

论 坛

编者按:自 2019 年 12 月以来,以我国湖北武汉地区为中心,全国各地新型冠状病毒肺炎病例持续增加,现已纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病,世界卫生组织(WHO)已将新型冠状病毒疫情的全球性暴发列为“国际关注的突发公共卫生事件(PHEIC)”,形势严峻。疫情发生以来,全国医疗工作者奋战在防疫一线,在防治过程中,中医药彰显了特色和优势。

全国名老中医药专家学术继承人,河北省中医院中医药特色研究室主任王金榜教授是国医大师李士懋先生的开门弟子,一直秉承“坚持中医思维与核心价值观指导下的现代中医临床,突出中医药特色,提高综合服务能力和救治水平”的理念,从事中医温病学、中医骨伤科教学及临床、科研 35 年,对温病学多有研究和体会。根据国医大师李士懋先生“平脉辨证”的思辨体系和国医大师李佃贵教授的“浊毒证”理论体系,王教授对武汉疫区及全国各地的疫情及防控、诊疗方案进行了深入的研究与思考,综述如下,以飨同道。

文中观点仅供参考、交流之目的,不代表本杂志社观点。欢迎业界同仁共同讨论,分享体会。

新型冠状病毒(COVID-19)感染性肺炎 现代中医诊疗建议方案与探讨

王金榜¹ 梁保丽² 孙树椿³

(1 河北省中医院中医药特色研究室,石家庄 050011; 2 河北医科大学第三医院中医科,石家庄 050051; 3 中国中医科学院,北京 100700)

摘要 自 2019 年 12 月以来,以我国湖北武汉地区为中心,以人群集散辐射传播为特点,全国各地病例陆续出现增加。疫情发源地罹患患者早期以身热不扬、干咳气促、身楚乏力为主要症状,以脉濡缓、舌苔厚腻、胸部 X 线检查显示炎性反应性改变为特征的新型冠状病毒(COVID-19)感染性肺炎为主的新型传染病。疫情传入地的患者早期症状由于地域的不同,有所差异。各地传统中医、现代医学先后集体或个人出台了相关诊疗方法和建议方案。作为现代中医,按照习近平主席:“遵循中医发展规律,传承精华,守正创新”和“中西并重”的指示精神。为规范这一新型传染病“瘟疫”的认知和诊疗,综合相关资料,根据疫情演变规律,结合个人经验与体会,特此探讨 COVID-19 感染性肺炎的诊疗建议方案。

关键词 新型冠状病毒;肺炎;湿浊瘟疫;诊断与辨证;治疗;解表化湿;宣畅气机;清热解毒;开窍醒神;醒脾化湿;新加升降散;宣白承气汤;凉开三宝

Suggestions and Discussion on Diagnosis and Treatment of the Novel Coronavirus(COVID-19)

Infectious Pneumonia in Modern Chinese Medicine

WANG Jinbang¹, LIANG Baoli², SUN Shuchun³

(1 *Characteristic Research Office of Traditional Chinese Medicine, Hebei Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011, China;* 2 *The Third Hospital of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050051, China;* 3 *China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China*)

Abstract Since December 2019, the number of pneumonia cases caused by the novel coronavirus(COVID-19) has been increasing in China. The center of the novel coronavirus is in Wuhan, Hubei Province, with the characteristics of population distribution and radiation transmission. In the early stage, the main symptoms of the patients in the origin of the epidemic were lack of body heat, dry cough with shortness of breath, and lack of strength in body. At the same time, the main signs of the patients were smooth and slow pulse, thick-greasy tongue coating, and inflammatory changes on chest X-ray examination in this new infectious diseases. The early symptoms of patients in the epidemic area are different due to different regions. Many researchers, including traditional Chinese medicine and modern western medicine, have issued relevant diagnosis and treatment methods and suggestions in the name of collective or individual. Modern Chinese medicine should follow the instructions “Following the law of traditional Chinese medicine de-

作者简介:王金榜(1963.08—),男,教授、主任医师,研究方向:中医骨科,中医药特色,E-mail:wjbshjzh138@sina.com
通信作者:孙树椿(1939.07—),男,主任医师,研究方向:中医骨伤,E-mail:sunshuchun01@163.com

velopment inheriting the essence and keeping the initiative and innovate” and “Emphasizing both western medicine and traditional Chinese medicine” by chairman Xi Jinping in relevant work. In order to standardize the cognition, diagnosis and treatment of the novel coronavirus(COVID-19), the writer hereby discussed the suggestions for diagnosis and treatment of the novel coronavirus(COVID-19) according to the relevant data, the law of epidemic evolution and personal experience.

Keywords Novel Coronavirus(COVID-19) /2019 Novel Corona Virus(2019-nCoV) ; Pneumonia; Damp turbid plague; Diagnosis and syndrome differentiation; Treatment; Relieving superficial dampness; Promoting Qi movement; Clearing heat and removing toxicity; Inducing resuscitation; Enliven the spleen and resolve damp; Xinjia Shengjiang Powder; Xuanbai Chengqi Decoction; Liangkai Sanbao

中图分类号: R512. 99; 563. 1 +9; R254. 3 文献标识码: A doi: 10. 3969/j. issn. 1673 - 7202. 2020. 01. 007

自 2019 年 12 月疫情爆发以来,国家卫健委、疾控中心第一批国家专家到达武汉,第一时间(2019 年 12 月 31 日)发现并命名了本病是由一种新型冠状病毒即 2019 年新型冠状病毒(Corona Virus Disease-2019, COVID-19) 引起^[1]。2020 年 1 月 21 日,国家卫生健康委员会、国家中医药管理局委派首都医科大学附属北京中医医院刘清泉教授、广安门医院齐文升教授等紧急奔赴武汉,深入临床一线,调研和诊疗疫情,先后观察、会诊 200 余例患者,并与武汉当地专家研讨,获取大量信息,初步制订了本病的中医证治方案,提交国家中医药管理局的专家组进行讨论,纳入国家卫生健康委员会印发的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第四版)》中发布^[2]。截至 2020 年 1 月 26 日 24 时,国家卫生健康委员会收到 30 个省(自治区、直辖市)累计报告确诊病例 2 744 例,重症病例 461 例,累计死亡病例 80 例,疑似病例 5 794 例^[3]。2020 年 1 月 24 日 Lancet 在线发表题为“Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China”的研究论文,认为发病时的常见症状为发热(40/41 例,98%),咳嗽(31/41 例,76%)和肌痛或疲劳(18/41,44%)。40 例患者中有 22 例(55%)出现了呼吸困难^[4]。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(试行第四版)》,本病常见的临床表现为发热、乏力、干咳为主要表现,少数患者伴有鼻塞、流涕、腹泻等症状。重症病例多在一周后出现呼吸困难,严重者快速出现为“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”。值得注意的是重型、危重型患者病程中可为中低热,甚至无明显发热。部分患者仅表现为低热、轻微乏力等,无肺炎表现,多在一周后恢复。多数患者预后良好,儿童病例相对较轻。死亡病例多见于老年人和有慢病患者^[2]。期间,全国各地先后出台了具有当地特点的中医诊疗方案。

如何把握本病的流行病学特点和诊治规律,我

们对武汉疫区及全国各地的疫情及防控、诊疗方案进行了研究与思考,以期正确认知,准确用药,提高临床疗效,降低危重症发生率,减少病死率,增加治愈率,更好地体现和发挥中医药的作用和作为。西医学对本病虽然检测方法、重症救治技术先进,但治疗上尚缺乏有效的药物。而中医学对“瘟疫”的认知有悠久的历史,有丰富的诊疗经验。“天人合一、取类比象”的形象思维与“整体、融合、动态、辨证、中和、治未病和人文关怀”的核心价值观,古老而先进,全面而系统。遵循习总书记“遵循中医药发展规律”的指示精神,结合现代科技成果检测检验方法和先进可靠的救治技术,充分发挥中医药特色,建立更加全面、完整、系统的“现代中医诊疗模式”,特此从现代中医角度对本病的概念与发病,流行病学与病因病机、诊断与辨证,分期分型中药治等进行了回顾性研究,为规范这一新型传染病“瘟疫”的认知和诊疗,促进中医药发挥更大作用,特此探讨《COVID-19 感染性肺炎的现代中医诊疗规律》的建议方案。

1 关于 COVID-19 的概念与发病

1.1 概念 新型冠状病毒(COVID-19) 是中国医学专家发现而命名的。属于 β 属的新型冠状病毒。吴又可在《温疫论》中指出“温疫之为病,……乃天地间别有一种异气所感”。COVID-19 为“湿性浊毒”,属于天地间的杂气之一,为天行之气,包括在“疫疠之邪”的范畴。疫疠之邪又称“疠气”,是六淫邪气中具有强烈传染性,并能引起广泛播散、流行的一类致病因素,又有“杂气”之称。其所导致的疾病为“瘟疫”,隶属于温病的范畴。

温病命名大都和季节密切相关,唯独“瘟疫”是以致病特点命名的。《温病条辨》记载,温病者,有风温、有温热、有温疫、有温毒、有暑温、有湿温、有秋燥、有冬温、有温疟,计有 9 种温病。其中温疫是指发生于一定季节,感受疫疠之邪,具有强烈传染性并能引起广泛流行的急性外感热病。吴鞠通自注曰:“温疫者,厉气流行,多兼秽浊,家家如是,若役使然

也”。《素问·刺法论》言“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似”。是说温疫具有广泛流行性和强烈的传染性。“不相染者,正气存内,邪不可干”,是说善于养生,正气充足的人就不会被传染发病。本病湖北武汉疫区 COVID-19 及其感染性肺炎具备流行性、传染性,属于急性传染病,且以上焦肺系和中焦脾胃为主要病位的传染病。

1.2 发病特点 武汉地处荆楚大地,汉江平原的东部。市内江河纵横、湖港交织,水域面积占全市总面积 25%。2019 年 12 月以来阴霾冷雨缠绵不断,地域更显潮湿。气候属北亚热带季风性(湿润)气候,具有常年雨量丰沛、日照充足、雨热同季、冬冷夏热、四季分明的特点,冬季平均气温在 0~8℃。自 2019 年 12 月进入冬季,时值冬至前后、数九寒天,本该寒邪当令而未至,气温应寒而反暖。“应寒反暖,非其时而有其气”,不时之气留连持续。这样,天暖地湿,湿热氤氲,而易产生疫疠之邪的“湿性浊毒”。这种气象物候异常是本次疫情发生的外在病因基础。

一方水土养一方人。“九省通衢”的武汉,不但具有鲜明的物候特点,而且具有“江河湖泊并存,因水而生,得水而兴,靠水而居”的地理特征。特殊的地域文化,孕育了独特的生活方式。由于人们“摄生不当”,膳食多以“鱼虾”等寒性的水产品为主;居处也多潮湿寒冷;社区居民心理健康水平参差不齐^[5],加之运动不当等多种因素伤及脾胃,以致形成脾失运化的湿性体质,形成本次疫情发生的内在病因基础。“同气相求”,内因和外因共同作用,感染“湿性浊毒”(COVID-19)的疫疠之邪而发病。

除了武汉疫区发病的地域特点以外,全国播散输入性感染地区的疫情,也表现除了较为明显的地域特点。根据不完全统计中医专家在武汉疫区掌握的 200 多例本病患者的发病与临床资料表明,本病疫区的病因是以“湿”为基本属性的疫疠之气,“湿为阴邪,易伤阳气,湿性黏滞,易伤脾胃,阻遏气机”。发病季节具有“湿浊”或“寒湿”的物候特点;病邪性质具有“湿热”或“寒湿”特性,因此,本病可归属于瘟疫的“湿热疫”或“寒湿疫”,可统一命名为“湿浊毒症”。其他地区的疫情虽有各地域物候特点和人的个体差异,而出现不同表现特点,但总不离“湿浊毒症”的一般规律。

2 流行病学与病因病机

2.1 流行病学特点 从流行病学推断,本病的传染源主要是天行之气的湿浊疫毒和罹患 COVID-19 感染性肺病的患者;其传播途径主要是人与人的传播。

自然界的空气、飞沫和人与人的聚集相互接触,通过呼吸道、消化道和皮肤黏膜而传播。吴又可说“本气充满,邪不易入,本气适逢亏欠,呼吸之间,外邪因而乘之”。他认为疫疠之邪感染人体“凡人口鼻之气,通乎天气”,“邪从口鼻而入”,又说“邪之所着,有天受,有传染,所感虽殊,其病则一”。其易感人群不分老幼,普遍易感,“皆相染矣”但总以湿性体质,正气不足之人多见。老年人及有慢性病基础者感染后病情较重,儿童及婴幼儿也有发病。总之本病的流行病学特点可归纳如下。1) 传染源:目前所见传染源主要是新型冠状病毒感染的肺炎患者;2) 传播途径:经呼吸道飞沫传播是主要的传播途径,亦可通过接触传播;3) 易感人群:人群普遍易感。老年人及有基础疾病者感染后病情较重,儿童及婴幼儿也有发病^[2]。

2.2 病因病机

COVID-19 致病具有特殊性。对本病的病因病机做出清晰的判断,对本病的防护和医学观察、辨证论治和养护十分重要。现代中医对“湿浊毒症”的辨证是根据传统中医学“望闻问切”和现代临床疫情监测检验的“五诊合参”,确定感染者和易感人群的体质类型、证候类型和疾病状态与阶段,指导临床救治和医学观察。

来自疫区的临床资料显示:本次武汉 COVID-19 感染患者的病史及早期症状的主要特点:1) 具有流行病学的病史;2) 早期症状有发热或不发热。多数患者以发热为主要症状,但表现为身热不扬,不恶寒,也有部分病例不发热;3) 伴有肺系症状干咳、气促、少痰,咽喉不利;4) 伴脾胃症状,食欲不振,乏力倦怠,甚或恶心、大便溏泻等;5) 伴有口干,口苦,不欲饮;6) 舌质多暗或边尖稍红,80%的舌苔表现为厚腻;7) 实验室检测:发病早期白细胞总数正常/降低,或淋巴细胞计数减少;胸部影像学正常,或早期呈现多发小斑片影及间质改变,以肺外带明显^[6]。可见,同一地域,由于感邪途径和不同的体质的差异等,出现了不同的表现特征。因此,掌握疫情的大样本发病规律,由此“审证求因,谨守病机”,通过辨证明确感染者的证候类型和个体差异,对疫情既要整体的观察,又要动态的把握,采取“整体、恒动、辨证、治未病”的思维和办法,才能完整、系统的把握本病的病理演变过程,早期截断病机,扭转病势,事前控制,争取主动,防患于未然,而不是事中应对,事后忙乱,追击于后,这样才能更好的对疫情进行积极主动的论治和防控。

本病的病因是“湿浊疫毒(COVID-19)”其致病的病因病机是辨证的核心。国医大师李佃贵教授的“浊毒理论”明确涵盖并阐释了本次疫情的病因病机。国医大师李士懋先生“平脉辨证”思辨体系的核心是通过望闻问切“四诊合参”,平脉辨证,抓住辨证要点,才能早期判断病机,对本病的辨证具有指导意义。李士懋先生明确指出:一个完整的辨证应包括“定性、定位、定量、定势”4个方面,称之为“四定”。

2.2.1 定性 即确定本病的阴阳寒热温凉的病性。患者脉象濡缓,平脉濡缓主湿。早期主症发热,身热不扬,舌苔厚腻等均为湿性特点;加之 COVID-19 病毒产生的物候条件、流行病学特性,综合判断,COVID-19 病毒具有“湿”与“阴寒”基本属性的“湿性浊毒”。湿邪的基本特点为“湿为阴邪,易伤阳气”是指湿邪具有阴寒的特征,所以仝小林院士称之为“寒湿疫”;“湿性黏滞,易阻遏气机”表现为病程缠绵,病程与潜伏期较长。“湿性重浊”表现为身体酸楚、乏力倦怠等。如果脉濡数,平脉则为湿阻气郁,郁而化热;特别是在北方暖冬多风时节,又间有风温袭肺,湿热上蒙的证候,出现发热、头痛(如裹)、口干咽痛的症状。

2.2.2 定位 即确定本病的病理部位。患者脉象濡缓,或有寸沉无力,主湿阻中焦,清阳不升;早期主症食欲不振,乃脾胃运化失常之象;同气相求,湿邪“易伤脾胃”故多有脾胃消化系统的症状表现。《温疫论》说“惟疫乃传胃”;患者脉濡或沉而躁数,又主湿阻肺卫肌表经络,早期主症或发热,头痛,干咳少痰,肌痛痠楚、咽痛等,乃肺气不利,湿阻肌表经络之象。“肺主气、司呼吸”“湿邪易阻遏气机”故多有肺系呼吸道的症状和“不通则痛”表现。薛生白在《湿热病篇》中说“湿热证,始恶寒,后但热不寒,汗出,胸痞,舌白,口渴不引饮”,不仅确立了湿热病的提纲,更加强了湿邪阻遏肺脾气机的病理病位。综合判断,本病早期病位在上焦肺卫(包括肌表经络、呼吸道),中焦脾胃(包括肌肉四肢、消化道)。

2.2.3 定量 即确定本病的轻重程度。平脉辨证即可判断本病的早期的轻重程度。如果脉象和缓则为正常体质;脉象濡缓则为湿阻轻证体质;脉象濡数则为湿郁化热证;脉象濡滑数有力则为湿热重证;脉象寸沉不足则为清阳不升证等,平脉是“观其脉证,谨守病机,随证治之”的重要指征。当然无论易感人群,还是罹患患者的主症也是判断病情轻重的重要指标。现代临床检测检查技术更是要充分运用和判

断的特殊方法。但是,只有脉象更能早期、方便、准确的做出病情轻重的判断。临证能守善变,是医者高水平的体现,守与变的原则是“谨守病机”,而判断病机最重要的是平脉。本病虽然是湿性浊毒,病程缠绵,但毕竟是疫疠之邪,其变化多端不容忽视。平脉象、抓主症、尊重现代检测检验技术,综合判断,更能准确、及时的掌握本病的轻重程度,做出有效的处理。

2.2.4 定势 即确定本病的变化、转归和预后。脉由濡缓转为和缓则病轻向愈,脉由濡缓转濡数、滑数、细数,或脉从有力转无力,则反应病重病进。变化是疾病的基本特征。本病发病早期,由于湿邪的基本特性,早期变化相对缓慢,但是,“肺为娇脏”,不容寒热。中期一旦变化,就会发生严重的转化,而发生重症或危象。《温热论》指出“外邪入里,与之相搏。在阳旺之躯,胃湿恒多;在阴盛之体,脾湿亦不少。然其化热则一”。湿邪黏滞,日久闭肺,出现肺气郁闭证;湿邪从阴则寒化,出现湿邪困脾证或邪伏膜原。湿邪从阳则热化,出现热入气分,阳明热盛证、阳明腑实证;肺与大肠相表里,肺气郁闭与阳明腑实,肺失宣发肃降,与阳明腑实不通形成恶性循环的重症;或从燥化伤阴,伤阴耗气、热盛动血,灼伤脉络、瘀血凝滞,瘀闭心包,从而出现咳喘、呼吸困难、咯血的重症。若不及时救治,则病情进一步加重,湿毒瘀闭神明,气机闭阻热厥出现“内闭外脱”的危症,呼吸衰竭、感染性休克、合并多器官功能障碍综合征(MODS)而危及生命。所以及时的把握脉象,预判病机;密切观察主症变化,预判病情;实时检测和监测生命体征、血氧饱和度等。可见早发现、早诊断,对本病的转化、转归和预后做出前瞻性的判断,从治未病的高度,谨守病机,或早期宣肺化湿,去除病邪,截断病机,或升阳化湿,健脾和胃,扶助正气,中期宣肺开闭,通腑泄浊,扭转病势,避免出现内闭外脱的危症,是治疗本病的一个关键环节。一旦危象显露,及时的跟进呼吸机辅助通气,甚至应用体外膜肺氧合(ECMO)等救治措施,中西医结合,优势互补,以期患者转危为安,提高救治成功率,降低死亡率。后期注意转归和预后,或清解余热,或益气健脾,或醒脾和胃,或活血通络等,全程辨证论治,采取针对性措施,防止死灰复燃,病情反复。

综上所述,本病的病因 COVID-19 可认定为“湿浊疫毒”具有“湿”的基本特性和“阴寒”的早期属性;其病机的基本特点可概括为“湿(浊)、毒(热)、瘀(血)、闭(脱)、虚(弱)”。单独出现时证候单纯较

轻,复合出现时证候复杂较重,甚至危重。临床当仔细诊断与辨证。

3 诊断与辨证

这次疫情是“湿浊毒疫”引起的急性传染病,也已明确为 COVID-19 感染所致。全国各地的疫情防控现实和经验教训启示我们,充分的利用现代检验检测方法,明确诊断,发挥中医药“三因制宜”辨证论治的优势和特色,实施“五诊合参,病证结合”现代中医思维模式,便于对疑似感染者和确诊发患者,实施分类、分期、分型,有效的进行家庭个人隔离、医学观察和住院治疗的管理,减少传播感染明确疑似和确诊病例,提高临床治愈率,降低死亡率,保证防控治疗效果,对疫情的防控和管理具有重大的现实意义和历史意义。

3.1 诊断^[2]

3.1.1 诊断要点

3.1.1.1 临床表现 基于目前的流行病学调查,潜伏期一般为 3~7 d,最长不超过 14 d。以发热、乏力、干咳为主要表现。少数患者伴有鼻塞、流涕、腹泻等症状。重型病例多在 1 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。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。部分患者仅表现为低热、轻微乏力等,无肺炎表现,多在 1 周后恢复。从目前收治的病例情况看,多数患者预后良好,儿童病例症状相对较轻,少数患者病情危重。死亡病例多见于老年人和有慢性基础疾病者。

3.1.1.2 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(CRP)和红细胞沉降率升高,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。在咽拭子、痰、下呼吸道分泌物、血液等标本中可检测出新型冠状病毒核酸。

3.1.1.3 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。

3.1.2 诊断标准

3.1.2.1 疑似病例 结合流行病学史和临床表现综合分析。流行病学史:1) 发病前 14 d 内有武汉地区或其他有本地病例持续传播地区的旅行史或居住史;2) 发病前 14 d 内曾接触过来自武汉市或其他有

本地病例持续传播地区的发热或有呼吸道症状的患者;3) 有聚集性发病或与 COVID-19 感染者有流行病学关联。临床表现:1) 发热;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,符合临床表现中任意 2 条。

3.1.2.2 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。

3.1.3 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(Severe Acute Respiratory Syndrome) 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、皮炎和机化性肺炎等鉴别。同时还要与风温病、春温病、湿温病、暑温病、秋燥病、冬温病和伤寒等鉴别。

3.2 辨证 目前,武汉的新增确诊和疑似病例仍在增加,其他各地的新型冠状病毒肺炎都是经武汉输入性病例,所以目前观察到病例的病因属性和病机特点大致相似。但由于不同的地域、感染途径和感染患者的个体差异,随着发病的不同阶段,其病理类型各有不同。

根据 COVID-19 病毒肺炎的回顾性临床观察和瘟疫病的演变规律,本病总的表现出了“湿浊毒疫”本病天地人三毒合一的演变特点。早期病位在上焦卫分,以肺、脾病变为中心;中期重症出现中焦气分的病理改变,留恋从化,或郁闭肺气,表里同病;或从阴寒化,伤及脾胃,清阳不升;或从阳热化,气分热盛、阳明腑实,蒙蔽清窍或热闭心包;中期危症涉及下焦营血分,或从燥化,伤阴耗气,灼伤脉络,瘀血阻滞,甚至出现内闭外脱的危症,出现肺、脾(胃、肠)、心(脑、心包)以及肝肾等多脏腑的功能失调;后期余邪留恋、或肺脾气虚、或瘀血阻络等。所以,临床辨证当综合运用“三焦辨证”“卫气营血辨证”“脏腑辨证”等,对本病的病程分期、病理阶段,病情轻重和转归预后做出判断,明确证候分型,指导治疗和养护。

4 辨证论治

“辨证观、恒动观”是现代中医治疗的核心优势。中医学强调审证求因,极其重视病因治疗。吴又可在《温疫论》中明确指出“大凡客邪贵乎早逐,

乘人气血未乱,肌肉未消,津液未耗,患者不至危殆,投剂不至掣肘,愈后亦易平复。欲为万全之策者,不过知邪之所在,早拔去病根为要耳”。所以,瘟疫的治疗以祛邪为第一要务,釜底抽薪,邪去则正安。中医学极其重视审察病机,把病机作为治疗的核心依据。临床上能守善变,是治疗的最高境界。证变机活,法无定法,方无定方。温病大家叶天士言“随证变法”。张仲景在《伤寒论》中鲜明指出“观其脉证,谨守病机,随证治之”。

“中和观,治未病”是现代中医的特色优势。中医学重视“和”的理念。《黄帝内经》云“热者寒之、寒者热之”。《中庸》:“致中和,天地位焉,万物育焉”。《荀子》曰“万物各得其和以生”。中医学重视治未病,贯彻“治其未病,三期养治;未病先防,切断病源;重视祛邪,早期治疗;截断病势,防止传变;重视调理,防止反复”的原则。临床治疗以药物的偏性和适宜技术的特长纠正人体的阴阳失衡,总不离祛邪扶正,泻实补虚,纠偏救弊,致其中和,恢复“阴平阳秘”的大法。

“融合观、人文观”是现代中医的基因优势。中医学是整体医学,从整体观出发,主张“天人合一、形神合一”。有容乃大,与时俱进,守正纳新。在治疗方法上,一方面坚持中医理论指导,遵循中医发展规律,充分发挥中医药特色;另一方面尊重现代医学理念和现代检测检查手段,充分发挥临床检测和救治技术,中西并重,优势互补,实施现代中医的诊疗模式,认为情志因素在瘟疫的治疗过程中具有无可替代的作用,全程人文关怀,精神心理干预,更好的救治 COVID-19 病毒肺炎,防控其感染传播,保障病患者健康。

4.1 基本原则 根据病情严重程度确定治疗场所^[2]: 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。

4.2 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,必要时行动脉血气分析,复查胸部影像学。3) 根据氧饱和度的变化,及时给予有效氧疗措施,包括鼻导管、面罩给氧,必要时经鼻高流量氧疗、无创或有创机械通气等。4) 抗病毒治疗:可试用 α -干扰素雾化吸入(成人 500 万单位/次,加入灭

菌注射用水 2 mL,2 次/d);洛匹那韦/利托那韦(200 mg/50 mg)2 粒/次,2 次/d。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。加强细菌学监测,有继发细菌感染证据时及时应用抗菌药物^[2]。

4.3 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:无创机械通气 2 h,病情无改善,或患者不能耐受无创通气、气道分泌物增多、剧烈咳嗽,或血流动力学不稳定,应及时过渡到有创机械通气。有创机械通气采取小潮气量“肺保护性通气策略”,降低呼吸机相关肺损伤。必要时采取俯卧位通气、肺复张或体外膜肺氧合(ECMO)等。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 d)使用糖皮质激素,建议剂量不超过相当于甲泼尼龙 1~2 mg/(kg·d);可静脉给予血必净 100 mL/d,2 次/d 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;有条件情况下可考虑恢复期血浆治疗。患者常存在焦虑恐惧情绪,应加强心理疏导^[2]。

4.4 中药分期分型治疗

根据罹患患者的流行病学情况,对疑似疑似病例的状况、确诊患者的证情、当地气候特点以及患者不同体质等情况,分别归类处理。医学观察的病例,建议根据体质特点,规范的使用中药制剂:如倦怠乏力,脉虚的气虚体质者,推荐口服玉屏风散、气阴两虚体质者推荐口服生脉饮;纳呆、脘痞、脉濡的寒湿体质者推荐口服藿香正气;头痛、咽干、脉濡躁数的风热体质者推荐口服连花清瘟,或升降散免煎颗粒;头痛咽干,便秘尿黄,脉濡滑数的表里同病体质者推荐防风通圣、双黄连口服液等。疑似病例和确诊病例,建议参照下列方案进行辨证分期分型论治。

4.4.1 早期(潜伏期)

是指早期确诊和疑似的病例,也包括感染 COVID-19 病毒,处于潜伏期的感染者。肺为娇脏,乃清虚之地,“温邪上受,首先犯肺”,脾主运化水湿,同气相求,湿性疫疠之气,常可直取中焦,易伤脾胃。肺合全身皮肤,脾主肌肉四肢,脾土生肺金,母子相生,共同受邪,所以早期证候多以肺脾病变为中心。以下只是常见或可预见的证候类型,临床也可见 2 种和 2 种以上的证候复合出现,当以辨体辨证为准。

可参照邪在上焦卫分,宜辛香透达,多用芳香清宣药物如藿香正气、三仁汤等。吴鞠通讲“治上焦如羽,非轻不举”,叶天士讲“在卫汗之可也”,薛生白认为:邪在表分用药取藿香、香薷、苍术皮、薄荷、牛蒡子,挟风头痛者加羌活等味。总之,早期治疗宜谨慎、细化各种体质、证候类型,对早期治愈、防范传播,控制疫情十分重要。

4.4.1.1 寒湿郁肺证 辨证要点:恶寒,身热不扬,干咳少痰,身体倦怠,肌痛乏力,纳呆、便溏,舌边尖稍红,舌苔厚腻,脉濡缓。较多见于确诊病例初期或医学观察期的患者。病机:寒湿郁阻,肺气不利,肺卫失宣。治法:宣肺透邪,健脾化浊。推荐方剂:麻黄加术汤,藿香正气散。常用药物:麻黄、杏仁、桂枝、白术、藿香、佩兰、茯苓、紫苏叶、白芷、陈皮、桔梗、苍术、羌活、厚朴、生半夏、甘草等。方解:麻黄加术汤出自张仲景《金匮要略》湿病篇,方中麻黄汤辛温发汗,宣肺解表给湿邪以出路,白术健脾除湿。麻黄得白术发汗而不过汗,白术得麻黄,以行表里之湿。藿香正气散出自《和剂局方》。本方藿香理气和中,辟恶止呕,兼治表裏;苏叶白芷桔梗,散寒利膈,以发表邪;厚朴达腹,行水消满,陈皮半夏,理气化痰,以疏裏滞;苓术甘草,益脾去湿,以补正气。正气通畅,邪逆自除。两方各有侧重,亦可合用加减。

4.4.1.2 湿阻肌表经络证 辨证要点:不发热,或身热不扬,恶寒,无汗,头疼身痛,肢体痠楚,舌苔白腻,脉濡。较多见于确诊病例初期或医学观察期的患者。病机:风寒湿邪,郁阻肌表经络。此处恶寒是“湿遏阳气”之象,不同于伤寒恶寒之重,也有别于风湿病恶寒之轻。治法:祛湿解表,宣肺化浊。推荐方剂:神术散,宣痹汤。常用药物:苍术、荆芥穗、藁本、干葛、麻黄、甘草、前胡、桔梗、川芎、白芷、防己、杏仁、滑石、连翘、山栀、薏苡仁、半夏、晚蚕沙、赤小豆等。方解:神术散出自《医方类聚》,方药组成:炒苍术、荆芥穗、藁本、干葛、麻黄、甘草各等分。本方解表达邪、宣肺祛湿。宣痹汤出自《温病条辨》为祛湿剂,组方:防己、杏仁、滑石、连翘、山栀、薏苡仁、半夏、晚蚕沙、赤小豆皮。具有清化湿热,宣痹通络的功效。主治风湿热痹。症见湿聚热蒸,蕴于经络者。

4.4.1.3 湿蒙清窍,湿困脾胃证 辨证要点:恶寒,午后身热,头痛如裹,肢体倦怠,胸闷不饥,口渴不欲饮,苔白腻,脉濡或弦。较多见于确诊病例初期或医学观察期的患者。病机:湿浊上蒙,清窍不利,中困脾胃,气机不畅。治法:宣畅气机,芳香化湿,通利小便。推荐方剂:三仁汤,藿朴夏苓汤。常用药物:藿

香、川厚朴、半夏、赤苓、杏仁、生薏苡仁、白蔻仁、猪苓、淡香鼓三钱、泽泻、通草、飞滑石、竹叶、厚朴、生薏苡仁。方解:三仁汤出自《温病条辨》为祛湿剂,具有宣畅气机,清利湿热,开上宣中渗下之功效。主治湿邪上蒙清窍,头痛如裹,《素问·生气通天论》:“因于湿首如裹”;藿朴夏苓汤出自《医原》,能宣通气机,燥湿利水,主治湿邪困阻中焦脾胃者。芳香化湿,苦温燥湿,淡渗利湿三法为一方,外宣内化,通利小便,可谓治湿之良方。

4.4.1.4 风热浊毒,侵袭肺卫证 辨证要点:发热或不发热,干咳头痛,咽干口渴,倦怠乏力,少气懒言,脉濡数或细数。病机:冬天温暖多风,宜产生风热时毒,兼挟湿性浊毒,侵袭肺卫,易致肺卫失宣,表里同病。较多见于北方干寒风燥地区输入性确诊或疑似病例的初期或医学观察者。治法:辛凉解表,清透肺卫。推荐方剂:新加升降散,银翘散,桑菊饮加减,桑杏汤。常用药物:连翘、银花、桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、芥穗、淡豆豉、牛蒡子、桑叶、菊花、杏仁、芦根、桑叶、香鼓、梔皮、梨皮、沙参、藿香、扁豆、僵蚕、姜黄、蝉蜕、生大黄等。方解:新加升降散是国医大师李士懋先生杨栗山的升降散提出的加减方(见后述)。银翘散、桑菊饮与桑杏汤三方均出自《温病条辨》,均为辛凉解表的方剂,用治温病初起之表证。但银翘散解表清热之力强,为“辛凉平剂”;桑菊饮肃肺止咳之力大,而解表清热作用较弱,为“辛凉轻剂”。桑杏汤为治疗温燥伤肺轻证的常用方。具有辛苦温散,凉润清肺的特点。临症应用,均应加减使用。

4.4.2 中期(进展期)

是指确诊病例早期失于治疗的阶段。叶天士在《温热经纬》中说“在阳旺之躯,胃湿恒多,在阴盛之体,脾湿亦不少,然其化热则一”。湿性浊毒留恋日久,郁闭肺气,或因感染患者体质阴阳状态的不同,或因治疗不当,湿性浊毒转归从化,变证蜂起,出现COVID-19肺炎的重症阶段。根据来自疫区的临床资料合湿性浊毒“瘟疫”的演变规律,可见以下证候类型,临床也可见2种和2种以上的复杂证候,当以辨证为准。治疗上参照邪在中焦气分,当分清湿孰轻孰重,湿重者宜苦温燥湿为主,清热为辅如藿朴夏苓汤等;热重者宜苦寒清热为主,化湿为辅,如王氏连朴饮,黄芩滑石汤等;湿热病重者宜清热化湿并举,如甘露消毒丹,苍术白虎汤等;若湿浊化热,阳明热盛,则用白虎汤,若阳明腑实则宜凉隔散通腑泻热,灵活加减运用。及时采用“病证结合、中西并

重”的诊疗措施,提高综合救治效果。

4.4.2.1 湿浊蕴毒,郁闭肺气证 辨证要点:高热,喘憋气促,动则气短,咳嗽咯痰,痰少色黄或白,或伴咯血,口渴不欲饮水,倦怠无力,不思饮食,腹胀便秘,舌质暗红或红,苔浊腻或黄腻,脉滑数。病机:湿浊缠绵,郁而化热,热毒壅肺,肺气郁闭,表里相传,热移大肠,腑实不通。湿浊内郁,气机阻滞,津液不得上乘则“口渴不欲饮”。治法:清热解毒,宣肺通腑。推荐方剂:宣白承气汤,新加升降散。常用药物:杏仁、瓜蒌、生石膏、连翘、葛根、柴胡、当归、生地、赤芍、桃仁、红花、枳壳、甘草。僵蚕、蝉蜕、姜黄、大黄等。方解:宣白承气汤出自《温病条辨》方药组成为生石膏、生大黄、杏仁粉、瓜蒌皮。本方为肺肠同治,宣肺通腑清热代表方。国医大师李士懋先生认为:杨栗山于《伤寒温疫条辨》中已再三阐明温疫属郁热这一观点。他说“杂气由口鼻入三焦,拂热内炽,温病之所由来也”。“温病得天地之杂气,拂热在里,由内而达于外”。温病的本质是郁热,透邪外达的原则贯穿于卫气营血各个阶段。透邪的关键在于畅达气机,而升降散行气活血,能升能降,正可疏通郁热外达之路,故温病卫气营血各个阶段皆可化裁用之,是故升降散乃治温疫之总方。本病湿浊阻滞,其病机一是气机郁滞不畅,二是热郁于内不能透达。因此治疗原则一是宣畅气机,祛其壅塞;二是清透郁热,但清热时,一定要“勿过寒凉”,因过寒则遏伏气机,则热邪更不易透达,当选用寒而不遏之品清热最宜。方中以僵蚕为君,辛咸性平,气味俱薄,轻浮而升,善能升清散火,祛风胜湿。蝉蜕为臣,甘咸性寒,升浮宣透,可清热解表,宣毒透达,为阳中之阳。姜黄为佐,气辛味苦,行气活血解郁。大黄为使,苦寒泻火,通腑逐瘀,推陈致新,擅降浊阴。气血畅达,清升浊降,郁伏于内之热自可透达于外而解,故凡郁热者皆可以升降散主之。由于致郁原因,热邪轻重,正气强弱不同,故临床应用时,尚须依据病情灵活化裁。因湿遏热郁者,加茵陈、滑石、佩兰、石菖蒲等。温邪袭肺致者,加淡豆豉、栀子皮、连翘、薄荷、牛蒡子等。情志拂郁者,加玫瑰花、代代花、绿萼梅等。瘀血而致者,加赤芍、牡丹皮、桃仁、红花、紫草等。痰浊蕴阻者,加瓜蒌、川贝母、黛蛤散、杏仁、竹沥等。食积中阻者,加三仙、鸡内金、炒枳壳等。阳明腑实热郁者,加芒硝、枳实,郁热重者加石膏、知母、黄芩等,热郁津伤加芦根、天花粉、石斛等。热郁兼气虚者,去大黄加生黄芪、党参、升麻、柴胡等。肝经郁热上扰者,加桑叶、菊花、苦丁茶、栀子、石

决明等。应用广泛,加减颇多。

4.4.2.2 湿浊困脾,清阳不升证 辨证要点:身热不扬,头昏头痛,纳呆欲吐,胸脘痞满,倦怠乏力,便溏不爽,舌苔白腻,脉濡缓或濡数,两寸沉而无力。病机:湿邪困脾,清阳不升,浊阴不降。较多见于确诊病例或医学观察期较长从阴从寒转化的患者。治法:健脾化湿,升阳降浊。推荐方剂:升阳益胃汤。常用药物:黄芪、半夏、人参、独活、防风、白芍药、羌活、陈皮、茯苓、柴胡、泽泻、白术、黄连、升麻、川芎、葛根、炙甘草。方解:升阳益胃汤出自李东垣《内外伤辨惑论》,本方补益脾胃升阳,清热除湿降浊。全方补气与升阳药配伍,补中寓升;健脾与利湿药配伍,补中有泻;升阳与渗利药同用,升清降浊,健脾与清热同治,补中有泻,标本兼治。

4.4.2.3 湿浊困阻,内陷膜原证 辨证要点:往来寒热,胸闷呕恶,纳呆,头痛,心烦,口苦,咽干,目眩,舌边深红,舌苔垢腻,或苔白厚如积粉,脉弦数按之减,或弦濡数。较多见于确诊病例初期或医学观察期较长的患者。病机:湿浊中阻,枢机不利。《湿热条辨》:“邪由上受,直趋中道,故病多归膜原”。治法:和胃降逆,祛湿化浊。推荐方剂:小柴胡汤、达原饮。常用药物:柴胡、半夏、人参、甘草、黄芩、生姜、大枣、槟榔、厚朴、草果、知母、芍药、黄芩。方解:达原饮出自吴又可的《温疫论》篇。国医大师李士懋先生说“邪伏募原,表里阻隔,高热恶寒,汗出,头身痛等,非一般芳香化湿所能胜任。方中常山、草果、厚朴、槟榔等,溃其募原伏邪,石菖蒲、青皮开痰下气,黄芩、知母和阴清热,甘草和之。对于湿热蕴阻,高热不退者,达原饮疗效非常显著,常可1~2剂即退热。该方较之藿香正气、三仁汤、六合定中散方雄烈。余掌握此方的应用指征有二:一是脉濡数,或濡滑数大,必见濡象。濡即软也,主湿,非浮而柔细之濡;二是苔厚腻而黄,或厚如积粉。见此二证,不论高热多少度,恶寒多重,头身痛多剧,或吐泻腹胀等症,皆以达原饮加减治之,每获卓效。小柴胡汤和解少阳,方中柴胡清透郁热;黄芩苦寒,清泄少阳之邪热。二药合用,则经腑并治,清热解郁,复少阳疏泄条达之性。党参配姜、草、枣,健脾益气,培补中州,是针对半虚、半阴的一面,半夏重在交通阴阳。柴胡清透郁热;黄芩苦寒,清泄少阳之邪热。二药合用,则经腑并治,清热解郁,复少阳疏泄条达之性。

4.4.2.4 湿浊化热,肺胃同病证 辨证要点:发热或高热,胸痛脘痞,咳嗽咯痰,或痰少色黄,口渴,倦怠无力,咽喉红肿,小便黄,舌红或暗红,脉濡滑数。

病机: 湿浊郁久化热, 湿热阻肺, 阳明热盛, 湿热病重, 肺胃同病。较多见于确诊病例或医学观察期较长从阳从热转化的重症患者。治法: 祛湿化浊, 清热解毒。推荐方剂: 甘露消毒丹, 白虎加苍术汤。常用药物: 藿香、白蔻仁、石菖蒲、淡黄芩、黄连、连翘、绵茵陈、川贝母、射干、飞滑石、木通、薄荷、厚朴、半夏, 生石膏、知母、生地黄、苍术等。方解: 甘露消毒丹出自叶天士的《医效秘传》: “病从湿化者, 发热……湿邪犹在气分, 用甘露消毒丹治之”。王孟英在《温热经纬》说“此治湿温时疫之主方也……湿温蒸腾, 人在气交之中, 口鼻吸受其气, 留而不去, 乃成湿温疫疠之病, 而为发热倦怠, 胸闷腹胀, 肢酸咽肿, 斑疹身黄, 颐肿口渴, 溺赤便闭, 吐泻痢疾, 淋浊疮疡等证。但看患者舌苔淡白, 或厚腻, 或干黄者, 是暑湿热疫之邪尚在气分, 悉以此丹治之立效”。本方芳香化湿、苦温燥湿、淡渗利湿, 治湿三法具备。是治疗湿浊毒疫的良方。白虎加苍术汤出自《活人书》。具有清温燥湿的功效。主治本病热重于湿的患者。

4.4.2.5 湿浊蕴毒, 蒙蔽心包证 辨证要点: 或发热, 身热不扬, 神识昏蒙, 舌质红或绛, 舌苔黄腻, 脉濡滑数。病机: 湿浊蕴热, 波及营分, 酿痰成毒, 蒙蔽心包。辨证关键是湿浊重, 热度轻。可见于确诊病例重症危重患者。治法: 清化湿热, 豁痰开窍。推荐方剂: 菖蒲郁金汤加减、苏合香丸。常用药物: 鲜石菖蒲、广郁金、炒山栀、连翘、菊花、滑石、竹叶、牡丹皮、牛蒡子、竹沥、姜汁、玉枢丹(山慈菇、五倍子、千金子霜、大戟、朱砂、麝香、雄黄组成)、苏合香丸。方解: 菖蒲郁金汤出自《通俗伤寒论》具有清热化湿, 豁痰开窍。主治湿热痰浊, 蒙闭心包, 神识昏蒙, 间有清晰, 谵语时作, 身热不重, 舌尖绛, 苔黄垢而腻等证。因湿浊偏盛, 故用温开苏合香丸, 温开醒神。

4.4.2.6 化燥入血, 邪闭心包, 灼伤脉络证 辨证要点: 发热, 神昏谵语, 烦躁不安, 胸痛, 喘促、咳血、便血, 舌质红绛, 脉细数。病机: 湿浊化燥化火, 深入血分, 浊闭心包, 神志不清; 灼伤肺络, 血逆脉外; 或灼伤肠络, 迫血下行。可见于确诊病例的危急重症, 证候复杂, 常合并出现。治法: 凉血解毒, 活血止血, 开窍醒神。推荐处方: 犀角地黄汤, 解毒活血汤。基本药物: 水牛角、生地黄、牡丹皮、赤芍、连翘、葛根、柴胡、当归、桃仁、红花、枳壳、甘草, 送服凉开三宝。方解: 犀角地黄汤出自《外台秘要》, 具有清热解毒, 凉血散瘀之功效。主治热入血分证, 热扰心神, 身热谵语, 舌绛起刺, 脉细数; 热伤血络, 斑色紫黑、吐血、衄血、便血、尿血等, 舌绛红, 脉数。解毒活血汤出自

王清任《医林改错》, 本方以桃红四物去川芎, 凉血活血, 合四逆散加连翘、葛根清热解毒透邪。临床应用于治疗本病出现弥漫性血管内凝血(DIC) 危急重症阶段。如高热或有神志障碍加安宫牛黄丸或紫雪散; 喘重加葶苈子、麻黄; 大便秘结者加芒硝、枳实。

4.4.3 极期(危重期)

是指确诊病例或失于治疗, 湿浊毒邪, 进一步化燥伤阴, 内闭心包; 由于真阴耗竭, 失血过多, 气无依附, 真气外脱, 呈现一派“内闭外脱”的凶险证候。病情恶化出现或可出现“急性呼吸窘迫综合征、感染性休克、弥漫性血管内凝血”等多脏器功能衰竭, 氧合下降, 肺部CT检查有大量的渗出的重症危象阶段。此时当“病证结合、中西并重”, 及时采用吸氧合呼吸机支持等ICU重症医学的多学科救治, 提高患者的生存效果。

4.4.3.1 内闭外脱证 辨证要点: 高热, 神志昏迷, 烦躁不安, 喘促气短, 气虚不足以息, 或汗出淋漓, 极度乏力, 或伴手足灼热及手足逆冷, 或伴少尿, 口唇发绀, 面色黯黑, 舌暗红或绛, 苔浊腻或黄腻, 脉沉细数, 或脉散大无力。病机: 本证虚实两端。若浊毒内陷, 内闭外脱, 以高热、喘憋、神昏为主症。邪热内闭, 阳气不得外达则热深厥深; 或真阴耗伤, 气随血脱, 在外表现为“休克”的手足四逆; 在内表现为邪热迫肺或阴不纳气的呼吸喘促。内闭外脱, 虚实当辨, 已然属于危急重症, 当仔细诊断与辨证。治法: 清热解毒, 开闭救逆; 或滋阴敛阳, 益气固脱。推荐方剂: 犀角地黄汤, 来复汤、参附龙牡汤, 送服凉开三宝。常用方药: 山萸肉、生龙骨、生牡蛎、生杭芍、野台参、炙甘草、人参、附子、生大黄、水牛角、生地黄、赤芍、牡丹皮、龙骨、牡蛎, 安宫牛黄丸、紫雪散至宝丹。方解: 本证须辨清虚实。邪热内闭, 则宜犀角地黄汤送服凉开三宝以清热凉血解毒开窍醒神, 已如前述。若真阴耗竭, 阳气外脱则以来复汤等急煎服用。来复汤出自张锡纯《医学衷中参西录》, 方中以山萸肉为主药, 萸肉较参、术、芪更有救脱之功。萸肉之性不独补肝, 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。生龙骨、生牡蛎敛正气不敛邪气, 若煨之则其性过涩, 亦必于外感有碍, 故生用。白芍与甘草同用, 甘苦化合味近人参, 合以野台参共奏补益元气、回阳救逆固脱之功。用于阴阳俱竭, 阳越于上的脱证; 参附龙牡汤回阳救逆, 功似来复汤, 犀角地黄汤已如上述, 临症当仔细推敲加减应用。关于温病凉开三宝, 吴鞠通自注: 大抵安宫牛黄丸最凉, 紫雪次之, 至宝又次之, 主治略

同,而各有所长,临用对证斟酌可也。整体而言,安宫牛黄丸长于清热解毒豁痰,紫雪长于熄风止痉,至宝丹长于芳香开窍、化浊辟秽。前述苏合香丸芳香开窍,行气温中,治疗寒湿闭的代表方,临床中若湿邪困阻心包窍,常用苏合香丸开窍。

4.4.4 后期(恢复期)

是指各种确诊、疑似病例和医学观察期的患者,经过治疗,表现为余邪留恋,邪去正虚;肺脾气虚,脾胃呆滞的恢复期。

4.4.4.1 余邪留恋证 辨证要点:身热已退,低热,烦躁,纳差,不食,胸闷,大便黏滞不爽,舌质暗,苔多腻,脉濡细数无力。病机:邪气已退,正气未复。多为余邪未解,气阴两伤,脾胃呆滞,中气未醒。治法:轻清芳化,清解余邪;醒脾和胃,益气养阴。推荐处方:薛氏五叶芦根汤。基本方药:藿香叶、薄荷叶、鲜荷叶、冬瓜子、佩兰叶、枇杷叶、芦根、西洋参、茯苓、白术、扁豆、生麦芽等。方解:五叶芦根汤出自薛生白《湿热病篇》,药物芳香化湿,醒脾和胃,同时轻清宣肺,益气养阴而不碍湿邪,有利于肺脾功能的恢复。

4.4.4.2 肺脾气虚证 辨证要点:干咳、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,脉濡细无力。病机:邪气已退,正气未复。多为脾肺气虚,脾胃呆滞。治法:补益肺气,芳香醒脾。推荐处方:六君子汤加减。基本方药:党参、炙黄芪、茯苓、藿香、半夏、陈皮、砂仁、佩兰叶、枇杷叶、白术、扁豆、生麦芽等。方解:六君子汤出自《医学正传》,具有益气健脾,芳香醒脾,理气化痰,补脾以益肺气,补土以生金。

4.5 养护

我国学者发表在《柳叶刀》杂志的研究结果显示,从武汉41例COVID-19感染病例来看,COVID-19感染具有与SARS相似的呼吸系统疾病临床症状,病死率也不容小视^[6]。因此,对这一正在流行疾病的危害严重性和积极防控必须引起高度重视。现代中医对于“瘟疫病”的养护有丰富的经验。一方面针对瘟疫的发病及流行特点采取相应的防护措施,另一方面遵循“治未病”的理念,提出了饮食有节、起居有常、运动有度、情志有和养生的“四大基石”。无论感染者疑似病例、确诊病例,还是已发病、未发病,都可参照执行。

4.5.1 防护措施 参照《协和新型冠状病毒肺炎防护手册》。

4.5.2 养生“四大基石” 参照[国家中医药管理

局关于发布的《中国公民中医养生保健素养》(国中医药办发〔2014〕15号)。

5 讨论

5.1 关于温疫治疗总以祛邪为第一要义 从本次疫情临床实践资料来看,防控全程贯彻了“祛邪”这一要务。这与温病学中温病和“瘟疫”的论治规律是一致的,也符合历代医家的经验总结。但需要注意的是,本病在病源发生地的疫区,其早期病邪具有“湿浊”属性,不同于长夏季节湿温病的“湿热病邪”,亦不同于“暑温夹湿”,是属于疫疠之气的“湿浊毒疫”。因此临床治疗(早期)侧重于祛湿,而非苦寒清热,如果贸然清热解毒,过早用寒凉药物,必然会导致湿邪加重,会出现“冰伏”气机,反生“厥证”或“开门揖盗,引邪入里”,从而影响治疗效果或加重病情。所以本病应在辨治规律基础上,注重湿邪的祛除,芳香化浊避秽,透表散邪,升降脾胃,以给邪以出路,是中医治疗的核心。中医祛湿,一者重治法,宣开肺气、健脾运湿、芳香化湿、清肝利湿、淡渗利湿,给邪以出路;二是重病位,在上宜开、在中宜化、在下宜利;又在表宜宣、在经宜通,因势利导;三者重量化,区分湿热孰轻孰重,分消走泄;四重从化,依据体质,从阴则寒化,从阳则热化;五重配伍,善用达药;六重善后,清解余邪,扶助正气,防止死灰复燃。但是,在全国各地输入性疫情来看,由于各地的自然条件、地域特点和致病特点以及治疗实践的病例报道的不同,初发病例和感染者又有不同的表现差异,如山西经验(属于华北黄土高原,气候寒冷、多风、干燥,出现类似“冬温”特点,慎用化湿药,酌用润燥、生津、养阴之品)因此,抓住COVID-19的基本特性,全程贯彻“三因制宜”辨证论治的原则,“观其脉证,谨守病机,随证治之”是现代中医永恒的治疗法则。

5.2 关于本病早期是否存在寒邪表证 关于早期是否存在寒邪表证目前存在争论。早期患者多具有发热、无汗、乏力等症状,同时伴有口干。上述症状容易被医家依据《伤寒论》太阳病具有“发热、恶寒、身疼痛、不汗出”的症状,而误辨为感受风寒湿夹杂而侵袭人体卫表所表现的表证、太阳病,进而误用辛温解表发汗治疗。对此,历代前贤多有论述。吴又可在《温疫论》中指出“温疫初起,先憎寒而后发热,日后但热而无憎寒也。初得之二三日,其脉不浮不沉而数,昼夜发热,日晡益甚,头身痛……虽有头身痛,此邪热浮越于经,不可认为伤寒表证,辄用麻黄桂枝之类强发其汗。此邪不在经,汗之徒伤表

气热亦不减”。本次疫病初起,鼻塞流涕等表证相对少见,虽有发热、体痛,但多为低热,身热不扬,无明显恶寒表现。本病以湿邪致病为特点,起病缠绵,进展缓慢,且不见其“寒主收引”的特点,但湿为阴邪,易伤阳气,自有寒性,所以全小林院士等称之为“寒湿疫”,是指湿邪郁闭肌表经络,卫阳郁闭,失于温煦则恶寒头痛身痛。杨栗山在《伤寒温疫条辨》明确提出“凡见表证,皆里证郁结。浮越於外也,虽有表证实无表邪。断无正发汗之理”。如何从理论与诊疗实践上,把握象与质的矛盾统一,这是提高中医学学术水平的一个重要问题。因此,我们认为本病早期虽有恶寒一证,仍以湿浊为主,并非外感伤寒表证。

5.3 关于本病的分期与传变 传染病与其他疾病相比较,临床突出的特点就是发病过程中病理演变的阶段性,分期便于传染病的疑似病例的医学观察管理和确诊病例的临床救治,同时又不影响辨证分型论治。根据来自原发于疫区和输入性疫情临床确诊病例200余例分析,可将本病分为4个阶段,早期(潜伏期)、中期(进展期)、极期(危重期)、后期(恢复期)。其中早期大概1~10d,进展期10~20d,极期(危重期)20d以上。恢复期1周左右。关于本病的传变,依据薛生白《湿热病篇》,本病存在顺传的正局和逆传的变局。湿性黏滞,病程缠绵,留恋在肺,在一经不移,在早期经治疗后,大部分患者在本期治愈,是为顺证。若病情在10~14d逐渐出现高热、神昏、喘憋、咯血、便血,此为湿浊疫毒从化,从寒则困阻中焦、清阳不升,邪伏膜原、蒙蔽清窍;从热从燥,则湿浊化热化燥,热壅肺胃,耗伤真阴,灼伤脉络,甚或内闭心包,出现阴阳离绝的危险,是为逆证。关于本病的传变,有学者认为本病进展期和极期的咯血症状,不属于热入营血阶段表现^[7]。其依据是本病归属于湿性瘟疫范畴,病性为湿毒化热,除出血症状外,并无其他明显热入营血的指征,如“身热夜甚,口干反不甚渴饮,心烦不寐,时有谵语,斑疹隐隐,舌质红绛,脉细数等”,并非热炽营血、迫血妄行,而是湿毒化热,湿邪困阻气机,热无出路,损伤肺络所致,仍以祛湿清热宣肺为主。我们认为不妥。其一,本病虽为“瘟疫”,但不出温病演变规律;其二,病邪从化,体实阳旺之人,从热从阳转化,化燥伤阴,灼伤脉络,逆入营血;其三,有明显的热入营分“逆传心包”的表现如神昏、谵语、口唇发绀、舌质绛、脉细数等,但见一症便是。特别是DIC的出现。所以温病大家除三焦辨证外,多用卫气营血辨证实践。邪热

入营入血后,迫血妄行,灼伤脉络可致出血。如叶天士所谓“入血就恐耗血动血,直须凉血散血”。所以说本病发病过程是可以出现热入营血阶段传变的,可以却非必然。

5.4 关于西医西药

5.4.1 抗病毒药物 近日美国报道了1例COVID-19肺炎经remdesivir抗病毒治疗痊愈的病例^[8],仍有待于临床循证医学证据。目前尚无循证医学证据支持现有抗病毒药物对COVID-19有效,更无针对COVID-19的特效药物。可酌情用洛匹那韦/利托那韦2粒/次,2次/d,14d为1个疗程。

5.4.2 输液治疗 临床观察到大量的病例因住院治疗而进行了大量的输液治疗,加重了湿浊疫毒的“湿性”,一定程度上掩盖了湿邪化燥、伤阴的特点,有可能加重加速了病情的变化,有待于进一步研究。但对于危重患者的全身营养、支持疗法和维持内环境平衡以及中药注射剂的应用,具有积极无可替代的作用。

5.4.3 糖皮质激素 长期大量使用糖皮质激素可造成激素性骨质疏松症和股骨头坏死,所以不建议早期大量使用。重症患者可根据患者临床病情及影像学表现早期使用,酌情延长疗程。但循证医学证据不足。

5.4.4 免疫球蛋白 一般不建议使用。重症患者依据病情可酌情早期静脉输注免疫球蛋白0.25~0.50g/(kg·d),3~5d为1个疗程^[9]。

5.4.5 抗生素治疗 抗生素的应用缺少循证医学证据。根据患者临床和影像学表现,如不能除外合并细菌感染,轻症患者可口服相关肺炎的敏感药物,如头孢或氟喹诺酮类;重症患者需覆盖所有可能的病原体。

5.4.6 关于ICU和现代救治技术 作为现代中医应同步熟练掌握和应用ICU和氧疗和呼吸支持疗法。对危重患者及时实施重症医学的多学科诊疗和技术,更好的保障治愈率。

6 结论

本病属于中医属于温病的“湿浊毒疫”范畴,其病因是感受的是“湿性浊毒”是“疫疠之邪”,疫疠之邪又称“疠气”,是多种致病因素的总称,因此又称“杂气”,它是指六淫邪气中具有强烈传染性,并能引起广泛流行的一类致病因素。感染人体“多从口鼻而入”,因此又不同于六淫邪气,虽然属于温病,又不同于“四时温邪”。但由于其发病的季节和物候条件,又兼有“湿热病邪”的部分特点。演变规律具

有上中下三焦和卫气营血传变的正局和变局;病理证候的变化具有阶段性,“湿性浊毒”是病因病机的核心,具有湿浊留恋传变和从阴从阳的转化规律。具有三期由轻到重到危急的变化,病死率较高。但如果早期发现,早期防控,早期诊断,早期治疗,可以早期治愈,预后大多良好。

原发于武汉疫区和输入性疫区,由于天时、地域和感染者的差异,要遵循因时、因地、因人“三因制宜”的辨证论治原则,既掌握规律,又要灵活运用。同时要注意和“四时温病”的联系与鉴别。

COVID-19 这一新型冠状病毒的宿主和中间宿主,尚未确定。但可以肯定的是人与人的飞沫、接触、气溶胶等通过呼吸道、皮肤黏膜的感染是主要的传播途径。病毒或某种戾气,作为某种生物或致病因素数不胜数,在自然界中宿主各种生物或某种条件和谐相处,早已存在了几十亿年而维持着自然界的平衡。人类的产生,从原始的农业社会算起至今不过万年,同样病毒或某种戾气宿主包括野生动物、人类在内的各种生物体,存在于某种条件下,而维持着自然界与人类社会的某种平衡。当天气物候变化、季节四时变换、加之地域的不同,特别是人类的异常生活和过度的生产,某种平衡被打破,反映到人类就会因此而致病,这符合中医学“天地人三才合一”的法则。也因此,为中医药防治传染病的治疗提供了机遇。这次防治 COVID-19 肺炎的实践,足以证明了中医药学大有作为,应该作为主体医学发挥更大的作用。在数千年中华文明史上,中医药学对于温疫诊治积累了丰富的临床经验,应该得到充分的尊重和发扬。

现代中医秉承中华优秀传统文化的血统和“基因”,“海纳百川,有容乃大”,与时俱进,守正创新。不仅自我完善,而且汲取了现代科技成果和现代临床先进的有效方法,极大的提高了综合服务能力和救治水平。针对本病的预防和保健,除了建议戴口罩,勤洗手,室内通风等,注重隔离等防护措施,更能发挥传统中医养生保健的“四大基石”作用,做到饮食有节,起居有常,运动有度,情志有和,休养生息;针对早期轻症病例,建议居家隔离观察治疗;针对重症患者的治疗,建议住院综合治疗,在中医思维和理念(整体、动态、融合、辨证、中和、治未病和人文关

怀)的指导下,中西医结合并重,优势互补。中医药的早期干预,可有助于降低病死率、增加治愈率、提高预后的优良率。

特别说明,无论指南、共识,还是方案,都不是僵死的,更不能限制临床医生的思维。本案为 COVID-19 感染性肺炎这一“湿浊毒疫”型瘟疫诊疗的建议方案,必须根据各地疫情的实际情况和当地气候、地域特点和罹患患者的个体差异,遵循辨证论治的原则,参考应用。

参考文献

- [1] Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019 [J]. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.
- [2] 国家卫生健康委员会办公厅, 国家中医药管理局. 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.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202001/3882fdcd4b4fa4e-3a829b62d518e.shtml>.
- [3] 国家卫生健康委员会. 截至1月26日24时新型冠状病毒感染的肺炎疫情最新情况通报 [EB/OL]. [2020-01-26]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202001/3882fdcd4b4fa4e3a829b62d-518e.shtml>.
- [4] HUANG Chaolin, WANG Yeming, LI Xingwang, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [J]. *The Lancet*, [2020-01-24]. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5).
- [5] 钟文娟, 方娇荣, 明新贵. 武汉市社区居民心理健康状况调查 [J]. *中国公共卫生* 2009, 25(3): 279-280.
- [6] Chan J, Yuan S, Kok K, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel-coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster [J]. *The Lancet*, [2020-01-24]. pii: S0140-6736(20)30154-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
- [7] 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/OL]. *中医杂志*. [2020-01-29]. <http://kns.cnki.net/KCMS/detail/11.2166.R.20200129.1258.002.html>.
- [8] Michelle L. Holshue, M. P. H., Chas DeBolt, M. P. H., Scott Lindquist, M. D., et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States [J]. *N Engl J Med*, [2020-01-31]. DOI: 10.1056/NEJMoa2001191.
- [9] 李太生, 曹玮, 翁利, 等. 北京协和医院关于“新型冠状病毒感染的肺炎”诊疗建议方案(V2.0) [J/OL]. *协和医学杂志*, [2020-01-30]. <http://kns.cnki.net/KCMS/detail/11.5882.r.20200130.1430.002.html>.

(2020-01-26 收稿 责任编辑: 王明)