

# 团 体 标 准

T/BRACDCHE 018—2025

## 基层医疗卫生机构“三高”患者 健康体重管理指南

Guidelines for healthy weight management of patients with  
“Three Highs” in primary health care facilities

2025-10-27 发布

2025-10-27 实施

北京慢性病防治与健康教育研究会 发布

## 目 次

前言.....	II
引言.....	III
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 体重管理内容.....	2
4.1 筛查.....	2
4.2 建档.....	2
4.3 评估.....	2
4.4 干预.....	3
4.5 随访管理.....	5
4.6 双向转诊.....	5
4.7 健康教育.....	6
5 体重管理流程.....	6
6 服务管理.....	7
6.1 组建团队.....	7
6.2 设备配置.....	7
6.3 资源协作.....	8
6.4 信息化管理.....	8
附录 A (资料性) “三高”患者体重管理评估.....	9
附录 B (资料性) “三高”患者体重管理随访服务记录.....	12
附录 C (资料性) 中国成人 (18岁及以上) 体重判定标准.....	13
附录 D (资料性) 中国人群肥胖症的常用诊断标准.....	14
附录 E (资料性) 各类降糖药物对体重的影响.....	15
附录 F (资料性) 目前获批减重药物.....	16
参考文献.....	18

## 前　　言

本文件参照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。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由北京市朝阳门社区卫生服务中心提出。

本文件由北京慢性病防治与健康教育研究会归口。

本文件起草单位：北京市朝阳门社区卫生服务中心、天津医科大学总医院、北京医院、清华大学第一附属医院、北京市平谷区医院、天津市东丽区军粮城医院、天津市北辰区双街镇社区卫生服务中心、天津市河东区大王庄街社区卫生服务中心、天津市南开区王顶堤社区卫生服务中心、天津市天津医院、北京中医药大学东直门医院、北京体育大学。

本文件起草人：王红、边波、姜岳、曾平、刘莹、孙健、张娜、王娜、杨晓巍、潘立平、王世东、于冬妮、王丽娟、于雪芳、曹立春、康学志、邢洁、杨晟磊、吴云丹、李玉凤。

## 引言

高血压、糖尿病与血脂异常（统称“三高”）常与超重/肥胖共病。我国45岁以上居民“三高”共病率为7.6%，60岁以上老人人群达10.0%，而综合达标率仅4.4%。体重异常会加剧“三高”病情进展，增加心血管事件风险，而“三高”患者因代谢紊乱更易出现体重调节障碍，形成恶性循环。

基层医疗卫生机构作为“三高”患者长期管理的一线阵地，具有贴近患者、连续性服务的优势，适宜开展个体化健康体重管理。为规范服务流程，提升管理质量，本文件参考《国家卫健委-肥胖症诊疗指南（2024年版）》《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》《基层医疗卫生机构“三高”患者综合服务指南》等文件，结合基层实际制定，旨在通过科学管理体重改善“三高”患者预后。“三高”患者健康体重管理需与“三高”综合管理同步推进，在管理体重的同时，持续强化血压、血糖、血脂的综合达标。

# 基层医疗卫生机构“三高”患者健康体重管理指南

## 1 范围

本文件提出了基层医疗卫生机构“三高”患者健康体重管理的体重管理内容、管理流程和服务管理。

本文件适用于基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院及其下辖的卫生站、村卫生室、诊所等）开展“三高”患者健康体重管理服务，涵盖体重异常（超重、肥胖、体重过低）的筛查、评估、干预、随访、转诊及健康教育等环节。其他医疗机构可参照执行。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

#### “三高”患者 patients with “Three Highs”

经医师诊断存在原发性高血压合并2型糖尿病，且伴有血脂异常或动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）总体风险评估未达降脂靶点目标值的成人患者。

### 3.2

#### “三高”患者健康体重管理 healthy weight management of patients with “Three Highs”

医疗卫生机构通过连续监测“三高”患者体重及相关指标，结合“三高”病情制定个体化方案，通过生活方式干预、药物调整等措施，维持或改善体重状态，以辅助“三高”控制的综合服务。

### 3.3

#### 体质指数 body mass index, BMI

评估全身性肥胖的通用标准，该指数应用身高对体重进行校正，以减少身高因素对肥胖症评估的影响。

注：其计算方式为：体重（kg）除以身高（m）的平方。

### 3.4

#### 腰围 waist circumference

腋中线肋弓下缘和髂嵴连线中点的水平位置处体围的周径长度。

### 3.5

#### 超重 overweight

体质指数（BMI） $\geq 24.0\text{kg}/\text{m}^2$  且  $< 28.0\text{kg}/\text{m}^2$ 。

3. 6

**肥胖 obesity**体质指数（BMI） $\geq 28.0\text{kg}/\text{m}^2$ 。

3. 7

**体重过低 underweight**体质指数（BMI） $< 18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 。

3. 8

**腹型肥胖 abdominal obesity**男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ , 女性腰围 $\geq 85\text{cm}$ 。

3. 9

**肌少性肥胖 sarcopenic obesity, SO**

为肌少症和肥胖症共存的状态。

**4 体重管理内容****4. 1 筛查****4. 1. 1 筛查对象**

辖区内所有“三高”患者，包括首次就诊的“三高”患者、已纳入“三高”综合管理的随访患者。

**4. 1. 2 体重判定**

根据BMI和腰围判定为体重过低、体重正常、超重、肥胖（轻度/中度/重度/极重度）及腹型肥胖。见附录C、附录D。

**4. 2 建档****4. 2. 1 建立“三高”患者健康体重管理记录，并入“三高”患者综合管理档案。包括以下内容：**

- “三高”患者体重管理评估表；
- “三高”患者体重管理随访服务记录表；
- 转诊记录。

见附录A、附录B。

**4. 3 评估****4. 3. 1 体重异常评估**

体重异常评估包括以下内容：

- 体重异常起始时间、诱因、波动趋势，如近1年体重增减值；
- 既往体重管理措施及效果，如节食、运动、药物；
- 影响体重的疾病或药物，如甲状腺疾病、消化系统疾病、慢性消耗性疾病及降糖药物种类等。

**4. 3. 2 生活方式评估**

生活方式评估包括以下内容：

- a) 饮食评估：采用 24 小时膳食回顾法，结合食物频率问卷，记录每日热量摄入、宏量营养素比例（蛋白质、脂肪、碳水化合物）、餐次及零食摄入情况；
- b) 运动评估：记录每周运动类型、强度、时长、频率；
- c) 睡眠评估：睡眠质量与时长，是否存在睡眠时间不足。

#### 4.3.3 精神心理评估

精神心理评估包括以下内容：

- a) 进食障碍（暴食症/神经性厌食）；
- b) 焦虑/抑郁症（状态）；
- c) 双相障碍等。

#### 4.3.4 家庭/社会因素评估

评估家庭/社会因素造成体重异常的原因，并注意发掘治疗中可利用的家庭/社会资源。家庭因素评估工具包括：家庭结构（家系图）、家庭功能APGAR量表、PRACTICE 评估模型等。

#### 4.3.5 临床指标评估

- a) “三高”控制情况：
  - 1) 血压；
  - 2) 空腹及餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白 (HbA1c)；
  - 3) 血脂 (TC、LDL-C、TG、HDL-C)。
- b) 并发症与合并症：
  - 1) 超重/肥胖常见合并代谢功能障碍相关性脂肪性肝病、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、心血管疾病、肿瘤、胆石症、膝/骨关节炎、腰椎疾病等；
  - 2) 体重过低相关的营养不良、免疫力下降、骨质疏松与骨折等。

### 4.4 干预

#### 4.4.1 超重/肥胖干预

##### 4.4.1.1 动机访谈

4.4.1.1.1 通过开放式提问、反思性倾听等技巧，引导患者认识体重异常的危害及减重的必要性，消除抵触心理。

4.4.1.1.2 充分沟通生活方式改变的困难程度与自我管理的决定性地位。

4.4.1.1.3 确定体重管理的短期目标与长期目标，并与患者对于体重管理的长期性及体重反弹/波动的必然性进行预先交流。

##### 4.4.1.2 目标设定

4.4.1.2.1 大多数超重或肥胖的“三高”患者可以考虑以  $BMI < 24.0 \text{ kg/m}^2$  作为体重管理的目标，并根据年龄、并发症及合并症等情况适当调整 BMI 控制目标。

4.4.1.2.2 体重管理目标的实现主要分为 2 个阶段，强化治疗期和长期维持期。

4.4.1.2.3 从起始治疗到最接近体重管理目标的时期为强化治疗期，可分解为多个阶段，阶段性目标一般为 3 个月-6 个月减重 5%-10%，同时关注腰围变化。

4.4.1.2.4 接近体重管理目标后长期维持，避免体重波动和反弹，实现长期体重管理及“三高”综合达标。

##### 4.4.1.3 生生活方式干预

###### 4.4.1.3.1 饮食调整

4.4.1.3.1.1 符合低盐低脂糖尿病饮食。

4.4.1.3.1.2 常用减重膳食模式：限制热量平衡膳食，在限制热量摄入的同时具有合理的营养素分配比。

#### 4.4.1.3.2 运动干预

4.4.1.3.2.1 “三高”合并重度肥胖、心脑血管疾病、骨骼关节肌肉疾病的患者建议转至上级医院专科进行运动测评后出具运动处方。

4.4.1.3.2.2 运动处方制定的基本原则：个体化原则、循序渐进原则、安全有效原则、全面和长期性原则。

4.4.1.3.2.3 采取有氧运动与抗阻训练相结合的运动方式。

4.4.1.3.2.4 提醒患者运动时预防低血糖。

#### 4.4.1.3.3 行为改变与习惯养成

指导患者对热量摄入、运动强度/时长和自我监测频率设定具体的目标值，帮助患者在饮食、运动和相关行为方面做出客观、可衡量的改变。如，学习使用食物交换份模型进行食物替换，记录饮食/运动日记，每周回顾调整。

#### 4.4.1.4 心理社会支持

4.4.1.4.1 心理干预是超重/肥胖治疗中必不可少的一环，必要时配合药物、心理、认知行为治疗。

4.4.1.4.2 以家庭为基础的行为体重管理有利于帮助“三高”超重/肥胖患者。

4.4.1.4.3 针对患者的个体特征，纳入社会支持，来自亲戚朋友、医护人员及其他社会群体(如患者互助群)的支持，对患者长期坚持健康行为非常重要。

#### 4.4.1.5 药物调整

药物调整包括以下内容：

- a) 优选药物：对于超重/肥胖的“三高”患者，建议优先选择具有减重作用的降糖药，如GLP-1RA（司美格鲁肽、利拉鲁肽）、GIP/GLP-1RA（替尔泊肽）、SGLT-2i（达格列净等）。且新型减重药物NuSH受体激动剂，还兼具降压、降脂、心血管/肾脏保护及针对代谢障碍相关性脂肪性肝病、OSA等减重外获益。
- b) 规避药物：避免长期使用可能增重的药物，如胰岛素促泌剂、噻唑烷二酮类、胰岛素。
- c) 充分调整降糖方案之后体重控制仍不理想者，可以考虑使用减重药物；全剂量使用减重药物3个月内仍未达到减重目标，停用减重药物，并对患者进行重新评估。

见附录E、附录F。

#### 4.4.1.6 中医药干预

中医药服务以整体观念为特色，以辨证论治为原则，综合患者证候、体质，结合地域、时节等因素进行辨证，提供中医生活方式干预、相应方药及传统中医适宜技术服务（穴位埋线、针刺、艾灸、拔罐等）。

#### 4.4.1.7 长期管理与预防反弹

4.4.1.7.1 强化治疗期：注意以早期减重效果提升患者依从性。

4.4.1.7.2 长期维持期：

- a) 优先保持原有药物治疗与生活方式干预，再结合患者经济状况、依从性等调整；
- b) 及时识别反弹趋势，分析原因、增加随访频次、强化动机访谈、调整治疗方案；
- c) 突出行为习惯改变与自我管理的决定性地位，明确告知患者体重波动的危害，加强患者教育，提升患者配合度，鼓励家属参与患者的长期管理，保障体重长期稳定。

#### 4.4.1.8 肌少性肥胖

目前SO的定义及诊断标准不统一，老年人中更常见。注意在“三高”患者中筛查，尤其体重正常的“三高”患者。这类患者的识别，建议重视腰围的测量，优先选用腰围指标来筛查SO，必要时转诊上级医院，通过测定内脏脂肪面积、总肌肉/四肢骨骼肌质量以及肌肉力量等检查明确诊断。SO的治疗

策略主要依靠合理膳食及运动，不建议 SO 患者应用减重药物。

超重/肥胖的“三高”患者减重也不宜过快，以免造成肌肉质量的快速丢失。应用降糖/减重药物时，注意药物对肌肉质量的影响，避免减重过程中出现肌少症。

#### 4.4.2 体重过低干预

##### 4.4.2.1 “三高”患者体重过低的原因筛查：

- a) 慢性消耗性疾病，包括肿瘤、结核、甲状腺功能亢进、肾上腺皮质功能减退、胃肠疾病、神经精神系统疾病（如神经性厌食）等。
- b) 糖尿病病情未得到控制，导致代谢紊乱，摄入营养物质不能充分利用，分解机体脂肪和蛋白质，导致体重下降。
- c) 糖尿病患者饮食控制过于严格或运动消耗过多导致营养不良；
- d) 其他情况，疾病的演变状态（如 LADA）。

##### 4.4.2.2 干预措施：

- a) 对于合并慢性疾病导致体重过低的患者，首先针对病因进行治疗。
- b) 饮食，宜合理、逐步增加总热量的摄入；
- c) 运动，宜选择强度较低的运动或以抗阻运动为主，增加肌肉量，合并营养不良者需先改善营养状态，再逐步启动运动；
- d) 降糖药物选择，可选用对体重影响中性 (DDP4i) 或增重的药物（胰岛素促泌剂、噻唑烷二酮类），对符合胰岛素治疗适应证的体重过低患者，适时加用胰岛素治疗；
- e) 避免使用可能减重的药物，如 GLP-1 RA、GIP/GLP-1RA、SGLT-2i。

见附录 E。

#### 4.5 随访管理

##### 4.5.1 随访频次

按以下时期，选择随访频次：

- a) 强化治疗期：3 个~6 个月内，每周自测体重 (BMI) 及腰围，宜每月复诊 1 次，可视病情，增加频次。
- b) 长期维持期：每月自测体重 (BMI) 及腰围，季度及年度随访随“三高”管理，确保管理的协同性及连续性。

##### 4.5.2 随访内容

随访包括以下内容：

- a) 体重及腰围：测量体重 (BMI)、腰围；
- b) 生活方式执行：评估饮食计划、运动方案的依从性，调整干预措施；
- c) “三高”指标：测量血压、空腹/餐后血糖，每 3 个月检测 HbA1c 及血脂；
- d) 药物/中医药治疗安全性：询问药物/中医药治疗相关不良反应。

#### 4.6 双向转诊

##### 4.6.1 上转指征

###### 4.6.1.1 超重/肥胖：

- a)  $BMI \geq 37.5 \text{ kg/m}^2$  (重度/极重度肥胖)；
- b) 疑似“三高”合并继发性肥胖；
- c) “三高”合并心脑血管疾病/器官功能不全患者；
- d) 经 3 个~6 个月规范干预后体重降幅<3%或血糖、血压、血脂等代谢性指标无改善；
- e) 出现新发并发症或原有并发症加重；
- f) 怀疑出现与药物相关且难以处理的不良反应；
- g) 其他基层医疗卫生机构无法处理，经判断需要转至上级医院的情况。

###### 4.6.1.2 体重过低：

- a)  $BMI < 16.0 \text{ kg/m}^2$ ;
- b) 合并慢性消耗性疾病，包括肿瘤、结核、甲状腺功能亢进、肾上腺皮质功能减退、胃肠疾病、神经精神系统疾病(如神经性厌食)等;
- c) 经3个~6个月干预体重无改善，或血糖、血压、血脂等代谢性指标波动或不达标;
- d) 出现新发并发症或原有并发症加重;
- e) 怀疑出现与药物相关且难以处理的不良反应;
- f) 其他基层医疗卫生机构无法处理，经判断需要转至上级医院的情况。

#### 4.6.2 上转流程

- 4.6.2.1 接诊医师规范填写转诊单，按照分级诊疗原则，优先将患者转诊至紧密型医联体内的体重管理门诊。
- 4.6.2.2 转诊完成后，接诊医师宜在2周内进行电话随访，追踪患者转诊后的就诊情况，确保转诊衔接顺畅。

#### 4.6.3 转回指征

经上级医院完成评估与治疗计划后，病情稳定且符合以下条件的“三高”患者，可转回基层医疗卫生机构继续管理：已确定药物方案或完成减重手术，生命体征平稳，无严重并发症或并发症已得到有效控制，需长期体重管理及“三高”综合管理的患者。

#### 4.6.4 转回流程

- 4.6.4.1 上级医院完成治疗后，及时将患者诊疗信息(含诊断结果、治疗方案、随访建议等)下转至基层医疗卫生机构。
- 4.6.4.2 基层医疗卫生机构在收到下转信息后2周内主动联系患者，确认病情，并为其预约体重管理门诊复诊。
- 4.6.4.3 患者纳入基层“三高”综合管理，由基层团队定期开展随访，提供连续性服务。

### 4.7 健康教育

#### 4.7.1 群体教育

- 4.7.1.1 利用社区宣传栏、海报、宣传手册等传统宣传方式，广泛传播体重管理与“三高”的关系、健康生活方式知识。
- 4.7.1.2 邀请专科医师、营养师等举办相关专题讲座及健康咨询活动。
- 4.7.1.3 利用互联网、社交媒体等新兴平台，开展线上健康教育活动。创建健康科普公众号、微博账号，定期发布“三高”与体重管理的科普文章、短视频等内容。
- 4.7.1.4 通过网络媒体等进行健康知识推送和在线交流，提高健康教育的覆盖面和时效性。

#### 4.7.2 个体化教育

- 4.7.2.1 为患者提供《“三高”患者健康体重管理手册》，含食谱示例、饮食/运动记录表等。
- 4.7.2.2 宜使用可穿戴设备及线上体重管理平台指导患者的饮食和运动，进行远程健康教育。
- 4.7.2.3 将个体化健康咨询与健康教育渗透至每次复诊与随访中，提升患者健康素养，促进体重管理与“三高”综合达标。

### 5 体重管理流程

“三高”患者健康体重管理流程见图1。

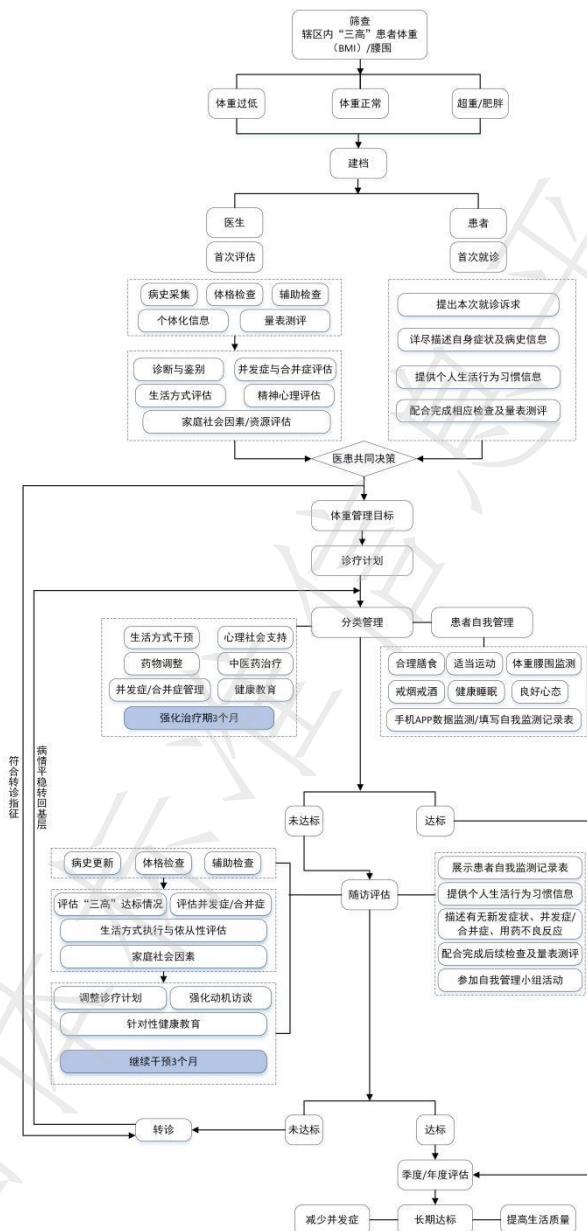


图1 “三高”患者健康体重管理流程图

## 6 服务管理

### 6.1 组建团队

基层医疗卫生机构组建“三高”患者健康体重管理团队，团队包括全科医师、中医师、公卫医师、护士等成员，团队中不少于1名全科医生接受过“三高”与体重异常共病管理相关培训。

### 6.2 设备配置

#### 6.2.1 人体测量设备

人体测量所需设备：

- 基础设备：身高体重秤、无弹性软尺；
- 拓展设备：生物电阻抗/双能X线体脂率检测设备、皮褶卡钳（皮脂厚度计）等。

### 6.2.2 检验/检查设备

检验/检查设备配置参照《基层医疗卫生机构“三高”患者综合服务指南》。

### 6.2.3 健康教育配置

食物交换份模型、2g 盐勺、25g 控油壶、健康宣传展板等。

### 6.3 资源协作

当医疗资源不足时，宜通过医联体机制与上级医院共享检验/检查/药物资源，如体脂分析、生化检测、治疗药物等。

### 6.4 信息化管理

基层医疗卫生机构宜配备信息化管理系统，实现数据对接、智能提醒与预警、远程会诊等。实现线上和线下、院外和院内联动的健康体重管理闭环。

附录 A  
(资料性)  
“三高”患者体重管理评估

“三高”患者体重管理评估表见表A.1。

表 A.1 “三高”患者体重管理评估表

基本情况				
姓名:	性别:	年龄:	职业:	文化程度:
评估日期:		首诊评估 <input type="checkbox"/> 随访评估 <input checked="" type="checkbox"/>		档案号:
病史				
现病史	体重异常起始时间: 儿童青少年时期超重/肥胖病史: 体重变化的诱因: 婚姻、生育、工作变更、戒烟、其他: 既往管理措施及效果: 持续时间: 次数: 效果:			
既往史 (三高)	型糖尿病 年, 目前用药: 空腹血糖波动范围: 餐后血糖波动范围: 最近糖化血红蛋白: 高血压 年, 目前用药: 血压波动范围: 血脂异常 年, 目前用药: 最近血脂化验结果:			
既往史 (并发症及其他病史)	“三高”并发症: 目前用药: 其他疾病史: 目前用药:			
生活方式 调 查	饮食调查: 盐(g/日): 油(g/日): 水(ml/日): 奶及奶制品(g/日): 大豆及坚果(g/日): 动物性食物(g/日): 肉 水产 蛋 蔬菜(g/日): 水果(g/日): 谷类(g/日): 薯类(g/日): 是否过食油煎食品、方便食品、快餐、零食等 运动调查: 类型 强度 时长 频次 睡眠时长及质量: 良好 一般 差; 平均每日 小时 吸烟史: 饮酒史:			
心理评估	心理状况: 正常 焦虑抑郁状态 进食障碍 其他精神障碍			
家庭与 社会因素	职业性质与压力: 家庭成员及关系: 其他重要社会关系:			
家族史	家族成员体重过低、超重、肥胖情况: 家族疾病史:			
体格检查与测量				
体温(℃)	脉搏(次/分)	呼吸(次/分)	血压(mmHg)	血氧饱和度(%)
身高 cm	体重 kg	腰围 cm	BMI kg/m <sup>2</sup>	
体脂率(%) 内脏脂肪面积(cm <sup>2</sup> )				
继发性肥胖相关体征:				
黑棘皮、满月脸、水牛背、多血质、皮肤紫纹、较多痤疮、甲状腺肿、其他:				
其他需记录的体征:				
辅助检查				
空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)			
HbA1c (%)				

TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	
ALT (U/L)	AST (U/L)	$\gamma$ -谷氨酰转移酶 (U/L)	总胆红素 ( $\mu$ mol/L)	
Scr ( $\mu$ mol/L)	BUN (mmol/L)	UA (mmol/L)		
心电图				
其 他 辅 助 检 查				
<b>诊 断</b>				
体重判定	体重过低 <input type="checkbox"/>	体重正常 <input type="checkbox"/>	超重 <input type="checkbox"/>	
	肥胖 (轻度 <input type="checkbox"/> )	中度 <input type="checkbox"/>	重度 <input type="checkbox"/>	极重度 <input type="checkbox"/>
体型判定	腹型肥胖 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>		
病因鉴别	肥胖综合征 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>		
	继发性肥胖:			
	甲状腺功能减退症、库欣综合征、下丘脑性肥胖、多囊卵巢综合征			
	使用增加体重药物: 糖皮质激素、避孕药、抗精神分裂症/抑郁药、胰岛素、噻唑烷二酮类、胰岛素促泌剂、其他药物:			
慢性消耗性疾病: 肿瘤、结核病、甲状腺功能亢进症、肾上腺皮质功能减退症、胃肠疾病、神经性厌食、其他:				
三高及其并发症的诊断				
其他疾病诊断				
转 诊	否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>	转诊指征:	
<b>治 疗</b>				
<b>超重/肥胖</b>				
减重目标	目标体重: _____ kg 本阶段目标: 3-6 个月体重下降 5%-10% 约 _____ kg			
心理干预	心理治疗 <input type="checkbox"/> 药物治疗 <input type="checkbox"/>			
家庭管理	参与者:			
饮食调整	限制热量平衡膳食	计算每日所需总热量:		
	盐(g/日):	油(g/日):	水(ml/日):	
	奶及奶制品(g/日):	大豆及坚果(g/日):		
	动物性食物(g/日): 肉	水产	蛋	
蔬菜(g/日):	水果(g/日):	谷类(g/日):	薯类(g/日):	
运动处方	有氧: 类型	强度	时长	频次
	抗阻: 类型	强度	时长	频次
药物调整	糖尿病用药:			
	高血压用药:			
	血脂异常用药:			
	并发症用药:			
其他用药:				
减重药物				
中医药	方剂:			
	技术:			
<b>体重过低</b>				
饮食调整	计算每日所需总热量:			
运动处方	抗阻: 类型	强度	时长	频次
	有氧: 类型	强度	时长	频次
药物调整	糖尿病用药:			
	高血压用药:			
	血脂异常用药:			
	并发症用药:			
其他用药:				

评估医师签名：

全国团体标准信息平台

附录 B  
(资料性)  
“三高”患者体重管理随访服务记录

“三高”患者体重管理随访服务记录见表B.1

表 B.1 “三高”患者体重管理随访服务记录表

姓名:			档案号:						
随访日期									
随访方式		<input type="checkbox"/> 门诊	<input type="checkbox"/> 家庭	<input type="checkbox"/> 电话	<input type="checkbox"/> 线上	<input type="checkbox"/> 门诊	<input type="checkbox"/> 家庭	<input type="checkbox"/> 电话	<input type="checkbox"/> 线上
体重 (kg)									
BMI (kg/m <sup>2</sup> )									
腰围 (cm)									
生 活 方 式	饮食	总热量控制: 达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/> 营养素配比: 合理 <input type="checkbox"/> 不合理 <input type="checkbox"/>				总热量控制: 达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/> 营养素配比: 合理 <input type="checkbox"/> 不合理 <input type="checkbox"/>			
	运动	处方执行情况: 达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/> 未执行 <input type="checkbox"/>				处方执行情况: 达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/> 未执行 <input type="checkbox"/>			
	睡眠	良好 一般 差; 平均每日 小时				良好 一般 差; 平均每日 小时			
	心理	正常 <input type="checkbox"/> 临界 <input type="checkbox"/> 需专科干预 <input type="checkbox"/>				正常 <input type="checkbox"/> 临界 <input type="checkbox"/> 需专科干预 <input type="checkbox"/>			
	遵医行为	良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/>				良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/>			
三 高 指 标	血糖	空腹血糖 (mmol/L): 餐后 2h 血糖 (mmol/L): HbA1c (%): 达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/>				空腹血糖 (mmol/L): 餐后 2h 血糖 (mmol/L): HbA1c (%): 达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/>			
	血压	达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/>				达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/>			
	血脂	达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/>				达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/>			
并发症		既往: 新出现:				既往: 新出现:			
不良反应		低血糖: 其他:				低血糖: 其他:			
其他疾病 控制情况		诊治无变化 诊治有变化:				诊治无变化 诊治有变化:			
服药依从性		规律 <input type="checkbox"/> 间断 <input type="checkbox"/> 不服药 <input type="checkbox"/>				规律 <input type="checkbox"/> 间断 <input type="checkbox"/> 不服药 <input type="checkbox"/>			
随访分类		达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/> 不良反应 <input type="checkbox"/> 并发症 <input type="checkbox"/>				达标 <input type="checkbox"/> 不达标 <input type="checkbox"/> 不良反应 <input type="checkbox"/> 并发症 <input type="checkbox"/>			
治 疗 调 整	饮食调整	每日摄入总热量:				每日摄入总热量:			
	运动调整	运动处方:				运动处方:			
	药物调整								
	中医药								
转 诊	转诊原因								
	机构及科别								
下次随访日期									
医师签名									

附录 C  
(资料性)  
中国成人(18岁及以上)体重判定标准

中国成人(18岁及以上)体重判定标准见表C.1

表C.1 中国成人(18岁及以上)体重判定标准

类别	体质指数(BMI) kg/m <sup>2</sup>
体重过低	BMI<18.5
体重正常	18.5≤BMI<24.0
超重	24.0≤BMI<28.0
肥胖	BMI≥28.0
轻度肥胖	28.0≤BMI<32.5
中度肥胖	32.5≤BMI<37.5
重度肥胖	37.5≤BMI<50.0
极重度肥胖	BMI≥50.0

附录 D  
(资料性)  
中国人群肥胖症的常用诊断标准

中国人群肥胖症的常用诊断标准见表D.1

表 D.1 中国人群肥胖症的常用诊断标准

项目	检测方法	性别	诊断标准		优缺点
BMI	体重/身高 <sup>2</sup> (kg/m <sup>2</sup> )		正常 18.5~23.9 超重 24.0~27.9 肥胖 ≥28		操作简单, 适用性广, 是目前最常用的诊断指标。但不能反映身体成分和脂肪分布。
腰围		男	正常 <85cm	腹型肥胖 ≥90cm	可以部分反映脂肪的分布, 衡量腹型肥胖, 操作简单, 适用性广。但测量误差较大, 使用中需注意正确的测量方法。
		女	正常 <80cm	腹型肥胖 ≥85cm	
腰臀比	腰围/臀围	男	正常 0.85~0.90	腹型肥胖 ≥0.90	可以部分反映脂肪的分布, 衡量腹型肥胖, 操作简单, 适用性广。但测量误差较大, 使用中需注意正确的测量方法。
		女	正常 0.75~0.80	腹型肥胖 ≥0.85	
腰高比	腰围/身高		正常 <0.5	腹型肥胖 ≥0.5	
体脂率	生物电阻抗, 双能 X 线	男	正常 10%~20%	肥胖 ≥25%	测量较为准确, 其中 CT 评估内脏脂肪面积是诊断腹型肥胖的金标准。但需要专门设备, 操作较为复杂, 价格较高。
		女	正常 15%~25%	肥胖 ≥25%	
内脏脂肪面积	CT、MRI		正常 <80cm <sup>2</sup>	腹型肥胖 ≥80cm <sup>2</sup>	

注: 对所有超重和肥胖患者(包括腹型肥胖)均应测量 BMI 及腰围; 如条件许可, 尽可能评估体脂率或内脏脂肪。

附录 E  
(资料性)  
各类降糖药物对体重的影响

各类降糖药物对体重的影响见表E.1

表 E.1 各类降糖药物对体重的影响

种类		HbA1c 下降幅度	低血糖 反应	对体重 影响	药物列举
促胰岛素 分泌剂		1%~2%	是	增重	格列齐特缓释片、格列喹酮、格列美脲
		0.3%~1.5%	是	增重	瑞格列奈、那格列奈
噻唑烷二酮类		1%~1.5%	否	增重	吡格列酮、罗格列酮
双胍类		1%~2%	否	中性	二甲双胍
$\alpha$ 糖苷酶抑制剂		0.5%~0.8%	否	中性	阿卡波糖、伏格列波糖、米格列醇
DPP-IV抑制剂		0.5%~1%	否	中性	西格列汀、利格列汀、沙格列汀、阿格列汀
SGLT-2抑制剂		0.5%~1%	否	减重 (中等)	达格列净、恩格列净
胰岛素			是	增重	胰岛素(短效、中效、长效、预混) 胰岛素类似物(速效、长效、预混)
GLP-1受体激动剂		1%~1.5%	否	减重 (中等~ 非常高)	减重效果
					药物列举
					非常高 司美格鲁肽(诺和泰)*、替尔泊肽*
					高 度拉糖肽、利拉鲁肽*
					中等 上文未涵盖的GLP-1RA

\* 具有2型糖尿病及减重双适应症药物，应注意不同适应症用法用量的差别。

附录 F  
(资料性)  
目前获批减重药物

目前获批减重药物见表F.1

表 F.1 目前获批减重药物

类别	减重药物	作用机制	给药方式和推荐剂量	减重效果	安全性	上市状态及适应症
脂肪酶抑制剂	奥利司他	脂肪酶抑制剂	120mg, 口服, 每日3次, 餐时或餐后1h内服用	全球(超重/肥胖): 与单纯生活方式干预, 使体重额外下降3.16%。1年减重幅度约2.9~4.4kg, 大部分的体重减轻发生在治疗的前6个月	主要引起胃肠道不良反应, 如油性斑点, 胃肠排气增多、大便有紧急感脂肪(油)性大便、脂肪泻、大便次数增多和大便失禁	2001年中 国上市, 为 OTC药物
NuSH 单受体 激动剂	贝那鲁肽*	GLP-1RA	0.2mg或最大耐受剂量, 皮下注射, 每天3次	中国人群(超重/肥胖, 非糖尿病): 0.2mg每日3次治疗, 16周平均减重6.0%	主要为胃肠道反应, 包括恶心、腹泻、便秘、呕吐、消化不良、上腹痛、食欲下降等, 其他可能的不良反应还包括与磺脲类降糖药或胰岛素合用时低血糖风险增加, 淀粉酶、脂肪酶升高, 胆石症, 心率升高, 过敏反应, 注射部位反应, 急性胰腺炎等, 但发生率均较低。	2016年中 国上市, 获 批2型糖尿 病适应证, 2023年7 月获批体 重管理适 应证
	利拉鲁肽*	GLP-1RA	3.0mg或最大耐受剂量, 皮下注射, 每天1次	中国人群: 暂无数据; 全球(超重/肥胖, 非糖尿病): 3.0mg每日1次治疗56周平均减重8.0%; 全球(超重/肥胖, 2型糖尿病): 3.0mg和1.8mg每日1次治疗5周平均减重分别为6.0%和4.7%	此外, GLP-1RA会导致啮齿类动物中甲状腺C细胞肿瘤的发生, 尽管目前尚无充分临床证据显示GLP-1RA会导致人类甲状腺C细胞肿瘤, 但具有甲状腺髓样癌或多发性内分泌腺瘤病2型的个人或家族史是该类药物的禁忌证	2011年中 国上市, 获 批2型糖尿 病适应证, 2023年7 月获批体 重管理适 应证
	司美格鲁肽 (诺和盈)*	GIP-1RA	2.4mg或最大耐受剂量, 皮下注射, 每周一次	中国人群(超重/肥胖, 合并或不合并2型糖尿病): 2.4mg每周1次皮下注射治疗44周后平均减重12.8%; 全球(超重/肥胖, 非糖尿病): 2.4mg每周1次皮下注射治疗68周后平均减重16.9%; 全球(超重/肥胖, 2型糖尿病): 2.4mg每周1次皮下注射治疗68周后平均减	2021年4 月中国上 市, 获批2 型糖尿 病适应证, 2024年6 月获批体 重管理适 应证	

				重 10.6%		
NuSH 双受体 激动剂	替尔泊肽*	GIP/GLP-1 双受体 激动剂	15mg 或最 大耐受剂 量, 皮下注 射, 每周一 次	中国人群 (超重/肥胖, 非糖尿 病) : 10、15mg 每周 1 次治疗 52 周后平均减重 14.4% 和 19.9%; 全球 (超重/肥胖, 非 糖尿病) : 5、10、15mg 每周 1 次治疗 72 周后平均减重分别 为 16.0%、21.4%、22.5%; 全 球 (超重/肥胖, 2 型糖尿 病) : 10、15mg 每周 1 次治疗 72 周后平均减重分别为 13.4% 和 15.7%		2024 年 5 月中国上 市, 获批 2 型糖尿病 适应证, 2024 年 7 月获批体 重管理适 应证
	玛仕度肽	GLP-1/GCG 双受体 激动剂	4mg 或 6mg, 皮下注射, 每周 1 次	中国人群 (超重/肥胖, 非糖 病) : 4、6mg 每周 1 次治疗 48 周后平均减重 12.05% 和 14.84%		2025 年 6 月中国上 市, 获批体 重管理适 应证

\* 具有 2 型糖尿病及减重双适应症药物, 应注意不同适应症用法用量的差别。

## 参 考 文 献

- [1]. WS/T428-2013成人体重判定.
- [2]. WS/T424-2013人群健康监测人体测量方法.
- [3]. WS/T426-2013膳食调查方法.
- [4]. 中华人民共和国卫生健康委员会医政司. 肥胖症诊疗指南(2024年版) [J]. 中华消化外科杂志, 2024, 23(10):1237-1260.
- [5]. 中华医学会内分泌学分会. 肥胖患者的长期体重管理及药物临床应用指南(2024版) [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2024, 40(7):545-564.
- [6]. 中华医学会糖尿病学分会, 国家基本公共卫生服务项目基层糖尿病防治管理办公室. 国家基层肥胖症综合管理技术指南(2025) [J]. 中华内科杂志, 2025, 64(7):604-613.
- [7]. 内分泌代谢科肥胖诊疗联盟, 中国医师协会内分泌代谢科医师分会肥胖学组. 体重管理门诊建设专家指导意见(2025版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(7):801-805.
- [8]. 中国营养学会肥胖防控分会专家组. 中国居民健康体重管理之减重行动20条: 基于科学循证的专家建议共识 [J]. 中国预防医学杂志, 2023, 24(11): 1137-1144.
- [9]. 母义明, 赵家军等. 2型糖尿病患者体重管理专家共识(2024版) [J]. 国际内分泌代谢杂志, 2024, 44(5): 359-370.
- [10]. 中华中医药学会《中医体重管理临床指南》专家组, 广东省针灸学会肥胖专病联盟. 肥胖症中医诊疗方案专家共识 [J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(8):786-794.
- [11]. 温暖, 赵娜, 徐慧先, 等. 佩连麻黄方加味联合穴位埋线治疗单纯性肥胖胃热湿阻证的疗效观察 [J]. 中医药导报, 2023, 29(12):67-71.
- [12]. 国家卫生健康委办公厅. 成人肥胖食养指南(2024版).
- [13]. 国家卫生健康委办公厅. 体重管理指导原则(2024年版).
- [14]. 李小英, 纪立农等. 糖尿病患者体重管理专家共识(2024版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2024, 16(9):959-971.
- [15]. 国家体育总局运动医学研究所. 临床运动处方实践专家共识(2025) [J]. 中国运动医学杂志, 2025, 44(5): 341-357.
- [16]. 李国平, 王正珍等. 运动处方中国专家共识 [J]. 中国运动医学杂志, 2023, 42(1): 3-13.
- [17]. 中国营养学会肥胖防控分会, 中华预防医学会体育运动与健康分会等. 中国居民运动减重专家共识 [J]. 中国预防医学杂志, 2024, 25(4): 395-405.
- [18]. 国家卫生和计划生育委员会. 国家基本公共卫生服务规范(第三版).
- [19]. 中关村肿瘤微创治疗产业技术创新战略联盟. 健康体重管理中心建设管理规范(2025).
- [20]. 北京慢性病防治与健康教育研究会. 基层医疗卫生机构“三高”患者综合服务指南(2025).