



超越療效上的 變革

GLP-1 藥物解決了療效問題，
但在解決的同時，也帶來了下一
階段的限制。



GLP-1 解決了什麼？ 又留下了什麼問題？

數十年來，肥胖症的藥物治療一直受到療效平平與安全問題的限制。腸泌素療法，如週纖達(成分: semaglutide)與猛健樂(成分: tirzepatide)，打破了這個天花板，帶來了 15-25% 的體重減輕，並將影響力擴展到單純減重之外。

現在的問題不在於 GLP-1 療法是否有效，而在於它還有哪些尚未解決的問題。在受訪醫師中，僅有 14% 認為現有的療法足以作為長期的解決方案。

其中的缺口顯而易見：療效持久性、精瘦肌肉大量流失、耐受性、藥物可及性，以及對合併症涵蓋的不完全。

研發線以及背後的資本，正圍繞著這些限制進行重組。該領域並非要拋棄 GLP-1；而是要在其基礎上繼續深耕。



在解決療效問題的
同時，GLP-1 也帶來了
一系列全新的限制。
研發線與資本目前正在
調整方向，致力於
解決這些難題。



限制清晰可見 市場正在重整以求破解之道



GLP-1 的成功，定義了下一階段的限制：停藥後體重反彈、精瘦肌肉大量流失、腸胃道耐受性、成本與可及性壁壘，以及合併症涵蓋不完全。這些互相關聯的缺口，共同定義了下一波創新的方向。



研發線正圍繞應用場景而非作用機制進行布局：目前有超過 230 個臨床階段的資產，涵蓋近 80 種機制。但最有效的審視角度不是這些療法「是什麼」，而是它們「能解決什麼問題」：持久性、現實世界的可行性、減重品質，以及向肥胖症以外的領域擴展。



資本正進一步強化腸泌素作為基礎：投資與合作活動正向以 GLP-1 為基礎的平台整合。專利壁壘加劇了迫切性，戰略資本與金融資本的匯聚，預示著下一波差異化競爭將在這裡引爆。



其影響具有戰略意義，而非僅限於臨床：競爭正從「分子層面」轉向「系統層面」。市場正細分為明確的應用場景，差異化的門檻也隨之提高。圍繞特定限制進行錨定、針對聯合用藥進行設計，並整合臨床、商業和動態可及性，已成為不可或缺的元素。

肥胖症治療並非新鮮事

從療效有限到腸泌素的突破

GLP-1 之前：療效有限與安全性限制

數十年來，肥胖症藥物治療一直受到療效不彰與反覆出現安全疑慮的掣肘。

像是 phentermine (芬特明)、orlistat (奧利斯他)、phentermine/topiramate (Qsymia) 和 naltrexone/bupropion 等藥物，扣除安慰劑效應後，僅能帶來 3-7% 的體重減輕。而因安全問題退出市場的藥物，包括 fen-phen、sibutramine (西布曲明) 和 lorcaserin (氯卡色林) 更促使監管機關與支付方持謹慎保守態度。

減重手術是先前唯一能減少大於 20% 體重的干預手段，但其侵入性與低使用率留下了長期的治療缺口。

GLP-1 之後：打破療效天花板

以 GLP-1 為基礎的療法改變了這個局面。雖然早期的 liraglutide (利拉魯肽) 對治療結果的改善有限，但隨著 semaglutide 和 tirzepatide 的出現，迎來了轉捩點。這些新一代療法帶來了 15-25% 的體重減輕，首次逼近手術的標準，並重新定義了藥物治療所能達到的高度。

這些藥物在藥物動力學上的進展，以及在 tirzepatide 案例中的雙受體活性，轉化為臨床表現上真正的革新。



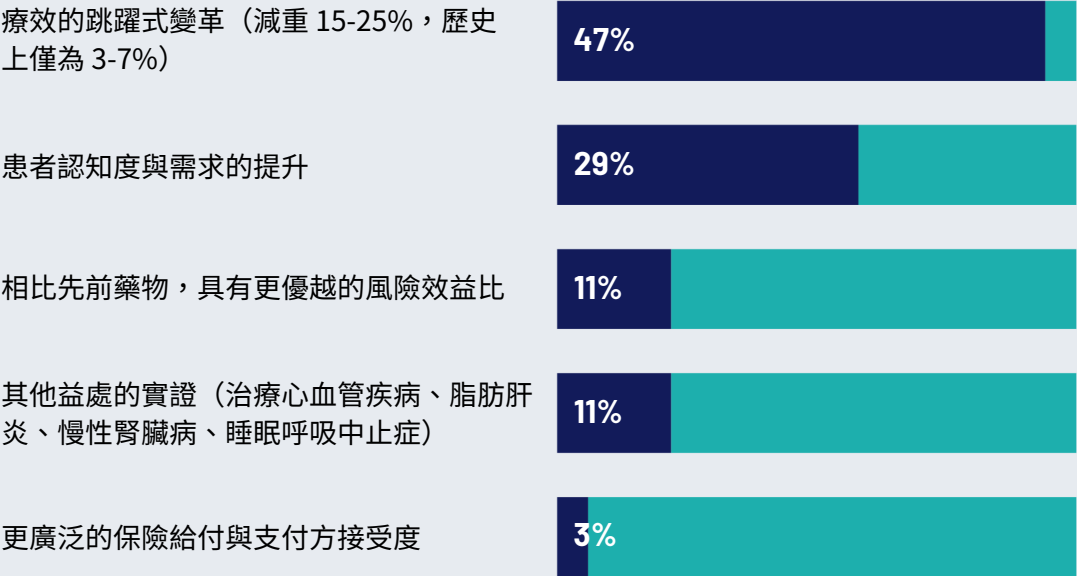
數十年來，該領域始終無法彌補『生活方式改變』與『手術』之間的鴻溝——直到一種針對生物學標靶的新方法出現。



這項突破迅速轉化為現實世界的衝擊。諾和諾德的 Wegovy（週纖達）與禮來的 Zepbound（猛健樂）在 2024 年的美國銷售額分別達到約 57 億美元和 49 億美元。而同時，諾和諾德前一代產品 Saxenda（善纖達）的銷售額僅約 3.45 億美元，反映了醫師的採用意願與患者的強勁需求。

如圖 1 所示，這種轉變的驅動力顯而易見。在益普索對 67 名美國醫師（內分泌科醫師與家庭醫師約各佔一半）的調查中，「療效」——特別是減重的幅度——是 GLP-1 療法能夠取得成功的首要原因。醫師首次擁有了一種不具侵入性、卻能與減重手術有相當療效的藥物選擇，也確立了 GLP-1 作為現代肥胖症治療方式的基石。

圖 1：GLP-1 療法能夠在先前治療方案無法普及之處取得成功的首要原因為何？ (n=67)



從單純減重到代謝層面的衝擊

Semaglutide已經從減重擴展到降低心血管風險（SELECT 實驗）、慢性腎臟病和脂肪肝炎，而tirzepatide也已獲准用於治療阻塞性睡眠呼吸中止症。這些進展共同將肥胖症療法重新定位為更廣泛的「代謝治療」，而非單純以減重為中心的干預手段。

重要的是，這些益處並不完全是減重帶來的間接結果，而是反映了直接的標靶結合以及腸泌素生物學在多項疾病中所扮演的角色。SELECT 實驗的預防醫療分析表明，semaglutide對心血管的益處在很大程度上獨立於肥胖基線和體重減輕的幅度，在主要不良心血管事件（MACE）的風險降低中，僅有約 33% 是透過腰圍的改變來解釋。其餘部分似乎是由直接的抗發炎、血管健康和代謝效應所驅動。

這種區別非常重要。此前雖然實現了體重減輕的肥胖症療法，但並未展現出同等的心血管益處。相比之下，以 GLP-1 為基礎的療法似乎賦予了超越體重減輕之外、更廣泛的生物學效應。

這意味著一種結構性的優勢：以腸泌素為基礎的療法不僅是更有效的減重劑，也是更完整的代謝干預手段，為非腸泌素的競爭對手拉高了競爭門檻。

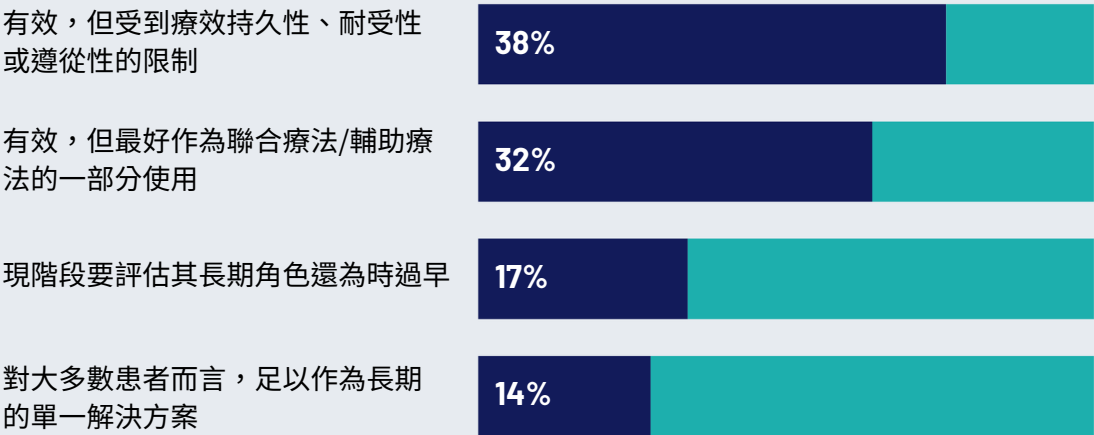


向減重之外的領域擴展正在發生，這也反映了腸泌素生物學更廣泛的代謝觸角。

GLP-1 解決了療效問題—— 但定義了下一階段的挑戰

雖然以腸泌素為基礎的療法代表了明顯的跳躍式變革，但它們並未被視為完美的最終方案。在益普索的調查中，僅有14% 的醫師認為目前的 GLP-1 藥物足以作為長期的單一治療手段（圖 2），大多數醫師則將其視為更廣泛、基於聯合用藥之肥胖症管理方法的一部分。

圖 2：您如何看待目前以 GLP-1 為基礎的療法在長期肥胖症管理中的角色？ (n=67)



醫師們並不是在質疑 GLP-1 是否有效，而是在質疑光靠它是否足夠。

光靠療效無法解決的問題

相關系統上的限制正在形塑這些治療方法的使用方式及價值

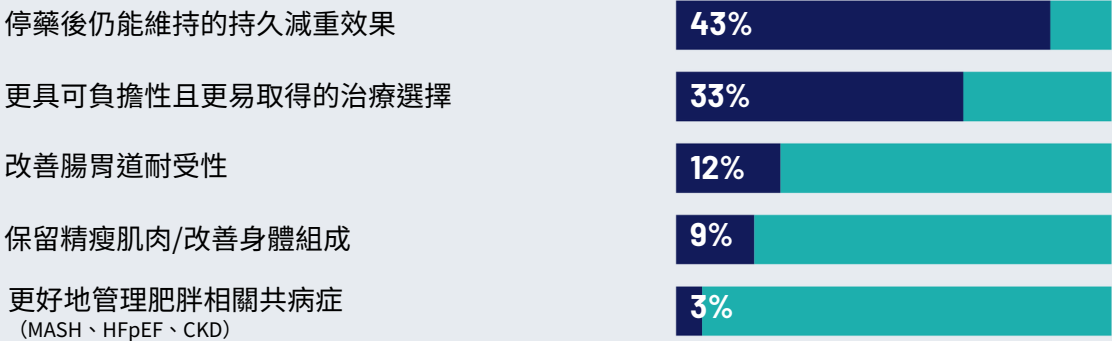
核心限制

- **療效持久性與藥物可及性**目前定義了肥胖症治療的首要限制。停藥後能否維持體重仍然是最大的未滿足需求。現有的療法需要持續使用，且一旦停止治療，體重反彈非常普遍（圖 3）。一份 2026 年 1 月的英國醫學期刊分析顯示，停用 semaglutide 和 tirzepatide 的患者，其體重反彈的速度比停止傳統節食的人快了四倍。
- **可負擔性與可及性成為核心障礙**。成本、給付限制和支付方動態繼續決定了誰能開始並維持治療，這凸顯了單憑臨床療效並不同於在現實世界中產生的衝擊。

新興限制

- **腸胃道的耐受性**繼續限制著患者的用藥持續性，噁心、嘔吐和腹瀉仍是導致停藥的主要原因。這也增強了對改善耐受性或採用聯合方法以實現調整劑量的需求。
- **身體組成也正成為一個關鍵的隱憂**。在 GLP-1 驅動的減重中，有很大一部分比例減掉的是精瘦肌肉（例如 semaglutide 約為 45%，而 tirzepatide 約為 25%；Apovian et al., 2025），這引發了對功能性結果的擔憂，特別是在肌肉和骨骼流失隨年齡增長而加速的老年族群中。

**圖 3：在肥胖症患者的管理中，您認為以下哪項是最高度未滿足的需求？
(n=67)**



從限制轉向應用場景

定義下一波浪潮的四個優先事項

上述確定的限制不僅僅是要解決的問題，它們還將定義市場未來會給予回饋的方向。

按照「機制」來劃分研發線可能會模糊療法最終將如何競爭；而若圍繞「應用場景」來規劃則更為實用，即預期這些療法在臨床實踐中的表現如何。

01

讓治療具備持久性

在主動治療結束後仍能維持減重效果。解決體重反彈、代謝適應以及患者隨時間推移持續接受治療的能力。

02

讓治療在現實世界中實際可行

實現可及性、高遵從性和規模化。克服成本壁壘、支付方阻力以及長期注射療法的實際局限。

03

提升減重的品質

從單純體重減輕轉向功能性結果。保留精瘦肌肉、保護身體機能，並重新定義體重計數字之外的成功。

04

向減重之外的領域擴展

進行系統性治療。針對特定患者亞群，鎖定心臟-腎臟-肝臟的功能性結果，並實現基於聯合用藥的市場擴張。

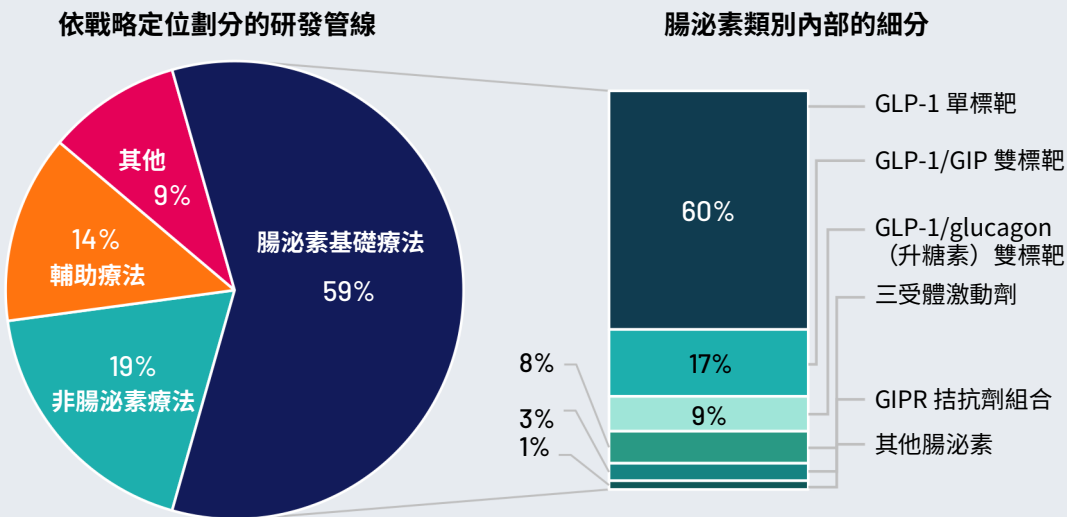
研發線規模龐大—但絕非雜亂無章

研發正聚焦於一組特定的應用場景

臨床研發線涵蓋近 80 種機制中的 230 多個資產——但釋放出的訊號並非碎片化，而是趨同化。創新正圍繞著腸泌素這一核心要素進行鞏固，差異化競爭則轉向解決特定的臨床限制。問題正從有多少開發中資產轉變為它們被設計用來做什麼。

圖 4：肥胖症研發線結構（依戰略定位與腸泌素子類型細分）

(n=233個活躍的臨床階段資產，期別涵蓋 Phase 1-3；數據來源：GlobalData，2026年 5月)



問題正從有多少開發中資產，
轉變為它們被設計用來做什麼。

目前架構研發線的四個應用場景

01 持久性	02 現實世界可行性	03 減重品質	04 減重之外的擴展
維持治療成果	實現可及性與高遵從性	保留精瘦肌肉	擴展至全身系統性疾病
Retatrutide (禮來，三受體激動劑)	口服 Wegovy (諾和諾德，2025年12月獲准)	Bimagrumab (Versanis / 禮來)	Semaglutide (諾和諾德，心血管 CV 結果)
CagriSema (諾和諾德，澱粉素組合)	Orforglipron (禮來，口服、具規模化優勢)	Cagrilintide (諾和諾德，澱粉素類似物)	GLP-1/glucagon (脂肪肝炎與代謝)
Orforglipron (禮來，提升遵從性的驅動因子)	PF-08653944 (輝瑞，每月注射一次)	Enobosarm (Veru，選擇性雄激素受體調節劑)	多標靶藥物 (研發管線廣泛涉及)



臨床研發管線涵蓋了近 80 種機制中的 230 多個資產——但釋放出的訊號並非碎片化，而是趨同化。

應用場景 1：鞏固治療的持久性

透過應對生物學與實踐層面的用藥持續性驅動因素，來維持減重效果

持久性正成為肥胖症治療的核心限制。現有療法需要持續使用，而生物學適應與現實世界中的停藥現象驅動了體重反彈。研發線正從兩個方向進行回應：深化療效反應與改善用藥持續性。

新一代腸泌素正在將療效天花板推向更高。禮來的 retatrutide（GLP-1/GIP/升糖素三受體激動劑）在臨床 Phase 3 試驗（TRIUMPH-4；Jastreboff et al., NEJM, 2024）中展現了高達 28.7% 的體重減輕，其升糖素成分引入了如增加能量消耗和肝臟脂肪氧化等機制，這可能開始轉變代謝的體內平衡。

聯合用藥方法也正在湧現。諾和諾德的 **CagriSema** 將 semaglutide 與長效澱粉素類似物 cagrilintide 結合，實現了 20.4% 的體重減輕，而單用 semaglutide 僅為 14.9%。

透過調動相等的飽足感，這些方法旨在深化並隨時間推移穩定療效反應。諾和諾德的 **amycretenin**（單分子 GLP-1/澱粉素雙受體激動劑）進一步反映了這一趨勢，其皮下注射與口服劑型均已推進至臨床 Phase 3。

持久性也正在透過提高用藥持續性來解決。禮來的 Foundayo (orforglipron) 於 2026 年 4 月獲批，成為直接與諾和諾德口服 Wegovy（2025 年 12 月獲批）競爭的第二款口服 GLP-1 藥物。同時，早期的上市數據表明，儘管 Foundayo 具有便利性優勢（無飲食或時間限制），但在驅動現實世界的用藥持續性時，品牌資產與創新優勢可能與「易用性」同樣重要。

更廣泛地說，聯合策略還可能透過在較低的腸泌素暴露量下實現同等效果來支持持久性，從而隨時間推移改善耐受性與持續性。而在未來，持久性最終可能會超越聯合藥物治療，讓患者及早接觸更持久的系統性解決方案，而非持續的藥物管理。

應用場景 2：讓治療在現實世界中實際可行

在人口規模層面改善進入門檻、可負擔性與可擴展性

現實世界的可行性正成為限制增長的因素。即使療效強勁，其採用仍受到成本、許可以及長期療法的現實限制。研發線正透過重新設計這些療法的交付與規模化方案來做出回應。

口服劑型的轉變是最顯而易見的轉變。繼 2025 年 12 月諾和諾德的 **Wegovy**（首款用於長期體重管理的口服 GLP-1）獲批後，該類別正在迅速擴張。禮來於 **2026 年 4 月獲批的 Foundayo (orforglipron)** 延伸了這一趨勢，作為首款在服用時無飲食或時間限制的口服 GLP-1，目前正直接與諾和諾德的口服 Wegovy 爭奪市場份額。

劑型的創新也正在重塑用藥持續性。

安進的 MariTide 是一款每月注射一次的藥物，目前正於全球六項臨床研究（MARITIME 計畫）中進行 Phase 3 試驗，是肥胖症領域進展最快的「每月給藥一次」候選藥物。它將 GLP-1 活化與 GIP 受體阻斷相結合，這與 tirzepatide 的雙重激動作用有顯著不同。輝瑞的 PF-08653944（Phase 2b）也正在追逐每月給藥一次的劑型。這些計畫共同反映了整個行業正從「每週給藥」向「頻率更低、更易管理」的方案轉變。

系統層面的競爭也已開始發生轉變。源自中國並獲授權進行全球開發的 GLP-1 資產（例如 **Kailera/恒瑞、耀沙醫藥/禮來**）正在擴大供應並引入價格壓力；而迫在眉睫的專利到期：semaglutide 約在 2032 年，tirzepatide 在 2030 年代中期，也將透過學名藥和生物相似藥進一步改變可及性的格局。



現實世界的可行性正
成為限制成長的關鍵
因素。

應用場景 3：提升減重的品質

保留精瘦肌肉與功能性結果

GLP-1 驅動的減重引入了一個關鍵的權衡：在顯著減少脂肪的同時，伴隨著精瘦肌肉質量的顯著降低。這並非次要問題——它直接影響到身體機能的結果，特別是在老年和肌少症（Sarcopenic）族群中。

研發線正將「身體組成」視為一個獨立的治療目標，而不僅僅是減重帶來的附帶結果。越來越多湧現的輔助療法正專注於在促進脂肪流失的同時保留肌肉。這些方法中有許多鎖定了肌肉生長抑制素/活化素信號通路。最初為肌肉萎縮症開發的機制如今被重新運用於肥胖症的廣泛趨勢。

禮來的 **bimagrumab**（一種抗活化素 II 型受體單株抗體）提供了一個清晰的實證。在臨床 Phase 2b 試驗中，當它與 semaglutide 聯合使用時，實現了 22.1% 的體重減輕，其中高達 92.8% 減掉的是脂肪質量（相比之下，單用 semaglutide 時該比例為 71.8%）。作為單一療法，bimagrumab 帶來了 10.8% 的體重減輕，且 100% 全是脂肪，直接回應了對精肉流失的隱憂。

其他相似的療法也正在推進。**再生元的 trevogrumab 加上 garetosmab**（抗肌肉生長抑制素加上抗活化素 A）目前處於 Phase 2；而 **Veru 的 enobosarm**（一種選擇性雄激素受體調節劑）在與 semaglutide 聯合使用時，已證實能顯著減少精肉的流失。

這種新興的模型是以聯合用藥為基礎：腸泌素負責驅動體重減輕，而輔助療法則負責形塑減重質量的結構。至關重要的是，某些聯合用藥方法並非旨在超越 GLP-1 的療效，而是為了在較低的腸泌素量下達到同等效果，從而改善耐受性並實現更可持續的長期使用。

這項轉變正開始將市場細分為更明確的患者亞群（例如那些將肌肉保留與機能維持視為首要任務的人），標誌著市場正邁向更成熟、分層化的治療方式。

應用場景 4：向減重之外的領域擴展 治療代謝與器官層面的疾病

向減重之外的擴展反應了對肥胖症理解的轉變，從一個獨立的症狀，轉變為影響多個器官的全身系統性代謝疾病。以腸泌素為基礎的療法正引領這一轉變。

Retatrutide 的升糖素成分引入了諸如增加能量消耗和肝臟脂肪代謝等機制，使其有望用於代謝相關脂肪肝炎等適應症。同樣地，**Boehringer Ingelheim** 的 **survodutide**（GLP-1/升糖素雙受體激動劑，Phase 3）在開發時便明確聚焦於肝臟疾病，代表了諾和諾德與禮來生態系之外的首批主要挑戰者之一。

這些計畫代表了超越腸泌素範式的戰略對沖。它們的定位並非要取代以 GLP-1 為基礎的療法，而是要擴展治療工具箱，為那些無反應、無法耐受或需要更具針對性干預的患者提供替代方案。

臨床數據亦提供支持。SELECT 試驗的中介分析表明，semaglutide 的心血管益處在很大程度上獨立於減重數字，指向了直接的代謝與血管效應。這將競爭框架從單純的體重減輕，轉移到了多系統的疾病改善。

除了腸泌素的擴展，非腸泌素機制也正在興起以填補特定缺口。這些方法更具針對性且處於較早期階段，通常專注於特定的患者群體。例如鎖定肝臟脂肪代謝的 **MGAT2 抑制劑**、透過中樞能量調節起作用的 **GDF-15/GFRAL 激動劑**，以及旨在為目前療法帶來更高安全性的外周限制性 **CB1 抑制劑**。



向減重之外的擴展，
反映了對肥胖症理解的
轉變。

聯合用藥作為新興的模型

並非取代，而是加強

在這四個應用場景中，出現了一個清晰的模式：研發線並未碎片化，它正在趨同。

相同的資產出現在多個應用場景中，反映出從「單一機制解決方案」向「多角度問題解決」的轉變。**Retatrutide** 跨越了持久性與共病症擴展；**orforglipron** 透過其口服劑型橋接了持久性與現實世界的可行性；而 **bimagrumab** 在改善身體組成的同時，也實現了可能解決耐受性問題的聯合戰略。

這種重疊並非偶然，它反映了一種結構性的轉變。新一代療法的設計目的在於同時而非先後解決多個限制。其模型不再是單一療法，而是以腸泌素為核心的聯合用藥，並疊加輔助劑，以同步破解持久性、遵從性、身體組成和系統性疾病等難題。



新一代療法的設計目的在於同時而非先後解決多個限制。

資本的投資證實了市場信號

而投資則同時強化並推動該領域的發展軌跡

來自生物製藥與機構投資者的資本配置，正高度集中於一個一致的論點：肥胖症治療的未來將建立在腸泌素骨幹之上，而差異化將由疊加在頂部的元素來驅動。其焦點不在於取代 GLP-1，而在於延伸它們——改善持久性、實現更便利的給藥方式、保留精肉，並擴展至全身系統性疾病。

專利時程表正加速這一動態。隨著 **semaglutide** 面臨約在 2032 年失去專利獨佔權，**tirzepatide** 也將在 2030 年代後半期緊隨其後，市場領導者現正採取行動以鎖定未來的資產並捍衛特許經營價值，這拉高了創新的門檻，同時也為長期的價格壓力奠定了基礎。

交易談判反映了這種迫切性：**諾和諾德**與**禮來**都在圍繞其腸泌素特許經營權建立深度，層層引入聯合用藥和鄰近資產，以應對持久性、遵從性和身體組成的問題，同時也在核心機制之外進行戰略對沖。

除了現有的巨頭，相同的模式依然成立：整個領域內近期的交易與資本形成，進一步強化了一個正在向以腸泌素為基礎的聯合戰略整合市場，而非從中分裂出去。



焦點不在於取代
GLP-1，而在於
延伸它們。

從研發線到資本再到臨床實踐

獨立的訊號，相同的方向

研發線、資本與臨床實踐這三個獨立的訊號，正匯聚於同一個結論。

研發線正圍繞著腸泌素骨幹進行重組，創新聚焦於解決核心限制：持久性、遵從性、身體組成與系統性疾病。資本正在強化這一方向，投資集中於那些延伸而非取代 GLP-1 療法的資產。

作為這一趨勢的進一步支持，益普索的調查數據顯示，僅有12%的醫師預期市場會顯著背離 GLP-1 機制。大多數醫師指出了研發線中湧現的相同優先事項：改善持久性、身體組成與合併症的結果，以及聯合與輔助療法。

綜合來看，這些訊號強化了一個高度一致的方向：創新正集中於延伸以 GLP-1 為基礎的療法，而非跨越它們。

圖 5：當您審視肥胖症研發管線時，哪項敘述最能反映您對該領域演變的看法？ (n=67)

未來取決於持久性、身體組成以及合併症的功能性結果

37%

研發線專注於改良 GLP-1（療效、便利性、耐受性）

27%

最重要的創新：在 GLP-1 之上添加聯合/輔助療法

24%

針對特定群體，該領域將轉向非 GLP-1 機制

12%

對下一波浪潮的啟示

這對競爭、差異化及未來意味著什麼

競爭正從分子層面轉向系統層面。成功再也不能單由體重減輕的百分比來定義，而是取決於同時應對多個限制的能力——持久性、耐受性、身體組成、藥物可級性和合併症。因此，市場正細分為明確的患者應用場景，療法的差異化越來越取決於它們能解決哪些限制——以及為誰解決。

市場正細分為明確的應用場景。肥胖症不再是一個單一的類別，而是一組組患者群體，每組都需要不同的解決方案。

問題不再是「它能減輕多少體重？」，而是「它能解決哪個限制——以及為誰解決？」



成功再也不能單由
體重減輕的百分比
來定義，而是取決
於同時應對多個限
制的能力。

這對不同市場參與者意味著什麼

戰略啟示因生物製藥生態系統中的定位而異。

對於既得利益巨頭（諾和諾德、禮來）：

核心任務已從捍衛單一資產轉向擴展一整套系統。隨著專利期截止步步逼近，當務之急是圍繞腸泌素為主軸建立分層的資產組合——將全新機制、新劑型與輔助療法融合，以在專利獨佔權結束後繼續維持領導地位。目前的交易談判正反映了這種轉變：投資並非為了解決燃眉之急的缺口，而是為了鞏固多資產架構，旨在同時解決多個限制。

對於新興生技公司：

差異化需要極度的專注。未來的發展路徑並非進行廣泛的全面競爭，而是從一開始就錨定在特定的限制上——如持久性、身體組成、耐受性或可及性——並將旗下資產明確設計為可與腸泌素聯用的方案。成功不僅取決於臨床實證表現，更取決於該資產如何清晰地契合特定的應用場景，並融入到這一新興的治療模型中。

對於後進的大型藥廠（輝瑞、白靈佳殷格翰、羅氏、阿斯特捷利康、安進）：

時間是最大的制約。隨著既得利益巨頭正加速鞏固最具價值的鄰近市場，後進者建立持久立足點的窄門仍在縮小。防禦性的市場優勢將不再來自於微幅的療效提升，而是來自於解決領先者尚未完全應對的限制——無論是透過差異化的機制、創新的給藥模型，還是由可及性驅動的創新。

展望未來，方向已非常清晰。肥胖症治療的下一階段將不會由「什麼藥物取代了 GLP-1」來定義，而是由「該領域如何有效地在其基礎上進行延伸」來決定，即透過聯合用藥同時攻克持久性、身體組成、藥物可及性與共病症。未來的競爭優勢將不再屬於任何單一機制，而是取決於療法能否完美融入一個提供持續性、現實世界可行的系統之中。

References

1. **Apovian CM, et al. (2025). Lean mass loss during obesity pharmacotherapy. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11154-025-09967-4>**
2. **West S, et al. (2026). Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 392:e085304. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12776922/>**
3. **Deanfield JE, et al. (2025). semaglutide and cardiovascular outcomes by baseline and changes in adiposity measurements: a prespecified analysis of the SELECT trial. *The Lancet*. 406(10516):2257–2268. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01375-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01375-3/fulltext)**
4. **Drucker DJ. (2025). GLP-1-based therapies for diabetes, obesity and beyond. *Nature Reviews Drug Discovery*. 24:631–650. <https://www.nature.com/articles/s41573-025-01163-8>**
5. **Drucker DJ. (2026). The expanding landscape of GLP-1 medicines. *Nature Medicine*. <https://www.nature.com/articles/s41591-025-04124-5>**
6. **GlobalData Plc. (2026). Drug Database. Pharma Intelligence Center. Retrieved May 2026. <https://pharma.globaldata.com>**
7. **Gonzalez-Rellan MJ, Drucker DJ. (2025). New molecules and indications for GLP-1 medicines. *JAMA*. 334:1231–1234. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2829498>**
8. **Ipsos / Medefield. (2026). Physician Perspectives on GLP-1 Therapies and Obesity Management. n=67 U.S. physicians.**
9. **Jastreboff AM, et al. (2024). Retatrutide once weekly for the treatment of obesity – TRIUMPH-4. *New England Journal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2401943>**
10. **J.P. Morgan Chase Bank, N.A. (April 2026). Q1 2026 Biopharma Licensing and Venture Report. Retrieved from <https://www.jpmorgan.com/content/dam/jpmorgan/documents/cb/insights/outlook/jpm-biopharma-deck-q1-2026.pdf>**

11. Lingvayl, et al. (2026). Future directions in the medical treatment of obesity. *Advances in Therapy*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-026-03148-2>
12. Melson E, et al. (2025). What is the pipeline for future medications for obesity? *International Journal of Obesity*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11971045/>
13. Park C, et al. (2025). A glimpse into the pipeline of anti-obesity medication development. *Frontiers in Endocrinology*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12460103/>
14. SteenackersN, et al. (2025). Pharmacotherapy for obesity: are we ready to select, tailor and combine? *Frontiers in Endocrinology*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12214899/>
15. Çetin E, Pedersen B, Burak MF. (2025). Paradigm shift in obesity treatment. *Turkish Journal of Medical Sciences / Harvard Medical School*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11913498/>
16. World Obesity Federation. (2025). World Obesity Atlas 2025. <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2025>
17. PatSnap. (2026). Lilly vs Novo: GLP-1 Patent Landscape 2010–2026. <https://www.patsnap.com/resources/blog/articles/lilly-vs-novo-glp-1-patent-landscape-2010-2026/>
18. Morgan Stanley Research. (2025). Weight Loss Medication Market: Unstoppable Growth. <https://www.morganstanley.com/ideas/weight-loss-drugs-obesity-market-outlook>

MAY 2026

超越療效上的變革

**GLP-1 藥物解決了療效問題 —
但在解決問題的同時，也定義了下一階段面臨的限制。**

Authors:

Joel Sandler, PhD

Associate Partner, Healthcare,
Ipsos in the US

Lauren Barry, MPH

Senior Consultant, Healthcare,
Ipsos in the US

Acknowledgements:

Chareen Lim

Senior Vice President, Healthcare,
Ipsos in the US

Devon Reimer

Senior Vice President, Healthcare,
Ipsos in the US

ABOUT HEALTHCARE AT IPSOS

A globally connected team in over 30 countries worldwide, we provide insights, evidence and guidance across the healthcare product lifecycle. We empower our clients to align commercial success with what matters most:
Improving patients' lives.

**Learn more at:
www.ipsos.com**

