

ICS 11.020  
CCS 000

# T/GDPMAA

团 体 标 准

T/GDPMAA 0018—2025

## 医院多学科联合诊疗肥胖症中心建设指南

Standards for the construction of multidisciplinary bariatric diagnosis and treatment centers

2025 - 07 - 04 发布

2025 - 07 - 04 实施

广东省精准医学应用学会 发布

## 目 次

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| 前言 .....                     | II  |
| 引言 .....                     | III |
| 1 范围 .....                   | 1   |
| 2 规范性引用文件 .....              | 1   |
| 3 术语和定义 .....                | 1   |
| 4 缩略语 .....                  | 1   |
| 5 组织管理 .....                 | 2   |
| 5.1 组织架构 .....               | 2   |
| 5.2 人员配备 .....               | 2   |
| 6 硬件保证 .....                 | 3   |
| 6.1 门诊和住院减重 MDT .....        | 3   |
| 6.2 远程减重 MDT .....           | 4   |
| 6.3 减重 MDT 适应证 .....         | 4   |
| 7 服务流程 .....                 | 4   |
| 7.1 流程图 .....                | 4   |
| 7.2 门诊 MDT 服务流程 .....        | 4   |
| 7.3 住院减重 MDT 服务流程 .....      | 5   |
| 7.4 远程减重 MDT 服务流程 .....      | 5   |
| 8 质量控制 .....                 | 6   |
| 8.1 运行情况评估指标 .....           | 6   |
| 8.2 病例质量效果评估指标 .....         | 6   |
| 8.3 病例经济学评估指标 .....          | 6   |
| 8.4 法律法规评估指标 .....           | 6   |
| 8.5 信息安全评估 .....             | 6   |
| 9 MDT 费用标准 .....             | 6   |
| 10 信息化系统和样本库的建设 .....        | 6   |
| 10.1 信息化系统建设 .....           | 6   |
| 10.2 生物样本库建设 .....           | 7   |
| 11 随访体系的建立 .....             | 7   |
| 11.1 随访频率 .....              | 7   |
| 11.2 随访内容 .....              | 7   |
| 附录 A（规范性） 减重 MDT 服务流程图 ..... | 8   |
| 参考文献 .....                   | 10  |

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中山大学附属第三医院提出。

本文件由广东省精准医学应用学会归口。

本文件起草单位：中山大学附属第三医院、暨南大学附属第一医院、广东省公共卫生研究院、中山大学附属第八医院、广州达安临床检验中心有限公司。

本文件主要起草人：陈燕铭、雷普润、谭莺、陈图锋、朱延华、董志勇、何志辉、朱顺叶、沈云锋、肖阁敏、杨奕。

## 引 言

肥胖被世界卫生组织（WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO）认定为疾病，已成为影响我国居民健康的严重公共卫生问题。肥胖会引发一系列健康问题，例如增加高血压、糖尿病、血脂异常、冠心病、心肌梗死、卒中、部分肿瘤等多种慢性病的风险，造成医疗卫生体系沉重的负担。2024年，国家卫生健康委员会发布了《“体重管理年”活动实施方案》，着力推进「体重管理年」三年行动，体现了体重管理在政策层面的重要性。

肥胖的原因复杂且容易复发，主要干预手段包括生活方式调控、药物治疗和外科手术治疗，然而仅靠单一治疗手段，难以达到理想且持久的减重效果。因此，建立以患者为核心的多学科联合诊疗模式，制定个体化治疗方案，已被证实为实现体重控制最为有效的办法。其中“3+N”多学科诊疗模式是国内最为完备的肥胖综合治疗方式：“3”涵盖了“营养、运动、心理”的生活方式干预，“N”指运用内科减重药物、中药、针灸、减重手术等治疗手段，采用中西医结合方式，联合护理团队，整合多学科优势，为成人、儿童、老年人等肥胖患者供应全生命周期的体重管理服务，该模式具有进一步推广的价值。

鉴于此，当下迫切需要建立医院多学科联合诊疗肥胖症中心建设标准，助力各医疗机构多学科体重管理规范化、标准化，提升医疗服务品质，保障患者安全，推动医疗资源的合理配置，最终实现健康中国战略目标。

# 医院多学科联合诊疗肥胖症中心建设指南

## 1 范围

本文件给出了医院多学科联合诊疗肥胖症中心的术语和定义、缩略语、基本要求、场所及设备设施、组织管理、诊疗流程和质量控制的指导。

本文件适用于三级医院、已建立完善减重中心的二级医院及拟建设肥胖症诊疗机构的建设、运营、管理和监督。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 527 医疗机构内通用医疗场所的命名

GB/T 37864 《生物样本库质量和能力通用要求》

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

#### **超重/肥胖 over weight/obesity**

成人超重定义为 $24 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 27.9 \text{ kg/m}^2$ ，肥胖定义为 $\text{BMI} \geq 28.0 \text{ kg/m}^2$ ，腰围及臀围测定为临床上常用中心性肥胖的简易辅助指标，腰臀比=腰围/臀围，成年男性腰围 $\geq 90 \text{ cm}$ 、成年女性腰围 $\geq 85 \text{ cm}$ ，或男性、女性腰臀比 $> 1.0$ 即可诊断为中心性肥胖。

### 3.2

#### **糖尿病 diabetes**

糖尿病是一组由多病因引起以慢性高血糖为特征的代谢性疾病，是由于胰岛素分泌和（或）利用缺陷所引起。其诊断标准包括典型糖尿病症状加上：随机血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$  或空腹血糖 $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$  或葡萄糖耐量试验（OGTT试验）2h血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ 或糖化血红蛋白（HbA1c） $\geq 6.5\%$ 。

### 3.3

#### **原发性高血压 essential hypertension**

原发性高血压又称高血压病，是心脑血管疾病最重要的危险因素，常与其他心血管危险因素共存，可损伤重要脏器，如心、脑、肾的结构和功能，最终导致这些器官的功能衰竭。其诊断标准为：在未使用降压药的情况下，诊室血压 $\geq 140/90 \text{ mmHg}$ ；或家庭血压 $\geq 135/85 \text{ mmHg}$ ；或24 h动态血压 $\geq 130/80 \text{ mmHg}$ ，白天血压 $\geq 135/85 \text{ mmHg}$ ，夜间血压 $\geq 120/70 \text{ mmHg}$ 。

### 3.4

#### **多学科诊疗 multi-disciplinary team**

多学科诊疗（MDT）指来自不少于3个相关学科，相对固定的专业人员组成工作组，诊断某一器官或系统疾病，提出诊疗意见的临床治疗模式。

## 4 缩略语

BMI：体重指数（Body Mass Index）

DM：糖尿病（diabetes）

MDT：多学科诊疗（multi-disciplinary team）

## 5 组织管理

### 5.1 组织架构

#### 5.1.1 专家委员会

专家委员会由减重相关学科领域专家组成，定期或不定期抽取MDT资料进行质量控制，审定和监督MDT的开展情况。

#### 5.1.2 管理工作小组

管理工作小组由院长或分管院长领导，相关行政职能部门和临床医技科室负责人组成。其工作内容包且不限于：

- 制定 MDT 规章制度、流程；
- 分析单位时间内 MDT 效果；
- 根据实际临床需求调整 MDT 服务；
- MDT 服务考核评估。

#### 5.1.3 质量控制小组

质量控制小组由质控科主任领导，由医疗管理、临床科室、护理、医技科室及数据信息管理的专业人员构成。其工作内容包括且不限于：

- 对诊疗的可行性和有效性进行严格监督；
- 识别并改进潜在质量问题，推动持续质量提升；
- 组织内部审核与外部评审，确保符合相关法律法规；
- 强化医务人员的质量意识。

#### 5.1.4 行政职能部门

由不同行政职能部门负责日常行政管理工作，如门诊办公室（门诊MDT），医务科/部（住院MDT），远程会诊部门（远程MDT）。

#### 5.1.5 临床医技科室

各临床医技科室积极配合MDT开展，为患者提供检验、检查、护理、康复等诊疗服务。

#### 5.1.6 服务方式

多学科联合诊疗肥胖症原则应符合“3+N”模式：3是指“营养+运动+心理”的生活方式干预，N指采用内科、中药、针灸或者减重手术等治疗方法，采用中西医结合，联合护理团队进行多学科联合治疗干预。召集科室以内分泌科为主，结合胃肠外科、中医针灸科、心理、营养、运动康复科等；根据患者合并症召集其他相关科室进行多学科诊疗。

医院减重MDT服务方式包括但不限于门诊MDT、住院MDT、远程MDT。门诊MDT宜分为依托优势学科的固定专科、固定地点、固定时间方式和优势学科为中心的召集模式，住院MDT分为由内分泌学科、胃肠外科等主导科室收治入院的患者在住院阶段的延续治疗和以病种为中心的院内召集模式。

## 5.2 人员配备

### 5.2.1 人员构成

减重MDT人员由负责人、主持人、专家和协调员组成。

### 5.2.2 减重 MDT 负责人

减重MDT有明确的负责人，负责人具有但不限于以下职责：

- 熟悉减重领域相关学科技术及最新进展；
- 具有管理经验，对 MDT 团队进行调度管理；
- 与相应的职能部门沟通，申请相关支持以确保 MDT 有效运行；
- 熟悉各减重方式的风险，确保诊疗安全性。

### 5.2.3 减重 MDT 主持人

减重MDT主持人和负责人可由同一人兼任，具有以下职责：

- 确认减重 MDT 议程和流程；
- 提前沟通确认参与专家；
- 熟悉需要讨论的病例顺序并根据实际情况适当调整；
- 确保所有的 MDT 参与科室和成员能够充分讨论和发言；
- 确保讨论内容如实记录；
- 确保和谐的讨论气氛和良好的沟通环境；
- 促进以循证医学证据和以患者为中心的 MDT 决策产生；
- 讨论结束后，签字确认 MDT 诊疗决策。

### 5.2.4 减重 MDT 专家

#### 5.2.4.1 基本要求

减重MDT专家符合以下要求：

- 科室来源包括但不限于内分泌科、营养科、胃肠外科、耳鼻咽喉科、感染科、中医科、精神心理科、针灸科、心内科、肾内科、呼吸科、消化内科、内镜专科、超声科、麻醉科、重症医学科、医学影像科、运动医学科、康复科、儿科、健康管理科、医技检验科室等科室；
- 具有独立诊治肥胖症及其相关并发症的能力，至少 5 年以上高年资主治或副高及以上职称，具有一定的专业水平；
- 熟悉本领域关于减重的最新诊治进展和临床实践指南。

#### 5.2.4.2 工作职责

减重MDT专家履行以下职责：

- 有充足时间保证，每学科至少有一人出席 MDT 讨论；
- 对不适合诊疗指南治疗的患者给予基于专业的诊疗建议。

### 5.2.5 减重 MDT 协调员

#### 5.2.5.1 基本要求

每个减重MDT团队配置至少一名中级职称或以上的人员担任协调员。协调员具备减重专业知识。

#### 5.2.5.2 工作职责

减重MDT协调员履行以下职责：

- 确认 MDT 前专家沟通和签到；
- 收集肥胖患者病历资料，整理为书面形式；
- 准备 MDT 开展需要的设备设施；
- 以患者为单位详细记录讨论内容和总结性意见；
- 将讨论建议及时反馈给患者所在的临床医师团队；
- 跟踪 MDT 治疗决策实施并做好记录和反馈。

此外，远程减重MDT协调员还履行以下职责：

- 申请单位和 MDT 单位必须分别指派远程协调员进行沟通对接；
- 收集与汇总相关资料，整理为电子版格式上传资料平台供远程浏览；
- 检查远程硬件设备，确保远程 MDT 顺利开展。

## 6 硬件保证

### 6.1 门诊和住院减重 MDT

#### 6.1.1 综合服务区域

门诊和住院减重MDT设立综合服务区域，服务功能包括但不限于预约、咨询、联系医师、宣传等。综合服务区域配备必需的工作平台和信息化办公设备如：身高体重检测仪、智能血压计、体脂测量仪、专用电脑、扫描枪、交换机、路由器、条码打印机、固定电话、报告打印机、电子屏幕、门诊呼号系统、宣传材料等。

### 6.1.2 检查室

门诊减重MDT配备检查室，以供医师对患者进行检查，保护患者隐私。住院MDT患者可在病房对患者进行查体，检查室/病房配置要求包括标准化诊疗、皮尺、听诊器、叩诊锤、心电图机、血压计等常见查体设备，具体可参见WS/T527的规定。

### 6.1.3 会诊室

MDT配备会诊室，会诊室在安静的场所，门诊MDT会诊室宜独立、固定。房间大小和布局满足使用需要，面积不小于20m<sup>2</sup>，满足使用要求。MDT会诊室内配备以下设施设备并保障正常使用：

- 常规标准化办公会议桌椅，满足专家到场就坐；
- 多媒体电脑和投影仪、录音、录像设备以便共享查看患者相应资料并做记录；
- 门诊和住院医师工作站，能够调阅既往病历，检验、检查、医学影像、病理报告等资料；
- 电子医学影像、病理切片资料的阅读设备，设备图像清晰，使用方便；
- 专业录像或录音等记录设备以供后续资料查询。

## 6.2 远程减重 MDT

对于拟开展跨院区/地市级单位进行远程减重MDT，同样设置独立的远程MDT中心。远程中心符合以下要求：

- 配备标准化专用外网，建立各中心与医院检验检查系统数据对接途径，为医生诊疗提供全面的数据支持；
- 配备远程通信设备，可实时连接院外成员，进行视频对话，能和院外成员共同分享资料；
- 配备标准化高清多媒体屏幕，安装医院 HIS 诊疗系统；完成患者登记和医生诊疗处方的需求；
- 减重 MDT 会诊设备、网络信号出现故障或问题时，信息科工作人员及时做好保障工作。

## 6.3 减重 MDT 适应证

具有正常行为约束力和行为自制力的成人患者，出现包括但不限于以下情况之一时，该患者的主诊医师可申请MDT服务：

- 用常规治疗方式无效的重度肥胖症患者，需进行减重手术，并依靠多学科团队综合管理支持；
- 因疑难罕见病导致的继发性肥胖患者，如脊髓性肌萎缩症(spinal muscular atrophy, SMA)、普拉德-威利综合征(Prader-Willi Syndrome)等，需通过 MDT 团队的综合诊治方案和生活指导等维持体重，顺利度过青春期等关键阶段；
- 因肥胖导致不孕不育等严重疾病的患者，需通过 MDT 完成短期高效减重目标；
- 肥胖合并严重并发症，患者就诊/住院科室综合评估认为需要通过 MDT 团队支持完成减重；
- 经过多种减重方式，减重效果不佳，出现 2 次以上 $\geq 10\%$ 体重反弹。

## 7 服务流程

### 7.1 流程图

减重MDT服务流程分为门诊MDT服务流程、住院MDT服务流程和远程MDT服务流程，流程图见附录A。

### 7.2 门诊 MDT 服务流程

#### 7.2.1 门诊诊疗

门诊诊疗以固定人员、固定场所、固定设施的服务模式或者以主诊科室为中心的召集模式进行。

门诊主诊医师对患者进行初步诊断和评估，判断患者是否符合减重MDT服务的适应证，联系减重MDT协调员进行预检。

### 7.2.2 减重 MDT 前预检

MDT协调员负责预检患者资料和病情，收集患者病史资料，对不符合要求的患者补充相关资料或转入专科门诊。

### 7.2.3 减重 MDT 预约

MDT协调员协助符合要求的患者预约MDT，并签订多学科联合诊疗知情同意书。

### 7.2.4 减重 MDT 会诊

MDT协调员提前制作患者病情简介，MDT主持人组织并主持会诊，召集MDT专家讨论病情并确定诊疗方案，协调员反馈方案至主诊科室，并制作MDT会诊报告。

### 7.2.5 减重 MDT 后续治疗

对于需要手术或其他治疗手段进行减重的患者，由MDT协调员安排，转入相应科室进行后续治疗。

### 7.2.6 减重 MDT 随访

MDT协调员安排患者填写随访表，在MDT完成后向患者发放满意度调查表。随访患者后，协调员做好随访记录，并随会诊报告一起进行病历归档。

## 7.3 住院减重 MDT 服务流程

### 7.3.1 减重 MDT 申请

由主诊科室提出住院减重MDT申请。

### 7.3.2 减重 MDT 会诊

主诊科室负责在医院OA或书面提交行政部门(医务科/部)减重MDT申请，行政职能部门主导减重MDT会诊。MDT协调员联系专家并安排会诊时间，收集病史资料制作病情简介，并签订多学科联合诊疗知情同意书。MDT主持人进行会诊主持。MDT专家组讨论病情并形成减重MDT诊疗方案，最终由主诊科室向患者及家属说明诊疗方案。

### 7.3.3 减重 MDT 诊疗

由主诊科室联系MDT协调员，协调员联系相关MDT专家进行诊疗和联合查房等。

### 7.3.4 减重 MDT 随访

在MDT完成后，向患者发放随访表、减重日记和体重管理档案。协调员负责做好随访记录，相关文件随会诊报告一起归档。

## 7.4 远程减重 MDT 服务流程

### 7.4.1 远程减重 MDT 申请

患者在医院就诊后符合MDT适应证，需要其他医院专家通过远程医疗方式协同诊治的，由主诊医院向负责远程MDT的职能部门提出，由该行政职能部门向协诊医院行政职能部门联络申请，并且提供患者病史资料。

### 7.4.2 远程减重 MDT 评估

协诊医院行政职能部门将病史资料交由本院MDT协调员，由其评估患者所提供的病史材料是否完整可靠，确认具体的远程诊疗时间，由患者所在医院签订多学科联合诊疗知情同意书，收集病史资料制作病情简介。

### 7.4.3 远程减重 MDT 诊疗

协诊医院减重MDT协调员召集MDT专家在确定的诊疗时间对患者进行远程MDT诊疗服务。

## 8 质量控制

### 8.1 运行情况评估指标

管理工作小组定期对医院MDT的总体运行情况进行评估和调整，可包括以下指标：

- 评估MDT团队的组织架构，包括团队成员的资质、团队的稳定性以及团队成员之间的协作和沟通效率；
- 评估医院为MDT提供的资源，如资金、人员、设备设施等是否充足且合理配置；
- 政策和规范遵循：评估MDT团队是否遵循相关的医疗政策、规范和指南要求；
- 治疗效果：评估MDT病例的治疗效果，包括治疗效果与预期方案的符合度；
- MDT病例年诊疗数量和占比：按年度统计开展MDT病例总数占全院当年肿瘤病例总数的比例；
- MDT初诊病例占比：MDT初诊病例占全部MDT病例的比例；
- 治疗效果：评估MDT病例的治疗效果，包括治疗效果与预期方案的符合度；
- MDT治疗方案执行情况评估：包括及时性、连续性、完整性和序贯性四个方面，分为完全执行、部分执行、未执行，并说明原因。

### 8.2 病例质量效果评估指标

管理工作小组对接受MDT服务的患者诊疗质量进行评估，可评估以下指标：

- 患者对MDT的满意度；
- MDT后治疗效果：评估MDT病例的治疗效果，包括治疗效果与预期方案的符合度。
- MDT病例接受多种治疗手段比例，即某个病种MDT接受多种治疗手段病例数与该病种MDT病例总数的比值。

### 8.3 病例经济学评估指标

管理工作小组宜对患者MDT费用进行评估以保证其可持续经济性，可评估以下指标：

- 次均住院费用：评估MDT病例的次均住院费用，按病种统计，多病种的单独统计；
- 围手术期治疗总费用：评估MDT病例的围手术期治疗总费用等。

### 8.4 法律法规评估指标

管理工作小组宜对MDT建设中合法性进行评估，包括但不限于：

- 收费标准符合《广东省基本医疗服务价格项目目录2024年版》和《广东省市场调节价医疗服务价格项目目录(2024年版)》；
- 信息化平台建设符合卫健委《全国医院信息化建设标准与规范(试行)》要求；
- 样本库的建设和实施过程符合GB/T 37864的相关规定。

### 8.5 信息安全评估

管理工作小组宜对MDT建设中信息化平台安全性进行评估：

- 对称加密的AES算法用于加密存储和传输患者的病历、检查报告等敏感信息；非对称加密的RSA算法用于身份认证和数字签名；ECC算法用于移动医疗设备的数据交互加密。
- 需要进行远程MDT的患者，SSL/TLS协议加密医院网站、移动应用等与外部通信的链路，防止数据在传输过程中被窃取或篡改。

## 9 MDT费用标准

宜按照专科数量和会诊专家级别分阶梯性确定收费价格。MDT的定价考虑医疗成本和体现医务人员的劳动技术价值。

## 10 信息化系统和样本库建设

### 10.1 信息化系统建设

信息系统的建设能够实现患者信息的高效整合与共享，为各学科提供全面、准确的患者数据，提高MDT诊疗效率和质量。

MDT信息化管理平台支持病历的自动抽取、患者全景查看、相似病历推送、文献推送、会诊意见整理及患者治疗随访等功能，实现MDT业务的电子化和流程优化。其建设符合相关法规要求并保障信息安全。

## 10.2 生物样本库建设

样本库整合多中心、多病种、多主题的生物样本资源，实现资源共享与应用，支持病因研究、临床诊疗、疾病预防等。

所有样本由专人采集，指定相应标识，并保证各样本标识的唯一性和可溯源性。标签抗冻、防水、耐撕扯。根据研究目的制定样本采集方案，包括采集方法、类型、数量等。其建设和实施应符合GB/T 37864的规定。

## 11 随访体系建立

### 11.1 随访频率

患者在手术后的预定时间进行随访，出院/MDT后的第2、4周，以及之后的3、6、12、18、24个月，之后每年1次。

### 11.2 随访内容

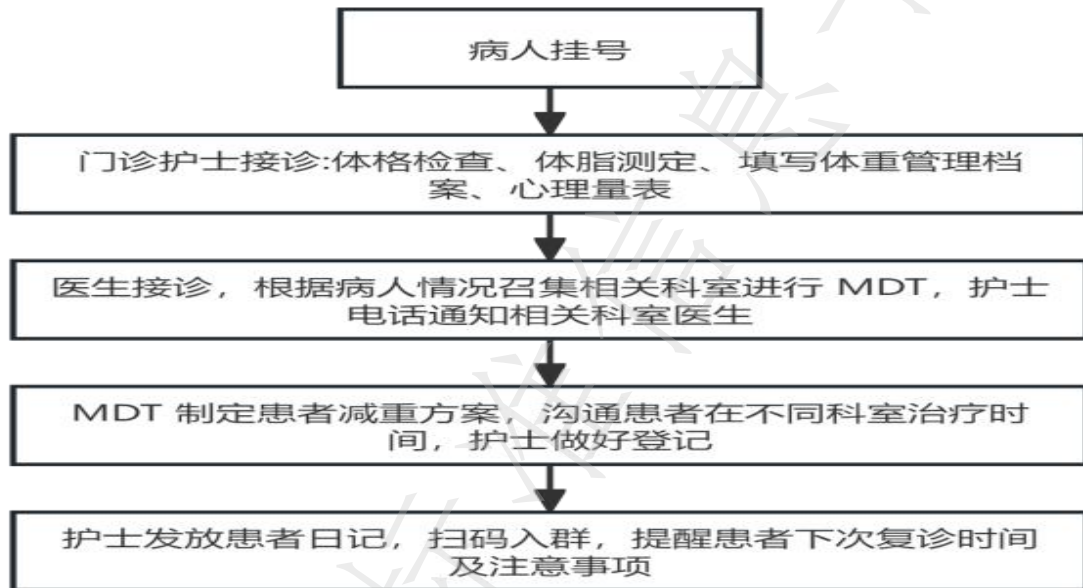
随访内容包括监测患者的营养状况和心理状态、生活方式指导、手术近远期并发症发生与否、体重变化和代谢指标变化、药物使用调整、给予教育和支持以及妊娠相关指导等，相关资料必须记录在信息化系统中。

利用电子健康记录、移动健康应用等信息化工具来辅助随访工作，提高随访效率和质量。系统地收集随访数据，并进行分析。

附录 A  
(规范性)  
减重 MDT 服务流程图

门诊MDT服务流程见图A.1。

初诊流程



复诊流程

(要求患者前6个月每个月复诊1次, 之后至少每3个月复诊1次, 至少持续一年)

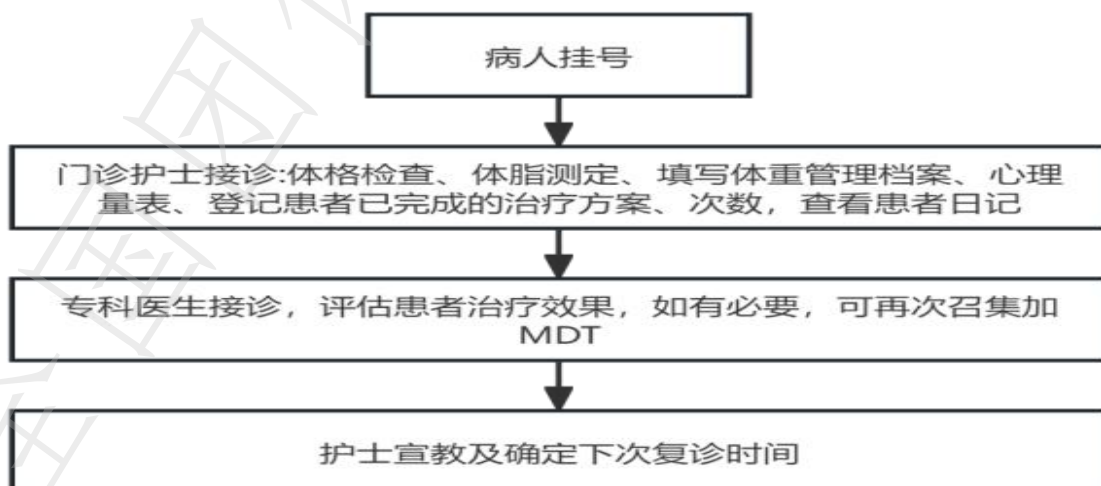


图 A.1 门诊 MDT 服务流程图

住院MDT服务流程见图A. 2。

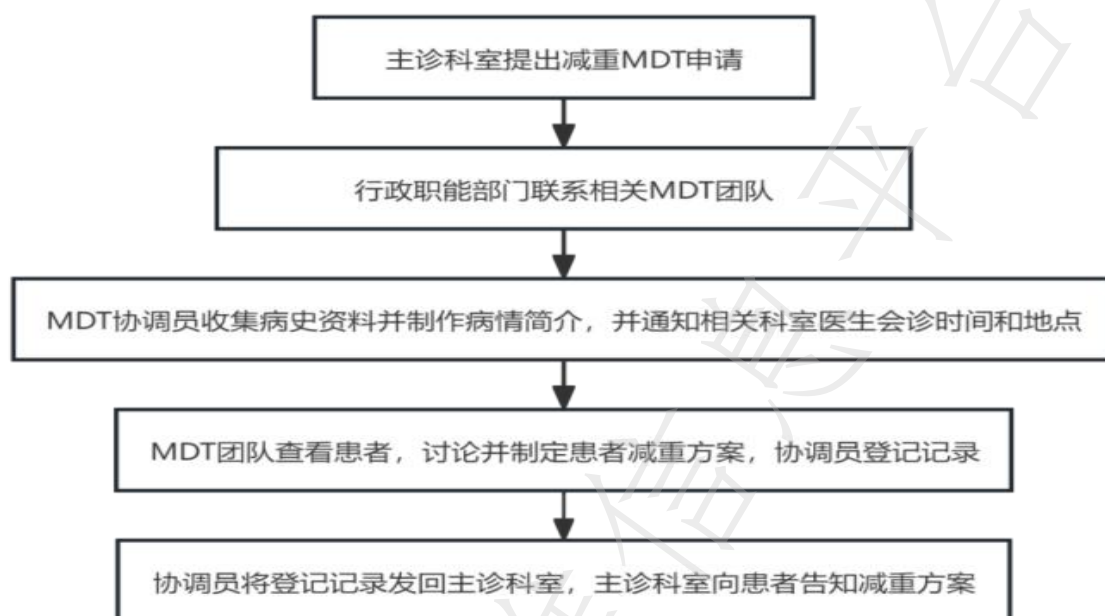


图 A. 2 住院 MDT 服务流程图

远程MDT服务流程见图A. 3。

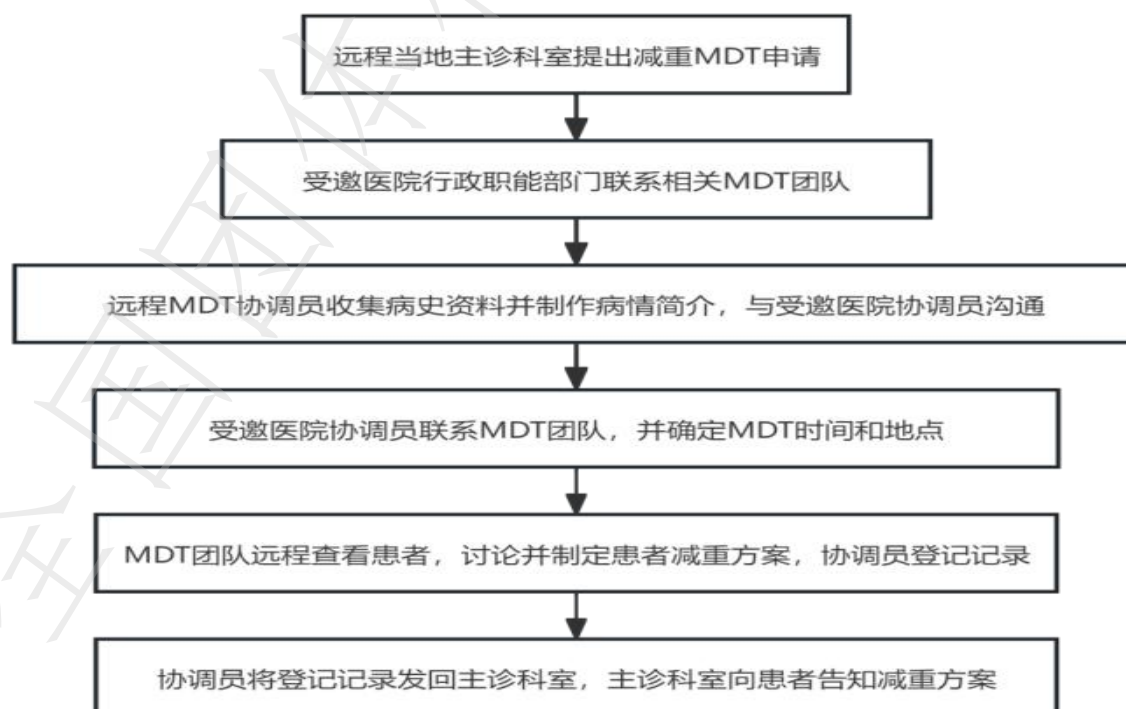


图 A. 3 远程 MDT 服务流程

## 参 考 文 献

- [1] 国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见 国办发[2017]67号
- [2] 《中华人民共和国医疗机构管理条例》（2016年修订）
- [3] 《MDT的组织和实施规范》（中国医师协会外科医师分会MDT专委会2016年5月发布）
- [4] 关于印发“体重管理年”活动实施方案的通知, 国卫医急发〔2024〕21号
- [5] 中国居民肥胖防治专家共识[J]. 中国预防医学杂志, 2022, 23(05):321-339
- [6] 曲伸, 陆灏, 宋勇峰. 基于临床的肥胖症多学科诊疗共识（2021年版）[J]. 中华肥胖与代谢病电子杂志, 2021, 7(04):211-226.
- [7] 中华医学会糖尿病学分会. 中国糖尿病防治指南（2024版）[J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(01):16-139.
- [8] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压分会, 中国老年医学学会高血压分会, 中国老年保健协会高血压分会, 中国卒中学会, 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心, 王继光. 中国高血压防治指南(2024年修订版)[J]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(7):603-700
- [9] 超重或肥胖人群体重管理流程的专家共识(2021年)[J]. 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. 中华健康管理学杂志, 2021(04)
- [10] 《体重管理指导原则（2024版）》 国卫办医急函〔2024〕469号
-