

本文引用: 韩 驰, 周 佳, 赵 用. 从“漏泄”理论探讨干燥综合征的病机与辨治[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(5): 1011–1016.

从“漏泄”理论探讨干燥综合征的病机与辨治

韩 驰¹, 周 佳¹, 赵 用^{2*}

1. 辽宁中医药大学第二临床学院, 辽宁 沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属第二医院, 辽宁 沈阳 110034

〔摘要〕 本文以“漏泄”理论为核心, 创新性提出卫气失固、腠理开阖失常所致津液异常外泄为干燥综合征(SS)的始动病机; 其核心病机为津液妄泄、阴精亏虚、诸窍失濡, 病理演变循“卫虚-津伤-精亏”三阶段递进; 卫气微泄、风燥客表为发病之基, 气阴两虚、漏泄益甚为病进之由, 精亏瘀阻、漏泄难复为痼疾之根。据此以固卫止泄、通补结合为核心治则, 分阶段施治: 初期施以固卫润燥、轻宣达邪之法, 方选玉屏风散合沙参麦冬汤加减; 中期施以益气敛津、清热润燥之法, 方选生脉散合益胃汤加减; 后期施以滋阴填精、通补化瘀之法, 方选左归丸合桃红四物汤加减。临证以补通兼施、以通为用, 为 SS 的中医药辨治提供新视角与借鉴。

〔关键词〕 干燥综合征; 漏泄; 卫气失固; 津液不藏; 精亏瘀阻

〔中图分类号〕 R275.9

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.05.020

Pathogenesis and pattern identification-based treatment of Sjögren's syndrome from the "leakage" theory

HAN Chi¹, ZHOU Jia¹, ZHAO Yong^{2*}

1. Second Clinical College, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang, Liaoning 110847, China; 2. The Second Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang, Liaoning 110034, China

〔Abstract〕 Grounded in the "leakage" theory, this study innovatively proposes that the initiating pathogenesis of Sjögren's syndrome (SS) is the abnormal external leakage of body fluids caused by Wei-defensive qi failing to secure the surface and dysregulation of the interstices in opening and closing. The core pathogenesis consists of chaotic leakage of body fluids, deficiency of yin essence, and loss of moistening of the orifices. The pathological evolution follows three progressive stages: "Wei-defensive qi deficiency→fluid injury→essence depletion." Specifically, slight leakage of Wei-defensive qi with wind-dryness lodging in the exterior is the foundation of disease onset; dual deficiency of qi and yin with aggravated leakage is the cause of disease progression; and essence depletion with stasis obstruction and difficult-to-heal leakage is the root of chronic, refractory disease. Based on this, the core treatment principles are consolidating Wei-defensive qi to stop leakage, combined with both unblocking and tonifying methods, applied in a stage-dependent manner. In the initial stage, methods of consolidating Wei-defensive qi, moistening dryness, and gently dispersing to expel pathogens are adopted, with modified Yupingfeng Powder combined with Shashen Maidong Decoction. In the middle stage, methods of supplementing qi, astringing fluids, clearing heat, and moistening dryness are used, with modified Shengmai Powder combined with Yiwei Decoction. In the late stage, methods of nourishing yin, replenishing essence,

〔收稿日期〕 2025-11-25

〔基金项目〕 辽宁省名中医传承工作室(辽中医药综合字[2024]19号); 沈阳市科学技术计划公共卫生研发专项(24-214-3-180)。

〔通信作者〕 * 赵 用, 女, 博士, 主任医师, 硕士研究生导师, E-mail: 28915134@qq.com。

unblocking and tonifying, and transforming stasis are applied, with modified Zuogui Pill combined with Taohong Siwu Decoction. In clinical practice, emphasis should be placed on the simultaneous application of tonification and unblocking, with unblocking as a key approach. This study provides a new perspective and reference for the pattern identification-based treatment of SS with Chinese medicine.

[**Keywords**] leakage; Sjögren's syndrome; failure of body fluids to be stored; theoretical discussion

干燥综合征(Sjögren syndrome, SS)为风湿免疫科常见多发病,发病率较高,女性发病率显著高于男性,且发病率随年龄增长逐渐升高^[1]。本病以口干、眼干等外分泌腺受损为主要表现,病情缠绵、反复发作,伴随皮肤干燥、关节酸痛、倦怠乏力等全身症状,严重者可累及肺、肾等多个脏腑,或合并焦虑、抑郁等情绪问题,严重影响患者身心健康与生活质量^[2]。西医多以人工泪液、唾液替代品等局部对症施治为主,对于神经、血液等多系统受累者则予免疫抑制剂、生物制剂等干预,但此类药物仅能缓解症状,难以控制病情进展,长期使用易出现不良反应,停药后病情易复发,临床应用存在一定局限性^[3]。中药治疗本病具有多成分、多途径、多靶点的协同优势。SS 归属于中医学“燥痹”“燥证”“内燥”等范畴,病情繁复、病机虚实互见、病势迁延难愈。溯源“漏泄”理论,其核心在于卫气不固、腠理开阖失司,导致津液异常失摄,以此理论审视 SS,确立固卫敛津、通补兼施的治疗大法,以期为中医药辨治本病提供新的理论视角与临床借鉴。

1 “漏泄”理论基础

1.1 “漏泄”理论的经典溯源

“漏泄”理论的核心源于《灵枢·营卫生会》“外伤于风,内开腠理,毛蒸理泄,卫气走之,不得循其道,见开而出,命曰漏泄”之论,契合“卫气-腠理-津液”相互协调为用的核心原理。卫气属阳而布表,司“温分肉、充皮肤、肥腠理、司开合”之职,为津液内守之关键,若卫气亏虚失固或为风邪所扰,则失约束之能,呈“剽悍滑疾”之性而走散。腠理为津液藏泄之门户,赖卫气充养而致密,风邪外袭则开疏,成津液外泄之途,二者失调则津液离经,自汗孔、口、眼诸窍妄漏。此即“漏泄”之本义,其核心并非津液生化不足,实乃津不得守,病理要害在“不得循其道”。后世医家循此阐扬,张介宾在《景岳全书·杂证谟》中深析其病机,言“卫虚则液泄,液泄则气愈

虚”,阐明卫气与津液互根之理,更拓其范畴,将《灵枢·营卫生会》“汗出异常”之论推及“诸窍津液失固”,明言“眼干、口干、鼻燥皆可因漏泄致之”,使病机内涵从“体表汗漏”延至“多窍津失”,契合卫气布散全身、统摄诸窍之性。后代医家更承其脉,补述病理层次:初则卫气微虚、腠理疏浅,津液轻漏而邪浅在表;久则津泄日甚,耗及气阴,卫气愈虚而漏泄加剧,甚者津伤及络、脉络空疏,其病机内涵从“即时性津失”深化为“渐进性虚损”,终成“本虚为根,标实为助,津液妄漏为象”之完整病理体系,其源头终不离“卫气失道、津液妄行”之核心^[4]。

1.2 “漏泄”理论与 SS 的核心关联

《素问·生气通天论篇》所言之“阳气”包含卫气,其“司开阖”之能调控腠理孔窍疏密,为津液输布之关键,卫气充盛则津液循经濡养口眼诸窍,卫气虚弱则开阖失度、津液妄泄。SS 患者口干、眼干、自汗、恶风等症状,并非津液生成不足,而是卫气失固、清津从诸窍外泄所致。该病病程发展遵循“卫虚微泄-气阴两虚-精亏瘀阻”的过程,与《素问·阴阳应象大论篇》“气伤则痛,精伤则痿”及《难经·十四难》“从肺卫到肾精”的损伤路径一致。治则当循“标本兼顾、通补结合”,以黄芪、白术益气固卫堵漏,桑叶、薄荷轻宣风燥清源,佐沙参、麦冬滋阴补耗,忌单纯滋补不固或一味疏散,使卫气复、漏泄止则燥象自除。

2 SS 外分泌腺体之中医病机探赜

SS 主要累及唾液腺、泪腺等外分泌腺体,此类腺体是中医津液化生、泌泄、濡养官窍的核心结构,其濡养与分泌津液的功能,全赖肺、脾、肾三脏协调,卫气为枢。肺宣发津液上输濡腺为“帅”,脾运化水谷、生津液为“源”,肾蒸化调津、主司敛散为“枢”,卫气则固腠理杜津妄泄、温脉络导津达腺,无卫气则腺体失养失藏、泌液自衰^[5]。循“漏泄”理论观其病理演进,初为肺脾气虚、卫气乏能,腠理疏泄而津液

初漏、腺体泌液始减;继而风燥湿热乘虚扰卫、漏泄益甚,复耗气阴而腺体失润愈重;日久津泄伤精、肾失蒸化,津停成湿、瘀阻腺络,终致“精亏瘀阻、漏泄难复”,腺体渐趋枯萎。

2.1 卫气微泄,风燥客表为发病之基

《诸病源候论·风病诸候》曰:“卫气者,所以温分肉、充皮肤、肥腠理、司开合者也。卫气虚弱,则腠理开疏,风邪易入……或为自汗。”该论述明确指出卫气“固腠理、司开合”为津液内守之要,卫虚则腠理疏、津易漏,恰与《灵枢·营卫生会》中“卫气走之,固不得循其道”之“漏泄”初机相契^[6]。《临证指南医案·风温》又言:“风为百病之长……兼燥曰风燥……先伤上焦卫气。”风燥具有开泄、干涩属性,风疏腠理助津漏,燥耗津液损卫气,共为触发漏泄之关键外邪。SS初起,多因肺脾禀赋不足或后天耗伤,肺虚则卫气难宣头面诸窍,脾虚则卫气生化乏源,腠理遂疏。风燥乘虚而入,如《医门法律·秋燥论》所云“易伤上焦卫气,致津液随开泄之腠理漏失”,内虚与外邪相合,津液从口眼等孔窍异常外泄^[7]。现代免疫学研究表明,SS早期机体免疫紊乱启动、腺体淋巴细胞浸润初现,进而引发唾液腺与泪腺分泌功能下降^[8]。临床见口微干、眼微涩而不欲饮,伴有自汗恶风、神疲,舌淡红、苔薄干、脉浮缓。此期以“卫气微泄”为本,“风燥客表”为诱,虚中伏邪,实为病发之始动环节。

2.2 气阴两虚,漏泄益甚为病进之由

《景岳全书·杂证谟》曰:“气阴两虚,则腠理不固,津液随泄而燥生,燥生则更耗气阴,往复不已。”此论精准阐明“气阴-津液”之互动,气为津帅,气虚则固摄无力;津为气母,阴虚则气失所附,二者互为因果。SS初起“卫气微泄”若失于调治,津液久漏常耗气阴。如《温病条辨·上焦篇》所云:“燥邪久羁,必伤气阴,气伤则津泄愈甚,阴伤则燥象愈显。”气阴既虚,卫气固摄之力渐衰,漏泄更剧,其理有二:一者肺脾气虚日甚,肺虚则宣发无力,津液难达口眼;脾虚则生化无源,既不能补益气阴,反生湿浊,与残留风燥相结,扰动津液外泄;二者阴虚生内热,《医宗金鉴·杂病心法要诀》谓“阴虚生内热,热灼津液则燥起,燥起则腠理开泄,津随热泄”,肾阴亏则津生无源,肝阴耗则窍失濡养,内热复伤卫气,致津液多窍

妄漏^[9-10]。卫气失固则调控腠理玄府功能失常,唾液腺、泪腺等外分泌腺固摄失司、泌液功能减退;津液妄泄可致腺体内核心水通道蛋白5表达下调与亚细胞定位异常,进而导致水分子跨膜转运障碍,津液无法正常泌布而异常漏失^[11]。现代分子生物学研究表明,上述病理改变是SS口眼干燥症状加重、腺体分泌功能持续衰退的核心分子机制^[12]。此阶段以气阴两虚为本,以漏泄加剧为标。本虚则见中度疲劳、汗多、手足心热、纳差;标实则见口干欲饮、眼干、视物模糊、皮肤脱屑、腺体泌液进一步减少。若情志失调致肝郁化火,复耗气阴,更助漏泄。此阶段是SS从“轻燥”转为“重燥”的关键阶段。气阴耗伤与湿燥互结,既深固漏泄之基,又为后续瘀阻埋下祸根,是本病迁延难愈的关键。

2.3 精亏瘀阻,漏泄难复为痼疾之根

《素问·调经论篇》云:“血气不和,百病乃变化而生。”《景岳全书·血证》进一步指出:“精为血之基,精亏则血少,血少则脉道涩滞,瘀阻内生;瘀阻则津液不得输布,漏泄更难休止。”二者共同阐明SS久病由气阴两虚转为精亏瘀阻的传变规律。现代研究证实,SS病程迁延日久与患者外分泌腺广泛纤维化、血管病变及免疫复合物沉积所致的脉络瘀阻的病理改变高度契合^[13]。久病之后气阴两虚,津液长期漏泄常耗肾精。肾为“水脏”,藏精主津液蒸化,精亏则津液生化无源^[14]。且肺脾之气耗竭,难复肾精,如《医宗必读·虚劳》所言:“久虚不复,必及于肾;精亏不复,必致瘀阻。”精亏则气血运行乏力,津停为湿、湿聚成浊、血滞为瘀,湿浊瘀血胶结;更兼残留风燥郁而化火,灼伤血络,败津、瘀血与浊毒交织,终成“精亏瘀阻”之顽疾^[15]。临床见口干需汤水送服、眼干无泪、皮肤糙如鳞屑;伴关节刺痛不移、皮肤瘀点瘀斑,或干咳尿短;舌黯有瘀、苔少干,脉沉涩或细数。此期以“精亏瘀阻、漏泄难复”为核心,精亏则卫气失养、固摄尽衰,津液漏泄虽缓却根难除;瘀浊阻津输布,纵肾精渐复,津液亦难达口眼诸窍。此恰是病延十数年、反复发作难愈之关键。终致“精亏、瘀阻、漏泄”三者交织:精亏则津无源、气无力,瘀浊则阻津输布通路,风燥余邪复耗精阴,三者叠加成“补之不纳、通之难行”之困局。

3 基于“漏泄”理论辨治 SS

SS 以“卫气不固、津液漏泄、精室失润”为核心病机,故立“固卫止泄、通补结合”为治则纲领。“固卫”以复津液内守之基,“止泄”以断燥生之源,“通补”相兼则避“补而壅滞、通而伤正”之弊。循病理阶段分治:若卫气微泄、风燥客表,法以固卫润燥、轻宣达邪,补卫气之虚以杜绝津液漏泄,宣风燥之邪以清除邪病根源;若气阴两虚、漏泄加剧,法以益气敛津、清热润燥,益气阴之耗以固摄,清内生之热以缓泄;若精亏瘀阻、漏泄难复,法以滋阴填精、通补化瘀,填肾精之竭以生津,通瘀浊之滞以输布津液。终使卫气固摄复常、津液输布归序,精室得濡养而燥象自消,病情逐渐痊愈。

3.1 固卫润燥,轻宣达邪治漏泄之始

若见口干而不欲饮、眼干伴微痒异物感、皮肤微干无脱屑、鼻腔燥痒,兼轻度自汗、恶风、偶作低热、神疲乏力,舌淡红、苔薄白、脉浮缓或浮细,此乃卫气微泄、风燥客表之证。卫气不固则腠理疏松,风燥之邪乘虚侵袭肌表,津液易从孔窍漏泄,恰合《灵枢·本脏》“卫气者,所以温分肉、充皮肤、肥腠理、司开合者也”之功能失常。故治疗遵循《素问·阴阳应象大论篇》“其在皮者,汗而发之;其燥者,润而濡之”之旨,遵《温病条辨·上焦篇》“燥伤卫气,当以轻宣润燥,固卫泄邪”之训,立固卫润燥、轻宣达邪之法。方选玉屏风散合沙参麦冬汤化裁,方由黄芪、白术、防风、沙参、麦冬、玉竹、桑叶、薄荷、五味子、炙甘草组成。方以黄芪、白术、防风为君;黄芪益气固卫,实腠理止津漏,《神农本草经》言黄芪“补虚”,恰合补卫固本之需;白术健脾益气,助卫气生化之源;防风疏散表邪,驱风燥之客邪^[6]。三药相伍,补不滞邪、散不伤正,契合《灵枢·营卫生会》“卫气和则分肉解利,皮肤调柔,腠理致密”之旨。以沙参、麦冬、玉竹为臣,沙参清肺养阴,麦冬生津润燥,玉竹滋阴柔润,三药轻清入上焦,既濡口眼诸窍补漏泄之津,又不滋腻碍邪,尤适风燥伤津之象^[7]。以桑叶、薄荷、五味子为佐,桑叶疏风热而润燥,薄荷清头目除上窍风燥,发挥轻清祛邪之效,助防风驱邪;五味子敛肺生津、固涩卫气,取“散收并举”之意,防宣散太过耗伤卫气,合“漏泄初起,固卫不碍邪、祛邪不伤正”之则。炙甘草为使,调

和诸药,既助黄芪、白术益气,又协沙参、麦冬生津,全方融“固、润、宣、敛”四法,谨守“漏泄初起、以固为首”之治疗关键。现代研究表明,该方配伍可调控腺体内水通道蛋白 5 的表达、抑制炎症通路激活,从分子层面改善津液漏泄、腺体分泌不足的核心问题^[8]。临证化裁亦重表里兼顾,风燥甚者加桔梗、牛蒡子宣肺利咽,疏散上焦燥邪^[9];自汗明显者加煅牡蛎、浮小麦敛汗固卫;肺气虚甚者加党参、太子参增益气固表之力,尽显因证施药之精。方以玉屏风散固卫为君,沙参麦冬汤润燥为辅,寓“补中有散、散中有润”之意。

3.2 益气敛津,清热润燥治漏泄之甚

若见口干显著、频饮而不解渴,眼干加重伴视物模糊,皮肤干燥脱屑,涎腺、泪腺分泌锐减,兼中度疲劳、动则汗多、手足心热、失眠多梦、纳差食少,舌淡红、苔少或薄黄,脉细弱或细数,此乃气阴两虚、漏泄加剧之证。此阶段病机源于前期卫气微泄失治,津液久漏耗伤气阴;气虚则卫气固摄益衰,津泄更甚;阴虚则内生燥热,复灼津液、伤卫气。恰与《伤寒论·辨阴阳易差后劳复病脉证并治》所载“伤寒解后,虚羸少气”之气阴两伤证相符,亦契合叶天士《温热论》所云“炉烟虽熄,灰中有火”之余热未尽之义。立足“漏泄”理论,针对“津泄兼燥”之病理,立“益气敛津、清热润燥”之法。方选生脉散合益胃汤加减,方由太子参、麦冬、五味子、沙参、玉竹、生地黄、白芍、玫瑰花、知母、炙甘草组成。方中以太子参、麦冬、五味子为君,太子参益气生津而不燥,补卫气实腠理,制津液妄漏;麦冬甘寒养阴,润燥止渴,既“救肺胃之阴而不滋腻”,又清虚热除烦渴,契合津液耗伤、燥邪亢盛的病情;五味子敛肺滋肾、固涩津液。三药相伍,“益气不助热,敛津不滞邪”,正中“漏泄中期,气阴两虚需补需敛”之病机。以沙参、玉竹、生地黄、知母为臣,沙参清肺养阴,玉竹滋阴柔润,生地黄清热凉血,三药轻清入肺脾肝肾,既补漏泄所耗阴津,又清内生燥热,恰对《温病条辨·上焦篇》“燥伤肺胃阴分”证候;知母清热泻火、滋阴润燥,助生地黄清余热而不伤阴,防燥热复灼津液。以白芍、玫瑰花为佐,白芍敛阴柔肝,濡养孔窍,防燥邪伤络耗津;玫瑰花理气解郁、和血行津,其性温和不辛燥,既解燥盛所致情志不畅,又合“气行则津布”之理,助津液输布达窍,阻断

“津停成湿、湿助漏泄”病理环节。炙甘草为使,调和诸药,既助太子参益气,又协麦冬、沙参生津,全方融“补(益气)、敛(固津)、清(除热)、润(滋燥)”四法,谨守“气阴双补、燥热同清”之要。此方暗合三焦分调之巧:上以沙参、玉竹濡养肺窍,中以太子参、生地黄补益脾阴,下以五味子、白芍滋补肝肾,体现出“护津止泄、润燥清源”之辨治特色。现代研究表明,该方配伍可从分子层面修复腺体分泌功能、减少津液异常漏泄^[20]。临床治疗尤其注重“清润不伤气、补益不助燥”,用清热润燥药时避免过用苦寒药,酌加山药、白扁豆健脾益气,助津液生化且防寒凉碍脾。阴虚甚者加女贞子、墨旱莲清透虚热;湿浊显者加薏苡仁、茯苓分消湿浊;燥热甚者加玄参、石斛增滋阴润燥之力,充分体现辨证用药、灵活施治的特点。方以生脉散补气敛津为核心,益胃汤滋阴润燥,以“益气护津”为主。

3.3 滋阴填精,通补化瘀治漏泄之根

若病至后期或久延不愈,见口干、眼干剧甚,进食必赖汤水送服,眼干致视力锐减,泪腺泌液近乎枯竭,皮肤糙如鱼鳞、脱屑显著,伴关节刺痛不移、皮肤瘀点瘀斑,兼重度疲劳、腰膝酸软、头晕耳鸣,舌暗有瘀斑、苔少而干,脉沉涩或细数,此乃精亏瘀阻、漏泄难复之证。此证病机源于病久气阴耗竭,津液长漏必伤肾精。肾藏精主津液蒸化,精亏则津液生化无源^[21];又因精亏则气血运行乏力,津停成湿、血滞为瘀,湿瘀搏结阻于腺体脉络,兼风燥余邪郁久化热,灼伤血络,终成“精亏无以为津、瘀阻无路布津”之痼疾,恰合《医林改错·气血合脉说》“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”及《景岳全书·杂证谟》“精亏则血少,血少则脉道涩滞,瘀阻内生;瘀阻则津液不得输布,漏泄更难休止”之论。故治循《素问·至真要大论篇》“虚者补之,结者散之”“血实宜决之”之旨,立足“漏泄”理论,立“滋阴填精、通补化瘀”之法。方选左归丸合桃红四物汤化裁,药由熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、桃仁、红花、当归、白芍、鸡血藤、黄芪、玄参、水蛭(研末冲服)、炙甘草组成。此方合“填精祖方”左归丸与“化瘀基础方”桃红四物汤之意,针对“精亏为本、瘀阻为标”,求“补不滞瘀、通不伤精”之效。方中以熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子为君,熟地黄滋肾填

精、大补真阴,山药健脾益气助精生化,山茱萸涩精固肾,枸杞子、菟丝子补肾益精,五药峻补肾精,以复津液生成之源,契《素问·阴阳应象大论篇》“精不足者补之以味”之旨。以桃仁、红花、当归、白芍为臣,桃仁破血行滞,红花活血通络,当归养血活血,白芍敛阴柔肝,四药共奏化瘀通络之效,疏通阻滞,使津液得达窍道而漏泄可止。以鸡血藤、黄芪、玄参为佐,鸡血藤活血养血、通络不燥,助桃仁、红花化瘀而防伤正;黄芪益气升阳,补肺脾之气助肾精布散,合“气行则血行、气旺则精生”之理;玄参滋阴润燥、清瘀久之虚热,助君药补精且防燥热复灼津。水蛭研末冲服为佐使,其味咸苦性平,专入血分搜剔络瘀,《医学衷中参西录·药物解》言“凡破血之药多伤气分,惟水蛭味咸专入血分,于气分丝毫无损”,少量用之破顽固瘀阻而不耗肾精。炙甘草调和诸药,缓虫类药、活血药之峻,护脾胃助药力。全方融“填精、化瘀、益气、润燥”四法,契“通补结合、标本兼顾”之旨。临证化裁亦重圆机活法,瘀阻甚者加三七粉(冲服)、川芎增活血通络之力;精亏甚者加女贞子、墨旱莲滋肾益精;燥盛甚者加石斛、玉竹滋阴润燥;关节痛者加秦艽、桑寄生通络止痛。诸药合用,体现“填精不伤瘀、化瘀不损精、润燥复津液”的治疗理念,最终使精足瘀散、脉络通畅、津液正常输布,漏泄停止、顽疾得愈。方以左归丸填精为本,桃红四物汤通络化瘀,以“补肾填精、活血通络”为法。

4 小结

本研究以中医“漏泄”理论为核心切入点,创新性阐释了SS的中医发病机制与诊疗逻辑。基于其病理特征,本研究突破单一润燥治法的局限,确立“固卫止泄为纲、通补结合为要”的治则,针对不同病程阶段的核心病机,构建初期固卫疏邪、中期益气敛津、后期填精化瘀的分阶诊疗方案,通过经典方剂的化裁配伍实现“补而不壅、通而不伤”的治疗目标。本文不仅深化了对SS中医病机的认知,更通过经典理论与临床实践的结合,丰富了中医自身免疫病的诊疗体系。

参考文献

- [1] 张文,陈竹,厉小梅,等.原发性干燥综合征诊疗规范[J].中华内科杂志,2023,62(9):1059-1067.

- [2] 李丹文, 王耀献, 康意, 等. 基于“辛以润之”理论治疗干燥综合征[J]. 中国中医基础医学杂志, 2025, 31(5): 886–888.
- [3] 徐浩东, 唐晓颇, 程增玉, 等. 基于“燥气流行, 肝木受邪”理论探讨从肝论治干燥综合征[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(8): 860–864.
- [4] 李洋, 刘健, 胡月迪, 等. 基于《黄帝内经》营卫理论探讨类风湿关节炎的中医辨治思路[J]. 山西中医药大学学报, 2024, 25(12): 1405–1411.
- [5] 郝闻致, 王蓉燕齐, 李晓娟, 等. 基于方证相应的肝郁脾虚证生物学基础述评[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(7): 3005–3011.
- [6] 赵梓丞, 吴易俊, 宋研博, 等. 从肺虚卫弱论治卒中后中枢性疼痛[J]. 中医杂志, 2025, 66(18): 1949–1953.
- [7] 王塘, 程梓轩, 孔维扬, 等. 基于“甘守津还”探讨恶性肿瘤高凝状态的病机与防治[J]. 中医杂志, 2026, 67(1): 26–30.
- [8] 赵天喜, 斯红英, 谢晓娟. 温润清燥法对干燥综合征低唾液流率和高免疫球蛋白的调节[J]. 中医药通报, 2026, 25(1): 33–35, 44.
- [9] 王倩, 杨红霞, 王碧晴, 等. 徐凤芹从五脏虚损论治老年汗证经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2026, 33(2): 134–137.
- [10] 陈锦燕, 李青榕, 刘树林. 从厥阴论治女性桥本甲状腺炎甲减[J]. 中国中医基础医学杂志, 2025, 31(10): 1834–1837.
- [11] 张霞, 李香好, 张雄伟, 等. 中医药治疗干燥综合征的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(12): 3235–3245.
- [12] 任雅婷, 刘丹, 周东海, 等. 益气养阴祛瘀方对干燥综合征 NOD 小鼠颌下腺 AQP5、M3R 表达的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2023, 34(5): 613–619.
- [13] 梅寒颖, 刘炬, 汤曾耀. 基于 TLR4/MyD88/NF- κ B 信号通路探讨白芍总苷抑制干燥综合征模型小鼠炎症的作用机制[J]. 中药新药与临床药理, 2021, 32(9): 1293–1299.
- [14] 邓亚胜, 郑雅方, 张荣昶, 等. 2 型糖尿病的中医认识与经方治疗策略[J]. 中国中药杂志, 2026, 51(6): 1804–1815.
- [15] 王森, 姜春云, 焦娟, 等. 基于体脏合痹理论从“肾藏精”探讨风湿免疫病的病机与诊疗思路[J]. 中医杂志, 2025, 66(21): 2221–2226.
- [16] 冯沁祺, 陈梦琳, 刘迪, 等. 以玉屏风散到固本止咳方为例探讨经典名方中学术思想的传承与创新[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(10): 5362–5366.
- [17] 韩其茂, 高丽娟, 李泽光, 等. 中医药调控干燥综合征相关信号通路的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(6): 3027–3033.
- [18] 陈明辉, 王琼萍, 蒋慧, 等. 基于网络药理学方法探讨玉屏风散治疗慢性阻塞性肺疾病的分子机制研究[J]. 系统医学, 2022, 7(2): 85–88.
- [19] 王秋月, 毕岩, 岳冬辉. 吴鞠通《温病条辨》治燥思想探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(12): 1986–1989.
- [20] 孙艺琳, 田莉, 史红. 基于大鼠泪腺组织形态及相关蛋白表达探讨生脉散的抗燥效应[J]. 中国中医眼科杂志, 2025, 35(1): 1–7, 41.
- [21] 张国华, 张瑞耀, 汪湛东, 等. 基于中医“阴虚”理论探讨水通道蛋白在干燥综合征发病机制的研究现状[J]. 中国临床药理学杂志, 2025, 41(6): 890–894.

(本文编辑 田梦妍)