

临床常见用药误区解析丛书

内分泌科

常见用药误区解析

主编 董慧咏

资深临床药学和医学专家通力合作

“典型病例” 直击现实中的用药误区

“用药分析” 阐释用药误区导致的后果

“药师提示” 指点避免用药误区的妙招

“药物的合理选

优选方案



临床常见用药误区解析丛书

内分泌科常见 用药误区解析

 中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书为临床常见用药误区解析丛书之一。全书共6章,书中介绍了内分泌科常用药物的适应证、用法用量、功能主治及注意事项等一般用药知识;更经典的是,还针对各个药物,选取生动的临床实例,对病例处方进行用药分析,重点从不合理的联合用药、用药剂量、药物选择、使用方法、溶媒、配伍等方面解析用药误区,并给出改进方法、药物合理选择的建议。内容新颖而实用,准确而客观。本书会是内科医师(特别是内分泌科医师)、临床药师及护理人员工作中的好帮手。

图书在版编目(CIP)数据

内分泌科常见用药误区解析 / 董慧咏主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2010. 10

(临床常见用药误区解析丛书)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 4643 - 4

I. ①内… II. ①董… III. 内分泌病 - 用药法 IV. ①R580.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 050103 号

美术编辑 张 璐

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 710 × 1020mm $\frac{1}{16}$

印张 18 $\frac{1}{2}$

字数 302 千字

版次 2010 年 10 月第 1 版

印次 2010 年 10 月第 1 次印刷

印刷 三河市腾飞印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 4643 - 4

定价 29.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

丛书编委会

总主编 张淑慧

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 锐 刘 江 李成玲 李 玲

吴惠珍 张俊贞 邱 军 邱志宏

董振咏 董慧咏

市书编委会

主 编 董慧咏 刘瑞花
副主编 段晨初 胡亚欣 李玉芝
徐素芝 郑文武 周 岚
编 委 (按姓氏笔画排序)
刘瑞花 李玉芝 李 华
李雪梅 郑文武 郑树义
周 岚 胡亚欣 段晨初
徐素芝 董慧咏

药物是防治疾病、保障人类健康的重要武器,是临床治疗疾病最基本、应用最为广泛的手段。大多数医务人员对于一种药物能治疗哪些疾病或某种疾病可用哪些药物治疗,也许是比较熟悉的;然而,一种药物不能用于哪些患者或不能与哪些药物合用、有哪些不良反应和注意事项却往往被忽略,因此也就造成了使用中的误区。当前,药物误用或滥用的现象普遍存在。这个问题不解决,不仅会增加患者与社会的经济负担,而且还会延误治疗,造成不良后果,严重者甚至导致死亡。

临床如何合理用药,避免用药误区,不仅是关系到整个医药卫生行业的大事,更是关系到全社会民众身体健康的大问题,应当引起医药学界的高度重视。为此,我社在国家食品药品监督管理局的领导下,组织全国有经验的临床药学和医学专家编写了这套《临床常见用药误区解析丛书》,旨在更好地指导临床用药,帮助医务人员增强合理用药意识,避免用药误区。

本丛书按临床科室分为心血管科、呼吸科、消化科、神经科、血液科、儿科、内分泌科、肿瘤科、妇产科及骨科 10 个分册。在内容上,本丛书不同于以往的药学图书,变单调的理论讲述为理论知识与临床病例紧密结合,其中,“用药误区”版块是重点,“典型病例”、“用药分析”、“药师提示”及“药物的合理选择”是精髓。相信会对临床医师、药师、护理人员全面了解药物常识、获得实用的临床用药知识、避免用药误区有很好的启发或帮助。

本丛书的编写人员均为工作在一线的临床药师和医师,他们有着丰富的药理学知识和临床经验,本着严谨求实的态度,为丛书的编写做了大量的资料搜集、整理和论证工作,付出了很多心血,在此表示感谢。囿于编写时间有限,丛书中的疏漏及错误之处在所难免,欢迎批评指正,并恳请谅解。

中国医药科技出版社

2010 年 8 月

目 录 CONTENTS

第一章 总论	(1)
一、内分泌疾病的分类	(1)
二、内分泌疾病的治疗原则	(3)
三、内分泌疾病用药常见误区	(3)
四、内分泌疾病的合理用药	(6)
第二章 下丘脑 - 垂体疾病的用药与误区	(8)
第一节 概述	(8)
第二节 常用药物	(13)
一、治疗巨人症和肢端肥大症的药物	(13)
生长抑素 (13) 溴隐亭 (15) 奥曲肽 (18) 培高利特 (21)	
赛庚啶 (22) 兰瑞肽 (25)	
二、治疗生长激素缺乏症的药物	(27)
生长激素 (27)	
三、治疗尿崩症的药物	(31)
垂体后叶素 (31) 加压素 (34) 去氨加压素 (36) 卡马西平	
(38) 氢氯噻嗪 (43)	
第三节 下丘脑 - 垂体疾病用药的合理选择	(48)
第三章 甲状腺疾病的用药与误区	(52)
第一节 概述	(52)
第二节 常用药物	(56)

一、治疗甲状腺功能亢进的药物	(56)
丙硫氧嘧啶 (56) 甲巯咪唑 (60) 卡比马唑 (63)	
二、治疗甲状腺功能减退的药物	(65)
碘化钾 (65) 碘酸钾 (67) 甲状腺粉 (68) 左甲状腺素钠 (71)	
碘塞罗宁 (75) 促甲状腺素 (78)	
第三节 甲状腺疾病用药的合理选择	(79)
第四章 糖尿病的用药与误区	(85)
第一节 概述	(85)
第二节 常用药物	(88)
一、口服降糖药物	(88)
甲苯磺丁脲 (88) 氯磺丙脲 (90) 格列本脲 (92) 格列齐特 (101)	
格列喹酮 (108) 格列吡嗪 (110) 格列美脲 (115)	
二甲双胍 (118) 阿卡波糖 (124) 伏格列波糖 (130) 罗格列酮 (132)	
吡格列酮 (135) 瑞格列奈 (138) 那格列奈 (140)	
二、胰岛素及胰高血糖素	(143)
胰岛素 (143) 人胰岛素 (155) 低精蛋白锌胰岛素 (157) 赖脯胰岛素 (158)	
甘精胰岛素 (160) 门冬胰岛素 (162) 70-30 混合人胰岛素 (165)	
50-50 混合人胰岛素 (166) 胰高血糖素 (166)	
第三节 降糖药物的合理选择	(168)
第五章 肾上腺疾病的用药与误区	(172)
第一节 概述	(172)
第二节 常用药物	(175)
一、肾上腺皮质激素类药物	(175)
去氧皮质酮 (175) 氢化可的松 (176) 可的松 (183) 泼尼松龙 (185)	
泼尼松 (190) 曲安西龙 (198) 布地奈德 (199) 曲安奈德 (201)	
地塞米松 (202) 倍他米松 (211)	
二、促皮质素及皮质激素抑制药	(213)
米托坦 (213) 美替拉酮 (214) 促皮质素 (215) 氟鲁米特	

(217) 螺内酯 (220)	
第三节 肾上腺疾病用药的合理选择	(224)
第六章 性腺疾病的用药与误区	(227)
第一节 概述	(227)
第二节 常用药物	(234)
一、雄激素及同化激素	(234)
甲睾酮 (234) 丙酸睾酮 (236) 十一酸睾酮 (237) 达那唑	
(239) 苯丙酸诺龙 (241) 替勃龙 (242)	
二、雌激素及抗雌激素类药物	(244)
雌二醇 (244) 己烯雌酚 (246) 雌三醇 (248) 结合雌激素	
(250) 尼尔雌醇 (252) 黄体酮 (253) 甲羟孕酮 (255) 醋酸	
甲地孕酮 (257) 炔诺酮 (260) 炔诺孕酮 (263) 左炔诺孕酮	
(265) 孕三烯酮 (267)	
三、非激素类常用药物	(269)
西地那非 (269) 育亨宾 (271) 前列地尔 (272) 非那雄胺	
(275) 普适泰 (277) 坦洛新 (278) 特拉唑嗪 (279)	
第三节 性腺疾病用药的合理选择	(281)

第一章 总 论

内分泌系统包括内分泌腺及分布在某些脏器中的内分泌组织和细胞。内分泌腺及组织所分泌的活性物质称为激素。激素可以通过血液传递至全身，也可以通过组织扩散，作用于邻近组织，称为旁分泌；有的激素作用于自身细胞，称为自分泌。新陈代谢是人体生命活动的基础，包括物质的合成代谢和分解代谢过程。内分泌激素在神经系统的影响下，调节人体的新陈代谢过程、脏器功能、生长发育及生殖、衰老等生理过程，维持人体内环境的稳定。当内分泌腺及组织发生病变，分泌的激素增多、减少或异常时，则导致内分泌功能紊乱，产生内分泌疾病。

一、内分泌疾病的分类

根据不同的发病机制，如内分泌腺体异常、激素的分泌异常、由前激素转换异常、靶细胞对激素的反应异常等，内分泌疾病可分为以下四类。

1. 激素缺乏性疾病

(1) 内分泌腺体功能减退 可因内分泌腺体自身受外伤，肿瘤性破坏、感染、出血、自身免疫性损害等所致，即原发性内分泌腺功能减退。下丘脑或垂体激素缺乏，表现为靶器官（如甲状腺、肾上腺皮质、性腺）的功能低下，即继发性内分泌腺功能减退。先天性内分泌腺体的功能低下经常为激素合成障碍，偶为合成的激素结构异常，缺乏生物活性。例如一种罕见的糖尿病，血中胰岛素水平高于正常，但其氨基酸排列紊乱，没有生物活性。先天性激素合成障碍可以是部分性的，也可以是完全性的。

(2) 继发于腺体外因素所致的激素缺乏 例如前激素向激素转变障碍，加快激素降解、出现拮抗性物质，如相应抗体等。

(3) 激素的反应低下 在一部分内分泌腺体功能减退者，血激素水平正常，甚至偏高，这可能是由于出现抗受体抗体，封闭了受体，减少激素

与受体结合的机会；也可能是因受体结构异常或数量减少所致。例如假性甲状旁腺功能减退症，血浆甲状旁腺激素显著增高，但临床甲状旁腺功能明显低下；在肾病时可能对后叶加压素不敏感；肝病时对胰高血压糖素不敏感等。

2. 激素过多症候群

(1) 内分泌腺体功能过高 各种原因所致的腺体增生或功能性腺瘤可能引起内分泌腺体功能过高。这种功能性腺瘤（包括功能性腺瘤）均分化较好。腺体增生多因上一级腺体功能亢进所致，即所谓继发性内分泌激素过多症。

(2) 异位性产生激素的肿瘤 由于肿瘤细胞能自主性分泌激素或有激素活性的类似化合物，故可引起相应的临床表现。可以由单基因（ACTH，生长激素、泌乳素、甲状旁腺激素、降钙素、胃泌素、红细胞生成素等）和双基因（如绒毛膜促性腺激素、促黄体素、促卵泡素等）异常所致。虽然多种外胚叶肿瘤细胞可以产生此类异常的生物活性物质，但主要为有摄取胺前体和脱羧作用（APUD）的细胞。多见于肺燕麦细胞癌、类癌、胸腺瘤等。

(3) 医源性激素过多 在用激素或其衍生物以超过生理剂量治疗疾病时可以导致医源性激素过多综合征。

(4) 靶组织敏感性高 少见。例如甲状腺功能亢进症者会有一些组织的儿茶酚胺受体的敏感性增高，而合并心房纤颤经常为心脏已有异常改变者。

(5) 自身免疫性疾病 一些自身免疫性抗体与受体结合，有类似激素的作用，最常见的如 Graves 病中刺激性抗体可以引起甲状腺功能亢进症；较少见的有胰岛素受体抗体，可以出现类似胰岛素过多的临床表现。

(6) 继发于全身性疾病的激素高分泌状态，系正常的内分泌腺体受到过量的生理性或病理性刺激所致。例如伴腹水的肝硬化、充血性心力衰竭及肾病综合征时的醛固酮增多，尿毒症时的甲状旁腺激素增多等。

3. 内分泌腺体综合征 Schmidt 综合征系两个或更多腺体同时发病的功能减退性疾病，可能与免疫紊乱有关，可以包括胰岛、甲状腺、肾上

腺、甲状旁腺和性腺。由于增生、腺瘤、腺癌所致而呈功能亢进者称为多发性内分泌腺瘤病。一般分为三型。MEN I 型（Wermer 综合征）包括甲状旁腺、胰岛、垂体、肾上腺皮质和甲状腺功能亢进。MEN II 型（Sipple 综合征）包括嗜铬细胞瘤（可能为双侧和肾上腺外分布）、甲状腺髓样癌和甲状旁腺增生。MEN III 型包括甲状腺髓样癌、嗜铬细胞瘤和神经瘤等。这三型多呈家族性，病因机制不明。

4. 不伴有激素紊乱的内分泌腺体疾病 不伴有激素紊乱的内分泌腺体疾病包括非功能性肿瘤，如癌、囊肿、炎症等。

二、内分泌疾病的治疗原则

1. 激素不足者应补充生理剂量的相应激素 在补充激素的同时，可采取其他措施以维持体内环境的稳定。例如甲状旁腺功能不全时可以用补充钙剂和维生素 C 治疗；肾上腺皮质功能不全时可以用高钠饮食作为辅助治疗。

2. 激素过多应尽可能根治 但这不是每例均能做到。方法有：①手术切除导致功能亢进的肿瘤或增生。②药物治疗抑制激素的合成和释放，如硫脲类药物治疗甲状腺功能亢进症，溴隐停和溢乳停治疗泌乳素瘤和肢端肥大症，赛庚啶治疗库欣病。③以靶腺激素反馈抑制促激素的合成与分泌，如甲状腺激素抑制促甲状腺激素，皮质醇抑制促肾上腺皮质激素，雌激素或雄激素抑制促性腺激素等。④化学治疗不能手术的患者，如以双氯苯二氮乙烷（O,P-DDO）治疗肾上腺皮质癌，以链脲霉素治疗胰岛 β 细胞瘤等。⑤采用某些激素调节或纠正代谢异常，如睾丸酮等同化激素治疗皮质醇增多症的负氮平衡等。⑥放射治疗抑制其分泌功能。

3. 病因治疗 例如突眼症可以用免疫控制剂治疗，肾上腺皮质结核所致的慢性肾上腺皮质功能不全应给予抗结核治疗。

三、内分泌疾病用药常见误区

合理用药涉及多方面的内容，主要包括与药物相关的内容，如药物的选择、药物的剂量、使用方法、联合用药等；与患者相关的内容，如患者

的病情、身体素质、个体特点等。通过合理用药，充分发挥药物防治疾病的作用，保证安全、及时、有效地减轻患者的痛苦，以尽可能少的代价实现最佳治疗效果。但在我们实际临床用药中，还存在很多误区，归纳起来有以下几种表现。

（一）配伍不合理

1. 药理性拮抗 举例如下。①格列本脲 + 糖皮质激素：糖皮质激素可通过对肝脏和周围组织的作用促进糖异生。在肝脏，它们发挥酶诱导作用；在周围组织，它们可动员多种组织中的氨基酸，同时又阻止周围组织对葡萄糖的摄取，从而引起血糖升高。糖皮质激素长期治疗后，胰高血糖素血浓度升高，也有助于增加葡萄糖的合成。两者合用，糖皮质激素可减弱格列本脲的降血糖效果。②格列齐特 + 氢氯噻嗪：氢氯噻嗪属噻嗪类利尿药，能直接抑制胰岛 β 细胞的功能，抑制胰岛素的分泌，使血浆胰岛素水平下降，血糖升高。两者合用，氢氯噻嗪可减弱格列齐特的降血糖效果。③烟酸 + 胰岛素：烟酸可增加胰岛素抵抗，使机体对高血糖刺激的反应性下降，或引起肝实质损害，从而导致胰岛素的降糖疗效下降。对于已有糖尿病或糖耐量异常的患者，烟酸容易引起暂时性血糖升高。

2. 减少吸收，降低疗效 举例如下。①阿卡波糖 + 地高辛：阿卡波糖为 α -葡萄糖苷酶竞争性抑制剂，其降糖作用的机制是抑制小肠壁细胞，且与 α -葡萄糖苷酶可逆性地结合，抑制酶的活性，从而延缓碳水化合物的降解，造成肠道葡萄糖的吸收缓慢，降低餐后血糖的升高。当两者合用时，由于阿卡波糖吸附了地高辛分子，而使地高辛在肠道吸收的过程中浓度下降。②蒙脱石散 + 二甲双胍：思密达含天然双八面体蒙脱石微粒，能覆盖胃肠道黏膜，增强黏膜屏障，清除致病菌及毒素，扶植肠道正常菌群，减少肠道敏感性等作用。同服二甲双胍，可被思密达吸附随粪便排出体外，而且思密达在肠道形成保护膜，使二甲双胍不能发挥有效作用。

3. 降低疗效，加重副作用 举例如下。①胺碘酮 + 美托洛尔：胺碘酮为延长动作电位药，对窦房结及房室传导系统有明显抑制作用。美托洛尔为 β 受体阻滞剂，能减慢心率，降低心肌收缩力与输出量，作用于窦房

结,使其自律性降低,房室传导减慢。两药合用,作用相加,可加重窦性心动过缓及房室传导阻滞。②普罗帕酮+美托洛尔:普罗帕酮作用于心肌细胞,有膜稳定作用及竞争性 β 受体阻断作用,延缓心电传导,用于室性、室上性早搏及心动过速。美托洛尔是一种对心脏有高度选择性的 β 受体阻断剂,同样适用于上述症状。二者合用易产生协同作用,出现心动过缓房室传导阻滞。③地高辛+速尿:地高辛为强心苷药,临床用于治疗心力衰竭,速尿为强效排钾排钠药,可造成体内血钾离子下降,使地高辛对心肌的应激性上升,引起地高辛中毒。④地高辛+硝苯地平:硝苯地平为钙离子拮抗剂,能改变肾小管对地高辛的分泌及重吸收,使地高辛血药浓度增加24%~45%,易引起心律失常。⑤卡托普利+螺内酯:卡托普利是血管紧张素转换酶抑制剂,能减少醛固酮的生成,增高血清钾。螺内酯为利尿药,作用于肾脏远曲小管,受体与醛固酮竞争,抑制钠泵,使钠钾交换减少,钾的排泄减少。当二药合用时,血清钾就会明显升高而导致钾中毒。⑥阿司匹林+格列本脲:阿司匹林与格列本脲竞争血浆蛋白结合部位,使格列本脲游离浓度增加,易发生低血糖。

4. 同类药物联用或重复用药,毒副作用增加或造成浪费 举例如下。

①消渴丸+格列本脲:格列本脲主要的不良反应为低血糖。消渴丸每10丸(2.5g)含格列本脲2.5mg。消渴丸与格列本脲联合应用,极易诱发低血糖。②维拉帕米+尼莫地平+硝苯地平:三者均为钙离子拮抗剂,同服后会出现明显心悸、头痛、血压过低等不良反应。③福辛普利钠+贝那普利:两药均为血管紧张素转换酶抑制剂,用于治疗高血压,并用时会使不良反应头晕、咳嗽加重。④糖适平+优降糖、达美康+参氏降糖颗粒:同属磺酰脲类降糖药,合用易发生低血糖危险。

5. 配伍禁忌 举例如下。①维生素C+胰岛素:维生素C与胰岛素存在配伍禁忌。维生素C的pH为2.5~3.5,胰岛素pH为6.0,两者同瓶静脉滴注,维生素C因烯醇结构极易去氢,与胰岛素发生氧化还原反应,会使药物失效,影响治疗。②地塞米松+甘露醇:地塞米松为磷酸酯的钠盐注射液,内含0.2%亚硫酸钠,与过饱和20%甘露醇注射液混合,可使甘露醇发生盐析反应。一旦液体中析出结晶,会对患者造成一定的危险。

③葡萄糖酸钙 + 地塞米松：葡萄糖酸钙注射液与地塞米松磷酸钠注射液接
续静脉输液时，输液管内出现混浊现象。实验证实葡萄糖酸钙与氧化剂、
枸橼酸盐、可溶性碳酸盐、磷酸盐及硫酸盐存在配伍禁忌，可生成不溶性
的钙盐沉淀，合用时甚至可危及生命。

（二）药物用法不合理

1. 用药剂量不准确，给药剂量不足或剂量偏大 例如格列美脲片每日
只需服一次，起始剂量为 1mg 或 2mg，1 日 1 次，即使正在使用最大剂量
的其他口服降糖药时也应如此。不能采用 1 日 2 次。如漏服一次药量，也
不可于下次服药时以大剂量来纠正。

2. 给药时间不合理 例如正常人肾上腺皮质激素的分泌有昼夜节律
性，这种节律性在糖皮质激素较为明显。凌晨血药浓度开始上升，醒后起
床达高峰（上午 6 ~ 10 时血药浓度可达 $20\mu\text{g}/100\text{ml}$ 左右），随后缓慢下
降，至入睡后的最初阶段降至最低水平（午夜 12 时血药浓度降至 $5\mu\text{g}/$
 100ml 左右）。糖皮质激素的这种昼夜分泌节律性，为临床的最佳用药方式
（每日早晨用较大剂量）提供了理论依据。而多次分服，则容易出现不良
反应，且可使 HPA 轴经常处于被抑制状态，停药时也易产生撤药反应。

3. 药品保管不正确 例如对于胰岛素的保存，一般来说，未开启的胰
岛素笔芯可储存在 $2\sim 8^{\circ}\text{C}$ 环境下（冰箱内），开启后装入胰岛素笔内的笔
芯在室温下（ $<25^{\circ}\text{C}$ ）可保存 1 个月左右不会失效。使用胰岛素笔时，每
次用完后不要再放入冰箱，以免药物太凉加重对局部的刺激，而且反复的
温度变化可使笔芯中产生气泡，影响胰岛素量的准确性，时间一长还会使
胰岛素笔发涩不好用。另外，冰箱内外温差大还会使胰岛素笔漏液情况加
重，影响胰岛素的使用。综合考虑，不建议将胰岛素放入冰箱保存，更不
能放入冻层储存。

四、内分泌疾病的合理用药

目前，治疗内分泌疾病的药物繁多，如何选择药物治疗，是临床医生
面临的重要问题。选择了符合患者疾病具体情况的治疗方案，将会及时、

有效地控制病情，使患者早受益。所以，在明确疾病诊断之后，选择治疗方案要注意以下方面的具体情况。

1. 诊断要明确。通过鉴别诊断后使诊断明确，包括病因诊断、功能诊断以及并发症的诊断，明确了这几方面的问题，治疗才能做到有的放矢。

2. 根据患者疾病的复杂程度选择用药。如为单发疾病，治疗方案可以从单药开始，或根据相关指南实施；如果有并发症，则要综合判断，选择合理的联合用药方案。

3. 根据患者既往对原治疗方案的反应考虑用药。如糖尿病患者接受联合口服降糖药物治疗但血糖控制不良，则要考虑目前患者是否存在药物继发性失效，是否需要更改治疗方案。

4. 如患者在治疗中出现了急性并发症，应根据病情及时调整治疗方案。

5. 对有些疾病的治疗，目前国际和国内出台了相关的治疗指南，在我们选择治疗方案时，起到了指导作用。如糖尿病治疗指南，我们可以根据指南对2型糖尿病进行生活方式干预，如血糖未达标，则要根据指南，结合患者的具体病情选择应用降血糖药。

在做到诊断明确的同时，根据患者的具体病情选择适合患者的治疗，会起到事半功倍的作用，合理地用药可以使患者很快受益，控制病情，减少了由病情波动、控制不良所带来的不良后果；同时，提高了治疗水平，减少了费用，减轻患者的经济负担，提高了患者的生活质量，这是我们医务工作者所期望的。

第二章 下丘脑 - 垂体疾病的用药与误区

第一节 概 述

下丘脑疾病是由于多种原因导致下丘脑功能受损而引起的一组疾病，主要特点是内分泌功能紊乱与自主神经功能失调。下丘脑既是一高级自主神经中枢，也是一功能复杂的高级内分泌中枢。下丘脑与垂体功能、性腺活动、体温调节、食欲控制及水的代谢均有极密切的关系。下丘脑 - 垂体疾病主要有下丘脑综合征、垂体瘤、巨人症和肢端肥大症、泌乳素瘤和高泌乳素血症、腺垂体功能减退症、生长激素缺乏症、尿崩症等。

（一）下丘脑综合征

下丘脑是大脑皮质下自主神经和内分泌的最高中枢，是下丘脑 - 垂体 - 性腺轴的控制中心，因此下丘脑的病变可引起机体内分泌功能紊乱。下丘脑综合征（HTS）系下丘脑的各种病变引起的一组以内分泌代谢障碍为主、伴自主神经系统功能紊乱的症候群，包括睡眠、体温、进食异常及性功能障碍、尿崩症、精神异常等。

【治疗原则】

1. 病因治疗 对肿瘤可采取手术切除及放疗；对炎症选用抗生素；由药物引起的立即停用有关药物；全身其他疾病影响所致者应治疗原发病；精神因素引起者需进行精神治疗。

2. 特殊治疗 有垂体前叶功能减退者可根据靶腺功能减退程度补充各项激素，行药物替代治疗；尿崩症可用双氢克尿噻、安妥明，重者需肌注尿崩停；溢乳者可用溴隐停治疗；对促性腺激素不足引起的生殖无能症，可用绒毛膜促性腺激素联合丙酸睾丸酮治疗；Kallmann 综合征可采用脉冲