

附件

新型冠状病毒感染的肺炎重症、危重症 病例诊疗方案（试行）

一、新型冠状病毒感染的肺炎重症、危重症病例的定义

（一）重症病例。

符合下列任何一条：

1. 呼吸频率增快（ ≥ 30 次/分），呼吸困难，口唇紫绀；
2. 吸空气时，指氧饱和度 $\leq 93\%$ ；
3. 动脉血氧分压（ PaO_2 ）/吸氧浓度（ FiO_2 ） $\leq 300\text{mmHg}$ （ $1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$ ）；
4. 肺部影像学显示多叶病变或 48 小时内病灶进展 $>50\%$ ；
5. 合并需住院治疗的其他临床情况。

（二）危重症病例。

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。

二、重症、危重症病例的治疗

（一）治疗原则。在对症治疗的基础上，积极进行生命支持，防止器官功能损害，治疗基础疾病，积极防治并发症。

（二）积极氧疗。重症、危重症患者应提供积极的氧疗，维持 SpO_2 在 90% 以上，或 PaO_2 在 60mmHg 以上；

通过储氧面罩吸氧（流量为 10-15L/min，吸入氧浓度 60-95%）方便、快捷，但不适合于存在 CO₂ 潴留的患者。

经鼻高流量氧疗可以提供 60L/min 的流量和高达 100% 的吸入氧浓度。高碳酸血症、血流动力学不稳定、多器官衰竭或神志异常的患者不适合进行经鼻高流量氧疗。

（三）机械通气。对于氧疗无法改善的患者应及时行机械通气治疗。

可首选无创机械通气，治疗时应逐步提高无创通气的压力水平，以使患者逐步适应。无创机械通气需要更细致的观察，重点是面罩是否漏气以及患者是否与呼吸机有良好的同步。如密切观察 2 小时，病情无改善，或患者不能耐受无创通气、气道分泌物增多、剧烈咳嗽，或血流动力学不稳定，应及时行气管插管进行有创机械通气。

有创机械通气时应采取“肺保护性通气策略”，即给予较低的潮气量（预计体重 4 - 8ml/kg）和较低的吸气压力（平台压 <30cmH₂O），以降低呼吸机相关肺损伤。重度的 ARDS 应使用较高的 PEEP，每天进行 >12 小时的俯卧位通气，必要时可采取肺泡复张等治疗方法。如机械通气仍无法改善患者氧合，则应进行体外膜氧合（ECMO）治疗。

对于没有循环障碍的患者，应适当限制液体入量，以减少肺水肿。

（四）循环支持。充分液体复苏下，仍持续顽固性低血压，需要血管活性药物维持平均动脉压（MAP） ≥ 65 mmHg，且血清乳酸水平仍 ≥ 2 mmol/L，则考虑脓毒症休克。充分液体复苏是救治

的关键。复苏初始 3 小时内，应给予至少 30ml/kg 的等渗晶体液。不应使用低渗晶体液、淀粉类或明胶类来复苏。在治疗过程中，为防止液体过多带来的容量负荷过重，应进行血液动力学监测。

如果在充分液体复苏后休克仍持续，则需要应用血管活性药物。成人目标平均动脉压 $\geq 65\text{mmHg}$ 。

重症患者应酌情使用肾上腺糖皮质激素治疗。

支持治疗对患者救治至关重要，应给予充足的热量及营养物质。