

第七章 代謝症候群

臨床建議	證據等級	臨床建議強度	華人資料
罹患代謝症候群的人，得到糖尿病與心血管疾病的機會較高。	高		有

肥胖、高血糖、血脂異常與高血壓的綜合體，被定義為代謝症候群。這些參數的綜合體，指出了代謝症候群在臨床的重要性，它是糖尿病與心血管疾病的風險因子 [85, 86]。在國人第 2 型糖尿病病人有缺氧性心血管疾病的風險中，以代謝症候群組成中之高血壓最為重要 [87]。腰圍的量法，根據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）與國民健康署的說明，建議在吐氣末測量腰圍中點處，也就是最後一根肋骨與棘骨突 (iliac crest) 上緣中點的這個平面。根據國人的研究資料指出，此方法比起棘骨突上緣這個平面的量法，用於篩檢或預測代謝疾病的表現更佳 [88]。不同的專業團體，所提出代謝症候群的定義有所不同，最常被引用的有世界衛生組織 [89]、美國國家膽固醇教育計畫成人治療組第三版（National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III, NCEP ATP III）[90]、歐洲胰島素阻抗研究組織（European Group for the Study of Insulin Resistance, EGIR）[91]，以及國際糖尿病聯盟 [92] 的定義。國際糖尿病聯盟也針對不同的族群，提出不同腹部肥胖定義的腰圍切點 [93]。2006 年我國行政院衛生署，也公佈了台灣成年人代謝症候群的診斷標準（表一）[94]。至於兒童與青少年的診斷標準，國際糖尿病聯盟建議，在 6-10 歲兒童不做代謝症候群的診斷；10-16 歲青少年代謝症候群的診斷標準，除腹部肥胖是以大於 90 百分位和高密度脂蛋白膽固醇過低（男、女性皆為低於 40 mg/dl）外，其它條件與表一相同；16 歲以上代謝症候群的診斷標準則與成年人相同 [95]。修訂後的美國膽固醇治療指引 (2013 ACC/AHA

guideline) 中沒有針對代謝症候群的建議 [96]，但是其重要性仍然值得臨床關注。

國人在代謝症候群的研究，指出它與發炎指數 CRP、胰島素阻抗和蛋白尿有顯著相關 [56, 97]，而在血管疾病的發生上，代謝症候群與 CRP 各自有預測之角色 [98]。而在糖尿病的發生上，腹部肥胖並非必要之條件 [85]，但在國人的研究發現腰圍在預測女性發生糖尿病時仍顯著優於身體質量指數 [99]。另外，代謝症候群者可能伴隨較高的骨質流失 [100]，亦值得重視。

2006 年調查國人代謝症候群的盛行率，在 20 歲以上的成年人約為 16%，盛行率隨年齡增加而上升 [101]。由於代謝症候群伴隨 5 倍高患糖尿病與 3 倍高患心血管疾病的危險性，因此加強篩檢是很重要的。藉由生活型態的改變，如經由飲食與運動來減輕體重，除可改善胰島素阻抗和高胰島素血症外，也可改善葡萄糖耐受性和其它心血管疾病的風險因子。此外，病人建議要戒菸，飲酒不可過量。

表一：台灣成年人代謝症候群的診斷標準

腹部肥胖	男性腰圍 ≥ 90 cm、女性腰圍 ≥ 80 cm。
血壓偏高	收縮壓 ≥ 130 mmHg 或舒張壓 ≥ 85 mmHg；或已服用治療高血壓藥物。
血糖偏高	空腹血漿葡萄糖 ≥ 100 mg/dl (5.6 mmol/L) 或已服用治療糖尿病藥物。
三酸甘油酯偏高	三酸甘油酯 ≥ 150 mg/dl (1.7 mmol/L) 或已服用降三酸甘油酯藥物。
高密度脂蛋白膽固醇過低	男性： < 40 mg/dl (1.03 mmol/L)、 女性： < 50 mg/dl (1.29 mmol/L)。

以上五項因子，符合三項（含）以上者，即可診斷為代謝症候群。