

·述评·

减重国策背景下消化内镜减重应该怎么做

隗永秋 李鹏 张澍田

首都医科大学附属北京友谊医院消化内科 国家消化系统疾病临床医学研究中心消化分中心 首都医科大学消化病学系 消化健康全国重点实验室 消化疾病癌前病变北京市重点实验室, 北京 100050

通信作者: 张澍田, Email: zhangshutian@ccmu.edu.cn; 李鹏, Email: lipeng@ccmu.edu.cn



张澍田, 主任医师, 教授, 博士生导师, 首都医科大学附属北京友谊医院院长, 担任国家临床医学研究创新战略联盟秘书长、国家消化系统疾病临床医学研究中心主任、消化健康全国重点实验室主任、中华医学会常务理事、中国医师协会常务理事、中国医师协会消化医师分会会长、世界华人消化医师协会会长、世界消化内镜学会指导委员会委员、亚太消化内镜学会委员等职务,《中华消化内镜杂志》总编



李鹏, 主任医师, 教授, 博士生导师, 首都医科大学附属北京友谊医院副院长、消化分中心副主任, 担任中华医学会消化病学分会常委、北京医师协会内镜超声分会会长、北京医学会消化病学分会副主任委员等职务,《中华消化内镜杂志》编委

【提要】 肥胖是威胁民众身心健康的重要危险因素,近年来日趋严峻,全民减重现已成为一项国家级的战略方案。消化内镜减重作为一项新兴减重学科,以创伤小、恢复快、可逆性好、可接受度高等优势成为了减重治疗的重要方案。在减重国策的背景下,消化内镜减重需明确定位、严格把控指征、强化减重多学科全周期管理的理念,才能更好地做好减重工作。

【关键词】 肥胖; 内镜减重; 微创; 体重管理年; 减重国策

基金项目: 国家自然科学基金(82070575); 国家重点研发计划(2023YFC2507400)

How to do gastrointestinal endoscopy to lose weight under the national policy of weight loss

Wei Yongqiu, Li Peng, Zhang Shutian

Department of Gastroenterology, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, National Clinical Research Center for Digestive Diseases, Faculty of Gastroenterology of Capital Medical University, State Key Laboratory of Digestive Health, Beijing Key Laboratory for Precancerous Lesion of Digestive Diseases, Beijing 100050, China

Corresponding author: Zhang Shutian, Email: zhangshutian@ccmu.edu.cn; Li Peng, Email: lipeng@ccmu.edu.cn

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20250324-00126

收稿日期 2025-03-24 本文编辑 朱悦 唐涌进

引用本文: 隗永秋, 李鹏, 张澍田. 减重国策背景下消化内镜减重应该怎么做[J]. 中华消化内镜杂志, XXXX, XX(XX): 1-4. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20250324-00126.



随着现代科学技术的进步,社会经济高度繁荣发展,与之相伴行的,是超重和肥胖已逐渐成为全球范围内的公共卫生问题。循证医学证据显示,肥胖是2型糖尿病、高血压、心脑血管疾病、糖脂代谢异常、慢性肾脏病、骨关节炎、肿瘤以及心理障碍等疾病的重要危险因素^[1-2]。流行病学资料显示,目前我国成年人超重和肥胖比例高达50.7%,6~17岁的未成年人超重和肥胖比例约为19.0%^[3]。

我国的超重和肥胖形势不容乐观,为及时加强慢病防治,减少民众健康受损和降低社会卫生经济负担,国家卫生健康委员会等16个部门制定了“体重管理年”活动实施方案,以期实现社会环境全方位广泛建立的体重管理支持,普及健康生活方式,强化全民体重管理意识和能力,合理健康的减重已成为一项国家层面的重要策略^[4]。

明确战略定位,动态完善多学科减重体系

健康的饮食结构、良好规律的运动生活习惯是保持健康体重的基础,这对于大部分人群来说相对简单易行。但是当人体长期处于不良的饮食生活习惯、积累了大量多余脂肪、已然处于超重或肥胖的情况下,进行长期规律的健康饮食、运动和生活习惯调整来进行减重则困难重重。研究显示单纯饮食生活习惯的调整,对于肥胖发生前来说更为可行,对于大部分超重或肥胖人群来说,减重效果有限,且反弹概率很大^[5-6]。

健康的减重治疗,重点在于减少多余内脏脂肪,而非单纯减少体重。目前医学界公认的健康减重治疗是需要含外科、消化内科、内分泌科、营养科、康复运动、心理、护理等多学科参与,长期的综合治疗方案,需要在饮食和运动干预的基础上,联合医疗措施干预,为超重和肥胖者创造一个降低了难度的减肥门槛和时间窗^[2,7]。药物减重是在饮食和运动干预基础上升级的医疗措施,但经常受限于需长期用药和药物的毒副作用等问题。外科手术减重历经70余年几十种术式的探索,目前是减重领域公认最有效的减重手段,但受限于手术不可逆、创伤大、围手术期急性并发症、术后远期慢性并发症、手术指征严格、心理因素束缚等因素,临床应用场景和推广较为受限。此时消化内镜减重以创伤小、可逆性好、恢复快、安全性好、可接受度高、可重复操作等特点获得了减重领域专家的关注^[7-8]。

消化内镜减重学科是近年来诞生的新兴学科,依托于快速发展的内镜技术和材料科学,以经人体自然腔道操作技术为基础,参考了外科减重手术的病生理机制,为超重和肥胖患者的减重治疗提供了一个超级微创的新选择方向。在20余年的发展历程中,以胃内球囊减重、内镜下袖状胃成形术和胃转流支架等为主要代表的消化内镜减重学科从无到有,快速发展,积累了大量的临床实践经验。在科学技术快速发展的背景下,作为新兴学科的消化内镜减重始终需要,并且也能更好、更快地与前沿科技接轨,动态更新内镜减重技术和器械,促进多学科减重体系的进一步完善^[9]。

消化内镜减重学科,基于微创、可重复、可逆性好、接受度高等优势,可以多种角色参与到多学科减重治疗中。一方面,对于超重和轻中度肥胖患者,消化内镜减重可填补饮食及运动干预不佳、药物治疗受限,但尚不足够外科手术减重指征人群减重治疗方案的空白,成为减重代谢外科手术的超级微创“双生子”。资料显示,胃内球囊减重在置入胃内后3个月和6个月时分别可为患者减少12.3%和13.16%的总体重,在球囊取出6个月时依然可保持11.27%的总体重减少。与此同时,内镜下袖状胃成形术在术后6个月和12个月分别可为患者减少14.5%和15.6%的总体重,并且在术后5年依然可以保持平均15.9%的总体重减少^[6]。另一方面,对于严重肥胖患者,消化内镜减重可作为减重外科术前体重控制的“过渡者”,为患者后续减重手术的顺利执行作好铺垫。此外,对于经过外科手术等减重治疗术后复胖的患者,消化内镜减重可通过微创减重的方式,成为患者减重治疗策略中的“补救者”^[6,10]。历年大量的实践经验显示,内镜微创减重适用于除孕妇及婴幼儿外的大部分人群,当然,对于未成年人和老年人,需结合多学科会诊讨论以评价内镜微创减重的适用场景。

明确在多学科协作中消化内镜减重学科的定位后,我们应当积极参与到健康减重的科普工作中,在做好减重多学科领域中“医学界内部”的科普基础上,做好社会层面的正确、健康的科普工作。通过“双生子”“过渡者”“补救者”等多重角色维度,消化内镜减重学科为超重和肥胖患者建造了一个横贯整个二级减重治疗领域、并可安全有效降低减重难度门槛的“桥梁”,在多学科减重治疗方案中将大放异彩。

技术推广,标准先行

受限于学科新生和器械研发引进等多种原因,以往消化内镜减重手术多研发和实践于欧美等地。近年来随着我国学者的重视和关注,国内相关研究也逐步走上日程,如经典的胃内球囊减重,通过胃占容效应减少人体能量摄入;胃转流支架,通过改善糖脂代谢和吸收等病生理机制改善代谢状态;内镜下袖状胃成形术,通过内镜下全层缝合的方式限制胃容量、延迟胃排空,实现体重长久有效控制的目的^[6]。其中国产自研改进版胃转流支架,改进了装置设计和材料,在有效减重的基础上,安全性获得了显著提高,填补了国外版本的缺憾,于2024年正式获批上市,成为了我国第一个获批上市的消化内镜减重器械。此时,我国消化内镜减重手术临床实践逐渐增多,超重和肥胖的多学科综合治疗方案日趋完善,消化内镜微创减重学科的发展亟需系统的规范以确保微创手术的正确推广和施行。

2024年1月,由国家消化系统疾病临床医学研究中心、中华医学会消化内镜学分会微创减重治疗协作组、中国医师协会消化医师分会减重专业委员会牵头,邀请相关多学科专家,以现有指南、临床研究及专家意见为基础,结合我国实际情况,共同发布了我国第一部消化内镜减重的专家共识,即《中国肥胖症消化内镜治疗专家共识》^[11],为我国消化内镜减重技术的正确、规范开展提供了重要参考和指导,为中国减重学科的健康发展保驾护航。

在减重国策的背景下,消化内镜减重技术迅速推广和开展,我们需要坚持“技术推广,标准先行,严格把控”的原则,每一例手术的开展,都务必充分进行适应证与禁忌证的审查和把关;并在围手术期及术后,根据诊疗规范进行围手术期的药物和饮食管理,筑牢并发症防线,做好多学科管理工作。

警惕误区,强化全周期管理

在消化内镜减重治疗推广和开展过程中,我们还需时刻坚持多学科、全周期管理的理念,警惕误入减重误区。我们需时刻铭记,“复胖”是减重治疗中需要长期警惕的主旋律,无论是内镜微创减重手术,还是外科减重手术,都只是为患者提供一个降低减重门槛的契机^[12-14],患者在接受减重干预后,需要借此机会,长期强化饮食习惯,形成良好的运动和生活习惯,以保证在未来能够达到健康持久的

减重效果。如胃内球囊减重和胃转流支架,一般可为患者分别提供4~12个月和3个月的“黄金减重时间窗”,肥胖患者在此期间可更加轻松地形成良好的饮食和运动习惯,当干预因素去除后,“复胖”的危机和挑战才刚刚开始。

虽然内镜下袖状胃成形术的减重助力多可持续数年以上,但哪怕是其参考的外科胃袖状切除术患者,在术后也时有复胖的情况发生^[15]。于超重和肥胖患者的治疗,多学科协作、全周期管理尤为重要,消化内镜减重手术只是开始,而非治愈肥胖的终点,需避免重手术、轻管理的误区发生,饮食和运动生活习惯的调整始终是最为重要、最为根本的基石。

此外,消化内镜减重技术以安全性好、微创、可逆性好、恢复快等特点为突出优势,但我们依然需要警惕近远期并发症的发生,如围手术期患者的监护和血常规复查等须严格参照诊疗规范执行,以便出血、感染等并发症的早发现、早识别和早处理。消化内镜医师也必须时刻牢记微创并非完全无创,再微创的操作,也存在着近远期并发症的可能。对手术操作的准入制度,需参考消化内镜手术操作准入制度,强化操作门槛和技术风险评估,加强全周期管理,预防近远期并发症的发生。

总 结

在减重国策背景下,以安全性高、微创、可逆性好、接受度高为特点的消化内镜减重学科迎来了重要的发展契机,但需要关注的是学科发展需要在多学科团结协作和诊疗规范指导下有序进行,严格把控准入指征,加强全周期管理,预防近远期并发症的发生,才能真正为超重和肥胖患者的健康减重保驾护航,助力实现全民健康的目标。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, et al. The obesity transition: stages of the global epidemic[J]. Lancet Diabetes Endocrinol, 2019,7(3):231-240. DOI: 10.1016/S2213-8587(19)30026-9.
- [2] Kheniser K, Saxon DR, Kashyap SR. Long-term weight loss strategies for obesity[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2021,106(7):1854-1866. DOI: 10.1210/clinem/dgab091.
- [3] Pan XF, Wang L, Pan A. Epidemiology and determinants of obesity in China[J]. Lancet Diabetes Endocrinol, 2021,9(6):373-392. DOI: 10.1016/S2213-8587(21)00045-0.

- [4] 国家卫生健康委, 全国爱卫办, 教育部, 等. 关于印发“体重管理年”活动实施方案的通知(国卫医急发〔2024〕21号)[J]. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报, 2024(6):6-9.
- [5] Wharton S, Lau D, Vallis M, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline[J]. CMAJ, 2020, 192(31):E875-E891. DOI: 10.1503/cmaj.191707.
- [6] 隗永秋, 程芮, 李鹏, 等. 《中国肥胖症消化内镜治疗专家共识》解读[J]. 中华消化内镜杂志, 2024, 41(1): 11-17. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20231217-00529.
- [7] Acosta A, Streett S, Kroh MD, et al. White paper AGA: POWER—Practice guide on obesity and weight management, education, and resources[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2017, 15(5):631-649.e10. DOI: 10.1016/j.cgh.2016.10.023.
- [8] ASGE Bariatric Endoscopy Task Force and ASGE Technology Committee; Abu Dayyeh BK, Kumar N, et al. ASGE Bariatric Endoscopy Task Force systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting endoscopic bariatric therapies[J]. Gastrointest Endosc, 2015, 82(3): 425-438.e5. DOI: 10.1016/j.gie.2015.03.1964.
- [9] Wei Y, Li P, Zhang S. From surgery to endoscopy: the evolution of the bariatric discipline[J]. Chin Med J (Engl), 2022, 135(20):2427-2435. DOI: 10.1097/CM9.0000000000002409.
- [10] Lopez-Nava G, Asokkumar R, Negi A, et al. Re-suturing after primary endoscopic sleeve gastroplasty (ESG) for obesity[J]. Surg Endosc, 2021, 35(6): 2523-2530. DOI: 10.1007/s00464-020-07666-6.
- [11] 中华医学会消化内镜学分会微创减重治疗协作组, 中国医师协会消化医师分会减重专业委员会, 国家消化系统疾病临床医学研究中心(北京). 中国肥胖症消化内镜治疗专家共识[J]. 中华消化内镜杂志, 2024, 41(1):1-10. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20231130-00501.
- [12] van Baak MA, Mariman E. Obesity-induced and weight-loss-induced physiological factors affecting weight regain[J]. Nat Rev Endocrinol, 2023, 19(11): 655-670. DOI: 10.1038/s41574-023-00887-4.
- [13] Hayes JF, Wing RR, Phelan S, et al. Recovery from weight regain among long-term weight loss maintainers in WW[J]. Obesity (Silver Spring), 2022, 30(12): 2404-2413. DOI: 10.1002/oby.23573.
- [14] Noria SF, Shelby RD, Atkins KD, et al. Weight regain after bariatric surgery: scope of the problem, causes, prevention, and treatment[J]. Curr Diab Rep, 2023, 23(3): 31-42. DOI: 10.1007/s11892-023-01498-z.
- [15] Kmietowicz Z. Endoscopic sleeve gastroplasty can be used to treat obesity, says NICE[J]. BMJ, 2023, 382: 2240. DOI: 10.1136/bmj.p2240.