

2016 年美国临床内分泌医师学会/美国内分泌学会 肥胖症综合管理临床实践指南解读

赵宇星 朱惠娟 王林杰

【摘要】 随着肥胖症患病率的不断增长,肥胖症的诊治越来越引起人们的重视。在既往肥胖指南的基础上,2016 年 5 月,美国临床内分泌医师学会(AACE)联合美国内分泌学会(ACE)发布了《2016 美国 AACE/ACE 肥胖指南》,该指南以肥胖相关并发症为中心,对肥胖症的诊断、评估、治疗目标及治疗策略给予建议和指导,本文就该指南的重点内容进行解读,以期从中有所借鉴,带给医务工作者以思考和启示。

【关键词】 超重;肥胖;临床指南

doi:10.3969/j.issn.1006-6187.2017.01.003

Interpretation of 2016 American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) and American College of Endocrinology (ACE) clinical practice guidelines for comprehensive medical care of patients with obesity

ZHAO Yu-xing, ZHU Hui-juan, WANG Lin-jie. Department of Endocrinology, Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100730, China

Corresponding author: WANG Lin-jie, E-mail: eileenwood@163.com

【Summary】 With the growing prevalence of obesity, diagnosis and treatment of obesity has drawn great attention. On the basis of previous guidelines on obesity, May 2016, American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) and American College of Endocrinology (ACE) announced the clinical practice guidelines for comprehensive medical care of patients with obesity. The guidelines give advice and guidance in obesity diagnosis, assessment, treatment goals and treatment strategies around obesity-related complications as center. This article interprets the key content of the guideline in order to acquire enlightenment for clinical work.

【Key words】 Obesity; Overweight; Clinical practice guidelines

肥胖症的患病率在过去 30 年飞速增长,已成为全球共同面临的重大公共卫生危机。2012 年,WHO 统计报告显示,1980~2008 年肥胖率由男性的 5%、女性的 8% 分别增长为 10% 和 14%^[1]。估算 2008 年,全球 >15 岁人群中超重人数达到 14.6 亿,肥胖人数达 5.02 亿^[2]。我国一项涵盖 9 省市 6 次(1993、1997、2000、2004、2006 和 2009 年)现况调查的纵向数据分析^[3]表明,1993~2009 年我国 ≥18 岁成年人,以 WHO 标准判定,男性超重率和肥胖率分

别由 10.0% 和 0.6% 增长至 24.8% 和 3.6%,女性分别由 14.5% 和 1.2% 增长至 20.9% 和 3.7%;而以中国诊断标准判定,则男性超重率和肥胖率分别由 14.9% 和 2.0% 增长至 30.0% 和 8.7%,女性分别由 19.8% 和 3.8% 增长 25.3% 和 8.6%。近年,全球在肥胖症的管理和治疗策略包括生活方式干预、药物治疗及代谢手术等方面均取得了巨大的进步^[4]。肥胖症现在已被定义为由遗传、环境、行为等多方面因素引起的复杂慢性疾病,并可引起严重的

作者单位:100730 北京,中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院内分泌科
通信作者:王林杰, E-mail: eileenwood@163.com

并发症,如 T2DM、高血压、呼吸睡眠暂停综合征等^[5]。面对如此严峻的形势,2013 年,ACC 及 AHA 联合发布了成人超重和肥胖管理指南,对肥胖的诊断,糖尿病、高血压、冠心病等肥胖相关并发症的评估进行阐述,并着重介绍了肥胖的生活方式治疗和手术治疗。2014 年,美国临床内分泌医师学会(AACE)联合美国内分泌学会(ACE)提出了肥胖管理的新框架,凸显了肥胖相关并发症的重要性,并根据是否合并并发症对肥胖严重程度进行分级,纠正了单纯应用 BMI 作为肥胖评估标准的局限性。2016 年 8 月,AACE/ACE 再次联合共同发布了最新的《2016 美国 AACE/ACE 肥胖指南》(下称“指

南”)。指南由一系列先验的、相关的、直观的、务实的问题组成,这些问题从肥胖诊治最重要的方面,如筛查、诊断、临床评估、治疗目标和治疗选择等入手,为协助临床医生综合全面的诊治肥胖症提供了纲领性的计划。本文将根据指南的内容从以下方面进行解读。

一、肥胖症及其并发症的评估

指南中首次把慢性疾病防治的诊断分级概念引入到肥胖症的诊治中,强调了肥胖症的早期预防、疾病管理及并发症防治的重要性,这为肥胖症系统规范化的诊治提供了整体框架(Grade C)(表 1)。

表 1 肥胖症防治的 3 个阶段

项目	定义	预防方法
一级预防	预防超重和肥胖的发生	健康教育;营造健康的生活环境;促进健康饮食习惯和规律的体力活动
二级预防	已经发生超重和肥胖的患者,预防体重进一步增加和肥胖相关的并发症的发生	通过 BMI 进行筛查;肥胖诊断和并发症评估;治疗;生活方式及行为干预 ±减重药物治疗
三级预防	通过减重治疗消除或改善肥胖相关并发症并预防疾病的进展	生活方式、行为干预及减重药物治疗;可考虑手术治疗

BMI 仍然是诊断和评估肥胖严重程度最重要的指标。所有的成年人每年都应行 BMI 评估,大部分地区以 BMI > 25 kg/m² 作为超重的标准,东亚、东南亚、南亚人群以 ≥ 23 kg/m² 作为标准。WC 作为腹型肥胖的危险因素在 BMI < 35 kg/m² 的患者亦需要评估。目前,美国的标准为 WC 男 ≥ 102 cm,

女 ≥ 88 cm;而指南中也列出了不同地域不同人种相应的 WC 标准,对于南亚、东南亚、东亚人群,以 WC 男 ≥ 85 cm,女 74~80 cm 为标准。中国则以 WC 男 ≥ 90 cm,女 ≥ 80 cm 为标准。随着 BMI 和 WC 的增加,肥胖相关并发症的风险也升高。(Grade A)(表 2)

表 2 超重和肥胖的 BMI 及 WC 危险度分级

项目	BMI		WC 及并发症风险	
	BMI (kg/m ²)	并发症风险	男 ≤ 102 cm 女 ≤ 88 cm	男 > 102 cm 女 > 88 cm
低体重	< 18.5	低	—	—
正常体重	18.5~24.9	平均	—	—
超重	25.0~29.9	增加	增加	高
肥胖 I 级	30.0~34.9	中度	高	很高
肥胖 II 级	35.0~39.9	重度	很高	很高
肥胖 III 级	≥ 40.0	非常严重	非常高	非常高

指南区别与其他肥胖指南最大的亮点在于“以肥胖相关并发症为中心”的诊断模式,2016 年指南也延续了这一特点。指南提出,BMI 及 WC 等检查适用于评估超重和肥胖的严重程度,但单独这两项指标是无法衡量超重/肥胖对身体的损害,所以对于超重/肥胖患者并发症的评估是至关重要的。肥胖症的并发症主要包括 MS、T2DM、血脂异常、高血压、非酒精性脂肪性肝病、多囊卵巢综合征、女性不育、男性性腺功能低减、睡眠呼吸暂停综合征、哮喘/

气道高反应性、骨性关节炎、压力性尿失禁、胃食管反流病、抑郁等。可首先通过病史及查体获取有无相关并发症的信息,必要时可行相关辅助检查明确。而相对的,存在某种肥胖相关并发症的患者也需通过 BMI 及 WC 评估是否存在超重及肥胖。

二、肥胖及并发症的治疗

1. 减重治疗使肥胖相关并发症获益:2014 年,AACE/ACE 肥胖指南为肥胖 I 级和肥胖 II 级分别制定体重下降的目标,而最新指南以循证医学为基

础更加详细和准确的为每一个肥胖相关并发症制定了相应的减重目标,并预估了临床的获益(表 3),除心血管疾病在减重治疗是否获益上仍有争议外,其

他的并发症均可通过减重治疗得到改善。(Grade A)

表 3 超重及肥胖相关并发症减重及临床治疗目标

诊断	并发症	减重目标	临床目标
超重/肥胖 (BMI≥25 kg/m ² , 部分地区 BMI≥23 kg/m ²)	MS 及糖尿病前期	10%	预防 T2DM
	T2DM	5%~≥15%	HbA _{1c} 下降;降糖药物使用减少;糖尿病缓解(尤其对于病程短的患者)
	血脂异常	5%~≥15%	TG 下降;HDL-C 升高;非 HDL-C 下降
	高血压	5%~≥15%	SBP 和 DBP 下降;减少降压药物的使用
	非酒精性脂肪性肝病	5%或更多	减少肝细胞内脂肪堆积
	脂肪性肝炎	10%~40%	减轻肝脏炎症和纤维化
	多囊卵巢综合征	5%~15%或更多	排卵;月经规律;多毛减轻;增加 IS;雄激素水平下降
	女性不孕	10%或更多	排卵;怀孕及生育
	男性性功能低下	5~10%或更多	血清睾酮水平增加
	睡眠呼吸暂停	7%~11%或更多	改善症状;睡眠呼吸暂停低通气减轻
	哮喘/气道高反应性	7%~8%或更多	改善第 1 秒用力呼气量;改善症状
	骨关节炎	≥10%	改善症状
		5%~10%或更多联合运动	增加功能
	压力性尿失禁	5%~10%或更多	减少尿失禁发作次数
	胃食管返流病	10%或更多	减少症状发作的次数;减轻症状发作的程度
	抑郁	不确定	减轻症状;改善抑郁量表评分

2. 肥胖症的生活及行为方式治疗:生活方式改善为减肥的起点,最为有效的方法包括膳食、体育活动和行为方式干预,建议为每位减重患者根据具体情况,制定个体化的生活及行为方式治疗方案。(Grade A)

(1) 饮食方式改善:指南中提出,减少能量的摄入是减重治疗中最主要的部分,建议每日饮食减少 500~750 kcal。而富含营养素的膳食结构可提高患者依从性,改善饮食习惯,减轻代谢性疾病的危险因素,得到临床获益,因而也是大力提倡的。对于膳食结构的构成,指南推荐地中海饮食、低碳水化合物、低脂肪、高蛋白素食,还可考虑配方饮食进行膳食替代。部分患者在医生指导下可予极低卡路里饮食。(Grade A)

(2) 体育活动:运动是减重治疗中不可或缺的一部分,可通过减少脂肪成分,增加肌肉含量使机体保持在更健康的状态。指南建议,开始初始体育运动的患者,运动量和强度应当逐步递增,最终目标应在每周运动 150 min 以上,每周运动 3~5 d。针对主要肌群的单一重复训练可有效减少脂肪成分,建议每周 2~3 次,同时需减少静坐。运动生理学者和专业认证的瘦身师参与到体育减重的计划中,根据患者体能情况制定个体化的体育活动方案,可以提

高疗效。(Grade A)

(3) 行为方式干预:行为方式干预主要旨在通过各种方式,增加患者肥胖症治疗的依从性,主要包括自我管理、目标设定、教育、解决问题的策略、刺激控制、减轻压力、心理评估、咨询和治疗、认知调整、动机访谈、动员社会支持机构等。(Grade A)

3. 肥胖症的药物治疗:超重/肥胖的药物治疗只是生活行为方式治疗的辅助治疗方法,不应单独应用(Grade A)。药物联合生活方式的改善相比仅仅改善生活方式可以更有效的减轻体重,尤其对于肥胖合并相关并发症的患者,药物联合生活方式的改善可作为首选治疗方案。由于肥胖的治疗是长期规划,短期的药物治疗并不能得到长期的获益(Grade B),因此,临床医师对于减重药物的选择需要全方面考虑,包括药物的有效性及不良反应,并发症、用药史,这些是个体化减重药物治疗的基石(Grade A)。目前,FDA 批准的治疗肥胖药物主要有环丙甲羟二羟吗啡酮(纳曲酮)/安非他酮、氯卡色林、芬特明/托吡酯、奥利司他、利拉鲁肽。指南中详细列举了肥胖患者,如合并其他疾病或特殊时期(妊娠及哺乳)时,用药的安全选择。

(1) 对于冠心病及心律失常的患者,奥利司他和氯卡色林作为首选,而其他药物有潜在影响血压

和心率的风险,不建议使用(Grade A)。

(2) 慢性肾脏病的患者,在肾病的终末期,不应使用减重药物,部分患者如用药指征很强,可考虑奥利司他和利拉鲁肽,但需警惕草酸盐肾病及呕吐、腹泻引起容量不足可加重肾损伤。对于轻中度肾功能损害的患者,减重药物可使用,但部分药物需减量,同时密切监测肾功能变化(Grade B)。

(3) 严重的肝脏损伤患者,不应使用减重药物(Grade C)。

(4) 奥利司他、利拉鲁肽有潜在引起胰腺炎的风险,如有急性胰腺炎发作,需立即停药(Grade C)。

(5) 芬特明和纳曲酮不应用于合并青光眼的患者(Grade C)。

(6) 对于妊娠期及哺乳期患者,不能使用减重药物,有怀孕可能的女性应在同时服用避孕药期间使用减重药物(Grade A)。

近年,尽管安非他酮、氯卡色林、托吡酯等药物先后得到 FDA 批准,用于减重治疗,但目前在我国,有肥胖治疗适应证获得批准的的药物只有奥利司他。国内的研究^[6]证实,奥利司他可有效达到体重减轻的目的,同时还有助于 TC、血糖及血压水平的改善,整体安全性和耐受性良好。但因为腹泻等不良反应,使用受到限制,今后仍期待有更多的减重药

物进入中国,让患者有更多的选择性。

4. 肥胖症的手术治疗:对于 BMI \geq 40 kg/m²,无其他合并情况的患者适合行肥胖外科手术治疗;BMI \geq 35 kg/m²同时有 1 个或多个肥胖相关并发症的患者(如 T2DM、高血压、阻塞性睡眠呼吸暂停、肥胖低通气综合征、非酒精性脂肪性肝病、胃食管疾病、非酒精性脂肪肝炎、哮喘、静脉淤血性疾病、严重的尿失禁、退行性关节炎等)有肥胖外科手术治疗指征。此外,此次指南放宽手术指征,对于 BMI 30.0~34.9 kg/m²合并糖尿病或 MS 者,有手术意愿的也可考虑行外科手术治疗。

三、超重及肥胖症诊断及治疗的总体指南

综上所述,指南延续其以“肥胖相关并发症为中心”的诊治特色,强调了在诊治肥胖过程中,对并发症的评估及治疗的重要性,并制定了不同肥胖相关并发症的减重目标及临床目标。同时,首次将慢性疾病的诊治分级概念引入到肥胖症的诊疗框架中,意在强调肥胖症的严重性及规范治疗的必要性。指南对我国的临床工作者亦有指导意义,提高我们对超重/肥胖相关并发症的关注,倡导多学科协作,个体化、针对性的进行超重/肥胖的管理和长期随访(表 4)。

表 4 超重及肥胖症诊断及治疗的总体指南

人体测量指标 (BMI)	疾病阶段	慢性疾病防治分级	建议治疗
<25 kg/m ² , 部分地区 <23 kg/m ²	正常	一级	健康的生活方式
25.0~29.9 kg/m ² , 部分地区 23.0~24.9 kg/m ²	超重 0 期	二级	生活及行为方式治疗
\geq 30.0 kg/m ² , 部分地区 \geq 25.0 kg/m ²	肥胖 I 期	二级	生活及行为方式治疗;减重药物
\geq 25.0 kg/m ² , 部分地区 \geq 30.0 kg/m ²	肥胖 I 期(至少合并 1 种轻中度并发症)	三级	生活及行为方式治疗;减重药物
\geq 25.0 kg/m ² , 部分地区 \geq 30.0 kg/m ²	肥胖 I 期(至少合并 1 种重度并发症)	三级	生活及行为方式治疗;减重药物;可考虑外科手术(BMI \geq 35 kg/m ²)

参 考 文 献

[1] WHO. World Health Statistics[2016-10-25]. Geneva: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1&ua=1.

[2] Finucalle MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al. National, regional, and Global trends in body—mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country—years and 9.1 million participants. Lancet, 2011, 377:557-567.

[3] Xi B, Lian Y, He T, et al. Secular trends in the prevalence of general and abdominal obesity among Chinese adults, 1993—2009. Obes Rev, 2012, 13:287-296.

[4] Garvey WT. New tools for weight-loss therapy enable a more robust medical model for obesity treatment: rationale for a complications-centric approach. Endocr Pract, 2013, 19: 864-874.

[5] Cefalu WT, Bray GA, Home PD, et al. Advances in the science, treatment, and prevention of the disease of obesity: reflections from a Diabetes Care editors' expert forum. Diabetes Care, 2015, 38:1567-1582.

[6] Shi YF, Pan CY, Hill J, et al. Orlistat in the treatment of overweight or obese Chinese patients with newly diagnosed type 2 diabetes. Diabet Med, 2005, 22:1737-1743.

(收稿日期:2017-12-05)

(本文编辑:张婷婷)