

以心包积液为首发症状的腺垂体功能减退延误诊断1例分析

黄彩艳¹, 黄 莺¹, 陈壮森¹, 王闪闪¹, 万 杰¹, 阎德文², 冯 琨^{1*}

¹南方医科大学坪山医院(深圳市坪山区人民医院)内分泌科, 广东 深圳

²深圳市第二人民医院内分泌科, 深圳大学第一附属医院, 深圳大学健康科学中心, 深圳市代谢性疾病临床医学研究中心, 深圳市糖尿病防治中心, 广东 深圳

收稿日期: 2025年5月11日; 录用日期: 2025年6月5日; 发布日期: 2025年6月11日

摘 要

目的: 分析一例腺垂体功能减退症合并大量心包积液致垂体危象患者的病例特点, 讨论误诊原因。方法: 对曾误诊1例腺垂体功能减退症合并大量心包积液致垂体危象患者的临床资料进行回顾性分析原因。结果: 女性患者, 57岁, 因“气促、咳嗽2年, 头晕、乏力1周”入院, 患者2年前因气促、咳嗽在湛江市某三甲医院心内科住院诊断“大量心包积液、心衰、甲功异常”, 对症治疗后好转, 出院后未随诊。1周前出现头晕、乏力, 活动后胸闷、心悸、气促, 我院门诊测血压低至68/47 mmHg, 血糖低至2.4 mmol/L, 完善检查后诊断: 腺垂体功能减退症、大量心包积液、垂体危象, 治疗予氢化可的松300 mg qd治疗, 逐渐减量, 加用左甲状腺素钠片小量口服, 同时抗感染、对症支持治疗, 症状好转。出院后改为口服泼尼松上午10 mg, 下午2.5 mg, 左甲状腺素钠片50 μg qd。1个月后复查心包积液消失。结论: 腺垂体功能减退患者以心包积液为首发表现, 其临床表现缺乏特异性, 容易漏诊, 本例患者延误诊断至少2年, 回顾其诊治经过发现主要误诊原因为: 1) 临床医生缺乏对继发性甲状腺功能减退及腺垂体功能减退症的认识, 未能及时完善检查以明确诊断指导治疗; 2) 症状缺乏特异性; 3) 患者依从性问题: 对患者教育欠缺, 患者未能按时复诊追查病因。

关键词

垂体危象, 大量心包积液, 腺垂体功能减退症, 误诊

Analysis of 1 Case of Delayed Diagnosis of Adenohypopituitarism with Pericardial Effusion as the First Symptom

Caiyan Huang¹, Ying Huang¹, Zhuangsen Chen¹, Shanshan Wang¹, Jie Wan¹, Dewen Yan², Kun Feng^{1*}

*通讯作者。

文章引用: 黄彩艳, 黄莺, 陈壮森, 王闪闪, 万杰, 阎德文, 冯琨. 以心包积液为首发症状的腺垂体功能减退延误诊断1例分析[J]. 临床医学进展, 2025, 15(6): 671-676. DOI: 10.12677/acm.2025.1561775

¹Department of Endocrinology, Pingshan Hospital of Southern Medical University (Pingshan District People's Hospital of Shenzhen), Shenzhen Guangdong

²Department of Endocrinology, Shenzhen Second People's Hospital, The First Affiliated Hospital of Shenzhen University, Health Science Center of Shenzhen University, Shenzhen Clinical Research Center for Metabolic Diseases, Shenzhen Center for Diabetes Control and Prevention, Shenzhen Guangdong

Received: May 11th, 2025; accepted: Jun. 5th, 2025; published: Jun. 11th, 2025

Abstract

Objective: To analyze the characteristics of a patient with adenoypopituitarism complicated by massive pericardial effusion and pituitary crisis, and to discuss the causes of misdiagnosis. **Methods:** The clinical data of a misdiagnosed case of adenoypopituitarism with massive pericardial effusion and pituitary crisis were analyzed retrospectively. **Results:** A 57-year-old female patient was admitted to hospital due to "shortness of breath and cough for 2 years, dizziness and weakness for 1 week". The patient was admitted to the cardiology department of a Grade-III hospital in Zhanjiang City 2 years ago due to shortness of breath and cough and diagnosed with "massive pericardial effusion, heart failure and abnormal thyroid function". The patient improved after symptomatic treatment, and was not followed up after discharge. Dizziness, weakness, chest tightness, palpitation and shortness of breath occurred one week ago. Blood pressure and blood sugar were measured as low as 68/47 mmHg and 2.4 mmol/L in outpatient department of our hospital. After thorough examination, the diagnosis was made: Adenoypopituitarism, massive pericardial effusion and pituitary crisis were treated with hydrocortisone 300 mg qd, gradually reduced, and levothyroxine sodium tablets were taken orally in small quantities. Meanwhile, anti-infection and symptomatic supportive treatment improved the symptoms. After discharge, it was changed to oral prednisone 10 mg in the morning, 2.5 mg in the afternoon, levothyroxine sodium tablet 50 µg qd. The pericardial effusion disappeared 1 month later. **Conclusion:** Pericardial effusion is the initial manifestation of adenoypopituitarism, and its clinical manifestations lack specificity and are easy to miss diagnosis. The diagnosis of this case was delayed for at least 2 years. A review of the diagnosis and treatment showed that the main reasons for misdiagnosis were as follows: 1) Clinicians lack understanding of secondary hypothyroidism and hypopituitarism, and fail to complete timely examinations to make a clear diagnosis and guide treatment; 2) Lack of specificity of symptoms; 3) Patient compliance problem: Lack of education for patients, patients failed to return to the doctor on time to trace the cause.

Keywords

Pituitary Crisis, Massive Pericardial Effusion, Adenoypopituitarism, Misdiagnosis

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

腺垂体功能减退症是由于垂体前叶激素分泌减少, 导致多种激素分泌不足, 从而产生不同程度的内分泌腺功能减退表现。心包积液则是心包腔内液体异常增多的现象, 可由多种原因引起。腺垂体功能减退合并心包积液的延误诊率较高。据国外相关研究[1], 产后大出血导致的腺垂体功能减退最长延迟诊断可长达 29 年。因此, 提高对该疾病的认识, 减少误诊, 具有重要的临床意义。本文旨在通过对腺垂体功

能减退合并心包积液误诊病例的深入分析,探讨导致误诊的原因,提出相应的改进措施,以提高临床医生对该疾病的诊断水平,减少误诊漏诊的发生。

2. 病例介绍

2.1. 患者基本信息

患者女性,57岁,农民。既往体健,否认高血压、糖尿病、心脏病等慢性病史,否认肝炎、结核等传染病史,无药物及食物过敏史,无手术、外伤及输血史。月经史:15岁初潮,月经周期规律,3~5天/28~30天,量中等,无痛经,末次月经2012年。生育史:顺产2次,有难产史,但无产后大出血史。家族史:否认家族遗传性疾病史。

2.2. 发病及就诊经过

2022年,患者因受凉感冒后出现气促、咳嗽,伴胸闷、乏力,在湛江市某三甲医院心内科住院诊断“大量心包积液、心衰、甲功异常”,对症治疗好转,出院后未随诊。2024年2月27日,患者出现头晕、乏力加重1周,活动后胸闷、心悸、气促,就诊于我院心内科门诊,测血压低至68/47 mmHg,遂收入心内科住院。入院时患者精神差、乏力、胸闷、气短明显,伴有腹胀、食欲减退,睡眠差。

2.3. 最终确诊过程

入院时查体:T:36.3℃ P:75次/分 R:20次/分 BP:87/64 mmHg,精神差,贫血貌,眼睑水肿,皮肤粗糙,心率75次/分,律齐,心音低,未闻及杂音及心包杂音。双下肢轻度水肿,余无异常。入院后完善辅助检查:检查甲状腺功能:TSH:0.479 μIU/ml(参考范围0.27~4.20 μIU/ml),FT3:1.88 pmol/L(参考范围3.10~6.80 pmol/L),FT4:6.48 pmol/L(参考范围12.0~22.0 pmol/L),甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)及甲状腺球蛋白抗体(TgAb)均阴性,提示继发性甲状腺功能减退症可能,原发性甲状腺功能减退证据不足。心内科诊治后发现甲功异常,请我科会诊后怀疑垂体危象,因低血糖、血压下降、神志异常转入ICU进一步治疗,完善垂体功能检查,结果显示:促肾上腺皮质激素(ACTH)20.7 pg/ml(参考范围6~40 pg/ml),皮质醇(8AM)11.6 ng/ml(参考范围72.6~322.8 ng/ml);促性腺激素:卵泡刺激素(FSH)2.18 mIU/ml(参考范围25.8~134.8 mIU/ml),黄体生成素(LH)0.549 mIU/ml(参考范围7.7~58.5 mIU/ml),雌二醇<18.35 pmol/L(参考范围18.4~505 pmol/L);生长激素(GH)0.1 ng/ml(参考范围0~10 ng/ml);泌乳素(PRL)6.93 μIU/ml(参考范围102~496 μIU/ml)。血糖低至2.4 mmol/L,血钠128.8~132 mmol/L,以上结果提示腺垂体功能减退。为了解垂体及周围组织的形态结构,行垂体磁共振成像(MRI)检查,结果显示垂体磁共振提示空泡蝶鞍。心脏彩超提示心包积液(大量),最深处36 mm,予穿刺引流心包积液性质为漏出液。结合患者的病史、症状、体征及各项检查结果,最终确诊为腺垂体功能减退合并大量心包积液、垂体危象。治疗予氢化可的松300 mg qd治疗,同时予心包穿刺引流心包积液,病情稳定后转回我科治疗,予逐渐减量氢化可的松,加用左甲状腺素钠片小量口服,同时抗感染、对症支持治疗,症状好转。出院后改为口服泼尼松上午10 mg,下午2.5 mg,左甲状腺素钠片50 μg qd。经治疗1个月后复查心包积液消失。

在整个诊断过程中,医生对患者的病情进行了深入的分析和讨论。起初患者就诊于当地湛江市某三甲医院,由于患者的症状和检查结果主要提示心包积液和甲状腺功能异常,心内科医师未进一步请内分泌科医师会诊,漏诊继发性甲状腺功能减退,由于腺垂体功能减退症比较隐匿,心内科医生未能及时发现,按照常见病因进行诊断和治疗心包积液可好转,但患者症状反复未引起重视。随着病情的进展和进一步检查结果的出现,我院就诊后终于发现患者为继发性甲状腺功能减退合并心包积液,再仔细询问病史,患者曾有难产史及绝经较早,2014年开始无明显诱因出现眼睑水肿,伴乏力、活动耐力下降,伴有

畏寒、怕冷，腋毛、阴毛逐渐脱落，未予重视，病史提示当时可能已出现甲状腺功能减退。此次入院进一步检查后发现患者继发性甲状腺功能减退同时合并其他垂体激素缺乏的表现，如性腺功能减退、继发性肾上腺皮质功能减退。通过全面评估患者的内分泌功能和垂体影像学检查，最终明确了腺垂体功能减退的诊断，同时也找到了心包积液的真正病因。

3. 误诊原因分析

3.1. 临床医生认知不足

临床医生对腺垂体功能减退症的认识局限，是导致误诊的重要原因之一。在本病例中，患者最初出现的症状主要为心包积液、心衰相关表现，当地湛江市某三甲医院仅考虑“心包积液、甲功异常”，未进一步检查寻找病因。这反映出临床医生对腺垂体功能减退症导致继发性甲状腺功能减退的警惕性不高，更未考虑到继发性甲减导致心包积液的可能，缺乏全面的鉴别诊断思维。临床医生对这一发病机制了解不够深入，在面对心包积液患者时，未能从腺垂体功能减退的角度去寻找病因，从而延误了诊断。

3.2. 症状缺乏特异性

腺垂体功能减退合并心包积液的症状缺乏特异性，这是导致误诊的另一关键因素。腺垂体功能减退可导致多个靶腺功能减退，从而引起一系列复杂多样的症状，但缺乏典型的特征性表现，且症状具有隐匿性和迷惑性，使得临床医生在诊断时容易混淆。但本例患者起初症状不明显，容易被忽视。患者出现活动后胸闷、气短症状时，湛江市某三甲医院就误诊为“单纯的心衰及心包积液”，给予对症治疗，但症状有反复，这充分说明了腺垂体功能减退合并心包积液的症状与其他心血管疾病的相似性，增加了诊断的难度。

3.3. 患者依从性问题

患者依从性差也是导致腺垂体功能减退合并心包积液误诊的一个重要因素。在本病例中，患者在初次诊断为“心包积液”后，未规律复诊及调整药物剂量。这使得医生无法及时了解患者的病情变化，无法根据病情调整治疗方案，从而延误了对腺垂体功能减退的诊断。此外，患者的文化程度、经济状况、社会支持等因素也可能影响患者的依从性。本病例患者为农民，文化程度可能相对较低，对疾病的认识和重视程度不足，这可能是导致其依从性差的原因之一。

4. 讨论

甲状腺功能减退症是导致心包积液的常见病因之一，发生率为 3%~37%，在严重的情况下可导致心脏压塞[2]。甲状腺功能减退导致心包积液的大概机制[3]如下：1) 甲状腺激素水平降低直接影响心脏收缩舒张功能、使心肌假性肥大、肌张力减退、心肌纤维肿胀、变性、坏死等。2) 甲状腺功能减退致心肌细胞容积增加、糖原分解障碍，使得心肌组织中大量黏多糖、黏蛋白沉积，肌纤维肿胀断裂，肌酶自细胞内溢出。3) 甲状腺功能减退引起心外膜血管通透性增加和白蛋白淋巴引流减少，导致心包腔积液，从而引起心包积液。2024 年有病例报道[4]显示甲状腺功能减退症患者血清 CEA 水平增高，心包积液发生率升高，左甲状腺素片替代治疗可降低 CEA 水平和减少心包积液量。同时最新病例报道[5]可见以咳嗽、咳痰、胸闷等心包积液引起的呼吸困难症状合并肌酶学明显升高为首发症状的由原发性甲状腺功能减退症引起的甲状腺功能减退性肌病。以上报道提示大多数导致心包积液为原发性甲状腺功能减退，而腺垂体功能减退导致的继发性甲状腺功能减退引起的心包积液较少见。国外最新报道[6]提示腺垂体功能减退是产后出血的罕见并发症，尽管不常见，但在其病例报道中应怀疑中枢性糖尿病，而患者同时出现了多尿

等症状,同时亦有报道[7]显示以尿崩症为首发症状的腺垂体功能减退,此种情况需考虑合并全垂体功能减退可能。此外,合并糖尿病应考虑及评估长期皮质激素替代疗法的潜在必要性。

女性患者出现腺垂体功能减退,多数由于产后大出血导致,少数为空泡蝶鞍引起,男性患者多为垂体手术后,一般表现为一个或多个内分泌腺轴的功能低下,但是合并心包积液的情况仍较少见,国内报道[8]腺垂体功能减退患者合并心包积液往往误诊为心脏病如急性心肌梗死。国外有报道[9],席汉综合征患者合并大量心包积液同时合并室性心动过速,容易危及患者生命,可见此类疾病一旦确诊,十分凶险,尽早发现及时治疗是关键,国外[10]也有病例报告强调了此类患者容易出现不典型症状如疲劳、虚弱等,这些症状最终导致诊断延迟,而早期诊断不仅可以使患者免于肾上腺危象、垂体危象,还可以大大改善患者的生活质量。本例患者心包积液诊治病因延误诊断至少 2 年,且病情危重住进重症监护室,差点危及生命,而诊治过程值得临床医师仔细分析及总结经验,避免延误诊断。

5. 结论

腺垂体功能减退症合并心包积液患者临床表现缺乏特异性,继发性甲状腺功能减退不容易引起临床医师重视,导致单纯心包积液时未能被发现腺垂体功能减退致继发性甲状腺功能减退,容易漏诊,本例患者心包积液诊治病因延误诊断至少 2 年,回顾其诊治经过发现主要误诊原因为:1) 临床医生认知不足:临床医生缺乏对继发性甲状腺功能减退及腺垂体功能减退症的认识,缺乏全面的鉴别诊断思维,对病史了解不够详细,缺乏比较全面的内科临床诊疗思维,对于治疗只是治标不治本;2) 症状缺乏特异性,容易与多种常见疾病混淆;3) 患者依从性问题:对患者教育欠缺,患者未能按时复诊追查病因。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

基金项目

深圳市坪山区卫生健康系统科研项目,项目编号(202246)。

参考文献

- [1] Gradinaru, E., Furculescu, C., Trandafir, A., Opris-Belinski, D. and Saulescu, I.C. (2023) Myopathic Syndrome Revealing a Rare Condition: Sheehan Syndrome, a Case-Based Review. *Clinical Rheumatology*, **42**, 1705-1712. <https://doi.org/10.1007/s10067-023-06535-6>
- [2] Zain, A., Sivakumar, A., Akah, O., Shiza, S.T., Mahadevaiah, A. and Khan, A. (2022) A Rare Case of Sheehan Syndrome with Cardiac Tamponade. *Cureus*, **14**, e24329.
- [3] Chahine, J., Ala, C.K., Gentry, J.L., Pantalone, K.M. and Klein, A.L. (2019) Pericardial Diseases in Patients with Hypothyroidism. *Heart*, **105**, 1027-1033. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314528>
- [4] 包程鸿, 汪晓敏, 章晨, 等. 甲状腺功能减退症患者血清癌胚抗原水平和心包积液的变化[J]. 心电与循环, 2024, 43(4): 367-370, 375.
- [5] 陈敏, 李文翠, 张小乔, 等. 以心包积液为首发症状的甲状腺功能减退性肌病 1 例[J]. 湖北医药学院学报, 2024, 43(3): 316-318.
- [6] Chen, C., Liang, Y., Tsai, M. and Ou, H. (2024) Sheehan's Syndrome Presenting with Panhypopituitarism and Central Diabetes Insipidus: A Case Report. *BMC Endocrine Disorders*, **24**, Article No. 120. <https://doi.org/10.1186/s12902-024-01654-w>
- [7] Olmes, G.L., Solomayer, E., Radosa, J.C., Sklavounos, P., Agne, P., Schunk, S.J., et al. (2021) Acute Sheehan's Syndrome Manifesting Initially with Diabetes Insipidus Postpartum: A Case Report and Systematic Literature Review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **306**, 699-706. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06294-2>
- [8] 湛宁, 张洁. 以急性心包积液为主的腺垂体功能减退症误诊为急性心肌梗死 1 例[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(44): 181-182.

- [9] Alam, A., Ashraf, H., Malik, A.M. and Fatima, R. (2023) Sheehan's Syndrome Presenting as Massive Pericardial Effusion, Ventricular Tachycardia and Diabetes Insipidus. *BMJ Case Reports*, **16**, e257504.
<https://doi.org/10.1136/bcr-2023-257504>
- [10] Mishra, P., Jindal, H., Khan, E., *et al.* (2023) A Case of Sheehan Syndrome Six Years Postpartum Presented with Adrenal Crisis and Complicated by Hypothyroidism and Massive Pericardial Effusion. *Cureus*, **15**, e33972.