

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.01.019

病例报告

从“寒湿疫”论治重型、危重型
新型冠状病毒肺炎各 1 例李凯¹, 欧阳卫权², 罗利俊¹, 贺漪¹, 薛莎¹, 张瑶¹, 李修洋³,
赵林华³, 雷烨⁴, 宋斌⁵, 杨映映⁶, 谢沛霖¹✉1. 武汉市第一医院, 湖北省武汉市硚口区利济北路 215 号, 430030; 2. 广东省中医院; 3. 中国中医科学院广安门医院;
4. 陕西中医药大学第二附属医院; 5. 遵义医科大学第三附属医院; 6. 北京中医药大学

摘要 新型冠状病毒肺炎(简称“新冠肺炎”)是一种急性呼吸道传染病,属中医学“疫病”范畴。中医药在新冠肺炎的治疗和预防中发挥着重要作用,报道以“寒湿疫”理论为指导,运用温阳健脾、化湿解表、补气升陷、回阳救逆之法治疗新冠肺炎重型和危重型患者各 1 例,临床疗效良好。

关键词 新型冠状病毒肺炎; 寒湿疫; 重型; 危重型

新型冠状病毒肺炎(简称“新冠肺炎”)是人体感染新型冠状病毒而引起的一种急性呼吸道传染病,以发热、干咳、乏力为主要临床表现^[1],属中医学“疫病”范畴。全小林院士通过对武汉当地患者的实地考察与诊疗,从中医角度将新冠肺炎定义为“寒湿疫”^[2],即寒湿裹挟戾气由三表(腠理、呼吸道、消化道)侵袭人体,病位在肺、脾,可波及心、肝、肾;其以寒湿伤阳为主线,兼有化热、变燥、伤阴、致瘀、闭脱等变证^[3]。自新冠肺炎暴发以来,中医药一直在其治疗和预防当中发挥着重要作用。采用中医药治疗新冠肺炎轻型和普通型患者的报道较多,但采用中医药治疗危重症患者的报道却并不多见。我们结合“寒湿疫”理论,运用中药治疗新冠肺炎重型和危重型患者各 1 例,现报道如下。

1 病例 1(重型,网络诊疗案例)

患者,男,69 岁,2020 年 1 月 27 日初诊。主诉:发热、咳嗽 10 天余,伴剧烈呕吐 1 天。患者于 1 月 18 日开始咳嗽,20 日发热,体温 38.2℃,服用莫西沙星片、奥司他韦胶囊、祖卡木颗粒后体

温降至 37.8℃。2 天后患者再次发热,体温最高达 40℃,伴有纳差、胃肠胀气、排气多(大便正常)、小便色偏黄。遂就诊于某医院发热门诊, X 线胸片显示双肺感染;血常规示单核细胞稍增多;新型冠状病毒核酸检测阳性。口服酚麻美敏片不能退热,换用布洛芬片、双氯酚酸钠后仅退热 30 min 复又发热,且伴有恶心呕吐、不能进食。1 月 25 日该患者被收入武汉某定点医院,给予莫西沙星注射液 0.4 g 静脉滴注,每日 1 次;更昔洛韦注射液每次 0.25 g 静脉滴注,每日 2 次;热毒宁注射液 20 ml 静脉滴注,每日 1 次。治疗 3 天,病情未见好转,体温仍高达 41.0℃。1 月 27 日晚,患者病情危重,有酸中毒情况。刻下症见:高热,体温达 41.0℃,体温升高时无汗,有时不用退热药可自行汗出而体温下降,但近 4 天基本不能退热,表现为持续高热,咳嗽,干咳无痰,精神极度疲乏,畏寒,手足厥冷,口苦,口干,不愿进食,恶心欲吐,喝水进食均呕吐,大便稍干燥,小便黄。患者平素畏寒,四肢冰冷。中医诊断:寒湿疫(寒湿困脾证,湿重于热)。治则:温阳化气行水、健脾化湿止呕。予以五苓散合藿香正气散加减,处方一:桂枝 20 g,茯苓 30 g,白术 20 g,藿香 10 g,豆蔻 10 g,砂仁 8 g,石菖蒲 10 g,佩兰 10 g。颗粒剂,1 剂,因患者水入即吐,故以颗粒粉末剂将上方分两次直接吞服。因患者高热 7 天,病情危重,

基金项目:国家重点研发计划“公共安全风险防控与应急技术装备”重点专项(2020YFC0845000);新型冠状病毒感染肺炎中医药应急专项(2020ZYLCYJ04-6,2020ZYLCYJ03-11);武汉市卫生健康委应急科研攻关项目(EI20D08)

✉ 通讯作者:1123637840@qq.com

故在止呕的同时需及时退热。患者发热可自行下降即寒热往来，结合口苦、汗出为少阳太阳合病之象；畏寒、手脚冰冷、疲乏为素体阳虚，外感寒湿疫气伤阳之象；不欲进食、水入即吐等为寒湿中阻、升降失常之象，故以柴胡桂枝汤合麻黄附子细辛汤加减，处方二：北柴胡 30 g，桂枝 20 g，白芍 15 g，炙甘草 15 g，黄芩 20 g，红参 20 g，大枣 15 g，生姜 15 g，炮附片 20 g，麻黄 15 g，细辛 9 g，葛根 60 g，苦杏仁 10 g，紫菀 15 g，款冬花 15 g，枇杷叶 20 g。颗粒剂，1 剂，分 3 次口服，待呕吐减轻则隔 3 h 口服 1 次。患者家属于 1 月 28 日反馈，患者在服用处方一后呕吐明显好转，能进中药。故于 17: 30 开始服用处方二，服药前体温 38.8℃，服药 2 次后微微汗出，22: 00 体温降至 37.0℃。药已奏效，嘱继续服用剩余药物。1 月 28 日复查 X 线胸片示肺部感染灶增多加重；血氧饱和度 92%。

2020 年 1 月 29 日二诊：患者乏力疲倦已明显好转，体温 37.8℃，峰值明显回落。继服处方二，体温降至 36.5℃，其后体温未再升高，但欲呕症状仍然存在。停用莫西沙星、热毒宁及更昔洛韦注射液。1 月 30 日，患者体温正常，偶有呕吐，故调整方药，治宜固阳温中止呕，选用四逆汤合吴茱萸汤加减，处方：炮附片 30 g，干姜 15 g，生姜 30 g，吴茱萸 15 g，红参 10 g，大枣 30 g。颗粒剂，1 剂，分 2 次用温水冲服。复查新型冠状病毒核酸检测为阴性。

2020 年 1 月 31 日三诊：患者体温正常，能进食。考虑患者寒湿渐除、脾胃渐运、升降得复，改用四逆汤合芳香化浊之品。处方：炮附片 20 g，桂枝 20 g，干姜 20 g，红参 20 g，茯苓 30 g，白术 20 g，藿香 10 g，豆蔻 10 g，砂仁 6 g，焦山楂 10 g，炙甘草 10 g。颗粒剂，1 剂，分 2 次用温水冲服。

2020 年 2 月 1 日四诊：患者体温正常，可正常进食。复查肺部 CT 示炎症明显吸收，再次复查新型冠状病毒核酸检测为阴性后出院。

2 病例 2 (危重型)

患者，男，75 岁，2020 年 2 月 13 日初诊。主诉：咳嗽 3 天，伴呼吸困难 1 天。患者于 3 日前出现咳嗽有痰，伴疲劳、饮食减退、活动后气喘等症，无发热、腹泻、咽痛、鼻塞、流涕等，小便正常，其配偶为新冠肺炎确诊病例。查体：体温 36.8℃，心率 102 次/min，血压 115/68 mmHg。神

志清楚，浅表淋巴结无肿大；呼吸运动正常，双肺呼吸音粗，未闻及干啰音、湿啰音及胸膜摩擦音，语音传导正常；心律齐，心音有力，各瓣膜区未闻及杂音；腹部外形正常，腹软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及；双下肢无水肿；神经系统生理反射存在，病理反射未引出。既往有 2 型糖尿病病史。新型冠状病毒核酸检测阳性；全血细胞计数 (五分类)：白细胞 $7.11 \times 10^9/L$ ，红细胞 $4.73 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 152 g/L，血小板总数 $93 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 84.3%，淋巴细胞百分比 8.2%，嗜酸细胞百分比 0，淋巴细胞绝对值 $0.58 \times 10^9/L$ ；肝功能：总蛋白 60.3 g/L，白蛋白 27.6 g/L，白蛋白/球蛋白比值 (干化学法) 0.84，总胆红素 (干化学法) 24.20 $\mu\text{mol/L}$ ；肾功能：肌酐 54 $\mu\text{mol/L}$ ，尿酸 190 $\mu\text{mol/L}$ ；电解质分析钙 1.98 mmol/L；C 反应蛋白 55.60 mg/L，血清降钙素原 $< 0.05 \mu\text{g/L}$ 。西医诊断：新冠肺炎。入院后予连花清瘟胶囊每次 1.4 g 口服，每日 3 次；盐酸阿比多尔片每次 0.2 g 口服，每日 3 次；阿卡波糖片、格列齐特片口服降糖 (自备，继续既往服用方法)。

2020 年 2 月 18 日二诊：患者精神差，神志模糊，呼吸困难，大便秘结，血氧饱和度 85%。予甲强龙注射液 40 mg、奥美拉唑注射液 40 mg 分别加入 250 ml 生理盐水静脉滴注，每日 1 次；入院后因便秘予开塞露肛内注入。2 月 14 日—17 日，患者血氧饱和度波动在 77%~89%，出现烦躁、呼吸困难、喘憋、心悸等症状，心率最高 130 次/min，期间予面罩吸氧。2 月 17 日患者开始使用无创呼吸机辅助呼吸，并加用洛匹那韦利托那韦片 (每片含洛匹那韦 200 mg、利托那韦 50 mg) 每次 2 片口服，每日 2 次；头孢派酮舒巴坦 3 g 加入 100 ml 生理盐水静脉滴注，每日 2 次。刻下症见：呼吸困难，疲倦乏力，大便日行 4 次，稀水样便，心率 90 次/min，舌淡苔腻，脉沉细无力。中医诊断：寒湿疫 (阳气衰微、气虚下陷证)；治则：回阳救逆，补气升陷；方用升陷汤、四逆汤、五苓散加减，处方：黄芪 45 g，升麻 6 g，桔梗 6 g，知母 8 g，北柴胡 6 g，茯苓 45 g，苦杏仁 12 g，炙甘草 6 g，红参 10 g，桂枝 15 g，射干 10 g，炮附片 10 g (先煎)，干姜 15 g，细辛 9 g，麸炒白术 15 g。3 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服用。

2020 年 2 月 19 日三诊：血氧饱和度波动于 92%~98%，呼吸困难好转，精神好转，无特殊不

适。甲强龙注射液减至 20 mg 加入 250 ml 生理盐水静脉滴注, 每日 1 次。全血细胞计数 (五分类): 白细胞 $9.96 \times 10^9/L$, 血红蛋白 362 g/L, 血小板总数 $95 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 89.4%, 淋巴细胞百分比 4.6%, 嗜酸细胞百分比 0, 中性粒细胞绝对值 $8.90 \times 10^9/L$, 淋巴细胞绝对值 $0.46 \times 10^9/L$, 嗜酸细胞绝对值 0, 红细胞 $4.80 \times 10^{12}/L$; 肝功能: 血清总蛋白 61.4 g/L, 血清白蛋白 27.5 g/L, 总胆红素 $32.7 \mu\text{mol/L}$, 间接胆红素 $27.8 \mu\text{mol/L}$; 肾功能: 尿素氮 9.1 mmol/L, 肌酐 $44 \mu\text{mol/L}$, 尿酸 $186 \mu\text{mol/L}$; 心肌酶谱: 乳酸脱氢酶 461 IU/L, α -羟丁酸脱氢酶 293 IU/L; 血清降钙素原 $< 0.05 \mu\text{g/L}$; B 型钠尿肽前体 156 ng/L; GM 试验: 曲霉菌半乳甘露聚糖抗原检测阴性; 真菌葡聚糖测定: 真菌 (1-3) β -D 葡聚糖测定 $< 50.00 \text{ pg/ml}$; 电解质正常。2 月 20 日检查 D 二聚体 10.42 mg/L (较正常升高), 故予低分子肝素钠 4100 单位皮下注射。

2020 年 2 月 21 日四诊: 患者出现双下肢水肿, 呼吸困难自觉好转, 疲倦乏力, 大便每日六行, 稀水样便, 遂停用洛匹那韦利托那韦片。心率 80 次/min, 舌淡苔腻, 脉沉细无力。患者阳气衰微, 故以回阳救逆、潜阳定喘为法, 方用真武汤合破格救心汤^[4]加沉香。处方: 炮附片 60 g (先煎), 龙骨 30 g, 酒萸肉 60 g, 沉香 3 g, 干姜 60 g, 炙甘草 30 g, 红参 60 g, 牡蛎 30 g, 煅磁石 30 g, 茯苓 60 g, 麸炒白术 45 g。1 剂, 水煎后分 5 次服用, 并密切监测患者生命体征。用药当晚患者小便明显增多, 2 月 21 日 24 h 总尿量 3380 ml, 次日患者双下肢水肿明显消退, 呼吸困难进一步好转, 进食增加, 停用洛匹那韦利托那韦片后次日大便即恢复正常。2 月 22 日考虑患者尿量增多较快, 前方减量, 每日半剂, 减量后 24 h 尿量为 1850 ml。

2 月 24 日患者气喘明显好转, 精神好, 食欲可, 可适当自主活动, 血氧饱和度在 94% ~ 96%。鉴于患者呼吸困难、喘憋均好转, 且血氧饱和度连续 3 天保持稳定, 故将无创呼吸机改为面罩吸氧, 停用阿比多尔片及甲强龙针剂。2 月 25 日上午 10 时患者自诉心悸, 心率 115 次/min, 律齐, 2 月 23 日曾行心电图检查提示窦性心律完全性右束支传导阻滞、ST 段改变、QRS 电轴右偏, 故予比索洛尔片 1.25 mg 口服对症治疗。分析患者心率突然增快与完全性右束支传导阻滞有关, 与中药减量过快亦可能存在一定关系, 故嘱患者仍使用全量四诊方服

用, 其后患者心率恢复正常, 呼吸困难进一步好转, 血氧饱和度稳定, 继续该方治疗 10 天, 胸部 CT 提示炎症明显吸收, 新型冠状病毒核酸检测连续 3 次阴性, 病情好转出院。

3 讨论

新冠肺炎临床主要表现为发热、干咳、乏力、周身酸痛、脘痞呕恶、腹泻便秘等, 重症者可出现呼吸窘迫甚至休克。其发病具有广泛流行性, 属中医学“疫病”范畴。全小林院士通过对武汉的实地考察与对当地患者的诊疗, 针对该病提出“寒湿疫”的概念, 而“寒湿疫”以伤阳为主线, 故在早期治疗时应慎用苦寒之药, 以防“苦寒伤中, 引邪深入”^[5]。

病例 1 患者的主要矛盾为高热不退和水 (食) 入即吐, 故止吐是后续治疗展开的前提。结合患者临床表现及“寒湿疫”理论, 考虑寒湿闭肺、困脾为其核心病机, 治宜芳香化浊, 方选五苓散合藿香正气散加减且采用颗粒粉末吞服以避免汤剂药入口即吐之弊, 开启中焦之闭而止吐。中焦开启, 遵循寒湿伤阳的主线, 和解少阳、调和营卫、温阳解表, 再以柴胡桂枝汤合麻黄附子细辛汤从少阳、太阳、少阴等多个途径祛除寒湿邪气以解表退热; 热退之后, 运用吴茱萸汤、四逆汤以温阳止呕而进一步温化寒湿。

病例 2 患者从发病至出现呼吸窘迫不到 1 周时间, 在使用中药治疗之前其整体病情呈进行性加重。寒湿戾气侵袭, 毒邪损肺, 使肺气宣肃失常; 寒湿疫气耗伤机体阳气, 患者高龄, 肾阳本弱, 外损内伤, 元阳大伤, 出现肾不纳气和气虚下陷的情况, 进而出现呼吸困难、气喘、憋闷、咳嗽; 寒湿外袭, 阻肺毒肺, 肺气大伤, 卫表不固故见倦怠乏力、大汗出, 甚至有元气外脱之势。另外, 该患者对西药不能耐受而出现明显的腹泻, 气随泻脱, 脾气受损, 阳气更伤。因此, 先以升陷汤升其阳气, 以四逆汤回阳救逆, 以五苓散温阳利水, 三方合奏温阳化湿、回阳补气之功。患者在用药后呼吸困难明显好转, 血氧饱和度增加, 但下肢水肿明显, 说明当时之方对患者而言温阳之力仍显不足, 健脾祛湿之力需进一步加强, 故改用破格救心汤合真武汤加减治疗。方中附子辛甘温阳, 回阳救逆、温补脾肾, 干姜温中散寒、回阳通脉, 两者合用回阳功效更强; 山萸肉收敛元气, 龙骨、牡蛎安魂魄、敛浮散之阳气, 三者合用可固肾摄精、收敛元阳; 磁石

维系阴阳,红参大补元气、复脉固脱,甘草厚中土而调和诸药^[9]。诸药配伍可有回阳救逆、益阳和阴、救急醒神之功。加大剂量茯苓、白术以合真武汤之意,功在温阳利水。药证相合,故次日患者的小便量明显增加,双下肢水肿明显减轻,且体内“废水”一除,肺朝百脉得复,呼吸困难亦明显好转。

以上 2 例新冠肺炎患者均以“寒湿伤阳”为基本病机,治疗从温阳、益气、祛湿、散寒等角度入手而取效,所用方剂亦为四逆汤、吴茱萸汤、破格救心汤、麻黄附子细辛汤、小柴胡汤、藿香正气散等回阳、温阳、散寒、祛湿、和中的方剂。据此我们推测,“寒湿疫”理论为贯穿新冠肺炎全程的有效指导理论,针对早期、中期的轻型、普通型患者可用辛温、和解、解表的方法温散、透邪,宣肺透邪、芳香化浊、健脾除湿是早中期的核心治疗原则。但寒湿之邪侵入人体后会随人体体质而从化,年迈体虚的患者阳气亏虚,寒湿抑遏更加耗损阳气,严重者阳气大亏,或阳气不能振奋驱邪外出而

成真寒假热之象,或形成闭证、喘证、脱证等重症,治疗上应把握温阳、回阳、固阳的原则并随证治之。

致谢: 以上两个病例的治疗均是在全小林院士的指导下完成,全院士在治疗方案上提出了重要的指导意见,在此致以真诚的感谢和崇高的敬意!

参考文献

- [1] WANG D, HU B, HU C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China [J]. JAMA, 2020, 323 (11): 1061-1069.
- [2] 全小林,李修洋,赵林华,等.从“寒湿疫”角度探讨新型冠状病毒肺炎的中医药防治策略[J].中医杂志,2020, 61(6): 465-470.
- [3] 李可.李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M].太原:山西科学技术出版社,2001: 407.

(收稿日期: 2020-02-28; 修回日期: 2020-08-12)

(网络首发日期: 2020-09-11)

编辑: 侯建春

《中医杂志》第五届编委会名单

顾问 (按姓氏笔画排序)

王琦 王永炎 邓铁涛 石学敏 刘志明 严世芸 吴咸中 沈自尹 张大宁
张学文 陈可冀 周仲瑛 周岱翰 姚乃礼 翁维良 唐由之 路志正 薛伯寿

主编 张伯礼

副主编 吴以岭 黄璐琦 王辰 刘保延 王国辰 刘良 唐旭东

委员 (按姓氏笔画排序)

马融 马建伟 王平 王伟 王阶 王辰 王健 王舒 王键 王忆勤
王传航 王庆国 王拥军 王国辰 王昌恩 王垂杰 王玲玲 王振国 王笑民 王晞星
王融冰 毛静远 卞兆祥 方剑乔 方祝元 东贵荣 叶永安 田金洲 史大卓 全小林
曲韵智 吕晓东 朱江 朱立国 朱明军 乔明琦 刘良 刘中勇 刘长喜 刘凤斌
刘志顺 刘国正 刘金民 刘建平 刘保延 刘铜华 刘清国 刘清泉 池晓玲 孙增涛
花宝金 杜宝俊 李平 李宁 李军 李杰 李怡 李梢 李冀 李元文
李光熙 李宇航 李军祥 李灿东 李春梅 杨明 杨关林 杨志波 杨叔禹 杨明会
杨晋翔 连方 肖小河 吴伟 吴强 吴以岭 吴焕淦 何丽云 余曙光 汪受传
沈洪 张宁 张伟 张炜 张允岭 张声生 张伯礼 张念志 张学智 张俊龙
张俊华 张洪春 陆金根 陈明 陈士林 陈日新 陈立典 陈达灿 陈志强 陈家旭
范永升 林琳 林丽珠 林洪生 罗颂平 冼绍祥 郑锦 房敏 赵百孝 赵进喜
赵英凯 荣培晶 胡玲 胡义扬 胡镜清 侯炜 姜泉 秦裕辉 贾玉森 贾英杰
夏有兵 钱丽旗 倪青 徐浩 高云 高月 高颖 高秀梅 高希言 郭义
郭利平 唐农 唐旭东 黄煌 黄熙 黄燕 黄惠勇 黄璐琦 曹洪欣 阎小萍
景向红 喻晓春 程海波 谢鸣 窦永起 裴晓华 翟双庆 戴昭宇 魏玮 魏军平