

雷诺病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E9_9B_B7_E8_AF_BA_E7_97_85_c22_307052.htm 名称雷诺病所属科室普通外科病因雷诺综合征的病因目前仍不完全明确。严寒刺激、情绪激素或精神紧张是主要的激发因素。其他诱因如感染、疲惫等。由于病情常在月经期加重，在妊娠期减轻，因此，有人认为本症可能与性腺功能有关。近年来免疫学的进展，表明在绝大多数雷诺综合征的患者，有许多血清免疫方面的异常，抗体超过同种核组成。患者血清中可能有抗原-抗体免疫复合体存在，可通过化学传递质或直接作用于交感神经终板，导致血管痉挛性改变。临床上使用阻滞交感神经终板的药物后，雷诺症状可完全缓解。苍白、青紫和潮红为雷诺综合征皮色改变的三个阶段。皮色苍白是由于指（趾）端小动脉和小静脉痉挛，导致毛细血管灌流缓慢，因而皮肤血管内血流减少或缺乏。几分钟后，由于缺氧和代谢产物积聚，使毛细血管可能还包括小静脉在内稍为扩张，有少量血液流入毛细血管，迅速脱氧后，引起青紫。当动脉痉挛已消退而静脉痉挛仍然存在时即出现青紫。肢端血管痉挛解除，大量血液进入扩张的毛细血管即出现反应性充血，皮色转为潮红。当有正常量的血流通过小动脉，毛细血管灌流正常，发作好停止，皮色恢复正常。临床表现雷诺氏综合征临床上并不少见。多见于女性，男、女发病比例约为1 10。发病年龄多在20~30岁之间，绝少超过40岁。大多数见于严寒的地区。好发严寒季节。病人常在受冷或情绪激动后，手指皮色忽然变为苍白，继而发紫。发作常从指尖开始，以后扩展至整个手指，甚至掌部。伴有局部发凉、麻木、针刺感和感觉减退

。持续数分钟后逐渐转为潮红、皮肤转暖、并感烧样胀前，最后皮肤颜色恢复正常。热饮或喝酒，暖和肢体后，常可缓解发作。一般地，解除严寒刺激后，皮色由苍白、青紫、潮红阶段到恢复正常的时间大至为15~30分钟。少数病人开始即出现青紫而无苍白阶段，或苍白后即转为潮红，并无青紫。发作时桡动脉搏动不减弱。发作间歇期除手指皮温稍冷和皮色略苍白外，无其他症状。发病一般见于手指，也可见于足趾，偶可累及耳朵和鼻子。症状发作呈对称性为雷诺综合征的副一重要特征。例如两侧小指和无名指常最先受累，继而延及食指和中指。拇指则因血供较丰富很少累及。两侧手指皮肤颜色改变的程度、范围也是相同的。少数病人最初发作为单侧，以后转为两侧。病程一般进展缓慢，少数病人进展较快，发作频繁、症状严重、伴有指（趾）肿胀，每次发作持续1小时以上，环境温度稍降低、情绪略激动就可诱发。严重的即使在暖和季节症状也不消失，指（趾）端出现营养性改变，如指甲畸形脆裂、批垫萎缩、皮肤光薄、皱纹消失、甲指尖溃疡偶或坏疽。但桡动脉始终未见减弱。检查(一)实验室检查 提示全身结缔组织疾病的抗核抗体，类风湿因子 免疫球蛋白电泳、补体值、抗天然DNA抗体、冷凝球蛋白，以及库姆斯氏（Combs）试验等，应作为常规检查。(二)非凡检查1.冷激发试验 手指受寒降温后，采用光电容积描记仪（PPG）描记手指循环恢复至正常所需的时间，作为估计指端循环情况的简单可靠、无损伤性的检查方法。试验时，病人应安静地坐在室内（室温26beta.-受体阻滞剂和避孕药物用药史；有无长期应用震动性工具的职业史。体检应着重观察有无提示全身结缔组织病的体征：如皮肤变薄、发紧、毛细

血管扩张、皮疹、口唇干燥；关节滑膜增厚、渗液或提示关节炎的其它证据。仔细观察手指皮肤有无溃疡或已愈溃疡的角化过度区；注重四周动脉搏动；尚应警惕和注重腕管综合征的存在。对没有发现相关疾病的患者，应进行长期随访。鉴别诊断应注重与其他以皮肤颜色改变为特征的血管功能紊乱性疾病相鉴别。

(一)手足发绀症 是植物神经功能紊乱所致的血管痉挛性疾病。多见于青年女性，手足皮肤呈对称性均匀紫绀。严寒可使症状加重。常伴有皮肤划痕症或手足多汗等植物神经功能紊乱现象。其病理改变是肢端小动脉持续性痉挛及毛细血管和静脉曲张，需与雷诺综合征鉴别。手足发绀症患者无典型的皮肤颜色改变，紫绀范围较广泛，累及整个手和足，甚至可涉及整个肢体。紫绀持续时间较长。严寒虽可使症状加重，但在暖和环境中常不能使症状立即减轻，或消失，情绪激素和精神紧张一般不诱发本病。

(二)网状青斑 多为女性，因小动脉痉挛，毛细血管和静脉无张力性扩张。皮肤呈持续性网状或斑点状紫绀。病变多发生于下肢，偶可累及上肢、躯干和面部。患肢常伴发冷、麻木和感觉异常。严寒或肢体下垂时青斑明显。在暖和环境中或抬高患肢后，斑纹减轻或消失。临床上可分为大理石样皮斑、特发性网状紫斑及症状性网状青斑三种类型。

(三)红斑性肢痛平 病因尚不清楚。病理变化为肢端对称性、阵发性血管扩张。多见于青年女性。起病急骤，两足同时发病，偶可累及双手。呈对称性阵发性严重灼痛。当足部温度超过临界温度（约33~34℃）时，如足部在暖和的被褥内，疼痛即可发作，多为烧灼样，也可刺痛或胀痛。肢体下垂、站立，运动时均可诱发疼痛发作，抬高患肢、休息或将足部露在被褥外，疼痛可缓解。

症状发作时，足部皮色呈潮红充血，皮温升高伴出汗，足背和胫后动脉搏动增强。根据本现特征，易与雷诺综合征相似。少数红斑性肢痛症可继发于真性红细胞增多症或糖尿病等。治疗雷诺综合征治疗的最重要方面当是针对原发病治疗。本病的对症治疗分为药物疗法、生物反馈和手术，依据病人具体情况加以选用。1.药物疗法 临床上采用的药物有下述几种： 普里斯科耳（Priscol）：又名妥拉苏林（tolazoline），口服每次25～50mg，每日4～6次，饭后服用。局部疼痛剧烈和形成溃疡的，每次剂量可增至50～100mg。肌注、静脉或动脉内注射剂量每次25～50mg，每日2～4次。某些病人可引起潮热、晕厥、头眩、头痛、恶心、呕吐和鸡皮肤等副作用。

利血平（reserpine）：因其具有去儿茶酚胺和去血清素作用。是治疗雷诺征历史较久、疗效较好的药物。为许多作者受举荐。口服剂量相差很大。Kontos报告口服1mg/d，疗程为1～3年，可使症状发作次数减少；程度减轻。1967年Abboud等首先报道应用动脉内注射利血平治疗雷诺综合征，获得满足疗效，近年来，许多学者相继报道直接穿刺肱动脉，然后缓慢注入利血平（0.25～0.5mg加入2～5ml生理盐水）可使症状明显改善，作用时间维持10～14天。间隔2～3周需要重复注射，因有损伤动脉之贻，故限制了此法的应用。但不少学者认为对合并肢端溃疡的严重病例，仍值试用。静脉阻滞注射利血平是一种局部给药途径。方法是先在肘关节上主置止血带，穿刺远端静脉后，止血带气囊内注入空气使压力维持在33.3kPa(250mmHg)，然后将0.5mg利血平溶于50ml生理盐水中缓慢注入静脉内，使药物返流到肢端。此法操作较动脉内注射法简单，而治疗效果相似。疗效一般维持7～14天。 硝

苯吡啶 (nifedipine) : 硝苯吡啶是一种钙通道阻滞剂, 它通过降低肌细胞膜上钙离子贮存部位的贮钙能力或与钙结合能力, 使动作电位形成和平滑肌收缩受阻, 从而使血管扩张。口服20mg, 每日3次, 疗程2周~3月, 临床研究表明可明显改善中, 重度雷诺综合征的临床症状。 胍乙啶 (guanethidine) : 具有类似利血平的作用, 口服每次5~10mg, 每日3次。也可与苯氧苄胺 (phenoxy-benzamine) 合用, 每日剂量10~30mg。约80%的病人有效。 甲基多巴 (methyl dopa) : 每日剂量为1~2g, 大多数病人可收到预防雷诺氏综合征发作的效果。用药时需注重血压。近来, 一些专家报道下述药物治疗雷诺氏征也获得良好疗效。 前列腺素: 前列腺素E₁ (PGE₁) 和前列环素 (PGI₂) 都具有扩张血管和抑制血小板聚集的作用。对手指感染坏疽的雷诺综合征疗效满足。静脉输注PGE₁10ng/min, 共72小时。输注PGI₁(7.5ng/kg/min, 连续5小时)每周1次, 共3次。疗效一般持续6周。 康力龙 (stanozolol) : 是一种具有激活纤维蛋白溶解酶作用的同化类固醇激素, 据报道能溶解沉积于指动脉的纤维蛋白以及降低血浆粘稠度。口服5mg, 每日2次, 共3月。此外, 局部涂擦205硝酸甘油软膏, 每日4~6次, 经临床使用能明显减少雷诺征发作次数, 麻木和疼痛显著减轻。祖国医学中药、针灸等对本病的治疗有一定价值, 但有待于临床进一步研究, 加以发展。2.生物反馈疗法 生物反馈疗法是将机体正常情况下非知觉的或难以知觉的生物信息利用设备进行探查、放大, 并通过记录和显示系统转变成信号, 让患者感觉到这些功能变化, 从而使其能把自己的某些感觉与躯体功能联系起来, 并在某种程度上调节这些功能。Jacobson在1973年报道应用生

物反馈治疗雷诺应用生物反馈治疗20例雷诺征。方法是20例分为2组，每组10例。第一组使用连接灯光指示系统的温度计每15秒测定一定皮肤温度，当温度上升或稳定时，指示系统的温度计温度下降时不发光。这样患者就接受了一反映皮肤温度的视觉刺激。第二组接受自我控制练习。练习时通过录音告诉他们深呼吸、放松，然后回想愉快暖和的经历如淋浴着暖和的阳光，躺在松软沙滩上、四周海浪轻轻地拍打着沙滩。每次治疗进行1小时。第1个月每周3次；第2个月每周2次，第3月每周1次，并嘱患者天天在家进行15分钟的相同练习。两组治疗疗效相似。治疗后的患者进入3.3 地严寒室内时，皮肤温度保持在21.4（正常人为22.2 ~ 23.0），而在治疗前平均下降至19.5。生物反馈疗法是近10年开展临床研究的新疗法，其方法简单，对病人没有任何痛苦和副作用，文献报道有一定疗效，值得进一步探索。近年来，某些学者应用血浆交换疗法和诱导血管扩张疗法，取得比较满意的疗效，有待进一步研究。

3.外科疗法

绝大多数（80 ~ 90%）雷诺综合征病人，经内科治疗后可使症状缓解或停止进展，仅少数病人经足够剂量和疗程的药物无效、病情恶化，症状严重影响工作和生物，或指端皮肤存在营养性改变者，可考虑施行交感神经节切除，但手术前应进行血管舒缩反应测定，假如血管舒缩指数不足，则交感神经节切除术就不能获得预期的效果。据报道术后症状能改善者仅占40 ~ 60%，但症状缓解时间不长，往往术后2年症状复发；对伴有动脉闭塞性病变的患者疗效的肯定；对伴有结缔组织病的患者疗效不佳。影响术后疗效的因素：

- 严寒：本症的重要诱因，可影响术后疗效。
- 局部血管病变的程度：指端动脉无器质性病变者疗效

较好，反之效果不佳。 交感神经节切除不完全或再生：由于解剖变异或手术技术上因素致交感神经节切除不完全，影响疗效；多数学者认为交感神经节切除术后，神经组织能再生，因而影响疗效。预防及预后包括避免严寒刺激和情绪激动；禁忌吸烟；避免应用麦角胺、 β -受体阻滞剂和避孕药；明显职业原因所致者（长期使用震动性工具、低温下作业）尽可能改换工种。细心保护手指免受外伤，因稍微损伤轻易引起指尖溃疡或其他营养性病变。日常生活中饮少量酒类饮料可改善症状。如条件许可者可移居气候暖和，干燥地区，更可减少症状发作。解除病人精神上顾虑，保持乐观都是预防中的一项重要措施。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com