

預防肌少症的飲食對策

◎高雄長庚營養治療科營養師 吳靜宜



專長

臨床營養、體重管理、大量食物製備

依照聯合國世衛組織認定，將 65 歲以上人口占總人口比率達到 7% 訂定為高齡化社會、14% 為高齡社會，達到 20% 則為超高齡社會。台灣在 1993 年成為高齡化社會，預計在 2018 年老年人口將超過 14%，邁入高齡社會。由「高齡化社會」進入「高齡社會」，台灣歷時約 25 年，相較歐美國家快速許多；更驚人的是預計 8 年內進入「超高齡社會」，相當於全國每 5 位就有 1 位為老年人。

老年人的營養需求由多種因素決定，包括本身健康問題、相關的器官退化、個人的活動量、能量消耗和熱量需求、攝取和消化食物的能力等等，老年人營養不良會造成罹病率及死亡率增加，根據美國營養學會及腸道營養學會

對營養不良的定義為符合 6 項危險因子的 2 項：

- 攝取量不足
- 體重流失
- 肌肉量流失
- 皮下脂肪流失
- 局部或全身的水分蓄積
- 手的握力不足

若老年人在 1 年內不自覺的體重流失大於 5~10%，代表嚴重的營養不良徵兆，可能會增加死亡率，原因通常有下列幾種情況：攝取不足、厭食、肌肉流失（肌少症）、惡病質（發炎狀態），肌少症可能導致失能、跌倒及死亡率增加；而發生肌少症的原因包括：慢性病、內分泌改變、營養不足等。

Rosenberg 等人在 1989 年創造了「肌少症」名詞，主要特徵是隨者年齡增加肌肉質量及肌肉力量的流失，歐盟肌少症工作小組（European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP）於 2010 年對於肌少症的診斷標準，為符合肌肉質量減少、肌力減弱或行動能力變差的其中兩項，臨床上也以每秒步行距離小於 80 公分作為篩檢工具。國家衛生研究院指出台灣肌少症的盛行率為 7.3%，肌少型肥胖症的老人為罹患代謝症候群的高

危險群，其風險值為一般老人的 11 倍之多，早期發現以及提早介入治療已知為預防肌少症最佳策略。

● 運動方面

肌少症的非藥物療法包括運動及營養介入，根據實證醫學文獻證實運動及營養介入療法是安全、有效的。運動方式包括阻力性及平衡感的訓練，如健走、爬樓梯、從椅子上站起來、攜帶或搬運雜貨等重物，以及踏步和跳躍的負重活動，每週至少進行 2 次，採取漸進式直到每次 40 分鐘。

● 飲食方面

預防肌少症的飲食主要是蛋白質的攝取量。現有的文獻證據指出健康老年人的蛋白質攝取量應依體重每天每公斤建議攝取 1.2~1.5 公克，平均分於各餐。

60 公斤的老年人每天應攝取 72 公克的蛋白質，大約每餐攝取一兩半的魚或肉類。蛋白質的品質取決於生理價值，例如蛋豆魚肉類及奶類的品質優於全穀根莖類、蔬果；奶類則每天應攝取一杯以上以獲取鈣質及維生素 D；當維生素 D 濃度過低，會造成肌力下降，可能進一步造成肌少症、跌倒發生率增加。

根據衛生福利部國健署國人膳食營養素參考攝取量第七版，大於 50 歲以上的民眾蛋白質建議攝取量為每公斤體

重 0.9~1.0 公克，對於預防或治療肌少症的老年人來說可能是不足夠的。

台灣成年人的理想體重標準為 $18.5 \leq \text{BMI} < 24$ ，（BMI 的計算方法為「體重（公斤）/ 身高（公尺）²」），當 $\text{BMI} \geq 24$ 代表「體重過重」， $\text{BMI} \geq 27$ 代表「肥胖」。而 1997 年美國一篇對於大於 70 歲的健康老年人（受試者：7260 人）研究指出，BMI 介於 25.0~29.9 時並不會增加死亡率，對於肥胖的老年人體重流失也應該留意是否發生肌少症，若體重持續流失則可考慮補充含有蛋白質及熱量的均衡營養品，而非單一營養素的補充。

其他預防肌少症的營養素包括乳清蛋白、W-3 脂肪酸、維生素 D、支鏈胺基酸，如：白氨酸、異白氨酸、纈胺酸；值得注意的是各種營養素應該均衡攝取才可發揮一加一大於二的功效，單一營養素大量攝取可能是有害的。

因此飲食內容應包含優質蛋白質食物—植物性來源：黃豆及其製品，如：豆漿或豆腐等食物；動物性來源：魚類、肉類、雞蛋等食物，魚類可適當攝取富含 W-3 脂肪酸例如鮭魚、沙丁魚等。文獻也指出對於肌少症的老人族群，應該同時採取運動及營養療法，如此才有增強肌肉質量及力量的效果。👉

