

ABM臨床程序#13：哺乳期的避孕 2015年更新版

翻譯：翁少萍
校稿：陳倩儀、高美玲

Pamela Berens, Miriam Labbok 與母乳哺育醫療學會

母乳哺育醫療學會的主要目標就是發展出可以處理可能會影響成功母乳哺育相關醫療問題之臨床常規。這個常規只用來作為照顧授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，正確的治療方式應該是根據病人需求的不同來做調整。

目的

這個指引的目的是要列出可使用的避孕方式，協助哺乳家庭在選擇適當的避孕方式，可讓母親再次受孕前可以有最好的時間間隔；是有效、不影響泌乳、以及讓母親和家人都滿意的避孕方式。這個程序概述哺乳期的避孕方式，並提供泌乳期無月經法 (Lactational Amenorrhea Method, LAM) 的使用指引。

這個程序假定臨床工作者熟悉不同避孕方式的優劣點，包括所有藥物、永久性及時性的節育/自然家庭計畫方式。

哺乳期避孕的諮詢與選擇

1. 臨床醫師諮詢與方法使用的考量

產後避孕，就如同母乳哺育，應該在產前產檢、產後追蹤門診時、或是孩子看健兒門診時再與母親作討論。婦女選擇避孕方式要考量很多因素，例如過往避孕經驗、將來再次懷孕的計畫、先生或伴侶的態度、避孕方式麻煩程度、醫療上的考量、月經恢復的狀況、以及婦女泌乳的現況等。如果婦女對某方式不適應，就無法很有效的使用那種方法。

2. 避孕的方式及其優缺點

在哺乳期的避孕諮詢不只包括避孕方式是否有效而已，因為所選擇的方式還需滿足婦女對哺乳的期望。

表一 列出一些跟哺乳母親做諮詢時的有用資訊。「考量」包括使用賀爾蒙避孕法可能導致干擾乳汁製造或者讓孩子暴露在合成賀爾蒙之下。因為產後黃體激素的下降對初期泌乳的建立很重要，所以在泌乳機制建立前使用荷爾蒙藥避孕是格外要擔心的。目前發表的實證不足以排除這些可能的危險效益。在另一方面，長效可逆性的荷爾蒙避孕方式有不錯的避孕效果。醫療人員應該在考量母親哺乳意願的程度後，跟他們討論目前資料顯示相關的限制，是否會造成泌乳量降低，是否會增加非預期的懷孕等，好讓母親們可以在全面了解後自己作出好的決定。

產後初期的泌乳停經法 LAM 和其它方式的介紹

A. 背景

1970年代發表的資料顯示哺乳的婦女們較少在產後初期有排卵，而且如果很頻繁哺乳的婦女會比偶而哺餵或完全沒哺餵母乳的較少在第一次類經期出血發生之前會有正常排卵。¹ 在1988年白俄羅斯會議時，一些專家科學家提出三項條件來預測生育能力恢復。這三項條件的預測方式在後續會詳述，見[泌乳期無月經法]，後來又被更多研究探討。^{2,3} 這些探討頻繁的使用泌乳停經法之被接受度與避孕效果的研究再次證實最初研究的結果，顯示使用LAM方式是可接受的、好學、好用的、並且跟很多其它避孕方式一樣有效的方式。⁴⁻⁹ (II-2)

(實證的分級 I, II-1, II-2, II-3, 及 III) 是依照美國預防醫學工作小組的[實證品質]定義。¹⁰ 在這整個臨床方案會以括號中呈現。)

B. 方式: 什麼是 LAM ?

泌乳期無月經法(LAM)如下圖(圖1)呈現的，並包括三個標準來定義最低懷孕風險。如果這三項標準中的其中一項沒有符合時，建議立即使用其它避孕方式。臨床上，會詢問媽媽三個問題：

- 目前是否無月經？意思是說沒有經期出血，或者出血大於兩天（前兩個月中斷任何出血）。
- 你是否全母乳或者幾乎全母乳哺餵？這包括除了母乳外，沒有給嬰兒任何其他食物或液體的補充。（一週大於一到兩次）？
- 你的孩子是否小於六個月大？

如果母親對這全部這三個問題的回答為「是的」，她就符合使用LAM的條件。如果其中任何一個問題答案為「否」，則她懷孕的機會就增加，可能要建議她啟用另外的方式避孕。如果母親對LAM有興趣，或者符合條件用LAM方式，她應該常規性問這三個問題。臨床工作者應該確認母親有選擇另外的避孕方式，並且已經擁有或者知道如何去取得這避孕工具，不管是植入的或者子宮內避孕器(IUD)。

表 1 諮詢哺餵母乳婦女之一般原則 考量避孕方式的選擇與再次生產的間隔

議題	考量原則
1. 哺乳的模式、狀況及計畫	<ul style="list-style-type: none"> ● 考量短期與長期的哺乳意圖，以及計畫懷下一胎的間隔時間。賀爾蒙避孕法可能有影響，要看她們何時開始使用。 ● 母親可能想純母乳哺餵；有些人開始純母乳哺餵以維持泌乳期無月經法，有些人則已經是全親餵，就使用LAM。當月經恢復或者哺乳型態改變時，使用LAM避孕者應該被諮詢備用另一種避孕方式。LAM的效力在純餵擠出的母乳的媽媽可能不如親餵的。 ● 很多想要純餵母乳的婦女們無法達成目標。
2. 小孩的年齡/產後時間	<ul style="list-style-type: none"> ● 很多方式應該等到哺乳得很好了才開始使用(例如4-6週時)，因賀爾蒙避孕方式可能會直接影響乳汁生成機制並/或對嬰兒有影響。
3. 母親的年齡及將來的生育計畫	<ul style="list-style-type: none"> ● 作選擇端賴希望間隔下一胎的時間，還是希望限制家庭的大小。全球性的建議是為了母親的健康，胎與胎之間的時間應該至少18個月到2+年，要視其環境不同，如果為了孩子的健康預後則應間隔約3-5年。
4. 之前的避孕經驗	<ul style="list-style-type: none"> ● 討論之前的避孕經驗，包括順應性(配合度)、滿意度、副作用、及人際關係問題，是很重要的。這些議題會影響母親的配合度與滿意度，特別是涉及過往泌乳經驗。
5. 配偶(的意見)/互動	<ul style="list-style-type: none"> ● 配偶的經驗及意見可能對配合度有影響，尤其是屏障法、泌乳停經法、及自然家庭計畫法。 ● 婦女在社交與行為上的考量，例如有幾位伴侶和性行為，應該都要探討。婦女過去如果有無預期懷孕或她胎與胎間隔太短時，就應該要回顧及討論。
6. 之前泌乳經驗/健康情況	<ul style="list-style-type: none"> ● 之前有泌乳量不足或者嬰兒生長不良 ● 之前哺餵母乳的經驗沒有達到預期目標(不管是純母乳哺餵或者哺餵時間長短)而且潛在的原因是乳汁不足 ● 體檢顯示乳腺組織不足 ● 之前有開過乳房手術 ● 醫療狀況造成泌乳不足(如多囊性卵巢症候群、不孕、肥胖) ● 多胞胎 ● 早產兒

LAM, lactational amenorrhea method 泌乳停經法

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。可以用L.A.M.縮寫簡單記住這三個標準，Lactation 泌乳，Amenorrhea 無月經，以及 number of Months 月數。

1. Lactation 泌乳。全母乳或幾乎全母乳哺餵的包括純母乳、幾乎純母乳、以及非常規性的補充，只要不干擾原本餵奶的頻率。¹¹
2. Amenorrhea 無月經。以泌乳停經法來說，月經恢復的定義是產後56天任何出血，只要病人認為是月經來，或者任何連續兩天以上的出血。
3. Months 月數。「六個月」的標準主要是因為這是開始添加副食品的時間點。如果維持原來母乳哺餵的頻繁率，在哺餵母乳後給予副食品，只要月經還沒回來，避孕效力都還很高。在盧汪達(Rwanda)，這方式是可以用到九個月大，只要媽媽持續維持其前六個月的哺乳頻繁度。¹²，這是在給副食品之前哺乳而

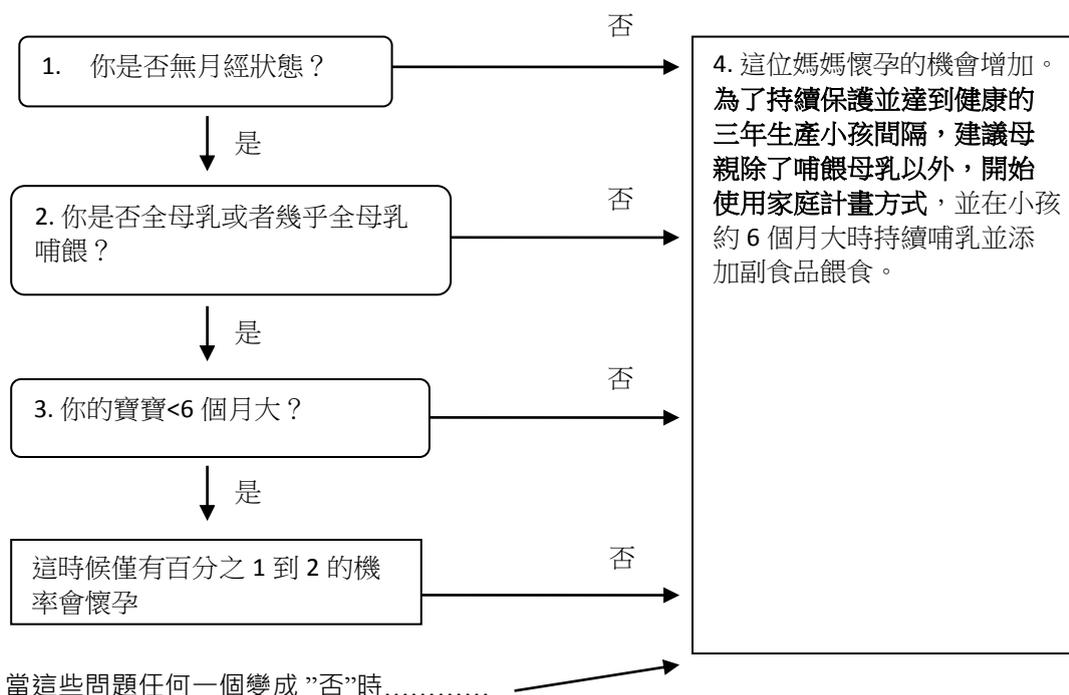
達成的。另外一個研究在巴基斯坦，顯示在這種情況下，可持續很高效力到12個月大時。¹³ (II-2)

D. 效力

科考藍文獻回顧¹⁴ (直到2008年為止的文獻)得到的結論是全哺乳和無月經的婦女的受孕比率很低的。在LAM相關的對照性研究中，產後六個月懷孕率從0.45%到2.45%。在六個沒對照性研究，探討LAM避孕者，其懷孕率從0%7.5%不等。世界衛生組織(WHO)的一個前瞻性研究，探討泌乳停經和受孕恢復；雖然這研究並非選擇使用LAM方式婦女為研究對象，結果仍確定之前研究對於LAM避孕高效力的生理性潛力。^{4,5} 之後有關避孕方式的研究也都指出六個月的懷孕率平均約2%。¹⁵ (I, II-2)

圖 1 泌乳停經法 LAM

詢問媽媽或建議她問自己這三個問題：



E. LAM 處理的議題

建議成功避孕和持續的作法包括：

1. 哺餵次數。一個對照研究發現純母乳哺餵的LAM使用者相較於對照組純母乳哺育者，在六個月時有比較高比率月經仍未來 (84%比69.7%)。16 使用LAM的婦女們哺乳較頻繁，並且餐與餐之間的時間比較短。
2. LAM可使用超過六個月。兩個上述過的盧汪達¹²及巴基斯坦¹³的研究，顯示在6至12個月時期，只要母親在仍然停經時持續親餵，於給副食品之前，日間每餐間隔少於四小時，夜間間隔少於六小時，則泌乳停經法的效力能可被維持。(II-2)
3. 每天混餵或者將母乳用手或機器擠出來哺餵的母親們，目前沒有足夠研究證實LAM避孕效力。17 (II-2) 建議每週擠奶多次的婦女應該要開始用額外的避孕方法。(III)

F. 轉換到其它避孕方式

LAM也可以在病人要開始其它方式時過渡性的使用。要注意的是全母乳哺餵的婦女在產後的前面56天很不易受孕，所以第二種避孕方式可以延緩到產後8週後。當不符合LAM的標準，或者當哺乳婦女想要用其它家庭計畫方式時，她應該要有備案。下面討論其它方式的優缺點以及跟母乳哺育相關事項。

對於個別避孕方式的額外建議

表二 列出針對每個避孕方式額外的資訊，包括好處、壞處、和每種方式跟母乳相關的一些注意事項。

自然家庭計畫 (Natural family planning)

四種“受孕認知”自然家庭計畫方式包括計算排卵方式(Billings ovulation method, OM)、克萊頓生殖照護系統(Creighton model system)、症狀體溫法(symptothermal method)以及馬凱特方法(Marquette method)。每種方式都可以使用，即使母親因為哺餵母乳而月經還沒來。這些方法靠著觀察不同組合的項目，子宮分泌的黏液、體溫、與/或賀爾蒙偵測等，然後夫妻在預期可能受孕的時期不要行房。所有這些方法有特定的流程，給婦女們產後使用，當她們想要延緩再次懷孕時可做好家庭計畫。馬凱特方法最近有專家針對其產後使用指引之效力進行文獻回顧。18

這些方式可能需要蠻長一段時間的禁慾。探討計算排卵法的研究發現有使用計算排卵法而又有哺餵母乳的母親，與使用計算排卵法但沒有親餵的作比較，前者的懷孕率比較低。在前六個月泌乳無月經的時期，非預期性懷孕的比率是低於1%的。但在月經已恢復的婦女，即使有哺乳，計算排卵法的未預期懷孕率就變高了(36%比上13%在無泌乳之婦女)，還有當開始混餵(補充配方奶)時，會增加未預期懷孕率，並不是直接因為不當使用計算排卵法(而是哺乳方式)。因此，需要更好的母乳哺育支持來延緩經期的恢復以及新手使用這方式導致失敗率的增加是在衛教與協助母親使用計算月經法時要特別加強的。19

賀爾蒙避孕方式：整體建議

文獻中有關於賀爾蒙避孕法對泌乳量的影響的結論是有爭議的。當單使用黃體激素避孕與對照組比較時，Koetsawang等²⁰報告會增加泌乳，但Tankeyoone等²¹

則發現泌乳量減少約12%，其它研究則沒發現有影響。最近一個研究量化賀爾蒙避孕法在嬰兒攝取乳汁從第42至63天大時，使用氘(氫的同位素，重氫)來做標記。²² 40位曾哺餵過母乳的婦女從產後42天開始使用含雌激素的避孕藥(包含150 µg levonorgestrel [LNG] 以及30µg ethinyl-estradiol, LNG-IUD (Mirena子宮環[®]；拜耳製藥，德國萊爾庫森市)，etonogrestrel植入管(Implanon[®]；默克藥廠，美國紐澤西州)，或是含銅的子宮內避孕器(ParaGard[®]；堤娃婦女健康企業，美國賓州)。嬰兒攝取的奶量在這個研究中顯示無差異。一篇考科藍文獻回顧探討賀爾蒙避孕法在泌乳時間的影響，從隨機對照試驗而來的實證是很少的而且品質差的研究：“顯示的證據不足，在泌乳婦女使用賀爾蒙避孕方法上，無法給予以實證為基礎之建議。”²³ 要等到有較好的實證以前，給婦女比較適當的建議是賀爾蒙避孕方式可能降低泌乳量，特別是在產後初期。荷爾蒙方式在某些情況應該被阻止的(III)：

1. 目前泌乳量低或是之前有泌乳失敗過去史
2. 曾經作過乳房手術
3. 多胞胎(雙胎或三胞胎等)
4. 早產
5. 母親 或/和 嬰兒健康有問題

賀爾蒙避孕方式：單只有黃體激素

當產後48小時內就開始使用單單黃體激素來避孕時對於泌乳量理論上還是要擔心的²⁴，因為產後黃體素下降對於進入乳汁生成第二期的泌乳機制是必要的。含黃體激素的避孕法包括只有黃體激素的藥品(“minipill”)以及避孕植入器例如Nexplanon[®] (默克藥廠)，Depo-Provera[®] (depot medroxyprogesterone acetate [DMPA]；輝瑞藥廠，紐約州紐約市)，和Mirena子宮環[®]。在2010年一個系統性回顧，探討只有黃體激素在產後初期過後才開始使用藥物的影響。共計5個隨機對照試驗和38個觀察型試驗。²⁵ 對於母乳哺餵到12個月大、嬰兒的免疫球蛋白、或者嬰兒的性荷爾蒙都沒有不良影響。因此，有關產後初期使用單黃體激素來避孕的研究在臨床應用的結果是有爭議的。

特別多有爭議的臨床處置是DMPA的影響。之前使用DMPA的研究沒有探討嬰兒體重、奶量以及補充奶水的量。由Brownell等²⁶的一篇系統性回顧的研究，探討產後初期使用DMPA對泌乳母親的影響，分析前瞻性研究，發現所有的研究品質都不好，缺乏控制干擾因子。另外一個在低收入新手媽媽的研究，發現在31.3%使用DMPA的人，其中62.6%是出院前開始使用²⁷，顯示在某些醫療院所，產後初期使用很常見。這研究量化產後使用DMPA和早期停餵母乳的相關性，樣本數為183位婦女，得到的結論是如果DMPA對停餵母乳有任何因果關係，也是微量的。一個前瞻性個案對照研究，以150位開始泌乳後出院前(產後第2-10天)使用DMPA的婦女，和100位沒有使用賀爾蒙避孕的婦女比較，並追蹤六個月，發現對於她們本身餵母乳經驗的滿意度或者對嬰兒的成長，兩組間沒差異，但研究沒有比較兩組之間母乳哺餵的型態。²⁸

Brito等的研究²⁹ 比較產後1-2天放置釋放etonogestrel的植入器或者在產後6週時給DMPA藥。追蹤40位婦女到產後12週。使用植入器婦女的新生兒在前面6週的體重增加似乎有比較好的趨勢，但整體上，兩組在純母乳哺餵的時間長短不具統計差異。Gurtcheff等³⁰ 類似的研究探討早期(1-3天)對照延後(4-8週)植入避孕

器。這個還不算差的研究發現早期植入比較延後植入組在餵母乳失敗率上沒有差異。

含雌激素複合型荷爾蒙

含雌激素的選項包括複合型口服避孕藥(每天服用，月循環、延長循環或持續型劑型)，避孕貼片(每週使用)，或者複合型避孕子宮環(每月使用)。含雌激素的避孕選項不適合哺乳母親在產後初期使用，因為可能減少泌乳量。雌激素會造成泌乳減少，可佐證於過去曾經在產後初期使用大量的雌激素退奶，但這是在人們明白這作法會增加血栓形成的危險率之前。一篇考科藍的文獻回顧，探討抑制泌乳的方法，找到7個試驗使用四種不同的雌激素製藥，發現產後七天內明顯降低泌乳；但須留意研究中使用的劑量與雌激素藥品與現今的賀爾蒙避孕藥劑型與劑量是有不同的。³¹

在2010年一篇對於口服避孕藥與哺餵母乳的系統性文獻回顧，只有3個隨機對照試驗和4個觀察性研究；三個隨機對照試驗中發現用口服避孕藥的平均哺餵母乳時間比較短，較多需要補充配方奶。³² 沒有記錄顯示對嬰兒健康有不良影響。

如果選擇含雌激素避孕，應該要在媽媽泌乳機制建立後，越晚開始使用越好，應該從最低劑量開始使用。(III) 此外，含雌激素的避孕法不應該在產後頭幾週使用，因為可能會增加深層靜脈栓塞和肺血管栓塞的風險。哺乳與沒有哺乳的婦女在用藥的絕對禁忌與可能禁忌是相同的。

現代口服避孕藥含雌激素劑量約每日10~35µg。在考科藍文獻回顧中看到，大於20µg和小於20µg的雌激素在避孕效力上沒有差異。³³ 這資訊對想要減少泌乳影響而選擇較低劑型來避孕的母乳媽媽應該可以讓她們比較放心。

單純黃體激素與複合型口服避孕藥之直接比較

世界衛生組織在1980年代的一個研究，發現在使用避孕的前6週，母親的泌乳量會降低41.9%。²¹ 但最近一個隨機對照試驗，比較63位在產後2-8週使用35µg單一黃體激素避孕(POP)的婦女，跟64位使用含35µg ethinyl-estradiol(雌激素)複合型口服避孕藥(COC)的婦女；作者發現在八週時兩組持續哺餵母乳的情況不具差異性(63.5%POP 比上 64.1%COC)。³⁴ POP組的母親有44%因奶水減少而停餵母乳，而COC組為55%。有23%POP組的婦女因藥物對泌乳的不良影響而停藥，COC組的則是21%停止使用避孕藥。

緊急性避孕方法(事後避孕法)

緊急性避孕在沒做防護的性交後72小時內使用的效果最好，它的作用可達120小時。也可選擇性交後含銅子宮內避孕器、mifepristone(俗稱RU486)、複合型口服避孕藥(COC)、及單黃體素子宮內避孕器 levonorgestrel (LNG)等。性交後含銅避孕器比較不會影響泌乳(參閱IUDs) 並且有持續避孕的優點。LNG(單黃體素避孕器)的效果略勝口服避孕藥，也比較不會造成噁心嘔吐。³⁵ 此外，理論上，LNG對泌乳的影響較小。一個以12位哺乳母親之藥理學研究發現，使用1.5毫克LNG治療的母親，在治療的當天嬰兒估算可能暴露濃度是1.6微克。³⁶ 一觀察性研究比較單黃體素與有含雌激素的事後避孕法，結果兩組差不多，對於哺乳都沒甚麼副作用。³⁷ 而根據相同效能，單黃體素避孕器(LNG) 與口服避孕藥(COC)相比

時，有較少噁心的副作用以及較少雌激素的暴露，對於哺乳的母親是比較好的選擇。而有關mifepristone與ulipristal藥物對泌乳的影響之研究很少。事後使用mifepristone(一種抗黃體素)的避孕效果跟LNG相當或者略勝一籌，要看劑量多少。根據一小型研究，mifepristone會進入乳汁的量很低(相對嬰兒劑量約≤1.5%)，並且對吃母乳的嬰兒不會有負面影響。³⁸ Ulipristal是一種選擇性的黃體素受體調節劑。目前沒有在哺乳母親的使用的相關資料。

事後避孕法也被用來評估作泌乳停經法的備用方案，雖然這可能不實用。但有一研究發現在產後檢查時作相關泌乳停經法的諮詢時，有給予事後避孕法的那組，其懷孕率較低。³⁹

屏障法

目前所知使用屏障法避孕對泌乳無不良影響。應該衛教病人這類方式與其它賀爾蒙類、子宮避孕器、或者其它永久型避孕法比較時，其避孕效力較差。

IUDs 子宮避孕器

子宮避孕器是全世界最常被使用的避孕方式。盛行率從美國的6%到其它國家高達80%的使用者。^{40,41} 有含賀爾蒙以及無賀爾蒙的子宮避孕器，各有不同的副作用。

釋放黃體素的子宮避孕器跟減少月經血量有關，在放入初期婦女常會有不規則出血的情況。這副作用在最初六個月最明顯，而大多隨時間會改善。黃體素可能還有其它的副作用。而含銅的子宮避孕器的副作用則是可能增加經痛與經血過多。

在一項比較產後6-8週使用含銅避孕器組或者使用黃體素避孕器，在哺乳結果的差異性，以隨機分派方式分組。作者發現兩組在產後一年的全母乳哺餵時間長短、嬰兒發育或發展，不具差異性。⁴² 但在一個以隨劑對照實驗二手資料庫的分析，比較婦女們產後馬上使用黃體素避孕器(LNG-IUD)或者產後6-8週後植入。早期使用避孕器的婦女，母乳哺育率較低。⁴³ 延遲放入的那一組中，有四位婦女在第六週回診前曾使用DMPA。含銅避孕器的研究則看到乳汁或者血清中的銅含量沒有改變。⁴⁴

而避孕器本身所引發的併發症，包括子宮穿孔、避孕失敗(懷孕)、無法看到線、陰道分泌物、感染、疼痛、伴侶可以感覺到線、不當位置(可能需要手術來移除子宮避孕器)、以及子宮避孕器脫落(在頭一年約2-10%)。資料顯示哺餵母乳的婦女，不管使用那種子宮避孕器，子宮穿孔的危險都較高。⁴⁵ 近期的一個系統性回顧的建議採剖腹生產的哺乳婦女，子宮避孕器仍然是個長效可逆性的避孕選擇。⁴⁶

表3 醫療資格標準 (MEC)

世界衛生組織分類	以臨床判斷	以局限的臨床判斷
1	在任何狀況下使用這方式	使用這方式
2	一般使用這方式	使用這方式
3	一般不建議使用這方式 (除非其他更合適的方法無法取得或是無法接受)	不要使用這方式
4	不可使用這方式	不要使用這方式

當沒有醫師或護理人員作臨床判斷時，四個分類可以簡單合併世界衛生組織的分類1,2,3,4，用二分類的系統(第三欄)。

表4 世界衛生組織和美國疾管局醫療資格標準

	世界衛生組織		美國疾管局	
	產後時間	MEC值	產後時間	MEC值
複合型口服避孕藥	0-6週	4	<1個月	3
	6週~6個月	3	≥1個月	2
	>6個月	2		
單黃體素避孕法(口服及植入型)	0-6週	3	<1個月	2
	6週~6個月	1	≥1個月	1
	>6個月	1		
LNG 黃體素避孕器	<48小時	3	<10分鐘	2
	48小時~4週	3	10分鐘到<4週	2
	>4週	1	≥4週	1
含銅避孕器	<48小時	1	<10分鐘	1
	48小時~4週	3	10分鐘到<4週	2
	>4週	1	≥4週	1

資料來自 世界衛生組織醫療資格標準(MEC) 與 美國疾管局(CDC)的美國避孕醫療資格標準的總表 2012年6月更新版

(www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USMEC.htm). MEC分類請參考表3。

LNG, levonorgestrel.

不可逆的方法(結紮)

有好幾種手術結紮的方式，包括男性輸精管結紮術、產後輸卵管結紮術、腹腔鏡輸卵管結紮術、以及子宮鏡輸卵管阻塞術。這些手術需要不同的科技器材、手術技術、麻醉方式及開刀的環境。

對哺乳的母嬰，重要的考量包括可能影響早期母嬰之間的互動。比較理想的是手術不應該在生完初期時施行，讓好給予足夠的時間作母嬰肌膚接觸。但是，初期的母嬰接觸不應該讓哺乳母親無法作輸卵管結紮手術。要減少干擾，應該在手術前的等候期讓嬰兒與母親作肌膚接觸，然後在術後的恢復室麻藥過了媽媽恢復意識時，就儘快讓母嬰在一起。因手術導致的中斷，應該用支持哺乳的方式來處置，而醫護人員也應該認識麻藥與止痛藥對哺乳母嬰的影響。⁴

不幸的，婦女們產後住院期間若沒有作輸卵管結紮手術，之後有較高比率就不接受這項手術，因此有較高再次懷孕的風險。⁴⁸⁻⁵⁰ 這危險性應列入考量。所以，需要考量在早期母嬰分開好讓母親可以在出院前完成這結紮手術。

醫療資格標準

醫療資格標準乃考量特定的醫療狀況和其它人口統計變數後，提供避孕安全等級的指引方針。危險性分成四類，如表三；有時會分成兩類：一般會使用以及一般不會使用。目前世界衛生組織(WHO)和美國疾管局(CDC)的建議卻不同。表四列出泌乳期使用的幾種避孕方式，由WHO分類，CDC修訂。美國疾管局最近修訂產後時期從6週改成4週，以及產後即刻使用單黃體素避孕不再是禁忌。

產後初期，泌乳機制的建立與有充足乳汁製造很重要，但當前相當缺乏好的科學研究，探討有關避孕方法對嬰兒的以及對純母乳哺乳的影響。此外，純母乳哺乳的婦女們不太可能在生完前六週懷孕，理由如前述。在這種情況下，賀爾蒙避孕法的益處極少，並且太早開始使用可能會改變婦女們本來想純母乳哺乳的初衷。除非是非預期性懷孕或者後續無法追蹤的風險很高，不建議哺乳母乳的婦女們在早期開始使用賀爾蒙避孕法。

未來研究

需要更詳盡的前瞻性研究，探討所有賀爾蒙避孕法對哺乳母乳的以及對嬰兒長期暴露在外來賀爾蒙可能的影響。這些資訊可以讓婦女們在非預期懷孕的風險和哺乳母乳被破壞的風險之間，作出明智的決定。過去的研究常常沒有考量母親的哺乳母乳目標，純母乳哺乳的重要性，及配方奶補充的量。除非研究有著力這些點，並且有注重婦女們想純母乳哺乳的意願，就不太可能可以排除這對泌乳量的，對長期成功哺乳母乳，或者對嬰兒的負面影響。特別是產後初期開始使用賀爾蒙避孕。我們需要更多評估現今避孕方式之影響的研究，包括較低雌激素劑量以及單黃體素藥品，對於短期的母乳哺乳，以及長期的對嬰兒的影響。我們也需要更多對於泌乳停經法效力的研究，考量現在擠奶器很普及，越來越多母親選擇以擠出的母乳餵食取代親餵。總之，罕見或長期不良預後部常發生，而且不同避孕方式的效力沒有在很多不同情況下被評估。這些議題需要大型人口數研究，及長期追蹤。對於每個哺乳母乳的家庭，對於賀爾蒙避孕法之影響的資訊是缺乏的，這可能會有明顯的負面後果。

結論

每位婦女應該給她完整的資訊和支持，讓她能針對個人情況，做出最好的避孕選擇。醫師和其它醫護人員不應該預先幫她們決定適合的方式。反之，跟病患討論時，臨床醫護人員應該討論風險、好處、所有避孕法的可用性與價格。了解每位婦女哺乳母乳的意願、哺乳困難的風險，以及非預期懷孕的風險，分析並討論避孕法的效力，對哺乳母乳的影響。

致謝

這研究一部分是由美國健康與公共事務部，母親與兒童健康署來的經費支持，以及來自卡羅來納全球母乳哺育研究所的資源支持。

表 2 泌乳期使用避孕方式：優點、缺點以及對泌乳的影響

避孕方式	優點	缺點	對哺乳的影響
泌乳停經法 (LAM) 自然家庭計畫 <ul style="list-style-type: none"> ● 計算排卵期法(Billings ovulation) ● 克萊頓生殖照護系統(Creighton model) ● 馬凱特方式(Marquette) ● 症狀體溫法(Symptothermal) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 無副作用 ● 避孕效力與其它使用者直接避孕方式差不多(如藥品或屏障法) ● 花費少 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在哺乳時期需要特別教導使用的方法 ● 馬凱特方式需要 ClearBlue(測排卵試劑)的花費來偵測可受孕期 ● 可能需要很長期禁慾 	<ul style="list-style-type: none"> ● 無
屏障法 (Barrier methods) <ul style="list-style-type: none"> ● 女性保險套/保險帽 ● 殺精蟲劑 ● 保險套 	<ul style="list-style-type: none"> ● 甚少副作用 ● 很有效·如果持續及正確的使用 ● 很容易與方便的備用方式 ● 花費少 ● 還可以保護避免感染性病 	<ul style="list-style-type: none"> ● 可能會有使用錯誤情況 ● 可能會(對成分)過敏 ● (伴侶)可能覺不方便·限制自然發生 ● 子宮頸保險帽與保險套需大小合適 	<ul style="list-style-type: none"> ● 無 ● 在陰道萎縮使用保險套時·配合使用潤滑劑可能有幫忙
其它避孕選項 子宮內避孕器 (IUDs) <ul style="list-style-type: none"> ● 含銅避孕器 [如銅 T380A, 10 年] ● 黃體素避孕器 [Mirena, 5 年] ● 黃體素避孕器[Skyla, 3 年] 	<ul style="list-style-type: none"> ● 高效力 ● 可逆的 ● 長期避孕 ● 使用者不用費心 	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染、穿孔、排出的風險小 ● 需要被置入及取出 ● 在威爾遜症候群及對銅過敏的·是使用含銅 IUD 的禁忌 ● 短期使用很貴；長期使用比較合算 	<ul style="list-style-type: none"> ● 含銅避孕器：目前所知對泌乳沒影響 ● 在置入時可能有穿孔的風險會需要手術移除·這可能導致必須暫停哺乳 ● 黃體素避孕器(Mirena)在產後即刻置入的·可能導致哺乳時間較短。對於產後至少六週後才擺入避孕器的·對哺乳沒有不良影響的報告。
結紮 <ul style="list-style-type: none"> ● 男性(輸精管結紮手術) ● 女性：產後；腹腔鏡；子宮腔鏡(輸卵管結紮) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 高效力 ● 男性的輸精管結紮與女性的子宮腔鏡輸卵管結紮都可在門診完成 	<ul style="list-style-type: none"> ● 永久性；後悔的風險 ● 手術的風險 ● 手術費用 ● 需要外科醫師 ● 女性手術會有子宮外孕的風險 	<ul style="list-style-type: none"> ● 男性結紮：無 ● 女性結紮：產後手術會導致母嬰分開·並母親可能需麻醉藥(理想的情況是頭 1-2 小時避免手術·以進行肌膚接觸與啟動哺乳。

表 2 (繼續)

避孕方式	優點	缺點	對哺乳的影響
<p>單黃體素賀爾蒙方式^a</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 注射型(DMPA)每三個月 ● 每日口服藥(norethindrone) ● 分泌黃體素的子宮避孕器 (見上) : LNG IUD [Mirena, 5 年] LNG IUD [Skyla, 3 年] ● 黃體素子宮環 ● 植入型 : etonogestrel [Implanon/ Nexplanon, 3 年] · [Jadelle, 5 年] 	<ul style="list-style-type: none"> ● 長期並高可信賴度 	<ul style="list-style-type: none"> ● 常見副作用有不規則出血(再哺餵母乳的媽媽較少見) ● 每日要服用的藥物可能失敗率高 ● 其它黃體素的副作用 : 頭痛、痤瘡、增加體重、腹脹、鬱悶情緒 ● DMPA 可能會延遲恢復可生育能力 ● 植入型與子宮避孕器 需要醫師放入與移出 	<ul style="list-style-type: none"> ● 當產後早期泌乳機制尚未建立前使用，理論上可能減少泌乳量。資料不足無法確定風險 ● 如果泌乳量因為 DMPA 使用而減少，將無法停用或移出 ● 黃體素子宮避孕器(Mirena)在產後即刻放入的可能導致哺乳時間變短(一個研究顯示)。如果產後至少 6 週後擺入則對哺乳無不良影響。
<p>雌激素複合型賀爾蒙方式</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 複合型口服避孕藥(COC) · 每日 ● 雌激素陰道環 [Nuva-ring] · 每月 ● 雌激素避孕貼片 [Ortho-Evra] · 每週 	<ul style="list-style-type: none"> ● 這些方式可自行使用 ● 規律的經期(延長循環的方式可能有較多偶發出血) ● 非避孕方面的好處 : 減少出血 · 較少貧血、粉刺改善、經痛改善 	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用者失敗的可能(特別是口服避孕藥) ● 增加血塊的風險 ● 可能會有藥物交互作用 ● 多項醫療禁忌 	<ul style="list-style-type: none"> ● 應避免使用直到泌乳量已經建立 ● 可能對泌乳量有不良影響。以往較高劑量的雌激素有負影響的風險比現代製劑更為明顯。 ● 哺乳母親應該從最低劑量開始，並儘可能延遲到泌乳建立後才使用。
<p>緊急避孕(事後避孕)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 複合型雌激素/黃體素 藥丸 [Preven, Yuzpe 方法] ● 單黃體素藥丸 —LNG (B 計畫) ● Mifepristone [RU486] ● Ulipristal [Ella] ● 含銅子宮避孕器 	<ul style="list-style-type: none"> ● 大多(性交後)72 小時內最有效 ● LNG 方式比口服避孕要更有效，且副作用較少 ● 含銅子宮避孕器最有效並給予持續的避孕 ● Mifepristone 與 LNG 效力差不多或略勝一籌 	<ul style="list-style-type: none"> ● 含雌激素的方式可能有噁心嘔吐並常會需要使用止吐藥物 ● 目前沒資料顯示 Ulipristal 對泌乳的影響 ● Mifepristone 在泌乳母親的研究非常有限 	<ul style="list-style-type: none"> ● LNG(含黃體素)比含雌激素的方式更適合哺乳母親，主要因之前提過的考量，雌激素可能降低泌乳量。

^a 總結性研究探討產後初期 黃體素避孕藥在臨床的應用是有爭議的，並且實證不足。

複合型口服避孕藥(COC, combined oral contraceptive); 二氫甲基丙酸 DMPA, depo-medroxyprogesterone acetate; 子宮內比孕器 IUD, intrauterine device; 左旋諾孕酮 LNG, levonorgestrel

參考文獻

1. Perez A, Vela P, Masnick GS, et al. First ovulation after childbirth: The effect of breast-feeding. *Am J Obstet Gynecol* 1972;114:1041–1047.
2. Perez A, Labbok M, Queenan J. A clinical study of the lactational amenorrhea method for family planning. *Lancet* 1992;339:968–970.
3. Labbok M, Perez A, Valdes V, et al. The lactational amenorrhea method: A new postpartum introductory family planning method with program and policy implications. *Adv Contraception* 1994;10:93–109.
4. 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;72:441–447.
5. 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;72:431–440.
6. Labbok M, Hight-Laukaran V, Peterson A, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55:327–336.
7. Peterson AE, Peréz-Escamilla R, Labbok MH, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: Effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client- provider contact. *Contraception* 2000;62:221–230.
8. Hight-Laukaran V, Labbok M, Peterson A, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) II. Acceptability, utility, and policy implications. *Contraception* 1997;55:337–346.
9. Kennedy KI. Efficacy and effectiveness of LAM. *Adv Exp Med Biol* 2002;503:207–216.
10. Appendix A Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd edition. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed December 19, 2014).
11. Labbok M, Krasovec K. Towards consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann* 1990;21:226–230.
12. Cooney KA, Nyirabukeye T, Labbok MH, et al. An assessment of the nine-month lactational amenorrhea method (MAMA-9) in Rwanda. *Stud Fam Plann* 1996; 27:102–171.
13. Kazi A, Kennedy KI, Visness CM, et al. Effectiveness of the lactational amenorrhea method in Pakistan. *Fertil Steril* 1995;64:717–723.
14. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD001329.
15. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. *Contraceptive Technology*, 17th ed. Contraceptive Technology Communications, Inc., Ardent Media, Inc., New York, 2011.
16. Labbok MH, Starling A. Definitions of breastfeeding: Call for the development and use of consistent definitions in research and peer-reviewed literature. *Breastfeed Med* 2012; 7:397–402.
17. Valde´s V, Labbok MH, Pugin E, et al. The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women. *Contraception* 2000;62:217–219.
18. Bouchard T, Fehring RJ, Schneider M. Efficacy of a new postpartum transition protocol for avoiding pregnancy. *J Am Board Fam Med* 2013;26:35–44. ABM PROTOCOL 9
19. Labbok MH, Stallings RY, Shah F, et al. Ovulation method use during breastfeeding: Is there increased risk of unplanned pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:2031–2036.
20. Koetsawang S. The effects of contraceptive methods on the quality and quantity of breast milk. *Int J Gynaecol Obstet* 1987;25(Suppl):115–127.
21. 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;30:505–522.
22. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant’s milk ingestion and growth. *Fertil Steril* 2013;100: 445–450.
23. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2): CD003988.
24. Kennedy KI, Short RV, Tully MR. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception* 1997;55:347–350.
25. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: A systematic review. *Contraception* 2010;82:17–37.
26. Brownell EA, Fernandez ID, Howard CR, et al. A systematic review of early postpartum medroxyprogesterone receipt and early breastfeeding cessation: Evaluating the methodological rigor of the evidence. *Breastfeed Med* 2012;7:10–18. Erratum in *Breastfeed Med* 2012;7:129.
27. Dozier AM, Nelson A, Brownell EA, et al. Patterns of postpartum depot medroxyprogesterone administration among low-income mothers. *J Womens Health (Larchmt)* 2014;23:224–230.
28. Singhal S, Sarda N, Gupta S, et al. Impact of injectable progestogen contraception in early puerperium on lactation and infant health. *J Clin Diagn Res* 2014;8:69–72.
29. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, et al. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: A pilot study. *Contraception* 2009;80:519–526.
30. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, et al. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;117: 1114–1121.
31. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD005937.

32. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: A systematic review. *Contraception* 2010;82:10–16.
33. Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, et al. Combination injectable contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD004568.
34. Espey E, Ogburn T, Leeman L, et al. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:5–13.
35. Cheng L, Che Y, Gulmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD001324.
36. Gainer E, Massai R, Lillo S, et al. Levonorgestrel pharmacokinetics in plasma and milk of lactating women who take 1.5 mg for emergency contraception. *Hum Reprod* 2001;22:1578–1584.
37. Polakow-Farkash S, Gilad O, Merlob P, et al. Levonorgestrel used for emergency contraception during lactation—A prospective observational cohort study on maternal and infant safety. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;26:219–221.
38. Saay I, Fiala C, Hamalainen JM, et al. Medical abortion in lactating women—Low levels of mifepristone in breast milk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:618–622.
39. Shaaban OM, Hassen SG, Nour SA, et al. Emergency contraceptive pills as a backup for lactational amenorrhea method (LAM) of contraception: A randomized controlled trial. *Contraception* 2013;87:363–369.
40. Jones J, Mosher WD, Daniels K. Current contraceptive use in the United States, 2006–2010, and changes in patterns of use since 1995. *Natl Health Stat Rep* 2012;(60):1–25. Available at www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr060.pdf (accessed March 20, 2013).
41. The ESHRE CapriWorkshop Group. Intrauterine devices and intrauterine systems. *Hum Reprod Update* 2008;14:197–208.
42. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, et al. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: Breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception* 2005;72:346–351.
43. Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, et al. Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration. *Contraception* 2011;84:499–504.
44. Rodrigues da Cunha AC1, Dorea JG, Cantuaria AA. Intrauterine device and maternal copper metabolism during lactation. *Contraception* 2001;63:37–39.
45. Heinemann K, Westhoff CL, Grimes DA, et al. Intrauterine devices and the risk of uterine perforations: Final results from the EURAS-IUD Study. *Obstet Gynecol* 2014;123(Suppl 1):3S.
46. Goldstuck ND, Steyn PS. Intrauterine contraception after cesarean section and during lactation: A systematic review. *Int J Womens Health* 2013;5:811–818.
47. Montgomery A, Hale T; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
48. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 530: Access to postpartum sterilization. *Obstet Gynecol* 2012;120:212–215.
49. Zite N, Wuellner S, Gilliam M. Failure to obtain desired postpartum sterilization: Risk and predictors. *Obstet Gynecol* 2005;105:794–799.
50. Thurman AR, Janecek T. One-year follow-up of women with unfulfilled postpartum sterilization requests. *Obstet Gynecol* 2010;116:1071–1077.

ABM protocols expire 5 years from the date of publication. Evidence-based revisions are made within 5 years or sooner if there are significant changes in the evidence.

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson
 Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson
 Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
 Nancy Brent, MD
 Amy E. Grawey, MD
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Sarah Reece-Stremtan, MD
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Michal Young, MD
 For correspondence: abm@bfmed.org