

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.23.003

中西医结合治疗危重型新型冠状病毒肺炎 1 例

丁念¹, 何威华¹, 刘静¹, 倪涛¹, 李旭成¹, 蔡威¹, 郑承红^{*}, 刘清泉², 杨丰文³, 张伯礼³

1. 武汉市中医医院, 湖北省武汉市汉阳区四新大道 303 号, 430000; 2. 首都医科大学附属北京中医医院; 3. 天津中医药大学

摘要 新型冠状病毒肺炎(简称“新冠肺炎”)属于中医学“湿毒疫”范畴,其中危重型病死率极高。报告 1 例肺部病变进展较快的危重型新冠肺炎患者,通过采用西医对症联合中医辨证治疗的方法成功救治。本案为疫邪夹湿伤肺导致湿热内盛、湿毒壅肺、毒损肺络、肺脾气虚。对重型发展到危重型、再到恢复期患者,分别采用宣肺透邪、清热化湿、化瘀通络、补肺健脾的治法,符合新冠肺炎中医诊疗方案,疗效满意。

关键词 新型冠状病毒肺炎; 危重型; 中西医结合疗法; 宣肺透邪; 清热化湿; 化瘀通络; 补肺健脾

2019 年 12 月以来,我国出现了感染新型冠状病毒肺炎(简称“新冠肺炎”)患者,其重症发病率为 21.14%^[1]。据国家卫生健康委员会发布的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第六版)》^[2],危重型病例常伴有呼吸衰竭,需要机械通气。在一项小样本研究中,29%的患者快速进展为急性呼吸窘迫综合征,15%的患者最终死亡^[3]。其临床典型进展特点为新型冠状病毒侵袭肺组织导致重症肺炎,并发急性呼吸窘迫综合征、脓毒症、感染性休克,甚至发展为多器官功能障碍综合征。我们采用西医对症联合中医辨证治疗的方法成功救治 1 例危重型新冠肺炎患者,现将其诊治情况进行总结,分析其病情演变情况与临床特点,以期临床提高危重型新冠肺炎的治愈率、降低病死率提供参考。

1 病例介绍

患者,男,70 岁,2020 年 1 月 20 日初诊。主诉:发热、咳嗽 2 天。既往有 2 型糖尿病史,自服格列齐特缓释片、二甲双胍缓释片,血糖控制尚可。2020 年 1 月 18 日出现发热、咳嗽,体温最高 38.3℃,纳食欠佳,活动后稍有喘息,偶有心悸胸闷,胸片示:双肺斑片状、磨玻璃密度影,考虑病毒感染。实验室检查:白细胞计数 $4.32 \times 10^9/L$,淋巴细胞计数 $0.43 \times 10^9/L$,C 反应蛋白 48.5 mg/L。

给予口服莫西沙星片每次 0.4 g,每日 1 次;阿比多尔片每次 0.2 g,每日 3 次。2020 年 1 月 20 日为求进一步系统诊治入院,入院时仍有发热,体温 38.1℃,微恶寒,偶咳,活动后喘息,伴有心悸胸闷、纳呆、大便不爽;舌淡胖有齿痕、色暗红、苔薄黄微腻,脉濡滑数。西医诊断:肺部感染(疑似新冠肺炎);2 型糖尿病。中医诊断:风温肺热病(风热夹湿证)。入院后完善相关检查:肺部 CT 提示双肺多发斑片状感染性病灶。嗜肺军团菌、肺炎支原体、肺炎衣原体、呼吸道合胞病毒、腺病毒、Q 热立克次体、甲型流感病毒、乙型流感病毒以及副流感病毒 9 项常见的呼吸道感染病原体抗体均为阴性。白细胞计数 $6.32 \times 10^9/L$,淋巴细胞计数 $0.47 \times 10^9/L$,C 反应蛋白 52.5 mg/L,降钙素原 1.05 ng/ml。动脉血气示: pH 7.50,二氧化碳分压 33.4 mmHg,氧分压 60.0 mmHg(给予鼻导管吸氧 2 L/min)。抗感染方面予盐酸莫西沙星氯化钠注射液 250 ml,每天 1 次,静脉滴注,未用退热西药。中医治以疏风清热化湿、透邪达郁,方以感冒退热方(院内协定方):大青叶 15 g,玄参 20 g,北柴胡 15 g,黄芩 15 g,法半夏 10 g,牛蒡子 10 g,连翘 10 g,蒲公英 20 g,贯众 10 g,荆芥 10 g,甘草 10 g,板蓝根 10 g,茯苓 15 g,苦杏仁 12 g。6 剂,每日 2 剂,水煎分四次温服。患者服药 2 日后体温下降,夜间体温 37.3℃ 左右,偶有干咳,活动后喘息,纳呆,大便不爽。

2020 年 1 月 23 日二诊:咳嗽较前增多,白稀痰少,乏力,胸闷口腻,纳差,无明显发热恶寒,

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(2020YFC0841600)

* 通讯作者:1468153352@qq.com

大便质稀，一日三行；舌淡胖有齿痕、色暗红、苔黄白相间而腻，脉濡滑数。新型冠状病毒核酸检测阳性。肝功能示：门冬氨酸氨基转移酶：63 U/L，丙氨酸氨基转移酶：57 U/L，直接胆红素：3.9 $\mu\text{mol/L}$ 。西医诊断：新冠肺炎；2 型糖尿病；肝功能不良。中医诊断：湿毒疫（湿热内盛证）。西医给予还原型谷胱甘肽注射液 1.2 g 加入 250 ml 生理盐水中，每日 1 次，静脉滴注。中医治以宣肺透邪、清化湿热，方以麻杏苡甘汤合藿朴夏苓汤加减，处方：麻黄 6 g，苦杏仁 10，薏苡仁 15 g，藿香 15 g，厚朴 15 g，法半夏 15 g，茯苓 30 g，豆蔻 10 g，黄连 6 g，陈皮 10 g，白前 10 g，甘草 10 g。2 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次温服。

2020 年 1 月 25 日三诊：患者下床活动后突然出现喘息、胸闷，无明显心悸，咯鲜血，量约 5 ml/次，无痰。测末梢血氧饱和度：70% ~ 75%（面罩吸氧 10 L/min），查体：双肺呼吸音低，双下肺闻及少许湿啰音，呼吸 42 ~ 45 次/min，心率 72 ~ 80 次/min。复查动脉血气示：I 型呼吸衰竭，氧合指数 156 mmHg。肌钙蛋白 I：0.15 $\mu\text{g/L}$ ，B 型钠尿肽：129.6 pg/ml。肝功能示：门冬氨酸氨基转移酶：212 U/L，丙氨酸氨基转移酶：80 U/L。复查肺部 CT：双肺多发斑片状、磨玻璃密度增高影，较初诊检查有明显进展。考虑患者存在急性呼吸窘迫综合征，属危重型，西医给予经鼻高流量湿化氧疗（流速 50 L/min，浓度 100%），并立即给予呋塞米注射液 40 mg 静脉注射及对症支持治疗；中医予血必净注射液 100 ml 加入 100 ml 生理盐水中静脉滴注，每日 2 次。患者半卧位，末梢血氧饱和度升高至 82% ~ 90%。患者舌淡胖有齿痕、色暗紫、可见瘀点、苔黄腻，脉滑数。此属湿毒壅肺、毒损肺络，治以宣肺降浊、化痰通络为法，方以麻杏石甘汤、葶苈大枣泻肺汤、解毒活血汤加减，处方：麻黄 8 g，苦杏仁 10 g，葶苈子 30 g，赤芍 30 g，桃仁 6 g，芦根 30 g，马鞭草 30 g，白茅根 20 g，生地黄 15 g，川芎 10 g，泽兰 15 g，炙甘草 6 g。2 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次温服。

2020 年 1 月 26 日四诊：患者喘息较前减轻，咯鲜血较前减少，无痰，仍有乏力，不能平卧，纳差，大便溏，无发热恶寒，舌脉同前。持续经鼻高流量湿化氧疗（流速 50 L/min，浓度 100%），末梢血氧饱和度 85% ~ 92%。患者症状较前减轻，生命体征较前稳定。西医继续给予对症支持治疗，考虑患者液体入量超过出量，停用除血必净注射液

外的一切静脉用药，以中医药治疗为主，处方以三诊方加黄连 6 g、法半夏 10 g、全瓜蒌 10 g，取小陷胸汤之意，增强清热化浊宽胸之力。2 剂，每日 1 剂，水煎分早晚 2 次温服。

2020 年 1 月 28 日五诊：患者胸脘痞闷，偶有咯血，血量减少，无痰，仍感乏力，纳食稍增，大便溏，一日两行。持续经鼻高流量湿化氧疗（流速 40 L/min，浓度 80%），末梢血氧饱和度 93% 以上，活动时低于 90%。舌脉同前。继续予四诊方 3 剂，每日 1 剂，水煎分早晚 2 次温服。

2020 年 1 月 31 日六诊：患者喘息好转，持续经鼻高流量湿化氧疗（流速 30 L/min，浓度 60%），活动时末梢血氧饱和度 93% 以上。舌脉同前，咳嗽减轻，无痰，无咯血，乏力减轻，纳食增多，大便溏，一日两行。四诊方去黄连、白茅根，加佩兰 10 g 增加化湿之力。3 剂，每日 1 剂，水煎分早晚 2 次温服。

2020 年 2 月 3 日七诊：呼吸支持力度进一步下降，可鼻导管吸氧（3 L/min），活动时末梢血氧饱和度 93% 以上，患者喘息好转，咳嗽未作，纳食正常，仍感气短、乏力，大便溏，一日一行。舌淡胖有齿痕、色暗红、苔白腻，脉滑。此属肺脾气虚、湿困脾肺，治以健脾化湿、补肺益气为法，方以香砂六君子汤加减，处方：木香 10 g，砂仁 6 g（后下），法半夏 9 g，陈皮 10 g，党参 15 g，白术 10 g，炙黄芪 30 g，茯苓 15 g，藿香 10 g，马鞭草 20 g。2 剂，每日 1 剂，水煎分早晚 2 次温服。复查新型冠状病毒核酸检测为阴性。

2020 年 2 月 5 日八诊：患者喘息胸闷未作，偶有干咳，纳食正常，气短、乏力好转，大便成形；舌淡胖有齿痕、色暗红、苔白微腻，脉滑。处方以七诊方去马鞭草，7 剂，每日 1 剂，水煎分早晚 2 次温服。患者病情平稳，复查肝功能正常，外周血淋巴细胞绝对值正常，肺部 CT 示：双肺病灶较前吸收，两次新型冠状病毒核酸检测均为阴性，好转出院，门诊随访。

2020 年 2 月 12 日电话随访，患者稍感动甚气短，休息后可缓解，余未诉特殊不适。嘱患者采取八段锦、六字诀等传统功法锻炼。

2 讨论

患者为老年男性，以“发热、咳嗽”急性起病，存在外周血白细胞总数正常，淋巴细胞计数减少，新型冠状病毒核酸检测为阳性，肺部影像学呈

现多发斑片影,诊断为新冠肺炎。因疾病进一步发展逐渐出现肝酶、肌钙蛋白升高、外周血淋巴细胞计数进行性减少,患者在发病第 7 天出现呼吸困难、低氧血症,快速进展为急性呼吸窘迫综合征,属危重型新冠肺炎。

入院时患者中医症状特点为发热、微恶寒、偶咳、活动后喘息,伴有心悸胸闷,纳呆、大便不爽,舌淡胖有齿痕、色暗红、苔薄黄微腻,脉濡滑数为切入点,辨证为风热夹湿证,治以疏风清热化湿、透邪达郁。方予感冒退热方,其以小柴胡汤为基础,方中柴胡苦平升散,黄芩清泻邪热,法半夏燥湿化痰,茯苓调和中焦脾胃,防湿遏热伏;苦杏仁宣降肺气而能止咳平喘,荆芥可增强其疏透风邪之功,以解太阳之表;牛蒡子辛能散结,玄参咸寒滋阴,连翘清热散结,再予蒲公英、甘草、大青叶、贯众、板蓝根清热解毒。前期研究^[4]结果显示,该方在抗菌、抗病毒等方面疗效显著。治疗发热时,将 2 剂药物分 4 次在 1 天内服用,较常规服药方法退热效果更佳。

新冠肺炎具有流行性、传染性,为急性传染病,属于中医学“湿毒疫”,总的病机为湿、毒、瘀、虚^[5]。初诊方以疏风清热化湿、透邪达郁为法治疗,虽发热症状改善,但化湿力度不足,湿邪侵袭中焦脾胃,再加之抗生素、抗病毒药物的使用造成脾胃功能进一步损伤,故出现消化系统症状。二诊时患者发热未作但咳嗽较前增多,伴乏力、胸闷口腻、纳差,修正中医诊断为湿毒疫(湿热内盛证)。《温病条辨》言“上焦病不治,则传中焦,胃与脾也。”《灵枢·经脉》曰“肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈属肺”,说明肺病常兼有胃肠症状,但主要病位在肺。故而改以宣肺透邪、清化湿热的治法,方以麻杏苡甘汤合藿朴夏苓汤加减。方中麻黄疏风散邪,苦杏仁宣肺卫之表,藿香、厚朴、半夏、豆蔻化湿行气,黄连清热化湿,合以茯苓、薏苡仁健脾利水,陈皮、白前化痰止咳,甘草调和诸药。三诊时为发病第 7 天,患者病情突然加重,呼吸困难,喘息不能平卧,咯鲜血,乏力,纳差,大便溏。病机由湿热内盛转为湿毒壅肺、毒损肺络,辨证要点为舌质暗紫、可见瘀点、苔黄腻。麻黄、杏仁宣降肺气,葶苈子泻肺行水、下气平喘,赤芍、桃仁、马鞭草、白茅根凉血活血散瘀、利水消肿,芦根、生地黄清热生津,川芎、泽兰活血利水,炙甘草调和诸药。四诊为病情转折点,患者症状逐渐减轻,在

三诊方基础上加用黄连、法半夏、全瓜蒌,增强清热化浊宽胸之力。五诊时患者病情较前减轻,效不更方,以四诊方继续治疗。六诊时患者无咯血,大便溏,乃热象清退,以四诊方去黄连、白茅根,加佩兰增加化湿之力。七诊时患者呼吸支持减低,症状好转,仍感气短乏力,大便溏,舌淡胖有齿痕、色暗红、苔白腻,给予香砂六君子汤以健脾化湿,补肺益气善后。

中医杂病重脉,温病重舌。《湿热条辨》第 13 条自注中提出“凭验舌以投剂,为临证时要诀”,每诊均注意舌诊的变化,对于疾病的发展与演变起到很好的预判作用。患者发病后第 7 天病情加重,《易经》中阴阳以“七日”为周期数转化的规律也是一种普适于宇宙万物的自然规律,“七日”中的第七日是事物对立面转化的分界点,既是吉之始,也是凶之始^[6],所以在此节点时更应注意观察病机的变化。患者前期静脉给药相对较多,且抗生素在中医看来属寒凉药物,可导致湿邪加重,疫毒与湿相合,且疫毒可伤及营血,往往短时间就可形成瘀,导致湿毒壅肺、毒损肺络^[7],继而出现呼吸困难、喘不能平卧、咯鲜血等。给予宣肺降浊、化痰通络为法治疗后患者症状逐渐好转。恢复期以脾肺气虚为主,此病病位主要在肺,但是脾为肺之母,采用培土生金法,补肺必先补脾,所以脾肺气虚重点是补脾然后益肺气,选用六君子汤调理善后。

本例患者的诊疗过程采用西医对症支持治疗,全程以中医药辨证为主的方法成功救治。在病证转变时及时调方,符合新冠肺炎中医诊疗方案,取得了满意的疗效。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会. 截至 2 月 11 日 24 时感染的肺炎疫情最新情况 [EB/OL]. (2020-02-12) [2020-03-23]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202002/395f075a5f3a411f80335766c65b0487.shtml>.
- [2] 国家卫生健康委办公厅. 新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版) [EB/OL]. (2020-02-18) [2020-03-23]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7652m/202002/54e1ad5c2aac45c19eb541799bf637e9.shtml>.
- [3] HUANG C, WANG Y, LI X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [J]. Lancet, 2020, 395(10223): 497-506.
- [4] 周林, 喻灿, 刘毓玲, 等. 感冒退热合剂治疗风热型感冒的免疫调节作用研究 [J]. 国际检验医学杂志, 2018, 39(21): 2618-2621.
- [5] 苗青, 丛晓东, 王冰, 等. 新型冠状病毒感染的肺炎的中

医认识与思考 [J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 286-288.
 [6] 臧守虎, 王振国. 周易“七日”周期与中医疾病转归说探析 [J]. 中国医药学刊, 2006, 24(2): 248-249.

[7] 王玉光, 齐文升, 马家驹, 等. 新型冠状病毒肺炎中医临床特征与辨证治疗初探 [J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 281-284.

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Treatment on One Critical Case of Coronavirus Disease 2019

DING Nian¹, HE Weihua¹, LIU Jing¹, NI Tao¹, LI Xucheng¹, CAI Wei¹, ZHENG Chenghong¹, LIU Qingquan², YANG Fengwen³, ZHANG Boli³

1. Wuhan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan, 430000; 2. Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University; 3. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT Coronavirus disease 2019 (COVID-19) belongs to the category of “dampness toxin epidemic” in traditional Chinese medicine (TCM), and the fatality rate of critical illness is extremely high. A critical case of COVID-19 with rapidly progressed lung lesions is reported, and the patient was successfully treated by Western medicine symptomatic treatment combined with TCM syndrome differentiation treatment. In this case, the pestilence pathogen being mixed with dampness damaging lung leads to internal retention of damp heat, dampness toxin obstructing lung, toxin damaging collaterals and lung and spleen *qi* deficiency. For patients from severe to critically ill, and then transforming to the recovery period, the treatment methods are ventilating lungs and pathogen, clearing heat and dampness, removing blood stasis and dredging collaterals, and supplementing the lungs and invigorating the spleen. They are in line with the TCM diagnosis and treatment plan with satisfactory results.

Keywords coronavirus disease 2019; critical case; integrated traditional Chinese and western medicine therapy; ventilating lungs and expelling pathogens; clearing away heat and resolving dampness; removing blood stasis and dredging collaterals; supplementing the lungs and invigorating the spleen

(收稿日期: 2020-02-15; 修回日期: 2020-04-01)

编辑: 侯建春

《中医杂志》(英文版) 欢迎投稿

Journal of Traditional Chinese Medicine [《中医杂志》(英文版)] (ISSN 0255-2922, CN 11-2167/R, 双月刊) 由中华中医药学会与中国中医科学院联合主办, 是我国中医药界具有权威的中医药英文科技期刊, 现发行和交换 90 多个国家和地区。

《中医杂志》(英文版) 自 1981 年创刊以来一直坚持正确的办刊宗旨, 国际影响力不断提升。2010 年入选 SCI-E (《科学引文索引》扩刊版), 2011 年获得中国中医科学院自主选题项目资助, 2013 年获得“中国科技期刊国际影响力提升计划”资助, 自 2012 年起连续被评为“中国最具国际影响力学术期刊”。本刊先后被国际知名文献数据库 MEDLINE、《化学文摘》(CA)、《医学文摘》(EM) 等收录, 是 MEDLINE 收录的第一份中国出版的中医药期刊, 是 SCI 收录的 30 余种全科医学和替代医学期刊中唯一的中国传统医学综合性学术期刊。

《中医杂志》(英文版) 主要栏目包括循证研究、理论研究、基础研究、临床观察、中药研究、文献研究, 思路与方法、综述等。内容以报道中医药基础、临床研究成果和科研前沿进展为主, 覆盖中医药学科各个领域。欢迎广大专家学者积极投稿。作者可直接登录本刊网站 <http://www.journaltcm.com> 投稿。

联系邮箱: jtcmen@126.com。电话: 010-64089190。

本社地址: 北京市东城区东直门内南小街 16 号, 邮政编码: 100700。