

# 肥胖防控须多学科及中心化管理

● 本报见习记者 张帆

“体重管理是一个复杂而长期的过程,短期减重并不难,真正的挑战在于如何避免体重反弹。”上海市第十人民医院内分泌代谢科主任医师、同济大学医学院肥胖症研究所所长曲仲表示。

近日,由曲仲撰写的《中国体重管理及中心建设的现状与挑战》于《中华医学杂志》发表,文章围绕肥胖症长期目标管理、体重管理中心建设、减重药物应用等方面展开。同时指出,体重管理中心建设逐渐从多学科松散合作转向中心化管理,整合内分泌、营养、外科等资源,但存在理念不统一、人才认证体系待完善等问题。

## 国家政策和公众认知

根据世界卫生组织(WHO)公布的数据,2022 年世界上每 8 人中就有 1 人患有肥胖症。数据显示,2022 年全球超过 10 亿患有肥胖症的人群中,8.9 亿为成人,1.6 亿为儿童和青少年。此外,相比 1990 年,全球成人肥胖增加了一倍多,青少年肥胖则增加了三倍。

根据 WHO 的定义,肥胖是一种慢性复杂疾病,这使全球对于肥胖重视程度显著提升。近年来,我国也已推出多项肥胖防控的宏观政策。

2024 年 6 月,国家卫生健康委等 16 个部门联合制定《“体重管理年”活动实施方案》,提出力争通过三年左右时间,使体重管理支持性环境广泛建立,全民体重管理意识和技能显著提升,健康生活方式更加普及,全民参与、人人受益的体重管理良好局面逐渐形成,部分人群体重异常状况得以改善。

2024 年 10 月,国家卫生健康委发布《肥胖症诊疗指南(2024 年版)》,其中指出,肥胖症已成为我国重大公共卫生问题,是我国第六大致死致残主要危险因素。同年 12 月,国家卫生健康委发布《体重管理指导原则(2024 年版)》,其中指出,若增长趋势得不到有效遏制,2030 年我国成人、儿童超重肥胖率将分别达到 70.5%和 31.8%。

2025 年 4 月,全国爱国卫生运动

委员会发布通知,将健康体重管理行动纳入健康中国行动。

“这一系列政策,目前已经初见成效,公众的体重管理知识普及率和主动管理人群比例有了显著的提升。”曲仲表示。

不过,当前肥胖防控尚面临两个方面的挑战:第一,超加工食品易得与健康饮食成本较高之间的矛盾及传统膳食结构向高糖高脂转型进一步加剧肥胖风险;第二,体力劳动减少、久坐行为增多以及对机动交通工具的过度依赖成为肥胖的主要诱发因素。

“这些问题一直存在,而且长期以来未能得到有效控制,迫切需要我们社会和政府采取积极有效的措施来应对和管控。”曲仲说。

## 肥胖诊断和长期管理

根据《肥胖症诊疗指南(2024 年版)》,体质指数(BMI)是评估全身性肥胖的通用标准,其计算方式为体重(kg)除以身高(m)的平方。不过,以 BMI 作为肥胖症评估指标,存在一定的局限性。

“BMI 因具有简便性而被广泛使用,但它无法区分脂肪肌肉比例、脂肪分布、内脏脂肪和代谢风险,因此无法准确识别‘代谢健康肥胖者’和‘正常体重代谢异常患者’。”曲仲表示,“新纳入肥胖诊疗指南的诊断指标包括腰围、腰高比、脂肪含量及分布,这就弥补了 BMI 的不足,使诊断更具科学性。对于肥胖程度的判断,BMI 仍然是重要的参考,但必须结合评估肥胖相关代谢紊乱以及合并症,才能使体重管理评估更准确合理。”

2025 年 1 月,《柳叶刀-糖尿病

与内分泌学》发布了“临床肥胖症定义和诊断标准”报告,报告引入了“临床肥胖”和“亚临床肥胖”两个新概念。

“区分这两者,关键是看器官功能与生活质量是否受损。如果仅脂肪堆积但无显著功能异常,则属于亚临床肥胖。如果伴有功能损害且需积极临床干预,则属于临床肥胖。”曲仲说。

除了关于肥胖的科学诊断标准的变化,业内对体重管理的理念也发生改变。

“过去对于肥胖症的管理多以营养干预和运动处方为主,药物和手术干预有限。因此体重管理多为短期行为,以 3~6 个月居多,没有明确减重目标。患者实际治疗方案很难长期坚持,减重幅度小而且反弹非常常见。随着有效减重药物的陆续上市,设立长期体重管理目标成为可能。”曲仲表示。

《肥胖患者的长期体重管理及药物临床应用指南(2024 版)》指出,肥胖症治疗的长期目标,应当是实现个体化最佳体重并长期维持。所谓“个体化最佳体重”,对大多数患者而言,指的是多维度体重正常化(包括 BMI、腰围及体脂率等指标)。

曲仲介绍,长期目标的实现可分为两个阶段。第一阶段为强化治疗期,依据患者年龄及并发症等情况设定个性化阶段目标。例如,年轻和并发症较少的患者可在 3~6 个月内减重 10%~15%,以快速改善健康状况并增强信心;老年或合并症多的患者则设定更缓和的目标,优先保障安全性。每完成一阶段目标后再制订下一阶段计划,逐步达到个体最佳体重。第二阶段是治疗维持期,重点是在达到目标体重

后长期维持,避免体重反弹,实现终身管理。

此外,曲仲还提及了药物治疗的重要意义。减重初期的困难主要源于生理抵抗:减少能量摄入会触发代偿机制,如饥饿感增强、饱腹感下降及对高热量食物的渴求,显著阻碍减重进程;同时,基础代谢率降低会进一步缩小能量缺口,使减重速度放缓。因此,“早期、足量药物干预对于打破代谢、代偿机制非常重要”。

那么,进入维持期以后,是否可以停药呢?基于现有证据,曲仲建议在减重药物强化治疗后,尽量保持原有减重药和生活方式干预不变,但也需要结合患者的个体情况进行适当调整。

## 构建中心化诊疗体系

据《健康报》报道,最新统计数据显示,全国有 4500 多家二、三级医院设立健康体重管理门诊,一些一级医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院也开设了相关门诊,方便群众获得健康体重管理的针对性帮助和指导。

“肥胖医学正经历从专科向多学科及中心化管理的转型。”曲仲指出,在政策推动下,体重管理门诊数量显著增长,部分医院已初步整合内分泌、营养、外科、中医及心理等资源,提供包括营养、药物、手术、中医及心理在内的全方位个体化方案。但目前该模式仍处于早期阶段,存在理念不统一、管理不完善等问题,未来需进一步构建内外兼容、中西结合的中心化肥胖诊疗体系。

此外,曲仲还指出,目前我国体重管理转诊机制尚不完善,缺乏成熟的肥胖一体化管理平台。理想模式应以三级医院多学科专家团队为核心,联合社区医师实现基层协作。通过将肥胖筛查与干预措施下沉至社区,并依据临床指南实现规范化管理,可系统跟踪肥胖相关指标,逐步建立基层慢病管理体系,最终实现三级联动、管理下沉和基层中心建设的目标。

相关论文信息: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20250603-01361>



图片来源:视觉中国