



# 台灣更年期醫學會

會訊 Newsletter of The Taiwanese Menopause Society

58 | 2019  
March



## 櫻飛舞

滿園櫻花，純白中透著淡紅與桃紅，夾雜翠綠新葉並配上深綠背景，呈現一片療癒世界。到日本追櫻成了每年必行的懷念。

張明揚 醫師

長庚紀念醫院台北生殖內分泌科主任  
暨子宮內膜異位協會秘書長



掃描QR Code  
醫學新知一把抓

# 2019 上

## 繼續教育訓練課程

# SAVE THE DATE



4/21  
高雄場

高雄長庚醫院 兒童大樓6樓 國際會議藍廳  
高雄市鳥松區大埤路123號

4/28  
台中場

中山醫學大學 正心樓0213教室  
台中市南區建國北路一段110號

5/5  
台南場

奇美醫院 第五醫療大樓561會議室  
台南市永康區中華路901號

5/19  
台北場

台大兒童醫院 B1視聽講堂  
台北市中山南路8號

主辦單位



台灣更年期醫學會  
The Taiwanese Menopause Society



## 櫻飛舞

滿園櫻花，純白中透著淡紅與桃紅，夾雜翠綠新葉並配上深綠背景，呈現一片療癒世界。

到日本追櫻成了每年必行的懷念。

| 張明揚醫師

## 台灣更年期醫學會

中華民國一〇八年三月第五十八期

發行人 黃泓淵

總編輯 蔡景州

本期主編 何積泓

通訊會址 11493 台北市內湖區洲子街  
100 號 2 樓

電話 02-8751-3588

傳真 02-8751-2799

電子信箱 menopause@tw@gmail.com

官方網站 www.menopause.org.tw

製版印刷 本會之文章，須經由作者及  
本會之同意，方能轉載，並  
須註明出處。

# 目錄 CONTENTS

NO. 58

## 學會組織

- 2 學會組織名單
- 3 理事長的話 | 黃泓淵理事長
- 4 秘書長的話 | 吳憲銘秘書長
- 5 主編的話 | 何積泓醫師
- 6 編輯主任委員的話 | 蔡景州醫師

## 活動剪影

- 7 2018.10.14 2018 下半年更年期繼續教育訓練課程—台中場
- 7 2018.11.04 2018 下半年更年期繼續教育訓練課程—台北場
- 7 2018.11.04 第 12 屆第 5 次理監事聯席會議
- 8 2018.11.11 2018 半年更年期繼續教育訓練課程—台南場
- 8 2018.11.25 2018 下半年更年期繼續教育訓練課程—高雄場
- 8 2018.12.01 2018 台灣更年期婦女健康管理及藥物治療指引制定會議

## 學術活動

- 9 2018 年度工作報告
- 10 2019 年度工作計畫

## 學術專欄

- 11 曾令民 | WHI 十五年後的更年期荷爾蒙治療及乳癌趨勢
- 15 藍國忠 | 不同的黃體素 不同的結果~論黃體素與乳癌的關係~
- 19 鍾凱丞 | 乳房攝影篩檢模式建議
- 21 龔晏萱 | 乳房核磁共振攝影的注意事項
- 24 舒宜芳 | 更年期婦女的飲食建議

## 住院醫師專欄

- 27 李耀泰 | 退化性關節炎可用雌激素治療嗎?

## 會員園地

- 31 會員園地、捐款、贊助
- 32 入會申請書

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

敬愛的學會先進與會員朋友們，大家好！

更年期，又稱停經期，是指女性大約在 45-52 歲這段期間，卵巢逐漸停止製造女性荷爾蒙，形成不再有月經的停經現象。更年期是女性生命發展的自然及必經歷程，這時期因為體內荷爾蒙分泌逐漸減少，婦女會歷經許多身體變化，多半是正常老化現象，部分婦女則會產生生理、情緒變化和身心不適的更年期障礙。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；六十年代嬰兒潮世代出生的婦女亦相繼即將面臨更年期調適，“銀髮海嘯 (Silver Tsunami)” 的健康老年化 (Health Aging)，可預見的將來更年期婦女的健康管理更形重要、根據國民健康署 106 年第五次全國性「國民健康訪問調查」結果顯示，國內 45-49 歲女性中約有四成已出現經期不規律或已停經，50-54 歲中則有七成表示已經停經。而女性心臟病死亡率、糖尿病、腦血管疾病及高血壓性疾病死亡率在停經年齡後，更以每 5 歲近乎 1 倍的速度上升。

自 2002 年美國國立衛生研究院所發表「婦女健康關懷研究」(WHI) 更年期婦女荷爾蒙治療報告後，因治療利益風險比降低引起民眾對更年期荷爾蒙療法對於罹患心臟病、中風、乳癌、血栓及失智等風險的關心和誤解，導致部分受更年期血管舒縮障礙、泌尿生殖症候群、骨質疏鬆症危險群等困擾更年期婦女，因而未接受適當治療以改善生活品質與降低疾病風險。

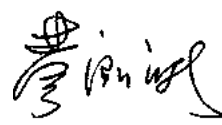
依據近來 WHI 追蹤收錄參予研究年齡層 50~79 歲的更年期婦女相關風險長達 15 年的最新報告，發現使用荷爾蒙療法並不會增加全原因死亡率、心血管疾病死亡率及罹癌死亡率；如果進一步針對 50~59 歲年齡層分析這些風險，因荷爾蒙療法更減少了 19~49%。因此在停經後第一階段的黃金六年，經過生活型態的調整、適度的運動、風險評估與作適當即時的處置與治療，必然可大幅減低更年期之後相關疾病的發生與罹病率，比如骨質疏鬆症、更年期血管舒縮障礙，肌少症、神經系統統合功能、心血管疾病、代謝症候群等，而隨著荷爾蒙治療方式與研究不斷的精進，帶來更好的結果，也讓我們對提升婦女後半階段人生餘命的生活品質，充滿信心。

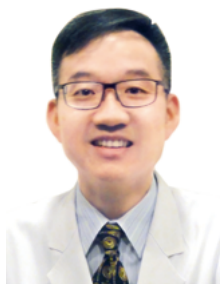
本期針對更年期婦女的相關醫療，特別從荷爾蒙療法、乳房攝影篩檢、日常生活飲食等方面進行專題討論，期盼能提供讀者及關懷更年期婦女的工作者，深入淺出地瞭解更年期女性的需要。期許會訊的拋磚引玉下，帶動國內對更年期議題更深入的探討，以共同建立台灣更年期女性健康的生活品質。

時值初春 新意瑞發，敬祝新的一年健康快樂，一切順心！



理事長的話

 敬上  
2019.02.25



### 秘書長的話

各位學會前輩與會員大家好：

濕寒的天氣逐漸壟罩著周邊環境，2019年初冬已經到來，黃理事長、編輯主委蔡景州醫師和主編何積泓精心規畫這一期的會訊，主題為大家關心的婦女乳癌問題，學會邀稿各領域的專家撰寫婦女乳癌相關的議題，首先臺北榮民總醫院外科部乳房醫學中心實驗外科主任曾令民醫師幫大家分析WHI十五年後的更年期荷爾蒙治療及乳癌趨勢；接著高雄長庚副院長婦產部藍國忠醫師探討黃體素與乳癌的關係，藍醫師指出採用個人化與低劑量荷爾蒙療法是治療趨勢，同時使用黃體素保護子宮內膜的作用不能忽視，但是乳癌的風險也不能漠視，所以相對安全黃體素的選擇是很重要的；鍾凱丞醫師進一步探討乳房攝影篩檢模式建議，鍾醫師建議採用醫病共享決策讓大家更能夠認識乳房攝影篩檢，降低婦女對檢查的焦慮與緊張，婦女才能充分獲得這項技術所帶來的好處；接著臺北榮民總醫院婦女醫學部龔晏萱醫師，幫大家撰文介紹乳房核磁共振攝影的注意事項。接著臺北榮民總醫院營養部舒宜芳營養師幫大家提出更年期婦女的飲食建議，舒營養師建議均衡飲食，充足鈣質攝取，良好體重控制再加上規律運動，才能改善生活品質並降低各種疾病發生的風險。最後我們邀請郭綜合醫院婦科主任李耀泰醫師撰寫住院醫師教育專欄，探討退化性關節炎是否可用雌激素治療；此期內容深入淺出非常豐富，相信對於會員在婦女乳癌相關議題的照護與諮詢是很好的參考資料，再次感謝黃理事長、編輯主委與主編的規畫，同時感謝所有專家們在繁忙中為此期會訊的付出。今年學會的活動，在黃理事長與學術委員會的規劃安排下，也將陸續開始，期待大家撥冗參加。

黃景州 敬上

各位敬愛的學會前輩與會員朋友們好：

本期的會訊主題是乳房。自從 WHI 研究發現，更年期婦女在使用 **conjugated equine estrogens** 及 **medroxyprogesterone acetate** 五年以後會增加乳癌的發生率，乳癌就成了所有更年期婦女在考慮荷爾蒙治療時的心頭大患。尤其當乳癌已經連續多年蟬聯台灣婦女癌症發生率第一名，乳房疾病已成為所有臨床醫師必須正視的嚴重問題。本期會訊很高興邀請到台北榮總乳房醫學中心的曾令民主任，撰文討論乳癌與更年期婦女的荷爾蒙治療。雖然七成左右的乳癌與荷爾蒙相關，換一個角度來看這些患者也可以對荷爾蒙治療有極佳的反應。此外許多研究也發現更年期婦女在接受荷爾蒙補充治療後，短期（5年內）乳癌的發生率不會增加，荷爾蒙補充治療帶來的好處（改善更年期症狀）卻是十分肯定的，臨床醫師應該盡力幫助病患緩解面臨到的更年期症狀。

為什麼 WHI 研究會發現荷爾蒙補充增加乳癌風險呢？主要因素應該是來自 **medroxyprogesterone acetate**，因為單純使用 **conjugated equine estrogens** 並不會增加乳癌風險。感謝高雄長庚醫院藍國忠副院長，特別撰文討論黃體素與乳癌的關係，提醒我們如何選擇更安全的藥物。

另外本期會訊也針對乳房疾病的重要篩檢工具：乳房攝影與乳房磁共振造影，分別邀請台北榮民總醫院鍾凱丞醫師及龔晏萱醫師撰文，討論如何選擇與安排乳房疾病篩檢。同時也針對更年期婦女在飲食上要如何選擇，邀請台北榮總營養部舒宜芳營養師撰文，談更年期婦女的飲食建議，希望大家都能吃的健康，活的快樂！本期內容豐富且實用，相信各位前輩及會員朋友都能有所收穫，也再一次感謝所有作者奉獻自己的時間和精神，鼎力相助撰稿，讓我們有如此精彩的文章可以閱讀。

敬祝

平安健康、順心如意！



主編的話

何積泓 敬上



編輯主任  
委員的話

本期針對更年期婦女的醫療，感謝本期主編何積泓醫師特別從賀爾蒙療法、乳房攝影篩檢、日常生活飲食等方面進行邀稿，期盼能提供讀者及關懷更年期婦女的工作者，深入淺出地瞭解「資深熟齡女郎」的需要。

首先，臺北榮民總醫院曾令民醫師就 WHI 十五年後的更年期荷爾蒙治療及乳癌趨勢進行深論，並提出對於停經症候群相當嚴重的病患，低劑量和短期的給予賀爾蒙補充劑是允許的建議；高雄長庚婦產部藍國忠副院長剖析了黃體素與乳癌的關係，並提出不同的黃體素具有不同的結果，在改善更年期症狀如果必須採用荷爾蒙療法，那麼黃體素的選擇還是可以選擇相對安全的黃體素製劑。再者，在乳房檢查相關主題方面，針對乳房攝影篩檢的模式，由鍾凱丞醫師就開始篩檢的時間、多久篩檢一次、停止篩檢的時間，以及篩檢所造成負面影響等四個面向提出具體且實用的建議；台北榮民總醫院婦女醫學部龔晏萱醫師就乳房核磁共振攝影的注意事項進行說明，並就適合使用乳房核磁共振攝影的情況提出建議。最後，針對更年期在肥胖、心血管疾病、骨質疏鬆等方面發生困擾的婦女，台北榮民總醫院舒宜芳營養師特別就飲食營養須特別注意的事項提出建言；最後由台南郭綜合醫院婦產部李耀泰醫師就退化性關節炎可否使用雌激素進行治療的疑惑做出最後分析。

感謝以上受邀作者對更年期婦女的關懷，也感謝各位讀者對本刊的支持與肯定。期望每一位更年期婦女能受到良好的醫療照顧之外，也能具備更完備的保健新知，祝福大家，在 2019 年諸事順利。

敬上

# 活動剪影

2018.10.14 | 2018 下半年更年期繼續教育訓練課程—台中場



2018.11.04 | 2018 下半年更年期繼續教育訓練課程—台北場



2018.11.04 | 第 12 屆第 5 次理監事聯席會議



# 活動剪影

2018.11.11 | 2018 下半年更年期繼續教育訓練課程—台南場



2018.11.25 | 2018 下半年更年期繼續教育訓練課程—高雄場



2018.12.01 | 2018 台灣更年期婦女健康管理及藥物治療指引制定會議



## 2018 年度工作報告

月	日	星期	行事曆	地點
1	1	一	元旦	
1	11	四	學術委員會第一次工作會議（視訊）	
1	31	三	年度綜合所得稅各類所得申報	
2	4	日	第 12 屆第 3 次理監事聯席會議	台北天成飯店
2	15~20	四~二	農曆春節	
2	28	三	228 和平紀念日	
3			第 56 期會訊《綜論骨質疏鬆症》	
3	10	六	民眾衛教講座	高雄長庚
3	25	日	更年期繼續教育訓練課程-1（台北場）	台大兒醫
4	1	日	更年期繼續教育訓練課程-2（台中場）	台中中山醫大
4	4~8	三~日	清明節	
4	22	日	更年期繼續教育訓練課程-3（高雄場）	高雄長庚
4	22	日	住院醫師教育委員會第一次工作會議	高雄福華
5	6	日	更年期繼續教育訓練課程-4（台南場）	奇美醫院
5	17	四	學術委員會第二次工作會議（視訊）	
5	31	三	年度機關團體及其作業組織結算申報	
6	16~18	六~一	端午節	
6	17	日	第 12 屆第 4 次理監事聯席會議	台北天成飯店
7	22	日	2018 年年會暨學術研討會	台大醫院 國際會議中心 301 廳
9			第 57 期會訊《泌尿生殖／植物雌激素專輯》	
8	9	四	學術委員會第三次工作會議（視訊）	
9	24	一	中秋節	
10	10	三	國慶日	
10	14	日	更年期繼續教育訓練課程-5（台中場）	中山醫大
11	4	日	第 12 屆第 5 次理監事聯席會議	台大兒醫
11	4	日	更年期繼續教育訓練課程-6（台北場）	台大兒醫
11	11	日	更年期繼續教育訓練課程-7（台南場）	奇美醫院
11	25	日	更年期繼續教育訓練課程-8（高雄場）	高雄醫學大學附設醫院
12	1	六	2018 台灣更年期婦女健康管理及藥物治療指引制定會議	北投麗禧溫泉酒店

## 2019 年度工作計畫

月	日	星期	行事曆	地點
1	1	一	元旦	
1	24	四	學術委員會第四次工作會議（線上）	
1	31	三	年度綜合所得稅各類所得申報	
2	2~10	六~日	農曆春節 連假	
2	17	日	第 12 屆第 6 次理監事聯席會議	台北天成飯店
2~3	28~3	四~日	228 和平紀念日 連假	
3			第 58 期會訊《乳房》	
3	16	六	民眾衛教講座	高雄長庚
4	4~7	四~日	清明節 連假	
4	21	日	更年期繼續教育訓練課程-1（高雄場）	高雄長庚
4	28	日	更年期繼續教育訓練課程-2（台中場）	中山醫大
5	5	日	更年期繼續教育訓練課程-3（台南場）	台南奇美
5	19	日	更年期繼續教育訓練課程-4（台北場）	台大兒醫
5	31	三	年度機關團體及其作業組織結算申報	
6	7~9	五~日	端午節 連假	
6	待訂		第 12 屆第 7 次理監事聯席會議	
7	28	日	2019 年年會暨學術研討會	台大公衛學院
7			第 59 期會訊《更年期新陳代謝症候群與運動》	
8	待訂		第 13 屆第 1 次理監事聯席會議	
9	1	日	更年期繼續教育訓練課程-5（台北場）	台北
9	8	日	更年期繼續教育訓練課程-6（台中場）	台中
9	13~15	五~日	中秋節 連假	
9	22	日	更年期繼續教育訓練課程-7（台南場）	台南
10	6	日	更年期繼續教育訓練課程-8（高雄場）	高雄
10	10~13	二~五	國慶日 連假	
11	待訂		第 13 屆第 2 次理監事聯席會議	
11			第 60 期會訊《更年期大腦》	

# WHI十五年後的更年期荷爾蒙 治療及乳癌趨勢

曾令民 醫師

臺北榮民總醫院

外科部乳房醫學中心實驗外科主任



在 2007 年發表於 *Cancer* 的一篇第二期臨床試驗<sup>1</sup>，證實針對雌激素受體（ER）表現量高的乳癌病患，執行術前輔助療法時以抗荷爾蒙治療相較化療的反應率更高。依據此概念，本院有臨床實際案例一位 70 歲的乳癌女士，就診時腫瘤已突出胸壁並有傷口，已經拖延一段時間才就醫，病理切片確認為雌激素受體陽性 ER(+)，因病灶過大無法切除，給予 **aromatase inhibitor**（AI，一種抑制雌激素生成的藥物）作為術前輔助療法，經過九個月治療腫瘤完全消除。由此案例可知，抗荷爾蒙治療對於 ER(+) 病患的療效，甚至不亞於化學治療。

荷爾蒙受體陽性乳癌在乳癌分型中占約 70%，屬最高的亞型，台灣近年來乳癌年輕化，停經前乳癌多，相較西方國家 26%，台灣停經前乳癌比例可達到 55~60%，而其中 ER(+) 比重近 70%。近年台灣乳癌的五年存活率，無論在各個分期都顯著增加<sup>2</sup>，由臺北榮總乳房醫學中心統計資料，也呈現一樣的走勢，其中抗荷爾蒙治療所扮演的角色至關重要。

回顧十五年來抗荷爾蒙治療，衝擊臨床治療的改變包括 2011 年 St.Gallen 國際乳癌治療準則<sup>3</sup> 將早期乳癌依據病理表現（ER/PR/

HER2/Ki-67）分為五種亞型：LuminalA、LuminalB1、LuminalB2、HER2 over expressive、Basal like。依據不同亞型建議不同的治療方式，令早期乳癌的治療有了相當大的改變，對於 ER(+) PR(+) HER2(-) 的 Luminal 亞型均建議使用抗荷爾蒙治療。以臺北榮總 2000 年至 2016 年收錄的乳癌個案為例，接近七成五的病患屬於 Luminal 亞型，皆為荷爾蒙治療的建議族群，如 Luminal A 這類低復發風險族群，更是建議單用抗荷爾蒙治療，Luminal B 則考慮加上化學治療。

## 早期乳癌

早期乳癌的主要治療目標為根治，降低再次復發就變得非常重要，NCCN guideline<sup>4</sup> 中對於 HR(+) HER2(-) 的早期乳癌，建議術後輔助治療皆以抗荷爾蒙藥物為首選，若腋下淋巴轉移 > 2 mm 則建議化療後延續抗荷爾蒙治療。2009 年發表在 NEJM 的 ABCSG-12 study<sup>5</sup> 中顯示（平均年齡 45 歲，二成多患者淋巴顯轉移，部份患者甚至轉移 9 顆），在使用 GnRHa+AI 或 GnRHa+Tamoxifen 的五年未復發率（disease-free survival, DFS）為 94%，相較另一研究 GEICAM 9805<sup>6</sup> 收案

僅限淋巴結陰性高危險病患（腫瘤大於 2 公分或 grade III 或小於 35 歲或荷爾蒙受體陰性）比較使用兩種不同化療方案作為術後輔助治療時，五年DFS 分別為 86% 及 91%。雖是間接比較，但亦可見荷爾蒙在治療中所扮演角色不亞於化學治療。直到 2014 年發表於 NEJM 的 SOFT&TEXT<sup>7</sup>，對於停經前早期乳癌實施卵巢功能抑制做出更細部研究，證實淋巴結轉移或 35 歲以下高危險病患，在接受化療後以 GnRHa+ AI 五年相較 AI 五年作為術後輔助治療，能顯著降低復發；GnRHa 搭配 AI 相較於搭配 Tamoxifen，更能顯著降低遠端轉移。此概念在 2018 年 ASCO 發表 ASTRAA study<sup>8</sup> 中再度驗證，對於接受化療的停經前乳癌病患，若未達到停經或恢復經期，加上兩年 GnRHa+Tamoxifen 能顯著降低復發風險及整體死亡風險。上述研究再再都顯示荷爾蒙治療在乳癌患者的重要性。

## 早期乳癌延長荷爾蒙治療

對早期乳癌病患來說，治療如同長期抗戰，乳癌在術後兩年的復發率最高，但 HR(+) 的早期乳癌在診斷後 6-10 年間仍有復發風險，所以手術後完成五年荷爾蒙輔助治療，是否該繼續延長五年抗荷爾蒙治療呢？長期大型的臨床研究 MA17<sup>9</sup>，顯示乳癌婦女已經接受 5 年 Tamoxifen，之後再接替使用 AI 治療 5 年（特別是有淋巴結轉移的患者），AI 相較於安慰劑，更能降低復發風險（DFS94.4% vs. 89.8%， $P<0.001$ ）、降低對側乳房復發的風險（HR=0.58， $P<0.001$ ）並可以延長存活期（HR= 0.61， $P = 0.04$ ）。但使用 AI 會增加骨質疏鬆及骨折的機會，且肌肉骨骼系統方面的副作用，如關節疼痛或僵硬都是相當常見的。2013 年在 Lancet Oncology 發表的另一

個大型長期臨床研究 ATLAS<sup>10</sup>，收錄 6,846 名 HR(+) 病患參與，一組使用 5 年 Tamoxifen，另一組使用 10 年 Tamoxifen，研究結果顯示，使用 10 年 Tamoxifen 相較於使用 5 年，15 年復發率下降 3.7%（21.4% vs 25.1%），死亡率下降 2.8%（12.2% vs 15%）；不過服用 10 年比服用 5 年增加罹患子宮癌 1.74 倍，但是整體來說疾病死亡率還是比較低。若病患使用 Tamoxifen 的副作用很輕微而且是更年期前的乳癌病患，建議還是使用 10 年。上述資料顯示現今 5-10 年的長期荷爾蒙治療已是標準治療了，從目前分析來看，再延長使用 AI 對於高危險族群看似有所好處，但再延長使用 AI 療程同時也伴隨更多的不良反應，因此是否再延長使用 5 年 AI 需綜合考量患者的復發風險、權衡利弊下謹慎選擇。

## 晚期乳癌

晚期乳癌治療目標，是讓病人活得久也要活得好，治療邏輯與早期乳癌不相同，但即使是晚期乳癌，都還是能夠存活很久，因此也不能忽視病患治療副作用和生活品質，故在 NCCN<sup>4</sup>、ESMO<sup>11</sup> 或 ASCO<sup>12</sup> 治療指引都建議，在沒有轉移器官明顯惡化或疾病惡化迅速的情形下，依序以三線抗荷爾蒙藥物為治療原則，AI 在 2000 年初就已經成為 HR(+) 晚期乳癌第一線標準治療（第二線為 Fulvestrant，一種雌激素受體拮抗劑；第三線為 mTORinhibitor），之後抗荷爾蒙受體藥物 ER degrader 在 2016 年確認相比 AI 有更長的無惡化存活期（progression-free survival，PFS），但如何克服抗藥性一直是轉移性乳癌最大的挑戰。不過自 mTOR 抑制劑問市，到目前 CDK4/6 抑制劑，成功克服抗藥性，無論在一線或二線治療，都能大幅延長 PFS，為

HR(+) 轉移性乳癌開創了另一個新藍海。不過所有標靶藥物，包含未來 PI3k inhibitor、AKT inhibitor，還是都必須併用抗荷爾蒙藥物如 AI、Tamoxifen、Fulvestrant。

## 荷爾蒙補充劑

由此可知，無論停經前後的乳癌婦女，皆因長期使用抗荷爾蒙藥物或是化學治療，產生許多停經後更年期症狀，所以荷爾蒙補充療法（HRT）的使用，也成為一門學問。HRT 一直以來都被認為是治療更年期症狀（熱潮紅、盜汗、骨質疏鬆）的萬靈丹，美國醫學會雜誌 JAMA 最新研究中，發表一篇長達 18 年的 HRT 的臨床研究<sup>13</sup>，收錄超過 27,000 位接受過荷爾蒙治療的婦女，治療時間為 5~7 年，研究結果總死亡率（all-cause mortality）與接受安慰劑組別沒有差異。不過，詳細的次分析顯示，對於年輕婦女而言，長期依賴荷爾蒙藥物並不會賦予婦女更多保護。

再看到乳癌的次分析，數據顯示長期使用雌激素補充劑加上黃體素，乳癌死亡風險較高，先前 WHI 研究中也提到，合併荷爾蒙補充劑會使乳癌發生率增加。然而，儘管黃體素可能導致罹患乳癌的機率上升，像總死亡率這樣的結果分析，對於理解荷爾蒙利害間的權衡是有所幫助的，因為它將其正面與負面的影響都列入考慮，提供最客觀的結論。也如同 1997 年 Lancet 上所發表的兩篇文章<sup>14,15</sup> 都認為 HRT 在短期使用（5 年內）並不會增加乳癌發生，這些結果，能使那些對荷爾蒙治療存有疑慮、但受苦於嚴重更年期症狀卻不敢接受治療的婦女更加放心。

荷爾蒙受體陽性乳癌主要治療手段是抑制或阻斷荷爾蒙，恰好與需要補充荷爾蒙的更年

期婦女，亦或是因治療所產生停經症候群的女性相左，但如前所闡述，抗荷爾蒙藥物對於乳癌治療所扮演的角色無庸置疑，身為乳癌專科醫師治療乳癌絕對是當務之急，相對的治療中所產生的停經副作用必須平衡，透過以上文獻對於停經症候群相當嚴重的病患，低劑量和短期的給予荷爾蒙補充劑是允許的，目的是為了緩解嚴重的症狀，幫助病患免於症狀所苦。

## 參考文獻

1. Cancer. 2007 Jul 15;110(2):244-54
2. Breast Cancer Decision Resources Epidemiology Data & Primary MR. Taiwan
3. Nature Reviews Clinical Oncology volume 9, pages 48–57 (2012)
4. NCCN guideline breast cancer 2018 v2
5. February 12, 2009 N Engl J Med 2009; 360:679-691
6. December 2, 2010 N Engl J Med 2010; 363:2200-2210
7. J Clin Oncol. 2016 Jul 1;34(19):2221-31. (SOFT&TEXT)
8. BMC Cancer. 2016 May 19;16:319.(ASTRAA)
9. Journal of Clinical Oncology 34, no. 18\_suppl (MA17R)
10. Lancet 2013; 381: 805–16 December 5,(ATLAS)
11. Journal of Clinical Oncology 34, no. 25 (September 1 2016) 3069-3103. (ASCO guideline)
12. The Breast. February 2017 Volume 31, Pages 244–259 (ESMO guideline)
13. JAMA. 2017;318(10):927-938
14. Lancet VOLUME 350, ISSUE 9092, P1704-1705, DECEMBER 06, 1997
15. Lancet VOLUME 350, ISSUE 9084, P1042-1043, OCTOBER 11, 1997

## 測驗題

1. 有關 Tamoxifen 對女性乳癌的預防 (cancer prevention) 效果，與長期使用後的副作用，下列敘述何者為“非”？
  - (A) 患者罹患“單側”乳癌，且動情激素受體 (ER, estrogen receptor) 陽性，乳癌手術後輔助性 (adjuvant therapy) 服用 Tamoxifen，可有效降低“對側” (contralateral) 乳癌產生的機率。
  - (B) Tamoxifen 仍有部份類似動情激素 (estrogen-like) 的作用，長期使用會增加子宮內膜癌 (endometrial cancer) 的機率。
  - (C) 長期使用 Tamoxifen 不會造成肝功能異常。
  - (D) 長期使用 Tamoxifen 會相對保留 (preserve) 骨質密度 (bone density)。
  - (E) 長期使用 Tamoxifen 會相對增加血栓症 (thromboembolic events) 的機率。
  
2. 台灣婦女乳癌與歐美婦女乳癌表現何項為對？
  - (A) 台灣婦女乳癌罹病年齡層高峰為 40-55 之間。
  - (B) Africa American 較少罹患三陰性乳癌。
  - (C) 台灣年輕乳癌較歐美乳癌有較多的三陰性乳癌。
  - (D) 差異與環境汙染(賀爾蒙)無關。
  
3. 有關乳癌治療描述何者為對？
  - (A) Molecular classification 的分類對乳癌治療非常重要。
  - (B) Molecular classification 的分類興起傳統的 TNM 分類對乳癌治療已不重要。
  - (C) 三陰性乳癌因預後差故可考慮賀爾蒙治療改善成績。
  - (D) 以上皆是

答案：1. (C) ; 2. (A) ; 3. (A)

# 不同的黃體素 不同的結果

## ~論黃體素與乳癌的關係~



### 藍國忠 醫師

高雄長庚醫院 婦產部

婦產科醫師不管是治療或是預防的觀點，還是必須正視停經前後婦女的更年期症狀，而這些症狀，婦女自覺的月經不順或是熱潮紅，睡眠障礙以及情緒困擾，門診頗為常見，過去，荷爾蒙療法在改善更年期症狀扮演頗重要的角色。

不過，自從 2002 年前後 WHI 的研究報告，提及荷爾蒙療法會增加乳癌、心血管疾病以及中風的風險，對於國內外整個荷爾蒙療法造成無比的衝擊，最直接的是病人採用荷爾蒙療法來改善更年期症狀的意願與醫囑順從性大為降低。

WHI 告訴我們使用 CEE+MPA

(conjugated equine estrogens (0.625 mg/d) + medroxyprogesterone acetate (2.5 mg/d) 會增加乳癌的風險 1.26 倍 (event hazard ratio) 意味著每 10000 個病人每年會增加侵襲性乳癌 8 位。

但是，十幾年過去了，同樣的 WHI 研究族群過了 10 幾年，對於乳癌的發生情況，後續的追蹤，發現了什麼？

CEE+MPA 這個研究群組對於乳癌的發生風險結論大致不變，但是子宮被摘除只有使用 CEE 的群組，令人訝異的是不管哪個年齡層組距，相對於對照組 (placebo)，使用 CEE，乳癌的發生率是下降的。

最近關於荷爾蒙療法與乳癌觀念的改變如下：

2002年觀念	現在的觀念
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用動情素與黃體素會增加乳癌風險。</li> <li>2. 這類乳癌主要是荷爾蒙受體陽性的乳癌，而且往往在早期就被偵測，所以預後較好。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用動情素與黃體素依然會增加乳癌風險，而且越接近停經開始使用風險越高。</li> <li>2. 動情素與黃體素共用會增加乳癌，而且增加的風險並不侷限在荷爾蒙受體陽性的乳癌。</li> <li>3. 兩者共用會干擾了乳房攝影篩檢的乳癌偵測，導致了這類乳癌發現時往往相對晚期。</li> <li>4. 兩者共用會增加了乳癌的致死率。</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 單獨使用動情素也會增加乳癌風險，但是可能需要比動情素與黃體素合併使用的時間要久才會。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 單獨動情素使用反而降低乳癌的風險。</li> <li>2. 單獨動情素使用不會干擾了乳房攝影篩檢的乳癌偵測。</li> </ol>

從以上的觀念改變來看，荷爾蒙療法與乳癌的關係，暗示著問題可能出在黃體素，而且從動物模式的研究也暗示著，對於乳房正常的細胞增生與組織結構改變原本就是生理上重要的黃體素，可能對於乳癌的發生與轉移，有著分子機制上的角色。

但是，黃體素只是個泛稱，在結構上，如眾所知，有天然的黃體素（progesterone）與合成的黃體素（progestins），合成的黃體素，結構上又可分為 progesterone 相關的（pregnane 與 19 Nor-pregnane 衍生物）與結構雄性素相關的衍生物等等。

但是黃體素透過黃體素受體來引發生理反應，對於其他的 steroid 受體諸如雄性素受體（AR）糖皮質激素受體 GR，礦物類皮質激素受體也會產生作用，所以結構不同的黃體素自然會產生不同的生理作用，產生不同的作用效果，在器官上自然引發不同的反應，但是我們懷疑的黃體素是乳癌的相關作用物，那自然產生，是不是所有的黃體素都是一視同仁的疑惑？

疑惑的解決，除了從基礎細胞株的研究來釐清外，另外就是從臨床的研究來分析。因為黃體素各類製劑過去以來都曾被用於荷爾蒙療法中，用來保護子宮內膜，可是不論基礎的研究還是臨床文獻回顧，分析起來只要使用 MPA，結果幾乎都是難與乳癌脫鉤。不過，研究群組超過 80,000 人的法國 E3N Cohort 研究還是告訴我們，不同的黃體素與乳癌的相對危險性還是不同的，使用 MPA 或是 norethisterone acetate（NETA）等 progestins 相對風險還是高的，可是使用 dydrogesterone（Duphaston）與不使用荷爾蒙療法的對照組相比，風險並沒有增加（另外使用 micronized progesterone (utrogestan) 也不會增加，但是樣

本數較小）。類似的報告在另一個樣本數超過 50,000 個的 Finnish Cohort 研究也是如此。

所以既然改善更年期症狀最有效的方式還是荷爾蒙療法，大家也知道療法原本就須客製化因病人需要而考慮設計，如果必須採用荷爾蒙療法，除了低劑量考慮之外，黃體素保護子宮內膜的作用不能忽視，但是乳癌的風險也不能漠視，那麼黃體素的選擇還是可以選擇相對安全的黃體素製劑。

## 參考文獻

1. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials JAMA. 2013 Oct 2;310(13):1353-68
2. Changing concepts: Menopausal hormone therapy and breast cancer. Natl Cancer Inst. 2012 Apr 4;104(7):517-27.
3. Progestogens in postmenopausal hormone therapy and the risk of breast cancer Maturitas 77 (2014) 311–317
4. Progesterone signalling in breast cancer: a neglected hormone coming into the limelight Nat Rev Cancer. 2013 Jun;13(6):385-96

## 測驗題

1. 荷爾蒙療法黃體素的選擇，哪一種對於乳癌相對風險較低：
  - (A) norethisterone acetate（NETA）
  - (B) dydrogesterone（Duphaston）
  - (C) medroxyprogesterone acetate
2. 下列何者為真：
  - (A) 使用動情素與黃體素依然會增加乳癌風險，而且越接近停經開始使用風險越高。
  - (B) 動情素與黃體素共用，會增加乳癌，而且增加的風險並不侷限在荷爾蒙受體陽性的

乳癌。

(C) 兩者共用會干擾了乳房攝影篩檢的乳癌偵測，導致了這類乳癌發現時往往相對晚期。

(D) 兩者共用會增加了乳癌的致死率

(E) 以上皆是

3. 改善更年期症狀使用荷爾蒙療法：

(A) 需要考慮病人個人客製化需要

(B) 動情素可以考慮低劑量

(C) 若要使用黃體素相對來說micronized progesterone 或是 dydrogesterone (Duphaston) 是較好的選擇

(D) 以上皆是

答案：1.(B)；2.(E)；3.(D)

# 歐舒

緩釋錠5毫克

治療伴有**急尿、頻尿**或  
**急迫性尿失禁症狀**的膀胱過動症

衛署藥輸字第049153號

# Oxibu

oxybutynin chloride 5 mg

- 對膀胱有直接的解痙及抗膽鹼作用
- 會增加膀胱的容積量、延緩排尿的首次急迫感
- 每日服用一次，最大劑量為每日30毫克
- 適用於6歲以上兒童使用

# LOMEXIN

Fenticonazole Nitrate 200mg

洛儂欣 **陰道軟膠囊**

LOMEXIN為廣效抗黴菌劑，用於  
治療陰道念珠菌感染。

- 具有殺菌及抑制黴菌之效用，為廣效的抗黴菌藥物
- 臨床上顯示3~6天即可治療痊癒
- 每日一次睡前使用
- 在皮膚及黏膜上有很好的耐受力

衛署藥輸字第020053號



# 乳房攝影篩檢模式建議

## 鍾凱丞 醫師

臺北榮民總醫院  
婦女醫學部 住院醫師



近年來乳癌已成為相對常見的疾病，在美國每八個女性就有一個有機會得到乳癌，在台灣亦是女性發生率最高的癌症，每年新增超過一萬名患者。不過儘管乳癌的盛行率日益漸增，其死亡率卻是逐年下降，而五年存活率更可達到 **95%**。這必須歸功於醫學治療的進步，以及早期篩檢技術的發展。雖然各個協會對於篩檢方式尚未達成共識，但其重要性是確立不變的。

乳房攝影在近代的發展已經可以提供更為清晰的影像，達到更高的診斷率。研究顯示女性若從**40**歲開始接受規則篩檢，可以降低乳癌死亡率，增加平均餘命。但同時，乳房攝影篩檢也有它潛在的負面影響，包括報告的偽陽性、多餘的焦慮、醫療成本增加，甚至過度診斷而過度治療。為了在好處及壞處之間達到平衡，美國癌症協會（**American Cancer Society, ACS**）、美國預防服務工作小組（**US Preventive Service Task Force, USPSTF**）、美國國家癌症資訊網（**National Comprehensive Cancer Network, NCCN**）、及美國婦產科醫師學會（**American College of Obstetrics and Gynecologists, ACOG**）都分別提出了不同的篩檢模式建議。在此針對何時開始篩檢、多久篩檢一次、何時停止篩檢、及篩

檢的負面影響等四個重要問題，整理各個學會的觀點，提供給臨床醫師及婦女同胞參考。

## 何時開始篩檢？

各協會皆同意小於 **40** 歲的女性不必接受規則乳癌篩檢，因為這個年紀以前的乳癌相對少見。而因為乳癌隨著年紀越大，發生率及死亡率越高，女性至少從**50**歲開始都應該接受規則篩檢。

至於 **40** 到 **50** 歲之間各學會有不同的建議。權衡此年紀區段女性接受篩檢的利弊後，**USPSTF** 建議 **40** 至 **49** 歲女性需經過醫師諮詢後，再決定是否開始規則篩檢。而 **ACS** 則建議規則篩檢於 **45** 歲開始。

## 多久篩檢一次？

若以較密集的頻率進行篩檢，可想而知能獲得較高的疾病診斷率。但因為篩檢次數變多，得到偽陽性報告的機率也隨之上升。為了斷定病灶是否真的為惡性，相對應也會有更多機會接受二次篩檢或是組織切片。各協會雖然不同，但都同意篩檢的頻率應該規範在一年一次到兩年一次。

## 何時停止篩檢？

規則篩檢應該至少持續到 75 歲。在這之後若想要繼續接受篩檢，則須考慮病人基本健康狀態，是否有慢性疾病，生活品質評估，與病人進行「醫病共享決策」後達成共識。

## 篩檢的負面影響

### ● 偽陽性的報告

若看到懷疑的病灶無法用影像確認，通常會伴隨二次篩檢或是組織切片，就算最後病理報告為正常，過程中伴隨的焦慮緊張也會對病人帶來負面影響。

### ● 過度診斷及治療

目前對於乳腺導管原位癌 DCIS 的治療方式尚未有定論。若經過篩檢後病理報告為 DCIS，選擇積極治療或保守觀察，對預後的影響目前還未清楚。

### ● 放射線的暴露

據文獻統計，若以一年一次的頻率做乳房攝影篩檢，每 10000 人中有 2 個人會因為放射線的暴露而誘發癌症。這樣的風險若訂為 1 倍，那乳房攝影篩檢所能帶來的好處為它的 60 倍之多。

乳房攝影的發展，透過早期診斷，早期治療，改善了乳癌預後，增加存活率。然而它也有可能帶來相對的負面影響，所以針對每個不同的病人，必須設定不同的篩檢模式，以達到利害權衡。病人與醫師之間資訊流通，互相討論後決定出最適合自己的篩檢方式，就稱為「醫病共享決策」。期許這樣的模式能夠讓大家更認識乳房攝影篩檢，降低對檢查的焦慮與緊張，才能充分獲得這項技術所帶來的好處。

## 參考文獻

1. Practice bulletin no. 179 summary: breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. *Obstet Gynecol* 2017;130(1):241-3.
2. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *JAMA* 2015;314(15):1599-614.
3. Siu AL. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2016;164(4):279-96.
4. NCCN. Breast cancer screening and diagnosis. Version 1.2016.
5. Witten M, Parker CC. Screening Mammography: Recommendations and Controversies. *Surg Clin North Am* 2018;98(4):667-75.

## 測驗題

1. 乳癌發生率雖高，存活率也高，下列何者不是提高乳癌存活率的原因？
  - (A) 乳癌篩檢成效高
  - (B) 乳癌治療方式進步
  - (C) 從 30 歲開始定期篩檢乳癌
  - (D) 政府推廣乳房攝影檢查
2. 下列何者不是乳房攝影的負面影響？
  - (A) 偽陽性報告帶來的焦慮緊張
  - (B) 及早發現乳癌
  - (C) 過度治療乳腺導管原位癌
  - (D) 放射線的暴露
3. 以下關於乳房攝影的篩檢模式，何者正確？
  - (A) 從 40 歲開始進行篩檢
  - (B) 一到兩年進行一次
  - (C) 應持續篩檢至 75 歲
  - (D) 以上皆是

(D) : 3 (B) : 2 (C) : 1 : 孝昱

# 乳房核磁共振攝影的 注意事項

## 龔晏萱 醫師

臺北榮民總醫院  
婦女醫學部 住院醫師



乳癌是目前婦女發生率最高的癌症，針對乳癌的篩檢及進一步檢查，廣為人知的方式有三項，分別為乳房攝影、乳房超音波、與較為侵入性的細針穿刺病理檢查，而最新的第四樣武器，則是乳房核磁共振攝影（magnetic resonance imaging, MRI）。乳房核磁共振攝影相較於前述之三項檢驗，有其過人之處，例如能夠明確的辨認病灶位置及輪廓、敏感度高、準確度高等，但正因為高敏感度，一體兩面的缺點即是較高的偽陽性，而其他缺點包括需要靜脈注射顯影劑，故在腎臟功能堪慮者，對顯影劑的代謝會較差，務必謹慎使用，且整體價格也較為昂貴。以下介紹哪些情況適合使用乳房核磁共振攝影：

## 高風險婦女之乳癌篩檢

篩檢是在未發現任何可疑病灶、無任何診斷之前，普遍使用之檢查。而所謂的高風險的定義，指具有乳癌、卵巢癌家族病史者，或基因檢測後確定帶有 BRCA1、BRCA2 基因突變的婦女。另外，如果在三十歲之前，曾經接受過胸部放射線治療，同樣也歸類於高風險族群，可以接受乳房核磁共振攝影來進行乳癌篩檢。

## 新診斷之乳癌患者在接受治療之前的評估

當新發現乳癌後，使用核磁共振進一步檢查，可以得到腫瘤各個面向更多的資訊，包括明確的腫瘤大小及範圍、癌細胞擴散版圖，藉以客觀比較治療後的療效。

## 晚期乳癌患者在接受化學治療的療效評估

對於晚期的乳癌治療，以化學治療為主，而化學治療的效果，需要以核磁共振追蹤，故同樣的，在給予化療藥物之前也需要核磁共振影像為依據，做為比較基準。

## 評估乳房植入物之狀況

為了隆乳的植入物，在放入乳房組織下、胸大肌上的數年後，有破裂溢流之可能性，即使有溢流，只要是無臨床紅腫疼痛症狀的婦女，並不需要特別接受檢查。但如果有胸部明顯變型或腫痛者，乳房超音波及乳房攝影並無法清晰呈現植入物的完整性抑或破裂情況，核磁共振則有非常高的準確度能夠清楚呈現植入物的情況，而且並不需要靜脈注射顯影劑，在

無顯影劑的情況下即可明確診斷。

## 隱蔽性乳房腫瘤搜索

如果在乳房以外身體其他部位的病理切片有確診來自於乳房的癌細胞，但是在乳房超音波及乳房攝影下都無法找尋到乳房的病灶，可以藉由核磁共振敏感度高的特點，進一步檢查。

## 特殊因素無法或不願意接受細針穿刺病理檢查者之替代方案

對於懷疑局部乳癌復發者，或是乳房攝影、超音波有疑似病灶卻無法確診者，應當安排進一步的細針穿刺病理檢查，但因為較具侵入性，如果遇到患者拒絕、或凝血功能異常的特殊情況，無法接受穿刺者，可以藉由核磁共振準確度高的特性，作為替代之方案，解決臨床處置上的困境。

如果決定接受乳房核磁共振檢查了，在流程上有什麼需要注意的呢？首先要決定檢查的日期，因為在停經前，乳房組織會受到女性體內賀爾蒙濃度的影響，在黃體期（也就是月經來潮前的十四天）時體內的黃體素會大幅增高，而黃體素會刺激乳房背景組織的增生，甚至良性的纖維瘤增大，阻礙檢查的視野與準確度，所以，切記停經前的女性應在月經週期結束之後的七日之內接受檢查，最為合適。而如果是停經後的女性，便無特別時間上的限制。如果有可能影響腎臟功能的慢性疾病，如糖尿病、高血壓、慢性腎臟病、長期服用非類固醇類止痛藥等，醫生可能先安排抽血檢查腎功能，以判斷是否適合注射顯影劑。在確認體內沒有安裝心臟節律器、血管夾等金屬植入物後，受檢者需更衣，並將身上所有金屬物取

下，接著由專業人員打上靜脈注射針，從靜脈注射顯影劑，特別注意顯影劑可能造成局部灼熱感並隨血流擴散，一部份的患者可能感受到最終有金屬味道，屬於正常現象。準備好後，會請受檢者進入機房，用俯臥的方式固定在滑行板上，檢驗人員會幫助患者將胸部固定在專門設計的凹槽內，以避免檢查過程中胸部晃動所造成的誤差。在順利擺位後，護理人員會給予耳塞，盡量隔離機器運作產生的噪音。準備就緒後，滑行板會平行滑入核磁共振機器中，患者需要維持身體不動，整個檢查大約耗時十五到三十分鐘。如果過程中患者有任何的身體不適或較為嚴重的幽閉恐懼，可以隨時按壓手中的緊急鈕，檢查便會暫停、啟動滑行板退出的安全機制。總結來說，乳房核磁共振攝影準確度高，是乳房疾病篩檢及乳癌患者追蹤檢查的一項利器。

## 參考文獻

1. Lee JM et al. Performance Benchmarks for Screening Breast MR Imaging in Community Practice. *Radiology* 285: 44-52, 2017.
2. Mann RM et al. Breast MRI: EUSOBI recommendations for women's information. *Eur. Radiol.* 25: 3669-3678, 2015.

## 測驗題

1. 以下何種乳房檢查最具有侵入性？
  - (A) 乳房攝影
  - (B) 乳房超音波
  - (C) 細針穿刺
  - (D) 乳房核磁共振攝影
2. 以下何種乳房檢查的偽陽性最高？
  - (A) 乳房攝影
  - (B) 乳房超音波

- (C) 細針穿刺  
(D) 乳房核磁共振攝影

3. 以下何者並非乳房核磁共振攝影的適應症？

- (A) 具有BRCA1的基因突變  
(B) 未滿40歲的年輕女性  
(C) 懷疑乳房植入物破裂  
(D) 不適合接受細針穿刺者

參考：1.(C) 2.(D) 3.(B)

治療

停骨  
經質  
後疏  
婦鬆  
女症

## 芬安<sup>®</sup>膜衣錠 Viviant<sup>®</sup> Film-Coated Tablet Bazedoxifene 20mg/Tab

屬於一種選擇性雌激素接受體調節劑(SERMs)類的藥物

### ● 增加骨質密度、降低骨折風險

以bazedoxifene治療7年後，相較於安慰劑，在股骨頸、股骨轉子與全髖骨的BMD仍維持有統計意義地增加。

骨質疏鬆症治療研究顯示，在bazedoxifene治療組中，骨再吸收(C-telepeptide)與骨生成(osteocalcin)的血清指標和基礎值相比較的中位降低幅度都超過25%。

### ● 子宮內膜與乳房相關病變之風險低

在骨質疏鬆症治療研究中，在7年治療後，bazedoxifene 20毫克組的子宮內膜厚度並沒有改變，也沒有發生子宮內膜癌的病例。bazedoxifene 20毫克組與raloxifene 60毫克組中的乳房相關不良事件(乳房觸痛、疼痛、乳癌、良性乳房腫瘤)的發生率和安慰劑組大致相當。



用法用量：  
每日一錠，可於每日的任何時間服用。可與食物併服，亦可不與食物併服。

仿單版本：SPC 20150625-1

# 更年期婦女的飲食建議



## 舒宜芳 營養師

臺北榮民總醫院 營養部

更年期女性因為生理狀況的改變，荷爾蒙分泌減少，許多健康問題逐漸浮現，包括心血管疾病、肥胖、骨質疏鬆、失眠、焦慮等等，以下為大家簡介更年期在肥胖、心血管疾病、骨質疏鬆方面，飲食營養須特別注意的事項。

## 心血管疾病

國健署資料顯示更年期後女性高達 47% 會發生肥胖，停經後，心血管缺乏雌激素保護，血管彈性變差，每增 5 歲心血管疾病死亡率就增加一倍，因此台灣女性健康的主要殺手不是婦癌，而是心血管疾病。在 105 年高達 2 萬 3800 多名女性因高血壓、心臟病、腦中風、糖尿病、腎病等心血管疾病因素死亡，高於癌症 1 萬 8500 多人，主因都與三高及肥胖有關。

心血管疾病飲食原則為維持理想體重、控制脂質總攝取量並選擇好的油脂種類（如單元不飽和脂肪酸豐富的橄欖油、芥花油及苦茶油），少選飽和脂肪酸（如豬油、奶油），避免油炸並少吃肥肉、雞鴨皮等高脂食物；減少內臟類、蝦卵、魚卵等；避免精製甜食（如蛋糕、甜食）並減少含糖飲料，攝取富含 $\omega$ -3 脂肪酸的魚類（秋刀魚、鮭魚、鰻魚等）。富含反式脂肪酸食物（如各式西點），建議攝取量

愈少愈好。優先選擇新鮮食材，避免加工品，烹調時減少食鹽的用量，含鈉量高的調味品應減少使用（味精、醬油、烏醋等）。多攝取高纖維質的食物（全穀類、蔬菜、水果）；避免菸、酒、含咖啡因飲料等刺激性食品。

## 肥胖

首先要確認體重是否適當？目前常用評估方法是身體質量指數（BMI），即體重除以身高的平方，體重用公斤，身高用公尺為單位，正常範圍為 18.5~24，24~27 為過重，大於 27 以上則為肥胖。此外腰圍的粗細也很重要，是預測腹部及內臟脂肪含量的指標，腰圍增加會提高健康風險，相同體重腰圍愈粗者，疾病的危害愈大，建議男性腰圍應小於 90 公分，女性應小於 80 公分較佳。

飲食建議選擇低油的烹調方法，如蒸、煮、烤、滷、涼拌、燙、燉、燒等，少吃高糖、高脂肪、高熱量之食物。適度減少澱粉並提高蛋白質攝取，湯汁宜先去油再喝。搭配規律運動，使體脂肪減少及保留肌肉，可減少復胖機率。外食者要認識食品標示，有助選擇適當的食物。

## 食物含鈣表

	第一組	第二組	第三組	第四組
含鈣量	0~100毫克 / 100公克食物	100~200毫克 / 100公克食物	200~500毫克 / 100公克食物	500毫克以上 / 100公克食物
奶類		鮮牛奶、羊奶		奶粉
蛋類	鵝蛋、鵪鶉蛋、雞蛋、鴨蛋、鹹鴨蛋、皮蛋	蛋黃		
豆類及豆製品	豌豆、味噌、紅豆、綠豆、豆腐、蠶豆	黃豆干、五香豆干、油豆腐、臭豆腐	黃豆、豆腐乳、豆豉、竹豆、黑豆、豆皮	豆枝
海產類	海哲皮、牡蠣、金梭魚、龍蝦、白帶魚、海鰻、蝦、魚翅(乾)、河鰻、河螃蟹	海螃蟹(鱗子)、海鱧(四破魚)、鮑魚、馬頭魚、蛤仔、鹹河蟹、牡蠣干、魚肉鬆、竹輪、小卷、甜不辣	蜆仔、鹹海蟹、小銀魚	金勾蝦(乾)、條仔魚、田蠔、蝦米(乾)、條仔魚干、魚脯
肉類	豬肉鬆	豬小排		
五穀根莖類	菱角、燕麥、營養麵粉、樹薯粉、糯米	營養米、米糠		
蔬菜類	豌豆夾(荷蘭豆)、毛豆、茼蒿菜、韭菜、蔥、高麗菜心、苜蓿、菠菜、蒜、榨菜、水甕菜、蔭瓜、空心菜	茴香(香菜)、油菜、蘿蔔干、鹽酸菜、雪裡紅、香菇(乾)、捲心芥菜、蕃薯葉	木耳、枸杞、芥藍菜、高麗菜干、莧菜、九層塔、金針(乾)	鹹菜干、頭髮菜、紫菜(乾)
水果類	鹹橄欖、檸檬、楊桃、葡萄干、黑棗、紅棗、橄欖錢、木瓜糖	橄欖		
堅果類	栗子、瓜子、花生米	杏仁、蓮子(乾)、花豆、脫脂花生粉		
飲料類	綠茶	花茶(包種茶)、紅茶		
其他	醬油		食鹽、酵母粉、黑糖、白芝麻	黑芝麻

資料來源：衛生福利部國民健康署

減重飲食重點是每日以三餐為主，定時定量，不吃零食、消夜；改變進餐的程序，先喝湯、再吃蔬菜、最後吃肉類和主食；宜細嚼慢嚥，延長用餐時間，可增加飽足感；選擇無糖飲料，如開水或自己泡茶等。在飲食行為習慣的部份提醒只在固定時間及地點用餐、家中勿存放高熱量的食物或點心，肚子餓時可吃一些低熱量的食物，如蒟蒻製品、蔬菜湯等。

運動是健康減重的必要條件，以飲食控制加上運動，才能保持肌肉，減少體脂肪，減重除了選擇有氧運動外（如健走、慢跑、游泳、有氧舞蹈、騎腳踏車等），還鼓勵肌耐力的訓練也有幫助（舉啞鈴、彈力帶等）。

## 骨質疏鬆

更年期後的婦女由於女性荷爾蒙缺乏，骨骼密度下降，會加速骨質疏鬆症，增加骨折的機會。除了藥物治療外，需要足夠鈣質與維生素 D 的攝取、規律運動並戒菸戒酒。如何可增加鈣質的攝取呢？建議飲食要均衡，廣泛攝取各類營養素以及充足的鈣質，多攝取連骨頭一起吃食物，如小魚乾、小蝦米等，多喝牛奶及攝取各類乳製品，會腹瀉的人可改喝低乳糖牛奶或優酪乳。含豐富草酸食物，如菠菜、萵苣、扁豆、甜菜、秋葵莢、可可、巧克力和花生等，避免與含鈣食物一同食用，也應減少抽菸、喝酒，以免防礙鈣質的吸收。

另外「運動」對骨質疏鬆症有預防及改善的功效，並能延長壽命。根據美國 Framingham 心臟研究計畫的資料分析：50 歲以上的人若能每天保持中度或高度的運動量，則生命期望值比低運動量的人，分別可以增加 1.3 與 3.7 年壽命，不罹患心血管疾病的年數也可以增加 1.1 與 3.3 年，故保持運動習慣的

人可以活得比較健康與長壽，但已有骨鬆症的患者，不宜劇烈運動，建議走路或游泳較為理想。

綜合以上敘述，可以了解更年期婦女的飲食重點，除了均衡飲食，充足鈣質攝取，良好體重控制外，還應規律運動，才能預防並降低各種疾病的風險，並改善生活品質。

## 參考文獻

1. Calcium in the prevention of postmenopausal osteoporosis: EMAS clinical guide. The European Menopause Journal 2018;107:7-12.
2. Effective Nutritional Guidance for Obesity by Low Carbohydrate Diet (LCD). Asp Biomed Clin Case Rep 2019; 2(1):16-21.
3. Adherence to a Mediterranean-Style Diet and Its Influence on Cardiovascular Risk Factors in Postmenopausal Women. J the Academy of Nutrition and Dietetics. 2016;116(11):1767-75.

## 測驗題

1. 更年期婦女易發生肥胖問題，必須藉由調整飲食並且規律運動，才能有效改善。
2. 預防骨質疏鬆症發生，需要攝取足夠的鈣質及維生素E，患者不適合做劇烈運動以免導致骨折。
3. 心血管疾病是更年期後婦女重要死亡原因之一，為避免高血脂造成血管阻塞，飲食中不論何種脂肪的攝取量，均應愈低愈好。

※：1.(○) 2.(X) 3.(X)

# 退化性關節炎 可用雌激素治療嗎？

李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 周松男<sup>3</sup> 郭宗正<sup>1</sup>

<sup>1</sup>台南郭綜合醫院 婦產部

<sup>2</sup>台北中山醫院 婦產科

<sup>3</sup>桃園敏盛醫院 婦產部



退化性關節炎（osteoarthritis, OA）是一種關節軟骨退化性病變、和繼發性骨硬化（bone sclerosis）為特性的慢性關節疾病，影響到整個關節，包括軟骨、肌肉、肌腱、滑液膜（synovium），多見於中老年人，女性發生率高於男性。根據全世界研究 60 歲以上者，OA 的發生率，在女性有 18%，在男性有 10%[2]；如在 80 歲以上影像學膝關節 OA 發生率，在女性高達 53%，在男性高達 33%[3]。所以 OA 是常見的一種疾病，好發於年長者，會影響關節組織，漸漸成為不可逆性的傷害，最後導致關節功能失效，無法行走，對個人和社會影響甚鉅。

## 症狀和診斷

OA 的主要症狀為間斷性關節疼痛，尤其在重力運動中或運動後會更痛。在肥胖婦女者，凡負重的膝、脊椎、臀關節、和無負重的手指關節，均會產生 OA，因此可能與某些全身性因子有關[2]。另外，在一段時間不活動（尤其早晨和黃昏）關節會發生僵硬（stiffness），數分鐘後便可消失，不像風濕性關節炎，僵硬>30分鐘。OA 另一症狀是關節失去移動功能（如爬樓梯、走路），影響患者

日常生活和工作、甚至產生憂鬱和失眠。

關節腫大，可能因關節積液或骨骼腫脹所造成。同時，在被動或主動移動關節時，會有味的摩擦音（crepitus），一種緊縮（crunching）或裂紋（crackling）的感覺。在影像學（如磁振攝影MRI）檢查膝 OA，可見軟骨消失、關節腔減少、骨贅形成（osteophyte formation）和滑液膜水腫[3]。

OA 的治療主要是症狀治療，包括運動、關節保護、減重等。運動可加強肌肉張力，有利於 OA；使用腰架、拐杖或其它關節護具，可能有部分幫助；減重可降低關節負重的壓力、舒緩疼痛、改善身體功能（如減少代謝症候群之發生率），對減緩 OA 之進行亦有助益。至於用超音波、電刺激或針灸等方式，尚無足夠證據證實。

至於藥物，首先被使用的是非類固醇抗消炎藥物（NSAID），亦有考慮 COX-2（cyclo-oxygenase-2）抑制劑或弱鴉片類（tramadol、codeine）等止痛藥物，唯 Glucosamine 效果尚未被肯定，甚至在美國的報導認為是無效的。以類固醇注射關節的效果短期良好，缺點是無法持久；關節注射玻尿酸（hyaluronic acid）的效果報告並不一致，以

手術來清除關節碎屑 (debridement) 效果亦不彰[3]。FDA 迄今仍未通過任何藥物來有效治療 OA。根據最近報導，雌激素可舒緩 OA 症狀、減少發生率及惡化，特撰文加以討論。

## 雌激素與骨骼關係

雌激素會與  $\alpha$  和  $\beta$ -ER 雌激素接受器 (estrogen receptors) 接合而作用，二者主要存在細胞質中， $\alpha$ -ER 由染色體 6q25.1、 $\beta$ -ER 由染色體 14q 22-24 所產生。骨骼中， $\alpha$ -ER 主要在皮層骨 (cortical bone)， $\beta$ -ER 主要在軟骨、鬆質骨 (cancellous bone) 和滑液膜 (synovium) 中[4]。

女性的性類固醇可能與維持軟骨的動態平行 (homeostasis) 有關。在脊椎間的椎間盤 (disk) 發現有雌激素接受器，雌激素有保護和幫助細胞有絲分裂的作用。在更年期 5-10 年後，脊椎的椎間盤空間漸漸減少，可能因雌激素減少而導致椎間盤結締組織急速改變[4]。椎間盤減少者易產生脊椎骨折，而雌激素能緩解這些改變[4]。使用選擇性雌激素接受器調節器 (SERM) 可減少 50% 第 II 型 C-telopeptide (CTX-II) 代謝，恢復至停經前 CTX-II 的濃度[4]，換言之，可保護停經後婦女軟骨過度代謝。因此，雌激素可預防停經後婦女的骨骼和軟骨的流失，具保護作用，減少 OA 發生率。

## 雌激素治療 OA

以雌激素治療 OA，文獻上報告的結果不盡相同。

一、結果有效的報導：2006 年，Cirillo 等在 WHI (the Women's Health Initiative) 研究 40 間美國診所、平均 50-79 歲、子宮切除的婦

女，每天分別予以 conjugated estrogen 0.625 mg (n=5076)，並與安慰劑組 (n=5196) 做比較。經平均 7 年的追蹤，在荷爾蒙組有較低的全部關節置換術 (arthroplasty)，危險比率 (HR) 0.84 (95% 信賴區間 0.70-1.00、p=0.05)，包括：髋關節置換 HR 0.73 (95% 信賴區間 0.52-1.03、p=0.07)、膝關節置換 HR 0.87 (95% 信賴區間 0.71-1.07、p=0.19)。而在沒有切除子宮的婦女，每天予以 conjugated estrogen 0.625 mg + medroxyprogesterone 2.5 mg (n=8240)，並與安慰劑組 (n=7809) 做比較後發現，髋、膝關節置換均無統計上差異 (皆 p=0.41)。結論是：單獨使用雌激素有助關節健康，且減少髋部 OA 勝過膝部的 OA [6]。

2004 年，Carbone 等研究報告過去有使用雌激素 (n=178) 與未使用雌激素 (n=645) 的停經後婦女，日後發生膝關節疼痛，以 MRI 檢查，軟骨下磨損 (attrition) 如在未使用雌激素組為 1，則有使用雌激素組之調整後勝算比率 (OR) 為 0.36 (95% 信賴區間 0.17-0.79) 和骨髓水腫異常 OR 0.48 (95% 信賴區間 0.23-1.0)。結論是：雌激素能有效減少膝 OA 相關軟骨下的病灶[7]。

軟骨低聚物基質蛋白 (cartilage oligometric matrix protein, COMP) 乃關節破壞的生物標記，其血清中濃度可用來評估治療的效果。2012 年，Seo 等研究分析 62 位有骨質缺乏或骨質疏鬆的婦女，分別予以雌激素 (17 $\beta$ -estradiol 1 mg, n=30) 或 bisphosphonate (alendronate 5 mg, n=32)、共 6 個月，並與停經後健康婦女 (n=30) 做比較。治療前、後 COMP 減少率，在雌激素組為  $-8.35 \pm 19.38\%$ ，在 bisphosphonate 組為  $-5.50 \pm 18.69\%$ ，在安慰

劑組為  $-1.49 \pm 25.34\%$ ，三者差異不大。而在其它生物指標（osteocalcin）減少率，在雌激素組為  $-25.60 \pm 24.42\%$ ，在 alendronate 組為  $-13.76 \pm 23.89\%$ 。結論是：停經後婦女使用雌激素 6 個月後，能有效減少 COMP，預防關節被破壞[8]。

二、結果無效的報導：有些報告認為，雌激素不能保護 OA，甚至會導致惡化。在 Britian Chingford Study 和 US Framingham Osteoarthritis Study 的 2 個大規模的研究、和其後的 2 篇報告指出，雌激素不能減少膝和手 OA 在放射線影像上的嚴重度[9]；1 篇研究則認為雌激素不能減少膝關節置換；1 篇研究更認為雌激素會增加膝和髋關節置換[9]。

導致雌激素對 OA 的防治結果不一的原因：(1) 引起 OA 的因素太多，如基因、營養、外傷、性別、肥胖、內分泌疾病、是否有骨質疏鬆等；(2) 研究所選擇病人的年齡、雌激素的種類、使用時間的長短、使用的方法均不同，如膝關節的置換者中有些使用雌激素者，或因就醫方便，或因高社經地位，希望早日置換，並無一定標準。OA 可分為硬化型（sclerotic）和骨質疏鬆型（osteoporotic），而雌激素對骨質疏鬆或停經數年內者，會較有效，對硬化型者則效果不彰[9]。

## SERM 治療 OA

相較雌激素治療 OA 的效果不確定，以選擇性雌激素接受器調節劑（selective estrogen receptor modulators, SERM）來防治 OA，無論是動物實驗或人體試驗的研究，都有不錯的效果。SERM 似乎可以保護關節，調整關節軟骨和軟骨下的新陳代謝，維持其生物機械上結構，延遲 OA 的進行和有止痛功效，並可保

護滑液膜和其它關節組織，使關節維持良好狀態。

在 Carbone 等的研究中，使用 raloxifene 可以有效減少軟骨病灶（OR 0.70，95% 信賴區間 0.07-7.18）、骨髓異常（OR 0.87，95% 信賴區間 0.15-5.07）、骨贅的產生（OR 0.35，95% 信賴區間 0.07-1.77），因此可減少膝關節疼痛[7]。另外，在 Karsdal 等研究中，raloxifene 可以減少停經後婦女骨質溶解（resorptive）標記 CTX-I（C-terminal cross-linked telopeptide type I collagen）[10]。

在另一 SERM，bazedoxifene 不但可預防停經後婦女的骨質流失，尚能維持骨密度，降低骨質代謝分解，改善骨質微小結構。因此，bazedoxifene 能提高骨質的強度，減少停經後婦女發生脊椎和非脊椎的骨折[11-13]。

在最近 Fujita 等報告，停經後有骨質疏鬆或 OA 的婦女，每天予以 raloxifene 和 alfacalcidol（維他命 D）來治療、共 6 個月。如以 electroalgometry 和視覺分類比例（visual rating scales）來評估，結果發現 raloxifene + alfacalcidol 組的止痛效果，較單獨使用 alfacalcidol 者為佳[14]。

## 結論

雌激素對關節組織或 OA 的功效，至今仍有爭論，但 SERM 則多被認為對關節和 OA 有良好防治效果。SERM 和雌激素或能成為治療 OA 的新選擇，特別是在骨質疏鬆的 OA 或早期的 OA。最近發展的組織選擇性雌激素複合物（tissue selective estrogen complex, TSEC），即合併 1 種雌激素和 1 種 SERM，可改善骨質組織，保護關節，是治療 OA 的另一新選項，有待日後更多的研究加以證實。

## 參考文獻

1. Roman-Bias JA, Castaneda S, Largo R, et al. Osteoarthritis associated with estrogen deficiency. *Arthritis Res Ther* 2009; 11: 241.
2. Bay-Jensen AC, Slagboom E, Chen-An P, et al. Role of hormones in cartilage and joint metabolism: understanding an unhealthy metabolic phenotype in osteoarthritis. *Menopause* 2012; 20: 578-86.
3. Bijlsma JWJ, Berenbaum F, Lafeber FPJG. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet* 2011; 377: 2115-26.
4. Martin-Millan M, Castaneda S. Estrogen, osteoarthritis and inflammation. *Joint Bone Spine* 2013; 80: 368-73.
5. Gambacciani M, Levancini M. Hormone replacement therapy and the prevention of postmenopausal osteoporosis. *Prz Menopauzalny* 2014; 13(4): 213-20.
6. Cirillo DJ, Wallace RB, Wu LL, et al. Effect of hormone therapy on risk of hip and knee joint replacement in the Women's Health Initiative. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 3194-204.
7. Carbone LD, Nevitt MC, Wildy K, et al. The relationship of antiresorptive drug use to structural findings and symptoms of knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 3516-25.
8. Seo SK, Yang HI, Lim K, et al. Changes in serum levels of cartilage oligomeric matrix protein after estrogen and alendronate therapy in postmenopausal women. *Gynecol Obstet Invest* 2012; 74: 143-50.
9. Xiao YP, Tian FM, Dai MW, et al. Are estrogen-related drugs new alternatives for the management of osteoarthritis? *Arthritis Res Ther* 2016; 18: 151.
10. Karsdal MA, Bay-Jensen AC, Henriksen K, et al. The pathogenesis of osteoarthritis involves bone, cartilage and synovial inflammation: may estrogen be a magic bullet? *Menopause Int* 2012; 18: 139-46.
11. Palacio S, Silverman SL, deVillier TJ, et al. A 7-year randomized, placebo-controlled trial assessing the long-term efficacy and safety of bazedoxifene in postmenopausal women with osteoporosis effects on bone density and fracture. *Menopause* 2015; 22: 806-13.

12. Beck TJ, Fuerst T, Gaither KW, et al. The effects of bazedoxifene on bone structural strength evaluated by hip structure analysis. *Bone* 2015; 77: 115-9.
13. Pinkerton JV, Harvey JA, Lindsay R, et al. Effects of bazedoxifene/conjugated estrogens on the endometrium and bone: a randomized trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: E189-98.
14. Fujita T, Fujii Y, Munezane H, et al. Analgesic effect of raloxifene on back and knee pain in postmenopausal women with osteoporosis and/or osteoarthritis. *J Bone Miner Metab* 2010; 28: 477-84.

## 測驗題

1. 下列何者為預防退化性關節炎的方法？
  - (A) 運動；
  - (B) 減重；
  - (C) 減少代謝症候群；
  - (D) 以上皆是
2. 下列何者為減少退化性關節炎疼痛的方法？
  - (A) NSAID；
  - (B) tramadol；
  - (C) 類固醇注射關節；
  - (D) 以上皆是
3. 下列何種藥物是預防退化性關節炎有效藥物？
  - (A) raloxifen；
  - (B) bazedoxifene；
  - (C) progesterone；
  - (D) A+B

© 2019 TMS. All rights reserved.

## 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](mailto: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		

# 2019 年會暨學術研討會

時間 2019年7月28日 (星期日)

地點 臺灣大學公共衛生學院101講堂  
(台北市中正區徐州路17號)



## COMING SOON!!

主辦單位



台灣更年期醫學會  
The Taiwanese Menopause Society



# 台灣更年期醫學會

The Taiwanese Menopause Society

More info

[www.menopause.org.tw](http://www.menopause.org.tw)