

执业医师临床禁忌丛书

Nei Fen Mi Ke Lin Chuang Jin Ji Shou Ce

内分泌科

临床禁忌手册

主编 郭立新

中国协和医科大学出版社

内分泌科临床禁忌手册

主编 郭立新

编者 (按编写章节为序)

- | | | | |
|-----|---------------|-----|------------------|
| 杜建玲 | 大连医科大学附属第一医院 | 周迎生 | 卫生部北京医院 |
| 童南伟 | 四川大学附属华西医院 | 孙明晓 | 卫生部北京医院 |
| 蒋 蕾 | 卫生部北京医院 | 陈树新 | 首都儿科研究所 |
| 范 慧 | 首都医科大学附属朝阳医院 | 汪 鑫 | 卫生部北京医院 |
| 李 慧 | 卫生部北京医院 | 李玉秀 | 中国医学科学院北京协和医院 |
| 潘 琦 | 卫生部北京医院 | 杨金奎 | 首都医科大学附属同仁医院 |
| 王晓霞 | 卫生部北京医院 | 袁 群 | 中国人民解放军空军总医院 |
| 宋滇平 | 云南医学院附属第一医院 | 初明峰 | 卫生部北京医院 |
| 顾明君 | 第二军医大学附属长征医院 | 郭慧琴 | 卫生部北京医院 |
| 郭立新 | 卫生部北京医院 | 向光大 | 中国人民解放军广州军区武汉总医院 |
| 李 强 | 哈尔滨医科大学附属第二医院 | 杨刚毅 | 重庆医科大学附属第二医院 |
| 李启富 | 重庆医科大学附属第一医院 | 肖新华 | 中国医学科学院北京协和医院 |
| 李东晓 | 卫生部北京医院 | 王 立 | 首都医科大学附属宣武医院 |
| 李 蓉 | 重庆医科大学附属第一医院 | 王 滢 | 卫生部北京医院 |
| 肖 谦 | 重庆医科大学附属第一医院 | 彭定琼 | 中国民用航空总医院 |
| 林国安 | 第一军医大学附属南方医院 | 孟 萍 | 第三军医大学附属西南医院 |
| 高燕明 | 北京大学附属第一医院 | 金世鑫 | 卫生部北京医院 |
| 赵晓东 | 卫生部北京医院 | 陆颖理 | 浙江大学邵逸夫纪念医院 |
| 郝凤杰 | 承德医学院附属第二医院 | 于治国 | 卫生部北京医院 |
| 纪立农 | 北京大学附属人民医院 | 李 铭 | 卫生部北京医院 |
| 周智广 | 中南大学附属湘雅二医院 | | |

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内分泌科临床禁忌手册 / 郭立新主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.6

(执业医师临床禁忌手册)

ISBN 7-81072-522-X

I. 内… II. 郭… III. 内分泌病-临床医学-禁忌-手册 IV. R58-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 042635 号

执业医师临床禁忌丛书

内分泌科临床禁忌手册

主 编: 郭立新

责任编辑: 吴桂梅

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开

印 张: 21

字 数: 550 千字

版 次: 2004 年 9 月第一版 2004 年 9 月第一次印刷

印 数: 1—5000

定 价: 48.60 元

ISBN 7-81072-522-X/R·517

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

序

内分泌代谢疾病专业是现代医学的一个重要学科，同时又是伴随着现代医学科学发展而进展迅速的一门新兴学科。内分泌系统和神经系统、免疫系统所形成的神经-内分泌-免疫网络对维护机体内环境的稳定，完成各种生理功能极为重要。随着社会经济持续发展，疾病谱以及疾病的发生演变较以往有了很大的变化，伴随着医疗保障制度的建立与完善，新型的医患关系的确立等均对医学的发展与医疗服务提出了新的挑战与机遇。如何将临床上发现的问题加以研究、总结，以提高广大医务人员处理复杂问题的能力，是我们在临床与科研工作中亟待解决的问题。

内分泌代谢疾病的特点是累及机体的多个系统，临床症状多不典型，易致误诊、漏诊，给临床工作带来很多困惑。同时内分泌代谢病病种繁多，发病机制复杂，处理时涉及很多问题。很多医师，尤其是非内分泌代谢病专业医师在临床工作中需要一本相关的书籍进行参照。由郭立新博士主编的《内分泌科临床禁忌手册》在这方面进行了一个很好的尝试。该书由国内多家大型医院的内分泌学者参加编写，荟萃大量国内外文献，内容丰富详实，对常见内分泌代谢疾病诊断和治疗方面需要注意的问题给予了总结归纳，不失为一本较有价值的参考书籍。

医学科学发展迅速，随着对内分泌代谢病研究的进一步深入，新的诊疗技术的出现，一些目前公认的观念也有可能需要改变和修正。因此，希望本书的读者能有一个正确的认识。

在《内分泌科临床禁忌手册》即将付梓之际，特作数语为序。我推荐本书给大家，希望能对读者的临床工作有所帮助。

中国医师协会会长
卫生部原副部长

殷大奎

前 言

随着社会经济的快速发展，内分泌代谢疾病的患病率呈明显的上升趋势。内分泌代谢疾病的处理是临床医学中一个较为复杂的领域。内分泌代谢疾病病种繁多，临床上多缺乏特异表现，很多疾病其临床前或亚临床状态可达数年甚至数十年之久，甚至是以并发症的出现而就医，给诊断和治疗带来一系列的问题。

内分泌代谢疾病由于其自身的特殊性常常使临床工作者在应对时感到困惑。为了便于临床医师，尤其是内分泌代谢疾病科医师在工作中有所借鉴和参照，我们应中国协和医科大学出版社之邀编写了此书。在本书中我们对疾病的发病机制及临床表现叙述的较为简单，而对疾病诊断及处理中的注意事项或禁忌尽可能给予详尽描述。本书旨在提示就目前的医疗发展水平，我们在临床工作中应当注意的问题和禁忌出现的情况，但医学的发展是一个渐进的过程，人们对疾病的认识也在逐步深化，许多在现今看来不宜施行或列为禁忌的检查和治疗手段有可能有所突破或改进，因此，所谓的“禁忌”只是相对的，希望本书的使用者能有一个正确的认识。

本书的编写者是国内较有影响的内分泌专家或有一定建树的中青年学者，在编写的过程中他们付出了大量的心血，使本书得以脱稿。由于时间仓促，加之国内外缺乏类似文献，因而难免有不足之处，希望有关学者不吝指教，以便能在以后再版时予以修订。

编者

2004.2

目 录

第一章 下丘脑 - 垂体疾病	(1)
第一节 下丘脑综合征	(1)
第二节 空泡蝶鞍综合征	(4)
第三节 下丘脑垂体性闭经	(7)
第四节 巨人症和肢端肥大症	(9)
第五节 腺垂体功能减退症	(15)
第六节 垂体瘤	(20)
第七节 尿崩症	(24)
第八节 抗利尿激素分泌不当综合征	(30)
第九节 泌乳素瘤和高泌乳素血症	(42)
第十节 神经性厌食症与神经性贪食症	(49)
第二章 甲状腺疾病	(67)
第一节 单纯性甲状腺肿	(67)
第二节 弥漫性甲状腺肿伴甲亢	(70)
第三节 自主性功能亢进性甲状腺腺瘤	(83)
第四节 多结节性甲状腺肿伴甲亢	(85)
第五节 甲状腺功能减退症	(87)
第六节 亚急性甲状腺炎	(94)
第七节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎	(96)
第八节 甲状腺结节和肿瘤	(99)
第九节 妊娠甲状腺病	(120)
第十节 非甲状腺性病态综合征	(139)
第三章 甲状旁腺疾病	(148)
第一节 甲状旁腺功能减退症	(148)

第二节 甲状旁腺功能亢进症·····	(155)
第四章 肾上腺疾病·····	(164)
第一节 肾上腺皮质功能减退症·····	(164)
第二节 肾上腺皮质功能亢进症·····	(175)
第三节 肾上腺意外瘤·····	(184)
第四节 嗜铬细胞瘤·····	(187)
第五节 原发性醛固酮增多症·····	(196)
第六节 醛固酮缺乏症·····	(204)
第五章 男性性腺疾病·····	(215)
第一节 男性性早熟·····	(215)
第二节 男性青春期发育延迟·····	(219)
第三节 男性乳腺发育症·····	(222)
第四节 男性不育症·····	(225)
第五节 雄性激素的临床应用·····	(230)
第六章 女性性腺疾病·····	(236)
第一节 停经-溢乳综合征·····	(236)
第二节 多囊卵巢综合征·····	(243)
第三节 卵巢过度刺激综合征·····	(251)
第四节 闭经·····	(253)
第五节 女性性早熟·····	(262)
第六节 女性青春期发育延迟·····	(267)
第七节 女性不育症·····	(270)
第八节 乳腺增生和乳腺癌·····	(282)
第九节 功能失调性子宫出血·····	(285)
第十节 更年期综合征·····	(287)
第七章 胰岛常见内分泌肿瘤·····	(308)
第一节 胰高糖素瘤·····	(308)
第二节 生长激素释放抑制激素瘤·····	(311)
第三节 血管活性肠肽瘤·····	(313)

第八章 糖尿病	(317)
第一节 葡萄糖调节异常.....	(317)
第二节 1 型糖尿病与成人隐性 1 型糖尿病	(324)
第三节 胰岛素抵抗综合征与胰岛素抵抗.....	(340)
第四节 2 型糖尿病	(346)
第五节 糖尿病酮症酸中毒.....	(360)
第六节 糖尿病非酮症高渗综合征.....	(364)
第七节 乳酸酸中毒.....	(368)
第八节 儿童糖尿病.....	(374)
第九节 老年糖尿病.....	(384)
第十节 糖尿病与妊娠.....	(389)
第十一节 糖尿病大血管病变.....	(394)
第十二节 糖尿病微血管病变.....	(413)
第十三节 糖尿病足.....	(428)
第十四节 糖尿病患者的心理问题及进行糖尿病 教育的有关问题.....	(436)
第九章 低血糖症	(461)
第一节 低血糖症.....	(461)
第二节 胰岛 B 细胞瘤	(470)
第三节 糖尿病合并低血糖症.....	(475)
第四节 系统疾病合并低血糖症.....	(480)
第十章 肥胖症	(498)
第一节 单纯性肥胖症.....	(499)
第二节 继发性肥胖症.....	(503)
第十一章 血脂异常	(507)
第一节 原发性血脂异常.....	(507)
第二节 继发性血脂异常.....	(516)
第十二章 周期性瘫痪症	(527)
第十三章 高尿酸血症与痛风	(531)

第十四章 肾小管性酸中毒	(544)
第十五章 水、电解质代谢紊乱	(547)
第一节 水代谢紊乱	(547)
第二节 钠代谢紊乱	(550)
第三节 钾代谢紊乱	(553)
第四节 镁代谢紊乱	(557)
第五节 钙磷代谢紊乱	(559)
第十六章 代谢性骨病	(563)
第一节 原发性骨质疏松	(563)
第二节 继发性骨质疏松症	(573)
第三节 其他骨和软骨疾病	(577)
第十七章 激素和肿瘤	(583)
第一节 异源性内分泌综合征	(583)
第二节 类癌和类癌综合征	(591)
第三节 激素依赖性肿瘤	(595)
第十八章 常见内分泌疾病的放射性核素检查及 注意事项	(604)
第一节 甲状腺摄 ¹³¹ I测定	(604)
第二节 甲状腺静态显像	(607)
第三节 甲状腺亲肿瘤药物显像	(609)
第四节 甲状旁腺显像	(612)
第五节 肾上腺皮质显像	(613)
第六节 肾上腺髓质显像	(616)
第七节 体外分析的临床应用	(618)
第十九章 常用内分泌实验室检查及注意事项	(627)
第一节 激素的测定及注意事项	(627)
第二节 常用内分泌检测的临床意义及注意事项	(636)

第一章 下丘脑 - 垂体疾病

第一节 下丘脑综合征

一、概述

下丘脑综合征 (hypothalamus syndrome) 是指多种病因累及下丘脑引起的一组以内分泌代谢障碍、体温及睡眠调节异常、自主神经功能紊乱等为主要表现的临床综合征。病因及病变累及的部位不同, 临床表现差异很大。

二、病因及发病机制

导致下丘脑综合征的病因很多, 归纳如下:

1. 肿瘤 原发于下丘脑及其邻近部位的肿瘤如颅咽管瘤、胶质瘤、脑膜瘤、垂体瘤、血管瘤等。血液系统肿瘤如白血病、淋巴瘤等。其他如转移性肿瘤、畸胎瘤、错构瘤等。

2. 炎性疾病 感染性疾病多见, 如结核性或化脓性脑膜炎、病毒性脑炎、流行性脑炎、脑脓肿、脑脊髓膜炎、组织胞浆菌病等。自身免疫性疾病如结节病等少见。

3. 脑血管疾病 脑动脉硬化、脑动脉瘤、脑出血、脑梗死等。

4. 损伤 颅脑外伤、脑外科手术、头颅部位放射性治疗等。

5. 药物 氯丙嗪、利血平及避孕药等。

6. 先天性损害及遗传性因素 与性发育不全有关的疾病可引起下丘脑综合征, 下丘脑性甲状腺功能低下、下丘脑性性腺功能低下均可导致本病。

7. 退行性变 如脑软化、结节性硬化、神经胶质增生等。

8. 功能性障碍 环境因素或精神创伤等。

下丘脑的生理功能复杂，可以概括为下列三个方面：合成和分泌调节垂体功能的释放激素、释放抑制激素以及调节水盐代谢的抗利尿激素等；下丘脑是交感神经和副交感神经的最高调节中枢；下丘脑是人体重要生命活动（如：能量平衡和营养物的摄取、觉醒与睡眠、体温调节、情感行为、性功能、生物钟等）的中枢之一。因此，上述各种病因累及下丘脑，导致下丘脑功能紊乱，继发垂体及靶腺功能障碍，必将出现一组以内分泌代谢障碍、体温及睡眠等调节异常、自主神经功能紊乱等为主要表现的临床综合征。

三、临床表现

下丘脑体积小但功能复杂，而且损害常不限于一个核群而累及多个生理调节中枢，因此下丘脑损伤多表现为复杂的临床综合征。内分泌功能障碍（可引起下丘脑、垂体及靶腺一种或数种激素分泌紊乱，表现为功能亢进或减退）；神经系统功能异常（如嗜睡和失眠，多食肥胖或顽固性厌食消瘦，自主神经功能异常——泌汗功能异常等），体温调节异常（低体温或发热）、性功能异常（性欲减退、月经失调、阳痿、不育）、精神障碍、头痛、记忆力下降、汗腺分泌紊乱、多饮、多尿、肥胖、视野缺损等。

四、临床注意事项与禁忌

（一）诊断方面

1. 注意本病症状的非特异性 引起本症的病因很多，临床表现多样，缺乏特异性，且目前尚无统一的国内、国际诊断标准，故有时诊断比较困难。必须详细询问病史，联系下丘脑的生理功能，结合各种检查，综合分析做出诊断。

2. 下列情况提示本病的可能，应予注意 ①症状与体征不能用单一的靶腺或单纯用垂体受损解释；②内分泌紊乱且伴有多食或厌食、肥胖或消瘦、体温异常或精神异常，不能用其他疾病进行解释；③颅内压增高伴视力下降或视野变小，或合并尿崩症、性功能低下。

3. 在本症诊断确立后, 应进一步检查明确病因, 尽可能进行病因诊断。有条件者功能试验、颅脑 CT 或 MRI 等应该常规进行。

4. 注意与以下疾病进行鉴别诊断

(1) 合并内分泌功能异常者应注意与垂体及靶腺本身疾病相鉴别。

(2) 摄食障碍: 贪食肥胖者应与低血糖症相鉴别, 厌食伴消瘦应注意与慢性疾病所致的消瘦鉴别。

(3) 肥胖: 与单纯性肥胖、皮质醇增多症等其他引起肥胖的疾病进行鉴别。

(4) 发热: 必须排除其他原因所致发热(如各种感染性疾病、肿瘤、自身免疫性疾病等)方可诊断下丘脑综合征, 以免误诊误治。

(5) 嗜睡与精神淡漠: 应注意排除甲状腺功能减退症、慢性肾上腺皮质功能减退症。

(6) 情感及精神障碍: 应注意与原发性精神病、甲亢及其他引起情感和精神障碍的疾病鉴别。

下丘脑综合征毕竟少见, 进行诊断时必须慎重。具备下丘脑功能紊乱的证据(下丘脑、垂体或靶腺功能亢进和减退同时存在; 某个下丘脑、垂体、靶腺轴功能亢进或减退同时伴有神经精神系统功能障碍或摄食行为、体温调节、睡眠与觉醒等异常), 诊断本综合征比较合适, 否则还是诊断某种疾病为宜。切忌将腺垂体功能低下伴有嗜睡、单纯性肥胖症伴有贪食嗜睡、甲减伴有嗜睡和肥胖等误诊为下丘脑综合征。

5. 在确定诊断时还应进行功能定位 下丘脑相关部位病变与临床表现之间有相对明确的关系定位, 如视前区受损, 出现自主神经功能障碍; 下丘脑前部视前区受损可出现高热; 下丘脑前部受损可出现摄食障碍; 下丘脑腹内侧正中隆起受损可出现性功能低下、尿崩症, 促肾上腺皮质激素、生长激素、泌乳素等分泌

异常；下丘脑腹内侧区受损可出现贪食、肥胖、性格改变；中部外侧区受损可出现厌食、体重下降；下丘脑后部受损可出现意识改变、嗜睡、低体温等。在诊断时可根据相应的表现做出大致定位。

6. 在进行诊断时，还应该根据靶腺受损情况，选择性地测定相应的垂体-靶腺功能。

（二）治疗方面

1. 病因治疗 针对肿瘤、炎症等不同病因，予以相应治疗；切忌单纯纠正内分泌功能紊乱而忽略病因的查找及治疗。

2. 纠正内分泌功能紊乱 激素分泌不足时给予补充或替代治疗，分泌亢进者给予抑制或拮抗治疗。治疗时注意应根据靶腺受累的程度调节剂量，应定期复查，在专科医师的指导下对治疗进行调整。切忌随意停药或无依据地增减药物剂量。

3. 对症治疗 部分病因不明以及体温调节功能障碍等予对症治疗。

（杜建玲）

第二节 空泡蝶鞍综合征

一、概述

空泡蝶鞍综合征（empty sella syndrome, ESS）是各种原因导致鞍隔缺损或垂体萎缩，使蛛网膜下腔在脑脊液压力冲击下突入鞍内，最终蝶鞍扩大、垂体受压而出现的一系列临床症状和体征。按病因可分为两类：发生在鞍内或鞍旁手术或放射治疗，垂体瘤自发坏死，垂体梗死者称“继发性空泡蝶鞍综合征”；无因可查者称“原发性空泡蝶鞍综合征”。国内报告在原发性空泡蝶鞍综合征中男性略多于女性，国外报告显示女性多于男性。

二、病因及发病机制

1. 先天性鞍隔孔扩大或鞍隔缺损 鞍上空隙不能被垂体柄

充满，在脑脊液压力冲击下，鞍上的蛛网膜下腔经此间隙进入鞍内。先天性鞍隔发育缺陷是儿童原发性空泡蝶鞍综合征的常见原因。

2. 继发性鞍隔孔扩大或鞍隔缺损 如妊娠期垂体增大使鞍隔孔及垂体窝撑大，产后垂体回缩等；或由于原发性甲状腺功能减退症或其他内分泌靶腺功能减退，因负反馈抑制解除，导致垂体增大，蝶鞍扩大，经甲状腺激素或其他激素替代治疗后，可形成空泡蝶鞍。

3. 脑脊液压力增高 外伤、感染、垂体瘤手术及放疗后等，引起鞍区蛛网膜粘连，局部脑脊液引流不畅，压力增高使蛛网膜下腔疝入鞍内。

4. 垂体疾病如垂体肿瘤梗死、脑卒中或退变，临床上可见鞍内疝与垂体肿瘤共存。继发于淋巴细胞性垂体炎、垂体囊肿破裂等可与蛛网膜下腔相通而出现本症。

三、临床表现

女性多见，占 80% ~ 90%。常见于中年以上较肥胖、高血压的多产妇女，可无症状或伴不同程度的头痛；少数有视力下降、视野缺损、脑脊液鼻漏及内分泌功能障碍（腺垂体功能减退，可呈轻度性腺和甲状腺功能减退、高泌乳素（PRL）血症、肢端肥大等，神经垂体功能一般正常）等，可伴有轻、中度高血压。部分病人可有精神异常和行为异常，可出现下丘脑综合征等表现。儿童可出现骨骼发育不良综合征。

四、临床注意事项与禁忌

（一）诊断方面

1. 注意询问和收集有关造成本症的病因资料 注意除外垂体肿瘤引起的慢性颅压增高症。

2. 典型的临床表现有助于本症的诊断 先天性鞍隔缺损者临床多不典型，必须行有关检查方可确诊。

3. 蝶鞍 X 线摄片、CT 及 MRI 检查对诊断有重要价值 CT

和 MRI 为无创性检查,可考虑选用,为安全起见一般不行气脑造影检查。疑有脑脊液鼻漏者可行放射性核素脑池造影检查。

4. 注意与垂体瘤鉴别 有时单纯根据临床表现及蝶鞍平片很难与垂体瘤鉴别,常需 CT 或 MRI 检查区别两病,以避免不必要的盲目垂体探查术及放射治疗。

5. 注意与慢性颅内压增高引起的蝶鞍扩大伴骨质破坏相鉴别。

6. 应注意本症血浆相关激素水平多正常,脑脊液中也测不到垂体激素,但垂体瘤患者其脑脊液中的垂体激素浓度升高。

(二) 治疗方面

1. 治疗目的 尽可能去除病因,纠正垂体或其靶腺功能以改善症状。

2. 据患者病变程度确定治疗方案 原发性者多无症状或症状轻微,不需特殊治疗,可以随诊观察。儿童患者务必定期追踪随访,了解内分泌功能改变及视野变化,如出现颅内压增高、视力下降或脑脊液鼻漏应进行手术治疗。

3. 伴有内分泌功能紊乱者可以纠正之(如腺垂体功能低下者用靶腺激素替代,高 PRL 血症者可用溴隐停抑制)。注意定期复查,使补充或替代治疗的剂量处于合适水平,防止过量或不足。

4. 并发垂体瘤要特别注意根据肿瘤的大小及性质,选择合适的治疗方案。

5. 如有视力、视野改变或脑脊液鼻漏则需手术探查或蝶窦入路手术修补,经蝶手术的术后并发症有报道为 7%,也可采取鼻腔镜手术治疗。注意手术禁忌证和恰当的术式选择。术后应进行相应的激素检测,做好术后的处理。

(杜建玲)

第三节 下丘脑垂体性闭经

一、概述

多种原因直接或间接影响下丘脑-垂体功能,导致下丘脑分泌促性腺激素释放激素(GnRH)以及腺垂体分泌促性腺激素(GnH)的功能低下或紊乱,从而影响卵巢功能,导致6个月以上的停经时,称为下丘脑垂体性闭经(hypothalamic-pituitary amenorrhea)。

二、病因及发病机制

(一) 下丘脑性闭经

1. 精神神经因素导致中枢神经系统、下丘脑功能失调影响垂体和卵巢功能。

2. 颅内器质性病变如PRL(泌乳素)瘤、颅咽管瘤、异位松果体瘤等肿瘤及炎症、创伤、血管病变等均可导致下丘脑功能紊乱而致闭经。

3. 药物 少数妇女服用抑制GnRH的避孕药、利血平、氯丙嗪、 α -甲基多巴、吗丁啉等亦可导致闭经和溢乳。

4. 下丘脑PRL释放抑制因子(FIF)分泌减少可导致垂体分泌PRL增多而泌乳闭经。

5. 多囊卵巢综合征、泌乳-闭经综合征及其他内分泌疾病如甲状腺功能亢进与减退、肾上腺皮质功能亢进与减退、糖尿病等都有可能干扰下丘脑-垂体-卵巢轴功能而导致闭经。

6. 慢性消耗性疾病 如结核病、严重贫血、营养不良、慢性肝病、慢性肾功能不全等。

(二) 垂体性闭经

1. 垂体瘤、炎症、手术外伤、产后大出血等均可使垂体GnH分泌减少而致闭经。

2. 原发性垂体促性腺功能低下也可致闭经,但罕见。

三、临床表现

1. 主要是闭经，可分为原发性闭经、继发性闭经，多伴有溢乳。

2. 导致下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴功能紊乱的原发病表现。

3. 部分病人有服用药物史、外伤手术史等病史。

四、临床注意事项及禁忌

(一) 诊断方面

1. 病史询问尤为重要，应首先除外生理性闭经或生殖器官本身疾病。注意了解精神因素、特殊药品的应用。

2. 各种功能试验对诊断具有不同的临床价值，应根据患者的具体情况合理选择。

(1) 药物撤血试验：如孕酮撤血试验和雌激素撤血试验可协助判断病变部位在下丘脑、垂体还是子宫。

(2) 卵巢功能检查：可用于鉴别闭经的原因是在卵巢还是在卵巢以外。

(3) GnRH 兴奋试验：了解垂体 LH 对下丘脑 GnRH 的反应。LH 升高 3 倍左右提示病因在下丘脑；LH 无反应、反应差，病因在垂体。有时垂体长期受抑可出现惰性反应，故一次注射 GnRH 无反应或反应迟钝，必须重复试验，以防误诊。

3. 垂体激素测定 FSH、LH、PRL 的测定有重要价值。20% 的本症患者血 PRL 升高，故闭经者应常规查血 PRL。

4. 注意除外甲状腺功能减退、甲状腺功能亢进、皮质醇增多症及多囊卵巢综合征等所致闭经。

(二) 治疗方面

1. 对精神、神经因素所致者，切忌单纯应用药物治疗。应注意使患者消除顾虑，去除紧张因素，停用可疑药物。

2. 如激素治疗调整下丘脑、垂体及卵巢功能，最好与妇科内分泌专家共同完成。

3. 腺垂体功能减退者应依据垂体 - 靶腺功能情况，采用甲