



今天生活方式
的改變為明天
更健康的生活
而準備。

在中年以及更年期，停經後婦女健康的維持與疾病的預防

隨著女性年齡的增長，慢性疾病的發生機率隨之增加，而預防則是重要之鑰。如何好好調適婦女的生活型態，將會降低慢性疾病的風險，而提高生活品質。

For further information visit www.imsociety.org



International Menopause Society

promoting education and research on all aspects of adult women's health

www.imsociety.org

隨著女性年齡的增長，慢性疾病的發生機率隨之增加，而預防則是重要之鑰。如何好好調適婦女的生活型態，將會降低慢性疾病的風險，而提高生活品質。

更年期是女性生命中一個重要的敲門磚，且是無可避免必會步入的一個階段，更年期是女性從能生育到不能生育的一個重要指標！此時卵巢功能衰竭，女性的賀爾蒙降低，每個月月經週期漸漸停止。在某些時候、更年期會合併一些不舒服的症狀，然而每個婦女的經驗可能會不同！

所謂的「自然停經」是指一個婦女，持續長達12個月沒有月經週期而稱之。此後，即是正式進入停經後的階段。而所謂的一個臨更年期(perimenopause)階段，代表著在真正停經之前的數年，持續到真正停經以後的12個月之間。

在高加索(歐美白種人)婦女、停經的平均年齡是介於50至52歲之間，然而在某些社會族群婦女、平均停經的年齡介於47至50歲之間。有些婦女在較年輕的時候提早進入更年期，可能是因為手術切除卵巢，或因癌症而接受化學治療或放射線治療而造成提早停經之現

在更年期過渡階段常見的症狀包括：

- 1.月經週期紊亂、可能有大量經血
- 2.熱潮紅
- 3.夜間盜汗
- 4.睡眠障礙
- 5.肌肉關節疼痛
- 6.心悸
- 7.頻尿
- 8.情緒的變化，易焦躁不安或情緒低落
- 9.注意力無法集中



更年期是一個無法避免的自然過程。然而在更年期以後某些疾病的發生率隨之增加，因此在更年期停經階段，應該採取預防性的措施，包含生活型態的改變來提升生活品質，延長壽命，並降低一些與年齡有關的疾病之風險。

在更年期過渡階段的時間點，每一個婦女都應該利用這個機會，與您的醫師暨專業醫療人員做討論，並做詳細檢查，評估是否存在有慢性潛在性的疾病風險。積極主動管理更年期後的生活。肥胖症，糖尿病，心血管疾病，骨質疏鬆症和骨關節炎，認知障礙和老年癡呆症，憂鬱症、以及癌症等，是停經後婦女最重要應探討的慢性疾病。

更年期後預防心血管疾病

心血管疾病，尤其是冠狀動脈心臟疾病，是女性在50歲以後最常見的死亡原因。而高血壓是唯一最重要可以預防心臟病與中風的危險因素，如果能好好控制血壓，那中風的機率會降低30-40%，而心肌梗塞的機率減少20 - 25%，也會降低50%的心臟衰竭。

因此，停經後規則性的偵測心臟血管疾病，是極為重要的！

而生活型態的因素，如吸煙和體重控制也可以在降低心臟血管疾病風險方面發揮很大的作用。美國心臟協會根據各種前瞻性研究，概述了飲食和生活方式的建議，以減少心血管疾病，營造更健康的身體。在PREMIER研究指出，通過生活方式的干預，10年冠心病風險大幅降低12 - 14%。

如果更年期激素療法(MHT)被用於改善更年期症狀，還可能有助於預防心臟血管疾病。大部分健康女性、如果未滿60歲，而且/或是在停經10年以內的更年期過渡期，更年期激素療法的好處大於可能的風險。

減少停經後骨質疏鬆症和骨關節炎的風險

隨著年齡的增加，骨質疏鬆症是一種常見的疾病，常導致骨折的風險增加。80歲的女性、大約70%有髖關節，腰椎或手腕的骨質疏鬆症。許多因素：如低身體質量指數（BMI），吸煙和酗酒等等，可減少骨質密度和強度，並增加骨折的風險。

良好的生活方式和飲食習慣是停經後維持骨量的關鍵策略。吸煙和過度飲酒對骨頭是有害的，應該避免。建議每天適度負重運動增強骨骼。

良好平衡的飲食是保持健康的骨骼不可少的習慣。鼓勵停經後婦女每天應攝入1200毫克鈣質。維生素D也起著至關重要的作用，是利於人體吸收鈣質。約60%的老年患者有可能因與年齡有關的皮膚變化，以及陽光照射不足，體內維生素D濃度不足生理需求。

使用更年期激素療法來防止停經有關的骨質流失是多年來廣為人們認知的。全球領先的更年期學會包括世界更年期醫學會、亞太更年期醫學會、北美更年期醫學會，最近的一項聲明指出，當在停經10年內使用更年期激素療法預防骨質疏鬆症相關的骨折是有效且適當的。

骨關節炎是造成停經後婦女特別虛弱的一個重要原因。在美國、到2020年，骨性關節炎會影響到5940萬的民眾；單是膝關節的骨性關節炎的發病率是每10萬人口每年240人。雖然骨關節炎在女性停經前是男性比女性多見；於停經後婦女、骨關節炎的發病率則高於男性。在停經期開始的婦女，指認出患有關節炎的家庭史或是開始產生關節僵硬和行動困難是很重要的。並且可以建議一些處置，如物理治療，體重減輕，身體鍛煉和止痛消炎劑。有一些數據顯示，雌激素可具有改善或減少骨關節炎風險的作用。

停經後防止認知能力下降

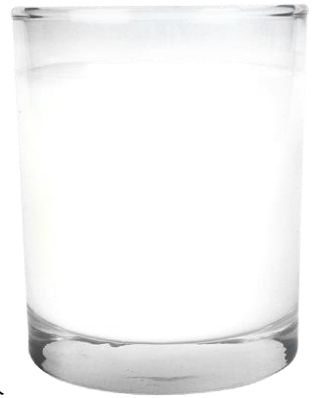
老年癡呆症是許多老年人的主要健康問題，其嚴重性更甚於癌症。在自然停經過渡期以及停經之後前幾年，有些婦女容易健忘或其他認知功能症狀，可以視為是心智功能衰退的隱憂。在停經過渡期，可能有注意力稍為降低的狀況，然而自然停經似乎不會導致記憶力變差。

阿茲海默氏症是老年癡呆症最常見的原因。其發病率隨年齡增長而增加，因此60歲以前較罕見。女性比男性易罹患阿茲海默氏症。全球約有3千6百萬的人患有阿茲海默氏症和其他形式的老年癡呆症。這個數據到2030年預計將增加一倍以上。

遺憾的是、現有的證據並沒有任何特定降低老年癡呆症風險的策略，但是某些方式是被期許的。例如：透過減少心血管疾病的危險因素來加強腦部健康；經由職業，休閒活動和社會交往相關的心智刺激的活動保存認知功能；和通過定期的身體有氧活動來改善老年癡呆症的病理狀態。憂鬱症應該被指認出並加以治療，而且不應該在女性六十歲以上才開始更年期激素療法。這一領域學界持續研究。

停經後預防癌症

所有癌症的發病率隨著年紀增加。對於女性來說，最重要的癌症是乳癌，結腸癌，子宮內膜癌，卵巢癌和肺癌。另外，在開發世界中、子宮頸癌是女性死亡的主要原因。停經後生活方式的改變和適當的篩檢來預防這些癌症益形重要。



在2012年，全世界總計有1410萬例的癌症的發病率，其中婦女癌症佔有670萬例。2035年、癌症發病的總人數預計將上升到2千4百萬例。其中乳癌（2012年，167萬個新病例）是最常見的癌症，其次結腸癌（614000例），肺癌（583000例），子宮頸癌（528000例），胃癌（320000例），子宮內膜癌（320000例），和卵巢癌（239000例）。

停止吸煙和減少飲用酒精，以減少癌症的發病率是重要的。飲食建議包括：較低的脂肪，高纖維，以及減少紅肉的攝取；臨床試驗針對運動減少癌症也進行了研究，美國癌症協會也將上述要點列為指引。

更年期激素療法不應該被看作是降低罹患癌症風險的一種策略。然而，以往的觀察性研究也提出了更年期激素療法降低癌症死亡率的現象。強有力證據顯示更年期激素療法於結腸癌有保護作用的。

停經後預防代謝症狀群的影響

在2008年，14%的全球女性人口（300萬婦女）有肥胖症。雖然中年女性常常顯示體重增加，況族群的不同研究一致指出，體重增加主要是受年齡，而不是受更年期的影響。在更年期雌激素突然減少會導致腹部脂肪分佈的增加。這個更年期身體組成相關的變化是所有女人都會見到的。停經後婦女腹部脂肪的堆積是胰島素抗性的關鍵因素，這也是進展為第2型糖尿病的一個重大風險因素。此外，停經期後腹部體重增加脂肪的堆積，與停經後婦女相關的疾病，如心血管疾病，老年癡呆症和乳癌的發生有關。

生活方式的改變是肥胖最有效的處理方法；身體活動，飲食熱量控制或減肥手術都可以幫助降低肥胖的風險。補充以及替代療法，如針灸，瑜伽和草藥補充劑也可能有助於減肥。

有研究顯示，更年期激素療法可以降低第2型糖尿病的發生。然而是否服用更年期激素療法應與您的醫療保健專業人員討論。

在停經後的生活預防慢性疾病的10項技巧

停經後的前10年是注意健康的重要窗口，此時的預防措施是最有效的：



1. 戒菸
2. 減少飲酒量
3. 規律的有氧運動
4. 健康飲食
5. 控制體重
6. 參與心智開發的活動
7. 定期篩檢癌症
8. 更年期激素療法於60歲以內的婦女，不僅改善熱潮紅等更年期過渡症狀，也有助於預防冠心病。
9. 如果因為家族病史或其他個人風險因素而風險較高，則需考量其他特殊的預防措施，來防治疾病。
10. 一定與醫療專業人員討論您的選擇和預防方式。

References

1. Gold EB, Bromberger J, Crawford S, et al. Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *Am J Epidemiol* 2001;153:865–74
2. Dratva J, Gomez RF, Schindler C. Is age at menopause increasing across Europe? Results on age at menopause and determinants from two population-based studies. *Menopause* 2009;16:385–94
3. Kriplani A, Banerjee K. An overview of age of onset of menopause in northern India. *Maturitas* 2005;52:199–204
4. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114:82–96
5. Spring B, Ockene JK, Gidding SS, et al. Better population health through behavior change in adults: a call to action. *Circulation* 2013;128:2169–76
6. Maruthur NM, Wang N-Y, Appel LJ. Lifestyle interventions reduce coronary artery disease risk. Results from the PREMIER trial. *Circulation* 2009;119:2026–31
7. Hodis HN, Mack WJ. The timing hypothesis and hormone replacement therapy: a paradigm shift in the primary prevention of coronary heart disease in women. 2. Comparative risks. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:1011–18
8. Compston J. How to manage osteoporosis after the menopause. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19:1007–19
9. Johnell O, Kanis J. Epidemiology of osteoporotic fractures. *Osteoporos Int* 2005;16(Suppl 2):S3–7
10. Pirro M, Fabbriani G, Leli C, et al. High weight or body mass index increase the risk of vertebral fractures in postmenopausal osteoporotic women. *J Bone Miner Metab* 2010;28:88–93
11. Oliveria SA, Felson DT, Reed JI, Cirillo PA, Walker AM. Incidence of symptomatic hand, hip and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum* 1995;38: 1134–41
12. Arthritis Foundation, 2014. www.arthritis.org/conditions-treatments/disease-center/osteoarthritis
13. Tanko LB, Christiansen C, Karsdal MA. Potentials of estrogens in the prevention of osteoarthritis: what do we know and what questions are still pending? In Lobo RA, ed. *Treatment of the Postmenopausal Woman*. Academic Press, 2007:393–401
14. Weber MT, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause* 2012;19:735–41
15. Henderson VW. Gonadal hormones and cognitive aging: a midlife perspective. *Women's Health (Lond Engl)* 2011;7:81–93
16. Reitz C, Brayne C, Mayeux R. Epidemiology of Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 2011;7:137–52
17. Williams JW, Plassman BL, Burke J, et al. Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline. Evidence Report/Technology Assessment Number 193. Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 2010. AHRQ Publication No. 10-E005
18. Henderson VW. Three midlife strategies to prevent cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Climacteric* 2014 [Epub ahead of print]. PMID: 24893836
19. Hosseini MS, Arab M, Nemati HB, et al. Age-specific incidence rate change at breast cancer and its different histopathologic subtypes in Iran and Western countries. *Pak J Med Sci* 2013;29:1354–7
20. Zhang Y, Liu H, Yang S, Zhang J, Qian L, Chen X. Overweight, obesity and endometrial cancer risk: results from a systematic review and meta-analysis. *Int J Biol Markers* 2014;29:e21–9
21. Lee H, Li JY, Fan JH, et al. Risk factors for breast cancer among Chinese women: a 10-year nationwide multicenter cross-sectional study. *J Epidemiol* 2014;24:67–76
22. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v 1.0, Cancer Incidence and Mortality World Wide: IARC Cancer Base No.11 (internet). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013
23. Gompel A, Baber RJ, de Villiers TJ, et al. Oncology in midlife and beyond. *Climacteric* 2013;16:522–35
24. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, et al. and the American Cancer Society 2010 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2012;62:30–67
25. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA* 2013;310:1353–68
26. Global Health Observatory. Obesity. Geneva: World Health Organization, 2014. Available at: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity
27. Sternfeld B, Wang H, Quesenberry CP Jr, et al. Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol* 2004;160:912–22
28. Guthrie JR, Dennerstein L, Dudley EC. Weight gain and the menopause: a 5-year prospective study. *Climacteric* 1999;2:205–11
29. Franklin RM, Ploutz-Snyder L, Kanaley JA. Longitudinal changes in abdominal fat distribution with menopause. *Metabolism* 2009;58:311–15
30. Abdulhour J, Doucet E, Brochu M, et al. The effect of the menopausal transition on body composition and cardiometabolic risk factors: a Montreal–Ottawa New Emerging Team group study. *Menopause* 2012;19:760–7
31. Ho SC, Wu S, Chan SG, Sham A. Menopausal transition and changes of body composition: a prospective study in Chinese perimenopausal women. *Int J Obes (Lond)* 2010;34:1265–74
32. Han TS, van Leep EM, Serdeel JC, Lean ME. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence in a random sample. *BMJ* 1995;311:1401–5
33. Cust AE, Stocks T, Lukanova A, et al. The influence of overweight and insulin resistance on breast cancer risk and tumour stage at diagnosis: a prospective study. *Breast Cancer Res Treat* 2009;113:567–76
34. Dubnov-Raz G, Berry EM. The dietary treatment of obesity. *Med Clin N Am* 2011;95:939–52
35. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric* 2012;15:419–29

Disclaimer

Information provided in this booklet might not be relevant to a particular individual's circumstances and should always be discussed with the individual's healthcare professional. This publication provides information only. The International Menopause Society can accept no responsibility for any loss, howsoever caused, to any person acting or refraining from action as a result of any material in this publication or information given.

