

三年以来新型冠状病毒感染中医证治研究 回顾与反思

王玉光

(首都医科大学附属北京中医医院,北京 100010)

【摘要】在新型冠状病毒奥密克戎(Omicron)全球大流行的严峻形势下,有必要对三年来新型冠状病毒感染的中医临床证治研究进行回顾与反思,以更有力地应对Omicron的挑战。笔者通过3年来的临床实践,认识到新型冠状病毒(SARS-CoV-2)是本病的直接病因,临床表现具有隐匿性、复杂性和病程阶段性,病机主要是湿、毒、热、痰、瘀、闭、厥、脱,辨治要点是辨顺逆、辨内伤基础、辨发热与喘促、识化源。临床救治要特别关注重症和危重症的高危人群,在进展期,截断扭转是降低病死率的关键所在,新型冠状病毒感染的诊治亟需疫病理理论的创新。

【关键词】新型冠状病毒感染;中医证治;病因病机

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.01.001

自2020年3月11日世界卫生组织宣布了新型冠状病毒肺炎(COVID-19)的全球大流行,至今已持续3年,仍无歇止之象。新型冠状病毒(SARS-CoV-2)先后出现了多种变异株,从阿尔法(Alpha)、德尔塔(Delta)、伽马(Gamma)到奥密克戎(Omicron),目前已发现300多个亚型。测序显示,Omicron毒株有31个可能影响s蛋白结构的突变位点,对疫苗和单克隆抗体有显著的免疫逃逸性。截至2022年11月,全球COVID-19确诊患者已逾6亿,死亡超过600万人。Omicron于2021年8月出现,自Omicron BA.1出现以来,产生了BA.2、BA.2.75、BA.4/BA.5、BF.7、XBB、BQ.1等多个具有竞争优势的亚种,流行地区多经历了这些亚种的交替流行。曾在美国、英国流行的Omicron毒株突变谱系BA.1、BA.2、BF.7,尤其是BQ.1、BQ.1.1,免疫逃逸能力超过了BF.7,确诊病例激增之势远超之前的其他变异株。BQ.1、XBB被认为是目前免疫逃逸能力最强的2个毒株,今后是否会成为主要流行株,尚未可知。

2021年12月17日,中国从入境人员中检出了Omicron变异株。2022年6月发现BA.5分支;7月发现BA.2.75分支;9月发现了BF.7分支、BQ.1分支。2022年北京市多次发生Omicron变异株疫情,毒株来源复杂,类型繁多。目前流行的毒株,

80%~90%为BF.7,呈减少趋势;10%~20%为BA.5.2,呈缓慢增加趋势。

2022年12月下旬北京几乎所有医院的发热门诊和急诊患者激增,需要住院的重症、危重症患者“一床难求”。近几周来,笔者每天可从新型冠状病毒感染者中筛查出肺炎患者近20例,危重症患者和死亡病例在不断增多,所以有必要对三年来新型冠状病毒感染的中医临床证治研究进行回顾与反思,以更有力地应对Omicron的挑战。

1 新型冠状病毒感染的中医病因学研究

国家卫生健康委员会公布的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第三版)》^[1]中增加了中医诊疗部分,明确指出新型冠状病毒肺炎属中医学“疫病”范畴,病因为感受疫戾之气,病位在肺,基本病机特点为“湿、热、毒、瘀”,认为各地可以根据病情、当地气候特点以及不同体质等情况辨证论治,之后各版其实是对上述内容的延续。

武汉疫情发生在寒冷的冬季,仝小林院士观察武汉确诊病例的临床表现,认为寒湿疫毒是主要邪气。王永炎院士则认为该病是伏燥和寒邪或湿寒邪气夹杂,偏于寒性。国医大师薛伯寿也认为本病发生在寒冬,病性重在寒湿。支援武汉抗疫的张伯礼院士、陈瑞教授、苗青教授以及北京、

基金项目:高层次公共卫生技术人才培养建设项目(学科带头人-01-16)

作者简介:王玉光,男,53岁,博士,主任医师,教授,博士生导师。研究方向:肺间质纤维化及难治性肺部感染中西医结合诊治。

引用格式:王玉光.三年以来新型冠状病毒感染中医证治研究回顾与反思[J].北京中医药,2023,42(1):2-6.

天津、南京、上海、岭南等地的同道们，都认为病邪性质是湿毒、湿热、湿浊，以湿邪为主、热邪次之，湿热并重。

中医病因学认为疫病的发生和流行与季节、气候密切相关。清代医家黄元御《四圣心源》云：“外感者，因天地之偏，而人气感知。”即言乖戾的气候条件会影响人体的适应力和抗病能力，非其时而有其气，骤冷暴热，疾风淫雨，人体不能适应寒热剧变，则易感疫邪，而致疫病流行。

武汉疫情爆发于冬季（2019 年 12 月 22 日—2019 年 12 月 30 日，正值“一九”节气前后），根据武汉气象局的统计资料显示，当地 2020 年 1 月的降雨量是过去 20 年同期降雨量的 4.6 倍。在阴雨湿冷的环境下，人体易受外湿环境影响。但笔者参见武汉气象局的有关资料显示，2020 年 1 月武汉地区的最高气温明显高于前后年份的同期最高气温，说明当年武汉又是个“暖冬”。所以，单据阴雨湿冷的气候因素论定新型冠状病毒肺炎因于寒湿似显牵强。

清代医家钱潢认为“外邪之感，受本难知，发则可辨，因发知受”，即根据疾病临床表现可逆推其病因所在，中医学认为身热不扬、乏力、纳呆等为湿类证候所多见。而 COVID-19 起病隐匿，绝大多数病例是轻症、中型，多无明显发热；湖北武汉等地患者以发热咳嗽、肌肉酸痛、疲倦乏力、胸闷气促、恶心、呕吐纳差、腹胀腹泻、舌暗红、苔腻等症多见，与湿类证候类型相近，这是中医学者认为新型冠状病毒感染疫病因于湿的主要原因。因此 COVID-19 属于感受湿毒为主的疫病邪气，属“湿疫”“湿毒症”范畴^[2]。

湿是赋予新型冠状病毒疫病之邪的六淫属性，但 3 年来 COVID-19 的临床特征发生了演变。武汉地区的资料显示，当时认为 COVID-19 的临床表现是非特异性的，最常见的是发热、干咳、虚弱、咯痰，与目前所见 Omicron 毒株感染的发热、干咳、乏力、鼻塞流涕、咽干痒或痛、嗅觉及味觉减退或消失、结膜炎、肌痛、腹泻等临床表现不同。

目前对于 Omicron 毒株提出了临床表型的概念。英国的 ZOE COVID 研究发现，Omicron BA. 1 流行期间，咽痛显著增加，嗅觉味觉丧失、咳嗽、发热、呼吸急促、肌痛、疲劳虚弱、头疼比例下降，有症状感染者的比例显著下降；BA. 2 流行后，

咳嗽、发热、疲劳乏力症状比例再次上升，有症状感染者比例回升，接近 Delta 流行期，或与 Delta 流行期持平。

3 年来的实践证明病毒株不同，临床特征亦异，即使是 Omicron 各亚型的临床表现亦有不同的特征。BA. 5 的住院重症风险高于 BA. 2，但仍低于 Delta，说明不同病毒株感染者的重症率也不一样。笔者认为 Omicron BF. 7 有症状感染者的比例明显增高，同时病毒性肺炎的比例也在增加，说明其传播力增加的同时，病死率并没有下降。北京出现新型冠状病毒感染高峰时，医疗资源紧张情况要比 2009 年的 H1N1 大流行更为严重，重症的死亡率也更高。

笔者对本院 36 名新型冠状病毒感染医护人员的临床表现进行了初步统计。临床特点为，第 1 天发热恶寒并见，持续发热为主，伴肌肉酸痛、乏力、头痛，考虑太阳伤寒表证、风寒外束，初起即见口干口渴考虑夹燥，渴不喜饮考虑夹湿；第 3 天持续发热，为伤寒表不解；第 5 天发热是寒热往来，太阳少阳并病；第 7 天无发热。所以 Omicron 株感染的轻症患者以太少合病为主，风寒夹湿夹燥为主要病机。

综上所述，笔者认为 COVID-19 持续传播至今，需要明确湿毒类病因学结论是否具有普遍性，也需要对疫病病因学研究中存在的问题进行反思。

新型冠状病毒为导致新型冠状病毒肺炎的“疠气”^[3]，是本病的直接病因，即《温疫论》所说的“非风非寒、非暑非湿，乃天地间别有一种异气所感”。吴又可提出“疫气者亦杂气中之一，但有甚于他气，故为病颇重，因名之疠气”。杂气说的提出是中医外感热病学说的一大进步。如何将这种新学说融入传统的病因理论，一直是一个值得探讨的学术问题。吴又可称杂气为“杂”，旨在强调其多样性、复杂性，非六气所能涵盖。中医审证求因的方法理论上只适合外感六气所致的一般外感病，而不能推知疫病为何种杂气所引发。根据某地气候特征来推论 COVID-19 病因难以得出确信的结论。所以全国各地中医治法纷繁多样，而都可收到一定效果，反映了疫病外感邪气和临床证候的复杂性。

2 新型冠状病毒感染的核心病机和传变规律的探索

重症 COVID-19 的临床特征和病理机制有肺

炎、呼吸衰竭、急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)、细胞因子风暴、代谢性酸中毒、内环境紊乱、血淋巴细胞减少、毛细血管渗透综合征、弥散性血管内凝血 (DIC)、休克、急性肾损伤、急性心脏损伤等。曹彬教授团队提出了“病毒性感染中毒症 (viral sepsis)”，认为要早期识别病毒性感染中毒症，以区别于菌血症和脓血症^[4]。目前这一观点已经得到了国际学术界的公认。根据这一观点，可以减少广谱抗菌药物的不合理应用，及时启动抗病毒治疗，有可能实现宿主治疗的个性化。

SARS-CoV-2 的病毒复制和炎症反应是不平行的。病毒复制以肺脏最多，其次是胃肠道、心脏、骨骼肌，再次是肝肾等。炎症反应发生在肺和网状内皮系统。重症 COVID-19 患者肺上皮细胞坏死的病理证据是肺泡 II 型上皮细胞显著增生，部分细胞脱落、变性、坏死，并发现了透明血栓和肺间质纤维化。重症 COVID-19 患者肺部的免疫细胞以单核细胞和巨噬细胞为主；炎症标记物 IL-1 β 、IL-6 等显著升高，外周血淋巴细胞计数（主要是 T 细胞）明显减少；巨噬细胞的过度活化产生了细胞因子风暴和嗜血现象。细胞因子风暴在重症 COVID-19 中占重要地位。

凝血功能异常是新型冠状病毒感染的另一大特点。德国 12 例 COVID-19 患者的解剖研究发现了凝血异常，4 例患者死亡的直接原因是肺栓塞。另外，临床观察发现 D-二聚体的升高与预后不良明显相关。SARS-CoV-2 感染血管内皮细胞引起的内皮炎，导致血栓形成和补体过度激活。SARS-CoV-2 微血栓广泛形成引起了国际病理学界的重视，其肺泡毛细血管血栓的发生率是流感的 9 倍，心血管血栓数量是流感肺炎的 2.7 倍，说明 COVID-19 与流感具有不同的病理生理机制。

COVID-19 临床表现出隐匿性和复杂性，其轻型、中型临床症状大多轻微，大部分病例可以自愈，部分可向重型、危重型转化。重症的诊断难点是“沉默的”低氧血症，临床发现即使是新型冠状病毒肺炎年轻患者，对于低氧的耐受性也很强，呼吸困难、胸闷等症状都不典型。这是新冠肺炎与流感及其他肺炎最大的不同点。重症高危人群多发生与基础病变相关的多种合并症，也是其临床表现隐匿性和复杂性的原因。

笔者对 2022 年 12 月我科 Omicron 重型和危重型病例做了中医特征分析，发现中型、重型和危

重型的临床表现和轻症截然不同，重型和危重型初起少见身痛、头疼、肌肉酸痛，患者发热热度不高，但呼吸道症状明显，喘憋加重，痰中带血，多口燥饮水不多，喜热饮，也常伴见咽痛、咽干口苦、乏力、咳嗽、痰白，舌红苔厚、脉弦滑。与 3 年来笔者亲见的千余病例比较，痰中带血是 Omicron 毒株感染重型和危重型的一大特征，病机表现为本虚标实。

COVID-19 病因以湿邪为主，病位以上焦为主，核心病机为“湿、热、毒、瘀、虚”，湿毒淫肺、壅肺、闭肺存在阶段性规律。COVID-19 的核心病机和传变规律是：初早期以湿毒、湿热郁于上中二焦为主，初期轻症主要是湿困肺卫上焦；中型病位以手太阴肺、足太阴脾为主，卫气同病，湿邪化热，内壅于肺，发热、咳嗽加重，并出现胸闷、纳呆、恶心、呕吐、舌苔黏腻等湿困于脾的表现，胸部影像学检查可见磨玻璃影；重型以疫毒闭肺为主，肺胃不降，并多波及营血；重型迅速向危重型转化，表现为内闭外脱；恢复期则以气阴两虚为主。

轻型和大部分中型是顺证，重型和危重型多为逆证和坏证。笔者认为，明确轻型、中型、重型、危重型的中医证候差别，总结 4 型病例的中医病性和病位变化特点，分析轻型、中型病例转化为重型、危重型的主要病机，把握中医药干预的关键节点，是中医病因病机研究尚须解决的核心问题。

老年和患有基础疾病人群的临床表现和演变过程有其显著特点。不同基础疾病的高危人群的核心病机和传变规律，亟待思考和梳理。笔者认为，重型、危重型病毒性肺炎以低氧血症、呼吸衰竭、ARDS 为核心的临床演变过程，六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证和温疫的表里辨证并不完全适用，正所谓“古方今病不相能也”。要想把握 COVID-19 的全部学理，必须进行中医辨证理论体系的创新。

3 中医病机研究中存在的问题

COVID-19 轻型和中型经隔离可以自限，即使是肺炎，如果不是重症高危人群，也建议居家隔离，以减少医疗挤兑，更好地应用医疗资源。COVID-19 中西医病证结合、分期论治研究的关键是提高重型和危重型的治愈率，降低病死率。

中医疫病病机学研究的特点是审证求病机，

即从临床病例调查中总结出关于病机的认识。中医历代医家对于疫病的认识都存在个人实践的局限性, 诊治实践决定了医家对于疫病的认识。中医关于体质和内伤基础的认识如“体质从化”“同气相求”等, 具有一定的先进性, 患者内伤基础, 对于疫病的传变过程和预后终点都有着决定性影响, 对于确立中医的疫病治则治法也具有重要的指导作用。

与非感染性疾病相比, 具有阶段性病程是传染病的主要特点。COVID-19 各型之间转化的阶段性很强, 轻型和中型经 2~3 周好转向愈; 重型和危重型在第 1 周之后即转入进展期, 第 2 周出现 ARDS, 最后出现多器官功能障碍综合征 (MODS) 和继发感染。首都医科大学附属北京地坛医院陈志海教授认为 COVID-19 的临床过程根据患者各种感染相关因素的不同, 可以在任何一个时间点上中断而痊愈, 但病情的发展不能跨越某个分期, 如轻症转为重症和危重症, 不可能跨越进展期阶段。患者一旦出现症状进入进展期, 病情就进入了“阻击区”, 应及时开始阻断治疗, 进展期的截断扭转是中医施治的关键。

3 年来, COVID-19 的中医临床证治研究取得了一定成果, 开展了 COVID-19 感染的中医证候学调查, 明确了以“湿毒”为主的病因和“湿、毒、热、痰、瘀、闭、厥、脱”为核心的病机。中医早期全程参与了 COVID-19 感染的临床救治, 开展了三方三药等为代表的轻症、中型、危重症病例的临床研究。临床证据表明, 中医药对于轻症、中型具有缓解临床症状、提高治愈率的作用; 中医药早期干预对于减少危重症的发生率, 降低病死率具有一定价值。但目前中医临床证治仍有不少问题亟待深入研究, 如: 所感新型冠状病毒株或其不同亚型对临床表现不同特征的决定作用研究; 早知早治有基础疾病老年患者重症和危重症的研究; COVID-19 各型的中医分期辨证研究; 不同高危人群的重症病程传变特征研究; 以临床管理、呼吸支持技术为基础的中西医结合临床路径研究; 基于新冠呼吸衰竭发生机制的中医药干预的临床研究等。

中医古籍关于疫病的论述是抗疫指导思想和理论的源泉之一, 阅读中医古籍可以得到很多启发。如戴天章《广瘟疫论》^[5] 指出温疫有兼夹, 即温疫五兼: 兼寒、兼风、兼暑、兼疟、兼痢; 温

疫十夹: 夹痰水、夹食、夹郁、夹血、夹脾虚、夹肾虚、夹亡血、夹疝、夹心胃痛、夹哮喘。实指合并多种不同的基础疾病, 这对理解 COVID-19 的病理和临床现象有重要的借鉴价值。

中医疫病学几千年的发展历史是不断创新的过程。如吴又可《温疫论》^[6] 曰: “崇祯辛巳, 疫气流行……始发之际, 时师误以伤寒法治之, 未尝见其不殆也”。杨栗山《伤寒温疫条辨》^[7] 序言曰: “王叔和搜罗遗稿……使三百九十七法, 一百一十三方, 流播人间, 传之奕祀不为无功。惜其杂以己意, 以温病为伏寒暴寒, 妄立四变掺入《伤寒论》中, 以致无人不以温病为伤寒, 无人不以伤寒方治温病, 混淆不清, 贻害无穷。”所以要求医家融汇新知, 与时俱进, 传承创新, 及时有效地解决实际问题。将传统的理论真知与不断变化的社会需求和不断更新的科学知识紧密结合, 是现代中医学发展的重要道路。结合 Omicron 的大流行, 对经验方剂加以总结和科学研究, 解决抗病毒和调节免疫问题, 改善病理损害, 实现高危人群的个体化治疗等, 都将突显中医的优势。

4 新型冠状病毒感染的中医辨治要点

在 3 年来的抗疫实践中, 笔者逐步认识到 COVID-19 的中医辨治要点如下:

4.1 辨顺逆

COVID-19 应以辨顺逆为先, 研判病情的轻重, 判断疾病的预后。《温疫论·原病》言: “其迹或从外解, 或从内陷, 从外解者顺, 从内陷者逆”。

顺传: 指温邪自肺传至胃肠的过程, 温邪邪留三焦, 不得从外解, 而里结于阳明胃肠, 如青壮年以及体质无偏颇的人群, 感受疫邪病位较为轻浅, 多为卫气同病, 未传营血, 多为顺证。

逆传: 为温邪自肺卫内陷心营的过程, 肺主“气”属“卫”, 心主“血”属“营”, 故肺和心包的病变分别与“卫”“气”和“营”“血”直接相关, 温邪犯肺逆传心营的过程, 包含了自卫分传入营血分的过程。老年人, 尤其是素有肺胀、哮喘证、喘证、胸痹、水肿、消渴等内伤疾病基础者, 感邪后高热持续, 或无发热, 但精神萎靡、喘促气急、心悸, 伴咯血, 甚至出现紫绀, 病情危重, 多为逆证。

4.2 辨内伤基础

人群对 SARS-CoV-2 普遍易感, 有内伤宿疾基

础者多呈现内伤、外感并存的情况。内伤基础严重影响外感疾病的转归，故外感病重症死亡者，多为年迈体衰、婴幼儿、有慢性基础疾病者。内伤不仅指正气的虚损不足，还包括体质的偏颇、内在阴阳的失衡。临床发现，素体内热者，受邪后易从热化，燥而伤阴；素体阳虚者，感受外邪后易现寒湿之证，邪气入里，寒化而伤阳，多表现为呕吐、腹泻等消化道症状。

4.3 辨发热

根据发热特点，辨别邪气的病位与病势，辨别风、热、寒、湿邪气的兼夹，结合伴随症状，以了解病情轻重和发展趋势，从而确定治疗方法。Omicron 轻型和中型多有发热，且高热较为常见。重型多为卫气同病，病邪亢盛，正气不能驱邪外出，则邪气入里，出现肺胃气分热盛证候，见壮热持续、咳嗽胸痛、喘急、口渴舌红。若热邪夹湿犯于胃肠，则发热不退，恶心呕吐，腹痛泄泻，舌苔厚腻。危重症多见壮热，邪毒入于心营，逆传心包，或犯于肝经，则见神昏谵语、四肢抽搐。

4.4 辨喘促、识化源

化源即生化之源，一般称脾胃为脏腑生化之源，而笔者认为肺也为生化之源。吴鞠通《温病条辨》指出：“细按温病死状百端，大纲不越五条。在上焦有二：一曰肺之化源绝者死；二曰心神内闭，内闭外脱者死。”还指出：“太阴温病，血从上溢者，犀角地黄汤合银翘散主之……若吐粉红血水者，死不治；血从上溢，脉七八至以上，面反黑者，死不治，可用清络育阴法。”

辨喘促、识化源，适用于重症、危重症的辨证。肺之化源绝，可表现为呼吸困难，气急浅促，动则加重，鼻煽，咯粉红色血水，神识昏蒙、淡漠，汗出如涌，手足厥冷，口唇爪甲紫暗，舌暗红绛，脉细数或散乱。正如《温病条辨·上焦篇》

云：“汗涌、鼻扇、脉散，皆化源欲绝之征兆也”，“至粉红花非血非液，实血与液交迫而出，有燎原之势，化源速绝”“化源绝，乃温病第一死法也”。

“化源绝”是温病的重症和危重症死亡的首要病机，笔者提出对于重症和危重症患者要注重“辨喘促，识化源”，以保肺之化源，减少死亡。

明清时期中医疫病学理论和实践曾走在世界医学的前列，中医古籍关于疫病的论述至今仍然是重大新发传染病防治指导思想的渊藪，应该好好继承。吾辈急需阅读经典，并与现代传染病学对话，以弘扬传统，融汇新知。治疗上不泥古守旧，坚持以病机、临床疗效为指导，将古方进行加减化裁以更适合本病的治疗^[8]。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委. 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第三版)[EB/OL].(2020-01-22)[2023-01-08].<http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/f492c9153ea9437bb587ce2ffcbee1fa/files/39e7578d85964d8e81117736dd789d8f.pdf>.2020-1-22.
- [2] 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): 281-285.
- [3] 张淑文, 曲永龙, 秦思, 等. 从《温疫论》“病气”学说探讨对新型冠状病毒肺炎的中医认识[J]. 北京中医药, 2021, 40(1): 43-47.
- [4] 曹彬. 病毒性肺炎和病毒性感染中毒症[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2023, 15(1): 4-7.
- [5] 宋乃光, 编校. 温病八大名著——广瘟疫论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1995: 92.
- [6] 吴有性. 温疫论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 12.
- [7] 宋乃光, 编校. 杨栗山, 著. 温病八大名著——伤寒瘟疫条辨[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1995: 276.
- [8] 马家驹, 陈明, 王玉光. 新型冠状病毒肺炎中医证治述要[J]. 北京中医药, 2020, 39(2): 95-101.

Review and introspection on TCM syndrome differentiation and treatment of novel coronavirus infection in the past three years

WANG Yu-guang

(收稿日期: 2023-01-10)