

# 皮下埋植避孕方法临床应用专家共识

《皮下埋植避孕方法临床应用专家共识》编写组

皮下埋植避孕是我国诸多可选择的避孕方法之一,是国内外公认的性能优良的高效避孕方法,具有长效、可逆、简便、安全的特点。皮下埋植剂的部分使用者可能会发生不规则出血或点滴出血,以及闭经等月经模式改变现象,但不会影响使用者的健康。少数使用者中可能会伴有激素相关的不良反应,而这些现象随着使用时间的延长可逐渐改善。使用前良好的咨询指导、正确的放置和适宜的对症处理,对提高其使用满意度具有重要的作用。

由中华医学会儿科学分会、中华医学会妇产科学分会的多位专家组成的《皮下埋植避孕方法临床应用专家共识》编写组,经过多次研讨,进行反复细致和深入的讨论,以及与国外有关专家的交流,总结探讨最新研究进展和临床经验,结合 WHO 和权威机构的有关指南,形成了《皮下埋植避孕方法临床应用专家共识》,期望为计划生育技术服务提供者在临床提供皮下埋植避孕措施的实施提供指导和参考。

## 一、皮下埋植避孕方法

1. 简介:皮下埋植避孕是长效可逆避孕方法(long-acting reversible contraception, LARC)中缓释避孕方式之一,皮下埋植剂是将孕激素与硅橡胶或塑胶等缓释材料制成小棒或胶囊,植入皮下后药物缓慢、恒定地释放入血而发挥长期避孕的作用。缓释避孕方式是一次给药后,通过控制释放机制达到每天释放一定的药量,在体内维持相对恒定的有效水平,并作用于靶器官,维持长效作用的同时避免了用药初期过高的血药峰值引起的不良反应和肝脏代谢的首过效应,具有高效、长效、简便、可逆、安全的优点。根据不同作用途径可分为皮下埋植剂、阴道避孕环、宫内缓释避孕系统(IUS)、注射微囊及透皮贴剂等剂型<sup>[1-2]</sup>。

2. 作用机制<sup>[1]</sup>:(1)干扰下丘脑-垂体-卵巢(HPO)轴,影响优势卵泡的形成,抑制排卵;(2)使宫颈黏液变稠,阻止精子穿透;(3)影响子宫内膜发育,降低内膜对雌激素的

应,使内膜变薄;(4)干扰卵母细胞在输卵管中的输送,使受精卵输送与子宫内膜发育不同步。

3. 皮下埋植避孕方法的种类:国内外使用的皮下埋植避孕产品有 5 种,见表 1。

不同孕激素的生物活性和作用特点:

(1)孕激素受体亲和力:依托孕烯对孕激素受体的亲和力是左炔诺孕酮的 3~5 倍,其孕激素活性更大,雄激素样活性相关的副作用更小,如痤疮等<sup>[3]</sup>。

(2)达到有效浓度的时间:左炔诺孕酮皮下埋植剂在埋植后 24 h 血药浓度达到有效避孕浓度<sup>[4]</sup>,而依托孕烯在植入后 8 h 即可达到有效避孕浓度<sup>[5-6]</sup>。

(3)主要作用机制:使用左炔诺孕酮皮下埋植剂时,卵泡活动部分受到抑制<sup>[7]</sup>。以孕酮水平高于 3 mg/L 作为排卵标志<sup>[8]</sup>,在使用 Norplant 皮下埋植剂第 2 年后约有 1/3 周期显示有排卵。而使用依托孕烯 30 个月,仅有不到 5% 的使用者出现排卵<sup>[9]</sup>,提示依托孕烯主要通过抑制排卵达到避孕作用。

4. 皮下埋植避孕的优势:(1)高效,有效率 > 99.5%;各种避孕方法的有效性比较<sup>[9]</sup>见表 2。(2)长效,1 次皮下埋植避孕可以持续 3~7 年。(3)简便,一旦皮下埋植后有效期内无需采取任何其他避孕方式;埋植手术时间短、痛苦小。依托孕烯皮下埋植剂使用特殊装置,植入更方便,单根埋植于皮下,取出简单。(4)可逆,取出后能迅速恢复生育能力。(5)安全,不含雌激素,哺乳期和有雌激素禁忌的妇女均可使用。哺乳期妇女使用时对乳汁及婴幼儿发育无不良影响。研究显示,与宫内节育器避孕相比,产后 28~56 d 接受依托孕烯皮下埋植剂避孕不影响哺乳妇女的乳汁分泌总量及乳汁的蛋白质总量、乳糖蛋白含量;随访 3 年,婴儿的生长发育不受干扰,两组婴儿的身长、头围和体质量无差异<sup>[10-11]</sup>。(6)非避孕的健康益处:皮下埋植剂可改善痛经和(或)经血

表 1 国内外使用的皮下埋植避孕产品

名称	孕激素类型及含量	数量(根)	避孕有效期
Norplant	左炔诺孕酮 216 mg	6	FDA 批准为 5 年
Jadelle	左炔诺孕酮 150 mg	2	FDA 批准为 3 年,11 个国家批准为 5 年
Implanon	依托孕烯 68 mg	1	SFDA 及 FDA 批准为 3 年
左炔诺孕酮硅胶棒 I 型	左炔诺孕酮 216 mg	6	中国部分省市药品监督管理局批准为 7 年
左炔诺孕酮硅胶棒 II 型	左炔诺孕酮 150 mg	2	中国部分省市药品监督管理局批准为 4 年

注:FDA:美国食品药品监督管理局;SFDA:国家食品药品监督管理局

DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2013.06.019

通信作者:李坚,100026 首都医科大学附属北京妇产医院计划生育科,Email:lijian02@hotmail.com

过多。研究显示,使用依托孕烯皮下埋植剂 3 年,97% 的痛经妇女症状得到改善<sup>[8]</sup>。在内异症伴有痛经的使用者中进行的试验结果显示,能够改善患者的疼痛评分,埋植 1 个月后患者疼痛评分的平均值从术前的 7.08 分降低至 3.72 分 ( $P < 0.05$ ),3 个月时更降至 0.84 分 ( $P < 0.01$ )<sup>[12]</sup>。有助于防止盆腔感染性疾病。

表 2 各种避孕方法的有效性比较<sup>[9]</sup>

避孕方法	女性在第 1 年使用时 发生意外妊娠的比例 (例/100 妇女年)		持续使用 该方法 超过 1 年 的比例 (%)
	常规使用 (即使用 失败)	完美使用 (即方法 失败)	
皮下埋植剂	0.05	0.05	84
T 形含铜宫内节育器	0.8	0.6	78
左炔诺孕酮宫内节育器	0.2	0.2	80
醋酸甲羟孕酮长效 注射剂	3	0.3	56
复方口服避孕药或单纯 孕激素口服避孕药	8	0.3	68

5. 皮下埋植避孕的副作用:皮下埋植剂的安全性良好,不良反应发生率较低,植入和取出手术相关的并发症罕见。

(1) 出血模式的改变:皮下埋植避孕是单纯孕激素避孕方法,出血模式改变是此类型避孕方法使用中常见的现象,也是导致停用的常见原因。植入后 5 年,国产左炔诺孕酮 I 型和 II 型皮下埋植剂,由于出血模式改变导致的累积停用率分别为 17.0/100 妇女和 15.3/100 妇女<sup>[13]</sup>。依托孕烯皮下埋植剂由于出血模式改变而导致的累积停用率是 11/100 妇女<sup>[14]</sup>。主要表现为出血频率和规律性的变化,如月经频发、月经稀发和闭经;出血量的变化,如经量过多或过少;出血时间的变化,如出血时间延长、经间点滴出血。

(2) 激素相关副作用:常见的副作用包括头痛、体质量增加、情绪改变、痤疮等。

①头痛:如为轻度头痛可观察或对症处理。如头痛持续较长时间、加重或反复发作严重头痛,应取出皮下埋植剂,并进行进一步的全面检查,包括神经科检查以除外其他疾病<sup>[15]</sup>。研究显示,女性采用皮下埋植剂避孕后头痛的发生率为 1%~4%<sup>[16]</sup>。

②体质量增加:在不同的研究报告中,有 4%~9% 的使用者在接受皮下埋植剂植入后出现体质量增加,但没有证据支持皮下埋植剂与体质量改变之间的因果关系<sup>[16]</sup>。

③情绪改变:抑郁可能与左炔诺孕酮有关,如接受皮下埋植剂后症状加重,则应取出,改用其他非激素类避孕方法<sup>[15]</sup>。

④痤疮:植入后,患者的痤疮或改善或加重,3%~13% 的女性在植入后痤疮加重,约 13% 痤疮症状改善<sup>[16]</sup>。依托孕烯皮下埋植剂使用者的痤疮发生率更低。

⑤卵泡增大(功能性卵巢囊肿):一般可有 5~7 cm 直径大小,多数是在盆腔超声检查时发现,部分妇女可有不适感。

## 二、皮下埋植避孕咨询指导

### (一) 植入前咨询

研究表明,对皮下埋植避孕方法的知晓程度影响植入后的续用率<sup>[17]</sup>。专业技术人员应以实事求是的态度,采用面对面的方式详细咨询。除介绍此项避孕方法使用效果的优劣外,还需要解释可能出现的出血模式改变和其他不良反应,使服务对象对该避孕方法有全面、充分的了解,做到知情选择。充分的咨询可以提高妇女对不良反应的耐受性,提高续用率。

1. 帮助服务对象选择皮下埋植避孕方法。告知服务对象:绝大多数育龄期妇女均可使用皮下埋植避孕方法,特别是需要一段时间和长期避孕的妇女;生殖器官畸形、子宫肌瘤等导致宫腔变形者;不宜放置宫内节育器者或伴有宫内节育器反复脱落或带器妊娠史的妇女;应用雌激素类药物有禁忌的妇女;感染性流产后即时避孕;现患性传播疾病的妇女;哺乳期妇女(产后 6 周即可开始使用)。

2. 排除禁忌情况。使用筛查表<sup>[18]</sup>(见表 3)对服务对象提出下述问题进行初筛。如果服务对象对所有问题的回答均为“否”,只要服务对象接受,即可开始使用皮下埋植避孕方法;如果对某个问题回答为“是”,遵循下列的处理。

表 3 皮下埋植剂植入手术前的筛查表<sup>[18]</sup>

问题	回答	处理
您现在是否在产后 6 周内且进行母乳喂养?	是	分娩后满 6 周即可植入皮下埋植剂
您有严重的肝硬化、肝脏炎症或肝脏肿瘤吗?	是	不建议选择激素避孕方法,建议选择不含激素的避孕方式
您的腿部或肺部曾出现过血栓引起的疼痛吗?	是	不建议选择激素避孕方法,建议选择不含激素的避孕方式
您现在或曾经患有乳腺癌吗?	是	不建议选择激素避孕方法,建议选择不含激素的避孕方式
您是否正在服用治疗癫痫的药物?您是否正在服用利福平治疗肺结核或其他疾病?	是	不建议选择激素避孕方法,建议选择不含激素的避孕方式
您是否有不正常的阴道出血问题?	是	提示有妊娠或疾病状态时,皮下埋植避孕方法可使疾病诊断或治疗变得困难,建议在明确诊断、接受治疗并排除妊娠后,再评估能否进行皮下埋植避孕

3. 告知基本信息,包括:(1)皮下埋植避孕方法的优势(见前一、4. 所述);(2)出血模式改变:是皮下埋植避孕方法的常见现象,但对健康不造成损害(见前一、5. 所述);(3)激素相关的副作用(见前一、5. 所述)。

经过咨询和服务对象的知情选择,可根据说明书推荐的时间对服务对象实施皮下埋植剂植入手术。

### (二) 植入后指导

告知服务对象下述信息:

1. 术后需保持植入部位的清洁和干燥。手术 2 d 后可

去掉绷带和覆盖的纱布,5 d 后去掉局部粘贴的创可贴。植入部位可能出现青紫或轻度胀痛,无需治疗即可逐渐消失,但自觉症状加重时须及时就诊。

2. 避孕期限及随访:发放随访卡,相关信息包括:皮下埋植剂类型、避孕有效期限、植入时间和下次随访的时间。随访:时间为植入后 1 周、1 年,以后每年随访,并解释定期随访的必要性和内容。

3. 期外随访:在健康方面有任何明显的改变时,立即复诊。(1)术后局部明显肿胀、淤血、感染或埋植物脱出;(2)持续性多量阴道流血;(3)体质量大幅度增加;(4)可疑意外妊娠;(5)下腹剧烈疼痛或可疑异位妊娠;(6)严重头痛、黄疸、乳房肿块、高血压或视觉障碍等特殊症状。所使用的皮下埋植避孕方法很有可能不是导致上述情况的原因,但应告知接诊的医师正在使用的避孕方法。服务对象如有不良反应的主诉,可倾听其的顾虑,提出建议,进行适当处理。如服务对象或问题不能克服,可以帮助服务对象选择更换其他避孕方法。

4. 发放月经卡,记录出血模式。

(三)皮下埋植剂取出前咨询

1. 到期取出:需告知皮下埋植剂取出后生育能力可立即恢复,如需要继续避孕者,可进行皮下埋植剂的更换,或选择其他避孕措施。

2. 未到期取出:(1)准备生育者,适时取出。(2)由于无法耐受不良反应等因症要求取出者,需要与其讨论取出的必要性,需要继续避孕者,取出时应选择其他避孕措施。(3)由于其他任何个人或医学原因而终止使用,包括意外妊娠、已绝经等不需要避孕者,应当取出。

三、皮下埋植避孕方法出血模式改变及管理

(一)出血模式改变

月经模式的改变是单纯孕激素避孕方法存在的共性问题,单纯孕激素会引起子宫内膜微血管和白细胞增加,导致血管变脆、组织崩解、突破性出血;由于缺乏雌激素对子宫内膜的增殖作用,月经模式改变的发生率较高。为便于简明、规范地描述出血模式改变的表现,本文采用 2011 年国际妇产科联盟(FIGO)的建议<sup>[19]</sup>。月经模式改变是终止使用皮下埋植剂的主要原因,占总终止率的 70%<sup>[14]</sup>。植入前、后对服务对象进行充分、有效的咨询能提高续用率。埋植最初 3 个月内出血模式的改变情况一般可提示以后出血模式的改变情况;在埋植最初 3 个月出现令人不满意的出血模式的使用者中,至少有 50% 在持续使用后得到改善<sup>[20]</sup>。以下按月经的特征进行介绍。

1. 周期频率:正常月经的频率是 24 ~ 38 d,月经的频率短于 24 d 称为月经频发,超过 38 d 称为月经稀发。使用皮下埋植剂后常见的是月经频发,使用者在第 1 年的发生率约为 6.5%<sup>[20]</sup>。

2. 周期规律性:月经周期不规律,在使用皮下埋植剂后较常见的是点滴出血或不规律出血。点滴出血是指月经期外不规则的少量出血。不规律出血是指来自子宫体的、至少

持续连续 6 个月无法预料的、出血时间延长、出血量异常或月经间隔异常<sup>[21]</sup>。1 项对于 417 例使用者观察 3 年的研究发现,使用者第 1 年、第 2 年和第 3 年出现点滴出血的比例分别为 4.9%、5.3% 和 3.7%<sup>[14]</sup>。

3. 出血持续时间:正常月经持续 4 ~ 8 d。月经出血持续时间超过 8 d 称为月经期延长,短于 4.5 d 称为月经期过短。使用皮下埋植剂后常见的是月经期延长,使用者在第 1 年的发生率约为 17.5%。

4. 月经量:综合来源于不同种族、地域人群的研究结果,经测量月经总量超过 80 ml 称为月经过多,少于 5 ml 称为月经减少<sup>[19]</sup>。使用皮下埋植剂后月经量的改变是常见的变化;常见的是月经减少,或者可有闭经,月经量过多者较少。这是由于使用皮下埋植剂后,低剂量孕激素持续、稳定地局部释放,进入外周血液循环后,长期、持续作用于子宫内膜,使内膜萎缩,月经量减少或闭经。正常月经建立后月经停止 6 个月或者月经稀发的使用者月经停止 3 个周期以上称为继发性闭经<sup>[22]</sup>。因闭经导致的 5 年终止率为 1.6/100 妇女年<sup>[15]</sup>。到目前为止,闭经在我国无论对于服务提供者还是服务对象来说都是敏感且不易接受的问题。皮下埋植避孕方法闭经的发生率较高,使服务提供者不能回避和忽视这一问题,而应主动向服务对象提供咨询服务。

植入皮下埋植剂后月经模式的改变虽然很常见,但无伤害,不会导致血红蛋白含量的下降。有效咨询能提高服务对象对出血模式改变的耐受性,为稳妥起见,医护人员对于服务对象应全面了解情况,进行必要的检查,以除外并发的病理情况。

(二)处理

1. 原则:(1)排除妊娠或异位妊娠:在发生月经延迟时,应检测血(或尿) $\beta$ -hCG,以排除妊娠。月经模式改变时应排除引起出血的其他原因:排除异常子宫出血[按照 FIGO 息肉、子宫腺肌病、平滑肌瘤、恶性肿瘤及增生-凝血功能障碍、排卵功能障碍、子宫内膜性、医源性及尚未分类(polyp, adenomyosis, leiomyoma, malignancy and hyperplasia, coagulopathy, ovulatory dysfunction, endometrial, iatrogenic, and not yet classified, PALM-COEIN)分类系统]<sup>[21]</sup>和生殖道肿瘤等导致的异常出血。

(2)咨询为主:告知服务对象皮下埋植剂引起的月经模式改变是单纯孕激素使用后的正常现象,不会影响健康;且随着埋植时间的延长,出血情况可能会改善。

①闭经、月经量减少、经期过短的咨询:消除服务对象的心理负担,明确皮下埋植剂后引起的月经量减少或闭经不等于进入绝经过渡期或是绝经,不仅对身体无害,而且对预防月经过多导致的贫血、改善女性的生命质量和社会活动均有益处。经血也没有蓄积在体内。更不会丧失生育能力。必要时检测女性的雌激素水平,如在正常范围内,且无潮热、多汗、阴道干涩症状,进一步佐证为药源性闭经,不会影响身体健康。

②点滴出血、经期延长、月经频发的咨询:向服务对象说

明由于这种出血很少并不会导致贫血,不会对健康产生影响,无需特殊治疗。通常在使用 1 年后减少和消失。

(3) 药物治疗:如点滴出血、经期延长、月经频发或出血过多持续时间长,症状明显,且给生活带来不便,使用者迫切要求,可采取相应的治疗手段<sup>[23]</sup>。药物治疗一般从妇女出血连续超过 8 d 时开始。但由于目前对单纯孕激素避孕制剂的出血模式改变产生的机制尚不十分清楚,所以,无有效的治疗方法,且不能保证停药后无复发;个体的出血模式也难以预测。可尝试下列治疗方案[证据级别采用美国预防医学工作组(U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF)循证医学分级]。

①补充雌激素,修复子宫内膜。可选用复方口服避孕药(combined oral contraceptives)或单一雌激素(炔雌醇、17β雌二醇、戊酸雌二醇)进行短期治疗。加用复方口服避孕药或雌激素可能会增加相关风险;不良反应增加,如恶心、呕吐、乳房胀痛、血栓风险等。也可能影响选择不含雌激素的皮下埋植避孕方法的初衷。

具体用法:复方口服避孕药:连续使用 21 d,随后停药 7 d;使用 3 个月;91%的妇女在 3 d 内出血停止<sup>[24]</sup>(证据级别 I)。炔雌醇:50 μg,每日 1 次,连续使用 5~20 d;67%的妇女在 3 d 内出血停止<sup>[24]</sup>(证据级别 I)。17β雌二醇、戊酸雌二醇:1~2 mg,每日 1 次(证据级别 III)。

②前列腺素合成酶抑制剂:可对各种前列腺素之间进行平衡调节,收缩血管,发挥止血作用。布洛芬:800 mg,每日 2 次,使用 5 d,可减少出血、点滴出血天数及最长出血时间( $P < 0.05$ )<sup>[25]</sup>(证据级别 II-1)。

③止血药:如氨甲环酸或中药。氨甲环酸可通过抗纤溶、增强血小板功能、降低血管脆性、阻断凝血因子降解达到局部止血效果;中药如宫血宁具有缩短出血和凝血时间及增加血小板凝集,抑制巨噬细胞和白细胞移动,增强子宫内膜

抗炎的作用<sup>[26]</sup>。

具体用法:氨甲环酸:0.5 g,每日 2 次,连续服用 5 d,用药后 1 周明显有效(有效率为 64.7%,安慰剂组为 35.3%, $P = 0.012$ ;证据级别 I)。宫血宁:2 粒,每日 3 次,连续 9 d;总有效率 75.2%,高于安慰剂组<sup>[27]</sup>(证据级别 I)。

2. 处理流程:经咨询,如服务对象仍无法接受出血模式的改变,坚持取出,需告知服务对象:因皮下埋植剂取出后生育能力立即恢复,如服务对象无生育意愿,取出皮下埋植剂后需要立即采取其他避孕方法。出血管理、处理流程图 1。

出血模式的改变是所有单纯孕激素避孕方法使用后的正常现象,不影响健康,也不影响今后的生育情况。出血模式改变是停用皮下埋植剂的主要原因,完善而细致的咨询工作和服务对象的知情选择,寻求有效的治疗措施是提高皮下埋植避孕方法可接受度和续用率的关键<sup>[28]</sup>。

《皮下埋植避孕方法临床应用专家共识》编写组专家成员:李坚(首都医科大学附属北京妇产医院)、田秦杰(北京协和医院)、顾向应(天津医科大学总医院)、常青(西南医院)、洪顺家(中山大学孙逸仙纪念医院)、黄丽丽(浙江大学医学院附属妇产科医院)、黄紫蓉(复旦大学附属妇产科医院)、柯珮琪(中山大学附属第一医院)、李家福(武汉大学中南医院)、梁惠芳(陕西省妇幼保健院)、刘晓媛(中国福利会国际和平妇幼保健院)、刘欣燕(北京协和医院)、马文侠(河南省人口和计划生育科学技术研究院)、王海云(上海市第一妇婴保健院)、吴尚纯(国家人口计生委科学技术研究所)、谢梅青(中山大学孙逸仙纪念医院)、谢蜀祥(四川大学华西第二医院)、杨清(中国医科大学附属盛京医院)、张朝红(广东省佛山市顺德区人口和计划生育服务中心)、郑峥(深圳市妇幼保健院);《皮下埋植避孕方法临床应用专家共识》执笔专家:李坚、田秦杰、顾向应

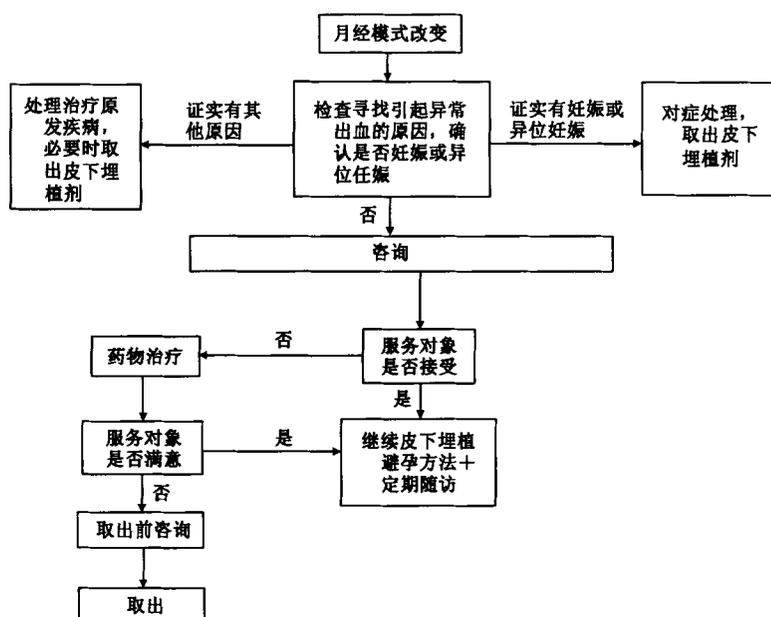


图 1 采取皮下埋植避孕方法妇女的出血管理、处理流程图

### 参 考 文 献

- [1] 顾素娟. 计划生育实用技术丛书:皮下埋植避孕. 北京:中国人口出版社, 1995:20-27.
- [2] 韩学军. 皮下埋植避孕技术进展. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17:518-521.
- [3] Kloosterboer HJ, Vonk-Noordegraaf CA, Turpijn EW. Selectivity in progesterone and androgen receptor binding of progestagens used in oral contraceptives. Contraception, 1988, 38:325-332.
- [4] Sivin I, Lähteenmäki P, Mishell DR Jr, et al. First week drug concentrations in women with levonorgestrel rod or Norplant capsule implants. Contraception, 1997, 56:317-321.
- [5] Huber J, Wenzl R. Pharmacokinetics of Implanon. An integrated analysis. Contraception, 1998, 58(6 Suppl):85S-90S.
- [6] 杜明昆, 郑怀美, 郑树衡, 等. 国产 18 甲基炔诺酮皮下埋植剂的临床研究. 中国计划生育学杂志, 1995, 3:21-25.

- [7] Brache V, Alvarez F, Faundes A, et al. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing secretion and follicular development. *Fertil Steril*, 1996, 65:1110-1114.
- [8] Mäkäräinen L, van Beek A, Tuomivaara L, et al. Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant. *Fertil Steril*, 1998, 69:714-721.
- [9] Department of Reproductive Health and Research, WHO. WHO 避孕方法选用的医学标准. 国家人口计生委科学技术研究所, 译. 4 版. 北京: 中国人口出版社, 2011:100-112.
- [10] Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P, et al. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception*, 2006, 73:368-371.
- [11] Reinprayoon D, Taneepanichskul S, Bunyavejchevin S, et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant Implanon on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-246.
- [12] Ponpuckdee J, Taneepanichskul S. The Effects of Implanon in the symptomatic treatment of endometriosis. *J Med Assoc Thai*, 2005, 88 Suppl 2:S7-10.
- [13] 曾庆枝, 周维谨, 车焱, 等. 国产皮下埋植剂因月经异常停用的影响因素分析. *中国计划生育学杂志*, 2005, 13:739-742.
- [14] Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Marintcheva-Petrova M. Tolerability and clinical safety of Implanon. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2008, 13 Suppl 1:29-36.
- [15] 曹泽毅. 中华妇产科学. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004:2724.
- [16] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. NICE Clinical Guidelines, No. 30. London: RCOG Press, 2005:100-112.
- [17] 麦小珊. 心理因素对皮下埋植避孕续用率的影响分析. *实用医学杂志*, 2008, 24:201-202.
- [18] WHO. 世界卫生组织计划生育服务提供者手册. 国家人口计生委科技司, 译. 北京: 中国人口出版社, 2009:22-27.
- [19] Fraser IS, Critchley HO, Broder M, et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med*, 2011, 29:383-390.
- [20] Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, et al. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2008, 13 Suppl 1:13-28.
- [21] Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. FIGO classification system (PALM-COEN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*, 2011, 113:3-13.
- [22] 中华医学会妇产科分会内分泌学组. 闭经诊断与治疗指南(试行). *中华妇产科杂志*, 2011, 46:712-716.
- [23] Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M, et al. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception*, 2010, 82:256-259.
- [24] Alvarez-Sanchez F, Brache V, Thevenin F, et al. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant users. *Am J Obstet Gynecol*, 1996, 174:919-922.
- [25] Diaz S, Croxatto HB, Pavez M, et al. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception*, 1990, 42:97-109.
- [26] Cheng L, Zhu H, Wang A, et al. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Hum Reprod*, 2000, 15:1969-1972.
- [27] 程玉梅, 韩丽晖, 张亦心, 等. 宫血宁胶囊治疗使用长效皮下埋植避孕剂后阴道流血的临床研究. *实用妇产科杂志*, 2009, 25:418-420.
- [28] Flores JB, Balderas ML, Bonilla MC, et al. Clinical experience and acceptability of the etonogestrel subdermal contraceptive implant. *Int J Gynaecol Obstet*, 2005, 90:228-233.

(收稿日期:2013-03-07)

(本文编辑:沈平虎)

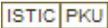
## · 启事 ·

## 关于书写论文作者单位名称的要求

自本刊采用论著文稿同时附英文摘要的做法以来,特别是目前全国部分医学院校与当地综合大学进行合并调整后,不少作者投稿时,对所在单位的中、英文名称的书写不够规范,不少单位在开具推荐信(即介绍信)时,使用的公章与文稿中所书写的书不一致。单位名称书写不规范,将影响读者与作者之间的联系及文稿发表后文献计量学的统计等工作。为此,本刊就作者单位名称的书写要求如下:(1)作者在投稿时,首先应列出单位名称的全称,如已归属于综合大学的单位,应先列出大学名称,之后列出医学院名称或医院名称、科室名称。(2)单位的英文名称应根据所在单位统一的英

文名称书写。(3)作者在向本刊投稿时,单位科研部门开具文稿推荐信上的公章内容,须与文稿中所书写的单位名称一致。这一点,特别请目前已完成院校合并、调整的单位注意。(4)由不同单位共同撰写的一篇文章,各个单位的名称均须分别列出,由论文的资料提供单位(一般为第一作者所在单位)开具文稿推荐信。(5)如文稿作者为集体作者,英文摘要的作者项中,应列出本文稿第一整理者(即第一执笔者)的姓名及工作单位。(6)如文稿第一作者在投稿后工作单位有变动,英文摘要的作者项中,应同时列出第一作者的原单位及现在单位。

## 皮下埋植避孕方法临床应用专家共识

作者: [《皮下埋植避孕方法临床应用专家共识》编写组](#)  
作者单位:  
刊名: [中华妇产科杂志](#)   
英文刊名: [Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology](#)  
年, 卷(期): 2013, 48(6)

本文链接: [http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_zhfck201306019.aspx](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhfck201306019.aspx)