



北京市社区卫生服务机构
专病特色科室建设项目

北京市社区卫生服务机构 更年期保健专病特色科室建设

培 训 资 料

北京市卫生健康委员会
北京市社区卫生协会
2025年7月

目 录

1. 更年期保健特色专病科室建设标准.....	(1)
2. 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 更年期保健特色专病门诊病历质量评分标准.....	(14)
3. 2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 更年期保健门诊处方核查表.....	(16)
4. 北京市社区卫生服务机构更年期保健特色科室建设项目介绍.....	何永洁 (18)
5. 《更年期妇女健康管理专家共识》基层版解读.....	孙艳格 (38)
6. 《中国绝经管理与绝经激素治疗指南 (2023 版)》解读.....	杨 欣 (55)

更年期保健特色专病科室建设标准

一、建设目的

随着人类寿命的延长，绝经后期已经成为女性整个生命周期中最长的一个阶段，绝经的本质是卵巢功能衰竭，雌激素波动性下降及缺乏导致女性绝经相关症状，而且长期缺乏雌激素可增加代谢性疾病的风险，包括骨代谢及糖、脂代谢异常，如骨质疏松症和心脑血管疾病等。做好更年期保健，缓解绝经相关症状同时可预防中老年慢性疾病的发生。

基层医疗机构在女性更年期健康宣教、健康检查、生活方式指导、治疗、随访管理中发挥着重要作用，在基层医疗机构建立一批更年期保健特色专病科室对于开展更年期健康管理、提高相关疾病筛查率、对绝经引起的相关问题早期识别并积极干预、延缓和减少衰老性疾病的发生发展具有非常重要的意义。

二、科室建设条件

（一）人员配置

注重人才梯队建设，团队成员至少 4 人。

1. 至少有一名具有执业资质的副高级及以上专业技术职称人员作为学科带头人；
2. 至少有 1 名中级以上职称的医师和 1 名初级职称医师；
3. 团队中副高及中级职称人员中至少有 1 名执业范围为妇产科；
4. 至少有 1 名经更年期健康管理相关知识和技能培训合格的护士。

（二）设施、设备

1. 设施：具有开展更年期保健特色专病科室的独立诊室，使用面积不低

于 10 m²，统一“更年期保健门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板。

2. 设备

(1) 诊室必备设备：妇科检查床及相关检查设备、血压计、身高/体重测量仪、腰围尺、握力器、电脑、打印机及网络系统。

(2) 机构内应配备的设备：心电图机、B 超诊断仪、骨密度检查设备、人体成分分析仪等。

(三) 检测检查项目

1. 化验项目：开设更年期保健特色专病门诊应开展血常规、尿常规、尿妊娠试验、血生化检查（血糖、血脂、肝功、肾功）、甲状腺功能检查、宫颈细胞学检查、人乳头状瘤病毒检测、女性激素检查、血清维生素 D 检测等检验项目，不具备检测条件者可以和上级医院联合外送检查。

2. 检查项目：需开展心电图、肝胆胰脾超声、颈动脉超声、妇科超声、乳腺超声、骨密度检查、体成分检测等检查。

(四) 药品

应配备更年期综合征治疗药物，以下各类药物至少一种：

1. 中成药：如坤泰胶囊、更年安等
2. 雌激素制剂：包括口服雌激素：戊酸雌二醇；经皮雌激素：雌二醇凝胶；阴道用雌激素：普罗雌烯、雌三醇或结合雌激素乳膏。
3. 孕激素制剂：地屈孕酮、黄体酮等
4. 雌孕激素复方制剂：雌二醇/雌二醇地屈孕酮片
5. 组织选择性雌激素活性调节剂：替勃龙

(五) 工作方案与规章制度

1. 制定更年期保健特色专病科室建设工作方案，包括领导小组，组织架

构，科室设置，专病科室建设思路等。

2. 制定更年期保健特色专病科室工作制度，包括科室管理制度、人员管理及绩效考核制度、人员培训制度、设施设备管理制度、双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、更年期健康管理家医签约服务项目清单（包）等。

3. 制定更年期保健服务流程、技术规范、医疗风险防控预案（如阴道大量流血、急性下腹痛等危急重症的识别与处理）等。

4. 人员岗位职责：包括专病科室医生、护士职责和培育基地专家职责。

（六）工作数量

1. 进行生殖衰老分期（STRAW+10）评估的女性 ≥ 500 人次/年。

2. 到机构就诊的更年期妇女人数 ≥ 400 人次/年。

3. 纳入更年期健康管理人数 ≥ 100 人，纳入管理者要有档案、有管理记录。

4. 能规范开展绝经激素治疗，人数 ≥ 100 人次/年。

（七）医疗质量管理

1. 建立更年期患者数据库

能通过信息化数据平台，对机构就诊的更年期患者建立电子健康档案，无专门更年期患者管理数据库者可利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“更年期保健”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，可提取本病中工作数量等，内容包括但不限于：患者完整的基本信息、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、双向转诊等相关信息。

2. 建立病例质量控制制度

建立更年期保健专病病历质控及专家点评制度，每季度至少一次，每次质控病历核查不少于 30 份，有汇总、有分析、有问题整改及跟踪结果，评

估更年期患者的诊断、规范化治疗及健康指导的准确性及合理性（详见病历质量核查表）。病历质量合格率 90%以上。

3. 建立处方点评制度

建立每季度处方点评制度至少一次，每次质控处方核查不少于 30 张，有汇总、有分析，对点评结果及时进行反馈并制定相应整改措施（详见处方质量核查表）。处方合格率 90%以上。

（八）三级或专科医疗机构培育基地联动建设

1. 三级医疗机构或专科医疗机构培育基地专家下社区

建立更年期患者管理分级诊疗制度，社区卫生服务机构专病特色科室同三级医疗机构或专科医疗机构培育基地建立联动机制，特别是妇科更年期保健门诊建立密切合作，培育基地副高职称以上专家需完成每月不少于 2 个门诊单元的出诊、带教、授课等任务，其中门诊出诊至少一次，另外一次可以是查房、带教、授课等形式不限，时间和专家相对固定，专家未下社区或资料不真实为专病“一票否决”为不合格。具备条件的机构可积极开展远程医疗服务，推动社区更年期患者管理水平的提升。

科室需留存完整的资料，包括但不限于考勤表、处方、劳务凭单；讲课通知、签到、照片、课件；会诊记录等。

2. 畅通双向转诊绿色通道

建立与三级医疗机构或专科医疗机构培育基地双向转诊通道，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。转诊情况应记录在健康档案或诊疗病历中。

（九）开展家庭医生签约服务

开展更年期患者家庭医生签约服务并进行规范化管理。制定并提供个性化更年期患者签约服务项目清单（包），对签约患者应实行连续综合的责任

制管理，建立健康档案，提供基本医疗、健康管理等相关服务，规范化管理包括面对面随访每年至少 4 次，健康体检至少 1 次。

（十）人员培训、进修及考核

1. 人员培训：专病特色科室的全科医生（妇产科医生）和社区护士，申报当年均需参加由北京市组织的更年期保健特色专病统一培训，并考核合格。

2. 人员进修：申报当年，专病特色科室工作的临床医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习；市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间累计不少于一个月。进修结束前，由带教老师进行相关知识技能考核合格。

3. 按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。

（十一）开展健康教育

更年期保健特色专病科室的医护人员应为更年期女性提供相关的健康教育知识，每年开展更年期患者健康教育活动 ≥ 4 次，每次参与人数不少于 20 人，活动形式不限，线上及线下均可。

（十二）绩效考核指标

更年期保健特色专病科室绩效考核指标包括：（具体评分标准详见附件 1）。

1. 更年期患者规范管理率 $\geq 70\%$

抽查的规范管理率=抽查的档案中按照规范管理的更年期档案份数/抽查的档案管理的更年期患者份数 $\times 100\%$

规范管理包括以下内容：

（1）生殖衰老分期（STRAW+10）评估

（2）病史采集完整，重点包括更年期相关症状、月经孕产史、既往史

（如子宫肌瘤、胆囊结石、肝肾疾病等）、家族史（尤其是乳腺癌及子宫内膜癌等恶性肿瘤）等。

（3）体格检查完整：包括身高、体重、腰围、血压等，进行乳腺检查，妇科检查等。

（4）实验室检查完整：包括每年一次血常规，尿常规、血糖血脂肝肾功能，甲状腺功能，宫颈癌筛查（绝经激素治疗者一年之内应该有宫颈癌筛查结果，其他按照宫颈癌防控规范要求时间间隔进行筛查）、血生殖激素检测（初始评估应该进行血清激素检查，之后根据病情需要择期检查）。

（4）辅助检查完整：包括每年一次肝胆胰脾超声检查、盆腔超声检查、乳腺超声检查或钼靶、骨密度检查、体成分分析。

（5）一般保健指导服务内容规范。

（6）治疗方案正确

2. 更年期患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

更年期患者家庭医生服务签约率=专病科室更年期患者签约人数/专病科室更年期患者管理人数 $\times 100\%$

3. 更年期患者预约就诊率 $\geq 50\%$ 。

更年期患者预约就诊率=某时段专病特色科室更年期患者预约就诊人次/同时段专病特色科室更年期患者就诊总人次 $\times 100\%$ 。

三、更年期患者管理流程

管理对象为 40-65 岁自愿参加更年期健康管理的女性，管理流程包括以下步骤：

（一）评估

根据主管资料和客观检查结果对更年期妇女进行健康状况初步评估。

首先要询问主观资料，主观资料包括妇女月经情况、目前健康状况、婚

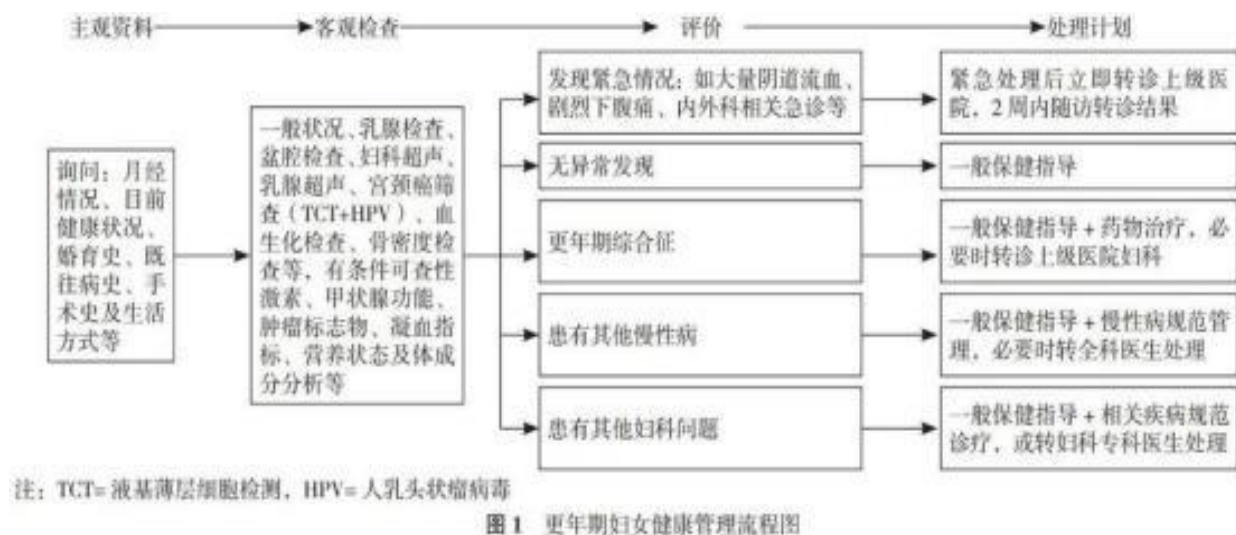
育史、既往病史、手术史及生活方式等。月经情况包括月经史、目前月经状态，判断生殖衰老分期。目前健康状况重点询问有无更年期妇女常见疾病的典型症状，如潮热、出汗、关节痛、阴道干燥等，有无情绪激动、焦虑、抑郁等问题，有无乳房异常感觉、异常阴道出血、白带异常、下腹部疼痛或包块等其他症状，更年期症状可通过更年期症状评分（改良 Kupperman 评分）进行量化，焦虑、抑郁症状应通过相关量表进行评估。

之后进行客观检查，客观检查包括一般状况、全身查体（心肺腹、乳腺检查、盆腔检查）、妇科超声、乳腺超声、肝胆胰脾超声、宫颈癌筛查、骨密度检查等。此外，还需要进行性激素、血尿常规、甲状腺功能、血生化、凝血相关指标、营养状态、体成分分析等检查。

（二）分类处理

根据评估结果进行分类，针对分类情况给与不同处理。

1. 发现紧急情况者：大量阴道流血、剧烈下腹痛、内外科相关急诊等，紧急处理后立即转诊上级医院，并在 2 周内随访转诊结果。
2. 未发现异常者：主观资料和客观检查均未发现异常的人群，给予一般保健指导，包括心理保健、饮食、钙和维生素 D 补充、运动、乳房自检、疾病筛查等指导，每年随诊。
3. 更年期综合征患者：除一般保健指导外，根据患者情况与患者充分沟通，选择适宜的药物治疗。
4. 患有其他慢性病者：患有高血压、糖尿病、血脂异常等慢性病，除一般保健指导外，采取慢性病规范管理，必要时转全科医生处理。
5. 患有其他妇科问题者，如宫颈疾病、异常子宫出血、盆底功能障碍等，除一般保健指导外，按照相关疾病规范诊疗，必要时转上级妇科专科医生处理。



附件 1:

更年期保健特色专病科室建设评估标准

一、必备条件（准入标准）

编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
1-1	人员配置	资料 准备	1. 至少有一名具有执业资质的副高级及以上专业技术职称人员作为学科带头人。 2. 至少有 1 名中级以上职称的医师和 1 名初级职称医师。 3. 团队中副高及中级职称人员中至少有 1 名执业范围为妇产科。 4. 至少有 1 名经更年期健康管理相关知识和技能培训合格的护士。 5. 申报当年医师和护士必须参加由北京市统一组织的专病特色科室建设规范培训 检查方法：相关支持性材料（资质证书、培训通知、培训证书等）
1-2	设施设备	现场	1. 独立诊室，使用面积 $\geq 10\text{ m}^2$ 2. 评估合格诊室统一标识“更年期保健门诊”门诊简介、服务流程、健康教育宣传板。 3. 诊室必备设备：妇科检查床及相关检查设备、血压计、身高/体重测量仪、腰围尺、握力计 4. 机构内应配备的设备：心电图仪、B 超诊断仪、骨密度检查设备、人体成分分析仪等。 检查方法：现场查看
1-3	检验检查 项目	现场	1. 应开展血常规、尿常规、尿妊娠试验、血生化检查（血糖、血脂、肝功、肾功）、甲状腺功能检查、宫颈细胞学检查、人类乳头状瘤病毒检测、女性激素检查、血清维生素 D 检测等检测项目，不具备检测条件者可以和上级医院联合外送检查。 2. 需开展心电图、肝胆胰脾超声、颈动脉超声、妇科超声、乳腺超声、骨密度检查、体成分检测等检查。 检查方法：现场查看
1-4	药物配备	现场	应配备更年期综合征治疗药物，以下各类药物至少一种： 1. 中成药物：如坤泰胶囊、更年安等 2. 雌激素制剂：戊酸雌二醇、经皮雌激素：雌二醇凝胶；阴

编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
			道用雌激素：普罗雌烯、雌三醇或结合雌激素乳膏。 3. 孕激素制剂：地屈孕酮、黄体酮等 4. 雌孕激素复方制剂：雌二醇屈螺酮片等 5. 组织选择性雌激素活性调节剂：替勃龙 •检查方法：HIS 系统现场检查或医生门诊工作站现场检查

二、评估标准细则

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
1	人员配备		4
1-1	专病科室医生	搭建人员梯队，团队至少 4 人，至少有一名具有执业资质的副高级及以上专业技术职称人员作为学科带头人；另有中级职称、初级职称医师各一名；团队中副高及中级职称人员中至少有 1 名执业范围为妇产科。	3
1-2	专病科室护士	至少有 1 名经更年期健康管理相关知识和技能培训合格的护士。	1
2	设施、设备		6
2-1	科室设置	具有开展更年期保健特色专病科室的独立诊室，区域面积 $\geq 10\text{ m}^2$ 。	1
2-2		统一“更年期保健门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板（2 块）。在机构内（专病诊室）外采取平面、立体、自媒体、融媒体等多种形式向社会、服务对象广泛宣传。	1
2-3		公示更年期患者签约服务项目清单（包）	1
2-4	设备	诊室必备设备：妇科检查床、血压计、身高/体重测量仪、腰围尺、握力器、电脑、打印机及网络系统。	1
2-5		机构内应配备的设备：心电图机、B 超诊断仪、骨密度检查设备、人体成分分析仪等。	2
3	检测项目		6
3-1	机构需具备检测项	尿妊娠试验	3.5

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
3-2	目，如不具备检测 条件者可以和上级 医院联合外送检查	血生化检查	
3-3		女性激素检测	
3-4		甲状腺功能测定	
3-5		TCT	
3-6		HPV	
3-7		维生素 D 检测	
3-8	机构应具备的检查 项目	妇科超声	2.5
3-9		乳腺超声	
3-10		骨密度检查	
3-11		心电图	
3-12		体成分检测	
4	配备药品（各类药 物至少一种）		2
4-1	治疗更年期综合征 的中成药物	坤泰胶囊、更年安（二者至少有一种）	0.5
4-2	雌激素制剂	口服雌激素：戊酸雌二醇；经皮雌激素：雌二醇 凝胶	0.5
		经皮雌激素：雌二醇凝胶	
		阴道用雌激素：普罗雌烯、雌三醇软膏或结合雌 激素乳膏	
4-3	孕激素制剂	地屈孕酮或黄体酮	0.5
4-4	雌孕激素复方制剂	雌二醇/雌二醇地屈孕酮片	0.5
4-5	组织选择性雌激素 活性调节剂	替勃龙	
5	专病特色科室工作 方案及管理制度		2
5-1	制定工作方案	专病特色科室方案包括：领导小组，组织架构， 科室设置，建设思路等	0.5
5-2	制定工作制度	包括专病特色科室管理制度、人员管理及绩效考核 制度、人员培训制度，设施设备管理制度，双向转 诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、 服务流程、更年期家医签约服务项目清单（包）	0.5

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
5-3	制定各岗位人员 职责	至少包括科室主任、妇科医生、社区护士和培育 基地专家职责等	0.5
5-4	制定医疗风险防控 预案	如阴道大量出血、急性剧烈下腹痛患者识别与处 理等。	0.5
6	工作数量		20
6-1	(STRAW+10) 分 期评估	≥500 人次/年	5
6-2	更年期专病门诊 就诊	≥400 人次/年	5
6-3	纳入更年期健康 管理	≥100 人	5
6-4	绝经激素治疗	≥100 人次/年	5
7	医疗质量		12
7-1	建立数据库	建立更年期患者数据库和相关信息，在健康档案 “内部建档号”位置标注“更年期保健”标识或 在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，可提取本 病种工作数量等	4
7-2	病例质量控制	建立病历质量控制制度，每季度自查病例至少一 次，每次至少 30 份病历参照专病病历质量核查 表，有统计有分析，有问题整改及跟踪结果	4
7-3	处方点评	定期进行处方点评，每季度至少一次，每次不少 于 30 张处方，有统计有分析，有问题整改及跟踪 结果	4
8	三级或专科医疗机 构培育基地联动建 设		6
8-1	培育基地专家下社 区更年期保健门诊 出诊单元	培育基地专家需每月完成不少于 2 个门诊单元， 其中一次为门诊出诊，其他次可以在机构带教、 授课、会诊、查房等形式，人员、时间相对固 定；专家未下社区或资料不真实为专病“一票否 决”为不合格。具备条件的社区可积极开展远程 医疗服务。	5

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
8-2	与培育基地开展双向转诊	建立与培育基地更年期患者双向转诊通道，提供顺畅转诊和连续诊疗服务，绝经激素治疗患者用药衔接。转诊情况记录在健康档案或诊疗病历。	1
9	培训、进修及考核		6
9-1	人员培训	申报当年全科医生（妇产科医生）护士必须参加更年期专病特色科室建设标准统一规范培训，考试合格	2
9-2	人员进修	申报当年，专病特色科室工作的临床医生和护士应到培育基地或上级医院完成不少于一个月的本专病领域的进修学习；市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。	2
9-3	人员考核	全科医生、护士参加进修过程性操作考核，考核合格	2
10	开展健康教育活动		4
10-1	更年期相关公众健康教育（次/年）	每年开展更年期患者健康教育活动 ≥ 4 次，每次参与人数不少于20人	4
11	绩效考核指标		12
11-1	更年期患者规范管理率	更年期患者规范管理率 $\geq 70\%$ ，核查病历 规范管理率=抽查的档案中按照规范管理的更年期档案份数/抽查的档案管理的更年期患者份数 $\times 100\%$	4
11-2	更年期患者家庭医生服务签约率	更年期患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$ 更年期患者家庭医生服务签约率=专病科室更年期患者签约人数/专病科室更年期患者管理人数 $\times 100\%$	4
11-3	更年期患者预约就诊率	更年期患者预约就诊率 $\geq 50\%$ 更年期患者预约就诊率=某时段专病特色科室更年期患者预约就诊人次/同时段专病特色科室更年期患者就诊总人次 $\times 100\%$ 。	4
12	临床能力考核指标		20
12-1	专病特色科室医生	针对更年期相关问题，现场考核全科医生问诊、查体、辅助检查、诊断和治疗方案等	12
12-2	专病特色科室护士	针对更年期先关问题，现场考核护士健康教育等	8

2025年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设 更年期保健特色专病门诊病历质量评分标准

机构名称：_____

_____年____月____日

患者姓名：_____

病案号：_____

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
1.基本信息 10分	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、出生日期，少一项扣2分。	10		
2.主观资料 (S) 25分	1.主诉：主要症状+时间，少一项扣3分。	6	主诉与现病史不符，为单否	
	2.现病史：无现病史描述不得分；无月经变化情况描述扣2分，无更年期症状描述扣2分，与主诉不相符，扣2分；无鉴别内容，扣2分；服用药物未描述治疗效果,扣1分；未记录重要检查结果,扣1分。以上扣分扣完为止。	6		
	3.既往史：未记录与本病诊断相关的既往病史,（如子宫肌瘤、胆囊结石、肝肾疾病等扣2分;无药物过敏史,少一项扣2分。	4		
	4.家族史：未记录家族史，扣2分；记录不全，扣1分；未记录家族遗传病史扣1分。	2		
	5.婚育史：未记录婚育史扣2分，记录不全扣1分。	2		
	6.生活习惯：包括吸烟、饮酒、饮食、运动、睡眠，少一项扣1分。	5		
3.客观资料 (O) 25分	1.一般检查：T、P、R、BP，体重、身高、体重指数，少一项扣0.5分。	2		
	2.体格检查：专病相关的重要查体，包括腰围、握力、妇科检查、乳腺检查。	8	腰围、握力少一项各扣1分，妇科检查占4分，乳腺检查2分	
	3.辅助检查：（1）妇科超声、乳腺超	9		

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
	声、肝胆脾超声、宫颈癌筛查、激素水平检测、血生化检查、骨密度检查，缺一项扣 1.5 分。			
	(2) 其他辅助检查：血常规、尿常规、甲状腺功能、营养状态、体成分分析等，少一项扣 0.5 分。	3		
	(3) 更年期症状评分、焦虑抑郁筛查量表，少一种扣 1 分。	3		
4.评价 (A)： 20 分	1.诊断分析：无诊断,不得分;诊断不规范或不准确,扣 4 分;待查无印象诊断,扣 4 分。	8	无诊断或诊断不规范或不准确，为单否 诊断应包含 STRAW+10 分期	
	2.鉴别诊断：鉴别诊断不全或依据不足，一项扣 3 分。	6		
	3.存在健康问题：未描述与专病相关的重要健康问题，不得分；描述不全扣 3 分。	6		
5.诊疗计划 (P) 20 分	1.辅助检查计划:安排与专病相关的必要的辅助检查，参照专病指南规范，少一项扣 1 分。	5		
	2.治疗计划：（1）药物治疗计划：与专病相关的合理用药，参照专病指南规范，用药不合理一项扣 1 分。	5	无诊疗计划，为单否	
	（2）非药物治疗计划：运动、饮食、生活方式、心理指导；针对存在的健康问题进行个体化指导，少一项扣 1 分	5		
	3.转诊计划:根据专病转诊标椎，必要时转至上级医院，未及时转诊不得分。	5		
合计得分		100		

评估专家签字：

评估机构负责人签字：

说明：

1. 有单否一项的本份病历为不合格病历。
2. 合格病历标椎：每份病历 ≥ 85 分。

2025年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设
更年期保健门诊处方核查表

序号	患者姓名	处方医生	基本信息 (2分)	药品种类 (2分)	合理用药 (2分)	用法用量 (2分)	诊断 (2分)	得分 合计	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
处方合格率=抽查的合格处方得分/30*10*100%; 得分=处方合格率*2分									

处方核查标准：

1. 基本信息：处方前记书写缺项 [姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号]，减 1 分/项；处方后记书写缺项 (医师签名、调剂签名、处方审核签名、处方金额)，减 1 分/项。
2. 药品种类：每张处方不得超过 5 种药，每多一种扣 1 分。
3. 联合用药：药品种类如果超过 1 种，联合用药不适应扣 1 分；存在配伍禁忌或者不良相互作用，扣 1 分。
4. 用法用量：药品用法用量书写不规范，减 0.5 分/项；普通处方超过 7 日用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况适当延长用药天数未加说明，减 0.5 分/项；药品剂型或给药途径不适宜，扣 1 分。
5. 诊断：无诊断不得分，适应证不适宜扣 0.5 分；诊断书写不规范或不完整扣 0.5 分，药品与诊断不相符扣 0.5 分。

建专病科室 强基层能力



北京市社区卫生服务机构 更年期保健特色科室建设 项目介绍

北京市社区卫生协会 何永洁

2025 年7月4日



目录

CONTENTS

01

北京市社区专病特色科室建设项目进展

02


2025年专病特色科室建设标准及程序

03

2025年更年期保健特色科室建设标准

04

2025年专病特色科室建设安排及要求



01

北京市社区专病特色科室
建设项目进展

建设目的

贯彻落实党的二十大报告，以及《健康中国行动（2019—2030年）》一系列文件要求，加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设，北京市卫生健康委员会自2021年至2024年每年均制定下发《关于开展社区卫生服务机构专病特色科室建设的通知》，至今，已连续五年开展社区卫生服务机构专病特色科室建设工作，旨在增强基层医疗机构的医疗服务能力，提升医疗服务水平，将三级医院和专科医疗机构的优质医疗资源下沉社区，促进分级诊疗制度的建立和有序的医疗格局形成，提高老百姓的获得感。

出台文件

北京市卫生健康委员会文件

京卫基层〔2021〕13号

北京市卫生健康委员会 关于开展社区卫生服务机构 专病特色科室建设的通知

各区卫生健康委：为贯彻落实市委、市政府有关工作要求，进一步加强基层医疗卫生服务能力，现就开展社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：

北京市卫生健康委员会

京卫基层〔2022〕26号

北京市卫生健康委员会关于 做好2022年度社区卫生服务机构 专病特色科室建设有关工作的通知

各区卫生健康委：为贯彻落实市委、市政府有关工作要求，进一步加强基层医疗卫生服务能力，现就做好2022年度社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：

北京市卫生健康委员会

北京市卫生健康委员会 关于做好2023年度社区卫生服务机构 专病特色科室建设工作的通知

各区卫生健康委：为贯彻落实市委、市政府有关工作要求，进一步加强基层医疗卫生服务能力，现就做好2023年度社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：

一、建设目标
各区卫生健康委、各社区卫生服务中心（站）要深入贯彻落实市委、市政府有关工作要求，紧紧围绕《北京市“十四五”时期卫生健康发展规划》和《北京市“十四五”时期深化医改工作方案》等文件精神，坚持问题导向，聚焦重点难点问题，扎实推进社区卫生服务机构专病特色科室建设工作。

北京市卫生健康委员会

北京市卫生健康委员会 关于做好2024年度社区卫生服务机构 专病特色科室建设工作的通知

各区卫生健康委：为贯彻落实市委、市政府有关工作要求，进一步加强基层医疗卫生服务能力，现就做好2024年度社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：


北京市卫生健康委员会

北京市卫生健康委员会 关于做好2025年度社区卫生服务机构 专病特色科室建设工作的通知

各区卫生健康委：为贯彻落实市委、市政府有关工作要求，进一步加强基层医疗卫生服务能力，现就做好2025年度社区卫生服务机构专病特色科室建设工作通知如下：

建设要求

明确以医联体为依托、以健康档案为核心，以信息化技术为手段，通过开展社区卫生服务机构专病特色科室建设，将以人的健康理念全面融入社区卫生服务机构科室环境、建设布局、服务流程、诊疗方案以及健康管理等各环节，拓展服务范围、统一服务标准、理顺工作流程、建立协作机制、完善运行管理，不断提升基层医疗卫生服务能力，实现对患者全过程、全周期的高质量健康管理。



建设目标


- “十四五”期间，全市建设完成300个社区卫生服务机构专病特色科室
- 力争全市每家社区卫生服务机构均至少建一个专病特色科室



完成情况

2024-2021年度社区卫生服务机构专病特色科室建设合格情况

专病名称	总数	2024	2023	2022	2021
高血压病	103	42	26	16	19
2型糖尿病	113	44	32	23	14
冠心病合并心理疾病	18	4	6	3	5
脑卒中	25	9	2	6	8
慢阻肺病	41	22	8	5	6
骨质疏松症	46	16	9	8	13
康复	28	4	5	4	15
牙周病	18	14	4		
儿科	9	4	5		
小儿推拿	11	3	8		
中医痹症	46	26	20		
中医脾胃病	27	17	10		
脂肪肝	13	13			
合计	498	218	135	65	80



完成情况

2024-2021年度三级医院和专科医疗机构培育基地建设情况

专病名称	总数	2024	2023	2022
高血压病	68	32	23	13
2型糖尿病	66	29	21	16
冠心病合并心理疾病	13	4	6	3
脑卒中	15	8	2	5
慢阻肺病	32	19	8	5
骨质疏松症	30	14	8	8
康复	12	3	5	4
牙周病	11	8	3	
儿科	9	4	5	
小儿推拿	9	3	6	
中医痹症	44	25	19	
中医脾胃病	24	15	9	
脂肪肝	7	7		
合计	340	171	115	54

2024-2021年度各区社区卫生服务机构专病特色科室建设合格情况

各区情况

专病名称	东城	西城	朝阳	海淀	丰台	石景山	大兴	通州	顺义	门头沟	房山	昌平	平谷	怀柔	延庆	密云	经开
高血压病	3	7	14	10	7	5	7	7	4	2	5	9	1	3	8	10	1
2型糖尿病	7	8	19	12	12	3	9	10	5		3	4	2	10	2	7	
冠心病合并心律失常疾病		1	5	2	2			4			1	2				1	
脑卒中		3	4	4	5		1	4			1	1	2				
慢性肺病	3	4	7	3	5	1	2	4	1			4		2	1	4	
骨质疏松症	3	6	8	7	3	2	2	4		1	1	3	1	1		4	
康复	1	4	5	5	2	1	2	2			1		1	3	1		
牙周病		1	6	5	4						2						
儿科			4		1			1				3					
小儿推拿		1	2	1	5		1	1									
中医病症	4	1	10	3	6	2	1	6			5	3			1	4	
中医脾胃病	2	2	5	2	1	1	4	5			1	1	1			2	
脂肪肝		3	2	1	5			2									
合计	23	41	91	55	58	15	29	50	10	3	20	30	8	19	13	32	1

02

2025年专病特色科室建设标准及程序

二、专病特色科室建设标准及程序

培育基地基本条件：在三级医疗机构或专科医疗机构的专业科室为单位开展培育基地建设。具备以下条件的医疗机构，均可向市卫生健康委申请成为北京市社区专病特色科室培育基地。

1.应是辖区综合医联体、专科医联体核心医院或区域医疗中心。鼓励具有国家级或北京市临床重点专科项目或相关专业住院医师规范化培训基地资质的医疗机构开展培育基地建设。

2.医疗机构重视，有相关主管部门和专人负责，能组建专业团队，选派具有副高以上专业技术职称的专家主动帮扶社区卫生服务机构专病特色科室建设。

二、专病特色科室建设标准及程序

培育基地基本条件:

- 3.按照“医联体优先、双向选择、统筹安排”的原则， 在全市范围内承担一定数量的社区专病特色科室建设任务。
- 4.制定专家下社区计划， 培育基地专家需完成每月不少于2个门诊单元， 其中一次为门诊出诊， 其他可以通过查房、带教、授课等方式落实形式不限（应在机构实现）； 接收社区专病特色科室医护人员进修， 带动提升诊疗水平与健康管理能力（机构留存完整资料）。
- 5. 在评优和晋升方面给予承担任务的科室和人员适度政策倾斜。



二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准:

- 1.人员资质。具备提供相应特色服务的执业资质。科室带头人应具备副高级及以上专业技术职称并取得相关技术准入资格（儿科、牙周病可以中级高年以上专业技术职称；更年期保健妇科资质；创面门诊医护相关培训合格证书）。
- 2.设施、设备。有开展专病特色科室的独立诊室， 设备及设施符合要求。有统一的专病特色科室标识标牌、专家公示、门诊简介， 服务流程、科普宣传板及相关规章制度等
- 3.医疗健康服务。严格执行诊疗指南和技术规范， 提供预约转诊服务， 门诊量达到一定数量要求。培育基地专家应定期到专病特色科室执行出 诊、查房、带教、授课等任务。对签约家庭医生患者实行责任制管理。定期开展处方点评， 加强医疗质量控制。



二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准:

- 4.协作机制。与培育基地建立双向转诊通道， 为患者提供连续诊疗服务， 实现慢性病患者用药衔接。申报当年， 专病特色科室工作的临床医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习， 市级评审通过后， 每两年到培育基地完成进修学习， 时间不少于一个月。



二、专病特色科室建设标准及程序

社区专病特色科室基本标准:

5.信息化支撑。社区卫生服务机构和培育基地同属一个医疗联合体的,应努力实现信息数据互联互通与共享,支持健康档案、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康管理、双向转诊等业务协同。鼓励非同一个医联体内的社区卫生服务机构和培育基地实现服务和健康信息数据协同共享。

6.完善规章制度。建立配套规章制度,明确岗位职责。制定诊疗规范、技术操作规程和服务流程,有防控医疗风险的质量控制措施。



二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

申报专病特色科室

拟开展社区专病特色科室建设的社区卫生服务机构,向区卫生健康委提出申请,并提交本机构人员、科室现状等基本情况,由区卫生健康委初审同意后报市卫生健康委备案,确定为社区专病特色科室建设单位。项目办公室设在北京市社区卫生协会。



二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

遴选确定培育基地

根据社区卫生服务机构申报情况,有意愿申请培育基地的医疗机构的专业科室,将相关资料报市卫生健康委。符合条件的认定为北京市社区专病特色科室培育基地联合申报(培育基地专家未下社区为一票否决,不予挂牌),加挂“北京市社区卫生服务机构**专病特色科室建设培育基地”牌匾。



二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

联合申报

按照“医联体优先、双向选择、统筹安排”的原则，培育基地与建设单位沟通协商或经统筹安排，由双方同意后，联合向市卫生健康委提出社区专病特色科室建设申请。在保证质量的基础上，培育基地可同时与多个建设单位建立协作关系开展专病特色科室建设。

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

建设提升与机构自评

建设单位对照培育基地制定的专病特色科室具体标准开展不少于5个月的建设时间，提升服务能力和管理水平。自评合格后将区卫生健康委审核同意的自评材料报市卫生健康委。社区专病特色科室医护人员均应参加全市统一举办的专题培训，并通过考核合格。

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序:

市级评审与认定

- 1.书面审查。市卫生健康委组织三级医疗机构或专科医疗机构以及社区卫生服务机构专家成立评审组，依据社区专病特色科室建设基本标准对自评材料进行书面审查，符合条件的进入技术评审程序。
- 2.现场评审。结合自评材料，评审组进行现场评审，对申报专病特色科室的建设优势、发展潜力、整体建设目标的合理性和可行性，以及重点发展的诊疗技术的应用性、先进性、科学性进行全面审核，并对医护人员进行专病诊疗能力考核。
- 3.确认与授牌。评审采取百分制，85分及以上为合格；75-84分为限期整改，可在下一年进行申报。达到合格要求的达到合格要求的科室确认为社区专病特色科室，并授予“北京市社区卫生服务机构专病特色科室”牌匾。**(培育基地专家下社区计划不合格的双方均不予授牌)**

二、专病特色科室建设标准及程序

建设程序：

定期复核

通过市级复核的专病特色科室每年开展一次自评，市卫生健康委每两年组织一次复核，不合格的将撤销专病特色科室资格。

03

2025年更年期保健 特色科室建设标准

三、更年期保健特色科室建设标准

建设目的

随着人类寿命的延长，绝经后期已经成为女性整个生命周期中最长的一个阶段，绝经的本质是卵巢功能衰竭，雌激素波动性下降及缺乏导致女性绝经相关症状，而且长期缺乏雌激素可增加代谢性疾病的风险，包括骨代谢及糖、脂代谢异常，如骨质疏松症和心脑血管疾病等。

做好更年期保健，缓解绝经相关症状同时可预防中老年慢性疾病的发生。

三、更年期保健特色科室建设标准

建设目的

基层医疗机构在女性更年期健康宣教、健康检查、生活方式指导、治疗、随访管理中发挥着重要作用，在基层医疗机构建立一批更年期保健特色专病科室对于开展更年期健康管理、提高相关疾病筛查率、对绝经引起的相关问题早期识别并积极干预、延缓和减少衰老性疾病的发生发展具有重要的意义。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(一) 人员配置

注重人才梯队建设，团队成员至少 4 人。

1. 至少有一名具有执业资质的副高级及以上专业技术职称人员作为学科带头人；
2. 至少有 1 名中级以上职称的医师和 1 名初级职称医师；
3. 团队中副高及中级职称人员中至少有 1 名执业范围为妇产科；
4. 至少有 1 名经更年期健康管理相关知识和技能培训合格的护士。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(二) 设施、设备

1. 设施：具有开展更年期保健特色专病科室的独立诊室，使用面积不低于 10 m²，统一“更年期保健门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板。
2. 设备
 - (1) 诊室必备设备：妇科检查床及相关检查设备、血压计、身高/体重测量仪、腰围尺、握力器、电脑、打印机及网络系统。
 - (2) 机构内应配备的设备：心电图机、B 超诊断仪、骨密度检查设备、人体成分分析仪等。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(三) 检测检查项目

1. 化验项目：开设更年期保健特色专病门诊应开展血常规、尿常规、尿妊娠试验、血生化检查（血糖、血脂、肝功、肾功）、甲状腺功能检查、宫颈细胞学检查、人乳头状瘤病毒检测、女性激素检查、血清维生素D 检测等检验项目，不具备检测条件者可以和上级医院联合外送检查。

2. 检查项目：需开展心电图、肝胆胰脾超声、颈动脉超声、妇科超声、乳腺超声、骨密度检查、体成分检测等检查。



三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(四) 药品

应配备更年期综合征治疗药物，以下各类药物至少一种：

1. 中成药：如坤泰胶囊、更年安等
2. 雌激素制剂：包括口服雌激素：戊酸雌二醇；经皮雌激素：雌二醇凝胶；阴道用雌激素：普罗雌烯、雌三醇或结合雌激素乳膏。
3. 孕激素制剂：地屈孕酮、黄体酮等
4. 雌孕激素复方制剂：雌二醇/雌二醇地屈孕酮片
5. 组织选择性雌激素活性调节剂：替勃龙



三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(五) 工作方案与规章制度

1. 制定更年期保健特色专病科室建设工作方案，包括领导小组，组织架构，科室设置，专病科室建设思路等。

2. 制定更年期保健特色专病科室工作制度，包括科室管理制度、人员管理及绩效考核制度、人员培训制度、设施设备管理制度、双向转诊制度、患者健康教育制度、医疗质量管理制度、更年期健康管理家医签约服务项目清单（包）等。



三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(五) 工作方案与规章制度

3. 制定更年期保健服务流程、技术规范、医疗风险防控预案（如阴道大量流血、急性下腹痛等危急重症的识别与处理）等。

4. 人员岗位职责：包括专病科室医生、护士职责和培育基地专家职责。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(六) 工作数量

1. 进行生殖衰老分期（STRAW+10）评估的女性≥500 人次/年。

2. 到机构就诊的更年期妇女人数≥400 人次/年 。

3. 纳入更年期健康管理人数≥100 人，纳入管理者要有档案、有管理记录。

4. 能规范开展绝经激素治疗，人数≥100 人次/年。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

1. 建立更年期患者数据库

能通过信息化数据平台，对机构就诊的更年期患者建立电子健康档案，无专门更年期患者管理数据库者可利用公卫系统健康档案，在“内部建档号”位置标注“更年期保健”标识或在门诊诊疗系统中增设本专病门诊号，可提取本病中工作数量等，内容包括但不限于：患者完整的基本信息、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、双向转诊等相关信息。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

2. 建立病例质量控制制度

建立更年期保健专科病历质控及专家点评制度，每季度至少一次，每次质控病历核查不少于 30 份，有汇总、有分析、有问题整改及跟踪结果，评估更年期患者的诊断、规范化治疗及健康指导的准确性及合理性（详见病历质量核查表）。

病历质量合格率 90%以上。



三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(七) 医疗质量管理

3. 建立处方点评制度

建立每季度处方点评制度至少一次，每次质控处方核查不少于 30 张，有汇总、有分析，对点评结果及时进行反馈并制定相应整改措施（详见处方质量核查表）。

处方合格率 90%以上。



2025 年北京市社区卫生服务机构专科特色科室建设 更年期保健特色专科门诊病历质量评分标准

考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分	考评项目	考评标准	分值	扣分原因	得分
1.基本信息 10分	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、出生日期，少一项扣2分。	10			3.辅助检查：(1)妇科超声、乳腺超声、肝胆脾超声、宫颈筛查、激素水平检测、血生化检查、骨密度检查，缺一项扣1.5分。	9			
2.主观察料(S) 25分	1.主诉：主要症状/时间，少一项扣3分。	6	主诉与现病史不符，为单否		(2)其他辅助检查：血常规、尿常规、甲状腺功能、营养状态、体成分分析等，少一项扣0.5分。	3			
	2.现病史：无现病史描述不得分；无月经变化情况描述扣2分；无更年期症状描述扣2分，与主诉不相符，扣2分；无鉴别内容，扣2分；服用药物未描述治疗效果扣1分；未记录重要检查结果，扣1分。以上都扣完为止。	6			(3)更年期症状评分、焦虑抑郁筛查量表，少一种扣1分。	3			
	3.既往史：未记录与本病诊断相关的既往病史（如子宫肌瘤、胆囊结石、肝肾疾病等）扣2分；无药物过敏史，少一项扣2分。	4			4.评价(A)：20分	1.诊断分析：无诊断、不得分；诊断不规范或不准确，扣4分；持查无印象诊断，扣4分。	8	无诊断或诊断不规范或不准确，为单否	
	4.家族史：未记录家族史，扣2分；记录不全，扣1分；未记录家族遗传病史扣1分。	2			2.鉴别诊断：鉴别诊断不全或依据不足，少一项扣3分。	6	STRAW=10分期		
	5.婚育史：未记录婚育史扣2分，记录不全扣1分。	2			3.存在健康问题：未描述与专病相关的重要健康问题，不得分；描述不全扣3分。	6			
	6.生活习惯：包括吸烟、饮酒、饮食、运动、睡眠，少一项扣1分。	5			5.诊疗计划(P)：20分	1.辅助检查计划：安排与专病相关的必要的辅助检查，参照专病指南规范，少一项扣1分。	5		
3.客观资料(O) 25分	1.一般检查：T、P、R、BP、体重、身高、体重指数，少一项扣0.5分。	2			2.治疗计划：(1)药物治疗计划：与专病相关的合理用药，参照专病指南规范，用药不合理一项扣1分。	5	无诊疗计划，为单否		
	2.体格检查：专病相关的重要查体，包括腰围、握力、妇科检查、乳腺检查。	8	腰围、握力少一项各扣1分，妇科检查扣4分，乳腺检查扣2分		(2)非药物治疗计划：运动、饮食、生活方式、心理指导：针对存在的健康问题进行个体化指导，少一项扣1分。	5			
					3.转诊计划：根据专病转诊标准，必要时转至上级医院，未及时转诊不得分。	5			
					合计得分	100			

说明：
1. 有单
否一项的
本份病历
为不合格
病历。
2. 合格
病历标准：
每份病历
≥85 分。



2025 年北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设
更年期保健门诊处方核查表

序号	患者姓名	处方医生	基本信息 (2 分)	药品种类 (2 分)	联合用药 (2 分)	用法用量 (2 分)	诊断 (2 分)	得分 合计	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
处方合格率=抽查的合格处方得分/30*100%； 得分=处方合格率*2 分									

处方核查标准：

1. 基本信息：处方前记书写缺项〔姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号〕，
减 1 分/项；处方后记书写缺项（医师签名、调剂签名、处方审核签名、处方金额），
减 1 分/项。

2. 药品种类：每张处方不得超过 5 种药，每多一种扣 1 分。

3. 联合用药：药品种类如果超过 1 种，联合用药不适应扣 1 分；存在配伍禁忌或者不良相互作用，扣 1 分。

4. 用法用量：药品用法用量书写不规范，减 0.5 分/项；普通处方超过 7 日用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况适当延长用药天数未加说明，减 0.5 分/项；药品剂型或给药途径不适宜，扣 1 分。

5. 诊断：无诊断不得分，适应证不适宜扣 3.5 分；诊断书写不规范或不完整扣 0.5 分，药品与诊断不相符合扣 0.5 分。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

（八）培育基地与专病特色科室联动建设

1. 三级医疗机构或专科医疗机构培育基地专家下沉

建立更年期患者管理分级诊疗制度，社区卫生服务机构专病特色科室同三级医疗机构或专科医疗机构培育基地建立联动机制，特别是妇科更年期保健门诊建立密切合作，培育基地副高职称以上专家需完成每月不少于 2 个门诊单元的出诊、带教、授课等任务，其中门诊出诊至少一次，另外一次可以是查房、带教、授课等形式不限，时间和专家相对固定，专家未下社区或资料不真实为专病“一票否决”为不合格。

具备条件的机构可积极开展远程医疗服务，推动社区更年期患者管理水平的提升。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

（八）培育基地与专病特色科室联动建设

科室需留存完整的资料，包括但不限于考勤表、处方、劳务凭单；讲课通知、签到、照片、课件；会诊记录等。

2. 畅通双向转诊绿色通道

建立与三级医疗机构或专科医疗机构培育基地双向转诊通道，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。

转诊情况应记录在健康档案或诊疗病历中。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

（九）开展家庭医生签约服务

开展更年期患者家庭医生签约服务并进行规范化管理。制定并提供个性化更年期患者签约服务项目清单（包），对签约患者应实行连续综合的责任制管理，建立健康档案，提供基本医疗、健康管理等相关服务，规范化管理包括面对面随访每年至少 4 次，健康体检至少 1 次。



三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

（十）人员培训、进修及考核

1. 人员培训：专病特色科室的全科医生（妇产科医生）和社区护士，申报当年均需参加由北京市组织的更年期保健特色专病统一培训，并考核合格。

2. 人员进修：申报当年，专病特色科室工作的临床医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习；市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间累计不少于一个月。进修结束前，由带教老师进行相关知识技能考核合格。

3. 按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。



三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

（十一）开展健康教育活动

更年期保健特色专病科室的医护人员应为更年期女性提供相关的健康教育知识，每年开展更年期患者健康教育活动≥4 次，每次参与人数不少于 20 人，活动形式采取线下活动。



三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(十二) 绩效考核指标

1. 更年期患者规范管理率 $\geq 70\%$

抽查的规范管理率=抽查的档案中按照规范管理的更年期档案份数/抽查的档案管理的更年期患者份数 $\times 100\%$

规范管理包括以下内容:

(1) 生殖衰老分期 (STRAW+10) 评估。

(2) 病史采集完整, 重点包括更年期相关症状、月经孕产史、既往史 (如子宫肌瘤、胆囊结石、肝肾疾病等)、家族史 (尤其是乳腺癌及子宫 内膜癌等恶性肿瘤) 等。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(十二) 绩效考核指标

(3) 体格检查完整: 包括身高、体重、腰围、血压等, 进行乳腺检查, 妇科检查等。

(4) 实验室检查完整: 包括每年一次血常规, 尿常规、血糖血脂肝肾 功能, 甲状腺功能, 宫颈癌筛查 (绝经激素治疗者一年之内应该有宫颈癌 筛查结果, 其他按照宫颈癌防控规范要求时间间隔进行筛查)、血生殖激素检测 (初始评估应该进行血清激素检查, 之后根据病情需要择期检查)。

(5) 辅助检查完整: 包括每年一次肝胆胰脾超声检查、盆腔超声检查、乳腺超声检查或钼靶、骨密度检查、体成分分析。

(6) 一般保健指导服务内容规范。

(7) 治疗方案正确。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室建设条件

(十二) 绩效考核指标

2. 更年期患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

更年期患者家庭医生服务签约率=专病科室更年期患者签约人数/专病科室更年期患者管理人数 $\times 100\%$

3. 更年期患者预约就诊率 $\geq 50\%$ 。

更年期患者预约就诊率=某时段专病特色科室更年期患者预约就诊人次/同时段专病特色科室更年期患者就诊总人次 $\times 100\%$ 。

三、更年期保健特色科室建设标准

更年期患者管理流程

管理对象为 40-65 岁自愿参加更年期健康管理的女性，管理流程包括以下步骤：

（一）评估

根据主管资料和客观检查结果对更年期妇女进行健康状况初步评估。

首先要询问主观资料，主观资料包括妇女月经情况、目前健康状况、婚育史、既往病史、手术史及生活方式等。月经情况包括月经史、目前月经状态，判断生殖衰老分期。

目前健康状况重点询问有无更年期妇女常见疾病的典型症状，如潮热、出汗、关节痛、阴道干燥等，有无情绪激动、焦虑、抑郁等问题，有无乳房异常感觉、异常阴道出血、白带异常、下腹部疼痛或包块等其他症状，更年期症状可通过更年期症状评分（改良 Kupperman 评分）进行量化，焦虑、抑郁症状应通过相关量表进行评估。

之后进行客观检查，客观检查包括一般状况、全身查体（心肺腹、乳腺检查、盆腔检查）、妇科超声、乳腺超声、肝胆胰脾超声、宫颈癌筛查、骨密度检查等。此外，还需要进行性激素、血尿常规、甲状腺功能、血生化、凝血相关指标、营养状态、体成分分析等检查。

三、更年期保健特色科室建设标准

更年期患者管理流程

（二）分类处理

根据评估结果进行分类，针对分类情况给与不同处理。

1. 发现紧急情况者：大量阴道流血、剧烈下腹痛、内外科相关急诊等，紧急处理后立即转诊上级医院，并在 2 周内随访转诊结果。

2. 未发现异常者：主观资料和客观检查均未发现异常的人群，给予一般保健指导，包括心理保健、饮食、钙和维生素 D 补充、运动、乳房自检、疾病筛查等指导，每年随诊。

3. 更年期综合征患者：除一般保健指导外，根据患者情况与患者充分沟通，选择适宜的药物治疗。

4. 患有其他慢性病者：患有高血压、糖尿病、血脂异常等慢性病，除一般保健指导外，采取慢性病规范管理，必要时转全科医生处理。

5. 患有其他妇科问题者，如宫颈疾病、异常子宫出血、盆底功能障碍等，除一般保健指导外，按照相关疾病规范诊疗，必要时转上级妇科专科医生处理。

更年期妇女健康管理流程图（图）



更年期保健特色科室标识标牌



北京市社区卫生服务机构
专科特色科室建设项目

更年期保健门诊

Climacteric Health Care Clinic

更年期保健门诊简介

由于激素水平波动性下降及缺乏，更年期女性常出现多种身心健康问题。同时也增加代谢性疾病的风险。我市依据北京市卫生健康委提出的优化基层医疗卫生机构建设一批具有更年期相关问题诊治能力的专科特色科室，开展更年期健康管理，对更年期女性提供健康教育、健康筛查、保健指导、绝经激素治疗等服务，同时依托家庭医生团队开展专科特色门诊，依托社区卫生服务站开展高质量的专科门诊服务，提升更年期女性生活质量和健康水平。

门诊医生：张丽XXX

门诊地点：中心XXX主任医馆带领其专家团队医生、护士定期门诊；三级医院专家XXX主任医馆每周X次专家门诊（具体时段需要预约）



中心XXX
主任医馆



三级医院XXX
主任医馆



预约电话：XXXXXXX
扫码预约

更年期保健门诊服务流程

预约挂号

医生问诊或电话、线上健康指导

健康筛查（身高、体重、BMI、血压等）

更年期保健特色专科门诊服务

健康风险评估

健康风险评估、制定个性化健康管理方案

健康指导、药物治疗、随访管理

提供家庭医生团队服务

病情变化或加重

转诊至上级医院或转诊至社区健康管理

更年期保健特色科室标识标牌



北京市社区卫生服务机构
专科特色科室建设项目

带您了解更年期

什么是更年期？
更年期是指绝经及其前后的一段时间，是女性由生育旺盛的性成熟期过渡到老年期的一段岁月。女性在更年期会出现的一系列躯体及精神心理症状，会严重影响女性的生活质量，不仅对其本人，而且对其家人、对其周围其他人员也会产生影响。

更年期女性会出现哪些健康问题？

月经异常

潮热出汗等血管舒缩症状

自主神经失调症状，表现为失眠、心悸、头痛、头晕、胸闷等

焦虑不安或情绪低落、失眠、不能自我控制情绪等

心血管病发病率增加

骨质疏松发病率增加

盆腔功能异常性疾病（子宫脱垂、尿失禁等）发生率增高

反复泌尿道感染、老年性阴道炎等发生率增高

做好健康管理，享受高质量生活

更年期女性开展全面的健康管理，包括：每年健康体检、合理饮食、增加社交及脑力活动、体育锻炼、积极心理治疗。

若有更年期症状的困扰，或想得到专业的建议和指导，您可到更年期保健门诊进行就诊，改善症状。



北京市社区卫生服务机构
专科特色科室建设项目

绝经激素治疗 最佳的治疗方法

绝经激素治疗有哪些益处？

缓解更年期症状：
调节月经周期
减少每天潮热次数，减轻潮热程度，减少盗汗
减轻的干燥和性交疼痛
改善精神和情绪和睡眠，提高生活质量
增加皮肤的弹性和含水量

长期接受绝经激素治疗的益处：
增加骨密度，减少骨质疏松性骨折的发生
改善糖代谢及脂代谢，降低心血管疾病的发生风险
减少反复泌尿道感染及慢性阴道炎的发生

绝经激素治疗会发胖吗？

不会。肥胖的出现受很多因素影响。处于更年期或绝经后的女性雌激素水平下降会造成代谢的不平衡出现肥胖。而绝经激素治疗则能维持甚至纠正这种不平衡从而改善更年期出现的代谢紊乱，不会导致肥胖。

绝经激素治疗会增加乳腺癌风险吗？

长期低剂量应用及多个大型系统研究都已经证实绝经激素治疗在5年内不会增加乳腺癌风险。乳腺癌风险与激素种类有关，含天然孕激素或低剂量的孕激素绝经激素治疗方案相关的乳腺癌风险较含其他合成孕激素的方案低。同时运动、减轻体重、低脂饮食和减少酒精摄入均可以降低乳腺癌风险。

若您对绝经激素治疗有任何疑问，或想得到专业的建议和指导，您可到更年期保健门诊进行咨询。

三、更年期保健特色科室建设标准

科室规章制度

✓ 更年期保健特色专科科室工作方案

附件1：更年期保健特色专科门诊简介

附件2：更年期保健特色专科门诊服务流程

✓ 科室管理制度

✓ 科室人员培训制度

✓ 科室人员岗位职责

✓ 科室人员管理制度

✓ 绩效考核制度

✓ 医疗质量管理制度

✓ 设备设施管理制度

✓ 双向转诊制度

✓ 患者健康教育制度

✓ 医疗风险防控预案

✓ 更年期健康管理流程

✓ 更年期保健家庭医生签约服务项目清单

34



四、2025年专病特色科室建设安排及要求

建设安排

确定联合建设单位经审核，确定194家社区卫生服务机构的265个专病特色科室符合申报条件，89家三级或专科医疗机构的196个培育基地符合申报条件，承担2025年度社区专病特色科室建设任务。

2025年更年期保健专病联合申报建设合格单位

社区卫生服务机构专病特色科室		三级或专科医疗机构培育基地
1	西城区首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京妇产医院内分泌科
2	西城区展览路社区卫生服务中心	首都医科大学附属复兴医院妇产科
3	朝阳区三间房社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京朝阳医院生殖医学中心
4	朝阳区太阳宫社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京妇产医院内分泌科
5	海淀区甘家口社区卫生服务中心	首都医科大学附属世纪坛医院妇科
6	海淀区学院路社区卫生服务中心	北京大学第三医院妇科
7	海淀区八里庄社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京世纪坛医院妇科
8	海淀区花园路社区卫生服务中心	北京大学第三医院妇科
9	海淀区中关村社区卫生服务中心	中国中医科学院西苑医院妇科
10	海淀区苏家坨镇社区卫生服务中心	北京老年医院妇科
11	丰台区方庄社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京天坛医院妇产科
12	丰台区南苑社区卫生服务中心	北京航天总医院妇产科
13	丰台区东铁匠营街道蒲黄榆社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京天坛医院妇产科
14	大兴区旧宫镇社区卫生服务中心	北京大学第一医院妇产生殖医学中心
15	大兴区榆堡镇社区卫生服务中心	北京市大兴区妇幼保健院妇女保健部更年期保健门诊
16	通州区潮县镇潮县社区卫生服务中心	北京市通州区中西医结合医院更年期专病门诊
17	经开区荣华社区卫生服务中心	首都医科大学附属北京世纪坛医院妇科

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

(一) 明晰权责，强化协同配合机制

各参与主体应严格遵循《北京市卫生健康委员会关于做好2022年度北京市社区卫生服务机构专病特色科室建设有关工作的通知》（京卫基层〔2022〕26号）、《关于做好2025年社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》要求。区级卫生健康行政部门应切实履行主责单位职能，深化统筹协调效能，建立全过程督导机制，完善政策保障体系，重点在财政投入、设备配置、人才培养及绩效考核等领域实施专项支持。三级医疗机构及专科医院需充分发挥专业培育功能，建立紧密型协作网络，规范落实专家驻点指导、进修人员接收等制度，协助建设单位系统提升标准化建设水平。社区卫生服务机构要主动构建与培育基地的常态化对接机制，通过激励机制调动科室人员主观能动性，实质提升临床诊疗服务能力，切实满足基层群众健康需求。

四、2025年专病特色科室建设安排及要求

（二）规范实施，确保建设质效达标

各联合申报单位须严格对标建设标准开展专项工作，重点针对承担多学科建设任务的三级医院及专科医院，应建立内部人力资源统筹调配机制，确保各建设指标精准落地。项目建设周期须满5个月（实施时段为7月至11月），按期完成机构自评与市级评审程序。2025年度专病特色科室市级评审工作拟定于本年11月启动实施。

各单位应建立重点指标动态管理机制，特别是在工作数量、医疗质量、培育基地与专病科室联动发展等核心指标，建立高标准执行规范，确保建设成效达到预期目标。



四、2025年专病特色科室建设安排及要求

（三）深化交流，推进高质量发展进程

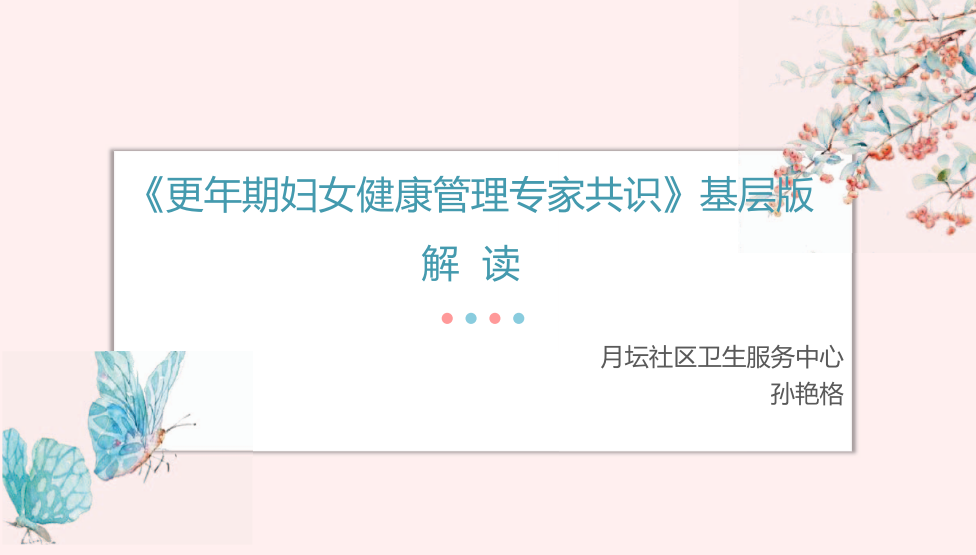
各区卫生健康行政部门应建立经验总结与成果转化机制，通过组织跨机构经验交流会、科室建设成果展等多元化形式，促进优质经验在辖区内的辐射推广。着力构建示范引领体系，强化宣传推广力度，切实提升基层医疗服务可及性，为居民提供优质、便捷、连续、综合的诊疗服务，全面推动社区卫生专病特色科室建设高质量发展。



结语

开展社区专病特色科室建设是均衡优质医疗资源配置、有效提升基层医疗服务能力的重要内容。也是推动基层高质量发展的重要举措。有助于引入新的诊疗技术和方法，推动医疗服务的创新；有助于提升患者看病就医体验；有助于推动分级诊疗制度建设。利用技术帮扶、人才培养、上下联动等多种方式，让更多优质医疗资源下沉基层，特别要对农村偏远地区加大帮扶力度，努力建设好社区专病特色科室，满足老百姓的需求。





《更年期妇女健康管理专家共识》基层版

解读

月坛社区卫生服务中心
孙艳格



CCP中国全科医学
2021年4月 第24卷 第11期

<http://www.chinagp.net> E-mail:zgqkyy@chinagp.net.cn · 1317

· 专家共识 ·

【编者按】 随着人类寿命的延长，绝经过渡期和绝经后期已成为女性生命周期中最长的一个阶段，更年期健康管理也越来越受到重视。但是目前在基层医疗机构，更年期妇女管理工作仍存在问题，比如妇女对更年期相关问题认识不足、对更年期健康管理不重视，基层医生对更年期相关专业知识掌握不足、更年期管理工作开展不规范等。《更年期妇女健康管理专家共识（基层版）》基于国际国内最新相关指南，紧密契合基层卫生机构具体情况，从更年期常见健康问题入手，系统介绍更年期妇女健康管理措施，明确管理内容，制定管理流程，本共识的发布将大力提升我国基层医疗机构更年期妇女健康管理水平。

更年期妇女健康管理专家共识（基层版）

中国医师协会全科医师分会，北京妇产学会社区与基层分会



扫描二维码查看
原文+培训视频

【摘要】 为规范基层医疗机构更年期妇女健康管理，对更年期相关问题早期识别并积极干预，减少更年期相关健康问题，为老年健康奠定基础。北京妇产学会社区与基层分会组织专家根据循证医学证据、基层医疗机构现状、绝经管理相关指南等，制定了《更年期妇女健康管理专家共识（基层版）》。更年期妇女健康管理内容主要包括建立

制定该共识的目的

让大家了解

- 什么是更年期
- 女性更年期会出现哪些问题
- 基层能做什么
- 基层怎么做
- 处理不了怎么办

主要内容

- 定义
- 机体变化
- 社区健康管理
- 转诊和随访

定义

更年期（climacteric）：

指绝经及其前后的一段时间，是从生殖期过渡到老年期的一个特殊生理阶段，包括绝经过渡期和绝经后期。更年期综合征指妇女在更年期出现的一系列躯体及精神心理症状包括月经紊乱、潮热、出汗、心悸、失眠、情绪低落、激动易怒等。

定义

绝经过渡期（menopausal transition period）：

是从绝经前生育期走向绝经的一段过渡时期，是从临床特征，内分泌学及生物学上开始出现绝经趋势的迹象直至最后一次月经的时期，进入绝经过渡期早期的标志是40岁以上的妇女在10个月之内发生两次相邻月经周期长度的变化 ≥ 7 天。

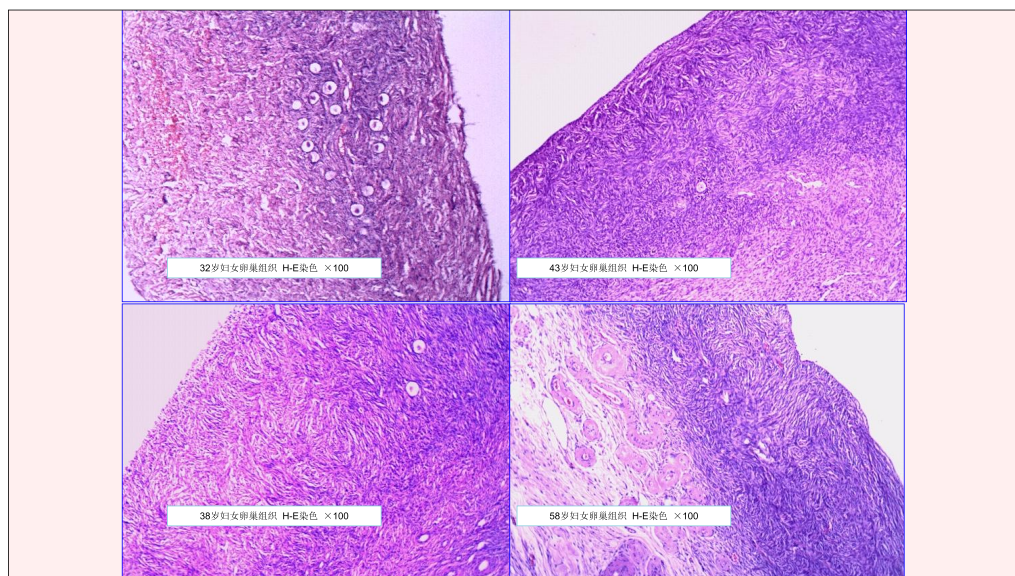
定义

- 绝经（menopause）：
- 指妇女一生中的最后一次月经，是一个回顾性概念，一般需要在最后一次月经12个月之后方能确认。绝经的真正含义并非指月经的有无，而是指卵巢功能的衰竭。
- 绝经后期（postmenopausal period）：指从绝经后一直到生命终止的这段时期。

初潮					最终月经 (0)					
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≥7d, 10个月经周期内重复出现	月经周期长度≥60d				
支持标准										
内分泌										
FSH										
AMH										
抑制素B										
窦卵泡数										
描述性特征										
症状										

机体变化-卵巢变化

更年期最根本的变化是卵巢内卵泡数量减少，或对促性腺激素不敏感，逐渐导致窦卵泡不能发育成为优势卵泡，出现不排卵，卵泡储备继续减少直至耗竭，卵巢体积逐渐缩小，卵巢皮质变薄。



机体变化-内分泌变化

- **雌激素** 在更年期**早期**，**雌激素水平波动很大**，甚至偶有高于正常卵泡期水平的现象，随着卵巢功能逐渐耗竭，卵泡完全停止发育，雌激素水平**迅速下降**。
- **孕激素** 比雌激素下降**更早出现**，与不排卵有关，绝经后期无孕酮分泌。
- **促性腺激素** 绝经前促卵泡激素（FSH）水平**呈波动型**，促黄体生成素（LH）**逐渐升高**，绝经后FSH和LH均升高，FSH/LH>1。
- **其他激素** **总体雄激素水平下降**。抗苗勒氏管激素水平下降至无法测出。

机体变化-出现的常见问题

- **1. 月经异常**
- 是**更年期女性**常见的症状，表现为月经周期不规则（以月经周期短为多见）、月经期持续时间长、停经一段时间后月经量过多等。
- **2. 血管舒缩症状**
- 主要表现为潮热、多汗，是雌激素降低或波动的特征性症状。

机体变化-出现的常见健康问题

• 3. 自主神经失调症状

- 主要表现为睡眠障碍，心悸、头痛、头晕、易疲劳等，也有的出现记忆力减退或注意力不集中等。

• 4. 精神神经症状

- 表现为焦虑不安或情绪低落、失眠、不能自我控制等情绪症状。

机体变化-出现的常见健康问题

• 5. 心血管疾病风险增加

- 影响绝经后女性健康的问题中，心血管疾病居首位。心血管疾病危险因素分为不可改变和可改变的两大类。不可改变的因素是年龄、性别和家族史。可改变的因素包括高血压、血脂异常、肥胖、糖耐量减低、糖尿病和久坐。其中高血压、血脂异常、肥胖、糖耐量减低、糖尿病危险因素在更年期发生率明显增高。



Climacteric



ISSN: 1369-7137 (Print) 1473-0804 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/icmt20>

Dependency of cardiovascular risk on reproductive stages and on age among middle-aged Chinese women

Y. Sun, X. Ruan & A. O. Mueck

To cite this article: Y. Sun, X. Ruan & A. O. Mueck (2017) Dependency of cardiovascular risk on reproductive stages and on age among middle-aged Chinese women, Climacteric, 20:5, 484-490, DOI: [10.1080/13697137.2017.1357691](https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1357691)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1357691>

ABSTRACT

Objective: To assess the 10-year cardiovascular risk in middle-aged Chinese women living in the same community and the impact of reproductive aging and age.

Methods: This was a cross-sectional study in the Yuetan Community of Beijing. Data on lifestyle habits, prevalence and treatment of chronic diseases with significance for cardiovascular disease (CVD) development were collected by interview. CVD risk factors were assessed by physical examination and laboratory tests. The 10-year cardiovascular risk was calculated using the Framingham 10-year risk score. STRAW +10 criteria were used for the stages of reproductive aging.

Results: A total of 536 women, aged 40–60 years, were enrolled. The incidences of hypertension, dyslipidemia, abdominal obesity, glucose intolerance and diabetes were 32.6%, 45.7%, 65.5%, 37.9% and 10.1%, respectively. After adjustment, the incidence of hypertension and diabetes increased with age and with reproductive aging. Dyslipidemia and glucose intolerance were only associated with age. Abdominal obesity was related neither to age nor to reproductive aging. The 10-year cardiovascular risk ranged from 1% to 24.8%; 11.6% of women had a moderate or high Framingham 10-year risk score.

Conclusions: CVD risk factors were frequent and more than 10% of the women were at moderate or high risk of developing cardiovascular disease within the next 10 years. To our knowledge, this was demonstrated for the first time in middle-aged Chinese women. Thus, women should maintain a healthy lifestyle and physicians should monitor them to prevent CVD.

机体变化-出现的常见健康问题

• 6. 盆底功能障碍性疾病

- 女性盆底功能障碍性疾病 (pelvic floor function, PFD) 是女性常见病与多发病, 主要包括盆腔器官脱垂及压力性尿失禁等。随年龄增大, 雌激素水平下降, 导致了盆腔支撑结构缺陷或退化, 盆底支持组织松弛, PFD发生率逐渐增高。

机体变化-出现的常见健康问题

• 7. 骨质疏松和骨关节病

- 妇女从围绝经期开始, 至绝经后10年内, 骨代谢处于高转换状态, 骨吸收大于骨形成, 促使骨质丢失而导致骨质疏松和骨质疏松性骨折。

机体变化-出现的常见健康问题

• 8.绝经泌尿生殖综合征

- 绝经后，由于雌激素水平下降导致阴道和泌尿生殖道上皮细胞的组织学和功能的变化，超过一半的绝经后的妇女会有泌尿生殖道萎缩的相关症状，称为绝经泌尿生殖综合征（GSM）。

更年期妇女社区健康管理

- 健康管理团队应该以基层妇科医师或妇女保健医师为核心，成员可以包括全科医师、中医科医师、康复科医师、上级妇科内分泌科及骨科医师等，条件允许可以加入营养科医师、心理科医师等，各学科之间，上下级医院之间“上下联动、双向转诊”，全面解决更年期妇女健康问题。

更年期妇女社区健康管理

- 管理对象：自愿参加健康管理的40-65岁女性
- 管理目标：提高更年期女性自我保健的意识和知识水平，正确认识更年期健康问题；采纳健康生活方式，提高相关疾病筛查率；对更年期相关问题能早起识别并积极干预，减少更年期相关并发症，为老年期健康奠定基础。

更年期妇女社区健康管理

1
建立健康档案2
系统健康教育

管理内容

3
定期健康检查5
药物治疗4
一般保健指导

建立健康档案

- 建立更年期妇女的个人健康档案，标注“更年期”字样
- 健康档案要妥善保管，充分利用，保证有动态、连续的档案记录。

姓名	性别	出生日期	年龄	住址	建档人	建档日期	建档机构	建档备注
王明	男	1971-10-22	53	1310012127	张华	2023-09-26	北京市西城区卫生健康委员会	正常
李娜	女	1966-09-15	58	1310202851	李娜	2023-09-27	北京市西城区卫生健康委员会	正常
张强	男	1970-07-02	54	1311100007	张强	2023-11-16	北京市西城区卫生健康委员会	正常
赵伟	男	1961-10-19	63	1302137723	赵伟	2024-09-29	北京市西城区卫生健康委员会	正常
孙丽	女	1965-06-27	60	1301000003	孙丽	2024-07-19	北京市西城区卫生健康委员会	正常
周涛	男	1979-12-19	45	1301000000	周涛	2024-06-14	北京市西城区卫生健康委员会	正常
吴昊	男	1970-03-03	55	1321130004	吴昊	2024-06-19	北京市西城区卫生健康委员会	正常
郑宇	男	1971-07-09	53	1301000000	郑宇	2024-05-22	北京市西城区卫生健康委员会	正常
陈静	女	1969-10-22	55	1301000000	陈静	2024-07-05	北京市西城区卫生健康委员会	正常
林峰	男	1977-06-01	48	1301130000	林峰	2024-02-27	北京市西城区卫生健康委员会	正常
王芳	女	1968-07-16	56	1301000000	王芳	2024-01-22	北京市西城区卫生健康委员会	正常
刘刚	男	1970-02-11	55	1302101005	刘刚	2024-01-02	北京市西城区卫生健康委员会	正常
赵丽	女	1961-09-25	63	1302000000	赵丽	2024-01-09	北京市西城区卫生健康委员会	正常
孙伟	男	1970-08-01	55	1306000000	孙伟	2023-12-12	北京市西城区卫生健康委员会	正常
周强	男	1971-10-10	53	1301210014	周强	2023-11-28	北京市西城区卫生健康委员会	正常

系统健康教育

- 什么是更年期
- 更年期常见健康问题
- 更年期保健指导
- 宫颈癌预防与筛查
- 乳腺癌预防与筛查及乳腺自检指导
- 骨质疏松防治
- 绝经后泌尿生殖道感染防治



定期健康体检

- 定期健康体检，记录体检结果，评估身体状况；
- 乳腺自查：更年期女性应每月进行一次乳腺自查，有异常及时就诊；
- 出现异常及时进行检查：

更年期女性要了解妇科常见问题征象，出现异常及时到医院进行检查。

妇科常见症状包括阴道出血、白带异常、下腹痛、外阴瘙痒、下腹肿块、更年期相关症状、乳腺胀痛或肿物等，出现以上问题要及时就诊。

一般保健指导

- **健康生活方式指导**: 生活规律, 充实生活内容, 积极乐观, 正确对待各种事件, 避免摄入有害物质, 不吸烟、避免二手烟。
- **营养指导**: 限制盐 ($<6\text{g/d}$), 控糖 (包括含糖饮料) ($\leq 50\text{g/d}$), 少油 ($25\text{--}30\text{g/d}$), 限酒 (酒精量 $\leq 15\text{g/d}$), 足量饮水 ($1500\text{--}1700\text{ml/d}$), 摄入足够的钙和维生素D。

一般保健指导

- **适当控制体重**: BMI $18.5 \sim 23.9\text{kg/m}^2$ 为正常, 腰围应 $<80\text{cm}$ 。
- **运动指导**: 坚持户外运动和晒太阳, 每周至少坚持150min中等强度的有氧运动, 每周至少进行2-3次肌肉张力锻炼。

一般保健指导

- **避孕及性健康指导**: 不推荐更年期妇女使用口服避孕药, 建议选用屏障避孕方法和孕激素宫内缓释系统避孕。临床明确诊断绝经者, 可以停止避孕。
- **心理卫生指导**: 出现心理变化时, 建议其及时向医生、朋友或亲人倾诉烦恼。

药物治疗

- **慢病规范诊疗：**更年期是成人慢性病高发阶段，容易出现高血压、糖尿病、血脂异常、冠心病、骨质疏松症等慢性病以及盆底功能障碍、妇科肿瘤、焦虑抑郁等相关问题，出现这些问题建议根据相应疾病诊疗规范进行处理，必要时转专科。

药物治疗

- **中医**讲究整体观念，辨证论治，针、医、药并重，协调阴阳气血，对更年期症状可达到较好的医疗效果。有中医治疗需求者可以转中医医师处理，基层妇科医生或妇女保健人员也可选择中成药物治疗。
- 目前常用的中成药有坤泰胶囊、坤宝丸、更年安、关黄母等。中药总体作用较温和，安全性也高，可较长期使用。

药物治疗

- **绝经激素治疗（MHT）：**
- 国际绝经学会关于MHT共识指出：用绝经激素治疗来改善绝经症状或预防骨质疏松，应该是围绝经期和绝经妇女健康总体策略的一部分，如同推荐包括饮食、锻炼、戒烟、限酒等健康的生活方式一样。

MHT如何获益更大，风险更小？

- ⑩ 最合适的时间（启用）
- ⑩ 最合适的妇女
- ⑩ 最合适的药物
- ⑩ 最规范的随诊

适宜人群

- 小于 60 岁和绝经后 10 年内。
- 60 岁后使用 MHT，需要对病人单独进行获益/风险评估。若使用 MHT，则应使用最低有效剂量。

MHT如何获益更大，风险更小？

- ⑩ 最合适的时间（启用）
- ⑩ 最合适的妇女
- ⑩ 最合适的药物
- ⑩ 最规范的随诊

MHT前评估

- ⑩ 通过询问病史和体格检查，判断是否有适应症、是否有禁忌症以及是否存在慎用情况。

MHT适应症

- ⑩ 绝经相关症状（潮热、盗汗、睡眠障碍、疲倦、易怒、轻度抑郁。）
- ⑩ GSM相关症状（阴道干涩及疼痛、排尿困难、反复阴道炎、性交后膀胱炎、夜尿多、尿频尿急、）
- ⑩ 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
- ⑩ 过早的低雌激素状态

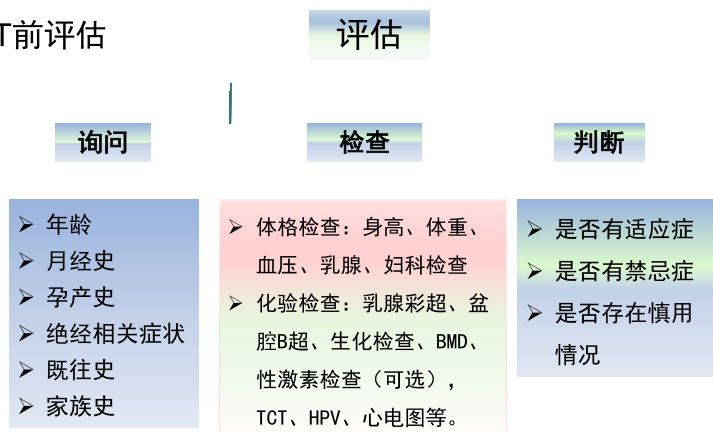
MHT禁忌症

- ⑩ 已知或可疑妊娠
- ⑩ 原因不明的阴道流血
- ⑩ 已知或可疑患有乳腺癌。
- ⑩ 已知或可疑患性激素依赖性恶性肿瘤。
- ⑩ 最近6个月内患有活动性静脉或动脉血栓栓塞性疾病。
- ⑩ 严重肝肾功能不全。

MHT相对禁忌症（慎用）

- ④ 子宫肌瘤
- ④ 子宫内膜异位症
- ④ 子宫内膜增生史
- ④ 血栓形成倾向
- ④ 胆石症
- ④ 免疫系统疾病
- ④ 癫痫、偏头痛、哮喘
- ④ 乳腺良性疾病及乳腺癌家族史
- ④ 血卟啉症、耳硬化症
- ④ 现患脑膜瘤

MHT前评估



MHT如何获益更大，风险更小？

- ⑩ 最合适的时间（启用）
- ⑩ 最合适的妇女
- ⑩ 最合适的药物
- ⑩ 最规范的随诊

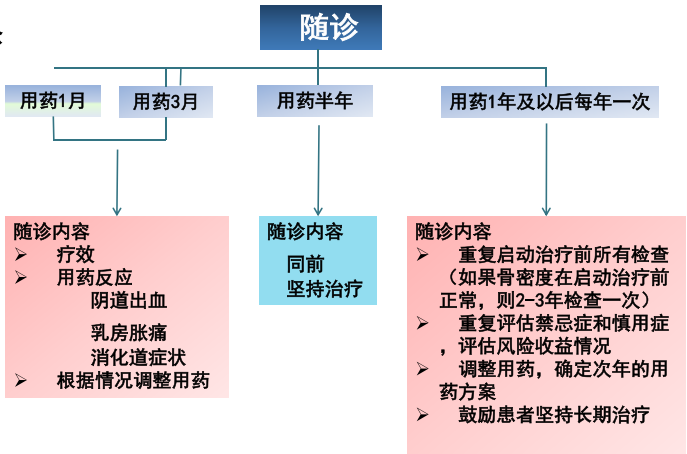
MHT用药总的原则

- ⑩ 有子宫的妇女用雌激素同时要加用孕激素保护子宫内膜，孕激素每月应用不少于10-14天。
- ⑩ 应用 MHT时，应个体化用药，且应在综合考虑绝经期具体症状、治疗目的和危险性的前提下，选择能达到治疗目的的适宜剂量；可考虑应用较现有标准用法更低的剂量。
- ⑩

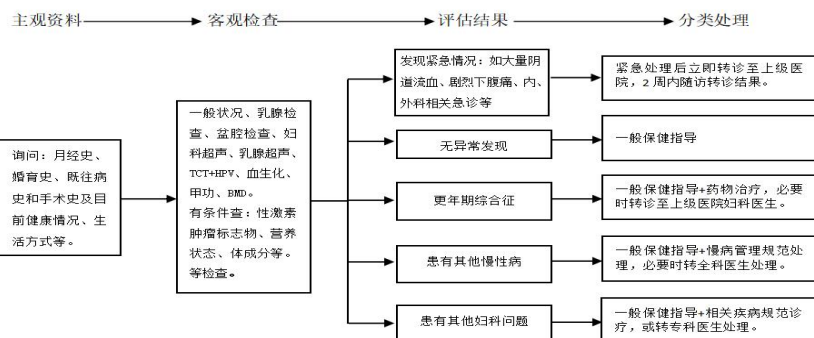
MHT如何获益更大，风险更小？

- ⑩ 最合适的时间（启用）
- ⑩ 最合适的妇女
- ⑩ 最合适的药物
- ⑩ 最规范的随访

MHT随访



管理流程



转诊指征

- 发现**紧急情况**，如大量阴道流血、剧烈下腹痛、内外科相关急诊等及时转诊。
- 患者有 MHT 意愿，**基层医疗机构不具备检查评估条件者**，或经评估后存在慎用情况，转诊上级医院妇科，由妇科专科医生决定是否给予激素治疗并给出具体方案。
- 患者有高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病等**慢性病**，**责任医生不能处理时**，转全科医生处理。
- 患者**焦虑、抑郁症状明显**，**一般治疗效果欠佳者**，转精神心理科医生处理。
- 患者有**其他妇科问题**基层医疗机构医生**无法处理时**，及时转诊上级医院妇科就诊

转诊指征

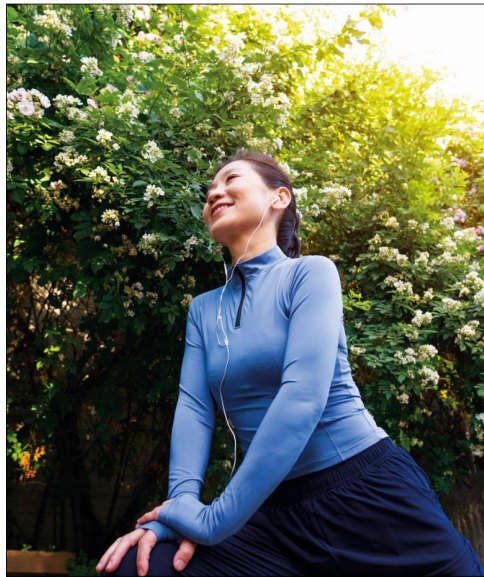
- 随访治疗期间出现妇科异常，如宫颈疾病、异常子宫出血、盆底功能障碍等基层医疗机构医生无法处理者，转诊上级医院妇科就诊。
- 随访治疗期间出现非妇科问题，如代谢综合征、静脉血栓栓塞症等转全科医生

随访

- 无异常者给予更年期妇女常规管理，每年随访1次。
- 通过询问病史和体格检查对更年期妇女健康状况进行评估，根据评估结果进行处理。
- 对于转诊者要及时追访并记录在健康档案。

小结

- 更年期保健很重要
- 做好更年期保健需要多学科参与
- 做好更年期保健需要基层医生和上级医院医生一起努力



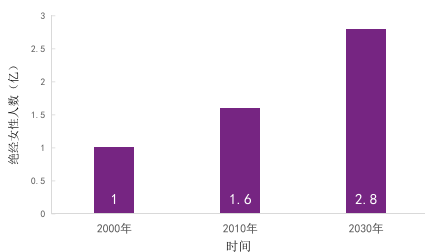
《中国绝经管理与绝经激素治疗指南（2023版）》解读

CIN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

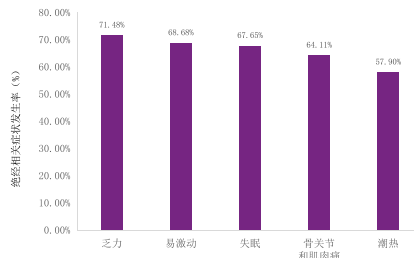
我国绝经女性人数庞大且不断增加，绝经相关症状发生率高，加强绝经管理势在必行¹⁻³

中国绝经女性人数庞大且不断增加²



据世界卫生组织统计，中国2010年有1.6亿绝经妇女，到2030年将增长为2.8亿²。

78.43%患者在绝经过渡期存在绝经相关症状³



对中国14家医院妇科门诊40—60岁患者采用统一问卷进行面对面调查，共1641例完成问卷调查，评估中国妇科门诊40—60岁患者的绝经相关特征。

1. 中华医学会儿科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

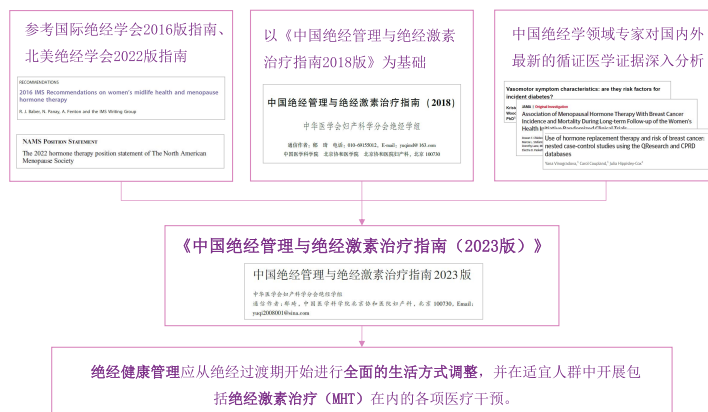
2. Hill K. The demography of menopause. Maturitas, 1996;23(2):113-27.

3. 陈蓉, 郁琦, 徐克惠, 等. 中国14家医院妇科门诊40—60岁患者绝经相关特征的调查. 中华妇产科杂志, 2013; 48(10):723-7.

CIN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

《中国绝经管理与绝经激素治疗指南（2023版）》更新发布¹



1. 中华医学会儿科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

MHT可全面解决由于绝经后雌激素缺乏所带来的各种相关问题¹

MHT的本质就是弥补增龄引起的卵巢功能衰竭而采取的一项治疗措施。

在医生指导下应用MHT

缓解绝经相关症状

延缓或避免中老年慢性代谢性疾病

改善提高中老年女性的生命质量

MHT必须遵循医疗规范，严格掌握适应证并排除禁忌证，在适宜人群中推广使用但又要避免滥用，才能使绝经过渡期和绝经后期女性在低风险下获得最大的受益。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

指南推荐级别¹

推荐级别	含义
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

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

主要内容

一. 绝经的诊断及生殖衰老分期

二. 绝经健康管理策略和MHT的指导原则

三. MHT的适应证、禁忌证及慎用情况

四. MHT的常用药物和方案

五. 规范的MHT诊疗流程

六. 绝经相关症状的治疗策略

七. 早发性卵巢功能不全（POI）

八. MHT的长期获益与风险

九. MHT的随访

十. 围绝经期及绝经后女性性健康及避孕

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

一、绝经的诊断及生殖衰老分期¹

绝经的诊断：

- 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。

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。

生殖衰老研讨会分期+10（STRAW+10）分期系统

初潮						最终月经 (0)					
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	中期	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	可变为规律	规律	规律	经期、周期、长度轻微变化	邻近周期长度差异≥7d，10个月经周期内重复出现	月经周期长度≥60d					
支持标准											
内分泌				正常	可变	↑可变	↑≥25 IU/L ^a	1可变	稳定		
FSH				低	低	低	低	低	低		
AMH				低	低	低	低	低	低		
抑制素B				少	少	少	少	极少	极少		
描述性特征											
遗传性特征											
症状						血管舒缩症状	血管舒缩症状		泌尿生殖道萎缩症状		

注：a 在月经周期第2~5天检测血清；b依据目前使用的国际性激素素标准的大致预期水平。
↑表示升高；FSH表示促卵泡激素；AMH表示抗苗勒管激素

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

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

二、绝经健康管理策略和MHT的指导原则¹

1. 绝经健康管理策略：

- 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。绝经对心血管、骨骼、认知将产生持续的不良影响。
- 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**。
- 中国幅员辽阔、地域差别大，结合各地的饮食习惯，基于《中国居民膳食指南（2022）》，建议：

合理饮食

多吃蔬果、奶类、全谷物、大豆，适量吃鱼、禽、蛋、瘦肉，控糖≤（25~50）g/d、少油（25~30g/d）、少盐（≤5g/d）、限酒（乙醇量≤15g/d）、戒烟、足量饮水（1500~1700ml/d）。

健康锻炼

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

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

二、绝经健康管理策略和MHT的指导原则¹

2. MHT的指导原则：

- （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提高生活质量主观意愿的前提下**尽早开始**（1类）。
- （2）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**（1类）。
- （5）使用MHT的女性**每年至少应接受1次全面的获益风险评估**，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）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）。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

三. MHT的适应证、禁忌证及慎用情况¹

(三) MHT的慎用情况 (2/2)

6. 免疫系统疾病 <ul style="list-style-type: none">系统性红斑狼疮（SLE）：对于病情稳定或处于静止期的SLE患者，可在严密观察下行MHT，推荐首选经皮雌激素，以减低血栓风险。类风湿性关节炎（RA）：尚未见MHT导致RA病情加重的文献报道，在治疗RA相关的骨质丢失时，可以使用MHT（1类）。	7. 乳腺良性疾病及乳腺癌家族史 <ul style="list-style-type: none">乳腺良性疾病不是MHT的禁忌证。MHT不增加乳腺良性疾病恶变为乳腺癌的风险（2B类）。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 <ul style="list-style-type: none">MHT剂量的增加可导致癫痫发作的频率上升（2A类），缺乏MHT的直接证据。偏头痛原因很多，当治疗效果欠佳时，应警惕血栓。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 <ul style="list-style-type: none">经皮雌激素通常不会引起血卟啉症发作（2A类）。在血卟啉症稳定期，可考虑放置左炔诺孕酮宫内释放系统（LNG-IUS）后加雌激素治疗。耳硬化症如需MHT，建议用药时加强随访，如无耳硬化症加重，可继续用药。人工髋骨置换术后MHT不增加复发风险。	10. 现患脑膜瘤 <p>脑膜瘤与雌激素无关。现患脑膜瘤患者禁用孕激素。</p>
--	---	--	--	---

【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。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

四. MHT的常用药物和方案¹

(一) 常用的口服药物

常用的口服药物	1. 雌激素	① 17β-雌二醇，② 戊酸雌二醇，③ 结合雌激素，④ 尼尔雌醇。
	2. 孕激素	① 天然孕激素，② 合成孕激素： 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，10mg/片。 17α-羟孕酮衍生物：醋酸甲羟孕酮。19-去甲睾酮衍生物：如炔诺酮。17α-螺内酯衍生物：屈螺酮。
	3. 雌、孕激素复方制剂	① 雌、孕激素序贯制剂：17β-雌二醇片/17β-雌二醇地屈孕酮片；戊酸雌二醇片/戊酸雌二醇醋酸环丙孕酮片。② 雌、孕激素连续联合制剂：雌二醇屈螺酮片。
	4. 替勃龙	替勃龙属于组织选择性雌激素活性调节剂，2.5mg/片。

(二) 常用的非口服药物

常用的非口服药物	1. 经皮雌激素	① 雌二醇凝胶，② 半水合雌二醇贴片，③ 苯甲酸雌二醇乳膏。
	2. 经阴道激素	① 普罗雌烯胶丸，② 普罗雌烯乳膏，③ 氯喹那多-普罗雌烯阴道片，④ 雌三醇乳膏，⑤ 结合雌激素乳膏，⑥ 普拉睾酮阴道栓。
	3. 注射用雌激素	苯甲酸雌二醇注射液。
	4. 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。

【要点】MHT优先选择天然或最接近天然的雌孕激素。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

四. MHT的常用药物和方案¹

(三) MHT的具体方案 (1/2)

方案	药物及剂量	用药方法	适用人群
单孕激素方案	后半周期孕激素治疗 地屈孕酮10~20mg/d 或微粒化黄体酮200~300mg/d	月经周期或撤退性出血的第14天后，连续用10~14d	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。
	长周期或连续孕激素治疗 LNG-IUS(左炔诺孕酮宫内释放系统)	宫腔内放置	适合有子宫内膜增生病史或月经量多的患者。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。
单雌激素方案	戊酸雌二醇0.5~2mg/d 或17β-雌二醇1~2mg/d 或结合雌激素0.3~0.625mg/d。	口服	适用于子宫已切除的女性，通常连续用药。
	雌二醇凝胶每天0.5~1剂量尺 半水合雌二醇贴每7天0.5~1贴。	经皮	

【要点】全身应用MHT时，有子宫者需用足量足疗程的孕激素保护子宫内膜，每周期孕激素使用不短于10d。使用替勃龙者不需额外加用孕激素。低剂量阴道雌激素短期治疗原则上不需加用孕激素。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

四. MHT的常用药物和方案¹

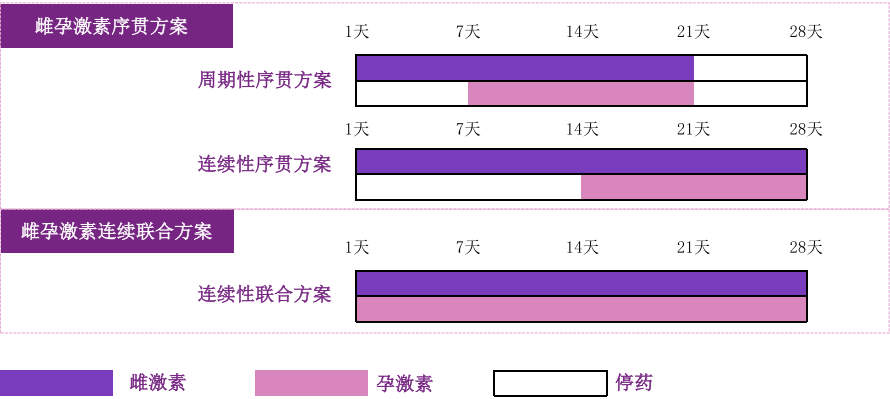
(三) MHT的具体方案 (2/2)

方案	药物及用药方法	适用人群
雌孕激素序贯方案	17β-雌二醇片/17β-雌二醇地屈孕酮片（1/10或2/10剂型），1片/d，每周期28d，连续应用。 也可连续口服或经皮使用雌激素，每28天后半程加用孕激素10~14d。	适用于有完整子宫，仍希望有月经样出血的女性。
	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。 也可采用连续口服或经皮使用雌激素21~25d，后10~14d加用孕激素，停药3~7d再开始下一周期。	
雌孕激素连续联合方案	连续口服雌激素或经皮使用雌激素，同时口服地屈孕酮（5~10mg/d）或微粒化黄体酮（100~200mg/d）。 也可采用复方制剂如雌二醇雌二醇片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。	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。
替勃龙方案	替勃龙 1.25~2.5mg/d，连续应用	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	普罗雌烯胶丸或乳膏、雌三醇乳膏和结合雌激素乳膏均可选择，阴道用药胶丸1粒/d、乳膏0.5~1g/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。	GSM的首选方案
其他MHT方案	尼尔雌醇：口服尼尔雌醇2mg，每15天1次，每3个月加用孕激素10d。 巴多昔芬20 mg/结合雌激素0.45mg，在北美地区常用。 普拉睾酮（活性成分为DHEA）：美国食品药品监督管理局（FDA）批准作为GSM用药。	

【要点】全身应用MHT时，有子宫者需用足量足疗程的孕激素保护子宫内膜，每周期孕激素使用不短于10d。使用替勃龙者不需额外加用孕激素。低剂量阴道雌激素短期治疗原则上不需加用孕激素。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21. C1N2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

雌激素+孕激素MHT方案用法示意图

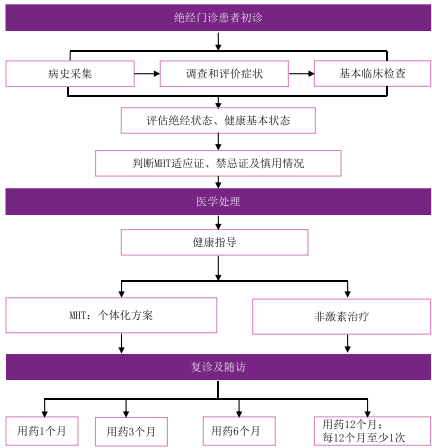


1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21. C1N2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

五. 规范的MHT诊疗流程¹

(一) 总体诊疗流程

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。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；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。



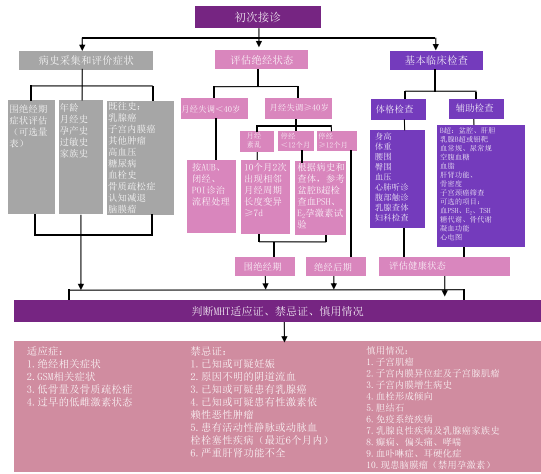
1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21. C1N2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

五. 规范的MHT诊疗流程¹

(二) 绝经门诊初次接诊流程

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。

初次接诊的重要目的是判断是否有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。



1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)

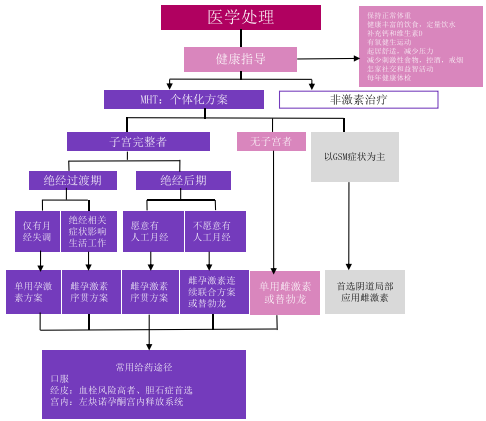
仅供特定医护人员或药师阅看, 请勿提供给患者或其他人员

五. 规范的MHT诊疗流程¹

(三) 方案的选择-MHT方案个体化原则

根据女性的生理年龄、是否绝经及绝经年限、绝经相关症状的评估、基础病史、体格检查、辅助检查等综合评估MHT的获益与风险，并结合本人的意愿，选择最适宜的MHT方案，以达到获益最大化、风险最小化；不能或不愿接受MHT的患者，推荐非激素治疗。

【要点】个体化方案原则上随着年龄增长及绝经时限延长，需要适当调整雌激素剂量及给药途径，以达到最低有效剂量和较低风险。



1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看, 请勿提供给患者或其他人员

五. 规范的MHT诊疗流程¹

(三) 方案的选择-不同人群的个体化全身方案推荐

过早的低雌激素状态	围绝经期和绝经后期早期的健康女性	绝经后期晚期的健康女性	超重或肥胖且患有代谢综合征或高血压女性
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。	推荐使用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1年之后，如不愿有月经样出血，也可选择连续联合方案或替勃龙方案。	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。雌激素用药优先选择经皮途径。	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。绝经过渡期和绝经后期早期可以使用周期序贯或连续序贯方案，绝经后期晚期使用连续联合方案。

肥胖：BMI≥25 kg/m²

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

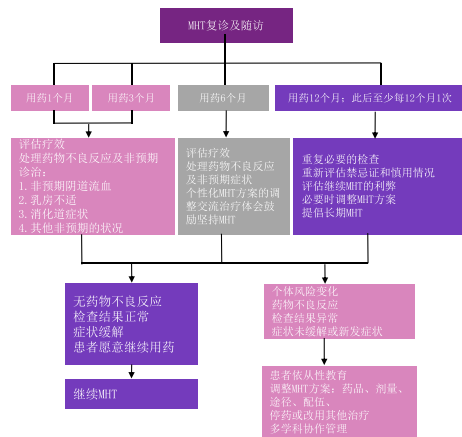
CIN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看, 请勿提供给患者或其他人员

五. 规范的MHT诊疗流程¹

（四）复诊和随访

MHT的复诊和定期随访非常重要。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。



1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

六. 绝经相关症状的治疗策略¹

（一）血管舒缩症状（VMS）

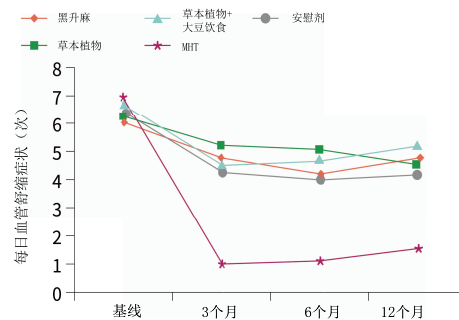
MHT	非激素治疗	其他	非药物治疗
对于无禁忌证的女性， 雌激素是血管舒缩症状（VMS）最有效的治疗措施 ，同时可改善睡眠障碍、情绪障碍等症状，提高绝经女性健康相关的生命质量（1类）。	主要用于有治疗诉求但存在MHT禁忌证、暂不适合MHT或对MHT有顾虑不愿意使用者。如中成药或植物药：选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）、选择性5-羟色胺和去甲肾上腺素双重再摄取抑制剂（SNRI）以及可乐定；植物雌激素。	近年新上市或进入临床研究阶段的药物较多，如选择性神经激肽3受体拮抗剂对VMS等相关症状有一定的疗效，有望进入临床使用。	针灸、认知行为疗法、正念减压疗法、星状神经节阻滞、催眠等可能起到辅助治疗作用（1类）。

【要点】MHT是VMS最有效的治疗措施。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

MHT缓解绝经相关症状疗效显著优于安慰剂，而植物提取物与安慰剂疗效相近⁴



一项于2001-2004年进行的随机、双盲、安慰剂对照研究，纳入了351例45-55岁出现绝经相关症状患者，随机分为5组，分别使用黑升麻组、含有黑升麻的本草植物组、本草植物加大豆饮食组、MHT（每日0.625mg结合雌激素，加或不加醋酸甲羟孕酮，每日2.5mg）组、安慰剂组，评估治疗第3、6、12个月后血管舒缩症状的改善情况，研究结果显示：

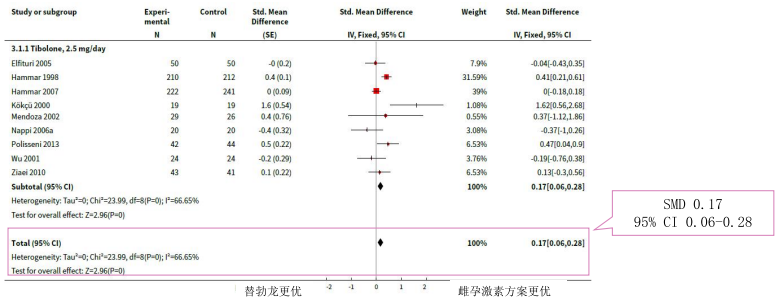
- 12个月时MHT较安慰剂每日症状发生次数减少4.06次，较安慰剂明显改善症状（ $P<0.001$ ）
- 黑升麻较安慰剂每日症状发生次数减少0.54次，与安慰剂疗效无统计学差异（ $P=0.25$ ）

4. Newton KM, Reed SB, LaCroix AZ, Grothaus LC, Ehrlich K, Gullman J. Treatment of vasomotor symptoms of menopause with black cohosh, multibotanicals, soy, hormone therapy, or placebo: a randomized trial. Ann Intern Med. 2006;145(12):869-879.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

Cochrane系统评价：雌孕激素联合方案改善血管舒缩症状较替勃龙更优⁵

Cochrane系统评价：雌孕激素联合方案改善血管舒缩症状的效果较替勃龙更优（SMD 0.17，95% CI 0.06-0.28；OR 1.36，95%CI 1.11-1.66；9项研究；1336名女性；中等质量证据）。



2015年10月按照Cochrane标准方法学，纳入46项随机对照试验（共19976例女性），比较替勃龙与安慰剂、雌激素和/或联合激素治疗（HT）对绝经后和围绝经期妇女的影响，主要结果是血管舒缩症状、非预期阴道出血和长期不良事件。

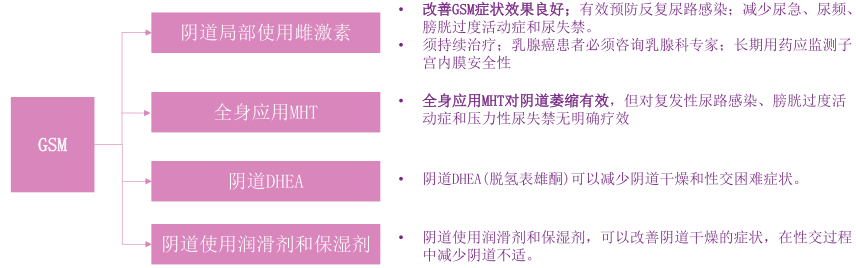
5.Fornoso G, Perrone E, Maltoni S, et al. Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10(10):CD008536.

CHN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

六. 绝经相关症状的治疗策略¹

（二）绝经生殖泌尿综合征（GSM）



【要点】阴道局部雌激素治疗可改善中或重度阴道萎缩症状，预防反复尿路感染，减少尿急、尿频、膀胱过度活动症和尿失禁。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CHN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

六. 绝经相关症状的治疗策略¹

（三）精神心理问题（焦虑、抑郁、易激惹、睡眠障碍等）

- 中重度VMS可导致睡眠障碍，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单雌激素方案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。
- 有限的数据显示，替勃龙在改善绝经过渡期和绝经后期情绪低落、抑郁等症状方面更有优势，且不增加乳腺密度（2A类）。
- 尚无临床证据支持单用MHT治疗抑郁症。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.

CHN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

17β-雌二醇-地屈孕酮序贯方案显著改善绝经女性的失眠、抑郁、紧张⁶

17β-雌二醇-地屈孕酮序贯方案治疗组患者的失眠、抑郁、紧张症状在治疗3个月时显著改善，在6个月时完全缓解，在12个月时，症状持续改善。与替勃龙组无显著差别。

症状	替勃龙组	17β-雌二醇-地屈孕酮组
失眠症状评分	0.82	0.92
抑郁症状评分	0.46	0.36
紧张症状评分	0.68	0.54

注：症状严重程度分为无、轻度、中度和重度，评分分别为0、1、2、3。

一项为期12个月的前瞻性研究，绝经相关症状健康女性随机接受替勃龙（n=49，2.5mg）或17β-雌二醇-地屈孕酮（n=49，2/10 mg）序贯方案，评估两种绝经激素治疗方案对绝经相关症状的效果。

6. Elifituri A, Sherif F, Elmahaishi M, Chrystyn B. Two hormone replacement therapy (HRT) regimens for middle-eastern postmenopausal women. Maturitas. 2005;52(1):52-59. CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

六. 绝经相关症状的治疗策略¹

（四）其他躯体症状

- 绝经相关症状涉及多个系统，部分女性表现为躯体症状并反复出现，同时伴有焦虑和抑郁情绪。常见症状如图示。
- 出现躯体症状时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）。如果症状缓解不满意，需返回专科重新进行评估或多学科协作诊疗。

胃肠道症状（吞咽困难、口苦咽干、咽部异物感、便秘等）

呼吸循环系统症状（如胸闷、气短、心悸、心慌等）

假性神经系统症状（肌肉麻木、皮肤异常感觉等）

肢体疼痛（腰背痛、肌肉关节痛等）

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21. CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

六. 绝经相关症状的治疗策略¹

（五）绝经过渡期异常子宫出血

绝经过渡期是异常子宫出血（AUB）的高发时期，在围绝经期女性的所有妇科疾病咨询中，AUB占70%以上。

76.5%患者在月经变化过程中出现绝经相关症状¹

常见绝经相关症状包括：乏力、易激动、失眠、骨关节和肌肉痛、潮热、抑郁、头晕、心悸、头痛、感觉异常等¹。需要加强问诊，筛出患者

在绝经过渡期AUB诊疗中，要综合考虑绝经相关症状的治疗¹。

对中国14家医院妇科门诊40~60岁1641例患者采用统一问卷进行面对面调查，调查中国妇科门诊40~60岁患者的绝经相关特征。其中可用于分析绝经相关症状与月经变化关系患者981例¹。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.
2. 陈春, 郁琦, 徐克惠, 等. 中国14家医院妇科门诊40~60岁患者绝经相关特征的调查. 中华妇产科杂志. 2013; 48(10): 723-727. CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

七. 早发性卵巢功能不全（POI）¹

- POI的HRT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2~4mg/d、结合雌激素0.625~1.25mg/d 或经皮雌二醇75~100 μg/d，有完整子宫者雌激素治疗时应添加足量足疗程孕激素以保护子宫内膜，也可使用雌孕激素复合制剂如17β-雌二醇片/17β-雌二醇地屈孕酮片（2/10剂型）。
- HRT用至平均自然绝经年龄，之后按照MHT原则进行（1类）。
- 与复方口服避孕药（COC）相比，HRT对骨骼及代谢更有利。
- POI在治疗过程中应注意患者长期健康问题的评估，原发病的评估和治疗，必要时联合专科诊疗。

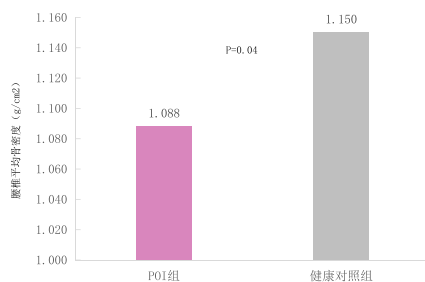
【要点】POI患者只要无禁忌证应尽早开始HRT，并需要相对于MHT标准剂量较高的雌激素用药。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (01): 4-21.

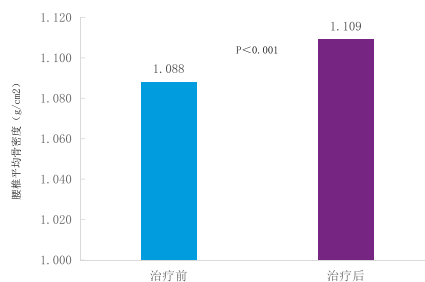
CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

雌二醇/雌二醇地屈孕酮显著改善POI患者骨量⁷

POI患者骨密度较健康对照组显著降低



POI患者雌二醇/雌二醇地屈孕酮激素替代治疗后骨密度显著增加



一项前瞻性研究，包括132例被诊断为特发性POI的患者（平均年龄31.86岁）和17名正常月经周期的健康女性作为对照（平均年龄为23.21岁），POI患者每日口服2mg17-β-雌二醇和10mg地屈孕酮序贯方案，平均随访观察3年，使用双能X线吸收测量法评估及比较腰椎骨密度等。

7. Podfigurna A, Maciejewska-Jesko M, Nadolna M, et al. Impact of Hormonal Replacement Therapy on Bone Mineral Density in Premature Ovarian Insufficiency Patients. J Clin Med. 2020;9(12):3961.

CHN2264407 (v1.0) 仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

八. MHT的长期获益与风险¹

（一）绝经后骨质疏松症

- 循证医学证据证实，MHT对骨健康具有保护作用。MHT通过抑制破骨细胞活性及降低骨转化，预防绝经后骨质快速丢失及骨质疏松症，降低骨折的风险。
- 绝经后或在雌激素缺乏的任何阶段，尽早启动MHT获益更大，可获得骨质疏松性骨折的一级预防。对骨的保护，使用MHT的时间至少需3~5年，停用后作用逐渐消失。
- 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）。



1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (01): 4-21.

CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

MHT较非MHT药物显著改善骨密度⁸

干预前，三组患者骨密度值无显著性差异；干预后，MHT组骨密度值显著高于黑升麻组和Kuntai组。

组别	干预前 (T值)	干预后 (T值)	P值
MHT组 (n=54)	-0.714	-0.443	P<0.05
黑升麻组 (n=26)	-0.702	-0.844	P>0.05
Kuntai组 (n=23)	-0.899	-1.044	P>0.05

一项于2013-2014年于国内进行的前瞻性干预研究，纳入103例围绝经期女性，其中分别给予MHT (n=54)，Kuntai胶囊 (n=23)，黑升麻组 (n=23)，进行12个月的治疗和随访，评估不同治疗方式对骨密度等指标的影响。结果显示：以MHT 治疗为中心的绝经期管理模式，可以有效缓解绝经期症状，改善患者健康水平。

8. 叶育芳, 林霞, 索峰等. 绝经期女性健康管理模式的实践与探讨. 中国医学创新. 2016; 137-141.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看, 请勿提供给患者或其他人员

低剂量雌激素（0.5mg/d 17β-雌二醇）显著增加绝经早期女性椎骨/股骨转子骨密度 超低剂量雌激素（0.25mg/d 17β-雌二醇）预防绝经早期女性髌部/椎骨骨质流失⁹

部位	安慰剂	0.25mg 17β-雌二醇	0.5mg 17β-雌二醇	1mg 17β-雌二醇
腰椎	-2.5	0.5	2.5	3.0
股骨颈	-2.5	0.5	1.5	2.0
股骨转子	-2.5	1.0	2.0	3.0

一项多中心、随机、双盲、安慰剂对照试验，绝经早期女性 (n=327) 随机分为七组：安慰剂、17β-雌二醇0.25mg、17β-雌二醇0.5mg、17β-雌二醇1mg、17β-雌二醇1mg/醋酸炔诺酮 (NETA) 0.25mg、17β-雌二醇1mg/NETA 0.5mg、17β-雌二醇1mg /NETA 1mg，每天1次口服持续26个月，189名绝经早期女性完成研究，主要疗效终点是筛查时以及13、19和26个月时通过双能x射线吸收仪测量的腰椎骨密度 (BMD) 的变化。

9. Greenshal M, Gluck OS, Lang E, Rakov V. Oral hormone therapy with 17beta-estradiol and 17beta-estradiol in combination with norethindrone acetate in the prevention of bone loss in early postmenopausal women: dose-dependent effects. Menopause. 2005;12(6):741-748.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看, 请勿提供给患者或其他人员

八. MHT的长期获益与风险¹

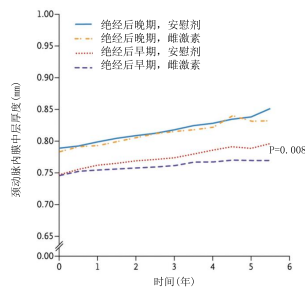
（二）心脑血管疾病（1/2）

- 对于年龄<60岁、绝经10年内且无心血管疾病的女性启动MHT不增加冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）和卒中的风险，且能够降低冠心病死亡率和全因死亡率（1类）。
- 对于年龄≥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）。低剂量经皮雌激素（<50 μg/d）不增加卒中风险。
- DOPS、KEEPS、ELITE等随机临床研究证实了围绝经期及绝经早期启动MHT可降低心血管损害并可能是获益的“机会窗”（1类）。
- 高血压病是心血管疾病的危险因素，高血压病患者应在内科进行专科治疗，在血压稳定后进行MHT，MHT不增加其心血管疾病风险（1类）。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志. 2023; 58 (01):4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看, 请勿提供给患者或其他人员

ELITE研究： 窗口期内雌激素治疗可显著降低绝经后早期女性的动脉粥样硬化进展率¹⁰



随访5年（中位数）后：

- 雌二醇加孕酮或不加孕酮对CIMT进展的影响在绝经后早期和绝经后晚期之间存在差异（交互作用 $P=0.007$ ）。
- 随机分组在绝经后早期（6年以下）的女性中，安慰剂组的平均CIMT每年增加0.0078mm，而雌二醇组的平均CIMT每年增加0.0044mm（ $P=0.008$ ）。
- 随机分组在绝经后晚期（≥10年）的女性中，安慰剂组和雌二醇组的CIMT进展率相似（分别为每年0.0088和0.0100mm； $P=0.29$ ）。

一项单中心、随机、双盲、安慰剂对照研究，将643例健康绝经后女性按绝经时间分层（<6年为绝经后早期， $n=271$ ；≥10年为绝经后晚期， $n=372$ ），随机分为口服17β-雌二醇（1mg/d）和孕酮阴道凝胶（45mg/d×10 d，每30天一个周期）或安慰剂，主要研究终点是每6个月测量一次颈动脉内膜中层厚度（CIMT）的变化率。

10. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, et al; ELITE Research Group. Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol. *N Engl J Med*. 2016;374(13):1221-31.

CIN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

八. MHT的长期获益与风险¹

（二）心脑血管疾病（2/2）

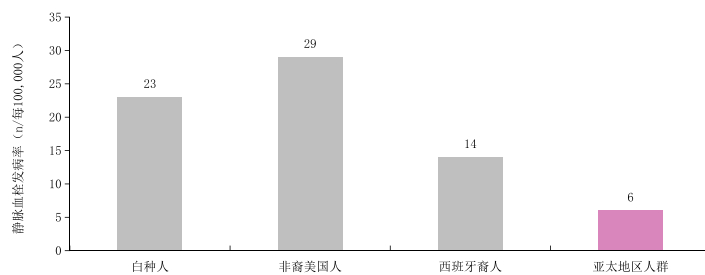
- 亚洲女性的静脉血栓风险相对较低。
- MHT相关的静脉血栓栓塞（VTE）的风险随着年龄增长而增加，且与肥胖程度呈正相关。
- 口服MHT增加VTE的风险，有VTE个人史的女性禁用口服雌激素治疗（1类）；经皮雌激素不增加VTE风险（1类），有VTE高风险（包括BMI>30kg/m²、吸烟、易栓症家族史）的女性，经皮雌激素可能更安全（1类）。
- 不同类型孕激素引起的血栓风险不同：天然孕激素比合成孕激素的VTE风险小，某些合成孕激素如MPA导致VTE风险增加（1类）。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(11):4-21.

CIN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

亚洲女性静脉血栓发生风险低^{11, 12}



一项分析1991-1994年加州相关患者出院数据集。纳入17991例特发性深静脉血栓形成患者（非癌症或住院导致的在过去6个月内血栓）和5573例继发性血栓栓塞患者（在7种不同情形下3个月内发生血栓栓塞）。使用数据集中记录的人种确定种族。对于特发性深静脉血栓形成，计算了经年龄和性别校正的标准化发生率。对于继发性血栓栓塞，进行比例风险建模，评估不同地区静脉血栓的发病率¹²。

11. de Villiers TJ, Pines A, Panay N, et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric*. 2013;16(3):316-337.

12. White RH, Zhou H, Romero PS. Incidence of idiopathic deep venous thrombosis and secondary thromboembolism among ethnic groups in California. *Ann Intern Med*. 1998;128(9):737-740.

CIN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

静脉血栓发病率随增龄升高，60岁前静脉血栓发生风险低^{13, 14}

年龄组 (岁)	男性 (年度发病率 / 100,000)	女性 (年度发病率 / 100,000)
0-14	~10	~10
15-19	~20	~20
20-24	~30	~30
25-29	~40	~40
30-34	~50	~50
35-39	~60	~60
40-44	~70	~70
45-49	~80	~80
50-54	~100	~100
55-59	~150	~150
60-64	~300	~200
65-69	~400	~250
70-74	~700	~500
75-79	~650	~700
80-84	~1150	~900
≥85	~900	~1000

一项回顾性分析，对基于人群队列的2218名患者（1966年~1990年25年间发生深静脉血栓或肺栓塞）的完整医疗记录进行分析，评估静脉血栓发病率的长期趋势¹³。

13. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ 3rd. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. Arch Intern Med. 1998;158(6):585-593.
14. Heit JA. Epidemiology of venous thromboembolism. Nat Rev Cardiol. 2015;12(8):464-474.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

ESTHER研究：孕烷类衍生物（包括地屈孕酮）不增加静脉血栓风险¹⁵

激素类型	发生静脉血栓的比值比 (95%CI)
微粒化黄体酮	0.7
孕烷类衍生物 (包括地屈孕酮)	0.9
非孕烷类衍生物	3.9

孕烷类衍生物包括地屈孕酮、美屈孕酮、氯地孕酮等；非孕烷类衍生物包括诺美孕酮和普美孕酮。

ESTHER研究是多中心病例对照研究，连续纳入1999-2005年45-70岁绝经后妇女首次静脉血栓发作的连续病例271例，根据研究中心、年龄、入院日期匹配610例对照病例，评估激素的选择与发生静脉血栓的风险关系。

15. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. Circulation. 2007;115(7):840-845.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

八. MHT的长期获益与风险¹

（三）中枢神经系统

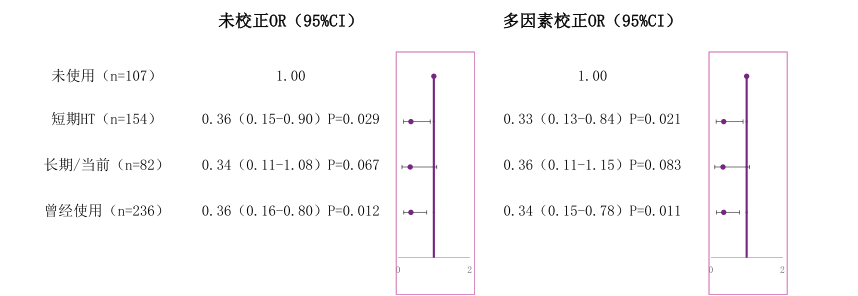
- 抑郁是围绝经期及绝经后期女性的常见症状，MHT可改善围绝经期女性的抑郁症状，当仅用MHT改善抑郁症状不明显时，建议酌情加用抗抑郁药或联合专科诊疗。
- 不推荐MHT单独用于绝经女性抑郁症的一线治疗（1类）。
- 有围绝经期抑郁症（PMD）病史的女性在停止激素治疗时应警惕抑郁症复发或加重的风险。
- 尽早开始MHT对降低认知减退和阿尔茨海默症的风险有益，特别是对于手术绝经者。年龄≥60岁或绝经超过10年才启动MHT会对认知功能产生不利影响，增加痴呆的风险（1类）。
- MHT可能会增加癫痫患者的发作频率（1类）。
- MHT与帕金森病、多发性硬化症关系不明确（1类）。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (01): 4-21.

CIN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

绝经早期的短期MHT可能对认知功能已有长期的保护作用¹⁶

在绝经早期接受2-3年激素治疗女性的认知障碍的风险降低了64%



对343名在随机、安慰剂对照试验中接受过激素治疗女性在治疗结束后5年、11年或15年进行随访复查，评估绝经后早期服用激素治疗 2至3年对5至15年后认知障碍风险的影响¹⁶。

16. Bagger YZ, Tunkó LB, Alexandersen P, Qin G, Christiansen C; PERF Study Group. Early postmenopausal hormone therapy may prevent cognitive impairment later in life. *Menopause*. 2005;12(1):12-17. CINA264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

八. MHT的长期获益与风险¹

(四) 糖尿病和代谢综合征

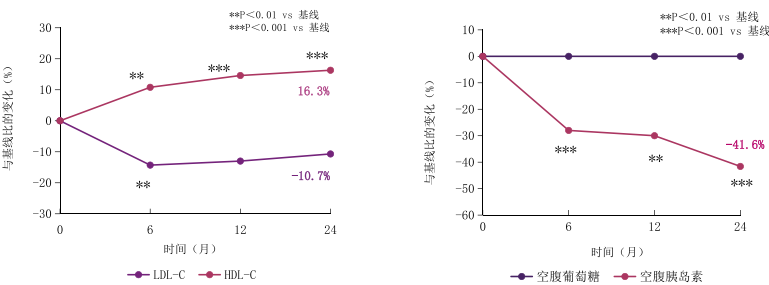
- 围绝经期和绝经后女性易发生胰岛素抵抗、糖调节异常及2型糖尿病。
- 雌激素可降低绝经后女性空腹血糖水平和胰岛素抵抗，增加胰岛素敏感性，改善代谢，有助于血糖控制，减少或延缓发展为2型糖尿病。雌激素口服与经皮给药相比，能更大程度减少或延缓糖尿病的发展，尤其在绝经10年内获益更明显。
- 不提倡MHT用于预防2型糖尿病，对于有绝经相关症状且无糖尿病并发症的女性可在内分泌科治疗控制血糖的基础上进行MHT（1类）。
- 围绝经期及绝经后女性也易出现腹部脂肪堆积，且胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白水平升高的风险增加。
- MHT可改善脂代谢异常，减少腹部脂肪堆积和总体脂肪量，并有助于改善代谢综合征的多种风险因素。伴有代谢综合征的肥胖女性有更高的血栓风险，应优先选择经皮雌激素治疗。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志. 2023; 58 (01):4-21.

CINA264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

雌二醇/雌二醇地屈孕酮有效调节血脂及血糖代谢¹⁷

研究证明，地屈孕酮并未抵消雌激素的有益作用，如对胰岛素敏感性、LDL-C、HDL-C的潜在有利影响。



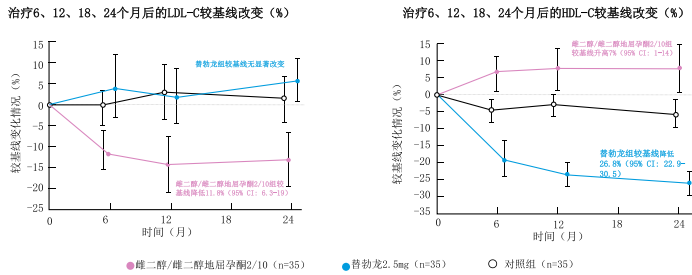
LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇

一项纳入29例绝经妇女的为期24个月的前瞻性研究，自身做对照，予以口服17β-雌二醇2mg/d+地屈孕酮10mg/d（第14-28天）。通过空腹血清采样，评估血脂、脂蛋白、血糖、胰岛素和c肽水平，及口服葡萄糖耐量。

17. Crook D, Goddard JF, Hull J, Stevenson JC. Hormone replacement therapy with dydrogesterone and 17 beta-oestradiol: effects on serum lipoproteins and glucose tolerance during 24 month follow up. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(3):298-304. CINA264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

口服雌二醇/雌二醇地屈孕酮对血脂表现有益作用¹⁸

与基线相比，雌二醇/雌二醇地屈孕酮治疗组LDL-C水平显著降低、HDL-C水平显著升高，而替勃龙组LDL-C水平无显著改变，HDL-C水平降低



LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇; MSHW: P<0.001
一项开放、随机、对照研究，纳入140名健康的绝经后早期女性，随机分为17β-雌二醇口服（2mg/天，n=35）或经皮（50 μg/天，n=35），均接受地屈孕酮治疗14天（10mg/d）一组，接受替勃龙治疗（2.5mg/天，n=35）一组。28天为一个疗程，共治疗24个月。并有35名未经治疗的女性作为对照组。本研究旨在评估三种激素替代疗法（口服或经皮17β-雌二醇+地屈孕酮、替勃龙）长期给药对血脂和脂蛋白的影响。结果显示，当序贯联合地屈孕酮时，口服雌二醇对血清脂质谱心血管疾病风险显示出有益影响，而替勃龙未观察到。
18. Hinggi W, Lippman R, Eisen W, Jaeger P, Birkhäuser ML. Long term influence of different postmenopausal hormone replacement regimens on serum lipids and lipoproteins(a): a randomised study. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104(6):708-717. C192264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

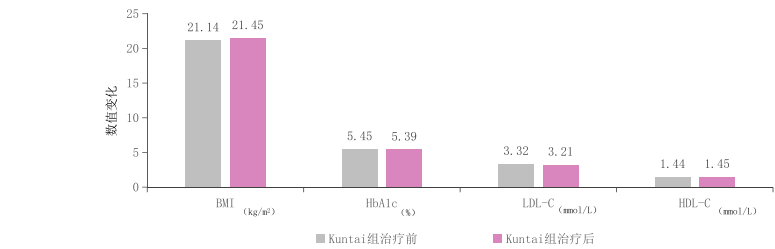
口服给药较经皮给药有利于血脂代谢¹⁹

类别	A组（口服）		B组（经皮）		组间差异	
	6周期 (n=24)	12周期 (n=23)	6周期 (n=24)	12周期 (n=22)	6周期	12周期
总胆固醇	↓	↓	=	=	*	NS
LDL-C	↓	↓	=	=	**	**
LDL-C/HDL-C	↓	↓	=	=	**	*

↓: 降低; =: 不变; LDL-C: 低密度脂蛋白-胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白-胆固醇; NS: 无显著性差异
*P<0.05两组间相比; **P<0.005两组间相比
一项开放、随机研究纳入60例绝经后女性的研究，随机分成A组（口服MHT）和B组（经皮MHT），A组采用2mg戊酸雌二醇（第1-21天）序贯联合1mg醋酸环丙孕酮（第12-21天）治疗；B组采用每日释放50mg雌二醇的贴片，每周2次（3周），序贯联合20mg地屈孕酮（第12-21天）口服治疗。评估第6个治疗周期和第12个治疗周期时空腹状态下的血清血脂水平、脂蛋白水平、载脂蛋白水平和肝功能检查。
19. Schram JH, Boerrigter PJ, The TV. Influence of two hormone replacement therapy regimens, oral oestradiol valerate and cyproterone acetate versus transdermal oestradiol and oral dydrogesterone, on lipid metabolism. Journal Of The Climacteric/Postmenopause. 1995;22(2):121-130. C192264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

中药对血脂和糖代谢无明显改善²⁰

Kuntai胶囊治疗后，BMI、血糖、血脂在治疗前后无显著差异（p>0.05）



BMI: 体质指数; HbA1c: 糖化血红蛋白; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇
一项于2013年在国内进行的前瞻性、随机对照研究，共纳入60例50-60岁围绝经期女性，随机分为Kuntai组和对照组（维生素E），各30例。试验组使用Kuntai胶囊，每天3次口服，每次4粒（1.2g）；对照组应用维生素E胶丸，每天3次口服，每次一粒（0.1g）。采用连续性用药法，服药期6个月，评估Kuntai胶囊治疗对BMI、血脂、血糖的影响。
20. 李少娟, 梁美浓, 刘杰强, 等. 坤泰胶囊对围绝经期女性心血管危险因素的影响. 海南医学. 2014. 25(10): 1447-1450. C192264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

八. MHT的长期获益与风险¹

（五）绝经后骨关节症状

- 绝经后骨关节症状主要表现为肩、膝、腰骶关节和手指关节等部位的疼痛及僵硬，常伴有骨关节炎（OA）。**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OA发病与雌二醇缺乏有关（1类）。**
- 目前并无充分证据证实雌激素对关节炎的作用（1类），ET临床试验的荟萃分析结果也不一致，WHI等研究发现与安慰剂比较，激素治疗组较少发生关节痛和僵硬（1类）。

（六）肌肉减少症

- 体内性激素水平降低可能是肌肉减少症发生的关键机制之一。睾酮和雌激素水平下降可加速骨质疏松、骨骼肌减少及肌肉功能下降。
- 目前，对于绝经后女性应用MHT治疗肌肉减少症的作用仍存在争议，但**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）。**
- 最新的文献表明，肌肉强化运动与充足的营养（蛋白质、钙、维生素D等）是治疗骨质疏松症-肌肉减少症的重要策略（1类）。

1. 中华医学会儿科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (01): 4-21.

CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

八. MHT的长期获益与风险¹

（七）乳腺癌

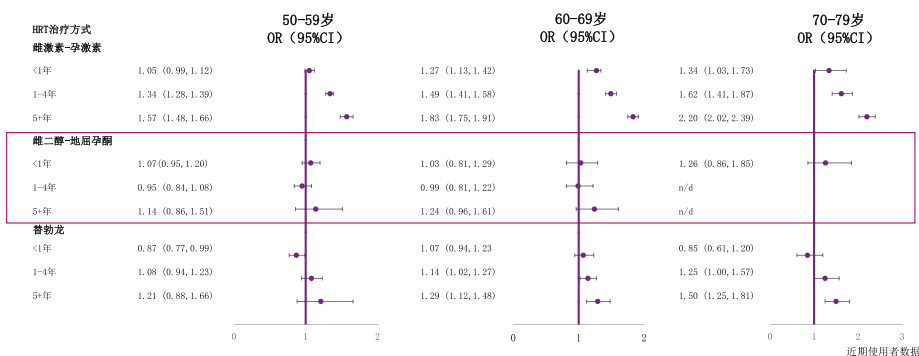
- 我国女性乳腺癌发病的中位年龄为48~50岁，恰好是绝经管理的目标人群；**无论是否进行MHT，均需充分重视中年女性乳腺健康，尤其是乳腺癌筛查（2A类）。**
- MHT与乳腺癌的关系复杂，**具体的方案、药物、用药持续时间以及患者的本身特征**均可能产生影响。
- 单独应用结合雌激素不额外增加乳腺癌风险**，但尚不明确不同雌激素对乳腺癌风险是否存在差异（1类）。
- 多数研究证明，雌、孕激素联合应用轻度增加乳腺癌风险（**属于罕见级别，<1/1000**），增加的风险略高于每天1杯葡萄酒但低于每天2杯葡萄酒，**与肥胖和活动少的风险相当（1类）。**
- 乳腺癌风险与孕激素种类有关，**含天然孕激素或地屈孕酮的MHT方案相关的乳腺癌风险较含其他合成孕激素的方案低（1类）。**
- 乳腺癌风险还与MHT的使用时限有关，随着MHT时间延长，应用合成孕激素的MHT所致乳腺癌风险有所增加，但长期MHT的数据仍较少（1类）。
- 大部分的研究证据证明，对于绝经后无个人恶性肿瘤史的BRCA1基因阳性女性，MHT不会增加其乳腺癌的风险（2A类），然而针对绝经后BRCA2基因阳性女性的数据较为缺乏。
- 乳腺癌仍应被视为全身应用MHT的禁忌证（2A类）。**对于其潮热出汗等全身症状，首选非激素治疗；有GSM，首选阴道润滑剂和保湿剂，如不能缓解，建议选择阴道局部应用普罗雌烯胶丸或乳膏（2A类）。

【要点】中年女性为乳腺癌高发年龄段，应加强乳腺癌筛查。MHT与乳腺癌的关系复杂。单独应用雌激素基本不额外增加乳腺癌风险，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。乳腺癌风险与MHT中的孕激素种类有关，应用合成孕激素的风险有所增加。乳腺癌风险还与MHT使用时限有关。已知或怀疑乳腺癌，通常不建议全身应用MHT；乳腺癌患者有GSM首选阴道润滑剂和保湿剂。

1. 中华医学会儿科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (01): 4-21.

CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

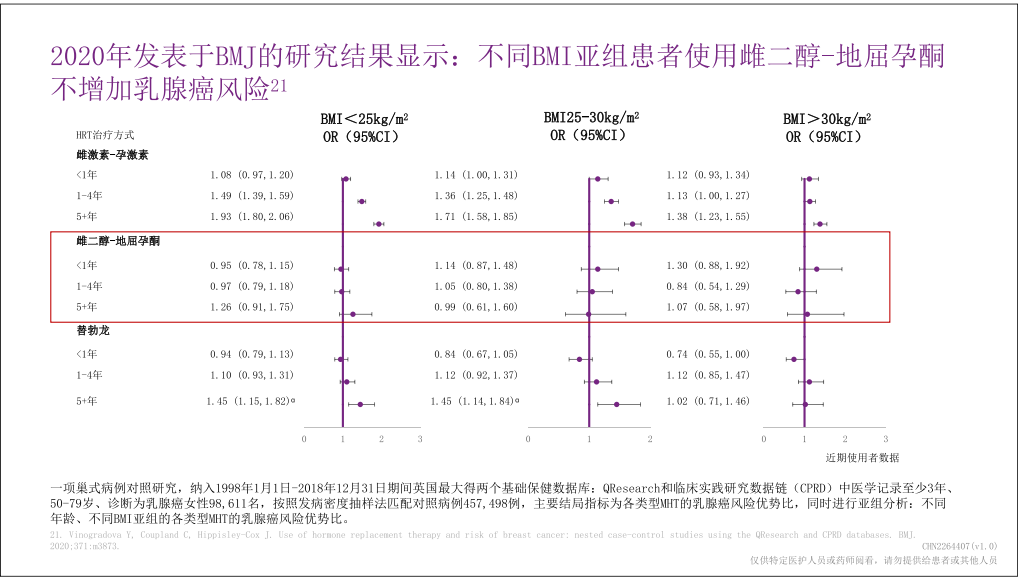
2020年发表于BMJ的研究结果显示：不同年龄亚组患者使用雌二醇-地屈孕酮不增加乳腺癌风险²¹



一项巢式病例对照研究，纳入1998年1月1日至2018年12月31日期间英国最大两个基础保健数据库：QResearch和临床实践研究数据链（CPRO）中医学记录至少3年、50-79岁、诊断为乳腺癌女性98,611名，按照发病密度抽样法匹配对照病例457,498例，主要结局指标为各类型MHT的乳腺癌风险优势比，同时进行亚组分析：不同年龄、不同BMI亚组的各类型MHT的乳腺癌风险优势比。

21. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. BMJ. 2020;371:n3873.

CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员



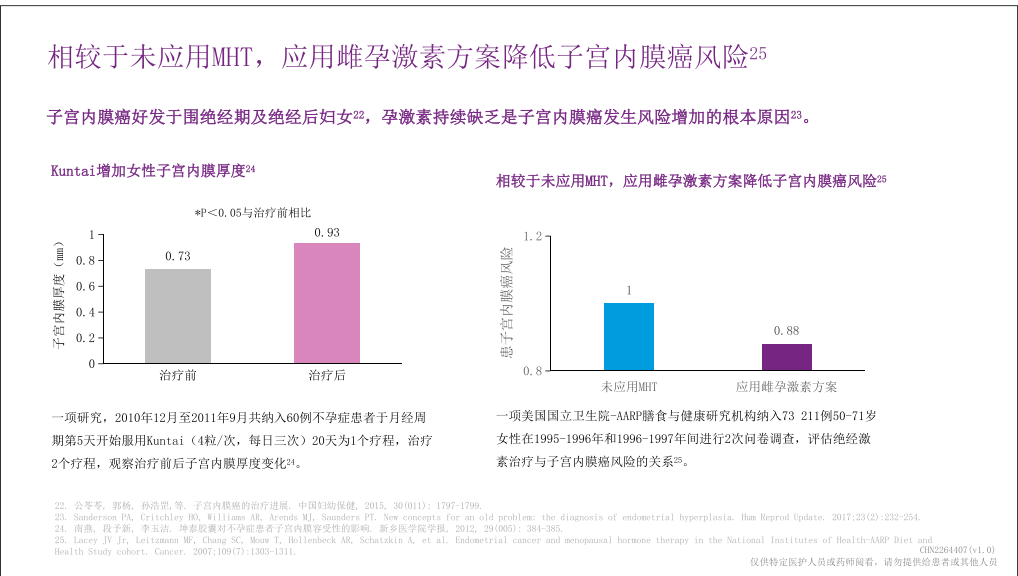
八. MHT的长期获益与风险¹

（八）子宫内膜增生和子宫内膜癌

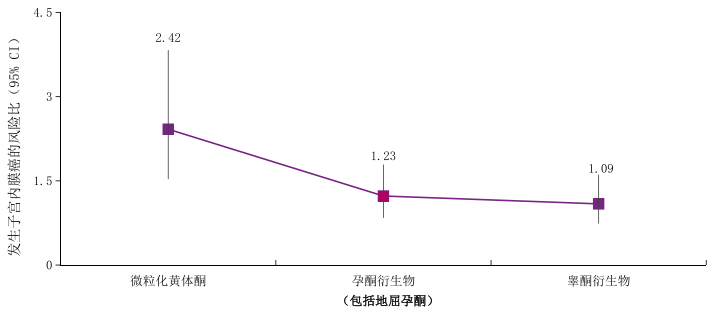
- 绝经后有子宫的女性，单用雌激素1~3年导致子宫内膜增生和子宫内膜癌风险显著增加；为避免雌激素对子宫内膜的过度刺激，应加用足量足疗程的孕激素保护子宫内膜。MHT方案中孕激素使用的持续时间、种类、剂量、用药途径均为子宫内膜增生和子宫内膜癌风险的影响因素。
- MHT序贯治疗（每月孕激素使用天数不短于10d）5年之内不增加子宫内膜癌风险，5年以上的风险逐年增加；MHT连续联合治疗不增加子宫内膜癌风险（1类）。
- 建议自然绝经1年以上的女性，如果无月经样出血需求，MHT逐步过渡为连续联合方案，以减少子宫内膜增生和子宫内膜癌风险（2A类）。
- 使用替勃龙2年内不增加子宫内膜增生和子宫内膜癌的风险，2年以上的风险尚无定论（1类）。
- 阴道低剂量雌激素单药治疗的安全性缺乏超过1年的数据支持。
- 尽管合成孕激素对子宫内膜的保护优于天然孕激素，但天然孕激素和地屈孕酮对乳腺的安全性优于合成孕激素。为兼顾乳腺的安全性，推荐在序贯方案中选择微粒化黄体酮200~300mg/d，或地屈孕酮10~20mg/d，每月用12~14d；在连续联合方案中选择微粒化黄体酮100mg/d，或地屈孕酮5mg/d，能获得良好的子宫内膜保护作用（1类）。
- LNG-IUS 能提供良好的子宫内膜保护作用，可用于MHT连续联合方案（1类）。
- 有绝经相关症状的早期子宫内膜样腺癌手术后患者可考虑应用MHT，现有的证据表明不增加肿瘤复发风险、新发肿瘤风险和死亡风险（1类）。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志. 2023; 58(01):4-21. (CN2264407 (v1.0))

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员



地屈孕酮不增加子宫内膜癌风险²⁶



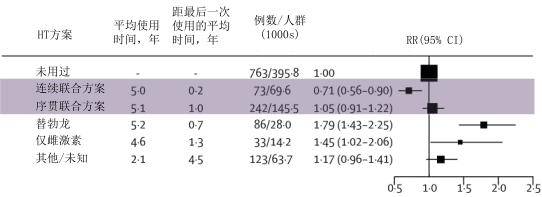
EPIC研究从1992-2000年随访115474例绝经后妇女，平均随访9年，评估激素的选择与发生子宫内膜癌的风险关系。雌激素HT按雌激素成分类型（雌二醇化合物、结合去雌激素或其他/缺失）和给药途径（口服、经皮或其他/缺失）分类。雌激素加孕激素HT进一步按孕激素成分（微粒化黄体酮、孕酮衍生物或孕酮衍生物（11））分类。方案分为序贯（雌激素联合孕激素在一个月内的几天（通常10-14天）添加）或连续（雌激素加孕激素每日一次）。

26. Allen NE, Tsilidis KK, Key TJ, et al. Menopausal hormone therapy and risk of endometrial carcinoma among postmenopausal women in the European Prospective Investigation Into Cancer. *BMJ*. 2010;340:b1139. doi:10.1136/bmj.b1139.

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

雌孕激素方案对内膜更安全²⁷

百万女性研究：雌孕激素方案对内膜更安全²⁷



英国“百万女性研究”，纳入1996-2001年间716 738例英国绝经后女性，平均随访3.4年，评估激素替代疗法与子宫内膜癌风险的关系。共诊断出1320例子宫内膜癌。

结果显示：这些HRT类型对子宫内膜癌的总风险有明显不同的影响。与从未使用HRT的患者相比，最后使用连续联合制剂的风险降低（相对风险0.71 [95% CI 0.56-0.90]； $p=0.005$ ）；序贯联合方案无明显变化（1.05 [0.91-1.22]； $p=0.5$ ）。最后使用替勃龙（1.79 [1.43-2.25]； $p<0.0001$ ）和仅使用雌激素（1.45 [1.02-2.06]； $p=0.04$ ）的风险增加。

27. Beral V, Bull D, Reeves G, Million Women Study Collaborators. *Lancet*. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2005;365(9470):1543-1551.

28. 替勃龙说明书，2017年9月12日。

CHN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

替勃龙说明书：每1000名使用替勃龙治疗1年的妇女中，子宫内膜癌的患者增加0.8例²⁸。

- 观察性研究报道，正常的临床治疗中服用替勃龙的女性患者，被诊断患有子宫内膜癌的风险在增加，且随着治疗周期的延长风险随着增加，阴道超声检查显示替勃龙可致子宫内膜的厚度增加。
- 一项随机安慰剂空白对照临床试验中，入组的患者是在基线水平上未被筛查有子宫内膜异常的女性，以研究其患子宫内膜癌的最高风险率。经过2.9年之后，安慰剂组（ $n=1733$ ）中没有被诊断为子宫内膜癌的病例，而在替勃龙治疗组（ $n=1746$ ）中有4例被诊断为子宫内膜癌。这与之前研究的结论相符，即每1000名使用替勃龙治疗1年的妇女中，子宫内膜癌的患者增加0.8例。

八. MHT的长期获益与风险¹

（九）子宫颈癌

- 目前的研究表明MHT不增加子宫颈鳞癌的发生风险，同时可改善子宫颈鳞癌患者手术或放疗后的生命质量，不增加复发风险及死亡率。子宫已切除的子宫颈鳞癌患者，出现绝经相关症状时排除MHT禁忌证可单雌激素治疗，放疗后仍保留子宫的患者MHT需采用连续联合方案。MHT与子宫颈腺癌的风险关系尚不明确，建议参照子宫内膜癌处理（1类）。

（十）卵巢恶性肿瘤

- MHT是否增加卵巢上皮性癌（卵巢癌）风险并无一致结论（1类）。目前认为，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）。荟萃分析显示，MHT组卵巢癌相关死亡率更低（ $HR=0.63$, 95%CI 为0.44~0.90），复发率无显著差异（ $OR=0.71$, 95%CI 为0.45~1.14）。一般认为，MHT不增加卵巢生殖细胞肿瘤复发风险，卵巢性索间质肿瘤如颗粒细胞瘤可分泌甾体激素，通常不建议MHT，因其可能刺激残余瘤灶生长。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. *中华妇产科杂志*, 2023, 58 (01):4-21.

CHN2264407 (v1.0)

仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

八. MHT的长期获益与风险¹

(十一) 肺癌

- 总体上未发现MHT与肺癌风险之间存在明确的联系。缺乏肺癌生存者MHT安全性的研究资料。

(十二) 消化系统肿瘤

- 观察性研究表明，应用MHT者结肠直肠癌发病率及死亡率降低（1类）。
- MHT不增加胆道癌（包括胆囊癌和肝外胆管癌）的风险。荟萃分析显示，MHT的各种方案均与胃癌风险降低相关。MHT者食管癌（包括食管腺癌和鳞癌）和胃腺癌的发生风险降低。荟萃分析显示，MHT可能降低原发性肝癌的风险，但样本量较小，仍需要进一步的研究。

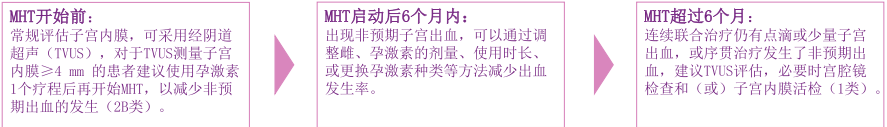
(十三) 血液系统肿瘤

- 现有的文献未显示MHT增加血液系统恶性肿瘤的风险，绝经前女性接受造血干细胞移植发生POI的风险>90%，MHT不增加原发血液病复发的风险，但MHT启动时机建议待原发疾病情况稳定后再开始。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (01): 4-21. CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

九. MHT的随访¹

- 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。无月经方案可随时停药。序贯方案非紧急者建议待周期结束停药。
- 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。
- MHT过程中出现非预期出血时，处置的关键问题在于查找病因和子宫内膜监测。



以TVUS子宫内膜厚度≥8mm，作为MHT不伴异常出血的子宫内膜评估〔宫腔镜检查（或）子宫内膜活检〕阈值较合适；如果内膜厚度<8mm，但TVUS提示子宫内膜回声异常、异常血流等图像，需具体评估，必要时宫腔镜检查（或）子宫内膜活检（1类）。

【要点】MHT使用需规范随访以评估利弊。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (01): 4-21. CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

十. 围绝经期及绝经后女性性健康及避孕¹

(一) 围绝. 经期及绝经后女性的性健康

绝经过渡期女性性功能障碍的发病率高达42%~88%，绝经后女性发病率更高。对绝经女性性健康的保健，除健康指导以外，治疗包括激素和非激素治疗两大类。

- （1）**激素治疗：**①MHT：全身应用MHT可改善轻至中度性交痛相关性功能障碍（1类）。多项荟萃分析显示，替勃龙对女性性功能有改善作用（1类）。②局部治疗：阴道局部雌激素治疗可改善阴道内环境，有效减少阴道干燥和性交困难，有助于改善女性性功能。③雄激素：雄激素类药物治疗对绝经后女性性功能的改善有一定的益处，需在医生指导下使用（1类）。

- （2）**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。

(二) 围绝经期避孕

原则上应满足高效避孕需求的同时，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。首先推荐长效可逆避孕方法，根据使用者的自身健康状况选择含铜宫内节育器、LNG-IUS、长效激素注射、皮下埋植剂等；其次推荐避孕套；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；不推荐紧急避孕药。

【要点】MHT对围绝经期女性性问题有改善作用。围绝经期女性应避孕至绝经，兼顾高效避孕、规律月经、子宫内膜保护及缓解围绝经期症状。

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (01): 4-21. CHN2264407 (v1.0)
仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员

总结

- 1. 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¹。**
- 2. **MHT是唯一能够一揽子解决由于绝经后雌激素缺乏所带来的各种相关问题的方案，MHT优先选择天然或最接近天然的雌孕激素¹。**
- 3. **利用最好的证据让MHT使用者最大化获益，并每年定期重新评估，特别应注意到60岁以下和60岁以上启动MHT具有本质上的不同¹。**
- 4. **地屈孕酮是最接近天然孕激素，可兼顾乳腺癌和子宫内膜癌风险的安全性¹，且不增加静脉血栓风险¹⁵；雌二醇/雌二醇地屈孕酮作为常用雌孕激素序贯方案¹，显著改善绝经相关症状²⁹，显著改善绝经女性的失眠、抑郁、紧张⁶，改善骨密度³⁰，对糖脂代谢有益¹⁷等，是绝经激素治疗的“优选药物”。**

1. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版. 中华妇产科杂志, 2023, 58(01):4-21.
6. El-Gitawi A, Sherif F, Elmahallawi M, Chrystyn H. Two hormone replacement therapy (HRT) regimens for middle-eastern postmenopausal women. Maturitas. 2005;52(1):52-59.
15. Canonico M, Ogier E, Pita-Baron G, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. Circulation. 2007;115(7):840-845.
17. Crook D, Goddard IF, Hall J, Stevenson JC. Hormone replacement therapy with dydrogesterone and 17 beta-oestradiol: effects on serum lipoproteins and glucose tolerance during 24 month follow up. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104(3):288-304.
29. Li G, Wang L, Sun X, Yang X. Analysis of the long-term beneficial effects of menopausal hormone therapy on sleep quality and menopausal symptoms. Exp Ther Med. 2019;18(5):3905-3912.
30. Lees B, Stevenson JC. The prevention of osteoporosis using sequential low-dose hormone replacement therapy with estradiol-17 beta and dydrogesterone. Osteoporos Int. 2001;12(4):251-8.
CNR2264407(v1.0) 仅供特定医护人员或药师阅看，请勿提供给患者或其他人员