

全生命周期体重管理

专业人员生活方式医学干预培训教材

循证解释 · 实践训练 · 串行撰写与复核

导读

专业人员生活方式医学干预培训教材

这本教材从一个问题开始：同样减去五公斤，为什么有的人更健康，有的人却更虚弱？答案要求我们同时看脂肪、营养、功能、疾病与生活条件，也要求把一个人的年龄和人生阶段放进计划里。

本书供医疗、营养、运动、康复、护理及健康管理相关专业人员培训使用。它帮助团队理解共同流程，并不授予读者超出自身资质的诊疗或处方权限。用药、疾病诊断、复杂营养治疗及高风险运动安排，应由具备相应资质的人员承担。

怎样使用这16章

第一至四章建立机制、证据和接诊流程；第五至八章训练营养、活动、睡眠环境与行为支持；第九至十三章把同一流程放进孕产、儿童、青春期、成年和老年情境；最后三章衔接疾病治疗、长期维持和机构服务。可以按顺序学习，也可以带着病例回查相应章节。

每章有学习目标、操作情境与练习。培训时应让学员真正计算一次、演示一次、交接一次，而不是只背“少吃多动”。建议将16章安排成16个学习单元，每单元配讨论与演练；这是课程设计示例，培训机构可按岗位能力和基础调整。

如何看待证据和边界

关键建议优先参考中国卫生健康部门文件，并用WHO、NICE及相关专业机构资料补充。资料核对截至2026年9月8日，章末提供来源名称与链接。指南原始建议、专业判断与本书教学示例尽量分清；所有教学人物及情境均为虚构，不是临床研究数据。

本书的主题是体重管理，涵盖预防、减重、适宜增重及必要时稳定营养和功能。它不是把成人减重规则缩小后交给儿童，也不是要求孕妇和老人追求同一个体重指数目标。遇到超出章节适用范围的病例，应查相应专科指南并完成转诊交接。

这份教材由AI串行撰写并按准确度、新颖性和易懂程度逐章复核，未经过独立人类专家审定。用于正式临床培训前，机构应由相关专业人员核对本地流程与更新内容，尤其是药物说明书、转诊入口和行业标准版本。评审记录保存在工作目录，来源及操作示例可以继续修订。

读完全书应能完成一件具体的事：面对一个人，知道先问什么、测什么、何时转诊，与他共同选一个能够开始的行动，并在下次见面时判断是继续、调整还是升级治疗。

第1章 · 先弄清我们在管理什么

同样在三个月里减去五公斤，一位成年人血压下降、走路轻松，另一位老人却起身更费劲。体重秤交出了相同的数字，治疗结果却相反。体重管理的第一课，是回答“我们究竟想改变什么”。本章学习目标：解释体重变化的基本机制，区分体重、脂肪和健康，并写出一个不只盯着公斤数的治疗目标。

秤称出的是总和

体重是脂肪、肌肉、骨骼、器官、水分等的总重量。短期变化还受肠道内容物影响。前一晚吃得咸、月经前后水分变化、运动后组织修复，都可能让秤上的数字暂时上升。低碳水饮食初期，储存的糖原及伴随水分减少，下降的一部分也不是脂肪。把一天的变化当成疗效，就像凭一次潮位判断海平面趋势。

身体成分指这些组成部分各占多少。家用体脂秤通常通过微弱电流估计成分，喝水、出汗和测量时间都会影响结果。它可以提供辅助趋势，不能精确证明“今天掉了多少肌肉”。需要时由医疗团队选择更合适的测量方法，并把结果同力量、步行能力、饮食状况一起解释。

能量平衡解释方向，不能代替病因

能量平衡是摄入与消耗之间的关系。长期摄入超过消耗，身体储存的能量增加；长期存在缺口，储存能量减少。但这不是一句“少吃多动”就能结束的故事：食欲、食物价格、轮班、药物、活动能力和遗传差异，会一起改变等式两端。

消耗包括维持生命所需的能量、处理食物的消耗以及活动消耗。体重降低后，较小的身体通常需要较少能量；部分人还出现超出体型改变所能解释的节能反应，称为适应性产热变化，通俗说就是身体进一步减少消耗。饥饿也可能增强。因此，固定少吃一点不会带来永远匀速的下降。美国国立糖尿病、消化和肾脏疾病研究所的体重规划工具采用动态模型，而非简单直线外推；该工具不适用于儿童、孕妇或哺乳期人群。[1]

大白话

能量缺口是体重下降的条件；帮助一个人持续、安全地产生适合他的缺口，才是专业工作。生理适应不是“身体坏了”，更不是意志品质的判决。

脂肪的位置和功能也重要

内脏脂肪是腹腔器官周围的脂肪组织。腰围能间接提示腹部脂肪积聚，却不能直接量出内脏脂肪。脂肪过多或分布异常，可伴随血糖调节异常、肝脏脂肪积聚及机械负担。人们遭遇的实际困难可能是睡眠中反复憋气、膝痛、气短或生育问题，而不仅是衣服变紧。[2]

体重指数是体重除以身高平方得到的体型筛查指标，具体算法见第三章。于是有两种错误需要避开：体重指数正常就认定没有风险；体重指数升高就认定所有症状都由肥胖引起。腰围增加值得进一步评估，胸痛也不能被一句“太胖了”解释掉。疾病诊断要由具备资质的医疗人员完成，健康管理服务的价值包括发现线索和把人送到合适的岗位。

生活方式医学是一套持续治疗流程

本书所说的生活方式医学干预，是把饮食、活动、睡眠、压力应对、烟酒行为和社会支持纳入有目标、有随访的健康照护。它需要测量、共同制定方案、检验效果、及时调整。单发一张食谱，或只告诉患者“自律”，都不构成完整干预。需要药物或手术的人仍需要这些支持；接受药物治疗也不代表生活方式工作失败。

培训中把目标分成三层：本人在意的生活能力，例如能带孩子散步；需要改善的健康指标，例如血压或血糖；能够开始的行为，例如每周三次饭后步行。体重是其中一个结果指标，不能取代全部目标。不同人生阶段还会改变排序：孕期关注母胎健康和适宜增重，儿童关注生长，衰弱老人往往先稳定营养和功能。

课堂练习：换一种交接方式

教学情境：一名成年人说“我要尽快瘦十公斤”，同时报告白天困倦、很少活动。请用三句话完成交接：他希望改变的生活困难是什么；哪些问题需要先评估；下次复诊看什么。参考答案可以是：“希望白天有精神并能连续步行；先询问夜间打鼾、憋气及现有疾病；复诊同时看活动记录、症状和体重趋势。”不能仅交接一个减重期限。

本章达标标准：能解释为什么单日降重不等于减脂，并为成年人和老人分别提出合理目标。下一章处理另一个基础问题：这些建议的把握到底有多大？

依据与延伸阅读

[1] NIDDK, About the Body Weight Planner, 适用范围及动态体重规划说明：
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/body-weight-planner>。

[2] 国家卫生健康委,《肥胖症诊疗指南（2024年版）》，病因、评估与治疗原则：
<https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202410/18966b78087d44429f934a2ef028b027.shtml>

。本书教学情境均为虚构，操作模板为教学设计，不冒充指南原文。

第2章 · 证据怎样变成一句建议

有人拿着宣传单来问：“这项干预能把糖尿病风险降低58%，是不是我做了就不会得病？”这句话中的数字可以真实，理解仍可能错误。本章学习目标：看懂研究对象、比较方式和结局，把证据转成有边界的建议，而不是把统计数字变成保证。

先问四个问题，再看标题

读研究先找：谁参加，接受什么，与什么比较，观察什么结果。再加两个条件：持续多久，多少中途退出。研究如果只纳入特定年龄、有糖尿病高风险的成年人，就不能自动用于所有健康人，更不能直接用于孕妇和儿童。研究中的密集辅导也不等于给患者一张单页。

随机对照试验是用随机分组尽量让各组起点可比，再比较不同处理的结果。它比较有助于回答“干预是否造成改变”。观察性研究则观察现实中不同人群的行为和结局，常有额外因素混在其中。例如运动多的人也可能收入更高、吸烟更少，不能把全部差异算在运动头上。称为混杂，就是其他因素搅进了我们想研究的关系。

58%到底表示什么

美国糖尿病预防计划研究纳入糖尿病高风险成年人。生活方式组的目标包括减去初始体重的7%、每周活动150分钟，并接受结构化辅导。约三年时，糖尿病发生风险相对安慰剂组降低58%。这是特定人群、特定方案和随访时间里的组间结果，不是每个人都有58%的减重，也不是保证不会发病。[1]

相对风险降低是与对照风险相比减少的比例。为练习算术，假设某虚构研究对照组有100人中10人发病，干预组有100人中6人发病：相对减少为40%，绝对风险降低则是10%减6%，即4个百分点。这组10和6是教学数字，不是上述研究的数据。基线风险不同，即使相对效果一样，绝对受益也不同。

还应看置信区间，它表示在统计模型和抽样假设下，与数据相容的效应范围，帮助判断估计是否精确。很宽的范围意味着不能过于肯定“效果恰好有这么大”。统计上有差异，也未必达到本人能感受到的健康改善。

指南是决策地图，不是万能处方

临床指南把研究、获益与风险、可实施性等整合成建议。研究证据的确定性与建议强度不是同一件事：严重伤害难以用试验验证，也可能需要明确避免；效果不错的措施，如果代价或适用条件限制较多，也可能只建议特定人群考虑。

本书优先采用中国卫生健康部门的体重管理文件，国际指南用于补充。引用英国国家卫生与临床优化研究所的建议时，不把英国服务准入、药物支付和体型分类原封不动搬到中国。其NG246涵盖儿童、青少年及成人，但不包括孕期；孕期需要另查NG247。[2] 不同文件范围不一样，拼贴阈值比缺少一个数字更危险。

把“推荐”分成三类写进记录

第一类是有来源的关键事实，如研究效果或明确适用范围；第二类是依据风险和偏好作出的专业判断，如先处理膝痛再增加步行；第三类是本书为训练设计的流程，如两周一次的初始回访。第三类不能说成“指南要求所有人如此”。

建议建立一张证据卡：原问题；来源名称和年份；原始链接；适用人群；结局和随访时间；主要限制；本地需要核对的内容。对于药物，另外核对当地批准适应证和最新说明书；对于儿童，写明生长参照；对于孕妇，写明孕周和孕前体型。资料更新时，先定位哪些行动会受影响，再更新教材，不需要把所有段落同时推倒重来。

大白话

可靠不是每句后面堆一个文献编号，而是重要行动找得到依据，知道依据适用于谁，也知道什么时候不能照抄。

课堂练习：审查一条宣传语

“某饮食法让所有人一个月减十公斤，不用运动，永不反弹。”请标出至少四个待核实点。参考方向：是否有对照；是否把水分变化当减脂；是否只展示成功者；随访是否长到足以判断维持；是否报告不良事件；样本是否包含宣传所指的全部人群。没有研究，不宜用机制猜想替它背书。

本章达标标准：能分别写出“研究发现”“临床推断”“教学安排”各一句，且不混用。下面开始接诊：再好的证据，也要先知道眼前的人是谁。

依据与延伸阅读

[1] NIDDK, Diabetes Prevention Program, 研究设计与结果：

<https://www.niddk.nih.gov/about-niddk/research-areas/diabetes/diabetes-prevention-program-dpp>。

[2] NICE, Overweight and obesity management, NG246, 2025年发布、2026年1月更新，范围说明：<https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/>。证据核对日期：2026年9月8日；后续实际执业仍需检查版本变化。

第3章 · 第一次接诊：测量之后才是评估

教学情境：一位42岁来访者，身高1.70米，体重86公斤，希望领一张食谱。他还说最近容易困，正在服药，却记不清药名。此时直接开食谱看似高效，实际可能漏掉影响治疗的关键信息。本章学习目标：完成一次有顺序的初评，识别应暂停常规减重服务的情况，并形成可交接的记录。

先取得许可，再建立测量基线

开场可以是：“你愿意谈谈体重与睡眠、活动的关系吗？今天最想解决什么？”提供合适尺寸的座椅、袖带和量具，称重时保护隐私。拒绝称重不等于拒绝帮助，可以先处理本人愿意讨论的健康问题，记录缺失信息，约定以后再评估。

体重指数（BMI）是体重千克数除以身高米数的平方。例中 $86 \div 1.70^2$ 约为29.8千克/平方米。中国一般成年人常用分类为：18.5以下偏低，18.5至不足24为正常范围，24至不足28为超重，28及以上为肥胖。[1] 这是一项筛查指标，不能直接判断脂肪量、肌肉量和全部疾病风险；儿童、孕妇不能套用此分类，老年人也须结合功能与营养判断。

测身高时脱鞋站直；体重尽量在同一台经校准的秤、相近时段、轻衣和排尿后测量。腰围由受训人员按本机构采用的标准定位，用不伸缩软尺保持水平，贴身而不压陷，在自然呼气末读数。记录测量部位，不把“肚脐围”和另一定位方法混作同一条趋势。中国成年人常用腹型肥胖界值为男性腰围90厘米及以上、女性85厘米及以上。[1] 腹围受妊娠、腹水等影响时，不能这样解释。

病史不是“吃了什么”一张表

询问体重从何时开始上升，是否与怀孕、停烟、轮班、受伤或新用药同步；有无反复快速减重、恢复体重的经历。记录当前全部处方药、非处方药、保健品和减肥产品。某些药物可能影响体重，但只能交给处方医生评估替代方案，不能建议自行停药。

再看四组信息：身体疾病与家族史；食物摄入、睡眠、活动、饮酒吸烟；情绪、身体形象和失控进食；购买、烹饪、照护和经济条件。失控进食是感觉无法控制吃的过程或数量，不能简单归为贪吃。反复催吐、滥用泻药、极端限制食物或强烈体型焦虑，需要进一步专业评估，即使体重很高也可能存在进食障碍。

检查是为回答问题

医师根据病史和风险决定血压、血糖或糖化血红蛋白、血脂、肝肾功能等检查。糖化血红蛋白大致反映此前两三个月的平均血糖，但贫血等情况可能影响解释。不要把所有人都送去做一套昂贵

“代谢套餐”。有相关症状和体征时再评估内分泌病因；体重增加本身不等于某一种激素病。

还要问活动是否气短、胸痛、头晕，日常是否能起身、走路、上下楼。对打鼾、目击憋气和白天嗜睡者，转至医疗团队考虑睡眠呼吸暂停评估；问卷只能筛查，不能代替诊断。[2] 任何一项检查都要记清谁负责解释、何时反馈，不让异常结果躺在系统里无人处理。

在初评就完成分流

1. 出现持续胸痛、严重呼吸困难、意识异常、急性自伤危险等情况，停止常规咨询，按当地急救流程处理。
2. 不明原因快速体重改变、明显水肿、反复晕厥、持续呕吐、疑似进食障碍或严重情绪问题，应尽快医疗评估，再决定减重干预。
3. 孕期、儿童、明显衰弱、严重心肾疾病以及正在使用容易引起低血糖的药物者，进入相应专业路径。
4. 病情稳定且无上述风险者，进入共同目标和生活方式方案制定，必要的疾病治疗同步进行。

这是教学分流框架，并非穷尽所有急症。风险程度、当地资源和职业资质决定具体安排。所谓转诊闭环，就是不仅写“建议就医”，还记录转给谁、紧急程度、是否到诊，以及反馈怎样改变原计划。

初评交接练习

为开头的来访者写一段交接：已知BMI约29.8；还缺腰围、血压、用药清单和睡眠症状；先核实病史并安排相应评估；暂不承诺快速减重或自行调整药物。优良答案还应写出本人最重视的目标、可参与的随访方式和异常结果责任人。学员若只写“肥胖，少吃多动”，本章不达标。

依据与延伸阅读

[1] 国家卫生健康委，2025年3月19日新闻发布会，成人BMI及腰围说明：

<https://www.nhc.gov.cn/xcs/c100122/202503/27b26d397f4941ff8ff3846ef40026ee.shtml>
。测量与综合评估另参《肥胖症诊疗指南（2024年版）》。

[2] NHLBI, Sleep Apnea—Symptoms, 2025年更新：

<https://www.nhlbi.nih.gov/health/sleep-apnea/symptoms> 。初评表与分流顺序为本书教学设计。

第4章·把评估翻译成共同计划

初评结束后，专业人员常想把所有问题一次解决：少吃、锻炼、早睡、戒酒、记日记。患者点头，离开后却一项也没开始。问题未必是他不配合，而是计划没有回答“明天具体怎么做”。本章学习目标：把风险和偏好转成共同目标，写出可执行处方，并指定复诊与升级条件。

先分清目标的方向

共同决策是专业人员解释可选方案、获益与风险，患者说明自己的目标和现实条件，双方共同选择。它不等于让患者独自承担医疗判断，也不等于专业人员宣布一个数字后要求签字。先问：“体重改变后，你最希望生活里什么事情变容易？”答案可能是走路、睡眠、生育准备，或者减少对食物的恐惧。

对部分需要减重的成年人，可把减去初始体重的一定比例作为阶段性目标；具体幅度与期限取决于肥胖程度、并发症、治疗选择和耐受性。对于糖尿病高风险成人，NIDDK预防资料提出减去初始体重的5%至7%可能帮助降低风险。[1] 这不能当作儿童、孕妇或衰弱老人的统一任务，更不能承诺每个人达到后都能停药。

用一个纯算术例子练习：初始86公斤，若共同选择先减5%，相当于4.3公斤，阶段体重约81.7公斤。记录中应同时写健康目标和行为目标，而不是只留81.7这个数字。若当前优先任务是纠正营养不足或稳定精神状态，体重稳定也可能是合理目标。

一张行动处方写五件事

1. 做什么：例如把工作日午餐的含糖饮料换成无糖饮品。
2. 何时何地：例如午餐下单前，在常用外卖收藏中修改选项。
3. 做多少：例如先试一周五个工作日，而不是要求永不喝甜饮。
4. 遇到障碍怎么办：例如没有无糖选项时买水，不用跳过午餐补偿。
5. 何时回看：例如两周后查看实际完成天数、饥饿感和可接受性。

上述频率是教学示例，不是所有人都适用的强制标准。若当事人已不喝含糖饮料，这条处方就没有价值。选择的改变应当来自评估，而不是来自专业人员最习惯讲的那张幻灯片。

团队任务必须有接收者

医师负责疾病诊断、药物和医学风险判断；营养专业人员在资质范围内完成营养评估与饮食方案；运动或康复专业人员制定与能力匹配的活动安排；护理和健康管理人员可以支持记录、随

访、教育与转诊协调。心理问题达到需要诊疗的程度时，交给相应专业人员。各地资质和授权范围可能不同，机构应明确，不能靠“大家都懂一点”代替。

所谓多学科协作，就是多个专业围绕同一个人的目标共享必要信息并共同调整方案。不是让患者带着互相矛盾的五张单子回家。交接至少包含已知风险、当前目标、正在实施的行动、待办事项和负责人；涉及隐私的信息只向必要岗位开放。

复诊要预先设计

本书建议把初期随访安排成一次小实验：先约定短期回访，再按问题调整间隔。例如开始两周后看可行性，随后每月综合复查，稳定后逐渐延长。对于高风险、用药调整或新症状，应更早联系。这里的日程是服务设计示例，医学检查时间由病情决定。

回访按“安全—执行—结果—调整”顺序进行。先问不适和异常，再问具体做了多少，之后才解释体重、腰围或疾病指标。没执行，应找障碍；已执行且健康改善，可以继续；已执行却出现乏力或功能下降，应重新评估；合理干预仍不足以控制风险，则讨论强化治疗。不要把升级治疗规定为“证明失败后才配得到”。

大白话

处方不是愿望清单，而是一份带反馈日期的小合同。合同写的是双方各做什么，不是患者必须交出什么体重。

课堂练习：把空话改成计划

原记录：“加强锻炼，控制饮食，下月复查。”请改写为可验证内容。参考答案：“已排除需要先处理的活动风险；本周二、四、六晚餐后按可耐受速度步行10分钟，若天气不合适改为室内步行；记录活动时不适；两周电话回访可行性；医师负责血压复查。”注意只有实际完成风险评估，才能写“已排除”。未核实的信息要标“待评估”。

本章达标标准：一张计划同时包含个人目标、具体行为、团队责任、随访时间和提前联系条件。下一章把其中最常见的一项——吃饭——做成可以在餐桌上使用的方法。

依据与延伸阅读

[1] NIDDK, Preventing Type 2 Diabetes, 适用于有糖尿病风险的成人：

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/preventing-type-2-diabetes>。

[2] NICE, NG246, General principles of care, 个体化照护及参与决策：

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/chapter/General-principles-of-care> 。本章行动处方和随访顺序为教学工具。

第5章 · 营养干预：从一顿饭开始

一名来访者把米饭戒掉，午后却饿得难受，晚上吃下一大袋坚果。他以为自己执行了低碳水饮食，真正改变的却可能只是能量来源。营养干预要解决的不是“哪一种食物最坏”，而是一天的食物怎样同时支持营养、安全和可持续的能量安排。本章学习目标：完成饮食评估，设计一项有依据的调整，并识别不宜自行节食的人。

先看一整天，而不是一个标签

可以让本人回忆前一天从起床到睡前的所有食物饮品，或在可接受时记录几个有代表性的日子，包括工作日和休息日。追问烹调油、酱料、酒、零食和外卖份量，也问饥饿、饱足和进食环境。记录不是审讯，更不是要求永久称量每一口。存在进食障碍风险时，精细计数反而可能加重困扰，应换用专业团队认可的方式。

能量密度是一克食物提供多少能量。加入大量油脂会让同样一盘菜的能量明显增加；蔬菜和含水较多的食物常能在较大体积下提供较少能量。坚果有营养，却不能因此不限量。营养价值和能量高低是两把尺，不应混成“健康食品随便吃”。

从食物结构建立方案

对适合一般成人饮食调整的人，可先练习一餐同时安排蔬菜、适量主食和蛋白质来源，再按全天需要安排水果、奶或合适替代品。蛋白质是建造和维护身体组织的重要原料，来自鱼、蛋、奶、瘦肉、豆类等；减重时不能只留下蔬菜水果。膳食纤维是食物中不能在小肠被完全消化利用的一类成分，全谷、豆类、蔬果是常见来源。逐步增加比突然大量添加更容易耐受。

WHO健康饮食建议强调食物多样性，并对10岁以上人群提出每天至少400克蔬果的目标。[1]这不是说一杯果汁可以完整替代蔬菜和水果，也不是心肾疾病患者可以不顾个体限制照搬。实际份量还要结合总需要、咀嚼吞咽能力、预算和当地食物供应。

外卖情境可以具体到一次下单：原来是大份油炒饭、炸物和甜饮，先改为份量合适的主食、非油炸蛋白质食物、蔬菜及水。不是要求所有人吃同一套餐，而是让营养人员与本人共同找出最可能坚持的替换。烹饪条件不足时，廉价、可保存、能直接组合的食物往往比精美食谱有用。

能量处方需要校准

能量需要量是身体在当前条件下维持活动与生理功能所需的能量。可由专业人员结合体型、活动和病情估计，再用随访修正；公式算出的数字不是测量真值。教学算例：某成年人经评估估计维

持需要为2200千卡，团队若试行1900千卡，相差300千卡。这只是演示减法，不能据此保证每周下降固定公斤数，更不能转给其孩子或孕期伴侣使用。

总能量减少时仍须照顾蛋白质、必需脂肪及维生素矿物质等营养需要。肾病、老年衰弱、妊娠哺乳和药物治疗会改变安排。蛋白质也不是越多越好，不宜由一般健康管理人员给所有人统一“每公斤高蛋白”处方。

饮食法没有免除随访的特权

低脂、降低碳水比例或限定进食时间，都需要考察营养是否足够、本人能否坚持、是否与用药冲突。跳餐后头晕、夜间失控进食，不是必须忍受的“排毒期”。糖尿病用药者改变进餐时间或碳水剂量前，应与医疗团队安排血糖监测和必要的药物调整。

NICE把每日800至1200千卡称为低能量饮食，低于800千卡称为极低能量饮食；这些方案限于符合条件的专业服务，需营养完整、临床支持，且不作为长期策略，疗程不超过12周。[2] 这里引用的是英国指南的定义和限制，绝不是提供自助节食门槛。购买代餐也不能跳过评估、药物审查和恢复普通饮食的计划。

复诊与练习

两周教学回访可以问：实际替换了几次；是否饥饿难耐、便秘或乏力；费用与口味能否接受；体重趋势和生活能力如何。若持续疲劳或非预期快速下降，应重新评估。不要因一个短期数字好看就忽略营养受损。

练习：为开头“戒饭改吃坚果”的来访者写一个调整和一个监测指标。参考答案：恢复适量主食并安排蛋白质与蔬菜，把坚果预先分份；观察晚间失控进食是否减少。达标标准是解释改变的机制，不把米饭或坚果贴成道德标签。

依据与延伸阅读

[1] WHO, Healthy diet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>。

[2] NICE, NG246, Physical activity and diet, 第1.16节：
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/chapter/Physical-activity-and-diet>。本章食物组合、能量算例和回访时间为教学示例，个体营养处方须经评估。

第6章 · 运动处方：让身体保住能力

“每天一万步”听起来具体，却未必是一张好处方。对已经走很多路的劳动者，它可能没有针对性；对膝痛、气短的人，它可能太难。运动干预首先要回答：这个人现在能安全做什么，怎样逐步做得更多。本章学习目标：写出包含类型、频率、强度和时间的活动计划，并说明何时停止或调整。

活动的价值超过秤上的变化

身体活动是由肌肉带动、需要消耗能量的动作，包括通勤、家务和游戏；运动训练则是为了某个目标有计划地重复活动。增加活动可以改善心肺能力、力量和健康风险，体重变化可能并不大。不能据此认定运动“无效”，也不能把设备显示的消耗热量全部加回餐盘。

有氧活动是持续动用较大肌群、使呼吸心跳加快的活动，如快走、骑车；抗阻训练是让肌肉对抗外力，如弹力带、器械或合适的自重动作。前者帮助耐力，后者帮助维持和提升力量。两者可以互补，减重期只追求“烧热量”而忽略力量，会漏掉维持功能的重要任务。

先筛风险，不是先测极限

询问当前活动、疾病、用药和活动时症状。持续胸痛、明显呼吸困难、晕厥等应立即停止并按急症流程处理；不明原因活动不适、近期疾病不稳定、显著骨关节或神经问题，需要进一步评估再制定计划。没有症状的稳定人群通常可以从低强度、短时活动开始，不必把所有人一律挡在昂贵检查之外。

用药会影响反应：某些心血管药使心率不适合直接套公式；使用易致低血糖药物的人，需要血糖、进食与运动安排协同；感觉减退或足部病变者，要先解决鞋袜、负重方式和足部检查。筛查不是一张勾选后永久有效的表，新症状出现就重新评估。

把指南目标变成起步方案

WHO对成年人提出每周150至300分钟中等强度有氧活动，或75至150分钟较高强度活动，或等量组合；并建议每周至少两天进行覆盖主要肌群的力量活动。[1] 这些是健康目标，不是所有初学者第一周的任务，也不是保证减重的剂量。

中等强度通俗地说是呼吸加快、通常还能交谈但不易唱歌的程度。这种谈话测试是便于沟通的粗略办法，不能替代高风险人群的专业监测。久坐且已完成必要评估的成年人，可以从每次5至10分钟舒适步行开始，按耐受逐步延长。先把习惯做稳，再增加时间，最后才考虑更高强度。

教学处方示例：周一、三、五晚餐后步行10分钟；周二、六在指导下练习坐站、靠墙推等动作；其他时间主动打断长时间坐着。动作数量、难度和组数由能力决定，练习时自然呼吸，不屏气硬撑。若当天疼痛或疲劳明显加重，减少负荷或暂停并咨询，不用第二天“补债”。

进阶看恢复，不只看完成

记录“做了什么、多久、感觉多费力、是否不适、次日是否恢复”。当当前剂量连续几次可以完成且恢复良好，可以只增加一个变量，如每次多走几分钟；不要同时增加速度、坡度和时间。膝痛者可以考虑适合的骑行、水中活动或上肢活动，由专业人员根据病情选择，并非所有人都必须跑步。

对日常久坐，先找可以替换的时段：电话时站起、工作间隙短暂走动、适当采用主动通勤。站立并不等于完成有氧训练，却能打破连续不动的模式。身体不便者同样可以制定适配动作；评价的是能力范围内的进步，而不是与他人排行榜比较。

大白话

好的运动处方像合脚的鞋：先适合脚，再陪人走远。把目标写得很大，并不能弥补起点不合适。

模拟复诊

情境：来访者两周体重没有下降，但能多走十分钟，腰膝不适未加重。合适回应是肯定功能改善，核对饮食和长期趋势，讨论是否进阶；不合适回应是立刻加倍运动量。另一位体重下降却运动后反复头晕，应优先查明症状，不把下降当作继续加量的理由。

学员任务：为一位久坐成人写出起步方案、一个备选活动和三个停止或咨询条件。达标标准包括风险评估、循序渐进和恢复监测；只写“每周150分钟”不达标。儿童和老年人的活动目标还要结合生长、平衡与跌倒风险，后续章节继续展开。

依据与延伸阅读

[1] WHO, Guidelines on physical activity and sedentary behaviour (2020); 官方活动建议摘要：<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/physical-activity>。

[2] WHO, Physical activity, 健康收益及各人群建议：<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>。起步动作与进阶方式为教学示例，须按本人能力及医疗评估调整。

第7章·睡眠、压力与日常环境

来访者说：“晚上只有刷手机和吃东西，才算我的时间。”如果只删掉夜宵，却不理解他白天照护家人、夜间终于独处的处境，方案很容易失败。生活方式中的睡眠、压力和环境不是可有可无的附件，而是影响食物与活动选择的条件。本章学习目标：识别睡眠疾病线索，区分一般支持与专业治疗，并设计一个环境层面的改变。

少睡与增重之间不是一根直线

睡眠不足可能增加进食机会、影响饥饿体验，让人更难活动和计划餐食。反过来，疼痛、情绪问题或睡眠呼吸障碍也可能让睡眠变差。不能只凭体重和睡眠时长，就认定某一种激素“失衡”。同样，改善睡眠有健康价值，但不能承诺早睡必然减去若干公斤。

询问一周内实际入睡和起床时间、夜间觉醒、白天困倦、午睡、咖啡因、酒精和轮班。区分“没有时间睡”与“有时间也睡不着”：前者需要家庭和工作安排支持，后者若持续存在并影响白天功能，应由医疗或睡眠专业人员评估。只发一句“少看手机”可能遗漏真正原因。

打鼾不是一个减重建议就能处理

阻塞性睡眠呼吸暂停是睡眠时上气道反复变窄或关闭，让呼吸中断并扰乱睡眠。大声打鼾、旁人看到憋气、睡中喘醒、白天明显困倦是需要评估的线索，但没有打鼾也不能完全排除。NHLBI建议对这些症状寻求医疗评估，必要时安排睡眠检查。[1]

处理顺序是记录症状，评估日间安全影响，转至相应医疗服务并追踪结果。困倦明显到影响驾驶或操作设备时，应避免相关危险活动并及时就医。已经使用持续气道正压通气的人，是通过设备提供气流压力帮助气道保持开放；不能因为开始减重就自行停用，是否调整需重新评估。[2] 治疗呼吸暂停也不应被宣传为自动减重的方法。

给压力找到第二个出口

情绪性进食是为了缓解或应对情绪而吃东西，不一定达到精神疾病诊断。先用不批评的方式描出链条：发生什么，出现什么感受，什么时候开始吃，短期得到什么，之后是否后悔或失控。食物可能是当前唯一容易获得的安慰，直接拿走而不补充支持，通常不够。

教学策略可以是先暂停几分钟、辨认饥饿与情绪、选择一项可行的替代支持，如联系朋友、短暂散步或完成一个放松练习；如果确实饥饿，正常进食。替代策略不是惩罚，更不能用强迫运动抵消食物。反复失控、催吐、极端节食、显著抑郁或自伤想法，超出一般健康辅导，应进入专业评估；急性自伤风险按急救流程处理。

酒、烟与轮班要分别对待

酒精提供能量，也可能干扰睡眠和进食判断。不要推荐饮酒作为助眠或护心措施。对大量、长期饮酒且可能存在依赖的人，停止饮酒可能涉及戒断风险，应由医疗团队制定方案。简单说“今晚立刻停掉一切”并不适合所有情境。

戒烟期间可同时提供饮食、活动和体重支持，但不应因担心增重而推迟戒烟，也不能把吸烟当作控制体重的方法。轮班者则需要围绕其真实班次安排餐食、可保护的睡眠时段和活动机会；不能把“晚上十点睡”写成他们必须完成的任务。

把环境改变写成一个动作

回到开头的来访者。可讨论的第一步可能不是删夜宵，而是请家庭协商每晚提前安排一段不承担照护的休息时间，并预先准备一份适合饥饿时吃的食物。另一位轮班工作者可能需要把可带餐食放进冰箱固定位置，减少临时只能买高能量零食的情况。选择必须由本人认可，不能替他决定家庭权力关系。

大白话

问“为什么做不到”，是在追究一个人；问“哪一个环节让这件事难做”，才开始改造生活条件。

教学随访记录可包含睡眠机会、困倦、夜间进食触发情境和一项环境改变。不要要求同时填写多张量表。量表若使用，应为适合本地人群的有效版本，并有解释和转诊流程。

课堂练习

情境：患者严重打鼾、白天开车犯困，想靠减重解决。合格答案先处理驾驶安全和睡眠评估，再把体重管理作为并行照护；不能说“先瘦下来再看”。本章达标标准是能区分一般睡眠支持、疑似睡眠疾病和需要紧急处理的风险，同时提出一个符合现实约束的行动。

依据与延伸阅读

[1] NHLBI, Sleep Apnea—Symptoms: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/sleep-apnea/symptoms>。

[2] NHLBI, CPAP, 作用及使用支持: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/cpap>。睡眠与体重并非单向因果；本章情境分析和环境调整为教学设计，不替代失眠、成瘾或精神障碍诊疗。

第8章 · 行为改变：让计划在生活里发生

“我知道应该运动，可下班已经累得不想动。”这句话里既有改变的愿望，也有真实障碍。如果回答“你就是不够重视”，往往只会得到沉默。本章学习目标：完成一次简短的合作式谈话，把模糊愿望拆成可以尝试的行为，并在没有完成时继续推进。

先理解矛盾，再提供知识

动机访谈是一种帮助人探索改变意愿、尊重自主选择的沟通方式。它不是套话术说服对方服从。实际工作中可以练习开放提问、肯定努力、反映感受和总结；需要系统训练和反馈，读完本章不等于取得某种心理治疗资质。

一段教学对话可以这样开始：“下班后最难的是身体累，还是没有自己的时间？”对方说两者都有。专业人员回应：“你希望健康一些，也需要休息；我们能否先找一种不挤掉休息的方式？”这比立即讲运动的十个好处更接近问题。征求许可后再提供少量信息，最后请对方说说怎样理解，形成“询问—提供—再询问”的循环。

改变需要动机，也需要能力和机会

一个人愿意步行，却因为疼痛不能走，是能力受限；能走也愿走，却没有安全道路，是机会受限；条件具备但看不到意义，才可能主要涉及动机。三者经常同时存在。把所有问题归为“依从性差”，会让专业人员错过可修复的环节。

自我效能是相信自己能完成某项行动的把握，不是笼统的自信。可以问：“如果0分是完全没把握，10分是肯定能做，下周三次短步行你有几分把握？”分数低时，应询问为什么、怎样调整会更可行，而不是给一个固定及格线。把三十分钟改为五分钟，有时是让行动发生的关键。

从意图走向情境

实施意图就是提前把情境和动作连起来：“如果午饭后还剩十分钟，我就在楼下走一圈。”最好再准备一个备选：“如果下雨，就在室内走廊活动。”计划越依赖每天临时作决定，越容易被疲劳打断。环境提示可以是门口放好鞋、提前分装食物或关闭不必要的外卖促销提醒。

但不要把环境改造变成家属监控。来访者若不愿被提醒，不能让伴侣偷偷监督饭量。支持关系应先协商：“你希望家人帮你买菜、陪你走，还是只在你主动提起时听一听？”帮助需要被接受，才是帮助。

自我监测只收集会用到的信息

自我监测是用简短记录观察行动与结果的关系。开始可以只记一项行为、一个障碍和一个感受；有人喜欢纸笔，有人适合手机，有人只愿口头回顾。称重若引起强烈焦虑或补偿性节食，应改用合适的指标，并评估进食障碍风险。

记录质量比记录数量重要。比如“周二晚餐后走8分钟，膝盖不痛；周四下雨没走”，比七天全部打“合格”更有用。专业人员在回访时应真的使用记录：找出成功的条件，保留它；找到中断的环节，修改它。若从不讨论数据，要求持续上报只会增加负担。

一次中断不等于整套计划失败

聚餐后吃多了，第二天正常吃饭并恢复原计划，通常比罚自己禁食更有建设性。复诊可以按五步处理：描述事实；识别触发因素；列出可能办法；由本人选一个；约定检验时间。这是问题解决训练，不是对人进行道德评分。

NICE的行为体重管理建议强调多组成部分的干预、自我监测、目标设定和持续支持。[1] 但这些技术不能替代诊断与治疗：反复失控进食、催吐、严重焦虑抑郁或自伤危险，应转入相应专业服务。没有受训的人员不应自行开展复杂心理治疗。

大白话

“没做到”是一条数据：它告诉我们计划与生活碰撞在哪里。下次要改的是可操作的环节，不是给人贴一个失败者标签。

角色演练与评分

两人一组，一人扮演下班疲惫的来访者，一人扮演咨询人员，谈五分钟。观察者记录：有没有开放提问；有没有准确反映矛盾；提供信息前是否征求许可；最终行动是否由本人选择；有没有明确的复看时间。每项记“做到、部分做到、未做到”，而非只凭谈话是否热情判断。

不合格示例：“你每天必须完成一万步，我会让家属检查。”合格示例：“你想先试午休五分钟活动，连续做三个工作日；周五我们看看疲劳感是否改变，再决定下一步。”本章达标标准是把尊重自主权落实到一个具体行动和一个反馈节点。

依据与延伸阅读

[1] NICE, NG246, Behavioural overweight and obesity management interventions: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/chapter/Behavioural->

overweight-and-obesity-management-interventions 。本章对话、评分表及五步回顾为教学设计，不代表某一经过完整验证的治疗方案。

第9章·备孕、妊娠与产后：目标随阶段改变

一位正在减重的女性告知已经怀孕，问：“我原来的计划还能继续吗？”答案不是把热量缺口缩小一点就算调整。她的治疗目标、用药安全和监测对象都变了。本章学习目标：衔接孕前、孕期和产后照护，正确使用中国孕期增重标准，并识别需要产科评估的情况。

孕前：把准备工作往前移

备孕咨询先了解生育计划、既往妊娠情况、慢性疾病、营养状况和所有药物。需要减重的成年人可以在孕前讨论可持续方案，同时评估血压、血糖及其他健康问题。避免把怀孕资格与达到某个体重绑定；是否延后妊娠，要综合年龄、生育情况、疾病风险和本人意愿，由相应医疗团队共同决策。

使用减重药物者，应在计划妊娠前与处方医生核对停药及避孕要求。不同药物的停药提前时间不一样，不能统一写成“停一周即可”。叶酸和其他营养补充也应依据当地孕前指南和个体风险安排，而不是仅凭体重购买高剂量产品。有减重手术史者需额外评估营养缺乏及妊娠时机。

孕期：体重增加有新的组成

妊娠期增重是孕期相对于孕前的体重变化，其中包括胎儿、胎盘、羊水、血容量和母体组织变化。BMI是体重千克数除以身高米数的平方。孕妇BMI上升不等于单纯脂肪增长。因此不应把成年人主动减重计划继续用于孕期。NICE明确不推荐在孕期有意减重，因为可能对胎儿产生不利影响。[1]

中国WS/T 801—2022适用于我国单胎自然妊娠的体重增长指导，不适用于身高低于140厘米或孕前体重高于125公斤者；合并症、并发症需个体评价。[2] 多胎等超出范围的情况应走产科专门路径。这里的孕前BMI来自孕前体重与身高，不能拿当前孕周的体重重新分类。

该标准的全孕期总增重范围按孕前BMI分别为：不足18.5者11至16公斤；18.5至不足24者8至14公斤；24至不足28者7至11公斤；28及以上者5至9公斤。孕早期共同参考范围为0至2公斤。孕中晚期每周增重参考范围依次为0.37至0.56、0.26至0.48、0.22至0.37、0.15至0.30公斤。[2] 这些是评估趋势的参考，不是每周必须精确交付的数字。

把数字放回母胎状态

产检记录应同时看孕周、增重趋势、进食和活动、血压血糖、胎儿生长及症状。连续增重不足，要查进食不足、持续呕吐、疾病和其他原因；增加过快也要考虑液体潴留等问题，不能自动归咎于吃多了。胎儿偏小不能只靠强迫孕妇增重解决，胎儿偏大也不能直接开禁食处方。

饮食干预强调营养充足和规律，按孕期需要配置食物；发生妊娠期糖尿病时，由产科、内分泌和营养团队共同安排血糖监测、饮食与必要治疗。适合活动且无禁忌者，可以根据原有活动水平选择可耐受的活动，避免碰撞、跌倒及过热风险。活动中出血、晕厥、胸痛、明显气短等应停止并及时评估。

持续剧烈头痛、视物异常、上腹痛、明显不适伴血压异常，或胎动明显改变等产科警讯，应及时联系产科或急诊，不等待下一次体重回访。体重管理团队需要知道当地转诊入口，而不是只在手册中写一句“注意安全”。

产后：先恢复，再建立长期节奏

分娩后的体重变化包含胎儿娩出及体液变化，不能当作减脂速度模板。先评估伤口、出血、盆底症状、疼痛、睡眠、情绪、喂养方式和家庭支持。活动恢复按分娩方式、并发症和实际恢复情况安排，不能把固定日期当作所有人恢复高强度训练的许可。

哺乳需要营养支持，但不能保证自然减重，也不应为了体形要求停止哺乳。若希望减重，应在恢复和营养评估后逐步安排，关注供乳、婴儿生长及母体状态。减重药物在哺乳期是否适用，需要核对具体药物，不从非哺乳成人推断。既往妊娠期糖尿病者还需要按产科与内分泌计划进行产后血糖复查和长期随访。

课堂交接练习

情境：孕前BMI为26、单胎自然妊娠且无超出标准范围情况。学员应查到全孕期7至11公斤的参考范围；但若此人同时持续呕吐，不能只告诉她“现在还没达标”。应交接孕周、实际体重轨迹、能否保留饮食饮水及相关症状，安排产科评估。达标标准是既会查标准，也知道何时数字不够用。

依据与延伸阅读

[1] NICE, NG247, Recommendations, 孕期不建议主动减重：

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng247/chapter/Recommendations>。

[2] 国家卫生健康委, WS/T 801—2022《妊娠期妇女体重增长推荐值标准》，范围与表1：

<https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100311/202208/deb61e5c2299451ea1b957b0672272b3.shtml>。本章采用中国标准，不混用国外BMI切点对应的增重范围。

第10章 · 婴幼儿与学龄儿童：管理生长的轨迹

家长把两个孩子的体重放在一起比较：“他比同学重五公斤，应该减掉吧？”缺少身高、年龄、生长轨迹和健康状况，这个问题无法回答。儿童不是缩小版成人：身体还要长高、发育和建立饮食关系。本章学习目标：按年龄使用生长评估，开展家庭干预，识别需要儿科进一步判断的信号。

先画轨迹，再看位置

生长曲线把不同年龄的身高、体重等测量放在同一参照中，帮助观察发展趋势。百分位表示在某个参照人群中相对所处的位置，不是考试成绩；排在中间不必然最好，位置较高也不能只凭一次测量就决定减重。

婴幼儿应按适用的年龄、性别及测量方式采用身长别体重等生长指标；不同年龄段的测量和解释不能混用。学龄儿童青少年的BMI，即体重千克数除以身高米数的平方，需要按年龄、性别界值解释，中国可查WS/T 586—2018。[1] 成人24、28的切点不能直接套给8岁的孩子。记录使用哪套参照，复查尽量保持一致；出生早、低出生体重或存在疾病者需专门评估。

如果体重轨迹快速上移，同时身高增长减慢，或很早出现重度肥胖和异常强烈饥饿，应考虑进一步医学评估，不能只要求家长少盛饭。同样，生长停滞、持续腹泻、反复呕吐或喂养困难也需要儿科介入。肥胖与营养不足可以同时存在。

婴幼儿阶段：支持喂养，不做成人节食

WHO建议前六个月纯母乳喂养，约六个月开始添加安全、营养适宜的辅食，并继续母乳喂养至两岁或更久。[2] 具体喂养需结合母婴情况、发育能力及医疗需要；不能母乳喂养的家庭也应得到无责备的规范支持。使用配方奶时按产品和专业指导正确配制，不能为控制体重擅自稀释或减少必需喂养。

回应性喂养是留意孩子饥饿与饱足的信号，及时、温和地回应，而不是追着喂、强迫吃完或把每次哭闹都解释为饿。辅食随发育逐步调整质地和种类，重视含铁等营养丰富的食物，兼顾过敏和呛噎风险。完整坚果等高风险形态不能因为“健康”就随手给幼儿。

婴幼儿体重管理的核心是支持正常生长和适宜喂养，不是安排热量缺口、间歇性断食或成人代餐。家长担心太胖时，先复核测量、喂养和曲线，再由儿童保健或儿科团队给出判断。

学龄儿童：把行动放在家庭中

由儿童专业团队根据年龄、生长速度、肥胖程度和并发症决定目标。有的孩子适合在长高中放慢体重增加，有的需要更积极治疗，不能一概“等长高就好”。家庭调整尽量面向全家：饮品和零食的采购、规律进餐、可以一起参加的活动、睡眠和屏幕安排。不要让一个孩子吃“减肥餐”，其他人一边吃零食一边监督。

可以从家长能够改变的环节开始：购物时减少常备含糖饮料；在孩子饥饿前准备适当加餐；让餐桌成为吃饭而非播放视频的地方；安排可参与的户外游戏。孩子不喜欢某种蔬菜时，可以反复提供不同做法，不用甜食奖励“吃完蔬菜”。目标是扩大健康选择的机会，不是把吃饭变成服从测试。

活动应适龄、有趣、包容，选择孩子愿意重复的游戏、骑行、游泳或球类，不用体罚式跑圈减重。运动困难、残障或慢性疾病儿童需要适配活动。学校协作关注饮水、餐食和参与机会，测量资料保密，不在班级公开体重排行榜。

随访不能只问轻了多少

记录身高和体重趋势、饮食质量、活动参与、睡眠、情绪、欺凌与家庭负担。限制饮食后疲惫、注意力下降、生长放慢或对食物恐惧，需要重新评估。需要检查哪些疾病风险、何时复查，由儿科团队依据年龄、严重程度和家族史决定，不能自动照搬成人体检套餐。

大白话

成人可能需要让秤往下走，儿童更需要让生长走在合适的轨道上。轨道由一连串测量和健康状态判断，不由同学的体重决定。

课堂练习

情境：8岁儿童体重较快增加，家长要求买成人代餐。合格回答应先取得身高、准确年龄、曲线和病史，查儿童标准，评估家庭环境；不出售或推荐成人代餐作为捷径。请另写一项由家长完成、不会羞辱孩子的行动。达标标准是能说明儿童目标为什么必须由生长与风险共同决定。

依据与延伸阅读

[1] 国家卫生健康委，WS/T 586—2018《学龄儿童青少年超重与肥胖筛查》发布页：

<https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201803/a41a66b9022b46cfb1662ee949224307.shtml>

。

[2] WHO, Infant and young child feeding, 2026年8月更新:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> 。

家庭行动为教学设计, 婴幼儿喂养异常需儿童保健或儿科评估。

第11章 · 青春期：保护自主权与身体形象

一位15岁学生在家长面前说“我没事”，单独交谈时却说自己常常不吃午餐，晚上又停不下来。家长看到体重没有下降，认为管得还不够严。青春期干预最容易被忽略的，不是热量计算，而是一个正在形成自主权的人怎样看待自己的身体。本章学习目标：兼顾生长、隐私与家庭协作，识别进食障碍风险，完成向成人服务的衔接。

体形变化不等于发育失败

青春期是身体逐步达到性成熟的阶段，身高、脂肪、肌肉和激素水平都在变化。相同年龄的青少年，成熟速度可能不同。因此需要结合身高增长、发育状态和按年龄性别解释的体重指标，不能从一张照片、一个成人BMI切点（BMI为体重千克数除以身高米数的平方）下结论。

评估既要发现肥胖相关疾病，也要避免因为怕污名化而完全不谈健康。先征求讨论许可，使用本人能够接受的词语，把重点放在体力、睡眠、月经、情绪和日常生活。称重应私密，结果用于照护，不用作同学间比较或家长奖惩依据。

家庭参与与单独谈话都需要

家长通常掌握采购、做饭、交通和就医安排，支持必不可少；青少年则应参与目标选择。可以安排部分共同交流和适当的单独交流，事先说明保密规则与例外。不能承诺任何情况都不告知他人；涉及自伤、虐待或其他重大安全风险时，按当地法律和机构儿童保护流程处理，并尽可能解释接下来会做什么。

单独交谈时可询问欺凌、社交媒体影响、进餐和补偿行为、情绪、睡眠及所用产品。不要用“你肯定没有偷偷吃吧”引导答案。得到许可后，与家庭共享实现计划需要的信息，而不是把所有私人谈话逐字转交。

高体重也可能有进食障碍

进食障碍是进食行为、体重体形关注等问题严重影响身心健康的一类疾病。一个人即使体重仍高，也可能因为快速限制食物、催吐或其他行为出现严重问题。NICE强调不能只根据BMI等单一指标决定是否给予进食障碍治疗。[1]

需要注意快速下降、频繁跳餐、反复失控进食、催吐、泻药或减肥产品滥用、用过量运动“抵消”进食，以及头晕、晕厥、月经改变等线索。这些并不能各自单独确诊，却足以启动评估。疑似严重营养不足、脱水、心血管不稳定或自伤风险时，及时医疗处理，不继续强化减重要求。

低能量可用性是扣除运动消耗后，留给生长和基本生理功能的能量不足。外表并不消瘦的运动青少年也可能发生。反复损伤、疲劳和发育相关问题需要专业评估，不能以“运动多总是好”来解释。具体营养补充和训练调整交由相应团队。

共同选择一种能重复的生活改变

从学校时间表出发，保证可获得的规律餐食，减少被迫长时间空腹，讨论食堂选择和加餐。活动优先考虑乐趣、同伴支持及可参与性。WHO建议儿童青少年在一周内平均每天至少60分钟中高强度活动，并至少三天包含较高强度及增强肌肉骨骼的活动。[2] 这是逐步接近的健康目标，不是运动基础差或存在疾病者立刻完成的罚单。

教学方案可由本人选择：“本周与朋友放学后步行两次，另试一次喜欢的球类活动；如果不舒服就停止并反馈。”同时与家庭协商晚餐时间和可带的加餐。记录是否有精力学习、是否愉快、是否出现过度补偿运动，不把卡路里排行榜变成新的压力源。

需要升级时，不把年龄当成拒绝理由

重度肥胖、相关并发症或生活功能受损者，应进入有儿童青少年经验的多学科服务。是否考虑药物或手术，取决于当地批准范围、严重程度、发育状况和充分评估。不能直接借用家长的药，也不能把成人剂量按体重缩小后使用。生活方式支持贯穿治疗，不是进入专科前必须通过的意志测试。

临近成人阶段时，逐步让本人学会说出病史、药物、随访安排和需要求助的情况。转衔指从儿童服务过渡到成人服务的过程，应有明确接收机构和首次预约，而不是到生日当天突然中断照护。家庭角色也需要从代办逐步转向支持。

课堂练习

针对开头的15岁学生，写出前三步：建立合适的私密谈话；评估跳餐、失控及其他风险；根据风险进入儿童和心理专业支持，同时协商家庭餐食条件。若答案是“既然没瘦就继续减餐”，不达标。优良答案还应说明哪些信息可以共享、哪些情况触发保密例外。

依据与延伸阅读

[1] NICE, NG69, Eating disorders: recognition and treatment:
<https://www.nice.org.uk/guidance/NG69/chapter/recommendations>。

[2] WHO, Physical activity, 各年龄建议：<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/physical-activity>。具体疾病诊疗和隐私处理须依当地专业规范执行。

第12章 · 成年与围绝经期：在角色变化中调整

同一位成年人，三年前能按时做饭，如今照顾父母、接送孩子、频繁出差。原来有效的方案不再可行，未必是他变得懒惰。成年期并不是一个稳定不变的盒子。本章学习目标：识别角色与生理变化怎样改变行动条件，并在青年、中年及围绝经期重新设计方案。

从“以前怎么做”转向“现在怎么过”

青年离家求学或工作后，采购、作息和同伴环境常改变；中年可能同时面对职业压力、育儿与照护；退休又会改变活动和社交结构。接诊时画一条体重与生活事件时间线，看看增加与岗位变动、受伤、停烟、新用药或睡眠变化是否同步。这是找线索，不能把时间先后直接当作因果证明。

先选择一个最值得修改的环节。例如某人早餐匆忙、午餐无法选择，但晚间外卖可以提前安排，就先从晚餐入手。另一位久坐工作者已吃得较合理，主要困难是缺乏活动机会，则不必继续删减饭量。方案应根据新评估更新，而不是重复曾经成功的老办法。

把照护者也视为需要支持的人

照护负担是照顾家人占用的时间、精力和情绪资源。它会挤掉睡眠、就医和备餐时间。咨询可以具体问：谁能替班半小时，附近是否有可用的服务，哪些餐食能与家人共用，复诊能否改成合适的远程时段。不要把所有解决办法都写成“再早起一小时”。

出差者可以建立少量固定选择：在交通途中准备适合的食物，酒店早餐组合主食、蛋白质和蔬果，长时间坐着时寻找可安全活动的间隙。聚餐提前约定一个可行策略，如减少含酒精饮品、按饥饱决定份量，而不是要求彻底放弃社交。行动应足够具体，也要允许现实中的变动。

围绝经期：身体组成与体重不是同一件事

围绝经期是接近绝经的过渡阶段，常伴随月经变化及其他症状。绝经通常是在排除其他原因后连续12个月没有月经，回顾性确认的阶段。卵巢激素变化与脂肪分布、骨骼及身体组成变化有关，但中年体重增加也受到年龄、活动、饮食和睡眠等影响，不能全部归给“雌激素低”。NIA对相关研究的介绍特别区分了年龄与绝经过渡的影响。[1]

有的人体重变化不多，腰围却增加；有的人因潮热、睡眠差而减少活动。潮热是突然出现的发热感，可能伴随出汗和不适。咨询既要关注心血管和代谢风险，也要问症状是否影响生活。月经异常、症状明显或病史复杂者，转至妇科等相应服务，不能仅给一张减重食谱。

行动重点仍包括足够营养、适配的力量与有氧活动、睡眠支持，并按风险关注骨健康。严重限制食物可能同时损害肌肉和骨骼，不能为了腰围而忽略这些代价。激素治疗是否适合，需要根据症状、病史和风险由医师决定，不应当作减肥处方。

其他常见转折也需要重新评估

戒烟时应提供体重支持，而不是建议继续吸烟防止增重。受伤后活动受限，重点可能先是康复和保留可做的动作。男性出现疲劳、性功能变化或体力明显下降时，也不能凭腰围判定“睾酮不足”，更不能为减肥自行使用激素。需要医学评估才能确定原因。

新药开始后体重上升，应将时间线和药物清单交给处方医生讨论；药物若维持重要疾病稳定，不能自行停止。生活方式干预可以同步调整，但不要让患者在体重和控制原有疾病之间被迫二选一。

建立一套可随生活变化的最小方案

教学模板分三档：普通日执行完整安排；繁忙日保留最关键的一餐与一段活动；突发事件日优先基本进食、睡眠和必要治疗。比如平日有两次训练，照护加重的那一周改为短时家庭动作，并重新预约。分档不是降低健康要求，而是避免一次中断变成长期退出。

大白话

人不是把生活围着处方转的机器。可靠的方案应能在岗位、家庭和身体变化时，仍保留一个可以开始的入口。

课堂练习

情境：48岁来访者出现潮热、睡不好、腰围增加，照护家人使其无法外出训练。请写出一个需医学评估的问题、一个可在家完成的活动方案和一个家庭支持请求。参考方向：评估影响睡眠的绝经相关症状；在能力与风险评估后安排短时力量练习；协商固定替班时段。达标答案不会用“激素失衡”解释全部问题，也不会把极端节食当作补偿。

依据与延伸阅读

[1] NIA, Research explores the impact of menopause on women's health and aging: <https://www.nia.nih.gov/news/research-explores-impact-menopause-womens-health-and-aging>。

[2] NIA, What Is Menopause?: <https://www.nia.nih.gov/health/menopause/what-menopause>。三档行动和生活时间线为教学设计，症状治疗须个体化评估。

第13章 · 老年期：先保功能，再谈减重

一位76岁老人三个月轻了四公斤，家人很高兴，但他现在起身需要扶桌子，买菜也走不动了。如果只按减重幅度评价，这会被当成成功；如果目标是独立生活，就必须重新评估。本章学习目标：识别营养、肌肉与衰弱风险，判断是否适合主动减重，并选择能够反映功能的随访指标。

体重高也挡不住营养不足

营养不良是营养摄入或利用不足等原因导致身体组成和功能受损的状态，不等同于外表很瘦。肌少症是以肌肉力量下降、肌肉量或质量减少等为特点的疾病状态，具体诊断要按适用共识和规范评估。衰弱是身体储备减少，面对感染、跌倒等应激更容易失去稳定的状态，和肌少症有关联但不是同一回事。

老人可能同时脂肪较多、肌肉较少，称为肌少性肥胖。仅看体重指数会漏掉这种组合。家用体脂秤不能独立确诊，应结合病史、力量和活动能力，需要时进一步检查。过去能拎菜，现在只能扶墙走，这条变化值得认真对待。

先问是不是有意减重

记录最近体重变化的时间、幅度和是否主动。非计划下降要查食欲、咀嚼、牙齿、吞咽、胃肠症状、疾病、用药、情绪和独居情况。老人说“吃得挺好”，可能实际上只喝粥配咸菜；没有人采购、手抖难做饭，也会造成摄入不足。

用适合老年人的营养筛查工具可以帮助系统发现风险，但筛查阳性不是最终诊断。功能评估可由受训人员选择握力、起坐、步行等项目，注意防跌倒和测试禁忌；不能让明显不稳的人独自完成计时试验。还应问日常洗澡、穿衣、购物是否比过去困难，以及近期是否跌倒。

主动减重需要比较两边的代价

ESPEN老年营养指南建议：对肥胖老年人的减重饮食，应在存在体重相关健康问题时，经过个体获益和风险权衡后考虑，并与运动结合；不能简单套用年轻人的严格限制方案。[1] 年龄本身不是唯一依据，要看疾病、功能、营养、预期获益和本人目标。

若有明显衰弱、摄入不足、非计划下降或疾病不稳定，当前重点通常是查明原因、改善营养和稳定功能。即使体重仍高，也不宜继续追求下降。若身体状况稳定、肥胖明显影响活动或代谢健康，经过评估可以考虑温和的减重方案，但必须同步安排营养和力量支持。

给老人减重，不能只问“减掉多少负担”，还要问“有没有一起减掉生活的本钱”。肌肉、平衡和吃饭能力，就是这份本钱。

营养与训练必须成对出现

饮食要确保足够能量和蛋白质来源，分配到实际能吃下的餐次。需要时调整食物质地、牙齿处理、送餐或进食辅助。吞咽困难者应由专业人员评估，不能随意用大量稀汤“冲下去”。补充剂是否需要，取决于摄入与缺乏风险，而不是购物宣传。

蛋白质目标需要结合肾功能、疾病状态、体型和总摄入设定。不要把某个每公斤数值抄给所有老人，也不要因听说“肾不好”就擅自把鱼肉蛋奶全部取消。严重肾病者由相关专科与营养人员协调，在保护功能与疾病要求之间作具体安排。

活动以可行的力量、平衡和有氧动作组合为主。WHO强调老年人进行侧重功能平衡和力量的多成分活动，以支持功能和预防跌倒。[2] 从坐位或有支撑的动作开始也有价值；起步和进阶由能力决定，不用高强度挑战证明“还年轻”。环境中的照明、扶手、鞋袜和地面障碍同样影响活动安全。

用停止规则保护功能

教学随访可以同时看四项：体重趋势、食物摄入、起身或步行能力、本人感受。出现持续疲劳、食欲下降、站起头晕、跌倒增加或力量下降时，重新评估减重方案，必要时停止能量限制并转诊。呼吸困难、水肿、急性意识变化等，应按病情及时医疗评估，不等待常规复诊。

对某位老人，体重不变但能自己出门买菜，是值得保留的结果；对另一位老人，轻了两公斤且关节负担改善、力量稳定，可能是合理获益。评估必须回到起始目标，不能用统一的减重排行榜比较两人。

课堂练习

面对开头76岁的老人，首先确认是否主动减重、实际饮食和功能变化，评估疾病与营养风险，再决定是否继续。请写出一个短期健康目标和一个支持动作，例如“恢复安全起身能力”“安排营养评估并落实可吃到的餐食”。只建议“再坚持瘦一点”不达标。

依据与延伸阅读

[1] ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics, 2022, 建议80至82及相关营养评估章节：<https://2022.espen.org/files/ESPEN->

Guidelines/ESPEN_practical_guideline_Clinical_nutrition_and_hydration_in_geriatrics.pdf

。

[2] WHO, Physical activity, 老年人活动建议: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> 。四项随访与停止规则为教学框架, 不能替代老年综合评估。

第14章 · 合并疾病与治疗升级

来访者吃得少了、走得多了，血糖也下降，却开始反复出汗、心慌。生活方式改变可能有效，同时让原来的药物安排不再合适。本章学习目标：把体重管理与疾病照护连在一起，识别低血糖等风险，并理解药物和手术升级后的长期责任。

疾病会改变同一条建议的含义

合并疾病是同一个人同时存在的其他健康问题。对糖尿病患者，减少进食和增加活动可能改变降糖药需求；对心肾疾病患者，体重快速变化可能来自液体，而不只是脂肪；对关节病患者，运动类型需要调整。体重服务不能脱离疾病团队另开一套互相冲突的计划。

接诊时把已有诊断、药物、近期指标与负责医生列在同一页。糖尿病关注血糖及低血糖风险；高血压关注测量规范、体位变化和症状；脂肪性肝病需要评估肝脏损伤风险，而不是只看体重；慢性肾病的蛋白质、电解质、液体与药物要求需专科协调。不能把“多喝水”“高蛋白”或“每天跑步”无条件推广。

低血糖：先处理安全，再分析疗效

低血糖是血糖降到不安全的水平，可表现为出汗、发抖、饥饿、心悸，也可能出现意识或行为异常。使用胰岛素及某些促胰岛素分泌药物者，跳餐、饮酒或增加活动时尤其要预先安排监测。症状也可能有其他原因，能测量时尽快核实，不能只凭感觉作长期药物调整。

对多数有糖尿病的成年人，血糖低于3.9毫摩尔/升是需要行动的常用警戒值。清醒且能安全吞咽者，可按既定低血糖计划摄入15至20克快速吸收的葡萄糖或碳水化合物，15分钟后复测，未恢复则重复并按情况求助。[1] 儿童等特殊人群需个体方案。使用影响糖消化吸收的药物者应预先明确葡萄糖处理方案，不临时猜测零食是否合适。

意识异常、抽搐或不能安全吞咽时，不往嘴里灌水喂食，立即启动急救；有处方且受过训练的照护者可按方案使用胰高血糖素（一种帮助升高血糖的急救药物）。症状严重、反复或处理后不改善应及时医疗评估。事件之后记录时间、食物、活动、用药和血糖，把信息交给处方医生调整，而不是要求患者用不断加餐来迁就过强的药物作用。

什么时候讨论减重药物

生活方式治疗效果不足或疾病风险需要更积极处理时，可由医师评估药物适应证。中国2024年指南将肥胖，或超重伴相关合并症且生活方式干预未达目标，纳入考虑药物的情境。[2] 实际使

用必须核对具体产品的当前批准适应证、年龄、禁忌和说明书，不能把指南概述当作所有药的共同标签。

GLP-1受体激动剂是模仿一种肠道信号作用的药物类别，可影响饱腹、胃排空与血糖调节；有些药还同时作用于其他受体。奥利司他则主要通过减少一部分膳食脂肪吸收起作用。机制不同，不代表可以自行拼配。不同品牌、适应证和浓度不能互换；本书不提供跨产品剂量表。

开始前应检查妊娠或生育计划、既往疾病、药物相互作用、费用与持续治疗意愿；使用中监测效果、不适、进食与饮水能力。持续剧烈腹痛、反复呕吐、脱水或其他显著异常，应及时联系医疗团队。是否继续、调整或停药，按具体药物规则与个体反应决定，不能统一套用“几周减几公斤”的门槛。

手术不是生活方式照护的终点

代谢与减重手术通过改变胃肠道结构及相关生理信号帮助治疗肥胖和代谢问题，不只是把胃变小。中国2024年指南中，对18至70岁人群，BMI达到32.5及以上，或BMI达到27.5及以上合并2型糖尿病，是专科评估手术适应证的重要情境；其他情境另有条件。[2] BMI为体重千克数除以身高米数平方。达到其中一个条件不等于可以直接安排手术，还需全面评估、知情决策和长期随访能力判断。

儿童、青少年和高龄者不能套用一般成人路径；妊娠期不进行这类减重手术。转诊资料包括体重轨迹、合并疾病与治疗、既往营养和心理情况、本人目标及支持资源。选择术式及判断适宜性属于专科工作。

术后需要按术式、耐受和手术团队要求逐步调整饮食质地，保证适量营养与水分，进行维生素矿物质补充及实验室随访。持续呕吐不能被当作“吃少了正常”，要及时评估，尤其警惕脱水和维生素缺乏。发热、心跳异常加快、严重腹痛、呼吸困难等应立即联系手术团队或急诊。

术后体重、血糖血压改变时，原药物需动态评估，不能出院就自行全部停掉。长期还要关注贫血、骨健康、进食行为、心理状态和妊娠计划。无论手术多成功，都应保留终生随访通道；营养补充也不应在体重稳定后自动停止。

课堂练习：把升级做成闭环

情境：使用降糖药的成年人因节食后反复低血糖，仍要求加大减重力度。学员应先完成安全处理及医师联系，再回顾摄入、活动与用药，不继续强化限制。另一情境是术后反复呕吐，应安排及时评估，不推荐硬忍。达标标准：知道自己能做什么，谁接管，结果如何反馈到生活方式计划。

依据与延伸阅读

[1] NIDDK, Low Blood Glucose (Hypoglycemia), 识别与处理:

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/preventing-problems/low-blood-glucose-hypoglycemia> 。

[2] 国家卫生健康委,《肥胖症诊疗指南(2024年版)》,第十、十一部分:药物、手术与术后照护。原始PDF: <https://www.nhc.gov.cn/cms-search/downFiles/c171fa2416864a21b69278fd04a33f21.pdf>。本章不是截至出版日的药品完整目录;临床用药必须另核最新说明书。

第15章 · 平台、反弹与长期维持

来访者减重一段时间后连续三周没有继续下降，说：“是不是身体已经适应，什么都没用了？”如果回答“再少吃一点”，可能错过水分波动、执行障碍、营养不足或已经取得的健康改善。本章学习目标：区分平台与反弹，按顺序查找原因，并在减重开始时就建立维持计划。

平台首先是一个观察结果

体重平台指体重趋势在一段时间内没有继续明显变化，不是独立疾病诊断，也没有适合所有人的统一天数。先确认测量是否可比，观察多次结果，不用一个周末决定方案失败。月经相关水分变化、便秘、盐摄入和新活动后的短期变化，都可能掩盖脂肪趋势。

其次回看身体与行为：体型变小后维持需要减少，食欲可能增加；日常活动可能不知不觉减少，原来估计的份量也可能偏差。动态体重模型提示固定改变并不带来无限线性下降。[1] 这能解释一部分平台，但不能未经评估就宣布“代谢受损”，更不能用没有依据的产品修复它。

按顺序排查，避免惩罚性加码

1. 安全：有无乏力、头晕、进食困难、非计划下降、情绪和功能恶化。
2. 测量：称重条件是否相同，是否存在短期水分或疾病线索。
3. 行动：实际做了什么，哪些时段改变了，记录是否代表真实生活。
4. 结果：腰围、症状、体能、疾病指标是否改善，原目标是否已部分实现。
5. 选择：维持现状、微调一个行为、增加支持或转入治疗升级，哪一种更合适。

这是教学排查顺序。若已出现健康问题，不必等五步全部完成才就医。若方案难以执行，应降低负担或改变环境；若执行稳定且有益，可以继续观察；若持续不足以控制风险，则与医师讨论其他治疗。不要要求患者通过更严格节食证明自己值得帮助。

维持不是回到起点的生活

体重维持是在新的生活与生理条件下，保持已经获得的健康收益。它不是达到某个数字后撤掉全部支持。饮食可以根据需求重新调整，但若把过去导致能量持续过剩的模式完全恢复，体重可能再次增加。

维持计划至少包括：本人愿意长期保留的饮食结构；合适的活动；不造成焦虑的监测；定期回访；生活变化时的备选办法。对成年人，可以共同决定相对稳定时的个人体重区间；区间应考虑

测量误差和正常波动，不设全国统一的“反弹两公斤即失败”。儿童仍看生长，孕期仍走产科学目标，老年人更重视营养和功能。

已经使用药物的人不应因体重达标而自行停药；疗程、效果、风险、成本和停药后计划需要与处方医生讨论。手术后更不能因为“问题解决了”中止长期营养及疾病随访。维持期是治疗的一部分，不是脱离医疗的毕业典礼。

反弹时先恢复联系

体重反弹是减重后出现一定程度的回升，不同研究和治疗场景的定义可能不同。临床首先要看回升的速度、幅度、伴随症状和生活变化。短期明显增加并伴水肿或气短，要考虑医学问题，不先归因于吃多。

对逐渐回升，可用一张事件表：什么时候开始；那时发生什么；哪些行为先改变；有哪些可用支持。新工作、受伤、丧亲、照护压力或费用困难都可能成为触发因素。联系时应说“我们一起看看最近发生什么”，而不是“你怎么又胖回去了”。羞耻可能让人避开随访，从而更晚得到帮助。

教学响应可以分层：先恢复一个最有效且可接受的行动；短期回访检查能否执行；若仍持续恶化或出现新疾病，补充评估并讨论升级。不是每次回升都要重新开始极端减重，也不是因为常见就完全放任。用足够早、负担较小的响应，保护长期结果。

大白话

维护一套健康习惯，像照看花园：季节变了要调整照料。出现杂草不说明以前白种了，也不需要把整块地翻掉重来。

离开服务也要有重新进入的门

来访者希望暂停时，记录当前方案、未解决风险、复查事项、联系人和重新进入条件。远程监测不应默认全天有人盯着，应明确回复时间及急症入口。失访后联系需遵守本人同意和隐私安排；联系不上要如实记录，不把失访者自动算成功。

课堂练习

情境：体重不变，但步行能力增加、血压改善，当前饮食可持续。请解释为什么不必立刻加码。

另一情境：体重增加伴气短和脚肿，应先医疗评估。达标标准是既能保留有益方案，也能识别不能按一般反弹处理的情况，并写出一个具体回访安排。

依据与延伸阅读

[1] NIDDK, About the Body Weight Planner, 动态规划与维持:

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/body-weight-planner> 。

[2] NICE, NG246, Behavioural overweight and obesity management interventions, 维持与长期支持:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/chapter/Behavioural-overweight-and-obesity-management-interventions> 。平台排查顺序和个人响应区间为教学设计，不是疾病诊断标准。

第16章 · 把流程做成服务：记录、质控与考核

一家机构可能有很好的营养师，也有很好的运动教练，却仍把患者夹在矛盾建议之间。专业服务的质量，取决于一个人的信息能否沿流程传递、风险是否有人接住、结果是否真实记录。本章学习目标：用一个完整病例贯通全流程，建立可复制的表单，并考核学员的实际能力。

一条服务路径，五个明确出口

首次联系说明服务范围、费用、隐私和紧急联系入口；初评完成风险与需求判断；共同制定计划并落实负责人；复诊根据安全、执行与结果调整；稳定后进入维持，必要时转诊或暂停。每次接触结束都应知道下一步属于哪一种：继续、调整、升级、维持或转出。没有接收者的“建议就医”，不能算完成交接。

机构开设服务前要明确各岗位的资质、可做事项、不能做事项及可调用的转诊资源。食谱销售、设备销售和治疗建议之间若存在利益关系，应向接受服务者说明，不能将购买产品设为得到基本照护的条件。记录只收集必要信息，授权访问，避免把可识别病例发到公开群或教学材料。

贯通病例：从第一次联系到维持

以下为虚构教学病例，数据用于练习，不表示某干预的预期疗效。42岁男性，1.70米、86公斤，腰围96厘米，久坐，常喝含糖饮料，希望白天精神好、能陪孩子走路。初评计算BMI约29.8；BMI是体重千克数除以身高米数平方。进一步发现严重打鼾和嗜睡，使用降压药。团队不立即安排剧烈运动，先完成睡眠相关转诊、血压与其他必要评估，核对药物和活动安全。

确认情况稳定并得到相关医疗建议后，本人选择先替换工作日含糖饮料，并从短时步行起步；营养人员检查整体摄入，活动人员帮助选择适合动作，协调员约定两周反馈。第一次回访发现只有三天替换成功，因为夜班临时买不到合适饮品，于是把提前备水作为新动作。计划改变的是供应环节，不是加大责备。

三个月教学数据为82.5公斤，较初始减少3.5公斤，即约4.1%；步行能力改善，睡眠治疗由相应医疗团队持续管理。学员不能把全部变化归因于饮料替换，也不能仅因未达到某个比例宣布失败。复诊继续核对症状、血压、药物、不良反应与可持续性，再共同决定下一阶段目标。

六个月时假设体重为81.8公斤、功能稳定，双方讨论维持方案。后来因照护家人中断活动，团队通过事先约定的方式恢复联系，重评生活条件并安排短时活动。若出现气短水肿，则转为疾病评估，不按普通反弹处理。病例的重点不是一条漂亮曲线，而是每次信息都改变了下一步行动。

可复制的四张记录单

初评单：日期____；生命阶段与适用标准____；本人目标____；身高、体重、腰围及测量条件____；变化时间线____；疾病、药物与补充品____；饮食、活动、睡眠、心理与社会条件____；风险分流____；待查事项、负责人、期限____。

共同计划单：健康目标____；行为目标____；行动发生的时间地点____；初始剂量或次数____；障碍及备选____；专业责任人____；需监测的不适____；复诊日期____；提前联系条件与入口____。在儿童、孕期和老年情境中，另外写明为什么选择增重、减重或稳定目标。

复诊单：新增症状与事件____；实际完成情况____；体重与其他结果的趋势____；本人体验____；对结果的解释与不确定性____；决定继续、调整或升级____；谁执行____；下次联系____。不能用“依从性一般”替代事实。

转诊与维持单：转出原因及紧急程度____；接收机构或岗位____；已发送必要资料____；预约或到诊情况____；反馈结果____；原方案怎样改变____；长期监测及重新进入条件____。涉及急症时先处置，不等填完表格。

质量指标要有分母

过程指标反映该做的步骤有没有完成，例如初评完成率、风险转诊追踪率；结果指标反映健康和生活是否改善，如功能、症状及适合人群的体重变化；还要记录不良事件、失访和本人体验。机构不应只用减重公斤数奖励员工，否则可能鼓励挑选容易成功的人，或给不适合减重的人施压。

算例：100人入组，80人完成六个月随访，其中40人达到预先定义的成人目标。可报告完成随访者达标比例为50%，同时明确入组人群中已有达标记录者占40%，另有20人缺少随访结果。不能只报50%并隐去失访，也不能把未知者编造成成功或失败。儿童、孕期及老年功能项目应分别统计，不能混入同一个成人减重率。

NICE关于服务规划的建议强调干预设计、可接受性及长期支持。[1] 本书的表单与指标不是认证标准；机构可据此建立本地流程，再定期抽查记录、讨论不良事件、更新依据。改进会议应能回答“下个月具体改哪一步”，而不是只评价谁更努力。

结业考核：把知识变成动作

设置五站：规范测量与计算；初评和风险分流；共同决策与行动处方；儿童、孕期或老年情境调整；复诊和转诊交接。每站按信息准确、解释清楚、行动可行、责任明确、尊重本人五项，各记0至2分，总分50分。本书建议40分作为教学达标线，但机构应结合岗位验证适当性，不能称为国家资格标准。

另设必须纠正的关键错误：给孕妇继续主动节食减重；给儿童直接套成人热量限制；忽视意识异常等急症；要求自行停药；对明显衰弱和非计划下降继续强化减重；泄露私密信息。出现关键错误，即使总分够，也应补训后重新演练。考核者要留下具体行为证据，而不是只写“态度好”。

最后让学员用一句话完成全书的核心回答：体重管理是围绕一个人的健康、功能和人生阶段，持续评估、共同决策、实施与调整的照护。只有当下次行动和责任人都清楚，知识才真正走出了教材。

依据与延伸阅读

[1] NICE, NG246, Planning and delivering overweight and obesity services and interventions: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/chapter/Planning-and-delivering-overweight-and-obesity-services-and-interventions>。本章病例、表单、统计算例和考核分数均为教学设计，不是研究数据或行业认证规则。