

肥胖與減重

國民健康署建議成年人的身體質量指數 (Body Mass Index, BMI) 應維持在 18.5 ~ 24 之間, BMI 超過 24 屬於體重過重, BMI 超過 27 便屬於肥胖(表一)。當 BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ 或 BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ 且併有肥胖引起之合併症, 會建議減重藥物治療, 或進一步考慮接受外科減重手術。

表一、衛生福利部公告以身體質量指數與腰圍評估體位之建議切點 (2013 年公告)

體位定義	身體質量指數 (BMI) (kg/m^2)	腰圍 (公分)
體重過輕	BMI < 18.5	
健康體位	$18.5 \leq \text{BMI} < 24$	
體位異常	過重: $24 \leq \text{BMI} < 27$ 輕度肥胖: $27 \leq \text{BMI} < 30$ 中度肥胖: $30 \leq \text{BMI} < 35$ 重度肥胖: BMI ≥ 35	男性 ≥ 90 公分 女性 ≥ 80 公分

※身體質量指數 (body mass index, BMI), 測量的方法為以標準度量衡量取身高與體重, 以 體重 (公斤) 為分子, 身高 (公尺) 平方為分母, 運算而得 (kg/m^2)。

肥胖與疾病相關成因

肥胖會增加胰島素阻抗，胰島素阻抗被視為增加罹患代謝症候群（高血壓、第 2 型糖尿病、高三酸甘油酯血症）及心血管疾病主要的危險致病因子。

肥胖也會增加退化性關節炎的發生率，亦可能因肥胖易促進許多發炎物質分泌，導致非負重關節如手部之退化性關節炎有關。

肥胖也是睡眠呼吸中止症候群（obstructive sleep apnea syndrome, OSAS）的主要風險因子。統計肥胖者之睡眠呼吸中止症候群盛行率約為 40%，而重度肥胖病人中有高達 71% 罹患睡眠呼吸中止症候群。

肥胖會增加日後發生憂鬱症之風險，憂鬱症本身也會增加肥胖的發生率。

減重對身體的優點

改變生活型態與藉由運動可改善身體胰島素的敏感度，減去 5 ~ 10% 的體重，亦能明顯改善代謝症候群（高血壓、第 2 型糖尿病、高三酸甘油酯血症）的各項組成因子。

體重過重或肥胖合併第 2 型糖尿病病人透過減重與運動可改善血糖控制，當體重下降 \geq 5% 可使血糖值改善，糖化血色素（HbA1c）也能隨之下降。

減重後可改善心血管疾病危險因子，對血壓控制亦有實質的幫助。減重還可改善憂鬱情緒及增加憂鬱症之緩解率。

減重方式

減重的最佳方式就是適量運動（占 3 成）及嚴格飲食控制（占 7 成），運動合併飲食控制對於減重效果顯著，減重速率建議以每週 0.5~1 公斤為宜。若是 BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ ，但無肥胖相關的合併症或兩個以上心血管疾病，可以先以飲食與運動等生活型態調整為主，但須每 3~6 個月重新評估，若無法有效降低體重時，應安排適當醫療保健專業人員提供相關資訊與追蹤狀態下，考慮使用減重藥物治療做為輔助性的治療。

當 BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ 或 BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ 且併有肥胖引起之合併症，包括：第 2 型糖尿病、身體上的症狀、有心血管疾病、睡眠呼吸中止症等等時，除了飲食介入、運動介入、生活型態的修正和控制可修正危險因子外，會建議減重藥物治療，或進一步考慮接受外科諮詢行減重手術。

目前常見減重手術方式包括：胃袖狀切除手術（目前最常被使用的減重手術）及胃繞道手術（較胃袖狀切除有較好的血糖及血脂控制效果，但易發生微量元素及維生素缺乏），而術前的手術諮詢門診、心理衡鑑評估、術前術後的

營養照顧及術後復健運動規劃，都是減重手術治療療程中重要的部分。

結論

減重的最佳方式是運動合併飲食控制，對於減重效果顯著，若 BMI 較高且有肥胖併發症時，建議尋求醫師的協助，積極減重，可使用運動、代餐、藥物、手術等方法。減重手術是病態性肥胖治療方式之一，術後需規則返診追蹤，除外科門診外，應由營養師持續進行營養評估與指導進行階段性飲食調整（清流質、全流質、半流質、軟質飲食），並在復健科建議下養成規律運動習慣，以增加心肺適能、保持肌力與增加能量消耗，才能有效防止復胖，達健康促進之目標。

參考資料

1. 衛生福利部國民健康署 (2018, 9 月) ·成人肥胖防治實證指引 取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/EBook.aspx?nodeid=1788>
2. Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives General Psychiatry*, 67(3),

220-229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>

3. Melissas, J., Stavroulakis, K., Tzikoulis, V., Peristeri, A., Papadakis, J. A., Pazouki, A., Khalaj, A., & Kabir, A. (2017). Sleeve Gastrectomy vs Roux-en-Y Gastric Bypass. Data from IFSO-European Chapter Center of Excellence Program. *Obesity Surgery*, 27(4), 847-855. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2395-6>

護理部護理長 吳美枝