

BMI要淘汰了吗

柳叶刀子刊发文重新定义“肥胖”

肥胖是世界卫生组织(WHO)确定的十大慢病之一,在过去几十年里,全球都在变胖。据数据显示,全球超重和肥胖的患病率增长了2倍,约有50%的成年人超重。欧洲心脏病协会(ESC)《肥胖和心血管疾病临床共识声明》指出,相比于体重正常人群,肥胖患者全因死亡风险增加了50%~100%。然而,肥胖是否应被界定为一种慢性疾病,在医学领域一直存在争议。

近期,《柳叶刀-糖尿病与内分泌学》发布了一份极具影响力的报告,全球超过75个专业组织对此予以认可。该报告不仅对肥胖作为慢性疾病的重新定义进行深入探讨,还针对临床实践提供了新的诊断工具和建议。

01 怎样才算胖

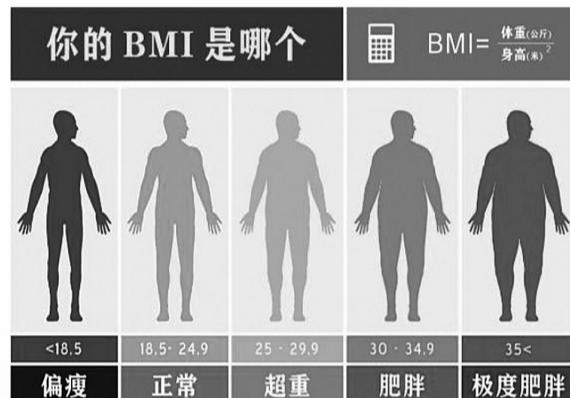
长期以来,身体质量指数(BMI)作为衡量肥胖的“金标准”,在减肥实践、医学研究等方面广泛应用。计算公式:体重指数(BMI)=体重(kg)/身高(m)²。根据WHO的定义:

超重: BMI 25~29.99kg/m²

1级肥胖: BMI 30~34.99kg/m²

2级肥胖: BMI 35~39.99kg/m²

3级肥胖: BMI ≥40kg/m²



Conversion(WHO 标准)

	WHO标准	亚洲标准	中国标准
体重过低	<18.50	<18.5	<18.5
体重正常	18.50 - 24.99	18.5 - 22.9	18.5 - 23.9
超重(肥胖前期)	25.00 - 29.99	23.0 - 24.9	24.0 - 27.9
肥胖	一级肥胖	25.0 - 29.9	≥28.0
	二级肥胖	35.00 - 39.99	
	三级肥胖	≥40.00	

三种标准下体重过低、体重正常、超重(有时候也叫肥胖前期)和肥胖的BMI范围。

这也就意味着,若您的BMI≥30kg/m²,则意味着已经“肥胖”。然而,仅使用BMI来定义一个人“胖不胖”,临床上对此也是有争议的。例如对于肌肉发达的运动员而言,由于肌肉量多致使体重较大,依据BMI标准可能被误判为肥胖,但其体脂率实则处于健康水平,身体状态良好。相反,部分BMI数值处于正常范围的个体,体内却可能已堆积大量脂肪,健康状况已然受到威胁。究其根源,BMI无法精准反映身体脂肪的具体分布与含量,亦不能有效判断过量脂肪是否已对健康构成危害。

为了弥补BMI的不足,该报告表示,肥胖的定义应考虑脂肪分布、内脏脂肪量以及器官功能的评估,特别是早期的“亚临床肥胖”阶段。应该结合其他测量指标,如腰围、腰臀比和体脂测量等,全面评估个体的健康状况。这种多维度的评估方法将更准确地识别肥胖的健康影响,避免单一的BMI标准所带来的误诊和漏诊问题。

02 肥胖真的是一种疾病吗

传统上,肥胖被视为多种疾病的风险因素,如糖尿病、心脏病和某些癌症,但是否应该将其视为一种独立的疾病,始终存在争议。反对者的观点主要集中在以下几点:其一,BMI作为传统的衡量指标,不能作为可靠的疾病诊断标准,以此为依据可能导致过度医疗,将一些并非真正患病的个体纳入治疗范畴,或者对一些潜在患者诊断不足,延误病情。其二,肥胖通常被视为诱发其他疾病(如心血管疾病、糖尿病等)的风险因素,而非一种独立的疾病,将其单独归类缺乏足够的医学依据。其三,肥胖具有高度异质性,不同个体的肥胖成因、脂肪分布、身体代谢反应等各不相同,统一归类可能会忽视这些个体差异,无法实现精准治疗。

支持肥胖作为疾病的者认为,肥胖与特定的病理机制(如炎症、激素失衡、食欲或饱腹感调节异常、胰岛素抵抗等)相关,且大量的医学研究表明,过量脂肪会直接对器官造成损害,加速各类疾病的进程,有力地证明了肥胖不仅仅是一个风险因素,其本身就可发展为一种独立的疾病。

面对以上争论观点,该报告重新对肥胖进行界定。基于新的理念,研究人员构建了“临床肥胖症”和“临床肥胖前期”的全新分层诊断体系。

“临床肥胖症”意味着过量脂肪已对身体机能造成实质性损害,无论是否伴有代谢异常。例如,脂肪过度堆积可能引发肌肉骨骼损伤,导致关节疼痛、

活动受限;影响呼吸系统,引发睡眠呼吸暂停综合征等;增加心脏负荷,提升心血管疾病的发病风险,严重影响个体的日常生活质量。在医学定义中,它被视为一种慢性疾病。其诊断标准较为严谨,需同时确认脂肪过量(可借助BMI、腰围测量或直接的脂肪测量技术)以及出现器官功能障碍或行动受限的情况。一旦确诊,患者需及时接受综合医疗管理。治疗手段除了传统的生活方式干预,如饮食控制、增加运动外,必要时可能还需借助药物治疗或手术治疗。治疗的核心目标在于改善或逆转器官功能障碍,促使机体恢复正常生理功能,而非仅仅聚焦于体重的减轻。

“临床肥胖前期”指的是体脂率超出正常标准,但尚未对器官功能造成损害的阶段。这类人群处于肥胖发展的早期阶段,虽然尚未患病,但已处于疾病的高危状态,需要密切监测。尤其是具有家族遗传史、体脂分布异常或特定疾病背景(如糖尿病家族史、多囊卵巢综合征等)的高风险个体,更应予以重点关注。对于这一阶段的人群,通常建议采取积极主动的生活方式干预措施,包括科学调整饮食习惯,增加膳食纤维摄入,减少高热量、高脂肪食物的摄取;适度增加体力活动,如每周进行一定时长的有氧运动和力量训练等。这一分类的提出,精准区分了肥胖作为疾病与风险状态的差异,为后续的个性化干预治疗提供了科学、精准的依据。

03 怎么就突然变胖了

在生活中,常见的“管住嘴、迈开腿”这类宣传口号,过度强调个人在肥胖问题上的责任,却严重忽视了肥胖背后复杂的生物学因素,如遗传因素、环境因素、内分泌调节、肠道菌群等。在众多健康类节目和社交平台上,肥胖常常被片面地视为“缺乏自控力”的外在表现,这使得肥胖者遭受了大量的体重歧视。相关数据显示,相当比例的肥胖成人都曾经历过不同程度的体重歧视,部分减重人群甚至将这些负面评价内化为自我认知,严重损害了心理健康。

该报告为改变这一现状带来了曙光。它从根本上明确指出肥胖是一种疾病,受多种复杂因素共同影响,绝非

简单的个人“懒惰”所致,这使得肥胖者能够理直气壮地寻求医学帮助。新体系对医疗方案进行了优化,提升了临床干预的紧迫感,促使更多肥胖者能够及时获得专业的医疗支持。同时,它有力地纠正了社会上“肥胖=不健康”的片面认知,引导公众以更加科学、客观的态度看待肥胖问题,减少对肥胖者的歧视与偏见。

总之,科学家对肥胖的重新定义和新诊断体系的建立,无疑是医学领域的重大进步。这一进展不仅有助于更准确地识别和评估肥胖问题,还为个性化治疗和预防策略提供了坚实的基础。

(梅斯医学)