

母乳哺育醫療學會臨床程序

一些常見的醫療問題常影響母乳哺育的成效，而母乳哺育醫療學會的主要目標就是發展出可以處理相關醫療問題的臨床程序。這些臨床程序只用來作為照顧母乳母親與嬰兒的方針，而非絕對的治療方式或是醫療照護的標準。根據個別病人的需求而有治療上的差異可能是適當的。

母乳哺育醫療學會臨床程序13： 哺乳期的避孕

- I. 目的：這個計畫的目的概述在哺乳期可以使用的避孕方法，並提供泌乳停經法(Lactational Amenorrhea Method, LAM)的額外的背景及其使用
- II. 一般原則

表 1 哺乳期避孕的考量原則

幫助一位哺乳的媽媽選擇家庭計劃的方法時，要考慮她的：	關於：
1. 哺乳的模式、狀況及計畫	有關 LAM 及賀爾蒙方法的議題
2. 小孩的年齡	有關 LAM、賀爾蒙方法、避孕器置入和保險套的議題
3. 年齡	有關賀爾蒙方法的議題
4. 以前避孕的經驗	社交及使用議題和敏感度
5. 先生（配偶）對各種方法的意見	社交及使用的議題
6. 分娩計畫	間隔與限制的方法
7. 健康狀況	間隔與限制的方法及賀爾蒙方法
8. 家庭計劃方法的可接受性、健康照顧人員及社經狀況	地區接受、可用度的議題及可以負擔的議題

表 2 哺乳期間避孕方法的有效性

型式	依生命表格的懷孕比率 (除了其他標示外均指 12 個月)	
	一般使用	完美使用
避孕藥-僅有黃體素	5	0.5
避孕藥-結合型	5	0.1
避孕器-銅	0.8	0.6
避孕器-Levonorgestrel(黃體素的一種)	0.1	0.1

注射的-僅含黃體素	0.3	0.3
屏蔽法		
女性保險套(隔膜)	20	6
避孕帽	40	26
男性保險套	14	3
結紮		
女性	0.5	0.5
男性	0.15	0.10
週期性禁慾法(安全期)*	25	
日曆		9
排卵法		3
症狀-溫度		2
排卵後		1
泌乳期無月經法	2(6個月)	0.45(6個月)

*統計表現於一般族群，不特別用於哺乳婦女。*這些方法可能在受孕能力回復後更難使用。表格經許可後改編自 1998 年紐約 Ardent Media 公司避孕技術社區公司出版 Hatcher, RA 等所著之 避孕技術學 第 17 版

IV 產後避孕的泌乳期無月經法(LAM)

A. 背景及生物學基礎

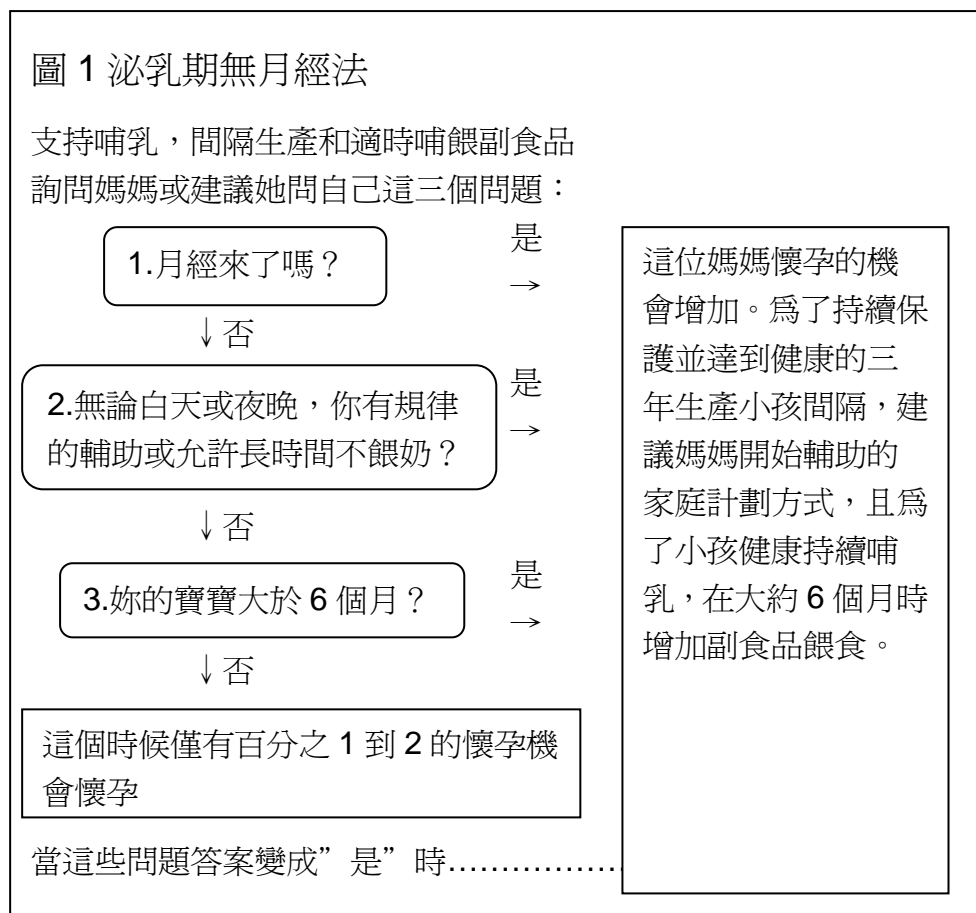
早在 1970 年代發表的資料顯示哺乳的婦女在產後早期比較少排卵，而且哺乳越密集的比部份哺乳及不哺乳較少在一次類似月經的出血前有正常的排卵。在 1988 年世界各地研究中心的研究者在Reckefeller Bellagio 會議中心分享他們的發現，並同意三個標準可足夠預測生殖能力的恢復。這些表現之後發表在位於 Georgetown大學中一個家庭計劃服務提供者的團體，結果將LAM編成家庭計劃的方法³（圖 1）。1995 年舉行的第二次Bellagio會議中的參與者帶來更多的研究，改善哺乳與生殖的知識及包括使用泌乳期無月經法(LAM)的研究。所有的研究發表確認原始的發現並證明LAM的潛力、功效及可用性。後來研究繼續支持這些開始的發現^{6,7,8,9}

B. 方法：什麼是 LAM

泌乳期無月經法(LAM)呈現成一個圖表（圖 1³）並且包括三個標準來定義最少懷孕風險的時期。此外如果沒有符合三個標準的其中一個時，建議立即使用其他方式，臨床上會詢問媽媽：

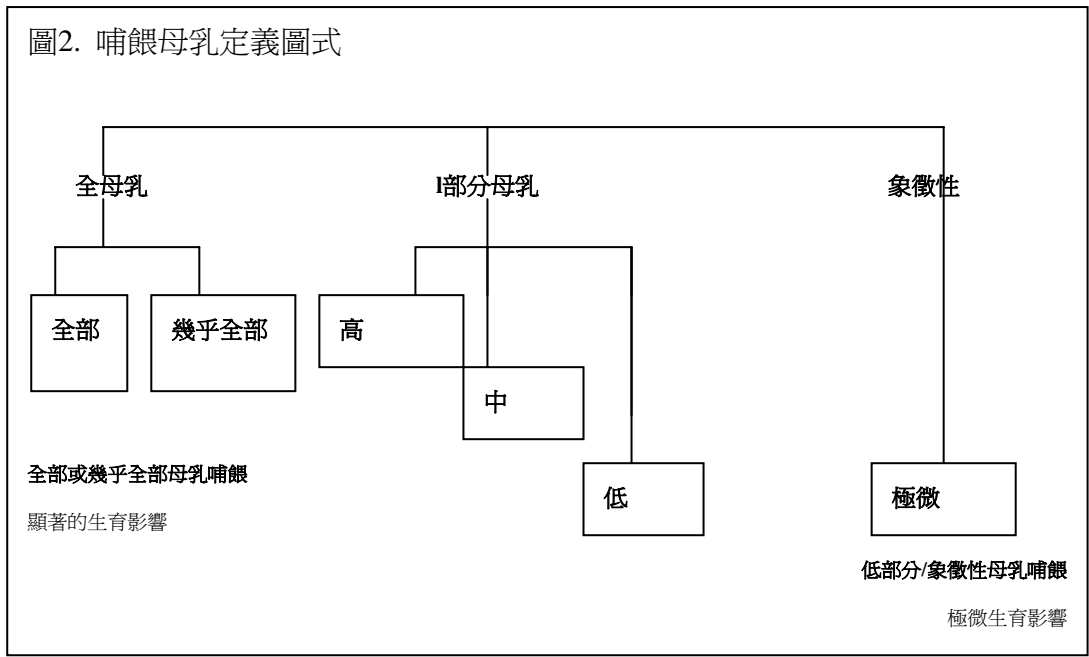
- 是否有月經的出血？
- 是否在哺乳外添加任何補充食物和液體？
- 你的小孩是否大於 6 個月？

如果她回答三個標準都是否定的，她就符合LAM的效力要求。如果上述三個問題的答案任何一個是肯定的就應該建議她使用其他避孕的方式來達到足夠間隔生產或限制生育的效果。如果媽媽有興趣而且有LAM的資格，建議她持續詢問自己這三個相同的問題。可以建議確認她有下一種方法，可以在她三個問題的答案改變時立即使用。如果她對這個方法是否仍可使用有任何問題時，建議她立即與她的健康照顧的專業人員聯絡。



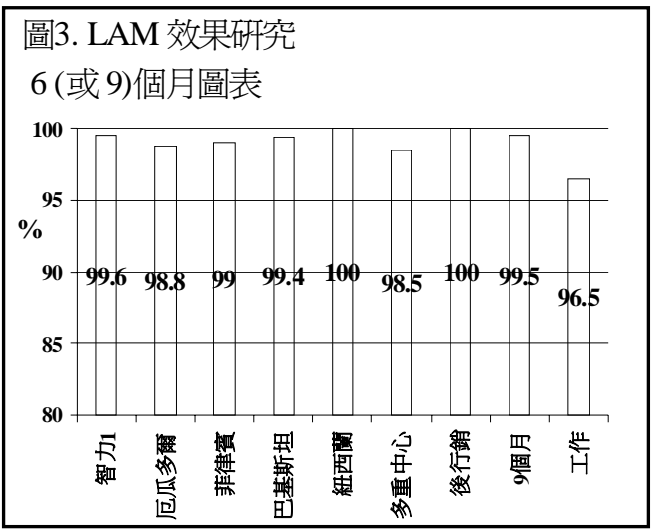
C. LAM 使用的定義

為了正確使用LAM，病人了解這三個標準是很重要的。對LAM的使用的目的而言，月經回復的定義是指發生在產後 56 天之後的病人覺得是月經出血或連續兩天的出血的任何一項。在圖 2¹⁰顯示全母乳或幾乎全母乳，而且包括純母乳及幾乎純母乳和一些不規則的提供副食品，不會干擾哺餵的頻率。這種家庭計劃的方法目前已在超過 30 個以上的國家使用。在許多國家中被接受當作是包含在他們的家庭計畫及母子健康政策中。在產後期間或對使用商品類的方式有猶豫的婦女而言它可以用做初步的方法。它有增加鼓勵理想的哺乳行為及提供媽媽及其小孩基本健康的協同支持的好處。



D. 效力

LAM被發現有 98%的效果(圖 3¹¹)，且已廣泛地在不同地方被使用，包括不同的文化、社經→族群及健康照顧場所。圖 3 圖示各種研究LAM的效力



這三個用來確定這個方法是否可用的問題是依其重要性排序。無月經是這三個問題中最重要，因為單獨這項與減少受孕就有顯著相關。哺乳的積極度也非常重要，因為它與無月經的長短及抑制產後第一次正常排卵有關，如此形成確保第一次出血優先於第一次足夠的排卵的生理狀態。

加入”六個月”的標準主要是因為這個時候應該開始餵食副食品。而開始餵食副食品後如果持續以高程度哺乳，效力似乎仍然很高。在盧安達(Rwanda)，在每次餵食副食品之前持續頻繁的母乳哺餵的這個方法用到 9 個月。在一個有工作婦女的研究中發現，雖然在母子分開，但至少母子在一起時能儘量頻繁的哺餵母乳時的情況下，LAM的效力有 96.5%。雖然這項發現與其他的研究並沒有統計上的，不過它建議在母子分開的婦女有一點增加受孕的機會。這個訊息應該讓相關的婦女知道已好讓她們做決定。

世界衛生組織(WHO)完成一個對泌乳期無月經及恢復受孕的前瞻性試驗。雖然這不是一個選擇及使用 LAM 婦女的研究，但是這個發現確認這些 LAM 試驗的高效力。

Cochrane 搜尋 1966 到 2002 年的 MEDLINE 及 EMBASE 和其他對泌乳期無月經的發表集資料來源後，於 2003 年發表文獻回顧〔註：LAM 從 1990 年以後才被發展及使用〕。發表在 9 個介入研究和 2 個控制組實驗的十三篇著作符合收案標準。回顧者的結論是 LAM 是一個可實施的避孕方法，對許多婦女而言是可以使用及接受的。LAM 使用者中 6 個月的生命表格懷孕率是百分之 0.45 到 2.45。在全餵母乳且尚無月經但未積極使用 LAM 或其他避孕方法的生命表格懷孕率一個研究中是百分之 0.88，在另一個研究是根據不同的月經定義懷孕率為百分之 0.9-1.2（95%信賴區間為 0.0-2.4）。在研究純餵母乳時間長短不一的婦女中 6 個月的生命表格月經率從百分之 11.1 到 39.4。

E. 醫師諮詢及使用方法的考量

產後避孕就如同哺乳一樣，應該在產前檢查時就與病人討論，不論她的配偶參與與否。婦女選擇避孕方式取決於以前避孕的經驗、未來生育計畫、丈夫或配偶的態度和她泌乳的狀態。如果病人對這個方法感到不舒服，即便她不想懷孕也可能會沒有有效的使用或根本不用。

爲什麼婦女可能會選擇 LAM 有許多共通的理由：她可能喜歡一段時間是不要服用藥物或使用任何裝置，她可能喜歡多一點時間選擇一個長期或永久的方法，也許她希望嘗試一些根據她自然生理的東西。

頻繁的護理及乳汁的排出改變下視丘製造促性腺釋放荷爾蒙(GnRH)的脈動，接著調節濾泡刺激素和黃體刺激素，所以比較不會發生有效的排卵。許多排出乳汁的研究證實荷爾蒙的反應不同於哺乳，所以如果乳汁有規律的排出，某些生理學的反應可能會被修正。這不是直接藉由泌乳激素所調節。在 20 週前自然流產或引產的病人通常會有自發性的排卵而造成月經的分泌期進而產生月經。病人通常在陰道出血前就排卵。如果她足月生產且全母乳哺育，(6 週的惡露結束後) 在

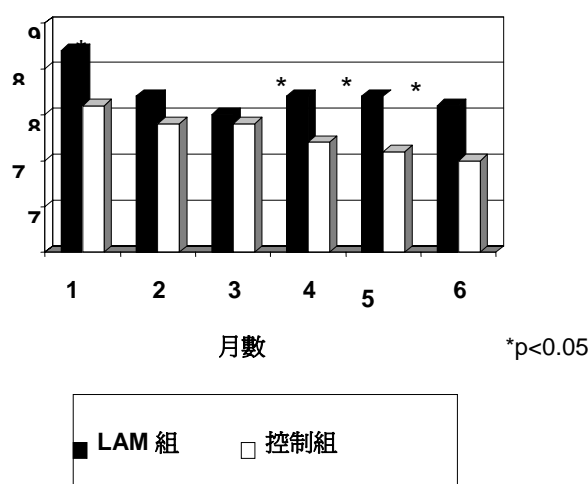
前 6 個月期間內陰道出血通常在第一次足夠的排卵之前出現。一旦開始規律餵食會增加第一次週期的受孕力。在非泌乳的婦女最早在產後 3 週就開始排卵。

F. LAM 處理的議題

有許多建議的行為有助於這個方法的成功及期限

- LAM 不是指規律餵食副食品的病人
- 婦女工作時可以使用 LAM，只要她們擠奶且當她們不在時提供母乳給寶寶的照顧者。然而在一個以這個方式的研究中發現效力約 95%，稍微低一點，但與母子為分離的效力沒有區別。對於這個議題需要更多的研究；然而如果這是婦女唯一願意接受的方法也知道可能有較低的效力時，LAM 應該仍然是規律地與嬰兒分開的婦女的一種選項。
- 一些研究發現完全哺乳的婦女使用 LAM 似乎 6 個月沒有月經的比對照組多（回顧性 84% 比 69.7%）。積極使用 LAM 的婦女比其它完全母乳哺育者有更高的餵食頻率，而且及因此較短的餵食間隔（圖 4¹⁴）。然而有些婦女即便是短的餵食間距，她們的月經也很早來。但是我們不知道這些週期是否足以懷孕，沒有其他立即恢復受孕能力的徵兆被證實。因此不論持續餵奶的頻率多少，在月經開始後就應該使用另一種方法做生育間隔。
- 三個研究指出 LAM 的效力可能維持 6-12 個月，假如母親一開始就使用此方法：提供副食品前持續哺餵母乳，在維持無月經的期間，白天不超過 4 小時的在維持無月經的期間，在維持無月經的期間，間隔且晚間不超過 6 小時的間隔。

圖 4 產後平均每日餵食次數



G. 轉換至其他種方法

當LAM不再使用時，或當餵母乳婦女希望使用其他的家庭計劃的方法時，並非所有的方法對哺餵輔乳成功有相同的結果。因此其它的方法依照對母乳哺育成功的影響排列（圖5）。雖然效果不相同，但是第一個選擇的方法是不會干擾泌乳的方法。當研究指出僅有黃體素的方法沒有重大的問題，且產後黃體素對泌乳激素的可能影響的證據又很微弱，使它排名第二。眾所皆知含雌激素的避孕藥會減少母乳的量。就媽媽的復原、維持泌乳期及小孩成長發育和存活的最佳生育間隔可能會受特別的人口統計資料影響。在所有的考量下建議生產間隔至少 18 個月，在開發中國家建議 3 年或更久。

圖五 5. 哺乳期避孕計畫：對哺乳最小的生理影響

- 優先選擇方法
 - LAM 避孕法
 - 自然避孕法
 - 屏避法
 - IUDs
- 第二選擇方法
 - 黃體素避孕法
- 第三選擇方法
 - 含雌激素避孕器

V. 在哺乳期諮詢避孕法選擇的議題

A. 可用選項的優缺

在諮詢關心哺乳期期間避孕選擇的懷孕或產後婦女，要考慮的議題超越效力的部分。她比不泌乳的婦女會多考慮希望確保選擇的方法是適合哺餵母乳的期望（如上列 II. 一般原則）。表 3 提供對諮詢哺乳的婦女有用的資訊而不是避孕手冊中的一般考量。

表 3 泌乳期避孕法：優點、缺點及對泌乳的影響

方法	優點	缺點	對泌乳的影響
對泌乳沒有已知的影響			
LAM			
屏避法 • 女性保險套／保險帽	甚少副作用；如果持續正確使用效力高，好的“備用”法。	主觀使用錯誤；有些人對成分過敏。有些伴侶會覺得不方	無

<ul style="list-style-type: none"> 殺精蟲劑 保險套 		便。	
對泌乳很少到沒有已知的影響			
避孕器 <ul style="list-style-type: none"> 含銅〔如銅 T380A 10 年〕 黃體素避孕器〔如密蕊娜，levonorgestel 5 年〕 	高可信賴度；一旦置入後不需使用者啓用。可以在產後 4 到 6 週裝置。是好的長期避孕法	不適用於非一夫一妻的婦女或曾經子宮外孕或骨盆腔發炎病史的婦女。銅對威爾森疾病或銅過敏的是禁忌	無銅；黃體素避孕器基本上極少有影響，但有可能有與其他僅有黃體素的方法一樣的影響
外科結紮 <ul style="list-style-type: none"> 男性－輸精管切除術 女性－輸卵管結紮 	高效力；兩項均可非住院手術。男性結紮較容易安全且可以在門診實行	永久的決定；接通費用昂貴，需要外科專門技能而且不一定會成功	無輸卵管結紮－在手術時會暫時中斷餵奶
對泌乳有一些負面的影響的報告			
荷爾蒙－僅有黃體素 <ul style="list-style-type: none"> 注射劑〔如 Depoprovera (DMPA) 3 個月；NETEN (norethisterone) 2 個月 口服避孕藥〔如 Micnor, Nor 每天 (norethindrone)〕 黃體素避孕器(看下列) 陰道環 植入物〔如 Implanon (etonogestrel) 3 年；諾普蘭，Jadelle (levonorgestrel) 5 年〕 	高可信賴度；在寶寶 6 週大後容易使用的方法	一般的副作用有不規則出血（在主要以母乳哺育的婦女少見），體重增加及頭痛會阻礙使用。可能會減少乳汁製造；以注射方式的恢復生育能力可能比高信賴度的避孕期間要長很多，這可能會令有些婦女在益。必須養成每天吃避孕藥的規律；避孕環及植入物均未在美國上	如果在乳汁供應尚未建立完全之前開始，可能會減少乳汁的供應

		市；植入物需要放置及取出的步驟	
預期對泌乳有負面的影響			
荷爾蒙－合併 . 口服（避孕藥） . 避孕貼片〔如 Orthoevra (ethinyl estradiol/norelgestromin)〕 . 陰道環〔如 Nuva-ring (ethinyl estradiol/etonogestrel)〕 . 注射劑〔estradiol/medroxy-progestrone 一個月〕	高可信賴度；許多的非避孕的作用，如減少卵巢癌及子宮內膜癌的風險，減少貧血及月經規則	如果在寶寶 6 個月以前開始會有明顯減少乳汁供應的風險－減少的供應似乎與劑量相關－使用最低的雌激素劑量，如 20 微克的避孕藥或陰道環。口服避孕藥可能會忘記；有體重增加、頭痛等副作用會令人怯步。不適合有凝血問題、雌激素相關的癌症、嚴重偏頭痛或 35 歲以上且抽煙的婦女。體重大於 196 磅（89 公斤）時貼片效果會減低	最好避免在寶寶斷奶前使用；不像口服或植入物的方法，注射不可以停止或移出一婦女只能等藥效過去
緊急避孕 . 合併雌激素／黃體素〔如 Preven (levonorgestrel and ethinyl estradiol)〕 . 僅有黃體素〔如 Plan B (levonorgestrel)〕	合併：可用的範圍很廣，多年經驗。 僅有黃體素：比合併的有較少及較輕的副作用；也可以再性交後 72 小時使用，不過越早使用越好	合併：荷爾蒙的副作用－噁心、嘔吐、胸部漲痛、情緒不穩、改變下次月經；胃腸不適可先用止吐劑降低	如上述合併及僅有黃體素避孕藥一樣－比較推薦僅有黃體素

B. 對各種方法的額外評論

荷爾蒙避孕法

雖然Koetsawang^{15,16}報告使用僅有黃體素避孕比安慰劑的乳汁供應增加，Tankeyoon¹⁶則指出減少 12%。最近Cochrane回顧指出從泌乳期荷爾蒙避孕藥影響的隨機控制試驗的證據是有限且品質不佳的”。證據不足以對泌乳婦女使用荷爾蒙避孕藥提出建議”¹⁷。謹慎考慮所有荷爾蒙避孕法供應的風險。在許多情形下特別是早期使用時，這些方法應該被制止：

- 1) 目前乳汁供應少或以前泌乳失敗
- 2) 乳房手術病史
- 3) 多胞胎（雙胞胎，三胞胎）
- 4) 早產
- 5) 母和/或；嬰健康不佳

如果使用僅有黃體素方法哺乳的婦女可能會因陰道萎縮而性交疼痛，可以藉由陰道潤滑而減緩。

屏避法

男性保險套可以提供一些性病的保護。如果病患以前使用女性避孕套或子宮頸帽應該在產後 6 週回診時再裝置。如上所述陰道潤劑對哺乳婦女在哺乳期因陰道萎縮可能引起的性交疼痛有幫忙。

避孕器

避孕器是全世界最常使用的避孕法。有許多種避孕器可供使用（見附件 A）。在美國避孕器的使用因為許多副作用的公開訴訟而難以重獲流行。

Copyright protected © 2005 The Academy of Breastfeeding Medicine, Inc

Approved February 1, 2005

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee

Caroline J. Chantry MD, Co-Chairperson

Cynthia R. Howard MD, MPH, Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence MD, FABM

Nancy G. Powers, MD, FABM

作者：

*Miriam H. Lobbok, MD, MPH,

Department of Maternal and Child Health, School of Public Health, University of North Carolina

*Victoria Nichols-Johnson, MD,

Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Southern Illinois University

*Verónica Valdés-Anderson, MD

Department of Pediatrics, San Joaquin Medical Center, Pontifical Catholic University of Chile

*主要作者



Supported in part by a grant from the Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services.

中文翻譯：歐家佑 醫師


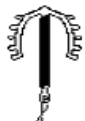




校閱：蘇秦明 醫師

附件A

IUDs Available in the U.S.

<p>TCu-380A (380 mm² copper)</p>  <p>Areas of major use: TCu-380A: Worldwide TCu-380S: Canada, Western Europe and Hong Kong</p> <p>Approved length of use: TCu-380A: U.S.=10 years Commonwealth of Independent States (formerly the USSR)=6 years TCu-380S: Canada=2.5 years Europe=various</p>	<p>Progesterone T IUD (releases 65 mcg/day progesterone)</p>  <p>Areas of major use: United States, France</p> <p>Approved length of use: U.S.=1 year France=18 months</p>
--	--

IUDs Available Outside the U.S.

<p>Nova T and CuNova T (200 mm² copper) (380 mm² copper)</p>  <p>Areas of major use: Europe, Canada, Asia and Pacific</p> <p>Approved length of use: European countries=5 years</p>	<p>Multiload-250 and Multiload-375 (250 mm² copper) (375 mm² copper)</p>  <p>Each comes in 2 sizes: Standard and Short</p> <p>Areas of major use: Europe (including Russia and other members of the Commonwealth of Independent States), Australia, India, Vietnam and other Southeast Asian countries, New Zealand, Latin America</p> <p>Approved length of use: ML-250=3 years ML-375=5 years</p>
<p>TCu-200 and TCu-200B (200 mm² copper) (200 mm² copper with ball at stem end)</p>  <p>Areas of major use: Bangladesh, India</p> <p>Approved length of use: European countries=3 years Canada=2 years</p>	<p>Lippes Loop (nonmedicated plastic) comes in 4 sizes</p>  <p>Area of major use: Indonesia</p> <p>Approved length of use: No limit</p>
<p>TCu-220G (220 mm² copper on 7 sleeves)</p>  <p>Areas of major use: Mexico, China</p> <p>Approved length of use: Mexico=3 years</p>	<p>Levonorgestrel 20 mcg</p>  <p>Areas of major use: Denmark, Finland, Norway, Sweden. Available in the United Kingdom (U.K.) and Singapore since 1995.</p> <p>Approved for use in: Belgium, France, Iceland and Switzerland</p> <p>Approved length of use: 5 years</p>

Source: Adapted from Trienon R. et al. 1995 (see reference 1).

Reproduced with permission from Hatcher, RA et al. Contraceptive Technology, 17th ed. 1998, Contraceptive Technology Communications, Inc., Ardent Media, Inc., NY.

Page 12

REFERENCE LIST

1. Hatcher RA, Tressell J, Stewart F, et al. Contraceptive Technology, 17th ed. 1998, Contraceptive Technology Communications, Inc., Ardent Media, Inc., New York.

2. Perez A, Vela P, Masnick GS, Potter RG. First ovulation after childbirth: the effect of breast-feeding. *Am J Obstet Gynecol.* 1972;114(8):1041-7.
3. Labbok M, Perez A, Valdes V, Sevilla F, Wade K, Laukaran V, Cooney K, Coly S, Sanders C, and Queenan J. The Lactational Amenorrhea Method: A New Postpartum Introductory Family Planning Method with Program and Policy Implications. *Advances in Contraception* June/July 1994; 10:93-109.
4. Perez A, Labbok M, and Queenan J. A Clinical Study of the Lactational Amenorrhea Method for Family Planning. *Lancet* 1992; 339:968-70.
5. Kennedy K, Labbok M, Van Look P. Consensus Statement: Lactational Amenorrhea Method for Family Planning. *Int J Gynaecol Obstet*, 1996, 54:55-7.
6. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. IV. Postpartum bleeding and lochia in breast-feeding women. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril.* 1999;72(3):441-7.
7. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril.* 1999; 72(3):431-40.
8. Labbok M, Hight-Laukaran V, Anne Peterson, Veronica Fletcher, Helena von Hertzen, Paul Van Look, et al. Multicenter Study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM) I. Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application. *Contraception*, May/June 1997, 55:327-36.
9. Hight-Laukaran V, Labbok M, Anne Peterson, Veronica Fletcher, Helena von Hertzen, Paul Van Look, et al. Multicenter Study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM) II. Acceptability, Utility, and Policy Implications. *Contraception*, May/June 1997, 55:337-46.
10. Labbok M and Krasovec K. Towards Consistency in Breastfeeding Definitions. *Stud Fam Plann* July/August 1990; 21(4):226-30. ABM Clinical Protocol #13 Final Version 2-01-05
11. Labbok M. Breastfeeding, Fertility and Family Planning, in Sciarra J (ed.), *Gynecology and Obstetrics*, Lippincott, 2000.
12. Kennedy KI. Efficacy and effectiveness of LAM. *Adv Exp Med Biol.* 2002;503:207 16.
13. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD001329.
14. Valdes V. Oaxaca Proceedings, Wellstart EPB, Washington, 1998.
15. Koetsawang S. The effects of contraceptive methods on the quality and quantity of breast milk. *Int J Gynaecol Obstet* 1987; 25 Suppl:115-27.
16. Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volumes and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception* 1984 Dec; 30(6):505-22.
17. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD003988. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation.
18. Department of Reproductive Health and Research (RHR). World Health Organization. Selected

practice recommendations for contraceptive use;

[who.int/reproductive- health/publications/rhr_02_7/index.htm](http://who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_7/index.htm). 9/22/04.