

成年人過重問題診斷、評估及生活方式治理指引

1. 引言

1.1 根據《2002年世界衛生報告》，大部分非傳染病是由體重過重、水果／蔬菜進食量不足和缺乏運動等誘因導致。¹

1.2 衛生署於2003年1月進行跨界別研究，以確定肥胖、過重和過輕在本港人口中的普遍率；探討市民對自己體重的看法；以及概述香港本地成年人控制體重的行爲。² 根據亞洲人的標準，16.4%屬於過重，而17.4%屬於肥胖。² 另一項於1990年代中期進行的本地調查發現，32.6%的男性和26.7%的女性屬於過重，而5.4%的男性和7.0%的女性屬於肥胖。³ 在該項調查中，過重的定義是體重指數介乎25.1至30.0公斤／平方米之間，而肥胖的定義是體重指數高於30公斤／平方米。³

1.3 肥胖使人患上相關疾病的風險增加(表1)⁴。

表1。肥胖人士與不肥胖人士患上不同疾病的相對風險⁴

疾病	相對風險	
	女性	男性
二型糖尿病	12.7	5.2
高血壓	4.5	2.6
心臟病	3.2	1.5
結腸癌	2.7	3
心絞痛	1.8	1.8
膽囊疾病	1.8	1.8
卵巢癌	1.7	
骨關節炎	1.4	1.9
中風	1.3	1.3

1.4 成年時期肥胖和過重會導致預期壽命大幅縮短。⁵ 壽命縮短的情況與吸煙導

致的情況相類似。⁵

1.5 基層護理對預防及治療肥胖發揮着重要的作用。對大部分人而言，我們應把肥胖視為有多重致病原因的終身慢性疾病。⁶ 國立心肺及血液研究所(National Heart Lung and Blood Institute)的報告確定一些介入措施，可有效減輕體重：(1) 節食；(2)運動；(3)行爲策略；(4)在可能情況下合併運用前三項；(5)有限度地採用藥物介入措施，再加上改變生活方式的策略；以及(6)爲特定病態性肥胖病人施行手術。⁷

1.6 本港華人不論是體重指標或是腰圍所反映的肥胖情況，與空腹血糖濃度、血壓以及高密度脂蛋白膽固醇和三酸甘油酯濃度的關係，比血漿胰島素更爲密切。⁸

1.7 成年人的定義並無明確的年齡分界線。然而，所有過重和肥胖的成年人(18歲或以上)如體重指標達 25，均被視為有患上高血壓、高血液膽固醇、二型糖尿病、冠心病等相關疾病以及其他疾病的風險。⁷爲實際的目的，我們一致同意在本指引以 18 歲或以上作爲分界線。

2. 診斷

2.1 體重指數(即 **BMI**，按體重(以公斤計)除以身高(以米計)的平方計算)是最常用的肥胖篩查測驗，亦是臨牀定義的依據。(B)⁹

美國預防工作小組(U.S. Preventive Services Task Force)曾審閱的文獻顯示，體重指數易於量度、高度可靠，並與成年人和兒童的體脂含量密切相關(0.7-0.8)。¹⁰

2.2 體重指數的分類

世界衛生組織(世衛)確認，在不同人口的同一體重指數，未必顯示相同的肥胖程度。¹¹ 下表是世衛有關亞洲人的亞太地區評論觀點(世衛國際肥胖問題工作組 2003)¹²：

類別	體重指數(公斤／平方米)
----	--------------

體重過輕	<18.5
正常範圍	18.5-22.9
體重過重：	≥23
前期過重	23-24.9
I 級過重	25-29.9
II 級過重	≥30

2.3 其他人體測量學的量度單位亦可用於評估肥胖的程度。在本港華人當中，體重指數、腰臀圍比例及腰圍等提供重要的資料，以評估心血管病風險(B)¹³

在男性方面，腰圍及在一定程度上腰臀圍比例所反映的中央肥胖症，解釋了有關血壓、血糖、脂質、胰島素和蛋白尿方面的大部分變化。在女性方面，反映整體及中央肥胖的全部三個指標均促成這些致病誘因的變化。¹³ 不同研究的腰圍截算值亦有所不同，在中國內地的一項研究中，華人男性的適當腰圍截算值為 85 公分，而女性的適當截算值為 80 公分。¹⁴ 另一項研究則建議，華人男性及女性的腰圍截算值應同為 80 公分(Wildman et al 2004)。

2.4 生物電阻抗分析雖然易於進行，但不建議用以準確評估身體脂肪的百分比。(B) 然而，此分析方法可用於積極並有意使用該指標作為參考的病人。(GPP)

生物電阻抗分析是估計身體脂肪百分比的簡單方法。然而，對預測一些華人人人口患上冠狀動脈病的致病誘因，這種方法卻不是有用的工具。¹⁵

量度身體脂肪的其他技術通常費用昂貴，而且並非隨時可運用。在臨牀環境中，量度體重指數是更為實際的方法；流行病學及觀察研究顯示，體重指數為大部分病人提供一個可接受的身體脂肪總量約數⁷。臨牀人員可使用其他人體測量學的量度單位，對肥胖情況作更多方面的評估。

2.5 一經作出過重、前期肥胖及肥胖的診斷，建議在醫療記錄上妥為記錄，以便持續處理問題。(GPP)

有充分證據證明，肥胖與患病及死亡率上升有關。⁴ 肥胖人士的體重減輕，會減少主要的致病誘因。過重及肥胖的成年人即使只是稍微減輕體重(甚至只是減去

原來體重的一成)，似乎亦會減少一些慢性疾病的誘因(例如高血壓、高血脂症、血糖過高症)，並可降低患病與死亡率。⁷

3 評估及治理

3.1 對於過重的病人，應考慮合併運用限制飲食熱量和定期運動的方法。(A)

美國國立衛生研究院國立心肺及血液研究所(National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute)曾審閱 86 篇有關隨機對照試驗的文章，以確定節食對減輕體重的效用(包括低熱量飲食、極低熱量飲食、素食、美國心臟協會(American Heart Association)飲食指引、全國膽固醇教育計劃(National Cholesterol Education Program)所訂限制熱量的節食第一步，以及其他各種大量營養素組合的低脂療程)。¹⁶ 我們在這些指引中載錄了該 86 篇曾審閱文章當中的 48 篇。這些隨機對照試驗提出充分和一致的證據證明，低脂飲食在 3 至 12 個月內，平均可以令原來體重減輕 8%，而體重這樣減輕，可以令腹部的脂肪減少。¹⁶

3.2 建議飲食應適度限制脂肪總量以及含適量碳水化合物和適量蛋白質。(C)

大多數主要專業團體的節食指引均建議營養均衡、分量減少、適度限制脂肪總量，以及含適量碳水化合物(主要是複合碳水化合物)和適量蛋白質的飲食。¹⁷ 這種飲食使整體攝取的熱量降低，從而減輕體重和減少身體脂肪。¹⁷ 任何以每星期減輕 1 至 2 磅為目標的計劃，必須包括令身體每天短缺 500 至 1,000 千卡熱量的個別制訂餐單。⁷

3.3 開始時鼓勵每星期進行三至五天、每天 30 至 40 分鐘的中度運動量。⁷ 設定長期目標，每星期多天(最好是每天)累積進行最少 30 分鐘的中度劇烈運動。⁷(C)

帶氧運動把肥胖男性因心血管疾病及其他原因致死的風險降低至低於不運動的不肥胖人士。¹⁸ 運動有助減輕體重；降低心血管疾病誘因(例如高血壓和糖尿病)和冠心病的風險；不涉及減輕體重而促進心臟及呼吸系統的健康；以及減少身體及腹部脂肪。¹⁹

3.4 必須評估過重病人減輕體重的動機。(A) 建議在過重病人的療程中運用激勵動機的面談技巧。(A)

有證據證明以「轉變階段」或跨越理論模式為依據的策略可有效增加個人的運動量。²⁰

試驗研究的結果顯示，為肥胖的女性非胰島素依賴型糖尿病患者進行標準行為治療計劃時加入激勵動機的面談，可顯著增加依循計劃建議和控制血糖療程的情況，儘管與標準組別比較，激勵動機組別所減輕的體重並非顯著較低。²¹

近期一項就激勵動機的面談進行的系統化檢討和整合分析發現，激勵動機的面談對治理過重或增加運動量均發揮顯著作用。在治療行為問題方面，激勵動機的面談更勝於傳統的意見提供。²²

3.5 對於過重病人，必須評估是否存在心血管疾病誘因，包括：

- a. 吸煙；
- b. 血壓；
- c. 家族成員曾患早發性心血管疾病(男性 55 歲或以上；女性 65 歲或以上或後閉經期)。(C)

一些與肥胖有關的疾病和致病誘因使病人列入因病致死的非常高危類別。⁷ 針對這些疾病，除臨牀治理外，亦有需要積極改變致病的誘因。⁷ 肥胖亦會使多種心血管疾病的誘因惡化。^{4,7} 必須識別這些致病誘因，作為臨牀介入程度的指引。⁷

3.6 對於過重病人，必須考慮評估是否存在其他心血管疾病誘因，包括：

- a. 血脂異常
- b. 空腹血糖受損或糖尿病。(GPP)

血脂異常及空腹血糖受損亦被視為與肥胖有關的心血管疾病誘因。⁷ 然而，本指引的編製委員會認為，基於資源問題，應按個別情況決定是否為過重病人進行血糖及膽固醇篩查。臨牀人員須作出臨牀判斷，以決定哪些病人應優先接受血糖及膽固醇水平篩查。

3.7 對於被激勵而有意減輕體重的過重病人，必須考慮進行跟進工作。(GPP)

加強工作的密度(接觸的次數與時間長短)及程度，與體重減輕有密切關係。⁷ 因此，由基層護理小組成員跟進病人體重減輕的進度是合理的做法。

建議摘要

- 體重指數(即 BMI，按體重(以公斤計)除以身高(以米計)的平方計算)是最常用的肥胖篩查測驗，亦是臨牀定義的依據。(B)
- 其他人體測量學的量度單位亦可用於評估肥胖的程度。在本港華人當中，體重指數、腰臀圍比例及腰圍等提供重要的資料，以評估心血管病風險。(B)
- 生物電阻抗分析雖然易於進行，但不建議用以準確評估身體脂肪的百分比。(B) 然而，此分析方法可用於積極並有意使用該指標作為參考的病人。(GPP)
- 一經作出過重、前期肥胖及肥胖的診斷，建議在醫療記錄上妥為記錄，以便持續處理問題。(GPP)
- 建議飲食應適度限制脂肪總量以及含適量碳水化合物和適量蛋白質。(C)
- 對於過重的病人，應考慮合併運用限制飲食熱量和定期運動的方法。(A)
- 開始時鼓勵每星期進行三至五天、每天 30 至 40 分鐘的中度運動量。設定長期目標，每星期多天(最好是每天) 累積進行最少 30 分鐘的中度劇烈運動。(C)
- 必須評估過重病人減輕體重的動機。(A) 建議在過重病人的療程中運用激勵動機的面談技巧。(A)
- 對於過重病人，必須評估是否存在心血管疾病誘因，包括：
 - a. 吸煙；
 - b. 血壓；
 - c. 家族成員曾患早發性心血管疾病(男性 55 歲或以上；女性 65 歲或以上或後閉經期)。(C)
- 對於過重病人，必須考慮評估是否存在其他心血管疾病誘因，包括：
 - a. 血脂異常
 - b. 空腹血糖受損或糖尿病。(GPP)
- 對於被激勵而有意減輕體重的過重病人，必須考慮進行跟進工作。(GPP)

參考資料

1. World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, WHO; 2002.
2. Priscilla Kwok, LY Tse. Overweight and Obesity in Hong Kong - what do we know? *Epidemiology Bulletin* Volume 13, Number 4 Sep 2004 Contents
3. Janus ED et al. Height, weight and body mass index. In: Janus ED, eds. *The Hong Kong Cardiovascular Risk Factor Prevalence Study 1995-1996*. 1996.
4. Bandolier. Obesity and health Mar 2001; 85-4
<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band85/b85-4.html>
5. Peeters et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals of Internal Medicine* 2003 138: 24-32.
6. A. John Orzano, and John G. Scott. Diagnosis and Treatment of Obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review. *J Am Board Fam Pract* 17(5):359-369, 2004. © 2004 American Board of Family Practice
7. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults-The Evidence Report. National Institutes of Health [published erratum appears in *Obes Res* 1998;6:464]. *Obes Res* 1998;6 Suppl 2:51S-209S.
8. Lee ZS, Critchley JA, Chan JC, Anderson PJ, Thomas GN, Ko GT, Young RP, Chan TY, Cockram CS, Tomlinson B. Obesity is the key determinant of cardiovascular risk factors in the Hong Kong Chinese population: cross-sectional clinic-based study. *Hong Kong Med J*. 2000 Mar;6(1):13-23.
9. US Preventive Service Taskforce. *Systematic Evidence Review* Number 21 <http://www.ahrq.gov>
10. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Alexandria, Virginia: International Medical Publishing, Inc.;1996:219-229.
11. World Health Organisation. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June, 1997. WHO/NUT/NCD/98.1. Geneva, 1998.
12. World Health Organisation The Asia Pacific Perspective. Redefining obesity and its treatment. http://www.wpro.who.int/pdf/obesity_final.pdf 2000.
13. Ko GT, Chan JC, Woo J, Lau E, Yeung VT, Chow CC, Wai HP, Li JK, So WY, Cockram CS.

Simple anthropometric indexes and cardiovascular risk factors in Chinese. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1997 Nov;21(11):995-1001.

14. Li G, Chen X, Jang Y, Wang J, Xing X, Yang W, Hu Y. Obesity, coronary heart disease risk factors and diabetes in Chinese: an approach to the criteria of obesity in the Chinese population. *Obes Rev.* 2002 Aug;3(3):167-72.

15. Tai ES, Ho SC, Fok AC, Tan CE. Measurement of obesity by anthropometry and bioelectric impedance analysis: correlation with fasting lipids and insulin resistance in an Asian population. *Ann Acad Med Singapore.* 1999 May;28(3):445-50.

16. NHLBI Obesity Education Initiative. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults:the Evidence Report. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. 1998;NIH Publication No. 98-4083.

17. Freedman MR, King J, Kennedy E. Popular diets: a scientific review. *Obes Res* 2001; 9 Suppl 1:1S-40S.

18. Wei M, Kampert JB, Barlow CE, et al. Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight, and obese men. *JAMA* 1999; 282:1547-53.

19. Obesity.. Singapore Associate for the Study of Obesity - Medical Specialty Society Singapore Ministry of Health <http://www.moh.gov.sg>

20. Bulwer, Bernard E. Sedentary lifestyle, physical Activity, and cardiovascular disease: From research to practice. *Critical Pathways in Cardiology: A Journal of Evidence-Based Medicine.* 3(4):184-193, December 2004.

21. Smith DE. Heckemeyer CM. Kratt PP. Mason DA. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot study. *Diabetes Care.* 20(1):52-4, 1997 Jan.

22. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British J of General Practice,* 55(513): 305-312, 2005 Apr.

證據級別及建議級別

摘自美國醫護政策及研究機構 (US Agency of Health Care Policy and Research)

級別	證據類別
1a	對多個隨機對照試驗進行整合研究所得出的證據
1b	從至少一項隨機對照試驗所得出的證據
IIa	從至少一項設計周詳的非隨機對照研究所得出的證據
IIb	從至少一項屬其他類型而設計周詳的擬實驗研究所得出的證據
III	從設計周詳的非實驗描述性研究（例如比較研究、關係研究及對照研究）所得出的證據
IV	從專家委員會的報告或權威機構的意見及／或臨牀經驗所得出的證據
級別	建議
A	在整體質素良好及貫徹一致並針對特定建議的文獻當中，其主體部分須至少包括一項隨機對照試驗。(證據級別為 Ia、Ib)
B	就建議所屬的主題而言，須有妥善進行的臨牀研究可供引述，但無須隨機臨牀試驗支持。(證據級別為 IIa、IIb、III)
C	須從專家委員會的報告或權威機構的意見及／或臨牀經驗所得出的證據，表示沒有直接適用的優質臨牀研究。(證據級別為 IV)
GPP	根據指引發展小組的臨牀經驗而建議的最佳實務指引

衛生署專業發展質素保證轄下臨牀審核／指引工作小組的成員名單

1. 陳玉珍醫生
2. 鄭佩君醫生
3. 何敬業醫生
4. 許燕芬醫生(主席)
5. 林永堃醫生
6. 劉錦棠醫生
7. 吳美儀醫生
8. 謝青雲醫生

特別鳴謝專業發展及質素保證的家庭醫學顧問醫生曾昭義醫生、蘇月明姑娘及劉敏維醫生就出版本指引給予支持。

聯絡人：許燕芬醫生

地址：九龍牛頭角定安街 60 號牛頭角賽馬會診所 2 樓家庭醫學深造培訓中心

傳真：2753 9555

電郵：smo_pdqa@dh.gov.hk

附註

- 撥款：無
- 對立利益：無
- 上次修訂日期：2005 年 11 月
- 歡迎提供意見或建議，請把意見或建議送交小組主席。

免責聲明

我們盡力確保本指引版本的內容準確齊全，但不保證全無錯誤或遺漏，而且也不會就使用當中所載資料而導致的損失或損害負上責任或法律責任。

我們不能認可或看似認可任何衍生或節錄資料，也不能就經修改資料的內容或使用負上責任。本指引的任何改編本，必須附加免責聲明加以說明。有關任何商品或服務的廣告宣傳或隱含認可，一概不准。