DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2026. 08. 018

标准与规范

高催乳素血症中西医结合诊疗指南（2025）

中华中医药学会《高催乳素血症中西医结合诊疗指南》项目组

[摘要] 中西医结合诊治高催乳素血症强调辨病与辨证相结合，可充分发挥中西医协同作用，在调控催乳素水平、改善临床症状体征、减少不良反应及降低疾病复发率等方面具有明显优势。基于此，为规范中西医结合诊疗行为，遵循循证医学原则，系统评价近年来相关研究证据，围绕临床关键问题，从疾病定义、发病机制、中医辨证分型、鉴别诊断及中西医治疗策略等方面制定《高催乳素血症中西医结合诊疗指南（2025）》，为相关专业人员提供科学、规范的诊疗依据。

[关键词] 高催乳素血症；临床实践指南；中西医结合

高催乳素血症（hyperprolactinemia，HPRL）是指各种原因引起的外周血催乳素（prolactin，PRL）水平持续升高的状态，可由多种生理、药理、病理情况引起。其中病理情况主要包括下丘脑或邻近部位疾病、垂体疾病（尤其是垂体腺瘤）、甲状腺功能减退、慢性肾衰竭以及胸壁炎症性疾病。在25~34岁妇女中HPRL的年发病率为23. 9/10万，继发性闭经患者中HPRL的患病率为10%~25%，闭经泌乳患者中HPRL的患病率为70%~80%[1]。不孕症患者常常合并HPRL，而HPRL本身也可能是导致不孕的独立危险因素[2]。PRL水平的持续升高可导致患者激素水平失调，直接影响其生殖内分泌功能和身心健康。若HPRL未得到及时有效的治疗，可能会引发排卵异常、月经紊乱、异常泌乳、多毛、肥胖等症状，甚至导致不孕症、复发性流产等。此外，若存在垂体肿瘤的压迫，还可能引发头痛、眩晕、视野缺损以及视力减退等症状[1]。目前现代医学治疗HPRL的首选药物是多巴胺受体激动剂如溴隐亭等，虽然临床疗效确切，但部分患者会出现恶心、呕吐、头痛、眩晕或疲劳等不良反应[3]，严重者可出现幻觉、运动障碍等[4]，也有部分患者存在耐药问题[5]。

中西医结合诊治HPRL可有效调节异常的PRL水平，显著改善患者的临床症状、体征，并可发挥协同作用，避免或减轻不良反应，降低耐药风险与复发率，提高远期疗效[6]。为充分发挥中西医结合诊治HPRL的优势与特色，建立安全有效的中西医结合诊治规范，指导临床医生合理、安全地选用中西医结合诊疗方法，做到病证对应，治法与方药对应，有效提升精准诊疗水平，制定《高催乳素血症中西医结合诊疗指南》（以下简称：本指南）。

本指南遵循循证医学原则，以中西医临床关键问题为导向，客观评价近年来HPRL中西医结合诊治证据，基于定义、发病机制、中医辨证分型和证型要素、鉴别诊断、治疗5个方面的9个临床问题，广泛征求了临床医学、中医学、方法学、临床药学等多学科专家的意见而制定。本指南供各级医疗机构的妇科、生殖内分泌科、中医、中西医结合、西医、护理和药师等相关人员参考使用。

本指南由中华中医药学会立项，已在国际实践指南注册与透明化平台（http：//www. guidelines-registry. cn）完成注册（注册号：PREPARE-2023CN020），并于2023年2月13日在中华中医药学会正式立项（立项号：20230213-BZ-CACM），并将在后续临床实践中持续修订和完善。本指南的制定方法与技术路线详见附件1（请扫描本文二维码获取）。

1 定义

HPRL是各种原因引起的外周血PRL水平持续升高的状态。正常育龄期妇女血清PRL水平一般低于30 ng/ml（即1. 36 nmol/L）[1]。各实验室应根据本实验室的数据界定血清PRL水平的正常范围。规范的血样采集方法和时间以及精确的实验室检测

对准确诊断HPRL至关重要，尤其是当PRL水平仅轻度升高时，需重复测定才能确诊。

2 发病机制

2.1 西医发病机制

HPRL的发病机制多样，生理性原因如妊娠、哺乳、压力、运动及睡眠均可致PRL升高，通常无需干预；药理性因素最为常见，多种药物包括抗精神病药、抗抑郁药、维拉帕米等钙通道阻滞剂以及甲氧氯普胺等止吐药均可引起HPRL[7]。在病理性非肿瘤性原因中，慢性肝肾功能衰竭可通过削弱肝脏降解与肾脏排泄PRL的能力，并改变垂体调控功能，从而引发HPRL[8-9]，约1/3的肾病患者因PRL代谢清除率下降和性腺功能减退而出现HPRL，这些患者经溴隐亭治疗后可恢复月经[10]；部分原发性甲状腺功能减退患者可由于长期患病或治疗不充分导致下丘脑垂体促甲状腺激素释放激素（thyroidtropin releasing hormone，TRH）分泌增加，刺激垂体增生并导致HPRL[11]。由甲状腺功能减退引起的垂体肿大和HPRL可通过L-甲状腺素治疗得到缓解，同时也有助于减少促甲状腺激素释放激素TRH的产生[12]。此外，垂体瘤等鞍旁肿块可压迫或破坏垂体柄，阻碍下丘脑多巴胺对PRL分泌的抑制，进而引起HPRL[13]；其他下丘脑-垂体通路病变如多巴胺能神经元损伤、垂体柄受压或激素分泌异常，亦为HPRL的潜在病因。

2.2 中医发病机制

中医学认为，月经周期的建立与稳定核心在于“肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴的平衡协调[14]。HPRL的病因病机以肾虚、肝郁、脾虚为主，并与气滞、血瘀密切相关。肾虚则精血亏少，冲任失养，血海空虚，可致月经稀少、闭经乃至不孕。肾为癸水，肝为乙木，乙癸同源，肾虚则肝木失于涵养[15]；而女子以肝为先天，肝藏血，主疏泄，肝郁气滞则气血失调，血不循常道下注血海为月水，反而上逆为乳，又因乳头属肝，肝郁化火，火性趋上，致疏泄太过，迫使乳汁妄行而自溢，形成溢乳、闭经之证[16]。同时，脾虚则气血生化乏源，亦致冲任血海匮乏[17]。

3 中医辨证分型和证候要素诊断

根据病史、四诊的症状和体征（主要证候要素），可将HPRL归属于“闭经”“乳泣”“月经后期”“月经量少”“不孕”“不育”“胎动不安”“滑胎”等范畴[18]，常见证型包括肝气郁结证、肝郁肾虚证、肝郁脾虚证、肾虚血瘀证、气滞血瘀证、脾肾阳虚证、气滞痰凝证。

3.1 肝气郁结证

主症：月经失调或量少，或后期，或闭经，或溢乳，不孕；情志抑郁，胸胁胀痛。

次症：少腹胀痛，乳房胀痛或乳头痒痛、痛甚不可触衣，呃逆嗳气，善太息，口苦咽干，头晕目眩。

舌脉：舌淡红，苔薄白，脉弦。

3.2 肝郁肾虚证

主症：月经失调或量少，或后期，或闭经，或溢乳，不孕；情志抑郁，腰膝酸痛。

次症：乳房胀痛，少腹胀痛、拒按，胸胁胀痛，头痛或头晕耳鸣，性欲减退。

舌脉：舌淡红，苔薄白，脉弦细无力。

3.3 肝郁脾虚证

主症：月经失调或量少，后期，或闭经，或溢乳，不孕；情志抑郁，食少便溏。

次症：经前乳房胀痛，经前经时小腹胀痛，面色淡黄，疲倦乏力，失眠多梦。

舌脉：舌淡，舌胖或边有齿痕，苔薄白，脉弦或缓。

3.4 肾虚血瘀证

主症：月经失调或量少，或后期，或闭经，或溢乳，不孕；腰膝酸软，疼痛拒按。

次症：眩晕耳鸣，潮热盗汗，性欲减退，少腹刺痛拒按，经血紫暗或夹血块，唇甲青紫。

舌脉：舌紫暗，或瘀斑瘀点，或舌下脉络曲张，脉沉细或沉涩。

3.5 气滞血瘀证

主症：月经失调或量少，或后期，或闭经，或溢乳，不孕；胸胁脘腹胀闷窜痛或固定拒按。

次症：乳房胀痛，情志抑郁或心烦易怒，善太息，经行不畅、色暗或夹血块。

舌脉：舌紫暗，或瘀斑瘀点，或舌下脉络曲张，脉弦或涩。

3.6 脾肾阳虚证

主症：月经失调或量少，或后期，或闭经，或溢乳，不孕；腰腹冷痛，久泄久痢。

次症：面浮肢肿，神疲乏力，纳呆便溏或完谷不化，肢冷畏寒，小便清长、夜尿频多，性欲减退。

舌脉：舌淡胖，苔白滑，脉沉迟无力。

3.7 气滞痰凝证

主症：月经失调或量少，或后期，或闭经，或溢乳，不孕；情志抑郁，体胖多痰。

次症：咽中自觉异物梗塞、吞之不下、咯之不出，失眠多梦，乳房胀痛，胸胁满闷，善太息，带下色白量多，头晕困倦，泛恶纳差。

舌脉：舌淡红，苔白腻，脉弦滑。

4 鉴别诊断

HPRL是一种临床生理或病理状态，而不是一种单独的疾病，临床鉴别需首先排除生理性原因（如妊娠、哺乳等）、药物因素（吩噻嗪类、甲氧氯普胺、多潘立酮、舒必利等）以及大分子PRL升高但无临床症状的情况。

4.1 多囊卵巢综合征

多囊卵巢综合征（polycystic ovarian syndrome，PCOS）是一种以高雄激素血症、高胰岛素血症为主要特征的生殖内分泌代谢性疾病，临床表现以月经稀发最为常见。其诊断需结合月经不规则、排卵障碍及高雄激素表现进行判断，若存在临床高雄症状（如多毛、痤疮、脱发等），即可初步诊断；若无明显临床高雄激素血症表现，建议通过生化检测方法测定总睾酮或游离睾酮，计算游离睾酮、游离雄激素指数进一步确认；若生化指标亦正常，可借助抗米勒管激素（anti-Müllerian hormone，AMH）或超声检查评估是否存在多囊卵巢状态（polycystic ovarian morphology，PCOM）[13]。部分PCOS患者可因激素持续刺激出现PRL轻度升高，但幅度通常不超过正常上限的50%且多为暂时性，一般无需对其HPRL进行治疗。临床上，病理性HPRL通常不伴有高雄激素表现，但常出现溢乳，可通过垂体CT或核磁共振等影像学检查与PCOS进行鉴别[19]。

4.2 垂体瘤

垂体瘤（pituitary tumors）是最常见的中枢神经系统肿瘤之一，分为功能性瘤和无功能性瘤，其中催乳素瘤是最常见的功能性垂体瘤，多为生长缓慢的微小腺瘤，常见于女性，典型表现为闭经、溢乳、不孕症、HPRL相关症候群以及肿瘤占位效应。绝经后女性患者通常不具备典型的HPRL特征，主要表现为头痛、恶心、呕吐等颅内压升高症状以及瘤体压迫视神经、海绵窦所产生的偏盲或行走功能障碍等占位效应，可通过蝶鞍区或垂体MRI进一步检查。

以下各种蝶鞍区非催乳素肿瘤也可以通过所谓垂体柄效应引起HPRL：1）成人生长激素瘤患者主要以肢端肥大症为主要临床表现。患者可有HPRL及溢乳症状，但一般会呈特征性容貌，如面容改变、鼻大唇厚、手足增大、皮肤增厚、多汗和皮脂腺分泌过多。随着病程延长，可出现头形变长、眉弓突出、前额斜长、下颌前突、牙齿稀疏和咬合不良、枕骨粗隆增大及后突、前额和头皮多皱褶、桶状胸和驼背等，可通过血清生长激素检测进一步诊断。2）促肾上腺皮质激素瘤的主要病理改变为皮质醇分泌增多，典型临床表现包括向心性肥胖、满月脸、水牛背、多血质面容、皮肤紫纹、高血压等。3）促甲状腺激素瘤是比较罕见的垂体瘤，大部分为侵袭性大腺瘤，就诊时大多数患者有明显的占位效应临床表现。4）垂体无功能瘤压迫垂体柄引起血PRL水平中度升高，使用多巴胺激动剂治疗后血PRL水平降低但瘤体不缩小，通过MRI可以检测到垂体无功能瘤的存在和大小，胰岛素抵抗指数检查也有助于鉴别[20]。

4.3 子宫内膜异位症

子宫内膜异位症（endometriosis）是指子宫内膜组织在子宫外生长，常见于盆腔器官，如卵巢、输卵管、子宫韧带等，主要有月经不规律、盆腔疼痛、性交疼痛等典型症状，可出现轻度PRL升高（血PRL＜100 ng/ml）。妇科检查可在患者子宫直肠陷凹、子宫骶韧带或宫颈后壁触及一个或多个如绿豆或黄豆大小的硬性小结节，触痛明显。若育龄女性有痛经进行性加剧，或伴不孕史，妇科检查可扪及盆腔内有不活动包块或痛性结节，一般可初步诊断为盆腔子宫内膜异位症，可进一步通过B超检查确定囊肿的位置、大小、形状。此外，与HPRL进行鉴别诊断时可注意观察子宫、输卵管、卵巢、子宫骶骨韧带、盆腔腹膜等部位是否有子宫内膜异位病灶[21]，通常无需针对HPRL进行治疗。

4.4 其他疾病

空泡蝶鞍综合征（empty sella syndrome，ESS）是因鞍隔缺损或垂体萎缩，蛛网膜下腔在脑脊液压力冲击下突入鞍内，致蝶鞍扩大，垂体受压而产生的一系列临床表现，可由于垂体柄效应或直接刺激造成垂体释放较多PRL，如果有临床需求，也可以进行治疗。可根据是否存在头痛、肥胖、视力减退和视野缺损、颅内压增高等典型临床症状与HPRL进行鉴别[22]。

5 治疗

5.1 临床问题1：HPRL的中西医结合治疗原则是什么？

推荐意见：西医治疗原则以控制HPRL、恢复女性正常月经、减少乳汁分泌、控制垂体微腺瘤及改善其他症状为主，对有生育要求者在控制HPRL的同时恢复排卵功能。中医治疗原则是通过辨证论治，以补肾疏肝、调理冲任为基本治则，采用补肾、疏肝、健脾、理气、活血、化痰等方法调整肝脾肾功能，调节气血津液运行（专家共识）。

5.2 临床问题2：评价HPRL临床疗效的重要指标有哪些？

推荐意见：关键结局指标包括PRL水平、月经失调、溢乳和乳房胀痛等症状、体征的改善情况；重要结局指标包括排卵率、妊娠率、流产率等改善情况，垂体微腺瘤大小、复发率、不良反应和生活质量（专家共识）。

5.3 临床问题3：针对HPRL患者，如何采用西医进行治疗？

推荐意见：建议使用多巴胺受体激动剂，推荐首选药物为溴隐亭[23-31]（证据级别：1C/D，推荐强度：强）。若患者应用溴隐亭效果欠佳或无法耐受此药，可以选择甲磺酸-α-二氢麦角隐亭片[32-33]（证据级别：2C/D，推荐强度：弱）、卡麦角林[34-42]（证据级别：2B/C/D，推荐强度：弱）、喹高利特[43-44]（证据级别：2D，推荐强度：弱）、氢化麦角碱[45]（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

注：目前国内市场尚无甲磺酸-α-二氢麦角隐亭片、喹高利特、氢化麦角碱。

5.4 临床问题4：针对HPRL患者，如何采用中药进行治疗？

推荐意见1：针对肝气郁结型HPRL患者，建议使用疏肝理气类中药（疏肝抑乳汤[46]、加减逍遥散[47]、逍遥散加减[48]、丹栀逍遥散加味[49]、调经抑乳汤[50]）降低PRL水平，恢复月经，改善乳房胀痛等中医证候；降低HPRL复发率（证据级别：2C/D，推荐强度：弱）。

推荐意见2：针对肝郁肾虚型HPRL患者，建议使用补肾疏肝类中药（补肾疏肝方[14]、补肾疏肝抑乳汤[51]、疏肝补肾方[52-53]、加味当归芍药散[54]）降低PRL水平，改善乳房胀痛、腰膝酸软等中医证候（证据级别：2C/D，推荐强度：弱）。

推荐意见3：针对肝郁脾虚型HPRL患者，建议使用消乳饮[55]降低PRL水平和HPRL复发率，减少不良反应（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

推荐意见4：针对肾虚血瘀型HPRL患者，建议使用补肾活血方[56]降低PRL水平，改善中医证候（弱推荐，证据级别极低）；使用抑乳胶囊[57]降低PRL水平（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

推荐意见5：针对HPRL患者，症见月经紊乱、不孕、溢乳及性功能方面的改变，建议使用仙麦芍甘汤联合代温灸膏穴位敷贴[58]降低PRL水平，恢复月经和排卵，改善中医证候，降低HPRL复发率，减少不良反应（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

注：建议今后的研究重点关注中药治疗气滞血瘀型、脾肾阳虚型、气滞痰凝型HPRL患者的疗效（专家共识）。

5.5 临床问题5：针对HPRL患者，如何采用中医外治进行治疗？

推荐意见1：建议使用针灸联合溴隐亭[59]降低PRL水平和HPRL复发率，改善中医证候（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

推荐意见2：建议使用温针灸联合耳穴贴压[60]降低PRL水平，恢复月经和排卵，改善中医证候（证据级别：2D，推荐强度：弱）；建议使用耳穴贴压联合溴隐亭[61]降低PRL水平，恢复月经和排卵，改善溢乳、乳房胀痛等中医证候（证据级别：2C，推荐强度：弱）。

5.6 临床问题6：针对HPRL患者，如何应用中西医结合进行治疗？

推荐意见1：针对HPRL患者，建议辨证使用疏肝、补肾、健脾、化痰、活血类中药联合甲磺酸溴隐亭[62]治疗，降低PRL水平（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

推荐意见2：针对肝气郁结型HPRL患者，建议使用疏肝类中药（中药汤剂）联合甲磺酸溴隐亭[48，63-65]降低PRL水平（证据级别：2C，推荐强度：弱）；使用逍遥散加减联合溴隐亭[48]降低PRL水平和HPRL复发率，改善症状（证据级别：2D，推荐强度：弱）。肝气郁结，日久化火，在肝气郁结型HPRL患者症状基础上又出现烦躁易怒、口苦咽干、大便秘结、小便黄赤等，建议使用丹栀逍遥胶囊联合溴隐亭[66]降低PRL水平，减少不良反应（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

推荐意见3：针对肝郁肾虚型HPRL患者，建议使用补肾疏肝类中药联合溴隐亭或甲磺酸溴隐亭[67-71]降低PRL水平，改善中医证候（证据级别：

2B/C/D，推荐强度：弱）。

推荐意见4：针对气滞血瘀型HPRL患者，建议使用疏肝活血汤联合溴隐亭[72]降低PRL水平，改善中医证候，减少不良反应（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

5.7 临床问题7：针对有生育要求的HPRL患者或者HPRL合并不孕症患者，如何采用西医进行治疗？

推荐意见1：针对有生育要求的HPRL患者，建议使用溴隐亭联合克罗米芬[26，73-75]降低PRL水平（证据级别：2C/D，推荐强度：弱）；在溴隐亭的基础上联合使用维生素B_6[76]可缩短疗程（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

推荐意见2：针对有生育要求的HPRL患者，建议先使用卡麦角林后，加用肌内注射促性腺激素[77]改善促卵泡生成素（FSH）和促黄体生成素（LH）水平（证据级别：2D，推荐强度：弱）；使用促性腺激素联合溴隐亭[78-79]改善FSH和雌二醇（E_2）水平，提高妊娠率（证据级别：2C，推荐强度：弱）。

推荐意见3：针对HPRL合并不孕症患者，建议使用卡麦角林[80]提高妊娠率，改善溢乳症状（证据级别：2C，推荐强度：弱）。

推荐意见4：针对HPRL合并不孕症患者，建议使用溴隐亭联合促性腺激素[81]降低PRL水平，改善FSH和LH水平，提高妊娠率（证据级别：2C，推荐强度：弱）；使用卡麦角林联合来曲唑[82]改善FSH和LH水平，提高妊娠率（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

注：治疗时需排除输卵管因素、其他排卵障碍因素以及男性因素引起的不孕，对于计划行体外受精（IVF）的HPRL合并不孕症患者，建议先使用溴隐亭降低PRL水平（专家共识）。

5.8 临床问题8：针对有生育要求的HPRL患者或HPRL合并不孕症患者，如何应用中西医结合进行治疗？

推荐意见1：针对肝气郁结型HPRL合并不孕症患者，建议使用疏肝解郁类中药（如宁心疏肝汤加减、助孕方、逍遥散）联合溴隐亭降低PRL水平，提高有效率、排卵率、妊娠率，改善E_2水平（证据级别：2B/D，推荐强度：弱）。其中使用宁心疏肝汤联合溴隐亭[83]降低PRL水平，提高排卵率和妊娠率，改善激素水平和中医证候（证据级别：2D，推荐强度：弱）；使用助孕方联合溴隐亭[84]降低PRL水平，提高排卵率和妊娠率，改善激素水平，减少不良反应（证据级别：2D，推荐强度：弱）；使用逍遥散加味[85]或逍遥丸[86-87]联合溴隐亭提高患者的排卵率和妊娠率（证据级别：2D，推荐强度：弱）。

推荐意见2：针对肝郁肾虚型HPRL合并不孕症患者，建议使用补肾疏肝类中药（如补肾疏肝汤[88]、柴郁寄生汤[89]）联合溴隐亭降低PRL水平，改善FSH和孕酮（P）水平，提高妊娠率，改善中医证候（证据级别：2C/D，推荐强度：弱）。

推荐意见3：建议使用中药人工周期疗法联合溴隐亭[90-91]治疗HPRL合并不孕症患者，可以提高排卵率和妊娠率，改善溢乳等症状（证据级别：2C/D，推荐强度：弱）。

5.9 临床问题9：HPRL的预防调护与随访措施有哪些？

推荐意见：建议从调畅情志、舒缓压力等方面进行心理治疗，搭配合理膳食、适宜体育锻炼等方面共同进行预防调护，按时按量服药，规律随访复查（专家共识）。

临床问题1~9证据基础见附件2（请扫描本文二维码获取）。

利益冲突声明

本指南制定过程中未接受任何企业或机构资助。项目启动前，全体成员已完成利益冲突声明并确认与相关生产企业无经济利益关系，此项声明已在项目启动会议上正式公示。

指南起草单位

中国中医科学院西苑医院、兰州大学公共卫生学院、北京协和医院、山东中医药大学附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、北京中医药大学循证医学中心、中国人民解放军总医院。

指南主要起草人

马堃（中国中医科学院西苑医院）、葛龙（兰州大学公共卫生学院）、孙爱军（北京协和医院）、连方（山东中医药大学附属医院）、冯晓玲（黑龙江中医药大学附属第一医院）、陈薇（北京中医药大学循证医学中心）。

专家组成员

临床专家（按姓氏笔画排序）：马堃（中国中医科学院西苑医院）、马延敏（首都医科大学附属北京妇产医院）、王国华（北京中医药大学第三附属医院）、王佩娟（江苏省中西医结合医院）、史云（北京中医药大学东直门医院）、冯晓玲（黑龙江中

医药大学附属第一医院）、朱玲（广州中医药大学第一附属医院）、朱梅（首都医科大学附属北京中医医院）、朱依敏（浙江大学医学院附属妇产科医院）、刘宏奇（山西中医药大学附属医院）、刘雁峰（北京中医药大学东直门医院）、许泓（浙江大学医学院附属妇产科医院）、孙爱军（北京协和医院）、阴赪宏（首都医科大学附属北京妇产医院）、杜惠兰（河北中医药大学）、李丽（首都医科大学附属北京地坛医院）、连方（山东中医药大学附属医院）、张丹（浙江大学医学院附属妇产科医院）、张岱（北京大学第一医院）、陈飞（北京协和医院）、陈瑞雪（中国中医科学院广安门医院）、郁琦（北京协和医院）、罗颂平（广州中医药大学第一附属医院）、夏天（天津中医药大学第一附属医院）、徐莲薇（上海中医药大学附属龙华医院）、高山凤（中国中医科学院西苑医院）、郭清华（中国人民解放军总医院）、黄欲晓（中国中医科学院西苑医院）、董莉（上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院）、谢京红（中国中医科学院西苑医院）、滕秀香（首都医科大学附属北京中医医院）。

方法学专家（按姓氏笔画排序）：王忠（中国中医科学院中医临床基础医学研究所）、刘昱（中国中医药循证医学中心）、陈薇（北京中医药大学循证医学中心）、高蕊（中国中医科学院西苑医院）、葛龙（兰州大学公共卫生学院）、谢雁鸣（中国中医科学院中医临床基础医学研究所）、訾明杰（中国中医科学院西苑医院）。

药学专家（按姓氏笔画排序）：李培红（中国中医科学院西苑医院）、郑蕊（中国中医科学院西苑医院）、赵海誉（中国中医科学院中药研究所）。

证据评价组（按姓氏笔画排序）：马丽爽（中国中医科学院眼科医院）、马林纳（中国中医科学院医学实验中心）、王洁楠（中国中医科学院）、刘雅菲（兰州大学公共卫生学院）、李颖（兰州大学公共卫生学院）、李佳妮（中国中医科学院西苑医院）、杨水华（兰州大学公共卫生学院）、杨秋玉（兰州大学公共卫生学院）、陈佳佳（中国中医科学院西苑医院）、罗洁（中国中医科学院西苑医院）、金珊米（黑龙江中医药大学）、赵威龙（兰州大学公共卫生学院）、夏丹妮（兰州大学公共卫生学院）、高聪（中国中医科学院西苑医院）、黄嘉杰（甘肃中医药大学护理学院）、程千吉（兰州大学公共卫生学院）、潘蓓（兰州大学基础医学院）。

执笔人：马堃（中国中医科学院西苑医院）✉、马丽爽（中国中医科学院眼科医院）、陈佳佳（中国中医科学院西苑医院）、马林纳（中国中医科学院医学实验中心）、罗洁（中国中医科学院西苑医院）、王玲（中国中医科学院西苑医院）、王洁楠（中国中医科学院）、李佳妮（中国中医科学院西苑医院）、杨秋玉（兰州大学公共卫生学院）。

✉ 通讯作者：makun20210202@163.com

参考文献

[1]中华医学会妇产科学分会内分泌学组. 女性高催乳素血症诊治共识[J]. 中华妇产科杂志，2016，51(3)：161-168.

[2]蒋术一，王秀霞. 不孕症合并高催乳素血症的诊治[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2024，40(6)：583-587.

[3]FACHI M M，DE DEUS BUENO L，DE OLIVEIRA D C，et al. Efficacy and safety in the treatment of hyperprolactinemia：a systematic review and network meta-analysis[J]. J Clin Pharm Ther，2021，46(6)：1549-1556.

[4]TUITE P，EBBITT B. Dopamine agonists[J]. Semin Neurol，2001，21(1)：9-14.

[5]LERTXUNDI U，DOMINGO-ECHABURU S，PERAL J，et al. Antipsychotic induced symptomatic hyperprolactinemia：are dopamine agonists safe?[J]. Psychopharmacol Bull，2011，44(3)：66-68.

[6]郭昭兴，肖富瑶，程沛迪，等. 中药联合溴隐亭治疗女性高泌乳素血症的meta分析[J]. 中国现代医生，2022，60(1)：32-37，197.

[7]HEALY M L，SMITH T P P，MCKENNA T J. Diagnosis，misdiagnosis and management of hyperprolactinemia[J]. Expert Rev Endocrinol Metab，2006，1(1)：123-132.

[8]HOU S H，GROSSMAN S，MOLITCH M E. Hyperprolactinemia in patients with renal insufficiency and chronic renal failure requiring hemodialysis or chronic ambulatory peritoneal dialysis[J]. Am J Kidney Dis，1985，6(4)：245-249.

[9]LIM V S，KATHPALIA S C，FROHMAN L A. Hyperprolactinemia and impaired pituitary response to suppression and stimulation in chronic renal failure：reversal after transplantation[J]. J Clin Endocrinol Metab，1979，48：101-107. doi：10.1210/jcem-48-1-101.

[10]SIEVERTSEN G D，LIM V S，NAKAWATASE C. Metabolic clearance and secretion rates of human prolactin in normal subjects and in patients with chronic renal failure[J]. J Clin Endocrinol Metab，1980，50(5)：846-852.

[11]HONBO K S，VAN HERLE A J，KELLETT K A. Serum prolactin levels in untreated primary hypothyroidism[J]. Am J Med，1978，64(5)：782-787.

[12]MOLITCH M E. Pathologic hyperprolactinemia [J]. Endocrinol Metab Clin North Am, 1992, 21(4): 877-901.

[13]MELMED S, CASANUEVA F F, HOFFMAN A R, et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2011, 96(2): 273-288.

[14]何剑豪. 补肾疏肝方治疗肝郁肾虚证高催乳素血症患者的临床研究[D]. 南宁:广西中医药大学,2017.

[15]赵景峰,王钰萌,于巍涔. 肝肾同源理论应用的研究进展[J]. 中国城乡企业卫生,2021,36(6):67-69.

[16]胡翠芳,徐妙燕. 高泌乳素血症的成因及辨证思路[J]. 浙江中医药大学学报,2009,33(4):538-539.

[17]李秀然. 高催乳素血症的中医临床证候分布规律的研究[D]. 广州:广州中医药大学,2009.

[18]王巧真. 疏肝补肾法治疗肝郁肾虚型高催乳素血症月经不调的临床观察[D]. 福州:福建中医药大学,2017.

[19]鹿群,赵璐璐. 多囊卵巢综合征主要鉴别诊断[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2019,35(3):271-274.

[20]谭惠文,李丹婷,余叶蓉. 垂体催乳素瘤的临床特点及诊治要点更新:基于《2022版ICCE/AME垂体催乳素瘤临床实践共识》解读[J]. 中国全科医学,2024,27(6):650-655.

[21]冷金花,郎景和,杨佳欣. 子宫内膜异位症的诊治进展[J]. 中华妇产科杂志,2000,35(1):52-53.

[22]杨华侨. 空泡蝶鞍综合征的MRI表现[J]. 中国处方药,2016,14(1):134-135.

[23]MORO M, MARASCHINI C, TOJA P, et al. Comparison between a slow-release oral preparation of bromocriptine and regular bromocriptine in patients with hyperprolactinemia: a double blind, double dummy study [J]. Horm Res, 1991, 35(3/4): 137-141.

[24]刘菊芳,王俊玲,陈新,等. 补肾调肝敛乳方治疗高泌乳素血症的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志,1998,18(3):142-144.

[25]GLAZENER C M, KELLY N J, HULL M G. Borderline hyperprolactinemia in infertile women: evaluation of the prolactin response to thyrotropin releasing hormone and double-blind placebo-controlled treatment with bromocriptine[J]. Gynecol Endocrinol, 1987, 1(4): 373-378.

[26]KOPPELMAN M C, PARRY B L, HAMILTON J A, et al. Effect of bromocriptine on affect and libido in hyperprolactinemia[J]. Am J Psychiatry, 1987, 144(8): 1037-1041.

[27]HIRAHARA F, ANDOH N, SAWAI K, et al. Hyperprolactinemic recurrent miscarriage and results of randomized bromocriptine treatment trials [J]. Fertil Steril, 1998, 70(2): 246-252.

[28]赵莹,于瀚,宋静,等. 溴隐亭不同给药途径治疗女性高泌乳素血症疗效比较分析[J]. 系统医学,2018,3(3):98-100.

[29]朱春燕. 溴隐亭不同给药途径治疗女性高泌乳素血症临床分析[J]. 中国现代医药杂志,2015,17(3):54-56.

[30]孙燕红. 不同途径使用溴隐亭治疗高泌乳素血症36例临床观察[J]. 皖南医学院学报,2009,28(5):369-371.

[31]DARWISH A M, EL-SAYED A M, EL-HARRAS S A, et al. Clinical efficacy of novel unidirectional buccoadhesive vs. vaginoadhesive bromocriptine mesylate discs for treating pathologic hyperprolactinemia[J]. Fertil Steril, 2008, 90(5): 1864-1868.

[32]杨粉凤. 探讨甲磺酸α-二氢麦角隐亭治疗高催乳素血症的疗效及毒副作用[J]. 世界复合医学,2019,5(5):120-122.

[33]陈丽华,郁琦,梁桂玲,等. 甲磺酸α-二氢麦角溴隐亭及甲磺酸溴隐亭治疗高催乳素血症的疗效和副作用的比较[J]. 生殖医学杂志,2014,23(3):242-246.

[34]WEBSTER J, PISCITELLI G, POLLI A, et al. Dose-dependent suppression of serum prolactin by cabergoline in hyperprolactinaemia: a placebo controlled, double blind, multicentre study. European Multicentre Cabergoline Dose-finding Study Group [J]. Clin Endocrinol (Oxf), 1992, 37(6): 534-541.

[35]GIUSTI M, PORCELLA E, CARRARO A, et al. A cross-over study with the two novel dopaminergic drugs cabergoline and quinagolide in hyperprolactinemic patients[J]. J Endocrinol Invest, 1994, 17(1): 51-57.

[36]HAERIFAR N, VAEZI G, SAMANI Z G, et al. The effect of vitex agnus castus extract on the blood level of prolactin, sex hormones levels, and the histological effects on the endometrial tissue in hyperprolactinemic women [J]. Cres J Med Bio Sci, 2020, 7(4): 545-550.

[37]MAHMOOD I H, AL-HUSAYNEI A J, MOHAMAD S H. Comparative effects of bromocriptine and cabergoline on serum prolactin levels, liver and kidney function tests in hyperprolactinemic women[J]. Pak J Med Sci, 2010, 26(2): 255-260.

[38]KRYSIAK R, OKOPIEN B. Different effects of cabergoline and bromocriptine on metabolic and cardiovascular risk factors in patients with elevated prolactin levels[J]. Basic Clin Pharmacol Toxicol, 2015, 116(3): 251-256.

[39]SABUNCU T, ARIKAN E, TASAN E, et al. Comparison of the effects of cabergoline and bromocriptine on prolactin levels in hyperprolactinemic patients [J]. Intern Med, 2001, 40(9): 857-861.

[40]DOS SANTOS NUNES V, EL DIB R, BOGUSZEWSKI C

L, et al. Cabergoline versus bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemia: a systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis[J]. Pituitary, 2011，14(3)：259-265.

[41]WEBSTER J, PISCITELLI G, POLLI A, et al. A comparison of cabergoline and bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemic amenorrhea[J]. New Engl J Med, 1994, 331(14): 904-909.

[42]KABIRI M, KAMALINEJAD M, BIOOS S, et al. Comparative study of the effects of chamomile (Matricaria Chamomilla L.) and cabergoline on idiopathic hyperprolactinemia: a pilot randomized controlled trial[J]. Iran J Pharm Res, 2019, 18(3): 1612-1621.

[43]LAMBERTS S W, QUIK R F. A comparison of the efficacy and safety of pergolide and bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemia [J]. J Clin Endocrinol Metab, 1991, 72(3): 635-641.

[44]BLACKWELL R E, BRADLEY E L, KLINE L B, et al. Comparison of dopamine agonists in the treatment of hyperprolactinemic syndromes: a multicenter study[J]. Fertil Steril, 1983, 39(6): 744-748.

[45]TAMURA T, SATOH T, MINAKAMI H, et al. Effect of hydergine in hyperprolactinemia[J]. J Clin Endocrinol Metab, 1989, 69(2): 470-474.

[46]钟喜杰. 疏肝抑乳汤治疗肝郁型高催乳素血症的临床研究[D]. 济南：山东中医药大学，2008.

[47]伍涛. 加减逍遥散治疗肝郁型高催乳素血症的临床研究[D]. 南宁：广西中医药大学，2009.

[48]刘福珍，刘清青. 逍遥散加减汤治疗高泌乳素血症临床研究[J]. 新中医，2016，48(6)：153-155.

[49]黄丽慧. 丹栀逍遥散加味治疗高催乳素血症30例观察[J]. 实用中医药杂志，2015，31(11)：1002-1003.

[50]卢昭延. 调经抑乳汤治疗肝郁型高泌乳素血症的临床研究[D]. 广州：广州中医药大学，2012.

[51]吴芸芳. 补肾疏肝抑乳汤治疗高催乳素血症的临床研究[D]. 济南：山东中医药大学，2007.

[52]陈难. 疏肝补肾方对肝郁肾虚型高催乳素血症患者的影响[D]. 郑州：河南中医学院，2015.

[53]魏芳. 疏肝补肾方治疗肝郁肾虚型高泌乳素血症的临床研究[D]. 济南：山东中医药大学，2013.

[54]刘琛. 加味当归芍药散治疗高泌乳素血症的临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育，2017，15(12)：92-94.

[55]钱艳清. 消乳饮治疗高泌乳素血症48例疗效观察[J]. 新中医，2016，48(7)：165-166.

[56]陈难. 补肾活血方对肾虚血瘀型高催乳素血症患者的影响[J]. 光明中医，2017，32(24)：3587-3589.

[57]张越林，祝兆林，彭力，等. 抑乳胶囊治疗高泌乳素血症的临床研究[J]. 中医杂志，1998，39(10)：603-605，580.

[58]段祖珍，黎宁，周晓荣，等. 仙麦芍甘汤配合穴位敷贴治疗高催乳素血症30例疗效观察[J]. 中医药导报，2010，16(2)：11-13.

[59]严晶. 从肝肾论治的针刺疗法对女性高泌乳素血症的临床研究[D]. 昆明：云南中医学院，2017.

[60]郭苏爱. 温针灸联合耳穴贴压辨证治疗高催乳素血症的临床效果[J]. 中医临床研究，2020，12(8)：67-69.

[61]刘锦红，屈亚静，李钰慧，等. 耳穴贴压联合溴隐亭治疗高催乳素血症的临床研究[J]. 河北医药，2016，38(4)：565-567.

[62]严小丽. 中医辨证联合西药治疗女性高泌乳素血症疗效观察[J]. 新中医，2016，48(5)：179-181.

[63]朱丽娟，胡菊兰，肖少芳. 四逆山麦汤加减治疗高泌乳素血症肝郁气滞证的临床观察[J]. 光明中医，2018，33(23)：3454-3456.

[64]陈东. 甲磺酸溴隐亭片联合中药汤剂治疗高泌乳素血症65例临床观察[J]. 河北中医，2015，37(9)：1354-1356.

[65]朱江华，高修安. 调经抑乳汤治疗肝郁型高泌乳素血症的效果观察[J]. 海峡药学，2016，28(6)：194-195.

[66]杨艳芳. 丹栀逍遥胶囊对高催乳素血症治疗的研究[J]. 实用妇科内分泌电子杂志，2019，6(35)：65-66.

[67]张碧霞. 补肾理肝法治疗高催乳激素血症临床观察[D]. 南宁：广西中医药大学，2013.

[68]郭姗珊，朱芝玲，汤倩珏，等. 疏肝补肾方结合溴隐亭治疗肝郁肾虚型高泌乳素血症的临床观察[J]. 上海中医药杂志，2015，49(4)：68-69，90.

[69]晋阳秋，李桂英，张彦波. 中西医结合治疗高泌乳素血症49例临床观察[J]. 中医药导报，2013，19(9)：57-58.

[70]刘天洋. 疏肝降泌方联合溴隐亭治疗高催乳素血症(肝郁肾虚证)的临床观察[D]. 长沙：湖南中医药大学，2022.

[71]刘翠华. 调肝补肾方联合溴隐亭治疗高泌乳素血症临床研究[J]. 中医学报，2016，31(7)：1039-1041.

[72]程丽. 疏肝活血汤治疗肝郁血瘀型高催乳素血症30例临床观察[J]. 湖南中医杂志，2016，32(2)：59-60.

[73]陈萍，陈磊. 溴隐亭对高泌乳素血症妇女促性腺激素诱导排卵的影响效果研究[J]. 医学信息，2018，31(2)：126-127.

[74]赵艳红. 溴隐亭对高泌乳素血症妇女促性腺激素诱导排卵的影响分析[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版)，2016，3(7)：5-6.

[75]安利敏. 溴隐亭对高泌乳素血症妇女促性腺激素诱导排卵的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志，2015，2

(11):66-67.
[76]贺绍敏,杨娅丽. 溴隐亭联合大剂量维生素B6治疗高泌乳血症的临床疗效观察[J]. 中国当代医药,2013,20(6):96-97.
[77]白海燕,白雪,宋怀敏. 卡麦角林不同给药时机对高泌乳素血症患者促性腺激素诱导排卵的影响[J]. 广西医科大学学报,2017,34(10):1514-1516.
[78]余思思,徐静瑶,夏迎春. 不同时机应用溴隐亭治疗高泌乳素血症对排卵及雌激素的影响[J]. 中国妇幼保健,2021,36(7):1596-1598.
[79]张鹏. 不同促排卵时机对溴隐亭治疗高泌乳素血症患者的影响[J]. 中国当代医药,2019,26(23):143-145.
[80]MOTAZEDIAN S, BABAKHANI L, FERESHTEHNEJAD S M, et al. A comparison of bromocriptine & cabergoline on fertility outcome of hyperprolactinemic infertile women undergoing intrauterine insemination[J]. Indian J Med Res, 2010,131:670-674.
[81]邓洁,罗剑波,彭聪,等. 溴隐亭对高泌乳素血症所致不孕不育女性患者性激素水平及妊娠率的影响[J]. 中国妇幼保健,2017,32(14):3260-3262.
[82]张同美,孙瑞琼. 卡麦角林联合来曲唑治疗女性高泌乳素血症不孕的效果观察[J]. 中国妇产科临床杂志,2019,20(5):452-453.
[83]冯华,洪学兰,常小丽,等. 宁心疏肝汤联合甲磺酸溴隐亭对高催乳素血症性不孕症患者kisspeptin、mi R-126、mi R-145表达的影响[J]. 中药新药与临床药理,2022,33(4):537-542.
[84]张鐘元,苏军领. 助孕方联合甲磺酸溴隐亭治疗高泌乳素血症性不孕临床观察[J]. 河北中医,2016,38(5):706-709.
[85]李崎. 逍遥散加味配溴隐亭治疗高催乳素血症所致不孕临床观察[J]. 江西中医药,2005,36(6):35-36.
[86]朱万丽,范迎丽,史昳香. 低剂量溴隐亭联合逍遥丸治疗女性高泌乳素血症性不孕临床观察[J]. 社区医学杂志,2020,18(5):349-352.
[87]麦燕,唐南淋. 不同剂量溴隐亭和逍遥丸联用治疗女性高泌乳素血症合并不孕的临床疗效[J]. 中成药,2019,41(3):705-708.
[88]王晓静,张雅丽,马颖. 补肾疏肝汤联合甲磺酸溴隐亭片治疗对高泌乳素血症性不孕患者PRL、FSH及孕酮水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(32):3594-3597.
[89]崔丽敏,岳峰,张鑫,等. 自拟柴郁寄生汤治疗高泌乳素血症伴不孕症的前瞻性随机对照研究[J]. 临床与病理杂志,2021,41(6):1357-1364.
[90]康延寿. 甲磺酸-α-二氧麦角隐亭片联合中医人工周期疗法对高催乳素血症不孕患者的临床治疗效果[J]. 中国医药,2018,13(8):1219-1222.
[91]杨修昭,景彦林. 高泌乳素血症不孕的中西医结合治疗分析[J]. 光明中医,2012,27(5):984-986.

Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine (2025 **Edition**)

Project Group of the Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia with Integrated Chinese and Western Medicine, China Association of Chinese Medicine

ABSTRACT The diagnosis and treatment of hyperprolactinemia (HPRL) with integrated traditional Chinese and western medicine emphasizes the integration of disease differentiation and syndrome differentiation, which can fully leverage the synergistic effects of both approaches, with significant advantages in regulating prolactin levels, improving clinical symptoms and signs, reducing adverse reactions, and lowering recurrence rates. Based on this, to standardize diagnosis and treatment practices with integrated traditional Chinese and western medicine, and adhering to evidence-based medicine principles, a systematic review of recent related research evidence was conducted. Focusing on clinical key issues, the *Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine (2025 Edition)* covers disease definition, pathogenesis, traditional Chinese medicine syndrome differentiation, differential diagnosis, and integrated traditional Chinese and western medicine strategies, aiming to provide scientific and standardized diagnostic and therapeutic guidance for relevant professionals.

Keywords hyperprolactinemia; clinical practice guideline; integrated traditional Chinese and western medicine

(收稿日期: 2025-10-20; 录用日期: 2026-02-14; 修回日期: 2026-03-04)

[编辑: 焦 爽]