

陕西省卫生健康委员会文件

陕卫医急发〔2026〕6号

陕西省卫生健康委关于 印发《陕西省健康体重管理服务规范 (2026年版)》的通知

各设区市、杨凌示范区卫生健康委（局），各委直委管单位：

为进一步强化慢性病防治关口前移，提升健康体重管理的规范化水平，根据国家卫生健康委办公厅印发的《体重管理指导原则（2024年版）》《成人肥胖食养指南（2024年版）》等指南规范，省卫生健康委组织专家制定了《陕西省健康体重管理服务规范（2026年版）》，现印发给你们，供推广使用。请指导辖区内各医疗机构认真组织开展培训，持续提升成人超重及肥胖症

诊疗的规范化、同质化水平。



(信息公开形式：主动公开)

陕西省健康体重管理服务规范

(2026年版)

成人超重及肥胖症诊疗要科学全面评估，实施个体化、阶梯式干预策略，加强随访管理，确保体重安全有效控制、预防和减少并发症、提升患者生活质量，实现长期健康获益的目标。

一、初诊评估

(一) 病史采集

1. **详细问诊：**询问并记录就诊者体重变化及其诱因、日常活动情况、睡眠情况以及用药史；重点询问与体重相关的内分泌及代谢疾病，如甲状腺、垂体、肾上腺疾病以及糖尿病、高脂血症、高尿酸血症等；女性应记录月经周期、不孕史，男性应记录性功能状况；并记录既往减重经历、方式及效果。

2. **减重意愿与能力评估：**明确患者对体重管理的目的和意愿，如目标体重、减重速度、健康改善、疾病控制、形象管理等；评估个人运动能力、自律能力和用于体重管理的可支配时间等。

3. **饮食行为调查：**整体评估饮食行为，了解高脂肪、高糖分和高碳水化合物类食物的摄入频率；了解家庭烹饪油、盐、调味品等使用情况；了解外出就餐、购买外卖习惯；了解健康食材的使用情况；评估患者对“少油少盐、全谷物替代、增加蔬菜豆类”的可接受度。

(二) 体格检查

1. **一般测量：**测量身高、体重、腰围、臀围、小腿围（用

于评估骨骼肌量情况)和血压、心率。计算 BMI、腰臀比、腰高比。

2. 体征观察: 观察评估肥胖相关的体征,如黑棘皮症、紫纹、毛发分布、第二性征发育情况、有无特殊面容。

3. 评估人体成分分布: 可采用生物电阻抗法(BIA)、皮褶厚度及影像学检查,包括双能 X 线(DXA)、CT 和 MRI 进行评估,以评估体脂分布、体脂率及内脏脂肪面积。(可根据设备配备情况选择)

(三) 心理睡眠评估

筛查抑郁、焦虑、进食障碍等心理问题和睡眠情况,可选做9项患者健康问卷(PHQ-9);7项广泛性焦虑障碍量表(GAD-7);进食障碍调查量表(EDI),匹兹堡睡眠指数评估睡眠质量。(见附表1)

建议对怀疑合并阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)的肥胖患者进行颈围测量,评估颈部异位脂肪沉积情况。

(四) 肥胖及并发症筛查

建议结合就诊者病史、体格检查等情况,有针对性地开展肥胖及并发症的实验室检查和影像学检查:

1. 评估代谢情况: 口服葡萄糖耐量实验(OGTT)及同步胰岛素或C肽释放试验、糖化血红蛋白、血脂谱、血尿酸。

2. 评估心血管系统情况: 心电图、超声心动图、颈动脉超声、同型半胱氨酸测定。

3. 评估肾脏受累情况: 肾功能、尿常规及尿微量白蛋白/肌酐比。

4. 评估肝脏受累情况: 肝功能、腹部超声、肝纤维化4因子

指数（FIB-4）、肝脏瞬时弹性成像。

5. **评估呼吸系统受累情况：**指脉氧、呼吸频率、睡眠呼吸监测。

6. **评估其他系统受累情况：**包括妇科多囊卵巢综合征筛查（妇科B超）、微量元素及骨代谢评估（电解质、维生素D等）；痛风或体重负荷过大造成损伤时，可进行关节超声或X线检查。

（五）继发性肥胖筛查

建议结合就诊者病史、体格检查等情况，有针对性地开展继发性肥胖相关实验室检查和影像学检查：

1. **实验室检查：**甲状腺功能、皮质醇节律、促肾上腺皮质激素、性激素。

2. **影像学检查：**临床疑似甲状腺相关疾病可进行甲状腺超声检查；临床疑似肾上腺相关疾病时可进行肾上腺CT检查；临床疑似垂体相关疾病时可进行垂体MRI检查。

二、诊断与鉴别

（一）肥胖症诊断

1. **基于BMI的诊断标准：** $24 \leq \text{BMI} < 28 \text{kg/m}^2$ 为超重， $\text{BMI} \geq 28 \text{kg/m}^2$ 为肥胖，进一步可分为轻度肥胖（ $28-32.5 \text{kg/m}^2$ ）、中度肥胖（ $32.5-37.5 \text{kg/m}^2$ ）、重度肥胖（ $\geq 37.5 \text{kg/m}^2$ ）。（见附表2）

2. **基于体型特征的诊断标准：**腰围 $\geq 90 \text{cm}$ （男性）/ 85cm （女性）可诊断为中心性肥胖。此外，腰臀比、腰高比同样是反映中心性肥胖的指标，当腰臀比 ≥ 0.90 （男性）/ 0.85 （女性）或腰高比 ≥ 0.5 时，也可诊断为中心性肥胖（见附表3）。

3. **基于体脂指数的辅助诊断：**在具备人体成分分析条件时，

可结合体脂率或其他体脂指标对肥胖进行辅助诊断，尤其适用于识别BMI正常但体脂异常升高者。

（二）病因鉴别

在诊断原发性肥胖时，应排除继发性肥胖，如下丘脑-垂体-肾上腺轴病变、甲状腺功能减退、创伤、遗传性疾病、药物等所致肥胖。对继发性肥胖、合并复杂并发症、存在严重心理障碍的患者及妊娠期患者，应建议转至相关专科进一步治疗。

三、制定个体化治疗方案

对超重肥胖患者可采取强化治疗期、治疗维持期“两阶段”递进策略，同时需结合人群特征设定个体化目标，以达到个体最佳体重并实现长期治疗目标。

（一）“两阶段”递进策略

1. 强化治疗期：根据患者年龄、并发症情况，兼顾疗效与安全，个体化设定3-6个月的短期减重目标。年轻、并发症少的患者，建议3-6个月减重10-15%，通过快速减重改善代谢指标，降低疾病风险；年长、并发症多的患者，建议3-6个月减重5%-10%，优先保障安全，以平稳减重为核心原则。

2. 治疗维持期：在强化治疗期达成阶段性目标后，转入长期维持阶段，个体化设定治疗维持方案。超重及轻度肥胖症患者，3-6个月内减重5%-15%为基础目标，后续长期维持该体重区间，避免反弹；中、重度肥胖症患者，可设定更高的减重目标，以最大化改善代谢异常，优化临床结局（见附表4）。

（二）多学科协作模式

建议开展“以患者为中心”的多学科协作诊疗模式，特别是复杂病例、继发性肥胖症（如重度肥胖合并多并发症、内分

泌疾病以及罕见病因引起的肥胖症)。

(三) 三师协同机制

鼓励有条件机构采取医师/专科护士、临床营养师、运动康复师“三师协同”工作机制。

四、治疗措施

(一) 生活方式干预(核心)

1. 营养处方: 基于评估结果, 为患者开具个体化的医学营养处方。处方应明确每日能量及宏量营养素分配, 可采用限能量平衡膳食或特定治疗膳食模式。结合“两阶段”递进策略, 融入三师协同共管流程, 同步开展睡眠、心理等综合干预。

(1) 强化治疗期: 强化治疗期建议每日减少500-750 kcal的热量摄入。为保障安全, 总热量摄入男性一般不低于1200kcal/d、女性不低于1000kcal/d。对于BMI $\geq 40\text{kg}/\text{m}^2$ 或合并严重代谢疾病的患者, 应在密切监测下进行极低能量干预, 并注意补充复合维生素及矿物质, 防止肌肉流失。

(2) 治疗维持期: 逐步调整膳食结构, 总热卡推荐可调整至体重(kg) $\times 25\text{kcal}/\text{kg}/\text{d}$ 。增加天然食物种类和份量, 培养长期健康饮食习惯。

建议结合本地饮食习惯提供选择食物建议, 并个体化调整膳食细节(见附表5、附表6)。推荐使用膳食记录工具, 定期(如每2-4周)进行回顾与指导。鼓励引入人工智能辅助的体重管理应用程序, 帮助患者进行饮食打卡、接收个性化提醒与健康教育知识推送, 辅助监测与管理。

2. 运动处方: 开具运动处方需考虑患者年龄、心肺功能、体能、关节承受能力及合并症, 在充分评估的基础上, 循序渐

进，制定个体化运动处方（见附表7、表8）。

（1）有氧运动：每周累计150分钟以上低强度/中等强度有氧运动（如快走、慢跑、游泳、骑车），运动时心率达到最大心率的60%-70%。

（2）抗阻训练：每周进行2-3次针对主要肌群的抗阻训练（两次间隔 \geq 48小时），每次1-3组，每组8-12次。

（3）平衡、柔韧性练习及日常活动：建议进行日常拉伸，并减少静坐时间，增加非运动性热消耗。

3. 睡眠干预：建议就诊者规律作息，保证每晚7-9h的高质量睡眠，限制白天午睡时间（建议20-30分钟），避免影响夜间睡眠。对于存在打鼾、白天嗜睡等症状者，建议进行OSAS筛查与治疗。

（二）心理行为干预

通过认知行为疗法，包括健康教育、营养和饮食习惯、体育运动等，纠正不良饮食行为、培养健康生活习惯。

（三）药物治疗

当通过生活方式干预无法达到减重目标，超重且伴有一种以上合并症，经严格临床评估后，可在生活方式干预的基础上联合应用NuSH受体激动剂类减重药物（见附表9）。注意要结合患者当前体重、并发症情况、减重目标等多方面因素综合评估，并选择适宜药物种类（见图2）。

（四）手术治疗

当符合手术适应症时（见附表10），经评估充分评估，可选择减重代谢手术治疗，手术通过缩小胃容积和（或）缩短小肠有效长度，限制摄食量和（或）减少营养吸收，从而减轻体重。微创可逆的胃内球囊术或十二指肠胃转流支架置入术可作

为补充或过渡治疗选择。（见附表11）

五、随访与调整

（一）短期随访

每月监测体重、BMI、腰围，血压、体脂率（可选），每3个月复查血糖、血脂、尿酸和尿白蛋白肌酐比值、肝功、肾功能、血常规、尿常规、肝脏瞬时弹性成像（可选）。

（二）长期管理

每年评估并发症进展，如代谢相关脂肪性肝病/代谢相关脂肪性肝炎、心血管疾病、慢性肾病、OSAS、骨关节炎、多囊卵巢综合征等。

六、预防与健康教育

（一）纠正减重误区

强调结合饮食、运动和行为的综合干预方式，科学管控热量缺口，杜绝极端节食，循序渐进地开展健康体重管理。

（二）提升自我管理意识

定期监测体重、腰围等指标，鼓励记录饮食与运动情况，建立长期健康的生活方式。

（三）倡导健康生活行为

规律作息，减少久坐，每周保持150分钟中等强度运动，养成三餐定时、细嚼慢咽的习惯。

七、适用范围

本规范主要适用于二级及以上综合医院；中医药体重管理相关内容参见《陕西省健康体重管理中医药干预方案》。

附件：陕西省健康体重管理专家组

附表 1

超重/肥胖症患者常用精神心理评估量表及解读

量表名称	用途	评分范围	筛查临界值及分级	结果解读
9 项患者健康问卷 (PHQ-9)	评估抑郁情绪	0-27 分	1. ≥ 10 分提示中度及以上抑郁 2. 10-14 分提示中度抑郁 3. 15-19 分提示中度至重度抑郁 4. ≥ 20 分提示重度抑郁	分数越高, 抑郁症状越严重, 伴随情绪低落、兴趣减退、睡眠障碍等, 与情绪性进食风险相关
7 项广泛性焦虑障碍量表 (GAD-7)	评估焦虑状态	0-21 分	1. ≥ 8 分提示中度及以上焦虑 2. 8-10 分提示中度焦虑 3. 11-14 分提示中度至重度焦虑 4. ≥ 15 分提示重度焦虑	焦虑程度越高, 伴随紧张、担忧、心慌等症状, 易导致高糖食物摄入增加, 影响体重管理
匹兹堡睡眠指数 (PSQI)	评估睡眠质量	0-21 分	>7 分提示存在睡眠障碍	睡眠不足或质量差会影响激素平衡, 增加饥饿素分泌, 导致食欲增加, 不利于体重控制
进食障碍量表 (EDI)	神经性贪食的心理及行为特征	按各维度得分判定	采用 6 级评分制 (1-6 分), 分数越高表示相关问题越严重。	总分及各维度得分可反映个体进食障碍的风险程度和心理特征

注: 以上量表需由专业人员解读, 结果仅供参考, 具体诊断和干预需结合临床评估。

附表 2

中国成人体重判定标准

类别	BMI（体质量指数）， kg/m ²
体重过低	<18.5
体重正常	18.5-23.9
超重	24.0-27.9
肥胖	≥28.0

注：BMI=体重（kg）/身高²（m²）

附表 3

依据腰围的成人中心型肥胖分类

分类	男性	女性
中心型肥胖前期	85 cm<腰围<90 cm	80 cm<腰围<85 cm
中心型肥胖	腰围 ≥ 90 cm	腰围 ≥ 85 cm
	腰臀比 ≥ 0.90 (男性) / 0.85 (女性) 腰高比 ≥ 0.5	

附表 4

伴有合并症/并发症的患者减重目标

伴有相关合并症/并发症的减重目标		
合并症/并发症	治疗目标	
	干预/减重目标	临床目标
代谢综合征	10%	预防 2 型糖尿病发生
糖尿病前期	5%–7%	预防 2 型糖尿病发生
2 型糖尿病	≥ 5%	降低糖化血红蛋白水平；减少降糖药物种类和/或剂量；
	10%–15%或更多	缓解糖尿病，特别当糖尿病病程较短时
血脂异常	5%–10%或更多	降低甘油三酯水平；升高高密度脂蛋白胆固醇水平；降低非高密度脂蛋白胆固醇
高血压	≥ 5%	降低收缩压及舒张压水平；减少降压种类和/或剂量
代谢相关脂肪性肝病	≥ 5%	代谢相关脂肪性肝病好转或逆转
1. 脂肪变性	3%–5%	减少肝细胞内的的脂质
2. 脂肪性肝炎	7%–10%	改善炎性
3. 肝纤维化	≥ 10%	改善纤维化
多囊卵巢综合征	5%–15%或更多	排卵；月经规律；减少多毛症；增加胰岛素敏感性；降低血浆雄激素水平
女性不孕	5%–10%或更多	排卵；怀孕及活产
男性性腺轴功能减退症	5%–10%或更多	增加血浆睾酮
阻塞性睡眠呼吸暂停	5%–15%或更多	改善症状；降低呼吸暂停低通气指数
哮喘/气道反应性疾病	5%–10%或更多	改善第一秒用力呼吸容积；改善症状

附表 4

伴有合并症/并发症的患者减重目标 (续表)

伴有相关合并症/并发症的患减重目标		
合并症/并发症	治疗目标	
	干预/减重目标	临床目标
骨关节炎	$\geq 10\%$	改善症状
	加上运动时 5%-10%	提高功能
压力性尿失禁	5%-10%	
胃食管反流病	10%-15%或更多	降低症状发作频率及严重程度
抑郁症	-	减少抑郁症状; 改善抑郁评分

注：减重速率需结合肥胖症程度及减重方式综合判定，减重过程中需重点防范脱水、肌少症及内分泌系统紊乱等问题。建议每 3-6 个月对减重效果、体重波动情况及各项代谢指标进行全面评估，及时调整干预方案，确保减重的科学性与可持续性。

附表 5

陕西省特色食物分层级营养处方推荐表

类别	推荐层级	强化治疗期（严格控能，每日减 500-750kcal）	治疗维持期（平稳控能，培养长期习惯）
谷薯类	优选食物	蒸煮杂粮类：杂粮米饭（黑米/糙米/燕麦米）、荞麦饅饅、玉米糝粥、蒸山药/红薯/紫薯（替代部分主食）等	蒸煮粗细搭配类：杂粮馒头/米饭、燕麦饭、荞麦面、蒸玉米、蒸芋头、蒸土豆、绿豆粥、红豆饭等
	适量选择（单日 ≤ 100g）	精制米面轻度加工品：白米饭（小份）、白面条（清汤）、蒸白馒头（小半份约 35g）、汉中热米皮（无油无辣，每餐 ≤ 150g）等	陕西特色精制主食（限量）：肉夹馍（纯瘦无酱，饼为全麦）、凉皮（无油少盐、搭配蛋白质）、甑糕（无糖版，每月 ≤ 2 次，每次 ≤ 50g）、蒸饺（素馅/纯瘦馅）、豆花泡馍（馍减半）等
	避免食物	高油高糖精制主食：菜盒、油条、油炸饼夹菜、油酥烧饼、牛肉饼、核桃馍、麻花、甜甑糕、油泼面、岐山臊子面（高油版）、肉夹馍（肥馅+油酥饼）等	高油高糖主食：油炸糕、牛肉饼、柿子饼、蜜枣甑糕、油酥麻花、高油臊子面、油炸馓子等
蔬菜类	优选食物	非淀粉类低卡蔬菜：菠菜、芹菜、西兰花、莲菜、白菜、冬瓜、黄瓜、西红柿、木耳、苦菜、凉拌苜蓿等	非淀粉类蔬菜+少量淀粉类蔬菜：在强化期基础上，增加蒸土豆、蒸芋艿（替代部分主食）、菱角等
	适量选择（需减少当日主食，单日 ≤ 100g）	淀粉类蔬菜：炒山药、清炒莲藕、蒸烩南瓜（替代主食食用）等	淀粉类蔬菜：清炒土豆丝、炖南瓜、炒菱角（正常食用，计入全天主食）等
	避免食物	高油高糖烹饪蔬菜：油焖茄子、油炸茄盒、豆角茄子、糖醋莲菜、油炸土豆条、拔丝红薯、腊肉炒蔬菜（高油版）等	高油烹饪蔬菜：油泼茄子、油炸茄盒、红烧南瓜、油炸莲菜夹、腊肉炒蔬菜（高油版）等

肉蛋水产类	优选食物	低脂瘦肉类：猪里脊、牛腱子肉、纯瘦羊肉、鸡胸肉、去皮鸭肉；水产：清蒸鲤鱼/草鱼/鲫鱼；水煮虾、淡水鱼；蛋类：蒸鸡蛋、水煮蛋、鸡蛋羹等	低脂瘦肉类+少量中度脂肪肉类：在强化期基础上，增加卤猪腱子、清蒸鲈鱼、烤纯瘦羊肉（无油）；蛋类：茶蛋（低盐无糖）、水蒸蛋等
	适量选择（单日≤50g）	中度脂肪肉类/水产：排骨（清炖，去油）、带皮禽肉（少量）、煎带鱼（少油）、黄辣丁（清汤煮）等	陕西特色肉类（限量），梆梆肉（低盐无油版）、清炖羊肉（去肥肉）、酱牛肉（低盐低油）等
	避免食物	高脂肉类/内脏/高油烹饪：肥肉、五花肉、猪蹄、脑花、葫芦头（大肠）、炖肉（高油）、油炸鱼、红烧带鱼、腊肉/熏肉（高盐高油）等	高脂肉类/高油烹饪：同强化期，避免新增高油特色肉类加工品等
豆类	优选食物	无糖低脂豆制品：无糖豆浆、北豆腐、南豆腐、内酯豆腐、凉拌豆腐丝（低盐）等	无糖低脂豆制品+少量加工豆制品，在强化期基础上，增加腐竹（少油泡发）、素鸡（低盐）等
	适量选择（单日≤30g）	轻度加工豆制品：豆沙（无糖）、豆腐泡（少油）等	特色豆制品：兰花豆（无盐无糖）、豆腐乳（低盐，单日≤5g）等
	避免食物	高油高盐高糖豆制品：油豆腐、油炸腐竹、甜豆沙馅、咸豆腐乳、麻辣豆干等	同强化期
乳类	优选食物	纯牛奶、无糖酸奶、低脂舒化奶、无糖羊奶（陕西本地）等	无糖低脂乳类+少量风味乳类，在强化期基础上，增加低盐奶酪（单日≤20g）、原味酸牛奶（少量糖）等
	适量选择（液态乳类单日≤100mL，固体类单日≤20g）	低糖酸奶、淡奶酪等	原味酸奶（可自行添加少量新鲜水果丁）、风味牛奶（无糖）、淡奶酪（≤30g）等
	避免食物	高糖高脂乳类：果味酸奶、复原乳、奶油、炼乳、含糖果粒酸奶、花式牛奶饮品等	同强化期
水果类	优选食物	低糖水果（每日≤150g）：草莓、蓝莓、树莓（浆果类）、樱桃、柚子、柠檬、杨梅、圣女果（小番茄，可作蔬菜）等	低糖+部分中糖水果（每日≤200g），在强化期基础上增加应季水果：苹果、猕猴桃、梨、桃子、李子、杏等

	适量选择	中糖水果（每次≤100g）：苹果、猕猴桃、梨、桃子、李子、杏、柑橘类（橘子、橙子）等	高糖水果（每次≤100g，每月≤4次）：柿子、石榴、葡萄、香蕉、冬枣、荔枝、龙眼、芒果等
坚果类	优选食物	无添加原味坚果：原味杏仁、原味核桃、原味腰果（陕西本地核桃为主，单日≤10g）	无添加原味坚果：在强化期基础上，增加原味巴旦木、原味松子（单日≤15g）
	适量选择（单日≤8g）	低盐坚果：淡盐核桃、淡盐杏仁（计入全天盐摄入）	低盐低糖坚果：椒盐核桃（低盐，单日≤10g）、淡盐腰果（计入全天盐摄入）
	避免食物	高油高糖盐坚果：奶油核桃、琥珀桃仁、盐焗腰果、油炸花生	同强化期
调味品类	优选食物	低脂低盐天然调味品：菜籽油、橄榄油、紫苏油、亚麻籽油、醋（陈醋/米醋）、低钠盐、花椒、八角、桂皮、生姜、大蒜、葱花、泡椒（无盐）、新鲜辣椒、干辣椒	低脂低盐调味品：在强化期基础上，增加少量豆瓣酱（低盐）、生抽（低盐）
	适量选择（单日≤5g）	中度盐糖调味品：甜面酱（低盐）、蜂蜜（单日≤5g）、黄油（无盐，单日≤3g）	特色调味品（限量）：油泼辣子（少油，单日≤2g）、豆瓣酱（低盐，单日≤5g）
	避免食物	高油高盐高糖/反式脂肪调味品：猪油、人造奶油、起酥油、普通豆瓣酱、黄酱、高盐酱油、蜜饯类调味、含糖沙拉酱	同强化期

注：本表为通用性指导建议，适用于一般超重/肥胖人群；若患者合并慢性疾病（如糖尿病、肾病、高血压、痛风等）或存在特殊情况，需进行个体化评估与方案调整。按减重不同阶段（强化治疗期、治疗维持期）分层级制定，结合本地饮食文化，明确各阶段优选、适量选择及避免食物，并按谷薯、蔬菜、肉蛋水产、豆类、乳类、水果类、坚果、调味品八大类别划分，提升临床指导价值，适配不同减重阶段的能量与膳食需求。

附表 6

推荐减重食谱（示例）

餐次	食谱内容	食材重量	备注
早餐	煮玉米（带棒）	150g	陕西本地甜糯玉米，蒸煮
	杂粮粥	赤小豆 8g、小米8g、大米 8g	熬煮时加水量约 300-400ml，熬煮至软烂，无添加糖
	煮鸡蛋	1 个（50g）	清水煮，无盐无油
	凉拌木耳胡萝卜丝	干木耳 8g、胡萝卜80g	加少量醋、蒜末调味，无油少盐
加餐	低脂纯牛奶	200mL	无糖、低脂，常温/温饮均可
中餐	杂粮饭	大米 20g、薏苡仁20g、紫米 15g	蒸煮，粗细搭配，如饥饿感明显，可增加 100g 混合叶类蔬菜
	猪肉白菜豆腐炖粉条	干粉条 20g、北豆腐 50g、猪后腿肉30g、白菜 180g	清汤炖，去浮油，少盐少料
	香菇炒青菜	鲜香菇 20g、小青菜 100g	少油炒制（≤2g 植物油）
加餐	橘子	150g	新鲜橘子，无添加
	原味核桃仁	8g	无盐无糖，原味
晚餐	杂粮小馒头（全麦+玉米粉）	50g	杂粮制作，蒸煮，为主食核心
全天调味品	清炒芹菜豆干	芹菜 120g、豆干40g	少油炒制（≤2g 植物油），加少量花椒调味
	鸡丝炒青椒木耳	鸡胸肉 30g、青椒120g、干木耳 5g	鸡胸肉切丝，快炒（≤3g 植物油），加姜丝、少许生抽调味
	植物油	10g	分配至各餐，优选菜籽油/橄榄油/亚麻籽油
	食用盐	≤4g	全程低盐，避免额外添加酱、咸菜

注：1. 本食谱确保三餐均有主食，符合膳食平衡原则，融入陕西本地食材与烹饪方式，能量及宏量营养素计算精准，其中蛋白质52g、碳水化合物178g、脂肪34g；宏量营养素供能比：蛋白质17.3%、碳水化合物59.3%、脂肪23.4%，适配减重强化治疗期基础能量需求。2. 本食谱为建议模板，如合并糖尿病、高血压、肾病等慢性疾病，可根据患者具体情况（运动量、耐受性、季节）进行个体化调整。

附表 7

不同体重人群进行体重管理的运动原则

运动原则	超重、轻中度肥胖 ($24 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 37.5 \text{ kg/m}^2$)	重度肥胖 ($\text{BMI} \geq 37.5 \text{ kg/m}^2$)
运动前提	健康筛查与运动风险评估, 并设定个性化的减重目标与计划	健康筛查与运动风险评估, 设定个性化的减重目标与计划, 着重加强自我监测与管理
运动目的	降低体脂肪含量, 同时尽可能维持瘦体重。重视根据个人兴趣选取运动形式, 提高依从性, 并进行生活方式干预, 矫正引发过度进食或身体活动不足的行为习惯	降低体脂肪含量。重视根据个人兴趣选取运动形式, 提高依从性, 并进行生活方式干预, 矫正引发过度进食或身体活动不足的行为习惯
运动方式推荐	建议以有氧运动或有氧结合抗阻运动作为减重的主要运动方式。其次为高强度间歇运动, 具有更高的时效性, 更适合有一定体能基础但依从性较差和时间不便的人群。注意减少久坐时间, 增加日常身体活动消耗量	建议以有氧运动作为减重主要运动方式。如果有关节活动障碍, 需先进行功能康复训练或治疗, 待症状消失后再开始减脂训练
运动强度	建议根据个体体能基础, 以低—中强度有氧运动开始, 逐渐增加身体活动量(频率、强度、持续时间), 每周至少进行 150 min 中等强度运动, 逐渐达到 250 min/周中等至较大强度运动	建议根据个体体能基础, 从低强度有氧运动开始, 循序渐进地增加身体活动量(频率、强度、持续时间)。初始阶段应避免剧烈运动, 在有监督的环境下开始低强度有氧运动, 最佳强度为最大脂肪氧化强度运动, 持续训练时间从 30 min 开始, 逐渐增加至 60–120 min。随着体能的提高, 可增加抗阻运动, 甚至高强度有氧运动。但重度肥胖患者在开始高强度运动前应进行全面的医学评估, 以帮助确定是否存在参与高强度运动的禁忌证

附表8

一般成年人超重肥胖运动干预方案

运动类型	频率	强度	时间/推荐量	类型
有氧运动	≥5 d/周	以中等强度（如40%-50% VO:R 或 HRR）起始，逐渐递增至较大强度（≥60% VO:R 或 HRR）以获得更多健康收益	30 min/d，累计150 min/周；逐渐增加至60 min/d 或不少于250-300min/周	持续性的、有节奏的、动员大肌肉群的运动（如步行、骑车、游泳）
抗阻运动	2-3 d/周	60%-70% 1RM，可逐渐递增以增加肌肉和肌肉量；老年人以40%-50% 1RM 为起始强度提高力量	每个主要肌群进行2-4组，每组重复8-12次的练习	器械练习和/或自由力量练习
柔韧性练习 (前文需提及)	>2-3 d/周	拉伸至感觉紧张或轻度不适	静态拉伸10-30秒，每个动作重复2-4次	静态拉伸、动态拉伸和/或PNF拉伸

注：VO:R：储备摄氧量；1RM：1次重复最大量；HRR：储备心率；PNF：本体感觉神经肌肉促进法。

附表 9

5 种国内获批用于成年原发性肥胖症的 NuSH 受体激动剂类减重药物简表

药品名称	贝那鲁肽	利拉鲁肽	司美格鲁肽注射液	替尔泊肽	玛仕度肽
药物类别	GLP-1 受体			GLP-1/GIP 双受体激动剂	GLP-1/GCG 双受体激动剂
适应证	BMI ≥ 28 kg/m ²	初始 BMI ≥ 30 kg/m ² (肥胖)		初始 BMI ≥ 28 kg/m ² (肥胖)	
	或 BMI ≥ 24 kg/m ² 伴随至少 1 种体重相关合并症, 如高血糖、高血压、血脂异常、脂肪肝、OSAS 等	或 ≥ 27 kg/m ² (超重) 并伴有至少 1 种体重相关的合并症, 如高血压、T2DM 或血脂异常	或 ≥ 27 kg/m ² (超重) 且存在至少 1 种体重相关合并症, 如高血糖、高血压、血脂异常、OSAS 或心血管疾病等	或 BMI ≥ 24 kg/m ² (超重) 并伴有至少 1 种体重相关合并症, 如高血压、血脂异常、高血糖、OSA S、心血管疾病等, 适用于在控制饮食和增加运动基础上, 治疗成人肥胖患者中度至重度 OSAS	或 BMI ≥ 24 kg/m ² (超重) 并伴有至少 1 种体重相关合并症, 如高血糖、高血压、血脂异常、脂肪肝、OSAS 等
心血管适应症	-	-	适用于降低已确诊为心血管疾病且 BMI ≥ 27 kg/m ² 的成人患者主要心血管不良事件的风险	-	-
用法	3 次/d, 餐前 5 min 皮下注射	1 次/d, 皮下注射, 无须根据进餐时间给药	1 次/周, 皮下注射, 无须根据进餐时间给药		
起始剂量	0.06 mg 3 次/d	0.6 mg 1 次/d	0.25 mg 1 次/周	2.5 mg/次 1 次/周	2 mg 1 次/周
推荐维持治疗剂量	0.20mg, 3 次/d	不超过 1.8mg, 1 次/d	1.7mg 或 2.4mg (推荐), 1 次/周	5 mg、10 mg 或 15 mg, 1 次/周	4 mg 或 6 mg 1 次/周
减重机制	GLP-1 受体			GIP/GLP-1 双受体激动剂	GLP-1/GCG 双受体激动剂
禁忌症	MTC 或多发性内分泌腺瘤病 2 型的个人或者家族史				
不良反应	胃肠道反应, 包括恶心、腹泻、便秘、呕吐; 心率增加				

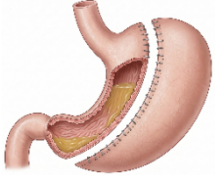

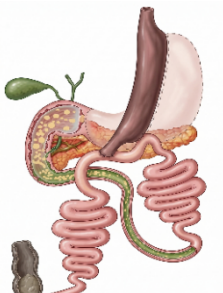

附表10

减重手术治疗的适应症

序号	适用人群	BMI/体重标准	合并症及治疗情况
1	18-70 周岁	BMI $\geq 32.5\text{kg/m}^2$ 或 BMI $\geq 27.5\text{kg/m}^2$	若 BMI $\geq 27.5\text{kg/m}^2$ ，需合并 T2DM（无论 T2DM 内科治疗是否有效）
2	18-70 周岁	$27.5\text{kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 32.5\text{kg/m}^2$	内科减重无效或合并肥胖症相关其他疾病且内科治疗无效
3	18-70 周岁	$25.0\text{kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 27.5\text{kg/m}^2$	合并 T2DM，且内科强化治疗血糖控制不能达标；需经伦理委员会正式批准方案，并充分知情同意
4	≥ 70 周岁	参考 18-70 周岁人群标准	需综合评估合并疾病及身体机能；经多学科讨论及充分知情同意后决定
5	< 18 周岁	体重超过同龄人 95% 百分位的 140% 或体重；超过同龄人 95% 百分位的 120%	需综合评估合并疾病、发育状况及对未来的影响；经多学科讨论及充分知情同意后决定
6	术后患者	—	术后依然处于肥胖症状和/或病理状态，需要持续性治疗肥胖症和（或）相关疾病，包括非手术治疗及再次手术治疗

附表11

减重手术治疗具体方式

减重原理	手术名称	手术示意图
限制摄食量	胃袖状切除术	
	胃内球囊术	
减少营养吸收	内镜下十二指肠-空肠旁路套管置入术	
	单吻合口十二指肠回肠旁路联合胃袖状切除术	
	胆胰转流并十二指肠转位术	
平衡摄食量限制和营养吸收减少	Roux-en-Y 胃旁路术	

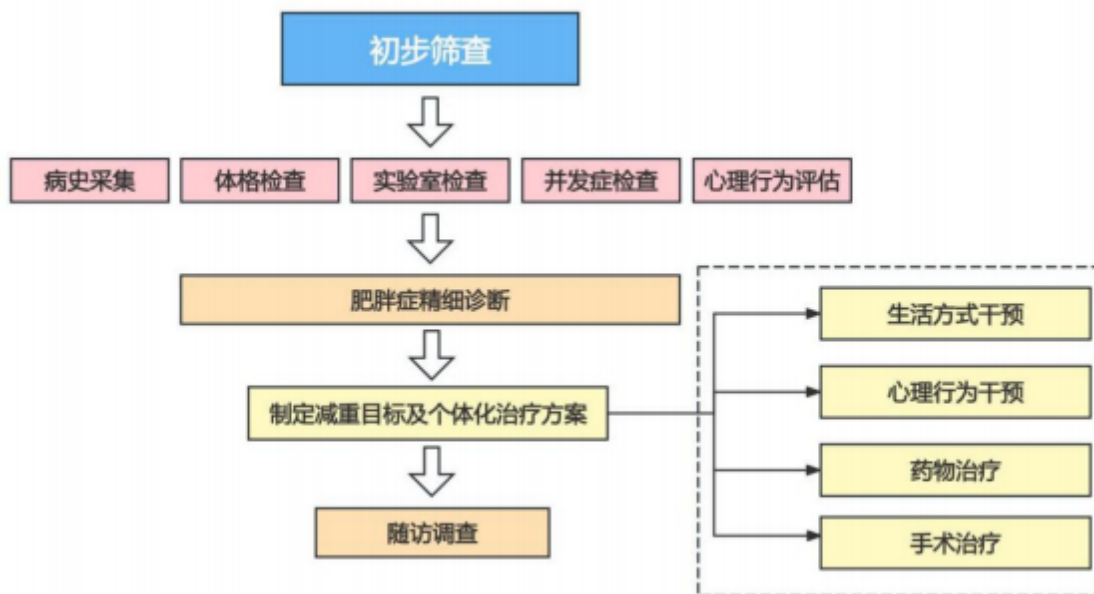


图1 肥胖症筛查及管理流程

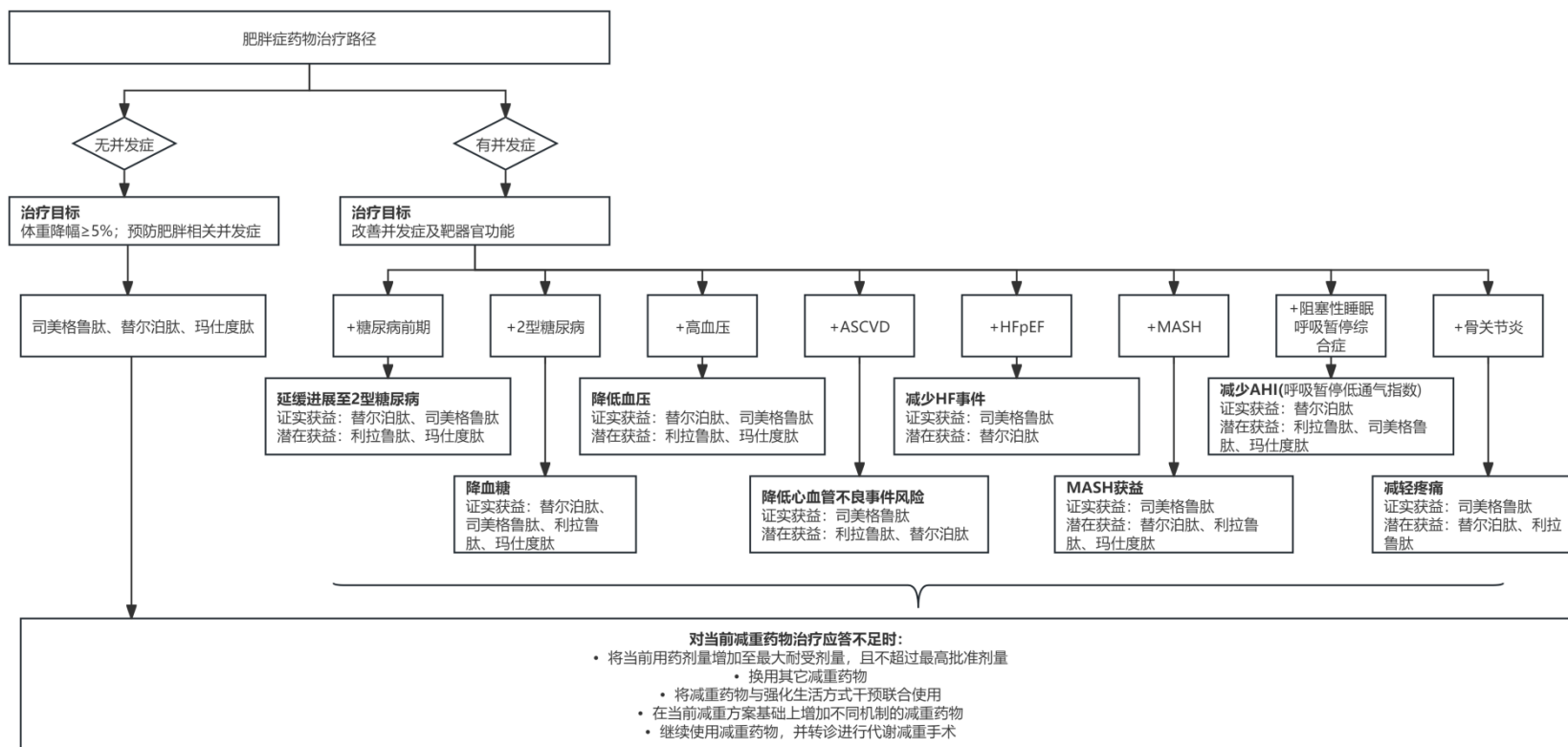


图2 肥胖症的药物管理决策图

附件

陕西省健康体检管理专家组

(按照姓氏笔划排序)

姓名	单位	专业方向
万兆新	陕西省中医医院	中医康复
马 茂	西安交通大学第一附属医院	健康医学
牛 瑜	西安市第九医院	内分泌代谢
任牡丹	西安交通大学第一附属医院	消化内科
王 军	西安交通大学第一附属医院	健康医学
王 莉	西安市红会医院	内分泌代谢
王友发	西安交通大学全球健康研究院	公共卫生
王洪涛	西安交通大学第二附属医院	心血管内科
史 伟	陕西省疾病预防控制中心	公共卫生
叶 峰	西安交通大学第一附属医院	肝病
田竹芳	西安市中心医院	内分泌代谢
申 震	西安交通大学第一附属医院	耳鼻喉
闫 凤	西安市第三医院	临床营养
吕淑兰	西安交通大学第一附属医院	妇科内分泌
刘 萍	西安市第三医院	内分泌代谢
安艳新	西安医学院第一附属医院	普外科
许 静	西安交通大学第一附属医院	内分泌代谢
许庆丽	西安交通大学第一附属医院	心血管内科
孙晓敏	西安交通大学全球健康研究院	公共卫生
牟建军	西安交通大学第一附属医院	心血管内科

姓名	单位	专业方向
李小凤	陕西省人民医院	内分泌代谢
李 亚	西安医学院第一附属医院	内分泌代谢
李 萌	西安医学院第一附属医院	骨科
杨 威	西安交通大学第一附属医院	减重外科
肖 洋	陕西省中医医院	中医代谢
吴 谦	西安交通大学医学部	公共卫生
邱 琳	陕西省疾病预防控制中心	公共卫生
张谥丰	西安交通大学第一附属医院	肝胆外科
张 敏	陕西省保健学会	全科医学
张春虹	西安交通大学第二附属医院	内分泌代谢
张涵涛	西安电力中心医院	健康管理
陈天艳	西安交通大学第一附属医院	肝病、公共卫生
苏衍进	陕西省中医药大学附属一院	中医代谢
苟 波	西安体育学院	运动医学
周 洁	空军军医大学第一附属医院	内分泌代谢
孟国林	空军军医大学第一附属医院	骨科
屈朔瑶	空军军医大学第一附属医院	呼吸内科
飒日娜	陕西省疾病预防控制中心	流行病学
胡 楠	西安交通大学第一附属医院	风湿免疫
段玉红	陕西省中医药大学附属一院	中医代谢
袁 博	西安交通大学第一附属医院	减重外科
殷国志	西安交通大学第一附属医院	减重外科
高 彬	空军军医大学第二附属医院	内分泌代谢

姓名	单位	专业方向
郭 宁	西安交通大学第一附属医院	心血管内科
黄 婧	空军军医大学第二附属医院	健康管理
崔 巍	西安交通大学第一附属医院	内分泌代谢
惠晓丽	西安交通大学第一附属医院	老年内分泌代谢
敦旺欢	西安交通大学第一附属医院	康复医学
雷 焯	陕西省中医药大学附属二院	中医代谢
裴磊磊	西安交通大学公共卫生学院	公共卫生
廖 侠	西安交通大学第一附属医院	临床营养