

2026 年世界肥胖报告： 儿童肥胖（第2版）

World Obesity Atlas 2026

儿童超重和肥胖情况

- 当前及 2040 年全球、区域及各国（地区）儿童超重与肥胖人数的最新预测
- 儿童因超重与肥胖导致心脏病、脑卒中、糖尿病及肝脏疾病等早期征兆的最新预测
- 七项儿童肥胖风险暴露指标的国家（地区）评估
- 七项儿童肥胖保护性政策的国家（地区）评估
- 196 个国家（地区）儿童肥胖、慢性病早期征兆、可预防风险程度及政策执行情况评分卡

2026 年 3 月



数据来源：本报告由蒂姆·洛布斯坦 (Tim Lobstein)、雷切尔·汤普森 (Rachel Thompson)、蕾切尔·杰克逊-利奇 (Rachel Jackson-Leach)、莎拉·斯普雷克利 (Sarah Spreckley) 和贾娜德·波威斯 (Jaynaide Powis) 整理汇编。世界肥胖联盟 (World Obesity Federation) 的传播与政策团队提供补充资料。

设计：霏滋莱姆公司(Fuzzylime) (www.fuzzylime.co.uk)

© 世界肥胖联盟 2026.

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，《2026 年世界肥胖报告：儿童肥胖（第 2 版）》[EB/OL].伦敦：
世界肥胖联盟，2026. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=24>

World Obesity Federation. Atlas of Childhood Obesity 2026 edition. London: World Obesity Federation, 2026. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=24>

致谢：

《世界肥胖报告》是由世界肥胖联盟（World Obesity Federation）出版的非商业性出版物。

出版商谨向世界卫生组织（World Health Organization）、非传染性疾病风险因素协作组（NCD Risk Factor Collaboration）、健康指标与评估研究所（Institute for Health Metrics and Evaluation）、联合国粮食及农业组织（the Food and Agriculture Organization of the United Nations）、世界银行（World Bank）、联合国儿童基金会（UNICEF）、联合国人口司（United Nations Population Division）、全球儿童营养基金会（Global Child Nutrition Foundation）以及塔夫茨大学全球膳食数据库（Global Dietary Database）致以谢意。

礼来公司（Eli Lilly and Company）和诺和诺德公司（Novo Nordisk）为本项目提供了部分资金支持，用于资助世界肥胖联盟《2026 年世界肥胖报告》的编制工作。礼来公司与诺和诺德公司均未对本报告的内容或与此资助相关的任何材料/活动进行控制或施加影响。

所有数据均在获得所有者直接许可或在知识共享（Creative Commons）（4）协议许可的情况下使用。版权所有。对于本出版物中对其数据的使用方式，相关数据来源机构不承担任何责任。

更多详细信息，请参阅附录 1 中的研究方法与数据来源部分。

本中文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、国际肥胖与代谢性疾病研究中心、西安交通大学外国语学院组织翻译及排版。

工作组组长：王友发 彭雯 吉乐

工作组名单：

翻译：范育 张江涛 楚思齐 张思晨 朱洪兵

审校：吉乐 齐欣 薛杰 孙照彰 李娟

施琳 闻德亮 彭雯 王友发

排版设计：张玮 刘凌烟 范育

免责声明：

工作组尽最大努力及时完成翻译报告及确保译文的准确性，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

定义	7
----	---

表格和图形列表	8
---------	---

缩略词表	11
------	----

前言	12
----	----

人物故事	13
------	----

第1节 《2026年世界肥胖报告》核心摘要	15
-------------------------	----

1.1 5岁以下儿童：38个国家（地区）未报告其超重率，86个国家（地区）自2010年以来超重率呈上升趋势	16
1.2 5-19岁学龄儿童：自2010年以来，超过180个国家（地区）的超重和肥胖患病率上升	17
1.3 部分国家（地区）半数以上5-19岁学龄儿童处于高BMI状态，其中愈三分之一达到肥胖水平	20
1.4 仅10个国家（地区）就有超过2亿名5-19岁高BMI学龄儿童	20
1.5 大多数5-19岁肥胖学龄儿童居住在中等收入国家（地区）	21
1.6 预计到2040年，至少有1.2亿5-19岁学龄儿童将出现由高BMI引起的慢性病早期征兆	22
1.7 儿童暴露于已知的肥胖风险因素	23
1.8 更多国家（地区）需采取全面行动预防儿童肥胖	24
1.9 儿童肥胖的监测、筛查和治疗服务明显不足	25

第2节 儿童超重与肥胖	27
2.1 全球转型	28
2.2 5岁以下儿童	29
2.3 5-19岁儿童	33
2.3.1 趋势与预测（至2040年）：5-19岁肥胖儿童情况	34
2.3.2 趋势与预测（至2040年）：5-19岁高BMI儿童情况	38

第3节 5-19岁学龄儿童由超重和肥胖引发慢性病的风险因素	41
---------------------------------	----

第4节 增加儿童肥胖风险的可预防因素	48
4.1 可识别的风险因素	49
4.2 国家（地区）膳食模式	54

第5节 预防儿童肥胖的国家（地区）政策指标	57
-------------------------	----

第6节 监测、筛查与治疗服务	66
------------------	----

第7节 加快推进儿童肥胖防控行动	70
--------------------	----

第8节 195个国家（地区）数据评分卡	74
-----------------------	----

附录	270
----	-----

附录1：研究方法	271
----------	-----

附录2：参考文献	274
----------	-----

定义

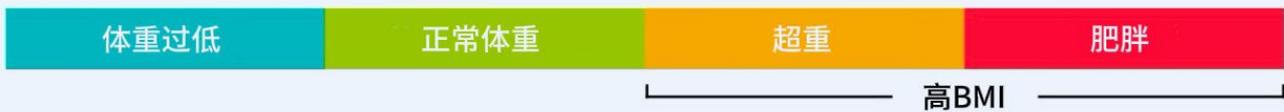
本报告涉及两个年龄组：5岁以下儿童，以及5-19岁儿童（本文中也称“学龄儿童”，尽管许多青少年可能已不再就学）。

对于5岁以下儿童，超重指身高别体重（weight-for-height）大于世界卫生组织儿童生长标准中位数的2个标准差以上，超重的定义位于身高别体重分布的高值端，与大龄儿童及成人的肥胖定义相近。对于5-19岁儿童，超重指年龄别BMI大于世界卫生组织生长参考中位数的1个标准差以上；肥胖指大于世界卫生组织生长参考中位数的2个标准差以上。“高BMI”一词指身体质量指数处于以上任一类别。对于5岁以下儿童，体重过低（消瘦）定义为身高别体重小于世界卫生组织儿童生长标准中位数的2个标准差以上。对于5-19岁儿童，体重过低定义为低于世界卫生组织生长参考中位数的2个标准差以上。

5岁以下儿童：



成人与5岁以上儿童：



表格和图形列表

表格

表 1.1 2010—2025 年 5-19 岁儿童高 BMI 及肥胖患病率增幅最高的 10 个国家（地区）

表 1.2 2025 年 5-19 岁儿童高 BMI 或肥胖比例最高的 10 个国家（地区）

表 1.3 2025 年 5-19 岁高 BMI 或肥胖儿童人数最多的 10 个国家（地区）

表 1.4 2025 年和 2040 年 5-19 岁肥胖儿童人数及其占同年龄段儿童总数的比例

表 1.5 全球 5-19 岁因高 BMI 在成年前出现慢性疾病早期征兆的儿童人数预测（2025—2040 年）

表 1.6 195 个国家（地区）中儿童肥胖已知可预防风险因素处于高水平的国家（地区）占比

表 2.1 2024 年 5 岁以下儿童超重人数及超重率

表 2.2 2000—2024 年 5 岁以下儿童超重率最高的 20 个国家（地区）

表 2.3 2010—2024 年报告 5 岁以下儿童超重率增长率高的国家（地区）

表 2.4 2025 年和 2040 年 5-19 岁儿童肥胖人数及占全部儿童的比例

表 2.5 2025—2040 年 5-19 岁高 BMI 儿童人数及占比

表 3.1 2025 年和 2040 年高 BMI 导致的 5-19 岁儿童 MASLD（肝纤维化、肝硬化和肝癌的早期征兆）人数

表 3.2 2025 年和 2040 年高 BMI 导致的 5-19 岁儿童高甘油三酯（心血管疾病的早期征兆）人数

表 3.3 2025 年和 2040 年高 BMI 导致的 5-19 岁儿童高血糖（糖尿病的早期征兆）人数

表 3.4 2025 年和 2040 年高 BMI 导致的 5-19 岁儿童高血压（脑卒中的早期征兆）人数

图形

图 1.1 2010—2024 年 5 岁以下儿童超重率年均增长率

图 1.2 2010—2025 年 10-19 岁青少年肥胖患病率年均增长率

图 1.3 2000—2040 年全球体重过低与肥胖的 5-19 岁儿童数量

图 2.1 2000—2040 年全球 5 岁以下儿童体重过低或超重比例

图 2.2 2000—2040 年全球 5-19 岁儿童体重过低或肥胖比例

图 2.3 2024 年 5 岁以下儿童超重率分布图

图 2.4 2025 年 5-19 岁儿童肥胖率

图 2.5 2025 年 5-19 岁儿童高 BMI 率

图 2.6 2000—2040 年按世界银行收入水平划分的 5-19 岁肥胖儿童人数

图 2.7 2000—2040 年按世界卫生组织区域划分的 5-19 岁肥胖儿童人数

图 2.8 2000—2040 年按世界银行收入水平划分的 5-19 岁儿童肥胖患病率

图 2.9 2000—2040 年按世界卫生组织区域划分的 5-19 岁儿童肥胖患病率

图 2.10 2000—2040 年按世界银行收入水平划分的 5-19 岁高 BMI 儿童人数

图 2.11 2000—2040 年按世界卫生组织区域划分的 5-19 岁高 BMI 儿童人数

图 2.12 2000—2040 年按世界银行收入水平划分的 5-19 岁儿童高 BMI 患病率

图 2.13 2000—2040 年按世界卫生组织区域划分的 5-19 岁儿童高 BMI 患病率

图 3.1 2000 年 5-19 岁儿童肥胖率与 2022 年 30-34 岁成人肥胖率

图 3.2 2025 年 5-19 岁儿童慢性病指标预期病例数

图 4.1 2023 年 15-49 岁女性高 BMI 综合暴露比例

图 4.2 2023 年 15-49 岁女性 2 型糖尿病患病率

图 4.3 2023 年 15-49 岁女性吸烟综合暴露比例

图 4.4 2023 年 1-5 月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露比例

- 图 4.5 2017—2023 年获得学校供餐的学龄儿童比例
- 图 4.6 2018 年 6-10 岁儿童每日含糖饮料摄入量
- 图 4.7 2016 年 11-17 岁青少年身体活动建议标准达标率
- 图 4.8 2023 年糖摄入量（克/人/日）估算
- 图 4.9 2019 年盐摄入量（克/人/日）估算
- 图 4.10 2016 年超加工食品和饮料摄入量（千克/人/年）估算
- 图 5.1 2024 年《母乳代用品国际营销守则》实施情况
- 图 5.2 2023 年 5 岁以下儿童身体活动国家（地区）指南
- 图 5.3 2023 年促进儿童看护机构身体活动的国家（地区）政策
- 图 5.4 2017—2023 年设立了学校食品营养目标的国家（地区）
- 图 5.5 2017—2023 年设立学校食品肥胖防控目标的国家（地区）
- 图 5.6 2025 年学校食品采购包含健康或营养要求的国家（地区）
- 图 5.7 2023 年针对 5-19 岁儿童国家（地区）身体活动指南
- 图 5.8 2023 年是否有针对儿童食品营销的国家（地区）政策
- 图 6.1 1990—2022 年各国（地区）学龄儿童体重状况调查开展频次分布图
- 图 6.2 孕产妇和儿童健康领域全民健康覆盖（满分 100 分）
- 图 6.3 非传染性疾病领域全民健康覆盖（满分 100 分）

缩略词表

AFR	非洲区域	MASLD	代谢功能障碍相关脂肪性肝病
AMR	美洲区域	NAFLD	非酒精性脂肪性肝病
EMR	东地中海区域	NCD	非传染性疾病
EUR	欧洲区域	NCD RisC	非传染性疾病危险因素协作组
FAO	联合国粮食及农业组织	SEAR	东南亚区域
GCNF	全球儿童营养基金会	SSB	含糖饮料
GDD	全球膳食数据库	UN	联合国
GHO	全球健康观察	UNICEF	联合国儿童基金会
GIFNA	全球食品与营养行动实施数据库	UPFD	超加工食品及饮料
IBFAN	国际婴儿食品行动网络	WOF	世界肥胖联盟
IHME	健康指标与评估研究所	WHO	世界卫生组织
JME	联合儿童营养不良估算	WPR	西太平洋区域

>>> 前言



世界肥胖联盟主席
西蒙·巴奎拉
(Simón Barquera)



首席执行官
乔安娜·罗尔斯顿
(Johanna Ralston)

儿童肥胖正以前所未有的速度增长，由此成为《2026 年世界肥胖报告》的核心议题。学龄儿童肥胖率已从 1975 年的 4% 上升至 2022 年的近 20%。在全球范围内，肥胖儿童数量首次超过体重过低儿童。

肥胖增长最快的是低收入和中等收入国家（地区），而全球绝大多数儿童生活在这些国家（地区）。儿童肥胖已不再局限于高收入国家（地区），而是成为一个全球性的社会与经济发展挑战。如不采取紧急行动，肥胖率不断攀升，将给卫生系统、社区和子孙后代带来日益沉重的压力。

儿童期肥胖往往会持续至成年期，增加罹患糖尿病、心脏病和某些癌症等非传染性疾病（NCDs）的风险。这些慢性病的早期征兆如今已在儿童群体显现。除身体健康影响外，儿童和青少年肥胖还会带来显著的心理社会影响。

本报告中的数据全面即时地展示了儿童肥胖的规模、分布及未来趋势预测。内容包括：当前及 2040 年全球、区域及各国（地区）儿童超重与肥胖人数的最新预测；儿童因超重与肥胖导致心脏病、脑卒中、糖尿病及肝脏疾病等早期征兆的最新预测；七项儿童肥胖风险暴露指标的国家（地区）评估；七项儿童肥胖保护性政策的国家（地区）评估；以及 196 个国家（地区）儿童肥胖、慢性病早期征兆、可预防风险程度及政策执行情况评分卡。

尽管许多政府已开始实施预防策略，但成果进展仍落后于肥胖率上升速度。我们深知目前保护儿童健康的有效措施切实存在，包括限制面向儿童的营销活动、促进母乳喂养、确保在学校获得健康食品和身体活动机会。然而，数百万儿童已处于肥胖状态，因此改善医疗服务的可及性同样至关重要。世界卫生组织《加速遏制肥胖行动计划》正支持各国（地区）实施跨部门协调行动，以遏制儿童肥胖的上升势头。

当前全球超重及肥胖人口已超十亿。预测显示，到 2035 年，超重和肥胖人口将达四十亿人——占全球人口的一半。而现实是，肥胖危机规模庞大将波及整个社会。我们应对肥胖的每一份努力，终将惠及全人类。

世界肥胖联盟正致力于改变关于儿童肥胖的公共认知，将其从不可避免的缓慢增长，转变为可实现的紧迫行动。预防儿童肥胖、关爱肥胖儿童、建设更加健康的食品和卫生体系是人类共同的责任。扭转局面的机遇尚存，但行动必须即刻加速。

人物故事



我至今仍清晰记得第一次意识到自己很胖的那个瞬间。那时我还是个孩子，正和朋友们玩游戏，大家轮流指出彼此的特点。轮到我的时候，有人说：“金佑贤是咱们中间唯一一个胖子。”那一刻我如遭雷击、深受伤害。

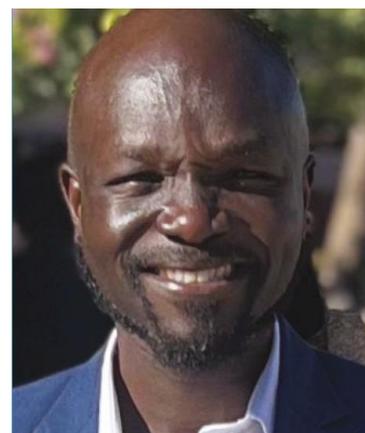
从那一刻起，我开始简单地用“胖子”定义自己。但自我诋毁并没有让我瘦下来，反而让我自暴自弃。我试过节食，试过运动，但每次体重都会反弹，最终甚至比以前更重。我开始相信自己是怎么也瘦不下来的那种人。

最让我心痛的是，如果当年有人，无论是谁，能告诉我肥胖是一种疾病，如果我在儿童时期得到了适当的照护和支持，或许我就不会在30多年里把肥胖当作我的宿命。肥胖不是个人的失败，而是一种复杂的慢性疾病——孩子需要的是理解、及早的支持与照护，而不是标签或指责。如果我们改变谈论肥胖的方式，我们就能改变人生。而对许多孩子来说，这种改变刻不容缓。

金佑贤（Kim Yoohyun），亲身经历倡导者，健康同行社会合作社主席（韩国）

我人生大部分时光都在与儿童期肥胖作伴，背负着羞耻、自责，坚信自己的身体是个累赘。这深深地伤害了我的自尊，扭曲了我的人际关系，更让我遭受霸凌，留下了挥之不去的情感创伤。母亲因肥胖相关疾病离世，这成为我人生的转折点，让我明白肥胖是一种由环境、行为和外界支持共同塑造的复杂慢性病，而非个人的失败。通过坚持运动、找到生活目标、学会用心照料身体，我成功减掉一半体重，重获健康。如今，十多年过去了，我过着可持续的健康生活。分享我的故事是为了减少对肥胖的污名化，倡导同理心，并提醒大家：当人们得到的是支持而非指责时，结果就会不一样。当儿童肥胖问题在全球范围内持续加剧，让我们携起手来，以循证干预行动，为每个孩子营造支持性环境，共同抗击这一挑战。

伊曼纽尔·阿科托（Emmanuel Akoto），热爱生活基金会（加纳）



在我的家乡北方邦，每 5 个成年人中就有 1 人超重或肥胖。这不能单纯怪个人，而是社会格局变迁的缩影，城市地区的肥胖患病率已比农村地区高出近 10%。

尽管政府推出了“健康印度运动”和“正确饮食倡议”等值得称赞的举措，但城市化飞速发展往往会造成“健康治理盲区”。我在 21 岁之前一直都很苗条，但自从搬到新德里，就彻底改变了我的健康轨迹。现在超加工食品比基础营养食品更易获得，也更具价格优势，如果不进行系统性干预，我们等于在任由下一代在这样的环境中自生自灭。

我面临的主要困难是，作为从农村来到城市独立生活的年轻人，我孤立无援。一边是廉价且令人上瘾的加工食品，一边是价格高昂的新鲜餐食，我无力挣扎。因此，我们必须将食品知识纳入学校课程，培养儿童解读标签、抵制激进营销的能力。健康支持不能止步于校门，而应融入城市基础设施，以确保经济发展不以牺牲身体健康为代价。

桑迪普·斯里瓦斯塔瓦（Sandeep Srivastava），亲身经历者（印度）



小时候，即使没有人真正跟我提过，我也意识到自己的身体似乎“不对劲”。在家里，家人反复念叨要管好自己、要改变自己，让我觉得只有外形和别人一样，我才能被接纳。在学校里，面对异样的目光和窃窃私语，我觉得必须活出个样子。

于是踢足球成了我的救赎：奔跑、流汗、拼抢——我试图用这种方式融入群体。在球场上，我不再是被孤立的孩子，而是团队的一员。随着时间的推移，运动不仅改变了我的身体，也重塑了我看待自己的方式。但我深知当时这份动力其实源于一种恐惧，害怕自己不被接纳。

如今，我终于明白，羞耻不应成为通往自爱之路。

伊斯梅尔·哈拉米略（Ismael Jaramillo），心理学家，洛斯弗雷斯诺斯基金会—糖尿病之家（厄瓜多尔）

第 1 节

《2026 年世界肥胖报告》核心摘要

第 1 节 | 《2026 年世界肥胖报告》核心摘要

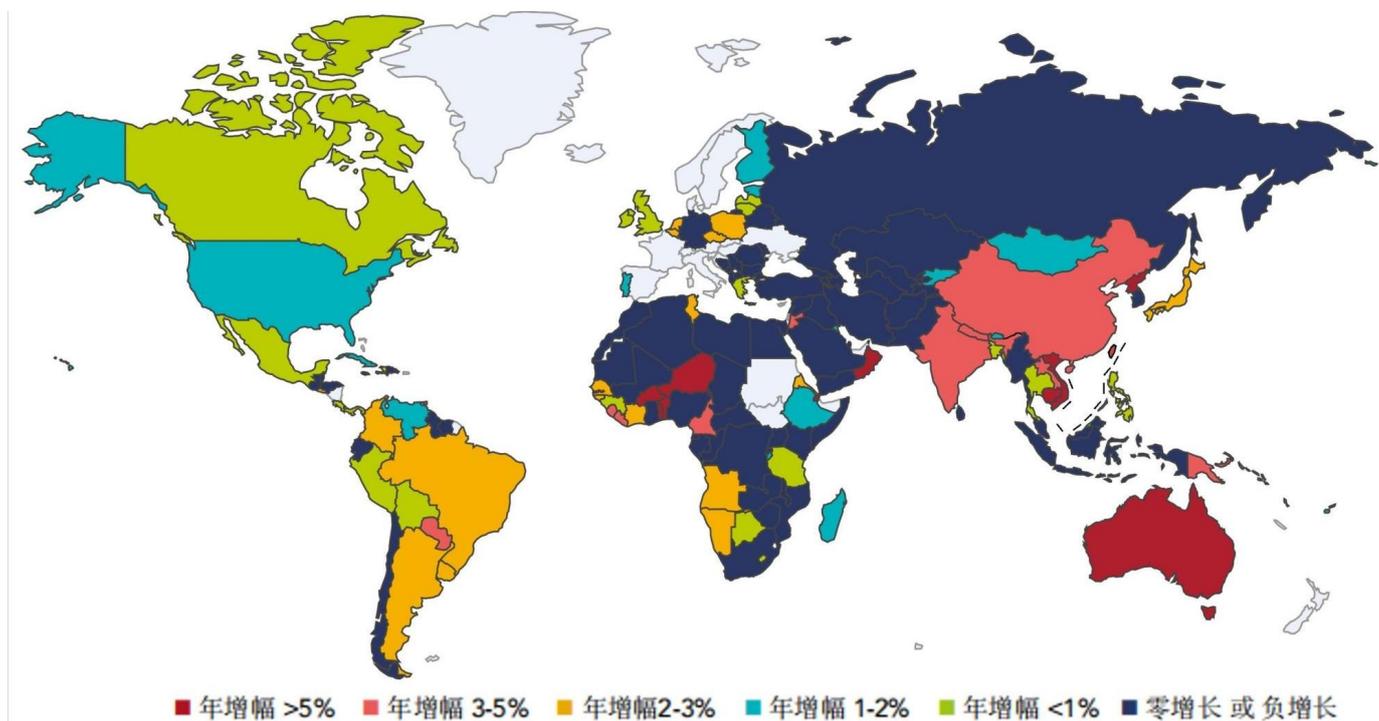
1.1 5 岁以下儿童：86 个国家（地区）自 2010 年以来超重率呈上升趋势，38 个国家（地区）未报告其超重率

在 2013 年世界卫生大会上，通过了由世界卫生组织制定的《非传染性疾病全球监测框架》，明确提出以下目标：到 2025 年，5 岁以下儿童超重率（相较于 2010—2012 年水平）不再上升。

最新全球估算数据表明，2024 年有 5.5% 的 5 岁以下儿童存在超重问题，而 2010 年这一比例为 5.4%。因此，原世界卫生组织的目标很可能已达成。然而，在有估算数据的 196 个国家（地区）中，仍有 86 个国家（地区）该年龄段儿童的超重率呈上升趋势。此外，许多高收入国家（地区）目前未报告该年龄段儿童超重情况，而这些国家（地区）的超重率很可能较高且仍在上升。

图 1.1 2010—2024 年 5 岁以下儿童超重率年均增长率

年均增长率指肥胖患病率的复合年均增长率。



数据来源：世界肥胖联盟基于联合国儿童基金会/世界卫生组织/世界银行联合儿童营养不良数据估算（2025）

鉴于该目标已接近实现，在 2025 年第 78 届世界卫生大会上，将目标门槛进一步提高，并与 2030 年可持续发展目标保持一致。

现在的新目标是：到 2030 年将 5 岁以下儿童超重率降至 5% 以下。这一调整进一步强调了采取行动的必要性，因为目前已有 101 个国家（地区）的超重率仍高于 5%。同时，世界卫生组织预测，到 2030 年全球 5 岁以下儿童超重率将达到 5.4%（世界卫生组织，2025b）。

2025 年针对 5 岁以下儿童的全球目标很可能已经实现，但仍有 80 多个国家（地区）的超重率持续上升，且调整后的 2030 年全球目标目前进展滞后。

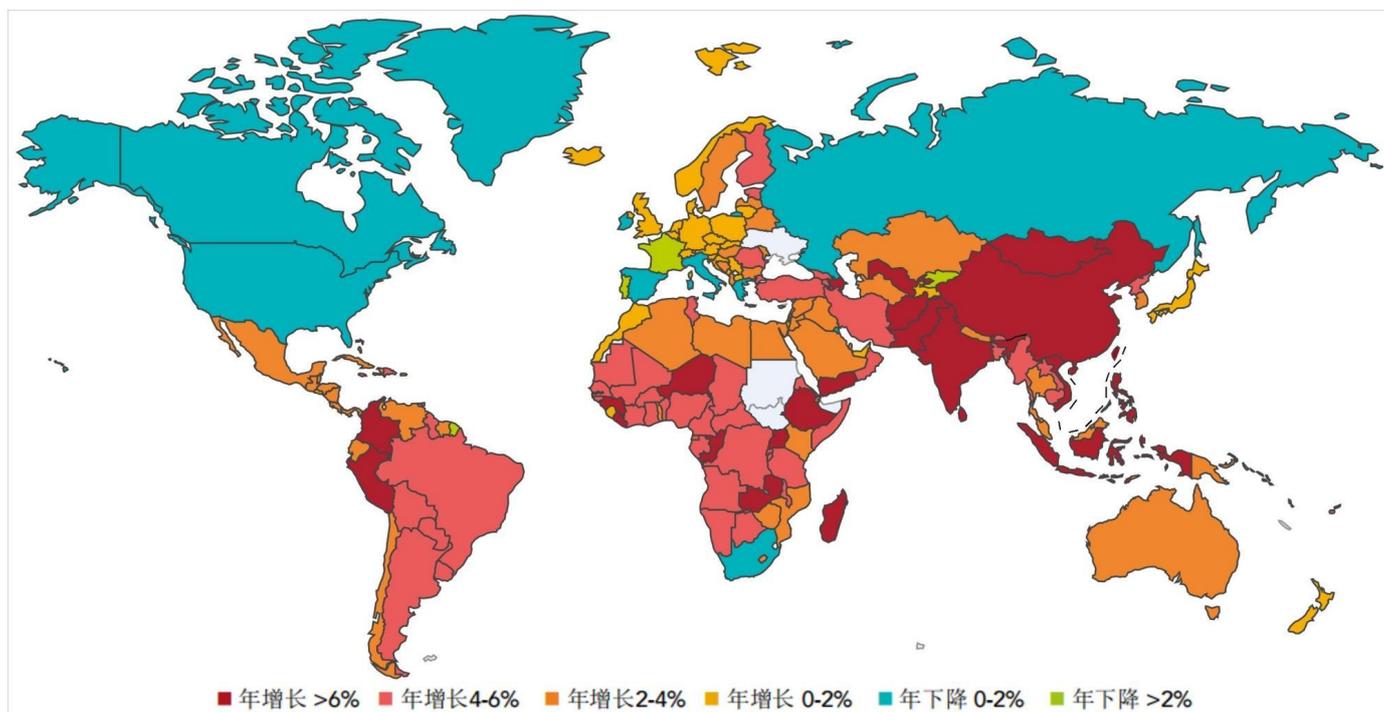
1.2 5-19 岁学龄儿童：自 2010 年以来，超过 180 个国家（地区）的超重和肥胖患病率出现上升

2013 年，世界卫生大会针对青少年群体设定了一个类似的目标，即“遏制糖尿病和肥胖的增长”。世界卫生组织通常将青少年定义为 10-19 岁人群。

本报告估算，有 181 个国家（地区）未能实现这一目标，其中 24 个国家（地区）在 2010 年至 2025 年间年均增长率超过 6%。另一方面，同期仅有 15 个国家（地区）的肥胖率呈逐年下降趋势。

图 1.2 2010-2025 年 10-19 岁青少年肥胖患病率年均增长率

年均增长率指肥胖患病率的复合年均增长率。



数据来源：世界肥胖联盟根据世界卫生组织全球健康观察（2025）的预测

超过 180 个国家（地区）青少年超重或肥胖患病率持续上升，很可能未实现针对 10-19 岁青少年的 2025 年全球目标。

虽然针对 5 岁以下儿童和 10-19 岁青少年设有全球目标，但目前尚无针对 5-9 岁儿童的全球目标。若将 5-19 岁儿童合并统计，2010 年全球超重和肥胖（高 BMI）患病率估算为 14.6%。本报告估算，截至 2025 年，这一比例已达 20.7%。

自 2010 年以来，可能仅有 15 个国家（地区）的 5-19 岁儿童超重和肥胖率未见增长。相反，超过 180 个国家（地区）的患病率呈现上升趋势，其中中等收入国家（地区）肥胖及高 BMI 率增长尤为迅速。

表 1.1 2010—2025 年 5-19 岁儿童高 BMI 及肥胖患病率增幅最高的 10 个国家（地区）

	儿童高BMI率年均增幅		儿童肥胖患病率年均增幅
越南	7.9%	利比里亚	13.3%
巴基斯坦	7.1%	乌干达	10.8%
印度尼西亚	6.4%	巴基斯坦	10.6%
利比里亚	6.4%	越南	8.7%
马尔代夫	5.8%	印度尼西亚	8.0%
阿富汗	5.7%	赞比亚	7.4%
斯里兰卡	5.3%	秘鲁	7.3%
菲律宾	5.2%	阿富汗	7.2%
印度	4.8%	斯里兰卡	7.1%
埃塞俄比亚	4.6%	所罗门群岛	7.0%

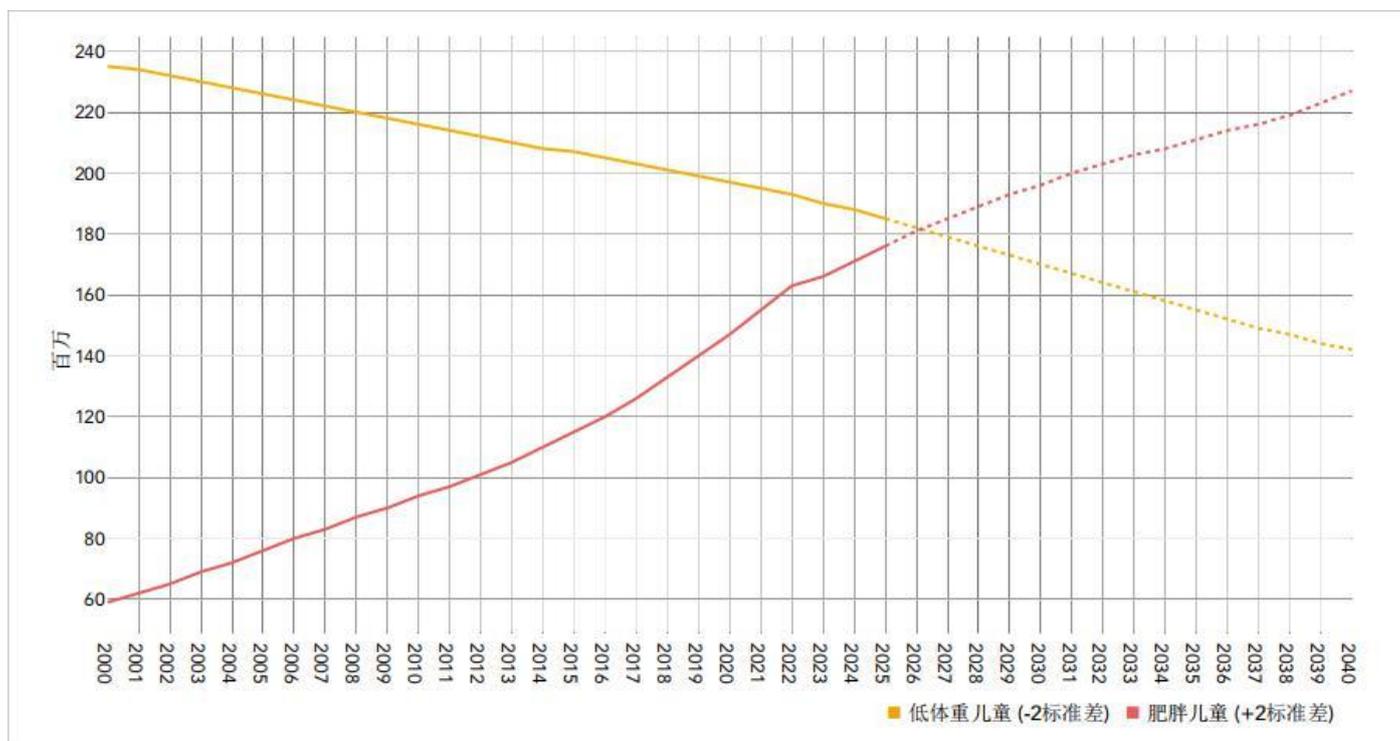
数据来源：世界肥胖联盟根据非传染性疾病风险因素协作组数据库（2025）的预测

自 2010 年以来，超过 180 个国家（地区）的 5-19 岁儿童超重和肥胖患病率出现上升——其中，中等收入国家（地区）的上升速度最快。

肥胖率已上升到这样一个临界点：全球范围内，5-19 岁肥胖儿童数量将超过体重过低儿童数量。根据本报告及《2025 年儿童营养报告》的估计，这一结构性转变预计将在 2025—2027 年期间发生

(UNICEF, 2025)。本报告预测，到 2040 年，全球 5-19 岁儿童中将有 2.27 亿患有肥胖，1.42 亿儿童面临超重。

图 1.3 2000—2040 年全球体重过低与肥胖的 5-19 岁儿童数量



数据来源：世界肥胖联盟估算及联合国儿童基金会/世界卫生组织/世界银行儿童营养不良联合估算（2025）

展望未来，全球范围 5-19 岁学龄儿童中，肥胖人数将超过体重过低人数。

1.3 部分国家（地区）中，半数以上 5-19 岁学龄儿童处于高 BMI 状态，其中愈三分之一达到肥胖水平

5-19 岁儿童高 BMI 及肥胖率最高的前 10 个国家（地区）均位于西太平洋区域和美洲区域，其中 8 个国家（地区）来自西太平洋区域。

表 1.2 2025 年 5-19 岁儿童高 BMI 或肥胖比例最高的 10 个国家（地区）

	5-19岁儿童高BMI占比（%）		5-19岁儿童肥胖占比（%）
纽埃	66.6	纽埃	42.2
库克群岛	65.5	库克群岛	41.2
智利	61.1	瑙鲁	35.6
瑙鲁	59.7	汤加	35.6
汤加	58.6	托克劳	34.8
托克劳	58.1	图瓦卢	32.1
美属萨摩亚	57.2	美属萨摩亚	31.3
图瓦卢	53.9	帕劳	30.0
巴哈马	52.8	智利	29.0
萨摩亚	51.7	巴哈马	28.6

数据来源：世界肥胖联盟根据 NCD-RisC（2025 年）预测

目前已有 10 个国家（地区）超过半数的 5-19 岁学龄儿童处于超重及肥胖状态。

1.4 仅 10 个国家（地区）就有超过 2 亿名 5-19 岁学龄儿童处于高 BMI 状态

在人口规模最大的国家中，处于高 BMI 及肥胖状态的 5-19 岁儿童人数庞大。据估算，全球共有 8 个国家的 5-19 岁高 BMI 儿童人数超过 1000 万，其中 3 个国家（中国、印度和美国）的肥胖儿童人数超过 1000 万。

表 1.3 2025 年 5-19 岁高 BMI 或肥胖儿童人数最多的 10 个国家（地区）

	5-19岁高BMI儿童数量 (百万)		5-19岁肥胖儿童数量 (百万)
中国	62	中国	33
印度	41	印度	14
美国	27	美国	13
印度尼西亚	19	印度尼西亚	8
巴基斯坦	18	巴基斯坦	8
巴西	17	埃及	8
埃及	16	巴西	7
墨西哥	13	墨西哥	6
尼日利亚	9	尼日利亚	4
刚果（金）	7	伊拉克共和国	3

数据来源：世界肥胖联盟根据 NCD-RisC 数据库（2025）和联合国人口司数据（2025）预测

全球超过 2 亿名 5-19 岁超重及肥胖学龄儿童集中分布在仅 10 个国家。其中，有 3 个国家的肥胖儿童人数已超过 1000 万。

1.5 大多数 5-19 岁肥胖学龄儿童居住在中等收入国家（地区）

尽管普遍认为高收入国家（地区）的肥胖率更高，但受全球人口分布格局影响，肥胖儿童的绝对人数主要居住在中等收入国家（地区）。

2025 年，世界卫生组织（WHO）划分的区域中，儿童肥胖率最高的为美洲区域。预计在 2025—2040 年间，东南亚区域将成为肥胖率增幅最大的地区，其次为西太平洋区域、东地中海区域和非洲区域。

表 1.4 2025 年和 2040 年 5-19 岁肥胖儿童人数及其占同年龄段儿童总数的比例

	5-19岁肥胖儿童人数（百万）		5-19岁儿童肥胖率（%）	
	2025	2040	2025	2040
全球	177	228	8.7	11.9
高收入国家（地区）	30	29	12.8	14.2
中高收入国家（地区）	80	87	13.7	20.7
中低收入国家（地区）	51	82	5.6	8.9
低收入国家（地区）	13	27	5.6	8.7
非洲区域	20	36	4.2	6.2
美洲区域	40	44	17.8	22.3
东地中海区域	33	55	12.8	19.0
欧洲区域	14	13	8.0	9.3
东南亚区域	27	40	5.1	8.3
西太平洋区域	43	39	11.8	17.7

注：因数值四舍五入处理，各项之和可能与总计不符。

数据来源：世界肥胖联盟根据 NCD-RisC（2025）和联合国人口司数据（2025）预测

全球多数 5-19 岁肥胖学龄儿童居住在中等收入国家（地区）。预计到 2040 年，这一人数将增至约 1.69 亿。

1.6 预计到 2040 年，至少有 1.2 亿 5-19 岁学龄儿童将出现因高 BMI 引起的慢性疾病早期征兆

儿童期超重与肥胖不仅会增加成年后罹患慢性疾病的风险，也会显著提高在成年前发生相关疾病的几率。多项调查显示，全球已有数以百万计的儿童出现慢性疾病的早期征兆。而此类早期征兆往往长期受到忽视，得不到及时干预。

表 1.5 全球 5-19 岁因高 BMI 在成年前出现慢性疾病早期征兆的儿童人数预测（2025—2040 年）

	2025（百万）	2040（百万）
高BMI导致的代谢功能障碍相关脂肪性肝病（MASLD）	98	124
高BMI导致的高甘油三酯血症	47	58
高BMI导致的高血糖	14	18
高BMI导致的高血压	34	43

注：因部分儿童可能同时存在两项或以上疾病指标，相关数据不可简单相加。

数据来源：世界肥胖联盟根据 Sharma 等（2019 年）及 Lobstein 和 Jackson-Leach（2016 年）研究结果的预测

儿童期超重与肥胖已导致数百万 5-19 岁儿童出现慢性疾病的早期征兆。

1.7 儿童暴露于已知的肥胖风险因素

儿童期发生超重的风险受多种已知因素影响，包括母亲的健康状况及健康行为、生命早期营养环境以及身体活动不足等。7 项已知风险因素相关指标上的得分较高的国家（地区）数量情况，见表 6，尽管相关报告数据仍存在缺口。在大多数国家，儿童面临暴露于上述一项或多项风险因素的较高风险。多数国家有必要进一步采取更为全面的综合性行动，以降低这些可预防风险。与此同时，还存在许多其他风险因素，但其中大多数尚未得到持续和系统性的测量与监测。

表 1.6 195 个国家（地区）中儿童肥胖已知可预防风险因素处于高水平的国家（地区）占比

	在有估算数据的国家（地区）中所占比例（%）	无估算数据的国家（地区）数量（n）
孕产妇超重与肥胖：育龄妇女（15-49岁）高BMI（ $\geq 25\text{kg/m}^2$ ）综合暴露值超过20%的国家（地区）占比	81	0
孕产妇糖尿病：育龄妇女（15-49岁）2型糖尿病患者患病率超过3%的国家（地区）占比	57	0
孕产妇吸烟：育龄妇女（15-49岁）吸烟综合暴露值超过10%的国家（地区）占比	31	0
母乳喂养不足：1-5月龄婴儿中母乳喂养欠佳综合暴露值超过25%的国家（地区）占比	95	0
学校供餐覆盖不足：获得学校供餐的中小学学龄儿童比例低于70%的国家（地区）占比	86	40
含糖饮料消费：6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量超过100毫升的国家（地区）占比	74	13
身体活动不足：11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率超过75%的国家（地区）占比	95	65

数据来源：健康指标与评估研究所（2025年）、全球儿童营养基金会（2024年）、全球膳食数据库（2022年）、世界卫生组织全球卫生观察站（2025年）

注：法属波利尼西亚地区无可用数据

各国（地区）在减少儿童受肥胖风险因素影响方面的行动仍旧不足。

1.8 更多国家（地区）需采取全面行动预防儿童肥胖

为应对儿童肥胖问题，各国（地区）已在全球范围内制定了多项政策措施。然而，真正建立正式监测机制并向世界卫生组织及其他国际机构报告的政策数量仍然有限。表 1.7 汇总了已被记录在案的相关政策。值得关注的是，尽管在已报告国家（地区）中，多数在制定身体活动指南及落实学校食品采购强制性标准方面得分较高，但仅有少数国家（地区）真正针对儿童食品营销问题采取有效干预措施。此外，不少国家（地区）尚未对相关政策的实施情况开展系统性监测或定期报告。

表 1.7 196 个国家（地区）的儿童肥胖预防政策情况

	报告“有”的国家 (地区)数	报告“无”的国家 (地区)数	未报告国家 (地区)数
《国际母乳代用品销售守则》实施评分超过70/100的国家（地区）	49	93	54
5岁以下儿童身体活动国家（地区）指南	70	18	108
促进托幼机构身体活动的国家（地区）政策	75	97	24
以营养目标为导向的学校膳食指南	135	0	61
以肥胖防控为导向的学校膳食指南	70	72	54
将健康标准纳入学校食品采购的强制性要求	75	26	95
5-19岁儿童身体活动国家（地区）指南	89	5	102
减少儿童接触食品营销的国家（地区）政策	73	111	12

数据来源：联合国儿童基金会/世界卫生组织/国际母乳行动网络（2024年），世界卫生组织全球卫生观察站（2025年），世界卫生组织全球营养行动信息系统（2025年）

在儿童肥胖预防领域，国家（地区）政策落实尚不充分，所有国家均需全面落实世界卫生组织（WHO）关于遏制肥胖的各项建议。

1.9 儿童肥胖的监测、筛查和医疗服务明显不足

目前，仅有少数国家（地区）定期开展儿童体重状况年度调查。因此，本报告所采用的部分模型估算数据存在较大误差区间。根据世界卫生组织数据，约有 70 个国家（地区）在过去十年（2014—2024 年）未报告任何 5 岁以下儿童相关调查数据。非传染性疾病危险因素协作组（NCD Risk Factor Collaboration）指出，1990—2022 年间，有 35 个国家（地区）从未报告 5-19 岁儿童相关调查数据，另有 61 个国家（地区）开展此类调查的次数不超过三次。

尽管已知部分国家（地区）在定期开展校内体检，但各国（地区）关于体重状况筛查及相关合并症指标的数据几乎未向任何国际机构系统报告。世界肥胖联合会（Jackson-Leach 等，2020 年）的研究显示，各国（地区）在成人肥胖治疗与管理服务方面的信息报告严重不足，导致很难进行国际比较。

儿童肥胖领域亦存在类似问题。以两项可能反映儿科体重管理服务水平的替代指标为参考，全民健康覆盖（UHC）中的孕产妇与儿童健康指标，以及非传染性疾病（NCD）健康服务覆盖指标的数据显示，约三分之一国家（地区）在孕产妇与儿童健康覆盖方面得分低于 70 分（满分 100 分）（WHO GHO，2025 年）；超过四分之三国家（地区）在非传染性疾病健康服务覆盖方面低于这一分值。

鉴于上述情况，各国（地区）亟需建立常态化儿童体重状况调查机制，以检测国家（地区）及全球层面的进展。

贰

第 2 节

儿童超重与肥胖

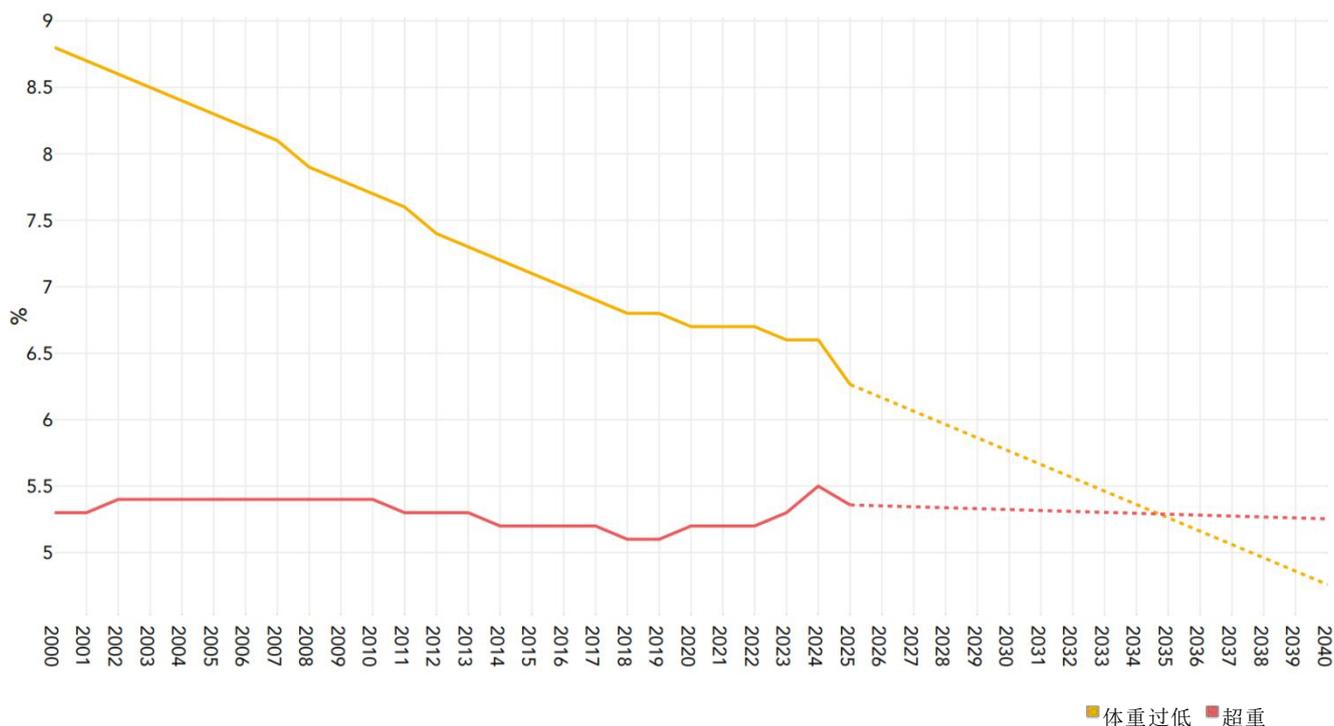
第 2 节 | 儿童超重与肥胖

2.1 全球转型

针对 5 岁以下儿童体重过低（消瘦）与超重率的趋势及预测显示，2030 年代中期将出现结构性转折。届时，随着体重过低率逐年稳步下降，而超重率保持相对稳定，超重率将超过体重过低率。

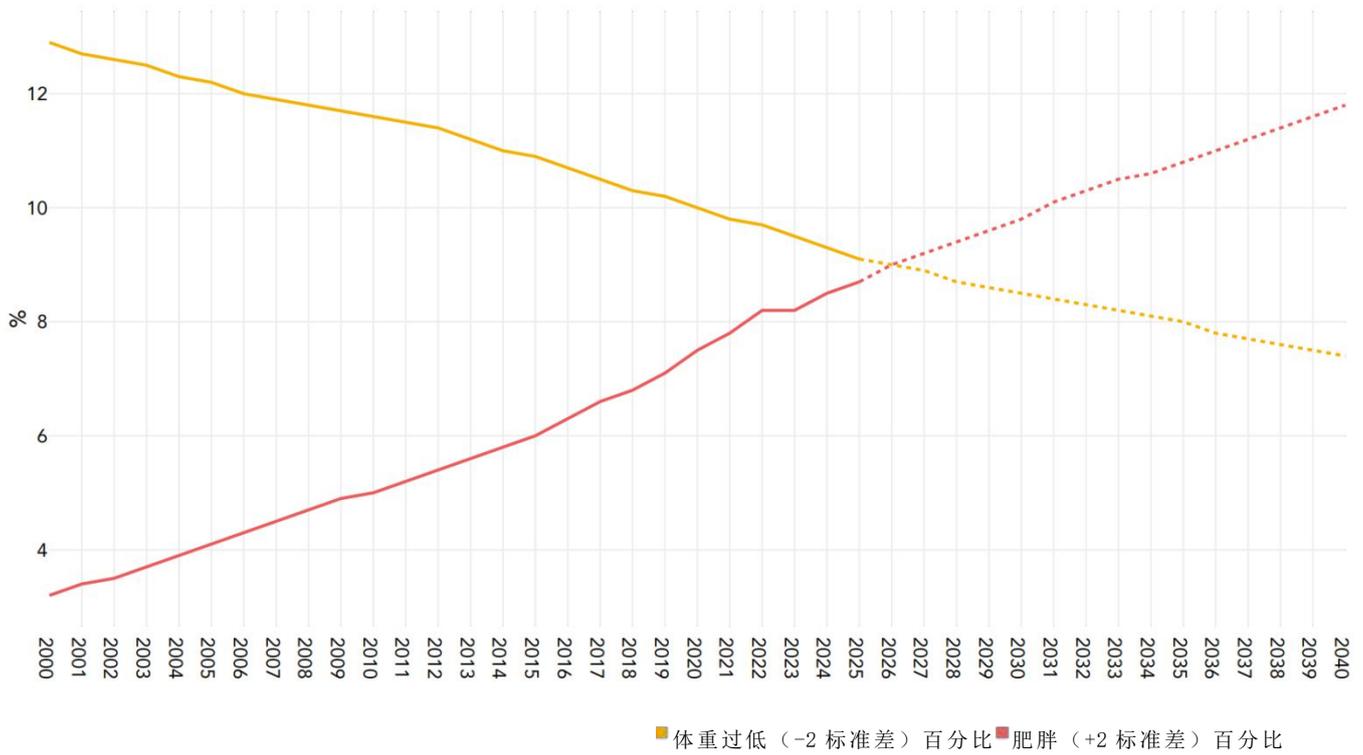
对于 5-19 岁儿童而言，体重过低与肥胖率的趋势及预测表明，这一转折将出现更早，约在 2020 年代中期。届时，全球范围内将首次出现肥胖儿童比例高于体重过低儿童比例的情况。联合国儿童基金会在其 2025 年《儿童营养报告》中亦指出，2025 年将成为全球学龄儿童和青少年肥胖率首次超过体重过低率的年份（UNICEF, 2025）。这标志着全球营养不良形势的重大结构性转变，全球应对策略亦需相应调整。

图 2.1 2000—2040 年全球 5 岁以下儿童体重过低或超重比例



数据来源：联合国儿童基金会（2025 年）及世界肥胖联盟预测（2026 年）

图2.2 2000—2040年全球5-19岁儿童体重过低或肥胖比例



数据来源：NCD -RisC（2025年）及世界肥胖联盟（2026年）预测

2.2 5岁以下儿童

在全球范围内，过去十年间5岁以下儿童超重率总体增幅较小。2024年，估算全球5岁以下儿童中有5.5%处于超重状态，约合3520万人。

与此同时，部分国家（地区）和地区出现显著上升趋势。在多个区域，每20个5岁以下儿童中就有超过1个处于超重状态；在西太平洋区域和美洲区域，则上升至每10个中就有接近1个。

总体而言，低收入和中等收入国家（地区）预计约有2900万名5岁以下儿童处于超重状态。

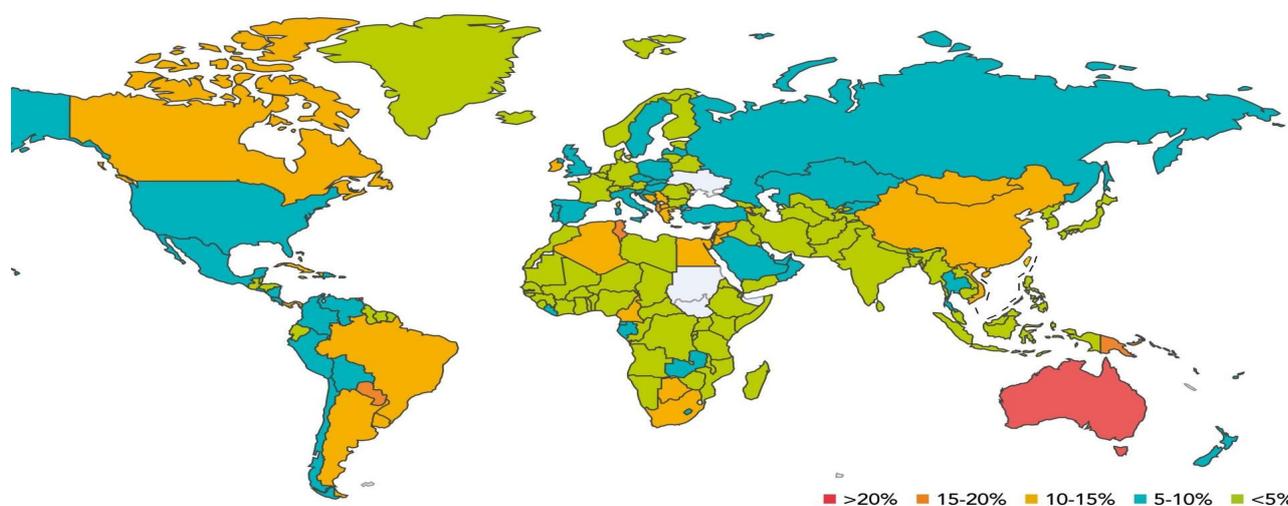
表 2.1 2024 年 5 岁以下儿童超重人数及超重率

	5岁以下超重儿童人数（百万）	5岁以下儿童超重率（%）
全球	35.2	5.5
高收入国家（地区）	5.4	8.1
中高收入国家（地区）	13.2	8.6
中低收入国家（地区）	12.3	4.0
低收入国家（地区）	3.5	3.6
非洲区域	7.7	4.2
美洲区域	6.1	9.1
东地中海区域	4.3	4.6
欧洲区域	3.6	7.2
东南亚区域	5.5	3.3
西太平洋区域	8.0	9.7

注：数值可能因四舍五入而无法相加为整

数据来源：世界肥胖联盟预测及联合国儿童基金会/世界卫生组织/世界银行《儿童营养不良联合估算》（2025年）

图2.3 2024年5岁以下儿童超重率分布图



数据来源：世界肥胖联盟预测及联合国儿童基金会/世界卫生组织/世界银行《儿童营养不良联合估算》（2025年）

表2.2 2000—2024年5岁以下儿童超重率最高的20个国家（地区）

	2000		2024
阿尔巴尼亚	19.9	澳大利亚	26.4
利比亚	19.9	巴布亚新几内亚	18.5
格鲁吉亚	18.2	特克斯和凯科斯群岛	18.3
波黑	17.9	突尼斯	17.5
叙利亚	17.7	阿尔巴尼亚	16.7
塞尔维亚	16.4	巴拉圭	15.4
俄罗斯	16.0	特立尼达和多巴哥	15.0
黑山	14.9	阿根廷	14.3
乌兹别克斯坦	13.8	喀麦隆	13.6
摩洛哥	13.6	希腊	13.5
科摩罗	13.3	乌拉圭	13.5
阿尔及利亚	13.2	阿尔及利亚	13.3
埃及	13.1	巴巴多斯	13.0
斯威士兰	13.0	波黑	13.0
汤加	13.0	亚美尼亚	12.9
马拉维	12.0	南非	12.8
亚美尼亚	11.9	蒙古	12.3
伯利兹	11.8	北马其顿	12.3
北马其顿	11.5	塞尔维亚	12.2
智利	11.4	巴哈马	11.8

数据来源：世界肥胖联盟预测及联合国儿童基金会/世界卫生组织/世界银行《儿童营养不良联合估算》（2025年）

第1节指出，在86个国家（地区）中，5岁以下儿童超重率呈上升趋势。预计近30个国家（地区）的年均复合增长率超过3%，其中绝大多数（23个）为低收入或中等收入国家（地区）。

表2.3 2010—2024年报告5岁以下儿童超重率增长率高的国家（地区）

年复合增长率大于3%的国家（地区）

	超重率年复合增长率（%）
吉布提	12.8
阿曼	9.7
柬埔寨	8.3
圣多美和普林西比	8.1
越南	7.7
尼日尔	7.4
贝宁	7.2
多哥	7.0
朝鲜	6.2
瑙鲁	6.2
澳大利亚	6.0
喀麦隆	5.6
利比里亚	5.3
约旦	5.0
所罗门群岛	4.9
巴布亚新几内亚	4.8
印度	4.4
老挝	4.4
塞拉利昂	4.2
中国	3.9
安哥拉	3.8
萨摩亚	3.8
布基纳法索	3.8
波兰	3.6
尼泊尔	3.4
巴拉圭	3.3
厄立特里亚	3.3
乌拉圭	3.2
特立尼达和多巴哥	3.0

数据来源：世界肥胖联盟预测及联合国儿童基金会/世界卫生组织/世界银行《儿童营养不良联合估算》（2025年）

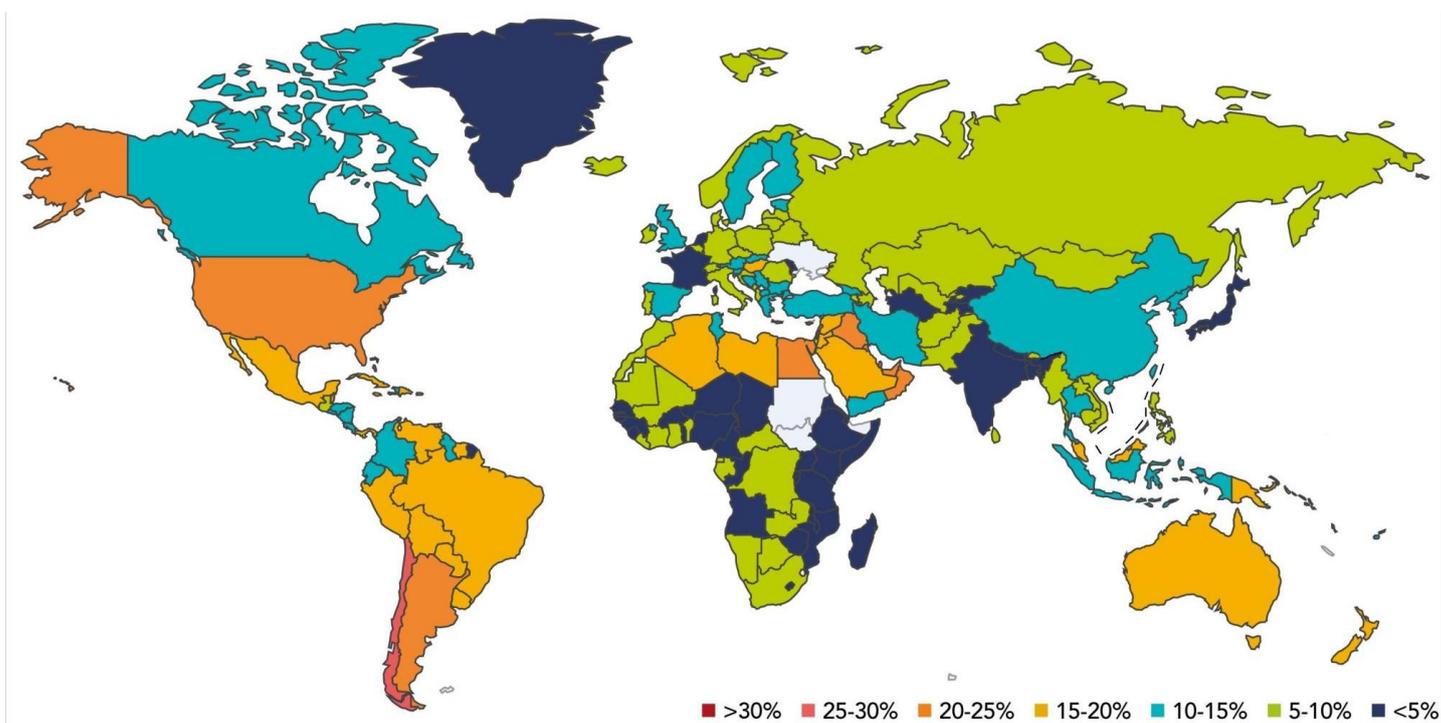
2.3 5-19 岁儿童

本报告估算，2025 年共计 14 个国家（地区）有超过 25% 的 5-19 岁儿童和青少年处于肥胖状态，分别为：纽埃、库克群岛、瑙鲁、汤加、托克劳、图瓦卢、美属萨摩亚、帕劳、智利、巴哈马、法属波利尼西亚、安提瓜和巴布达、卡塔尔和萨摩亚。

同年，全球超过 80 个国家（地区）中，5-19 岁儿童和青少年高 BMI 比例超过 30%。其中在 10 个国家（地区）——纽埃、库克群岛、智利、瑙鲁、汤加、托克劳、美属萨摩亚、图瓦卢、巴哈马和萨摩亚——该比例已上升至 50%。

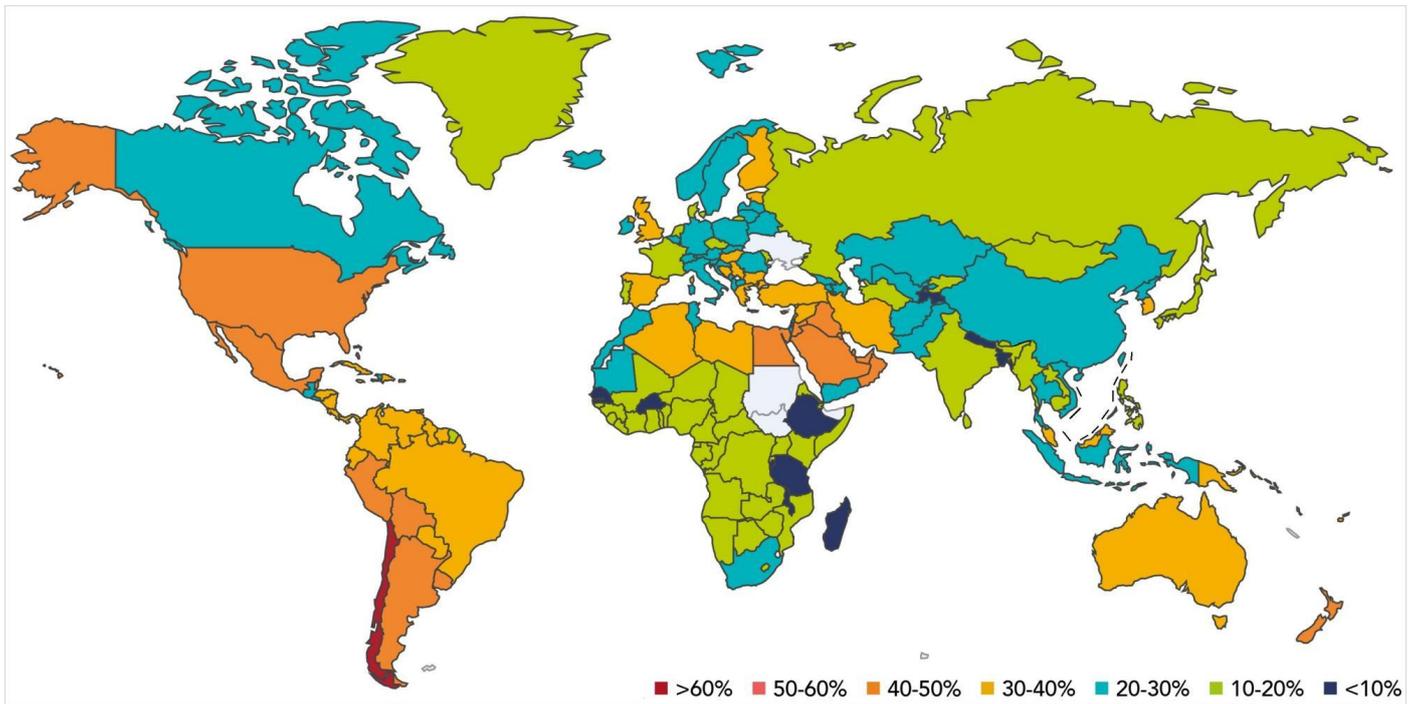
肥胖和高 BMI 率最高的国家（地区）主要集中于西太平洋区域。

图2.4 2025年5-19岁儿童肥胖率



数据来源：NCD -RisC 及世界肥胖联盟预测（2025 年）

图 2.5 2025 年 5-19 岁儿童高 BMI 率



数据来源：NCD-RisC及世界肥胖联盟预测（2025年）

2.3.1 趋势与预测（至 2040 年）：5-19 岁肥胖儿童情况

据估算，2025 年全球约有 1.77 亿名 5-19 岁儿童和青少年处于肥胖状态，预计到 2040 年将增至 2.27 亿人。也就是说，全球该年龄段儿童和青少年肥胖率将由 8.7% 上升至 11.9%。

历史上，肥胖率最高的国家（地区）主要为高收入国家（地区）。然而，随着中高收入国家（地区）肥胖率的快速上升，这一格局已发生变化。尽管低收入和中低收入国家（地区）的肥胖率仍低于高收入及上中等收入国家（地区），但预计到 2040 年，全球近 50% 的肥胖儿童和青少年（5-19 岁）将来自这些地区，超过 85% 将集中于中低收入国家（地区）（这一趋势在很大程度上与其人口规模有关）。

未来，肥胖率最高的地区仍将集中在美洲区域、东地中海区域和西太平洋区域。

表2.4 2025年和2040年5-19岁儿童肥胖人数及占全部儿童的比例

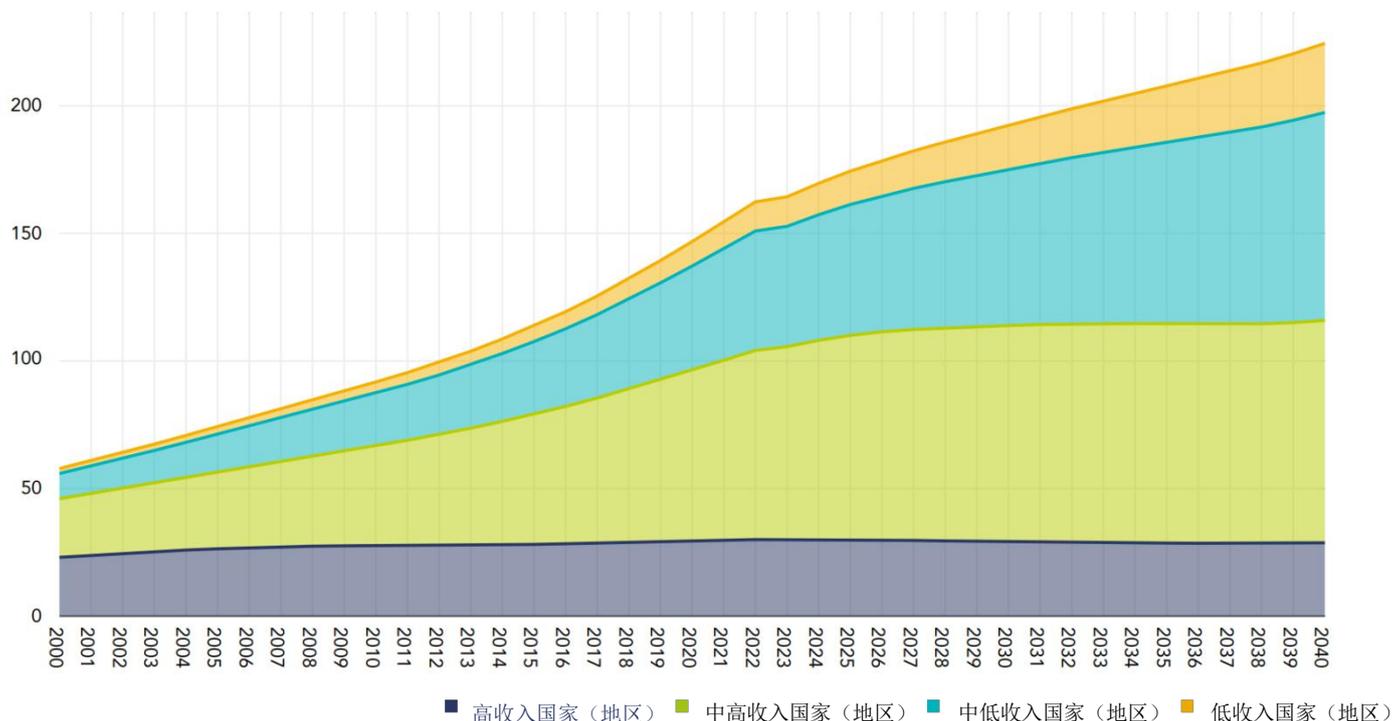
	5-19岁肥胖儿童人数（百万）		5-19岁肥胖儿童比例（%）	
	2025	2040	2025	2040
全球	177	228	8.7	11.9
高收入国家（地区）	30	29	12.8	14.2
中高收入国家（地区）	80	87	13.7	20.7
中低收入国家（地区）	51	82	5.6	8.9
低收入国家（地区）	13	27	5.6	8.7
非洲区域	20	36	4.2	6.2
美洲区域	40	44	17.8	22.3
东地中海区域	33	55	12.8	19.0
欧洲区域	14	13	8.0	9.3
东南亚区域	27	40	5.1	8.3
西太平洋区域	43	39	11.8	17.7

注：因数值四舍五入处理，各项之和可能与总计不符。

数据来源：世界肥胖联盟基于 NCD-RisC 的预测（2025 年）及联合国人口估算（2025 年）

图 2.6 2000—2040 年按世界银行收入水平划分的 5-19 岁肥胖儿童人数

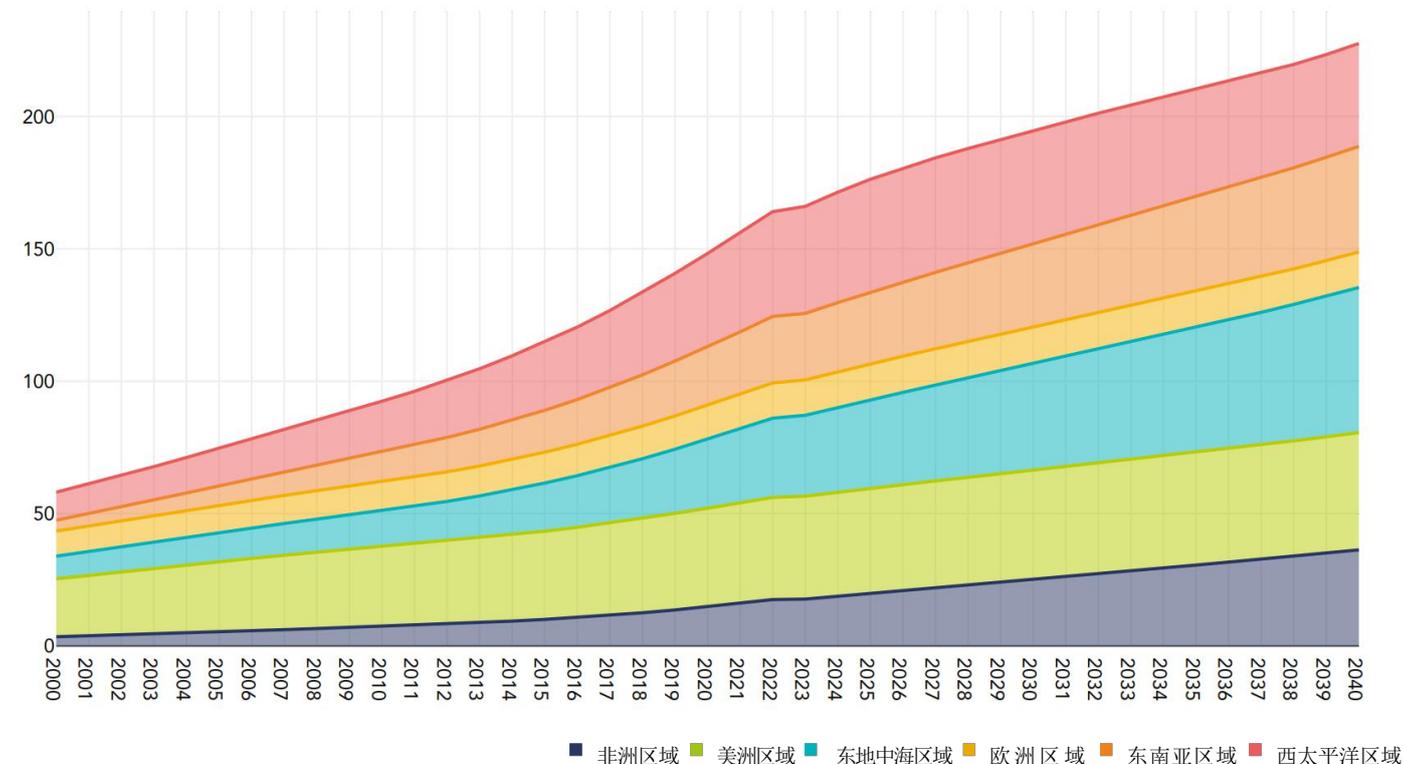
(单位: 百万)



数据来源: 世界肥胖联盟根据NCD-RisC数据库(2025)和联合国人口司数据(2025)预测

图2.7 2000—2040年按世界卫生组织区域划分的5-19岁肥胖儿童人数

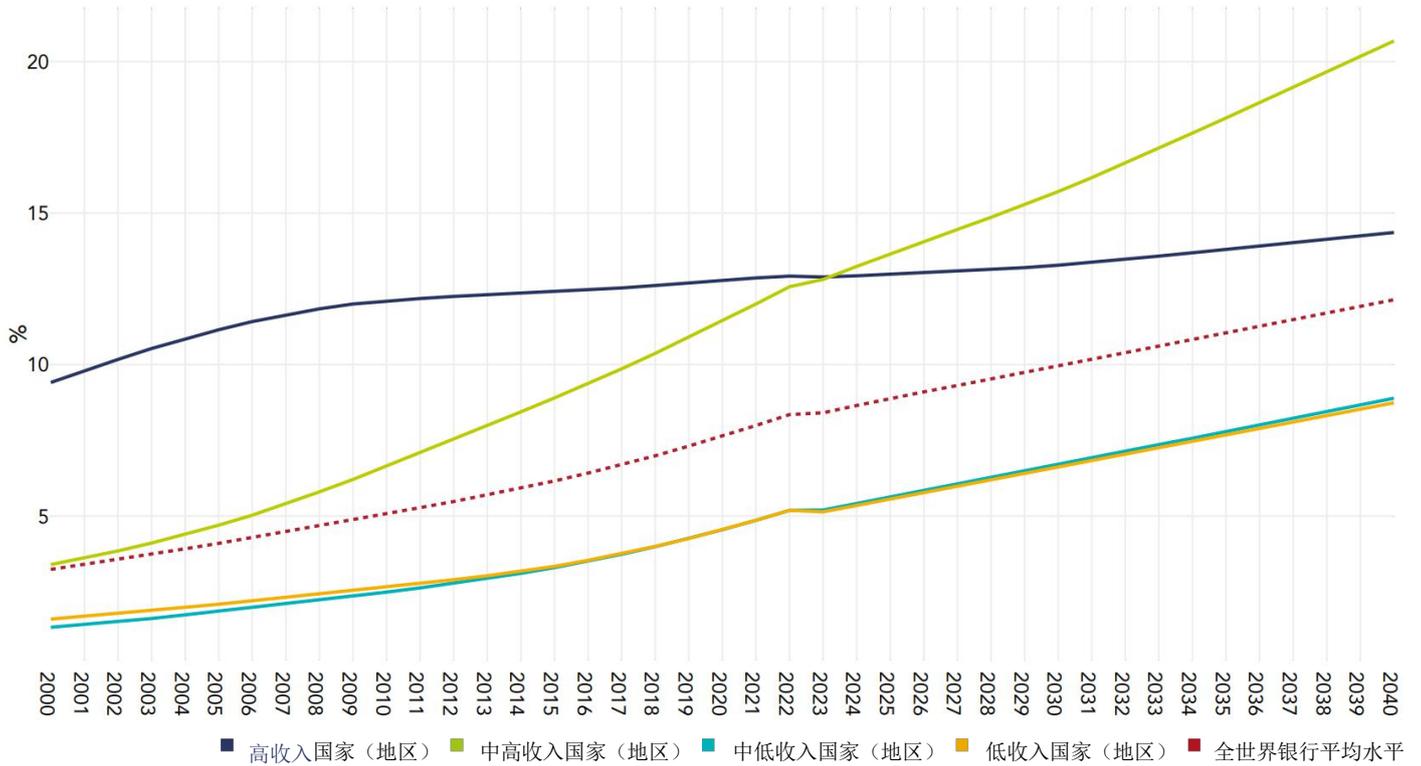
(单位: 百万)



数据来源: 世界肥胖联盟根据NCD-RisC数据库(2025)和联合国人口司数据(2025)预测

图 2.8 2000—2040 年按世界银行收入水平划分的 5-19 岁儿童肥胖患病率

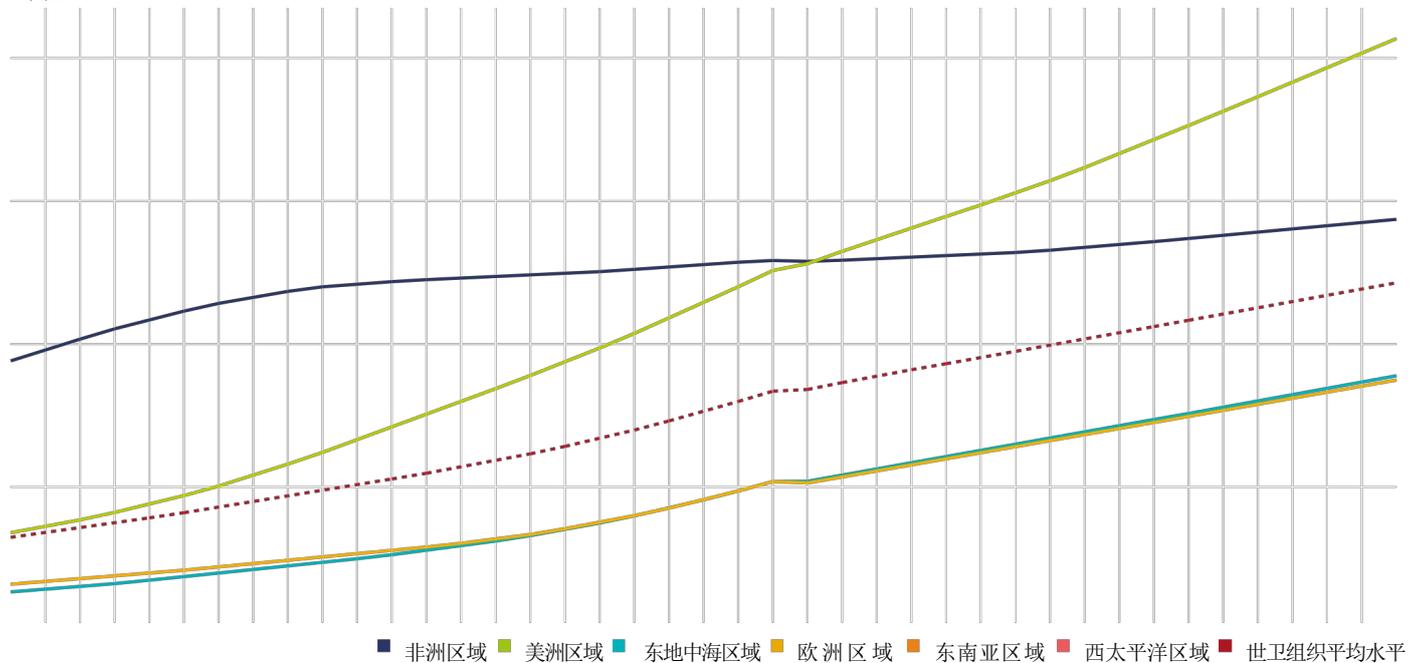
(单位: %)



数据来源: 世界肥胖联盟根据NCD-RisC数据库 (2025) 预测

图 2.9 2000—2040 年按世界卫生组织区域划分的 5-19 岁儿童肥胖患病率

(单位: %)



数据来源: 世界肥胖联盟根据 NCD-RisC 数据库 (2025) 预测

2.3.2 趋势与预测（至 2040 年）：5-19 岁高 BMI 儿童

2025 年，约有 4.19 亿 5-19 岁儿童处于超重或肥胖状态。预计到 2040 年，该人数将增至 5.07 亿，届时全球超过四分之一的儿童都将面临高 BMI 问题。

尽管不同收入水平国家（地区）的患病率都可能持续上升，但增幅预计主要集中在中低收入和低收入国家（地区）。这些国家（地区）不仅患病率增长更快，高 BMI 儿童的绝对人数亦将显著增加。到 2040 年，预计全球超过 85% 的高 BMI 儿童将集中在低收入和中等收入国家（地区）。

2025 年，高 BMI 患病率最高的区域是美洲区域、东地中海区和欧洲区域。预计到 2040 年，高患病率区域将转为美洲区域、东地中海区域和西太平洋区域。

表 2.5 2025—2040 年 5-19 岁高 BMI 儿童人数及占比

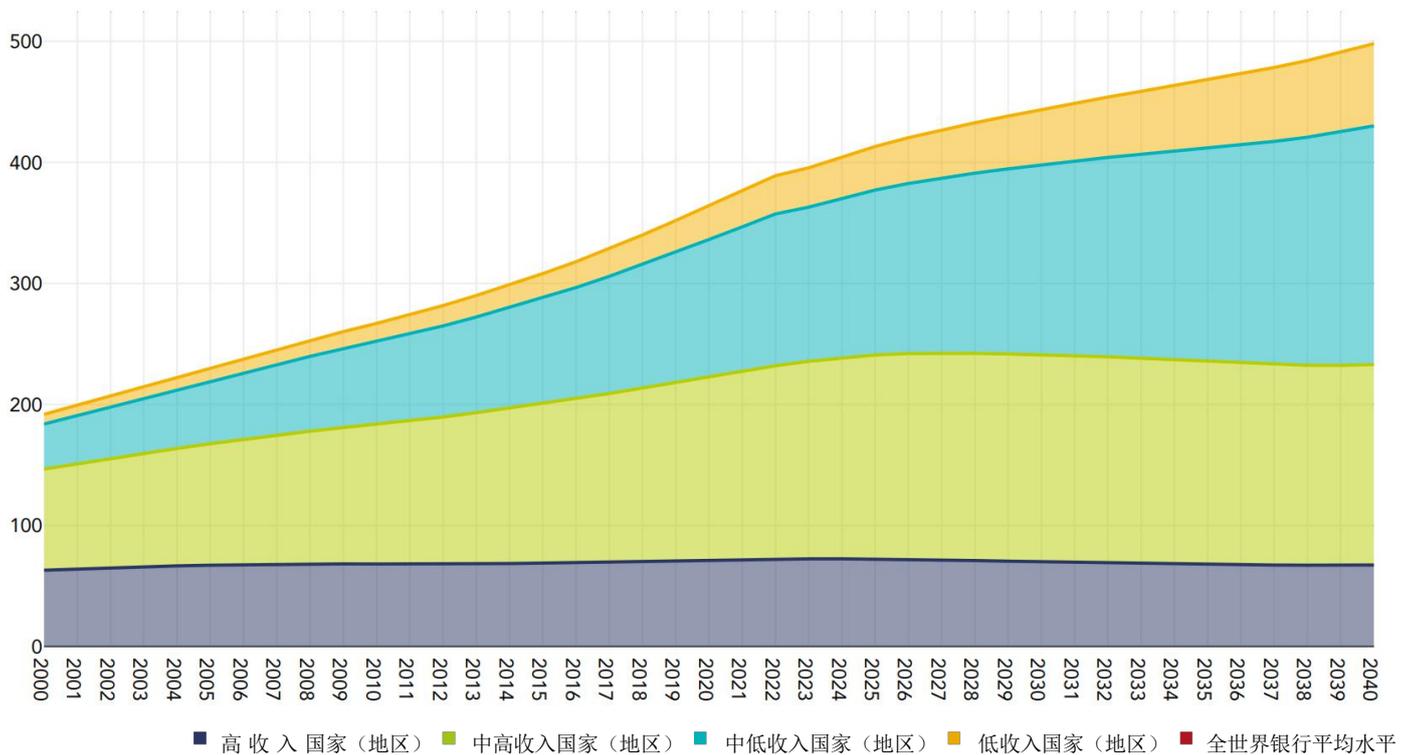
	5-19岁高BMI儿童人数（百万）		5-19岁高BMI儿童占比（%）	
	2025	2040	2025	2040
全球	419	507	20.7	26.4
高收入国家（地区）	72	67	30.9	33.3
中高收入国家（地区）	169	166	28.7	39.3
中低收入国家（地区）	136	197	15.0	21.5
低收入国家（地区）	36	68	15.3	21.9
非洲区域	59	98	12.5	16.9
美洲区域	87	91	39.0	45.8
东地中海区域	74	111	28.3	38.4
欧洲区域	41	38	24.0	26.1
东南亚区域	73	101	13.7	20.9
西太平洋区域	85	68	23.5	30.8

注：因数值四舍五入处理，各项之和可能与总计不符。

数据来源：世界肥胖联盟根据NCD-RisC数据库（2025）和联合国人口司数据（2025）预测

图2.10 2000—2040年按世界银行收入水平划分的5-19岁高BMI儿童人数

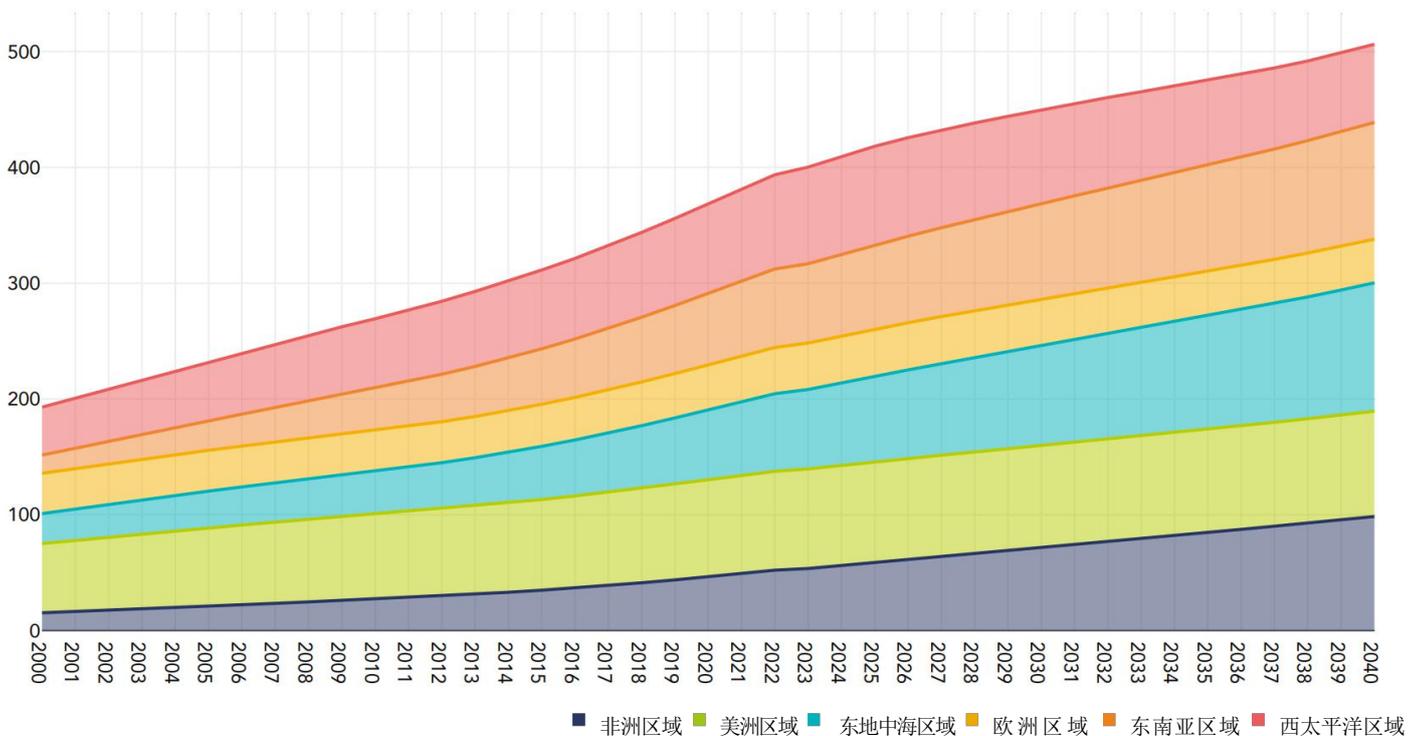
(单位: 百万)



数据来源: 世界肥胖联盟根据NCD-RisC (2025) 和联合国人口司数据(2025) 预测

图2.11 2000—2040年按世界卫生组织区域划分的5-19岁高BMI儿童人数

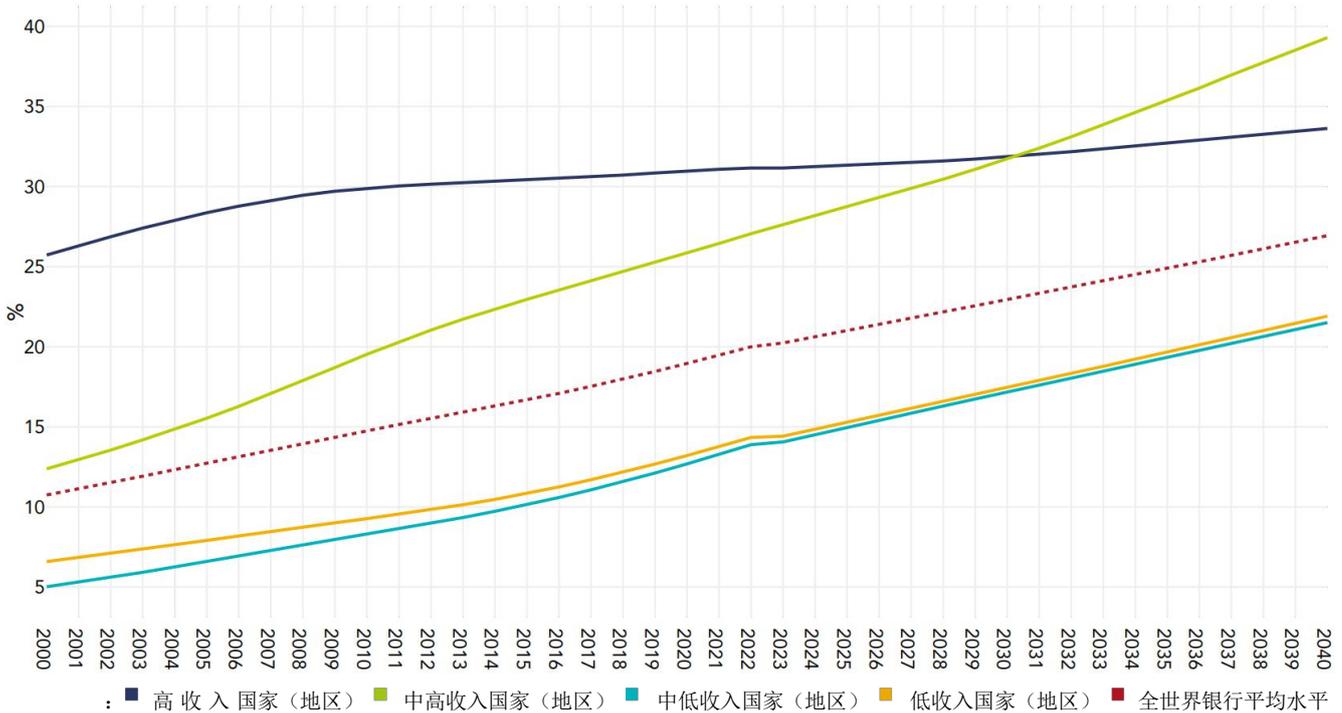
(单位: 百万)



数据来源: 世界肥胖联盟根据NCD-RisC (2025) 和联合国人口司数据(2025) 预测

图2.12 2000—2040年按世界银行收入水平划分的5-19岁儿童高BMI患病率

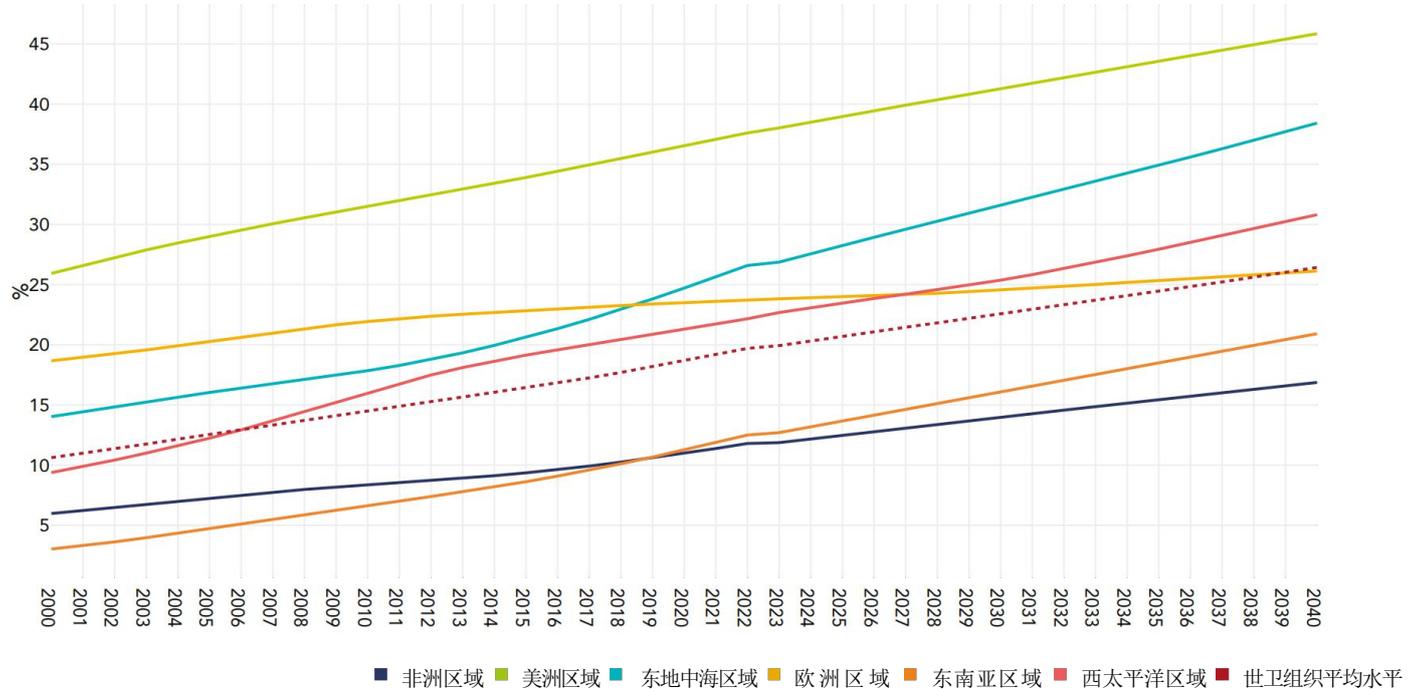
(单位: %)



数据来源: 世界肥胖联盟根据 NCD-RisC (2025) 预测

图 2.13 2000—2040 年按世界卫生组织区域划分的 5-19 岁儿童高 BMI 患病率

(单位: %)



数据来源: 世界肥胖联盟根据 NCD-RisC (2025) 预测

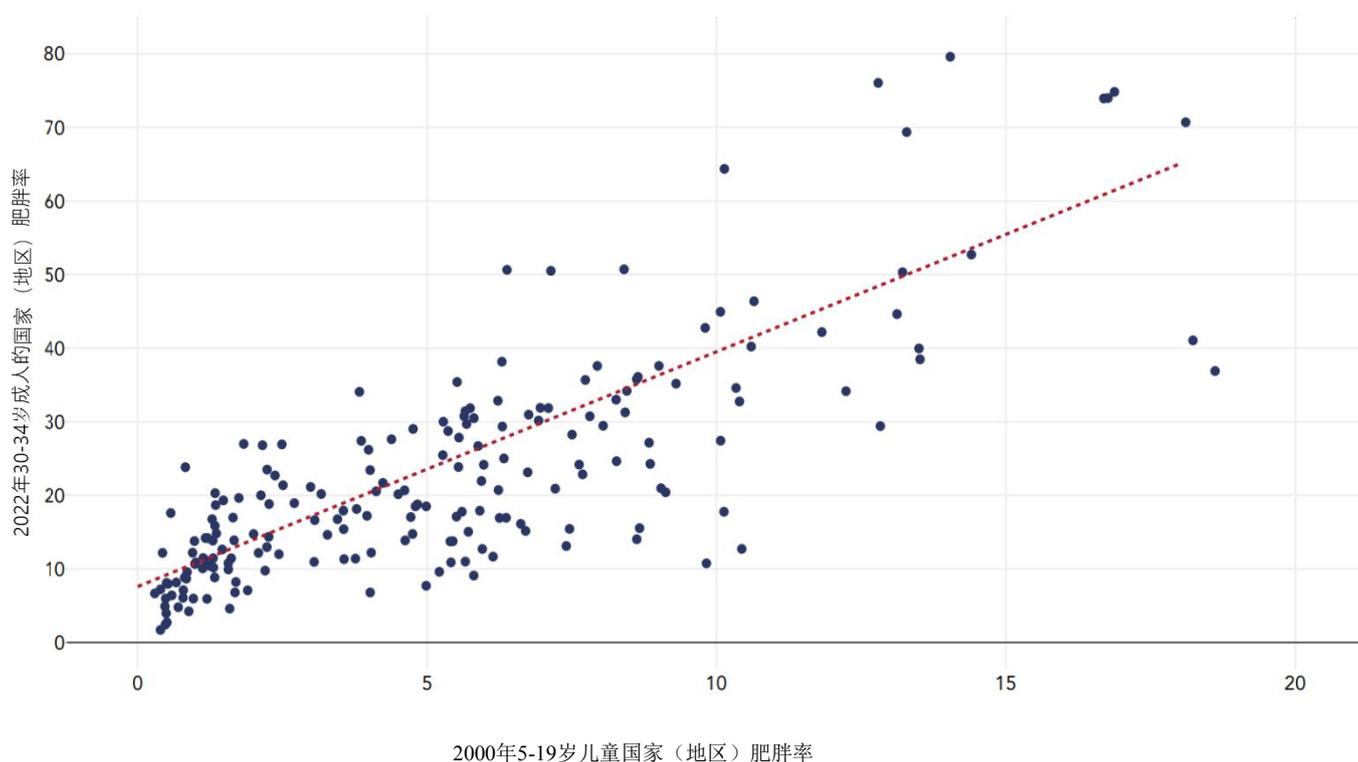
第 3 节

5-19 岁学龄儿童由超重和肥胖 引发慢性病的风险因素

第3节 | 5-19岁学龄儿童由超重和肥胖引发慢性病的风险因素

2000年儿童肥胖患病率和二十年后成人肥胖患病率（2022年）的估算数据覆盖了206个国家（地区）。这些数据显示出极强且有统计学意义的相关性（ $r=0.79, P<0.0001$ ），表明一国（地区）儿童期肥胖率是预测其后续成人肥胖率的有力指标。

图3.1 2000年5-19岁儿童肥胖率与2022年30-34岁成人肥胖率相关性分析



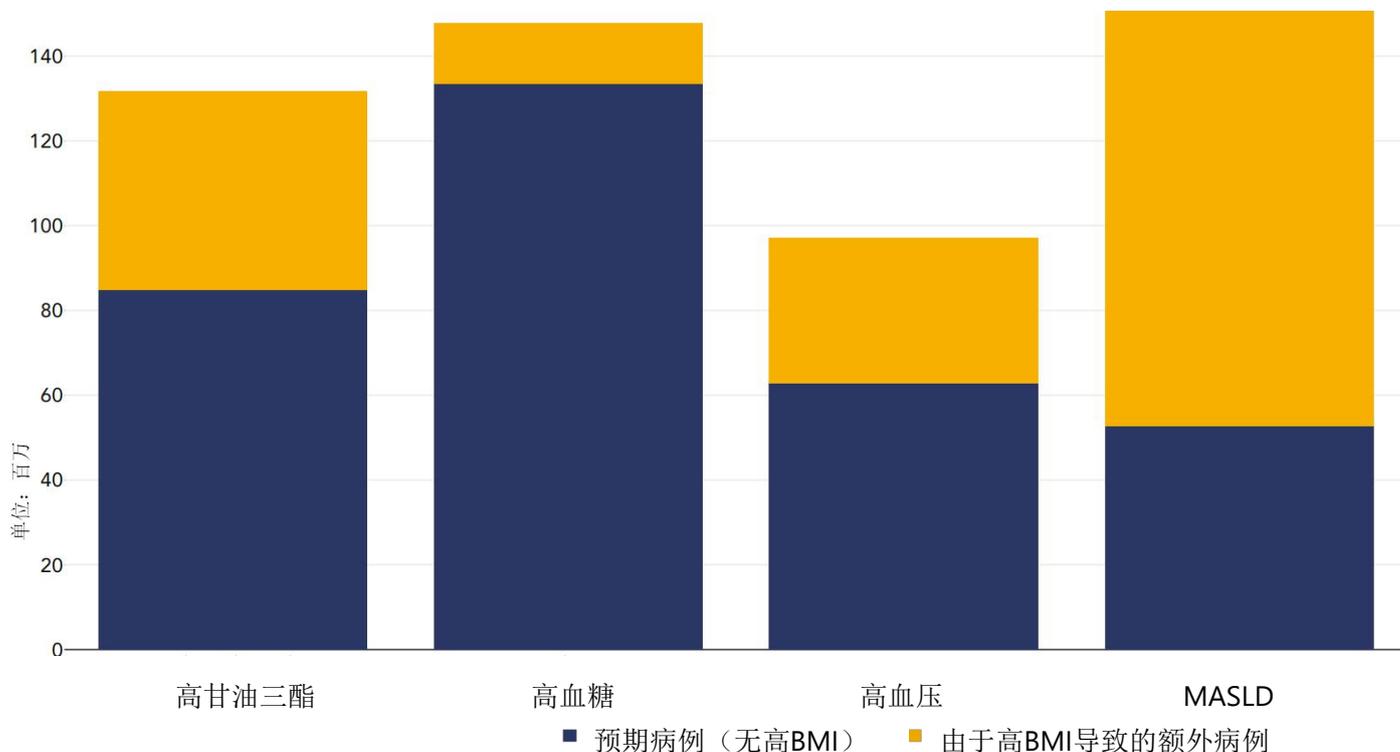
数据来源：世界肥胖联盟根据 NCD-RisC（2025）预测

儿童期肥胖是已知的成年期肥胖及其他慢性病（如心脏病和癌症）的预测指标。但是即使在儿童期，肥胖儿童就可能已经出现这些慢性病的早期征兆和风险因素。儿童健康调查显示，早期慢性病的若干指标可归因于 BMI 水平。以下为四个示例：

- (i) 肝脏疾病（代谢功能障碍相关脂肪性肝病 [MASLD]——原非酒精性脂肪性肝病[NAFLD]的更新术语，是肝纤维化、肝硬化和肝癌的风险因素；
- (ii) 高甘油三酯（心血管疾病的风险因素）；
- (iii) 高血糖（糖尿病的风险因素）；
- (iv) 高血压（脑卒中的风险因素）。

2025 年，在 5-19 岁儿童中由于高 BMI 导致的新增病例包括但不限于：代谢功能障碍相关脂肪性肝病（MASLD）9800 万例、高甘油三酯血症 4700 万例、高血糖 1400 万例以及高血压 3400 万例。上述病例数分别占同年龄段相关疾病总病例数的 65%、36%、10%和 35%。

图3.2 2025年5-19岁儿童慢性病指标预期病例数



数据来源：世界肥胖联盟根据 Sharma（2019）及 Lobstein 和 Jackson-Leach（2016）预测

上述早期慢性病的指标往往缺乏明显临床症状，因而易被忽视。然而，肝脏疾病、高甘油三酯、高血糖和高血压等代谢异常一旦在儿童期出现，将显著增加其在成年早期罹患重大慢性疾病的风险。与儿童期肥胖预防投入相比，成年期慢性病的治疗成本将更为高昂，社会经济负担更为沉重。这一负担对低收入国家（地区）尤为严峻。这些地区不仅拥有大量高 BMI 儿童，其医疗体系在未来应对慢性病长期管理和治疗方面的能力亦相对有限，潜在风险不容忽视。

下表展示了在缺乏有效干预情况下，2025—2040 年 5-19 岁儿童出现早期慢性病症的预期规模。当前，全球多数患慢性病的儿童居住在中等收入国家（地区），预计未来这一格局仍将持续。2025 年，西太平洋区域因高 BMI 而处于慢性病早期阶段的儿童数量在全球最多；预计到 2040 年，这一情况将出现在东地中海区域。

表3.1 2025年和2040年高BMI导致的5-19岁儿童MASLD（肝纤维化、肝硬化和肝癌的早期征兆）人数

	儿童人数（单位：百万）	
	2025	2040
全球	98.0	123.6
高收入国家（地区）	16.7	15.9
中高收入国家（地区）	42.7	44.9
中低收入国家（地区）	29.7	45.5
低收入国家（地区）	7.7	15.3
非洲区域	11.9	21.2
美洲区域	21.5	23.4
东地中海区域	18.1	28.9
欧洲区域	8.2	7.9
东南亚区域	15.7	22.6
西太平洋区域	22.3	19.5

数据来源：世界肥胖联盟根据Sharma（2019）及Lobstein和Jackson-Leach（2016）预测

表3.2 2025年和2040年高BMI导致的5-19岁儿童高甘油三酯（心血管疾病的早期征兆）人数

	儿童人数（单位：百万）	
	2025	2040
全球	46.8	57.6
高收入国家（地区）	8.0	7.6
中高收入国家（地区）	19.4	19.7
中低收入国家（地区）	14.8	21.9
低收入国家（地区）	3.9	7.5
非洲区域	6.2	10.7
美洲区域	9.9	10.6
东地中海区域	8.4	12.9
欧洲区域	4.3	4.1
东南亚区域	7.9	11.1
西太平洋区域	10.0	8.2

数据来源：世界肥胖联盟根据Sharma（2019）及Lobstein和Jackson-Leach（2016）预测

表3.3 2025年和2040年高BMI导致的5-19岁儿童高血糖（糖尿病的早期征兆）人数

	儿童人数（单位：百万）	
	2025	2040
全球	14.4	17.5

高收入国家（地区）	2.5	2.3
中高收入国家（地区）	5.9	5.8
中低收入国家（地区）	4.6	6.8
低收入国家（地区）	1.2	2.3

非洲区域	2.0	3.3
美洲区域	3.0	3.2
东地中海区域	2.6	3.9
欧洲区域	1.4	1.
东南亚区域	2.5	3.4
西太平洋区域	3.0	2.4

数据来源：世界肥胖联盟根据Sharma（2019）及Lobstein和Jackson-Leach（2016）预测

表3.4 2025年和2040年高BMI导致的5-19岁儿童高血压（脑卒中的早期征兆）人数

	儿童人数（单位：百万）	
	2025	2040
全球	34.4	43.2
高收入国家（地区）	5.9	5.6
中高收入国家（地区）	14.9	15.6
中低收入国家（地区）	10.5	16.0
低收入国家（地区）	2.7	5.4
非洲区域	4.2	7.5
美洲区域	7.5	8.1
东地中海区域	6.3	10.0
欧洲区域	2.9	2.8
东南亚区域	5.6	8.0
西太平洋区域	7.8	6.7

数据来源：世界肥胖联盟根据Sharma（2019）及Lobstein和Jackson-Leach（2016）预测

第 4 节

增加儿童肥胖风险的可预防因素

第 4 节 | 增加儿童肥胖风险的可预防因素

4.1 可识别的风险因素

当前，许多增加儿童超重风险的因素并未得到持续、系统的测量和监测，这在一定程度上导致难以追踪全球范围内降低可预防风险的进展。在已被识别的风险因素中，以下七项可通过公共卫生政策与多部门干预加以改善：

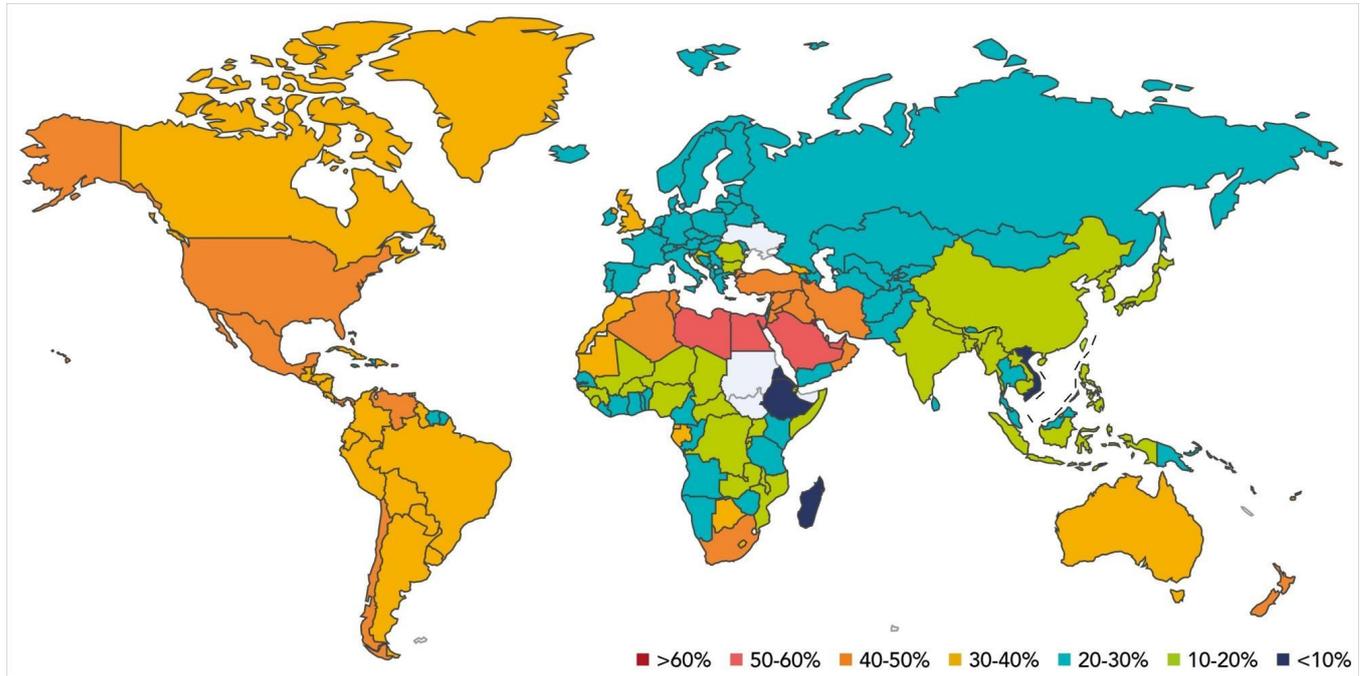
• 孕产妇超重和肥胖：以育龄女性（15-49 岁）高 BMI ($\geq 25\text{kg/m}^2$) 的综合暴露值 (Summary Exposure Values, SEVs) 为指标^①。

- 孕产妇糖尿病：以育龄妇女（15-49 岁）2 型糖尿病患病率为指标。
- 孕产妇吸烟：以育龄妇女（15-49 岁）吸烟综合暴露值为指标。
- 母乳喂养不足：以 1-5 月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值表示。
- 校餐供应：以中小学学龄儿童获得学校供餐的比例为指标。
- 含糖饮料摄入：以 6-10 岁儿童每日摄入含糖饮料的比例为指标。
- 身体活动：以 11-17 岁青少年身体活动建议标准达标率为指标。

孕产妇超重和肥胖、糖尿病以及吸烟行为均与儿童肥胖风险显著相关。综合暴露值数据显示，育龄妇女高 BMI 率在西太平洋区和东地中海区尤为突出。与此同时，这两个区域的育龄妇女 2 型糖尿病患病率亦处于较高水平。因此，上述区域儿童可能面临更高的肥胖风险。相比之下，孕产妇吸烟行为在西太平洋区和东地中海区相对罕见，但在欧洲区更为普遍。

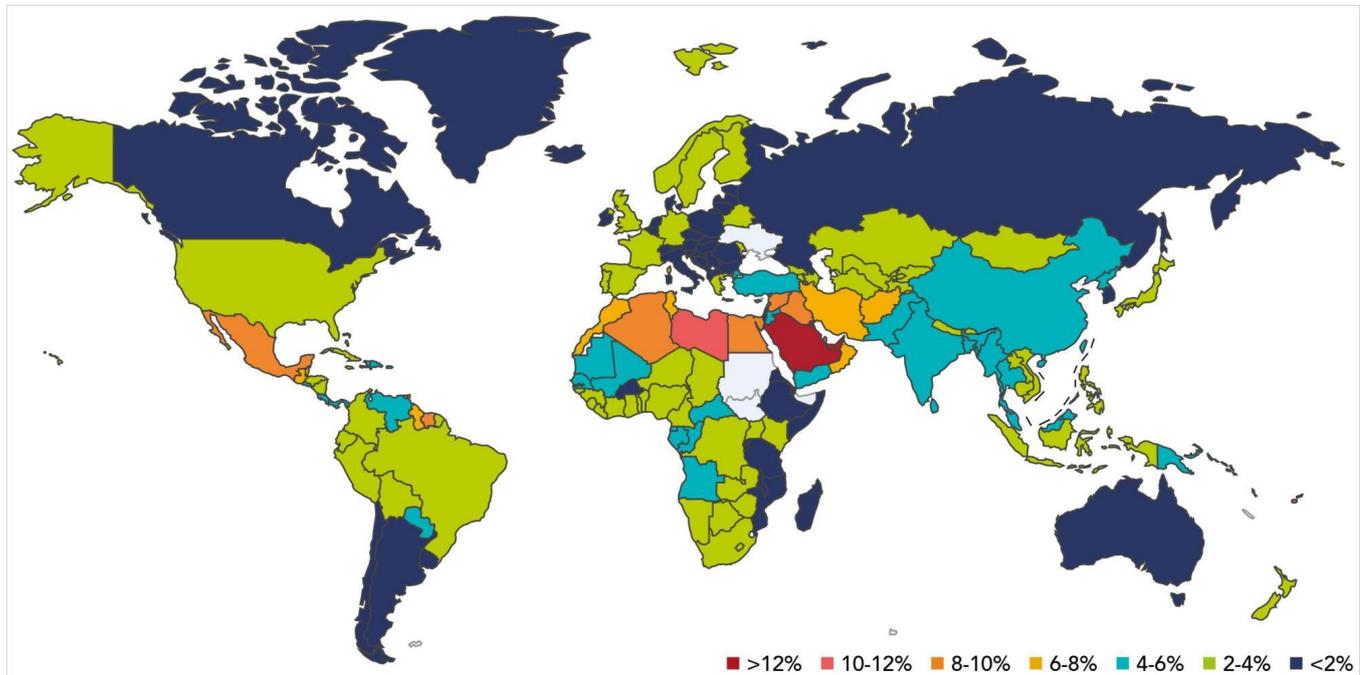
① “综合暴露值”既反映风险的广度，也反映该风险对总体疾病负担影响的严重性 [IHME 2026]。

图4.1 2023年15-49岁女性高BMI综合暴露比例



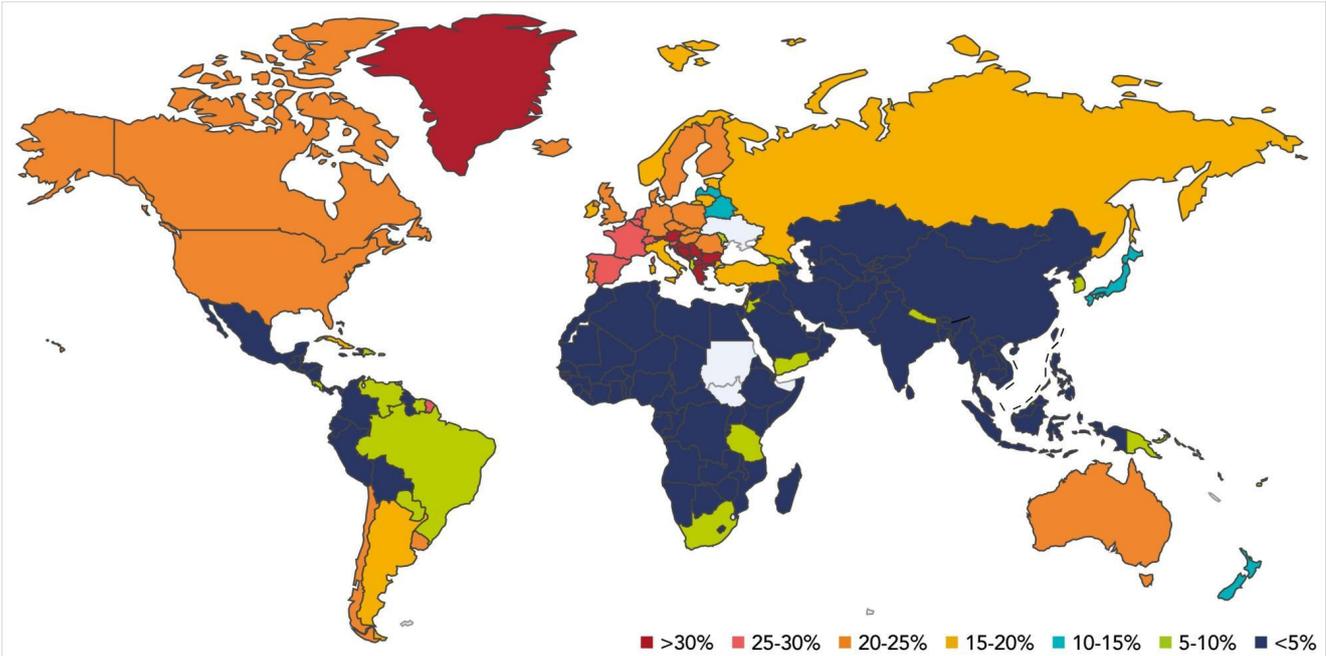
数据来源：健康指标与评估研究所（2026）

图4.2 2023年15-49岁女性2型糖尿病患病率



数据来源：健康指标与评估研究所（2026）

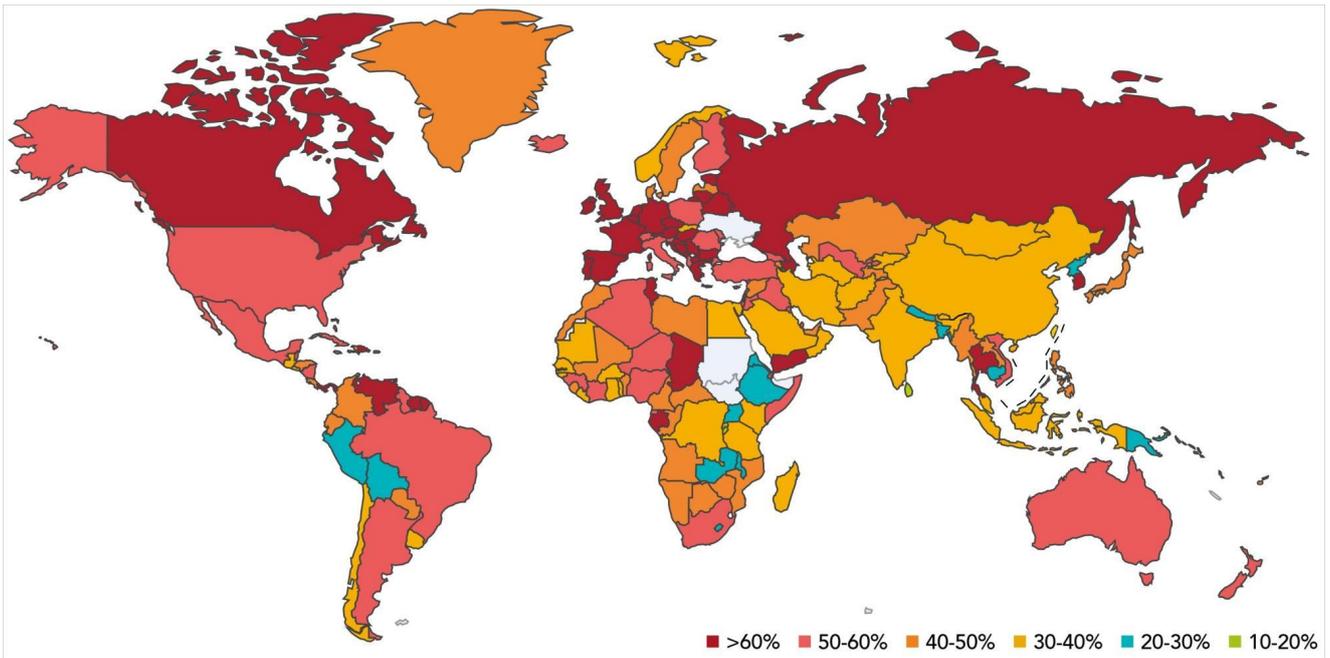
图4.3 2023年15-49岁女性吸烟综合暴露比例



数据来源：健康指标与评估研究所（2026）

母乳喂养对母婴健康均有多重益处，其中包括降低儿童肥胖风险。世界卫生组织建议所有婴儿在出生后六个月内进行纯母乳喂养。然而，综合暴露值数据显示，全球多数国家（地区）1-5月龄婴儿的母乳喂养欠佳率仍然较高。“母乳喂养欠佳”是指未进行纯母乳喂养或过早中断母乳喂养。在88个国家（地区）中，母乳喂养欠佳综合暴露比例达到或超过50%。

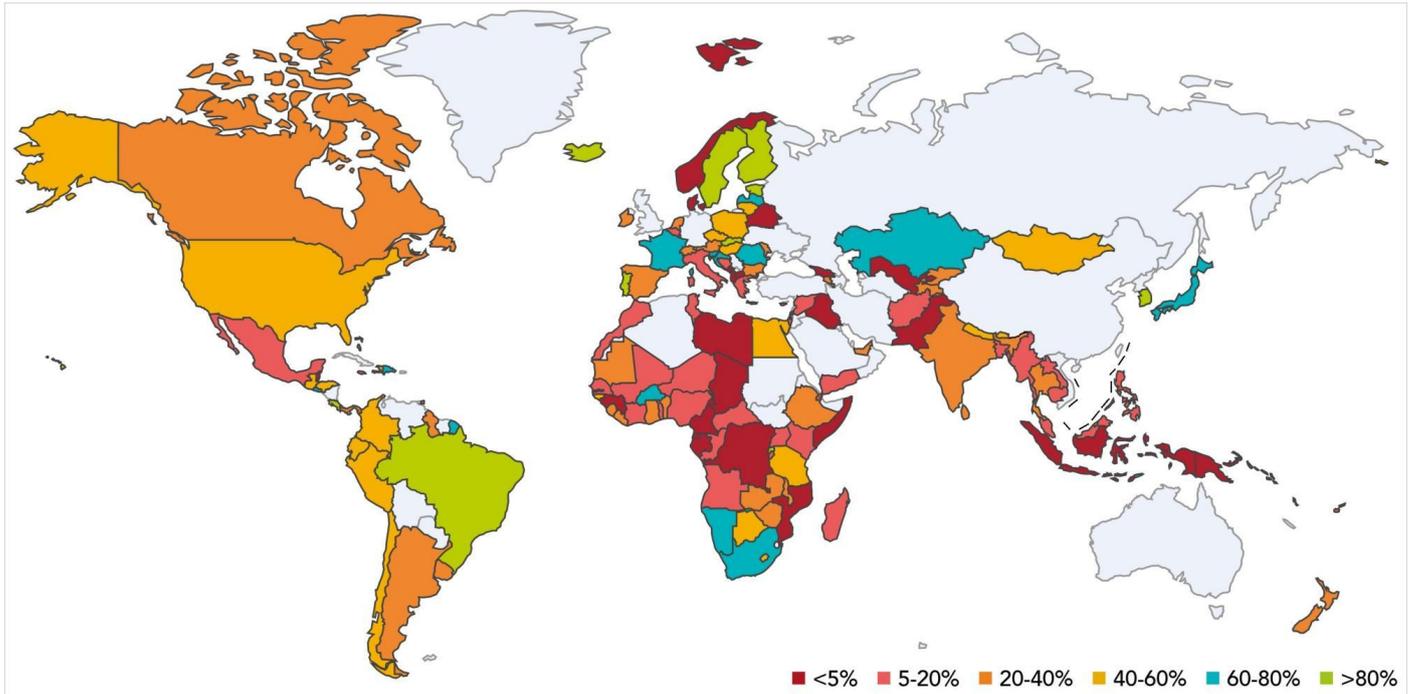
图4.4 2023年1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露比例



数据来源：健康指标与评估研究所（2026）

学校供餐计划旨在通过提供均衡且健康的膳食，改善儿童的健康状况、营养水平及学业表现。通过在早期阶段培养儿童对健康食品的偏好，这类项目有助于形成终身受益的饮食习惯，从而在长期降低肥胖风险。然而，许多国家（地区）尚未系统报告学校供餐计划的覆盖率数据。全球儿童营养基金会（GCNF）对现有数据的分析显示，根据有报告或可估算数据的国家（地区），86个国家（地区）学校供餐覆盖率低于70%，其中43个国家（地区）低于10%，非洲地区覆盖率最低。

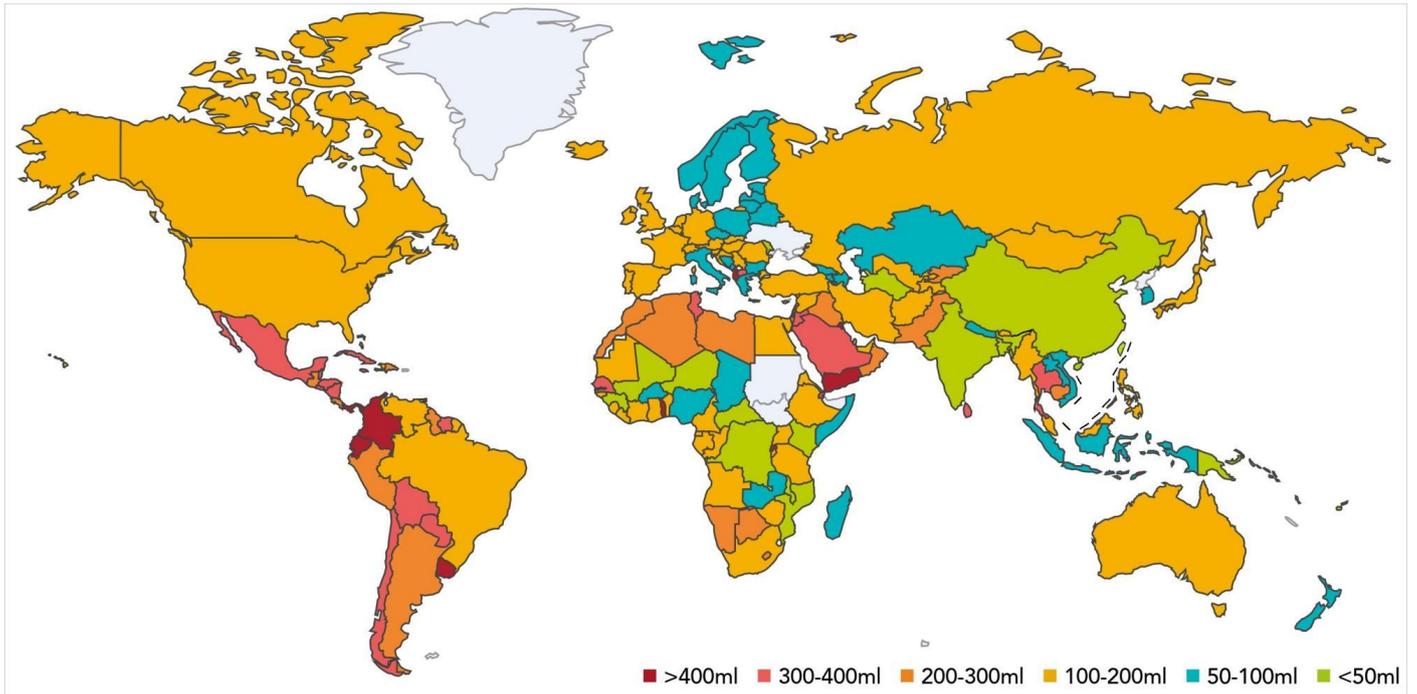
图4.5 2017—2023年获得学校供餐的学龄儿童比例



数据来源：全球儿童营养基金会（2024）

含糖饮料（SSBs）因其游离糖含量高，已被证实与儿童肥胖风险增加相关。在全球大多数地区，儿童每日大量饮用含糖饮料。在134个国家（地区）中，6-10岁儿童日均摄入含糖饮料超过100毫升，其中39个国家（地区）儿童日均摄入含糖饮料超过300毫升。

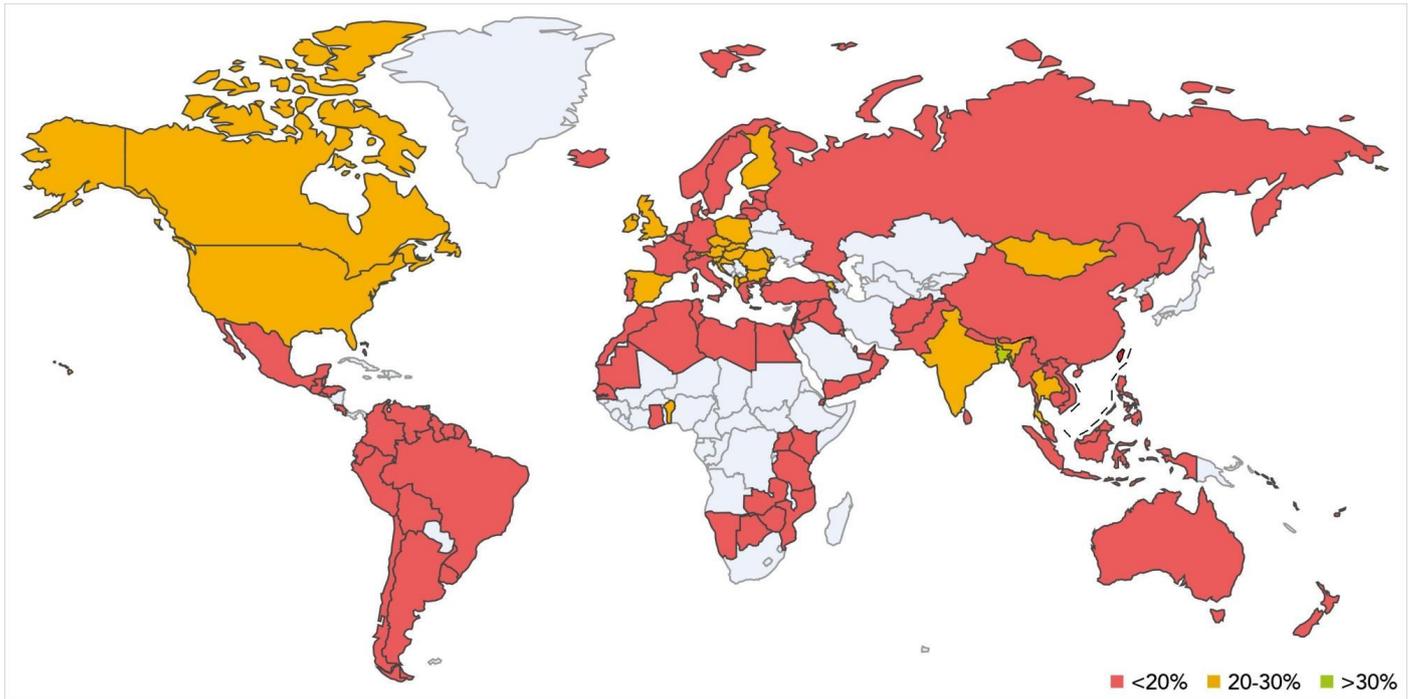
图 4.6 2018 年 6-10 岁儿童每日含糖饮料摄入量



数据来源：全球膳食数据库（2022）

规律的身体活动对儿童和青少年的身心健康具有显著益处，包括改善心血管代谢健康和认知功能（世界卫生组织，2020）。尽管相关证据有限，但现有研究表明，较高身体活动水平与较低儿童和青少年肥胖风险相关。世界卫生组织建议青少年每天至少进行 60 分钟中高强度身体活动。然而，目前许多国家（地区）暂未提供青少年身体活动达标率相关数据。在提供数据的国家（地区）中，仅孟加拉国报告青少年身体活动建议标准达标率超过 30%，报告达标率超过 20%的国家（地区）数也仅有 28 个。

图 4.7 2016 年 11-17 岁青少年身体活动建议标准达标率



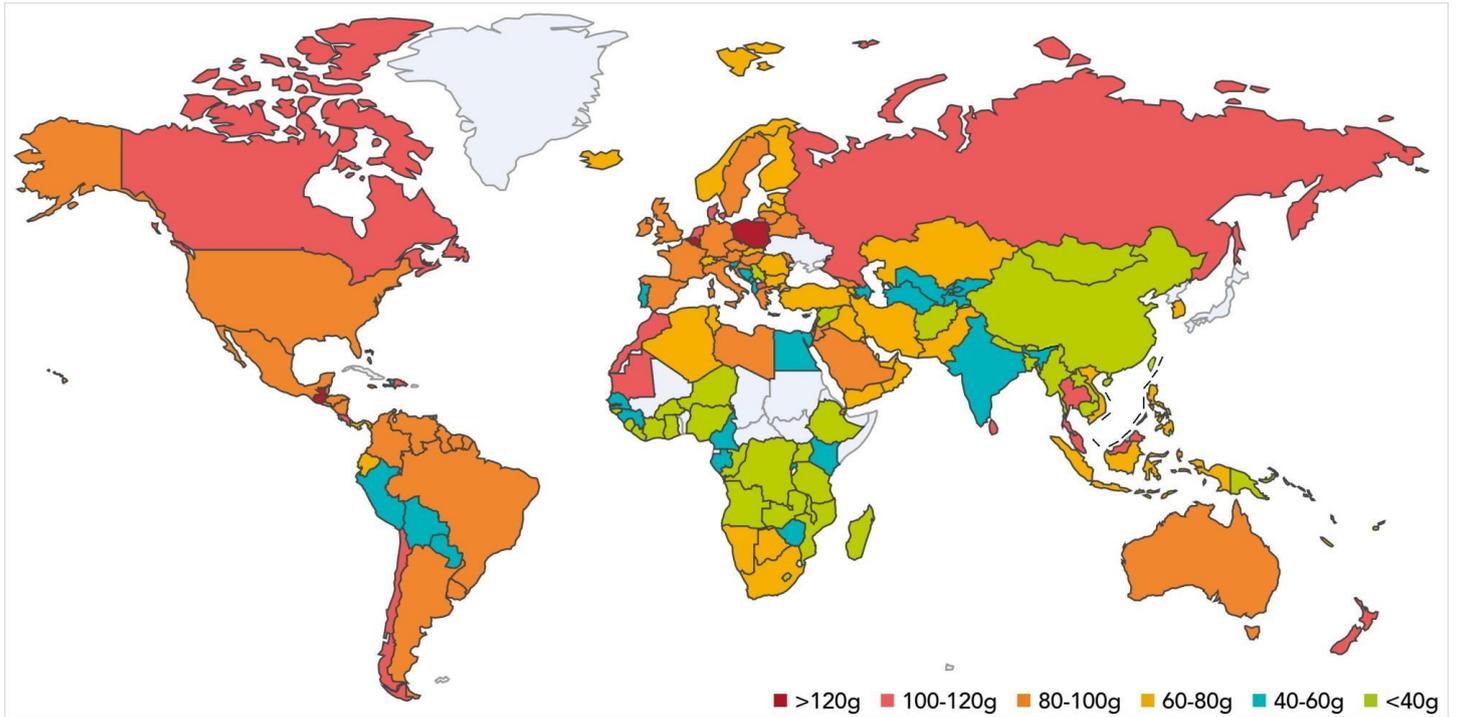
数据来源：世界卫生组织全球健康观察（2025）

4.2 国家（地区）膳食模式

儿童时期的饮食习惯不仅影响童年期体重，也会影响成年后的饮食偏好。通过人群食物消费数据，特别是与超重和肥胖相关的食物类别，如糖、盐以及超加工食品和饮料（UPFD），可以大致勾勒出各国（地区）膳食模式的总体情况。倘若缺乏直接消费数据，通常采用人均销售量或国家（地区）食品供应量等替代指标进行估算。

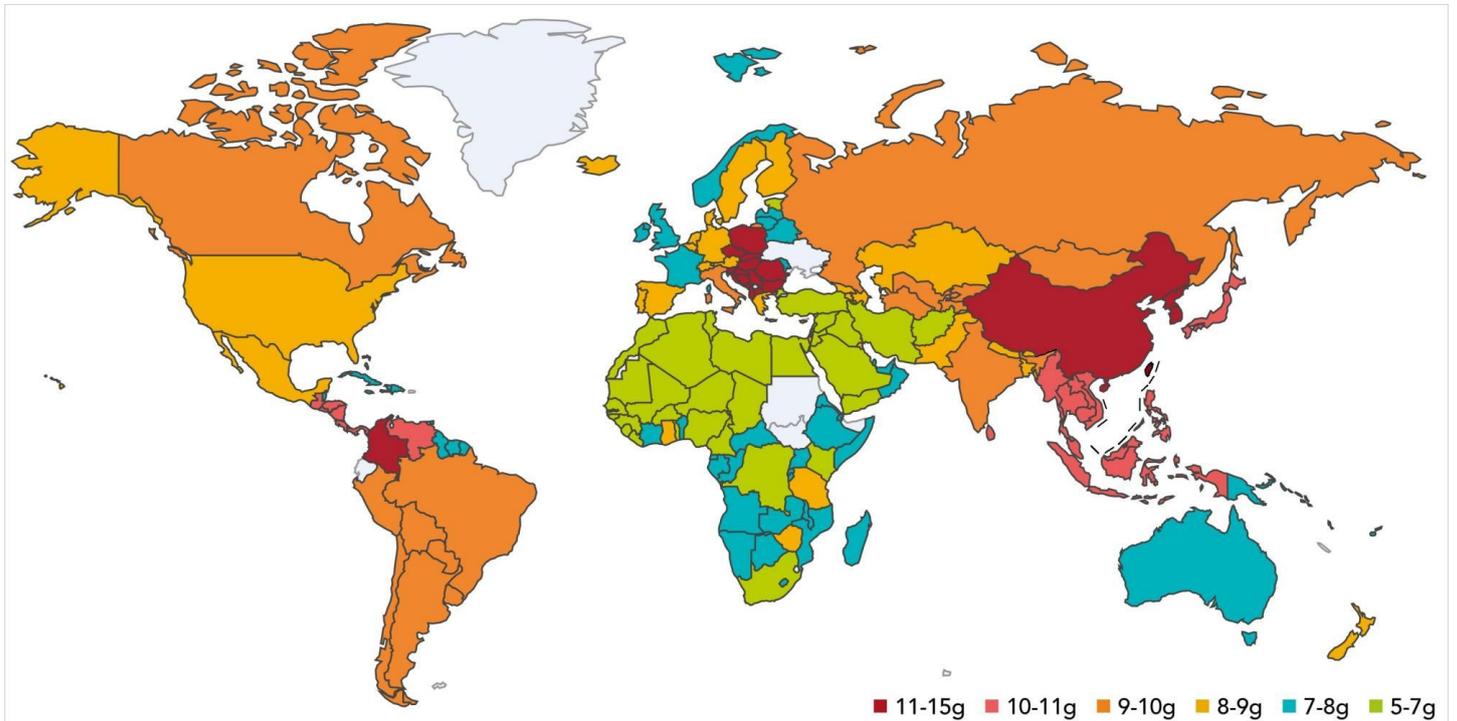
数据显示，与全球其他国家（地区）相比，许多非洲国家（地区）的人均每日糖和盐摄入量普遍较低。美洲地区糖摄入量普遍较高，而东欧和西太平洋地区盐摄入量普遍较高。很多国家（地区）并不报告超加工食品和饮料消费数据，目前仅有 79 个国家（地区）提供数据，其中高收入国家（地区）的年消费量通常最高。

图 4.8 2023 年糖摄入量（克/人/日）估算



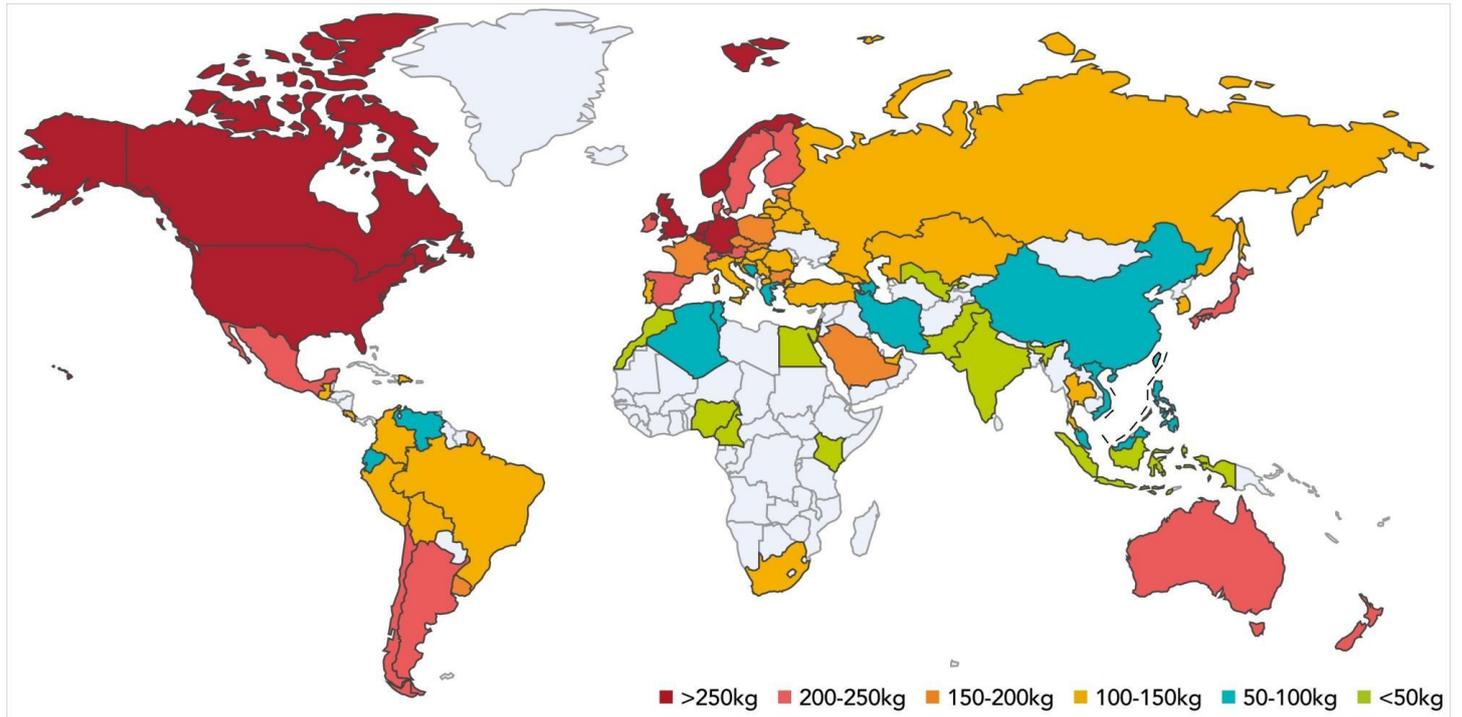
数据来源：联合国粮食及农业组织（2025）

图 4.9 2019 年盐摄入量（克/人/日）估算



数据来源：世界卫生组织（2023）

图 4.10 2016 年超加工食品和饮料摄入量（千克/人/年）估算



数据来源：Vandevijvere 等（2019）

伍

第 5 节

预防儿童肥胖的国家（地区）

政策指标

第 5 节 | 预防儿童肥胖的国家（地区）政策指标

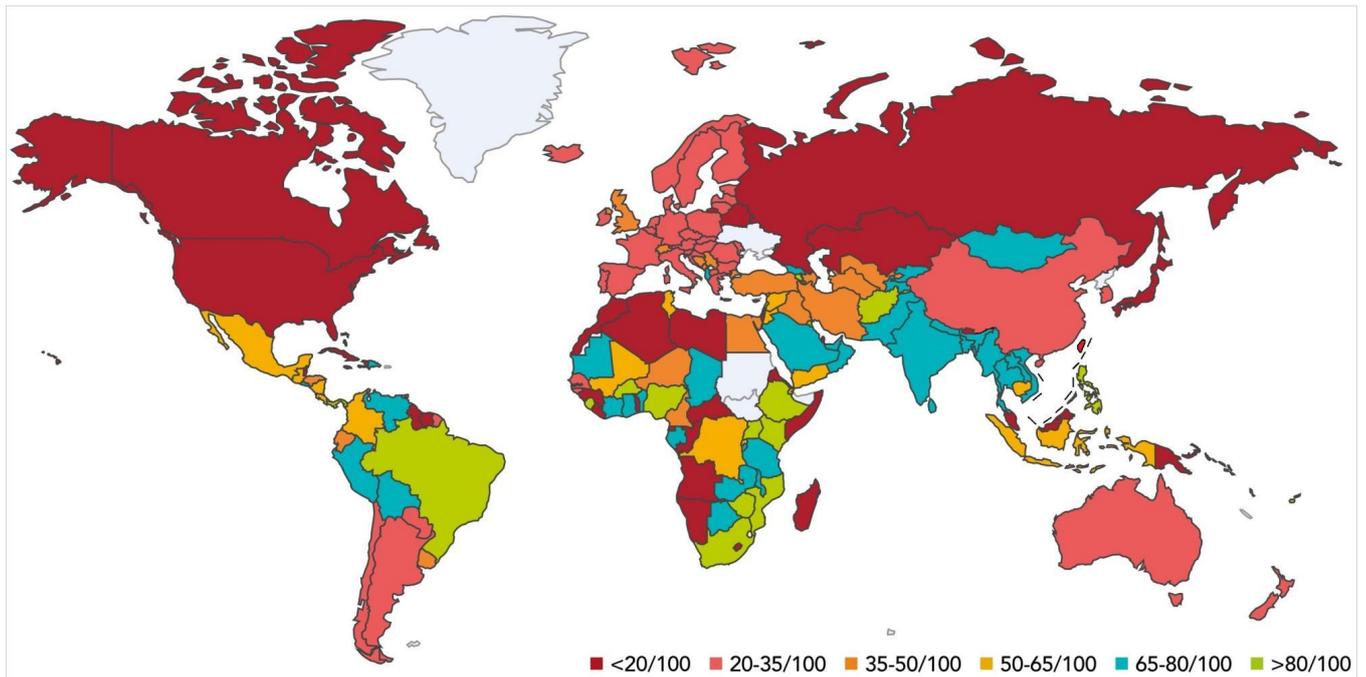
如第 1 节所述，各国（地区）正在采取措施应对儿童肥胖问题，但相关政策的监测与报告仍然不足。世界卫生组织及其他机构仅收录了大部分国家（地区）报告中的少数指标国家（地区）。

本节重点关注以下政策指标：

- 1) 《母乳代用品国际营销守则》实施情况
- 2) 已制定 5 岁以下儿童身体活动指南的国家（地区）
- 3) 已制定在托幼机构促进身体活动政策的国家（地区）
- 4) 已制定实现营养目标和/或肥胖控制目标学校膳食指南的国家（地区）
- 5) 已实施包含健康标准的学校食品采购强制规定的国家（地区）
- 6) 已制定 5-19 岁儿童身体活动指南的国家（地区）
- 7) 已制定减少儿童食品营销接触政策的国家（地区）

母乳喂养对母婴健康均有显著益处，并有助于降低儿童超重或肥胖风险。世界卫生大会于 1981 年通过的《母乳代用品国际营销守则》旨在通过立法限制母乳代用品营销，以保护和促进母乳喂养。2024 年，世界卫生组织发布报告评估各国（地区）对该守则的实施情况。该报告采用满分 100 分的评分体系，评估各国（地区）法律措施与守则建议的契合程度。尽管多数国家（地区）已采纳部分建议，但完全符合守则要求的国家（地区）相对较少，且有 48 个国家（地区）尚未出台任何相关法律措施。立法最为严格的国家（地区）主要集中在世界卫生组织划分的非洲区域、东地中海区域和东南亚区域。

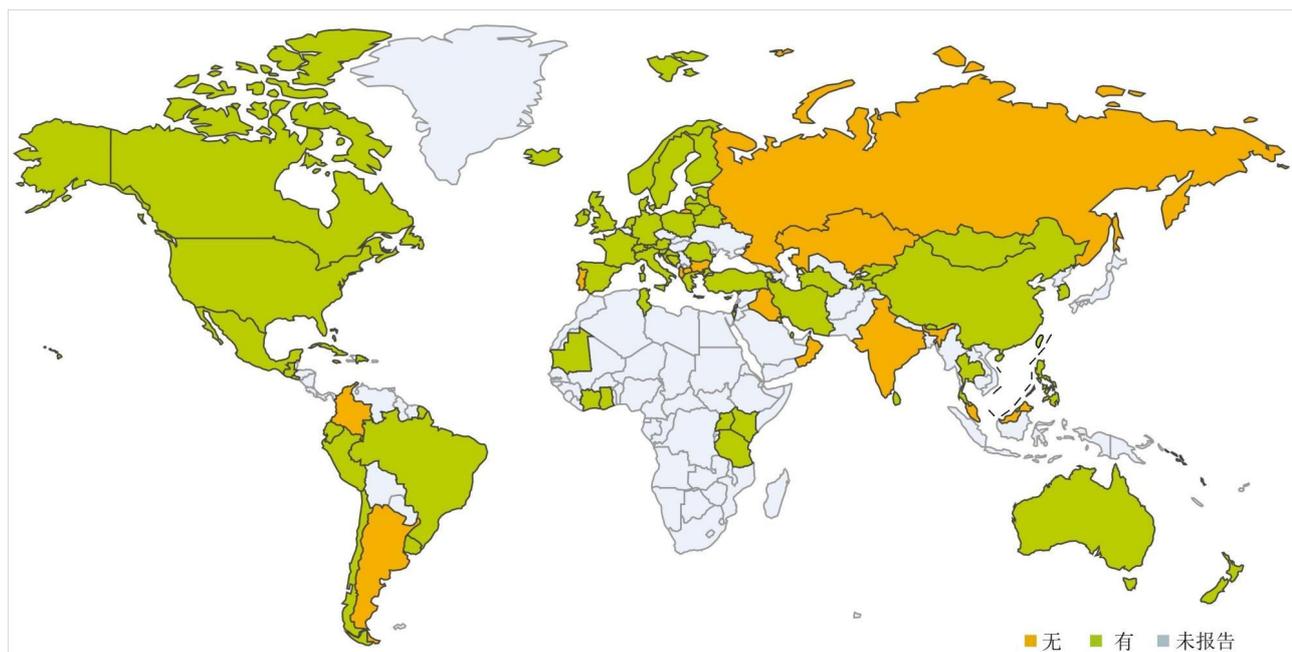
图 5.1 2024 年《母乳代用品国际营销守则》实施情况



数据来源：联合国儿童基金会/世界卫生组织/国际婴儿食品行动网络（2024）

在最新一轮世界卫生组织非传染性疾病国家（地区）能力调查（世界卫生组织，2025a）中，各国（地区）需报告是否针对不同人群制定了身体活动国家（地区）指南。如前所述，已有证据表明儿童时期保持规律的身体活动对健康有多重益处，并与较低的肥胖风险相关。尽管如此，目前仍有超过 100 个国家（地区）缺乏有关是否制定 5 岁以下儿童国家（地区）身体活动国家（地区）指南的数据。在已有数据的国家（地区）中，高收入国家（地区）制定相关指南的比例更高。

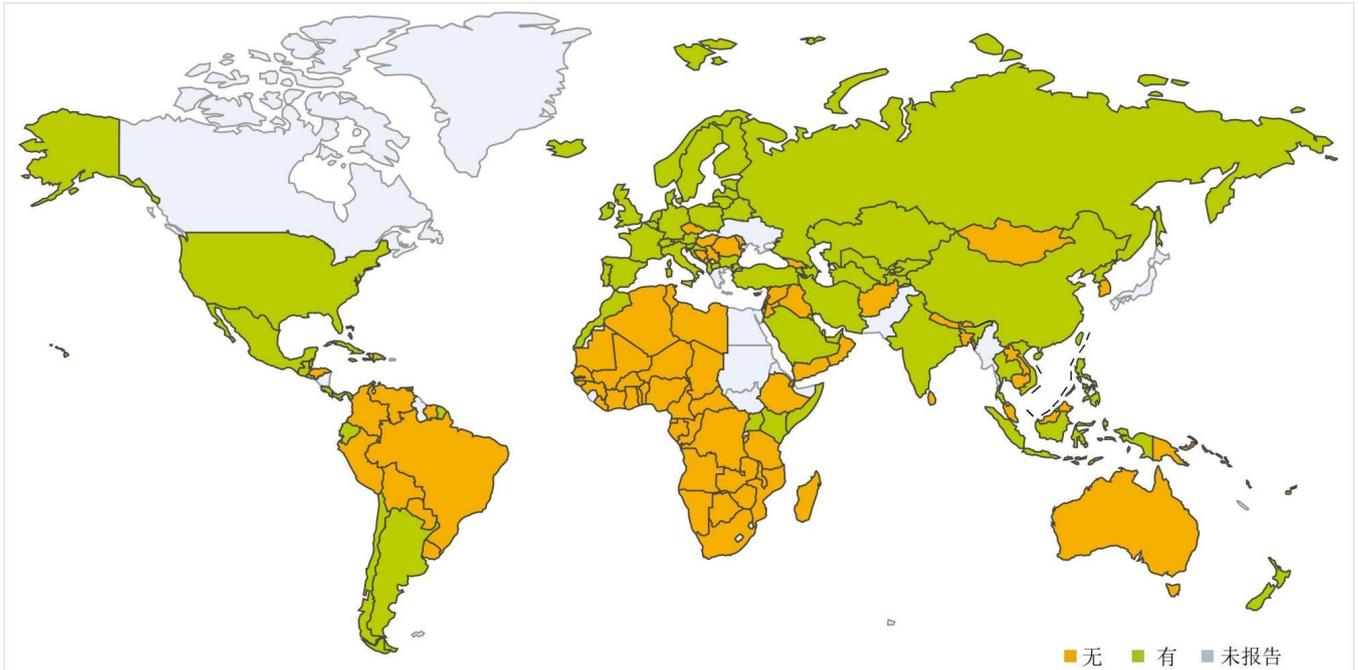
图 5.2 2023 年 5 岁以下儿童身体活动国家（地区）指南



数据来源：世界卫生组织全球健康观察（2025）

在同一项调查中，各国（地区）还需报告是否在六个领域或场景中实施身体活动促进政策的情况（世界卫生组织，2025a）。其中，托幼机构是唯一与儿童直接相关的类别，也是六个领域中实施率最低的政策类型。超过 90 个国家（地区）报告未制定在托幼机构促进身体活动的国家（地区）政策，非洲区和南美洲区域的大多数国家（地区）均在此列。与 5 岁以下儿童身体活动指南类似，此类政策在高收入国家（地区）更为普遍。在世界卫生组织各区域中，政策实施率最高的是欧洲区域。

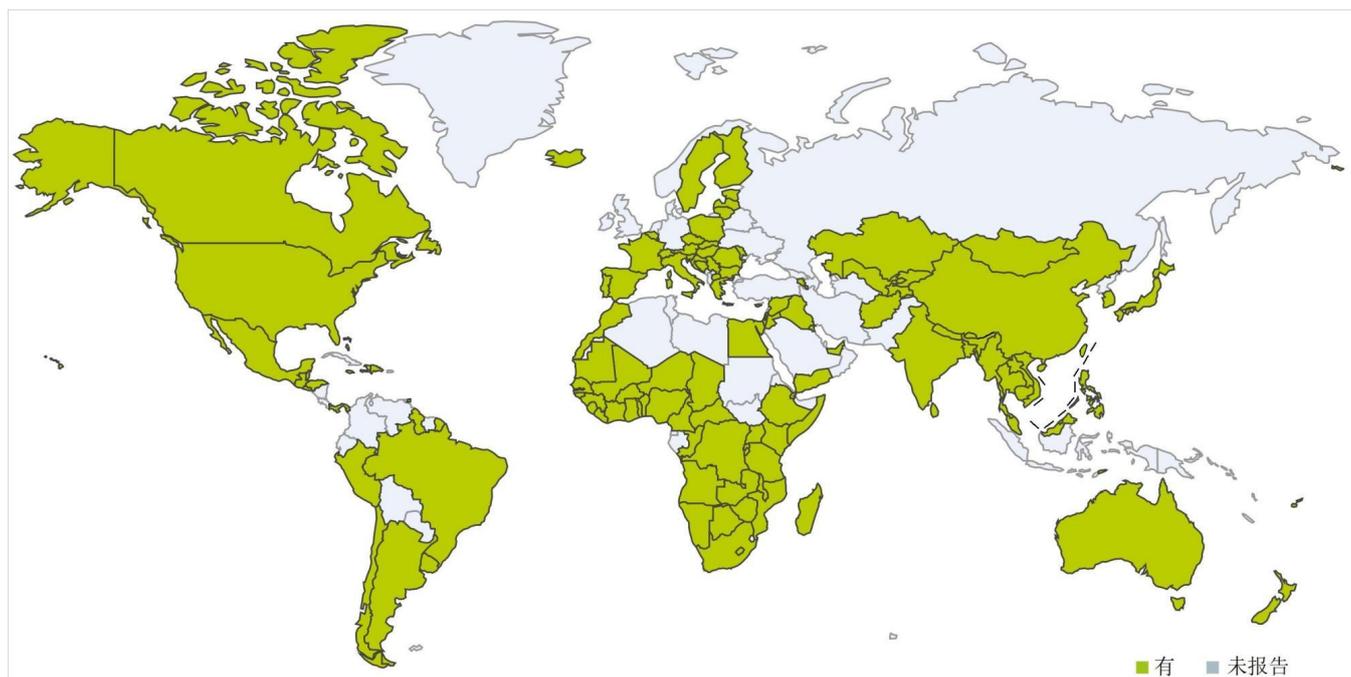
图 5.3 2023 年促进儿童看护机构身体活动的国家（地区）政策



数据来源：世界卫生组织全球健康观察（2025）

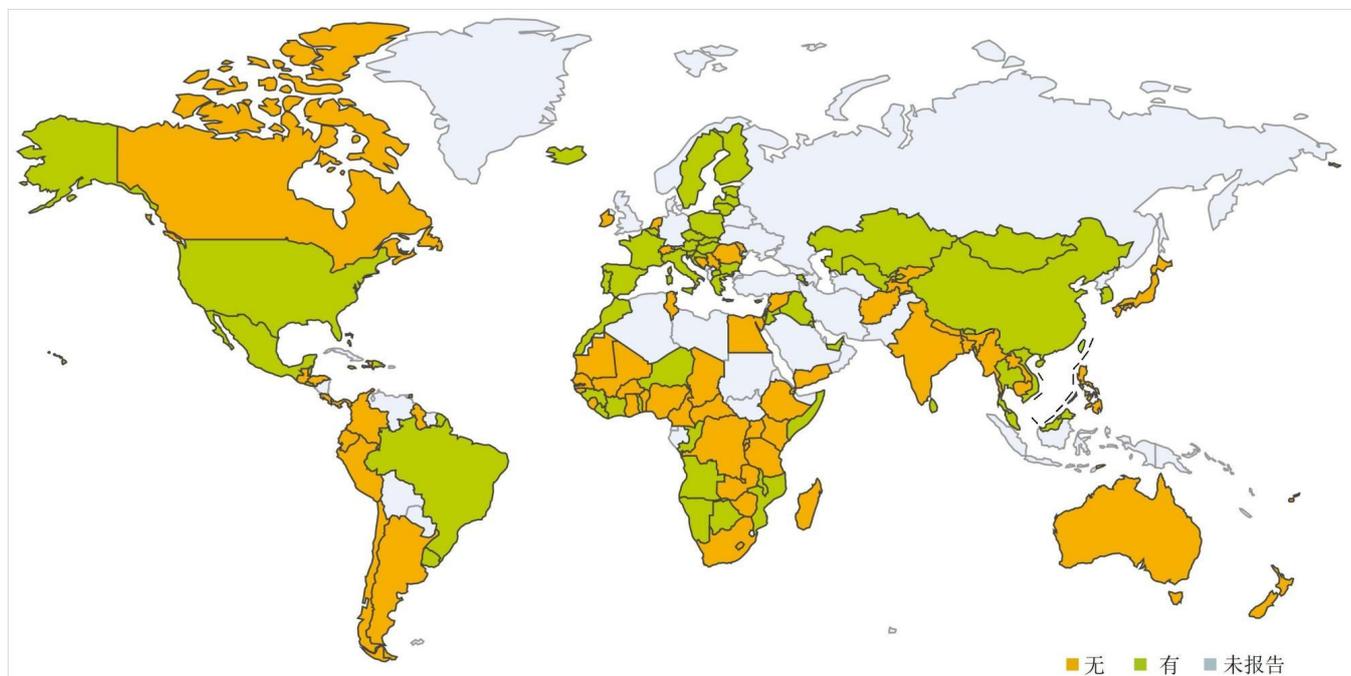
学校供餐计划通常具有多重目标，包括改善儿童健康状况、营养水平以及学业表现。由全球儿童营养基金会（GCNF）开展的全球学校供餐计划调查汇集了各国（地区）大规模学校供餐计划的详细数据。最新数据显示（见图 5.4），绝大多数开展大规模学校供餐计划的国家（地区）将“实现营养目标”列为政策目标，这也是学校供餐计划最常见的目标。然而，在提及营养目标的国家（地区）中，仅约半数同时将“预防或控制肥胖”作为目标，其中大多数为高收入国家（地区）。

图 5.4 2017—2023 年设立了学校食品营养目标的国家（地区）



数据来源：全球儿童营养基金会（2024）

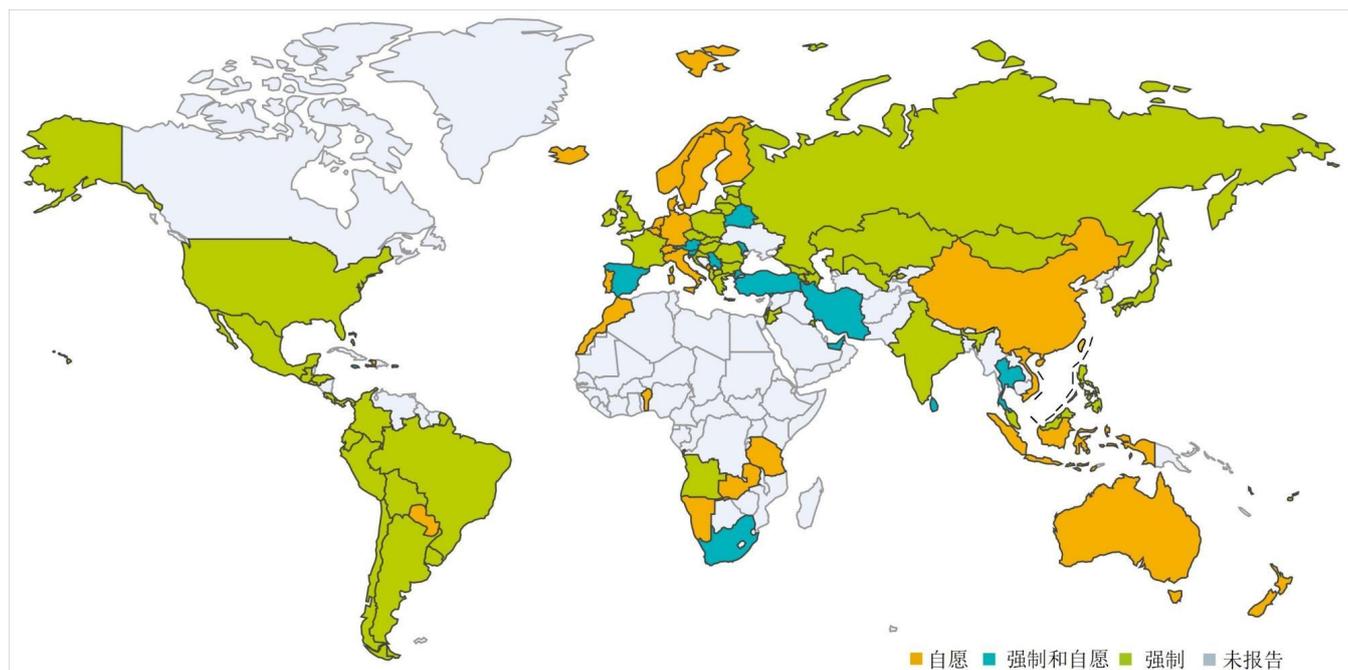
图 5.5 2017—2023 年设立学校食品肥胖防控目标的国家（地区）



数据来源：全球儿童营养基金会（2024）

学校食品采购中的健康和营养要求，为学校向儿童提供的食品和饮料设定标准，优先提供有助于健康饮食的食品，同时限制不利于健康的食品选择。为确保所有学校始终达到营养标准，建议实施强制性政策。现有数据显示，虽然许多国家（地区）已提出学校供餐的营养目标（见图 5.4），但实施强制性营养标准的国家（地区）明显较少（见图 5.6）。

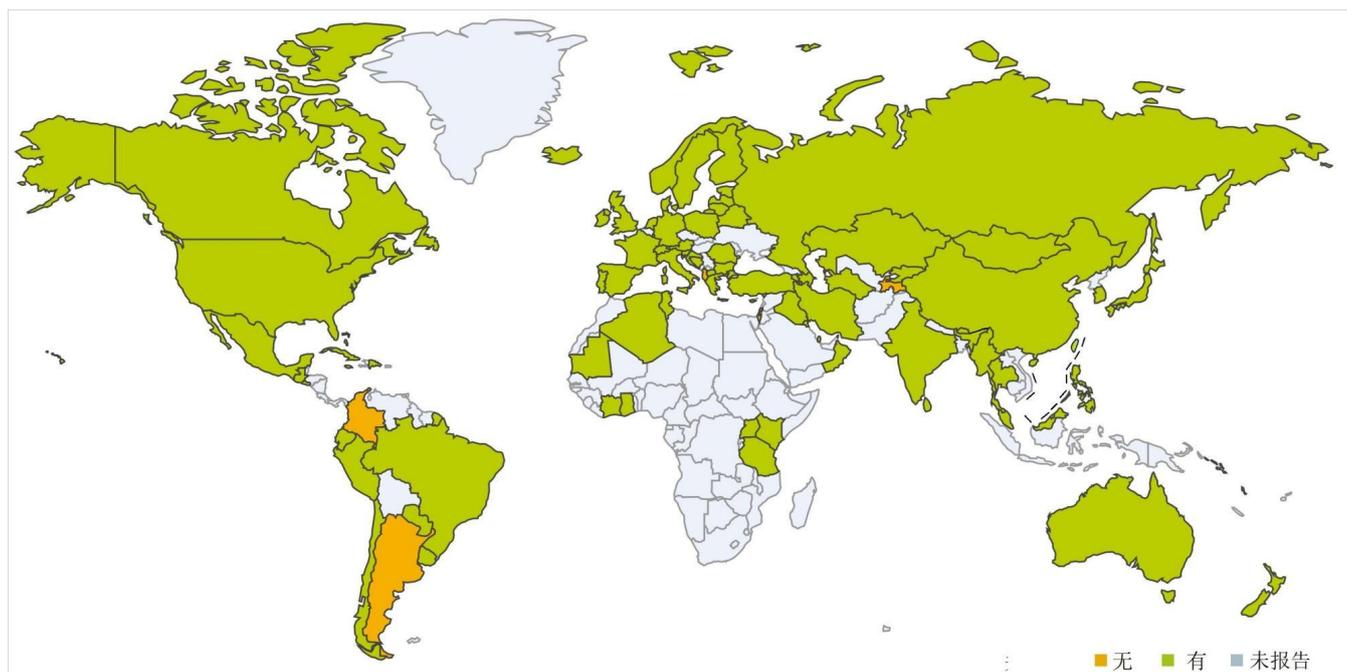
图 5.6 2025 年学校食品采购包含制定健康或营养要求的国家（地区）



数据来源：世界卫生组织食品与营养行动全球信息系统（2025）

尽管报告已制定 5-19 岁儿童身体活动指南的国家（地区）数量多于已制定 5 岁以下儿童身体活动国家（地区）指南的数量，但仍有超过 100 个国家（地区）缺乏相关数据。在提供数据的国家（地区）中，高收入国家（地区）制定上述指南更为普遍。

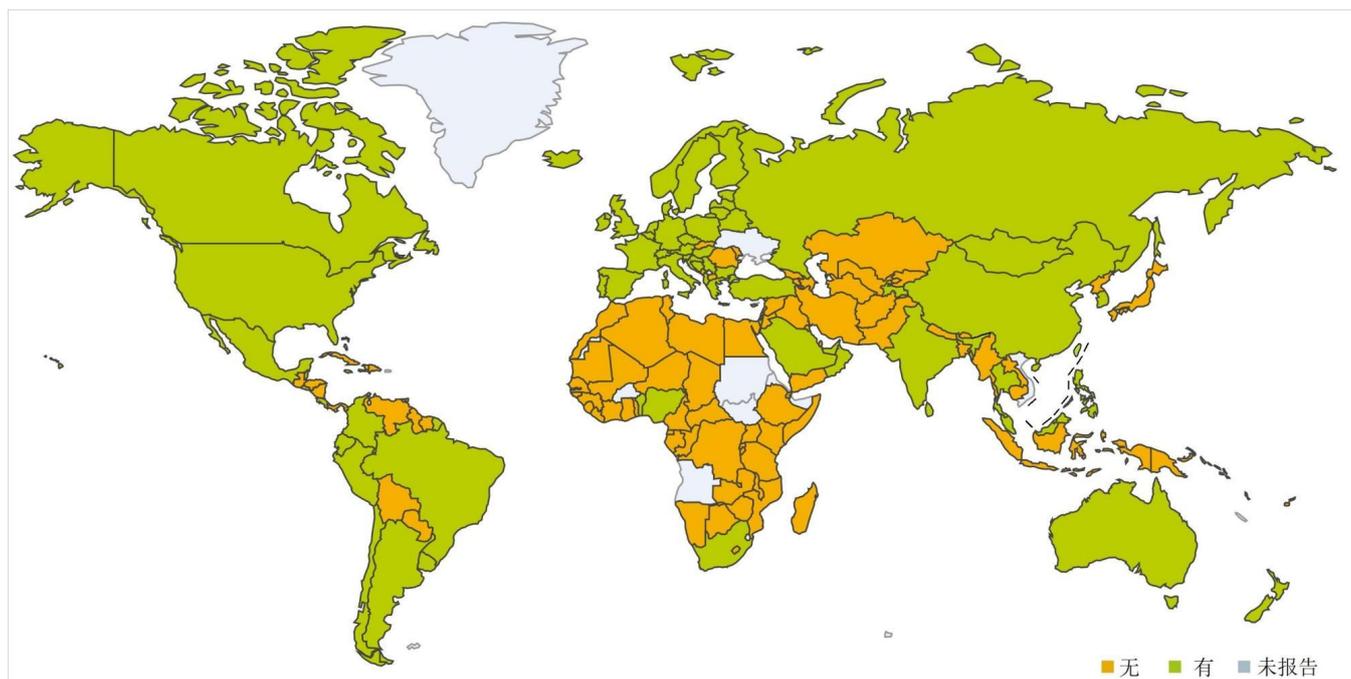
图 5.7 2023 年针对 5-19 岁儿童身体活动的国家（地区）指南



数据来源：世界卫生组织全球健康观察（2025）

除已知儿童肥胖风险因素外，面向全民的食品环境也会影响学龄儿童，并对其成年后的饮食偏好产生长期影响。“致肥胖的（obesogenic）”食品环境通过多种途径导致个体及人群体重增加，主要包括建成环境、食品可及性与可负担性以及食品营销情况。图 5.8 显示，目前已有 70 多个国家（地区）报告制定了减少儿童接触食品营销的相关政策。然而，并非所有此类政策均为强制性措施，而现有证据表明，强制性政策通常比自愿性政策和承诺更为有效。

图 5.8 2023 年是否有针对儿童食品营销的国家（地区）政策



数据来源：世界卫生组织全球健康观察（2025）

陆

第 6 节

监测、筛查与治疗服务

第 6 节 | 监测、筛查与治疗服务

肥胖预防政策应与为患病儿童提供治疗的政策相衔接。完善的服务体系应在儿童整个学龄阶段定期开展营养状况监测，并在特定时间节点进行更为深入的筛查，以评估本报告第 3 节所述的潜在“隐匿性”慢性疾病风险指标。

监测和筛查只有在能够与后续服务有效衔接的情况下才具有实际意义。应为高 BMI 儿童提供体重管理服务及降低共病风险的相关治疗服务。

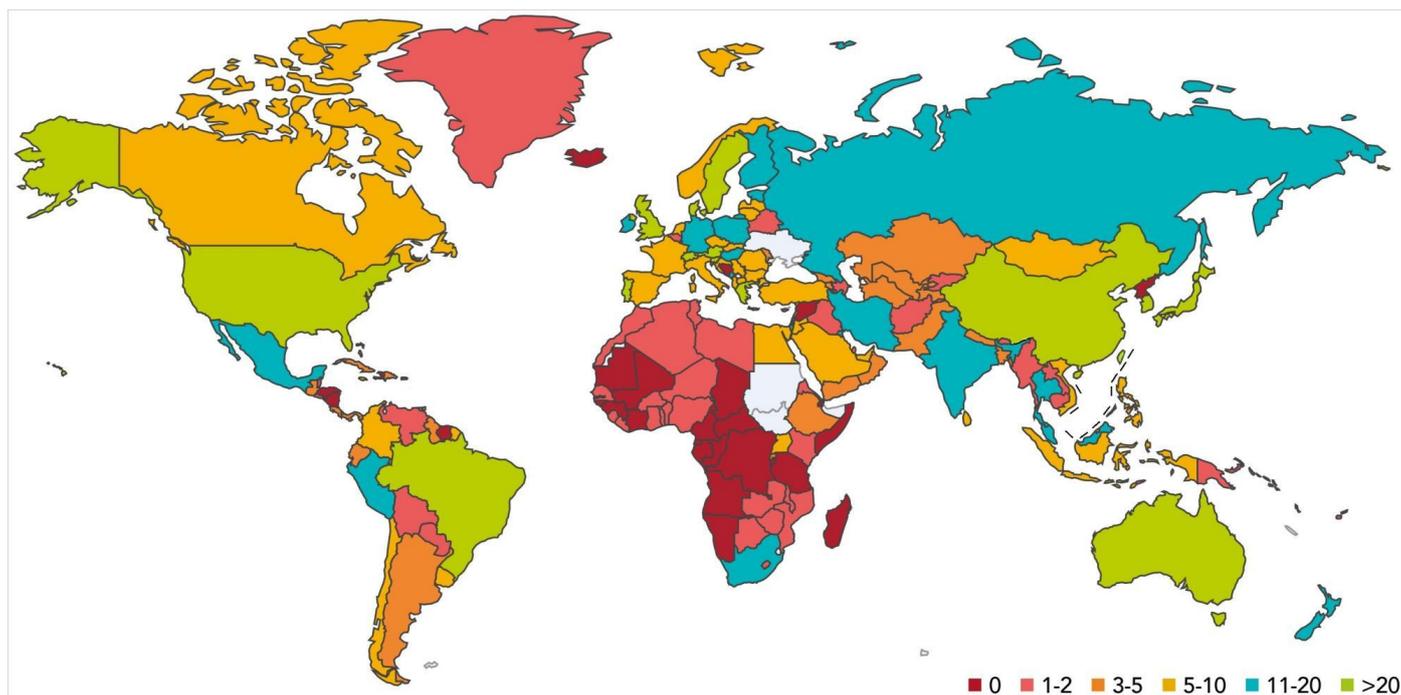
6.1 监测

两项大型建模研究项目——非传染性疾病风险因素协作组（NCD-RisC）和健康指标与评估研究所（IHME）全球疾病负担研究——对已发表的调查数据及其他相关资料进行了全面梳理，旨在为约 200 个国家（地区）及次区域建立儿童肥胖历史趋势模型。本报告中的相关估算和预测数据均基于上述模型。

不过，鲜有国家（地区）对儿童体重状况开展常规调查，因此模型估算结果存在较大的误差范围。对 5 岁以下婴幼儿营养不良状况的监测历来是监测重点，尤其受低收入国家（地区）重视。世界卫生组织全球儿童生长与营养不良数据库显示，过去十年（2014—2024 年）间约有 130 个国家（地区）至少开展过一次针对该年龄段的调查。

针对 5-19 岁儿童的人群水平体重状况调查，目前尚缺乏国家（地区）层面的专项登记系统或数据库。非传染性疾病风险因素协作组（NCD-RisC）开展的儿童肥胖建模研究曾试图检索 200 个国家（地区）在 1990—2022 年的调查数据。结果显示，35 个国家（地区）的调查数据完全空缺，另有 61 个国家（地区）在 32 年间仅开展过 1 至 2 次调查。仅有 15 个国家（地区）在 32 年间开展超过 20 次调查，可视为对学龄儿童营养状况开展定期监测并报告。

图 6.1 1990—2022 年各国（地区）学龄儿童体重状况调查开展频次分布图



数据来源：非传染性疾病风险因素协作组（2025）

6.2 筛查

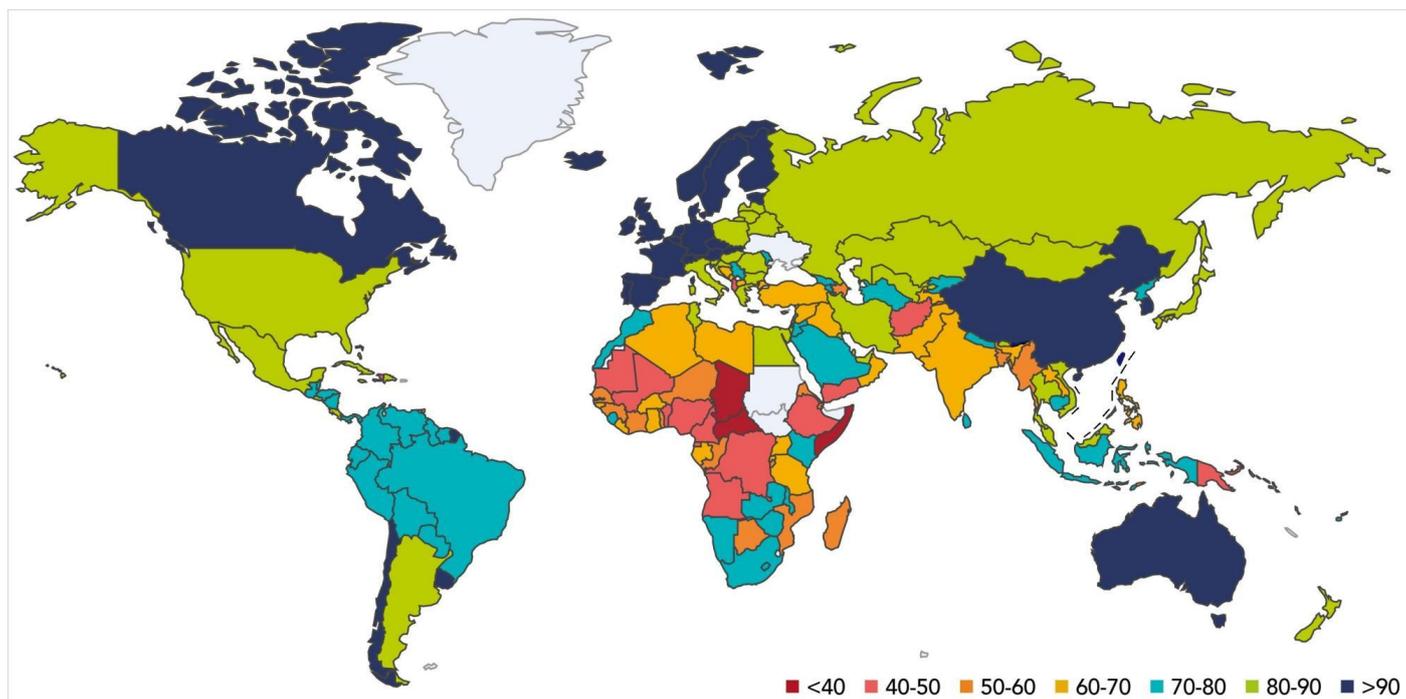
目前尚无任何国际机构系统收集关于体重状况及相关共病指标的筛查情况。尽管部分国家（地区）会定期开展学校体检，但检查频率、不同年龄段覆盖范围以及检查结果尚未形成可用于国际比较的汇总数据。

6.3 治疗与管理服务

根据世界肥胖联盟此前报告（Jackson-Leach 等，2020），成人肥胖治疗与管理服务的国家（地区）层面数据报告有限，国际间比较也较为困难。儿童肥胖治疗与管理服务的情况亦是如此。

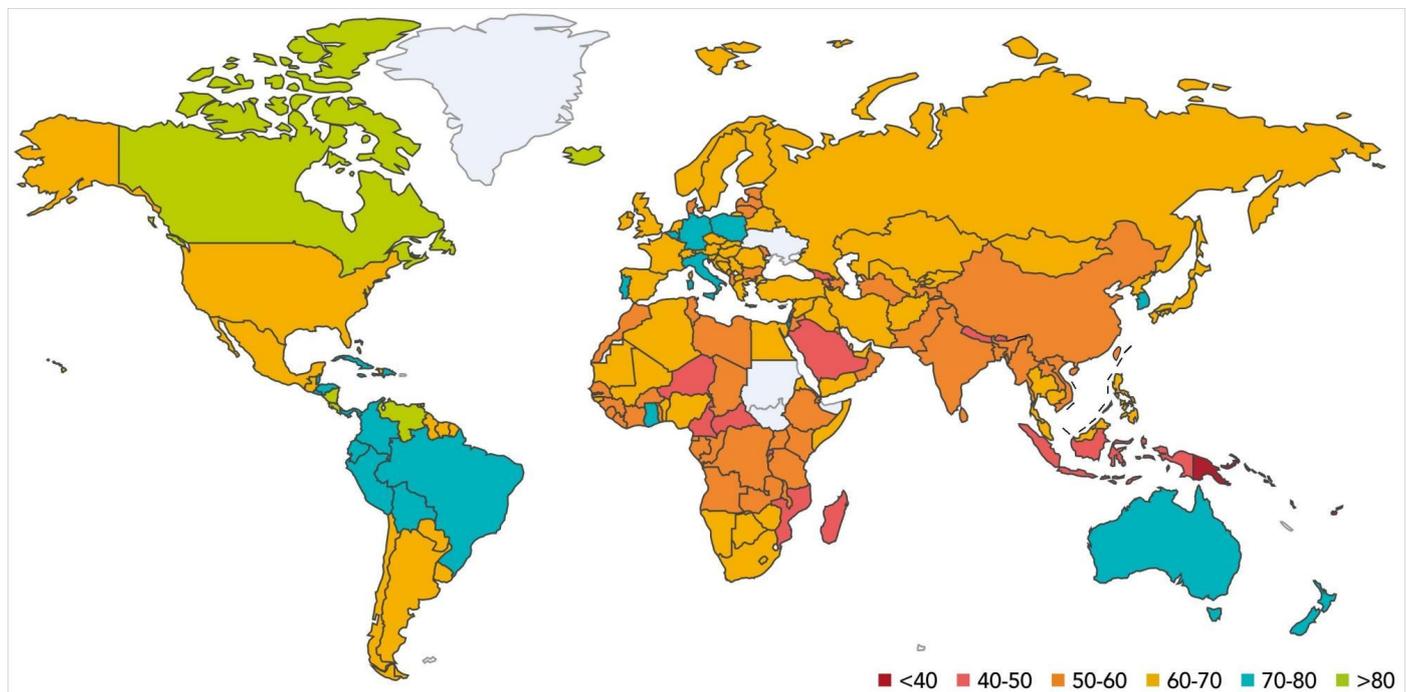
作为可能存在服务的替代指标，世界卫生组织编制的全民健康覆盖（Universal Health Coverage, UHC）指标中有两项可间接反映儿童肥胖服务的可及性。一是全民健康覆盖的服务覆盖指数中关于生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康的子项，二是该指数中关于非传染性疾病的子项。下列图形反映了上述两个子领域基本卫生服务的覆盖情况。在孕产妇及儿童健康服务覆盖指标方面，191 个国家（地区）中有 64 个国家（地区）得分低于 70 分（满分 100 分）；在非传染性疾病预防服务覆盖指标方面，191 个国家（地区）中有 161 个国家（地区）得分低于 70 分（满分 100 分）。

图 6.2 孕产妇和儿童健康领域全民健康覆盖（满分 100 分）



数据来源：世界卫生组织全球健康观察（2025）

图 6.3 非传染性疾病领域全民健康覆盖（满分 100 分）



数据来源：世界卫生组织全球健康观察（2025）

柒

第7节

加快推进儿童肥胖防控行动

第 7 节 | 加快推进儿童肥胖防控行动

本报告呈现的数据描绘了一幅严峻的图景。全球超过 180 个国家（地区）的儿童超重和肥胖患病率持续上升，其中增长最快的主要是中低收入国家（地区），而这些地区生活着全球绝大多数儿童。本报告及《2025 年联合国儿童基金会儿童营养报告》估计在全球范围内，学龄儿童肥胖人数将于 2025 至 2027 年间超过体重过轻人数（UNICEF, 2025）。预计到 2040 年，全球将有超过 2.25 亿学龄儿童患有肥胖。这一发展趋势之所以尤为令人警惕，不仅在于其演变速度之快，更因为儿童肥胖正迅速演变为重大公共卫生问题和社会经济发展挑战，并将对卫生体系、生产力和社会公平带来长期影响。

儿童期肥胖往往会持续至成年期，增加罹患 2 型糖尿病、心脏病和特定癌症等严重非传染性疾病的风险。目前全球已有超过 1.7 亿学龄儿童患有肥胖，单纯依赖预防措施已不足以应对这一危机。所有面临肥胖风险以及已患有肥胖的儿童，必须能够获得所需的健康服务。令人担忧的是，慢性病的早期征兆如今已在儿童群体中显现——预计到 2040 年，至少 1.2 亿学龄儿童将因高 BMI 出现慢性病早期征兆。

肥胖问题并非孤立存在。贫困、污名化、教育和医疗资源不平等、健康食品供应不足以及缺乏支持健康生活方式的环境，共同导致儿童肥胖率及其后续疾病风险攀升。儿童和青少年时期肥胖还会带来显著的心理社会影响，不仅因污名化、歧视和霸凌问题加剧心理负担，更直接影响学业表现、心理健康与生活质量。

7.1 改变儿童肥胖的舆论基调

世界肥胖联盟正致力于改变儿童肥胖的公众认知——从“缓慢且不可避免的增长”转向“紧迫且可实现的行动”。儿童肥胖在早期阶段可防、可治、可逆转，但前提是各国（地区）政府必须采取果断且系统性的干预措施。

我们呼吁强化卫生、食品、学校及建成环境相关政策，同时确保所有儿童都能公平获得医疗服务和营养膳食。多国实践已经证明，针对儿童肥胖采取早期、协调的干预措施能够带来显著的健康效益和经济回报（Breroetal., 2023; Maetal., 2024; Ugazetal., 2024）。

世界卫生组织发布的《全生命周期肥胖预防和管理建议》(WHO,2021)及其配套的《加速遏制肥胖行动计划》(WHO,2023b)均强调,应对儿童肥胖问题需要采取系统性方案,推动跨部门协作与社会各界共同参与。多部门协作应对措施的关键组成部分概述如下。

7.2 有益健康的食品体系

食品体系必须确保健康选择成为可能,为儿童提供保护,使人人均可获得健康且价格适宜的食品,包括:

- 1) 对含糖饮料征税,推行包装正面的营养标识,实施营销限制,尤其是针对儿童和青少年的食品营销;
- 2) 在学校和社区中确保公平获取营养食品;
- 3) 为健康公共采购提供支持,推广母乳喂养和食品配方改良;
- 4) 实施社会保障措施,减少因收入差异导致的营养膳食障碍。

更多改善食品环境和保护儿童食品与营养权利的建议,请参阅:《利益至上:食品环境如何辜负儿童——2025年儿童营养报告》(UNICEF,2025)。

7.3 强韧有力的卫生体系

卫生体系必须将肥胖视为一种慢性的复杂疾病,并为各年龄段人群提供兼具人文关怀与公平可及的医疗服务,包括:

- 1) 将肥胖预防和治疗纳入非传染性疾病防控项目;
- 2) 确保儿童和青少年能够公平获得初级、二级和三级肥胖诊疗服务;
- 3) 建立健全监测和预警系统,以追踪流行趋势并指导干预行动。

世界卫生组织已制定一套基于实践和科学依据、以人为本的综合管理指南,旨在通过初级卫生保健方式,为0-9岁所有类型肥胖儿童提供的综合管理服务。该指南预计于2026年3月发布,届时可通过以下链接获取:www.who.int/publications。

关于肥胖预防和管理卫生服务的技术指导,请参阅:《肥胖预防与管理卫生服务框架》(WHO,2023a)。

7.4 持续优化的建成环境

通过政策与制度构建支持性环境，确保全民能够公平、安全地享有健康生活方式，包括：

- 1) 建设安全、无障碍的公共绿色空间，满足全年龄段及不同行为能力人群的活动需求；
- 2) 建设支持步行和骑行、促进身体活动的交通体系；
- 3) 实施促进身体活动的财政激励措施，例如降低体育用品税率或为青少年身体活动项目提供补贴。

世界卫生组织《全球身体活动行动计划》（WHO,2018）为国家（地区）和社区提供政策建议，旨在推广身体活动，确保人人享有更多规律运动的机会。

7.5 坚实可靠的学校环境

在学校环境中开展干预措施能够对不同年龄、不同社会经济背景的儿童群体产生广泛而深远的影响。对许多儿童而言，学校是获得健康食品、安全饮用水和符合 WHO 建议的身体活动机会唯一可靠的场所。因此，改善学校环境的政策对于应对儿童肥胖问题至关重要。

学校还可以在提供肥胖相关健康服务以及协助监测重点人群肥胖相关指标方面发挥重要作用。相关的健康服务包括健康饮食咨询和转诊至专科医疗服务。

世界卫生组织近期发布了关于营造健康学校食品环境的政策与干预措施指南（WHO,2025c）。

捌

第 8 节

195 个国家 (地区)

数据评分卡



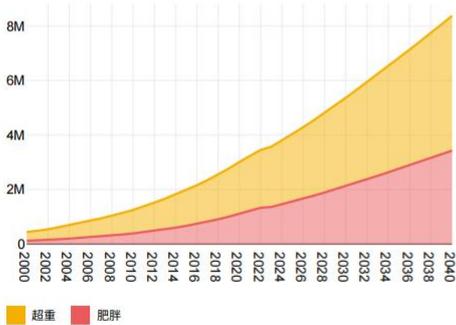
阿富汗

144.2万

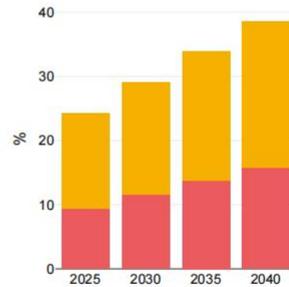
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



259.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	31.5万	67.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	13.8万	28.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	44.2万	92.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数 *	89.4万	192.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.5%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.3%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	33.4%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	7.3%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	88%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	92/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



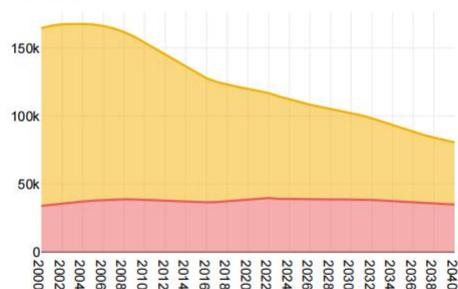
阿尔巴尼亚

4.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

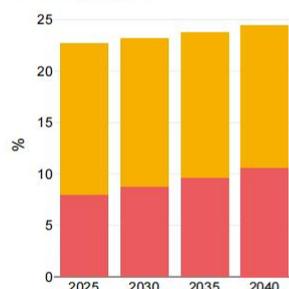
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



超重 肥胖

儿童人口占比 (%)



6.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	8000	7000
归因于BMI的高血糖儿童人数	4000	3000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.2万	9000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2.3万	1.9万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	26.4%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	0.8%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	7.0%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	56.5%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	74%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	74/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	无
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



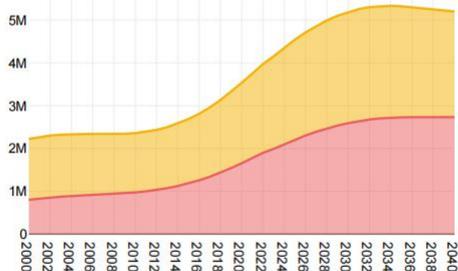
阿尔及利亚

164.8万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

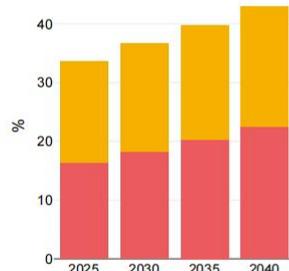
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



289.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	40.6万	48.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	15.9万	18.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	52.8万	61.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	116.8万	141万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	41.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	8.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	53.7%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	6/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



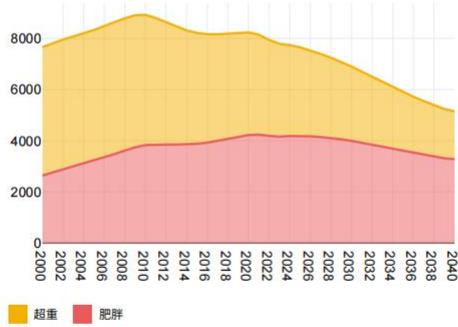
美属萨摩亚

2000

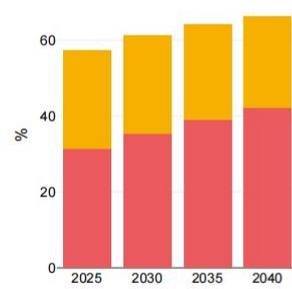
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



6000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	738	550
归因于BMI的高血糖儿童人数	271	186
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1000	650
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2000	2000

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	73.3%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	13.0%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	11.1%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	30.3%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用的信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用的信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	未报告
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



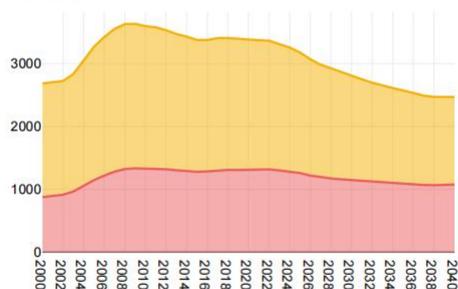
安道尔

993

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

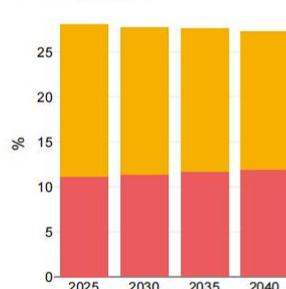
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



2000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	251	206
归因于BMI的高血糖儿童人数	109	85
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	350	278
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	714	590

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	27.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	30.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	48.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	14.6%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



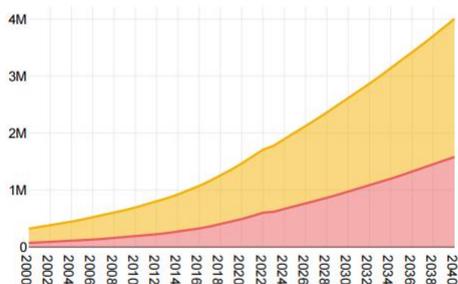
安哥拉

81.4万

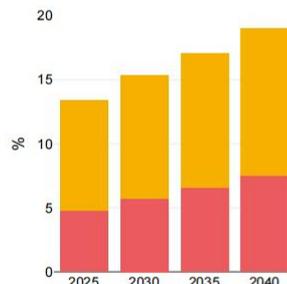
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



118.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	14.9万	31.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	6.8万	13.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	21.5万	44.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	42.1万	89.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	20.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	41.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	15.9%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



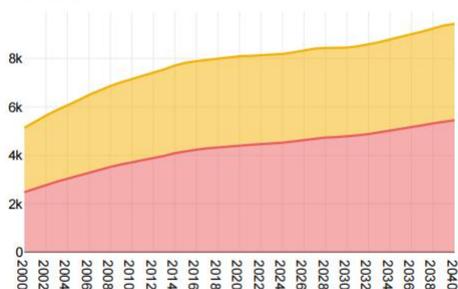
安提瓜和巴布达

2000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

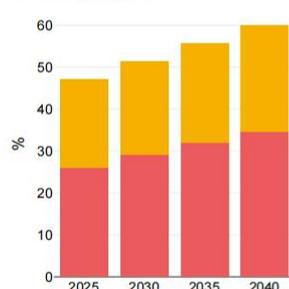
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



6000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	802	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	292	336
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1000	1000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2000	3000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	38.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	7.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	53.4%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	41.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	79%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



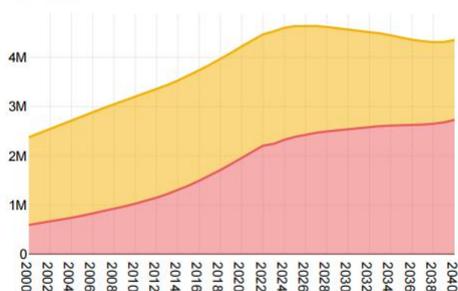
阿根廷

159.4万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

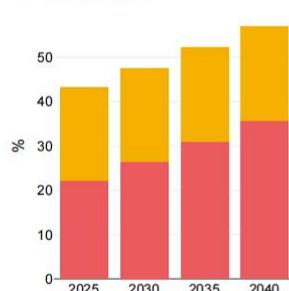
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



304万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	42.9万	45.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	16.3万	15.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	54.7万	54.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	123.8万	133.8万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	37.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	15.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	50.2%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	35.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	33/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	无
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



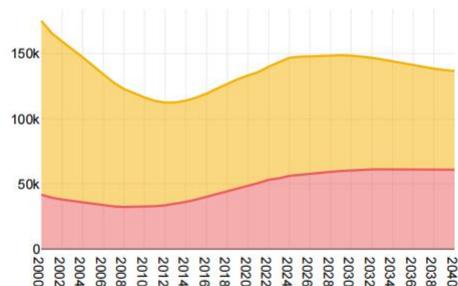
亚美尼亚

5.8万

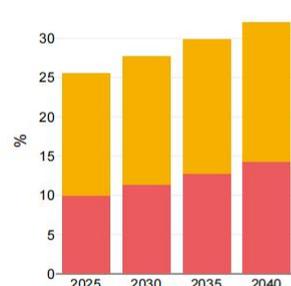
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.2万	1.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5000	5000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.6万	1.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.3万	3.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	26.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	46.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	22.7%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	78%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	90/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



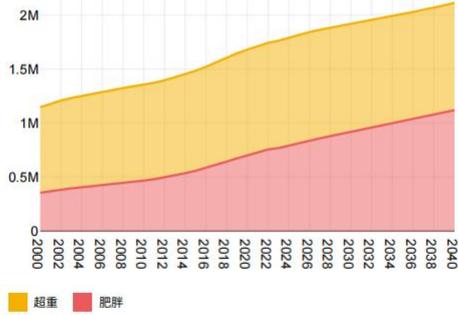
澳大利亚

60万

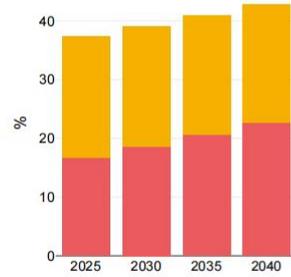
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



121.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	15.5万	19.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	6.3万	7.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	20.7万	25.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	44.3万	57.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	31.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	21.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	53.7%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	89%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	27/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



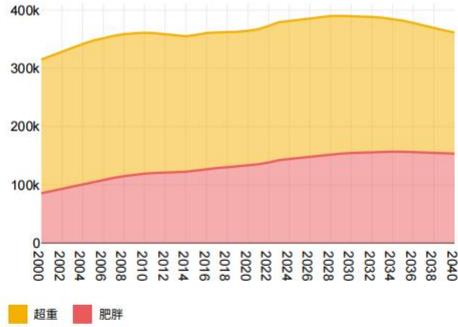
奥地利

12.2万

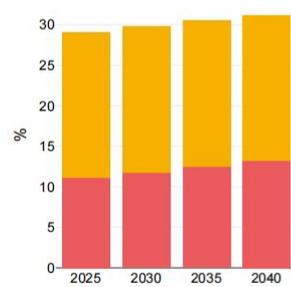
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



26.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3万	3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.3万	1.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4.2万	4.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	8.4万	8.5万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	20.2%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.3%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	30.5%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	88.0%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	34.1%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	78%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



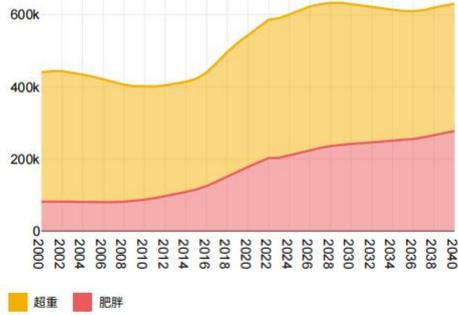
阿塞拜疆

20.2万

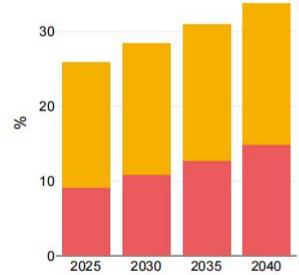
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



41.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.6万	5.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.1万	2.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	6.6万	7.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	12.9万	15.2万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.6%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.4%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.6%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	66.6%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	35/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



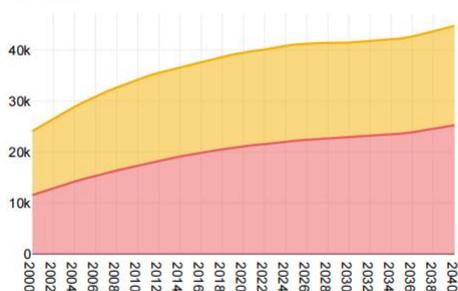
巴哈马

1.2万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

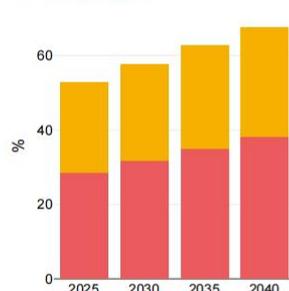
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



2.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4000	4000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5000	5000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.1万	1.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	48.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	53.2%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	9.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



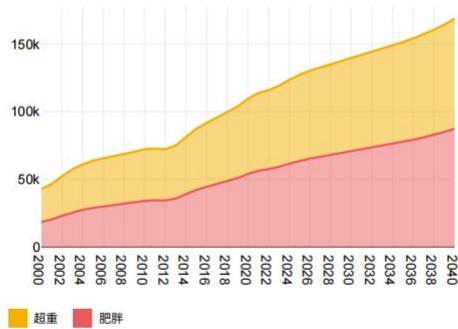
巴林

3.8万

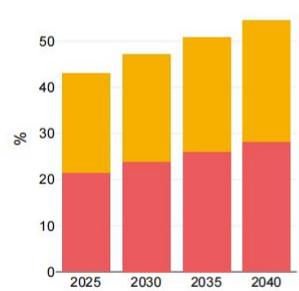
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



8.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.2万	1.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4000	6000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.5万	2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.3万	4.5万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	49.3%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	11.7%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.0%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	50.0%
学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	81%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	80/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



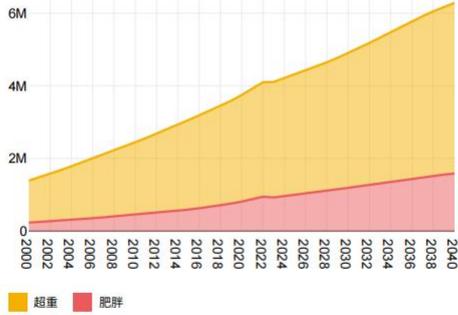
孟加拉国

106.5万

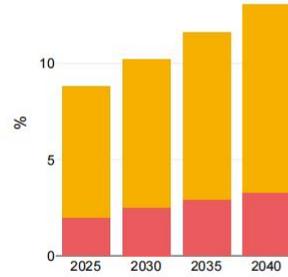
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



324.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	26万	39.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	14.2万	20.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	42.8万	63.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	71.4万	108.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	17.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	26.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	8.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	66%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	79/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



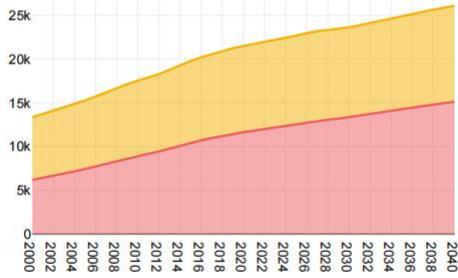
巴巴多斯

7000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

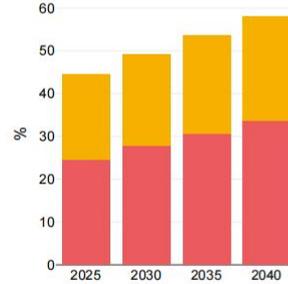
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



1.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2000	3000
归因于BMI的高血糖儿童人数	804	1000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3000	3000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	6000	8000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	45.4%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.1%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	60.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	65.0%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



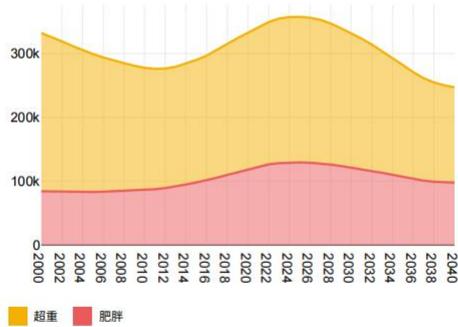
白俄罗斯

13.9万

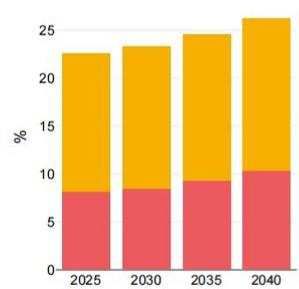
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



21.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.7万	2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.2万	8000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.9万	2.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	7.6万	5.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	27.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	10.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	73.1%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



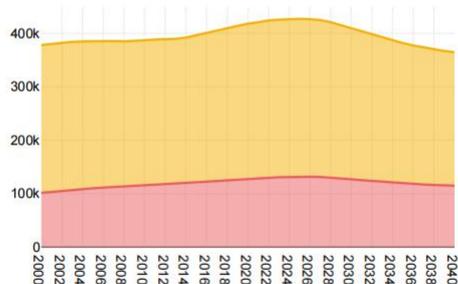
比利时

13万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

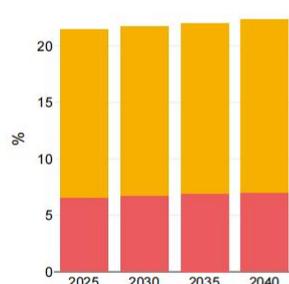
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



29.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3万	2.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.4万	1.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4.5万	3.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	8.3万	7.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	26.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	71.1%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	19.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	83%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



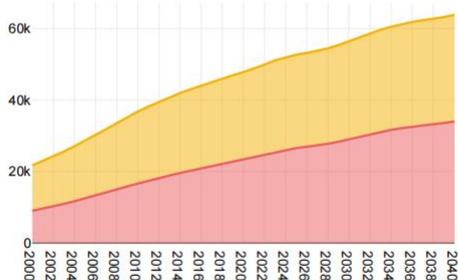
伯利兹

1.8万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

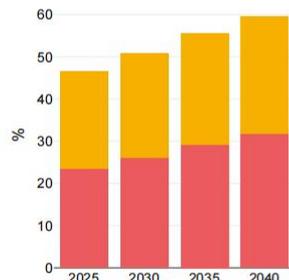
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



3.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	5000	6000
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	6000	8000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.4万	1.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	34.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	4.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	55.2%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	1.7%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	80%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



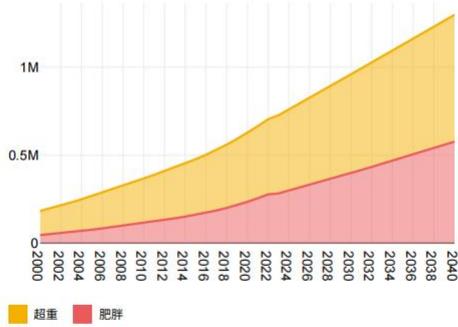
贝宁

34.3万

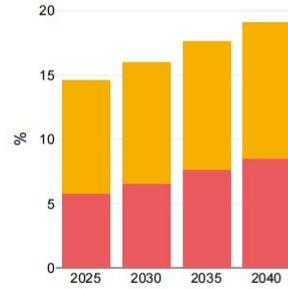
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



45万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6.3万	11万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.7万	4.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	8.7万	14.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	17.8万	31.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	40.7%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	30.1%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	76%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	65/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



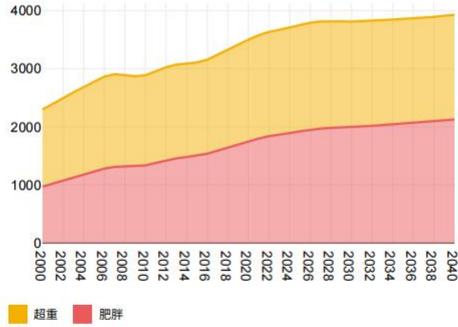
百慕大

1000

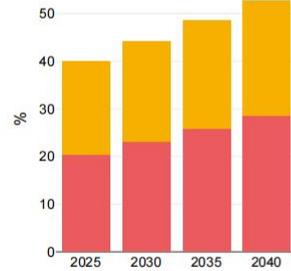
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



3000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	347	376
归因于BMI的高血糖儿童人数	132	139
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	442	470
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1000	1000

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	40.0%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.2%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	9.0%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	52.6%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	未报告
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



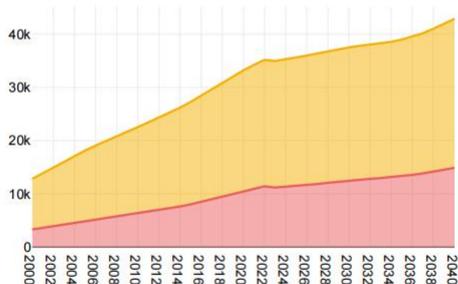
不丹

1万

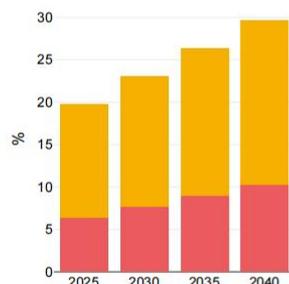
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



2.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3000	3000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	1000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4000	5000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	7000	9000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	36.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	58.1%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



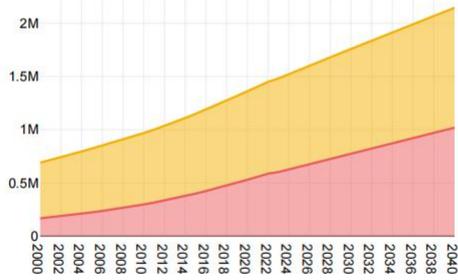
玻利维亚

60.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

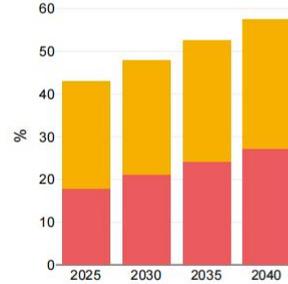
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



96.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	12.7万	18.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5.4万	7.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	17.4万	24.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	36.3万	54.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	39.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	29.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	68/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



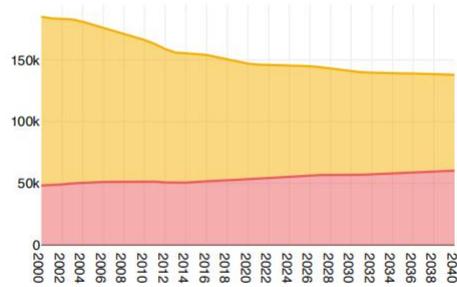
波黑

5.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

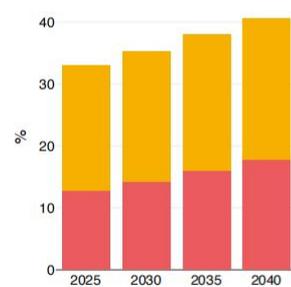
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.1万	1.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5000	5000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.6万	1.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.2万	3.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	32.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	71.2%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	6.4%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	42/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



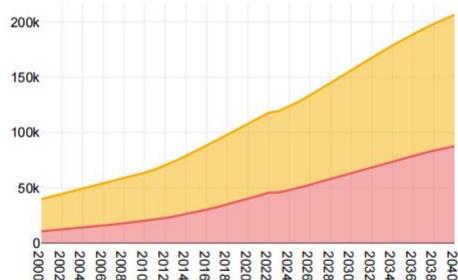
博茨瓦纳

4.7万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

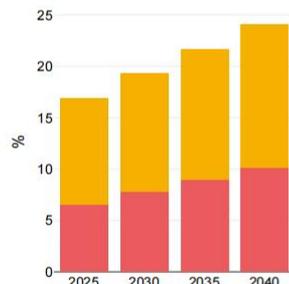
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



8.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1万	1.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4000	7000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.4万	2.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2.9万	4.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	30.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	47.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	56.1%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	73/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



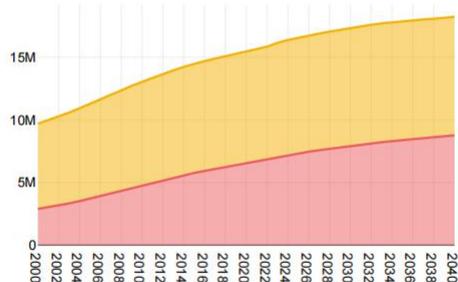
巴西

664.5万

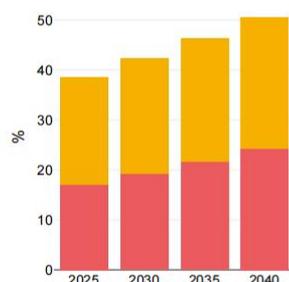
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



992万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	139.9万	161.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	57.2万	63.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	187.5万	211万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	400万	465.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	32.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	8.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.7%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	100.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	83/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



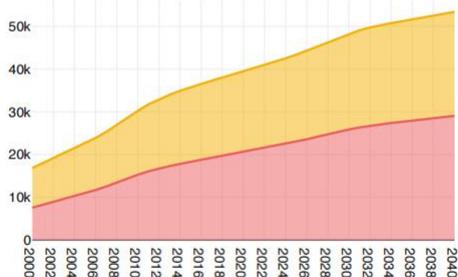
文莱

1.4万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

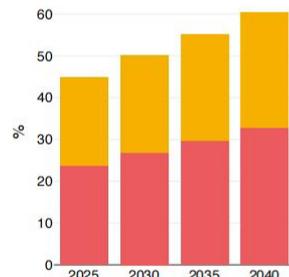
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



2.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4000	5000
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5000	6000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.2万	1.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	37.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	6.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	41.1%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	37.5%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



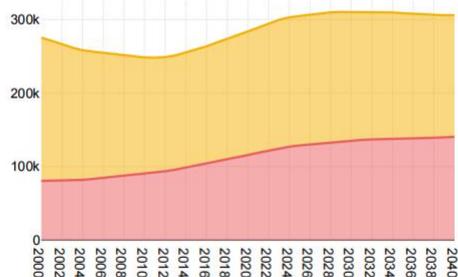
保加利亚

11.3万

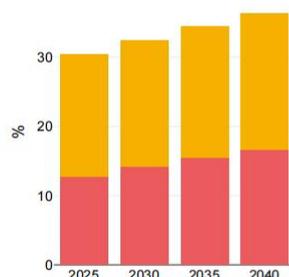
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



19.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.5万	2.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1万	1.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.4万	3.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	7.1万	7.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	19.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	39.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	72.9%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	28.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	73%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



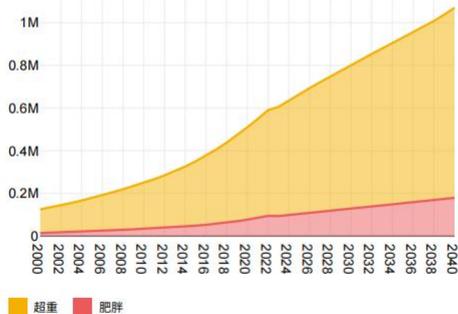
布基纳法索

24.8万

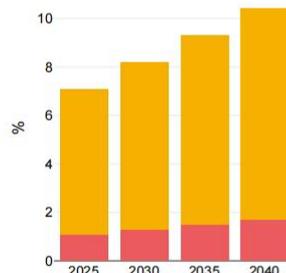
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



41.7万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.5万	5.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.1万	3.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	6.3万	10.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9.3万	15.3万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	11.4%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.5%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.8%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	39.9%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	76.3%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	96/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



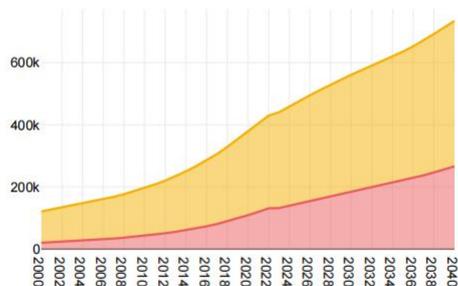
布隆迪

21.3万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

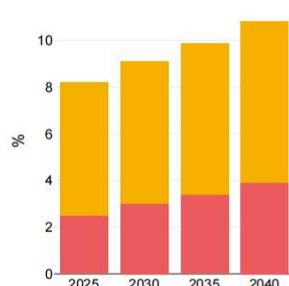
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



26.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.3万	5.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.6万	2.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5万	7.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9.2万	15.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	10.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	14.5%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	17.2%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	75/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



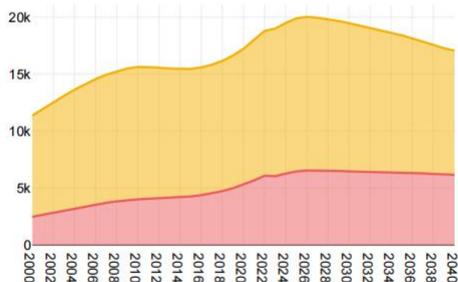
佛得角

7000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

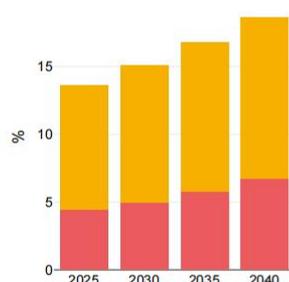
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



1.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1000	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	668	578
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2000	2000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	4000	4000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	29.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	40.7%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	48.2%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	78/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



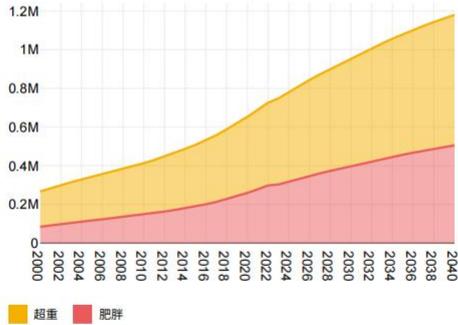
柬埔寨

33.1万

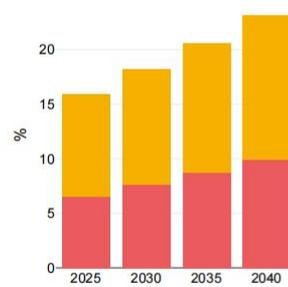
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



48.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6.6万	9.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.8万	4.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	9万	13.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	18.7万	27.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	12.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	26.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	7.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	92%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	51/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



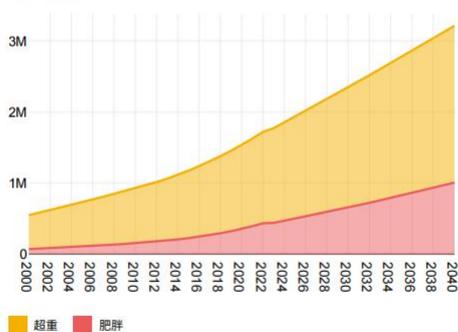
喀麦隆

72.4万

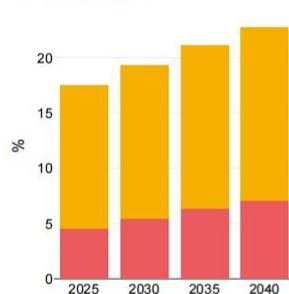
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



121.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	12.3万	22.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	6.4万	10.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	19.6万	33.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	33.9万	62.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	49.1%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	1.9%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	41/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



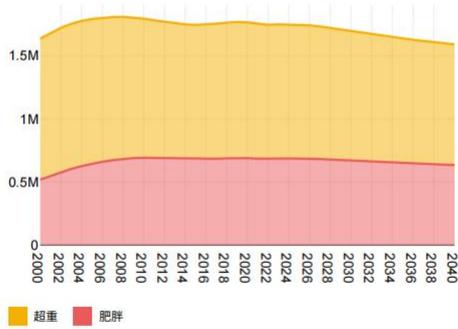
加拿大

51.2万

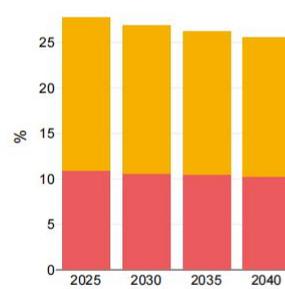
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



123.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	13.8万	12.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	6万	5.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	19.2万	17.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	39.1万	35.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	30.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	23.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	66.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	23.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	76%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



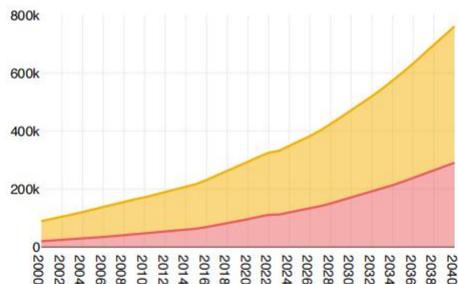
中非

13.8万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

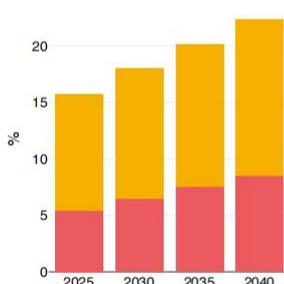
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



22.7万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.7万	5.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.2万	2.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.9万	8.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	7.5万	16.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	15.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	40.4%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	8.5%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



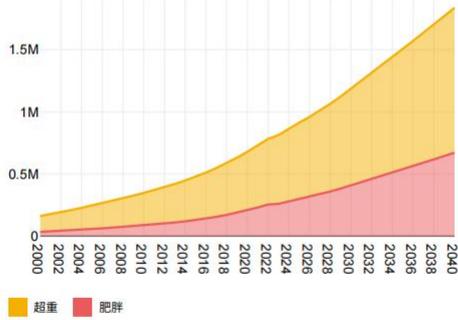
乍得

41.1万

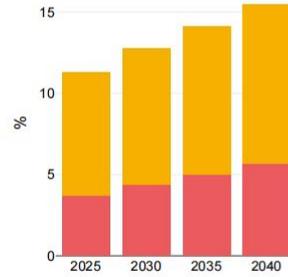
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



50.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6.5万	13.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3.1万	6.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	9.6万	19.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	18.2万	39.3万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	11.9%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.8%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.8%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	64.3%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	4.1%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用的信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	72/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



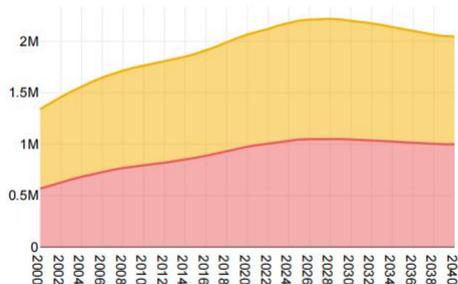
智利

76万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

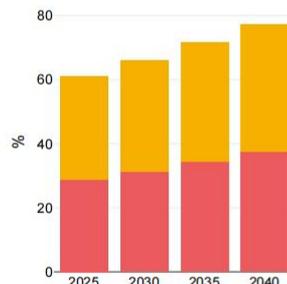
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



144.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	19.4万	18.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7.7万	7.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	25.4万	23.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	55.7万	52.8万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	43.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	20.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	37.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	45.6%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	88%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	29/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



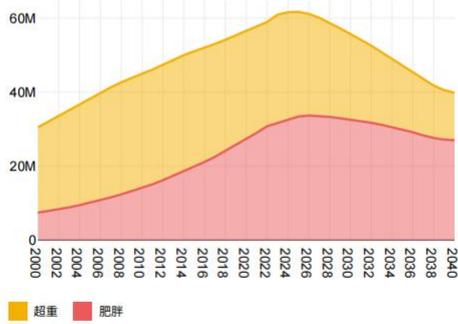
中国

2280.8万

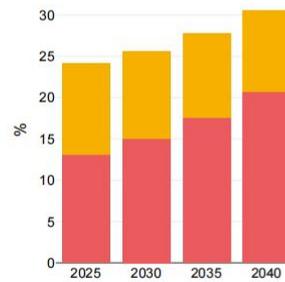
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



3886.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	590.2万	442.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	217.9万	144.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	738.4万	512.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1706.7万	1295.9万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	16.5%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.4%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.7%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	36.8%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	27/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



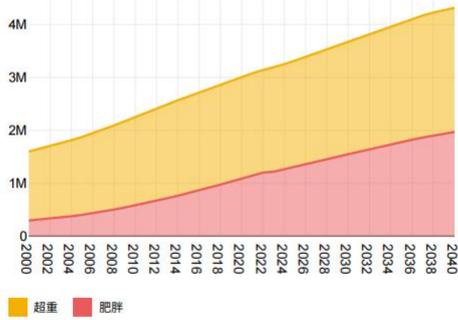
哥伦比亚

113万

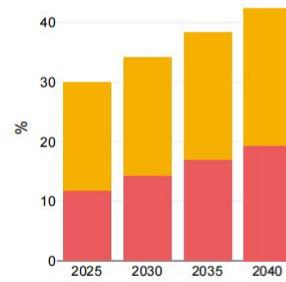
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



218.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	26.2万	37.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	11.3万	15万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	36.5万	49.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	74.4万	106.3万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	34.4%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.9%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	4.2%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	44.4%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	52.4%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	55/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	无
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



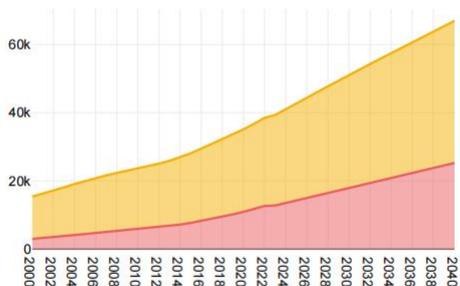
科摩罗

1.7万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

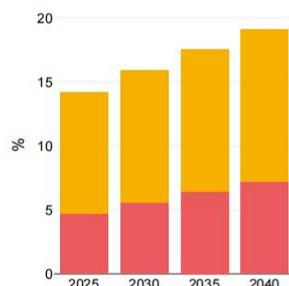
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



2.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3000	5000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5000	7000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9000	1.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.3%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.4%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	63.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用的信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	60/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



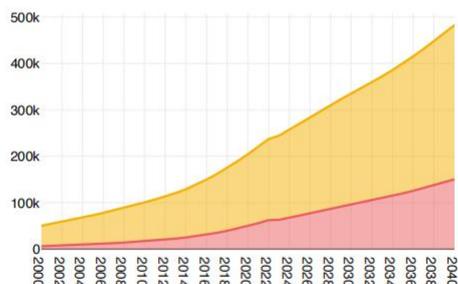
刚果 (布)

9.2万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

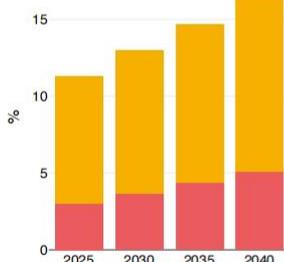
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



17.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.7万	3.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	9000	1.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.8万	5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	4.8万	9.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	23.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	49.1%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



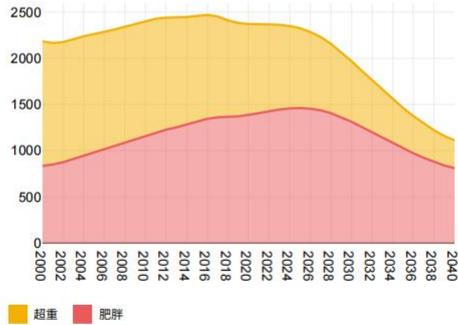
库克群岛

571

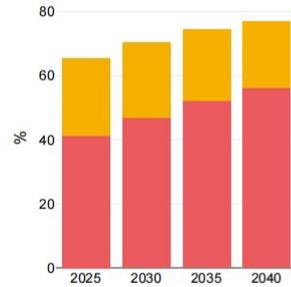
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



2000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	246	130
归因于BMI的高血糖儿童人数	84	41
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	292	147
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	716	383

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	75.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	14.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	15.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	28.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	83%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	37/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



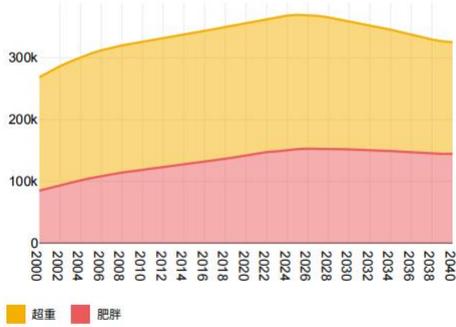
哥斯达黎加

11.5万

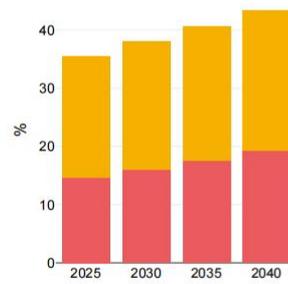
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



25.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3万	2.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.3万	1.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4.1万	3.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	8.5万	7.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	38.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	6.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	45.1%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	85.7%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	56/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



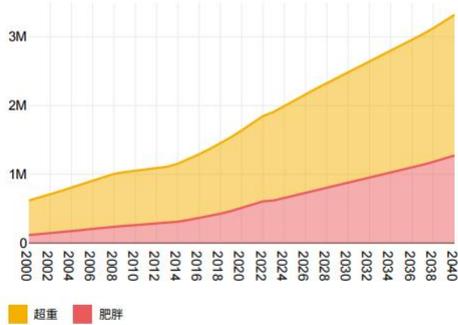
科特迪瓦

84.7万

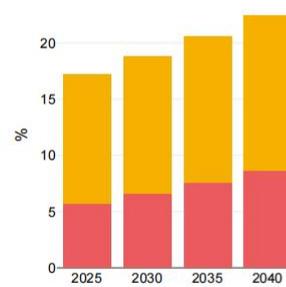
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



123.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	15万	25.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7万	11.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	22万	36.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	42万	73.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	53.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	10.8%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	73/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



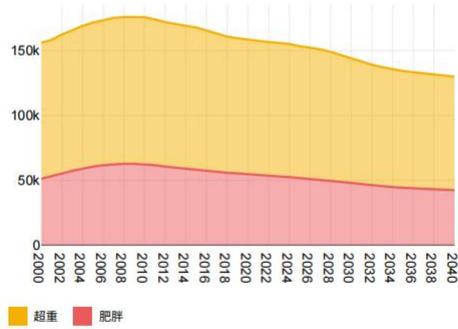
克罗地亚

5.2万

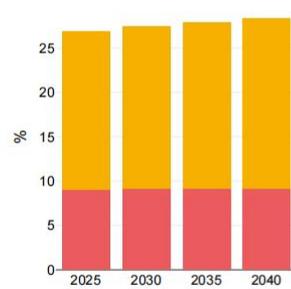
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



10.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.1万	9000
归因于BMI的高血糖儿童人数	5000	4000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.6万	1.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.1万	2.6万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	19.9%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.2%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	33.6%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	81.0%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	70.2%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	77%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



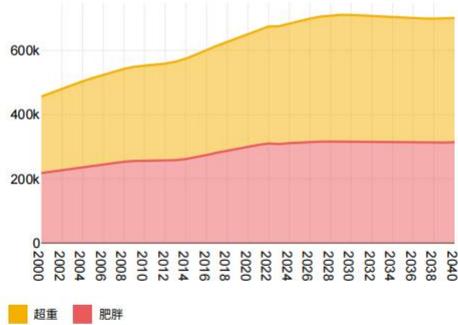
古巴

25.8万

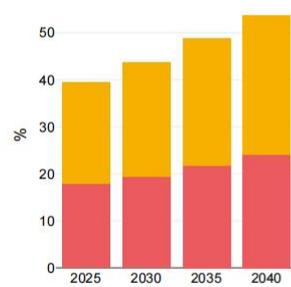
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



43.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	5.9万	6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.4万	2.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7.9万	8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	17万	17.1万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	39.3%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.9%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	15.1%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	54.7%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



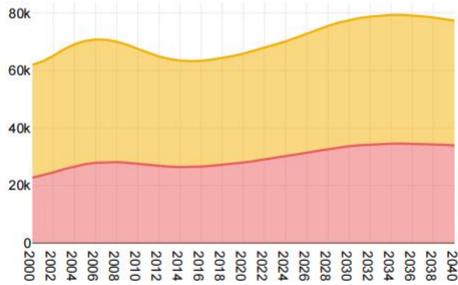
塞浦路斯

2.6万

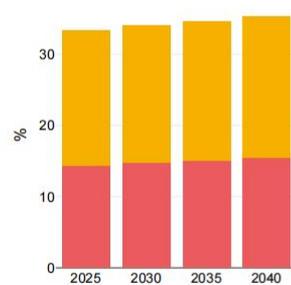
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



4.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6000	6000
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	3000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	8000	9000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.7万	1.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	19.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	49.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	11.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



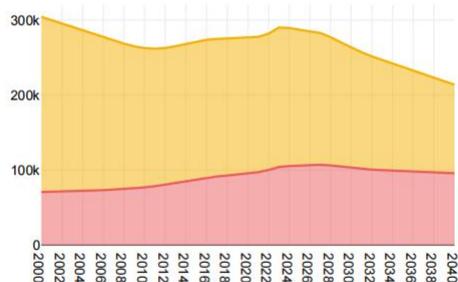
捷克

12.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

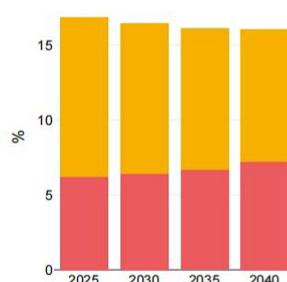
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



16.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.2万	1.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1万	7000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.1万	2.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	6.2万	5.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	24.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	66.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	57.4%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	77%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



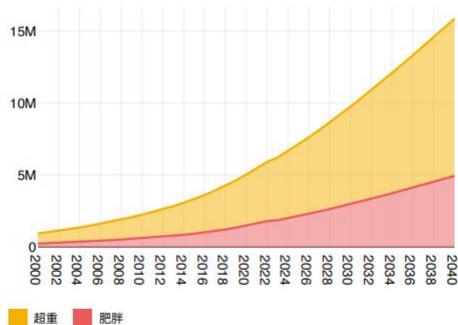
刚果 (金)

318.2万

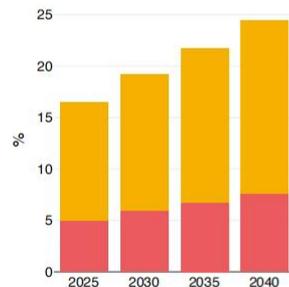
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



394.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	48.7万	110.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	23.8万	53.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	74.1万	165.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	136.1万	308.3万

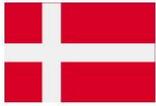
可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	13.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	35.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.7%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	60/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



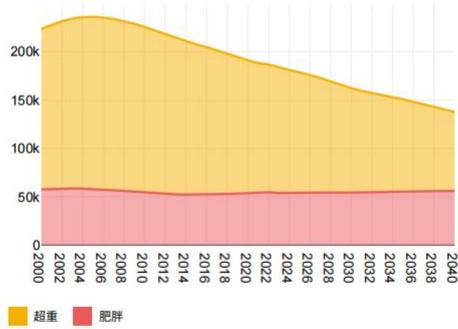
丹麦

6.2万

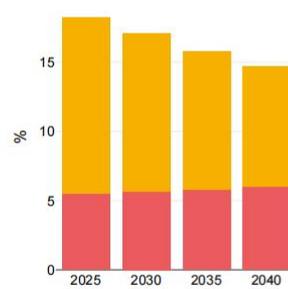
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



11.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.2万	1.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	6000	5000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.9万	1.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.4万	3.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	22.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	46.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



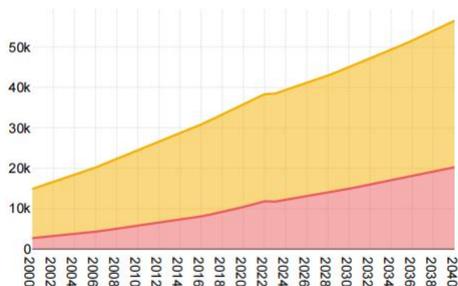
吉布提

1.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

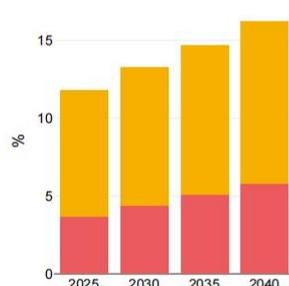
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



2.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3000	4000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4000	6000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	8000	1.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	12.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	57.4%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	12.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	56/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



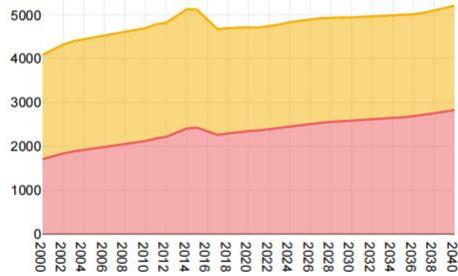
多米尼克

1000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

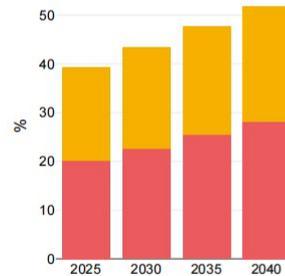
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



3000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	449	500
归因于BMI的高血糖儿童人数	171	184
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	573	624
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1000	1000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	44.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	6.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	17.6%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



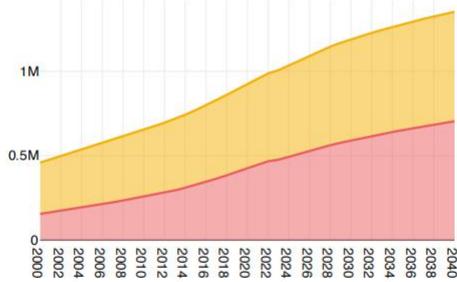
多米尼加

35.7万

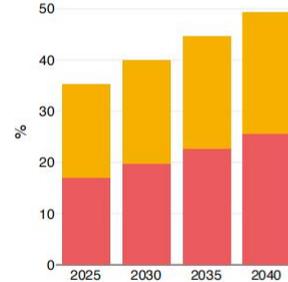
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



70.7万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	9.4万	12.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3.7万	4.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	12.3万	16万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	27.1万	36.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	32.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	70.9%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	69.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	70/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



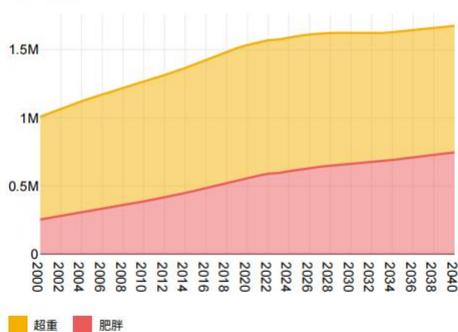
厄瓜多尔

54.8万

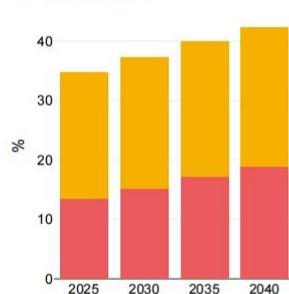
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



105.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	12.5万	14.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5.5万	5.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	17.5万	19万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	35.5万	40.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	38.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	41.4%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	57.2%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	40/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



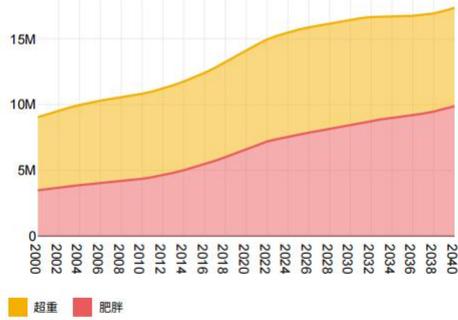
埃及

594.4万

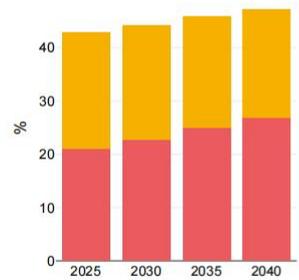
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



976万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	141.4万	171.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	54.9万	61.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	182.9万	211.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	406.7万	497.8万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	57.2%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	8.7%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.7%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	38.2%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	44.5%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	36/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



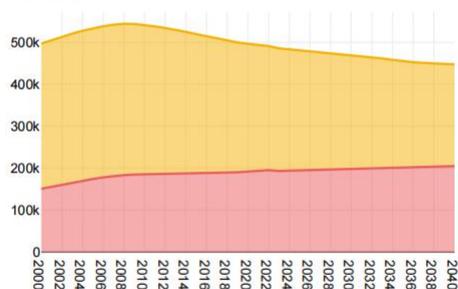
萨尔瓦多

17.4万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

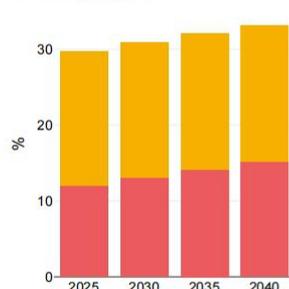
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



30.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.9万	3.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.6万	1.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5.3万	5.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	11万	11.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	41.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	35.4%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	65.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	73/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



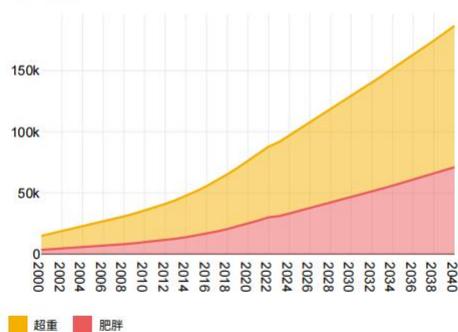
赤道几内亚

3.9万

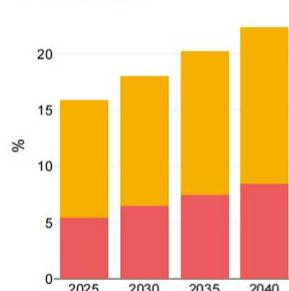
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



6.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	8000	1.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3000	6000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.1万	2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2.1万	4.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	30.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	55.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用的信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



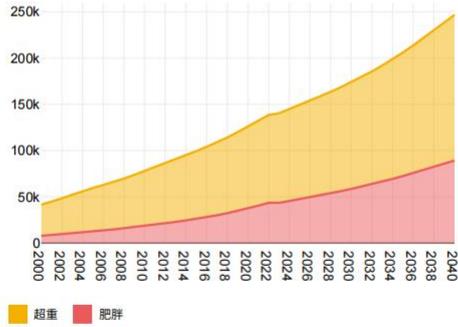
厄立特里亚

5.7万

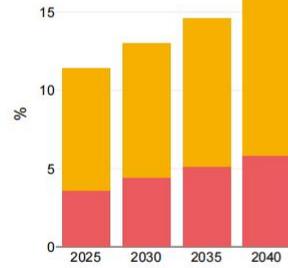
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



9.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1万	1.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5000	8000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.6万	2.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2.9万	5.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	7.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	25.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



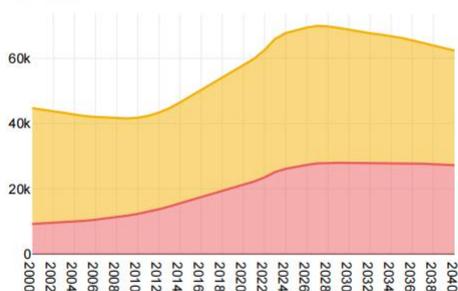
爱沙尼亚

2.3万

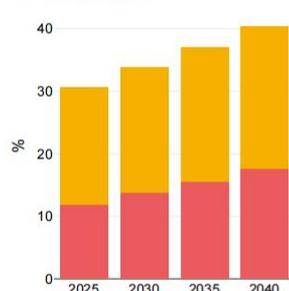
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



4.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	5000	5000
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	8000	7000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.5万	1.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	24.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	19.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	68.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	98.2%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



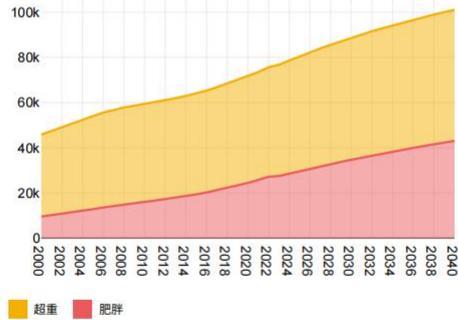
斯威士兰

2.8万

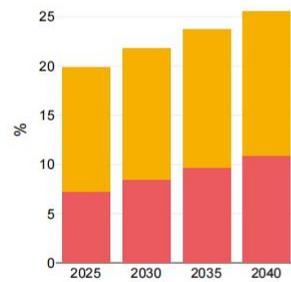
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



5.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6000	8000
归因于BMI的高血糖儿童人数	3000	3000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	9000	1.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.7万	2.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	42.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	43.7%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	97.6%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



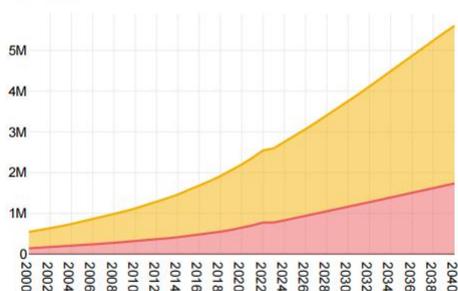
埃塞俄比亚

141.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

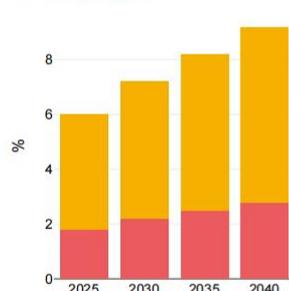
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



149.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	19.9万	38.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	9.7万	18.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	30.2万	58.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	55.6万	108.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	6.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	27.1%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	23.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	85/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



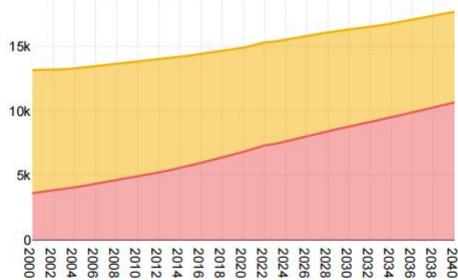
密克罗尼西亚联邦

4000

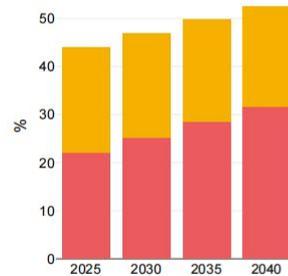
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1000	2000
归因于BMI的高血糖儿童人数	548	633
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2000	2000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	4000	5000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	58.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	11.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	16.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	33.1%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



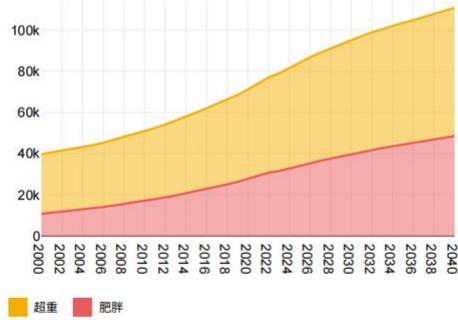
斐济

2.2万

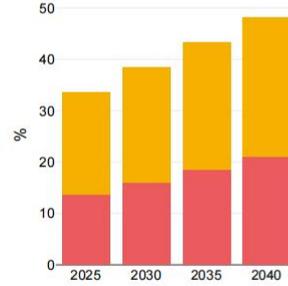
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



6.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7000	9000
归因于BMI的高血糖儿童人数	3000	4000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	9000	1.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.9万	2.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	49.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	11.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	7.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	31.4%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	9.3%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	83%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	85/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



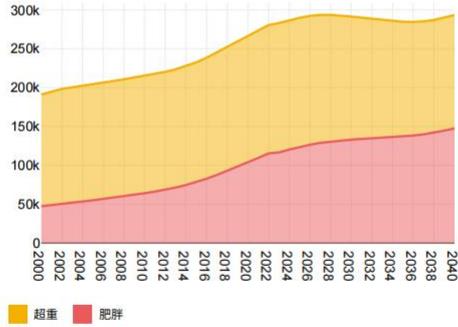
芬兰

8.1万

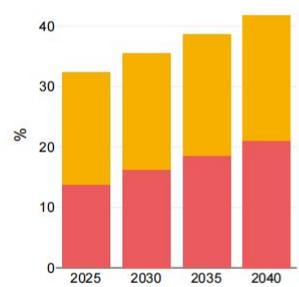
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



20.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.4万	2.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1万	1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.2万	3.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	6.8万	7.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	27.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	20.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	99.3%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	75%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



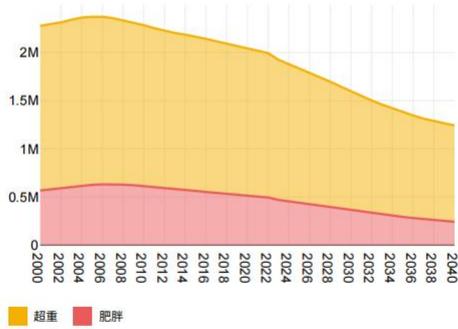
法国

60.8万

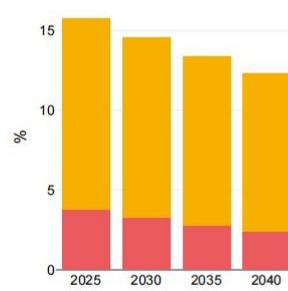
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



122.7万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	11.2万	7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	6万	4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	18.3万	12万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	30.9万	19万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	23.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	25.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	85.0%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	78.7%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



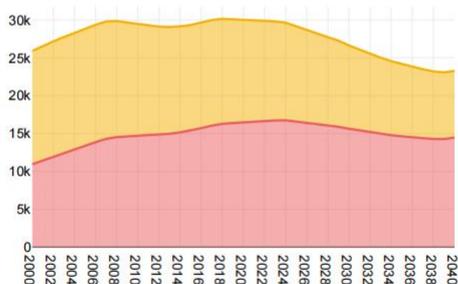
法属波利尼西亚

7000

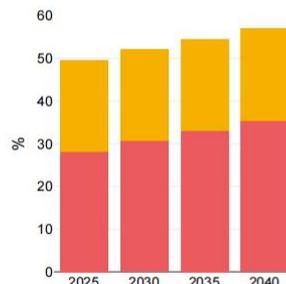
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



2.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3000	2000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	838
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4000	3000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	8000	7000

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	无可用信息
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	无可用信息
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	无可用信息
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	无可用信息
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	未报告
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



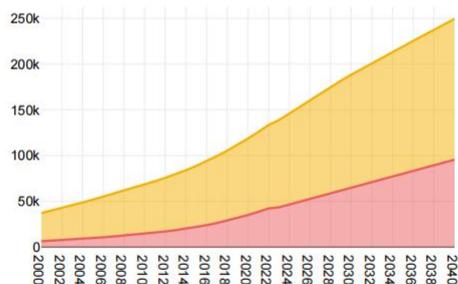
加蓬

5.7万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

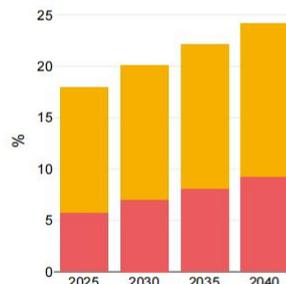
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



9.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.1万	1.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5000	8000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.6万	2.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.1万	5.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	35.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	66.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	66/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



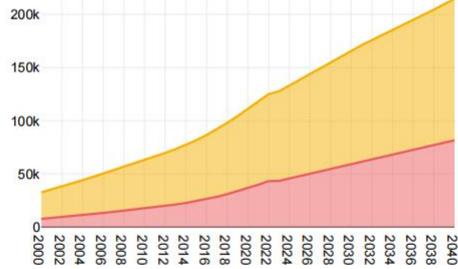
冈比亚

5.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

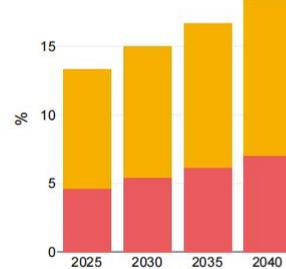
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



8.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1万	1.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5000	7000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.5万	2.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2.9万	4.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	22.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	33.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	33.4%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	77/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



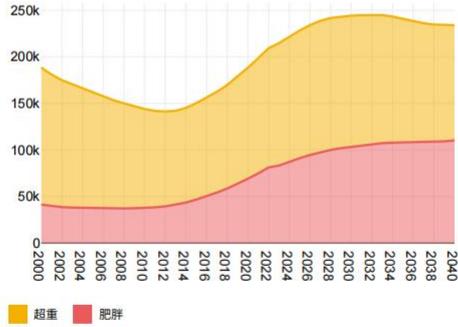
格鲁吉亚

8.8万

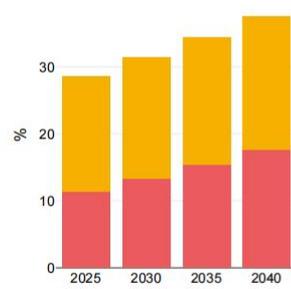
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



14万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.8万	2.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	8000	8000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.5万	2.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.2万	5.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	30.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	55.8%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	65/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



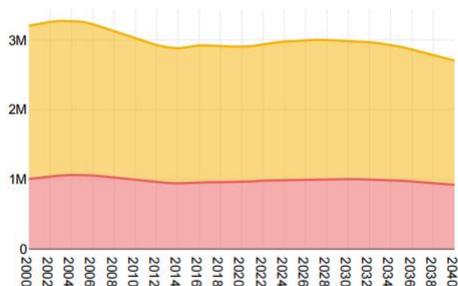
德国

96.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

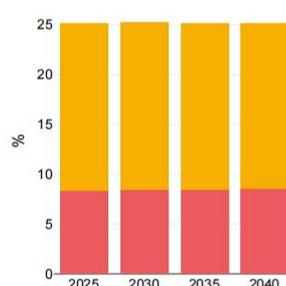
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



202.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	21.5万	19.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	10万	9.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	31.6万	28.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	60.4万	55.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	23.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	22.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	65.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



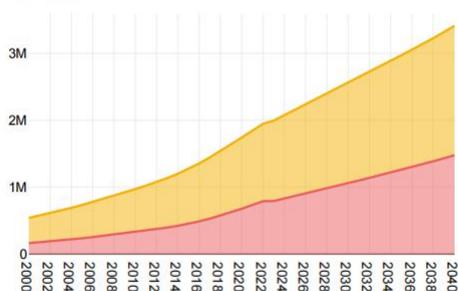
加纳

98.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

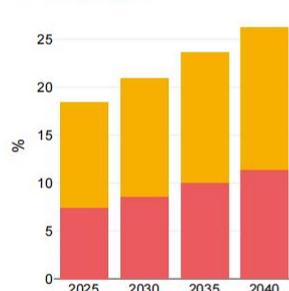
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



117.7万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	17.2万	28.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7.4万	11.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	23.8万	38.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	48.9万	81.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	26.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	34.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	39.1%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	75/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



希腊

16.4万

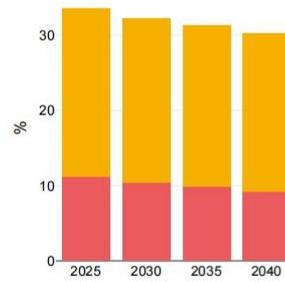
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



32.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.5万	2.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.6万	1.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5.2万	3.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9.8万	6.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	34.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	63.8%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	12.3%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



格陵兰

519

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

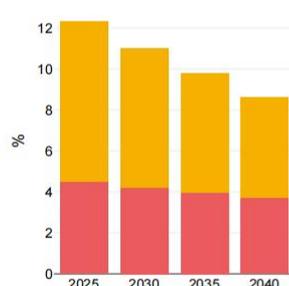
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



860

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	105	70
归因于BMI的高血糖儿童人数	47	29
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	149	94
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	296	199

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	36.5%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.1%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	30.8%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	45.1%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	未报告
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



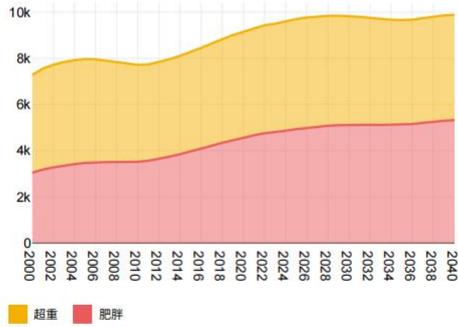
格林纳达

3000

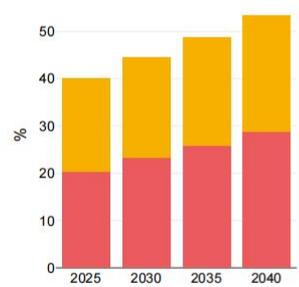
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



7000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	892	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	340	349
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1000	1000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3000	3000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	38.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	4.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	56.4%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	29.4%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



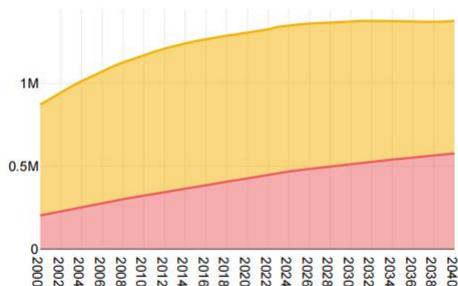
危地马拉

42.4万

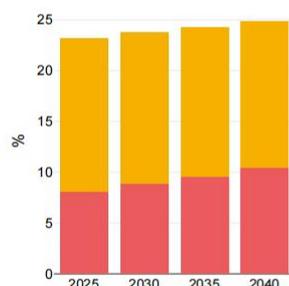
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



93.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	10万	11.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4.6万	4.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	14.5万	15.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	28.3万	32.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	37.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	36.3%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	44.7%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	53/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



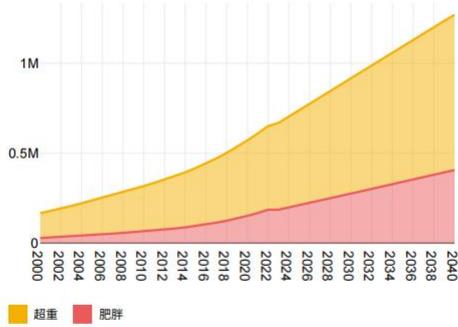
几内亚

30.8万

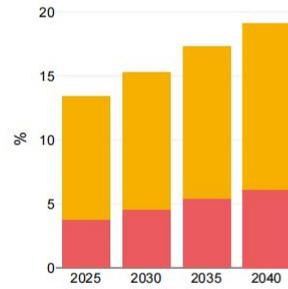
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



43万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.9万	8.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.5万	4.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7.6万	13.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	13.7万	25.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	17.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	52.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	4.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用的信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



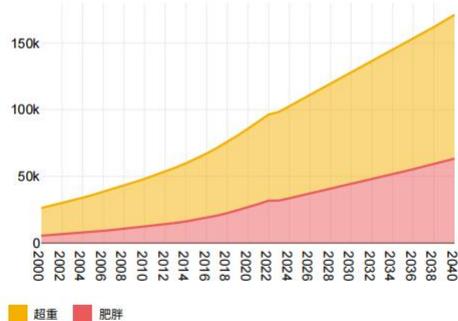
几内亚比绍

4.2万

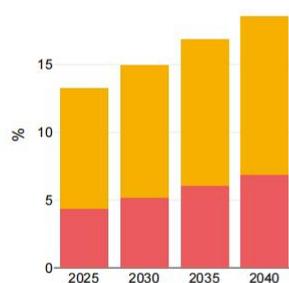
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



6.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	8000	1.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4000	6000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.1万	1.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2.2万	3.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	18.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	33.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	41.5%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	31/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



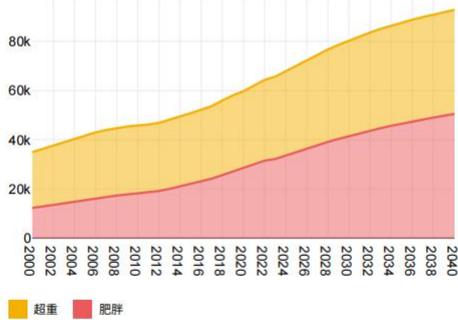
圭亚那

2.5万

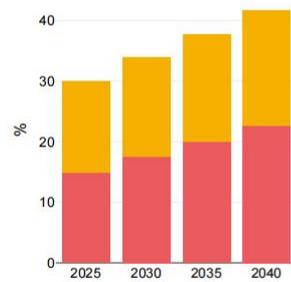
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



4.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6000	9000
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	3000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	8000	1.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.8万	2.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	36.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	54.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	38.4%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



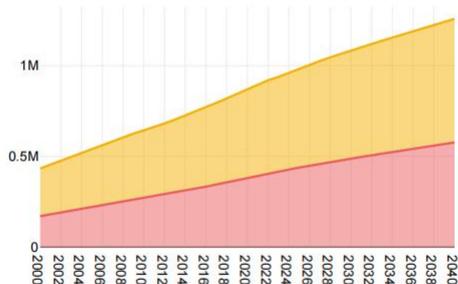
海地

34.6万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

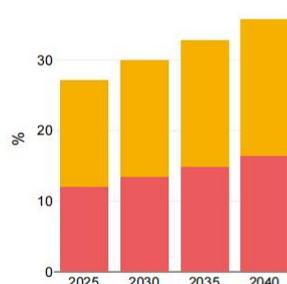
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



63.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	8.3万	10.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3.4万	4.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	11.2万	14.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	23.9万	31.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	48.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	36.4%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



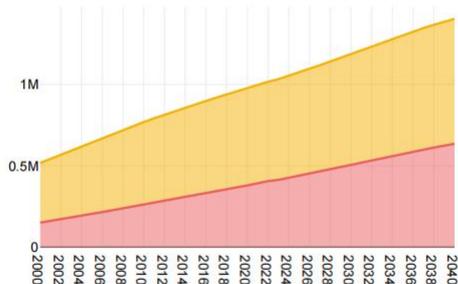
洪都拉斯

37.9万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

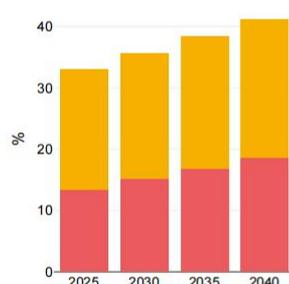
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



69.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	8.6万	12万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3.7万	4.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	11.9万	16万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	24.6万	34.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	32.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	47.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	41.2%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	38/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



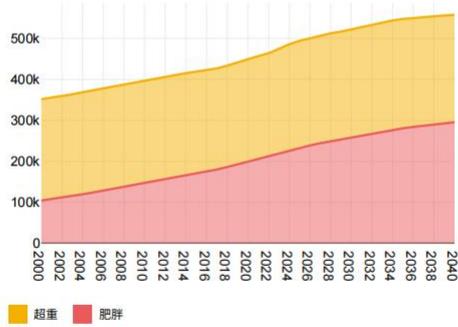
匈牙利

16.8万

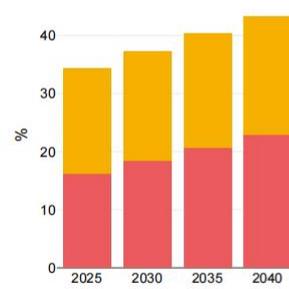
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



32.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.3万	5.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.7万	2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5.7万	6.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	12.4万	15.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	23.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	0.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	24.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	87.0%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	54.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	79%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



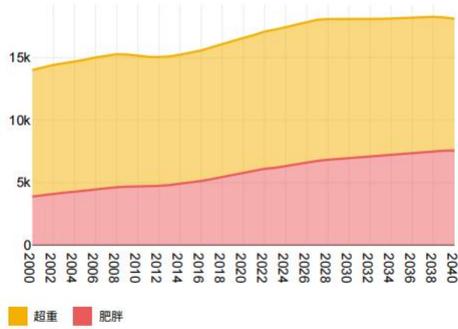
冰岛

6000

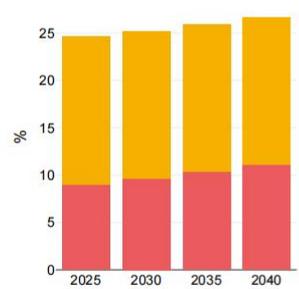
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1000	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	599	622
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2000	2000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	4000	4000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	29.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	21.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	56.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	94.1%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	80%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



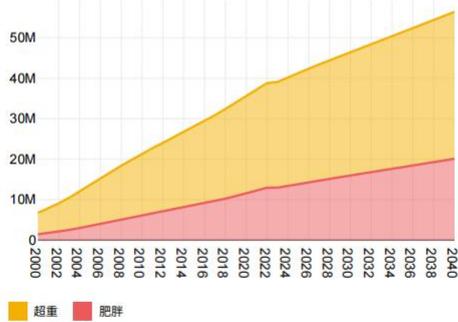
印度

1492.1万

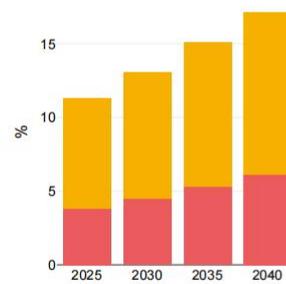
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



2640.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	298.6万	420.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	139.2万	191万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	438.6万	606.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	839.3万	1187.6万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	13.4%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.2%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	32.6%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	35.5%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	74%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	78/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



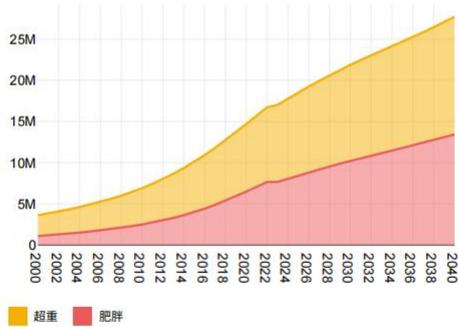
印度尼西亚

711.1万

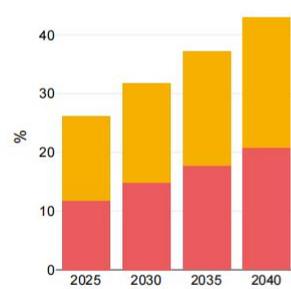
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1141.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	159.2万	247.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	64.2万	96.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	211.3万	321.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	455.9万	710.8万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	19.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	39.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	63/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



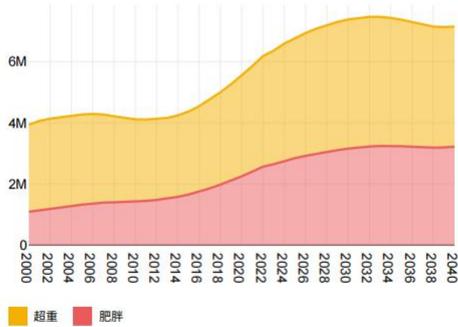
伊朗

226.8万

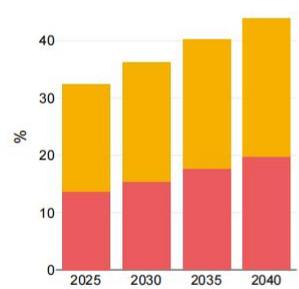
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



451万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	55.5万	61万
归因于BMI的高血糖儿童人数	23.3万	24.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	75.7万	81.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	158万	174.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	48.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	34.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	39/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



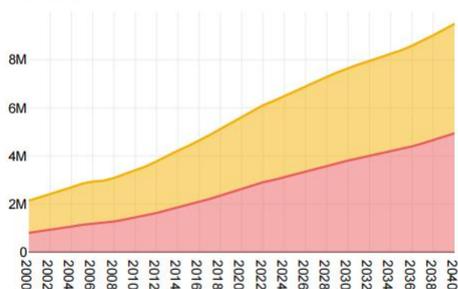
伊拉克

221.2万

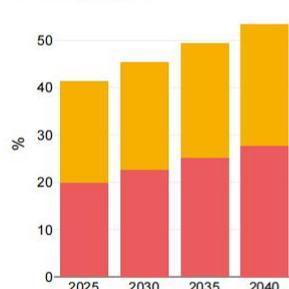
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



449.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	59.7万	88.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	23.4万	33.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	77.7万	112.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	171.6万	255.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	47.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	8.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	53.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	3.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	40/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



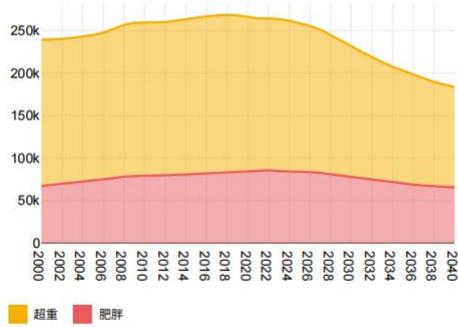
爱尔兰

8.3万

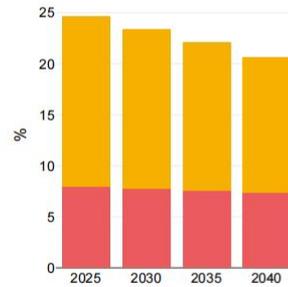
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



17.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.8万	1.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	9000	6000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.7万	2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.2万	3.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	29.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	17.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	87.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	26.7%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	72%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



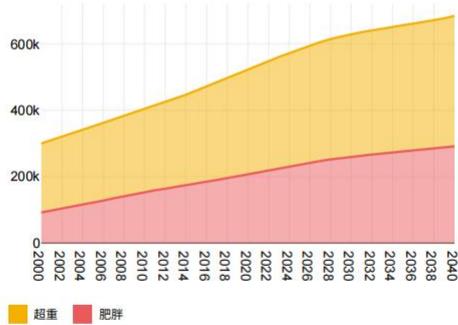
以色列

20.1万

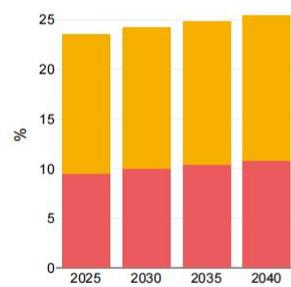
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



38.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.7万	5.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2万	2.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	6.5万	7.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	13.3万	16.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	26.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	19.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	13.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



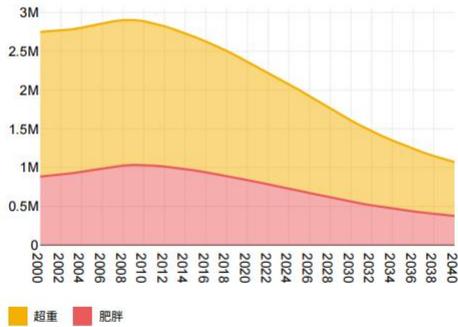
意大利

74.2万

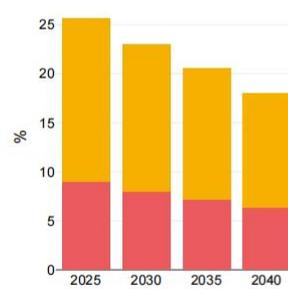
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



125.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	14.8万	7.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	6.8万	3.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	21.4万	11.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	41.7万	22.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	20.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	19.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	59.1%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	9.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	89%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



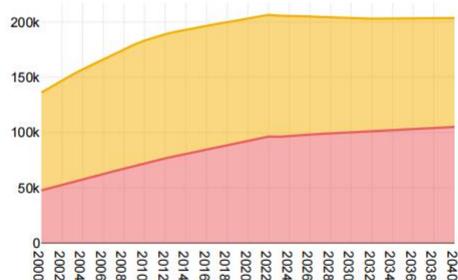
牙买加

5.4万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

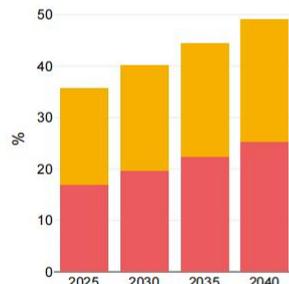
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



15.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.8万	1.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7000	7000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.4万	2.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.2万	5.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	4.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.8%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	17.4%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



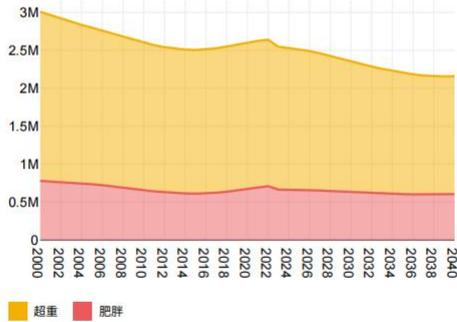
日本

83.9万

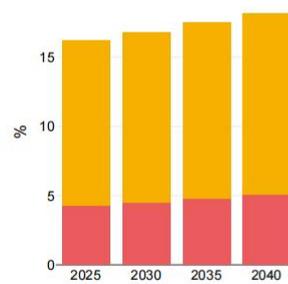
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



167.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	16.1万	14.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	8.3万	7.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	25.5万	22.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	44.6万	39.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	11.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	11.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	43.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	73.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



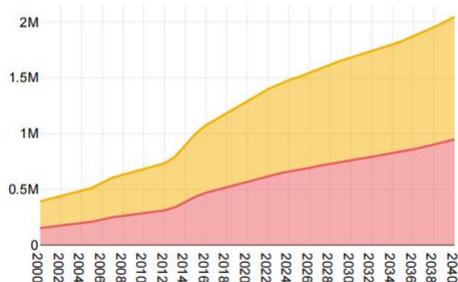
约旦

50.3万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

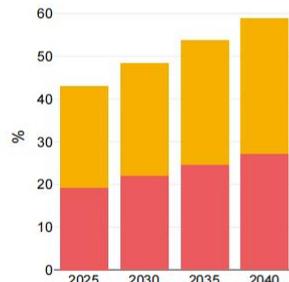
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



100.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	12.8万	17.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5.2万	7.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	17.1万	23.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	36.7万	50.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	41.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	8.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	57.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	55/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



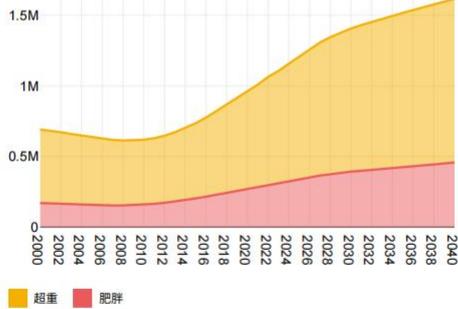
哈萨克斯坦

49.2万

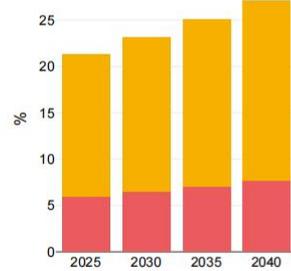
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



71.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7.9万	10.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4万	5.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	12.4万	16.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	22万	29.8万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	27.8%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.2%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.0%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	47.5%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	63.4%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	14/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



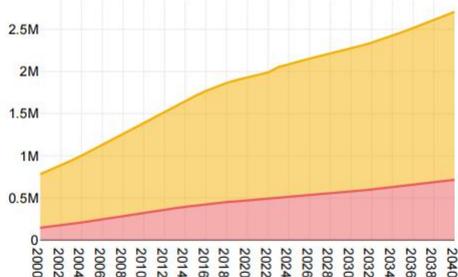
肯尼亚

83.3万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

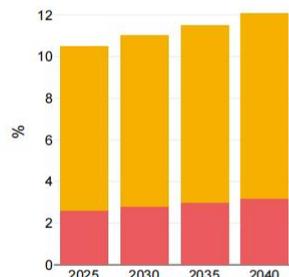
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



128.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	13.2万	17.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7万	9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	21.3万	27.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	36.4万	48.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	36.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	11.9%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	82/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



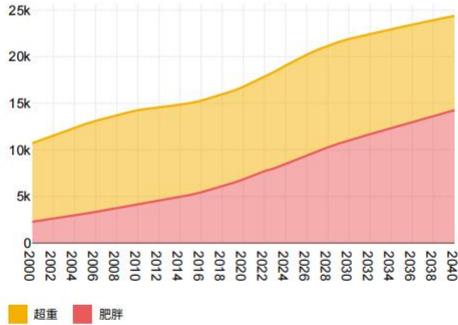
基里巴斯

6000

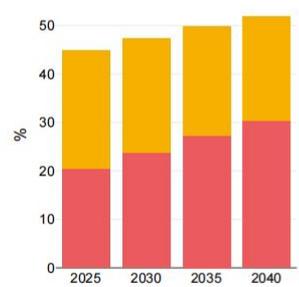
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高血糖儿童人数	681	870
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2000	3000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5000	7000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	61.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	10.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	15.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	33.9%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	0.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	81/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



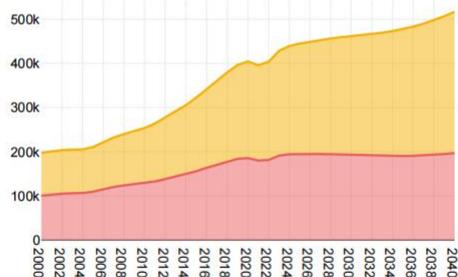
科威特

12万

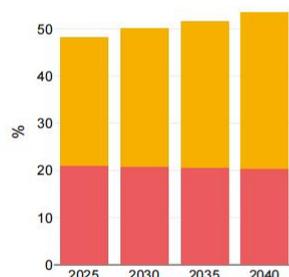
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



32.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.7万	4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.5万	1.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5万	5.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	10.7万	11.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	60.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	12.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	50.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	86/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



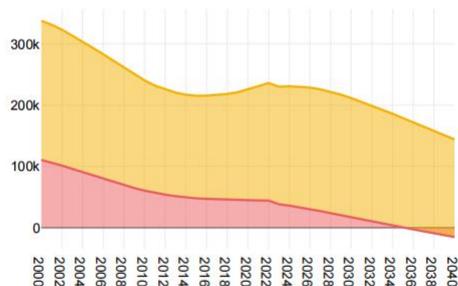
吉尔吉斯斯坦

8.2万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

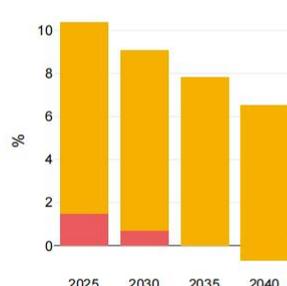
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



14.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.2万	3000
归因于BMI的高血糖儿童人数	7000	4000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.2万	1.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.1万	6000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	26.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	37.2%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	36.8%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	73/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



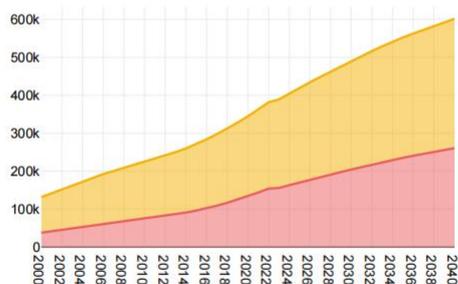
老挝

17万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

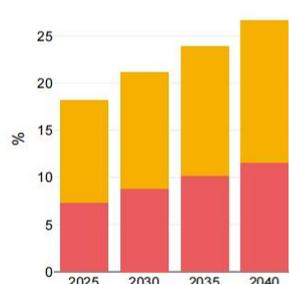
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



25万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.4万	5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.4万	2.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4.7万	6.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9.6万	14.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	11.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	40.2%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	13.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	72/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



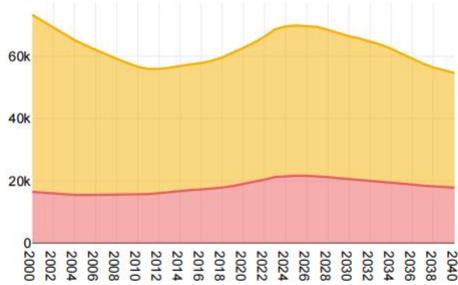
拉脱维亚

2.9万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

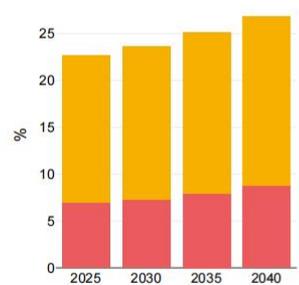
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



4.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	5000	4000
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7000	6000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.4万	1.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	22.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	13.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	49.2%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	76.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	80%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



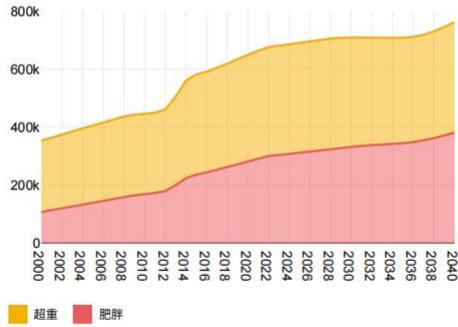
黎巴嫩

20.7万

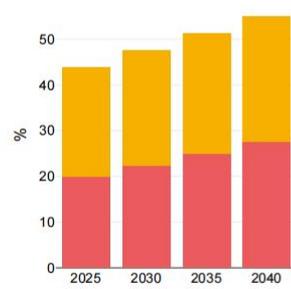
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



48.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	5.9万	6.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.4万	2.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7.9万	8.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	16.9万	20万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	37.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	8.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	18.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	54.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	90/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



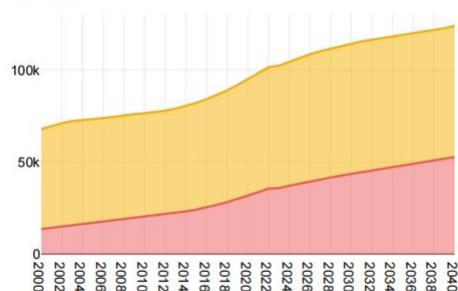
莱索托

3.9万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

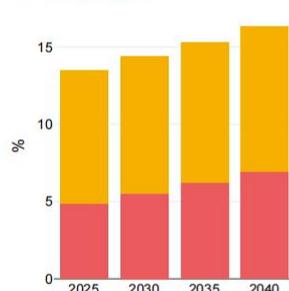
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



6.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	8000	1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4000	4000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.1万	1.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2.3万	2.9万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	33.8%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.1%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.5%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	29.8%
学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	49.1%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



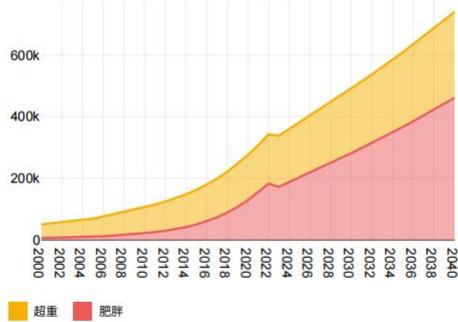
利比里亚

15万

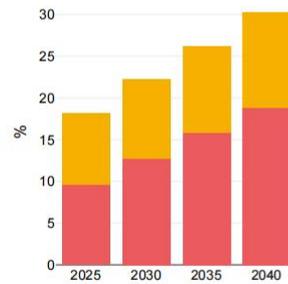
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



23.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.6万	7.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.3万	2.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4.5万	9.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	10.4万	22.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	24.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	33.1%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	21.4%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



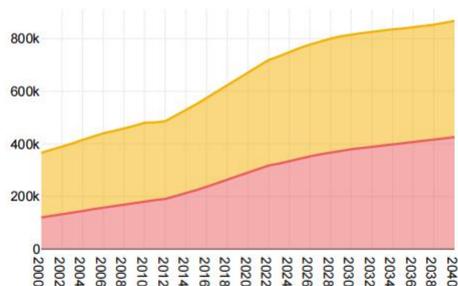
利比亚

23.8万

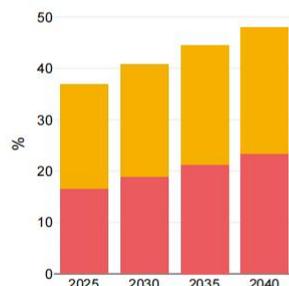
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



52.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6.5万	7.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.6万	3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	8.7万	10.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	18.7万	22.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	53.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	10.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	40.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	83%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



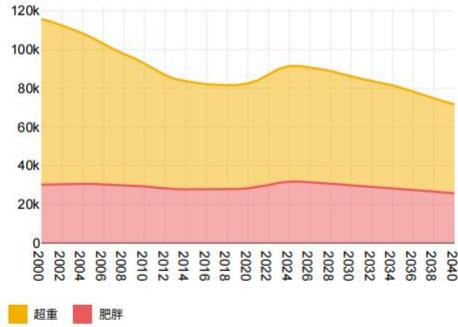
立陶宛

4.1万

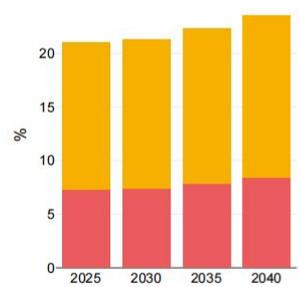
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



5.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7000	5000
归因于BMI的高血糖儿童人数	3000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1万	8000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.9万	1.5万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.4%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.6%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	18.3%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	93.0%
学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	42.7%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	80%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



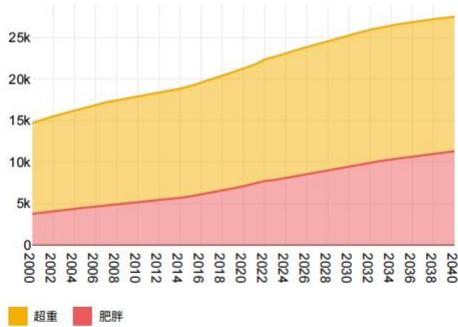
卢森堡

8000

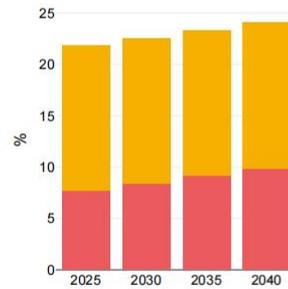
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高血糖儿童人数	794	1000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3000	3000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5000	6000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.1%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.7%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	23.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	55.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	100.0%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	79%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



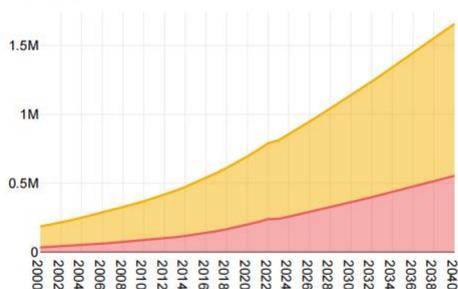
马达加斯加

43万

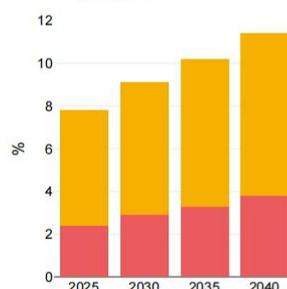
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



47万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6.2万	11.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3万	5.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	9.4万	17.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	17.3万	33.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	7.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	34.2%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	11.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用的信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	7/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



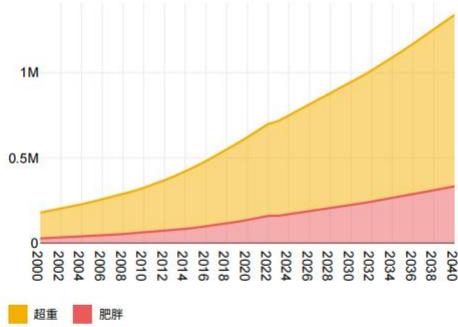
马拉维

29.6万

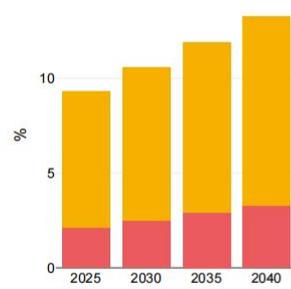
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



48.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.7万	8.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.6万	4.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7.7万	13.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	12.8万	23万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	18.2%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.2%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.5%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	26.4%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	34.1%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用的信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	71/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



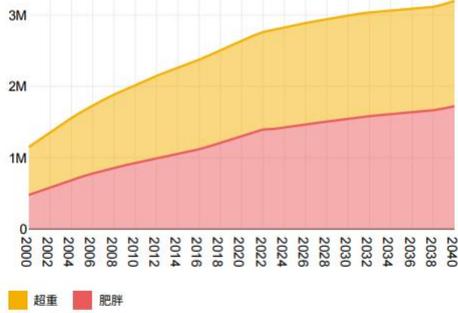
马来西亚

86.6万

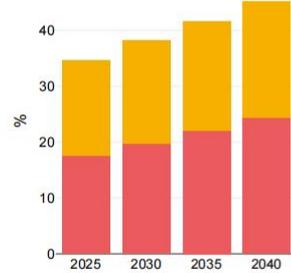
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



199.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	26.2万	30.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	10万	11.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	33.5万	38.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	75.5万	88.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	27.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	38.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	13.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



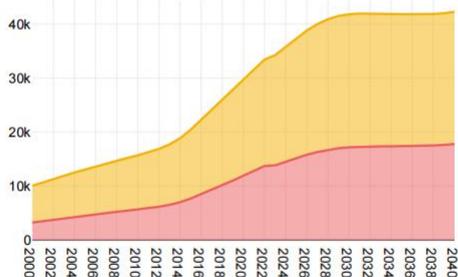
马尔代夫

1.3万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

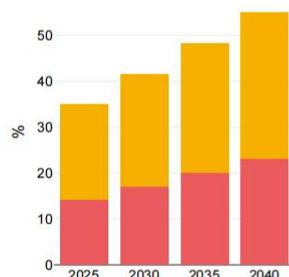
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



2.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3000	3000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	1000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4000	5000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9000	1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	30.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	35.3%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	93/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



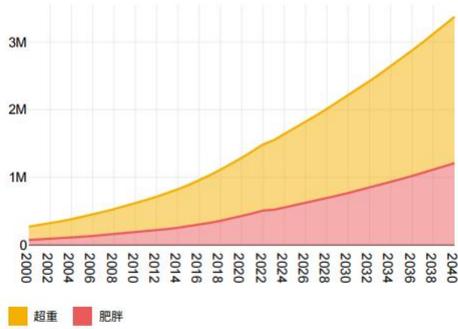
马里

73.6万

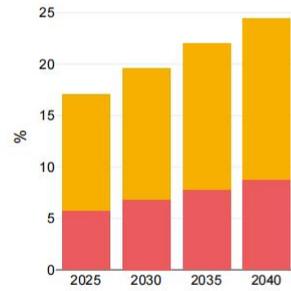
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



99.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	12.6万	25.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5.8万	11.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	18.4万	36.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	35.4万	71.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	19.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	44.5%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	13.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	56/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



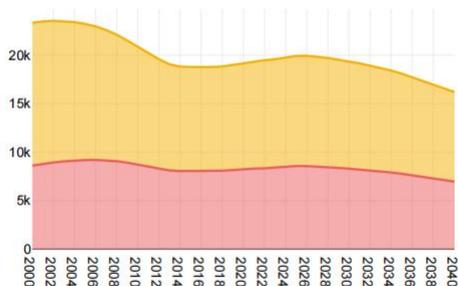
马耳他

8000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

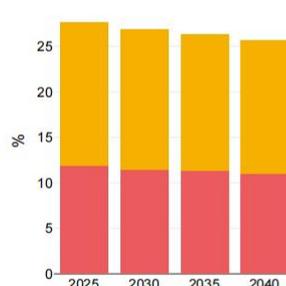
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



1.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2000	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	686	558
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2000	2000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5000	4000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	30.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	23.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	15.8%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	81%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



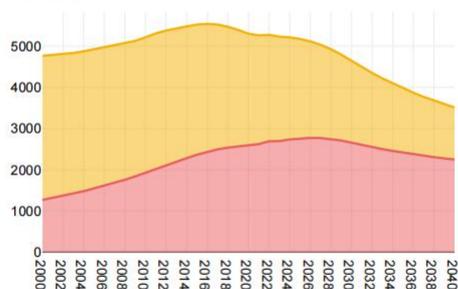
马绍尔群岛

1000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

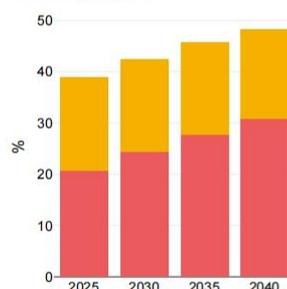
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



4000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	491	375
归因于BMI的高血糖儿童人数	183	127
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	617	443
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1000	1000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	52.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	14.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	36.8%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	76.8%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



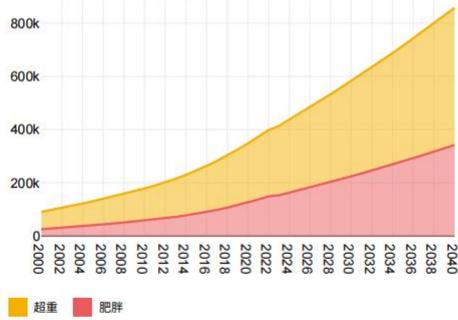
毛里塔尼亚

17.4万

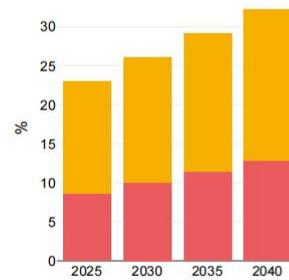
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



28.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.5万	6.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.6万	2.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5万	9.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	10万	19.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	36.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	39.7%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	21.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	76/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



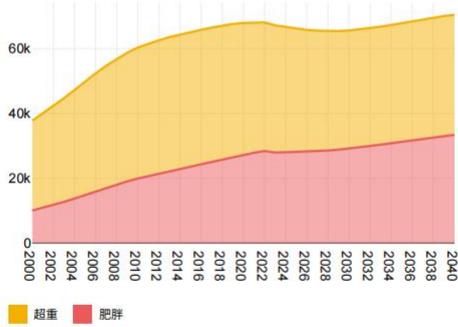
毛里求斯

2.1万

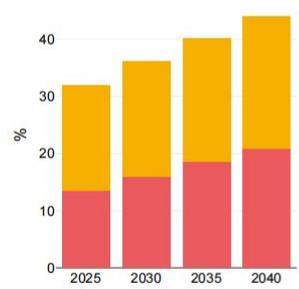
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



4.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	5000	6000
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7000	8000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.6万	1.8万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	27.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	10.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	38.2%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



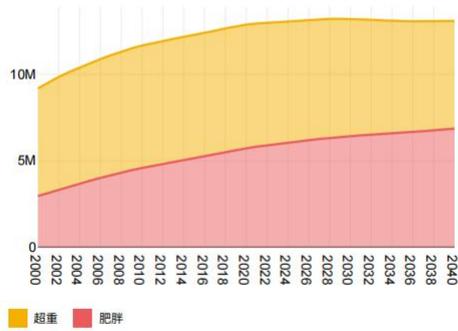
墨西哥

396.6万

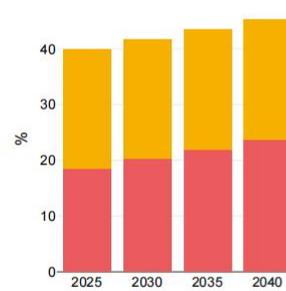
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



916.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	114.3万	122.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	45.6万	46.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	150.6万	155.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	327.7万	354万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	46.9%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	8.3%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	4.6%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	56.0%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	14.8%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	83%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	60/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



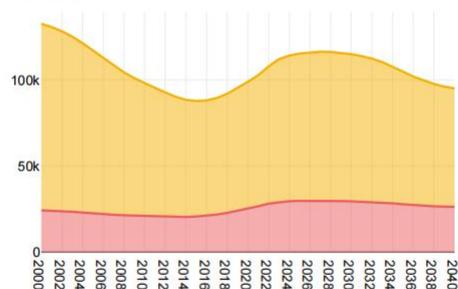
摩尔多瓦

4.3万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

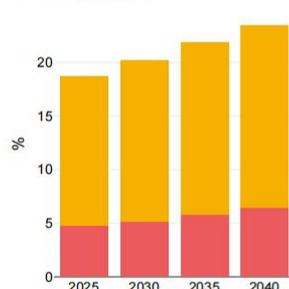
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



超重 肥胖

儿童人口占比 (%)



7.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7000	6000
归因于BMI的高血糖儿童人数	4000	3000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.2万	1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2万	1.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	29.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	6.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	59.3%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	36.5%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	76%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	31/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



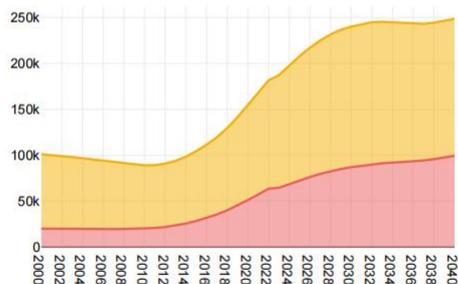
蒙古

8.3万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

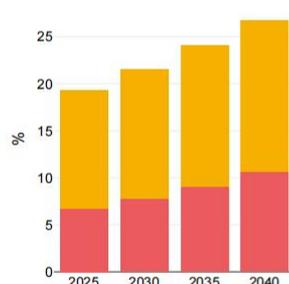
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



12.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.5万	2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7000	9000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.2万	2.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	4.3万	5.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	4.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	30.4%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	49.1%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	79%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	78/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



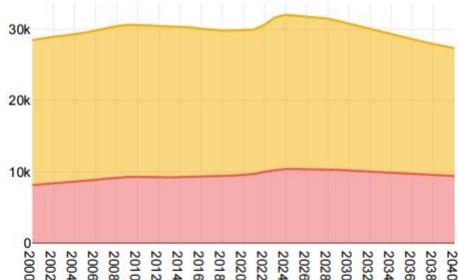
黑山

1.2万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

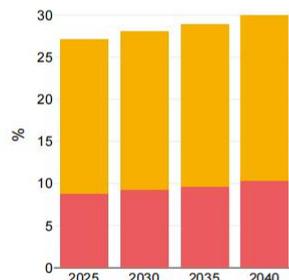
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	1000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3000	3000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	6000	6000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	23.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	35.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	71.3%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	47/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



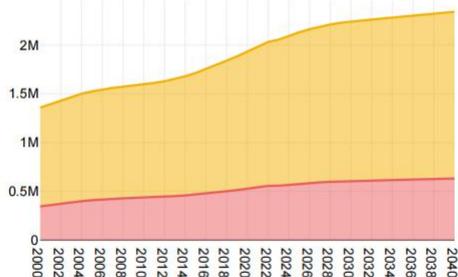
摩洛哥

65.8万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

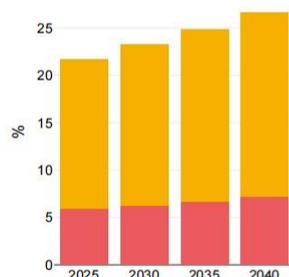
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



147.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	13.8万	15.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7.1万	7.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	21.7万	23.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	38.3万	42万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	38.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	47.0%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	17.7%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



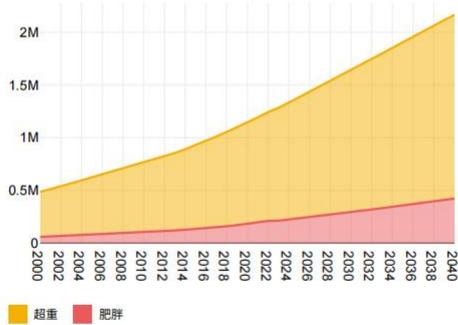
莫桑比克

62.7万

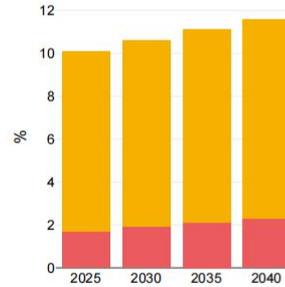
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



75.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7.4万	12.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4.5万	7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	13.2万	21万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	19.9万	33.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	15.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	43.5%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	4.9%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	81/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



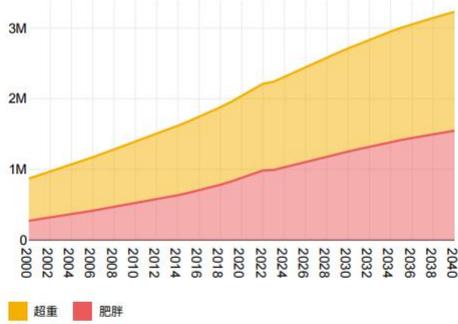
缅甸

95.2万

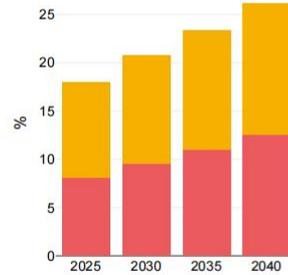
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



142.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	20.3万	28.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	8.2万	11.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	27万	37.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	58万	82.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	13.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	41.7%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	15.3%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	74/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



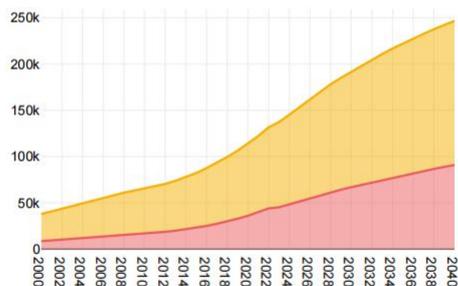
纳米比亚

6.4万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

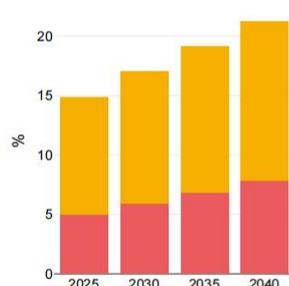
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.1万	1.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	5000	8000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.6万	2.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.1万	5.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	24.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	43.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	78.2%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



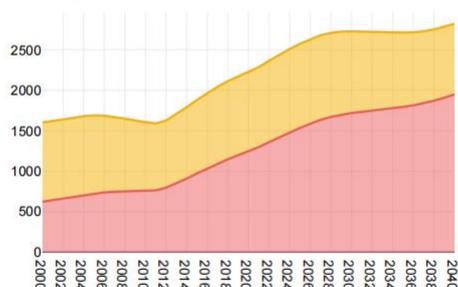
瑙鲁

719

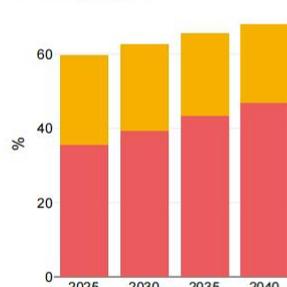
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



2000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	263	318
归因于BMI的高血糖儿童人数	92	103
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	318	366
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	763	1000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	71.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	11.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	22.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	33.1%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	73.7%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



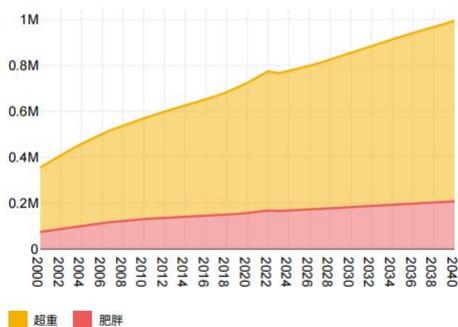
尼泊尔

25.4万

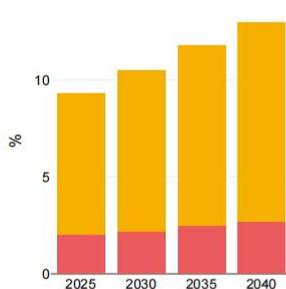
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



53.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.6万	5.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.6万	3.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7.7万	9.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	12.6万	15.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	14.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.3%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	24.3%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	50.7%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	83%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	71/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



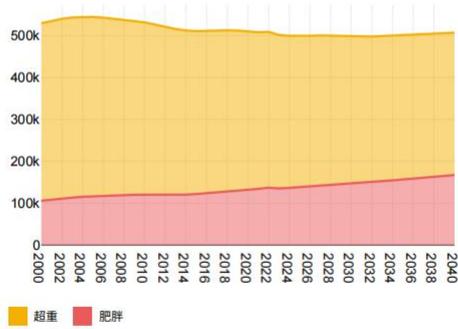
荷兰

17.7万

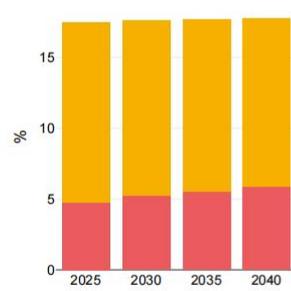
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



32.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.3万	3.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.7万	1.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5.1万	5.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9.1万	10.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	25.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	68.2%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	21.3%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	80%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



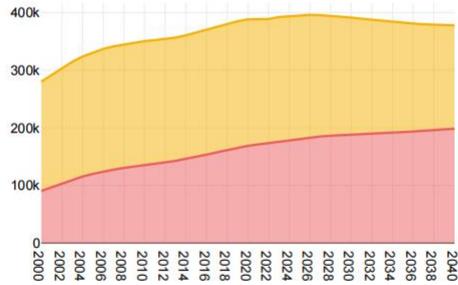
新西兰

12.3万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

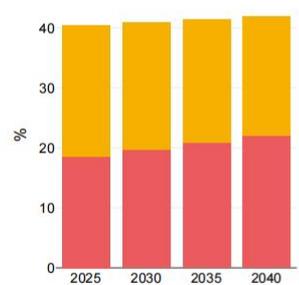
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



27.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.4万	3.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.4万	1.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4.5万	4.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9.8万	10.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	42.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	14.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	53.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	26.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	89%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	27/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



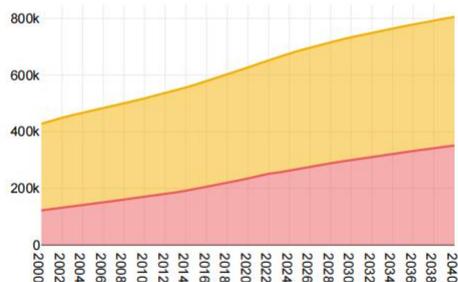
尼加拉瓜

23.7万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

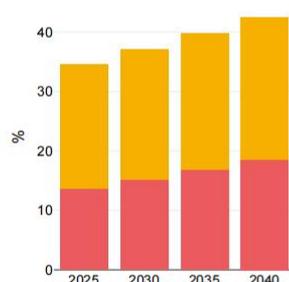
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



45万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	5.4万	6.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.3万	2.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7.5万	9.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	15.4万	19.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	35.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	50.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	50/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



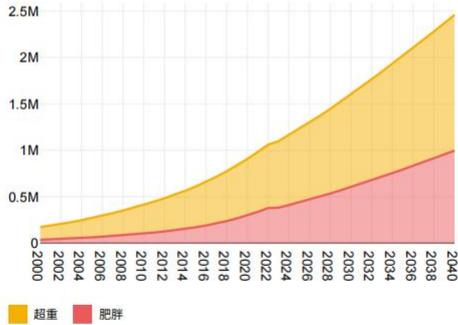
尼日尔

55万

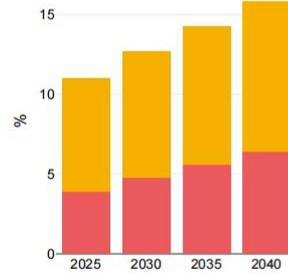
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



68.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	9.2万	19.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4.2万	8.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	13.2万	27.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	25.9万	56.1万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	12.4%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.9%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.2%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	53.9%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	5.3%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	37/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



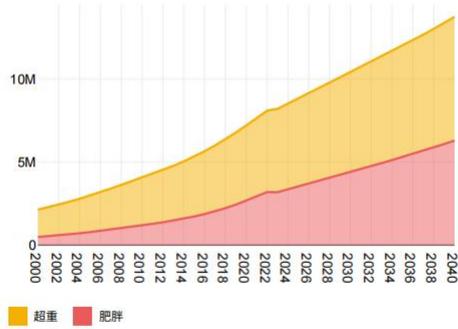
尼日利亚

375.5万

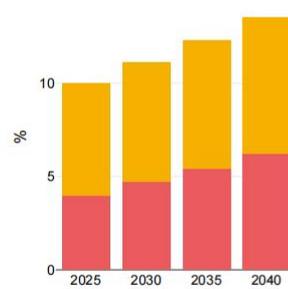
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



508.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	70.2万	118.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	30.2万	47.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	97.5万	156.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	199.5万	339.2万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	19.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	50.9%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	15.1%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用的信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	84/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



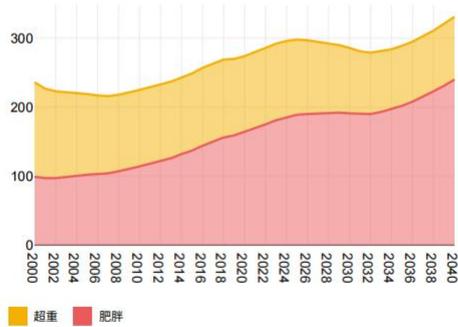
纽埃

71

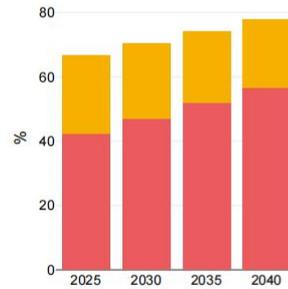
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



227

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	32	39
归因于BMI的高血糖儿童人数	11	12
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	37	44
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	92	113

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	70.2%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	10.6%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	10.8%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	29.3%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用的信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



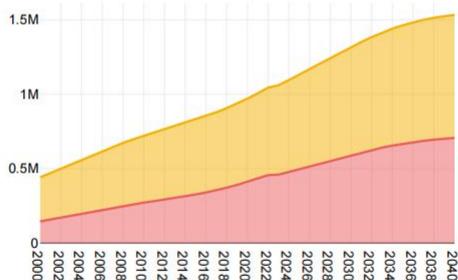
朝鲜

43.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

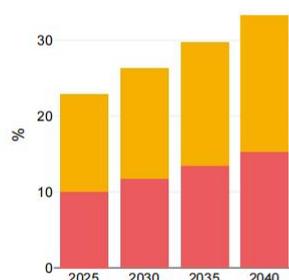
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



69.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	9.5万	13.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3.9万	5.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	12.8万	17.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	27.2万	38万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	18.1%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.5%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	28.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	未报告
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



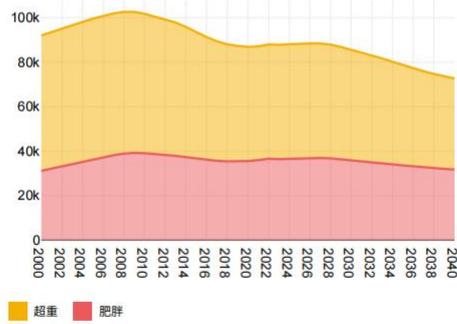
北马其顿

3.5万

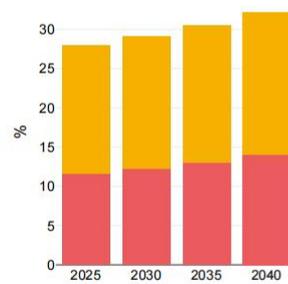
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



5.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7000	6000
归因于BMI的高血糖儿童人数	3000	3000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1万	8000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2万	1.7万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	22.5%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.8%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	31.8%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	64.8%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	4.2%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	78%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	24/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



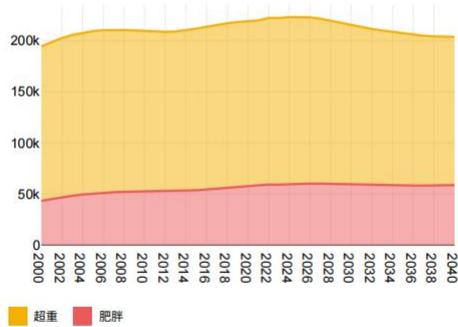
挪威

6.9万

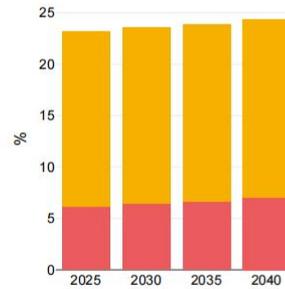
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



15.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.4万	1.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7000	7000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.3万	2.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	4万	3.8万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	19.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	38.8%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



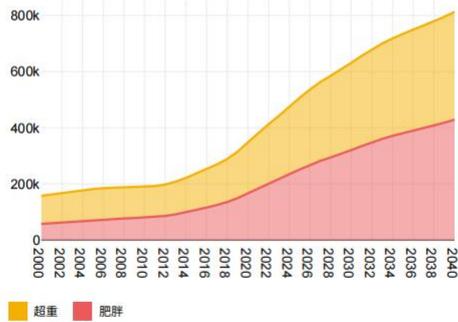
阿曼

19.3万

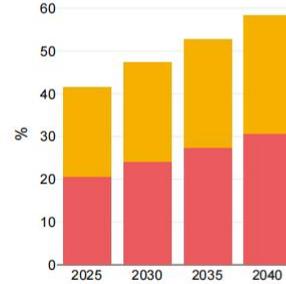
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



31.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.6万	7.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.8万	2.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5.9万	9.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	13.2万	22.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	46.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	30.8%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	65/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



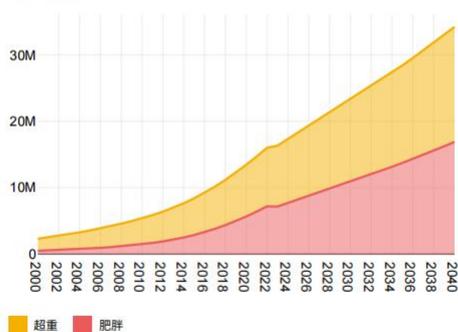
巴基斯坦

613.3万

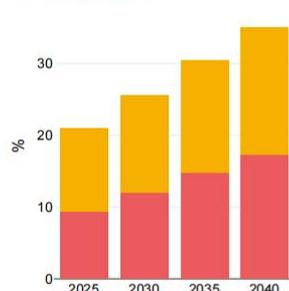
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1223.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	156.3万	308.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	63.5万	119.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	208.6万	398.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	447.2万	888.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.2%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.9%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	43.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	73/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



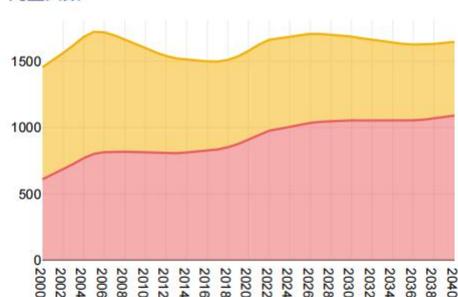
帕劳

441

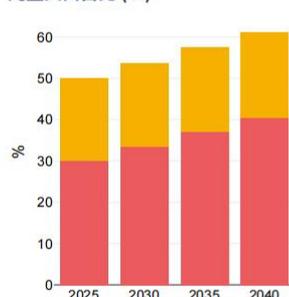
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	174	180
归因于BMI的高血糖儿童人数	61	60
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	210	210
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	507	527

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	48.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	9.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	6.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	29.2%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	75.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	79%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	90/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



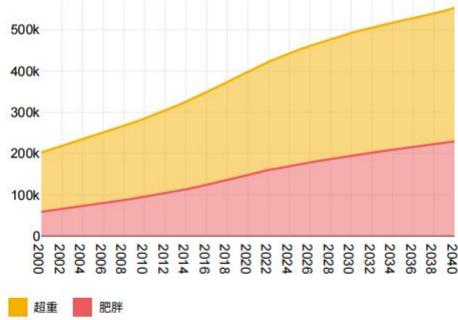
巴拿马

15.7万

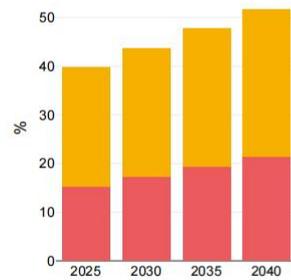
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



29.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3.5万	4.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.5万	1.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4.9万	6.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	10万	12.8万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	41.4%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.7%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.9%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	60.5%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	36.5%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	80/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



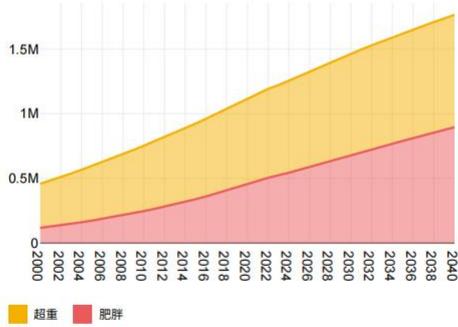
巴布亚新几内亚

35.4万

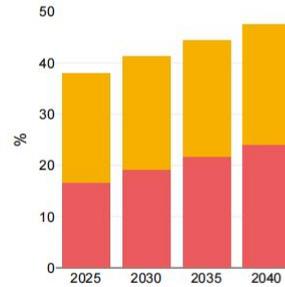
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



93.7万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	10.8万	16.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4.5万	6.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	14.6万	20.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	31万	46.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	24.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	9.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	27.9%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	18/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



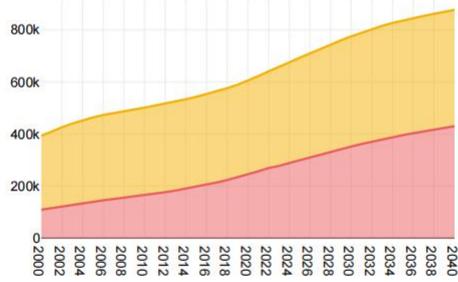
巴拉圭

28.9万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

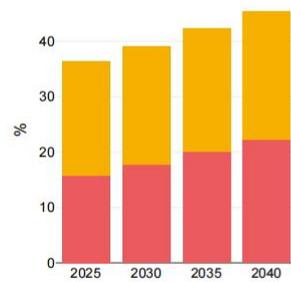
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



40.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	5.8万	7.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.4万	3.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7.8万	10.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	16.5万	22.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	31.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	7.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	49.7%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	31/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



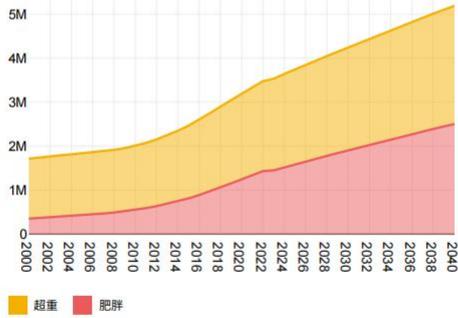
秘鲁

136.7万

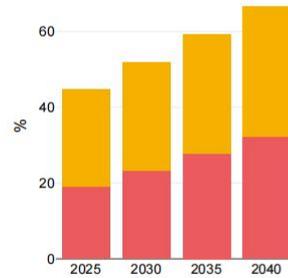
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



238.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	30.8万	46.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	12.9万	18.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	41.9万	60.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	87.8万	132.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	39.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	20.5%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	47.1%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	200-250毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	72/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



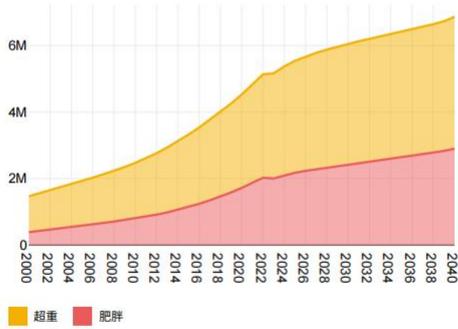
菲律宾

188.9万

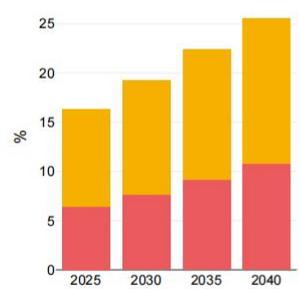
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



365.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	43.6万	56.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	18.9万	23.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	60.9万	76.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	123.8万	160.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	14.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	46.9%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	12.8%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	93%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	85/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



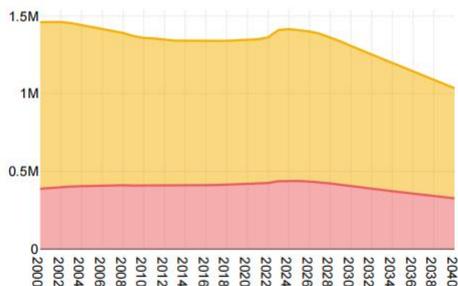
波兰

49.7万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

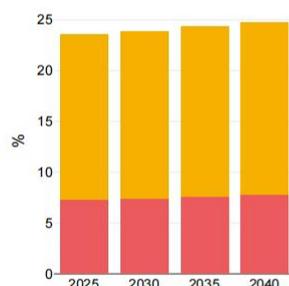
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



91.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	9.8万	7.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4.7万	3.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	14.7万	10.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	27.4万	20.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	24.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	22.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	56.3%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	40.9%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	79%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



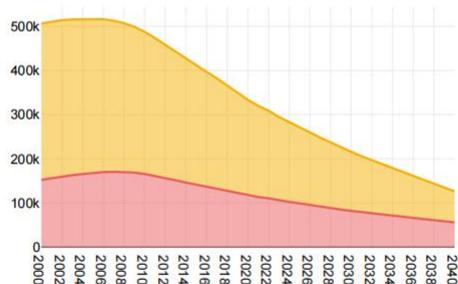
葡萄牙

11.3万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

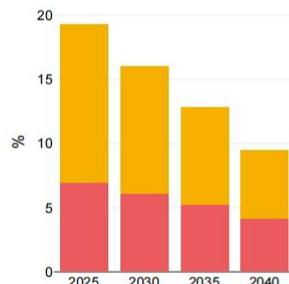
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



15.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.1万	1.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	9000	4000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.9万	1.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.8万	3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	20.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	67.1%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	100.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



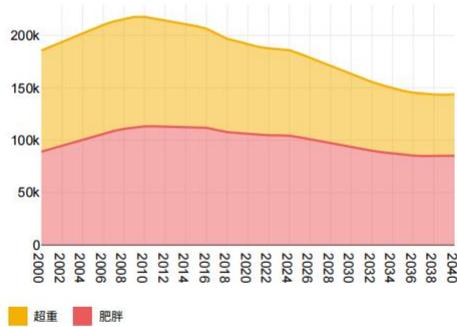
波多黎各

4.8万

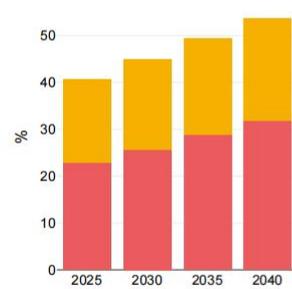
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



13.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.8万	1.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	6000	5000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.2万	1.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.2万	4.2万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	48.3%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.0%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	7.5%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	54.4%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	未报告
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



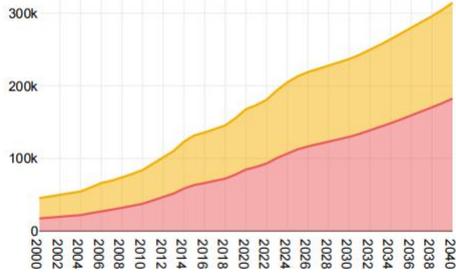
卡塔尔

7.7万

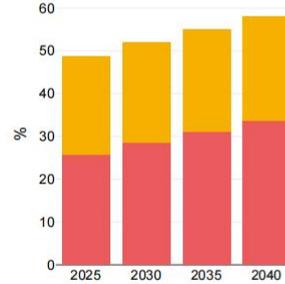
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



13.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2万	3.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	8000	1.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.5万	3.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.8万	9.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	59.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	10.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.4%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	9.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	250-300毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	88%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



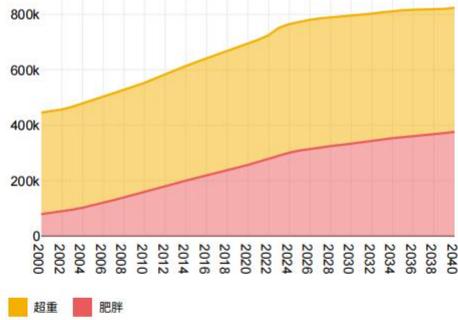
罗马尼亚

30.9万

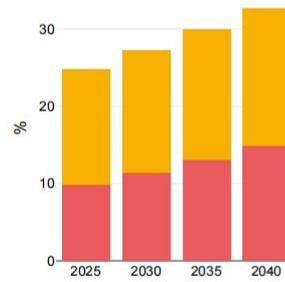
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



46.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6.2万	7.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.6万	2.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	8.5万	9.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	17.5万	20.3万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	19.1%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	0.9%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	22.7%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	57.7%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	60.6%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	80%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



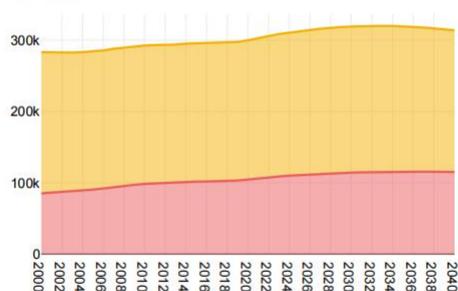
塞尔维亚

11.1万

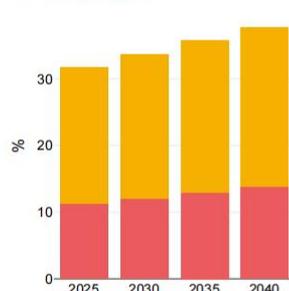
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



20.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.3万	2.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.1万	1.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.4万	3.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	6.6万	6.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	24.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	36.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	66.1%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	48/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



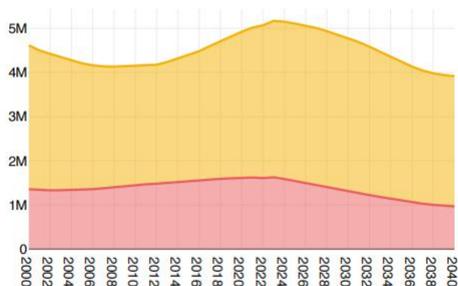
俄罗斯

225.9万

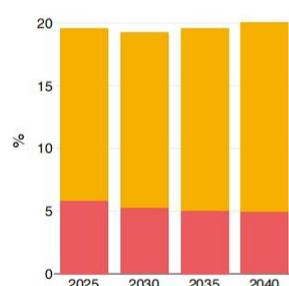
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



284.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	34.9万	24.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	17.1万	12.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	53.1万	39.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	97.5万	67.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	18.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	71.1%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	18/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



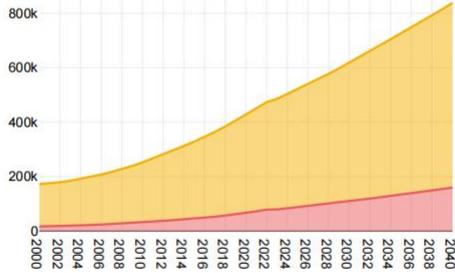
卢旺达

18.1万

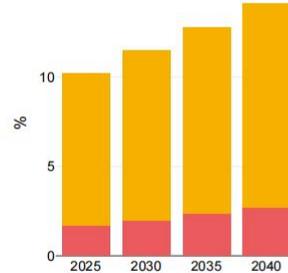
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



34.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.8万	4.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.7万	2.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5万	8.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	7.5万	12.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	17.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	10.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	86.4%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	50/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



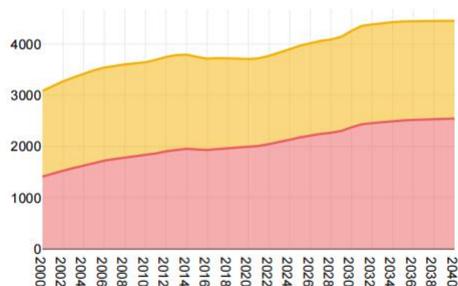
圣基茨和尼维斯

1000

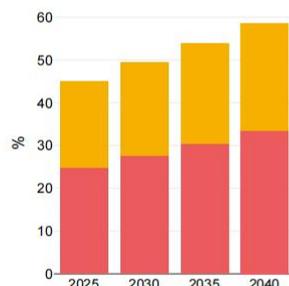
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



3000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	383	441
归因于BMI的高血糖儿童人数	140	158
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	477	542
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1000	1000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	37.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	52.8%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	53.3%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用的信息
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



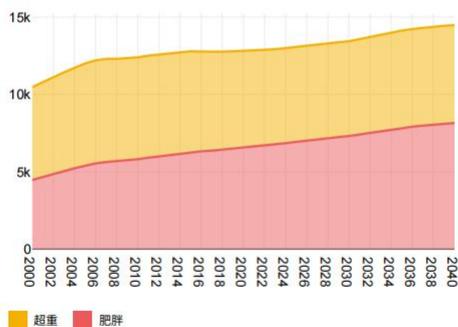
圣卢西亚

4000

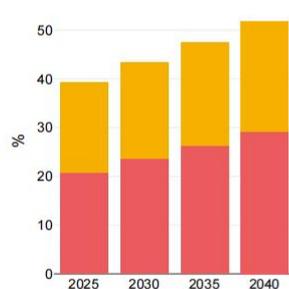
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



9000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1000	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	461	514
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2000	2000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	4000	4000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	48.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	69.4%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	30.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



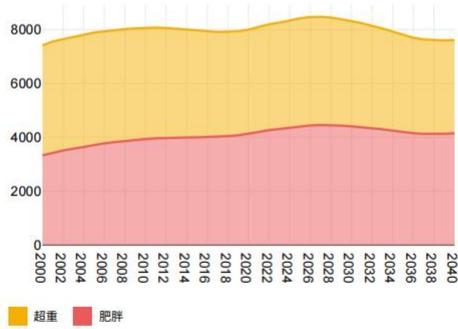
圣文森特和格林纳丁斯

3000

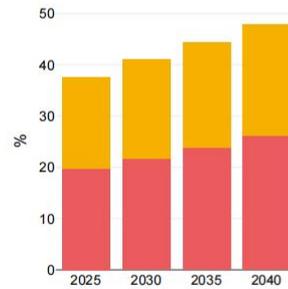
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



6000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	789	732
归因于BMI的高血糖儿童人数	296	269
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1000	1000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2000	2000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	7.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	56.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	33.1%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



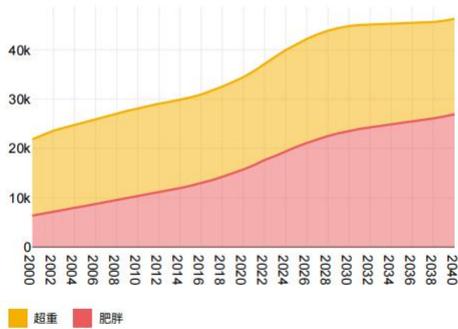
萨摩亚

1.3万

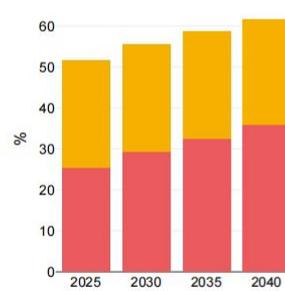
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



2.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4000	5000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5000	6000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.1万	1.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	67.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	10.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	14.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	28.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



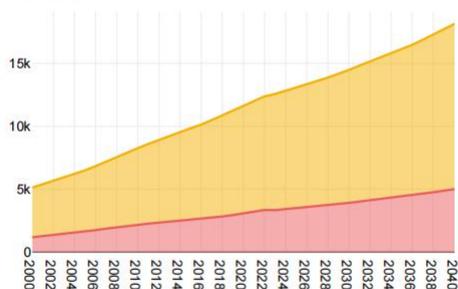
圣多美和普林西比

5000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

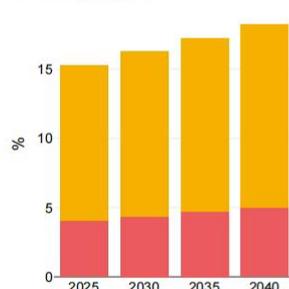
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



8000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	843	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	434	603
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1000	2000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2000	3000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	27.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	23.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	51.8%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	67/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



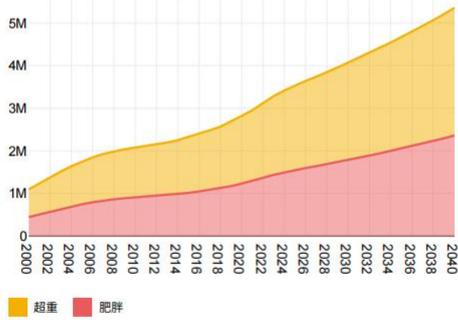
沙特阿拉伯

98.1万

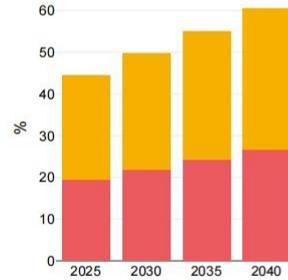
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



255.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	29.7万	45.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	12.2万	18.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	39.9万	60.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	84.8万	129万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	51.5%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	13.8%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.4%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	39.2%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	77/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



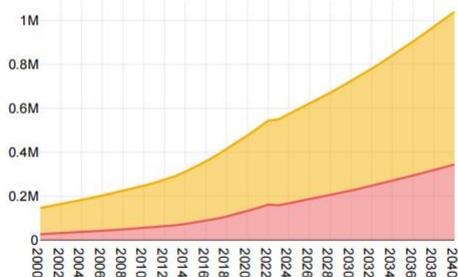
塞内加尔

24.4万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

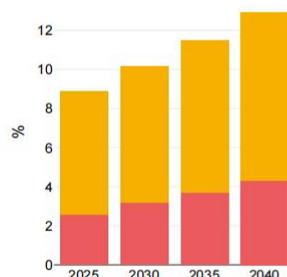
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



35.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4万	7.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2万	3.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	6.2万	11万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	11.3万	20.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	20.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	39.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	6.2%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	88%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



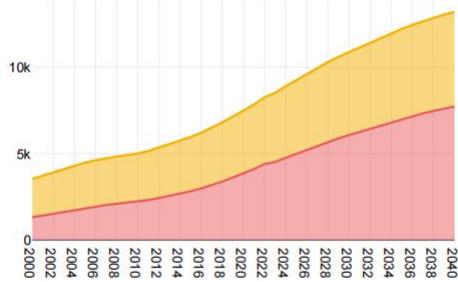
塞舌尔

3000

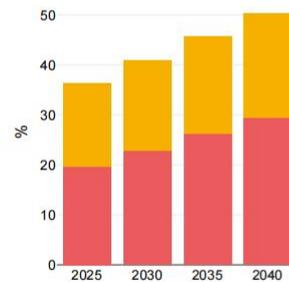
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



6000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	884	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	327	472
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1000	2000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3000	4000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	31.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	3.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	36.0%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	83%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	40/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



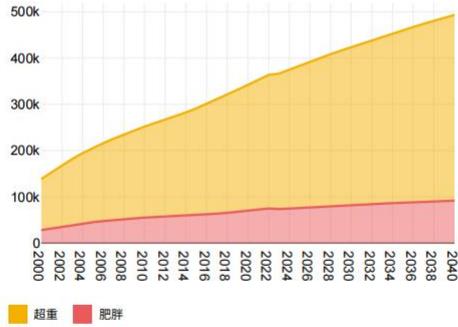
塞拉利昂

15.3万

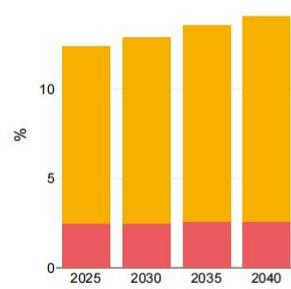
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



23.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.2万	2.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.3万	1.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.7万	4.7万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.9万	7.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	17.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	40.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	20.2%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	99/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



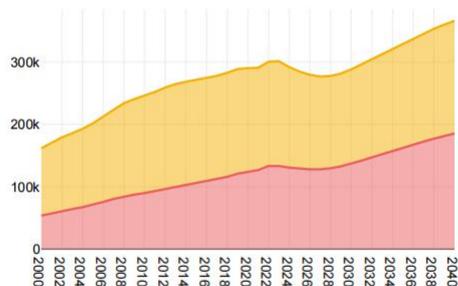
新加坡

9.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

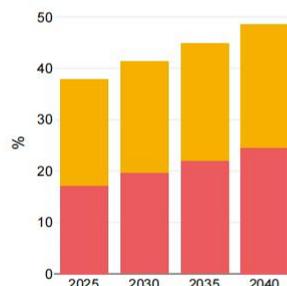
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



19.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.4万	3.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1万	1.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.2万	4.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	7万	9.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	62.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	76%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	27/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



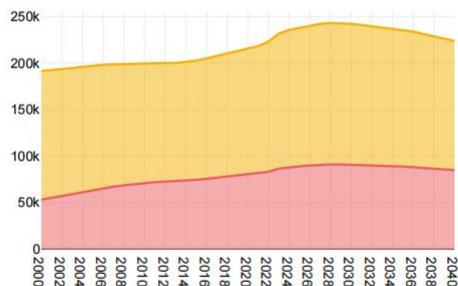
斯洛伐克

9.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

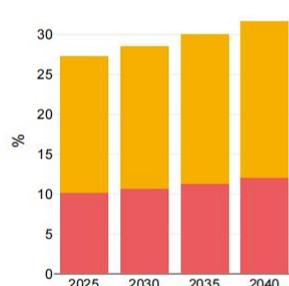
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



14.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.8万	1.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	8000	8000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2.6万	2.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.2万	4.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	20.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	0.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	21.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	39.8%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	83.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	72%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



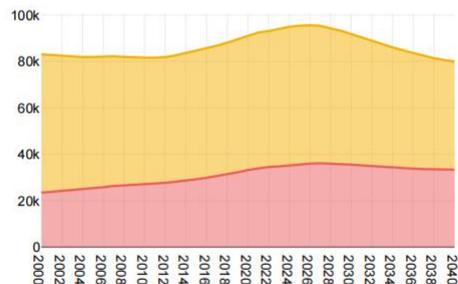
斯洛文尼亚

3.3万

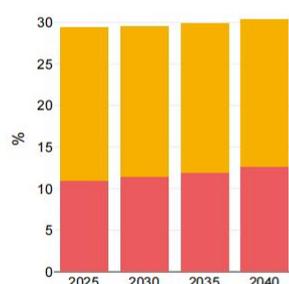
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



6.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7000	7000
归因于BMI的高血糖儿童人数	3000	3000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1万	9000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	2.1万	1.9万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	24.1%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.1%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	27.6%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	50.4%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	64.9%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	80%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



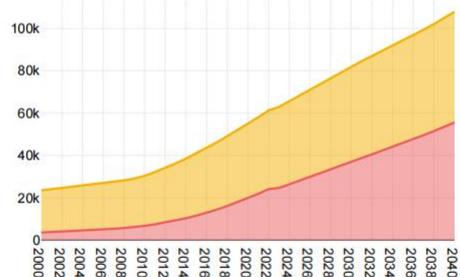
所罗门群岛

1.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

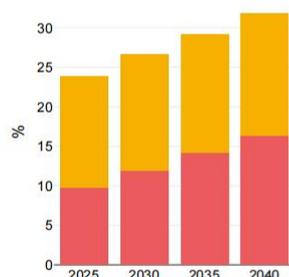
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



5.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6000	1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	4000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	8000	1.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.6万	2.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	38.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	11.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	20.9%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	84%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	52/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



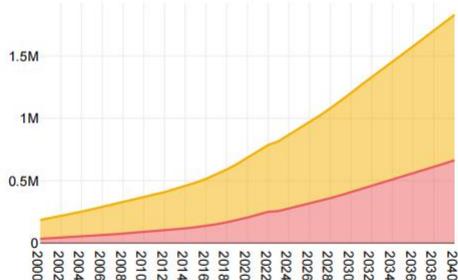
索马里

41.2万

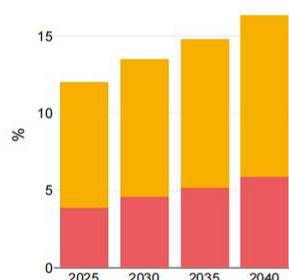
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



50.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6.5万	13.8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3.1万	6.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	9.7万	19.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	18.2万	39万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	14.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	59.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	1.1%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



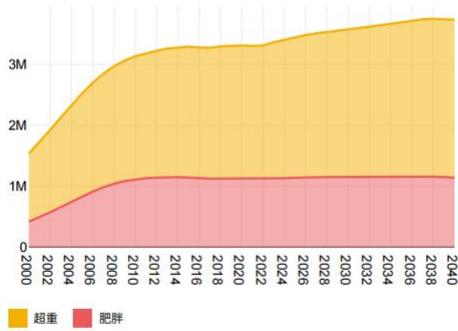
南非

108万

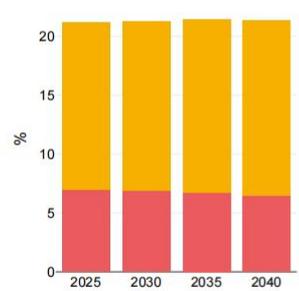
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



236.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	24.7万	25.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	11.6万	12.5万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	36.4万	38.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	69.3万	71.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	44.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	6.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	58.6%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	72.2%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	87/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



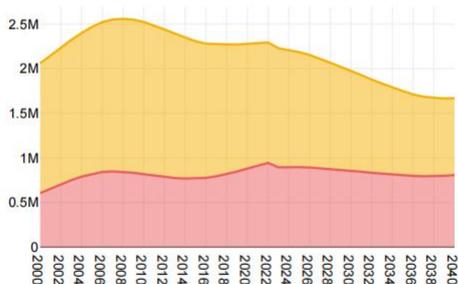
韩国

67.2万

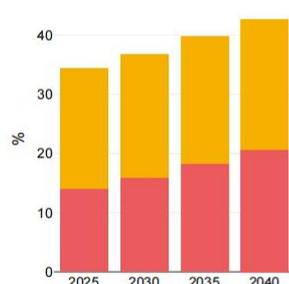
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



151.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	17.6万	14.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7.5万	5.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	24.3万	19.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	50.2万	42.7万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	13.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	7.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	66.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	98.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	94%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	26/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



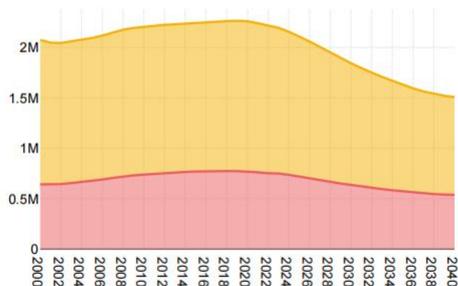
西班牙

73.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

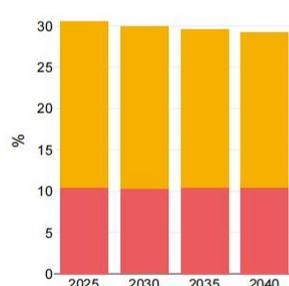
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



137.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	15.4万	11.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7.1万	5.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	22.5万	16.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	43.3万	31.8万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	26.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	29.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	60.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	20.7%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	77%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



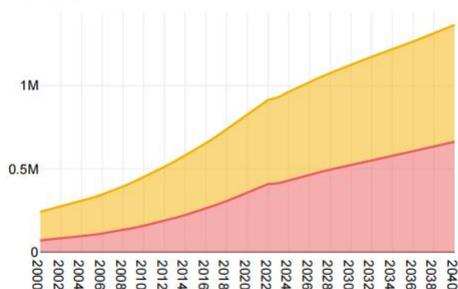
斯里兰卡

30.7万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

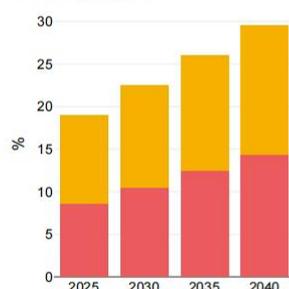
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



68.7万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	8.5万	12.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3.4万	4.8万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	11.3万	15.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	24.3万	35.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	20.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.0%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	15.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	23.7%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	69/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



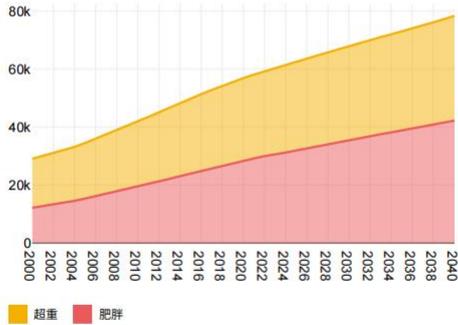
苏里南

2.1万

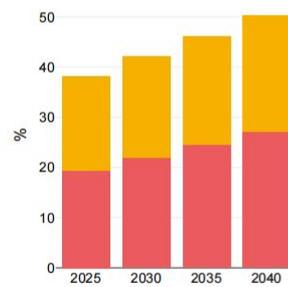
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



4.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	6000	7000
归因于BMI的高血糖儿童人数	2000	3000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	7000	9000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	1.7万	2.2万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.8%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	8.4%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	7.3%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	70.8%
学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	81%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



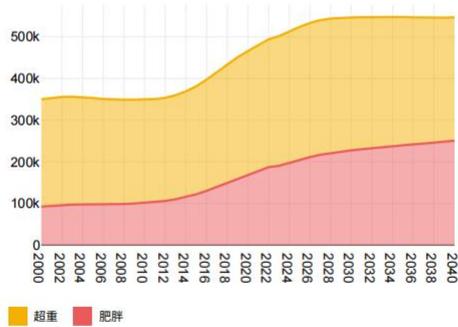
瑞典

18.8万

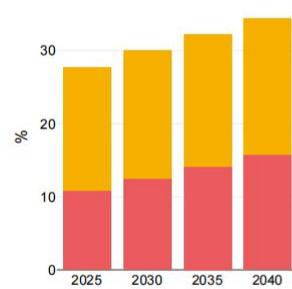
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



33.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.1万	4.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.8万	1.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	5.8万	6.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	11.7万	13.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	22.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	45.4%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	100.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	85%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	32/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



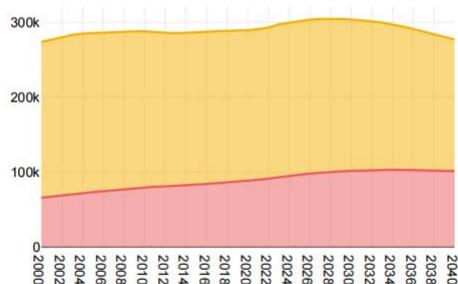
瑞士

9万

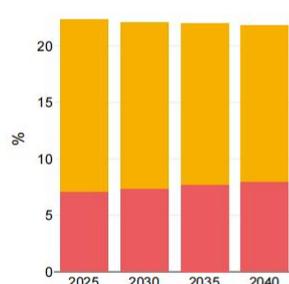
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



21.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.1万	2.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1万	9000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.2万	3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	6万	5.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	24.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	25.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	59.7%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	40.0%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	40/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



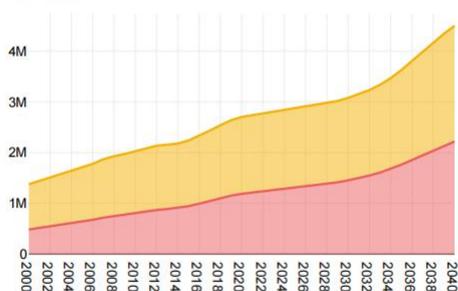
叙利亚

74.9万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

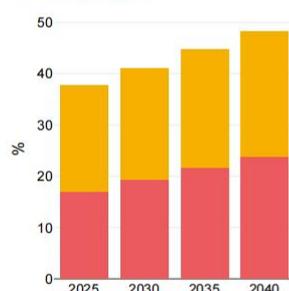
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



212.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	24.6万	40.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	10万	15.7万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	32.8万	52.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	70.6万	116.8万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	47.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	8.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	4.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	47.7%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	11.1%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	88%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	63/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



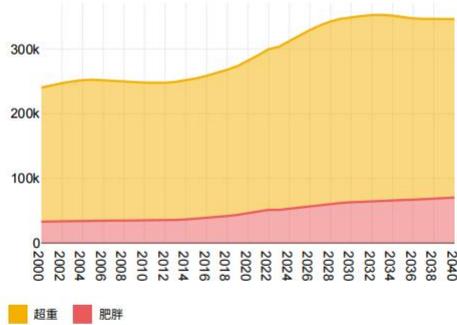
塔吉克斯坦

10.3万

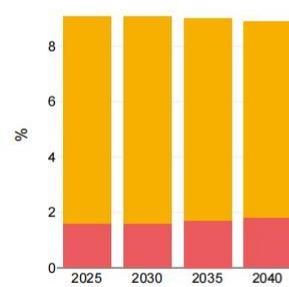
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



21.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.7万	2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1万	1.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.1万	3.4万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	4.6万	5.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	26.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	45.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学龄儿童	23.5%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可信信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	70/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	无
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



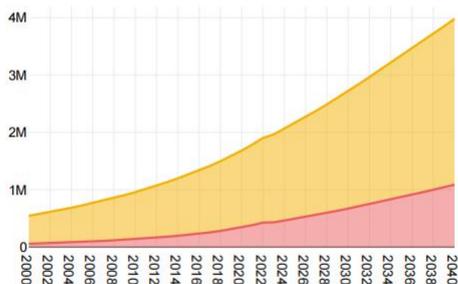
坦桑尼亚

87.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

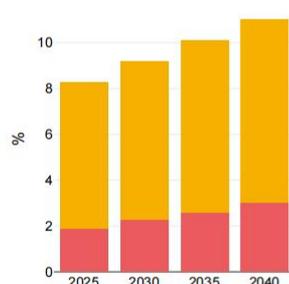
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



129.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	13万	25.9万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7.1万	13.2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	21.5万	40.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	35.7万	72万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	20.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	31.5%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	40.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	78/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



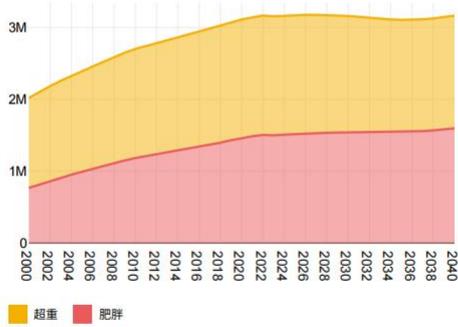
泰国

100.8万

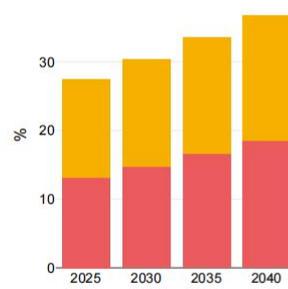
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



216.4万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	28.1万	29万
归因于BMI的高血糖儿童人数	11万	11.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	36.7万	37.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	80.7万	83.4万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	22.9%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.4%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.7%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	66.2%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	31.3%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	77%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	65/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



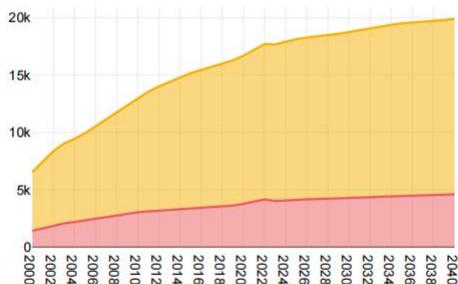
东帝汶

7000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

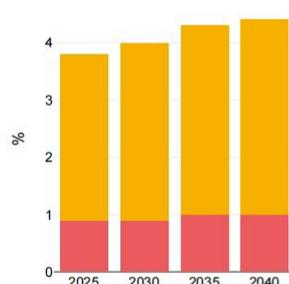
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



1.1万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1000	1000
归因于BMI的高血糖儿童人数	595	654
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	2000	2000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3000	3000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	6.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	33.4%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	65.8%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	89%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	43/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



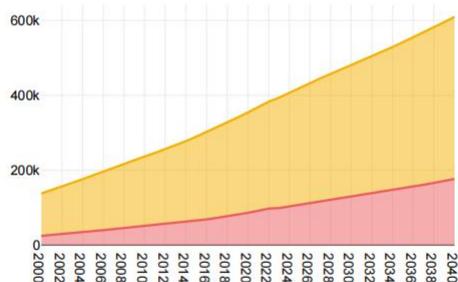
多哥

17.2万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

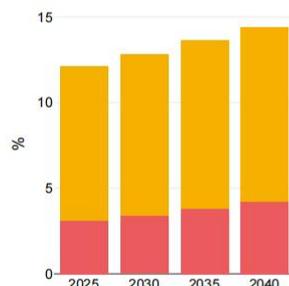
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



24.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.7万	4.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.4万	2万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4.2万	6.3万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	7.3万	11.4万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	23.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	32.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	7.3%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

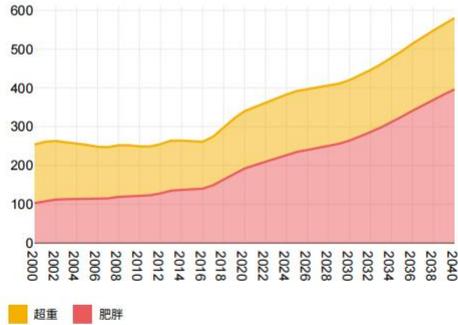
来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



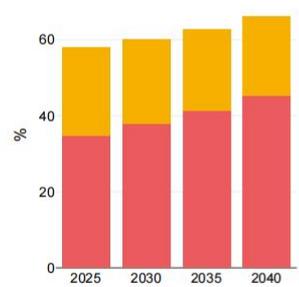
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	40	65
归因于BMI的高血糖儿童人数	14	21
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	48	75
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	117	190

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	77.3%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	12.8%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	26.0%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	30.5%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	未报告
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



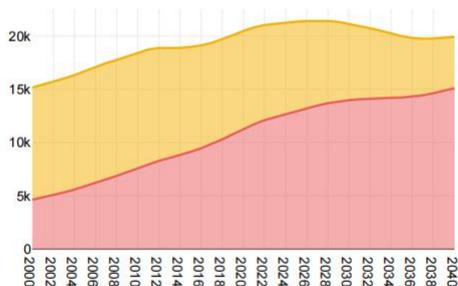
汤加

6000

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

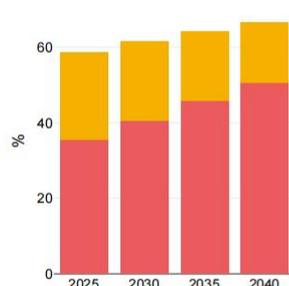
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



1.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2000	2000
归因于BMI的高血糖儿童人数	765	738
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3000	3000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	6000	7000

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	79.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	9.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	10.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	31.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	300-350毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	无
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



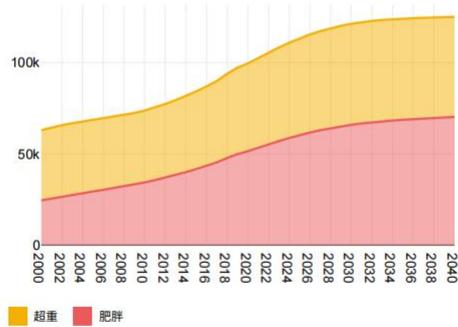
特立尼达和多巴哥

3.3万

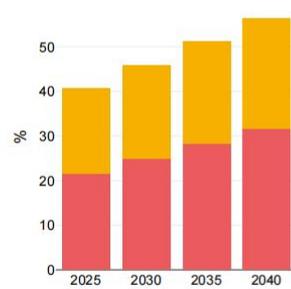
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	1.1万	1.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4000	4000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	1.3万	1.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	3.1万	3.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	38.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	9.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	8.1%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	64.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	28.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	25/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



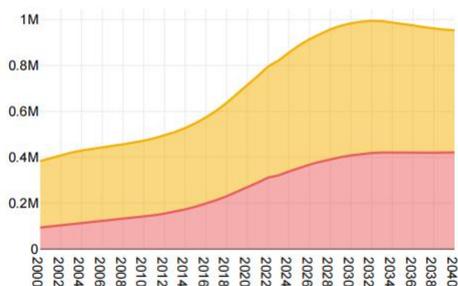
突尼斯

28.2万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

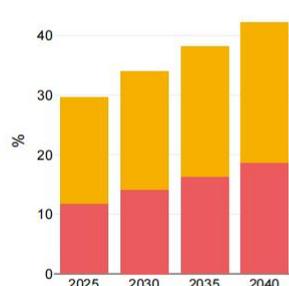
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



60.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7.1万	8万
归因于BMI的高血糖儿童人数	3万	3.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	9.8万	10.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	20万	23万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	46.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	64.3%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	15.5%
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	81%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	64/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



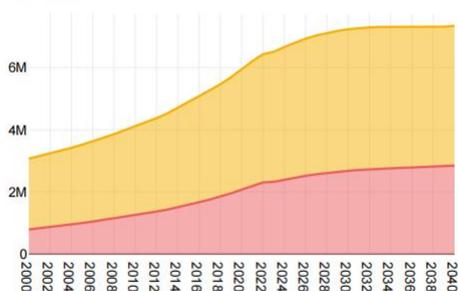
土耳其

222.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

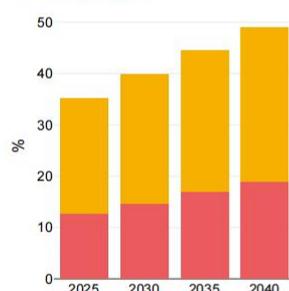
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



458.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	51.2万	57.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	23.1万	25.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	73.4万	80.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	144.6万	162.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	42.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	5.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	15.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.4%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	81%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	39/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



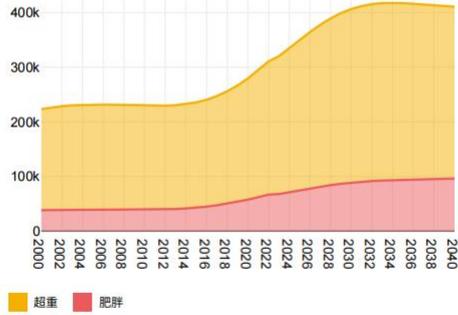
土库曼斯坦

12.7万

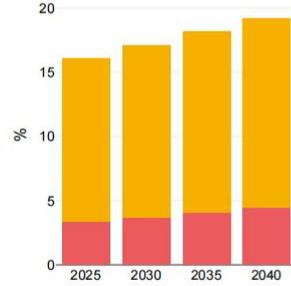
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



22.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2万	2.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1.1万	1.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.4万	4.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	5.6万	6.9万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	22.5%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.9%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	2.2%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	37.2%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	0-50毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	49/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



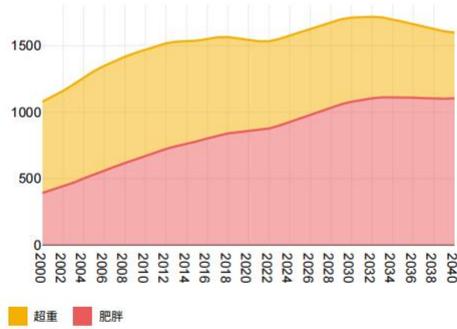
图瓦卢

493

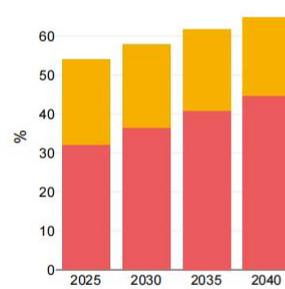
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1000

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	163	180
归因于BMI的高血糖儿童人数	57	58
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	197	207
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	474	528

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	68.9%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	8.6%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	7.1%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	32.8%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	无可用信息
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	无
在托幼机构促进身体活动政策	未报告
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



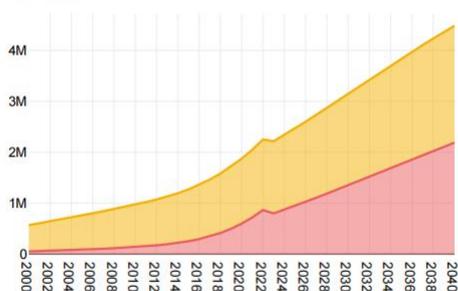
乌干达

123.9万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

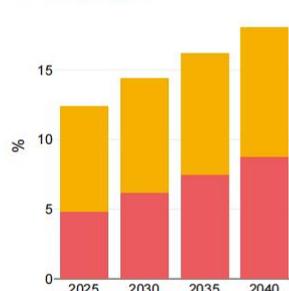
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



122.8万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	19.2万	40.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	8.4万	15.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	27万	52.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	54.3万	115.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	17.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.4%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	24.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	7.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	83/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



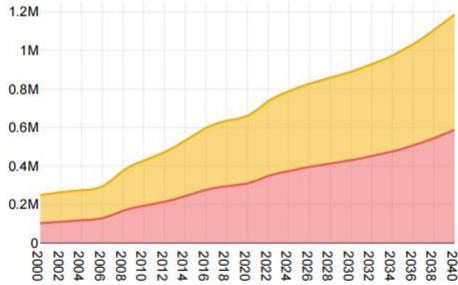
阿拉伯联合酋长国

28.4万

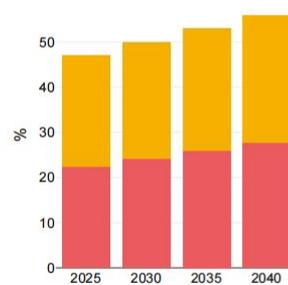
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



52.5万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	7.1万	10.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.8万	4.1万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	9.3万	13.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	20.5万	30.8万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	50.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	15.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	42.7%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	23.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	79/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制和自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



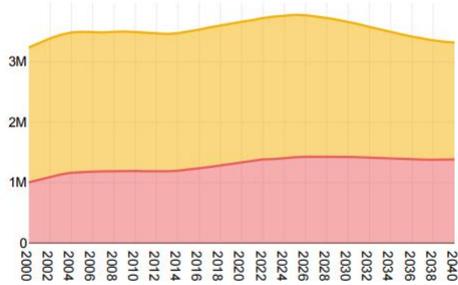
英国

120.5万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

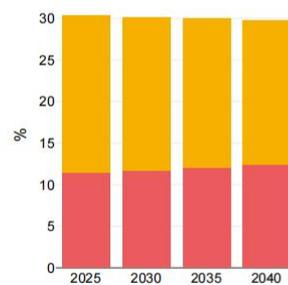
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



257.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	29万	27.1万
归因于BMI的高血糖儿童人数	12.8万	11.4万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	41.1万	37万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	82.2万	77.1万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	34.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	24.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	86.9%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	80%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	40/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



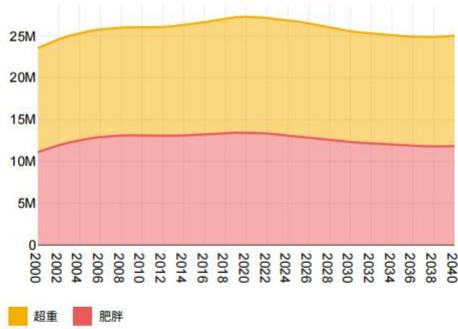
美国

766万

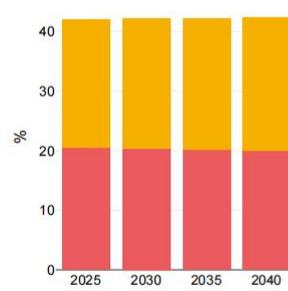
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



1905.2万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	239.2万	219.7万
归因于BMI的高血糖儿童人数	93.2万	87万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	310.3万	288.2万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	687.8万	630.6万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	44.2%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	22.2%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	55.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	58.6%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	72%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



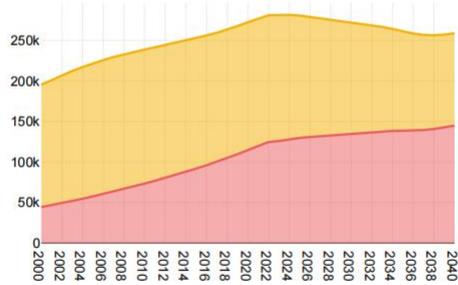
乌拉圭

10.1万

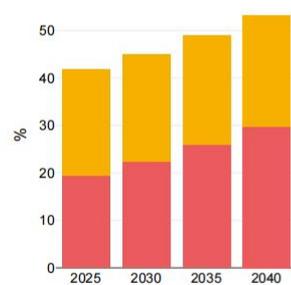
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



17.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	2.4万	2.5万
归因于BMI的高血糖儿童人数	1万	9000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	3.2万	3.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	7万	7.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	30.1%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	1.7%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	22.5%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	39.9%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	26.8%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	82%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	47/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	有

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



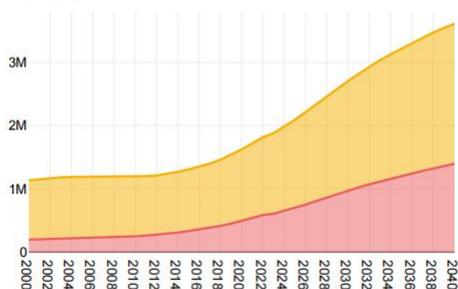
乌兹别克斯坦

90.2万

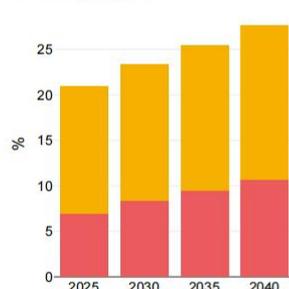
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



118.9万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	15万	28.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	7万	12.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	22.2万	39.5万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	42.3万	79.9万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	28.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.7%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	55.6%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	4.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	无可用信息

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	43/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
* MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



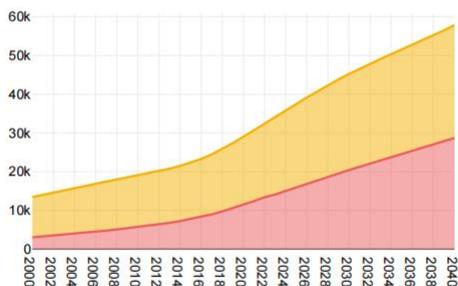
瓦努阿图

1.1万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

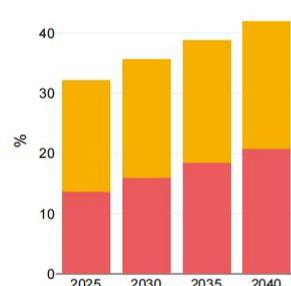
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



2.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	3000	5000
归因于BMI的高血糖儿童人数	1000	2000
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	4000	7000
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	9000	1.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	32.9%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	6.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	1.9%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	40.8%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	0.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	100-150毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	88%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	0/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	有
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	强制
5-19岁儿童身体活动国家指南	有
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



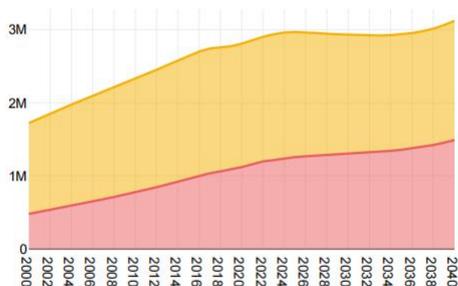
委内瑞拉

91.9万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

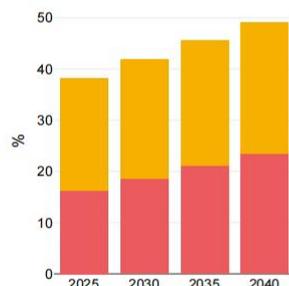
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



205万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	24.4万	27.6万
归因于BMI的高血糖儿童人数	10.2万	10.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	33.2万	36.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	69.6万	79.3万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	46.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.4%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	66.1%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	89%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	74/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	未报告
学校供餐: 肥胖控制目标	未报告
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



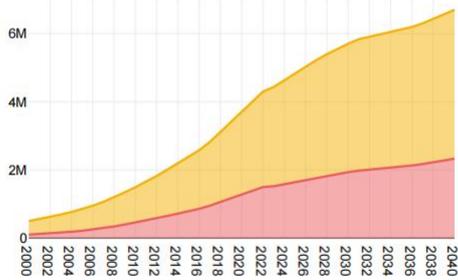
越南

222.6万

2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

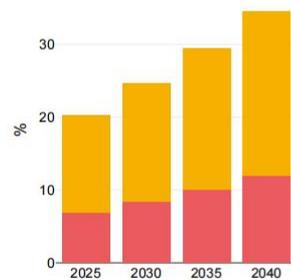
5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



■ 超重 ■ 肥胖

儿童人口占比 (%)



261万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	35.2万	49.3万
归因于BMI的高血糖儿童人数	16.3万	22.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	51.5万	71.6万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	99.1万	139万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	8.3%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.8%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.8%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	51.5%
👦 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	未报告
👦 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👦 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	79/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	有
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	有
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	未报告

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



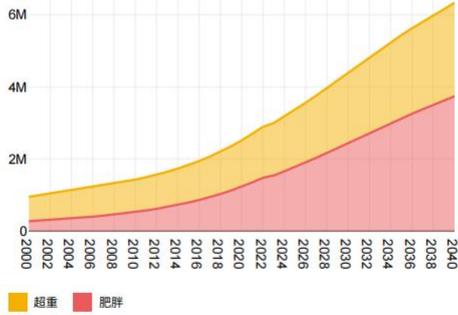
也门

162.9万

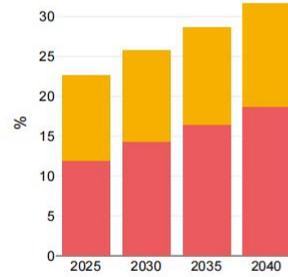
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



173.6万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	31.7万	64.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	11.9万	22.6万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	40万	77.9万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	91.6万	186.5万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	21.6%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	4.5%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	5.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	62.3%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	19.0%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	350毫升 (ml) 及以上
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	86%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	57/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



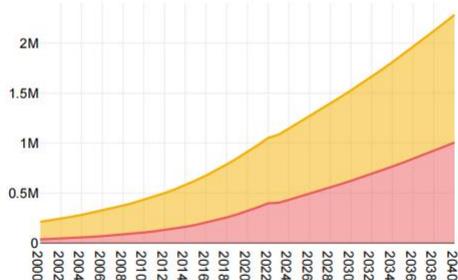
赞比亚

50.4万

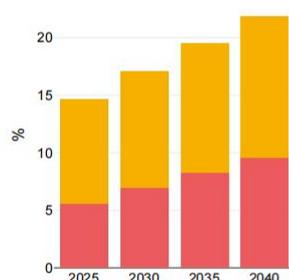
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



70.3万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

■ 超重 ■ 肥胖

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	9.4万	19.2万
归因于BMI的高血糖儿童人数	4.1万	7.9万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	13.2万	25.8万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	26.6万	55万

可预防风险因素

👤 产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	20.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	3.0%
👤 产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
👶 婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	24.7%
👤 学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	35.2%
👤 学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	50-100毫升 (ml)
👤 学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	89%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	72/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	自愿
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。



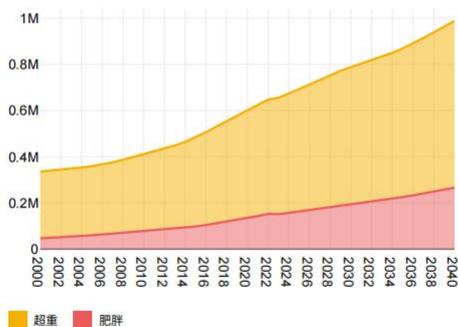
津巴布韦

26.3万

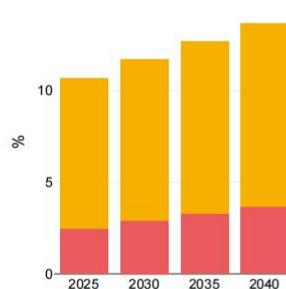
2025年5-9岁超重或肥胖儿童人数

5-19岁儿童超重或肥胖

儿童人数



儿童人口占比 (%)



43万

2025年10-19岁超重或肥胖儿童人数

归因于高BMI相关疾病指征的5-19岁儿童人数

	2025	2040
归因于BMI的高血压儿童人数	4.2万	6.4万
归因于BMI的高血糖儿童人数	2.3万	3.3万
归因于BMI的高甘油三酯血症儿童人数	6.9万	10.1万
归因于BMI的代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MASLD) 儿童人数*	11.6万	17.7万

可预防风险因素

产前因素: 15-49岁女性高BMI综合暴露值	25.7%
产前因素: 15-49岁女性2型糖尿病患病率	2.1%
产前因素: 15-49岁女性吸烟综合暴露值	0.6%
婴儿期: 1-5月龄婴儿母乳喂养欠佳综合暴露值	42.0%
学龄期: 获得学校供餐的中小学学龄儿童	26.8%
学龄期: 6-10岁儿童日均含糖饮料摄入量	150-200毫升 (ml)
学龄期: 11-17岁青少年身体活动建议标准未达标率	87%

政策行动

《国际母乳代用品销售守则》实施情况 (评分)	81/100
5岁以下儿童身体活动国家指南	未报告
在托幼机构促进身体活动政策	无
学校供餐: 营养目标	有
学校供餐: 肥胖控制目标	无
学校健康食品采购制度 (强制或自愿)	未报告
5-19岁儿童身体活动国家指南	未报告
减少儿童接触食品营销的政策	无

来源: WOF estimates, WHO (GHO and GIFNA), UNICEF, World Bank, FAO, UN Population Division, NCD-RisC, IHME, IBFAN, GCNF, GDD
 * MASLD (代谢功能障碍相关脂肪性肝病) 既往被定义为 NAFLD (非酒精性脂肪性肝病)。

附录

附录 1：研究方法

5 岁以下儿童

5 岁以下儿童超重与体重过低（消瘦）患病率的预测基于 2025 年联合国儿童基金会（UNICEF）、世界卫生组织（WHO）及世界银行联合发布的《儿童营养不良联合估算》（Joint Child Malnutrition Estimates, JME）。

2000—2024 年的超重与体重过低估算值直接来源于 JME 数据库；2025—2040 年的预测则采用 Excel FORECAST 函数进行时间序列外推。

需要说明的是，所得趋势线为均值预测结果，其可能取值范围较宽，且随着预测时间延长，结果不确定性逐步增加。趋势线在 2024—2025 年之间出现轻微波动，主要反映从平滑模型向基于过去 24 年数据的预测模型过渡的技术性变化。本报告未对该过渡差异进行进一步校正。

当前数据主要来源于 UNICEF/WHO/World Bank JME 报告。对于数据缺失国家（地区），采用如下估算方法：在同时具备 5 岁儿童肥胖数据（来自 NCD-RisC 数据库）和 JME 数据的国家（地区）中，建立两者之间的回归模型，并将所得回归方程应用于仅具备 NCD-RisC 数据的国家（地区）进行估算。

年度患病率增长采用复合年均增长率（Compound Annual Growth Rate, CAGR）标准公式计算，用以表示特定时间段内的平均年度变化率。

学龄儿童（5—19 岁）

5-19 岁儿童超重与肥胖患病率的预测基于非传染性疾病风险因素协作网络（NCD-RisC, 2024）发布的模型估计数据。具体方法为：采用 2010—2022 年数据作为基础，并使用 Excel FORECAST 函数对 2023—2040 年进行外推预测。

如前所述，趋势线代表均值预测结果，其潜在取值范围随时间推移而逐渐扩大，因此预测结果的准确性置信水平相应降低。同时，这些趋势线本身亦建立在 NCD-RisC 所提供的模型估计数据基础之上，而该模型估计结果亦具有一定程度的精度差异。

趋势线在 2022—2023 年之间出现轻微波动，主要反映了从平滑模型（smoothed model）向基于前 12 年数据的预测模型过渡所产生的技术性变化。

与 5 岁以下儿童所采用的方法一致，年度患病率增长采用复合年均增长率（Compound Annual Growth Rate, CAGR）的标准公式进行计算，用以反映特定时间段内患病率的平均年化变化水平。

学龄儿童非传染性疾病早期征兆的估算

关于可能受到非传染性疾病（NCDs）早期相关状况影响的学龄儿童人数之估算与预测，主要基于以下证据来源：针对多种人群开展的系统综述所报告的患病率数据（Lobstein & Jackson-Leach, 2006; Sharma 等, 2019）；中低收入国家(地区)的近期流行病学估计数据，包括：非洲地区（Noubiap 等, 2017）；中国（Wang 等, 2019）；印度（Meena 等, 2021）。本次分析所采用的患病率参数见下表。归因于超重与肥胖（即高 BMI）的额外病例数。该方法旨在估算高 BMI 状态对非传染性疾病早期征兆所带来的额外疾病负担。

学龄儿童非传染性疾病早期指标患病率

	正常体重学龄儿童	超重学龄儿童	肥胖学龄儿童
高血压 (>第 90 百分位)	3.1%	6.5%	17.9%
高血糖 (空腹血浆葡萄糖)	6.6%	9.7%	10.5%
高甘油三酯	4.2%	12.6%	19.2%
代谢功能障碍相关脂肪性肝病	2.6%	10.9%	46.7%

可预防风险因素

本报告采用由健康指标与评估研究所（IHME）计算的综合暴露值（SEVs）作为以下风险因素的衡量指标：孕产妇超重与肥胖；孕期吸烟；母乳喂养不足。需要说明的是，患病率用于衡量某一人群中受到特定健康状况影响的比例；而综合暴露值（SEVs）则用于评估人群对某一风险因素的总体暴露水平，并同时综合考虑：暴露程度、风险强度、该风险对总体疾病负担的贡献程度。因此，SEVs 不仅反映风险暴露比例，还体现其对健康损害的相对权重。SEV 取值范围为 0%-100%:0% 表示该人群处于理论上的最低风险暴露水平；100% 表示该人群处于理论上的最高风险暴露水平。

国家膳食模式——食品消费数据

本报告采用食品供应量及销售数据，作为估算人均糖、盐以及超加工食品和饮料（UPFD）消费量的替代指标。尽管该方法未能纳入食物损耗与浪费因素，但在缺乏国家（地区）层面膳食调查数据的情况下，可作为较为合理的替代估计方法。联合国粮食及农业组织（FAO）发布的《食品平衡表》系统汇总了各国年度食品供应与利用情况的综合数据。

本报告采用 FAO《食品平衡表》（2023 年版）中关于国家层面糖供应量的数据（以原糖等价量计）。该指标包括用于生产加工糖制品的原糖总量，单位为千克/人/年（kg per capita per year）。在此基础上，将年度人均供应量换算为每日人均糖摄入量（克/人/日，g per capita per day）的估计值。国家层面盐摄入量数据（克/人/日）来源于世界卫生组织（WHO）《全球减钠报告》。该数据最初由 IHME 基于多源数据建模估算，包括：24 小时尿钠排泄调查、膳食自我汇报调查、食品供应数据。相关预估值主要适用于 25 岁及以上人群。

国家(地区)层面超加工食品和饮料（UPFD）消费数据（千克/人/年）来源于 Vandevijvere 等（2019）研究。该研究基于 Euromonitor 数据库提供的人均销售总量数据进行估算。食品与饮料产品依据 NOVA 食品分级体系进行分类，并将符合 NOVA 超加工类别标准的产品归类为 UPFD。

《国际母乳代用品销售守则》实施情况（2024）

需要说明的是，在地图展示（图 5.1）中所采用的分类数量多于评分卡中的分类数量。具体而言，地图采用六级分类，而评分卡仅采用三级分类。此种设置旨在提升图示的视觉清晰度，使不同国家（地区）之间的差异更加易于识别。

地图图例说明（Map Keys）

为保持视觉呈现的清晰性，地图图例中的数值区间采用四舍五入至整数进行标示。然而，底层数据在计算与制图过程中精确至小数点后一位。例如：图例显示为 10%-20%与 20%-30%；实际使用的数据区间分别为 10.0%-19.9%与 20.0%-29.9%。因此，图例所示区间为视觉呈现层面的简化表达，而非数据计算层面的实际区间范围。

附录 2：参考文献

1. Brero, M. et al. 2023. Investment case for the prevention and reduction of childhood and adolescent overweight and obesity in Mexico. *Obesity Reviews*, 24(9), e13595. <https://doi.org/10.1111/obr.13595>
2. FAO. 2025. Food Balance Sheets 2010-2023. Available at: <https://www.fao.org/faostat/en>
3. Global Child Nutrition Foundation (GCNF). 2024. School Meal Programs Around the World: Results from the 2024 Global Survey of School Meal Programs © . Available at: <https://gcnf.org/global-reports/>
4. Global Dietary Database. 2022. GDD 2018 Final Estimates. Available at: <https://globaldiarydatabase.org/data-download> [Last Accessed 9 Feb. 2026]
5. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2026 GBD Results Tool: University of Washington. Available at: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. See terminology page here: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/GBD/2016/IHME_GBD2015_Report_Glossary-of-terms_2016.pdf
6. Jackson-Leach, R. et al. 2020. Clinical care for obesity: A preliminary survey of sixty-eight countries. *Obesity Reviews*, 10(2). <https://doi.org/10.1111/cob.12357>
7. Lobstein, T. and Jackson-Leach, R. 2006. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(1), 33-41. <https://doi.org/10.1080/17477160600586689>
8. Ma, G. et al. 2024. The return on investment for the prevention and treatment of childhood and adolescent overweight and obesity in China: a modelling study. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 43, 100977. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100977>
9. Meena, J. et al. 2021. Prevalence of Hypertension among Children and Adolescents in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Indian Journal of Pediatrics*, 88, 1107-1114. <https://doi.org/10.1007/s12098-021-03686-9>
10. Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) online database. Available at: <https://www.ncdrisc.org/data-downloads.html>[Last Accessed 28 Jan. 2026]
11. Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). 2024. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 403(10431), 1027-1050. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).
See supplementary material here:
[https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2/attachment/be7b68cc-c322-40f3-acbf-7a9cec1d0a80/mmc1.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(23)02750-2/attachment/be7b68cc-c322-40f3-acbf-7a9cec1d0a80/mmc1.pdf)

12. Noubiap, J.J. et al. 2017. Prevalence of elevated blood pressure in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), e375-e386.
[https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30123-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30123-8)
13. Sharma, V. et al. 2019. A systematic review and meta-analysis estimating the population prevalence of comorbidities in children and adolescents aged 5 to 18 years. *Obesity Reviews*, 20(10), 1341-1349.
<https://doi.org/10.1111/obr.12904>
14. Ugaz, M.E. et al. 2024. The case for investment in nutritional interventions to prevent and reduce childhood and adolescent overweight and obesity in Peru: a modelling study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21, 127. <https://doi.org/10.1186/s12966-024-01677-5>
15. UNICEF. 2025. Feeding Profit. How food environments are failing children. *Child Nutrition Report 2025*. New York: UNICEF. Available at:
<https://data.unicef.org/resources/feeding-profit-2025-child-nutrition-report/>
16. UNICEF/WHO/IBFAN. 2024. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, status report 2024. Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240094482>
17. UNICEF/WHO/World Bank. 2025. Joint Child Malnutrition Estimates (JME). Available at:
<https://data.unicef.org/resources/jme/>
18. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2024. *World Population Prospects 2024*. Available at: <https://population.un.org/wpp/> [Last Accessed 15 Jan. 2026]
19. Vandevijvere, S. et al. 2019. Global trends in ultraprocessed food and drink product sales and their association with adult body mass index trajectories. *Obesity Reviews*, 20(S2), 10-19.
<https://doi.org/10.1111/obr.12860>
20. Wang, L. et al. 2019. Trends and Status of the Prevalence of Elevated Blood Pressure in Children and Adolescents in China: a Systematic Review and Meta-analysis. *Current Hypertension Reports*, 21(11), 88. <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0992-1>
21. World Bank Blogs. 2025. Understanding country income: World Bank Group income classifications for FY26 (July 1, 2025 – June, 2026). Available at:
<https://blogs.worldbank.org/en/opendata/understanding-country-income-world-bank-group-income-classifica> [Last Accessed 6 Feb. 2026]
22. World Health Organization (WHO). 2018. *Global action plan on physical activity 2018 – 2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>

23. WHO. 2020. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
24. WHO. 2021. WHO Discussion Paper: Draft recommendations for the prevention and management of obesity over the life course, including potential targets. Available at:
<https://www.who.int/publications/m/item/who-discussion-paper-draft-recommendations-for-the-prevention-and-management-of-obesity-over-the-life-course-including-potential-targets>
25. WHO. 2023a. Health service delivery framework for prevention and management of obesity. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240073234>
26. WHO. 2023b. WHO acceleration plan to stop obesity. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634>
27. WHO. 2023c. WHO global report on sodium intake reduction. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at:
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/296605a9-820a-41bc-8f28-bf4b1367d530/content>
28. WHO. 2025a. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report on 2023 global survey. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240105997>
29. WHO. 2025b. Maternal, infant and young child nutrition: Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition (Document No. EB158/30). 158th Session of the Executive Board. World Health Organization. Available at:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB158/B158_30-en.pdf
30. WHO. 2025c. Policies and interventions to create healthy school food environments: WHO guideline. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240118324>
31. WHO Global database on the Implementation of Food and Nutrition Action (GIFNA). 2025. Public food procurement and service for healthy diets. Available at: <https://gifna.who.int/summary/HPFPS>
32. WHO Global Health Observatory (GHO). 2025. <https://www.who.int/data/gho>

WORLD OBESITY

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

