

医学信息速递

Medical Information Express

《中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版》解读

产品战略&医学与信息部

2023-10



传递最有价值的医学信息

目录

CONTENTS

01 指南简介

- 指南基本信息
- 指南摘要
- 指南推荐级别

02 指南重点内容

- 绝经的诊断及生殖衰老分期
- 绝经健康管理策略和MHT的指导原则
- MHT的适应证、禁忌证及慎用情况
- MHT的常用药物和方案
- 规范的MHT诊疗流程
- 绝经相关症状的治疗策略
- POI
- MHT的长期获益与风险
- MHT的随访
- 围绝经期及绝经后女性性健康及避孕

03 指南中对于普拉睾酮阴道栓的用药推荐



《中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版》



制定者: 中华医学会儿科学分会绝经学组

发表杂志: 中华妇产科杂志

发表时间: 2023年1月

中国绝经学领域的各位专家对国内外最新的循证医学证据进行了深入分析、参考最新的国际绝经学会 (IMS) 2016 版指南、北美绝经学会 (NAMS) 2022 版指南等重要相关指南后, 结合我国的具体情况, 在 2018 年“中国指南”的基础上进行讨论和修改, 形成了《中国绝经管理与绝经激素治疗指南 2023 版》。



共识摘要

- **绝经的本质是卵巢功能衰竭，雌激素波动性下降和缺乏导致多种相关症状，并增加女性代谢性疾病的风险。** 绝经管理的理念是在缓解绝经相关症状的同时“治未病”，预防中老年女性的慢性疾病，改善其健康水平和生命质量。绝经健康管理应从绝经过渡期开始，包括全面的生活方式调整，并在专业医务工作者指导下对适宜人群开展包括绝经激素治疗（MHT）在内的各项医疗保健措施。
- 由中国绝经学领域的各位专家对国内外最新循证医学证据进行了深入分析，并参考最新国际相关指南后，结合我国的具体情况，制定了《中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版》，为各级医师临床实践提供指导性意见。



本指南的推荐级别

推荐级别	定义
1类	基于高级别临床研究证据，专家意见高度一致
2A类	基于低级别临床研究证据，专家意见高度一致；或基于高级别证据，专家意见基本一致
2B类	基于低级别临床研究证据，专家意见基本一致
3类	无论基于何种级别临床证据，专家意见明显分歧



目录

CONTENTS

01 指南简介

- 指南基本信息
- 指南摘要
- 指南推荐级别

02 指南重点内容

- 绝经的诊断及生殖衰老分期
- 绝经健康管理策略和MHT的指导原则
- MHT的适应证、禁忌证及慎用情况
- MHT的常用药物和方案
- 规范的MHT诊疗流程
- 绝经相关症状的治疗策略
- POI
- MHT的长期获益与风险
- MHT的随访
- 围绝经期及绝经后女性性健康及避孕

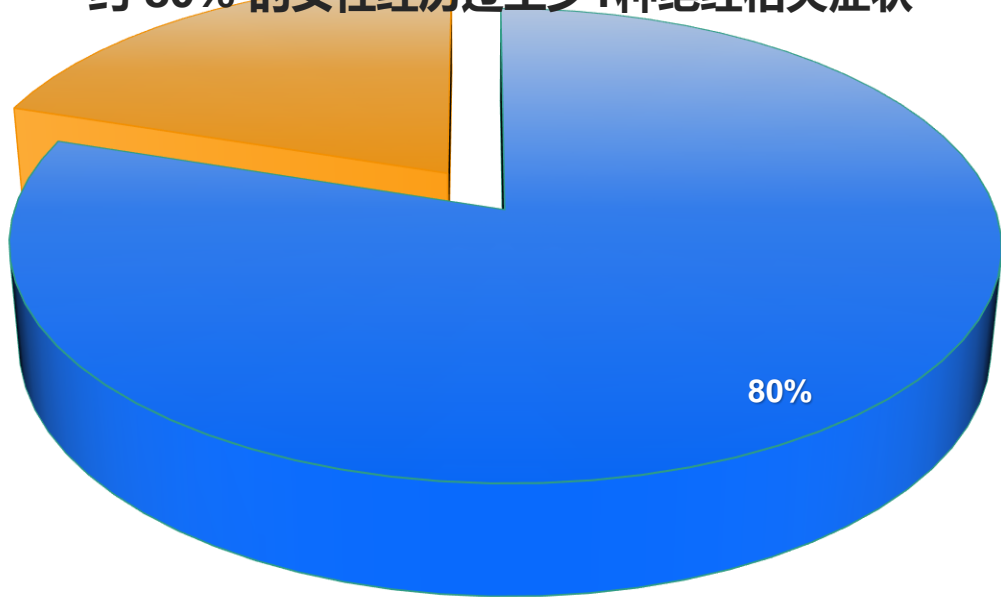
03 指南中对于普拉睾酮阴道栓的用药推荐





绝经是指月经的永久性停止，属回顾性临床诊断。40 岁以上的女性停经 12 个月，排除妊娠及其他可能导致闭经的疾病后，即可临床诊断为绝经。在绝经前后的一系列相关症状统称为绝经综合征（旧称更年期综合征）。

约 80% 的女性经历过至少 1 种绝经相关症状



- 约 **80%** 的女性经历过至少 1 种绝经相关症状；
- **常见症状**：包括乏力虚弱、易激惹、睡眠障碍、肌肉骨骼关节疼痛和潮热出汗等。
- **就诊情况**：目前，中国女性因绝经相关症状主动就诊的比例仍较低，2020 年上海的社区调查，有症状者中**仅25.97%就诊**，众多绝经女性未得到充分指导和治疗。

随着临床和科研的进步，需对生殖衰老过程进一步细分

分期	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
术语	生育期				绝经过渡期		绝经后期			
	早期	峰期	晚期		早期	晚期	早期		晚期	
持续时间	可变				可变	1~3年	2年 (1年+1年)	3~6年		余生
主要标准										
月经周期	可 变 到 规 律	规 律	规 律	经 量 、 周 期 、 长 度 轻 微 变 化	邻 近 周 期 长 度 变 异 ≥ 7 d ， 10 个 月 经 周 期 内 重 复 出 现	月 经 周 期 长 度 ≥ 60 d				
支持标准										
内分泌			正 常	可 变 ^a	↑ 可 变	↑ ≥ 25IU/L ^b	↑ 可 变	稳 定		
FSH			低	低	低	低	低	低	低	低
AMH			低	低	低	低	低	低	低	低
抑制素 B			少	少	少	少	极 少	极 少	极 少	极 少
窦卵泡数			少	少	少	少	极 少	极 少	极 少	极 少
描述性特征										
症状						血 管 舒 缩 症 状	血 管 舒 缩 症 状			泌 尿 生 殖 道 萎 缩 症 状

- **STRAW+10 分期系统**：是目前公认的生殖衰老分期“金标准”。STRAW+10 分期系统将女性生殖衰老过程分为**生育期**、**绝经过渡期**和**绝经后期**3个阶段，然后又进一步细分为10个亚阶段。
- 在生殖衰老的不同时期，症状具有阶段性特征，潮热出汗最常见于绝经过渡期晚期和绝经后期早期，绝经生殖泌尿综合征（GSM）在绝经后期发生率升高。

注：a在月经周期第2~5天取血检测；b依据目前采用的国际垂体激素标准的大致预期水平；↑表示升高；FSH表示卵泡刺激素；AMH表示抗苗勒管激素

生殖衰老研讨会分期+10 (STRAW+10) 分期系统

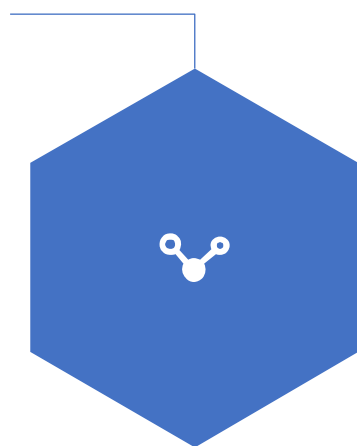


传递最有价值的医学信息



- **卵巢功能衰退**是女性衰老的突出表现，女性将经历月经改变直至绝经，并伴随多种绝经相关症状。
- 绝经女性需要开展全面的健康管理，包括每年健康体检、推荐合理饮食、增加社交及脑力活动和健康锻炼。

结合各地的饮食习惯，基于《中国居民膳食指南（2022）》，建议多吃蔬果、奶类、全谷物、大豆，适量吃鱼、禽、蛋、瘦肉，控糖 \leq （25~50）g/d、少油（25~30 g/d）、少盐（ \leq 5 g/d）、限酒（乙醇量 \leq 15 g/d）、戒烟、足量饮水（1500~1700 ml/d）。



每周规律有氧运动 3~5 次，每周累计 150 min，另加 2~3 次抗阻运动，以增加肌肉量和肌力（1类）。

指导原则	推荐级别
启动 MHT 应在有适应证，无禁忌证，且绝经过渡期和绝经后期女性本人有通过MHT提高生活质量主观意愿的前提下尽早开始。	1类
绝经过渡期和绝经后期早期女性与老年女性使用 MHT 的风险和获益不同。对于年龄<60 岁或绝经 10 年内无禁忌证的女性，MHT 用于缓解血管舒缩症状（VMS）、减缓骨质丢失和预防骨折的获益风险比最高。	1类
有子宫的女性在补充雌激素时，应加用足量孕激素以保护子宫内膜；已切除子宫的女性，通常不必加用孕激素。	1类
MHT必须个体化。根据治疗症状的需求、获益风险的评估、相关检查结果、个人偏好和治疗期望等因素，选择性激素的种类、剂量、配伍、用药途径和使用时间。	1类
使用MHT的女性每年应至少接受1次全面的获益风险评估，根据评估结果个体化调整MHT 方案。 目前，尚无证据支持限制 MHT 应用的时间，只要有适应证、获益风险评估的结果提示获益大于风险即可继续使用MHT。	1类
不推荐乳腺癌生存者全身应用MHT。	1类
当全身应用 MHT 不能完全改善 GSM 症状时，可同时加用局部雌激素治疗；仅为改善 GSM时建议首选阴道局部雌激素治疗。	1类
雌激素治疗可减少绝经相关腹部脂肪堆积，减少总体脂肪量，改善胰岛素敏感性，降低2型糖尿病的发生风险。	1类





MHT（绝经激素治疗） 只有在有适应证时才考虑应用

适应症	具体适应症
绝经相关症状	月经紊乱，VMS（潮热、出汗），睡眠障碍（入睡困难、多梦易醒、夜间觉醒、缺乏深睡眠），疲乏无力，情绪障碍（如易激动、烦躁、焦虑、紧张、情绪低落、常感孤独、敏感多疑）（1类）；躯体症状（如胸闷、气短、心悸、肌肉关节痛、咽部异物感、皮肤异常感觉等）（2A类）
GSM（绝经生殖泌尿综合征）相关症状（1类）	生殖系统症状：生殖道干燥、烧灼、刺激以及阴道缺乏润滑导致的性问题和疼痛；泌尿系统症状：尿急、尿频、尿痛和反复泌尿系统感染。
存在骨质疏松症高危因素，低骨量，绝经后骨质疏松症及有骨折风险（1类）	高危因素包括：绝经尤其是早绝经，早发性卵巢功能不全，脆性骨折家族史，维生素D及钙等营养摄入不足，低体重 [体重指数 (BMI) <18.5 kg/m ²]，缺乏运动、吸烟、过度饮酒等不良的生活习惯，一些影响骨代谢的慢性疾病及长期服用糖皮质激素等药物。
过早的低雌激素状态	POI、下丘脑垂体性闭经、手术绝经等。

要点

MHT 是医疗措施，只有在有适应证时才考虑应用。



传递最有价值的医学信息

MHT（绝经激素治疗）的禁忌症：不建议全身应用MHT

MHT 禁忌症

1

已知或可疑妊娠：围绝经期女性，月经紊乱时应注意排除妊娠相关问题如宫内妊娠、异位妊娠、滋养细胞疾病等。

2

原因不明的阴道流血，在予以性激素治疗围绝经期月经失调前应仔细鉴别。

3

已知或可疑患有乳腺癌。

4

已知或可疑患性激素依赖性恶性肿瘤。

5

最近 6 个月内患有活动性静脉或动脉血栓栓塞性疾病。

6

严重肝肾功能不全。

要点

评估存在 MHT 禁忌证者，不建议全身应用MHT。



传递最有价值的医学信息

MHT（绝经激素治疗）的慎用情况：应权衡利弊选择个体化的 MHT 方案

慎用情况	
子宫肌瘤	免疫系统疾病
子宫内膜异位症及子宫腺肌病	乳腺良性疾病及乳腺癌家族史
子宫内膜增生病史	癫痫、偏头痛、哮喘
血栓形成倾向	血卟啉症、耳硬化症
胆石症	现患脑膜瘤

要点

有 MHT 慎用情况的女性，应权衡利弊选择个体化的 MHT 方案，并加强监测和随访，力争获益大于风险。



传递最有价值的医学信息



MHT（绝经激素治疗）的常用药物和方案：常用的口服药物

口服药	代表药物
雌激素	17β-雌二醇
	戊酸雌二醇
	结合雌激素
	尼尔雌醇
孕激素	天然孕激素： 微粒化黄体酮
	合成孕激素： ①地屈孕酮；② 17α-羟孕酮衍生物：醋酸甲羟孕酮；③19-去甲睾酮衍生物：如炔诺酮；④17α-螺内酯衍生物：屈螺酮；
雌、孕激素复方制剂	雌、孕激素序贯制剂： ①17β-雌二醇片/17β-雌二醇地屈孕酮片；②戊酸雌二醇片/戊酸雌二醇醋酸环丙孕酮片
	雌、孕激素连续联合制剂： 雌二醇屈螺酮片
替勃龙	



MHT（绝经激素治疗）的常用药物和方案：常用的非口服药物

非口服药	代表药物	有效成分/用法
经皮雌激素	雌二醇凝胶	每2.5克凝胶含雌二醇1.5 mg，每天经皮涂抹。
	半水合雌二醇皮贴	每片贴剂含半水合雌二醇 1.5 mg，每贴每天释放 17β-雌二醇 50 μg，每周更换
	苯甲酸雌二醇乳膏	每 1.5 克含苯甲酸雌二醇 1.35 mg，相当于17β-雌二醇 0.98 mg，每天经皮涂抹
经阴道激素	普罗雌烯胶丸	每粒含普罗雌烯10 mg。
	普罗雌烯乳膏	每支15 g，每克乳膏含普罗雌烯10 mg。
	氯喹那多-普罗雌烯阴道片	每片含普罗雌烯 10 mg 和氯喹那多 200mg。
	雌三醇乳膏	每支 15 g，每克乳膏含雌三醇 1 mg。
	结合雌激素乳膏	每支 14 g，每克乳膏含结合雌激素0.625 mg。
	普拉睾酮阴道栓	活性成分为脱氢表雄酮（DHEA），每粒含 6.5 mg DHEA
注射用雌激素	苯甲酸雌二醇注射液	1 mg/1 ml 或 5 mg/1 ml，肌内注射，每次 1~2 mg，每周2~3次。
LNG-IUS		含左炔诺孕酮（LNG）52 mg，每天向宫腔释放 LNG 20 μg，维持 5~7 年。



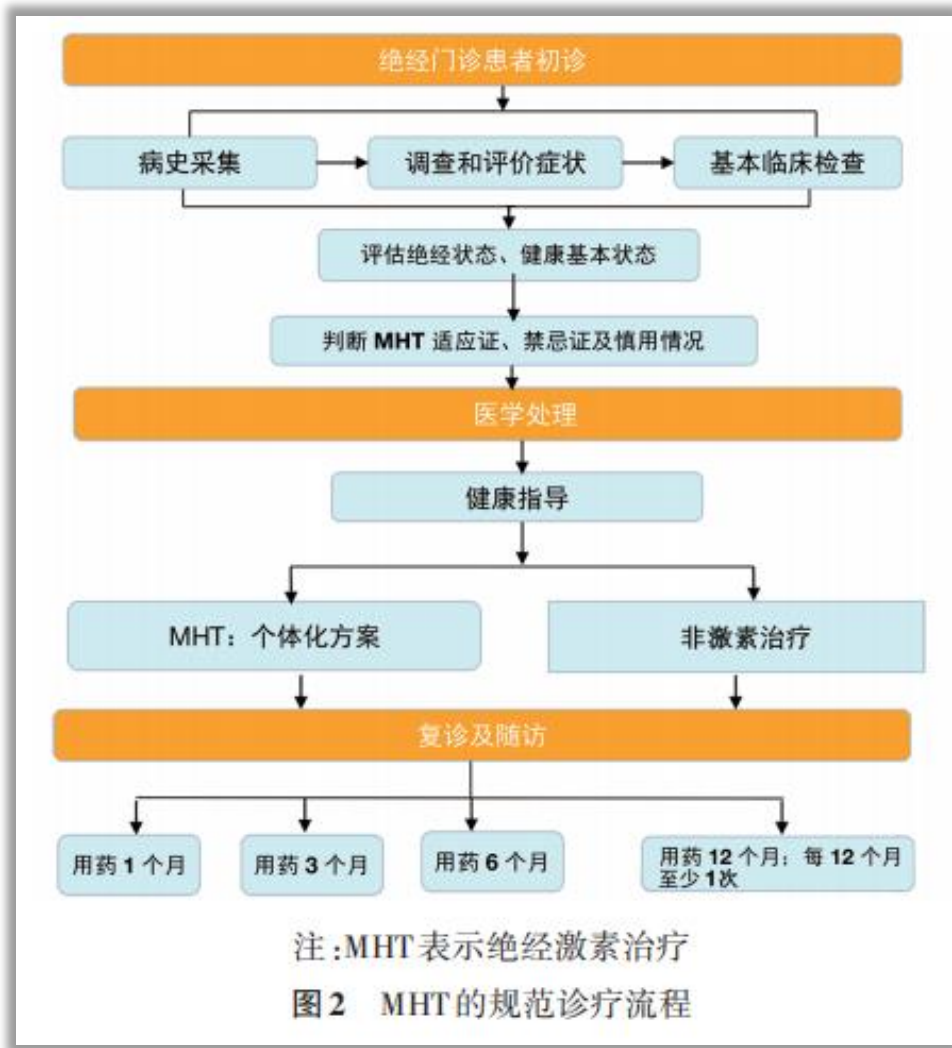
MHT（绝经激素治疗）的具体方案

治疗方案	具体方案及适用患者
单孕激素方案	适用于绝经过渡期早期尚未出现低雌激素症状，但因卵巢功能衰退导致的排卵障碍性异常子宫出血（AUB-O），需用足量足疗程孕激素调整月经周期及保护子宫内膜。 (1) 后半周期孕激素治疗；(2) 长周期或连续孕激素治疗：适合有子宫内膜增生病史或月经量多的患者。
单雌激素方案	适用于子宫已切除的女性，通常连续用药。
雌孕激素序贯方案	适用于有完整子宫，仍希望有月经样出血的女性。 (1) 连续序贯方案：雌激素每天用药，孕激素周期用药。(2) 周期序贯方案：治疗过程每周期有3~7 d停药期。
雌孕激素连续联合方案	建议绝经1年以上，有子宫但不希望有月经样出血的女性采用。
替勃龙方案	非预期出血较少，适用于绝经1年以上，且服药期间不希望有月经样出血的女性。
阴道局部雌激素方案	GSM（绝经生殖泌尿综合征）的首选方案。
其他MHT方案	尼尔雌醇。
	巴多昔芬 20 mg/结合雌激素 0.45 mg，可用于有完整子宫的女性预防骨质丢失和缓解绝经相关症状。 普拉睾酮（活性成分为 DHEA）：已经美国食品药品监督管理局（FDA）批准作为GSM用药。





规范的MHT（绝经激素治疗）诊疗流程



- 1 所有绝经过渡期和绝经后期女性就诊均应先行 MHT 适应证、禁忌证和慎用情况的评估，并进行绝经健康指导。
- 2 经知情选择，愿意接受 MHT 者，有适应证、无禁忌证、慎用情况控制良好者可予以个体化的 MHT；
- 3 存在禁忌证或有慎用情况尚未控制但需治疗绝经相关症状者，给予非激素治疗。

初次接诊流程

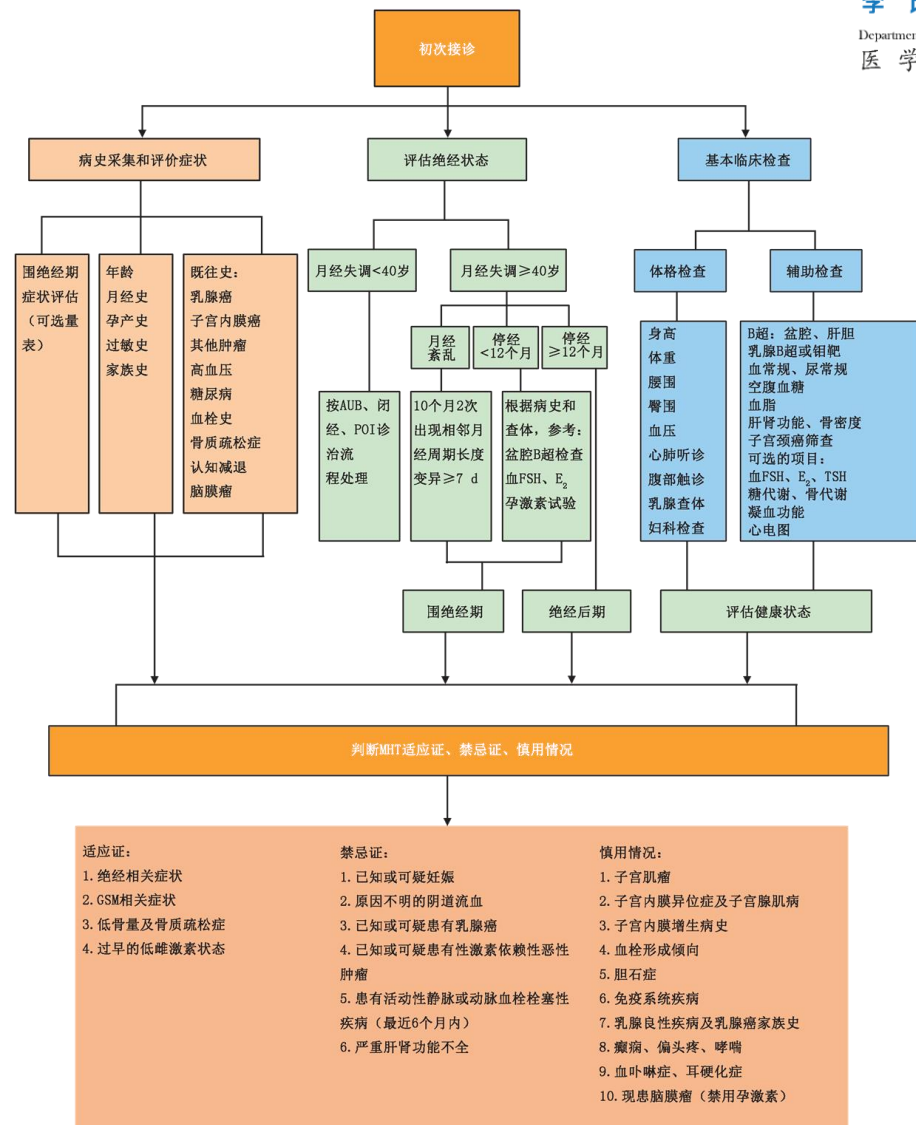
包括采集病史、全身查体和妇科检查以及必要的辅助检查以判断就诊对象的健康状态，并进行医学处理前的基本临床检查

01

初次接诊的目的

判断是否有 MHT 的适应证、禁忌证和（或）慎用情况，所有患者均应进行绝经健康指导。

02

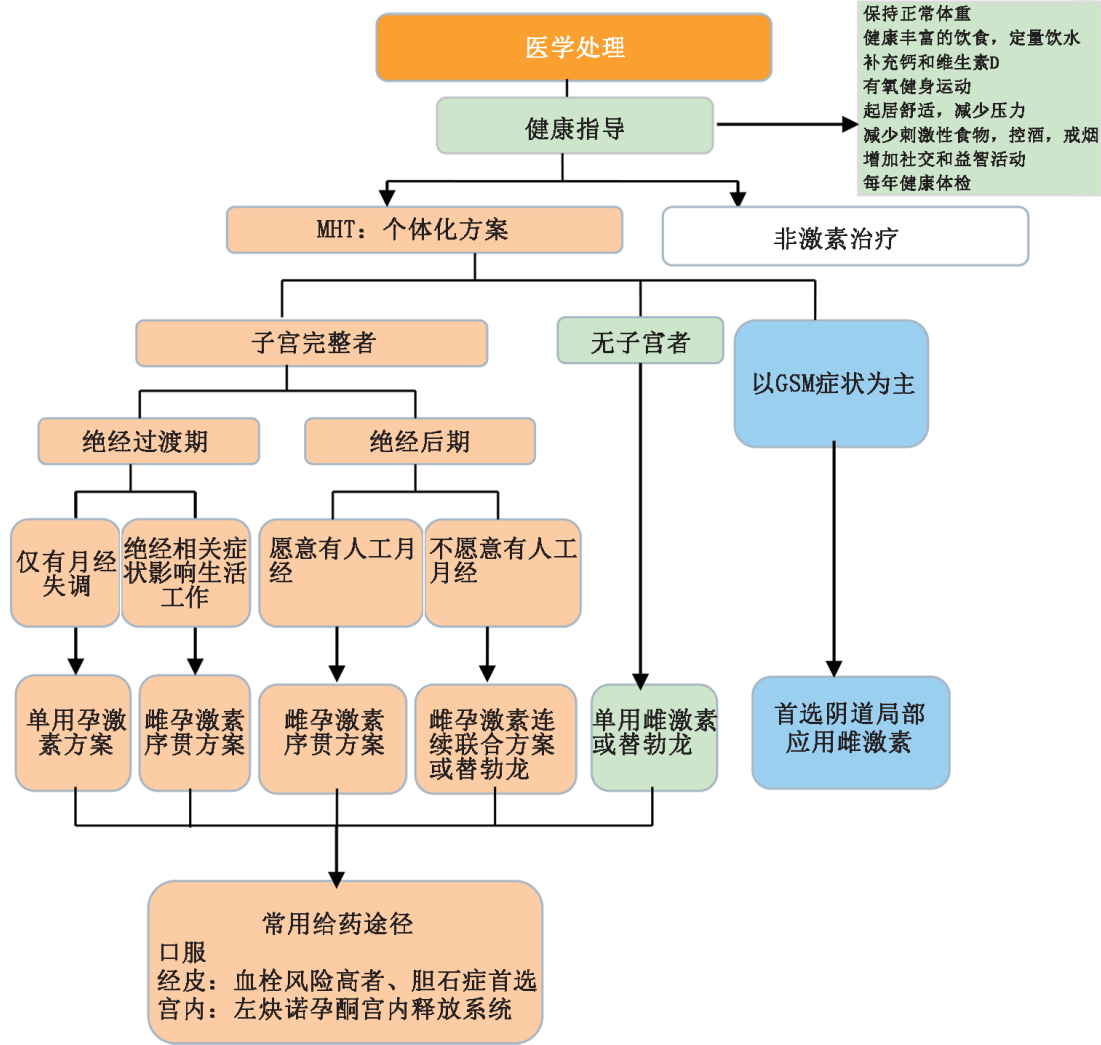


注：AUB表示异常子宫出血；POI表示早发性卵巢功能不全；FSH表示卵泡刺激素；E2表示雌二醇；TSH表示促甲状腺素；MHT表示绝经激素治疗；GSM表示绝经生殖泌尿综合征

图3 绝经门诊初次接诊流程



MHT (绝经激素治疗) 方案的选择策略



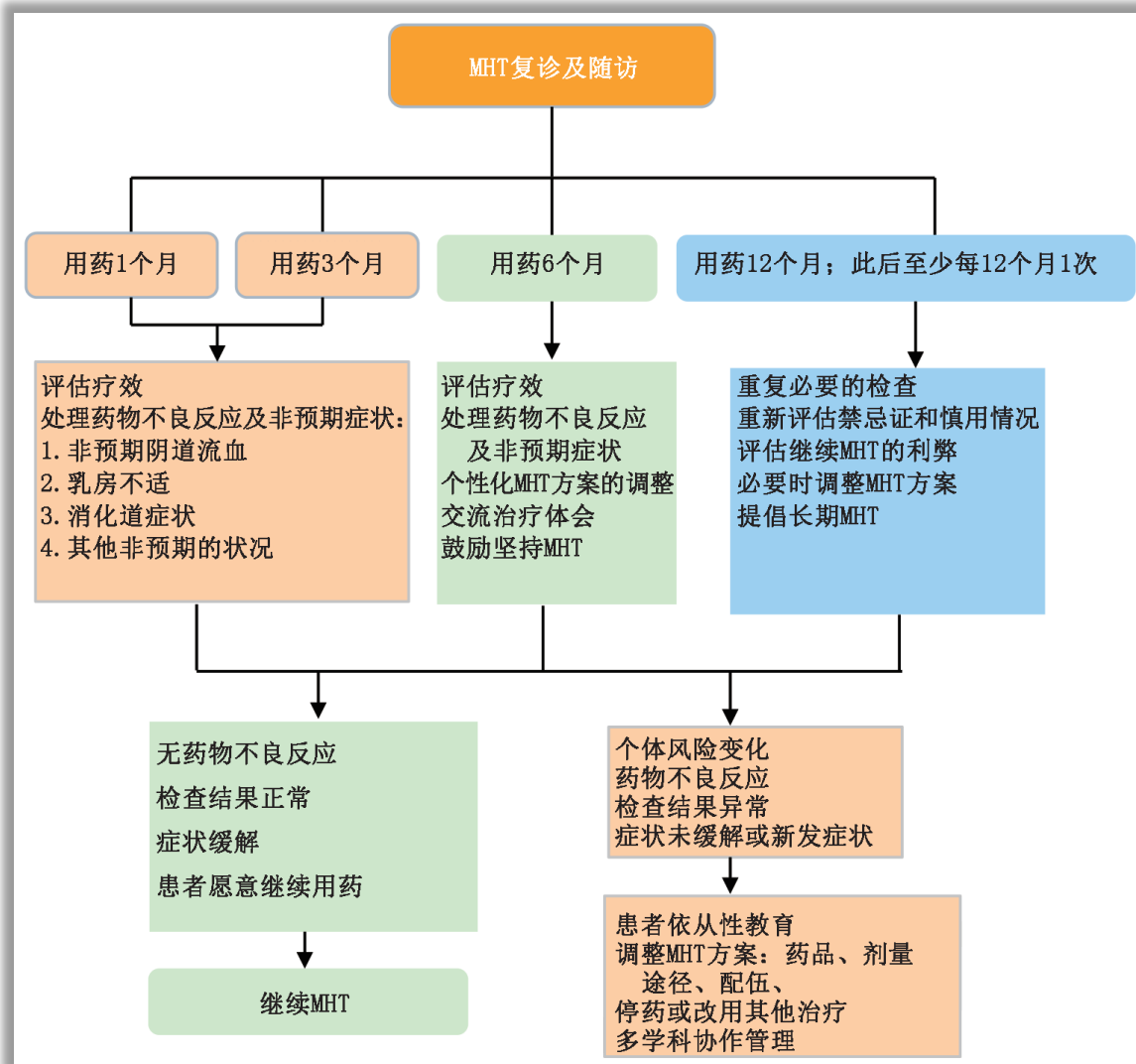
不同人群	个体化全身方案推荐
过早的低雌激素状态	以雌孕激素序贯方案为主，雌激素剂量应高于正常绝经女性的MHT常规用量。孕激素用量与雌激素用量匹配。
围绝经期和绝经后期早期的健康女性	标准剂量或低剂量的雌激素+地屈孕酮或黄体酮序贯方案。
绝经后期晚期的健康女性	选择低剂量的雌激素+地屈孕酮或黄体酮连续联合方案或替勃龙方案。
超重或肥胖 (BMI > 25 kg/m ²) 且患有代谢综合征或高血压女性	优先使用低剂量或超低剂量经皮雌激素+地屈孕酮或黄体酮方案。

注：MHT表示绝经激素治疗；GSM表示绝经生殖泌尿综合征

图4 MHT方案的选择策略



MHT（绝经激素治疗）的复诊及随访



复诊主要目的:

- 评估治疗效果，解释并处理不良反应及非预期症状，如乳房不适或非预期出血等；
- 评估 MHT 的获益和风险，个体化调整方案；
- 针对患者诉求健康宣教。
- MHT的使用期限无特殊限定，长期使用应按规范随访。

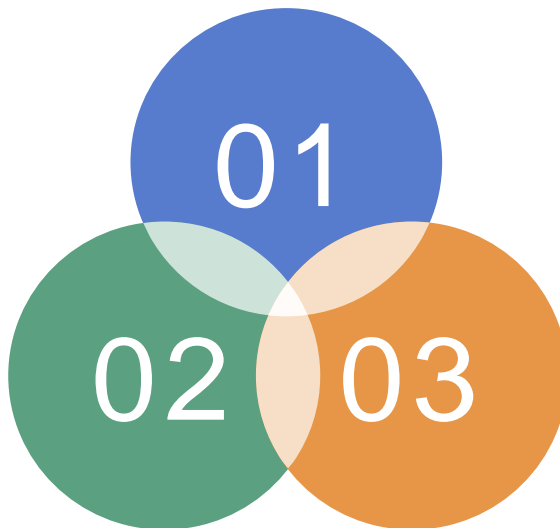




非激素治疗

用于有治疗诉求但存在MHT禁忌证、暂不适合MHT或对MHT有顾虑不愿意使用者：

- ① 中成药或植物药；
- ② 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）、选择性5-羟色胺和去甲肾上腺素双重再摄取抑制剂（SNRI）以及可乐；
- ③ 植物雌激素：常见的有大豆异黄酮；
- ④ 其他：如选择性神经激肽3受体拮抗剂。



MHT

对于无禁忌证的女性，雌激素是VMS最有效的治疗措施，同时可改善睡眠障碍、情绪障碍等症状，提高绝经女性健康相关的生命质量（1类）。

非药物治疗

针灸、认知行为疗法、正念减压疗法、星状神经节阻滞、催眠等可能起到辅助治疗作用（1类）。

绝经相关症状的治疗策略：GSM（绝经生殖泌尿综合征）



雌激素补充治疗（ET）改善 GSM 症状效果良好，尤其是阴道局部使用雌激素；但须持续治疗，停止使用后，症状可能再次出现。



阴道使用润滑剂和保湿剂，可以改善阴道干燥的症状，在性交过程中减少阴道不适。研究证实，使用阴道保湿剂、润滑剂和定期性交有助于治疗阴道萎缩。



阴道 DHEA 通过恢复上皮细胞的厚度、降低阴道 pH 值以及增加阴道分泌物以减少阴道干燥和性交困难症状。



二氧化碳及铒激光也可应用于 GSM 的各类阴道不适和性交困难，但 FDA 在 2018 年 7 月对激光治疗的安全性和有效性提出了警告。





精神心理问题（焦虑、抑郁、易激惹、睡眠障碍等）

MHT 可以通过减少 VMS 导致的夜间觉醒次数进而改善睡眠（1类），**各种类型的MHT均能改善绝经过渡期和绝经后期女性的慢性失眠症**。MHT单雌激素或雌激素联合孕激素方案可以改善绝经过渡期和绝经后期女性的情绪障碍。



其他躯体症状（包括呼吸循环系统、胃肠道、肢体和假性神经系统症状）

应首先在相关专科就诊，排除器质性疾病后再考虑与绝经相关，可进行 MHT（2A 类）。



绝经过渡期异常子宫出血

相关诊治流程可参考《围绝经期异常子宫出血诊断和治疗专家共识》和《异常子宫出血诊断与治疗指南（2022更新版）》。需特别注意：年龄 ≥ 45 岁、长期不规律子宫出血、有子宫内膜癌高危因素以及药物治疗效果不显著者应行子宫内膜病理检查以排除异常病变。





POI（早发性卵巢功能不全）：只要无禁忌证应尽早开始HRT

病因

- POI 指女性在 40 岁前出现卵巢功能衰退的临床综合征，其发生与遗传、环境、不良生活方式、免疫系统疾病及医源性等多种因素有关。

发病率

- POI的发病率为 1%~4%。



用药推荐

- POI的 HRT（激素补充治疗）需要相对于 MHT标准剂量较高的雌激素用药。
- 推荐戊酸雌二醇2~4 mg/d、结合雌激素 0.625~1.25 mg/d 或经皮雌二醇 75~100 μ g/d，有完整子宫者雌激素治疗时应添加足量足疗程孕激素，也可使用雌孕激素复合制剂。



MHT（绝经激素治疗）的长期获益与风险

	获益	风险
绝经后骨质疏松症	标准剂量 MHT 可降低股骨、脊椎及非椎骨的骨折风险；低剂量和超低剂量MHT可增加骨密度，但降低骨折风险未被证实（1类）。	
心脑血管疾病	年龄 < 60 岁、绝经 10 年内且无心血管疾病的女性启动MHT能够降低冠心病死亡率和全因死亡率（1类）。	年龄 ≥ 60 岁、绝经超过 10 年的女性，启动 MHT 增加冠心病风险，缺血性卒中的发生风险可能轻度增加，但与出血性卒中无相关性（1类）。
中枢神经系统	MHT 可改善围绝经期女性的抑郁症状； 尽早开始MHT对降低认知减退和阿尔茨海默症的风险有益，特别是对于手术绝经者。	MHT可能会增加癫痫患者的发作频率（1类）。
糖尿病和代谢综合征	雌激素可降低绝经后女性空腹血糖水平和胰岛素抵抗，增加胰岛素敏感性，改善代谢，有助于血糖控制，减少或延缓发展为 2 型糖尿病。	
绝经后骨关节症状	雌激素与关节组织表面的雌激素受体结合，保护其生物结构和功能（1类）。 绝经后女性骨关节炎发病与雌二醇缺乏有关（1类）	
肌肉减少症	MHT 在改善或预防骨质疏松症的同时，对防治肌肉减少症可能会产生有益的影响（2A 类）。	

	获益	风险
乳腺癌		<p>雌、孕激素联合应用轻度增加乳腺癌风险（属于罕见级别），低于不良生活方式造成的乳腺癌风险。</p> <p>应用合成孕激素的风险有所增加。</p> <p>乳腺癌风险还与MHT使用时限有关。</p> <p>已知或怀疑乳腺癌，通常不建议全身应用MHT。</p>
子宫内膜增生和子宫内膜癌		<p>子宫内膜增生和 I 型子宫内膜样腺癌的发生与无孕激素拮抗的雌激素长期持续作用相关。</p> <p>绝经后有子宫的女性，单用雌激素 1~3 年导致子宫内膜增生和子宫内膜癌风险显著增加</p>
子宫颈癌	MHT 可改善子宫颈鳞癌患者手术或放化疗后的生命质量，不增加复发风险及死亡率。	
卵巢恶性肿瘤		<p>卵巢癌生存者使用 MHT 不增加卵巢癌的复发风险，但低级别浆液性和子宫内膜样卵巢癌不推荐MHT（2A类）。</p>



	获益	风险
肺癌		雌激素或雌孕激素治疗均不增加肺癌的发病率（1类）。 吸烟者中雌孕激素治疗≥10年其肺癌风险增加（1类）。
消化系统肿瘤	应用 MHT结肠直肠癌发病率及死亡率降低（1类）； MHT者食管癌和胃腺癌的发生风险降低； MHT 可能降低原发性肝癌的风险。	绝经后应用雌激素与胆石症及相关的胆囊切除术的风险增加有关。
血液系统肿瘤		未显示MHT增加血液系统恶性肿瘤的风险







随访时间

按照 MHT 的规范流程，第 1 年分别在用药后1、3、6及12个月随访，以后每年应至少进行1次个体化风险与获益评估，根据评估情况调整给药方案。



评估内容

评估的内容应包括**病史的更新**、**全面健康体检特别是乳腺和盆腔检查**、**必要的实验室和辅助检查**以及**生活方式的调查**等。

若有慎用情况，可增加随访次数，必要时多学科会诊。

此外还应与患者讨论继续或停止MHT的利弊。





MHT使用年限无限制，每年随访时评估，若有**适应证、利大于弊，可长期应用（2A类）**。

当 MHT过程中出现下列情况，需及时停用 MHT：

- (1) 出现了MHT的禁忌证；
- (2) 继续应用弊大于利；
- (3) 患者拒绝或无法坚持规范用药。



MHT开始前常规评估子宫内膜，内膜 ≥ 4 mm 的患者建议先使用孕激素，撤退后再开始 MHT，可减少非预期出血的发生；

MHT 启用 6 个月内出现非预期子宫出血：可通过调整雌 / 孕激素的剂量、使用时长或更换孕激素种类等方法减少出血发生率；

MHT超过 6 个月仍有非预期出血：建议行经阴道超声评，必要时行宫腔镜检查和 / 或子宫内膜活检；

MHT过程中无非预期出血：建议以子宫内膜厚度 ≥ 8 mm 作为评估阈值。



MHT 过程中出现一些乳腺相关问题时的处理：临床应用 MHT 前应详细评估患者的乳腺状况和患病风险，MHT 方案尽量选择天然或最接近天然的药物，鼓励自我监测和定期随访评估。



- 对绝经女性性健康的保健，除健康指导以外，应该给予药物治疗以改善和促进性健康，治疗包括**激素**和**非激素治疗**。

激素治疗

- ①**MHT**：全身 MHT 可改善轻至中度性交痛相关性功能障碍（1 类）；
- ②**局部治疗**：阴道局部雌激素治疗；
- ③**雄激素**。

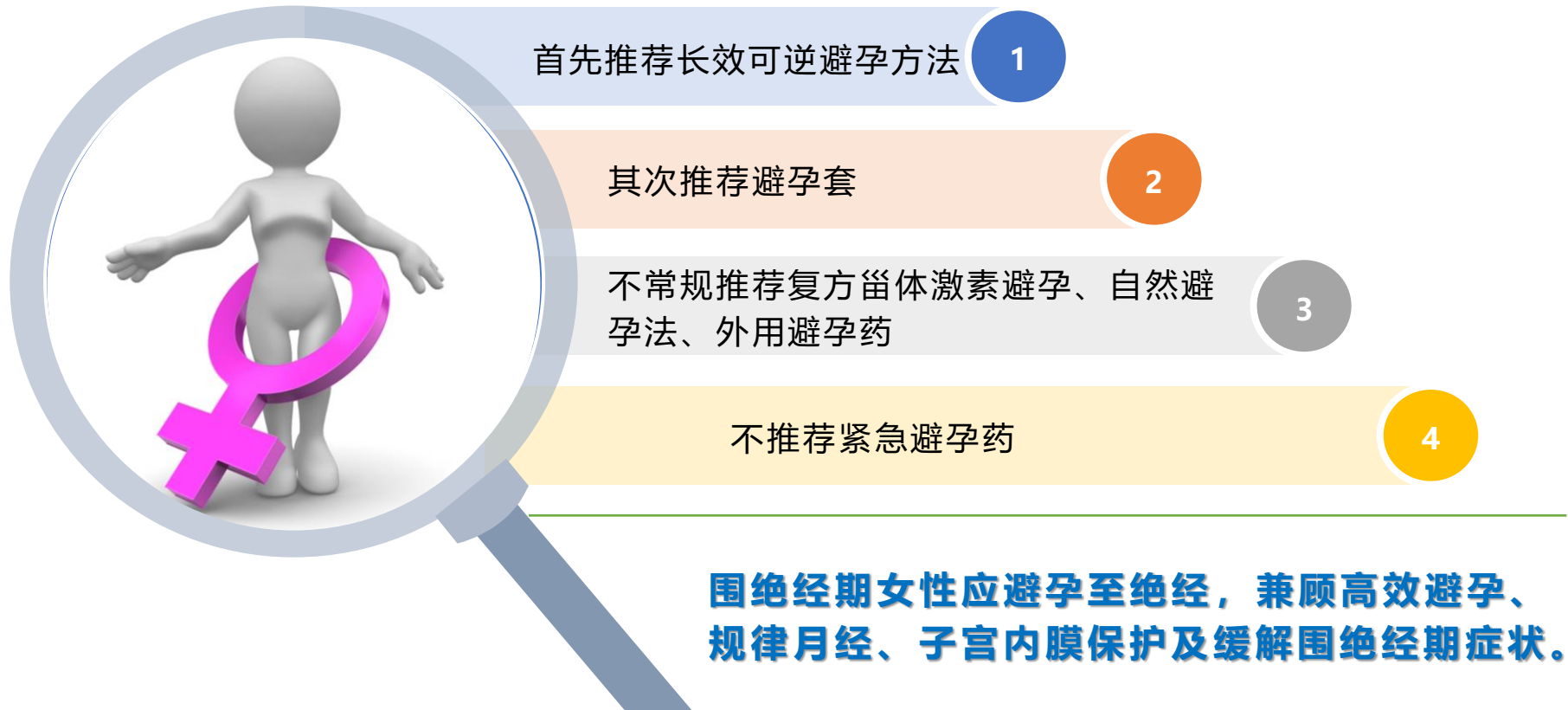


非激素治疗

阴道保湿剂和润滑剂、激光治疗，对改善性功能有一定的效果。

围绝经期及绝经后女性性健康：围绝经期女性应避孕至绝经

- 40岁及以上女性在完成生育后仍需长期避孕至绝经。
- 避孕方法的选择原则上应满足高效避孕需求同时，又能兼顾防治月经相关疾病及缓解围绝经期症状等获益需求。



目录

CONTENTS

01 指南简介

- 指南基本信息
- 指南摘要
- 指南推荐级别

02 指南重点内容

- 绝经的诊断及生殖衰老分期
- 绝经健康管理策略和MHT的指导原则
- MHT的适应证、禁忌证及慎用情况
- MHT的常用药物和方案
- 规范的MHT诊疗流程
- 绝经相关症状的治疗策略
- POI
- MHT的长期获益与风险
- MHT的随访
- 围绝经期及绝经后女性性健康及避孕

03 指南中对于普拉睾酮阴道栓的用药推荐



✓ 活性成分

已经美国食品药品监督管理局（FDA）批准作为GSM用药，活性成分为脱氢表雄酮（DHEA），**每粒含 6.5 mg DHEA。**

✓ 作用机理

通过**恢复上皮细胞的厚度、降低阴道 pH 值以及增加阴道分泌物**以**减少阴道干燥和性交困难症状。**

- 唯一一种获FDA认证供日常局部使用的**不含雌激素类固醇**，用于治疗因更年期而出现的中等至严重程度的性交疼痛(性交时产生的疼痛，为一种外阴阴道萎缩症状)。



谢谢关注！

thanks for your attention.

