

40 岁及以上女性避孕指导专家共识

中华医学会儿科学分会

通信作者:顾向应,天津医科大学总医院计划生育科 300052, Email:gxy6283@163.com;

林青,首都医科大学附属北京友谊医院妇产科 100050, Email:youyilinqing@126.com

【摘要】 40 岁及以上女性在完成生育后仍需长期避孕,其妇科内分泌功能及生育能力逐渐下降,且患全身系统性疾病的风险逐渐增加,避孕方法的选择与生育旺盛期女性有所不同,原则为既满足高效避孕需求,又兼顾防治月经相关疾病及缓解绝经综合征症状等额外获益。根据使用者的自身健康状况,无论新的使用者还是正在使用者,均首要推荐长效可逆避孕方法,包括含铜宫内节育器、左炔诺孕酮宫内缓释系统、皮下埋植剂、醋酸甲羟孕酮注射液。单纯孕激素避孕方法对围绝经期月经异常、激素补充治疗、痛经等有额外获益。次要推荐避孕套,但需强调坚持和正确使用。不常规推荐复方甾体激素避孕方法、自然避孕法、外用避孕药。紧急避孕是避孕失败的补救措施。

DOI:10.3760/cma.j.cn112141-20200103-00008

40 岁及以上女性在完成生育后仍需长期避孕,由于此阶段卵巢功能逐渐衰退、全身系统性疾病发病率在增加,避孕方法的选择有其特殊性^[1],除需高效避孕之外还需权衡利弊^[2-3],应避孕与防病治病相结合。中华医学会儿科学分会根据国际相关的指南及国内外相关的临床研究,组织编写了本共识,为避孕服务提供者在对该人群避孕指导时提供参考^[4]。

一、40 岁及以上女性的生理特点及避孕的必要性

1. 生理特点:此阶段卵巢功能逐渐衰退,月经周期缩短、延长或紊乱,通常持续多年^[5],排卵与无排卵的月经周期可交替出现,直至绝经;异常子宫出血成为该人群主要的就诊原因之一;因雌激素分泌波动、水平降低,绝经综合征的表现开始出现,激素补充治疗大多从此阶段开始。

2. 避孕的必要性:40 岁及以上女性总体生育率下降,40~44 岁女性 1 年内的妊娠率为 10%~20%,45~49 岁接近 12%,50 岁及以上的女性自然妊娠罕见^[5]。在围绝经期有 54% 的月经周期仍有排卵^[6]。但由于月经及排卵不规律、对避孕重视度不足,40 岁及以上女性是非意愿妊娠的高风险人群。2012 年美国的数据显示,每 1 000 例 40 岁及以上的女性中有 26 例分娩,1/3 为非意愿妊娠^[7]。与年轻女性相比,其妊娠后母儿不良结局的风险显著增加,无论是继续妊娠还是终止妊娠,均会带来更大的风险^[8]。因此,此年龄段女性需要落实高效、安

全、长效的避孕方法。

二、避孕方法的选择

此阶段大部分女性已完成生育,需要长达数十年的高效、长效避孕;由于月经周期的变化、排卵的不确定性,加之随年龄的增长,系统性疾病发病率增加,如心脑血管疾病、血栓、肥胖、骨质疏松、糖尿病和恶性肿瘤等,因此,推荐适宜的避孕方法与年轻女性不同。选择的原则:满足此年龄段女性避孕的需求,避免或减少避孕所致的健康风险,同时获得额外的健康获益^[5]。

1. 含铜宫内节育器:含铜宫内节育器(Cu-IUD)是我国妇女应用最多的高效、长效可逆避孕方法(long acting reversible contraception, LARC),使用第 1 年比尔指数为 0.6/100 妇女年,1 次放置可有效使用 10 年。使用 Cu-IUD 可能减少子宫内膜癌及子宫颈癌的风险^[9]。Cu-IUD 的主要副作用为月经量增多、经期延长和经期不适加重,特别是在放置后的最初几个月经周期,含药(吡唑美辛)的 Cu-IUD 可减少放置后的月经量增多。不规则出血是导致取出 Cu-IUD 的主要原因^[10]。

指导建议:对 40 岁及以上无禁忌证的女性推荐使用 Cu-IUD,尤其是不愿使用甾体激素避孕方法或有甾体激素使用禁忌证者。已经放置 Cu-IUD 且无继续使用禁忌情况的女性鼓励其继续使用,告知到期可酌情更换新的宫内节育器(IUD)。IUD 放置后如发生不规则出血,应注意与异常子宫出血鉴

别,必要时取出 IUD 并取子宫内膜行病理检查。近绝经的女性建议在最后 1 次月经后的 12 个月内取出。

2. 单纯孕激素避孕方法:单纯孕激素避孕方法不含雌激素,对于无心脑血管疾病危险因素的女性,不会增加心肌梗死或脑血管意外的风险^[11];最显著的优势是保护子宫内膜,减少子宫内膜癌及盆腔炎症性疾病的发生,有效缓解子宫内膜异位痛经。与复方甾体激素避孕方法(combined hormonal contraceptives)相比,单纯孕激素避孕方法相对安全,但仍要严格进行禁忌证筛查。(参见文后附表 1)

(1) 左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS): LNG-IUS 含 LNG 52 mg,每天释放量为 20 μ g,使用期限为 5 年。使用第 1 年的比尔指数为 0.5/100 妇女年,属于高效 LARC 避孕方法。LNG-IUS 全身血药浓度低,长期使用对脂类代谢、肝功能影响小,对于无心脑血管疾病危险因素的女性不增加心脑血管疾病的风险^[12],且无金属过敏的担忧。

我国批准 LNG-IUS 用于治疗特发性月经过多^[13],此外,对子宫内膜异位症、子宫腺肌病引起的痛经及出血增多也有明显效果^[14]。在许多国家,LNG-IUS 还被批准用于围绝经期或绝经后雌激素补充治疗的子宫内膜保护^[15]。LNG-IUS 使用初期可能出现不规则出血及点滴出血,发生在放置后的前 6 个月内,部分可持续 1 年,约 20% 的使用者会发生闭经^[16],这些情况通常无需特殊治疗。

指导建议:对于 40 岁及以上有避孕需求的女性,排除禁忌证后,推荐使用 LNG-IUS,特别是有子宫内膜癌高危因素(如:肥胖、多囊卵巢综合征)、月经周期紊乱、月经量多、需要激素补充治疗的女性,放置前注意排除子宫内膜恶性和不典型性病变。已经放置 LNG-IUS 的女性,如无继续使用的禁忌情况,鼓励继续使用。无论避孕还是用于雌激素补充治疗的子宫内膜保护,均建议 5 年更换 1 次。由于 45 岁以上女性生育力下降,新的 LNG-IUS 使用者可酌情延长使用至 7 年^[6]。对于 50 岁以上的 LNG-IUS 使用者,建议使用至 55 岁^[3],不推荐通过监测血 FSH 水平来判断是否需要继续避孕。

(2) 皮下埋植剂:皮下埋植剂是将含有 LNG 或依托孕烯的硅胶棒植入皮下,药物缓慢而恒定地释放入血,从而发挥长期的避孕作用。皮下埋植剂中的药物经皮下吸收入血,其血药浓度较 LNG-IUS 略高。与口服制剂相比,皮下埋植剂避免了血药峰值过高引起的不良反应和肝脏的首过效应,植入、取出操作简单,使用第 1 年比尔指数为 0.05/100 妇女

年^[17],是高效的 LARC 避孕方法。不同产品皮下埋植剂的有效避孕期限为 3、4 或 5 年。依托孕烯皮下埋植剂可使 97% 的痛经女性的痛经症状改善^[18],对子宫内膜也有保护作用。其主要副作用是不规则出血和闭经,闭经的发生率在 10% 左右。

指导建议:充分评估并除外使用禁忌证后,推荐 40 岁及以上女性使用皮下埋植剂避孕。正在使用者可以继续使用至有效期满,取出后更换新的皮下埋植剂或改用其他高效避孕方法。

(3) 醋酸甲羟孕酮注射液(DMPA):DMPA 可抑制 LH 的释放,抑制排卵。DMPA 有每 3 个月肌内注射(150 mg)或皮下注射(104 mg)1 次两种产品。使用第 1 年的方法失败率为 0.3/100 妇女年,使用失败率为 3/100 妇女年。长期应用可降低子宫内膜癌风险(80%)、卵巢上皮性恶性肿瘤风险(40%),保护性作用可持续到停药后数年^[19-20]。围绝经期女性长期应用可能导致骨密度下降^[21]。

指导建议:2017 年的英国性与生殖健康委员会(FSRH)指南^[5]中提出,40~50 岁女性仍可使用 DMPA,50 岁以上女性建议选择其他避孕方法。WHO《避孕方法选用的医学标准》中,>45 岁被列为 2 级(指通常可以使用该方法,使用该方法的益处通常大于理论上或已证实的风险)。本共识建议,排除禁忌情况后,对 40~50 岁新使用者可推荐 DMPA,正在使用者可继续使用;50 岁以上女性不再推荐使用 DMPA。

3. 复方甾体激素避孕方法:复方甾体激素避孕方法含有人工合成的雌激素和孕激素,具有较好的月经周期调控作用,可保护子宫内膜,降低子宫内膜癌及盆腔炎症性疾病的发生,改善子宫内膜异位症引起的痛经等。但同时也增加了与雌激素相关的不良反应的发生。 ≥ 40 岁的复方甾体激素避孕方法使用者静脉血栓栓塞(VTE)发生风险显著高于 35 岁以下人群^[22],50 岁以上使用者比非使用者增加近 3 倍^[23]。由于 40 岁及以上女性心脑血管疾病的风险升高,使用复方甾体激素避孕方法时卒中和心肌梗死等动脉血栓栓塞的风险增加。使用复方口服避孕药(combined oral contraceptives, COC)的 35 岁以上女性比 35 岁以下者有更高的出血性卒中风险^[24]。因此在使用前应进行咨询,排除禁忌情况(参见文后附表 1),使用后定期随访,不断进行安全性评估。关注严重不良反应的征象,如疼痛(腹痛、胸痛、头痛、腿痛)、视力异常、气短等。一旦发生严重不良反应,必须立即停药,及时诊治。

(1)COC:CO_C由炔雌醇和不同种类的合成孕激素组成,每天1片,连续服用1个周期。坚持和正确使用的前提下比尔指数为0.3/100妇女年。CO_C可减少月经量、规律月经周期,保护子宫内膜,降低子宫内膜癌、卵巢恶性肿瘤和结直肠癌的发生,雌激素能有效抑制围绝经期的血管舒缩症状^[6],缓解围绝经期症状并维持骨骼强度。

指导建议:考虑到血栓风险的增加,对要求使用CO_C的新使用者,要进行详细咨询及查体,排除禁忌证后才能使用。对于CO_C的正在使用者,可在排除继续使用的禁忌情况后,继续使用。使用时应不断进行安全性评估。

(2)避孕贴剂:是1种复方制剂的皮肤贴片,每天释放35 μg炔雌醇和150 μg诺孕曲明(norelgestromin)。每周1贴,连用3周,停用1周出现撤退性出血,使用方便、易于接受。正确使用的避孕效果与CO_C相似。与含35 μg炔雌醇的CO_C相比,透皮避孕贴剂的总雌激素暴露量高60%^[25],VTE的风险增加了两倍^[26-27],有20%的女性有皮肤刺激症状^[28]。

(3)阴道环(contraceptive vaginal ring):由医用硅橡胶制成弹性圆环,内含甾体激素,分为单孕激素和复方制剂;含有单孕激素的阴道环可以用于产后6周哺乳期女性的避孕^[29];Nuva ring是目前上市的复方制剂阴道避孕环,每天释放15 μg炔雌醇和120 μg依托孕烯^[30],连续使用3周,取出1周,发生撤退性出血。正确使用的有效性与CO_C相似,常见副作用为阴道分泌物增多、异物感、反复脱落,是影响续用的常见原因^[31]。尽管阴道环所含的炔雌醇剂量较低,但其VTE的发生率与CO_C使用者相似^[32]。阴道壁松弛、子宫脱垂、直肠膨出、膀胱膨出、生殖道肿瘤者不适合使用。

避孕贴剂及阴道环使用指导建议:复方制剂的总雌激素暴露量不低于CO_C,在WHO《避孕方法选用的医学标准》中推荐级别为2级。因此,应同CO_C一样,40岁及以上女性使用前应详细了解病史及家族史,排除禁忌证并进行充分咨询后才可选用此避孕方法,使用期间需定期随访,不断重新进行安全性评估。

4. 女性绝育术:是1种永久性避孕方法,不影响女性内分泌功能及性功能。2006—2010年的美国调查显示,40~44岁的女性中有50.6%愿意选择女性绝育术作为避孕方法^[1]。目前常用的绝育手术方法包括腹腔镜下、经腹小切口、剖宫产或其他腹腔镜手术同时(有可能感染的手术除外)行输卵管

绝育术,操作简单、并发症少。宫腔镜下绝育手术适合于肥胖、有麻醉风险合并症或腹腔内粘连的女性^[33]。输卵管绝育手术的失败率在1%左右,与手术方法、时机及结扎部位有关。常见的并发症有出血、感染、器官损伤、粘连、慢性盆腔痛等。

指导建议:40岁及以上已经完成生育计划,无再生育要求,或因疾病包括某些遗传病等因素不适合生育的夫妇在知情自愿选择的前提下,可选择女性绝育术(男性伴侣可选择男性绝育术)^[31]。

5. 其他避孕方法:

(1)避孕套:避孕套包括男用和女用两类,具有安全有效、方便价廉、可自行掌握、无年龄限制、禁忌证少等优点。每次性生活坚持并正确使用的比尔指数为5/100妇女年。避孕套是具有避孕和预防性传播感染(STI)双重防护作用的避孕方法。对于有STI风险的女性,即使绝经后不再需要避孕,仍建议使用避孕套^[5]。

指导建议:对40岁及以上女性推荐使用高效的LARC避孕方法,若不宜使用其他高效避孕方法,可推荐使用避孕套,但强调每次性生活时正确使用,如出现破裂或滑脱,应采取紧急避孕。

(2)外用避孕药:外用避孕药的主要活性成分为壬苯醇醚,方法失败率为18/100妇女年,使用失败率可达29/100妇女年,鉴于避孕效果较差,不推荐用于40岁及以上女性^[34]。围绝经期女性阴道分泌物减少,外用避孕药不易溶解,若其自愿选择此方法,最好选用胶冻或凝胶制剂。

(3)自然避孕法:包括安全期和体外排精。进入围绝经期后,由于月经周期易出现变化,排卵日很难确定,安全期避孕失败率高,不推荐40岁及以上女性使用。体外排精避孕常规使用的比尔指数为27/100妇女年,因此不推荐40岁及以上女性使用。

(4)紧急避孕:40岁及以上的女性在无保护措施性生活后,仍需采取紧急避孕,包括放置Cu-IUD或服用紧急避孕药物(emergency contraceptive pills)。对于口服紧急避孕药,WHO^[35]认为任何女性包括不能持续使用激素避孕者,都不存在使用紧急避孕药不安全的情况^[36]。

指导建议:40岁及以上女性如避孕失败,推荐使用紧急避孕,若同时需长效避孕,推荐Cu-IUD。

三、停止避孕的时间

美国妇产科医师协会和北美绝经学会建议,对于不希望妊娠的女性,避孕应持续到绝经^[37]。应用甾体激素避孕的女性,可能发生闭经,应注意鉴别;

若无禁忌证,推荐使用至 55 岁^[38]。由于围绝经期女性心血管疾病风险发生变化,避孕服务提供者需要不断重新评估激素避孕方法的安全性,必要时更换其他避孕方法^[39]。根据上述建议,本共识的建议为,鼓励女性坚持避孕到绝经,Cu-IUD 应在最后 1 次月经后的 12 个月内取出,甾体激素避孕使用者在不断评估安全性后可以继续使用至 55 岁。

综上所述,对 40 岁及以上女性,无论新的使用者还是正在使用者,均首要推荐 LARC 避孕方法,包括 Cu-IUD、LNG-IUS、皮下埋植剂、DMPA。单纯孕激素避孕方法可提供避孕外的健康益处,如治疗月经量增多、子宫内膜增生、异常子宫出血等。次要推荐避孕套,但需强调坚持和正确使用。对于无生育需求或再次妊娠存在威胁母儿生命安全风险的夫妇,可选用男女性绝育术。不常规推荐复方甾体激素避孕方法、自然避孕法、外用避孕药。紧急避孕是避孕失败的补救措施,需要时可首要推荐放置 Cu-IUD,次要推荐紧急避孕药。

40 岁及以上女性避孕指导服务流程图 1。

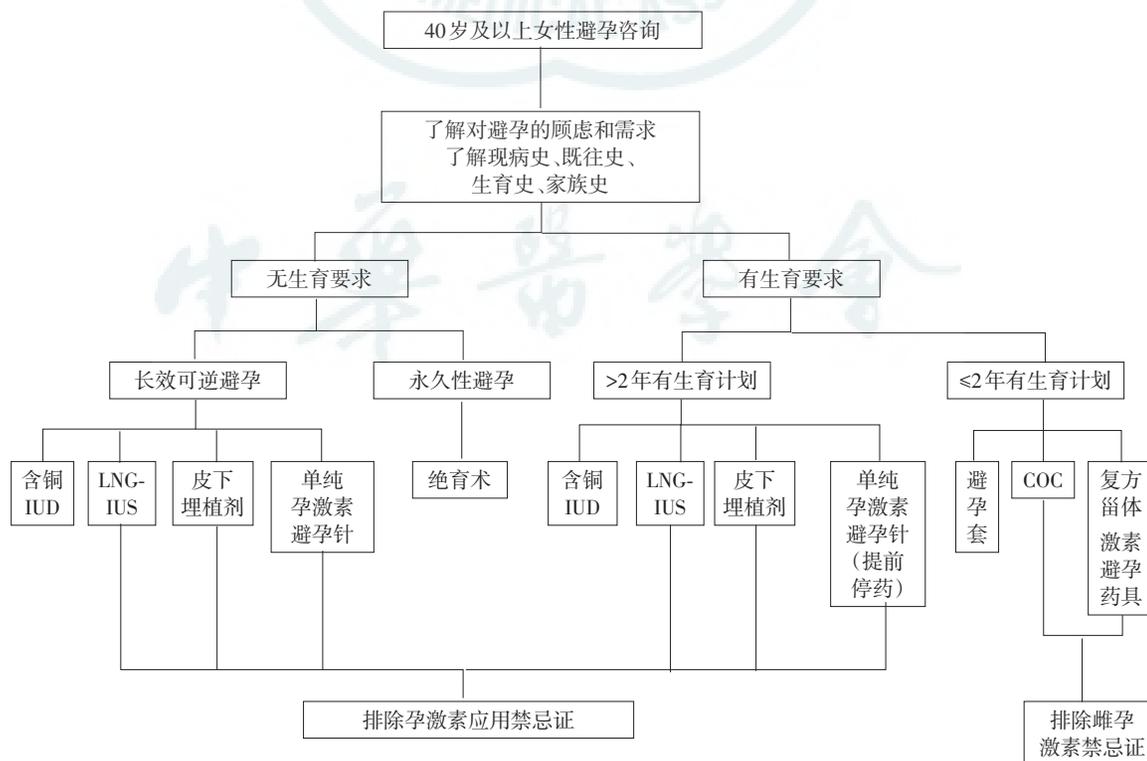
执笔专家:林青(首都医科大学附属北京友谊医院)、蔡晓辉(首都医科大学附属北京友谊医院)、于晓兰(北京大学第一医院)、顾向应(天津医科大学总医院)、吴尚纯(国家卫生健康委科学技术研究所)、黄丽丽(浙江大学医学院附属妇产科医院)、刘欣燕(中国医学

科学院北京协和医院)
中华医学会计划生育学分会参与本共识制定与讨论的专家组成员(按姓氏拼音顺序):常明秀(河南省人口和计划生育科学技术研究院)、车焱(上海市计划生育科学研究所)、陈勤芳(国际和平妇幼保健院)、董白桦(山东大学齐鲁医院)、顾向应(天津医科大学总医院)、谷翊群(国家卫生健康委科学技术研究所)、黄丽丽(浙江大学医学院附属妇产科医院)、黄薇(四川大学华西第二医院)、李红钢(华中科技大学同济医学院计划生育研究所)、李坚(首都医科大学附属北京妇产医院)、林青(首都医科大学附属北京友谊医院)、林元(福建省妇幼保健院)、刘伟信(四川省妇幼保健院)、刘欣燕(中国医学科学院北京协和医院)、单莉(西北妇女儿童医院)、唐运革(广东省计划生育专科医院)、王晓军(新疆维吾尔自治区妇幼保健院)、吴尚纯(国家卫生健康委科学技术研究所)、熊承良(华中科技大学同济医学院)、杨清(中国医科大学附属盛京医院)、于晓兰(北京大学第一医院)、袁冬(天津市河东区妇产科医院)、章慧平(华中科技大学同济医学院)、张林爱(山西省妇幼保健院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Miller TA, Allen RH, Kaunitz AM, et al. Contraception for midlife women: a review[J]. Menopause, 2018,25(7):817-827. DOI: 10.1097/GME.0000000000001073.
- [2] Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (January 2005) contraception for women aged over 40 years[J]. J Fam Plann Reprod Health Care, 2005, 31(1): 51-63; quiz 63-64. DOI: 10.1783/0000000052973086.
- [3] 徐晋勋. 围绝经期妇女的避孕[J]. 国际生殖健康计划生育



注:IUD表示宫内节育器;LNG-IUS表示左炔诺孕酮宫内缓释系统;COC表示复方口服避孕药

图1 40岁及以上女性避孕指导服务流程图

附表 1 40 岁及以上女性不同情况常用避孕方法的适用级别(引自 WHO《避孕方法选用的医学标准(第 5 版)》)

序号	类别	Cu-IUD	LNG-IUS	IMP	DMPA	COC	P	CVR
1	年龄≥40岁	1	1	1	2	2	2	2
2	吸烟							
	<15支/d	1	1	1	1	3	3	3
	≥15支/d	1	1	1	1	4	4	4
3	肥胖(体质指数≥30 kg/m ²)	1	1	1	1	2	2	2
4	糖尿病							
	糖尿病史	1	1	1	1	1	1	1
	不伴血管病变	1	2	2	2	2	2	2
	伴血管病变或≥20年或有脏器损伤	1	2	3	3	3/4	3/4	3/4
5	多重心血管疾病危险因素	1	2	3	3	3/4	3/4	3/4
6	高血压							
	控制良好	1	1	2	2	3	3	3
	未控制良好	1	2	1	2	3	3	3
	收缩压 140~159 或舒张压 90~99 mmHg	1	1	2	2	3	3	3
	收缩压≥160 或舒张压≥100 mmHg	1	2	3	3	4	4	4
	伴有血管病变	1	2	3	3	4	4	4
	仅妊娠期高血压史	1	1	1	1	2	2	2
7	深静脉血栓或肺栓塞							
	深静脉血栓或肺栓塞病史	1	2	2	2	4	4	4
	急性深静脉血栓或肺栓塞	1	3	3	3	4	4	4
	深静脉血栓或肺栓塞抗凝治疗	1	2	2	2	4	4	4
	深静脉血栓或肺栓塞直系家族史(一级亲属)	1	1	1	1	2	2	2
	术后长期制动	1	2	2	2	4	4	4
	术后无长期制动	1	1	1	1	2	2	2
	已知血栓形成相关突变	1	2	2	2	4	4	4
8	冠心病病史		2	3	3	4	4	4
9	脑血管疾病史	1	2	3	3	4	4	4
10	抗心磷脂抗体阳性	1	3	3	3	4	4	4
11	使用免疫抑制剂	1	2	2	2	2	2	2
12	先兆性偏头痛	1	I=2,C=3	I=2,C=3	I=2,C=3	4	4	4
13	乳腺癌							
	现患乳腺癌	1	4	4	4	4	4	4
	5年未复发乳腺癌史	1	3	3	3	3	3	3
	乳腺癌家族史	1	1	1	1	1	1	1
14	有非妊娠期胆管炎、胆汁淤积症史	1	2	2	2	3	3	3
	有妊娠期胆汁淤积症史	1	1	1	1	2	2	2
15	重度肝硬化、肝癌	1	3	3	3	4	4	4
16	利福平	1	2	2	1	3	3	3
17	浅表静脉紊乱							
	静脉曲张	1	1	1	1	1	1	1
	浅表静脉血栓形成	1	1	1	1	2	2	2

注:表中无特别写出,对新使用者(I)、继续使用者(C)均适用。级别1指此种情况对这种避孕方法的使用无限制,级别2指使用避孕方法的益处通常大于理论上或已证实的风险,级别3指理论上或已证实的风险通常大于使用避孕方法的益处,级别4指使用避孕方法对健康有不可接受的风险。1 mmHg=0.133 kPa;Cu-IUD表示含铜宫内节育器;LNG-IUS表示左炔诺孕酮宫内缓释系统;IMP表示皮下埋植剂;DMPA表示醋酸甲羟孕酮注射液;COC表示复方口服避孕药;P表示复方避孕贴剂;CVR表示复方避孕药阴道环

杂志, 2019, 29(5): 343-345.

[4] 程利南, 狄文, 丁岩, 等. 女性避孕方法临床应用的中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2018, 53(7): 433-447. DOI:

10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2018.07.001.

[5] FSRH. FSRH Guideline: Contraception for women aged over 40 years, August 2017[EB/OL]. [2020-01-03]. <https://www.fsrh.org/>

续附表 1 40 岁及以上女性不同情况常用避孕方法的适用级别(引自 WHO《避孕方法选用的医学标准(第 5 版)》)

序号	类别	Cu-IUD	LNG-IUS	IMP	DMPA	COC	P	CVR
18	现在或既往缺血性心脏病	1	2	2	3	4	4	4
19	血脂紊乱	1	2	2	2	2	2	2
20	心脏瓣膜病							
	简单型	1	1	1	1	2	2	2
	复杂型	2	1	1	1	4	4	4
21	系统性红斑狼疮							
	抗磷脂抗体阳性	1	3	3	3	4	4	4
	严重血小板减少症	I=3,C=2	2	2	3	2	2	2
	应用免疫抑制剂	I=2,C=1	2	2	2	2	2	2
	无以上情况	1	2	2	2	2	2	2
22	癫痫	1	1	1	1	1	1	1
23	抑郁症	1	1	1	1	1	1	1
24	生殖系统病变或生殖道感染							
	阴道出血	1/2	2/3	2/3	2/3	1/2	1/2	1/2
	子宫内膜异位症	2	1	1	1	1	1	1
	良性卵巢肿瘤	1	1	1	1	1	1	1
	严重痛经	2	1	1	1	1	1	1
	妊娠滋养细胞疾病	3/4	1	1	1	1	1	1
	子宫颈上皮内瘤变	1	2	2	2	2	2	2
	子宫颈癌	I=4,C=2	2	2	2	2	2	2
	子宫内膜癌	I=4,C=2	1	1	1	1	1	1
	卵巢恶性肿瘤	I=3,C=2	1	1	1	1	1	1
	子宫肌瘤	1	1	1	1	1	1	1
	现患盆腔炎症性疾病	I=4,C=2	I=4,C=2	1	1	1	1	1
25	甲状腺疾病	1	1	1	1	1	1	1

注:表中无特别写出,对新使用者(I)、继续使用者(C)均适用。级别 1 指此种情况对这种避孕方法的使用无限制,级别 2 指使用避孕方法的益处通常大于理论上或已证实的风险,级别 3 指理论上或已证实的风险通常大于使用避孕方法的益处,级别 4 指使用避孕方法对健康有不可接受的风险。1 mmHg=0.133 kPa; Cu-IUD 表示含铜宫内节育器; LNG-IUS 表示左炔诺孕酮宫内缓释系统; IMP 表示皮下埋植剂; DMPA 表示醋酸甲羟孕酮注射液; COC 表示复方口服避孕药; P 表示复方避孕贴剂; CVR 表示复方避孕药阴道环

- fsrh.org/documents/fsrh-guidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017.
- [6] Ziebland S, Scobie S. Could a publicity campaign for emergency contraception reduce the incidence of unwanted pregnancy and how would we know if it did? [J]. Br J Fam Plann, 1995,21:68-71.
- [7] Kavanaugh ML, Jerman J. Contraceptive method use in the United States: trends and characteristics between 2008, 2012 and 2014[J]. Contraception, 2018,97(1):14-21. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.10.003.
- [8] ESHRE Capri Workshop Group. Female contraception over 40 [J]. Hum Reprod Update, 2009,15(6):599-612. DOI: 10.1093/humupd/dmp020.
- [9] Cortessis VK, Barrett M, Brown Wade N, et al. Intrauterine device use and cervical cancer risk: a systematic review and Meta-analysis[J]. Obstet Gynecol, 2017, 130(6): 1226-1236. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002307.
- [10] 庄留琪, 孙菊芳, 杨秀兰, 等. 绝经后宫内节育器去留的安全性研究[J]. 生殖与避孕, 1994, 14(3):202-208.
- [11] Chakhtoura Z, Canonico M, Gompel A, et al. Progestogen-only contraceptives and the risk of acute myocardial infarction: a meta-analysis[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2011, 96(4): 1169-1174. DOI: 10.1210/jc.2010-2065.
- [12] Wildemeersch D. Why perimenopausal women should consider to use a levonorgestrel intrauterine system[J]. Gynecol Endocrinol, 2016, 32(8): 659-661. DOI: 10.3109/09513590.2016.1153056.
- [13] Kaunitz AM, Bissonnette F, Monteiro I, et al. levonorgestrel-releasing Intrauterine system or medroxyprogesterone for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial[J]. Obstet Gynecol, 2010, 116(3):625-632. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181ec622b.
- [14] van der Meer AC, Hanna LS. Development of endometrioid adenocarcinoma despite Levonorgestrel-releasing intrauterine system: a case report with discussion and review of the RCOG/BSGE Guideline on the Management of Endometrial Hyperplasia[J]. Clin Obes, 2017, 7(1): 54-57. DOI: 10.1111/cob.12168.
- [15] Bednarek PH, Jensen JT. Safety, efficacy and patient acceptability of the contraceptive and non-contraceptive uses of the LNG-IUS[J]. Int J Womens Health, 2010,1:45-58. DOI: 10.2147/ijwh.s4350.
- [16] Depypere H, Inki P. The levonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial protection during estrogen replacement therapy: a clinical review[J]. Climacteric, 2015, 18(4):470-482. DOI: 10.3109/13697137.2014.991302.

- [17] Trussell J. Contraceptive failure in the United States[J]. *Contraception*, 2011, 83(5): 202-210. DOI: 10.1016 / j.contraception.2011.01.021.
- [18] Mäkäräinen L, van Beek A, Tuomivaara L, et al. Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant[J]. *Fertil Steril*, 1998,69(4): 714-721. DOI: 10.1016/s0015-0282(98)00015-6.
- [19] Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and risk of endometrial cancer. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives[J]. *Int J Cancer*, 1991,49(2):186-190.
- [20] Wilailak S, Vipupinyo C, Suraseranivong V, et al. Depot medroxyprogesterone acetate and epithelial ovarian cancer: a multicentre case-control study[J]. *BJOG*, 2012, 119(6): 672-677. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03298.x.
- [21] Kaunitz AM, Peipert JF, Grimes DA. Injectable contraception: issues and opportunities[J]. *Contraception*, 2014, 89(5): 331-334. DOI: 10.1016/j.contraception.2014.03.014.
- [22] Sugiura K, Kobayashi T, Ojima T. Risks of thromboembolism associated with hormonal contraceptives related to body mass index and aging in Japanese women[J]. *Thromb Res*, 2016,137: 11-16. DOI: 10.1016/j.thromres.2015.11.038.
- [23] Roach RE, Lijfering WM, Helmerhorst FM, et al. The risk of venous thrombosis in women over 50 years old using oral contraception or postmenopausal hormone therapy[J]. *J Thromb Haemost*, 2013,11(1):124-131. DOI:10.1111/jth.12060.
- [24] Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception [J]. *Lancet*, 1996, 348(9026):505-510.
- [25] Galzote RM, Rafie S, Teal R, et al. Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature[J]. *Int J Womens Health*, 2017, 9: 315-321. DOI: 10.2147/IJWH.S102306.
- [26] Cole JA, Norman H, Doherty M, et al. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users[J]. *Obstet Gynecol*, 2007,109(2 Pt 1):339-346. DOI: 10.1097/01.AOG.0000250968.82370.04.
- [27] Dore DD, Norman H, Loughlin J, et al. Extended case-control study results on thromboembolic outcomes among transdermal contraceptive users[J]. *Contraception*, 2010, 81(5): 408-413. DOI: 10.1016/j.contraception.2009.12.009.
- [28] Sibai BM, Odland V, Meador ML, et al. A comparative and pooled analysis of the safety and tolerability of the contraceptive patch (Ortho Evra/Evra)[J]. *Fertil Steril*, 2002,77(2 Suppl 2):S19-26. DOI: 10.1016/s0015-0282(01)03264-2.
- [29] 刘欣燕,李春颖.新型长效避孕药具的研究进展[J].*实用妇产科杂志*, 2019, 35(10):729-731.
- [30] Brache V, Faundes A. Contraceptive vaginal rings: a review[J]. *Contraception*, 2010, 82(5): 418-427. DOI: 10.1016 / j.contraception.2010.04.012.
- [31] Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR, et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial [J]. *Contraception*, 2005, 71(3): 176-182. DOI: 10.1016 / j.contraception.2004.09.001.
- [32] Dinger J, Möhner S, Heinemann K. Cardiovascular risk associated with the use of an etonogestrel-containing vaginal ring[J]. *Obstet Gynecol*, 2013,122(4):800-808. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182a5ec6b.
- [33] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 133: benefits and risks of sterilization[J]. *Obstet Gynecol*, 2013,121(2 Pt 1):392-404. DOI: 10.1097/01.aog.0000426425.33845.b2.
- [34] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:380-381.
- [35] WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use[M]. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [36] 国家人口计生委科技司. 世界卫生组织计划生育服务提供者手册[M]. 北京:中国人口出版社,2009:45,265.
- [37] Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, et al. U. S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2016[J]. *MMWR Recomm Rep*, 2016, 65(4): 1-66. DOI: 10.15585 / mmwr.rr6504a1.
- [38] ACOG. Women's health stats and facts, 2011[EB / OL]. [2020-01-03]. <https://www.acog.org/-/media/NewsRoom/MediaKit.pdf>.
- [39] Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U. S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016[J]. *MMWR Recomm Rep*, 2016, 65(3): 1-103. DOI: 10.15585 / mmwr.rr6503a1.

(收稿日期:2020-01-03)

(本文编辑:沈平虎)

2020 年 4 期继续教育题目(二)(单项选择题):

1. 已完成生育的 43 岁女性,寻求长期避孕方法,孕 4 产 1,肥胖,月经不规律,月经量多,伴有轻度贫血;平素体健,无特殊病史。下列避孕方法首选推荐:()

A. 输卵管绝育术; B. 复方阴道环; C. Cu-IUD; D. LNG-IUS; E. 复方口服避孕药

2. 41 岁女性,要求长期避孕;平时月经规律,经量正常,无痛经。妊娠时发现抗磷脂抗体阳性。建议使用的方法:()

A. 输卵管绝育术; B. 复方阴道环; C. Cu-IUD; D. LNG-IUS; E. 复方口服避孕药

3. ≥40 岁女性,选择复方短效口服避孕药(COC)避孕时,下列哪项是正确的:()

A. ≥40 岁女性使用 COC 不增加静脉血栓的风险; B. 排除禁忌证后 ≥40 岁女性使用 COC 是安全的; C. 排除禁忌证后可一直安全使用至绝经; D. COC 持续使用者, ≥40 岁需改用其他方法; E. > 45 岁 COC 是禁忌证

4. 根据本共识, ≥40 岁身体健康女性,完成生育计划后,首选避孕方法推荐是:()

A. Cu-IUD, LNG-IUS, COC, DMPA; B. COC, LNG-IUS, Cu-IUD, 避孕套; C. Cu-IUD, LNG-IUS, DMPA, 体外排精; D. Cu-IUD, LNG-IUS, 皮下埋置, DMPA; E. Cu-IUD, LNG-IUS, 外用避孕药, DMPA

5. ≥40 岁女性,采取的避孕措施正确的:()

A. 急性 DVT/PE, 应选择单孕激素避孕; B. 乳腺癌家族史, 可使用 LNG-IUS; C. 有妊娠期胆汁淤积症史不能使用皮下埋置剂; D. 下肢静脉曲张禁用 COC; E. 抑郁症患者需行绝育术

(继续教育的答题方式及获得学分的方法见插页。

答案见下期)