

DOI: 10.11656/j.issn.1672-1519.2020.02.03

# 岭南新型冠状病毒肺炎临床表现的初步分析

戴敏, 肖阁敏, 王拥泽, 李林, 杨跃武, 谢和平, 李永伟, 王威, 吴英姿, 胡宇旋, 杨宏志

(中山大学附属第三医院中医科, 广州 501630)

**摘要:** 文章分析了中山大学附属第三医院截至2020年2月1日收治的5例新型冠状病毒肺炎患者四诊资料, 其中1例高龄患者是危重患者, 这一点与其他地区表现一致, 而其余4例病情相对较轻, 其病机特点是湿热并重, 未表现为风寒湿。这5例患者初期均未表现风寒征象, 临床仍以湿邪缠绵难愈, 病势迁延为主。

**关键词:** 岭南地区; 新型冠状病毒; 病毒性肺炎; 湿热并重; 临床表现

**中图分类号:** R511      **文献标志码:** A      **文章编号:** 1672-1519(2020)02-0132-05

自2019年12月起湖北省武汉市出现了许多不明原因的肺炎, 随着疫情进展, 中国发现这是由一种新型冠状病毒引起, 即2019年新型冠状病毒。截至2020年1月31日24时, 国家卫生健康委员会收到31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团累计报告确诊病例11791例(江西省、陕西省、甘肃省各核减1例), 重症病例1795例, 累计死亡病例259例, 累计治愈出院病例243例, 共有疑似病例17988例<sup>[1]</sup>。

在这次疫情发生后, 中医药发挥了重要作用, 国家卫生健康委员会、国家中医药管理局印发的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》先后发布了4个版本, 对全国开展中医药诊治新型冠状病毒感染的肺炎起到了指导作用。根据笔者目前有限的资料分析, 本次疫病为“湿毒症”, 关键病理因素为“湿”。这一点与王玉光等<sup>[2]</sup>研究武汉市的病例资料所得结果一致。但岭南地区气温较高, 所以湿从热化的可能较大, 本院5例病患中, 病情加重者即为湿随热化。因目前病例较少, 具体病机及演变过程与其他地区的差异尚需进一步观察总结。

## 1 临床资料分析

**1.1 一般资料** 截至2020年2月1日中山大学附属第三医院共收治新型冠状病毒肺炎确诊病例5例。其中男3例, 女2例。年龄分布分别为: 30~39岁2例, 40~49岁1例, 50~59岁1例, 60岁以上1例。

## 1.2 临床表现

**1.2.1 症状表现** 主要表现为乏力, 肌肉酸痛, 干

咳, 发热, 恶寒或不恶寒, 消化道症状也比较明显(包括纳差、恶心、呕吐/腹泻), 或发病早期或发病过程中, 口干或口苦。这些症状与武汉发病患者表现基本一致。

**1.2.2 舌象方面** 5例患者中采集到4份舌象, 均有不同程度的舌苔厚腻, 黄或微黄腻2例, 白腻2例; 舌质中, 舌尖红1例, 其余为淡红。

## 2 患者详细四诊资料

**2.1 病例1** 患者女性, 46岁。因“发热7日”于2020年1月24日入院。

患者于入院7d前出现发热, 最高体温38.3℃, 无伴畏寒、寒战, 无咽痛、咳嗽, 无肌肉酸痛等不适, 至湖北省天门市诊所就诊, 诊断不详, 予“头孢”抗感染2d后, 热退, 后未监测体温, 1d前, 患者出现咽痛、咳嗽, 咯少许白痰, 测体温37.3℃, 并有胸闷不适, 入院3h前到本院发热门诊就诊, 查血常规、肝肾功能等无明显异常, 胸部CT可见双侧中下肺散在小斑片灶, 不排除病毒性肺炎可能, 予以收入院治疗。入院后查双肺呼吸音稍粗, 未闻及干湿啰音; 予以奥司他韦、阿比多尔、莫西沙星抗感染治疗。1月25日初筛新型冠状病毒阳性, 加用洛匹那韦利托那韦片(克力芝)治疗。1月27日确诊。

**流行病学史:** 患者为湖北省天门市人, 在广州居住, 13d前至武汉市旅游2d后返回天门市, 1月23日乘高铁到广州。与患者同游武汉的朋友5d前确诊为新型冠状病毒肺炎。否认野生动物接触史或野生动物档口暴露史, 否认禽类市场暴露史。

1月26日中医会诊, 症见患者已无发热, 25日曾有恶心, 呕吐少量水样物, 无发热恶寒, 无汗出, 口干、口苦, 纳尚可, 二便正常。舌象: 舌暗红, 苔白

**作者简介:** 戴敏(1974-), 女, 硕士, 副主任医师, 主要研究方向为中西医结合肝病。

**通讯作者:** 杨宏志, E-mail: hzyang1960@163.com。

腑中厚。诊断:湿瘟,少阳湿热,太阳肺热。治法:和解少阳,化湿透热。处方:柴胡9g,黄芩9g,法半夏9g,太子参10g,甘草9g,草豆蔻6g,厚朴6g,茯苓15g,藿香10g,陈皮9g,皂角刺10g,桃仁9g,葶苈子15g,麻黄9g,苦杏仁9g,石膏20g,天花粉15g,共3剂。水煎服,每日1剂,早晚分服。

后患者病情逐渐好转,1月27日夜间至28日上午患者呕吐胃内容物3次,呕吐后无明显不适。查舌暗红苔薄白腻。后停用中药(已服药2d)。1月29、30日间隔24h连续2次新型冠状病毒核酸检测阴性。

**2.2 病例2** 患者男性,37岁。因“发热伴咳嗽4日”于2020年1月22日入院。

患者入院4d前开始出现发热,体温37.8℃,伴有乏力、咽干、咳嗽,无痰,无鼻塞、流涕,无恶寒、寒战,无腹痛、腹泻,无关节肌肉痛,无心悸、胸闷,无气促,1d前体温升至38.3℃,乏力加重,伴全身酸痛,至社区医疗中心就诊,查血常规无异常(未见化验单),予以奥司他韦及退热药治疗,体温可降至37℃,全身酸痛减轻。入院后查CT示双肺散在小斑片状影。血常规示淋巴细胞偏低。入院后查体双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。予以莫西沙星(拜复乐)、替考拉宁及奥司他韦、阿比多尔抗感染治疗,丙种球蛋白支持治疗,干扰素 $\alpha$ -2b雾化。并于1月25日确诊新型冠状病毒肺炎。期间患者仍低热37.5℃左右。

流行病学史:患者有一般接触史:患者同事于1月2日由武汉返回广州,该接触者无明显发热症状。患者妻子于1月22日出现咳嗽症状。

1月26日中医会诊,症见低热,周身乏力,胸闷,吸气时阵咳,夜间剧,无恶寒,无汗,纳差不欲食,口干,稍口苦,无腹痛腹泻,无头痛、咽痛、咽痒,有咽干,眠差难以入睡。小便可,泡沫多,大便1次/日,便质正常,已无肌肉酸痛。自诉发病初期有恶寒发热,平素畏寒畏风,易感冒。舌象:舌淡、舌尖红,苔薄白腻。诊断:湿瘟,太阳肺热,胃肠湿热。治法:透热宣肺,化湿止泻。处方:柴胡9g,黄芩9g,法半夏9g,太子参15g,甘草9g,桔梗9g,干姜6g,枳壳9g,麻黄9g,葶苈子15g,苦杏仁10g,石膏20g,大枣10g,天花粉15g,皂角刺10g,栀子10g,淡豆豉15g,薏苡仁24g,金银花15g,连翘10g,共3剂。水煎服,每日1剂,早晚分服。

1月27日随访,患者服药后腹泻2~3次/日,发

热恶寒,体温持续39.0℃左右,咳嗽加重,胸闷,无气促呼吸困难。患者遂停用中药。自行服用莲花清瘟胶囊后觉胸闷缓解。

2月1日复诊,患者已无发热、咳嗽等不适症状。查舌暗红,苔薄白腻。

**2.3 病例3** 患者女性,56岁,以“间断咳嗽2日”于2020年1月25日入院。

患者入院2d前无明显诱因出现咳嗽,每日2~3次,干咳,无咳痰,无发热、头痛、头晕,无胸闷、气促,无呼吸困难等不适,入院当天在本院门诊就诊,胸部CT示双肺炎症,不排除病毒性肺炎可能。入院后1月26日发热,体温38℃,无畏寒、寒战,血常规提示白细胞总数 $3.37 \times 10^9/L$ ,单核细胞比10.1%,C反应蛋白(CRP)7.1mg/L。予以奥司他韦、阿比多尔、洛匹那韦利托那韦(克力芝)、左氧氟沙星等抗感染治疗。

流行病学史:患者长期定居武汉,1月19日到广州探亲,家人均暂无发热、咳嗽等不适。否认野生动物接触史或野生动物档口暴露史,否认禽类市场暴露史。

1月26日中医会诊,症见低热,无恶寒,无汗出,口干,无口苦,纳可,腹胀,大便烂臭,1次/日,余无不适。舌象:舌尖红,苔微黄腻。诊断:湿瘟,太阳肺热,肠热气滞。治法:透热宣肺化湿。处方:麻黄9g,苦杏仁9g,石膏20g,甘草9g,柴胡9g,黄芩9g,法半夏8g,太子参9g,大枣9g,葛根15g,黄连5g,桔梗9g,金银花20g,连翘20g,栀子15g,淡豆豉15g,知母10g,天花粉15g,皂角刺9g,藿香9g,石菖蒲9g,枳壳15g,草豆蔻6g,共3剂。水煎服,每日1剂,早晚分服。

后患者仍有发热,于1月28—29日出现高热,最高39.1℃,伴畏寒。腹泻,但连续2次核酸检测阴性,停用洛匹那韦利托那韦(克力芝),加用盐酸氨溴索口服溶液(沐舒坦)。1月30日患者体温38.1℃,复查床边胸片考虑双肺炎症,不排除病毒性肺炎。血常规示白细胞总数 $4.64 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞绝对值 $0.74 \times 10^9/L$ 。血气分析:氧分压71.1mmHg(1mmHg $\approx$ 0.133kPa,下同),二氧化碳分压47.8mmHg,氧合指数339。CRP91.4mg/L。继续目前治疗,未继续服用中药。

2月1日复诊,患者无发热,咯白痰,轻微胸闷,纳眠可,无口干、口苦,大便干,小便正常。

**2.4 病例4** 患者男性,64岁。因“发热伴肌肉酸痛

1日”于2020年1月22日入院。

患者入院1d前开始出现发热,无伴畏寒、寒战,测体温38.3℃,伴有双下肢肌肉关节酸痛,无咽痛、咳嗽、咳痰,无腹痛、腹泻,无胸闷、心悸,自服板蓝根冲剂,症状无改善。体温进行性升高,1月22日到本院急诊就诊,查血常规未见明显异常,肝肾功能无异常,CRP 43.2 mg/L,胸部CT提示“右肺上叶、右肺中叶可见散在小斑片灶,考虑为肺炎,不排除病毒性肺炎可能”。收入院后双肺呼吸音粗,未闻及啰音。予以阿比多尔、莫西沙星、奥司他韦、替考拉宁等治疗。1月25日确诊新型冠状病毒感染肺炎,患者无发热,加用干扰素 $\alpha$ -2b雾化,同时患者胸部CT示肺部炎症较前进展,加用注射用甲泼尼龙琥珀酸钠(甲强龙)40 mg,每日1次。

流行病学史:患者为武汉人,一直在武汉居住,曾到附近菜市场购买猪肉等,入院2d前从武汉乘高铁来广州与家人团年,发病前14d内未接触发热患者。1月21日上午乘地铁5号线转1号线,当天中午饭前及饭后均有发热。否认野生动物接触史或野生动物档口暴露史,否认禽类市场暴露史。

1月26日中医会诊,症见患者刻下无发热,无恶寒或寒战,无肌肉关节酸痛,无汗,纳可,无口干口苦,无腹痛腹胀等,眠可,二便正常。舌象:舌暗红,苔厚白腻。诊断:湿瘟,太阳肺热夹湿。治法:清热宣肺化湿。处方:麻黄6g,苦杏仁9g,石膏20g,甘草9g,蜈蚣6g,葶苈子15g,葛根15g,黄芩9g,黄连6g,藿香9g,金银花20g,大枣9g,石菖蒲9g,芦根20g,皂角刺10g,天花粉15g,连翘20g,共3剂。水煎服,每日1剂,早晚分服。

后患者仍有低至中度热,1月27日夜出现畏寒,监测体温正常,后未再出现畏寒。根据病原学调整治疗方案为停用莫西沙星、阿比多尔,继续予以干扰素 $\alpha$ -2b雾化,注射用甲泼尼龙琥珀酸钠(甲强龙)40 mg,每日1次,以及维持替考拉宁,加用丙种球蛋白。1月28日患者再次发热至38℃,1月29日体温最高39.3℃,伴有头晕,予以高流量吸氧后指脉氧可升至96%。低流量吸氧指脉氧93%以下,符合重型病例诊断标准,加用洛匹那韦利托那韦(克力芝),停用激素及丙种球蛋白。复查血常规白细胞及降钙素原较前有所升高,不排除合并细菌感染,抗生素调整为头孢哌酮舒巴坦。

1月29日中医会诊,症见患者仍发热,困倦乏力,身酸痛,干咳,昨日水样便8次,今日1次,伴明

显气促。

1月31日中医会诊,症见患者仍有发热,热峰较前升高,今晨体温39.8℃,无伴畏寒,咳嗽,咯少许白痰,无胸闷、气促,无腹痛、腹泻,无心悸、胸痛等。由于患者已告病重,年高未能视频舌诊。

2月1日复诊,患者已转入广州市第八人民医院。

**2.5 病例5** 患者男性,34岁,因“发热、肌肉酸痛2日”于2020年1月26日入院。

患者于1月24日夜开始出现发热,体温达38.5℃,伴畏寒、胸闷、全身肌肉酸痛,肌肉疼痛以腰部为甚,有咽干,无寒战,无咽痛、鼻塞,无咳嗽、咳痰,无呼吸困难,无腹痛、腹泻,当时未就医,自行服用“退热药”后出汗并热退。次日又发热,体温达38℃,肌肉酸痛及胸闷加重,上两层楼即气促,无咳嗽,胃纳差,又自行服用“退热药”。1月26日晨起体温再次升至38.5℃,肌肉酸痛及胸闷同前,自觉有轻微头晕,无头痛,为明确病情至本院发热门诊就医,急查血常规、CRP、咽拭子流感抗原正常,胸部CT提示双肺炎。入院后查体体型肥胖,双肺呼吸音低。既往有肥胖症、脂肪肝、高脂血症、睡眠呼吸暂停等基础疾病。予以阿比多尔、莫西沙星治疗。

流行病学史:患者最近2周先后到上海、武汉逗留,其中2020年1月18—20日在武汉武昌区居住,曾开车到汉阳区某超市购物1次,否认到华南海鲜市场或其他肉菜市场逗留,2020年1月23日开车回广州。武汉到广州的旅途中妻子、儿女同行,其中妻子同一天出现发热,儿女至今无发热。

1月26日中医会诊,症见刻下患者发热38℃,伴恶寒,无汗,动则气促,头晕,口干不苦,纳尚可,腹泻3~5次/日,大便较臭,小便黄。查舌淡红,苔黄厚腻,舌尖花剥,有裂纹。诊断:湿瘟,太阳肺热夹湿—热重于湿,热已伤津。治法:清热宣肺化湿兼养阴。处方:麻黄6g,苦杏仁9g,石膏20g,甘草9g,桔梗9g,金银花20g,连翘20g,芦根20g,牛蒡子9g,淡竹叶9g,鱼腥草20g,柴胡9g,法半夏9g,大枣9g,太子参15g,知母10g,天花粉15g,藿香9g,石菖蒲9g,草豆蔻6g,共3剂。水煎服,每日1剂,早晚分服。

后患者仍发热,最高39.4℃,发热时伴头晕不适,伴咳嗽,持续胸闷同前,无腹痛腹泻。1月29日确诊新型冠状病毒感染肺炎,临床分型为普通型。由于患者有高脂血症等基础病,有洛匹那韦利托那韦(克力芝)治疗禁忌症。1月29日中医会诊,症见

患者仍有高热,无明显畏寒、寒战,最高体温 39℃,伴有干咳,气短,无心悸,自觉精神较前改善,无腹痛、腹泻,小便正常。查舌略红,苔白厚腻,舌尖花剥较前减少,有裂纹。1月30日患者仍反复高热,最高 39.5℃,无伴明显畏寒寒战,仍有干咳、气短,纳差,无恶心呕吐,无胸痛,精神、睡眠欠佳,1月29日床边胸片示双肺炎症。1月30日加用注射用甲泼尼龙琥珀酸钠(甲强龙)80mg,每日1次,静脉滴注,加用干扰素 $\alpha$ -2b雾化治疗,继续予以莫西沙星、阿比多尔、丙种球蛋白等治疗。期间患者未规律服用中药。

### 3 病因病机

综合患者自起病以来的临床表现及发展变化,初步总结如下:患者出现乏力、肌肉酸痛和胃肠道表现多提示本病病位在脾、胃、大肠,即消化道;咳嗽、气促等提示病位在肺,即呼吸道,属表里同病。本病多属实证,或寒或热。根据舌象,舌腻提示湿;黄腻提示湿热,白腻提示寒湿;口干,大便臭提示湿热;病情变化较快,容易重症化符合疫毒的特点;舌暗红提示瘀;因此涉及的病理因素为:湿、热、寒、毒、瘀。

**3.1 病因病机分析** 元代朱丹溪说:“春应温而反寒,夏应热而反凉,秋应凉而反热,冬应寒而反温,此非其时而有其气。是以一岁之中,长幼之病皆相似者,名曰瘟疫病也。”2019年入冬以来,华南地区气温一直居高不下,非其时而出现其气,结合病理因素可定为“湿瘟”,考虑其传染性较强,也可定为“湿毒症”。无论是国家卫生健康委员会办公厅和国家中医药管理局办公室制定的新型冠状病毒肺炎中医治疗方案(试行第四版)<sup>[1]</sup>,还是王玉光等<sup>[2]</sup>的研究结果,均明确指向“湿”邪,这一点在本院的病例中也可以明确验证。感受外风夹杂“湿毒症”,受本难知,因发知受,从阳则化热,从阴则化寒。因为天气变化,或人体体质倾向,或失治误治,而从天化,从人化。故,可见有风湿热者,有风寒湿者。根据笔者的观察由于岭南地区气温较高,所以湿从热化的可能较大,本院5例病患中,病情加重者即为湿随热化。湿性重浊黏滞,因此从目前的流行病学分析看,本病潜伏期相对较长,病程长,治愈较慢;临床表现则为肢体酸痛,沉重,乏力等。湿性趋下,所以患者有的表现为下肢酸痛乏力,或者出现腹泻。毒则指疫毒,提示其传染性和对人体的危害性,目前很多资料<sup>[4]</sup>均已表明,其传染性较强,但毒性弱于2003年的严重急性呼吸系统综合征(SARS)。至于瘀的表现主要为舌暗红,无论是寒湿或湿热,均可

阻碍气机,影响气机的运行,导致血瘀。当然后期肯定有“虚”的一面,只是本次病例观察的时间较短,暂时没有发现。

**3.2 病机转变预测** 五运六气提示2019年气温高,庚子年属于秋金风寒甚,节后开始降温下雨潮湿,风寒湿重,岭南地处南方湿热,多气杂至,疫毒人传人,风重而善行数变,太阳少阳病风寒湿速变肺热实变而易成脓毒。加之春节期间饮食油腻,居家隔离,缺少运动,阳郁湿阻,病机变化将更加复杂。重症可能出现湿瘟之太阳病肺热实变脓毒证合少阳阳明气分病。

### 4 小结

5例患者中有1例病情危重,也是此次入院患者中年龄最大的1位,预后不佳,其病机特点是初起舌暗红,苔白厚腻,热重于湿,一度临床好转,数天后脾胃肺肠湿热加重呈高热持续不退,并下利多次,病情加重预后不佳。而其余4例病情相对较轻,其病机特点是风湿热并重,未表现为风寒湿。5例患者初期均未表现风寒征象。高龄患者是危重患者这一点与其他地区表现一致,高龄人群风险最高。根据5例患者表现,湿邪贯穿始终,因此,治疗过程中一定注意不可用过寒凉或糖皮质激素类引起外邪内陷,使病情加重或病势迁延慢性化。

由于此次疫情在广东散发,本院收治患者病例数少,观察时间短,且为避免感染未能脉诊,缺少脉诊资料,笔者的分析只是初步判断,还需要进一步观察总结。将这5例患者资料列出,也是抛砖引玉,希望中医界同仁共同努力,打好这个攻坚战,充分发挥中医优势。

### 参考文献:

- [1] 国家卫生健康委员会. 截至1月31日24时新型冠状病毒感染的肺炎疫情最新情况[EB/OL]. (2020-02-01)[2020-02-02]. [http://www.gov.cn/xinwen/2020-02/01/content\\_5473504.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2020-02/01/content_5473504.htm). National Health Commission of the People's Republic of China. January 31th 21:00; Daily briefing on pneumonia outbreak of novel coronavirus cases infection [EB/OL]. (2020-02-01)[2020-02-02]. [http://www.gov.cn/xinwen/2020-02/01/content\\_5473504.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2020-02/01/content_5473504.htm).
- [2] 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)[2020-02-03]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.R.20200129.1258.002.html>. WANG Y G, QI W S, MA J J, et al. Clinical features and syndrome differentiation of the patients with novel coronavirus (2019-nCoV) pneumonia in traditional Chinese medicine [J/OL]. Journal of Traditional Chinese Medicine. (2020-01-29) [2020-02-03]. <http://>

kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.R.20200129.1258.002.html.

[3] 国家卫生健康委员会, 国家中医药管理局. 新型冠状病毒肺炎中医治疗方案(试行第四版)[EB/OL]. (2020-01-28)[2020-02-03]. [http://www.sohu.com/a/369240048\\_278165](http://www.sohu.com/a/369240048_278165).  
National Health Commission of the People's Republic of China, National Administration of Traditional Medicine. Traditional Chinese Medicine treatment plan for the patients with novel coronavirus infectious pneumonia (trial version 4) [EB/OL]. (2020-01-28)[2020-02-03]. [http://www.sohu.com/a/369240048\\_278165](http://www.sohu.com/a/369240048_278165).

[4] 国家卫生健康委员会, 国家中医药管理局. 新型冠状病毒肺炎的肺炎诊疗方案(试行第三版) [EB/OL].(2020-01-22)[2020-02-

03].<http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/f492c9153ea9437bb587ce2ffcbee1fa/files/39e7578d85964dbe81117736dd789d8f.pdf>.  
National Health Commission of the People's Republic of China, National Administration of Traditional Medicine. Traditional Chinese Medicine treatment plan for the patients with novel coronavirus infectious pneumonia (trial version 3) [EB/OL]. (2020-01-22)[2020-02-03]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/f492c9153ea9437bb587ce2ffcbee1fa/files/39e7578d85964dbe81117736dd789d8f.pdf>.

(收稿日期:2020-02-09)  
(本文编辑:马英,高树明)

### Preliminary analysis of clinical manifestations of the patients with novel coronavirus pneumonia in Lingnan area

DAI Min, XIAO Gemin, WANG Yongze, LI Lin, YANG Yuewu, XIE Heping, LI Yongwei, WANG Wei, WU Yingzi, HU Yuxuan, YANG Hongzhi

(Department of Traditional Chinese Medicine, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 501630, China)

**Abstract:** This article analyzed the four diagnosis data of five patients with novel coronavirus pneumonia admitted to The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University as of February 1st, 2020. One elderly patient was critically ill, which had the same clinical performance with the other regions', while the rest cases were relatively mild, which pathogenesis was characterized by both dampness and hot, but it was not manifested as wind, cold and dampness. These 5 patients showed no wind and cold sign at early stages, and the clinical symptoms still characterized as dampness and long illness.

**Keywords:** Lingnan area; novel coronavirus; viral pneumonia; dampness and heat; clinical manifestations

## · 消息 ·

### 中西医结合治疗新冠肺炎在不同阶段有何作用?

#### 张伯礼院士为您解读!

2月6日,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治愈出院。中央指导组专家组成员、中国工程院院士、国家科技应急攻关项目——中西医结合防治新型冠状病毒感染的肺炎的临床研究项目负责人、天津中医药大学校长张伯礼说,这批出院患者以轻症为主,有两例重症,他们接受了以中医为主的中西医结合治疗,已初步取得成效。通过总结全国各地特别是武汉地区的治疗经验,他认为,中西医结合治疗新冠肺炎疗效具有以下3个特点:对普通型患者能改善症状,缩短疗程,促进痊愈;对重症、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;对恢复期患者,可促进其康复进程。

张伯礼表示,对于普通型患者,中西医结合治疗能改善症状,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、部分患者有憋喘、存在肺部散在渗出等症状为主;中医药早期治以宣肺透邪、芳香化浊、清热解毒、平喘化痰、通腑泄热等治法,防止病邪深入。焦虑、烦躁等情绪问题,中药治疗也有较好效果。

张伯礼认为,对重症、危重症患者来说,中西医结合治疗可以减轻患者肺部渗出,控制炎症过度反应,防止病情恶化。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。重症及危重症患者会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、息风凉血养阴、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。

同时,中西医结合治疗可促进康复进程。张伯礼表示,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,患者“肺片”的变化和临床症状存在着不对称、不同步的情况。患者出院了,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。