

王庆国辨治新型冠状病毒肺炎急性呼吸窘迫综合征验案分析

王永利^{1*} 武晓冬^{2*} 王雪茜^{3#} 石柱柱⁴ 吴丹¹ 赵辉⁵ 刘春龙⁵ 指导：王庆国³

(1 河北省张家口市中医院 河北 075000; 2 中国中医科学院针灸研究所; 3 北京中医药大学; 4 张家口市传染病医院; 5 河北省沧州中西医结合医院)

*并列第一作者：王永利，男，主任医师

武晓冬，女，博士，主任医师，硕士生导师

#通信作者：王雪茜，女，博士，教授、主任医师，博士生导师

摘要：新型冠状病毒肺炎属于中医学疫病范畴。本文通过对王庆国教授治疗的1例新冠肺炎急性呼吸窘迫综合征的验案分析，为中医临床治疗本病提供参考。该男性患者56岁，于1月28日因发热、咳嗽住院；1月29日经核酸检测确诊为新型冠状病毒肺炎；1月31日出现呼吸衰竭，急性呼吸窘迫综合征，多器官功能障碍综合征，给予气管插管，镇静下有创呼吸机辅助呼吸；2月1日CT检查见肺大部实变，血气分析PaCO₂50.1 mmHg，PaO₂40.5 mmHg，请王庆国教授会诊，经中医治疗病情逐渐好转；2月10日恢复自主呼吸；2月14日自主呼吸下指氧95%以上，符合出院标准。本案中医治疗采取口服与灌肠两种给药途径，不拘一方、依证立法，重剂愈沉痾，体现了中医治疗本病危重症的确凿疗效。

关键词：新型冠状病毒；肺炎；急性呼吸窘迫综合征；案例报告；名老中医

中图分类号：R259 doi: 10.3969/j.issn.2095-6606.2020.05.001

A case report of Wang Qingguo's successful treatment of severe acute respiratory distress syndrome due to novel coronavirus pneumonia

Wang Yongli^{1*}, Wu Xiaodong^{2*}, Wang Xueqian^{3#}, Shi Shuanzhu⁴, Wu Dan¹, Zhao Hui⁵, Liu Chunlong⁵ Tutor: Wang Qingguo³

(1Zhangjiakou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei, 075000; 2 Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences; 3 Beijing University of Chinese Medicine; 4 Zhangjiakou Infectious Diseases Hospital; 5 Cangzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese Medicine and Western Medicine)

Abstract: Novel coronavirus pneumonia is one of the pestilences of traditional Chinese medicine. Through the analysis of a case of acute respiratory distress syndrome (ARDS) treated by professor Wang Qingguo, this paper provides reference for the clinical treatment of this disease in traditional Chinese medicine. A 56-year-old male patient was hospitalized on January 28 due to fever and cough. Novel coronavirus pneumonia was confirmed by nucleic acid test on January 29. Respiratory failure, acute respiratory distress syndrome and multiple organ dysfunction syndrome occurred on January 31. Tracheal intubation was given, and invasive ventilator assisted breathing was performed under sedation. On February 1, CT examination showed the majority of lung consolidation, blood gas analysis shows PaCO₂50.1 mmHg and PaO₂40.5 mmHg. Professor Wang Qingguo was invited to give the treatment, then the condition gradually improved after TCM treatment. On February 10, he resumed spontaneous breathing. On February 14, Oxygen saturation is greater than 95% on spontaneous breathing, meeting the discharge criteria. In this case, a combination of oral administration and enema administration was used of traditional Chinese medicine. The key to the effectiveness is not limited to a single prescription, but change under dialectical treatment. Meanwhile, increase of the dosage for the serious conditions is necessary. This case demonstrates the effectiveness of traditional Chinese medicine in treating severe cases of novel coronavirus pneumonia.

Keywords: novel coronavirus; pneumonia; severe acute respiratory distress syndrome ; case report; prominent TCM doctors

据最新文献报告，新型冠状病毒（2019-nCoV）引发的肺炎（NCP），约15%~30%患者在短时间内发展为急性呼吸窘迫综合征（ARDS）^[1]。ARDS不仅是危重型新冠肺炎的标志，更是诱发呼吸循环衰竭，危及患者生命健康的主要原因。

新型冠状病毒肺炎属中医疫病范畴，北京中医药大学王庆国教授带领的团队第一时间投入到了抗击疫情的战斗之中。到目前为止，团

队对来自河北省沧州中西医结合医院、沧州市传染病院、张家口市传染病医院、南皮县人民医院、献县中医院的确诊、疑似及临床诊断病例共70余例进行了中西医结合治疗。经临床实践证明，中医不仅对新型冠状病毒肺炎轻症、普通型有效，能快速、明显改善患者临床症状、消除肺内炎症、缩短病程^[2]，对于重症、危重症患者，同样能够发挥重要的作用。现将王庆国教授近期通过网络微信及视频诊治的1例危重型新型冠状病毒肺炎临床病例总结如下，以期为该病重症期的治疗提供临床思路。

1 案例

代某，男，56岁，2020年1月29日收治张家口市传染病医院。患者1月10日曾赴泰国旅游，1月16日乘飞机返回北京参加聚会并逗留4天，1月20日到宣化。

主诉：发热、咳嗽15天。现病史：患者于2020年1月19日出现咳嗽，无发热，1月20日咳嗽加重伴发热、乏力，但未就诊。1月28日8点30分左右到河北北方学校二附院就诊。经二附院专家会诊，结合流行病学和临床表现，评估为疑似病例。1月29日凌晨1时，经张家口市疾病预防控制中心检测，血液新型冠状病毒核酸检测阳性，18时15分河北省疾病预防控制中心检测核酸检测阳性，于22时转入张家口市传染病医院治疗。1月30日该患者体格检查情况：体温38℃，呼吸38次/min、心率100次/min、血压143/79 mmHg，血氧分压76%（5 L/min），结合肺CT和省专家意见，诊断为确诊病例重型。患者神清，精神倦怠，两肺呼吸音粗，可闻及干湿性啰音，心率100次/min，律齐，杂音未

及，腹平软无压痛及反跳痛，双下肢无压迹，神经系统检查正常。实验室检查：血常规显示：白细胞 $4.77 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ ，中性粒细胞76.1%，淋巴细胞百分比18.2%，淋巴细胞绝对值0.87，血糖11.4 mmol/L，谷草转氨酶46 U/L，乳酸脱氢酶384 U/L，羟丁酸脱氢酶335 U/L，二氧化碳分压（ PaCO_2 ）26.8 mmHg，标准碳酸氢根17.8 mmol/L，二氧化碳总量18.6 mmol/L。肺CT提示：两肺浸润性病变，心包积液少量，左侧锁骨术后改变，双侧胸膜局限性增厚，肝脏密度减低，不排除肝损害（急性），左侧肾上腺占位。入院诊断：1、新型冠状病毒肺炎（重型）；2、高血压病,3级高危；3、心包积液（少量）；4、不排除急性肝损害；5、左侧肾上腺占位。给予无创呼吸机辅助呼吸、莫西沙星、血必净、激素甲泼尼龙静点，干扰素雾化，克力芝口服，及对症等常规治疗。

1月30日中医初诊：发热，咳嗽气急，少痰质黏，烦躁，舌质暗红，苔黄厚腻，脉细数。主治医师中医诊断：瘟疫（湿浊郁肺）；治法：清肺排毒汤祛湿化浊、清肺透邪；处方：麻黄9 g，炙甘草6 g，杏仁9 g，生石膏15 g（先煎），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，款冬花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。日1剂，每日2次服。

1月31日二诊：患者胸闷气促，呼吸困难加重，无创呼吸不能缓解，腹胀便秘，舌质红降，苔黄燥，修正西医诊断为：新型冠状病毒肺炎（危重型）；ARDS；呼吸衰竭；多器官功能障碍综合征（MODS）。

给予气管插管，镇静下行有创呼吸机辅助呼吸，留置胃管、尿管，继续给予西药支持治疗。中医诊断：瘟疫（疫毒闭肺）。治法：宣肺泻热，通腑利湿。处方：前方去细辛，射干，猪苓，生姜，紫菀，款冬花，山药，改生石膏30 g，加葶苈子15 g，瓜蒌15 g，桃仁10 g，大黄6 g。胃管鼻饲。

2月1日三诊：患者在镇静下有创呼吸机辅助呼吸，俯卧位通气，继续给予西药支持治疗。上午病情加重，血压不稳，在100-84/70-50mmHg间波动，心率110次/min，床旁CT检查见肺大部实变，呈“白肺”状，血气分析PaCO₂50.1 mmHg，PaO₂40.5 mmHg。西医准备人工肺（ECMO）支持。中医诊疗所见：患者喘息气促，口唇紫绀，头部汗出，周身无汗，手足逆冷，面色潮红，小便量少，4 h尿量20 mL，大便2日未行，脉沉细数。此时，患者病情危重，医院急请王庆国教授网上会诊。王庆国教授详细了解患者的上述情况后，诊断：瘟疫（内闭外脱证）。治法：回阳固脱，化痰通腑开窍。处方：生黄芪60 g，人参30 g，山萸肉40 g，麦冬30 g，炙麻黄15 g，制附片30 g（先煎1h），五味子15 g，生大黄15 g，龟甲（先煎）20 g，细辛15 g，当归25 g，浙贝母30 g，川厚朴10 g，杏仁15 g。2剂，每剂分4次胃管鼻饲，6 h一次鼻饲。

2月2日19时四诊：上药分4次服用，24h后，患者大便已下，小便量增，12h尿量600 mL。在镇静下有创呼吸机辅助呼吸，俯卧位通气，无烦躁不安。心电监护示：脉率81次/min，血压130/85 mmHg，体温36 °C，血气分析：PaCO₂45.91 mmHg，PaO₂70.4 mmHg。脉指氧94%。

血常规：白细胞 $13.4 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ ，中性粒细胞76.1%。药已对症，病有转机，原方继进，仍6 h一次鼻饲。

2月5日五诊：患者仍在镇静剂下行有创呼吸机辅助呼吸，俯卧位通气，此时病情出现反复，血压升高150/110 mmHg，心率减慢至60次/min以下，指脉氧94%。pH7.612， PaCO_2 33.6 mmHg， PaO_2 56.5 mmHg。虽四肢转温，汗出减少，大便已通，但仍喘息，紫绀明显，脉细数。西药仍对症支持治疗，考虑到液体负荷，中药改鼻饲为前方减量灌肠治疗。1剂分4次，日2次，每次500 mL灌肠。

2月10日六诊：患者氧合指数明显好转，呼吸改善，解除气管插管，恢复自主呼吸，可以进少量流食。用扶正固本方法坚持应用中药调理，调整处方为：黄芪30 g，红参10 g，山萸肉20 g，麦冬15 g，五味子9 g，大黄6 g，当归15 g，浙贝母15 g，厚朴10 g，杏仁10 g，苏叶15 g，黄连10 g，甘草6 g，桔梗10 g，焦三仙各10 g，陈皮15 g。日1剂，每日2次服。

2月11日七诊：患者病情稳定，前方继进。

2月13日八诊：患者自主呼吸下，指氧95%以上。饮食睡眠正常，可以下地行走，活动后仍有气促，乏力，舌苔厚腻。继服前方。

2月14日，患者连续2次呼吸道标本核酸检测阴性，病情达到出院标准，带补气养阴，软坚散结药出院。

2 病例分析

本案患者入院诊断为新型冠状病毒肺炎重症，在入院后3天内进展为危重症，出现呼吸衰竭、ARDS、MODS，此时肺部的呼吸窘迫、缺

氧是其主要问题，西医在对症治疗的基础上，给予呼吸支持，并使用了糖皮质激素。此3天的中医诊断一天一证，从瘟疫（湿浊郁肺）到瘟疫（疫毒闭肺），再到瘟疫（内闭外脱证），可谓传变迅速。经过中西医结合抢救治疗，最终该患转危为安。从整个救治过程看，中医中药发挥了重要的作用。通过分析各阶段中药处方的调整思路与治疗效应，可以帮助我们了解机从何失，效从何来；可以帮助我们总结经验，汲取教训；也可以帮助我们提高辨识本病的水平，为提高中西医结合治疗本病的疗效，达到减少新冠肺炎的重症发生率、降低死亡率提供有益的借鉴。

一诊时，患者呼吸困难症状看似并不严重，但从影像学显示，不仅肺部炎症明显，且已累及多脏功能，故西医给予无创机械通气、糖皮质激素及对症支持治疗。主管中医师根据其发热，咳嗽气急，少痰质黏，烦躁，舌质暗红，苔黄厚腻，脉细数，诊断为瘟疫（湿浊郁肺），处以清肺排毒汤（由国家卫生健康委和国家中医药管理局于2020年1月27日开展试点观察处方）。从患者病情和用药剂量上看，一诊对于患者病势的把握显然不够准确，存在病重药轻的问题，故而其功不著。

二诊时，患者呼吸困难继续加重，无创呼吸已不能缓解，出现呼吸衰竭，急需机械通气，西医将入院诊断修正为新型冠状病毒肺炎（危重型）。主管医师根据其腹胀便秘，舌质红降，苔黄燥等症状，诊断为瘟疫（疫毒闭肺），给予麻杏石甘汤合宣白承气汤合五苓散、大柴胡汤以宣肺清热、通腑利湿，但药后仍未收功。这提示我们，面对快速传变的病势，治疗时机稍纵即逝，此时用药必须果断大胆，而其前

提则是对于病机病势的准确判断和把握。

三诊时，西医已行挽救治疗，在镇静下有创呼吸机辅助呼吸，行俯卧位通气情况下，患者病情仍在加重，血压下降，心率110次/min，CT显示肺大部实变，呈“白肺”状，血氧分压已降至40.5 mmHg，西医准备采用人工肺支持。王庆国教授通过详细询问病情了解到，此时患者喘息汗出，口唇紫绀，手足逆冷，面色潮红，小便量少，4 h尿量20 mL，大便已2日未行，此为内闭外脱，阴阳两虚，肺气不宣，上下气机不通，虚阳浮越，有外亡之势。受网络诊病所限，在无法获知第一手舌象、脉象等重要资料的情况下，王庆国教授谨遵仲景之法，紧紧抓住病机进行辨证施治，诊断为瘟疫（内闭外脱），果断处以大剂量麻黄附子细辛汤合大黄附子汤、还魂汤、生脉散，以扶正固表，通阳开闭，回阳固脱，化痰通腑开窍。患者服药1剂，24 h后，热退、便通，尿下，汗止，血氧分压升至70.41 mmHg，可谓效如桴鼓。

四诊时，患者在镇静下有创呼吸机辅助呼吸，俯卧位通气，无烦躁不安。小便量增，12小时尿量600 mL，除白细胞、中性粒细胞偏高外，各项生命指标基本正常。药已对症，病有转机，原方继进，中药仍6小时一次鼻饲。

五诊时，病情出现反复，患者血压反高，而心率反低于60次/min，血氧分压复降至56.5 mmHg，西药仍对症支持治疗。而此时患者四肢转温，汗出减少，大便已通，虽仍喘息，且紫绀明显，但病情已有所缓解，效不更方。考虑到液体负荷，后改为以前方减量灌肠治疗，日2次，每次500 mL灌肠。

六诊时，患者呼吸改善，氧合指数明显好转，解除气管插管，恢复自主呼吸，进入恢复期。遂调整处方，用扶正固本方法继续善后治疗。药后2天患者饮食、睡眠很快恢复正常，并可以下地行走。4天后出院。

纵观整个治疗过程，三诊用药起到了承危救困，逆挽狂澜的重要作用。现将王庆国教授三诊时遣方用药思路浅析如下：

三诊时，西医诊断为新型冠状病毒肺炎（危重型）；呼吸衰竭；ARDS；MODS，肺实变80%，血氧分压低至40mmHg，已准备人工肺支持。而中医看来，此患阴阳俱虚，且虚阳将脱，肺气闭塞，当此之时，需急用麻黄开宣肺气。方中麻黄、杏仁、炙甘草三药合为《金匮要略》所载还魂汤，后世又名三拗汤，意在通过宣降肺气，达到通阳目的。根据现代药理学研究，此时用麻黄有助于患者血压的升高，但同时也有使其心率更快之危，而合入生脉散、炙甘草，即可抵消麻黄的这一副作用；另外，本有汗出不止，用麻黄恐有过汗之虑，但由于方中配伍有附子、山萸肉、黄芪、麦冬、五味子等药益气敛阴固脱，则不必担心其过汗。方中厚朴，与杏仁相伍，属仲景降气平喘之药对（观桂枝加厚朴杏子汤可知），配合麻、杏、草三拗汤，则宣肺平喘之功愈胜。以上4药，虽重在开肺气之闭，复肺脏宣发肃降之本，然也意在攻邪，体现了疫病要“以逐邪为第一要义”。

患者汗多不止，面色潮红，此为欲脱之阳被格拒于外、虚阳浮越于上之征，此时若只攻其邪，不顾其正，则旋踵之祸立至，当此之即，最考验医者的识证能力和用药胆识。王庆国教授以参附汤回阳救脱，

同时加入大剂山萸肉、五味子、黄芪以救脱敛汗。运用山萸肉救脱敛汗是近代名医张锡纯的经验，张锡纯称其“救脱之功，较参、朮、芪不更胜哉”，认为“盖萸肉之性，不独补肝也，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”。已故国医大师张志远先生自拟止汗之鬼门锁方，即为山萸肉、五味子、黄芪加麻黄根、龙骨、牡蛎。同时，方中还加入了龟甲，与附子、甘草配伍，乃取郑钦安潜阳丹之意，意在引浮阳归于下焦。

患者大肠不通，方用大黄附子汤温阳散寒通便，加当归以润肠通便，体现了肺与大肠相表里的思想，意在通大肠以降肺气。当归在此处应有几方面的作用：一是此方助阳药多而养血药少，故用当归以养血。本应选用白芍，但用白芍恐其碍湿，而用当归则无此弊端；二是此方中当归与黄芪相伍，有当归补血汤之意，而且可与其他补益药一起扶助正气；三是可防麻、附、辛等热药之燥性；四是当归本身具有治疗咳逆上气的重要功用，既能平喘，又可以止咳；五是此患上下不通，肺气膈郁，心血动行不畅，当归于此又有和血、活血，交通上下之功效；六是本品与麻黄、细辛相伍，可使经络通达；七是本品可以助大黄通便，方用大黄15 g，乃因其内闭，腑气不通，则肺气下降不易，大黄、当归同用，虽不及大黄配伍枳实、芒硝攻下力强，但此时正气不足，不耐峻攻，当归润肠通便，正好助其通便。

患者小便不利，4 h尿量仅20 mL，结合大便不下，为中医“关格”之象，也为危重症之重要指征。《内经》云，大小不利者治其标；《伤寒论》云，“伤寒哕而腹满，视其前后，知何部不利，利之即愈”。

《孟子》云“先圣后圣，其揆一也”，似此即是。本方看似未有利水药，实则利水力强，乃取桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤治水分之意，意在“大气一转，其气乃散”。

综上，该方虽用药14味，但所虑者多，其攻补兼施，阴阳同调，上下兼顾，寒热并用，重者恒重，轻者亦轻，药虽似杂乱，但内蕴玄机，体现了王庆国教授的学术根柢及临证胆识，故服药后1剂见功，可称桴鼓之效。

3 讨论

通过以上的案例分析，我们可以得到如下的认识。

3.1 中医参与新冠肺炎危重症救治确能提高疗效

长期以来，中医都被认为是“慢郎中”，以至于很多人认为中医治不了急症。事实上，中医不能治疗急危重症，完全是一种错觉。历史上，在无数次重大疫病的流行中，很多重症患者完全是依赖中医才得以康复；而众多名医，也正是以治疗重大恶性传染病而名扬千秋，医圣张仲景如此，药王孙思邈如此，清代温病大家叶天士也是如此，近代北京四大名医、沪上名医皆是如此。进入现代社会，虽说随着西医急症医学的进步，中医渐渐退出了急危重症的救治领域，但并不能说中医就没有其利用的价值。

从2020年1月9日新型冠状病毒肺炎出现首个死亡病例，截至2020年2月18日24时，因新型冠状病毒肺炎所致的死亡人数已达2 004人，可见其危害之大。当此之时中西医应协同救治，取长补短，充分发挥各自的优势，共同打赢这场“战疫”。实践证明，在很多急危重症的

救治过程中，西医在患者生命支撑，控制并发症、多脏器功能衰竭、休克、呼吸衰竭等方面，都起到了重要的作用。但是，单纯西药的抢救也存在着一定的局限性，此时如果配合中医的辨证论治，完全可以从另一个角度出发，解决西医不能解决或不能很好解决的问题，从而提升抢救成功率，降低死亡率。中西医有机配合，利用西医的现代技术，能够为中医的救治提供重要的支持，而中医的辨证，能够为西医提供全新角度的补充。现代氧疗、输液、输血、鼻饲、灌肠等技术，可使中医的治疗更少禁忌，更加便捷，也提供了更多机会，对于重症期中医中药发挥作用具有重要的意义。本案患者因新型冠状病毒感染的肺炎快速进展，出现急性呼吸窘迫综合征、多脏器衰竭。此时肺部的呼吸窘迫、缺氧为其主要问题，在西医无论是给予氧疗、无创通气、有创机械通气，还是肺复张，均难以挽救危亡的关键时刻，配合中药治疗，24小时内即收到了便通、尿下、血压稳定，血氧上升的明显疗效，从而赢得了时间，最终挽救了患者生命，可以说是中西医结合治疗急危重症的最好例证。从本案来看，单纯中医，单纯西医，都不能独自撑起救治此例危重症的责任，而患者最终转危为安，是中西医相互配合的结果。

3.2 危重症治疗必须坚持三因制宜的原则，不能期望一病一方

虽说疫病有“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”的特点，吴又可也在《温疫论》中提出“一病自有一气”，认为同一种疫毒作用于人体，在同一时期症状有其相似性。但在疫病发展过程中，由于各地气候特点、生活方式，尤其是个人体质不同，会出现很复杂

的病机变化。有邪伏未发无症状者，有在表而解者，有自表迅速入里者，也有久居半表半里者；有湿邪留居日久不变者，有迅速化热、化燥者，也有因阳虚寒化者；至于极期，有内陷厥阴者，有内闭外脱者，有阴竭者，有阳衰者，也有阴阳两虚者。故治疗时必须坚持辨证施治，坚持因地、因时、因人制宜，而在危重症治疗中，这一点尤其重要，那种机械地欲以一方通治某期某证、不加辨证而用药的想法，不仅违背了中医最基本的法则，更无异于痴人说梦。

3.3 紧紧抓住核心病机是治疗的关键

疾病危重阶段，病情急暴、亡阴亡阳、关格癃闭、三焦竭部，用药稍有迟疑，即会贻误战机，此时抓住核心病机是治疗的关键。西医认为新型冠状病毒肺炎危重症，肺部的呼吸窘迫、缺氧是其主要问题，故采用一系列呼吸支持技术，皆为改善其通气。王庆国教授根据患者喘息汗出，口唇紫绀，手足逆冷，小便量少，大便不通，判断其为内闭外脱，阴阳两虚，肺气不宣，上下气机不通之证，并紧紧抓住其肺气不宣、内闭外脱这一核心病机，遣方用药，处以麻黄附子细辛汤与附子汤、生脉饮合方，加入大量黄芪、山萸肉，扶正固表，通阳开闭。正是因为对患者的病机把握得准确而全面，用药精当、攻补得宜，所以能药中肯綮，获得良效。可以说，面对危重病，抓住疾病核心病机，法随证立，方从法出，随机应变，正是中医辨证施治优势和特色的高超体现。

3.4 重症用重药方可收桴鼓之效

重症须用重药，古今医家皆有共识。叶天士《温病条辨》说，“治

外感如将，兵贵神速”，说的就是外感病大多邪盛，应当用峻药驱邪，务必速去，去之不速，留则生变。已故老中医李可先生认为，“凡用经方治大症，以基础有效量为准，一次用足，大剂频投，日夜连服，方能阻断病势，解救危亡。低于此量则无效，或缓不济急，贻误病机，误人性命。”国医大师熊继柏提出，在辨证选方准确的前提下，用药果断大胆很重要，如果用药力度不够，那只能是杯水车薪，无济于事。姜良铎教授认为^[4]，新型冠状病毒感染则切不可泥于“如羽”之训，气虚肺闭非大剂恐难奏功，若因循轻剂，则恐错失良机。王庆国教授也认为，重症必须重剂，方可力挽狂澜。本案患者大面积肺实变，氧合指数下降，全身缺氧明显，此时如果用药力度不够，恐难以起死回生。方中不仅用了大剂参附汤、生脉饮、黄芪、浙贝母、大黄等药，还按照张锡纯的经验，气脱者重用五味子、山萸肉等酸敛固脱，正是因为用药量大力宏，故而能救危难于既倒。

3.5 临床医家应广纳众长，不可囿于门户之见

自新型冠状病毒肺炎爆发以来，网络上出现了各种争论，不仅有中西医之争，伤寒派和温病派之争，还有寒疫、湿疫、寒湿疫与温疫之争，其间各地中医名家先后发布了自己的防治处方，面对如此众多的方案，该如何取舍呢。郑文科等通过梳理分析24个地区《方案》，认为各地中医在新型肺炎的证候分型和传变规律上认识是趋同的，均在国家《方案》基础上，结合了本地区气候、人群特点从不同角度完善了证候分型，提出了具体化的防治措施^[5]。对此，王庆国教授认为^[2]，本次疫病以湿邪为核心致病因素，蔓延至全国后，因各地气候

特点、生活方式以及个人体质不同，发病时可能有颇多变化，治疗过程中因个体差异也会产生不同的演变。因此，在本次抗疫实践中，临床医家应广纳众长，不可囿于门户之见，无论是伤寒方，还是温病方，只要根据辨证论治，有是证用是方，皆可取而用之。在接下来的临床实践中，我们应继续博采众家之长，完善治疗方案，不断提高认识水平，为进一步丰富和发展中医药学做出自己的贡献。毕竟，相对于病人的生命之重，相对于人民群众的健康，相对于中医药事业与人类健康事业的发展，个人的观点之异，学派的学术之争，甚至中西医学的优劣之相较，中医科学与否之辩论，都好似垒土与泰山，一仞与千里，蚍蜉与巨木，均可笑称“无足轻重”。

参考文献：

- [1]中国医师协会呼吸医师分会危重症医学工作委员会,中华医学会呼吸病学分会呼吸危重症医学学组,中华医学会呼吸病学分会呼吸治疗学学组.严重急性呼吸道感染常规呼吸支持治疗的临床指征与院感防控[J].中华结核和呼吸杂志,2020,43(00):E015-E015. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.0015.
- [2]赵辉,武晓冬,王雪茜,等.王庆国辨治新型冠状病毒肺炎的案例与思路[J/OL].现代中医临床,2020,27(5).(2020-02-14)[2020-02-18].<http://subject.med.wanfangdata.com.cn/Upload/Files/202002/0f37c87b6b804b658375ba7824fd20a8.pdf>.
- [3]宋美芳,陈家旭,卞庆来,等.对“因发知受”发病学原理的探讨[J].北京中医药大学学报,2018,41(09):709-712.
- [4]杨华升,王兰,姜良铎.姜良铎从“气不摄津”认识新型冠状病毒肺炎[J/OL].中医杂志:1-4(2020-02-3)[2020-02-16].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.R.20200202.1407.002.html>.
- [5]郑文科,张俊华,杨丰文,等.中医药防治新型冠状病毒感染的肺炎各地诊疗方案综合分析[J/OL].中医杂:1-4(2020-02-6)[2020-02-16].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.r.20200206.1113.002.html>.

(收稿日期:2020-02-18)