

# 新型冠狀病毒中西醫治療簡要

紀奕彰<sup>1</sup>，賴英秀<sup>2,3</sup>，黃升騰<sup>1,4</sup>，涂育嘉<sup>5</sup>，林宏任<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup>中國醫藥大學附設醫院中醫內科，台中，台灣

<sup>2</sup>中國醫藥大學學士後中醫學系，台中，台灣

<sup>3</sup>中國醫藥大學北港附設醫院中醫部，雲林，台灣

<sup>4</sup>中國醫藥大學中醫系，台中，台灣

<sup>5</sup>中國醫藥大學附設醫院 臺北分院中醫部，台北，台灣

## 摘要

新冠肺炎從 110 年五月開始在台灣造成大規模的社區感染，造成數百人死亡，不論西醫或是中醫的治療在現階段對於 SARS-CoV-2 進入人體後造成的身體反應仍未完全明瞭，治療方針與藥物的研發亦仍隨著新的研究與發現而有所更動，但對於疾病治療有其迫切性，故而整理統整現行台灣所遵循的新冠肺炎疾病分類(輕症、中度、重度、極重度)標準與其不同時期的治療；並就 17 位大陸中醫專家，對於新冠肺炎感染症在不同時期的主要病邪與受侵犯的臟腑進行分析，可見初期以寒濕病邪侵犯肺胃為主；中期轉成以濕熱疫毒壅肺、閉肺為主；重症期多見內閉外脫，恢復期以脾肺氣陰兩虛為主，並附上其常用處方，以提供臨床醫師執業參考。然而對於輕症與中度患者西醫現行並無特殊介入策略，多以支持性療法為主，或許在中醫的辨證處方治療下，有機會可以盡早截斷病邪傳變，進一步降低其發展成為重症的比率。

**關鍵字：**新冠肺炎、新型冠狀病毒、COVID-19、肺炎、中醫

## 前言

今年五月以來，新冠肺炎的疫情大爆發，直至六月二十七日，已經造成台灣 14634 人確診，632 人因此喪命，死亡率 4.31%，所幸已非疫情初萌之時對於此一疾病一無所知，如經已經過一年多，對於此感染症已有相對較深入的了解與應對處置方式，故以下就兩部分進行整理論述 1.現行西醫對於新冠肺炎的分級與治療處置；2.大陸期刊對於新冠肺炎於不同時期的證型分析

現行已知新型冠狀病毒潛伏期大約為 1-14 天<sup>1</sup>，大部份病人於感染後第 3-7 天開始出現症狀。大部份病人罹病初期都有發燒、乾咳以及倦怠等症狀。發燒雖然是最常見的症狀，約有 20%病人的體溫是小於攝氏 38 度的低燒。其他常見症狀包括咳嗽有痰、肌肉酸痛、關節痛、頭痛、發冷、噁心或嘔吐等，也有少部份病人以腹瀉、喉嚨痛、鼻塞、流鼻涕、結膜炎等症狀做為表現，其無典型的臨床表現，多數病人症狀輕微或者無症狀，不易與一般外感區分<sup>1,2</sup>。

稍有鑑別特點的是，有些無症狀病人會出現嗅覺 (anosmia) 或味覺喪失 (dysgeusia) 的情形。根據統計，嗅覺或味覺異常的比例高達 52%及 44%。而感染新冠病毒的患者也可能出現一些皮膚表徵包括斑丘疹、蕁麻疹、水泡等<sup>1,2</sup>。

需特別注意的是，大多數病人症狀輕微或者無症狀，於發病後 1-2 周可自行康復；但初診斷時症狀輕微的患者，也有可能在發病後第二周突然惡化；感染者裡約有 10-20% 的病人會有呼吸急促/喘（呼吸速率每分鐘大於 30 下）的情形，呼吸喘的症狀可能在初期症狀開始後五至八天後才出現；約有 14% 會出現嚴重症狀需住院與氧氣治療，5% 需加護治療<sup>2</sup>。

重症病人可能出現在各個年齡層，但是年紀大、有慢性疾病或免疫功能不全的病人尤其為重症高風險群(包括心血管疾病、糖尿病、高血壓、慢性肺病、慢性腎病變、肥胖、抽煙、癌症等，特別是血液癌症、肺癌及轉移性癌症)，重症病人死亡率高達一成以上，至於重症存活的病人，通常也需要三至六週才會漸漸恢復，而嚴重 COVID-19(Coronavirus disease 2019)合併 ARDS(Acute respiratory distress syndrome)復原之病人亦可能會有肺部纖維化等問題<sup>1,2</sup>。

COVID-19 的肺炎重症個案胸部 X 光會出現快速進展的肺實質浸潤，多為雙側病灶。但是胸部 X 光對於病灶偵測的敏感度較低，許多文獻中個案呈現多以胸部電腦斷層 (computer tomography, CT) 來協助影像診斷；而肺部電腦斷層 (computer tomography, CT) 有相對較高的敏感性(97%)，但由於 COVID-19 的影像學檢查與多數病毒性肺炎類似，故其特異性較低(25%)，CT 可以看到肺部毛玻璃狀病灶 (ground glass opacity, GGO) 或肺實質化 (consolidation)，多為雙側多發性病灶，特別是在肺部週邊及下肺葉<sup>2</sup>。

## 一、現行西醫對於新冠肺炎的分級與治療處置

表 1. 台灣目前對於 SARS-CoV-2 感染(COVID-19)的相關臨床分類與治療<sup>2</sup>

分期	輕度	中度	重度	極重度	
大分類	無併發症	肺炎	嚴重肺炎	急性呼吸窘迫症候群或敗血症或敗血性休克	
臨床表現	沒有任何併發症的上呼吸道病毒性感染患者，可能出現非專一性的症狀，如：發燒、咳嗽、喉嚨痛、鼻塞、倦怠、頭痛、肌肉痠痛等。	沒有嚴重肺炎徵候的肺炎患者。無氧氣設備輔助 (room air) 下血氧飽和度 > 94%	發燒或呼吸道感染，合併下列任一項：1. 呼吸速率 > 30 下/分鐘、2. 嚴重呼吸窘迫 $PaO_2/FiO_2 < 300$ 、3. 無氧氣設備輔助 (room air) 下血氧飽合度 $\leq 94\%$ 、4. 肺浸潤 (infiltration) > 50%。	急性呼吸窘迫症候群(ARDS) 1. 時序：一周內新發生呼吸道症狀或原有之呼吸道症狀加劇；2. 胸部影像：雙側肺部斑塊，且無法只以肋膜積水、肺葉塌陷或結節解釋；3. 肺水腫：無法完全以心臟衰竭或體液容積過量解釋之呼吸衰竭。	
藥物治療	可降低死亡率藥物		需吸氧治療	高流量氧或 NIV	插管
	Casirivimab + imdevimab；或 Bamlanivimab + etesevimab <sup>(註 4)</sup>		Dexamethasone <sup>(註 1)</sup>		
	可考慮使用藥物(能加速病患臨床改善；對死亡率無明顯降低)		+Tocilizumab <sup>(註 2)</sup>	+Tocilizumab 或 +Baricitinib <sup>(註 3)</sup>	+Tocilizumab
		Remdesivir <sup>(註 5)</sup>			

註 1. Dexamethasone 使用時機：嚴重肺炎以上未使用吸氧治療下的  $SpO_2 \leq 94\%$ 、需使用吸氧治療、高流量氧氣或

非侵襲性呼吸器、機械式呼吸器或 ECMO。

- 註 2. Tocilizumab 使用時機：1.病患住院 3 天內且入住 ICU 24 小時內或未入住 ICU 但發炎指數上升(CRP  $\geq$  7.5 mg/dL)； 2.與 dexamethasone 合併用於嚴重肺炎以上之病患或與 dexamethasone + remdesivir 合併用於未使用吸氧治療下 SpO<sub>2</sub> $\leq$ 94%、需使用吸氧治療、高流量氧氣或非侵襲性呼吸器之病患。
- 註 3. Baricitinib 使用時機：1.病患住院 3 天內且入住 ICU 24 小時內或未入住 ICU 但發炎指數上升(CRP  $\geq$  7.5 mg/dL)； 2. 與 dexamethasone 或 dexamethasone + remdesivir 合併用於住院、需使用高流量氧氣或非侵襲性呼吸器但未插管病患。
- 註 4. Casirivimab + imdevimab 或 Bamlanivimab + etesevimab 使用時機：1.具以下任一風險因子未使用氧氣且於發病七天內之成人病患：(1)年齡  $\geq$  65 歲；(2)年齡  $\geq$  55 歲 且有下列任一情形：糖尿病、慢性腎病、心血管疾病(含高血壓)、慢性肺疾、BMI  $\geq$  30，或其他影響免疫功能之疾病；(3)懷孕。
- 註 5. Remdesivir 使用時機：嚴重肺炎以上，未使用吸氧治療下的 SpO<sub>2</sub> $\leq$ 94%、需使用吸氧治療、需使用高流量氧氣或非侵襲性呼吸器但未插管病患。

表 2. 台灣目前對於 SARS-CoV-2 感染(COVID-19)未納入現行治療指引的藥物<sup>1,2</sup>

總類	藥品	實證成效
蛋白酶抑制劑 (protease inhibitor)	lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV) 的複 方藥物	初步臨床實驗對於單獨使用(lopinavir/ritonavir)進行治療無顯著有意義的成效，但 LPV/RTV 合併 ribavirin 與 interferon $\beta$ -1b 用於輕度至中等嚴重程度的 COVID-19 病人的治療上，在第 2 期的人體試驗中，被證實可以有效縮短 SARS-CoV-2 的釋放時間，有利於臨床症狀的改善。
抗病毒藥物	Chloroquine (奎寧)/ Hydroxychloroquine (氫基奎寧)	大規模臨床試驗已經證實，使用氫基奎寧來治療 COVID-19 並無法改善 COVID-19 病人的死亡率，而且有更多之副作用。目前國內外各版本的準則，皆強烈反對使用此藥來治療 COVID-19。
	Ivermectin	WHO 的統合分析結論顯示 ivermectin 對死亡、插管、病毒清除或住院的效果均不確定，且試驗存在嚴重偏差，不建議在臨床試驗之外情境使用 ivermectin
單株抗體	Sotrovimab <sup>(註 1)</sup>	重症風險因子門診病患於發病五天內接受 sotrovimab 治療，似乎能降低第 29 天內住院或死亡率 (實驗組 n=291; 對照組 n= 292)
恢復期血清	Convalescent plasma <sup>(註 2)</sup>	Cochrane review 統合分析 13 個隨機對照試驗，共 48509 名病患資料顯示，對中重度 COVID-19 病患，恢復期血清無助於降低病患死亡率或改善呼吸狀況，但對輕症或無症狀病患，恢復期血清效果尚無明確證據。

註 1、註 2：此兩種藥物已經取得美國 FDA 緊急使用授權(EUA)，但在台灣仍未納入治療指引使用。

台灣現行西醫將 COVID 病程主要分成四個階段(輕度、中度、重度、極重度)，於輕度於中度以非典型症狀或是無症狀表現為主(如：發燒、乾咳、肌肉痠痛等等)，此階段主要是採取支持性療法，但對於高風險患者(如：高齡、慢性疾病、相關免疫疾病等等)可以考慮給予 Casirivimab + imdevimab 或 Bamlanivimab + etesevimab 等對於病毒進行中和抑制；但當病程進行到

重度與極重度，呼吸氧合功能受到影響，通常需要外來氧氣的給予(非侵入型或侵入型)，此時期除了抗病毒的使用(如：Remdesivir)，處理因病毒而引起的免疫風暴(cytokine storm)也被視為治療重點(如：Dexamethasone、Tocilizumab、Baricitinib 等等)(表 1)；在藥物研發過程中有些藥物已經確定療效不佳(如：奎寧)，有些藥物在美國已經取的緊急授權開始使用於治療，但台灣尚未引進(如：Sotrovimab 與 Convalescent plasma)。

## 二、大陸醫家對新冠肺炎於不同時期的證型分析<sup>11-15</sup>

藉由中國期刊網與相關書籍，蒐羅 17 位大陸醫家(周仲瑛<sup>11,15</sup>、薛伯壽<sup>12,15</sup>、晁恩祥<sup>15</sup>、熊繼柏<sup>13,15</sup>、楊春波<sup>15</sup>、王永炎<sup>15</sup>、仝小林<sup>14,15</sup>、王琦<sup>15</sup>、劉清泉<sup>15</sup>、王玉光<sup>15</sup>、苗青<sup>15</sup>、齊文升<sup>15</sup>、范伏元<sup>15</sup>、石岩<sup>15</sup>、孫增濤<sup>15</sup>、王剛<sup>15</sup>、馬家旭<sup>15</sup>等)對於新冠肺炎的治療病因與各時期主要病機/邪氣進行分析：

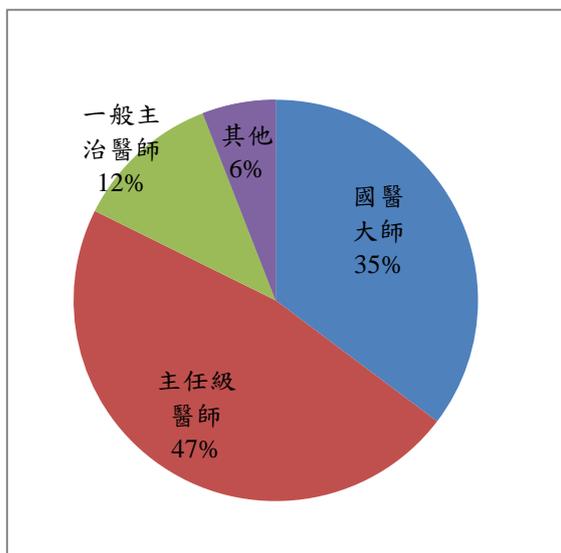


圖 1. 醫家背景分析

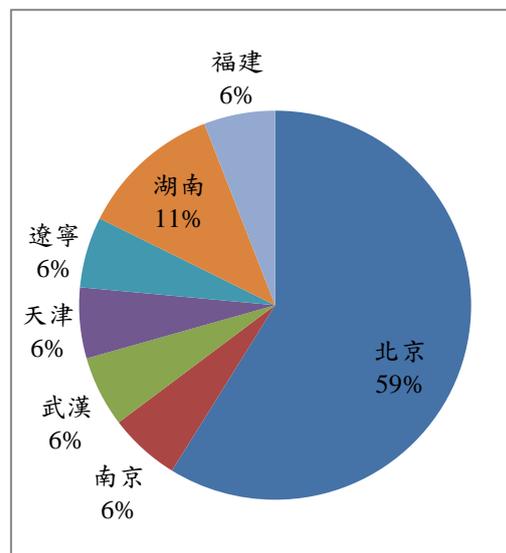


圖 2. 行醫地點

分析：此次分析收入國醫大師有周仲瑛、薛伯壽、晁恩祥、熊繼柏、楊春波、王琦等 6 位醫家(占比約 35%)；主任級或主任級以上醫師有王玉光、苗青、齊文升、范伏元、孫增濤、王永炎、仝小林、劉清泉等 8 位(占比約 47%)；一般主治醫師兩位有王剛、馬家旭等(占比約 12%)；另有石岩先生為遼寧中醫大學副校長，現以行政職為主；上述 18 位醫家，有五人為呼吸專科(胸腔科)醫師分別為孫增濤、王玉光、苗青、范伏元、馬家旭等醫家(圖 1)。

上述醫家行醫地點以北京為最多(占比約 59%)；湖南兩位分別為熊繼柏、范伏元兩位醫家(占比約：11%)；南京一位為周仲瑛先生(占比約 6%)；執業於武漢(王剛先生)、天津(孫增濤先生)、遼寧(石岩先生)、福建(楊春波)亦皆為一人(占比分別約為 6%)(圖 2)

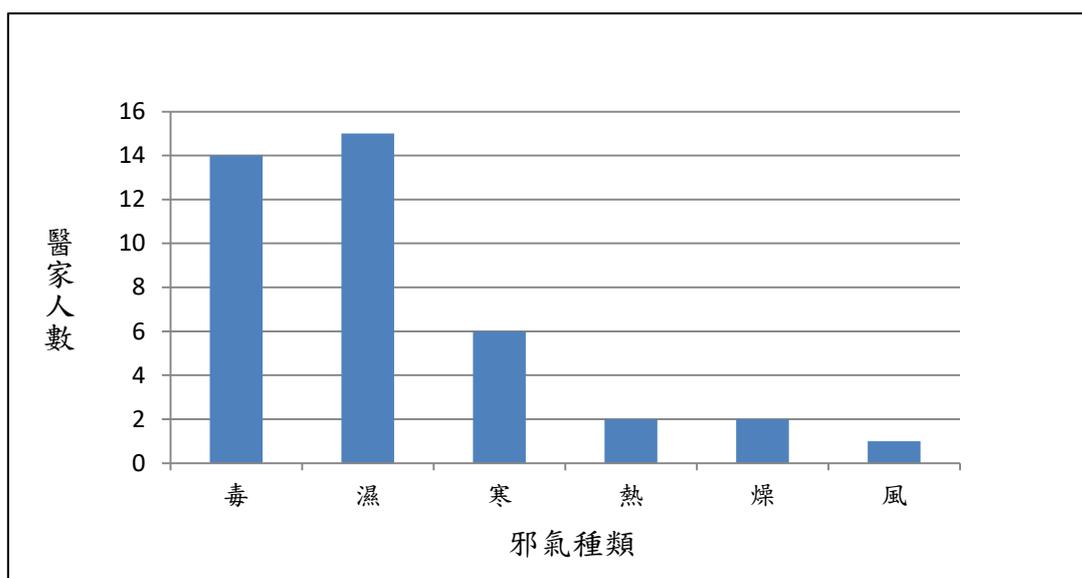


圖 3. 新冠肺炎主要致病病邪分析

分析：將近有高達 15 位醫家認為，此次的新冠病毒偏屬於中醫的濕毒邪氣，也有近 1/3 的醫家認為與寒邪也有關係(如：薛伯壽、王永炎、仝小林、石岩、孫增濤、王剛等醫家)，而熊繼柏、楊春波等兩位醫家則認為新冠病毒偏屬於濕熱邪氣，亦有兩位醫家認為與燥邪亦有一定的關連性(王永炎先生認新冠病毒是伏燥在先，寒濕居後；范伏元先生則認為其偏屬於濕毒夾燥)，其中只有石岩先生認為與風邪有所關連，並認為風寒濕毒是此病毒的主要特性(圖 3)。

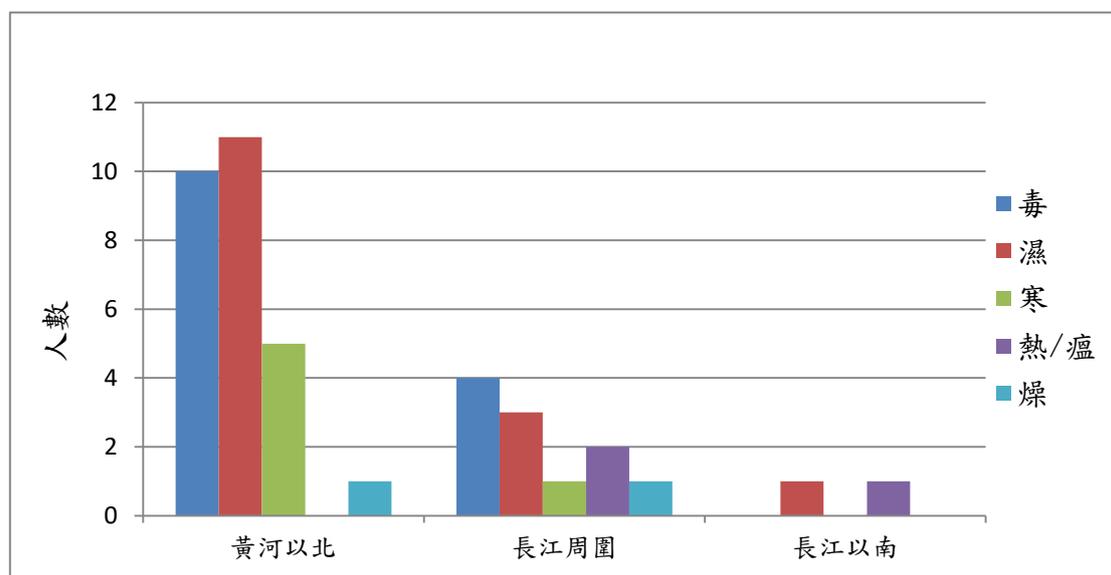


圖 4. 不同地域醫家病邪分析

就其主要病邪與其行醫地點進一步分析(圖 4)，此次蒐羅 17 位醫家們行醫地點大致可分成三大群，黃河以北(包含：北京、天津、遼寧，共 12 位)、長江周圍(包含：南京、湖南、武漢，共 4 位)、長江以南(福建，共 1 位)；不論是黃河以北或是長江周圍地區醫家皆認為濕毒邪為主要病因；對於寒邪於黃河以北約有 41.6%(5/12)的醫家認為與寒邪有關，而長江周圍與長江以南的共只有約 20%(1/5)的醫家認為與寒邪有關，南北比例有所差異，似乎南方醫家對

於寒邪描述有所下降；至於熱/瘟邪氣的描述未見於黃河以北醫家有相關論述，反觀長江周圍與長江以南的醫家有高達 60% (3/5) 的醫家認為與熱/瘟邪氣有關；而關於燥邪只有少數有提及此邪氣，南北各只有一位醫家有相關論述。

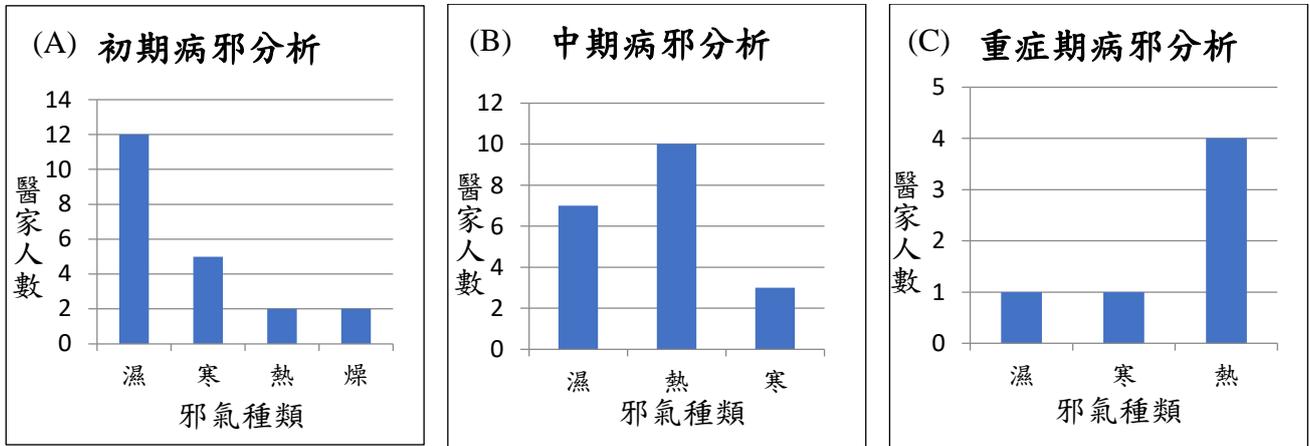
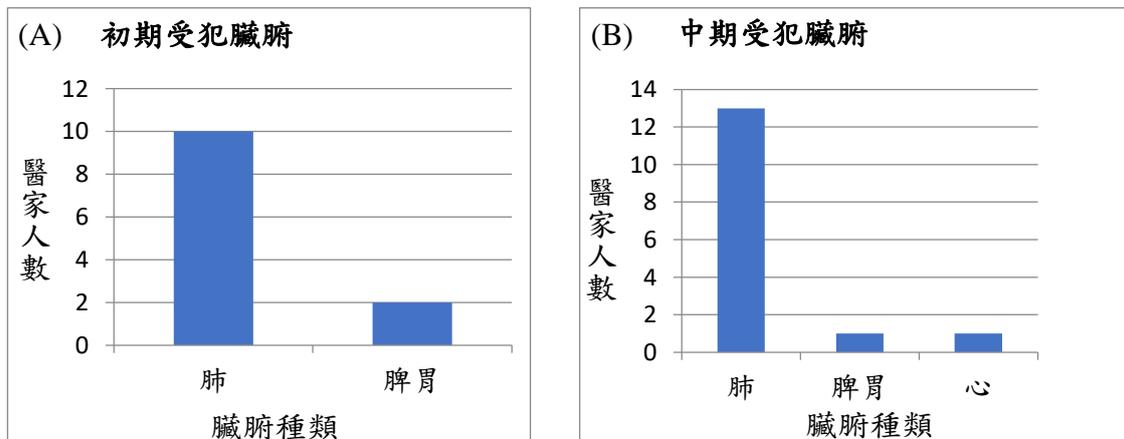


圖 5. 新冠肺炎各時期病邪分析

分析：大多數醫家認為，初感新冠病毒時期表現多與寒濕邪氣較相關(圖 5A)尤其又以濕邪為眾多醫家所認同；其中只有劉清泉、仝小林等醫家有提及熱邪，但觀其內文所表達多與受邪化熱較相關；王永炎亦有提到伏燥與鬱燥傷肺概念；但當疾病轉入中期，熱邪的表現普遍受到多數醫家認同(圖 5B)，雖然濕邪與寒邪被提及的比例相較初期有所降低，但濕邪仍然有 7 位醫家(如：周仲瑛、薛伯壽、王琦、王玉光、孫增濤、王剛、馬家旭、王剛等醫家)認為濕邪在此時期亦是不可忽略的；重症期多數醫家提及的主要證型為內閉外脫(8-9 人)，主要提及的治療方向在回陽救逆、開竅醒神，對位於邪氣的描述較減少(圖 5C)，對於血(王琦、劉清泉、齊文升等 3 位醫家)、陰(薛伯壽、熊繼柏、劉清泉、齊文升等 4 位醫家)、陽(熊繼柏、王永炎、齊文升等 3 位醫家)的論述量增加，亦有醫家開始有提到有瘀(王琦、齊文升等 2 位醫家)



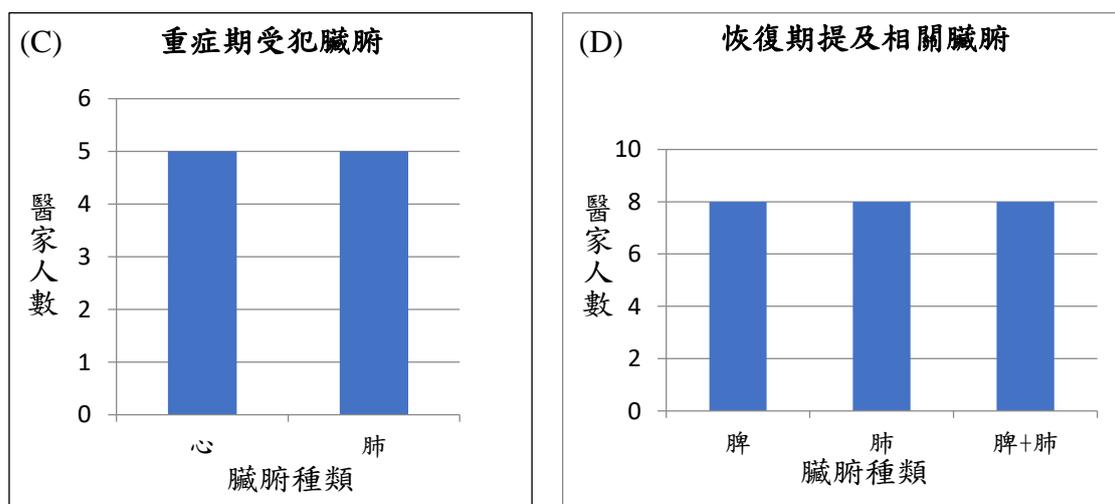


圖 6. 新冠肺炎各時期受侵犯臟腑分析

分析：在疾病初期多數醫家認為主要受犯臟腑在於肺，少數醫家提及可能兼夾影響脾胃(熊繼柏、石岩等醫家提及此疫病有侵犯脾胃的情形)(圖6A)；疾病中期多數醫家仍然認為肺為主要受犯臟腑，只有一位醫家提及與心有關係(王剛先生有提及此時期要小心有逆傳心包的情況)(圖6B)；當疾病進入重症期，與前述病邪分析所提相近，大多醫家認為此時證型以內閉外脫為主，受犯臟腑主要歸責於心與肺(圖6C)；但當疾病進入恢復期，多數醫家認為當以調理脾肺為主要治療方向，主要證型以氣陰兩虛為主，以調補脾肺氣陰津為大原則，但有醫家提出要注意濕和瘀的處理。(孫增濤提出肺脾氣虛可能同時會夾有濕；劉清泉提初出了益氣養陰可以酌用活血化瘀或是通絡散結等藥物)(圖6D)。

疾病初期，多數醫家認為以寒濕邪氣為主，邪氣以侵犯肺與脾胃為多，於上述醫家最常使用的處方前三名為：藿朴夏苓湯加減、神朮散加減、達原飲。

常用處方與醫家如下：藿朴夏苓湯(熊繼柏、楊春波、仝小林、馬家旭)、藿朴夏苓湯加黃芩(楊春波)、藿朴夏苓湯合越婢加朮湯(孫增濤)；神朮散(王玉光、苗青、仝小林、范伏元)、神朮散加梔子鼓湯(齊文升)；達原飲(王永炎、仝小林、王玉光、范伏元)；甘露消毒丹(苗青、仝小林)；藿香正氣散(王永炎、苗青)；十神犀角飲(薛伯壽)；桑菊飲和銀翹散(熊繼柏)；桑貝止嗽散合小陷胸湯(熊繼柏)；王氏連朴飲(熊繼柏)；麻杏石甘湯(王永炎)；蒿芩清膽湯(苗青)；小柴胡湯(仝小林)；蔥鼓湯合玉屏風散(王琦)；升陽益胃湯(王玉光)；羌活勝濕湯(范伏元)；四加減正氣散(石岩)；五加減正氣散(石岩)、三仁湯(馬家旭)。

疾病中重期，以濕熱邪氣侵犯肺臟為主，於上述醫家最常使用的處方前四名為：麻杏石甘湯、宣白承氣湯、升降散、甘露消毒丹。

常用處方與醫家如下：麻杏石甘湯(薛伯壽)、麻杏石甘湯(仝小林、石岩)、麻杏石甘湯合桑貝散(熊繼柏)、麻杏石甘湯合達原飲(孫增濤)、桃紅麻杏石甘湯(王琦)、麻杏石甘湯佐以活血化瘀藥物(苗青)；宣白承氣湯(王永炎、熊繼柏、仝小林、王玉光、范伏元、石岩)；升降散(王永炎、王玉光、范伏元)、定喘湯合升降散(石岩)；甘露消毒丹(王琦)、甘露消毒丹合三仁湯(薛伯壽)、瀉白散合甘露消毒丹(楊春波)、甘露消毒丹合黃芩滑石湯(齊文升)、甘露消毒丹合升降散(孫增濤)；解毒活血湯(王永炎、王玉光)、解毒活血湯合升降散(馬家旭)；麻黃附子細辛湯(王永炎)、麻黃附子細辛湯合桂枝去芍藥湯(薛伯壽)；梔子鼓湯(王琦)、三黃石膏湯合

梔子鼓湯(薛伯壽); 桂枝湯去芍藥(王永炎); 九味羌活湯(王琦); 神授太乙散(王琦); 達原飲(王琦); 雷氏芳香化濁法(馬家旭); 加減玉女煎(馬家旭); 涼膈散(王琦); 紫雪丹(王琦); 桔梗湯(王琦); 解毒承氣湯(王琦)。

疾病危重期，以邪氣侵犯心肺，而見內閉外脫之證，於上述醫家最常使用的處方前三名為：四逆湯與參附湯的加減，溫病涼開三寶或蘇合香丸、生脈散加減。

常用處方與醫家如下：四逆湯(仝小林、孫增濤)、參附湯(仝小林、孫增濤)、參附四逆湯(王玉光)、四逆湯加人參湯(范伏元、石岩)、參附四逆湯和三寶或蘇合香丸(馬家旭)、參附龍牡湯(熊繼柏)、參附龍牡湯合黃耆赤風湯(齊文升); 溫病涼開三寶(王玉光、石岩)、安宮牛黃丸(熊繼柏、王琦、范伏元)、蘇合香丸(王玉光、范伏元、馬家旭)、至寶丹(王琦); 生脈散(熊繼柏、范伏元)、生脈飲合通經逐瘀湯(王琦); 回陽救急湯(王永炎、王琦); 麻黃升麻湯(薛伯壽); 清營湯(王永炎); 三石湯(熊繼柏); 清瘟敗毒飲(王琦); 犀角地黃湯(齊文升); 清宮湯(齊文升); 加減玉女煎(齊文升)。

恢復期，脾肺氣陰兩虛為主，於上述醫家最常使用的處方前三名為：六君子湯加減、沙參麥冬湯、竹葉石膏湯加減。

常用處方與醫家如下：六君子湯(仝小林、苗青、石岩)、香砂六君子湯(王永炎)、黃耆六君子湯(熊繼柏)、香砂六君子湯合玉屏風散(齊文升); 沙參麥冬湯(熊繼柏、仝小林、苗青、范伏元); 竹葉石膏湯(仝小林、范伏元)、竹葉石膏湯加白茅根蘆根(王永炎)、益胃湯合竹葉石膏湯(齊文升); 益胃湯(王琦、范伏元); 生脈散(仝小林、范伏元、石岩); 五葉蘆根湯(王玉光、馬家旭); 清暑益氣湯(范伏元)、來復湯合王氏清暑益氣湯(孫增濤); 百合固金湯(王琦)、清燥養榮湯(王琦); 左歸飲(范伏元)、五味子湯(石岩)、參苓白朮散(孫增濤)。

台灣目前中醫治療現況回顧，衛生福利部中醫藥研究所，於2020年四月，開使進行中藥應用於新冠肺炎的臨床與相關實驗室研究，並發現「清冠一號」(組成：黃芩、魚腥草、桑葉、防風、栝蒌實、板藍根、炙甘草、厚朴、薄荷、荊芥)應用於新冠肺炎輕症的患者，或許能藉由降低與棘蛋白的親合力和3CL蛋白酶活性，並抑制巨噬細胞中IL-6 and TNF- $\alpha$ 的表現，來達到抑制新冠肺炎<sup>16</sup>; 隨著疫情的爆發確診人數散佈全台，中國醫藥大學附設醫院中醫部同時亦組建新冠肺炎治療小組並與感染科以及胸腔科進行合作，對收置於負壓隔離病房的患者進行視訊診治，並觀察發現到重症期患者的舌苔以白厚膩等濕濁表現為主，也觀察到在使用中藥治療後舌苔的變化似乎與患者的疾病轉變有很大的相關聯性，如：當治療後舌苔由白厚膩轉成薄白時，患者的呼吸喘悶的臨床症狀與所需要外加氧氣的情形也有所改善；而當患者臨床狀況惡化(如肺炎加重等)時舌苔容易見其白厚膩苔再現(可於1-2天內有顯著改變)，可以做為新冠肺炎遠距醫療視訊時的中醫診療依據。而目前臺灣確診人數以台北市與新北市居多，於110年7月初新北中醫師公會演講中 恩主公醫院中醫部 中醫內科主任 廖唯宇醫師，也分享到其治療15例(多數為重度)新冠肺炎思路，發病初期以清冠一號當成主方進行治療，若以六經進行分析，疾病初期屬於邪氣太陽、少陽，可以考慮以清冠一號為主方與五苓散、麻杏甘石湯合用，若有侵犯到消化功能偏屬侵犯到太陰可以考慮使用加入藿香正氣散，若已經進入危重症偏屬少陰可以使用四逆湯進行治療。另外陳建輝醫師也分享診所治療經驗(以輕症為主)，提到常用清冠一號配合金銀花、桔梗；荊防敗毒散、銀翹散配合魚腥草、板藍根、瓜蒌實、黃芩、甘草、陳皮、半夏等藥物，依照患者不同證型配合不同處方，並提及可以配合水

煎藥並提高服藥頻次(3-4 小時一次)，能增加治療成效。

除了傳統的辨證與治療經驗的累積分享，中國醫藥大學 學士後中醫系 張東迪主任 亦提出依目前研究看來在病毒引起的 ARDS 會造成肺部透明質酸(Hyaluronan)分泌增加，而透明質酸量的多寡與 ARDS 的預後有很大相關性，而透明質酸俗稱為玻尿酸，屬於黏稠狀物質，與中醫的痰飲略有其相似之處，過多此類物質填充於肺部會影響肺部擴張與氧合功能，可以將中西醫病生理結合做為另一種臨床治療思考方向；而近日來中國醫藥大學校長洪明奇院士，也運用新組建之分子細胞快篩平台，對於 FDA 核可的臨床藥物與具有抗冠活性的中藥進行研究，並將研究成果與臨床結合，進一步研發出對於 SARS-CoV2 新的中藥方劑「中醫大抗冠方劑」，並證實其有抑制棘狀蛋白與宿主細胞表面受體 ACE2 之結合之功效，達到預防病毒侵襲人體，減少感染的機會<sup>17,18</sup>。

## 結論：

隨著時間與疫情的發展，現行西醫的治療方向已從舊有的抗病毒藥物的使用(如：Remdesivir)，逐漸更新發展到處理新冠肺炎引起的免疫風暴(cytokine storm)(如：Dexamethasone、Tocilizumab、Baricitinib 等等)；但由於台灣目前感染後死亡 4.31%遠高於世界平均 2.17%，故而本篇文章的希望藉由統整歸納現行台灣西醫對於新冠肺炎的分期治療與大陸醫家的不同時期對新冠肺炎的臟腑病邪分析，提供臨床治療參考。

輕症與中度患者西醫無特殊介入策略，多為支持性療法，在中醫的辨證或許偏屬於濕毒邪氣兼夾寒邪侵犯肺系，在此階段或許可以於辨證下提早給予藥物，截斷病邪傳變，降低其發展成為重症的比率；在重度患者，因其氧和已經出現問題(如：肺浸潤、血氧下降)，開始明顯出現有明顯呼吸喘悶、乾咳的症狀(如：呼吸窘迫、呼吸速率上升)，但此時往往患者意識相當清醒，西醫視情況會開始給予 Dexamethasone、Tocilizumab、Baricitinib 等藥物，中醫在此階段或許一來可以藉由清除濕熱邪、顧護調理肺氣宣降並與西醫協同緩解其呼吸窘迫，避免進展致侵入型呼吸氣的使用，二來處理其各式各樣的兼症乾咳、焦慮、失眠、食納下降等降低疾病的不適感。若是疾病進展到極重度，通常會逐漸影響到其意識，甚至是需要使用到各式維生器材；若是已經進入到恢復期，西醫亦無特殊處理方式，但中醫可從脾肺調理其氣陰，並處理期病後代謝廢物(如痰瘀等)來幫助患者即早復原從歸正常生活；以期在中西醫共同照護的制度下，能降低患者死亡率並減少患者回歸正常生活的時間。

## 參考文獻：

1. 陽光耀，廖文進，方文豐等：新型冠狀病毒感染 (COVID-19)重症照護暫行共識。台灣胸腔暨重症加護醫學會。2021 年 5 月 24 日第二版；10-11,15-16。
2. 行政院衛生福利部疾病管制署。新型冠狀病毒 SARS-CoV-2 感染臨床處置暫行指引。2021 年 6 月 23 日第十二版；4-11,16-19,32-36。
3. 高國晉，陽光耀，張厚台等：新型冠狀病毒感染(COVID-19)併發急性呼吸衰竭臨床處置指引。台灣胸腔暨重症加護醫學會。2020 年 5 月 4 日第二版；27-28。

4. CDC. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection. Updated Feb. 16, 2021. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
5. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia J, Yu T, Zhang X, Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet Journal* 2020 ;395 ;507-512
6. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, Wang B, Xiang H, Cheng Z, Xiong Y, Zhao Y, Li Y, Wang X, Peng Z. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *The Journal of the American Medical Association* 2020;323;1061-1068
7. Carlos del Rio, MD1; Preeti N. Malani. 2019 Novel Coronavirus—Important Information for Clinicians. *The Journal of the American Medical Association* 2020;323;1039-1040
8. Corticosteroids for COVID-19 Living guidance. WHO 2 September 2020.
9. Therapeutics and COVID-19 Living guideline. WHO 17 December 2020.
10. NIH. Therapeutic Management of Adults With COVID-19. Last Updated: May 24, 2021. Available at: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/management/therapeutic-management/>
11. 陳劍坤，蔡書賓，張溪：從周仲瑛“三毒學說”探討新型冠狀病毒肺炎早、中期中醫診治思路：中國中醫急癥 2020；29；1891-1893。
12. 孫良明，陳勁松，薛燕星，薛伯壽：國醫大師薛伯壽治療新型冠狀病毒肺炎思路，世界中西醫結合雜誌 2020；15；393-401。
13. 陳青揚，劉佑輝，王偉：國醫大師熊繼柏對新型冠狀病毒肺炎的辨治方略，湖南中醫藥大學學報 2020；40；267-270。
14. 仝小林，李修洋，趙林華：從“寒濕疫”角度探討新型冠狀病毒肺炎的中醫藥防治策略，中醫雜誌，2020；61；465-469。
15. 仝小林：新冠肺炎中醫診療與研究。科學出版社。2020/07 第二版。頁 199-205。
16. Keng-Chang Tsai, Yi-Chia Huang, Chia-Ching Liaw, Chia-I Tsai, Chun-Tang Chiou, Chien-Jung Lin, Wen-Chi Wei, Sunny Jui-Shan Lin, Yu-Hwei Tseng, Kuo-Ming Yeh, Yi-Ling Lin, Jia-Tsrong Jan, Jian-Jong Liang, Chun-Che Liao, Wen-Fei Chiou, Yao-Haur Kuo, Shen-Ming Lee, Ming-Yung Lee, Yi-Chang Su. A traditional Chinese medicine formula NRICM101 to target COVID-19 through multiple pathways: A bedside-to-bench study. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2021,133,1-10
17. Huang ST, Chen Y, Chang WC, Chen HF, Lai HC, Lin YC, Wang WJ, Wang YC, Yang CS, Wang SC, Hung MC. *Scutellaria barbata* D. Don Inhibits the Main Proteases (Mpro and TMPRSS2) of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection. *Viruses*. 2021/05,13(5),826.
18. 中國醫藥大學，《中醫大抗冠方劑》問世～中國醫藥大學校長洪明奇院士帶領抗新冠科研團隊，聚焦抑制印度、英國以及南非變病毒株發表研究成果，[https://www.cmu.edu.tw/news\\_detail.php?id=4889](https://www.cmu.edu.tw/news_detail.php?id=4889)

## Brief Summary of Traditional Chinese and Western Medicine Treatment for COVID-19

I-Chang Chi<sup>1</sup>, Ing-Shiow Layl<sup>2,3</sup>, Sheng-Teng Huang<sup>1,4</sup>, Yu-Chia Tu ,Hung-Jen Lin<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup> China Medical University Hospital, Chinese Internal Medicine, Taichung, Taiwan.

<sup>2</sup> School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan.

<sup>3</sup> Department of Chinese Medicine, China Medical University Peikang Hospital, Yun-Lin, Taiwan

<sup>4</sup> School of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

<sup>5</sup> Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital, Taipei Branch, Taipei, Taiwan

### Abstract

The COVID-19 outbreak in Taiwan from May 2021 , leading to widespread community transmission and causing hundreds of deaths. The physiological mechanism about SARS-CoV-2 infection is not clear and treatments and drugs are changed in accordance with new research and findings. Now, we integrate the current classification of COVID-19 (mild, moderate, severe, and critical) and the treatments followed by Taiwan, and we also analyze the experience of 17 traditional chinese medicine experts in china on pathogenic factors and visceral involvement in different period. In the early stage, cold and dampness pathogens invaded the lung and stomach. In the middle stage, the syndrome of heat and dampness-toxin congesting and obstructing lung were the most common. In severe cases, the internal blockade and external collapse was the most common syndrome. In the recovery period, the most common syndrome was Qi and Yin vacuity in lung and spleen. However, Western medicine has no special intervention strategies for mild and moderate patients. Perhaps under the treatment of syndrome differentiation and prescription of chinese medicine is an opportunity to cut off the transmission of disease progressing from mild to severe.

**Keywords:** coronavirus disease, Coronavirus disease 2019(COVID-19), pneumonia, Chinese Medicine

