

国家卫生健康委员会办公厅

国卫办医函〔2020〕64号

国家卫生健康委办公厅关于加强 新型冠状病毒感染的肺炎重症病例 医疗救治工作的通知

各省、自治区、直辖市及计划单列市、新疆生产建设兵团卫生健康委：

近期，我国部分省份发生新型冠状病毒感染的肺炎疫情。为进一步加强全国新型冠状病毒感染的肺炎重症病例（以下简称重症病例）医疗救治工作，确保重症病例得到及时有效医疗救治，切实保护人民群众身体健康，现就做好有关工作通知如下：

一、高度重视重症病例医疗救治组织工作

各地要高度重视新型冠状病毒感染的肺炎重症病例医疗救治工作，加强组织协调力度，统筹医疗资源，认真组织做好重症病例的医疗救治工作。要严格落实“集中患者、集中专家、集中资源、集中救治”原则，安排最强有力的医疗力量和医疗机构进行医疗救治。要进一步充实发热门诊、急诊和呼吸、重症等重点科室力量，加强人员药品物资保障。要成立省级重症病例医疗救治专家组，及时组织专家会诊，制定有效的医疗救治方案。

二、规范开展医疗救治

要加强对各级各类医疗机构医务人员培训,提高新型冠状病毒感染的肺炎早期识别和鉴别诊断能力,重点关注老年人和有基础疾病的特殊人群,密切观察病情变化。相关医疗机构要成立重症病例医疗救治工作组,按照《新型冠状病毒感染的肺炎重症、危重症病例诊疗方案(试行)》(见附件)要求,在对症治疗的基础上,积极防治并发症,及时进行器官功能支持,最大限度降低病死率。要对重症病例加强重点会诊,做好疑难危重病例讨论,对重症病例实施动态评估,及时调整治疗方案。

根据患者病情严重程度确定治疗场所,疑似及确诊病例应在具备有效隔离条件和防护条件的定点医院隔离治疗,重症病例救治医院要成立本医院医疗救治工作组,选派责任心强、业务水平高的技术骨干力量参与医疗救治工作。

三、严格落实重症病例转运和医院感染防控等措施

重症病例应当尽快转运到本辖区综合力量最强,具备呼吸道传染病防护条件的医院。重症病例要专车转运,及时、科学、规范洗消;车上工作人员要按规定防护。医疗机构要加强院感防控培训,落实岗位职责,严格执行消毒隔离,科学实施个人防护措施。同时,医疗机构要加强临床实验室生物安全管理,尽最大努力避免医院感染发生。

四、准确掌握重症病例信息

各省级卫生健康行政部门要掌握本辖区内重症病例医疗救治情况,及时按程序报告本地重症病例情况。各省份对本地重症病例要做到底数清、情况明,切实提高数据报送准确性,防止错报漏

报,杜绝瞒报。要加强对重症病例的分析研判,如需要国家选派专家支援医疗救治,可向我委提出申请。

联系人:医政医管局 曹煜隆、杜青阳

电话:010—68792094、68792989

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)



(信息公开形式:主动公开)

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

SpO₂ 在 90% 以上, 或 PaO₂ 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 ≥ 65 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。

国家卫生健康委办公厅

2020 年 1 月 22 日印发

校对：杜青阳