

· 专家共识 ·

新型冠状病毒肺炎中西医结合防治专家共识

中国中西医结合学会

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。

新冠肺炎疫情在全球范围出现迅速蔓延,世界卫生组织(WHO)表示新冠肺炎“已具有全球大流行特征”。从湖北和全国的实际应用效果来看,中西医结合治疗在此次疫情防控中发挥了重要作用,取得了较好成效。随着我国对抗击新冠肺炎的认识不断加深和防控经验的积累,“新型冠状病毒肺炎诊疗方案”亦不断更新,同时在新冠肺炎流行病学特征、病原学特征、诊断标准、治疗用药、康复方面都陆续有指导性意见发布,各省亦陆续出台了中医药防治策略,中西医结合防治在疫情防控的各条战线取得较好成效。

为坚决贯彻落实习近平总书记重要讲话精神和党中央部署,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。经中国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《新型冠状病毒肺炎中西医结合防治专家共识》,由中国中西医结合学会会长陈香美院士牵头,中西医结合领域各相关专家、中国中西医结合学会呼吸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,议定共识结构、涵盖的范围与主题。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,降低重症和危重症患者比例,加快患者恢复为目标,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,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,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)》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,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,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,达成共识后直接进入修订版文字;其余修改意见,进行凝练后再次开展意见征询,如共识程度低,则不纳入。最后以“面对面(视频会议)”形式向专家征求定稿意见,以达成最终的共识。

1 范围

本共识包含新冠肺炎的病原学、流行病学、病理学、临床表现、中医病因病机、诊断标准、鉴别诊断、中西医防治、康复、出院后管理等内容。适用于发热门诊、急诊科、呼吸科、重症医学科、传染科(感染科)、康复科等医护人员及科研工作者诊治和研究新冠肺炎。

2 病原学特点

2019 年 12 月,陆续报道多例不明原因肺炎患者,世界各国及机构迅速确定这类病例的病原体为新型冠状病毒^[1-4]。2020 年 1 月 12 日,WHO 将其命名为 2019-新型冠状病毒(2019-new coronal virus,2019-nCoV),该病原体所致的肺炎称为新型冠状病毒感染的肺炎。2020 年 2 月 8 日,国务院联防联控发布会上,正式将新型冠状病毒感染的肺炎统一称谓为“新冠肺炎”,英文名为“novel coronavirus pneumonia”,简称为“NCP”^[5]。2020 年 2 月 11 日,国际病毒分类委员会(International Committee on Taxonomy of Viruses,ICTV)将该病毒命名为严重急性呼吸综合征冠状病毒 2(severe acute respiratory syndrome coronavirus 2,SARS-CoV-2)^[6],同日 WHO 正式将此病命名为 COVID-19(coronavirus disease 2019)^[7]。2020 年 2 月 21 日,国家卫生健康委发布关于修订新冠肺炎英文命名事宜的通知,决定将“新冠肺炎”英文名称修订为“COVID-19”,与 WHO 命名保持一致,中文名称保持不变^[8]。

新型冠状病毒属于 β 属的冠状病毒,有包膜,颗粒

通讯作者:陈香美, Tel: 010-66935462, E-mail: xmchen301@126.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20200909. 040

呈圆形或椭圆形,常为多形性,直径 60~140 nm。其基因特征与 SARS-CoV 和中东呼吸综合征冠状病毒 (Middle East respiratory syndrome coronavirus, 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 h 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 日^[9]。

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 min、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^[9]。

3 流行病学特点

3.1 传染源 目前所见传染源主要是新型冠状病毒感染的患者,包括无症状感染者。

3.2 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。

3.3 易感人群 人群普遍易感^[9,10]。

4 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。

4.1 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。

4.2 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。

4.3 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。

4.4 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。

4.5 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。

4.6 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^[9,11]。

5 临床特点

5.1 临床表现 潜伏期 1~14 日,多为 3~7 日。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 1 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(cute respiratory distress syndrome, ARDS)、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(multi-ple organ failure, MOF)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衰弱、呼吸急促^[9,12]。

5.2 肺部影像学特征 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^[13]。

5.3 一般检查 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、肌酶和肌红蛋白增高;部分危重患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。

5.4 病原学及血清学检查 采用反转录-聚合酶链反应(reverse transcription-polymerase chain reaction, RT-PCR)或(和)新一代高通量测序(next generation sequencing, NGS)的方法在鼻咽拭子、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^[14]。

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

5.5 预后 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。

6 中医病因病机

根据新冠肺炎发病的临床证候特点,本病属中医学“疫病”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,渐及他脏。病机特点为“湿、热、痰、毒、虚”。

根据新冠肺炎的发病表现,其基本病机为:疫疠之气,从口鼻而入,侵袭肺卫,肺失宣肃,故而发热、咳嗽;客于膜原,滞于胃肠,困阻脾阳,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,纳呆、恶心、呕吐;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、痰得除,然肺脾已虚或气阴已伤,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、痰、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、正虚体弱或素体肺胃伏热者,易疫毒内陷,传变迅速,出现危候^[15]。

7 诊断标准

7.1 疑似病例 结合下述流行病学史和临床表现综合分析。有流行病学史中的任何 1 条,且符合临床表现中任意 2 条;或无明确流行病学史的,符合临床表现中的 3 条,均诊断为疑似病例。

7.1.1 流行病学史 (1)发病前 14 日内有病例报告社区的旅行史或居住史;(2)发病前 14 日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 日内曾接触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,在小范围如家庭、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]。

7.1.2 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^[9]。

7.2 确诊病例 疑似病例同时具备以下病原学或血清学证据之一,者即诊断为确诊病例:(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^[9]。

7.3 无症状感染者 新冠病毒无症状感染者是指无相关临床症状,如发热、咳嗽、咽痛等可自我感知或可临床识别的症状与体征,但呼吸道等标本新冠病毒病原学检测阳性者^[16]。

8 鉴别诊断

新型冠状病毒感染轻型表现需与其他病毒引起的上呼吸道感染相鉴别。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、细菌性感染鉴别,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。还要与非感染性疾病,如血管炎、皮炎和机化性肺炎等鉴别^[9]。

9 临床分型

9.1 轻型 临床症状轻微,影像学未见肺炎表现。

9.2 普通型 具有发热、呼吸道等症状,影像学可见肺炎表现。

9.3 重型 成人符合下列任何一条可诊断:(1)出现气促,呼吸频率(respiratory rate, RR) ≥ 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) ≤ 300 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)。高海拔(海拔超过 1 000 m)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 h 内病灶明显进展 $> 50\%$ 者按重型管理。

儿童符合下列任何一条可诊断:(1)出现气促(< 2 月龄,RR ≥ 60 次/min;2~12 月龄,RR ≥ 50 次/min;1~5 岁,RR ≥ 40 次/min; > 5 岁,RR ≥ 30 次/min),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。

9.4 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^[9]。

10 重型、危重型临床预警指标

10.1 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。

10.2 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;(5)3 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)者^[9]。

11 病例的发现与报告

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,应当立即进行单人单间隔离治疗,主治医师会诊或院内专家会诊,仍考虑疑似病例,在 2 h 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。

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 h)且发病 7 日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。

注意防控无症状感染者,扩大检测范围,主要通过以下途径主动发现:一是对新冠肺炎病例的密切接触者开展医学观察期间的主动检测;二是在聚集性疫情调查中开展的主动检测;三是在新冠肺炎病例的传染源追踪过程中对暴露人群主动检测;四是对部分有境内外新冠肺炎病例持续传播地区的旅行史和居住史人员开展主动检测。各级各类医疗卫生机构发现无症状感染者,应于 2 h 内进行网络直报。县(区)级疾控机构接到无症状感染者报告后,24 h 内完成个案调查,并及时进行密切接触者登记,将个案调查表或调查报告及时通过传染病报告管理信息系统进行上报。

无症状感染者应集中隔离 14 日,原则上集中隔离满 14 日且两次连续标本核酸检测阴性者(采样时间至少间隔 24 h)可解除隔离;如果核酸检测仍为阳性者,则继续隔离医学观察。隔离医学观察期间如出现临床表现,应及时转归为确诊病例,进行规范治疗。无症状感染者密切接触者要进行 14 日的集中隔离医学观察^[9, 16]。

12 中西医防治

针对传染源、传播途径、易感人群三个环节,采取综合性中西医结合防治措施,达到早预防、早发现、早隔离、早治疗,阻断病情进展,降低重症和危重症患者比例,提高救治成功率,降低病死率,加快患者康复的目的。中西医结合防治强调整体观念,在救治新冠肺炎时,要注重患者其他基础疾病、慢性疾病的治疗。

我国幅员辽阔,南、北方地理、气候差异较大,患者体质强弱各不相同,在临床用药方面存在一定差异。北方地高陵居,风寒冰冽,且多干燥,北方患者腠理紧密、体质多实,感受外邪之后,初起多表现为肺卫表证,可很快进展为气分热盛,或形成卫气同病的情况。病变中心多以肺为主,证候多热象偏重,有耗气伤阴的趋势。故北方用药上偏重辛凉解表、苦寒清热、甘寒养阴。而南方气候相对温暖湿润,病邪之中多夹湿邪,南方患者腠理疏松,脾土多薄,病变中心多以肺、脾为主,具有热象重、卫表症状重、兼夹湿邪的特征。针对南方地区外感之后湿热互结之证,用药在清热解表基础上偏重苦辛甘温以行气化湿、健脾和胃。

中医药防治各地可因时因地因人,参照下列方案进行辨证论治,应当在医师指导下使用。在危重症患者救治中可结合患者实际情况合理使用。

疫情期间针灸干预工作,要服从全局,在各级医疗机构统一指导下,有条不紊地进行。在针灸施治期间,严格按照隔离、消毒的要求实施。确诊和恢复期患者可以多人在同一房间实施针灸,疑似患者单间中实施。呼吸支持输氧救治中,在保障安全情况下使用艾灸的方法。针灸干预通过脏腑、经脉辨证,采取主穴为主,结合临床症状适当加减,坚持“取穴少而精”的原则。根据实施的环境和管理要求,酌情选择刺灸方法,具体操作请参照国家标准“针灸技术操作规范”以及临床经验实施。

12.1 未病先防

12.1.1 阻断疫毒传播 少出门、不聚会、不聚餐,出门佩戴口罩(最好是医用口罩),外出后、饭前便后规范洗手。

12.1.2 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。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。

12.1.3 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。结合当地气候特点及体质特点,及时祛除风、寒、湿、热等诸邪,防疫毒夹六淫之邪而致病,针对高龄老年有基础病、儿童、高危人群用药需寒温适宜。

(1) 内服中药方

①平素乏力,汗出多,易于感冒者,舌淡苔白,脉浮虚。治法:健脾益气固表。处方:炙黄芪 15 g 白术 20 g 太子参 10 g 茯苓 20 g 防风 10 g 金银花 10 g 生甘草 5 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。中成药:玉屏风颗粒。

②平素恶风身重,易感冒以头疼身痛为主症者,苔白,脉浮。治法:祛风固表,散寒除湿。处方:黄芪 15 g 防风 10 g 荆芥 10 g 羌活 10 g 白术 20 g 茯苓 10 g 川芎 10 g 枳壳 10 g 桔梗 10 g 金银花 10 g 生甘草 5 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。中成药:荆防败毒丸。

③平素时有腹胀,大便不爽或黏腻者,舌苔白腻,脉濡。治法:固表化湿,理气和中。处方:藿香 10 g (后下) 炒白术 15 g 黄芪 15 g 茯苓 10 g 陈皮 10 g 苏梗 10 g 防风 10 g 苍术 10 g 厚朴 10 g 神曲 10 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。中成药:藿香正气丸(胶囊、水、口服液)。

④平素时有口干苦,易咽痛者,舌苔薄白或微黄,舌边尖红,脉浮数。治法:理气固表,清热解毒。处方:防风 10 g 金银花 10 g 连翘 10 g 黄芩 10 g 牛蒡子 15 g 佛手 10 g 佩兰 10 g 黄芪 15 g 白术 15 g 生甘草 5 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。中成药:夏桑菊颗粒、鱼腥草颗粒、板蓝根颗粒。

(2) 药膳方 处方:白茅根 15 g 茯苓 10 g 陈皮 10 g 扁豆 20 g 山药 20 g 黄芪 15 g 太子参 10 g。功效:固表和中,化浊解毒。用法:瘦肉适量炖汤,每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用。

(3) 外用香囊方 处方:苍术 20 g 川芎 15 g 白芷 15 g 艾叶 20 g 藿香 15 g 佩兰 15 g 薄荷 5 g 檀香 10 g。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。

12.1.4 中医针灸保健预防 目标:增强人体的正气以达到防病却疾的目的。主穴:足三里、气海、关元等保健穴行艾灸、按摩、穴位贴敷等。

12.1.5 心理干预 心态:恐慌、不敢出门、盲目消毒、失望、恐惧、易怒、攻击行为和过于乐观、放弃等。

干预措施:(1)正确提供信息及有关进一步服务的信息;(2)交流、适应性行为的指导;(3)不歧视患病、疑病人群;(4)提醒注意不健康的应对方式(如饮酒、吸烟等);(5)自我识别症状。原则:健康宣教,指导积极应对,消除恐惧,科学防范^[17]。

12.2 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。

12.2.1 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。

12.2.2 中医药辨证施治 (1)乏力伴恶心、食欲不振、腹胀、腹泻等胃肠不适者。舌苔白腻,脉濡缓。治法:解表化湿,理气和中。处方:藿香 20 g (后下) 苍术 10 g 佩兰 10 g 紫苏 10 g 茯苓 10 g 陈皮 10 g 厚朴 10 g 黄芩 10 g 生甘草 5 g 白术 15 g 姜竹茹 15 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。中成药:藿香正气丸(胶囊、水、口服液)。(2)乏力伴发热者。舌偏红,苔黄或黄腻,脉数。治法:祛风除湿,清热解毒。处方:金银花 15 g 连翘 10 g 黄芩 10 g 苍术 10 g 佩兰 10 g 生麻黄 5 g 青蒿 10 g (后下) 生甘草 5 g 牛蒡子 15 g 浙贝 15 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。中成药:连花清瘟颗粒(胶囊)、金花清感颗粒、疏风解毒颗粒(胶囊)。

12.2.3 心理干预 心态:侥幸心理、躲避治疗、怕被歧视,或焦躁、过度求治、频繁转院等。干预措施:(1)政策宣教、密切观察、及早求治;(2)为人为己采用必要的保护措施;(3)服从大局安排,按照规定报告个人情况;(4)使用减压行为、减少应激。原则:及时宣教、正确防护、服从大局、减少压力^[17]。

12.3 无症状感染者治疗 治疗场所:在疾控机构指定地点严格集中隔离和医学管理,隔离期间出现症状,立即转运至定点医疗机构进行救治。

12.3.1 一般治疗 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。

12.3.2 中医防治 根据实际情况,参照“12.1 未病先防”内容,行生活调摄、中医药、中医针灸干预。

12.4 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。

12.4.1 中医基础治疗

(1)清肺排毒汤 适用范围:结合多地医生临床

观察,适用于轻型、普通型、重型患者,在危重型患者救治中可结合患者实际情况合理使用。治法:宣肺止咳、清热化湿、解毒祛邪。方药:麻杏石甘汤、射干麻黄汤、小柴胡汤、五苓散加减。麻黄 9 g 杏仁 9 g 生石膏 15~30 g (先煎) 炙甘草 6 g 桂枝 9 g 泽泻 9 g 猪苓 9 g 白术 9 g 茯苓 15 g 柴胡 16 g 黄芩 6 g 姜半夏 9 g 生姜 9 g 紫菀 9 g 冬花 9 g 射干 9 g 细辛 6 g 山药 12 g 枳实 6 g 陈皮 6 g 藿香 9 g。用法:传统中药饮片,水煎服。每日 1 付,早、晚两次(饭后 40 min),温服,三付 1 个疗程。如有条件,每次服完药可加服大米汤半碗,舌干津液亏虚者可多服至一碗。(注:如患者不发热则生石膏的用量要小,发热或壮热可加大生石膏用量)。若症状好转而未痊愈则服用第 2 个疗程,若患者有特殊情况或其他基础病,第 2 个疗程可以根据实际情况修改处方,症状消失则停药^[9,18,19]。

(2)化湿败毒颗粒 适用范围:用于内有郁热、外感寒湿所致湿浊闭肺证,症见感受疫邪所致的发热或不发热、咳嗽、气喘、胸闷、脘痞呕恶、便溏不爽、倦怠乏力,舌胖淡或边尖红,苔微黄腻或白腻,边白滑等;适用于轻型、普通型、重型患者。治法:化湿解毒,清热平喘。方药:麻黄、广藿香、石膏、苦杏仁、法半夏、厚朴、炒苍术、草果仁、茯苓、黄芪、赤芍、葶苈子、大黄、甘草^[9,20]。

12.4.2 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风寒夹湿证 临床表现: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,咳嗽,咯痰,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 10 g 防风 10 g 柴胡 10 g 羌活 10 g 独活 10 g 枳壳 10 g 甘草 10 g 生麻黄 10 g 苍术 15 g 广藿香 15 g (后下) 紫苏叶 10 g 连翘 10 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。中成药:荆防败毒丸、风寒感冒颗粒等。

②风热夹湿证 临床表现:发热,微恶风寒,汗出不畅,头身困重,肌肉酸痛,鼻塞浊涕,口干不欲多饮,咽痛,干咳痰少,胸闷泛恶,纳差,小便赤,大便烂或黏滞不爽。舌红,苔黄厚或黄腻,脉浮滑或滑数。治法:疏风解表,清利湿热。方药:银翘散合三仁汤加减。金

银花 15 g 连翘 10 g 牛蒡子 15 g 桔梗 10 g 杏仁 15 g 白蔻仁(后下) 6 g 薏苡仁 20 g 厚朴 20 g 枇杷叶 10 g 贯众 15 g 藿香 10 g (后下) 生甘草 10 g 陈皮 10 g 紫菀 10 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。中成药:连花清瘟颗粒(胶囊)、金花清感颗粒、疏风解毒颗粒(胶囊)等。

(3)心理干预 心态:麻木、否认、愤怒、恐惧、焦虑、抑郁、失望、抱怨、失眠或攻击等。干预措施:①理解患者出现的情绪反应属于正常的应激反应,作到事先有所准备;②除药物治疗外应当给予心理危机干预,如及时评估自杀、自伤、攻击风险、正面心理支持、不与患者正面冲突等。必要时请精神科会诊。解释隔离治疗的重要性和必要性,鼓励患者树立积极恢复的信心;③强调隔离手段不仅是为了更好地观察治疗患者,同时是保护亲人和安全的方式。解释目前治疗的要点和干预的有效性。原则:支持、安慰为主。宽容对待患者,稳定患者情绪,及早评估自杀、自伤、攻击风险^[17]。

12.4.3 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、C-反应蛋白、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监测。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(H_2/O_2 :66.6%/33.3%)治疗。

(2)中医辨证施治

①邪蕴肺胃证 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,大便黏腻不爽。舌淡,苔白厚或白腻,脉濡或滑。邪蕴肺胃之证属“疠气”之邪侵袭人体,三焦传变,由上焦肺传至中焦脾胃,邪气阻滞中焦气机运行及水谷精微之运化,故而转变为湿邪及热邪阻滞中焦,可见身热不扬,乏力,周身酸痛,大便黏腻不爽等。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 15 g (后下) 厚朴 10 g 茯苓 15 g 薏苡仁 20 g 白蔻仁 10 g 猪苓 15 g 泽泻 10 g 枳壳 10 g 黄芩 10 g 生麻黄 6 g 杏仁 10 g 生甘草 5 g 生姜 10 g 姜竹茹 15 g 青蒿 15 g (后下)。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,每日 3~4 次。中成药:藿香正气散/丸/液。

②湿热郁肺证 临床表现:发热,或身热不扬,热

势缠绵,少汗,汗出不畅,咳嗽痰少,或有黄痰,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 10 g 生石膏 20 g 苦杏仁 10 g 薏苡仁 30 g 生甘草 6 g 槟榔 10 g 草果 10 g 厚朴 10 g 知母 10 g 黄芩 10 g 芦根 30 g 瓜蒌皮 10 g 桑白皮 10 g 鱼腥草 15 g 青蒿 15 g (后下)。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,每日 3~4 次。中成药:连花清瘟颗粒(胶囊)、金花清感颗粒、疏风解毒颗粒(胶囊)。

(3) 抗病毒治疗 对新冠肺炎目前尚缺乏明确有临床证据的有效抗病毒药物,根据我国新冠肺炎诊疗方案,可考虑以下药物:① α -干扰素:成人每次 500 万 IU 或相当剂量(单位换算:10 μ g = 100 万 IU, 50 μ g = 500 万 IU),加入灭菌注射用水 2 mL,每日 2 次雾化吸入。② 磷酸氯喹:用于新冠肺炎治疗适用于 18~65 岁成人。体重 50 kg 以上者每次 500 mg,每日 2 次,疗程 7 日;体重 50 kg 及以下者第 1、2 天每次 500 mg,每日 2 次,第 3~7 日每次 500 mg,每日 1 次,疗程 7 日。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。③ 阿比多尔:成人 200 mg,每日 3 次,疗程不超过 10 日。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^[21],治疗过程中应严密监测。④ 利巴韦林:建议与干扰素联合应用,成人 500 mg/次,每日 2~3 次静脉输注,疗程不超过 10 日。不建议同时应用 3 种及以上抗病毒药物,出现不可耐受的不良反应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。

(5) 心理干预 心态:除确诊病例轻型可能出现的心态以外,还可能出现孤独、或因对疾病的恐惧而不配合、放弃治疗,或对治疗的过度乐观和期望值过高等。干预措施:① 根据患者能接受的程度,客观如实交代病情和外界疫情,使患者做到心中有数;② 协助与外界亲人沟通,转达信息;③ 积极鼓励患者配合治疗的所有行为;④ 尽量使环境适宜患者的治疗;⑤ 必要时请精神科会诊。原则:积极沟通信息、必要时精神科会诊^[17]。

12.4.4 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^[9]。

(1) 呼吸支持 应当高度重视低氧血症的及时纠正。及早采取积极呼吸支持手段,防止因长期缺氧促进多脏器功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)或 MOF 的发生。

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 h)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(4~8 mL/kg 理想体重)和低水平气道平台压力(平台压 < 30 cm H₂O)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 cm H₂O 时,可适当采用高呼气末正压通气(positive end expiratory pressure, 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 ARDS 患者,建议进行肺复张。在人力资源充足的情况下,每日应当进行 12 h 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(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)。其相关指征:在 FiO₂ > 90% 时,氧合指数 < 80 mmHg,持续 3~4 h 以上;气道平台压 $\geq$ 35 cm H₂O。单纯呼吸衰竭患者,首选静脉-静脉体外膜肺氧合(veno-venous extracorporeal membrane oxygenation, VV-ECMO)模式;若需要循环支持,则选用静脉-动脉体外膜肺氧合(veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation, 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(pulse index continuous cardiac output, 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严重酸中毒;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)》^[22]。

(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 4~8 mg/kg,推荐剂量为 400 mg、生理盐水稀释至 100 mL,输注时间>1 h;首次用药疗效不佳者,可在 12 h 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≤800 mg。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,建议每日剂量≤甲泼尼龙 1~2 mg/kg。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(3~6 g/d) 治疗以抗氧化应激、炎症;可静脉给予血必净 100 mL/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症患者,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、危重型患者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。

(8) 中医药辨证施治

①疫毒闭肺证 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,痰黄黏少,

或痰中带血,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送服紫雪丹。炙麻黄 10 g 苦杏仁 15 g 生石膏 30 g 生甘草 5 g 生大黄 10 g(后下) 全瓜蒌 15 g 桑白皮 10 g 黄芩 15 g 玄参 15 g 厚朴 15 g 枳壳 10 g 佛手 10 g 槟榔 20 g 葶苈子 15 g 丹参 15 g 青蒿 10 g(后下)。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,每次 100~200 mL,每日 2~4 次,口服或鼻饲。神昏谵语者,冷水调服紫雪丹,每次 1.5~3 g,每日 2 次,中病即止,不宜过用。

②气营两燔证 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:清瘟败毒饮加减送服安宫牛黄丸。生石膏 30 g 知母 30 g 生地 30 g 水牛角 30 g(先煎) 赤芍 30 g 玄参 30 g 连翘 15 g 丹皮 15 g 黄连 6 g 竹叶 12 g 葶苈子 15 g 生甘草 6 g 紫珠草 15 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,每次 100~200 mL,每日 2~4 次,口服或鼻饲。

③内闭外脱证 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 15 g 黑顺片 10 g(先煎) 山茱萸 15 g,送服苏合香丸或安宫牛黄丸。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,每次 100~200 mL,每日 2~4 次,口服或鼻饲。高热惊厥、神昏谵语者,上药化服安宫牛黄丸,1 次 1 丸,每日 1 次;痰迷心窍者,上药化服苏合香丸,1 次 1 丸,每日 1~2 次;开窍剂中病即止,不宜过用。中成药:中药注射剂的使用遵照药品说明书从小剂量开始,逐步辨证调整的原则,推荐用法如下:痰热阻肺之发热、咳嗽、咯痰不爽,可予痰热清注射液或喜炎平注射液或热毒宁注射液;高热、神昏谵语,可予醒脑静注射液;瘀毒互结之发热、喘促、心悸、烦躁,可予血必净注射液;气阴两亏、脉虚欲脱之心悸、气短、厥冷、汗出、脉欲绝,予生脉注射液或参麦注射液;阳气暴脱的厥脱症或阳虚所致的惊悸、喘咳,予参附注射液。

(9) 心理干预 心态:濒死感、恐慌、绝望等。干预措施:镇定、安抚的同时,加强原发病的治疗,减轻症状。原则:安抚、镇静,注意情感交流,增强治疗信心^[17]。

12.4.5 恢复期治疗 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、针灸等治疗。

(1) 中医辨证施治

①肺脾气虚证 临床表现:气短,倦怠乏力,身热已退,或有低热,胸闷,腹胀,纳差,大便无力或黏滞不爽,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。生晒参 10 g 黄芪 30 g 茯苓 15 g 炒白术 20 g 生甘草 5 g 陈皮 10 g 砂仁 10 g(后下) 薏苡仁 30 g 苇茎 15 g 白花蛇舌草 10 g 茵陈 10 g 神曲 10 g 丹参 15 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。

②气阴两虚证 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:益气养阴,清养肺胃。方药:生脉散合沙参麦冬汤加减。沙参 15 g 玉竹 10 g 生甘草 5 g 桑叶 10 g 麦冬 15 g 白扁豆 10 g 炒白术 10 g 生地 20 g 西洋参 10 g 石斛 20 g。用法:每日 1 剂,水煎 400 mL,分 2 次服用,早、晚各 1 次。

(2) 中医针灸干预 目标:清除余毒,恢复元气,促进脏器修复,恢复肺脾功能。主穴:内关、足三里、中脘、天枢、气海。配穴:乏力、气短等气虚症状明显者,配膻中、神阙;胸闷、气短等肺气虚症状明显者,配膻中、肺俞、中府;纳呆、腹泻等脾虚症状明显者,配上脘、阴陵泉;肺脾气虚并见者,配肺俞、脾俞、心俞、膈俞、肾俞、中府、膻中;见口干、口渴等阴虚症状明显者,配太溪、阳池;心悸明显者,配心俞、厥阴俞;汗多者,配合谷、复溜、足三里;失眠者,配神门、印堂、安眠、涌泉;咳嗽不利配丰隆、定喘。针灸方法:根据病情宜针则针,宜灸则灸,或针灸合用,针刺平补平泻,每穴留针 20~30 min;艾灸,每穴灸 10~15 min。每日治疗 1 次。

12.4.6 康复期治疗

(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^[23]。②呼吸导引:通过肢体运动及呼吸吐纳,调息(呼吸)、调心(意念)、调形(身体姿势)相结合的中医肺康复技术,包括松静站立、两田呼吸、调理肺肾、转身侧指、摩运肾堂、养气收功 6 节。每套时间需 30 min 左右,每次 1 套,每日 1 次^[24]。③太极拳:推荐每日 1 次,每次 30~50 min 为宜。④八段锦:

练习时间 10~15 min 左右,建议每日 1~2 次,按照个人体质状况,以能承受为宜。⑤体育运动:可进行踏步、慢走、快走、慢跑、游泳等,每次 20~30 min,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,每日 1~2 组,每周 3~5 日。以上各活动,从低强度开始,循序渐进,以运动后第 2 日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、薏苡仁、百合、薄盖灵芝等。

(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,配合针灸、耳穴压豆、刮痧、拔罐等^[25]。

12.4.7 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 日以上;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 h);⑤呼吸道标本核酸检测阴性后,粪便病原核酸检测亦阴性;⑥总病程超过 2 周。满足以上条件者,可出院^[9]。

(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 日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、4 周到医院随访、复诊^[26]。

12.4.8 出院后管理 做好新冠肺炎患者治愈出院后的跟踪随访工作,实现全流程管理,更好地促进患者恢复健康。

(1) 切实强化责任,加强部门协作 收治新冠肺炎定点医院、康复医疗机构、疾病预防控制等专业公共卫生机构、基层医疗机构密切配合,加强信息沟通,按职责分工共同做好新冠肺炎患者解除隔离和治愈出院后的跟踪随访工作。定点医院、康复医疗机构和基层医疗机构要指定专人负责患者出院后的跟踪随访、康复和健康管理。疾病预防控制等专业公共卫生机构根据随访工作和健康管理需要提供技术支持。

(2) 细化跟踪随访工作流程 各定点医院要严格

执行新冠肺炎关于解除隔离和出院的标准,综合临床症状、体征、实验室检查与影像学结果,组织专家综合评估,明确后续跟踪随访事项,建立专门的随访登记制度、手册和出院告知书。定点医院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机构,同时要给出院患者开具康复指导处方,指导其赴相关医疗机构开展康复。康复医疗机构要为重型、危重型出院患者提供肺功能损害评估,根据肺功能损害程度制定合理呼吸康复计划并予以康复治疗。基层医疗机构在收到出院患者信息后,要及时对出院患者开展健康指导和健康状况监测,发生异常情况及时向定点医院报告,根据需要为轻型、普通型出院患者提供社区康复服务或居家康复指导。

(3) 科学有序落实跟踪随访措施 各定点医院要做好出院患者的复诊安排,在患者出院时为其安排好出院 2~4 周后的复诊计划,并预约好第一次复诊时间。复诊时重点复查血常规、生化、氧饱和度,必要时复查新冠病毒病原学检测。有肺炎的患者,复查胸部 CT 影像学检查,了解肺部炎症吸收情况。基层医疗机构要加强对出院患者的健康管理,及时了解患者体温、呼吸道症状,重点加强对老年人和患有高血压、糖尿病等慢性基础疾病的出院患者的监测。一旦发现发热、咽痛、胸闷等不适症状,指导患者尽快到设有发热门诊的上级医院就医。

(4) 充分运用信息手段开展随访 依托区域全民健康信息平台,努力做到居民健康档案、电子病历、出院随访档案等信息共享和业务协同,实现新冠肺炎患者临床诊治与健康管理的全闭环。指导社区家庭医生和乡村医生通过家庭医生签约 APP、有线电视网络、电话、微信、智能语音提醒等多种手段与辖区内管理的出院患者开展信息互动。

(5) 加强出院患者健康指导 各定点医院要指导出院患者做好自我健康管理,引导出院患者主动、及时向居住地居委会、基层医疗机构报告个人信息和健康状况。患者出院后,应当继续进行自我健康状况监测,佩戴口罩,有条件的居住在通风良好的单人房间,并减少与家人的密切接触,分餐饮食,做好手部卫生,减少外出活动^[27]。

顾问专家组

张伯礼(天津中医药大学)、黄璐琦(中国中医科学院)、陈可冀(中国中医科学院西苑医院)、陈凯先(中国科学院上海药物研究所,上海中医药大学)

主要起草人

陈香美(中国人民解放军总医院)、郭姣(广东药科大学)、刘清泉(首都医科大学附属北京中医医院)、吕文良(中国中医科学院广安门医院)、叶永安(北京中医药大学东直门医院)、田金洲(北京中医药大学东直门医院)、唐旭东(中国中医科学院)、李建生(河南中医药大学)、张建军(湖北省第三人民医院)

参与起草专家组(按姓氏笔划排序)

丁邦晗(广东省中医院)、孔立(山东中医药大学附属医院)、王健(长春中医药大学附属医院)、王圣治(辽宁中医药大学附属医院)、王龙安(河南省人民医院)、王智超(武汉市中西医结合医院)、叶勇(云南省中医医院)、边永君(中国中医科学院广安门医院)、卢云(成都中医药大学附属医院)、冯哲(中国人民解放军总医院)、吕志平(南方医科大学中医药学院)、刘映霞(深圳市第三人民医院)、刘华(上海中医药大学附属曙光医院)、刘平(上海中医药大学)、刘维(天津中医药大学第一附属医院)、安长青(湖北省中西医结合医院)、李斌(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、李志军(天津市第一中心医院)、李晓东(湖北省中医院)、冷向阳(长春中医药大学附属医院)、杜惠兰(河北中医学院)、杨志旭(中国中医科学院西苑医院)、张国梁(安徽省中医院)、张忠德(广东省中医院)、张汉洪(海南省中医院)、邹旭(广东省中医院)、苗青(中国中医科学院西苑医院)、尚东(大连医科大学附属第一医院)、范永升(浙江中医药大学)、果德安(中国科学院上海药物研究所)、雷根平(陕西中医药大学附属医院)、夏平(武汉市中西医结合医院)、俞超芹(上海长海医院)、梅建强(河北省中医院)、扈晓宇(成都中医药大学附属医院)、谢雁鸣(中国中医科学院中医临床基础医学研究所)、戴飞跃(湖南中医药大学第一附属医院)、魏军平(中国中医科学院广安门医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

秘书组

段姝伟(中国人民解放军总医院)、王聪慧(中国人民解放军总医院)、李爽(中国人民解放军总医院)、朱凤阁(中国人民解放军总医院)

利益冲突: 本指南所有共同作者不存在利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Li Q, Guan XH, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia [J]. N Engl J Med, 2020, 382: 1199-1207.
- [2] Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany [J]. N Engl J Med, 2020, 382: 970-971.
- [3] Huang CL, Wang YM, Li XW, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [J]. Lancet, 2020, 395 (10223): 497-506.
- [4] Chan Jasper Fuk-Woo, Yuan SF, Kok KH, 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]. Lancet, 2020, 395(10223): 514-523.
- [5] 中华人民共和国卫生健康委员会. 国务院联防联控机制 2020 年 2 月 8 日新闻发布会介绍疫情防控中维护市场秩序等相关情况[EB/OL]. (2020-02-08) [2020-05-11]. <http://www.nhc.gov.cn/xwzb/webcontroller.do?titleSeq=11225&gecstype=1>.
- [6] Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: the species and its viruses-a statement of the Coronavirus Study Group [J/OL]. bioRxiv, DOI: 10.1101/2020.02.07.937862.
- [7] 新华网. 世界卫生组织将新型冠状病毒感染的肺炎命名为“Covid-19”[EB/OL]. (2020-04-06) [2020-05-11]. http://www.xinhuanet.com/2020-02/11/c_1125561343.htm.
- [8] 国家卫生健康委. 关于修订新型冠状病毒肺炎英文命名事宜的通知[EB/OL]. (2020-02-27) [2020-05-11]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202002/33393aa53d984ccdb1053a52b6bef810.shtml>.
- [9] 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). (2020-03-03) [2020-05-11]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202003/46c9294a7dfe4cef80dc7f5912eb1989.shtml?spm=C73544894212.P59511941341.0.0>.
- [10] 中华预防医学会新型冠状病毒肺炎防控专家组. 新型冠状病毒肺炎流行病学特征的最新认识[J/OL]. 中国病毒病杂志, 1-7 [2020-03-19]. <https://doi.org/10.16505/j.2095-0136.2020.0015>.
- [11] Xu Z, Shi L, Wang YJ, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome[J]. Lancet Respir Med, 2020, 8(4): 420-422.
- [12] Chen NS, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study[J]. Lancet, 2020, 395(10223): 507-513.
- [13] 史河水, 韩小雨, 樊艳青, 等. 新型冠状病毒(2019-nCoV)感染的肺炎临床特征及影像学表现[J/OL]. 临床放射学杂志, <https://doi.org/10.13437/j.cnki.jcr.20200206.002>.
- [14] 赵颂涛, 毛青. 新型冠状病毒肺炎的临床特征与病原体检测[J/OL]. 检验医学与临床, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1167.r.20200306.1710.004.html>.
- [15] 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)[J/OL]. 世界中医药, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5529.R.20200313.1448.002.html>.
- [16] 国务院应对新型冠状病毒感染肺炎疫情联防联控机制. 国务院应对新型冠状病毒感染肺炎疫情联防联控机制关于印发新冠病毒无症状感染者管理规范的通知[EB/OL]. (2020-04-06) [2020-05-11]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2020-04/08/content_5500371.htm.
- [17] 应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控工作机制. 关于印发新型冠状病毒感染的肺炎疫情紧急心理危机干预指导原则的通知[EB/OL]. (2020-01-27) [2020-05-11]. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>.
- [18] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 关于推荐在中西医结合救治新型冠状病毒感染的肺炎中使用“清肺排毒汤”的通知[EB/OL]. (2020-02-08) [2020-02-25]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202002/d4b895337e19445f8d728caf1e3e13a.shtml>.
- [19] 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>.
- [20] 杨秀伟. 抗新型冠状病毒肺炎(COVID-19)的化湿败毒颗粒药味的物质基础研究[J]. 中国现代中药, 2020, 22(5): 672-689.
- [21] 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, 38(2): 86-89.
- [22] 国家卫生健康委. 新冠肺炎康复者恢复期血浆临床治疗方案(试行第二版)[EB/OL]. (2020-03-05) [2020-05-11]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-03/05/content_5487145.htm.
- [23] 国家卫生健康委. 新冠肺炎出院患者康复方案(试行)[EB/OL]. (2020-03-05) [2020-05-11]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-03/05/content_5487160.htm.
- [24] 李建生, 张海龙. 新型冠状病毒肺炎中医康复专家共识(第一版)[J]. 中医学报, 2020, 35(4): 681-688.
- [25] 国家卫生健康委, 国家中医药管理局. 新型冠状病毒肺炎恢复期中医康复指导建议(试行)[EB/OL]. (2020-02-23) [2020-05-11]. <http://yzs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2020-02-23/13319.html>.
- [26] 上海市 2019 冠状病毒病临床救治专家组. 上海市 2019 冠状病毒病综合救治专家共识[J]. 中华传染病杂志, 2020, 38(3): 134-138.
- [27] 国家卫生健康委办公厅. 国家卫生健康委办公厅关于做好新型冠状病毒肺炎出院患者跟踪随访工作的通知[EB/OL]. (2020-02-17) [2020-05-11]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202002/0572eef930d5441c96181c44a1fca878.shtml>

(收稿: 2020-05-11 在线: 2020-11-19)

责任编辑: 白霞