

传染性非典型肺炎(SARS)中医诊疗指南

中华中医药学会*

主题词 SARS/中医药疗法

序

中医药治疗瘟疫有悠久的历史和丰富的经验,形成了独特的辨证论治体系,在我国历次疫病流行防治中发挥了重要的作用。

2002 年 11 月~2003 年 6 月流行的传染性非典型肺炎(SARS)属中医学瘟疫范畴,我国中医药工作者积极开展防治工作。国家中医药管理局组织中医专家,研究、制定发布了有关 SARS 防治技术方案,指导临床预防与救治工作,取得了一定的防治效果,积累了临床经验。为应对可能再次发生的 SARS 疫情,提供更为科学的防治方案,国家中医药管理局委托中华中医药学会组织老中青专家,在原有方案的基础上,充分发挥老中医专家的指导作用,认真总结临床一线专家运用中医药治疗 SARS 的临床经验,又经多次专家论证,反复修改,形成了《传染性非典型肺炎(SARS)中医诊疗指南》。

本指南以中医理论为指导,以临床防治经验为基础,进一步明确 SARS 的证候特征、病因病机、辨证论治规律,为临床救治和科学研究提供指导。依据历代防治瘟疫的理论和经验,借鉴循证医学方法,统计分析了 3701 例次的症状、体征数据和 1667 例次中医病例的病因病机和证治方药,结合中医专家的经验、论述,力求本指南科学、实用、可操作。

本指南重视疾病发生发展全过程,强调中医整体观念和辨证论治的原则,同时参照中华医学会和中华中医药学会联合制订的《传染性非典型肺炎(SARS)诊疗方案》,采用统一病名、诊断与鉴别诊断标准等,便于临床工作者使用,也有利于国际交流。

SARS 是一种新的传染病,中医对本病的认识还有待深化完善,本指南难免存在不足和疏漏,希望全国医务工作者和科技工作者在参照执行中发现问题,提出建议,使之不断完善。

中国工程院院士、中华中医药学会副会长、中华中医药学会内科分会主任委员、中国中医研究院名誉院长:王永炎

1 概述

传染性非典型肺炎(SARS)是由 SARS 冠状病毒(SARS-CoV)引起的一种具有明显传染性、可累及多个脏器系统的特殊肺炎,世界卫生组织(WHO)将其命名为严重急性呼吸综合征(Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)。临床上以发热、乏力、头痛、肌肉关节酸痛等全身症状和干咳、胸闷、呼吸困难等呼吸道症状为主要表现,部分病例可有腹泻等消化道症状;胸部 X 线检查可见肺部炎性浸润影,实验室检查外周血白

细胞总数不高或降低,抗菌药物治疗无效是其重要特征。重症病例表现明显的呼吸困难,并可迅速发展为急性呼吸窘迫综合征(Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS)。

近距离呼吸道飞沫是传播的主要方式,气溶胶传播是经空气传播的另一种方式,通过手接触传播是另一种重要的传播途径;SARS 的潜伏期通常限于 2 周之内,一般约 2~10 天。

SARS 符合《素问·刺法论》“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似”的论述,属于中医学瘟疫、热病的范畴。其病因属疫毒之邪,由口鼻而入,以发热为首发症状,伴极度乏力、干咳、呼吸困难。起病急,病情重,传变快,主要病位在肺,亦可累及其他脏腑。其基本病机为邪毒壅肺、湿痰瘀阻、肺气郁闭、气阴亏虚。积极应用中医药早预防、早治疗、重祛邪、早扶正、防传变可以取得良好的防治效果。

2 诊断与鉴别诊断

2.1 诊断:从流行病学史、临床症状和体征、一般实验室检查、胸部 X 线影像学变化,配合 SARS-CoV PCR 检测阳性并排除其它表现类似的疾病来做出 SARS 的诊断。

2.1.1 流行病学史:(1)现有资料表明,SARS 患者是最主要的传染源,极少数患者在刚出现症状时即具有传染性。(2)患者在近 2 周内与 SARS 患者接触,尤其是密切接触(指与 SARS 患者共同生活,照顾 SARS 患者,或曾经接触 SARS 患者的排泌物,特别是气道分泌物)的历史;或患者为与某 SARS 患者接触后的群体发病者之一;或患者有明确的传染他人,尤其是与其接触后多人患有 SARS 的证据,可以认为该患者具有 SARS 的流行病学依据。(3)患者就诊时已有的流行病学证据为前向性的流行病学依据,若就诊以后进一步出现的为后向性的流行病学依据。当患者就诊时尚无流行病学依据或依据不充分时,必须动态追踪后向性的流行病学依据。

2.1.2 症状与体征:(1)症状:起病急,自发病之日起,2~3 周内病情都可处于进展期。主要有以下三类症状:①发热、乏力、头身痛等症状:常以发热为首发和主要症状,体温一般高于 38℃,常呈持续性高热,可伴有畏寒、肌肉酸痛、关节酸痛、头痛、胸背疼痛、乏力。在早期,使用退热药可退热;在进展期后,重症者通常难以用退热药控制高热,使用糖皮质激素可对热型造成干扰,多数患者呈双峰热,使用激素退热后热退,但在疾病的进展期(10~14 天)时再有发热。②呼吸系统症状:少有上呼吸道卡他症状,部分患者发热 3~6 天后出现咳嗽,多为干咳,少痰,少部分患者出现咽痛。可有胸闷,喘憋,严重者逐渐出现气促,甚至呼吸窘迫。呼吸困难和低氧血症多见于发病 6~12 天以后。③其它症状:部分患者出现腹泻、恶心、呕吐等消化道症状。(2)体征:SARS 患者的肺部体征常不明显,部分患者可闻少许湿罗音,或有肺实变体征。偶有局部叩浊、呼吸音减低等少量胸腔积液的体征。

* 中华中医药学会,北京市和平里东街樱花路甲 4 号

(100029)

收稿日期:2003-10-30

2.1.3 一般实验室检查:(1)外周血象:在病程2~7天时白细胞计数一般不升高,部分患者可降低;常有淋巴细胞计数减少(若淋巴细胞计数 $<0.9 \times 10^9/L$,对诊断的提示意义较大;若淋巴细胞计数介于 $(0.9 \sim 1.2) \times 10^9/L$,对诊断的提示仅为可疑);部分患者血小板减少。(2)T淋巴细胞计数:常于发病早期即见CD₃、CD₄、CD₈细胞计数降低,二者比值基本正常或降低。

2.1.4 胸部影像学检查:病变初期肺部出现不同程度的片状、斑片状磨玻璃影,少数为肺实变影。阴影常为多发或/和双侧改变,并于发病中呈进展趋势,部分患者进展迅速,短期内融合成大片状阴影。

当肺部病变处于早期阶段,磨玻璃影淡薄或其位置与心影和/或大血管影重合时,X线胸片可能难以发现。故如果早期X线胸片阴性,尚需每1~2天动态复查。若有条件,可安排胸部CT检查,有助于发现早期轻微病变或与心影和/或大血管影重合的病变。

必须定期进行胸部X线影像学复查,以观察肺部病变的动态变化情况。

2.1.5 特异性病原学检测:(1)SARS-CoV血清特异性抗体检测:发病10天后(免疫荧光试验,若采用酶联免疫吸附试验,则在发病21天后),患者血清内可以明确检测到SARS-CoV的特异性IgG抗体。绝大多数在28天内IgG抗体阳转或抗体的滴度从进展期至恢复期升高4倍以上,具有病原学诊断意义。IgM抗体通常在发病第7天开始可以在血清中检测出,14天左右达高峰,以后逐渐下降。由于特异性不强,仅有参考诊断价值。(2)SARS-CoV核酸(RNA)检测:准确的SARS-CoV的RNA检测具有早期诊断意义。采用荧光定量RT-PCR方法在排除污染及技术问题的情况下,从呼吸道分泌物或粪便等人体标本中检出SARS-CoV的RNA,尤其是多次、多种标本和多种检测试剂盒的SARS-CoV RNA阳性,对病原学诊断有重要支持意义。但其特异性和敏感性尚有待进一步论证。(3)其它的早期诊断方法:免疫荧光抗体检测鼻咽或气道脱落细胞,基因芯片等检测方法尚有待进一步研究。

2.2 重症SARS诊断

2.2.1 呼吸困难:成人休息状态下RR ≥ 30 次/分且伴有以下情况之一:(1)胸片显示多叶病变或病灶总面积在正位胸片上占双肺总面积的1/3以上;(2)病情进展,48小时内病灶面积增大超过50%且在正位胸片上占双肺总面积的1/4以上。

2.2.2 出现低氧血症:氧合指数低于300mmHg。

2.2.3 休克或出现多器官功能障碍综合征(MODS)。

2.3 鉴别诊断:SARS的诊断目前主要为临床诊断,在相当程度上属于排除性诊断,在作出SARS诊断前需要排除能够引起类似临床表现的其它疾病。普通感冒、流行性感、一般细菌性肺炎、军团菌肺炎、支原体肺炎、衣原体肺炎、真菌性肺炎、艾滋病和其它免疫抑制患者(器官移植术后等)合并肺部感染、一般病毒性肺炎是需要与SARS进行鉴别的重点疾病。其它需要鉴别的疾病还包括肺结核、流行性出血热、肺部肿瘤、非感染性间质性肺疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺血管炎、肺嗜酸性粒细胞浸润症等。对于有SARS类似临床症候群的病例,若规范

地进行抗菌治疗后无明显效果,有助于排除细菌或支原体、衣原体性肺部感染。本病应与中医学中的感冒、时行感冒、风温肺热病、麻疹等相鉴别。(1)感冒(普通感冒):初起以卫表及鼻咽症状为主,鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、恶寒、发热、全身不适、脉浮;肺部X线检查一般无炎性改变;实验室检查中性粒细胞减少或正常,淋巴细胞增多或正常,痰培养一般正常,病原学检查可有相应发现。(2)时行感冒(流行性感):多呈流行性,在同一时期发病人数剧增,且病症相似,多突然起病,恶寒、发热、头痛、周身酸痛、疲乏无力,病情一般较感冒为重。一般不会出现气急、呼吸困难等表现;肺部X线检查一般无炎性改变;实验室检查中性粒细胞减少或正常,淋巴细胞增多或正常,病原学检查可有相应发现。(3)风温肺热病:发热、恶寒,身痛,胸痛,咳嗽、咯痰,色黄或痰中带血,传染性小;肺部X线检查淡片状或大片状阴影,胸片进展比较慢;实验室检查血白细胞计数或可升高,中性粒细胞升高,病原学检查可有相应发现。(4)成人麻疹:高热,咳嗽,羞明流泪,发热第2、3天左右出现口腔粘膜斑,发热第3、4天之后出现皮疹,为孤立的红色斑丘疹,初发于耳后、发际、颊部等处,蔓延于全身;肺部X线检查一般无炎症改变;实验室检查血白细胞计数正常或降低。此外在有发热、咳嗽、咯痰的情况下,要与麻疹、肺癆、肺痈、喘证、哮喘、肺癌、肺胀、悬饮等呼吸系统疾病相鉴别。

3 分期

3.1 早期:本期一般为病初的1~7天。起病急,以发热为首发症状,体温一般 $>38^{\circ}\text{C}$,半数以上的患者伴有头痛、关节肌肉酸痛、乏力等症状,部分患者可有干咳、胸痛、腹泻等症状;但少有上呼吸道卡他症状,肺部体征多不明显,部分患者可闻及少许湿罗音。胸片肺部阴影早在发病第2天即可出现,平均在4天时出现,95%以上的患者在病程7天内出现阳性改变。本期以发热、乏力、干咳为主要临床表现。疫毒之邪外受,正邪交争,实多而虚少。邪盛表现为发热、恶寒、头身疼痛;疫邪犯肺而于咳;气阴两虚表现为乏力、气短、口渴。

3.2 进展期:多发生在病程的8~14天,个别患者可更长。在此期,发热及感染中毒症状持续存在,肺部病变进行性加重,表现为胸闷气促、呼吸困难,尤其在活动后明显。胸片检查肺部阴影发展迅速,且常为多叶病变。少数患者(10%~15%)出现急性呼吸窘迫综合征而危及生命。本期以呼吸困难、高热为特征。疫毒之邪郁闭肺气,正邪交争,虚实夹杂,痰湿瘀阻肺络,肺失宣降,表现为呼吸困难,气促胸闷,憋气喘息,肺气受损可累及心气、肾气。及时治疗,邪祛正复则可进入恢复阶段;邪盛正虚或失治误治则可出现邪入心包、内闭外脱。

3.3 恢复期:进展期过后,体温逐渐下降,临床症状缓解,肺部病变开始吸收,多数患者经2周左右的恢复,可达到出院标准,肺部阴影的吸收则需要较长的时间。本期多见气短、乏力、咳嗽、胸闷、动则尤甚,或见心悸、肋痛、骨痛、腰膝酸软、肢体沉重等。以邪退正虚、络脉瘀阻为基本病机。主要表现在心肺气虚、肝肾阴虚、瘀毒伤骨、肝郁气滞4个方面。(1)肺功能损伤:初步的随诊结果表明,相当数量的SARS患者在出院后仍遗留肺功能损伤,X线胸片和高分辨CT可发现不同程度的肺纤维化样

改变和肺容积缩小,肺功能检查显示限制性通气功能障碍和弥散功能减退。可见胸闷、气短、活动后呼吸困难,或见心悸等,其主要病机是由于因疫毒之邪损伤气阴、肺络瘀阻。(2)肝肾功能损伤:部分 SARS 患者在出院后遗留有肝肾功能损害,尤以肝功能异常较为常见,主要为谷-丙转氨酶(GPT)和谷-草转氨酶(GOT)的异常。可见胁痛、纳差、乏力、咳嗽等,其主要病机是疫毒之邪耗伤肝肾,络脉瘀阻。(3)骨质损伤:部分 SARS 患者在出院后遗留有骨质损害,可见骨痛、腰膝酸软、肢体沉重等。其主要病机为疫毒之邪损伤肝肾,瘀毒伤骨。(4)心理障碍:部分 SARS 患者在恢复期和出院后仍然存在着心理障碍,在行为、情绪、认知等方面存在着心理异常,以及抑郁症、强迫症、焦虑症、恐怖症和创伤后应激障碍(PTSD)等心理疾病。这些问题会对患者的生活质量造成不利影响。在疾病的过程中,患者由于疾病痛苦的折磨,对本病强烈传染性的恐惧,对自身健康的敏感等,可见焦虑、失眠、心慌、忧郁、悲伤、甚者悲观厌世等。其主要病机为气阴亏虚、肝气郁结,心神失养。

4 病因病机

疫毒之邪自口鼻而入,首先犯肺,可累及心、肾、胃、肠等脏腑。肺主表,受邪而寒热身痛;肺主气,司呼吸,因疫毒之邪郁闭肺气而致干咳、呼吸困难、气促胸闷、喘息憋气。邪之所凑,其气必虚,气阴受损而致极度乏力。在病变过程中,虚实变化尤为迅速与突出。本病的基本病因病机可概括为以下 4 个方面。

4.1 疫毒壅肺:自口鼻而入,首先犯肺,肺主表、肺主气,正邪交争于肺表,故寒热身痛;疫毒壅肺,肺失宣降,故高热汗出不解、干咳、喘憋。正邪交争,疫毒之邪深入,可见气营同病,部分病人可见邪入心包,出现烦躁、神昏、谵语。疫毒壅肺,高热持续不退,则病情严重,易发变证。

4.2 肺气郁闭:本病疫毒之邪蕴结于肺,肺失宣降、肺气郁闭的病机在本病病程中有重要意义,故气促胸闷、喘息憋气。肺胃相关,气机失降,则出现脘腹胀满、纳差、恶心、呕吐。肺与大肠相表里,肺肠同病,可见便秘或泄泻。肺主气朝百脉,心肺同居上焦,肺气郁闭,百脉失调,可见喘憋紫绀。

4.3 湿痰瘀阻:疫毒之邪犯肺,肺气郁闭,气不流津,则津变为湿,湿蕴为痰;气为血帅,气不行则血不行,血不行则为瘀。故形成湿痰瘀阻于肺的状态,湿痰瘀既是病理产物也是致病因素。肺气郁闭,气不流津,痰瘀闭肺,损伤肺络,故表现为干咳、痰难咳出或痰中有血丝等。

4.4 气阴亏虚:疫毒之邪耗气伤阴,肺之气阴亏虚在感邪后发病初期就可出现。发病早期即可见乏力、倦怠、懒言、口干、自汗等症,而且气阴损伤越早出现,病情越重。随病程进展,肺之气阴进一步损伤,则肺病及心、气病及血、肺病及肾、肾不纳气,可见不同程度的心悸心慌、喘憋欲脱,严重者心阳暴脱,可见心率猝然缓慢,体温、血压下降,四末发冷,冷汗淋漓等。后期所见口干口渴、五心烦热、动则汗出气喘等更为气阴亏虚的表现。

5 辨证论治

5.1 辨证要点:病程、热势、呼吸困难程度、肺片变化、气阴损伤情况等为辨证要点。

5.2 治疗原则:(1)早治疗:早诊断尽早使用中医药。(2)重祛

邪:该病为疫毒之邪感之,明代吴又可强调“逐邪为第一要义”,故清热解毒、透邪化浊要贯穿治疗始终。(3)早扶正:由于气阴亏虚病机始终存在,故在患病早期若有虚象出现时,应及时扶正。(4)防传变:病机初见端倪即可采取措施,用药先于病机病势,以阻止传变,防范其他脏器的损伤。

5.3 分证论治

5.3.1 疫毒犯肺证多见于早期。症状:初起发热,或有恶寒,头痛,身痛,肢困,干咳,少痰,或有咽痛;乏力,气短,口干,舌苔白或黄或腻,脉滑数。病机:本证疫毒之邪初袭肺表,正邪交争于肺表故寒热身痛,肺气失宣故干咳,少痰,疫毒夹湿而肢困苔腻,疫毒之邪伤及气阴,故乏力口干。本证实多虚少。治法:清肺解毒,化湿透邪。基本方及参考剂量:金银花 15g,连翘 15g,黄芩 10g,柴胡 10g,青蒿 15g,白豆蔻 6g(打),杏仁 9g(炒),生薏苡仁 15g,沙参 15g,芦根 15g。加减:无汗加薄荷;热甚加生石膏、知母;苔腻甚者加藿香、佩兰;腹泻者加黄连、炮姜;恶心呕吐者加制半夏、竹茹。

5.3.2 疫毒壅肺证多见于早期、进展期。症状:高热,汗出热不解;咳嗽,少痰,胸闷,气促;腹泻,恶心呕吐,或脘腹胀满,或便秘,或便溏不爽;口干不欲饮,气短,乏力;甚则烦躁不安,舌红或绛苔黄腻,脉滑数。病机:本证疫毒之邪壅肺,热毒壅盛,故高热,汗出热不解;热毒壅于经络,故身痛;热入心营则烦躁,舌绛,肺气失宣故干咳、少痰、胸闷、气促。疫毒之邪耗伤气阴,故有乏力、口干。热毒兼湿,湿热阻滞气机,升降失常,则出现脘腹胀满,不欲饮,舌红苔黄腻,脉滑数。治法:清热解毒、宣肺化湿。基本方及参考剂量:生石膏 45g(先煎),知母 10g,炙麻黄 6g,金银花 20g,炒杏仁 10g,生薏苡仁 15g,浙贝母 10g,太子参 10g,生甘草 10g。加减:烦躁、舌绛口干有热入心营之势者加生地、赤芍、牡丹皮;气短、乏力、口干重者去太子参,加西洋参;恶心呕吐者加制半夏;便秘者加全瓜蒌、生大黄;脘腹胀满、便溏不爽者加焦槟榔、木香。

5.3.3 肺闭喘憋证多见于进展期及重症 SARS。症状:高热不退或开始减退,呼吸困难、憋气胸闷,喘息气促,或有干咳、少痰、痰中带血;气短,疲乏无力;口唇紫暗,舌红或暗红,苔黄腻,脉滑。病机:本证疫毒之邪闭阻肺气,热渐退而湿痰瘀阻肺络,肺失宣降、气病及血故呼吸困难、喘息憋气、胸痛气促,干咳、少痰、痰中带血,口唇紫暗,舌红或暗红苔黄,脉滑;疫毒耗伤气阴加重则极度气短疲乏无力。治法:清热泻肺,祛瘀化浊,佐以扶正。基本方及参考剂量:葶苈子 15g,桑白皮 15g,黄芩 10g,郁金 10g,全瓜蒌 30g,蚕砂 10g(包),草薢 12g,丹参 15g,败酱草 30g,西洋参 15g。加减:气短疲乏喘重者加山茱萸;脘腹胀满、纳差加厚朴、麦芽;口唇紫绀加三七、益母草。

5.3.4 内闭外脱证见于重症 SARS。症状:呼吸窘迫、憋气喘促、呼多吸少,语声低微,躁扰不安,甚则神昏,汗出肢冷,口唇紫暗,舌暗红苔黄腻,脉沉细欲绝。病机:本证湿痰瘀闭肺,肺气欲绝,故呼吸极度困难,喘息气促,肺病及心,气病及血,气损及阳,阳气亡脱于外见心悸心慌;严重者心阳暴脱,可见心率猝然缓慢,体温、血压下降,四末发冷,冷汗淋漓,脉象沉细欲绝,本证虚实并见,病情危重。治法:益气敛阴,回阳固脱,化浊开闭。

基本方及参考剂量:红参 10~30g(另煎兑服),炮附子 10g,山茱萸 30g,麦冬 15g,郁金 10g,三七 6g。加减:神昏者上方送服安宫牛黄丸;冷汗淋漓加煅龙骨、煅牡蛎;肢冷者加桂枝、干姜。喉间痰鸣者加用猴枣散。

5.3.5 气阴两虚、痰瘀阻络证多见于恢复期。症状:胸闷、气短,神疲乏力,动则气喘;或见咳嗽;自觉发热或低热,自汗,焦虑不安,失眠、纳呆,口干咽燥。舌红少津,舌苔黄或腻,脉象多见沉细无力。治法:益气养阴、化痰通络。基本方及参考剂量:党参 15g,沙参 15g,麦冬 15g,生地黄 15g,赤芍 12g,紫菀 15g,浙贝母 10g,麦芽 15g。加减:气短气喘较重、舌暗者加三七、五味子、山茱萸;自觉发热或心中烦热、舌暗者加青蒿、栀子、牡丹皮;大便偏溏者加茯苓、白术;焦虑不安者加醋柴胡、香附;失眠者加炒枣仁、远志;肝功能损伤、转氨酶升高者加茵陈、五味子;骨质损伤者加龟甲、鳖甲。

5.4 中成药应用:应当辨证使用中成药,可与中药汤剂综合应用。(1)退热类:适用于早期、进展期发热,可选用瓜霜退热灵胶囊、紫雪、新雪颗粒、小柴胡片(或颗粒)、柴银口服液等。(2)清热解毒类:适用于早期、进展期的疫毒犯肺证、疫毒壅肺证、肺闭喘憋证。注射剂可选用清开灵注射液、鱼腥草注射液、双黄连粉针剂、复方苦参注射液等。口服剂可选用清开灵口服液(或胶囊)、清热解毒口服液(或颗粒)、双黄连口服液、金莲清热颗粒、苦甘颗粒、葛根芩连微丸、梅花点舌丹、紫金锭等。(3)活血化瘀、祛湿化痰类:适用于进展期和重症 SARS 的肺闭喘憋证。注射剂可选用丹参注射液、香丹注射液、川芎嗪注射液、灯盏细辛注射液等,口服剂可选用血府逐瘀口服液(或颗粒)、复方丹参滴丸、藿香正气口服液(或胶囊)、猴枣散等。(4)扶正类:适用于各期有正气亏虚者。注射剂可选用生脉注射液、参麦注射液、参附注射液、黄芪注射液等。口服剂可选用生脉饮、百令胶囊、金水宝胶囊、宁心宝胶囊、诺迪康胶囊、六味地黄丸、补中益气丸等。

6 疑似 SARS 的处理

根据 SARS 的诊断标准,经综合判断与 SARS 有较多吻合处,但尚不能作出临床诊断者,可作为疑似病例处理:(1)隔离留观,严密观察病情变化。(2)给予对症处理,卧床休息,必要时给吸氧、补液等治疗。(3)动态观察胸片或胸部 CT 检查,应首选每天查胸片 1 次。若胸片出现片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变时,或原有小片肺部炎症迅速扩大者,当警惕 SARS。若患者的临床症状、体征非常符合 SARS 的特征,应考虑尽早作胸部 CT 检查,CT 可以较早地发现 X 线胸片难以发现的病变。(4)动态观察血常规,每天查血常规 1 次。若白细胞不升高或进行性下降,淋巴细胞计数下降,CD₄、CD₈ 细胞计数降低,当警惕 SARS 的可能。(5)可以使用抗菌药治疗,若抗菌药治疗有效者,可以考虑除外 SARS。(6)尽早使用中药辨证治疗。在发病之初,以发热为主,恶寒,头痛,身痛,肢困;干咳,少痰,咽痛;气短,乏力,口干。舌苔白或黄,脉滑数。可清肺解毒,化湿透邪,参考以下处方及加减法:金银花 15g,连翘 15g,大青叶 15g,生石膏 30g,知母 10g,柴胡 10g,黄芩 10g,杏仁 9g(炒),芦根 15g,生甘草 9g。加减:无汗者加薄荷;苔腻、腹泻者去生石

膏、知母,加藿香、佩兰、黄连;恶心、呕吐者加制半夏、竹茹;咳嗽甚者加前胡、炙枇杷叶;喘憋甚者加葶苈子、炙麻黄。

7 转归预后

本病一般经过早期、进展期,进入恢复期,以疫毒犯肺、疫毒壅肺、肺闭喘憋、气阴损伤、痰瘀阻络证为多见,其中进展期以及肺闭喘憋证是本病的转折关键,内闭外脱属于危证。大部分病人经过积极治疗,进入恢复期,可出现正气损伤,余邪未尽、痰瘀阻络等局面。进展期肺闭喘憋证病情进展,治疗无效可以迅速演变为内闭外脱,救治困难,应及时回阳开闭,部分病人终因肺之化源衰竭,出现多脏腑功能衰竭而亡。此外,据研究,SARS 致死的高危因素为:年龄超过 50 岁;存在心脏、肾脏、肝脏和呼吸系统的严重基础疾病,或患有恶性肿瘤、糖尿病、严重营养不良、脑血管疾病等其他严重疾病;外科大手术后;外周血淋巴细胞总数进行性下降;积极治疗,血糖持续居高不下。

8 调护

8.1 饮食调理:(1)早期:患者连续高热,体力消耗较大,应加强营养,提高抗病能力。根据中医辨证施膳的理论,宜给予清热生津,调理脾胃之品,给患者补充含丰富蛋白质的食物,如牛奶、豆浆、鸡蛋等,富含维生素、纤维素的食物,如新鲜的蔬菜、水果、谷类食品。同时注意补钙,可适当饮用骨头汤,或配合服用钙剂和鱼肝油。(2)进展期:患者呼吸困难,乏力,喘憋气促。宜给予清肺化痰,益气健脾之品。以营养丰富、易于消化、清淡不易生痰的食物为主,忌食辛辣刺激、油腻生痰之品。可注意食用新鲜水果蔬菜,如梨、桔子、枇杷等,多饮水,或用鲜芦根、梨、贝母等煎水饮用。(3)恢复期:此期患者正气大伤,或有余邪未尽、痰瘀阻络,饮食宜给予益气养阴、醒脾开胃之品。慎用温补之品,以防敛邪碍胃,山药薏米粥(山药、薏苡仁、莲子、大枣各少量,粳米 100g)、枸杞百合粥(枸杞子、百合、山药、大枣等各少量,粳米 100g)等可经常食用,可收益气养阴、调补脾胃之效。

8.2 调摄精神:SARS 是一种突发的烈性传染病,患者及群众对此都非常恐惧,SARS 患者患病后长期处于一种隔离封闭状态,缺乏与外界沟通而产生强烈的孤独感、恐惧感,多种因素可能产生的精神焦虑急躁、自卑自闭心理等副作用,均是 SARS 患者常见的情志不调的情况。“思则气结,恐则气下、惊则气乱”,情志不调可以导致人体的脏腑功能失调,气机逆乱,机体免疫功能紊乱,抵抗力低下,不利于患者的治疗与康复。对此,应针对患者的异常心理变化,加强与患者的交流、沟通,帮助患者正确认识病情,了解 SARS 的发生发展规律,对患者讲解健康教育知识和进行心理指导,帮助患者消除孤独、恐惧的不良心理因素,树立战胜疾病的信心,使患者保持心态平和,情绪稳定,气机调畅,使患者积极配合治疗,以利于早日康复。对于病愈后仍有心理障碍的病人当给予适当的心理治疗,配合中药治疗以达到调畅气机、疏肝养阴的目的。

8.3 起居调理:SARS 患者在患病期间应注意卧床休息,病房内要保持空气流通,定期消毒。患者在发热期高热汗出,适时增减衣服,防止汗出当风,避免复感外邪。患者患病后为减少传染性,要注意戴口罩,勤洗手,消毒液漱口,鼻腔内滴药等。患者在喘憋期要注意减少活动,多卧床休息。患者后期体温正常符合

出院标准,出院居家观察两周,尽可能保持居室环境相对独立。注意室内通风、空气消毒。

8.1 康复锻炼:SARS 患者消耗较大,当注意休息,减少活动。在后期可以适当活动,但此时患者的活动量宜小不宜大,可以采取床边活动。活动时间宜短不宜长,动作宜慢不宜快,应循序渐进,量力而行。

8.5 追踪检查:恢复期的患者要监测肺功能、肝肾功能和骨质损伤的改变。SARS 患者在出院后应予复诊,观察胸闷气短、呼吸困难、骨痛、下肢乏力、行走困难等症状的变化,定期复查 X 线胸片、肺功能、血氧饱和度、肝功能、骨密度、髋关节 X 线片、股骨头 MRI 等项检查项目,以观察肺功能、肾功能、骨质损伤。

9 预防

9.1 基本原则:(1)根据中医防治疾病的理论和经验,实施预防,注意养生保健,合理饮食,劳逸适度,增强体质。在 SARS 流行地区,对接触或可疑接触 SARS 患者的人,可在医师的指导下合理应用中医药预防方法和措施。(2)应用中药预防时,应由执业医师开具处方,在医师的指导下合理使用预防中药;慢性疾病患者及妇女经期、产后慎用;孕妇禁用。中药预防处方不宜长期服用,一般服用 3~5 天。服用中药预防处方后感觉不适者,应立即停止服药,并及时咨询医师;对中药预防处方中的药物有过敏史者禁用;过敏体质者慎用。

9.2 生活、行为预防:(1)在 SARS 流行期间或有 SARS 病例发生的区域,要避免过多外出,避免去公共场所,如商场、医院等人群密度较大,通风不良的场所,在乘坐电梯或公交车等交通工具时要戴口罩。(2)家庭居室注意开窗通风,保持清洁,定期消毒。(3)在家庭或医院有已知 SARS 病例发生后,与 SARS 病人接触的人员要进行隔离观察,不能进入公共场所。

9.3 心理预防:(1)正确认识 SARS 的流行性、危害性,防止不必要的紧张,客观分析疫情,学习、了解预防疾病的方法。经常与亲人、朋友交流信息,沟通感情,保持良好的心态。(2)得知自己的亲人或朋友患病后,应该正确对待,面对现实,不要惊慌失措,切实做好自己生活环境的消毒防护。若与患者有过密切接触,应该按照卫生防疫部门的要求进行隔离观察。若自己有身体不适等情况,应及时就诊,不要心存侥幸或回避诊疗。避免过度紧张,保持乐观的心态。

9.4 药物预防:在心理、行为、生活预防的同时,也可以配合药物预防,积极服用中药有较好的预防作用。此外,积极治疗慢性呼吸道及其他原有疾病,有助于提高对本病的抵抗力。基本方及参考剂量:(1)处方一:功能:益气化湿,清热解毒。适用于素体气虚,兼有湿热者。太子参 15g,败酱草 15g,生薏苡仁 15g,桔梗 6g。(2)处方二:功能:清热解毒,利湿化浊。适用于素体内热偏盛或水湿内盛者。鱼腥草 15g,野菊花 6g,金莲花 12g,茵陈 15g,草果 3g。(3)处方三:功能:健脾养阴,化湿解毒。适用于气阴两虚,素体有湿易于感冒者。生黄芪 10g,北沙参 10g,金银花 10g,连翘 10g,白术 6g,防风 6g,藿香 10g,苏叶 6g。

《传染性非典型肺炎(SARS)中医诊疗指南》起草、论证、审定人员名单(按姓氏笔划排序):王书臣、王永炎、王玉光、王融

冰、全小林、左峻岭、刘伟胜、刘保延、朱敏、张宁、张允岭、张军平、张伯礼、张忠德、张炳厚、张晓梅、张曾罍、李秀惠、汪卫东、陈伟、陈立新、陈秀华、周平安、林琳、罗翌、罗云坚、姜良铎、钟嘉熙、晁恩祥、翁维良、郭利平、彭胜权、谭雪春、潘志恒、潘俊辉。

附 1:《中华医学会、中华中医药学会(2003-10-10)传染性非典型肺炎(SARS)诊疗方案》中“诊断及鉴别诊断”内容

具有临床症状和出现胸部 X 线影像学改变是诊断 SARS 的基本条件。流行病学方面有明确支持证据和能够排除其它疾病是能够做出临床诊断的最重要支持依据。对于未能追及前向性流行病学依据者,需注意动态随访后向性流行病学依据。对病情演变、抗菌治疗效果和特异性抗体进行动态观察对于诊断具有重要意义。应合理、迅速安排初步治疗和有关检查,争取尽快明确诊断。

1 临床诊断

对于有 SARS 流行病学依据,有典型症状和胸部 X 线改变,并能排除其它疾病诊断者,可以做出 SARS 临床诊断;若分泌物 SARS-CoV PCR 检测阳性或血清 CoV 抗体阳转或 4 倍以上增高,则可做出确定诊断。

2 疑似病例

对于缺乏明确流行病学依据,但具备其它 SARS 支持证据者,可以作为疑似病例,需进一步进行流行病学追踪,并安排病原学检查以求印证。

对于有流行病学依据,有临床症状,但尚无胸部 X 线影像学变化者,也应作为疑似病例。对此类病例,需动态复查 X 线胸片或胸部 CT,一旦典型胸部病变出现,在排除其他疾病的前提下,可以作出临床诊断。

3 医学隔离观察病例

对于近两周内有与 SARS 患者或疑似 SARS 患者接触史,但无临床表现者,应自与前者脱离接触之日起,进行医学隔离观察两周。

分诊类别及相应处理方式的建议:(1)不是 SARS 者:可以排除 SARS 诊断,进入正常诊疗程序。(2)疑似 SARS(suspected case):综合判断与 SARS 有较多吻合处,但尚不能作出临床诊断。留院观察,收入单人病房。(3)临床诊断者(clinically diagnosed case):基本定为 SARS 病例,但尚得不到病原学依据。收至 SARS 定点医院,但为避免其中少数非 SARS 者被交叉感染,需置单间病房。(4)确定诊断者(exactly diagnosed case):在临床诊断基础上有病原学证据支持。收至 SARS 定点医院,可置多人病房。(5)不似 SARS 者(医学观察者):不像 SARS,但尚不能绝对排除。安排医学观察。可采用居家隔离观察和随诊的形式。

附 2:《中华医学会、中华中医药学会(2003-10-10)传染性非典型肺炎(SARS)诊疗方案》中“治疗原则”内容

虽然 SARS 的致病原已经基本明确,但发病机制仍不清楚,目前尚缺少针对病因的治疗。基于上述认识,临床上应以对症支持治疗和针对并发症的治疗为主。在目前疗效尚不明确的

情况下,应尽量避免多种药物(如抗生素、抗病毒药、免疫调节剂、糖皮质激素等)长期、大剂量地联合应用。

1 一般治疗与病情监测

卧床休息,注意维持水电解质平衡,避免用力和剧烈咳嗽。密切观察病情变化(不少患者在发病后的2~3周内都可能属于进展期)。一般早期给予持续鼻导管吸氧(吸氧浓度一般为1~3L/min)。根据病情需要,每天定时或持续监测脉搏容积血氧饱和度(SpO_2)。定期复查血常规、尿常规、水电解质、肝肾功能、心肌酶学、T细胞亚群(有条件时)和胸部X线检查等。

2 对症治疗

(1)体温 $>38.5^\circ\text{C}$,或全身酸痛明显者,可使用解热镇痛药。高热者给予冰敷、酒精擦浴、降温毯等物理降温措施,儿童禁用水杨酸类解热镇痛药。(2)咳嗽、咳痰者可给予镇咳、祛痰药。(3)有心、肝、肾等器官功能损害者,应采取相应治疗。(4)腹泻患者应注意补液及纠正水、电解质失衡。

3 糖皮质激素的使用

糖皮质激素应用的目的在于抑制异常的免疫病理反应,减轻全身炎症反应状态,从而改善机体的一般状况,减轻肺的渗出、损伤,防止或减轻后期的肺纤维化。应用指征如下:(1)有严重的中毒症状,持续高热不退,经对症治疗3日以上最高体温仍超过 39°C ;(2)X线胸片显示多发或大片阴影,进展迅速,48小时之内病灶进展 $>50\%$ 且在正位胸片上占双肺总面积的 $1/3$ 以上;(3)达到急性肺损伤(ALI)或急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的诊断标准。

成人推荐剂量相当于甲基强的松龙 $80\sim320\text{mg/d}$,静脉给药具体剂量可根据病情及个体差异进行调整。当临床表现改善或胸片显示肺内阴影有所吸收时,逐渐减量停用。一般每3~5天减量 $1/3$,通常静脉给药1~2周后可改为口服强的松或强的松龙。一般不超过4周,不宜过大剂量或过长疗程,应同时应用制酸剂和胃粘膜保护剂,还应警惕继发感染,包括细菌或/和真菌感染,亦要注意潜在的结核病灶感染扩散。

4 抗病毒治疗

目前尚未发现针对SARS-CoV的特异性药物。临床回顾性分析资料显示,利巴韦林等常用抗病毒药对本病没有明显治疗效果。可试用蛋白酶抑制剂类药物Kaletra〔洛匹那韦(Lopinavir)及利托那韦(Ritonavir)]等。

5 免疫治疗

胸腺肽、干扰素、静脉用丙种球蛋白等非特异性免疫增强剂对本病的疗效尚未肯定,不推荐常规使用。SARS恢复期血清的临床疗效尚未被证实,对诊断明确的高危患者,可在严密观察下试用。

6 抗菌药物的使用

抗菌药物的应用目的主要两个:(1)用于对疑似患者的试验治疗,以帮助鉴别诊断;(2)用于治疗和控制继发细菌、真菌感染。鉴于SARS常与社区获得性肺炎(CAP)相混淆,而后者常见致病原为肺炎链球菌、支原体、流感嗜血杆菌等,在诊断不清时可选用新喹诺酮类或 β -内酰胺类联合大环内酯类药物试验治疗。继发感染的致病原包括革兰阴性杆菌、耐药革兰阳

性球菌、真菌及结核分支杆菌,应有针对性地选用适当的抗菌药物。

7 心理治疗

对疑似病例,应合理安排收住条件,减少患者担心院内交叉感染的压力;对确诊病例应加强关心与解释,引导患者加深对本病的自限性和可治愈性的认识。

8 重症SARS的治疗原则

尽管多数SARS患者的病情可以自然缓解,但大约有30%的病例属于重症病例,其中部分可能进展至急性肺损伤或ARDS,甚至死亡。因此对重症患者必须严密动态观察,加强监护,及时给予呼吸支持,合理使用糖皮质激素,加强营养支持和器官功能保护,注意水电解质和酸碱平衡,预防和治疗继发感染,及时处理并发症。

8.1 监护与一般治疗:一般治疗及病情监测与非重症患者基本相同,但重症患者还应加强对生命体征、出入液量、心电图及血糖的监测。当血糖高于正常水平,可应用胰岛素将其控制在正常范围,可能减少并发症及降低病死率,但应注意避免低血糖。

8.2 呼吸支持治疗:重症SARS应该经常监测脉搏容积血氧饱和度(SpO_2)的变化。活动后的 SpO_2 下降是呼吸衰竭的早期表现,应该给予及时的处理。

8.2.1 氧疗:对于重症的病例,即使在休息状态下无缺氧的表现,也应给予持续鼻导管吸氧。有低氧血症者,通常需要较高的吸入氧流量,使 SpO_2 维持在93%或以上,必要时可选用面罩吸氧。应尽量避免脱离氧疗活动(如:上洗手间、医疗检查等)。若吸氧流量 $\geq 5\text{L/min}$ (或吸入氧浓度 $\geq 40\%$)条件下, $\text{SpO}_2 < 93\%$,或部分患者经充分氧疗后, SpO_2 虽能维持在93%,但呼吸频率仍在30次/分或以上,呼吸负荷仍保持在较高的水平,此时应及时考虑无创人工通气。

8.2.2 无创正压人工通气(NIPPV):NIPPV可以改善呼吸困难的症状,改善肺的氧合功能,有利于患者度过危险期,有可能减少有创通气的需要。其应用指征为:(1)呼吸次数 >30 次/分;(2)吸氧 5L/min 条件下, $\text{SpO}_2 < 93\%$ 。禁忌症为:(1)有危及生命的情况,需要紧急气管插管;(2)意识障碍;(3)呕吐、上消化道出血;(4)气道分泌物多和排痰能力障碍;(5)不能配合NIPPV治疗;(6)血流动力学不稳定和有多器官功能损害。

NIPPV常用的模式和相应参数如下:(1)持续气道正压通气(CPAP),常用的压力水平一般为 $4\sim10\text{cmH}_2\text{O}$;(2)压力支持通气+呼气末正压(PSV+PEEP),PEEP水平一般 $1\sim10\text{cmH}_2\text{O}$,吸气压力水平一般 $10\sim18\text{cmH}_2\text{O}$ 。 $\text{FiO}_2 < 0.6$ 时,应维持 $\text{PaO}_2 \geq 70\text{mmHg}$,或 $\text{SpO}_2 \geq 93\%$ 。

应用NIPPV时应注意以下事项:选择合适的密封的鼻面罩或口鼻面罩;全天持续应用(包括睡眠时间),间歇 <30 分钟。开始应用时,压力水平从低压(如 $1\text{cmH}_2\text{O}$)开始,逐渐增加到预定的压力水平;咳嗽剧烈时应考虑暂时断开呼吸机管道以避免气压伤的发生;如应用无创正压人工通气2小时仍没达到预期效果($\text{SpO}_2 \geq 93\%$,气促改善),可考虑改为有创通气。

8.2.3 有创正压人工通气:对SARS患者实施有创正压人工

通气的指征为:(1)使用 NIPPV 治疗不耐受,或呼吸困难无改善,氧合改善不满意, $\text{PaO}_2 < 70\text{mmHg}$,并显示病情恶化趋势;(2)有危及生命的临床表现或多器官功能衰竭,需要紧急进行气管插管抢救者。

人工气道建立的途径和方法应该根据每个医院的经验和患者的具体情况来选择。为了缩短操作时间,减少有关医务人员交叉感染的机会,在严格防护情况下可采用经口气管插管或纤维支气管镜诱导经鼻插管。气管切开只有在已经先行建立其他人工气道后方可进行,以策安全。

实施有创正压人工通气的具体通气模式可根据医院设备及临床医生的经验来选择。一般可选用压力限制的通气模式。比如,早期可选择压力调节容量控制+呼气终末正压通气(PRVC+PEEP)、压力控制或容量控制+呼气终末正压通气(PC+PEEP、VC+PEEP),好转后可改为同步间歇指令通气+压力支持通气+呼气终末正压通气(SIMV+PSV+PEEP),脱机前可用压力支持通气+呼气终末正压通气(PSV+PEEP)。

通气参数应根据“肺保护性通气策略”的原则来设置:(1)应用小潮气量($6 \sim 8\text{ml/kg}$),适当增加通气频率,限制吸气平台压 $< 35\text{cmH}_2\text{O}$;(2)加用适当的 PEEP,保持肺泡的开放,让萎陷的肺泡复张,避免肺泡在潮气呼吸时反复关闭和开放引起的牵拉损伤。治疗性 PEEP 的范围是 $5 \sim 20\text{cmH}_2\text{O}$,平均为 $10\text{cmH}_2\text{O}$ 左右。同时注意因 PEEP 的升高对循环系统的影响。

在通气的早期,应予充分镇静,必要时予肌松剂,防止人机不协调和降低耗氧,有利于避免患者用力呼气、咳嗽和躁动时

导致呼气末肺容量下降,以及随后的氧合功能下降。下列镇静药可选用:(1)咪唑安定,先予 $3 \sim 5\text{mg}$ 静注,再予 $0.05\text{mg} \sim 0.2\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 维持;(2)异丙酚,先予 1mg/kg 静注,再予 $1 \sim 4\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 维持。在此基础上可根据需要间歇使用吗啡类药物,必要时加用肌松药。肌松药可选万可松 4mg 静注,必要时可重复使用。

8.3 糖皮质激素的应用:对于重症且达到急性肺损伤标准的病例,应该及时规律地使用糖皮质激素,以减轻肺的渗出、损伤和后期的肺纤维化,并改善肺的氧合功能。目前多数医院使用的成人剂量相当于甲基强的松龙 $80 \sim 320\text{mg/d}$,具体可根据病情及个体差异来调整。少数危重患者可考虑短期($3 \sim 5$ 天)甲基强的松龙冲击疗法(500mg/d)。待病情缓解或/和胸片有吸收后逐渐减量停用,一般可选择每 $3 \sim 5$ 天减量 $1/3$ 。

8.4 临床营养支持:由于大部分重症患者存在营养不良,因此早期应鼓励患者进食易消化的食物。当病情恶化不能正常进食时,应及时给予临床营养支持,采用肠内营养与肠外营养相结合的途径,非蛋白热量 $25 \sim 30\text{kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,适当增加脂肪的比例,以减轻肺的负荷。中/长链混合脂肪乳剂对肝功能及免疫方面的影响小。蛋白质的人量为 $1 \sim 1.5\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,过多对肝肾功能可能有不利影响。要补充水溶性和脂溶性维生素。尽量保持血浆白蛋白在正常水平。

8.5 预防和治疗继发感染:重症患者通常免疫功能低下,需要密切监测和及时处理继发感染,必要时可慎重地进行预防性抗感染治疗。

脑心清片治疗心脑血管病临床应用及研究 有奖征文通知

脑心清片是广州白云山中药厂独家生产的纯中药制剂(醋酸己酯柿叶提取物),国家中药保护品种,能够有效改善脑部缺血症状,增加脑部及冠状动脉血流量,主要用于缺血性脑血管病及其后遗症、冠心病、心绞痛等病的治疗。脑心清对缺血引起的各种症状,特别对于头痛、头晕、失眠等均有明显疗效。临床上可以用于脑卒中(中经络)恢复期及后遗症期的治疗,还可用于冠心病、心绞痛等心肌缺血疾病恢复期的治疗及预防。为了进一步扩大脑心清临床应用及基础研究的范围,更深入地了解脑心清的临床作用及其机制,由中国药学会广东分会与广州白云山中药厂共同主办这次有奖征文活动。征集有关脑心清片临床疗效观察及基础研究成果的论文。

1. 征文范围:

(1)脑心清片对脑血管病的临床疗效观察。(2)脑心清片对老年性痴呆(阿尔茨海默病)和血管性痴呆的临床疗效观察。(3)脑心清片对心脑血管病的临床疗效观察。(4)脑心清片的作用机制研究。(5)脑心清片的研究综述。

2. 征文要求与办法:

(1)须于 2003 年 12 月 1 日~2004 年 12 月 31 日期间在国家级核心期刊以及《广东药学》杂志上公开发表。(2)论文应具有科学性、实用性、前瞻性。临床应用研究,治疗组病例数不得少于 30 例,并设有对照组,进行统计学处理。综述报道参考文献要求为近 5 年内,并不得少于 10 篇。(3)请论文第一作者将所刊登论文的杂志原件寄到广州白云山中药厂推广部,请注明作者姓名、单位、职称、地址、邮编、联系电话并附单位介绍信。请在信封上注明“脑心清征文”字样。地址:广州市沙太北路 389 号,广州白云山中药厂推广部;邮编:510515;联系电话:020-87200460。

3. 活动时间:2003 年 12 月 1 日~2004 年 12 月 31 日

4. 奖励方法:(1)对于发表文章的第一作者授予国家再教育学分。(2)在《中医杂志》上发表的文章给予作者 2 500 元奖励。(3)在《广东药学》杂志上发表的文章给予作者 1 500 元奖励。(4)最终由中国药学会广东分会组织专家对所有文章进行评审,并评出一、二、三等奖。(一等奖:1 名,赴新、马、泰观光。二等奖:2 名,赴港、澳观光。三等奖:4 名,赴黄山观光。)

5. 本活动的解释权归广州白云山中药厂。