

· 临床论著 ·

中药肾病合剂减少儿童单纯型肾病综合征复发的临床研究^{*}

李新民 马 融 李少川 孙希焕 郝瑞芳 任 勤 胡淑萍 袁志毅

内容提要 目的:观察中药肾病合剂对儿童单纯型肾病综合征复发的影响。方法:以肾病合剂配合强的松治疗儿童单纯型肾病综合征 68 例(中西药组),并随机设立强的松组 33 例(西药组),进行对照研究。结果:1 年复发率中西药组为 14.3%,对照组为 59.3%,中西药组明显低于对照组($P < 0.01$)。患儿治疗前血清皮质醇、IgG、IgA 及 CD₃、CD₄、CD₄/CD₈、红细胞 C₃b 受体花环率均明显低于健康组($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$);中西药组患儿治疗 6 个月后,上述指标均明显上升,与健康组比较差异无显著性。结论:肾病合剂可减少肾病复发,其作用机制与其调整 T 细胞功能紊乱,改善体液免疫和红细胞免疫功能及促进肾上腺皮质功能恢复等多种途径有关。

关键词 肾病合剂 肾病综合征 复发 皮质醇 免疫

Clinical Study on Effect of Shenbing Mixture in Reducing Recurrence of Simple Nephrotic Syndrome of Children LI Xin-min, MA Rong, LI Shao-chuan, et al *Department of Pediatrics, The First Affiliated Hospital of Tianjin University of TCM, Tianjin (300193)*

Objective: To observe the effect of Shenbing Mixture (SBM) of the recurrence of simple nephrotic syndrome of children. **Methods:** Sixty-eight patients treated with SBM combined with prednisone were observed and compared with that in the control group treated with prednisone only. **Results:** The 1-year recurrence rate of the treated group was 14.3%, which was obviously lower than that in the control group ($P < 0.01$). Serum level of cortisol, IgG, IgA, CD₃, CD₄, CD₄/CD₈ ratio and rosette formation rate of RBC-C₃b in patients before treatment were all significantly lower than normal range. After being treated with SBM combined with prednisone, the above-mentioned indexes were all improved significantly and close to normal. **Conclusion:** SBM had obvious effect in reducing recurrence of nephrotic syndrome in children, the mechanism is closely related to multiple pathways, including adjustment of T-lymphocyte dysfunction, improving humoral immunity and RBC immune function, and promoting the recovery of adrenal cortex function.

Key words Shenbing Mixture, nephrotic syndrome, recurrence, cortisol, immunity

儿童单纯型肾病综合征为儿童原发性肾病综合征的主要临床类型,大多对激素治疗敏感,但好感染、易复发,是其普遍存在的问题。我们于 1994 年 2 月~2000 年 8 月开展了中药肾病合剂减少儿童单纯型肾病综合征复发的临床研究,现报告如下。

临 床 资 料

全部病例来源于我院儿科病房及肾病专科门诊,均符合全国儿科肾脏病科研协作组关于儿童单纯型肾病综合征的诊断^[1]。按就诊顺序以 2:1 的比例将患儿

随机分为中西药治疗组(中西药组)和西药对照组(西药组)。中西药组 68 例,男 49 例,女 19 例;首次就诊时年龄 1 岁 7 个月~13 岁 10 个月,平均(7.20 ± 3.25)岁;初次发病年龄 1 岁~13 岁 5 个月,平均(6.03 ± 3.22)岁;病程 6 天~6 年 5 个月,平均(16.32 ± 17.99)个月;初发病例 18 例,频繁复发 39 例;初诊时缓解期患儿 3 例,非缓解期患儿 65 例;按《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》^[2]辨证分型,属风水相搏 19 例,水湿浸渍 7 例,湿热内蕴 16 例,脾虚湿困 26 例;59 例患儿就诊前曾用激素,其中合用雷公藤者 1 例,环磷酰胺者 1 例。西药组 33 例,男 24 例,女 9 例;首次就诊时年龄 1 岁 2 个月~13 岁,平均(7.27 ± 3.45)岁;初次发病年龄 1 岁 2 个月~13 岁 2 个月,平均(6.09 ± 3.41)岁;病程 4 天~5 年 9

^{*} 天津市教委资助项目(No. 9303017)

天津中医药大学第一附属医院(天津 300193)

个月,平均(15.65±18.25)个月;初发病例 9 例,频繁复发 17 例;初诊时缓解期患儿 2 例,非缓解期患儿 31 例;中医辨证属风水相搏 10 例,水湿浸渍 6 例,湿热内蕴 5 例,脾虚湿困 12 例;28 例患儿就诊前曾用激素,其中合用雷公藤者 2 例。两组病例上述因素比较,差异均无显著性($P>0.05$)。另设健康对照组 50 名,其中 30 名检测免疫球蛋白,男 20 名,女 10 名,平均年龄(7.31±3.50)岁;另 20 名检测皮质醇、T 细胞亚群及红细胞 C₃b 受体花环率,男 13 名,女 7 名,平均年龄(7.22±3.48)岁。

方 法

1 治疗方法 西药组参照全国儿科肾脏病科研协作组方案⁽³⁾,按中长程疗法予激素治疗。具体用法:强的松每日 2mg/kg(不超过每日 60mg),分 3 次服用。若 4 周内尿蛋白转阴,则自转阴后至少巩固 2 周方始减量。减量时改为隔日 2mg/kg,早饭后顿服,共 4 周,以后每 2~4 周减量 1 次,均匀递减直至停药。疗程必须达 6 个月(中程疗法)。若开始治疗 4 周尿蛋白未转阴,可继续服至尿蛋白转阴后 2 周,一般不超过 10 周。以后再改为隔日早饭后顿服,共 4 周。以后每 2~4 周减量 1 次,直至停药。疗程 9~12 个月(长程疗法)。

中西药组予肾病合剂联合激素治疗。肾病合剂由太子参 10g 黄芪 12g 柴胡 10g 黄芩 10g 白花蛇舌草 10g 猪苓 6g 泽泻 6g 等组成,天津中医学院第一附属医院药厂生产,每毫升含生药 0.8g。用量:<3 岁 每次 10ml,每日 3 次;3~6 岁 每次 20ml,每日 2 次;>6 岁 每次 25ml,每日 2 次。3 个月为 1 个疗程,治疗观察 4 个疗程。患儿兼有表证,风水相搏者,随证配合银翘四苓散、麻黄连翘赤小豆汤等化裁的中药汤剂以疏风解表、宣肺利水;水湿浸渍,水肿明显者,可配合胃苓汤、五皮饮等化裁;湿热内蕴,或热毒内扰者,可随证配合甘露消毒丹、黄连解毒汤等。激素用法同西药组。所有病例均可根据病情应用抗生素、利尿药、降压药及维持水电解质平衡等对症处理措施。

2 观察项目 (1)患儿一般情况及水肿程度。(2)尿蛋白定性,采用醋酸加热法,开始每周检测 2 次,缓解后每 1~2 周检测 1 次;尿蛋白定量,采用磺柳酸

法,尿蛋白未转阴前,每 2~4 周检测 1 次。(3)血清总蛋白测定采用双缩脉法,白蛋白采用溴甲酚绿法,胆固醇采用胆固醇氧化酶法,尿素氮采用尿素酶紫外分析法,肌酐采用苦味酸速率法,以瑞士产 COBAS MIRA 自动生化分析仪测定。恢复正常前,每疗程测定不少于 1 次。(4)血清免疫球蛋白,重点观察 IgG、IgA,采用单向琼脂免疫扩散法,1~2 个疗程复查 1 次。(5)T 细胞亚群,采用间接免疫荧光法,1~2 个疗程复查 1 次。(6)红细胞 C₃b 受体花环率,采用文献⁽⁴⁾报道的方法测定,1~2 个疗程复查 1 次。(7)血浆皮质醇,晨 8:00 取血,采用放射免疫法(RIA),放免药盒由中国同位素公司北方免疫试剂研究所供应,以北京核仁仪器厂生产的 FT-6300γ 计数仪测定,治疗前及治疗后每 1~2 个疗程测定 1 次。

3 统计学处理 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 检验。

结 果

1 疗效评定标准 根据全国儿科肾脏病科研协作组南宁会议制定的标准⁽³⁾,将疗效分为:完全缓解(尿蛋白转阴,停药未达 3 年);部分缓解(尿蛋白持续+~++);未缓解(尿蛋白持续≥+++)。按中长程疗法,强的松治疗 8 周时效应分为:完全效应(尿蛋白转阴);部分效应(尿蛋白+~++);无效效应(尿蛋白仍≥+++)

2 治疗结果

2.1 治疗 8 周时效应 见表 1。两组患儿治疗 8 周时效应比较差异无显著性,但中西药组患儿水肿消

表 2 两组患儿治疗 6 个月疗效分析〔例(%)〕

组别	n	完全缓解			部分缓解	未缓解
		持续缓解	迟缓反应	复发再治缓解		
中西药	68	57(83.8)*	4(5.9)	4(5.9)	3(4.4)	0
西药	33	13(39.4)	4(12.1)	7(21.2)	6(18.2)	3(9.1)

注:与西药组比较,* $P<0.01$

表 3 两组患儿肾病复发情况比较

组别	n	治疗 6 个月(例(%))			治疗 1 年后(例(%))			人年均患呼吸
		无复发	非频发	频发	无复发	非频发	频发	
中西药	63	57(90.5)	4(6.4)	2(3.2)*	54(85.7)	5(7.9)	4(6.4)*	1.24±0.41*
西药	27	13(48.2)	6(22.2)	8(29.6)	11(40.7)	6(22.2)	10(37.0)	2.26±0.69

注:与西药组比较,* $P<0.01$

表 1 两组患儿治疗 8 周时效应比较

组别	总疗效〔例(%)〕			频繁复发患儿疗效〔例(%)〕			水肿情况		尿蛋白转阴时间	
	n	完全效应	部分效应	n	完全效应	部分效应	n	完全消退 (例)	水肿消退时间 (天, $\bar{x}\pm s$)	n (周, $\bar{x}\pm s$)
中西药	68	63(92.7)	5(7.3)	39	36(92.3)*	3(7.7)	65	65	9.8±6.1**	60 2.60±1.68*
西药	33	27(81.8)	6(18.2)	17	12(70.6)	5(29.4)	31	28	13.8±8.0	25 3.47±2.01

注:与西药组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

表 4 各组血清皮质醇、免疫球蛋白、T 细胞亚群及红细胞 C₃b 受体花环率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	皮质醇 nmol/L)	IgG(g/L)	IgA(g/L)	IgM(g/L)	CD ₃ (%)	CD ₄ (%)	CD ₈ (%)	CD ₄ /CD ₈	RBC-C ₃ b 受体花环率(%)
中西药治前	192.0 ± 137.1 ** (30)	4.36 ± 2.69 ** (32)	1.17 ± 0.35 ** (32)	1.39 ± 0.67 52.45 ± 3.94 ** (32)	34.02 ± 4.08 ** (32)	22.72 ± 3.01 1.54 ± 0.24 * 19.64 ± 4.55 ** (32)	(32)	(32)	(30)
治后	338.5 ± 160.0 △△▲ (30)	9.81 ± 3.94 △△ (32)	1.56 ± 0.60 (32)	1.41 ± 0.52 58.78 ± 4.37 △△▲ (32)	37.32 ± 3.69 △△▲ (32)	22.07 ± 2.89 1.68 ± 0.25 △ 29.60 ± 4.13 △△▲ (32)	(32)	(32)	(30)
西药治前	196.7 ± 124.3 ** (12)	4.40 ± 2.88 ** (13)	1.14 ± 0.38 ** (13)	1.40 ± 0.57 53.15 ± 4.31 ** (13)	33.56 ± 3.90 ** (13)	21.98 ± 3.37 1.51 ± 0.23 * 18.98 ± 5.09 ** (13)	(13)	(13)	(12)
治后	212.9 ± 107.5 ** (12)	7.41 ± 3.01 ** △△ (13)	1.49 ± 0.50 △ (13)	1.43 ± 0.60 55.94 ± 4.01 ** (13)	34.57 ± 3.54 * (13)	22.35 ± 3.12 1.56 ± 0.21 * 24.71 ± 4.34 * △△ (13)	(13)	(13)	(12)
健康	350.8 ± 147.6 (20)	10.59 ± 2.97 (30)	1.60 ± 0.54 (30)	1.38 ± 0.54 60.62 ± 4.69 (20)	37.56 ± 4.59 (20)	22.19 ± 2.90 1.70 ± 0.29 29.03 ± 5.53 (20)	(20)	(20)	(20)

注 指标检测对象均为非复发的持续缓解患儿;与健康组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与本组治疗前比较,△ $P < 0.05$,△△ $P < 0.01$;与西药组治疗后比较,▲ $P < 0.05$,▲▲ $P < 0.01$ ()内数据为例数

退时间、尿蛋白转阴时间均明显优于西药组($P < 0.01$, $P < 0.05$),对频发复发患儿完全效应率中西药组显著高于西药组($P < 0.05$)。

2.2 6 个月疗效评定 见表 2。中西药组患儿治疗 2 个疗程(6 个月)持续缓解率 83.8%,明显优于西药组($P < 0.01$)。

2.3 复发情况 见表 3。对治疗 8 周取得完全效应的病例进行观察,结果中西药组治疗 6 个月后的复发率为 9.5%(6/63 例),治疗 1 年后复发率为 14.3%(9/63 例),人年均患呼吸道感染(1.24 ± 0.41)次,均明显低于西药组($P < 0.01$)。

2.4 血清皮质醇、免疫球蛋白、T 细胞亚群及红细胞 C₃b 受体花环率测定结果比较 见表 4。患儿治疗前血清皮质醇、IgG、IgA 及外周血 CD₃、CD₄、CD₄/CD₈、红细胞 C₃b 受体花环率均明显低于健康组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。中西药组患儿治疗 6 个月后,上述指标均明显上升,与健康组比较差异无显著性。

2.5 中西药组未见明显的毒副反应。

讨 论

中药肾病合剂具疏解清化(疏利少阳、清热解毒、活血化瘀)、健脾利湿之功。有研究表明^[5],该药可明显增加强的松治疗小儿肾病的敏感性,提高小儿难治性肾病的疗效。本研究结果显示,中西药组患儿 0.5 年复发率 9.5%,1 年复发率 14.3%,明显低于西药组。表明肾病合剂具有减少小儿肾病复发的显著作用。

小儿原发性肾病综合征特别是单纯型肾病的发病机制与 T 淋巴细胞功能紊乱密切相关。由于 T 细胞功能紊乱,一方面可产生各种淋巴因子损伤肾小球基底膜多阴离子而出现大量蛋白尿,另一方面使 B 淋巴细胞分化成熟障碍致抗体产生不足,临床上易反复发生感染,而感染是肾病发病和复发的主要原因。本研究结果表明,患组治疗前血清 IgA、IgG 及 CD₃、CD₄、

CD₄/CD₈ 均明显低于健康组,西药组治疗缓解后 CD₃、CD₄、CD₄/CD₈ 无明显变化,血 IgA、IgG 虽显著提高,但 IgG 尚明显低于健康组。中西药组治疗后,患儿血清 IgA、IgG 及 CD₃、CD₄、CD₄/CD₈ 均恢复到正常水平,且罹患呼吸道感染的次数明显减少。可见,肾病合剂具有调整 T 细胞功能紊乱、改善体液免疫功能和增强抗病能力的作用。

红细胞 C₃b 受体花环试验,为测定红细胞膜 C₃b 受体活性,可反映红细胞免疫功能的高低。本研究提示肾病患者红细胞 C₃b 受体花环率明显低于健康组,与文献报道^[6]相一致,说明肾病患者存在红细胞免疫功能低下。强的松治疗缓解 6 个月的患儿血清红细胞 C₃b 受体花环率虽有提高,但尚明显低于健康组,而肾病合剂治疗后的患儿,其红细胞 C₃b 受体花环率与健康组比较差异无显著性。可见,肾病合剂可能具有改善肾病患者红细胞免疫功能的作用。

长期大剂量应用激素最严重的副反应之一,为外源性激素对下丘脑—垂体—肾上腺(HPA)系统的反馈抑制。肾病频繁复发与患儿肾上腺皮质功能低下密切相关。研究表明^[7],肾病患者存在原发的血清皮质醇水平低下,其可通过对免疫系统的异常调节参与本病发病和复发;反复的激素治疗可由于进一步抑制患儿皮质功能形成糖皮质激素免疫调节环路的恶性循环,可能是其导致激素依赖和频繁复发的重要原因之一。本研究结果表明,肾病患者治疗前血清皮质醇浓度明显低于健康组,大剂量强的松治疗可进一步降低其浓度,随着肾病缓解及激素的减量,血清皮质醇浓度逐渐上升,但 6 个月时尚明显低于健康组,经肾病合剂治疗的患儿,其血清皮质醇浓度于疗后 1 个月时明显高于单予强的松治疗者,疗后 6 个月与健康组比较差异无显著性。可见,肾病合剂具有明显的促进肾上腺皮质功能恢复,拮抗外源性激素反馈抑制的作用。

参 考 文 献

1. 姜新猷,陈荣华,王宝琳整理.《关于小儿肾小球疾病临床分

- 类和治疗的建议》的修订意见. 中华儿科杂志 1981 ;19(4): 241—243.
2. 国家中医药管理局发布. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 25.
3. 王宝琳, 姜新猷, 陈荣华, 等整理. 肾病综合征的激素和免疫抑制剂治疗方案. 中华儿科杂志 1985 ;23(3): 168—169.
4. 郭峰, 张延东. 血清对红细胞免疫粘附抑制作用的测定. 上海免疫学杂志 1987 ;7(3): 133—135.
5. 李新民, 郝瑞芳, 孙希焕, 等. 中西医结合治疗小儿难治性肾

- 病综合征 63 例临床研究. 中国中医药信息杂志 2001 ;8(7): 46—47.
6. 丁培植, 李荣, 张菊荣, 等. 小儿肾病综合征的红细胞 C₃b 受体与活性花环及其临床意义. 实用儿科杂志 1990 ;5(1): 12—13.
7. 邹和群, 王韵琴, 匡裕玖. 糖皮质激素免疫调节环路与单纯性肾病综合征相互关系的探讨. 中华儿科杂志 1993 ;31(5): 276—278.

(收稿 2001-11-11 修回 2002-03-15)

· 中医英译 ·

谈中医术语的错误英译

徐象才

如果你是个合格的中医英译人员, 探究一下 20 多年来中医英译学术及其结果, 就会因其谬误之深, 错误之广而惊骇。20 多年来中医英译所遵循的方法不外有二, 一个是“解释翻译法”, 一个是“比照西医翻译法”。由于对术语的理解不同, 翻译表达的方法不同, 英文水平的不同, “解释翻译法”带来了六大弊端。一是“一个术语多种翻译”, 一个中医术语被翻译成七、八个样子是司空见惯的, 有时甚至多达十二、三个。如: “阳盛格阴”就被翻译成了至少下列 11 种情况 (1) Yin is kept externally by the excessive yang inside the body. (2) Yin is kept externally by yang excess in the interior. (3) Yin is kept superficially by excessive yang inside body. (4) Yin is kept in the exterior by abundant yang in the interior. (5) Excessive YANG keeping YIN externally. (6) Excess of yang with elusion of yin. (7) Excessive Yang keeps Yin externally. (8) Yin is kept externally by Yang-excess in the interior. (9) Exuberant yang repels yin. (10) Predominant yang impairing yin. (11) Exuberant yang repelling yin. 二是“错误翻译”。如: 把“阳盛格阴”翻译成“阴被体内过多的阳保持在体外 (Yin is kept externally by the excessive yang inside body)”就是错误的。如是这样, 在体内“阳”盛时, 体内就没有了“阴”; “阴”“阳”被格开在体内和体外, 这是不可能的。“阳盛格阴”说的是在“阳”盛时, 阴阳排斥的一种状态。再如: 把“培土制水”翻译成“培土筑坝, 以坝挡水 (banking up earth to dam water)”同样是错误的。这是因为, 固然可把“培土”直译为“banking up earth”, 但把“制水”翻译成“to dam water (筑坝拦水)”, 无论从哪个方面讲都不能算是适宜的了。三是“背离翻译”, 即偏离原意。如: 原意是“肝主藏血”, 译文却成了“主藏血的肝 (the liver being in charge of storing blood)”。再如, 原意是“热极生风”, 译文却成了“由热邪的亢奋引起的风证 (wind-syndrome resulting from the hyperactivity of heat-evil)”。四是“英文文法错误”。如: 把“心开窍于舌”翻译成“tongue being considered as a specific orifice of the hear (被看作心的一个特殊开口的舌)”, 除了有“背离错误”外, 还有英文文法的错误。这是因为

tongue 后的 consider 不能用现在分词 (不能是“正在被看作”), 而要用过去分词, 这样, “being”就是多余的了。五是“冗长翻译”。如: “八纲辨证”4 个字被翻译成了由 12 个英文单词组成的冗长的解释语——“analyzing and differentiating pathological conditions in accordance with the eight principal syndromes”。再如: “辨证论治”4 个字被翻译成了由 33 个英文单词组成的冗长的解释语——“diagnosis and treatment based on overall analysis of symptoms and signs, the cause, nature, and location of the illness and the patient's physical condition according to the basic theories of traditional Chinese medicine”。六是“不能回译”, 亦即译成的英文译文不能回译成原来的中文。

上述“解释翻译法”所派生的六种错误或弊端不仅使中医术语的原汁原味在译文中荡然无存, 也使中医从总体上在英文中走了样。

至于“比照西医翻译法”, 同样是派生翻译错误或弊端的温床。如: 把“阳偏盛”翻译为“阴亢进/亢奋 (yin sthenia)”就是“比照西医”的产物。如此翻译显然是错的, 至少是不好的。因为, “阳偏盛”主要是个量的概念, 而“阴亢进/亢奋”却主要是个功能概念。即使对“阳”, 中医专家们也不排除其含有“量”的概念, 乃何“阴”呼? 再如: 把“气陷”翻译成“因脾气低下引起的内脏下垂 (visceroptosis with hyposplenic qi)”也是“比照西药”的结果。如此翻译不仅使中医术语“气陷”在译文中消失, 也偏离了中文原意。试问, 脱肛是不是内脏下垂? 其因也是“气陷”!“腰腹胀满重坠, 便意频频”是否也是“气陷”引起的? 中医和西医的不同之处是英文中原本没有的, 也就是中医翻译困难的原因所在。“不同, 英文中又没有”, 怎么“比照”? 牵强附会的比照, 怎能不错?

20 多年来, 中医英译错误和弊端的根源是“解释翻译法”和“比照西医翻译法”。中医英译错误如不改正就不能趋向完美, 中医术语就不能被原原本本地翻译成英文, 中医也就不能健康地走向世界。

(收稿 2002-05-20)