

- Pharmaceutical Bulletin* 2007 (20): 520-526.
- [17] 仲娜,郝林华,王小如,等. 糖蛋白药物的研究进展[J]. 中国新药杂志 2005, 14(12): 1400-1403.
- [18] 杨丽艳. 活性山茱萸多糖 FCP5-A 和 FCAP1 的分离纯化和结构解析[D]. 西安: 西北大学 2008.
- [19] 唐成康,高小平,徐大勇,等. 山茱萸糖蛋白的纯化及部分理化性质研究[J]. 天然产物研究与开发 2005, 17(12): 147-151.
- [20] 杜国成. 中药鞣质成分的药理作用探析[J]. 中国医药科学 2011, (16): 27-28.
- [21] 袁菊丽,姜红波. 山茱萸的主要化学成分及药理作用[J]. 化学与生物工程 2011, 28(5): 7-9.
- [22] Yamabe N, Kang K S, Matsuo Y, et al. Identification of antidiabetic effect of iridoid glycosides and low molecular weight polyphenol fractions of Corni Fructus, a constituent of Hachimi-jio-gan, in streptozotocin-induced diabetic rats [J]. *Biological & Pharmaceutical Bulletin*, 2007, (30): 1289-1296.
- [23] 山原条二. 应用链脲霉素研究山茱萸的抗糖尿病活性成分[J]. 国外药学·植物学分册, 1981, 2(6): 40-41.
- [24] 宋英,宋崎,周小初,等. 山茱萸中治疗糖尿病的活性成分炮制工艺研究[J]. 中国药业 2008, 17(21): 39-41.
- [25] Hsu J H, Wu Y C, Liu I M. Release of acetylcholine to raise insulin secretion in Wistar rats by oleanolic acid, one of the active principles contained in *Cornus officinalis* [J]. *Neurosci Lett*, 2006, 404(12): 112-116.
- [26] 许惠琴,朱荃. 山茱萸环烯醚萜总苷对实验性糖尿病肾病的保护作用[J]. 南京中医药大学学报 2003, 19(6): 342-344.
- [27] Yokozawa T, Yamabe N, Kimh Y, et al. Protective effects of morroniside isolated from *Corni Fructus* against renal damage in streptozotocin-induced diabetic rats [J]. *Biol-Pharm Bull*, 2008, 31(7): 1422-1428.
- [28] 张海凤,董亚琳,刘琳娜,等. α -葡萄糖苷酶抑制药类中药研究进展[J]. 医药导报 2010, 29(11): 1442-1446.
- [29] 郝海平,许惠琴,朱荃,等. 环烯醚萜总苷对糖尿病血管并发症大鼠 NO、NOS 和 ET 的影响[J]. 南京中医药大学学报(自然科学版) 2003, 19(3): 157-158.
- [30] 韩璟超,季晖,薛城锋,等. 山茱萸总苷的降血糖作用[J]. 中国天然药物 2006, 3(4): 125-128.
- [31] Yamabe N, Noh J S, Park Chan Hum, et al. Evaluation of loganin, iridoid glycoside from Corni Fructus, on hepatic and renal glucolipotoxicity and inflammation in type 2 diabetic db/db mice [J]. *European Journal of Pharmacology* 2010, (648): 179-187.
- [32] 于森,王晓先,贾琳. 山茱萸的药理作用研究进展[J]. 东南国防医药 2010, 12(3): 240-243.
- [33] 王明艳,凤鸣,蔡宝昌. 山茱萸及其活性成分的药效研究概述[J]. 中华中医药 2008, 26(7): 1419-1421.

中医药治疗小儿哮喘的临床研究进展

刘广省

(广州市儿童医院中医科, 广东 广州 510130)

摘要 从内治法、外治法、内外合法等方面综述了中医药防治小儿哮喘缓解期的研究进展,说明中医对哮喘的研究历史悠久,经验丰富,尤其对缓解期的防治疗效显著,方法多样,无毒副作用,与西医相比有明显的优势。

关键词 小儿哮喘; 中医药治疗

中图分类号: R969.4 文献标识码: A 文章编号: 1001-4454(2012)09-1530-05

哮喘属于祖国医学“喘证”、“哮证”范畴,是由感受外邪,或因伏痰夙根复加外感等因素诱发,以喉间痰鸣有声,呼吸困难为主要临床表现的疾病^[1]。哮喘是儿科的一种常见病、疑难病,且近年来发病率呈逐年上升趋势。中医药治疗小儿哮喘的历史悠久,对这方面的研究也颇多,现将近年来中医药治疗小儿哮喘的临床研究综述如下。

1 内治法

司徒桦^[2]根据小儿哮喘素体禀赋不足、脾肺肾气弱、其本在肾的基本病机,采用喘可治注射液肌注治疗小儿哮喘 32 例,取得了显著效果。采用喘可治注射液肌注治疗小儿哮喘: 2~5 岁,每次 1 mL 肌注,第 1 期 5 d,1 次 Pd,共注 5 次;第 2 期 10 d,隔日 1 次,共注 5 次;第 3 期 15 d,隔 2 d 1 次,共注 5 次;第 4 期 20 d,隔 3 d 1 次,共注 5 次;第 5 期 25 d,隔 4 d 1 次,共注 5 次。全程连续 75 d 为 1 个疗

收稿日期: 2012-04-19

程。6~10岁患儿,每次1.5 mL肌注,12岁患儿,每次2 mL肌注,治疗方案同2~5岁组。32例患儿经治疗后,痊愈12例,显效20例,总有效率为100%。对缓解期病人能明显减少复发,临床验证中未发现明显不良反应。

李丽等^[3]报道将87例咳嗽变异性哮喘患儿随机分为两组,观察组40例和对照组47例。观察组以定喘汤加减治疗,即炙麻黄5 g,杏仁7.5 g,甘草5 g,桑白皮、款冬花、苏子各10 g,半夏7.5 g,蝉蜕6 g,黄芩、钩藤、地龙各10 g,白芍12 g。肺热内盛者加石膏,咳嗽剧烈加紫菀,痰多加葶苈子,咽喉肿痛加大青叶、板蓝根等,纳差加鸡内金、焦三仙等。对照组以氨茶碱、酮替芬治疗,均治疗2周,结果观察组总有效率为92.5% (37/40),高于对照组80.85% (38/47),差异有统计学意义($P < 0.05$)。范永红^[4]报道采用定喘汤为主加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘130例,疗效显著。盛宾杰^[5]报道采用中药方剂定喘汤加减治疗小儿轻症哮喘属风寒外束、痰热闭肺型患儿68例,取得较好效果。

李校等^[6]报道治疗小儿咳嗽变异性哮喘72例,随机分为治疗组和对照组,对照组给予酮替芬片口服, ≤ 6 岁者每次0.5 mg, > 6 岁者每次1 mg,每天2次。治疗组在此基础上加服中药扶脾理肺汤治疗。药物组成:黄芪9~15 g,白术6~9 g,防风3~9 g,炙麻黄3~6 g,杏仁6~9 g,射干6~9 g,百部6~12 g,山药6~12 g,地龙6~9 g,焦三仙9~15 g,刘寄奴6~9 g。每日1剂,分2次煎服。2周为1个疗程。治疗前后对血清免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM、IgE)进行检测。结果表明加用中药治疗后,临床总有效率明显升高,患儿免疫球蛋白趋于正常,IgE明显下降,说明中药配合酮替芬口服,能解除支气管痉挛、抗过敏、降低气道高反应性、提高机体免疫调节能力,从而达到治愈CVA的目的。郑传华^[7]采用自拟加味止嗽散(百部、紫菀、白前、陈皮、桔梗、炙麻黄、蝉蜕、地龙、当归、太子参、甘草)治疗小儿咳嗽变异性哮喘31例,并设31例为对照组,利用安茶碱对照观察。结果总有效率治疗组90.3%,对照组77.4%,两组比较有显著差异($P < 0.05$)。表明加味止嗽散治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效好,复发率低。

徐有水^[8]采用和解少阳法,用小柴胡汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘65例,基本方:柴胡10 g,黄芩10 g,太子参15 g,三叶青15 g,法半夏10 g,白僵蚕10 g,丹参12 g,赤芍药10 g,甘草10 g。每日1剂,水煎2次,每次100 mL,混合后分2次服用。3

周岁以下小儿按上述剂量减半。2周为1个疗程。偏寒者加细辛3 g,桂枝10 g;偏痰热者加桑白皮20 g,苏子10 g,葶苈子10 g;偏阴虚加沙参10 g,麦冬10 g;咳嗽较剧加全蝎3 g,钩藤12 g。结果65例中,痊愈41例,占63.1%;好转19例,占29.2%;无效5例,占7.7%。总有效率为92.3%,疗效满意。刘俐^[9]报道了祛风活络性虫类药物配伍治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效。自拟解痉镇咳固本方(由全蝎、僵蚕、地龙、射干、炙麻黄、紫草、川贝、沙参、紫河车、黄芪、甘草等组成)治疗小儿咳嗽变异性哮喘30例,同时设对照组30例,以本方中去除3味虫类药物(全蝎、僵蚕、地龙)治疗。结果:治疗组总有效率为86.7%,对照组为60.0%, $P < 0.01$ 。表明虫类药物具备祛风活血、止咳散结的功效,可明显提高本病的临床疗效。

钱旭武等^[10]报道了抗支口服液治疗小儿咳嗽变异性哮喘60例疗效观察。将60例咳嗽变异性哮喘患儿随机分为两组,观察组和对照组各30例。观察组用自制中药抗支口服液,方药组成为炙麻黄、石膏、杏仁、黄芩、射干、鱼腥草、僵蚕、地龙、重楼、炙百部、平贝、炙桑皮、虎杖、芦根、甘草等,对照组用孟鲁司特钠咀嚼片,口服1个月为1个疗程,1个月后统计疗效。结果观察组痊愈21例,显效5例,有效3例,总有效率96.67%;对照组痊愈12例,显效8例,有效2例,总有效率73.33%。经V2检验,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明抗支口服液治疗小儿咳嗽变异性哮喘在单一症状、总有效率和痊愈率方面均要优于孟鲁司特钠咀嚼片。

马喜凤等^[11]报道了桑杏苏芩汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘38例的临床疗效。38例咳嗽变异性哮喘患儿均给予桑杏苏芩汤加减治疗,基本方为桑白皮10 g,杏仁10 g,紫苏子10 g,黄芩10 g,桔梗10 g,浙贝母10 g,蝉蜕10 g,甘草6 g,炙麻黄6 g,地龙10 g,茯苓10 g,当归10 g。干咳加玄参10 g,麦冬10 g;鼻痒、打喷嚏加苍耳子6 g;辛夷6 g;怕冷汗多加黄芪10 g,防风10 g;咽红加牛蒡子10 g;痰多加瓜蒌10 g,天竹黄10 g。上方剂量为3~7岁之量,随年龄大小加减,每日1剂,水煎服,共7剂,咳嗽减轻或停止后再服7剂。14剂后观察疗效。结果临床控制13例,显效17例,有效5例,无效3例,总有效率92.1%。表明桑杏苏芩汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘有很好的疗效。

郭振武等^[12]报道将80例支气管哮喘缓解期患儿分为两组,固本止哮汤口服治疗组和对照组(采用辅舒酮吸入)各40例。固本止哮汤药物组成:桑

叶 15 g, 金沸草 9 g, 地龙 9 g, 炒葶苈子 10 g, 白屈菜 10 g, 百合 9 g, 巴戟天 9 g, 茯苓 9 g, 天门冬 9 g, 甘草 6 g, 防风 9 g。兼肺虚者加黄芪 9 g, 麦冬 9 g; 兼脾虚者加白术 9 g, 山药 9 g; 兼肾虚者加淫羊藿 9 g, 补骨脂 9 g; 兼血瘀者加丹参 9 g, 川芎 9 g。临床治疗 2 个月后随访 2 年, 观察患儿疗效和血清免疫球蛋白 IgG、IgE、T 细胞亚群的变化。结果表明治疗前后的自身对照, 治疗组每年的哮喘复发次数较治疗前明显减少, 患儿 T 淋巴细胞亚群 CD8 明显增加, CD4/CD8 细胞比值降低 ($P < 0.05$)。说明固本止哮汤治疗缓解期支气管哮喘患儿临床效果明显。刘侠等^[13]报道了中医药健脾、补肺、活血类中药配伍治疗小儿哮喘缓解期的临床疗效。治疗组 40 例服用自拟方健脾补肺活血汤(太子参、茯苓、白术、白芍、半夏、莱菔子等), 对照组 40 例采用酮替酚口服治疗。结果治疗组 40 例总有效率 95%, 对照组 40 例总有效率 75%。两组之间比较疗效存在显著性差异 ($P < 0.05$)。表明健脾补肺活血汤治疗小儿哮喘缓解期标本兼顾, 可延长缓解间期, 减少哮喘发作。

李晓艳报道^[14]将 424 例小儿支气管哮喘(发作期)患者随机分成治疗组(282 例)和对照组(142 例), 对照组采用西药常规治疗, 治疗组除采用西药常规治疗, 另加用海石合剂(由海合粉、石苇、杏仁、五味子等组成), 观察支气管哮喘症状体征情况(症状、体征、免疫球蛋白、肺功能、IL-4、IFN- γ)。结果治疗组总有效率 89.36%, 对照组总有效率 80.28%。两组比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。表明海石合剂治疗小儿支气管哮喘疗效较好。

洪岩^[15]报道洪霞主任医师在治疗小儿哮喘中采用宣肃并举, 不离麻黄; 制源畅流, 贵在运脾; 补肾培元, 纳气定喘; 上病下治, 独取大黄等方法, 用药精炼独特。

马军光等^[16]报道了清肝养肺方治疗小儿激素吸入不敏感哮喘 35 例疗效观察。小儿激素吸入不敏感哮喘 69 例, 治疗组 35 例, 自拟清肝养肺方: 夏枯草 6 g, 龙胆草 6 g, 牡丹皮 6 g, 赤芍 6 g, 黄芩 6 g, 黄柏 6 g, 百合 6 g, 沙参 6 g, 麦冬 6 g, 玉竹 6 g, 黄精 6 g, 杏仁 6 g。水煎服日 1 剂。加减: 外感风寒者加麻黄 3 g, 苏叶 6 g; 外感风热者加金银花 6 g, 连翘 6 g, 竹叶 3 g。感冒痊愈后仍用原方。4 个月为 1 个疗程, 疗程结束后统计疗效。对照组 34 例, ①氨茶碱 5 mg/kg/d, 分 3 次口服; ②孟鲁斯特 3~5 岁 4 mg/d, 6~14 岁 5 mg/d, 睡前顿服。两组病例在治疗中若哮喘加剧时, 临时吸入沙丁胺醇气雾剂缓解

症状, 每次 1 揲, 每日不超过 4 揲。治疗期间均停用吸入激素。结果治疗组临床控制 15 例, 显效 15 例, 好转 3 例, 无效 2 例, 临床控制显效率 85.71%, 总有效率 94.29%; 对照组临床控制 6 例, 显效 8 例, 好转 10 例, 无效 10 例, 临床控制显效率 41.18%, 总有效率 70.59%。两组中作肺功能检查者, 其主要指标 FEV1、PERF 均较治疗前有改善, 而治疗组较对照组改善更为明显 ($P < 0.05$)。两组未见不良反应。本研究证实清肝养肺方治疗小儿吸入激素不敏感哮喘, 其包括临床症状与肺功能在内的临床控制显效率与总有效率均优于西药对照组。

白海涛^[17]报道了人参败毒散治疗小儿支气管哮喘 50 例疗效观察。将 100 例支气管哮喘患儿随机分成两组, 治疗组 50 例服用人参败毒散煎剂, 基本方为党参 6 g, 炙甘草 15 g, 茯苓 6 g, 川芎 3 g, 羌活 2 g, 独活 2 g, 前胡 5 g, 柴胡 3 g, 枳壳 10 g, 桔梗 10 g, 薄荷 3 g, 连翘 10 g, 荆芥 3 g, 防风 3 g, 葶苈子 10 g。加减法: 发热者加黄芩、生石膏; 咳甚痰多者加紫苑、款冬花、瓜蒌; 喘甚者加炒苏子、炙麻黄; 鼻塞流涕者加辛黄花、苍耳子等。缓解期口服小量金水宝胶囊; 对照组 50 例用抗生素及激素, 缓解期口服酮替芬。比较两组治疗效果、症状消失时间, 并跟踪复发情况。结果表明人参败毒散联合金水宝治疗小儿支气管哮喘疗效优于西医常规治疗。

唐宇轩等^[18]报道了小儿补肺止喘膏治疗支气管哮喘的临床观察。1 020 例支气管哮喘患儿在冬季哮喘缓解期服用小儿补肺止喘膏(药物组成为人参、炙黄芪、丹参、蛤蚧、紫河车等 15 种中药材, 本院制剂室按专利配方配制), 服用 1 个疗程(81 d)。对治疗有效但未完全控制症状的及治疗好转的患儿在第 2 年进行第 2 疗程治疗。结果治疗 2 个疗程, 总体有效率达到 94.31% (962/1 020), 哮喘完全控制率达到 74.61% (761/1 020)。表明小儿补肺止喘膏治疗支气管哮喘效果良好, 副反应少, 具有良好的临床实用价值。

2 外治法

于美瀛等^[19]报道了穴位贴敷防治小儿呼吸系统疾病 126 例(支气管哮喘 20 例, 支气管炎 54 例, 过敏性鼻炎 16 例, 反复上呼吸道感染 36 例)观察。在农历“伏九天”采用本院自制的中药贴膏(药物组成为白芥子、甘遂、细辛、前胡、生麻黄、冰片), 贴在治疗穴位上, 观察对小儿呼吸道疾病的疗效。3 年为 1 个疗程, 经治疗总有效率为 94.4%。表明穴位贴敷疗法能对小儿呼吸系疾病安全有效, 值得临床推广。

张蔚等⁽²⁰⁾报道了中频药物穴位导入治疗小儿哮喘 120 例疗效观察。将 120 例中重度哮喘患儿随机分为观察组及对照组各 60 例,两组均予常规治疗,观察组在常规给药同时给予中频药物穴位导入治疗,观察两组治疗后 3 d 临床症状及体征的变化情况。结果两组的咳嗽、喘息及哮鸣音情况及观察组的咯痰情况均有明显改善($P < 0.05$),但对照组咯痰情况较治疗前无改善($P > 0.05$),治疗后哮鸣音及喘息的改善情况两组无明显差异性($P > 0.05$),而咳嗽、咯痰及总的改善情况观察组要优于对照组($P < 0.05$),总有效率观察组优于对照组($P < 0.05$)。表明中频药物穴位导入治疗可以改善哮喘患儿病情,减轻患儿咳嗽、咯痰症状,提高患儿的疗效。

喻闽凤等⁽²¹⁾报道了中药外敷涌泉穴治疗小儿哮喘的临床研究。运用中药明矾、皂荚、牵牛子外敷涌泉穴与常规治疗结合,观察小儿支气管炎、肺炎、支气管哮喘的临床疗效。临床研究结果显示:常规治疗组加中药穴位敷贴组在改善呼吸频率,减轻临床症状及体征,胸部 X 射线吸收等方面的疗效均明显优于常规观察组($P < 0.05$)。针对病程较久(> 1 个月)喉间痰鸣及肺部痰鸣在常规治疗不易吸收情形下,加中药外敷涌泉穴,喉间痰鸣及肺部痰鸣音在次日吸收的占 90%,在 3 d 内吸收的占 95%。表明中药外敷涌泉穴是一种上病下治、内病外治的切实可行的有效方法,能在无损伤的治疗中取得疗效。

对于服药困难者,可以采用灌肠疗法,以达到治疗目的。刘良伦⁽²²⁾报道用自拟清肺泄痰汤(麻黄、炙枇杷叶、杏仁、桑白皮、葶苈子、淡黄芩、川贝、猴枣散等)灌肠治疗小儿哮喘症 50 例,并与 50 例口服博利康尼、静脉滴注利巴韦林的对照组进行比较。治疗组总有效率为 94%,对照组总有效率为 70%。

3 内外合法法

乔赞等⁽²³⁾报道了灸药结合治疗虚证小儿哮喘非急性发作期的临床研究。将 90 例虚证非急性发作期小儿哮喘分为艾灸组、中药组、灸药组,每组 30 例,观察临床疗效、治疗前后症状体征积分、实验室指标(总 IgE 测定、外周血 EOS 计数、尿液 LTE4),结果 3 组总疗效比较,灸药组优于艾灸组、中药组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。灸药组临床综合疗效、降低症状体征积分和实验室指标方面均优于另 2 组($P < 0.05$, $P < 0.01$);3 组轻度病例的临床疗效及症状体征的控制比较无明显差异($P > 0.05$);3 组中重度病例临床疗效比较,灸药组疗效明显优于另 2 组($P < 0.01$)。表明灸药结合是防治虚证小儿哮

喘非急性发作期的最佳方案。

中医治疗小儿哮喘具有明显的优势,但仍存在一些不足。(1)中医学对哮喘的发病尚未形成统一认识,多数认为其发病机制为:内因责之于肺、脾、肾不足,痰饮内伏;外因为气候骤变、寒温失调、接触异物、过食生冷咸酸等触动伏痰,痰阻气道所致。(2)中医治疗哮喘的作用机制尚不明确,缺乏临床和实验研究。(3)中医治疗哮喘的中成药较少。今后仍需加强中医治疗小儿哮喘的深入、系统的研究,力争阐明哮喘的发病机制、作用机制,并开发出高效、安全的治疗哮喘的中成药。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 236.
- [2] 司徒桦. 喘可治注射液防治小儿哮喘病 32 例[J]. 吉林中医药 2008, 28(5): 348.
- [3] 李丽, 朱立东. 定喘汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘 40 例临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学 2010, 2(5): 446-447.
- [4] 范永红. 定喘汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘 130 例[J]. 光明中医 2009, 24(12): 2288.
- [5] 盛宾杰. 定喘汤治疗小儿哮喘临床观察[J]. 光明中医 2008, 23(2): 199-200.
- [6] 李校, 徐海虹. 扶脾理肺汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘 36 例[J]. 现代中西医结合杂志 2008, 17(9): 1313-1314.
- [7] 郑传华. 加味止嗽散治疗小儿咳嗽变异性哮喘 31 例[J]. 陕西中医 2008, 29(3): 283-284.
- [8] 徐有水. 和解少阳法治疗小儿咳嗽变异性哮喘[J]. 中华中医药杂志 2008, 23(5): 460-461.
- [9] 刘俐. 解痉镇咳固本汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘 30 例[J]. 陕西中医 2008, 29(11): 1476-1477.
- [10] 钱旭武, 王有鹏. 抗支口服液治疗小儿咳嗽变异性哮喘 60 例疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学 2009, 1(6): 505-507.
- [11] 马喜凤, 张士卿. 桑杏苏芩汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘 38 例[J]. 中医儿科杂志 2010, 6(6): 22-23.
- [12] 郭振武, 张雅凤, 林忠嗣. 固本止哮汤治疗小儿缓解期哮喘 40 例临床观察[J]. 中医儿科杂志 2010, 6(1): 17-20.
- [13] 刘侠, 刘双英. 健脾补肺活血汤治疗小儿哮喘 40 例[J]. 陕西中医 2009, 30(7): 805-806.
- [14] 李晓艳. 海石合剂治疗小儿支气管哮喘疗效观察[J]. 亚太传统医药 2008, 4(5): 71-73.
- [15] 洪岩. 洪霞主任医师治疗小儿哮喘临床用药的经验[J]. 陕西中医 2010, 31(9): 1202-1203.
- [16] 马军光, 张新雪, 武维屏. 清肝养肺方治疗小儿激素吸

- 入不敏感哮喘 35 例疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(10): 1378-1379.
- [17] 白海涛. 人参败毒散治疗小儿支气管哮喘 50 例疗效观察[J]. 天津药学, 2008, 20(4): 54-55.
- [18] 唐宇轩, 周群. 小儿补肺止喘膏治疗支气管哮喘的临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(1): 83-84.
- [19] 于美瀛, 李心平, 吴英姬. 穴位贴敷防治小儿呼吸系统疾病 126 例观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(2): 166-167.
- [20] 张蔚, 何薇. 中频药物穴位导入治疗小儿哮喘 120 例疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2009, 1(6): 527-529.
- [21] 喻闽凤, 曾荣香, 雷祥高, 等. 中药外敷涌泉穴治疗小儿咳嗽的临床研究[J]. 中国中西医结合儿科学, 2009, 1(1): 101-103.
- [22] 刘良伦. 清肺泄痰汤灌肠治疗小儿咳嗽[J]. 中国中医药现代远程教育, 2008, 6(2): 164.
- [23] 乔赞, 易蔚. 灸药结合治疗虚证小儿哮喘非急性发作期的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2008, 28(4): 44-47.

鹿茸质量控制体系研究进展

宋纪伟 宗 颖 时 坤 李健明 杜 锐*

(吉林农业大学中药材学院, 吉林 长春 130118)

摘要 鹿茸是我国传统名贵中药材。由于鹿茸供求关系紧张, 市场价格昂贵, 使得在国内的中药材市场上伪品、混淆品和代用品屡见不鲜。因此不断完善鹿茸的鉴定方法, 建立综合评价鹿茸的质量控制体系有着极其深远的意义。本文就此方面的研究进行总结。

关键词 鹿茸; 质量控制; 鉴定

中图分类号: R282.5 文献标识码: A 文章编号: 1001-4454(2012)09-1534-04

鹿茸作为药用始载于《神农本草经》, 具有壮元阳, 补气血, 益精髓, 强筋骨之功效。由于其活性强、功效彰、效益显的特点, 在我国中药材市场有着巨大潜力和重要地位, 在临床上的作用和功效也无法替代。中国药典 2010 年版一部^[1] 规定鹿茸的药用来源为鹿科动物梅花鹿 *Cervus nippon* Temminck 或马鹿 *Cervus elaphus* Linnaeus 的雄鹿未骨化密生茸毛的幼角。前者习称“花鹿茸”, 后者习称“马鹿茸”。

近年来, 随着鹿茸及其鹿产品的需求不断增加, 鹿茸产品的价格也在不断上涨, 其易混品与伪品常混入药材市场。因此对于鹿茸的品种鉴定及质量控制体系的研究具有重要的现实意义, 建立一个完善、有效的鹿茸质量控制体系是十分必要的。本文主要对鹿茸的质量控制体系进行了总结。

1 鹿茸质量的传统鉴定方法

鹿茸的传统鉴定主要包括来源鉴定、性状鉴定、显微鉴定、理化鉴定等。

1.1 来源鉴定 来源鉴定是通过观察鹿茸的标本及样品形态, 核对相关文献等对其进行鉴定。

来源鉴定的方法简单易行, 但是对于一些亲缘

关系较近的物种, 如驯鹿、驼鹿、水鹿等^[2] 品种易混淆, 仅仅依靠来源对鹿茸进行鉴定, 显然具有局限性。

1.2 性状鉴定 性状鉴别是对生药的外观形态、气、味、色泽、质地以及断面的感观特征进行综合从而得出结论的一种方法。

花鹿茸: 呈圆柱状分枝, 具一个分枝者习称“二杠”, 主枝习称“大挺”, 长 17~20 cm, 锯口直径 4~5 cm, 离锯口约 1 cm 处分出侧枝, 习称“门庄”, 长 9~15 cm, 直径较大挺略细。外皮红棕色或棕色, 多光润, 表面密生红黄色或棕黄色细茸毛, 上端较密, 下端较疏; 分岔间具 1 条灰黑色筋脉, 皮茸紧贴。锯口黄白色, 外围无骨质, 中部密布细孔, 具二个分枝者, 习称“三岔”, 大挺长 23~33 cm, 直径较二杠细, 略成弓形, 微扁, 枝端略尖, 下部多有纵棱筋及突起疙瘩; 皮红黄色, 茸色较稀而粗。体轻, 气微腥, 味微咸^[1]。

二茬茸与头茬茸相似, 但挺长而不圆或下粗上细, 下部有纵棱筋, 皮灰黄色, 茸毛较粗糙, 锯口外围多已骨化, 体较重。无腥气^[1]。

收稿日期: 2012-05-15

作者简介: 宋纪伟(1987-), 女, 在读硕士研究生, 主要从事动物药质量评价研究; Tel: 15143916220, E-mail: lvlvsongiwei@163.com。

* 通讯作者: 杜锐, Tel: 13596408198, E-mail: durui71@126.com。