

· 标准与规范 ·

超重或肥胖人群体重管理流程的专家共识 (2021 年)

中华医学会健康管理学分会 中国营养学会临床营养分会
全国卫生产业企业管理协会医学营养产业分会 《中华健康管理学杂志》编辑委员会
通信作者: 张片红, 浙江大学医学院附属第二医院营养科, 杭州 310009, Email: zrlcyyzx@zju.edu.cn; 曾强, 解放军总医院第二医学中心健康管理研究院 国家老年疾病
临床研究中心, 北京 100853, Email: zq301@126.com

【摘要】 超重或肥胖是由环境与遗传因素共同作用所致, 是 2 型糖尿病、血脂异常、高血压、癌症等多种疾病的重要危险因素。科学合理的体重管理是超重或肥胖及相关慢性疾病防控的基础治疗手段。为了规范体重管理诊疗工作流程, 《中华健康管理学杂志》组织有关专家针对院内院外体重管理工作流程进行研讨和论证, 并制定了本共识。本共识规范了院内院外体重管理团队建设, 设立标准化的管理工作流程, 使超重或肥胖防治策略及体重管理流程更加科学、规范与易于实施。

【关键词】 超重; 肥胖; 体重管理; 规范

Expert consensus on the procedure of body weight management among patients with overweight or obesity (2021)

Chinese Society of Health Management, Clinical Nutrition Branch of Chinese Nutrition Society, Medical Nutrition Industry Branch of the National Association of Health Industry and Enterprise Management, the Editorial Board of Chinese Journal of Health Management

Corresponding authors: Zhang Pianhong, the Second Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310009, China, Email: zrlcyyzx@zju.edu.cn; Zeng Qiang, Health Management Institute, the Second Medical Center & National Clinical Research Center for Geriatric Diseases, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China, Email: zq301@126.com

随着生活方式和饮食结构的变化, 超重或肥胖患病率在世界范围内呈上升趋势^[1]。《中国居民营养与慢性病状况报告(2020 年)》指出, 我国≥18 岁居民超重或肥胖人数占比已经超过一半, 已经成为我国最严重的公共卫生问题之一^[2]。体重管理是超重或肥胖及相关慢性疾病的有效防控手段, 目前国际上对超重或肥胖患者已形成了一些医疗管理的指南与共识, 但在体重管理实践中, 仍缺乏规范化的操作流程, 致使部分医疗机构体重管理效果不佳, 治疗目标难以达到。体重管理规范的缺失同样

导致了体重管理行业的良莠不齐。在此背景下, 由中华医学会健康管理学分会发起, 联合中国营养学会、中华医学会糖尿病学分会、中华医学会内科学分会、中国医疗保健国际交流促进会生殖医学分会、中国健康促进基金会、浙江省临床营养中心、浙江诺特健康科技股份有限公司于 2018 年共同起草编制完成了《超重或肥胖人群体重管理规范》团体标准^[3]。为了进一步规范和优化超重或肥胖体重管理诊疗工作流程, 落实该团体标准在临床上的实施, 在《中华健康管理学杂志》编辑委员会支持下,

DOI: 10.3760/cma.j.cn115624-20210630-00368

收稿日期 2021-06-30 本文编辑 宋国营

引用本文: 中华医学会健康管理学分会, 中国营养学会临床营养分会, 全国卫生产业企业管理协会医学营养产业分会, 等. 超重或肥胖人群体重管理流程的专家共识(2021 年)[J]. 中华健康管理学杂志, 2021, 15(4): 317-322. DOI: 10.3760/cma.j.cn115624-20210630-00368.



中华医学会杂志社
Chinese Medical Association Publishing House

版权所有 违者必究



组织中华医学会健康管理学分会、中国营养学会临床营养分会、全国卫生产业企业管理协会医学营养产业分会、浙江省临床营养中心、浙江诺特健康科技股份有限公司的有关专家依据《超重或肥胖人群体重管理规范》团体标准内容,结合国内外最新超重或肥胖及其相关疾病诊疗指南,经充分讨论制定了本共识,旨在规范我国体重管理门诊建设,使超重或肥胖防治策略及体重管理流程更加科学、规范并易于实施。

一、体重管理团队组织架构及运作模式

超重或肥胖是多种慢性疾病的高危因素,与生活方式密切相关。体重管理不仅是减重,还包括调整饮食、运动和心理行为,重塑生活方式,以达到改善健康状况的目的。它涵盖了院内诊治和院外生活方式管理,因此需要整合资源,建立院内院外联合管理团队,实现以患者为中心、线上线下、院内院外全流程体重管理。

1. 团队组织架构:(1)医院内体重管理团队:由营养科医师(临床营养师)、内科医师、胃肠外科医师、精神科医师、康复科医师、护师、药剂师等专科人员组建多学科团队,主要承担患者评估、诊断和制定治疗方案等工作,包括档案建立、超重或肥胖相关疾病评估、超重或肥胖诊断、干预方案制定及复诊等。(2)医院外体重管理团队:由营养(医)师、健康管理师、心理治疗师、运动教练等组成,主要承担患者干预方案的指导和跟踪管理等工作,包括患者生活方式的干预指导(营养、心理、运动、行为、健康教育等)、随访和持续监测等。

2. 运作模式:通过将医院内诊治和医院外执行相结合,对患者进行超重或肥胖评估、明确诊断、制定治疗方案、实施干预、跟踪随访全过程管理,以保证患者可获得较好的体重管理疗效。医院内参与体重管理的医务人员需要接受体重管理相关知识培训,为患者制定科学规范的个体化干预方案,以提高依从性和干预效果。医院外体重管理工作,建议与医院或相关学会认可的专业健康管理机构合作,专业机构仅承担生活方式的干预指导、随访和持续监测,并督促患者定期到医院复诊。在选择专业健康管理机构时应关注以下方面:(1)完善的体重管理服务体系,并且有临床研究证据支持;(2)专业团队(包括医师、护士、营养(医)师、健康管理师等);(3)建立系统化信息平台,平台应具备互联网诊疗能力,可提供完整的健康服务数据,服务流程可监管。院内院外体重管理应充分发挥互联网

医疗平台“远程、高效、智能、便捷”的独特优势,加强“互联网+医疗健康管理”信息化服务支撑,建立“线上线下诊疗+治疗性生活方式改善”相结合的全病程管理模式,创新诊疗模式、提升管理效率。

二、超重或肥胖评估

1. 初步评估内容^[3-4]:(1)详细询问超重或肥胖史,包括超重或肥胖起始时间、持续时间、家族史、既往治疗史(减重方法、持续时间、减重次数、减重效果),以及超重或肥胖相关疾病史和特殊用药史;(2)针对超重或肥胖的常见继发性因素进行诊断与鉴别,积极治疗原发性疾病;(3)评估患者的饮食(食物过敏史、能量摄入、能量消耗、膳食结构及饮食习惯)、运动状态、心肺功能;(4)了解患者减重目的、减重意愿、减重紧迫性、进餐规律性、作息规律性、个人自律性、个人可自由支配时间等相关信息;(5)测量身高、体重、腰围、臀围、体成分分析(体脂率、体脂肪量、内脏脂肪、肌肉量等),计算体质指数(BMI)和腰臀比等,建立个人档案。

2. 并发症和合并症:通过病史及辅助检查获取有无超重或肥胖相关并发症和合并症^[3-4],主要包括2型糖尿病及其慢性并发症(视网膜病变等)、高血压、心血管疾病、代谢相关脂肪性肝病、慢性肾脏病、多囊卵巢综合征、不孕不育、睡眠呼吸暂停综合征、骨关节炎、高尿酸血症及痛风、肝硬化、胆囊疾病、甲状腺疾病、结直肠癌等。

3. 常规实验室及仪器检查^[3-4]:血压、血常规、尿常规、血糖(空腹及餐后)、糖化血红蛋白、糖耐量试验、胰岛素释放试验、C肽释放试验、血脂(三酰甘油、胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇和高密度脂蛋白胆固醇)、肝功能、肾功能(血尿酸),以及肝脏B超等。必要时加测促甲状腺激素、甲状腺功能、皮质醇、性激素、维生素、微量元素、脂肪酸(ω -6与 ω -3脂肪酸比例)及炎性指标、超重或肥胖相关基因、肠道菌群、骨代谢指标及骨密度等。

4. 能量摄入情况和能量消耗情况评估^[4-5]:通常采用24 h膳食回顾法、三日称重法和食物频率问卷等方法评估患者能量摄入情况。如果有间接能量测定仪,可以使用间接能量测定仪检测患者的静息代谢率,而后根据活动量来估算患者每日的总能量需求。如果没有间接能量测定仪,可采用估算法,一般卧床患者为15~20 kcal/kg,轻体力活动者20~25 kcal/kg,中体力活动者25~30 kcal/kg,重体力活动者35 kcal/kg(体重为理想体重),计算患者的目标能量需求。



5. 超重或肥胖判定:根据 BMI 对成人超重或肥胖进行判定^[4,6], $24.0 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 28.0 \text{ kg/m}^2$ 为超重, $\text{BMI} \geq 28.0 \text{ kg/m}^2$ 为肥胖。中心型肥胖可以用腰围判定,男性腰围 $\geq 90 \text{ cm}$,女性腰围 $\geq 85 \text{ cm}$ 为成人中心型肥胖。内脏型肥胖定义为人体成分检测结果提示内脏脂肪面积 $> 100 \text{ cm}^2$ ^[7]。

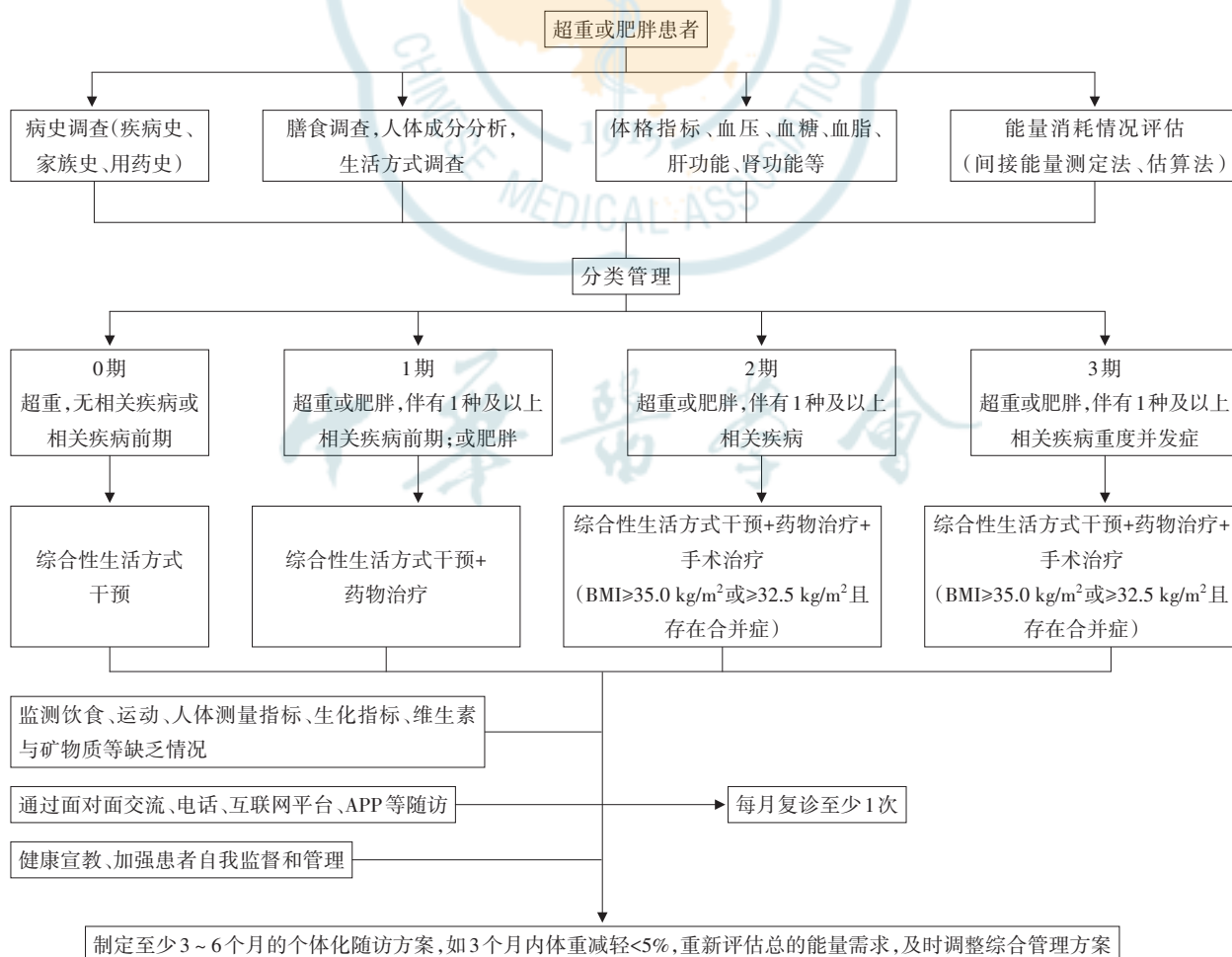
6. 超重或肥胖分期:根据 BMI 及是否合并并发症对超重或肥胖进行分期,共分为四期^[3]:(1)0 期:超重,无超重或肥胖相关疾病前期或相关疾病;(2)1 期:超重,伴有 1 种及以上超重或肥胖相关疾病前期;或肥胖,无或伴有 1 种及以上超重或肥胖相关疾病前期;(3)2 期:超重或肥胖,伴有 1 种及以上超重或肥胖相关疾病;(4)3 期:超重或肥胖,伴有 1 种及以上超重或肥胖相关疾病重度并发症。通过对超重或肥胖进行阶梯式分期管理,制定相应的减重目标,预估临床获益。

三、超重或肥胖的体重管理

1. 体重管理目标:研究显示体重减少 5%~15%

或更多可以显著改善胰岛素抵抗、高血糖、高血压、血脂异常等代谢异常,降低 2 型糖尿病、心血管疾病、代谢相关脂肪性肝病、多囊卵巢综合征等多种超重或肥胖相关疾病风险,减少疾病治疗药物的使用^[8]。因此,建议将减少体重 5%~15% 及以上作为体重管理的目标。医院内多学科诊疗团队需要根据患者疾病情况,与患者达成共识,制定可实现的减重目标^[8-10]。超重或肥胖人群体重管理流程图 1。

2. 行为指导建议:不良的行为习惯是引起超重或肥胖的重要因素。在进行体重管理前,体重管理团队需要评估患者行为习惯,针对存在的问题提出改善建议,并与患者达成共识。行为方式干预包括:建议患者每日记录体重、饮食及运动情况;避免久坐、规律作息、控制进食速度、足量饮水、避免暴饮暴食、减少在外就餐、减少高糖、高脂肪、高盐食物;积极寻求家庭成员及社交圈的鼓励和支持,必要时接受专业减重教育和指导^[3]。



注: $24.0 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 28.0 \text{ kg/m}^2$ 为超重, $\text{BMI} \geq 28.0 \text{ kg/m}^2$ 为肥胖

图1 超重或肥胖人群体重管理流程图



3. 膳食指导建议:目前多种膳食模式(如限能量平衡膳食、低能量膳食、极低能量膳食、高蛋白质膳食、低碳水化合物膳食、轻断食等)在体重管理中的应用已获得临床证据支持^[5]。减重的基础是能量摄入小于能量消耗,无论选择哪种膳食模式,都需要控制每日总能量摄入。患者对饮食的喜好会影响其对饮食模式的依从性及能量的控制情况,进而影响减重效果。营养(医)师需根据患者的饮食喜好及疾病状况制定个性化的膳食方案。

4. 运动指导建议:推荐超重或肥胖患者根据自身健康状况及个人偏好,在专业医师或运动教练指导下制定合理的运动计划。必要时可进行心肺功能测定及运动平板心电图检查,以助确定最大耐受心率。运动计划必须包含明确的目标和持续的效果评价。在实现这些目标时,运动时间根据运动强度调整。增加运动需要循序渐进,以达到每周 3~5 d,总计≥150 min 的中等强度有氧运动(运动时心率范围为 64%~76% 最大心率或运动强度(能量代谢当量)为 3~6 MET(1 MET=3.5 ml·kg⁻¹·min⁻¹),每 6 次训练增加 5% 的强度,直到 65% 最大负荷),并隔日进行一次抗阻肌肉力量训练,每次 10~20 min^[8, 11-12]。进行抗阻训练时,在安全范围内选择针对大肌群的中等到高强度的短时剧烈运动,休息间隔<1 min,有助于增加骨骼肌含量,强化减肥效果^[13]。高强度间歇训练也是一个行之有效的减重策略^[12]。此外,运动前后的热身、拉伸,以及逐步增加运动负荷有助于确保坚持训练计划和避免受伤。

5. 心理指导建议:超重、肥胖及过往减重失败经历等因素易增加患者心理负担,并进一步影响减重治疗效果。应在心理治疗师协作下加强心理干预,帮助患者增加自信,缓解压力与抑郁、焦虑情绪,提高患者减重效果和生活质量^[8]。

6. 减重药物治疗建议:包括饮食、运动及行为的生活方式干预是超重或肥胖的首选治疗方式,但对于 BMI≥24.0 kg/m² 且存在超重或肥胖合并症,或 BMI≥28.0 kg/m² 不论是否有并发症的患者,经生活方式干预后未达到治疗目标,可考虑配合药物辅助治疗,并定期评估减重药物的安全性及有效性。目前在国内获准临床应用的减肥药物只有奥利司他,另外也有研究证明二甲双胍、纳曲酮缓释剂、安非他酮缓释剂、利拉鲁肽、氯卡色林、芬特明、托吡酯缓释剂用于肥胖和超重的治疗具有较好疗效^[3-4, 8],但其作用机制还需要更多的循证依据支持。

7. 减重手术建议:对于 BMI≥32.5 kg/m² 且存在

2 型糖尿病、心血管疾病、睡眠呼吸暂停综合征等合并症,或 BMI≥35.0 kg/m² 不论是否有并发症的患者,经生活方式干预和内科治疗等减重方法长期无效,且有行减重手术意愿时,经综合评估后可考虑行减重手术治疗。减重手术包括胃旁路手术、袖状胃切除术、可调节胃束带术、胆胰分流并十二指肠转位术^[3-4, 8, 10]。术后需加强对患者的营养教育和营养支持,并常规进行代谢和营养指标监测。

8. 复诊建议:超重或肥胖相关疾病需遵循相关疾病治疗指南进行治疗,体重管理过程中随着体重下降,各项代谢指标(如血糖、血压、血脂等)会发生改善,相应的用药需进行调整,超重或肥胖患者应及时去相关专科复诊。复诊的科室建议为体重管理多学科门诊或营养科门诊,复诊频率建议 1 次/月,当代谢指标或疾病状况发生变化时应及时复诊。

9. 停滞期指导建议:在减重过程中,会出现静息代谢率降低,机体能量消耗降低。研究显示,当减重 10% 时,机体每日实际能量消耗比根据体重预估的能量消耗低 300~400 kcal^[14]。当患者采用与之前治疗同样的生活方式干预方案,可能会出现体重下降进入停滞期的现象,此时可通过调整运动模式和运动量,调整膳食模式和能量摄入,促进体重继续降至目标值。

10. 互动管理:利用互联网技术,实现“互联网+体重管理”服务。营养(医)师可以借助专业的体重管理平台实现实时信息推送、记录饮食运动及监测指标(包括语音、视频、图片、文字等形式)以及减重期间的咨询与指导,以提高与患者的互动性和依从性。

四、超重或肥胖人群的随访与监测

1. 随访计划:根据患者个体情况,制定 3~6 个月甚至更久的随访方案。建议患者每个月进行至少 1 次随访,评估饮食、体力活动和体重变化情况,如 3 个月内体重减轻<5%,应重新评估总的能量需求,及时调整体重综合管理方案^[5, 8, 15]。对于不能够门诊随访的患者,建议应用电话或互联网平台随访^[16]。

2. 监测内容:需结合患者年龄、疾病及治疗情况,对患者营养状况、人体测量指标、生化指标、骨密度等进行监测,以预防或纠正营养不良、微量营养素缺乏等问题,并在减重过程中评估肌肉流失情况,对于肌肉流失严重的患者,应及时采取增肌的干预方案^[4-5, 8]。



3. 减重后的维持:如果患者能长期维持 3%~5% 的体重减少,有助于降低糖尿病及心血管疾病风险。因此建议在达到减重目标后,为患者制定个性化的体重维持方案,包括饮食和运动,应保持营养充足并减少能量摄入^[5, 9, 17],建议每周进行 200~300 min 的中等强度体育活动^[18],以达到成功维持体重 1 年以上^[5]。在随访过程中,通过健康宣教加强患者的自我监督和管理能力^[19-22],并可利用互联网移动平台进行互动增加患者依从性。

利益冲突 专家组所有成员均声明不存在利益冲突

执笔专家:张片红(浙江大学医学院附属第二医院);曾强(解放军总医院);陆彦好(浙江大学医学院附属第二医院);鲁玲(浙江诺特健康科技股份有限公司)

专家组成员(按姓氏汉语拼音排序):蔡斌(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);蔡红琳(华中科技大学附属同济医学院协和医院);曹素艳(北京医院);陈政云(郑州大学第一附属医院);陈洁文(上海交大医学院附属第九人民医院);陈伟(北京协和医院);陈小盼(海南医学院第一附属医院);陈宗涛(陆军军医大学附属西南医院);戴福仁(温州医科大学附属第三医院);冯秉(南昌大学第二附属医院);冯丽君(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);付君(哈尔滨医科大学附属第一医院);高彬(空军军医大学第二附属医院);郭清(浙江中医药大学);赫军(解放军第九六〇医院);黄红卫(南昌大学第二附属医院);黄晓旭(浙江大学医学院附属第二医院);金晖(东南大学附属中大医院);李建华(内蒙古自治区第三医院);李莉(新疆医科大学第一附属医院);李硕(西部战区空军医院);李卫(广西壮族自治区人民医院);李晓苗(空军军医大学第一附属医院);李兴杰(兰州大学第二医院);梁雄飞(海口市人民医院);刘敏(中南大学湘雅三医院);刘绍辉(中南大学湘雅医院);刘雅卓(大连大学附属中山医院);刘英华(解放军总医院);鲁玲(浙江诺特健康科技股份有限公司);陆彦好(浙江大学医学院附属第二医院);吕永曼(华中科技大学同济医学院附属同济医院);马文君(广东省人民医院);马兴好(六安市人民医院);孟德蛟(成都医学院第一附属医院);孟凡莉(杭州师范大学);欧阳平(南方医科大学南方医院);单鹏飞(浙江大学医学院附属第二医院);施万英(中国医科大学附属第一医院);施咏梅(上海交通大学医学院附属瑞金医院);宋春宵(吉林省一汽总医院);孙新(吉林省人民医院);谭桂军(天津市第一中心医院);王磊(浙江大学医学院附属第一医院);王芃(广西医科大学第一附属医院);王鹏(北京大学第三医院);王全胜(南京医科大学附属明基医院);王新玲(新疆维吾尔自治区人民医院);吴静(中南大学湘雅医院);吴伟晴(深圳市人民医院);吴向明(浙江诺特健康科技股份有限公司);熊睿(青海省人民医院);徐超(海口市人民医院);徐三平(华中科技大学附属同济医学院协和医院);杨大刚(贵州医科大学附属医院);杨剑(重庆医科大学附属第三医院);姚颖(华中科

技大学同济医学院附属同济医院);叶世伟(丽水市第二人民医院);游涛(福建中医药大学附属第二人民医院);于康(北京协和医院);袁向珍(内蒙古医科大学附属医院);曾强(解放军总医院);张宝(安徽医科大学第一附属医院);张片红(浙江大学医学院附属第二医院);张听雨(昆明市第一人民医院甘美医院);张晓伟(河北省人民医院);张永(解放军总医院);赵茜(宁夏回族自治区人民医院);郑锦锋(解放军东部战区总医院);周春凌(哈尔滨医科大学附属第四医院);周芸(大连医科大学附属第二医院);朱月永(福建医科大学附属第一医院)

参 考 文 献

- [1] Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants[J]. Lancet, 2016, 387(10026): 1377-1396. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30054-X.
- [2] 国家卫生健康委. 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.
- [3] 中华医学会健康管理学分会, 中国营养学会, 中国医疗保健国际交流促进会生殖医学分会, 等. 超重或肥胖人群体重管理专家共识及团体标准[J]. 中华健康管理学杂志, 2018, 12(3): 200-207. DOI: 10.3760/cma. j. issn.1674-0815.2018.03.003.
- [4] 中国营养学会. 中国肥胖预防与控制蓝皮书[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2019: 159-192.
- [5] Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults[J]. J Acad Nutr Diet, 2016, 116(1): 129-147. DOI: 10.1016/j.jand.2015.10.031.
- [6] 中华人民共和国卫生部. WS/T 424-2013 人群健康监测人体测量方法[S]. 2013. <http://www.nhc.gov.cn/ewebeditor/uploadfile/2013/08/20130808141055922.pdf>.
- [7] Examination Committee of Criteria for 'Obesity Disease' in Japan, Japan Society for the Study of Obesity. New criteria for 'obesity disease' in Japan[J]. Circ J, 2002, 66(11): 987-992. DOI: 10.1253/circj.66.987.
- [8] Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care[J]. Obes Facts, 2019, 12(1): 40-66. DOI: 10.1159/000496183.
- [9] Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society[J]. Circulation, 2014, 129(25 Suppl 2): S102-138. DOI: 10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee.
- [10] Livingston EH. Reimagining Obesity in 2018: A JAMA Theme Issue on Obesity[J]. JAMA, 2018, 319(3): 238-240. DOI: 10.1001/jama.2017.21779.
- [11] 中国营养学会. 中国居民膳食指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 32-43.
- [12] Petridou A, Siopi A, Mougios V. Exercise in the management of obesity[J]. Metabolism, 2019, 92: 163-169. DOI: 10.1016/j.metabol.2018.10.009.



- [13] Thomas GA, Kraemer WJ, Comstock BA, et al. Obesity, growth hormone and exercise[J]. Sports Med, 2013, 43(9): 839-849. DOI: 10.1007/s40279-013-0064-7.
- [14] Rosenbaum M, Kissileff HR, Mayer LE, et al. Energy intake in weight-reduced humans[J]. Brain Res, 2010, 1350: 95-102. DOI: 10.1016/j.brainres.2010.05.062.
- [15] Stevens J, Truesdale KP, McClain JE, et al. The definition of weight maintenance[J]. Int J Obes (Lond), 2006, 30(3): 391-399. DOI: 10.1038/sj.ijo.0803175.
- [16] Voils CI, Olsen MK, Gierisch JM, et al. Maintenance of Weight Loss After Initiation of Nutrition Training: A Randomized Trial[J]. Ann Intern Med, 2017, 166(7): 463-471. DOI: 10.7326/M16-2160.
- [17] Ramage S, Farmer A, Eccles KA, et al. Healthy strategies for successful weight loss and weight maintenance: a systematic review[J]. Appl Physiol Nutr Metab, 2014, 39(1): 1-20. DOI: 10.1139/apnm-2013-0026.
- [18] Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults[J]. Med Sci Sports Exerc, 2009, 41(2): 459-471. DOI: 10.1249/MSS.0b013e3181949333.
- [19] 中华医学会外科学分会甲状腺及代谢外科学组, 中国医师协会外科医师分会肥胖和糖尿病外科医师委员会. 中国肥胖及 2 型糖尿病外科治疗指南(2019 版)[J]. 中国实用外科杂志, 2019, 39(4): 301-306. DOI: 10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2019.04.01.
- [20] Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2015, 100(2): 342-362. DOI: 10.1210/jc.2014-3415.
- [21] Shieh C, Knisely MR, Clark D, et al. Self-weighing in weight management interventions: A systematic review of literature[J]. Obes Res Clin Pract, 2016, 10(5): 493-519. DOI: 10.1016/j.orcp.2016.01.004.
- [22] Hernández-Reyes A, Cámara-Martos F, Vidal Á, et al. Effects of Self-Weighing During Weight Loss Treatment: A 6-Month Randomized Controlled Trial[J]. Front Psychol, 2020, 11: 397. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00397.

·读者·作者·编者·

关于一稿两投和一稿两用问题处理的声明

为维护杂志的声誉和广大读者的利益,根据中华医学会杂志社的统一要求,中华健康管理学杂志编辑委员会就一稿两投和一稿两用问题的处理声明如下。

1. 一稿两投和一稿两用的认定:凡属原始研究的报告,同语种一式两份投寄不同的杂志,或主要数据和图表相同、只是文字表达可能存在某些不同之处的两篇文稿,分别投寄不同的杂志,属一稿两投;一经为两个杂志刊用,则为一稿两用。会议纪要、疾病的诊断标准和防治指南、有关组织达成的共识性文件、新闻报道类文稿分别投寄不同的杂志,以及在一种杂志发表过摘要而将全文投向另一种杂志,不属一稿两投。但作者若要重复投稿,应向有关杂志编辑部作出说明。

2. 作者在接到收稿回执后满 2 个月未接到退稿通知,表明稿件仍在处理中,若欲投他刊,应先与本刊编辑部联系。

3. 编辑部认为文稿有一稿两投或两用嫌疑时,应认真收集有关资料并仔细核对后再通知作者,在作出处理决定前请作者就此问题作出解释。编辑部与作者双方意见发生分歧时,由上级主管部门或有关权威机构进行最后仲裁。

4. 一稿两投一经证实,则立即退稿,对该作者作为第一作者所撰写的论文,2 年内将拒绝在本刊发表;一稿两用一经证实,将择期在杂志中刊出作者姓名、单位以及该论文系重复发表的通告,对该作者作为第一作者所撰写的论文,2 年内将拒绝在中华医学会系列杂志发表。本刊还将就此事件向作者所在单位和该领域内的其他科技期刊进行通报。

