

序

依據本局 91 年三高（高血壓、高血糖、高血脂）研究調查顯示：國人代謝症候群盛行率：15 歲以上為 14.99%（男 16.9%，女 13.8%），且隨年齡上升而有增加的趨勢，且國外許多研究亦指出，代謝症候群未來罹患糖尿病、心臟病的機會，分別為一般人的 3 倍、2 倍，其衍生之中風、心臟病、糖尿病、腎臟病、高血壓等疾病，每年皆居台灣十大死因榜中，且其醫療費用支出與日俱增，儼已成為我國及全世界已開發國家重要的健康議題。

鑑於代謝症候群為糖尿病、心血管疾病之前端，為我國及世界之新興重要公共衛生重要議題，故本局於 93 年經邀集專家及 7 個專業團體，參酌我國國情，訂定出我國之臨床診斷準則，95 年 11 月經修訂為「代謝症候群之判定標準」，供推動代謝症候群防治工作之用。另於 94 至 95 年間補助中華民國糖尿病學會，邀集國內 9 個相關學會與專家，歷經召開 11 次會議之熱烈討論，研訂「代謝症候群防治工作手冊」，做為國內醫事人員推動工作時之參考。在此本人謹代表國民健康局，誠摯感謝中華民國糖尿病學會、中華民國心臟學會、中華民國血脂及動脈硬化學會、台灣肥胖醫學會、台灣動脈硬化暨血管病醫學會、台灣護理學會、台灣營養學會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國糖尿衛教學會等熱心參與，使本手冊順利完成，並冀望未來能繼續給予支持與協助。

最後，我誠摯地向本書所有作者，於百忙之中，為全國代謝症候群防治工作點燈，中華民國糖尿病學會何理事長橈通帶領之創意團隊全力付出、以及該會石副秘書長光中對全書做最後潤飾工作等，深表謝意。欣見書成，特為之序。

行政院衛生署國民健康局局長

蕭 美 玲 謹識

中華民國 96 年 1 月

序(2)

何橒通

代謝症候群是指一群代謝與心血管的危險因子，這些危險因子會增加罹患心血管疾病。近期發現腹部肥胖、葡萄糖失耐、血脂異常（三酸甘油酯含量高、高密度脂蛋白膽固醇含量低、小的低密度脂蛋白膽固醇含量高）與高血壓等疾病會相伴發生。這些代謝症候群組成因子（component）的患者罹患心血管疾病與死亡的機率都較一般人高，而這類組成因子則被取了各種不同的名字，例如：X 症候群、X 代謝症候群、胰島素阻抗症候群，最近則稱為代謝症候群。雖然這些組成因子常被提及，但直到 1998 年，世界衛生組織才為代謝症候群下了一個暫行性的定義。依照美國國家膽固醇教育計畫第三期報告的定義，代謝症候群日漸普及，造成心血管疾病的情形已經受到威脅，最近的研究顯示若能降低低密度脂蛋白膽固醇，則可減少心血管疾病發生的危險。然而，對代謝症候群的診斷因此變得十分重要。

胰島素阻抗已證實會經生理病理學的作用而增加冠心病罹患的危險，故處理代謝症候群需要新的治療方法：第一步是找出造成胰島素阻抗的危險因子中可改善的部份（例如：肥胖、活動量不足），接下來是謹慎考慮能夠改善高血糖、高血壓及血脂異常至臨床治療目標的藥物。我們處理的原則是提倡健康生活，積極應用生活型態改變的治療的方法，來替代謝症候群的處理奠定基礎，定期追蹤，以期減少國人糖尿病與心血管疾病產生，促進國民健康。

在此防治工作手冊編纂的過程中，我們特地邀請了本領域學有專精的學者、專家分別做全盤的探討，為「代謝症候群」開拓新的視野，希望藉由全方位的分析、了解，以提升和嘉惠病患的照護。參與此防治工作手冊的與會人員，均經過熱烈的討論後所得到的共識，編印這本「代謝症候群防治工作手冊」的目標是要提供臨床工作之參考，以改進代謝症候群病患的照護品質。

序(3)

戴東原

隨著物質生活的豐裕，體能活動的減少及壽命的延長，代謝症候群在全世界各角落有急速增加的趨勢。罹患代謝症候群者，其糖尿病、高血壓、血脂異常及肥胖症的罹病率、全死率與心血管疾病的罹病率及死亡率，都有上升的危險性。隨著年齡增長代謝症候群盛行率逐漸爬升，在台灣地區的女性此現象特別顯著。因此代謝症候群者已成為中老年人重要的健康問題。代謝症候群的患者其血中脂締素濃度較低，而脂締素與代謝症候群的五個組成因子密切相關，其中與身體質量指數、腰臀圍比值、血壓、三酸甘油酯及血糖值呈現負相關，而與高密度脂蛋白膽固醇呈現正相關。代謝症候群的發生機轉可能與內臟脂肪過多、高胰島素血症或胰島素阻抗及脂締素過低有關。代謝症候群的發生固然有遺傳的成份，但是生活方式也有密切的關係，改變飲食多攝取高纖，少吃富含飽和脂肪酸的食物，規則運動及舒解生活的壓力，有助於代謝症候群的預防及治療。必要時加上降血糖劑、降血脂藥及降血壓藥等藥物為治療主軸。有鑑於代謝症候群的發生與生活的富裕及人口老化息息相關，生活方式的反璞歸真應為預防與治療此文明病的座右銘。

著 者 (依姓氏筆劃排序)

于博芮	台灣大學護理學系講師
王舒儀	財團法人彰化基督教醫院新陳代謝科醫師
丘周萍	義守大學護理學系副教授兼系主任
石光中	三軍總醫院新陳代謝科主任
李弘元	台大醫院新陳代謝科醫師
李雪禎	陽明大學物理治療研究所講師
李麒麟	林口長庚紀念醫院新陳代謝科醫師
杜思德	財團法人彰化基督教醫院鹿基分院院長
林仁德	林口長庚紀念醫院新陳代謝科教授
林幸榮	台北榮民總醫院內科部心臟科主任
胡啓民	台北榮民總醫院健診科醫師
莊立民	台大醫學院內科教授
莊峻錕	林口長庚紀念醫院新陳代謝科主任
許妙如	陽明大學物理治療研究所講師
許惠恒	台中榮民總醫院新陳代謝科主任
郭清輝	台北榮民總醫院新藥臨床試驗中心主任
陳俊忠	陽明大學運動健康科學研究中心主任
陳思遠	台大醫院復健部醫師
陳慶餘	台大醫學院家庭醫學科教授
黃國晉	台大醫院家庭醫學部主治醫師兼副教授
黃麗卿	馬偕紀念醫院家庭醫學科主任
裴駒	慈濟綜合醫院台北分院新陳代謝科醫師
劉影梅	陽明大學社區護理研究所助理教授
潘文涵	中央研究院生物醫學科學研究所教授
蔡美文	陽明大學物理治療研究所講師
蕭淑代	國泰綜合醫院汐止分院護理科主任
蕭寧馨	台灣大學生化科技系教授
賴和賢	台大醫院家庭醫學科醫師
戴東原	財團法人台北仁濟醫院總院院長
蘇矢立	財團法人彰化基督教醫院新陳代謝科醫師

立場聲明

代謝症候群的判定標準、核心異常及其風險因素、臨床與公共衛生的意義及其處理方針

一、誰是代謝症候群的患者？

代謝症候群的判定標準仍在持續演進中，目前我們建議採用修改版的美國國家膽固醇教育計劃成人治療指引第三版的診斷標準，其中腹部肥胖則使用亞洲標準，如此除可與國際接軌和突顯其重要性外，同時更希望醫護人員與民眾使用方便。故代謝症候群判定標準為(1)腹部肥胖：男性的腰圍 $\geq 90\text{ cm}$ 、女性的腰圍 $\geq 80\text{ cm}$ 。(2)血壓偏高：收縮壓 $\geq 130\text{ mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 85\text{ mmHg}$ ，或是服用醫師處方高血壓治療藥物。(3)空腹血糖偏高：空腹血糖值 $\geq 100\text{ mg/dL}$ ，或是服用醫師處方治療糖尿病藥物。(4)空腹三酸甘油酯偏高： $\geq 150\text{ mg/dL}$ ，或是服用醫師處方降三酸甘油酯藥物。(5)高密度脂蛋白膽固醇偏低：男性 $<40\text{ mg/dL}$ 、女性 $<50\text{ mg/dL}$ 。以上五項組成因子，符合三項(含)以上者即可判定為代謝症候群。

二、代謝症候群的核心異常及其風險因素為何？

我們認為代謝症候群的核心異常是胰島素阻抗及(或)腹部肥胖，與不健康的生活型態息息相關。罹患代謝症候群的高風險因素包括身體活動不足、肥胖、年齡增加、男性、有家族史(含糖尿病、高血壓與心血管疾病)、吸菸、嚼食檳榔、無運動習慣以及少攝食蔬菜等。

三、代謝症候群的臨床與公共衛生的意義為何？

代謝症候群的臨床意義為早期篩檢心血管疾病及糖尿病高危險群，積極進行生活型態療法以回轉或減緩此症候群，必要時得以藥物控制；公共衛生的意義為進行全民教育，減少死亡率，減輕醫療經濟負擔，提昇生活品質，促進全民健康。

四、代謝症候群的處理方針為何？

需以持續的健康飲食、動態生活、體重控制與戒菸等生活型態療法為主。而對已經罹患心血管疾病或糖尿病者，更應積極使用藥物以加強危險因子之控制。

“代謝症候群防治工作手冊”研訂委員會
2006年三月

第一章 代謝症候群：演進中的觀念

黃麗卿

國人平均壽命延長，心血管疾病與糖尿病的盛行率增加，其醫療費用也與日俱增，故動脈粥狀硬化與代謝異常相關疾病的防治是國人重要的健康課題，在未發生併發症之前，應建立全面性多重危險因子的預防與治療對策，早期介入對疾病的進行惡化狀況改善，才能增進國人健康。

疾病防治著重在危險因子的篩檢，心血管相關疾病危險因子種類繁多，危險因子之間相互影響，而且有環境與種族的差異。在流行病學或臨床醫學中常見個案並非僅有單一危險因子，而是數個危險因子聚集一身，如高血糖、葡萄糖失耐、三酸甘油酯過高、高密度脂蛋白膽固醇過低、肥胖與高血壓，在生理研究中，顯示危險因子還包含血管內皮細胞功能不良、血中纖維蛋白溶解的活性減低、血管內發炎現象，這些危險因子潛在相似的新陳代謝異常，與胰島素阻抗和高胰島素血症有關，被命名為代謝症候群。故代謝症候群即是描述數個心血管相關疾病危險因子聚集的現象。目前尚未完全明瞭病因機轉，但是研究指出代謝症候群與肥胖及胰島素阻抗相關，代謝症候群的診斷與治療介入，可提供做為心血管疾病與糖尿病前期的預防保健。此章節介紹由歷史的角度談代謝症候群的興起與演進，以及比較國內外有關代謝症候群的定義。

第二章 代謝症候群的核心異常

黃麗卿

代謝症候群病因機轉可能來自基因與環境因素相互作用，環境因素包含高熱量飲食、靜態生活作息與低體能活動，而基因部分來自對身體能量代謝相關的基因。

以胰島素阻抗的病因機轉為主的理論，認為基因相關胰島素受器或受器後作用失調，在肌肉細胞、肝臟細胞和脂肪細胞的胰島素阻抗現象，導致高胰島素血症；環境因素如高熱量飲食、低體能活動量與肥胖也能減低胰島素的作用，胰島素阻抗與高胰島素血症引發糖尿病、血脂異常、高血壓、動脈粥狀硬化與心血管疾病。

目前研究認為脂肪細胞是一種身體能量代謝控制的內分泌組織，身體脂肪細胞增加，過多的脂肪細胞分泌各種內分泌物質，引起發炎反應或免疫反應，之後再影響細胞胰島素阻抗，或是直接導致血脂異常、高血壓，血管動脈粥狀硬化，導致各型心血管疾病或糖尿病後遺症。

第三章 代謝症候群的流行病學

隨著文明的進步、過多的食物攝取與活動量的減少，肥胖人口的盛行率逐漸增加，代謝症候群的盛行率也逐漸上升。隨其定義的不同，包括世界衛生組織、歐洲胰島素阻抗研究組織、美國國家膽固醇教育計劃成人治療指引第三版、美國臨床內分泌學會、國際糖尿病聯盟及美國心臟學會暨國際心、肺、血液研究所等定義，及所研究的族群不同，各國代謝症候群的盛行率難以比較。通常而言，男性比女性有較高的盛行率，此外，隨著年齡與身體質量指數的增加、社經地位較低或教育程度較低者，有較高的盛行率，家族遺傳也可能是其危險因子。飲食型態方面，採用富含蔬菜、纖維質、低糖飲食、地中海型飲食者較不易罹患代謝症候群；有運動習慣者亦可降低代謝症候群的發生；但吸菸與嚼檳榔等生活習慣，則增加罹患代謝症候群的機率，飲酒習慣則結論不一。在台灣，代謝症候群若以美國國家膽固醇教育計劃成人治療指引第三版為標準，則盛行率大約在 10-20%左右，若以修正後的美國國家膽固醇教育計劃成人治療指引第三版為標準（腰圍改為男性 90 cm、女性 80 cm 為腹部肥胖切點），盛行率則大約在 15-30%之間。老年族群在各方面的表現常與成年人不同，且老年族群的代謝症候群盛行率較成年人高，相對的對健康危害度也高，實值得吾人注意。雖然國際上並未針對兒童及青少年訂立代謝症候群一致性的定義，但兒童及青少年罹患肥胖及糖尿病逐漸增加，代表兒童及青少年的代謝症候群應受重視。除了腹部肥胖、胰島素阻抗、高血糖、血壓高、血脂異常之外，凝血因子異常、發炎因子過剩、膽固醇-脂質因子（包括 apolipoprotein-B，apolipoprotein-A1 及 lipoprotein(a) 等）、尿酸、plasminogen activator inhibitor-1 及微量白蛋白尿等，也可能是代謝症候群的成員。綜上所述，代謝症候群已是全世界的流行病，唯有透過減少上述的危險因子，方能預防代謝症候群及其未來所帶來的慢性疾病，而針對高危險族群，則應該及早篩檢，以早日發現、早日治療。

第四章 代謝症候群的影響

本章敘述代謝症候群對人體健康各方面的影響，包括與第 2 型糖尿病、高血壓、血脂異常、腦中風、心血管疾病以及老化等的關係。對生活品質的影響，本章亦有詳細敘述。最後並介紹了對代謝症候群的可能預防方法。

代謝症候群是中老年人重要的健康問題，與第 2 型糖尿病、高血壓、血脂異常以及心血管疾病等，有很密切的關係。代謝症候群致病機轉尚未清楚，但主要因素在於肥胖與胰島素阻抗，產生葡萄糖及脂肪代謝的異常，以及交感神經興奮，鹽分滯留等，進而演變出上述各種疾病。在演變過程中，還存在着或多或少的不明因素，因此，還需要進一步的研究，才能找出共同的病因及致病機轉。

在預防與治療方面，目前的看法，就是要及時找出代謝症候群的個案，給予改善生活型態的治療，包括飲食控制、增加活動量、減重等，以減少轉變成為糖尿病以及將來發生心血管疾病的機會。

第五章 代謝症候群的預防

陳俊忠

代謝症候群這一類疾病的危險族群，通常不容易在醫療體系中篩檢發現。因此，代謝症候群的預防工作，必須落實到醫院以外的社區與工作場所，提前篩選出危險族群，進行適當的健康促進介入，才能達到預防性疾病篩檢與防治的目的。代謝症候群篩檢的重要性，不僅在於能早期偵測及預防重要的慢性病，更希望藉此能提升大眾對累積性代謝異常的認識及警覺性。因此篩檢時，除了利用各個代謝功能的指標直接進行篩檢，在不同的族群執行篩檢時，還必須特別注意適當方法的選擇及重點指標的判讀，以顧及代謝症候群篩檢的特異性。

美國在 1999 年的健康調查報告曾指出生活型態因素（如：吸菸、飲食、生活型態、酗酒等）相較於其他因素（如：微生物起因、有毒物質、槍械、性病、違法藥物等）是死因的最大殺手；世界衛生組織在『2010 年健康民眾』的目標宣言（healthy people 2010）中也呼籲，要重視生活型態因素對於個人及社會之健康的明顯影響，強調不健康的生活型態應是保健及預防疾病之首要改善的工作目標。雖然影響代謝症候群的行為因子繁多，研究顯示：若能針對每一項相關的行為因子，採取正確的行為改變策略，的確能有效地減低代謝症候群發生的機率與嚴重性。目前健康行為改變理論，傾向以跨理論模式，說明人類的健康行為：是循環狀態的、是動態的，基於不同階段特性，使用不同處置的理論介入，從而改變個人的健康行為，行為改變的方式雖多，仍以藉由生活型態的介入為最佳模式。

橫斷面的研究發現，代謝症候群之有無與受試者之身體活動量或最大攝氧量皆有統計相關，身體活動量愈大或最大攝氧量愈大者，其發生代謝症候群之機率較低，運動心肺耐力似乎能解釋代謝症候群診斷對死亡率之大部份作用，且適當的運動介入可有效降低發生代謝症候群之機率。國人的飲食普遍仍有營養不充足與不均衡的問題，所欠缺的營養素與食物類都對慢性疾病的防治有顯著的影響，若不加以改善，必然加重社會與家庭的醫療負擔。營養是健康的基礎，食物是營養素之來源，因此預防之道首要協助國人積極改善飲食型態，使國人無分男女老少，均能依照個人之遺傳特質與需求，選用適當的食物，獲取充足的營養。

本章除了按照過去一般疾病三段五級預防醫學的模式所擬定的疾病分期以及該期的預防模式，也嘗試以症候群模式，考量做出預防模式的規劃。所謂的症候群模式則是指，在其病程進展的區分為症候前期及臨床期。症候前期（初段預防）所必須著重的有兩大族群，一是一般大眾，另一者則是高危險族群。針對一般大眾而言，需藉由多元化的大眾傳播工具，促進民眾對代謝後群的認知，並從而導引國人建立起健康的生活型態，而針對高危險族群時，則必須在不同的場合對其進行健康促進的工作，減低其未來罹患代謝症候群的風險。在代謝症候群的症候期（次段預防），努力的目標除了如何藉由定期的篩檢早期發現個案外，個別針對個案進行非藥物的治療也是此一時期預防工作的重點。

第六章 代謝症候群的處理—概念策略

吾人處理代謝症候群的目的，在針對高危險群對象，預防發生心血管疾病與糖尿病。首先根據身體檢查、血壓測量與抽血結果，確定診斷為「代謝症候群」，同時輔以長期性心血管疾病風險指標 Framingham 風險指數進行評估。然後根據診斷代謝症候群的要件，若高危險群對象有腹部肥胖，則應減重，有吸菸行為則應戒菸，若有血脂、血壓、血糖等異常，則請依治療處理準則處置。我們處理的原則是提倡健康生活，積極應用生活型態改變的治療的方法，來替代謝症候群的處理奠定基礎，定期追蹤，以期減少國人糖尿病與心血管疾病產生，促進國民健康。

第七章 代謝症候群的處理—非藥物治療

李麒麟

診斷代謝症候群的 5 個結構性核心條件，除了異常肥胖、三酸甘油酯過高、高血壓及糖尿病依臨床的判斷需要合併藥物治療外，餘則皆是本章節特別強調單以生活型態的改變作介入治療。

根據糖尿病預防計劃研究的結果是支持生活型態的改變是可以預防糖尿病的發生，減重同時也可以降低三酸甘油酯、增加高密度脂蛋白膽固醇及改善高血壓。生活型態的改變以健康的飲食及適宜足夠的運動為主，健康的飲食營養素組成方面，要控制熱量，減少飽和脂肪、膽固醇、反式脂肪及精製糖類，改用單元不飽和脂肪酸，增加膳食纖維，善用穀類纖維等；就食物選用方面，橄欖油提供單元不飽和脂肪酸、豆類與魚類提供優質的蛋白質、多蔬果、多用全穀類、增加堅果類等，都是對代謝症候群極為有利的飲食型態。適宜足夠的運動可以減少罹患心血管相關疾病的風險，建議每天至少 30 分鐘以上的體能活動，而漸進式地增加至每日 60 分鐘約為每週 2,000 kcal 的熱量消耗，可達體重控制的目的，而中、高強度有氧運動的介入，能顯著地改善血中三酸甘油酯的含量、血壓、葡萄糖失耐及縮減腰圍。運動前身體狀況的風險評估及運動方式仍需個別考慮，運動方式以選擇適合個人喜好的運動較能持久，有專人指導則更佳。在糖尿病預防計劃的研究中，大部份參加者所作的運動只是健走或快步走，每星期最少 5 天，每天 10,000 步，實行起來簡單方便，推廣較容易，可行性亦高。

實行生活型態的改變必需要有一套完善的衛生教育，兼顧心理層面及行為習慣修正等的輔導，才能將健康的飲食及運動等有效的傳授並融合在日常生活裏，得以持久的運作。黃帝內經《靈樞·逆順》第 55 篇中所言「上工治未病，中工治已病，下工治末病」，實行生活型態的改變介入治療代謝症候群約相當於中工的位階，而上工的位階較可行的是依循自然篩選及適應的法則，較符合目前醫學倫理等的考量。

第八章 代謝症候群的處理—藥物治療

莊峻鍾

代謝症候群合併空腹血糖偏高及葡萄糖失耐，目前尚無足夠的証據支持以藥物取代或附加於生活型態改變來預防糖尿病。至於代謝症候群合併糖尿病的藥物治療，口服抗糖尿病藥物包括（1）促胰島素分泌劑：有磺醯脲素及非磺醯脲素（2）雙胍類（3）thiazolidinediones 及（4）阿爾發一葡萄糖苷酶抑制劑。胰島素製劑則包括速效、短效、中效及長效胰島素，其主要副作用為低血糖。胰島素療法包括每日單次、二次、多次胰島素注射及連續皮下胰島素灌注(胰島素幫浦)。

代謝症候群合併血脂異常的藥物治療，對低密度脂蛋白膽固醇過高者，以降低低密度脂蛋白膽固醇為治療目標，HMG-CoA reductase inhibitor (statins) 類藥物是第一選擇。低密度脂蛋白膽固醇正常，而三酸甘油酯過高及高密度脂蛋白膽固醇過低者，應以 fibrate 藥物為主。此外，nicotinic acid 可降低低密度脂蛋白膽固醇、三酸甘油酯，並有效增加高密度脂蛋白膽固醇。對低密度脂蛋白膽固醇及三酸甘油酯都高者，在單一藥物無法達到治療目標時，可合併使用 statins 與 fibrates，但是要注意肌肉發炎、肌肉疼痛之發生。statins 也可與 nicotinic acid 一起使用。代謝症候群目前尚沒有一致性之低密度脂蛋白膽固醇治療目標，但有糖尿病或心血管疾病者，其低密度脂蛋白膽固醇應降至 100 mg/dL 以下。而三酸甘油酯治療目標則在 150 mg/dL 以下。若是低密度脂蛋白膽固醇濃度不高，應以非-高密度脂蛋白膽固醇濃度為治療目標，其目標值為低密度脂蛋白膽固醇之標準加 30 mg/dL。

代謝症候群合併高血壓時，治療其高血壓時，須考慮降血壓藥物對代謝及腎功能的影響。鈣離子阻斷劑、血管張力素轉換酶抑制劑 (angiotension converting enzyme inhibitor, ACEI) 及血管張力素受體抑制劑 (angiotensin II receptor blocker, ARB) 可改善胰島素敏感性，不影響血脂肪，且較其他降血壓藥物更能有效的降低蛋白尿並延緩腎功能的惡化。因此，在代謝症候群的病人，建議使用血管張力素轉換酶抑制劑、血管張力素受器抑制劑或是不會影響代謝因子的鈣離子阻斷劑；如果病人同時有糖尿病腎病變的話，更應優先考慮。

第九章 結論與建議

代謝症候群目前仍只是一群容易導致心血管疾病的危險因子的總稱，而非是一個疾病，因此在診斷上仍應依其所具有的各個危險因子進行臨床診斷，並告知病患。但是，在病人的臨床處理及照顧上，我們則須謹記代謝症候群所提醒的概念並著重在如何協助病患減除這些危險因子。在實際的執行層面上，除了對於已經進入臨床期的各個危險因子進行必要的藥物治療外，更重要的是我們應藉著民眾較願意接受醫事人員建議的心理，在詳細了解病人的生活型態及飲食習慣後，提出建議，利用非藥物的方式針對這些易導致粥狀動脈硬化的危險因子進行介入。雖然醫學界對於此一症候群發生的致病機轉雖仍未完全了解，但根據上述的描述，我們確實可以知道這一個症候群的確是在文明及科技進步深深改變了人類生活方式後才日益增多。目前一些介入性研究也指出若能具有均衡的飲食及足夠運動時的確可以預防代謝症候群各個相關危險因子的發生。因此希望對社會大眾傳遞的訊息，是要有一健康的生活型態，其主要所指的包含均衡的飲食和規律的運動習慣。以政府機關的立場而言，在面對國人健康及國家健康照護系統造成重大影響的此一新興症候群，確實有其必要積極處理並及早準備。當中可以努力的大致可以分為以下兩個方向，其一是在現有健康照顧體系內的努力，其二是和其他政府部門及民間團體的合作。就各種機構而言，最重要的莫過於教育機構了。許多的生活習慣不論飲食或是運動是在求學的生涯中養成的。而如何能夠在這時期內教導國家未來的主人翁包括兒童和青少年具有足夠的健康常識去了解怎麼樣才是吃得健康，活得健康，並能夠以此基礎所發展出來的生活習慣。就成年人的生活而言，除了居家生活外，最多的時間將會是在其工作的場所當中度過，因此在對於代謝症候群這一個會嚴重危害成年人健康的疾病的防治上，職場的投入也占有不可或缺的角色。