多学科协作模式优化肥胖患儿个体化体重管理方案

张　妮
宝鸡市妇幼保健院　陕西　宝鸡　721000

摘　要：儿童肥胖是当今世界面临的重大公共卫生问题，其发生和发展受到遗传、代谢、饮食习惯、心理健康和社会文化以及家庭影响诸多方面的综合作用。以往单个科室负责的减肥方法一般只是给予一些饮食指导或是用药治疗，不能达到长期有效的减肥效果。而多学科联合的方法集合了儿科内分泌、临床营养、运动康复、儿童心理及家庭护理等多个领域的专家力量对肥胖儿童进行全面评估、分类管理和持续随访，是目前改善个体化减肥计划的有效途径。本文介绍了多学科联合的概念及其组成，详细介绍了个体化减肥计划的评估标准、分层方法以及目标制定的原则，并着重探讨了多学科联合对于综合评估更精确、干预方式更具针对性、方案调整更加灵活以及家庭参与更系统的促进作用，旨在为儿童肥胖管理方式的改革提出借鉴意见。

关键词：多学科协作；儿童肥胖；个体化管理；体重控制；综合干预

引言

近年来，我国儿童青少年超重肥胖率急速攀升，不仅影响其生长发育及运动功能，而且常伴有胰岛素抵抗、脂肪肝、睡眠紊乱以及情绪不佳等问题，约一半的孩子有代谢问题，未来发生心脏病或糖尿病的风险大大提升。合理有效控制体重是当务之急，也是预防慢性疾病的重要手段。但是儿童肥胖干预十分困难，受到代谢、饮食、活动、睡眠、心理健康及家庭环境等多种因素的影响。而传统的门诊治疗往往只在单一科室给予孩子及家长饮食、运动指导，忽略了心理疏导、家庭支持以及并发症的处理，造成孩子不能很好地配合治疗，甚至出现反弹现象。多学科联合诊疗可以克服以上不足，集合各科力量，为患者量身定制一个安全并适合他们的计划。本文就这一方面进行阐述，旨在提高儿童肥胖个性化体重管理的质量，从而更好地服务于临床工作。

1 肥胖患儿体重管理的多维特性与单一干预的局限

1.1 儿童肥胖发生的多因素网络特征

儿童肥胖并不是简单的能量摄取过多而消耗过少的问题，它是遗传易感性、内分泌失调、肠道微生物群落、生活方式以及环境暴露等多种因素综合作用的结果。遗传学上，基线代谢率、脂肪分布倾向和食欲调节相关激素分泌量都受到遗传影响，使得一些儿童更易于发胖。从内分泌角度来看，瘦素抵抗与胰岛素抵抗相辅相成，形成了一个恶性循环，阻碍了脂肪组织对于能量负平衡做出适当的反应。而在行为方面，大量摄入含糖量高的食物和脂肪含量高的食物、久坐不动以及缺乏足够的体育锻炼，都是导致儿童肥胖的原因。更重要的是，在儿童时期，心理健康和社会环境也起着至关重要的作用，比如情绪化的进食、低自尊心以及因为同伴排斥而产生的社交退缩都会降低儿童参与减肥的积极性。

1.2 传统单科干预的结构性不足

由于存在这样的复杂原因，传统的以儿科或者儿童保健科为主体进行干预的方法有着明显的缺陷。首先，一个科室的时间有限制以及专业的视角有局限性，在短时间内不能全面地做到营养评估、运动指导以及心理疏导，只能简单地说一句“少食多动”，缺少可行性并且不够个性化。其次，各个科室之间没有良好的转诊与交流，营养师、运动治疗师、心理咨询师各自为政，各种干预措施之间可能会出现矛盾或者脱节的情况，比如运动疗法没有考虑到孩子的关节承受力及心脏肺部的基础条件，膳食计划也没有考虑到孩子的食物过敏情况以及孩子对于食物的心理接受程度[1]。再者，传统方法忽视了家长的作用，但家长的饮食习惯、喂养方式以及情绪表达方式都是影响儿童肥胖问题的重要因素，如果没有从家庭角度出发进行指导，那么孩子做出的一些行为改变很难在家庭中保持下去。

2 多学科协作模式的理论基础与团队架构

2.1 概念内涵与理论依据

多学科协作是不同专业的人员组成固定的小组，在一定的规章制度下进行交流并做出决定以给病人提供一体化的服务。它的基础是生物-心理-社会医学模式、健康信念模式以及慢性病自我管理模式。生物-心理-社会模式认为疾病的产生和发展不仅仅受生物学因素影响，还受到心理和社会的影响；健康信念模式认为儿童及其父母对于肥胖的危害的认识、对治疗效果的期望和个人能力都会影响他们是否采取行动。而多学科协作可以从多个

方面同时影响上述几个方面，起到协同的作用。

2.2 核心团队组成与角色定位

由儿科内分泌或者儿童保健医生作为项目负责人进行医疗评估、并发症筛查、用药适应证以及安全性的判断并主持病例讨论。营养师根据患儿年龄、生长发育需要、喜好和过敏情况等制定个性化饮食计划并通过饮食日记进行跟踪反馈。运动康复治疗师对患儿的身体状况、运动禁忌进行评价并制定适合患儿的安全有趣运动处方同时增加其日常活动量[2]。儿童心理或行为治疗师对孩子的情绪、进食行为以及自我认识等方面给予评估并运用认知行为疗法以及动机访谈的方法。专科护士或者个案管理员进行健康宣教、定期回访以及与家长沟通保证该计划在门诊之外的实施。

2.3 协作机制与工作流程

在初次就诊时，各个组员对患儿进行评估后，召开小组会议，汇总意见并且给出初步治疗计划，在实施过程中设定定期随访时间点（例如每月一次或者每4-6周一次），依据患儿体重、生化指标以及执行效果共同调整治疗措施。不定期紧急交流通过共享电子病历或者微信等方式，迅速解决低血糖、外伤或者情绪问题。这种既定又灵活的合作方式使小组能够针对患儿变化而作出相应反应。

3 个体化体重管理方案的评估体系与分层策略

3.1 多维度综合评估体系的构建

个性化治疗的第一步是建立科学、准确评价方法，为后续治疗奠定坚实基础。从医学角度出发，在常规身高、体重、腰围、臀围、皮褶厚度等体格测量基础上，还需要测定空腹血糖、胰岛素、糖化血红蛋白、血脂谱、肝功能酶学、甲状腺功能等生化指标，必要时还需做口服葡萄糖耐量试验和腹部B超检查，以便进一步了解儿童代谢情况及其合并症类型。而在营养方面，则需要采用24小时膳食回顾法或食物频率问卷，配合连续三天日记，计算每天总热量摄入、各种宏量营养素占比、微量营养素是否足够以及不健康食物消费频率等。运动方面，可以通过体力活动问卷或者佩戴加速度计（如有条件）来获得儿童日常身体活动量信息，同时也可对其基本运动能力和心脏肺部耐力进行考察。心理健康方面，则可以利用标准化工具对儿童是否存在抑郁、焦虑症状或者饮食失调问题进行判断，还可以通过半开放式访谈得知他们对自己的看法、减肥动力大小、自信心等情况。

3.2 基于风险分层的干预分级

在多学科团队合作中，应该根据不同孩子的具体情况将其分为不同的级别，然后根据这些级别给予不同程度的管理。第一级是一般干预，适合那些超重但没有代谢问题并且心情愉悦的孩子们，只需要给他们一些基本的知识教育和生活方式上的建议并定期跟踪他们的变化情况即可。第二级是加强型干预，适合那些轻度肥胖并伴随一个代谢问题或是有轻微到中等程度的行为问题的孩子们，在此基础上还需要对他们进行有组织的食物替换计划、每周至少三次的有指导的身体锻炼以及定期的心理辅导[3]。第三级是非常特殊类型的干预，适用于那些极度肥胖并且有多重健康问题的孩子们或者是那些有明显的心理健康问题或者是之前有很多次减肥失败的经历的孩子们，这些孩子需要更严格的管理和关注，比如需要由医生监控下的极低热量饮食、个性化的认知行为疗法甚至是必要的时候使用药物的帮助，而且需要每周见一次面。

3.3 个体化目标设定的科学原则

体重管理目标要符合明确、可衡量、可实现、合理以及有时间限制的要求并且考虑到患儿生长发育的需求。不同于成人的减肥，儿童体重管理的主要目的是在保证身高正常增长的同时使体重增长减慢，使体质指数Z评分逐渐进入正常范围。因此，需要根据每个孩子的基线BMI-Z值、骨龄及处于青春期的不同阶段来设置阶段性目标：短期内（1-3个月）主要是行为上的改变，比如每天看电视不超过两小时，每天吃蔬菜超过300克等；中期（3-6个月）是体重增长变缓的程度以及相关生化指标的变化情况；远期（6-12个月）是体质指数Z评分降低的程度以及良好生活习惯的形成。目标的制定要充分尊重孩子的意见，在充分讨论的基础上形成一致意见以防止过高或者过低的目标影响孩子配合的积极性。

4 多学科协作优化个体化管理方案的实施路径

4.1 从分散建议到整合方案的范式转换

多学科协作对于体重管理的优势是它可以把各个专业的意见汇总成一份系统、连贯的指导手册。如果没有团队合作，营养师提出要限制孩子摄入高碳水化合物的食物，但是物理治疗师制定的运动计划要保证孩子有足够的糖原来供给能量，这样就不利于孩子遵守治疗计划。而在有团队合作的情况下，每个人都可以畅所欲言，在一天的时间范围内，把吃饭时间、吃的食物、运动时间和休息都考虑进去，让每个专业的要求都能符合时间和顺序的要求。最后形成的文件就是一份简单的书面计划书，方便家长阅读理解并且易于实施，不会出现多个建议书中存在重叠或者互相矛盾的情况。

4.2 动态调整与适应性反馈机制

肥胖儿童正处于不断成长发育过程中，他们的体重

控制措施并非一成不变。而多学科合作的好处就是可以根据孩子的具体情况以及反馈及时作出改变。我们会在每次随访中结合孩子的体重曲线变化情况、生化检查结果、饮食日记和运动记录来评估目前所采取的方法是否合适有效[4]。如果效果良好就可以逐渐加大运动量以及提供更多食物选项让孩子自己在家完成；但如果效果不佳就要认真思考是什么原因造成不良反应：是这个方法本身不合理，还是家长配合度不够，或者是有隐藏的情绪问题等，在此基础上再进行相应的调整。这样就可以防止由于固定不变而导致失败的情况发生。

4.3 家庭协同与行为赋能策略

家庭是肥胖儿童体重管理的一个重要组成部分，在整个过程中，多学科团队应让家长参与进来，让家长了解科学的饮食知识以及正确看待孩子的体重，而不只是盯着孩子的体重数值而不顾孩子的心理健康。心理行为治疗师需单独为家长们开班讲座，教授他们良好的交流方式以及强化技术，教会家长如何以表扬的方式而不是责备的方式引导孩子做出积极的变化。此外，团队要协助家庭做出改变，比如改善家庭的食物存储情况，安排家庭活动的时间，设定规律的生活习惯等，使有利于健康的体重保持成为常态。个案管理师需要定期进行电话或者网络随访，给予家长行为上的指导和支持，在两次复诊之间增加家长对自身管理的能力。

4.4 学校与社区资源的链接整合

多学科合作的视角不应仅限于医院之内，还需扩展到患儿生活学习的学校及社区等场所。团队可以协助患儿家长与学校进行交流，争取患儿在学校中有合理的饮食以及适当的体育活动的机会，如与校方沟通提供健康的餐饮选择，或者与体育老师商量适当的身体锻炼活动。而在社区方面，可以介绍一些适合儿童参加的社区体育活动、健康教育项目和支持小组等等，在患儿出院之后仍然能够得到持续的支持。这些院内与院外的联系，是个性化的治疗计划能够顺利推广的重要基础。

5 结语

肥胖患儿的体重管理是一项涉及医学、营养、运动和心理等多领域的系统工程。多学科协作模式通过整合不同专业的知识和技能，突破了传统单一干预的视野局限，为个体化管理方案的制定和实施提供了组织化、流程化和动态化的保障机制。本文从模式构建、评估分层、实施路径及困境对策等方面系统论述了多学科协作优化体重管理的理论框架，强调个体化的核心在于精准评估与动态适应，而协作的精髓在于专业互补与信息贯通。尽管该模式在推广过程中面临资源、制度和技术的多重挑战，但随着慢性病管理理念的深入和医疗卫生政策的持续优化，多学科协作必将成为儿童肥胖管理的标准化范式，为改善肥胖患儿的近远期健康结局发挥不可替代的作用。

参考文献

[1]中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组.中国儿童肥胖诊断评估与管理专家共识(2023)[J].中华儿科杂志,2023,61(8):682-691.

[2]王丽,李辉,张亚钦.多学科综合干预在儿童肥胖管理中的应用进展[J].中国儿童保健杂志,2024,32(2):165-169.

[3]陈蓉,赵正言,孙晓明.儿童青少年肥胖相关代谢并发症的早期识别与分层管理[J].中华内分泌代谢杂志,2022,38(5):412-418.

[4]刘华清,杨文峰.认知行为疗法在儿童肥胖心理干预中的研究进展[J].中国心理卫生杂志,2023,37(4):305-310.