·病例报告·

高血压与低血压交替发作危象复杂病例一例

刘骞,孙伟举,张靖琦,董毓辉,曹蕊,富路*
(哈尔滨医科大学附属第一医院心血管内科,哈尔滨 150001)

【关键词】 高血压;低血压;肾上腺肿瘤;肺癌;复杂病例;去甲肾上腺素
【中图分类号】 R544 【文献标志码】 B 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2024.07.117

1 临床资料

患者,男性,71岁,因"反复头晕20 d,再发3 h",于2023年4月21日17:30入哈尔滨医科大学附属第一医院就诊。患者20 d前出现反复头晕,伴周身乏力;偶有胸痛、心悸,多于活动后出现。曾于外院就诊,外院诊断为:"急性心肌梗死?""低血压状态"。因患者状态较差未予冠状动脉影像学检查,药物治疗后未见明显好转,并出现咳嗽、少痰,无咯血,症状略缓解后出院继续口服药物治疗。至我院就诊当日下午14:00如厕起身后再发头晕,伴有周身无力、瘫倒并无法起身。家属紧急送至我院急诊,急诊室测血压低,并呕吐1次。病程中无晕厥、黑朦等其他症状;长期便秘、便黑。患者既往有冠心病、双下肢动脉硬化病史;糖尿病病史3年;肺占位病史20 d;有大量吸烟史、否认酗酒史;否认手术史及药物过敏史。

入院时查体 一般状态差;血压77/52 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);口唇发绀;周身皮温低;心音弱,心率118次/min;双下肢无水肿。

辅助检查 入院时心电图示:室性心动过速,广泛ST-T改变(图1)。超声心动图示:左心室射血分数60%;左室心尖稍厚、约13.2 mm,考虑左室心尖肥厚型心肌病。肾上腺CT示:右侧肾上腺占位性病变,呈椭圆形软组织密度影,边界清楚,病变大小约3.2 cm×2.3 cm,其内密度均匀(图2A)。肺CT示:右肺门占位性病变,考虑中央型肺癌可能(图2B)。肺动脉CT血管成像示:右肺门占位包绕侵袭右肺动脉,右肺动脉及右肺中叶动脉管腔明显变窄。冠状动脉CT血管成像示:冠状动脉多支管腔轻度狭窄(图3)。头部CT示:右枕低密度影,考虑缺血性改变,腔隙性脑梗死,老年性脑萎缩。下腹部CT示:右肾条片状及类圆形低密度影,左肾盂旁囊肿。Holter示:窦性心律;房性早搏1 080次(包括室内差异性传导),ST-T改变。腹部和胃肠彩色多普勒超声、双上肢血管彩色多普勒超声、盆腔CT、上腹部CT未见明显异常。

实验室检查 N末端B型利钠肽原14 183 pg/ml,TnI 636.70 pg/ml,降钙素原1.53 ng/ml,血肌酐137.8 μmol/L,血尿素14.52 mmol/L,癌胚抗原4.75 ng/ml,铁蛋白797.40 ng/ml,CA-211 9.39 ng/ml,鳞状上皮癌抗原2.6 ng/ml,RH血型阴性,空腹血糖22.17 mmol/L,总胆固醇7.63 mmol/L,低密

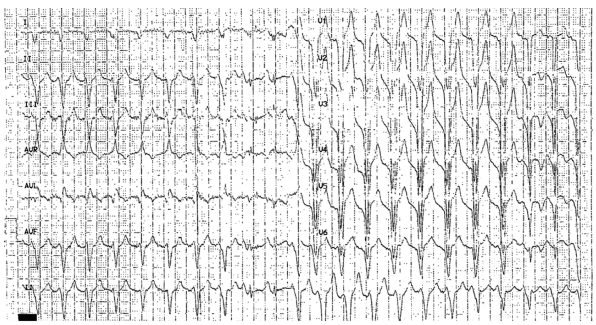
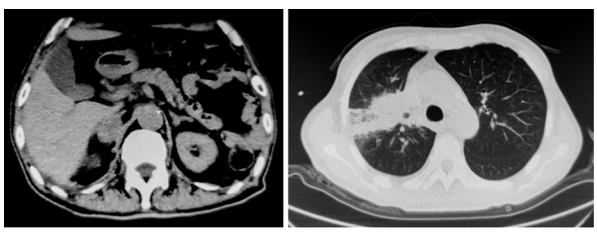


图1 患者入院时的心电图检查
Figure 1 Electrocardiogram examination of patient upon admission



A B

图2 患者肾上腺CT(A)与肺CT(B)检查
Figure 2 CT examination of adrenal gland(A) and lung(B)

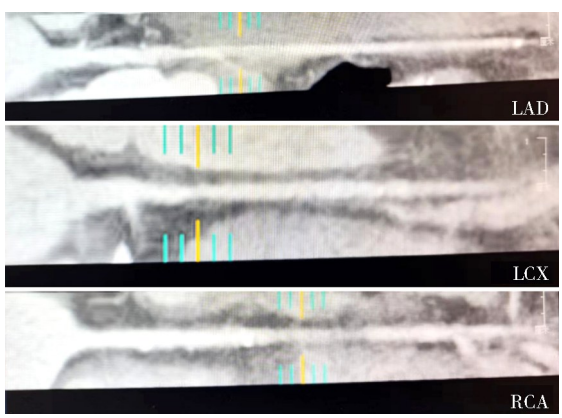


图3 患者冠状动脉CT血管造影检查
Figure 3 Coronary artery CT angiography examination of patient
LAD: left anterior descending; LCX: left circumflex; RCA: right coronary artery.

收稿日期:2023-09-20;**接受日期**:2023-10-27
基金项目:国家自然科学基金(82070417)
通信作者:富路,E-mail:fulunadia@aliyun.com

度脂蛋白胆固醇 4.96 mmol/L,脂蛋白 a 944.2 mg/L,总蛋白 54.5 g/L,白蛋白 24.5 g/L,游离甲状腺素 0.62 ng/dl,超敏促甲状腺素 26.864 6 UIU/ml,粪隐血试验+++,梅毒螺旋体抗体(+),艾滋病病毒抗原/抗体(+)。高血压五项未见明显异常。

治疗经过 基于患者的症状、体征和辅助检查结果给予患者“心源性休克,室性心动过速,左室心尖肥厚型心肌病,冠心病,双下肢动脉硬化,2 型糖尿病,糖尿病肾病,左肾囊肿,高脂血症,低蛋白血症,甲状腺功能减退症,右肺门占位,右肾上腺占位,梅毒,艾滋病”的诊断。因患者入院时血压过低(77/52 mmHg),给予患者 0.9%氯化钠注射液 250 ml+重酒石酸去甲肾上腺素 8 mg,以 10 ml/h 速度泵入。在泵入去甲肾上腺素的情况下,患者出现高血压与低血压危象交替发作,在 10 min 内血压自 63/45 mmHg 骤升至 221/128 mmHg 并骤降至 95/67 mmHg,每日可反复发作数次。血压骤升时患者诉头晕,骤降时诉头痛。血压波动时患者心率多维持在正常水平,约 70~80 次/min。因患者血压剧烈波动请多科会诊,意见如下。(1)肿瘤科会诊意见:右肺门占位考虑中央型肺癌可能,右肾上腺肿瘤;患者低血压不除外与肿瘤压迫有关。(2)泌尿外科会诊意见:右肾上腺肿瘤,考虑嗜铬细胞瘤可能,建议检查血尿儿茶酚胺,定期复查肾上腺 CT。(3)内分泌科会诊意见:血压剧烈波动考虑嗜铬细胞瘤可能,不除外甲状腺功能减退症对血压的影响。将会诊意见告知患者及家属,予停用去甲肾上腺素后,患者血压渐平稳,稳定于 110/65 mmHg,24 h 尿香草扁桃酸 592 μmol/d。血去甲变肾上腺素 1763.3 pg/ml,血变肾上腺素 288.7 pg/ml,血 3-甲氧基酪氨酸 26.4 pg/ml,符合嗜铬细胞瘤特征。家属因患者病情复杂、状态较差拒绝进行进一步检查,患者病情好转后自愿转入下级医院姑息治疗。

2 讨 论

本例患者为老年男性,基础疾病多,病情复杂。因一般状态差,家属拒绝进一步检查选择姑息治疗,故依据现有病例资料,在复杂的病情中剖析患者高血压与低血压交替发作危象的原因,对于改善患者生存质量、减轻患者痛苦具有重要意义。高血压与低血压交替发作是嗜铬细胞瘤危象一种较为少见的特殊类型,有可能因短时间内血压的大幅度频繁波动引发休克、心肌梗死等,进而导致患者的死亡[1]。肾上腺 CT 可见右侧肾上腺密度均匀的 3.2 cm×2.3 cm 占位性病变,血尿儿茶酚胺检测增高,符合肾上腺髓质嗜铬细胞瘤诊断特征。嗜铬细胞瘤可以分泌一种或多种儿茶酚胺激素或前体,通常以阵发性高血压为主要症状[2]。此前的报道认为嗜铬细胞瘤出现高、低血压交替发作可能与以下原因有关:(1)血压骤升后反射性兴奋迷走神经中枢导致血压降低[1,2];(2)嗜铬细胞瘤释放多巴胺,抵消去甲肾上腺素的升压作用,或以释放与血压呈负相关的结合型多巴胺为主[2,3];(3)大量儿茶酚胺引起血管剧烈收缩,导致有效血容量下降和血压降低[2,3];(4)瘤体出血、坏死引发儿茶酚胺分泌骤减,导致有效血容量不足[2-4];(5)长期、剧烈收缩的小动脉对儿茶酚胺的灵敏性降低[3,4];(6)肿瘤(肾上腺肿瘤或肺肿瘤)可能分泌多种血管扩张物质,引起血管扩张致血压降低[4,5];(7)大量释放的儿茶酚胺引发较为严重的心律失常、心功能不全,导致心输出量锐减引起血压降低[4,5]。

由于该患者的病情比较复杂,其他多种疾病对于血压的影响亦有必要进行全面考虑和深入分析。甲状腺功能减退危象可表现为低血压、低体温、意识障碍和全身黏液性水肿[6]。本例患者有甲状腺功能减退病史,但发作时并不伴有意识障碍、全身水肿等症状,亦未出现心动过缓等甲状腺功能减退症危象的常见并发症。约有 20%的肺癌患者合并副肿瘤综合征,主要表现为神经系统或肌肉病变。洪丽等[7]报道了 1 例以直立性低血压为首发表现的肺癌患者,以“发作性头晕、黑朦 2 个月”为主诉入院,多于坐起或站立时发作,偶有晕厥;测量其卧位与坐位血压,收缩压可相差 40 mmHg。该报道与本例患者发作性头晕主诉相似,但本例患者高血压与低血压交替发作时并无体位改变。值得注意的是,本例患者在停用去甲肾上腺素后,血压波动趋于平稳,提示静脉点滴去甲肾上腺素可能是诱发嗜铬细胞瘤高、低血压交替发作危象的一个未被报道的诱因。血压明显降低的肾上腺肿瘤患者如何进行升压治疗、选择哪些升压药物,仍有待进一步研究的澄清。

综上,本例患者以头晕为主要症状入院,入院后有高血压与低血压交替发作危象,经多学科会诊和检查后确诊为嗜铬细胞瘤危象。值得注意的是,面对与本例患者类似的一般情况差、病情复杂且依从性较低的患者,如何运用有限的检查结果判断患者症状的来源与治疗的重点,如何改善此类患者的生存质量并降低患者出现致命并发症的风险,仍需每位临床医师对诊疗思维和医患沟通能力的不断精进与反思。

【参考文献】

[1] 刘开渊, 黄昭穗, 陈武松. 1 例嗜铬细胞瘤并高血压与低血压交替发作危象抢救成功报告[J]. 福建医药杂志, 2002, 24(2): 130. DOI: 10.3969/j.issn.1002-2600.2002.02.122.

[2] Neumann HPH, Young WF Jr, Eng C. Pheochromocytoma and paraganglioma[J]. N Engl J Med, 2019, 381(6): 552-565. DOI: 10.1056/NEJMra1806651.

[3] 冯尤健. 嗜铬细胞瘤高血压与低血压交替发作危象一例[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2000, 16(5): 36. DOI: 10.3760/j.issn:1000-6699.2000.05.022.

[4] 肖锐, 周敬法, 南风风. 高血压低血压交替发作危象的嗜铬细胞瘤 1 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(11): 1390. DOI:10.3969/j.issn.1672-1349.2012.11.059.

[5] 李放. 高血压和低血压交替出现的嗜铬细胞瘤 1 例[J]. 中国综合临床, 2000, 16(11): 51. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1008-6315.2000.11.075.

[6] Ylli D, Klubo-Gwiezdzinska J, Wartofsky L. Thyroid emergencies[J]. Pol Arch Intern Med, 2019, 129(7-8): 526-534. DOI: 10.20452/pamw.14876.

[7] 洪丽, 王献. 以直立性低血压起病的肺癌患者 1 例报道[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(11): 97. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5110.2009.11.051.

(编辑: 温玲玲)