2026年11月20日 星期五
E-mail:tougao_cfs365@126.com
首都食品安全

为什么少吃体重依旧降不下来?

科学减重大有讲究 别只盯着体重秤上的数字

随着健康理念不断普及,“管住嘴、迈开腿”成为不少人减重时的共识。但有部分人群依靠过度节食、高强度运动减重,体重却长期没有明显变化,恢复正常饮食后还容易反弹,甚至伴随脱发、情绪烦躁等问题。很多人会将原因归结为自身意志力不足,盲目尝试“短期快速减重”等极端方案,最终不仅难以达到减重目标,还可能影响基础代谢水平。大家普遍认为“少吃就能瘦”,但科学减重,其实大有讲究。



为什么少吃体重依旧降不下来?

从医学角度看,肥胖是世界卫生组织界定的一种慢性、复发性、进展性疾病,并不单纯是摄入食物过多造成。它的核心机制是能量摄入大于能量消耗,背后还涉及遗传、环境、代谢、神经内分泌、肠道菌群和社会心理等多重因素。

当热量摄入大幅缩减时,人体会启动代谢适应机制:基础代谢率降低、肌肉量减少、单位体重代谢下降;同时饥饿感增强、食欲增加、营养吸收效率提高。激素层面,瘦素抵抗、胃饥饿素升高、胰岛素分泌异常、脂联素降低,都会让体重调控失灵。肠道菌群也会形成“记忆”,通过肠—脑轴影响食欲和脂肪储存。如果叠加长期压力、睡眠不足、焦虑等情况,神经内分泌紊乱会进一步引发食欲亢进、代谢放缓、脂肪蓄积等问题。

节食初期出现的体重下降,往往伴随着较高的反弹风险。极端节食会放大这些机制,导致反弹概率大增,还可能造成肌肉流失和不可逆的代谢紊乱。

正确思路是建立可持续的吃动平衡:控制总热量、优化膳食结构、保证蛋白质和膳食纤维、配合力量训练,把代谢“养”起来。

网传减重方法求真 哪些方式值得尝试?

“16+8”限时进食:本质是限制进食窗口,可能帮助减少总热量。但如果在进食窗口内暴饮暴食,则难以起到减重效果。低血糖、胃炎、孕产妇、青少年、糖尿病用药人群、进食障碍者不适合该种方法,建议在医生或营养师评估后进行。

过午不食:属于长时间禁食模式,容易导致报复性进食、睡眠受影响、胆汁淤积、肌肉流失。对于多数上班族和胃肠功能偏弱人群并不友好,不建议盲目效仿。

断碳水饮食:短期体重下降多来自水分和糖原丢失,并非真正减脂。长期易疲劳、便秘、情绪波动、脱发,恢复主食后易反弹。更合理的是减少精制碳水,增加全谷物、杂豆和蔬菜。

空腹有氧:可能增加脂肪供能比例,但容易低血糖、头晕、运动表现下降。糖尿病、心血管病、孕产妇等人群不建议;普通人可选择餐后1小时或少量加餐后运动。

但上述方式都不属于普适性减重方案,更适合长期坚持的科学做法包括:

普通成年人每日合理热量可控制在1500~1800千卡,增加蔬菜摄入,每日蔬菜摄入量约500克;

放慢进食速度,延长咀嚼时间,每口食物咀嚼20~30次。相关研究表明,该方式有助于减少约15%的进食量;

运动方面,每周累计开展150分钟中等强度有氧运动,搭配2~3次抗阻训练,单次运动时长建议控制在40~60分钟,尽量避免单次长时间运动。

平台期与误区 科学减重如何长期坚持?

日常饮食中,有些其实是容易被忽略的隐形热量。那么普通人群居家减重,饮食和运动该如何合理搭配?

隐形热量常藏在:含糖饮料、奶茶、果汁、酱料、沙拉酱、油炸食品、加工肉、精致点心、酒精、坚果过量、精制主食中。它们体积小、热量高,最容易让“我吃得不多”变成热量超标。居家减重可以这样搭配:

饮食:每日固定三餐,早餐燕麦配鸡蛋,午餐150克瘦肉和绿叶蔬菜,晚餐以杂粮粥为主,尽量避免睡前3~4小时进食。控制高糖、高油、生冷黏腻食品,增加优质蛋白与粗纤维蔬菜。

运动:每周3次30分钟以上有氧运动,如快走6000步或游泳,搭配2次哑铃力量训练。也可每周累计150分钟中等有氧,加2~3次抗阻训练。

作息:每天保证7~8小时睡眠,晚上11点前入睡,睡前1小时关闭电子设备。

监测:每日记录体重、饮食热量和运动时长,每周生成趋势报告,及时调整方案。

中医食养:可在医生指导下用荷叶、山楂、陈皮、茯苓 等代茶饮,健脾化湿、降脂轻身。

同时要会看多维评估:BMI超重24.0~27.9、肥胖≥28.0只是基础筛查;男性腰围≥90cm、女性≥85cm提示内脏脂肪风险;体脂率男性≥25%、女性≥30%也要警惕。中心性肥胖比周围性肥胖更危险。

减重进入平台期该如何调整?

平台期不是失败,而是身体在适应。此时基础代谢降低、肌肉量减少、激素水平变化、肠道菌群“记忆”都会让体重停滞。

调整方向不是极端少吃,而是:增加抗阻训练,保住肌肉;保证优质蛋白;增加日常活动量;保证睡眠、管理压力;重新评估热量缺口,必要时在医生指导下调整方案;可配合中医辨证调理。总体来说,大家对减重常有以下误区:

误区一:肥胖只是“颜值问题”。

正解:肥胖是全身性系统病变,可带来200多种并发症风险。

误区二:体重越轻越好。

正解:关键是身体成分平衡,关注体脂率、腰围和肌肉量。

误区三:节食就能解决。

正解:单一节食触发身体防御机制,正确路径是可持续的吃动平衡。

误区四:只看体重数字。

正解:BMI、腰围、体脂率和代谢指标要综合参考。

误区五:快速减重后立刻恢复旧习惯。

正解:肥胖是慢性病,需要长期健康管理。每周减重0.5千克左右的目标,稳定性更强,更利于长期维持。

误区六:自行停药、停止随访。

正解:药物和中医干预都需医生评估,不能自行乱用。

专家提醒,减重是一场马拉松,不是百米冲刺。别只盯着体重秤上的数字,更要看腰围、体脂率和身体状态。减重不是和身体对抗,而是顺应生理规律调整生活方式,维持稳定代谢,实现稳步减重、减少反弹。

(新华网)

乳糖不耐受是“缺陷”还是另一种健康剧本?

喝牛奶后腹胀、排气、腹泻,很多人第一反应是“我乳糖不耐受,以后不能喝奶了”。其实,事情没这么简单,乳糖不耐受也是有隐形“福利”的。乳糖不耐受是一种需要个体化管理的生理状态。它的健康意义,取决于剂量、菌群、饮食搭配和症状代价。

“消化缺陷”让肚子咕咕叫

乳糖不耐受的本质是体内乳糖酶不足,牛奶中的乳糖无法在小肠被完全分解,于是进入大肠。

大肠细菌发酵乳糖,产生气体,同时提高肠道渗透压,导致腹胀、肠鸣、腹痛和腹泻。症状通常在喝奶后半小时到两小时出现。

如果只看到这里,乳糖不耐受像是一种“消化缺陷”。

乳糖不耐受也有“隐形彩蛋”

辩证地看,乳糖不耐受也可能带来另一面:那些没被小肠吸收的乳糖,恰好成了结肠菌群的“燃料”。它们能促进双歧杆菌等有益菌生长,发酵后产生短链脂肪酸,如丁酸,而丁酸是结肠细胞的重要能量来源,有助于维持肠道屏障。因此,有学者提出,乳糖在乳糖不耐受者体内可能扮演“条件性益生元”的角色。

更有意思的是,一些大规模观察研究发现,在携带乳糖不耐受基因的人群中,牛奶摄入量越高,2型糖尿病风险反而越低,并与肠道菌群改变、某些抗炎代谢物增加有关。还有研究观察到,乳糖耐受的成年人其肥胖风险可能更高。这些发现提示:乳糖不耐受者的代谢表型,未必比耐受者差。

不过,必须泼一盆冷水:相关不等于因果。上述多为观察性研究,甚至未发现牛奶摄入与糖尿病之间存在明确因果关系。乳糖的“益生元”效应也高度依赖个体菌群,并非人人适用。更重要的是,其带来的身体症状也是真实负担。长期严重腹泻可能导致脱水和电解质紊乱;因害怕症状而完全回避乳制品,又可能造成钙和维生素D不足,增加骨质疏松和骨折风险。

找到“耐受窗口期”与乳糖和解

所以,乳糖不耐受既不是“绝对禁忌”,也不是“喝了反而更好”的简单结论。世界胃肠病学组织指出,多数乳糖不耐受者单次摄入约12克乳糖,也就是一杯牛奶的量,随餐或餐后分次喝,通常不会出现明显症状。

所以,与其把牛奶一棍子打死,不如学会和自己的身体谈判——在舒适与营养之间,找到那个刚刚好的平衡点。关键在于找到自己的“耐受窗口”:可以从半杯奶、一杯酸奶或一小份硬奶酪开始,优先选择无乳糖奶,必要时用乳糖酶。如果症状始终无法耐受,选择强化钙和维生素D的植物奶,同样能保障营养。

(据《北京青年报》)