·专题报道——健康体重管理行动·

深圳市医疗卫生机构体重管理门诊开设情况及服务状况：一项 2025 年问卷调查分析

李妍，温尔雅，卢文龙，林炳亮，宣鹏，蓝丽娜，熊静帆

深圳市慢性病防治中心，深圳 518020
通信作者：熊静帆，E-mail：xiongjingfan@126.com

【摘　要】目的 全面了解广东省深圳市医疗卫生机构体重管理门诊开设情况及服务状况，为推动我国体重管理服务的规范化、科学化发展提供有力的循证依据。**方法** 于 2025 年 6 月采用普查法对深圳市 62 家二级及以上医疗机构（简称“大型医院”）和 734 家社区健康服务机构（简称“社康机构”）的医疗卫生机构体重管理门诊开设情况、服务能力情况、设备配备情况、延伸服务情况、技能培训接受情况和存在问题进行问卷调查。**结果** 大型医院和社康机构体重管理门诊开设比例分别为 83.87% 和 11.58%，大型医院体重管理门诊开设比例高于社康机构（χ^2=209.68，P<0.001）。在开设能力方面，大型医院体重管理门诊相关能力（除开展减重代谢手术）情况良好，社康机构体重管理门诊基础能力尚可但各专项干预能力相对薄弱，整体能力均显著弱于大型医院；在儿童青少年和孕产妇两类人群中，社康机构具有相应服务能力的情况均低于大型医院（均 P<0.01）。在设备配备方面，大型医院和社康机构体重管理门诊基础检查设备（除体脂秤和人体成分分析仪）及基础评估设备配备比例均>80% 且差异无统计学意义（P>0.05）；大型医院体重管理门诊体脂秤、人体成分分析仪及代谢评估设备（除超声骨密度仪）配备情况均优于社康机构（均 P<0.01）。在延伸服务方面，大型医院体重管理门诊在主办体重管理相关技能培训及入校开展体重管理相关健康教育和义诊活动方面的开展比例分别为 50.00% 和 40.38%，均高于社康机构体重管理门诊的 17.65% 和 21.18%（均 P<0.05）。在技能培训接受方面，大型医院体重管理门诊医护人员在内分泌代谢疾病、营养指导、运动指导和心理行为指导相关技能培训的接受比例分别为 80.77%、76.92%、78.85% 和 59.62%，均高于社康机构的 51.76%、48.24%、52.94% 和 32.94%（均 P< 0.01）。大型医院体重管理门诊整体反映主要的问题为信息系统不能满足工作需求、宣传不足且门诊量少、无激励措施或激励措施落实不到位；社康机构整体反映主要的问题为设备设施不齐全、信息系统不能满足工作需求和医护人员技能不足。**结论** 深圳市医疗卫生机构体重管理门诊开设现状尚佳，社区健康服务机构仍有较大提升空间。

【关键词】 体重管理门诊；开设情况；服务状况；医疗卫生机构；深圳市

Establishment and service provision of weight management clinics in healthcare institutions in Shenzhen: a questionnaire survey, 2025

LI Yan, WEN Erya, LU Wenlong, LIN Bingliang, XUAN Peng, LAN Lina, XIONG Jingfan (*Shenzhen Center for Chronic Disease Control*, *Shenzhen* 518020, *China*)
Corresponding author: XIONG Jingfan, E-mail: xiongjingfan@126.com

【Abstract】 Objective To comprehensively assess the establishment and service provision of weight management clinics in healthcare institutions in Shenzhen city, Guangdong province, thus providing robust evidence to support the standardized and scientific development of weight management services in China. **Methods** In June 2025, a census survey was conducted among 62 secondary- and tertiary-level medical institutions (STLMIs) and 734 community health service organizations (CHSOs) in Shenzhen. A structured questionnaire was employed to investigate the weight management clinics in terms of establishment, service capacity, equipment configuration, extended services, participation in professional skills training, and existing problems. **Results** The establishment rates of weight management clinics were 83.87% in STLMIs and 11.58% in CHSOs, being higher in STLMIs than in CHSOs (χ^2 = 209.68, P < 0.001). In terms of service capacity, STLMIs demonstrated generally strong capabilities in weight management clinics, except for bariatric and metabolic surgery. CHSOs exhibited satisfactory basic service capacity but limited specialized intervention capabilities, with significantly weaker overall capacity than STLMIs. For services targeting children and adolescents as well as pregnant and postpartum women, the proportion of CHSOs with corresponding service capacity was lower than that of STLMIs (all P < 0.01). Regarding equipment configuration, both STLMIs and CHSOs reported over 80% availability of basic examination and assessment equipment (excluding body fat scales and body composition analyzers), with no statistically significant differences (P > 0.05). However, STLMIs showed higher availability of body fat scales, body composition analyzers, and metabolic assessment equipment than CHSOs (all P < 0.01). In terms of extended

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0 DOI：10.11847/zgggws1148777
基金项目：深圳医学重点学科建设项目（SZXK065）；深圳市“医疗卫生三名工程”项目（SZSM202311020）；深圳市基础研究面上项目（JCYJ20230807120900001）
第一作者：李妍（1995—），主管医师，博士，研究方向：慢性病预防与控制。
收稿日期：2025-08-29　修回日期：2026-01-07　录用日期：2026-04-11
利益冲突：不存在　伦理审查：免除审查　出版授权：全体作者已与编辑部签署作者贡献声明及版权转让协议

services, the proportions of STLMIs conducting weight management-related skills training and providing school-based health education and free medical consultations were 50.00% and 40.38%, respectively, both higher than those of CHSOs (17.65% and 21.18%, respectively; both $P < 0.05$). With respect to professional skills training, the proportions of STLMIs receiving training in endocrine and metabolic diseases, nutrition guidance, exercise guidance, and psychological and behavioral interventions were 80.77%, 76.92%, 78.85%, and 59.62%, respectively, all higher than those of CHSOs (51.76%, 48.24%, 52.94%, and 32.94%, respectively; all $P < 0.01$). The major problems reported by STLMIs included information systems failing to meet work demands, insufficient publicity coupled with low outpatient volume, and lack of effective incentive mechanisms. CHSOs mainly reported inadequate equipment and facilities, information systems failing to meet work demands, and limited professional skills among healthcare staff. **Conclusions** The overall establishment of weight management clinics in healthcare institutions in Shenzhen is relatively satisfactory, while substantial room for improvement remains in CHSOs.

【**Keywords**】 weight management clinic; establishment; service provision; healthcare institutions; Shenzhen

一项发表于《柳叶刀》杂志的最新流行病学研究指出，中国≥25 岁成年超重和肥胖患者到 2021 年达 4.02 亿，数量居全球首位，且肥胖症的年轻化使得儿童青少年肥胖形势同样严峻，成为影响国民健康的重要公共卫生挑战[1]。研究表明，肥胖及其相关代谢性疾病不仅增加个体健康风险，更给医疗体系带来沉重负担，因此构建科学有效的体重管理体系成为迫切需求[2]。为积极遏制肥胖流行，国家卫生健康委会同多部门启动“体重管理年”活动，推进各级医疗卫生机构开展体重管理工作，鼓励医疗卫生机构设置体重管理门诊或肥胖防治中心，为以肥胖症为主的体重异常人群提供诊疗服务[3–4]。为全面了解广东省深圳市医疗卫生机构体重管理门诊开设情况及服务状况，为推动我国体重管理服务的规范化、科学化发展提供有力的循证依据，本研究于 2025 年 6 月采用普查法对深圳市 62 家二级及以上医疗机构（简称“大型医院”）和 734 家社区健康服务机构（简称“社康机构”）的医疗卫生机构体重管理门诊开设情况、服务能力情况、设备配备情况、延伸服务情况、技能培训接受情况和存在问题进行了问卷调查。结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象　采用普查法于 2025 年 6 月在深圳市全市 10 个区范围内对辖区内综合医院、专科医院和社区健康服务机构（简称“社康机构”）等医疗卫生机构进行调查。全市 10 个区 64 家非营利性二级及以上医疗机构（简称“大型医院”）和 933 家社康机构中，最终完成调查的有 62 家大型医院和 734 家社康机构共 796 家医疗卫生机构，应答率为 79.84%。

1.2 方法　采用自行设计的《深圳市医疗卫生机构体重管理门诊现况调研问卷》，由深圳市卫生健康委员会以公文形式发送至全市 10 个区的医疗卫生机构并解释说明问卷填写要求，由各医疗卫生机构安排专人扫描二维码完成电子问卷填报。内容包括体重管理门诊开设情况、体重管理相关服务能力情况、体重管理相关设备配备情况、体重管理诊疗外相关工作开展情况、接受体重管理服务相关培训情况和开设体重管理门诊存在的问题。体重管理门诊开设情况围绕是否开展体重管理门诊及目前开设类型（分为一站式多学科联合门诊、一站式单学科主导型 MDT 门诊和非一站式服务体重管理门诊）开展调查。体重管理相关服务能力情况针对一般人群、儿童青少年、孕产妇三类群体，分别调查机构是否具备体格检查及肥胖判定、评估病因并诊断并发症、常规生活方式干预、儿童生长发育判定、运动处方制定、营养处方制定、药物干预、中医诊断及治疗、心理评估和干预、睡眠呼吸问题干预、开展减重代谢手术、随访管理 12 项核心服务能力，并对各项能力进行 4 级主观评价（分为“非常弱”“较弱”“及格”和“优秀”）。体重管理相关设备配备情况调查医疗机构是否配备基础检查、基础评估、代谢评估及信息化等四类设备。体重管理诊疗外相关工作开展情况调查医疗机构是否主办体重管理相关技能培训、进社区开展居民体重管理相关健康教育和义诊活动、入校开展体重管理相关健康教育和义诊活动三类工作。接受体重管理服务相关培训情况针对门诊医护人员是否接受过肥胖防控综合培训、内分泌代谢疾病技能培训、营养指导相关技能培训、运动指导相关技能培训、心理行为指导相关技能培训五类技能培训。此外，开设体重管理门诊存在的问题调查医疗机构是否存在设备设施不齐全、医护人员人手不足、医护人员技能不足、机构场地限制、机构没有统筹安排、无激励措施或激励措施落实不到位、宣传不足且门诊量少、信息系统不能满足工作需求 8 个方面问题，并对各方面问题进行 4 级主观评价（分为“没有或较少”“一般”“较多”和“严重”）。

1.3 质量控制　本次调查问卷附有详细填写说明以解释各问题和变量意义，所采用的电子问卷通过设置逻辑关系和数据范围等方式确保调查质量。

1.4 统计分析　应用 R 4.3.2 软件进行统计分析。分类变量和等级变量采用 n 和 % 描述，采用 χ^2 检验

或 Fisher 确切概率法对二分类变量(是否具有体重管理门诊相关服务能力、是否配备相关设备系统、是否开展体重管理诊疗外相关工作、是否接受体重管理服务相关培训)进行分析,采用趋势性 χ^2 检验对等级变量(服务能力自评等级、存在问题等级)进行分析。检验水准为双侧检验 α=0.05。

2 结 果

2.1 深圳市医疗卫生机构体重管理门诊开设现状 深圳市大型医院和社康机构体重管理门诊开设比例分别为 83.87%(52/62)和 11.58%(85/734),大型医院体重管理门诊开设比例高于社康机构(χ^2=209.68, P<0.001)。开设体重管理门诊的大型医院以一站式单学科主导型多学科会诊门诊类型为主,为 28 家(53.85%);开设体重管理门诊的社康机构以非一站式服务体重管理门诊类型为主,为 65 家(76.47%);大型医院与社康机构比较,体重管理门诊开设类型差异有统计学意义(χ^2=25.94, P<0.001)。

2.2 深圳市医疗卫生机构体重管理门诊的体重管理相关服务能力情况(表 1、2) 深圳市开设体重管理门诊>90% 的大型医院具有基础服务能力,包括体格检查及肥胖判定、评估病因并诊断并发症、常规生活方式干预、药物干预、中医诊断及治疗和随访管理;>80% 的大型医院体重管理门诊能进行儿童生长发育判定、运动处方制定、营养处方制定、心理评估和干预、睡眠呼吸问题干预等专项干预,53.85%(28/52)的大型医院体重管理门诊能开展减重手术。深圳市开设体重管理门诊的社康机构普遍可以进行体格检查及肥胖判定、评估病因并诊断并发症、常规生活方式干预、中医诊断及治疗和随访管理,>50% 的社康机构体重管理门诊能进行儿童生长发育判定、运动处方制定、营养处方制定、药物干预、心理评估和干预、睡眠呼吸问题干预。深圳市大型医院和社康机构体重管理门诊在评估病因并诊断并发症、儿童生长发育判定、营养处方制定、药物干预、心理评估和干预、睡眠呼吸问题干预等服务能力上差异均有统计学意义(均 P<0.05)。对人群类型进行划分,>60% 的大型医院体重管理门诊可同时进行一般人群、儿童青少年和孕产妇全部三类人群的体格检查及肥胖判定、评估病因并诊断并发症和常规生活方式干预,具有其他服务能力比例为 35%～60%;仅 34.12%(29/85)的社康机构体重管理门诊可同时进行一般人群、儿童青少年和孕产妇全部 3 类人群的常规生活方式干预,具有其他能力比例均<30%。尤其在儿童青少年和孕产妇两类人群上,社康机构具有各项服务能力的比例均低于大型医院(均 P<0.01)。深圳市不同类型医疗卫生机构自评能力等级情况与上述结果相似,大部分大型医院体重管理门诊相关能力(除减重代谢手术)均自评为“优秀”,社康机构体重管理门诊在绝大多数服务能力上评价低于大型医院。

表 1 深圳市不同类型医疗卫生机构体重管理门诊相关服务能力比较

Table 1 Comparison of service capacity of weight management clinics across different types of healthcare institutions in Shenzhen

项目	三类人群中任一				一般人群				儿童青少年				孕产妇				全部三类人群			
	大型医院(n=52)		社康机构(n=85)		大型医院(n=52)		社康机构(n=85)		大型医院(n=52)		社康机构(n=85)		大型医院(n=52)		社康机构(n=85)		大型医院(n=52)		社康机构(n=85)	
	机构数	比例/%	机构数	比例/%	机构数	比例/%	机构数	比例/%	机构数	比例/%	机构数	比例/%	机构数	比例/%	机构数	比例/%	机构数	比例/%	机构数	比例/%
体格检查及肥胖判定	52	100.00	83	97.65 [a]	49	94.23	83	97.65 [a]	46	88.46	46	54.12 [d]	34	65.38	25	29.41 [d]	32	61.54	23	27.06 [d]
评估病因并诊断并发症	52	100.00	71	83.53 [c]	49	94.23	70	82.35 [b]	45	86.54	36	42.35 [d]	34	65.38	21	24.71 [d]	32	61.54	19	22.35 [d]
常规生活方式干预	52	100.00	83	97.65 [a]	49	94.23	83	97.65 [a]	47	90.38	49	57.65 [d]	37	71.15	31	36.47 [d]	35	67.31	29	34.12 [d]
儿童生长发育判定	45	86.54	45	52.94 [d]					45	86.54	45	52.94 [d]								
运动处方制定	42	80.77	58	68.24	39	75.00	57	67.06	36	69.23	23	27.06 [d]	22	42.31	13	15.29 [d]	20	38.46	11	12.94 [c]
营养处方制定	45	86.54	49	57.65 [d]	42	80.77	49	57.65 [c]	40	76.92	23	27.06 [d]	29	55.77	15	17.65 [d]	29	55.77	14	16.47 [d]
药物干预	50	96.15	65	76.47 [c]	48	92.31	65	76.47 [b]	39	75.00	27	31.76 [d]	23	44.23	15	17.65 [c]	22	42.31	13	15.29 [d]
中医诊断及治疗	49	94.23	84	98.82 [a]	46	88.46	84	98.82 [ab]	42	80.77	45	52.94 [c]	31	59.62	26	30.59 [c]	29	55.77	25	29.41 [c]
心理评估和干预	42	80.77	53	62.35 [b]	39	75.00	53	62.35	39	75.00	27	31.76 [d]	27	51.92	12	14.12 [d]	26	50.00	11	12.94 [d]
睡眠呼吸问题干预	45	86.54	51	60.00 [c]	42	80.77	50	58.82 [c]	39	75.00	26	30.59 [d]	27	51.92	12	14.12 [d]	25	48.08	12	14.12 [d]
开展减重代谢手术	28	53.85			28	53.85			20	38.46			13	25.00			13	25.00		
随访管理	52	100.00	79	92.94 [a]	49	94.23	78	91.76	43	82.69	43	50.59 [d]	33	63.46	27	31.76 [d]	30	57.69	25	29.41 [c]

注:a 采用Fisher确切概率法检验;各组内比较,b P<0.05,c P<0.01,d P<0.001。

表 2 深圳市不同类型医疗卫生机构体重管理门诊相关服务能力自评能力等级情况比较

Table 2 Comparison of self-rated service capacity levels of weight management clinics across different types of healthcare institutions in Shenzhen

项目	能力等级	大型医院（n=52）		社康机构（n=85）		χ^2值	P值
		机构数	比例/%	机构数	比例/%		
体格检查及肥胖判定	非常弱	0	0.00	5	5.88	8.54	0.003
	较弱	1	1.92	4	4.71		
	及格	6	11.54	22	25.88		
	优秀	45	86.54	54	63.53		
评估病因并诊断并发症	非常弱	0	0.00	9	10.59	22.60	<0.001
	较弱	2	3.85	10	11.76		
	及格	6	11.54	33	38.82		
	优秀	44	84.62	33	38.82		
常规生活方式干预	非常弱	0	0.00	2	2.35	7.27	0.007
	较弱	0	0.00	7	8.24		
	及格	9	17.31	21	24.71		
	优秀	43	82.69	55	64.71		
儿童生长发育判定	非常弱	3	5.77	17	20.00	11.08	0.001
	较弱	4	7.69	10	11.76		
	及格	7	13.46	23	27.06		
	优秀	38	73.08	35	41.18		
运动处方制定	非常弱	9	17.31	25	29.41	8.49	0.004
	较弱	3	5.77	11	12.94		
	及格	11	21.15	27	31.76		
	优秀	29	55.77	22	25.88		
营养处方制定	非常弱	5	9.62	29	34.12	27.52	<0.001
	较弱	1	1.92	11	12.94		
	及格	6	11.54	25	29.41		
	优秀	40	76.92	20	23.53		
药物干预	非常弱	2	3.85	25	29.41	23.76	<0.001
	较弱	2	3.85	6	7.06		
	及格	8	15.38	27	31.76		
	优秀	40	76.92	27	31.76		
中医诊断及治疗	非常弱	2	3.85	3	3.53	0.66	0.418
	较弱	1	1.92	7	8.24		
	及格	9	17.31	14	16.47		
	优秀	40	76.92	61	71.76		
心理评估和干预	非常弱	10	19.23	28	32.94	11.21	0.001
	较弱	2	3.85	12	14.12		
	及格	8	15.38	23	27.06		
	优秀	32	61.54	22	25.88		
睡眠呼吸问题干预	非常弱	4	7.69	29	34.12	20.40	<0.001
	较弱	3	5.77	9	10.59		
	及格	12	23.08	25	29.41		
	优秀	33	63.46	22	25.88		
开展减重代谢手术	非常弱	22	42.31				
	较弱	0	0.00				
	及格	8	15.38				
	优秀	22	42.31				
随访管理	非常弱	1	1.92	11	12.94	7.45	0.006
	较弱	0	0.00	5	5.88		
	及格	10	19.23	16	18.82		
	优秀	41	78.85	53	62.35		

2.3 深圳市医疗卫生机构体重管理门诊相关设备系统配备情况(表 3) 在绝大多数基础检查设备、基础评估设备上，大型医院和社康机构体重管理门诊配备齐全且情况接近，两类医疗卫生机构体重管理门诊信息化设备配备情况接近(均 $P>0.05$)；但其中体脂秤和人体成分分析仪的配备两类机构存在显著差异(均 $P<0.01$)，大型医院配备率分别为92.31%(48/52)和92.31%(48/52)，社康机构配备率分别为70.59%(60/85)和27.06%(23/85)。在代谢评估设备上，除超声骨密度仪外，大型医院骨龄仪、肝脏弹性检测仪、能量代谢检测仪、多导睡眠监测仪和双能 X 线骨密度仪的配备情况均显著优于社康机构(均 $P<0.001$)。

表 3 深圳市不同类型医疗卫生机构体重管理门诊相关设备系统配备情况比较

Table 3 Comparison of equipment and information system availability of weight management clinics across different types of healthcare institutions in Shenzhen

项目	分类	大型医院(n=52)		社康机构(n=85)		χ^2值	P值
		机构数	比例/%	机构数	比例/%		
基础检查设备	身高体重测量设备	52	100.00	84	98.82		>0.999 [a]
	软尺	52	100.00	85	100.00		
	血压计	51	98.08	84	98.82		>0.999 [a]
	体脂秤	48	92.31	60	70.59	9.12	0.003
	人体成分分析仪	48	92.31	23	27.06	55.02	<0.001
基础评估设备	心电图仪	52	100.00	85	100.00		
	超声仪	50	96.15	76	89.41		0.206 [a]
	肺功能检测仪	44	84.62	69	81.18	0.26	0.607
代谢评估设备	骨龄仪	37	71.15	11	12.94	48.03	<0.001
	肝脏弹性检测仪	31	59.62	2	2.35	57.85	<0.001
	能量代谢检测仪	17	32.69	1	1.18	28.08	<0.001
	多导睡眠监测仪	32	61.54	6	7.06	47.77	<0.001
	超声骨密度仪	31	59.62	41	48.24	1.68	0.196
	双能X线骨密度仪	36	69.23	4	4.71	64.98	<0.001
信息化设备	应用于诊疗	19	36.54	30	35.29	0.02	0.883
	应用于随访	26	50.00	30	35.29	2.89	0.089
	应用于健康教育	21	40.38	32	37.65	0.10	0.750

注：a 采用Fisher确切概率法检验。

2.4 深圳市医疗卫生机构体重管理门诊开展延伸服务情况 深圳市大型医院和社康机构体重管理门诊主办体重管理相关技能培训、进社区开展居民体重管理相关健康教育和义诊活动、入校开展体重管理相关健康教育和义诊活动等体重管理诊疗外相关工作开展比例分别为50.00%(26/52)和17.65%(15/85)、69.23%(36/52)和62.35%(53/85)、40.38%(21/52)和21.18%(18/85)；深圳市不同类型医疗卫生机构比较，大型医院体重管理门诊主办体重管理相关技能培训及入校开展体重管理相关健康教育和义诊活动开展比例均高于社康机构(均 $P<0.05$)。

2.5 深圳市医疗卫生机构体重管理门诊医护人员接受体重管理相关技能培训情况 深圳市大型医院和社康机构体重管理门诊医护人员接受肥胖防控综合培训、内分泌代谢疾病技能培训、营养指导相关技能培训、运动指导相关技能培训、心理行为指导相关技能培训的比例分别为75.00%(39/52)和61.18%(52/85)、80.77%(42/52)和51.76%(44/85)、76.92%(40/52)和48.24%(41/85)、78.85%(41/52)和52.94%(45/85)、59.62%(31/52)和32.94%(28/85)；深圳市不同类型医疗卫生机构比较，大型医院体重管理门诊医护人员接受内分泌代谢疾病技能培训、营养指导相关技能培训、运动指导相关技能培训和心理行为指导相关技能培训的比例均高于社康机构(均 $P<0.01$)。

2.6 深圳市医疗卫生机构开设体重管理门诊存在的问题(表 4) 深圳市大型医院体重管理门诊整体反映主要的问题为信息系统不能满足工作需求、宣传不足且门诊量少、无激励措施或激励措施落实不到位，社康机构整体反映主要的问题为设备设施不齐全、信息系统不能满足工作需求和医护人员技能不足。深圳市不同类型医疗卫生机构比较，大型医院和社康机构体重管理门诊在设备设施不齐全、医护人员人手不足、医护人员技能不足和机构没有统筹安排等存在问题等级不同，差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。

表 4 深圳市不同类型医疗卫生机构开设体重管理门诊存在问题情况比较
Table 4 Comparison of problems reported by weight management clinics across different types of healthcare institutions in Shenzhen

项目	存在问题等级	大型医院（*n*=52）		社康机构（*n*=85）		χ^2值	*P*值
		机构数	比例/%	机构数	比例/%		
设备设施不齐全	没有或较少	28	53.85	19	22.35	13.55	<0.001
	一般	3	5.77	8	9.41		
	较多	16	30.77	37	43.53		
	严重	5	9.62	21	24.71		
医护人员人手不足	没有或较少	28	53.85	22	25.88	4.20	0.040
	一般	3	5.77	17	20.00		
	较多	12	23.08	32	37.65		
	严重	9	17.31	14	16.47		
医护人员技能不足	没有或较少	32	61.54	19	22.35	21.8	<0.001
	一般	7	13.46	14	16.47		
	较多	11	21.15	37	43.53		
	严重	2	3.85	15	17.65		
机构场地限制	没有或较少	27	51.92	39	45.88	0.19	0.660
	一般	7	13.46	12	14.12		
	较多	11	21.15	25	29.41		
	严重	7	13.46	9	10.59		
机构没有统筹安排	没有或较少	38	73.08	29	34.12	14.73	<0.001
	一般	5	9.62	17	20.00		
	较多	5	9.62	27	31.76		
	严重	4	7.69	12	14.12		
无激励措施或激励措施落实不到位	没有或较少	22	42.31	30	35.29	0.51	0.477
	一般	11	21.15	20	23.53		
	较多	10	19.23	18	21.18		
	严重	9	17.31	17	20.00		
宣传力度不足，门诊量少	没有或较少	20	38.46	24	28.24	2.67	0.102
	一般	14	26.92	20	23.53		
	较多	12	23.08	25	29.41		
	严重	6	11.54	16	18.82		
信息系统不能满足工作需求	没有或较少	20	38.46	21	24.71	2.07	0.150
	一般	7	13.46	13	15.29		
	较多	13	25.00	28	32.94		
	严重	12	23.08	23	27.06		

3 讨　论

在国民健康需求日益增长与政策强力驱动的双重背景下，各地医疗机构积极开展体重控制管理相关工作。因此，不同层级医疗卫生机构的体重管理门诊建设得到快速推进，但在体重管理门诊快速发展的背景下，如何实现科学配置优化、多学科协作机制构建、服务覆盖率提升和运营模式的可持续性，尚有待深入探讨[5]。因此，深圳市系统性开展具有城市代表性的医疗机构体重管理门诊开设情况及服务状况的调查，拟通过全面摸底掌握当地体重管理门诊相关现状和存在的问题，为下一步制定具有针对性的改进策略和政策建议提供科学依据。目前，深圳市在体重管理门诊建设方面已取得一定进展，大型医院和社康机构体重管理门诊开设比例分别为 83.87% 和 11.58%。此外，两类医疗卫生机构的门诊类型分别以一站式单学科主导型多学科会诊和非一站式服务为主，符合优化资源配置的建议[4]。

从服务能力与资源配置角度分析，深圳市大型医院和社康机构在基础性体重管理方面的服务供给能力相近，均能满足公众体重管理的基本需求，但二者在专项干预能力方面尚存在明显差异。这一能力分布特征与《“体重管理年”活动实施方

案》中提出的分级诊疗职能分工要求高度契合，为构建系统化、流程化的分级体重管理模式提供了实践基础[3]。体重管理的基础在于多成分行为干预，其涵盖膳食指导、体力活动促进和行为认知调整等综合措施，且需持续干预 6～12 个月[6]，基于其长期性和连续性的服务特点，体重管理的主要实施场域必然下沉至基层医疗机构[7]。深圳市相关政策文件已明确这一导向，《深圳市社区健康服务管理办法》规定“市卫生健康、医保行政部门应当指导医疗机构实行双向转诊，即由社康机构完成首诊及康复、长期管理工作”[8]，《深圳市家庭医生服务管理办法（试行）》进一步强调家庭医生应提供综合性、连续性、协调性、个性化的医疗卫生和健康管理服务[9]。然而，本次调查发现，目前深圳市社康机构的专项体重管理干预能力仍显不足，与政策预期存在差距。这一现象并非孤立个案，一项纳入全球多个国家 77 项研究的综述表明，尽管初级医疗保健中家庭医生在肥胖诊断中参与度较高，但往往缺乏对肥胖者提供有效的干预指导[10]。因此，应加强专业人员培训并完善基层服务体系建设，培养基层医防管复合型骨干人员，进一步提升社康机构的专项体重管理干预能力，提高体重管理服务的可及性[11–12]。

本次调查发现深圳市目前对孕产妇和儿童青少年体重管理的服务能力不佳，且社康机构在此方面短板尤为显著，与江苏省情况相似[13]。然而，孕产妇及儿童体重管理在公共卫生领域具有重要的战略意义。从生命历程视角来看，孕产期体重管理不仅关系到母婴近期的健康结局，更通过代谢编程机制对子代远期健康产生深远影响；儿童时期的体重管理则因其生长发育的特殊性而显得尤为关键，这一阶段的干预效果将直接影响个体终身的代谢健康轨迹[14–16]。尽管基层全科医生由于其服务范畴和执业范围受限无法参与复杂的产科及儿科专科诊断及操作，但在孕产妇和儿童健康管理中却具有重要的基础性作用，因此仍需强化基层全科医生培训，提升其体重管理相关知识和技能，特别是在孕产妇和儿童青少年体重管理方面的能力[17]。同时，适当引入儿科和产科等专科医生，探索建立与专科医生的有效协作机制，确保特殊人群能够获得全面、专业的体重管理服务。

目前社康机构体重管理门诊身体成分分析设备（如体脂秤和人体成分分析仪等）配置普遍不足的现状值得引起注意。传统的体质指数（body mass index, BMI）是一种快速、经济且可重复的测量方法，在肥胖的初步筛查中具有重要价值，但尽管 BMI 截断值针对不同种族人群肥胖特征及其与心血管代谢疾病的相关性已进行了适应性调整，但仍在个体化评估中存在显著局限性[18]。具体而言，BMI 无法准确区分肌肉量与脂肪量，导致其对肌肉发达个体或水肿患者的肥胖程度高估，而对肌肉减少症患者则存在低估现象[19–20]。此外，BMI 无法反映脂肪分布特征，因而难以评估局部脂肪堆积对健康的特异性影响[21]。这种测量偏差不仅削弱了 BMI 与代谢性疾病风险之间的关联强度，也限制了其在临床风险评估中的精准性[22]。相比之下，身体成分分析技术能够通过量化脂肪质量及其分布特征，更为准确地评估个体的肥胖相关健康风险，从而有效弥补 BMI 的不足[18]，因此在肥胖筛查中将 BMI 与身体成分分析相结合具有重要的临床意义。然而，社康机构作为分级诊疗体系的第一道防线，其身体成分分析设备的配置缺失，在一定程度上制约了肥胖筛查的效率和准确性，因此未来应加强基层医疗机构的设备投入以提升肥胖筛查的分级管理能力，为早期干预提供更可靠的依据。

除上述情况外，还需从多方面入手解决当前体重管理门诊开设面临的困难：第一，卫生健康行政管理部门及各级医疗机构应加强公众科普教育，利用线上线下渠道（如进社区、入校、公众号和视频号等形式）逐步扩大体重管理知识普及的覆盖范围，提升居民体重管理意识和能力，提高主动就诊率和规范诊疗率[4]；第二，积极构建整合型优质高效医疗卫生服务体系，推动医疗卫生工作资源下沉，以“市级医疗中心+基层医疗集团”形式组织相关培训和专家坐诊，提升基层医疗机构体重管理服务能力[23]；第三，开发标准化体重管理模块，逐步实现全民健康教育、早期筛查、诊断评估、干预方案制定、长期随访和自我管理等全流程记录跟踪，整合居民健康数据，实现个人各类健康数据实时共享互联互通，提升服务连续性和管理效率，为实现全民全生命周期体重管理提供技术支撑。

综上所述，深圳市本次调查不仅为本地政策制定提供了数据支撑，其经验及结论也为全国体重管理服务体系建设提供了有益参考。随着《“健康中国 2030”规划纲要》的深入实施，体重管理作为慢性病防控的重要切入点，其服务体系建设必将迎来新的发展机遇[24]。未来研究应重点关注分级诊疗模式下体重管理服务的标准化建设、多学科协作机制创新、基层服务质量提升以及数字化技术在体重管理中的应用效果评估，为推动我国体重管理服务的规范化、科学化发展提供更有力的循证依据。

数据可用性声明 本研究分析的数据来源于深

圳市卫生健康委员会的管理数据，受数据使用协议及管理规定限制，仅限授权使用。如有合理科研需求，可在获得深圳市卫生健康委员会许可后向通信作者提出申请（网站地址：https://wjw.sz.gov.cn/）。本研究所有观点和结论均属作者观点，不代表深圳市卫生健康委员会意见或政策。

致谢　感谢全体参与调查的深圳市医疗卫生机构

参考文献

[1] GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the global burden of disease study 2021[J]. The Lancet, 2025, 405(10481): 813-838.

[2] 孙孟姊, 聂鹏, 李铁梅, 等. 中国成人肥胖疾病负担与经济负担及趋势预测 [J]. 中国预防医学杂志, 2025, 26(8): 1013-1017.

[3] 国家卫生健康委, 全国爱卫办, 教育部, 等. 关于印发“体重管理年”活动实施方案的通知 [EB/OL]. (2024-06-06)[2025-08-15]. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100375/202406/8378b85fd06a4b61b969d791783ca3ff.shtml.

[4] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药局综合司. 关于做好健康体重管理门诊设置与管理工作的通知 [EB/OL]. (2025-03-25)[2025-08-15]. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100378/202504/f94979ff66e0418aa5d610d12a12c848.shtml.

[5] 刘勇. 科学配置对体重管理门诊运营至关重要 [J]. 中国药学科学, 2025, 15(11): 1-3.

[6] SEMLITSCH T, STIGLER F L, JEITLER K, et al. Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines[J]. Obesity Reviews, 2019, 20(9): 1218-1230.

[7] Yanovski S Z, Yanovski J A. Approach to obesity treatment in primary care: a review[J]. JAMA Internal Medicine, 2024, 184(7): 818-829.

[8] 深圳市人民政府. 深圳市人民政府关于印发社区健康服务管理办法的通知 [EB/OL]. (2020-03-26)[2025-08-15]. https://wjw.sz.gov.cn/xxgk/zcfggfxwj/mybh_3/content/post_7342527.html.

[9] 深圳市卫生健康委员会. 市卫生计生委关于印发《深圳市家庭医生服务管理办法 (试行)》的通知 [EB/OL]. (2017-11-07)[2025-08-15]. https://wjw.sz.gov.cn/xxgk/zcfggfxwj/mybh_5/content/post_3163791.html.

[10] Sturgiss E A, Elmitt N, Haesler E, et al. Role of the family doctor in the management of adults with obesity: a scoping review[J]. BMJ Open, 2018, 8(2): e019367.

[11] Aboueid S, Meyer S B. Factors affecting access and use of preventive and weight management care: a public health lens[J]. Healthcare Management Forum, 2019, 32(3): 136-142.

[12] 邓莹, 吴佩林, 苗艳青. 我国基层医防管复合型骨干人员培训需求调查 [J]. 中国公共卫生, 2025, 41(1): 49-54.

[13] 李亚慧, 谢坤, 练璐, 等. 医防融合视角下我国基层医生健康管理服务能力现状分析 [J]. 中国公共卫生, 2025, 41(5): 574-579.

[14] 国家卫生健康委办公厅. 国家卫生健康委办公厅关于印发体重管理指导原则 (2024 年版) 的通知 [EB/OL]. (2024-12-05)[2025-08-15]. https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202412/75cb79c171c94def9e768193e65484f7.shtml.

[15] Catalano P M, Shankar K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child[J]. BMJ, 2017, 356: j1.

[16] Jebeile H, Kelly A S, O’Malley G, et al. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management[J]. The Lancet Diabetes and Endocrinology, 2022, 10(5): 351-365.

[17] Daniels S R, Hassink S G, Committee on Nutrition, et al. The role of the pediatrician in primary prevention of obesity[J]. Pediatrics, 2015, 136(1): e275-e292.

[18] Sweatt K, Garvey W T, Martins C. Strengths and limitations of BMI in the diagnosis of obesity: what is the path forward?[J]. Current Obesity Reports, 2024, 13(3): 584-595.

[19] Liu C R, Cheng K Y K, Tong X, et al. The role of obesity in sarcopenia and the optimal body composition to prevent against sarcopenia and obesity[J]. Frontiers in Endocrinology, 2023, 14: 1077255.

[20] Wolfe R R. The underappreciated role of muscle in health and disease[J]. The American Journal of Clinical Nutrition, 2006, 84(3): 475-482.

[21] Kang P S, Neeland I J. Body fat distribution, diabetes mellitus, and cardiovascular disease: an update[J]. Current Cardiology Reports, 2023, 25(11): 1555-1564.

[22] Gómez-Ambrosi J, Silva C, Galofré J C, et al. Body mass index classification misses subjects with increased cardiometabolic risk factors related to elevated adiposity[J]. International Journal of Obesity, 2012, 36(2): 286-294.

[23] 深圳市卫生健康委员会. 深圳市人民政府关于印发深圳市卫生健康事业发展“十四五”规划的通知 [EB/OL]. (2022-08-01)[2026-02-28]. https://wjw.sz.gov.cn/xxgk/ghjh/fzgh/content/post_9713146.html.

[24] 中共中央, 国务院. 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25)[2026-01-06]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2016/content_5133024.htm.