

· 临床经验 ·

荨麻疹性血管炎 15例临床和病理分析

李晓霞¹, 王合², 王德辉², 王官清²

[摘要] 目的 探讨荨麻疹性血管炎(UV)的临床和组织病理特征。方法 分析 15例 UV患者的皮疹特点、实验室检查结果及组织病理学改变情况。结果 男 7例,女 8例,男女=1.14。平均年龄 37.4岁,平均病程 14.2月。皮疹以水肿性红斑(73.3%)和风团(60.0%)多见,全身不对称分布,伴瘙痒或疼痛。实验室检查异常以 ESR加快(55.6%)和 CRP升高(40.0%)多见,高免疫球蛋白血症和低补体血症者仅 26.7%。组织病理显示所有患者均有程度不等的真皮浅层小静脉炎。结论 UV是一种真皮浅层小静脉炎,但可累及皮下组织小动脉。

[关键词] 血管炎;荨麻疹

[中图分类号] R 758.24

[文献标识码] B

[文章编号] 1001-7089(2008)12-0726-02

Clinical and Histopathological Analysis on Features of 15 Cases with Urticarial Vasculitis

LIXiao-xia, WANG He, WANG De-hui, et al

(Department of Internal Medicine, Xiamen University Hospital, Xiamen 361005)

Abstract: Objective To analyze the clinical and histopathological features of urticarial vasculitis(UV). **Methods** Fifteen patients with urticarial vasculitis were examined of skin lesions, laboratory abnormalities and histopathological features. **Results** Among fifteen patients, seven were men and eight were women with a ratio of 1 to 1.14, the average age was 37.4 years, average duration was 14.2 months. The most common skin lesions were edematous erythema (73.3%) and wheals (60.0%), which were asymmetrically distributed on the whole body. The most common laboratory abnormalities were elevated ESR (55.6%) and CRP (40.0%). Hyperimmunoglobulinemia and hypocomplementemia were detected in only 26.7% of the patients. Histopathological examination revealed dermal veinulitis in all patients. **Conclusion** UV is a dermal veinulitis, in which subcutaneous arteries may be affected.

Key words: Urticarial vasculitis

荨麻疹性血管炎(urticarial vasculitis, UV)是一种皮损类似荨麻疹,但组织病理为血管炎改变的临床病理综合征,易误诊为慢性荨麻疹。笔者对 2004年 6月~2007年 12月在厦门大学附属中山医院皮肤科就诊的 15例 UV患者的皮疹、伴随症状、实验室检查结果,包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)、类风湿因子(RF)、免疫球蛋白、补体 C3和 C4、抗双链 DNA(dsDNA)抗体和抗浸出性核抗原(ENA)抗体谱及 12小时内新发皮疹组织病理检查结果进行分析,结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 15例患者均符合以下诊断标准^[1]: 反复发作的荨麻疹样皮损,持续时间 >24h,伴灼热或疼痛,消退后留有色素沉着;组织病理学显示有血管炎的改变。男 7例,女 8例,男女=1.14;年龄 20~60岁,平均 37.4岁;病程 1~48月,平均 14.2月。

1.2 皮疹及伴随症状 8例皮疹呈全身不对称分布,位于下肢

者 4例,四肢者 2例,面部、躯干、双下肢者各 1例。可见风团、水肿性红斑、紫癜、黑色素沉着斑等,以水肿性红斑(73.3%)和风团(60.0%)多见(图 1,2),5(33.3%)例同时有风团和水肿性红斑。15例均伴瘙痒,1例合并疼痛。除 2(13.3%)例伴关节痛外,余未见异常。

1.3 实验室检查异常 ESR升高 12(55.6%)例,CRP升高 6(40.0%)例,高免疫球蛋白血症和低补体血症各 4(26.7%)例,外周血白细胞升高 2(13.3%)例,低免疫球蛋白血症、ANA阳性和 RF阳性各 1(6.7%)例。未见肝肾功能异常或抗 dsDNA 抗体阳性者。

1.4 组织病理特征 15例均显示程度不等的真皮浅层小静脉炎。其中 9(60.0%)例仅有血管内皮肿胀、管壁纤维素样变、管壁及管周以中性粒细胞为主的炎性细胞浸润等轻微血管炎改变(图 3,4),另 6(40.0%)例伴有白细胞核碎裂、红细胞外渗等白细胞碎裂血管炎改变。例 9合并皮下组织内小动脉炎,真皮浅层小血管改变同图 4,皮下小动脉腔狭窄,管壁纤维素样坏死、中性粒细胞浸润伴核碎裂(图 5,6)。

1.5 治疗及转归 15例均予氨苯砞(DDS)50mg、雷公藤多甙 20mg、维生素 C 0.2g、头孢羟氨苄分散片 0.5g和潘生丁 25mg,均 3次/d。皮损多在 1周内消退,维持治疗 3~4周后停药。治疗 2周效果仍不佳者加用强的松每天 30~45mg口服,皮损多在 3天内消退。随访半年,复发 2例,重复上述治疗仍有效。

[作者单位] 1 厦门大学医院内科,福建 厦门 361005; 2 厦门大学附属中山医院皮肤科,福建 厦门 361004

[作者简介] 李晓霞(1969-),女,四川筠连人,主治医师,医学学士,主要研究方向为风湿免疫性疾病。

[通讯作者] 王官清, E-mail: guanqingwang@hotmail.com



图 1 患者背部风团



图 2 患者右大腿红斑

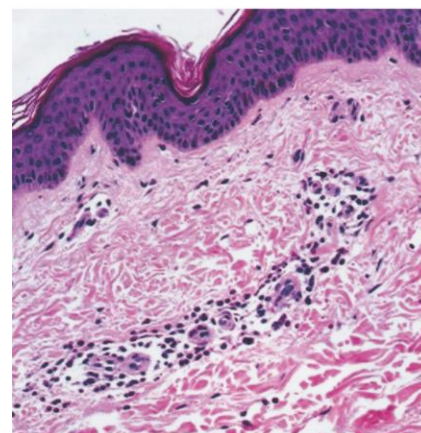


图 3 组织病理 HE ×100

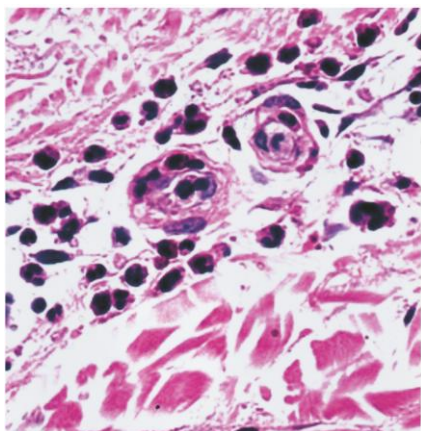


图 4 组织病理 HE ×400

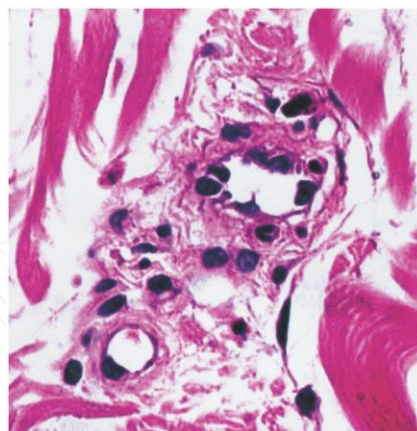


图 5 组织病理 HE ×400

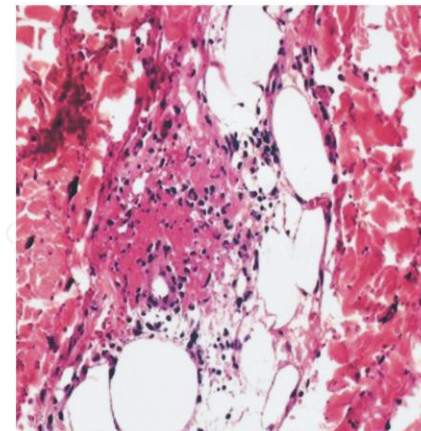


图 6 组织病理 HE ×200

2 讨论

UV 是否为一独立疾病仍有争议,有学者认为其属于真皮超敏反应的一个亚型^[2],但多数学者仍认为是一种独特的临床病理综合征,皮疹有荨麻疹的特点,但组织病理学显示血管炎改变^[1,3,4]。

UV 多见于中年女性,病程慢性,反复发作。皮疹可泛发全身,以风团最常见,其次为环状红斑、丘疹、坏死,少见皮疹为网状青斑、多形红斑、大疱,甚至手掌形^[5]。风团可持续 24 小时以上,甚至 3~5 天不消退,消退后常留下色素沉着斑或瘀斑,且多伴有疼痛^[1]。实验室检查多见 ESR 加快和低补体血症,其次为高免疫球蛋白血症、ANA 低滴度阳性、ENA 多肽抗体和抗 dsDNA 抗体阳性,也可见 RF 阳性、CC 升高、蛋白尿、脓尿、血尿等异常^[3,4,6]。根据是否伴有低补体血症,UV 分为正常补体血症型 (NUV) 和低补体血症型 (HUV),NUV 症状轻而少有系统受累,HUV 症状重而多伴有系统损害^[3,4,6]。本文 15 例 UV 患者的性别比、年龄、常见皮疹和实验室检查异常与文献基本一致,但伴有高免疫球蛋白血症和低补体血症者仅 26.7%,可能与本组病例病情较轻有关。

因 UV 患者的 CC 抗 C₁q 抗体和抗内皮细胞抗体呈阳性,30%~75% 有补体 (尤其 C₁q) 下降,皮损的血管壁有 IgM、IgG、IgA 和补体 C₃ 沉积,血浆置换可使皮损暂时消退,因而被认为是型变态反应所致血管炎^[6,7]。故 UV 在临床表现、实验室检查异常、组织病理和免疫病理学上可呈一病谱性改变,轻者与慢性特发性荨麻疹类似,中度者呈发热、关节痛、肾小球肾炎和低补体血症等多系统病变,严重者即为 SLE 表现之一^[8]。

取活动性皮损做组织病理学检查仍是诊断 UV 的金标准^[3],取材时宜选择不超过 12h 的新发皮损。以往认为 UV 仅累及皮肤小静脉,病理变化包括血管内皮肿胀、管壁纤维素样变性、管周以中性粒细胞为主的炎细胞浸润、伴白细胞核碎裂和红细胞外渗等^[3,4,6]。本文 15 例患者皮疹的组织病理学也显示程度不等的真皮浅层小静脉炎,但其中 1 例合并皮下组织小动脉炎,提示 UV 也可累及到皮下组织小动脉。

UV 在临床上需与慢性荨麻疹鉴别。除可根据风团的不同特点外,还可采用玻片压诊法,即用玻片压于皮疹上,若原有红斑消退而中央紫癜不退,即提示 UV 可能。另外,慢性荨麻疹患者中 2%~20% 经活检证实为 UV^[9],提示若荨麻疹样皮疹超过 24h 不消退、反复发作且经多种抗过敏药物治疗无效者,宜做组织病理学检查以确定有无血管炎改变。

文献报道抗组胺药、DDS、羟氯喹、糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗 UV 有效^[3,4,6,10]。笔者采用 DDS、雷公藤多甙片,辅以活血化淤药物治疗,均取得满意疗效,但病情较重者需加用小剂量至中等剂量皮质类固醇激素和抗生素。

[参 考 文 献]

[1] 廖康煌. 荨麻疹性血管炎 [M]. 王侠生, 廖康煌, 杨国亮皮肤病学 [M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2005: 669.
 [2] KOSSARD S, HAMANN I, W LKNSON B. Defining urticarial dermatitis: a subset of demal hypersensitivity reaction pattem [J]. Arch Dermatol, 2006, 142 (1): 29 - 34.
 [3] CHANG S, CARR W. Urticarial vasculitis [J]. Allergy Asthma Proc,

2007, 28 (1): 97 - 100.

[4] BROWN N A, CARTER J D. Urticarial vasculitis[J]. *Curr Rheumatol Rep*, 2007, 9 (4): 312 - 319.

[5] 张运华, 田春生. 手掌形荨麻疹性血管炎 2例 [J]. *中国麻风病皮肤病杂志*, 2007, 23 (2): 163.

[6] MEHREGAN D R, HALL M J, GBSON L E. Urticarial vasculitis: a histopathologic and clinical review of 72 cases[J]. *J Am Acad Dermatol*, 1992, 26 (3): 441 - 448.

[7] 李文忠, 车乃增. 荨麻疹性血管炎的临床及发病机理探讨 [J]. *中国皮肤性病学杂志*, 1999, 13 (2): 88 - 89.

[8] AYDOGAN K, KARADOGAN S K, ADM S B, et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis: a rare presentation of systemic lupus erythematosus[J]. *Int J Dermatol*, 2006, 45 (9): 1057 - 1061.

[9] SCHOCKET A L. Chronic urticaria: pathophysiology and etiology, or the what and why[J]. *Allergy Asthma Proc*, 2006, 27 (2): 90 - 95.

[10] DAVIS M D, BREWER J D. Urticarial vasculitis and hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome[J]. *Immunol Allergy Clin North Am*, 2004, 24 (2): 183 - 213.

[收稿日期] 2008-04-22 [修回日期] 2008-08-30

多菌型麻风 14例临床分析

Clinical Analysis on 14 Cases With Multibacillary Leprosy

竺璐, 沈云良, 徐新美, 潘晓涛

ZHU Lu, SHEN Yun-liang, XU Xin-mei, PAN Xiao-tao

摘要 目的 分析多菌型麻风 (MB) 的临床及实验室特点。方法 对 2007年新发的 14例 MB患者的一般情况、症状体征、组织切刮涂片、病理活检、抗酸染色进行分析。结果 2007年新发麻风病例中, MB占 70%, 细菌指数平均为 3.9, 病理活检均有表皮下无浸润带, 大量泡沫细胞, 巨噬细胞肉芽肿, 抗酸杆菌平均 4.6+。结论 14例 MB均有典型的症状体征、病理特征、抗酸染色强阳性。新发 PB虽占总患病数少, 可能与症状不典型有关, 提示寻求快速准确的检测手段十分重要。

关键词 麻风; 多菌型; 临床分析

中图分类号 R 755

文献标识码 B

文章编号 1001-7089(2008)12-0728-01

浙江省 2007年 (1~12)月新发麻风 20例, 瘤型 (LL) 12例, 界线类偏瘤型 (BL) 2例, 结核样型 (TT) 2例, 界线类偏结核样型 (BT) 4例。其中多菌型麻风 (MB) 14例, 占 70%, 包括 LL 12例, BL 2例, 均符合卫生部制定的 MB 诊断标准 (GB15973-1995)^[1]。现将其中的 MB 报告分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 MB共 14例, 男 7例, 女 7例, 年龄 15~48岁, 平均 32岁。已婚 9例, 未婚 5例。汉族 9例, 布依族 3例, 苗族 2例。籍贯: 贵州 6例, 浙江 4例, 湖南 2例, 四川、云南各 1例。家族中有麻风患者 6例, 占 30%, 其中母子二人同时确诊为 LL, 1例母亲患 BL, 1例父亲及哥哥均患 LL, 另 2例的爷爷及丈夫各患 LL。职业: 学生 2例, 余均为打工者或农民。病程 2月~16年, 平均 3.6年。4例初诊明确为 BL、LL, 家族中均有麻风患者, 病程 2月~3年。10例曾误诊为皮炎、湿疹、恶性淋巴瘤、风湿病、周围神经炎等, 病程 4月~16年, 经复方甘草酸苷、抗生素、抗组胺者、醋酸泼尼松、雷公藤多甙片、中药等治疗, 部分皮损好转, 但未曾消退, 反复发作且加重, 皮损逐渐增多, 并伴神经痛或麻木。

1.2 临床表现 皮损均以红斑、结节为主, 伴有面部浮肿、呈狮面样。面、躯干、四肢可见弥漫浸润性红斑, 边界不清, 泛发深在性黄豆至核桃大结节, 皮损局部毛发脱落, 闭汗、干燥脱屑, 不同程度的温觉痛觉消失。首发症状为无痛性红斑、

麻木、浸润 11例, 皮肤瘙痒疼痛等浅感觉异常 3例。首发部位面部 7例, 双下肢 5例, 躯干 2例。伴有脱眉 9例, 皮肤萎缩性疤痕 2例。12例患者有尺神经、腓总神经粗大、压痛。伴有畸残 2例, 分别为足底溃疡和垂足。

1.3 实验室检查 皮损处取材涂片抗酸染色查菌: 所有患者眶上、耳垂、下颌、前臂、膝盖上、皮损等处六部位查菌均达 3+~6+, 细菌指数 (BI) 平均为 3.9。皮损处组织病理检查均显示表皮萎缩变平, 真、表皮交界处无浸润带, 真皮内大量泡沫细胞, 有巨噬细胞肉芽肿, 淋巴细胞很少。抗酸染色: 抗酸杆菌平均 4.6+。3例 LL患者检查血清总蛋白、球蛋白均增高, 白蛋白比例下降, IgG、IgM、IgA增高, C3、C4正常。

1.4 治疗方法 14例患者均按照麻风病 MDT 方案联合化疗: RFP 600mg 和 B663 300mg, 均每月 1次 监督服药, B663 50mg 和 DDS 100mg 每日自服, 总疗程 24个月以上。1例 BL 患者在治疗过程中发生 型麻风反应, 加用醋酸泼尼松 40mg/d, 共 1月, 后逐渐减量, 6月后改为雷公藤糖浆 25mL, 2次/d。余患者除全身皮肤红斑及色素沉着外, 治疗中未发生明显副作用, 均在治疗、随访中。

2 讨论

1987年世界卫生组织将麻风分为 MB 与少菌型 (PB)。MB 包括 LL、BL、BB 及所有查菌阳性者。浙江省 2002~2007年新发麻风病例数见表 1, 每年新发麻风病例平均为 (20±3) 例, 除 2002 年外, 每年 MB 的发病率远高于 PB, 与国外报道相似^[2], 且平均病程达 2 年以上。MB 患者鼻黏膜分泌物可大量排菌, 是最主要的传染源。早期发现与规范治疗至关重要。

[作者单位] 浙江省皮肤病防治研究所, 浙江 德清 313200

[作者简介] 竺璐 (1975-), 女, 浙江湖州人, 主治医师, 医学硕士生, 主要从事中西医结合皮肤性病临床研究。

