

## 20. 肥胖症的诊断——询问病史

通过病史询问，找出引起肥胖的病因，如肥胖开始的时间，出生时体重，是否有肥胖家族史，是否使用过能引起肥胖的药物，有无头部外伤及疾病史，是否于急慢性疾病的恢复期、大手术或分娩后，近期是否有生活方式、饮食习惯的变更，诸如终止体育锻炼、职业变换、迁居、营养条件的改善等。有无精神刺激史。自幼肥胖者常为单纯性或遗传性肥胖，成人起病或病史较短者可能为继发性肥胖。

## 20. 肥胖症的诊断——询问病史

注意肥胖的伴随症状，如高血压、糖尿病、月经失调等。这些情况既可为引起继发性肥胖的基础疾病的表现，也可为单纯性肥胖的合并症。内分泌肥胖多以原发病的主诉来诊。下丘脑性肥胖可有头痛、尿崩、溢乳、食欲亢进以及脑神经损害症状；遗传性肥胖常有性器官发育不全、智力低下、畸形；糖尿病常有口渴、多尿及多饮；甲状腺减退症常有食欲减退和体重增加。

## 21. 肥胖症的诊断——体格检查【常考】

(1) 检测血压，注意身高、体重、肌肉发达情况、有无水肿及先天畸形。

(2) 注意体型及脂肪分布特点，凡女性呈男性化或男性呈女性化脂肪分布者可能有性腺功能低下；向心性肥胖者有皮质醇增多症的可能；下半身脂肪异常增加而上半身脂肪萎缩可能是进行性脂肪萎缩。

(3) **观察记录第二性征发育情况**：先天性卵巢发育不全症、先天性睾丸发育不全症，可伴有第二性征发育不良，生殖器官发育障碍。

## 21. 肥胖症的诊断——体格检查

### (4) 注意有无中枢神经及精神障碍：下丘脑肥胖

可有视野缺损及脑神经损害表现。精神障碍伴低血糖表现可能为胰岛素瘤。有智力低下表现的可见于Laurence-Moon-Biedl综合征等。

## 22. 肥胖症的辅助检查

(1) X线检查：头颅平片及蝶鞍分层片，可发现较大垂体瘤、脑瘤及颅骨内板增生。怀疑脑瘤者做气脑或脑血管造影。怀疑肾上腺肿瘤者可行腹膜后充气造影或血管造影检查。胰腺、卵巢也可行X线检查。

(2) CT和MRI 检查：头颅及全身CT或MRI 检查可发现垂体瘤、其他颅内肿瘤以及肾上腺、胰腺、卵巢等部位肿瘤，为目前常用的无创伤性检查。

## 22. 肥胖症的辅助检查

(3) B超检查：对肾上腺、胰腺、甲状腺、性腺肿瘤或囊肿的诊断有帮助。

(4) 放射性核素检查：主要用于内脏器官肿瘤性疾病的诊断，如肾上腺或甲状腺肿瘤。

(5) 身体密度测量法、生物电阻抗测定法、双能X线吸收法科用于测定体脂总量。【常考】

(6) 其他：染色体检查，可检出遗传性疾病。视野检查有助于发现下丘脑垂体病变。

## 23. 肥胖症的内分泌功能检查

(1) 下丘脑-垂体-甲状腺轴检查：通过基础代谢率(BMR)、甲状腺吸<sup>131</sup>I率，血清蛋白结合碘(PBI)，血清总T<sub>3</sub>、总T<sub>4</sub>、游离T<sub>3</sub>(FT<sub>3</sub>)、游离T<sub>4</sub>(FT<sub>4</sub>)来了解甲状腺功能状态及检出甲减。另外，TSH、TRH兴奋试验用于鉴别甲减发生的部位。

(2) 下丘脑-垂体-肾上腺轴功能检查：①尿17-羟皮质醇、17-酮皮质醇及尿游离皮质醇测定、血浆皮质醇测定，主要检出皮质醇增多症患者；②血浆ACTH、ACTH兴奋试验，主要鉴别皮质醇增多是原发于肾上腺或是继发于垂体及下丘脑；

## 23. 肥胖症的内分泌功能检查

③ 小剂量地塞米松 (2mg/d) 抑制试验用于鉴别单纯性肥胖与皮质醇增多症【历年考点】；④大剂量地塞米松 (8mg/d) 抑制试验用于鉴别皮质醇增多症为异位ACTH 还是继发于垂体及下丘脑病变(库欣病)。

(3) 下丘脑-垂体-性腺轴功能检查：①血清睾酮、雌二醇测定用于检出性功能低下；②LH、FSH测定及LHRH 兴奋试验，若血LH、FSH升高，表明性功能低下原发于性腺病变；若降低表明性功能低下继发于下丘脑或垂体，注射LHRH 后，FSH、LH升高则病变在下丘脑，FSH、LH 无反应则病变在垂体。

## 23. 肥胖症的内分泌功能检查

(4) **胰岛功能检查**：怀疑糖尿病、胰岛B细胞瘤时可测定空腹血糖、血清胰岛素及C肽、糖基化血红蛋白、果糖胺。也可选用葡萄糖耐量试验、饥饿试验、D860 试验等。

## 24. 肥胖症的鉴别诊断

应鉴别单纯性或继发性肥胖症【易错】，如下丘脑性肥胖、Cushing 综合征、性腺功能障碍、甲状腺功能减退、肢端肥大症等。

## 25. 原发性与继发性肥胖症的鉴别及并发症的筛查

原发性与继发性肥胖症的鉴别诊断非常重要，  
因为一旦漏诊或误诊继发性肥胖症，不仅延误  
病因治疗，而且影响预后。

## 25 . 原发性与继发性肥胖症的鉴别及并发症的筛查

(1) 详细询问病史以分析引起肥胖的原因，如肥胖发生的时间、肥胖的速度、有无肥胖家族史，近期有无外伤、手术史，是否使用过引起肥胖的药物，是否生活方式发生改变等。

(2) 原发性肥胖者一般缓慢长胖(除女性分娩后长胖外)，如短时间内迅速长胖应多考虑继发性肥胖症。

(3) 要注意询问有无伴随或合并相关疾病的病史：①皮质醇增多症表现为高血压、满月脸、水牛背、月经较少、闭经；②甲状腺功能减退症常有怕冷、少汗、嗜睡、水肿；

③糖尿病可出现口干、多尿及多饮等。【易错】

## 25. 原发性与继发性肥胖症的鉴别及并发症的筛查

(4) 在体格检查方面，要测量血压、身高、体重，观察体型、皮肤颜色、有无水肿、有无紫纹、脂肪分布，观察第二性征发育，必要时应进行视野检查等。

### 【常考】

(5) 辅助检查有助于尽早明确原发性与继发性肥胖症及是否有并发症出现。

## 26. 肥胖症的治疗原则

肥胖症的治疗原则是以行为、饮食及运动等生活方式干预为主的综合治疗，强调个体化，必须长期坚持，必要时辅以药物或手术治疗，各种并发症及伴随病应给予处理，从而减少糖尿病、心脑血管病及各种并发症的发生。

减肥治疗的难点主要在于复发率很高，治疗主要包括两个方面，即减少摄入和增加消耗，其最终目的是使患者在6~12个月的较短时间内，降低体重的5%~10%。【此处重点】

## 27. 减肥的益处

(1) 通过生活方式干预(饮食控制+运动)使体重下降5%~

10%，即可明显改善各种与肥胖相关的心血管疾病危险因素及并发症。例如，能使糖尿病患者的空腹血糖下降并减少抗糖尿病药物的用量；能改善甘油三酯和HDL的水平；能降低血压，体重每下降1kg，收缩压和舒张压下降1mmHg。【常考】

(2) 在糖尿病前期的患者中当通过经常性的运动使体重下降4kg，能明显减少其进展为糖尿病的发生率。

## 28. 减肥的目标

减肥的目标是将体重减少5%~10%，按每周0.5~1kg的速度持续6个月以上，然后保持体重。若开始减重的前几周体重下降每周>2%，会增加胆石症的风险。【常考】

## 29. 肥胖症的饮食控制治疗

(1) 饮食控制原则是每天摄入的热量低于消耗的热量。每天减少能量的摄入 $500\sim 1000\text{cal}$ , 能使体重每周下降 $0.5\sim 1.0\text{kg}$ 。【常考】

(2) 目前, 关于肥胖患者减重饮食方案很多, 对于不伴有糖尿病、糖尿病前期及血脂紊乱的超重或肥胖患者而言, 任何饮食的摄入若能达到能量的负平衡, 都能达到减轻和维持体重的目的。

## 29 . 肥胖症的饮食控制治疗

(3) 极低热量饮食(VLCD)是指每天热量摄入少于800cal,能使体重在4个月内下降20%,但会增加胆结石的风险,易产生酮症,少数患者可出现“尖端扭转室速”导致死亡,宜慎用。糖类提供的热量少于25%,蛋白质的热量为33%~70%。【常考】

(4) 对患者应多鼓励,使其克服自卑心理,树立信心。

① 进食速度不能太快,提倡细嚼慢咽; ② 不应偏食和暴饮暴食; ③ 少吃甜食,少吃油炸食物; ④ 少买方便食品及速冻食品; ⑤ 不要边看电视边进食; ⑥ 制造节食环境,协助落实食谱和配餐(采购、配餐、烹调)。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：  
<https://d.book118.com/408024010053007020>