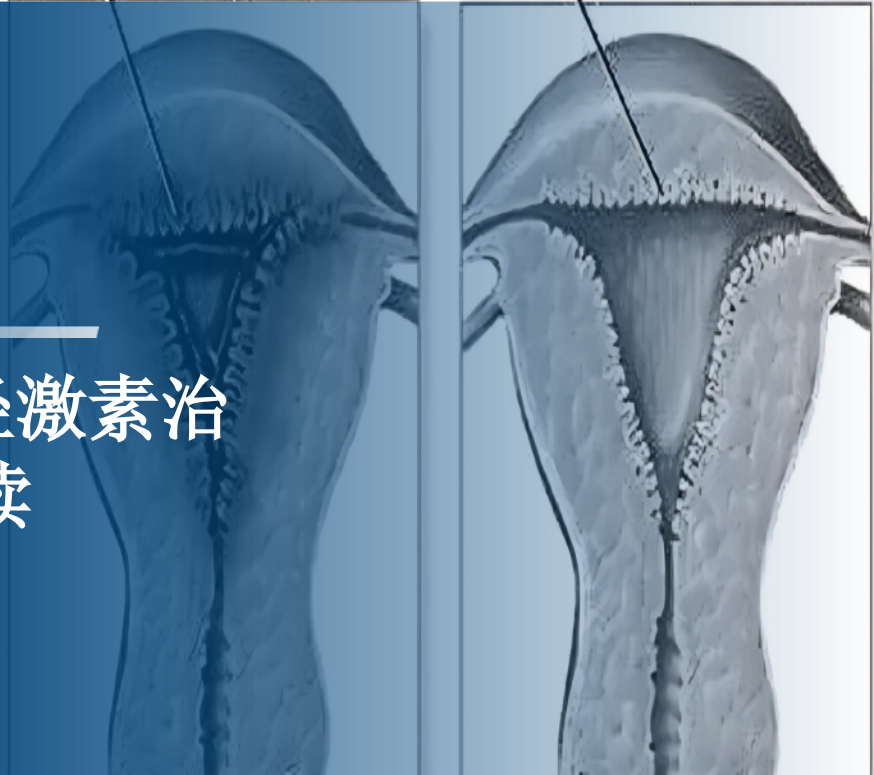


中国绝经管理与绝经激素治疗指南(2023版)解读



目录

1

绝经的诊断及生殖衰老分期

- ① 诊断
- ② 生殖衰老分期

2

绝经健康管理策略MHT的指导原则

- ① 绝经健康管理策略
- ② MHT的指导原则

3

MHT的适应证、禁忌证及慎用情况

- ① 适应证
- ② 禁忌证
- ③ 慎用情况

4

MHT的常用药物和方案

- ① 常用的口服药物
- ② 常用的非口服药物

5

规范的MHT诊疗流程

- ① 总体诊疗流程
- ② 绝经门诊初次接诊流程
- ③ 方案的选择
- ④ 复诊和随访

6

绝经相关症状的治疗策略

- ① VMS
- ② GSM
- ③ 精神心理问题
- ④ 其他躯体症状
- ⑤ 绝经过渡期异常子宫出血

7

POI

- ① 绝经后骨质疏松症
- ② 心脑血管疾病
- ③ 中枢神经系统
- ④ 糖尿病和代谢综合征
- ⑤ 绝经后骨关节症状
- ⑥ 肌肉减少症
- ⑦ 乳腺癌

8

MHT的长期获益与风险

- ⑧ 子宫内膜增生和子宫内膜癌
- ⑨ 宫颈癌
- ⑩ 卵巢恶性肿瘤
- ⑪ 肺癌
- ⑫ 消化系统肿瘤
- ⑬ 血液系统肿瘤

9

MHT的随访

10

围绝经期及绝经后女性性健康及避孕

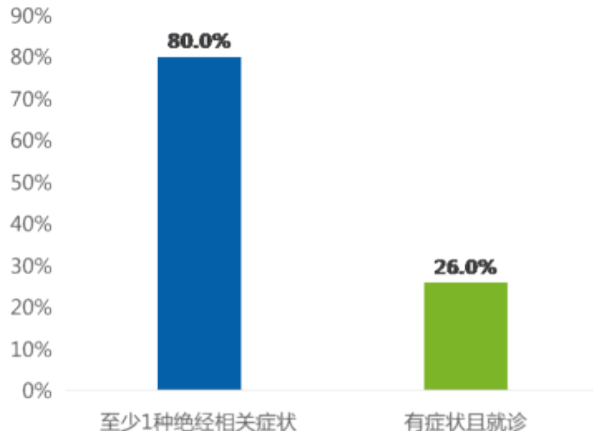
- ① 围绝经期及绝经后女性的性健康
- ② 围绝经期避孕

绝经的诊断及生殖衰老分期

- 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。

中国女性开始进入围绝经期的平均年龄为 46 岁，绝经的平均年龄在 **48~52** 岁，约 **90%** 的女性在 45~55 岁之间绝经 40~45 岁之间绝经称为早绝经。

有症状绝经就诊率



生殖衰老分期

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	
					围绝经期					
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										
FSH			正 常	可 变 ^a	↑ 可 变	↑ ≥25IU/L ^b	↑ 可 变	稳 定		
AMH			低	低	低	低	低	极 低		
抑制素 B			低	低	低	低	低	极 低		
窦卵泡数			少	少	少	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

生殖衰老研讨会分期+10 (STRAW+10) 分期系统

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

目录

1

绝经的诊断及生殖衰老分期

- ① 诊断
- ② 生殖衰老分期

2

绝经健康管理策略MHT的指导原则

- ① 绝经健康管理策略
- ② MHT的指导原则

3

MHT的适应证、禁忌证及慎用情况

- ① 适应证
- ② 禁忌证
- ③ 慎用情况

4

MHT的常用药物和方案

- ① 常用的口服药物
- ② 常用的非口服药物

5

规范的MHT诊疗流程

- ① 总体诊疗流程
- ② 绝经门诊初次接诊流程
- ③ 方案的选择
- ④ 复诊和随访

6

绝经相关症状的治疗策略

- ① VMS
- ② GSM
- ③ 精神心理问题
- ④ 其他躯体症状
- ⑤ 绝经过渡期异常子宫出血

7

POI

- ① 绝经后骨质疏松症
- ② 心脑血管疾病
- ③ 中枢神经系统
- ④ 糖尿病和代谢综合征
- ⑤ 绝经后骨关节症状
- ⑥ 肌肉减少症
- ⑦ 乳腺癌

8

MHT的长期获益与风险

- ⑧ 子宫内膜增生和子宫内膜癌
- ⑨ 宫颈癌
- ⑩ 卵巢恶性肿瘤
- ⑪ 肺癌
- ⑫ 消化系统肿瘤
- ⑬ 血液系统肿瘤

9

MHT的随访

10

围绝经期及绝经后女性性健康及避孕

- ① 围绝经期及绝经后女性的性健康
- ② 围绝经期避孕

绝经健康管理策略



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（1 500~1 700 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；

MHT的指导原则

编号	指导原则	推荐级别
1	MHT 属 医疗措施，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提高生命质量主观意愿的前提下 尽早开始 。	1类
2	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
3	有子宫的女性在补充雌激素时，应加用 足量足疗程 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
4	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
5	使用MHT的女性每年应 至少 接受1次全面的获益风险评估，包括绝经症状评分、新发疾病筛查、全面查体、必要的辅助检查，讨论生活方式和防控慢性疾病的策略，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
6	不推荐乳腺癌生存者全身应用MHT。	1类
7	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
8	围绝经期及绝经后期腹部脂肪的增加与雌激素水平降低有关。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

目录

1

绝经的诊断及生殖衰老分期

- ① 诊断
- ② 生殖衰老分期

2

绝经健康管理策略MHT的指导原则

- ① 绝经健康管理策略
- ② MHT的指导原则

3

MHT的适应证、禁忌证及慎用情况

- ① 适应证
- ② 禁忌证
- ③ 慎用情况

4

MHT的常用药物和方案

- ① 常用的口服药物
- ② 常用的非口服药物

5

规范的MHT诊疗流程

- ① 总体诊疗流程
- ② 绝经门诊初次接诊流程
- ③ 方案的选择
- ④ 复诊和随访

6

绝经相关症状的治疗策略

- ① VMS
- ② GSM
- ③ 精神心理问题
- ④ 其他躯体症状
- ⑤ 绝经过渡期异常子宫出血

7

POI

- ① 绝经后骨质疏松症
- ② 心脑血管疾病
- ③ 中枢神经系统
- ④ 糖尿病和代谢综合征
- ⑤ 绝经后骨关节症状
- ⑥ 肌肉减少症
- ⑦ 乳腺癌

8

MHT的长期获益与风险

- ⑧ 子宫内膜增生和子宫内膜癌
- ⑨ 宫颈癌
- ⑩ 卵巢恶性肿瘤
- ⑪ 肺癌
- ⑫ 消化系统肿瘤
- ⑬ 血液系统肿瘤

9

MHT的随访

10

围绝经期及绝经后女性性健康及避孕

- ① 围绝经期及绝经后女性的性健康
- ② 围绝经期避孕

(1) 绝经相关症状

- ① 月经紊乱，VMS，睡眠障碍，疲乏无力，情绪障碍（1类）
- ② 躯体症状（如胸闷、气短、心悸、肌肉关节痛、咽部异物感）（2A类）

(3) 过早的低雌激素状态

- √ 如 POI、下丘脑垂体性闭经、手术绝经等。
- √ 经评估后如无禁忌证应尽早开始激素补充治疗（HRT），并需要给予相对于 MHT 标准剂量较高的雌激素（2A类）

(2) GSM相关症状

GSM包括与绝经雌激素缺乏相关的生殖道及泌尿系统的症状及体征（1类）。

- √ 生殖系统症状包括生殖道干燥、烧灼、刺激以及阴道缺乏润滑导致的性问题和疼痛；
- √ 泌尿系统症状包括尿急、尿频、尿痛和反复泌尿系统感染。

(4) 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

- √ 高危因素：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，低体重指（BMI） $<18.5 \text{ kg/m}^2$ ，缺乏运动、吸烟、过度饮酒等不良的生活习惯，影响骨代谢的慢性疾病及长期服用糖皮质激素等药物。（1类）
- √ WHO 推荐可使用骨折风险预测工具（FRAX）来评估发生骨质疏松性骨折的概率。（1类）

【要点】 MHT 是医疗措施，只有在有适应证时才考虑应用。

禁忌证



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

- 阴道流血**病因**包括肿瘤性、炎症、医源性、创伤性和卵巢功能失调等，在予以性激素治疗围绝经期月经失调前应**仔细鉴别**。

3. 乳腺癌

- 已知或可疑患有乳腺癌。

4. 恶性肿瘤

- 已知或可疑患性激素依赖性恶性肿瘤。

5. 血栓疾病

- 最近 **6 个月**内患有**活动性**静脉或动脉血栓栓塞性疾病。

6. 严重肝功能不全

- 对于肝肾功能异常的患者，应用MHT时推荐经皮途径；
- 若重复测定肝肾功能高于正常值的**2~3倍**，建议先行内科诊疗。

【要点】 评估存在 **MHT 禁忌证者，不建议全身应用MHT。**

慎用情况

1. 子宫肌瘤

- 子宫肌瘤是雌孕激素依赖性良性疾病，有手术指征者应进行手术治疗，但其并非MHT 禁忌证。
- MHT 使用中**子宫肌瘤**可能稍增大，因此需密切随访。
- 子宫肌瘤患者应用 MHT，雌激素口服比经皮途径更安全，替勃龙比雌孕激素连续联合方案更安全（2A类）。

2. 子宫内膜异位症及子宫腺肌病

- 建议子宫内膜异位症的绝经后期女性首选雌孕激素连续联合方案或替勃龙治疗，且MHT 过程中应密切随访，手术切除子宫的子宫内膜异位症女性开始MHT**至少应用雌孕激素连续联合方案**或替勃龙治疗2年（1类）。
- 子宫腺肌病患者MHT是否加重病情或者增加恶变风险目前尚无相关证据，建议首选连续联合方案或替勃龙治疗。

3. 子宫内膜增生病史

- 子宫内膜增生不伴非典型性的患者在内膜转化后，应用 MHT 时需足量足疗程加用孕激素，首选雌孕激素连续联合方案，并按子宫内膜增生指南进行内膜监测随访。
- 子宫内膜不典型增生者，无生育要求建议先行子宫全切除+双侧输卵管切除术，术后可进行 MHT，无明确证据表明此类无子宫患者进行MHT时需加用孕激素（2A类）。

4. 血栓形成倾向

- 所有围绝经期和绝经后期女性开始 MHT 前均需对血栓形成的危险因素、血栓栓塞病史及家族史进行详细了解和评价，有阳性病史者建议专科就诊咨询。
- 亚洲女性的静脉血栓风险相对较低。
- 有血栓形成危险因素者采用经皮雌激素时血栓风险显著低于口服雌激素（1类）。

5. 胆 结 石

- MHT可能促进胆囊结石形成，增加胆囊手术的概率。
- 经皮雌激素和局部雌激素治疗，可避免药物的肝脏首过效应，对胆石症的影响相对较小，可能具有较高的安全性（1类）。

6. 免疫系统疾病

- 系统性红斑狼疮：SLE 患者易较早出现动脉粥样硬化和骨质疏松症，静脉血栓风险较高。
- 类风湿性关节炎：RA由于使用糖皮质激素，RA患者骨质疏松症的发病率显著高于同龄同性别健康人群。（1类）

7. 乳腺良性疾病及 乳腺癌家族史

- MHT不增加乳腺良性疾病恶变为乳腺癌的风险（2B类）。
- 家族史和MHT与乳腺癌的风险之间的关系相互独立，即 MHT 不会进一步增加有乳腺癌家族史女性的乳腺癌风险（2A类）

8. 癫痫、偏头痛、哮喘

- MHT 剂量的增加可导致癫痫发作的频率上升（2A 类）
- 血雌激素水平的波动与偏头痛的发作密切相关，连续联合方案对偏头痛的发作影响最小（1 类）。
- MHT可能增加哮喘的发作频率（1类）。

9. 血卟啉症、耳硬化症

- 经皮雌激素通常不会引起血卟啉症发作（2A类）。
- 耳硬化症属于半显性遗传，遗传因素在疾病的发病过程中发挥着重要作用，女性发病率高于男性，提示该病可能与雌激素有关，但有研究提示妊娠及口服避孕药并不加重耳硬化症（2A类）。

10. 现患脑膜瘤

- 脑膜瘤与雌激素无关。现患脑膜瘤患者禁用孕激素。
- 暂无证据支持脑膜瘤患者可以使用 LNG-IUS，建议参照乳腺癌术后使用LNG-IUS的证据，持审慎态度个体化处理。
- 脑膜瘤术后复发主要与手术彻底性及分型有关（2A类）。

【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。

目录

1

绝经的诊断及生殖衰老分期

- ① 诊断
- ② 生殖衰老分期

2

绝经健康管理策略MHT的指导原则

- ① 绝经健康管理策略
- ② MHT的指导原则

3

MHT的适应证、禁忌证及慎用情况

- ① 适应证
- ② 禁忌证
- ③ 慎用情况

4

MHT的常用药物和方案

- ① 常用的口服药物
- ② 常用的非口服药物

5

规范的MHT诊疗流程

- ① 总体诊疗流程
- ② 绝经门诊初次接诊流程
- ③ 方案的选择
- ④ 复诊和随访

6

绝经相关症状的治疗策略

- ① VMS
- ② GSM
- ③ 精神心理问题
- ④ 其他躯体症状
- ⑤ 绝经过渡期异常子宫出血

7

POI

- ① 绝经后骨质疏松症
- ② 心脑血管疾病
- ③ 中枢神经系统
- ④ 糖尿病和代谢综合征
- ⑤ 绝经后骨关节症状
- ⑥ 肌肉减少症
- ⑦ 乳腺癌

8

MHT的长期获益与风险

- ⑧ 子宫内膜增生和子宫内膜癌
- ⑨ 宫颈癌
- ⑩ 卵巢恶性肿瘤
- ⑪ 肺癌
- ⑫ 消化系统肿瘤
- ⑬ 血液系统肿瘤

9

MHT的随访

10

围绝经期及绝经后女性性健康及避孕

- ① 围绝经期及绝经后女性的性健康
- ② 围绝经期避孕

一、常用的口服药物

17 β -雌二醇

- 目前17 β -雌二醇无单一产品，仅在复方制剂（17 β -雌二醇片/17 β -雌二醇地屈孕酮片复合包装、雌二醇屈螺酮复方制剂）中含有，每片剂量为1 mg或2 mg。

戊酸雌二醇

- 是微粉化和酯化的雌二醇，口服后水解为雌二醇和戊酸，剂量为1 mg/片。

1. 雌激素

结合雌激素

- 一种天然水溶性混合制剂，从孕马尿中分离提取，成分以雌酮为主，另含有少量其他具有多种性激素活性的甾体类激素，剂量为0.625 mg/片、0.45 mg/片或0.3 mg/片。

尼尔雌醇

- 是合成的长效雌激素制剂，主要成分为尼尔雌醇，是雌激素作用较弱的雌三醇。口服后在脂肪中储存，长期使用对肝脏功能有一定的影响，剂量为1 mg/片、2 mg/片。

一、常用的口服药物

2. 孕激素

天然孕激素

- 微粒化黄体酮，剂量为100 mg/粒、50 mg/粒。

合成孕激素

- ① 地 屈孕酮：是逆转孕酮衍生物，最接近天然孕激素，口服生物利用度高，10 mg/片。
- ② 17 α -羟孕酮衍生物：醋酸甲羟孕酮（MPA），2 mg/片。
- ③ 19-去甲睾酮衍生物：有不同程度的雄性激素活性，如炔诺酮，0.625 mg/片。
- ④ 17 α -螺内酯衍生物：屈螺酮，目前无单方制剂，只在复方制剂中含有（雌二醇屈螺酮片），屈螺酮具有较强的抗盐皮质激素作用和一定的抗雄激素作用。

3. 雌、孕激素复方制剂

雌、孕激素序贯制剂

- ① 17 β -雌二醇片/17 β -雌二醇地屈孕酮片：每盒 28 片，前 14 片仅含 17 β -雌二醇，后 14 片每片含 17 β -雌二醇和 10 mg 地屈孕酮，依 17 β -雌二醇含量不同分为两种剂型 1/10 和 2/10（即每片分别含 17 β -雌二醇 1 mg 或 2 mg）。
- ② 戊酸雌二醇片/戊酸雌二醇醋酸环丙孕酮片：每盒 21 片，前 11 片每片含 2 mg 戊酸雌二醇，后 10 片每片含 2 mg 戊酸雌二醇和 1 mg 醋酸环丙孕酮。

雌、孕激素连续联合制剂

- 雌二醇屈螺酮片：每盒 28 片，每片含雌二醇 1 mg 和屈螺酮 2 mg。

一、常用的口服药物

4.替勃龙

替勃龙属于组织选择性雌激素活性调节剂，2.5 mg/片，其有效成分为 7-甲基-异炔诺酮，口服后代谢为 3 α -羟基替勃龙、3 β -羟基替勃龙和 Δ 4-异构体 3 种化合物，可在不同组织中产生雌激素、孕激素和较弱的雄激素活性，应用过程中无需添加孕激素。

二、常用的非口服药物

经皮雌激素

- ① 雌二醇凝胶，每2.5克凝胶含雌二醇1.5 mg，每天经皮涂抹。
- ② 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 17 β -雌二醇 50 μ g，每周更换。
- ③ 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17 β -雌二醇 0.98 mg，每天经皮涂抹。

相对于口服，经皮雌激素的静脉血栓、心血管事件、胆囊疾病的风险显著降低（1类）

经阴道激素

- ① 普罗雌烯胶丸：每粒含普罗雌烯10 mg。
- ② 普罗雌烯乳膏：每支15 g，每克乳膏含普罗雌烯10 mg。
- ③ 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 200 mg。
- ④ 雌三醇乳膏：每支 15 g，每克乳膏含雌三醇 1 mg。
- ⑤ 结合雌激素乳膏：每支 14 g，每克乳膏含结合雌激素 0.625 mg。
- ⑥ 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。

- √ 普罗雌烯属于严格局部作用的雌激素，不刺激子宫内膜增生；
- √ 雌三醇对子宫内膜刺激小，对血浆雌二醇水平基本无影响；
- √ 结合雌激素轻微升高血浆雌二醇水平，可轻度影响子宫内膜。

二、常用的非口服药物

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。LNG-IUS 使子宫内膜腺体萎缩、间质蜕膜化、内膜变薄，可预防和治疗子宫内膜增生（1类），也可用于MHT的子宫内膜保护（1类）。

【要点】 MHT优先选择天然或最接近天然的雌孕激素。

三、MHT的具体方案

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、单孕激素方案

后半周期孕激素治疗

地屈孕酮 10~20 mg/d 或微粒化黄体酮 200~300 mg/d，于月经周期或撤退性出血的第14天后，连续用10~14 d。

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。
- LNG-IUS 对子宫内膜的保护作用最强，可优先选用。
- 当出现低雌激素相关症状后，建议转为雌激素联合孕激素方案。

三、MHT的具体方案

单雌激素方案

适用于子宫已切除的女性，通常连续用药。

2、单雌激素方案

口服

戊酸雌二醇 0.5~2 mg/d 或 17 β -雌二醇1~2 mg/d或
结合雌激素0.3~0.625 mg/d。

经皮

雌二醇凝胶每天 0.5~1 计量尺（每计量尺为 2.5 g
凝胶，含 1.5 mg 17 β -雌二醇），涂抹于手臂、大腿
、臀部等处的皮肤（避开乳房和会阴）。半水合雌
二醇贴每7天0.5~1帖。

三、MHT的具体方案

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。

在治疗过程中雌激素每天用药，孕激素周期用药。

方案一：采用连续序贯复方制剂，如17β-雌二醇/17β-雌二醇地屈孕酮片（1/10或2/10剂型，）1片/d，每周期28 d，连续应用。

方案二：连续口服或经皮使用雌激素，每 28 天后半程加用孕激素10~14 d。

在治疗过程每周期有3~7 d停药期。

方案一：周期序贯复方制剂，如戊酸雌二醇片/戊酸雌二醇醋酸环丙孕酮片，1片/d，共21d，停药7d后开始下一周期。

方案二：连续口服或经皮使用雌激素 21~25 d，后10~14 d 加用孕激素，停药3~7 d再开始下一周期。

3、雌孕激素序贯方案

连续序贯方案

周期序贯方案

三、MHT的具体方案

4、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本方案。
方案一：连续口服雌激素（雌二醇 1~2 mg/d、结合雌激素0.3~0.625 mg/d）或经皮使用雌激素（雌二醇凝胶0.75~1.5 mg/d、雌二醇皮贴25~50 μg），同时口服地屈孕酮（5~10 mg/d）或微粒化黄体酮（100~200 mg/d）。
方案二：采用复方制剂如雌二醇屈螺酮片（每片含 1 mg 雌二醇，2 mg 屈螺酮）1 片/d，连续给药。对于已经放置LNG-IUS的女性，只需每天口服或经皮使用雌激素。

5、替勃龙方案

- 1.25~2.5 mg/d，连续应用，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。

6、阴道局部雌激素方案

- GSM的首选方案。
- 阴道用药胶丸 1 粒/d、乳膏 0.5~1 g/d，连续使用 2~3 周，症状缓解后改为 2~3 次/周，或根据疗效逐渐递减每周使用次数。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/167012164131006110>