



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.260051

<http://dx.doi.org/10.7659/j.issn.1005-6947.260051>

China Journal of General Surgery, 2026, 35(5):855-872.

· 指南与共识 ·

减重代谢手术患者体质量管理临床路径中国专家共识 (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

摘要

减重代谢手术(MBS)是治疗中、重度肥胖症及相关代谢性疾病的重要手段,但术后仍可能出现减重平台期、复发性体质量增加、营养缺乏及心理行为问题,影响长期疗效与生活质量。目前国内虽已发布减重平台期管理及术后随访相关专家共识,但尚缺乏覆盖术前评估、围手术期管理及术后长期随访全过程的体质量管理临床路径。本共识由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制定,在系统检索国内外相关指南、共识及循证医学证据基础上,经两轮专家函询和专家论证形成推荐意见,围绕体质量管理的定义与目标、术前评估与强化管理、术后阶段性管理、术后复发性体质量增加的识别与管理、多学科协作与长期随访体系以及患者教育与自我管理六个方面提出推荐意见,构建覆盖“评估-干预-随访-支持”的全周期体质量管理临床路径,旨在为MBS患者的规范化体质量管理提供参考,提高长期减重维持效果及代谢获益,推动我国减重代谢外科体质量管理的标准化发展。

关键词

减肥手术;肥胖症;代谢综合征;多数赞同

中图分类号:R62

Chinese expert consensus on the clinical pathway of weight management for patients undergoing metabolic and bariatric surgery (2026 edition)

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

Abstract

Metabolic and bariatric surgery (MBS) is a key treatment for moderate-to-severe obesity and its related metabolic diseases. However, patients may still experience weight loss plateaus, recurrent weight gain, nutritional deficiencies, and psychological-behavioral issues after surgery, compromising long-term outcomes and quality of life. Although domestic expert consensuses on weight loss plateau management and postoperative follow-up exist, there remains a lack of a comprehensive clinical pathway covering the entire process from preoperative assessment and perioperative management to long-term follow-up. This consensus was developed by the Expert Working Group on Obesity Metabolic Surgery Comprehensive Management and Nursing Support Group, Chinese College of Surgeons. Based on a systematic review of

基金项目:江苏省科教能力提升工程基金资助项目(江苏省医学重点学科,ZDXK202222)。

收稿日期:2026-01-26; 修订日期:2026-04-13。

通信作者:杨宁琨, Email: njyangningli2002@163.com; 梁辉, Email: drhuiliang@126.com; 王存川, Email: twcc@jnu.edu.cn; 徐红艳, Email: xuhongyan0825@163.com

domestic and international guidelines, consensus, and evidence-based literature, recommendations were formulated through two rounds of expert consultation and discussion. The consensus addresses six aspects: definition and goals of weight management, preoperative evaluation and intensive management, staged postoperative weight management, identification and management of recurrent weight gain, multidisciplinary collaboration and long-term follow-up system, and patient education and self-management. It establishes a full-cycle clinical pathway covering "assessment-intervention-follow-up-support", aiming to provide a standardized reference for weight management in MBS patients, enhance long-term weight maintenance and metabolic benefits, and promote the standardization of weight management in metabolic and bariatric surgery in China.

Key words Bariatric Surgery; Obesity; Metabolic Syndrome; Consensus

CLC number: R62

近年来,肥胖症及代谢性疾病发病率持续攀升,减重代谢手术(metabolic and bariatric surgery, MBS)是治疗中、重度肥胖及其合并症的最有效手段^[1]。MBS技术日趋成熟,手术量持续增长,2024年我国MBS数量达32 342台^[2]。MBS后患者体质减轻及代谢改善效果显著,但也可能面临复发性体质量增加、平台期停滞、营养缺乏、心理行为障碍等一系列问题,影响远期疗效与生命质量^[3]。考虑到肥胖症具有复杂的原因链,MBS仅为综合治疗的一个环节,如何在手术治疗基础上实施综合性体质量管理,使患者获得持久乃至终生的减重效果已成为医学界探讨的重点和难点。近期,《减重代谢手术后减重平台期管理专家共识(2025版)》^[4]和《减重代谢手术后随访管理专家共识(2025版)》^[5]相继发布,业内专家分别对术后平台期、随访管理问题形成共识,但尚未形成覆盖术前评估干预、术后全程管理的整合性体质量管理临床路径。因此,工作组系统整合多学科证据与临床经验,编写《减重代谢外科患者体质量管理临床路径中国专家共识》(以下简称《共识》),旨在构建涵盖“评估-干预-随访-支持”四大维度的全周期体质量管理临床路径,以推动我国MBS体质量管理的标准化发展。

1 《共识》形成方法

1.1 成立编写小组

组建编写小组,共15名成员,包括循证专家2名、MBS专科医疗专家5名、MBS专科护理专家5名、研究生及一线护理人员3名。所有成员学历

均为本科及以上,职称均为中级及以上。小组成员主要负责文献回顾、编制专家函询表、遴选函询专家并发放函询表,整理、统计函询结果,组织专家论证会,汇总意见及分析。

1.2 文献检索

于2025年11月,计算机检索中国知网、万方、中国生物医学文献数据库、PubMed、Embase、Web of Science、BMJ Best Practice、UptoDate、OVID-JBI、Cochrane Library、医脉通指南网站、梅斯医学指南网站、国际指南协作网、美国医疗保健研究与质量局网站、英国国家临床优化研究所、加拿大医学会临床实践指南网。采用主题词结合自由词的方式检索。以“体质量管理/体质量维持/长期管理/体质量管理/体质量控制/体质量反弹/生活方式干预/饮食干预/饮食护理/营养/膳食/身体活动/体育锻炼/运动干预/运动管理/认知干预/行为疗法/心理支持/药物/随访/自我管理”“减重代谢手术/减重手术/代谢手术/胃旁路术/袖状胃切除术/肥胖/超重”为中文检索词;以“weight management/body mass management/weight loss/weight control/weight regain/lifestyle intervention/diet*/nutrition/sports/motion/exercise/body activity/physical activity/exercise intervention/sport management/behavior therapy/drug/follow-up/self management”“bariatric and metabolic surgery/bariatric surgery/metabolic surgery/obesity surgery/sleeve gastric/gastric bypass”为英文检索词。检索时限为建库至2025年11月21日,语种限定为中、英文。共检索到3 893篇文献,经过阅读标题及摘要初筛,剔除明显不相关文献。阅读全文后依据纳入排除标准再筛。纳入标准:(1)研究对象为拟行

或已接受 MBS 的肥胖症患者；(2) 研究主题涉及体质量管理相关干预策略；(3) 研究类型包括随机对照试验、队列研究、病例对照研究、系统评价、Meta 分析及临床实践指南；(4) 发表语言为中、英文。排除标准：(1) 无法获取全文的文献；(2) 重复发表的文献；(3) 已被更新的旧版指南或专家共识等。经过系统筛选，最终纳入 107 篇文献用于综合分析（图 1）。

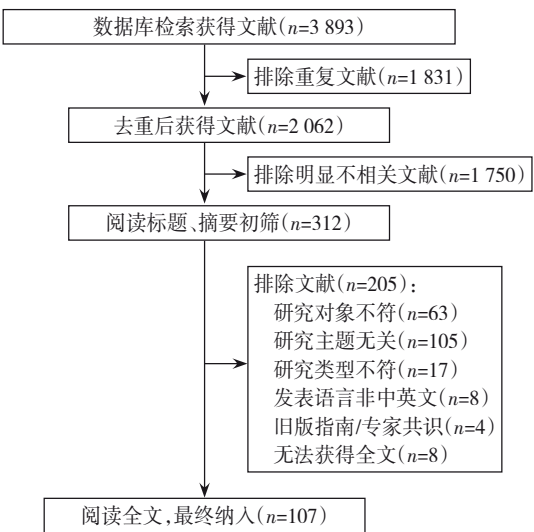


图1 文献筛选流程图

Figure 1 Flow chart of literature search and selection process

1.3 《共识》初稿形成过程

通过系统文献检索及文献阅读，由 2 名组员分别独立提取相关证据，并与循证专家一起整合、校对。拟定《共识》的一级指标包括体质量管理的定义与目标、术前评估与强化体质量管理、术后阶段性体质量管理、术后复发性体质量增加的识别与管理、多学科协作与长期随访体系、患者教育与自我管理六个主题。整合各主题下的具体

证据和推荐意见，遵循优先选择高质量、最新发表证据的汇总原则。根据 GRADE 标准^[6]确定证据等级和推荐级别，证据质量等级分为高、中、低、极低，推荐强度分为强推荐和弱推荐（表 1-3）。本《共识》在形成推荐意见时，除参考证据质量外，还综合考虑临床获益与风险、患者价值与偏好、临床可行性及资源可及性等因素。因此，部分推荐意见可能存在证据等级与推荐强度不完全一致的情况。

1.4 遴选函询专家

专家入选标准：(1) 具备 MBS 领域 5 年及以上的临床或科研工作经验；(2) 学历为本科及以上学历，职称为中级及以上；(3) 具备扎实的体质量管理相关理论知识或实践经验；(4) 知情同意并自愿参加本研究。

1.5 专家函询

将《共识》初稿整理后形成专家函询问卷，包括致专家信、专家函询表、专家基础信息表和自评表。邀请专家在专家函询表中采用 Likert 5 级评分法判断各证据的重要性及推荐级别，修改意见栏供专家对描述不准确或应删除的条目提出建议和理由，建议增加的条目栏供专家填写未考虑到的条目。通过 Email 或现场面对面发放函询问卷，要求专家于 1 周内填写完成后反馈。本项目共进行两轮专家函询。

1.6 专家论证会

分别于 2025 年 12 月、2026 年 1 月在每轮专家函询后，组织 7 名专家召开论证会，编写小组与专家重点讨论函询结果中存在争议的条目，意见达成统一后，对《共识》条目进行修改、增减及再循证。同时，对《共识》条目的推荐强度达成统一，形成《共识》终稿。

表1 证据质量等级
Table 1 Classification of quality of evidence

证据质量等级	定义
高	非常确信真实的效应值接近效应估计值
中	对效应估计值有中等程度的信心:真实值有可能接近估计值,但仍存在二者大不相同的可能性
低	对效应估计值的确信程度有限:真实值可能与估计值大不相同
极低	对效应估计值几乎没有信心:真实值很可能与估计值大不相同

表 2 证据质量分级标准

Table 2 Criteria for grading evidence quality

研究设计	证据集群的初始质量	符合以下条件,降级	符合以下条件,升级	证据集群的质量等级
随机试验	高	偏倚风险		
		-1 严重		
		-2 非常严重		
		不一致性	效应量大	
		-1 严重	+1 大	
		-2 非常严重	+2 非常大	高(4个“+”;++++)
观察性研究	低	间接性	剂量反应	中(3个“+”;+++0)
		-1 严重	+1 梯度量效证据	低(2个“+”;++00)
		-2 非常严重	所有可能的剩余混杂因素	极低(1个“+”;+000)
		不精确	+1 降低所展示的效应	
		-1 严重	+1 如未观察到效应意味着是一种假效应	
		-2 非常严重		
		发表偏倚		
		-1 严重		
		-2 非常严重		

注:“-1”表示证据质量降低1级,“-2”表示证据质量降低2级,“+1”表示证据质量升高1级,“+2”表示证据质量升高2级;GRADE系统采用“++++”表示高质量证据、“+++0”表示中质量证据、“++00”表示低质量证据、“+000”表示极低质量证据。其中,“+”表示达到相应证据质量等级,“0”为占位符,表示未达到相应等级,不代表证据质量的升级或降级;随机对照试验的初始证据质量为高(++++),观察性研究的初始证据质量为低(++00),最终证据质量根据降级和升级因素综合判定

Note: “-1” indicates a downgrade of the quality of evidence by one level; “-2” indicates a downgrade by two levels; “+1” indicates an upgrade by one level; and “+2” indicates an upgrade by two levels. In the GRADE system, “++++” denotes high-quality evidence, “+++0” denotes moderate-quality evidence, “++00” denotes low-quality evidence, and “+000” denotes very low-quality evidence. Here, “+” indicates attainment of the corresponding evidence quality level, whereas “0” serves as a placeholder indicating that the corresponding level has not been reached and does not represent either an upgrade or a downgrade in evidence quality. The initial quality of evidence is rated as high (++++) for randomized controlled trials and low (++00) for observational studies. The final quality rating is determined by comprehensively considering factors that may lead to downgrading or upgrading of the evidence

表 3 推荐强度分级

Table 3 Grading of recommendation strength

推荐强度	含义
强推荐	明确利大于弊或弊大于利,多数患者应采用或避免该干预
弱推荐	利弊接近或存在不确定性,应结合患者价值观及临床情境进行个体化决策

1.7 统计学处理

使用 Excel 2011 进行数据录入, SPSS 22.0 进行数据统计和分析。一般资料采用频数、百分比、均数、标准差进行描述性分析, 专家咨询结果采用专家积极系数、变异系数、肯德尔和谐系数、专家意见权威系数进行分析^[7]。

2 专家函询结果

2.1 专家一般资料

参与函询的专家共 31 名, 其中, 临床医师 18 名, 护理管理者 11 名, 临床护士 2 名; 年龄 (43.60 ± 5.61) 岁; 工作年限 (15.90 ± 8.12) 年; 博士 13 名,

硕士 9 名, 本科 9 名; 正高级职称 12 名, 副高级职称 13 名, 中级职称 6 名。

2.2 专家积极系数、专家权威程度及意见协调程度

两轮专家函询问卷回收率均为 100% (31/31), 说明专家对《共识》高度重视, 积极性较高。专家意见的权威系数为 0.943, 提示函询专家权威程度较高, 结果可信度高。两轮专家函询的肯德尔和谐系数分别为 0.494、0.618 (均 $P<0.001$)。第一轮专家函询的变异系数为 0~0.32, 第二轮专家函询的变异系数为 0.06~0.22, 提示专家意见协调程度较好^[7]。

2.3 修改意见

第一轮专家函询中, 专家指出 2 个指标不符合

最新指南规定的术语表达，予以修改；3 个指标的文字表述不符合中文书写规范，予以调整；根据专家意见并参考最新指南，新增 7 个指标。第二轮专家函询后，根据专家意见合并 2 个指标；补充 5 个指标下的具体内容；并将“护士”“个案管理师”统一更改为“减重个案管理师”。最终，本《共识》构建了 MBS 体质量管理的临床路径，涵盖术前评估与强化管理、术后阶段性管理、复发性体质量增加的识别与干预，以及长期随访与多学科支持等关键环节（图 2）。

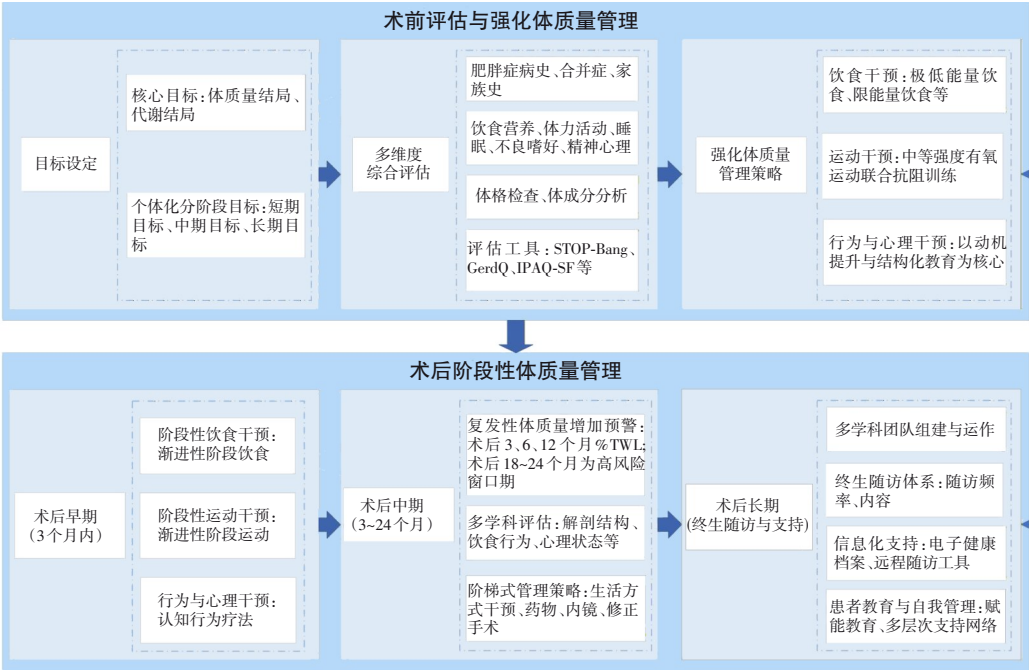


图2 MBS体质量管理临床路径图 注：胃食管反流病问卷（Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire，GerdQ）；体力活动问卷短卷（International Physical Activity Questionnaire Short Form，IPAQ-SF）；总体质量减少百分比（percentage of total weight loss，%TWL）

Figure 2 Clinical nursing pathways for weight management in patients undergoing MBS Note: Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ); International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF); Percentage of total weight loss (%TWL)

3 减重代谢外科患者体质量管理的定义与目标

3.1 定义与范畴

MBS 患者体质量管理是以长期结局为导向的系统化慢病管理过程，贯穿 MBS 术前综合评估、围手术期强化干预及术后长期随访的全生命周期^[8]。在循证医学框架下，整合医学、营养学、运动学、心理及行为医学等多学科理论与技术手段，通过结构化、个体化和动态调整的干预策略，实现并维持体质量控制与代谢改善的协同目标。

3.2 核心目标

MBS 患者体质量管理的核心目标包括体质量结局和代谢结局两大维度。体质量结局方面，推荐采用“%TWL≥20%”和“多余体质量减少百分

比（percentage of excess weight loss，%EWL）≥50%”作为减重有效的评价标准。代谢结局方面，推荐重点关注肥胖相关代谢性疾病的缓解或逆转，评价标准包括：（1）糖尿病缓解：停用降糖药物至少 3 个月后，糖化血红蛋白<6.5%，空腹血糖<7.0 mmol/L^[9]。（2）高血压缓解：停用降压药物的情况下，血压正常，低于 140/90 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa）^[10]。（3）血脂异常缓解：无需降脂药物治疗，低密度脂蛋白胆固醇（low-density lipoprotein cholesterol，LDL-C）<3.64 mmol/L^[10]。

推荐意见 1:MBS 患者体质量管理的核心目标包括实现并维持具有临床意义的体质量减轻,及促进糖尿病、高血压及血脂异常等代谢合并症的缓解或逆转。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:100%（31/31）]。

3.3 个体化目标

根据MBS患者具体情况设定分阶段、可量化的个体化目标,推荐采用三级目标体系^[8]。(1)短期目标(术后1年):实现%EWL $\geq$ 50%,%TWL $\geq$ 20%,主要代谢指标显著改善或达到缓解标准。(2)中期目标(术后3年):复发性体质量增加不超过已减轻体质量的30%,主要代谢指标保持稳定。(3)长期目标(术后5年及以上):避免复发性体质量增加超过已减轻体质量的30%,并持续维持代谢稳定与功能改善。设定个体化目标时,应充分考虑患者的年龄、性别、手术方式、合并症、心理状态及社会支持水平等多重因素,避免将体质量作为唯一评价标准。

推荐意见2:设定分阶段的个体化目标,明确短期、中期及长期不同时间节点的体质量维持与代谢控制要求,以实现可持续的健康减重结局。[证据强度:中;推荐级别:弱;专家赞同率:90.3%(28/31)]。

4 MBS术前评估与强化体质量管理

4.1 术前评估内容

MBS术前评估应采用多维度综合框架,涵盖以下核心领域^[11]。(1)肥胖症病史:肥胖史、体质量变化诱因、既往减重方式及效果、可能引起体质量增加的疾病或药物。(2)合并症:糖尿病、高血压、心脏病、睡眠呼吸暂停、胃食管反流等及治疗史。(3)家族史:肥胖症家族史、合并症家族史。(4)饮食与营养:饮食习惯、微量营养素水平、进食行为。(5)体力活动:身体活动水平、运动耐力、运动能力、限制身体活动的因素。(6)睡眠状况:睡眠时间、睡眠质量、有无睡眠障碍等。(7)不良嗜好:吸烟史、饮酒史。(8)精神心理:精神病史、精神药物史、焦虑、抑郁、成瘾行为、人格特质等。(9)体格检查:人体测量学指标,如身高、体质量、腰围、臀围、体质量指数(BMI)、腰臀比;肥胖症相关疾病体征,如黑棘皮、满月脸、水牛背、腹部宽大紫纹、甲状腺肿等。(10)体成分分析:体脂含量、体脂百分比、内脏脂肪含量、去脂体质量等。(11)其他:家庭及社会支持、自我效能感、减重动机、预期减重目标等。对于特殊人群,术前评估内容应予以个体化调整。青少年正处于生长发育的关键阶段,术前应系统评估其身高、体质量百分位数、骨龄等以明确生长发育

潜能;育龄期女性应评估其生育意愿及妊娠计划,并评估妊娠相关营养风险;合并多囊卵巢综合征者应采用75g葡萄糖口服糖耐量试验评估糖代谢情况,同时准确评估月经周期史、经量等妇科病史,完善血清性激素六项、性激素结合球蛋白等血液学检查^[12]。

推荐意见3:在MBS前全面评估患者的肥胖症病史、合并症、家族史、饮食与营养、体力活动、睡眠状况、不良嗜好、精神心理、体格检查与体成分分析等多维度内容。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

4.2 术前评估工具

临床评估时,可结合标准化量表与客观检查工具。为减少重复测评及填写负担,同一评估维度仅选取一种经充分验证且适用于MBS患者的核心量表,本《共识》优先推荐在信效度、人群适用性、临床可操作性及可推广性方面综合表现最优者,具体如下。(1)合并症初筛:推荐STOP-Bang用于阻塞性睡眠呼吸暂停筛查,GerdQ用于胃食管反流筛查^[13-14]。(2)合并症评估:推荐应用便携式睡眠监测仪或多导睡眠监测明确诊断阻塞性睡眠呼吸暂停,非酒精性脂肪肝推荐腹部超声作为首选影像学方法,必要时联合CT或MRI评估^[11]。(3)饮食与营养行为:优先推荐进食障碍检查自评问卷6.0(Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0, EDE-Q 6.0)评估整体饮食行为,如关注特定饮食行为可选择特定的测评量表作为补充工具^[15]。(4)体力活动:推荐IPAQ-SF用于身体活动水平评估;运动耐力建议优先采用6分钟步行试验(6-Minute Walk Test, 6MWT)^[16]。(5)睡眠状况:推荐匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)量表^[17]。(6)精神心理:抑郁推荐采用患者健康问卷-9条目(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9),焦虑推荐采用广泛性焦虑量表-7条目(Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7),酒精成瘾行为推荐采用酒精使用障碍鉴定测试简版(Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption, AUDIT-C),人格特质推荐采用明尼苏达多重人格调查问卷(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)等^[18-19]。(7)其他:家庭及社会支持推荐采用社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS),自我效能感采用一般自我效能感量表(General Self-Efficacy Scale, GSES)^[20]。为提高临床可操作

性，本《共识》提供标准化术前多维评估清单，涵盖评估维度、推荐工具及填写要点，详见附录1。

推荐意见4:使用标准化量表辅助MBS前多维评估，以全面识别风险特征并指导个体化体质量管理策略。[证据强度:低;推荐级别:强;专家赞同率:93.5%(29/31)]。

4.3 术前强化体质量管理策略

在MBS前实施一系列强化体质量管理策略，包括饮食干预、运动干预、行为与心理干预，从而实现在术前2~4周减轻初始体质量5%~10%的目标。但切勿将“术前减重百分比”作为MBS准入的绝对标准，而应更注重代谢改善程度及行为适应能力^[21]。术前饮食干预应根据患者BMI水平、代谢情况及重要脏器功能实施个体化饮食方案^[11]：(1)轻、中度肥胖症患者，可优先采用限能量饮食，即在限制能量摄入（较日常总能量摄入减去30%）的基础上营养素比例符合平衡膳食要求（碳水化合物、脂肪、蛋白质供能分别占总能量摄入的50%~60%、20%~30%、15%~20%）。(2)重度肥胖症患者，可短期采用极低能量饮食，即能量限制600~800 kcal/d，碳水化合物<50 g/d，蛋白质1.2~1.5 g/(kg·d)理想体质量。(3)合并2型糖尿病或胰岛素抵抗者，可优先选择短期应用高蛋白饮食与低碳水化合物饮食，即每天蛋白质供能占总能量摄入的20%~35%，每天碳水化合物供能占总能量摄入的20%~40%，但需加强监测肾功能及酮体生成情况。(4)合并脂代谢异常者，可优先短期应用低脂饮食，即每天脂肪供能占总能量摄入的20%~25%或总量低于50 g。(5)术前准备周期较长且依从性较好者，可选择地中海饮食或轻断食模式作为长期行为调整策略。术前运动干预推荐每周进行中等强度有氧运动≥150 min，联合2~3次抗阻训练^[22]。其重点在于向患者强调术后早期运动的意义，提高其运动康复信念。术前行为与心理干预应以动机提升与结构化教育为核心，指导患者做好术后行为准备，包括手术预期管理、术后饮食与行为适应、戒烟限酒及压力应对策略^[23]。对于合并明显心理障碍或进食障碍者，应由心理科介入干预治疗^[24]。对于特殊人群，术前体质量管理应兼顾安全性与个体生理需求。青少年患者术前不宜采用极低能量饮食，推荐限能量饮食或地中海饮食模式，每天蛋白质摄入量应不低于1.2 g/kg

理想体质量，以保障生长发育需求^[25]；老年患者术前宜侧重低强度抗阻训练与平衡练习，以维持肌肉量与功能状态^[26]；合并多囊卵巢综合征者术前优先推荐低升糖指数饮食（血糖生成指数<55的食物）或限能量饮食，以改善术前胰岛素敏感性。

推荐意见5:在MBS前根据患者BMI分级、代谢情况及重要脏器功能状态，实施分层个体化饮食干预策略，并联合运动与行为心理干预，以优化术前代谢状态、增强生理储备、提升长期行为适应能力。[证据强度:低;推荐级别:强;专家赞同率:80.6%(25/31)]。

5 MBS术后阶段性体质量管理

5.1 术后阶段性饮食干预

推荐MBS患者遵循术后阶段性饮食原则，即术后2~3周全流质饮食，随后过渡至糊状半流质饮食；术后4~6周开始易消化软质饮食；术后2~3个月逐步恢复至正常饮食。各阶段饮食过渡均应以患者耐受性评估为前提^[27]（附录2）。术后总体营养原则为高蛋白、低热量、低脂、低糖^[11]。(1)蛋白质：摄入量推荐40~80 g/d，行胆胰分流加十二指肠转位手术者应在此基础上增加30%，首选优质蛋白。(2)碳水化合物：供能占总热量摄入的35%~50%，以低升糖指数、高膳食纤维食物为主。(3)脂肪：供能占总热量摄入的20%~35%，优先选择不饱和脂肪酸。保证每天饮水量≥2 000 mL，夏季和气候干燥地区应酌情增加。推荐MBS后患者终生补充复合维生素和微量元素，并根据定期血生化结果予以个体化调整。关键维生素的补充标准：维生素B1（50~100 mg/d），维生素D3（>3 000 IU/d），叶酸（术前正常者，400~800 μg/d；术前缺乏者，1 000 μg/d，叶酸水平恢复正常后改为400~800 μg/d）。关键矿物质的补充标准：铁剂（45~60 mg/d），钙剂（1 200~1 500 mg/d）等。值得注意的是，特殊人群的术后阶段性饮食方案应予以个体化调整。青少年患者的术后蛋白质摄入量为1.5~2.0 g/(kg·d)理想体质量^[28]；老年患者推荐术后蛋白质摄入量为1.2~1.5 g/(kg·d)，以对抗肌少症^[29]；育龄期女性应重点补充叶酸（800~1 000 μg/d）。为便于临床实施，本《共识》制定了术后分阶段饮食处方，以明确各阶段饮食形式及营养要点，详见附录1。

推荐意见6:MBS后遵循渐进式阶段饮食原则，以高蛋白、低热量、低脂、低糖为总体营养原则，确保

每天充足水分摄入,并终生补充复合维生素与矿物质。[证据强度:高;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

5.2 术后阶段性运动干预

依据 MBS 前运动评估结果,由运动康复医学专家、医师、减重个案管理师、营养师共同拟订结构化运动处方,包括热身期、运动期、放松期,热身期持续 5~10 min,放松期维持 5 min^[16]。同时,根据患者耐受情况制定术后阶段性进阶运动方案^[30]。(1) 术后 24~72 h:以低强度、短距离步行为主,10 min/次,2~3 次/d,逐渐增加步行时间和速度。(2) 术后 1~6 周:以低、中强度的有氧运动、上下肢力量训练及柔韧性练习为主,但不牵及腹部,运动时间 30~60 min/d,运动频率 3~5 d/周。(3) 术后 7~12 周:以中强度的有氧运动、力量训练及柔韧性练习为主,术后 8 周开始全身性力量训练,但不包括针对性腹部运动,运动时间 60~90 min/d,运动频率 5 d/周。(4) 术后 3 个月之后:中、高强度的有氧运动、全身性力量训练和柔韧性练习,开始针对性腹部运动,运动时间 60~90 min/d,频率 5~7 d/周。此外,鼓励在日常工作和生活中加强身体活动,如站立办公、步行通勤、爬楼梯等,减少静坐时间。对于体质量下降停滞者,可调整运动模式,如引入高强度间歇训练或调整运动方式寻求突破。

在此基础上,指导患者自我监测运动强度,根据最大心率百分数和运动中实测心率合并使用主观体力感觉量表(ratings of perceived exertion, RPE)进行监测,最大心率可通过心肺运动试验测得^[31]。对于高龄、合并心肺疾病、骨关节病变、重度肥胖等特殊人群,应在专科医生评估后侧重安全性与功能性训练,以低至中等强度运动为主,短时间内开始逐步进阶,运动强度维持在最大心率的 40%~60%,RPE 分数维持在 9~13,自觉疲劳程度为轻松或稍累^[32]。同时,加强运动过程中的安全监测,包括心率、血压和血氧饱和度,指导患者识别并警惕头晕、胸痛、心悸、呼吸困难等异常信号,及时停止运动并就医,必要时在心肺运动试验或医疗监护下开展运动训练。同时,提供结构化阶段性运动处方,以指导不同阶段的运动强度与形式选择,详见附录 3。

推荐意见 7:基于 MBS 前评估结果制定个体化术后运动处方,按照从术后早期低、中强度活动至术

后 3 个月以后中、高强度活动的阶段性进阶方案开展运动。对于高龄及合并心肺疾病等特殊人群,应明确运动强度量化标准,并加强心率、血压及血氧饱和度等安全监测指标。[证据强度:高;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

5.3 术后行为与心理干预

针对存在术后不良饮食习惯及心理困扰者,可由经过培训且有足够临床经验的医疗人员提供行为与心理干预,如面对面、远程及在线团体等形式的认知行为疗法,干预内容包括认知重建、行为激活、正念与接纳训练及预防复发训练^[33]。在尊重患者信仰与文化背景的前提下,可将冥想、瑜伽、正念等灵性实践整合入人体质量管理计划,帮助患者缓解压力,增强自我接纳^[34]。对于术后合并情绪障碍、进食障碍、自残或自杀意念者,应建立畅通的精神科转诊与多学科协作通道。

推荐意见 8:在 MBS 后提供持续、结构化的行为与心理干预,并建立明确的精神心理问题转诊机制,以维护患者心理健康、巩固减重疗效。[证据强度:高;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

6 MBS 术后复发性体质量增加的识别与管理

6.1 概念内涵与判定标准

目前, MBS 后复发性体质量增加的概念及判定标准尚未统一,常与“体质量减轻不足”“减重平台期”等概念及判定标准混淆。复发性体质量增加的判定标准^[8]:(1) 体质量增加>已减轻体质量的 30%。(2) 减至最低体质量后,体质量回升>10 kg。(3) 体质量回升>10%、15% 的最低体质量。(4) 体质量回升>10% 的术前体质量。(5) 体质量回升>已减轻体质量的 10%、20% 或 25%。而 MBS 后体质量减轻不足是指 MBS 后体质量减轻未达到预期目标,%TWL<20% 或 %EWL<50%^[35]。减重平台期是指 MBS 后体质量下降趋势停滞,连续超过 2 周体质量波动维持 0.5~1.0 kg,且无持续下降趋势,围度无明显变化^[4]。

推荐意见 9:规范使用“复发性体质量增加”“体质量减轻不足”“减重平台期”等术语,并采用公认标准进行明确定义与评估。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

6.2 早期预测

为了早期识别 MBS 后复发性体质量增加的风

险,建议积极采用经过验证的预测模型辅助风险评估^[36]。研究^[37]提示,若患者在MBS后3个月时%TWL<10%,或术后6个月时%TWL<15%,或术后12个月时%TWL<20%,则可将其认定为MBS后复发性体质量增加的高风险人群。此外,MBS后18~24个月被普遍认定为复发性体质量增加发生的关键窗口期,在此阶段应着重加强对患者体质量纵向变化趋势的连续性监测。

推荐意见10:将MBS后特定时间点的减重效果(如3个月%TWL<10%,6个月<15%,12个月<20%)作为早期识别复发性体质量增加高危人群的关键客观指标,并纳入常规随访评估体系。[证据强度:低;推荐级别:弱;专家赞同率:74.2%(23/31)]。

推荐意见11:鉴于MBS后18~24个月是复发性体质量增加的高发期,推荐在此阶段加强体质量监测与风险评估,以便予以实时干预。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

6.3 多学科评估

针对MBS后复发性体质量增加者,推荐实施多学科综合评估以全面明确其潜在病因,包括五大核心评估维度^[38]。(1)解剖结构:对疑似解剖问题者,行上消化道内镜、腹部CT、消化道造影评估胃袋、吻合口或胃袖状态。(2)营养与行为:详细记录24 h膳食、进食行为、液体热量摄入及微量营养素水平,筛查进食障碍等。(3)心理状态:筛查抑郁、焦虑,评估压力应对机制与社会支持系统。(4)代谢与医学:评估肥胖相关合并症、激素水平、炎症标志物。(5)人体测量学与人体成分:监测腰围、臀围、大腿围等围度变化,结合人体成分分析指标。

推荐意见12:对MBS后复发性体质量增加者实施多学科评估,整合解剖结构、营养行为、心理状态、代谢医学及人体测量学等多个维度,以系统鉴别复发性体质量增加的主要可控因素,为制定个体化管理策略提供科学依据。[证据强度:低;推荐级别:强;专家赞同率:90.3%(28/31)]。

6.4 阶梯式管理策略

针对MBS后复发性体质量增加者的管理,应遵循从基础生活方式干预逐步升级至强化治疗的阶梯式管理原则。(1)规律自我监测:要求患者建立规律的体质量监测习惯,监测频率≥1次/周,鼓励使用体质量管理手册或规范化电子健康平台进行持续记录,以形成客观的趋势数据^[39]。(2)医学营养治疗:实施个体化医学营养治疗,强调高蛋

白摄入[1.5~2.0 g/(kg·d)],强调低升糖指数且富含高膳食纤维的饮食模式,并严格避免高能量密度的流质或半流质食物^[2]。(3)规律运动干预:推荐每周进行中等强度有氧运动≥150 min,联合2~3次抗阻训练,并鼓励增加日常非运动性活动热消耗^[40]。(4)认知行为疗法:针对不良饮食行为、情绪管理及压力应对策略等问题,可实施认知行为疗法予以干预及修正^[41]。(5)药物治疗:适用于生活方式干预无效者(干预3个月体质量下降<5%或未达个体化预期目标),在排除禁忌证后,胰高血糖素样肽1受体激动剂(GLP-1 RA)或葡萄糖依赖性促胰岛素多肽/胰高血糖素样肽-1双受体激动剂(GIP/GLP-1 RA)为首选,并持续生活方式干预^[42]。若药物治疗失败(规范药物治疗6~12个月仍体质量下降<5%或未达到代谢改善目标),应进入内镜或修正手术的多学科评估路径^[43]。(6)内镜治疗:适用于解剖结构异常者,可行内镜下缝合、胃袖成形术、转流支架置入等^[44]。(7)修正手术:最终选择,适用于其他阶梯治疗无效且存在明确手术适应证者。需在经验丰富的减重中心实施,并在术前向患者及家属充分告知手术获益与风险^[44]。为增强阶梯式管理策略的可执行性,本《共识》构建了可视化管理流程图,详见附录4。

推荐意见13:采用循序渐进的阶梯式管理策略以应对MBS后复发性体质量增加。初始阶段以生活方式干预为核心(包括自我监测、医学营养治疗、运动疗法及认知行为干预);当生活方式干预效果不佳且无减重药物禁忌证时,推荐联合使用减重药物,并强化生活方式干预;当减重药物治疗失败时,可纳入内镜治疗或修正手术评估路径。内镜治疗及修正手术是最终选择,必须在多学科团队支持下由专业减重中心审慎实施。[证据强度:低;推荐级别:强;专家赞同率:96.8%(30/31)]。

7 MBS术后多学科协作与长期随访体系

7.1 多学科团队组建

构建并高效运作多学科团队是实施MBS随访的核心基础。多学科团队应由MBS医师、减重个案管理师、营养师、精神心理科医师、心理咨询师、运动治疗师、内分泌科医师等专业人员构成^[45]。团队应建立明确的职责分工与协作机制。其中,MBS减重个案管理师承担全程协调者角色,负责患者长期管理、随访沟通与团队内部联络;

心理专业人员主导心理社会评估及针对性干预;其他成员协同处理相关医学、营养及运动康复等问题。同时,建立常态化的团队培训机制,定期组织成员进行专项培训,培训内容涵盖常见心理社会问题识别、高效医患沟通技巧、标准化评估工具使用等,以持续提升团队对复杂病例的综合照护能力。在资源有限的医疗环境中,可采用“核心人员主导+多学科远程支持”的协作模式,由减重专科医师或减重个案管理师承担主要管理职责,必要时通过医联体或远程会诊机制获取营养、心理及运动康复等专业支持,以保障基本管理质量。

推荐意见 14: 组建多学科随访团队,以保障 MBS 患者的体质量管理与随访成效。同时,建立团队定期培训机制,以提升团队综合管理能力。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

7.2 长期随访体系

建立 MBS 终生随访体系有利于保障持续有效的体质量管理效果。在随访频率方面,建议 MBS 后第 1 年强化随访,时间点为术后第 1、3、6 及 12 个月,之后每年至少随访 1 次。可结合患者需求、手术方式及合并症情况调整随访频率,但应坚持终生随访的原则。随访内容应全面系统,评估项包括但不限于:体质量与人体测量学指标、代谢指标、饮食行为、身体活动水平与运动依从性、心理状态与生活质量、社会支持、实验室及辅助检查等^[45]。为便于临床推广,本《共识》提供了多学科团队协作机制框架及标准化随访记录表,详见附录 5。对于特殊人群,随访监测指标应予以针对性补充。青少年患者随访时应增加对身高、体质量百分位数、骨龄等的动态评估;育龄期女性备孕期及妊娠期应每 3 个月检测血清铁蛋白、叶酸、维生素 B12、维生素 D 及钙水平;合并多囊卵巢综合征者应重点评估月经变化、性激素结合球蛋白及糖代谢变化^[11]。另外,要求育龄期女性术后 12 个月内应避免妊娠,尤其是多囊卵巢综合征患者^[46]。在随访资源有限的医疗机构,仍应保证关键时间节点的随访频率,优先完成核心项目包括体质量与人体测量学指标、饮食行为、生命体征、常见并发症筛查,必要时转诊至上级医院完成实验室及辅助检查。

推荐意见 15: 建立并实施结构化的 MBS 终生随访体系,术后第 1 年强化随访(第 1、3、6、12 个月),之

后每年定期随访。随访内容应涵盖体质量与人体成分、代谢指标、饮食与运动行为、心理状态、生活质量及必要的实验室与辅助检查,以实现全方位的长期监测与支持。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

7.3 信息化支持

为优化 MBS 患者的长期随访管理,可建立标准化的电子随访健康档案或专项随访数据库,实现精准高效的全程管理及数据存档。随访实施层面,建议采用线上、线下相结合的多元化模式,在定期门诊面对面随访的基础上,结合电话、电子问卷及经认证的移动健康应用程序等远程随访工具,以增强随访的灵活性、可及性及患者参与度^[47]。对于缺乏信息化条件的地区,建议采用标准化的纸质版随访手册作为替代工具,包括简易随访记录表、体质量变化曲线图、饮食日志、预警症状清单,鼓励随访人员采用电话、微信等即时通信方式与患者保持联系。

推荐意见 16: 在 MBS 长期随访管理中,积极整合信息化工具,建立电子健康档案,实现数据精准管理与深度利用,将门诊随访与多元化远程随访结合,提升随访管理效率与可及性。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

8 减重代谢外科患者教育与自我管理

8.1 患者教育与赋能

患者教育应从传统宣教模式转向以赋能为中心的模式,强调 MBS 的最终成效依赖于患者持续、主动行为改变与自我管理,重点增强患者在治疗决策、行为调整及长期体质量维持中的主动性与自我效能感。教育内容应系统全面,涵盖个体化饮食原则与实践、科学运动计划的制定与执行、心理适应与情绪调节策略、长期体质量维持的行为技巧、复发性体质量增加的早期识别与预防策略等内容。在实施层面,鼓励整合数字化教育工具,支持个性化食谱生成、可视化运动指导、远程咨询及同伴支持等功能,增强教育的可及性、互动性与持续性^[23]。在资源有限环境下,患者教育形式可采用小规模线下患教会、面对面讲解示范,并发放纸质版健康教育指导手册,重点聚焦饮食原则、运动建议、常见并发症识别及复发性体质量增加预警信号等核心内容,以降低实施成本并提高可推广性。

推荐意见 17:构建以患者赋能为导向的自我管理教育体系,教育内容应全面涵盖饮食、运动、心理及体质量维持策略等,明确MBS后终生行为改变至关重要。积极利用数字化工具提供个性化、交互式支持,以促进患者的主动参与及长期依从性。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:100%(31/31)]。

8.2 自我管理多层次支持网络

着力构建并强化以患者为中心的自我管理体系及多层次社会支持网络,可促进MBS患者的长期行为维持与体质量稳定。其核心要素与实施路径:(1)提升患者自主权与自我管理能力:通过共同决策、目标设定与自我监测等方法,赋能患者成为自身健康管理的核心主体。(2)强化家庭支持系统:鼓励家属全程参与,必要时转介家庭治疗,提升家庭沟通与协作能力^[48]。(3)建立同伴支持机制:通过组织线上或线下病友支持小组,提供经验分享与情感互助平台,传递可实践的成功经验^[49]。(4)整合多层次支持网络:系统性构建涵盖家庭、伴侣、朋友、同伴团体及医疗团队在内的社会支持系统,明确各层次支持者的角色与功能。(5)利用智能化技术支持:开发或引入集数据追踪、个性化提醒反馈、医患在线互动等功能于一体的智能健康管理平台,以此作为延伸医疗服务、强化患者自我管理的技术工具^[49]。对于缺乏持续专业支持的患者,应进一步强化自我管理能力培养,重点指导患者进行体质量自我监测、饮食记录及基础身体活动管理,以弥补医疗支持不足带来的影响。同时,可通过家庭成员参与或同伴支持等低成本方式增强行为维持效果。

推荐意见 18:以提升患者自主权为核心,系统构建多层次自我管理支持网络,整合家庭赋权与参与、

同伴支持以及持续专业医疗协作,并鼓励利用智能化工具,以共同促进长期行为改变与体质量维持。[证据强度:中;推荐级别:强;专家赞同率:96.8%(30/31)]。

9 小结与展望

《减重代谢外科患者体质量管理临床路径中国专家共识(2026年版)》构建了覆盖MBS术前评估干预、术后长期管理的全周期体质量管理临床路径,在规范MBS患者体质量管理实践方面具有较高的科学性、权威性与实用性。但本《共识》仍存在一定局限性:首先,部分推荐意见缺乏高质量随机对照试验支持,证据等级相对较低;其次,针对青少年、育龄期妇女、老年人、合并多囊卵巢综合征等特殊人群的体质量管理要点仍有待进一步明确;此外,本《共识》尚缺乏基于真实世界数据的前瞻性验证,其不同地区及不同级别医院的可推广性仍需进一步评估。在后续研究中,可进一步开展多中心、大样本前瞻性队列研究及随机对照试验,以验证本《共识》所提出体质量管理路径的有效性与安全性。同时,需针对青少年、育龄期妇女、老年人等特殊人群开展亚组研究,以形成更具针对性的体质量管理要点,从而提高本《共识》的实践指导性与全面性。另外,本工作组也将持续总结临床实践经验,紧密追踪国内外最新研究进展,及时修订、完善《共识》,为推动我国MBS患者体质量管理临床路径的同质化发展提供理论支持。

附录 1 术前多维评估清单

评估维度	具体项目	推荐工具	评估结果记录栏	填写说明
基本信息	姓名、年龄、性别、住院号	病历系统	姓名： 年龄： 性别： 住院号： 评估日期：	无
	肥胖症病史	肥胖病程、既往减重方式及效果 临床问诊	病程：____年 既往减重方法：	无
合并症评估	阻塞性睡眠呼吸暂停筛查	STOP-Bang 问卷	总分：	总分≥3 提示高风险，建议睡眠监测
	胃食管反流筛查	GerdQ	总分：	≥8 提示 GERD 可能性大，建议胃镜评估
合并症评估	其他合并症	糖尿病/高血压/高血脂/ 非酒精性脂肪肝	糖尿病： ☐ 有 ☐ 无 高血压： ☐ 有 ☐ 无 高血脂： ☐ 有 ☐ 无 非酒精性脂肪肝： ☐ 有 ☐ 无 其他：	非酒精性脂肪肝首选腹部超声评估；糖尿病注意评估糖化血红蛋白
	饮食与营养行为	饮食行为 营养风险	EDE-Q 6.0 微量营养素检测（钙、铁、维生素 D、维生素 B12、叶酸）	总分： 营养缺乏类型：
体力活动	日常活动水平	IPAQ-SF	活动等级： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	计算代谢当量(MET)-min/周 <600 MET-min/周为低水平 600~3 000 MET-min/周为中水平 >3 000 MET-min/周为高水平 记录步行距离，正常参考值约 400~700 m
睡眠状况	运动耐力	6MWT	距离：____m	记录步行距离，正常参考值约 400~700 m
精神心理	睡眠质量	PSQI	总分：	>7 提示睡眠障碍
	抑郁	PHQ-9	总分：	≥5 提示可能存在抑郁症状
精神心理	焦虑	GAD-7	总分：	≥10，提示中度以上焦虑
	酒精成瘾行为	AUDIT-C	总分：	男性≥4，女性≥3 为阳性，需评估戒断风险
社会支持	家庭支持	SSRS	总分：	总分≤22 提示低支持水平 23~44 提示中等支持水平 ≥45 提示高支持水平
	自我效能	GSES	总分：	<20 提示自我效能感不足
人体测量学与 人体成分	人体测量：身高、体质量、 BMI、腰围、臀围	标准化测量	BMI：____kg/m ² 腰围：____cm 臀围：____cm 腰臀比：	腰围：腋中线肋弓下缘与髂前上棘连线 中点的水平位置处体围周长 臀围：经臀峰点水平位置处体围周长
	体成分分析：体脂率、内脏 脂肪面积、去脂百分比	生物电阻抗分析	体脂率：____% 内脏脂肪面积：____cm ² 去脂百分比：____%	空腹、排空膀胱后测量
综合评估结论与干预重点 项目			结论与计划	
主要风险识别				
术前强化干预重点				
手术耐受性评估				
评估人员签名				

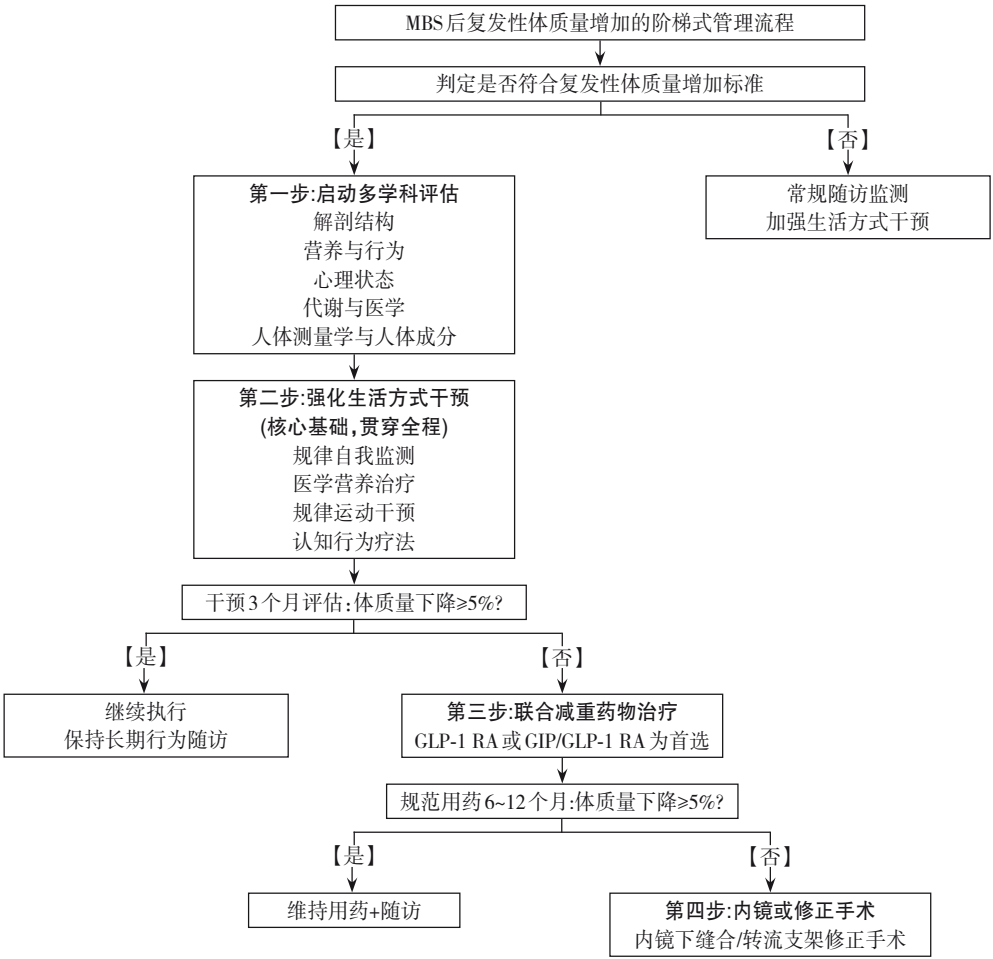
附录2 术后阶段性饮食处方

术后阶段	饮食类别	饮食特点	每天热量、蛋白质目标	食物选择
1~4周	清流质饮食	无糖、无渣、低热量	总热量 800 kcal/d 蛋白质 60 g/d	滤渣蔬菜汤(绿叶菜、冬瓜、丝瓜、菌菇类)、滤渣荤汤(排骨汤、去油鸽子汤)尽量少喝
5~6周	流质、半流质饮食	外观呈液体、泥状及半流动状态	总热量 1 000 kcal/d 蛋白质 80 g/d	土豆泥、山药泥、红薯泥、紫薯泥、菜泥、果泥、肉泥
7~12周	软质饮食	细软、易咀嚼,加工时切碎、煮烂后食用	总热量 1 100 kcal/d 蛋白质 80 g/d	煮烂的杂粮粥、西兰花、青菜、龙须面、清蒸鱼、炖豆腐、馄饨、水饺
3个月后	普食	低糖、低脂、高蛋白食物为主,逐步添加食物种类,直至恢复正常饮食	总热量 1 200 kcal/d 蛋白质 80 g/d	① 主食:粗细搭配,以粗粮为主; ② 肉类:首选高蛋白及红肉类; ③ 蔬菜:菠菜、胡萝卜等深色系蔬菜; ④ 奶制品:牛奶、羊奶、奶酪均可; ⑤ 水果类:低糖分水果

附录3 术后阶段性运动处方

术后阶段	运动类型	运动频率 (d/周)	每天运动 时间(min)	运动强度	推荐项目
1~6周	有氧运动、上下肢力量训练及柔韧性练习,不牵及腹部	3~5	30~60	低-中强度	平地步行、上肢弹力带、踝泵运动
7~12周	有氧运动、力量训练及柔韧性练习,术后8周开始全身性力量训练,但不包括针对性腹部运动	5	60~90	中强度	快走、单车、游泳、全身轻力量训练
3个月后	有氧运动、全身性力量训练及柔韧性训练,开始针对性腹部运动	5~7	60~90	中-高强度	慢跑、高强度间歇训练、核心力量训练

附录4 复发性体质量增加阶梯管理流程图



附录 5 多学科团队协作机制与随访记录表

5.1 多学科团队协作机制与职责分工

角色	核心职责	协作触发机制
减重个案管理师	全程协调者:患者评估及风险管理,督促多学科成员出勤,会诊意见的实施,培训专科知识,团队成员联络等	全程参与
减重外科医师	手术评估与操作,临床治疗,解剖学问题排查及修正手术决策	复发性体质量增加、怀疑解剖异常、手术并发症
营养师	培训营养知识、咨询,参与患者营养处方的制定、营养素缺乏纠正及饮食行为指导	术前饮食干预、术后各阶段饮食过渡、复发性体质量增加、营养不良的饮食指导
心理治疗师	心理行为干预,评估心理状态异常的患者以协助排除手术禁忌证	心理筛查异常者
运动康复师	培训运动管理知识、咨询,参与患者运动处方的制定	术前运动干预、术后各阶段运动干预、特殊情况患者的运动干预
内分泌科医师	培训血糖管理知识、咨询,参与患者的血糖调整	术前、术后血糖问题、减重药物治疗
心血管专科	培训心血管专科管理知识、咨询,参与患者心功能的调整	术前、术后血压控制不佳、心脏问题
妇产科	培训妇产专科管理知识、咨询,参与患者合并症的调整	多囊卵巢综合征、术后妊娠管理

5.2 多学科随访沟通记录表

患者姓名:	住院号:	沟通日期:
评估项目	本次随访结果	多学科沟通与处理意见
人体测量学与人体成分	体质量:___kg	医师/营养师:%TWL:___%,%EWL:___% 减重趋势: ☐ 良好 ☐ 停滞 ☐ 复发性体质量增加
	BMI:___kg/m ²	
	腰围:___cm	
	臀围:___cm	
	体脂率:___%	
饮食行为	内脏脂肪面积:___cm ²	医师/营养师:调整建议
	去脂百分比:___%	
	进食行为: ☐ 规律 ☐ 暴食 ☐ 夜食	
	蛋白质摄入:___g/d	
	复合维生素补充: ☐ 是 ☐ 否	
运动行为	铁剂补充: ☐ 是 ☐ 否	营养师:调整建议
	钙剂补充: ☐ 是 ☐ 否	
	有氧运动:___min/周	
心理状态	抗阻训练:___min/周	运动师:调整建议
	PHQ-9:___	
	GAD-7:___	
实验室检查	血糖___,HbA1c___%,铁蛋白___,维生素D___	心理师: ☐ 无特殊 ☐ 建议转诊 ☐ 继续观察
下一步计划与转诊	下一次随访时间:	医师/营养师:药物调整/补充剂调整___
记录人:		转诊科室: ☐ 营养科 ☐ 心理科 ☐ 内分泌科 ☐ 内镜室

《减重代谢手术患者体质量管理临床路径中国专家共识（2026版）》编写委员会成员

顾问:刘金钢(中国医科大学附属第四医院),朱晒红(中南大学湘雅三医院),梁辉(南京医科大学第一附属医院),王存川(前海人寿广州总医院/暨南大学附属第一医院),朱江帆(上海市第十人民医院),王勇(中国医科大学附属第四医院)

执笔者:花红霞(江苏省人民医院),杨宁琍(江苏省人民医院),吴丽娜(暨南大学附属第一医院),刘京丽(首都医科大学附属北京友谊医院),高丽莲(暨南大学附属

第一医院)

专家组成员(按姓氏汉语拼音排序):陈笑梅(暨南大学附属第一医院),陈亿(四川大学华西医院),杜荣慧(上海交通大学医学院附属第六人民医院),杜燕敏(首都医科大学附属北京世纪坛医院),高丽莲(暨南大学附属第一医院),管蔚(江苏省人民医院),韩晓东(上海交通大学医学院附属第六人民医院),花红霞(江苏省人民医院),江莉霞(云南省第一人民医院),李震(武汉大学中南医院),刘国栋(江苏省人民医院宿迁医院),刘京丽(首都医科大学附属北京友谊医院),刘洋(首都医科大

学附属北京友谊医院), 宁伟伟(遵义医科大学附属医院), 沈明扬(中国医科大学附属第四医院), 沈奇伟(复旦大学附属华山医院), 苏志红(中南大学湘雅三医院), 孙林丽(中南大学湘雅三医院), 孙喜太(南京大学医学院附属鼓楼医院), 文曰(四川大学华西医院), 吴丽娜(暨南大学附属第一医院), 徐红艳(中国医科大学附属第四医院), 杨华(暨南大学附属第一医院), 杨华武(成都市第三人民医院), 杨宁琍(江苏省人民医院), 姚立彬(徐州医科大学附属医院), 于卫华(浙江大学医学院附属邵逸夫医院), 张鹏(首都医科大学附属北京友谊医院), 张松海(河南科技大学第一附属医院), 赵宛鄂(暨南大学附属第一医院), 赵象文(中山市小榄人民医院), 周晨(南京大学医学院附属鼓楼医院), 周礼(成都市第五人民医院)

利益冲突: 所有编者声明不存在利益冲突。

参考文献

- [1] Malik A, Malik MI, Javaid S, et al. Comparative effectiveness of metabolic and bariatric surgeries: a network meta-analysis[J]. *Int J Obes*, 2025, 49(1):54-62. doi:10.1038/s41366-024-01648-7.
- [2] 中国医师协会外科医师分会肥胖和代谢病外科专家工作组, 中国医师协会外科医师分会肥胖代谢病综合管理与护理专家工作组, 中国肥胖代谢外科研究协作组, 等. 中国肥胖代谢外科数据库: 2024年度报告[J]. *中华肥胖与代谢病电子杂志*, 2025, 11(2): 85-91. doi:10.3877/cma.j.issn.2095-9605.2025.02.001. Chinese Society for Metabolic and Bariatric Surgery, Chinese Society for Integrated Health of Metabolic and Bariatric Surgery, Chinese Obesity and Metabolic Surgery Collaborative, et al. Chinese obesity and metabolic surgery database: annual report 2024[J]. *Chinese Journal of Obesity and Metabolic Disease: Electronic Edition*, 2025, 11(2): 85-91. doi: 10.3877/cma. j. issn.2095-9605.2025.02.001.
- [3] Salazar J, Duran P, Garrido B, et al. Weight regain after metabolic surgery: beyond the surgical failure[J]. *J Clin Med*, 2024, 13(4): 1143. doi:10.3390/jcm13041143.
- [4] 中国医师协会外科医师分会肥胖代谢外科综合管理及护理支持学组. 减重代谢手术后减重平台期管理专家共识(2025版)[J]. *中华消化外科杂志*, 2025, 24(8): 927-933. doi: 10.3760/cma. j. cn115610-20250611-00287. Obesity Metabolic Surgery Comprehensive Management and Nursing Support Group, Chinese College of Surgeons. Expert consensus on weight loss plateau phase management after bariatric metabolic surgery (2025 edition)[J]. *Chinese Journal of Digestive Surgery*, 2025, 24(8): 927-933. doi: 10.3760/cma. j. cn115610-20250611-00287.
- [5] 中国医师协会外科医师分会肥胖代谢外科综合管理及护理支持学组. 减重代谢手术后随访管理专家共识(2025版)[J]. *中华消化外科杂志*, 2025, 24(8): 934-942. doi: 10.3760/cma. j. cn115610-20250623-00443. Obesity Metabolic Surgery Comprehensive Management and Nursing Support Group, Chinese College of Surgeons. Expert consensus on follow-up management after bariatric metabolic surgery (2025 edition)[J]. *Chinese Journal of Digestive Surgery*, 2025, 24(8): 934-942. doi: 10.3760/cma. j. cn115610-20250623-00443.
- [6] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J]. *BMJ*, 2008, 336(7650):924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
- [7] 王春枝, 斯琴. 德尔菲法中的数据统计处理方法及其应用研究[J]. *内蒙古财经学院学报: 综合版*, 2011, 9(4):92-96. doi: 10.13895/j.cnki.jimufe.2011.04.019. Wang CZ, Si Q. A study of data statistical processing method of Delphi method and its application[J]. *Journal of Inner Mongolia University of Finance and Economics*, 2011, 9(4): 92-96. doi: 10.13895/j.cnki.jimufe.2011.04.019.
- [8] Sharaiha RZ, Shikora S, White KP, et al. Summarizing consensus guidelines on obesity management: a joint, multidisciplinary venture of the International Federation for the Surgery of Obesity & Metabolic Disorders (IFSO) and World Gastroenterology Organisation (WGO)[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2023, 57(10): 967-976. doi:10.1097/MCG.0000000000001916.
- [9] 《2型糖尿病患者体质量管理专家共识》专家组. 2型糖尿病患者体质量管理专家共识(2024年版)[J]. *国际内分泌代谢杂志*, 2024, 44(5): 359-370. doi: 10.3760/cma. j. cn121383-20240514-00022. Expert Group for Expert Consensus on weight management for type 2 diabetes mellitus. Experts consensus on weight management for type 2 diabetes mellitus(2024 edition)[J]. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2024, 44(5): 359-370. doi: 10.3760/cma.j.cn121383-20240514-00022.
- [10] 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. 肥胖与代谢病外科疗效报告的标准规范[J]. *中华肥胖与代谢病电子杂志*, 2020, 6(2): 73-77. doi: 10.3877/cma. j. issn. 2095-9605.2020.02.001. 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. Standard specification for surgical efficacy report of obesity and metabolic diseases[J]. *Chinese Journal of Obesity and Metabolic Disease: Electronic Edition*, 2020, 6(2): 73-77. doi: 10.3877/cma. j.

- issn.2095-9605.2020.02.001.
- [11] 国家卫生健康委员会肥胖症诊疗指南编写委员会. 肥胖症诊疗指南(2024年版)[J]. 中国循环杂志, 2025, 40(1): 6-30. doi: 10.3969/j.issn.1000-3614.2025.01.002.
- National Clinical Practice Guideline on Obesity Management Editorial Committee. National clinical practice guideline on obesity management(2024 edition)[J]. Chinese Circulation Journal, 2025, 40(1):6-30. doi:10.3969/j.issn.1000-3614.2025.01.002.
- [12] 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代谢病外科学专家工作组, 中国医药教育协会代谢病专业委员会, 等. 减重代谢手术治疗肥胖症合并多囊卵巢综合征中国专家共识(2025年版)[J]. 中国普通外科杂志, 2025, 34(2):183-189. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.250057.
- Chinese Society of Thyroid and Metabolism Surgery; Chinese Society of Surgery, Chinese Medical Association, Chinese Society for Metabolic&Bariatric Surgery; Chinese College of Surgeons, Chinese Medical Doctor Association, et al.Chinese expertconsensus on bariatric metabolic surgery in the treatment of obesitycomplicated with polycystic ovary syndrome (2025 edition)[J]. China Journal of General Surgery, 2025, 34(2): 183-189. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.250057.
- [13] Chung F, Abdullah HR, Liao P. STOP-Bang questionnaire a practical approach to screen for obstructive sleep apnea[J]. Chest, 2016, 149(3):631-638. doi:10.1378/chest.15-0903.
- [14] Jones R, Junghard O, Dent J, et al. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2009, 30(10):1030-1038. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04142.x.
- [15] Garner DM, Olmsted MP. Scoring the eating disorder inventory[J]. Am J Psychiatry, 1986, 143(5): 680-681. doi: 10.1176/ajp. 143.5. aj1435680.
- [16] 任子淇, 张天资, 杨宁俐, 等. 肥胖人群减重代谢术后运动康复方案的构建研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(19):2332-2339. doi: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.240.
- Ren ZQ, Zhang TZ, Yang NL, et al. Construction of an exercise rehabilitation program for obese people after bariatric surgery[J]. Chinese General Practice, 2019, 22(19):2332-2339. doi:10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.240.
- [17] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志, 1996, 29(2): 103-107.
- Liu XC, Tang MQ, Hu L, et al. Reliability and validity of the Pittsburgh sleep quality index[J]. Chinese Journal of Psychiatry, 1996, 29(2):103-107.
- [18] Cassin S, Sockalingam S, Hawa R, et al. Psychometric properties of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a depression screening tool for bariatric surgery candidates[J]. Psychosomatics, 2013, 54(4):352-358. doi:10.1016/j.psych.2012.08.010.
- [19] Vaishnav M, Gupta S, Vaishnav P. Psychiatric intervention pre- and post-bariatric surgery[J]. Indian J Psychiatry, 2022, 64(Suppl 2): S473-S483. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_1_22.
- [20] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. 应用心理学, 2001, 7(1): 37-40. doi: 10.3969/j.issn.1006-6020.2001.01.007.
- Wang CK, Hu ZF, Liu Y. Evidences for reliability and validity of the Chinese version of general SelfEfficacy scale[J]. Chinese Journal of Applied Psychology, 2001, 7(1): 37-40. doi: 10.3969/j.issn.1006-6020.2001.01.007.
- [21] Sari C, Santana C, Seip RL, et al. Multimodal approach utilising a weight management programme prior to bariatric surgery in patients with BMI ≥ 50 kg/m₂: a propensity score matching retrospective cohort study[J]. Clin Obes, 2024, 14(5):e12669. doi: 10.1111/cob.12669.
- [22] Herrera-Santelices A, Argüello-Florencio G, Westphal G, et al. Effects of supervised physical exercise as prehabilitation on body composition, functional capacity and quality of life in bariatric surgery candidates: a systematic review and meta-analysis[J]. J Clin Med, 2022, 11(17):5091. doi:10.3390/jcm11175091.
- [23] Lau T, Cook J, Archid R, et al. Effects of lifestyle and educational bridging programs before bariatric surgery on postoperative weight loss: a systematic review and meta-analysis[J]. Obes Facts, 2023, 16(1):1-10. doi:10.1159/000526945.
- [24] Paul L, van der Heiden C, van Hoeken D, et al. Cognitive behavioral therapy versus usual care before bariatric surgery: one-year follow-up results of a randomized controlled trial[J]. Obes Surg, 2021, 31(3):970-979. doi:10.1007/s11695-020-05081-3.
- [25] Järholm K, Janson A, Henfridsson P, et al. Metabolic and bariatric surgery for adolescents with severe obesity: Benefits, risks, and specific considerations[J]. Scand J Surg, 2025, 114(1):95-106. doi: 10.1177/14574969241297517.
- [26] Stumpf MAM, Cercato C, de Melo ME, et al. Sheer drop ahead: reviewing sarcopenia outcomes in elderly patients undergoing bariatric surgery[J]. Rev Endocr Metab Disord, 2025, 26(5): 759-766. doi:10.1007/s11154-025-09946-9.
- [27] 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 and Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists[J]. Obesity, 2020, 28(4): O1-O58. doi: 10.1002/oby.22719.

- [28] Martínez-Ortega AJ, Oliveira G, Pereira-Cunill JL, et al. Recommendations based on evidence by the Andalusian Group for Nutrition Reflection and Investigation (GARIN) for the pre- and postoperative management of patients undergoing obesity surgery[J]. *Nutrients*, 2020, 12(7):2002. doi:10.3390/nu12072002.
- [29] 余姜璇, 单雪琪, 王俊杰, 等. 老年肌少症患者营养管理的最佳证据总结[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(18):2261-2268. doi:10.3761/j.issn.0254-1769.2022.18.014.
- Yu JX, Shan XQ, Wang JJ, et al. Best evidence summary for nutrition management in elderly patients with sarcopenia[J]. *Chinese Journal of Nursing*, 2022, 57(18):2261-2268. doi:10.3761/j.issn.0254-1769.2022.18.014.
- [30] Tabesh MR, Eghtesadi M, Abolhasani M, et al. Nutrition, physical activity, and prescription of supplements in pre- and post-bariatric surgery patients: an updated comprehensive practical guideline[J]. *Obes Surg*, 2023, 33(8): 2557-2572. doi: 10.1007/s11695-023-06703-2.
- [31] Faggian S, Quinto G, Centanini A, et al. Validity of 'range-based methods' compared to the 'ventilatory thresholds-based method' for exercise intensity prescription in patients after bariatric surgery: 2625[J]. *Med Sci Phys Exerc*, 2024, 56(10S):968. doi:10.1249/01.mss.0001060948.39967.d6.
- [32] Fernández-Alonso M, Bejarano G, Creel DB, et al. Expert-based physical activity guidelines for metabolic and bariatric surgery patients: a systematic review of randomized controlled trials[J]. *Surg Obes Relat Dis*, 2025, 21(5): 606-614. doi: 10.1016/j.soard.2024.11.005.
- [33] Cassin SE, Park KE, Leung SE, et al. A randomized-controlled trial examining telephone-based cognitive behavioral therapy for patients after metabolic and bariatric surgery: 18 month follow-up results[J]. *Obes Surg*, 2025, 35(10): 4103-4113. doi: 10.1007/s11695-025-08163-2.
- [34] Marshall C, Reay R, Bowman AR. Weight loss after weight-loss surgery: the mediating role of dichotomous thinking[J]. *Obes Surg*, 2024, 34(5):1523-1527. doi:10.1007/s11695-024-07122-7.
- [35] El Ansari W, Elhag W. Weight regain and insufficient weight loss after bariatric surgery: definitions, prevalence, mechanisms, predictors, prevention and management strategies, and knowledge gaps: a scoping review[J]. *Obes Surg*, 2021, 31(4):1755-1766. doi: 10.1007/s11695-020-05160-5.
- [36] Lucocq J, Hughes C, Homyer K, et al. Predicting inadequate weight loss after bariatric surgery: derivation and validation of a four factor model[J]. *Obes Surg*, 2024, 34(8): 2991-2998. doi: 10.1007/s11695-024-07383-2.
- [37] Park JY. Weight loss prediction after metabolic and bariatric surgery[J]. *J Obes Metab Syndr*, 2023, 32(1):46-54. doi:10.7570/jomes23008.
- [38] Cambi MPC, Baretta GAP, Magro DO, et al. Multidisciplinary approach for weight regain: how to manage this challenging condition: an expert review[J]. *Obes Surg*, 2021, 31(3):1290-1303. doi:10.1007/s11695-020-05164-1.
- [39] Shinan-Altman S, Sandbank GK, Natarevich-Katzav H, et al. Self-management after bariatric surgery: a comparison between support group participants and patients receiving individual dietary follow-up[J]. *Obes Surg*, 2023, 33(3):826-835. doi:10.1007/s11695-022-06302-7.
- [40] Jang HN, Park YS, Choi SH, et al. Association of increased physical activity with greater fat mass loss following metabolic bariatric surgery: a longitudinal observational study[J]. *Sci Rep*, 2025, 15:35305. doi:10.1038/s41598-025-19383-y.
- [41] Ru CG, García M, Castillo S, et al. Weight loss and regain after bariatric surgery: importance of the psychological therapy in postoperative outcomes[J]. *Obes Surg*, 2025, 35(2): 387-394. doi: 10.1007/s11695-024-07667-7.
- [42] Lucas E, Simmons O, Tcham B, et al. Pharmacologic management of weight regain following bariatric surgery[J]. *Front Endocrinol*, 2023, 13:1043595. doi:10.3389/fendo.2022.1043595.
- [43] Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, et al. 2022 American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (Asmb) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) indications for metabolic and bariatric surgery[J]. *Obes Surg*, 2023, 33(1):3-14. doi:10.1007/s11695-022-06332-1.
- [44] Abel SA, English WJ, Duke MC, et al. Benefits of adjuvant medical weight loss intervention in setting of weight regain and inadequate weight loss after weight loss surgery[J]. *Am Surg*, 2023, 89(5):1857-1863. doi:10.1177/00031348221078957.
- [45] 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代谢病外科专家工作组. 中国肥胖及代谢疾病外科治疗指南(2024版)[J]. *中国实用外科杂志*, 2024, 44(8): 841-849. doi:10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2024.08.01.
- Chinese Society of Thyroid and Metabolism Surgery, Chinese Society of Surgery, Chinese Medical Association; Chinese Society for Metabolic&Bariatric Surgery, Chinese College of Surgeons, Chinese Medical Doctor Association. Chinese clinical guidelines for the surgery of obesity and metabolic disorders(2024 edition)[J]. *Chinese Journal of Practical Surgery*, 2024, 44(8): 841-849. doi: 10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2024.08.01.
- [46] Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care[J]. *Obes Rev*, 2019, 20(11): 1507-1522. doi: 10.1111/obr.12927.
- [47] 林志维, 周福庆, 董世梁, 等. 人工智能赋能减重代谢外科: 进展、

挑战与前景[J]. 中国普通外科杂志, 2025, 34(10):2251-2257. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.250070.

Lin ZW, Zhou FQ, Dong SL, et al. AI-enabled metabolic and bariatric surgery: progress, challenges, and future directions[J]. China Journal of General Surgery, 2025, 34(10): 2251-2257. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.250070.

[48] Pratt KJ, Kiser H, Ferber ME, et al. Impaired family functioning affects 6-month and 12-month postoperative weight loss[J]. Obes Surg, 2021, 31(8):3598-3605. doi:10.1007/s11695-021-05448-0.

[49] Athanasiadis DI, Carr RA, Smith C, et al. Social support provided to bariatric surgery patients through a Facebook group may improve weight loss outcomes[J]. Surg Endosc, 2022, 36(10):7652-

7655. doi:10.1007/s00464-022-09067-3.

(本文编辑 熊杨)

本文引用格式: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. 减重代谢手术患者体质量管理临床路径中国专家共识(2026版)[J]. 中国普通外科杂志, 2026, 35(5):855-872. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.260051

Cite this article as: Obesity Metabolic Surgery Comprehensive Management and Nursing Support Group, Chinese College of Surgeons. Chinese expert consensus on the clinical pathway of weight management for patients undergoing metabolic and bariatric surgery (2026 edition)[J]. Chin J Gen Surg, 2026, 35(5):855-872. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.260051

欢迎订阅《中国普通外科杂志》

《中国普通外科杂志》是国内外公开发行的国家级期刊[ISSN 1005-6947 (Print) /ISSN 2096-9252 (Online) /CN 43-1213/R], 面向广大从事临床、教学、科研的普外及相关领域工作者, 以实用性为主, 及时报道普通外科领域的新进展、新观点、新技术、新成果、实用性临床研究及临床经验, 是国内普外学科的权威刊物之一。办刊宗旨是: 传递学术信息, 加强相互交流; 提高学术水平, 促进学科发展; 注重临床研究, 服务临床实践。

本刊由中华人民共和国教育部主管, 中南大学、中南大学湘雅医院主办。名誉主编赵玉沛院士、陈孝平院士, 主编中南大学湘雅医院王志明教授, 顾问由中国科学院及工程院院士汤钊猷、郑树森、黄洁夫、董家鸿、窦科峰、樊嘉、夏家辉等多位国内外著名普通外科专家担任, 编辑委员会由百余名国内外普通外科资深专家学者和三百余名中青年编委组成。开设栏目有指南与共识、述评、专题研究、基础研究、临床研究、简要论著、临床报道、文献综述、误诊误治与分析、手术经验与技巧、国内外学术动态等。本刊已被多个国内外重要检索系统和大型数据库收录, 如: 美国化学文摘(CA)、俄罗斯文摘(AJ)、荷兰《文摘与引文索引》(Scopus)、日本科学技术振兴集团(中国)数据库(JSTChina)、中国科学引文数据库(CSCD)、中文核心期刊要目总览(中文核心期刊)、中国科技论文与引文数据库(中国科技论文统计源期刊)、中国核心学术期刊(RCCSE)、中国学术期刊(光盘版)、中国学术期刊综合评价数据库(CAJCED)、中国期刊网全文数据库(CNKI)、中文科技期刊数据库、中文科技资料目录(医药卫生)、中文生物医学期刊文献数据库(CMCC)、万方数据-数字化期刊群、中国学术期刊影响因子年报统计源期刊、中国生物医学文献检索系统(CBM-disc 光盘版、网络版)等。期刊总被引频次、影响因子及综合评分已稳居同类期刊前列。在科技期刊评优评奖活动中多次获奖; 2017年、2020年、2023年连续入选第4届、第5届、第6届“中国精品科技期刊”; 入选《世界期刊影响力指数(WJCI)报告》(2019、2020、2021、2022、2023、2024版), 2020年入选中国科协我国高质量科技期刊(临床医学)分级目录。多次获奖后又被评为“2020年度中国高校百佳科技期刊”“2022年度中国高校科技期刊建设示范案例库百佳科技期刊”“2024年度中国高校科技期刊建设示范案例库百佳科技期刊”, 2026年获湖南省委宣传部、湖南省科技厅“培育世界一流湘版科技期刊建设工程项目(重点期刊)”资助, 标志着《中国普通外科杂志》学术水平和杂志影响力均处于我国科技期刊的第一方阵。

本刊已全面采用远程投稿、审稿、采编系统, 出版周期短, 时效性强。欢迎订阅、赐稿。

《中国普通外科杂志》为月刊, 国际标准开本(A4幅面), 每期140页, 每月25日出版。内芯采用彩色印刷, 封面美观大方。定价40.0元/册, 全年480元。国内邮发代号: 42-121; 国际代码: M-6436。编辑部可办理邮购。

本刊编辑部全体人员, 向长期以来关心、支持、订阅本刊的广大作者、读者致以诚挚的谢意!

编辑部地址: 湖南省长沙市湘雅路87号(湘雅医院内) 邮政编码: 410008

电话: 0731-84327400 网址: <http://www.zpwz.net>

Email: pw84327400@vip.126.com