



干燥综合征(燥毒证) 苗医药诊疗方案专家共识

郑佳思¹ 姚血明² 唐 芳² 马武开²

(1. 贵州中医药大学 贵州 贵阳 550025; 2. 贵州中医药大学第二附属医院 贵州 贵阳 550003)

[摘要] 干燥综合征是一种主要累及外分泌腺,以口眼干燥和关节疼痛为主要临床特征的自身免疫性疾病,属于苗医“燥毒证(毒证)”范畴。苗医认为该病核心病机为“毒”与“乱”互患,外感或内生毒邪导致气血津液失调所致。苗医药对干燥综合征的治疗和管理没有统一规范,为此,贵州省中医风湿病医疗质量控制中心、贵州省中医药学会风湿病专业委员会数十名苗医药学和中医风湿病专家共同组成专家委员会,基于循证医学证据和专家经验编写了该诊疗规范,涵盖了苗医术语、诊断要点、证候分型、治疗方案、护理调摄和疗效评价等内容,对干燥综合征的苗医药诊疗方案形成共识。本方案旨在填补苗医治疗干燥综合征领域空白,推动民族医药诊治的规范化与标准化,改善患者预后。

[关键词] 干燥综合征; 燥毒证; 苗医药; 诊疗方案; 专家共识

Doi: 10.16588/j.cnki.issn2096-8426.2026.01.015

中图分类号: R29; R593.2

文献标志码: B

文章编号: 2096-8426(2026)01-0080-07

本方案由贵州省中医风湿病医疗质量控制中心、贵州省中医风湿免疫病临床医学研究中心、贵州省中医药防治风湿免疫病工程研究中心,以及龙运光、马武开、姚血明、唐芳、杜江等50余名苗医药专家和中医风湿病学专家共同组成专家委员会,通过文献整理、专家经验总结、现代医学证据和临床研究为前提,形成诊疗方案并达成专家共识,在苗医药理论的指导下形成干燥综合征(燥毒证)苗医药临床诊疗方案。诊疗方案按照专家意见要求对苗医诊断标准、分症治疗、推荐药物、术语使用规范、疗效评定标准等内容进行了编写,使其突出苗药特色,符合苗医药理论规律。经过广泛征求专家意见、反复修改形成具体的干燥综合征(燥毒证)苗医药诊疗方案专家共识。

1 范围

本方案适用于干燥综合征(燥毒证)的诊断、辨证和治疗。

2 术语与定义

下列术语适用于本文件,参考《苗医临床学》^[1]、《苗医基础》^[2]、《干燥综合征中西医结合诊疗指南》^[3]等。

2.1 干燥综合征(燥毒证)

干燥综合征(燥毒证)是以口眼干燥、皮肤干燥、关节疼痛为主要临床表现的综合证,与现代医学“干燥综合征”“原发性干燥综合征”相对应。苗医理论中归属“燥毒证”“毒证”“痹毒”等范畴,因外感或内生燥邪、毒邪,耗伤津液,致气血失调而成,并常与“虚”“瘀”“毒”互结为病^[4]。

基金项目: 1. 国家自然科学基金项目(82474497); 2. 贵州省中医风湿免疫病临床研究中心项目(黔科合平台人才(2020)2202)。

作者简介: 郑佳思(1996—),女,在读博士研究生,住院医师。主要研究方向: 中西医结合防治风湿免疫疾病。

通信作者: 马武开(1968—),男,博士,教授,博士研究生导师,主任医师。主要研究方向: 民族医药传承研究、临床和实验研究免疫系统疾病。E-mail: walker55@163.com

2.2 毒证

苗医中广义的致病因素是指异常气候、疫疠等外感毒邪^[5]或脏腑功能失调、气血瘀滞等内生毒邪导致的疾病^[6]。燥毒属其中一类,常与热、瘀等病理因素相结合为患。

2.3 无毒不为病

苗医认为“毒”是导致疾病的根本原因,人体内毒素积累或外邪入侵会引发疾病。毒素可能来源于自然环境(如瘴气、湿毒)、饮食不当、情志失调等,其性质和感染部位不同,会在体表或体内产生特定症状^[7]。

2.4 无乱不成疾

苗医认为“乱”指人体组织结构或功能的紊乱,是疾病发展的直接诱因。苗医强调,即使存在毒素,若人体内部协调(如“肚架”上下交环稳定),毒素可能不致病;反之,若“乱”先发生(如气血逆乱、脏腑失调),毒素会加速疾病恶化^[8-9]。

2.5 祛毒治痹

苗医临床中针对干燥症状的干预理念是通过滋阴生津类草药缓解口眼干燥及皮肤燥痒^[10]。其作用机制与滋养虚损、调节气血津液、解毒化瘀通络有关。

3 诊断要点

3.1 疾病诊断

3.1.1 苗医诊断标准

参照《苗医临床学》^[11]、《中国苗族医学》^[11]、《苗医基础》^[12],结合专家共识,制定以下诊断依据:

(1) 主要症状(至少具备2项):口咽干燥,目赤涩痛,皮肤燥痒或干燥脱屑。

(2) 次要症状(可兼备):关节僵痛,活动受限;常伴乏力、低热等全身表现。

(3) 舌脉特征:舌质红或暗,少津;脉象以细数为主,或见弦、涩(苗医禄脉诊法可辅助诊断)。

(4) 发病多见于中年女性,病程多呈慢性渐进性。

3.1.2 西医诊断标准

参照《原发性干燥综合征诊疗规范》^[12]及国际通用标准(2016年ACR/EULAR分类标准)^[13],诊断须满足以下条件:

(1) 核心症状:

口干燥症:持续 ≥ 3 个月的口干,需频繁饮水或吞咽干性食物困难;

眼干燥症:持续 ≥ 3 个月的眼干,伴砂砾感、灼烧感或需人工泪液缓解。

(2) 客观检查(至少满足1项):

泪液分泌功能异常:Schirmer试验(无表面麻醉) ≤ 5 mm/5 min;

唾液腺功能异常:非刺激性唾液流率 ≤ 0.1 mL/min;

腮腺造影或核素显像显示唾液腺分泌功能减退。

(3) 免疫学或病理学依据(至少满足1项):

血清抗体阳性:抗SSA(Ro)和或抗SSB(La)抗体阳性;

唇腺活检:灶性淋巴细胞浸润(≥ 1 个淋巴细胞灶/4 mm²,每灶 ≥ 50 个淋巴细胞)。

(4) 排除其他疾病:如糖尿病、甲状腺功能异常、丙型肝炎、HIV感染、IgG4相关疾病、结节病、移植物抗宿主病等。

3.1.3 鉴别诊断

干燥综合征(燥毒证)需与其他引起口眼干燥、皮肤燥痒及关节疼痛的疾病进行鉴别,常见的鉴别诊断包括糖尿病、甲状腺功能异常、药物性干燥症、IgG4相关性疾病、HIV感染相关干燥症、系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)和慢性丙型肝炎等。具体鉴别要点参照西医诊断标准及相关指南。

(1) 糖尿病通常表现为口干、多饮、多尿,伴体重下降,空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L或随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L,但抗SSA/SSB抗体阴性,唾液腺及泪腺功能检查正常(Schirmer试验 > 5 mm/5 min,唾液流率 > 0.1 mL/min)^[14-15]。

(2) 甲状腺功能异常中,甲状腺功能亢进可表现为眼干、心悸、手抖及甲状腺肿大,实验室检查显示TSH降低、FT₃/FT₄升高;甲状腺功能减退则表现为皮肤干燥、乏力、畏寒,TSH升高、FT₄降低,但两者均无抗SSA/SSB抗体阳性或唇腺病理异常^[16-17]。

(3) 药物性干燥症与抗胆碱能药(如阿托品)、抗抑郁药(如阿米替林)等药物使用相关,症

状随用药时间出现,停药后缓解,且无干燥综合征特异性抗体或病理改变^[18]。

(4) IgG4 相关性疾病累及唾液腺或泪腺时症状类似干燥综合征,但血清 IgG4 水平显著升高(≥ 135 mg/dL),病理可见 IgG4 阳性浆细胞浸润(IgG4+/IgG+浆细胞比例 $>40\%$),且抗 SSA/SSB 抗体阴性^[19]。

(5) HIV 感染相关干燥症常伴发热、淋巴结肿大及体重下降,HIV 抗体阳性(ELISA 初筛及 Western blot 确认),但无抗 SSA/SSB 抗体阳性^[20]。

(6) 系统性红斑狼疮(SLE)可伴关节痛及干燥症状,但特征性表现为蝶形红斑、光敏感及抗 dsDNA 抗体阳性,补体 C3/C4 水平降低,干燥症状非主要诊断依据^[21]。

(7) 慢性丙型肝炎可能引发干燥症状,但抗 HCV 抗体阳性且伴肝功能异常(ALT/AST 升高),抗 SSA/SSB 抗体阴性^[22-23]。

3.2 证候诊断

参照《苗医临床学》^[1]、《苗医基础》^[2]。

3.2.1 热毒伤津(属热经热病)

蒙里夺(病症表现):

主症:口干渴喜冷饮,眼干灼热、红赤多眵,鼻腔干燥。

全身症:面色红赤,身体发热或烦躁易怒,牙龈肿痛,皮肤发红色皮疹或疮疡,小便黄赤,大便干结。

舌脉:舌质红或绛,苔黄燥或少苔,脉象数而有力。

3.2.2 阴虚血瘀(属热经虚病)

蒙里夺(病症表现):

主症:口干但漱口不欲咽,眼干涩伴刺痛感。

全身症:面色黧黑或肌肤甲错(皮肤干燥粗糙如鳞甲),肢体麻木,关节固定刺痛、夜间加重,或见皮下紫癜。

舌脉:舌质紫暗,有瘀点或瘀斑,舌下络脉青紫迂曲,脉象涩滞。

3.2.3 气阴两虚(属冷经虚病)

蒙里夺(病症表现):

主症:口干不欲多饮,或喜热饮,眼干涩畏光,

视物模糊。

全身症:神疲乏力,少气懒言,语音低微,心慌心悸,自汗盗汗,容易外感。

舌脉:舌质淡红或胖嫩,边有齿痕,舌苔少或花剥,脉象细弱无力。

3.2.4 风气水毒(属冷经冷病)

蒙里夺(病症表现):

主症:口干而黏,唾液稠少,眼干涩有黏丝状分泌物。

全身症:头重如裹,周身关节游走性酸楚疼痛,腮腺反复肿胀,恶风怕冷。

舌脉:舌质淡,苔白腻或薄白,脉象浮缓或濡。

4 治疗原则

解毒润燥、生津通络。

5 治疗方案

5.1 辨证口服苗药汤剂

5.1.1 热毒伤津

佳合蒙(治法):泻火解毒,养阴生津。

欧夺息佳、冈偶(用方):九操泡(地胆草) 15 g,窝嘎单里(百部) 10 g,斗整空(透骨香) 20 g,娜龙(艾纳香) 10 g,赫日严-尼都(天门冬) 15 g,加八烈(白毛夏枯草) 10 g,阿乃草(鬼针草) 10 g,水煎服。

处方来源《苗医临床学》^[1]、《苗药方剂学》^[6]、《中华本草》苗药卷^[24]。

推荐等级:3级。

5.1.2 阴虚血瘀

佳合蒙(治法):滋阴润燥,活血生津。

欧夺息佳、冈偶(用方):斗整空(透骨香) 20 g,赫日严-尼都(天门冬) 15 g,罗来欢盖(鸡冠花) 15 g,红根(滇丹参) 10 g,水煎服。

处方来源《苗医临床学》^[1]、《苗药方剂学》^[6]、《中华本草》苗药卷^[24]。

推荐等级:3级。

5.1.3 气阴两虚

佳合蒙(治法):益气养水(阴)

欧夺息佳、冈偶(用方):阿嘎参(土党参) 15 g,不出林(比利吉) 10 g,柜桂杨(黄精) 15 g,山咪(山药) 10 g,赫日严-尼都(天门冬) 15 g,男儿果(枸杞子) 10 g,阿咪果(五味子) 6 g,水煎服。

处方来源《苗医临床学》^[1]、《苗药方剂

学》^[6]、《中华本草》苗药卷^[24]。

推荐等级:3级。

5.1.4 风气水毒

佳合蒙(治法):赶毒祛风

欧夺息佳、冈偶(用方):嘎脑根囊(黑骨藤) 10 g,科土欧(追风伞) 10 g,加芒略(威灵仙) 10 g,窝久布(羌活) 15 g,加雄有(苍术) 10 g,加保空(石菖蒲) 10 g,保扎(茯苓) 15 g,水煎服。

处方来源:《苗医临床学》^[1]、《苗药方剂学》^[6]、《中华本草》苗药卷^[24]。

推荐等级:3级。

5.2 苗医外治疗法

5.2.1 苗医熨药疗法(T/CMAMI12-2023)

采用赫日严-尼都(天门冬)、红根(滇丹参)、斗整空(透骨香)等滋阴活血药物进行熨药热敷,用于缓解皮肤燥痒、关节僵痛。

诊疗技术来源:中国民族医药学会第二批少数民族医医疗技术操作规范^[25]。

推荐等级:2级。

5.2.2 苗医弩药针疗法(T/CMAMI14-2023)

选择九操泡(地胆草)、赫日严-尼都(天门冬)等清热养阴的弩药配方,用于口眼干燥、黏膜炎症的局部治疗。

诊疗技术来源:中国民族医药学会第二批少数民族医医疗技术操作规范^[25]。

推荐等级:2级。

5.2.3 苗医外敷疗法(T/CMAMI10-2023)

以红根(滇丹参)、斗整空(透骨香)等配伍凡士林或蜂蜜制成润燥生肌类药膏,适用于局部皮肤干裂。

诊疗技术来源:中国民族医药学会第二批少数民族医医疗技术操作规范^[25]。

推荐等级:2级。

6 护理调摄

6.1 生活起居

保持室内湿度适宜(建议湿度50%~60%),避免干燥环境加重口眼及皮肤干燥症状;急性期伴关节疼痛时应减少活动,缓解期可进行低强度运动(如瑜伽、太极或者苗医导引术),避免过度劳累;注意保暖,避免长时间暴露于空调、暖气等干

燥环境,老年患者需加强日常起居照护;用眼卫生:定时使用人工泪液,避免长时间使用电子设备;口腔卫生:定时漱口、使用含氟牙膏正确刷牙,使用牙线或牙间隙刷,预防龋齿及真菌感染^[26-27]。

6.2 饮食调理

以清淡、多汁、富含维生素的新鲜瓜果蔬菜为主(如雪梨、苹果、西瓜、甘蔗等,但需注意个人体质及血糖水平),忌烟酒、辛辣、肥甘厚味;推荐长期坚持地中海饮食(以蔬菜水果、鱼类、五谷杂粮为主),可系统补充维生素D以缓解眼干燥症;避免高脂饮食,因其可能通过影响肠道菌群加重病情;药食同源推荐:玉竹、枸杞子、乌梅、芦根、西洋参等代茶饮(建议在医师指导下,结合辨证使用:如热毒伤津可选用芦根、乌梅;阴虚血瘀证选用玉竹、枸杞子)^[28-30]。

6.3 心理调摄

患者常因病程长、症状反复易出现焦虑、抑郁情绪,需定期疏导,引导其对疾病树立正确认知^[31];鼓励规律作息,避免熬夜,可通过冥想、音乐疗法、苗医弩药针或耳穴压豆等疗法缓解情绪压力^[32-33];医护人员需加强与患者沟通,帮助其保持积极心态,增强治疗信心。

6.4 健康教育

指导患者正确使用人工泪液、润唇膏缓解口眼干燥;慎用抗胆碱能药物(如阿托品)及利尿剂,避免加重黏膜干燥;戒烟以减少黏膜刺激,建议每6~12个月定期监测唾液腺功能及系统受累情况(如肺、肾);定期监测(如每3~6个月)病情评估(结合ESSDAI评分与ESSPRI评分),及时调整治疗方案^[34-37]。

7 疗效评价

7.1 评价标准

临床控制:口干、眼干等主要症状基本消失,且疗效维持不少于3个月。非刺激性唾液流率 ≥ 0.1 mL/min且Schirmer试验 ≥ 5 mm/5 min(参考2016 ACR/EULAR标准)^[13]。中医证候积分较治疗前减少 $\geq 90\%$ (参考《原发性干燥综合征的诊疗规范》制定临床疗效评价标准)^[12]。

显效:干燥症状得到明显改善,腺体功能呈现部分恢复趋势(唾液流率或泪液分泌量较基线增

加≥30%)。中医证候积分较治疗前减少≥70%，但不足90%。

有效:干燥症状有所减轻,腺体功能略有改善(唾液流率或泪液分泌量较基线增加≥10%)。中医证候积分较治疗前减少≥30%,但不足70%。

无效:未达到上述“有效”标准,干燥症状、腺体功能及中医证候积分均无明显改善(各项改善率均<30%),或关键症状出现加重。

7.2 评价方法

7.2.1 干燥症状评分

(1) 口干/眼干 VAS 评分:须明确评估时间点(治疗前、治疗后 4 w、12 w),并注明“连续 3 d 平均值”以减少主观波动影响^[38]。

(2) 腺体功能检测:需空腹测量(至少禁食 2 h),15 min 内自然分泌量<0.1 mL/min 为异常(参考 2016 ACR/EULAR 标准)^[13]。

(3) Schirmer 试验:无表面麻醉下,滤纸放置 5 min,<5 mm/5 min 为异常^[13]。

7.2.2 中医证候评分

干燥综合征的中医证候评分标准见表 1。积分改善率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。

表 1 干燥综合征主要症状体征/中医证候分级量化评分表

观察项目		评分标准
口干	无口干	0 分
	轻度口干,偶需饮水	1 分
	持续口干,频繁饮水	2 分
	严重口干,影响进食	3 分
眼干	无眼干	0 分
	轻微干涩	1 分
	明显干涩伴异物感	2 分
	严重干涩伴视力模糊	3 分
皮肤干燥	无干燥	0 分
	局部轻度干燥	1 分
	广泛干燥伴脱屑	2 分
	皲裂伴疼痛	3 分
疲乏	无疲乏	0 分
	劳累后偶发	1 分
	日常活动后明显	2 分
	持续疲乏,活动受限	3 分

续表 1

观察项目		评分标准
关节疼痛	无疼痛	0 分
	轻度疼痛(VAS1-3)	1 分
	中度疼痛(VAS4-7)	2 分
	重度疼痛(VAS>7)	3 分
舌象/脉象	舌红少苔	1 分
	舌暗有瘀斑	1 分
	细数脉或涩脉	1 分
	(本项积分作为辨证参考,不设上限)	

7.2.3 实验室辅助指标

(1) 抗 SSA/SSB 抗体:作为诊断干燥综合征的核心免疫学标志物,治疗前后检测主要用于评估疾病活动性及系统损害风险,通常不作为疗效判定的关键指标。

操作建议:治疗前检测以明确诊断,治疗后定期监测以评估长期免疫调节效果(参考 2016 ACR/EULAR 标准)^[13]。

(2) IgG 水平: IgG 升高提示 B 细胞过度活化,治疗后下降(如较基线降低≥25%)可辅助评估免疫抑制治疗有效性。

操作建议:在显效/有效标准中可参考“IgG 较基线下降≥25%”作为免疫抑制的辅助证据,需结合临床症状综合判断^[39]。

(3) 炎症指标:红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate,ESR)、C-反应蛋白(C-reactive protein,CRP)升高反映全身炎症活动,治疗后下降(如 ESR 下降≥50%或 CRP 恢复正常)可作为炎症得到控制的客观证据,尤其适用于合并关节炎或系统受累患者。

操作建议:系统受累患者须在治疗前后检测,结合 ESSDAI 评分评估炎症控制情况^[40]。

诊疗方案制定单位:贵州中医药大学第二附属医院风湿免疫科、贵州省中医风湿病医疗质量控制中心、贵州省中医风湿免疫病临床医学研究中心、贵州省中医药防治风湿免疫病工程研究中心、贵州省中西医结合学会风湿类疾病专业委员会、贵州省中医药学会风湿病专业委员会、贵州省

中西医结合风湿病专科联盟。

执笔人:马武开,姚血明,唐芳,郑佳思

秘书组:郑佳思,凌益,袁雪梅,罗丰,任妮娜,马熙,张旭东,王露

专家组:马武开,姚血明,龙运光,刘正奇,唐芳,吴玉霞,张曼玲,黄颖,黄聪,曾权,黄昆,钟琴,安阳,宁乔怡,王秋燚,凌益,候雷,孙艳怡,孙佳,杨长铭,黄华,李文昌,张曼玲,吴才龙,王双,潘昌友,杨凤波,李国成

参考文献

- [1] 唐东昕,夏景富.苗医临床学[M].北京:中国中医药出版社,2023.
- [2] 杜江,张景梅.苗医基础[M].北京:中医古籍出版社,2007.
- [3] 刘维,何东仪,张文,等.干燥综合征中西医结合诊疗指南[J].中草药,2025,56(15):5333-5346.
- [4] 吴贵洪.苗医阴阳起源与致病认识[J].中国民族医药杂志,2012,18(7):4-5.
- [5] 王鹏,王小军.苗医推拿治疗小儿外感发热453例临床观察[J].中国民族医药杂志,2012,18(7):8-9.
- [6] 陆科闵,陆彝中.苗药方剂学[M].贵阳:贵州科技出版社,2009.
- [7] 钟林,郭伟伟,龙冬艳,等.苗医对风湿性关节炎的诊断思想研究[J].中国民族民间医药,2018,27(21):11-12.
- [8] 曹跃朋,冯在亮,杨玉涛,等.基于KIM-1等肾损伤标志物探讨苗药痛风停汤对尿酸性肾病的保护作用[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(10):3708-3717.
- [9] 杜江,刘向阳,何康.苗医治毒法方法概说[J].中国民族医药杂志,2007,13(7):25-26.
- [10] 贾徐徐,陈静,陈盼碧,等.基于苗医“毒”“乱”致病理论的膝骨性关节炎病机变化研究[J].亚太传统医药,2021,17(5):8-10.
- [11] 田兴秀.中国苗族医学[M].贵阳:贵州科技出版社,2013.
- [12] 张文,厉小梅,徐东,等.原发性干燥综合征诊疗规范[J].中华内科杂志,2020,59(4):269-276.
- [13] SHIBOSKI C H, SHIBOSKI S C, SEROR R, et al. 2016 American college of rheumatology/European league against rheumatism classification criteria for primary Sjögren's syndrome: a consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts[J]. Ann Rheum Dis, 2017, 76(1): 9-16.
- [14] 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2020年版)(上)[J].中国实用内科杂志,2021,41(8):668-695.
- [15] KHAN U F, TSU L C, TAN K B, et al. Hypokalaemia in Sjögren's syndrome: the missing piece[J]. Clin Med (Lond), 2017, 17(1): 40-42.
- [16] 单忠艳,滕卫平.我国甲状腺疾病的防治现状、对策及挑战[J].诊断学理论与实践,2020,19(4):329-333.
- [17] 叶杨,高晓梅,杨南萍.原发性干燥综合征合并甲状腺疾病的临床特点分析[J].中国现代医学杂志,2016,26(20):71-77.
- [18] 孙子璇,陶涛,赵雁.眼干燥症治疗药物的药效评价方法和产品研发进展[J].中国医药工业杂志,2021,52(12):1575-1583.
- [19] LI W, CHEN Y, SUN Z P, et al. Clinicopathological characteristics of immunoglobulin G4-related sialadenitis[J]. Arthritis Res Ther, 2015, 17(1): 186.
- [20] SCHIÖDT M, GREENSPAN D, DANIELS T E, et al. Parotid gland enlargement and xerostomia associated with labial sialadenitis in HIV-infected patients[J]. J Autoimmun, 1989, 2(4): 415-425.
- [21] 周央中,赵久良,田新平,等.《中国系统性红斑狼疮诊疗指南(2025版)》解读[J].协和医学杂志,2025,16(5):1193-1198.
- [22] BRZDKE M, GAŁUSZKA-GARNUSZEK J, DOBROWOLSKA K, et al. Oral manifestations in patients with chronic hepatitis C[J]. BMC Oral Health, 2025, 25(1): 944.
- [23] 中华医学会肝病学分会,中华医学会感染病学分会.丙型肝炎防治指南(2019年版)[J].中国病毒病杂志,2020,10(1):26-46.
- [24] 邱德文.中华本草·苗药卷[M].贵阳:贵州科技出版社,2005.
- [25] 中国民族医药学会.中国民族医药学会第二批少数民族医医疗技术操作规范[M].北京:中国标准出版社,2024.
- [26] 马广瑞.《伤寒杂病论》“存津液”理论在治疗干燥综合征中的应用[J].山东中医杂志,2017,36(4):271-273.
- [27] 姜泉,周新尧,唐晓颖,等.干燥综合征病证结合诊疗指南[J].中医杂志,2024,65(4):433-444.

- [28] MACHOWICZ A ,HALL I ,DE PABLO P ,et al.Mediterranean diet and risk of Sjögren's syndrome [J].Clin Exp Rheumatol 2020 ,38(S126) : 216-221.
- [29] FOGAGNOLO P ,DE CILLA S ,ALKABES M ,et al.A review of topical and systemic vitamin supplementation in ocular surface diseases [J].Nutrients 2021 ,13(6) : 1998.
- [30] ZHANG M ,LIANG Y ,LIU Y ,et al.High-fat diet-induced intestinal dysbiosis is associated with the exacerbation of Sjögren's syndrome [J].Front Microbiol , 2022 ,13: 916089.
- [31] ZGOULABCHAND R ,CASTILLE E ,NAVUCET S ,et al.The interplay between cognition ,depression ,anxiety , and sleep in primary Sjögren's syndrome patients [J].Sci Rep 2022 ,12(1) : 13176.
- [32] 吴永花 王兴桂 刘梅.中医与苗医对乳腺增生症的认识分析[J].中国民族民间医药 2019 28(23) : 1-3.
- [33] 全敬月 李瑞国 张帅州.针灸疗法对原发性干燥综合征伴焦虑抑郁患者不良情绪的影响[J].医药论坛杂志 2021 42(24) : 134-137.
- [34] 张雪珍 林一钦 何丽珍 ,等.涎腺超声检测在原发性干燥综合征诊断与随访中的应用价值[J].浙江医学 2018 40(11) : 1261-1264.
- [35] SEROR R ,RAVAUD P ,MARIETTE X ,et al.EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ES-SPRI) : development of a consensus patient index for primary Sjögren's syndrome [J].Ann Rheum Dis , 2011 ,70(6) : 968-972.
- [36] SEROR R ,RAVAUD P ,BOWMAN S J ,et al.EULAR Sjögren's syndrome disease activity index: development of a consensus systemic disease activity index for primary Sjögren's syndrome [J].Ann Rheum Dis , 2010 ,69(6) : 1103-1109.
- [37] 丁艳 何菁.欧洲风湿病联盟提出新的干燥综合征疾病活动指数 [J].中华风湿病学杂志 ,2010 ,14(8) : 567-568.
- [38] 齐鑫.沙参麦冬汤加减治疗原发性干燥综合征(气阴两虚证) 的临床观察 [D].天津: 天津中医药大学 ,2023.
- [39] LI Y ,CHEN S ,GUO L ,et al. Is high IgG level associated with disease activity and organ damage in patients with Sjögren's syndrome? A 3-year follow-up cohort study [J]. Clin Exp Med 2025 25(1) : 174.
- [40] 韦尼 范鸿儒 丁明辉 ,等.中医慢病管理对干燥综合征患者疾病控制及生活质量的影响 [J].中医杂志 2017 58(4) : 316-320.

(修回日期: 2025-10-10)

(编辑: 宋 华)