

从化湿败毒方探究新型冠状病毒肺炎用药思路

赵岩松 侯雪雍 高子恒 王拓
(北京中医药大学中医学院 北京 100029)

摘要: 针对患者的病情对既定处方化裁使用,以实现因人施治,提高疗效,是中医临床辨证论治的特色。化湿败毒方是《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第七版)》重型疫毒闭肺证的重点推荐方剂,结合经典方剂对该方进行深入分析,得出其适用证在病因上可涉及湿、热、毒,及继发的饮、痰、燥结等;病位上涉及肺、脾、胃、膜原、大肠;病机上湿热毒稽留,气机痹阻为主,或兼气虚等。厘清该方多“靶点”治疗作用,有助于一线医生结合新冠患者的具体情况对其中药味及剂量灵活化裁应用。

关键词: 化湿败毒方;新型冠状病毒肺炎重型;用药思路

中图分类号: R511; R259.631

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2020)06-0014-04

Research on Medication for Severe Type of COVID-19 Based on *Huashi Baidu* Prescription

ZHAO Yansong, HOU Xueyong, GAO Ziheng, WANG Tuo
(Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: It is the characteristic of TCM syndrome differentiation to use the modified prescription according to the patient's condition to improve the curative effect and realize accurate treatment. As the key recommended prescription for severe type of COVID-19 in the seventh edition of *Diagnosis and Treatment Program for COVID-19*, *Huashi Baidu* Prescription was analyzed in combination with the understanding of the classic prescriptions. Its application involves the syndromes related to lung, spleen, stomach, membranogen and large intestine and the causes can be dampness, heat, toxic-heat, fluid retention, phlegm accumulation, dry stool blockage and so on. It is helpful for the first-line doctors to execute application of *Huashi Baidu* Prescription flexibly based on the specific conditions of COVID-19 patients in clinical practice.

Keywords: *Huashi Baidu* Prescription; severe type of COVID-19; thoughts of medication

“坚持中西医结合,加大科研攻关力度,加快筛选研发具有较好临床疗效的药物”是新冠肺炎疫情防控工作的重点工作之一^[1]。中医药在几千年与疫病的斗争中,积累了丰富的经验。治疗疫病,中医药有着自己的特色,要在新型冠状病毒肺炎高风险人群中发挥预防作用;也要在轻型患者发挥治疗作用,控制其进一步发展恶化;还要在重型乃至危重症患者起到辅助治疗的作用^[2]。化湿败毒方是《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》^[3-4]试行第六、七版中针对新冠肺炎重型疫毒闭肺证的推荐方,集专家智慧并结合新冠肺炎病情特点而成。因其并非文献已有记载的方剂,为深入理解该方方义及治疗用药思路,本文不揣谫陋,结合中医经典文献溯源,对化湿败毒方拆解,从病因、病位、病机等多层角度深入分析学习,望对临床具体应用有一定的指导意义。

1 新冠肺炎重型的指征及中医认识

根据国家卫生健康委员会发布的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第七版)》^[4]及《新型冠状病毒肺炎重型、危重型病例诊疗方案(试行第二版)》^[5]诊疗标准:重

型为呼吸窘迫,呼吸频率(RR) ≥ 30 次/min;静息状态、无吸氧时指脉氧饱和度 $\leq 93\%$;动脉血氧分压(PaO_2)/吸氧浓度(FiO_2) ≤ 300 mmHg;符合以上任何一条,按照重型管理;或者,虽然尚未达到上述重型诊断标准,有以下情况亦按重型病例管理:肺部影像学显示24~48 h内病灶明显进展 $>50\%$ 者;年龄 >60 岁、合并严重慢性疾病包括高血压病、糖尿病、冠心病、恶性肿瘤、结构性肺病、肺心病以及免疫抑制人群等。

多数医家认为温热性疫邪首先犯肺,顺传入胃腑,不解则续入下焦,逆传于心与血脉^[6]。而此次新冠肺炎病因以湿毒为主,其侵入途径及传变规律还有待大样本临床病例的总结来发现和确定。但据目前已有报道,湿性重着黏滞,病势缠绵,留恋在肺,在一经而不移;疾病早期经治疗后,发热逐渐减轻、乏力缓解、咳嗽减少,则为顺证,大部分患者可在本期自愈或治愈;若病情在7~10 d开始加重^[7],逐渐出现高热、喘憋气促加剧,或有咯血、衄血症状,此时热象明显者当为营血分证。临床指标有以下变化则应警惕病情恶化:外周血淋巴细胞计数进行性降低;淋巴细胞中B淋巴细胞明显降低,CD4及CD8T细胞不断下降;外周血炎症因子如IL-6、C反应蛋白进行性上升;组织氧合指标乳酸进行性升高;高分辨CT显示病变范围快速扩大^[5]。中医将此归为疫毒逆传,病势传变,从热则灼伤肺络,热毒炽盛,上扰心神,下结肠燥;从寒则可见困阻清阳,蒙蔽清窍。此二

基金项目:北京中医药薪火传承“3+3”工程项目(2016-SZ-C-64)

作者简介:赵岩松(1971-),女(满族),河北乐亭人,教授、主任医师,硕士研究生导师,博士,研究方向:温病学理论及临床应用。

者将转化为重型或危重型证候^[8-9]。

诊疗方案将重型肺炎中医证型分为:疫毒闭肺证、气营两燔证。《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第六版)》在重型病证中增加了气营两燔证,并将第五版中重型内闭外脱证改为危重型^[3,10]。疫毒闭肺证临床表现见:发热面红,咳嗽,痰黄黏少,或痰中带血,喘憋气促,疲乏倦怠,口干苦黏,恶心不食,大便不畅,小便短赤。推荐化湿败毒方;气营两燔证见:大热烦渴,喘憋气促,谵语神昏,视物错愕,或发斑疹,或吐血、衄血,或四肢抽搐。推荐药物组成与清瘟败毒饮相似。前者湿热错杂,病变偏于气分,后者热毒之象显著,已见明显的营血分证。由此可见,随着疫情的发展,中医对病情的认识愈加全面,期望在重型及危重型治疗中亦能发挥作用。其中,针对疫毒闭肺证的化湿败毒方是中医治疗中重点推荐的方剂。

2 重型疫毒闭肺证推荐方——化湿败毒方

化湿败毒方组成^[4]:生麻黄6g,杏仁9g,生石膏15g,甘草3g,藿香(后下)10g,厚朴10g,苍术15g,草果10g,法半夏9g,茯苓15g,生大黄(后下)5g,生黄芪10g,葶苈子10g,赤芍10g。

此方体现了麻黄杏仁甘草石膏汤、葶苈大枣泻肺汤、宣白承气汤、藿朴夏苓汤、雷氏宣透膜原法的方义。对这些经典方剂的原文献溯源解读,有助于深入理解方案中化湿败毒方的组方方义。

2.1 开肺气之痹 麻黄杏仁甘草石膏汤、宣白承气汤、葶苈大枣泻肺汤体现宣泄肺气、泄热逐饮的治疗意图。

麻杏甘石汤^[11-12]出自《伤寒论》^[13],为麻黄汤去桂枝加石膏而成,用法为“发汗后,不可更行桂枝汤,汗出而喘,无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”原文为:麻黄四两、杏仁五十个(约合20g)、炙甘草二两、石膏半斤(约合125g)^[14-16]。后世多用于治疗邪热壅肺之咳喘^[17]。麻黄配伍石膏清肺中郁热,合杏仁定喘止咳。故本方宣开肺气,清泄肺热,可解邪毒闭肺之证。喘咳症状明显时,可合止嗽散宣肺止咳平喘,痰浊明显时,可合桑贝散清肺化痰^[18]。若无邪热壅肺证进一步发展,邪热炼液成痰,邪热又延伸至大肠而成燥结,肺气不降与腑气不通互为因果,则需宣白承气汤^[8,12,19-21]清肺宣肺、涤痰通腑、肺肠合治。该方取麻杏石甘汤、承气汤二方之意变化而成“生石膏五钱、生大黄三钱、杏仁粉二钱、栝蒌皮一钱五分,水五杯,煮取二杯,先服一杯,不知再服。”吴鞠通《温病条辨·中焦篇》第17条言^[22]:“阳明温病,下之不通……喘促不宁,痰涎壅滞,右寸实大,肺气不降者,宣白承气汤主之。”且吴鞠通自注“其因肺气不降而里证又实者,必喘促寸实,则以杏仁、石膏宣肺气之痹,以大黄逐肠胃之结,此脏腑合治法也。”又以栝蒌皮清热化痰、利气宽胸,且栝蒌皮具有抗炎、祛痰、抑菌之作用^[23]。此方宣降肺气,通畅腑气,特别是大黄采用“后下”煎煮法,增强了泄热解毒的功效。

葶苈大枣泻肺汤^[11]出自《金匮要略》^[24],书中论述:“肺病,喘不得卧,葶苈大枣泻肺汤主之。”原方为:葶苈(熬令黄色,捣丸如弹子大)、大枣十二枚,上先以水三升,煮枣取二升,去枣,内葶苈,煮取一升,顿服。本方为泻肺峻剂,用于痰浊水湿邪热壅阻于肺的邪实气闭证。《医宗金鉴》中引赵良所言^[25]:“此治肺病吃紧之方也。肺中生痰,不泻何待?恐日久痼痰已成,泻之无益。日久肺气已索,泻之转伤,乘其血结而痰未成,当急以泻之之法夺之。”故以葶苈

子苦泄辛散,入肺、膀胱经,尤善泻肺中水饮及痰火。又恐其峻利而伤正气,故配伍甘温安中而缓和药性的大枣,以缓制峻^[26]。新冠肺炎重症患者影像学表现为双肺多发磨玻璃影、浸润影,严重者可出现肺实变,可归属于中医痰饮湿浊痹肺范畴,葶苈子与麻黄通用,可加强针对此类证候的宣开肺气的作用。

而发表的文献中提到的大青龙汤合千金苇茎汤^[27]仍不离开肺化浊的治疗思路。大青龙汤出自《伤寒论》^[13]:“太阳中风,脉浮紧,发热恶寒,身疼痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之。”原方为:麻黄六两(约合93.75g)、桂枝二两、甘草二两、杏仁四十枚(约合16g)、生姜三两(切)大枣十枚、石膏如鸡子大(约合60g)^[14-16],即麻黄汤加生姜、大枣、石膏。此为伤寒表实证,风寒外束,卫阳被遏,阳气内郁,渐次化热,热扰心神则见谵语狂乱。方中发表与清里并用,麻黄汤倍麻黄发汗解表,配伍石膏清泄里热,佐以大枣资助汗源,防止过寒伤中。喻嘉言《尚论篇·太阳篇》中言^[28]:“天地郁蒸,得雨则和;人身烦躁,得汗则解。大青龙汤证,为太阳无汗而设,与麻黄汤证何异?因有烦躁一证并见,则非此法不解。”千金苇茎汤出自《备急千金要方》^[29],此方以治湿热为主,清肺化痰、活血排脓,用于治肺痈轻症。苇茎二升(约合60g)、薏苡仁半升(约合30g)、瓜瓣半升(约合24g)、桃仁三十枚(约合9g)。陈修园在《金匱方歌括》中云^[30]:“方用苇茎解气分之热结;桃仁泄血分之热结;薏苡利湿,清结热之源;瓜瓣排脓,开结热之路。”尤其是苇茎、薏苡仁归肺经,一升一降,共清肺热,排脓消痈^[31]。

新冠肺炎中咳嗽、憋闷、呼吸不利、血氧饱和度下降是常见表现,宣开肺气之痹是中医治疗中的重中之重。可见麻黄是治疗的要药,其在方中的用量及其配伍是临床处方的技巧所在。《伤寒论》中大青龙汤比例约为3:2,重在解表;麻杏石甘汤中麻黄比石膏为1:2,清热力量较前者增强;临床治疗温热病邪的肺热壅盛证时,麻黄比石膏可达到1:5或1:10,重在清热;而《温病条辨》麻杏石甘汤中的比例为1:1,与《伤寒论》方药同而效异。《温病条辨·下焦篇》第48条言^[22]:“喘咳息促,吐稀涎,脉洪数,右大于左,喉哑,是为热饮,麻杏石甘汤主之。麻杏石甘汤方(辛凉甘淡法):麻黄三钱、杏仁三钱、石膏三钱、甘草二钱。”主治“饮邪隔拒,心气壅遏,肺气不能下达”,虽言“即大青龙之去桂枝、姜、枣者也”,此中麻黄用量比例的提高,实为肺中饮邪所设,体现了“病痰饮者,当以温药和之”的治则。

2.2 化在里之湿 藿朴夏苓汤、雷氏宣透膜原法则重在芳化湿浊,疏利膜原及中焦,均为治湿方。藿朴夏苓汤出自《医原》(《经感证辑要》整订命名)^[32]:杜藿香二钱、真川朴一钱、姜半夏钱半、赤苓三钱、光杏仁三钱、生苡仁四钱、白蔻末六分、猪苓钱半、淡香豉三钱、建泽泻钱半。原方以芳香化湿为特色,既解肌表之湿又化脾胃之湿。雷氏宣透膜原法疏利透达半表半里的膜原湿浊,出自《时病论》^[33]:厚朴(姜制)、槟榔、草果仁(煨)、黄芩(酒炒)、粉甘草、藿香叶、姜半夏、生姜。方中借鉴达原饮运用厚朴、槟榔、草果之辛香燥烈以涤浊开闭的用药特色。此思路在新冠治疗中被多数中医工作者认可,如文献报道中也提到三消饮^[34],出自《温疫论》^[35],是治疗湿温疫毒弥漫内外表里的方剂,即达原饮(草果、厚朴、槟榔、黄芩、芍药、知母、甘草)基础上加大黄、葛根、羌活、柴胡。在邪伏膜原而见但热无寒、日晡加剧、身痛脉数的基础上,有在表之三阳经表证,故加葛根、

羌活、柴胡;又有在里之里热,见舌苔自根部黄至中央,故加大黄以起到“消内、消外、消不内外”之功用。因此,此方被称为“治疫之全剂”。言其全剂,故可减之,本方包括了瘟疫表里两传之加减法,不见传太阳则可减羌活,不见传阳明则可减葛根,知母、黄芩、芍药、甘草为“调和之剂”可随证加减,但槟榔、草果、厚朴始终是溃邪要药。藿朴夏苓汤、雷氏宣透膜原法、三消饮均体现了治湿热邪气,湿邪偏重或渐化热,无论其在表、在里、在半表半里而全覆盖以驱邪的思路。

蒿芩清胆汤^[11]为湿热邪气而设,可治疗湿热带,热象重而寒象轻,症见口渴引饮、心烦汗出、舌苔深黄腻。此方出自《通俗伤寒论》^[36]:青蒿脑4.5~6g,淡竹茹9g,仙半夏4.5g,赤茯苓9g,青子芩4.5~9g,生枳壳4.5g,陈广皮4.5g,碧玉散9g,为治暑症之首剂,针对寒热起伏的热象,症可见胸膈满闷、干呕呃逆,所治病位在少阳胆与三焦。方中青蒿清透少阳邪热,并可芳化热中之湿;黄芩善清胆热,并燥湿。两药合用,疏利少阳胆与三焦之气,并为君药。竹茹善清胆胃之热、化痰止呕;枳壳下气宽中、除痰消痞;半夏燥湿化痰、和胃降逆;陈皮理气化痰。四药配合,有温胆汤之意,使热清、痰化,故为臣药。赤茯苓、碧玉散清热利湿,导邪从小便而出,故为佐使药。白虎加苍术汤^[21]出自《活人书》^[37],方中选用知母六两、炙甘草二两、石膏一斤、苍术三两、粳米三两,主治湿温多汗。明言多汗,是热盛的表现,故以治疗阳明气分热盛的白虎汤为主,只加一味苍术化湿,适用于热象明显而邪热未入营血分者。蒿芩清胆汤组方以归胆经之蒿、芩并为君药,清透少阳胆热,外透内清,分消走泄,主治少阳湿热证见寒热似疟、口渴心烦者;白虎加苍术汤则以清阳明胃热、燥太阴脾湿为中心,主治热重于湿,壮热烦渴、脘痞身重者。

2.3 补益药的嵌入使用 化湿败毒方中唯黄芪一味独立存在。作为典型的内伤杂病补气药用于外感热病的极期值得探讨。湿为阴邪,善阻气机,缠绵日久则元气受累,甚则伤及阳气,临床多导致困重、倦怠等类似气虚表现。而新冠病毒感染后,部分患者亦可出现极度疲乏的气虚表现。无论是湿阻还是气虚,此处酌情加用黄芪,与前“开肺气之痹”“化在里之湿”的大队药配伍,通过托护元气而加强表里气机的通行,从而增强行气利水、“化湿败毒”的效果。如周平安教授曾有经验之谈“黄芪补三焦而实卫气”,更能“通行上中下内外三焦”“是补剂中的风药”^[37]。而补气之黄芪用于湿邪为患证早在《金匱要略》中既见,如黄汗的治疗中,就已有芪芍桂酒汤主治气虚湿郁热伏证,桂枝加黄芪汤主治湿郁阳遏气虚证^[24]。可见,湿邪为患,欲扶正托邪,加入黄芪是有据可查的配伍。这与同样“治四时伤风、瘟疫、风湿”之败毒散中人参的运用有异曲同工之处。喻嘉言在《寓意草》中言败毒散中加用人参之妙“少助元气,以为驱邪之主,使邪气得药,一涌而去……败毒散……皆用人参,皆借人参之力,领在内之邪,不使久留,乃得速愈为快”^[38]。另据统计,人参在唐宋时期的疫病治疗中使用频次较高,运用较为广泛^[39]。

有报道治疗邪毒闭肺兼多脏受损所用处方:红参30g,酒萸肉30g,生地黄30g,炒苍术15g,薏苡仁15g,麸炒薏苡仁30g,猪苓30g,郁金10g,炒苦杏仁9g,生石膏60g,蜜麻黄9g^[40]。其以麻杏甘石汤及参苓白术散的组方思路为基础,益气固脱、宣肺化痰,也体现出从肺气、肺饮治疗的基本思路。其中除用到大量红参外,又重用酒萸肉。张锡

纯在《医学衷中参西录》中指出“盖萸肉之性……凡人身之阴阳气血将散者,皆能敛之,故救脱之药当以萸肉为第一”以及“山萸肉味酸性温,大能收敛元气”^[41]。山萸肉有敛气固脱之功。现代药理学研究亦表明山萸肉对临床失血性休克的患者的抢救能迅速明显地升高血压,且有保护心肌、保护神经元、抗氧化、保护肝脏的作用^[42-43],可与黄芪、人参同为外感病重症的补益药,又体现救逆防脱的预护思想。

3 化湿败毒方治疗思路探讨

3.1 中医处方与临床应用的距离 中医临床值得思考的一个重要问题是:一个既定的处方与实现临床疗效之间还有多远的距离?常说“中医不传之秘在于剂量”,也就是说既定药物组成的处方中药物剂量比例改变,其作用侧重点就会改变,从而影响疗效。这种灵活化裁药物,或者调整剂量配比以提高疗效的技能,是基于对患者病因疾病性质、病机及演变、体质状态、组方药味作用等的准确认识而实现的。也就是对处方细节的深入理解和对患者病证的准确把握,二者锁钥契合是中药处方实现最大疗效的关键。因此,即便方案中给出了明确剂量的推荐方,在临床具体应用中离实现满意疗效还有一段距离。深入认识推荐方的组方思路是迈出的第一步,重视疫病传变急骤、恶化突然、病情凶险的特点,及时果断地调整处方以截断病情发展,也是在形成处方过程中时刻关注的。

3.2 化湿败毒方的多“靶点”作用 从药物组成上看化湿败毒方的适用证:病因上涉及湿、热、毒,以及继发的饮、痰、燥结等;病位上涉及肺、脾、胃、膜原、大肠等;病机上以湿毒稽留,气机痹阻为主;方剂作用包括宣泄肺气、化泄痰浊、逐饮利水、肺肠同清、疏利膜原、燥湿健脾、降胃通腑、益气祛邪等。但一个处方的作用“靶点”较多时,临床应用就需根据对患者的精准分析,找出患者病因、病机、病位的偏重,从而调整处方药物的比例及化裁,才会让推荐方发挥更好的疗效。如病因可以有湿邪偏重、湿热并重、热毒盛而兼湿痰、湿毒夹饮、痰湿热互结、肺痰与肺燥结并见等;而病位可有偏重于肺,或肺脾胃同病,或三焦俱病,或肺病兼及膜原等。以上各情况均可以使用化湿败毒方化裁治疗,临床可根据患者的病情调整处方作用的偏重点,实现中医药的个性化精准治疗。除了注意分析病机要素的孰重孰轻以外,也要根据凸显的不同的独立症状调整药物剂量,如若喘憋较重,可适当加大麻黄、葶苈子用量;若呕恶不欲食,甚至味觉消失,可加大藿香、半夏用量;若舌上见积粉苔,则增加厚朴、槟榔、草果用量;若疲劳感明显,则加大黄芪用量等。当然,由于疫病具有“无问大小,症状相似”的特点,在某大范围发病的局部区域也可以统一用方以发挥急治的作用。

3.3 截断用药思维的重要性 中医认识疾病,是包括病因、侵入途径、病机、传变规律、证候类型及预后等多因素的整体认识,而在对疫病的认识中,传变规律的辨识尤为重要。因疫病传变较快,治疗往往措手不及,对疾病传变规律的把握有助于提前采取治疗措施,以达到截断病情、挽救生命的目的。从这一点上讲,对疫病发展规律的把握,当为中医疫病学研究的重点之一。明代张景岳于《景岳全书·卷之十三·瘟疫·瘟疫热毒辨治》中引徐东皋所言“瘟疫六七日不解,以致热入血室,发黄身如烟熏,目如金色,口燥而热结”。又在《景岳全书·卷之八·伤寒典下·发斑》中言“凡邪毒不解,则直入阴分,郁而成热,乃致液涸血枯,斑见肌表”。描述了疫毒迅速入血室、阴分。清代吴鞠通

于《温病条辨》中论述了病性以温、燥、湿为主的疫病在三焦中的传变,并可殃及肝肾等重要脏腑^[22]。“温病由口鼻而入,鼻气通于肺,口气通于胃,肺病逆传,则为心包;上焦病不治,则传中焦,胃与脾也;中焦病不治,即传下焦,肝与肾也。始上焦,终下焦。”疫病的传变规律因疫邪的种类而异。诊疗方案中指出年龄大于60岁、合并严重慢性疾病包括高血压病、糖尿病、冠心病、恶性肿瘤、结构性肺病、肺心病,以及免疫抑制人群等按重型新冠肺炎管理。说明以上疾病的自身病机特点在治疗中也要被关注,针对脏腑气血、经气的偏衰、疫病的传变趋势等调整用药^[44]。若患者化热成毒较迅速,可加大赤芍、石膏剂量,增强凉血解毒药力,或提前应用生地、水牛角、玄参、丹皮等;若患者精神体力或免疫指标下降较快,人参、黄芪等扶正药物就应尽早足量使用;若精神逐渐萎靡,意识欠清,可根据证候寒热提前应用危重型推荐药物如人参、黑顺片、山茱萸、苏合香丸或安宫牛黄丸等。

参考文献

- [1] 刘成友. 发挥中医药的战“疫”力量[N]. 人民日报, 2020-02-28(005).
- [2] 中医药对新型冠状病毒感染的肺炎防治可全程发挥作用——专访国家科研攻关专家组专家张伯礼院士[EB/OL]. http://www.mod.gov.cn/topnews/2020-01/27/content_4859109.htm
- [3] 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第六版)[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202002/8334a8326dd94d329d351d7da8aefc2.shtml>
- [4] 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第七版)[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202003/46c9294a7dfc4cef80dc7f5912eb1989.shtml>
- [5] 新型冠状病毒肺炎重型、危重型病例诊疗方案(试行第二版)[EB/OL]. http://xxgk.jl.gov.cn/zcbm/fgw_98077/xxgkmlqy/202002/t20200215_6838633.html
- [6] 李董男. 明清医家疫病邪气传变规律学术观点辨析[J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2017, 34(3): 44-47.
- [7] WANG DW, HU B, HU C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus - Infected Pneumonia in Wuhan, China[J]. JAMA, 2020 Feb 7. doi: 10.1001/jama.2020.1585.
- [8] 王玉光, 齐文升, 马家驹, 等. 新型冠状病毒(2019-nCoV)肺炎中医临床特征与辨证治疗初探[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 281-285.
- [9] 邹璐, 喻晓, 吴雨沁, 等. 中医药防治重症新型冠状病毒肺炎的分析和思考[J]. 上海中医药大学学报, 2020, 34(2): 11-16.
- [10] 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第五版修正版)[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202002/d4b895337e19445f8d728fcafe3e13a.shtml>
- [11] 苗青, 丛晓东, 王冰, 等. 新型冠状病毒感染的肺炎的中医认识与思考[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 286-288.
- [12] 范伏元, 樊新荣, 王莘智, 等. 从“湿毒夹燥”谈湖南新型冠状病毒感染的肺炎的中医特点及防治[J]. 中医杂志, 2020, 61(7): 553-556.
- [13] 熊曼琪. 伤寒论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 921.
- [14] 孙小静, 侯渊, 李维胜. 《伤寒论》药物剂量研究概述[J]. 广西中医药大学学报, 2012, 15(4): 75-76.
- [15] 郝万山. 汉代度量衡制和经方药量的换算[J]. 中国中医药, 2005, 3(3): 48.
- [16] 仝小林, 吴义春, 姬航宇, 等. 《伤寒论》药物剂量考[J]. 中医杂志, 2009, 50(4): 369.
- [17] 李霞丽, 王永丽, 张爱萍. 麻杏石甘汤配合鲜竹沥治疗小儿外感咳嗽临床观察[J]. 光明中医, 2020(1): 62-64.
- [18] 湖南省新型冠状病毒感染的肺炎中医药诊疗方案视频培训会[EB/OL]. <http://zynj.shutcm.edu.cn/2020/0208/c4359a119849/page.htm>
- [19] 刘菊, 崔瑛, 白明学, 等. 基于中医药预防治疗新型冠状病毒肺炎的用药探析[J/OL]. 中草药, 1-5 [2020-02-29]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/12.1108.R.20200212.1133.002.html>
- [20] 石岩, 郝贺, 赵亮, 等. 新型冠状病毒(2019-nCoV)感染的肺炎与风寒湿疫[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(3): 4-6.
- [21] 王金榜, 梁保丽, 孙树椿. 新型冠状病毒(2019-nCoV)感染性肺炎现代中医诊疗建议方案与探讨[J]. 世界中医药, 2020, 15(1): 35-46.
- [22] 杨进. 温病条辨白话解读[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2010: 183.
- [23] 卢鹏飞, 施伟丽, 王志国, 等. 瓜蒌皮的临床应用及作用机制[J]. 中医杂志, 2013, 54(16): 1428-1431.
- [24] 陈纪藩. 金匱要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 239.
- [25] 吴谦. 御纂医宗金鉴[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 230.
- [26] 江春燕, 李成国, 姚伟光. 葶苈大枣泻肺汤加味外敷治疗小儿痰湿咳嗽200例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2015, 11(4): 28-30.
- [27] 项琼, 莫郑波, 宋恩峰. 新型冠状病毒肺炎中医理论与临床探讨[J]. 医药导报, 2020, 39(3): 323-326.
- [28] 喻嘉言. 尚论篇[M]. 北京: 学苑出版社, 2009: 93.
- [29] 张印生. 孙思邈医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 322.
- [30] 陈修园. 金匱方歌括[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 1987: 50.
- [31] 陶红卫, 姜洪玉, 齐蓉. 千金苇茎汤加减治疗湿热咳嗽65例[J]. 广西中医药, 2008, 31(6): 41-42.
- [32] 裘沛然. 中华医典[M/CD]. 长沙: 湖南电子音像出版社, 2008.
- [33] 雷丰. 时病论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 99.
- [34] 国家卫生健康委员会. 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第四版)[EB/OL]. [2020-01-27]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-01/28/content_5472673.htm
- [35] 吴有性. 温疫论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1990: 8.
- [36] 何廉臣. 增订通俗伤寒论[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2004: 76.
- [37] 马芳. 周平安治疗过敏性紫癜经验[J]. 中医杂志, 2010, 51(2): 108-109.
- [38] 赵岩松, 侯雪雍, 高子恒, 等. 新型冠状病毒肺炎初期治湿方剂溯源[J/OL]. 中华中医药学刊, 1-11 [2020-03-07]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20200302.1107.002.html>
- [39] 徐琪珣, 高丽, 丁文捷, 等. 唐宋时期疫病治疗遣药组方规律的数据挖掘研究[J]. 上海中医药杂志, 2020, 54(4): 15-23.
- [40] 李秀惠, 李丽, 汪晓军, 等. 中医辨证治疗2019冠状病毒病临床验案[EB/OL]. 中华中医药杂志, <https://mp.weixin.qq.com/s/4tJHaMT4-4sRdsOoiEoJ2A>
- [41] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 2002: 34-33, 267.
- [42] 周迎春, 张廉洁, 张燕丽. 山茱萸化学成分及药理作用研究新进展[J]. 中医药信息, 2020, 37(1): 114-120.
- [43] 刘轶华, 朱红丽. 山茱萸的现代药理研究及应用[J]. 中国医药指南, 2012, 10(31): 601-602.
- [44] 黄玉燕. 中医疫病传变规律探讨[J]. 中医杂志, 2014, 55(2): 157-160.