

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.15.019

临证心得

干燥综合征的临床证治经验

肖红, 姜泉*, 唐晓颇, 周新尧

(中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053)

摘要 干燥综合征属于中医学“燥痹”范畴, 主要病机为阴亏津少, 气阴两虚, 体内水液代谢输布失常, 不能濡养荣润四肢百骸, 从而导致干燥症状的发生。益气养阴润燥是基本治法, 包括益气健脾、宣肺布津、滋肝润燥、补肾生津等, 常用山药、白术等益气, 麦冬、沙参、白芍等养阴。燥痹日久, 津液亏少, 停滞炼结为痰, 痰瘀交阻, 燥痰瘀搏结, 久而化毒, 形成燥毒, 瘀阻络脉; 治宜清热解毒, 化痰通络蠲痹, 常用红藤、白花蛇舌草、赤芍、牡丹皮、山慈菇、僵蚕等以活血通络、清热解毒、化痰散结。

关键词 干燥综合征; 益气养阴; 燥痹

干燥综合征是一个主要累及外分泌腺体的慢性炎症性自身免疫病。临床除因唾液腺和泪腺受损出现口干、眼干外, 还会累及其他外分泌腺及肺、胃、肾等器官, 出现乏力、低热、紫癜、关节痛、肺间质性病变、萎缩性胃炎、肾小管酸中毒、血细胞减少等多器官、多系统损害症状。现代医学对此病的治疗主要是予免疫抑制剂及糖皮质激素, 虽然能缓解症状, 但病情易反复, 且副作用较大。干燥综合征属于“燥痹”范畴^[1], 《素问·阴阳应象大论》曰“燥胜则干”。本文通过总结分析治疗干燥综合征临床经验, 为临床治疗提供借鉴。

1 干燥综合征的病因病机

燥痹是由燥邪(外燥、内燥)损伤气血津液而致阴津亏损、气血亏虚, 使肢体筋脉失养, 瘀血痹阻, 痰凝结聚, 脉络不通, 导致肢体关节隐隐作痛、屈伸不利, 肌肤枯涸, 口舌干燥, 烦渴欲饮甚至脏器损伤的病证^[2]。刘完素云“诸涩枯涸, 干劲皴揭, 皆属于燥”; 李时珍亦曰“上燥则消, 下燥则结, 筋燥则弱, 皮燥则揭, 肉燥则裂, 骨燥则枯, 肺燥则痿……”, 说明燥痹的产生, 起因多端, 然“燥”是主要起病之因, 亦是病理变化之必然结果, 痹是病变之机。我们认为, 病因言燥,

既有外燥, 又有内燥, 涉及多脏器、多系统的病理变化, 如孔尚任《会心录》曰“燥证有外因者, 六淫之一也; 有内因者, 血液之枯也”。外燥主要指六淫、疫疠、饮食、化学药品毒害及居处环境失宜。内燥的病因包括七情致燥、气虚阳虚致燥、阴虚血虚致燥、瘀血痰浊湿热致燥等^[3]。总之, 干燥综合征主要病机为气阴两虚, 体内水液代谢输布失常, 不能濡养荣润四肢百骸, 从而导致干燥症状的发生。

1.1 五脏皆可为燥

《通俗伤寒论》认为, 燥“先伤肺经, 次伤胃液, 终伤肝血肾阴。”燥可累及五脏, 五脏功能失调也可为燥。《素问·经脉别论》云“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行”, 可见津液的输布与脾、肺、肾相关。而心主血脉, 肝主疏泄, 能调节气血津液的运行, 故津液输布也与心、肝相关。如五脏的功能失常, 则津液不能正常运行输布, 四肢百骸使其濡养则化生燥痹。

1.1.1 脾 脾为后天之本, 气血生化之源, 主受纳、运化水谷。脾失健运, 则水湿内停, 津失输布, 气血生化乏源。脾主升清, 脾不升清, 则不能将水谷精微上输于肺。脾开窍于口, 其华在唇, 脾运化失司, 则口唇干燥。

1.1.2 肺 肺主皮毛, 开窍于鼻, 咽喉为其门户, 与大肠为表里。燥邪伤人, 首先犯肺, 肺为水之上

基金项目: 中国中医科学院广安门医院国家中医临床研究示范基地科研专项(2015S320)

* 通讯作者: doctorjq@126.com

源,主宣发肃降,通调水道。肺失宣发,则脾转输至肺的水液及水谷之精不能向上向外布散以濡养头面诸窍,出现口鼻干燥,咽干燥咳,甚则痰中带血,肌肤局部麻木不仁或隐痛,甚者皮肤甲错、皴揭;肺失肃降,水精不能向下向内输送以濡养其他脏腑,出现胃肠燥热、大便干结、阴户干涩等干燥涩滞的症状。

1.1.3 肝 肝藏血,主疏泄,喜调达,恶抑郁。肝失疏泄则气机郁滞,气滞则血瘀、津停,津聚为痰为湿,痰湿瘀血阻塞脉道,津血不能正常运行输布荣养四肢百骸而出现一系列干燥的症状。肝主筋,开窍于目,肝阴虚、血虚则出现眼干、视物不清、四肢麻木、拘挛等症。肝乘脾土,则会影响脾胃的运化升降,而出现津液输布失常的症状。

1.1.4 肾 肾主水,为先天之本。先天禀赋不足,感受外邪,则致干燥发生。肾为水脏,主司二便,开窍于耳及二阴,其华在发,主骨生髓。肾气化失司,水湿内停,不能正常输布,则出现齿干、咽干等症状。若真阴耗伤,则口干咽燥,齿黑发焦,五心烦热,骨节烦痛^[4]。

1.1.5 心 心藏神,主血脉,开窍于舌。心气虚运血无力,则生痰生瘀。心阴虚则脉失充盈,血流缓慢,易停滞为痰瘀,痰瘀痹阻,气失条畅,津液运行失常可致燥痹。心气阴两虚可见心悸、五心烦热、口舌干燥等。

1.2 女子好发燥痹

若先天禀赋不足,或素体肝肾亏虚,加之后天经、带、胎、产、乳的耗损,以致津伤血耗而阴虚血弱,这可能是女性患者较多的原因之一。“七七天癸绝”,肝肾阴精进一步亏虚,阴虚内热,潮热烦躁,干燥诸症遂生。

1.3 阴损及阳,气阴两虚

痹证日久,阴损及阳,则出现阴阳两虚之证。患者除了口干、眼干等症之外,还会出现怕食生冷,稍食生冷即腹泻等症。同时津亏可影响到气,出现气阴两虚。我们对 78 例原发性干燥综合征患者进行问卷调查,统计得出气阴两虚证最多,占 52.6%,其次为阴虚血瘀证,再次为肝肾阴虚证,气阴两虚为病机核心^[4]。

1.4 久病入络,痰瘀毒互结

燥痹之病,既有阴伤液亏,又有痹阻不通之病机,本病到了后期,久病入络,气虚推动无力,血虚成瘀,津燥成痰,燥痰瘀搏结,痹阻脉络,久而化毒,形成燥毒,阻于经络关节,妨碍气血经脉的

运行,不通则痛,则腮腺反复肿痛、关节疼痛甚则肿胀,治疗需兼顾内生邪气^[4]。

2 治则治法

干燥综合征的病机为气阴两虚、阴虚有热及痰瘀内阻,故治疗当益气养阴清热为主,兼以活血通络。治燥当遵循《黄帝内经》中“燥者濡之”的基本原则,以甘凉平润药物为主,慎用苦燥之品,以免劫烁胃津。治疗干燥综合征药物寒性药最多,其次是平性药。就药性五味来说则甘味药最多,其次为苦味药。治疗应以益气养阴为主,但久病入络,痹病必夹瘀,治宜养阴活血化瘀,宜选用赤芍、玄参、牡丹皮等^[4]。本病到了后期,燥痰瘀搏结,脉络痹阻,久而化毒,形成燥毒,治疗需兼顾内生邪气。故临床常用益气养阴,清热解毒,活血化瘀治疗燥痹。在养阴润燥的同时兼顾内生燥毒,佐以解毒化痰通络之品,如金银花、连翘、白花蛇舌草、忍冬藤等^[4]。同时,滋阴药易滋腻碍脾,治疗全程注重顾护脾胃,防苦寒伤胃,另外也要慎用辛燥之品,以免耗伤津液。

2.1 益气养阴

适用于气阴两伤、津液失于输布而致脏腑阴伤化燥者。干燥综合征以阴虚津亏为本,燥热为标。“燥者濡之”,故治宜生津润燥。但由于本病发病与气虚、气机失调有关,其迁延不愈可耗伤气血、痹阻气机,形成燥、虚、痹、瘀互结之象,因此辨治干燥综合征应辅以补气、调畅气机,该法贯穿于燥痹治疗的始终^[4]。

2.1.1 益气健脾生津 脾主运化,为气血生化之源,主四肢与肌肉,为津液生成输布的关键,故健脾能生津,能输布水谷精微,荣养四肢肌肉。临床常用山药、白术、麦冬等健脾益胃生津,方剂常用益胃汤及麦门冬汤加减。

2.1.2 宣降肺气布津 肺主宣发肃降,为水之上源,通调水道,宣散卫气,主皮毛,为肾之母。肺为娇脏,喜润恶燥,开窍于鼻。因此,养阴清肺润燥在益气养阴的基础上助肺宣降,恢复肺通调水道的功能,津液才能正常输布。鼻咽诸窍、皮毛才能得于濡养。临床常用生石膏、杏仁、麦冬、枇杷叶等宣肺生津布津,山药、白术等培土生金,常用清燥救肺汤加减。

2.1.3 疏肝养肝润燥 肝藏血,主疏泄,开窍于目,主筋脉,体阴而用阳。故滋补肝阴,使肝有所藏,使肝正常疏泄,津液才能正常输布,濡养筋脉

及双目。常用当归、白芍、木瓜等养血柔肝荣筋，菊花、石斛、密蒙花、夏枯草等清肝明目。肝主疏泄，喜调达，在滋补的同时，还应疏肝理气，可加陈皮、佛手等使补而不滞，滋而不腻，常用一贯煎加減。

2.1.4 补肾养阴生津 肾藏精，主水，为先天之本，补肾则精血盛满，髓充骨坚。肾气包括肾阴、肾阳，肾阴肾阳平衡，则全身阴阳平衡。常用女贞子、五味子、枸杞子、山茱萸、醋龟板等补肾，常用大补阴煎加減。

2.1.5 养心清热生津 心主血脉，能推动血在脉道正常运行。气行则血行，气滞则血瘀津停。心阴虚则口舌干燥，治宜滋阴清热，益气生津。常用当归、丹参、黄芪、川芎、天冬等益气养阴清热化痰，常用生脉散加減，一般易人参为西洋参。

2.2 补气升阳

若燥从寒化或久病阴损及阳，阴阳两虚，除干燥症状外，还会有乏力、四末发凉、纳差、便溏、舌质淡胖、苔白腻等。阳为气之渐，补气可以生阳，因病为干燥，故不能用大温大补之品来补阳，可通过补气来生阳，加黄芪、黄精等补气升阳，忌用大温大补之品伤阴。

2.3 清热解毒，通络蠲痹

燥痹日久，津液亏少，停滞炼结为痰，痰瘀交阻，燥痰瘀搏结，久而化毒，形成燥毒，瘀阻络脉。症见腮腺肿大、紫癜、关节疼痛、或屈伸不利、活动受限。治宜清热解毒，化痰通络蠲痹，常用金银花、红藤、郁金、夏枯草、白花蛇舌草、功劳叶、赤芍、牡丹皮、山慈菇、僵蚕等，可活血通络、疏肝理气、清热解毒、化痰散结^[4]，并用秦艽、忍冬藤、络石藤等通络蠲痹。组方遣药，应用性较平和之蠲痹药物，并佐以阴柔润燥之品，使温而不燥，育阴而不滞。

2.4 养血活血

津血同源，津能载气，津亏则气虚血少。燥痹患者常津液匮乏，血液失充，营血不足，或气虚不能生血运血，而致血虚血瘀，筋脉失养。临床常用丹参、当归、鸡血藤、赤芍、白芍等补血活血，补而不滞。

3 典型案例

患者，女，42 岁，2017 年 2 月 7 日初诊。主诉：口干、腮腺反复肿大 1 年余。患者 1 年前无明显诱因出现口干，食干性食物需水送服，牙齿片状

脱落，猖獗齿，双侧腮腺反复肿大。遂就诊于外院查抗核抗体 (ANA)：1：1000 (核颗粒型)、SSA (+)。腮腺超声 (2017-01-05) 示：腮腺、下颌腺弥漫性病变，右腮腺多发囊性结构。血沉：74 mm/h，诊断为干燥综合征。现症：口干明显，饮水多，猖獗齿，眼干不甚，双侧腮腺反复肿大，右侧明显，无关节疼痛，纳寐可，大便干，两日一行，小便调，已绝经 4 年，舌暗、多裂纹，苔白腻，脉细滑。西医诊断：干燥综合征；中医诊断：燥痹。辨证：气阴两虚、痰瘀毒互结。治以益气养阴，祛瘀化痰，清热解毒。处方：金银花 15 g，连翘 12 g，桔梗 9 g，黄芩 15 g，山慈菇 15 g，夏枯草 30 g，牡丹皮 15 g，玄参 15 g，白花蛇舌草 30 g，葛根 15 g，白茅根 30 g，芦根 30 g，山药 15 g，陈皮 6 g，僵蚕 15 g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。

2017 年 2 月 20 日二诊，口干减轻，腮腺肿胀好转，已有唾液分泌，牙齿近期末出现片状脱落。关节无肿痛，纳寐可，大便干，一二日一行，小便黄，舌红，苔黄腻，脉细滑。治以健脾生津，清热解毒散结。处方：金银花 15 g，连翘 12 g，山慈菇 10 g，夏枯草 30 g，功劳叶 15 g，葛根 15 g，玄参 15 g，白花蛇舌草 15 g，白茅根 30 g，芦根 30 g，山药 15 g，白术 12 g，茯苓 15 g，橘叶 10 g，竹茹 10 g。28 剂，每日 1 剂，水煎服。

2017 年 4 月 17 日三诊，口干、眼干减轻，乏力消失，腮腺肿胀减轻。复查血沉：16 mm/h，已降至正常。继续巩固治疗，处方：金银花 15 g，连翘 12 g，玄参 15 g，桔梗 9 g，黄芩 12 g，夏枯草 30 g，功劳叶 15 g，麦冬 15 g，葛根 15 g，白茅根 30 g，芦根 30 g，五味子 6 g，橘叶 10 g，甘草 6 g，僵蚕 12 g。每日 1 剂，继服 3 个月。

2017 年 7 月 17 日四诊，口干已不明显，腮腺肿胀已明显减轻。复查腮腺超声示：右腮腺、颌下腺弥漫性病变，左腮腺回声减低，左颌下腺未见明显异常。治疗以前方减白茅根、芦根，加路路通 10 g、山药 15 g，巩固治疗。随访 6 个月诸症减轻，病情平稳，继续以中药巩固治疗，门诊随诊。

按语：本案患者初诊时乃气阴两虚、痰瘀毒互结之证，治宜攻补兼施。处方中金银花、连翘、黄芩、白花蛇舌草清热解毒消肿，桔梗、山慈菇、夏枯草、僵蚕化痰散结，牡丹皮、玄参养阴清热散瘀，葛根、白茅根、芦根生津止渴，山药健脾益

(下转第 1345 页)

- dence and mortality patterns in China, 2011 [J]. Chin J Cancer Res, 2015, 27(1): 29-37.
- [6] 姚大鹏. 胰腺癌证候分布规律的研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2015.
- [7] 梁芳, 孙珏, 李琦, 等. 晚期胰腺癌 47 例临床辨证分析 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(10): 77-78.
- [8] 张莉, 詹璋. 胰腺癌患者化疗前后中医舌象及证型变化研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(1): 108-110.
- [9] 高嵩. 胰腺癌患者唾液中 miR-21 和 miR-481a 表达与中医证型相关性研究 [D]. 上海: 复旦大学, 2013.
- [10] 曲超. 胰腺癌患者血浆预后相关 micro-RNA 表达与中医证型相关性研究 [D]. 上海: 复旦大学, 2014.
- [11] 朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系 [J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(6): 38-39.
- [12] 孙玲. 中晚期胰腺癌中医证素、证型及病机研究 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2016.
- [13] 王彤, 吴承玉, 杨涛. 278 例胰腺癌证素特征分析 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(12): 220-223.
- [14] 孙喜灵, 姜伟, 于东, 等. 提高中医证候主观辨识准确性的关键问题 [J]. 中医杂志, 2016, 57(3): 181-182.
- [15] 孟庆波, 尹怡欣, 张德政, 等. 基于数据包络分析法的中医证候量化辨证分型研究 [J]. 中国中药杂志, 2013, 38(10): 1631-1642.
- [16] 许强, 何成诗, 郭强, 等. 基于有向图模型构建证素辨证体系的探讨 [J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(4): 312-315.
- [17] 刘永衡, 张培彤, 孔凡君. 中晚期原发性肺癌血瘀证量化标准的研究 [J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 924-927.
- [18] 王耀哈, 张培彤. 中晚期原发性肺癌气虚证量化诊断的初步探索性研究 [J]. 中国抗癌协会. 第五届国际中医、中西医结合肿瘤学术交流大会暨第十四届全国中西医结合肿瘤学术大会论文集. 广州: 中国抗癌协会, 2014: 1-5.
- [19] 周铁成. 原发性肺癌热证分级量化及分层级诊断模式的探索性研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2015.
- [20] 王辉, 杜欣颖, 王苏, 等. 乳腺癌血瘀证量化诊断标准的制定及判别过程的自动化实现 [J]. 北京中医药, 2012, 31(7): 483-486.
- [21] 李家星, 林凌, 宋俊生, 等. 中医证候定量诊断的研究现状与思路概述 [J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 950-952.
- [22] 任娟, 岳小强, 翟笑枫. 肝癌患者中医自报告量表理论模型的建立 [J]. 中医学报, 2013, 28(2): 167-169.
- [23] 郭铭隆, 陈家旭. 中医证候规范化研究的思考 [J]. 中医杂志, 2011, 52(10): 965-967.
- [24] 史华新, 向楠, 史晓东. 量表测量方法应用于中医临床研究的思考 [J]. 湖北中医杂志, 2011, 33(3): 46-47.
- [25] 潘志强, 方肇勤, 卢文丽, 等. 不同品系 H22 肝癌小鼠证候特征的比较研究 [J]. 上海中医药大学学报, 2011, 25(1): 56-59.
- (收稿日期: 2018-01-07; 修回日期: 2018-03-17)
- 编辑: 崔京艳

(上接第 1339 页)

气, 陈皮理气化痰。诸药合用, 可以起到补而不腻、静中有动、动静结合的良好疗效, 共奏解毒散结之功。二诊时, 患者口干、腮腺肿胀减轻, 但出现小便黄、苔黄腻、脉滑的湿热征象。治宜健脾化湿, 清热解毒散结。故在原方基础上加白术、茯苓健脾化湿, 同时也能固护脾胃防寒凉伤胃; 功劳叶消痰火, 清热凉血; 橘叶理气化痰, 竹茹清热化痰。诸药合用, 攻补兼施, 祛邪而不伤正。三诊时腮腺肿胀已明显减轻, 故减白花蛇舌草, 加五味子、麦冬增强滋阴的效果。四诊诸症减轻, 口干已不明显, 复查超声较初诊时明显好转, 故减白茅根、芦根, 防寒凉伤胃, 加路路通以通络、山药以健脾, 故随访 6 个月病情平稳。

参考文献

[1] 中华医学会风湿病学分会. 干燥综合征诊治指南(草

案) [J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(7): 446-448.

- [2] 张华东, 杜辉, 于志谋, 等. “持中央、运四旁”以治燥痹 [J]. 中国中医风湿病学杂志, 2010, 13(3-4): 358-360.
- [3] 姜泉, 殷海波, 张香妮, 等. 78 例原发性干燥综合征患者中医证候分析 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(10): 2402-2404.
- [4] 姜泉, 张华东, 陈祎, 等. 路志正治疗干燥综合征经验 [J]. 中医杂志, 2016, 57(6): 463-465.
- [5] 张华东, 边永君, 路洁, 等. 路志正教授从气阴两虚论干燥综合征发病机制 [J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(9): 1903-1905.
- [6] 潘利, 杨德才. 从气论治干燥综合征的思路探析 [J]. 湖北中医杂志, 2005, 27(10): 15.

(收稿日期: 2017-11-04; 修回日期: 2018-05-11)

编辑: 柴倩云