

中老年人适度超重更长寿?

前不久,“40岁后微胖才是长寿黄金体重”话题登上社交媒体热搜榜,引发广泛关注。不少网友在评论区现身说法——“我外婆105岁,胖乎乎的,就没瘦过”“我奶奶97岁,也是微胖”……当然,也有不少质疑声,诸如“我姥姥活到93岁,一辈子又瘦又小”之类。

那么,中老年人的体重与长寿究竟有何关联?胖瘦是否是衡量中老年人健康与否的唯一标准?中老年人又该如何科学管理体重?记者就此采访了相关领域专家,为读者答疑解惑。

BMI并非“金标准”

资料显示,身体质量指数(BMI)是衡量超重和肥胖的常用指标,计算方法为体重(千克)除以身高(米)的平方。对于成年人而言,BMI在18.5至23.9之间为正常,在24至27.9之间为超重,大于等于28则属于肥胖。

不过,这一标准可能并不完全适用于40岁以上的中老年人。

2025年8月,上海交通大学医学院团队在学术期刊《细胞报告医学》上刊发的一项研究给出了关键数据支撑。该科研团队对16.6万名40岁以上的中国人开展了长达10年的随访,结果发现,BMI处于超重范围的中老年人,反而更容易长寿。

上述研究进一步明确了长寿中老年人的理想身体指标:男性BMI26.3、腰围88厘米、腰臀比0.90;女性BMI25.4、腰围83厘米、腰臀比0.85。不难看出,这类人群的BMI均突破了23.9的正常上限,进入超重区间,但并未达到肥胖标准。

事实上,对于65岁以上的老年人来说,这一结论也与权威指南的建议契合。《中国居民膳食指南(2022)》提出,老年人BMI适宜范围为20至26.9。中国营养学会发布的《高龄老年人体质指数适宜范围与体重管理标准》则进一步细化,推荐80岁及以上高龄老人的BMI控制在22至26.9。

“中老年人维持稍高BMI,有助于储备能量,增强抵抗力。”北京老年医院临床营养科主任医师王垚在接受记者采访时说。不过,专家也提醒,维持稍高体重并



非鼓励肥胖。若体重略升但精力充沛、肌肉紧实,且血压、血糖等指标正常,就是理想的“适度超重”状态。

体脂率比体重更重要

在专家们看来,讨论中老年人的健康与长寿,要把焦点放在肌肉与脂肪的比例管理上。

清华大学北京清华长庚医院全科健康中心主任王仲指出,脂肪并非洪水猛兽,适量的脂肪储备对人体至关重要。脂肪能储存和供应能量,保护内脏器官,维持体温稳定,促进脂溶性维生素吸收,还能调节激素分泌。不过,一旦脂肪过量,就会引发代谢紊乱、活动能力下降,以及糖尿病、高血压等慢性病风险飙升等一系列问题。

与脂肪相比,肌肉的作用更易被忽视,却与中老年人的健康息息相关。肌肉虽不属于器官,却直接影响全身机能运转。骨骼肌和心肌能够维持骨骼稳定,保障内脏血管、肠道功能正常。肌肉既是糖的储存仓库,也是糖的消耗工厂,其中的肌糖原能帮助身体维持运动耐力,减少蛋白质分解。

随着年龄增长,肌肉流失是不可避免的生理现象。以人体占比最高的骨骼肌

为例,若不加以干预,90岁时的骨骼肌将降至30岁巅峰时期的50%左右。而肌肉量不足的老人,在患病、受伤后,会因缺乏足够的蛋白质,康复能力下降。

“肌肉量充足的老人,就像拥有了一座坚固的‘弹药库’,能更好地抵御疾病、加速康复。”王垚进一步说,适当增肌降脂,才是中老年人健康管理核心任务。

那么,中老年人的肌脂比例控制在多少为宜?

王垚给出了具体的参考标准:40岁到60岁的中年女性体脂率25%左右、四肢骨骼肌占体重的20%到30%为宜,中年男性体脂率20%左右、四肢骨骼肌占体重的25%至35%为宜;60岁以上的老年女性体脂率30%左右、四肢骨骼肌占体重的15%到25%为宜,老年男性体脂率20%左右、四肢骨骼肌占体重的20%到30%为宜。

王垚建议,中老年人可以在家用体脂秤初步测量体脂率,如需精准数据,最好前往医院,通过人体成分分析仪、双能X射线骨密度仪等专业设备检测。

“吃”“动”结合是关键

明确肌脂比例的重要性只是第一步,想要真正实现增肌降脂,离不开科学的饮食搭配和合理的运动规划。

王仲表示,临床中经常遇到两类有认知误区的人:一类老年人为了追求瘦,过度节食,这也不吃那也不吃;另一类老年人则抱着“年纪大了不用忌口”的想法,饮食上毫无节制。

“这两种做法都不可取。”王仲强调,中老年人饮食的关键是食物种类多样、搭配合理、进餐规律、饮水足量,每餐吃到7至8分饱。

除了饮食误区,运动方面的认知偏差也很普遍。很多中老年人认为“出门遛弯就是锻炼”,但王仲指出,单纯的慢走,即便持续1到2小时,也难以达到理想的锻炼效果,反而可能因关节长期磨损,影响肢体功能。

真正有效的运动,需要达到一定的心率标准。王仲给出了心率范围计算公式:(220-年龄)×60%至(220-年龄)×70%。以50岁人群为例,运动时心率维持在102到119之间,才能起到较好的锻炼效果。他建议,中老年人可选择户外快走、居家高抬腿踏步走等方式进行锻炼。

结合饮食与运动,王垚给出了更具针对性的体重管理方案。

首先,在饮食方面,40岁到60岁的中年人需严控碳水化合物摄入量,每日最好摄入25克膳食纤维,预防内脏脂肪堆积;60岁以上老年人因消化吸收能力下降,建议将蛋白质分散到三餐中,每餐摄入15克到20克蛋白质,每日还需摄入800至1000国际单位的维生素D3。

其次,在运动方面,建议抗阻训练与有氧运动交替进行,且运动前必须充分热身。中老年人每周需进行3次抗阻训练,每次20分钟到30分钟,还可选用弹力带、哑铃等轻负荷器械,比如靠墙静蹲30秒/组,重复5组;坐姿哑铃推举10次/组,完成3组。每周搭配2次有氧运动,如快走、骑自行车,每次30分钟左右。

王垚最后补充,增肌降脂并非中老年人的“专属任务”,长期久坐的上班族等年轻群体也应未雨绸缪,尽早调整生活方式,避免肌肉流失和脂肪过度堆积,降低慢性病发病风险。

(科技日报)

探秘宫颈癌筛查:守护女性健康的关键

宫颈癌属于女性生殖系统中常见的恶性肿瘤当中的一种,其发生较为隐匿,并且在早期的时候症状不明显,很多患者在确诊的时候已经是处于中晚期,导致治疗工作的难度以及健康方面的风险极大增加。不过宫颈癌也是当前唯一有明确具体原因、可以进行防控的癌症,定期开展筛查就是抵御它的有效武器。借助科学筛查,能够及时发现宫颈的癌前病变或者是早期的癌变情况,抓住最佳的治疗时机,降低疾病对于生命健康所造成的威胁,每一位有性生活的女性都应当重视这项检查工作。

啥时候该去做筛查

对于有性生活的女性来说,建议定期开展宫颈癌筛查工作,具体时间可以参考如下情况:21岁至29岁的女性,每3年进行一次宫颈细胞学检查即可;30岁至65岁的女性,建议每5年进行一次宫颈细胞学检查以及人乳头瘤病毒检测,也可以每3年进行一次细胞学检查。如果有高危因素,例如过早开始性生活、存在多个性伴侣,免疫力低下或者长期吸烟等,那么筛查的频率需

要适当提高。超过65岁的女性,如果之前的筛查结果一直是正常的,就能停止筛查;但若曾经有过宫颈病变情况,就必须继续按照医生的嘱咐进行检查。

筛查前要做好这些准备

筛查之前的准备工作,是会对结果的准确性产生直接影响,大家一定不要忽视。首先就是要避开月经期,最好能够在月经结束后的3到7天中去开展检查。在检查前的24小时之内,是不可以有性生活,的同时也不要冲洗阴道或者使用阴道栓剂,否则将会对宫颈细胞的取样产生干扰,进而使结果出现误差。另外一方面,要是正处于阴道炎、宫颈炎等妇科炎症的急性发作期,那就需要先把炎症治好之后再进行筛查,因为炎症会让宫颈细胞的形态发生改变,非常容易造成误诊。在检查之前,还需要告诉医生自己的病史,例如是否有过宫颈病变、手术史等,这样做是为了方便医生作出准确的判断。

拿到结果别慌着解读

很多人在拿到筛查报告的时候,就会

变得特别紧张,其实,不同的结果会跟不同的处理方式相对应,不需要盲目焦虑。要是报告显示为阴性,那就意味着目前没有发现异常细胞以及人乳头瘤病毒感染的情况,只需要按照原本确定好的频率继续开展筛查工作就可以了。要是出现人乳头瘤病毒阳性然而细胞学却是正常的情况,不用过于害怕,大部分人能够借助自身的免疫力把病毒清除掉,只要在6到12个月以后进行复查就行。要是细胞学检查发现了不典型鳞状细胞或者低度、高度鳞状上皮内病变,那就需要进一步开展阴道镜检查,必要时还需要把宫颈组织取出来做病理活检,因为病理活检才是诊断宫颈病变的一个金标准。

筛查不是一劳永逸的事

做完一次筛查并不就是高枕无忧了,宫颈癌筛查属于一项长期的健康管理工作。有一部分人觉得筛查的结果正常,就好几年都不进行复查,这种做法是很危险的。这是因为人乳头瘤病毒的感染有可能是间歇性的,这次筛查没有被发现,不意味着之后就不会被感染。并且宫颈病变从癌

前状态朝着宫颈癌发展,可能需要历经几年甚至十几年的时间,只有定期进行筛查才能够及时察觉到病变的迹象,尽早实施干预。除此之外,接种过宫颈癌疫苗的女性同样不能把筛查省略掉,疫苗可以降低感染的风险,但是不能涵盖所有的高危型人乳头瘤病毒,定期筛查依旧是必不可少的健康保障。

宫颈癌筛查不是那种只做一次就行的健康任务,而是需要一直长期坚持的健康习惯。它不需要把太多的时间和精力花费掉,但是却可以为女性健康筑牢坚实的防线。即便进行宫颈癌疫苗接种,也不可以以筛查替代掉,原因主要是疫苗不可以把所有高危型人乳头瘤病毒覆盖。希望每一位女性都能够主动了解筛查知识,定期参与筛查。早诊断、早治疗,宫颈癌是最可控、最可预防的癌症之一。希望每一位女性都能被提前守护,而不是被症状提醒。利用科学的方式对自己进行呵护,远离宫颈癌的困扰,去拥抱健康幸福的生活。

(来安县人民医院 许丽)

穿越手术的静默守护——全身麻醉揭秘

当您被推进手术室,即将“睡去”,您是否会好奇或担忧:全身麻醉到底对我做了什么?它安全吗?提起全身麻醉,很多人以为就是“打一针,睡一觉”。事实上,它是一次由麻醉医生精密控制的“生命旅程”。通过药物让您暂时进入无意识、无痛感、肌肉放松的可逆状态,为手术创造安全条件。这并非简单的沉睡,而是一套融合了精准用药、实时监测和全程护航的复杂生命支持系统。

全身麻醉安全吗?

全身麻醉的安全性并非一个静态的绝对概念,而是一个在系统性围术期风险管理框架下实现的动态结果。它的安全性,建立在“预见风险、全程控制”的主动管理上。麻醉医生会在手术前、中、后,为您编织一张动态的安全网。

麻醉风险主要与两方面有关:一是您自身的基础健康状况(如心肺功能);二是手术本身对身体的影响大小。麻醉方案正是为平衡这两者而量身定制的。现代麻醉安全体系正是为了管理这两类风险的叠加效应,而构建了三重保障:术前运

用ASA分级等工具进行量化评估与优化;术中多维度监测技术实现生理功能的闭环调控;并配备结构化的应急预案与团队协作机制。

因此,全身麻醉的安全本质,是将您置于一个由量化评估、实时监测反馈、精准药物干预及高效团队协作共同编织的主动防护网络中。这是一项以高级监测技术为感知延伸、以临床药理学为调控工具、以全程责任制监护为根本承诺的专业实践,其安全性由整个体系的可靠运行予以保障。

麻醉前,您需要做哪些准备?

麻醉前会由麻醉医生和手术医生共同对您进行全面的术前访视与评估。包括回顾您的病史、用药史、检查结果,评估您的心、肺、脑等重要器官功能及气道情况。在此基础上,将制定个体化的麻醉与围术期管理方案,并向您详细解释麻醉计划、相关风险及注意事项。为确保安全,您需要遵守和配合的事项有:严格禁食禁饮,禁食至少6小时,禁水至少2小时;如实告知用药史、过敏史、个人史、既往病史等;个人物品准备,卸除指甲油、假牙、饰

物,穿着宽松衣物。

麻醉后24小时关键期,您需要注意什么?

麻醉药物的作用不会在手术结束时即刻消失,手术结束,并不意味着麻醉作用立刻消失。您的身体从“被控制”状态回到“自我管理”状态,需要一段时间平稳过渡,这期间需要特别关注。手术结束后,您被送入麻醉后监测治疗室(PACU)严密监护,等到意识清醒,生命体征平稳,达到明确的离室安全标准才转回病房。回病房后,护理人员将按照术后护理常规进行系统化的生命体征监测,警惕延迟性呼吸抑制,循环不稳定及疼痛与镇痛并发症的出现。

您需要注意首次下床务必有专人搀扶,动作宜缓,牢记“慢”字诀:先半坐,床边双腿下垂坐一会儿,再在家属搀扶下慢慢站起,缓缓行走,预防体位性低血压、残余肌松效应导致的跌倒及深静脉血栓形成。饮食需经病房医生评估许可后,严格按照“清流质→流质→半流质”的顺序阶梯式过渡,以评估胃肠道功能恢复情况。您需要遵医嘱规律使用术后镇痛药物,而非忍痛到难以忍受时再用药。良好的镇

痛是早期活动、顺利康复的前提。同时保证充足休息,避免在24小时内从事驾驶、机械操作及精细和逻辑分析工作等。您及家属需知晓,如出现呼吸困难或呼吸频率显著减慢(<8次/分)、无法用常规镇痛药物缓解的剧烈疼痛、手术切口出现红肿加剧、脓性渗液、渗血不止、体温持续高于38.5℃、突发胸痛或单侧小腿肿胀、疼痛等任何情况,请立即联系医护人员。

总之,全身麻醉,是现代医学融合了精准药理学、深度生理学与先进工程学的复杂实践。医护团队的职责,是在您意识“离线”的全程,成为您生命体征的首席守护者与调控者。医护团队通过构建并驾驭一个集量化评估、实时多维度监测、精准靶向干预与高效团队协作于一体的动态防护网络,将手术这一重大医疗行为中固有的生理风险,控制在最低或可接受的科学水平。这不仅是提供一项技术服务,更是履行一份以深厚专业知识、严谨科学态度与高度职业责任为根基的郑重承诺——守护生命,静默但坚定。

(安徽医科大学第一附属医院 张正琴)

人乳头瘤病毒(HPV)感染是宫颈癌发生发展的主要因素。随着疫苗普及,越来越多女性认为接种后即可“长期免疫”,甚至放松了定期筛查。事实上,HPV疫苗虽能显著降低感染风险,却并非“终身保护”“完全覆盖”。忽视筛查反而可能使部分病变被延误。为了让公众更全面地理解HPV预防体系,有必要对疫苗作用边界、宫颈癌筛查的重要性及相关误区进行系统阐述。

疫苗的保护范围有限,不能替代筛查

HPV类型众多,目前疫苗覆盖范围虽在不断扩大,但仍无法包揽全部高危型别。宫颈癌相关研究显示,高危型HPV中16、18型最具致癌性,但并非唯一风险来源。部分非疫苗型别同样可导致宫颈上皮内瘤变。

1.覆盖型别存在空缺

二价疫苗主要针对16、18型;四价疫苗在此基础上增加6、11型,但这两型主要与生殖疣相关;九价疫苗覆盖6、11、16、18、31、33、45、52和58这9个病毒型别,保护率更高,但仍不足以覆盖全部高危型病毒。目前已知高危型超过12种,疫苗覆盖范围之外的型别仍可能引发病变。

2.疫苗不清除既往感染

接种前已感染HPV或已有轻度病变,疫苗无法逆转病程。疫苗主要作用是预防未来新的感染,特别是对未感染人群的保护效果最显著。若在感染或病变存在期间放弃筛查,将延误处理窗口期。

3.免疫持久性并非永久

现有证据显示HPV疫苗的保护时间较长,但仍属于“长期稳定”而非“终身保证”。免疫水平随时间变化,一些人可能出现抗体下降,需借助定期筛查识别早期改变。

筛查可在隐匿期发现病变

宫颈癌从感染到发展成高级别病变再到癌变需要较长时间,早期发现治疗可有效控制进展。筛查能在早期阶段识别异常,使干预及时、安全、成本低。

1.从感染到病变不是迅速发生

大部分HPV感染会在1至2年内自行清除,只有持续感染高危型者才可能向CIN2、CIN3发展。病变累积需要多年,筛查能在此阶段捕捉细胞异常,避免进展。

2.细胞学检查与HPV检测相互补充

宫颈细胞学检查能发现细胞形态异常,HPV DNA检测能识别病毒感染。两者结合能提高识别率,即使病毒未被疫苗覆盖,也能通过检测发现风险。

3.早期处理效果显著,避免进展为侵袭性癌

CIN2、CIN3多可通过微创治疗获得满意效果,恢复快,对生活影响较小。若因忽略筛查导致宫颈癌,则治疗方式、预后均大幅不同。

疫苗保护能力与个体差异相关,不能依赖“统一效应”

疫苗效果受到年龄、免疫状态、既往感染情况等因素影响,接种后仍需维持健康行为与筛查频率。

1.最理想接种年龄为性活动开始前

免疫系统在青少年阶段反应最强,接种效果最稳定,抗体水平最高。成人阶段虽然仍可接种,但保护力略低。部分人在接种前已发生过短暂感染,影响保护效果。

2.免疫功能低下者抗体产生不足

长期服用免疫抑制剂、患有自身免疫疾病、接受器官移植或化疗者,疫苗诱导的免疫水平可能偏低。此类人群更应规范筛查。

3.吸烟、频繁更换性伴侣等行为影响病毒清除率

不良生活方式降低机体清除病毒的能力,即使接种过疫苗也可能发生感染。筛查能及时识别相关风险。

疫苗不能预防所有与生殖道相关的疾病

公众常误以为接种HPV疫苗即可“一劳永逸”,甚至混淆疫苗与性传播疾病防护之间的关系。实际上,疫苗只针对特定型别病毒,不能阻止其他性传播病原体的感染,也无法替代安全性行为原则。

1.不保护衣原体、淋病、梅毒等

这些疾病与HPV无直接关联,传播途径虽然相似,但其病原体完全不同。避孕套使用、健康行为管理才是预防上述疾病的关键措施。

2.不预防外阴、阴道、肛门的所有肿瘤

尽管理论上HPV相关肿瘤包括外阴癌、阴道癌、肛门癌等,但疫苗覆盖型别有限,不能对所有部位、所有病毒型别提供全面保护。

3.不影响宫颈癌以外的妇科疾病

盆腔炎、子宫内膜异位症、卵巢肿瘤等均与HPV无关,疫苗无法干预其发生发展。保持定期妇科检查仍是必要的健康管理措施。

如何制定更科学的个人防护策略

为了进一步降低宫颈病变风险,应从疫苗接种、筛查、生活习惯三方面入手,形成较为完整的预防框架。

1.按时完成全程接种

遵循推荐年龄完成全程疫苗接种,提高免疫保护水平。未在最佳年龄接种者亦可根据医师评估进行补种。

2.按指南定期筛查

筛查起始年龄:一般人群25岁开始筛查;如有子宫颈癌发生高危因素女性,可早于25岁开始筛查,建议在开始性生活后1年内开展,并适当缩短筛查间隔。

3.建立健康生活方式

包括避免吸烟、保持规律作息、减少高风险性行为、合理使用避孕套等,以增强机体清除病毒的能力。

4.出现异常症状及时就医

若出现接触性出血、持续性腰骶部疼痛、分泌物异常等症状,应立即进行专业评估,而非依赖自行判断或互联网信息。

总之,HPV疫苗的普及为宫颈癌防控带来重大进展,但疫苗并非“万能屏障”。其保护范围有限,免疫持续性存在个体差异,不能替代筛查。宫颈癌的可防可控依赖科学的组合策略:疫苗接种减少新感染,筛查识别早期病变,健康行为维持长期稳定。忽视任何一个环节,都可能使风险重新积聚。疫苗能够保护的部分不应成为放弃筛查的理由,更不能成为忽视身体信号的借口。坚持“疫苗+筛查”的双重策略,才能在真正意义上降低宫颈癌发生率,保护女性长期健康。

(天长市中医院 陆建红)

HPV疫苗也非万能,这件事千万不能省