

男性更年期研究的回顧

張 珣^{1,*} 張菊惠²

CHUEH CHANG^{1,*}, CHU-HUI CHANG²

¹ 國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所、人口與性別研究中心婦女研究室，臺北市仁愛路一段1號

Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, and Women's Research Program, Population and Gender Studies Center, National Taiwan University, No.1, Sec. 1, Jen-Ai Rd, Taipei, Taiwan, R.O.C.

² 長榮大學醫務健康照護管理學系

Department of Health Care Administration, Chang Jung Christian University.

* 通訊作者Correspondence author. E-mail: chueh@ha.mc.ntu.edu.tw

女性更年期(停經期)在過去20-30年來相關學術研究已有上萬篇，相對於其的男性更年期(或停經期)則研究卻非常少，與女性更年期比是1：100。本文主旨在於回顧國內外男性更年期研究文獻，從男性更年期是否存在的爭論中釐清不同學門立場的論述觀點，及其對男性更年期的定義，並進一步闡述醫學界對男性更年期需矯治所抱持之立場與處理方式，以及反對矯治者對治療可能導致攝護腺癌或其他後遺症的質疑，和男性健康被醫療化的警示，以及從國內外婦女研究立場探討女性更年期的經驗，評析性別分析對男性更年期研究的重要。結論提出男性更年期屬於公共衛生領域需關注的一環，也與世界趨勢對男性健康重視相提並論不可忽視。(台灣衛誌 2003；22(2)：97-107)

關鍵詞：男性更年期、婦女研究觀點、醫療化、性別分析

Review on male climacteric studies

Over ten thousand articles on climacteric (or menopause) for women can be found, but relatively less has been done on the male equivalent. The ratio of published studies of climacteric men (or andropause) to climacteric women is of the order of 1:100. The aim of this paper is to review the literature on the theme of male climacteric both in Taiwan and abroad from: drawing debates on the existence of a male climacteric to clarify the diverse opinions of different perspectives and definitions; describing the perception and handling methods in medical field for treating male climacteric; probing the prospect of treating male climacteric that might lead to prostate cancer or other side effects; warning the possibility of medicalizing men's health; and communicating the importance of gender analysis for the male climacteric study based on the experience of women's studies on female climacteric abroad. It is concluded that male climacteric is of importance in the interests of public health and men's health as a global trend that is indisputable. (*Taiwan J Public Health*. 2003;22(2):97-107)

Key words: *male climacteric (andropause), perspective of women's study, medicalization, gender analysis*

前 言

過去數十年來有關中年期男女身心適應方面的研究，以探討「中年危機」或「更年期」為主，且多集中於女性更年期的健康研究[1]。過去二、三十年已累積上萬篇女性更年期(停經期)的文獻[1]，相對地男性更年期的研究卻非常少，約為女性更年期的百分之一[2-4]。作者曾以“male climacteric”，“male menopause”與“andropause”為關鍵詞於醫學文獻資料庫Medline檢索，1966至1999年期間共出現89篇，作者遍及十五國，其中32篇為回顧文獻，論述焦點大多侷限於男性是否真有更年期的辯證，大型實證研究僅5篇；2000年因更年期醫學期刊改組擴編至男女更年期而激增至20篇。若以相同的關鍵詞於心理學文獻資料庫PsycLit檢索，則多半是男性更年期的專書，最早可追溯至1936年代[5]，後續二十年則資料闕如，直至1998年才又出現專書[3,6-8]。

台灣在治療勃起困難(陽痿)藥物威而剛(Viagra)問世前[9,10]，對男性更年期的研究幾乎沒有，偶見報章媒體提及，坊間則有三本中醫和日文翻譯的男性更年期專書[11-13]，媒體與醫界對男性是否如女性一般也有停經更年期，因缺乏實證資料而存半信半疑的態度。1995年男性學醫學會成立，成員以泌尿科醫師為主，1999年在威而剛熱潮與荷爾蒙藥商贊助更年期醫學會拍攝播放女性更年期宣導廣告之際，男性學醫學會召開「男性更年期研討會」[14]，次年五月更進而與婦科醫學會、骨鬆與更年期保健協會、老人醫學會共同舉辦「千禧年男女更年期研討會」，會中直指男性確實有更年期，並提出男女更年期的症狀列表。男性更年期從坊間議題一躍成為學術與臨床醫學的重要命題。

究竟男性是否有更年期？探討的觀點是否與女性更年期不同？其重點又為何？男性更年期的學術討論為何會有沈寂而再度復興的現象呢？本文旨在回顧國內外男性更年期研究文獻，從男性更年期是否存在的爭論中

釐清不同學門立場的論述觀點，及其對男性更年期的定義，並進一步闡述醫學界對男性更年期需矯治所抱持之立場與處理方式，以及反對矯治者對治療可能導致攝護腺癌或其他後遺症的質疑，並對男性健康被醫療化提出警示。最後作者將從國內外以婦女研究立場探討女性更年期的經驗，評析性別分析對男性更年期研究的重要。

存在的爭論：男性更年期VS.中年危機

中國傳統醫學對男性更年期早有記載，以每八年為分期，區別男性終其一生的變化：「丈夫二八腎氣盛，天葵至；五八腎氣衰，髮墮，齒槁；六八陽氣衰竭於上，面焦，髮鬢頹白；七八肝氣衰，筋不能動，天葵竭，精少，腎臟衰，形體皆極」[12]。也就是說男性在四十歲時就開始漸漸老化，到了五十六歲的時候，肝腎陰虛、脾腎陽虛、心腎不交、肝鬱痰擾而逐漸衰老，隨著精少體衰，生殖能力逐漸喪失，即為男性更年期[13]。

西方文獻對男性更年期存在與否持續數十年之論戰，論述立場大致可區分為生醫模式與社會心理學模式。生醫模式以荷爾蒙變化與生理狀態的改變界定這段中老年的變化，使用的語彙從更年期(climacteric)、男性停經(male menopause, andropause)、雄性激素缺乏症候群(androgen deficiency syndrome)或雄性激素減少等，各國之習慣用語又略有不同。另一常用於英國的字是「男性活力停止(viropause)」，意指男性這段期間的生活的改變，拉丁字vir是男性的意思，該字彙也可代表中年男性在高峰期的轉變(mid-life upheaval)[3,4]。社會心理學模式以發展心理學為基礎，認為中老年的改變泰多源自適應，採用的詞彙為中年危機(middle crisis)、中年焦慮(mid-life anxiety)、中年引爆時期(primer time)、男性危機(male crisis)等[5,15]。同時也提出男性的確有更年期，只是男性與女性生理反應不同而已[3,6-8]。

一、生醫模式

投稿日期：91年12月12日

接受日期：92年6月9日

1939年美國內科醫師Werner首度在醫學期刊中提出「男性更年期(climacterium virile)」一詞，意指男性在五十歲以後常出現的身心主訴與症狀，如：記憶力減退、注意力不集中、疲勞、緊張、應對壓力能力降低等改變[16]。在醫學字典裡更年期(climacteric)的定義為「一組症候群(syndrome)」或「生活歷程中的一個時期(period)」，包括生育能力終止與伴隨之日常性活動減少，和四、五十歲時出現的內分泌、身體、心理的改變，男女皆適用[17]。

1960年代出現與「女性停經(menopause)」相對應的「雄性激素停止分泌(andropause)」[18-20]，希臘字andro代表男性，pause是停止的意思，慣用於歐洲醫學文獻上，意指經驗轉換(transition)。1976年Boeskill等人則是以「男性停經(male menopause)」形容男女兩性皆會經歷的相似身心變化經驗。

但「男性停經」或「雄性激素停止分泌」的概念遭致嚴厲質疑，許多文獻直言其為錯誤命名，男性荷爾蒙是逐漸減少，未若女性有清楚月經停止代表卵巢不再分泌荷爾蒙，而實證研究指出男性荷爾蒙改變與因老化所導致之身體改變和女性老化不同，性功能雖隨年齡漸長而退化，但睪固酮卻不必然隨年齡增加而停止分泌或逐漸下降，個體間差異性很大[5,15,18-19,21-23]。

晚近的醫學用語，直接以荷爾蒙減少或缺乏，命名男性自中年期進入老年期的身心變化，如：「低睪固酮素症候群(low testosterone syndrome)」、「雄性激素缺乏症候群(androgen deficiency syndrome)」、「輸精管功能不足(testicular insufficiency)」、「老年男性雄性激素下降(androgen decline in aging male, ADAM)」、「老年男性部分雄性激素缺乏(partial androgen deficiency in aging men, PADAM)」、「或「老年男性部份睪固酮缺乏(partial testosterone deficiency in aging men, PTDAM)」[4, 18-19,21-22,24-28]。

至今，關於男性荷爾蒙分泌減少與老化、臨床身心主訴症狀間的因果關係並未確立，但男性更年期的生醫論述仍持續發展中。世界更年期醫學會出版之Maturitas期刊

於1985年專刊報導男性更年期，1987年第五屆「世界更年期大會」上特別定義男性更年期為：「肝腎功能正常的男性，在60歲以後出現之勃起障礙、血管問題、疲倦增加、失眠、低睪固酮激素(300-350mg/dl)、與黃體激素增高(4.0-4.5mg/dl)」[2,29]。2000年台灣舉辦之「千禧年男女更年期研討會」則依國際泌尿學科研究提出男性更年期的症狀分類量表，包括：男子氣概(體力消退、肌肉無力、體毛減少、腰腹肥胖、骨質疏鬆)；情緒反應(易怒、情緒低落、沒衝勁、意志力消沈、憂鬱症狀、自我期許)；血管活動體溫調節機制(熱潮紅、盜汗、失眠、易緊張)；性能力(缺乏性趣、性能力喪失、勃起困難、射精困難)[30,31]。這些以疾病症狀為依歸，由醫學會會議參與界定的更年期定義，確立醫療對男性更年期的介入[28-29]。男性更年期從有無存在的爭論，跳躍至荷爾蒙缺乏減少的論戰，在荷爾蒙分泌減少與缺乏不足以完全解釋男性更年期之時，又似乎成為臨床醫學社群共同接受的醫療命題。

二、社會心理學模式

Schill等人認為雖然男性有更年期的抱怨，但其發生的頻率與不可避免性遠低於女性，建議以「中年危機」取代「男性更年期」，意指男性在經歷更年期歷程的覺察與反應。倘若在覺察後感到害怕而想逃避或欲回復年輕，謂之危機；若能瞭解身體、情緒、心靈的改變，準備開展人生的另一階段，則為新探險而非危機，也能化危機為轉機[32]。如同女性更年期一般，男性更年期的被提出應該是強調男性在經歷年齡的轉折所面對較大的衝擊與改變，而這些衝擊並不全然可以從生理改變加以詮釋，亦受到社會對男性健康的期待而影響[31]。Featherstone與Hepworth[5,15]在回顧男性更年期的歷史變遷後，亦提出類似的觀點，指出更年期是生活的改變與伴隨而生的焦慮，建議中年男女將更年期視為生命的轉折。雖然中年男性在荷爾蒙改變上未若女性這麼明顯，但中年期的心理與社會適應則男女經驗頗為相同，20世紀初歐美

亦多強調此正向觀點。

但是荷爾蒙分泌減少的說法並無法完全解釋更年期男性未隨年齡增長而有遽然身心變化的現象，男性中年危機可能另有其他社會心理因素的影響[17,23]。Henker彙整與男性更年期有關的社會心理因素文獻，指出Stieghitz(1946)認為人格特質會影響更年期表現，而導致憂鬱、性功能衰退，而性障礙與性活力和刺激有關；Erghe(1956)認為中年男子因為要處理內在經歷的動力機制，而以慮病方式反應，被認為屬更年期；Rutherford(1976)則認為配偶的更年期經驗使男性覺察或懷疑其是否也有男性更年期；精神醫學則認為實乃心理與人格受影響而產生身體症狀主訴[17]。

男性更年期的調查研究並不多，Tan和Philip探討302位男性對更年期的看法與影響更年期的相關因素，結果發現大多數受訪者皆不知有男性更年期，而有70%的受訪者希望多知道一些相關資訊，同時也發現開始有更年期症狀是在51-60歲間，抽菸者發生的時間較早，與種族和飲酒行為無關[34]。Solstad與Garde調查丹麥男性對更年期的看法，發現隨年齡的增長，愈不相信有男性更年期的存在(同一群男性在其40, 45, 51歲時訪問)；然而在51歲時仍有30%認為男性是有更年期，而此年齡層有1/5人表示正經歷更年期，在驗證生醫或社心理論時，發現熱潮紅等症狀與荷爾蒙變化無關，也發現與所謂中年危機認為更年期易離婚或喜歡年輕貌美造成婚姻危機的迷失無關，反而是社會與心理環境導致特定更年期反應較多[35]。Diamond針對100位男性，在問卷調查後安排深度訪談，發現大多數男性在中年期的確經驗一些重大事件與轉變，質疑是否「真實」，也會希望是真有更年期，如此較能接受身心變化的事實，而不會受到社會上對男性不能抱怨身心問題的刻板印象[3]。McKinlay提出在美國缺少大型老年男性社區研究，指出男性更年期研究很少，係因荷爾蒙生物機制的研究一直無法確定其關聯性，且研究樣本太小，年齡多半在70歲以上，也未控制其他干擾因素，例如疾病史、藥物使用、生活型態等[2,

29]。

醫學中相關的處置

由文獻中可發現，一旦更年期被定義為一組臨床症狀後，不論是否有深入的醫學研究依據，臨床醫學便已開始嘗試介入治療了，但對治療效果的質疑與有限性也同時被提出。

一、治療的嘗試

溯及十七、十八世紀，已有使用雄性動物生殖器官進行男性老化的相關治療的報導，特別是針對性功能方面[10,28]，尤其是中國民間普遍持有吃形補形的觀念，因此虎鞭、雞睪丸成為常見壯陽補品[10]。生物醫學的正式研究則源自1939年Werner醫師提出男性更年期一詞之後，他指出更年期男性會經驗內分泌異常、自主神經不平衡、心理困擾等症狀，同時也提出成功治療的個案報告[16]。1945-1946年Werner發表兩篇補充睪固酮能有效改善男性更年期的臨床試驗報告(54位與273位個案，一週施予三次)[36,37]。Browning於1960年對120位個案進行fortified chronic gonadotropin治療，改善成效達80%。70年代則陸續報導採用女性荷爾蒙、睪固酮、合併睪固酮與chronic gonatropin的治療，研究結果都表示能改善更年期症狀，甚至也對切除睪丸者(orchietomy)施以睪固酮補充療法[38]。

Sternbach指出許多男性的精神症狀與低睪固酮有關，例如憂鬱、焦慮、不安、失眠、陽萎等，在評估各種原因後可適度採用睪固酮治療[4]。國內泌尿科醫師江漢聲也認同男性荷爾蒙補充療法未來的可行性，尤其是生體可用性睪固酮(bioavailable testosterone)[39]。目前醫界已有促銷睪固酮荷爾蒙治療(testosterone hormonal therapy, THT)的現象，Shippen與Fryer合著專書討論THT的優點，認其可有效改善更年期男性的記憶力、心智功能、性慾、增加活力以及相關疾病，尤其是心血管疾病，並以個案病例證明睪固酮能影響身心功能[40]。近五年的男性更年期文獻

亦出現大量各種荷爾蒙治療男性更年期障礙的報導[41-44]。Diamond雖然強調的確存在男性停經期，但重點在討論自1983年開始重視男性勃起功能障礙的問題與找尋治療方式[3]，威而剛治療勃起功能也可為對男性更年期間接處理[10]。因為與醫療界對女性停經採用荷爾蒙補充療法的觀點是一樣的，所以Shippen等人和Diamond的專書都是以男性停經(male menopause)為名，荷爾蒙治療是書中重要的論述命題[3,40]。

二、治療效果質疑

在男性荷爾蒙治療被提出的同時，也立刻有警告治療效果有限的研究出現，提出警告擅自治療有其危險性，而且可能導致攝護腺癌或其他後遺症[45-46]。與前文質疑定義正確性一樣，因此其結論多半是不推薦這種治療，除非有更多設計嚴謹的研究且能同時探討用睪固酮治療的利弊研究。

來自Henker的回顧，他提出1944年Bauer回應Werner治療報告，提出男性更年期是錯誤用詞(misnomer)，研究基礎不足，很多以睪固酮治療效果是達到心理因素而非生理[17]。1946年McCullagh支持Bauer說法，認為由睪丸減少精子或力量，在生命各階段皆有發生，陽萎很少來自輸精管(testiculer)的問題[47]。由於中年症狀與突然雄激素下降確是一個問題，因為年齡與睪丸激素的關係目前仍不清楚，Wershush也於1962年發表解剖檢驗老人雄腺體發現都正常的報告[48]。Kent & Acone 1966年提出分析68位20-93歲男性，發現無法證明五十歲時失去雄性激素製造能力[49]。所以Henker認為既然荷爾蒙缺乏不是唯一男性更年期的基礎[17]，直接以賀爾蒙治療有其不確定性。

Henker同時也提出其門診486位40-60歲的男性中，有50位經歷更年期症狀：如性功能受損、精神困擾、身體不適，而來門診前已經驗症狀6周到3年不等。結果發現男性由於太快投入競爭市場，無趣的工作、一味努力維持平衡，一旦進入中年，一切皆開始走下坡，無法以過去方式調適，而變成退縮、

慮病、憂鬱、性無能等，在治療方面，也發現支持性、認清事實最重要，藥物使用盡量減少(因為有時反而使憂鬱等更嚴重，疼痛處理也雷同)，性問題則較注重技巧[17]。因此Henker提出支持性的心理治療，再塑中年人生意義，將藥物使用減至最低。

江漢聲綜合國外報導指出測量血中總睪固酮外，尚須測血中游離睪固酮、或其他睪固酮代謝物濃度，甚至要多測幾次明瞭日夜濃度差距，而非只是單一製劑即可[39]。黃志賢也指出睪固酮補充治療雖然似乎可以改善睪丸功能低下(hypogonadism)所伴隨來的肌力下降、性慾減低、骨質疏鬆、憂鬱等症狀，但它仍有其缺失，例如造成新陳代謝及循環方面副作用，雖尚未證實會導致攝護腺增生，但一旦發生攝護腺癌，則會加速惡化[50]。而對血脂影響HDL, LDL變化，也尚未確實證明。雖然可能對一些低睪固酮患者在精神症狀有所改善，但是要注意會否與其他精神疾病治療混淆，而且長期追蹤以及效果安全探討仍缺[4]。Oudshoorn指出社會建構是否需要治療的議題或定義疾病，而非真正醫療問題[28]。

醫療化的隱憂

醫療社會學關切社會文化建構製造疾病，或是採用醫療的手段處理非醫療的現象，甚至因為醫療干預而衍生醫源病(iatrogenesis)等過度醫療化議題，批判醫療體制及醫學權威宰制的現象[51-54]。過去醫療化的討論主題多集中於女性、老人、兒童、精障等因弱勢而易被行使醫療權威的群體，男性健康被醫療化的研究並不多，主為性功能治療[55]。近年來陸續有學者提醒男性更年期也有被「醫療化」的傾向[2, 28-29, 55]，威而剛的問世亦引發台灣泌尿科醫學界廣泛界定男性性功能障礙為疾病，需要醫療處置[10, 39, 56, 57]，更將性功能衰退與男性更年期的定義作連結，結合女性更年期議題而成為熱門話題[30, 39]。

醫療化可發生在字彙、觀念、醫病溝通[28, 29, 51-53, 56-58]，以此檢視男性更年期是

否被醫療化。在字彙方面，醫學會的介入，醫療用詞的定義等都是男性更年期醫療化的一個指標[28-29]。觀念上，更年期是一組症候群，甚至簡化為男性荷爾蒙缺乏、泌尿功能與性功能的障礙，常民與醫界咸認知且認可「男性更年期症狀群」。醫病溝通方面，醫界關切的是疾病症狀的治療，特別是性功能治療，治療又以藥廠提供之藥物作為導引，並未深入探究中老年男性所處的身心社會境遇對健康的影響[28,56,57]。而醫學會與更年期專屬期刊的成立，更從鉅觀制度面確立其在醫療範疇中被認可的地位[14,29,58]。

近代藥學工業興起，男性荷爾蒙未若女性荷爾蒙容易取得(女性切除子宮和分娩胎盤皆可供實驗室用，男性則無睪丸切除或一般社區男性的血或尿為樣本)，因此十九世紀末至二十世紀初，不少歐洲醫學研究以動物生殖器萃取之荷爾蒙治療男性老化與性功能障礙，內分泌研究以女性為主[28]。1990年之後，老化研究開始盛行，男性更年期議題再度受醫界重視。不只是醫師社群開始討論是否因生物機制導致男性更年期，更關鍵地是藥廠開始有興趣發展男性更年期相關藥物[3,10,28]，贊助男性更年期醫學研討會，印製男性更年期文宣品[30]。

更年期學術團體的成立雖具里程碑的意義，但也因為「正式化(formalization)」而助長「醫療化」現象的形成[29]。McKinlay [29]即指出尤其是醫學會以疾病症狀觀點定義男性更年期[2,29]，形塑男性更年期是疾病議題，更合法化生醫藥的介入。例如1978年世界更年期(停經期)學會(international menopause society, IMS)正式成立，其宗旨之一便是加強研究男女更年期的議題，同時發行學刊Maturitas，使得研究更年期更具有學術價值。如前述，1987年第五屆大會上特別對男性更年期特質予以定義[2,29]，以臨床特性(clinical entity)或症候群(syndrome)命名，也給予醫界合法化的去治療，或進行治療的研究。

反觀我國，則男性學醫學會於1995年成立，更進一步於1999年和2000年召開男性更年期研討會，參加者以醫師為主[14]，男性

更年期一躍為重要的、正式的醫學議題與疾病範疇，與女性更年期並行。

此外，Maturitas這份學刊也經歷數次改組，起初是世界更年期(停經期)學會與國際健康基金會(IHF)和Elsevier出版社合作，但在1998年IMS又另行出版Climacteric(更年期)學刊，同年年底IHF退出Maturitas，Maturitas又與歐洲婦女停經學刊合併，接著在2000年四月出刊第35期的封面加上一段文字：歐洲男女停經學會官方刊物(Official Journal of the European Menopause and Andropause Society)。主編指出這份學刊已由歐洲婦女停經學刊改變成同時重視男女停經議題，同時也屬於一個新的「男女停經學會(the European Menopause and Andropause Society, EMAS)」[58]。Maturitas不斷強調此期刊是同時關注男男女女的議題，加上Climacteric學刊也同時強調男女停經的研究，另一份老化的男性學刊(The Aging Male)也於1998年出刊。男性停經/更年期研究開始進入正式研究殿堂，尤以生物醫學荷爾蒙報告為主要稿源。這也解釋為何過去男性更年期資料闕如，2000年卻驟增的現象。期刊的更迭，反映「更年期」一詞，過去幾乎等同於「女性更年期」，現已正式轉換為「男、女更年期」。男性更年期亦藉女性更年期豐厚之基礎，迅速擴展其學術與醫療介入的版圖。

性別研究觀點—

男性更年期需加入性別互動分析

近年來由於性別研究擴大重視社會文化對男性氣概塑成社會化結果對男性健康的影響。男性有其特殊健康需求、經驗與受到社會文化影響，需要對男性健康有更多倡導、了解、重視社會心理因素等，世界趨勢由婦女研究至性別研究，關心因性別形成男性健康影響[59-61]。

一、聯合國世界衛生組織提出性別分析主流化觀念

「性別主流化(gender mainstreaming)代表不是只單純談婦女問題而置男性於事外，剖

析問題時需同時考量男女與其責任；甚至納入男女一起來思考並採行解決方法，即是女男共同參與政策決定、規劃、評估，是一個多元、多向、互動的過程[59,60]，釐清生理性別(sex)、社會性別(gender)與健康和疾病的關係，例如婦女因生育需要更多健康資源和生活品質，社會的性別分工，來自經濟、家庭、制度等不公平與性別歧視、對婦女(暴力、隔離、忽視與偏見形成婦女身心不健康)和男性健康的影響(意外事故、暴力行為、酗酒等對男性身心傷害，或因男性不能示弱價值觀導致延誤就醫)[59]。

二、男性健康與性別研究

第一屆世界男性健康研討會於2001年11月在維也納召開，同時成立世界男性健康學會(International Society for Men's Health)[61]，目的為倡導醫療社群重視男性健康，同時加強網絡建立、代表開始重視因為社會文化因素導致男性健康的危害，也跨越過去十年僅由泌尿科所提男性健康專注在生殖器的病變，如攝護腺癌或睪丸癌[62]。Doyal [62]也指出生理性別(sex)、社會性別(gender)對健康的關係，指出需要新的研究方式探討健康需求。Schofield等人[63]指出過去研究多半只是單純比較男女在疾病發生率或死亡率上的異同，並未細究影響男女健康的因素與介入方案有何不同，呼籲以性別關係取向(gender relations approach)探究性別互動結果對健康的影響，包括性別分工、情緒、情慾和男性氣概的符號象徵意義、權力、做決定等。性別關係取向的觀點來自新公共衛生(new public health)對社會的了解，強調個人的健康與疾病如何受社會環境所影響，因性別互動導致健康的機會或障礙[54]。

Sheehy[6]在帶動與觀察男性團體二年之久後，指出社會文化對男性的期待影響男性在中年時期的適應，也呼應Schofield等人[63]所提男性氣概對男性健康的影響甚大。所以在探討男性更年期時，不只檢視性別的不同也要檢視性別關係導致的影響，男女在性別內與性別間的同異。

三、女性更年期研究的參考

相較於男性更年期，婦女更年期研究數量相當多，涉略學門領域廣，歷經生醫模式、社會心理模式與全方位模式的探討[64]，在「醫療化」議題上更累積不少論述，都可以為男性更年期研究作為參考[65-67]。由女性更年期研究提出醫療化包含四大要素：(1)外在條件：醫師專業(特定信念、專業與經濟需求)；醫療工業(藥商、醫療儀器)；經濟與科技競爭；媒體(醫學雜誌、報紙書刊、電視、廣告)配合與中介群體支持。(2)內在條件：民眾(婦女)(信念、需求與動機、合作)。(3)環境條件：醫療組織贊同與配合；醫療法規。(4)互動條件：醫師與婦女的互動，研究者與臨床者的互動，政府與醫療界的互動，醫界與醫療產業界的互動等[53,57,65-68]。因此也可探討男性更年期是否有藥廠全力支持、媒體推波助燃，男性本身對其看法，醫病互動情況等[28,29,56,68]，但尚在起步階段。

Meyer[66]提出各種研究與預防策略來證明目前醫學界多半認為對女性更年期專注於荷爾蒙使用對心臟血管疾病、骨質疏鬆、老人失智有初級預防的功效是錯誤的，以國家內與國際間的不同時間的死亡率、罹患率、這種定義中老年婦女屬荷爾蒙缺乏與需醫療介入的論述，反而導致更年期婦女處於一危機狀態。尤其醫療化對女性健康的影響，也需去檢視男性更年期可能對男性健康造成的傷害是有其必要。

而Olazabal-Ulacia等[64]提出更年期婦女充權研究，研究者必須明瞭三種漸進模式：生醫模式、社心模式、以及全方位模式。有助於未來研究與實務工作者進行男性更年期研究的參考。老化不是病，要重視生活型態與自然養身，明瞭與面對社會建構性別的態度，是未來公共衛生要努力方向。

此外婦女健康研究重視另類保健方法，在我國伍后勝[13]提出男性更年期綜合預防的方式有：心理保健、飲食保健、房事注意、自我按摩養生、周身活動、散步、保健六段錦、補腎功法等。也提出治療方式，除

一般生活改善外、有關中醫的辨證論治、草藥治療、膳食治療、艾灸治療、浴療、氣功治療、也包括西醫對症狀藥物治療等。可惜實證研究尚不多。

結語與建議

本文旨在回顧國內外男性更年期研究文獻，從男性更年期是否存在的爭論中釐清生物醫學與社會心理兩個不同學門立場的論述觀點，及其對男性更年期的定義；並進一步闡述醫學界對男性更年期需矯治所抱持之立場與處理方式，以及反對矯治者對治療可能導致攝護腺癌或其他後遺症的質疑；和男性健康被醫療化的警示；以及從國內外婦女研究立場探討女性更年期的經驗，評析性別分析對男性更年期研究的重要。可以發現多篇討論男性更年期的醫學文獻多為回顧文章，較少實證研究，且多仍屬辨證期。在社會心理與婦女研究中則可發現男性更年期屬中年適應過程，需由性別互動論述多探討之。

一、男女性更年期是公共衛生的議題

在回顧文獻中發現有不少是不同國家的文獻回顧，但也可由其中發現不少國家開始提出這是公共衛生需關心的議題。如波蘭、法國、德國等，由對藥物管制、養生保健的推動、避免過度醫療化的措施等都將是公共衛生需要面對的議題，我國也應未雨綢繆。男性在更年期的因應方式，中年男性的更年期健康與生活型態之關係為何，對環境有害物以及職業上對男性健康的影響、因為男性激素減少而建議進行心臟血管檢查等[69]。嘗試從預防保健觀點關切男性的健康管理，提出更年期的全方位保健之道，都屬公共衛生的範疇。尤其在2002年七月美國國家衛生院對女性更年期使用賀爾蒙補充療法的大型雙盲研究經驗與提出的警語[70,71]，男性更年期在保健與醫療的管理上將是重要一環。

二、未來研究建議

綜覽文獻回顧，男性更年期不斷被探詢

的幾個問題：男性有更年期嗎(有，無，不一定)；若有，其特徵為何(生理、心理、社會、態度)；若有，其處置方式、治療、生活型態改變、社會心理為何；此外更年期是否只是性功能或泌尿功能的問題，更年期是否社會心理問題，性別互動觀點研究對男性健康研究的重要性等，這些仍將持續被探討。本文對生物科技文獻的回顧，僅提出方法學的問題，並未深究其生化議題，建議醫學研究宜採多元分析審慎態度，有關用藥型態、劑型、副作用等都需審慎考量。此外亦需有嚴謹設計、長期追蹤、社區大樣本、實驗控制對照研究、使用各種雄性激素治療的利弊得失分析[2, 26,29]等研究設計。

我國內有關男性更年期研究尚在起步階段，由於從婦女研究到性別研究與男性研究的理論依據也逐漸在本土萌芽[56,72]，期盼男性更年期研究在社會行為科學方面能由此開展。需要透過男性自評身心健康與社會角色，由負面不適生理狀況到主觀正面的健康評估，以全方位的健康促進觀點為出發，增加男性更年期研究的探討視角，同時擴大探討的年齡層，以瞭解年輕族群對更年期的看法，並驗證中年發展的理論以及引起男性更年期恐慌的相關因素，進而能針對原因發展建議策略以協助因應適應。文化中男性氣概對性方面的影響，從預防保健觀點關切男性的健康管理，提出更年期的全方位保健之道，而非將男性更年期加以疾病化或是醫療化。一方面也呼應聯合國訂出的性別分析主流化與健康架構一併發展，另方面採用性別互動模式分析，深入文化意涵。在社會心理與婦女研究方面：則探討對男性更年期的態度、概念或生活型態以及中年發展的歷程；男性更年期研究正式化過程與醫療化傾向；婦女研究學者則以性別分析或性別互動論述是研究男性更年期的重要工具，也是了解男性更年期與男性健康被重視世界趨勢研究與實務的發展方向。此外在加入本土中國觀點的文獻回顧後，不可忽視本土悠久文化與中醫文化保健預防之道，如何與學術結合是有待努力方向。

而有關國外過去研究方法上的問題，經過文獻回顧則可截長補短，除一向的個案亦或量性研究外，也能多採質性研究、多元交叉方式分析，且留意文化意涵、社會性別、與各種族群間的差異與需求，都是有待開展的地方。

參考文獻

1. Rostosky SS, Travis CB. Menopause research and the dominance of the biomedical model 1984-1994. *PWQ* 1996;**20**:285-312.
2. McKinlay JB. Is there an epidemiologic basis for a male climacteric syndrome? The Massachusetts Male Aging Study. *Prog Clin Biol Res* 1989;**320**:163-92.
3. Diamond J. Male Menopause. Naperville: Sourcebooks, 1998; 3-13, 205-22.
4. Sternbach H. Age-associated testosterone decline in men: clinical issues for psychiatry. *AJP* 1998;**155**:1310-8.
5. Featherstone M, Hepworth M. The history of the male menopause 1848-1936. *Maturitas* 1985;**7**:249-57.
6. Sheehy G. Understanding Men's Passages: Discovering the New Map of Men's Lives. NY: Ballantine, 1999.
7. Roth D. No, It's Not Hot In Here. Georgetown: Ant Hill Press, 1999; 121-45.
8. Rose MC, Block ML, Hopkins V. Women's Guide to Male Menopause: Real Solutions for Helping Him Maintain Vitality and Virility. CA: Keats, 2000.
9. 江漢聲：男性更年期的定義和症狀。台北：男性醫學會，1999。
10. 劉道捷：威而剛 Viagra。台北：智庫，1998。
11. 莊有為：男人的更年期。台北：時報文化，1985。
12. 冷南方：中醫男科臨床治療學。台北：知音，1992。
13. 伍后勝：男人如何渡過更年期。台北：浩園文化，1994。
14. 江漢聲、吳建志：男性更年期。台北男性醫學會，1999。
15. Featherstone M, Hepworth M. The male menopause: lifestyle and sexuality. *Maturitas* 1985;**7**:235-46.
16. Werner AA. The male climacteric. *JAMA* 1939;**112**:1441-3.
17. Henker FO III. A male climacteric syndrome: sexual, psychic, and physical complaints in 50 middle-aged men. *Psychosomatics* 1977;**18**:23-7.
18. Keogh EJ. The male menopause. Fact or fancy? *AFP* 1990;**19**:833-40.
19. Skolnick KAA. Is 'male menopause' real or just an excuse? *JAMA* 1992;**268**:2486.
20. Mastrogiacomo I, Feghali G, Foresta C, et al. Andropause: incidence and pathogenesis. *Arch Androl* 1982;**9**:293-6.
21. Baker HW. Is there a male menopause? *AFP* 1984;**13**:726-8.
22. Burns-Cox N, Gingell C. The andropause: fact or fiction? *PMJ* 1997;**73**:553-6.
23. Krause W. The male climacteric. A responsibility for dermatologic andrology? *Hautarzt* 1994;**45**:593-8.
24. Bauer J. The male climacteric: a misnomer. *JAMA* 1944;**126**:914.
25. Morales A, Heaton JP, Carson CC III. Andropause: a misnomer for a true clinical entity. *J Urol* 2000;**163**:705-12.
26. Matsumoto AM. 'Andropause' - are reduced androgen levels in aging men physiologically important? *West J Med* 1993;**159**:618-20.
27. Steiner BW, Satterberg JA, Muir CF. Flight into femininity. The male menopause? *Canadian Psychiatr Assoc J* 1978;**23**:405-10.
28. Oudshoorn NE. Menopause, only for women? The social construction of menopause as an exclusively female condition. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;**18**:137-46.

- 44.
29. McKinlay JB, Longcope C, Gray A. The questionable physiologic and epidemiologic basis for male climacteric syndrome: preliminary results from the Massachusetts Male Aging Study. *Maturitas* 1989;**11**:103-15.
30. 台灣婦科醫學會等：男女更年期症狀評量表。千禧年男女更年期研討會，2000。
31. Vermeulen A. The male climacteric. *Ann Med* 1993;**25**:531-4.
32. Schill WB, Kohn FM, Haiahl G. The aging male. In: Berg G, Hammar M, eds. *The Modern Management of the Menopause*. New York: The Parthenon Publishing Group, 1994;545-65.
33. Erickson EH. *Childhood and Society*. New York: Norton, 1963.
34. Tan RS, Philip PS. Perceptions of and risk factors for andropause. *Arch Androl* 1999;**43**:227-33.
35. Solstad K, Garde K. Middle-aged Danish men's ideas of a male climacteric - and of the female climacteric. *Maturitas* 1992;**15**:7-16.
36. Werner AA. The male climacteric. *JAMA* 1945;**127**:705-10.
37. Werner AA. The male climacteric. *JAMA* 1946;**132**:188-94.
38. Steinfeld AD, Reinhardt C. Male climacteric after orchiectomy in patient with prostatic cancer. *Urology* 1980;**16**:620-2.
39. 江漢聲：男性荷爾蒙補充療法的過去與未來。千禧年男女更年期研討會，2000。
40. Shippen E, Fryer W. The Testosterone Syndrome: The critical factor for energy, health, & sexuality-reversing the male menopause. NY: Evans, 1998.
41. Comhaire FH. Andropause: Hormone replacement therapy in the aging male. *European Urology* 2000;**38**:655-62.
42. Lund BC, Bever-Stille KA, Perry PJ. Testosterone and andropause: the feasibility of testosterone replacement therapy. *Pharmacotherapy* 1999;**19**:951-6.
43. Morley JE. Andropause, testosterone therapy, and quality of life in aging men. *Clev Clin J Med* 2000;**67**:880-2.
44. Tenover JL. Male hormone replacement therapy including "andropause". *Endocrinology & Metab Clin North Am* 1998;**27**:969-87.
45. Basaria S, Dobs AS. Risk versus benefits of testosterone therapy in elderly men. *Drugs & Aging* 1999;**15**:131-42.
46. Tserotas K, Merino G. Andropause and the aging male. *Arch Androl* 1998;**40**:87-93.
47. McCullagh EP. Climacteric - male and female. *Cleve Clin Q* 1946;**13**:166.
48. Wershub LP. *The Human Testis: A Clinical Treatise*. Springfield, III: Charles C Thomas, 1962;197.
49. Kent JZ, Acone AB. Plasma testosterone levels and aging in males. Androgens in normal and pathological conditions. *Excerpta Med Int Congr Ser* 1960;**101**:31-35.
50. 黃志賢：男性更年期之荷爾蒙補充治療與追蹤。千禧年男女更年期研討會，2000。
51. Fox RC. The medicalization and demedicalization of American society. In: *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences, a Special Issue on: Doing better and Feeling Worse: Health in the United States*, 1997;**106**:409-13.
52. Zola K. *Social-medical inquiries: Recollections, reflections, and reconsiderations*. Philadelphia: Temple University Press, 1983.
53. 林文源：『醫療化』再思考。台大社會學刊 2001；**29**：213-50。
54. 胡幼慧：新醫療社會學：批判與另類的視角。台北：心理出版社，2001。
55. Tifer L. A feminist critique of the sexual dysfunction nomenclature. *Women & Therapy* 1988;**7**:5-21.
56. 成令方、傅大為：初論台灣泌尿科的「男

- 性身體觀」。中研院「健與美的歷史」研討會，1999。
57. 張珣：女性觀點看「威而鋼」。臺灣醫學 1999；3：324-5。
 58. Thijssen JHH, Kenemans P, Samsioe G. Maturitas, the European Menopause Journal, becomes 'Official Journal of the European Menopause and Andropause Society'. Maturitas 2000;35:1-2.
 59. United Nations, 1999. Women and Health: Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector. UN/WHO/UNPFA.
 60. 張珣：全球化趨勢與婦女健康。中華衛誌 2000；19：5-9。
 61. Baker P. The international men's health movement. BMJ 2001;323:1014-5.
 62. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. BMJ 2001;323:1061-3.
 63. Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JF, Butland DL. Understanding men's health and illness: A gender-relation approach to policy, research, and practice. J Am Coll Health 2000;48:247-56.
 64. Olazabal Ulacia JC, Paniagua RG, Luengo JM, Gutierrez JFG, Sendin Melguizo PP, Holgado Sanchez MA. Models of intervention in menopause: proposal of a holistic or integral model. Menopause 1999;6:264-72.
 65. Love S. Dr. Susan Love's Hormone Book: Making Informed Choices About Menopause. New York: Random House, 1997;3-37.
 66. Meyer VF. The medicalization of menopause: critique and consequences. Int J Health Serv 2001;4:769-92.
 67. 張珣、張菊惠：婦女健康與「醫療化」：以停經期／更年期為例。婦女與兩性學刊 1998；9：145-85。
 68. Conrad P, Schneider JW. Looking at levels of medicalization: a comment on strong's critique of the thesis of medical imperialism. Soci Sc Med 1980;14A:75-9.
 69. Belcaro G, Nicolaidis AN, Cesarone MR, et al. Vascular screening in andropause: Non-invasive investigations in vascular disease screening. Curr Med Res Opin 2000;16:S68-71.
 70. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in health post-menopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002;288:321-33.
 71. US Preventive Services Task Force. Post-menopausal hormone replacement therapy for primary prevention of chronic conditions: recommendations and rationale. Ann Intern Med 2002;137:834-89.
 72. 張珣：男性更年期研究。美兆健檢中心研究報告，1999。

