· 论著 ·

基于升降散加减的清透解毒方对脓毒症毒热证患者临床疗效的影响

郑兰芝[1]　丁黎敏[1]　徐文婷[1]　徐俪颖[1]　吴丽[2]　陈意[3]　夏永良[3]
浙江中医药大学附属第一医院[1]急诊科，[2]临床评价中心，[3]中医内科，浙江杭州 310006
通信作者：夏永良，Email：quhb1222@126.com

【摘要】 **目的**　观察基于升降散加减的清透解毒方治疗脓毒症毒热证的临床疗效。**方法**　采用前瞻性研究方法。选择 2018 年 5 月至 2020 年 12 月浙江中医药大学附属第一医院急诊科、急诊重症监护病房（EICU）收治的 84 例中医辨证分型属于毒热证的脓毒症患者作为研究对象，按随机原则分为西医常规治疗组和中药治疗组，每组 42 例。西医常规治疗组给予脓毒症常规西医治疗；中药治疗组在西医常规治疗基础上加用清透解毒方（组成：僵蚕 9 g、蝉衣 6 g、片姜黄 6 g、制大黄 5 g、水牛角 30 g、黄芩 12 g、连翘 10 g、苦杏仁 10 g、瓜蒌皮 10 g、青蒿 10 g、茯苓 15 g、滑石 12 g），每日 2 次，连用 7 d。收集患者确诊当日及治疗 3 d 和 7 d 后的中医临床四诊信息、相关实验室检查结果及危重症相关评分，并比较两组上述指标的差异。**结果**　治疗 3 d 后中药治疗组体温即开始较西医常规治疗组明显下降〔℃：36.9（36.1，39.5）比 37.5（36.3，39.0），$P<0.05$〕。治疗 7 d 后中药治疗组中医症状积分较西医常规治疗组明显降低〔分：4.4（0.0，18.0）比 7.1（2.0，24.0），$P<0.05$〕，中医疗效总有效率明显升高〔92.9%（39/42）比 73.8%（31/42），$P<0.05$〕。随时间延长，两组治疗后白细胞计数（WBC）、C- 反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）、血乳酸（Lac）、序贯器官衰竭评分（SOFA）、快速 SOFA（qSOFA）、急性生理学与慢性健康状况评分Ⅱ（APACHEⅡ）均较治疗前降低，且中药治疗组 WBC 在治疗 3 d 和 7 d 后、Lac 在治疗 3 d 后均较西医常规治疗组下降明显〔WBC（$\times10^9$/L）：治疗 3 d 后为 7.80（0.90，30.80）比 10.70（0.80，40.80），治疗 7 d 后为 6.55（2.10，18.80）比 10.60（1.00，35.90）；Lac（mmol/L）：1.00（0.30，6.00）比 1.67（0.70，9.20），均 $P<0.05$〕；但两组治疗后 CRP、PCT、qSOFA、SOFA 和 APACHEⅡ评分比较差异均无统计学意义。**结论**　清透解毒方联合西医治疗可以进一步降低患者 WBC、Lac 水平，改善患者中医症状，早期即改善患者体温，具有切实的临床疗效，对中西医结合治疗脓毒症具有一定的指导意义。

【关键词】 升降散；　清透解毒方；　脓毒症；　毒热证
基金项目：浙江省中医药科技计划项目（2015ZA089，2020ZB066）；全国名老中医传承工作室建设项目（2011-41）；浙江省国医名师传承工作室及浙江省名老中医专家传承工作室建设项目（2020-12）
DOI：10.3969/j.issn.1008-9691.2022.01.005

Effect of Qingtou Jiedu decoction based on Shengjiang powder on clinical efficacy in treating sepsis of toxic heat syndrome

Zheng Lanzhi[1], Ding Limin[1], Xu Wenting[1], Xu Liying[1], Wu Li[2], Chen Yi[3], Xia Yongliang[3]
[1]Department of Emergency, [2]Department of Clinical Evaluation Center, [3]Department of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310006, Zhejiang, China
Corresponding author: Xia Yongliang, Email: quhb1222@126.com

【**Abstract**】 **Objective**　To observe the clinical effect of Qingtou Jiedu decoction based on modified Shengjiang Powder in the treatment of patients with sepsis and toxic heat syndrome of traditional Chinese medicine (TCM). **Methods**　A prospective research method was conducted. From May 2018 to December 2020, 84 patients with sepsis and toxic heat syndrome confirmed by TCM differentiation method admitted and treated in the department of emergency and emergency intensive care unit (EICU) of the First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University were divided into a western medicine routine treatment group and a traditional Chinese medicine (TCM) treatment group according to random number table method, with 42 cases in each group. Western medicine routine treatment group was given routine western medicine treatment, while in the TCM treatment group, based on the treatment of the control group, Qingtou Jiedu Decoction was added (composition of the prescription: stiff silkworm 9 g, cicada slough 6 g, turmeric 6 g, rhubarb root 5 g, buffalo horn 30 g, al skullcap root (scutellaria root) 12 g, weeping forsythia capsule 10 g, bitter apricot seed 10 g, snakegourd peel (tricosanthes rind) 10 g, sweet wormwood herb 10 g, indian bread (poria) 15 g, and talc 12 g), twice a day for 7 days. The clinical information of the four diagnoses in TCM, related laboratory examination results and critical illness scores of the patients were collected on the day of diagnosis, 3 and 7 days after treatment, and the differences of the above indexes between the two groups were compared. **Results**　Compared with the routine treatment group of western medicine, 7 days after treatment, the TCM symptom score in the TCM treatment group was significantly lower [4.4 (0.0, 18.0) vs. 7.1 (2.0, 24.0), $P < 0.05$], and the total effective rate of TCM group was significantly higher [92.9% (39/42) vs. 73.8% (31/42), $P < 0.05$]; 3 days after treatment, the body temperature of the TCM

treatment group was significantly lower than that of the routine western medicine treatment group [℃: 36.9 (36.1, 39.5) vs. 37.5 (36.3, 39.0), $P < 0.05$]. With the extension of time, the white blood cell count (WBC), C-reactive protein (CRP), procalcitonin (PCT), blood lactic acid (Lac), sequential organ failure assessment (SOFA) score, quick SOFA (qSOFA), acute physiology and chronic health evaluation Ⅱ (APACHE Ⅱ) score of the two groups after treatment were lower than those before treatment; compared with routine western medicine treatment group, the WBC of the TCM treatment group was decreased on 3 and 7 days after treatment, and Lac was decreased significantly 3 days after treatment [WBC ($\times 10^9$/L): 7.80 (0.90, 30.80) vs. 10.70 (0.80, 40.80) on the 3rd day after treatment and 6.55 (2.10, 18.80) vs. 10.60 (1.00, 35.90) on the 7th day after treatment; Lac (mmol/L): 1.00 (0.30, 6.00) vs. 1.67 (0.70, 9.20), all $P < 0.05$] on the 3 days after treatment; however, there were no significant differences in CRP, PCT levels and qSOFA, SOFA and APACHE Ⅱ scores between the two groups after treatment. **Conclusions** Qingtou Jiedu decoction combined with western medicine in the treatment of patients with sepsis and toxic heat syndrome of TCM can further reduce the levels of WBC and Lac, improve the manifestations of syndrome of TCM, and improve the body temperature in the early stage. It has practical clinical therapeutic effect and has certain guiding significance for the treatment of sepsis with integrated traditional Chinese and western medicine.

【Key words】 Shengjiang Powder; Qingtou Jiedu decoction; Sepsis; Toxic heat syndrome

Fund program: Zhejiang Provincial Traditional Chinese Medicine Science and Technology Project of China (2015ZA089, 2020ZB066); Construction Project of National Famous Traditional Chinese Medicine (TCM) Expert's Inheritance Studio of China (2011-14); Construction Project of Famous TCM Master's inheritance Studio and Old TCM Experts Inheritance Studio in Zhejiang Province of China (2020-12)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.01.005

脓毒症是感染引起的宿主反应失调，导致危及生命的器官功能障碍的临床综合征，是引起危重症患者死亡的重要原因[1]。尽管指南不断更新，但脓毒症的发病率和病死率仍居高不下。中医治疗注重辨证论治、未病先防，多年实践表明其在脓毒症治疗中发挥了重要作用。2018 年 5 月，中国急诊专家提出开展“中国预防脓毒症行动”（preventing sepsis campaignin China，PSCC），主张对脓毒症要做到“早预防、早发现、早干预，降低脓毒症的发病率和病死率”的“三早两降”方针，提出了“脓毒症前状态”和“脓毒症未病先防，既病防传”的防治理念，指出应该充分发挥中医中药的治疗作用进行早期干预[2]。浙江省中医药大学第一附属医院急诊科在中西医结合治疗脓毒症方面具有丰富的临床经验，本研究针对急诊入院脓毒症毒热证患者，以宣上、畅中、清下而宣三焦之热邪立法，以升降散化裁清透解毒方，观察其对脓毒症毒热证患者的治疗效果，以期为脓毒症的治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 病例选择：选取本院急诊科、急诊重症监护病房（emergency intensive care unit，EICU）2018 年 5 月至 2020 年 12 月收治的 84 例脓毒症毒热证患者作为研究对象。

1.1.1 诊断标准：脓毒症的诊断符合脓毒症 3.0 诊断标准[1]；中医辨证分型参照《中国严重脓毒症 / 脓毒性休克治疗指南（2014）》[3]中医药部分，根据主症和次症诊断的方法辨证分型。

1.1.2 纳入标准：① 符合脓毒症西医诊断和中医辨证为“毒热证者”；② 年龄≥18 岁；③ 受试者本人或家属知情同意，并自愿签署知情试验治疗同意书，符合本院伦理要求。

1.1.3 排除标准：① 中医证型复杂，无主症和次症之分，或辨证困难者；② 已知对本试验用药成分过敏者；③ 合并严重肝病或肿瘤晚期者；④ 妊娠或哺乳期妇女。

1.1.4 伦理学：本研究符合医学伦理学标准，并通过医院伦理委员会的批准（审批号：2020-K-156-01，临床研究方案和知情同意书号 2019.7.17，NDZ1.1），对患者采取的治疗和检测得到过患者或其家属的知情同意。

1.2 研究分组及一般资料：按随机数字表法将脓毒症毒热证患者分为西医常规治疗组和中药治疗组，每组 42 例。西医常规治疗组中男性 25 例，女性 17 例；平均年龄（73.26±15.44）岁。中药治疗组中男性 31 例，女性 11 例；平均年龄（72.45±18.82）岁。两组患者病情严重程度以及性别、年龄、基础疾病等一般资料比较差异均无统计学意义（均 $P>0.05$；表 1～2），有可比性。

表 1 不同治疗方法两组脓毒症毒热证患者病情严重程度评分比较〔$M(Q_L, Q_U)$〕

组别	例数（例）	qSOFA 评分（分）	SOFA 评分（分）	APACHE Ⅱ 评分（分）
西医常规治疗组	42	2（1，3）	5（2，14）	14（6，37）
中药治疗组	42	2（1，3）	5（2，20）	16（5，32）
Z 值		0.463	0.320	0.964
P 值		0.643	0.749	0.335

表 2　不同治疗方法两组脓毒症毒热证患者基线资料比较

组别	例数（例）	性别（例）		年龄（岁，$\bar{x}\pm s$）	基础疾病〔例（%）〕							
		男性	女性		糖尿病	高血压	慢性肺部疾病	脑血管疾病	肾脏疾病	肝胆疾病	恶性肿瘤	应用免疫抑制剂
西医常规治疗组	42	25	17	73.26±15.44	11（26.2）	19（45.2）	12（28.6）	6（14.3）	5（11.9）	4（ 9.5）	12（28.6）	0（0 ）
中药治疗组	42	31	11	72.45±18.82	14（33.3）	20（47.6）	7（16.7）	8（19.0）	4（ 9.5）	5（11.9）	10（23.8）	2（4.8）
χ^2/t 值		1.929		−0.216	0.513	0.048	1.700	0.343	0.124	0.124	0.246	0.512
P 值		0.165		0.830	0.474	0.827	0.192	0.558	0.724	0.724	0.620	0.474

1.3　治疗方案：西医常规治疗组患者均参照脓毒症指南给予常规西医治疗，包括液体复苏、抗感染、血管活性药物的使用、控制血糖、有效器官功能支持（机械通气、肾脏替代治疗等）、肠内与肠外营养、合理镇静镇痛等。中药治疗组在西医常规治疗组方法基础上加用清透解毒方治疗，口服或鼻饲，每日 2 次，每次 120 mL，连续治疗 7 d。清透解毒方处方组成：僵蚕 9 g、蝉衣 6 g、片姜黄 6 g、制大黄 5 g、水牛角 30 g、黄芩 12 g、连翘 10 g、苦杏仁 10 g、瓜蒌皮 10 g、青蒿 10 g、茯苓 15 g、滑石 12 g。

1.4　观察指标及方法：收集患者的一般资料、中医四诊信息、相关实验室检查指标，以及快速序贯器官衰竭评分（quick sequential organ failure assessment，qSOFA）、序贯器官衰竭评分（sequential organ failure assessment，SOFA）、急性生理学与慢性健康状况评分Ⅱ（acute physiology and chronic health evaluation Ⅱ，APACHE Ⅱ）。观察两组患者治疗前后中医症状积分、血清白细胞计数（white blood cell，WBC）、C- 反应蛋白（C-reactive protein，CRP）、降钙素原（procalcitonin，PCT）、血乳酸（lactic acid，Lac）以及 qSOFA、SOFA、APACHE Ⅱ评分的变化。

1.5　疗效判定：参照《中药新药临床研究指导原则》[4]疗效指数判定标准，根据中医症状积分计算疗效指数。显效为疗效指数≥70%，有效为疗效指数≥30%、且＜70%，无效为疗效指数＜30%。

疗效指数＝〔（治疗前中医症状积分－治疗后中医症状积分）/ 治疗前中医症状积分〕×100%

1.6　统计学方法：使用 SPSS 20.0 统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，两组间比较采用两独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对 t 检验；不符合正态分布的计量资料以中位数（四分位数数）〔$M(Q_L, Q_U)$〕表示，两组之间比较采用 Mann-Whitney U 检验，组内治疗前后比较采用 Wilcoxon 秩和检验。计数资料以例（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验；等级资料比较采用秩和检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结　果

2.1　两组患者治疗前后中医症状积分和体温比较（表 3）：两组患者治疗 3 d 和 7 d 后中医症状积分以及体温均较治疗前明显降低（均 $P<0.05$）；其中中药治疗组治疗 7 d 后中医症状积分和治疗 3 d 后体温均较同时间点西医常规治疗组下降明显（均 $P<0.05$）

表 3　不同治疗方法两组脓毒症毒热证患者治疗前后中医症状积分和体温比较〔$M(Q_L, Q_U)$〕

组别	例数（例）	中医症状积分（分）		
		治疗前	治疗 3 d 后	治疗 7 d 后
西医常规治疗组	42	14.0（12.0，16.5）	9.9（2.0，22.0）[a]	7.1（2.0，24.0）[a]
中药治疗组	42	16.0（14.0，18.0）	10.3（2.0，20.0）[a]	4.4（0.0，18.0）[a]
Z 值		−1.198	−0.217	−3.538
P 值		0.231	0.828	＜0.001
组别	例数（例）	体温（℃）		
		治疗前	治疗 3 d 后	治疗 7 d 后
西医常规治疗组	42	38.1（37.6，39.4）	37.5（36.3，39.0）[a]	37.1（35.6，38.5）[a]
中药治疗组	42	38.4（37.8，39.0）	36.9（36.1，39.5）[a]	36.9（35.9，39.0）[a]
Z 值		−0.251	−2.705	−1.340
P 值		0.802	0.007	0.180

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$

2.2　两组患者治疗后中医疗效指标比较（表 4）：治疗 3 d 后两组中医疗效比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗 7 d 后中药治疗组总有效率明显高于西医常规治疗组（$P<0.05$）。

表 4　不同治疗方法两组脓毒症毒热证患者治疗后中医疗效比较

组别	例数（例）	治疗 3 d 后〔例（%）〕			总有效〔%（例）〕
		无效	有效	显效	
西医常规治疗组	42	25（59.5）	15（35.7）	2（4.8）	40.5（17）
中药治疗组	42	21（50.0）	18（42.9）	3（7.1）	50.0（21）
χ^2 值					−0.899
P 值					0.368
组别	例数（例）	治疗 7 d 后〔例（%）〕			总有效〔%（例）〕
		无效	有效	显效	
西医常规治疗组	42	11（26.2）	19（45.2）	12（28.6）	73.8（31）
中药治疗组	42	3（ 7.1）	13（31.0）	26（61.9）	92.9（39）
χ^2 值					−3.275
P 值					0.001

2.3 两组患者治疗前后 Lac 比较（表 5）：治疗 3 d 和 7 d 后中药治疗组 Lac 较治疗前明显下降（$P<0.05$），西医常规治疗组变化不大。治疗 3 d 后中药治疗组 Lac 较西医常规治疗组进一步下降，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后西医常规治疗组 Lac 下降不明显，与治疗前比较差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

表 5 不同治疗方法两组脓毒症毒热证患者治疗前后 Lac 变化比较〔$M(Q_L, Q_U)$〕

组别	时间	例数（例）	Lac（mmol/L）
西医常规治疗组	治疗前	42	1.75（0.50，12.60）
	治疗 3 d 后	42	1.67（0.70，9.20）
	治疗 7 d 后	42	1.33（0.40，16.30）
中药治疗组	治疗前	42	2.35（0.70，12.40）
	治疗 3 d 后	42	1.00（0.30，6.00）[ab]
	治疗 7 d 后	42	0.95（0.10，12.70）[a]

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$；与西医常规治疗组同期比较，[b]$P<0.05$

2.4 两组患者治疗前后感染相关指标比较（表 6）：治疗 3 d 和 7 d 后两组 WBC 均较治疗前降低，且中药治疗组的降低程度较西医常规治疗组更显著（$P<0.05$）。治疗 7 d 后两组 CRP、PCT 均较治疗前明显下降（均 $P<0.05$），但两组间比较差异均无统计学意义（均 $P>0.05$）。

2.5 两组患者治疗前后 qSOFA、SOFA、APACHE Ⅱ 评分比较（表 7）：两组治疗 3 d 和 7 d 后 qSOFA、SOFA 和 APACHE Ⅱ 评分均较治疗前明显降低（均 $P<0.05$），但两组间 3 个指标比较差异均无统计学意义（均 $P>0.05$）。

表 6 不同治疗方法两组脓毒症毒热证患者治疗前后感染相关指标变化比较〔$M(Q_L, Q_U)$〕

组别	时间	例数（例）	WBC（$\times 10^9$/L）	CRP（mg/L）	PCT（μg/L）
西医常规治疗组	治疗前	42	11.84（1.60，35.40）	133.24（65.78，218.00）	1.63（0.05，100.00）
	治疗 3 d 后	42	10.70（0.80，40.80）	104.12（4.70，321.00）	1.52（0.04，100.00）
	治疗 7 d 后	42	10.60（1.00，35.90）	76.84（0.21，313.00）[a]	1.06（0.05，100.00）[a]
中药治疗组	治疗前	42	10.03（0.90，45.30）	126.45（58.20，189.25）	6.02（0.13，90.00）
	治疗 3 d 后	42	7.80（0.90，30.80）[ab]	88.17（5.90，331.00）	5.24（0.10，100.00）
	治疗 7 d 后	42	6.55（2.10，18.80）[ab]	44.00（3.75，294.00）[a]	1.91（0.11，100.00）[a]

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$；与西医常规治疗组同期比较，[b]$P<0.05$

表 7 不同治疗方法两组脓毒症毒热证患者治疗前后危重症相关评分比较〔$M(Q_L, Q_U)$〕

组别	时间	例数（例）	qSOFA 评分（分）	SOFA 评分（分）	APACHE Ⅱ 评分（分）
西医常规治疗组	治疗前	42	2.00（1.00，3.00）	5.00（2.00，14.00）	14.00（6.00，37.00）
	治疗 3 d 后	42	1.26（0.00，3.00）[a]	3.69（0.00，14.00）[a]	9.29（2.00，28.00）[a]
	治疗 7 d 后	42	0.79（0.00，3.00）[a]	1.94（0.00，16.00）[a]	8.38（0.00，30.00）[a]
中药治疗组	治疗前	42	2.00（1.00，3.00）	5.00（2.00，20.00）	16.00（5.00，32.00）
	治疗 3 d 后	42	1.25（0.00，3.00）[a]	4.50（0.00，24.00）[a]	11.25（2.00，30.00）[a]
	治疗 7 d 后	42	0.85（0.00，3.00）[a]	2.75（0.00，22.00）[a]	9.20（0.00，28.00）[a]

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$

3 讨 论

中医学中无脓毒症病名，根据临床表现及证候特点，多将脓毒症归属为伤寒、温病范畴[5]，认为正气不足、瘀血阻滞、热毒壅盛是脓毒症的主要发病机制[6]。目前，根据《中国严重脓毒症 / 脓毒性休克治疗指南（2014）》[3]，临床将脓毒症辨证分型为毒热证、腑气不通证、血瘀证及急性虚证 4 个中医证型。脓毒症的治疗，重在早预防、早发现、早干预，这与《黄帝内经》提出的“治未病”理论不谋而合。中医药应参与脓毒症的早期治疗，通过辨证论治、病证结合，以达到“既病防变”“截断扭转”之效。

脓毒症早期温热之邪侵犯机体，多表现为毒热证，热毒充斥三焦，出现发热、乏力、口干等症。“肺者，五脏六腑之盖也”“温邪上受，首先犯肺”，肺是脓毒症最常见的感染部位，这与既往相关研究结果一致[7-9]。《黄帝内经》云“热者寒之”，脓毒症毒热证治以清热解毒。基于以上特点，本科室针对脓毒症“毒热证”患者，以清热解毒为根本，以宣上、畅中、清下，宣透三焦之热邪立法，以升降散为基础化裁而成清透解毒方，以期在脓毒症早期截断病势，防止病情的进一步发展。清透解毒方中升降散（由蝉衣、僵蚕、片姜黄和大黄组成），是治疗温病的总方，既可宣发郁热，又可降泻浊阴，表里双解、宣热降浊，引内郁之邪而出，以清表里三焦之大热。有研究显示，升降散具有抗炎、解热镇痛等多种功效[10]。方中，水牛角味苦咸而性寒，归心肝胃经，具有清热泻火之功效，味咸入血，还具有凉血解毒之效，于热极动风者确有定惊之良效，研究表明水牛角解热的活性可能与所含微量元素如 Mg^{2+}、Ga^{2+} 有关[8-12]；黄芩味苦性寒，入肺经，善清上焦之热，长于清肺热；连翘性微寒而味苦，归肺心胆经，善清心而散上焦之热，其轻宣之性尚能透邪，将营分之邪透出于气分；杏仁有苦降之性，归肺与大肠经，

长于降泄上逆之肺气，宣畅上焦气机，且有润肠通便之效，以合肺与大肠相表里、六腑以通为用之理；瓜蒌皮性甘寒而清润，善长清肺而化痰热，宽胸而利膈，且可生津润肺；茯苓为甘淡性平之品，具有健脾利水渗湿之效，健运脾胃而不壅滞，畅利中焦而不伤正；滑石味甘性寒，滑而利窍，寒而清热，利小便善清膀胱之湿热，使邪有出路；青蒿为寒味苦辛之品，归肝胆经，苦寒清热，且能入阴分而清阴分伏热，芳香透络，尚可从少阳领邪外出，使少阳邪热得清，具有清、透、和、解之特点。凡药十二味，轻宣转气而透邪，利水通便而清热，宣畅三焦气机，使邪有所出，尚能入血而清热凉血，以防阴分留邪之变，同时固护中焦使正气不竭，邪不内犯，诸药合用，其病乃平。

本研究显示，对脓毒症毒热证患者治疗 3 d 时，中药治疗组体温即较西医常规治疗组明显下降；中药治疗组 WBC 于治疗 3 d、7 d，Lac 于治疗 3 d 均明显低于西医常规治疗组；治疗 7 d 时，中药治疗组中医症状积分较西医常规治疗组明显下降，中医疗效总有效率、显效率均较西医常规治疗组明显升高。但治疗后两组感染指标（CRP、PCT）和病情相关指标（qSOFA、SOFA、APACHE Ⅱ 评分）比较差异均无统计学意义，这是否与脓毒症患者病情相对较重，而疗程尚短有关，还有待于后期进一步观察。

脓毒症来势凶险，患者往往首诊于急诊科。本科室根据脓毒症早期以毒热证型为主，热毒充斥三焦的特点，以宣透三焦之热邪立法，化裁升降散为清透解毒方，于患者入急诊即开始采用中药治疗，以期截断病势。本研究显示，清透解毒方可以进一步降低患者 WBC、Lac 水平，改善患者中医症状，早期即降低患者体温，有确切的临床疗效，对中西医结合治疗脓毒症有一定指导意义。

利益冲突　所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of clinical criteria for sepsis: for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315 (8): 762-774. DOI: 10.1001/jama.2016.0288.

[2] 中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会，中华医学会急诊医学分会，中国医师协会急诊医师分会，等. 中国“脓毒症早期预防与阻断”急诊专家共识 [J]. 中华危重病急救医学，2020, 32 (5): 518-530. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20200514-00414.

[3] 中华医学会重症医学分会. 中国严重脓毒症 / 脓毒性休克治疗指南（2014）[J]. 中华危重病急救医学，2015, 27 (6): 401-426. DOI: 10.3760/j.issn.2095-4352.2015.06.001.

[4] 国家食品药品监督管理总局. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京：中国医药科技出版社出版，2002.

[5] 罗峰，杨曼. 清瘟败毒饮合大承气汤联合西药治疗肺炎合并脓毒症 39 例 [J]. 中医研究，2019, 32 (7): 16-18. DOI: 10.3969/j.issn.1001-6910.2019.07.07.

[6] 黎辉，武紫晖，张晓云. 脓毒症的中医研究进展 [J]. 中国中医急症，2018, 27 (9): 1681-1683. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2018.09.053.

[7] 丁黎敏，张颖，郑兰芝，等. 急诊脓毒症中医证型分布特点的研究 [J]. 中国中西医结合急救杂志，2018, 25 (6): 631-635. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2018.06.017.

[8] 贺小丽，李德渊，乔莉娜，等. 脓毒症流行病学及预后的研究进展 [J]. 中华危重病急救医学，2018, 30 (5): 486-489. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2018.05.019.

[9] 邵俊，袁周，陈齐红，等. Sepsis-3 标准对脓毒症患者诊断价值的多中心前瞻性观察性临床研究 [J]. 中华危重病急救医学，2020, 32 (2): 129-133. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20191224-00024.

[10] 刘文军，薛燕星，胡东鹏. 升降散的现代药理机制研究进展 [J]. 北京中医药，2012, 31 (12): 939-943. DOI: 10.16025/J.1674-1307.2012.12.029.

[11] 王华东，李楚杰，届洋，等. 下丘脑 Ga^{2+}，cAMP 在家兔 EGTA 性发热机制中的作用 [J]. 中国病理生理杂志，1996, 12 (4): 402-405.

[12] 李韬，赵超群，吕坤，等. 玄参、生地黄、紫草等六种中药中微量元素含量的测定 [J]. 广东微量元素科学，2011, 18 (6): 28-32. DOI: 10.3969/j.issn.1006-446X.2011.06.003.

（收稿日期：2021-10-21）

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中国中西医结合急救杂志》关于统计学方法的写作要求

尽可能详细描述，补充有关统计研究设计、资料的表达与描述、统计分析方法的选择、统计结果的解释和表达等要求。应写明所用统计分析方法的具体名称（如成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析等）和统计量的具体值（如 $t=3.45$），并尽可能给出具体的 P 值（如 $P=0.023$）；当涉及总体参数时，在给出显著性检验结果的同时，还应给出 95% 可信区间。对于服从偏态分布的定量资料，应采用中位数（四分位数间距或四分位数）〔$M(Q_R)$ 或 $M(Q_L, Q_U)$〕方式表达，不应采用均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）方式表达。对于定量或定性资料，应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的，选用合适的统计分析方法，前者不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析，后者不应盲目套用 χ^2 检验。要避免用直线回归方程描述有明显曲线变化趋势的资料。不宜用相关分析说明两种检测方法之间吻合程度的高低。对于多因素、多指标资料，要在一元分析的基础上，尽可能运用多元统计分析方法，以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系作出全面、合理的解释。使用相对数时，分母不宜小于 20；要注意区分百分率与百分比的不同。统计学符号按 GB/T 3358.1-2009《统计学词汇及符号 第 1 部分：一般统计术语与用于概率的术语》的有关规定书写，一律用斜体。