DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.04.030

个案与短篇

糖尿病伴垂体出血（附一例报告）

张忠辉 王富华 叶绍珍 （第一附属医院 内分泌科）

糖尿病伴垂体出血是糖尿病罕见的合并症。我院近期收治一例经CT所证实，现报道如下。

病 理 摘 要

尹某，女、57岁，住院号89821。多饮多食多尿五年，神志不清4天入院。曾于1982年11月因三多症状住我院，诊断为糖尿病。有高血压史10年。近年来糖尿病控制不佳，门诊空腹血糖400～200mg/dL。入院前4天突觉头痛头晕，家人见患者精神萎糜、谵言，测血压230/? mmHg。当时无呕吐抽搐、意识及运动障碍。次日头痛加剧而卧床，呈嗜睡状态持续三天送我院。体查：T 39℃、P 120次/min、R 24次/min、BP 150/70mmHg。昏睡状、重病容、脱水貌、皮肤弹性差。压眶、角膜、吞咽反射存在。双眼球居中，瞳孔等大约3mm，对光反射迟钝。面肌对称、无咀角邪歪。心界左下扩大，双肺未闻罗音。腹软，肝脾不大。四肢肌力正常，膝反射弱，克氏征（－），未引出病理反射。

实验室检查：血、尿、粪常规，肝功能及血清电解质均正常。血糖420～212mg/dL，糖化血红蛋白17%，尿糖（卄），尿酮（－）。血沉65mm/h，尿酸9.4mg/dL，血培养（－），血脂浊度（±）、胆固醇210mg/dL、甘油三酯196mg/dL、β-脂蛋白484mg/dL。脑脊液除见少许红细胞外，压力和常规正常，糖75mg/dL、蛋白质96mg/dL。眼底检查：视网膜未见出血、渗出，双视盘边界清楚，有Ⅰ级动脉硬化征。清醒后粗测视野无缺损。心电图示：完全性左束枝阻滞，左室肥大伴劳损、心肌缺血。胸片示心影呈主动脉形。头颅正侧位片除松果体钙化外余未见异常。CT检查：平扫见蝶鞍内密度高低不均的高密度影，边界不清；蝶鞍骨质未见异常。两天后经静注泛影葡胺作增强CT扫描，病灶密度改变不大，考虑为垂体病变以出血可能性大。两周后查血清PRL 5 ng/ml，LH 21min/ml、FSH 14.5min/ml。总T_4 6.2μg/dL、总T_3 0.67ng/ml、TSH 2.7μIu/ml。皮质醇节律：8:00、16:00、24:00，次晨8:00，分别为1.5、1.4、2.0、1.9μg/dL。血嗜酸细胞计数584/mm³，24h尿17-OH、17-KS分别为0.85，1.1mg。两天静滴ACTH兴奋试验：当日17-OH、17-KS分别为3.5、2.6mg，次日为9.4、4.0mg，显示为低弱延迟反应。血、尿β_2-微球蛋白分别为6.1、0.12μg/dL。

临床诊断为糖尿病伴垂体出血、垂体前叶功能减低、高血压性心脏病。

治疗经过：经静脉补液、小剂量输注胰岛素控制糖尿病，20%甘露醇、地塞米松、止血药物及支持治疗。入院后第三天体温控制正常，由昏睡转为意识模糊。第四天嗜睡状，答话不切题，能述头痛。第七天意识清楚。加用潘生丁、复方丹参、消心痛等治疗，症状进一步缓解。半月后空腹血糖<100mg/dL，24h尿糖0.3 g。饮食正常，生活逐能自理。一个月复查CT增强扫描，原鞍内高密度影完全消失，鞍区形态、大小均无异常。

讨 论

现多认为：垂体卒中是垂体腺瘤内出血、梗塞、坏死而致瘤体突然膨大肿胀，压迫蝶鞍周围结构引起头痛、视力障碍和眼肌麻痹等为特征的急性征候群。其他疾病如产后低血容量、糖尿病、高血压、甲旁减、结核等也可引起垂体出血，但不一定发生垂体卒中。因为这类病人增大的垂体被限制在蝶鞍之中，压迫不到蝶鞍周围结构[1]。临床上也无视力障碍、眼肌麻痹、颅内高压的表现，在CT用于临床之前罕有生前诊断的报告[2]。

垂体出血所致下丘脑－垂体功能紊乱，蛛网膜下腔出血等可引起体温调节障碍、低

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

血压、意识不清等。这些异常还可能与垂体前叶功能急性衰竭引起的肾上腺危象征候群有关[1,3]。本例所作内分泌学检查结果示血皮质醇降低，节律失常，尿17-OH，17-KS减低，ACTH试验呈低弱延迟反应；血T_3、T_4偏低；LH、FSH均低于绝经妇女水平；以及病后对降糖药物敏感均提示有垂体前叶受损所致的靶腺功能不足。本例突发意识障碍、持续中枢性高热、血压较病前明显下降、具有实验检查所示内分泌功能紊乱；两次CT均示鞍内高密度影象，而治疗恢复后CT异常完全消失，符合糖尿病并垂体出血的诊断。临床可排除诱发糖尿病昏迷的常见病因如酮症酸中毒、高渗性昏迷、乳酸中毒、脑卒中、感染性休克、低血糖等。前后三次CT均无垂体腺瘤的依据，故亦可摒除腺瘤出血[4]。

本例发病可能为糖尿病性微血管病变和高血压动脉硬化所促成的垂体血管病变而导致的垂体出血。

本例提示糖尿病控制不良者突发头痛、意识障碍、高热等。若不能以常见的合并症来解释时，有必要考虑垂体出血。及时CT和后续的内分泌检查有助于明确诊断。处理上积极谨慎地控制糖尿病、酌情给予激素替代治疗，可以防止病人死于垂体危象或伴发Houssay氏综合征。

参 考 文 献

1. Cardos ER, et al. Pituitary apoplexy. Neurosurgery 1984; 14(3):363
2. Bilous RW, et al. Severe diabetic microangiopathy with normal glucose tolerance and piuitary infarction. Br Med J 1983; 287(6400):1168
3. 何戒华，等。垂体血管异外。中华内科杂志 1983；22(4):428
4. 曹丹庆，等编。实用CT诊断学。第1版，北京：计量出版社 1985；93～96
5. 薛志新，等。糖尿病并发垂体前叶功能减退症。中华内科杂志 1960；8(6):517

（上接第428页）

疡患者，应在密切随访的前提下，试用H_2受体拮抗剂如甲氰咪胍或呋喃硝胺治疗。如疗效不佳，应建议手术治疗。这与Taszewski等[3]的意见一致。

参 考 文 献

1. Mistilis SP, et al. Ann Intern Med 1963: 59:155
2. Segal I, et al. S Afr Med J 1977:52:724
3. Taszewski R, et al. Gastrointestinal Endoscopy 1982:28:134

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