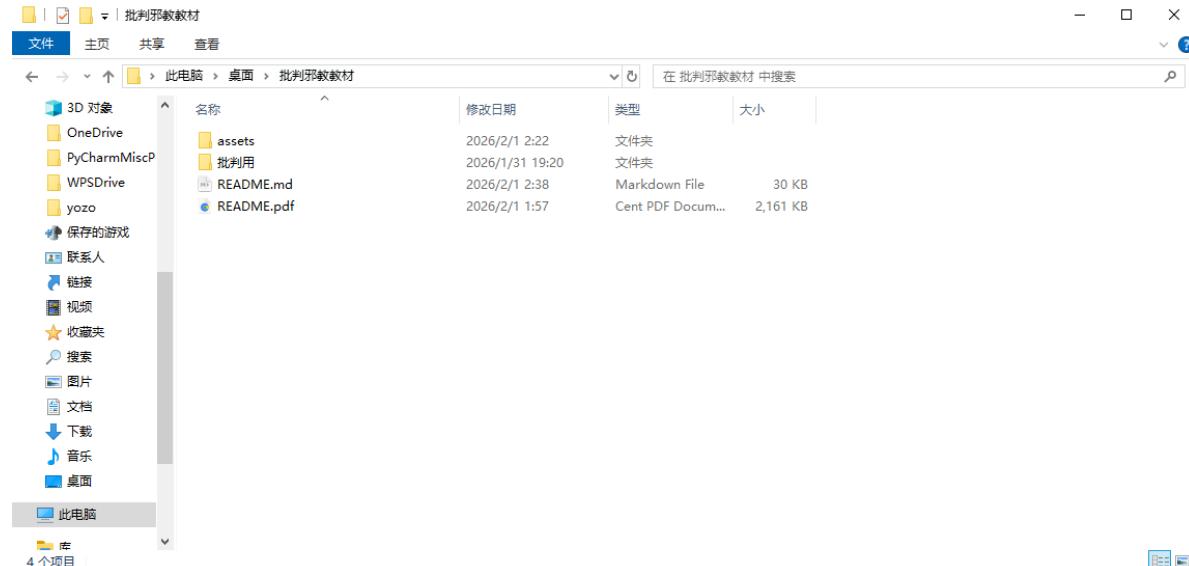


我反驳并批判了《看不见的女性》— 书中的部分论点

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](#)，或者是在[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。

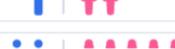
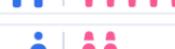
中国残疾人联合会发布的《2025中国残疾人事业统计年鉴》¹ 中的数据显示：2024年我国男性残疾人口21966678人，女性16283331人。性别比达到了惊人的134²。

- 疑点2：前提条件有问题——男女隔间数相等

澎湃新闻（2025）³ 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

澎湃新闻·数据课

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。就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%。[\[33\]](#)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，[\[34\]](#)而且常常在天黑后下班回家。[\[35\]](#)出于同样的原因，少数民族裔妇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》[4](#)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				线性趋势	
	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 [5](#)

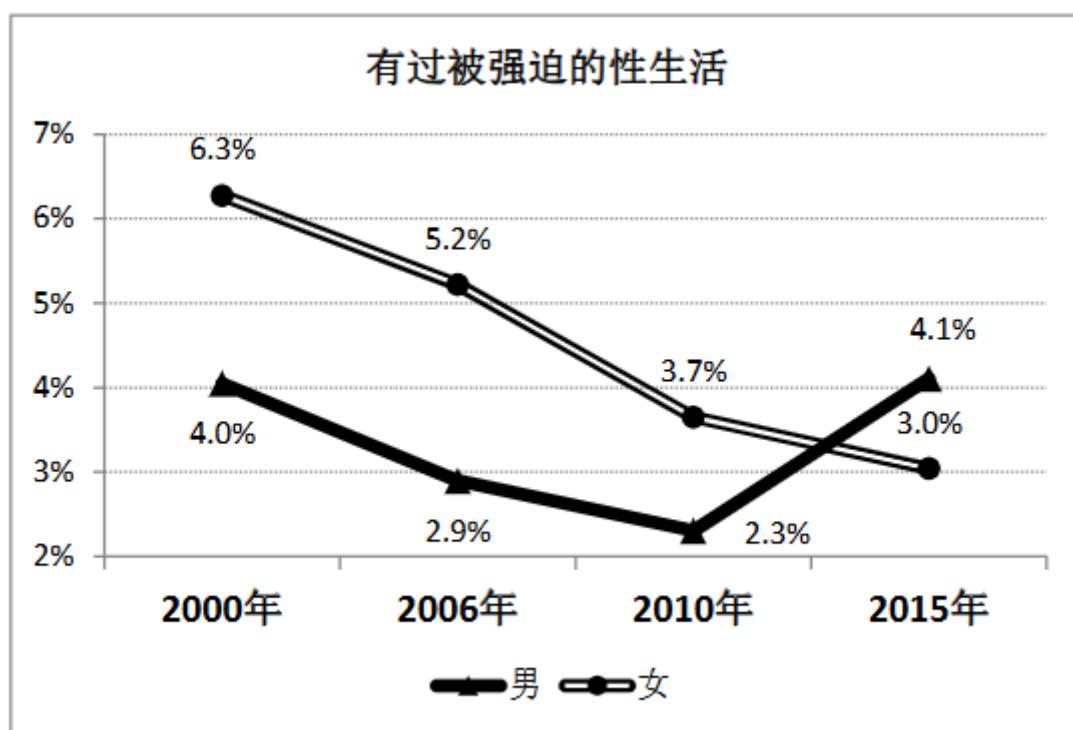
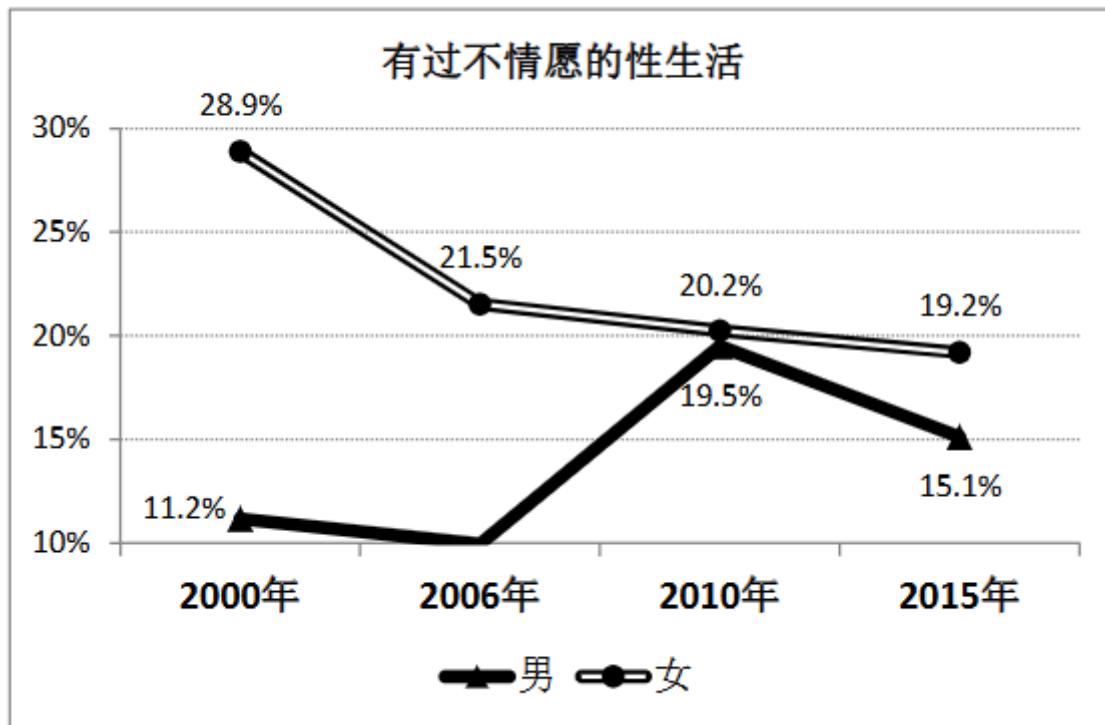
表 11—4 被同性别者动作式性骚扰的百分比

性别	2000 年	2006 年	2010 年	p
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》⁶ 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 7

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；[\[55\]](#)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%。[\[46\]](#)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 8，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，¹⁷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。¹⁸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 = 60.7 h
- **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”，且这还是没有算劳动功率（P）的情况下出来的。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¹¹（《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

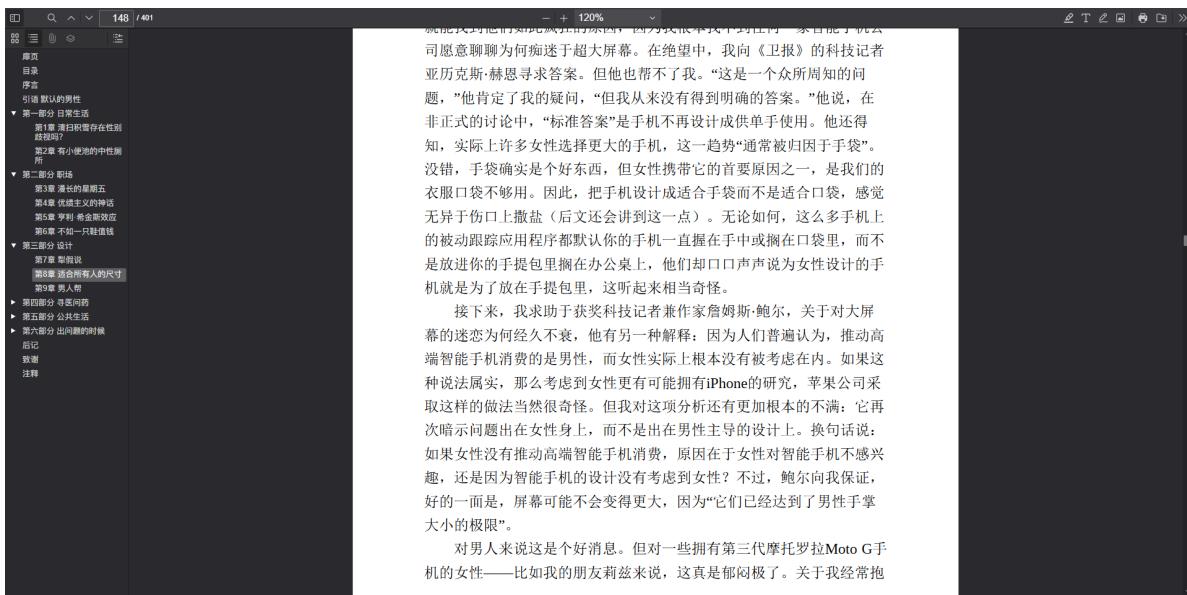
同时不要忘记女权主义者自己提出的理论——个体差异大于群体差异——手长这些因素可以通过后期训练来避免。

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



就能买到他们如此迷恋的东西——因为女人们找不到任何一家智能手机公司愿意聊聊为何痴迷于超大屏幕。在绝望中，我向《卫报》的科技记者亚历克斯·赫恩寻求答案。但他也帮不了我。“这是一个众所周知的问题，”他肯定了我的疑问，“但我从来没有得到明确的答案。”他说，在非正式的讨论中，“标准答案”是手机不再设计成供单手使用。他还得知，实际上许多女性选择更大的手机，这一趋势“通常被归因于手袋”。没错，手袋确实是个好东西，但女性携带它的首要原因之一，是我们的衣服口袋不够用。因此，把手机设计成适合手袋而不是适合口袋，感觉无异于伤口上撒盐（后文还会讲到这一点）。无论如何，这么多手机上的被动跟踪应用程序都默认你的手机一直握在手中或搁在口袋里，而不是放进你的手提包里搁在办公桌上，他们却口口声声说为女性设计的手机就是为了放在手提包里，这听起来相当奇怪。

接下来，我求助于获奖科技记者兼作家詹姆斯·鲍尔，关于对大屏幕的迷恋为何经久不衰，他有另一种解释：因为人们普遍认为，推动高端智能手机消费的是男性，而女性实际上根本没有被考虑在内。如果这种说法属实，那么考虑到女性更有可能拥有iPhone的研究，苹果公司采取这样的做法当然很奇怪。但我对这项分析还有更加根本的不满：它再次暗示问题出在女性身上，而不是出在男性主导的设计上。换句话说：如果女性没有推动高端智能手机消费，原因在于女性对智能手机不感兴趣，还是因为智能手机的设计没有考虑到女性？不过，鲍尔向我保证，好的一面是，屏幕可能不会变得更大，因为“它们已经达到了男性手掌大小的极限”。

对男人来说这是个好消息。但对一些拥有第三代摩托罗拉Moto G手机的女性——比如我的朋友莉兹来说，这真是郁闷极了。关于我经常抱

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。12

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。142008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——

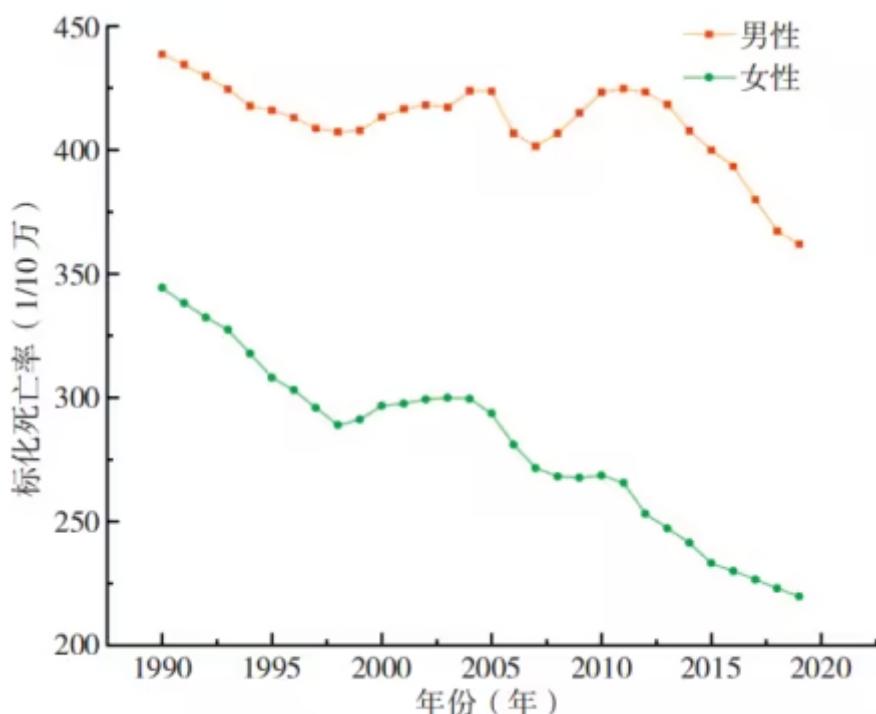


图 3 1990—2019 年中国心血管疾病不同性别标准化死亡率变化趋势

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。

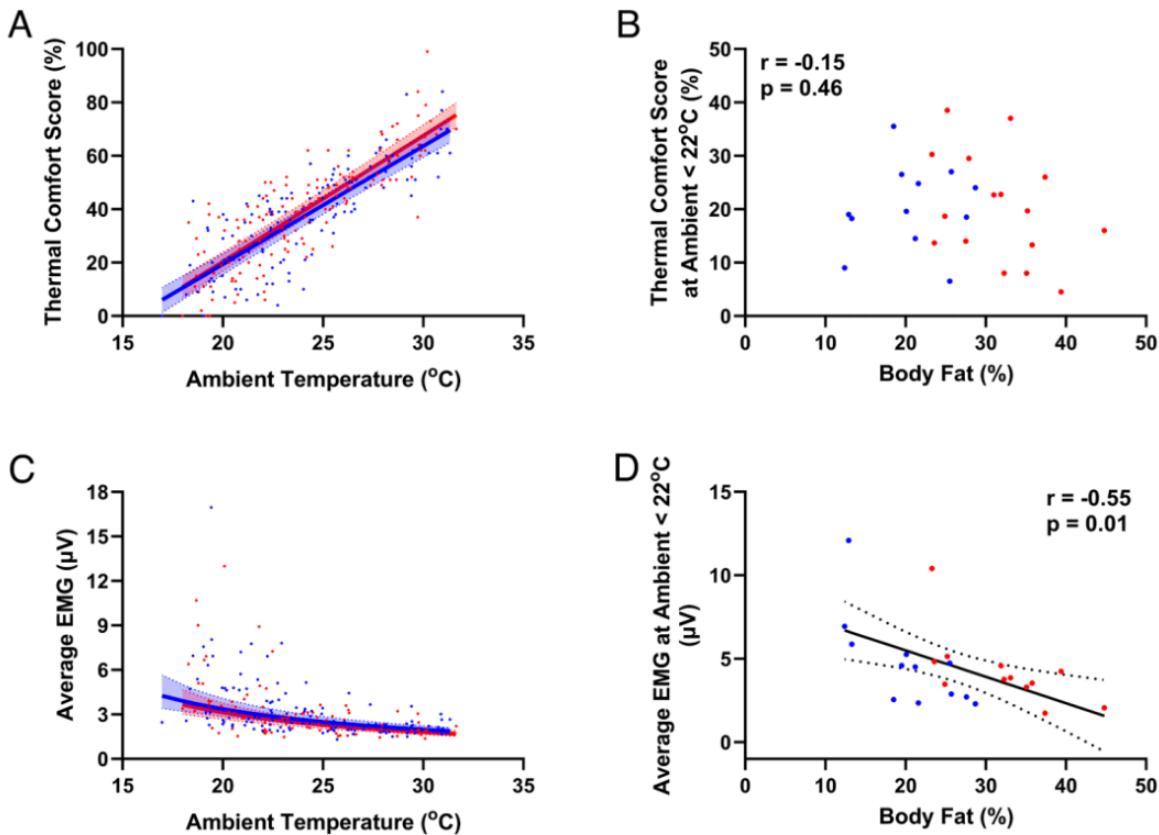
报告显示，在导致死亡的40个主要原因中，有33个会导致男性预期寿命低于女性。¹³

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)¹⁴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：**

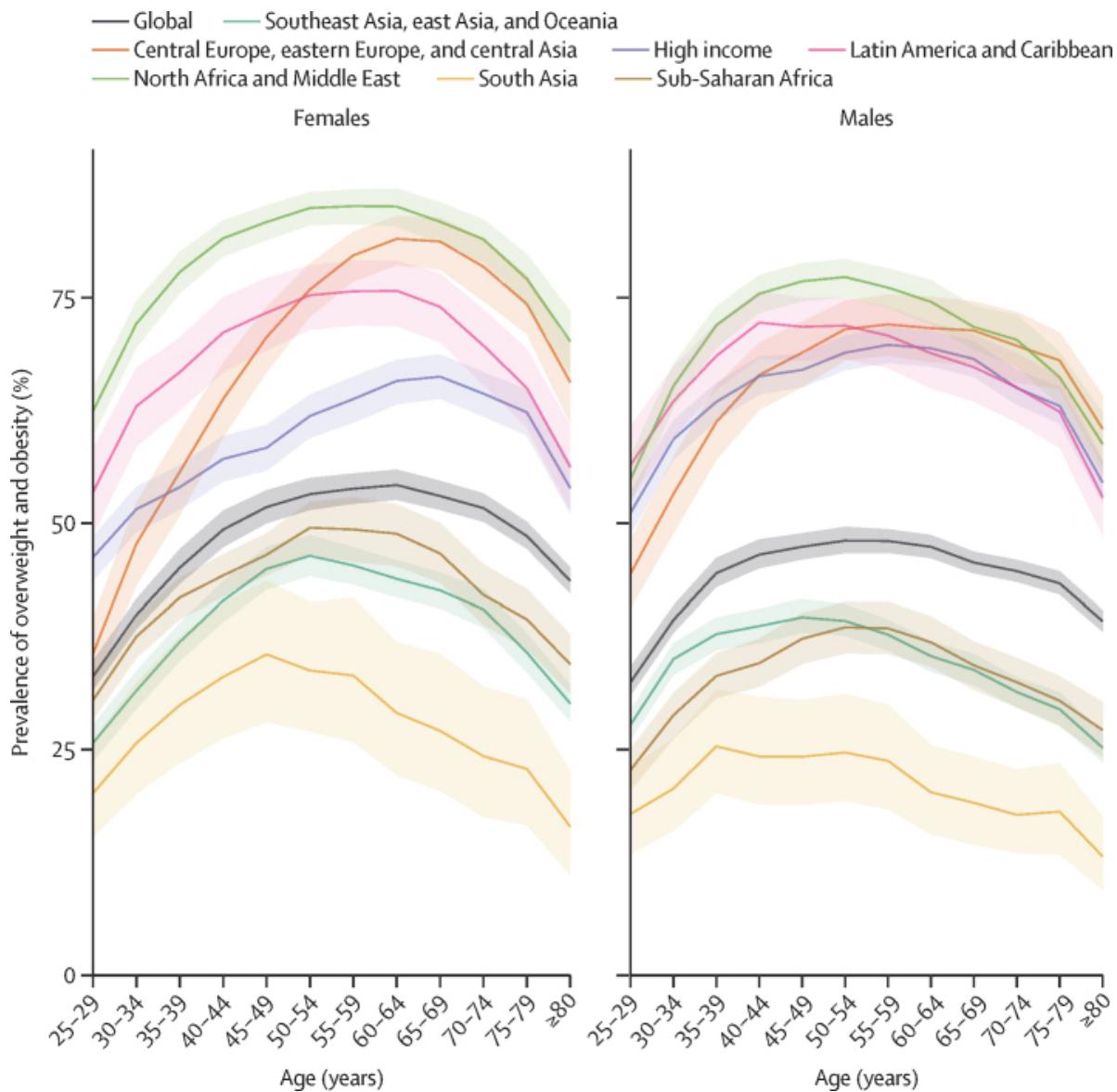
是否寒冷，往往取决于体脂率

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）[15](#)，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. (%)†		
	White	White
	Black	Black

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*	DDD (n=707)	VVIR (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，而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。这其实是有多个方面的原因，其中最大的原因是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”被漏诊是主要因素。作者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”。[\[18\]](#)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。[\[19\]](#)

03

性的产品比比皆是。从对女性手腕来说太大的智能手表，[\[19\]](#)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.cdpf.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_il_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 ↵ ↵
10. 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/ARTILlejbTq4FOrV3VCRvOcw190409.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 ↵