

辽宁省机关干部肥胖患病率及其危险因素分析

邱忠霞 王涤非 马贺军

[摘要] 目的 探讨辽宁省机关干部肥胖的患病率及其危险因素以及肥胖与其他代谢异常的关系。方法 对辽宁省 1680 名机关干部随机抽样进行体格检查,并进行肥胖患病率的流行病学调查。结果 本组人群肥胖患病率为 20.42%,其中男性 27.8%,女性 21.9%,男女性之间有显著性差异($P < 0.05$);不同年龄组间肥胖患病率亦有显著性差异,其中以 40~50 岁中青年干部肥胖患病率最高,为 26.25%;肥胖与生活方式及其他代谢异常密切相关。结论 中青年机关干部的肥胖患病率明显高于中老年组,且与不良生活方式有关,同时合并有其他代谢紊乱。

[关键词] 肥胖;危险因素;患病率

中图分类号:R589.2 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2005)08-0658-02

[本文著录格式] 邱忠霞,王涤非,马贺军.辽宁省机关干部肥胖患病率及其危险因素分析[J].中国康复理论与实践,2005,11(8):658-659.

近年来,由于国人生活水平提高、饮食结构改变以及预防保健措施相对滞后,肥胖的患病率逐年上升,由肥胖引起的其他代谢异常及心脑血管疾病、糖尿病亦逐年增加。2004 年 9 月~12 月,我院干诊科对辽宁省部分机关干部进行了全面的体格检查,并对肥胖的发病率、危险因素及与其他代谢异常的关系进行分析总结,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004 年 9 月~2004 年 12 月辽宁省 1680 名进行全面的体格检查的机关干部,其中男性 1243 名、女性 437 名,年龄 40~80 岁。

1.2 体检内容 包括一般情况(身高、体重、血压、腹围、腰围、臀围)、烟酒嗜好、生活习惯、家族史等。所有对象均空腹 12 h 后抽取静脉血测定空腹血糖(FBG)、甘油三酯(triglyceride, TG)、血清总胆固醇(total cholesterol, TC)、低密度脂蛋白(low density lipoprotein, LDL)、高密度脂蛋白(high density lipoprotein, HDL)、尿酸(uric acid, UA)、糖化血红蛋白(HbA1c)、餐后 2 h 血糖(PBG)及血常规、尿常规。其他检查有腹部 B 超、胸部正侧位 X 光片、心电图等。

1.3 肥胖的诊断标准 根据世界卫生组织制定的亚太地区肥胖诊断标准:体重指数(body mass index, BMI) ≥ 23 为超重,23~24.9 为肥胖前期,25~29.9 为 I 级肥胖, ≥ 30 为 II 级肥胖。BMI = 体重(kg)/身高(m)²。本试验将 BMI = 25 作为肥胖切点。

1.4 统计学处理 检查结果经核实后,所有数据以($\bar{x} \pm s$)表示,由专人录入计算机,采用 PTMS 软统计件对计量资料进行 u 检验,计数资料进行 χ^2 检验。

2 结果

作者单位:110001 辽宁沈阳市,中国医科大学附属第一临床学院干诊内科。作者简介:邱忠霞(1963-),女,辽宁沈阳市人,硕士,副主任医师,主要研究方向:老年病。

2.1 1680 名机关干部的肥胖总患病率为 20.42%,40~50 岁组及 50~60 岁组为高,60~70 岁组及 >70 岁组反而下降。40~50 岁男性干部的肥胖患病率最高,高于男性 50~60 岁组、60~70 岁组、>70 岁组,亦高于同龄女性组及总患病率($P < 0.05$);50~60 岁组女性的肥胖患病率高于同龄男性,也高于女性 40~50 岁组和 60~70 岁组(均为 $P < 0.05$),见表 1。

表 1 不同年龄组机关干部肥胖患病率

年龄组	男性			女性			平均患病率
	受检人数	肥胖人数	患病率	受检人数	肥胖人数	患病率	
40~50	295	82	27.8a,b	105	23	21.9b	26.25
50~60	310	69	21.9b	115	30	26.09a,b	23.29
60~70	330	54	16.36	112	19	16.96	16.52
>70	308	50	16.23	105	16	15.24	15.98
合计	1243	255	20.51	437	88	20.14	20.42

注:a:与同龄异性比较, $P < 0.05$;b:与 60~70 岁及 >70 岁组比较, $P < 0.05$ 。

2.2 对 40~50 岁组进行的生活方式调查显示,肥胖组饮酒、吸烟、高脂饮食、晚餐过饱的发生率高于非肥胖组($P < 0.05$)。男性肥胖组的糖耐量低减、糖尿病、高血压、高脂血症、脂肪肝、高尿酸血症的发病率均高于男性非肥胖组($P < 0.05$)。而 40~50 岁女性无论肥胖与否,均无高尿酸血症和痛风病例,糖尿病的发病率亦明显低于男性(非肥胖组为 0,肥胖组为 4.3%),均有显著性差异($P < 0.05$)。男性高尿酸血症的发病率较高(肥胖组为 47.56%,非肥胖组为 28.64%),见表 2。

2.3 本组受检者中肥胖者与非肥胖者比较,FBG、PBG、HbA1c、TC、LDL、SBP、DBP、UA 均增高,有显著性差异($P < 0.05$),见表 3。

2.4 肥胖组冠心病及脑血管病患病率明显高于非肥胖组,两组之间有显著性差异($P < 0.05$),见表 4。

3 讨论

肥胖是指体内脂肪堆积过多或分布异常的一种病理状态,是遗传与环境因素共同作用的结果。近几十年来,由于社会经济以及生活模式的改变,肥胖的患病

率及发病率正急速上升,而且肥胖与心血管疾病、高血压病、糖尿病、脂代谢紊乱密切相关,已成为重要的世界性健康问题之一,值得全社会的共同关注^[1]。

表 2 40~50 岁组肥胖与生活方式及其他代谢异常的关系[n(%)]

		非肥胖组(n=295)		肥胖组(n=105)	
		男性(n=213)	女性(n=82)	男性(n=82)	女性(n=23)
生活方式	饮酒	119(55.87)	13(5.85)	76(92.68) ^a	6(34.78) ^a
	吸烟	176(82.63)	2(2.44)	75(91.46) ^a	1(4.34) ^a
	高脂饮食	103(48.36)	3(3.66)	78(95.12) ^a	12(52.17) ^a
	锻炼习惯	171(80.28)	70(85.37)	25(30.49)	7(8.54)
代谢异常	(3 h/周)				
	晚餐过饱	60(28.17)	23(28.05)	74(90.24) ^a	19(82.61) ^a
	糖耐量减低	36(16.90)	12(14.63)	18(21.95) ^b	6(26.09)
	糖尿病	16(7.51)	0(0.00) ^c	15(18.29) ^b	1(4.34) ^c
	高血压	54(25.35)	9(10.98)	26(31.71) ^b	4(17.39)
	高脂血症	14(6.57)	6(7.32)	15(18.29) ^b	3(13.04)
	脂肪肝	120(56.33)	16(19.5)	64(78.05) ^b	9(39.13)
高尿酸血症					
和痛风		61(28.64)	0(0.00) ^c	39(47.56) ^b	0(0.00) ^c

注:a:与非肥胖组比较, $P < 0.05$; b:与非肥胖组比较, $P < 0.05$; c:与男性比较, $P < 0.05$ 。

表 3 肥胖与其他代谢异常的关系

组别	FBG	PBG	HbA1c	TC	TG	LDL	HDL	SBP	DBP	UA
	(mmol/L)	(mmol/L)	(%)	(mmol/L)	(mmol/L)	(mmol/L)	(mmol/L)	(mmHg)	(mmHg)	(μmol/L)
非肥胖组(n=1333)	5.11±0.87	5.88±1.02	5.10±0.67	3.78±1.10	1.47±0.76	2.21±0.56	1.24±0.21	126.8±18.9	81.4±8.3	267±34.5
肥胖组(n=347)	5.83±1.15 ^a	7.23±1.91 ^a	6.34±1.90 ^a	4.60±1.20 ^a	1.69±1.10	3.12±0.78 ^a	1.08±0.67	133.9±20.1	86.2±12.4	413±30.5 ^a

注:a:与非肥胖组比较, $P < 0.05$ 。

表 4 肥胖与心脑血管病的关系[n(%)]

组别	冠心病	高血压病	脑血管病	糖尿病
非肥胖组(n=1333)	273(20.48)	370(27.76)	72(5.40)	133(9.98)
肥胖组(n=347)	127(36.60) ^a	195(56.20) ^a	46(13.26) ^a	74(21.33) ^a

注:a:与非肥胖组比较, $P < 0.05$ 。

50~60 岁女性机关干部的肥胖患病率高于 40~50 岁组,可能与 50~60 岁女性处于更年期后阶段有关。此年龄段女性卵巢功能逐渐衰退,雌激素水平缓慢下降引起的内分泌紊乱等可能参与肥胖的发生。另外,此年龄段女性的运动量明显减少也与肥胖有关。

本调查显示,60~70 岁离退休机关干部的肥胖患病率下降,其可能原因是离退休后饮食、生活规律、生活节奏明显放慢、适当的锻炼、养生知识的增加,以及对自身健康状态的重视等。

对 40~50 岁男性机关干部的进一步研究显示,肥胖组高血压、糖耐量减低、糖尿病、高尿酸血症、高脂血症及脂肪肝的患病率高于非肥胖组,更进一步证明肥胖与 2 型糖尿病、高血压、脂代谢异常之间的密切关系。而女性肥胖组与非肥胖组高尿酸血症的患病率均为 0,糖尿病的患病率亦明显低于同龄男性,其原因有待于进一步研究。

有人认为,肥胖是疾病的先兆和衰老的信号,肥胖者并发脑梗死与心力衰竭的人数比正常体重者多 1 倍,患冠心病的人数比正常体重者多 2 倍,高血压的发病率比正常体重者高 2~6 倍,合并糖尿病者较正常人约高 4 倍。

既往资料表明,欧美等国家的肥胖患病率一般在 20%左右,亚洲国家肥胖患病率相对较低,但近年体重超重及糖尿病、高血压、心血管病等肥胖相关疾病的患病率迅速上升^[2-5]。有统计资料显示,根据世界卫生组织制定的亚太地区肥胖诊断标准,目前我国肥胖的患病率已达 24.54%^[6],与本调查 40~60 岁组的肥胖患病率相近。

本调查结果显示,辽宁省 40~50 岁机关干部肥胖患病率为男性 27.8%、女性 21.9%,高于全国的平均患病率,其原因除经济水平增长、膳食不合理的共同肥胖因素外,主要与该年龄段处于事业的巅峰阶段、社会活动频繁、应酬饮酒较多、工作节奏较快、体力活动过少、缺少运动,以及久坐的工作环境等有关。另外,晚餐不合理进食过多动物性脂肪等高热量食品也是重要原因之一。

本调查显示,机关干部中肥胖者的冠心病、高血压病、脑血管病和糖尿病发病率较非肥胖者高,与他人的研究结果趋势一致。因此,“肥胖等于疾病”的观念必须引起国人足够的重视^[7]。高血压、高脂血症、心血管疾病与糖尿病合称为“代谢综合征”,是一类共生性或相互引发的风险很强的共同/先后发生的并发症,而其基础是肥胖。所以,中青年机关干部人群的肥胖问题必须引起各方面及本人的足够重视。

[参考文献]

[1] 黄峻,刘超,丁国宪.代谢综合征与心血管疾病[M].北京:科学出版社,2004.48—50.

[2] International Obesity Taskforce. The Asia-Pacific Perspective: redefining obesity and its treatment[C]. Milan: Health Communications Australia Pty Limited, International Association for the study of obesity, 2000.8—14.

[3] Reassessment of Anthropometric Indices of Obesity in Asia, Asian BMI/ Obesity Workshop Meeting in Milan, 19992.

[4] 李宗军,王志.青年冠状动脉性心脏病患者冠状动脉病变特点及危险因素分析[J].中国康复理论与实践,2004,10(7): 427—428.

[5] 张晓燕,苏闻,盛爱珍,等.脑出血性梗死及其相关因素分析[J].中国康复理论与实践,2003,9(10): 623—625.

[6] 马文军,许燕君,李剑森,等.广东省 2002 年成人超重、肥胖流行病学特征分析[J].中华流行病学杂志,2001,25(12): 1035—1038.

[7] 杨泽,郑宏,于普林,等.1997—1998 年 12 地区老年人肥胖现状调查[J].中华老年医学杂志,2003,22: 89—93.