■技术·思维

莫将阵发性高血压错判为嗜铬细胞瘤

河南省人民医院高血压科 赵海鹰 王 浩

病 例

患者，男，60岁，来自东北，患高血压病14年。14年前，患者体检时发现血压高，血压为150/100毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），但没感觉身体不舒服，所以并未到医院看病。

6年前，患者因为感觉头晕、头痛，左半侧肢体麻木并且有轻微活动不灵，在当地医院就诊，测量血压152/100毫米汞柱，急查头颅核磁共振，检查结果显示：右基底节腔隙性脑梗死。患者住进当地医院治疗后，头晕、头痛症状缓解，遗留左脚中趾及左手手指麻木。患者此后连续口服氯沙坦，每次50毫克，每天1次，血压控制在120~130/70~80毫米汞柱。

5年前的一天晚上，患者入睡前突然感觉心慌难忍，持续3小时不能缓解，其间小便6次。患者急到医院就诊，查心电图未发现异常，医生让他口服倍他乐克25毫克后症状缓解。2个月后，患者于安静状态下心慌再次突然出现，测量血压180/90毫米汞柱，并且出汗、全身疲乏无力、头晕、胸闷、后背疼痛。此后，患者心慌反复发作并且越来越频繁，发作时血压180~190/90~100毫米汞柱，有时血压高达220/110毫米汞柱，每次持续10分钟左右，需要含服速效救心丸缓解。

患者在当地医院就诊做肾上腺CT（电子计算机断层扫描），报告结果为：左肾上腺增粗，怀疑“异位嗜铬细胞瘤”。患者曾于4年前、3年前两次前去北京某医院内分泌科住院诊治，多次测定血浆儿茶酚胺、尿儿茶酚胺，行肾上腺CT检查等，均未发现异常，不能确定“异位嗜铬细胞瘤”的诊断。

自3年前至今，患者发作时症状逐渐加重，每次均血压升高，严重时舌僵硬、有濒死感、面色苍白。每次发作，患者均经历一次痛苦的体验，缓解后需要休息数天，体力方能恢复。发作间歇期血压可控制于正常范围，但持续性胸闷、后背疼痛，有时放射至左侧上肢。半年前，患者去南京某医院做检查，结果显示：前降支近端狭窄80%、右冠脉近端狭窄70%。两处分别给予支架植入。支架植入后胸痛、后背疼痛轻微减轻，发作性血压显著升高伴出汗、心悸、头晕等症状并无好转，致使患者丧失正常生活能力。

患者、患者家属及经治的医生均把诊治的焦点集中于寻找异位嗜铬细胞瘤的部位。病人多处就医未果，花费较大。患者女儿网上查询得知河南省人民医院高血压科可以“做准确的嗜铬细胞瘤定性检查”。为明确诊断，患者从东北前来入住河南省人民医院高血压科。

查 体

患者不吸烟、不喝酒。父亲5年前因心肌梗死病故。兄弟姐妹无高血压。入院后，医生经过“望、触、叩、听”，未发现有什么不正常情况。患者对阿托伐他汀、福辛普利曾经过敏。

入院后，医生给予患者以下检查：血常规、尿常规、肝功能、血脂、血糖、电解质、血肌酐、尿素氮、血尿酸。这些检查都未发现异常。

血浆游离三甲氧基肾上腺素（FMN）16.74皮克/毫升（正常为0~90皮克/毫升），血浆游离三甲氧基去甲肾上腺素（FNMN）35.276皮克/毫升（正常为0~200皮克/毫升）。

动态血压检查：24小时总平均值116/73毫米汞柱。昼平均值119/76毫米汞柱，收缩压（SBP）≥140毫米汞柱4.5%，舒张压（DBP）≥90毫米汞柱1.5%；夜平均值103/61毫米汞柱，SBP≥120毫米汞柱5.0%，DBP≥80毫米汞柱5.0%。

双肾、肾上腺、肾动脉增强CT扫描（64排）：双侧肾脏未见异常，双侧肾上腺大小正常，肾血管未见狭窄。

诊 断

患者得的是嗜铬细胞瘤吗？血浆FMN、FNMN、外院多次血浆儿茶酚胺、尿儿茶酚胺均正常。外院曾做定位检查I131-MIBG显像及我院肾上腺CT薄层扫描均不支持嗜铬细胞瘤的诊断。

患者得的究竟是什么病呢？医生查房反复与患者沟通和交流，期望从病史中获取重要的诊断线索。

患者逐渐提供给医生重要的病史：患者幼年5岁与年龄较大伙伴玩耍时，曾被伙伴用棉被蒙住头部及身体，当时恐惧、哭喊，但伙伴并未让其逃脱。患者回忆持续被蒙时间大约1小时。自此，每遇空间狭小，如乘坐拥挤的公交车、电梯等时即有胸闷、恐惧的感觉。患者38岁外出学习夜间住招待所和45岁乘坐轿车较久（约2小时）时均曾有恐惧发作，当时情绪失控大喊大叫，均自行缓解。5年前，患者工作和生活正常。5年来，患者因发作性血压升高伴上述一系列症状出现，痛苦不堪，不能正常生活，症状发作间歇期唯恐再次发作。

确 诊

医生终于诊断明确，患者患的是阵发性高血压（假性嗜铬细胞瘤）。

真相大白后，医生给予患者口服5羟色胺再摄取抑制剂，联合钙离子拮抗剂治疗。患者共住院8天，住院期间患者的持续性胸闷、胸部不适感、后背疼痛逐渐减轻，发作性血压升高伴一系列痛苦症状也随之减少。

出院后随访至今，患者胸痛、胸闷症状完全缓解，血压稳定于120/80毫米汞柱。

目前，患者已恢复正常生活，能乘坐公交车、电梯，自行驾驶轿车和老伴儿一同外出游玩。

阵发性高血压（假性嗜铬细胞瘤）患者在我国高血压人群中占有一定的比例。目前，国内尚无明确的数据统计，未对这部分人群给予足够的重视。这部分患者往往多方就医无果，花费较大，且大多数来自基层。应重视对这部分患者的诊治，首先排除嗜铬细胞瘤（河南省人民医院高血压科在2005年成立实验室，从德国引进技术开展准确定性诊断嗜铬细胞瘤的方法，可帮助周边地市级医院以及外省医院进行血样监测）。

医务人员应重视对患者病史的询问，尤其警觉患者的心理状态。有些患者病史较隐蔽，医务人员不易发现其心理疾患，或不认为与发作性高血压有关，致使诊断困难。医生反复多次与患者交流。一旦确诊，用简单的治疗方法即可解除患者巨大的痛苦。

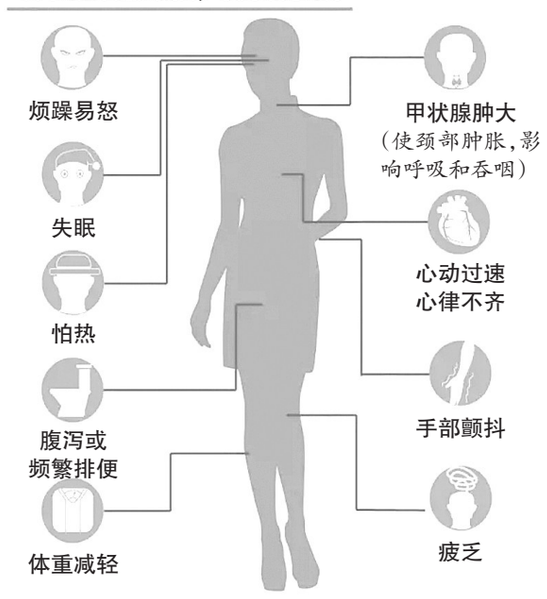
■图说

简单三步，诊治甲状腺功能亢进病（上）

甲状腺功能亢进症，简称甲亢。该病由甲状腺过度活跃导致，其分泌的甲状腺素对新陈代谢、大脑发育、心脏和神经系统功能等机体的多种方面均有影响，如不积极治疗可导致心脏病、脆骨症等多种并发症。

及时识别

甲亢的症状因人而异，较为常见的有



可能导致甲亢的因素

高危人群

任何人都可能患甲亢，以下因素会提高其发病率

柳小毛/制图

■临床笔记

警惕多发性骨髓瘤的误诊误治

骨痛、贫血终于找到病因

河南省肿瘤医院血液科 房佰俊

近日，对于来自漯河的患者老李（化名）来说，是个值得高兴的日子。用他的话说：“让我寝食难安的腿疼终于找到原因了。”

2016年7月，62岁的老李在当地遭遇一场车祸，伤及腿部，在当地医院检查后并无大碍，便出院回家了。过了一段时间，腿疼开始加剧，用各种治疗疼痛的药物也无法控制，老李又转诊到另一家医院做了CT（电子计算机断层扫描），也被告知“没啥大事儿”，依然按骨伤治疗。

老李疼得实在没办法，就做了全身核磁共振检查，被告知患了前列腺癌，并且已是晚期，还伴有贫血等症状！这下可急坏了老李和家人！

经过四处打听，老李辗转来到河南省肿瘤医院就诊。经过全身的PET-CT检查（正电子发射计算机断层显像），医生发现，原来老李患了多发性骨髓瘤！这下，严重影响老李正常生活的“罪魁祸首”算是找到了！

多发性骨髓瘤好发于40岁以上，特别是60岁以上的中老年人群。多发性骨髓瘤有着临床表现多样性的特点。也正因如此，即便是在医学飞速发展的今天，临床上依然不乏漏诊、误诊的多发性骨髓瘤患者，仍旧有相当一部分患者未能得到及时诊断。

在多发性骨髓瘤确诊的患者中，很多患者起病时的表现都是腰腿疼痛进行性加重，直至卧床，甚至发生骨折；再就是体检查血发现贫血，才考虑到多发性骨髓瘤的可能。还有一些患者，蛋白尿多年，肾功能不全，有的甚至发生了肾功能衰竭，反复就诊肾内科，却不知其实是多发性骨髓瘤引起的肾脏损害。

据了解，多发性骨髓瘤是由于具有合成和分泌免疫球蛋白的浆细胞发生恶变，大量单克隆的恶性浆细胞增殖导致的血液肿瘤，至今仍然无法治愈。

多发性骨髓瘤症状的发展过程从无到有，如果能早期诊断、及时有效地控制以及进行个体化的医学指导，患者病情控制可能更好，生存期更长。近年来，随着诊疗技术的突飞猛进，多发骨髓瘤患者的生存预后得到显著改善。

研究显示，在临床试验中依从性较好的患者，尤其是能够坚持长期规范化治疗的患者生存改善明显。因此，临床医生在选择治疗方案时，在保证疗效的前提下，提高患者依从性也尤为重要。

（本报记者冯金灿整理）

■技术在线

一次开颅 拆除“双炸弹”

付悦慧/摄

一次开颅手术，夹闭两个位置很深且一前一后的两个动脉瘤……今年60岁的刘大妈在一个月前突发剧烈头痛晕倒，被送往就近医院检查，发现自发性大量蛛网膜下腔出血。因病情严重，患者随即被转入河南能源焦煤中央神经外科一病区进行救治。

“经过检查，发现患者是颅内多发动脉瘤（基地动脉瘤顶端）和左侧眼动脉瘤，两个动脉瘤的位置都很不好暴露，而且周围的血管、神经结构复杂（如图）。”神经外科一病区主任张景龙说，“我们首先建议介入栓塞，但患者家属讨论后没有采用这个方案，那就只能进行手术夹闭了。”

据了解，这两个动脉瘤的位置一个位于后脑脑干部位，一个位于眼部，距离相对较远。同时，这两个部位的血管和神经密布，稍有不慎就可能造成严重后果，要想一次开颅同时夹闭两个动脉瘤需要手术操作者及手术团队具有极高的动脉瘤夹闭和麻醉技术。

经过认真研讨，河南能源焦煤中央医院神经外科一病区医务人员制定了一次开颅同时夹闭两个动脉瘤的手术方案。手术从右侧改良翼点入路，暴露颅骨，剪开硬膜，暴露颈动脉床图上端及鞍区的第一、第二、第三间隙，从第三间隙向后向深暴露，避开动眼神经，后交通动脉，大脑后动脉p1、p2段，临时阻断基地动脉，充分暴露基地动脉，在后穿支保护无损的情况下夹闭动脉瘤；然后分开侧略暴露右侧视神经、大脑前交通动脉a1段，继续向右侧分离打开终板池，暴露终板，切开终板，释放脑积液，充分暴露左侧颈内动脉上端以及右侧视神经，于第一间隙，视神经下方见动脉瘤，在充分保护视神经情况下夹闭动脉瘤。

手术进行了8小时，术中出血不到200毫升。术后3小时，患者清醒，肢体和语言功能正常。

（王正勋 侯林峰 付悦慧）

征 稿

科室里开展的新技术，临床中积累的心得体会，治疗上取得的新进展，对某种疾病的治疗思路……

欢迎您将来稿发送至343200130@qq.com，与广大医务工作者共享。

■医学影像

凝血4项指标，对临产孕妇意义重大

凝血4项指标是判断出血性疾病类型的主要诊断指标。

PT（凝血酶原时间）反映血浆中凝血因子水平，是外源性凝血系统较为敏感和常用的筛选试验。

APTT（活化部分凝血活酶时间）能反映血浆凝血因子水平，是内源性凝血系统较为敏感和最常用的筛选试验。

TT（凝血酶时间）测定主要反映凝血共同途径纤维蛋白原转变为纤维蛋白的过程中，是否存在纤维蛋白原异常以及是否发生纤溶、存在抗凝物的情况。

FIB（血浆纤维蛋白原）是一种糖蛋白，在凝血酶水解下形成肽A和肽B，最后形成不溶性的纤维蛋白以止血。另外，FIB在血小板的聚集过程中起着重要作用，血小板被激活时，其膜上形成纤维蛋白原受体，通过纤维蛋白原的连接作用形成血小板聚集体，最终成为血栓。

正常妊娠可让机体产生一系列生理变化，其中包括凝血功能的变化。

适度高凝是一种生理性保护，可防止产时的过量出血。

从妊娠3个月左右起，孕妇的凝血系统和纤溶系统发生变化：血浆纤维蛋白原的含量逐渐增加，大部分凝血因子增加，血小板增多，可溶性纤维蛋白单体含量增加，纤溶酶原激活物活性下降而其抑制物水平升高，血液呈高凝状态。

这种变化随着孕周的增加而加剧，是一种保护性生理变化，有利于胎盘剥离面形成血栓，减少产后出血。

在凝血的同时，继发纤溶活动也开始，以清除子宫螺旋动脉和静脉窦内的血栓，加速子宫内膜的再生和修复。

这种变化持续到产后三四天才开始逐渐恢复至正常。

在孕妇生产的过程中，有时会发生一些异常情况，如弥散性血管内凝血（DIC）的发生。妊娠高血压疾病、低血容量及宫内感染触发内源性凝血途径；而胎盘早剥、羊水栓塞、高渗盐水引产、胎盘残留、宫内感染等，又触发外源性凝血途径。这些病因导致组织损伤，组织凝血活酶类促凝物进入母血，引起DIC，消耗大量凝血因子，同时血小板减少，导致凝血功能障碍，出血倾向增加。

因此，在产妇分娩过程中有异常出血时，应引起高度重视，及时排除DIC的可能：动态监测PT、APTT、TT、FIB等指标，防止异常出血和DIC的发生。

当PT缩短或延长3秒以上呈动态变化，血浆纤维蛋白<1.5克/升呈进行性下降或>4克/升，血小板<100×10^9/升，3P试验（血浆鱼精蛋白副凝试验）阳性或D-二聚体阳性时，应诊断为DIC，并应及时采取有效治疗措施。

总之，临产孕妇的高凝状态倾向，使其发生意外（如DIC）的风险加大。因此，在产前及产中及时动态监测PT、APTT、TT、FIB及血小板、3P试验等相关指标，对临床上选择适宜的生产方式，以及预测、预防和治疗产妇异常出血是十分必要的，这对保护母婴健康有重要的意义。

（王丽蓉）