

# 台灣更年期女性荷爾蒙治療臨床聲明 ( 2025 版 )

Taiwan Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy (MHT), 2025

2025.09.15

## 前言

更年期荷爾蒙治療(MHT)包含單獨使用雌激素或結合雌激素(estrogen)和黃體素(progestogen)之治療；對未子宮摘除者需合併 progestogen 以保護子宮內膜。本聲明整合 International Menopause Society ( IMS, Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies. )、The Menopause Society / 原 NAMS ( 2022 Hormone Therapy Position Statement ; 2023 非荷爾蒙治療 Statement )、以及 Asia-Pacific Menopause Federation ( APMF, 2025 Consensus Statement ) 之主要一致結論，並結合台灣臨床情境，提出實證之建議。適用對象為醫療專業人員，用於具有更年期症狀或相關風險之台灣女性之評估與治療決策。

## 主要建議

### 適應症：

- 中度至重度血管舒縮症候群(VMS)。
- 生殖泌尿道徵候群(GSM)，包括陰道乾澀、性交疼痛、泌尿症狀。
- 停經 <10 年或 <60 歲之女性，骨質疏鬆高風險或已診斷，可作為骨質疏鬆預防與治療第一線用藥。
- 提早停經或卵巢早衰 ( POI )，建議治療至平均自然停經年齡(約 50 歲)。

**時機：**建議於『黃金治療窗期』( <60 歲或停經 <10 年 ) 啟動；越晚開始，心血管與腦中風風險可能上升。

**製劑與途徑：**建議選用食藥署核准之標準化製劑。經皮 17β-estradiol 可降低靜脈栓塞 (VTE)與肝首渡效應；劑量採『最低有效劑量』並以症狀控制為導向。

**子宮內膜保護：**未行全子宮切除者須合併黃體素 ( micronized progesterone、dydrogesterone或子宮內投藥系統LNG-IUS )。在停經後女性的荷爾蒙治療中，連續性雌激素和黃體素合併方案相較於周期性方案，更能降低子宮內膜癌風險。不過，若周期性方案中黃體素的劑量與天數足夠 ( 通常 ≥12–14天/月 )，仍能提供適當的保護。臨床上會依女性年齡、停經狀態與對月經來出血的接受度來選擇。

#### 安全性：

- 乳癌風險與療程、製劑、黃體素種類相關。
- VTE/中風風險與口服途徑、年齡、基礎風險相關。
- 流行病學研究顯示，亞洲族群\_VTE 發生率低於歐美白人，因此台灣女性接受\_MHT 的血栓風險應相對較低。
- 需每 6–12 個月再評估。

#### 禁忌症：

- 已知或疑似乳癌或其他荷爾蒙依賴性腫瘤。
- 未明原因子宮異常出血。
- 活動性或既往血栓性疾病。
- 活動性肝病。
- 高風險心肌梗塞(MI)或中風。

### 風險分層與監測

風險層級	特徵	建議
低風險	年齡 <60 或停經 <10 年； 無主要心血管/VTE/乳癌風險。	可考慮經皮 estradiol + 黃體素子宮內膜保護；每 6–12 月評估。

中風險	代謝症候群、控制良好的高血壓、偏頭痛（無 aura）等。	優先經皮 estradiol；選擇對代謝影響較中性的 progestogen；嚴密監測。
高風險	既往 VTE/中風/MI、乳癌史、嚴重肝病等。	通常避免全身性 MHT；可考慮局部陰道雌激素/非荷爾蒙治療；多專科討論決定。乳癌高風險族群（如 BRCA 攜帶者）」應避免系統性 MHT。

### 常用劑型與參考劑量

類別	常見製劑	起始參考劑量 (可依症狀調整)
雌激素（經皮）	17 $\beta$ -estradiol 凝膠	凝膠 0.5–1.5 mg/日
雌激素（口服）	estradiol、結合型雌激素（CEE）	estradiol 0.5–1 mg/日； CEE 0.3–0.625 mg/日。  台灣的究顯示，低於標準劑量的雌激素（CEE 0.3 mg/日）在緩解症狀及預防停經後女性骨質流失方面，與標準劑量同樣有效。
黃體素	Micronized progesterone、 dydrogesterone、LNG-IUS	Micronized progesterone 100–200 mg/日(連續或周期性) 或 100 mg/日 (搭配經皮 E2 $\leq$ 50 $\mu$ g/日)； dydrogesterone 5–10 mg/日；LNG-IUS 作為連續子宮內膜保護。 臨床上建議依使用連續或週

		期性荷爾蒙和雌激素使用劑量與BMI調整。
局部治療 ( GSM )	陰道雌激素乳膏/錠/環	低劑量局部使用，每日或每週維持；全身暴露極低。
非荷爾蒙治療 ( VMS )	SSRIs/SNRIs、 Gabapentin、Clonidine、 NK3R 拮抗劑	依各藥仿單使用。

## 特殊族群

- POI/早發性停經：若無禁忌，建議治療至平均停經年齡(50 歲)，以保護骨質與心血管。
- 乳癌存活者：通常避免全身性 MHT；GSM 可考慮超低劑量陰道雌激素並與腫瘤科協商。
- 高 VTE 風險或肥胖：優先選擇經皮 estradiol；避免口服雌激素。
- 偏頭痛：無 aura 可考慮經皮；有 aura 者謹慎，權衡風險。
- 子宮肌瘤/子宮內膜異位症：低至中劑量，監測出血與疼痛變化；必要時優先 LNG-IUS 作子宮內膜保護。
- 骨質疏鬆高風險者：MHT 可作為第一線預防，尤其 60 歲以下女性。

## 治療原則

- 使用最低有效劑量，並依症狀調整。
- 子宮完整者須合併黃體素，首選 micronized progesterone 或 dydrogesterone。
- 陰道局部低劑量雌激素可長期使用，無需合併黃體素。
- 治療期間應每年至少一次評估病史、理學檢查、乳房攝影與骨質檢測視需求。
  - 治療無固定年限，依個人效益與風險持續調整。
- 若停藥後症狀復發，仍可再啟動治療，但建議以最低劑量或經皮吸收方式使用已降低心血管及中風的風險。

## 其他選項

- Tibolone：改善性慾與骨質密度，但乳癌病史禁用。
- 組合製劑（CEE+Bazedoxifene）：可避免黃體素，適合有子宮女性。
- 新型藥物：Fezolinetant（NK3R 拮抗劑）可用於 VMS； Ospemifene、陰道 DHEA 用於 GSM。

## 非荷爾蒙治療選項

對於 MHT 禁忌或拒絕者，可考慮選擇性血清素(SSRIs)/正腎上腺素再攝取抑制劑(SNRIs)、Gabapentin、Clonidine、以及 NK3 受體拮抗劑（如 fezolinetant）。

## 病人溝通與同意事項

1. 治療目標與可替代方案（含非荷爾蒙治療）。
2. 預期效益（VMS/GSM/骨質）與可測量指標。
3. 潛在風險（乳癌、VTE、中風）與降低風險策略（經皮途徑、最低有效劑量）。
4. 用藥方式（連續/週期）、追蹤頻率與停藥策略。
5. 可能副作用：異常陰道出血、胸痛/呼吸急促、神經學症狀等。

## 結論

MHT 為治療更年期症狀及預防骨質疏鬆的標準治療。 <60 歲或停經 <10 年開始使用，效益最大，風險最低。治療應個別化、無需強制停藥年限。臨床決策需兼顧婦女症狀、健康風險與個人偏好。應重視台灣女性常見的非典型症狀如關節痛、失眠、情緒困擾，並提供全面健康照護。

## 參考資料

- 1) Panay N, et al. Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies. Climacteric. 2024;27(5):441–457. (IMS White Paper)

2) The Menopause Society (NAMS). 2022 Hormone Therapy Position Statement. Menopause. 2022;29(7).

3) The Menopause Society (NAMS). 2023 Nonhormone Therapy Position Statement. Menopause. 2023;30(6).

4) Ang SB, et al. Asia-Pacific Menopause Federation Consensus Statement on the Management of Menopause. J Menopausal Med. 2025;31(2).

5) 台灣更年期醫學會(TMS). 2025 台灣更年期婦女健康管理及藥物治療建議.Sep. 2025.