

從PCOS到PMOS：一項影響1.7億女性健康疾病的全球更名共識

中山醫院婦產科 鄭博仁

前言

1935年，Stein與Leventhal首次描述一組以停經、不孕、多毛及雙側卵巢增大伴多個小囊樣結構為特徵的臨床症候群，即「Stein-Leventhal症候群」¹。隨著超音波技術普及，「多囊性卵巢症候群」(Polycystic Ovary Syndrome, PCOS)這一名稱逐漸成為主流。然而，近數十年的研究明確指出，存在卵巢的所謂的「囊」並非病理性的卵巢囊腫，而是發育停滯的小卵泡²。更關鍵的是，PCOS的本質遠遠超越卵巢範疇：胰島素阻抗影響高達85%的患者（包括75%的非肥胖患者）³；患者發生心肌梗塞的風險約為常人的2.5倍，中風風險增加約70%⁴；同時，憂鬱、焦慮及飲食障礙的盛行率亦顯著偏高⁵。

在這種情況下，「多囊性卵巢」這一名稱不僅不準確，更造成實質傷害：高達70%的患者未被診斷⁶，許多患者因超音波未見「多囊」而被排除診斷，更多人則僅被關注月經與生育問題，忽略了代謝與心血管風險的評估與管理。

2026年5月12日，一項發表於《The Lancet》的全球共識研究正式宣告：PCOS更名為「多內分泌代謝卵巢症候群」(Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome, PMOS)⁷。這項歷經14年的倡議與嚴謹流程設定的成果，對全球婦女健康照護具有里程碑意義。本文將介紹此更名的背景、共識流程、新名稱的科學意涵及實施策略，並探討對台灣臨床實務的啟示。

為何需要更名？

1. 科學不準確性

「多囊性卵巢」一詞暗示卵巢存在病理囊腫。然而，系統性回顧證實，PCOS患者並無真正的卵巢囊腫增加²。所謂的「多囊」實為發育停滯的小卵泡，這是排卵功能障礙的表現，而非腫塊性病變。這一名稱誤導了臨床認知，也讓許多患者因超音波未見「多囊」而遲遲無法獲得診斷。

2. 延誤診斷與照護片段化

根據2023年國際指南的證據彙整，高達70%的PCOS患者尚未被診斷⁶。即使確診，患者也常在不同專科間奔波：婦產科處理月經問題、皮膚科處理青春痘與多毛、內分泌科處理血糖異常、精神科處理情緒困擾，缺乏整合性的照護模式。

3. 污名化與心理負擔

「多囊性卵巢」的名稱讓許多患者誤以為自己的卵巢「長東西（腫瘤）」，因而產生不必要的焦慮。部分文化中，名稱中對生殖的暗示更可能與女性的價值產生不當連結，加重心理負擔。患者調查顯示，超過80%的患者支持更名，主要理由即為名稱帶來的誤解與污名⁷。

全球共識流程

這項更名計畫由澳洲蒙納許大學婦女健康研究卓越中心、國際雄性激素過多與PCOS學會及英國Verity病友協會共同主導。流程分為以下幾個階段：

1. 治理與利害關係人參與

建立國際指導委員會，納入患者代表、多專科醫療專業人員及來自56個學術、臨床與病友組織的代表，涵蓋全球各區域。

2. Delphi問卷調查

於2025年至2026年間進行兩輪全球線上問卷，共收集14,360份有效回應（10,411名患者、3,949名醫療專業人員）。問卷提供英文、中文、德文、波斯文及馬來文版本。

3. 共識工作坊

分別於2025年11月及2026年2月舉辦兩場線上工作坊，每場約90名來自全球的與會者，採用名義團體技術進行分組討論與投票。

4. 行銷與實施分析

委託國際行銷機構進行品牌分析，評估候選名稱的可行性、清晰度及過渡策略。

共識結果

命名原則：與會者確立以下六項命名原則，科學準確性、溝通清晰度、避免污名化、文化適應性、促進健康結果、實施可行性。

命名方式：86%的患者與71%的醫療人員支持採用全新的、以症狀為基礎的名稱，而非保留PCOS縮寫或採用通用名稱。

最終獲得共識的三個核心詞彙為：

- 多內分泌(polyendocrine)：反映疾病涉及胰島素、雄性激素、神經內分泌及卵巢激素等多軸線失調；
- 代謝(metabolic)：凸顯胰島素抵抗、肥胖、

糖尿病及心血管風險等核心特徵；

- 卵巢(ovarian)：保留卵巢層面，但明確為「功能障礙」而非「囊腫」。

最終名稱：

多內分泌代謝卵巢症候群(Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome)，簡稱為PMOS。

除兩名從一開始即反對更名的參與者外，其餘所有工作坊與會者均支持此新名稱。

PMOS的科學意涵

新名稱的三個關鍵詞彙各自承載了重要的病理生理意義：

1. 多內分泌，PMOS涉及多個內分泌軸線的交互失調：

- 高雄性激素：是定義性的內分泌特徵，源自卵巢及腎上腺，導致多毛、青春痘、落髮及代謝異常。
- 神經內分泌異常：促性腺激素釋放激素脈衝頻率增加，進而提高黃體生成激素濃度，驅動卵巢雄性激素生成。
- 胰島素抵抗：影響大多數患者，即使體重正常者亦然，並與雄性激素過高形成惡性循環³。

2. 代謝，代謝異常是PMOS的核心，而非附帶表現：

- 肥胖（特別是中央型肥胖）在PMOS患者中更為常見，且孟德爾隨機化研究顯示其具因果關係。
- 糖尿病前期、第二型糖尿病、妊娠糖尿

病、代謝相關脂肪肝病、高血壓及血管功能障礙的風險均顯著增加。

- 心血管疾病風險：整體心血管疾病勝算比為1.68，心肌梗塞為2.50，中風為1.71⁴。

3. 卵巢，卵巢功能障礙是PMOS的定義性特徵：

- 神經內分泌及胰島素途徑失調導致卵泡發育異常、雄性激素過度生成。
- 臨床表現為排卵障礙、月經不規則及不孕。
- 抗穆勒氏管激素(AMH)濃度升高，現已納入成人診斷標準。

新名稱刻意省略「囊腫」，並選擇「卵巢」而非「排卵」或「生殖」，以避免過度窄化（排卵一詞不適用於停經後）及減少跨文化的污名風險。

全球實施策略

為確保新名稱能被順利採納，研究團隊制定了八階段實施策略，將於3年過渡期內逐步推動：

1. 論文發表與學術傳播：包括《The Lancet》論文、配套評論、教科書更新。
2. 資源開發：多語言版本的患者與醫療人員衛教資源。
3. 全球溝通與參與：學會工具包、媒體傳播、專業教育課程。
4. 醫療與資訊系統整合：電子健康紀錄、

SNOMED CT編碼、醫學教育課程。

5. 政策與研究對接：政府機構、研究補助單位、期刊編輯、製藥產業。
6. 國際疾病分類：正式向WHO申請納入ICD編碼系統。
7. 過渡與持續評估：3年監測與評估，並隨科學進展持續優化。
8. 國際指南更新：預計於2028年納入國際指南（目前已於195國使用）。

英國Verity病友協會主席Rachel Morman指出：「新名稱以『內分泌』為首，並承認疾病的代謝層面，這將重新定義對話框架，要求各界將此疾病視為長期的、複雜的健康狀況來嚴肅對待⁸。」

對台灣臨床實務的啟示

PCOS在台灣의盛行率約為5-10%，與全球盛行率10-13%比較相對偏低，表示台灣醫界及婦女對此一疾病認知的不足。PCOS是婦產科、內分泌科、皮膚科、家醫科及精神科經常面對的疾病。PMOS的更名對台灣臨床實務具有以下幾點重要啟示：

1. 診斷思維的轉變

PMOS的名稱提醒臨床醫師：此疾病不應僅因超音波「多囊」與否來診斷。根據2023年國際指南，成人診斷只需符合以下三項中的至少兩項：(1)排卵功能障礙、(2)臨床或生化雄性激素過高、(3)超音波多囊卵巢型態或AMH升高⁹。超音波發現並非必要條件。

2. 代謝評估應為常規

PMOS明確將「代謝」納入名稱，呼籲臨床醫師對所有患者，無論胖瘦，進行代謝風險評估，包括：BMI、血壓、空腹血糖或HbA1c、血脂。即使年輕、體重正常的患者，也應至少每年追蹤一次代謝指標。

3. 跨專科整合照護

PMOS的多系統特性，要求婦產科、家醫科、內分泌科、皮膚科、精神科、營養師及復健科之間的密切合作。醫學中心或地區醫院可考慮成立PMOS整合性照護團隊，提供一站式的評估與管理。

4. 藥物治療的重新定位

目前台灣健保給付的metformin，過去常被視為「輔助」或「第二線」用藥。在PMOS的框架下，metformin用於改善胰島素阻抗與代謝異常，應被視為核心治療選項之一。此外，GLP-1受體促效劑在PMOS合併肥胖患者的角色也日益重要¹⁰。

5. 病友溝通與教育

「多內分泌代謝卵巢症候群」這一名稱雖然較長，但更能傳達疾病的真實面貌。臨床醫師可向患者解釋：「這不是卵巢長囊腫，而是身體的內分泌和代謝系統出了狀況。這也是為什麼除了婦產科，我們還會關注您的血糖、血壓和體重。」

6. 教育與指引更新

台灣的醫學教育、專科醫師訓練及臨床指引應逐步採用PMOS此一名稱，並更新相關內

容，確保新一代醫師能正確認識此疾病。2025年台灣多囊性卵巢症學會已正式成立，正開始積極舉辦相關繼續教育課程，協助台灣的臨床醫師熟悉新名稱及其臨床意涵。

結論

「多囊性卵巢症候群(PCOS)」已正式更名為「多內分泌代謝卵巢症候群(PMOS)」，這不僅是名稱上的改變，更代表醫學界對這個疾病本質的重新認識，它不是單純的卵巢問題，而是涉及多個內分泌軸線及代謝系統的全身性疾病。此次更名歷經14年的倡議、嚴謹的全球共識流程及超過14,000人的參與，是醫學史上少見的大規模疾病更名行動。

對臨床醫師而言，PMOS這一名稱應成為一個「行動呼籲」：當您診斷一位PMOS患者時，除了處理其月經與生育問題，請務必評估其代謝與心血管風險，並提供跨專科的整合性照護。唯有如此，我們才能真正改善這些女性的健康與生活品質。

（作者亦為台灣多囊性卵巢症學會理事長）

文獻參考

1. IF Stein, ML Leventhal: Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Am J Obstet Gynecol 1935; 29(2): 181-91.
2. J Pea, J Bryan, C Wan, et al: Ultrasonographic criteria in the diagnosis of polycystic ovary syndrome: a systematic review and diagnostic meta-analysis. Hum Reprod Update 2024;

- 30(1): 109-30.
3. S Cassar, ML Misso, WG Hopkins, et al: Insulin resistance in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of euglycaemic-hyperinsulinaemic clamp studies. *Hum Reprod* 2016; 31(11): 2619-31.
4. EP Thong, E Codner, JSE Laven, et al: Diabetes: a metabolic and reproductive disorder in women. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; 8(2): 134-49.
5. A Dokras, E Stener-Victorin, BO Yildiz, et al: Androgen Excess- Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2018; 109(5): 888-99.
6. HJ Teede, CT Tay, JJE Laven, et al: Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2023; 120(4): 767-93.
7. HJ Teede, M Bahri Khomami, R Morman, et al: Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet* 2026; 407(10545): 2329-39.
8. Society for Endocrinology: Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome (PMOS) is the new name for PCOS; 2026.
9. HJ Teede, ML Misso, MF Costello, et al: Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod* 2018; 33(9): 1602-18.
10. A Goldberg, S Graca, J Liu, et al: Anti-obesity pharmacological agents for polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis to inform the 2023 international evidence-based guideline. *Obes Rev* 2024; 25(5): e13704. 🇹🇼

