整体环境持续优化，前来医院就诊的肥胖患者数量持续增多。

在复旦大学附属中山医院，内分泌科主任李小英教授正在亲历这一变化。以中山医院为例，单个肥胖专科门诊原本限号 30 人，现在常常加到 40 到 50 人，每周开设四个肥胖专科门诊，诊室外的走廊里永远坐着等待的患者。

“接诊量长期居高不下，足以体现临床患者的庞大需求。”李小英表示。但同时，在长期临床诊疗、门诊及病房的一线工作中，他也发现，这些患者中相当一部分人的诉求，和希望他们理解的，并不在同一个层面上。“很多到院就诊的患者，核心诉求仅集中在改善体型、降低体重。但肥胖是明确的慢性疾病，必须在专业医生指导下开展综合治疗，体重管理的核心不仅是减重塑形，更关键的是管控、逆转肥胖带来的各类合并症。”在他看来，这一核心科学理念仍需要长期、广泛的大众科普教育。

北京大学人民医院内分泌科主任纪立农教授提供的一组预测数据则勾勒出了当前超重与肥胖已成为我国重大的公共卫生挑战：基于现有流行病学数据做出预测，到 2030 年，我国成人超重肥胖患病率将升至 70%；其中体重指数超过 32.5 的重度肥胖人群，占比会从目前的 1% 增长至 2%。与此同时，肥胖相关并发症的就诊结构正在发生变化，如今肾病、蛋白尿、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征（OSA）等肥胖相关并发症越来越频繁地出现在临床诊室里。

“肥胖需要得到科学的专业医疗干预与社会正确认知，目前全球都在推进肥胖疾病的认知革新。”纪立农呼吁。

在这样的疾病负担面前，把减重简单地归结为“意志力”问题，既不符合临床事实，也无助于任何一个具体患者的处境。但需要强调的是，目前市面上所有的 GLP–1 类药物是严格的处方药，绝非健康人群用来“微调身材”的美容针。未经评估自行用药，可能诱发严重



减重成功后，辉瑞全球高级副总裁、中国区总裁 Jean–Christophe Pointeau 与过去的自己合影。

后果。

Jean–Christophe Pointeau 之所以能在减重中感到“轻松”，是因为他的“轻松”有科学的指导。他严格遵循剂量滴定方案，从 0.3 毫克起步，四周后升至 0.6 毫克，再到 1.2 毫克，最终稳定在 1.8 毫克，没有追求最高剂量。“这取决于个人的食欲是否回升，以及有没有不良反应。”他强调，“每个人的体质不同，我不能代表所有人。”

自带减重“智能导航”

要理解为什么新一代偏向型 GLP–1 受体激动剂有可能让一部分人体验到“不那么难受的减重”，需要回到一个医学层面的机制问题。

GLP–1 受体被激活后，细胞内会同时启动两条信号通路。一条是 cAMP 通路，负责传递“抑制食欲、延缓胃排空、促进降糖”的核心指令。另一条是 β –arrestin 通路，它原本是受体的一种“刹车”机制：β –arrestin 被募集到