

# 军队干部代谢综合征现状与防治策略

郑大东

(南京军区南京总医院干部保健科, 江苏南京 210002)

[关键词] 代谢综合征; 防治策略

中图分类号: R589 文献标识码: A 文章编号: 1672-271X(2008)04-0283-02

代谢综合征(metabolic syndrome, MS)是以中心性肥胖、胰岛素抵抗、高血压、高三酰甘油血症、低高密度脂蛋白胆固醇、糖耐量下降或2型糖尿病为主要临床表现的一个症候群。多项调查表明,部队高中级干部高血压病、高脂血症、糖尿病等慢性疾病发病率高于同年龄组其他群。而且,目前部队对代谢综合征的知晓率、治疗率及达标率均偏低。因此,加强对代谢综合征认识及防治刻不容缓。

## 1 军队及地方高中级干部代谢综合征现状调查

张雷等<sup>[1]</sup>对755名年龄在35~60岁的部队在职干部进行MS的现状调查发现,血压超标检出率29%,血糖超标(包括糖尿病)检出率25.7%,腹围超标检出率为49%,高甘油三酯检出率27.6%,低高密度脂蛋白胆固醇检出率3.1%;符合谢综合征诊断标准者占总人数的18%,高于我国MS的平均水平<sup>[2]</sup>。被调查人员对血脂、糖尿病危害的知晓率只有20%<sup>[3]</sup>。王征等<sup>[4]</sup>发现189名中年干部中代谢综合征比例达24.9%,50岁以上的对象高达34.2%,明显高于我国地方人员MS的发病率。由此可见,部份部队在职干部罹患MS,令人堪忧。

同时对有MS的84名在职干部进行试验干预治疗,12周后发现,试验组干部对MS及相关疾病的知晓率由原来的20%上升至80%,MS的各项指标如血脂、血压、血糖均有明显的改善<sup>[5]</sup>,说明MS可防可治。

## 2 部队在职高中级MS的原因分析

有些高中级干部健康观念陈旧。干部自我保健意识不够,对保健知识了解少,缺乏预防疾病的主动性。存在许多不良生活方式。如部分干部存在过度饮食,营养摄入过剩,不爱吃粗粮、薯类、豆类、蔬菜和水果,喜欢吃虾、蟹、猪肝、内脏等动物性食品;体能运动少,身体超重现象严重。特别是机关干部,大多数工作时间伏案工作,缺少运动,机关接待应酬多。工作节奏快,工作任务重,身体超负荷运转,精神长期处于高度紧张。存在经常熬夜,经常出差,饮食不规律等。

医疗部门重治轻防。对代谢综合征的防治的宣传力度不

够,对查体发现的一些疾病苗头未能及时干预。

## 3 代谢综合征的防治

已有研究证实,MS人群与无MS的人群相比,心脑血管疾病危险性增加了3倍,原来无糖尿病的MS人群发生2型糖尿病的风险升高5倍。因此,防治MS的主要目标是防止或延缓心脑血管疾病及2型糖尿病的发生和发展<sup>[6-7]</sup>。

3.1 生活方式的改善是防治MS的基本措施 开展以“早期干预、合理饮食、坚持锻炼、控制体重”的健康生活方式为主要内容的一级预防是预防MS的重要手段。

3.1.1 合理饮食、控制体重 研究证实,膳食成分与MS有关,有MS危险的人,应该首先控制饮食。体重减轻5%~10%是饮食控制的目标,它可以减少约30%的内脏脂肪并有效降低冠心病的患病危险。强调改善生活方式是MS防治的首要 and 基础措施,建议进食低饱和脂肪、低反式性脂肪和低胆固醇类食物,减少单糖摄入量,增加水果蔬菜和粗粮食量,进食富含维生素、膳食纤维、微量元素性食物。避免高碳水化合物膳食,做到粗细搭配,荤素相济,定时定量。

3.1.2 坚持锻炼、适度运动 体力活动在MS的防治中占有重要的地位。运动可增加胰岛素与胰岛素受体的结合,能加速胰岛素与受体结合后的信号传导,减少体内脂肪的含量,改善血糖代谢,降低体重和血压。运动本身也可使肌细胞内葡萄糖转运磷酸化作用加强,肌糖原合成增加,有助于降低血糖。运动方式可以多种多样,运动量要从小到大,循序渐进,持续时间要由短到长,并可因个人爱好、天气变化、季节的更替而不同。每天坚持0.15~1 h中等强度的体力活动可以作为运动控制的目标,每周不少于4~5次。

3.1.3 戒烟限酒 吸烟易损伤血管内膜,促使血管粥样硬化。尼古丁使心率和血压升高、小血管收缩甚至痉挛,包括冠状动脉的痉挛、血流速度变慢、血液黏度增高,易形成微血栓。吸烟还可促进血小板聚集和黏附、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)升高、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)降低、白细胞增多,阻塞微小血管,造成微循环障碍。酗酒则可使极低密度脂蛋白分解增多,加速血管粥样硬化,尤其对高脂血症患者极为不利。

3.1.4 对MS患者进行管理,宣教 包括收集患者的个人信息每年1至2次,包括一般情况(性别、年龄),测量腰围、血

作者简介:郑大东(1962-),男,江苏涟水人,大专,副主任医师,从事老年医学专业。

压、内外科检查,实验室检查:血糖、血脂、肝功能、肾功、血常规,B超、心电图、CT、胸片等检查。对确诊代谢综合征的患者,所有资料储存电脑里,随时调阅、查询。

**3.2 二级干预** 对于生活方式干预后效果不显著和处在心血管疾病危状态的个体,应该在生活方式改善的基础上,对存在的代谢异常进行有针对性的个体化药物治疗。

**3.2.1 肥胖** 对于MS伴肥胖者应该积极给予减体重治疗,体重最好在6~12个月内下降7%~10%。要限制饮食中总热量摄入,以谷物及纤维素食品为主。运动量至少为每天60 min 而且每周进行5次以上中等强度的有氧运动。如饮食和运动效果不佳(半年内体重下降<5%),可在此基础上加用减肥药物。

**3.2.2 胰岛素抵抗(IR)和高血糖** IR是2型糖尿病发生和发展的主要驱动因素,又是MS的重要发病机制,因此改善IR尤为重要。噻唑烷二酮类药物可以通过促进脂肪细胞分化,减少脂肪外溢到非脂肪组织,降低游离脂肪酸及TC,升高高密度脂蛋白,提高肌肉和脂肪对胰岛素的敏感性。因此,噻唑烷二酮类药物可以改善IR、降血糖、降血压及改善血脂异常,从而全面改善MS的多项代谢异常。英国前瞻性糖尿病研究(UKPDS)证实,二甲双胍可以明显减少肥胖的2型糖尿病患者心脑血管疾病的病死率。阿卡波糖可以延缓糖耐量异常者发生2型糖尿病,而且与安慰剂相比,主要心血管事件(冠心病、心血管死亡、充血性心力衰竭和脑血管事件)及新发生的高血压均显著下降<sup>[8]</sup>。

**3.2.3 血脂异常** 治疗的首要目标是使TG<1.7 mmol/L;HDL-C 男性>1.04 mmol/L,女性>1.3 mmol/L 及LDL-C<2.6 mmol/L。强调首先降低LDL-C,他汀类可以使LDL-C显著降低,还可以改善内皮功能,减轻或解除炎症反应、改善IR等,如辛伐他汀可使MS患者LDL-C水平下降37%,冠心病事件相对危险下降40%<sup>[9]</sup>。

**3.2.4 高血压** MS者血压≥140/90 mm Hg 应该接受降压药物治疗,而糖尿病患者血压≥130/80 mm Hg,经生活干预3个月后无效,也应该给予降压药物治疗<sup>[10]</sup>。血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)和血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARBs)除降压作用外,还可以减轻IR、改善血脂异常、抗炎和降低微量白蛋白尿等,并且可以延缓或防止糖尿病肾病的发生和发展。大量研究证实,降血压最重要的是达标,对于MS患者血压最好降至130/80 mm Hg 以下。

综上所述,MS的防治模式应为基于生活方式改善的综合干预和个体化治疗,主要靶点为肥胖和胰岛素抵抗。综合

干预的措施包括治疗性生活方式的改变、药物及其他治疗,个体化治疗应根据MS发病的不同阶段和个体情况,采取不同的防治策略。随着研究的深入和军队对MS的关注,相信在不久的将来对于MS的认识和防治将提升到一个崭新的阶段。

## 参考文献

- [1] 张雷,刘辉,周燕. 755名部队在职干部代谢综合征现状调查[J]. 解放军保健医学杂志,2006,8(3):163-164.
- [2] 顾东风,Reymolds K,杨文杰,等. 中国成人代谢综合征的患病率[J]. 中华糖尿病杂志,2005,13:181-186.
- [3] 任文琦,孟永霞,张素炎,等. 部队中青年干部开展代谢综合征调研体会[J]. 国际医药卫生导报,2005,(1):79-80.
- [4] 王征,佟洋,徐晓峰,等. 在职作战部队中青年军官代谢综合征患病率调查[J]. 中国临床康复,2005,9(27):179.
- [5] 张雷,张素炎,蒲奎,等. 部队在职干部代谢综合征的系统化思考[J]. 中国社区医师,2007,154(9):46.
- [6] 国家“十五”攻关“冠心病、脑卒中综合危险度评估及干预方案的研究”课题组. 国人缺血性心血管病发病危险的评估方法及简易评估工具的开发研究[J]. 中华心血管病杂志,2003,31(12):893-901.
- [7] Grundy SM,Cleeman JI,Daniels SR,et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome;an American Heart Association/National Heart,Lung and Blood Institute Scientific Statement[J]. Circulation,2005,112:2735-2752.
- [8] Chiasson JL,Josse RG,Gomis R,et al. A carboside treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance;the STOP-NIDDM trial[J]. JAMA,2003,290(4):486-494.
- [9] Girman CJ,Rhodes T,Mercuri M,et al. The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) and the Air Force/Texas coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/Tex-CAPS)[J]. Am J Cardiol,2004,93:136-141.
- [10] Buse JB,Ginsberg HN,Bakris GL,et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus;a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association[J]. Diabetes Care,2007,30:162-172.

(收稿日期:2008-03-20;修回日期:2008-04-10)

(本文编辑:潘雪飞)