

WORLD OBESITY



2024年 世界肥胖报告

World Obesity Atlas 2024

肥胖及其后果

- 肥胖导致成人患主要非传染性疾病的全球、区域及国别估算
- 肥胖致使非传染性疾病青少年患病风险增加的全球、区域及国别预测
- 186个国家青少年和成人肥胖及其后果评分卡

2024年3月



2024 年世界肥胖报告

编制：蒂姆·洛布斯坦 (Tim Lobstein)、贾娜德·波威斯 (Jaynaide Powis)、蕾切尔·杰克逊-利奇 (Rachel Jackson-Leach)

设计：约翰·克拉克森设计公司 (Johnclarksondesign) (www.johnclarksondesign.co.uk)

©世界肥胖联盟 2024.

世界肥胖联盟

伦敦霍尔本 138 - 142 号沃特豪斯广场 3 号 邮政编码：EC1N 2SW

www.worldobesity.org

#worldobesityatlas

建议引用格式：

世界肥胖联盟. 2024 年世界肥胖报告 [EB/OL]. 伦敦：世界肥胖联盟，2024.
<https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>

World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024. London: World Obesity Federation, 2024. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>

致谢：

本报告使用了世界卫生组织 (World Health Organization)、非传染性疾病风险控制协作组织 (NCD Risk Factor Collaboration)、健康指标与评估研究所 (Institute for Health Metrics and Evaluation)、国际能源署 (International Energy Authority) 以及联合国人口司 (UN Population Division) 的公开数据，世界肥胖联盟特此表示感谢。感谢 RTI 国际 (RTI International) 为本报告计算肥胖率预测数据。世界肥胖联盟和 RTI 国际已经采取措施，以确保本报告的研究过程透明、可重复且经过迭代审查。

所有数据均在获得直接许可或在知识共享 (Creative Commons) (4) 协议许可的情况下使用。保留所有权利。

更多详细信息，请参阅附录中的数据来源和方法部分。

本报告由中国营养学会肥胖防控分会、西安交通大学全球健康研究院、青海省营养学会和青海大学医学部营养健康促进中心完成翻译。

工作组名单：

翻译：李铁梅，王少男，袁琳，赵夏萍，孟向阳，周珂葶，赵雨桐，孙美晨

审校：彭雯，刘时雨，薛杰，孙照彰，苟波，王友发

设计：赵雨桐

免责声明：

尽管工作组已尽一切努力确保译文的准确性，中文版报告仍可能存在与世界肥胖联盟原版报告不一致之处，特此声明。

目录

表格、图形和注释列表	6
缩略词表	8
前言	9
肥胖人群的声音	10
《2024 年世界肥胖报告》的主要发现	11
第一部分 全球超重与肥胖情况	12
高身体质量指数与成人非传染性疾病患病风险	13
非传染性疾病	16
青少年时期非传染性疾病的早期征兆	18
肥胖与地球环境健康	22
第二部分 高身体质量指数与成人非传染性疾病患病风险：数量和趋势—— ——基于世界卫生组织区域划分和世界银行收入组别的分析	27
世界卫生组织区域划分	28
世界银行收入组别	32

第三部分 高身体质量指数与青少年非传染性疾病：数量和趋势——基于 世界卫生组织划分区域和世界银行收入组别的分析	37
世界卫生组织区域划分	38
世界银行收入组别	41
第四部分 加速推进肥胖应对行动：促进多部门协同合作	46
第五部分 国家评分卡	47
附录：数据来源和研究方法	48

表格、图形、注释列表

表

- 表 1.1: 全球高 BMI 成人估算数量 (2020 年) 和预测数量 (2025-2035 年)
- 表 1.2: 2020 年高 BMI 成年男性和成年女性比例最高的 20 个国家
- 表 1.3: 2000-2016 年高 BMI 成人比例增长最快的 20 个国家
- 表 1.4: 高 BMI 导致的成人死亡人数
- 表 1.5: 高 BMI 导致的成人伤残调整寿命年(DALYs)
- 表 1.6: 全球超重青少年(BMI>1sd-2sd)和肥胖青少年(BMI>2sd)估算数量 (2020 年) 和预测数 (2025-2035 年)
- 表 1.7: 2020 年高 BMI 青少年比例最高的 20 个国家
- 表 1.8: 2000-2016 年高 BMI 青少年比例增速最快的 20 个国家
- 表 1.9: 2020 年出现非传染性疾病早期症状的青少年全球估计数量
- 表 1.10: 2000-2016 年人均 GDP 及 GDP 年增长率与成人和青少年高 BMI 患病率及患病率年度变化的相关性
- 表 1.11: 成人和青少年高 BMI 与环境指标的相关性
- 表 2.1: 2020-2035 年世卫组织区划成人超重和肥胖情况
- 表 2.2: 世卫组织区划成人死亡人数和高 BMI 导致的成人死亡人数及比例
- 表 2.3: 世卫组织区划高 BMI 导致的成人伤残调整寿命年(DALYs)
- 表 2.4: 2020-2035 年世界银行收入组别成人超重和肥胖情况
- 表 2.5: 世界银行收入组别高 BMI 导致的成人死亡人数
- 表 2.6: 世界银行收入组别高 BMI 导致的成人伤残调整寿命年(DALYs)
- 表 3.1: 2020-2035 年世卫组织区划青少年超重和肥胖情况

表 3.2: 2020-2035 年世界银行收入组别青少年超重和肥胖情况

图形

图 1.1: 高 BMI 导致的主要 NCDs 成人死亡比例 (1990-2019)

图 1.2: 高 BMI 导致的主要 NCDs 成人 DALYs 比例 (1990-2019)

图 1.3: 高 BMI 导致的 NCDs 患病风险青少年预测人数

图 1.4: 成人 BMI 与年人均温室气体排放量的相关性

图 1.5: 成人 BMI 与年人均塑料垃圾产生量的相关性

图 2.1: 高 BMI 导致的主要 NCDs 死亡比例

图 2.2: 世卫组织区划高 BMI 导致的主要 NCDs 的伤残调整寿命年(DALYs)

图 2.3: 世界银行收入组别高 BMI 导致的主要 NCDs 成人死亡比例

图 2.4: 世界银行收入组别高 BMI 导致的主要 NCDs 的成人 DALYs 比例

图 3.1: 2020-2035 年世卫组织区划高 BMI 导致的低 HDL 胆固醇血症青少年人数

图 3.2: 2020-2035 年世卫组织区划高 BMI 导致的高血压青少年人数

图 3.3: 2020-2035 年世卫组织区划高 BMI 导致的高血糖青少年人数

图 3.4: 2020-2035 年世界银行收入组别高 BMI 导致的低 HDL 胆固醇血症青少年人数

图 3.5: 2020-2035 年世界银行收入组别高 BMI 导致的高血压青少年人数

图 3.6: 2020-2035 年世界银行收入组别高 BMI 导致的高血糖青少年人数

注释

注释 1: 超重、肥胖以及高身体质量指数的定义

注释 2: 易受气候变化影响国家的肥胖问题

缩略词表

AFRO	非洲地区 (African Region)	IHME	健康指标与评估研究所 (Institute for Health Metrics and Evaluation)
BMI	身体质量指数 (Body Mass Index)	NCD	非传染性疾病 (Non-Communicable Disease)
DALY	伤残调整寿命年 (Disability-Adjusted Life-Years)	PAHO	美洲地区 (Region of the Americas)
EMRO	东地中海地区 (Eastern Mediterranean Region)	SD	标准差 (Standard Deviation)
EURO	欧洲地区 (European Region)	SEARO	东南亚地区 (South-East Asia Region)
GHG	温室气体 (Greenhouse Gas)	WHO	世界卫生组织 (World Health Organization)
HDL	高密度脂蛋白 (High-Density Lipoprotein)	WPRO	西太平洋地区 (Western Pacific Region)

>>> 前言

《世界肥胖报告》第六版（以下简称“报告”）于2024年世界肥胖日发布。每一版报告都会对世界各国肥胖流行程度及趋势进行估算并且聚焦一个主题。这些主题包括：青少年肥胖率升高、实现全球目标的可能、肥胖对COVID-19患病风险的影响以及超重和肥胖的经济影响。

今年，我们将主题定为“肥胖与……”其引发的疾病，特别关注作为非传染性疾病的可预防引发因素的肥胖。我们将目光投向主要的非传染性疾病（2型糖尿病、中风、冠心病和癌症）和成年期因身体质量指数过高（超重和肥胖）而导致此类疾病的比例。为了说明肥胖在越来越多非传染性疾病的年轻化趋势中扮演的角色，我们估算了出现非传染性疾病早期症状（高血糖、高血压和高密度脂蛋白胆固醇偏低）的青少年数量以及由高身体质量指数而导致的比例。同时，我们对没有超重、可能免于出现这些病症的青少年数量也进行了估算。

我们初步考察了环境健康与气候变化对超重和肥胖问题加剧的影响，并认识到经济发展与食物供应、交通、城市化及污染问题之间的关系。尽管肥胖已被视为一种疾病，但近年来肥胖率仍迅速增长，这在很大程度上与经济增长的某些驱动因素有关。应对肥胖与气候变化面临着诸多共同的困难，例如各自为政、力量分散和资源缺乏。唯有采取全面、综合且得到充分支持的措施，我们才能取得长期的成功，产生深远的影响。

新焦点也促成本报告的一项重要发现：超重和肥胖导致的残疾率和死亡率最高的国家集中在东地中海、美洲及东南亚等地区。该发现颠覆了一个错误认知，即：肥胖问题仅限于全球北方的富裕人群和老龄化人口并且可以通过呼吁个体减少摄入和增加运动即可轻松预防和控制。本报告表明，肥胖是全球性问题，同时影响着富裕人群和贫穷人口，肥胖的年轻化趋势日益明显。预防、发现和控制肥胖可被视作减少因癌症、心血管疾病和糖尿病（世界三大主要死亡病因）而过早死亡唯一的、最关键的途径。通过应对肥胖，我们既可以提高人口健康水平，也可以改善地球生态环境。

本报告还包括186个国家的超重和非传染性疾病情况评分卡。评分基于当前的估算数据和2035年青少年群的预测数据得出。这些评分能够作为向政策制定者建言献策的数据支持。

肥胖人群的声音

让我们讨论
肥胖

& 青少年



肥胖会影响生活的方方面面，尤其是对青少年或者青少年，他们常常会因为体重遭到嘲笑。我已经成功控制体重超过六年了，我认为自己能够成果的关键是认识到肥胖是一种疾病，必须每天加以控制。为了做到这一点，正确应对所处的环境尤为重要，要接受过程中的起伏和波动。不要放弃！

加布里埃尔·夏蒙 (Gabriel Chamon) 《青年》

周遭环境会影响我们的选择，所以让我们来谈谈食物体系、公园、公共空间和工作场所。生活中肥胖也影响着世界。为了过上尽可能健康的生活，我们需要环境支持：没有歧视的安全空间，不受“节食大师”和网红蛊惑的真实而科学的信息以及能够应对肥胖流行病的卫生体系。想象一下这样的社区菜园：孩子们能够学习种植水果蔬菜，与大地建立联系，理解健康饮食的价值；设想一下设计有绿色空间的城市：一家人可以一起玩耍锻炼，没有污染。这些不只是幻想，而是可以实现的目标。我们可以共同倡导制定政策来支持这些倡议，通过促进体育活动，提供人人可及的营养食品选择，创造有利环境来减少肥胖。让我们携手，从今天开始逐步将我们的世界变得更加健康。

玛丽亚·尤金尼亚·安塞尔米博士 (María Eugenia Anselmi)

《我们的世界》

让我们讨论
肥胖

& 我们的世界



让我们讨论
肥胖

& 健康



我患有先天肥胖。今年3月4日世界肥胖日，我们在讨论肥胖和各种健康话题。你知道吗？你身边每七个人中就有一人患有肥胖，这相当于全球有10亿人患有肥胖。肥胖是一种由行为、遗传和环境因素共同引起的复杂疾病。我们必须理解并确保与肥胖患者共事和交流，而不是指责他们自作自受。

史蒂芬·奥格维诺 (Stephen Ogweno) 《健康》

《2024 年世界肥胖报告》的主要发现

每年因非传染性疾病死亡的 4100 万病例中，500 万例是因死于糖尿病、中风、冠心病和癌症四种疾病。高身体质量指数每年导致因这四种主要非传染性疾病损失的寿命超过 1.2 亿年。这些原本可以避免的成人死亡和疾病中，四分之三都发生在中等收入国家。简而言之，多数患有和死于非传染性疾病的患者都具有潜在的体重超标，而此类致死病例主要集中在资源匮乏地区和发展中国家。

按照目前的发展趋势，预计到 2035 年全球将有超过 7.5 亿青少年（5-19 岁）遭受身体质量超重或肥胖的影响。这意味着全球每 5 个青少年中就有 2 个超重或肥胖，其中大部分青少年都生活在中等收入国家。

由于高身体质量指数，7.5 亿青少年将面临在幼年就会出现非传染性疾病早期症状的高风险。2035 年，预计有 6800 万青少年因超重或肥胖而患上高血压，2700 万青少年患有高血糖，7600 万青少年存在高密度脂蛋白胆固醇偏低。这些严重疾病的早期症状并不易察觉，但他们成年时便已经向中风、糖尿病和心脏病发展。尽管已有值得称赞的努力，但如果不采取全面协调和强有力的措施，肥胖率将持续升高，越来越多的人将因肥胖或与肥胖相关的疾病而过早死亡。此外，与肥胖相关的非传染性疾病年轻化趋势也越来越明显。

本报告还报告了高身体质量指数和经济发展之间的相关性，旨在突显肥胖已然成为新兴经济体和新晋发达国家的主要问题。尽管初始值较低，经济快速增长的国家的超重率也在迅速攀升。数据表明了高身体质量指数与全球面临的日益严重的环境危机之间的联系。温室气体排放、城市化、塑料垃圾、缺乏体育锻炼以及动物产品消费等因素共同构成了助长肥胖的不健康环境。

降低肥胖率和加强体重管理将为健康服务业创造丰厚的收益，也能够增加实现非传染性疾病全球防治目标的可能。从幼年时期开始预防和控制超重和肥胖对保障子孙后代的健康状况至

注释 1: 超重、肥胖以及高身体质量指数的定义

对成人而言，超重和肥胖的标准为 $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ 。对青少年来说，超重和肥胖的标准高于世卫组织青少年参考值中位数的 $BMI > 1sd$ 。本报告中，成人和青少年的超重和肥胖都称作高身体质量指数。

尽管 BMI 应用广泛，但它存在有据可查的局限性。作为一个衡量体型而非健康的单位，BMI 对个体而言是一种有用的筛查工具，对群体而言也是一种评估超重和肥胖的工具，但在临床上不建议将其单独用作诊断工具。

壹

第一部分

全球超重和肥胖情况

第一部分 | 全球超重和肥胖情况

高 BMI 波及每一个国家，部分低收入国家在过去十年中增幅居于前列。《2023 年世界肥胖报告》（世界肥胖联盟, 2023a）指出，防治肥胖的确需要资金投入，但任其发展所造成的代价将远高于此：到 2035 年，高 BMI 将导致全球经济总额减少超过 4 万亿美元，接近全球国内生产总值的 3%。

高身体质量指数 (BMI \geq 25kg/m²) 的全球估算结果表明，2020 年有 22 亿成年人受到影响，到 2035 年这一数字将达到近 33 亿。这表明受影响的成年人比例将从 2020 年的 42% 增加到 2035 年的超过 54%。对于 5-19 岁的青少年来说，超重比例将从 22% (4.3 亿人) 上升到 2035 年的超过 39% (7.7 亿人)。

高身体质量指数与成人非传染性疾病患病风险

根据 2000-2016 年的数据趋势，若不采取干预措施，成人高身体质量指数患病率和人数的增长情况见表 1.1。

表 1.1 全球高 BMI 成人估算数量 (2020 年) 和预测数量 (2025-2035 年)

(单位: 亿美元)

	2020	2025	2030	2035
超重成年人(BMI \geq 25-30 kg/m ²)	13.9	15.2	16.5	17.7
肥胖成年人(BMI \geq 30 kg/m ²)	8.1	10.1	12.5	15.3
超重或肥胖成年人占全球成年人总数比例	42%	46%	50%	54%

数据来源: 世界肥胖联盟, 2023b

区域数据见第 2 部分和第 3 部分。

表 1.2 2020 年高 BMI 成年男性和成年女性比例最高的 20 个国家

	高 BMI 男性比例		高 BMI 女性比例
汤加	80%	汤加	87%
萨摩亚	79%	萨摩亚	86%

	高 BMI 男性比例		高 BMI 女性比例
美国	79%	科威特	79%
马耳他	78%	约旦	78%
科威特	77%	沙特阿拉伯	78%
新西兰	76%	卡塔尔	77%
澳大利亚	76%	土耳其	76%
以色列	76%	利比亚	75%
卡塔尔	76%	黎巴嫩	75%
加拿大	76%	阿曼	74%
沙特阿拉伯	75%	阿拉伯联合酋长国	74%
西班牙	74%	埃及	74%
英国	74%	巴哈马	73%
约旦	74%	斐济	73%
捷克	74%	伊拉克	73%
希腊	74%	阿尔及利亚	73%
保加利亚	73%	突尼斯	72%
黎巴嫩	73%	巴林	72%
冰岛	73%	伊朗	72%
黑山	73%	墨西哥	71%

数据来源：世界肥胖联盟，2023b

表 1.3 2000-2016 年高 BMI 成人比例增长最快的 20 个国家

	2000-2016 年成人肥胖复合年增长率 (百分比)
老挝	3.8
越南	3.8
马尔代夫	3.7
泰国	3.5
孟加拉国	3.5
不丹	3.4
印度尼西亚	3.4
东帝汶	3.3
尼泊尔	3.2
缅甸	3.2
印度	3.1
阿富汗	3.1
柬埔寨	3.1
布基纳法索	3.0
斯里兰卡	3.0
卢旺达	2.9
巴基斯坦	2.8
马来西亚	2.8

	2000-2016 年成人肥胖复合年增长率（百分比）
中国	2.8
安哥拉	2.8

数据来源：世界肥胖联盟基于非传染性疾病风险控制协作组织数据的分析，2024

非传染性疾病

根据《2024 年全球疾病负担研究》（IHME, 2024）的最新估计，每年超 5600 万人死亡，25 亿年的健康寿命因疾病、外伤或其他不健康因素而丧失（伤残调整寿命年，DALYs）。其中，4200 万人的死亡和 16 亿人的伤残调整寿命年是由非传染性疾病造成。这些非传染性疾死亡人数的三分之二和伤残调整寿命年的 40% 都由以下四种疾病造成：癌症（肿瘤）、冠心病、中风和糖尿病。上述每一种疾病都与超重和肥胖有关并因此加剧。

全球疾病负担研究还提供了风险因素已知的死亡人数和伤残调整寿命年数估算比例，包括高身体质量指数（BMI ≥ 25 kg/m²）这一风险因素。如表 1.4 和 1.5 所示，高身体质量指数占四种主要非传染性疾成人死亡数的 5%至 42%，占四种主要非传染性疾成人伤残调整寿命年数的 5%至 52%。

表 1.4 高 BMI 导致的成人死亡人数（单位：百万）

	2019 年死亡总人数	高 BMI 导致的死亡人数及比例
所有原因	50.3	5.0 (10%)
非传染性疾病	41.0	5.0 (12%)
2 型糖尿病	1.47	0.62 (42%)
冠心病	9.1	1.7 (19%)
肿瘤	9.9	0.46 (5%)
中风	6.5	1.1 (17%)

数据来源：健康指标与评估研究所，2024

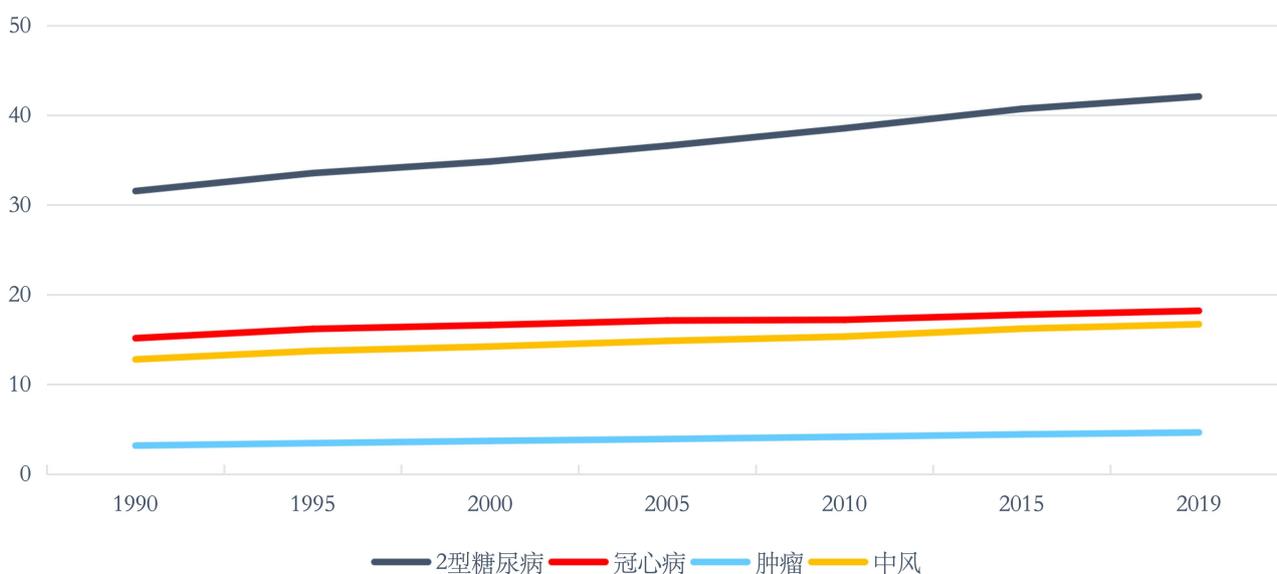
表 1.5 高 BMI 导致的成人伤残调整寿命年（单位：百万）

	2019 年 DALYs 总数	高 BMI 导致的 DALYs 和比例
所有原因	1,871	160 (9%)
非传染性疾病	1,454	160 (11%)
2 型糖尿病	66.1	34.4 (52%)
冠心病	181	41.4 (23%)
肿瘤	241	11.2 (5%)
中风	141	34.8 (25%)

数据来源：健康指标与评估研究所，2024

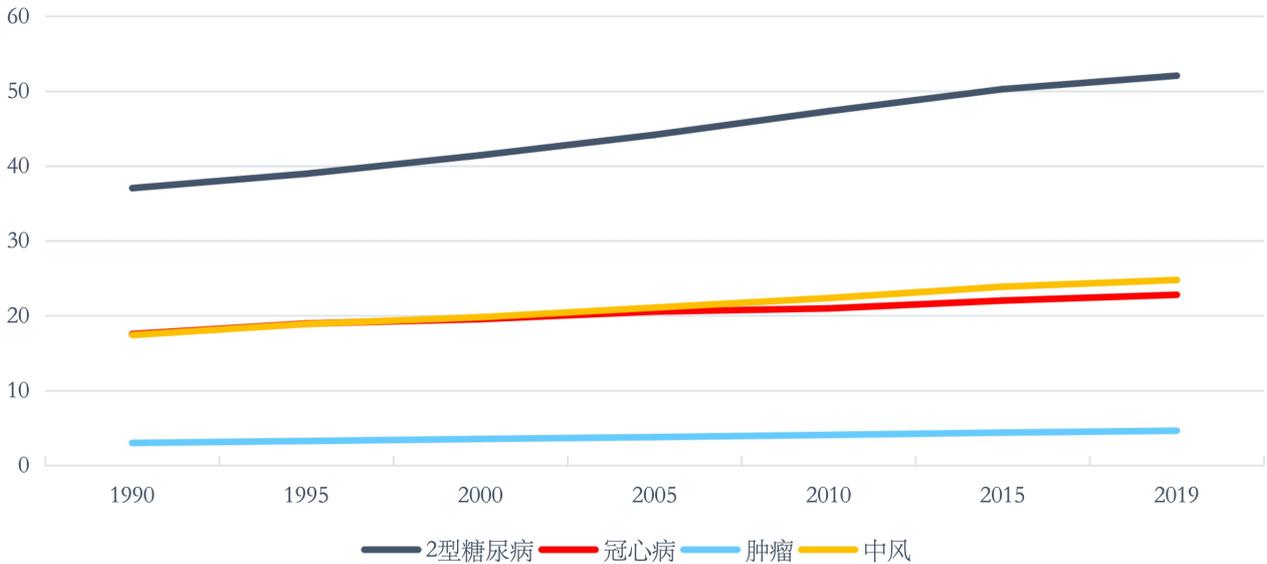
在过去二十年中，相较于其他已知的风险因素，高身体质量指数作为主要非传染性疾病致病风险因素的作用不断突显。部分原因在于其他风险因素（如室内空气质量不佳或烟草产品使用）的作用下降，但也是由于越来越多的证据表明，超重对诸多疾病产生影响，并危及年轻群体。如图 1.1 和 1.2 所示，此等趋势在本报告所涉的四种主要非传染性疾病中均有所反映。

图 1.1 高 BMI 导致的主要 NCDs 成人死亡比例（1990-2019）



数据来源：世界肥胖联盟基于健康指标与评估研究所数据的分析，2024

图 1.2 高 BMI 导致的主要 NCDs 成人 DALYs 比例 (1990-2019)



数据来源：世界肥胖联盟基于健康指标与评估研究所数据的分析，2024

青少年时期非传染性疾病的早期征兆

根据 2000-2016 年的数据趋势，若不采取干预措施，预计到 2035 年，青少年（5-19 岁）超重或肥胖人数将从 4.35 亿（占全球该年龄组人口的 22%）上升到 7.7 亿（39%），见表 1.6。

表 1.6 全球超重青少年(BMI>1sd-2sd)和肥胖青少年(BMI>2sd)估算数量（2020 年）和预测数量（2025-2035 年）（单位：百万）

	2020	2025	2030	2035
超重青少年	260	310	350	390
肥胖青少年	175	240	310	380
超重或肥胖青少年占全球青少年总数比例	22%	28%	33%	39%

数据来源：世界肥胖联盟，2023a

区域数据见第 2 部分和第 3 部分。

*根据世界卫生组织青少年生长参考表进行定义。

表 1.7 2020 年高 BMI 青少年比例最高的 20 个国家

	高 BMI 男孩比例		高 BMI 女孩比例
汤加	63%	汤加	72%
萨摩亚	57%	萨摩亚	66%
美国	51%	斐济	46%
科威特	50%	美国	46%
沙特阿拉伯	46%	科威特	44%
中国	46%	瓦努阿图	44%
希腊	46%	埃及	44%
卡塔尔	46%	新西兰	42%
阿曼	45%	萨尔瓦多	41%
塞浦路斯	45%	哥斯达黎加	41%
阿根廷	45%	墨西哥	41%
新西兰	45%	巴哈马	40%
黎巴嫩	44%	阿曼	40%
意大利	44%	沙特阿拉伯	39%
马耳他	43%	葡萄牙	39%
埃及	43%	多米尼加	39%
墨西哥	42%	卡塔尔	39%
葡萄牙	42%	约旦	38%

	高 BMI 男孩比例		高 BMI 女孩比例
巴哈马	42%	阿尔及利亚	38%
西班牙	42%	巴拿马	38%

数据来源：世界肥胖联盟，2023b

表 1.8 2000-2016 年高 BMI 青少年比例增速最快的 20 个国家

	2000-2016 年青少年肥胖复合年增长率 (%)
越南	10.0
南非	9.1
老挝	8.1
印度	7.9
马尔代夫	7.9
斯里兰卡	7.8
尼泊尔	7.7
不丹	7.7
莱索托	7.7
柬埔寨	7.6
纳米比亚	7.5
中国	7.5
斯威士兰	7.3
东帝汶	7.2

	2000-2016 年青少年肥胖复合年增长率 (%)
布基纳法索	7.2
阿富汗	7.2
孟加拉国	7.1
缅甸	6.9
印度尼西亚	6.6
泰国	6.5

数据来源：世界肥胖联盟基于非传染性疾病预防控制协作组织数据的分析，2024

非传染性疾病的早期征兆包括高血压（心血管疾病特别是中风的主要风险因素）和高血糖或葡萄糖耐量差（2型糖尿病的早期征兆）。此外，也考虑到血液中高密度脂蛋白胆固醇的水平，原因在于这种形式的循环胆固醇对心脏健康有保护作用，而高密度脂蛋白胆固醇水平低是冠心病的早期预警信号。

基于已知的不同 BMI 类别青少年中这三种非传染性疾病早期征兆的流行情况，可以估算出该人群中可能出现的病例数（方法见附件：数据来源）。假设所有青少年身体质量指数都低于世界卫生组织的超重参考值（BMI<1sd），该情况下可能发现的病例数也可以进行比较，见表 1.9。

表 1.9 2020 年出现非传染性疾病早期症状的青少年全球估计数量（单位：百万）

	低 HDL 胆固醇血症病例	高血压病例	高血糖病例
正常体重	122	47	100
超重(1sd - 2sd)	41	17	25
肥胖 (>2sd)	36	31	18
总病例数	199	95	143
所有青少年均未超重 (<1sd) 的病例	157	60	128
体重超标导致的病例	41	34	15

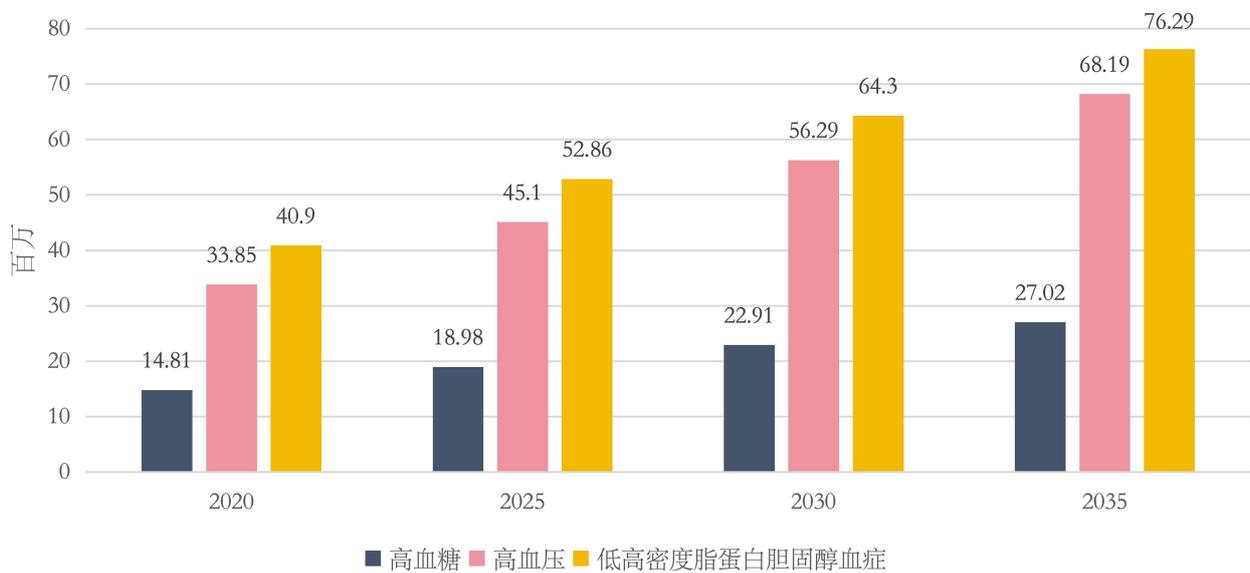
数据来源：世界肥胖联盟基于健康指标与评估研究所数据的分析，2024

根据 2035 年超重和肥胖青少年的预测人数，可以估算出因超重和肥胖导致出现非传染性疾病早期症状的青少年病例数。结果如图 1.3 所示。

估算结果表明，若不采取干预措施减少超重和肥胖，到 2035 年将有约 2700 万青少年患高血糖，6900 万青少年患高血压，7600 万青少年患低高密度脂蛋白胆固醇血症，均由高身体质量指数导致。这些青少年大多生活在中等收入国家，因此他们的病情很有可能不会被发现或治疗。

图 1.3 高 BMI 导致的 NCDs 患病风险青少年预测人数

注意：高身体质量指数青少年可能出现不止一种疾病的早期症状。



数据来源：世界肥胖联盟基于健康指标与评估研究所数据的分析，2024

肥胖与地球环境健康

《2024 年世界肥胖报告》的主题是将肥胖视作非传染性疾病的可预防病因。在本节中，我们将探讨肥胖的其他相关因素及其与地球环境健康的关系。

高体重与地球环境健康之间的关系是双向的，气候变化及其成因会导致肥胖水平上升，而在人口层面有证据表明，高身体质量指数人口增长带来的需求会增加温室气体（GHG）排放，与其他排放源相比相差无几（Swinburn 等，2019）。

经济增长和社会发展与高身体质量指数人口比例上涨密切相关。《2021 年世界肥胖报告》（世界肥胖联盟，2021）指出，各国人均国内生产总值水平与肥胖率之间存在相关性。在本报告中，我们再次分析来自世界银行（2000-2016 年）（World Bank, 2024a）和非传染性疾病预防控制写作组织（2000-2016 年）（NCD RisC, 2024）相同年份的可用数据，旨在研究过去

二十年中 GDP 增速和高身体质量指数（成人 BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ，青少年高于参考值 BMI $> 1\text{sd}$ ）患病率的增速。

表 1.10. 2000-2016 年人均 GDP 及 GDP 年增长率与成人和青少年高 BMI 患病率及患病率年度变化的相关性

	人均 GDP 2016 (n=182)	2000-2016 年人均 GDP 年化增长率(n=178)
2016 年成人高 BMI 患病率	r= 0.41 (p<0.001)	r= - 0.24 (p<0.005)
2000-2016 年成人高 BMI 患病率的年增长率	r= - 0.50 (p<0.001)	r= 0.26 (p<0.001)
2016 年青少年高 BMI 患病率	r= 0.35 (p<0.001)	r= - 0.30 (p<0.001)
2000-2016 年青少年高 BMI 患病率的年增长率	r= - 0.61 (p<0.001)	r= 0.34 (p<0.001)
2016 年人均 GDP		r= - 0.22 (p<0.005)

数据来源：世界肥胖联盟基于非传染性疾病风险因素控制协作组织数据的分析，2024；世界银行，2024a

研究结果证实，人均国内生产总值越高，成人和青少年的超重/肥胖患病率就越高。结果还显示，人均国内生产总值的年增长率与成人和青少年超重/肥胖患病率的年增长率之间呈正相关。然而，国内生产总值增长最快的国家通常是初始值较低的国家，这可从当前国内生产总值与成人和青少年肥胖增长率之间的负相关中得到佐证。相反，超重和肥胖增加最快的国家往往是发展起点较低的国家，因此我们发现，超重/肥胖青少年和成人增加最快的国家与国内生产总值的增长率之间存在正相关关系。

总之，成人和青少年的超重/肥胖患病率高与一个国家的经济表现（以国内生产总值衡量）呈正相关。与此同时，我们也认识到，经济水平提高所带来的财富往往并非人人共享，事实上可能加剧不公平现象。数据还显示，尽管那些财富增长最迅速的国家超重/肥胖患病率初始值较低，但增长速度却很快。

因此，在后农业社会和后工业社会中，创造经济财富对环境造成的破坏往往与超重/肥胖患病率相互关联（正相关）。从化石燃料使用、温室气体排放以及城镇人口比例等方面可见一斑。这些都会对超重/肥胖的发展产生影响，不论是机械化的工业加工、久坐的工作方式，还是机动车辆的运用和人力运输和体力娱乐的需求和机会减少。

同样，城市人口越多，食品供应中的加工食品就越多，塑料包装和塑料瓶瓶在食品包装中的使用也越多。

此外，加工食品供应增加和国家财富增长也反映在居民膳食结构中，国内生产总值高的国家倾向于动物蛋白含量更高和含糖加工食品的膳食。此外，超重/肥胖的人倾向于通过增加膳食能量摄入来维持新陈代谢、体温和运动，这种饮食摄入的增加在全国人口层面上得以显现。如表 1.11 及图 1.4 和 图 1.5 所示，这些环境问题与超重/肥胖患病率相关。

简单地说，数据表明，随着国家财富的增加（即国内生产总值上涨），超重/肥胖水平也在上升。类似的相关性也存在于超重/肥胖与温室气体排放、城市人口增加、塑料垃圾产生、缺乏运动以及动物蛋白、糖和甜味剂的摄入之间——主要是经济财富的创造带来的不良后果。这凸显了中低收入国家面临的挑战，其肥胖率确实在不断上升。

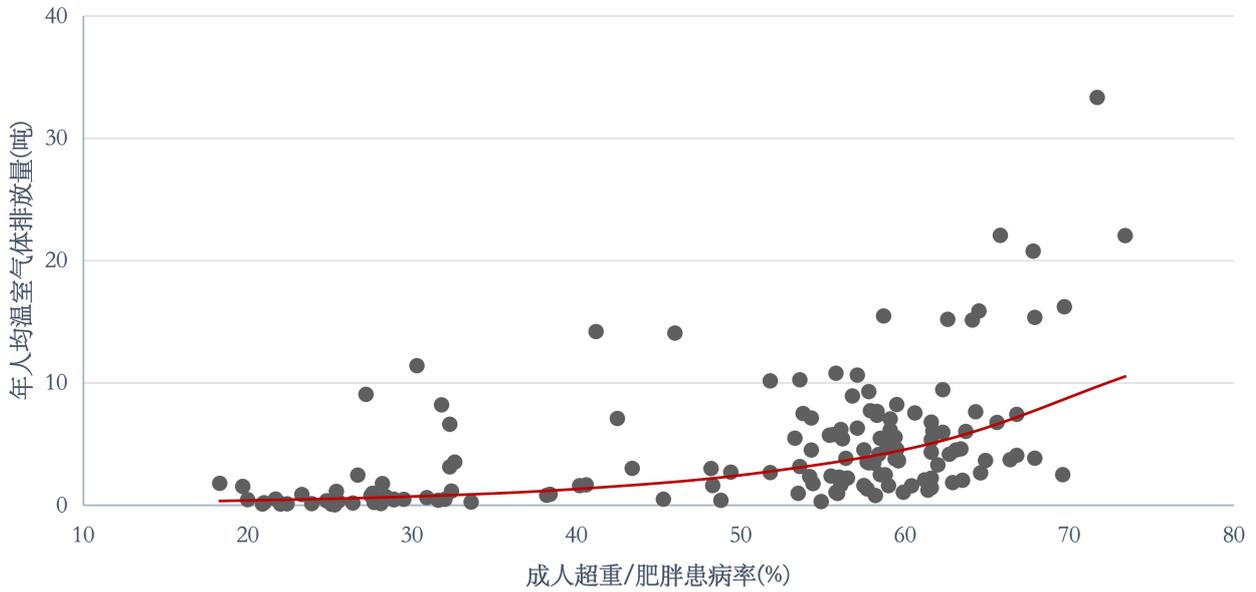
表 1.11 成人和青少年高 BMI 与环境指标的相关性

	温室气体 排放二氧化碳当量 吨/人/年 (2015)	城镇人 口百分 比 (2020)	塑料垃 圾 公斤/人 (近一 年)	缺乏运动 成人百分 比 (2016)	缺乏运动 青少年 (11-19 岁) 百分比 (2016)	动物蛋白 摄入量 (克 /人/天) (2021)	糖和甜味 剂摄入量 千克/人/年 (2021)
有数 据国 家	n=144	n=182	n=147	n=153	n=127	n=176	n=176
2016 年成 人高 BMI 患病 率	r= 0.48 (p<0.001)	r= 0.57 (p<0.001)	r= 0.45 (p<0.001)	r= 0.48 (p<0.001)	r= -0.19 (p<0.05)	r= 0.67 (p<0.001)	r= 0.49 (p<0.001)
2016 年青 少年 高 BMI 患病 率	r= 0.54 (p<0.001)	r= 0.47 (p<0.001)	r= 0.46 (p<0.001)	r= 0.49 (p<0.001)	r= -0.07 (ns)	r= 0.61 (p<0.001)	r= 0.44 (p<0.001)

ns 表示不显著。

数据来源：见报告附件

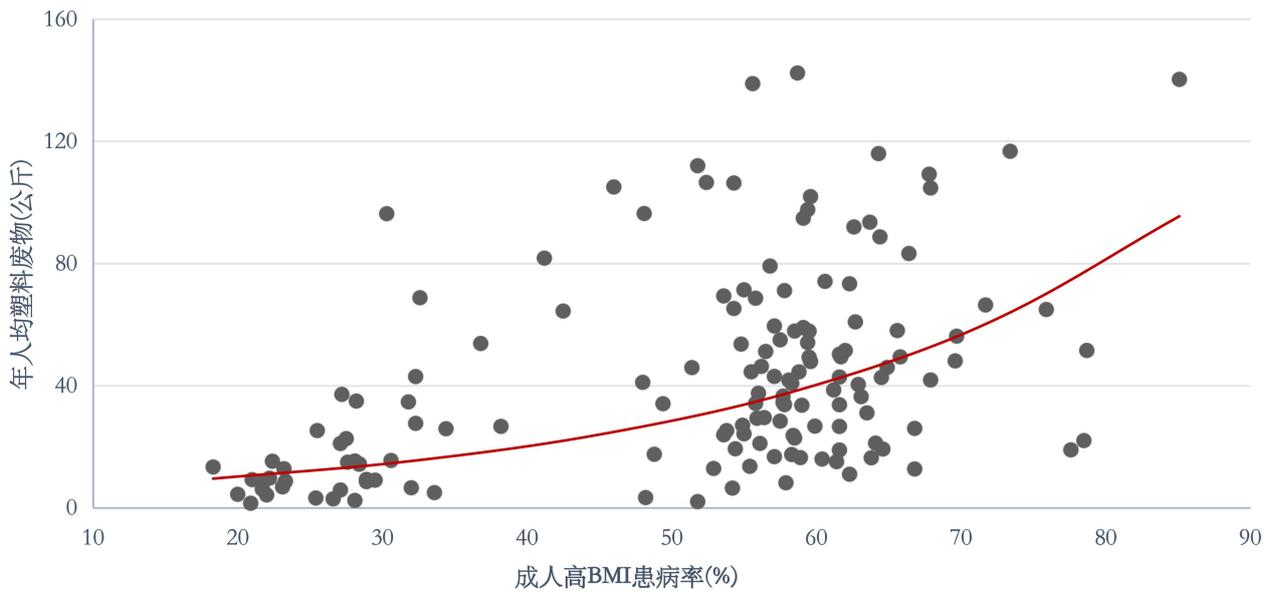
图 1.4 成人 BMI 与年人均温室气体排放量的相关性



数据来源：世界肥胖联盟基于非传染性疾病预防控制协作组织数据的分析，2024；国际能源署，2023

图 1.5 成人 BMI 与年人均塑料垃圾产生量的相关性

数据来源：世界肥胖联盟基于非传染性疾病预防控制协作组织数据的分析，2024；世界银行，2023b



在现代食品体系中，生产 1 千卡的食物能量需要消耗超过 3 千卡的化石燃料能源（Hall 等，2009）。如上所述，体重高意味着对食物能量的需求更大，因此需要消耗更多的食物（多 10%-30% 能量摄入）（Prentice 等，1996）。同时，食物在机动车运输过程中也要消耗更多燃料（Hammond 和 Levine，2010）。这一数字并非微乎其微，一项估算表明，高身体质量指数每年额外增加 700 兆吨温室气体（二氧化碳当量）排放，相当于全球温室气体排放量的 1.6%（Magkos 等，2020）。

需要注意的是，不应将这些环境影响的责任集中在个体消费者身上，尤其要避免污名化高身体质量指数人群。个体身体质量指数的增加是宏观系统效应的结果，特别是结构性刺激高水平食物和化石燃料消耗的系统以及职场和居家久坐不动的趋势。具体而言，食品和饮料公司可从成人和青少年不断上升的高身体质量指数水平中获益，原因在于这些人群需要消耗更多食物获取能量以维持新陈代谢。据估计，美国食品和饮料销售额中，青少年每年额外消费价值超过 200 亿美元（Lobstein 等，2015），成年人额外消费要多得多，在全球范围内更是如此。

2019 年《柳叶刀》肥胖委员会报告（Swinburn 等，2019）指出，食品体系正在造成前所未有的环境破坏，包括排放 29% 人为温室气体、加速砍伐森林、土壤退化和大规模生物多样性丧失。肉类生产是这些问题的核心。如前所述，动物蛋白消耗与国家层面的肥胖患病率密切相关。

在《2022 年世界肥胖报告》（世界肥胖联盟，2022）中我们注意到，全球知名食品和饮料公司为了在竞争激烈的市场中取得一席之地，可能会使用损害人类和地球环境健康的生产模式和扩张模式，例如强势营销和推广采用不可持续和破坏环境的方式生产的不健康食品。当前，大量关于食品体系全球影响的报告都已经认识到这一点。最近，一份关于食品体系转型必要性的报告（食品体系经济委员会，2024：7）指出：“近来，食品体系的演变助长并持续加剧人类面临的一些最突出、最严峻的挑战，特别是持续饥饿、营养不良、肥胖流行、生物多样性丧失、环境破坏和气候变化。这些人类苦难和地球危害的经济代价每年远超 10 万亿美元，超过了食品体系对全球 GDP 的贡献。简而言之，我们的食品体系造成的代价超过了其创造的价值”。

《柳叶刀》杂志最近的一篇社论指出，“肥胖不仅是个体环境及其行为的产物，也是整个社会的产物，深受全球食品市场和贸易协定影响。需要采取多方面措施来遏制致肥环境的影响，尤其要改变过量生产廉价食品和饮料的国际产业”（柳叶刀社论，2024）。除此之外，还要改变卫生系统对肥胖的忽视以及连贯一致数据的缺乏、污名化和分散的政策方法。

为了保护地球和人类的健康，我们迫切需要调整优先事项。我们应该以地球和人体可持续发展为原则，而不是让要求降低成本、延长保质期、大规模生产和提高销量的竞争性市场规则来决定生产内容。为了防止人们罹患和死于非传染性疾病，包括几种类型的癌症和糖尿病，我们需要在卫生系统中应对和管理超重和肥胖。为此，需要制定政策和激励措施，以更广泛地保护消费者、卫生系统乃至全社会。

注释 2：易受气候变化影响国家的肥胖问题

各国对气候变化的影响感受不一。值得注意的是，部分易受气候变化影响的国家，如小岛屿发展中国家（SIDS），也是肥胖高发国（如太平洋岛屿国家）。因此，这些国家在面对陆地持续退化以及超重和肥胖影响时非常脆弱，抵御经济、社会和气候危机的能力受到威胁。气候和肥胖的流行对发展中国家产生影响最为深远，两个问题需要从本质上一并看作发展问题，从而共同努力寻求解决之道，保障地球和人类福祉。

第二部分

高身体质量指数与成人非传染性
疾病患病风险：

数量和趋势——基于世界卫生组织
区域划分和世界银行收入组别
的分析

第二部分 | 高身体质量指数与成人非传染性疾病患病风险：数量和趋势——基于世界卫生组织区域划分和世界银行收入组别的分析

本部分根据世卫组织区域划分和世界银行收入水平考察高身体质量指数人群的分布情况以及因高身体质量指数导致的非传染性疾病致死人数和健康寿命年损失。

世界卫生组织区域划分

2020 年至 2035 年高身体质量指数趋势

本节根据世卫组织区域数据对 2020 年超重(不包括肥胖, 即 $BMI \geq 25-30 \text{ kg/m}^2$)和肥胖($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$)的成人数量进行估算, 并假设在没有显著干预措施改变目前趋势的情况下, 估算到 2035 年人数和流行水平的增幅。

表 2.1 2020-2035 年世卫组织区划成人超重和肥胖情况 (单位: 百万)

		2020	2025	2030	2035
非洲地区(AFRO)	超重成年人	118.28	143.51	172.80	204.43
非洲地区(AFRO)	肥胖成年人	68.39	94.72	131.78	182.00
非洲地区(AFRO)	超重和肥胖(高 BMI)患病率	35%	39%	43%	47%
东地中海地区(EMRO)	超重成年人	111.58	123.25	135.48	147.75
东地中海地区(EMRO)	肥胖成年人	105.60	133.68	168.98	211.99
东地中海地区(EMRO)	超重和肥胖(高 BMI)患病率	51%	54%	57%	61%
欧洲地区(EURO)	超重成年人	256.85	255.11	251.67	246.11
欧洲地区(EURO)	肥胖成年人	191.08	212.73	236.88	263.15
欧洲地区(EURO)	超重和肥胖(高 BMI)患病率	63%	66%	68%	71%
美洲地区(PAHO)	超重成年人	238.10	245.40	247.55	243.84

		2020	2025	2030	2035
美洲地区(PAHO)	肥胖成年人	246.32	292.55	342.87	394.55
美洲地区(PAHO)	超重和肥胖(高 BMI)患病率	67%	71%	74%	77%
东南亚地区(SEARO)	超重成年人	256.16	305.86	356.39	404.95
东南亚地区(SEARO)	肥胖成年人	78.79	110.28	151.18	202.62
东南亚地区(SEARO)	超重和肥胖(高 BMI)患病率	26%	30%	34%	39%
西太平洋地区(WPRO)	超重成年人	405.61	449.30	488.83	520.52
西太平洋地区(WPRO)	肥胖成年人	120.20	160.25	210.73	272.16
西太平洋地区(WPRO)	超重和肥胖(高 BMI)患病率	36%	41%	46%	51%

数据来源：世界肥胖联盟，2023b

高身体质量指数导致的死亡

健康指标与评估研究所（2024）提供了 2019 年世卫组织各区域死亡人数以及因高身体质量指数导致的死亡人数比例，见表 2.2。

表 2.2 世卫组织区划成人死亡人数和高 BMI 导致的成人死亡人数及比例

（单位：百万）

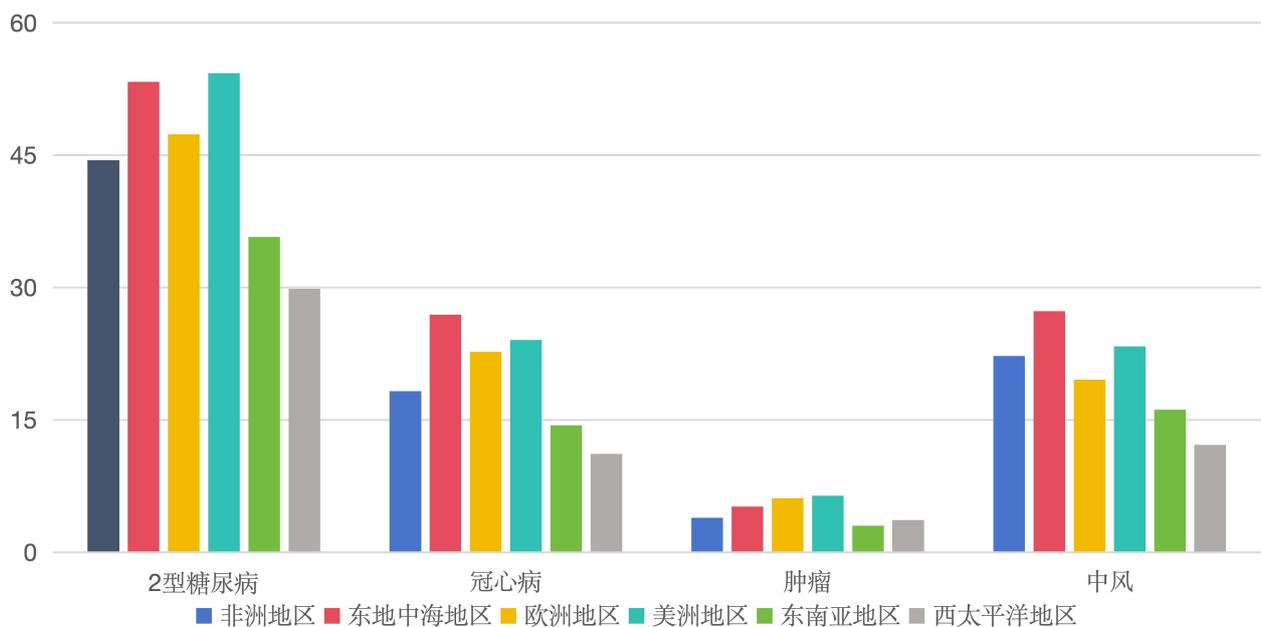
		2019 年死亡总人数	高 BMI 导致的死亡人数和比例
全球	所有原因	50.3	5.0 (10%)
全球	非传染性疾病	41.0	5.0 (12%)
非洲地区	所有原因	4.7	0.4 (8%)
非洲地区	非传染性疾病	2.5	0.4 (15%)
东地中海地区	所有原因	3.2	0.5 (16%)

		2019 年死亡总人数	高 BMI 导致的死亡人数和比例
东地中海地区	非传染性疾病	2.5	0.5 (21%)
欧洲地区	所有原因	9.3	1.2 (13%)
欧洲地区	非传染性疾病	8.4	1.2 (15%)
美洲地区	所有原因	6.9	0.9 (14%)
美洲地区	非传染性疾病	5.9	0.9 (16%)
东南亚地区	所有原因	12.0	0.9 (8%)
东南亚地区	非传染性疾病	9.0	0.9 (10%)
西太平洋地区	所有原因	14.1	1.0 (7%)
西太平洋地区	非传染性疾病	12.5	1.0 (8%)

数据来源：健康指标与评估研究所，2024

四种主要非传染性疾病的区域分布情况见图 2.1。

图 2.1 高 BMI 导致的主要 NCDs 死亡比例



数据来源：健康指标与评估研究所，2024

高身体质量指数导致的伤残调整寿命年数 (DALYs)

健康指标与评估研究所 (2024) 提供了 2019 年世卫组织各区域的伤残调整寿命年估算数量以及高身体质量指数导致的伤残调整寿命年所占比例, 见表 2.3。

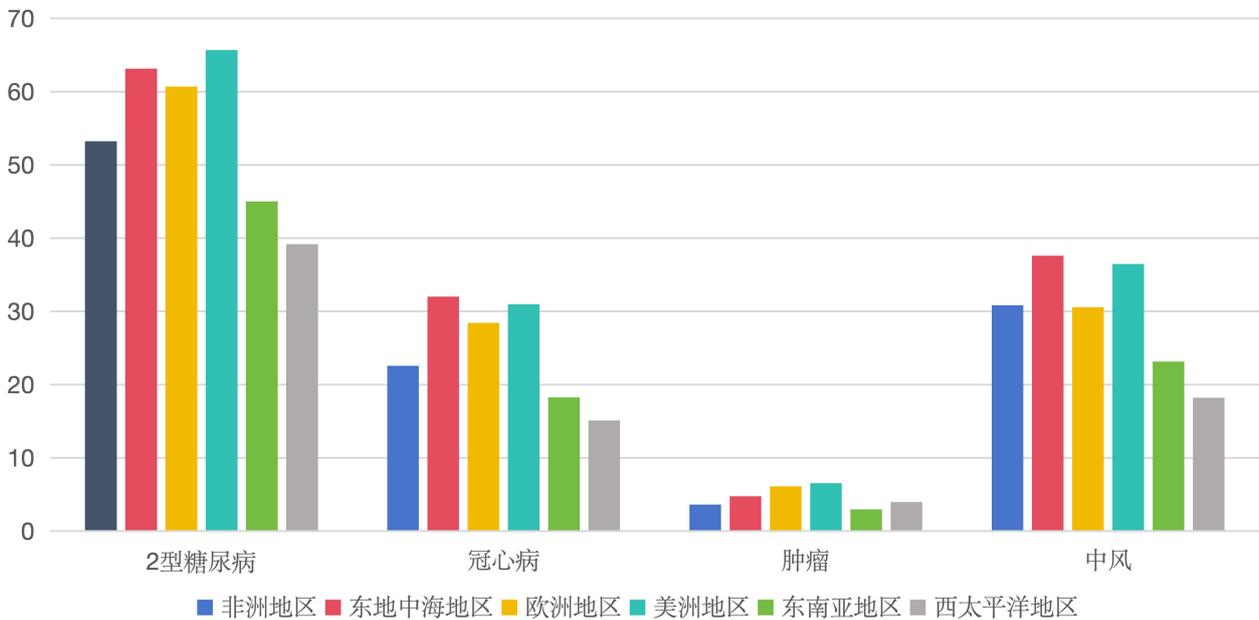
表 2.3 世卫组织区划高 BMI 导致的成人伤残调整寿命年(DALYs) (单位: 百万)

		2019 年 DALYs 总数	高 BMI 导致的 DALYs 和比例
全球	所有原因	1,871	160 (9%)
全球	非传染性疾病	1,454	160 (11%)
非洲地区	所有原因	213	12 (5%)
非洲地区	非传染性疾病	113	12 (11%)
东地中海地区	所有原因	143	18 (13%)
东地中海地区	非传染性疾病	109	18 (16%)
欧洲地区	所有原因	282	32 (12%)
欧洲地区	非传染性疾病	243	32 (13%)
美洲地区	所有原因	262	30 (12%)
美洲地区	非传染性疾病	215	30 (14%)
东南亚地区	所有原因	490	34 (7%)
东南亚地区	非传染性疾病	360	34 (9%)
西太平洋地区	所有原因	477	33 (7%)
西太平洋地区	非传染性疾病	410	33 (8%)

数据来源: 健康指标与评估研究所, 2024

四种主要非传染性疾病在世卫组织各区域的伤残调整寿命年分布情况见图 2.2。

图 2.2 世界卫生组织区划高 BMI 导致的主要 NCDs 的伤残调整寿命年(DALYs)



数据来源：健康指标与评估研究所，2024

世界银行收入组别

2020-2035 年超重和肥胖趋势

本节根据世界银行收入组别对 2020 年超重(不包括肥胖，即 BMI \geq 25-30 kg/m²)和肥胖 (BMI \geq 30 kg/m²)的成人数量进行估算，并假设在没有显著干预措施改变目前趋势的情况下，估算到 2035 年人数和流行水平的增幅。

表 2.4 2020-2035 年世界银行收入组别成人超重和肥胖情况（单位：百万）

		2020	2025	2030	2035
低收入	超重成年人	45.33	57.76	72.56	89.34
低收入	肥胖成年人	27.56	41.23	60.33	85.69
低收入	超重和肥胖患病率	25%	29%	33%	37%
中低收入	超重成年人	409.58	479.29	553.95	628.55

		2020	2025	2030	2035
中低收入	肥胖成年人	193.29	254.82	336.35	440.47
中低收入	超重和肥胖患病率	32%	36%	40%	45%
中上收入	超重成年人	617.28	669.30	713.32	745.12
中上收入	肥胖成年人	315.01	392.20	485.15	594.51
中上收入	超重和肥胖患病率	46%	51%	56%	61%
高收入	超重成年人	314.39	316.07	312.89	304.59
高收入	肥胖成年人	271.90	312.85	356.67	401.27
高收入	超重和肥胖患病率	61%	64%	67%	70%

数据来源：世界肥胖联盟，2023b

高身体质量指数导致的死亡

健康指标与评估研究所（2024）估算了 2019 年世界银行收入组别的死亡人数以及高身体质量指数导致的死亡比例，见表 2.5。

表 2.5 世界银行收入组别高 BMI 导致的成人死亡人数（单位：百万）

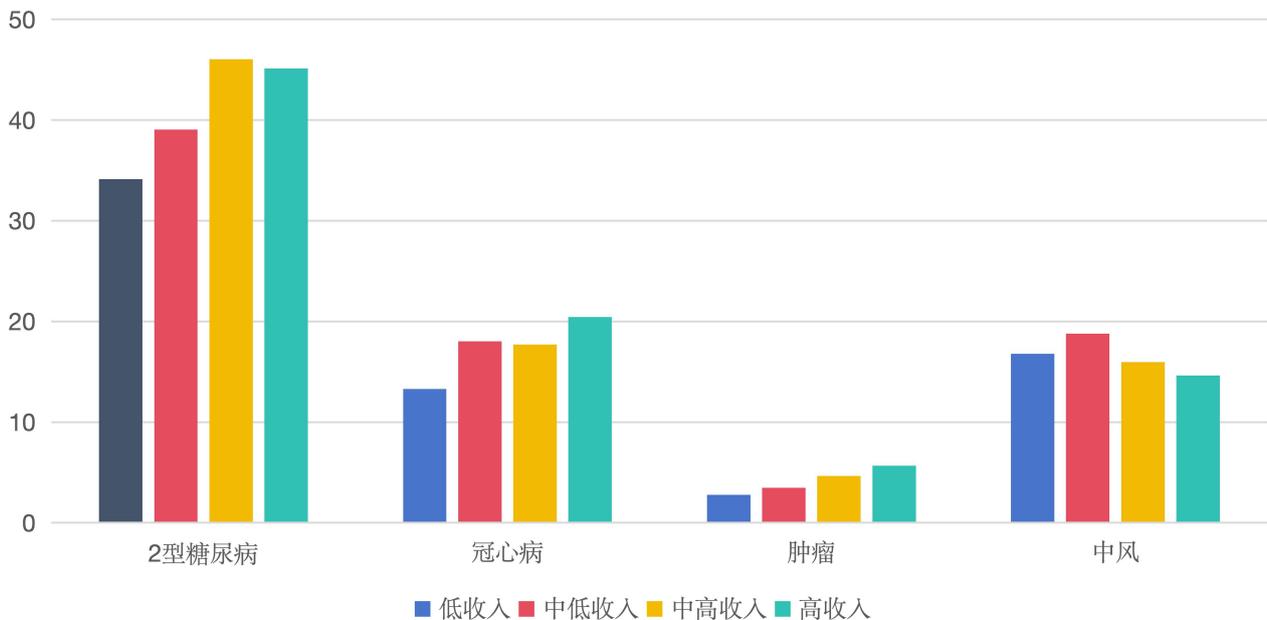
		2019 年死亡总人数	高 BMI 导致的死亡人数和比例
全球	所有原因	50.3	5.0 (10%)
全球	非传染性疾病	41.0	5.0 (12%)
低收入	所有原因	3.0	0.2 (6%)
低收入	非传染性疾病	1.8	0.2 (11%)
中低收入	所有原因	17.6	1.7 (9%)
中低收入	非传染性疾病	13.2	1.7 (13%)

		2019 年死亡总人数	高 BMI 导致的死亡人数和比例
中高收入	所有原因	18.9	2.0 (11%)
中高收入	非传染性疾病	16.5	2.0 (12%)
高收入	所有原因	10.7	1.1 (11%)
高收入	非传染性疾病	9.6	1.1 (12%)

数据来源：健康指标与评估研究所，2024

四种主要非传染性疾病在各收入组别中的分布情况见图 2.3。

图 2.3 世界银行收入组别高 BMI 导致的主要 NCDs 成人死亡比例



数据来源：健康指标与评估研究所，2024

高身体质量指数导致的伤残调整寿命年(DALYs)

健康指标与评估研究所（2024）估算了 2019 年世界银行收入组别的伤残调整寿命年 (DALYs) 以及高身体质量指数导致的伤残调整寿命年比例，见表 2.6

表 2.6 世界银行收入组别高 BMI 导致的成人伤残调整寿命年(DALYs)

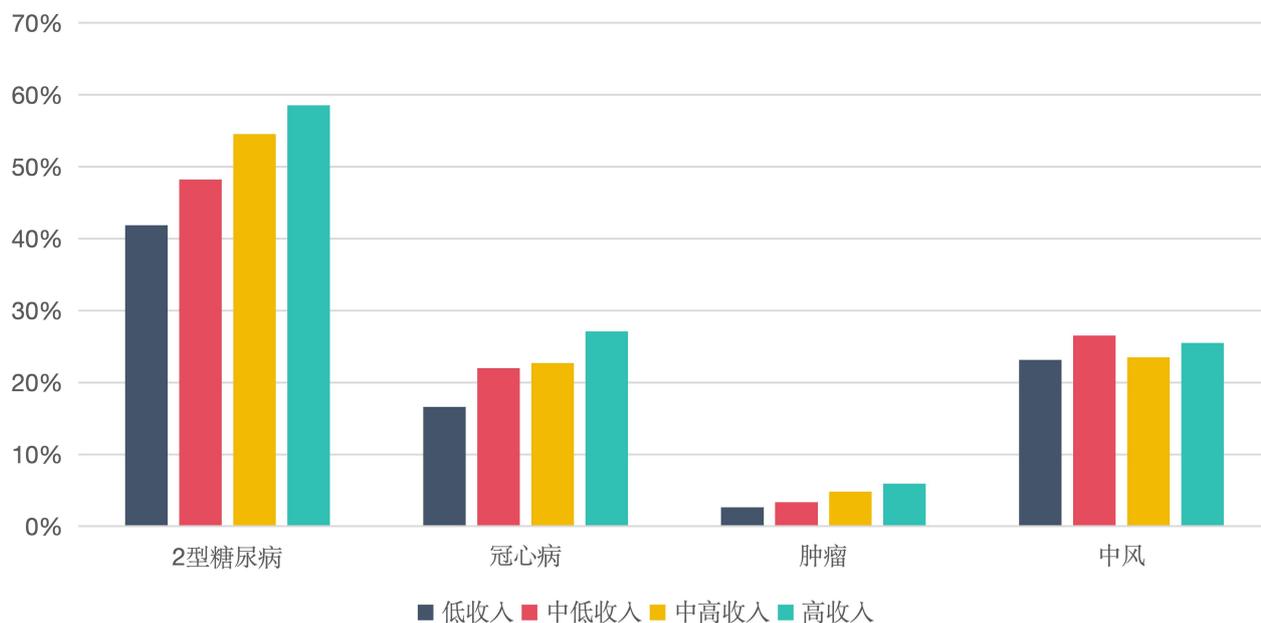
(单位：百万)

		2019 年 DALYs 总数	高 BMI 导致的 DALYs 和比例
全球	所有原因	1,871	160 (9%)
全球	非传染性疾病	1,454	160 (11%)
低收入	所有原因	135	6.5 (5%)
低收入	非传染性疾病	77	6.5 (8%)
中低收入	所有原因	727	57.6 (8%)
中低收入	非传染性疾病	527	57.6 (11%)
中高收入	所有原因	673	63.2 (9%)
中高收入	非传染性疾病	558	63.2 (11%)
高收入	所有原因	336	32.4 (10%)
高收入	非传染性疾病	293	32.4 (11%)

数据来源：健康指标与评估研究所，2024

四种主要非传染性疾病在各收入组别的伤残调整寿命年分布见图 2.4。

图 2.4 世界银行收入组别高 BMI 导致的主要 NCDs 的成人 DALYs 比例



数据来源：健康指标与评估研究所，2024

第三部分

高身体质量指数与青少年非传染性
性疾病：

数量和趋势——基于世界卫生组织
划分区域和世界银行收入组别
的分析

第三部分 | 高身体质量指数与青少年非传染性疾病：数量和趋势——基于世界卫生组织划分区域和世界银行收入组别的分析

本部分根据世卫组织区域划分和世界银行收入水平考察青少年（20 岁以下）高身体质量指数的分布情况以及因高身体质量指数导致的非传染性疾病早期症状。

世界卫生组织区域划分

2020-2035 年超重和肥胖趋势

本节根据世卫组织区域划分对 2020 年高身体质量指数青少年人数进行估算，并假设在没有显著干预措施改变目前趋势的情况下，估算到 2035 年人数和流行水平的增幅。超重的标准高于世卫组织青少年中位数参考值（ $BMI > 1sd - 2sd$ ），肥胖的标准也高于参考值（ $BMI > 2sd$ ）。

表 3.1 2020-2035 年世卫组织区划青少年超重和肥胖情况（单位：百万）

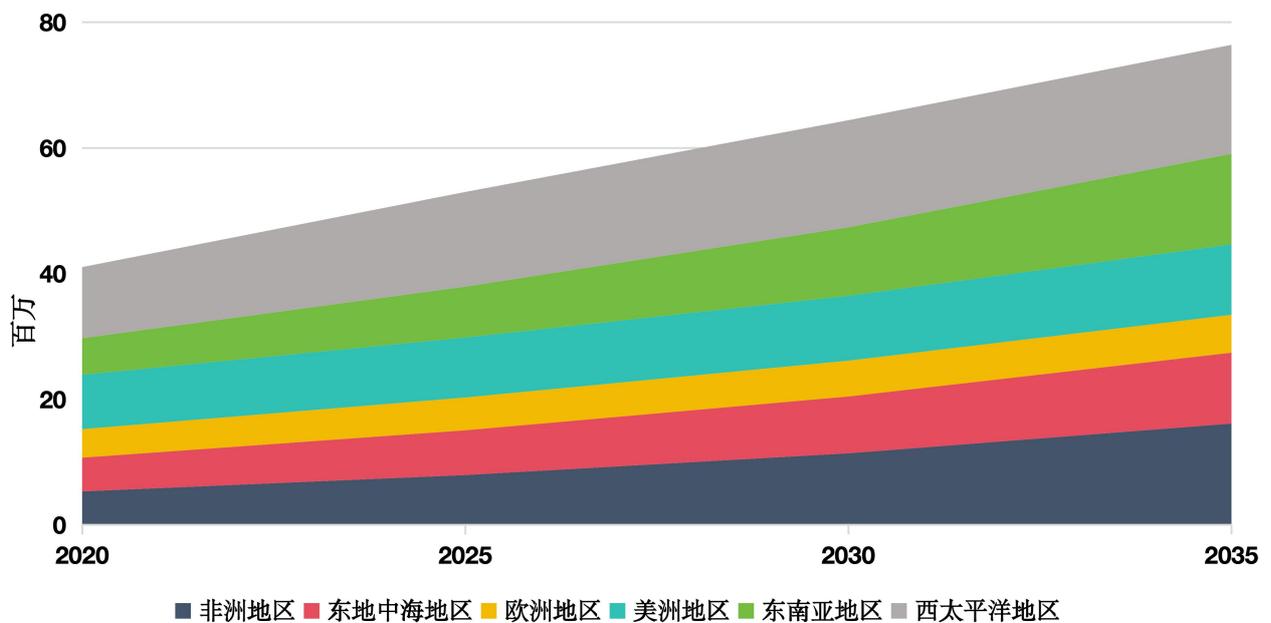
		2020	2025	2030	2035
非洲地区	超重青少年	44.74	62.63	84.78	114.02
非洲地区	肥胖青少年	15.55	25.86	40.37	60.96
非洲地区	超重和肥胖(高 BMI)患病率	15%	19%	24%	31%
东地中海地区	超重青少年	28.44	34.56	40.05	45.2
东地中海地区	肥胖青少年	26.33	36.82	49.17	64.33
东地中海地区	超重和肥胖(高 BMI)患病率	23%	28%	33%	39%
欧洲地区	超重青少年	88.73	103.68	115.57	125.52
欧洲地区	肥胖青少年	69.99	94.85	122.97	156.24
欧洲地区	超重和肥胖(高 BMI)患病率	25%	29%	34%	40%
美洲地区	超重青少年	45.98	47.24	47.42	47.41

		2020	2025	2030	2035
美洲地区	肥胖青少年	42.25	48.85	55.15	62.32
美洲地区	超重和肥胖(高 BMI)患病率	39%	43%	48%	53%
东南亚地区	超重青少年	41.22	53.07	66.23	81.08
东南亚地区	肥胖青少年	22.02	33.21	48.1	67.71
东南亚地区	超重和肥胖(高 BMI)患病率	12%	17%	23%	31%
西太平洋地区	超重青少年	66.73	78.45	77.93	69.63
西太平洋地区	肥胖青少年	51.24	74.69	91.14	98.74
西太平洋地区	超重和肥胖(高 BMI)患病率	33%	42%	52%	60%

数据来源：世界肥胖联盟，2023b

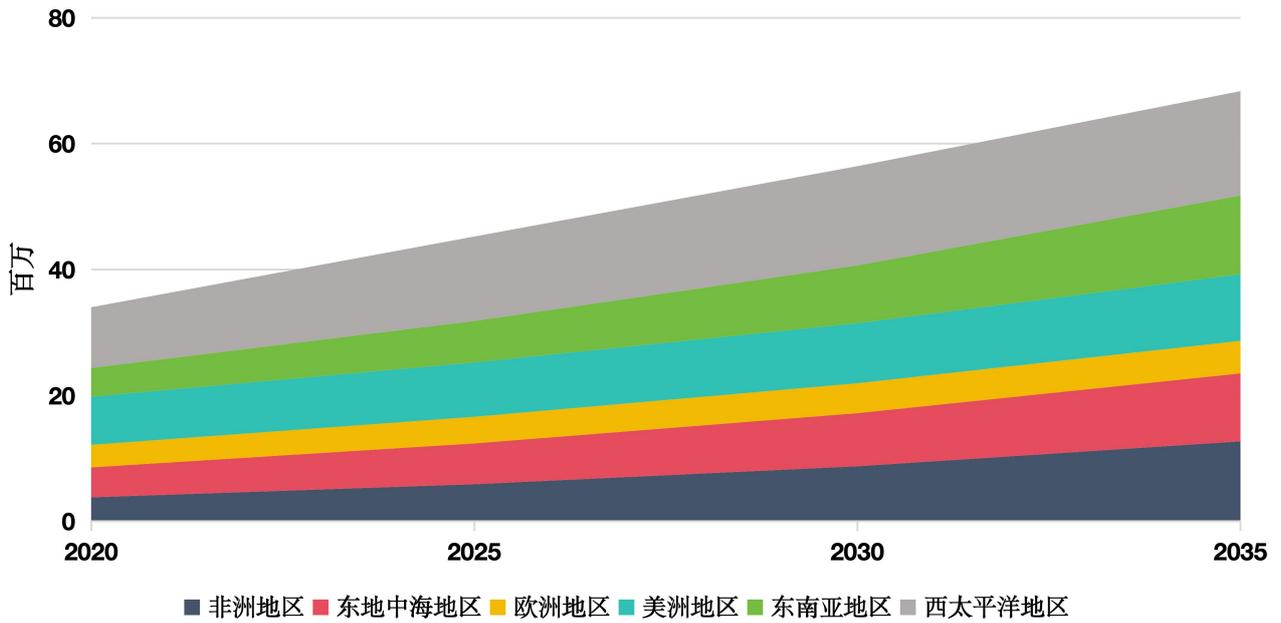
根据不同体重状况的青少年患非传染性疾病风险的三个主要征兆流行率数据（见附件），可以预估因高身体质量指数导致出现征兆青少年人数。预测数量如下三图所示。

图 3.1 2020-2035 年世卫组织区划高 BMI 导致的低 HDL 胆固醇血症青少年人数



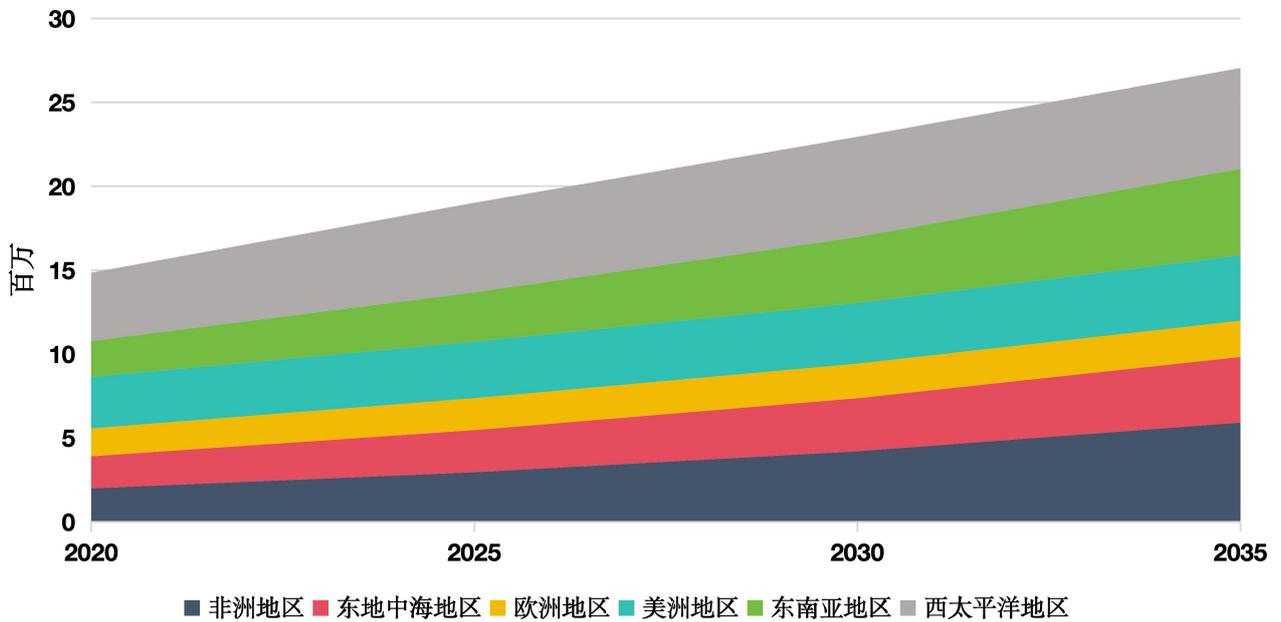
数据来源：世界肥胖联盟，2023b

图 3.2 2020-2035 年世卫组织区划高 BMI 导致的高血压青少年人数



数据来源：世界肥胖联盟，2023b

图 3.3 2020-2035 年世卫组织区划高 BMI 导致的高血糖青少年人数



数据来源：世界肥胖联盟，2023b

世界银行收入组别

2020-2035 年超重和肥胖趋势

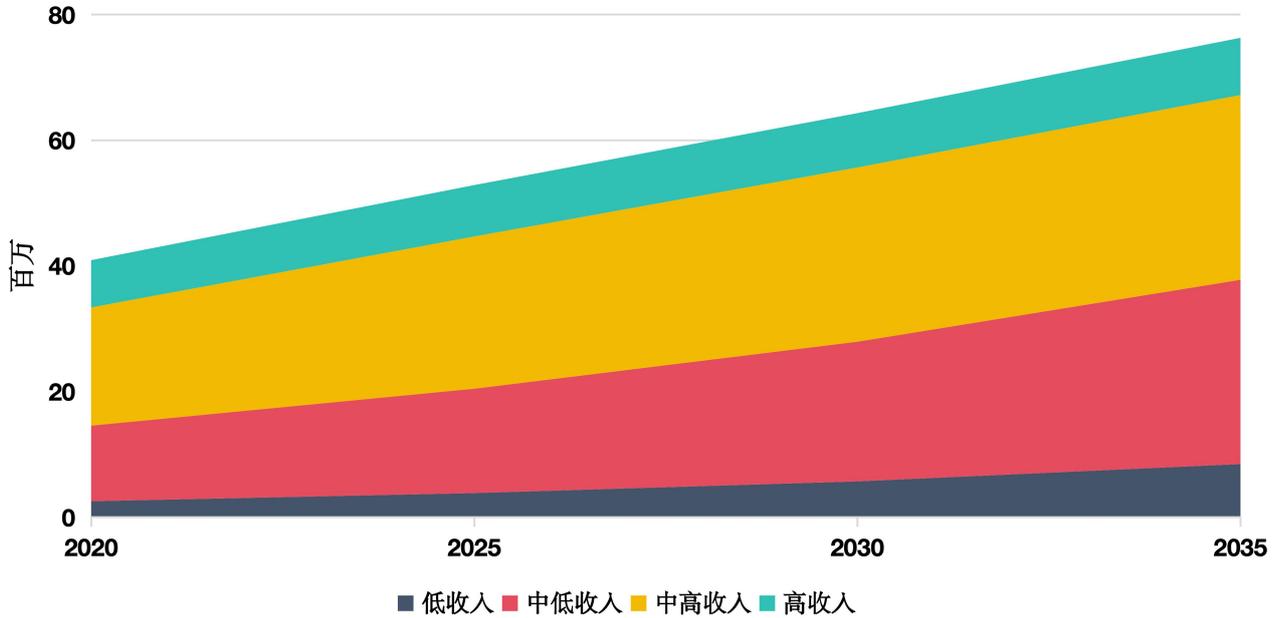
本节根据世界银行收入组别对 2020 年高身体质量指数青少年人数进行估算，并假设在没有显著干预措施改变目前趋势的情况下，估算到 2035 年人数和流行水平的增幅。超重的标准高于世卫组织青少年中位数参考值（BMI>1sd-2sd），肥胖的标准也高于参考值（BMI>2sd）。

表 3.2 2020-2035 年世界银行收入组别青少年超重和肥胖情况（单位：百万）

		2020	2025	2030	2035
低收入	超重青少年	8,161.20	13,200.10	20,872.80	33,035.50
低收入	肥胖青少年	20,195.30	29,199.90	41,309.40	58,119.50
低收入	超重和肥胖(高 BMI)患病率	12%	16%	20%	27%
中低收入	超重青少年	44,265.30	65,708.50	93,786.60	131,109.20
中低收入	肥胖青少年	87,229.00	113,111.20	141,953.00	175,510.60
中低收入	超重和肥胖(高 BMI)患病率	14%	19%	25%	32%
中高收入	超重青少年	86,290.10	120,859.50	149,021.80	168,258.30
中高收入	肥胖青少年	109,140.90	124,848.90	125,834.70	116,848.50
中高收入	超重和肥胖(高 BMI)患病率	34%	43%	51%	59%
高收入	超重青少年	35,240.60	40,079.50	44,129.10	48,440.90
高收入	肥胖青少年	42,396.90	43,346.00	42,779.90	41,986.70
高收入	超重和肥胖(高 BMI)患病率	37%	41%	44%	48%

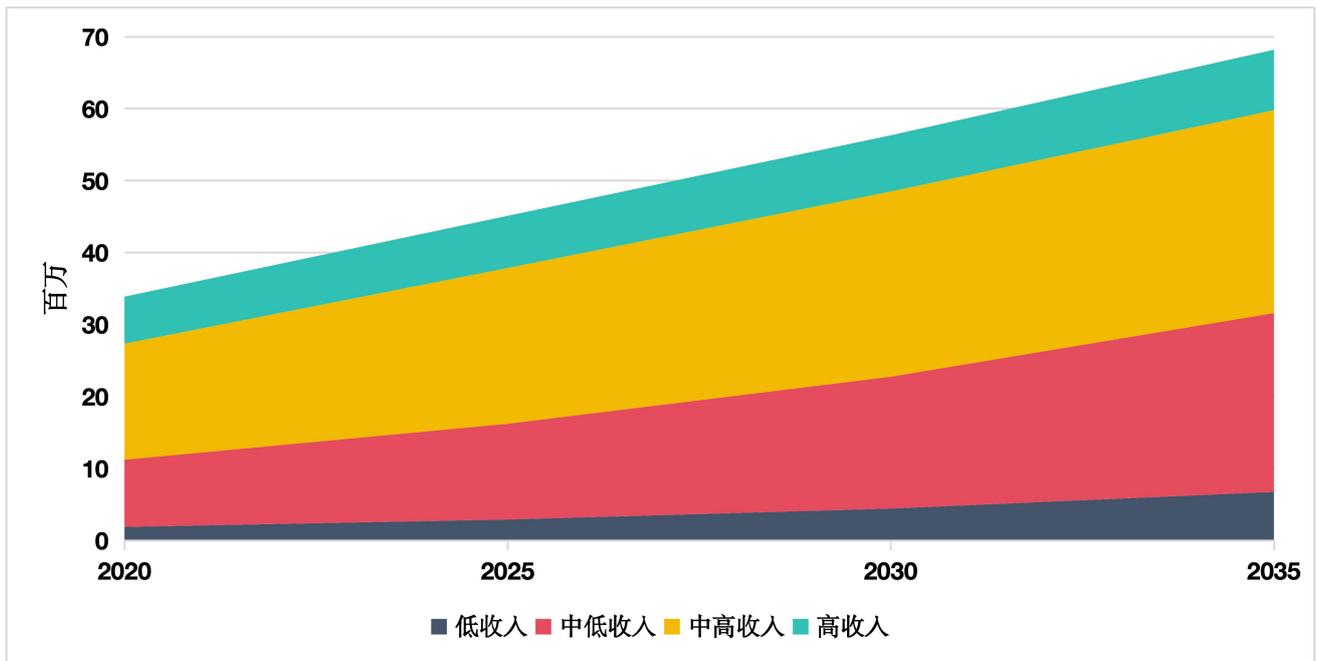
数据来源：世界肥胖联盟，2023b

图 3.4 2020-2035 年世界银行收入组别高 BMI 导致的低 HDL 胆固醇血症青少年人数



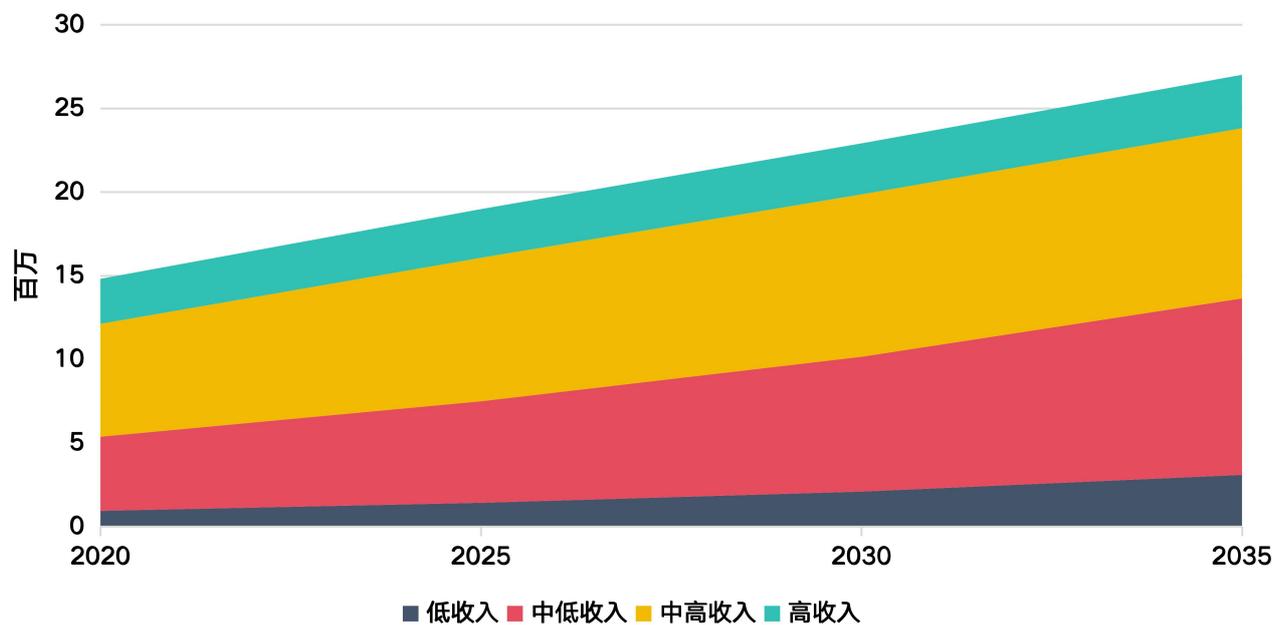
数据来源：世界肥胖联盟，2023b

图 3.5 2020-2035 年世界银行收入组别高 BMI 导致的高血压青少年人数



数据来源：世界肥胖联盟，2023b

图 3.6 2020-2035 年世界银行收入组别高 BMI 导致的高血糖青少年人数



数据来源：世界肥胖联盟，2023b

律

第四部分

加速推进肥胖应对行动：促进多
部门协同合作

第四部分 | 加速推进肥胖应对行动：促进多部门协同合作

如今，全球范围内无一国家能够如期实现世界卫生组织于 2013 年制定并获各国政府批准的目标，即到 2030 年遏制肥胖率上升。实际上，据《2022 年世界肥胖报告》（世界肥胖联盟，2022）预测，2030 年全球肥胖率不仅难以实现零增长，反而可能翻倍。

至 2035 年，全球超过一半的人口将面临超重，其中绝大多数居住在中等收入国家。这些国家对肥胖问题的认知相对匮乏，且应对肥胖问题的能力不足。截至 2020 年，全球超过 65% 的肥胖成年人居住在中低收入国家，预测这一比例到 2030 年将上升至 70%。

肥胖不仅是一种疾病，还是多种威胁青少年健康的非传染性疾病的诱因。截至 2020 年，80% 的肥胖青少年居住在中低收入国家。

《2023 年世界肥胖报告》（世界肥胖联盟，2023a）指出，全球肥胖人口持续上升，这对经济领域产生了显著影响。

肥胖问题在经济发展水平不同的地区之间存在显著差异，需要立即采取针对性行动，以降低肥胖的患病率。

中、低收入国家面临营养不良的双重挑战：营养过剩与营养不足在个体、家庭或人口中同时存在。在最贫困的中低收入国家，尤其是南亚、东亚以及撒哈拉以南非洲地区，这一挑战尤为严峻，主要原因是超重和肥胖问题加剧（Popkin 等，2019）。包括小岛屿发展中国家（SIDS）在内的许多国家还在承受第三重压力，气候变化的直接或间接影响使得这一负担愈发沉重。

超重和肥胖问题不仅加剧贫困地区在卫生领域的脆弱，还会减弱其应对经济、社会 and 气候危机的能力。承受肥胖率增长所产生经济负担最多的恰恰是难以承受此后果的弱势群体：自费治疗肥胖相关疾病、失去工作收入以及为照顾家庭成员牺牲工作和学习时间。据估计，2020 年超重和肥胖对全球经济的影响将高达 GDP 的 2.4%，预计到 2035 年将增至 4.32 万亿美元。

"多重危机交织。气候危机与新冠肺炎疫情大流行叠加，再加上贫困、失业、不平等及少数族裔边缘化问题，共同加剧着肥胖、非传染性疾病以及精神健康恶化。"

——世界卫生组织总干事 谭德塞博士

新冠肺炎疫情期间，潜在超重和肥胖问题、不健康饮食以及缺乏运动等因素使更多人遭受病毒侵袭，进而导致患病和死亡。各方也因此认识到，肥胖问题无法通过单一途径解决。2023年联合国大会举行全民健康覆盖高级别会议认识到，将防治肥胖纳入全民健康覆盖（UHC）范畴并提供资金支持具有重大意义。肥胖问题不仅是全球健康治理的组成部分，肥胖问题深远影响，是全球健康的核心议题。

然而，针对肥胖问题的现有融资规模远未能反映出其已对全球健康和经济产生的深远影响。我们迫切需要持续有效的资金支持、切实可行的公共卫生政策以及训练有素的从事肥胖研究和控制的专业人才。同时，我们需要跨部门、跨领域间协调有力的合作，公共部门和私营部门、食品部门和卫生部门、高收入国家、中收入国家和低收入国家都参与其中。目前，由于缺乏政治支持、资金投入和协同努力，针对全球肥胖问题的政策制定频频受阻。解决各自为政问题的最佳途径是多部门协同，将短期行动与长期计划相结合，广泛召集和凝聚各方围绕共同目标和共同责任配置可用资源。

令人欣慰的是，2022年通过的肥胖防治建议与世界卫生组织加速计划（WHO Acceleration Plan）（Branca 等，2023）为肥胖问题提供了制度框架与行动指南，提出了国家层面的战略规划、经过检验的政策建议、高效的治疗措施、专业培训及全球协作。当前的核心任务是落实承诺和筹措资金，将规划付诸实践，下一步则要打破壁垒，寻求跨部门解决方案和资金支持。世界肥胖联盟组织的2023年全球肥胖论坛在联合国大会期间于纽约召开，讨论方案《经济迫切性：为解决肥胖问题筹集资金》重点介绍了一些可能的行动方案：

- 论证作为公共卫生紧急事件的肥胖预防和治疗，激发政府和各界人士的理性思考、情感共鸣和资金支持。
- 宣传作为非传染性疾病和其他议题相关的肥胖问题，推动形成全局性、以人为本的合作和伙伴关系。
- 打造能够佐证肥胖应对行动经济影响和益处的证据池。
- 倡导实施快速、可持续及永久性行动，创造有益于健康支持和体重保持的生活、学习、工作和娱乐环境。

肥胖问题是许多议程的核心，但往往不受重视。在新的领域寻求积极解决肥胖问题的途径所带来的益处远远超过应对肥胖问题本身。随着肥胖人群日益成为助力全球健康广泛积极变革的一份子，肥胖问题早已冲破单一疾病边界，跻身这场变革的风暴中心，不容忽视。

第五部分

国家评分卡

国家评分卡详情，请参见原版英文报告：

世界肥胖联盟. 2024 年世界肥胖报告[EB/OL]. 伦敦：世界肥胖联盟，2024.

<https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>

附录

附录 1：数据来源

高身体质量指数患病率

作为成人和青少年肥胖后果成本计算的一部分（Okunogbe 等，2022），研究机构 RTI 国际（RTI International）提供了成人和青少年超重和肥胖患病率预测，其中的 BMI 预测则基于非传染性疾病风险控制合作组织（NCD-RisC）对超重和肥胖流行程度的估计（NCD-RisC，2024）。为了估算实际人数，我们使用了患病率数据以及联合国发布的国家人口预测估计值（联合国人口司，2018）。对于乌克兰等战区的超重和肥胖患病率预测可靠性较低，巴勒斯坦（约旦河西岸和加沙地带）的预测由于可能具有误导性而被排除在外。

高身体质量指数导致的非传染性疾病

因高 BMI 受非传染性疾病影响的人数和百分比的估计值摘自健康指标与评估研究所（Institute for Health Metrics and Evaluation）所做 2019 全球疾病负担研究数据库（IHME，2024）。该机构或将在本报告出版后不久对此数据进行更新至 2021 年。2021 年的数据可能会体现 Covid-19 疫情的影响。

青少年非传染性疾病早期症状估算

疑似出现非传染性疾病早期征兆青少年人数的估计和预测基于针对广泛人群患病率的系统性综述（Lobstein 和 Jackson-Leach，2006；Sharma 等，2019）以及对中低收入国家相关数据的最新估算（非洲：Noubiap 等，2017；中国：Wang 等，2019；印度：Meena 等，2021）。

本报告分析所使用的患病率估算值如下所示。

根据 BMI 情况计算的青少年非传染性疾病早期症状发现率（单位：%）

	不伴超重	伴超重但不伴肥胖	伴肥胖
高血压	3.1	6.5	17.5
高血糖（空腹血糖）	6.6	9.7	10.5
低高密度脂蛋白胆固醇血症	8.1	15.7	20.3

国内生产总值

国内生产总值（Gross Domestic Product）是衡量经济生产的指标。本报告采用以 2017 年国际美元常数计算的人均国内生产总值和购买力平价。数据表格（API_NY.GDP.PCAP.PP.KD_DS2_en_csv_v2_6542521）可从世界银行（2024a）官网下载。

肥胖与环境相关数据

	来源
2015 年温室气体排放量（二氧化碳当量）（吨/人/年）	国际能源署（International Energy Authority），2023 年
2000-2015 年温室气体排放量年增长率（%）	国际能源署（International Energy Authority），2023
2020 年城镇人口比例（%）	联合国人口司（United Nations Population Division），2018
1995-2020 年城市化年增长率（%）	联合国人口司（United Nations Population Division），2018
塑料垃圾产生量（人均公斤）	世界银行（World Bank），2024b
2016 年缺乏锻炼的成年人比例（%）	世界卫生组织（World Health Organization），2024(a)
2016 年缺乏锻炼的青少年（11-19 岁）比例（%）	世界卫生组织（World Health Organization），2024(b)
2021 年动物蛋白消费量（人均每天 克）	联合国粮食及农业组织（Food and Agriculture Organization of the United Nations），2024
2021 年食糖消费量（人均年公斤）	联合国粮食及农业组织（Food and Agriculture Organization of the United Nations），2024

参考文献

Branca, F., Ursu, P. and Aguayo, V., 2023. A plan for accelerated action on obesity. *The Lancet Global Health*, 11(8), pp.e1170-e1171.

Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2024. FAOSTAT. Online database: <https://www.fao.org/faostat/en/#home>

Food System Economics Commission, 2024. The Economics of the Food System Transformation. Global Policy Report.

Hall KD, Guo J, Dore M, Chow CC, 2009. The progressive increase of food waste in America and its environmental impact. *PLoS One*, 4:e7940.

Hammond RA, Levine R, 2010. The economic impact of obesity in the United States. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 3:285-95.

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), 2024. Global Burden of Disease. University of Washington. Online database: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

International Energy Authority, 2023. GHG Emissions from Energy. Online database: <https://www.iea.org/data-and-statistics/data-product/greenhouse-gas-emissions-from-energy>

Lancet editorial, 2024. Treating obesity and diabetes: drugs alone are not enough. *Lancet*, 403:1. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00003-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00003-5/fulltext)

Lobstein T, Jackson-Leach R, 2006. Estimated burden of paediatric obesity and comorbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *Int J Pediatr Obes*. 1:33-41.

Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, James WP, Wang Y, McPherson K, 2015. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385:2510-20.

Magkos F, Tetens I, Bügel SG, Felby C, Schacht SR, Hill JO, Ravussin E, Astrup A, 2020. The Environmental Foodprint of Obesity. *Obesity (Silver Spring)*, 28:73-79.

Meena J, Singh M, Agarwal A, Chauhan A, Jaiswal N, 2021. Prevalence of Hypertension among Children and Adolescents in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Indian J Pediatr*. 88:1107-1114.

NCD-RisC (NCD Risk Factor Collaboration), 2024. Data Downloads. Online Database: <https://ncdrisc.org/datadownloads.html>

Noubiap JJ, Essouma M, Bigna JJ, Jingi AM, Aminde LN, Nansseu JR, 2017. Prevalence of elevated blood pressure in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2:e375-e386.

Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, et al Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Global Health* 2021;6:e006351.

Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J, 2022. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Glob Health*. 7:e009773.

Popkin, B.M., Corvalan, C. and Grummer-Strawn, L.M., 2020. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*, 395(10217), pp.65-74.

Prentice AM, Black AE, Coward WA, Cole TJ, 1996. Energy expenditure in overweight and obese adults in affluent societies: an analysis of 319 doubly-labelled water measurements. *Eur J Clin Nutr*. 50:93-7.

Sharma V, Coleman S, Nixon J, Sharples L, Hamilton-Shield J, Rutter H, Bryant M, 2019. A systematic review and meta-analysis estimating the population prevalence of comorbidities in children and adolescents aged 5 to 18 years. *Obes Rev*. 20:1341-1349.

Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al, 2019. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*, 393:791-846.

United Nations Population Division, 2018. World Urbanization Prospects: The 2018 Revision. Online database: https://population.un.org/wup/Download/Files/WUP2018-F02-Proportion_Urban.xls

Wang, L., Song, L., Liu, B. et al. Trends and Status of the Prevalence of Elevated Blood Pressure in Children and Adolescents in China: a Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 21, 88 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0992-1>

World Bank, 2024a. GDP per capita, PPP (constant 2017 international \$). Online database: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.KD>

World Bank, 2024b. What a Waste Global Database. Online database: <https://datacatalog.worldbank.org/search/dataset/0039597>

World Health Organization, 2024a. Global Health Observatory. Online database: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-\(agestandardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-(agestandardized-estimate)-(-))

World Health Organization, 2024b. Global Health Observatory. Online database: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-school-going-adolescentsaged-11-17-years>

World Obesity Federation, 2021. COVID-19 and Obesity: The 2021 Atlas. The cost of not addressing the global obesity crisis. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=5>

World Obesity Federation, 2022. World Obesity Atlas 2022. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=15>

World Obesity Federation, 2023a, World Obesity Atlas 2023.

<https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>

World Obesity Federation, 2023b. Data supplied by RTI International (personal communications); see also Okunogbe et al (2021) and World Obesity Atlas 2023 (World Obesity Federation 2023a).

附录 2：中低收入国家（LMICs）与高收入国家的比较

《2024 年世界肥胖报告》数据进一步分析基于中低收入国家（LMICs）与高收入国家的比较。

2020-2035 年成人超重和肥胖情况（世界银行划分的中低收入国家和高收入国家的超重和肥胖成人全球占比）（单位：%）

	2020	2025	2030	2035
中低收入国家高 BMI 成人全球占比	73	75	77	79
高收入国家高 BMI 成人全球占比	27	25	23	21
中低收入国家肥胖成人全球占比	66	69	71	74
高收入国家肥胖成人全球占比	34	31	29	26

根据表 2.4 改编

2020-2035 年成人超重和肥胖情况（世界银行划分的中低收入国家和高收入国家的超重和肥胖成人人数）（单位：百万）

		2020	2025	2030	2035
全球	高 BMI 成人	2,194	2,524	2,891	3,290
	肥胖成人	808	1,001	1,239	1,522
中低收入国家	高 BMI 成人	1,608	1,895	2,222	2,584
	肥胖成人	536	688	882	1,121
高收入国家	高 BMI 成人	586	629	670	706
	肥胖成人	272	313	357	401

根据表 2.4 改编

世界银行划分的中低收入国家和高收入国家因高 BMI 致死的成人人数

(单位：百万)

		2019 总死亡人数	高BMI 导致的死亡人数和比例
全球	所有原因	50.3	5.0 (10%)
	非传染性疾病导致	41	5.0 (12%)
中低收入国家	所有原因	39.5	3.9 (10%)
	非传染性疾病导致	31.5	3.9 (12%)
高收入国家	所有原因	10.7	1.1 (11%)
	非传染性疾病导致	9.6	1.1 (12%)

根据表 2.5 改编

全球因高 BMI 导致的非传染性疾病而死亡的成人中，78%来自中低收入国家，而在高收入国家，这一比例仅为 22%。

世界银行划分的中低收入国家和高收入国家中因高 BMI 导致的成人伤残调整生命年 (DALYs) (单位：百万)

		总伤残调整生命年	超重/肥胖导致的残调整生命年
全球	所有原因	1871	160 (9%)
	非传染性疾病导致	1454	160 (11%)
中低收入国家	所有原因	1535	127.3 (8%)
	非传染性疾病导致	1162	127.3(11%)
高收入国家	所有原因	336	32.4 (10%)
	非传染性疾病导致	293	32.4 (11%)

根据表 2.6 改编

全球因高 BMI 导致的非传染性疾病伤残调整寿命年数中，80%发生在中低收入国家成人人群中，而在高收入国家，这一比例仅为 20%。

2020-2035 年青少年超重和肥胖情况（世界银行划分的中低收入国家和高收入国家的超重和肥胖青少年全球占比）（单位：%）

	2020	2025	2030	2035
中低收入国家高 BMI 青少年全球占比	82	85	87	88
高收入国家高 BMI 青少年全球占比	18	15	13	12
中低收入国家肥胖青少年全球占比	82	84	84	85
高收入国家肥胖青少年全球占比	18	16	16	15

根据表 3.2 改编

2020-2035 年儿童超重和肥胖情况（世界银行划分的中低收入国家和高收入国家的超重和肥胖儿童人数）（单位：百万）

		2020	2025	2030	2035
全球	高 BMI 青少年	433	550	660	773
	肥胖青少年	197	244	285	329
中低收入国家	高 BMI 青少年	355	467	573	683
	肥胖青少年	162	204	240	281
高收入国家	高 BMI 青少年	78	83	87	90
	肥胖青少年	35	40	44	48

根据表 3.2 改编