的中医药处方

1. 内服方（非药食同源方）

处方 藿香 10g，红景天 15g，金银花 10g，贯众 6g，虎杖 6g，芦根 15g。

功效 芳香化浊，益气解毒。

用法 煎水内服，一日 2～3 次。

方义 藿香芳香和中，化浊辟秽，辛温散表以祛邪，芳香化浊而辟秽，《本草正义》言“芳香能助中州清气，胜湿辟秽”。红景天补气清肺，《本草纲目》言：“本经上品，祛邪恶气，补诸不足”，是“已知补益药中所罕见”；藏医《四部医典》认为“性平……主治周身乏力、胸闷、恶心、体虚等症”。二药并用，红景天一补一清，藿香一化一散，红景天、藿香一凉一温，一清一散，寒温并用，清散同工，共为君药。金银花、贯众、虎杖均可清热解毒，金银花清热解毒，并有一定解表之功，《重庆堂随笔》言“解温疫秽恶浊邪”；贯众清热解毒，为中医药常用预防药物，如《会约医镜》言“解时行疫气”，《本草正义》言“时疫盛行，宜侵入水缸中，常饮则不传染，而井中沉一枚，不犯百毒，则解毒之功，尤其独着，不得以轻贱而忽之”；虎杖清热解毒，利湿化浊，《肘后方》中用以“时疫流毒攻手足”之症。三药共用，以强君药解毒化浊之功，而为臣药。芦根甘寒，清热生津，滋肺清肺，《医学衷中参西录》谓“其性凉而善升”，上升之力颇强，能引药入肺经，而为佐使之药。诸药共用，而成芳香化浊，益气解毒之剂。

2. 内服方（药食同源方）

处方 藿香 10g，金银花 10g，白芷 6g，草果 6g，芦根 15g，白茅根 15g。

功效 化浊和中，利湿解毒。

用法 煎水内服，一日2～3次。

方义 藿香升清降浊，行气化湿，《名医别录》言“去恶气”；金银花清热解毒，《重庆堂随笔》言“解温疫秽恶浊邪”。二药一散一清，清热解毒，芳香辟疫，而为君药。白芷《本草纲目》言“色白味辛……芳香上达，入手太阴肺经”“其香气烈”，助藿香燥湿化浊。草果辛香化浊，辟秽止呕，宣透伏邪，《温疫论》谓“辛烈气雄，除伏邪盘踞”。白芷、草果同用，共为臣药。白茅根、芦根甘寒，清热利湿，益胃和中，滋肺清肺，二药同用助金银花清热，防藿香伤阴，共为佐药。芦根，《医学衷中参西录》谓“其性凉而善升”，上升之力颇强，能引药入肺经，并为使药。金银花、芦根、白茅根清热解毒，润肺生津；藿香、白芷、草果芳香化浊，利湿和中，六味药物互助互用，共奏化浊和中，利湿解毒之功。

3. 外用方

处方 藿香 20g，制苍术 20g，菖蒲 15g，草果 10g，白芷 12g，艾叶 10g，苏叶 15g，贯众 20g。

功效 燥湿化浊，芳香辟秽。

用法 水煎，室内熏蒸或研末制成香囊佩戴。

方义 清代温病学家吴鞠通在其所著《温病条辨》中云：“温疫者，疠气流行，多兼秽浊，家家如是，若役使然也。”藿香芳香行散，能化湿浊，《本草正义》言“芳香而不嫌其猛烈，温煦而不偏于燥烈，能祛除阴霾湿邪”；制苍术，燥湿健脾，《本草经注》言“除恶气，弥灾疹”，二药同用，以芳香辟秽，理气健脾，燥湿化浊，共为君药。菖蒲芳香化浊，健脾理气，祛湿解毒，《本草新编》言其“通气必须君以苍术”，可助苍术以增健脾通气化浊之功；白芷《本草纲目》言“色白味辛”，性温气厚，助苍术燥湿化浊；草果辛香宣透，《温疫论》谓“辛烈气雄，除伏邪盘踞”；艾叶苦辛性温，芳香温散，《本草从新》谓“能透诸经而除百病”，共辅藿香芳

香辟疫。菖蒲、白芷、草果、艾叶共为臣药。苏叶外散风寒，其性发散，助君臣之药芳香外散，驱逐秽浊疫毒之邪，是为佐助；贯众清热解毒，其性寒凉，入温热之剂，以为反佐。全方共用，君臣相助，佐使相协，共奏燥湿化浊，芳香辟秽之功。

4. 说明

内服外用处方，基于中医预防瘟疫病方药的功效，结合现代相关研究，并根据对此次新型冠状病毒肺炎的中医认识组方而成。方中金银花、贯众尤为中医常用预防疫病之药，在2003年SARS期间亦被多个预防处方推荐。金银花清热解毒，《重庆堂随笔》言“解温疫秽恶浊邪”，用于疾病防治的历史悠久，现代药理研究表明，绿原酸等有机酸类为其主要成分，还含有黄酮类、挥发油类、环烯醚萜苷类等成分，具有抗菌、抗病毒、增强免疫力等药理作用。南京大学生命科学院的研究团队发现，其富含MIR2911这一特殊的miRNA，MIR2911在中药炮制后仍能稳定存在，具有靶向和抑制新型冠状病毒的潜力及广谱的抗病毒作用，对水痘-带状疱疹病毒、肠道病毒71、埃博拉病毒、寨卡病毒、非洲猪瘟病毒、中东呼吸热病毒及猪轮状病毒等多种病毒具有广谱抑制的能力。虎杖清热解毒，《肘后方》即有用作治疗“时疫流毒”所致之症。现代药理研究显示，红景天润肺清肺，止咳平喘，活血益气等作用，具有很好的抗疲劳、增强免疫力等作用。藿香含有广藿香酮、广藿香醇等挥发油成分和大量的非挥发成分，这些成分具有明显的抗菌活性和抗病毒活性，能够保护和增强胃肠正常功能、提高机体免疫调节功能。

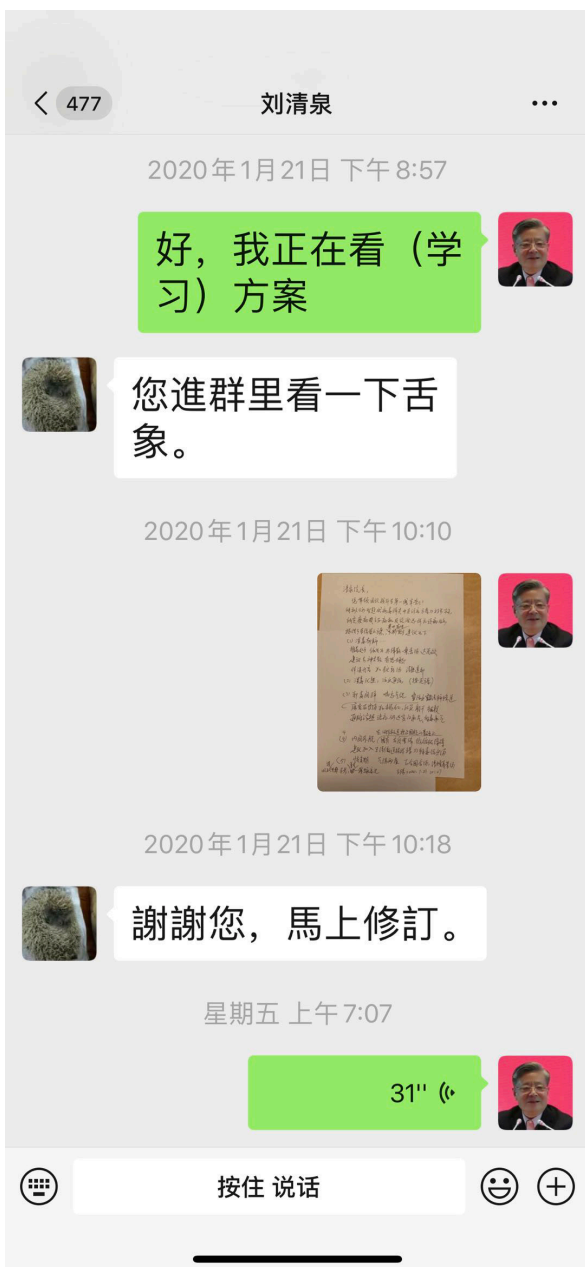
总之，对于新型冠状病毒肺炎的预防，首先要在一般通用防护的基础上，避免与病源的接触，顾护正气。本预防内服方的使用，要根据方解，辨证论治；根据不同体质因人制宜，选方用方，一般服用1~2周。

附件 1：王琦院士与在武汉一线刘清泉院长讨论新型冠状病毒肺炎的中医治疗方案手书文件及讨论实录

王琦院士作为国家中医管理局应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控工作专家组顾问与专家组副组长刘清泉教授讨论新型冠状病毒感染的肺炎的诊疗思路和第三版中医诊疗方案的微信截图和手书原稿附后。

微信中发给刘清泉院长的语音为：“清泉院长好，你们辛苦了，请给战斗在第一线团队同志们问好！全国人民都在听到你们的声音，看到你们工作的情景，我在第一时间里，向你拜个年！你和你的团队一定要保重身体，一定要注意安全，一定要注意保护，千万千万。”





清泉院長，

您帶領團隊戰鬥在第一線辛苦了！

所擬《以型冠狀病毒肺炎中醫診療方案》初步列，

所定疫病及証病機及論治總綱為該病為新

提供了有價值的方案，^{其中有些}新地方建議如下

(1) 溫毒郁肺……

推薦處方 依改為升降散+桑杏湯 達原飲

建議加神效散 有悲喉痧

伴溫升者 加枳殼湯 清熱透邪

(2) 溫毒化熱，活血通絡 (按原稿)

(3) 邪毒閉肺 喘急氣促 宜活血解毒降逆

麻杏石甘湯加桃紅，紅花射干枳殼

通腑瀉熱 諸症仍速宜白承氣解毒承氣

4 在四陽救逆扶正固脫的基礎上

(4) 內閉外脫 (因有 右脈常微 微脈脈微)

建議加入王衛紅區林郎錯 5) 解毒活血湯

(5) 扶正期 氣弱兩虛 百合固本湯 清燥養榮湯

謹以此為參考，一線臨床見

王錫 2020.1.21 10:07

附件 2：武汉一线刘清泉院长传来的新型冠状病毒肺炎患者的舌象图集



图 1 舌质暗紫，苔厚腻



图 2 舌质淡暗，苔根部厚腻



图3 舌质暗红，苔中根部焦灰厚腻

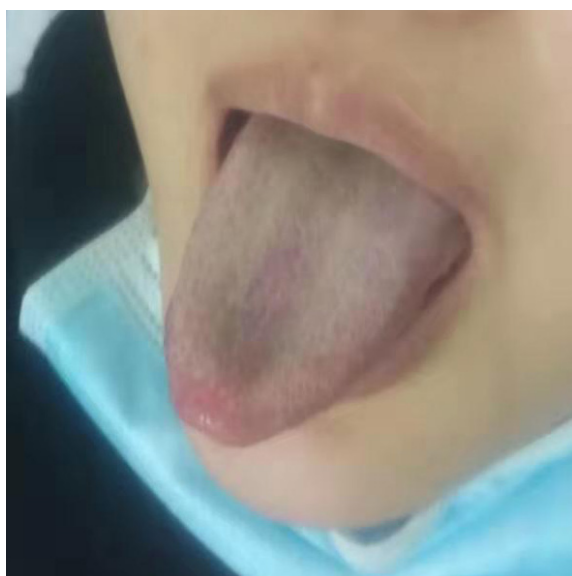


图4 舌质暗红，舌尖红，苔腻

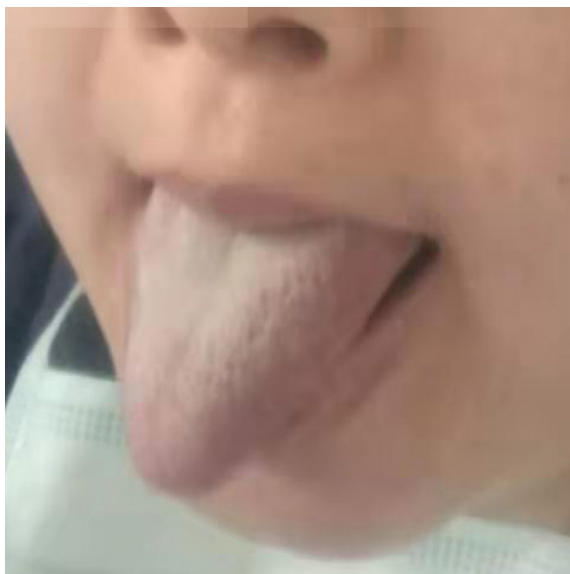


图5 舌质淡紫，苔厚腻

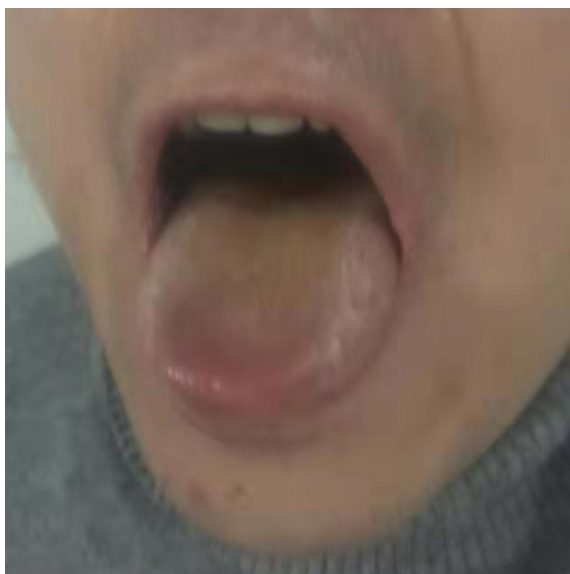


图6 舌质肿胀暗红，舌尖红，苔黄腻

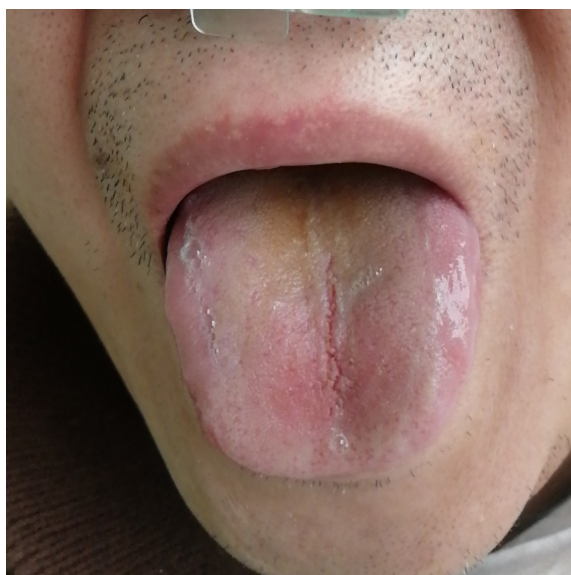


图7 舌质红，苔薄腻



图8 舌质淡胖暗紫，苔青灰厚腻

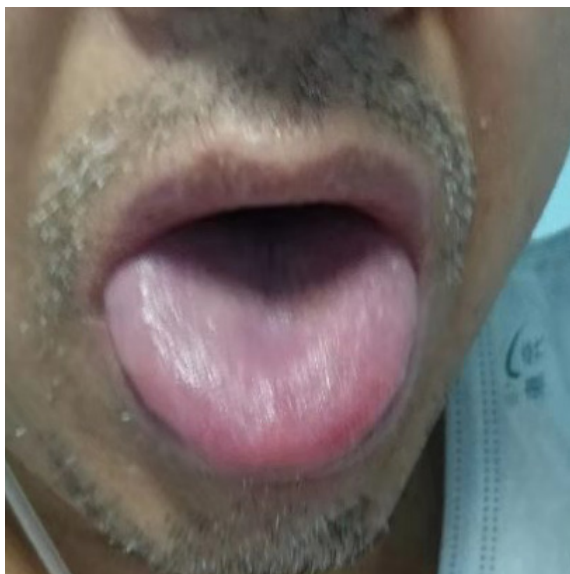


图9 舌质肿胀暗红，苔薄腻



图10 舌质肿胀暗紫，舌尖红，苔腻

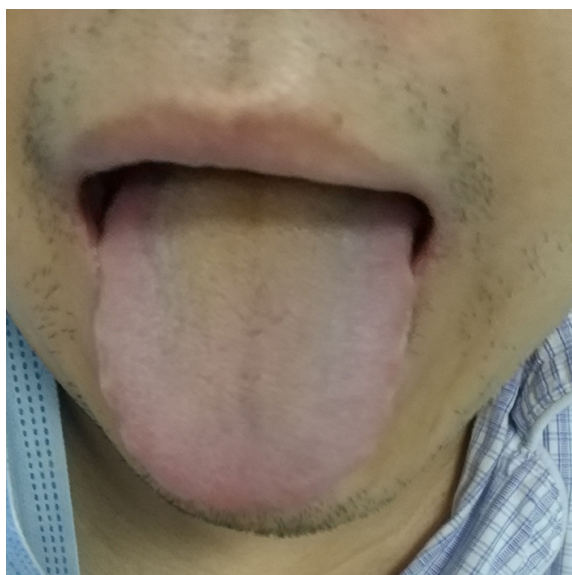


图 11 舌质淡胖有齿痕，色暗紫，苔薄黄而腻

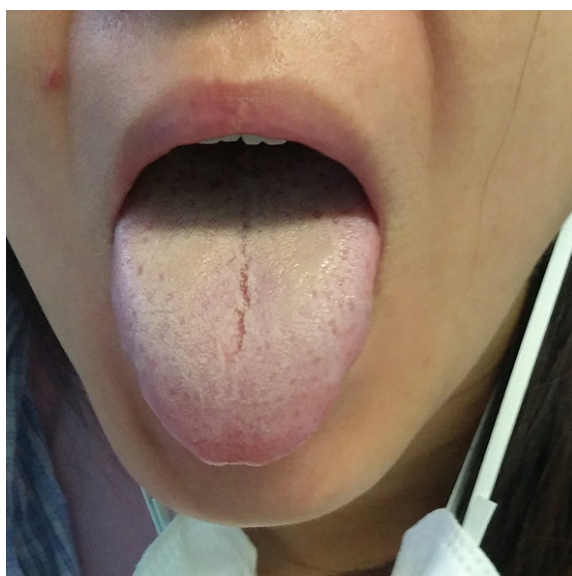


图 12 舌体暗红，苔厚腻

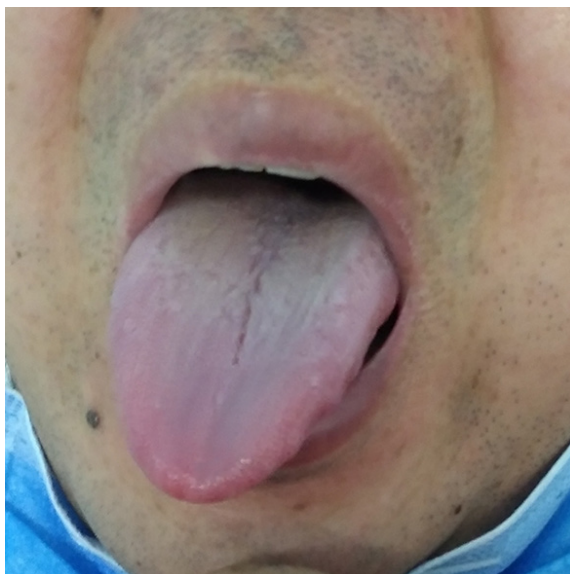


图 13 舌质暗红，苔厚腻



图 14 舌质淡紫，苔黄白相兼而腻



图 15 舌红绛，少苔少津

附 篇

附篇 1

新型冠状病毒感染的肺炎诊疗快速指南（第三版）

华中科技大学同济医学院附属同济医院救治医疗专家组

（来源：华中科技大学同济医学院附属同济医院网站 发布时间：2020 年 1 月 28 日）

随着新型冠状病毒感染的肺炎病例的增多，同济医院专家对诊疗快速指南进行了修订，形成了《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗快速指南（第三版）》，第三版更新了流行病学范围、患者疾病恢复期肺部影像学显示病变逐渐消失、综合治疗方法、孕产妇诊疗方法以及儿童发病特点等内容。

2019 年 12 月底以来，湖北省武汉市及全国其他地区陆续出现 2019 新型冠状病毒（2019-nCoV）感染的肺炎病例，国家疾病预防控制中心已宣布将该病纳入国家“乙类”传染病，采取“甲类”传染病防控措施。华中科技大学同济医学院附属同济医院救治医疗专家根据武汉地区临床一线诊治经验，参考国家卫生健康委“新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第三版）”、世界卫生组织“疑似

新型冠状病毒感染造成严重急性呼吸道感染的临床处置指南”等，于 2020 年 1 月 21 日发布了新型冠状病毒感染的肺炎诊疗快速指南，并于 1 月 24 日更新（第二版），现根据临床对特殊人群诊疗的需求及诊疗方法进展再次更新（第三版），供临床诊治参考。

1. 2019-nCoV 的病原学特点

2019-nCoV 属于 β 属的新型冠状病毒，有包膜，颗粒呈圆形或椭圆形，常为多形性，直径 50-200nm。S 蛋白是病毒的主要蛋白之一，其编码基因用于病毒分型。N 蛋白包裹病毒基因组，可作为诊断抗原。

经过病毒序列比对分析，推测 2019-nCoV 的自然宿主可能是蝙蝠。在从蝙蝠到人的传染过程中很可能存在未知的中间宿主媒介。

根据对 SARS-CoV 和 MERS-CoV 的研究，冠状病毒对热敏感，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。氯已定不能有效灭活病毒。

2. 2019-nCoV 感染的肺炎的流行病特点

截止 2020 年 1 月 28 日 8 时，2019-nCoV 感染在中国确诊 2907 例（含港澳台 19 例）、疑似病例 5796 例、治愈 60 例、死亡 82 例。海外国家确诊 45 例、死亡 0 例，包括泰国 8 例、美国 5 例、澳大利亚 5 例、新加坡 4 例、日本 4 例、马来西亚 4 例、韩国 4 例、法国 3 例、越南 2 例、意大利 2 例、加拿大 2 例、尼泊尔 1 例、德国 1 例、厄瓜多尔 1 例。初期感染人群的地理分布与武汉华南海鲜市场关系密切，目前武汉市以外地区的感染病例多数为与武汉市旅行相关的输入性病例，但是无武汉旅行史、医务人员感染以及一定范围社区传播的病例正在增加。

根据对于发病患者流行病学调查，人群普遍易感，成人患者年龄分布在 25-89 岁，多数集中在 35-55 岁，儿童感染病例 1 例。

2019-nCoV 感染的肺炎的潜伏期在 1-14 天，可能的传播途径包括飞沫传播、粪口传播以及接触传播。推测目前尚处于疫情的早期阶段，病例数预计会进一步上升。但根据目前的病毒学监测结果，尚未发现与 2019-nCoV 病毒变异相关的病例。

与 2003 年 SARS 流行病学特征类似，儿童及婴幼儿发病较少。目前确诊的儿童病例 6 例，年龄 9 个月 -10 岁，临床症状均较轻，有低中度发热、干咳、乏力、恶心呕吐、腹部不适或腹泻等症状。但有明确接触史（武汉旅行及家族聚集感染），部分有典型肺部 CT 毛玻璃样改变，部分仅胸片纹理增粗而未行 CT 检查。病毒检测 2019-nCoV 核酸阳性。已有 2 例经一般性对症支持治疗 3-5 天后症状体征消失，病毒检测转阴出院，预后良好。另全国有多例儿童疑似患者。表明儿童可以出现 2019-nCoV 感染或肺炎，并可能引起传播。

3. 2019-nCoV 感染的肺炎的临床特点

3.1 临床表现

起病以发热为主要表现，可合并轻度干咳、乏力、呼吸不畅、腹泻等症状，流涕、咳痰等卡它症状少见。约 50% 患者在一周后出现呼吸困难，严重者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。但是，部分患者可无发热、咳嗽，可表现乏力、胸闷或消化道症状等临床症状。起病症状轻微的患者，多在 1 周后恢复。

孕妇处于特殊免疫耐受状态，是该病毒易感人群。国内已有感染确诊病例。其临床表现主要为发热、干咳、气促，外周血白细胞一般不高或降低，主要以肺部病变为主。

根据目前病例统计数据，多数患者预后良好，少数患者病情危重，多为年龄 >70 岁、有肺部或心血管基础疾病患者。死亡病例多为合并有基础疾病（肿瘤术后、肝硬化、高血压、冠心病、糖尿

病、帕金森等)的中老年患者。

3.2 实验室检查

发病早期外周血白细胞总数正常或减低,淋巴细胞计数减少,部分患者出现肝酶、肌酶和肌红蛋白增高。多数患者C反应蛋白和血沉升高,降钙素原正常。炎性细胞因子(IL-2、TNF- α 、IL-6、IFN- γ 等)水平正常或稍高,出现器官功能衰竭患者的细胞因子水平可显著增高。严重者D-D二聚体升高,淋巴细胞进行性减少。

3.3 胸部影像学

因肺部平片漏诊率高,推荐胸部CT检查。早期病变局限,呈斑片状、亚段或节段性磨玻璃影,伴或不伴小叶间隔增厚;进展期病灶增多、范围扩大,累及多个肺叶,部分病灶实变,磨玻璃影与实变影或条索影共存;重症期双肺弥漫性病变,少数呈“白肺”表现,实变影为主,合并磨玻璃影,多伴条索影,空气支气管征。胸腔积液或淋巴结肿大少见。疾病恢复期肺部CT显示磨玻璃样病变及实变区域逐渐吸收缩小、密度减低、直至逐渐消失。部分患者在原病灶区遗留纤维条索影,此特征较其他病因所致肺炎明显。

4. 2019-nCoV 感染的肺炎的诊断

4.1 疑似病例

同时符合以下2条:

流行病学史:发病前2周内武汉市旅行史或居住史;或发病前14天内曾接触过来自武汉的发热伴有呼吸道症状的患者,或有聚集性发病。

临床表现:发热;具有上述肺炎影像学特征;发病早期白细胞总数正常或降低,或淋巴细胞计数减少。

4.2 确诊病例

符合疑似病例标准的基础上,痰液、咽拭子、下呼吸道分泌物

等标本行实时荧光 RT-PCR 检测 2019-nCoV 核酸阳性。

5. 2019-nCoV 感染的肺炎的鉴别诊断

应与流感病毒（甲型、乙型）、副流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、人偏肺病毒、SARS 冠状病毒等其它病毒性肺炎鉴别，与肺炎支原体、衣原体、肺炎军团菌及其它细菌性肺炎等鉴别。此外，还应与肺感染性疾病，如血管炎、皮炎和机化性肺炎等鉴别。

需高度重视 2019-nCoV 合并流感病毒感染病例的诊断。

6. 2019-nCoV 感染的肺炎的治疗

6.1 根据病情严重程度确定治疗场所

对于所有疑似病例，需要就地医学隔离。世界卫生组织（WHO）“疑似 nCoV 感染者家庭护理和接触者管理指南”建议有轻微症状且没有潜在的慢性疾病（如肺或心脏疾病、肾功能衰竭或免疫缺陷疾病可增加发生并发症的风险）的患者可能需要在家庭环境中进行隔离治疗护理。这一决定需要仔细的临床判断，并应通过评估病人的家庭环境的安全性来决定。应在整个家庭护理期间与卫生保健提供者建立联系，直到患者完全康复。

对于符合如下标准之一而诊断为重症病例者，需住院治疗：呼吸频率增快（ ≥ 30 次/分），呼吸困难；或吸空气时指氧饱和度 $\leq 95\%$ ，或动脉血氧分压（ PaO_2 ）/吸氧浓度（ FiO_2 ） $\leq 300\text{mmHg}$ ；肺部影像学显示多叶病变或 48 小时内病灶进展 $> 50\%$ ；qSOFA 评分 ≥ 1 分；合并气胸；需住院治疗的其它临床情况。

对于符合如下标准之一而诊断为危重症病例者，需进入重症监护病房治疗：出现呼吸衰竭，需要机械通气；出现休克；合并其它器官功能衰竭。

6.2 一般和支持治疗

监测生命体征、指氧饱和度，加强支持治疗，保证充分热量，

维持水、电解质及酸碱平衡等内环境稳定。如患者无休克证据，建议使用保守的输液治疗。重症患者可酌情使用丙种球蛋白。

6.3 氧疗

立即对低氧血症的患者进行氧疗。以 5L/ 分的流速开始氧疗，调整流速以达到非怀孕成年患者 $\text{SpO}_2 \geq 90\%$ 和怀孕患者 $\text{SpO}_2 \geq 92\text{-}95\%$ 为目标氧饱和度。严重的呼吸窘迫、中心性发绀、休克、昏迷或抽搐应在复苏过程中接受氧疗使得 $\text{SpO}_2 \geq 94\%$ ，其他人群达 $\text{SpO}_2 \geq 90\%$ 。需注意处理 2019-nCoV 感染患者的氧气接口时，应做好接触预防措施。

当患者出现呼吸窘迫、标准氧气治疗无效时，应考虑为严重的呼吸衰竭，通常需要机械通气，可选择高流量鼻导管吸氧（HFNO）或无创通气（NIV）。HFNO 和 NIV 系统不会产生广泛的呼出气扩散，故产生空中传播的风险应该较低。HFNO 不需要气管插管，但是在高碳酸血症（阻塞性肺疾病加重，心源性肺水肿的加重）、血流动力学不稳定、多器官功能衰竭或精神状态异常情况下，通常不应采用 HFNO 治疗。如果患者可以耐受无创通气，可以选择 NIV 治疗。血液动力学不稳定，多器官功能衰竭或精神状态异常的患者不应采用 NIV 治疗。HFNO 和 NIV 治疗中的患者应密切监测，如果患者在短时间（约 1 小时）后严重恶化或无法改善，应该进行气管插管。气管内插管应由经过培训的、经验丰富的人员进行，并注意预防空气传播。有创机械通气采取小潮气量（4-8ml/kg）和低平台压力（ $<30\text{cm H}_2\text{O}$ ），以降低呼吸机相关肺损伤风险，建议每天进行大于 12 小时的通气治疗。

6.4 经验性抗微生物治疗

若有地方性流行病学史或其他感染相关的危险因素（包括旅行史或接触动物流感病毒）时，经验疗法应包括神经氨酸酶抑制剂（奥司他韦）或者膜融合抑制剂（阿比多尔）。

避免盲目或不恰当的抗菌药物治疗，尤其是联合应用广谱抗菌药物。对于轻症患者，建议根据患者病情静脉或口服给予针对社区获得性肺炎的抗菌药物，如莫西沙星或阿奇霉素。对于重症或危重患者，给予经验性抗微生物药物以治疗所有可能的病原体。对于脓毒症患者，应在初次患者评估后一小时内给予抗微生物药物。经验性抗生素治疗应基于临床诊断（包括当地流行病学，药敏数据以及治疗指南等）。经验疗法应根据微生物学结果和临床判断进行降阶梯。

6.5 合理的糖皮质激素治疗。

由于缺乏有效证据及可能产生的危害，除非特殊原因，应避免常规皮质类固醇使用。可根据患者呼吸困难程度、胸部影像学进展情况，酌情短期（3-5 天）使用糖皮质激素，建议剂量不超过相当于甲泼尼龙 1-2mg/（kg.d）。

6.6 抗病毒治疗

目前尚无特异性抗病毒药物。可试用 α -干扰素雾化吸入（成人每次 500 万 U，加入灭菌注射用水 2ml，每日 2 次）；洛匹那韦/利托那韦每次 2 粒（每粒含洛匹那韦 200mg，利托那韦 50mg），每日 2 次。

6.7 中医药治疗

目前已有推荐中医药用于 2019-nCoV 感染的辨证治疗的方案，临床可参考应用。

6.8 孕产妇的治疗

孕产妇诊疗中应兼顾母儿双方情况，向孕妇及家属详细告知疾病以及相关诊疗技术对胎儿的潜在风险。发热及疑似孕妇到发热门诊就诊，发热门诊及时请产科医生会诊，并进行产科检查和超声检查，超过 28 周进行胎心监护，必要时超声测定血流频谱评估胎儿宫内安危。肺部 CT 检查理论上比较安全，知情同意后仍建议采取

孕妇腹部保护措施。抗病毒药洛匹那韦/利托那韦可通过胎盘，最好妊娠 28 周后使用。终止妊娠时机及方式取决于孕周及母儿双方情况，终止妊娠的地点在发热病房中呼吸道传染性疾病专用隔离产室或专用手术间进行剖宫产手术或分娩接生。新型冠状病毒是否可以通过胎盘垂直传播仍不清楚，故应对新生儿进行隔离治疗至少 14 天，由于分娩前母体的高热及低氧血症，胎儿窘迫、早产等可能性大，出生后呼吸暂停等发生风险增加，应严密监护新生儿。产妇产后痊愈前不建议母乳喂养。

7. 2019-nCoV 感染的肺炎的预防和防护

2019-nCoV 感染肺炎的标准预防措施应该始终常规应用于医疗机构的所有区域。包括：手卫生；采用个人防护设备（PPE）以避免直接接触患者血液、体液、分泌物以及不完整的皮肤等；预防针刺伤或者切割伤；医疗废物处理、设备清洁和消毒，以及环境清洁。

执笔：陈韬 陈广 郭威 谢敏 马科 严丽 陈素华 冯玲

审阅：赵建平 李树生 罗小平 马丁 宁琴

备注：本“快速指南”依据目前可获得的病例数据以及诊疗经验制定，将根据疫情发展和诊治经验的积累逐步完善相关内容。

参考文献：

1. 国家卫生健康委“新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案”（试行第三版）

2. World Health Organization: Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: Interim Guidance

3. World Health Organization: Guidelines for home care and contact management for suspected nCoV infections

附篇 2

新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第五版）

（发布时间：2020 年 2 月 5 日 来源：国家卫生健康委医政医管局）

2019 年 12 月以来，湖北省武汉市陆续发现了多例新型冠状病毒感染的肺炎患者，随着疫情的蔓延，我国其他地区及境外也相继发现了此类病例。该病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。

随着疾病认识的深入和诊疗经验的积累，我们对《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第四版）》进行了修订，形成了《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第五版）》

一、病原学特点

新型冠状病毒属于 β 属的新型冠状病毒，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 SARSr-CoV 和 MERSr-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。

二、流行病学特点

（一）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。

（二）传播途径。

经呼吸道飞沫和接触传播是主要的传播途径。气溶胶和消化道等传播途径尚待明确。

（三）易感人群。

人群普遍易感。

三、临床特点

（一）临床表现。

基于目前的流行病学调查，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、咽痛和腹泻等症状。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。值得注意的是重症、危重症患者病程中可为中低热，甚至无明显发热。

轻型患者仅表现为低热、轻微乏力等，无肺炎表现。

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。儿童病例症状相对较轻。

（二）实验室检查。

发病早期外周血白细胞总数正常或减低，淋巴细胞计数减少，部分患者可出现肝酶、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（CRP）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。

在鼻咽拭子、痰、下呼吸道分泌物、血液、粪便等标本中可检测出新型冠状病毒核酸。

（三）胸部影像学。

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。

四、诊断标准

湖北以外省份：

（一）疑似病例。

结合下述流行病学史和临床表现综合分析：

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. 临床表现

（1）发热和 / 或呼吸道症状；

（2）具有上述肺炎影像学特征；

（3）发病早期白细胞总数正常或降低，或淋巴细胞计数减少。

有流行病学史中的任何一条，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。

（二）确诊病例。

疑似病例，具备以下病原学证据之一者：

1. 呼吸道标本或血液标本实时荧光 RT-PCR 检测新型冠状病毒核酸阳性；

2. 呼吸道标本或血液标本病毒基因测序，与已知的新型冠状病毒高度同源。

湖北省：

（一）疑似病例。

结合下述流行病学史和临床表现综合分析：

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）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. 临床表现

（1）发热和 / 或呼吸道症状；

（2）具有上述肺炎影像学特征；

（3）发病早期白细胞总数正常或降低，或淋巴细胞计数减少。

有流行病学史中的任何一条或无流行病学史，且符合临床表现中 2 条。

（二）临床诊断病例。

疑似病例具有肺炎影像学特征者。

（三）确诊病例。

临床诊断病例或疑似病例，具备以下病原学证据之一者：

1. 呼吸道标本或血液标本实时荧光 RT-PCR 检测新型冠状病毒核酸阳性；
2. 呼吸道标本或血液标本病毒基因测序，与已知的新型冠状病毒高度同源。

五、临床分型

（一）轻型。

临床症状轻微，影像学未见肺炎表现。

（二）普通型。

具有发热、呼吸道等症状，影像学可见肺炎表现。

（三）重型。

符合下列任何一条：

1. 呼吸窘迫， $RR \geq 30$ 次 / 分；
2. 静息状态下，指氧饱和度 $\leq 93\%$ ；
3. 动脉血氧分压 (PaO_2) / 吸氧浓度 (FiO_2) $\leq 300\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)。

（四）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。

六、鉴别诊断

主要与流感病毒、副流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、人偏肺病毒、SARS 冠状病毒等其他已知病毒性肺炎鉴别，与肺炎支原体、衣原体肺炎及细菌性肺炎等鉴别。此外，还要与非

感染性疾病，如血管炎、皮肤炎和机化性肺炎等鉴别。

七、病例的发现与报告

湖北以外省份：

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，应立即进行隔离治疗，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患者转运至定点医院。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。

疑似病例连续两次呼吸道病原核酸检测阴性（采样时间至少间隔1天），方可排除。

湖北省：

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和临床诊断病例后，应当立即进行隔离治疗，疑似病例和临床诊断病例要单间隔离，对疑似病例和临床诊断病例要尽快采集标本进行病原学检测。

八、治疗

（一）根据病情确定治疗场所。

1. 疑似及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，疑似病例应单人单间隔离治疗，确诊病例可多人收治在同一病室。

2. 危重型病例应尽早收入ICU治疗。

（二）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。

2. 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,有条件者,可行细胞因子检测,复查胸部影像学。

3. 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。

4. 抗病毒治疗:目前没有确认有效的抗病毒治疗方法。可试用 α -干扰素雾化吸入(成人每次500万U或相当剂量,加入灭菌注射用水2ml,每日2次)、洛匹那韦/利托那韦(200mg/50mg,每粒)每次2粒,每日2次,或可加用利巴韦林(成人首剂4g,次日每8小时一次,每次1.2g,或8mg/kg iv. 每8小时一次)*。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。

5. 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。

(三) 重型、危重型病例的治疗。

1. 治疗原则:在对症治疗的基础上,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。

2. 呼吸支持:

(1) 氧疗:重型患者应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。然而,此类患者使用无创通气治疗的失败率很

* 2020年2月8日,国家卫生健康委员会办公厅、国家中医药管理局办公室联合印发的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第五版 修正版)》中将利巴韦林的使用剂量调整为:成人,500mg/次,每日2至3次静脉输注。

高，应进行密切监测。若短时间（1-2 小时）内病情无改善甚至恶化，应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）和低吸气压力（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。较多患者存在人机不同步，应当及时使用镇静以及肌松剂。

（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，应尽快考虑体外膜肺氧合（ECMO）。

3. 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，必要时进行血流动力学监测。

4. 其他治疗措施

可根据患者呼吸困难程度、胸部影像学进展情况，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 $1\sim 2\text{mg/kg/日}$ ，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；可采用恢复期血浆治疗；对有高炎症反应的危重患者，有条件可以考虑使用体外血液净化技术。

患者常存在焦虑恐惧情绪，应加强心理疏导。

（四）中医治疗。

本病属于中医疫病范畴，病因为感受疫戾之气，各地可根据病情、当地气候特点以及不同体质等情况，参照下列方案进行辨证论治。

1. 医学观察期

临床表现 1：乏力伴胃肠不适

推荐中成药：藿香正气胶囊（丸、水、口服液）

临床表现 2：乏力伴发热

推荐中成药：金花清感颗粒、连花清瘟胶囊（颗粒）、疏风解毒胶囊（颗粒）、防风通圣丸（颗粒）

2. 临床治疗期

（1）初期：寒湿郁肺

临床表现：恶寒发热或无热，干咳，咽干，倦怠乏力，胸闷，脘痞，或呕恶，便溏。舌质淡或淡红，苔白腻，脉濡。

推荐处方：苍术 15g、陈皮 10g、厚朴 10g、藿香 10g、草果 6g、生麻黄 6g、羌活 10g、生姜 10g、槟榔 10g

（2）中期：疫毒闭肺

临床表现：身热不退或往来寒热，咳嗽痰少，或有黄痰，腹胀便秘。胸闷气促，咳嗽喘憋，动则气喘。舌质红，苔黄腻或黄燥，脉滑数。

推荐处方：杏仁 10g、生石膏 30g、瓜蒌 30g、生大黄 6g（后下）、生炙麻黄各 6g、葶苈子 10g、桃仁 10g、草果 6g、槟榔 10g、苍术 10g

推荐中成药：喜炎平注射剂，血必净注射剂

（3）重症期：内闭外脱

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

推荐处方：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

推荐中成药：血必净注射液、参附注射液、生脉注射液

（4）恢复期：肺脾气虚

临床表现：气短、倦怠乏力、纳差呕恶、痞满，大便无力，便溏不爽，舌淡胖，苔白腻。

推荐处方：法半夏 9g、陈皮 10g、党参 15g、炙黄芪 30g、茯苓 15g、藿香 10g、砂仁 6g（后下）

九、解除隔离和出院标准

体温恢复正常 3 天以上、呼吸道症状明显好转，肺部影像学显示炎症明显吸收，连续两次呼吸道病原核酸检测阴性（采样时间间隔至少 1 天），可解除隔离出院或根据病情转至相应科室治疗其他疾病。

十、转运原则

按照我委印发的《新型冠状病毒感染的肺炎病例转运工作方案》（试行）执行。

十一、医院感染控制

严格遵照我委《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》、《新型冠状病毒感染的肺炎防护中常见医用防护用品使用范围指引（试行）》的要求执行。

参考文献

- [1] 王琦, 夏仲元. 中医药治疗传染性非典型肺炎的认识 [J]. 中国医药学报, 2003, 18 (5): 267-272
- [2] 蒋燕, 赵军. 升降散辨析 [J]. 北京中医药大学学报, 2004 (05): 7-9.
- [3] 李洪, 王麟, 刘薇, 等. 中药芦根化学成分、药理作用及临床应用研究. 科技信息, 2014, 5: 31-32
- [4] 唐晓红. 浅论金银花的药用成分及临床药理作用 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14 (09): 3-5.
- [5] Huang CL, Wang YM, Li XW, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Published online January 24, 2020, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- [6] 许俊杰, 孟庆棣. 古典清热方对家兔体温的影响 [J]. 中药通报, 1986 (01): 51-52.
- [7] 王钦茂, 姚道云, 宿秀兰, 明亮, 吴良法, 周险峰, 白枚. 紫雪口服液和紫雪的药理作用及急性毒性试验 [J]. 安徽中医学院学报, 1992 (04): 50-52.
- [8] 陈益昀, 石占成, 石英秀, 王艳茹, 刘新记. 清瘟败毒饮加减治疗传染性非典型肺炎 28 例临床观察 [J]. 河北中医, 2003 (11): 805-806.

[9] 张学智, 于岩岩, 万华, 李兰, 王广发. 清瘟败毒饮加减对临床疑诊或确诊 SARS 患者的退热作用 [J]. 北京中医药大学学报 (中医临床版), 2003 (03): 48.

[10] 世界卫生组织. 2019-nCoV 相关重症感染临床指南, 2020-01-28

[11] 华中科技大学同济医学院附属同济医院同济医院救治医疗专家组. 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗快速指南. 第一版, 2020-01-22

[12] 国家卫生健康委. 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案. 试行第三版, 2020-01-22

[13] 国家卫生健康委. 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案. 试行第四版, 2020-01-27

[14] 湖北省新型冠状病毒感染的肺炎中医药防治方案. 试行第一版. 2020-01-23

[15] 北京市中医管理局. 北京市新型冠状病毒感染的肺炎中医药防治方案. 试行第一版. 2020-01-23

[16] 张稚鲲. 疫病 (急性传染性疾病) 古今用药特点及配伍规律研究 [D]. 南京中医药大学, 2017.

[17] 预防非典型肺炎中医药处方精粹. 河北中医, 2003, 25 (5): 328

[18] 这些老药、中药或对新型肺炎有效! 中科院药物所和上科大团队最新发现. 中国科学报, https://mp.weixin.qq.com/s/I2bzbBfh_nEF5BMkhVxXJw

[19] 王小博, 侯娅, 王文祥, 等. 藏药红景天的药理作用及其机制研究进展. 中国药房, 2019, 30 (06): 851-856

[20] 孙许涛, 柳颖, 姜德友, 等. 红景天药理作用研究进展. 中医药学报, 2017, 45 (06): 119-122.

[21] 齐乐辉, 王知斌, 孟永海, 等. 中药广藿香有效成分及药理作用研究进展. 化学工程师, 2018, 32(02):49-50, 56

[22] 高攀. 金银花临床药理作用的研究进展. 医学信息, 2018, 31(23):37-40

[23] 南大生科院科研团队研究表明金银花有望用于新型冠状病毒的预防和早期治疗. 南京大学双创示范基地公众号, <https://mp.weixin.qq.com/s/gdF7KFQsvyXo1lADLzkgTA>



策划编辑 沈承玲
责任编辑 沈承玲

新型冠状病毒肺炎 中医诊疗手册



Handbook of
Diagnosis and Treatment of the Pneumonia Caused by
the Novel Coronavirus in TCM

读中医药书，走健康之路

扫一扫 关注中国中医药出版社系列微信



中医出版
(zhongyichuban)



悦读中医
(ydzhongyi)



袋鼠医学
(daishuyixue)

ISBN 978-7-89461-114-7



9 787894 611147 >

定价：25.00元