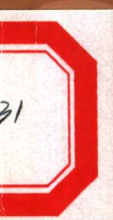


国家中医药管理局人事与政策法规司组织编写

中医药专家

谈

SARS



31

Severe
Acute
Respiratory
Syndrome

中国中医药出版社

中医药专家谈 SARS

国家中医药管理局人事与政策法规司组织编写

编写人员

(按姓氏笔画为序)

王灿晖	王灵台	邓铁涛	朱建平	任继学
刘天君	刘占文	孙 霁	邱仕君	宋乃光
宋天彬	沈庆法	杨 进	杨佩兰	李素卿
吴银根	张志斌	张晓梅	周平安	周仲瑛
周超凡	姜 坤	钟嘉熙	晁恩祥	焦树德

中国中医药出版社
北 京

图书在版编目(CIP)数据

中医药专家谈 SARS/国家中医药管理局人事与政策法规司
组织编写. —北京: 中国中医药出版社, 2003.5

ISBN 7-80156-451-0

I. 中... II. 国... III. 重症呼吸综合征-中医治疗法 IV. R259.631

中国版本图书馆CIP数据核字(2003)第036764号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路七号 电话: 64151553 邮码: 100027)

印刷者: 北京中艺彩印包装有限公司

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 850×1168毫米 32开

字 数: 100千字

印 张: 4.75

版 次: 2003年5月第1版

印 次: 2003年5月第1次印刷

册 数: 15000

书 号: ISBN 7-80156-451-0/12 · 451

定 价: 8.80元

出版者的话

近一个时期，我国部分地区发生的SARS疫情，给人民群众的身体健康和生命安全带来了严重的威胁。在这场突如其来的重大灾害面前，全国中医药行业的工作者同广大医疗卫生人员一道，在党中央、国务院的统一部署和坚强领导下，在国家中医药管理局的具体指导下，团结一心，忠于职守，不怕牺牲，表现出了良好的职业道德和崇高的思想品质。同时，充分发挥中医药的特色和优势，积极探索中西医结合防治SARS的方法和措施。

疫情发生后，国家中医药管理局高度重视，在认真贯彻落实党中央、国务院总体部署和卫生部有关要求的同时，积极行动起来，以科学求实的态度，积极组织、协调、指导全国中医药行业参与SARS的防治工作，并有针对性地组织开展中医药科普宣传，紧急启动了相关的中医药科研攻关项目。在各地党委、政府的统一领导下，地方中医药行政管理部门也积极参与防治SARS工作。

经过全国中医药行业广大工作者的共同努力，中医药参与SARS防治工作取得了一定的经验和效果，得到了党和国家的高度重视。2003年5月8日，中央政治局委员、国务院副总理兼卫生部部长、全国防治SARS指挥部总指挥吴仪专门召开会议，与在京知名中医药专家座谈，充分肯定了中医药行业所做的工作以及运用中医药、中西医结合的方法防治SARS的积极作用，并强调指出：中医是抗击SARS的一支重要力量，要充



充分认识中医药的科学价值，积极利用中医药资源，发挥广大中医药医务人员的作用，中西医结合，共同完成防治SARS的使命。为此，国家中医药管理局人事与政策法规司组织有关专家编写了《中医药专家谈SARS》一书。书中简要介绍了中医药对传染病防治方面的历史及成功经验，涉及了中医药专家对SARS的基本认识，特别论述了一线专家运用中医药治疗SARS的实践经验和体会，提出了一些中医养生调护方法，书末还附列了防治“非典”的有关规范、法规性文件等，以期更好地指导广大人民群众在抗击“非典”工作中参照执行。随着此项工作的不断深入，可能还会有更新的规范、文件出台，请及时学习了解。

借《中医药专家谈SARS》一书出版之际，我们谨代表中国中医药出版社全体同仁向奋战在抗击SARS一线的广大医务工作者致以诚挚的问候！向广大中医药行业的工作者为抗击SARS所做出辛勤劳动表示由衷的敬意！我们愿与广大中医药工作者共同努力，为完成防治SARS工作做出更大贡献！

中国中医药出版社

2003年5月15日

目 录

- 一、论中医诊治“非典型肺炎” / 1
- 二、“非典”论坛 / 13
 - (一) 传染病的历史回顾 / 13
 - 1. 中医对传染病的认识 / 13
 - 2. 烈性传染病的历史回顾 / 14
 - 3. 中医防治传染病的历史经验 / 21
 - (二) “非典”基本知识 / 31
 - 1. 对“非典”的认识 / 31
 - 2. 发病机理 / 34
 - 3. 传播方式 / 38
 - 4. 潜伏期 / 39
 - 5. 易感人群 / 39
 - 6. 临床表现 / 40
 - 7. 鉴别诊断 / 42
 - (三) “非典”预防及治疗 / 43
 - 1. 预防 / 43
 - 2. 治疗 / 61
 - (四) 养生调护 / 77
- 三、相关文件 / 89
 - 中华人民共和国传染病防治法 / 89
 - “非典型肺炎”病例的临床诊断标准(试行) / 97
 - “非典型肺炎”病例或疑似病例的推荐治疗方案



和出院诊断参考标准(试行) / 99

各种污染对象的常用消毒方法(试行) / 101

社区综合性预防措施(试行) / 103

“非典型肺炎”中医药防治技术方案(试行)(略) / 104

《“非典型肺炎”中医药防治技术方案(试行)》

预防部分修订方案 / 104

国家中医药管理局推荐中药预防“非典”处方药味
解析 / 106

公共场所预防传染性非典型肺炎消毒指导原则
(试行) / 121

传染性非典型肺炎密切接触者判定标准和处理
原则(试行) / 122

突发公共卫生事件应急条例 / 125

传染性非典型肺炎防治管理办法 / 137

一、论中医诊治“非典型肺炎”

(广州中医药大学 邓铁涛 邱仕君)

中国中央电视台的开播格言——传承文明，开拓创新，可以看成是中华民族复兴的导言，中医振兴的指针。千万不能丢掉中医的精华，空想创新。当然世界各国文明也在传承之内，但世界人民都希望我们把中华优秀传统文化传给世界。

(一)战胜“非典型肺炎”我们有个武器库

“非典型肺炎”是全新的疾病，为20世纪以前所未见。无论中医与西医都遇到新问题，中医不能袖手旁观。我认为对病毒性疾病的攻克，中医自有其优势。从历史可以上溯至仲景时代，他宗族素多，十年不到却死亡了三分之二，伤寒十居其七，这个“七”就包括流行性病毒性疾病。故1956年石家庄流行乙型脑炎，师仲景法用白虎汤疗效超世界水平，并不因为中医无微生物学说而束手无策。1957年北京乙脑流行，白虎汤效果不明显，蒲辅周用温病之法，疗效又达90%。1968年广州流行乙型脑炎，我曾参加救治，为暑热伏湿之证，凡舌苔转厚者必不死，暑湿得外达故也。统计中医之疗效亦达90%，且无后遗症。60年代广东麻疹流行，番禺等地麻疹肺炎死婴不少，我校医疗队所到之乡村，用透疹清热之法，死亡病例便被制止。广州60年代亦曾流感流行，用吴又可法——达原饮，又收到良好的效果。



国家“七五”攻关科研项目——流行性出血热之研究成果：南京周仲瑛组治疗1127例，其效果为：中医药组治疗812例，病死率为1.1%。西医药对照组治疗315例，病死率为5.08% ($P < 0.01$)，治疗组明显优于对照组。江西万有生研究组治疗413例，其效果为：中医药组273例，病死率为3.7%，西医药对照组为140例，病死率为10.7% ($P < 0.01$)，疗效优于对照组，由于时、地、人等条件不同，西医辨病为同一病毒性疾病，但周氏、万氏的辨证论治完全不同。周氏治疗以清气凉营为主，万氏则治湿毒法为主，按西医理论，病原相同，都是病毒性疾病，但中医治疗如果两者治法对换，则病死率肯定高于西医组。所以病原体只能作为中医辨证论治根据之一，诊治的关键在于辨证论治。

这些事例说明中医的理论，不把着力点放在对病原体的认识上，而在于病原体进入人体，邪气与正气斗争所表现的证候以辨证论治，这些辨证论治的理论及方法历传二千多年，的确是战胜“非典”的武器库。

(二) 战胜“非典型肺炎”的理论依据与特色

世人多不理解中医没有细菌学说，却能治疗传染病，对病毒性传染病的治疗效果甚至处于世界领先地位，其故安在？因为中医走的是另一条道路。

中医虽无细菌学说，但细菌早已被概括于“邪气”之中。吴又可的戾气、疠气、杂气学说，已非常接近对微生物的认识，惜明代无光学上的成就，致未能进一步发展耳！但温病的病原学说发展到吴瑭，却使中医理论从另一角度认识发热性传染性及流行性疾病，提出独特的温病的病因理论。这一理论，今天看来科学性极高，足以破解中医虽无细菌学说，仍然能治疗急性

传染病之道理所在。

吴瑭《温病条辨·原病》篇专门论述温病的病因、病机、证候、诊断、治疗与预防等方面的问题。其中关于病因理论的论述共三条。吴瑭曰：“叙气运，原温病之始也，每岁之温有早暮微盛不等，司天在泉，主气客气相加临而言也。”吴氏继承传统之理论，承认气运的变化是温病发生的原因之一。他承认吴又可厉气之病因，但温病不能统由于厉气所致。他最后补充流行病发生的微与甚，还与凶荒兵火之后有密切的关系。即是说他承认大自然的变化规律与发病有密切的关系，大自然的变化既作用于人体，也影响致病物质的生长与广泛为害，又创造性地提出地理气候及社会因素与发病有密切的关系。

《阴阳应象大论》曰：“喜怒不节，寒暑过度，生乃不固。故重阴必阳，重阳必阴。故曰冬伤于寒，春必病温。”吴瑭注曰：“上节统言司天之病，此专言人受病之故。”瑭按伏气为病，如春温、冬咳、温疟，《内经》已明言之矣。亦有不因伏气，乃司天时令现行之气，如前所列《六元正纪》所云是也。此二者，皆理数之常者也。更有非其时而有其气，如又可所云戾气，间亦有之，乃其变也。温病之形成有内因与外因两大因素。“喜怒不节，寒暑过度”而致“生乃不固”，说明正气内存的重要性。“冬伤于寒，春必病温”，是说明“重阴必阳，重阳必阴”。冬天属阴，寒亦属阴，两阴相重，与正气相持（伏气）不即发病，至春天乃发，便成温病。总之用以说明邪正相争的观点。吴瑭承认吴又可的戾气这一致病物质的存在，承认戾气与司天时令现行之气同为致病物质，而区分引发疾病之轻与重，一般与特殊的发热性流行性疾病。

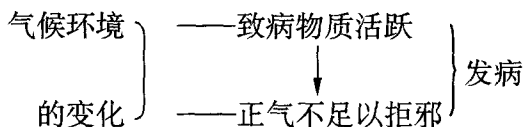
《金匱真言论》曰：“夫精者身之本也，故藏于精者，春不病温。”吴瑭注：“《易》曰：履霜坚冰至，圣人恒示戒于早，必谨于微。《记》曰：凡事预则立。《经》曰：上工不治已病治未



病，圣人不治已乱治未乱。此一节当与《月令》参看，与上条冬伤于寒互看，盖谓冬伤寒则春病温，惟藏精者足以避之。……不藏精三字须活看，不专指房劳说，一切人事之能动摇其精者皆是。即冬日天气应寒而阳不潜藏，如春日之发泄，甚至桃李反花之类亦是。”这一条强调“内因”在发病上的重要性。其冬不藏精须活看之说，是吴氏的创见，吴氏把冬伤于寒与冬不藏精互看，统归之为内在致病因子，并处于重要之地位。吴氏之论符合唯物辩证法的内因与外因的辩证关系，即内因是物质变化的关键，外因是变化的条件。

总括言之，吴氏之病原说为：

- (1) 岁气、年时(气候与环境因素)
- (2) 藏精、冬伤于寒(人体内在因素)
- (3) 戾气、时行之气(致病物质)



这样的病原说比之只重视病原体的现代医学理论似略胜一筹。当然吴氏对于微生物的认识与现代微生物学相比，就有天壤之别了。如果我们今天把微生物学的知识，取代比较含糊的戾气与时行之气，那就是比较完满的传染病流行病的病因学说了。

我们的治疗不在一味只知与病毒对抗，而是既注意祛邪，更注意调护病人的正气，并使邪有出路。正如叶天士所说，或透风于热外，或渗湿于热下，不与热相结，势必孤矣。这是一个多么高明的战略啊！

中医注意祛邪或透邪，不是杀病毒。所谓祛邪，叶天士认为可以汗解，也可以从小便去，而仲景早就有三承气汤之法以祛邪，吴鞠通又将三承气汤扩而广之，还有杨栗山升降散之

法，可谓丰富多彩。西医知道发汗可以退热，今天不少青年中医也学了西医用退热针退热，而不知应该以微汗出才能祛邪，大汗淋漓病必不除。大汗能一时退热，过后又热。西医还有一个理论就是高热会损脑，故一遇高热便用冰敷，不知一冰便使邪气内伏，邪无出路，病必缠绵或有后遗症，特别是乙脑之类属暑热之证。前人说：“暑当予汗出勿止”，故中暑证冰敷者多死也。中医之三宝是高热护脑的圣药，但今天的药监部门又认为三宝有重金属！药监部门无中医药之才，中医则无权，可悲又可叹！

我们的中青年中医，学了不少西医这应是好事，但欠缺独立思考，更因中医教育把四大经典作为选修课，便放弃了中医的辨证思维，以西医理论为指导，对非典型肺炎之发热病人，不敢不用抗生素，还认为可以对抗继发感染之类，而现在的新抗生素强力杀菌也强力抑制病人的正气，使人体菌落失常。而中医若辨证准确，因势利导，增强正气后邪可拒。故非典不宜随便使用抗生素，白细胞偏低便是正气不足的表现之一。中医有扶正驱邪之法应注意善用之。故非典后期往往可用人参以培其根本也。仲景的人参白虎汤早就启示我们了。

（三）“非典型肺炎”属于春温病（伏湿）

根据广东省中医院收治本病患者112例的临床观察和初步总结，认为该病属于中医春温湿热疫病的范畴，病机以湿热蕴毒，阻遏中上二焦，并易耗气挟瘀，甚则内闭喘脱为特点。我则认为可以定名为春温病伏湿之证。我同意广东省中医院所订之辨证论治方案。

非典型肺炎中医治疗方案：



1.早期

多在发病后1~5天左右,病机以湿热遏阻,卫气同病为特点;治疗上强调宣透清化。常见证型有湿遏肺卫、表寒里热挟湿2型。

(1)湿热遏阻肺卫证:症见发热,微恶寒,身重疼痛,乏力,口干饮水不多,或伴有胸闷脘痞,无汗或汗出不畅,或见呕恶纳呆,大便溏泄,舌淡红,苔薄白腻,脉浮略数。

治法:宣化湿热,透邪外达。

处方:三仁汤合升降散加减。

药用:杏仁12g,滑石15g,通草6g,白蔻5g(打、后煎),竹叶10g,厚朴6g,生苡米20g,法半夏10g,白僵蚕6g,片姜黄9g,蝉衣6g,苍术6g,青蒿10g(后下),黄芩10g。

湿重热不明显,亦可选用藿朴夏苓汤加减化裁。

(2)表寒里热挟湿证:症见发热明显,恶寒,甚则寒战壮热,伴有头痛,关节痛,咽干或咽痛,口干饮水不多,干咳少痰,舌偏红,苔薄黄微腻,脉浮数。

治则:辛凉解表,宣肺化湿。

处方:麻杏甘石汤合升降散加减。

药用:炙麻黄6g,生石膏30g(先煎),炒杏仁10g,炙甘草6g,白僵蚕10g,片姜黄9g,蝉衣6g,薄荷6g(后下),连翘15g,银花15g,黄芩10g,芦根15g,生苡仁20g。

2.中期

多在发病后3~10天左右,病机以湿热蕴毒、邪伏膜原、邪阻少阳为特点;治疗上强调清化湿热、宣畅气机。

(1)湿热蕴毒:症见发热,午后尤甚,汗出不畅,胸闷脘痞,口干饮水不多,干咳或呛咳,或伴有咽痛,口苦或口中粘

腻，苔黄腻，脉滑数。

治则：清热化湿解毒。

处方：甘露消毒丹加减。

药用：生石膏30g(先煎)，炒杏仁10g，茵陈15g，虎杖15g，白蔻6g(打，后煎)，滑石20g，法夏10g，僵蚕10g，蝉衣6g，苍术6g，姜黄10g，石菖蒲10g，柴胡12g，黄芩10g。

(2)邪伏膜原：症见发热恶寒，或有寒热往来，伴有身痛，呕逆，口干苦，纳差，或伴呛咳，气促，舌苔白浊腻或如积粉，脉弦滑数。

治则：疏达透达膜原湿浊。

处方：达原饮加减。

药用：厚朴6-9g，知母10g，草果1~3g(后下)，黄芩12g，柴胡15g，法半夏10g，杏仁10g，生薏仁30g，滑石20g。

(3)邪阻少阳：症见发热，呛咳，痰粘不出，汗出，胸闷，心烦，口干口苦不欲饮，呕恶，纳呆便溏，疲乏倦怠，舌苔白微黄或黄腻，脉滑数。

治则：清泄少阳，分消湿热。

处方：蒿芩清胆汤加减。

药用：青蒿10g(后下)，竹茹10g，法半夏10g，赤茯苓15g，黄芩10g，炒杏仁10g，陈皮6g，生苡米30g，滑石20g，青黛6g(包煎)，苍术6g，郁金10g。

3.极期(高峰期)

本期多在发病后7~14天左右，临床的突出表现为气促喘憋明显，或伴有紫绀，病机以湿热毒盛、耗气伤阴、瘀血内阻为主要特点，少数可表现为邪入营血，气竭喘脱；治疗在祛邪的同时必须重视扶正，可选用白虎加人参汤、清营汤、犀角汤

等加用活血化瘀之品，并静脉使用参附针、参麦针、丹参针等。

(1)热入营分，耗气伤阴：症见身热夜甚，喘促烦躁，甚则不能活动，呛咳或有咯血，口干，气短乏力，汗出，舌红绛，苔薄，脉细数。

治则：清营解毒，益气养阴。

处方：清营汤合生脉散加减。

药用：水牛角30g，生地15g，元参15g，银花15g，西洋参5g(另炖服)，麦冬10g，山萸肉15g。

并可静点参麦针以益气养阴。

(2)邪盛正虚，内闭外脱：症见发热不明显，喘促明显，倦卧于床，不能活动，不能言语，脉细浅数，无力，面色紫紺；或汗出如雨，四肢厥逆，脉微欲绝。

治则：益气固脱，或兼以辛凉开窍。

方药：大剂量静点参麦针或是参附针，并用参附汤或生脉散(汤)送服安宫牛黄丸或紫雪丹。

4.恢复期

多在发病后10~14天以后，病机以正虚邪恋，易挟湿挟瘀为主要特点；主要证候有气阴两伤，气虚挟湿挟瘀；治疗强调扶正透邪，并重视化湿、活血。

(1)气阴两伤证：症见热退，心烦，口干，汗出，乏力，气短，纳差，舌淡红，质嫩，苔少或苔薄少津，脉细或细略数。

治则：益气养阴。

处方：参麦散或沙参麦冬汤加减化裁。

药用：太子参15g，沙参10g，麦冬10g，白扁豆12g，炙甘草3g，山药10g，玉竹10g，法半夏6g，芦根15g。

(2)气虚挟湿挟瘀证：症见气短、疲乏，活动后略有气促，纳差，舌淡略暗，苔薄腻，脉细。

治则：益气化湿，活血通络。

处方：据虚实不同可分别选用李氏清暑益气汤、参苓白术散或血府逐瘀汤等加减化裁。

药用：太子参15~30g，生白术15g，云茯苓15g，扁豆10g，生薏仁30g，佩兰10g，郁金10g，法半夏10g，桃仁10g，丹参12g，当归10g，赤芍12g，忍冬藤30g。

(四)典型医案

患者邓某，女性，33岁，广东省三水籍，医务人员，因“发热伴恶寒两天”于2003年1月25日入院。

两天前自觉无明显诱因出现发热，入院当天自觉症状加重，测体温38℃，微恶寒，神疲乏力，稍口干，纳差，面红，无头痛，无流涕，无咳嗽、咯痰。无咽痛，无汗，无鼻塞流涕，睡眠一般，二便调。查体：T：38℃；P：68次/分；R：20次/分；BP：90/60mmHg。神志清，全身皮肤、粘膜无出血点、亦无黄染，咽无充血，双侧扁桃体不大，气管居中，双肺呼吸音正常，未闻及干湿罗音。白细胞(WBC)： $5.0 \times 10^9/L$ ；中性粒细胞：63.9%；红细胞： $4.31 \times 10^{12}/L$ ；血红蛋白：131g/L；血小板： $95 \times 10^9/L$ 。行胸片检查示：右下肺少许模糊阴影。

诊见：发热，微恶寒，干咳，无痰，动则心慌气短，头痛，微感胸痛，口干，口苦，纳差，神疲乏力，舌淡红，苔薄白，脉濡细。

西医诊断：右下肺炎(非典型肺炎)。

中医诊断：春温伏湿。

治宜清凉解毒，透热达邪。

处方：青蒿15g(后下)，黄芩15g，柴胡12g，大青叶20g，板蓝根30g，法夏12g，枳壳10g，浙贝12g，紫菀12g，天竹黄12g，杏仁10g，炙甘草6g。每日一剂，水煎服。配合清开灵静滴加强清热，西药则投以泰能、稳可信。

2诊：1月27日，仍发热，热势上升，以夜间及午后为甚，T：38.6℃，肢体困倦，纳食减少，舌脉未变，二便通畅；化检：白细胞： $2.9 \times 10^9/L$ ；中性粒细胞：57.7%；血小板： $90 \times 10^9/L$ ；胸片与24日比较右下肺感染病灶明显扩大，大片灶。为湿热蕴毒，阻遏中上二焦之表现，治宜：清热解毒达邪，解表宣肺化湿，处方：炙麻黄8g，杏仁10g，石膏20g(先煎)，甘草10g，柴胡10g，黄芩10g，半夏10g，竹茹10g，茅根15g，前胡15g，桑枝10g，苡仁20g，滑石18g，藿香6g，佩兰6g。

3诊：1月28日，热势仍未遏止，反有上升之势，T：39.2℃。症状未减，疲倦加重，双肺呼吸音粗，肺底闻及少许湿罗音，舌淡红，苔薄白，脉濡细。化检：白细胞： $2.5 \times 10^9/L$ ；中性粒细胞：50.96%；血小板： $67 \times 10^9/L$ ，邓老意见：湿热蕴毒，毒势盛，并易耗气挟瘀，毒瘀互结，且变证多端，有入营之势，治宜加重清热凉血解毒，化瘀软坚散结，少佐益气之品，原方继续服用，加服安宫牛黄丸，并加用仙方活命饮，加服西洋参10g另炖服，方药如下：

金银花30g，浙贝15g，赤芍15g，白芷12g，陈皮3g，升麻6g，防风12g，当归6g，虎杖20g，皂角刺12g，穿山龙12g(先煎)，乳香6g，没药6g，连翘18g，五爪龙15g。根据西医观点，此时属于炎症渗出期，需要注意肺纤维化的问题，而运用仙方活命饮以化瘀软坚散结，甚为合拍。西药则停用泰能、稳可信，改用可乐必妥、复达欣。至1月30日，应用可乐必妥后出现头晕，故停用所有抗生素，停用后头晕等症状大减，体温