

DOI:10.16305/j.1007-1334.2020.04.001

前言

在新型冠状病毒肺炎的临床救治工作中,重症患者多在发病一周左右,出现呼吸困难和/或低氧血症(重型),严重者可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及多器官衰竭(危重型)等。此时的综合救治方案决定了最后是否能够取得抢救成功。在重症、危重症患者救治过程中,专家组普遍认为发热问题、消化道症状问题、免疫炎症风暴问题,通过中西医协同治疗,可取得满意疗效。在患者恢复期,中西医协同对于肺脏纤维化等后遗症、肺康复等,也有很好的疗效。针对上述临床中的热点和难点问题,在国家 and 上海业已发布的新冠肺炎临床诊治方案基础上,上海市中西医结合学会呼吸病专业委员会专家委员建言献策、聚力共襄,完成了本版《新型冠状病毒肺炎若干热点问题的中西医结合建议》。意图通过建议的推出,以更好地指导临床救治工作,提高救治成功率。同时也希望本建议通过临床实践,不断得以完善和提高。

上海市中西医结合学会呼吸病专业委员会主任委员 张 炜

新型冠状病毒肺炎若干热点问题的中西医结合建议

上海市中西医结合学会呼吸病专业委员会

【关键词】 新型冠状病毒肺炎;中西医结合治疗;上海;建议

2019 年 12 月以来,我国湖北省武汉市陆续发现多例新型冠状病毒(SARS-CoV-2)感染的肺炎患者,随着疫情的蔓延,我国其他地区及境外也相继发现了此类病例。目前报告的病例多数有武汉居住史或旅行史,在个别地区已发现无武汉旅行史病例。我国现已将该病纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病,并采取甲类传染病的预防、控制措施。

国家卫生健康委、国家中医药管理局于 2020 年 2 月 19 日制定发布了《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)》^[1],之前经过 5 次版本的更新。上海市新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控领导小组办公室、上海市卫生健康委员会于 2020 年 1 月 29 日制定发布了

《上海市新型冠状病毒感染的肺炎中医诊疗方案(试行)》^[2]。上海市在临床应用上述两个方案规范化诊治新型冠状病毒肺炎(简称新冠肺炎)患者的过程中,取得积极成效。

新冠肺炎患者以发热、干咳、乏力为主要表现;少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛、肌痛和腹泻等症状;重症患者多在发病一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(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衰竭等。值得注意的是,重型、危重型患者病程中可表现为中低热,甚至无明显发热。对于重型、危重型患者的救治,是目前医学界工作的难点之一。目前的临床病情程度分型标准如下:

(1)轻型:临床症状轻微,影像学未见肺炎表现。

(2)普通型:具有发热、呼吸道等症状,影像学可见肺炎表现。

(3)重型:符合下列任何一条。①呼吸窘迫,呼吸频率(RR)≥30次/分;②静息状态下,指氧饱和度≤93%;③动脉血氧分压(PaO₂)/吸氧浓度(FiO₂)≤300 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。

(4)危重型:符合以下情况之一者可判断为危重

[基金项目] 上海市临床重点专科建设项目(shslczdzk05101);上海市中医内科学临床重点实验室项目(14DZ2273200);上海中医药大学防治新型冠状病毒(2019-nCov)应急科研攻关项目(2020YJ01)

[作者简介] 陈麒,男,博士,副主任医师,主要从事呼吸系统疾病的中西医结合临床研究工作

[通信作者] 张炜,主任医师,教授,硕士研究生导师;

E-mail:zhangw1190@sina.com

型。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。

根据上海市临床的实际情况,针对此次新冠肺炎中最突出的重点问题和难点问题,经上海市中西医结合学会呼吸病专业委员会集体讨论,制定如下指导建议,以指导临床实践,并希望在实践中不断提高认识、积累经验。

1 对于发热症状的中医协同方案

1.1 新冠肺炎轻型、普通型 临床表现:发热,或有恶寒,咽痛不适,咳嗽少痰;舌质红、苔薄或薄黄,脉浮数。

推荐处方:金银花 15 g,连翘 15 g,防风 9 g,黄芩 15 g,牛蒡子 9 g,桔梗 9 g,芦根 30 g,柴胡 9 g,陈皮 9 g,生甘草 6 g。煎服。

方药加减:恶寒、肢体酸痛明显,加用麻黄汤或荆防败毒散加减。

推荐中成药:疏风解毒胶囊、清肺抑火胶囊。

1.2 新冠肺炎重型 临床表现:持续发热不退,高热为主,或定时发热,伴口渴、口干,汗出明显;舌红、苔黄,脉数或滑数或洪大。

推荐处方:生石膏 30 g(先煎),知母 15 g,桑白皮 15 g,黄芩 15 g,芦根 30 g,柴胡 15~30 g,苦杏仁 9 g,赤芍 9 g,陈皮 9 g,生甘草 9 g。煎服。

方药加减:气喘、咳嗽明显者,加用麻黄 6 g、紫菀 15 g;腹胀、便秘明显者,加用生大黄 6~9 g(后下)、全瓜蒌 30 g。

推荐中成药:痰热清注射液(或胶囊)、连花清瘟颗粒

1.3 新冠肺炎危重型 临床表现:发热不退,意识障碍,烦躁或躁动,甚至出现昏迷,呼吸困难、动辄气喘或需要辅助通气;舌紫暗或舌绛唇焦,脉沉数或沉细数,或浮大而数。

推荐处方:生地黄 18 g,黄连 6 g,黄芩 15 g,牡丹皮 15 g,升麻 15 g,生石膏 30 g,栀子 9 g,淡竹叶 9 g,玄参 18 g,水牛角 30 g(先煎),连翘 15 g,藿香 9 g,生黄芪 15 g,党参 15 g,炒白术 9 g,甘草 9 g。本方除煎服外,也可浓煎 100 mL 鼻饲。

方药加减:腹胀按之硬满,大便不通或热结旁流者,加用生大黄 6~9 g(后下),或用大承气汤浓煎灌肠。

推荐中成药:安宫牛黄丸、醒脑静注射液

中医外治:高热不退者可三棱针点刺十宣穴放血,出血以 3~5 滴为宜。

2 以消化道不适为主要症状的中医协同方案

2.1 新冠肺炎轻型、普通型 临床表现:纳差,口淡,呕

恶,便溏,乏力,舌苔腻。

推荐处方:柴胡 15 g,制半夏 9 g,生晒参 9 g,炙甘草 6 g,黄芩 9 g,黄芪 15 g,苍术 9 g,羌活 9 g,升麻 9 g,鸡内金 9 g,陈皮 9 g,连翘 9 g,干姜 6 g。煎服。呕恶明显者可先服用少量稍浓生姜水或姜枣茶,或先行胃复安穴位注射。

方药加减:恶心呕吐加用竹茹 9 g、藿香 9 g,纳差加用炒谷芽 30 g、炒麦芽 30 g、山楂 9 g、神曲 9 g,便溏加用葛根 18 g。

推荐中成药:小柴胡冲剂、藿香正气液(或丸、胶囊、水)。

中医外治:①盐酸甲氧氯普胺注射液 10 mg/次,于两侧足三里分别穴位注射,1~2 次/d,适用于呕吐不能进食者,视呕吐情况决定使用频次及是否停用。②艾灸:强壮补虚,缓解症状,有助于预防疾病重症化,也可病室内艾熏。穴位可选用足三里、中脘、神阙、关元等。

西药有关处理:维生素 B₆ 静脉滴注。停用引起胃肠道反应相关药物。对于食欲不振、消化不良者,可适当选用消化酶制剂、调节肠道菌群药物。

2.2 新冠肺炎重型、危重型 临床表现:腹胀或腹大、大便秘结不通,肠鸣音减弱。

推荐处方:①实证:生大黄 6 g(后下),杏仁 9 g,柴胡 15 g,甘草 9 g,枳壳 9 g,黄芩 9 g,制半夏 9 g,大腹皮 9 g,桃仁 9 g,桂枝 9 g,芒硝 6 g(冲服),厚朴 9 g。②虚证:熟附子 9 g,生大黄 6 g(后下),芒硝 6 g(冲服),当归 9 g,干姜 9 g,生晒参 9 g,甘草 9 g,枳实 9 g,生白术 45 g,桃仁 9 g。煎服。

中医外治:①中药外敷或烫熨:吴茱萸 250 g 加粗盐 250 g,混合放入微波炉专用碗内,加热 3 min,至吴茱萸呈咖啡色、外壳略张开、并散发出芳香药气为度。当药物温度降至 80 ℃~90 ℃时,把药物装入专用布袋中。当药物温度降至患者自觉温度适宜时,于腹部外敷或烫熨。②中药灌肠:大黄 20 g(后下)、芒硝 10 g(另兑)、枳实 30 g、厚朴 30 g、莪术 30 g,浓煎 100 mL,38 ℃~40 ℃保留灌肠,插管深度为 30~35 cm,每天 1~2 次。③穴位注射:维生素 B₁、B₁₂ 各 1 支,于两侧足三里分别穴位注射,1 次/d。

3 关于新冠肺炎免疫调节的中西医协同方案

新冠肺炎患者在不同阶段可能存在不同的免疫功能变化,早期在病毒的攻击下出现免疫功能的下降;中期由于机体大量免疫细胞的动员,释放大量的炎症因子,产生细胞因子风暴,造成多脏器功能的损伤;后期随着病毒的逐渐清除,患者的免疫能力低下。因此在不同阶段进行中医的介入,可调节机体免疫功能,从而

阻断疾病进展、缩短病程、提高疗效。

对于机体内的炎症风暴反应,有研究发现在新冠肺炎重症患者血浆中多种促炎因子(IL-2、IL-7、IL-10、IL-17、G-SCF、IP-10、MCP-1、MIP-1A、TNF- α)的表达水平明显升高,提示重症患者发生了细胞因子风暴^[3],从而导致死亡率增加。糖皮质激素在新冠肺炎治疗中的应用仍然存在争议。大剂量激素对新冠肺炎的治疗具有潜在风险,如发生继发性感染、长期并发症和延迟病毒清除时间。然而,在危重患者中严重的炎症反应和细胞因子相关的肺损伤可能会导致快速进展性肺炎的发生。因此,建议对患有新冠肺炎的重症患者,谨慎使用低至中等剂量的短期糖皮质激素治疗。

中药可以通过多种途径调节机体炎症反应,提高机体免疫力,从而改善症状、防止并发症,实现间接抑制病毒的作用。推荐中药黄芪、党参、白芍、淫羊藿、枸杞子、鱼腥草、丹参等。复方药物如六神丸、疏风解毒胶囊、银花平感颗粒等,能有效降低小鼠血清中炎症反应水平,改善机体非特异性免疫,调节机体免疫反应,影响炎性细胞因子的合成与释放,进而发挥抗病毒的作用。

4 关于炎症后肺脏纤维化的中西医协同方案

目前从已经报道的新冠肺炎患者影像学表现可知,本病患者可为病毒性肺炎影像学改变,合并急性呼吸窘迫综合征者可表现弥漫片状阴影,进展迅速。而恢复期患者肺内渗出存在着两种情况:轻症患者可以吸收消散,重症患者可能会在比较长的时间内留下肺纤维化,特别是 ARDS 导致的肺纤维化预后较差。

4.1 肺纤维化的发现与诊断 对新冠肺炎患者的肺纤维化诊断应该慎重,需要建立在长期、多次的影像学随访和积极的中西医治疗基础上,定期的肺功能检查也是必要的。

4.2 糖皮质激素应用对肺纤维化的影响 鉴于炎症和免疫反应是肺纤维化的重要发病机制,糖皮质激素和免疫抑制剂一直被用作炎症后肺脏纤维化的常规治疗。在新冠肺炎的治疗过程中,糖皮质激素对于减少急性肺损伤、减轻中毒症状及改善预后等方面的作用还存在争议,因此激素的使用应当谨慎。

4.3 肺纤维化的中医治疗 基本方:党参 15 g(人参 9 g),炙黄芪 15 g,防风 9 g,陈皮 9 g,制半夏 12 g,生地黄 15 g,丹参 30 g,桃仁 9 g,橘络 9 g,丝瓜络 9 g。煎服。

方药加减:兼有脾虚明显者可加用茯苓 15 g、白术 15 g、甘草 9 g、藿香 9 g、炒谷芽 15 g、炒麦芽 15 g。兼有阴虚者可加用南沙参 15 g、玄参 9 g、麦冬 9 g、天冬

9 g、鲜石斛 30 g。

5 关于新冠肺炎呼吸康复的中西医协同方案

新冠肺炎患者很可能发生不同程度的呼吸、运动以及心理功能等方面的障碍,康复干预可以辅助提升临床诊疗效果,降低死亡率,改善身心功能。

5.1 呼吸功能的评估

5.1.1 症状评估(病史评估、相关问卷量表调查评估)

新冠肺炎患者评估包括现病史、旅居史、接触史、既往史等,疲劳和呼吸症状可选择主观量化指标如自觉费力(RPE)量表,呼吸困难指数(mMRC)量表、慢性阻塞性肺疾病评估测试(CAT)量表等,存在肌骨或其他脏器疼痛可以选用视觉模拟评分(VAS)等。

5.1.2 血气分析及经皮氧饱和度的评价 必要时于实验室检查血气分析,包括 PaO₂、PaCO₂、SaO₂等。

5.1.3 肺功能检查 肺功能检查能判断新冠肺炎或者新冠肺炎合并慢性气道疾病患者的呼吸功能受损情况,必要时需要评估肺弥散功能等,可选用便携式肺功能仪或者具备物联网功能的个人用肺功能仪实施检查和评估。检查过程中必须做好防护,避免医患或患者之间的交叉感染。

5.2 肺外器官的功能评估及康复 轻症新冠肺炎患者的病情基本稳定,对于全身各个脏器功能的影响不明显;但是重症或者危重症患者常常存在多器官损害,诸如肺脏、心脏、肾脏、肝脏和大脑等均存在不同程度的异常,需要密切监测,积极应对。心肺联合康复对于病情的稳定及恢复均能发挥重要作用。

5.3 呼吸康复的干预和实施

5.3.1 吸入性药物的使用 新冠肺炎或者新冠肺炎合并慢性气道疾病患者的呼吸功能受损时,患者有胸闷、气喘的表现或病情加剧,可以使用长效 β_2 受体激动剂(LABA)/糖皮质激素联用(ICS)干粉吸入剂(如布地奈德福莫特罗粉吸入剂、沙美特罗替卡松粉吸入剂)治疗,此外新一代的长效 β_2 受体激动剂(LABA)/长效抗胆碱药(LAMA)联用干粉吸入剂(茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂用胶囊、乌美溴铵维兰特罗吸入粉雾剂、噻托溴铵奥达特罗吸入喷雾剂),或者 LABA/ICS/LAMA 也可以积极使用。

5.3.2 雾化吸入、胸部理疗及痰液引流 呼吸系统危重症患者,可能因机械通气及体外生命支持的使用,长期卧床,气道分泌物多且清除能力下降,易反复造成肺部感染、肺不张及呼吸功耗增加,甚至呼吸机撤离困难。患者可通过加强气道湿化、体位引流及胸部叩击/理疗促进痰液排出,亦可联合口服各种化痰药或雾化吸入乙酰半胱氨酸,加强气道管理和护理,必要时采用

纤维支气管镜吸痰等方式清除气道分泌物。

5.3.3 身体活动及运动 对重症卧床患者可行渐进性肢体主动活动或器械辅助下的被动活动。具备自主活动能力的患者可开展踝泵运动,预防下肢深静脉血栓形成,也可进行空中踩车、桥式运动等床上运动激活肌肉,对于重型和或危重型患者,根据自己的舒适度下调整动作的幅度和频率,逐步增加活动量。

鼓励离床,减少长时间卧床可能带来的肌肉、心肺、血管等并发症。病情稳定时可在隔离病房自主活动保持运动功能,可在床边行坐站转移和踏步等活动。但应严格把握程度,避免疲劳。当患者能够自主下床,可选择步行、呼吸导引操、太极拳、八段锦等有氧运动。

5.3.4 氧疗及机械通气的使用 在康复活动中持续监测患者的临床症状及血氧,保证血氧饱和度达到 88% 及以上,或下降不超过 4%,必要时吸氧。重型/危重型患者在进行活动时需要保证充足供氧。无创机械通气可作为严重急性呼吸综合征患者急性呼吸衰竭的初始通气支持,采用小潮气量通气(6 mL/kg)“肺保护性策略”。随着病情改善,调整吸氧浓度、潮气量、呼气末正压通气(PEEP)和通气模式。单纯机械通气氧合改善不明显,可以考虑俯卧位通气;如果俯卧位通气改善仍然不明显,考虑肺复张等措施;患者病情危重,常规支持技术无效时,有创机械通气或体外膜肺氧合(ECMO)是重要的治疗技术。

5.3.5 心理重建 医务人员需关注患者的不良心理状态。在积极治疗疾病过程中,医护人员要联合康复师、心理师等多学科专业人员联合监测患者的心理状态变化,及时评估或筛查,主动给予心理上的疏导,并鼓励酌情开展休闲娱乐活动,进而产生愉悦效应,转移注意力,调整患者情绪。

5.3.6 出院患者的呼吸康复指导意见 出院后以恢复体力和心理调整为主,对存在肺功能损害,以及还存在

呼吸困难等症状的患者,在临床治疗基础上可指导其居家康复,包括进行体位管理、呼吸调整、呼吸肌训练、排痰训练等。运动能力受限的患者,帮助其制定有氧运动处方,循序渐进逐步恢复体力。

上海市中西医结合学会呼吸病专业委员会
2020 年 2 月 20 日

本建议制定组成员(排名不分先后)

- 顾问:蔡映云 复旦大学附属中山医院
- 成员:张炜 上海中医药大学附属曙光医院呼吸科
- 李善群 复旦大学附属中山医院呼吸科
- 石克华 上海中医药大学附属市中医医院呼吸科
- 凌江红 上海中医药大学附属曙光医院消化科
- 揭志军 复旦大学附属上海市第五人民医院呼吸科
- 唐斌擎 上海中医药大学附属市中医医院呼吸科
- 王雄彪 上海市普陀区中心医院呼吸科
- 陈宇清 上海交通大学附属胸科医院重症医学科
- 王振伟 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院呼吸科
- 秘书:陈麒 上海中医药大学附属曙光医院呼吸科
- 苏子舰 上海中医药大学附属曙光医院呼吸科
- 龚迪 复旦大学附属中山医院呼吸科

参考文献:

- [1] 国家卫生健康委.新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)[EB/OL].[2020-02-19]. <http://www.nhc.gov.cn/zycj/s7653p/202002/8334a8326dd94d329df351d7da8aefc2.shtml>.
- [2] 张炜,吴银根,张惠勇,等.《上海市新型冠状病毒感染的肺炎中医诊疗方案(试行)》解读[J].上海中医药杂志,2020,54(3):1-4.
- [3] HUANG C,WANG Y,LI X,et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China[J/OL]. Lancet,2020 [2020-02-18]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).

编辑:黄博韬
收稿日期:2020-02-20