儿童肥胖不是小号的成人肥胖

Claudia K. Fox, MD, MPH, FAAP,[1] Stephen R. Cook, MD, MPH, FAAP,[2,3] Sarah C. Armstrong, MD, FAAP[4,5]

[1]Center for Pediatric Obesity Medicine, Department of Pediatrics, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota; [2]Center for Healthy Weight and Nutrition, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; [3]Department of Pediatrics, The Ohio State University, Columbus, Ohio; [4]Department of Pediatrics, Duke University, Durham, North Carolina; and [5]Department of Population Health Sciences, Duke University, Duke Center for Childhood Obesity Research, Durham, North Carolina

Address correspondence to: Claudia Fox, MD, Center for Pediatric Obesity Medicine, University of Minnesota, 717 Delaware St. SE, Minneapolis, MN 55454. Lusc0001@umn.edu

医学界中，很少有像肥胖诊断一样充满争议。为了诊断更加明确，*The Lancet Diabetes & Endocrinology* 近期委托专家委员会就“肥胖的定义与诊断标准”达成共识[1]。该委员会提出的新肥胖诊疗框架涵盖儿童群体，旨在“建立客观的疾病诊断标准，辅助临床决策，并且指导治疗干预和公共卫生策略的优先排序”。作为儿科肥胖领域的专家，认同这一目标的重要性，但同时也对将这套以成人为中心的新标准应用于儿童青少年群体，深感担忧。

人体测量学标准

委员会认识到体质指数 (BMI) 的局限性，建议临床医生在诊断肥胖症前，应采用其他的身体成分或体脂分布测量方法 [如腰围、双能 X 线吸收测定法 (DXA)、生物电阻抗法] 来确认是否存在体脂过多，除非 BMI ≥ 40 kg / m²，此时可以“假定存在体脂过多”。将该标准应用于儿科人群存在几个问题。首先，直接采用原始 BMI (如 ≥ 40 kg / m²) 会忽视儿童生长发育过程中 BMI 的正常变化规律。美国儿科学会 (AAP) 推荐采用经年龄和性别特异性 BMI 百分位校正的美国疾病预防控制中心 (CDC) 生长曲线。其次，委员会推荐的腰围和生物电阻抗等“补充指标”，目前尚未在儿科各年龄层实现标准化，或是得到验证。此外，虽然 BMI 在某些情况下 (青春期、高肌肉量、特定种族或民族群体) 的可靠性稍逊，但其检测体脂过多的特异性高达 93% (假阳性率极低)，而敏感度为中等水平 (73%)[2]。因此，如果采用验证性测量，应选择高敏感度指标与 BMI 形成互补。目前，腰围、腰围身高比或腰臀比和生物电阻抗检测体脂过量的敏感度均低于 BMI，仅 DXA 兼具更高的敏感度和特异性，但该检查资源消耗大，并且若用于常规诊断和长期追踪，将使儿童暴露于不必要的辐射风险中。在研发出准确的、经年龄校正且非污名化的体成分测量方法前，临床医生应继续使用 BMI 百分位，进一步指导儿童青少年的风险评估。

临床肥胖诊断标准

委员会区分“临床肥胖 (指因体脂过多导致组织、器官或个体功能失调的系统性疾病)”与“临床肥胖前期 (仅有体脂过多而无相关功能失调)”，建议仅对前者实施干预，后者则只需提供“科学生活方式指导”，无需强化生活方式治疗、药物或其他治疗。

然而，儿童期肥胖即使未出现可检测的并发症，仍是当前及未来多系统疾病的重要风险因素。受限

The article(s) originally appeared in English in the 2025, Volume 156 of Pediatrics, published by the American Academy of Pediatrics (AAP), and are hereby authorized for translation into Chinese by Children's Hospital of Soochow University.

于筛查工具的检测限度，这些并发症直至出现器质性损害才会被发现。例如，肥胖儿童即使糖化血红蛋白正常，其 2 型糖尿病发病风险仍增加 4 倍 [3]。按委员会标准，这些有亚临床疾病前兆的儿童将被归为“临床肥胖前期”，仅建议接受“科学指导”，待疾病进展明显后，再实施全面的循证治疗，包括 AAP 2023 版肥胖临床实践指南 [4] 推荐的强化生活方式治疗、药物和代谢减重手术。这种观望策略实质是放任儿童肥胖自然进展，已有充分依据说明自然进展会导致病情渐进性加重、出现并发症以及早期死亡风险升高。反之，儿童期实施循证治疗可有效延缓并降低远期发病率和死亡率 [5]。

虽然委员会力求建立客观无偏见的肥胖疾病描述是值得称赞的做法，但是广泛采用这套新定义可能对儿童青少年带来意外伤害。支付方可能以该标准为由，拒绝为尚未检测出并发症的肥胖儿童提供治疗费用；家长可能对“临床肥胖前期”产生误解，认为无关紧要，从而拒绝或回避治疗；儿科医生可能因此延迟肥胖患儿的循证干预。

未来方向

尽管我们不建议采纳委员会的儿童和青少年的肥胖定义，但是也认识到有必要充分了解到在成长和发育中的儿童或青少年中，体脂过多的数量和分布模式对健康的长期影响。在群体层面，高 BMI 能预测远期发病率与死亡率，但个体风险程度存在差异。通过识别内脏脂肪堆积、糖尿病或心血管疾病家族史等风险因素集群，可以帮助判断哪些儿童更可能出现高 BMI 的不良后果，从而为临床医患决策提供依据 —— 无论是强化生活方式治疗、药物干预还是代谢减重手术。

AAP 肥胖临床实践指南基于对 16 000 余篇同行评议文献的科学评估，为肥胖筛查、评估和治疗提供全面指导。该指南与委员会共识同样强调肥胖的复杂性，以及为肥胖患者及时提供无偏见的去污名化医疗服务的重要性。我们希望委员会的工作能够成为双方携手改善儿童青少年肥胖诊疗的起点。

缩略语

AAP：美国儿科学会 (American Academy of Pediatrics)

BMI：体质指数 (body mass index)

DXA：双能 X 线吸收测定法 (dual-energy x-ray absorptiometry)

（陈秀丽 译　吴海瑛 校）

联系人：丁欣 etyxcbzx@suda.edu.cn

参考文献

1 Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221–262. PubMed doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4

2 Javed A, Jumean M, Murad MH, et al. Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Obes. 2015;10(3):234–244. PubMed doi: 10.1111/ijpo.242

3 Abbasi A, Juszczyk D, van Jaarsveld CHM, et al. Body mass index and incident type 1 and type 2 diabetes in children and young adults: a retrospective cohort study. J Endocr Soc. 2017;1(5):524–537. PubMed doi: 10.1210/js.2017-00044

4 Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. Pediatrics. 2023;151(2).

5 Putri RR, Danielsson P, Ekström N, et al. Effect of pediatric obesity treatment on long-term health. JAMA Pediatr. 2025;179(3):302–309. PubMed doi: 10.1001/jamapediatrics.2024.5552

【英文原件请参阅 *PEDIATRICS 2025;156(2):e2025071202*】