第3辑

中西医结合慢性病防治指导与自我管理丛书

主 编◉钱 先 韩善夯

干燥综合征

人民卫生出版社

第3辑

中西医结合慢性病防治指导与自我管理丛书

主 编◉钱 先 韩善夯

干燥综合征

人民

图书在版编目(CIP)数据

干燥综合征/钱先，韩善夯主编. —北京：人民卫生出版社，2017

ISBN 978-7-117-25840-1

Ⅰ. ①干… Ⅱ. ①钱… ②韩… Ⅲ. ①干燥—综合征—防治 Ⅳ. ①R58

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 000357 号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康，购书智慧智能综合服务平台

人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有，侵权必究！

干燥综合征

主　　编：钱 先　韩善夯

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）

地　　址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮　　编：100021

E - mail：pmph @ pmph.com

购书热线：010-59787592　010-59787584　010-65264830

印　　刷：三河市博文印刷有限公司

经　　销：新华书店

开　　本：787 × 1092　1/32　　印张：4.5

字　　数：73 千字

版　　次：2018 年 2 月第 1 版　2018 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-25840-1/R · 25841

定　　价：26.00 元

打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com

（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

中西医结合慢性病防治指导与自我管理丛书（第3辑）

干燥综合征

主　编　钱　先　韩善夯
副主编　陈剑梅　郭　峰　郭云柯
　　赵　遐　史潇璐
编　者（按姓氏笔画为序）
　　史潇璐　刘　燕　张若梅
　　陈剑梅　赵　遐　钱　先
　　郭　峰　郭云柯　董丹丹
　　韩善夯

前　言

干燥综合征（SS，由瑞典眼科医师Sjögren在1933年首先较为系统地描述），是一种以侵犯外分泌腺，尤其是唾液腺和泪腺为主的系统性自身免疫性疾病。表现为口眼干燥，血清中有抗SSA、SSB等多种自身抗体。国内普查，患病率为0.2%～0.77%。女性多见。本病有原发性和继发性之分，后者继发于其他自身免疫性疾病，如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮等。

现代医学认为其发病机制是在多种致病因素的侵袭下，机体出现免疫异常，如T淋巴细胞亚群及比值异常，高丙种球蛋白血症等。异常的细胞和体液免疫反应产生的各种介质造成了SS患者的组织炎症和破坏性病变，淋巴细胞浸润唾液腺导管、腺泡上皮细胞，导致腺体免疫性炎症和纤维化。以泪腺、唾液腺病变为主，腺体及小管周围淋巴细胞及浆细胞浸润，最终导致腺泡萎缩、消失，由大量浸润细胞和增生结缔组织替代。该病症状复杂、病程

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongboo

迁延，发病机制不甚清楚，目前现代医学多采用替代和对症治疗，减轻口眼干燥的症状。如口干可适当饮水或用人工唾液，注意口腔卫生。眼干可用人工泪液等。出现系统损害时，采用激素或免疫抑制药物治疗，有一定缓解症状的作用，但毒副作用明显，目前尚无有效根治手段。

中医学认为干燥综合征属于中医“燥证”范畴。本病病因不明，外感、内伤皆可致燥。大热燥气之外邪，或先天不足及久病失养之内伤，加之年高体弱或误治失治等，均可导致津伤液燥，阴虚液亏，清窍失于濡润，病久瘀血阻络，血脉不通，累及皮肤黏膜、肌肉关节，深至脏腑而成本病。临床运用中西医结合，辨证与辨病相结合，提高疗效，尤其在改善口干、眼干症状方面疗效显著，结合患者饮食起居、食疗等，可提高患者生活质量。故编写此书，奉献给广大患者和临床医师。

本书由高年资风湿病专科医师编写，力求通俗易懂，为患者提供干燥综合征防治常识，中西医结合，内容丰富，实用性强，帮助患者早期诊断、早期治疗，尽早控制疾病，本书也适合风湿病科医师临床参考。由于编者写作经验不足，恳请读者提出宝贵建议和批评，也恳请风湿免疫病学的专家学者不吝指教，以便再版时修改。

钱　先　韩善夯

2017年5月

目　录

第一章　基础知识导航 …… 1

第一节　干燥综合征的概念 …… 2
第二节　干燥综合征的临床表现 …… 3
第三节　干燥综合征的检查方法 …… 8
第四节　干燥综合征的分类标准 …… 11
第五节　干燥综合征如何自我诊断 …… 13
第六节　干燥综合征是如何发生的 …… 15
第七节　干燥综合征的易患人群及发病率 …… 27
第八节　干燥综合征的危害性 …… 27

第二章　个人调理攻略 …… 31

第一节　饮食起居与保健预防 …… 32
第二节　锻炼 …… 38

第三节　自我按摩 …… 39
第四节　药膳 …… 40
第五节　误区 …… 50

第三章　名医防治指导 …… 55

第一节　西医治疗 …… 56
第二节　中医药治疗 …… 73
第三节　食疗 …… 86
第四节　预防康复 …… 88

第四章　药物饮食宜忌速查 …… 91

第一节　中西医药物相互作用 …… 92
第二节　药物禁忌 …… 95
第三节　饮食宜忌 …… 95
第四节　中西药副作用 …… 98

第五章　医患互动空间 …… 111

第一节　专家答疑 …… 112
第二节　名医名院 …… 130

参考文献 …… 136

第一章
基础知识导航

第一节　干燥综合征的概念

干燥综合征（sjögren syndrome，SS）是一种侵犯全身外分泌腺体（尤以唾液腺和泪腺为主）的慢性炎症性自身免疫病，临床以唾液腺和泪腺受损，功能下降而出现口腔干燥、眼干燥、龋齿、反复发生的腮腺炎等为主，同时累及其他器官造成多种多样的临床损害，肾脏受累以肾小管病变甚为多见，且患者血清中存在多种自身抗体和高免疫球蛋白。

干燥综合征分为原发性和继发性两种，原发性干燥综合征（PSS）指不伴有另一诊断明确的自身免疫性疾病的干燥综合征；而继发性干燥综合征是指合并有另一诊断明确的自身免疫性疾病（如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、系统性硬化、肌炎/皮肌炎、混合性结缔组织病等）的干燥综合征。

中医古代医籍中无本病的确切病名可寻，但其临床表现在许多古典医籍中有类似描述。无论其原发或继发者，因其往往伴发许多脏腑病变，出现不同的临床表现，从而归属于不同的疾病范畴，因此，很难明确其属于某一病证。一般认为本病宜

归属“燥证”范畴；关节疼痛属于“痹证”；因其可累及周身，故又称为“周痹”；有脏腑损害者如肾、肝等受损，可称之为“脏腑痹”；《黄帝内经》云：“燥胜则干”，《素问玄机原病式》云：“诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属于燥”。由于干燥综合征以口眼干燥为主要表现，故多数学者将其归为“燥证”范畴。现代中医学界对干燥综合征有了进一步的认识，1989年全国中医痹证委员会在其颁行的《痹病论治学》中将本病命名为“燥痹”。

第二节　干燥综合征的临床表现

1．口干燥症　干燥综合征患者唾液腺和口腔的表现以唾液分泌量减少、口腔菌丛质量改变为特征，称为唾液腺功能减低或功能异常，成人多表现为口干，儿童以唾液腺肿大为主。口干是最常见的症状，常常是患者首发症状，80%患者因唾液减少而出现口干、舌干、口臭，甚至丧失味觉，严重者即使食物刺激或咀嚼也不能增加唾液分泌，进固体食物时必须伴水送下，有时夜间需起床饮水，随身携带水瓶，频繁饮水以保持口腔湿润。唾液分泌量减少，口腔抗菌能力减弱，患者出现牙齿逐渐变黑，继而小片脱落，最终只留残根，称为“猖獗

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbo

齿”，是本病的特征之一。约40%的SS患者有唾液腺肿大，以腮腺多见，颌下腺亦可见，舌下腺少见。一项对反复出现成人腮腺炎的患者前瞻性随访5年后发现，其中50%以上患者最终发展为SS。舌部病变表现为舌痛、舌面干、裂、舌乳头萎缩而光滑。口腔黏膜出现溃疡或继发感染，尤其是反复出现的真菌（如念珠菌）感染。

2. 干燥性角结膜炎　干燥性角结膜炎表现为眼部有摩擦、砂砾、积热等异物感，眼干涩、痒痛、畏光、“红眼”、烧灼感或眼前幕状遮蔽感、眼疲劳或视力下降、泪少等症状，严重者伤心时或眼部受到刺激时流不出眼泪。眼部分泌稠厚的黏液，可引起视力模糊，甚至影响眼睑的活动，部分患者可出现眼睑缘反复化脓性感染、结膜炎、角膜炎、虹膜脉络膜炎、全眼炎等，少数患者可有泪腺肿大。

干燥性角结膜炎常见体征为泪液黏稠，有时可见结膜充血；角膜表面的泪膜不稳定、易破裂，严重时角膜混浊、溃疡和穿孔。Schirmer试验可部分定量判断眼干的程度。裂隙灯检查可明确角膜是否存在损伤。

3. 其他浅表部位外分泌腺　其他外分泌腺受累较少，包括上、下呼吸道黏膜腺体分泌减少，导

致鼻干、咽干、气管干燥；胃肠道外分泌腺分泌减少，导致食管黏膜萎缩、萎缩性胃炎以及亚临床型胰腺炎。皮肤汗腺功能下降导致皮肤干燥、瘙痒、表皮脱落，甚至萎缩。外阴和阴道黏膜干燥、瘙痒、刺痛、萎缩，造成性交时不适、外阴溃疡，阴道念珠菌感染等。

4. 呼吸系统　呼吸道黏膜外分泌腺体功能受损后，气管干燥，黏膜表面纤毛功能受损，使得气道分泌物黏稠，不易咳出，约40%～50%的干燥综合征患者出现慢性干咳。各级支气管、细支气管黏膜均可累积。15%～30%的原发性干燥综合征（pSS）患者肺部的主要病理为间质性病变，早期可无临床症状，仅有肺功能受损，小部分患者出现纤维性肺泡炎、多发性肺大泡，是SS患者死亡的主要原因之一。早期肺间质病变在肺部X线上并不明显，只有高分辨CT（HRCT）可见异常表现，主要为毛玻璃样改变、支气管扩张、肺泡间隔增厚、蜂窝样改变、多发性肺大泡、小结节等病变。

5. 消化系统　干燥综合征患者的胃肠道症状比较常见，由于唾液减少而出现咽和食管干燥，75%左右的患者可出现吞咽困难。约半数患者有胃部症状，表现萎缩性胃炎、胃酸减少、消

化不良等非特异性症状，pSS患者合并萎缩性胃炎者比较常见。约20%患者有肝脏损害，表现为肝脏增大、肝细胞酶、胆管酶升高，病理活检可见与原发性胆汁性肝硬化或自身免疫性肝炎相似的病变。胰腺外分泌功能异常者少见，但慢性胰腺炎亦非罕见，当反复出现腹痛及脂肪泻时，要考虑慢性胰腺病变，20%的患者有小肠吸收功能低下。

6. 肾脏　国内报道约有30%～50%患者有肾损害，肾小管受损为主，表现为远端肾小管受损而出现的Ⅰ型肾小管酸中毒，未治疗的酸中毒可导致肾脏钙化。北京协和医院的资料表明，pSS中合并肾脏损害者达50%，其中大部分为亚临床型肾小管酸中毒，临床表现为肾小管酸中毒、低血钾、肾性骨病和肾性尿崩。肾小管酸中毒的患者在有条件的情况下最好做肾脏病理检查，以了解肾脏病变，包括肾小管和肾小球受损的程度。

7. 皮肤　皮肤血管炎见于9%～32%的pSS患者，通常表现为紫癜样皮疹、荨麻疹损害或红色斑丘疹，主要与高球蛋白血症或冷球蛋白血症相关。紫癜样皮疹最常见，往往因高球蛋白血症导致血管脆性增加，近而发生血管壁渗血，形成皮肤红色皮疹，多见于下肢，重者可见于臀部、腹部及上肢，

为米粒大小边界清楚的红色丘疹，散在或融合成片，略高出皮肤，压之不褪色，分批出现，自行消退后留有褐色的色素沉着。皮肤活检病理显示大多为白细胞破碎性血管炎，仅累及小血管，中等血管受累不常见。肢端雷诺现象多不严重，不引起指端溃疡或相应组织萎缩。

8．骨骼肌肉　关节痛较为常见，仅小部分表现有外周关节压痛或肿胀，但多不严重，呈一过性。肌炎见于约5%的患者，但极少看到血清肌酶持续、显著升高。

9．血液系统　本病约25%的患者出现贫血，多为轻度正细胞正色素贫血，少数患者还可出现白细胞、血小板减少，甚至有出血倾向。多发淋巴瘤是本病特点之一，常在疾病后期出现，干燥综合征患者的血液系统恶性肿瘤发生率明显升高，是弥漫性结缔组织病发生率最高的，近期研究指出，紫癜、冷球蛋白血症及低补体血症，是干燥综合征患者发生淋巴瘤的危险因素。5%～10%的SS患者有淋巴结肿大，受累的淋巴结多为外周淋巴结。

10．神经系统　累及神经系统的发生率约为5%。以周围神经损害为多见，不论是中枢还是周围神经损害，均与血管炎有关。

第三节 干燥综合征的检查方法

干燥综合征不仅侵犯泪腺、唾液腺等外分泌腺体，还可以累及其他重要内脏器官，如肺、肝、胰腺、肾脏及血液系统、神经系统等，干燥综合征作为一种全身性疾病，如果不积极治疗，可能造成自身免疫性肝病、黄疸、肺间质病变纤维化、肾脏病变、肾小管酸中毒、肾功能不全、甲状腺功能异常、慢性胰腺炎等全身性损害。因此，早期发现和治疗尤为重要，患者需要找风湿免疫科医生进行全面的检查，做血液检查如血常规、生化、ANA定量（抗核抗体）、抗核抗体谱如抗SSA和抗SSB等，必要时进行唇黏膜活检。

一、实验室检查

1. 血常规及血沉检查 约1/4的患者可出现轻度正细胞性正色素性贫血，部分病人可出现轻度白细胞减少，甚至粒细胞缺乏，少数患者出现血小板减少，甚至出现黏膜皮肤出血。90%的患者出现血沉增快。

2. 生化检查 肾小管酸中毒患者可出现低钾血症，严重者肾功能不全，自身免疫性肝病患者可

出现肝功能异常，胆酶升高等。

3．免疫学检查

（1）高球蛋白血症：为本病的特点之一，半数患者可出现血清球蛋白增高，白球比倒置；主要以IgG增加最为明显和常见，其水平与口腔病变、唾液腺肿大、肺部病变、紫癜、口眼干燥、自身抗体，以及急性期反应物的相关性十分明显。个别病人可发现有巨球蛋白和冷凝集素。由于血液中存有IgG及其复合物，故有时血液黏稠度增加。

（2）抗核抗体谱：约80%～90%的患者抗核抗体阳性，且多为斑点型，以抗SSA抗体和抗SSB抗体阳性率最高，抗SSB抗体的特异性较高。

（3）类风湿因子（RF）：半数以上病人类风湿因子阳性。

（4）器官特异性抗体：抗甲状腺和抗平滑肌抗体、抗胃壁细胞抗体阳性率为30%。抗线粒体抗体和Coombs实验的阳性率为10%。

二、辅助检查

1．唾液腺检查

（1）唾液流量测定：是测定口干燥症的敏感指标之一，受检者在静止状态唾液分泌少于1ml/10min，则为唾液分泌减少。

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbo