

表 1

美國疾病管制與預防中心（CDC）之家庭計畫資源（中文翻譯）

口服與器械緊急避孕之證據（中文摘要）

- 銅含量子宮內避孕器（銅 T, Paragard）：於無防護性行為後 120 小時內置放，避孕成功率 99.9%，為最有效緊急避孕方式。
- 52 mg 左炔諾孕酮釋放型子宮內避孕系統（LNG-IUS, Mirena/Liletta）：單項大型研究顯示其效力與銅 T 相當。
- 口服 Ulipristal 30 mg（Ella）：120 小時內服用，妊娠率約 1.3%，為最有效口服選擇。
- 口服左炔諾孕酮 1.5 mg（Plan B One-Step）：妊娠率約 2.5%，72 小時內服用效果最佳；BMI > 30 kg/m² 或於 72–120 小時使用時效果下降。
- Yuzpe 法（高劑量複合口服避孕藥，12 小時後重複一次）：效果較差，且噁心嘔吐機率高。
- 口服緊急避孕藥不會影響既存懷孕，使用前無須常規妊娠檢測。
- Ulipristal 之後至少 5 天再開始荷爾蒙避孕；而左炔諾孕酮 1.5 mg 可在同一天啟動常規荷爾蒙避孕。
- 若 3 週內無撤退性出血，需驗孕。

表 2

緊急避孕方法摘要（中文翻譯）

方法	主要機轉	120 小時內懷孕率	估計費用*	注意事項
銅 T IUD	阻止受精	0.1%	視保險而定†	效力不受 BMI 影響；同時提供長效避孕
LNG-IUS 52 mg	阻止受精	0.3%	視保險而定†	效力與銅 T 相近；同時提供長效避孕
左炔諾孕酮 1.5 mg	延遲/抑制排卵	2.2%	約 \$10（品牌 \$40）	BMI > 30 時、72–120 小時後效果下降
Ulipristal 30 mg	延遲/抑制排卵	1.3%	—（約 \$35）	BMI > 30 可能降低效力；須延後 5 天才可啟動荷爾蒙避孕
Yuzpe 法	延遲/抑制排卵	2.5%–2.9%	約 \$15	噁心嘔吐風險高；效力最低

* 以 GoodRx 最低估價計（ZIP: 66211）；實際金額依保險與地區而異。

† IUD 器材及置放費用依保險計畫不同。

臨床實務要點：緊急避孕應盡早進行，最遲不超過 120 小時；左炔諾孕酮在 72 小時內使用效果最佳。

有效性類比

- **自然避孕法**（排卵日推算、體溫法等）之完美使用失效率與保險套、體外射精相當，屬於安全但使用依從度要求高的選擇。
 - 若患者有 **先兆型偏頭痛**，應避免含雌激素複合製劑，以降低缺血性中風風險。
-

有效性證據摘要（Evidence Summary）

- **生育覺察法（Fertility awareness methods, FAMs）**
透過追蹤體溫、子宮頸黏液性狀、尿液荷爾蒙等生理指標來推算排卵期，藉此避免在易受孕時期進行性交。
 - 《American Family Physician》曾於 2012 年 11 月 15 日詳述（<https://www.aafp.org/afp/2012/1115/p924>）。
 - 雖然約有 4% 的美國女性使用此法，但臨床醫師往往因為認為效果較差、缺乏訓練、時間不足或給付不佳而較少主動衛教。
 - **成效**
一項排除低品質研究的系統性回顧顯示，FAMs 一般實際使用下的懷孕率為每 100 人年 2.0–33.6 例（見下方表格），與保險套或體外射精法的典型使用效果大致相當。
 - 智慧型手機 App 可協助計算安全期、提升依從性及便利性，但其有效性研究可能未經同儕審查。
 - 美國 FDA 已准許兩款 App（**Natural Cycles** 與 **Clue Birth Control**）以「避孕」行銷，其典型失敗率約為 6.5%（一年內）。
 - **適用族群與限制**
 - 若月經週期不規則，或伴侶無法配合排卵期禁慾 / 使用其他阻隔式避孕，則不建議使用 FAMs。
 - 對於不想使用荷爾蒙避孕而週期規則的患者，FAMs 為安全且合理的替代方案。
-

偏頭痛患者之避孕安全性

- **偏頭痛伴先兆（Migraine with aura）**
 - 本身即增加缺血性中風風險，使用含雌激素之複合性荷爾蒙避孕法（Combined hormonal contraceptives, CHCs，如口服、貼片、陰道環）可進一步升高風險。
 - CDC《美國避孕醫療適宜性準則》（USMEC）建議：

- **Migraine with aura → CHCs** 為第 4 類（風險大於效益，不建議使用）
- **Migraine without aura → CHCs** 為第 2 類（考量風險仍可使用）
 - 非荷爾蒙及純黃體素避孕法（如 IUD、事後避孕、植入劑）則屬於第 1 類，可安全使用。

長效可回復式避孕（LARC）有效期限之最新證據

方法	傳統 FDA 核准使用期	近期實證建議延長使用期	重點
LNG-IUS 52 mg （Mirena、Liletta）	5 年	8 年（Mirena 已獲 FDA 追加至 8 年；Liletta 至 6 年）	研究顯示第 6–7 年懷孕率仍低於首年
銅 T IUD （Paragard）	10 年	12 年	兩項研究（共 314 人）延長 2 年無額外懷孕
Etonogestrel 皮下植入棒（Nexplanon）	3 年	5 年	血中藥物濃度在第 5 年仍高於避孕門檻；觀察性研究無妊娠報告

臨床決策：超過 FDA 標示期限屬於 off-label，需與患者共同決策、說明證據與可能風險。IUD 置放前應確認「極不可能懷孕」（CDC 準則如表 5）。

表 3 常見生育覺察法之典型使用懷孕率（每 100 人年）

方法類型	懷孕率（典型使用）
日曆法（ Calendar ）：標準日法（Standard days）	11.2–14.1%
子宮頸黏液法 Billings、Marquette（僅黏液）、TwoDay	4.0–18.5%（最高可至 33%）
尿液荷爾蒙監測 Marquette（監測器）、Persona	10.5–33.6%
組合法基礎體溫、Marquette（監測器 + 黏液）、症狀體溫法（Symptothermal）	2.0–9.8%

（資料來源：文獻 11）

自行皮下注射 Depo-subQ Provera 及骨密度影響

- 自行注射

- 104 mg 皮下劑型 (Depo-subQ Provera) 與 150 mg 肌肉劑型同效，13 週 (12–15 週) 注射一次。
 - Meta-analysis (3,851 人) 顯示：自行注射依從性更佳、懷孕率及副作用 (除注射部位) 與醫師注射相當。
 - FDA 雖僅批准醫護人員施打，但 WHO、CDC 均支持將「自行皮下注射」作為促進健康平等之選項。
 - 骨密度
 - 長期使用可降低雌激素、造成骨質流失。
 - 研究顯示停藥後大多可恢復；ACOG 建議對健康成人 >2 年仍可考慮續用，但需共同決策並討論 FDA 黑框警語。
 - 特殊族群 (<18 歲、>45 歲或有骨質疏鬆危險因子) 須權衡利弊。
-

跨性別與性別多元個案的避孕考量

- 睪固酮治療 不具避孕效果，即使已停經亦可能排卵。
 - 可提供的避孕選擇：
 - LARC (IUD、植入棒) ——效果佳且不含雌激素；IUD 置放時可採較小陰道鏡、短期陰道雌激素、鎮靜等措施減少不適。
 - 連續使用的複合口服避孕藥亦可作為止血與避孕，但部分患者因性別肯認因素而拒用。
 - 單一黃體素法 (DMPA、LNG-IUS) 有助於長期閉經。
 - 若需永久避孕，可考慮輸卵管切除 / 結紮或子宮卵巢切除。
 - 親和環境：使用中性語言 (如「月經者」「胸部」) 並提供包容的就診體驗。
-

CDC 排除懷孕之條件 (表 5，譯要)

- 無懷孕跡象/症狀，且符合以下任一：
 1. 距離「正常月經第一天」≤ 7 天
 2. 自上次月經以來未性交
 3. 全程正確使用其他可靠避孕法
 4. 自然或人工流產後 ≤ 7 天
 5. 產後 ≤ 4 週
 6. 純母乳哺育 (≥85%) 且產後 <6 個月、仍停經
-

臨床重點 Recap

1. 緊急避孕首選銅 T IUD；LNG-IUS 52 mg 效力相近。
2. Ulipristal 為最有效口服事後藥；BMI >30 或 72–120 h 後使用時左炔諾孕酮 1.5 mg 效果下降。

3. **Migraine with aura** 患者避免使用含雌激素複合避孕法。
4. **LARC 實證延長**：Mirena 8 年、銅 T 12 年、植入棒 5 年（均需共享決策）。
5. **Depo-subQ Provera** 可安全自我皮下注射，骨密度下降多可逆。
6. **跨性別/性別多元** 病友：睪固酮≠避孕；可使用所有避孕選項且需尊重性別認同。