·专题报道——健康体重管理行动·

北京市基层医疗卫生机构多病共存患者体重管理诊疗能力现状：一项 2025 年网络问卷调查

张涵[1]，汪晓莹[1]，蔡根深[1]，冯郑文[1]，张恺悦[1]，廉东波[2]，张华[1]，张晶[1]

1. 首都医科大学附属北京世纪坛医院社区医疗中心，北京 100038；
2. 首都医科大学附属北京世纪坛医院减肥与代谢中心，北京 100038
通信作者：张华，E-mail：Zhanghua_shx@163.com；张晶，E-mail：526313375@qq.com

【摘　要】目的　系统评估北京市基层医疗卫生机构在多病共存患者体重管理方面的诊疗能力现状，识别存在的关键问题，为提升基层健康服务质量提供实证依据。**方法**　2025 年 10—11 月，采用多阶段随机抽样法抽取北京市基层卫生服务机构 60 家，并从中调查 71 名全科医生、69 名药师及 131 例多病共存患者；通过政策研读、文献汇总和专家咨询，自行编制 4 类不同版本的调查问卷，分别对被调查机构、全科医生、药师和患者进行问卷调查，采用描述性分析法、内容分析法、主体框架分析法探讨北京市多病共存和肥胖的诊疗现状。**结果**　36.67% 的基层医疗机构已经设立体重管理门诊，专业设备及多学科团队配置普遍不足；减重药配备率仅 71.67%；全科医生擅长运动/饮食方案者不足 40%，仅 9.86% 的全科医生能独立制定减重方案；34.35% 的患者反映医生对体重管理的随访或跟踪不足；家庭医生签约率偏低，转诊流程和标准模糊。**结论**　北京市基层多病共存体重管理能力仍显薄弱，建议加强规范制定、资源保障、能力培训等方面综合施策，提升基层体重管理和慢病防治能力。

【关键词】体重管理；基层医疗卫生机构；多病共存；诊疗能力；北京市

Current status of diagnosis and treatment capacity for weight management in patients with multimorbidity at primary healthcare institutions in Beijing: a Web survey in 2025

ZHANG Han[1], WANG Xiaoying[1], CAI Genshen[1], FENG Zhengwen[1], ZHANG Kaiyue[1], LIAN Dongbo[2], ZHANG Hua[1], ZHANG Jing[1] (*1. Community Medical Center*, *Beijing Shijitan Hospital*, *Capital Medical University*, *Beijing* 100038, *China*; *2. Center for Weight Loss and Metabolism*, *Beijing Shijitan Hospital*, *Capital Medical University*, *Beijing* 100038, *China*)
Corresponding authors: ZHANG Hua, E-mail: Zhanghua_shx@163.com; ZHANG Jing, E-mail: 526313375@qq.com

【Abstract】 Objective To evaluate the current diagnosis and treatment capacity of primary healthcare institutions in Beijing for weight management in patients with multimorbidity and identify key problems, thus providing evidence for improving primary care services. **Methods** From October to November 2025, a multi-stage random sampling method was employed to select 60 primary healthcare institutions in Beijing, from which 71 general practitioners, 69 pharmacists, and 131 patients with multimorbidity were surveyed. Four self-developed questionnaires were administered to institutions, general practitioners, pharmacists, and patients. Descriptive analysis, content analysis, and subject framework analysis were conducted. **Results** Only 36.67% of the institutions had established weight management clinics, and specialized equipment and multidisciplinary teams were generally insufficient. The availability rate of weight-loss drugs was 71.67%. Less than 40% of general practitioners were proficient in exercise/diet planning, and only 9.86% could independently develop weight-loss plans. A total of 34.35% of patients reported insufficient follow-up on weight management. Family doctor contract rates were low, and referral procedures and criteria remained unclear. **Conclusions** The capacity of primary healthcare institutions in Beijing for weight management in patients with multimorbidity remains notably weak. It is recommended that comprehensive measures should be implemented in domains such as guideline development, resource allocation, and capacity training to enhance weight management and chronic disease prevention and control at primary healthcare institutions.

【Keywords】 weight management; primary healthcare institutions; multimorbidity; diagnosis and treatment capacity; Beijing

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0 DOI：10.11847/zgggws1149570
基金项目：首都卫生发展全科医学与社区卫生科研专项（首发 2025-2Y-012）；国铁集团科研专项（J2025Z606）；2025 年北京市属医院高质量发展改革创新举措项目
第一作者：张涵（1994—），医师，博士，研究方向：中西医结合减重与代谢。
收稿日期：2025-12-17　修回日期：2026-02-03　录用日期：2026-03-31
利益冲突：不存在　伦理审查：已获取　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

随着我国人口老龄化进程加快，多病共存患者数量日益增加，一项研究显示，60 岁以上人群的多病共存发病率约为 85.07%[1]，多种慢性疾病同时存在的患者群体具有更高的住院率、再入院率和死亡率[2]。据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》报道，我国居民因慢性病死亡人数占总死亡人数的 88.50%[3]，高血压、糖尿病、高血脂是临床最为常见的共病模式，超重与肥胖是其共同的病理基础。研究预测，到 2030 年我国成年人超重肥胖率可达 65.3%，归因于超重肥胖的医疗费用可能为 4 180 亿元人民币[4]。有效的体重管理，已被多个指南公认为多病共管策略中的基石[5–6]。国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见中的目标：基层诊疗量在总诊疗量中应占比≥65.00%[7]，多病共存患者是基层卫生服务机构的主要服务对象。基层医疗机构可有效推动肥胖防控的关口前移，具有贴近群众需求、健康服务可及性的明确优势。因此，了解北京市基层医疗机构在多病共存患者体重管理方面的能力现状，精准识别其短板，为客观评估基层肥胖和慢性病综合防治能力提供数据支持，更可为后续制定能力提升培训方案提供直接依据。

1 对象与方法

1.1 对象　2025 年 10—11 月，以北京市基层医疗卫生机构、全科医师、药师、多病共存患者为调研对象。本研究已通过首都医科大学附属北京世纪坛医院伦理委员会批准（KY–2025–0046–002），在收集数据之前已获得调研对象的知情同意。

1.2 调查工具　通过政策学习、文献分析和专家咨询，自行编制基层卫生服务机构、全科医生、药师和患者 4 个版本的调查问卷。问卷主要涵盖以下 5 个方面：（1）调查机构和患者基本情况；（2）基础设施与资源配置；（3）医疗服务能力；（4）患者慢病管理情况[8]；（5）现实需求和难点。问卷的发放采用“问卷星”（https://www.wjx.cn），由首都医科大学附属北京世纪坛医院按照抽取基层医疗机构名单联络被抽取的各机构填写并回收。

1.3 方法

1.3.1 纳入与排除标准

1.3.1.1 纳入标准　患者：（1）年龄 50～65 岁，性别不限；（2）确诊患有高血压+肥胖+糖尿病[5–6,9]；糖尿病+肥胖+高血脂[5]；高血压+高血脂+肥胖；高血压+高血脂+糖尿病+肥胖 4 种模式多病共存 1 年以上；（3）北京常住人口（居住≥6 个月）；（4）无严重认知障碍，可以独立完成问卷；（5）可签署知情同意书和准确提供必要信息。医疗机构：（1）执业许可证有全科医学的诊疗范围；（2）医疗卫生服务机构可对外服务；（3）配合调研，非涉密单位；（4）北京市医疗保障局公布的定点医疗机构（https://ybj.beijing.gov.cn）。全科医师：选择具有 3 年及以上工作经验的全科医生。药师：具有 1 年及以上工作经验的药师。

1.3.1.2 排除标准　患者：（1）诊断不明确或伴有严重并发症，可能影响问卷应答质量；（2）存在严重认知障碍、精神疾病或语言沟通困难，无法独立完成问卷；（3）拒绝签署知情同意书或无法提供必要信息。医疗机构：（1）非公立医疗卫生服务机构；（2）不对外服务或涉密单位；（3）执业许可证无全科医学诊疗范围。

1.3.2 样本量计算

1.3.2.1 医疗卫生机构　首先调查北京市医疗保障局公布的定点基层医疗卫生机构数量，并根据纳入排除标准初步筛选各级医疗机构，根据计算公式：

$$v = \Sigma W_h^2 \times \frac{p_h(1-p_h)}{n_h} \times (1 - \frac{n_h}{N_h}) \quad (1)$$

约束条件为：$1.645 \times \sqrt{v} \leqslant 0.10$，置信水平：90%（$Z$=1.645），计算得 60 家基层医疗卫生机构。患者样本量根据计算公式：

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2} \quad (2)$$

设定置信水平 α=0.05，对应 Z=1.96，p=50%，d 设定为 8.7%，计算得出样本量为 119 例，预估 15% 无效问卷，计算患者样本量为 137 例。

1.3.2.2 全科医生和药师　每个医疗机构至少有 1 名全科医师和药师填写问卷。

1.3.3 研究对象抽样与分配方法　采用多阶段随机抽样方法，第 1 阶段先在北京市 16 个区县中抽取 8 个区县，采用 SPSS 28.0 生成的随机数法随机抽中的区县为：西城区、海淀区、丰台区、通州区、大兴区、密云区、平谷区、门头沟区。第 2 阶段在 8 个区县中随机抽取 60 家基层医疗卫生机构。每个机构至少纳入 2 例患者，17 家机构至少纳入 3 例患者。

1.3.4 调研质控　必填项缺失≥10% 的问卷视为无效，逻辑矛盾项需人工核查。由经过培训的研究者在基层服务机构现场指导填写，避免误解题目；双人检验二次确认或剔除异常的极端值，两人意见不统一的数据，需第三人确认。

1.4 统计分析　使用问卷星自带数据收集功能，从后台直接导出收集的数据，采用 Excel 2021 检查并清洗数据，利用 SPSS 28.0 进行统计分析。排序题根据综合得分排序，综合得分越高，其权重和重要性越突出，计算公式：平均综合得分=

(Σ 频数×权值)/本题填写人次。

2 结　果

2.1　基本情况

2.1.1　调查机构　社区卫生服务中心 52 家(86.66%)，社区卫生服务站 4 家(6.67%)，乡镇卫生院 4 家(6.67%)。共收集全科医师问卷 71 份，其中主治医师 49 人(69.01%)、副主任医师 15 人(21.13%)、主任医师 7 人(9.86%)。共收集药师版本问卷 69 份，基层医疗机构、全科医生、药师版本问卷均完整填写，问卷回收率为 100%。

2.1.2　患者　共收集患者问卷 137 份，有效问卷 131 份；患者年龄(58.10±4.63)岁，其中女性患者 48 例(36.64%)，男性患者 83 例(63.36%)。高血压+高血脂+肥胖是最普遍的共病组合，共有 68 例(51.91%)，糖尿病+高血压+肥胖有 23 例(17.53%)；高血压+高血脂+糖尿病+肥胖有 22 例(16.79%)；糖尿病+高血脂+肥胖有 18 例(13.71%)。

2.2　基础设施与资源配置

2.2.1　基础设施与人力资源配置　36.67% 的基层医疗机构已经设立体重管理门诊，基础评估设备(血压计、皮尺、体重仪)普及率均超过 88.33%，专业设备：体脂分析仪(66.67%)、运动场地(45.00%)、运动器材(50.00%)、食物模型(53.33%)、专业体重管理软件(8.33%)普及率较低。28.33% 的机构无固定、系统的体重管理服务，具体开展项目见图 1。8.33% 的基层医疗机构拥有相关经费。基层医疗机构在科研方面相对薄弱。只有 5 家(8.33%)基层机构有体重管理的多学科团队。开展体重管理相关检查项目情况、家医助理/营养师、康复医师/技师配备情况见表 1。

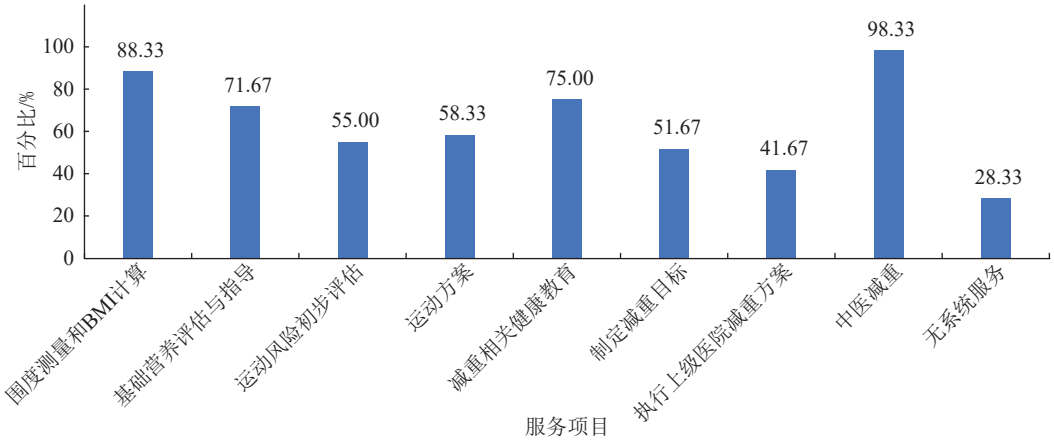


图 1　基层医疗机构体重管理服务项目开展情况

Fig. 1　Coverage rate of weight management services in primary healthcare institutions

表 1　基层医疗机构基础设施和资源配置表

Table 1　Infrastructure and resource allocation of primary healthcare institutions

类目主体	基层医疗卫生机构
体重管理门诊设立情况	22家(36.67%)基层医疗机构已经建立，15家(25.00%)正在筹备中，13家(21.67%)无体重管理门诊，10家(16.66%)有科室承担该项工作
开展相关检查项目	43家(71.67%)以上的机构可以独立开展超声、24小时心电图、动态血压；55家(91.67%)单位可自行检测生化；51家(85.00%)单位可自行检测糖化血红蛋白；35家(58.33%)可自行检测胰岛素；3～5家(5.00%～8.33%)单位可直接预约上级医院检查
资金支持情况	5家(8.33%)拥有经费支持，经费来源：医院自有经费，公共卫生服务经费和科研经费
参与体重管理相关科研情况	1家开展过体重管理相关科研工作
人力资源配置	5家(8.33%)具备多学科诊疗团队，担任减重任务的科室主要为全科医学科、中医科和康复科。其余无多学科团队，由中医科或者全科医学科兼任
关于体重的信息系统提醒功能	10家(16.67%)信息系统对肥胖患者具有良好的提醒功能；15家(25%)具有基础提醒功能；29家(48.33%)的单位信息系统没有肥胖的提醒功能
家医助理/营养师	32家(53.33%)配备家医助理；9家(15.00%)配备营养师
康复医师/技师	35家(58.33%)配备康复医师/技师

2.2.2 药物配备及减重相关中医适宜技术开展情况　60 家基层机构常用西药(如基础降糖、降压、降脂及心脑血管保护剂)的配备实现了全面覆盖(100%)，43 家(71.67%)机构配备了减重药(司美格鲁肽/利拉鲁肽)，近三成机构存在减重药配备不全或严重短缺的问题。54 名(78.26%)药师反映存在患者持上级医院处方，但社区无该药的情况；10 名(14.49%)药师反映存在不了解新药使用方法的情况。与体重管理相关的中医适宜技术普及率较高，其中针灸、艾灸、拔罐普及率超过 90.00%。

2.2.3 机构签约及转诊通道建设情况　家医签约率高于 70.00% 的机构不足三分之一，部分机构对自身签约情况掌握不清，签约人口中超重和肥胖率各医疗机构均无法准确地统计。在转诊通道建设方面，70.00% 以上的单位具备转诊流程和转诊标准，但均不明确，54 家(90.00%)机构通过绿色通道或者医联体转诊，60.00% 以上的机构有上级医院专家下沉基层坐诊。

2.3 医疗服务能力(表 2)　仅半数全科医师熟悉《肥胖症诊疗指南(2024 年版)》(以下简称《指南》)，在运动、饮食等关键非药物处方上的擅长比例均低于 40.00%；独立制定与整合方案能力薄弱，近半数全科医师的治疗方案主要依赖上级医院，能独立完成方案制定与调整者不足 10.00%。

表 2 基层医疗卫生机构服务能力表
Table 2 Service capability of primary healthcare institutions

类目主体	基层医疗卫生机构全科医师/药师
《指南》掌握情况	37名(52.12%)全科医生比较熟悉指南
运动方案开立情况	28名(39.44%)全科医生比较擅长运动方案
饮食方案开立情况	24名(33.80%)全科医生比较擅长营养方案
>2种药物整合情况	15名(21.23%)全科医生总是能够进行整合；43名(60.56%)药师多数情况下能完成
对肥胖的重视情况	16名(22.54%)全科医生非常重视肥胖；39名(54.93%)全科医生在诊疗中会注意肥胖
治疗方案制定来源情况	35名(49.30%)全科医师的治疗方案来源为上级医院制定；7名(9.86%)全科医生可独立完成
处方审核培训情况	35名(50.72%)药师接受过慢病处方审核的系统培训；27名(39.13%)药师接受过简单的培训
药物相互作用风险关注情况	39名(56.52%)药师总是关注；24名(34.78%)药师经常关注；6名(8.70%)药师关注度不高
药学服务提供情况	60名(86.96%)药师可提供药品用法、注意事项、储存的指导；43名(62.32%)药师可提供药物不良反应的识别和建议；45名(65.22%)药师可提供提高用药依从性的建议

2.4 患者慢病管理情况

2.4.1 患者肥胖和慢病管理　77 例(58.78%)存在忘记服药的情况；51 例(38.93%)因病情好转或者怕药物副作用自行停药。22 例(16.79%)患者未采取任何体重管理措施，最为普遍的体重管理方式为每日监测体重(47.73%)。74 例(56.49%)患者感觉每当体重增加，血压、血脂、血糖水平会随之升高。

2.4.2 患者接受体重管理相关的医疗服务　只有 42 例(32.06%)接受过医生生活方式的综合指导；45 例(34.35%)表示医生从未跟进过体重情况。患者在基层医疗机构就诊的最大优势为离家近，更为方便(87.02%)。患者认为在基层医疗机构进行体重管理的难点为：难以坚持生活方式的改变(综合得分：3.79)和缺乏专业的体重管理支持(综合得分：2.89)。

2.5 现实需求和难点　患者认为基层医疗卫生机构最需要提供的服务为制定个性化的饮食和运动处方(74.81%)，全科医生希望出台基于体重管理的多病共存临床规范(81.69%)、开展肥胖相关行为干预策略培训(77.46%)，药师表示应该出台体重管理相关用药的指南(85.51%)以及培训药物相互作用的影响(86.96%)。患者生活习惯难以改变(综合得分：5.90)、门诊时间压力大，无法深入管理(综合得分：4.99)、肥胖管理和专业知识欠缺(综合得分：5.56)是目前体重管理和多病共存诊疗的难点。

3 讨　论

2025 年 5 月国家卫生健康委员会下发了《关于做好健康体重管理门诊设置与管理工作的通知》，传达了具备条件的社区卫生服务机构应设立标准化体重管理门诊的指示[10]。根据本次调研结果，北京市已有 36.67% 的基层机构设立了体重管理门诊，高于全国各地区水平[11]，北京市作为中国首都和全国超大型城市，其基层体重管理门诊的建设，不仅对本地常住人口的慢性病防控具有关键作用，也为全国其他地区提供了可借鉴的示范，根据本研究结果及暴露出的问题提出如下建议。

3.1 基层医疗卫生机构体重管理服务系统性和专业性不足 北京市基层医疗卫生机构的基础评估设备普及率均超过 88.33%，显示出其已初步具备开展体重管理的硬件条件与服务意识。然而，专业设备配备仍显不足，体重管理软件普及率仅为 8.33%。国际实践表明，使用专业工具可有效提升体重管理效率与患者依从性，例如日本在临床与社区场景中引入专业体重管理程序，取得了显著成效[12]。各机构普遍缺乏签约人群肥胖率与肥胖人数的准确统计，致使体重管理工作在一定程度上处于盲目状态，其主要原因在于，体重尚未被纳入基层健康管理的核心指标体系，在日常诊疗过程中容易被忽视。建议配备专业的减重设备，同时，将体重指标系统纳入医疗机构的常规管理体系并作为必查项目纳入随访流程，强化体重管理在基层健康服务中的定位。此措施对全国基层慢性病防控体系建设具有重要的推广价值[13]。

3.2 减重药物配备不全，药学服务存在短板 基层医疗机构“三高”基础药物覆盖率 100%，但减重药物的配备仅为 71.67%。药学服务方面，基层药学服务尚未完全实现从“药品供应”向“药学服务”的职能转型。国际经验表明，药师在慢病管理中具有重要价值。例如，美国由药师参与的代谢综合征药物治疗已在全美推广[14]。国内研究同样证实，药师参与慢性病管理能够改善患者健康状况。例如，临床药师在代谢减重术后患者的药物治疗管理中，显著提升了患者的依从性及治疗效果，减少了药物不良反应[15]。建议支持并规范减重药物的配备与使用，将符合临床指南推荐的药物逐步纳入基层用药目录，提升药物可及性；提升药师在新型药物知识、多药相互作用风险等方面的掌握能力，为患者提供更加系统的药学服务。

3.3 全科医师体重管理专业知识欠缺，自主决策能力薄弱 在澳大利亚、英国、意大利等国家，以全科医生为主导的基层医疗团队是肥胖诊疗的第一线力量，其主要管理方式聚焦在为患者提供个性化的减重方案[16–17]。然而，本次调研发现，基层全科医生在诊治过程中依赖上级医院制定的治疗方案，能独立完成减重方案制定与调整者不足 10.00%，基层服务在一定程度上仍局限于“取药”功能。多数医生虽关注患者肥胖问题，但转化为有效干预的比例偏低。建议加强全科医生系统培训，重点提升其个体化处方制定、多病整合管理等方面的能力，增强基层自主干预的有效性与持续性。

3.4 患者体重管理认知不足 患者对疾病的认知和依从性是决定减重效果的关键因素之一。本次调研显示，仅 56.49% 的患者能认识到体重增加对血压、血脂、血糖的影响，但实际行为滞后，系统性生活方式干预比例偏低。在用药方面，“忘记服药”和“担心副作用”是主要障碍，患者在多病共管中自我管理负担较重。建议加强患者教育，在诊疗中强化肥胖相关危害及体重管理在“三高”控制中关键作用的宣传教育，推动医患共同决策，实现从被动接受到主动参与的转变，从而改善体重及相关代谢指标的控制效果。

3.5 制度与协同机制不健全，制约服务能力提升 根据本研究结果，在制度与协同机制方面存在以下短板：(1)家医签约率较低，部分机构甚至对自身签约情况掌握不清。家医签约服务是实施长期、连续的体重管理与慢病干预的理想载体。各机构签约情况参差不齐，制度优势未能转化为实际的健康管理效能。(2)转诊标准和转诊流程不明确。患者上转多基于医生个人经验或患者主观意愿，而下转则因信息衔接不畅、社区承接能力与信心不足而更为困难。(3)多学科团队缺乏。基层医疗机构减重团队主要由全科、中医科和康复科兼职组成，全科医生往往独立面对患者复杂的健康问题。针对目前基层医疗机构多病共存患者体重管理不规范、制度与协同机制不健全的现状，建议组织临床医学、公共卫生、药学及营养学等多领域专家，制定“北京市基层多病共存患者体重管理规范”。该规范应立足于基层医疗机构，建立从初级生活方式干预到专科药物整合的诊疗及转诊方案。为推进北京市家医服务高质量发展，北京市各单位和学者提出了针对家庭医生签约优化建议[18]。

本研究通过对北京市 60 家基层医疗卫生机构、71 名全科医生、69 名药师及 131 例多病共存患者的系统调查，为评估北京市基层肥胖与慢性病综合防治能力提供了依据。本研究尚存在局限性，患者样本仅纳入 50～65 岁、符合特定 4 种疾病组合的常住人口，未能涵盖更广泛年龄层及其他共病模式人群；研究方法主要采用横断面问卷调查法，单纯依靠问卷方法无法客观地衡量临床能力，自评数据可能受到社会期许偏倚等因素影响。未来研究可采用混合研究方法，结合纵向设计与质性访谈，以更全面、深入地研究基层体重管理能力与提升路径。

数据可用性声明 本研究数据包含了参与者的个人信息、健康状况等敏感内容。在整个研究过程中，研究团队采取了多重数据保护措施，如数据加密、匿名化处理等，以确保数据的安全性和保密性。鉴于数据的敏感性质，无法公开原始数据。

参考文献

[1] 朱玉琴, 金花, 于德华. 分级诊疗背景下多病共存患者就医机构选择行为及其影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2023, 26(13): 1598-1604.

[2] 张瑜, 潘华峰, 陈楚杰. 老年人群共病风险因素与预测模型研究: 以广州市为例 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(3): 222-227.

[3] 国家卫生健康委员会. 中国居民营养与慢性病状况报告 (2020 年)[R]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.

[4] Wang Y F, Zhao L, Gao L W, et al. Health policy and public health implications of obesity in China[J]. The Lancet Diabetes and Endocrinology, 2021, 9(7): 446-461.

[5] 周志衡, 王皓翔, 吴晓亮, 等. 基层高血压和血脂异常共存医防融合规范化管理中国专家共识 [J]. 中国合理用药探索, 2025, 22(1): 1-16.

[6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政司. 肥胖症中国诊疗指南 (2024 年版)[J]. 协和医学杂志, 2025, 16(1): 90-108.

[7] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见 [EB/OL]. (2015-09-18)[2026-01-22]. https://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/201905/t20190522_58594.html.

[8] 何晓泳, 毛凡, 孔灵芝, 等. 县域慢病管理中心建设水平评估指标体系构建 [J]. 中国公共卫生, 2024, 40(8): 985-990.

[9] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13(4): 315-409.

[10] 国家卫生健康委员会. 关于做好健康体重管理门诊设置与管理工作的通知 [EB/OL]. (2025-05-30)[2026-01-22]. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100378/202504/f94979ff66e0418aa5d610d12a12c848.shtml.

[11] 程文迪, 刘佳美, 王海银, 等. 我国公立医院体重管理中心和门诊建设现状研究 [J]. 健康发展与政策研究, 2025, 28(4): 372-378, 385.

[12] Ogawa W, Hirota Y, Miyazaki S, et al. Definition, criteria, and core concepts of guidelines for the management of obesity disease in Japan[J]. Endocrine Journal, 2024, 71(3): 223-231.

[13] 傅新巧, 李程洪, 方鹏骞. 公立医院健康体重管理门诊规范化建设策略分析 [J]. 中国医院管理, 2025, 45(9): 6-10.

[14] 白颖, 王家伟, 周震. 临床药师主导的管理模式对老年高血压患者治疗效果的影响 [J]. 中国医药, 2019, 14(4): 509-512.

[15] 马岩, 许霞青, 王蓓蓓, 等. 临床药师参与代谢减重多学科协作诊疗的实践 [J]. 医药导报, 2022, 41(4): 554-558.

[16] Markovic T P, Proietto J, Dixon J B, et al. The australian obesity management algorithm: a simple tool to guide the management of obesity in primary care[J]. Obesity Research and Clinical Practice, 2022, 16(5): 353-363.

[17] 郑柯宏, 李佳. 国内外肥胖门诊的建设研究现状及展望 [J]. 广东医学, 2025, 46(12): 1761-1771.

[18] 徐超, 赵亚利, 常艺. 基于政策框架下的北京市家庭医生签约服务发展现状及优化建议 [J]. 中华全科医学, 2025, 23(9): 1449-1453.