گزیده‌ای از تازه‌های پزشکی، بیماری‌های داخلی و کودکان
سال اول، شماره دوم، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۸۳ تا ۸۵

گزارش مورد

گزارش بالینی: دختر جوان با سردرد و فشارخون بالا

مریم جهانگیری[۱]، محمود سجادی‌جزی[۱]، فائزه مقیم‌پور بیژنی[*۱]

۱. گروه بیماری‌های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان شریعتی
*نویسنده مسئول: fzbijani@gmail.com

چکیده

افزایش فشار خون از جمله شایع‌ترین بیماری‌های شناخته شده در سطح جامعه می‌باشد که به کمک دسته‌های متنوعی از داروهای خوراکی و تزریقی قابل کنترل می‌باشد. با این وجود لزوم افتراق علل ثانویه هیپرتانسیون از انواع اولیه (اسنشیال) و بررسی به موقع آن از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. عدم کنترل افزایش مزمن فشار خون با سه دسته دارویی مختلف، وجود همزمان اختلال اسید و باز یا هیپوکالمی و وجود سابقه خانوادگی هیپرتانسیون زودرس یا حوادث مغزی- عروقی زودرس از جمله شواهدی است که می‌بایست توجه پزشک معالج را به بررسی علل ثانویه فشار خون جلب کند. در این گزارش بالینی یک خانم جوان با فشار خون بالا و سردرد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: فشار خون بالا، فشار خون اولیه، فشارخون ثانویه، هیپرکالمی

بیمار دختر هجده ساله‌ای است که با شکایت از سردرد و فشار خون بالا به اورژانس بیمارستان شریعتی مراجعه کرده است. وی اپیزودهای سردرد را به صورت مکرر از شش ماه قبل از مراجعه داشته است. سردردهای بیمار به صورت بای تمپورال، بدون ضربان، فشارنده، و با شدت خفیف تا متوسط بوده است. بیمار علائم همراه با سردرد شامل فتوفوبی، فنوفوبی، تهوع، استفراغ، تاری دید، وزوز گوش، سرگیجه و پارستزی را ذکر نمی‌کرد. با مراجعه به پزشک بومی منطقه، فشارخون بیمار اندازه‌گیری شده و در طی چند ماه اخیر، مقادیر فشارخون بیمار بین ۱۶۰/۱۰۰-۱۵۰/۹۰ میلی‌متر جیوه بوده است. بیمار هم چنین از ادم پری اربیتال و ادم اندام‌های تحتانی به صورت متناوب شکایت داشت. وی سایر علائم همراه شامل دیس‌پنه، ارتوپنه، کاهش حجم ادرار، احساس برافروختگی صورت، تعریق، تپش قلب، آپنه، و خروپف حین خواب را ذکر نمی‌کرد. بیمار سابقه‌ای از بیماری قبلی نداشت. بیمار هیچ‌گونه مصرف داروی گیاهی، کورتون، و NSAID را ذکر نمی‌کرد. سابقه مصرف سیگار و الکل را نداشت. پدر و مادر او ازدواج فامیلی نداشتند و خواهر بیمار سابقه بیماری آرتریت روماتویید را داشت. وی سابقه‌ای از فشارخون در خانواده را ذکر نمی‌کرد.

در معاینه بیمار هوشیار بود. علائم حیاتی بیمار به شرح زیر می‌باشد:

- فشار خون دست راست: ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه؛ فشار خون دست چپ: ۱۵۰/۱۰۰ میلی‌متر جیوه؛ ضربان قلب: ۸۴ در دقیقه؛ تعداد تنفس: ۱۶ در دقیقه؛ درجه حرارت بیمار ۳۶/۵ درجه سلسیوس
- قندخون بدو مراجعه بیمار ۱۱۲ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و نمای توده بدنی $29/4\ kg/m^2$ بود. در پوست صورت بیمار، آکنه رویت می‌شد. شواهدی از پلتورا در صورت و استریای ارغوانی در پوست شکم وجود نداشت. در پشت گردن بیمار، تغییرات پوستی منطبق با آکانتوزیس نیگریکانس دیده می‌شد. در سمع شکم، برویی نداشت و سایر معاینات بیمار نرمال بود.

با توجه به سن پایین بیمار، بررسی از جهت علل ثانویه فشارخون بالا صورت گرفت. آزمایش‌های اولیه برای ایشان درخواست گردید. نتایج آزمایش‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

در آزمایش‌های درخواستی اولیه هیپرکالمی و اسیدوز متابولیک با آنیون گپ نرمال مشهود بود. درمان دارویی هایپرکالمی برای بیمار آغاز شد. با وجود دریافت چندین نوبت انسولین و پلی‌استرن سولفونات خوراکی، هیپرکالمی بیمار مقاوم به درمان دارویی بود و در نهایت بیمار یک نوبت تحت همودیالیز قرار گرفت. جهت بررسی هیپرکالمی آزمایش‌های مربوطه درخواست شد (جدول ۲).

در سونوگرافی کلیه، کلیه چپ به سایز ۹۲ میلی‌متر، کلیه راست ۱۰۴ میلی‌متر، و افزایش مختصر اکو پارانشیم هر دو کلیه گزارش شد.

[Downloaded from idap.ir on 2026-01-28]

جدول ۱. نتایج آزمایش‌های اولیه بیمار

Test	Value	Reference	Test	Value	Reference
WBC (cells/microliter)	۱۰۳۰۰	۴۵۰۰-۱۲۵۰۰	Alb (gr/dl)	۴/۹۳	۳/۵-۵/۵
Hemoglobin (gr/dl)	۱۴	۱۲-۱۶	Venous blood pH pCO2(mmHg) HCO3(meq/l)	 ۷/۲۲ ۳۷ ۱۵	 ۷/۳۵-۷/۴۵ ۳۵-۴۵ ۲۲-۲۶
Platelet (cells/microliter)	۳۲۴۰۰۰	۱۵۰۰۰۰-۴۰۰۰۰۰	Cl (meq/l)	۱۱۳/۸	۹۵-۱۱۵
BUN (mg/dl)	۱۴	۸-۲۰	Urine analysis SG pH Protein WBC RBC	 ۱۰۱۵ ۶ Negative ۱-۲ ۱-۰	
Creatinine (mg/dl)	۱/۰۴	۰/۶-۱/۳	AST (U/l)	۲۴	<۳۱
Na (meq/l)	۱۴۰	۱۳۵-۱۴۵	ALT (U/l)	۱۶	<۳۲
K (meq/l)	۶/۷	۳/۶-۵/۲	ALP (U/l)	۲۲۵	۸۰-۳۰۰
Calcium (meq/dl)	۹/۷	۸-۱۳	TSH (microIU/ml)	۱/۷	۰/۳۵-۴/۹۴
Mg (mg/dl)	۱/۸	۱/۸-۲/۶	T4 (microgr/dl)	۵/۹۳	۴/۸۷-۱۱/۷۲

جدول ۲. نتایج آزمایش‌های هورمونی

Test	Value	Reference
Aldosterone (pg/ml)	۱	۱۴/۶-۳۲۴
Renin (mIU/l)	۱۰/۲	۵/۳-۹۹/۱
Cortisol 8 am (microg/dl)	۸/۴	۳/۷-۱۹/۴
ACTH 8 am (pg/ml)	۱۵	۷/۲-۶۳/۳
17-OH-Progesterone (ng/ml)	۳/۴	۰/۴-۱/۵۱
DHEA-S (microg/dl)	۱۸۹	۶۱/۲-۴۳/۶
Andrstenedione (ng/ml)	۲/۵	۰/۷۵-۳/۱

فشارخون نرمال طبق انجمن قلب و عروق آمریکا (ACC/AHA)، به فشارخون سیستولی کمتر از ۱۲۰mmHg و فشارخون دیاستولی کمتر از ۸۰mmHg اطلاق می‌شود. فشارخون سیستولی ۱۳۹ mmHg-۱۳۰ یا فشارخون دیاستولی ۸۹ mmHg-۸۰ به عنوان مرحله یک فشارخون بالا و فشارخون سیستولی حداقل ۱۴۰ mmHg یا دیاستولی حداقل ۹۰ mmHg به عنوان مرحله دو فشارخون بالا در نظر گرفته می‌شود. فشارخون بالا به دو دسته فشارخون بالای اولیه و ثانویه تقسیم‌بندی می‌شود. در بیشتر موارد علت فشارخون بالا، اولیه می‌باشد. فشارخون بالای اولیه در زمینه سن بالا، چاقی، نژاد، رژیم غذایی پرنمک، مصرف الکل، و بی‌تحرکی می‌باشد. از علل ثانویه فشارخون بالا می‌توان به اختلالات اولیه در کلیه (نارسایی کلیوی)، هیپرآلدوسترونیسم اولیه، بیماری‌های رنووسکولار، فئوکروموسیتوما، بیماری کوشینگ، و سایر اختلالات اندوکرین اشاره کرد. در افراد مبتلا به فشارخون بالا اخذ شرح‌حال، معاینه فیزیکی، و آزمایش‌ها جهت بررسی و رد علل ثانویه فشارخون شامل تعداد سلول خونی، اندازه‌گیری سطح سرمی سدیم، پتاسیم، کلسیم، اوره، کراتینین، آلبومین، قند خون ناشتا، کلسترول، تری‌گلیسیرید، HDL، LDL، آنالیز ادرار، و نوار قلب می‌باشد.

با توجه به فشار خون بالا و هایپرکالمی، دو تشخیص افتراقی برای بیمار مطرح می‌باشد که شامل chronic kidney disease (CKD) و Gordon syndrome است. با توجه به کراتینین سرم نرمال علت CKD مطرح نیست. تشخیص توجیه‌کننده علایم و آزمایش‌های بیمار (فشارخون بالا، هایپرکالمی، اسیدوز متابولیک با آنیون گپ نرمال، و هایپورنینمیک هایپوآلدوسترونیسم)، Gordon syndrome می‌باشد.

سندرم گوردون از علل نادر ارثی فشارخون بالا است. این بیماری در همراهی با هایپرکالمی و اسیدوز متابولیک با آنیون گپ نرمال با وجود کراتینین نرمال می‌باشد. ترکیب هایپرکالمی و اسیدوز متابولیک با آنیون گپ نرمال یادآور هایپوآلدوسترونیسم است. به

[Downloaded from idap.ir on 2026-01-28]

همین سبب این بیماری به عنوان سودوهایپوآلدوسترونیسم تایپ ۲ نیز شناخته می‌شود (۱). افتراق سندرم گوردون از سایر علل فشارخون بالای ارثی با فنوتیپ هایپوآلدوسترونیسم و هایپرکالمی در این بیماری می‌باشد؛ زیرا در سایر علل فشارخون بالای ارثی پتاسیم خون نرمال یا پایین است (۲). الگوی وراثتی شایع این بیماری به صورت اتوزوم غالب می‌باشد ولی موارد اتوزوم مغلوب نیز گزارش شده است. همچنین این بیماری به صورت اسپورادیک نیز می‌باشد (۳). موتاسیون‌های شایع شناخته‌شده در این بیماری در ژن‌های WNK1، WNK4، KLHL3، و CUL3 است (۲). عوارض بیماری از جمله فشارخون بالا، هایپرکالمی، و اسیدوز متابولیک پاسخ مناسبی به درمان با دیورتیک‌های تیازیدی می‌دهند (۴).

بیمار تحت درمان با هیدروکلروتیازید بیست و پنج میلی‌گرم روزانه قرار گرفت و در پیگیری یک ماه پس از ترخیص، فشارخون، و پتاسیم سرم طبیعی بود.

منابع

1. Hadchouel J, Delaloy C, Fauré S, Achard J-M, Jeunemaitre X. Familial hyperkalemic hypertension. *J Am Soc Nephrol* 2006;17(1):208–217.
2. Mabillard H, Sayer JA. The molecular genetics of Gordon syndrome. *Genes* 2019;10(12): 986.
3. Healy JK. Pseudohypoaldosteronism type II: history, arguments, answers, and still some questions. *Hypertension* 2014;63(4):648–654.
4. Manas F, Singh S. Pseudohypoaldosteronism Type II or Gordon Syndrome: A rare syndrome of hyperkalemia and hypertension with normal renal function. *Cureus* 2024;16(1):e52594.

Case Report

A Young Woman with Headache and Hypertension: A Case Report

Maryam Jahangiri[1], Mahmoud Sajjadi Jazi[1], Faezeh Moghimpour Bijani[1*]

1. Departement of Internal Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: fzbijani@gmail.com

Abstract

Hypertension remains one of the most prevalent chronic diseases worldwide, and is generally manageable through a variety of oral and parenteral anti-hypertensive agents. Nonetheless, distinguishing between essential and secondary hypertension is crucial, as the latter may be reversible if the underlying cause is identified and treated. Clues suggestive of secondary hypertension include poor blood pressure control despite the use of three anti-hypertensive drug classes, concurrent acid-base disturbances or hypokalemia, and a family history of early-onset hypertension or premature cerebrovascular events. This case report presents a young woman with elevated blood pressure and headache, highlighting the importance of evaluating for secondary causes of hypertension.

Keywords: Essential Hypertension, Hypertension, Hypokalemia, Secondary Hypertension

[Downloaded from idap.ir on 2026-01-28]