

· 文献综述 ·

不稳定性心绞痛中医治疗近况

广西中医学院第一附属医院(530023) 卢健棋 审校:李 光

不稳定性心绞痛(unstable angina, uA)是最常见的急性冠状动脉综合征之一,它是冠心病介于稳定性心绞痛和急性心肌梗塞之间的一种临床状态,具有进行性恶化趋势,极易恶化为急性心肌梗塞和缺血性猝死。据 WHO 标准。其分为初发劳力型(病程 ≤ 1 个月)、恶化劳力型(包括卧位型)、自发型(包括变异型)和梗塞后型(病程 ≤ 1 个月)^[1]。鉴于不稳定性心绞痛病变复杂,进展迅速,且预后有多方向性,因而已成为近年来国内外研究的热点。既往我国中医及中西医结合工作者对冠心病心绞痛的研究多着眼于稳定性心绞痛,对于 uA 则较少关注,近年来才开始重视对其研究,在病因病机和临床、实验等方面对其进行了有益的探讨,并积累了一定的理论知识和实践经验。现将有关内容综述如下。

1 病因病机 本虚标实是冠心病心绞痛的基本病机已得到共识^[2]。但大多数研究认为 uA 与稳定性心绞痛存在不同的病机,而 uA 的不同分型其病机又有所不同。部分研究并对其病理实质进行了探讨。刘氏^[3]通过对 395

例冠心病心绞痛中医证型特点的研究发现,自发行心绞痛中医理论特点的研究发现,自发性心绞痛(包括变异型)和恶化劳力型心绞痛,均以阳虚本症和寒凝血瘀标症为其主要证型,初发劳力型心绞痛主要表现为气虚血瘀证。何氏^[4]通过对 21 例自发性、变异型心绞痛与 147 例劳力型心绞痛的对比分析,认为前者有三个中医证候特点:寒凝标实证型较多;阳虚本证较多;气虚本证较少;自发与变异两型心绞痛间证型无明显差异。有人^[5]认为变异型心绞痛的病机以心肾气阳亏虚为本,因寒邪而血瘀气滞、心脉不通为标。孔氏^[6]认为心肾阳虚是 uA 的病机重点,并发现 uA 心肾阳虚证患者不仅雌二醇、雌二醇/睾酮比值显著高于正常对照组。此外,其超氧化物歧化酶明显低于正常组,过氧化脂质和红细胞、血浆超氧阴离子以及血小板聚集率显著高于正常组。从而认为 uA 心肾阳虚证的病理实质可能与性激素水平紊乱、自由基反应失调和血小板聚集性增高等有关,亦有人^[7]认为其发病机理是因即肝阳不足

讨 论 临床观察和动物实验均发现,针刺能提高血浆雌二醇和孕酮水平^[8]。现代生理学认为脑和心脏是性激素靶器官,富含性激素受体^[1,2,4]。脑内性激素受体与单胺类神经递质神经元共存^[1]。本实验见到穴位刺激 1 周后,脑干和心肌细胞浆中 E₂R 含量明显增加表现穴位刺激不仅对分泌性激素器官—性腺起作用而且对性激素的靶器官起作用。我们以前见到针刺穴位使富含 5-HT 能神经元胞体的中缝背核神经元及富含 NA 能神经元胞体的蓝斑核神经元放电频率发生改变,使下丘脑内侧视前区中多数神经元放电激活^[9]。内侧视前区内有大量促性腺激素释放激素(GnRH)神经元。在上述脑区均富含性激素受体。可以推测穴位刺激在提高 5-HT 能神经元及下丘脑 GnRH 神经元兴奋性的同时增加了性激素对脑的保护作用。

邵奇明^[9]发现心肌梗塞时,大鼠非梗塞区心肌 E₂R 浓度增加。而给生理剂量的雌二醇使缺血的心肌更能适应缺氧的变化。本实验中穴位刺激增加心肌 E₂R 含量为了解针刺治疗心血管疾病的机理提供了实验依据。

脑内生物胺可控制动物的性行为。应用 5,6-二羟色胺损毁中枢 5-HT 能神经末梢后动物性行为明显亢进。近年研究表明,中枢 5-HT 能神经递质参与调控 GnRH 释放节律和时相^[10]。本实验应用 5-HT 合成抑制剂 PCPA 后,明显增加脑内 E₂R 含量。从受体水平证明了 5-HT 对性行为的调控作用。而 PCPA 加穴位刺激动物脑内 E₂R 含量继续增加至对照水平,但增加的百分率明显低于对照组。

我们曾看到静脉注射 5-HT 受体阻断剂赛庚啶可增加针刺激活中缝大核神经元的百分率,推测 5-HT 神经递质参与穴位刺激改变脑内 E₂R 含量的过程。在脑内 5-HT 合成明显降低的情况下穴位刺激可通过调节中枢 5-HT 能神经元和下丘脑 GnRH 神经元的兴奋性,使机体内环境维持相对恒定。最终造成 PCPA 加穴位刺激使动物脑内 E₂R 含量增加至对照水平的结果。

参考文献

1. Grant L D and stumpf WE. Anatomical neuroendocrinology, stumpf WE and Grant LD. karge, Newyork, 1975;445
2. Sakuma Yand pfaff DW. J. Neuro-phsiol, 1980; 44: 1002-1010
3. Heritage A. S et al. Science, 1980; 207: 1377-1379
4. Stumpf WE. Science, 1977; 196: 319
5. Lin AL Endocrinology, 1986; 119: 296
6. 北京医学院基础部针麻原理研究室生理组 中枢神经介质概论. 北京科学出版社, 1997: 322
7. 雯延辅·中国针灸, 1988; 8: 151-154
8. 朱笛霓·针刺研究, 1989; 14(1-2): 65-67
9. 邵奇明·中国病理生理杂志, 1990; 6(5): 309-312
10. Meites J. Exp. Geront, 1988; 23(4/5): 349

(收稿 1997-11-12)

或肝升发阳气无力或肝气郁滞或肝阴亏损致心脉挛急所致。

2 基本方加减治疗 大多是基于既往对冠心病的认识,针对本虚标实的病机,分别选用益气养阴、滋阴益肾、舒肝行气、活血化痰等治法制定一个基本方,然后随证加减治疗,以达到补虚泻实的目的。刘氏^[8]采用益气活血法协定处方(黄芪、党参、黄精、土鳖虫、水蛭、枳壳、丹参),气阴两虚加用太子参、沙参。水煎服,每日 1 剂。治疗 uA28 例,结果显效 16 例,有效 10 例,无效 2 例,总有效率 92.86%,且能提高患者血浆一氧化氮水平,使其接近健康人水平($P > 0.05$)。王氏^[9]从肝辨治入手,用自拟柴胡楝芎汤治疗 96 例 uA 患者。药用柴胡、川楝子、川芎、半夏、红参、附子、当归、黄芩、炙甘草、生姜、大枣。水煎服,每日 1 剂或两日 3 剂。辨证如无明显寒热偏异,一般不作药味加减,仅作药量调整;偏气虚者重用人参,偏阳虚者重用附子,气郁甚者重用柴胡、川楝子;血瘀重者重用当归、川芎,挟痰浊者重用半夏、生姜。结果全部病例在服药 2 剂后心绞痛即获明显改善,各种肝郁(瘀)症状也获改善或消失。高氏^[10]用血府逐瘀汤合六味地黄丸加减治疗 24 例患者,气阴两虚者配合生脉饮加减,痰浊壅塞者配合瓜蒌薤白半夏汤加减。观察 3 周,结果显效 6 例,有效 9 例,缓解 9 例,总有效率达 100%,与心痛定对照组比较有显著性差异($P < 0.01$)。

3 专病专方专药治疗 3.1 汤剂:大多是针对 uA 气虚血瘀、阳虚寒凝的主要病机,或选用经方或自拟方,不随证加减,以达到益气活血或温阳通脉的治疗目的,效果较好。张氏^[11]用补阳还五汤治疗 uA70 例,不随证加减,每日 1 剂,早、晚各 1 次,水煎服。疗程 15d。并以硝苯吡啶、肌苷治疗 32 例作为对照,结果缓解心绞痛的有效率、心电图改善的有效率,治疗组和对照组分别为 91.4%。对 84.37% ($P < 0.05$)。汪氏^[12]认为自发性心绞痛临床辨证多为阳气亏虚、寒凝气滞、脉络瘀阻,故以温阳通脉法为主组成温心汤(黄芪、党参、栝蒌、薤白、桂枝、川芎、丹参、赤芍、葛根、降香)每日 1 剂,水煎 2 次,取汁 200ml,分 2 次口服,治疗本病 82 例,疗程 6 周。结果心绞痛总有效率达 95.12%,心电图总有效率达 74.39%,均优于 40 例消心痛对照组的 72.5% 和 50% ($P < 0.01$)。且治疗后患者次极量运动试验运动时间延长,作功量增加,ST 段下移值减少。患者体外血栓实验血栓长度缩短,湿重及干重均降低。孙氏^[13]用益气活血方药(当归、川芎、赤芍、田三七末、桃仁、红花、红参)治疗硝酸甘油依赖性的 uA2 例,结果用药 1 月后病情稳定,日常活动不再发作心绞痛,2 月后完全停药硝酸甘油而心绞痛未再发。

3.2 成药:多选用具有益气活血或温阳通脉或活血祛瘀作用的中成药进行治疗,方便有效。雷氏^[14,15]用益气活血方药愈心痛胶囊(由红参、三七等)药物组成,每粒含生药 0.33g,由吉林敖东制药厂提供,治疗 uA34 例,结果愈心痛组在总的临床疗效方面和在心电图缺血性 ST 段恢复、心

绞痛分级改善、硝酸甘油消耗量减少以及平均起效时间上均明显优于西药(硝酸甘油、心痛定)对照组总有效率分别为 94.1% 和 74.2% ($P < 0.05$)。同时患者的自觉症状和血瘀征象也明显好转。实验室检测表明,给予愈心痛胶囊治疗 2 周后,患者血中外周血循环内皮细胞数量及血浆内皮素、丙二醛和 α -颗粒膜蛋白含量均显著降低,而红细胞超氧化物歧化酶和全血谷胱甘肽过氧化物酶活性显著升高,疗效明显优于西药对照组($P < 0.05 \sim 0.01$)。此外还观察到愈心痛胶囊消化道给药能明显抑制急性实验性心肌缺血犬心肌损伤时肌酸磷酸激酶的溢出和血浆内皮素的过量释放,同时促进一氧化氮的生成和释放。从而认为愈心痛胶囊可能是通过改善血管内皮功能,拮抗血浆内皮素,抑制血小板活化和减轻脂质过氧化损伤等途径来达到治疗 uA 的目的。孔氏^[16]以温阳益气、祛寒通痹化痰为法,用心痛舒宁口服液(由附生、薏苡仁、淫羊藿、黄芪、降香、丹参、白芍等 9 味中药构成,南京中医学院制药厂提供),治疗 uA47 例,结果心绞痛总有效率达 91.49% 心电图总有效率 44.68%,与硫氮 酮对照组疗效相当,二者比较无显著性差异($P < 0.05$)。且可使患者血中超氧化物歧化酶含量、载脂蛋白 aPoA-I/aPoB 比值及睾酮升高,降低血浆和红细胞氧自由基,降低血浆雌二醇、降低血浆雌二醇/睾酮比值。认为心痛舒宁可在多个环节上影响不稳定性心绞痛的病理进程。卢氏^[17]用水蛭胶囊配合常用西药治疗 uA30 例,并与单用西药治疗的 30 例比较,结果治疗组临床疗效总有效率达 93.33%,优于对照组($P < 0.01$),治疗组心绞痛缓解时间,心绞痛消失时间比对照组明显缩短($P < 0.01$),且治疗组全血比粘度、血浆比粘度治疗后明显降低($P < 0.01$)。

3.3 针剂 多是根据现代医学对于 uA 发病机制的认识,选用经过药理研究证实具有扩张血管、抗凝等作用的中药(天然药物)提取物制成注射剂型,用于治疗 uA。因其剂型先进,疗效较好,适应现代医学提出的“尽快控制心绞痛发作,并阻止进展为急性心肌梗塞”的治疗 uA 原则,故受到普遍的关注。临床报道亦最多。不同剂量的蛇毒制剂治疗 uA 均取得较好的疗效。赵氏^[18]用大剂量抗栓酶—3 号治疗 uA,方法是第 1d 首剂 2.5 单位,然后每日 2.0 单位,第 2 周~3 周改为每日 1.5 单位。共治疗 42 例,并与常规治疗 36 例对照。结果治疗组显效率达 76.2%,有效率 95.2%,明显高于对照组的 52.8% 和 72.2% ($P < 0.05, P < 0.01$)。且其能降血脂、血粘度、红细胞压积、血小板及升高 6-酮-PG I α 浓度,使左室收缩和舒张功能恢复率达 78.6% 和 91.2%,明显高于对照组($P < 0.05$)。用剂虽大,但未见到不良反应。认为在常规疗法基础上并用大剂量抗栓酶—3 号,可改善冠脉循环,促进心功能的恢复。另有人^[19]用蝮蛇抗栓酶 0.5~0.75 单位于 500ml 葡萄糖液静滴,每日 1 次。为期 3 周,治疗 uA203 例,并与肝素对照组、常规药物对照组比较,结果住院心肌梗塞发生率对照组为 7.7%,肝素组为 4.3%,蛇毒组为 2.6% ($P < 0.05$),蛇毒

组胸痛时间缩短了 34.5% ($P < 0.01$)。故认为蝮蛇抗栓酶能进一步预防和降低用阿司匹林和常规药物治疗 uA 急性期心肌梗发生率, 及加速控制胸痛症状。王氏^[20]用藻酸双酯钠治疗 uA30 例, 结果临床症状的总有效率达 77%, 心电图总有效率为 70%, 且有明显的降压和降低心肌耗氧量作用。齐氏^[21]用川芎嗪治疗 uA52 例, 结果临床总有效率为 76.3%, 心电图总有效率为 61.0%。孙氏^[22]用脉络宁注射(含金银花、玄参、石斛、牛膝等)治疗 uA16 例, 并以极化液加硝酸甘油治疗的 14 例作对照, 结果治疗组缓解心绞痛症状总有效率达 93.75%, 而对照组为 71.42% ($P < 0.05$), 同时血栓弹力图显示, 治疗组治疗后血液高凝状态明显改善, 而对照组无显著变化。黎氏^[23]用葛根素注射液治疗 uA20 例, 结果心绞痛分级、运动耐量、心肌耗氧量及心肌缺血程度(Σ ST)均有良好的改善 ($P < 0.05$ 及 $P < 0.01$), 作者结合选择性冠状动脉造影和亚极量心电图平板运动试验结果, 认为主要是葛根素的抗血小板聚集机制在治疗 uA 中起了重要作用。

3.4 其他: 采用针灸、穴位注射、中药雾化吸入等中医外治法治疗 uA 是中医治疗 uA 的一大特色。杨氏^[24]用活血化瘀汤(丹参、山楂叶、川芎、红花、蒲黄、牛膝、赤芍、益母草, 血瘀重加桃仁, 心悸气短加枣仁, 气滞加郁金)文火水煎取液加入雾化器雾化吸入, 治疗 uA40 例, 并与西医常规治疗 40 例比较, 结果治疗组总有效率为 82.5%, 明显高于对照组的 57% ($P < 0.05$)。有人^[25]用耳针治疗经药物治疗无效的, 冠状动脉图证明其冠状动脉严重狭窄, 已考虑搭桥手术治疗的 3 例严重心绞痛患者, 针刺双侧“心脏点”, 并加以微弱电针刺激, 刺激强度以病人感到微痛为度。结果, 耳廓无痛点 1 例, 耳针无效, 其余 2 例均取得明显效果, 其中 1 例“心脏点”高度痛感, 耳针可在 2~5' 内使急性心绞痛停止。此外, 周氏^[26]观察发现针刺内关、间使、神门、足三里、支正等穴能使冠心病患者血清 5-羟色胺, 5-羟吲哚乙酸显著降低, 从而改善冠状动脉痉挛和闭塞。杜氏^[27]用东莨菪碱注射液 1ml 至阳穴注射治疗 uA28 例。并与 15 例常规治疗的对照组比较, 结果效果非常显著, 前者显效 92.8%, 好转 7.2%, 有效率达 100%, 后者显效 53.3%, 好转 20.0%, 有效率为 73.3%, 且治疗组于治疗后疼痛迅速缓解, 无一例死亡或发展为急性心肌梗塞, 对照组 2 例发展为急性心肌梗塞, 1 例死亡。

综上所述, 中医对 uA 的病因病机已有一定的认识, 目前中医对 uA 的治疗主要是辨病专方专药治疗为主, 且大多为中西医结合治疗, 对及时控制心绞痛发作和预防急性心肌梗塞、猝死等不良预后的发生均取得一定的疗效, 并积累了一定的经验。但可以说中医和中西医结合对 uA 的研究才开始, 还存在不少尚待解决的问题。如^[1]对 uA 的分型与中医证型的关系, 目前研究得较多的是变异型、自发性心绞痛, 但病例均较少, 而心梗后型、初发劳力型、恶化劳力型则较少研究。故今后应多方合作, 通过观察大宗病例, 从

临床症状着手, 进行病机分析, 并结合临床疗效再反馈病机, 以达到对各类 uA 病机有统一认识, 为临床上筛选出针对各类 uA 的有效方药和建立常规的治疗方法提供可靠的科学依据, 并改变目前多采用辨病治疗而较少采用体现中医特色的辨证分型治疗的局面。同时, 应造成 uA 患者心绞痛不稳定性的粥样斑块破溃、冠脉痉挛、血栓形成和凝血、纤溶系统障碍等各因素与中医证型的内在联系进行积极探索。(2) 目前治疗 uA 的剂型有汤剂、成药、针剂等, 尤其以成药、针剂报道较多, 且大多从现代医学的标准着手, 这是对的。但还应针对 uA 病情重, 变化快的特点, 加速研制高效、速效和控释/缓释的抗心绞痛中药制剂, 并结合我国国情, 从中医中药方面寻找保护血管内皮的有效方药, 以及中药拟一氧化氮制剂和内皮素拮抗剂。(3) 目前报道的资料中, 大部分病例数较少, 且有的缺乏严格对照, 不足以有效检测其临床效果, 故中医药治疗 uA 的效果有待进一步更大规模的随机双盲试验验证。相信随着中医和中西医结合对 uA 研究的深入开展, 必将改变目前 uA 危重症抢救主要依赖西药的局面, 并进一步提高 UA 的防治水平。

参考文献

- 1 高润霖, 陈再嘉. 进一步提高对不稳定心绞痛的认识. 中华心血管病杂志, 1994; 22(4): 243
- 2 谈国标. 近 10 年来中医对冠心病辨治概况. 新中医, 1995; 27(4): 57
- 3 刘德桓, 许真真, 郭伟聪. 冠心病心绞痛 395 例中医证型特点探讨. 中医杂志, 1995; 36(10): 617
- 4 何熹延, 丁惠玲, 娄彬. 21 例自发性及变异型心绞痛的中医证候特点分型. 中国中西医结合杂志, 1992; 12(1): 14
- 5 葛行增, 顾景琰. 中医药治疗变异型心绞痛. 南京中医学院学报, 1990; 6(2): 29
- 6 孔繁立, 兰若, 尤松鑫, 等. 不稳定型心绞痛心肾阳虚证血浆性激素及自由基反应的变化. 甘肃中医, 1993; 6(6): 1
- 7 李十红, 李祥国. 治疗冠状动脉痉挛心绞痛的的经验. 辽宁中医杂志, 1997; 24(2): 55
- 8 刘红旭, 邓新荣, 金玖, 等. 不稳定性心绞痛患者血浆内皮素、一氧化氮水平及中药治疗的影响. 中国中西医结合杂志, 1996; 16(10): 585
- 9 王延周, 曾宝林, 邵桂珍. 从肝论治反复发作性心绞痛 96 例临床分析. 浙江中医杂志, 1995; (5): 194
- 10 高克俭. 中西医结合治疗不稳定性心绞痛的疗效分析. 天津中医, 1995; 12(2): 3
- 11 张华. 补阳还五汤治疗冠心病 70 例疗效观察. 新中医, 1995; 27(9): 19
- 12 汪晓芳, 史大卓, 涂秀华, 等. 温心汤治疗冠心病自发性心绞痛 82 例临床观察. 中国中西医结合杂志, 1996; 16(4): 201

- 13 孙建军, 益气活血方药治疗硝酸甘油依赖性心肌梗死二例. 新中医; 1992; 24(3): 35
- 14 雷燕, 陈可冀, 柯元南, 等. 愈心痛胶囊治疗不稳定型心绞痛临床研究. 中国中西医结合杂志; 1996; 16(10): 580
- 15 雷燕, 刘建勋, 周亚伟, 等. 愈心痛胶囊对急性心肌梗死犬血浆内皮素和血清一氧化氮的影响. 中国中西医结合杂志; 1996; 16(5): 289
- 16 孔繁立, 尤松鑫, 成启子, 等. 心痛舒宁治疗不稳定型心绞痛临床疗效观察. 中国中医急症; 1994; 3(3): 106
- 17 卢健棋. 水蛭胶囊治疗不稳定型心绞痛临床观察. 中国企业医药; 1997(1 辑): 144
- 18 赵成英, 张玉凤, 谢玉栋, 等. 大剂量抗栓酶—3 号治疗不稳定型心绞痛的临床观察. 综合临床医学; 1992; 8(6): 302
- 19 不稳定型心绞痛协作研究组. 防治不稳定型心绞痛并发急性心肌梗塞和心源性死亡的协作研究. 中华心血管病杂志; 1993; 21(2): 77
- 20 王维展. 藻酸双酯钠治疗顽固性心绞痛的疗效观察. 中国海洋药物; 1992; (1): 32
- 21 齐华阁, 刘建国, 万国新, 等. 川芎嗪治疗冠心病不稳定型心绞痛的短期疗效观察. 中国中西医结合杂志; 1995; 15(10): 617
- 22 孙跃东, 侯凤英. 脉络宁治疗不稳定型心绞痛 16 例. 中国中西医结合杂志; 1992; 12(7): 428
- 23 黎明江, 张庆华, 胡曙萍. 葛根素注射液治疗不稳定型心绞痛 20 例. 辽宁中医杂志; 1997; 24(2): 66
- 24 杨霏, 朱正太. 中西医结合治疗不稳定型心绞痛. 中国中西医结合杂志; 1995; 15(2): 100
- 25 高惠合摘译. 耳针治疗严重心绞痛患者 [英] / Hansson SO... // The Pain Clinic. — 1994, 4(1). — 53~56
- 26 周逸平, 李雪苓. 针刺对冠心病患者 5-羟色胺的影响. 中国针灸; 1993; (1): 39
- 27 杜润法, 李国藏. 东莨菪碱至阳穴注射治疗不稳定型心绞痛. 实用中西医结合杂志; 1992; 5(1): 20

(收稿 1997-06-02)

朱砂及混伪品的鉴别

陕西省药品检验所(710061) 郭耀武
刘莲英 杨瑞瑞

朱砂为硫化物类矿物辰砂族辰砂矿石。近年来由于价格上扬, 混伪品陆续出现, 有的甚至发生中毒事件。今介绍鉴别方法如下, 供参考。

1 **朱砂** 硫化物类矿物辰砂族辰砂, 主含 HgS 。为粒状或块状的集合体, 呈颗粒状或块片状, 鲜红色或暗红色, 条痕红色至褐红色。具光泽、体重、质脆、片状者易破碎、粉末状者有闪烁的光泽。无臭、无味。含 HgS 不少于 96.0%。

2 **灵砂** (代用品) 硫磺粉和水银经加工而得, 主含 HgS 。为扁平块状, 两面紧密而平坦, 另一面粗糙, 侧面观晶粒呈栅状, 鲜红色或暗红色, 条痕红色, 手触之, 被染成红色或暗红色, 晶面具金刚石光泽。含 HgS 应不少于 98.0%。

3 **银朱** (商品名, 个别地区有供外用的习惯) 用硫磺粉, 水银和氢氧化钾经加工而得, 主含 HgS 。

4 **掺伪朱砂** 一般掺入赭石, 红土。呈粉末状或颗粒状, 朱红色, 橙红色或暗红色, 光泽不明显, 手指可被染成橙红色, 体重、无臭、无味。含 HgS 约 40~78%。

5 **伪品** 5.1 由方铅矿经染色加工而得, 主含 FeS 。呈四方体颗粒状和粉末状, 暗红色或暗紫红色, 手触之, 可被染成暗红色, 晶面具金属光泽。加乙醇可溶出色素溶液显红色, 显 Fe 的理化鉴别反应。

5.2 **雄黄**: 橘红色, 燃烧时有强烈的蒜臭味, 主含 As_2S_2 。

5.3 **红粉**: 红色、橙红色至暗红色。主含 HgO 。

5.4 **铅丹**: 橘黄色粉末, 主含 PbO , 炼膏药的原料。

浅谈菟丝子与天仙子的性状鉴别

浙江省绍兴市人民医院(312000) 吕国芳

菟丝子为旋花科(Covolvulactae)植物菟丝子 *Cuscuta chinensis* Lam 的成熟干燥种子。菟丝子性状呈类圆形或卵圆形, 两侧常凹陷, 直径约 1~1.5mm。表面灰棕色或黄棕色, 微粗糙, 在放大镜下观看, 表面有密细深色小点, 一端有淡色圆点, 其中间有线形种脐, 质坚硬, 不易破碎, 用开水浸泡, 表面有粘性, 沸水煮之易破裂露出白色卷旋状的胚, 形如吐丝。无臭, 味微苦, 涩。功效: 性平, 味甘辛。补肝肾, 益精髓, 明目, 安胎。

天仙子: 别名莨菪, 载于《神农本草经》列为下品。莨菪子《本草经集注》牙痛子《本草原始》小颠茄子, 《岭南采药录》, 《图经本草》称为天仙子。李时珍谓: “其子服之, 令人狂浪放荡, 故名”以上记述与今药用的天仙子一致。

天仙子为茄科(Solanaceae)植物莨菪 *Hyoscyamus niger* L 的干燥成熟种子。天仙子性状略呈肾形或卵圆形, 两面偏平, 直径约 1mm。表面棕黄色或灰棕色, 有细密的网状及排列不整齐的麻点。脐点处突出。以黄牛乳汁浸一宿, 翌立, 乳汁呈黑色。气微, 味微辛。功效: 性温。吐苦, 有大毒。镇痉安神, 止痛, 止泻。

综上所述菟丝子与天仙子, 虽然在外观上有相似之外, 但其性味、功能、主治及有效成分均不相同。且因天仙子有大毒, 药剂人员在调配处方时必须鉴别准确, 方能应用。