

# 《肥胖患者的长期体重管理及药物临床应用指南(2024版)》解读 减肥秘籍：早期强化治疗 + 长期体重管理

▲ 同济大学附属第十人民医院、上海曜影医疗 曲仲



曲仲 教授

医师报讯（融媒体记者 宋箐）为了更有效地促进肥胖症的长期体重管理，规范新型减重药物的临床合理使用以指导临床实践，近期，中华医学会内分泌学分会发布了《肥胖患者的长期体重管理及药物临床应用指南（2024版）》。《医师报》特邀该指南的共同通讯作者和共同执笔专家，同济大学附属第十人民医院、上海曜影医疗曲仲教授，对指南内容进行深入解读。

曲仲教授指出，肥胖是最复杂的慢性代谢性疾病，它需要综合的医疗干预措施。早干预、早用药以及可能的联合用药策略，都是长期管理肥胖的重要组成部分。在这一过程中，不存在所谓的减肥“一招鲜”和“杀手锏”。所有减重手段均存在停止干预后体重反弹的问题，对此，只有通过中心化管理和个性化治疗，才能真正有效预防体重反弹，并维持健康状态。

## 亮点一

### 建立肥胖患者管理路径

与《肥胖症基层诊疗指南（2019年）》《基于临床的肥胖症多学科诊疗共识（2021年版）》《中国居民肥胖防治专家共识》相比，本指南从患者识别、全身评估、综合诊断、目标设立、策略实施、长期维持入手，提供了全面患者管理路径。

饮食、运动等生活方式的变化轨迹、肥胖聚集史、并发症及合并疾病、体格检查、特殊伴随症状及可致体重增加的药物使用史和疾病史，识别潜在的肥胖继发因素。除了病因学评估，指南还强调要评估肥胖患者的代谢及合并症情况。

对于肥胖的诊断（表1），指南指出，在临床上，肥胖症的诊断依据仍以BMI为标准（由身高和体重计算得出，各地区标准不同），但BMI并不能准确反映脂肪分布和身体成分，因此仍需要测定腰围、臀围、腰高比、体脂率、内脏脂肪等进行综合评估。

指南指出，肥胖的初步识别主要包括直观评估（即医生对就诊者的主观感受）和人体测量指标（如BMI、腰围、腰高比、体脂率、内脏脂肪等）。特别针对有肥胖相关问题但表征不明显者（如BMI正常的腹型肥胖患者），体脂率和内脏脂肪的评估尤为重要。其中明确为肥胖者，建议进行全身评估。

指南建议所有从事肥胖诊疗的医疗机构合理配置体重秤、软尺及体脂分析仪，对所有超重和肥胖患者（包括腹型肥胖）均应测量BMI及腰围。如条件许可，尽可能评估体脂率或内脏脂肪。

## 亮点二

### 设定长期体重管理目标

长期体重管理的目的是降低相关并发症风险或控制已有并发症的进展，提高整体生活质量和健康状况。因此，指南提出，肥胖症治疗的长期目标应当是实现个体化最佳体重（使该个体长远身心健康最优的体重，对大多数患者而言是多维度体重正常化）并长期维持，以谋求远期结局（如心血管结局、全因死亡）的改善，提高整体生活质量和健康状况。

指南提出，基于肥胖症的慢性和复发性特征，肥胖管理应遵循及时性、长期性、个体性的原则，即在患者体重出现超重和（或）持续增加风险时即起始干预，并根据患者的全身状况、对体重管理方法的接受度和依从性等，制定个体化的治疗方案，进行长期甚至终身的体重管理（图1）。

表1 中国人群肥胖症的常用诊断标准

检测方法		诊断标准		优缺点
BMI	体重(kg) / 身高(m) <sup>2</sup>	正常	18.5~23.9 kg/m <sup>2</sup>	操作简单，适用性广，是目前最常用的诊断指标。但不能反映身体成分和脂肪分布。
		超重	24.0~27.9 kg/m <sup>2</sup>	
腰围	男 / 女	正常	<85 cm / <80 cm	可以部分反映脂肪的分布，衡量中心性肥胖，操作简单，适用性广，但测量误差较大，使用中需注意正确的测量方法。
		腹型肥胖	≥90 cm / ≥85 cm	
腰臀比	男 / 女	正常	0.85~0.90 / 0.75~0.80	腹型肥胖
		腹型肥胖	≥0.90 / ≥0.85	
腰高比	男 / 女	正常	<0.5	腹型肥胖
		腹型肥胖	≥0.5	
体脂率	生物电阻抗, 双能X射线	正常	10~20%	测量较为准确，其中CT评估内脏脂肪面积是诊断腹型肥胖的金标准。但需要专门设备，操作较为复杂，价格较高。
		肥胖	≥25%	
内脏脂肪面积	CT, MRI	正常	<80 cm <sup>2</sup>	腹型肥胖
		腹型肥胖	≥80 cm <sup>2</sup>	

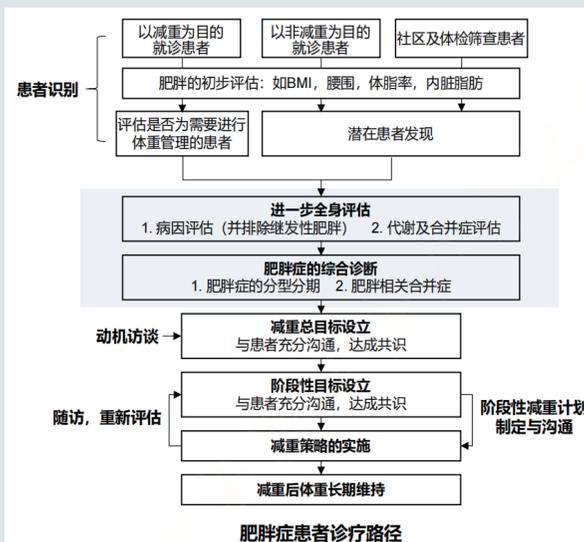


图1 肥胖症患者的诊疗路径

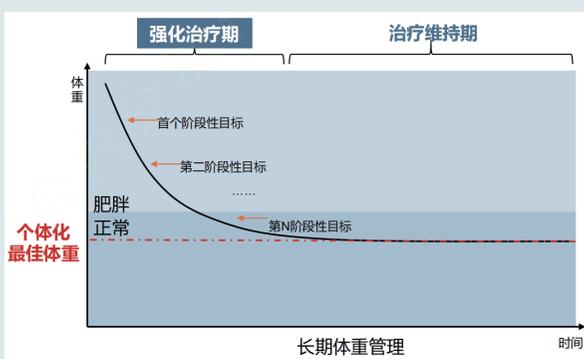


图2 长期体重管理的阶段实现

无并发症	有并发症
生活方式干预效果不佳后尽早起始药物治疗	生活方式干预贯穿始终
生活方式干预贯穿始终	生活方式干预贯穿始终
生活方式干预贯穿始终	生活方式干预贯穿始终
生活方式干预贯穿始终	生活方式干预贯穿始终

图3 减重策略实施的总体原则

## 亮点三

### 提出长期体重管理办法

长期体重管理通常包括强化治疗阶段和治疗维持阶段（图2）。强化治疗期，指从起始治疗到最接近个体化最佳体重的阶段。考虑到大部分肥胖症治疗周期较长，实现个体化最佳体重时间较长，为增进行为激励，提高依从性，控制合理体重变化轨迹，及时调整治疗方案，强化治疗期可根据个体情况分解为多个短期阶段目标逐一攻克。

治疗维持期，指接近个体化最佳体重后的长期维持阶段。该阶段的首要目标为长期维持体重在个体化最佳体重，尽量避免体重波动和反弹，实现长期体重管理目标。

体重管理干预越早，获益越大。体重管理的关口应当前移，即在体重出现上升时即起始体重管理计划，而非等到并发症的出现甚至加重。生活方式干预需贯穿长期体重管理的始终，但单纯的生活方式干预往往效果欠佳或者出现反弹。因此，指南还指出，在强化治疗期，建议对于所有达到肥胖或腹型肥胖标准的患者，或者存在肥胖相关合并症的患者，可联合减重药物起始治疗。对于尚处于超重且无合并症的患者，也可在生活方式干预效果不佳（如3个月减重<5%或未达预期）后，尽早联合减重药物治疗。

针对肥胖的生活方式干预具有高度个体化的特点，患者的依从性对于干预效果的影响颇大。因此，指南建议多学科临床医生与患者共同讨论，在现有

生活方式偏好和习惯的基础上进行调整，制定患者易于接受和坚持的个体化干预方案，这是生活方式干预的重要原则。

而对于药物减重治疗，指南建议，对于大多数超重或肥胖（包括腹型肥胖）患者，尤其是既往减重失败或无法维持减重效果的个体，符合适应证可直接起始减重药的治疗。对于部分患者，如肥胖程度较轻（如BMI 24~27.9 kg/m<sup>2</sup>）且无明显合并症的患者，也可在尝试生活方式干预效果不佳时（如3个月减重<5%或未达预期），起始减重药物治疗（图3）。

当然，临床上也需要对患者进行个体化综合评估，特别对于一些使用药物风险较高或药物耐受性较差的患者（如合并肾功能不全者等），须在充分评估利弊后，在专业医生指导下合理使用减重药物。

在减重药物治疗过程中，医生应当根据患者个体情况，选择适合患者且患者接受度较高、用药依从性较好的减重药物，并充分与患者沟通用药方法、不良反应应对及随访周期。指南强调，在使用减重药物的同时，生活方式干预仍然是长期体重管理的基石。



扫一扫 关联阅读全文