

超重与肥胖管理五大关键问题

——2013 AHA/ACC/TOS《成人超重与肥胖管理指南》解读

四川大学华西医院内分泌代谢科

胡瑞杰 童南伟

来源：中国医学论坛报

2013年11月21日星期四

肥胖指体内脂肪堆积过多和(或)分布异常,通常伴有体重增加。肥胖是一种慢性代谢疾病,近年来全球肥胖人数急剧增长,在一些发达国家和地区人群患病情况已达到流行的程度。肥胖不仅给患者个体带来严重的健康问题,也给家庭和社会带来巨大经济负担。2013年11月12日,AHA/ACC/TOS(肥胖学会)联合美国国家心、肺和血液研究所(NHLBI)发表了《成人超重与肥胖管理指南》(以下简称“指南”)。指南旨在为初级保健医师(PCP)提供权威的超重及肥胖患者体重管理信息,因此只是最基本的,可能不能满足专科医师的临床要求。指南围绕5个关键问题作了具体推荐,并给出了诊治临床路径,这对中国

卫生工作者来说也有很重要的借鉴意义。每条推荐信息的证据分级均包括两种类型：NHLBI 的 Grade 分级形式、AHA/ACC 的疗效分级和证据水平。本文是对该指南的简单解读。

【超重与肥胖的 BMI 切点】

指南沿用了体质指数(BMI)对超重和肥胖进行定义和分级。由于地区和人种的差异,欧美人群诊断超重和肥胖的 BMI 切点对亚洲及中国人群来说并不适用,不同人群 BMI 切点的比较见表。

表 不同人群 BMI 切点的比较

分级	BMI (kg/m ²) 切点		
	欧美人群 a	亚洲人群 b	中国人群 c
正常	18.5~24.9	18.5~22.9	18.5~23.9
超重	25~29.9	23~27.4	24~27.9
肥胖 I	30~34.9	27.5~32.4	≥28
肥胖 II	35~39.9	32.5~37.4	
肥胖 III	≥40	≥37.5	

注 a: 指南所推荐沿用了1998年NHLBI《成人超重和肥胖指导、评估与治疗临床指南》；

b: 世界卫生组织(WHO)2004年,也是目前国际糖尿病联盟(IDF)推荐的亚洲人群BMI标准;

c: 2003年《中国成人超重和肥胖症预防控制指南(试行)》

指南虽提及根据一些研究显示,腰围越大,心脑血管疾病及代谢病等疾病事件风险越高,但由于缺乏确切证据和关于超重及肥胖的腰围切点研究,指南没有把腰围作为评估超重及肥胖的指标单独列出,但建议每次对超重及肥胖患者进行随访时检测腰围,故指南关于超重及肥胖的分级均用 BMI 表示。在这里不得不提及另外一个指标——腰高比[腰围(cm)与身高(cm)的比值],有人称之为“中心性肥胖指数”。腰高比是上世纪 90 年代中期提出的一个超重及肥胖相关指标。该指标的提出是基于对某些人群来说,腰高比有时优于 BMI 及腰围。比如运动员一般体重比较大,计算出的 BMI 可能是高的,但这类人群肌肉比例高,并没有多余

脂肪,实际上应该是健康的,并不属于超重或肥胖。腰围绝对值与身高有很大关系,因此对身高较高或较低者而言用腰围判定肥胖存在误判,用腰高比肯定更合理,因此有取代腰围的趋势。此外,它也没有 BMI 标准的种族、性别、年龄差异。也许包括腰高比在内的健康指标值得进行更多研究。

【减重获益】

对于有心血管危险因素(高血压、血脂紊乱、高血糖)的超重和肥胖者,即使只减重 3%~5%,也能产生有临床意义的健康获益,血压、甘油三酯、血糖、糖化血红蛋白(HbA_{1c})及发展为 2 型糖尿病的风险均明显降低,且在一定范围内,减重越多,获益越

大。这与既往多数指南推荐减重目标至少在 5%~10%才有临床获益不同。另外,这样或许能增强部分患者减重的信心,提高患者依从性。但指南建议在减重的最初 6 个月内,减重目标仍为 5%~10%。

Look AHEAD 研究人数较多,超过指南纳入所有研究的总人数,但此研究没有被纳入指南。Look AHEAD 研究旨在探讨强化生活方式减重能否降低超重或肥胖 2 型糖尿病患者此类心血管事件高危人群心脏疾病、卒中以及心血管相关死亡的发生率。随访 4 年结果显示,强化组平均减重 6.15%,对照组(糖尿病支持和教育)减重 3.5%,虽然强化组与对照组相比多减重不到 3%,但强化组在 HbA1c、高密度脂蛋白胆固醇

(HDL-C)、甘油三酯、血压方面均显著获益。但是因为在糖尿病支持和教育组中更为积极地使用降脂药物,该组低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)下降幅度更大。与对照组相比,强化生活方式干预既无明显坏处也无显著减少心血管事件的趋势,其他远期获益有待继续观察。该研究表明,要通过减重使心血管获益可能时间长且减重必须达到一定幅度。

【饮食处方】

限制饮食中热量摄入是减重的基础,应当给予患者明确的饮食指导,包括详细的饮食处方建议。应当注意的是,尽管目前有多种饮食模式,但并没有一种饮食模式可以推

荐作为理想的减重方案,应根据个体活动强度、年龄、标准体重及身体健康状况计算每日所需要的热卡,制定个体化饮食方案,摄入量持续低于机体的消耗量,以达到减轻体重的目的。

特别要注意,饮食治疗常见的误区之一是极低热卡饮食(VLCD),长期 VLCD 使脂肪过度提供热卡,对以葡萄糖供能为主的大脑和心肌代谢会带来不利影响,甚至发生心肌损伤致心源性猝死,同时肝肾代谢负荷过重,因肥胖常伴脂肪性肝病,也常伴高血压甚至肥胖性肾病,因此长期 VLCD 可能加重肝肾损害;误区之二是不进食或极少进食碳水化合物,后果与 VLCD 相似;误区之三是不进食动物脂肪,由于相当部分必须脂肪酸

需要动物脂肪提供,因而没有动物脂肪摄入会造成脂肪酸代谢失衡;误区之四是仅饮食治疗,不与运动配合。对于肥胖伴胰岛素抵抗,要改善胰岛素抵抗除减少热卡外,必须配合运动,否则减轻胰岛素抵抗的作用不明显。

【减重手术】

指南及 2011 年 IDF 《减重手术治疗肥胖伴 2 型糖尿病立场声明》、2012 年美国临床内分泌医师协会 (AACE) 均推荐 $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ 作为减重手术的绝对适应证, $BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ 合并肥胖相关伴发疾病者也推荐手术治疗,但该 BMI 切点不符合中国人。IDF 推荐亚洲人减重手术指征为上

述 BMI 切点分别降低 2.5 kg/m²。

虽然减重手术死亡风险较一般手术风险低,但是仍然存在一定的死亡率,而且术后还有发生肠梗阻、吻合口漏、深静脉血栓等近期并发症,以及发生胆石症、胃轻瘫、营养不良等远期并发症的可能。因此,采用手术治疗肥胖必须严格把握适应证和禁忌证。

【药物治疗】

指南指出目前无确切证据支持药物治疗,但给出专家意见:若患者 BMI \geq 30 kg/m²或 BMI \geq 27 kg/m²同时伴有肥胖相关疾病,应在综合生活方式干预的基础上加用药物治疗。

2003 年《中国成人超重和肥胖症预防控制指南(试行)》给出中国人采取药物治疗肥胖的建议:食欲旺盛、餐前饥饿难忍、每餐进食量较多;合并高血糖、高血压、血脂异常和脂肪肝;合并负重关节疼痛;肥胖引起呼吸困难或有阻塞性睡眠呼吸暂停综合征; $BMI \geq 24 \text{ kg/m}^2$ 有上述并发症情况,或 $BMI \geq 28 \text{ kg/m}^2$ 不论是否有并发症,经过 3~6 个月的单纯控制饮食和增加活动量处理仍不能减重 5%,甚至体重仍有上升趋势者,可考虑药物辅助治疗。

值得指出的是,只有在采取了充分的饮食、运动和行为治疗前提下才考虑药物治疗。如果使用药物最大剂量治疗 12 周后患者体重降低小于基础体重的 5%,要评估患

者药物治疗的利益-风险比,考虑停药。目前奥利司他是唯一被美国食品与药物管理局(FDA)批准在国内可获得的减重药物。虽然有研究表明降糖药物二甲双胍、阿卡波糖有一定减轻体重作用,但目前只在肥胖伴 2 型糖尿病的患者中推荐,并没有作为治疗单纯性肥胖的推荐药物。

【减重是“持久战”和“个体化战”】

除了上述诊断和治疗的专业建议,我们不能忽略的一个核心内容是:我们要帮助肥胖患者控制体重,但仅仅告诉他们需要减重及建议患者减重是远远不够的。尽管部分患者治疗很成功,但大部分患者很难奏效。

临床工作者应认真评估肥胖患者的心血管疾病危险因素、了解患者生活方式及既往体重情况、家族史等,并且为患者设置减重目标及制定个体化减重方案,将定期评估、随访及给予专业的建议始终贯穿于患者的治疗过程中。

综上,指南就成人超重与肥胖的管理给出了详细阐述和建议,对我国临床工作者也很有指导意义。最后,我们不能忽略,对超重与肥胖者核心问题是控制体重,但此类患者合并高血压、血脂异常、糖尿病前期、糖尿病及其他肥胖相关疾病的风险大大增加,临床工作者在关注肥胖患者减重的同时,对上述伴发疾病进行评估和治疗也十分重要。虽然本解读未专门讨论运动治疗,但它

也是生活方式干预的核心之一,必须记住的是运动时应注意运动的安全性如保护关节等。