

新型减重药物治疗护理与个案管理 专家共识(2026版)

中国医师协会外科医师分会肥胖代谢外科综合管理与护理专家工作组

通信作者:杨景哥,暨南大学附属第一医院胃肠外科,广州 510632,Email:dukeyjg@126.com;杨宁琍,南京医科大学第一附属医院普通外科减重代谢外科,南京 210029,Email:njyangningli2002@163.com

【摘要】 目的 制订《新型减重药物治疗护理与个案管理专家共识(2026版)》(以下简称《共识》),旨在规范并优化以胰高血糖素样肽-1(GLP-1)受体激动剂及其联合受体激动剂为代表的新型减重药物的临床护理及个案管理流程。**方法** 基于文献检索和循证医学证据评价,初步形成管理条目池。通过2轮改良德尔菲法专家函询,对管理条目进行重要性评分与一致性评价。结合循证医学证据等级及专家意见,构建适用于临床的分步护理管理路径。**结果** 经2轮专家函询,确立7个核心管理领域,纳入86项条目。《共识》提出治疗前评估与宣教、依从性提升策略、生活方式干预要点、不良反应监测与分级处置、疗效评估指标体系、多学科协作流程及特殊人群管理等关键内容,形成可在临床直接使用的护理管理路径与操作范本。**结论** 《共识》基于循证医学证据与专家共识,明确新型减重药物治疗的标准化护理管理框架,可为临床实践提供规范依据。

【关键词】 肥胖症; 新型减重药物; 个案管理; 胰高血糖素样肽-1受体激动剂; 肠促胰岛素类减重药物; 营养刺激激素受体激动剂

基金项目: 国家科技重大专项(2025ZD0550500)

Expert consensus on nursing care and case management for novel weight-loss drug therapy (2026 edition)

Obesity Metabolic Surgery Comprehensive Management and Nursing Support Group, Chinese College of Surgeons

Corresponding authors: Yang Jingge, Department of Gastrointestinal Surgery, The First Affiliated Hospital of Jinan University, Guangzhou 510632, China, Email: dukeyjg@126.com; Yang Ningli, Department of Bariatric and Metabolic Surgery, General Surgery, The First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China, Email: njyangningli2002@163.com

【Abstract】 Objective To develop the *Expert consensus on nursing care and case management for novel weight-loss drug therapy (2026 edition)* (hereinafter referred to as the Consensus), with the aim of standardizing and optimizing clinical nursing care and case management processes for novel anti-obesity medications, represented by glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists and their dual or multi-receptor agonists. **Methods** Based on systematic literature retrieval and evidence-based medicine evaluation, an initial pool of management items was generated. Two rounds of

DOI: 10.3760/cma.j.cn115610-20260416-00196

收稿日期 2026-04-16

引用本文:中国医师协会外科医师分会肥胖代谢外科综合管理与护理专家工作组. 新型减重药物治疗护理与个案管理专家共识(2026版)[J]. 中华消化外科杂志, 2026, 25(5): 605-614. DOI: 10.3760/cma.j.cn115610-20260416-00196.

Citation: Obesity Metabolic Surgery Comprehensive Management and Nursing Support Group, Chinese College of Surgeons. Expert consensus on nursing care and case management for novel weight-loss drug therapy (2026 edition)[J]. Chin J Dig Surg, 2026, 25(5): 605-614. DOI: 10.3760/cma.j.cn115610-20260416-00196.



modified Delphi expert consultation were conducted to rate the importance and assess the consensus of these items. By integrating evidence levels with expert opinions, a stepwise clinical nursing management pathway was constructed. **Results** Following two rounds of expert consultation, seven core management domains were established, encompassing a total of 86 items. The Consensus outlines key components, including pre-treatment assessment and patient education, strategies to enhance adherence, essential elements of lifestyle intervention, monitoring and graded management of adverse events, efficacy evaluation indicators, multidisciplinary collaboration processes, and management of special populations. These components collectively form a clinically applicable nursing management pathway and operational framework. **Conclusion** Based on evidence-based medicine and expert consensus, the Consensus establishes a standardized framework for nursing care and management in novel anti-obesity pharmacotherapy, providing a normative reference for clinical practice.

【Key words】 Obesity; Novel weight-loss drugs; Case management; Glucagon-like peptide-1 receptor agonists; Incretin-based weight-loss drugs; Nutrient-stimulated hormone receptor agonists

Fund program: National Science and Technology Major Project (2025ZD0550500)

肥胖已成为全世界公共卫生问题,患病率近年来持续上升,并呈现年轻化和疾病负担加重的趋势^[1-4]。WHO 数据显示:1975—2023 年全世界超重与肥胖人数增长近 3 倍,肥胖相关代谢性疾病成为影响健康的主要原因^[5]。近年来,以胰高血糖素样肽-1 (glucagon-like peptide-1, GLP-1) 受体激动剂、葡萄糖依赖性促胰岛素多肽或胰高血糖素联合 GLP-1 等多靶点受体激动剂为代表的新型减重药物发展迅速(不包括奥利司他、纳曲酮或安非他酮等传统减重药物),形成以药物为核心,结合营养、运动和心理健康的综合诊疗模式,可显著改善长期体质量管理效果^[6-8]。中国已将肥胖防控纳入慢性病管理重点,新型减重药物也逐步应用于临床^[9-11]。然而,围绕新型减重药物剂量调整、不良反应监测、依从性支持、生活方式干预及长期随访等方面尚缺乏统一的护理与管理标准,对临床护理人员、个案管理师和营养管理团队提出更高要求^[12-18]。中国医师协会外科医师分会肥胖代谢外科综合管理与护理专家工作组组织全国相关领域专家,基于循证医学证据与临床经验制订《新型减重药物治疗护理与个案管理专家共识(2026 版)》(以下简称《共识》),旨在为护理人员及个案管理师提供明确、可操作的管理标准和工作指引,助力新型减重药物在中国实现规范化、同质化与可持续的临床应用。

一、《共识》适用人群

《共识》适用于接受新型减重药物治疗的超重与肥胖成年人群和部分特殊人群,以及参与药物管理、随访与支持服务的护理人员、个案管理师、营养师及其他多学科专业人员。

二、《共识》制订过程

(一)研究团队的成立

《共识》制订由国内 43 家三级医院参与,研究团队由 65 位来自个案管理、内分泌与代谢、营养及护理管理等领域的专家组成,成员均具备>3 年相关工作经验。研究团队负责条目制订、文献整理、专家咨询与《共识》撰写工作。

(二)文献检索

研究团队基于循证医学“6S”模型开展系统检索,覆盖临床决策支持平台、国内外肥胖与代谢相关指南及 PubMed、Web of Science、Embase 等英文数据库,以及万方数据、中国知网、维普等中文数据库,时间范围为建库至 2025 年 10 月。检索内容聚焦 GLP-1 受体激动剂、葡萄糖依赖性促胰岛素多肽联合 GLP-1、胰高血糖素联合 GLP-1 药物的疗效、安全性、依从性、生活方式管理与护理实践。检索词包括“GLP-1 receptor agonist”“obesity”“weight loss”“nursing”“adherence”等。基于文献证据及临床实践需求,研究团队通过讨论初步形成护理与管理条目池,并围绕“评估与教育、依从性、不良反应管理、随访监测”等关键临床问题进行归类与结构化整理。

纳入标准:(1)与 GLP-1 受体激动剂及双靶点受体激动剂相关的指南、系统评价、RCT 及高质量观察性研究。(2)涉及肥胖药物治疗、护理管理、依从性及不良反应管理等内容的研究。(3)中英文文献。

排除标准:(1)重复发表文献。(2)样本量过小或研究设计质量较低的研究。(3)与研究主题相关性较低的文献。

(三)专家函询及终审

采用改良德尔菲法进行 2 轮专家函询,第一轮邀请 65 位专家、第二轮邀请 48 位专家。专家采用 5 分重要性 Likert 量表对《共识》条目进行评分(1 分=非常不重要,2 分=不重要,3 分=一般,4 分=重要,5 分=非常重要)。第一轮专家函询提出意见后对《共识》条目进行修订。第二轮专家函询确认专家对《共识》条目意见的一致性,所有条目专家评分均值 >4.8 分,标准差 ≤ 0.35 ,提示专家意见的高度一致性。最终由 20 位核心专家召开终审会议,形成《共识》终定稿,由于以达成专家共识为主要目的,未进行正式证据分级。表 1~7 收录《共识》条目内容及专家函询评分。

条目筛选标准:平均得分 ≥ 4.5 分且标准差 ≤ 0.35 的条目均予以保留;对评分较低或专家意见分歧较大的条目进行修改或删除。第二轮函询后,如条目评分达到预设标准,则视为达成共识。

《共识》终定稿形成后邀请相关领域内 13 位独立专家进行外部评审,并根据反馈意见进一步修订完善。

(四)统计学分析

应用 SPSS 26.0 统计软件进行分析。2 轮专家函询的反馈率均为 100%,条目评分标准差均 ≤ 0.35 ,Kendall 协调系数均具有统计学意义($P < 0.001$)。

三、《共识》条目

(一)护理评估与教育

新型减重药物治疗中的护理评估与教育涵盖基础评估、辅助检查核对、个体化教育及预期与风险沟通等关键环节,其中体格测量、合并症评估、禁忌证筛查和实验室检查等项目在 2 轮专家函询评分中均获得极高的一致性结果,提示其在临床实践中的核心地位^[19-20]。教育内容强调患者对药物机制、剂量递增、操作技能及生活方式配合的理解,而风险沟通则突出疗效差异、不良反应预期和紧急症状识别的重要性^[21-22]。见表 1。

(二)依从性支持

促进患者用药依从性的关键策略包括共同决策、提醒工具使用、用药记录、结构化随访体系以及剂量滴定期的个性化支持等内容。其中,用药漏用与停药重启管理得分最高,显示其对治疗安全性的高度重要性^[23-25]。多项策略在两轮评分中保持高度一致,说明专家普遍认同通过系统提醒、持续反馈与正向强化来提升长期依从性,并强调随访过程中的灵活调整和沟通机制对维持治疗连续性至关重要

要^[26-28]。针对剂量滴定期管理,《共识》明确提出“个性化剂量调整支持”和“必要时暂缓递增”。在剂量递增过程中,若患者出现中度胃肠道不良反应(如恶心、腹胀或腹泻影响进食或日常活动),且持续时间 ≥ 3 d,或出现重度不良反应(如反复呕吐、明显脱水风险),即使持续时间 < 3 d,均建议暂缓剂量递增,并维持当前剂量至少 1~2 周;若不良反应缓解至轻度且连续 ≥ 7 d 稳定,可重新评估并恢复剂量递增。对于仅出现轻度、短暂(≤ 2 d)且不影响日常活动的胃肠道不良反应,可在加强生活方式与对症处理指导的同时,按原计划继续滴定。通过明确不良反应的严重程度、持续时间及对应的剂量调整策略,可提高随访决策的一致性,降低因不良反应处理不当导致的停药或依从性下降风险。见表 2。

(三)生活方式干预

生活方式干预包括营养指导、运动指导、行为支持以及肌肉量保护策略。营养指导强调低能量均衡膳食、进食行为调整、蛋白质优先与必要的营养补充;运动指导突出“有氧+抗阻”的组合模式及循序渐进的执行原则;行为支持围绕自我监控、目标设定、问题解决及动机强化展开^[29-31]。肌肉量保护策略特别强调在老年或存在肌少症风险人群中维持瘦体重的重要性^[32-33],必要时可辅以药物治疗,防止肌肉丢失。见表 3。

(四)不良反应管理

不良反应管理涵盖胃肠道症状、疲劳、注射部位反应等常见不良反应的预防、识别与具体处理措施,其中胃肠道反应管理与规范的剂量递增是关键内容。通过医患教育提升患者预期、采用细化的饮食与活动调整策略、规范注射流程、轮换注射部位,以及使用辅助工具支持患者自我管理^[34-35]。不良反应管理内容具有高度操作性,是支持长期用药安全性的核心模块^[36-37]。见表 4。

(五)随访与监测

随访与监测内容涵盖随访频率、监测指标、疗效评估、平台期处理以及治疗无反应的应对流程。初期随访侧重耐受性与依从性,稳定期随访关注疗效与安全性,而停药后随访用于降低体质量反弹风险^[38-39]。疗效监测强调体质量、BMI、身体成分等客观指标,并利用曲线图等工具增强可视化反馈^[40-41]。平台期与无反应管理得分较高,显示专家一致认为及时评估原因、调整方案和提供心理支持是维持长期治疗效果的关键。见表 5。

表 1 护理评估与教育项目

Table 1 Nursing evaluation and education programs

项目	内容	专家函询评分($\bar{x}\pm s$,分)	
		第一轮(65人)	第二轮(48人)
基础评估	1. 体格检查与人体测量:测量身高、体质量、体质量指数、腰围、臀围等人体测量指标,观察记录肥胖相关体征,有条件时需完善身体成分分析	5.00±0.00	5.00±0.00
	2. 肥胖相关病史与病因筛查:收集儿童期肥胖史、体质量变化诱因、既往减重方式及效果、可能导致体质量增加的疾病史与用药史	4.98±0.12	5.00±0.00
	3. 合并症与健康状况:系统评估肥胖相关合并症(如糖尿病、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等)及其控制情况,以及是否存在反酸、腹胀等消化道症状	5.00±0.00	5.00±0.00
	4. 家族史与个人生活方式:了解肥胖及相关代谢病家族史;评估饮食、运动、睡眠等生活习惯,并使用标准化工具进行精神心理初步筛查	5.00±0.00	4.98±0.15
	5. 社会支持与动机评估:评估患者的家庭与社会支持、经济状况,减重动机的真实性、强度及对治疗效果的预期	4.91±0.29	4.91±0.29
	6. 健康素养与学习需求:评估患者的认知水平、学习意愿、信息获取渠道及对治疗的潜在顾虑	4.89±0.36	4.86±0.35
	7. 禁忌证筛查:严格筛查是否存在重度高甘油三酯血症,甲状腺髓样癌病史、2型多发性内分泌瘤综合征、急性胰腺炎、视神经炎及新发肿瘤等绝对禁忌证,并注意药物在青少年等人群中的使用限制	5.00±0.00	4.95±0.21
辅助检查核对	1. 推荐实验室检查:血糖、糖化血红蛋白、血脂、肝肾功能、血常规、电解质、胰岛素水平、维生素D及甲状腺功能;老年人需检查性腺激素、骨质疏松等关键实验室指标	5.00±0.00	5.00±0.00
	2. 影像学检查:甲状腺彩超、肝胆胰脾彩超等影像学检查	5.00±0.00	5.00±0.00
	3. 其他检查:结合病史及症状,必要时行呼吸睡眠监测、微量元素、糖耐量等其他必要的辅助检查	无新增项目 ^a	4.95±0.21
个体化教育	1. 药物知识:向患者解释药物作用机制、预期减重效果及起效时间,普及不良反应发生及干预知识	4.97±0.25	4.98±0.15
	2. 实操技能:指导患者及家属独立正确完成药物储存、注射前准备、皮下注射及用完后的废弃处理	5.00±0.00	5.00±0.00
	3. 剂量方案:明确说明起始剂量、递增方案、目标维持剂量及严格遵守剂量递增的重要性	4.98±0.12	5.00±0.00
	4. 生活方式配合:强调药物治疗需要与生活方式干预相结合,以达到最佳效果,普及长期用药及全生命周期管理理念	5.00±0.00	4.98±0.15
	5. 知情同意:确保特殊患者在用药前签署知情同意书,告知其定期复查、生活方式干预、限酒和避孕的必要性	无新增项目 ^b	4.95±0.21
预期与风险沟通	1. 疗效预期:说明减重效果和速度存在个体差异,通常先快后慢并伴随平台期,与患者一起制订适宜的减重目标	4.98±0.12	5.00±0.00
	2. 不良反应预期:告知患者胃肠道不良反应等多发于治疗初期,具有暂时性和可管理性	5.00±0.00	4.98±0.15
	3. 紧急情况识别:教育患者识别后需立即就医的“红色警报”症状,如持续性剧烈腹痛、严重呕吐及过敏反应,严重低血糖及减重相关的胆石症,痛风急性发作及预防	5.00±0.00	4.98±0.15

注:^a“第一轮专家函询征询是否有新增检查项目”;^b第一轮专家函询征询是否有新增知情同意内容

(六)多学科协作

减重药物治疗管理中,药物的有效性不仅依赖于药物本身,也同时依赖于其长期、连续的患者支持与管理^[42-43]。同时,药物治疗具有个体化差异,部分患者的药物不反应性、不耐受性,需重新评估和制订治疗方案。同时,减重药物治疗的长期成功与安全保障,非单一科室职能,需建立在系统化、标准化的多学科合作基础之上。由多学科医师、营养师、药师、心理咨询师组成的多学科团队中,个案管理师是确保患者获得连贯性照护的关键协调者^[44]。《共识》建议由专科护师或个案管理师担任多学科

团队的核心协调者以及与患者的主要联系人职能;内分泌代谢科负责评估患者代谢状态、判断合并症并主导药物方案的制订、调整与安全监测;临床营养科与运动康复科则分别提供个体化的饮食指导与运动处方;心血管内科负责管控相关心血管风险;临床药剂科确保用药安全;精神心理科专注处理情绪与行为问题;对于重度肥胖患者,减重代谢外科将评估手术指征、管理围手术期,并为术后效果不佳者提供后续药物辅助治疗建议。对于肥胖伴有多种合并症患者,要积极邀请相关科室(如心血管科、呼吸科、消化科)等学科共同参与治疗。见表6。

表 2 依从性支持项目
Table 2 Compliance support programs

项目	内容	专家函询评分($\bar{x}\pm s$,分)	
		第一轮(65人)	第二轮(48人)
依从性促进策略	1. 共同决策: 与患者共同设定初始治疗目标和简单的行动计划	4.98±0.12	4.95±0.21
	2. 用药提醒工具: 推荐使用手机闹钟、专用手机应用程序、用药日历等工具辅助记忆	4.95±0.21	4.98±0.15
	3. 记录与反馈: 鼓励患者记录用药日记, 并在随访时进行讨论	4.94±0.30	4.86±0.35
结构化随访与剂量滴定支持	1. 建立结构化随访支持体系: 建立分阶段随访计划, 剂量滴定定期主动随访评估耐受性, 稳定定期随访评估疗效与安全性	4.97±0.17	4.95±0.21
	2. 个性化剂量调整支持: 指导患者在出现不耐受时与医疗团队沟通, 采取暂缓递增等灵活策略	4.98±0.12	5.00±0.00
	3. 提升随访依从性的策略: 采用多元化提醒、简化随访流程, 采用随访与持续支持关联等方式以提升患者随访依从性	4.98±0.12	4.91±0.29
	4. 持续的正面强化: 对达成阶段性目标的患者给予及时肯定与鼓励, 强化其积极行为	4.97±0.17	4.86±0.35
药物漏用处理	1. 周制剂漏用处理: 周制剂漏用若≤5 d 应立即补充注射, 若>5 d 则跳过本次剂量, 不可注射双倍剂量	5.00±0.00	4.98±0.15
	2. 日制剂漏用处理: 日制剂漏用若≤12 h 应立即补充注射, 若>12 h 则跳过本次剂量, 不可注射双倍剂量	5.00±0.00	4.98±0.15
	3. 预防与记录: 指导患者利用工具建立用药提醒习惯, 并记录漏用情况以便随访时讨论	4.98±0.12	4.95±0.21
	4. 停药与重启管理: 教育患者不可自行突然停药; 计划重启时需根据停药时间评估是否需要从起始剂量重新滴定	5.00±0.00	4.95±0.21

表 3 生活方式干预项目
Table 3 Lifestyle intervention programs

项目	内容	专家函询评分($\bar{x}\pm s$,分)	
		第一轮(65人)	第二轮(48人)
营养指导	1. 均衡膳食: 遵循低碳水、适量蛋白、高纤维的低能量膳食模式, 食物多样, 减油、减盐、减糖	4.98±0.12	5.00±0.00
	2. 进食技巧: 强调一日三餐、规律进食、细嚼慢咽、每餐七分饱	4.98±0.12	5.00±0.00
	3. 食物选择: 优先选择低升糖指数、低脂食物, 避免油腻、辛辣及过度加工食品	4.95±0.21	4.98±0.15
	4. 蛋白质优先: 食欲下降时优先保证足量优质蛋白质摄入, 以维持肌肉量, 防止少肌性肥胖	4.98±0.12	4.98±0.15
	5. 营养补充: 在食欲下降、摄入减少时, 遵医嘱补充多元维生素片和钙剂	无新增项目 ^a	4.95±0.21
	6. 充足饮水: 保证每日饮水量>2 000 mL, 出现腹泻或便秘时需额外增加	4.98±0.12	4.98±0.15
	7. 限制饮酒: 用药期间应限制饮酒, 以减轻胃肠道及肝脏负担, 降低胰腺炎和低血糖发生风险	无新增项目 ^b	4.98±0.15
运动指导	1. 运动组合: 鼓励有氧运动(如快走、游泳)与抗阻训练(如弹力带)相结合	4.95±0.21	5.00±0.00
	2. 核心目标: 逐步达到每周≥150 min 中等强度有氧运动, 并每周进行 2~3 次抗阻训练	4.95±0.21	5.00±0.00
	3. 执行要点: 应循序渐进、避免空腹运动、注意关节保护、监测心率, 并可寻求个性化运动方案	4.95±0.21	4.98±0.15
行为支持	1. 自我监控: 鼓励患者记录饮食、运动、体质量及情绪变化	4.95±0.21	4.98±0.15
	2. 目标设定: 协助患者设定具体、可衡量、可达成、相关和有时限的短期与长期目标	4.95±0.21	4.95±0.21
	3. 问题解决: 与患者共同分析在坚持健康生活方式中遇到的障碍, 并探讨解决方案	4.98±0.15	4.98±0.15
	4. 动机性访谈: 运用沟通技巧, 增强患者内在的改变动机	4.95±0.21	4.93±0.26
肌肉量保护策略	对于老年或存在肌少症风险患者, 强调足量蛋白质摄入并与规律抗阻训练相结合, 以减少瘦体重流失	4.98±0.12	5.00±0.00

注:^a“第一轮专家函询征询是否有新增营养补充项目;”^b“第一轮专家函询征询是否有新增限制饮酒内容”

(七)特殊人群管理

新型减重药物治疗应识别特殊人群独特需求(特殊人群指未成年人、认知功能障碍或超说明书用药人群), 关注患者的各类代谢指标和监测风险,

提供针对不同人群差异化、精细化的护理管理^[45]。制订治疗方案管理需要精准的风险识别与人群分层^[46], 儿童患者, 妊娠期及备孕患者, 围手术期患者, 老年患者, 育龄期女性以及肝、肾功能不全患者等

表 4 不良反应管理项目

Table 4 Adverse reaction management programs

项目	内容	专家函询评分($\bar{x}\pm s$,分)	
		第一轮(65人)	第二轮(48人)
胃肠道反应管理	1.教育:预先告知患者可能出现的胃肠道不良反应及基本应对方法,如少食多餐和清淡饮食	5.00±0.00	4.95±0.21
	2.剂量递增:强调严格遵循医嘱缓慢递增药物剂量,以增加身体的适应性和耐受性	5.00±0.00	4.91±0.29
	3.有效管理:针对恶心、呕吐、腹泻、便秘等不同症状,提供具体的饮食、饮水及药物干预指导	5.00±0.00	4.98±0.15
疲劳与能量管理	指导患者通过保证睡眠、合理安排活动来缓解疲劳,并注意监测是否伴随低血糖等其他症状	4.97±0.17	4.95±0.21
注射部位反应管理	1.注射部位选择:选择腹部、上臂、大腿等皮下脂肪丰富的部位注射,并避开炎症、硬结等异常区域	5.00±0.00	4.95±0.21
	2.消毒物品选择:使用75%乙醇溶液的棉球、棉签、棉片对注射部位进行规范消毒	5.00±0.00	4.89±0.32
	3.注射步骤:遵循从洗手、核对到注射、停留、废弃针头的完整规范操作流程	5.00±0.00	4.98±0.15
	4.注射部位轮换:定期轮换注射部位,同一注射区域内连续2次注射点间隔需>1 cm	4.98±0.12	4.93±0.25
	5.辅助工具:为患者提供注射部位示意图和轮换卡,以帮助其规范轮换	无新增项目 ^a	4.93±0.25
	6.反应处理:出现疼痛、硬结等反应立即停止该部位注射,若1周末消退需及时就医	无新增项目 ^b	4.91±0.29

注:^a“第一轮专家函询征询是否有新增辅助工具;”^b“第一轮专家函询征询是否有新增反应处理策略

表 5 随访与监测项目

Table 5 Follow-up and monitoring programs

项目	内容	专家函询评分($\bar{x}\pm s$,分)	
		第一轮(65人)	第二轮(48人)
结构化随访计划	1.初期随访:治疗前3个月每2~4周随访1次,重点评估耐受性和依从性	4.98±0.12	4.98±0.15
	2.稳定期随访:治疗3个月每1~3个月随访1次,重点评估疗效和长期安全性	4.94±0.30	4.98±0.15
	3.随访内容:随访需涵盖体质量、腰围、用药、不良反应、生活方式及心理状态等	5.00±0.00	4.98±0.15
	4.停药后随访:停药后第1、3、6个月各随访1次,监测体质量、腰围及生活方式执行情况	无新增项目 ^a	4.95±0.21
疗效监测与评估	1.疗效监测指标:核心指标包括体质量、体质量指数、身体成分等客观数据,次要指标包括患者报告的症状改善	5.00±0.00	4.98±0.15
	2.工具应用:使用减重日记、体质量曲线图等工具使进展可视化,增强患者信心	5.00±0.00	4.91±0.29
	3.治疗应答评估:治疗12周后体质量下降<5%即为初始疗效不佳,需全面评估原因并反馈医师调整方案	5.00±0.00	4.98±0.15
平台期与反弹管理	1.重新评估:与患者一同回顾饮食、运动、作息及用药依从性,寻找原因	4.92±0.32	4.95±0.21
	2.调整方案:协同医疗团队及营养师,适时调整药物剂量及生活方式干预方案	5.00±0.00	4.95±0.21
	3.心理支持:向患者解释平台期生理原因,管理其焦虑情绪,鼓励坚持治疗	4.98±0.12	4.89±0.32
治疗无反应的处理流程	知晓治疗无反应的定义,并协助医师评估原因,考虑更换其他作用机制的药物或治疗手段	5.00±0.00	4.98±0.15

注:^a“第一轮专家函询征询是否有停药后随访内容

特殊人群,其生理病理特点、治疗目标和风险谱系截然不同^[47]。《共识》建议行减重手术患者通常于术后2~4周恢复胃肠功能,可在医师指导下逐步重启药物治疗。术前合并严重代谢性疾病患者,可于术后1~3个月评估启动药物辅助治疗,并警惕低血糖等风险,术后>6个月减重效果不佳或体质量反弹,建议采用药物联合管理。老年患者应注重蛋白质摄入、注意药物相互作用及预防跌倒及便秘^[48]。育龄期女性患者需告知避孕并对意外妊娠提供医学

帮助,计划妊娠前需与医师商议停药时机。GLP-1药物通常不会引起严重肝、肾功能损害,且有改善肝、肾代谢负荷的作用。但肝、肾功能不全者用药前需全面评估,治疗中需定期监测,必要时辅以肝、肾保护药物治疗^[46],如无改善,需鉴别病因并停止减重治疗。治疗过程建议多学科协作,鼓励家属参与并支持^[49]。见表7。

四、结语

《共识》系统构建新型减重药物治疗的患者管

表 6 多学科协作项目

Table 6 Multidisciplinary collaboration programs

项目	内容	专家函询评分($\bar{x}\pm s$,分)	
		第一轮(65人)	第二轮(48人)
角色定位	角色定位:个案管理师作为核心协调者,负责患者个案建档、多学科沟通协调、随访管理、患者教育与依从性支持、不良反应监测及信息反馈等工作	4.98±0.12	4.93±0.25
协作流程	1.内分泌代谢科:负责评估代谢状态、判断合并症、选择及调整减重药物,并监测疗效与安全性	无新增项目 ^a	4.95±0.21
	2.临床营养科:制订个性化饮食计划,控制热量摄入,优化营养结构,并提供饮食行为干预	4.98±0.12	4.95±0.21
	3.运动康复科:设计个性化运动方案,指导正确运动,提高依从性,辅助减重并改善身体功能	无新增项目 ^b	4.93±0.25
	4.心血管内科:对合并心血管疾病患者进行评估和管理,监测相关风险,确保用药安全	无新增项目 ^c	4.93±0.25
	5.临床药剂科:参与药物治疗方案制订,审核用药合理性,监测不良反应,提供用药指导	无新增项目 ^d	4.91±0.29
	6.精神心理科:评估并干预心理问题,如情绪性进食、抑郁焦虑等,以提高治疗依从性	4.98±0.12	4.93±0.25
	7.减重代谢外科:评估手术指征,管理围手术期,并对术后药物辅助治疗提供建议	无新增项目 ^e	4.98±0.15

注:^a第一轮专家函询征询是否有内分泌代谢科新增内容;^b第一轮专家函询征询是否有运动康复科新增内容;^c第一轮专家函询征询是否有心血管内科新增内容;^d第一轮专家函询征询是否有临床药剂科新增内容;^e第一轮专家函询征询是否有减重代谢外科新增内容

表 7 特殊人群管理项目

Table 7 Special population management programs

项目	内容	专家函询评分($\bar{x}\pm s$,分)	
		第一轮(65人)	第二轮(48人)
减重手术后患者	1.药物重启时机:药物辅助治疗需在医师指导下,根据术后不同阶段(如胃肠功能恢复后、减重不足或反弹时)分时机启动	5.00±0.00	4.98±0.15
	2.营养支持:术后需密切监测营养状态,并补充脂溶性维生素、微量元素及足量蛋白质	5.00±0.00	5.00±0.00
	3.代谢指标监测:关注血糖、血压、血脂等代谢指标的波动,并协助调整相关药物方案	4.98±0.12	5.00±0.00
老年患者	1.营养不良风险:强调足量蛋白质摄入,并可协同补充多元维生素和钙剂,以防营养不良	5.00±0.00	5.00±0.00
	2.跌倒风险:评估平衡能力,进行防跌倒教育,警惕体质量下降后重心改变带来的风险	4.98±0.12	5.00±0.00
	3.多重用药:仔细核查药物相互作用,密切监测低血糖和脱水等潜在迹象	4.94±0.30	4.98±0.15
	4.便秘风险:指导患者通过多饮水、摄入高纤维食物和保持活动来预防和管理便秘	无新增项目 ^a	4.98±0.15
	5.家属参与:建议家属参与老年患者的用药管理与随访监督,以确保安全	无新增项目 ^b	4.98±0.15
育龄期女性患者	避孕与妊娠管理:强调治疗期间及停药后必须有效避孕,有妊娠计划者需提前与医师讨论	5.00±0.00	4.98±0.15
肝功能不全患者	1.评估与沟通:用药前系统评估肝病背景,明确失代偿期肝硬化等绝对禁忌证	4.92±0.32	4.98±0.15
	2.监测与执行:治疗前完成全面肝功能检测,治疗中动态监测肝功能及相关症状	5.00±0.00	4.98±0.15
	3.风险预警与处理:出现氨基转移酶或胆红素显著升高或肝损伤迹象时,立即报告医师并建议暂停用药	5.00±0.00	4.98±0.15
肾功能不全患者	重点关注用药安全与液体管理,治疗前评估基线肾功能,治疗中定期复查并预防急性肾损伤	5.00±0.00	4.98±0.15

注:^a第一轮专家函询征询是否有便秘风险新增防治内容;^b第一轮专家函询征询是否有家属参与新增内容

理临床路径,涵盖从治疗前全面评估到用药期间不良反应管理、生活方式干预以及长期的随访与支持,为个案管理师临床实践提供明确、具体、可操作范本。患者管理临床路径的推广能够有效提升药物减重治疗管理的科学性与系统性,强化多学科团队之间的协作效能,最终转化为患者依从性提高、长期减重效果巩固以及生命质量的显著改善。未来,工作组将根据临床应用中的反馈与新的循证医学证据,对《共识》进行定期更新与修订,为推动中国新型减重药物治疗的规范化与高质量发展贡献力量。

《新型减重药物治疗护理与个案管理专家共识(2026版)》编审委员会名单

首席顾问:

- 刘金钢 中国医科大学附属第四医院普通外科
- 王存川 暨南大学附属第一医院胃肠外科一科
- 朱晒红 中南大学湘雅三医院胃肠外科
- 张 频 上海交通大学医学院附属第六人民医院减重代谢外科
- 曲 伸 上海市第十人民医院内分泌代谢科

顾问(按姓氏汉语拼音排序):

- 韩晓东 上海交通大学医学院附属第六人民医院减重代谢外科

林清然 暨南大学附属第一医院护理部
 刘翠青 暨南大学附属第一医院护理部
 刘雁军 成都市第三人民医院肥胖与代谢性疾病中心
 王景浩 暨南大学附属第一医院药学部
 吴 边 云南省第一人民医院胃肠与减重代谢外科
 杨 华 暨南大学附属第一医院胃肠外科
 杨景哥 暨南大学附属第一医院胃肠外科二科
 叶艳彬 暨南大学附属第一医院营养科
 于浩泳 上海交通大学医学院附属第六人民医院
 内分泌代谢科
 周 娜 昆明医科大学康复学院

孙林丽 中南大学湘雅三医院胃肠减重代谢外科
 王 涵 成都市第三人民医院肥胖与代谢性疾病中心
 王 静 南京医科大学第三附属医院减重代谢科
 王文娟 郑州市中心医院肠代谢外科
 王晓敏 山东大学齐鲁第二医院胃肠外科
 王 颖 通辽市人民医院胃肠疝外科
 文馨培 四川大学华西第四医院胃肠外科
 文 曰 四川大学华西医院胃肠外科
 吴乐萍 金华市人民医院肝胆胃肠外科
 吴亚萍 九江学院附属医院胃肠外科
 武 俊 昆明市延安医院普通外科四科
 徐红艳 中国医科大学附属第四医院普通外科
 徐婉婷 武汉市第八医院肥胖与代谢病诊疗中心
 许小红 厦门大学附属第一医院普通外科
 杨红英 攀钢集团总医院普通外科
 弋 晓 南充市中心医院胃肠肛肠疝外科
 臧 燕 江苏省人民医院普通外科减重中心
 张 华 河南省三门峡市中心医院胃肠外科
 张 霞 哈尔滨医科大学附属第四医院胃肠减重外科
 赵婉鄂 暨南大学附属第一医院胃肠外科一科
 周 晨 南京鼓楼医院胰腺与代谢外科
 周玲玲 南京医科大学附属淮安第一医院减重代谢外科
 周 霞 中山市小榄人民医院肥胖与代谢病防治中心
 周小玲 北京大学深圳医院综合病区
 朱怡凤 西安交通大学第一附属医院肝胆外科

成员(按姓氏汉语拼音排序):

陈丽明 厦门大学附属第一医院普通外科
 陈 玲 南方医科大学深圳医院胃肠外科
 陈笑梅 广州前海人寿总医院胃肠外科
 杜 丽 武汉大学中南医院肝胆胰外科
 杜燕敏 首都医科大学附属北京世纪坛医院减重代谢外科
 付丽平 中山市小榄人民医院普通外科三区
 高丽莲 暨南大学附属第一医院胃肠外科
 高 天 山东大学齐鲁第二医院胃肠外科
 贺宝金 东莞市大朗医院普通外科
 贺荟茜 郑州市中心医院胃肠代谢外科
 花红霞 江苏省人民医院普通外科减重中心
 黄 澜 哈尔滨医科大学附属第一医院肿瘤腔镜外科
 黄丽娟 深圳市人民医院胃肠外科
 黄莹莹 广州医科大学附属番禺中心医院体重管理中心
 蒋秋白 成都市第三人民医院肥胖与代谢性疾病中心
 蒋荣园 徐州医科大学附属医院减重代谢外科
 李海英 西安医学院附属宝鸡医院普通外科一病区
 李念星 南京鼓楼医院胰腺和代谢外科
 李群欢 中山大学附属第五医院胃肠外科二区
 李如玉 云南省德宏州人民医院普通外科二科
 李维格 暨南大学附属第一医院胃肠外科二科
 李迎奥 上海市第十人民医院内分泌代谢科
 廖 婧 四川大学华西医院胃肠外科
 刘京丽 首都医科大学附属北京友谊医院减重代谢外科
 刘瑞瑞 宁夏医科大学总医院胃肠外科
 刘晓霞 哈尔滨市第一医院普通外科一科
 罗摇篮 甘肃省张掖市第二人民医院普通外科
 马 铖 云南省第一人民医院胃肠与减重代谢外科
 买红娟 宁夏医科大学总医院胃肠外科
 乔丽君 郑州市人民医院普通外科减重代谢外科
 秦 慧 武汉市第八医院肥胖与代谢病诊疗中心
 任 敏 资阳市人民医院胃肠外科
 苏志红 中南大学湘雅三医院胃肠减重代谢外科

执笔:

吴丽娜 暨南大学附属第一医院胃肠外科二科
 詹大方 成都市第三人民医院肥胖与代谢性疾病中心
 杜荣慧 上海交通大学医学院附属第六人民医院护理部
 陈啟赞 云南省第一人民医院胃肠与减重代谢外科

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] World Health Organization. Obesity and overweight[EB/OL].(2025-12-08)[2025-12-22]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

[2] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults[J]. Lancet,2017,390(10113):2627-2642. DOI:10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

[3] Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF diabetes atlas: global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045[J]. Diabetes Res Clin Pract,2022,183:109119. DOI:10.1016/j.diabres.2021.109119.

[4] 中华人民共和国国家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. DOI:10.3760/cma.j.cn115610-20241017-00455.
- [5] GBD 2021 Diabetes Collaborators. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021[J]. *Lancet*,2023,402(10397):203-234. DOI:10.1016/S0140-6736(23)01301-6.
- [6] Wilding J, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity[J]. *N Engl J Med*,2021,384(11):989-1002. DOI:10.1056/NEJMoa2032183.
- [7] le Roux CW, Hankosky ER, Wang D, et al. Tirzepatide 10 and 15 mg compared with semaglutide 2.4 mg for the treatment of obesity: an indirect treatment comparison[J]. *Diabetes Obes Metab*,2023,25(9):2626-2633. DOI:10.1111/dom.15148.
- [8] Chávez-Manzanera EA, Vera-Zertuche JM, Kaufer-Horwitz M, et al. Mexican clinical practice guidelines for adult overweight and obesity management[J]. *Curr Obes Rep*,2024,13(4):643-666. DOI:10.1007/s13679-024-00585-w.
- [9] 广东省药学会. 减重药物临床应用医药专家共识[OL]. 中国药理学,2025(2025-11-27)[2025-12-22]. <https://link.cnki.net/urlid/44.1650.r.20251127.1131.002>.
- [10] 我国发布《健康中国行动—健康环境促进行动实施方案(2025—2030年)》[J]. *中国卫生政策研究*,2025,18(8):28. DOI:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.08.004.
- [11] 接恒博,李若涵,都丽萍,等. 国内外减重药物的研究进展与挑战[J]. *中国药物与临床*,2025,25(9):566-572. DOI:10.11655/zgywylc.2025.09.004.
- [12] 中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)[J]. *营养学报*,2020,42(6):521.
- [13] 李静. GLP-1受体激动剂对肥胖及超重2型糖尿病代谢指标的影响[OL]. *临床医药文献电子杂志*,2020,7(15):41[2025-12-22]. <https://d.wanfangdata.com.cn/periodical/lcydz.202015035>.
- [14] 郑鑫,朱育刚,王德峰. GLP-1受体激动剂对超重及肥胖2型糖尿病患者胰岛细胞功能影响的系统评价[J]. *临床荟萃*,2019,34(12):1102-1107. DOI:10.3969/j.issn.1004-583X.2019.12.010.
- [15] 赵文慧. 健康管理干预超重/肥胖人群的体脂率与体重效果分析与评价[C]//中国营养学会. 第十七届全国营养科学大会摘要集. 北京:中国知网,2025:305.
- [16] 王佳韵,杨冰清,张晓圆. 超重肥胖人群血糖管理中的碳水化合物摄入:一项基于连续血糖监测的横断面研究摘要[C]//中国营养学会. 第十七届全国营养科学大会摘要集. 北京:中国知网,2025:205.
- [17] 赵莉,熊智涵,范琳林,等. 儿童青少年肥胖的现状与管理策略:中国面临的挑战及应对措施[J]. *中国普外基础与临床杂志*,2025,32(9):1141-1147. DOI:10.7507/1007-9424.202506026.
- [18] 张蕾,董丽霞. 肥胖自我管理研究现状[J]. *智慧健康*,2025,11(18):15-18. DOI:10.19335/j.cnki.2096-1219.2025.18.005.
- [19] Rodriguez PJ, Zhang V, Gratzl S, et al. Discontinuation and reinitiation of dual-labeled GLP-1 receptor agonists among US adults with overweight or obesity[J]. *JAMA Netw Open*,2025,8(1):e2457349. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2024.57349.
- [20] Chakhtoura M, Haber R, Ghezzawi M, et al. Pharmacotherapy of obesity: an update on the available medications and drugs under investigation[J]. *EClinicalMedicine*,2023,58:101882. DOI:10.1016/j.eclinm.2023.101882.
- [21] Liu QK. Mechanisms of action and therapeutic applications of GLP-1 and dual GIP/GLP-1 receptor agonists[J]. *Front Endocrinol (Lausanne)*,2024,15:1431292. DOI:10.3389/fendo.2024.1431292.
- [22] Bays HE, Fitch A, Christensen S, et al. Anti-obesity medications and investigational agents: an obesity medicine association (OMA) clinical practice statement (CPS) 2022[J]. *Obes Pillars*,2022,2:100018. DOI:10.1016/j.obpill.2022.100018.
- [23] Pitt MB, Butteris SM, Howard CR, et al. Craving sweet success: a recipe for developing a global health education consortium (or any consortium, for that matter)[J]. *Pediatr Ann*,2023,52(9):e351-e356. DOI:10.3928/19382359-20230720-05.
- [24] Kardas P. From non-adherence to adherence: can innovative solutions resolve a longstanding problem?[J]. *Eur J Intern Med*,2024,119:6-12. DOI:10.1016/j.ejim.2023.10.012.
- [25] Jeon HO, Chae MO, Kim A. Effects of medication adherence interventions for older adults with chronic illnesses: a systematic review and meta-analysis[J]. *Osong Public Health Res Perspect*,2022,13(5):328-340. DOI:10.24171/j.phrp.2022.0168.
- [26] Myeni TP, Pillay S. Effectiveness of inbuilt cell phone reminders in chronic medication compliance[J]. *S Afr Fam Pract (2004)*,2025,67(1):e1-e8. DOI:10.4102/safp.v67i1.6031.
- [27] Calleja L, Glass BD, Cairns A, et al. Pharmacist-led interventions for medication adherence in patients with chronic kidney disease: a scoping review[J]. *Pharmacy (Basel)*,2023,11(6):185. DOI:10.3390/pharmacy11060185.
- [28] Patel S, Huang M, Miliara S. Understanding treatment adherence in chronic diseases: challenges, consequences, and strategies for improvement[J]. *J Clin Med*,2025,14(17):6034. DOI:10.3390/jcm14176034.
- [29] Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance[J]. *Am J Clin Nutr*,2005,82(1 Suppl):222S-225S. DOI:10.1093/ajcn/82.1.222S.
- [30] Epstein LH, Wilfley DE, Kilanowski C, et al. Family-based behavioral treatment for childhood obesity implemented in pediatric primary care: a randomized clinical trial[J]. *JAMA*,2023,329(22):1947-1956. DOI:10.1001/jama.2023.8061.
- [31] Pietrabissa G, Rossi A, Borrello M, et al. Development and validation of a self-determination theory-based measure of motivation to exercise and diet in children[J]. *Front Psychol*,2020,11:1299. DOI:10.3389/fpsyg.2020.01299.
- [32] Chomentowski P, Dubé JJ, Amati F, et al. Moderate exercise attenuates the loss of skeletal muscle mass that occurs with intentional caloric restriction-induced weight loss in older, overweight to obese adults[J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*,2009,64(5):575-580. DOI:10.1093/gerona/64.5.575.
- [33] Sergeev IN, Aljutaily T, Walton G, et al. Effects of synbiotic supplement on human gut microbiota, body composition and weight loss in obesity[J]. *Nutrients*,2020,12(1):222. DOI:10.3390/nu12010222.
- [34] Filippatos TD, Panagiotopoulou TV, Elisaf MS. Adverse effects of GLP-1 receptor agonists[J]. *Rev Diabet Stud*,2014,11(3/4):202-230. DOI:10.1900/RDS.2014.11.202.
- [35] Latif W, Lambrinos KJ, Patel P, et al. Compare and contrast the glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP1RAs) [M]. Treasure Island: StatPearls Publishing,2024.
- [36] Xie X, Yang S, Deng S, et al. Comparative gastrointestinal adverse effects of GLP-1 receptor agonists and multi-target

- analogues in type 2 diabetes: a Bayesian network meta-analysis[J]. *Front Pharmacol*,2025,16:1613610. DOI:10.3389/fphar.2025.1613610.
- [37] Shetty R, Basheer FT, Poojari PG, et al. Adverse drug reactions of GLP-1 agonists: a systematic review of case reports[J]. *Diabetes Metab Syndr*,2022,16(3):102427. DOI:10.1016/j.dsx.2022.102427.
- [38] Berg S, Stickle H, Rose SJ, et al. Discontinuing glucagon-like peptide-1 receptor agonists and body habitus: a systematic review and meta-analysis[J]. *Obes Rev*,2025,26(8):e13929. DOI:10.1111/obr.13929.
- [39] Paddu NU, Lawrence B, Wong S, et al. Weight maintenance on cost-effective antiobesity medications after 1 year of GLP-1 receptor agonist therapy: a real-world study[J]. *Obesity (Silver Spring)*,2024,32(12):2255-2263. DOI:10.1002/oby.24177.
- [40] Lundgren JR, Janus C, Jensen S, et al. Healthy weight loss maintenance with exercise, liraglutide, or both combined[J]. *N Engl J Med*,2021,384(18):1719-1730. DOI:10.1056/NEJMoa2028198.
- [41] Mozaffarian D, Agarwal M, Aggarwal M, et al. Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: a joint advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society[J]. *Obesity (Silver Spring)*,2025,33(8):1475-1503. DOI:10.1002/oby.24336.
- [42] Tronieri JS, Wadden TA, Walsh O, et al. Measures of adherence as predictors of early and total weight loss with intensive behavioral therapy for obesity combined with liraglutide 3.0 mg[J]. *Behav Res Ther*,2020,131:103639. DOI:10.1016/j.brat.2020.103639.
- [43] Perdomo CM, Cohen RV, Sumithran P, et al. Contemporary medical, device, and surgical therapies for obesity in adults[J]. *Lancet*,2023,401(10382):1116-1130. DOI:10.1016/S0140-6736(22)02403-5.
- [44] Negi A, Asokkumar R, Ravi R, et al. Nutritional management and role of multidisciplinary follow-up after endoscopic bariatric treatment for obesity[J]. *Nutrients*,2022,14(16):3450. DOI:10.3390/nu14163450.
- [45] Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity[J]. *Lancet Diabetes Endocrinol*,2025,13(3):221-262. DOI:10.1016/S2213-8587(24)00316-4.
- [46] Gaskin CJ, Cooper K, Stephens LD, et al. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity published internationally: a scoping review[J]. *Obes Rev*,2024,25(5):e13700. DOI:10.1111/obr.13700.
- [47] Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures-2019 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, the Obesity Society, American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists-executive summary[J]. *Endocr Pract*,2019,25(12):1346-1359. DOI:10.4158/GL-2019-0406.
- [48] Batsis JA, Villareal DT. Sarcopenic obesity in older adults: aetiology, epidemiology and treatment strategies[J]. *Nat Rev Endocrinol*,2018,14(9):513-537. DOI:10.1038/s41574-018-0062-9.
- [49] Kwan YH, Cheng TY, Yoon S, et al. A systematic review of nudge theories and strategies used to influence adult health behaviour and outcome in diabetes management[J]. *Diabetes Metab*,2020,46(6):450-460. DOI:10.1016/j.diabet.2020.04.002.

读者·作者·编者

本刊 2026 年各期重点选题

精心策划选题,引领学术前沿一直是《中华消化外科杂志》秉承的办刊路线。本刊顺应融合发展,坚持行稳致远,践行专家办刊,拓展优质稿源,报道先进成果。经本刊编辑委员会讨论确定 2026 年各期重点选题。请作者根据每期重点选题提前 4~5 个月投稿,本刊将择优刊登。

电子邮箱: cjds@cmaph.org

门户网站: <http://zhxhwkzz.yiigle.com>

第 1 期: 消化外科新进展

第 2 期: 减重代谢外科

第 3 期: 结直肠癌精准诊疗

第 4 期: 肝脏疾病精准诊疗

第 5 期: 疝与腹壁外科

第 6 期: 胰腺疾病精准诊疗

第 7 期: 微创与智慧医学

第 8 期: 胃癌精准诊疗

第 9 期: 胆道疾病精准诊疗

第 10 期: 食管疾病与食管胃结合部肿瘤

第 11 期: 感染与营养

第 12 期: 消化系统疾病

远程投稿: <http://medpress.yiigle.com>

微信公众号: 中华消化外科杂志



本刊网站



本刊微信



本刊微信视频号



本刊抖音号