

# BMI标准下调,你“被肥胖”了吗

本报记者 王美华



## 亚洲人为何天生更“怕”胖

作为筛查和诊断肥胖的常用指标，体质指数（BMI）在全球应用广泛。不同国家和地区会根据本地人群的生理特征和疾病风险，对BMI标准进行本土化调整。例如，中国现行标准为：健康成年人的BMI正常范围为18.5kg/m²≤BMI<24kg/m²，BMI<18.5kg/m²为体重过低，24.0kg/m²≤BMI<28.0kg/m²为超重，BMI≥28.0kg/m²为肥胖。

此次，美国糖尿病协会发布的新指南建议对亚裔人群采用更严格的切点：体重指数BMI≥23kg/m²即可判定为体脂超标；23kg/m²<BMI<27.5kg/m²且无中心性肥胖，属于超重；27.5kg/m²，或23kg/m²<BMI<27.5kg/m²且腰高比≥0.5,或23kg/m²<BMI<27.5kg/m²且女性腰围≥80厘米/男性腰围≥90厘米，即可确诊肥胖。

“从趋势上看，新指南的超重切点与世界卫生组织的建议基本保持一致，肥胖切点则较我国现行标准更为严格，意在推动防线前移。”张鹏介绍，世界卫生组织此前推荐，亚裔人群BMI≥23kg/m²为超重，BMI≥25kg/m²为肥胖；对非亚裔人群，18.5kg/m²<BMI<25kg/m²属于正常范围，25kg/m²≤BMI<30kg/m²属于超重，BMI≥30kg/m²为肥胖。

为什么亚裔人群的体重判定标准更为严苛？

张鹏解释,除了东亚人的骨架和体型相对较小外,大量研究证实,在同等BMI水平下,亚裔人群体脂率更高,患糖尿病等代谢疾病的风险显著高于西方人；即使部分亚洲人迁居欧美、改变了生活环境,这种高风险特征依然会延续至后代。

“我国现行的BMI标准制定于上世纪90年代。”张鹏透露,随着国人生活方式和饮食结构发生很大改变,这一标准在学界正面临不少讨论——若继续沿用当前相对宽松的切点,部分BMI在24—27.9kg/m²人群的真实风险可能被低估,错失早期干预窗口。因此,有专家呼吁采用更严格标准,以实现更早预警与干预。

张鹏提醒,在理解BMI标准时,不应将诊断切点绝对化、机械化。例如,新指南以BMI≥27.5kg/m²作为肥胖切点,固然需要关注,但BMI为27.4的人群同样不应被忽视。因为BMI本质上是连续性变量,所有诊断切点都是基于流行病学数据统计得出的“拐点”——在该数值附近,相关疾病发病率会出现较明显的上升趋势,但这仅是统计意义上的参考。人体的健康风险随体重增加而逐渐变化,并非在切点处发生突变。因此,持续监测体重有助于及早采取干预措施,以防肥胖及其并发症的发生。

## BMI正常未必真健康

体重秤上的数字正常，BMI也在正常范围内，就一定代表体重

很多人追求快速掉秤，以为体重降下来就是胜利。殊不知,减重太快,最先“受伤”的往往是骨骼——骨密度正悄悄流失。

为什么减重太快，骨骼会“受伤”？

骨骼不是静态的支架，而是不断更新的代谢组织。破骨细胞像拆迁队，不断清除老化骨组织；成骨细胞像施工队，日夜修筑新骨。年轻时，“施工”快过“拆迁”，骨量持续累积；年老时，“拆迁”压倒“施工”，骨量渐行渐少。快速减重，会从多重机制打破这个平衡——

机械负荷骤减，成骨动力不足。骨骼遵循“用进废退”法则，体重本身是骨骼承受的机械负荷。快速减重时，负荷突然减轻，骨细胞误以为“不再需要加强”，成骨活性下降，骨吸收相对增强。这就好比肌肉长期不动会萎缩，骨骼也会因为负荷减轻而“偷懒”。

营养不足，原料告急。快速减重往往伴随着极低热量饮食，钙、维生素D、蛋白质、镁、锌、维生素K等骨骼必需营养素同步减少。钙是骨矿化的核心原料，缺乏时破

最近，一份来自大洋彼岸的医学新指南在国内引发不少关注——美国糖尿病协会(ADA)肥胖专业实践委员会发布的《2026成人超重与肥胖诊疗标准》，对亚裔人群的肥胖和超重判定标准作出修订。这对国人意味着什么？新指南有哪些参考价值？为此,我们采访了首都医科大学附属北京友谊医院减重与代谢外科主任、主任医师张鹏。



近日,江苏省宿迁市宿城区全民健身公园建成投用,吸引了众多市民前来。图为市民在公园体验智能骑行。徐江海摄（人民图片）

健康吗？

“并非如此。BMI有一个天然缺陷，它无法区分肌肉和脂肪，因此，有一类人常常被忽视——BMI正常甚至偏低，但体脂率超标，通常被称为‘瘦胖子’。”张鹏表示，这种情况在临床并不少见：缺乏锻炼、肌肉流失的老年人，四肢纤细但肚子圆鼓鼓的中年人，或者看着苗条、实则肌肉量严重不足的年轻女性。他们体重不高，却可能已出现代谢风险。

为了让诊断更精准，新指南明确将腰高比等指标纳入诊断体系，明确建议：对于亚裔人群，即使23kg/m²<BMI<27.5kg/m²，只要腰高比≥0.5，或女性腰围≥80厘米、男性腰围≥90厘米，即应直接诊断为肥胖。张鹏表示，相比单纯的BMI，腰围和腰高比更能精准地识别腹部脂肪蓄积，也就是人们常说的“向心性肥胖”。这种脂肪堆积在腹腔内脏周围，对代谢危害极大。

据介绍，男性体脂率超过25%、女性超过30%就提示体脂超标，但市面上常见的体脂秤受饮食、饮水、出汗等因素影响很大，因此不用特别在意其具体数值，更建议把它当作一个观察身体变化趋势的工具。

在张鹏看来，新指南的一大亮点在于极大细化了临床评估与肥胖分级,而不仅仅是筛查标准。新指南将肥胖从0级到4级分为5个等级,每一级不仅有清晰的健康风险描述,更对应着糖化血红蛋白、血脂、转氨酶等具体指标范围,甚至连心理评分、身体功能都有量化标准——

0级：虽有体脂超标，但尚无

任何健康风险因素或症状。

1级：开始出现亚临床风险，比如临界高血糖，但尚未发展成疾病。

2级：已确诊肥胖相关疾病，如糖尿病、高血压，症状处于中等程度。

3级：导致严重疾病，症状重度。

4级：已导致终末期疾病，症状极其严重。

支撑这套分级系统的，是一套全面的临床评估清单。医生不仅要

了解患者的体重史、家族史、心理状况，还要评估其饮食习惯、运动模式、睡眠质量、社会生活环境等，同时全面筛查糖尿病、高血压、血脂异常、脂肪肝、阻塞性睡眠呼吸暂停、骨关节疾病、抑郁焦虑等肥胖合并症。

“肥胖治疗不能像肿瘤治疗那样直接下达严苛指令，因为患者短期内看不到肥胖带来的危险，很难坚决执行，我们需要坐下来‘讨价还价’。”张鹏说，医生给出最优方案A，患者坦承自己能做到的程度，双方经协商达成一个彼此认可的折中方案B。肥胖管理不追求理论上的最优，而是找到患者真正走得通、能坚持的可行之路。

## 体重管理是贯穿一生的必修课

“新指南明确将肥胖定义为异质性慢性疾病，这为肥胖需要系统、持续的医学治疗提供了理论基础。”张鹏解释，所谓异质性，是指肥胖的病因和临床表现多样，涉及遗传、代谢、心理、社会环境等多重因素。普通人具体该怎么做？张鹏介绍，医学界倡导“全人群、全生命周期体重管理”理念，即像管理血压、血糖一样，将体重管理作为贯穿一生的必修课——

对于消瘦人群（BMI<18.5），体重管理的目标不是增重，而是增肌，关键在于提升优质蛋白摄入，通过合理锻炼让肌肉变得更强壮。

对于体重正常的人，目标是优化身体成分。在保持体重稳定的基础上，努力追求“肌肉多一点，脂肪少一点”的身体状态，远比特维持一个简单的体重数字更有意义。

超重人群必须启动强化的生活方式干预。运动量要在国家推荐标准（每周150分钟中等强度有氧运动）的基础上，至少增加50%；每日热量摄入则需在正常水平上削减400至600千卡，这是阻止其滑向肥胖症的关键。

对于已经达到肥胖症的人,如果强化生活方式干预3个月仍未见效,就应当机立断寻求医学治疗。其中，

轻度肥胖（BMI28—32.5）人群可考虑用药；中度肥胖（BMI32.5—37.5）人群应积极用药；当BMI超过37.5，达到重度肥胖时，药物往往已无能为力，需要手术治疗。

“现实中，极重度肥胖者往往因身体沉重、心理自卑而不愿出门，难以被看见。”张鹏强调，必须纠正社会对肥胖者的根本误解——过度进食和不愿活动，绝非简单的“懒”或“不自律”，而是疾病导致的生物学改变。许多患者的胃长期被撑大，大脑持续处于“饥饿”状态，会不由自主地选择高热量垃圾食品。这是一种需要医学干预的病理状态，不应受到歧视。只有摘下道德审判的有色眼镜，才能真正帮助这些患者走上科学的减重之路。

## “减肥最好一次成功”

“现代医学越来越清晰地认识到，对于已经达到肥胖症标准的人来说，‘管住嘴、迈开腿’固然重要，但它只是基础，无法单靠它解决根本问题。”张鹏介绍，人是鲜活生物体，体重增长并非匀速线性，而更像一场持久拔河——长期僵持后，常会突然被拉过一大截。换言之，体重管理是一个连续、动态的监测过程，不能等到体重发生“跳变”后再仓促补救。

尤其需要警惕的，是那些可能使体重在连续曲线上突然跃升的关键节点：断奶期、青春期、上大学、初入职场、结婚、生育以及女性的围绝经期。在这些内分泌波动剧烈或外界环境剧变的时期，体重最易失去控制。

“当体重处于临界状态时，这本身就是重要的医学警示信号，提醒我们必须及时‘刹车’，不要任由它沿着连续曲线滑向疾病。”张鹏强调。

张鹏曾接诊过一位患者，10年前，患者的初始体重为200斤。10年间，他成功减肥10次，每次减重均超过30斤，但10年后，他的实际体重重达300斤。这个真实案例，令人触目惊心。

“这背后是人体的自我保护机制在作祟。”张鹏解释,患者每次大幅减重,身体都会误以为进入“饥荒危机”,一旦放松管控,体重便迅速反弹,并倾向于储存更多脂肪以备下一次“危机”。更糟糕的是,减重过程中脂肪与宝贵的肌肉同步流失,而反弹时若未进行专门的力量训练,长回来的几乎全是脂肪,尤其是危害极大的内脏脂肪。短期内大量脂肪涌入腹腔,可能使单纯的脂肪肝迅速恶化为肝炎、肝纤维化,也使糖尿病前期直接发展为真正的糖尿病。于是,“越减越重、越减越肥、越减越病”的恶性循环就此形成。

“所以我们强调,减肥最好一次成功,切忌反复。反复减肥反弹对身体的伤害,甚至可能超过肥胖本身。”张鹏提醒,这需要在医生的指导下,采取真正可持续的医学干预措施,而非孤注一掷地依赖短期生活方式管理后又迅速恢复旧习。

## 减重太快,小心骨骼“受伤”

李永进

减重速度为每周0.5—1公斤，每月2—4公斤。若超过这个速度，尤其是靠极低热量饮食或纯饥饿法实现的快速减重，骨骼风险会显著升高。

一项研究发现，采用极低热量饮食快速减重的肥胖者,8周内体重下降显著,但骨密度也同步下降,且减重结束后6个月,骨密度仍未恢复。更值得注意的是,减重引起的骨量丢失,即使体重反弹也未必能完全挽回。

需要注意的是，以下人群快速减重尤为危险——

绝经后女性：雌激素水平本身就低，骨流失速率快，快速减重无异于雪上加霜。

老年人群：骨骼再生能力下降，减重丢失的骨量难以代偿。

反复减重者：每次减重都丢失一部分骨量，反弹时脂肪优先恢复，骨量不一定同步

## 健谈

饿者，肠苏胃颤，齿动舌乱，双目游移不能定所，手足无力难以自持。谈吐失其常锋，听闻丧其常聪。心之所想，无非饭菜；目之所视，唯有可食。口中絮涎亟美味，腹内馋虫待佳肴。别看冲天豪情，暂且付之身外；另有一番壮志，此时全然忘却……

上大学那会儿，似乎总也吃不饱。有天上课时特别饿，就写了上面的歪词。工作以来，再也没有印象深刻的饥饿感了——取而代之的是，体重量复一年地刷新纪录，体检报告上的异常指标也“一生二、二生三、三生万物”地多起来。

春节之后下决心减重，迈开腿、管住嘴。效果很明显，不到半年，瘦了40多斤，饥饿感也如影随形。但我发现了一个有趣的现象：夜里躺在床上，肚子咕咕叫，心里却挺宁静，过一会儿就能睡着，一觉到天光。不像之前，酒足饭饱之后，各种烦恼如潮水涌上心头，翻来覆去睡不着。

细琢磨，这里面藏着养生的大道理。

《黄帝内经》说：“胃不和则卧不安。”胃里堵得慌，心里就别想安生。如果非要把肚子撑得圆滚滚才罢休，那可能就得辗转反侧，数羊数到天亮了。而饿的时候，世界似乎一下子变简单了，目标只有一个：找点吃的。如此明确，如此纯粹。工作上的deadline？感情里的纠葛？银行卡的余额？统统比不上一个驴肉火烧重要。

这种状态，我称之为“心理减重”：它把无数无解的烦恼，替换成了一个有解的烦恼。

没错，饿的感觉不舒服。但妙就妙在，它是一个可以克服、可以适应、可以应对的烦恼。要么吃点东西，要么忍一忍等下一顿。一旦决定克服它，或者真的吃饱了，这个烦恼的“急性期”就过去了。而那些真正让人辗转难眠的东西——对未来的焦虑、对人际关系的纠结、对自己价值的怀疑——恰好相反，一旦吃饱了，它们就冒出来了，像牛皮糖一样黏着你，越想甩掉，缠得越紧。

南宋诗人陆游活了85岁，在古代算是高寿中的高寿。他怎么养生的？看他写的《纵笔》：“半饥半饱便可尔，衣食何须求有余。”说白了，就是别吃太饱，留点余地。这位老爷子一辈子颠沛流离，忧国忧民，烦恼比我们只多不少，可他懂得“半饥半饱”的好处——吃得少一点，睡得香一些。明代大医家龚贤也在《摄养诗》里说：“食惟半饱无兼味，酒至三分莫过频。”半饱就行，别贪那口腹之欲。

古医书说得更明确。《黄帝内经》讲：“生病起于过用。”凡事过了头，就要出问题。吃饭也是这样。非要把自己塞到十二分饱，胃就“过用”了。胃属于六腑，中医讲“六腑以通为用”“腑病以通为补”——六腑像一条管道，通畅才是正常状态，通畅本身就是最好的补养。把它塞得满满当当，堵得严严实实，那就不是“通”，而是“满”，是“过用”。一次两次还行，久而久之，胃就伤了。胃一伤，卧不安；卧不安，百病生。

当然，这里不是鼓动大家刻意饿肚子。问题在于，很多人吃得实在太多了。正因如此，近年来国家开始倡导体重管理。减重需要一些饥饿感，尤其对大基数人群而言。可不少人对待饥饿的态度出了偏差——把它当成敌人，一有饿意就赶紧消灭，生怕它多停留一秒。结果呢？失去了体验“简单烦恼”的机会，体重和健康风险倒是增加了。

说到底,饥饿是一种“有解”的烦恼,而生活中大多数烦恼是无解的——至少短期内无解。人的大脑天生不擅长处理“无解”的问题,它会反复纠结,让我们像仓鼠一样在跑轮上停不下来。这时候,一个“有解”的烦恼反而成了出路:它把注意力从虚无缥缈的焦虑中拉回来,落到具体的、可应对的事情上。古人说的“半饥半饱”,民间说的“若让小儿安,三分饥和寒”,都不是苦行僧式的自虐,而是一种全生养性的智慧——给自己留一点简单的烦恼,反而能避开那些复杂的痛苦。

适度保持饥饿感，既是养胃，也是养心。半饥半饱，才是刚好。

## 链接

## 靠减肥药能成功瘦身吗？

**张鹏：**减肥药仅适用于特定人群的辅助治疗，且存在一定不良反应，必须在专业医生的指导下使用。需要强调的是，药物效果个体差异明显——有人反应良好，有人收效甚微，不可将其视作“一用就灵”的“减肥神药”。

减肥药一般通过抑制食欲、减少脂肪吸收、延缓胃排空或提高代谢等机制，帮助减少热量摄入，从而实现减重。但它只能辅助“管住嘴”，无法替代“迈开腿”。如果不改变高热量饮食习惯、不配合适度运动，停药后体重极易反弹。

一个普遍的困境是，患者服药期间体重下降，但一旦停药，

体重往往会迅速反弹——这是当前药物治疗面临的最大挑战。去年，纽约一项覆盖38万人的真实世界研究显示，用药3年后，受试者的平均减重幅度不足5%。而在临床上,减重未达5%通常被视为无效减重。这意味着,在现实中,真正靠减肥药实现长期体重控制的人少之又少。

为什么药厂公布的临床试验数据亮眼、现实却如此“骨感”？关键在于，临床试验中的受试者背后有完整的医疗团队提供全程支持；而回到日常，患者往往独自用药，缺乏专业指导和持续管理，效果自然大打折扣，难以达到宣传中的理想减重幅度。

公斤，不走捷径。快速减重看似高效，但付出的骨骼代价可能在几年后才显现——到那时，补救往往为时已晚。

保证基础能量。保证每日摄入不低于1200千卡热量，极低热量饮食（每日<1200千卡）很难满足骨骼基础代谢需求。宁可慢一点，也要稳一点。

如果已经快速减重了，骨量还能补回来吗？

答案是可以部分补救，但远不如早期预防。此时应立即恢复到正常减重速度；加强力量训练，刺激骨形成；强化营养补充，确保钙、维生素D、蛋白质充足；必要时检测骨密度，评估是否需要药物干预。

减重是为了健康，不是为了制造新的健康问题。体重下降固然可喜，但如果是骨骼在为此默默“受伤”，那就是得不偿失。用慢一点的速度、稳一点的方法、全一点的营养，把脂肪减下去，把骨骼留下来——这才是真正可持续的健康减重。

（作者为北京儿童医院顺义妇儿医院临床营养科主任医师）