

闭经溢乳综合症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E9_97_AD_E7_BB_8F_E6_BA_A2_E4_c22_303940.htm 名称闭经溢乳综合

症所属科室妇产科病因 一、垂体病变 分泌PRL的腺瘤比较多见。1951年Forbes-Albright提出，由垂体肿瘤引起的闭经溢乳病例与妊娠无关。自1970年以来，由于血PRL可经放免测定及与CT扫描的问世，垂体微腺瘤（pituitary microadenoma）（直径 < 1cm）能获得早期诊断，因而有关垂体肿瘤导致高PRL血症（hyperprolactinaemia）以及闭经溢乳的报道日益增多。垂体肿瘤产生高PRL血症的机制可能是： 肿瘤是由分泌催乳素的细胞组成，这些细胞不受下丘脑PIF的控制而自主地分泌PRL； 垂体肿瘤增大压迫垂体柄，使下丘脑的PIF运送受阻，因而到达垂体的量减少，以致垂体分泌过量的PRL。高PRL血症直接引起溢乳，并间接地通过抑制促性腺激素的分泌与卵巢的功能而导致闭经。Blackwell报道100例A-G综合征，其中33%合并有垂体肿瘤。重庆医科大学报道65例A-G综合征，其中确诊为垂体肿瘤者50例，占76.9%。此外颅咽管瘤以及一些所谓rdquo.患者也可能伴有泌乳和高PRL血症，这可能是由于下丘脑和 / 或垂体柄受压所致。 二、药物的影响 较长期服用利血平或氯丙嗪、酚噻嗪、吗啡等药物可导致闭经溢乳，其机理是这些药物通过改变多巴胺的产生、吸收和代谢，从而抑制PIF的释放，以致PRL分泌过多，引起闭经溢乳。口服避孕药也可引起溢乳与闭经，可能是因为避孕药中含雌、孕激素，通过对下丘脑的负反馈作用，使PIF与LRH减少，而雌激素亦可直接作用于垂体催乳素细胞，从而引起垂

体分泌的PRL增高与促性腺激素减少，出现闭经与溢乳。此种情况一般为一时性的，在停止用药半年内恢复正常。最近有人报道在口服避孕药同时有溢乳的妇女中有25%可发生PRL分泌腺瘤。Sherman认为口服避孕药可促使隐性微腺瘤发展。对口服避孕药引起的A-G综合征，如在停药半年后仍不恢复，且经克罗米酚或促性腺激素治疗无效时，应警惕垂体微腺瘤的存在。

三、产后溢乳（Chair-Frommel syndrome）多数作者认为这种情况可能是功能性的，是由于妊娠而引起下丘脑-垂体的功能紊乱，持续产生过量的PRL，并抑制促性腺激素的分泌，最终导致长期的溢乳与闭经，且伴有生殖器萎缩。但也有人报道产后溢乳者可在产后数年后发生垂体肿瘤，而垂体肿瘤患者中31%有产后溢乳史，因而认为产后溢乳不一定是功能性的，应严密随访，以期及早发现垂体腺瘤。

四、原发性甲状腺功能低下 甲低时甲状腺素分泌减少，解除了对下丘脑与垂体的抑制作用，TRH分泌增多，而TRH不仅能刺激促甲状腺素TSH的分泌，也刺激PRL分泌。

五、特发性闭经溢乳综合征 这种情况与妊娠无关，也没有明显的垂体肿瘤存在，而是由于下丘脑-垂体功能障碍所引起的闭经溢乳。外界刺激的应激反应可造成一时性溢乳。如手术创伤、麻醉、精神抑郁、假孕等的精神因素，可通过大脑皮层，作用于下丘脑-垂体，引起血PRL增高与FSH降低而出现闭经与溢乳。有人认为所谓的特发性闭经溢乳，其中有一部分可能是由于潜在性垂体肿瘤所致，故应定期随访以明确诊断。

六、其他原因 原发性甲亢、长期吸吮乳头、肾功能不全、支气管癌等均可引起高PRL血症。

临床表现 一、闭经 患者可诉长期闭经，或月经稀发，闭经的期限可自数月至10余年不等。二

、溢乳患者可有自发性溢乳，但有些患者则需挤压乳房后才获得小滴乳汁。溢乳期限可长达数月甚至数年。三、不孕 A-G 综合征伴有高 PRL 血症患者中常患原发不孕。四、更年期症状 部分患者由于雌激素水平低落，可出现面部阵发性潮红、性情急躁、性欲减退、干燥、性交困难等更年期症状。五、其他 如合并有较大的垂体肿瘤，或肿瘤已压迫视神经交叉时可出现头痛、复视、偏盲、视力减退等症状。如伴有其他疾病时，可出现甲低、肢端肥大症或柯兴综合征等症状。

诊断

一、病史 多数患者常以闭经为主诉而就诊。对非哺乳期妇女应询问是否有自发性溢乳，并应询问曾否服用过氯丙嗪、利血平或口服避孕药等。也应了解患者有无原发性甲低、手术创伤等病史。

二、体格检查 注重有无肢端肥大症或柯兴综合征的体征；对乳房的检查极为重要，检查者需用手挤压双侧乳房了解有无溢乳；妇科检查时应注重生殖器有无萎缩。

三、内分泌检查

(一) 卵巢功能检查 包括连续***涂片、宫颈粘液、基础体温以及血清雌二醇与孕酮含量的放射免疫测定，从而了解雌、孕激素水平。患者一般都显示无排卵及雌激素水平低落。

(二) 垂体功能检查 包括测定血清中 FSH、LH 与 PRL 水平。A-G 综合征患者的 FSH，多数是正常的，如 FSH_{mu.g}，15 分钟后测血 PRL 水平，可增至 0.16nmol/L 以上，比基础值高 2 倍以上，但垂体肿瘤患者 TRH 的释放效应低于正常。

2. 氯丙嗪兴奋试验 肌注氯丙嗪 25~50mg 后，一般在 60~90 分钟内 PRL 增加一倍，可持续 3 小时。阳性结果表示高 PRL 血症可能系功能失调所致，垂体肿瘤患者分泌激素有一定自主性，较少受刺激影响。

3. 灭吐灵 (metoclopramide 简称 MCP) 试验 MCP 是普鲁卡因酰胺衍生物，系多巴胺拮抗

剂，作用于下丘脑和垂体水平的DA受体而刺激PRL释放。垂体PRL分泌瘤患者口服或静注MCP10mg试验，PRL反应峰值仅为基值的1/4，而正常人则PRL反应峰值达基值3倍以上。4

·左旋多巴试验 正常人口服-多巴500mg，2~3小时内血PRL的水平明显下降至 $< 4\text{ng/ml}$ 。如无明显下降，表示PRL的分泌具有自主性而无抑制控制，在这种情况下垂体肿瘤存在的可能性较大。

四、X线检查

(一)侧位颅平片 通过X线摄侧位颅平片，可以了解蝶鞍部有无异常，从而对垂体是否有肿瘤提供初步线索，但微腺瘤往往不能在片中加以显示，故对A-G综合征伴高PRL血症患者，如蝶鞍片无阳性发现，应进一步作多相断层摄影。

(二)蝶鞍多相断层摄影 (sellar tomography) 这是一种发现垂体肿瘤的较可靠的方法。如有蝶鞍底板斜度不对称及鞍底下壁的不对称损害提示有微腺瘤存在。如常规X线片已发现蝶鞍部有异常时，则断层摄影可显示更精确的改变。

(三)海绵间窦造影检查 (intercavernous sinus venography) 唐文渊等指出这种检查是诊断垂体微腺瘤的一种极灵敏和可靠的方法。对常规X线检查与CT扫描均不能被发现的直径 $< 5\text{mm}$ 的肿瘤，海绵间窦造影往往已出现明显的改变，表现为：鞍内肿瘤可使一个或几个间窦(下、前间窦)显影中断；小的鞍内肿瘤可只改变一个或几个间窦的一段口径，使之变小；各间窦可因移位而丧失它们间的正常平行弧线关系；颈内动脉虹吸段内侧的海绵窦(静脉条带strip)因肿瘤压迫可变尖、狭窄或消失。

(四)电子计算机体层检查 这种检查方法可确定肿瘤是否已向鞍上扩展，以及扩展的程度，其精确度胜过脑血管造影。此外，此法还可判定局部有无坏死、囊变和出血以及有

否蝶鞍空虚。如CT提示有蝶鞍空虚，则应进一步作气脑造影（pneumo-encephalography）。但CT对诊断鞍内病变价值有限，因其对微腺瘤或向下生长为主的垂体瘤的诊断不如断层摄片可靠。

五、视野检查 较大的垂体肿瘤可压迫视神经、视交叉和视束而产生视野缩小、偏盲等现象。视野检查应列为疑有垂体肿瘤患者的常规检查。

治疗 一、病因治疗 由于原发甲低所引起的闭经溢乳、高PRL血症，可用甲状腺素替代治疗；由药物引起的，停药后症状自然消失；如发现垂体肿瘤，可行手术切除或给予溴隐亭药物治疗。

二、药物治疗（一）溴隐亭 目前临床使用的溴隐亭即2-溴- α -粒子及 ^{90}Y 和 ^{198}Au 放射性同位素垂体植入等四种。一般采用 ^{60}Co 常规照射，每周4~5次，每次放射量约为1.8Gy，共4~5周，总量为45~50Gy（4000~5000rads）。放射治疗的效果肯定，可改善溢乳，但降低PRL水平的作用较手术治疗缓慢。如于术后加用放疗，可降低复发率。放疗后的并发症可能有垂体功能低下、视神经损伤、暂时性尿崩症等情况。垂体PRL腺瘤的处理，目前公认最有效的治疗方案为经蝶显微手术或溴隐亭药物治疗，二者均能获得良好效果。我们认为一般应首选手术治疗，术后观察6个月，如仅恢复无排卵月经，或仍有溢乳与/或高PRL血症，可加用溴隐亭治疗。如患者对手术有顾虑，则可单纯选用溴隐亭治疗。二者治疗效果均较好，但前一种方法溴隐亭的用药量少，更经济些。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com