



台灣更年期醫學會

The Taiwanese Menopause Society

會訊
55 Nov. 2017

如
康

永和九年歲在癸丑暮春之初會于會稽山陰之蘭亭脩
 禊事也羣賢畢至少長咸集
 此地有崇山峻嶺茂林脩竹又有清流激湍映帶左右引以為
 流觴曲水列坐其次雖無絲竹
 弦之盛一觴一詠亦足以暢敘
 幽情是日也天朗氣清惠風和
 暢仰觀宇宙之大俯察品類之
 盛所以遊目騁懷足以極視聽
 之娛信可樂也夫人之相與俯
 仰一世或取諸懷抱悟言一室之
 內或因寄所託放浪形骸之外
 雖趣舍萬殊靜躁不同當其欣
 於所遇暫得於己快然自足不
 知老之將至及其所之既倦情
 隨事遷感慨係之矣向之所
 欣俯仰之間以為陳迹猶不能
 不以之興懷況脩短隨化終
 期於盡古人云死生亦大矣豈
 不痛哉每覽昔人興感之由
 若合一契未嘗不臨文嗟悼不
 能喻之於懷固知一死生為虛
 誕齊彭殤為妄作後之視今
 亦猶今之視昔悲夫故列
 敘時人錄其所述雖世殊事
 異所以興懷其致一也後之攬
 者亦將有感於斯文

王右軍蘭亭集序
 歲次丙申重九

張峰銘教授
張教授胎兒醫學中心—台安診所院長



掃描QR Code
醫學新知一把抓

台灣更年期醫學會
發行

佑汝

2.5 毫克
膠囊

GESTRIN
CAPSULE 2.5mg "P.L."

Gestrinone 2.5mg 一周二次
改善子宮內膜異位症相關症狀



六個月療程期間：

- 不影響骨密度 [1]
- Estradiol濃度：12~208 pg/ml [2][3]
- FSH濃度：unchanged [2][3]
- LH濃度：maximum 12 IU/L [2][3]
- 療程結束後最快30天懷孕 [4][5]

Reference : 1. Fertil Steril. (1996)66:6:911-918 . 2. Repro. Fertil. Dev.(1993).5:103-9 . 3. Fertil Steril. (1989)51:5:939-946 . 4. J Med Assoc Thai (1999)82:1:9-14 . 5. Acta Obst Gynaec Jpa(1988)40:4:459-466

Contents

目錄

Topic 01	學會組織	
	• 學會組織名單.....	2
	• 理事長的話 黃泓淵理事長.....	3
	• 秘書長的話 吳憲銘秘書長.....	4
	• 編輯主任委員的話 蔡景州醫師.....	5
	• 主編的話 陳美州醫師.....	6
Topic 02	活動剪影	
	• 2017年5月13日第11-7次理監事聯席會.....	7
	• 2017年5月13日民眾衛教講座—台南奇美醫院.....	7
	• 2017年7月22日第11-8次理監事聯席會.....	7
	• 2017年7月22-23日年會暨學術研討會.....	8
	• 2017年8月5日民眾衛教講座—台南奇美醫院.....	9
	• 2017年8月19日第12-1次理監事聯席會.....	9
Topic 03	學術活動	
	• 2017年工作計畫.....	10
Topic 04	學術專欄	
	• 許沛揚醫師 中年婦女適合的避孕方式.....	12
	• 李宗賢醫師 早發性停經的後續效應與治療方針.....	15
	• 潘恆新醫師 高齡婦女生育醫療之倫理與法律議題.....	19
	• 黃泓淵醫師 對於中高齡婦女接受捐卵的建議.....	22
Topic 05	住院醫師專欄	
	• 李耀泰醫師 預防骨鬆症藥物的用藥假.....	27
Topic 06	會務摘要	
	• 第11-8理監事聯席會.....	31
	• 第12-1會員大會.....	33
	• 第12-1理監事聯席會.....	35
	• 會員園地、投稿須知、捐款及贊助.....	37
	• 入會申請書.....	38



■ 學會組織名單【依姓氏筆畫排列】

第十二屆 理監事名單

理 事 長	黃泓淵
秘 書 長	吳憲銘
副 秘 書 長	何彥秉、徐英倫
名譽理事長	黃國恩
常 務 理 事	楊再興、蔡永杰、蔡英美、鄭碧華
理 事	周松男、林時羽、許朝欽、陳芳萍、陳美州、陳瑞堅、曾啟瑞、葉聯舜、蔡景州、賴宗炫
常 務 監 事	謝燦堂
監 事	何積泓、張芳維、劉明道、龍震宇

■ 各委員會主任委員

住院醫師教育委員會

主任委員	黃國恩
委 員	蔡英美、陳芳萍、陳瑞堅、曾啟瑞、葉聯舜、張芳維

國際事務委員會

主任委員	謝燦堂
委 員	黃國恩、周松男、楊再興、曾啟瑞、陳芳萍、蔡英美

公共事務委員會

主任委員	周松男
委 員	陳瑞堅、劉明道、許朝欽、張芳維、楊再興、鄭碧華

學術教育委員會

主任委員	蔡英美
委 員	陳芳萍、曾啟瑞、賴宗炫、葉聯舜、陳美州、蔡永杰

會刊編輯委員會

主任委員	蔡景州
委 員	陳美州、賴宗炫、林時羽、鄭碧華、何積泓、龍震宇

法律顧問

長安法律事務所	黃正安律師
蔡淑文律師事務所	蔡淑文律師

敬愛的學會先進與會員朋友們，大家好！

台灣更年期醫學會自 1995 年黃國恩教授成立至今已二十二年了，以「定期舉辦學術研討會，促進更年期醫學學術交流、出版有關更年期及停經後之學術論文雜誌書刊或通訊、積極參加國際更年期醫學相關之會議及活動與更年期有關之研究與醫療」為宗旨，多年來在歷屆理事長、理監事和會員們的共同努力下，透過良好的溝通與無私的合作，學會建立非常良好的基礎並穩定成長，我們累積了極為豐富的學術活動與公共議題政策制定與實施，大幅提升了我們更年期醫學的水準。

隨著國人壽命不斷的延長，女性平均壽命已達 83.6 歲，超過 65 歲以上的人口已接近百分之十五，其中有三分之二是女性；以停經年齡 50 歲後推估平均餘命仍約 35 年。因此在停經後第一階段的黃金六年 (STRAW +1)，很多的疾病在這段期間風險評估與臨床適當與即時處置，可以大幅減低之後疾病的發生與罹病率，比如骨質疏鬆症、更年期障礙，肌少症、神經系統統合功能、心血管疾病、代謝症候群等，而隨著治療方式與研究不斷的精進，帶來更好的結果，讓我們對提升婦女後半階段人生 (STRAW +2) 餘命的生活品質，充滿信心。

多年來學會也歷經了種種爭議事項與社會的挑戰，幸運地在所有理監事與會員們大家的努力與協助下一一克服，也維持了我們學會一非常好的名聲。更年期醫學發展神速，現今多元的社會的進步勢必趕不上，因此有些目標無法一蹴可成。雖然有忙不完的議題與事務，但這正是我們全體會員能多多參與與努力的機會，使我們的學會能持續傳承，進步再進步。這真誠如蘇軾定風波所言「回首向來蕭瑟處，歸去，也無風雨也無晴」之意境，看來我們大家真的是任重道遠，未來的挑戰還很多，歡迎大家參與學會，一起努力建構我們全方位更年期醫學治療，讓台灣的更年期照顧更完整！

時值初秋，橙黃橘綠，敬祝健康快樂，一切順心！

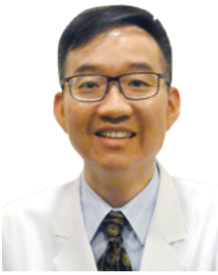


理事長的話

理事長

 敬上

2017.09.09.



秘書長的話

各位學會前輩與會員大家好：

非常感謝各位學會前輩與理監事對我的支持與鼓勵，同時感謝黃理事長的提攜和栽培，讓我有機會為台灣更年期醫學會與各位會員服務與學習。婦女朋友大約 51 歲進入更年期，內政部公布國人平均壽命 80.2 歲，其中女性為 83.62 歲，可見得女性朋友進入更年期後，大約有長達 30 年的歲月需要大家的照護，所以更年期醫學會可以貢獻的範疇非常寬廣且影響深遠，很榮幸能和學界前輩、理監事與各位夥伴一起躬逢其盛。這一期的會訊，在理事長與主編的安排下，邀約了各個領域的專家，協助撰寫更年期婦女臨床照護關心議題，與高齡婦女生育醫療與接受捐卵之倫理和法律等議題，相信對於會員在更年期婦女臨床照護與婦女生育醫療的照護與諮詢是很好的參考資料，再次感謝理事長與主編的安排，同時感謝所有專家們在百忙之中為更年期醫學會的付出。今年的學會活動，也將在理事長與學術委員會的規劃與安排之下陸續展開。

吳寶凱 敬上

不論是世界衛生組織的報告，或國內內政部公布的國民生命表都在在顯示，隨著醫療的進步、衛生條件的改善，不論男女的平均壽命都在逐漸上升中，女性甚至已經突破八十歲，在這富有意義和轉變的八十年年歲裡，女性在事業、婚姻、健康上隨著時代觀念改變，有更多的自主意識，在更年期前後的中高齡婦女除了更年期健康問題外，本期會訊特從避孕、生育等主題進行邀稿，並就早發性停經及骨質疏鬆用藥假期相關的問題進行安排。

女性隨著年齡漸增，雖然自然懷孕的機會下降，但如何適當的避孕以避免非預期的懷孕呢？成大醫院許沛揚醫師就中年婦女適合的三種主要避孕方式及其優缺點進行說明，並針對應注意的副作用提出警訊。早發性停經的患者會如同更年期婦女一般產生相關症狀，不僅失去排卵功能無法生育，骨質密度會逐漸流失，甚至罹患骨質疏鬆症，中山醫學大學李宗賢主任在本期中早發性停經的原因，以及後續效應與治療方針進行撰稿。

高齡婦女生育議題上，除了普遍認知的受孕機率下降情形、婦女懷孕過程的母胎健康風險、高齡父親基因突變和染色體異常等問題外，由於有較高機會造成孩子在成年之前即失怙或失恃，影響孩子的身心發展，新光醫院潘恆新醫師就倫理與法律的面向來探討，並提出高齡婦女懷孕及教養小孩的建議；隨著醫療技術的進步，雖然婦女因年紀增加懷孕機率降低，但藉著賀爾蒙療法及借卵生子等方式仍能完成生子的願望，婦女的生殖壽命可以繼續延長，然而中高齡婦女接受捐卵的爭議，實行標準又是什麼？贊成及反對方的論述又是如何？林口長庚黃泓淵理事長提出了高中齡婦女接受捐卵的建議。

由於預防骨質疏鬆的用藥在長期使用有下顎骨骨額壞死及非典型股骨骨折的風險，因此使用數年後便應停用的用藥假期議題就受到重視，本期最後邀請郭綜合醫院李耀泰醫師等人，就預防骨鬆症藥物的用藥假期來進行介紹，企求在治療骨質疏鬆時有更清楚全面的考量。

在世界進展快速的此時，如何讓婦女在思想上不僅發展自己意識，還能夠更正確清楚地掌握自己每一個年歲的健康歷程和侷限，才能夠過一個十足黃金女郎的精采生活，便是本刊的價值。敬祝各位讀者及您周遭的女性親友身體健康，心靈愉快！



編輯主任
委員的話

蔡學升 敬上



主編的話

此期台灣更年期醫誌的主題為中高齡婦女的生育議題。我們邀請到的為我們撰寫內容的專家都曾在過去兩年間為我們更年期醫學會所舉辦的繼續教育演講中，演講過相關議題且大獲好評。但是好的演講，即使聽眾再專心還是怕有遺漏之處，或是聽眾還想重溫精彩的內容。感謝成大許沛揚醫師為我們介紹中年婦女合適的安全避孕方式，李宗賢主任介紹早發性停經對於婦女的影響與治療建議，林時羽醫師介紹如何促進中高齡婦女的受孕能力，而對於相關生育醫療的倫理與法律議題，潘恆新醫師也為我們精闢地做了討論與整理。最後對於需要靠捐卵的高齡婦女，黃泓淵教授也從各個面向告訴了我們目前國際上的相關醫學會所提出的建議。李耀泰主任在住院醫師專欄，也為會員們整理了非常實用關於治療骨鬆用藥的用藥假。最後，再次感謝所有接受邀約花費時間撰稿的專家們，希望所有會員均能得到收穫。

謝謝

陳美珊 敬上



活動剪影



第 11-7 次理監事聯席會



民眾衛教講座 - 台南奇美醫院



第 11-8 次理監事聯席會





2017年7月22-23日年會暨學術研討會





民眾衛教講座 - 台南奇美醫院



第 12-1 次理監事聯席會



台灣更年期醫學會 2017 年工作計畫

月	日	星期	行事曆	地點
1	31	二	年度綜合所得稅各類所得申報	
1	1/27~2/1		春節年假	
2	26	日	更年期繼續教育訓練課程 -1(台北場)	台大兒醫
2	28	二	228 紀念日	
3	5	日	更年期繼續教育訓練課程 -2(台中場)	台中中山醫大
3	12	日	民眾衛教講座 -1	高雄長庚
3	26	日	更年期繼續教育訓練課程 -3(台南場)	台南奇美
4	4	二	清明節	
4	9	日	更年期繼續教育訓練課程 -4(高雄場)	高雄長庚
4			會刊 - 第 54 期《更年期婦女癌症篩檢治療新知》	
5	13	六	民眾衛教講座 -2	台南奇美
5	13	六	第十一屆第七次理監事聯席會	台北
5	30	二	端午節	
5	31	三	年度機關團體及其作業組織結算申報	
7	22	六	第十一屆第八次理監事聯席會	台北
7	22~23	六、日	第十二屆第一次會員大會 (理監事選舉) 暨 106 年度學術研討會	台大醫院 國際會議中心
8	19	六	第十二屆第一次理監事聯席會	台北
8			會刊 - 第 55 期《中高齡婦女的生育議題》	
9	30	六	第十二屆第二次理監事聯席會	台大兒醫
10	4	三	中秋節	
10	10	二	國慶日	
10	8	日	更年期繼續教育訓練課程 -5 (台北場)	台北國泰
10	22	日	更年期繼續教育訓練課程 -6 (台中場)	台中榮總
11	5	日	更年期繼續教育訓練課程 -7 (高雄場)	高雄榮總
11	12	日	更年期繼續教育訓練課程 -8 (台南場)	台南奇美



Visanne® 能提供長達15個月的骨盆腔疼痛緩解(long-term pain relief) ¹

Visanne® 可有效減少子宮內膜病灶(lesion reduction) ²

Visanne® 提供有效的骨盆腔疼痛緩解³

sanne®

Visanne® 異位寧® 簡易處方資訊

適應症：治療子宮內膜異位症伴隨之骨盆腔疼痛。 品名：Visanne® 2mg tablet 異位寧® 2毫克。 成分含量：每顆藥錠含有 2 mg dienogest。 用法用量【本藥須由醫師處方使用】：劑量為每日一次，持續不間斷，最好於每天同一時間服藥，並視需要搭配飲水。可於飯前或飯後服用，無論是否發生胎道出血，均必須連續服藥。當服完一份包裝的藥物後，應開始服用下一份藥物，不可中斷。可於月經週期的任一天開始服藥。任何的荷爾蒙避孕法均必須在開始Visanne治療前停用。若有避孕需要，應使用非荷爾蒙類型的避孕方法(例如：避孕套/避孕)。漏服藥錠的處理方式：如果漏服藥錠、嘔吐以及/或瀉瀉(若發生於服藥後3小時 - 4小時內)，可能會降低Visanne的療效。若漏服藥錠，應於想起時儘快服用一顆藥錠(僅可服用一顆)，並應於隔天依照平常的時間繼續服藥。如果因嘔吐或瀉瀉而無法吸收藥錠，同樣也應補服一顆藥錠。 禁忌：Visanne不應使用於有下列任何病症(部分來自於其他僅含黃體素之製劑的相關資訊)的患者。如果Visanne使用期間出現下列任何病症，必須立即停藥，並性期靜脈血栓栓塞疾病，目前無專科眼及心血管疾病或其病史(例如：心肌梗塞、腦中風、缺血性心臟病)、合併血管相關併發症之糖尿病、現有或曾患嚴重肝臟疾病且肝功能的各項數值未回復至正常值、現有或曾有肝臟腫痛(良性或惡性)、已知或疑似帶毒性高劑量依樣型惡性腫瘤、未經診斷的陰道出血、對本品主成分或任一賦形劑過敏者。 藥效及注意事項：雖然並非所有的副作用及注意事項均根據Visanne臨床試驗的個別結果，不過由於Visanne是僅含黃體素之製劑，因此可以推論其他僅含黃體素之製劑的特殊警告及使用注意事項也適用於Visanne。如果以下任何情況/風險因素出現或惡化，在開始或繼續服用Visanne之前應先諮詢醫師與風險。 嚴重子宮出血：服用Visanne可能會加重子宮出血(如：帶血子宮肌瘤/子宮內膜增厚的女性)。如果出血量大且持續，可能會導致貧血。若發生貧血，應考慮停用Visanne。 出血型惡化：大多數接受Visanne治療的病患發生經期出血型惡化。每種藥錠、每盒藥片均附有說明書。很少證據顯示僅含黃體素之製劑與心臟病或腦部血栓栓塞的風險增加有關。此心血管相關事件的風險與年齡增加、高血壓及吸菸有關。高血壓女性使用僅含黃體素之製劑時，會略增加中風的風險。雖不具統計上的顯著性，有些證據顯示使用僅含黃體素之製劑可能會增加靜脈血栓栓塞的風險(深層靜脈血栓、肺栓塞)。一般認定的靜脈血栓栓塞(VTE)風險因子包括具有個人或家族史(兄弟姊妹或父母在相對較早的年齡發生VTE)、年齡、肥胖、長期臥床、重大手術或重大創傷。若需要長期臥床，建議中止使用Visanne(若為排程手術，則至少提前4週)，並在完全恢復行動能力2週後再重新開始治療。必須考慮到產後期間血栓風險升高的問題。如果出現(或疑似出現)動脈或靜脈血栓事件的症狀，應立即停止治療。 體重：一份針對54歲流行病學研究的整合分析報告指出，正在使用口服避孕藥(OC)(主要為黃體素-黃體素製劑)的女性中診斷出乳癌的相對風險(RR = 1.24)略為升高。此現象會在停藥10年內逐漸消失。由於乳癌在40歲以下的女性中很罕見，於正使用及/或使用過口服避孕藥的婦女中診斷出乳癌的數目相對於乳癌發生總數是較小的。這些研究並不足以提供因果證據。使用僅含黃體素製劑的婦女診斷出乳癌的風險可能與使用複合口服避孕藥者相似。僅含黃體素製劑的證據與較少的使用者有關。因此，比起複合口服避孕藥的證據較為定論。這些研究並未提供因果證據。所觀察到危險性的增加可能與口服避孕藥使用者從早於診斷出乳癌、口服避孕藥的生理反應或兩者合併的結果。曾使用口服避孕藥者曾診斷出的乳癌臨床上也未嘗使用者傾向風險較初期病情。在罕見情況下，有黃體素藥物(例如Visanne中所含的荷爾蒙)使用者出現良性肝臟腫痛。在嚴重發覺中，這些腫痛導致危及生命的體內出血。高劑量Visanne的女性出現嚴重上腹痛、肝腫大或腹內出血的徵兆時，在個別診斷中應考慮肝臟腫痛的可能性。發質惡化：成年女性的骨質密度，Visanne治療期間內源性性激素濃度會有中度的降低。目前尚無關於Visanne使用者之骨質密度(BMD)與骨折風險的長期資料。青少年女性的BMD，青少年(12歲至18歲)服用Visanne治療12個月期間，與服用的BMD平均下降1.2%有關。針對BMD降低的子群，在治療之後6個月進行追蹤測量，結果顯示BMD平均增加至-0.6%。停止治療之後，大部分患者的BMD會再度增加。在青少年族群中，使用Visanne與BMD不變或減少有關，這些變化並非完全可逆。青少年與成年早期階段需特別注意BMD是否降低，此階段為骨質增加的關鍵時期。隨著使用時間增長，BMD減少可能增加。目前不清楚此群體的BMD降低現象是否會降低高峰骨量，以及是否會增加之後的骨折風險。因此治療高劑量藥物個別青少年使用Visanne的效益與可能風險，並定期予以再評估。在骨質研究風險高的病患中，應於開始Visanne治療前進行詳細的風險與效益評估，因Visanne治療期間內源性性激素濃度會有中度的降低。 常見藥物不良反應：體重增加、情緒憂鬱、睡眠障礙、神經緊張、失去性慾、情緒改變、頭痛、偏頭痛、噁心、腹部疼痛、脹氣、腹脹、嘔吐、痤瘡、掉髮、背痛、乳房不痛、卵巢囊腫、潮熱紅、子宮/陰道出血(包括點狀出血)、衰弱無力、煩躁不安、不良反應較常見於開始服用Visanne之後第一個月，隨著治療時間而消退。 許可證字號：衛部藥輸字第027029號 詳細產品資訊請參考衛生福利部核准之產品說明書：Visanne 2mg Tablet / CCDS06 / Sep 2014 / TW01 北市衛藥廣字第106050368號

台灣拜耳股份有限公司 台北市 11049 信義路五段 7 號 53 樓



中年婦女 適合的避孕方式

成大醫院婦產部
許沛揚 醫師

女性隨年齡增長，自然懷孕的機會隨之下降，一般來說若有規律的性生活，40 到 45 歲的女性每年的懷孕率約為 30%，45 到 49 歲的婦女每年的懷孕率則約為 10%。雖然自然懷孕機會下降，對於沒有懷孕計畫的女性，仍要留意意外懷孕的可能。統計上來說，40 歲以上的非計畫中意外懷孕的比例高達四成⁽¹⁾，這數字不容小覷。此外，高齡懷孕可能增加高危險妊娠的風險，包括：胎兒染色體異常的機會增加⁽²⁾、各種危險的產科併發症機會（如流產、子癲前症、妊娠糖尿病、胎兒體重過輕或過重、早產等）上升⁽³⁾，甚至在孕期的母體死亡率也較高⁽²⁾。有鑑於此，適當的避孕以避免非預期的懷孕至關重要。

女性邁入中年後，與育齡女性開始有生理上的差異，因此在選擇避孕方式時，可以同時考慮幾個因素⁽⁴⁾：（一）隨年紀增長，自然懷孕機會下降，對避孕方式的有效性的要求逐漸放寬；（二）隨年紀增長出現一些內外科疾患的機

會增加；（三）接近更年期的女性選擇避孕方式時同時考慮不同避孕方式對更年期症狀的影響。每一種避孕方式都有各自的成功率，額外的作用，以及可能存在的副作用。醫護人員在建議女性朋友們選擇避孕方式時，應依循每個個案的生活型態及需求，選擇適合的避孕方式。

避孕的方式大致上可分為三大類：荷爾蒙相關的避孕方式、非荷爾蒙的避孕方法、及永久性的避孕方式。其中永久性的避孕方式包括男性的輸精管結紮及女性的輸卵管結紮，這兩種方式失敗率都很低（輸精管結紮後意外懷孕率約 0.15%；輸卵管結紮後意外懷孕率約 0.5%）⁽⁵⁾，但缺點是常常不可逆。雖然在結紮後若想要再懷孕，可以考慮接受輸卵管再接通的手術，但在 40 歲以上的女性即使再接通輸卵管後懷孕及活產率仍低（僅二至三成）⁽⁶⁾。因此，在選擇結紮手術之前，應審慎考慮清楚。

非荷爾蒙的避孕方法包括使用保險套、體外射精、使用殺精劑、計算安全期、或使用

含銅避孕器等。保險套若使用得當，失敗率約 2%，同時又兼具部分阻絕性傳染病的功效，在 40 歲以上的婦女實為一良好的避孕方式，惟須注意若未適當使用（或未全程使用），失敗率可高達 18%(5)。使用殺精劑、體外射精或計算安全期失敗率高達兩至三成，效果不佳，並不推薦。值得注意的是使用含銅避孕器，其避孕效果良好，失敗率僅 0.8%，且放置後可維持長達 5 到 8 年的效果，因此在進入 40 歲早期可考慮置放，惟須注意的是使用含銅避孕器的期間可能些許增加月經期間的出血量，對於本來就已經經血量過多的女性使用上須小心。

與荷爾蒙相關的避孕方式在 40 歲以上甚或接近更年期的婦女特別值得令人關注。隨著女性年紀增長，心血管疾病的發生率增加，尤其包括：心肌梗塞、腦血管梗塞（中風）、靜脈血栓等。對 40 歲以上的婦女而言，根據西方國家的報告，使用口服避孕藥可能使心肌梗塞的發生率自原本的萬分之 0.2 提升至萬分之 0.5（換句話說，約每 31300 多人使用口服避孕藥可能增加 1 個心肌梗塞個案），也可能使靜脈血栓的發生率自原本的萬分之 0.6 提升至萬分之 1.8（即每 8400 多人使用口服避孕藥會增加 1 個靜脈血栓個案）⁽⁷⁾，增加的風險其實並不多。此外，由於亞洲人在血栓形成的發生率較其他人種低⁽⁸⁾，國人使用荷爾蒙的避孕方式雖仍需注意血栓風險，但無須過度恐慌。另外，因為抽菸可能大幅增加上述疾病的風險，對於抽菸的女性一般不建議使用含有女性荷爾蒙的避孕方式。口服避孕藥隨著其所含的黃體素的結構式不同，產生血栓的機會也不同⁽⁹⁾。40 歲以上使用口服避孕藥可能有額外的好處，除了對接近更年期的婦女可以治療更年期相關不適症狀外，還可能減少骨質流失並降低停經後髖部骨折的機會⁽¹⁰⁾。除了口服的荷爾蒙避孕方式外，置於陰道內的荷爾蒙避孕環也是一種選擇。

使是避孕環的好處是不需要每日服藥、僅須每個月更換，且由於避孕環能在血中維持平穩的荷爾蒙濃度，對月經週期或異常出血的控制效果較口服荷爾蒙佳⁽¹¹⁾；惟須提醒民眾，使用避孕環成本較口服避孕藥高，雖不影響性生活，但仍有約 3% 的排出的風險，且其出現血栓的風險與口服避孕藥相仿。目前國際間的共識，是在 50 歲以上的婦女不適合再繼續使用含女性荷爾蒙的避孕方式來避孕，應改用其他避孕方式，如保險套、子宮內投藥系統、避孕器或僅含黃體素的避孕藥。

子宮內投藥系統（包括蜜蕊娜及小蜜）可以穩定局部釋放黃體製劑左炔諾孕酮（Levonorgestrel，LNG），避孕效果很好，在一般女性使用時失敗率僅 0.2%。其中蜜蕊娜體積較大，於置入後的五年內可以每日釋放 20 微克的 LNG，在使用接近五年時，釋放的 LNG 濃度可能下降至每日 10 微克，濃度雖然降低，但對接近更年期的女性由於有較低的自然懷孕率，仍可以有不錯的避孕效果。除此之外，對於接近更年期的女性如果使用荷爾蒙治療，同時併用蜜蕊娜可有效保護子宮內膜、減少子宮內膜癌的發生，且滑脫率不高（1%）；缺點是在剛置放的前三個月仍可能有少量點狀出血，另外就是 LNG 是否與乳房癌症的發生有相關，目前仍有一些爭議⁽¹²⁾。

更年期醫學會於去年（2016 年）四月舉辦了一系列關於中年婦女避孕需求的討論，會中也有會員們詢問了黃國恩院長及蔡永杰理事長個人對於中年婦女避孕方式的看法，大抵認為保險套還是一個不錯的避孕方式，在這裡也提供兩位專家的意見供大家參考。另外也附上英國學者 Ailsa E. Gebbie 對於有避孕需求且需要同時治療更年期症狀時的避孕方式選擇流程（圖一）⁽¹³⁾，供讀者參考。不再需要避孕的時機，

是在確定進入更年期或是年紀達到 60 歲的時候⁽⁴⁾。在 40 歲到 60 歲這段期間，若能適當避孕，夫妻間就更能享受安全的性生活，活出美好的人生！

圖一、Adapted from Hardman SM et al. Best Pract Res ClinObstetGynaecol. 2014 Aug;28(6):903-15.

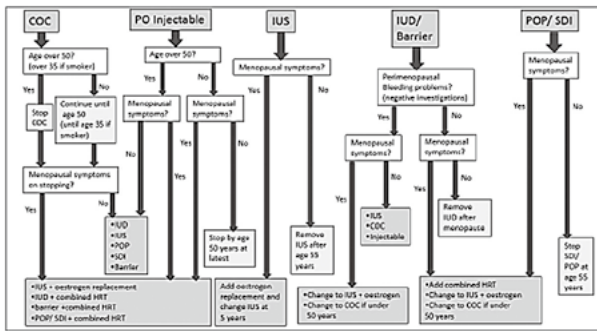


Fig. 1. Algorithm for contraception and hormone replacement therapy options in the perimenopause. Assumes a woman needs contraception and chooses to manage menopausal symptoms with hormone replacement therapy. COC, combined oral contraceptive; IUD, intrauterine device; IUS, intrauterine system; PO, progestogen only; POP, progestogen-only pill; SDI, subdermal implant.

關鍵字

中年婦女、避孕、避孕方式、荷爾蒙、更年期。

參考資料

(1)Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. Contraception. 2011 Nov;84(5):478-85.
 (2)Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. FertilSteril. 2015 May;103(5):1136-43.
 (3)Khalil A, Syngelaki A, Maiz N, Zinevich Y, Nicolaides KH. Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Dec;42(6):634-43..
 (4)Baldwin MK, Jensen JT. Contraception during the perimenopause. Maturitas. 2013 Nov;76(3):235-42.
 (5)Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011 May;83(5):397-404.
 (6)Berger GS, Thorp JM Jr, Weaver MA. Effectiveness of bilateral tubotubal anastomosis in a large outpatient population. Hum Reprod. 2016 Mar 14.
 (7)Ruan X, Mueck AO. Oral contraception for women of middle age. Maturitas. 2015 Nov;82(3):266-70.

(8)White RH, Zhou H, Romano PS. Incidence of idiopathic deep venous thrombosis and secondary thromboembolism among ethnic groups in California. Ann Intern Med. 1998 May 1;128(9):737-40.
 (9)Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. BMJ. 2015 May 26;350:h2135.
 (10)Michaëlsson K, Baron JA, Farahmand BY, Persson I, Ljunghall S. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: a case-control study. Lancet. 1999 May 1;353(9163):1481-4.
 (11)van den Heuvel MW, van Bragt AJ, Alnabawy AK, Kaptein MC. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. Contraception. 2005 Sep;72(3):168-74.
 (12)Depypere H, Inki P. The levonorgestrel-releasing intrauterine system forendometrial protection during estrogen replacement therapy: a clinical review. Climacteric. 2015;18(4):470-82.
 (13)Hardman SM, Gebbie AE. The contraception needs of the perimenopausal woman. Best Pract Res ClinObstetGynaecol. 2014 Aug;28(6):903-15.

自我測驗題一 (是非題)

1. 避孕的選擇中，輸卵管結紮後再接通其自然懷孕的機會與年齡無關。
2. 女性在經診斷進入更年期後，即可停止使用避孕的措施。
3. 一般認為超過 55 歲以上的婦女，不適合繼續使用含女性荷爾蒙的避孕方式來避孕，應改用其他避孕方式。

(X) 3 (O) 2 (O) 1

景 揚

早發性停經的 後續效應與治療方針

中山醫學大學婦產部生殖醫學科主任

李宗賢 副教授



女性卵巢內原始濾泡或者卵子的數目，自出生後就不會再增加，且會隨著年紀增加而逐漸下降，到了更年期的時候，便失去排卵的功能，因此也不再製造女性荷爾蒙，進而造成一些女性荷爾蒙不足（雌激素）的生理與心理症狀。台灣地區婦女更年期的平均年齡是 51 歲，從 45 歲到 55 歲發生停經的現象，都是正常的生理變化。如果 40 歲之前，就出現了不再排卵，沒有月經週期的更年期現象，則稱之為早發性停經。

早發性停經的原因很多，比較常見的有：1) X 染色體異常；2) 基因遺傳疾病；3) 自體免疫疾病；4) 接受化學藥物治療或者放射線治療癌症等。但是有高達六成左右，是目前醫療科技找不到原因的原發性早發性停經 (Nelson, 2009)。如果小於 30 歲之前，出現續發性無月經，約有 13% 與 X 染色體異常有關 (Nelson et al., 2005)。而 X 染色體脆折症，就是常見的基因遺傳疾病之一，如果有家族性的早發性停經或者 40 歲之前 FSH 上升的話，建議要檢測 X 染色體脆折症基因的檢查 (Qin et al., 2015)。此外，細胞染色體及自體免疫抗體相關疾病的

檢查，也是必須的檢測項目之一。

早發性停經最常見的症狀就是無月經，也就是超過三個月沒有生理期出現。這時候通常要抽血檢查濾泡刺激素及女性荷爾蒙的濃度，另外也要檢查泌乳素及甲狀腺的功能檢查。荷爾蒙的檢查確認是早發性停經的話，就應該檢查血液細胞的染色體以及 X 染色體脆折症基因 (Fortuno and Labarta, 2014)，甚至應該進一步檢驗腎上腺免疫系統的疾病 (Nelson, 2009)。

早發性停經因為年紀很輕的時候就出現雌激素不足的狀況，因此除了失去排卵功能，無法生育小孩之外，還會出現更年期症狀及相關的生理問題。例如，初期會出現功能異常性子宮出血，也就是月經週期不規則的現象。此外，骨質密度會逐漸流失，嚴重的話，就會出現骨質疏鬆症。另一方面，失去雌激素的保護作用，心血管疾病的風險也隨之提高。

早發性停經治療的方式，與更年期治療方式類似，以女性荷爾蒙補充療法為主 (Committee opinion, 2014)。女性荷爾蒙補充療法的目的在於減輕更年期的症狀，維持青春期的第二性徵及子宮內膜的發育，同時要維護心血管以及骨質的健康。除了持續補充女性荷爾蒙之外，每個月至少要補充 10 到 12 天的黃體素，以避免出現子宮內膜病變。

至於生育能力方面，已經出現早發性停經的婦女，理論上需要別人捐贈卵子才能夠生育下一代。但是臨床實務經驗上，仍然有 5% 自行恢復排卵而懷孕的案例 (De Caro et al., 2008)，因此也有使用口服避孕藥的需求。然而，口服避孕藥內含的女性荷爾蒙量較高，所以比較建議使用保險套或是子宮內避孕器的方式來避孕，如此可以合併使用女性荷爾蒙補充療法來維護適當的骨質密度，避免骨質疏鬆的狀況出現。

由於安全性的考量，對於青少年早發性停經的患者，並不建議長期使用雙磷酸鹽藥物來維護骨質密度。早發性停經的婦女與更年期婦女一樣，心血管疾病的風險顯著增加 (van der Schouw et al., 1996)。因此建議要戒煙，適當的運動及飲食控制體重，並且要監測血壓及血脂的變化。

早發性停經的婦女容易合併有甲狀腺或者腎上腺的問題。大約有 20% 的早發性停經與甲狀腺功能低下有關，因此建議每隔一年或兩年就要檢測甲狀腺疾病的功能測試 (Nelson et al., 2005)。更有高達 50% 的早發性停經與腎上腺自體免疫疾病有關，因此腎上腺的檢查對於早發性停經婦女也是必要的項目之一，如果發現有自體免疫疾病問題的出現，最好每一年都要

檢測腎上腺的功能檢查。

早發性停經的婦女的心理適應問題也是臨床實務需要注意的環節 (Groff et al., 2005)。患者還有他的父母通常是沒有心理準備，沒有辦法一下子就接受這樣的診斷，因此諮詢的時候最好將患者與父母分開諮詢，使用的名詞最好使用原發性卵巢功能不足，而非早發性停經。同時建議照會人工生殖專科醫師，安排處理將來的生育問題，必要時也需照會身心科醫師或是心理師，以減輕情緒壓力或是缺乏自信的心理障礙。

關鍵字

早發性停經、荷爾蒙補充療法、骨質密度、卵巢功能。

參考文獻

- Anonymous (2014), 'Committee opinion no. 605: primary ovarian insufficiency in adolescents and young women', *Obstet Gynecol*, 124 (1), 193-7.
- De Caro, J. J., Dominguez, C., and Sherman, S. L. (2008), 'Reproductive health of adolescent girls who carry the FMR1 premutation: expected phenotype based on current knowledge of fragile x-associated primary ovarian insufficiency', *Ann N Y Acad Sci*, 1135, 99-111.
- Fortuno, C. and Labarta, E. (2014), 'Genetics of primary ovarian insufficiency: a review', *J Assist Reprod Genet*, 31 (12), 1573-85.
- Groff, A. A., et al. (2005), 'Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure', *Fertil Steril*, 83 (6), 1734-41.
- Nelson, L. M. (2009), 'Clinical practice. Primary ovarian insufficiency', *N Engl J Med*, 360 (6), 606-14.

Nelson, L. M., Covington, S. N., and Rebar, R. W. (2005), 'An update: spontaneous premature ovarian failure is not an early menopause', *Fertil Steril*, 83 (5), 1327-32.

Qin, Y., et al. (2015), 'Genetics of primary ovarian insufficiency: new developments and opportunities', *Hum Reprod Update*, 21 (6), 787-808.

van der Schouw, Y. T., et al. (1996), 'Age at menopause as a risk factor for cardiovascular mortality', *Lancet*, 347 (9003), 714-8.

自我測驗題二

1. 台灣平均停經年齡為：
 - (A) 48-49
 - (B) 50-51
 - (C) 52-53
 - (D) 54-55
2. 下列哪些患者，不需要荷爾蒙補充療法？
 - (A) 早發性停經
 - (B) 更年期婦女
 - (C) 骨質疏鬆症
 - (D) 狹心症
3. 早發性停經的原因，不包括下列哪些狀況？
 - (A) X 染色體異常
 - (B) 腎上腺自體免疫疾病
 - (C) 紅斑性狼瘡
 - (D) X 染色體脆折症

1.(B) 2.(D) 3.(C)

答案



adept®

克沾黏溶液
[4% Icodextrin]



**適應症：用於腹腔滴注以減少腹部手術後沾黏，
手術中應以沖洗液方式使用**

BioSurgery

ADVANCING SURGERY,
ENHANCING LIFE

Baxter

藥商：
百特醫療產品股份有限公司
台北市大安區敦化南路二段216號15樓
電話：(02) 2378-5000
傳真：(02) 2377-0441 / 2378-2302

製造廠：
Baxter AG
Industriestraße 67,
1221 Wien, Austria

經銷商：
華宇藥品股份有限公司
公司地址：台北市中山北路二段115巷43號8樓
通訊地址：台北市舊宗路二段171巷17號3樓
電話：(02) 2658-2577
傳真：(02) 2658-3977
免費專線：0800-000-191

www.baxterbiosurgery.com

使用前請詳閱說明書
衛署醫器輸字第023001號
北市衛器廣字第104080149號



高齡婦女生育醫療 之倫理與法律議題

新光醫院婦產科主治醫師

潘恆新 醫師

根據兩千零四年世界衛生組織的報告顯示：女性的平均壽命都比男性為長，在已發展國家，女性的平均壽命是八十二歲，而男性卻是七十五歲。在第三世界國家女性的平均壽命為六十三歲，而男性卻是六十歲。隨著醫療的進步這一種趨勢，有統計學家估計在二、三十年後，女性的平均壽命大概為九十歲，若以停經五十一歲來計算，女性約有四十年，會生活在停經後的時光！如何使這一族群的婦女，生活品質能夠改善，有學者 Anderson and Kristensen 在 2015 年提出冷凍卵巢，停經後再植入的構想⁽¹⁾，以延續女性的生理功能與生活品質，但是在這技術成熟，且可應用在人體之前，醫學倫理與醫療本身的適當性，如是否可以再懷孕以及是否會影響到身體其他的器官，種種的問題，仍是一個不可輕忽的客題！

承上，國人的平均壽命不斷增加，內政部

召開記者會⁽²⁾，公布第 10 次國民生命表，國人的平均壽命為 79.12 歲，其中女性平均壽命 82.47 歲，男性平均壽命為 75.96 歲，第 10 次國民生命表的統計資料為 98 年到 100 年，與第 9 次 88 到 90 年的資料相較，這 10 年來男性的平均壽命增加了 2.17 歲，女生的平均壽命則增加 2.84 歲。如果這個發展趨勢不變，國人的平均壽命還會繼續上升，這個社會是往高社會走，平均壽命逐漸延長。此外，對比內政部先前發布 102 年國人平均壽命的推估值，兩性平均為 79.86 歲，男性平均壽命 76.69 歲，女性 83.25 歲。在在都符合世界統計學家所預測的事實。除了壽命越來越長以外，由於生活習慣及工作環境的改變，使得適婚婦女晚婚或延遲生育，而人工生殖技術的快速進步，這種趨勢造成大齡婦女懷孕的情況，也與日俱增，國內一名 62 歲已停經婦女，透過女性荷爾蒙治療讓子宮年輕化，同步借卵以試管嬰兒技術成功懷孕，日前剖腹產下一對雙胞胎，完成擁有小孩的夢想，也讓不少超高齡不孕婦女重燃一絲希望！

但是，超高齡懷孕指 45 歲或停經之後的婦女懷孕，當然懷孕事件喜悅的事，但是懷孕的背後所為大齡婦女所造成的不適跟小孩教養的問題，似乎也是必須由我們去面對跟正視，因為，任何一個新生命的誕生，對母親、家庭或是社會都是一個新的喜悅，但同時也帶來新的責任。高齡女人及他的男人而言，如果想要後代的欲望，什麼是最好的策略呢？婦女過了 42 歲後，卵子品質就像溜滑梯般迅速退化，受孕率只剩 1 成，染色體異常的機率也非常高！超高齡懷孕，基本上要以高危險妊娠的規格來照顧，生產也多是採取剖腹產。

而高齡初次生產增多，若這是一種現代現象，它背後牽涉複雜，有趣的社會演化趨勢，如牽涉到性別議題、生育自主權的選擇、醫療政策引發生育的選擇（如優生保健法、人工生殖法），然而高齡生產亦具有豐富的演化生物學意涵，高齡產婦當媽媽有如下的優點：一定的經濟基礎，心理也較成熟，提供子女更好的照顧。技術上也是可以有優生的意涵，如使用捐贈的卵，並將自己的子宮調理好，本來就有 5 成的懷孕成功率，這不難做到，只是不鼓勵！再則，女權主義者的支持：其主張主要專注於女性對自己身體的自主權。舉例而言，德國女性主義者：女性身體不只是生產小孩的工具。

台灣高齡產婦不利優生學的紅布條宣傳，除了醫學因素外，高齡產婦意味女性自主權意識的提高，也是原因之一。那麼，到底超高齡懷孕是好或是壞呢？至今尚無定論，根據 Yang ming university PL⁽³⁾ 研究結果為：

1. 晚婚是女性成為高齡初產婦的主要因素 (social economical drive)，其他包括個人生涯規劃、不易受孕、心理決策、家庭因素、

經濟與工作因素等，使女性延遲生育年齡，而成為高齡初產婦。

2. 正向的生育動機 (biological emotional maternal drive)，使得女性年過 34 歲之後，仍然決定要生孩子；但年齡、體力等實際因素考量，則讓高齡初產婦無法達到生育兩個孩子的理想子女數。
3. 高齡初產婦的母職歷程中，擔憂的事項包括 (health status fear)：擔心自己年紀太大不適合生小孩、擔心孩子異常、產前檢查項目多、懷孕期身體虛弱、與孩子年齡差距大、沒有體力帶孩子等六項。
4. (mental-economical stable) 高齡初產婦的母職歷程中，擁有的優勢包括：擔任母職角色成熟有耐心、經濟穩定、心理準備充足且人生經歷豐富、更加珍惜有孩子的生活、同年齡的朋友會以過來人的身分給予意見。
5. (peer support) 在高齡初產婦的母職歷程中，正式與非正式的社會支持，提供其情緒上、實質上、訊息上的協助，使高齡初產婦可以順利建立起自我母職角色。

再根據此研究結果，提出相關具體建議：

建議女性在 30 歲之前結婚生育，以免產生高齡產婦的擔憂 (fitness of gene)，政府也應加強宣導適婚適育的年齡，並且提供女性在生育過程中更多的社會福利，包括羊膜穿刺全額補助、生育補助等，以強化民眾之生育動機。雖然高齡產婦能夠順利經歷母職歷程，建立母職角色，但仍認為 30 歲以下才是最適合生育的年齡。而他山之石，可以攻錯，依據美國生殖醫學會對超高齡借卵生子指引⁽⁴⁾：

1. 夫妻健康經評估後都能至少再活 18 年，到小孩成年之後。

2. 要提出完整的計畫，以確保萬一夫妻一方或雙方重病或身故時，此小孩的後續照顧無虞。
3. 評估父母的經濟能力是否充足，及退休之後的財務是否足夠養小孩。
4. 太太須先會診高危險妊娠醫師做生理評估，因為高齡婦女若懷孕，妊娠糖尿病、妊娠高血壓、靜脈栓塞、早產機率、生產風險都會增加，要讓她們了解。
5. 太太並須會診內科醫師做全面的身體檢查，尤其是心肺功能。
6. 夫妻雙方均要做心理評估。

綜合上述根據，我等可以理解到，超高齡借卵生子的夫妻應考慮各種可能的突發狀況，確定自己已對各種可能發生的情況（包含意外的發生）做出對小孩妥善的照顧計畫，並經過醫師對身體健康狀況的評量，再做出最後的決定。雖然說，人當然有就醫自主權，但小孩也應有基本被保護的人權，醫生滿足此類病人的需求雖不違反醫學論理，但事前充分的諮詢，其他醫生的第二意見，都是非常重要的參考。

若從子代觀點而言，小孩也有拒絕當孤兒的權利，超高齡母親生下的嬰兒，可能比其他小孩在成長的過程中更早失去父母！故生育自主權與子女生存權的爭議，至今仍方興未艾，如何取捨，都是作為現在的婦產科醫師所必須面臨的一個重要課題。

關鍵字

生命週期、高齡婦女、不孕症、卵巢移植倫理。

參考資料

1. Andersen, C.Y., Kristensen, S.G., 2015. Novel use of the ovarian follicular pool to postpone menopause and delay osteoporosis. *Reprod. Biomed. Online* 31.
2. 內政部統計處 (2015) · 全世界主要國家 0 歲平均壽命排名 · 取自：<http://www.moi.gov.tw/stat/life.asp>
3. 陽明大學衛生福利研究所 2015 年 5 月 15 日工作成果報告書 P35 — 41
4. 2016 美國生殖醫學會工作指引

自我測驗題三 (是非題)

1. 我們說高齡婦女是 45 歲以上。
2. 如果人類的壽命繼續地延長女性更年期幾乎佔生命週期的一半。
3. 未出生的胎兒，他也有選擇父母和被父母撫養的權利。

(O)·ε (O)·z (O)·l

景 攝



對於中高齡婦女接受捐卵的建議

長庚醫療財團法人林口長庚醫院

婦產部教授

黃泓淵 醫師

前言

根據世界衛生組織（WHO）的統計，不孕症已成為女性健康照護中，僅次於腫瘤及心血管疾病居於重要地位的疾病與公共衛生議題，也是衛生與健康千年永續發展二十個目標其中之一。現代人晚結婚晚生育，中高齡產婦越來越多，依據內政部戶政司最新統計十年來結婚年齡增加了三歲；男性為 34.4 歲，女性為 31.5 歲。而需藉由人工生殖協助達到懷孕生產目的的夫妻也大幅上升；根據衛生福利部國民健康署民國 103 年人工生殖施行結果分析報告發現 [1]，十年來人工生殖週期由民國 93 年的 6792 增加到 103 年的 22684 週期。接受人工生殖治療的女性平均年齡也提高三歲至平均約 35 歲。大多數婦女接受人工生殖治療之年齡分布介於 33 歲到 39 歲之間（分別為累積百分比 25 和 75）為最多，高峰年齡以 34 與 35 歲的婦女居多，佔所有治療週期之 18.6。植入週期懷孕率在小於 35 歲的族群為 48.2，但超過 40 歲（

41~ 52 歲）之平均懷孕率僅剩下 16.1；而植入週期活產率更是由小於 35 歲之 38.5，大幅降低到大於 40 歲之 6.7，43 歲以上成功機率更低，活產率約 1%。雖然目前醫學上還沒有任何有效安全的方法，延緩卵巢老化，隨著年齡越增加、女性的卵子數只會越來越少，異常卵子的機會反而越來越高。因此透過精卵捐贈達到生殖目的的週期也相對逐年上升，103 年突破一千個週期。但也突顯中高齡的女性懷孕之後，孕產期母胎健康相關議題益形重要，也要仔細產檢，確保胎兒健康。

透過卵母細胞捐贈的人工生殖，雖然可以扭轉年齡相關的 40 歲和 50 歲以上婦女的著床率及出生率，並恢復停經後的懷孕潛能 [2]。高生殖年齡 (Advanced reproductive age, ARA) 仍是女性不孕、流產、胎兒異常、死產和產科併發症的危險因子之一；特別是當卵母細胞成功捐贈給大於 50 歲或 60 歲出頭婦女的媒體報導，顯示任何子宮正常的婦女，不管年齡如何，甚至沒有卵巢和卵巢功能，都有可能可以懷孕。一個女人的生殖壽命是受制於自然的限制，現在可以使用激素治療以及捐贈的卵母細胞，或

使用早期治療週期取得的自體冷凍保存卵母細胞，是得以人為的延長 [3-6]。以美國 CDC 人工生殖報告顯示，每年有近 2 萬次的胚胎植入是使用新鮮或冷凍的捐贈卵子完成，且經常使用在高生殖年齡 (ARA) 婦女，美國生殖醫學會 (ASRM) 也制定治療指引供醫療提供者參酌。卵母細胞捐贈給原發性卵巢功能不全、性腺發育不良、卵母細胞質量差，或卵巢儲量降低無法接受常規醫療治療範圍年輕婦女，滿足遭遇病理狀況的個體需求。

對於中高齡婦女接受捐卵的爭議

然而，卵母細胞捐贈的做法使用在治療已自然停經的婦女時更具有倫理挑戰性。有些情況可能導致一些超過自然停經年齡的婦女要求卵母細胞捐贈。例如，沒有孩子的婦女可能在 50 多歲找到人生伴侶，並希望開始一個家庭；或二次婚姻的年長夫婦希望能擁有共同的孩子；在其他情況下，失去孩子可能激勵夫婦尋求再次生育。婦女可能希望植入先前停經前幾年進行人工生殖治療週期冷凍保存尚未超過十年的胚胎。使用延伸女性生殖生命的技術在年齡超過自然停經的婦女，是否不合理到必須被否定？如果不是，我們是否該定義其應用的建議實行標準呢？

贊成向 ARA 婦女提供捐贈的卵母細胞論據

贊成向 ARA 婦女提供捐贈的卵母細胞論據是基於醫療功效和安全性、社會實踐、性別平等和生殖自由。在接受卵子捐贈的婦女中，每個胚胎植入的活產率一般在 50 以上 [7]。在我們台灣社會中，由 (外) 祖父母擔當大部分養育子女的角色並不是不常見，且常給家庭帶

來經濟穩定、養育責任和成熟度。因此，沒有理由假設社會會受到 ARA 個人生育的傷害，或老年婦女及其伴侶缺乏養育子女的身心素質而傷害到其後代。因此，拒絕年齡相當的 ARA 婦女藉由另一個可能成功的生殖方式顯然是有偏見。因此鑑於停經後生再次生殖可能滿足一對夫婦或家庭對子孫後代的強烈願望，只因年齡而拒絕女性使用捐贈的卵母細胞是不恰當的！

反對卵母細胞捐獻給 ARA 女性的論據

反對卵母細胞捐獻給 ARA 女性的論據是基於對生殖的自然限制、關於育兒、長壽和醫療風險的觀點。生物自然主義認為，對老年婦女的卵母細胞捐贈違反人類生殖能力的“自然”限制，而因老齡化而受限的生殖能力是人類固有的。因此，超越這個限制是“不自然的”。根據這一觀點，一些 (外) 祖父母成功撫養子女的事實，不一定足以證明使用人工生殖技術在停經後懷孕的正當性。此外，年齡較大的父母，孩子們在成年之前失去雙親之一或二的可能性更大。向 50 歲及以上的婦女提供卵母細胞的反對者認為，這個年齡的懷孕既不符合中高齡婦女的利益，也不符合他們所承擔的孩子的利益 [8]。

醫療及產科議題

自然停經後接受卵母細胞捐贈婦女的相關醫療及產科風險大部分仍是初步的，因為公布的數據量畢竟有限。45 歲以上孕婦的醫學及產科併發症明顯增加，特別是由於高血壓疾病及糖尿病引起的不良反應 [9, 10]。一份研究顯示提供卵母細胞給年齡 50-54 歲接受者的經驗報告，包含 440 個治療週期，但沒有評估孕婦的

併發症。超過 50 歲的接受者，妊娠高血壓、糖尿病和剖腹產有明顯的高發生率，在 50-63 歲的健康女性由捐贈的卵母細胞孕育的 45 例活產中，有 35 經歷妊娠高血壓，20 發生妊娠糖尿病，78 進行剖腹產。與 50-54 歲的女性相比，55 歲以上的女性的風險更高。例如在 50-54 歲年齡組中，妊娠高血壓的風險為 26，但在 55 歲以上的患者中增加至 60。只有病例報告描述 60 歲以上婦女懷孕的結果。多胎妊娠增加各種年齡段的產科和新生兒風險，特別重要的是避免用在 ARA 婦女 [11-15]。在 45 歲以上接受者的產科結果報告中，多胎妊娠高發生率 (39.2%) 是產前併發症發生率高的重要因素，因此，45 歲以上的婦女使用減胎手術機會也增加。一些研究也顯示，50 歲以上女性的低出生體重和胎兒死亡率風險較高。一般來說，接受卵母細胞捐贈的婦女，後代遺傳異常的發生率與卵母細胞提供者的年齡有關，而與受贈懷孕者年齡無關 [16-17]。然而也有研究指出，當男性伴侶年齡也較大時，以這種方式受孕而生的小孩可能面臨不確定的遺傳風險。高齡父親與子代單基因突變和染色體異常相關的殘疾和疾病、新的顯性突變導致先天性異常、增加的自閉症風險和精神分裂症相關 [18-23]。通過僅治療健康的 ARA 婦女並遵循使用單一胚胎植入 (eSET) 的標準做法以減少多胎妊娠，可能可以使潛在的醫療後果減到最低，醫療照護提供者有義務系統性評估孕產期前後的風險程度，並向患者諮詢有關這些問題 [2]。在孕前評估和諮詢過程中，包括有照顧高風險產科患者經驗的醫師是確保滿足這些目標的最佳方法。醫師在倫理上應拒絕為有可能增加產科，新生兒和育兒風險的潛在醫療或心理社會狀況的 ARA 婦女提供治療。

育兒議題

在 ARA 妊娠倫理的任何的討論都必須著重於育兒及兒童撫養的考慮，特別是夫妻雙方有一方或雙方均為高齡的情況下。關注的問題包括：父母一方或雙方可能在孩子成年之前死亡、高齡父母養育孩子的壓力，以及育兒的情感與生理需求的困難。失去父母是兒童或青少年忍受的最有壓力的生活事件之一。雖然台灣女性的預期壽命約 84 歲，但平均而言，在 50 歲懷孕的婦女比起 30 歲懷孕的婦女，更有可能在孩子成年之前死亡。因此，在考慮卵母細胞捐贈程序時，應討論伴侶的年齡與健康狀況，以及雙方預期壽命。而且在這些情況下，許多從卵母細胞捐贈出生的孩子，在失去父母後可能也不會有兄弟姐妹或大家庭來支持他們，也可能感到身體和情感上都被遺棄。另外如果 ARA 婦女有潛在的醫療障礙，使懷孕變成極高危險性，那麼他們很有可能在子代達到成年前有重大的身體損傷或死亡 [24-26]。

簡而言之對於中高齡婦女接受捐卵的建議略述如下：

1. 卵母細胞捐贈是治療年齡相關不孕症的既定標準，與懷孕成功率高相關。
2. 不良產科事件和結果與高生殖年齡 (ARA) 相關，特別是與剖腹產、高血壓疾病、妊娠糖尿病和圍產期死亡率有關。
3. 考慮接受卵母細胞捐贈的 ARA 婦女應進行全面的醫學檢測，重點是確定心血管和代謝適應性，以及進行心理社會評估，以確定是否有足夠的支持來養育小孩到成年。
4. 應諮詢預期治療的 ARA 患者關於懷孕相關的醫療風險增加，且由於缺乏數據，許多這些風險的特性尚不明確。諮詢過程應有熟悉

管理高危險懷孕的醫師參與。

5. 如果存在可能進一步增加產科及新生兒風險的醫療情況，特別是高血壓或糖尿病，應強烈勸阻卵母細胞捐贈。
6. 鑑於有關母體和胎兒安全性的有限數據，以及與長壽相關的擔憂以及需要足夠的社會心理支持來養育小孩到成年期，即使沒有潛在的醫療問題，仍不鼓勵提供捐贈的卵母細胞予超過 55 歲的婦女。
7. 多胎妊娠顯著增加與懷孕和分娩有關的風險；因此，選擇單胚胎植入（eSET）是 ARA 婦女優選的治療方法。
8. 應該向未來的年長父母提供有關其年齡特定的短期和長期育兒和育兒問題的諮詢。伴侶的年齡和健康（如果存在）也應在本討論中加以考慮。
9. 基於對患者和子女的健康和福祉的關切，在道德上醫師是允許拒絕為 ARA 的婦女提供治療，55 歲以上婦女一般是不鼓勵進行治療的。

關鍵字

高生殖年齡、卵子捐贈、不孕症。

參考文獻

1. 103 年台灣地區人工生殖施行結果分析報告，衛生福利部國民健康署 2016.06.
2. Oocyte or embryo donation to women of advanced reproductive age: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril* 2016;106:e3-7.
3. Sauer MV, Paulson RJ, Lobo RA. Pregnancy after 50: application of oocyte donation to women after natural menopause. *Lancet* 1993;341:321-3.
4. Kort DH, Gosselin J, Choi JM, Thornton MH, Cleary-Goldman J, Sauer MV. Pregnancy after age 50: defining risks for mother and child. *Am J Perinatol* 2012;29:245-50.
5. Paulson RJ, Thornton MH, Francis MM, Salvador HS. Successful pregnancy in a 63-year-old woman. *Fertil Steril* 1997;67:949-51.
6. Antinori S, Gholami GH, Versaci C, Cerusico F, Dani L, Antinori M, et al. Obstetric and prenatal outcome in menopausal women: a 12-year clinical study. *Reprod Biomed Online* 2003;6:257-61.
7. Yeh JS, Steward RG, Dude AM, Shah AA, Goldfarb JM, Muasher SJ. Pregnancy rates in donor oocyte cycles compared to similar autologous in vitro fertilization cycles: an analysis of 26,457 fresh cycles from the Society for Assisted Reproductive Technology. *Fertil Steril* 2014;102:399-404.
8. Zweifel JE. Donor conception from the viewpoint of the child: positives, negatives, and promoting the welfare of the child. *Fertil Steril* 2015;104:513-9.
9. Grotegut CA, Chisholm CA, Johnson LN, Brown HL, Heine RP, James AH. Medical and obstetric complications among pregnant women aged 45 and older. *PLoS One* 2014;9:e96237.
10. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertil Steril* 2015;103:1136-43.
11. Toner JP, Grainger DA, Frazier LM. Clinical outcomes among recipients of donated eggs: an analysis of the U.S. national experience, 1996-1998. *Fertil Steril* 2002;78:1038-45.
12. Dulitski M, Soriano D, Schiff E, Chetrit A, Mashiach S, Seidman DS. Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1998;92:935-9.
13. Paulson RJ, Boostanfar R, Saadat P, Mor E, Tourgeman DE, Slater CC, et al. Pregnancy in the sixth decade of life: obstetric outcomes in women of advanced reproductive age. *JAMA* 2002;288:2320-3.
14. Vincent-Rohfritsch A, Le Ray C, Anselem O, Cabrol D, Goffinet F. Pregnancy in women aged 43 years or older: maternal and perinatal risks. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2012;41:468-75.
15. Le Ray C, Scherier S, Anselem O, Marszalek A, Tsatsaris V, Cabrol D, et al. Association between oocyte donation and maternal and perinatal outcomes in women aged 43 years or older. *Hum Reprod* 2012;27:896-901.
16. Sauer MV, Paulson RJ, Lobo RA. Oocyte donation to women of advanced reproductive age: pregnancy results and obstetrical outcomes in patients 45 years

- and older. *Hum Reprod* 1996;11:2540–3.
17. Evans MI, Hume RF Jr, Polak S, Yaron Y, Drugan A, Diamond MP, et al. The geriatric gravida: multifetal pregnancy reduction, donor eggs, and aggressive infertility treatments. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:875–8.
18. Ramasamy R, Chiba K, Butler P, Lamb DJ. Male biological clock: a critical analysis of advanced paternal age. *Fertil Steril* 2015;103:1402–6.
19. Fisch H, Hyun G, Golden R, Hensle TW, Olsson CA, Liberson GL. The influence of paternal age on Down syndrome. *J Urol* 2003;169:2275–8.
20. Lowe X, Eskenazi B, Nelson DO, Kidd S, Alme A, Wyrobek AJ. Frequency of XY sperm increases with age in fathers of boys with Klinefelter syndrome. *Am J Hum Genet* 2001;69:1046–54.
21. McIntosh GC, Olshan AF, Baird PA. Paternal age and the risk of birth defects in offspring. *Epidemiology* 1995;6:282–8.
22. Reichenberg A, Gross R, Weiser M, Bresnahan M, Silverman J, Harlap S, et al. Advancing paternal age and autism. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1026–32.
23. Sipos A, Rasmussen F, Harrison G, Tynelius P, Lewis G, Leon DA, et al. Paternal age and schizophrenia: a population based cohort study. *BMJ* 2004;329:1070.
24. Dowdney L. Childhood bereavement following parental death. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:819–30.
25. Steiner AZ, Paulson RJ. Parenting issues among women of advanced reproductive age: Does age really matter? *Fertil Steril* 2006;85:S8.
26. Steiner AZ, Paulson RJ. Motherhood after age fifty: An evaluation of parenting stress and physical functioning. *Fertil Steril* 2007;87:1327–32.

(D) 現代人晚結婚晚生育，中高齡產婦越來越多

(E) 以上皆是

2. 以下哪些是高生殖年齡婦女懷孕可能之併發症？

(A) 流產、死產機率上升

(B) 妊娠高血壓、糖尿病

(C) 明顯的高發生率單基因突變和染色體異常相關的殘疾和疾病

(D) 剖腹產風險增加

(E) 以上皆是

3. 對於中高齡婦女接受捐卵的建議以下何者為非？

(A) 考慮接受卵母細胞捐贈的 ARA 婦女應進行全面的醫學檢測，確定心血管和代謝適應性與進行心理社會評估

(B) 卵母細胞捐贈是治療年齡相關不孕症的既定標準，與懷孕成功率高相關

(C) 多胎妊娠顯著增加與懷孕和分娩有關的風險；選擇單胚胎植入是優選的治療方法

(D) 55 歲以上婦女一般是不鼓勵進行治療的

(E) 以上皆是

自我測驗題四

1. 以下哪些情況關於生殖與不孕症敘述何者為非？

(A) 女性健康照護中，僅次於腫瘤及心血管疾病居於重要地位的疾病與公共衛生議題

(B) 衛生與健康千年永續發展二十個目標其中之一

(C) 國內初婚男女年齡十年來增加三歲

(D) 3 (E) 2 (E) 1

景 攝

預防骨鬆症藥物的用藥假

李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科



婦產科醫師不僅是婦女生育及生殖系統疾病的守護者，更是健康第一線維護者，包括從青少年到更年期。尤其是更年期的婦女，因長期有荷爾蒙缺乏、運動不足及營養不均衡的狀況，常導致骨質疏鬆和肌少症，容易跌倒和骨折。在美國，每年照顧因骨質疏鬆相關及骨折的費用，超過治療心肌梗塞、乳癌、心血管意外費用的總和 [1]。年長者，骨折後患無窮，無論是患者或家屬在精神和經濟上都是極大負擔。故婦產科醫師在預防婦女骨質疏鬆和骨折，負有重要責任。

預防骨質疏鬆最常用的藥物為雙磷酸鹽 (bisphosphonates)，它會抑制蝕骨細胞 (osteoclast) 的活性，減緩骨骼的溶骨作用 (resorption)。雙磷酸鹽包括有 alendronate、risedronate、ibandronate、zoledronic acid，均為治療和預防停經後婦女和男性骨質疏鬆的第一線藥物，是有效的抗骨折藥物。根據統計，雙磷酸鹽與安慰劑比較，可減少 38-65% 脊椎的骨折發生率 (其中以 zoledronic acid 最為有效) 和 22-31% 非脊椎的骨折 (ibandronate 除外)、50-55% 髖骨

骨折 [2]。雙磷酸鹽使用的條件，要患者腎臟 creatinine clearance > 35 mL/min，且血清中維他命 D 要正常，因低血清 25-hydroxyvitamin D 在使用雙磷酸鹽後，可能會發生低血鈣症狀 [3]。

另外，denosumab 為人類的一種單株抗體，能阻止與核因子 kappa β 配體接受器 - 活化劑 (receptor-activator of nuclear factor kappa β ligand, RANKL) 的結合，抑制蝕骨細胞的分化而達到減少溶骨的作用。它與雙磷酸鹽的差異，是可在腎功能欠佳的患者使用。研究顯示，對骨骼疏鬆患者，denosumab 可降低 68% 脊椎的骨折、20% 非脊椎的骨折及 40% 髖骨骨折 [4]。

雙磷酸鹽雖然可減少骨折風險，但尚不知使用時間應多久？因長期使用有下顎骨骨骼壞死 (osteonecrosis of the jaw, ONJ) 的風險和非典型股骨骨折 (atypical femoral fracture, AFF)，因此有研究建議，使用雙磷酸鹽數年後便應停用，稱為用藥假 (drug holiday)；

denosumab 亦有用藥假的相關研究報告。本文特分析現有文獻加以整理，以供同仁參考。

ONJ 和 AFF

ONJ 定義為口腔有暴露的骨骼，在診斷後 8 週仍不會癒合，因常見於長期（5 年）使用抗溶骨藥物（雙磷酸鹽或 denosumab），但沒有頭臉放射線治療病史的患者，尤其以高劑量靜脈注射雙磷酸鹽（發生率 1-15%）的患者，但在一般治療骨質疏鬆的患者較罕見（發生率 <0.04%）[5]。

AFF 的定義為沒有外傷或有輕微外傷者，出現骨骼的轉子下骨折（subtrochanteric fracture）或骨幹（diaphyseal）骨折，骨折呈 non-comminuted（沒有裂成碎片）、橫或缺斜狀裂開。此在使用雙磷酸鹽會增加 2 倍 AFF 風險，使用 5 年的風險更高；雖如此，仍須強調雙磷酸鹽治療者 AFF 的絕對風險仍低（由 100000 人 - 年中為 3.2-50 位，在使用 8 年後為 113 位）。使用 denosumab 者，ONJ 機率極低，與 AFF 則可能較有關連 [2]。

用藥假

一、雙磷酸鹽：雙磷酸鹽是治療骨質疏鬆最常用藥，它能在骨骼中累積，因此使用多年後雖停用，仍具有抑制蝕骨細胞的作用 [6]。骨質疏鬆的治療通常會在患者口服 5 年、或靜脈注射 3 年後，考慮暫時停用，稱為用藥假 [7]。使用雙磷酸鹽是否需要用藥假，依高、低危險性有不同處理方式，茲說明如下：

(1) 高風險者：根據 Villa 等研究報告，凡有低 BMD（-2.5 或更低）者、曾有脊椎骨折者、持續使用高劑量類固醇者、甲狀腺或副甲狀腺功能過高者、風濕性

關節炎和其它有嚴重活動困難疾病者（如多發性硬化症）、高的骨骼周轉率者（如 NTX type 1 collagen cross-linked N-telopeptide>35 nM BCE/mM creatinine、CTX carboxyterminal collagen cross-link>450 pg/mL），均屬高風險群，建議在使用雙磷酸鹽中，不應有用藥假。即使 BMD 持續增加，仍然建議不要中斷雙磷酸鹽的使用 [6]。

(2) 低風險者：如骶骨 T-score 在 -2.0 以上，脊椎骨折風險較低，連續使用雙磷酸鹽的益處不多，即繼續使用的效果無統計上差異，應可停止使用。經 1-2 年後再予以評估 BMD 值，以判斷是否應再使用。當脊椎或髖骨 BMD 減少 4%、NTX>35 nM BCE/mM creatinine、CTX>450 pg/mL 或發生新骨折，此時就應考慮再使用雙磷酸鹽 [6]。

研究顯示，zoledronate 或 risedronate 停藥 3 年後，不會增加骨折的風險，ibandronate 則沒有停藥後足夠的相關骨折的資料 [6]。在用藥假時，Compston 等建議 risedronate 在 1 年後、alendronate 在 1-2 年後、zoledronic acid 在 2-3 年後均應重新評估，如 BMD 減少或骨骼周轉率標記（bone turnover marker, BTM）增加，則需停止用藥假 [8]。

二、Denosumab：停經後如有骨質疏鬆的婦女，或因前列腺癌切除睪丸、乳癌切除卵巢等患者，每 6 個月注射 1 次 denosumab，可減少 70% 脊椎骨折、40% 髖骨骨折、20% 非脊椎骨折；使用 8 年後，腰椎和髖部之骨密度（bone mineral density, BMD）分別增加 18% 和 8%。但有些患者是因不適或自認無效、擔心副作用、價錢貴等而中止使用；或醫師認為 BMD 增加足夠，骨折風險已降低；或病患因牙齒手術而要求停藥 [4]。

根據 3 篇最新文獻，在 denosumab 停藥後，有 5 位患者在數月內發生脊椎骨折，且有高骨骼周轉率（turnover）和快速骨骼流失，造成異常多的骨折。在沒有治療的停經後婦女，高骨骼周轉率易導致骨折，因此，denosumab 不宜有用藥假，應繼續使用。如非得停止，可使用 1 劑量 zoledronic acid 來預防快速骨骼流失。在口腔手術患者，亦可在 denosumab 注射後 3-4 個月，允許在下次注射前有足夠時間讓口腔傷口癒合 [9]。

不贊成有用藥假

有些報告認為不應有用藥假，其理由有：(1) 沒有機轉可以說明雙磷酸鹽可以產生 AFF；(2) AFF 為股骨骨幹骨折，骨幹為皮質（cortical）骨骼。其雙磷酸鹽每年吸收有 30%，高於每年骨骼周轉率約 1%；(3) 其它影響骨骼品質疾病，如糖尿病使用醣類固醇、氫離子幫浦阻斷劑（proton pump inhibitor）、成人低磷酸酯酶症（hypophosphatasia）、健康停經前婦女的下肢骨折症候群（lower extremity fracture syndrome）等，均可產生 AFF；(4) 沒有科學證明雙磷酸鹽會影響骨骼強度和品質；(5) 雙磷酸鹽在美國未上市前，放射線研究已有 AFF 的定義 [1]。

Miller 等研究報告認為，使用雙磷酸鹽者（特別是在高危險骨質疏鬆）在減少典型髖骨骨折率，遠超過的 AFF。而真正 AFF 比例亦應是母數為全部患者每年（patient-year）使用的數目，而非只有雙磷酸鹽使用時間（duration）的人數。更且，對許多慢性疾病（如糖尿病、高血壓、慢性肺阻塞等）亦無建議停止治療，除非疾病本身已痊癒。因此，為何雙磷酸鹽要有用藥假，特別在年長者，疾病仍然存在中。故不主張有用藥假 [1]。

結論

綜合文獻報告，美國食品和藥物管理局主張雙磷酸鹽在使用 5 年後，應考慮停止使用 3-5 年，稱為用藥假 [10]，除非有高危險骨折因子應繼續使用，以減少 ONJ 和 AFF。在低危險骨折因子者，停止用藥後 1-2 年需再評估 BMD、骨骼周轉率或是否有新骨折，而重新開始使用。但亦有報告認為，這些統計資料尚薄弱或方法也有誤差，加上 ONJ 和 AFF 發生率很低，雙磷酸鹽不應停藥。有待日後更大規模研究，能更精確了解及掌握用藥假。而 denosumab 停藥後，AFF 可能會增加，故 denosumab 不宜停藥。至於在進行用藥假時，換上別的種類雙磷酸鹽藥物，或予維他命 D3 和足夠的鈣，又是另一層次的考慮，仍待日後的研究證明。

關鍵字

退化性關節炎 (osteoarthritis)、雌激素 (estrogen)、選擇性雌激素接受器調節劑 (selective estrogen receptor modulators, SERM)。

參考文獻

1. Miller PD. Underdiagnoses and undertreatment of osteoporosis: the battle to be won. *J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101: 852-9.
2. Anagnostis P, Paschou SA, Mintziori G, et al. Drug holidays from bisphosphonates and denosumab in postmenopausal osteoporosis: EMAS position statement. *Maturitas* 2017; 101: 23-30.
3. Black DM, Rosen CJ. Postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2016; 374: 254-62.
4. Cummings SR, San Martin J, McClung MR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2009; 361: 756-65.
5. Khan AA, Morrison DA, Hyanley D, et al. Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw: a

systematic review and international consensus. Bone Miner Res 2015; 30: 3-23.

6. Villa JC, Gianakos A, Lane JM. Bisphosphonate treatment in osteoporosis: optimal duration of therapy and incorporation of a drug holiday. HSSJ(The Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surgery) 2016; 12: 66-73.
7. Silverman SL, Adachi JD, Dennison E, et al. Bisphosphonate drug holidays: we reap what we sow. Osteopor Int 2016; 27: 849-52.
8. Compston J, Bilezikian J. Bisphosphonate therapy for osteoporosis: the long and short of it. J Bone Miner Res 2012; 27: 240-2.
9. McClung MR. Cancel the denosumab holiday. Osteopor Int 2016; 27: 1677-82.
10. Whitaker M, Guo J, Kehoe T, et al. Bisphosphonates for osteoporosis-where do we go from here? N Eng J Med 2012; 366: 2048-51.

自我測驗題五

1. 下列何者為 **alendronate** 使用數年後實行用藥假的考慮因素？
 - (A) 增加下顎骨骨骼壞死
 - (B) 增加非典型股骨骨折
 - (C) 增加典型股骨骨折
 - (D) A+B
2. 有關 **denosumab** 使用，下列何者錯誤？
 - (A) 停藥會增加脊椎骨折
 - (B) 不宜有用藥假
 - (C) 為人類單株抗體
 - (D) 應有用藥假
3. 雙磷酸鹽可減少何種骨折？
 - (A) 脊椎骨折
 - (B) 非脊椎骨折
 - (C) 髋骨骨折
 - (D) 以上皆是

(d)·ε (d)·z (d)·l

景 攝

台灣更年期醫學會 第十一屆第八次理、監事會聯席會議記錄

一、開會時間：中華民國 106 年 7 月 22 日（星期六）19 時 00 分至 20 時 00 分

二、開會地點：台北喜來登大飯店 B1 辰園（台北市忠孝東路一段 12 號）

三、出席者：

名譽理事長：黃國恩

理事長：蔡永杰

理事：周松男、周輝政、林隆堯（請假）、許朝欽、陳芳萍、陳瑞堅、葉聯舜、郭鴻璋（請假）、曾啟瑞、楊再興、蔡英美、蔡景州、鄭碧華、謝燦堂（請假）

監事：宋永魁、陳怡仁（請假）、陳豪（請假）、黃泓淵、劉明道

秘書長：陳美州

副秘書長：賴宗炫、鍾明廷（請假）、崔冠濠（請假）

秘書處：黃潔儀 (Kitty)、黃淑儀 (Angela)、張若翎 (Amber)、王怡婷 (Catherine)、薛文軒 (Sharon)

四、查詢 106 年 5 月 13 日理監事第十一屆第七次理監事聯席會議記錄，無誤准予備查。《附件一》

決議：通過

五、報告事項：

(一) 秘書處報告

1. 會員招收：106/5/13~106/7/21 申請入會之新會員 10 人：

(1). 婦產科 1 人：洪榮信

(2). 家醫 6 人：林承興、張瑞展、何兆崇、李祥、蔡篤隆、徐長庚

(3). 內科 1 人：林鈺燦

(4). 藥師 1 人：沈信學

(5). 醫檢師 1 人：吳永泰

決議：通過

2. 財務報告 106/01/01~6/30 《附件二》

決議：通過今年度提撥 40 萬準備金，以保障學會財務狀況更加穩固。

(二) 國際事務委員會：無報告事項

(三) 學術教育委員會：無報告事項

(四) 公共政策委員會：無報告事項

(五) 會訊編輯委員會報告：第 55 期會刊主編：陳美州醫師，本期主題為「中高齡婦女的生育議題」

決議：已向內政部確認因本會會訊非營利刊物，故更名無須經報備主管機關之程序，自第 55 期起，原『台灣更年期會訊』正式更名為『台灣更年期醫誌』，因適逢理監事改選，本期可能會略有延遲發行之狀況。

(六) 住院醫師教育委員會：無報告事項

六、討論事項：無

七、臨時動議：無

八、散會：20 時 00 分

台灣更年期醫學會 第十二屆第一次會員大會記錄

- 一、開會時間：106年7月23日（星期日）13時00分至14時00分
- 二、開會地點：臺大醫院國際會議中心401會議室（台北市中正區徐州路2號）
- 三、出席會員：依本會章程第三章，有資格行使會員代表之權利義務共計204人，當日親自簽到出席代表71人，委託出席者35人，合計106人。
- 四、主席：蔡永杰理事長
- 五、宣讀第十一屆第二次會員大會會議記錄，無誤准予備查。

決議：通過

六、報告事項

1. 理事長致詞

感謝各位會員的熱情參與，讓學會會務不斷茁壯，以及各位前輩先進的支持，讓我與美州能有為大家服務的機會，兩年來學會有許多新血加入，財務狀況也漸入佳境，學會需要各位會員的繼續支持，選出下任理事長繼續帶領大家前進，讓學會更加蓬勃發展，再次感謝大家並預祝本次大會圓滿成功。

2. 理事會工作報告

決議：通過

3. 監事會監察報告

決議：通過

七、討論事項

1. 案由：105年度工作報告，105年度收支決算、資產負債、現金出納、基金收支（理事會提案）。

說明：105年度工作報告，105年度收支決算業經第十一屆第七次理監事聯席會議通過，擬提請大會討論通過。

決議：無異議通過。

2. 案由：106年度工作報告，106年度收支決算（理事會提案）。

說明：106年度工作報告，106年度收支預算業經第十一屆第七次理監事聯席會議通過，擬提請大會討論通過。

決議：無異議通過。

八、臨時動議：無

九、第十二屆理監事選舉事項

(1) 監票代表：黃泓淵、劉明道；唱票員：張若翎；記票員：王怡文、楊欣庭

(2) 理事選舉結果：

蔡永杰 65 票、蔡英美 64 票、陳芳萍 56 票、許朝欽 56 票、陳美州 56 票、曾啟瑞 55 票、黃泓淵 55 票、楊再興 52 票、賴宗炫 44 票、鄭碧華 42 票、陳瑞堅 42 票、葉聯舜 41 票、蔡景州 37 票、周松男 37 票、林時羽 34 票、郭鴻璋 26 票、黃貞瑜 26 票

當選理事 15 位：蔡永杰、蔡英美、陳芳萍、許朝欽、陳美州、曾啟瑞、黃泓淵、楊再興、賴宗炫、鄭碧華、陳瑞堅、葉聯舜、蔡景州、周松男、林時羽

候補理事 2 位：郭鴻璋、黃貞瑜

(3) 監事選舉結果：

謝燦堂 55 票、龍震宇 49 票、張芳維 39 票、劉明道 38 票、何積泓 33 票、徐英倫 19 票、陳啟豪 24 票

當選監事 5 位：謝燦堂、龍震宇、張芳維、劉明道、何積泓

候補監事 1 位：陳啟豪

十、散會：14 時 00 分

十一、記錄：張若翎

台灣更年期醫學會 第十二屆第一次理、監事會聯席會議紀錄

一、開會時間：中華民國 106 年 8 月 19 日（星期六）12 時 00 分至 13 時 00 分

二、開會地點：台北凱薩餐廳 3F 王朝中餐廳蓮廳（台北市中正區忠孝西路一段 38 號）

三、出席者：

名譽理事長：黃國恩

理事：周松男、林時羽、許朝欽（請假）、陳芳萍、陳美州、陳瑞堅、曾啟瑞、黃泓淵、楊再興、葉聯舜、蔡永杰、蔡英美、蔡景州、鄭碧華、賴宗炫

監事：何積泓（請假）、張芳維、劉明道、龍震宇、謝燦堂

秘書長：陳美州

副秘書長：賴宗炫、鍾明廷（請假）、崔冠濠（請假）

秘書處：黃潔儀 (Kitty)、黃淑儀 (Angela)、張若翎 (Amber)、薛文軒 (Sharon)

四、查詢 106 年 7 月 22 日第十一屆第八次理監事聯席會議紀錄、106 年 7 月 23 日第十二屆第一次會員大會會議紀錄，無誤准予備查。《附件一》

五、報告事項：

1. 審核申請入會之新會員：孫三源、陳天啟。

決議：通過

2. 財務報告：106/01/01~106/07/31 《附件二》

決議：通過

秘書處：因本次適逢理事長、常務理、監事選舉，故本報表無法事先取得相關人等簽名，特此補充說明。

蔡永杰理事長補充：承第 11-8 次理監事會中提案決議通過，今年度將提撥 40 萬準備金，故本次財報預估盈餘為 71,273 元。

六、討論事項：

1. 選舉第十二屆常務理事、常務監事及理事長。

監票代表：劉明道；唱票員：張若翎；記票員：薛文軒

(1) 常務理事選舉結果：

蔡永杰 12 票、蔡英美 7 票、陳芳萍 5 票、許朝欽 3 票、陳美州 2 票、曾啟瑞 1 票、黃泓淵 12 票、楊再興 5 票、賴宗炫 0 票、鄭碧華 6 票、陳瑞堅 2 票、葉聯舜 2 票、蔡景州 3 票、周松男 4 票、林時羽 0 票

楊再興與陳芳萍同票數，陳芳萍自願禮讓。

當選常務理事 5 位（依姓氏筆畫排序）：黃泓淵、楊再興、鄭碧華、蔡永杰、蔡英美。

(2) 理事長選舉結果：蔡永杰 0 票、蔡英美 0 票、黃泓淵 13 票、楊再興 0 票、鄭碧華 1 票

當選理事長：黃泓淵。

(3) 常務監事選舉結果：謝燦堂 3 票、龍震宇 0 票、張芳維 0 票、劉明道 0 票、何積泓 0 票

當選常務監事 1 位：謝燦堂。

2. 新任理事長致詞：

謝謝各位理監事前輩們支持，讓我能有機會為學會服務，感謝黃院長高瞻遠矚在 22 年前設立更年期與骨鬆學會，我會竭盡己力繼續推展學會會務，雖然 2002 年 WHI 發表對更年期治療與推動是一個不小的打擊，但是 10 年之後，新舊觀念更迭，學會也會因應趨勢，推展整合醫療，繼續為提升更年期婦女生活品質努力。

七、臨時動議

八、散會：13 時 00 分

會刊徵稿

敬啟者：

本訊宗旨為會員再教育，交換研究心得及聯絡會員有關會務之消息。歡迎有關更年期相關之基礎或臨床醫學論文、病例報告、專題報導、參加國際會議心得、醫學歷史等著述，均為本會訊徵稿之對象，歡迎各會員踴躍投稿，期待您的賜稿。

台灣更年期醫學會於 1995 年成立，為非營利組織團體，如今已邁向第科技的快速進展，人類的壽命已大幅延長，伴隨著是台灣人口的快速老化，已超過三百萬的婦女進入更年期，而其中大多數的人並未接受良好的醫療照護，因而嚴重的影響其生活品質並造成許多疾病的發生。

本會長期致力各類婦女保健活動推動，然而光靠學會的力量是不夠的，更需要社會各界的長期支持，歡迎各方賢達的共襄盛舉，以積少成多的力量，讓學會在充足的資源下，更多元化的蓬勃發展，走向國際化，以提供更多婦女朋友更完善的更年期衛教與服務。

您的贊助捐款款項將全數作為台灣更年期醫學會辦理之衛教活動、民眾講座、學術研討會議、網站營運、支持會務運作等之用途，捐助方式如下說明：

投稿須知

- 一、本雜誌為台灣更年期醫學會之刊物，是醫師會員的園地，歡迎醫界同仁踴躍提供與醫學有關之各類著作：包括醫療行政與業務、法令疑義、醫學新知、醫學綜論、臨床、學術報告、醫學評論等，但文責自負。
- 二、各類文章連圖表，以不超過四頁（每頁約 2,000 字）為限，但特約稿例外。來稿文

章皆須以中文書寫（橫排）。

- 三、文內提供之圖片及作者照片印刷解析度須為 300dpi。
- 四、table 表格篇幅以不超過一頁為限。
- 五、參考文獻以 20 篇為限。
- 六、來稿如涉及版權，概由作者自負文責。
- 七、經本刊刊載之文章，將同步刊登於台灣更年期醫學會網站。
- 八、論文抽印本，以 PDF 檔方式提供。
- 九、投稿請將稿件以電子檔寄至學會信箱：
menopausetw@gmail.com

捐款方式

- 請至各家銀行電匯或 ATM 自動櫃員機轉帳，並請於匯款單收據或轉帳交易明細單上註明您的姓名、連絡電話、郵寄地址，再傳真至本會 (02)8750-2799 以便核對登錄，以利開立收據。
- 帳戶資訊
銀行名稱：合作金庫銀行 復興分行
帳戶名稱：台灣更年期醫學會
本行總機構代號：006
銀行帳號：0914-717-238216

聯絡方式

台灣更年期醫學會秘書處
聯絡專線：(02)8751-3588 分機 220
傳真號碼：(02)8751-2799
聯絡地址：11493 台北市內湖區洲子街 100 號
2 樓

台灣更年期醫學會入會申請書



中文姓名				會員編號		
英文姓名	性別		出生年月日	身分證統一編號		
學歷				經歷		
證書字號	醫師證書：醫字第		號			
	專科醫師：專醫字第		號			
	其他：			現職		
通訊處				電話	(公)：	
住址					(宅)：	
E-mail					手機：	
				傳真：		
會員類別	<input type="checkbox"/> 基本會員 <input type="checkbox"/> 準會員 <input type="checkbox"/> 相關會員 <input type="checkbox"/> 其他： (說明：)					
貼相片處 (兩吋)	申請人：					(簽名蓋章)
	介紹人：1.					(簽名蓋章)
	2.					(簽名蓋章)
理事會審查結果						
備註						
1. 基本會員：	凡國內外認可之醫學院畢業，取得專科醫師執照，從事更年期及停經後有關之醫療保健工作者。					
2. 準會員：	凡國內外認可之醫學院畢業，取得醫師執照，從事更年期及停經後有關之醫療保健工作者。					
3. 相關會員：	凡國內外認可之醫學相關科系畢業，從事更年期及停經後有關之醫療保健工作者。					
4. 基本會員及準會員請附相關證書影本；相關會員請附畢業證書影本						
					申請號碼	

2018學術活動預告(預計3-4月) 更年期繼續教育訓練課程(上)

台北	台中	台南	高雄
台大兒醫講堂	台中榮民總醫院	奇美醫院	高雄長庚醫院

積分申請單位

台灣婦產科醫學會、醫師公會全聯會、人工生殖、家庭醫學專科、專科護理師、護理師護士、藥師等相關積分

- 講座詳細資訊請密切留意學會網站公告 www.menopause.org.tw
- 如遇不可抗力之因素，本學會保留活動更改權

2018學術活動預告(預計10-11月) 更年期繼續教育訓練課程(下)

台北	台中	台南	高雄
台北國泰醫院	中山醫學大學	奇美醫院	高雄長庚醫院

積分申請單位

台灣婦產科醫學會、醫師公會全聯會、人工生殖、家庭醫學專科、專科護理師、護理師護士、藥師等相關積分

- 講座詳細資訊請密切留意學會網站公告 www.menopause.org.tw
- 如遇不可抗力之因素，本學會保留活動更改權

卓越，源自於對精準的堅持 每次微調都讓您更接近成功



進化版GONAL-f[®]注射筆，有

-清晰大視窗

-精密小刻度 (12.5IU)

讓您掌握更精準的治療!

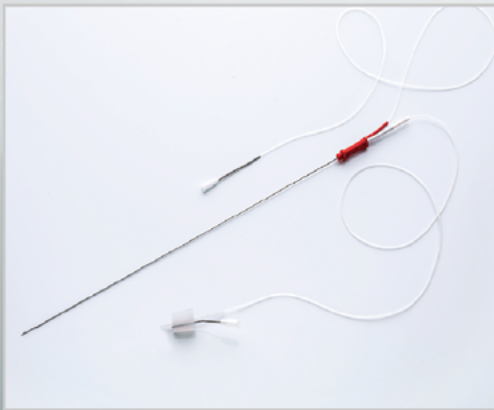
GONAL-f[®]
FOLLITROPIN ALFA

專注細節 孕育新生

MERCK



VT 601/601(O)/602



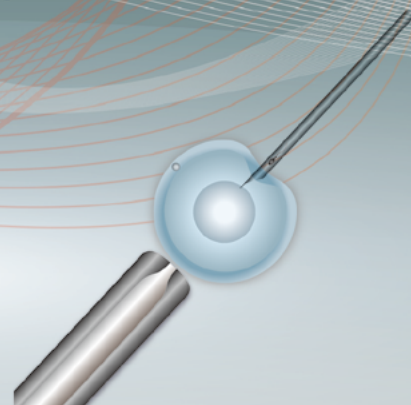
Double Lumen /16G, 17G, 18G. OPU Single Lumen /16G, 17G, 18G.19G.20G



ET Catheters



IUI Catheters 7cm/10cm /18cm



ICSI / Holding / PGD pipette



台灣更年期醫學會
The Taiwanese Menopause Society

{ *More info*
www.menopause.org.tw }