

代謝症候群收案與追蹤實務操作分享

凱程診所 張凱傑醫師

前言

國健署與健保署於111年7月1日起，開啟了「代謝症候群防治計畫」，讓西醫基層醫療院所能夠按照該計畫，進行對相關代謝症候群民眾的個案管理、衛教計畫，與成果評估。本篇文章主要在說明此計畫進行的流程、相關注意事項，與實務操作時可能遇到的狀況給予參考。凱程診所於第一時間就加入此計畫，並且實際參與全程收案過程，實務操作狀況是以小型診所（凱程診所，以下簡稱本院）的人力作為說明，人力較為充裕的院所可以參訪基糖協推薦之典範院所，以典範院所的模式來做為自身診所進行代謝症候群收案的調整。

緣起

代謝症候群，過去曾被稱作 Syndrome X，主要是以幾項代謝指標（腰圍、血壓、血糖、高密度脂蛋白及三酸甘油酯）為依據，大於三項以上超標，即稱為代謝症候群，詳細指標如圖1。代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，過去由於全民健保的規範主要給付用在治療疾病本身，之後雖然有類似糖尿病品質提昇計畫等個案管理的方案施行，但也都還是必須先診斷為疾病為前提。對於這

些可能屬於疾病前期，個案也處於亞健康狀態的代謝症候群患者，過去並沒有很好的追蹤管理辦法可供基層醫療院所遵行，也沒有相關的給付規定。國健署代謝症候群防治計畫，等於是過去成人預防保健的後續追蹤與擴大執行，透過推行此計畫，結合疾病前期之危險因子防治，由醫療專業人員指導病患增進自我健康管理識能，以期達到慢性病防治的目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。



圖1：你有代謝症候群嗎？5中3要注意！！

計畫收案

目前（民國112年12月31前）每家醫療院所可收案300位代謝病患，113年預計於修正公告後可增加至

500位病患。但不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」（筆者按：即俗稱DM共照網與DKD共照網）或其他特約醫事服務機構重複收案。對象為具全民健保資格之20-64歲民眾，除了符合三項以上代謝指標外，也加入了糖尿病前期（糖化血色素介於5.7至6.4%）的族群。

代謝症候群之相關檢測資料，可採收案日前3個月（90天）內之檢驗、檢查數據（含成人健康檢查）。新收案時，會告知病患其符合代謝

收案的條件，並依收案對象狀況，擬訂個別化照護目標及策略。收案時需交付「代謝症候群疾病管理記錄表」衛教指引，含營養諮詢、健康諮詢、醫病共決之代謝改善具體目標、血壓自我管理（722記錄表）等，給予收案對象進行自我管理。
個案管理

依照護理時程，於該收案完成後30天內，需將收案對象之相關資料上傳至VPN。VPN個案登錄填表說明，如下表1。

目前VPN內已不需再輸入「慢性

「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」VPN個案登錄系統欄位

序號	欄位名稱	診療階段(V代表必填)		
		新收案	追蹤管理	年度評估
1	醫事機構代號	系統帶入	系統帶入	系統帶入
2	身分證號	V	V	V
3	出生日期	V	系統帶入	系統帶入
4	姓名	V	系統帶入	系統帶入
5	性別	V	系統帶入	系統帶入
6	前次就醫日期	V	系統帶入	系統帶入
7	醫師身分證號	V	V	V
8	醫師姓名	系統帶入	系統帶入	系統帶入
9	收案/追蹤/年度評估日期	V	V	V
10	診療階段	V	V	V
11	追蹤方式	V	V	V
12	追蹤項目	V	V	V
13	危險因子-抽菸	V	V	V
14	危險因子-嚼檳榔	V	V	V
15	危險因子-嚼檳現況	V	「追蹤項目」選擇「戒檳」時必填	V
16	危險因子-嚼檳原因	V	「追蹤項目」選擇「戒檳」時必填	V
17	危險因子-戒檳指導	V	「追蹤項目」選擇「戒檳」時必填	V
18	伴隨疾病	V	V	V
19	檢查日期	V	V	V
20	檢查數據-身高	V	V	V
21	檢查數據-體重	V	V	V
22	檢查數據-BMI	系統帶入	系統帶入	系統帶入
23	檢查數據-腰圍	V	V	V
24	檢查數據-收縮壓	V	V	V
25	檢查數據-舒張壓	V	V	V
26	血壓值來源	V	V	V
27	檢查數據-飯前血糖	V	新收案時≥100者，提醒須至少填寫一次	新收案時≥100者必填
28	檢查數據-三酸甘油酯	V	新收案時≥150者，提醒須至少填寫一次	新收案時≥150者必填
29	檢查數據-高密度脂蛋白膽固醇	V	新收案時(男性<40mg/dl·女性<50mg/dl)者，提醒須至少填寫一次	新收案時(男性<40mg/dl·女性<50mg/dl)者必填
30	檢查數據-低密度脂蛋白膽固醇	V	新收案時≥130者，提醒須至少填寫一次	新收案時≥130者必填

「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」VPN個案登錄系統欄位

序號	欄位名稱	診療階段(V代表必填)		
		新收案	追蹤管理	年度評估
31	檢查數據-糖化血紅素	飯前血糖值 ≥100mg/dL 者必填	新收案時>5.6者，提醒須至少填寫一次	新收案時>5.6者必填
32	檢查數據-總膽固醇	V	新收案時>200者，提醒須至少填寫一次	新收案時>200者必填
33	降血脂藥物	V	V	V
34	降血壓藥物	V	V	V
35	降血糖藥物	V	V	V

表1：「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」VPN個案登錄系統欄位填表說明個案追

疾病風險評估值」，當所有必要量測數據，包含抽血檢驗項目等都齊備存檔後，系統會自動帶入數值。本院會將此評估的高中低風險，填入個案疾病管理記錄表中，提醒病患注意並避免併發症。本院會依病患的狀況與需求，預約回診時程，預約營養（護理）衛教門診，或3~6個月後的現場門診，以利後續抽血檢驗追蹤事宜。

個案追蹤

可利用電腦資訊系統，不論是經由HIS(展望或耀聖等)匯出，付費個案管理系統，自行設計EXCEL表格等方式，找到代謝新收案且超過70天以上未回診的個案，利用電話訪問的方式進行追蹤。於電訪中可以詢問病患的近況、是否有自我進行722血壓量測？飲食控制及運動的習慣等，也可詢問病患的身高、體重、腰圍及自我量測的血糖數值。個案若於70日以上有門診現場回診時，不論本日回診之目的為何，均可進行代謝追蹤評估與衛教，測量血壓、體重、腰圍等必要測量項目。利用電訪之個案追蹤，可以無卡方式掛號「其他」，卡序為「MSPT」，申報P7502C。

個案追蹤滿三次後才能進行年度評估，故持續追蹤是完成代謝防治評估最重要的一環。追蹤過程中新收案時抽血檢驗數值有異常之項目，於三次追蹤內至少要有一次追蹤數值填入。表1為新收案、追


蹤管理，年度評估VPN內必要登錄欄位（節錄）。

年度評估

年度評估一樣要作抽血檢驗，有些院所是先作檢驗再作評估，有些院所則是年度評估時直接抽血，之後再約時間看報告說明。唯一要注意的是年度評估時不可用個案追蹤時的抽血檢驗數據即可。年度評估完成，若病患的代謝數值已改善，已不符合代謝症候群的收案標準，則可將此個案進行結案，以利收案新個案。若病患持續符合代謝條件，甚或新增其他代謝問題，則和新收案時相同，需和病患共決討論出未來一年的目標值，並於70天後可進行第二年度的第一次代謝追蹤流程。

收案心得

過去一年多來，本院也持續在學習當中，也觀摩很多典範院所的作法，滾動式地調整整個收案及追蹤流程。筆者也多次承台北市衛生局、新北市醫師公會，台灣家庭醫學醫學會等單位邀請進行相關代謝症候群防治計劃申請加入的宣導演講。代謝症候群防治計劃是慢性病防治的前瞻計劃，過去我們在門診遇到這些病患頂多在40歲以上的成人進行成人健檢，在門診當中進行軟性衛教，提醒病患定期追蹤（但病患常消失一兩年以上？）。現在有一套相當完整的追蹤管理規範可供遵循，且有經費支應，讓院所的追蹤與衛教是可以申請到費用，雖然



行政程序 VPN 登錄上的確比較繁複，但現在也已經大幅減少必要欄位（如上表），也省去上網查詢慢性風險評估的數值，可以說已簡化很多行政壓力，讓小型診所也能在人力可負擔的情況下進行持續收案追蹤。在病患的滿意度上，雖然還是不乏缺乏疾病認知的民眾，認為自己未達需追蹤的風險程度，但大多數照護民眾都很欣然接受我們的追蹤與衛教，且多能配合回診抽血檢驗及年度評估。也許本院作的還不夠多，衛教次數和強度還不

夠深入，以致病患的臨床數據改善（體重減輕、腰圍變小、血壓變好、血脂改善，血壓降低等）也都還有持續進步的空間，但是我們深信只要堅持信念，做對病患有益的健康促進，在公共衛生慢性病的防治上一定能有長遠的影響。也希望還未加入代謝症候群防治計劃或已加入計劃還未收滿個案的院所，都能收好收滿，在疾病前期就作好個案管理，避免各項併發症的出現，共勉之。

參考資料：

1. 你有代謝症候群嗎？ 衛生福利部國民健康署健康九九網站
<https://health99.hpa.gov.tw/material/2250>
 2. 全民健康保險代謝症候群防治計畫(112.07.17修正公告)
<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5336-7d018-2901-1.html>
 3. 代謝症候群防治計畫照護流程與指導手冊
<https://health99.hpa.gov.tw/material/8041>
 4. 全民健康保險代謝症候群防治計畫-慢性病風險評估相關注意事項(111.08.16衛生福利部國民健康署更新).PDF
 5. 「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」VPN個案登錄系統欄位填表說明 <https://medvpn.nhi.gov.tw/qmze1000/QMZE1001S01.aspx>
- 