



子宫内膜异位症长期管理 中国专家共识解读

CN-30371/2021-6-4

中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 中华妇产科杂志, 2018, 12(53):1-6

仅供医疗卫生专业人士参考 

目录

01

子宫内异症2018版专家共识更新内容

02

子宫异位症专家共识长期管理细则

03

GnRHa在内异症中的应用



子宫内膜异位症2018年版共识更新



2018年中国共识

主要更新

- 明确提出内异症需要长期管理，并更新了治疗的目标
- 细化不同年龄阶段，以临床问题为导向进行长期管理，新增长期管理的随访
- 新增患者教育细则

明确提出内异症需要长期管理

内异症长期管理的目标：



治疗目标的改变

- ✓ 减轻和消除疼痛
- ✓ 促进和保护生育能力
- ✓ 降低和减少复发
- ✓ 警惕和发现早期病变
- ✓ 提高患者生命质量

细化不同年龄阶段， 以临床问题为导向进行长期管理

青春期

- 疼痛
- 囊肿

育龄期

- 疼痛
- 相关不孕
- 内异症疼痛术后长期管理
- 复发

围绝经期

- 警惕恶变，必要时积极手术治疗
- 既往有内异症病史的围绝经期患者如何管理围绝经期症状目前还缺乏高质量的研究证据

不同生育需求的患者 内异症相关疼痛的术后长期管理

有生育需求的患者

- 指导和帮助妊娠是长期管理中的重要内容
- 应明确建议患者积极妊娠
- 子宫腺肌病长期管理的随访

- 术后管理应该是综合治疗，包括药物治疗、定期随访、健康教育、心理问题的咨询
- 长期管理中应该注意药物副作用的管理

无生育需求的患者

子宫内膜异位症需要长期管理

- 子宫内膜异位症的特点决定了其治疗是一个长期管理的过程：

病因不明/病因难以去除

保守性手术后容易复发、难以根治

具有易侵袭的类似恶性肿瘤的生物学行为，常常累及肠道、泌尿系等重要器官

可以发生癌变，危及患者生命

应被视为慢性疾病，
需要长期管理计划

尽量使用药物治疗，
避免重复手术操作



内异症长期管理原则和目标

原则

以**临床问题**为导向，以**患者**为中心，分年龄阶段处理、综合治疗

长期目标

重在减轻和消除**疼痛**、促进和保护**生育力**、降低和减少**复发**、警惕和早期发现**恶变**

注意事项

- 1 规范手术的时机，术式的选择，重视术后的综合治疗、长期管理
- 2 使患者手术获益最大化、手术损伤最小化
- 3 提高患者的生活质量，分年龄阶段管理，解决其不同年龄阶段最主要的临床问题



目录

01

子宫内异症2018版专家共识更新内容

02

子宫异位症专家共识长期管理细则

03

GnRHa在内异症中的应用



内异症专家共识长期管理细则

1.

青春期内异症患者的长期管理

2.

育龄期内异症患者的长期管理

- 内异症相关疼痛
- 内异症相关不孕
- 内异症复发

3.

围绝经期内异症患者的长期管理

4.

子宫腺肌病患者的长期管理



育龄期内异症的临床特点和长期管理的目标

临床特点：主要表现为疼痛和不孕

- 最典型的临床症状是盆腔疼痛，70%~80%的患者有不同程度的盆腔疼痛
- 包括痛经、慢性盆腔痛、性交痛、肛门坠痛、排便痛、疼痛过敏以及中枢性疼痛等，痛经常是继发性，进行性加重
- 40%~50%的患者相关不孕
- 临床表现中也可有月经异常
- 17%~44%的患者合并盆腔包块

长期管理的目标

- 控制疼痛，
- 保护、指导和促进生育，
- 预防复发



内异症相关疼痛： 治疗原则和治疗流程

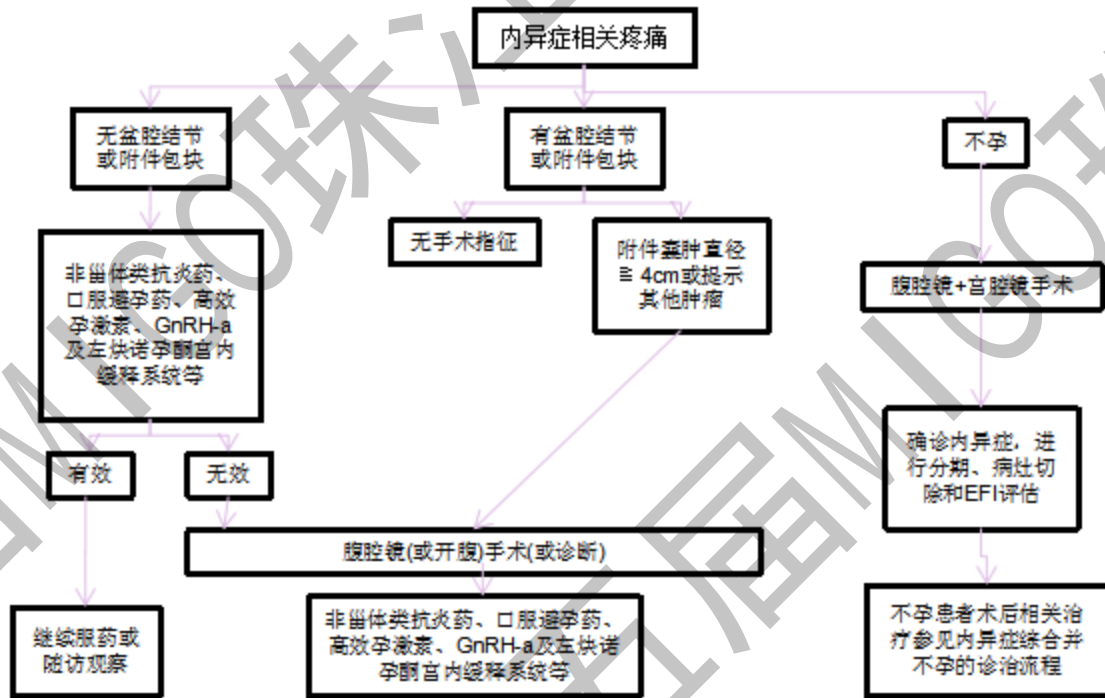
内异症相关疼痛的治疗原则

1. 未合并不孕或包块 $<4\text{cm}$ 的首选**药物治疗**

2. 相关不孕或附件包块直径 $\geq 4\text{cm}$ 者，有手术指征，首选**腹腔镜手术治疗**

3. 药物治疗无效可考虑**手术治疗**

内异症相关疼痛的治疗流程



内异症相关疼痛的经验性药物治疗

- 可选择的工作经验性药物:

- **一线药物**包括: NSAID、口服避孕药及高效孕激素(如醋酸甲羟孕酮等)
- **二线药物**包括 GnRH-a、左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS)
- 一线药物治疗无效改二线药物，如依然无效，应考虑手术治疗。
- 痛经也可考虑中药治疗



手术治疗

治疗指征

- 合并盆腔包块>4cm
- 相关不孕
- 药物治疗无效

手术方式

- 以腹腔镜为首选

术前评估和准备

- 良好的手术设备，合理的手术方式，熟练的手术技术，以及合适的术后处理方案

DIE

- 手术切除内异症病灶特别是DIE可有效缓解疼痛症状
- 病灶切除不彻底者疼痛复发率高
- 但完全切净病灶可能增加手术的风险

育龄期内异症患者术后药物治疗建议

	药物	治疗机制	用法	副作用
一线药物	NSAID	抑制前列腺素的合成； 抑制淋巴细胞活性，减少对传入神经末梢的刺激；阻止致痛物质的形成和释放	根据需要应用， 间隔不少于 6 h	主要为胃肠道反应
	口服避孕药	抑制排卵	连续或周期用药， 持续6个月及以上，可较长时间用药	较少，偶有消化道症状或肝功能异常； 40 岁以上或有高危因素*的患者，要警惕血栓的风险
	高效孕激素 (如醋酸甲羟孕酮等)	引起子宫内膜蜕膜样改变；负反馈抑制下丘脑-垂体-卵巢轴	连用6个月	主要是突破性出血、乳房胀痛、 体重增加、消化道症状及肝功能异常
二线药物	GnRH-a	降调垂体敏感性； 减少 LH、FSH 分泌	每28天1次，3-6 个月	主要是低雌激素血症引起的围绝 经期症状； 长期应用则有骨质丢失的可能
	左炔诺孕酮宫内缓释系统 (LNG-IUS)	1.下调子宫内膜雌激素+孕激素 受体；2.抑制排卵3.异物反应； 4.宫颈粘液改变；5.阻止受精	月经开始的7天 以内放入宫腔	节育器移位和穿孔、节育器脱落； 不规则出血；头痛，腹痛，恶心， 痤疮，情绪抑郁，生殖道感染， 卵巢囊肿，乳房痛

*高危因素（如糖尿病、高血压、
血栓史及吸烟）



傅春和 冯金凤 王清华 卢永如 李昆勋 狄文 李华军 杨洁
周应子 张宝宇 张恒美 张同海 张蔚 赵东 姚永忠 孙健
梁力清 杜福平 黄斌

子宫内异位症(即“异位”)和子宫平滑肌瘤是女性生殖系统的常见病。随着对这两种疾病的认识不断深入,治疗选择以及人性、个体化治疗日益重要。各国的诊治指南都在不断更新。但是在内异症和子宫平滑肌瘤的手术和手术外治疗仍然有大量的疑点尚待探讨。以近年来女性生殖系统肿瘤指南更新为例([guidelines-orienting hormone agonist, Carlini et al](#))上这两种疾病所应用的地区性指南和发表的研究结果为例,却存在巨大差异。内异症的诊治指南和国内相关领域的专家讨论,形成了“非”反异位症治疗新政策然而在内异症和子宫平滑肌瘤治疗中的地位专家意见。

一、Ca²⁺和Mg²⁺的作用机制

促性腺激素释放激素(GnRH)是下丘脑分泌的10肽激素,对生殖调经具有重要意义;GnRH通过垂体门脉系统,以脉冲式释放的形式刺激垂体前叶细胞合成FSH和LH。GnRH₂₋₁₀是改变了GnRH第4位和第10位的氨基酸,其活性为天然GnRH的50~100倍。GnRH₂₋₁₀首次给药初期具有短暂刺激垂体

<http://www.elsevier.com/locate/jmb>

[illegible]

[Download the full report](#)

果能发挥 LH 和 FSH 的反作用,将“点火效应”(flame-up)抑制至接近正常或略增加。GnRH-a 连续应用 10~15 d 后,垂体中的 GnRH-a 受体被充分饱和,对 GnRH-a 不再敏感,垂体 GnRH 分泌量减少,产生降调节作用,FSH 和 LH 大幅下降,导致垂体前叶激素生成减少,类似于绝经前手术去势水平。因此,GnRH-a 长期应用可治疗或缓解多种性腺功能低下相关疾病。目前,临床应用较多的治疗良性前列腺增生症和子宫平滑肌瘤病。GnRH-a 在生殖内分泌应用中存在不良反应的担忧。

CaH₂的種類,最早上市的CaH₂商品是奧西瑞斯。1989年在美国上市後至應用達30年。此種同類產品有生命能藥、真菌藥片。以前, CaH₂藥劑物不僅劑型多,劑型也有多種,包括注射劑、以膠囊形式、環下柱劑等。因此,在選用不同CaH₂時應考慮給藥途徑,但在各藥效起到的性質有別。

[illegible]

1. 在教师-学生互动的过程中, 从内容到理论都是“做故事官口理论”, 但目的却与做故事官口理论不一样, 这是由我国教师的水平决定的。

不同组织对雌激素的敏感性不一样，将体内雌激素的水平维持在不刺激异位内膜生长而又不引起围绝经期症状及骨质丢失的范围（雌二醇水平在146~183 pmol/L之间），则既不影响治疗效果，又可减轻副作用。

的理论
维数
感内在

GnRHa治疗+反向添加的治疗方案

- 《子宫内膜异位症的诊治指南》推荐 3 种反向添加方案：

(1) 雌孕激素方案：雌孕激素连续联合用药

- 戊酸雌二醇 $0.5\sim1.5\text{ mg/d}$ ，或结合雌激素 $0.3\sim0.45\text{ mg/d}$ ，或半水合雌二醇贴每7日 $1/2\sim1$ 帖，或雌二醇凝胶 1.25 g/d 经皮涂抹；
- 孕激素多采用地屈孕酮 5 mg/d 或醋酸甲羟孕酮 $2\sim4\text{ mg/d}$
- 也可采用复方制剂雌二醇屈螺酮片，每日1片

(2) 单用孕激素方案：每日醋酸炔诺酮 $1.25\sim2.5\text{ mg}$

(3) 连续应用替勃龙方案：推荐 $1.25\sim2.5\text{ mg/d}$



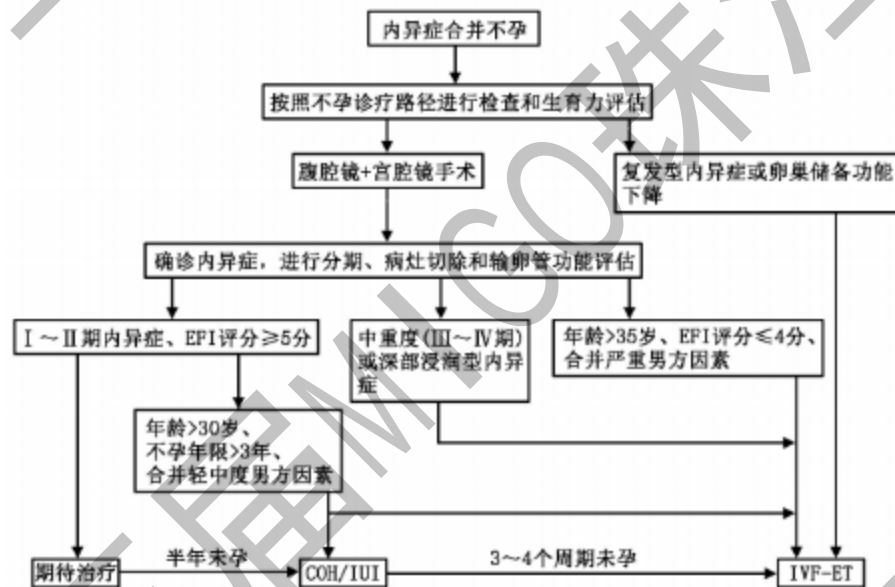
GnRHa治疗的联合调解管理

- 联合调解管理不影响GnRHa治疗期间的雌激素水平，又能改善绝经症状
- 《子宫内膜异位症的诊治指南》：
 - 3个月内的GnRH-a短期应用，只为缓解症状的需要，可以采用植物药，如黑升麻异丙醇萃取物（莉芙敏）、升麻乙醇萃取物，每日2次，每次1片
- 黑升麻可能通过受体介导或受体调控（如5-羟色胺、 γ -氨基丁酸和多巴胺受体）作用于中枢系统有关，有稳定体温中枢及情绪中枢，缓解更年期症状的作用



内异症相关不孕的诊治流程

- 对于内异症相关不孕患者首先按照不孕的诊疗路径进行全面的不孕症检查，排除其他不孕因素



注:内异症:子宫内膜异位症;EFI:内异症生育指数;COH:超促排卵;IUI:宫腔内人工授精;IVF-ET:体外受精-胚胎移植

图2 内异症合并不孕的诊治流程图

内异症相关不孕的长期管理

01.临床上可疑相关不孕的内异症患者，建议腹腔镜探查

- 以确定内异症的诊断、类型、分期并行生育能力的全面评估[内异症生育指数（endometriosis fertility index, EFI）]
- 同时行内异症病灶清除
- 术中大量生理盐水清洗盆腔以改善盆腔微环境，提高术后妊娠率

02.手术有可能对卵巢储备功能产生损害，因此，术前需行卵巢储备功能评估

尤其是对于年龄大（>35岁）、双侧卵巢子宫内位囊肿、术前有月经紊乱等高危因素的患者

03. 如已有卵巢储备功能低下者，不宜手术应直接行体外受精-胚胎移植（IVF-ET）

内异症相关不孕的长期管理

腹腔镜是首选的手术治疗方式

手术前需要评估内异症的类型、分期及EFI评分，可评估内异症病变的严重程度并评估生育预后，根据EFI评分给予患者生育指导

年轻、轻中度内异症、腹腔镜探查EFI评分 ≥ 5 分者

可于术后在生育指导下自然试孕，如果未孕，建议行促排卵加宫腔内人工授精（IUI）3~4个周期治疗

EFI评分 ≤ 4 分，有高危因素者（年龄在35岁以上、不孕年限超过3年，尤其是原发性不孕者；重度内异症、病灶切除不彻底者；输卵管不通畅者）、男方因素不孕以及促排卵加IUI治疗3~4周期未孕

建议行IVF-ET

腹腔镜手术后半年内或术后GnRH-a药物治疗停药半年内是内异症不孕患者的最佳妊娠时间，应对患者给予妊娠指导

内异症复发治疗原则

- 内异症复发的长期管理重在初治规范、预防复发
- 手术治疗
 - 药物治疗痛经后复发，应手术治疗
 - 术后疼痛复发，可先用药物治疗，若仍无效，应考虑手术
 - 如年龄较大、无生育要求且症状重者，可考虑根治性手术
- 手术+药物治疗+IVF-ET/药物+IVF-ET



内异症复发联合治疗

患者		方案	备注
卵巢子宫内膜异位囊肿复发	无生育要求	手术或超声引导下穿刺，术后给予GnRH-a治疗，之后换用其它药物做长期维持治疗	反复手术会进一步降低卵巢储备功能，甚至导致卵巢功能衰竭。对复发者行IVF-ET其妊娠率是再次手术后的2倍（分别为40%、20%）
	有生育要求或不孕	先进行卵巢储备功能和生育力评估，若卵巢储备功能已经下降首选超声引导下穿刺术，之后行GnRH-a 3个月再进行IVF-ET	
未合并卵巢子宫内膜异位囊肿的不孕患者		行GnRH-a治疗 3个月后进行IVF-ET	
对深部浸润型内异症复发伴不孕的患者		建议GnRH-a治疗后进行IVF-ET	手术治疗损伤风险增加，且无确切证据表明DIE复发手术可以提高妊娠率
		若患者疼痛症状严重影响日常生活及性生活则建议先手术缓解症状	

内异症复发长期管理的随诊建议

- 建议对于内异症复发的患者无论是症状复发还是卵巢囊肿的复发，每**3-6个月**随诊一次

随诊内容

- 内异症症状的控制
- 生活质量
- 卵巢囊肿情况，卵巢囊肿良恶性质的监测
- 药物副反应以及生育的指导

随诊指标

- 妇科检查
- 盆腔超声
- 卵巢肿瘤标记物
- 卵巢功能
- 监测骨密度(对于连续使用GnRHa6个周期以上的患者)



围绝经期内异症



风险

- 围绝经期内异症需特别关注与子宫内膜异位症相关性肿瘤，特别是**内异症恶变**的风险
- 临床有以下情况应警惕内异症恶变：
 - 绝经后内异症患者，疼痛节律改变
 - 卵巢囊肿过大，直径 $>10\text{ cm}$
 - 影像学检查发现卵巢囊肿内部实性或乳头状结构，彩超检查病灶血流丰富，阻力低
 - 血清CA125水平过高 $>200\text{ kU/L}$ (除外感染或子宫腺肌病)



治疗

- 围绝经期的卵巢内异症囊肿治疗**以手术为主**，可子宫双附件切除或患侧附件切除。

警惕内异症恶变征象

- 绝经后内异症患者，疼痛节律改变
- 卵巢囊肿过大，直径 $>10\text{ cm}$
- 影像学检查发现卵巢囊肿内部实性或乳头状结构，彩超检查病灶血流丰富，阻力低
- 血清CA125水平过高 $>200\text{ kU/L}$ (除外感染或子宫腺肌病)



子宫腺肌病

子宫腺肌病诊治要点

- 子宫肌层内存在子宫内膜腺体和间质,在激素的影响下发生出血、肌纤维结缔组织增生,形成弥漫病变或者局限性病变,也可形成子宫腺肌瘤
- 病灶内部可以出现含咖啡色液体的囊肿,如果囊肿直径>5mm称为**囊性子宫腺肌病**
- 病因不清,主要原因可能是损伤子宫内膜基底层, **子宫内膜-肌层结合带(junctional zone)**内环境稳定性遭到破坏,基底层防御功能减退可能参与了发病
- 药物治疗 用法同内异症治疗

子宫腺肌病诊治流程



目录

01

子宫内异症2018版专家共识更新内容

02

子宫异位症专家共识长期管理细则

03

GnRHa在内异症中的应用



GnRHa在内异症中的应用

经验性药物治疗；

对病变严重估计手术困难者，术前短暂应用提高手术安全性；

术后联合其他药物长期管理预防复发



促性腺激素释放激素激动剂(GnRHa) --内异症药物治疗的“金标准”

GnRHa是金标准

- GnRHa是内异症药物治疗的“金标准”，在内异症术后推荐GnRHa药物，如：“戈舍瑞林”
- 6个月的GnRH-a治疗对于预防复发具有较好的成本效益比
- GnRHa是目前所有内异症药物中能够更有效降低雌激素水平的药物

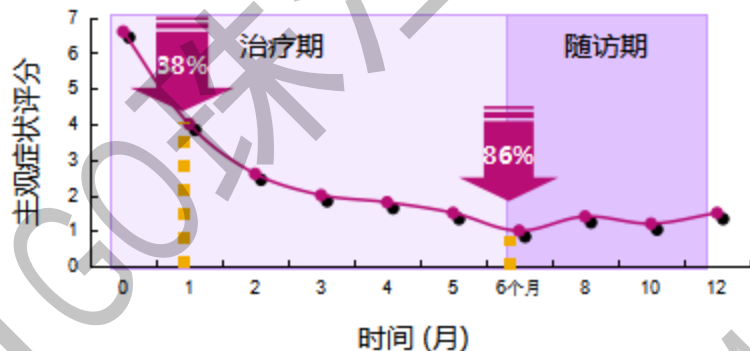
GnRHa的使用方式

- GnRHa术后6个月治疗
- 联合其他药物使用序贯治疗，发挥其迅速减轻症状、萎缩病灶的作用
 - GnRHa联合OCS
 - GnRHa联合左炔诺孕酮宫内缓释系统
- GnRHa治疗的反向添加
- GnRHa治疗的联合调解管理

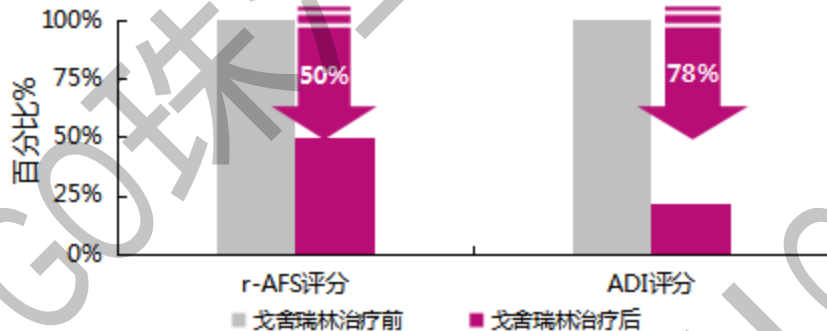


GnRH-a可减轻疼痛， 降低主客观症状评分

GnRH-a显著降低总主观症状评分达86%



GnRH-a有效降低r-AFS和ADI临床评分



r-AFS (revised-American Fertility Society): 修正的美国生殖医学协会制定的子宫内膜异位症评分系统,
ADI=Additive Diameter of Implants (植入物直径评分)

来自欧洲12个中心的146例内异症患者，接受戈舍瑞林治疗6个月，随访6个月，观察其主客观症状评分。

总主观症状包括：盆腔症状（痛经、性交痛、盆腔痛）和体征（盆腔触痛和硬结）。

结果显示：31.5%的患者(n=46)可见病变完全消除；

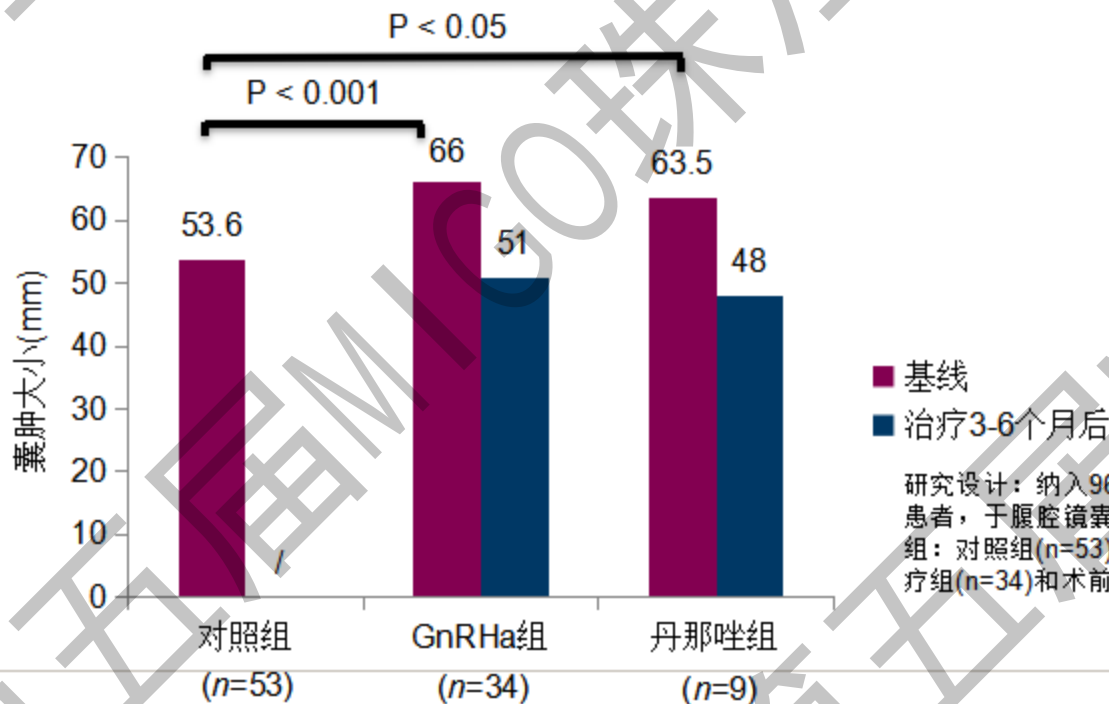
显著降低疼痛症状评分93%；

r-AFS¹⁴和ADI评分分别下降50%和78%。

术前应用GnRHa治疗3~6个月 有助于缩小病灶

- 一项随机对照研究显示：

✓术前应用GnRHa治疗3~6个月有助于缩小病灶



术前药物治疗显著缩短手术时间， 减少术中出血量

- 一项系统评价和Meta分析结果显示：
 - ✓术前药物治疗显著缩短手术时间， $P=0.0003$
 - ✓术前药物治疗显著减少术中出血量， $P<0.0001$

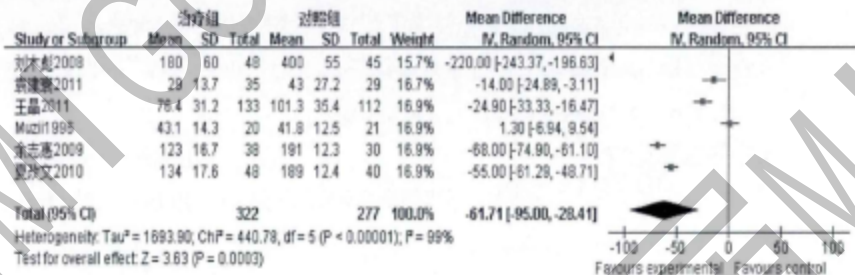


图3 子宫内异位症药物治疗后手术与单纯手术的手术时间比较

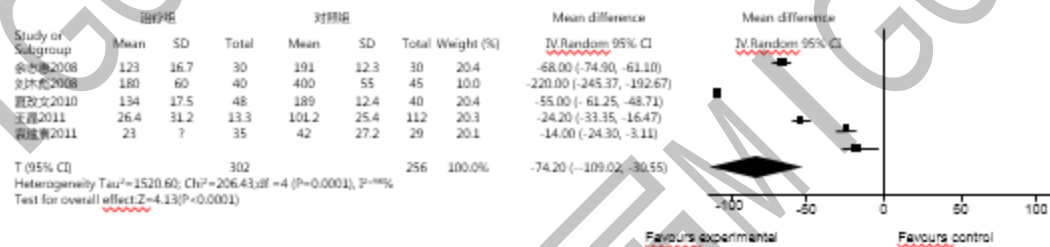


图4 子宫内异位症药物治疗后手术与单纯手术的术中出血量比较

研究设计：检索Cochrane Central Library、Embase、Pubmed及CBM、CNKI、维普、万方，且手动查阅相关期刊，检索日期截至2013年5月，最终纳入8篇文献共692例患者。8篇文献均为GnRH-a药物治疗后手术与单纯手术治疗比较。该研究旨在评价子宫内异位症术前应用药物治疗的疗效。

术前应用缓释GnRHa药物对 内异症治疗的优势



Obstet Gynecol Clin N Am
30 (2003) 163–180

OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY
CLINICS
of North America

Endometriosis Preoperative and postoperative medical treatment

Paolo Vercellini, MD*, Giada Frontino, MD,
Olga De Giorgi, MD, Giuliana Pietropaulo, MD,
Roberta Pasetti, MD, Pier Giorgio Crosignani, MD

*Sanpiero Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Milan,
Via Comandini, 12 20122 Milan, Italy

The management of endometriosis recently has undergone major modifications based on several advances in surgical, medical, and alternative treatments. After the introduction of safe and effective endoscopic techniques for debulking or radical conservative surgery of the disease, diagnostic-only laparoscopy has almost disappeared [1,2]. Currently it is standard practice to eliminate or reduce visible lesions on the same occasion as visual confirmation [3] because randomized, double-blind, controlled trials demonstrated the efficacy of endometrial ablation in evidently increasing the pregnancy rate in infertile women [4] and in reducing pelvic pain in symptomatic patients [5,6]. As a result of the increasing surgical approach to endometriosis, the combination of medical treatment with laparoscopic procedures, either preoperatively or postoperatively, represents a growing field of application of drugs [7–10]. Unfortunately, little information is available on the potential benefits of hormonal treatments in combination with conservative surgery for endometriosis [11–13]. Accordingly, the authors considered it of interest to identify, analyze and, when appropriate, pool published data on combined medical and surgical treatment in the scientific literature of the last 15 years. The main purpose of this article is to assess the effect of administering drugs either before or after the intervention on postoperative pregnancy rate and on endometriosis-associated pelvic pain and compare it with that of surgery alone. This article is partly based on a previously published review [14].

* Corresponding author.
E-mail address: paolocvercellini@unimi.it (P. Vercellini).

outcome. According to the extensive evaluations of preoperative medical therapies by Donnez et al [19,20,26], a GnRH agonist in depot formulation proved superior to progestins, danazol, gestrinone, and the same GnRH agonist as nasal spray in terms of reduction of inflammation, vascularization, AFS score, mean endometrioma diameter, and mitotic index. In a randomized trial, Donnez

- 依据Donnez等的研究，术前应用缓释剂型GnRHa药物在下述方面优于孕酮、达那唑、孕三烯酮和鼻喷剂型GnRHa药物：

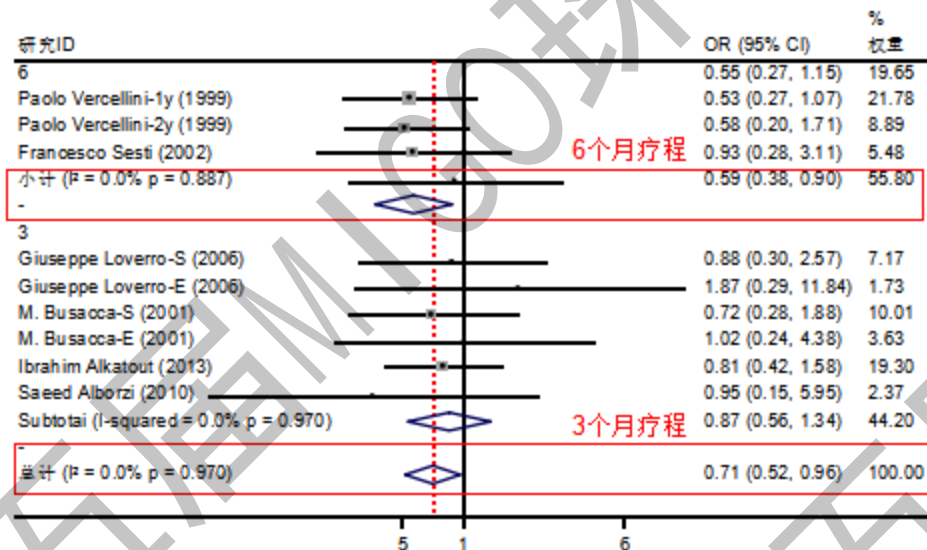
1. 减少炎症反应
2. 减少血管生成
3. 降低美国生育学会(AFS)子宫内膜异位症评分
4. 缩小子宫腺肌瘤直径
5. 降低有丝分裂指数



与术后使用3个月相比，术后使用6个月 GnRH-a显著降低内异症复发率

一项荟萃分析显示：

- 术后使用3个月GnRH-a对疾病复发的影响和对照组无统计学差异，而使用6个月GnRH-a能显著降低复发率



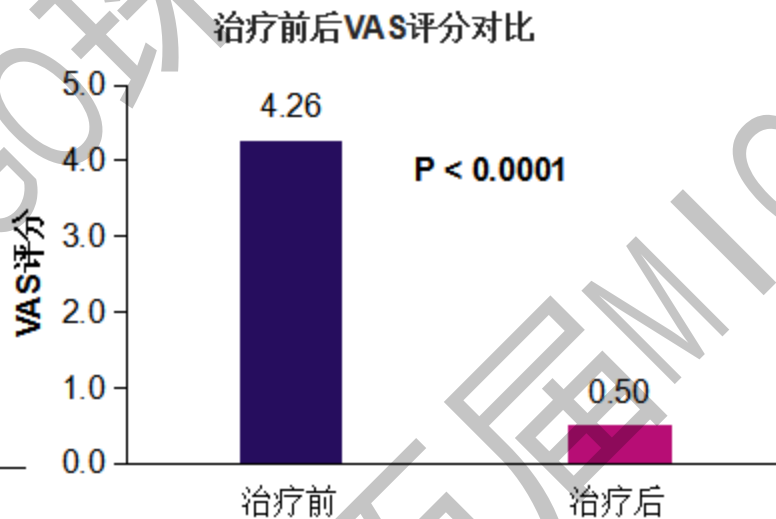
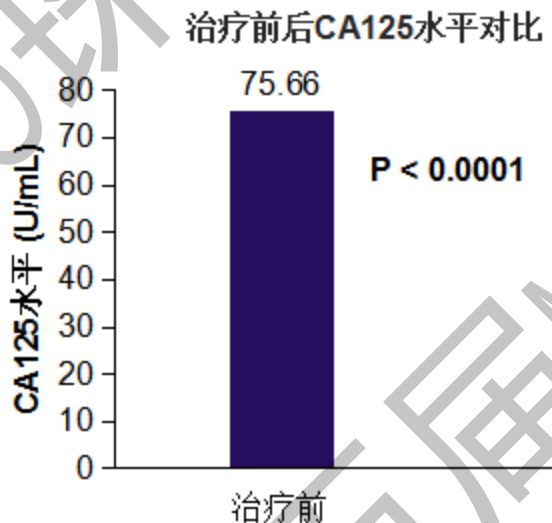
研究设计：一项meta分析，通过PubMed、Embase和Cochrane Library检索2015年6月之前在网发表的术后GnRH-a治疗的相关研究，纳入7项随机对照试验，其中328例为术后GnRH-a治疗组，394例为对照组。评价术后GnRH-a治疗的疗效，确定术后GnRH-a治疗能否降低子宫内膜异位症的复发率，评估GnRH-a治疗时间与子宫内膜异位症复发率之间的关系。



术后GnRH-a序贯LNG-IUS 显著改善症状，有效预防内异症的复发

一项前瞻性、观察研究显示：

- 术后GnRH-a序贯LNG-IUS治疗后，CA125水平和VAS评分显著下降，复发率为**7.1%**

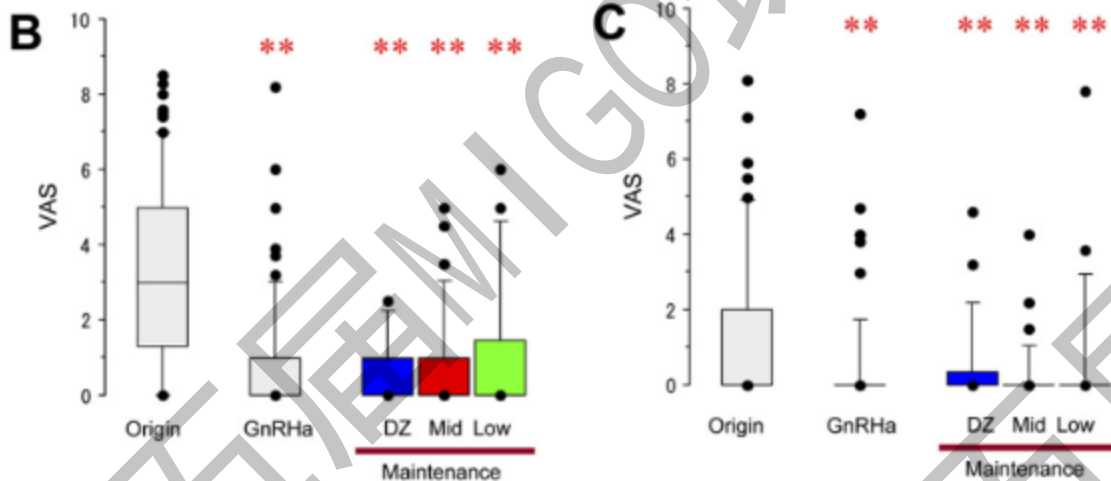


研究设计：一项前瞻性研究，纳入2010.3-2016.7期间行腹腔镜子宫内异症手术，术后接受GnRH-a治疗6个月后序贯置入LNG-IUS的28例患者。其中85.7%的患者在置入LNG-IUS后进行了一年以上的临床随访，平均随访时间36月。分析其临床特点、子宫内异症复发及不良反应，评价术后GnRH-a序贯LNG-IUS预防内异症囊肿复发的疗效。

术后GnRH-a序贯OC，显著改善疼痛症状

一项随机对照研究显示：

- 与GnRH-a治疗前相比，GnH-a+MDOC/LDOC均显著改善非周期性盆腔疼痛和性交疼痛症状， $P < 0.01$
- GnH-a+MDOC/LDOC均维持了GnRH-a的治疗效果，症状未见恶化



研究设计：一项对照研究，共纳入74例行保守手术治疗的内异症患者，术后给予GnRH-a治疗6个月后，随机分为低剂里达那唑组DZ（n=21）、低剂里口服避孕药组LDOC（n=19）和中剂里口服避孕药组MDOC（n=34）。评估疼痛缓解情况、内异症病灶变化。

总结

- 内异症被认为是慢性病，需要进行长期管理
- 对于不同年龄段的内异症患者需求和问题都存在个体差异化，只有充分理解，真正做好了分阶段处理，分层次治疗，才能面对内异症错综复杂的临床问题始终保持思路清晰，才能在患者的各个年龄阶段给予最需要的帮助



诺雷得®3.6mg简明处方资料

【适应症】

前列腺癌：本品适用于可用激素治疗的前列腺癌。

乳腺癌：适用于可用激素治疗的绝经前期及围绝经期妇女的乳腺癌。

子宫内异位症：缓解症状包括减轻疼痛并减少子宫内膜损伤的大小和数目。

【用法用量】

成人：在腹前壁皮下注射本品3.6mg一支，每28天一次。对肾或肝功能不全者及老年病人不需调整剂量。

子宫内异位症的治疗不应超过六个月，因为目前尚没有长期治疗的临床数据，考虑到有关骨矿物质丢失的问题，应避免重复疗程。

【不良反应】

在接受本品治疗的子宫内异位症的病人中，加入激素替代疗法（每天给予雌激素和孕激素制剂）可以减少骨矿物质丢失和血管舒缩症状。

男性：十分常见性欲下降、潮红、多汗、勃起功能障碍；常见糖耐量受损、情绪变化、感觉异常、脊髓压痛、心衰和心肌梗塞、血压异常、皮疹、骨骼疼痛、男性乳房发育、注射位置反应，包括在注射位置上有轻度瘀血、骨密度下降、体重增加；偶见药物超敏反应、关节痛、输尿管梗阻、乳房触痛；罕见速发超敏反应；十分罕见垂体肿瘤、垂体出血、精神障碍；频率未知：脱发发生、QT延长。

女性：十分常见性欲下降、潮红、多汗和痤疮、外阴阴道干燥、乳房增大、注射位置反应，包括在注射位置上有轻度瘀血；常见情绪变化，如抑郁、感觉异常、头痛、血压异常、皮疹和脱发、关节痛、肿瘤潮红和肿瘤疼痛、骨密度下降、体重增加；偶见药物超敏反应、高钙血症；罕见速发超敏反应、卵巢囊肿；十分罕见垂体肿瘤、垂体出血、精神障碍；子宫肌瘤变性；频率未知：脱发发生、QT延长。

【禁忌】

已知对本品活性成分或其他LHRH类似物，及本品其他任一辅料过敏者禁用。孕期及哺乳期妇女禁用。

【注意事项】

因尚未确定本品在儿童中的安全性和有效性，本品不得用于儿童。

雄激素剥夺治疗可能会延长QT间期。

已有本品的注射部位出现损伤，包括疼痛、血肿、出血和血管损伤事件的报告，因此需监测患者的体征或腹部出血症状。

男性：对有发展为输尿管梗阻或脊髓压迫危险的男性病人本品应慎用，而且在治疗的第一个月期间应密切监护病人。

男性患者接受LHRH激动剂可能引起骨密度下降。男性患者接受LHRH激动剂可观察到糖耐量降低，在预先患有糖尿病患者中，这可能表现为糖尿病或高血糖不能良好控制。因此对血糖应进行监控。

女性：妇女使用LHRH激动剂可能引起骨密度下降，对早期乳腺癌治疗2年后，在股骨颈部和腰椎处骨密度分别平均下降6.2%和11.5%，而停止治疗1年后可部分恢复到只比基线低3.4%和6.4%（该结果只基于有限的资料）。

在接受本品治疗的子宫内异位症的病人中，加入激素替代疗法（每天给予雌激素和孕激素制剂）可以减少骨矿物质丢失和血管舒缩症状。

对已知有骨代谢异常的妇女使用本品时应注意。目前尚无用本品治疗良性妇科疾病超过六个月的临床数据。

请通过以下任一方式将不良事件报告给阿斯利康中国：热线：4008208116（手机&座机）/ 8008208116（座机）在线报告：<https://aereporting.astrazeneca.com/>



Thanks



一诺千金