

Odborný konsenzus o komplexní léčbě koronavirových chorob v Šanghaji 2019

Shanghai Medical Association před 1 týdnem



[Poznámka editora]

1. března čínský deník infekčních nemocí, který hostil Šanghajská lékařská asociace, předběžně zveřejnil „Odborný konsenzus o komplexní léčbě Coronavirus v Šanghaji 2019“ (<http://rs.yiigle.com/m/yufabiao/1183266>).htm), který v tomto odvětví upoutal širokou pozornost. Šanghajská televize také informovala o zprávách včera večer. K tomuto konsensu dosáhlo 30 odborníků, kteří představují nejsilnější lékařskou sílu v léčbě pneumonie nového typu v koronaviruse v Šanghaji. Na základě výzkumu a shrnutí více než 300 klinických pacientů a plně využívajících zkušeností domácích a zahraničních protějšků byl nakonec vytvořen „Šanghajský plán“. Na konci článku je přiložen seznam 30 odborníků (18 odborníků na psaní a 12 poradců) z různých lékařských institucí v Šanghaji.

Onemocnění virem Corona 2019 (COVID-19) bylo poprvé hlášeno 31. prosince 2019 ve Wuhan v provincii Hubei. COVID-19 je jako respirační infekční

choroba zařazena do infekčních nemocí třídy B stanovených v zákonu Čínské lidové republiky o prevenci a kontrole infekčních nemocí a je řízena jako infekční choroba třídy A.

S prohlubováním porozumění nemoci COVID-19 nashromáždil určité množství zkušeností s prevencí a kontrolou COVID-19. Expertní skupina pro klinickou léčbu nových koronárních virových onemocnění v Šanghaji sleduje Národní program diagnostiky a léčby nové koronární virové pneumonie a plně využívá zkušeností s kolegy doma i v zahraničí s cílem zlepšit úspěšnost klinické léčby a snížit úmrtnost pacientů, zabránit pokroku v nemoci a postupně snižovat nemoc. Podíl pacientů se závažným onemocněním zlepšuje jejich klinickou prognózu. Na základě neustálé optimalizace a zdokonalování léčebného plánu byl vytvořen odborný konsenzus o příslušné klinické diagnóze a léčbě.

I. Etiologie a epidemiologické charakteristiky

2019 nový koronavirus (2019-nCoV) je nový koronavirus patřící do rodu β . Dne 11. února 2020 Mezinárodní výbor pro taxonomii virů (ICTV) pojmenoval virus závažný akutní respirační syndrom koronavirus 2 (SARS-CoV-2). Pacienti s infekcí COVID-19 a asymptomatickou infekcí mohou přenášet 2019-nCoV. Přenos respiračních kapiček je hlavní cestou přenosu a může být také přenášen kontaktem. Existuje také riziko přenosu aerosolu ve stísněných uzavřených prostorech. Pacienti COVID-19 mohou detekovat 2019-nCoV ve stolici, moči a krvi, někteří pacienti mohou stále testovat pozitivní na fekální patogenní nukleovou kyselinu i po negativním testu na patogenní nukleové kyseliny u respiračních vzorků. Dav je obecně citlivý. U dětí, kojenců a malých dětí se také vyvine onemocnění, ale stav je relativně mírný.

Klinické charakteristiky a diagnostika

A) klinické vlastnosti

Inkubační doba je 1 až 14 d, většinou 3 až 7 d, s průměrem 6,4 d. Hlavními příznaky jsou horečka, únava a suchý kašel. Může být doprovázena rýmou, bolestmi v krku, sevřením hrudníku, zvracením a průjmem. Někteří pacienti mají mírné příznaky a několik pacientů nemá žádné příznaky nebo zápal plic.

Starší lidé a lidé trpící základními onemocněními, jako je cukrovka, vysoký krevní tlak, koronární aterosklerotické onemocnění srdce a extrémní obezita, mají po infekci tendenci vyvinout vážné onemocnění. U některých pacientů se objeví příznaky, jako je dušnost, do jednoho týdne po nástupu onemocnění, v závažných případech mohou progredovat do syndromu akutní respirační tísně (ARDS) a dysfunkce více orgánů. Čas dogrese na závažné onemocnění byl

přibližně 8,5 dne. Stojí za povšimnutí, že v průběhu těžkých a kriticky nemocných pacientů může být mírná až nízká horečka, a to i bez zjevné horečky. Většina pacientů má dobrou prognózu a úmrtí je častější u starších osob a u pacientů s chronickým základním onemocněním.

Časná CT vyšetření ukázala několik malých skvrn nebo stínů broušeného skla a vnitřní struktura CT skenů byla zesílena ve formě mřížkových kabelů, což bylo zřejmé ve vnější plicní zóně. O několik dní později se léze zvýšily a rozsah se rozšířil a vykazovaly rozsáhlé plíce, vícenásobné stíny broušeného skla nebo infiltrující léze, z nichž některé vykazovaly konsolidaci plic, často s příznaky bronchiální inflace, a pleurální výpotky byly vzácné. Malý počet pacientů postupoval rychle a zobrazovací změny dosáhly vrcholu ve dnech 7 až 10 kurzu. Typický výkon „bílých plic“ je vzácný. Po vstupu do období zotavení jsou léze sníženy, rozsah je zúžen, exsudativní léze jsou absorbovány, objevuje se část stínu optického kabelu a léze některých pacientů mohou být úplně absorbovány.

V časném stádiu onemocnění byl celkový počet bílých krvinek v periferní krvi normální nebo snížený a počet lymfocytů byl snížen. Někteří pacienti mohou mít abnormální funkci jater a hladiny laktátdehydrogenázy, svalového enzymu a myoglobinu se zvýšily; Většina pacientů měla zvýšené hladiny CRP a ESR a normální hladiny prokalcitoninu. Ve vážných případech jsou hladiny D-dimeru zvýšené, další koagulační indikátory jsou abnormální, hladiny kyseliny mléčné jsou zvýšené, lymfocyty periferní krve a CD4 + T lymfocyty jsou postupně snižovány a poruchy elektrolytů a acidobazické nerovnováhy jsou způsobeny metabolickou alkalózou. Zobrazit více. Během fáze progresu onemocnění se mohou objevit zvýšené hladiny zánětlivých cytokinů (jako je IL-6, IL-8 atd.).

(Dvě) diagnostická kritéria

1. Podezřelý případ: V kombinaci s následující epidemiologickou anamnézou a klinickými projevy. Podezřelé případy byly diagnostikovány jako epizootologické anamnézy a splňující kterékoli z dvou klinických projevů, nebo bez jasné epidemiologické anamnézy, ale splnění tří klinických projevů. ① Epidemiologická anamnéza: cestovní historie nebo historie pobytu ve městě Wuhan a okolních oblastech nebo jiných komunitách s případovými zprávami do 14 dnů před nástupem; historie kontaktu s infekcí 2019-nCoV (pozitivní test nukleové kyseliny) do 14 dnů před nástupem. Pacienti s horečkou nebo respiračními příznaky z Wu-chanu a okolních oblastí nebo z komunit s případovými zprávami do 14 dnů před nástupem choroby; ② Klinické projevy:

horečka a / nebo respirační symptomy, s výše uvedenými zobrazovacími rysy nové pneumonie coronavirus; celkový počet bílých krvinek je v počátečním stadiu nástupu normální nebo snížený a počet lymfocytů je snížen.

2. Potvrzené případy: Osoby s jedním z následujících etiologických důkazů jsou diagnostikovány jako potvrzené případy. Fluores PCR fluorescenční reverzní transkripce v reálném čase detekovala pozitivní nukleovou kyselinu 2019-nCoV. Sequ Virové genové sekvenování odhalilo vysokou homologii se známým 2019-nCoV. ③ Kromě výtěrů z nosohltanu si vezměte co nejvíce sputum. Pacienti podstupující tracheální intubaci mohou shromažďovat sekrece dolních dýchacích cest a posílat pozitivní test na nukleové kyseliny.

(Tři) diferenciální diagnostika

Vyznačuje se zejména od jiných známých virových pneumonií, jako je chřipkový virus, virus parainfluenzy, adenovirus, respirační syncytiální virus, rinovirus, lidský metapneumovirus, závažný akutní respirační syndrom (SARS), koronaviry atd. , Na rozdíl od Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumonia a bakteriální pneumonie. Kromě toho se musí odlišit od neinfekčních nemocí, jako jsou plicní intersticiální léze a organizující se pneumonie způsobená chorobami pojivové tkáně, jako je vaskulitida a dermatomyozitida.

(Čtyři) klinická klasifikace

1. Mírné: Klinické příznaky jsou mírné a při zobrazovacím vyšetření nejsou žádné projevy pneumonie.

2. Obyčejný typ: horečka, příznaky dýchacích cest atd. Projevy pneumonie při zobrazovacím vyšetření.

Mělo by být posíleno včasné varování před závažnými případy běžných pacientů. Na základě současných klinických studií byli starší pacienti (ve věku > 65 let) se základními onemocněními, počet CD4 + T lymfocytů <250 / μ L, hladina IL-6 v krvi se významně zvýšila a léze byly zjištěny při zobrazování plic 2 až 3 dny Významný pokrok > 50%, mléčná dehydrogenáza (LDH) > 2násobek horní hranice normální hodnoty, krevní kyselina mléčná ≥ 3 mmol / l, metabolická alkalóza atd. Jsou ukazatele včasného varování před závažným onemocněním.

3. Těžký: Kterákoli z následujících. ① dušnost, rychlost dýchání ≥ 30 krát / min; ② v klidovém stavu nasycení arteriálním kyslíkem (SaO_2) $\leq 93\%$; ③ parciální parciální tlak kyslíku, PaO_2 / frakce inspirovaného kyslíku (FiO_2) <300 mmHg (1 mmHg = 0,133 kPa). Ve vysokých nadmořských výškách (nad 1 000 m) by měl být PaO_2 / FiO_2 korigován podle následujícího vzorce: PaO_2 / $\text{FiO}_2 \times [\text{Atmosférický tlak (mmHg)} / 760]$.

Plicní zobrazovací vyšetření ukázalo, že léze progredovaly významně během 24 až 48 hodin a že léze s více než 50% lézí byly léčeny jako závažné.

4. Nebezpečný: Osoba, která splňuje některou z následujících podmínek, může být považována za kritickou. ① Dochází k respiračnímu selhání a vyžaduje mechanickou ventilaci; ② Šok nastává; ③ V kombinaci s jiným selháním orgánů je vyžadováno monitorování a léčba ICU.

(5) Klinické monitorování

Denně jsou sledovány klinické projevy, vitální funkce, objem tekutin, gastrointestinální funkce a duševní stav pacienta.

Všichni pacienti byli dynamicky sledováni na konečnou saturaci kyslíkem v krvi. U kriticky nemocných a kriticky nemocných pacientů se provádí včasná analýza krevních plynů podle změn stavu: krevní rutina, elektrolyty, CRP, prokalcitonin, LDH, ukazatele koagulačních funkcí, kyselina mléčná v krvi atd. Se testují nejméně jednou za 2 dny; funkce jater, funkce ledvin, ESR, IL-6, IL-8, podskupiny lymfocytů, nejméně jednou za 3 dny, vyšetření hrudníku, obvykle každé 2 dny. U pacientů s ARDS se rutinní ultrazvukové vyšetření srdce a plic u lůžka doporučuje sledovat extravaskulární plicní vodu a srdeční parametry. Monitorování pacientů s mimotelovou kyslíkovou membránou (ECMO) viz implementační část ECMO.

Léčebný plán

(A) antivirové ošetření

Můžete vyzkoušet hydroxychlorochin sulfát nebo chlorochin fosfát, nebo Abidol pro orální podání, interferon nebulizací a inhalací, interferon K je výhodný a lze také použít interferon a doporučený národním schématem. Nedoporučuje se používat 3 nebo více antivirových současně. Virová nukleová kyselina by měla být zastavena včas poté, co se stane negativní. Účinnost všech antivirových léčiv je třeba ještě zhodnotit v dalších klinických studiích.

U pacientů se závažnými a kritickými pozitivními virovými nukleovými kyselinami mohou být pacienti s regenerací testováni na regenerační plazmu. Podrobný provoz a léčba nežádoucích účinků naleznete v "Programu klinické léčby pro zotavení nových pacientů s koronární pneumonií během období zotavení" (zkušební verze 1). Infuze do 14 dnů od počátku může být účinnější. Je-li virová nukleová kyselina kontinuálně detekována v pozdějším stádiu onemocnění, může být také vyzkoušeno období zotavení plazmatické léčby.

(Dva) léčba lehkých a běžných pacientů

Je třeba posílit podpůrnou léčbu, aby bylo zajištěno dostatečné teplo, věnujte pozornost rovnováze vody a elektrolytů, aby byla zachována stabilita vnitřního prostředí, pečlivě sledujte vitální funkce pacienta a saturaci kyslíkem prstu. Poskytněte účinnou kyslíkovou terapii včas. Antibakteriální látky a glukokortikoidy se v zásadě nepoužívají. Stav pacienta je třeba pečlivě sledovat. Pokud onemocnění výrazně progreduje a existuje riziko, že se stane závažným, doporučuje se přijmout komplexní opatření, která zabrání progresi onemocnění na závažné. Nízkodávkové glukokortikoidy s krátkým průběhem mohou být použity s opatrností (specifické protokoly najdete v aplikační části glukokortikoidů).). Doporučuje se antikoagulace heparinem a vysoké dávky vitamínu C. Heparin s nízkou molekulovou hmotností 1 až 2 denně pokračoval, dokud se hladina D-dimeru pacienta nevrátila k normálu. Jakmile je produkt degradace fibrinogenu (FDP) $\geq 10 \mu\text{g} / \text{ml}$ a / nebo D-dimer $\geq 5 \mu\text{g} / \text{ml}$, přepněte na nefrakcionovaný heparin. Vitamin C se podává v dávce 50 až 100 mg / kg za den a doba nepřetržitého používání je zaměřena na významné zlepšení indexu oxygenace. Pokud se léze plic vyvíjejí, doporučuje se aplikovat širokopásmový inhibitor proteázy s širokým spektrem ulinastatinu v dávce 600 až 1 milion jednotek / den, dokud se nezlepší vyšetření plic. V případě „cytokinové bouře“ se doporučuje intermitentní krátká venoinální hemofiltrace (ISVVH).

(III) podpůrná léčba orgánových funkcí u těžkých a kriticky nemocných pacientů

1. Ochrana a udržování oběhové funkce: implementovat princip včasné aktivní řízení výměny tekutin. Doporučuje se vyhodnotit efektivní objem a zahájit tekutinovou terapii co nejdříve po přijetí. Závažní pacienti si mohou vybrat intravenózní nebo transklonální resuscitaci tekutin v závislosti na podmínkách. Výhodným doplňkem je laktátový Ringerův roztok. Pokud jde o vazoaktivní léky, doporučuje se noradrenalin a dopamin udržovat cévní tonus a zvyšovat srdeční výdej. U pacientů se šokem je norepinefrin první volbou. Doporučuje se zahájit podávání nízkodávkových vazoaktivních léků současně s resuscitací tekutin, aby byla zachována stabilita oběhu a zabráněno nadměrné infuzi tekutin. Kardioprotektivní léky se doporučují pro těžce a kriticky nemocné pacienty a sedativům, která inhibují srdce, se co nejvíce vyhneme. U pacientů se sinusovou bradykardií lze použít isoprenalin. U pacientů se sinusovým rytmem, srdeční frekvencí <50 tepů / min a hemodynamickou nestabilitou, intravenózním čerpáním malých dávek isoproterenolu nebo dopaminu k udržení srdeční frekvence přibližně 80 tepů / min.

2. Omezte plicní intersticiální zánět: 2019-nCoV vede k závažným plicním intersticiálním lézím, které mohou způsobit zhoršení funkce plic. Doporučuje se použít velkou dávku širokospektrálního inhibitoru proteázy ulinastatinu.

3. Ochrana renálních funkcí: Doporučuje se co nejdříve přiměřená antikoagulační terapie a vhodná tekutinová terapie. Pro prevenci, ochranu a udržování oběhové funkce viz kapitola "Bouře cytokinů".

4. Ochrana funkce střeva: Prebiotika mohou být použita ke zlepšení střevní mikrobiologie pacientů. K perorálnímu podání nebo klystýru použijte surový rebarbor (15-20 g plus 150 ml teplé vroucí vody) nebo odvar Dachengqi.

5. Nutriční podpora: preferována je parenterální výživa, nazální výživa nebo jejunum. Výhodný je celý proteinový nutriční přípravek a energie je 25 až 35 kcal / kg (1 kcal = 4,184 kJ) za den.

6. Prevence a léčba bouře s cytokiny: Doporučuje se používat velké dávky vitamínu C a nefrakcionovaného heparinu. Velké dávky vitamínu C jsou injikovány intravenózně v dávce 100 až 200 mg / kg za den. Trvání nepřetržitého používání je pro významné zlepšení indexu okysličení. Dávka širokospektrálního proteázového inhibitoru ulinastatinu, při 1,6 milionu jednotek, jednou za 8 hodin, za mechanického větrání, kdy lze index kyslíku > 300 mmHg snížit na 1 milion jednotek / d. Lze použít antikoagulaci. Léčba chrání endoteliální buňky a snižuje uvolňování cytokinů. Pokud FDP $\geq 10 \mu\text{g} / \text{ml}$ a / nebo D-dimer $\geq 5 \mu\text{g} / \text{ml}$, antikoagulace se podává nefrakcionovanému heparinu (3 až 15 IU / kg za hodinu). Heparin se používá poprvé. Koagulační funkce pacienta a krevní destičky musí být znovu vyšetřeny o 4 h později. ISVVH se používá 6 až 10 hodin každý den.

7. Sedace a umělé hibernace: Pacienti, kteří podstupují mechanickou ventilaci nebo dostávají ECMO, musí být sedatováni na základě analgezie. U pacientů s těžkou konfrontací člověk-stroj během zřizování umělých dýchacích cest se doporučuje krátkodobé použití nízko-dávkových svalových relaxancií. Hibernační terapie se doporučuje u těžkých pacientů s indexem oxygenace < 200 mmHg. Léčba umělou hibernací může snížit metabolismus těla a spotřebu kyslíku a současně rozšířit plicní krevní cévy, aby se významně zlepšilo okysličení. Doporučuje se používat kontinuální intravenózní bolusovou léčbu a krevní tlak pacienta by měl být pečlivě sledován. Používejte opioidy a dexmedetomidin opatrně. Protože těžce nemocní pacienti mají často zvýšené hladiny IL-6 a snadno způsobují distenzi břicha, je třeba se vyhnout opioidům, 2019-nCoV může stále inhibovat funkci sinusového uzlu a způsobovat sinusovou bradykardii, proto by měl být používán s opatrností při Inhibiční

sedativa. Aby se předešlo výskytu a exacerbaci plicních infekcí a aby se zabránilo prodloužené nadměrné sedaci, pokuste se svaly uvolnit co nejdříve. Hloubku sedace se doporučuje pečlivě sledovat.

8. Kyslíková terapie a podpora dýchacích cest: ① nosní kanyla nebo maskovaná kyslíková terapie, $\text{SaO}_2 \leq 93\%$ za klidu, nebo $\text{SaO}_2 < 90\%$ po aktivitě nebo index kyslíku ($\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$) 200-300 mmHg; S dýchacími potížemi nebo bez nich se doporučuje kontinuální kyslíková terapie. Oxygen Vysokofrekvenční kyslíková terapie nosní kanyly (HFNC), příjem nosní kanyly nebo maskování kyslíkové terapie po dobu 1–2 hodin, okysličení nesplňuje požadavky na léčbu a dechové tísně se nezlepší nebo hypoxemie během léčby A / nebo zhoršení respiračních potíží nebo index kyslíku 150 až 200 mmHg, doporučuje se HFNC. ③ Neinvazivní přetlaková ventilace (NPPV), která dostává 1 až 2 hodiny okysličení HFNC, nedosáhne léčebného účinku a nedochází ke zlepšení respirační tísně nebo hypoxémie a / nebo exacerpace respirační tísně během léčby nebo Je-li index kyslíku 150 ~ 200 mmHg, lze zvolit NPPV. ④ Invazivní mechanická ventilace, léčba HFNC nebo NPPV nesplňuje požadavky na léčbu po dobu 1 až 2 hodin okysličení a respirační úzkost se nezlepší, nebo hypoxémie a / nebo zhoršení respiračních potíží během léčby nebo index kyslíku < 150 mmHg; je třeba zvážit invazivní ventilaci. Upřednostňovány jsou ochranné ventilační strategie s malým přílivovým objemem (4-8 ml / kg ideální tělesné hmotnosti).

9. Provádění ECMO: Ti, kteří splňují jednu z následujících podmínek, mohou zvážit zavedení ECMO. ① $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 50$ mmHg po dobu delší než 1 h; ② $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 80$ mmHg po dobu delší než 2 h; ③ Arteriální krev $\text{pH} < 7,25$ s $\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg po dobu delší než 6 hodin. Režim ECMO je výhodný pro intravenózně žilní ECMO.

(4) Zvláštní problémy a léčba v léčbě

1. Aplikace glukokortikoidů: Používejte glukokortikoidy opatrně. Zobrazování ukázalo významný pokrok v pneumonii: Pacienti se $\text{SaO}_2 \leq 93\%$ nebo dušností (respirační frekvence ≥ 30 dechů / min) nebo indexem kyslíku ≤ 300 mmHg ve stavu bez inhalace kyslíku. Glukokortikoidy lze přidávat s rizikem intubace. Pacientům se doporučuje, aby okamžitě přerušili používání glukokortikoidů, když intubace nebo podpora ECMO může udržovat účinné koncentrace kyslíku v krvi. U pacientů bez závažného stavu, kteří užívají methylprednisolon, je doporučená dávka kontrolována na 20 až 40 mg / d, závažní pacienti na 40 až 80 mg / d a průběh léčby je obvykle 3 až 6 dnů. Může být zvýšena nebo snížena podle tělesné hmotnosti.

2. Použití imunoregulačních léků: Subkutánní injekce thymosinu 2 až 3krát týdně má určité účinky na zlepšení imunitní funkce pacienta, prevenci zhoršování nemoci a zkrácení doby detoxikace. Vzhledem k nedostatku specifických protilátek není vysokodávková intravenózní imunoglobulinová terapie v současné době podporována. U některých pacientů je však nízká hladina lymfocytů a riziko koinfekce jinými viry. Lidský imunoglobulin může být infundován intravenózně při 10 g / d po dobu 3 až 5 dnů.

3. Přesná diagnostika a léčba kombinovaných bakteriálních a mykotických infekcí: klinické mikrobiologické monitorování všech závažných a kriticky nemocných pacientů. Sputum a moč pacientů jsou udržovány denně pro kultivaci a pacienti s vysokou horečkou by měli být kultivováni včas. Všichni pacienti s podezřením na sepsi, kteří mají zavedené cévní katetry, by měli být současně posláni na kultivaci periferní žilní krve a na krevní katétr. Všichni pacienti s podezřením na sepsi mohou zvážit odběr periferní krve pro molekulární diagnostické testy etiologie, včetně testování molekulární biologie založeného na PCR a sekvenování další generace.

Zvýšené hladiny prokalcitoninu mají důsledky pro diagnózu sepse / septického šoku. Když se pacienti s novým typem koronavirové pneumonie stanou závažnějšími, dojde ke zvýšení hladin CRP, což není specifické pro diagnózu sepse způsobené bakteriální a fungální infekcí.

Kriticky nemocní pacienti s otevřenými dýchacími cestami jsou často náchylní na bakteriální a plísňové infekce v pozdějším stádiu. Pokud dojde k sepsi, měla by být co nejdříve podána empirická antiinfekční léčba. U pacientů se septickým šokem mohou být empirická antibakteriální léčiva použita v kombinaci před získáním etiologické diagnózy, přičemž jsou pokryty nejčastější infekce Enterobacteriaceae, Staphylococcus a Enterococcus. Pacienti s infekcí po hospitalizaci si mohou vybrat komplex inhibitoru β -laktamázy. Pokud léčebný účinek není dobrý nebo má pacient těžký septický šok, může být nahrazen karbapenemovými léky. Pokud uvažujete o enterokokových a stafylokokových infekcích, lze pro empirickou léčbu přidat glykopeptidová léčiva (vankomycin). Daptomycin lze použít pro infekce krevního oběhu a linezolid lze použít pro infekce plic. Pozornost by měla být věnována infekcím souvisejícím s katetrem u kriticky nemocných pacientů a léčba by měla být empiricky pokryta stafylokoky rezistentními na meticilin. Glykopeptidová léčiva (vankomycin) mohou být použita pro empirickou léčbu. Infekce Candida je také častější u kriticky nemocných pacientů. Candida by měla být podle potřeby kryta empiricky. Lze přidat echinocinové léky. S délkou hospitalizace

kriticky nemocných pacientů se infekce rezistentní na léčiva postupně zvyšovaly, v této době je třeba upravit používání antibakteriálních léků podle testů citlivosti na léky.

4. Prevence a kontrola nozokomiálních infekcí: ① V souladu se základním systémem prevence a kontroly infekcí zdravotnických zařízení (zkušební verze) Národní komise pro zdraví a zdraví v roce 2019 aktivně implementovat preventivní strategie kontroly a kontroly klastrových intervencí založené na důkazech, aby se účinně zabránilo pneumonii a intravaskulárnímu dýchání Bakterie odolné vůči více lékům a plísňové infekce, jako jsou infekce krevního řečiště související s katétrem, infekce močových cest související s katétrem, gramnegativní bacily rezistentní na karbapenem. ② přísně dodržujte „Technické pokyny pro prevenci a kontrolu nové infekce Coronavirus ve zdravotnických zařízeních (1. vydání)“, „Pokyny pro používání společných lékařských ochranných přípravků pro prevenci a kontrolu pneumonie nové infekce Coronavirus (zkušební)“ a „Nová koronární pneumonie“. Během epidemického období technické pokyny k ochraně zdravotnického personálu (provádění pokusů), posílení řízení procesů, správně vybrané a použité osobní ochranné prostředky, jako jsou masky, pláště, ochranné oděvy, oční masky, ochranné masky, rukavice, a přísné provádění různých dezinfekčních a izolačních opatření. Minimalizujte riziko nozokomiálních infekcí a předcházejte infekcím 2019-nCoV v nemocnicích zdravotnickým personálem.

5. Léčení kojenců a malých dětí: U mírných dětí je vyžadována pouze mírná symptomatická orální léčba. Kromě symptomatického perorálního podání u dětí s běžným typem lze zvážit i léčbu syndromové diferenciace. Pokud se kombinuje s bakteriální infekcí, lze přidat antibakteriální léčiva. Závažně kriticky nemocné děti jsou převážně symptomatická podpurná léčba: Zkušenosti s antivirovou terapií injekcí ribavirinu, 15 mg / kg (2krát denně) a průběh léčby nepřesahuje 5 dnů.

(V) Plán léčby integrované tradiční čínské a západní medicíny

Kombinace tradiční čínské a západní medicíny pro léčbu nové pneumonie coronavirus může zlepšit synergický účinek. U dospělých pacientů lze stav zlepšit diferenciací syndromu TCM. U lehkých pacientů je u pacientů se syndromem větrného tepla podávána tradiční čínská medicína Yinqiaosan plus a mínus, u pacientů s gastrointestinálními příznaky a u pacientů se syndromem zvlhčování a jangového typu se přidává a odečítá Zhipu Xialing Decoction a Sanren Decoction. Pro běžné pacienty mohou být ti, kteří mají syndromy horké a zlé stagnace plic, léčení čínskou medicínou Ma Xing Shi Gan Decoction, ti,

kteří mají syndromy vlhkosti a stagnace plic, mohou být léčeni tradiční čínskou medicínou Da Yuan Yin, Gan Lu Fang Dan atd., které lze do určité míry regulovat Progrese onemocnění, snížení výskytu běžných až těžkých: u anorexie, nevolnosti, nadýmání, únavy, úzkosti a nespavosti může přidání a odečtení čínské medicíny Xiao Chai Hu Tang výrazně zlepšit příznaky. U těžkých pacientů, pokud horečka přetrvává nebo dokonce i vysoká horečka, nadýmání a suchá stolice jsou zavřeny a ti, kteří jsou tolerantní vůči teplu, a plíce jsou zavřeny, podejte čínskému léku klystýr Dachengqi pro snížení horečky nebo snížení horečky nebo použijte čínskou medicínu. Bylo přidáno a odečteno ošetření odvarů Baihu, Shengjiang San a Xuanbai Chengqi, aby se odřízl stav a snížil výskyt těžkých až kritických nemocí. Děti s lehkými pacienty, pokud nemoc patří k obránci, lze přidat nebo odečíst od Yinqiaosanu nebo Xiangsusanu. Obyčejným dětem, těm, které mají vlhké teplo a uzavřené plíce, se dostává maxingová shi-ganská dekorace a sanrenská odvar, děti se střední spalující vlhkostí a teplem, jako je nadýmání a zvracení s abdominální distenzí, lze přidat nebo odečíst beze změny Jinzhengqi San. U těžkých pacientů s epidemií a uzavřenými plicemi (v současné době v zemi vzácných) se prosím obraťte na dospělého Xuanbai Chengqi Decoction a Manna Dezinfekce Danjiao; pokud je jed horký, plyn nemůže projít a léky nejsou dobré, odvar Rhubarb se vydává pro klystýr v případě nouze.

(6) Standardy vypouštění

U pacientů, kteří současně splňují následující podmínky, lze zvážit: ① Teplota tělesné teploty se vrátí k normálu > 3 d; symptomy Dýchové příznaky jsou výrazně zlepšeny; ③ Zobrazení vyšetření plic ukazuje, že akutní exsudativní léze jsou výrazně zlepšeny; Nejméně 1 d); ⑤ Po negativním testu na nukleovou kyselinu dýchacího vzorku je negativní také test nukleové kyseliny na stolici, ⑥ Celkový průběh onemocnění přesahuje 2 týdny.

(VII) Zdravotní management propuštěných pacientů

1. U propuštěných pacientů je stále zapotřebí pečlivé sledování. Sledování se doporučuje od 2 týdnů do 4 týdnů po propuštění na určené kliniku.

2. Pokud je pacient propuštěn z nemocnice, mělo by být uvedeno místo bydliště a adresa ve městě.

3. Pacienti by měli po odchodu z nemocnice odpočívat po dobu 2 týdnů, vyhýbat se činnosti na veřejných místech a při odchodu musí nosit masky.

4. Podle adresy pacienta (včetně hotelu nebo hotelu) zorganizuje příslušný okresní zdravotnický a zdravotní výbor příslušné zdravotnické zařízení, aby mohl vykonávat dobrou práci při řízení zdraví. Odborníci navštíví teplotu

pacienta dvakrát denně po dobu 2 týdnů, zeptají se na jeho zdravotní stav a provedou související zdravotní výchovu.

5. Pokud se objeví horečka a / nebo respirační příznaky, odpovídající zdravotnické zařízení se včas hlásí okresní zdravotní a zdravotní komisi a okresním střediskům pro kontrolu a prevenci nemocí a napomáhá jejich odeslání určenému zdravotnickému zařízení v oblasti k ošetření.

6. Po obdržení zprávy se Okresní zdravotní a zdravotní výbor a Okresní centra pro kontrolu a prevenci nemocí včas hlásí nadřízenému oddělení.



上海市新型冠状病毒病 临床救治专家组



通信作者

张文宏，复旦大学附属华山医院感染科，上海
200040，Email：zhangwenhong@fudan.edu.cn，
电话：021-52888123；

卢洪洲，上海市（复旦大学附属）公共卫生临床
中心感染与免疫科 201508，Email：luhongzhou
@fudan.edu.cn，电话：021-57248758



执笔专家（按姓氏拼音排序）

皋 源（上海交通大学医学院附属仁济医院重症医学科）

胡必杰（复旦大学附属中山医院感染科）

李 锋（上海市公共卫生临床中心呼吸内科）

李 欣（复旦大学附属中山医院心外科/ECMO治疗中心）

李颖川（上海交通大学附属第六人民医院重症医学科）

卢洪洲（上海市公共卫生临床中心感染与免疫科）

毛恩强（上海交通大学医学院附属瑞金医院急诊科）

瞿洪平（上海交通大学医学院附属瑞金医院重症医学科）

石克华（上海中医药大学附属市中医医院呼吸科）

王 岚（同济大学附属上海市肺科医院肺循环科）

王齐兵（复旦大学附属中山医院心内科）

王 胜（同济大学附属第十人民医院重症医学科）

俞康龙（上海交通大学附属第一人民医院急诊与危重病科）

曾 玫（复旦大学附属儿科医院感染科）

张 炜（上海中医药大学附属曙光医院呼吸科）

张文宏（复旦大学附属华山医院感染科）

诸杜明（复旦大学附属中山医院重症医学科）

朱 蕾（复旦大学附属中山医院呼吸科）



咨询专家（按姓氏拼音排序）

李 强（同济大学附属东方医院呼吸科）

李向阳（复旦大学附属华东医院呼吸科）

瞿介明（上海交通大学医学院附属瑞金医院呼吸科）

宋元林（复旦大学附属中山医院呼吸科）

田 锐（上海交通大学附属第一人民医院危重病科）

王兴鹏（上海申康医院发展中心）

吴银根（上海中医药大学附属龙华医院）

徐金富（同济大学附属上海市肺科医院呼吸科）

许 洁（上海交通大学医学院附属第九人民医院感染科）

张惠勇（上海中医药大学附属龙华医院肺病科）

朱同玉（上海市公共卫生临床中心泌尿外科）

祝禾辰（复旦大学附属华山医院急诊科）

Konflikt zájmů: Všichni autoři prohlašují, že neexistuje žádný střet zájmů

Referenční strategie



突发的新型冠状病毒肺炎疫情，牵动着每一个人的心！广大医护人员不顾安危，勇担重任，党员带头，冲锋在前，你们都是当之无愧的勇士，上海市医学会、上海市医师协会向全市医务工作者、向全市医师们致敬！

坚信，在党中央、国务院和上海市委、市政府、市卫健委的领导下，我们齐心协力，必定打赢疫情防控阻击战！

[Přečtěte si originál](#)