

的,并对已出现并发症的患者进行针对性的治疗。通过健康教育使患者充分认识到肥胖是一种慢性疾病,提高患者对肥胖可能进一步加重疾病危险性的认识,并努力提高患者的信心,树立体重的管理应该持续终生的观念。治疗包括健康的生活方式,饮食,心理治疗,药物,手术等。

S-06

中国指南:库欣综合征专家共识

曾正陪

北京协和医院



曾正陪,中国医学科学院北京协和医院内分泌科教授、主任医师、博士生导师;曾任北京协和医院内分泌科主任、中华医学会第23届理事会理事、中华医学会内分泌学分会第七届主任委员、中华医学会北京分会内分泌专业委员会第五届、第六届主任委员、第九届药典委员会委员;现任中华医学会第24届理事会理事、中华医学会内分泌学分会第八届前任主任委员、北京医学会第18届理事会理事、北京分会内分泌专业委员会第七届名誉主任委员;第十届药典委员会特别顾问、美国内分泌学会会员;欧洲神经内分泌肿瘤学会(ENETS)咨询顾问委员;2011国际嗜铬细胞瘤/副神经节瘤大会国际组委员会委员(ISP2011);教育部科研基金和科技奖励评审专家、中华医学科技奖评审委员会委员、药品价格评审专家;中国高血压联盟理事会、北京市社区卫生协会、北京医师协会理事;《中华内科杂志》、《中华内分泌代谢杂志》、《国际内分泌代谢杂志》及《中国医药导刊》副总编辑;《中华医学杂志》等多家杂志编委;长期致力于内分泌代谢疾病,特别是内分泌性高血压、激素与高血压的基础与临床研究,承担多项国家级、卫生部、教育部、北京市科研课题,开展继发性高血压的研究。先后获得国家科技进步二等奖、卫生部科技进步一等奖、吴阶平医学研究奖,国家级有突出贡献中青年专家,享受国务院政府特殊津贴。

库欣综合征(Cushing's Syndrome, CS)又称皮质醇增多症,曾译为柯兴综合征,是由于多种病因继发性引起肾上腺皮质增生或肾上腺肿瘤自主性长期分泌过量皮质醇所产生的一组症候群。该病临床表现多样,异质性强,可引起多种并发症而严重影响患者的生活质量和寿命,是一种临床表现复杂、诊断困难的内分泌疾病。而在CS诊断过程中检查方法多样,判断标准的不统一可能会导致诊断和治疗选择的延误,使并发症的发生和严重程度明显增加。此外,ACTH依赖性CS中的库欣病和异位ACTH综合征仅根据临床表现往往难以区分,需要进行特殊检查来辅助诊断。

近年来,国内在CS的诊断手段和治疗方法上已取得了一定进步,但也存在许多上述亟须解决的问题。中华医学会内分泌学分会肾上腺/垂体学组参考国外多家内分泌学会的指南或共识,根据我国的具体情况制定了该专家共识,旨在希望规范统一的诊断和治疗程序以提高广大医务人员对CS的认识,并选择恰当的治疗方法。

本共识提出当临床疑诊库欣综合征时,先进行包括24hUFC、血皮质醇昼夜节律、午夜唾液皮质醇等检查进行筛查;若筛查结果异常,则进一步行经典小剂量地塞米松抑制试验或过夜地塞米松抑制试验来确定CS的诊断(图1),之后进行下一步的定位诊断。定位诊断中的功能试验包括血ACTH测定、大剂量地塞米松抑制试验、CRH兴奋试验;影像学检查包括鞍区核磁共振显像、肾上腺CT、胸片或胸部CT,当经过上述检查仍不能定位时,可进行双侧岩下窦静脉取血、奥曲肽扫描、PET扫描等特殊检查。共识具体描述了上述各项检查方法,并解释应如何分析判断其检查结果;对亚临床CS、妊娠、肾功能不全、服用影响地塞米松代谢的抗癫痫药物等特殊疾病状况下应如何评价CS也给予了说明。

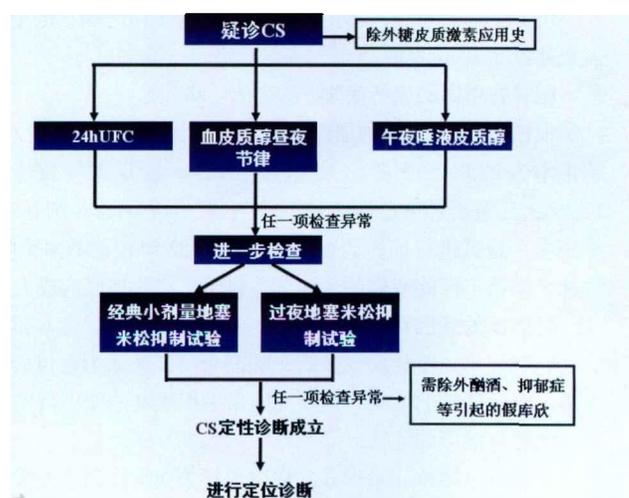


图1 疑诊库欣综合征的定性诊断流程