



哪些药物可以治疗肥胖症

在我国，共有5种药物获得国家药品监督管理局批准用于成年原发性肥胖症患者减重治疗，包括奥利司他、利拉鲁肽、贝那鲁肽、司美格鲁肽及替尔泊肽。需要注意的是，肥胖症患者在生活方式干预的基础上，如体重无法控制，为避免出现肥胖导致的相关并发症，可在专业医师指导下选择适合的减肥药物进行治疗。使用药物减重的过程中，也需要定期在专业医师指导下进行规律随访，监测药物的有效性及安全性，根据情况适时调整治疗方案。

减重药物的适应证

当肥胖症（体重指数BMI大于28）或超重（体重指数BMI大于24）且伴有至少一种体质量相关合并症，如高血糖、高血压、血脂异常、脂肪肝、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、心血管疾病等，通过生活方式干预无法达到减重目标

时，可联合应用减重药物治疗。

减重药物的种类

1. 奥利司他
奥利司他是一类安全的、非处方类减肥药物。它是一种脂肪酶抑制剂，可减少肠腔对食物中甘油三酯的吸收，大约可减少30%，促进脂肪从肠道排出体外。使用药物1年大约能减轻基础体重的3.16%。药物禁忌用于吸收不良综合征、胆汁淤积症、继发性肥胖的患者。

奥利司他的副作用主要为胃肠道反应，包括腹泻、大便次数增多、胃肠排气增多等。需要注意的是，如果膳食成分中基本构成为蛋白质或者主食，含的脂肪量很少，就不需要服用奥利司他，例如，鸡蛋、牛奶等基本不含脂肪的食物，服用奥利司他就没有效果。

2. 利拉鲁肽
该药是GLP-1RA类药物，用于2型糖尿病的治疗，后来被批准用于减重，使用方法为每

天1次皮下注射，用于成人减重的剂量为每日3.0毫克。使用利拉鲁肽1年，体重可减轻8%左右。有备孕需求、身体肥胖的多囊卵巢综合征患者，减重时可以考虑选择利拉鲁肽，因为这是短效制剂，用此药后如减至理想体重，停药1个月后可以开始备孕。

如使用利拉鲁肽16周后体质量减少无法达到基线体质量的4%以上，则建议考虑停用利拉鲁肽。所有的GLP-1RA类药物包括利拉鲁肽，不得用于有甲状腺髓样癌既往史或家族史的患者以及2型多发性内分泌肿瘤综合征患者。

主要的副作用为胃肠道反应，包括恶心、呕吐、腹泻、便秘、消化不良、腹痛等。

3. 贝那鲁肽
贝那鲁肽为GLP-1RA的短效制剂，也是GLP-1RA类药物的早期产品，不得用于有甲状腺髓样癌既往史或家族史患者以及2型多发性内分泌肿瘤综合

征患者。此药物需每日3次皮下注射，使用1年体重可减轻6%左右。

4. 司美格鲁肽
司美格鲁肽是减重药物中的“明星产品”，同样也是GLP-1RA家族的成员，减重版的司美格鲁肽商品名叫诺和盈。所有GLP-1RA药物的减重机制都是作用于中枢降低饥饿感，延缓胃排空，增加饱腹感，通过限制能量摄入实现减重。

司美格鲁肽使用之后，无论是饥饿性进食或者享乐性进食都能得到有效抑制。此药不得用于有甲状腺髓样癌既往史或家族史患者以及2型多发性内分泌肿瘤综合征患者。在使用该类药物治疗时，应告知患者可能的甲状腺髓样癌风险及甲状腺肿瘤的症状。司美格鲁肽的减重有效率为85%，用药剂量越大，减重效力越大，使用2.4毫克司美格鲁肽1年，可实现约17%的体重减幅。主要副作用为

轻中度、一过性的胃肠道反应。

5. 替尔泊肽
替尔泊肽是减重药物中的新产品，是目前上市的双通道的减重药物。该药物是针对GLP-1受体和葡萄糖依赖性促胰岛素分泌多肽受体的双靶点激动剂，可通过调节食欲来减少食物摄入、降低体质量和减少脂肪量。

替尔泊肽的禁忌证有具有甲状腺髓样癌的个人病史或家族史，或2型多发性内分泌腺瘤综合征患者。最常见不良反应为胃肠道反应，包括恶心、呕吐、腹泻、便秘、腹痛、消化不良等。替尔泊肽在我国上市的有4个规格，推荐起始剂量为2.5毫克。

有减重需求的患者可以根据自己的生活习惯和身体状况，在医生的建议下选择合适的减重药物。

（柳州市人民医院内分泌科 郑杨杨）

妊娠期糖尿病可防可控

妊娠期糖尿病（GDM）是指在妊娠期间首次发现或发生的糖代谢异常。这种特殊的糖尿病类型虽然通常在分娩后可以恢复正常，但其危害却不容小觑。相关数据显示，我国妊娠期糖尿病的发病率已达17.5%，也就是说，每6名孕妇中就有1人患上妊娠期糖尿病。孕妇超标的血糖，可能会变成威胁母婴安全的“隐形炸弹”。

“糖妈妈”面临的挑战远不止血糖升高这么简单，她们生育巨大儿（出生体重超过4公斤）的风险较正常孕妇增加3倍，这不仅会增加难产和剖宫产的风险，还可能导致新生儿低血糖、呼吸窘迫综合征等一系列并发症。更令人担忧的是，约33%的妊娠期糖尿病患者会在产后5年至10年内发展为2型糖尿病，终身需要用药物

控制血糖。

妊娠期糖尿病的高危因素

了解妊娠期糖尿病的高危因素，有助于早期识别和预防。以下6种情况要格外警惕：

1. BMI≥24的肥胖患者：肥胖是妊娠期糖尿病最重要的危险因素之一，脂肪组织过多会导致胰岛素抵抗增加。

2. 高龄产妇：35岁以上怀孕的女性患妊娠期糖尿病的风险增加2倍。随着年龄增长，身体对胰岛素的敏感性会逐渐下降。

3. 家族有糖尿病史：遗传因素在妊娠期糖尿病的发生中起着重要作用。

4. 流产史患者：曾有过不明原因流产。血糖异常可能导致胚胎发育异常，增加流产风险。

5. 多囊卵巢患者：排卵异常增加患病几率。多囊卵巢综合征患者常伴有胰岛素抵抗。

6. 羊水过多或胎儿偏大：孕晚期孕妇突然“发福”，可能是血糖控制不佳的早期表现。

需要注意的是，即使孕早期孕妇血糖正常也不能大意，有些孕妇直到孕28周才发现患上妊娠期糖尿病。这是因为随着孕周增加，胎盘分泌的抗胰岛素激素逐渐增多，对胰岛素的需求量也越来越大。

血糖“失控”的三大警报

1. 典型症状
口渴，喝水不停，每天可喝3升以上的水；尿频，夜尿多于2次；皮肤瘙痒难忍；反复发作的阴道炎。

2. 胎儿“求救”信号
胎动剧烈；羊水过多，像揣着“水球”。

3. 糖耐测试异常
约60%患者毫无征兆，必须通过口服葡萄糖耐量试验（OGTT试验）才能揪出隐患。OGTT试验是诊断妊娠期糖尿病的金标准，建议所有孕妇在孕24周至28周进行筛查，孕早期BMI>30的孕妇应在首次产检就做评估，以便及早干预。

孕妇控制血糖的方法

1. 饮食管理

（1）分餐制：孕妇由一日三餐变成吃五六餐“迷你餐”，每餐间隔2小时至3小时，能避免血糖剧烈波动。

（2）替代主食：用燕麦、藜麦替代三分之一米饭，增加膳食纤维摄入。

（3）热量控制：孕中晚期每天只加200千卡热量（约1个苹果），避免过度进食。

（4）推荐控糖食谱：早餐：燕麦粥+水煮蛋+圣女果，加餐：无糖酸奶+核桃仁；午餐：杂粮饭+清蒸鲈鱼+西兰花，加餐：半个苹果；晚餐：藜麦面+虾仁炒芦笋，加餐：低脂牛奶。

2. 适量运动

每日饭后进行半小时的散步或瑜伽，促进葡萄糖利用。禁止仰卧起坐、深蹲等增加腹压的运动，保护胎儿安全。运动时可随身携带糖果，若出现头晕立即停止活动，预防低血糖。

3. 定期监测

每天测血糖7次（三餐前后+睡前），出现呕吐及时检测尿酮体。

4. 药物治疗

胰岛素是妊娠期最安全的降糖药物，不会通过胎盘伤害胎儿。二甲双胍等药物可能致畸，妊娠期禁用。同时，孕妇每周测一次全天血糖谱，包括空腹、三餐前、三餐后2小时和睡前血糖。

5. 就医信号

血糖超过13.9mmol/L，或排尿时出现头痛、视力模糊等症状时，应及时就医。

产后管理指南

1. 产后6周至12周做OGTT复查，评估糖代谢是否恢复正常。

2. 警惕后遗症：约三分之一妊娠期糖尿病患者会发展成2型糖尿病，需长期关注血糖变化。

3. 母乳喂养：每天母乳喂养8次可降糖30%，同时为宝宝提供最佳营养。

妊娠期糖尿病并不仅限于肥胖孕妇，任何孕妇都可能“中招”。通过科学的饮食管理、适度的运动和必要的药物治疗，绝大多数妊娠期糖尿病患者都能顺利度过孕期，生下健康的宝宝。

（柳州市工人医院产科 刘丽）

推动健康知识普及 提高全民健康素养

健康科普

指导单位：柳州市卫生健康委员会 主办单位：柳州日报社
稿件报送：2971813915@qq.com 电话：13977219936