DOI:10.16016/j.1000-5404.1984.04.004

特发性直立性低血压二例报告

屠永华　鲍　伟

（第一附属医院　神经内科）

特发性直立性低血压（Shy－Drager综合症），为病因不明，以植物神经功能障碍为主的中枢神经系统慢性变性疾病，本病少见，国内虽有报道[1][2][3][4]，易漏诊或误诊，现将二列报道如下：

例1：潘××，男，56岁，干部，住院号73608。于12年前无任何诱因出现尿频，尿急，轻闲时明显。一年后解小便断断续续，滴不尽，咳嗽或用力时小便则溢出无法控制。呈进行性加重。近三年出现阳萎，两下肢无力，行动缓慢，头昏、眼花，常有跌倒，伴短暂意识丧失，多次院外检查诊断不明。体检：TPR正常，BP110/80。发育正常，智力正常，颅神经包括眼底正常，四肢肌张力偏高，共济障碍不明确，无感觉障碍，双上肢腱反射活跃，双下肢腱反射亢进，腹壁反射、提睾反射消失，左掌颏反射阳性，双侧Babinski's sign（＋），Chaddock's sign（＋），皮肤干燥无汗，尿失禁。发汗试验、冷加压试验均无反应，血糖97mg%，葡萄糖耐量、EEG、CSF等均正常。泌尿外科会诊除外前列腺肥大，膀胱测压结果为：无抑制性膀胱。住院期间观察血压三种体位：卧位150/100，坐位130/90，站位110/70，多次测量两者血压相差20—40毫米汞柱而心率不变。其中一次血压卧位100/70，坐位70/60，站位0，当时病人支持不住而立即躺下。诊断明确后给予抗休克裤治疗，血压上升且稳定，卧位150/106，坐位116/80，站位110/84。但尿失控及神经系统体征无明显改善。

例2：李××，男，58岁，工人，住院88558。80年开始常感头晕目眩，多在劳累或体位改变明显，82年后症状逐渐加重且出现走路不稳，下半身汗少，夜尿多，每晚4～5次伴尿急且无法控制。近半年来阳萎，右上下肢乏力呈进行加重，讲话迟钝，记忆力下降，急躁。查体前列腺不大。测三种体位血压为：卧位130/80，坐位110/70，站立96/58。TPR、发育、智力、颅神经包括眼底等均正常。右侧肢体肌力稍差，肌张力略高。双侧指鼻试验、跟膝胫试验均欠准确，快速轮替动作不灵活，Romberg征（＋），深浅感觉无障碍。四肢腱反射活跃，右Babinski's sign（＋），Chaddock's sign（＋），双侧霍夫曼氏征（＋），右掌颏反射（＋），皮肤干燥，无汗，尿急时有失禁。住院期间观察位血压卧位116-130/64-90，坐位80-110/52-70，站位70-96/48-60，不同体位收缩压最大差数为50毫米汞柱而心率不变。辅助检查：CSF正常，EEG检查观察卧、坐、立位均无改变，REG正常。住院期间经口服激素等治疗，未见明显好转。

本病诊断标准为[5]：1.慢性进行性过程；2.卧位与站位收缩压差20—40毫米汞柱以上而心率不变；3.阳萎、无汗及排尿障碍显著；4.其他神经系症状：可有小脑，基底节及锥体束损害等表现。本文报告二例均符合以上四项标准。

国内报告之病例均以1.尿急，尿频，尿失禁及阳萎；2.头晕目眩突然站立中昏倒二组症状为首发病症。排尿障碍，阳萎及排尿后晕厥为泌尿外科门诊的多见病例。若这些患者未发现外科情况应对本病提高警惕。

二例均曾试用低分子右旋糖酐静滴，麻黄素、激素等口服治疗，未取得明显疗效，例1使用了本校外科研究所自行设计制造的抗休克裤，取得了在血压改变方面的较好疗效，但对工作及生活自理带来不便，同时亦未改善排尿障碍，阳萎及神经系体征。证明血压波动为本病病理改变之结果而非病因。除对症治疗外，目前尚无特殊有效的治疗措施。

参考文献

1. 沈鼎烈等：原发性直立性低血压（附7例报告）。神经精神疾病杂志 1980；3:156
2. 潘映辐等：特发性直立性低血压3例报告。中华神经精神科杂志 1982；1:38
3. 北京医院脑系科：特发性直立性低血压5例报告。神经系疾病进展 1980；3:30
4. 临床病理讨论汇集（神经系疾病）1982；5:27,5:67
5. 冯尔越：Shy-drager症状群。国外医学：神经病学、神经外科学分册 1982；2:96

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net