

吉林省卫生健康委员会

吉卫医便函〔2020〕8号

关于印发吉林省血液净化中心（室） 新型冠状病毒肺炎疫情防控方案（试行） 的通知

各市（州）卫生健康委，长白山管委会卫生健康局，梅河口市、公主岭市卫生健康局，中省直医疗机构：

当前新型冠状病毒肺炎疫情防控形势严峻，全省启动了重大突发公共卫生事件一级响应。血液透析患者抵抗力较差，属于易感人群，为加强全省各医疗机构血液净化中心（室）对新型冠状病毒肺炎疫情防控工作，保障血液净化中心（室）诊疗安全，确保透析患者、家属及工作人员的生命安全，省卫生健康委组织省肾病科医疗质量控制中心专家制定了《吉林省血液净化中心（室）新型冠状病毒肺炎疫情防控方案（试行）》，请各级各类医疗机构遵照执行。

吉林省卫生健康委员会医政医管处

2020年2月8日

（信息公开形式：主动公开）



吉林省卫生健康委办公室

2020年2月8日印发

校对：杨晶

吉林省血液净化中心（室） 新型冠状病毒肺炎疫情防控方案（试行）

一、工作人员

（一）所有工作人员，包括医生、护士、工程师、技师、护理员、保洁员、进修人员、实习学生均每日 2 次测量体温，上班前和下班后，上报异常体温情况，异常体温及时予以干预，安排居家观察休息。

（二）上班执行一级防护。带医用或者外科口罩，操作时佩戴护目镜（护目镜使用后用含氯消毒剂擦拭后备用），外出做 CRRT（连续性肾脏替代治疗）治疗人员佩戴外科口罩，操作时佩戴护目镜。

（三）严格执行手卫生，戴手套不能替代洗手。

（四）工作人员休息期间，尽量以居家为主，如接触疫区人员须及时报备并予以自行隔离观察，发现异常到定点医院发热门诊就诊。

（五）其他：根据单位具体要求执行。

二、患者及家属

（一）医务人员详细询问患者及家属是否有接触疫区人员情况，患者及家属须主动报告有无发热、咳嗽等呼吸道症状。同时也注意有无其它非呼吸系统症状：一般状况方面，乏力、精神差等；消化系统方面，如轻度纳差（少食厌食）、恶心呕吐、腹泻等；神经系统方面，如头痛；心血管系统方面，如心

慌、胸闷等；眼科方面，如结膜炎；其它方面，如仅有轻度四肢或腰背部肌肉酸痛等，也需主动告知。

（二）所有透析患者及家属进入血液净化中心（室）前在门口必须用速干手消毒液洗手，在院期间必须全程佩戴医用口罩（推荐有条件者佩戴 N95 口罩），陪同家属需要固定，不要让从外地回来的人员陪同，更不允许外地人员进入透析室；外地来串亲人员不可以在患者家里居住；咳嗽或者打喷嚏时用纸巾遮掩口鼻，来不及者或实在没有纸巾时可喷向自己肘关节部位的衣服上，然后处理；勤用肥皂和流动水洗手，用过的纸巾和口罩需放置在医疗废物专用袋中。

（三）患者入室前使用体温计（电子、水银均可）测体温，体温超过 37.3°C ，水银体温计复测仍 $> 37.3^{\circ}\text{C}$ 需要登记（见附件 2），然后至发热门诊排查。

（四）长期透析患者最近尽可能不要请假离开本地，一旦请假离开建议暂时在所在地联系透析，等疫情控制后再联系返回。

（五）无特殊情况，暂不接待外地患者临时性门诊透析，建议其暂时在当地治疗，等疫情结束再联系。

三、医疗器械、污染物品、物体表面、地面与空气的消毒

（一）严格按照《医疗机构消毒技术规范》，做好医疗器械、污染物品、物体表面、地面等的清洁与消毒，清洁与消毒方法为：

1. 护士站、接诊台：使用可达高水平消毒水平的湿巾消毒擦拭物体表面 2 次/天，或选择 500mg/L 含氯消毒剂擦拭，消毒

剂作用时间 > 10min。

2. 血液透析机、治疗车、床单元、饭桌等物表无血迹污染时，上机后、透析结束后均使用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭。

3. 地面无血迹污染时，每班透析结束后均使用 500mg/L 含氯消毒剂进行清洁消毒，上机后再增加一次 500mg/L 含氯消毒剂地面清洁消毒，若患者对含氯消毒剂敏感，请和患者耐心沟通，嘱患者戴 2 层口罩。

4. 被患者血液、体液、分泌物等污染物污染的医疗器械、物体、血透机表面等，可使用 2000mg/L 含氯消毒剂消毒擦拭，消毒剂作用时间 > 30min 后擦拭干净。被污染的地面，用 2000mg/L 含氯消毒剂擦拭地面。

（二）按照《医院空气净化管理规范》要求进行空气消毒。宜采用：

1. 开窗通风，保持空气流通，有新风系统需要通风，保证血液净化中心（室）的空气流通。

2. 空气消毒机进行空气消毒：每班次结束后消毒 1 小时。

四、收治发热患者进行透析应具备发热患者透析专区

（一）特殊疫情时期，需设置发热患者透析专区，各单位根据现有条件决定是否设置发热患者透析专区收治发热患者透析。

（二）发热患者透析专区要求：相对隔离，确保通风，安排专职医护人员值守，并按二级防护进行防护措施；治疗中应密切观察患者生命体征，建议进行指脉氧监测，持续观察该患者生命体征（氧饱和度低于 95% 需警惕排查）。

(三) 发热患者透析专区与普通患者透析治疗区的清洁消毒区别。发热患者上机后和透析结束后重点消毒此次治疗区域, 执行血液透析室防控新型冠状病毒感染性肺炎消毒隔离措施的特殊之处为: ①透析治疗区和患者经过的其他区域的物体表面和地面采用 1000mg/L 含氯消毒剂彻底擦拭消毒, ②开窗通风并能够保证通风效果, 同时使用空气消毒器, 保证足够的消毒时间, 确保空气消毒效果。以上消毒需做好记录。

五、医疗废物管理

在诊疗过程中产生的医疗废物, 根据《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》有关规定行处置和管理。

六、特殊情况处理

(一) 对从外地返回本地血液透析患者防控新型冠状病毒感染性肺炎预案:

1. 接诊从外地返回的血液透析患者, 除感染性标志物全项检查外, 必须急检血常规、超敏 CRP; 第 3 日、第 2 周再次复查。

2. 每天记录 4 次体温情况, 透析前上报, 如有体温升高或其他不适随时上报, 并执行发热门诊筛查诊疗流程。

3. 安排独立空间透析或相对独立空间, 透析房间保证通风效果, 患者需戴双层口罩, 透析时监测体温。

4. 接诊从外地返回的血液透析患者后, 至少观察 2 周, 无明确呼吸道传染性和血液传播性疾病发生, 可以安排进入过渡区 (G 区) / 急诊透析治疗区。

（二）遇有透析患者体温升高或其他相关不适，不排除呼吸道感染性疾病的透析应急预案：

1. 当患者体温异常（体温 $>37.3^{\circ}\text{C}$ ）再次用水银体温计复测体温，同时须用简易指脉氧检测血氧饱和度（氧饱和度低于 95% 需警惕排查）。

2. 体温和简易指脉氧检测正常者可行正常透析接诊诊疗流程；异常者指定患者到医院发热门诊进行新型冠状病毒肺炎相关筛查。发热患者立即遵医嘱检查和做必要的复查，可以参考以下项目但不限于：血常规、超敏 C 反应蛋白、降钙素原、呼吸道病毒系列抗体、EB 病毒和巨细胞病毒抗体及相关定量检测、血气分析、肺部 DR 或 CT 检查，必要时根据病况安排住院诊疗。

3. 排除新型冠状病毒肺炎等特殊具有传染性呼吸道感染者可到透析室发热专区进行透析治疗并严密观察；未排除或疑似新型冠状病毒肺炎需在发热门诊进行相关诊治，疑似患者应在发热门诊予以隔离间 CRRT 治疗，待排除后方可回归透析室治疗，没有 CRRT 的透析机构需将疑似患者就近转诊至上级医院并做好隔离防护。

4. 遇有透析患者体温升高或其他不适应执行上述诊疗流程后，应及时请新型冠状病毒肺炎诊疗专家会诊，并随时上报院内感染办公室、各相关领导/总值班。

（三）确诊为新型冠状病毒肺炎的透析患者需按相关流程转送至传染病院进行透析治疗。

（四）大家要做好自我保护，不要恐慌，守望相助、联防联控、同心协力，不造谣、不传谣。

七、建立医患人员发热登记本

血液净化中心（室）需建立医患人员发热登记本（见附表2），详细记录发热人员身份信息、体温数据等并且一日一总结一上报。

八、本措施主要为预防，诊治措施详见有关规定

- 附件：
1. 《医院隔离技术规范》防护措施指导
 2. 新型冠状病毒肺炎病例密切接触者登记表
 3. 新型冠状病毒疫情防护健教要点图示
 4. 新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第五版 修正版）

附件 1

《医院隔离技术规范》防护措施指导

一、一级防护

普通门诊及普通病房一般诊疗活动，穿戴一次性工作帽、一次性医用外科口罩和工作服，必要时戴一次性乳胶手套。

发热门诊一般诊疗活动穿工作服、一次性工作帽、医用防护口罩、一次性防渗透隔离衣/防护服、乳胶手套，必要时戴防护眼镜。

二、二级防护

适用于医务人员在从事与患者有密切接触的诊疗活动时(如留观室和隔离病房)。穿戴工作服、一次性工作帽、防护眼镜或防护面屏、医用防护口罩、一次性防渗透隔离衣或防护服和一次性乳胶手套，必要时穿一次性鞋套。

(一) 二级防护的穿防护用品顺序。

手消毒→戴一次性圆帽→戴医用防护口罩→穿防护服→戴防护眼罩→戴手套→穿鞋套

(二) 二级防护的脱防护用品顺序。

摘掉手套→手消毒→摘护目镜/防护面屏→脱隔离衣或防护服→脱鞋套→手消毒→摘医用防护口罩→摘一次性圆帽→手消毒→更换个人衣物

三、三级防护

为患者实施吸痰、呼吸道采样、气管插管和气管切开等有可能发生患者呼吸道分泌物的喷射或飞溅的工作时，在二级防护的基础上加戴全面型防护面罩/全面型呼吸防护器/正压式头套。

（一）三级防护穿防护用品顺序。

手消毒→戴一次性圆帽→戴医用防护口罩→穿防护服→戴防护眼罩→戴手套→戴全面性防护面罩→穿鞋套

（二）三级防护脱防护用品顺序。

摘掉手套→手消毒→摘全面性防护面罩→手消毒→脱隔离衣或防护服→脱鞋套→手消毒→摘医用防护口罩→摘一次性圆帽→手消毒→更换个人衣物

（三）注意事项。

1. 一次性防护物品应一次性使用，避免污染后的防护物品再次使用过程中很容易发生的交叉感染；

2. 医用防护口罩连续使用的效能时间为 6-8 小时；

3. 给患者采样时一般可选择戴双层乳胶手套；

4. 消毒人员在进行消毒时应使用橡胶手套，必要时穿长筒胶鞋；

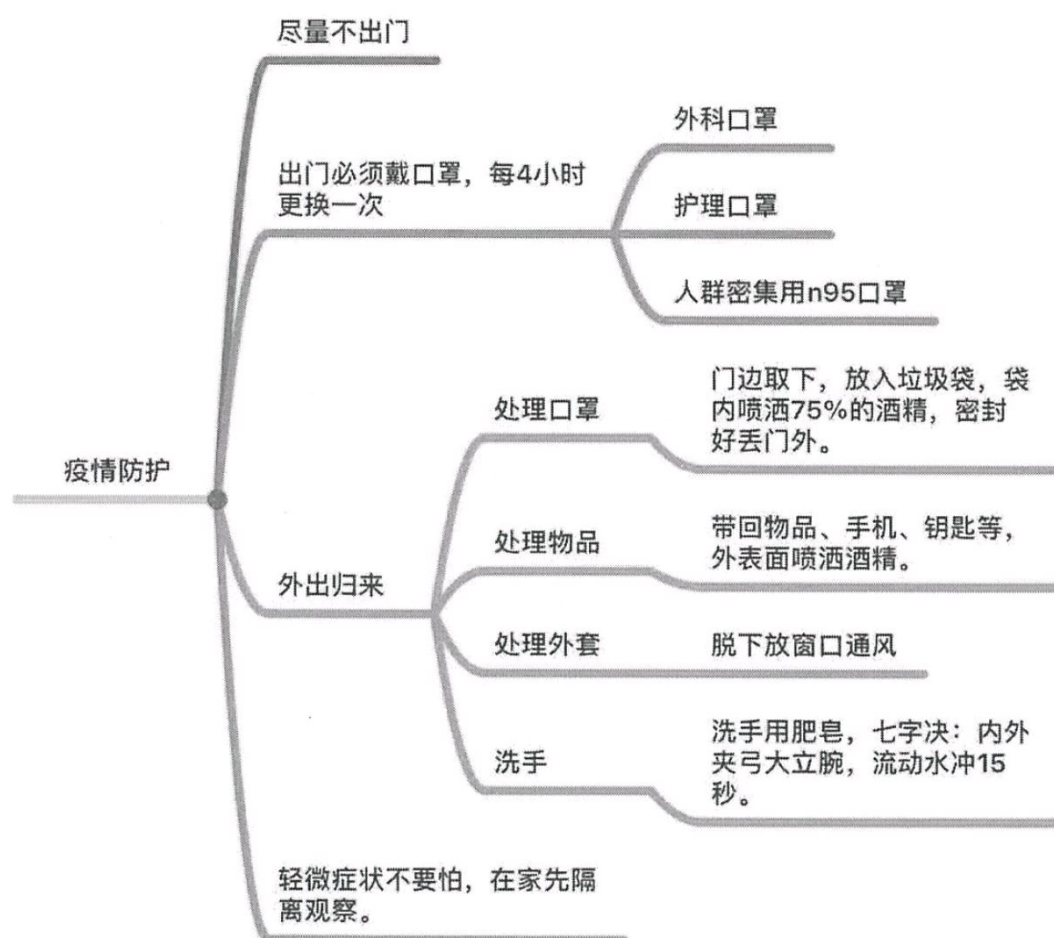
5. 戴手套前应检查手套是否有破损；
6. 戴医用外科口罩或医用防护口罩时均应注意检查其佩戴时的严密性，以保证隔离。

附件2

发热（体温>37.3℃）工作人员情况登记表

[illegible]

新型冠状病毒肺炎疫情防护健教要点图示



国家卫生健康委员会办公厅 国家中医药管理局办公室

国卫办医函〔2020〕117号

关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案 (试行第五版 修正版)的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药管理局：

根据全国新型冠状病毒肺炎医疗救治专家组建议，经研究，我们对《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第五版）》中利巴韦林的使用用量进行了修正。现将修正后的诊疗方案印发给你们，请参照执行。



国家卫生健康委办公厅



国家中医药管理局办公室

2020年2月8日

(信息公开形式：主动公开)

新型冠状病毒肺炎诊疗方案

(试行第五版 修正版)

2019年12月以来,湖北省武汉市陆续发现了多例新型冠状病毒肺炎患者,随着疫情的蔓延,我国其他地区及境外也相继发现了此类病例。该病作为急性呼吸道传染病已纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病,按甲类传染病管理。

随着疾病认识的深入和诊疗经验的积累,我们对《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第五版)》进行修正,形成了《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第五版 修正版)》。

一、病原学特点

新型冠状病毒属于 β 属的冠状病毒,有包膜,颗粒呈圆形或椭圆形,常为多形性,直径60-140nm。其基因特征与SARSr-CoV和MERSr-CoV有明显区别。目前研究显示与蝙蝠SARS样冠状病毒(bat-SL-CoVZC45)同源性达85%以上。体外分离培养时,2019-nCoV 96个小时左右即可在人呼吸道上皮细胞内发现,而在Vero E6和Huh-7细胞系中分离培养需约6天。

对冠状病毒理化特性的认识多来自对SARSr-CoV和MERSr-CoV的研究。病毒对紫外线和热敏感,56℃ 30分钟、乙醚、75%乙醇、含氯消毒剂、过氧乙酸和氯仿等脂溶剂均可有效灭活病毒,氯己定不能有效灭活病毒。

二、流行病学特点

（一）传染源。

目前所见传染源主要是新型冠状病毒感染的患者。无症状感染者也可能成为传染源。

（二）传播途径。

经呼吸道飞沫和接触传播是主要的传播途径。气溶胶和消化道等传播途径尚待明确。

（三）易感人群。

人群普遍易感。

三、临床特点

（一）临床表现。

基于目前的流行病学调查，潜伏期 1-14 天，多为 3-7 天。

以发热、乏力、干咳为主要表现。少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛和腹泻等症状。重症患者多在发病一周后出现呼吸困难和/或低氧血症，严重者快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症休克、难以纠正的代谢性酸中毒和出凝血功能障碍等。值得注意的是重型、危重型患者病程中可为中低热，甚至无明显发热。

轻型患者仅表现为低热、轻微乏力等，无肺炎表现。

从目前收治的病例情况看，多数患者预后良好，少数患者病情危重。老年人和有慢性基础疾病者预后较差。儿童病例症状相对较轻。

（二）实验室检查。

发病早期外周血白细胞总数正常或减少，淋巴细胞计数减

少，部分患者可出现肝酶、乳酸脱氢酶（LDH）、肌酶和肌红蛋白增高；部分危重者可见肌钙蛋白增高。多数患者C反应蛋白（CRP）和血沉升高，降钙素原正常。严重者D-二聚体升高、外周血淋巴细胞进行性减少。

在鼻咽拭子、痰、下呼吸道分泌物、血液、粪便等标本中可检测出新型冠状病毒核酸。

（三）胸部影像学。

早期呈现多发小斑片影及间质改变，以肺外带明显。进而发展为双肺多发磨玻璃影、浸润影，严重者可出现肺实变，胸腔积液少见。

四、诊断标准

湖北以外省份：

（一）疑似病例。

结合下述流行病学史和临床表现综合分析：

1. 流行病学史

（1）发病前 14 天内有武汉市及周边地区，或其他有病例报告社区的旅行史或居住史；

（2）发病前 14 天内与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史；

（3）发病前 14 天内曾接触过来自武汉市及周边地区，或来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者；

（4）聚集性发病。

2. 临床表现

（1）发热和/或呼吸道症状；

(2) 具有上述肺炎影像学特征;

(3) 发病早期白细胞总数正常或降低, 或淋巴细胞计数减少。

有流行病学史中的任何一条, 且符合临床表现中任意 2 条。
无明确流行病学史的, 符合临床表现中的 3 条。

(二) 确诊病例。

疑似病例, 具备以下病原学证据之一者:

1. 呼吸道标本或血液标本实时荧光 RT-PCR 检测新型冠状病毒核酸阳性;

2. 呼吸道标本或血液标本病毒基因测序, 与已知的新型冠状病毒高度同源。

湖北省:

(一) 疑似病例。

结合下述流行病学史和临床表现综合分析:

1. 流行病学史

(1) 发病前 14 天内有武汉市及周边地区, 或其他有病例报告社区的旅行史或居住史;

(2) 发病前 14 天内与新型冠状病毒感染者 (核酸检测阳性者) 有接触史;

(3) 发病前 14 天内曾接触过来自武汉市及周边地区, 或来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者;

(4) 聚集性发病。

2. 临床表现

(1) 发热和/或呼吸道症状;

(2) 发病早期白细胞总数正常或减少，或淋巴细胞计数减少。

有流行病学史中的任何一条或无流行病学史，且同时符合临床表现中 2 条。

(二) 临床诊断病例。

疑似病例具有肺炎影像学特征者。

(三) 确诊病例。

临床诊断病例或疑似病例，具备以下病原学证据之一者：

1. 呼吸道标本或血液标本实时荧光 RT-PCR 检测新型冠状病毒核酸阳性；

2. 呼吸道标本或血液标本病毒基因测序，与已知的新型冠状病毒高度同源。

五、临床分型

(一) 轻型。

临床症状轻微，影像学未见肺炎表现。

(二) 普通型。

具有发热、呼吸道等症状，影像学可见肺炎表现。

(三) 重型。

符合下列任何一条：

1. 呼吸窘迫， $RR \geq 30$ 次/分；

2. 静息状态下，指氧饱和度 $\leq 93\%$ ；

3. 动脉血氧分压 (PaO_2) / 吸氧浓度 (FiO_2) $\leq 300\text{mmHg}$
($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)。

(四) 危重型。

符合以下情况之一者:

1. 出现呼吸衰竭, 且需要机械通气;
2. 出现休克;
3. 合并其他器官功能衰竭需ICU监护治疗。

六、鉴别诊断

主要与流感病毒、副流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、人偏肺病毒、SARS冠状病毒等其他已知病毒性肺炎鉴别, 与肺炎支原体、衣原体肺炎及细菌性肺炎等鉴别。此外, 还要与非感染性疾病, 如血管炎、皮肤炎和机化性肺炎等鉴别。

七、病例的发现与报告

湖北以外省份:

各级各类医疗机构的医务人员发现符合病例定义的疑似病例后, 应当立即进行隔离治疗, 院内专家会诊或主诊医师会诊, 仍考虑疑似病例, 在2小时内进行网络直报, 并采集标本进行新型冠状病毒核酸检测, 同时在确保转运安全前提下立即将疑似病例转运至定点医院。与新型冠状病毒感染者有密切接触的患者, 即便常见呼吸道病原检测阳性, 也建议及时进行新型冠状病毒病原学检测。

疑似病例连续两次呼吸道病原核酸检测阴性(采样时间至少间隔1天), 方可排除。

湖北省:

各级各类医疗机构的医务人员发现符合病例定义的疑似病例和临床诊断病例后, 应当立即进行隔离治疗, 疑似病例和临床诊断病例要单间隔离, 对疑似病例和临床诊断病例要尽快采

集标本进行病原学检测。

八、治疗

（一）根据病情确定治疗场所。

1. 疑似及确诊病例应当在具备有效隔离条件和防护条件的定点医院隔离治疗，疑似病例应当单人单间隔离治疗，确诊病例可多人收治在同一病室。

2. 危重型病例应当尽早收入ICU治疗。

（二）一般治疗。

1. 卧床休息，加强支持治疗，保证充分热量；注意水、电解质平衡，维持内环境稳定；密切监测生命体征、指氧饱和度等。

2. 根据病情监测血常规、尿常规、CRP、生化指标（肝酶、心肌酶、肾功能等）、凝血功能、动脉血气分析、胸部影像学等。有条件者可行细胞因子检测。

3. 及时给予有效氧疗措施，包括鼻导管、面罩给氧和经鼻高流量氧疗。

4. 抗病毒治疗：目前没有确认有效的抗病毒治疗方法。可试用 α -干扰素雾化吸入（成人每次500万U或相当剂量，加入灭菌注射用水2ml，每日2次）、洛匹那韦/利托那韦（200mg/50mg，每粒）每次2粒，每日2次，或可加用利巴韦林（500mg/次，每日2至3次静脉输注）。要注意洛匹那韦/利托那韦相关腹泻、恶心、呕吐、肝功能损害等不良反应，同时要注意和其他药物的相互作用。

5. 抗菌药物治疗：避免盲目或不恰当使用抗菌药物，尤其

是联合使用广谱抗菌药物。

（三）重型、危重型病例的治疗。

1. 治疗原则：在对症治疗的基础上，积极防治并发症，治疗基础疾病，预防继发感染，及时进行器官功能支持。

2. 呼吸支持：

（1）氧疗：重型患者应当接受鼻导管或面罩吸氧，并及时评估呼吸窘迫和（或）低氧血症是否缓解。

（2）高流量鼻导管氧疗或无创机械通气：当患者接受标准氧疗后呼吸窘迫和（或）低氧血症无法缓解时，可考虑使用高流量鼻导管氧疗或无创通气。若短时间（1-2 小时）内病情无改善甚至恶化，应当及时进行气管插管和有创机械通气。

（3）有创机械通气：采用肺保护性通气策略，即小潮气量（4-8ml/kg理想体重）和低吸气压力（平台压 $<30\text{cmH}_2\text{O}$ ）进行机械通气，以减少呼吸机相关肺损伤。较多患者存在人机不同步，应当及时使用镇静以及肌松剂。

（4）挽救治疗：对于严重ARDS患者，建议进行肺复张。在人力资源充足的情况下，每天应当进行12小时以上的俯卧位通气。俯卧位通气效果不佳者，如条件允许，应当尽快考虑体外膜肺氧合（ECMO）。

3. 循环支持：充分液体复苏的基础上，改善微循环，使用血管活性药物，必要时进行血流动力学监测。

4. 其他治疗措施

可根据患者呼吸困难程度、胸部影像学进展情况，酌情短期内（3~5日）使用糖皮质激素，建议剂量不超过相当于甲泼

尼龙 1~2mg/kg/日，应当注意较大剂量糖皮质激素由于免疫抑制作用，会延缓对冠状病毒的清除；可静脉给予血必净 100ml/次，每日 2 次治疗；可使用肠道微生态调节剂，维持肠道微生态平衡，预防继发细菌感染；可采用恢复期血浆治疗；对有高炎症反应的危重患者，有条件可以考虑使用体外血液净化技术。

患者常存在焦虑恐惧情绪，应当加强心理疏导。

（四）中医治疗。

本病属于中医疫病范畴，病因为感受疫戾之气，各地可根据病情、当地气候特点以及不同体质等情况，参照下列方案进行辨证论治。

1. 医学观察期

临床表现 1：乏力伴胃肠不适

推荐中成药：藿香正气胶囊（丸、水、口服液）

临床表现 2：乏力伴发热

推荐中成药：金花清感颗粒、连花清瘟胶囊（颗粒）、疏风解毒胶囊（颗粒）、防风通圣丸（颗粒）

2. 临床治疗期

（1）初期：寒湿郁肺

临床表现：恶寒发热或无热，干咳，咽干，倦怠乏力，胸闷，脘痞，或呕恶，便溏。舌质淡或淡红，苔白腻，脉濡。

推荐处方：苍术 15g、陈皮 10g、厚朴 10g、藿香 10g、草果 6g、生麻黄 6g、羌活 10g、生姜 10g、槟榔 10g

（2）中期：疫毒闭肺

临床表现：身热不退或往来寒热，咳嗽痰少，或有黄痰，

腹胀便秘。胸闷气促，咳嗽喘憋，动则气喘。舌质红，苔黄腻或黄燥，脉滑数。

推荐处方：杏仁 10g、生石膏 30g、瓜蒌 30g、生大黄 6g（后下）、生炙麻黄各 6g、葶苈子 10g、桃仁 10g、草果 6g、槟榔 10g、苍术 10g

推荐中成药：喜炎平注射剂，血必净注射剂

（3）重症期：内闭外脱

临床表现：呼吸困难、动辄气喘或需要辅助通气，伴神昏，烦躁，汗出肢冷，舌质紫暗，苔厚腻或燥，脉浮大无根。

推荐处方：人参 15g、黑顺片 10g（先煎）、山茱萸 15g，送服苏合香丸或安宫牛黄丸

推荐中成药：血必净注射液、参附注射液、生脉注射液

（4）恢复期：肺脾气虚

临床表现：气短、倦怠乏力、纳差呕恶、痞满，大便无力，便溏不爽，舌淡胖，苔白腻。

推荐处方：法半夏 9g、陈皮 10g、党参 15g、炙黄芪 30g、茯苓 15g、藿香 10g、砂仁 6g（后下）

九、解除隔离和出院标准

体温恢复正常 3 天以上、呼吸道症状明显好转，肺部影像学显示炎症明显吸收，连续两次呼吸道病原核酸检测阴性（采样时间间隔至少 1 天），可解除隔离出院或根据病情转至相应科室治疗其他疾病。

十、转运原则

按照我委印发的《新型冠状病毒感染的肺炎病例转运工作方

案》(试行)执行。

十一、医疗机构内感染预防与控制

严格按照我委《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南(第一版)》、《新型冠状病毒感染的肺炎防护中常见医用防护用品使用范围指引(试行)》的要求执行。

抄送:各省、自治区、直辖市应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制
(领导小组、指挥部)。

国家卫生健康委办公厅

2020年2月8日印发

校对:杜青阳