

**T/CEMA**

中 国 民 族 医 药 协 会 团 体 标 准

T/CEMA 048—2025

## 体重管理门诊建设指南

Guidelines for Establishing a Weight Management Clinic

2025 - 12 - 03 发布

2026 - 01 - 03 实施

中国民族医药协会 发 布

# 目 次

前言 .....	III
引言 .....	IV
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
3.1 超重 overweight .....	1
3.2 肥胖 obesity .....	1
3.3 体重过低 low body weight .....	1
3.4 人体测量 anthropometry .....	1
3.5 体重管理 weight management .....	2
3.6 体重管理门诊 weight management clinic .....	2
3.7 多学科协作诊疗 multi-disciplinary team (MDT) approach .....	2
3.8 特殊人群体重管理 weight management for specific populations .....	2
4 体重管理门诊的工作职责 .....	2
5 门诊设置 .....	2
5.1 候诊区 .....	2
5.2 首诊及分诊区 .....	2
5.3 评估区 .....	2
5.4 干预区 .....	2
5.4.1 营养治疗区 .....	3
5.4.2 运动干预区 .....	3
5.4.3 心理咨询区 .....	3
5.4.4 健康教育区 .....	3
5.5 现场答疑室 .....	3
6 设备配置 .....	3
6.1 必备设备 .....	3
6.2 推荐设备 .....	3
6.2.1 评估设备 .....	3
6.2.2 干预设备 .....	3
6.2.3 信息化设备 .....	3
6.2.4 急救设备 .....	3
6.3 设备维护 .....	3
7 人员配置 .....	3
7.1 人员配置及职责 .....	4
7.1.1 专科医师 .....	4
7.1.2 营养师 .....	4
7.1.3 体重管理护士 .....	4

7.1.4 中医师/中西医结合医师/内分泌医师/康复医师 .....	4
7.1.5 其他学科人员 .....	4
7.1.6 临床药师 .....	4
7.2 人员资质要求 .....	4
8 专科技术 .....	4
8.1 评估技术 .....	4
8.2 干预技术 .....	5
8.3 随访技术 .....	5
8.4 科普宣传 .....	5
9 服务内容与要求 .....	5
9.1 服务流程 .....	5
9.1.1 初诊挂号与建档 .....	5
9.1.2 初诊评估 .....	5
9.1.3 多学科会诊（MDT） .....	6
9.1.4 个性化方案制定 .....	6
9.1.5 方案实施与患者教育 .....	7
9.1.6 定期随访 .....	7
9.1.7 质量控制与数据管理 .....	7
9.2 服务要求 .....	7
10 质量管理 .....	8
10.1 质控目标 .....	8
10.2 质控组织架构 .....	8
10.2.1 三级管理机制 .....	8
10.2.2 专项小组 .....	8
10.3 质控实施机制 .....	8
10.3.1 诊疗流程规范 .....	8
10.3.2 治疗边界管控 .....	8
10.3.3 标准化操作 .....	8
10.4 质控评估与改进 .....	8
附录 A（资料性） 表 A.1—表 A.6 .....	10

## 前 言

本文件由中国民族医药协会归口。

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件起草单位：北京大学、滨州医学院、首都医科大学、中国农业大学、山东第一医科大学、鲁东大学、淄博职业技术大学、山东中医药高等专科学校、烟台卫生健康职业学院、山东第一医科大学附属省立医院、山东大学齐鲁医院、吉林大学第二医院、河北医科大学第一医院、河北医科大学第三医院、兰州大学第一医院、首都医科大学宣武医院、林芝市人民医院、滨州医学院烟台附属医院、滨州医学院附属中医医院、济宁医学院附属医院、山东省第二康复医院、南宁市第二人民医院、绿叶医疗集团、烟台华毓药食同源农产品加工有限公司共24家高等院校和机构。

本文件主要起草人：田梗、崔良波、张召锋、石少婷、王俊江、张璐萍、李祥林、宋守君、孙建翠、孙妍、周慧敏、张川、周谨、杨才德、景汇泉、臧玉娜、赵锋、董山、李力卓、李贺、石建霞、张蕾、孙晓杰、孙桂丽、于学美、黄鑫、杜立娟、周美玲、葛莹、王书畅、刘文丽、仝涛、贾雷、孙振龙、韩旭、胡志勇、肖晓飞、刘夏。

## 引 言

随着我国肥胖及相关代谢性疾病发病率持续攀升，《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》显示，中国成年居民超重肥胖率超过50%，由肥胖引发的糖尿病、高血压等慢性病负担占总疾病负担的70%以上，每年直接医疗费用超过1000亿元。科学有效地防控肥胖对实现“健康中国 2030”的目标至关重要。体重过低作为营养不良的重要表现，同样需纳入科学体重管理的范畴。在此背景下，《健康中国2030规划纲要》、《国民营养计划（2017-2030年）》等政策明确提出加强肥胖综合防控，随着肥胖逐渐成为我国重大的公共卫生问题，国家卫生健康委员会于2024年启动了“体重管理年”行动计划，推动医疗机构体重管理门诊的设置与管理工作，鼓励多学科融合，促进技术创新发展，构建跨学科的肥胖精准诊疗体系。结合健康中国建设工作实际和健康中国行动推进情况，2025年4月全国爱国卫生运动委员会决定将健康体重管理行动纳入健康中国行动。然而当前国内体重管理服务存在标准缺失、资源配置不合理、服务质量参差不齐等问题，全国二级以上医疗机构中仅不足15%设立专门的体重管理门诊，且缺乏统一规范。

本文件在参考国内外相关诊疗指南和共识，并基于前期的实践经验，结合我国医疗体系特点和居民健康需求制定，旨在构建涵盖硬件配置、人员资质、服务流程和运营管理的全流程标准化体系。其实施将为各级医疗机构提供科学建设依据，促进体重管理服务规范化、专业化发展，提升服务质量与效率，助力完善慢性病防控体系，最终满足人民群众日益增长的健康需求，为实现“健康中国 2030”战略目标提供支撑。

# 体重管理门诊建设指南

## 1 范围

本文件给出了体重管理门诊建设的术语和定义、工作职责、门诊设置、设备配置、人员配置、专科技术、服务流程、质量管理等方面的指导和建议。

本文件适用于为全国各级各类医疗机构（综合医院、中医医院、基层医疗卫生机构等）建设与运营体重管理门诊提供参考。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 424-2013 人群健康监测人体测量方法

WS/T 428-2013 成人体重判定

WS/T 586-2018 学龄儿童青少年超重与肥胖筛查

WS/T 611-2018 7岁~18岁儿童青少年高腰围筛查界值

《成人肥胖食养指南（2024版）》（国卫办食品函〔2024〕53号）

《儿童青少年肥胖食养指南（2024版）》（国卫办食品函〔2024〕53号）

《肥胖症诊疗指南（2024年版）》（国卫办医政函〔2024〕382号）

《体重管理指导原则（2024年版）》（国卫办医急函〔2024〕469号）

《国家基层肥胖症综合管理技术指南（2025）》（中华内科杂志 2025 年）

《互联网诊疗管理办法（试行）》（国卫医发〔2018〕25号）

《远程医疗服务管理规范（试行）》（国卫医发〔2018〕25号）

《个人信息保护法》《数据安全法》

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1 超重 overweight

由于体内脂肪的体积和（或）脂肪细胞数量的增加导致的体重增加，或体脂占体重的百分比异常增高，并在某些局部过多沉积脂肪，通常用体质指数（Body Mass Index, BMI）进行判定，BMI介于24.0 kg/m<sup>2</sup>~27.9 kg/m<sup>2</sup>之间的体重状态。学龄儿童青少年超重与肥胖参照年龄段进行筛查判定。

[来源：WS/T 428-2013 3.5]

[来源：WS/T 586-2018 4.1]

### 3.2 肥胖 obesity

BMI 不低于28.0 kg/m<sup>2</sup>的体重状态。

[来源：WS/T 428-2013 4.2]

[来源：WS/T 611-2018 4]

### 3.3 体重过低 low body weight

BMI低于18.5判定为体重过低。

[来源：WS/T 428-2013 4.1]

### 3.4 人体测量 anthropometry

对人体有关部位长度、宽度和围度的测量。

[来源：WS/T 424-2013 3.1]

### 3.5 体重管理 weight management

通过医学评估、生活方式干预、行为矫正、心理支持等多种手段，对个体体重进行科学调控，以改善健康状况的过程。

### 3.6 体重管理门诊 weight management clinic

在现代医学及相关学科理论指导下，由多学科团队提供体重评估、个性化干预、长期随访等综合服务，以预防和治疗肥胖及相关代谢性疾病的专业门诊。

### 3.7 多学科协作诊疗 multi-disciplinary team (MDT) approach

体重管理需要多学科协作诊疗模式，需要包括内分泌科、临床营养科、减重代谢外科、中医科、精神心理科等多个学科的医务人员参与，共同为患者制定个性化诊疗方案的一种诊疗模式。

### 3.8 特殊人群体重管理 weight management for specific populations

针对儿童、青少年、老年人、孕产妇等具有特殊生理或病理特点的人群，所采用的差异化体重管理诊断标准、评估方法和干预策略。

儿童青少年超重、肥胖及中心型肥胖的判定，宜遵循 WS/T 586-2018 和 WS/T 611-2018 等标准。

对上述特殊人群进行体重管理时，宜充分考虑其年龄、生长发育、妊娠阶段、衰老及相关并发症等因素，制定个体化方案。

## 4 体重管理门诊的工作职责

体重管理门诊以设立为体重管理需求者在医疗功能区提供多学科诊疗的规范化健康体重管理服务为主要职能，实现筛查、诊疗、教育、管理、持续随访的同质化诊疗流程。

## 5 门诊设置

体重管理门诊可根据实际工作条件设立不同功能区，以便实施体重管理诊疗流程，提升体重管理效率，为患者提供从评估到干预、随访的全流程服务。

### 5.1 候诊区

用于患者等候、健康宣教，配备体重管理相关的教学资源，包括书籍、展板、图片、影像资料等，提供适应不同年龄和教育水平人群的交流环境。

### 5.2 首诊及分诊区

双人诊室面积不小于12 m<sup>2</sup>，单人诊室面积不小于8 m<sup>2</sup>。快速首诊及分诊，病史问诊及体重管理意愿评估，建立个体化医疗档案，完成初级诊疗意见及多学科转诊。并设置有特殊人群减重门诊（如孕产妇、儿童）。宜配备桌椅、电脑、打印机、诊疗床、门帘、听诊器、血压计等基础诊疗设备，以及体重秤、身高测量标尺、软尺等用于完成基础人体测量的设备仪器。如有条件，体重管理护士可在专门信息采集区完成信息采集和体格检查。

### 5.3 评估区

用于体成分分析、代谢状态评估等，配备专业评估设备。宜配备人体体成分分析仪（生物电阻抗法）、间接能量测试仪（代谢车）等专业体成分与代谢评估设备。能够开展相关的血液、尿液指标检查，如血糖、血脂、肝肾功能、胰岛素抵抗相关评估，超声及基本影像学检查评估等。基层医疗卫生机构根据条件设置，配备基础评估设备。

### 5.4 干预区

包含营养治疗区、运动干预区、心理咨询区、健康教育区等。

### 5.4.1 营养治疗区

提供营养师或临床营养师的诊疗服务，制定合理的饮食计划。配备食物模具，有条件的机构可设置配餐区及制作实践演示区，提供个性化的饮食指导。

### 5.4.2 运动干预区

提供专业运动测评和康复设施，指导适当运动。运动治疗方案应根据体格测试及实验室检测所得结果反映出的身体状况，进行相应设计。宜配备有经验的运动康复专业人员和有质量保障的专业运动器材。

### 5.4.3 心理咨询区

提供必要的心理咨询和行为支持，协助解决与体重管理相关的心理问题。配备有专业资质的心理医生，提供多种心理诊疗方法，咨询过程中应注意保护个人隐私。

### 5.4.4 健康教育区

开展健康教育活动，培训日常自我体重管理技能和相关知识。学习生活方式管理信息系统的应用。

## 5.5 现场答疑室

解决患者在就诊前对诊疗流程的疑问，就诊后随时有药物的使用等减重方案的相关问题的综合解答。

## 6 设备配置

### 6.1 必备设备

各级医院宜配备身高体重计、测量腰围的软尺、血压计、便携式血糖仪、生化分析仪、血常规、尿常规分析仪、人体成分分析仪（生物电阻抗法）。

### 6.2 推荐设备

#### 6.2.1 评估设备

建议有条件的机构配备双能X线吸收仪（DEXA）、代谢车（间接能量代谢测定系统）、CT、MRI。

#### 6.2.2 干预设备

建议三级医院可以配备运动康复器械（如跑步机、功率自行车）、营养评估软件、心理测评系统。

#### 6.2.3 信息化设备

鼓励配备通过信息系统实现数据实时上传的检测设备，以及运用人工智能等技术开展临床辅助决策等。

#### 6.2.4 急救设备

各级医院均宜配备简易呼吸器、供氧设备、抢救车、电除颤仪/AED。

### 6.3 设备维护

各类设备每月至少维护检查1次，记录维护情况，确保完好率100%。

## 7 人员配置

体重管理门诊人员配置宜采用多学科协作诊疗模式，包括内分泌科、临床营养科、减重代谢外科、中医科、精神心理科参与，同时根据患者合并的肥胖相关疾病可能还需要心内科、消化科、睡眠医学科、骨科、康复医学科、妇科等多个学科的医务人员参与。基层医疗机构体重管理门诊人员配置建议以家庭医生制度为依托，组建由家庭医生、护士、公共卫生人员等组成的基本管理团队。在多学科诊疗协作中，应以患者为中心，积极沟通，密切配合，协作诊疗，以制定最合理的规范化、个体化、连续化的综合干预和治疗方案，确保服务专业性。



## 7.1 人员配置及职责

### 7.1.1 专科医师

按照日门诊患者人数配置门诊专科医师数量,建议为每半日10~15例患者配备1组具备超重和肥胖诊疗经验的临床专科医师。主要职责包括:

- 全方位评估患者病情,明确肥胖及其合并症的诊断;
- 根据患者的具体情况给出包含饮食、运动、行为、药物治疗、手术治疗等要素的综合方案;
- 定期随访,及时调整治疗方案,以达到最佳减重效果;
- 对于合并并发症或保守治疗效果不佳的肥胖患者,宜组织多学科会诊,制定诊疗方案。基层医疗卫生机构体重管理门诊的专科医师,应与二级及以上医疗卫生机构的专科医师协作,为肥胖症患者提供连续、协同的服务;
- 识别与评估体重过低患者,排查病因,并制定综合营养与医学干预方案。

### 7.1.2 营养师

建议配备1~2名营养师,协助医师做好患者的饮食评估、提供膳食和生活方式指导。主要职责包括:

- 计算患者目标能量需求,结合患者的饮食喜好制定个性化的膳食方案;
- 每次随访需再次评估患者的饮食和能量需求,根据减重效果动态调整膳食干预方案;
- 可通过线下和线上平台开展减重咨询和指导;
- 在强化治疗阶段,每个月至少1次对患者进行面对面指导,治疗维持期可适当减少面访频率,每3~6个月进行1次重新评估和生活方式指导,以确保体重长期维持;
- 为体重过低患者提供个性化的营养支持与膳食方案,促进健康增重。

### 7.1.3 体重管理护士

配备专科护士或健康管理师1~2名(根据管理患者数量调整)。根据门诊实际情况,体重管理护士与医师科学分工,互相协作,体重管理护士进行规律随访。主要职责包括:

- 掌握正确的减重门诊设备使用方法;
- 负责患者一般临床指标的测定及填写相关档案、管理体重档案、精细化健康教育和科研数据管理、减重知识宣教和专业化的全程随访管理;
- 对肥胖患者进行规律随访,对肥胖患者进行规律随访,监测患者体重、生活方式改变及依从性,对随访中发现的常见问题提供标准化指导,对复杂问题及时上报医师。

### 7.1.4 中医师/中西医结合医师/内分泌医师/康复医师

鼓励有条件的地方配备中医师/中西医结合医师1~2名,负责在辨证施治下对患者开展中医药及针灸等中医适宜技术辅助进行体重管理,内分泌医师、康复医师也作为可选配置。

### 7.1.5 其他学科人员

在有条件的情况下,可配置精神心理科医师、运动康复师、减重外科医师。建议配备精神心理医师1名,负责对患者进行精神心理评估、睡眠评估和行为心理干预;运动康复(医)师1名,负责对患者进行运动干预和评估,制定个性化运动处方;减重外科医生为具有手术治疗指征的患者进行代谢手术的术前评估、围手术期管理、手术以及术后随访等。

### 7.1.6 临床药师

负责药物减重用教育、不良反应监测及依从性管理。

## 7.2 人员资质要求

所有人员均须完成国家相关规范化培训并取得合格证书,接受过体重管理相关培训并考核合格。

## 8 专科技术

### 8.1 评估技术

开展体成分分析（生物电阻抗法、DEXA、QCT等）、代谢状态评估（血糖、血脂、胰岛素等）、生活方式调查（饮食、运动、睡眠）、营养状况评估、安全性评估。

## 8.2 干预技术

包括医学营养治疗（个性化膳食方案）、运动处方（有氧运动、力量训练等）、行为矫正（饮食日记、运动打卡等）、睡眠干预（睡眠卫生教育、认知行为疗法）、心理干预、药物干预（必要时，由医师评估开具处方）、中医适宜技术、代谢减重手术。

## 8.3 随访技术

建立随访体系，通过门诊、电话、互联网以及手机APP、远程监测等方式，评估体重变化、代谢指标改善情况，调整干预方案。

## 8.4 科普宣传

通过讲座、视频、手册等形式，传播科学体重管理知识，提高公众健康素养。

# 9 服务内容与要求

## 9.1 服务流程

诊疗服务建议采用国际上广泛认可的“5A模型”：询问（ask）、评估（assess）、建议（advice）、同意（agree）、协助（assist）。

### 9.1.1 初诊挂号与建档

#### 9.1.1.1 挂号

患者通过医院线上平台（APP、公众号）或现场窗口预约挂号，明确需携带既往病历（含体检报告、药物使用史等），签署隐私同意书。

#### 9.1.1.2 建档

首诊分诊区登记基本信息（含民族、生活方式、既往诊疗史），建立结合健康档案（包括《健康信息表》、《肥胖相关因素问卷》及《中医体质辨识量表》），录入专病管理系统（详见表A.1-3）。

### 9.1.2 初诊评估

初诊评估包括以下内容，对儿童、青少年、老年人、孕产妇等特殊人群，宜根据其相应标准进行诊断与评估：

#### 9.1.2.1 病因评估

既往病史：（1）儿童青少年时期超重或肥胖症病史；（2）体重变化的诱因（如明显的生活变故、工作变更、戒烟等）；（3）既往曾经尝试过的减重方式及效果；（4）有无可能引起体重增加的疾病史（如甲状腺疾病、垂体疾病、肾上腺疾病等）；（5）有无可能引起体重增加的药物史（如糖皮质激素、抗精神病类药物等）；（6）肥胖症相关疾病病史及治疗史。

家族史：肥胖症家族史及主要的肥胖症相关疾病家族史。

个人史：（1）饮食习惯（如口味喜好、有无暴饮暴食等）；（2）运动习惯；（3）睡眠情况；（4）工作性质及工作强度；（5）吸烟史；（6）饮酒史等。

#### 9.1.2.2 精神心理评估

建议由精神心理专业医师对超重或肥胖症患者进行初步的精神心理评估，以发现导致超重或肥胖以及由超重或肥胖导致的潜在精神心理问题。

#### 9.1.2.3 膳食调查

对患者的日常膳食摄入情况进行调查与评估。

#### 9.1.2.4 体格及功能检查

测量身高、体重、BMI、腰围、臀围；常规体检（血压、心肺功能等）；体成分分析（体脂含量、内脏脂肪含量、肌肉量）；运动能力评估；基础代谢分析等。

#### 9.1.2.5 实验室检查

（1）空腹及餐后2小时血糖、糖化血红蛋白、空腹及餐后2小时胰岛素及C肽水平；（2）血脂谱：总胆固醇（Total Cholesterol, TC）、高密度脂蛋白胆固醇（High-Density Lipoprotein Cholesterol, HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（Low-Density Lipoprotein Cholesterol, LDL-C）、甘油三酯（Triglyceride, TG）；（3）肝功能：谷丙转氨酶、谷草转氨酶、 $\gamma$ -谷氨酰转氨酶（ $\gamma$ -GT）、直接胆红素、间接胆红素、总胆红素；（4）肾功能与电解质：血肌酐、尿素氮、估算肾小球滤过率（eGFR）、尿酸；尿常规含尿蛋白（5）全血细胞计数+5分类；（6）内分泌激素与代谢指标；（7）25羟维生素D。

甲状腺功能：促甲状腺激素（TSH）、游离T4（FT4）、游离T3（FT3）；

肾上腺皮质功能及垂体功能：促肾上腺皮质激素（ACTH）、皮质醇节律，如有条件可化验24小时尿游离皮质醇，必要时行小剂量地塞米松抑制试验（定位诊断需行大剂量地塞米松抑制试验）；

性腺功能（根据临床需要）；

#### 9.1.2.6 中医评估

四诊合参：通过望诊（体型、舌苔）、闻诊（口气、体味）、问诊（饮食偏好、二便情况、疲劳程度）、切诊（脉象）评估体质。

辨证分型：结合《中医体质辨识量表》确定脾虚湿阻证、胃肠湿热证、肝郁气滞证和脾肾阳虚证等证型，判断痰湿、气滞、阳虚等核心病机（详见表A.3）。

### 9.1.3 多学科会诊（MDT）

#### 9.1.3.1 会诊团队

由内分泌科、营养科、运动医学科、精神心理科、胃外科（必要时严重肥胖的，经评估可行缩胃手术）及中医医师组成多学科团队。

#### 9.1.3.2 会诊内容

明确肥胖病因（原发性/继发性）、合并症风险（如糖尿病、脂肪肝等），结合辨证结果分析病机与体质关联（如痰湿体质合并代谢异常），形成《MDT会诊意见书》，制定中西医结合干预方案。

### 9.1.4 个性化方案制定

个性化方案制定包括以下方面，方案制定宜考虑患者的年龄、生理阶段等个体情况，对特殊人群需采用差异化的干预策略与目标：

#### 9.1.4.1 营养干预

营养科制定基于患者代谢状态、生活方式和口味偏好的个性化饮食计划，并提供营养治疗方案定制的流程和工具，指导食物交换份法、外卖选择。

#### 9.1.4.2 运动干预

运动医学科应以注重患者安全为原则，在运动风险评估基础上，根据患者的BMI、体能、基础疾病和肥胖症相关疾病制定个体化运动处方，包括运动频率、强度、方式、时间、总量、以及减重过程中的运动进阶，随访运动执行情况，并进行动态评估。

#### 9.1.4.3 行为心理干预

精神心理科采用认知行为疗法，与患者共同设立短期和长期减重目标，设定步数打卡、正念饮食等目标，筛查焦虑抑郁（详见表A.4-5）。

#### 9.1.4.4 药物/手术干预

当肥胖或超重且伴有至少一种体重相关合并症通过生活方式干预无法达到减重目标时，可在生活方式干预的基础上联合应用减重药物治疗，按《肥胖症诊疗指南（2024年版）》使用胰高血糖素样肽-1受体激动剂（GLP-1RA）等药物；中重度肥胖（BMI≥32.5 kg/m<sup>2</sup>）或合并严重并发症者评估代谢手术（如袖状胃切除术、胃旁路术等）。

9.1.4.5 中医干预

辨证施膳：脾虚湿阻者推荐山药、茯苓、薏苡仁等健脾利湿食物；胃肠湿热者选用荷叶、决明子、葛根等清热食材；肝郁气滞者推荐佛手、橘皮、薄荷、白萝卜等疏肝行气食材；脾肾阳虚者推荐芡实、山药、茯苓、肉桂、生姜等补益温阳食材。

中药治疗：基于辨证分型，遵循“辨证论治”原则选用相应中药方剂。（参考《中医方剂大辞典》）。

外治法：针灸（毫针/电针）、耳穴贴压（脾、胃、神门穴）、穴位埋线；推荐中医导引术（八段锦、太极拳）改善气血循环。

9.1.5 方案实施与患者教育

9.1.5.1 方案交付

提供《个性化中西医结合体重管理手册》，含西医营养/运动细则及中医食疗、中药服用、穴位按摩指导。

9.1.5.2 教育支持

科学饮食原则、体质调理知识、四季养生要点（如夏季祛湿、冬季温阳）、科学运动原理、肥胖发生机制、中药煎煮方法，药物副作用。

9.1.5.3 沟通渠道

建立医患微信群（医护轮值，响应≤24小时），开放互联网医院图文咨询，定期推送中西医减重科普。

9.1.6 定期随访

随访安排见表1。

表1 体重管理门诊定期随访安排

随访类型	时间节点	核心内容
首次随访	启动后1周	评估方案依从性，处理不良反应（如中药胃肠不适），指导中医食疗落地
常规随访	每月1次	复测体重、BMI、体成分及生化指标；中医复诊调整证型与方药
强化随访	依从性差/效果不佳	一对一动机访谈，调整方案（如增加代餐等），动员家庭支持
长期随访	达标后每3-6个月	监测体重维持情况，评估生活质量（SF36量表），中医体质改善评分

9.1.7 质量控制与数据管理

9.1.7.1 流程优化

每季度召开质量改进会议，分析中西医干预效果（如减重达标率、中医证型改善率）、患者满意度及不良事件。

9.1.7.2 数据管理

专病数据库存储西医指标（体重、生化）与中医数据（证型、舌苔脉象），符合《数据安全法》《个人信息保护法》，脱敏后用于临床研究（经伦理审查）。

9.1.7.3 转诊机制

继发性肥胖（如库欣综合征）的病因筛查或治疗可收入内分泌科、神经外科、泌尿外科等；中医辨证复杂者转中医专科；严重合并症（如心衰）转专科稳定后再由体重管理门诊介入。

9.2 服务要求

9.2.1 遵循《医疗机构管理条例》（国务院令第752号）、《医疗质量管理办法》（国家卫生和计划生育委员会令第10号）等法规，规范诊疗行为。

9.2.2 尊重患者知情权、选择权、隐私权，充分沟通干预方案。

9.2.3 严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。

9.2.4 对干预 3 次以上效果不佳或病情变化者，及时转诊至相关专科。

## 10 质量管理

三级医院重点承担复杂病例诊疗与科研，基层机构负责随访与健康教育。

### 10.1 质控目标

确保诊疗过程的安全性、有效性与科学性；保障患者治疗精准性、个性化及流程高效性；提升患者治疗体验和满意度。具体的量化指标：体重下降率（3个月下降 $\geq 5\%$ ）、患者满意度（ $\geq 90\%$ ）、复诊率（ $\geq 80\%$ ）。

### 10.2 质控组织架构

#### 10.2.1 三级管理机制

一级：门诊主任每月抽查10%-20%病历，重点审查诊疗方案合规性；

二级：医务处季度检查诊疗流程规范性（如药物适应症、多学科会诊执行）；

三级：质控中心年度评估体脂率改善率、并发症控制效果及患者满意度。

#### 10.2.2 专项小组

设立质控小组，负责全流程（初诊-评估-治疗-随访）监控；

对未达标病例启动复核制度，由门诊主任制定强化方案。

### 10.3 质控实施机制

建立完善的质量控制机制是肥胖症诊疗中心建设的关键。这一机制宜包括临床诊疗过程中的每个环节，涵盖患者初诊、体检、治疗方案制定、药物使用、手术操作、康复管理等所有流程。通过设立质量监控小组，定期对各项操作进行质量评估，发现并及时解决潜在的质量问题。此外，加强对医护人员的定期培训与考核，确保临床诊疗过程遵循医学标准与治疗规范。

#### 10.3.1 诊疗流程规范

初诊必查三项：体成分分析（腰臀比、内脏脂肪面积等12项）、代谢指标（糖脂代谢、胰岛功能初筛、肝肾功能）、饮食行为习惯、心理评估；

复诊每3个月动态监测：肌肉脂肪分析+糖化血红蛋白。

#### 10.3.2 治疗边界管控

药物治疗（如GLP-1受体激动剂）应用前完成心血管风险评估，药物治疗需要同时完成甲状腺髓样癌风险评估。

手术指征：仅限BMI $\geq 32.5\text{kg/m}^2$ ，合并代谢综合征者，MDT会诊量 $\geq$ 体重管理门诊总量15%。

#### 10.3.3 标准化操作

执行肥胖症诊疗指南（2024年版），明确药物/手术适应症；

新型减重药物需全员培训后方可应用，建立药物不良反应登记制度。

### 10.4 质控评估与改进

为了保持高标准的医疗质量，肥胖症诊疗中心需要定期对质量控制体系进行评估与改进。评估过程应包括内部审查和患者反馈两部分，通过对各项诊疗活动的检查与患者意见的收集，识别潜在的质量问题并加以改进。增设效果评估指标如膳食日记完整率、运动处方执行率等行为指标及体脂率等生理指标。各类评估问卷详见附录A表1-表6。

附图说明（关键流程可视化）

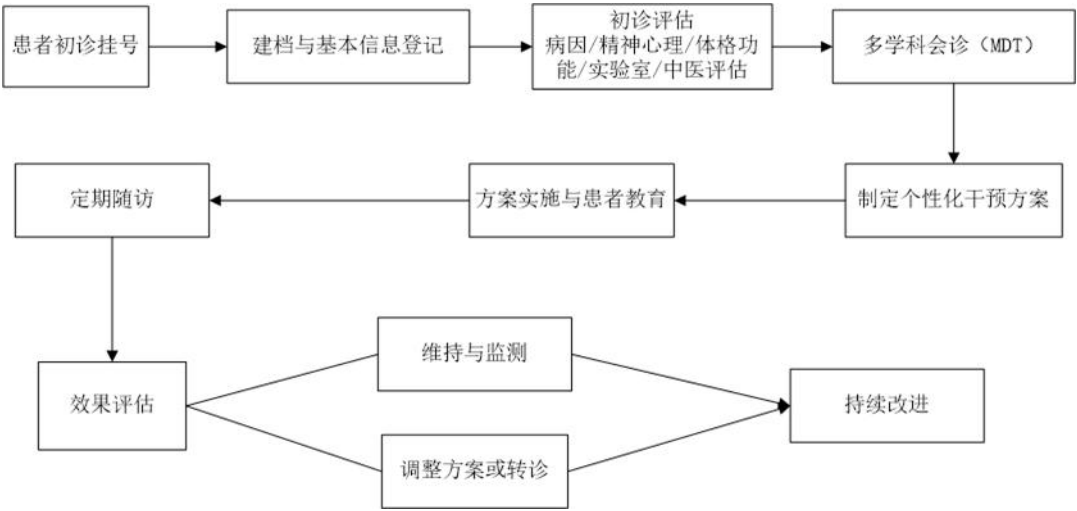


图1 体重管理门诊诊疗流程图

## 附录 A

(资料性)

表 A.1 体重管理门诊标准化问卷与量表

## 健康信息表

门诊名称: \_\_\_\_\_ 档案号: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

## 一、基本信息

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: ☐男 ☐女 年龄: 岁 民族: \_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_职业: \_\_\_\_\_ 教育程度: ☐小学及以下 ☐中学 ☐大专 ☐本科及以上

## 二、体重相关历史

目前身高: \_\_\_\_ cm 目前体重: \_\_\_\_ kg 理想体重: \_\_\_\_ kg

最重体重: \_\_\_\_ kg (岁时) 最轻体重 (成年后): \_\_\_\_ kg (\_\_\_\_岁时)

肥胖起始年龄: \_\_\_\_岁 近期体重变化: ☐稳定 ☐增加 (\_\_\_\_月内增\_\_\_\_kg) ☐下降 (\_\_\_\_月内 \_\_\_\_ kg)

既往减重方式 (可多选):

☐节食 ☐运动 ☐减肥药 (请注明: \_\_\_\_\_) ☐代餐 ☐中医针灸/按摩☐手术 ☐其他: \_\_\_\_\_ 效果: ☐佳 ☐一般 ☐无效 ☐反弹

## 三、既往病史 (是否有以下疾病, 请在对应框内打√)

☐糖尿病 ☐高血压 ☐高血脂 ☐高尿酸/痛风 ☐脂肪肝☐冠心病 ☐脑卒中 ☐睡眠呼吸暂停 ☐多囊卵巢综合征 (PCOS)☐甲状腺功能减退 ☐其他: \_\_\_\_\_

## 四、药物史 (近期是否长期使用以下药物)

☐糖皮质激素 ☐抗精神病/抑郁药物 ☐胰岛素 ☐避孕药☐其他: \_\_\_\_\_

本人承诺以上所填信息真实有效。

患者签名: \_\_\_\_\_

表A.2 肥胖相关因素问卷

请根据您的实际情况选择 (可多选):

## 一、饮食习惯

进食速度: ☐很快 ☐较快 ☐一般 ☐较慢三餐规律: ☐规律 ☐不规律, 常不吃早餐/晚餐晚餐时间: ☐18点前 ☐18-20点 ☐20点后进食诱因: ☐饥饿 ☐情绪 (压力/无聊/悲伤) ☐社交应酬 ☐看电视/手机时食物偏好: ☐高甜食 ☐高油炸食物 ☐高碳水 (米面) ☐高脂肉类 ☐重口味饮品偏好: ☐含糖饮料 ☐果汁 ☐无糖茶/咖啡 ☐白开水每日饮水总量: ☐ <1.0L ☐ 1.0-1.5L ☐ 1.5-2.0L ☐ >2L

## 二、运动习惯

运动频率: ☐几乎不运动 ☐1-2次/周 ☐3-4次/周 ☐5次以上/周每次运动时长: ☐30分钟以下 ☐30-60分钟 ☐60分钟以上运动方式: ☐散步 ☐跑步 ☐健身房力量训练 ☐瑜伽/太极 ☐球类运动 ☐其他: \_\_日常活动量: ☐久坐 (办公室工作) ☐经常站立/行走 ☐重体力劳动

## 三、睡眠与情绪

入睡时间: ☐21点以前 ☐21-22点 ☐22-23点 ☐23-24点 ☐24点以后睡醒时间: ☐5点以前 ☐5-6点 ☐6-7点 ☐7-8点 ☐ >8-9点 ☐9点以后每日睡眠时长: ☐ <6小时 ☐6-7小时 ☐7-8小时 ☐ >8小时睡眠质量: ☐很好, 晨起精力充沛 ☐一般, 多梦易醒 ☐差, 晨起疲惫是否常感到压力大、焦虑或情绪低落: ☐是 ☐否

## 四、家族史 (直系亲属是否有以下疾病)

☐ 肥胖 ☐ 糖尿病 ☐ 高血压 ☐ 高血脂 ☐ 冠心病

表A.3 中医体质辨识量表

中医体质辨识量表（简化版）

请根据近一年的体验和感觉，回答以下问题（在是或否上打√）：

- | 问题                       | 是                        | 否                        |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 您感到身体沉重不轻松或不爽快吗？      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 您腹部肥满松软吗？             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 您有口黏腻或甜的感觉吗？          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您容易疲劳或乏力吗？            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 您容易大便稀溏或不爽吗？          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 您面部或鼻部有油腻感或者油亮发光吗？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 您容易感到闷闷不乐、情绪低沉或紧张焦虑吗？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 您感到手脚心发热吗？            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 您比一般人怕冷吗？             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 您胃腕部、背部或腰膝部怕冷吗？      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

（由中医师根据答卷及望闻问切结果，综合判断主要证型）

初步辨证：☐ 痰湿内盛证 ☐ 脾虚湿阻证 ☐ 胃肠湿热证 ☐ 肝郁气滞证 ☐ 脾肾阳

表A.4 GAD-7焦虑障碍量表

序号	问题	从来没 有	有几 天	刚超过一半天 数	接近每 天
1	感觉心神不安、焦虑或高度紧张	0	1	2	3
2	不能停止或控制担心	0	1	2	3
3	为各种各样的事情过度担心	0	1	2	3
4	难以放松	0	1	2	3
5	非常不安静以至于难以坐定	0	1	2	3
6	变得易恼火或易急躁	0	1	2	3
7	害怕发生可怕的事情	0	1	2	3

评分说明： 0-4分：无焦虑； 5-9分：轻度焦虑； 10-14分：中度焦虑； 15-21分：重度焦虑。

表A.5 PHQ-9抑郁症筛查量表

在过去的两周里，你生活中以下症状出现的频率有多少？把相应的数字总合加起来。



序号	问题	没有	有几天	一半以上时间	几乎每天
1	做事时提不起劲或没有兴趣	0	1	2	3
2	感到心情低落、沮丧或绝望	0	1	2	3
3	入睡困难、睡不安稳或睡眠过多	0	1	2	3
4	感觉疲倦或没有活力	0	1	2	3
5	食欲不振或吃太多	0	1	2	3
6	觉得自己很糟，或觉得自己很失败，或让自己或家人失望	0	1	2	3
7	对事物专注有困难，例如阅读报纸或看电视时不能集中注意力	0	1	2	3
8	动作或说话速度缓慢到别人已经觉察？或正好相反，烦躁或坐立不安、动来动去的情况更胜于平常	0	1	2	3
9	有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	0	1	2	3

评分说明：  
0-4分：无抑郁症状；5-9分：轻度抑郁；  
10-14分：中度抑郁；15-19分：中重度抑郁；  
20-27分：重度抑郁。

表A.6 SF-36生活质量量表（简化示例）

SF-36从以下8个维度评估生活质量，通常由患者填写：

1. 生理功能（PF） 2. 生理职能（RP） 3. 躯体疼痛（BP） 4. 总体健康（GH）  
5. 活力（VT） 6. 社会功能（SF） 7. 情感职能（RE） 8. 精神健康（MH）

\*注：SF-36为版权量表，此处仅提供维度示例，在实际门诊应用中，我们会直接采购经过汉化并信效度检验的标准SF-36量表。