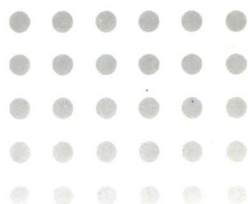


协和

临床思维指导丛书

XIEHE LINCHUANG SIWEI ZHIDAO CONGSHU



风湿病

诊断与诊断评析

主编 © 蒋 明 张奉春

ENGSHUBING

ZHENDUAN

YU

ZHENDUANPINGXI

上海科学技术出版社

协和
临床思维
指导丛书

风湿病

诊断与诊断评析

主编 / 蒋 明
张奉春

上海科学技术出版社

图书在版编目(C I P)数据

风湿病诊断与诊断评析/蒋明,张奉春主编. —上海:
上海科学技术出版社,2004.9

(协和临床思维指导丛书)

ISBN 7-5323-7333-9

I. 风... II. ①蒋...②张... III. 风湿病—诊断
IV. R593.210.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 109640 号

世纪出版集团 出版发行
上海科学技术出版社

(上海瑞金二路450号 邮政编码 200020)

苏州望电印刷有限公司印刷 新华书店上海发行所经销

开本 787×1092 1/16 印张 27.25 插页 6 字数 620 千

2004年9月第1版 2004年9月第1次印刷

印数:1—3 500

定价:80.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向本社出版科联系调换

内 容 提 要

本书是一本侧重于临床诊断的风湿病学专著。针对临床常见的风湿性疾病的特征,探讨这些疾病的诊断要点,分析现有临床诊断方法的意义。重点内容为如何及时、准确地诊断这些疾病,帮助临床医生更全面地掌握它们的临床特点。全书分为上、下两篇。上篇为风湿病常用的诊断指标和方法;下篇为风湿病的诊断与诊断评析,每种疾病包括概述、临床表现、诊断方法、诊断标准和依据、诊断评析及鉴别诊断等内容。可供风湿科医生和其他各科医生在临床实践中参考。

编写人员 名单

主 编 蒋 明 张奉春
学术秘书 张思争
编 委 (按姓氏笔画排序)

王 天	王吉波	王孟昭	孙明姝	何培根
余 卫	吴 敏	吴庆军	宋 慧	张 文
张京华	张卓莉	张奉春	张学武	张思争
张晓萍	张源潮	李 军	李广生	李永哲
李娅杰	李晓峰	杨 彦	杨清锐	苏 茵
邱贵兴	房丽华	林 强	郑 毅	姜国调
赵 岩	唐福林	栗占国	翁习生	黄 烽
曾小峰	蒋 明	蒋之东	韩淑玲	潘 琳
魏 珉				

前言

风湿病学是一门新兴的临床学科,它涉及多种专业,其中包括基础医学和临床医学,如免疫学、生物学、分子生物学、皮肤病学、肾脏内科、矫形外科等。在西方国家,风湿病学真正的兴起只不过 40~50 年的历史。我国起步更晚,在 20 世纪 80 年代才开始建立这门学科。所以,在内科领域中,风湿病学是一门最年轻的专科。从近 20 余年的临床实践中可以清楚地看到,我国风湿病患者较多,由于过去对这类疾病缺少专业人员的研究,有关的知识 and 临床经验知之不深,使很多患者不能获得及时的诊断和合理的治疗。近年来,随着人们认识的提高,风湿病学科有了很快的发展。以出版的专业书籍为例,近 10 年来有关风湿病学的书籍已不下 10 余种,篇幅有大有小,并各有侧重。就总体而言,所涉及的内容都比较丰富,对推动学科的发展起到了一定的作用。

在临床工作中,要提高医疗质量,解除患者的病痛,提高诊断水平是一个至关重要的环节,只有在正确诊断的基础上,才能制定出合理的且能收到满意疗效的治疗措施。为此,本书所讨论的内容着重于阐述各种风湿病的临床特征,评析已有的各种诊断方法的意义,提出诊断的要点,旨在与同道探讨,供读者参考。但是,为了使读者对本书中所列入各种风湿病的全貌有所了解,特别是加深对诊断要点的理解,我们仍然对各病的流行病学、病因和发病机制给予简要的介绍。

疾病的临床表现是该病本质的反映,是医师拟诊过程中的重要的、亦是最直接的依据,不同的症状和体征在鉴别诊断中具有重要的意义,所以,我们比较强调各病的临床表现,并作了必要的阐述。例如,下腰痛是一种常见的症状,为多种疾病所共有,在风湿病中,炎性下腰痛比较常见,它与其他疾病下腰痛的区别在于炎性下腰痛往往在坐卧或站立时间过长后加重,活动后可以减轻,这是鉴别血清阴性脊柱关节病的要点之一。再如,皮疹是多种风湿病共有的临床表现,然而皮疹的表现多种多样,不同

风湿病的皮疹各有其特点。因此,需要仔细了解皮疹的性质、部位的分布、出现皮疹的时间、与发热有无关系等。

体格检查是医师的基本功之一,当今实验室检查项目日益增多,先进设备的辅助检查亦越来越多,无疑对临床诊断工作有极大的帮助。但是,认真的体格检查仍不可缺少,不少特异的体征对诊断具有特殊的意义。例如,系统性硬化和嗜酸性筋膜炎是两种截然不同的风湿病,它们的治疗措施和预后均不相同,但这两种疾病的患者都可能有皮肤发硬的主诉,可是它们的皮肤体征并不一样。系统性硬化的皮肤发紧、变硬,皮肤表面发亮,皮肤纹理消失。嗜酸性筋膜炎的皮肤肿胀、硬紧,静止时皮肤表面正常而肢体抬高时出现橘皮样现象,这是因为病变位于筋膜,以致皮下深部组织硬化肿胀的缘故。

风湿病是一类自身免疫功能异常的疾病,体内可以产生不同的自身抗体,有些自身抗体具有较高的敏感性和特异性,甚至视为诊断某种风湿病的金标准而被列为诊断的重要依据。所以,实验室检查在风湿病的诊断中发挥着非常重要的作用。同样,放射影像学检查对有些风湿病,尤其是对那些以骨骼损害为主的风湿病显示出重要的诊断意义。所以,我们在这方面作了比较详细的阐述。同时加写了骨关节检查法、抗核抗体、抗中性粒细胞胞质抗体和X线影像学,目的就是为了让读者对这方面增加了解。

当然,对于初诊的患者不应该一次将各种检查项目同时进行,应该本着在患者的病史、症状、体征和常规实验室检查的基础上,秉承先易后难、先简单后复杂、先廉价后昂贵的原则,进行必要的检查。要做到这一点,除了要求我们对各项检查方法的临床意义有充分的了解以外,同时对诊断程序须有一个设想,我们对此亦作了必要的介绍,提供读者参考。

由于我们的学识水平和临床经验有限,在编写过程中虽然作了努力,但是错误在所难免,书中有不足和错误之处,恳请读者指正。

蒋 明 张奉春

2003年10月

目 录

上篇 诊断指标和方法 1

- 第一章 风湿病常见的皮肤黏膜表现 3
- 第二章 骨关节检查方法 9
- 第三章 抗核抗体谱 23
- 第四章 抗中性粒细胞胞质抗体谱 55
- 第五章 风湿病的 X 线影像学要点 69

下篇 诊断与诊断评析 77

- 第六章 类风湿关节炎 79
- 第七章 成人斯蒂尔病 101
- 第八章 系统性红斑狼疮 109
- 第九章 抗磷脂综合征 127
- 第十章 干燥综合征 143
- 第十一章 脊柱关节病总论 155
- 第十二章 强直性脊柱炎 161
- 第十三章 银屑病关节炎 171
- 第十四章 炎性肠病性关节炎 177
- 第十五章 反应性关节炎与赖特综合征 185
- 第十六章 多发性肌炎和皮肌炎 195
- 第十七章 系统性硬化 209

第十八章	混合性结缔组织病	221
第十九章	重叠综合征	235
第二十章	系统性血管炎	241
第二十一章	结节性多动脉炎	249
第二十二章	韦格纳肉芽肿	259
第二十三章	Churg-Strauss 综合征	265
第二十四章	显微镜下多血管炎	273
第二十五章	巨细胞动脉炎及风湿性多肌痛	281
第二十六章	大动脉炎	289
第二十七章	贝赫切特综合征	295
第二十八章	皮肤血管炎	303
第二十九章	晶体性关节病总论	315
第三十章	原发性痛风	319
第三十一章	焦磷酸钙沉积病	329
第三十二章	莱姆病	339
第三十三章	骨性关节炎	347
第三十四章	幼年型类风湿关节炎	357
第三十五章	风湿热	369
第三十六章	纤维肌痛综合征	377
第三十七章	复发性多软骨炎	383
第三十八章	淀粉样变	389
第三十九章	结节病	397
第四十章	脂膜炎	405
第四十一章	大骨节病	411
第四十二章	恶性肿瘤相关性关节病	419

上篇

诊断指标和方法

第一章

风湿病常见的皮肤黏膜表现

风湿病常累及多个系统,皮肤损害很常见,特别是结缔组织病,它是一种主要侵犯全身结缔组织和血管的自身免疫性疾病。由于皮肤含有丰富的结缔组织和血管,所以它是一个重要的靶器官。在各种风湿性疾病中,既有相同的皮肤损害,又有各自不同的皮肤损害。每当临床上遇到有皮肤损害的患者,风湿科医生往往需要有皮肤科医生的配合。本章的目的是希望风湿病专科医生对风湿病中常见的皮肤损害有一定的认识,因为皮肤损害有时可作为疾病的首发症状,正确的认识有助于早期诊断。

一、红斑

红斑的种类很多,在风湿病中表现的形式多种多样。

作为风湿病专科医生最熟悉的红斑莫过于系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)的面部蝶形红斑。该皮损是 SLE 特有的皮肤症状,早期为水肿性的红斑,日晒后加重,甚至出现水疱。随着病期的延长和治疗后病情的好转,颜色逐渐转变为暗红、褐红及褐色,有少许的灰白色鳞屑。水肿性红斑是 SLE 早期的表现,也是早期诊断的条件之一,见到此种情况应该提高警惕,需要进一步做免疫学的相关检查。另外,水肿性红斑不仅是病情加重的表现,也是药物治疗效果的反应。除面颊、鼻部之外,红斑还可以发展至前额、下颌、耳、颈及手足等。一般无明显症状,四肢可以出现萎缩性红斑。

环形红斑在风湿病中比较常见。亚急性皮肤型红斑狼疮(SCLE)的皮肤特征性表现之一就是环形红斑,好发于光线暴露部位如面部、颈前 V 形区、上肢伸侧和躯干上部,初为水肿性丘疹,扩大后呈环状、多环状或脑回状,皮损周边部分水肿隆起,有时表面可见小疱,内缘稍有鳞屑,中心皮肤相对正常。愈后一般无皮肤萎缩或瘢痕。另外,环形红斑也是风湿热常见的皮损,通常于病情活动期出现,初起时为红斑或丘疹,迅速扩大,中心消退形成环形或多环形。经数日皮损自行消退,但新发疹可成批出现,无明显自觉症状,皮损好发于上腹和四肢近端,面部和手少见。环形红斑的出现常提示该患者伴有心脏的受累。

皮炎类患者的 3 种红斑有一定的特征性。①眶周紫红色斑,尤其是上眼睑呈非凹陷性鲜红或暗紫红色斑,也有似葡萄酒色,伴或不伴有眼睑水肿,对皮炎的早期诊断有意义。②远端指(趾)间关节、掌指关节和肘、膝关节伸侧可见对称分布的紫红色斑和扁平丘疹,表面覆有细小鳞屑,此后中心可有萎缩,毛细血管扩张,称为 Gottron 征。③面部有弥漫性红斑,额部、头皮、颈部、颈前 V 形区和躯干上方也均可有紫红色斑,有瘙痒感,日晒后加重。这种皮损可排列如网状的色素沉着,其间有色素减退及毛细血管扩张,呈皮肤异

色症样改变。皮炎典型的皮损常发生在某一特定的部位,因此相对容易鉴别。

多形性红斑是急性自限性皮肤病,有周期性发作的倾向。某些系统性疾病如 SLE、恶性淋巴瘤以及月经、妊娠、寒冷等可引起多形性红斑。皮损形态为多形性,包括斑疹、丘疹、水疱与大疱。最常见的即所谓虹膜状损害或靶形损害,表现为水肿的红斑中心有一个水疱,这是特征性皮损。此病好发于手足、前臂、小腿、面及耳郭,对称性分布,无疼痛感。组织病理显示表皮变化明显,有海绵形成及细胞内水肿,真皮血管扩张,其周围主要为淋巴细胞浸润,可以有表皮下水疱。

持久性隆起性红斑是一种少见的慢性局限性白细胞破碎性血管炎。皮肤损害为多个结节或斑块。初起时常为成群的小丘疹及结节,以后扩大融合形成特征性斑块。新发皮疹为鲜红色,以后则为紫红或略带黄色,呈圆形或卵圆形,融合后形成环状、脑回状的坚硬斑块。好发于四肢的伸面,特别是手足及膝关节伸面,其次为前臂、手掌、肘、耳或面部,多对称性分布,也可发生在身体一侧。自觉症状不明显,病程为慢性。皮损可以持续若干年后自然消退,遗留皮肤萎缩和色素沉着或色素减退。早期组织病理出现典型的白细胞破碎性血管炎变化,真皮上部血管周围有以中性粒细胞为主的炎性细胞的密集浸润,血管壁及其周围有纤维蛋白样变性,红细胞溢出。晚期主要为组织纤维化,浸润细胞减少。

边缘性红斑也称轮状红斑,是风湿热的特征性皮肤表现,常出现在疾病的早期,发生率约为 25%,为无痛、不痒的浅红色环状或半环状皮损。一般在数日内消退,不留色素沉着。组织病理检查见真皮上部血管周围有中性粒细胞浸润。

二、紫癜

涉及小血管的血管炎都可以出现紫癜,如过敏性紫癜、过敏性血管炎、韦格纳肉芽肿、Churg-Strauss 综合征、显微镜下多血管炎、SLE、类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)等。组织学表现为坏死性血管炎。临床特点是紫癜和紫癜性丘疹呈鲜红色或紫红色,压之不退色。此外,不少风湿性自身免疫病患者长期应用大量糖皮质激素,可以出现类固醇性紫癜,往往在治疗过程中出现。另外,诸如 SLE、干燥综合征(Sjögren syndrome, SS)等自身免疫性疾病可伴有血小板减少,因此会出现血小板减少性紫癜。20%~30% SS 患者小腿可出现紫癜样皮损、瘀点和瘀斑,这与高丙种球蛋白血症或冷球蛋白血症有关。因此伴有紫癜的患者应根据病史中其他器官的病变行相应的检查,如自身抗体、血小板计数、蛋白质电泳等,以协助诊断。

三、结节

结节也是风湿病中常见的皮肤病变。可有浅表的,也有深在的。结节的病理学改变各不相同,分述如下。

类风湿结节是 RA 特征性的皮肤表现,约 20% RA 患者可伴有类风湿结节。结节好发于骨隆突处、易受伤和受压的部位,如鹰嘴和尺骨近端的伸侧,也可见于手背、手指伸

侧、膝关节、坐骨粗隆、脊柱和头皮等处。表现为 3 mm~3 cm 大小、质地坚实的结节,呈正常肤色,无触痛,一般可推动,但如与下方关节周围的纤维组织粘连则不能移动,有时结节可溃破。组织学上病理改变主要在皮下组织,中央是一圈由纤维蛋白和免疫复合物沉积形成的坏死性物质,呈均质性红染,边缘为栅栏状排列的组织细胞,周围是单核细胞浸润的肉芽肿组织。

皮下结节也是风湿热常见的皮肤表现,好发于四肢关节伸侧,尤其是手、足背骨隆起处,也可见于枕后头皮和脊柱部位。为 0.5~2 cm 直径大小的坚实结节,数目从几个至 10 余个,结节表面肤色正常,无压痛,且与皮肤无粘连。经 1~2 周能自行消退,但新发疹可成批出现。这类患者常伴有严重的心肌炎。

结节是深部红斑狼疮的基本皮肤损害之一。好发于面部、上臂、臀部和腹部,数量不定,大小不等,触之较硬,不能移动,少数伴疼痛,表面皮肤呈暗红色或呈正常皮肤色泽,皮损消退后局部遗留皮下脂肪萎缩,组织塌陷。主要病变在真皮下部和皮下组织内,脂肪小叶有致密的淋巴细胞为主的炎症细胞浸润,伴有脂肪坏死,脂肪间隔和真皮深层小血管周围有淋巴细胞和浆细胞浸润,血管壁增厚,脂肪间隔纤维化增厚,胶原纤维呈玻璃样变性,脂肪萎缩。

皮下结节是结节性多动脉炎患者的特征性皮损,多分布于四肢,好发于小腿和前臂,并沿表浅动脉走行分布,呈单个或多个,为 0.5~1 cm 直径大小、质地坚实的结节,表面皮肤发红或呈正常肤色,结节可移动或与其上的皮肤粘连,扪之有压痛,有时可破溃。常成群发生,分批出现,可持续数日至几个月。皮肤结节活检主要为真皮的深部和皮下组织中的中、小动脉及其周围出现坏死性血管炎的变化。

韦格纳肉芽肿的晚期出现广泛性坏死性血管炎时,四肢和臀部可出现成群的结节,表面的皮肤呈鲜红色或紫红色,质地硬,有压痛,中央可破溃形成坏死性溃疡。结节活检呈坏死性血管炎和肉芽肿两种改变。

皮下结节是 Churg-Strauss 综合征(过敏性肉芽肿或变应性肉芽肿)最常见的皮肤损害,对 Churg-Strauss 综合征的诊断有高度的特异性。常见于四肢的伸侧面,以肘部伸侧最常见,其次是指(趾)处,皮损的直径为 2 mm~2 cm 不等。表面皮肤为鲜红色或紫红色,部分皮疹可形成小的溃疡或坏死。质地大多较硬,有时可伴有触痛。皮下结节持续的时间较长,2~3 个月内愈合后可残留瘢痕。结节活检可见血管炎及血管外坏死性肉芽肿形成,并伴有嗜酸粒细胞浸润。

结节病患者的皮肤可见皮下结节,好发于颧部、鼻梁、眼周、肩、臀部和大腿等处,结节约黄豆大小,表面皮肤呈黄红或紫红色,有毛细血管扩张。结节数量少,质地软或坚实,急性期的红斑结节伴疼痛。皮损发病从数月数年不等,有的可持续更长时间。主要的病理变化是非干酪样坏死性上皮样细胞肉芽肿,上皮样细胞团块状浸润内可见朗格汉斯巨细胞。

皮下结节是脂膜炎的主要症状,好发于小腿、腹部和臀部,皮损广泛时也可见于上肢和躯干,大小不一,从黄豆大到手掌大,一般为 3~4 个,也可多至数十个,中等硬度,表面皮肤正常或与之相粘连,呈皮肤本色或红色,有压痛,有时可破溃,流出脂肪物质,经数周至数月结节可消退,遗留色素沉着和局部脂肪萎缩。新起的结节可成批出现。特征性的病理改变为脂肪细胞的变性和坏死。

四、结节性红斑

结节性红斑(erythema nodosum)是以皮肤血管炎和脂膜炎为病理基础、以下肢疼痛性结节为临床特点的一种皮肤病,可见于任何年龄,但好发于中青年女性。贝赫切特综合征、Sweet 综合征、红斑狼疮、结节病、溃疡性结肠炎等经常会出现结节红斑样损害,可能为相应疾病累及到皮下脂肪所致,而并非两种疾病的并存。皮损表现为蚕豆大或更大的皮下结节,多隆起于皮面,压痛明显,数目不定,结节不融合、不破溃,表面皮肤初为鲜红色,渐转为暗红色,2~3 周消退,不留萎缩瘢痕。但可有新疹发生,因而有时新、旧皮损并存。皮损好发于小腿伸侧,偶可累及四肢及躯干。病变主要为脂肪间隔脂膜炎,脂肪间隔小血管内膜增生、血管周围有淋巴细胞及中性粒细胞浸润,可见嗜酸粒细胞,血管壁增厚、管腔闭塞。晚期显示脂肪间隔纤维化增厚。

其他系统性疾病伴有的结节性红斑如贝赫切特综合征、结节病等,除皮肤结节红斑外,尚有其他部位损害。

结节性红斑是贝赫切特综合征皮肤损害最多见的类型。有不少患者新发的皮下结节周围有 1~1.5 cm 的鲜红色晕围绕,越向外红色越淡,称为红晕现象,具有较高的辅助诊断价值。

结节性红斑也是结节病中最常见的皮损,是该病的早期非特异性皮肤表现。

另外,在反应性关节炎部分患者中也可出现结节性红斑,以耶尔森菌感染者为主。临床研究发现,HLA-B27 的表达可能与结节性红斑的发生无关。

五、雷诺现象

雷诺现象是由寒冷或情绪波动以及其他因素造成肢端细小动脉发生痉挛,导致皮肤依次出现苍白、青紫和潮红,同时伴有疼痛和感觉异常,并因温暖而恢复正常的血管功能障碍性疾病。许多常见的风湿病都可出现雷诺现象,如 SLE、RA、SS、硬皮病、混合性结缔组织病、皮肌炎、结节性多动脉炎、过敏性血管炎等。

雷诺现象典型发作分为 3 期,依次是苍白、青紫和潮红,这种情况多见于原发雷诺病。指(趾)甲皱襞有毛细血管袢扩张或消失是区别硬皮病和原发雷诺病的重要指征。有的患者雷诺现象并不典型,不呈上述规律性的连续变化,如有青紫而无苍白或有苍白而无青紫,或不出现潮红而由苍白和(或)青紫直接恢复正常,但是这些情况较少出现或是只见于晚期的病例。

临床上,雷诺现象需与肢端青紫症相鉴别。后者发生于手足,发作呈持续性,皮肤颜色为青紫色,温暖后症状可减轻,多是由于温度低造成的。而雷诺现象多发生于手指,呈阵发性发作,皮肤颜色依次为苍白→青紫→潮红,温暖后症状可完全消失,与寒冷或情绪有关。

六、脱发

SLE 病情活动时,患者常有弥漫性脱发(属休止期脱发)或特征性“狼疮发”,即前额发

际有参差不齐之短发,系由于该处毛发细,易折断所致,待病情缓解可恢复。盘状红斑狼疮患者头皮处的皮损消退后,局部可遗留永久性秃发斑。

有少部分皮炎患者头皮部可见紫红色斑,覆有糠秕样脱屑,头发枯黄,易折断与脱落,如狼疮样脱发。

额顶部带状硬皮病是特殊类型的局灶性硬皮病,皮损位于前额近正中部位,可累及头皮向额顶部延伸,皮肤呈现带状的硬化、萎缩,伴局部毛发脱落如刀劈状。

另外,结节病患者也可出现瘢痕性秃发。

七、指甲的病变

风湿病中不少患者有指甲的病变,有的甚至出现于其他症状之前。

指甲病变在银屑病中较常见。可表现为:①甲凹陷点,这是最为常见的症状,从侵犯一个指甲直至所有的指甲。凹陷点小而浅,呈不规则散在分布,偶尔可排列呈线状,间隔距离相等。②甲剥离:起于远端甲缘,但不超过甲的 $1/2$,分离的甲呈灰黄色。③甲板增厚。④甲板失去光泽,变白,甚至碎裂、剥脱等。

有皮肤损害的赖特综合征常伴指甲病变,表现与银屑病相似。甲增厚、不平、缺损及深凹陷点,偶尔可见有较大的缺损如钻孔状。

硬皮病中肢端硬化症患者的指甲大多正常,但可由于外周循环障碍造成甲部分或全部毁坏。较为典型的变化是指甲沿指尖萎缩的软组织呈鹦鹉嘴样弯曲。

SLE、RA 和皮炎患者的甲板本身无异常,但指甲附近皮肤的变化有助于疾病的诊断。甲周红斑和指甲远端弧形斑是 SLE 具有特征性的皮损,常出现在疾病活动期,而且是 SLE 早期的皮肤损害表现。皮炎的患者也可出现甲周红斑,表现为甲根皱襞处角化增厚,呈暗紫色斑,下方有毛细血管扩张和瘀点,有时指甲远端亦可见弧形斑。与 SLE 不同,皮炎患者甲根皱襞处多见僵直毛细血管扩张性细斑。另外,RA 患者也可见甲周毛细血管扩张,可有小梗死灶,愈后遗留瘢痕。有些 RA 患者的甲板可见纵嵴和小珠。

八、网状青斑

网状青斑是由多种因素引起的皮肤呈青紫色的网状变化的血管性疾病。原发性网状青斑多发生于中青年女性,皮肤呈青紫色的网状变化,对称性分布于双下肢近端。往往是在冬天或受冷时出现,夏天或温暖时消失。一般无自觉症状,或于受冷时感刺痛、麻木或感觉异常。

可伴发网状青斑的结缔组织病包括 SLE、皮炎、RA、结节性多动脉炎、显微镜下多血管炎、抗磷脂综合征、过敏性血管炎等。其中网状青斑在 SLE 中不少见,一般出现在下肢,呈斑条状稍带青紫红色斑,成网状分布,压之退色。SLE 患者出现网状青斑,应检查是否伴抗磷脂综合征存在。慢性过敏性血管炎的患者往往有网状青斑。

九、银屑病样皮疹

临床上将银屑病分为4种类型,分别是寻常型、脓疱型、红皮病型和关节病型,其中以寻常型最为常见。皮损可发生于全身各处,但以头皮和四肢伸侧为多见。表现为红色丘疹,以后可扩大融合成大小不等的斑块,表面覆有多层银白色鳞屑,刮去鳞屑后可露出半透明的薄膜。体检时特别要注意头皮的检查。

风湿热的丘疹鳞屑型皮损为红色丘疹或丘疹性红斑,表面有鳞屑,无角栓,鳞屑较厚时呈银屑病样外观。一般愈后不留皮肤萎缩或瘢痕,如病程较长,皮损消退后可留毛细血管扩张和较持久的色素减退或色素沉着。

赖特综合征最具特征性的表现为手掌及足底的皮肤溢脓性角化症。这种皮肤损害以及在部分患者出现的指甲粗糙、增厚等类似银屑病的表现,主要见于淋球菌感染等性交后反应性关节炎,其他类型的反应性关节炎则很少出现。

十、黏膜溃疡

90%以上的贝赫切特综合征患者均有口腔溃疡,并常为本病的初发症状,溃疡常多发,可见于唇黏膜、舌、颊黏膜、软腭、硬腭、牙龈和扁桃体,直径2~10 mm大小,呈圆形或不规则形,边缘清楚,但不整齐,深浅不一,底部或有淡黄色覆盖物,周围可见红晕。一般10~14 d愈合,不留瘢痕,溃疡较深者可留疤。约2/3患者可有外生殖器溃疡,男性主要发生于阴囊、阴茎、龟头和尿道口,女性以大小阴唇受累多见,也可见于阴道和宫颈,溃疡较深,数目少,疼痛剧烈,愈合慢,愈后常留瘢痕。溃疡可反复发作,但复发率低于口腔溃疡。

皮肤黏膜病变在赖特综合征比较常见。口腔溃疡是其常见表现,多为浅表无痛性小溃疡,可发生于腭部、舌缘、口唇及颊黏膜。还有一些患者可以出现外生殖器的损害,主要位于龟头、冠状沟和包皮。

SLE黏膜损害主要表现为口腔溃疡,类似阿弗他口炎,有时硬腭部也可见红斑、出血点和糜烂等,多见于疾病活动期。

(美国调 张思争)