

DOI: 10.12037/YXQY.2024.01-01

《女性全生命周期的肥胖管理：FIGO 最佳实践建议》解读

王译鹤¹，隽娟²，麻莉³，杨慧霞²（1. 锦州医科大学火箭军特色医学中心研究生培养基地 妇产科，北京 100088；2. 北京大学第一医院 妇产科，北京 100034；3. 中国人民解放军火箭军特色医学中心 妇产科，北京 100088）

【摘要】 肥胖作为一种慢性疾病，可对女性各个生命周期产生诸多影响，此外肥胖女性面临体重偏见、污名和被歧视的问题。在体重管理中要注意文化敏感性，谈及肥胖问题时采用适当的语言和创伤知情护理的方式。在孕前、孕期和产后进行体重和健康管理，可改善母婴不良结局。体重管理的重点在于改善健康状况。应重视肥胖相关疾病，如非酒精性脂肪肝病、胆石症、微量营养素缺乏、肥胖相关肿瘤、肾脏疾病、阻塞性睡眠呼吸暂停和深静脉血栓等。肥胖与生殖健康息息相关，可进行预防性保健措施、早期筛查和干预以提高肥胖女性的生命质量。肥胖女性的精神心理健康也不容忽视，应进行适当的筛查和管理。肥胖的患病率正在增加，未来的研究工作应集中在跨专业管理并探索肥胖的根源，及发现有效的干预措施，以优化健康结局。

【关键词】 生命周期；肥胖；体重管理；国际妇产科联盟

The interpretation of Women's Life Cycle Obesity Management : FIGO Best Practice Advice

Wang Yihe¹, Juan Juan², Ma Li³, Yang Huixia² (1. Department of Obstetrics and Gynecology, Training Base for Postgraduate Students PLA Rocket Force Characteristic Medical Center of Jinzhou Medical University, Beijing 100088, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China; 3. Department of Obstetrics and Gynecology, The PLA Rocket Force Characteristic Medical Center, Beijing 100088, China) Corresponding author: Yang Huixia, E-mail: yanghuixia@bjmu.edu.cn

【Abstract】 Obesity, as a chronic disease, has many effects on women's life cycle. In addition, obese women face more weight bias, stigma, and discrimination. It is important to be culturally sensitive in weight management and use appropriate language and trauma-informed care when discussing obesity. Weight and health management during pre-pregnancy, pregnancy, and postpartum can improve adverse outcomes for mothers and babies. Weight management focuses on improving health status. Obesity-related diseases, such as nonalcoholic fatty liver disease, cholelithiasis, micronutrient deficiencies, obesity-related cancers, kidney disease, obstructive sleep apnea, and deep vein thrombosis. Obesity is closely related to reproductive health. Preventive health care measures, early screening, and intervention can improve the quality of life of obese women. The mental health of obese women is not negligible and should be screened and managed appropriately. The prevalence of obesity is increasing and future research should focus on managing and exploring the root causes of obesity across disciplines and identifying effective interventions to optimize health outcomes.

【Keywords】 Life cycle; Obesity; Weight management; International Federation of Gynecology and Obstetrics

2023年1月，国际妇产科联盟（International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO）发布了《女性全生命周期的肥胖管理：FIGO 最佳实践建议》（简称建议）^[1]。该建议从肥胖的定义、肥胖对女性全生命周期健康的影响、肥胖女性的健康评估及健康干预等方面进行多维度阐述，旨

在为女性全生命周期的肥胖管理提供有益的指导，倡导未来要着眼于多学科管理和探索有效的健康优化干预措施。现本文针对其内容进行介绍和解读。

1 肥胖的定义及影响

世界卫生组织（World Health Organization,

通信作者：杨慧霞 E-mail: yanghuixia@bjmu.edu.cn

WHO) 将肥胖定义为可损害健康的异常或过度脂肪堆积^[2]。最常用体质量指数 (body mass index, BMI) 来评估肥胖, 计算方法为体重 (kg) 除以身高的平方 (m^2) (表 1)。2021 年肥胖医学协会将肥胖定义为一种慢性、进行性、复发性、多因素、神经行为疾病^[3]。肥胖可对女性健康产生诸多方面的影响, 体脂增加可引起内分泌、身体功能及心理健康等改变。2016 年 WHO 人口统计数据^[2]显示, 18 岁及以上的成年人中有 39% 超重 (男性 39%, 女性 40%), 其中 13% 为肥胖 (男性 11%, 女性 15%)。中低收入国家面临营养不良和肥胖的“双重负担”, 肥胖问题日益凸显, 尤其是在城市环境中^[2]。

表 1 世界卫生组织体质量指数分类

类别	体质量指数 (kg/m^2)
低体重	<20
正常体重	20~<25
超重	25~<30
肥胖	
I 级肥胖	30~<35
II 级肥胖	35~≤40
III 级肥胖	>40

肥胖不仅对健康产生诸多影响, 同时还会造成焦虑、抑郁等心理问题。建议指出与肥胖患者讨论健康问题时, 要注意避免体重偏见、污名、歧视, 使用包容性语言和图像来描述体重, 创伤知情护理, 文化敏感性这 4 个要点, 避免给患者带来二次心理伤害。肥胖常被认为是由其个人原因导致的, 这些偏见损害了肥胖患者的人权、社会权利以及获得卫生保健服务的机会和质量。女性比男性面临更多的体重偏见、污名和歧视。肥胖行动联盟 (Obesity Action Coalition) 建议使用“以人为本”的语言避免体重偏见、污名、歧视^[4]。在临床和宣教中使用包容性语言和图像来描述肥胖时, 保持尊重并采取正向积极的描述。创伤知情, 即承认并理解创伤对人造成的影响, 对于有心理障碍的人群具有重要意义。通过创伤知情方式讨论肥胖问题, 有助于减少肥胖患者的心理负担和影响。不同文化对肥胖的看法不一, 讨论肥胖时应注意文化敏感性。

2 妊娠期肥胖的影响与管理

建议指出在孕前、孕期和产后进行体重和健

康管理, 可改善母婴不良健康结局。

2020 年 9 月 FIGO 发布了孕前、孕期和产后肥胖管理指南, 提出了一系列孕期肥胖的临床实践建议, 并强调了体重管理和膳食营养均衡对女性降低慢性非传染性疾病风险的重要性^[5]。对既往糖尿病、吸烟、多囊卵巢综合征、高血压和微量营养素缺乏者进行管理可改善其生育力, 减少流产、妊娠合并症和并发症 (如妊娠糖尿病和妊娠高血压) 及早产等不良结局。孕前肥胖的女性应行 BMI 及肥胖相关疾病的评估并接受减重建议, 除生活方式和营养干预, 还可探索药物与手术减重干预。在实现健康和体重优化目标前应做好避孕, 并在计划妊娠时适当补充叶酸。

肥胖不仅会对父母健康产生影响, 还会对后代产生深远影响。健康与疾病的发育起源 (developmental origins of health and diseases, DOHaD) 理论强调了生命发育早期的环境、营养状况等因素可影响成年后某些慢性非传染性疾病的发生发展^[6]。配子发生和胚胎及胎儿发育过程中宫内代谢环境会影响子代的近期和远期健康结局, 如儿童肥胖、糖尿病、哮喘、心脏病和神经发育障碍。肥胖父母的妊娠可能通过母系和父系配子的表观遗传学改变, 以及通过胚胎和胎儿的代谢编程影响后代的健康结局。因此, 在孕前、孕期和产后这个窗口期进行体重和健康管理, 减少不良因素的影响, 以改善母婴健康结局。

2.1 管理指南 1

所有女性都应在首次产检时测量体重和身高, 并计算 BMI。应考虑种族差异。建议妊娠期适当增加体重。

临床实践建议: ①首次产检时, 所有孕妇应测量体重和身高, 计算 BMI 并将数据记录于病历中; ②孕期体重增加的监测和管理应纳入常规产前管理; ③BMI $\geq 30 kg/m^2$ 的孕妇应避免妊娠期体重过度增长, 体重增加应限制在 5~9 kg。

2.2 管理指南 2

所有女性都应获得适合其妊娠期的饮食和生活方式, 包括营养补充剂、体重管理和定期体育活动。

临床实践建议：①孕期体重管理的主要方法是饮食和运动。专家应提供一般性的营养信息和健康饮食建议，以控制孕期体重，条件允许的情况下，应制定个性化饮食和运动方案来管理体重。②孕期应鼓励适度强度和适当运动。③肥胖女性至少在妊娠前3个月继续服用叶酸。④既往减重术史的女性在孕期需要更密切的筛查和监测其营养和胎儿生长状况。应向营养师咨询营养需求并尽可能地接受营养管理。

2.3 管理指南 3

所有肥胖女性应被告知肥胖和妊娠期体重增加过多对妊娠、分娩和长期健康造成的风险，包括她们及其子女患非传染性疾病的风险。

临床实践建议：①应向所有妊娠早期的肥胖女性提供准确、易获取的与肥胖相关风险的信息，以及如何将风险降到最低；②孕妇应被告知某些染色体异常的筛查在肥胖孕妇中效果较差；③考虑到紧急剖宫产的风险，应向所有孕妇建议个性化的分娩方式。

2.4 管理指南 4

所有产前医疗保健机构都应为肥胖孕妇的临床管理提供明确的多学科指导，包括识别和治疗妊娠相关并发症。

临床实践建议：①条件允许的情况下，医疗机构应明确规定肥胖孕妇的管理途径。尤其是对于BMI ≥ 40 kg/m²的女性，在做出诊疗决策时，应考虑可用资源和设备的充足性。②多胎妊娠的肥胖女性需要加强监测，向母婴医学专家咨询。③所有BMI ≥ 30 kg/m²的孕妇应在妊娠早期进行妊娠糖尿病筛查。④如果可行，应使用适当尺寸的血压袖带进行测量。首次使用的袖带尺寸应记录在病历中。⑤有其他中高风险因素的肥胖女性推荐在妊娠早期预防性使用阿司匹林以预防子痫前期。⑥临床医生应意识到，女性孕前或孕早期BMI ≥ 30 kg/m²是发生妊娠期静脉血栓栓塞的危险因素。应评估产前和产后静脉血栓栓塞的发生风险。⑦条件允许的情况下，BMI ≥ 35 kg/m²的女性应被推荐使用超声进行胎儿大小的连续评估，以便他们获得更为准确的耻骨联合-宫底的高度测量值。⑧由于与肥胖相关的死产发生风险增加，建议在孕晚期

加强胎儿监护，以防胎动减少。⑨BMI ≥ 30 kg/m²的女性患心理健康问题的风险增加，包括焦虑和抑郁。医疗专家应提供心理支持，筛查焦虑和抑郁，并在适当情况下寻求进一步帮助。⑩BMI ≥ 35 kg/m²的女性胎死宫内风险增加，建议在41⁺周进行引产。⑪BMI ≥ 40 kg/m²的女性应在产前进行麻醉评估。⑫建议BMI ≥ 35 kg/m²的女性在分娩活跃期使用电子胎儿监护。分娩评估时可应用宫腔内测压导管和胎儿头皮电极。⑬BMI ≥ 40 kg/m²的女性进行阴道分娩时，建议尽早放置硬膜外导管，以备开展紧急剖宫产。⑭BMI ≥ 40 kg/m²的女性应在分娩早期建立静脉通路，开放两个静脉通路。⑮BMI ≥ 30 kg/m²的剖宫产女性伤口感染的风险增加，应在手术前预防性使用抗生素。肥胖女性可能需要较高剂量。⑯建议积极管理第三产程，以降低产后出血的风险。⑰术后预防血栓形成的药物应根据母亲的体重确定。⑱建议在剖宫产前后进行机械性血栓预防。如果可行，BMI ≥ 35 kg/m²的女性应在剖宫产后给予分级加压袜或其他干预措施，如连续加压装置直至恢复活动，鼓励尽早干预。

3 非孕期肥胖的管理

建议指出对肥胖患者的管理重点应放在改善健康状况，而不是减轻体重。见表2。

表2 非孕期肥胖管理的实践建议

类别	建议要点
最佳实践建议	①卫生保健人员应为各孕期女性提供孕前体重管理和健康指导；②以家庭为中心的宣教；③与患者讨论肥胖相关的健康问题时，卫生保健人员应征得患者同意后讨论体重和健康问题，进行身体评估和肥胖的根本原因评估，讨论可行的管理方案，并制定随访计划；④肥胖评估和健康策略应纳入所有卫生保健人员的培训计划中
实用实践建议	在资源有限的情况下，可评估体质量指数，并考虑给予运动和营养指导，以改善孕前健康状况和减重

如上述，孕前肥胖的女性应进行体重和健康管理后妊娠，以减少母婴不良结局的影响。母乳喂养可促进母婴健康。研究显示，母乳喂养可能有助于减重并降低代谢性疾病的发生风险^[7]。然而肥胖的父母通常母乳喂养率低，应进一步加强母乳喂养宣教。

肥胖患者的健康管理应采取循序渐进的方法来改善肥胖及相关疾病，包括征求患者同意、评估身体状况、寻找并解决肥胖的根本原因、讨论并确定个体化的干预方案和随访。BMI是一种易于使用、低成本的工具，可粗略评估肥胖。美国妇女预防服务倡议（Women's Preventive Services Initiative, WPSI）建议在就诊时使用BMI筛查肥胖^[8]。在评估已出现肥胖相关临床症状以及有治疗需求和干预计划时，可考虑使用更为全面的工具，如埃德蒙顿肥胖分期系统（表3）。干预手段包括营养干预、运动和身体活动、心理和行为干预、药物治疗和手术。夫妻共同参与的减重干预可能

更有效^[9]。还有一些新兴技术包括基于Web的程序、APP和可穿戴设备可提高健康管理的效果^[10]。此外，许多卫生保健人员缺乏行为改变策略的培训和跨专业团队合作经验。通过加强卫生保健人员的培训，规范卫生保健措施的实施，从而提高健康管理的效果。

通过健康的生活方式减去自身体重的3%~5%，可使肥胖相关疾病得到显著改善^[11]。WPSI建议40~60岁正常或超重女性通过保持体重或限制体重以预防肥胖。对于BMI>30 kg/m²的人群，建议强化行为干预，促进减重，以预防慢性病^[12]。

表3 埃德蒙顿肥胖分期系统

分级	定义	举例
0级	无明显的肥胖相关危险因素 无躯体症状 无精神心理症状 无功能限制和/或健康障碍	体力活跃的女性，BMI=32 kg/m ² ，无高危因素，无躯体症状，无精神心理问题，无功能受限
1级	存在与肥胖相关的亚临床危险因素（如临界高血压、空腹血糖受损、肝酶升高等） 轻度的躯体症状（如中度活动时呼吸困难，偶尔疼痛、疲劳等） 轻度与肥胖相关的心理症状和/或轻度健康损害（生活质量未受影响）	38岁女性，BMI=59.2 kg/m ² ，临界高血压，轻度腰痛，膝关节疼痛。患者不需要任何医疗干预
2级	存在已确诊的与肥胖相关的疾病并需要医疗干预（如高血压、2型糖尿病、睡眠呼吸暂停、骨关节炎、反流性疾病） 中度与肥胖相关的心理症状（抑郁症、进食障碍、焦虑症） 日常活动中度受限（生活质量开始受到影响）	38岁男性，BMI=36 kg/m ² ，患有原发性高血压和阻塞性睡眠呼吸暂停
3级	肥胖相关的终末器官损伤（心肌梗死、心力衰竭、糖尿病并发症、致残性骨关节炎） 显著的肥胖相关心理症状（重度抑郁、自杀倾向） 显著的活动受限（例：不能工作或完成日常活动，行动不便） 显著的健康损害（生活质量受到严重影响）	49岁女性，BMI=67 kg/m ² ，睡眠呼吸暂停、心血管疾病、食管反流病，既往卒中。由于骨关节炎和痛风，活动受限
4级	重度（潜在终末期）肥胖相关的疾病 重度致残性心理症状 重度活动受限	45岁女性，BMI=54 kg/m ² ，因致残性关节炎坐轮椅，严重呼吸困难和焦虑症

4 肥胖相关疾病的管理

女性肥胖相关疾病管理的最佳实践建议包括：

①建议对患有非酒精性脂肪肝病（non-alcoholic fatty liver diseases, NAFLD）的女性产后进行肝脏检查。②Ⅲ级肥胖的女性通过减重干预（保守、药物或手术治疗）减去总体重的10%以上，应每5年进行常规胆石症筛查。③未行减重手术的肥胖女性存在微量营养素缺乏症的风险，需营养评估和适当补充。④建议对既往减重术的女性每年进行微量营养素筛查，按需补充。在减重术后1~2年进行骨密度测定筛查骨质流失和骨质疏松症。⑤建议通过减重和肿瘤筛查以降低肥胖相关肿瘤

的发生。⑥建议对异常子宫出血的肥胖女性尽早评估。⑦肥胖女性应在产后3个月和产后3~5年内，通过肾小球滤过率、血尿素氮、肌酐和微量白蛋白尿测定来筛查肾功能是否受损。⑧建议对肥胖女性进行阻塞性睡眠呼吸暂停（obstructive sleep apnea, OSA）的评估和治疗以改善健康状况。⑨建议肥胖女性在剖宫产或阴道分娩后预防深静脉血栓（deep venous thrombosis, DVT）。

4.1 非酒精性脂肪肝病与胆石症

NAFLD的发病率随着BMI的增加而增加。NAFLD可在5~7年内发展成非酒精性脂肪肝炎，进而进展为肝硬化、肝癌或需要肝移植。患NALFD

的女性妊娠糖尿病和早期流产的发生风险较高。患有 NAFLD 的女性可从产后 6~12 周的肝脏检查中获益以避免 NAFLD 持续进展。

肥胖且多产的女性是胆石症的高发人群。然而,快速减重和/或手术减重的女性,其胆石症的发生风险也会增加。所以减重干预后,对Ⅲ级肥胖女性进行胆石症和胆石症并发症(如胆囊炎和继发于胆石症的胰腺炎)的筛查是必要的。

4.2 微量营养素缺乏与骨质疏松

肥胖,特别是Ⅲ级肥胖,与某些微量营养素的缺乏相关,可能与个体吸收、代谢和激素水平的异常相关。与减重手术相关的微量营养素缺乏会对个人的长期健康产生重大影响,包括视力下降、骨质疏松性骨折、心肌病和韦尼克脑病。有研究显示^[13],减重术后出现的主要微量营养素缺乏包括叶酸(15%~38%)、维生素 B₁₂(37%~50%)、铁(47%~66%)、维生素 D(20%~80%)和维生素 E(5%~12%)。微量营养素缺乏和女性年龄增长可进一步加剧骨质流失和骨质疏松的发生。研究表明,减重术后 3~5 年骨质疏松性骨折的风险会增加^[14]。

4.3 肥胖相关肿瘤

肥胖与多种肿瘤的发生相关,包括绝经后女性的子宫内膜癌、肾癌、食管癌、卵巢癌和乳腺癌以及绝经前女性的结直肠癌。肥胖可能通过胰岛素-胰岛素样生长因子-1 轴、性激素和脂肪因子相关机制影响肿瘤的发生发展。对于肥胖女性而言,减重(保守和/或手术治疗)可降低肿瘤发生风险。肥胖女性由于胰岛素抵抗和雌激素升高,可能出现异常子宫出血和多囊卵巢综合征,从而增加子宫内膜癌的风险。建议将异常子宫出血的肥胖女性尽早转诊至妇科进行盆腔超声检查和子宫内膜病理检查。

4.4 肾功能受损和慢性肾脏疾病

肥胖是肾功能受损和慢性肾脏疾病的独立危险因素,可能由于内脏脂肪压迫肾脏导致的肾脏血流动力学改变,以及炎症和代谢改变所致。肥胖还与肾小球滤过率下降、血尿素氮升高、尿蛋白/肌酐比值升高相关。妊娠期肥胖和相关的代谢综合征是子痫前期、产后持续性肾小球肾炎、

糖尿病肾病和终末期肾病的危险因素。尽管肥胖个体罹患肾癌的潜在机制不明,但肥胖、舒张压升高、甘油三酯升高和空腹胰岛素升高是其危险因素。体重管理有利于减少肥胖患者慢性肾脏疾病的发生。

4.5 阻塞性睡眠呼吸暂停

肥胖相关的呼吸困难的特征是肺容量和肺功能降低。随着 BMI 的增加,氧分压(PaO₂)下降,二氧化碳分压(PaCO₂)升高,呼吸困难加重。肥胖是 OSA 的易感因素。OSA 也是女性心力衰竭和死亡的独立危险因素^[15]。全身炎症反应、心血管代谢危险因素以及肥胖和 OSA 相关的内皮功能障碍形成一个循环,进一步加重间歇性缺氧和代谢功能障碍。此外,妊娠也与 OSA 的恶化有关。

4.6 静脉血栓栓塞症

剖宫产和肥胖是产后静脉血栓栓塞(venous thromboembolism, VTE)的常见独立危险因素。有研究表明,BMI 与产后 VTE 的发生风险存在剂量-反应关系^[16]。Sultan 等^[17]发现,BMI≥30 kg/m²的女性,产后发生 DVT 的风险增加 4 倍。建议肥胖女性在产后立即进行 DVT,即在阴道分娩和剖宫产术后第 1 天开始,分别持续到产后第 3 周和产后第 6 周。

5 生殖健康管理 见表 4。

5.1 乳腺

绝经后女性肥胖与雌激素受体、孕激素受体阳性乳腺癌的发生密切相关。乳腺主要为脂肪组织,脂肪组织通过内分泌/旁分泌作用参与乳腺癌的发生,其分泌的生长因子、炎症因子、脂肪因子等与乳腺癌的发生发展密不可分。高水平雌激素与乳腺癌的发生相关,脂肪组织来源的雌激素是绝经后女性体内雌激素的主要来源,肥胖女性脂肪组织中芳香化酶活性增加,雌激素分泌增多,增加乳腺癌的患病风险。肥胖还与泌乳障碍有关,乳汁分泌过少限制母乳喂养,这也是绝经期乳腺癌和子宫内膜癌的独立危险因素。

建议指出对于肥胖女性,促进乳腺健康和降低乳腺癌发生的推荐做法包括:详细询问乳腺癌、

卵巢癌和子宫内膜癌的病史、家族史和遗传史；鼓励母乳喂养；定期乳腺自我检查及乳腺 X 线检查。WPSI 建议除存在乳腺癌高危因素外，应自 40 岁开始进行乳腺 X 线检查，此后每 2 年 1 次，直至 74 岁。

5.2 围绝经期

肥胖和吸烟是 65 岁及以上女性血管舒缩症状加重的危险因素。对围绝经期相关症状的治疗包括改变生活方式（如穿着柔软舒适的衣服）、补充水分、减少饮用含咖啡因的饮料和吸烟。可以采用小剂量激素替代治疗如可乐定、帕罗西汀、文拉法辛、加巴喷丁和黑升麻改善血管舒缩症状。由于肥胖女性存在乳腺癌、VTE 和心血管疾病的风险，激素替代治疗尚存在争议。

5.3 子宫内膜与卵巢

如上述，BMI 的增加与子宫内膜癌和卵巢癌的高发病率有关。女性肥胖与无排卵性出血和子宫内膜异型增生相关，异常子宫出血应仔细评估排查。建议推荐的预防卵巢癌措施包括：详细询问乳腺癌、卵巢癌和子宫内膜癌的病史和家族史；警惕卵巢癌的症状和体征，适时转诊至妇科肿瘤医生处。

5.4 骨骼

过度肥胖对骨质疏松发生风险的影响尚无明确共识。改善 65 岁及以上肥胖女性骨骼健康的一般方法包括：管理骨质疏松易感的慢性疾病；戒酒戒烟；促进负重锻炼；减少家庭环境中跌倒的风险；补充钙和维生素 D。WPSI 建议对 65 岁及以上女性进行骨质疏松筛查，对有骨质疏松性骨折风险的年轻女性进行筛查。

此外，骨关节炎也是一种与肥胖相关的疾病，

常见于 60~70 岁的肥胖女性。主要机制是肥胖加重了承重关节的负荷。然而，肥胖患者也会发生非负重关节的骨关节炎，与肥胖相关的局部和全身炎症介质可能在疾病的发生发展过程中发挥作用。体重管理可改善肥胖女性骨关节炎。

5.5 妇科检查

妇科检查、宫颈筛查和乳腺检查是肥胖女性初级卫生保健中的重要组成部分。应提供合理且舒适的环境，包括过道、洗手间和检查室的空间足够宽敞；环境中避免有对体重侮辱性的标识和语言。建议给出以下有助于肥胖女性妇科检查的要点（表 4）。

5.6 避孕

联合性激素避孕药使用人群中肥胖组发生 VTE 的风险是体重正常组的 2 倍。该组人群与动脉血栓形成和栓塞的发生也相关。醋酸甲羟孕酮的长期使用与骨密度下降有关。尚无足够的数据为肥胖女性提供理想的紧急避孕方法。以左炔诺孕酮为基础的紧急避孕药的剂量可以加倍，可能会增加肥胖女性避孕的有效性。

5.7 心理健康和认知

抑郁症与肥胖和围绝经期相关。生物-心理-社会因素可能与此有关，包括身体形象、暴饮暴食、体重污名化和歧视、药物滥用、微量和宏量营养素缺乏、神经内分泌改变、既往精神病史以及肥胖相关的慢性病。术后早期对减重手术的高期望值也可能导致术后药物滥用和抑郁症恶化。与肥胖相关的抑郁症的保守治疗包括：认知行为疗法、心理健康支持和体育活动。关于 65 岁及以上女性肥胖是否对认知有直接影响的数据不足。有研究报道了这种关联，并认为与肥胖相关的脂肪因

表 4 肥胖女性生殖健康管理建议

类别	建议要点
最佳实践建议	① 建议绝经后肥胖女性进行预防性乳腺保健；② 65 岁及以上肥胖女性围绝经期血管舒缩症状应用个体化方案进行评估和治疗，强化肥胖会增加乳腺癌和子宫内膜癌患病风险的意识；③ 65 岁及以上肥胖女性的骨质疏松应用个体化方案进行评估和治疗
妇科检查建议	① 提供足够大小的检查床、脚凳、长袍、铺巾、毛巾；② 使用适当大小的阴道窥器，使宫颈充分暴露；③ 可侧卧位检查宫颈，窥器的后叶朝向肛门；④ 患者过去可能有过糟糕的妇科检查经历，应采用创伤知情护理
避孕建议	可能有与肥胖相关的疾病或药物使用，建议采取个性化的避孕方案
心理健康建议	① 强烈建议在减重手术前后进行心理评估，以减少自我伤害的风险；② 建议与包括营养师、减重外科医生和消化科医生在内的减重团队共同管理患者；③ 某些精神类药物可能会导致体重增加，在某些情况下，药物可能需要更改或替换

子可能与大脑结构的改变和认知功能下降有关^[18]。肥胖及其相关的慢性疾病易致脑血管疾病,可能与血管性痴呆的发展相关。生活方式、运动和肥胖相关的慢性疾病的管理和咨询有助于最大限度地减少肥胖对认知功能下降的影响。

6 总结与展望

肥胖作为一种复杂的慢性疾病,可对女性各个生命周期产生诸多影响,其流行的原因和发生过程是多因素的。应重视肥胖相关慢性疾病,如NALFD、胆石症、微量营养素缺乏、肥胖相关肿瘤、肾脏疾病、OSA和DVT等。肥胖与生殖健康息息相关,可进行预防性保健措施,早期筛查和干预以提高肥胖女性的生命质量。在孕前、孕期和产后进行体重和健康管理,可改善母婴不良结局。肥胖女性的精神心理健康也不容忽视,应进行适当的筛查和管理。未来的研究应侧重于跨专业管理,并探索肥胖的根源及其相互关系。研究应侧重于寻找有效的干预措施,以优化健康状况,并着重于纵向研究,以更好地了解生命周期中危险因素和发病率的驱动因素。

参考文献

- [1] MAXWELL CV, SHIRLEY R, O'HIGGINS AC, et al. Management of obesity across women's life course: FIGO best practice advice [J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2023, 160 Suppl 1 (Suppl 1): 35-49.
- [2] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight [EB/OL]. (2021-06-09) [2023-08-24]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- [3] OBESITY MEDICINE ASSOCIATION. What Is Obesity? [EB/OL]. (2023-07-31) [2023-08-24]. <https://obesitymedicine.org/what-is-obesity/>.
- [4] THE OBESITY ACTION COALITION. What we fight for people-first language. [EB/OL]. [2023-08-24]. <https://www.obesityaction.org/advocacy/what-we-fight-for/people-first-language>.
- [5] MCAULIFFE FM, KILLEEN SL, JACOB CM, et al. Management of pre-pregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO pregnancy and Non-Communicable diseases committee: A FIGO (international federation of gynecology and obstetrics) guideline [J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2020, 151 Suppl 1 (Suppl 1): 16-36.
- [6] HOFFMAN DJ, POWELL TL, BARRETT ES, et al. Developmental origins of metabolic diseases [J]. *Physiol Rev*, 2021, 101 (3): 739-795.

- [7] STUEBE AM. Does breastfeeding prevent the metabolic syndrome, or does the metabolic syndrome prevent breast feeding? [J]. *Semin Perinatol*, 2015, 39 (4): 290-295.
- [8] WOMEN'S PREVENTIVE SERVICES INITIATIVE. Well-Woman Chart [EB/OL]. (2023-01) [2023-06-30]. https://www.womenspreventivehealth.org/wp-content/uploads/FINAL_WPSI_WWC_11x17_2023.pdf.
- [9] MCLEAN N, GRIFFIN S, TONEY K, et al. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: A systematic review of randomised trials [J]. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2003, 27 (9): 987-1005.
- [10] SHANNON HH, JOSEPH R, PURO N, et al. Use of technology in the management of obesity: A literature review [J]. *Perspect Health Inf Manag*, 2019, 16 (Fall): 1c.
- [11] LOOK AHEAD RESEARCH GROUP. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study [J]. *Obesity (Silver Spring)*, 2014, 22 (1): 5-13.
- [12] WOMEN'S PREVENTIVE SERVICES INITIATIVE. Preventing obesity in midlife women [EB/OL]. (2022-01-22) [2023-08-24]. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/preventing-obesity-in-midlife-women/>.
- [13] AUGE M, MENAHEM B, SAVEY V, et al. Long-term complications after gastric bypass and sleeve gastrectomy: What information to give to patients and practitioners, and why? [J]. *J Visc Surg*, 2022, 159 (4): 298-308.
- [14] PACCOU J, MARTIGNENE N, LESPESSAILLES E, et al. Gastric bypass but not sleeve gastrectomy increases risk of major osteoporotic fracture: French population-based cohort study [J]. *J Bone Miner Res*, 2020, 35 (8): 1415-1423.
- [15] ROCA GQ, REDLINE S, CLAGGETT B, et al. Sex-specific association of sleep apnea severity with subclinical myocardial injury, ventricular hypertrophy, and heart failure risk in a community-dwelling cohort: the atherosclerosis risk in communities-sleep heart health study [J]. *Circulation*, 2015, 132 (14): 1329-1337.
- [16] BUTWICK AJ, BENTLEY J, LEONARD SA, et al. Pre-pregnancy maternal body mass index and venous thromboembolism: a population-based cohort study [J]. *BJOG*, 2019, 126 (5): 581-588.
- [17] SULTAN AA, WEST J, TATA LJ, et al. Risk of first venous thromboembolism in and around pregnancy: a population-based cohort study [J]. *Br J Haematol*, 2012, 156 (3): 366-373.
- [18] ARNOLDUSSEN IA, KILIAAN AJ, GUSTAFSON DR. Obesity and dementia: adipokines interact with the brain [J]. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2014, 24 (12): 1982-1999.

收稿日期: 2023-08-24

修回日期: 2023-09-18

本文编辑: 周子一 高超