

# 我反驳并批判了《看不见的女性》一书中的部分论点

本人只是粗略的找到了几个明显的事实性错误，如果还有问题，请到[Issues](#)，或者是到[我的B站主页](#)和[我的知乎主页](#)找我留言，感谢。

雷人片段特别多，各位请悠着点看



(反驳女权造假需要你的帮忙)

## 目录

- [TODO：看到仓库的你要怎么做](#)
- [反驳该书论点：基于事实和数据的辟谣](#)
  - [反驳1：关于男女厕所分配问题](#)
  - [反驳2：关于女性遭受性侵犯的问题](#)
  - [反驳3：关于无偿工作](#)
  - [反驳4 劳动时间](#)
  - [反驳5：钢琴适合男人？](#)
  - [反驳6：iPhone的手机尺寸](#)
  - [反驳7：医学图片问题](#)
  - [反驳8：女性更少求医问药？](#)
  - [反驳9：有关空调体温，是按照男性体温设计？](#)
- [其他雷人片段](#)

- 参考文献

## ✅ TODO

- 支持我们的仓库（比如点个star），不要让谣言流传
- 长截图此仓库，让这篇文章传下去
- 尽可能地找到已有的造价，并提交 **issues** 反馈

为男性发声需要你的帮助！

## ✖ 反驳该书论点

### 反驳1：关于男女厕所分配问题

但是，即使男女厕所的隔间数相等，这个问题也不会得到解决，因为女性的如厕时间是男性的2.3倍。老年人和残障人士中，女性占大多数，而这两个群体上厕所的时间往往更长。女性也更有可能要陪同儿童、残疾人和老年人上厕所。此外，在任意时间段，还有20%至25%的育龄妇女正处在月经期，因此需要更换卫生棉条或卫生巾。

——摘自第一部分第二章《有小便池的中性厕所》

- **疑点1**：老年人和残障人士中女性占大多数？

然而事实情况是，我国残疾人性别比例达到了非常失衡的程度。

中国残疾人联合会发布的《2025中国残疾人事业统计年鉴》<sup>1</sup> 中的数据显示：2024年我国男性残疾人口21966678人，女性16283331人。性别比达到了惊人的134<sup>2</sup>。

- **疑点2**：前提条件有问题——男女隔间数相等

澎湃新闻（2025）<sup>3</sup> 提供的数据显示：在大部分地区，男女厕位比例在1:2以上，有的地区是2:3，还有的地区是2:5。

# 甘肃成首个立法规定男女 厕位比例的省份









澎湃·美数课

地区	相关文件类型	相关文件生效时间	城市人流密集场所的 男女厕位比例	
北京	 技术标准	2016	   	2:3
上海	 技术标准	2017	   	2:5
杭州	 地方政府规章	2018	   	1:2
武汉	 技术标准	2019	   	1:2
云南	 地方政府规章	2020	   	1:2
吉林	 技术标准	2022	   	2:5
成都	 地方法规	2022	   	1:2
无锡	 地方政府规章	2023	   	1:2
广州	 地方政府规章	2024	   	1:2
深圳	 技术标准	2024	   	1:2
阿里	 指导性文件	2025	   	1:2
甘肃	 地方法规	2025	   	1:2

注：上海、吉林、阿里地区的密集场所男女厕位比例有不同设置比例，这里仅展示比值最低的情况。

## 人流量不同，男女厕位比例也有差别

以上海市《公共厕所规划和设计标准》为例

场所	男女厕位比例
时段性客流特征明显、负荷大的公共厕所	    2:5
机场、火车站、轨道交通车站、旅游景区(点)、城市广场、商场等客流高度聚集的场所	    1:2
商业区、餐饮场所、医院等区域	    2:3
其他场所	    1:1

数据来源：综合整理自各地相关文件，为不完全统计，统计时间截至2025年8月4日。

**关键问题01：**虚空打靶，现实是大部分地区男女坑位都在1:2以上，同时因为“2.3倍”一个数字是基于正常人的情况下得到，根本没有考虑过男性有着更多的残障人士。

**故：**无法适用于中国国情

**批判：**我非常支持女性为自己的生理需求发声，**但是本人反对一切借客观生理差异给男性卖赎罪券的**

**关键问题02：**多国数据拼凑，比如

“.....**孟买**的500万女性中有一半以上没有室内厕所”、“在田间小便的**印度**女性面临非伴侣性暴力的可能性是使用家庭厕所的女性的2倍”、“**加拿大和英国**的研究也表明，.....”

——摘自第一部分第二章《有小便池的中性厕所》

多国数据放在一块讨论本来就没多大意义，娱乐就好

**关键问题3：**先入为主认为“老年人和残障人士中，女性占大多数”

**批判：**随口胡说谁都会，随口胡说的玩意儿还能被女性奉为圭臬是我没想到的。

**关键问题4：**不考虑实际需求

考虑厕所坑位数量，还要根据该场所男性较多还是女性较多。比如说商场这样女性偏多的地方，公厕比例大于1:2就正常。

如果是明显男多女少的工地，厕所坑位则就不应该是1:2，而是2:3甚至更接近

**批判：**不考虑实际需求，只会根据所谓的如厕时间纸上谈兵

## 反驳2：关于女性遭受性侵犯的问题

城市规划没有考虑到女性遭受性侵犯的风险，这显然是对女性平等享有公共空间权利的侵犯，规划者以众多缺乏性别意识的设计将女性排除在外，卫生设施的不足只是其中之一。

——摘自第一部分第二章《有小便池的中性厕所》

这里作者似乎已经忘记了这一章节的标题

然后这位作者就开始列举她筛选的数据

英国交通运输部的研究凸显了男性和女性对危险截然不同的看法，结果显示62%的女性害怕在多层停车场行走，60%的女性害怕在火车站台上候车，49%害怕在公交车站候车，59%害怕从公交车站或火车站步行回家。男性对这些活动感到害怕的比例分别为31%、25%、20%和25%。<sup>[33]</sup>低收入妇女对犯罪的恐惧感特别强烈，部分原因在于她们往往生活在犯罪率较高的地区，但同时也是因为她们的工作时间可能没有规律，<sup>[34]</sup>而且常常在天黑后下班回家。<sup>[35]</sup>出于同样的原因，少数族裔妇女此时我们为什么不猜一下真实发生性暴力的概率呢？是不想吗？

这次我们把国内的数据和国际的数据联合起来看，你会有非常多有趣的发现

《中国(高校)反性骚扰/反性侵的几个关键问题》<sup>4</sup>一文引用中国人民大学性社会学研究所于2000年、2006年、2010年、2015年完成了四次全国总人口随机抽样调查，结果显示：

表1 中国人民大学性社会学研究所四次全国总人口随机抽样调查结果										
分类	女人					男人				
	2000 年	2006 年	2010 年	2015 年	线性趋势	2000 年	2006 年	2010 年	2015 年	线性趋势
可能被性骚扰	21.2%	35.1%	29.9%	22.5%	先增后减	26.4%	36.6%	34.4%	28.8%	先增后减
上年被言语骚扰	11.5%	5.4%	7.1%	6.0%	持续减少	10.2%	5.0%	6.8%	7.7%	持续减少
上年被动作骚扰	5.2%	4.1%	4.2%	4.6%	基本持平	3.9%	2.8%	2.8%	5.1%	增加趋势

- 中国女性实际遭受性骚扰的总体情况稳中有降,只是担心自己遭到性骚扰的人先增后减。
- 男性遭受性骚扰的比例并不比女性低,权力均衡主体间的性骚扰远多于权力高位者对低位者的性骚扰。

相信也有各位好奇同性别骚扰的比率，原文中提到了男性遭遇的同性别骚扰比率

同时,女性对男性的性骚扰以及同性间的性骚扰均占相当比重。如,男性遭受的言语性骚扰有42.4%来自女性、57.6%来自男性,动作性骚扰则有94.1%来自女性、5.9%来自男性——《中国(高校)反性骚扰/反性侵的几个关键问题》

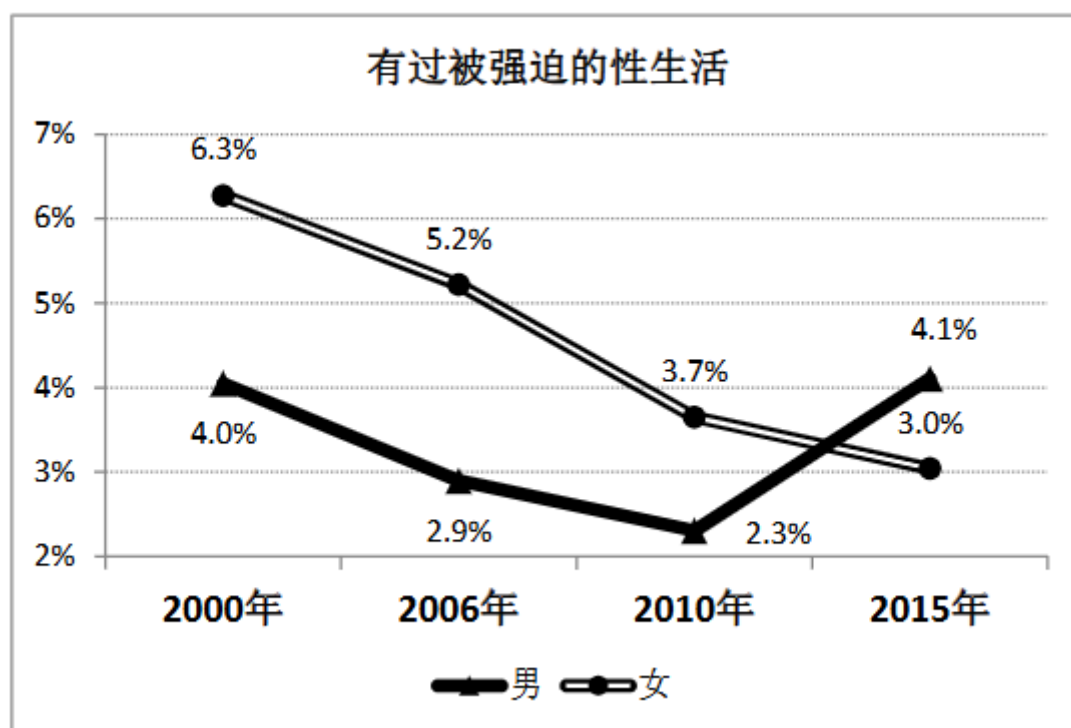
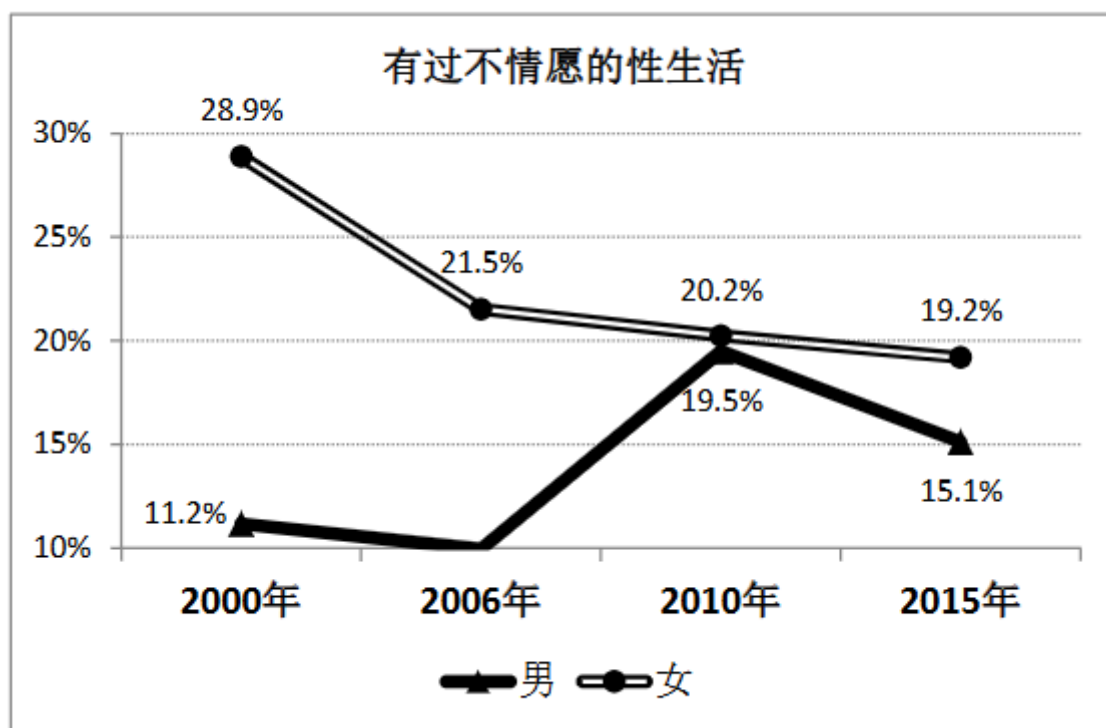
这里没有女性遭遇的同性别骚扰的比率，好在，我在性之变一书中找到了答案<sup>5</sup>

表 11—4 被同性别者动作式性骚扰的百分比				
性别	2000 年	2006 年	2010 年	<i>p</i>
女性报告	1.5	0.6	7.1	0.430
男性报告	2.8	3.8	5.9	0.740

## ——得出结论：女性的恐慌是女性造成的

性暴力的实施情况呢？

《给“全性”留下历史证据》<sup>6</sup> 中有人大调查的性暴力实施情况数据（就是没有同性别实施的数据，不过应该和同性别动作骚扰的数据差不了太大）：



我知道，有一些人，打死也不会相信这种情况的。在他们的花岗岩脑袋里，只有男人强奸女人，甚至每个男人都在强奸每个女人，而且永远如此；绝对不可能出现女人强奸男人的事情。对这样的人来说，事实一文不值，他们永远活在自己的想象与主张之中。因此，我的这个文章不是给他们看的，我也没有义务去教育他们睁开眼睛。——《给“全性”留下历史证据》

## 再来看看国外数据 <sup>7</sup>

据CNN报道，《美国医学会》杂志发布的一项研究显示，在14至21岁的青少年中，有近十分之一的人称自己曾实施过某种性暴力，无论男女。这个研究还发现，在18岁之后，有52%的男性和48%的女性实施过性暴力，这一相近的比例令人惊讶。

据美国疾病防控中心进行的一项全国性调查显示，在男性性侵案件中，有68.6%的实施者都是女性。而2014年一项对284名男性大学生及高中生的调查发现，43%的人声称自己受到过性胁迫，而这其中95%都是女性侵犯者。

同时还要提一嘴人大潘教授的调查发现：

**其二，认为自己可能被骚扰的人越来越多，已经达到近乎荒唐的地步；可是实际上，真的受到过性骚扰的人却少得可怜；两者相差几乎 10 倍。**

这种情况，往好里说，正是因为“人人自危，个个警惕”，才使得性骚扰“确实很少”。可是如果往坏里说，则是全社会对于性骚扰出现了严重的焦虑，甚至有些“杞人忧天”了

最后附上这位作者的离谱调查数据了，我就只挑几个离谱的反驳

2016年的一项研究发现，90%的法国女性曾在公共交通上遭受性骚扰；<sup>[55]</sup>这年5月，2名男子因企图在巴黎火车上实施轮奸而入

受这类行为的可能性都要低得多。巴西最近的一项调查发现，三分之二的女性在旅途中遭受过性骚扰和暴力，其中一半是在公共交通工具上。有同样遭遇的男性比例为18%。<sup>[46]</sup>所以，那些没做过也没经历过这些事的男人，根本不知道它正在发生。而且，碰到女性诉说自己的遭遇，他们经常轻描淡写地说一句“反正我从来没见过”——另一个性别数据缺口。

找到90%这一出处的报道原文后 <sup>8</sup>，我发现，这里的性骚扰定义特别宽泛，也特别不明确：



约87%的女性曾在公共交通上遭遇过骚扰，这一数字被Fnaut称为"不幸的现实"。骚扰形式包括吹口哨或搭讪挑逗、侵入性的问题、侮辱、威胁和性侵犯。

这是潘绥铭对性骚扰的定义，对比一下就行了

提问是：“在过去的 12 个月里，有没有人对您说过性方面的、使您很反感的话？”

提问是：“在过去的 12 个月里，有没有人带着性方面的意图，对您做出性骚扰的动作（例如：动手动脚、耍流氓、占便宜等等）”

三分之二的女性旅途中受到过性骚扰我查不到原始数据，因为原作者在书中的引用里只有作者名（甚至都没给全名）和年份，我也不打算费那事检索了。

### [\[46\]](#) Ceccato and Paz (2017)

**批判：**有关性骚扰性暴力的论文PubMed或者ScienceDirect有特别多，只要留心观察一下就会发现部分研究得出结论——性骚扰方面：男女存在性别对称性。然而作者忽略了这些研究，摆出了她的不知来源的数据。可见这篇文章立场大于事实的严重性

## 反驳3：关于无偿工作

在全球范围内，75%的无偿工作是由女性完成的，[\[7\]](#)女性每天花在无偿工作上的时间在3到6个小时之间，而男性的平均时间为30分钟到2个小时。[\[8\]](#)这种不平衡很早就开始了（5岁小女孩做的家务活都比她们首先不可否认，家务活确实是女性做的多

但是，作者有点过分的一点是：因为无偿劳动差别较大，直接将男性定义为“男性则继续追求休闲”

我们不妨看一下国内的数据，看看究竟是否是这样

有酬劳动领域的参与者每日平均时间为6小时23分钟。其中，男性6小时44分钟，女性5小时55分钟；城镇居民6小时23分钟，农村居民6小时22分钟；6—17周岁居民4小时21分钟，18—59周岁居民6小时32分钟，60周岁及以上居民5小时30分钟。

有酬劳动领域的活动参与率为54.1%。其中，男性60.2%，女性47.7%；城镇居民52.1%，农村居民57.9%；6—17周岁居民1.2%，18—59周岁居民75.6%，60周岁及以上居民36.3%。 [9](#)

无酬劳动领域的参与者每日平均时间为2小时45分钟。其中，男性1小时52分钟，女性3小时29分钟；城镇居民2小时44分钟，农村居民2小时46分钟；6—17周岁居民36分钟，18—59周岁居民2小时42分钟，60周岁及以上居民3小时31分钟。



无酬劳动领域的活动参与率为75.6%。其中，男性67.5%，女性83.9%；城镇居民76.0%，农村居民74.8%；6—17周岁居民33.7%，18—59周岁居民82.7%，60周岁及以上居民88.9%。

看起来，是男人和女人工作时间差异不大，对吧

**请注意——职场女性和全职太太是不一样的**

每天操持家务1小时以上的女性达50.9%，高于男性的45.2%。 10

如果你结合有偿劳动和无偿劳动总时间来看，**男性是超过女性的。那么女性家务比男性多的一部分，算是合理的。**

**批判：**原书刻意忽略男性在有酬劳动中的超额付出，将男女分工差异片面归因为“男性追求休闲”，实为以偏概全的性别叙事，本质是否定男性对家庭的经济贡献与社会劳动价值。

## 反驳4 劳动时间

《经济学人》并不是唯一一个在讨论“工作”时忘记了女性无偿工作量的杂志。当像《公司》一类商业杂志发表深度报道，声称“科学”告诉我们，“你”每周的工作时间不应超过40小时，或者当《卫报》郑重告知，如果你每周工作超过39个小时，“你的工作可能会要了你的命”，他们的告知对象并不是女性，因为对女性来说，这里压根没有“如果”。女性的工作量远超这个数字，并且长年如此。而且这种情况确实正在要她们的命。

——摘自第二部分第三章《漫长的星期五》

这里我们拿国家统计局调查公报的数据换算一下 9

- **男性平均每周：**47.7 h（有酬劳动）+ 13 h = 60.7h
- **女性平均每周：**41.4h + 24.3 h = 65.7 h

女性平均每周多5小时，换算过来，平均每天比男性多干0.7 h约合42分钟活

同时，看到了劳动时间T，不要忘记劳动功率P。T可以估测，P很难估测。

**批判：**摘樱桃大法——只公布了“女性工作时长远高于40h”，却没公布“男性工作时长同样高于40h”，且这还是没算劳动功率（P）的情况下的出来的。可见本书作者把春秋笔法体现的淋漓尽致

## 反驳5：钢琴适合男人？

所谓的性别中立产品到头来只“适合所有男人”，这种做法对女性不利。女性的平均手长在18到20厘米之间，[2]这使得标准的48英寸（约为121厘米）钢琴键盘成了一个挑战。标准键盘上的八度音阶为18.8厘米宽，一项研究发现，这种键盘对87%的成年女性钢琴家不利。[3]与此同时，2015年的一项研究将473名成年钢琴家的手长与他们的“受欢迎程度”进行了比较，结果发现，12名被认为具有国际知名度的钢琴家的手长都在22厘米以上。[4]只有2名女性进入这一崇高的群体，其中一名手长23厘米，另一名24厘米。

——第三部分 设计第8章 适合所有人的尺寸

这一点也是我个人认为最离谱的一段（甚至都不用我找数据就能反驳）

钢琴发明于1709年（此时还没进入工业革命），现代钢琴结构1825年固定下来，此后再也没有多大变化。

**但钢琴没多大变化，男性手长和女性手长在变化啊！**

此时便有两种可能

- 最开始：钢琴是为女性量身定做的，后续体质发展，钢琴便更适合男性
- 最开始：钢琴是为男性量身定做的，后续体质发展，钢琴应该更适合女性，但因为女性不努力，所以人才少。

最后放几个钢琴家的实例证明吧：

巴伦的手为8~9度，大约17厘米左右。斯克里亚宾的手**只有八度**（14.5—16.7cm之间），远远低于女性平均手长18-20cm。

这边再来一个CDC（美国疾控中心）1950-2001年的变化数据<sup>11</sup>（《Relative change in hand size over time: implications for glove-size schemes and labeling for end-users.》2003.6 p1）

approximately 66 inches (1950) to the current mean height of approximately 70 inches. Over the same time period, mean hand length change is estimated to be approximately from 7.3 to 8 inches in males. The same general growth trends are demonstrated in females. Allometry of body size varies

翻译：在同一时期，男性平均手长的变化估计从约7.3英寸增加到8英寸。女性也显示出相同的总体增长趋势。

众所周知，1英寸=2.54cm

7.3英寸=18.542cm

那么，在1950年的时候，男性平均手长18.5cm，**和现在女性的平均手长差不多（18-20cm）**

由前文可知，现代钢琴结构早在1825年就已经确定。

**也就是说，钢琴最开始发明的时候如果真的只给男性量身定做，那么现在的钢琴应该适合女性才对**

为什么女性获得的荣誉不多呢，嗯.....不说了

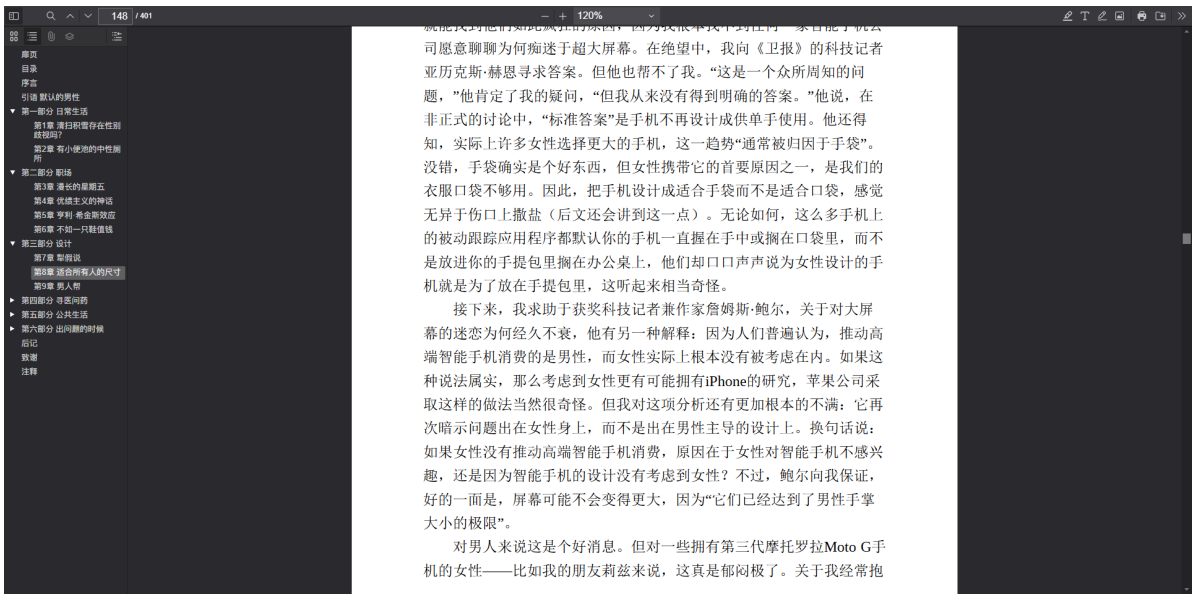
**同时不要忘记女权主义者自己提出的理论——个体差异大于群体差异——手长这些因素可以通过后期训练来避免。**

**批判：**作者的论证暴露了其时空错乱的逻辑硬伤——钢琴键盘规格在1825年已基本定型，而当时男性的平均手长远低于现代女性，甚至不及当今女性的平均水平。若真如作者臆断“钢琴为男性设计”，那么按历史事实推演，现代钢琴本应天然更适合女性。

这种无视时代背景、生搬现代数据指责历史产品的论述，不仅暴露了其历史盲，更彻底消解了其立论基础——所谓“设计偏见”，实为作者为炮制性别对立而凭空捏造的时空错乱型伪命题。

## 反驳6：iPhone的手机尺寸

我觉得应该是最雷人的一段了



为什么不继续更小屏手机了？

答：因为距离远了看不清费眼睛

就这么简单

再来看统计数据：iPhone SE系列貌似可不在女生群体内受欢迎

数据统计结果显示，男生果粉们特别偏好入手高端旗舰的iPhone Pro机款、约占41%，女生果粉们则是对于标准版的iPhone机款较为青睐，约占33%。有趣的是，偏好小尺寸4.7英寸iPhone SE 机型的手持握感，果粉们男女族群则趋向一致，占比皆为7%左右。<sup>12</sup>

**批判：**将商业公司基于市场需求的技术迭代硬套“性别歧视”，实属牵强附会。用户选择已证明小屏机型并不受女性青睐，作者却仍沉溺于“被迫害幻想”，暴露其脱离实际、强行制造对立的话术本质。

## 反驳7：医学图片问题

体的代表。2008年，一项对20所“欧洲、美国和加拿大最有声望的大学”推荐的一系列教科书的分析显示，在16 329幅图片中，男性身体被用来描述“中性身体部位”的次数是女性身体的3倍。<sup>[4]</sup>2008年一项针对荷图片是根据患病率和死亡率来看的

就比如说这个——

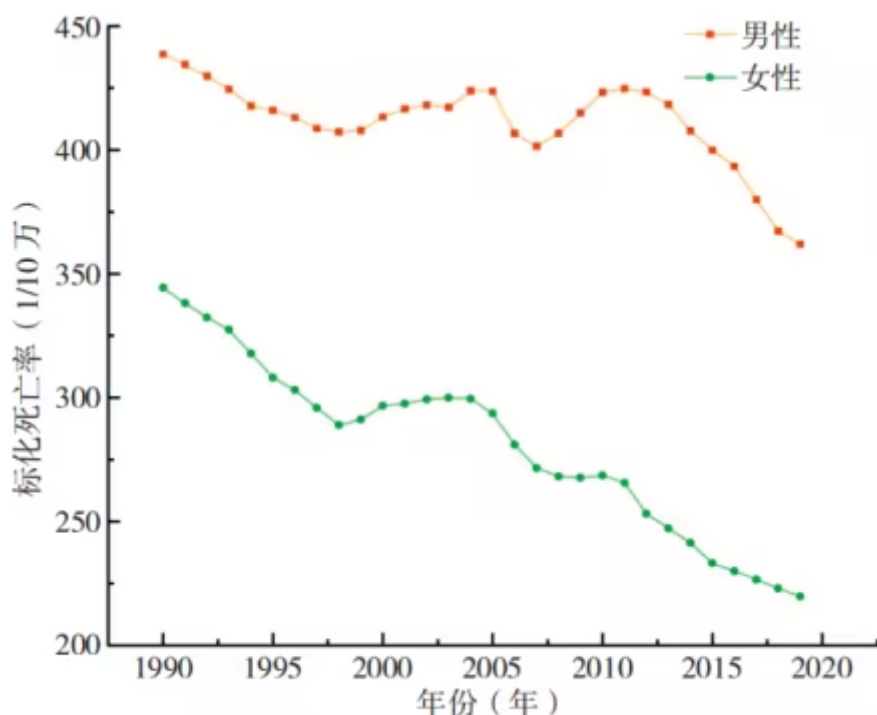


图3 1990—2019年中国心血管疾病不同性别标准化死亡率变化趋势

你是教材制定者，你选择到男性标本的可能性大还是女性标本的可能性大？

**批判：**医学教材配图以疾病发生率与教学效率为依据，本为科学中立的取舍。作者却将其扭曲为“女性被排除”，实为将专业选择政治化，暴露出对医学教育本质的无知与恶意揣测。

## 反驳8：女性更少求医问药？

得女性患病风险更高：《柳叶刀》估计，在受该病毒影响的3个国家里，每年都有4022名女性因缺医少药而死亡。[\[17\]](#)

这里我放个世界卫生组织的数据

世卫组织特别选在7日“世界卫生日”到来之际发布《2019年世界卫生统计》。该报告首次按性别分列数据，有助于更好地了解世界各地人们的健康状况和需求。报告发现，全球范围内女性预期寿命均超过男性，在富裕的发达国家尤其如此。

究其原因，主要是因为两性对待卫生保健的态度不同，在面临同样疾病时，男性往往比女性更少去求医问药。例如，在艾滋病流行国家，男性接受艾滋病病毒检测和相应治疗的可能性比女性都低，死于艾滋病相关疾病的可能性则高于女性。同样，男性结核病患者似乎不会像女性患者那样去积极寻求治疗。

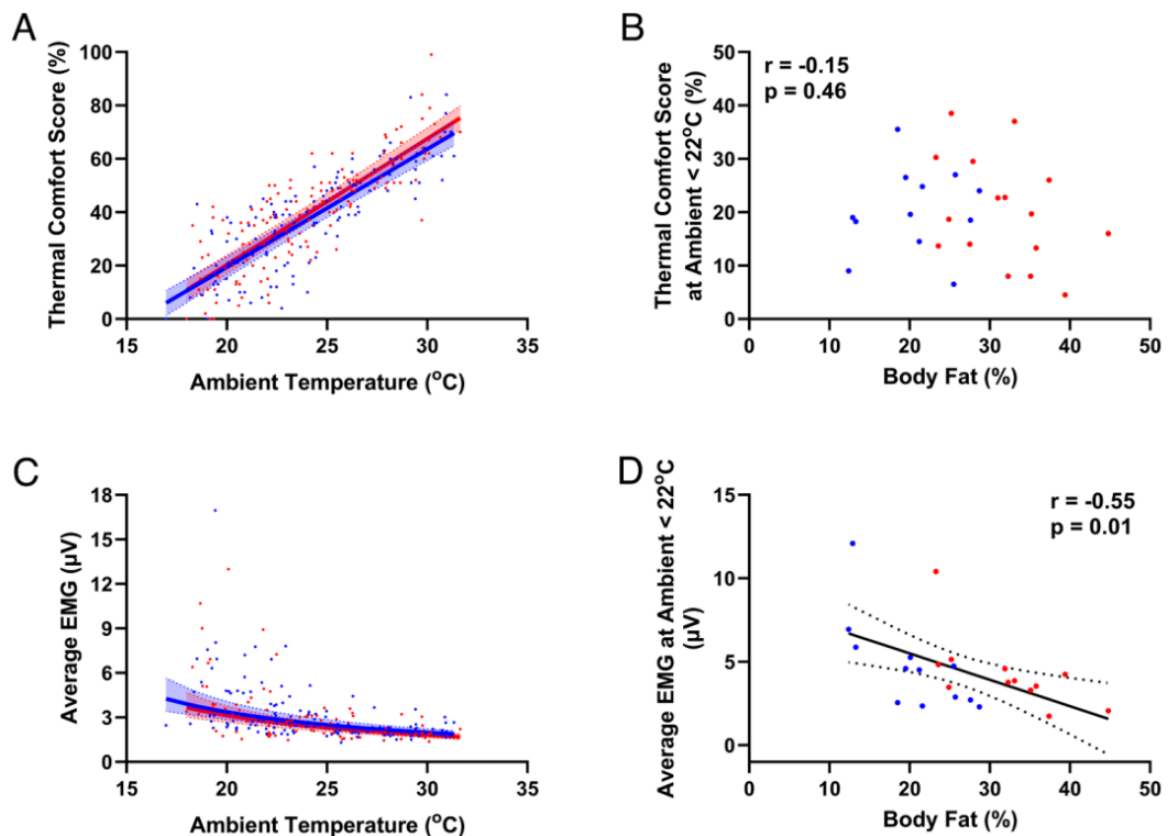
报告显示，在导致死亡的40个主要原因中，有33个会导致男性预期寿命低于女性。<sup>13</sup>

**批判：**摘樱桃大法，丝毫不提男性的现状怎样

## 反驳9：有关空调体温，是按照男性体温设计？

性别数据缺口不仅仅关乎沉默。这些沉默、这些缺口，皆有其后果。它们每天都在影响女性的生活。这种影响可以相对较小。例如，女性在办公室里瑟瑟发抖，因为空调温度是按男性的体温标准设定；或者伸手够货架顶端十分费劲，因为货架是按男性的身高标准设计。让人恼火吗？当然了。是不是不公平？毫无疑问。

真实情况是：在Robert J. Brychta等(2024)<sup>14</sup>发表在PNAS期刊的文章中：测量了健康、体型偏瘦的年轻女性和男性在日常环境温度范围（17 至 31 °C）内的体温反应。**发现：女性的下限临界温度较低。**



以下是该文章的主要观点

- **女性比男性更“耐寒”**传统观念认为女性更怕冷，但本研究发现在相同低温环境下，**女性比男性更晚启动产热机制**，表现出更“北极型”的体温调节特征。
- **下临界温度更低：**女性的**下临界温度**（即开始需要额外产热维持体温的环境温度）平均为 21.9°C，男性为 22.9°C，女性显著更低。



- **体脂是重要影响因素**：女性更高的体脂百分比提供了更好的**隔热效果**，抵消了因体型小导致的低基础代谢率，从而使她们在更低温下才需要启动产热。
- **性别差异主要由体型和体成分决定**研究未发现男女性在棕色脂肪活性、肌肉颤抖、皮肤温度、主观冷感等方面有显著差异，说明**性别本身不是决定性因素**，而是体型、体脂等生理特征的影响。

出现这种结果我丝毫不意外，**原因在于**：

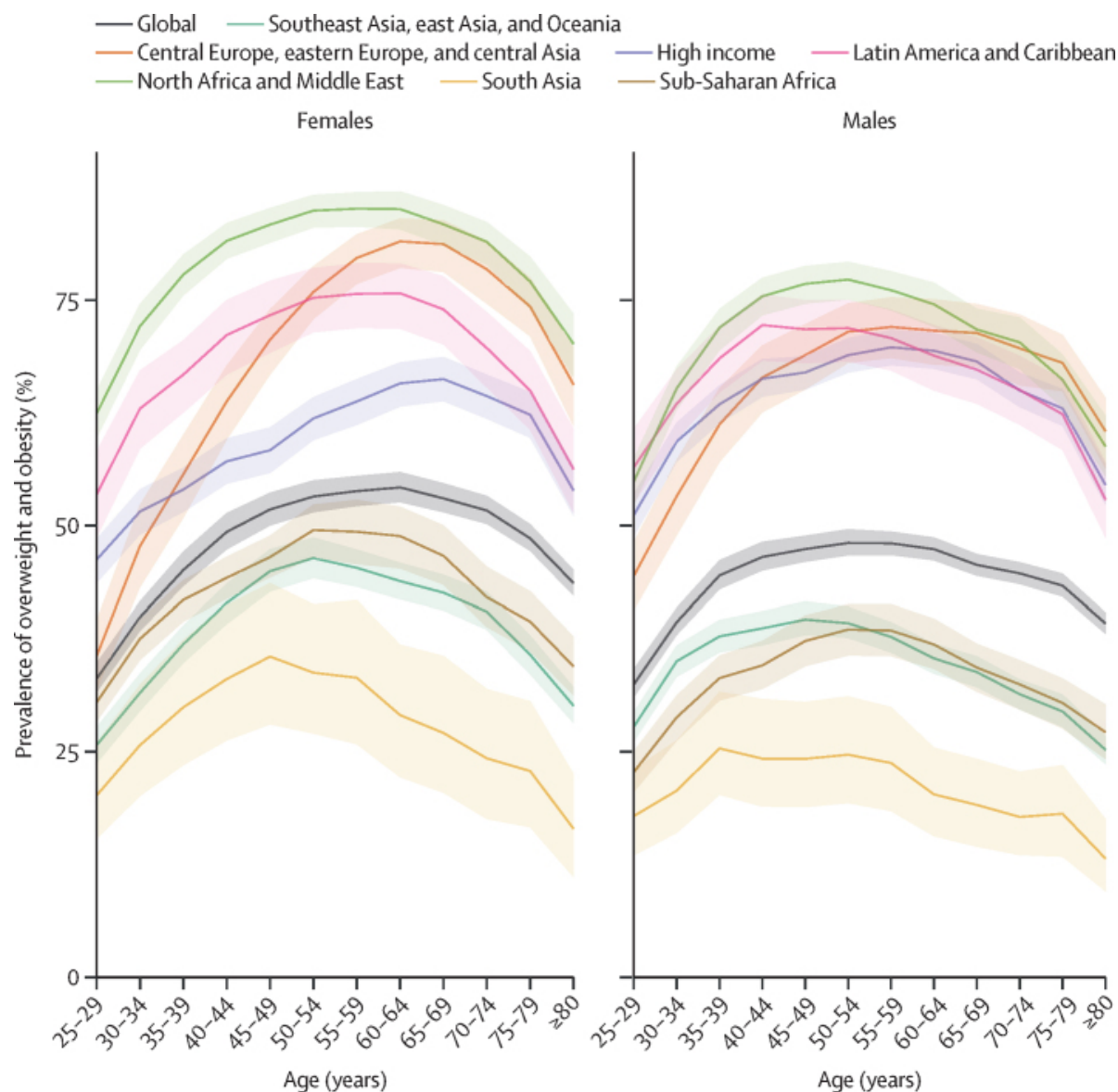
**是否寒冷，往往取决于体脂率**

体脂率越高，**就越抗热**

在GBD2021的研究数据中（发表于《Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021》一文，2025.3）<sup>15</sup>，指出：

Conversely, for obesity alone, prevalence among females was consistently higher than that of males across all super-regions. However, the gap between sexes was more substantial in low-income and middle-income regions, such as sub-Saharan Africa and south Asia. In sub-Saharan Africa, in terms of relative percentage differences, the prevalence of obesity in females was over 100% higher than that in males for those aged 25–79 years. Between the ages of 50 years and 69 years, the relative percentage differences were over 140%. The smallest difference in obesity prevalence between males and females was observed in the high-income super-region, where the relative percentage difference was below 20% under age 70 years and increased moderately to 30–40% in older ages ( [appendix 1 p 48](#) ).

译自Google：相反，就肥胖而言，在所有超级区域中，女性的患病率始终高于男性。然而，在撒哈拉以南非洲和南亚等低收入和中等收入地区，性别差异更为显著。在撒哈拉以南非洲，就相对百分比差异而言，25-79岁人群中女性的肥胖患病率比男性高出100%以上。在50-69岁人群中，相对百分比差异超过140%。在高收入超级区域中，男性和女性肥胖患病率的差异最小，70岁以下人群的相对百分比差异低于20%，随着年龄增长，差异适度增加至30-40%（[附录1，第48页](#)）。



仅就肥胖而言，男性年龄标准化患病率最高的国家是瑙鲁（67.0% [95% 置信区间 64.6–69.2]）、库克群岛（65.7% [63.2–68.1]）和美属萨摩亚（62.6% [59.9–65.2]；[附录 1 第 44、53 页](#)）。女性中，年龄标准化肥胖患病率最高的国家是汤加（76.3% [74.5–78.0]）和瑙鲁（71.6% [69.5–73.6]）。**尽管中国的超重和肥胖人口数量位居世界前列，但其年龄标准化肥胖患病率相对较低，男性估计为 8.8%（8.6–9.1），女性估计为 10.8%（10.5–11.0）。**同样，在印度，男性肥胖患病率估计为 4.4%（3.8%–5.2%），女性为 7.5%（6.5%–8.7%）。相比之下，美国的肥胖患病率相对较高，男性估计为 41.5%（40.1%–43.2%），女性为 45.6%（43.7%–47.5%），在所有高收入国家中最高。在拉丁美洲，17 个国家中有 15 个国家的女性肥胖患病率超过 30%，而男性患病率略低，只有 7 个国家超过 30%。从区域层面来看，男性肥胖患病率最低的是南亚，估计低于 4.6%（4.1–5.2），而女性肥胖患病率最低的是高收入的亚太地区，估计为 6.5%（5.9–7.1；[附录 1 第 53 页](#)）。

（图源PubMed）

——如果按照这样推断的话：空调应该是偏向女性设计的才对

**批判：**原书作者为渲染“男性中心主义设计阴谋”，竟对基础热生理学采取选择性失明。科学研究明确揭示，人体热舒适性主要取决于体脂率、体型等客观生理指标，而非抽象性别概念。女性因普遍更高的体脂率，其体表隔热能力更强，下临界温度显著低于男性。作者却刻意忽略这一实证结论，将空调温度标准武断归结为“男性偏好”的产物，实则是将科学议题强行纳入其预设的女权叙事框架。

反驳10： 心血管疾病的早期研究在男性身上举行（鸣谢 Kyoukai）

教科书中能否包含性别信息，取决于性别数据的可获得性，但由于女性在很大程度上被排除在医学研究之外，这方面的数据严重匮乏。大多数心血管疾病的早期研究都是在男性身上进行的，而女性的参与比例始终很低，1987年至2012年间，人们进行了31项里程碑式的充血性心力衰竭试验，而其中女性参与者仅占25%。

——摘自第四部分第十章《无用之药》

第一点：参与者比例应当取决于患病率

第二点：据我所知，这本书2017年开始撰写，犯得着用1987年的数据吗？

况且，即使你有什么特殊癖好，对数据这一块喜旧厌新，你也明明可以搜到这些数据

——第一篇：《柳叶刀》2003年《Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: the CHARM-Preserved Trial》 16

	Candesartan (n=1514)	Placebo (n=1509)
Patients' characteristics		
Mean (SD) age (years)	67.2 (11.1)	67.1 (11.1)
≥75 years	407 (26.9%)	400 (26.5%)
Men/women	920 (60.8%)/ 594 (39.2%)	891 (59.0%)/ 618 (41.0%)
Ethnic origin		
European	1374 (90.8%)	1393 (92.3%)
Black	69 (4.6%)	57 (3.8%)
Other	71 (4.6%)	59 (3.9%)

女性参与者39.2%、41%

——第二篇：2008年《Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction》 17

Table 1. Baseline Characteristics of the Patients.*		
Characteristic	Placebo (N = 2061)	Irbesartan (N = 2067)
Demographic		
Age		
Mean — yr	72±7	72±7
≥75 yr — no. (%)	716 (35)	697 (34)
Female sex — no. (%)	1264 (61)	1227 (59)
Race — no. (%)†		

女性参与者60%

——第三篇《Adverse effect of ventricular pacing on heart failure and atrial fibrillation among patients with normal baseline QRS duration in a clinical trial of pacemaker therapy for sinus node dysfunction》 2003年 18

TABLE 1. Baseline Characteristics of the Study Population

Baseline Characteristic*	DDDR (n=707)	VMR (n=632)
Age, y	73 (66, 79)	74 (67, 80)
Female	50% (356)	51% (324)
Prior myocardial infarction	26% (185)	21% (133)
Ejection fraction, %	57 (50, 62)	55 (50, 63)
Prior CHF	18% (125)	16% (100)
NYHA CHF class I or II	83% (580)	87% (541)
Cardiac procedures		
PCI	13% (93)	13% (79)
CABG	19% (131)	18% (115)
Prior atrial tachycardia	56% (399)	52% (329)
Atrial fibrillation	47% (331)	40% (254)
Other atrial tachycardia	20% (142)	21% (131)
PR interval, ms	180 (160, 200)	190 (160, 220)

CHF indicates congestive heart failure; NYHA, New York Heart Association functional class; PCI, percutaneous coronary intervention; CABG, coronary artery bypass surgery; and AV, atrioventricular.

\*Categorical variables are percent (No.); continuous variables are median

女性占比50%

为了防止有《看不见的女性》一书出版后医学界才重视这种鸡叫日升的言论，我还特意只搜集了2010年以前的文献。其它的我不过多赘述，感兴趣的可以自己用PubMed或者ScienceDirect搜一下CVD类疾病女性占比超过原著中所写的25%的有多少？！

### 第三点

过去医疗临床试验中缺少女性参与的原因，一部分是因为FDA1977年禁止育龄妇女参与到早期的临床试验，此条例初衷也是为了保护女性，但却造成了女性参与临床试验的比例降低，从而在未来损害了女性的权益，此条例在1993年被推翻。

来源：医学人如何看待《看不见的女性》中医疗方面的性别歧视？ - Eudaimonia 的回答 - 知乎

<https://www.zhihu.com/question/664301323/answer/3598719296>

《看不见得女性》中一直在提到的一个具体的例子，是**心肌梗死**后死亡率女性更高。这其实是有着多方面的原因，其中最大的原因是因为女性平均发病年龄比男性大10岁左右，我检索了各种文献，没有发现文中提到的女性因“症状不男性”被漏诊是主要因素。作者了故意遗漏男性的发病率比女性高2倍左右的事实，而在很多女性发病率更高的疾病中，也是投入更多的资源在女性上。

来源：医学人如何看待《看不见的女性》中医疗方面的性别歧视？ - Eudaimonia 的回答 - 知乎

<https://www.zhihu.com/question/664301323/answer/3598719296>

### 第四点

转网友热评

我就想骂街了 当临床实验的小白鼠是什么好事吗？为什么去印度 去非洲做实验？是因为心善吗？

临床试验，需要自愿参加。现代社会，不允许强迫参加试验。

没有女性试验数据。是因为，没有女性主动参加试验。

**批判：**原书刻意选用1980年代的过时数据，无视近三十年临床试验中女性比例显著提升的事实，更回避了女性参与率受历史伦理规范、疾病发病率等多重因素影响。这种“数据选择性失明”，恰是其煽动对立、贩卖焦虑的惯用伎俩。



# ！其他雷人片段

---

这些我就不细说了，自己看看吧

01

女性也比男性更容易死于战争的间接影响。世界半数以上的孕产妇死亡发生在受冲突影响的国家或脆弱国家，孕产妇死亡率最高的10个国

02

性别不平等”。<sup>[18]</sup>在这一点上，学者们也有责任：最近一项研究分析了寨卡病毒和埃博拉病毒暴发期间发表在1.5万多份同行评议出版物上的2900万篇论文，发现其中只有不到1%探讨了疫情暴发的性别影响。<sup>[19]</sup>

03

性的产品比比皆是。从对女性手腕来说太大的智能手表，<sup>[19]</sup>到只推荐“最快”路线、却丝毫没有考虑到女性的“安全”需求的地图应用程序；

## 参考 Ref

---

1. 中国残疾人联合会.2025中国残疾人事业统计年鉴[EB/OL].2025 <https://www.cdpcf.org.cn/zwgk/zccx/ndsj/zhsjtj/2024zh/8078083de707498c8262120634a26645.htm> ↩
2. 这里的残疾指的是已办理证件残疾人 ↩
3. 澎湃新闻. 甘肃立法明确男女厕位比例，能解决女厕排长队的问题吗？[EB/OL].2025. [https://www.thepaper.cn/newsDetail\\_forward\\_31302908](https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_31302908) ↩
4. 赵军, 武文强. 中国(高校)反性骚扰/反性侵的几个关键问题[J]. 河南警察学院学报, 2018, 27 (03): 47-51. ↩
5. 潘绥铭, 黄盈盈著《性之变：21世纪中国人的性生活》中国人民大学出版社 2013.7 ↩
6. 潘绥铭 《给“全性”留下历史证据》1908出版社 2018.4 ↩
7. 凤凰网.男人被性侵比想象中更普遍，美疾控中心：近七成作案者为女人[EB/OL].2017. <https://news.ifeng.com/c/7fa41uTGKQ0> ↩



8. The Local France. 'Half of French women' alter clothes to avoid harassment[EB/OL].2016 <https://www.thelocal.fr/20160615/half-of-french-woman-alter-clothes-to-avoid-harassment> ↩
9. 中国政府网.第三次全国时间利用调查公报（第三号）[EB/OL].2024. [https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202410/content\\_6984100.htm](https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202410/content_6984100.htm) ↩ ↩
10. [http://m.cnhubei.com/content/2022-03/07/content\\_14556628.html](http://m.cnhubei.com/content/2022-03/07/content_14556628.html) ↩
11. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/181138> ↩
12. <https://m.cnw.com.cn/show-68-68-21749.html> ↩
13. <https://news.cctv.com/2019/04/09/ARTILlEjbTq4F0rV3VCRvOcw190409.shtml> ↩
14. R.J. Brychta, S. McGehee, S. Huang, B.P. Leitner, C.J. Duckworth, L.A. Fletcher, K. Kim, T.M. Cassimatis, N.S. Israni, H.J. Lea, T.N. Lentz, A.E. Pierce, A. Jiang, S.R. LaMunion, R.J. Thomas, A. Ishihara, A.B. Courville, S.B. Yang, M.L. Reitman, A.M. Cypess, & K.Y. Chen, The thermoneutral zone in women takes an “arctic” shift compared to men, *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 121 (19) e2311116121, <https://doi.org/10.1073/pnas.2311116121> (2024). ↩
15. GBD 2021 Adult BMI Collaborators. “Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021.” *Lancet (London, England)* vol. 405,10481 (2025): 813-838. doi:10.1016/S0140-6736(25)00355-1 ↩
16. Yusuf, Salim et al. “Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: the CHARM-Preserved Trial.” *Lancet (London, England)* vol. 362,9386 (2003): 777-81. doi:10.1016/S0140-6736(03)14285-7 ↩
17. Massie, Barry M et al. “Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction.” *The New England journal of medicine* vol. 359,23 (2008): 2456-67. doi:10.1056/NEJMoa0805450 ↩
18. Sweeney, Michael O et al. “Adverse effect of ventricular pacing on heart failure and atrial fibrillation among patients with normal baseline QRS duration in a clinical trial of pacemaker therapy for sinus node dysfunction.” *Circulation* vol. 107,23 (2003): 2932-7. doi:10.1161/01.CIR.0000072769.17295.B1 ↩