

·临床研究·

嗜铬细胞瘤致脑出血1例报道及文献分析

高奇, 廖勇仕

南华大学附属第二医院, 湖南 衡阳 421000

摘要:临床工作中遇到的脑出血类疾病多是由高血压引起,出血部位以内囊、壳核、丘脑等区域多见,当遇到1位血压高伴有典型症状的脑出血患者时,结合影像特点很容易做出“高血压脑出血”的诊断,但并非所有看似典型的“高血压脑出血”都能被医生准确把握,关于嗜铬细胞瘤引起的高血压脑出血,其真正病因往往容易被忽视,病情常急剧变化,且通过一般的治疗方法效果不佳,从而使医生对脑出血评价及诊疗工作陷入被动局面。现对该院收治的1例嗜铬细胞瘤引起的脑出血进行报道并复习相关文献。

[国际神经病学神经外科学杂志, 2021, 48(1): 93-95]

关键词:脑出血;高血压;嗜铬细胞瘤

中图分类号:R743.34

DOI:10.16636/j.cnki.jinn.1673-2642.2021.01.022

1 病例资料

53岁男性,晨起后无明显诱因出现头痛伴左侧肢体乏力6 h入院。既往有10余年“高血压”,服过多种药物治疗,但效果不佳。入院即测血压180/120 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分15分。头颅CT考虑“右侧丘脑出血并破入脑室”(图1)。给予右侧脑室钻孔引流,口服药物降压,收缩压维持于130 mmHg上下。2 d后家属探望时出现情绪激动,并头痛、心悸、大汗,收缩压从140 mmHg突升至210 mmHg,立即复查头颅CT见右顶枕叶皮层下出血,CTA检查未见异常(图2)。遂再次行颅内血肿清除术,术后复查CT血肿清除干净(图3),持续泵入“乌拉地尔”控制血压。1 d后再次出现躁动不安、全身大汗,收缩压骤升至220 mmHg,复查CT见左侧颞叶出血(图4),完善腹部CT平扫+增强,结果显示左肾上腺结节样占位(图5),尿间羟去甲肾上腺素(NMN)778.0 μg/24 h、去甲肾上腺素(MN)228.0 μg/24 h、24小时尿游离皮质醇1720.91 μg/24 h。由于患者常在躁动、情绪激动或受到语言、声光等刺激后出现一系列交感兴奋表现,泌尿外科及心血管科会诊后诊断为“嗜铬细胞瘤”,改予持续镇痛配合静脉泵入酚妥拉明控制血压、普萘洛尔控制心率、氯硝西泮预防躁动、丙戊酸钠预防癫痫等治疗,颞叶出血行保守治疗,病情稳定后口服特拉唑嗪降压。经调整治疗后1个月复查CT见颅内血肿吸收(见图6),患者血压平稳,意识好转,遗留混合型失语、左侧肢体偏瘫、认知障碍等症状,转泌尿外科进一步行肾上腺占位病灶切除术。

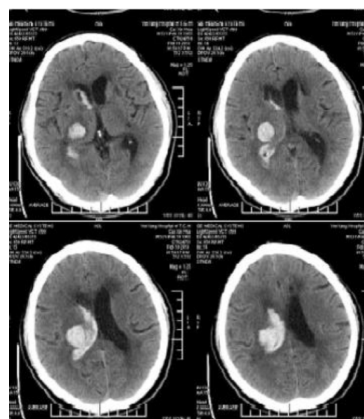
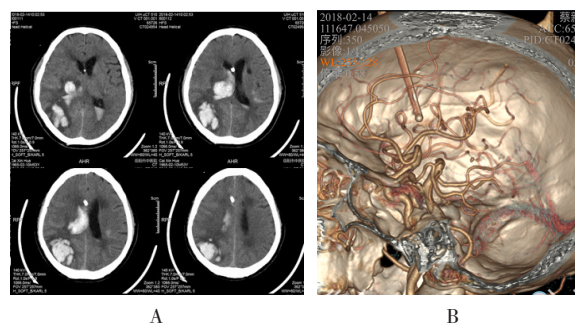


图1 入院时头颅CT提示右丘脑出血破入脑室



A: CT见右顶叶皮层下新发出血; B: 头颅CTA扫描未见血管异常

图2 2 d后复查影像

收稿日期:2020-10-19;修回日期:2020-11-30

通信作者:廖勇仕, Email: liaoyong66@163.com。

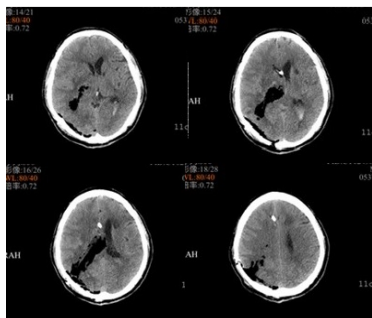


图3 开颅血肿清除术后复查

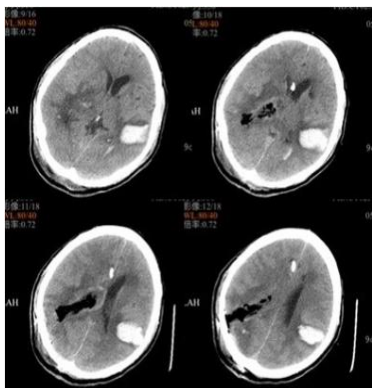
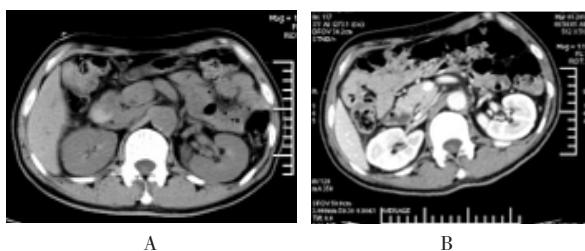


图4 术后1 d新发左颞叶出血



A: CT平扫见左侧肾上腺区结节; B 增强扫描后可见结节强化

图5 肾上腺区影像

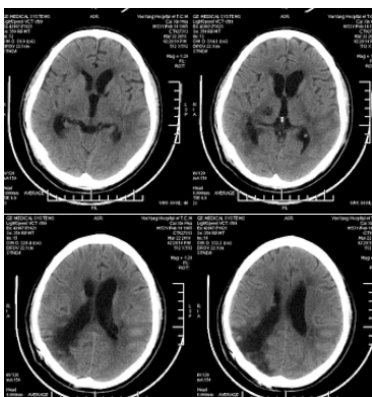


图6 1个月后CT复查颅内残余血肿已吸收

2 讨论

该患者短时间内接连发生3次脑出血,出血部位分别位于颅内3个不同区域,入院后频繁出现躁动不安、全身

大汗、顽固性血压升高等表现,最终通过肾上腺CT扫描及儿茶酚胺检测,笔者才意识到可能为嗜铬细胞瘤所致。嗜铬细胞瘤在高血压患者中患病率仅0.1%~0.5%^[1],发病高峰为20~50岁,位于肾上腺者占80%~90%^[2]。关于由嗜铬细胞瘤性高血压引起的颅内出血的发病率及人群特征,目前国内尚无准确的统计说明,2002年也有来自台湾的学者报告1个6岁的男孩,他的左枕叶自发性血肿和高血压,脑血管造影未能显示血管畸形,随后发现左肾上腺肿瘤为嗜铬细胞瘤。这是文献中第1次报道伴随嗜铬细胞瘤引起的儿童脑叶血肿。儿童高血压合并脑内血肿的鉴别诊断应考虑嗜铬细胞瘤^[3]。

以下是国内报道的几个案例:①21岁男性患者因嗜铬细胞瘤摘除术后复发导致脑出血,其中提到患者复发后曾长期服复方降压片、阿替洛尔、尼群地平药物治疗,血压控制不理想;因睡醒后起床小便发病;入院头颅CT提示右侧基底节出血,出血量约30 mL,6 h后症状加重,复查CT出血量增至150 mL,迅速入ICU血肿抽吸,6 d后抢救无效死亡^[4]。②36岁男性,以性生活后剧烈头痛,左侧肢体活动失灵2 h来就诊。头颅CT见右额颞区高密度出血灶,量约65 mL,破入三、四脑室及侧脑室。诊断:右额颞部自发性脑内血肿,小脑幕切迹疝。急诊全身麻醉下行右额颞部骨窗开颅、血肿清除术后第8天翻身时血压心率骤升,心悸,口吐粉红色泡沫样痰,意识不清,减压窗张力无明显变化,抢救无效死亡^[5]。③23岁女性经历5年反复误诊之后才明确病因为嗜铬细胞瘤,期间总是因为运动或情绪紧张等因素出现剧烈头痛、心悸、多汗等症状,而多次就诊时均未测量血压,直到发生脑出血所致神经功能异常时才被确诊为肾上腺嗜铬细胞瘤,经手术切除后症状方好转^[6]。④36岁女性,4年前因为高血压阵发性头痛,面色苍白多汗,被诊断为肾上腺髓质嗜铬细胞瘤。患者还有1个弟弟和1个哥哥,均有肾上腺嗜铬细胞瘤,已因脑出血死亡1例,未引起注意。直到患者发病时CT提示右基底节大量脑出血(约146 mL),治疗后死亡^[7]。

可以肯定的是,高血压是该疾病的主要特征表现,当血压间歇或持续性升高时,可能导致脑出血。中国香港大学玛丽医院香港医学中心外科部的一项研究在8 486例高血压患者尸检中有4例(0.05%)确诊,占该组4例猝死的3例。他们指出肾上腺嗜铬细胞瘤如果未被发现,则具有潜在的致死性,在嗜铬细胞瘤患者中,致命并发症常先于诊断^[8]。手术切除是治疗嗜铬细胞瘤的唯一治疗方法。作者认为,当遇到1例看似“典型”的高血压脑出血患者时,需意识到以下5个方面:①受到外界刺激或无明显诱因下容易出现交感兴奋的表现;②常规降压药联合使用或提高剂量,血压仍难控制,但更换 α -受体阻断剂后能

明显下降;③颅内出血在时间和空间上无明显规律,脑血管检查无明显异常;④家族中有类似特点亲属;⑤若为儿童高血压脑出血,需高度警惕该病。

总之,大家应注意把握这些易被忽视的细节,在诊疗过程中提高对患者病情变化的重视,警惕这一类少见原因导致的脑出血,以避免让后续的诊疗工作陷入被动。

参 考 文 献

- [1] Hernandez FC, Sánchez M, Alvarez A, et al. A five-year report on experience in the detection of pheochromocytoma[J]. Clin Biochem, 2000, 33(8): 649-655.
- [2] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 1.
- [3] Chuang HL, Hsu WH, Hsueh C, et al. Spontaneous intracranial

hemorrhage caused by pheochromocytoma in a child[J]. Pediatr Neurosurg, 2002, 36(1): 48-51.

- [4] 申强, 柳海英. 嗜铬细胞瘤并发脑出血 1 例[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2006, 9(3): 289.
- [5] 叶伟, 李永利, 刘岩, 等. 以脑出血起病的嗜铬细胞瘤 1 例报告及文献复习[J]. 中国临床神经科学, 2000, 8(2): 138.
- [6] 张玉生, 曾进胜. 青年嗜铬细胞瘤并发脑出血反复误诊 1 例报告[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2010, 36(6): 375-377.
- [7] 王艳英, 薛永全, 马玉鹏, 等. 家族遗传性肾上腺髓质嗜铬细胞瘤并发高血压脑出血 1 例报告[J]. 吉林医学, 2011, 32(18): 3782.
- [8] Lo CY, Lam KY, Wat MS, et al. Adrenal pheochromocytoma remains a frequently overlooked diagnosis[J]. Am J Surg, 2000, 179(3): 212-215.

责任编辑:王荣兵