

中年慢性疼痛

Chronic pain at midlife

國際更年期醫學會(IMS)2026 年白皮書 中文重點摘譯

一、摘要

慢性疼痛對女性的影響較大，生殖生命階段的轉換也會影響疼痛的臨床表現。疼痛的機轉涉及多種生物心理社會因素，其中最重要的是年齡、荷爾蒙變化與心理健康。停經相關的雌二醇變化，會與肌肉骨骼退化、神經免疫敏感化、神經內分泌反應，以及個人與社會文化層面的脆弱因素雙向作用，共同增強疼痛感受並使疼痛持續。約半數中年女性有慢性疼痛，且常常同時有多種慢性疼痛症候群(例如纖維肌痛症、偏頭痛、慢性骨盆痛)，需要整合式的處置。停經過渡期可能同時出現對疼痛較敏感的情形，以及血管舒縮症狀、睡眠障礙、情緒困擾、腦霧與疲倦，這些都可能影響整體的疼痛經驗。慢性疼痛是重要的健康問題，但常被忽略、未被診斷或治療不足。

2026 年 IMS 白皮書概述最常見、並造成明顯失能與生活品質下降的中年慢性疼痛症候群的現有證據，涵蓋神經生物學機制、臨床處置、文化因素、生活型態介入與荷爾蒙治療。白皮書希望提升各界對中年女性疼痛經驗的認識，協助臨床人員與政策制定者採取具文化敏感度的個人化作法，並主動引導女性使用多專科照護路徑，以促進健康長壽與性別平等。

二、背景與流行病學

全球逾 30% 的人有慢性疼痛，女性發生的機會比男性高約 50% 至 70%。中年階段的統合分析顯示，女性慢性疼痛的相對風險為男性的 1.16 倍，纖維肌痛症為 3.13 倍。

美國女性退伍軍人的橫斷性分析中，更年期症狀負擔較高者有 52%患有慢性疼痛，有更年期症狀者慢性疼痛的勝算比為 1.84。停經過渡期女性約 71%有肌肉骨骼疼痛，停經後中至重度疼痛的風險高於停經前。近年提出的「停經肌肉骨骼症候群」涵蓋疼痛、關節痛、肌肉量減少、骨密度下降、肌腱韌帶易受傷與軟骨脆弱;使用芳香環轉化酶抑制劑的乳癌存活者，關節症狀的合併盛行率為 46%。這些症狀並非停經所獨有，仍需更多研究。

慢性骨盆痛、偏頭痛與腸躁症在中年也常見，並與更年期變化互相影響。未治療的更年期症狀可能影響疼痛治療的反應，但研究不足。白皮書說明，其內容反映作者群的專家觀點，並非涵蓋所有證據的完整回顧。

三、疼痛的神經生物學

傷害感受與疼痛不同:前者是神經系統對潛在傷害刺激的編碼，後者是包含感覺與情緒的主觀經驗。慢性疼痛指持續或反覆超過 3 個月的疼痛。疼痛整合感覺輸入與期待、記憶、情感、過去創傷等內在因素，並不存在單一的「疼痛中樞」。

脊髓背角可放大或抑制訊號，持續的輸入可造成中樞敏感化，下行抑制減弱或促進增強則使疼痛持續。慢性疼痛者的腦部功能連結與灰質有所改變，但屬相關性發現，神經影像目前不能作為疼痛有無的客觀證據。三種疼痛機轉常並存於同一位病人，原文表 1 的概念如下:

概念	定義	例子
中樞敏感化	背角神經元因持續的傷害性輸入而反應性增加，可造成疼痛放大與擴散	慢性廣泛性疼痛、纖維肌痛症

概念	定義	例子
神經病變性疼痛	由體感覺神經系統的病灶或疾病所致	神經根病變、糖尿病神經病變、帶狀疱疹後神經痛
痛覺可塑性疼痛 (nociplastic pain)	沒有持續的組織傷害或可辨識的神經病灶，因疼痛處理改變而產生	纖維肌痛症(典型代表)
傷害感受性疼痛	周邊傷害感受器因組織傷害或發炎而被活化	退化性關節炎、肌腱病變、骨折、脊椎退化

四、性荷爾蒙與疼痛

神經內分泌與神經免疫失調是慢性疼痛的共通特徵。雌激素與黃體素對疼痛兼有促痛與抗痛作用，文獻結果不一致;睪固酮與較低的疼痛敏感度有關，但整合分析顯示效果很小。雌激素參與肌肉骨骼的恆定，退化性膝關節痛與圍停經期相關，並受遺傳與老化影響。肥胖(脂肪組織具內分泌與發炎作用)也與疼痛有關。

白皮書的結論是，雌激素的波動與下降是重要的生物驅動因素，與肌肉骨骼退化、神經免疫敏感化、神經內分泌反應及心理社會脆弱因素雙向作用，因此中年慢性疼痛需要整合式處置，而非分科片段的處理。

五、文化對疼痛經驗的影響

- 研究多以族裔代替文化，但相同族裔不代表相同文化;亞洲內部差異大，不宜視為單一群體。遺傳約可解釋疼痛敏感度變異的 22%至 60%。

- 東方族群的更年期女性較常回報頭痛或偏頭痛(38.2%至 63.6%，西方 30%至 49%)與關節痛及身體痠痛(60.7%至 88.5%，西方 31.0%至 56.0%)，西方以血管舒縮症狀為主。SWAN 研究中，華裔、日裔與西班牙裔女性在身體疼痛面向受損的勝算高於白人女性。中文的「五十肩」反映肩痛在 50 歲前後女性中相當常見。
- 各文化對疼痛的意義、表達與因應方式不同;亞洲女性多視更年期為自然過渡，症狀也較少。
- 醫療人員的語言與文化認知會影響疼痛的評估與處置。白皮書建議把文化能力訓練納入醫學教育，並建立在疼痛研究中定義文化的標準架構。

六、纖維肌痛症

纖維肌痛症的症狀在停經過渡期常加重。風濕科門診的一項研究(169 人)中，51%的發病早於停經，21.9%與停經同時。這個診斷有爭議，原因是缺乏公認的生物標記、與其他疾病高度重疊，並非症狀不真實。診斷標準由 1990 年的壓痛點檢查，演進為 2010 年以廣泛疼痛指數與症狀嚴重度量表為基礎，仍屬臨床診斷，需排除其他疾病。

許多病人屬混合型疼痛，同時有脊椎退化、退化性關節炎或肌腱病變等可辨識病灶;也有部分被診斷者後來發現另有診斷，例如發炎性關節病變或小纖維神經病變。約 50%的病人有功能性腸胃疾病。影像異常與症狀嚴重度常不一致，未辨識中樞敏感化可能造成過度檢查與重複處置。應先確認造成失能的主要驅動因素，再決定治療策略。

七、慢性骨盆痛

全球約 15%的女性有慢性骨盆痛，常多年沒有明確診斷，相關研究也多以停經前女性為對

象。子宮、膀胱與外陰陰道的感覺路徑匯聚於相同的脊髓節段，一個器官的持續傷害性輸入可造成跨器官敏感化與中樞敏感化。

子宮內膜異位症最多 5%持續到停經前後，其膀胱症狀可與間質性膀胱炎/膀胱疼痛症候群重疊，停經後常被誤認為反覆泌尿道感染或停經生殖泌尿症候群，導致不必要的抗生素使用。

外陰痛可持續到 70 歲，停經後雌激素下降造成的外陰陰道萎縮，會使前庭更為敏感。骨盆底肌的張力過高與激痛點是疼痛的共同放大環節，需以結構化檢查評估，否則荷爾蒙或手術治療不會處理這個成分。

治療採多模式、以機轉為基礎:低劑量三環抗憂鬱劑與 gabapentinoids 用於中樞化的疼痛;局部藥物與骨盆底肉毒桿菌毒素注射用於局部異痛與激痛點;萎縮相關疼痛可用局部雌激素(含 prasterone)或 ospemifene];另有骨盆底物理治療、認知行為治療與心理性諮商;手術僅限切片證實的有症狀深部病灶，並採保留神經的技術。

白皮書也強調:肯定病人的疼痛經驗是治療的一部分;疼痛衛教與創傷知情照護;跨專科計畫可改善功能與生活品質;等候專科期間可運用遠距醫療與數位自我管理;跨性別與性別多元族群的資料仍不足。

八、偏頭痛

約 17%的女性有偏頭痛。圍停經期的頻率與嚴重度增加，並與血管舒縮症狀、睡眠與情緒症狀共病。經期偏頭痛與黃體晚期的雌激素撤退，及經血量多伴隨的前列腺素釋放有關;補充雌激素只是延後，並不能預防撤退性偏頭痛。

處置原則是維持穩定的荷爾蒙濃度。圍停經早期的內源性雌激素已偏高，MHT 通常不適用，

可用荷爾蒙避孕抑制排卵。無預兆偏頭痛的健康女性可用複方荷爾蒙避孕藥(CHC) ，含雌二醇或雌四醇者的血栓風險低於含炔雌醇者，建議連續使用。有預兆偏頭痛是缺血性中風風險的標記，不可使用 CHC;這類女性可考慮連續 4 mg drospirenone 併用經皮雌二醇。

自然停經後偏頭痛通常改善，手術停經則可能加重。觀察性研究顯示使用 MHT 者的偏頭痛風險較高，採連續複方、經皮雌二醇與最低有效劑量可減輕影響。有預兆偏頭痛不是 MHT 的禁忌，但優先選擇經皮雌激素並評估心血管風險;新發生預兆時須排除短暫性腦缺血發作。

fezolinetant 與 elinzanetant 對偏頭痛的影響缺乏資料;venlafaxine(適應症外使用)可能同時處理血管舒縮症狀與偏頭痛。

九、生活型態醫學

白皮書以生活型態醫學的六大支柱(營養、身體活動、睡眠、壓力管理、社會連結、避免有害物質)為架構，並強調健康壽命的重要性。運動的證據最強，對退化性關節炎、慢性下背痛、纖維肌痛症與廣泛性肌肉骨骼疼痛有小至中等程度的效果，需要長期遵從;阻力訓練對肌少症尤其重要;主動式多模式復健優於被動治療。體重管理可減輕膝痛。多數營養保健品的證據不一致，不足以建議使用;鈣與維生素 D 單獨補充不足以預防骨折。睡眠與疼痛雙向作用，認知行為治療與正念有中等程度的證據。許多更年期網路資訊缺乏實證。白皮書強調，生活型態介入不應取代有實證的醫療。

十、荷爾蒙治療與更年期肌肉骨骼疼痛

雌激素受體表現於肌肉骨骼與疼痛相關的組織，卵巢切除或芳香環轉化酶抑制劑造成的雌激素驟降可誘發疼痛;但這並不支持在慢性疼痛形成後把 MHT 當作止痛治療。納入 57 項研究

的統合分析，未發現 MHT 對廣泛性肌肉骨骼疼痛有顯著的合併效果，但異質性高。WHI 單用雌激素試驗的事後分析顯示，1 年時關節痛略有減少(76.3%對 79.2%);針對類風濕性關節炎、膝退化性關節炎與大轉子疼痛症候群的其他試驗，結果不一致;雌激素加 bazedoxifene 在手部退化性關節炎有初步訊號;睪固酮的研究不足，一項試驗未見疼痛顯著改善。

白皮書的結論:對停經後新出現且與更年期相關的疼痛，可在討論證據有限與潛在風險、並密切監測反應後，考慮個別化試用 MHT;MHT 減輕整體更年期症狀，也可能有間接益處。

十一、結論與建議

許多慢性疼痛症候群有診斷延遲、被醫療忽視與缺乏性別特異性研究的問題，照護也分散於各專科。白皮書主張以性別視角蒐集與分析資料，並推動多專科作法。四項建議如下:

1. 投入資源，進行探討慢性疼痛發生、進展與維持相關生物心理社會生物標記的臨床試驗。
2. 促進公共討論，承認慢性疼痛對女性教育、家庭、職涯與生命歷程的影響。
3. 強化醫療教育，提升疼痛的辨識、肯定、診斷與處置,並增進女性的自我管理能力。
4. 推廣具文化敏感度的作法，使各地女性都能獲得包容且公平的完整照護。

說明:本文整理各章節的主要結論與關鍵數據，為重點摘譯，並非逐字全文翻譯。

文獻出處

Mailis A, Ang SB, Di Renna T, Marks Kazatsker M, MacGregor EA, Misasi G, Poli J, Simoncini T, Wolfman W, Nappi RE. Chronic pain at midlife. Climacteric. 2026 Sep 9. doi: 10.1080/13697137.2026.2722558