

راهنمای بالینی مدیریت چاقی برای بزرگسالان ایرانی (درمان)

هانیه السادات اجتهاد^۱، شیرین حسینی رنجبر^{۱*}، هانیه مالمیر^۱، رضوان رزمنده^۱، آذین پاک مهر^۱، یاسمن خورشیدی^۲، گلاله اصغری^۳، امیرمحمد مرتضویان^۴، محمدرضا مهاجری تهرانی^۵، افشین استوار^۶، باقر لاریجانی^۴

چکیده

مقدمه: شیوع اضافه وزن، چاقی و عوارض مرتبط با آن، با سرعت بسیار زیاد در جهان در حال افزایش است. همچنین درمان این بیماری در صورت وجود یا نبود بیماری‌های همراه به یک چالش تبدیل شده است. در این مقاله بر پایه توصیه‌های بالینی انجمن غدد درون‌ریز آمریکا و کالج غدد درون‌ریز آمریکا راهنمای بالینی جامعی برای مراحل درمان بیماران مبتلا به چاقی و فردی‌سازی آن نوشته شده است و سعی شده براساس شرایط موجود در ایران تا حد امکان بومی‌سازی شود.

روش‌ها: به کمک یک راهبرد جستجوی مشخص، جستجوی کاملی در پایگاه‌های در دسترس انجام شد. سپس، راهنماهای بالینی متناسب با جامعه ایرانی انتخاب شدند و با استفاده از نظرات متخصصین و کارشناسان فعال در بالین و مقالات مرور سیستماتیک مرتبط، راهنمای بالینی برای درمان چاقی در بزرگسالان ایرانی تهیه شد.

یافته‌ها: در این مقاله، در ادامه بخش قبلی راهنمای بالینی به سوالات شماره ۴ تا ۶ در خصوص مراحل درمان چاقی و شخصی‌سازی آن در افراد بزرگسال جامعه ایرانی پاسخ دادیم و در مجموع ۶۰ توصیه در این خصوص ارائه کردیم. **نتیجه‌گیری:** در بخش دوم راهنمای بالینی مدیریت چاقی در بزرگسالان ایرانی سعی بر آن شد که دید ویژه‌ای به درمان این بیماران داشته باشیم و با ارایه توصیه‌ها و بیانیه‌های مبتنی بر شواهد، روند درمان را تا حد ممکن در بیماران با شرایط خاص فردی‌سازی کنیم تا تصمیم‌گیری در این خصوص برای همکاران کادر درمان تسهیل گردد.

واژگان کلیدی: چاقی، راهنمای بالینی، درمان

- ۱- مرکز تحقیقات چاقی و عادات غذایی، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- گروه تغذیه بالینی و رژیم درمانی، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- گروه صنایع غذایی، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- مرکز تحقیقات استئوپروز، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۶- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

***نشانی:** تهران، بزرگراه جلال آل احمد، جنب بیمارستان دکتر شریعتی، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، مرکز تحقیقات چاقی و عادات غذایی، گدپستی:

۰۲۱۸۸۲۲۰۰۹۴، تلفن: ۰۲۱۸۸۲۲۰۰۹۴، پست الکترونیک: shirinhasanir@yahoo.com

مقدمه

که به درمان چاقی در بزرگسالان ایرانی بپردازیم و جنبه‌های فردی را مدنظر قرار دهیم تا توصیه‌هایی متناسب با فرد ایرانی با شرایط خاص خودش ارائه دهیم و شیوه‌های درمانی و درمان منتخب را برای پزشک ترسیم کنیم.

روش‌ها

با کمک کلید واژه‌های "weight OR obesity OR overweight OR gain" OR "body mass index" OR BMI guideline OR recommendation OR advice OR standard ISI Web, Scopus, PubMed جستجوی کاملی در پایگاه‌های Google scholar Cochrane و EMBASE، of Science انجام شد. سپس با کمک نظرات متخصصین و کارشناسان فعال در بالین بهترین راهنماهای بالینی انتخاب شد، بر حسب تعداد شواهد بالینی درجه‌بندی شد. همچنین توصیه‌های بالینی بر مبنای شواهد موجود و یا اجماع نظر متخصصین (در صورت نبود شواهد) ارائه و درجه‌بندی شد. در صورت نیاز به جزئیات بیشتر در این خصوص به بخش قبلی مطالعه مراجعه فرمایید [۱۹].

یافته‌ها

در ادامه بررسی روند پیشگیری، غربالگری، تشخیص و اهداف درمان که در مقاله قبلی به چاپ رسید [۱۹]، در این مقاله جهت ارائه یک راهنمای جامع در خصوص مراحل درمان چاقی و فردی‌سازی آن در بزرگسالان چاق ایرانی به سؤالات ۶ تا ۹ پاسخ داده می‌شود و توصیه‌های لازم از شماره ۶۴ تا ۱۲۳ ارائه می‌گردد.

شیوه زندگی / رفتار درمانی برای اضافه وزن و چاقی

سؤال ۶: آیا شیوه زندگی / رفتار درمانی برای درمان اضافه وزن و چاقی مؤثر است و چه مؤلفه‌هایی از سبک زندگی درمانی اثربخشی دارند؟ (جدول ۱)

روند افزایشی شیوع چاقی در سی سال گذشته به یک چالش جهانی تبدیل شده است [۳-۱]. طبق آمار جهانی بیش از نیم میلیون بزرگسال در جهان چاق محسوب می‌شوند [۲] همچنین کودکان و نوجوانان نیز از این قاعده مستثنی نیستند [۳-۵]. علاوه بر آن، از دید اقتصادی چاقی و عوارض مرتبط با آن در کنار درمان آنها هزینه و بار سنگینی به سیستم بهداشت و درمان کشورها وارد می‌کند [۷، ۶]. براساس مطالعات، ۲۲/۷٪ بزرگسالان ایرانی اضافه وزن، ۵۹/۳٪ مجموعاً چاق و مبتلا به اضافه وزن هستند و ۱۵/۳٪ مردان و ۲۹/۸٪ زنان درگیر چاقی هستند [۸، ۹].

در سال‌های اخیر، پیشرفت‌های شگفت‌آوری در هر سه روش مورد استفاده برای درمان چاقی شامل مداخله در شیوه زندگی، دارودرمانی و روش‌های نوین کاهش وزن مانند جراحی چاقی رخ داده است [۱۰]. کارآزمایی‌های بالینی اثربخشی مداخلات شیوه زندگی و رفتاری در درمان چاقی را ثابت کرده‌اند. علاوه بر این، ۵ داروی کاهش وزن برای مدیریت چاقی مزم مورد تأیید سازمان غذا و دارو ایالات متحده هستند [۱۲، ۱۱]. جراحی‌های چاقی توسعه یافته‌اند و همراه با استانداردهای مراقبت قبل و بعد از عمل منجر به نتایج بهتری در بیماران می‌شوند [۱۳]. علاوه بر این گزینه‌های درمانی پیشرفته، درک علمی پاتوفیزیولوژی چاقی پیشرفت داشته است و اکنون به‌عنوان یک بیماری مزم پیچیده با تعیین کننده‌های ژنتیکی، محیطی و رفتاری و عوارض جدی، شناخته می‌شود [۱۲].

پس از آنکه انجمن غدد درون ریز بالینی آمریکا چاقی را یک بیماری معرفی کرد و چارچوب جدیدی برای تشخیص آن با کمک سایر سازمان‌ها معرفی کرد [۱۵، ۱۴]. یک الگوریتم برای مدیریت چاقی پیشنهاد شد که در آن وجود و شدت عوارض مربوط به وزن تعیین کننده‌های اصلی برای انتخاب روش درمان و شدت کاهش وزن مورد نیاز هستند. در این رویکرد جدید عوارض محور، نقطه پایانی درمان اولیه بهبود عوارض مربوط به چربی است نه کاهش وزن از پیش تعیین شده [۱۰]. با این وجود، تفاوت‌های ظریف مراقبت از چاقی در یک محیط ایجاد کننده چاقی که در بعضی مواقع زمینه‌های اقتصادی-اجتماعی دارد، به تجزیه و تحلیل دقیق وزن و شواهد موجود نیاز دارد [۱۸-۱۶]. به همین دلیل در این مقاله برآنیم

جدول ۱- مداخلات تغییر شیوه زندگی

رفتاری	فعالیت بدنی	برنامه غذایی
<ul style="list-style-type: none"> • خود نظارتی (برنامه غذایی، فعالیت بدنی، وزن) • تنظیم اهداف • آموزش (ملاقات رو در رو، جلسات گروهی، استفاده از فناوری) • راهبردهای حل مسئله • کنترل محرک • کاهش استرس • ارزیابی روانشناسانه، مشاوره و درمان در صورت نیاز • محدودیت های شناختی • مداخلات انگیزشی 	<ul style="list-style-type: none"> • فعالیت بدنی هوازی به تدریج افزایش یابنده تا بیشتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته، ۳ تا ۵ روز هر هفته • فعالیت بدنی مقاومتی: به صورت تک ست با درگیری عضلات اصلی، ۲ تا ۳ بار در هفته • کاهش رفتارهای بدون تحرک • شخصی سازی برنامه براساس ترجیحات فردی و محدودیت حرکتی • گروه درمان: مربی ورزشی، درمانگر ورزشی 	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش کالری دریافتی در برنامه غذایی • محدودیت ۵۰۰ تا ۷۰۰ کیلوکالری روزانه • شخصی سازی برنامه غذایی براساس ترجیحات فردی و فرهنگی • برنامه غذایی می تواند شامل رژیم مدیترانه ای، DASH، کم کالری، کم چرب، پر پروتئین، گیاه خواری باشد • جانشین های غذایی • برنامه غذایی خیلی کم کالری به عنوان یک گزینه در برخی بیماران مطرح است و نیاز به نظارت پزشکی دارد. • گروه درمان: رژیم درمانگر، مشاور سلامت
<p>ایجاد ساختارهای اجتماعی حمایت کننده</p> <p>گروه درمان: مشاور سلامت، رفتار شناس، روانشناس بالینی، روانپزشک</p>		

توصیه ۶۴: یک برنامه مداخله ای در سبک زندگی که برای کاهش وزن (شیوه زندگی درمانی) طراحی شده و شامل یک برنامه غذایی سالم، فعالیت بدنی و مداخلات رفتاری است، باید در دسترس بیمارانی باشد که تحت درمان اضافه وزن یا چاقی قرار دارند (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۶-۱: برنامه غذایی کم کالری و ترکیب درشت مغذی ها (جدول ۲).

توصیه ۶۵: کاهش دریافت کل انرژی (کالری) باید مؤلفه اصلی هرگونه مداخله در کاهش وزن باشد (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۶۶: حتی اگر ترکیب درشت مغذی وعده های غذایی تأثیر کمتری نسبت به میزان پیروی از رژیم غذایی در کاهش وزن در اکثر بیماران داشته باشد، در برخی از جمعیت های خاص، اصلاح ترکیبات درشت مغذی ها را می توان برای متناسب کردن پایداری به الگوی غذایی، بهبود کاهش وزن، پروفایل های متابولیکی، کاهش فاکتور خطر و یا ارتقاء نتایج بالینی در نظر گرفت (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۶-۲: فعالیت بدنی

توصیه ۶۷: آموزش فعالیت های بدنی هوازی باید برای بیماران دارای اضافه وزن یا چاقی به عنوان یک فاکتور تغییر سبک زندگی تجویز گردد. نسخه اولیه ممکن است به افزایش تدریجی حجم و شدت ورزش نیاز داشته باشد و هدف نهایی باید ≤ 150 دقیقه در هفته ورزش متوسط باشد که طی ۳ تا ۵ جلسه روزانه در هفته انجام شود (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۶۸: فعالیت های مقاومتی باید برای بیماران مبتلا به اضافه وزن یا چاقی تحت درمان کاهش وزن تجویز شود تا ضمن حفظ توده عضلانی، به تدریج به کاهش چربی کمک کند. هدف تمرین مقاومتی باید متشکل از مجموعه ای از تمرین های تک ست ۲ تا ۳ بار در هفته باشد که گروه های اصلی عضلانی را درگیر می کند (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۶۹: برای کاهش رفتار کم تحرک در تمام بیماران دارای اضافه وزن یا چاقی باید افزایش فعالیت بدنی غیر ورزشی و فعالیت های اوقات فراغت فعال را تشویق کرد (درجه A؛ BEL 1).
توصیه ۷۰: تجویز فعالیت بدنی باید فردی باشد تا فعالیت ها و برنامه های ورزشی با توجه به توانایی ها و ترجیحات بیمار، با در نظر گرفتن محدودیت های مربوط به وضعیت سلامتی و جسمی باشد (درجه C؛ BEL 4، به دلیل ارتباط زیاد ارتقاء یافته است).

جدول ۲- ارتباط الگوی غذایی و ترکیب درشت مغذی‌ها بر کارایی کاهش وزن

الگوهای غذایی یا ترکیب درشت مغذی‌ها	اثرات
شاخص و بار گلیسمیک پایین	افزایش عملکرد اندوتلیال کاهش تغییرات گلیسمیک اثر بر مصرف انرژی کاهش قطر سلول چربی هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد بهبود وضعیت گلیسمیک و لیپیدمی بهبود سایر ریسک فاکتورهای قلبی بهبود عملکرد کلیه
کم کربوهیدرات	هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد (برخی از مطالعات نشان داده‌اند که دوره کاهش وزن کوتاه می‌شود) سودمندی بیشتر بر روی دور کمر و درصد چربی بهبود ریسک فاکتورهای قلبی
پُر پروتئین	کاهش قطر سلول چربی پروتئین‌های حیوانی (و نه گیاهی) با مارکرهای التهابی مرتبط هستند هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد بهبود ترکیب بدن، چربی‌ها، پاسخ انسولین بعد از غذا هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد اثرات سودمند بر چربی‌ها اثرات سودمند با جایگزینی چربی‌های اشباع نشده بهبود عملکرد کلیه
کربوهیدرات متوسط / پروتئین متوسط	هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد بهبود ترکیب بدن، چربی‌ها، پاسخ انسولین بعد از غذا هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد اثرات سودمند بر چربی‌ها اثرات سودمند با جایگزینی چربی‌های اشباع نشده بهبود عملکرد کلیه
کم چرب	هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد با شیردهی، در هنگام کمبود کالری کاهش وزن زیادی در مقایسه با رژیم کم کربوهیدرات کم کالری ایجاد می‌کند کاهش خطر برخی از سرطان‌ها مکمل روغن زیتون فرابکر هیچ تأثیری بر وزن ندارد کاهش ریسک فاکتورهای قلبی و سندرم متابولیک کاهش نشانگرهای التهابی بهبود وضعیت کبدی و مقاومت به انسولین بهبود عملکرد کلیوی هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد
پُر چرب	کاهش خطر برخی از سرطان‌ها مکمل روغن زیتون فرابکر هیچ تأثیری بر وزن ندارد کاهش ریسک فاکتورهای قلبی و سندرم متابولیک کاهش نشانگرهای التهابی بهبود وضعیت کبدی و مقاومت به انسولین بهبود عملکرد کلیوی هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد
الگوی مدیترانه‌ای	کاهش نشانگرهای التهابی بهبود وضعیت کبدی و مقاومت به انسولین بهبود عملکرد کلیوی هیچ تأثیر افزایشی بر کاهش وزن ندارد

توصیه ۷۱: برای شخصی‌سازی تجویز فعالیت بدنی و بهبود نتایج، باید یک فیزیولوژیست ورزشی یا یک متخصص تناسب اندام را در برنامه مراقبت در نظر گرفت (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۶-۳: مداخلات رفتاری
توصیه ۷۲: مداخلات درمانی شیوه زندگی در بیماران مبتلا به اضافه وزن یا چاقی باید شامل مداخلات رفتاری باشد که پایبندی به برنامه‌های غذایی کم‌کالری و فعالیت بدنی را افزایش دهد (مداخلات رفتاری می‌تواند شامل: خود نظارتی بر

توصیه ۷۷: دارو درمانی همراه با مداخلات شیوه زندگی در مقایسه با مداخلات درمانی شیوه زندگی به تنهایی باعث افزایش میزان کاهش وزن و نگهداری بیشتر وزن از دست داده می‌شود (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۷۸: شروع دارودرمانی در کنار اصلاح رژیم غذایی و سبک زندگی باید در بیمارانی در نظر گرفته شود که دارای عوارض مرتبط با اضافه وزن هستند و این عوارض می‌تواند با کاهش وزن بهبود یابد (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۷-۳: آیا دارودرمانی فقط می‌تواند در کوتاه مدت برای کمک به کاهش وزن استفاده شود یا باید به‌طور مزمین در درمان چاقی استفاده شود؟

توصیه ۷۹: در صورتی که فواید بالقوه دارودرمانی بیشتر از خطرات آن باشد، برای درمان مزمین بیماری، باید به بیماران چاق توصیه شود (درجه A؛ BEL 1). اثبات نشده است که درمان کوتاه مدت (۳ تا ۶ ماه) با استفاده از داروهای کاهش وزن، مزایای سلامتی طولانی مدت را ایجاد می‌کنند و به‌طور کلی نمی‌توان براساس شواهد علمی موجود آن را توصیه کرد (درجه B؛ BEL 1). به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته است.

سؤال ۷-۴: آیا در اثر بخشی و ایمنی داروهای کاهش وزن تفاوتی وجود دارد؟

توصیه ۸۰: در انتخاب داروی مناسب کاهش وزن برای هر بیمار، پزشکان باید تفاوت در اثربخشی، عوارض جانبی، احتیاطها و هشدارهای مشخص شده داروهای مورد تأیید را برای مدیریت مزمین چاقی، و وجود عوارض مرتبط با وزن و سابقه پزشکی در نظر بگیرند؛ این عوامل پایه‌ای برای دارو درمانی منحصر به هر فرد در کاهش وزن هستند. در حال حاضر ارائه یک الگوریتم برای تعیین ترتیب اولویت درمان دارویی که قابل تعمیم به همه بیماران باشد، از نظر علمی قابل توجیه نیست (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۸۱: پزشکان و بیماران آنها باید به همه داروهای مورد تأیید دسترسی داشته باشند تا امکان شخصی سازی مؤثر و ایمن فراهم باشد (درجه D).

سؤال ۷-۵: آیا باید از ترکیبات داروهای کاهش وزن به روشی استفاده شود که مورد تأیید سازمان غذا و داروی ایالات متحده باشد؟

وزن، دریافت غذا و فعالیت بدنی؛ تعیین هدف روشن و معقول؛ آموزش مربوط به چاقی، تغذیه و فعالیت بدنی؛ جلسات رو در رو و گروهی؛ کنترل محرک؛ رویکردهای سیستماتیک برای حل مسئله؛ کاهش استرس؛ بازسازی شناختی [یعنی درمان شناختی-رفتاری]؛ مصاحبه انگیزشی؛ توصیه‌های روانشناسی؛ مشاوره و بسیج ساختارهای حمایت اجتماعی (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۷۳: بسته مداخلات رفتاری به‌طور مؤثری توسط یک تیم چند رشته‌ای شامل متخصصان تغذیه، پرستاران، آموزش دهندگان، مربیان فعالیت بدنی و روانشناسان بالینی اجرا می‌شود (درجه C؛ BEL 4). به دلیل ارتباط زیاد ارتقا یافته (است). روانشناسان و روانپزشکان باید در درمان اختلالات خوردن، افسردگی، اضطراب، روان پریشی و سایر مشکلات روانشناختی که می‌توانند اثربخشی برنامه‌های مداخله در سبک زندگی را مختل کنند، مشارکت کنند (درجه B؛ BEL 2).

توصیه ۷۴: اگر بیماران در ماه اول درمان به ۲/۵ درصد کاهش وزن نرسند، مداخله و حمایت از شیوه زندگی باید تشدید شود، زیرا کاهش وزن زود هنگام پیش‌بینی کننده اصلی موفقیت درازمدت در کاهش وزن است (درجه A؛ BEL 1). یک رویکرد رفتار مراقبتی مرحله‌ای باید مهارت‌هایی را برای حل مسئله آموزش دهد و نتایج را ارزیابی کند (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۷۵: مداخله در شیوه زندگی باید متناسب با پیشینه قومی، فرهنگی، اقتصادی-اجتماعی و تحصیلی بیمار باشد (درجه B؛ BEL 2).

دارودرمانی برای اضافه وزن و چاقی

سؤال ۷: آیا دارو درمانی برای درمان اضافه وزن و چاقی مؤثر است؟

سؤال ۷-۱: آیا دارو درمانی باید به‌عنوان یک شیوه مکمل همراه با مداخلات درمانی شیوه زندگی استفاده شود یا به تنهایی؟

توصیه ۷۶: دارو درمانی برای اضافه وزن و چاقی فقط باید به‌عنوان درمان مکمل همراه با مداخلات شیوه زندگی و نه به تنهایی مورد استفاده قرار گیرد (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۷-۲: آیا افزودن داروها در مقایسه با مداخلات شیوه زندگی به تنهایی باعث کاهش وزن بیشتر می‌شود؟

توجه: داروهای خاص ذیل جهت استفاده در تنظیمات مختلف بالینی براساس اثربخشی، عوارض جانبی، هشدارها و موارد منع مصرف، پاکسازی اعضا، مکانیسم‌های عملکرد و داده‌های موجود برای استفاده از دارو در شرایط خاص توصیه می‌شوند. اگر هیچ داده‌ای برای استفاده در شرایط بالینی مشخص در دسترس نباشد، ممکن است داروها به‌طور صریح توصیه نشوند، حتی اگر کاهش وزن مرتبط با این داروها ممکن است مزایای بالینی به همراه داشته باشد.

توصیه ۸۲: از ترکیب داروهای کاهش وزن مورد تأیید FDA فقط به روشی که FDA تأیید کرده باشد (درجه A؛ BEL 1) یا در صورتی که اطلاعات کافی در مورد ایمنی و اثربخشی برای اطمینان از قضاوت آگاهانه در مورد نسبت سود به زیان وجود دارد، می‌توان استفاده کرد (درجه D).

فردی سازی دارو درمانی در درمان چاقی

سؤال ۸: آیا در بیماران با اختلالات یا خصوصیات زیر، سلسله مراتب ترجیحات دارویی وجود دارد؟ (جدول ۳)

جدول ۳-درمان دارویی ترجیحی کاهش وزن: فردی سازی درمان

مشخصات بالینی یا بیماری‌های همراه	اورلیستات	لورکازرین	فترمین توپیرامات	ناتروکسین بوپروپیون	لیراگلتید ۳ میلی‌گرم
پیشگیری از دیابت (سندرم متابولیک، پیش دیابت) دیابت نوع دو		اطلاعات ناکافی		اطلاعات ناکافی	
پرفشاری خون			پایش ضربان قلب	- پایش فشار خون و ضربان قلب - منع مصرف در پرفشاری خون	پایش ضربان قلب
	CAD		پایش ضربان قلب	پایش فشار خون و ضربان قلب	پایش ضربان قلب
بیماری قلبی	آریتمی		پایش ضربان قلب و ریتم	پایش فشار خون و ضربان قلب و ریتم	پایش ریتم و ضربان قلب
	CHF	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی
	خفیف				
بیماری کلیوی مزمن	متوسط		بیشتر از ۷٫۵ میلی‌گرم در ۴۶ میلی‌گرم روزانه نباشد	بیشتر از ۸ میلی‌گرم در ۹۰ میلی‌گرم نباشد	
	شدید	کلیرانس کلیوی متابولیت‌های دارویی	کلیرانس کلیوی متابولیت‌های دارویی	کلیرانس کلیوی متابولیت‌های دارویی	اجتناب از تهوع و کآخس حجم آب بدن
نفروپاتیازیس (سنگ کلیه)	سنگ کلسیم اگزالات		سنگ کلسیم فسفات		
خفیف و متوسط	بررسی سنگ صفراوی	متابولیسیم کبدی داروها	بیشتر از ۷/۵ میلی‌گرم در ۴۶ میلی‌گرم روزانه نباشد	بیشتر از ۸ میلی‌گرم در ۹۰ میلی‌گرم نباشد	بررسی سنگ صفراوی
اختلال کبدی	شدید	توصیه نمی‌شود	توصیه نمی‌شود	توصیه نمی‌شود	توصیه نمی‌شود
		اطلاعات ایمنی ناکافی	اجتناب از دوز حداکثری: ۱۵ میلی‌گرم در ۹۲ میلی‌گرم روزانه	اطلاعات ایمنی ناکافی	
افسردگی		اجتناب از ترکیب داروهای سروتونرژیک		اجتناب از دارو در بزرگسالان و نوجوانان	
			اجتناب از دوز حداکثری: ۱۵ میلی‌گرم در ۹۲ میلی‌گرم روزانه		
اظطراب		اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی
سایکوز		اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی
		سودمندی محتمل بر مبنای کاهش در میل شدید به غذاخوردن	سودمندی محتمل بر مبنای مطالعات با توپیرومات	سودمندی محتمل بر مبنای مطالعات با بوپروپین	اطلاعات ناکافی
اختلال خوردن				اجتناب در بیماران با بولیمیا	
			منع مصرف		
گلوکوم					

اختلالات تشنج	در صورت قطع مصرف مخروطی کنبد	بوپروپیون حد آستانه تشنج را کاهش می دهد			
پانکراتیت		پایش برای علائم اجتناب در بیماری حاضر			
سوء مصرف مواد		با مواد مخدر همپوشانی دارد			
دوران باروری زنان	استفاده از قرص ضد بارداری، در صورت بارداری لورکازرین قطع شود	استفاده از قرص ضد بارداری، در صورت بارداری نالتروکسین بوپروپیون قطع شود	استفاده از قرص ضد بارداری، در صورت بارداری لورکازرین قطع شود	استفاده از قرص ضد بارداری، در صورت بارداری لورکازرین قطع شود	استفاده از قرص ضد بارداری، در صورت بارداری لورکازرین قطع شود
شیردهی	توصیه نمی شود	توصیه نمی شود	توصیه نمی شود	توصیه نمی شود	توصیه نمی شود
سن بالای ۶۵ سال	داده‌های محدودی در دسترس است	توصیه نمی شود	داده‌های محدودی در دسترس است	داده‌های محدودی در دسترس است	داده‌های محدودی در دسترس است
الکلیسم/اعتیاد	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی
جراحی باریتریک	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی	اطلاعات ناکافی

سؤال ۸-۱: بیماری مزمن کلیوی

توصیه ۸۳: در مرحله آخر نارسایی مزمن کلیه نباید از داروهای کاهش وزن استفاده شود، به جزء اورلیستات و لیراگلو تاید ۳ میلی گرم که می‌تواند در بیماران خاص با احتیاط بالا مصرف شوند (درجه B؛ BEL 2).

توصیه ۸۴: استفاده از نالتروکسون ER/ بوپروپیون ER، لورکاسرین، یا فترمین/ توپیرامات ER در بیماران با اختلالات شدید کلیوی (GFR کمتر از ۳۰ میلی لیتر در دقیقه) توصیه نمی‌شود (درجه B BEL 2)؛

توصیه ۸۵: تمام داروهای کاهش وزن را می‌توان با احتیاط مناسب در بیماران با اختلال کلیوی خفیف (۵۰ تا ۷۹ میلی لیتر در دقیقه) و متوسط (۳۰ تا ۴۹ میلی لیتر در دقیقه) استفاده کرد، با این تفاوت که در نارسایی متوسط کلیه، دوز ER نالتروکسون/ بوپروپیون ER نباید بیش از ۸ میلی گرم/ ۹۰ میلی گرم دو بار در روز باشد و دوز روزانه فترمین/ توپیرامات ER نباید بیش از ۵/۷ میلی گرم/ ۶۶ میلی گرم باشد (درجه B؛ BEL 2).

توصیه ۸۶: اورلیستات نباید در بیماران با نفروپاتی اگزالاتی یا در معرض خطر استفاده شود (درجه C؛ BEL 3). اگر بیماران دچار کاهش حجم مایعات بدن شوند، لیراگلو تاید ۳ میلی گرم باید به دلیل حالت تهوع، استفراغ یا اسهال، قطع شود (درجه B؛ BEL 2).

سؤال ۸-۲: سنگ کلیه

توصیه ۸۷: نالتروکسون ER/ بوپروپیون ER، لورکاسرین و لیراگلو تاید ۳ میلی گرم داروهای کاهش وزن ترجیحی در بیماران با سابقه یا در معرض خطر سنگ کلیه (درجه D) هستند. در معالجه بیماران که سابقه سنگ کلیه دارند در درمان با فترمین/ توپیرامات و اورلیستات باید احتیاط شود (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۳: اختلال کبدی

توصیه ۸۸: تمام داروهای کاهش وزن باید در بیماران مبتلا به نقص کبدی با احتیاط مصرف شود و در اختلالات شدید کبدی (یعنی نمره Child-Pugh > 9) از آنها اجتناب شود (درجه C؛ BEL 3).

توصیه ۸۹: تنظیم دوز بعضی از داروها در بیماران با اختلال کبدی متوسط به شکل زیر قابل توجه است: به طور خاص، حداکثر دوز توصیه شده نالتروکسون ER/ بوپروپیون ER است یک قرص (۸ میلی گرم/ ۹۰ میلی گرم) در صبح و حداکثر دوز توصیه شده فن ترمین/ توپیرامات ۷/۵ میلی گرم/ ۶۶ میلی گرم در روز است (درجه D).

توصیه ۹۰: پزشکان باید صرف نظر از روش درمان، شک بالایی در مورد سنگ کیسه صفرا یا کللیتیا زیس در بیماران تحت درمان کاهش وزن داشته باشند. در بیماران پر خطر، ۳ میلی گرم لیراگلو تاید باید با احتیاط مصرف شود. اقدامات پیشگیرانه مؤثر شامل کاهش سرعت کاهش وزن، افزایش

چربی در رژیم غذایی (نسبت به میزان چربی موجود در رژیم کاهش وزن) یا تجویز اسید اورسودئوکسیکولیک (درجه A؛ BEL 1) است.

سؤال ۸-۴: فشار خون توصیه ۹۱: در بیماران مبتلا به فشار خون بالا، اورلیستات، لورکاسرین، فنترمین/توپیرامات ER و لیراگلتاید ۳ میلی گرم داروهای ترجیحی برای کاهش وزن هستند (درجه B؛ BEL 1). به دلیل عدم وجود شواهد کافی در به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته (است) ضربان قلب باید در بیمارانی که لیراگلتاید ۳ میلی گرم و فنترمین/توپیرامات ER دریافت می کنند، به دقت کنترل شود (درجه A؛ BEL 1). در صورت استفاده از سایر داروهای کاهش وزن باید از مصرف نالتراکسون ER/بوپروپیون ER خودداری شود، زیرا نمی توان انتظار داشت که کاهش وزن به کمک نالتراکسون ER/بوپروپیون ER باعث کاهش فشار خون شود و این دارو در فشار خون کنترل نشده منع مصرف دارد (درجه B؛ BEL 1). به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته است.

توصیه ۹۲: درمان مهارتی سیستم رنین-آنژیوتانسین (مسدود کننده گیرنده های آنژیوتانسین یا مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین) باید به عنوان داروی خط اول برای کنترل فشار خون در بیماران مبتلا به چاقی استفاده شود (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۹۳: درمان ترکیبی فشار خون با مسدود کننده های کانال کلسیم ممکن است به عنوان درمان درجه دو در نظر گرفته شود (درجه A؛ BEL 1). داروهای betablocker و داروهای ادرار آور تiazید نیز ممکن است در بعضی از بیماران در نظر گرفته شوند اما می توانند اثرات سوئی بر متابولیسم داشته باشند. مسدود کننده های بتا و مسدود کننده های آلفا می توانند باعث افزایش وزن شوند (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۵: بیماری های قلبی عروقی و آریتمی قلبی توصیه ۹۴: در بیماران مبتلا به بیماری قلبی-عروقی آترواسکلروز، اورلیستات و لورکاسرین داروهای کاهش وزن ترجیحی هستند (درجه A؛ BEL 1). لیراگلتاید ۳ میلی گرم، فنترمین/توپیرامات ER و نالتراکسون ER/بوپروپیون ER باید با احتیاط استفاده شود و در صورت تحقق اهداف کاهش وزن، با نظارت دقیق بر ضربان قلب و فشار خون، ادامه یابد (درجه

سؤال ۸-۶: افسردگی با یا بدون درمان با مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین توصیه ۹۶: تمام بیمارانی که تحت درمان کاهش وزن قرار دارند باید از نظر اختلالات خلقی، افسردگی و افکار خودکشی کنترل شوند (درجه A؛ BEL 2). به دلیل ارتباط زیاد ارتقاء یافته است. توصیه ۹۷: در بیماران مبتلا به چاقی و افسردگی داروهای اورلیستات، لیراگلتاید ۳ میلی گرم و فنترمین/توپیرامات ER در زمان شروع (دوز ۳/۷۵ میلی گرم / ۲۳ میلی گرم) و در ادامه دوز درمانی کم (۷/۵ میلی گرم / ۴۶ میلی گرم) می تواند در نظر گرفته شود (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۹۸: لورکاسرین و نالتراکسون ER/بوپروپیون ER باید با احتیاط در بیماران مبتلا به چاقی و افسردگی استفاده شود و یا در صورت استفاده از داروهای افسردگی از آنها اجتناب شود (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۷: اضطراب توصیه ۹۹: حداکثر دوز فنترمین/توپیرامات ER (۱۵ میلی گرم/۹۲ میلی گرم) باید با احتیاط در بیماران مبتلا به چاقی و اختلالات اضطرابی استفاده شود (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۸: اختلالات روان پریشی با یا بدون دارو (لیتیوم، آنتی سایکوتیک های آتپیکال، مهار کننده های مونوآمین اکسیداز).

توصیه ۱۰۰: بیماران مبتلا به اختلالات روان پریشی که تحت درمان با داروهای ضد روان پریشی هستند باید تحت درمان مداخله ای در شیوه زندگی قرار گیرند تا باعث تحریک کاهش وزن یا جلوگیری از افزایش وزن در آنها شود (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۴: فشار خون توصیه ۹۱: در بیماران مبتلا به فشار خون بالا، اورلیستات، لورکاسرین، فنترمین/توپیرامات ER و لیراگلتاید ۳ میلی گرم داروهای ترجیحی برای کاهش وزن هستند (درجه B؛ BEL 1). به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته (است) ضربان قلب باید در بیمارانی که لیراگلتاید ۳ میلی گرم و فنترمین/توپیرامات ER دریافت می کنند، به دقت کنترل شود (درجه A؛ BEL 1). در صورت استفاده از سایر داروهای کاهش وزن باید از مصرف نالتراکسون ER/بوپروپیون ER خودداری شود، زیرا نمی توان انتظار داشت که کاهش وزن به کمک نالتراکسون ER/بوپروپیون ER باعث کاهش فشار خون شود و این دارو در فشار خون کنترل نشده منع مصرف دارد (درجه B؛ BEL 1). به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته است.

توصیه ۹۲: درمان مهارتی سیستم رنین-آنژیوتانسین (مسدود کننده گیرنده های آنژیوتانسین یا مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین) باید به عنوان داروی خط اول برای کنترل فشار خون در بیماران مبتلا به چاقی استفاده شود (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۹۳: درمان ترکیبی فشار خون با مسدود کننده های کانال کلسیم ممکن است به عنوان درمان درجه دو در نظر گرفته شود (درجه A؛ BEL 1). داروهای betablocker و داروهای ادرار آور تiazید نیز ممکن است در بعضی از بیماران در نظر گرفته شوند اما می توانند اثرات سوئی بر متابولیسم داشته باشند. مسدود کننده های بتا و مسدود کننده های آلفا می توانند باعث افزایش وزن شوند (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۵: بیماری های قلبی عروقی و آریتمی قلبی توصیه ۹۴: در بیماران مبتلا به بیماری قلبی-عروقی آترواسکلروز، اورلیستات و لورکاسرین داروهای کاهش وزن ترجیحی هستند (درجه A؛ BEL 1). لیراگلتاید ۳ میلی گرم، فنترمین/توپیرامات ER و نالتراکسون ER/بوپروپیون ER باید با احتیاط استفاده شود و در صورت تحقق اهداف کاهش وزن، با نظارت دقیق بر ضربان قلب و فشار خون، ادامه یابد (درجه

سؤال ۸-۶: افسردگی با یا بدون درمان با مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین توصیه ۹۶: تمام بیمارانی که تحت درمان کاهش وزن قرار دارند باید از نظر اختلالات خلقی، افسردگی و افکار خودکشی کنترل شوند (درجه A؛ BEL 2). به دلیل ارتباط زیاد ارتقاء یافته است. توصیه ۹۷: در بیماران مبتلا به چاقی و افسردگی داروهای اورلیستات، لیراگلتاید ۳ میلی گرم و فنترمین/توپیرامات ER در زمان شروع (دوز ۳/۷۵ میلی گرم / ۲۳ میلی گرم) و در ادامه دوز درمانی کم (۷/۵ میلی گرم / ۴۶ میلی گرم) می تواند در نظر گرفته شود (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۷: اضطراب توصیه ۹۹: حداکثر دوز فنترمین/توپیرامات ER (۱۵ میلی گرم/۹۲ میلی گرم) باید با احتیاط در بیماران مبتلا به چاقی و اختلالات اضطرابی استفاده شود (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۸: اختلالات روان پریشی با یا بدون دارو (لیتیوم، آنتی سایکوتیک های آتپیکال، مهار کننده های مونوآمین اکسیداز).

توصیه ۱۰۰: بیماران مبتلا به اختلالات روان پریشی که تحت درمان با داروهای ضد روان پریشی هستند باید تحت درمان مداخله ای در شیوه زندگی قرار گیرند تا باعث تحریک کاهش وزن یا جلوگیری از افزایش وزن در آنها شود (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۱۱: تشنج

توصیه ۱۰۸: فترمین/ توپیرامات، لورکاسرین، لیراگلو تاید و اورلیستات داروهای ترجیحی برای کاهش وزن در بیماران با سابقه یا در معرض خطر تشنج/ صرع هستند (درجه B؛ BEL 1). به دلیل وجود شواهد در سطح جهانی پایین آمده است. در این بیماران باید از استفاده از نالترکسون ER/ بوپروپیون ER خودداری شود.

سؤال ۸-۱۲: پانکراتیت

توصیه ۱۰۹: به دلیل ارتباط اثبات شده بین چاقی و پانکراتیت، کلیه بیماران چاق باید از نظر علائم معمولی پانکراتیت (به عنوان مثال، درد شکم یا دیسترس دستگاه گوارش) کنترل شوند (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۱۱۰: بیمارانی که تحت درمان های گلیبوراید، اورلیستات یا داروهای اینکرتین (آگونیست های گیرنده پپتید شبه گلوکاگونی ۱ یا مهارکننده های دیپتیدیل پپتیداز ۴) قرار دارند، باید از نظر ایجاد پانکراتیت تحت نظر قرار گیرند (درجه C؛ BEL 3). درمان های مبتنی بر گلیبوراید، اورلیستات و اینکرتین باید در موارد پانکراتیت قبلی یا فعلی متوقف شوند. از سوی دیگر شواهد برای توصیه به قطع مصرف گلیبوراید برای کنترل قند خون، اورلیستات برای کاهش وزن یا درمان های مبتنی بر اینکرتین برای کنترل قند خون یا کاهش وزن به دلیل نگرانی در مورد پانکراتیت (درجه D) کافی نیست.

سؤال ۸-۱۳: مصرف مواد مخدر

توصیه ۱۱۱: در بیمارانی که نیاز به مصرف مزمن داروهای مخدر دارند، فن ترمین/ توپیرامات ER، لورکاسرین، لیراگلو تاید ۳ میلی گرم و اورلیستات داروهای ترجیحی برای کاهش وزن هستند، در حالی که نالترکسون/ بوپروپیون ER نباید استفاده شود (درجه B؛ BEL 1). به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته است.

سؤال ۸-۱۴: توانایی تولید مثل در زنان

توصیه ۱۱۲: در بارداری نباید از داروهای کاهش وزن استفاده شود (درجه A؛ BEL 2). به دلیل ارتباط زیاد ارتقاء یافته است.

توصیه ۱۰۱: درمان با متفورمین ممکن است در کاهش وزن متوسط و بهبود متابولیسم در افراد مبتلا به اختلالات روان پریشی که از داروهای ضد روان پریشی استفاده می کنند مفید باشد (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۱۰۲: در استفاده از هر داروی کاهش وزن در بیماران مبتلا به چاقی و اختلال روان پریشی به دلیل عدم وجود شواهد کافی در مورد ایمنی و اثربخشی (درجه D) باید احتیاط کرد.

سؤال ۸-۹: اختلالات خوردن از جمله اختلال پرخوری

توصیه ۱۰۳: بیماران مبتلا به اضافه وزن یا چاقی که تحت درمان کاهش وزن قرار دارند باید از نظر اختلالات پرخوری و سندرم غذا خوردن شبانه غربال شوند (درجه B؛ BEL 3). به دلیل ارتباط زیاد ارتقاء یافته است.

توصیه ۱۰۴: بیماران مبتلا به اضافه وزن یا چاقی که دچار اختلال پرخوری هستند باید با یک برنامه ساختاری رفتاری/ مداخلات شیوه زندگی همراه با درمان شناختی-رفتاری یا سایر مداخلات روانشناختی درمان شوند (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۱۰۵: در بیماران مبتلا به اضافه وزن یا چاقی و اختلال پرخوری، ممکن است درمان با اورلیستات یا داروهای تأیید شده حاوی توپیرامات یا بوپروپیون همراه با شیوه زندگی درمانی ساختاریافته، رفتار درمانی-شناختی و یا سایر مداخلات روانشناختی توصیه شود (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۱۰۶: مداخلات درمانی شیوه زندگی ساختاریافته و یا مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین ممکن است در بیماران مبتلا به چاقی و سندرم غذا خوردن شبانه در نظر گرفته شود (درجه B؛ BEL 1). به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته است.

سؤال ۸-۱۰: گلوکوم یا آب سیاه

توصیه ۱۰۷: لیراگلو تاید ۳ میلی گرم، اورلیستات و لورکاسرین داروهای ترجیحی برای کاهش وزن در بیماران با سابقه یا در معرض ابتلا به گلوکوم هستند (درجه B؛ BEL 2). در این بیماران از مصرف فترمین/ توپیرامات ER باید خودداری شود و نالترکسون ER/ بوپروپیون ER در بیماران مبتلا به گلوکوم با احتیاط استفاده می شود (درجه C؛ BEL 2). به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته است.

مداخله شدید در سبک زندگی پاسخ نداده‌اند و کاندید عمل مجدد نیستند، ممکن است برای درمان با لیراگلو تاید (۱/۸ تا ۳/۰ میلی‌گرم) یا فترمین/ توپیرامات ER در نظر گرفته شوند؛ ایمنی و اثربخشی سایر داروهای لاغری در این بیماران ارزیابی نشده است (درجه D؛ BEL 3)، به دلیل عدم وجود شواهد کافی در درجه بندی کاهش یافته است).

جراحی چاقی

سؤال ۹: آیا جراحی چاقی برای درمان چاقی مؤثر است؟
سؤال ۹-۱: آیا جراحی چاقی برای درمان چاقی و عوارض مربوط به وزن مؤثر است؟
توصیه ۱۲۰: بیماران با BMI ≥ 40 کیلوگرم بر متر مربع بدون مشکلات پزشکی هم‌زمان که جراحی چاقی با خطر بیش از حد برای آنها همراه نیست، واجد شرایط هستند (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۹-۲: چه زمانی باید از جراحی چاقی برای درمان چاقی و عوارض مربوط به وزن استفاده شود؟
توصیه ۱۲۱: بیماران با BMI بزرگتر مساوی ۳۵ کیلوگرم بر مترمربع و همراه با یکی از عوارض مرتبط با چاقی یا بیشتر، از جمله دیابت نوع دو، فشار خون بالا، آپنه خواب، سندرم هیپوونتیلاسیون ناشی از چاقی، سندرم پیکویکن، بیماری کبد چرب غیر الکلی یا استئو هپاتیت غیر الکلی، افزایش فشار داخل جمجمه، ریفلکس، آسم، نارسایی مزمن وریدی، بی‌اختیاری شدید ادرار، آرتروز ناتوان کننده و همچنین افرادی که کیفیت زندگی آنها به‌طور قابل توجهی مختل شده باشد نیز ممکن است برای جراحی چاقی کاندید شوند. بیماران با BMI ≥ 30 تا $34/9$ کیلوگرم بر مترمربع مبتلا به دیابت یا سندرم متابولیک نیز ممکن است کاندید جراحی چاقی در نظر گرفته شوند، اگرچه شواهد موجود از تعداد بیماران مورد مطالعه و عدم وجود داده‌های طولانی مدت نشان دهنده سودمندی محدود هستند. سایر بیمارانی که جراحی چاقی را در آنها در نظر می‌گیریم:

بیماران با BMI ≥ 35 کیلوگرم بر متر مربع، با هدف درمانی کنترل وزن و بهبود نشانگرهای بیوشیمیایی خطر CVD است (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۱۱۳: تمام داروهای کاهش وزن باید همراه با روش‌های مناسب پیشگیری از بارداری در زنان سنین باروری استفاده شوند (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۱۱۴: در زنانی که شیرده هستند (درجه D) نباید از داروهای کاهش وزن استفاده شود.

سؤال ۸-۱۵: افراد مسن، ≤ 65 سال

توصیه ۱۱۵: بیماران مسن (≤ 65 سال) باید برای درمان کاهش وزن مداخلات ساختاری در شیوه زندگی شامل برنامه‌های کاهش وعده غذایی و ورزش، با اهداف روشن مرتبط با سلامتی انتخاب کنند که شامل پیشگیری از دیابت نوع دو در بیماران پرخطر مبتلا به پیش دیابت، کاهش فشار خون، و بهبود در استئوآرتریت، تحرک و عملکرد فیزیکی می‌شود (درجه A؛ BEL 1).

توصیه ۱۱۶: بیماران مسن با اضافه وزن یا چاقی که تحت درمان با کاهش وزن قرار می‌گیرند، باید از نظر استئوپنی و سارکوپنی ارزیابی شوند (درجه B؛ BEL 2).

توصیه ۱۱۷: داروهای کاهش وزن باید در بیماران مسن با اضافه وزن یا چاقی با احتیاط بیشتری استفاده شود (درجه A؛ BEL 1). برای ارزیابی کارایی و ایمنی داروهای کاهش وزن در افراد مسن، مطالعات بیشتری لازم است.

سؤال ۸-۱۶: اعتیاد / اعتیاد به الکل

توصیه ۱۱۸: در بیماران مبتلا به چاقی و معتاد به الکل یا سایر مواد، استفاده از اورلیستات یا لیراگلو تاید ۳ میلی‌گرم در نظر گرفته می‌شود (درجه A؛ BEL 1). در بیماران مبتلا به سوء مصرف الکل باید از مصرف لورکاسرین (پتانسیل سوء استفاده به دلیل سرخوشی در دوزهای سوپرفارماکولوژیک) و نالترکسون/ بوپروپیون (آستانه تشنج را کاهش می‌دهند) جلوگیری شود. در هنگام ترک الکل منع مصرف نالترکسون/ بوپروپیون وجود ندارد (درجه A؛ BEL 1).

سؤال ۸-۱۷: پس از جراحی چاقی

توصیه ۱۱۹: بیمارانی که تحت عمل جراحی چاقی قرار گرفته‌اند باید تحت مداخله شدید در شیوه زندگی قرار بگیرند (درجه A؛ BEL 1). بیمارانی که وزن اضافی خود را مجدد به دست آورده‌اند (≤ 25 درصد از وزن از دست رفته)، به

توصیه ۱۲۳: همه بیماران باید از نظر عوارض مرتبط با وزن و دلایل چاقی، قبل از عمل ارزیابی شوند، با توجه ویژه به عواملی که می‌توانند در توصیه‌ها برای جراحی چاقی یا با کاهش وزن ناشی از عمل بهبود یابد (درجه A؛ BEL 1).

راهنمای عمومی تشخیص و مدیریت پزشکی بیماران با اضافه وزن یا چاقی

جدول ۴ بسیاری از توصیه‌های مبتنی بر شواهد ارائه شده در این سند را شامل و خلاصه می‌کند. جدول ۴ راهنمای کلی تشخیص و مدیریت بیماری چاقی را نشان می‌دهد.

بیماران با $BMI \geq 30$ کیلوگرم بر متر مربع، با هدف درمانی کنترل وزن و بهبود نشانگرهای بیوشیمیایی خطر CVD است (درجه B؛ BEL 2).

بیماران با $BMI \geq 30$ کیلوگرم در مترمربع، با هدف درمانی کنترل قند خون در T2DM و بهبود نشانگرهای بیوشیمیایی خطر CVD هستند (درجه C؛ BEL 3).

توصیه ۱۲۲: مستقل از معیارهای BMI، شواهد کافی برای توصیه یک روش جراحی چاقی فقط برای کنترل قند خون به تنهایی، کاهش چربی به تنهایی یا کاهش خطر CVD وجود ندارد (درجه D).

جدول ۴- تشخیص و مدیریت پزشکی چاقی

مرحله بندی و درمان مشخص	تشخیص
پیشگیری در فاز مزمن درمان پیشنهادی براساس قضاوت‌های بالینی بیماری	مؤلفه تن سنجی نمایه توده بدنی BMI > 25، دور کمر کمتر از نقطه مرجع مخصوص هر نژاد
شیوه زندگی سالم: برنامه‌ریزی وعده غذایی سالم/ ورزش درمان شیوه زندگی: برنامه‌ریزی وعده غذایی سالم با کالری کم/ فعالیت بدنی / مداخلات رفتاری درمان شیوه زندگی: برنامه‌ریزی وعده غذایی سالم با کالری کم/ فعالیت بدنی / مداخلات رفتاری داروهای کاهش وزن:	ارزیابی وجود یا عدم وجود عوارض مرتبط با چربی و شدت عوارض: سندرم متابولیک پیش دیابت دیابت نوع دو دیس لیپیدمی فشار خون قلبی عروقی بیماری چرب غیرالکلی بیماری کبد تخمندان پلی کیستیک سندرم ناباروری زنان هیپوگنادیسم مردانه آپنه خواب انسدادی آسم / بیماری راه هوایی واکنشی آرتروز بی‌اختیاری ادراری استرسی بیماری ریفلکس افسردگی
پیشگیری ثانویه داروهای کاهش وزن: بعد از درمان شیوه زندگی در نظر گرفته شود، وقتی که نتواند از افزایش نمایه توده بدنی جلوگیری کند درمان شیوه زندگی: برنامه‌ریزی وعده غذایی سالم با کالری کم/ فعالیت بدنی / مداخلات رفتاری داروهای کاهش وزن: بعد از درمان شیوه زندگی در نظر گرفته شود تا اهداف درمانی حاصل شود یا هم‌زمان با درمان شیوه زندگی آغاز شود. درمان شیوه زندگی: برنامه‌ریزی وعده غذایی سالم با کالری کم/ فعالیت بدنی / مداخلات رفتاری هم‌زمان با درمان سبک زندگی داروهای کاهش وزن را اضافه کنید درمان جراحی چاقی را در نظر بگیرید	BMI ۲۵ تا ۲۹/۹ BMI ≥ 30 چاقی درجه ۰ (بدون عوارض) چاقی درجه ۱ (یک مورد یا بیشتر از عوارض متوسط) چاقی درجه دو (حداقل یک مورد از عوارض شدید)
پیشگیری ثالثیه هم‌زمان با درمان سبک زندگی داروهای کاهش وزن را اضافه کنید درمان جراحی چاقی را در نظر بگیرید	BMI ≥ 25 (BMI ≥ 23) در برخی نژادها) BMI ≥ 25 (BMI ≥ 23) در برخی نژادها)

بحث و نتیجه‌گیری

چاقی یک بیماری مزمن شناخته می‌شود که در آن بافت چربی افزایش یافته و اختلالاتی را ایجاد می‌کند. در نتیجه برای درمان آن باید هم عوارض مربوط به افزایش وزن و هم عوارض چربی بیش از حد بدن را در نظر داشت. توصیه‌های دقیق مبتنی بر شواهد، موارد بالینی را مشخص می‌کنند که به تصمیم‌گیری در مورد درمان بیماران چاق و شخصی‌سازی این درمان کمک می‌کند. انتظار داریم با بهره‌گیری از این راهنمای بالینی، درمان مؤثر بیماران چاق و ارائه یک رویکرد علمی و

منطقی در این خصوص که پیامدهای سلامتی و ایمنی را به همراه داشته باشد، محقق شود.

سیاسگزاری

قدردان زحمات تمام اساتیدی هستیم که در این راه ما را با راهنمایی‌های تخصصی خود یاری کردند و نظرات ارزشمندشان را در روند اجماع با ما در میان گذاشتند.

مآخذ

1. Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*. 2012; 307(5):491-497.
2. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011; 377(9765):557-567.
3. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*. 2014; 311(8):806-814.
4. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*. 2012; 307(5):483-490.
5. Skinner AC, Skelton JA. Prevalence and trends in obesity and severe obesity among children in the United States, 1999- 2012. *JAMA Pediatr*. 2014; 168(6):561-566.
6. Cawley J, Meyerhoefer C. The medical care costs of obesity: an instrumental variables approach. *J Health Econ*. 2012; 31(1):219-230.
7. Wang Y, Beydoun MA, Liang L, Caballero B, Kumanyika SK. Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity* (Silver Spring). 2008; 16(10):2323-2330.
8. Jafari-Adli S, Jouyandeh Z, Qorbani M. et al. Prevalence of obesity and overweight in adults and children in Iran; a systematic review. *J Diabetes Metab Disord*. 13, 121 (2014).
9. Janghorbani M, Amini M, Willett W, Gouya M, Delavari A, Alikhani S, et al. First Nationwide Survey of Prevalence of Overweight, Underweight, and Abdominal Obesity in Iranian Adults. *Obesity* (Silver Spring, Md.) 2007; 15: (11):2797-808.
10. Garvey WT. New tools for weight-loss therapy enable a more robust medical model for obesity treatment: rationale for a complications-centric approach. *Endocr Pract*. 2013; 19(5): 864-874.
11. Apovian CM, Garvey WT, Ryan DH. Challenging obesity: Patient, provider, and expert perspectives on the roles of available and emerging nonsurgical therapies. *Obesity*. 2015; 23(Suppl 2):S1-S26.
12. Cefalu WT, Bray GA, Home PD, et al. Advances in the science, treatment, and prevention of the disease of obesity: reflections from a Diabetes Care editors' expert forum. *Diabetes Care*. 2015; 38(8):1567-1582.
13. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Endocr Pract*. 2013; 19(2): 337-372.
14. Mechanick JI, Garber AJ, Handelsman Y, Garvey WT. American Association of Clinical Endocrinologists' position statement on obesity and obesity medicine. *Endocr Pract*. 2012; 18(5):642-648.
15. Garvey WT, Garber AJ, Mechanick JI, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology consensus conference on obesity: building an evidence base for comprehensive action. *Endocr Pract*. 2014; 20(9):956-976.
16. Mechanick JI, Bergman DA, Braithwaite SS, Palumbo PJ. American Association of Clinical Endocrinologists Ad Hoc Task Force for Standardized Production of Clinical Practice Guidelines. American Association of Clinical

- Endocrinologists protocol for standardized production of clinical practice guidelines. *Endocr Pract.* 2004; 10(4):353-361.
17. Mechanick JI, Camacho PM, Cobin RH, et al. American Association of Clinical Endocrinologists Protocol for Standardized Production of Clinical Practice Guidelines--2010 update. *Endocr Pract.* 2010;16(2):270- 283.
 18. Mechanick JI, Camacho PM, Garber AJ, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Protocol for Standardized Production of Clinical Practice Guidelines, Algorithms, and Checklists - 2014 Update and the AACe G4G Program. *Endocr Pract.* 2014; 20(7):692-702.
 19. Ejtahed H, Hasani-Ranjbar S, Malmir H, Pakmehr A, Razmande R, Khorshidi Y, et al . Guideline for Prevention, Screening and Diagnosis of Obesity in Iranian Adults. *Ijdd.* 2024; 23 (6):338-354 (In persian).

Guideline for Treatment of Obesity in Iranian Adults

Hanieh-Sadat Ejtahed¹, Shirin Hasani-Ranjbar^{1*}, Hanieh Malmir¹, Rezvan Razmande¹, Azin Pakmehr¹, Yasaman Khorshidi², Golaleh Asghari², Amir Mohammad Mortazavian³, Mohammad Reza Mohajeri-Tehrani⁴, Afshin Ostovar^{5,6}, Bagher Larijani⁴

1. Obesity and Eating Habits Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Clinical Nutrition & Dietetics, Faculty of Nutrition Science and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Food Science and Technology, Faculty of Nutrition & Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Endocrinology and Metabolism Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Osteoporosis Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background: The prevalence of overweight, obesity and related complications is increasing rapidly in the world. Also, treating this disease in the presence or absence of co-morbidities has become a challenge. In this article, based on the clinical recommendations of the American Endocrinology Association and the American College of Endocrinology, a comprehensive clinical guide has been written for the stages of treating obese patients and its individualization, and it has been tried to be adjusted as much as possible based on the conditions in Iran.

Methods: with a specific search strategy, a complete search was performed in PubMed, Scopus, ISI Web of Science, EMBASE and Google Scholar Cochrane databases. Then, the best clinical guidelines suitable for the Iranian society were selected and using the opinions of specialists and clinical experts, a clinical guideline was prepared for the treatment of obesity in Iranian adults.

Results: In this article, in continuation of the previous article, we answered the questions number 4 to 6 regarding the stages of obesity treatment and its individualization in adults of Iranian society, and presented a total of 60 recommendations in this regard.

Conclusion: In this part of the clinical guide for obesity in Iranian adults, we tried to have a special view on the treatment of these patients and by providing evidence-based recommendations and statements, the treatment process was personalized as much as possible for patients with special conditions so that decision-making in this regard is facilitated for the relevant colleagues in this field.

Keywords: Obesity, Guideline, Treatment

* Endocrinology and Metabolism Research Institute, NO 10, Jalal-AL-Ahmad St., Chmaran HWY., Tehran, Iran, Tel: + 982188220094-88631296, P.O.Box:14117-13137, E-mail: shirinhasanir@yahoo.com