

# 中醫婦科醫學雜誌

中醫  
醫學

*Journal of  
Traditional Chinese Gynecology Medicine*

第 32 卷第 1 期

Volume 32. Number 1. June. 2025



中華民國中醫婦科醫學會  
Traditional Chinese Medicine Association of Gynecology  
中華民國一一四年六月



# 中華民國中醫婦科醫學會

## 中醫婦科醫學雜誌

發 行 人：陳雅吟

總 編 輯：吳炫璋

副總 編 輯：鄭為仁、黃千甄

執 行 編 輯：王淑秋、洪晨昕、廖芳儀、許雅婷  
瞿瑞瑩、張簡婧鵝

本期責任編輯：黃千甄

編 輯 委 員：李耿誠、李靜姿、吳慈榮、張燭宏  
朱妍樺、謝淑鳳、陳怡斌、李佳穎  
李宜貞、沈俐伶、周慧雯、林姿里  
林美儀、葉濡端、楊佩鈺、楊佳峰  
葉育韶、盧美嬌、鄭如倫、黃蘭熒  
李湘萍、林佩蓁、高銘偵、何怡慧  
王麗香、余珠琴、蔡欣育

編 輯 助 理：劉咪婷



### 中華民國中醫婦科醫學會

地址：11065 台北市信義區永吉路 30 巷 148 弄 14 號 2F

TEL：(02)3765-1123

FAX：(02)3765-1194

Email：twtcmgyn@gmail.com

<http://www.tcma-7v.org.tw>



# 中醫婦科醫學雜誌

第三十二卷 第一期

民國一一四年六月

## 學術論文目錄 CONTENTS

### 個案報告 (Case reports)

中醫改善乳癌雙標靶和化療後出現呼吸困難的醫案報告 蘇煥騏、林琬翎 -----	1
Traditional Chinese Medicine Improves Dyspnea in Breast Cancer Treated with Docetaxel/Carboplatin/Trastuzumab/Pertuzumab (TCHP) - A Case Report <i>Wei-Chi Su M.D., Wan-Ling Lin M.D. Ph.D.</i> -----	19
加味逍遙散合導赤散治療間質性膀胱炎—病例報告 林芳誼、蘇珊玉 -----	20
A Case Report on the Treatment of Interstitial Cystitis with Jia-Wei-Xiao-Yao-San and Dao-Chi-San <i>Fang-Yi Lin , Shan-Yu Su-----</i>	32
產後泌乳不足的中醫治療 邱詩方、王德慈 -----	33
Traditional Chinese Medicine for Postpartum Hypogalactia <i>Chiu Shih-Fang , Wang Te-Tzu -----</i>	43
中醫治療多囊性卵巢症候群造成月經後期的病例報告 林照通、賴煒珵、廖殷梓 -----	44
A case report on Traditional Chinese Medicine treatment for delayed menstruation caused by polycystic ovary syndrome. <i>Zhao-Tong Lin , Wei-Cheng Lai , Yin-Tzu Liao-----</i>	54

## 學術論文目錄 CONTENTS

### 人工生殖後先兆性流產的中醫治療個案報告

王瑜婷 ----- 55

A Case Report of Traditional Chinese Medicine Treatment on Threaten Abortion after  
In-Vitro Fertilization

*Yu-Ting Wang* ----- 65

### 高齡孕婦子宮頸閉鎖不全安胎治療

曹嘉紋、吳怡萱、瞿瑞瑩 ----- 66

Tocolytic Treatment for Cervical Insufficiency in an Advanced Maternal Age Pregnant  
Woman

*Chia-Wen Tsao, Yi-Hsuan Wu, Jui-Ying Chu* ----- 77

### 中醫治療多囊性卵巢症候群之病例報告

林秀玫、呂平安、陳文娟 ----- 78

Traditional Chinese Medicine Treatment for Polycystic Ovary Syndrome: A Case  
Report

*Hsiu-Mei Lin, Ping-An Lu, Wen-Jiuan Chen* ----- 87

投稿簡則 ----- 88

# 中醫改善乳癌雙標靶和化療後出現呼吸困難的醫案報告

蘇煥騏<sup>1, \*\*</sup>、林琬翎<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> 臺北醫學大學附設醫院傳統醫學科，臺北，臺灣

乳癌現今仍是台灣女性最常見的癌症之一，目前西醫認為手術切除輔以雙標靶和化學治療（docetaxel, carboplatin, trastuzumab, and pertuzumab, 簡稱 TCHP），對於 HER-2 陽性轉移性乳癌的治療效果最佳，但是標靶和化療藥物仍有其副作用，並嚴重影響患者的生活品質。本文探討一位罹患乳癌的 53 歲女性，在進行右側部分乳房切除和 TCHP 治療後，反覆出現喘和呼吸困難的症狀。中醫根據四診合參、辨證論治後，以溫潛心陽、補益心肺氣陰和健脾益氣以培本固元，儘管後續仍接受 TCHP 的治療，但在中醫介入約 3 個月後，患者的呼吸困難症狀和癌症治療功能性評估問卷的分數，均能顯著地改善。

**關鍵字：**中醫、乳癌、雙標靶和化學治療、呼吸困難、生活品質

## 前言：

根據 110 年國民健康署癌症登記資料，和衛生福利部 112 年死因統計顯示，乳癌是台灣女性癌症發生率排名第 1 位及死亡率第 2 位，且從 106-110 年診斷乳癌的 5 年期別存活率，早期（0 +1 期）乳癌的 5 年存活率約近 100%，第 2 期為 95.6%，第 3 期為 80.5%，但第 4 期（晚期）乳癌的 5 年存活率僅約 39.4%。因此，乳癌的防治在女性健康的議題上，愈來愈受到重視。<sup>[1]</sup>

著名雙標靶藥物作用於轉移性乳癌的第

三期臨床試驗（CLEOPATRA Trial）的研究指出，具 HER-2 陽性轉移性乳癌患者在第一線時使用歐洲紫杉醇（Taxotere）+ 賀癌平（Herceptin）+ 賀疾妥（Perjeta）在 50 個月追蹤分析，可顯著提高整體存活期中位數至 56.5 個月<sup>[2]</sup>。根據美國癌症聯合委員會（The American Joint Committee on Cancer, AJCC）最新癌症分期第八版指出，若使用標靶藥物治療 HER-2 陽性乳癌，在臨牀上追蹤 8 年，患者經過手術搭配使用標靶藥治療後，存活率可超過 8 成，早期乳癌存活率更可達到 100%。<sup>[2, 3]</sup>因此，手術合併雙標靶和化學治

\*\* 共同通訊作者：蘇煥騏，臺北醫學大學附設醫院傳統醫學科，地址：台北市信義區吳興街 252 號，電話：02-27372181 #3020，Email:suweichi0528@gmail.com

\* 通訊作者：林琬翎，臺北醫學大學附設醫院傳統醫學科，地址：台北市信義區吳興街 252 號，電話：02-27372181 #3020，Email:teresalin@hotmail.com

療 (Docetaxel, Carboplatin, Trastuzumab and Pertuzumab, TCHP)，為現今治療 HER-2 陽性乳癌患者的首選治療。

但是標靶和化學藥物仍有些副作用的產生，如賀癌平、賀疾妥合併紫杉醇，最常見的副作用為腹瀉、噁心、脫髮、嗜中性白血球低下症、嘔吐和疲勞；根據美國癌症研究院 (National Cancer Institute, NCI) 制訂的常見毒性標準 (Common Terminology Criteria for Adverse Events, CTCAE)，採用美國癌症研究院制訂的常見毒性標準 (NCI-CTCAE)，評估病人接受癌症治療後，發生器官毒性的嚴重程度分級。癌症治療藥物常見的不良反應有白血球細胞減少、左心室功能障礙、貧血、呼吸困難等症狀。<sup>[4,5]</sup> 過去亦有研究指出，有 87% 罹患乳癌的婦女會選擇用替代醫學來治療<sup>[6]</sup>，而在台灣更是有超過 95% 的乳癌婦女，在持續西醫乳癌療法時，會使用中醫藥來治療。<sup>[7]</sup>

本案例為第三期轉移性乳癌的女性患者，在接受 TCHP 治療三日後，會出現喘和呼吸困難的症狀，經由中醫持續介入治療後，患者不適的症狀能顯著地改善，並可維持良好的生活品質。

## 一、基本資料

姓名：張 O O

病歷號：1582XXXX

性別：女

年齡：53 歲

職業：家庭主婦

婚姻：已婚

居住地：台北市

身高：155 cm

體重：63 kg

初診日期：113 年 3 月 26 日

問診日期：113 年 6 月 12 日

## 二、主訴：

化療和標靶治療三日後，出現喘和呼吸不順的症狀。

## 三、現病史

53 歲已婚女性，因觸摸右側乳房有硬塊，於 112/10/5 前往台大醫院就診，超音波檢查發現有約 4.6x3.0cm 邊緣模糊的腫瘤，進行穿刺抽取術後，細胞學檢查為 ER: 90%, PR: 1-2%, Her-2/neu: 1+/3+, Ki-67: 40%，癌症分期 ypT2 (2.7x1.5cm) N1a，被西醫診斷為右側乳房侵襲型惡性腫瘤第三期。患者在術前先服用 VERZENIO (CDK4/6 的抑制劑) 使腫瘤縮小後，於 113/1/30 進行改良型乳房根除術，並在 3/22 開始第一次 TCHP 治療，總共需接受 10 次 TCHP 療程且每三週治療一次。

患者在初次接受 TCHP 治療三日後，出現喘和呼吸困難表現，整日不定時發作，且話多時喘會更明顯，且伴隨心悸、胸悶痛，並覺雙下肢緊繃感，而胸悶並無因飯前或飯後症狀加重，無咳嗽和胸口灼熱表現，故經由北醫附醫的血液腫瘤科轉介，於 3/26 至傳醫科開始接受中醫治療，並截至 6/12 前共就診中醫 10 次 (如附件一)。

統整患者之前的中、西醫就診紀錄，已共進行四次 TCHP 治療，且每次 TCHP 三日後，主要以喘和呼吸困難的症狀最為嚴重，前三次 TCHP 有心悸的症狀表現且時伴隨胸悶痛，整日不定時發作。而患者在接受中醫第一次治療後，自述呼吸困難的症狀可減輕 8 成，且後續幾次因 TCHP 後出現的症狀不適，服中藥後都能夠緩解。

## 附件一 患者 113/3/26 至 113/6/5 中醫就診紀錄和處方

日期	症狀	處方 ( 單次劑量 )
3/26	3/23 雙標靶及化療三日後，出現喘、胸悶不適，呼吸困難。言語氣弱。舌偏紅白苔。脈沉偏數。	桂枝龍骨牡蠣湯 2.5 鱉甲 0.4g 薤白 0.4g 白朮 0.4g 黃耆 0.3g 鬱金 0.4g 共 4.4g，一日服用三次，共 7 日。
4/2	現呼吸困難、喘改善許多，TCHP 治療後三日腹瀉痔瘡出血。舌偏紅薄苔。脈沉偏數。	桂枝龍骨牡蠣湯 2.4g 鱉甲 0.4g 薤白 0.4g 白朮 0.4g 黃耆 0.3g 鬱金 0.5g 共 4.4g，一日服用三次，共 7 日。
4/18	4/13 第二次 TCHP 治療三日後胸悶，頭暈，腹瀉痔瘡出血。舌偏紅白苔。脈沉偏數。	桂枝龍骨牡蠣湯 2.2g 鱉甲 0.4g 薤白 0.4g 白朮 0.4g 地骨皮 0.6g 附子 ( 炮 ) 0.3g 共 4.3g，一日服用三次，共 7 日。
4/26	TCHP 治療後呼吸困難、喘狀。胸悶，頭暈腹瀉痔瘡。舌偏紅白苔。脈沉結代偏大。	炙甘草湯 2g 生脈散 2g 鱉甲 0.4g 地骨皮 0.3g 附子 ( 炮 ) 0.3g 共 5g，一日服用三次，共 7 日。
5/1	TCHP 三日後胸悶痛症稍減，始打嗝頻，頭暈，痔瘡出血，言語氣弱，呼吸略不順呼吸略喘。舌偏紅白苔。脈沉偏數。	桂枝龍骨牡蠣湯 2.2g 鱉甲 0.4g 薤白 0.4g 地骨皮 0.4g 附子 ( 炮 ) 0.3g 半夏 0.3g 共 5g，一日服用三次，共 7 日。
5/8	5/4 第三次 TCHP 治療三日後胸悶痛，喘，呼吸困難症顯，打嗝頻，痔瘡出血，言語氣弱。舌偏紅白苔。脈沉偏數。	真武湯 2g 生脈散 2g 地骨皮 0.4g 砂仁 0.3g

日期	症狀	處方（單次劑量）
		浮小麥 0.3g 共 5g，一日服用三次，共 7 日。 水藥太子參飲 (170 ml)，一日一包飯後， 共 5 日。
5/15	時有胸悶痛，呼吸困難、喘症服藥後減輕，打嗝頻仍，痔瘡出血減，言語氣弱 - 略改善。舌偏紅薄苔。脈沉偏數。	真武湯 2g 生脈散 2g 地骨皮 0.5g 白朮 0.4g 共 4.9g，一日服用三次，共 7 日。 水藥太子參飲 (170 ml)，一日一包飯後， 共 5 日。
5/22	療程後三日胸悶痛，痔瘡出血改善，呼吸不順，打嗝頻，胸悶喘狀，言語氣弱改善。舌偏紅薄苔。脈沉偏數。	真武湯 2g 生脈散 2g 地骨皮 0.4g 白朮 0.3g 降真香 0.3g 共 5g，一日服用三次，共 7 日。 水藥太子參飲 (170 ml)，一日一包飯後， 共 5 日。
5/29	5/25 第四次 TCHP 治療後，呼吸不順，胸悶喘狀改善，痔瘡出血改善，現小腿易麻，言語氣弱改善。舌偏紅白苔。	真武湯 1.6g 生脈散 2.2g 浮小麥 0.2g 薤白 0.4g 地骨皮 0.5g 共 4.9g，一日服用三次，共 7 日。 水藥太子參飲 (170 ml)，一日一包飯後， 共 5 日。
6/5	習身惡寒，TCHP 療程三日後胸悶痛，痔瘡出血改，胸悶喘狀改善，言語氣改善。現五心熱，小腿麻，舌不適，味覺變差。舌偏紅薄苔。	真武湯 1.6g 生脈散 2g 地骨皮 0.5g 乾薑 0.2g 黃柏 (川) 0.2g 砂仁 0.4g 共 4.9g，一日服用三次，共 7 日。 水藥太子參飲 (170 ml)，一日一包飯後， 共 5 日。

## 四、過去病史

### 北醫附醫

106/5：心臟肥大－心臟超音波：二尖瓣膜脫垂伴隨輕微二尖瓣和三尖瓣逆流。

### 台大醫院

112/4：子宮肌腺症－子宮刮除且曾服用 Visanne 和 Leuplin 藥物。

112/10/20：右側下肢靜脈曲張伴有發炎－手術縫合。

112/12/14：急性膽囊炎－膽囊切除。

113/1：B 型肝炎－現服用 Vemlidy (25 mg/tab) : 1 tab PO QD。

## 五、個人史

食物、藥物過敏史：無。

抽煙、喝酒、檳榔史：無。

運動史：爬山習慣。

經帶胎產史：G4 P3 AA1。現 53 歲已停經。LMP：112/12，過去月經表現 I/D: 28/7-10，月經量多、色鮮紅，血塊較大

且量多，色暗紅。112/4 月曾出現經量異常增加並伴隨嚴重腹痛。

## 六、家族史

雙親：糖尿病史。

母親：高血壓。

家族成員：無其他相關癌症病史和遺傳史。

## 七、中醫四診 (113/6/12 紀錄)

### (一) 望診：

意識：無異常。

精神：疲累感。

體態：略胖。

面色：偏黃偏黯。

皮膚：手腳末梢色黯，小腿略腫脹感。

指甲：無異常。

毛髮：無頭髮。

呼吸：呼吸較急促，無鼻翼擴張。

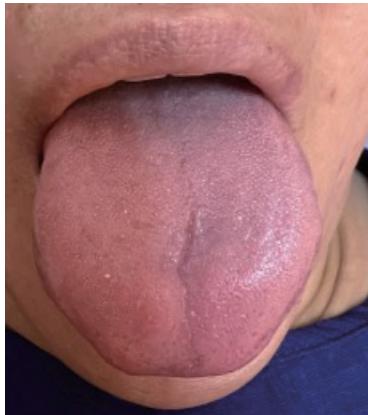
唇舌：唇淡紅略黯。舌淡紅偏黯，舌尖、

舌邊黯紅瘀點。舌胖嫩，無齒痕。

舌裂略。無舌苔，偏乾。



圖一 6/12 紀錄患者手腳末梢圖



圖二 6/12 患者舌診圖

### (三) 聞診：

聲音：講話聲音略低微，說話無力。無異常呼吸聲。

氣味：無異常。

### (四) 問診：

寒熱：以前容易怕冷，常覺四肢冰冷；且在3/25第一次TCHP治療時曾出現畏寒症狀，西醫給予diphenhydramine和Solu-Cortef後改善。6/5始覺全身燥熱甚，五心熱，整日發作。

汗：較難汗出。

頭面五官：4/18第二次TCHP治療後開始出現頭暈。無鼻塞、咳嗽、鼻流清涕、惡寒；6/5開始有舌刺感與味覺變差。

胸/脅：TCHP治療後易喘、呼吸困難，整日不定時發作，時伴隨胸悶痛，尤話講多喘更明顯，前三次TCHP會伴隨心悸，服中藥後呼吸困難症可緩解。5/1始出現打嗝頻作，但無噁心、嘔吐和泛酸感，亦無胸口刺痛。

腹部：於膽囊切除後，整日常覺臍周脹氣，飯後更明顯，需按摩肚子使氣排出才能改善。

四肢：5/29始覺雙小腿外側麻和緊繃感。

二便：以前常有便秘情況，而在TCHP治療後三日水瀉便溏，三日之後便可成形。4/18第二次TCHP後有痔瘡出血；小便無異常。

飲食：食慾可，以前喜食溫熱食物，但現因身熱、口乾舌燥喜吃冰。

情緒：略沮喪感。

睡眠：入寐困難，易輾轉難眠，約子時後寢。

### (五) 切診

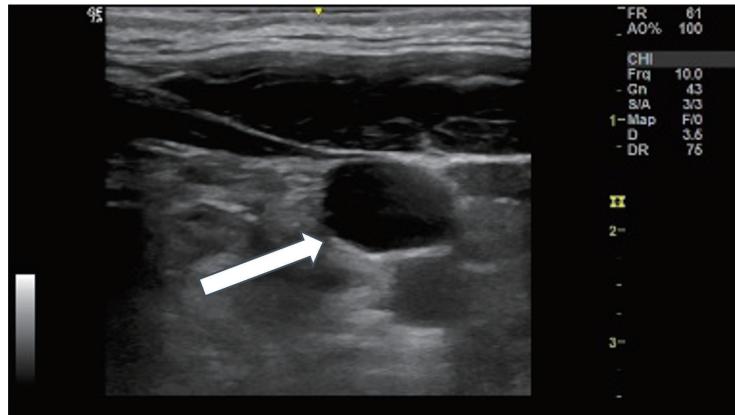
脈診：左脈沉結代，偏大；右脈浮細數，重按無力。

觸診：四肢末梢偏溫，手腳趾背較熱，小腿緊繃感，按下肢無凹陷。

叩診：心下、腹部周圍鼓音甚。

## 八、實驗室檢查及影像學檢查

- 112/10/5 超音波檢查：4.6x3.0cm hypoechoic oval mass with indistinct margin at right breast 10o'clock. (圖三)
- 113/03/01 免疫學及病毒學檢查：CEA: 1.02 ng/ml, CA15-3: 11.0 U/mL, HBsAg (+), Anti-HBs: 3.62 (-), Anti-HBc (+), HBV viral load: 22.5 IU/mL, Anti-HCV Ab (-).
- 113/05/23 生化學檢查：BUN: 13.4 mg/



圖三 患者於 112/10/5 在台大醫院檢查的右側乳房超音波腫瘤位置圖

dL, CRE: 0.64 mg/dL, eGFR: 103.2 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, AST: 23 U/L, ALT: 22 U/L.

## 九、理學檢查

(113/6/12) 血壓：122/78 mmHg；脈搏：70 下/min.；體溫：36.5°C。

雙小腿 pitting edema: 1+。

## 十、症狀嚴重程度分級

採用美國癌症研究院制訂的常見毒性標準 (NCI-CTCAE)，評估病人接受癌症治療後，發生器官毒性的嚴重度分級。

其中 NCI-CTCAE 將癌症治療藥物引起的呼吸困難分作五個等級：

Grade1：輕微呼吸困難，中等用力下，呼吸急促。

Grade2：中度呼吸困難，些微用力下，呼吸急促，工具操作能力受限。

Grade3：嚴重呼吸困難，休息時出現呼吸急促，自我照顧受限。

Grade4：致命呼吸困難，會危及生命，需緊急處理。

Grade5：死亡。

此患者初次中醫就診時，呼吸困難症狀表現為第二級 (Grade 2)。

## 十一、整體回顧

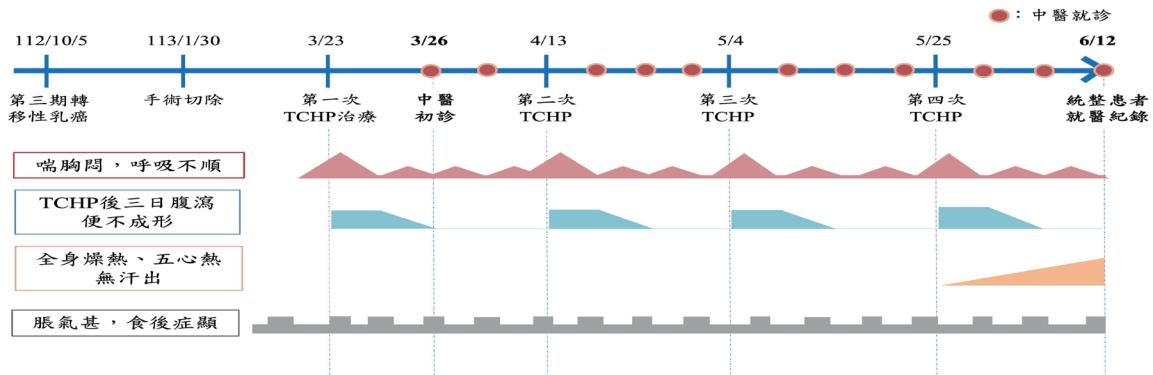
53 歲女性，以前容易怕冷、四肢冰冷且

喜食溫熱食物，過去病史有心臟肥大、子宮肌腺症、右下肢靜脈曲張、膽囊切除和 B 型肝炎史。患者於 112/10/5 因觸摸到右側乳房有硬塊，經台大醫院檢查後診斷為侵襲型惡性腫瘤第三期，進行手術切除後於 113/3/23 開始接受 TCHP 治療。

截至 6/5，患者共就診中醫 10 次，期間共已進行 4 次 TCHP 治療，每次在治療三日後會出現喘和呼吸困難的症狀，整日不定時發作，話多時喘的症狀更明顯，亦伴隨胸悶痛，服中藥後症可緩解，並且於 6/5 開始容易身熱，五心煩熱，難汗出，覺舌刺感，味覺變差，容易口乾舌燥且喜吃冰。食慾可，去年 12 月膽囊切除後，整日常覺臍周脹氣，飯後更明顯，排氣後症略改善，且患者以前常便秘，但在接受 TCHP 治療後的三日會出現腹瀉便溏，三日後便可成形。入寐困難，易輾轉難眠。

患者面色、手腳末梢色偏黯，呼吸較急促。唇淡舌淡紅偏黯，舌尖、舌邊黯紅瘀點，舌胖嫩，無苔，偏乾。左脈沉結代，偏大；右脈浮細數，重按無力；手腳趾背較熱，小腿緊繃感，pitting edema: 1+。

## 十二、時序圖



圖四 時序圖

## 十三、臟腑病機四大要素

### (一) 痘因—不內外因：

TCHP 藥物的心肺毒性和腸胃副作用：喘、呼吸困難和腹瀉。

### (二) 痘位：

中醫臟腑：主要一心、肺、脾；次要一腎。  
西醫：心血管系統、呼吸系統和胃腸系統。

### (三) 痘性：

主證：每次 TCHP 治療三日後出現喘和呼吸困難，不定時發作，話多時喘症顯，伴隨胸悶痛。舌淡紅偏黯，舌尖瘀點，舌胖嫩，無苔偏乾。左脈沉結代，偏大；右脈浮細數，重按無力。

次證：TCHP 後易水瀉便溏，6/5 始出現舌刺感、味覺變差和全身燥熱、五心熱。

### (四) 痘勢：

#### 主證分析：

《素問·刺法論》：「邪之所湊，其氣必虛。」患者以前常容易怕冷、四肢冰冷、喜食溫熱食物，且有心臟肥大過去病史，顯示偏向陽虛體質，而因 TCHP 藥物有心臟毒

性副作用，故在注射 TCHP 治療後使患者心臟氣機痺阻，而當心氣虛弱，心臟無力鼓動氣血，氣不足便生寒，而陰寒凝滯更使血行痺阻，不通則痛，故出現喘，呼吸不順且時胸悶痛的症狀，和舌偏淡紅、舌尖黯紅有瘀點的舌象，如《素問·痺論》記載：「脈痺不已，復感於邪內舍於心……心痺者，脈不通，煩則心下鼓，暴上氣而喘。」

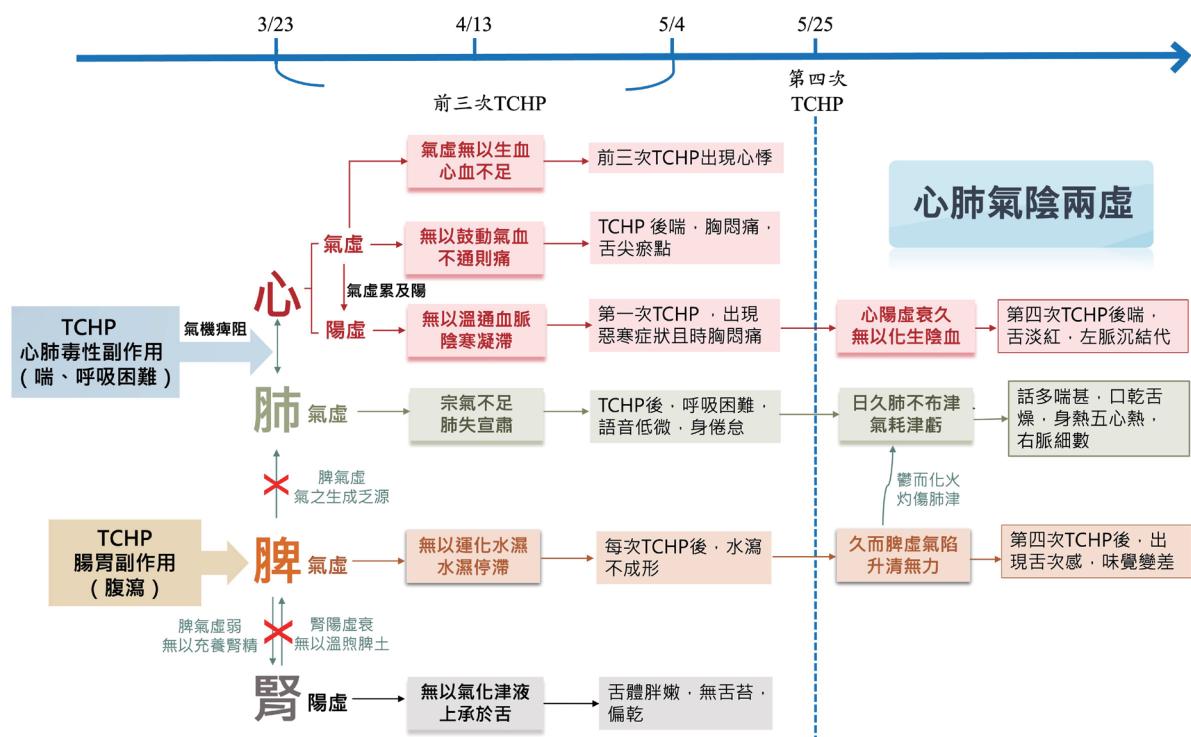
又《醫論三十篇》：「氣陽而血陰，血不獨生，賴氣以生。」心氣虛弱無以生血，使陰血不足，不能濡養心體，故前三次 TCHP 出現心悸症狀；久而氣虛累及陽，心陽虛衰，無以溫通血脈，血氣虛衰，不能相續，左脈出現沉結代脈象。

另外，TCHP 藥物常見肺臟毒性副作用為呼吸困難，《靈樞·邪客》記載：「宗氣積於胸中，出於喉嚨，以貫心脈，而行呼吸焉。」患者在接受 TCHP 治療後，影響上焦心肺功能，而使宗氣不足，肺氣虛損，動則氣耗，肺失宣肅，則有喘，呼吸困難，語音低微，身倦怠的肺氣虛表現，如《素問·痺論》記載：「肺痺者，煩滿喘而嘔。」而當肺氣虛衰，久而肺不布津，氣耗津虧，則出現肺氣陰不足之證，如：話多喘甚，口乾舌

燥，身熱五心熱和右脈細數。

對於患者舌淡胖嫩，舌乾無苔之舌象，《李可老中醫急危重症疑難病經驗專輯》中指出：「人身氣化之根，在下焦腎中命門真火，此火一弱，火不生土，則胃氣虛；金水不能相生，水液便不能蒸騰敷布全身，故舌乾無苔。」<sup>[8]</sup> 腎陽虛損，無以化氣行水，造成水濕壅滯於舌，且腎陽虛衰亦無以將水津蒸化成水氣上達於舌；且患者的脈象為沉脈，亦主裏水和寒證。醫家劉渡舟在《傷寒論臨證指要·水證論》提到：「心臟屬火，為陽中之太陽。上居於胸，秉火陽之權威，震懾下焦水寒之邪不敢越雷池一步；但心陽一虛，則坐鎮水寒之權威失勢，因此在下焦的水寒陰氣便有可乘之機。」<sup>[9]</sup> 故腎陽為一身陽氣之本，當腎陽虧損，會逐漸累及一身的陽氣，而此患者又偏屬陽虛體質，故須考慮後續心陽被水寒之邪所遏之病機。

次證分析：



圖五 病因病機圖

因 TCHP 藥物造成腹瀉的副作用，使脾主運化水濕的功能失常，當脾氣虛運化失司，故每次 TCHP 治療後都出現水瀉、便不成形和舌體胖大的水濕表現；若脾虛升清無力，脾主味的功能失常，患者在第四次 TCHP 治療後，開始出現舌刺感、味覺變差，如《靈樞·脈度》所云：「心氣通於舌，心和則舌能知五味矣…脾氣通於口，脾和則口能知五穀矣。」和《脾胃論》：「夫脾胃虛弱…口不知味」、「夫脾者…主五味也，胃既傷則飲食不化，口不知味。」

甚者，若脾虛氣陷，使清陽不升，濁陰不降，升降失常，而致氣機鬱結於內化為鬱火，邪熱進一步灼傷肺津、壯火食氣，則表現肺氣陰兩虛之證，如話多喘甚，口乾舌燥，身熱，右脈細數；而火熱循經絡傳至手足，則亦會出現五心煩熱的症狀。<sup>[10]</sup>

#### 十四、病因病機圖

## 十五、診斷

西醫：

C50.811 女性右側乳房重疊部位之惡性腫瘤，R06.00 呼吸困難。

中醫：

乳岩《婦人大全良方》，喘證《黃帝內經》。

## 十六、中醫證型及治則

證型：

心肺氣陰兩虛兼脾氣虛。

治則：

補益心肺氣陰，健脾益氣。

## 十七、處方用藥和針灸

(一) 6/12 處方：

科學中藥（單次劑量）：

生脈散 2g、真武湯 1.7g、麥門冬 0.4g、地骨皮 0.4g、黃柏 0.3g、乾薑 0.2g。5g，一日服用三次，共 7 日。

水藥太子參飲：

(組成：太子參 4 錢半、北沙參 2 錢半、麥門冬 2 錢半、白扁豆 3 錢、炙甘草 1 錢、半夏 1 錢半、蘆根 4、陳皮 2 錢半、炒白朮 2 錢半、茯苓 4 錢，飲片共 28 錢)。一包 230ml，一日一包 飯後，共 5 日。

針灸穴位：

天突、關元，雙側：內關、曲澤、天樞、足三里、陰陵泉、三陰交、太衝。紅外線熱療，留針 20 分鐘。

(二) 處方用藥分析：

科學中藥分析—

以生脈散為主方益氣生津，內有人參補氣生津，使元氣得補，心氣有繼、心氣不衰，五味子斂肺生津，麥門冬養陰生津，而人參得麥冬瀉火而生脈更為人參之良助，李東垣曰：「肺主氣，肺氣旺，則四臟之氣皆旺。」

生脈散用之者，以其通經活血，則脈自生也。

又心陽根於腎陽，故心陽虛必累及於腎，且患者素體較為陽虛且舌體胖大，故另處方真武湯溫腎助陽，化氣行水，以附子壯腎之元陽，並可暖脾土溫運水濕，而《傷寒論類方匯參·四逆湯類》<sup>[11]</sup> 亦記載：「附子味辛大熱，《內經》曰：『辛以潤之，開腠理，致津液，通氣也』，暖肌溫經必憑大熱。」醫家李可<sup>[8]</sup> 也認為：「附子可通陽致津液，使水升火降。」；生薑之辛散，佐附子以補陽，有溫中散水之意；茯苓利水滲濕，佐白朮以健土，制水之中有利水之道；白朮健脾燥濕，佐生薑之溫散；白芍亦為佐藥，可利小便以行水氣，防止附子燥熱傷陰。

麥門冬瀉熱補水之源，潤肺滋陰；地骨皮降肺中伏火，涼血而補正氣，如《珍珠囊》記載：「解骨蒸肌熱。」；黃柏退虛熱，制命門、膀胱陰中之火，醫家鄭欽安云：「夫黃柏味苦入心，稟天冬寒水之氣而入腎，色黃而入脾，脾也者，調和水火之樞也。」<sup>[12]</sup>；乾薑性味辛溫而散，溫補脾陽《神農本草經》：「乾薑，辛溫，主胸滿，咳逆上氣，溫中…腸澼下利。」，與附子搭配亦取四逆湯類方之意，回陽救逆，溫補脾腎之陽，亦可暖心陽。

水藥太子參飲分析—

太子參飲化裁於醫家鄧鐵灝針對 2003 年 SARS 感染後期的患者多表現出氣陰兩傷，氣虛挾濕夾瘀之證候，故針對恢復期處以太子參、沙參、麥冬、白扁豆、炙甘草、山藥、玉竹、法半夏和蘆根，來扶正透邪，補氣養陰兼化濕、活血。<sup>[13]</sup> 故以此處方為基底，去山藥、玉竹，加入陳皮、茯苓、白朮，加強脾胃氣機升降和化痰濕之功效。

### (三) 針灸穴位分析：

取天突穴，與天氣相通，通利肺氣，調氣平喘；關元亦為足三陰、任脈之會，補腎培元；內關通陰維脈，主心胸痛問題；曲澤主心痛身熱，取之寧心泄熱。再取足陽明胃

經的天樞穴以升降清濁，足三里補益中焦脾胃，足太陰脾經則取陰陵泉、三陰交處理水濕不利問題，搭配太衝疏泄氣機，以通為補。

### 十八、門診追蹤與病勢分析

表一 7/3 至 7/17 後續門診追蹤

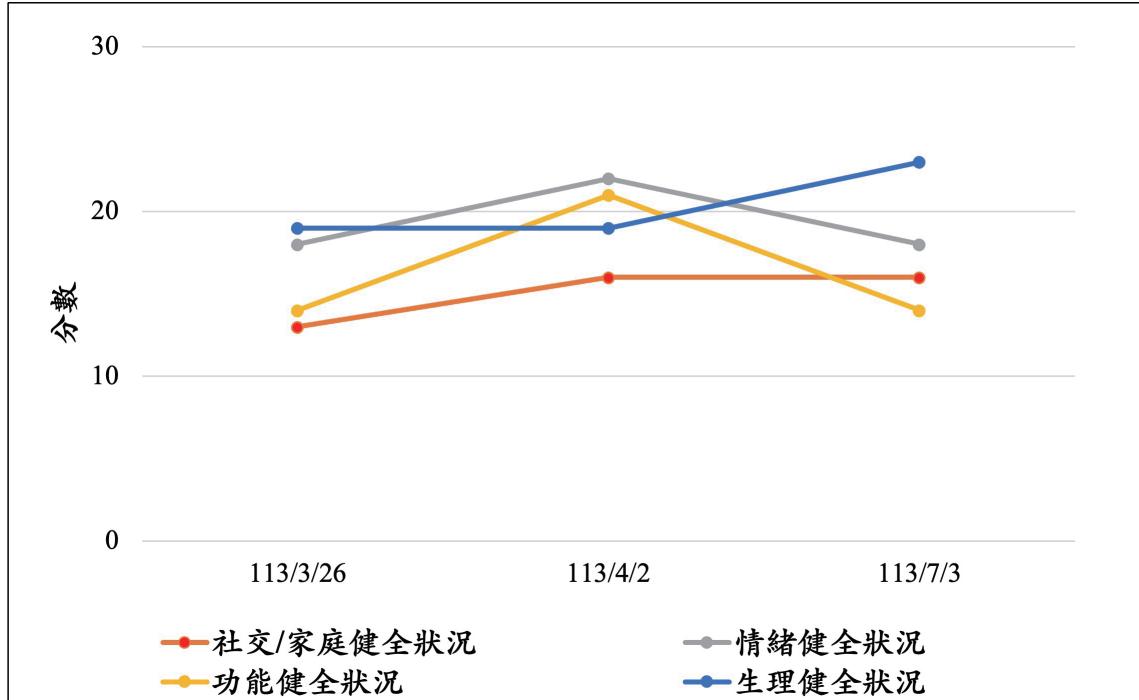
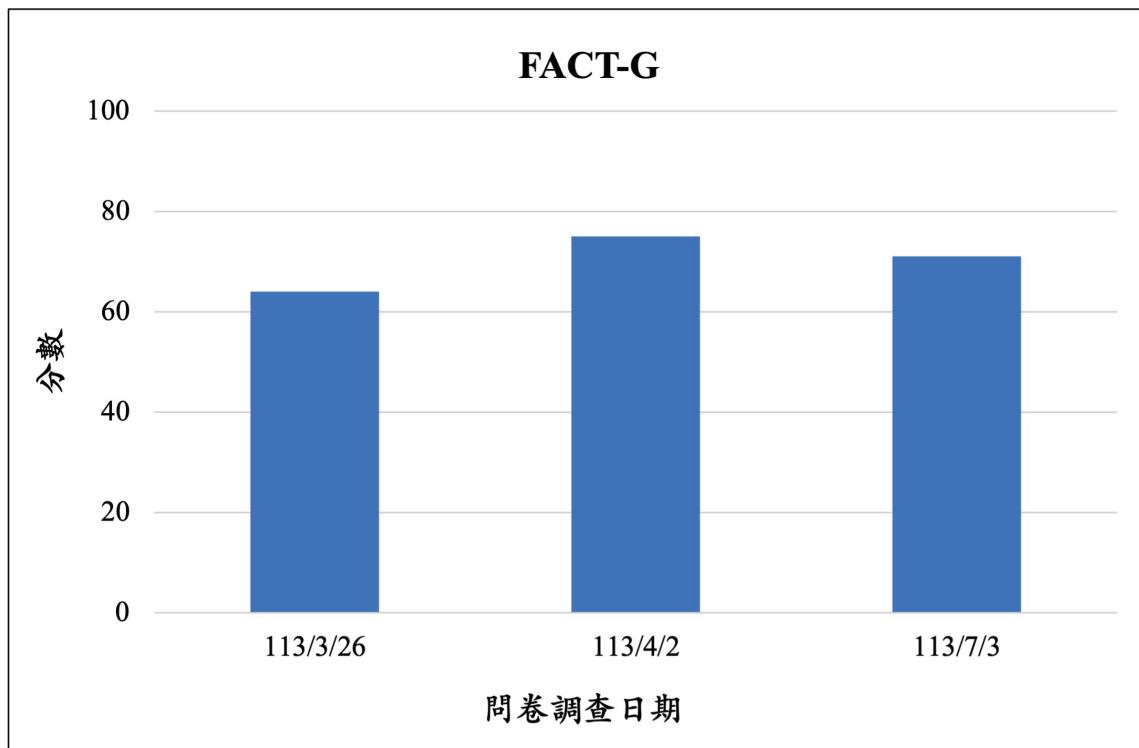
日期	症狀和處方	舌診圖
7/3 回診	<p>於 6/15 進行第五次 TCHP 後，喘、呼吸困難症狀已無發作，五心和足底仍熱，身熱汗不出，味覺仍差。舌略紅偏紫，舌尖暗紅朱點，無苔，乾。脈沉結代，尺細數。</p> <p>處方：桂枝加龍骨牡蠣湯 2g、地骨皮 0.4g、乾薑 0.2g、黃耆 0.5g、白朮 0.5g、鱉甲 0.4g、雞血藤 0.4g、麻黃 0.2g。4.6g，一日服用三次，共 7 日。</p> <p>水藥太子參飲 (230 ml)，一日一包飯後，共 5 日。</p> <p>針灸：天突、天樞、關元、內關、尺澤、陰陵泉、足三里、三陰交、太衝。留針 20 分鐘。</p>	 <p>圖六 7/3 舌診圖</p>
7/10 回診	<p>以桂枝加龍骨牡蠣湯調和陰陽、收斂浮越之神氣，如《難經》云：「損其心者調其營衛。」並取桂枝甘草龍骨牡蠣湯之意，用桂枝甘草溫心陽，龍骨牡蠣潛斂神氣而止煩躁，穩定喘和呼吸困難的症狀；並酌加黃耆、白朮補氣升提，乾薑溫運中焦脾陽，地骨皮降虛火解肌熱、鱉甲益陰除熱，治療患者身熱的狀況，雞血藤補血活血，並透過麻黃宣表，使熱藉由汗孔宣泄。</p> <p>於 7/9 進行第六次 TCHP 後已無喘、呼吸困難症狀表現，但水瀉嚴重，瀉後熱可退，頭暈、疲倦，味覺差、身熱。舌淡胖嫩，舌邊薄白苔，水滑舌。左脈沉尺細數，右脈沉細。</p> <p>處方：桂枝加龍骨牡蠣湯 2g、越婢加朮湯 1.6g、黃柏 0.3g、知母 0.3g、砂仁 0.3g、茯苓 0.4g。4.9g，一日服用三次，共 7 日。</p> <p>針灸：天突、天樞、關元、內關、尺澤、陰陵泉、三陰交、太衝。留針 20 分鐘。</p>	 <p>圖七 7/10 舌診圖</p>

日期	症狀和處方	舌診圖
7/10 回診	此次患者水瀉較為嚴重，且舌胖大苔白可看出有水濕停滯，主方仍守桂枝加龍骨牡蠣湯溫潛心陽，以越婢加朮湯疏風泄熱、宣肺行水，處裡水熱互結之裏證，並酌加知母、黃柏瀉火滋陰，茯苓、砂仁入中焦脾胃，處理水濕問題，而黃柏、砂仁、甘草組合，則取《醫理真傳》封髓丹之意納氣歸腎。	
7/17 回診	<p>已無喘、呼吸困難症狀，但覺口黏、口甜，味覺差顯著、身烘熱，可略汗出。足心熱大於手心熱。舌淡胖嫩，舌邊舌尖紫黯，潤。脈沉結代按之無力，尺細數。</p> <p>處方：桂枝加龍骨牡蠣湯 2g、越婢加朮湯 1.6g、黃柏 0.3g、生地黃 0.4g、砂仁 0.3g、白朮 0.4g。5g，一日服用三次，共 7 日。          針灸：百會、天樞、中脘、關元、尺澤、內關、陰陵泉、三陰交、太衝。留針 20 分鐘。</p>	
	此次患者覺口甜、口黏且身烘熱更明顯，仍以上次處方為主，並加重白朮劑量，補益脾氣，治療脾虛無以升清，脾主味功能失常和氣虛、氣鬱化熱的表現，而白朮在《本經》亦有記載具有除熱之功效，並酌加生地黃取甘寒性味，清熱養陰生津。	圖八 7/17 舌診圖

## 十九、癌症治療功能性評估

表二 癌症治療功能性評估問卷評估分數

評估項目	問卷填寫時間	113/3/26	113/4/2	113/7/3
生理健全狀況	19 分	19 分	23 分	
社交 / 家庭健全狀況	13 分	16 分	16 分	
情緒健全狀況	18 分	22 分	18 分	
功能健全狀況	14 分	21 分	14 分	
FACT-G	64 分	75 分	71 分	



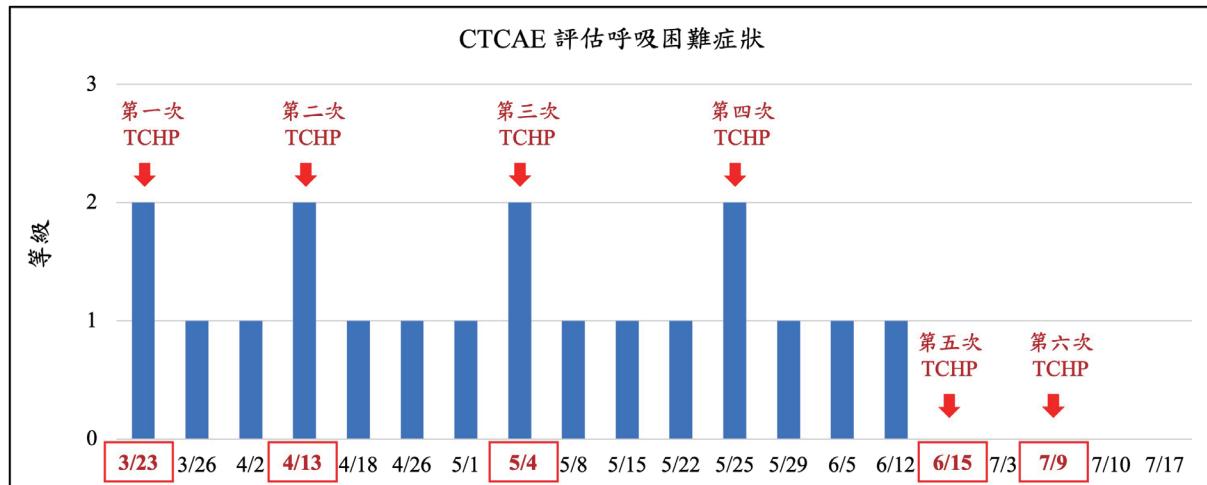
圖九 癌症治療功能性評估 (Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale, FACT-G) 分析圖

## 二十、討論

### 1. 後續回診紀錄

由表一的回診紀錄可知，患者在接受後續兩次 TCHP 治療後，已無再引發喘和呼吸困難的問題，且統整患者從 3/26 至 7/17 的中醫診療紀錄和西醫 TCHP 治療日期（圖十），並以 CTCAE 評估患者呼吸困難的症狀，可

看出患者在前四次的 TCHP 治療後，會出現中度呼吸困難的症狀（CTCAE 評估等級 2），期間服中藥後症狀可以緩解（CTCAE 評估降為 1 級），更在第五次和第六次的 TCHP 後，經由中醫持續的介入治療，患者已無呼吸困難的表現（CTCAE 評估無症狀）。



圖十 113/3/23 至 7/17 所記錄患者呼吸困難等級（註：紅框為患者西醫就診接受 TCHP 治療之日期，其餘為中醫就診日期。）

### 2. 癌症治療功能性評估

在生活品質的部分，患者分別於 3/26、4/2、7/3 接受癌症治療功能性評估（Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale, FACT-G）（第四版）的問卷調查，由圖十可看到患者在 3/23 至 7/3 期間，共接受五次 TCHP 治療，患者的生理健全狀況（從 19 分進步到 23 分）和社交 / 家庭健全狀況（從 13 分進步到 16 分）都能有所改善（如圖九），雖然患者的情緒和功能健全狀況，在經過多次 TCHP 治療造成副作用的反覆出現，而有略為下降的趨勢，但以整體評估而言，患者接受西醫的 TCHP 治療過程，在中醫介入治療後，能改善並提升患者的生活品質（從 64 分進步到 71 分）。

另外，陳氏等人<sup>[14]</sup>在 2018 年進行前瞻性單臂世代研究觀察二十七名乳癌住院患者，在中醫藥在介入治療化療不適後，無論在功能、生理、情緒的項目及生活品質都能有顯著差異的改善；以及近年有許多案例報告<sup>[14,15]</sup>指出，乳癌患者在接受化療及標靶治療時，出現噁心、口乾舌燥、咽乾、口腔黏膜破損、白血球降低、手腳掌脫皮、潮熱、盜汗、失眠、疲倦等副作用，服用中藥後症狀均有明顯改善，並得以順利進行後續療程；吳氏等人也在 2022 年的一篇回顧性研究更證實，中醫能緩解乳癌患者在西醫治療後產生的副作用，並改善生活品質。<sup>[16]</sup>

以上的期刊文獻結果顯示，中醫確實能改善乳癌患者在接受西醫的治療後所引起的

副作用症狀，並能支持患者完成西醫的療程，與此篇的病例報告中所提及，中醫藥能改善患者因 TCHP 造成的副作用不適，具有一致性和再現性。

中醫在治療疾病常以整體觀來做辨證論治並講求身心同治<sup>[17]</sup>，在生理疾病方面，除了給予藥物治療外，可教導患者做八段錦的動作：兩手托天理三焦和左右開弓似射雕，和導引動作：舉平手、拍式、站樁等，疏通經絡，藉天地之氣暢通全身氣機。另外，也有文獻指出對乳癌術後患者施行居家衛教運動以及服用中藥後，能減輕癌因性疲憊感，並使患者在治療過程中能有體力對抗癌症並完成治療。<sup>[18, 19]</sup>

而在心理疾病方面，如《靈樞·師傳篇》記載：「人之情，莫不惡死而喜生，告之以其敗，語之以其善，導之以其所便，開之以其所苦。」以及醫家朱丹溪云：「若於初生之際，便能消釋病根，使心情神安，然後施以治法，亦有可安之理。」醫者透過關懷、傾聽與陪伴，身、心兼顧治療，才能使患者放心且更有信心地完成西醫整個療程。

### 3.TCHP 藥物的心肺毒性副作用

TCHP 藥物治療中，Trastuzumab 和 Pertuzumab 在國外已有文獻指出，此標靶藥物會造成心臟毒性（Cardiotoxicity）和肺臟毒性（Pulmonary Toxicity）<sup>[20-21]</sup>，心臟毒性主要表現為心肌病變（Cardiomyopathy）和左心室射出分率（Left ventricular ejection fraction, LVEF）下降，嚴重甚至會出現心臟衰竭；而肺臟毒性最常見的臨床症狀為呼吸困難，相關患者會伴隨有間質性肺炎（Interstitial Pneumonitis）的情形。<sup>[22]</sup>

Geoffrey Bostany, et al.<sup>[23]</sup> 於 2024 年的論文分析顯示，從乳癌診斷起算的 20 年內，左

心室射出分率（LVEF）平均每年下降 0.29%。Bostany, et al.<sup>[24]</sup> 也在 2025 年的研究指出，HER2 標靶藥物對心臟毒性影響，1.7% 至 4.1% 的患者會發展為心臟衰竭，但其毒性通常可逆，停藥後心臟功能可恢復，且容易有心臟衰竭的風險因子包括：高齡（大於 50 歲）、有心血管方面疾病及肥胖…等。而對於乳癌存活者（無論是否合併放射治療）接受 Trastuzumab 和 Pertuzumab 藥物，心臟功能障礙（Cardiac Dysfunction）主要會發生於治療後 2 年內，且在治療後 2 年內的累積發生率為 3%。西醫認為患者在治療期間，應定期追蹤 LVEF 的變化，若發生心臟毒性，需及時調整治療計畫。

此案例的乳癌患者在 106 年就因用力時會呼吸困難而被診斷有心臟疾病，從心臟超音波也顯示有二尖瓣膜脫垂伴隨輕微二尖瓣和三尖瓣逆流和心臟肥大的現象，而患者接受 TCHP 治療 1~2 次，即在早期就出現心臟功能障礙的不適症狀。因此，患者若有心臟功能不全的病史，在接受有心臟毒性副作用的藥物時，確實會造成患者心臟方面的不適。

### 4. 乳癌患者的體質辨證與病因病機

就我們觀察到此案例患者屬於陽虛的體質，從《景岳全書·卷之二十三》就有記載：「凡脾腎不足，及虛弱失調之人，多有積聚之病。蓋脾虛則中焦不運，腎虛則下焦不化，正氣不行，陽虛寒凝，津液和血液運行不暢。」大陸學者吳雄志教授在臨床近 20 年的觀察，提出乳癌患者大多表現為腎陽虛之證<sup>[25]</sup>，病因以少陰虛寒為主。因陽虛寒凝，至津液和血液運行不暢，日久導致痰瘀互結，邪毒內生，此即“陽虛陰盛，內生有形”，而寒積日久，可導致化熱傷陰，如尤在逕《金匱要略心典》所云：「痞堅之處，必有伏陽。」

且季氏等大陸學者<sup>[26]</sup>更研究指出，化療會影響乳腺癌患者的原本體質狀況。總結以上論述，患者局部病灶和本身的體質是屬於虛實夾雜的關係，且常容易在臨床上觀察到此現象。

從乳腺癌發病病機來看，竇氏等人<sup>[27]</sup>亦認為乳癌患者多因陽虛痰凝，痰濁阻滯，或肝腎不足，衝任失調，最終導致氣結血瘀，形成癥瘕積聚，且對於 HER-2 (+) 的乳腺癌又以腎虛血瘀證最多見，故在乳癌後期以整體病機觀察為“癌毒內踞、陰陽失調”，治療上則以“扶正祛邪、標本兼顧”，平衡臟腑之陰陽<sup>[28-30]</sup>，醫家李可也根據陽氣衰微，陰液內竭且病情錯綜複雜的心衰患者，自創破格救心湯，其方脫胎於《傷寒論》四逆湯類方、四逆湯衍生方參附龍牡救逆湯及張錫純來復湯，而破格重用附子大辛大熱之品，破陰回陽以強心；大劑量山茱萸，收斂元氣，固澀滑脫，而收澀之中，兼具條暢之性；龍骨、牡蠣潛陽收斂，整體處方以回陽固脫、活血化瘀，治療心衰患者虛中夾瘀之證<sup>[8]</sup>。

陰陽兩者相互關係的要點和關鍵在於，陽氣必須周密固護於外，陰精才能平和藏守於內，如《素問·陰陽應象大論》云：「陰陽之要，陽密乃固。」此案例疾病發展趨勢的變化，從本屬陽虛體質的患者，經由手術和TCHP治療後，因氣虛及陽，陽損及陰，而陰無陽則陰無以化生，加之脾氣虛弱，升清無力之鬱火，更使邪熱進一步耗灼津液，最後傳變為陰虧內熱之證，與大陸學者<sup>[26]</sup>的臨床觀察表現類同。因此，中醫應根據患者整體的氣血陰陽動態變化，辨證論治，隨證治之，以平為期。

## 二十一、結論

患者因接受TCHP後反覆出現喘，呼吸困難的症狀，期間中醫介入治療後，可改善由TCHP引起的不適症狀並提升生活品質，無論從症狀或問卷量表都表現出一致性，且以NCI-CTCAE評估嚴重程度，患者也從中度呼吸困難（第二級）轉為無症狀。而此篇醫案報告在診斷依據上較受限制為，欠缺了西醫的檢查數據如心臟超音波和LEVF的監測數值，主要是以臨床症狀來評估患者因TCHP引發的呼吸困難改善程度。

以此病例醫案可知，對於需接受TCHP的乳癌患者，若本身有左心室肥大、心瓣膜閉鎖不全…等心臟功能障礙的病史，在治療早期即出現心臟不適的副作用症狀，中醫更早期的介入提供乳癌患者合併照護的優勢治療，則能顯著地改善副作用症狀並增進其生活品質，故以此醫案報告供同道作參考。

## 參考文獻

- 衛生福利部國民健康署：<https://www.hpa.gov.tw/Home/Index.aspx>
- Swain SM, Baselga J, Kim SB, et al. Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel in HER2-positive metastatic breast cancer. *N Engl J Med.* 2015 Feb 19;372(8):724-34.
- Zhu H, Doğan BE. American Joint Committee on Cancer's Staging System for Breast Cancer, Eighth Edition: Summary for Clinicians. *Eur J Breast Health.* 2021 Jun 24;17(3):234-238.
- Ishii K, Morii N, Yamashiro H. Pertuzumab in the treatment of HER2-positive breast cancer: an evidence-based review of its safety, efficacy, and place in therapy. *Core Evid.* 2019 Oct 31;14:51-70.
- [https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic\\_applications/docs/CTCAE\\_v5\\_Quick\\_Reference\\_8.5x11.pdf](https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf)
- Greenlee H, Neugut AI, Falci L, et al. Association Between Complementary and Alternative Medicine Use and Breast Cancer Chemotherapy Initiation: The Breast Cancer Quality of Care (BQUAL) Study. *JAMA Oncol.* 2016;2(9):1170-1176.
- 賴榮年、吳建東、王榮德。台灣乳癌婦女 1998-2008 年間的中藥使用率及模式分析。中醫藥雜誌。2013；24(1)：13-23。
- 李可。《李可老中醫急危重症疑難病經驗專輯》。中國，山西科學技術出版社，2011：62。
- 劉渡舟。傷寒論臨證指要。北京：學苑出版社，2003；54-55。
- 李安諾，岳仁宋。從氣乖與氣鬱論治手足心熱[J]. 中醫學。2023；12(2)：465-469。
- 傷寒論類方匯參。左季雲編；耿進，曾祥雲整理。北京：中國中醫藥出版社，2012：264。
- 中醫火神三書。鄭欽安著，餘暉等點校。北京：中國中醫藥出版社，2012：93。
- 鄧鐵濤，邱仕君，鄒旭。論中醫診治非典型肺炎 [J]. 世界科學技術－中藥現代化。2003；5(3)：17-22。
- 陳韋任、廖啟卉、鄭秋丞、李欣樺、陳柏全。中醫藥輔助治療化療不適後生活品質改善與用藥模式比較探討－乳癌住院患者前瞻性單臂世代研究。中醫藥研究論叢。2018；21(2)：9-21。
- 鍾奕璇、劉家蓁、張芝銘、楊茲甯、張燭宏。運用中醫藥緩解化療及標靶治療後副作用的乳癌病例報告。中醫婦科醫學雜誌。2020；(26)，19-29。
- 李耘瑄、張燭宏。中醫治療乳癌放療與荷爾蒙療法副作用之病例報告。中醫婦科醫學雜誌。2020；(25)，44-52。
- 吳勇璋、吳修安、陳建宏、謝明憲、邱榮鵬、鄭鳳翔、許中華。傳統中醫多元整合治療對乳癌病患西醫治療後副作用的緩解成效：回顧性研究。中醫藥研究論叢。2022；25(2)：1-15。
- 林健蓉、謝宗運、張慈文。乳癌之中西醫病機與預防。中醫藥雜誌。2017；28(2)：11-27。
- 林宜萱、白秀華。乳癌術後病人施行居家衛教運動對於癌因性疲憊之改善探討。物理治療。2020；45(2)：145-145。
- 郭家祥、曾印正。化療期間運用中醫藥緩解癌因性疲憊症的乳癌病例報告。中醫內科醫學雜誌。2022；20(2)：31-42。
- Chavez-MacGregor M, Zhang N, Buchholz TA, et al: Trastuzumab-related cardiotoxicity among older patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 31:4222-4228, 2013
- Errisuriz K, Bazan DZ, Verduzco R Jr, Guedez R. Trastuzumab-Induced Interstitial Pneumonitis.

- Cureus. 2023 Jul 19;15(7):e42116.
23. Gonciar D, Mocan L, Zlibut A, Mocan T, Agoston- Coldea L. Cardiotoxicity in HER2-positive breast cancer patients. Heart Fail Rev. 2021 Jul;26(4):919- 935.
24. Bostany G, Chen Y, Francisco L, et al. Cardiac Dysfunction Among Breast Cancer Survivors: Role of Cardiotoxic Therapy and Cardiovascular Risk Factors. J Clin Oncol. 2025 Jan;43(1):32-45.
25. Roberts SA, Frishman WH. Cardiotoxicity of Breast Cancer Chemotherapy. Cardiol Rev. 2025 Mar-Apr 01;33(2):109-111.
26. 成艷麗，彭濤，張國華。吳門驗方「陽和散結湯」治療乳腺癌理論淺析 [J].TMR 經典中醫研究。2018 ; 1(1) : 9-12 。
27. 季亞婕，唐菁，陳瑋黎等。輔助化療對乳腺癌患者中醫體質的影響及“乳癌術后方”的調節作用 [J]. 上海中醫藥大學學報。2016 ; 30(01) : 1-14.
28. 寶建衛，朱中博，楊碩等。從乳腺癌中醫病機論述其與腫瘤脂肪微環境認識的相關性 [J]. 時珍國醫國藥。2020 ; 31 (06) : 1427-1428。
29. 王桂彬，司徒紅林，郭莉等。從“機態辨識”立論的乳腺癌中醫平衡調治理念與策略 [J]. 北京中醫藥大學學報。2024 ; 47(03) : 440-444 。
30. 林寒秋，陳武進。乳腺癌的中醫研究進展 [J]. 中醫藥通報。2024 ; 23(01) : 67-69 。

# Traditional Chinese Medicine Improves Dyspnea in Breast Cancer Treated with Docetaxel/Carboplatin/Trastuzumab/Pertuzumab (TCHP) - A Case Report

Wei-Chi Su M.D.<sup>1,\*</sup> <sup>\*\*</sup>, Wan-Ling Lin M.D. Ph.D.<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Traditional Chinese Medicine, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan.

Breast cancer is currently the most common cancer in Taiwan women and surgical radical resection combined with docetaxel, carboplatin, trastuzumab and pertuzumab (TCHP) therapy is considered an effective treatment recently. However, TCHP therapy has side effects and severely affects the quality of life of breast cancer patients. This article elucidates a 53-year-old breast cancer woman is afflicted with dyspnea following surgery and TCHP therapy. According to traditional Chinese medicine (TCM) pattern differentiation, we used Chinese medicine to warm and submerge the heart yang, nourish and supplement the heart and lung as well as strengthen the spleen qi. After about 3 months of TCM treatment, dyspnea symptoms have been significantly improved despite the continuous TCHP therapy. In conclusion, the adjuvant treatment of TCM can considerably alleviate the discomfort and enhance quality of life in breast cancer patients.

**Keywords:** traditional Chinese medicine, breast cancer, TCHP, dyspnea, quality of life.

---

**\*\*Correspondence author:** Wei-Chi Su M.D. Department of Traditional Chinese Medicine, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan No. 252, Wuxing St, Xinyi District, Taipei City, Taiwan, Tel: +886-2- 2737-2181 ext 3020, Email: suweichi0528@gmail.com

**\* Correspondence author:** Wan-Ling Lin M.D. Ph.D. Department of Traditional Chinese Medicine, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan No. 252, Wuxing St, Xinyi District, Taipei City, Taiwan, Tel: +886-2- 2737-2181 ext 3020, Email: teresalin@hotmail.com

Received 22<sup>th</sup> January 2025, accepted 4<sup>th</sup> March 2025

# 加味道遙散合導赤散治療間質性膀胱炎 —病例報告

林芳誼<sup>1</sup>、蘇珊玉<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup> 中國醫藥大學附設醫院中醫部

<sup>2</sup> 中國醫藥大學學士後中醫學系

本病例為一位 30 歲女性，因工作養成憋尿習慣，兩年前曾經反覆發生泌尿道感染，治療後雖然感染已少發，但解尿時持續有不適症狀，包括尿頻尿急，解尿不淨，有餘尿感，伴隨下腹抽痛及尿道刺痛，上述這些症狀經西醫診斷為間質性膀胱炎，服用西藥覺得效果不彰，於是求診中醫。經辨證論治後予加味道遙散合導赤散加減，服用兩週後小便相關症狀明顯改善，追蹤回診一個半月，療效持續。

**關鍵字：**間質性膀胱炎、頻尿、淋證、加味道遙散、導赤散

## 前言

間質性膀胱炎 (Interstitial cystitis) ，也被稱為膀胱疼痛症候群 (Bladder pain syndrome) ，患者常有尿頻尿急、夜尿、膀胱疼痛、恥骨上壓痛、排尿困難等症狀，而膀胱脹滿的疼痛，在膀胱排空後得到緩解，但尿液檢查顯示無感染；許多患者即使就醫也不易完全痊癒，尤其易受生活壓力、飲食失節、情緒不穩、性行為、荷爾蒙波動等因素影響<sup>[1]</sup>。根據美國泌尿科學會 準 則 (American Urological Association guidelines) ，對於間質性膀胱炎的基本評估應包括詳細病史、理學檢查和實驗室檢驗，並記錄相關症狀和表現，且應獲取排尿情況

和疼痛標準的基準值，以便衡量後續治療效果；對於較複雜的病況，可考慮進行膀胱鏡檢查和尿動力學檢查<sup>[2]</sup>。

目前對於間質性膀胱炎的病理機轉仍不甚清楚，但同卵雙胞胎之間的發病率較異卵雙胞胎高<sup>[1,3]</sup>。流行病學方面，因為間質性膀胱炎尚無統一的定義與診斷標準，其盛行率難以估計，然而一般而言，女性的發病率高於男性，且發病年齡通常在四十歲以上，女性的流行率約為每 10 萬人中 850 人，男性為每 10 萬人中 60 人<sup>[1]</sup>；美國成年女性的間質性膀胱炎之盛行率介於 2.7% 至 6.53% 之間，可推估出患病族群大約有 330 萬至 790 萬人口<sup>[4]</sup>；韓國民眾具有間質性膀胱炎症狀者約 16.4%，女性的盛行率約為男性的 2 倍，且離

\* 通訊作者：蘇珊玉，中國醫藥大學附設醫院中醫部，地址：40447 台中市北區育德路 2 號、電話：04-22052121 ext 4561、Email: shanyusu@gmail.com

婚及鰥寡者的得病率也高於已婚及未婚的族群<sup>[5]</sup>。臨牀上診斷間質性膀胱炎，需請患者至少配合一天的排尿日誌，因為間質性膀胱炎的特徵是排尿量少、頻率高的排尿模式，如果出現排尿頻率低或排尿量多，則應仔細檢查是否有其他可能的診斷<sup>[6]</sup>。目前尚無能完全治癒間質性膀胱炎之藥物，治療目的以減輕症狀、改善生活品質與避免副作用為主；第一線治療包含生活習慣調整、壓力調適、膀胱訓練及物理治療，若效果不佳才會考慮口服藥物以症狀控制，近年來肌筋膜訓練也被認為具有不錯的療效<sup>[7]</sup>。

## 病例報告

### I、基本資料

#### (I) 個人基本資料：

姓名：江○○

性別：女

年齡：30 歲

婚姻：未婚

職業：目前待業中

身高：154.5 cm

體重：49.15 kg

BMI：20.5 kg/m<sup>2</sup>（正常值：18.5 ≤ BMI < 24）

血壓：119/78 mmHg

脈搏：100 次/分

居住地：南投

中醫門診初診日期：114/03/14

#### (II) 主訴：

小便短赤伴隨下腹膀胱抽痛約兩年，近一個月加重

#### (III) 現病史：

兩年前因當時工作需獨自顧店，工作時間上廁所不方便，養成憋尿習慣，當時曾經反覆泌尿道感染數次，並接受抗生素治療，感染得到控制，抗生素治療後極少發生感染；但仍持續小便短赤（尿液檢查無異常），伴隨下腹膀胱抽痛，頻尿（白天 10 次以上，尿量少），解尿時熱澀痛，容易解尿不淨，晨起及睡前餘尿感明顯，平均需 3 次以上才能解尿乾淨，且需下腹出力排尿，伴隨外陰部抽痛和尿道刺痛感。113 年 8 月泌尿科安排三日的排尿日記（表一），平均每日排尿 11 次、每日排尿總量約 2266cc，顯示膀胱容量比較小，且因脹尿時下腹疼痛，診斷為間質性膀胱炎，後開立乙醯膽鹼接受器拮抗劑 Tolterodine 並建議注射肉毒桿菌，但患者服西藥效果不顯且無意願接受肉毒桿菌治療。飲水量 1500cc/ 天，日常服用蔓越莓益生菌。患者並有入睡不易，眠淺多夢，夜尿 1-3 次（嚴重時每 15 分鐘 1 次）。近一個月小便諸症愈來愈嚴重，於是前來尋求中醫協助。

表一 患者排尿日記

	113/08/25(日)	113/08/26(一)	113/08/27(二)
午夜 00-01	60cc	110cc	110cc
凌晨 01-02		60cc	
02-03			
03-04	350cc		
04-05			250cc
05-06			
06-07		220cc	
早上 07-08			
08-09	270cc		
09-10		140cc	150cc
10-11			
11-12			
中午 12-01	150cc	100cc	70cc
下午 01-02	320cc		
02-03	370cc	250cc	300cc
03-04	220cc	290cc	
04-05	180cc	340cc	350cc
05-06			
晚上 06-07		300cc	290cc (下腹痛)
07-08	210cc		190cc
08-09	300cc	240cc	
09-10			
10-11	220cc	150cc	140cc
11-12			100cc
<b>排尿次數</b>	11 次	11 次	10 次
<b>排尿總量</b>	2650cc	2200cc	1950cc

(醫師註記：記錄排尿日記，每天保持尿液排出量 1600cc；改善夜尿，下午開始限水，晚上 6 點以後盡量不喝水、喝茶、喝湯、食用水果，開水及水果建議可以在早上吃；盡量每次排尿間隔 2 小時，保持每次排尿量 300cc)

**(IV) 過去病史：**

無特殊。

**(V) 個人史：**

居住於一般住宅區，目前待業中，無菸酒檳榔，無食物藥物過敏，葷食。

**(VI) 家族史：**

無特殊或相關疾病。

**(VII) 中醫四診：****望診：**

1. 整體：意識清醒，精神可，神情略緊張，體型中等偏瘦。

2. 舌診：舌淡紅，苔白厚，舌尖朱點。

**聞診：**

理解表達正常，語音與語速正常；無特殊氣味。

**問診：**

1. 全身：平時較怕冷，易手足冰冷；無倦怠、無身重。

2. 情志：個性易緊張、焦慮、憂鬱，偶情緒低落。

3. 睡眠：眠差，不易入睡，眠淺，夜尿1-3次，多夢。

4. 頭項：無頭暈眩暈、無頭痛重。

5. 五官：偶目乾澀。無耳痛耳聾、無重聽耳鳴。輕微鼻過敏，晨起鼻塞。易口乾舌燥，無口苦。偶咽癢乾咳。

6. 胸部：經前易胸悶，平時無胸悶，無胸痛；運動後稍喘、平時不喘；無咳嗽、無痰、無短氣少氣。

7. 腹部：腸胃不適常發；納差，泛酸噯氣甚，脹氣，發作時會服西藥，胃嘈雜、上腹部悶痛感，無噁心嘔吐。

8. 二便：大便1-2日1行，需用力解便，

質軟散，不成形；小便頻、量少，解尿時熱澀痛，伴隨外陰部抽痛和尿道刺痛感，容易解尿不淨，有餘尿感，需按壓下腹用力排尿。小便症狀於經前加重。

9. 腰背：經前及經期腰痠

10. 四肢：無手足麻木，四肢肌力無異常

11. 經帶胎產：G0P0A0；月經規律，  
 $LMP = 114/2/13$ ，I/  
 $D=28/6$ ；經前乳脹、胸悶、腰痠、腹瀉；經期下腹悶痛 (VAS=7-8)，經色鮮紅色，經量平，少量血塊 (D2)，腰痠 (D1-2)；排卵期透明帶下。初經：13歲。

**切診：**

左脈軟澀緩夾氣滯，右脈軟細滑，雙尺稍滑；按壓下腹部緊繃感。

**(VIII) 實驗室檢查及特殊檢查：****1. 尿動力學檢查 (檢查日期 113/08/30)**

Voided Volume : 342.7 ml ( $\geq 200$  ml)

Max Flow Rate : \*19.9 ml/s ( $\geq 25$  ml/s)

Average Flow Rate: \*6.4 ml/s (10-20 ml/s)

The post voiding residual urine about 47 ml ( $< 50$  ml)

**2. 尿液檢查 (檢查日期：114/03/14)**

Sugar: Negative (Negative)

Bilirubin: Negative (Negative)

Ketone: Negative (Negative)

Specific Gravity: 1.012 (1.003-1.035)

Occult Blood: Negative (Negative)

PH: 5.5 (5.0-8.0)

RBC: 2 /uL (<17)

Protein: Negative (Negative)

WBC: 3 /uL (<28)

Urobilinogen: Negative (Negative)

Epith.Cell: 4 /uL (<28)

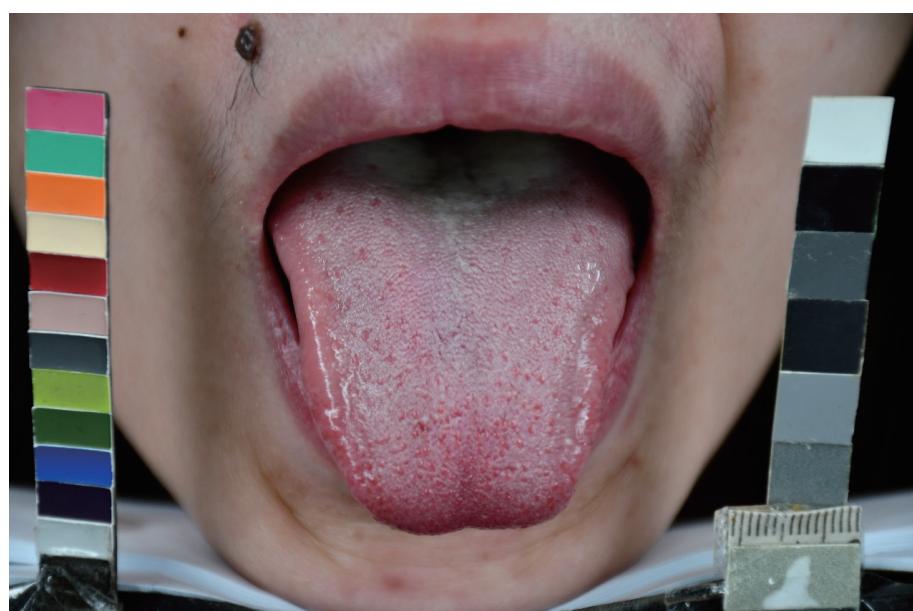
Nitrite: Negative (Negative)

3. 中醫舌診檢查 (檢查日期: 114/03/17)(圖

Appearance: Clear

一、圖二)

Color: YELLOW



圖一 舌診圖



圖二 舌下絡脈

舌神：有神

舌體：偏瘦，微齒痕

舌色：紅；全舌有硃點鮮紅，前部尤甚

舌苔：厚苔，邊薄少苔，根厚腐苔

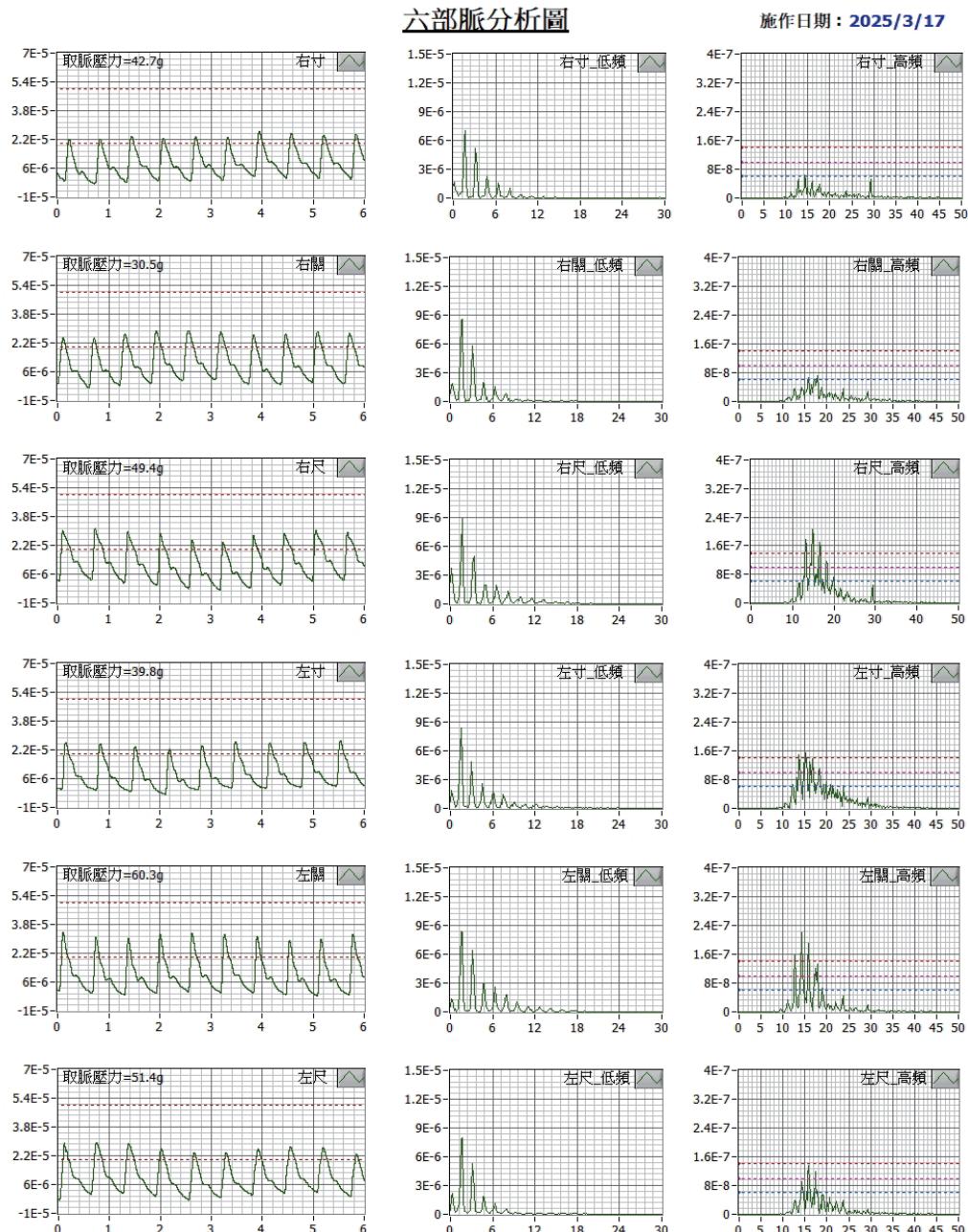
苔色：白

舌津：津正常

舌下：舌下絡脈長度太長( $>3/5$ 舌根到舌尖距離)，寬度太寬( $>2.7\text{mm}$ )，分枝，怒張，曲張，瘀血絲鮮紅。

綜合舌診診斷：三焦有熱、上焦尤甚；下焦濕濁；血瘀；陰虛。

#### 4. 中醫脈診檢查 (檢查日期：114/03/17)(圖三)

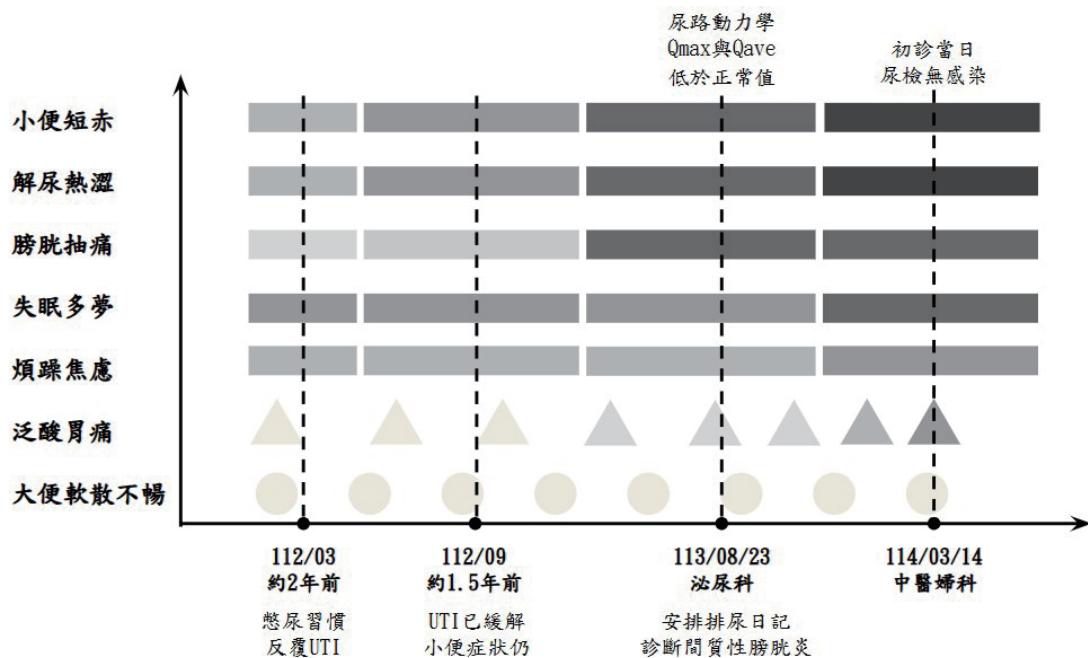


圖三 脈診圖

脈數：95/分			
脈位	取脈壓力 (g)	脈形	脈勢
右寸	43	弦	斂兼舒，氣滯
右關	31	弦	斂兼舒，氣滯
右尺	49	弦	舒兼斂，甚盛，氣滯
左寸	40	弦	舒兼斂，甚盛，氣滯
左關	60	弦	舒兼斂，甚盛，氣滯
左尺	51	弦	舒兼斂，盛，氣滯

脈波擬診：陰虛，膀胱心肝腎經濕熱，氣滯

### (IX) 時序圖



### (X) 臟腑病機四大要素

#### 病因：

外因—穢濁餘熱之邪（反覆泌尿道感染史）

內因—勞神過度、多思多慮、壓力情志

#### 病位：

中醫藏象：（主）心、膀胱、肝；（次）脾。

西醫解剖：膀胱。

#### 病性：

主證—尿頻尿急，解尿時熱澀痛，膀胱抽痛，外陰部抽痛和尿道刺痛感，易解尿不淨，有餘尿感，需下腹出力排尿。眠差，入睡久，多夢。納差，泛酸噯氣甚，脹氣，胃嘈雜。大便1-2日1行，需出力解便，質軟散。舌淡紅，苔白，舌尖朱點。左脈軟澀緩夾氣滯，右脈軟細滑，雙尺稍滑。

次證—手足冰冷。偶咽癢乾咳，輕微鼻過敏，晨起鼻塞。經前腹瀉、乳脹、胸悶、腰痠，經期腹悶痛。

#### 病勢：

##### 1. 穢濁餘熱下犯膀胱為疾病成因

患者兩年前曾經反覆出現泌尿道感染，雖然經過抗生素治療後，尿液檢驗已無感染，然而穢濁餘邪未清，餘熱下注，侵犯膀胱，下焦氣化不利所致小便短赤。《素問·靈蘭秘典論》：「膀胱者，州都之官，津液藏焉，氣化則能出矣。」中醫理論中，腎主水液而司二便，膀胱貯尿液而司開合，膀胱與腎相表裡，經絡互通，猶如外衣與內襯相輔相成。作為藏津液的州都之官，膀胱可儲存尿液、控制水液排泄，當穢濁餘邪，侵襲下焦，內犯膀胱，氣化失職造成膀胱有熱，小便短赤伴隨尿道澀痛及外陰抽痛感；邪熱蘊結下焦，氣阻不通則痛，引起下腹膀胱抽痛；脈診圖亦顯示右尺脈勢甚盛夾氣滯。

##### 2. 心火熾盛為基本病機

患者因長年工作勞神過度，暗耗心陰，心火亢盛。《素問·靈蘭秘典論》：「心者，君主之官也，神明出焉。」而《靈樞·本神》：「是故怵惕思慮者則傷神。」心主血脈，血肉之心，實質性的心臟具有推動和溫煦血液運行的功能；心主藏神，神明之心，心主宰一切精神活動，包括現代醫學所稱的腦；心為火臟，惡熱，居於上焦，在體主脈，其華在面，開竅於舌。若心火熾盛，火氣失控，則易煩躁不安、焦慮易怒；熱擾神魂，心神不寧，則以失眠、不易入睡，眠淺多夢來表現；心火亦反映在舌診上，舌尖偏紅，舌前朱點、舌上星點數起；脈診圖亦顯示左寸脈勢甚盛夾氣滯。

##### 3. 心火下移小腸，隱含膀胱有熱之意

心移熱於小腸即小腸實熱證，出自《諸病源候論》：「心主於血，與小腸合。若心家有熱，結於小腸，故小便血也」，常有心煩失眠及小便短赤刺痛等泌尿道症狀，然而小腸與泌尿系統的關係為何？有些醫家認為可從經絡循行來解釋，細看十二經的傳遞順序，手少陰心經先傳至手太陽小腸經後再至足太陽膀胱經，心火沿經傳至小腸，小腸泌別功能失常再影響到膀胱，而致膀胱有熱，故出現小便赤澀、尿道灼痛<sup>[8]</sup>。

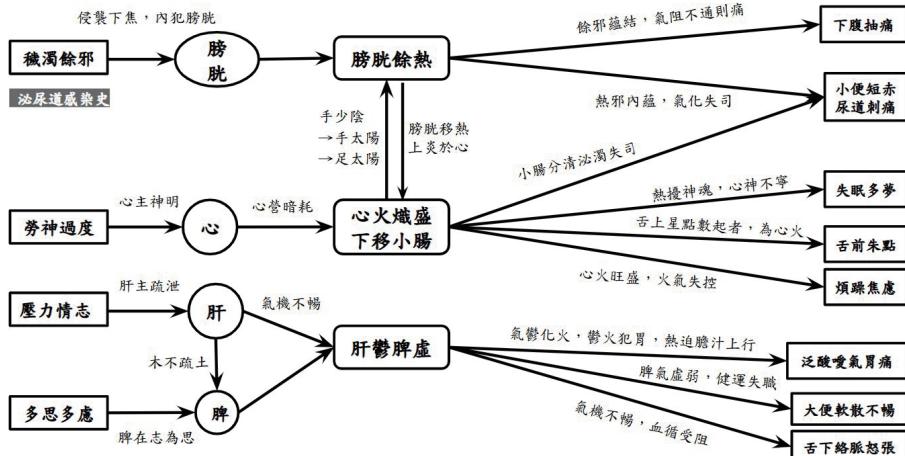
另一派醫家則從臟腑功能切入，反推為膀胱有熱，上炎見心火。《素問靈蘭秘典論》：「小腸者，受盛之官，化物出焉。」張景岳《類經·藏象類》注：「小腸居胃之下，受盛胃中水穀而分清濁，水液由此而滲入前，糟粕由此而歸於後，脾氣化而上升，小腸化而下降，故曰化物出焉。」點出小腸作為受盛之官，接受經胃初步消化的水穀物質，再接續吸收化物。《十四經發揮》明確提到：「至是（小腸）而泌別清濁，水液入膀胱，滓穢入大腸」，而《臟腑標本藥式》亦云：「小腸承胃之下腕，而下輸膀胱，小腸熱則不能泌別清濁。」進一步指出小腸進行泌別清濁的過程，將所受盛的食物分為津液和糟粕兩部分，自此清者歸於膀胱，最終形成尿液，濁者則傳於大腸，最終形成糞便。從上述可知，小腸作為六腑之一，具有受盛化物和泌別清濁的生理功能，而後世醫家又因小腸將一部分水液下滲膀胱，形成尿液，故延伸出「小腸主液」的特點。《醫碥》：「飲食入胃下小腸，得氣運行則清濁以分，水滲膀胱，谷趨大腸，二便調矣。何泄之有？若氣不運化，水穀不分，歸併大腸一路，則瀉矣。」由此可見，假令心火下移小腸，小腸受病，泌別失職，

當是清濁不分，並走大腸而為泄瀉，其臨床症狀應以腹瀉為主，似不該為小便黃赤、尿道澀痛等。其實若依《素問·氣厥論》所言：「膀胱移熱於小腸，膈腸不便，上為口糜」，小腸實熱證當屬膀胱有熱而上炎所致。膀胱餘熱，則見小便赤澀等症，火熱循經上炎，故見心煩、口舌生瘡等<sup>[9]</sup>。然而膀胱與心何以相通？《外經微言》解釋：「膀胱本為水腑，然水中藏火，無水不交，無火亦不交也，故心腎二臟皆通於膀胱之腑。」《醫宗必讀》也明言：「火邪類歸心經，心移熱於膀胱，而淋證作矣。」綜合上述，無論從經絡循行或從臟腑生理推敲，心火熾盛及膀胱餘熱，不管其前後次序，兩者同為核心病機，相互影響。

#### 4. 肝鬱脾虛為加重因素

患者個性容易緊張，平時多思多慮，再加上承受龐大工作壓力，肝氣鬱滯，木不疏土，肝鬱脾弱。《四聖心源》有云：「風木者，五臟之賊，百病之長，凡病之起，無不因於木氣之鬱，以肝木主生，而人之生氣不足者，十常八九，木氣抑鬱而不生，是以病也。」點出人身諸病，多生於鬱之觀點。《血證論·臟腑病機論》則敘述肝氣有助於消化水穀：

#### (III) 病因病機圖



「木之性主於疏泄，食氣入胃，全賴肝木之氣以疏泄之，而水穀乃化。」而《知醫必辨·論肝氣》進一步提到肝氣犯脾胃的情形：「惟肝一病，即延及他臟。肝位於左，其用在右。肝氣一動，即乘脾土，作痛作脹，甚則作瀉。又或上犯胃土，氣逆作嘔，兩脅痛脹。」中醫理論中，肝主疏泄，喜條達而惡抑鬱，主一身氣機的調暢，即肝氣具備疏通精神情緒、消化，以及調配氣、血、水的調配等綜合生理功能。當肝氣鬱滯，氣鬱化火，鬱火犯胃，熱迫膽汁上行，則泛酸嘔氣、胃脘悶脹疼痛；脾氣虛弱，健運失職，則大便軟散不暢、不成形；肝鬱亦反映在舌診，氣機不暢，血循受阻，舌下絡脈怒張；脈診圖亦顯示六部脈形皆弦，左關脈勢甚盛夾氣滯。

## II、診斷與治療

### (I) 診斷

西醫病名：間質性膀胱炎

中醫病名：淋證

證型：膀胱餘邪夾心火下移小腸，肝鬱

脾虛

### (II) 治則

清熱利尿、疏肝解鬱

#### (IV) 方藥

初診處方為導赤散 5g，加味道遙散 5g，白芍 2g，白茅根 3g（濃縮中藥粉，TID\*7）。

#### (V) 診療記錄

##### 二診（114/03/28）

症狀：頻尿仍，膀胱抽痛減，解尿不暢，排尿流速小，解尿熱減，澀痛無，外陰抽痛無，尿道刺痛無。入睡難，泛酸納差。03/24 經來，腹瀉，經痛甚，頭暈全身無力，欲暈厥，眼黑，發冷。

處方調整：加味道遙散 5g，導赤散 4.5g，香砂六君子湯 1.5g，白芍 2g，白茅根 2g（TID\*7）；搭配逍遙湯 2 包（BID\*7）。

說明：逍遙湯為藥液包，組成包含白芍、柴胡、薄荷、甘草、夜交藤、山梔子等，可疏肝解鬱、清熱養血、改善情緒不佳、緊張和失眠。

##### 三診（114/04/03）與四診（114/04/11）

症平，守方。

##### 五診（114/04/17）

症狀：近日納差，胃逆流、悶痛加重。入睡久，眼淺多夢。

處方調整：加味道遙散 3.5g，導赤散 2g，香砂六君子湯 1.5g，白芍 2g，白茅根 2g，小茴香 0.5g，丁香 0.5g，砂仁 0.5g，黃連粉 0.3g，紫蘇梗 1.5g（TID\*7）；鉤藤 2.5g，夜交藤 2g，薄荷 2g（HS\*7）；維持逍遙湯 2 包（BID\*7）。

#### 六診（114/04/25）

症狀：眠進，12:30 就寢，10 分鐘可入睡。夜尿 1 行，睡前餘尿感減，白天仍有解不淨感，需稍微蹲一下。小便熱澀痛無。納可，無脹，泛酸減多。大便 1-2 日 1 行成形，仍需稍微用力。04/22 經來，經期不適皆改善。

處方調整：加味道遙散 3.5g，導赤散 2g，香砂六君子湯 1.5g，白芍 2g，白茅根 2g，小茴香 0.5g，丁香 0.5g，砂仁 0.5g，黃連粉 0.3g（TID\*7）；維持逍遙湯 2 包（BID\*7）。

## 討論

間質性膀胱炎屬於中醫淋證範疇<sup>[10,11,12]</sup>，《金匱要略》記載：「淋之為病，小便如粟狀，小腹弦急，痛引臍中。」醫宗金鑑之註解則提到淋證最主要的鑑別點在於小便痛，「小便不利及淋病者，皆或有少腹弦急，痛引臍中之證。然小便不利者，水道澀少而不痛，淋則溲數，水道澀少而痛，有不同也。」《醫宗必讀》云：「淋，濕與熱兩端而已。」《諸病源候論》提及：「諸淋者，由腎虛而膀胱熱故也。」顯示淋證初起，多由濕熱蘊結下焦所致。《醫宗必讀》：「淋，濕與熱兩端而已。」《集驗方》記載：「五淋者，石淋、氣淋、膏淋、勞淋、熱淋也。」將淋證分為五種類型。《萬病回春》則以沙淋和血淋取代石淋和熱淋，並明述膀胱蓄熱為淋證之核心病機：「氣淋者，小便澀，常有餘瀝也。沙淋者，莖中痛，努力如沙石也。血淋者，

尿血結熱，莖痛也。膏淋者，尿出似膏也。勞淋者，勞倦即發也。五淋者，皆膀胱蓄熱也。」《醫學心悟》強調膀胱濕熱為致病關鍵：「淋者，小便頻數，不得流通，溺已而痛是也。大抵由膀胱經濕熱所致。」《景岳全書·淋濁》則提到除了火證，水虧亦是淋證可能病因：「若溺之黃赤者，此固多有火證，然必赤而痛澀，及別有火脈火證，方可以火證赤濁論治。若或以勞倦過傷，或以久病……而且無痛澀等證者，此係水虧液涸，全非赤濁之此」，強調「切不可因小便黃赤，一概皆從火治。」

間質性膀胱炎之中醫病機，大抵以濕熱蘊結為標，脾腎虧虛為本，夾帶肝鬱氣滯，病位在膀胱，也與脾、腎、肝關係密切，臨床首要區別膀胱感染的性質，繼而判斷虛實與標本緩急，治療原則為實則清利、虛則補益，有時需要分階段治療；在急性期可能屬熱淋、氣淋、偶有血淋，慢性期則偏向勞淋，病程日久則氣血瘀阻及淨府脈絡阻滯不通，即「虛、瘀、濕、滯」相互夾雜致病<sup>[10,11,13]</sup>。隨著現代膀胱鏡檢查愈來愈普及，間質性膀胱炎患者常有膀胱黏膜廣泛出血點，可與中醫理論中之瘀象相呼應<sup>[14]</sup>。吳旭教授擅長以通督溫陽針法治療間質性膀胱炎，主張選用肝經與任脈交會穴，如中極和關元，並搭配遠道穴，如三陰交與太衝，來疏肝行氣、活血通絡止痛，御氣調氣、直達病所，希冀恢復膀胱生理機能<sup>[15]</sup>。

間質性膀胱炎為非細菌感染的慢性發炎，局部按壓痛，與膀胱收縮力不足相關。因初診當日尿液檢查無異常、無明顯急性感染跡象，治以清熱利尿、些微補陰的導赤散，若有明顯尿道發炎，可改用清熱利濕效果更突出的八正散或龍膽瀉肝湯。此外《證治要

訣》云：「氣淋氣鬱所致。」說明情志因素也可能造成淋證，由於間質性膀胱炎病程反覆、病情膠著，臨床許多患者伴有焦慮、憂鬱等身心問題<sup>[16,17]</sup>。《知醫必辨·論肝氣》提及：「五臟之病，肝氣居多，而婦人尤甚。治病能治肝氣，則事過半矣。」故初診處方，以導赤散清熱利水，合加味道遙散疏肝解鬱、清熱養血，佐以白芍養血平肝止痛，及白茅根涼血止血、清熱利尿。加味道遙散出自宋代《太平惠民和劑局方》，有疏肝解鬱、清熱養血之功效，主治少腹作痛，小便澀，舌偏紅之症狀。導赤散出自《小兒藥證直訣》，主治心經熱證，即心移熱於小腸，小便短赤而澀，尿時刺痛。中醫衛教資訊包含飲水量適當且均勻，不可大口牛飲；在確認無泌尿道感染的前提下，可緩慢增加排尿時間間隔，達到增加膀胱容積的目的；定時釋放壓力且充足睡眠，家人支持也很重要；避免進食刺激性的食物，如咖啡因、酒精、碳酸飲料與辛辣調味料。避免劇烈活動，可能會誘發或加重症狀。

## 結論

間質性膀胱炎之患者常受尿頻尿急、膀胱疼痛、恥骨上壓痛、解尿不淨等所苦，此疾病易反覆發作，即便就醫也不易完全痊癒，嚴重影響生活品質。本篇是以加味道遙散合導赤散，佐以白芍、白茅根等為核心處方來治療一位被診斷為間質性膀胱炎之30歲女性，其小便相關症狀於服用中藥兩週後就已明顯改善，且睡眠、消化道及經期不適症狀亦大幅減輕，回診追蹤一個半月，療效持續。顯示中醫以四診合參的方式進行辨證論治，結合門診衛教資訊，能有效改善患者臨床症狀及調整個人體質，提升生活品質。

## 參考文獻

- Clemens JQ. Interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Clinical features and diagnosis. In UpToDate, O'Leary MP (Ed), Wolters Kluwer. (Accessed on March 25, 2025).
- Hanno PM, Burks DA, Clemens JQ, et al. Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. American Urological Association Education and Research Inc. 2022; 1-47.
- Li J, Yi X, Ai J. Broaden Horizons: The Advancement of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Int J Mol Sci.* 2022; 23(23):14594.
- Berry SH, Elliott MN, Suttorp M, Bogart LM, Stoto MA, Eggars P, et al. Prevalence of symptoms of bladder pain syndrome/ interstitial cystitis among adult females in the United States. *J Urol.* 2011;186(2):540-4.
- Lee JW, Yoo KH, Choi H. Prevalence of Bladder Pain Syndrome-like Symptoms: a Population-based Study in Korea. *J Korean Med Sci.* 2021 Nov 29;36(46):e293. doi: 10.3346/jkms.2021.36.e293. PMID: 34845871; PMCID: PMC8629718.
- Clemens JQ, Erickson DR, Varela NP, Lai HH. Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/ Bladder Pain Syndrome. *J Urol.* 2022;208(1):34-42.
- Gracely A, Cameron AP. Managing Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome in Older Adults. *Drugs Aging.* 2021;38(1):1-16.
- 金鳳麗。中老年女性陰部疾患“心移熱於小腸”病機探析。雲南中醫學院學報。2010 ; 33(1) : 17-19。
- 馬維騏。“心火下移小腸說”質疑。成都中醫藥大學學報。1995 ; 18(3) : 11-12。
- 譚仔龍，沈建武。中醫藥治療間質性膀胱炎臨床研究進展。中國醫藥導報。2023 ; 20(27) : 55-58。
- 鄭秋霞。間質性膀胱炎的中醫治療及病例一則。北市中醫會刊。2013 ; 19(1) : 82-86。
- 卓韋佳，陳俊良。桑螵蛸散加減治療間質性膀胱炎一病例報告。臺灣中醫臨床醫學雜誌。2008 ; 14(4) : 326-330。
- 鞏瑛傑，于潤澤，朱玉新，張奇，張亞強，宋豎旗。中醫絡病學與間質性膀胱炎的關係及其治則治法的研究進展。中國醫藥導報。2024 ; 21(5) : 32-35。
- 高瞻，唐益文。中醫藥治療間質性膀胱炎臨床研究述評。醫學研究雜志。2025 ; 54(3) : 1-5。
- 唐萍萍，李建兵，許硯之，鮑超。吳旭教授通督溫陽針法治療間質性膀胱炎經驗。南京中醫藥大學學報。2021 ; 37(3) : 434-436。
- 王羿苓，張珮琳，廖麗蘭。中醫治療頻尿之病例報告。中醫內科醫學雜誌。2020 ; 18(1) : 61-76。
- 黃念文，王伊光，王成李，陳小均，張偉濤。基于“整體與局部”探討間質性膀胱炎的中醫治療思路。現代中醫臨床。2021 ; 28 (3) : 43-46。

# A Case Report on the Treatment of Interstitial Cystitis with Jia-Wei-Xiao-Yao-San and Dao-Chi-San

Fang-Yi Lin<sup>1</sup>, Shan-Yu Su<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital, Taiwan

<sup>2</sup> School of Post-baccalaureate Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

This case involves a 30-year-old female with no relevant past history. Because of work, she used to hold in urine and experienced several episodes of recurrent urinary tract infection two years ago. Although the infections have become less frequent after treatment, she still suffered from ongoing symptoms such as frequent urination, urgency, a sensation of incomplete bladder emptying, and residual urine, along with bladder cramping and urethral pain. She was diagnosed with interstitial cystitis and western medicine treatments proved ineffective. As a result, she turned to Traditional Chinese Medicine (TCM). After a comprehensive TCM diagnosis, she was prescribed a modified version of Jia-Wei-Xiao-Yao-San with Dao-Chi-San. After two weeks of TCM treatment, her urinary symptoms were significantly alleviated. A follow-up visit one and a half months later revealed sustained improvement.

**Keywords:** Interstitial Cystitis, Frequent urination, Lin syndrome, Jia-Wei-Xiao-Yao-San, Dao-Chi-San.

**\*Correspondence author:** Dr. Su Shan-Yu, Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital, No. 2, Yude Road, North District, Taichung City, Taiwan 40447, Tel: +886-04-22052121 ext 4561, Email: shanyusu@gmail.com

Received 16<sup>th</sup> May 2025, accepted 31<sup>th</sup> May 2025

# 產後泌乳不足的中醫治療

邱詩方<sup>1</sup>、王德慈<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院中醫部

產後乳汁不足是指產後即使對乳房進行了足夠刺激，仍無法產生足夠母乳餵養嬰兒。可能表現為乳汁量少，或分泌量雖多但不足以維持嬰兒生長。乳汁不足是導致中斷母乳哺育的主要原因之一。從西醫角度來看，乳汁製造與分泌涉及泌乳素、催產素等荷爾蒙，受嬰兒吸吮刺激；影響乳汁不足的原因多樣，可能與母親內分泌、乳腺組織不足或嬰兒吸吮問題等有關。中醫認為產後乳汁不足多為氣血虛損或肝氣鬱滯。中草藥研究如葫蘆巴、茴香、桔梗葉黨參等，透過影響荷爾蒙、乳腺結構、細胞信號通路、抗炎等機轉幫助促進泌乳。中醫在治療產後乳汁不足具有獨特優勢，根據不同證型進行個體化治療，並能有效緩解乳房不適，配合增加擠奶和親餵頻率，是提高乳汁量的關鍵。

**關鍵字：**產後缺乳、泌乳生理、缺乳中醫、針灸

## 一、前言

### ①母乳哺育的重要性：

母乳是嬰兒營養的最佳來源，世界衛生組織（WHO）和美國兒科學會認為，嬰兒前六個月應為全母乳哺育，並鼓勵持續母乳哺餵至 24 個月。根據衛生福利部國民健康署統計，民國 107 年台灣母乳哺育率調查，二個月以下純母乳哺育率 62.5%，六個月以下純母乳哺育率 46.2%<sup>[2]</sup>。

透過母乳餵養，母親能將自身免疫力傳遞給嬰兒。母親腸道中 GALT（如 Peyer's patches）進行免疫反應，產生免疫細胞（主要是 B 細胞，也有 T 細胞），免疫細胞會移

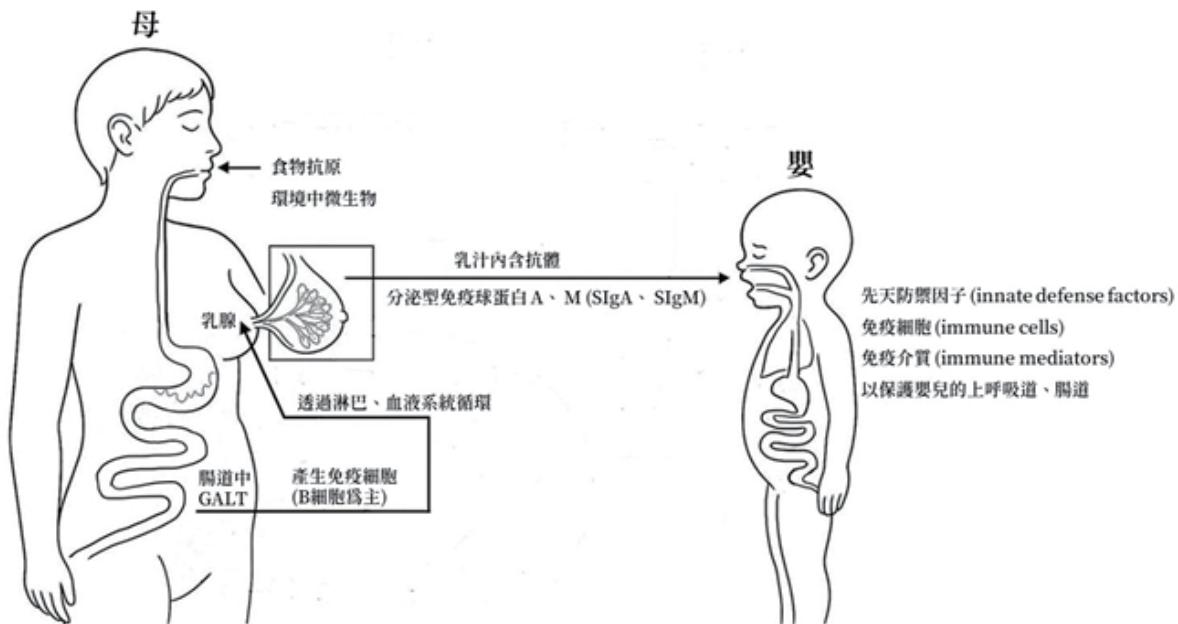
動到乳腺，製造分泌型免疫球蛋白 A（SIgA）和分泌型免疫球蛋白 M（SIgM）抗體，並通過淋巴系統和血液循環進入母乳，嬰兒通過母乳獲得這些抗體，從而保護其上呼吸道和腸道（圖一），使嬰兒獲得環境中微生物的相關抗體，建立免疫防護，顯著減少腹瀉、濕疹、氣喘等過敏性疾病的風險；降低呼吸道、中耳炎、腸胃道、泌尿道感染機率；減少自體免疫腸胃道疾病（如潰瘍性大腸炎及克隆氏症），並降低兒童期糖尿病、肥胖及霍奇金氏淋巴瘤等癌症的風險；長遠影響成年後血中膽固醇值較低，並降低心臟病與中風的機率<sup>[3]</sup>。

此外，吸吮過程有助於臉部肌肉、舌頭

\* 通訊作者：王德慈，佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院中醫部，地址：427 台中市潭子區豐興路一段 66 號，電話：

04-36060666 轉 5266，Email: veldala0810@gmail.com

114 年 5 月 3 日受理，114 年 6 月 4 日接受刊載



圖一 母乳哺餵與嬰兒免疫影響機轉

\* 圖一 整理自 Brandtzaeg P. Mucosal immunity: integration between mother and the breast-fed infant. Vaccine. 2003 Jul 28;21(24):3382-8. 一文論述。

與頸部的發育，降低阻塞性呼吸暫停及未來齒顎矯正的需求；同時滿足口慾期的需求，並透過親餵中的母嬰互動，促進語言、認知發展及安全感的建立。

對於母親而言，產後哺乳可以促進子宮收縮，減少產後出血；抑制排卵，延遲月經和懷孕，減少缺鐵性貧血；每天多消耗 400-600 大卡熱量，幫助產後體重恢復；母乳哺育史可以降低特定癌症風險，哺乳時間越長，卵巢癌風險降低幅越大；降低 26% 乳腺癌的風險，如三陰性降低 42%；降低 26% 產後抑鬱症的風險<sup>[4][5]</sup>。

## ②台灣母乳哺育現況與挑戰：

根據國民健康署民國 102 年公布資料統計，曾餵過母乳而停止哺餵最主要原因以「將來要回去工作及工作不方便」（佔

24.68%）比率最高、其次為「奶水沒了」（佔 23.46%）及「奶水不足」（佔 19.34%），由此可知，低乳汁產量一直中斷母乳哺育的主要原因之一，要了解低乳汁產量的原因，就要先了解乳汁分泌原理與機轉<sup>[6]</sup>。

## ③乳汁生成生理機轉：

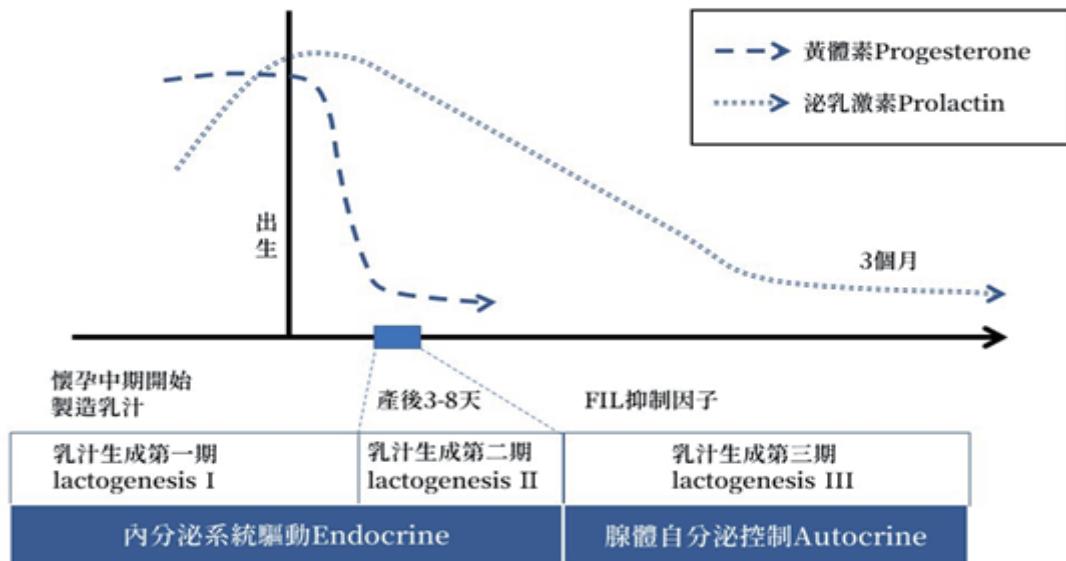
根據西醫對女性乳汁分泌生理學<sup>[7]</sup> 指出，懷孕至產後乳汁製造與分泌：

★懷孕期間乳腺管與乳腺組織快速生長，乳管增生由雌激素控制，乳腺泡分化由黃體素主導，乳腺上皮細胞代謝活性提高，乳房血流量增加約一倍，並持續至哺乳結束。

★懷孕中期乳房開始具備泌乳功能，懷孕中期到產後 1-2 天為乳汁生成第一期（lactogenesis I），由內分泌調控，受到高濃度黃體素抑制乳汁分泌；產後

3-8 天進入乳汁生成第二期 (lactogenesis II)，胎盤娩出導致黃體素驟降，泌乳素濃度仍高，乳汁開始大量分泌。此期泌乳量受吸吮激活的泌乳素接受器數量控制，而非血中泌乳素濃度；乳汁生成第三期 (lactogenesis III) 約在產後 10 天開始，由腺體自分泌控制，依乳汁移

出量調整產乳，前葉腦下垂體根據訊號調整泌乳素分泌，維持供需平衡，乳汁移出與否透過乳汁中的泌乳回饋抑制素 (FIL) 調節分泌，若乳汁未移出，FIL 在乳腺泡內濃度上升，抑制乳汁分泌，避免乳房過度腫脹，反之則刺激乳汁生成（圖二）<sup>[8]</sup>。



圖二 乳汁生成三階段。2004 kellymom.com 網站圖

- ★初乳產於產後前 4 天，隨後是 10-15 天的過渡乳，15 天後為成熟乳。
- ★泌乳素由腦下垂體前葉產生，懷孕時促進乳腺分化，血中濃度由 10 ng/mL 升至足月時約 200 ng/mL。產後哺乳期泌乳素逐漸下降，6 個月回復至孕前水平，哺乳可使泌乳素間歇性升高，吸吮後約 45 分鐘達高峰，持續約 75 分鐘，泌乳素釋放與刺激強度有關，但其濃度與產乳量無直接關聯。夜間泌乳素上升更明顯，有助母親夜間入睡。
- ★嬰兒吸吮時，乳頭乳暈的機械感受器將訊號傳入下視丘的室旁核和視上核，刺

激腦下垂體後葉釋放催產素。催產素促使乳腺細胞收縮，增加管內壓力與乳汁流速，最終使乳汁從乳頭噴出。催產素釋放與情緒相關，嬰兒的聲音與影像皆可促進釋放，而壓力與疼痛則會抑制催產素，影響泌乳（圖三）。

哺乳也會抑制下視丘釋放 LH 釋放激素，進而抑制排卵，具節育效果。

若觀察到嬰兒生長遲緩的跡象，可從體重變化判斷，出生後 7 天仍未恢復出生體重、前六個月每週體重增加少於 125 公克、四個月體重未達出生時的 2 倍；亦可從排泄情況判斷，出生後一週內因生理性脫水，排尿次數應約等於日齡，之後若每日排尿少於 6 次



圖三 奶水分泌機轉。2021 年衛生福利部國民健康署。奶水分泌是人體自然現象與機制。

表一 影響乳汁分泌不足原因

<b>Preglandular 腺前</b>	糖尿病、孕婦肥胖、PCOS、Sheehan's syndrome、卵泡膜黃體囊腫、甲狀腺功能異常
<b>Glandular 腺體</b>	乳房手術、腺體組織不足
<b>Postglandular 腺後</b>	嬰兒因素 (如唇顎裂、無效弱吸吮、舌繫帶過短、唇繫帶過短)、吸煙、產婦用藥、早產

\* 出自 Erin Farah, Mary K Barger, Carrie Klima, et al. Impaired Lactation: Review of Delayed Lactogenesis and Insufficient Lactation. Journal of Midwifery & Women's Health. 2021 Sep 1;66(5):631–40.

且尿液偏濃；或是觀察嬰兒情緒與活動力，考慮是否為低乳汁產量，即產後乳汁不足<sup>[9]</sup>。

影響乳汁分泌不足的可能原因分成腺前、腺體、腺後（表一），針對高風險產婦孕期和產後提早介入，協助母乳哺餵。西藥透過多巴胺拮抗劑，如 Domperidone，刺激泌乳素分泌，增加乳汁量<sup>[1]</sup>。

## 二、中醫典籍討論

中醫典籍諸多文獻提到「乳汁不足」、「缺乳」、「乳汁不暢」，針對產後乳汁分泌不足的病因病機、臟腑經絡、辨證論治等進一步討論。

《三因極一病證方論·下乳治法》曰：「產婦有三種乳脈不行：有氣血盛而壅閉不

行者，有血少氣弱澀而不行者。虛當補之，盛當疏之。盛者，當用通草、漏蘆、土瓜根輩；虛者，當用成煉鍾乳粉、豬蹄、鯽魚之屬，概可見矣<sup>[10]</sup>。」

《醫宗金鑑·婦科心法要訣·乳汁不行證治》中提到「產後乳汁不行，因去血過多，血少不行者，宜四物湯加花粉，王不留行，木通，豬蹄熬湯，煎藥服。外用蔥白煎湯，時時淋洗乳房，以通其氣。產後乳汁不行，因瘀血停留，氣脈壅滯者，其乳必脹痛，宜用湧泉散，即白丁香，王不留行，天花粉，漏蘆，殭蠶，豬蹄湯煎服也。」產後乳汁不行可分為「去血過多」、「瘀血停留」兩種情況。前者如產後操勞過度、分娩失血過多耗傷氣血，致氣血虛弱，不能化生乳汁，或脾胃虛弱，氣血生化不足，而乳汁甚少或無乳可下；後者多與情志有關，產後情緒抑鬱，加上生產失血，肝失所養，肝鬱更甚，肝失調達，氣機不暢，乳絡阻滯，乳汁運行不暢，氣血瘀滯，乳房脹滿而痛，可用天花粉滋陰增液，豬蹄補血，王不留行與漏蘆通絡下乳，白丁香和乳消壅，殭蠶通絡散結。臨床可依乳房是否脹痛、乳汁是否充盈作為判別依據<sup>[11]</sup>。

《傅青主女科》將產後乳汁不足分成「乳汁不下」、「乳汁不通」，《傅青主女科·產後氣血兩虛乳汁不下》曰：「新產之婦，血已大虧，血本自顧不暇，又何能以化乳？乳全賴氣之力，以行血而化之也。今產後數日，而乳不下點滴之汁，其血少氣衰可知……世人不知大補氣血之妙，而一味通乳，豈知無氣則乳無以化，無血則乳無以生。治法宜補氣以生血，而乳汁自下，不必利竅以通乳也。方名通乳丹。」說明氣血盈虧，影響乳汁生化，婦人以血為用，上為乳汁，下為月

水。治療為調理脾胃，助氣血生化。使用人參（一兩）生黃耆（一兩）當歸（二兩，酒洗）麥冬（五錢，去心）木通（三分）桔梗（三分）七孔豬蹄（二個，去爪殼），透過大補氣血以生乳。《傅青主女科·產後鬱結乳汁不通》曰：「少壯之婦，於生產之後，或聞丈夫之嫌，或聽翁姑之諱，遂致兩乳脹滿疼痛，乳汁不通，人以為陽明之火熱也，誰知是肝氣之鬱結乎！……明明是羞憤成鬱，土木相結，又安能化乳而成汁也。治法宜大舒其肝木之氣，而陽明之氣血自通，而乳亦通矣，不必專去通乳也。方名通肝生乳湯。」透過白芍（五錢，醋炒）當歸（五錢，酒洗）白朮（五錢，土炒）熟地（三分）甘草（三分）麥冬（五錢，去心）通草（一錢）柴胡（一錢）遠志（一錢）疏肝通乳，一劑即通，不必再服。產婦心情不悅，肝疏泄失調，肝氣過盛克制脾土，影響氣血生成與運化，換而言之，產婦情緒會影響內分泌系統，造成乳管阻滯，乳汁運行不暢，進而導致泌乳減少<sup>[12]</sup>。

### 三、中醫病因病機

「國醫大師郭誠傑以『氣血立論』『疏通調補』為法治療產後缺乳」將乳房歸為「奇恒之腑」，在哺乳期具備儲存乳汁（如臟）與排出乳汁（如腑）的雙重功能。乳汁生成於脾胃的水穀精微，運行則依賴肝的疏泄功能，其本在脾胃，根源於腎，運行於肝，受先天和後天因素影響。

### 四、中醫辨證論治與用藥

氣血虛損，化生乏源：因脾胃虛弱生化無源，或分娩時失血耗氣過多，導致氣血不

足，無法充分轉化為乳汁，使乳房「藏而不滿」，是最常見的證型。

氣機不暢，乳絡不通：因情志不暢導致肝氣郁結，或痰濕、瘀血阻滯，使氣血在乳絡中的運行受阻，乳汁無法順利排出，使乳房不能「傳化物」。

治療基礎以經驗方「四味通乳散」，方中王不留行、路路通、漏蘆三者均歸肝、胃二經，其中王不留行、路路通，性走而不守，以行血脈、通乳汁；漏蘆歸胃經，能消癰下乳，舒筋通脈；桔梗，性辛散，可載諸藥上行，利氣通絡。諸藥合用，引藥歸經入乳，催通乳汁，以達下乳之功。

## 1. 氣血虛損

### A. 臨床表現：

產後乳少，甚或全無，乳汁清稀，乳房柔軟，無脹感，伴有面色少華，倦怠乏力，神疲少食。

### B. 用藥：

四味通乳散加入炙黃耆 20-30 g、黨參 15-20 g、當歸 20-24 g、熟地 15-20g。

### C. 加減：

若氣血虧耗較甚者，可增至炙黃耆 50-60g、黨參 30-36 g，重劑補氣生血。若耗津傷液伴口乾舌燥，大便乾結者，可加麥冬、生地各 10-15 g，檳榔 36g，養陰增液，生津通便。若離經之血阻滯經絡，產後惡露淋漓不淨者，可加入川芎 10-12 g、桃仁 9-15g、益母草 15-20 g，活血調經。

## 2. 肝氣鬱滯

### A. 臨床表現：

乳少或無，乳汁濃稠。伴有乳房脹痛，胸脅脹滿，情志抑鬱，失眠多夢，健忘心悸。

### B. 用藥：

四味通乳散加入柴胡 9-12 g，鬱金、香附、當歸各 10-15g，白芍 12-15 g，酸棗仁 12 g，茯苓 15 g。

### C. 加減：

若肝鬱化火，見急躁易怒者，加牡丹皮、梔子各 10-12 g，黃芩 12-15g，以清泄肝火，疏泄胸乳鬱熱。若痰濕阻絡，伴胸悶脘痞，乳中結塊者，加入浙貝母 15-20 g、煅瓦楞子（先煎）20-24 g、蒲公英 18-24 g，以化痰散結，軟堅消腫。

## 3. 腎氣不足

### A. 臨床表現：

乳少或無，乳房偏小或平塌。伴有頭目暈眩，腰膝痠楚，夜尿頻多。

### B. 用藥：

四味通乳散，加熟地黃 20-30g，鹿角膠 9-12g，枸杞子、肉蓯蓉各 12-18g，桑椹 15-24 g，補精氣益精血之品。同時加入黃耆、當歸、白朮，兼以補氣養血、調和脾胃。

服藥時可配合中藥外敷和推拿，煎煮蔥白 3-5 根，溫洗乳房，搭配膻中、乳根穴推按 3-5 min、天突至膻中直推 2 min。於乳房周圍輕輕揉按數次，再將十指張開沿乳腺分布由外周至乳頭方向梳刮 5-10min<sup>[13]</sup>。

## 五、中草藥研究

使用關鍵字「Traditional Chinese Medicine, Milk secretion, Postpartum ,breast milk herbal, prolactin lactation」透過 PUBMED 搜尋五年內 10 篇關於草藥影響泌乳機轉的研究，並以台灣可取得的中藥與營養品為主進行整理分段。研究中指出在不同文化中，哺

乳期食用當地植物以促進乳汁分泌，是一項跨文化且歷史悠久的做法。

### ①植物對哺乳期母親的潛在益處

1. 促進乳汁分泌（催乳作用），例如茴香（*Foeniculum vulgare*）、葫蘆巴（*Trigonel lafoenum-graecum*）。
2. 促進產後恢復，如抗氧化、抗菌，幫助預防產後感染、免疫調節和抗發炎作用，如薑黃（*Curcuma longa*）和黑種草（*Nigella sativa*）。
3. 緩解特定不適，如產後憂鬱與焦慮，可使用黑種草籽（*Nigella sativa*）、柑橘屬植物（*Citrus spp.*）、聖潔莓（*Vitex spp.*）；亦可減輕產後常見的疼痛、噁心等不適。

### ②植物對嬰兒的潛在影響

對於嬰兒而言，哺乳期母親攝入的植物化學物質可能經由乳汁傳遞，影響其免疫系統發育，特別是腸道菌群的調節，如柑橘屬植物、薑黃、茴香和辣木（*Moringa oleifera*）皆具調節腸道菌群的潛力，而健康的腸道菌群對嬰兒免疫發育及 Th1/Th2 細胞平衡至關重要。植物化學物質亦可能透過影響微生物群與飲食，間接參與過敏與自體免疫疾病相關的免疫調節機制。

### ③催乳中草藥研究機轉彙整

1. 羊乳 / 桔梗葉黨參（*Codonopsis lanceolata*）可減輕高脂飲食引起的體重增加、肝臟脂肪堆積及血糖血脂異常，並透過刺激泌乳激素受體，Jak2/Stat5 訊號通路，改善乳腺發育不良，促進乳腺細胞（如腺泡細胞和肌上皮細胞）

增殖<sup>[14]</sup>。

2. 生麥芽可刺激乳腺發育，促進腺泡系統轉化，增加乳腺上皮細胞密度與乳腺管充盈度，進而促進乳汁分泌。此外，生麥芽還能提高血清泌乳激素（PRL）、雌二醇（E2）和生長激素（GH），從而增加幼鼠體重及母鼠泌乳量<sup>[15]</sup>。
3. 大豆異黃酮可改善泌乳功能，透過提高泌乳相關激素（如 PROG、E2、PRL）水平，改善乳腺腺泡結構，並增加雌激素受體 p-mTOR 和 ER 的表現。此外，透過腸 - 乳腺軸的潛在作用，調節腸道微生物群及其代謝產物，間接影響泌乳<sup>[16]</sup>。
4. 多酚與泌乳期刊中，多種草藥中富含多酚通過影響激素、乳腺結構、細胞信號通路（如 NF-  $\kappa$  B, COX2, STAT5, mTOR, PI3K/Akt 等）、氧化應激和炎症來促進泌乳的分子機制。
  - (1) 增加泌乳相關激素：葫蘆巴增加齧齒動物的乳汁產量；葡萄籽提取物增加血清催乳素。
  - (2) 改善乳腺結構：葡萄籽提取物使腺泡更大；油莎豆（虎堅果）刺激乳腺發育，擴大腺泡和腺管。
  - (3) 調節細胞信號通路：薄荷透過 Stat5 和 mTOR 信號失活，抑制泌乳。
  - (4) 影響乳汁成分與產量：葫蘆巴增加乳糖、蛋白質和脂肪；辣木增加蛋白質和脂肪；葡萄籽萃取物增加乳汁產量和蛋白質。
  - (5) 抗氧化與抗炎作用：辣木減少活性氧（ROS）的產生並增加抗氧化酶活性；綠茶多酚（兒茶素）減少

促炎細胞因子（如 TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6）的產生；槲皮素減少乳腺炎症；白藜蘆醇降低 ROS、線粒體膜電位和細胞凋亡<sup>[17]</sup>。

#### ④台灣臨床常用中藥

文獻統計顯示，產後婦女最常使用的植物為小茴香（*Foeniculum vulgare*）與葫蘆巴（*Trigonella foenum-graecum*）。小茴香富含茴香腦，可能影響泌乳。雖兩者皆無直接促乳作用的明確證據，但多數植物對泌乳的影響研究多集中於免疫調節、抗發炎與抗氧化作用，這些機轉可能有助於產後母體健康，如減少發炎激素、促進組織修復與情緒穩定，進而間接影響泌乳功能<sup>[18]</sup>。

## 六、中醫證型、中藥與針灸治療討論

根據 2021 年發表「中醫治療產後缺乳臨床研究系統性回顧及 META 分析」，統計 2000-2020 年文獻，分析產後缺乳最常見的中醫證型主要為氣血虛弱、其次為肝氣鬱滯、再者為痰濕中阻。

中藥治療常出現的用藥，由多至少的使用頻率分別為當歸、黃耆、王不留行、通草、黨參、穿山甲、白朮、川芎、柴胡、麥冬、甘草、漏蘆、桔梗、白芍、熟地、路路通、益母草、絲瓜絡、木通、天花粉、茯苓、香附、人參、青皮。以補血益氣、活血祛瘀、祛濕藥、補血藥為主<sup>[19]</sup>。

中醫針灸介入可以刺激 PRL 的分泌、促進母乳量的增加、並顯著降低哺乳期乳房的疼痛，研究分析最常用來治療泌乳不足的穴位分別為 CV17 脫中、ST18 乳根、SI 少澤、

ST36 足三里、ST16 膽窗穴，分別屬於胃經、小腸經、任脈。透過刺激穴位，加速腦下垂體釋放催產素和 PRL，進而增加乳汁分泌。研究發現，中醫輔助治療的介入時間段會影響治療效果，尤其是產後 24 小時內介入為最佳時，不論乳房疼痛或缺乳，多數治療 5~7 天後皆有改善<sup>[20]</sup>。

## 七、結論

母乳哺育對母嬰雙方都有好處，但泌乳量不足可能會導致中斷母乳哺育，透過中西醫的協助，幫助產後乳汁不足的媽媽找出泌乳量不足的原因，增加泌乳量，緩解乳房腫脹疼痛，更讓母乳哺育成為母嬰雙方甜蜜的互動。本文指出，使用中藥與針灸不僅可提升乳汁分泌，還能有效減輕乳房腫脹與疼痛，使產後婦女的哺乳過程更加舒適順暢，並且搭配增加擠奶頻率與嬰兒吸吮乳頭頻率，促進奶量的增加，達到提升總奶量的目的。

## 參考資料

1. Erin Farah, Mary K Barger, Carrie Klima, et al. Impaired Lactation: Review of Delayed Lactogenesis and Insufficient Lactation. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2021;66:631–640.
2. 衛生福利部國民健康署。母乳哺育國內現況。2019/08/21 [檢索日期 2025 年 04 月 25 日]；檢索自：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=506&pid=463>
3. 王淑芳：實證泌乳全科學 I，第一版。花蓮縣：維兒國際，2020：p.8-12。
4. Babic A, Sasamoto N, Rosner BA, Tworoger SS, Jordan SJ, Risch HA, et al. Association Between Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk. *JAMA oncology* 2020 ;6:e200421.
5. Mao X, Chioma Omeogu, Karanth SD, Joshi A, Meernik C, Wilson L, et al. Association of reproductive risk factors and breast cancer molecular subtypes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2023 ;23: 644.
6. 衛生福利部國民健康署。焦點新聞。102/08/05[檢索日期 2025 年 04 月 25 日]；檢索自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-3215-23130-1.html>
7. Truchet S, Honvo-Houéto E. Physiology of milk secretion. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2017;31(4):367–384.
8. 王淑芳：實證泌乳全科學 I，第一版。花蓮縣：維兒國際，2020：p.95-98。
9. 王淑芳：實證泌乳全科學 I，第一版。花蓮縣：維兒國際，2020：p.118-119。
10. 中醫笈成 三因極一病證方論。[檢索日期 2025 年 04 月 25 日]；檢索自：<https://jicheng.tw/tcm/book/%E4%B8%89%E5%9B%A0%E6%A5%B5%E4%B8%80%E7%97%85%E8%AD%89%E6%96%B9%E8%AB%96/index.html>
11. 胡小榮。醫宗金鑑 婦科新法要訣白話解及醫案助讀，初版。北京：中國健康傳媒集團，2020：180-182。
12. 韓延華。傅青主女科 臨證解析，初版。北京：中國健康傳媒集團，2016：189-191。
13. 李芳琴；張洲偉；郭新榮。國醫大師郭誠傑以「氣血立論」「疏通調補」為法治療產後缺乳。陝西中醫 2024; 45: 1106-1109。
14. Chen S, Long M, Li XY, Li QM, Pan LH, Luo JP, et al. *Codonopsis lanceolata polysaccharide ameliorates high-fat diet induced-postpartum hypogalactia via stimulating prolactin receptor-mediated Jak2/Stat5 signaling*. *International Journal of Biological Macromolecules* 2024 ;259:129114.
15. Zhang Z, Wei Q, Zeng Y, Jia X, Su H, Lin W, et al. Effect of *Hordei Fructus Germinatus* on differential gene expression in the prolactin signaling pathway in the mammary gland of lactating rats. *Journal of ethnopharmacology*. 2021;268:113589.
16. Shao Y, Yu Y, Pang S, Ge L, Shi H. Soybean Isoflavones Ameliorates Lactation Performance in Postpartum Mice by Alleviating Oxidative Stress and Regulating Gut Microflora. *Molecular Nutrition & Food Research*. 2024;68: 2300184.
17. Kelleher SL, Burkinshaw S, Seun Elizabeth Kuyoro. Polyphenols and Lactation: Molecular Evidence to Support the Use of Botanical Galactagogues. *Molecular nutrition & food research*. 2024;68:2300703.
18. Sibeko L, Johns T. Global survey of medicinal plants during lactation and postpartum recovery: Evolutionary perspectives and contemporary health implications. *Journal of Ethnopharmacology*.

- 2021;270:113812.
19. 林欣。中醫治療產後缺乳臨床研究系統性回顧及 Meta 分析。廣州中醫藥大學 2021。
20. Fang YW, Chen SF, Wang ML, Wang MH. Effects of traditional Chinese medicine-assisted intervention on improving postpartum lactation: A systematic review and meta-analysis. *Helijon* 2024;e27154.

# Traditional Chinese Medicine for Postpartum Hypogalactia

Chiu Shih-Fang<sup>1</sup> , Wang Te-Tzu<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> *Taichung Tzu Chi Hospital, Department of Chinese Medicine*

Postpartum hypogalactia refers to the condition in which, despite adequate stimulation of the breasts, lactating mothers fail to produce an adequate amount of breast milk to meet their infant's nutritional needs. This may manifest as either a low milk yield or an inadequate volume relative to the infant's growth requirements, and is a leading cause of early cessation of breastfeeding. From the perspective of Western medicine, lactogenesis and milk ejection are regulated primarily by prolactin and oxytocin, influenced by the infant's suckling activity. Contributing factors may include maternal endocrine imbalances, insufficient mammary gland development, or neonatal suckling dysfunction. In Traditional Chinese Medicine (TCM), postpartum lactation insufficiency is often attributed to qi and blood deficiency or liver qi stagnation. Pharmacological studies on TCM herbs such as *Trigonella foenum-graecum* (fenugreek), *Foeniculum vulgare* (fennel), and *Codonopsis lanceolata* suggest they may enhance lactation through hormonal modulation, mammary gland structural support, regulation of cellular signaling pathways, and anti-inflammatory effects. TCM offers a personalized, syndrome-based therapeutic approach that, in conjunction with increased frequency of breastfeeding and milk expression, can effectively augment milk production and alleviate breast discomfort.

**Keywords:** Postpartum hypogalactia, Lactation, Impaired lactation, Breastfeeding, TCM, Traditional Chinese Medicine

\*Correspondence author: Wang Te-Tzu, No. 66, Sec. 1, Fengxing Rd., Tanzi Dist., Taichung City 427003, Taiwan (R.O.C.),

Tel: +886-(02)04-36060666 ex 5266, Email: veldala0810@gmail.com

Received 3<sup>th</sup> May 2025, accepted 4<sup>th</sup> June 2025

# 中醫治療多囊性卵巢症候群造成月經後期的病例報告

林照通<sup>1,\*</sup>、賴煒琨<sup>1,2</sup>、廖殷梓<sup>1,\*\*\*</sup>

<sup>1</sup> 臺南市立安南醫院—委託中國醫藥大學興建經營中醫部

<sup>2</sup> 義守大學學士後中醫學系

**背景：**多囊性卵巢症候群（Polycystic Ovary Syndrome, PCOS）是婦科常見疾病之一，經常導致月經週期紊亂，其中以月經延後最為常見。

**病例報告：**本研究探討一名 24 歲 PCOS 導致月經後期的患者。患者曾服用 metformin 治療，用藥初期月經週期曾短暫改善數月，但隨後失效，後來經過中藥治療後，採用疏肝解鬱、活血化瘀、除痰化濕等法，以加味逍遙散及桂枝茯苓丸做為主方，搭配化痰濕、補氣、補肝腎之單味藥，在服藥三個多月後，月經週期恢復正常。

**結論：**此案例顯示，對於 PCOS 引起的月經後期問題，中醫治療可能提供有效的調理方案，值得進一步探討與臨床應用。

**關鍵字：**多囊性卵巢症候群、月經後期、中醫

## 前言

多囊性卵巢症候群（Polycystic Ovary Syndrome, PCOS）是一種常見的內分泌疾病，會影響女性排卵功能，造成月經失調、不孕、代謝異常等問題。其中，月經延後或無月經（稀發月經）是臨床上常見的症狀之一<sup>[1]</sup>。

西醫治療 PCOS 主要是針對患者的症狀（如月經不規則、不孕、胰島素阻抗和肥胖

等代謝異常），經治療部分患者的月經週期可恢復正常，但並非所有患者都能獲得長期療效。此外，有些患者會因藥物副作用（如腸胃不適、腹瀉、增加血栓風險等）、停藥後症狀易復發而改為尋求中醫療法<sup>[2]</sup>。因此，本篇期刊將報告一名經 metformin 治療失效後改用中醫治療的 PCOS 患者，並探討其療效，以期為臨床提供參考。

**\*\*共同通訊作者：**廖殷梓，臺南市立安南醫院—委託中國醫藥大學興建經營中醫部，地址：709 台南市安南區長和路二段 66 號，電話：06-3553111 #2231，Email:inkliao@gmail.com

**\* 通訊作者：**林照通，臺南市立安南醫院—委託中國醫藥大學興建經營中醫部，地址：709 台南市安南區長和路二段 66 號，電話：06-3553111 #2231，Email:inkliao@gmail.com

# 病例報告

## 一、基本資料：

1. 姓名：吳 XX
2. 性別：女
3. 年齡：24 歲
4. 婚姻：未婚
5. 職業：急診護理師
6. 身高：158 cm
7. 體重：90 Kg
8. BMI：36.0 Kg/m<sup>2</sup> (成人正常值：  
18.5 ≤ BMI < 24.0)
9. 初診日期：113/05/29

## 二、主訴：

自 105 年起出現月經週期延後，至 108 年月經延後情況更加明顯。

## 三、現病史：

患者於 101 年（12 歲）初經來潮，102 至 105 年月經週期規律 (I/D: 1m/7~8d)。105 年起（16 歲）月經開始出現週期延後 (I/D: 1~2m/7~8d)。108 年後（19 歲）月經延後情況更加明顯 (I/D: 4~6m/7~8d)，經血顏色呈現深咖啡色，伴有約一元硬幣大小的血塊，經前下腹稍有悶痛。患者自述自幼體型較同齡者胖，108 年時體重更明顯增加至 90kg (158cm, BMI: 36 Kg/m<sup>2</sup>)。

108 年下旬曾至他院婦產科就診，經超音波檢查顯示卵巢呈多囊性變化，診斷為多囊性卵巢症候群 (PCOS)。因抽血檢查發現 HbA1c > 7%，且體重較重，故開始服用 Metformin 治療。治療期間月經週期有恢復正常 (I/D: 1m/7~8d)，但療效維持 5 個月後，因生活忙碌自行停服西藥。

110 年上旬，因生活壓力大，月經週期再次延後 (I/D: 4~6m/7~8d)。患者再次服用

Metformin，但療效不佳，月經延後情況未改善，因此停止服藥。之後未再服用任何藥物或接受催經針治療以調整月經週期。

112 年 3 月起，患者於本院急診室工作，工作壓力大且繁忙，易感疲累，作息和飲食尚屬規律，月經週期延後的情況持續 (I/D: 4~6m/7~8d)。因希望透過中藥調理月經週期，故於 113 年 5 月 29 日至本院中醫門診求診。初診時，主訴為月經週期延後 (I/D: 4~6m/7~8d)，PMP: 112/12/30, LMP: 113/5/6，經行時下腹悶痛，且腰痠明顯。經來第 1~2 日經色呈深咖啡色，第 3 日起轉為紅色；月經第 2~3 天可見血塊，大小約一元硬幣；經量適中（約 2 小時更換一片衛生棉，約沾滿半片），經血質地正常。患者平時腰膝易痠軟，易口乾。

## 四、過去病史：

無特殊病史、無開刀史。

## 五、個人史：

1. 過敏史：無藥物或食物過敏。
2. 菸、酒、檳榔：均無。
3. 飲食習慣：葷食，無特殊偏好，很少吃辣、炸等重口味飲食，也很少喝冰飲。
4. 居住環境：無特殊。

## 六、家族史：

家族中女性長輩無多囊性卵巢症候群及月經週期異常的病史。爺爺、父親有高血壓，奶奶有糖尿病。

## 七、婦科胎產史：

未婚，G0P0A0。

## 八、旅遊史：

無

## 九、中醫四診：

**1. 望診：**

- (1) 體形肥胖（身高 158cm，體重 90kg，BMI 為 36 kg/m<sup>2</sup>）  
 (2) 面色無異常。



(3) 舌診：舌質淡紅偏暗、苔薄白，舌邊有齒痕，舌下絡脈怒張。

**2. 聞診：**

圖一、圖二：患者舌面及舌下絡脈圖

無特殊氣味，語音清晰。

**3. 問診：**

- (1) 全身：因工作需搬動病人，故肩頸易痠痛。易感疲倦。  
 (2) 情志：工作步調緊湊，壓力大。  
 (3) 睡眠：無異常。  
 (4) 五官：眼、耳、鼻、咽無異常。唇周偶爾長痘痘，易口乾。  
 (5) 胸部：無異常，呼吸平順，無胸悶或胸痛。  
 (6) 腹部：胃口正常，但飽食後會腹脹。經行時下腹悶痛。  
 (7) 二便：大便排便頻率 1~2 日一次，解便順暢，糞質成形且不黏滯。小便正常，夜尿 0~1 次。  
 (8) 腰背、四肢：平日腰痠明顯，雙膝無力。晨起時雙手掌易出現水腫。

**4. 切診：**

右脈弦濡弱，左脈弦濡弱左關弦細。

**十、西醫理學檢查：**

無特殊異常。

**十一、西醫檢查報告：**

108 年婦科超音波檢查：卵巢有多囊現象。108 年：HbA1c > 7.0%（病人自述，無紙本報告）。

**十二、整體回顧：**

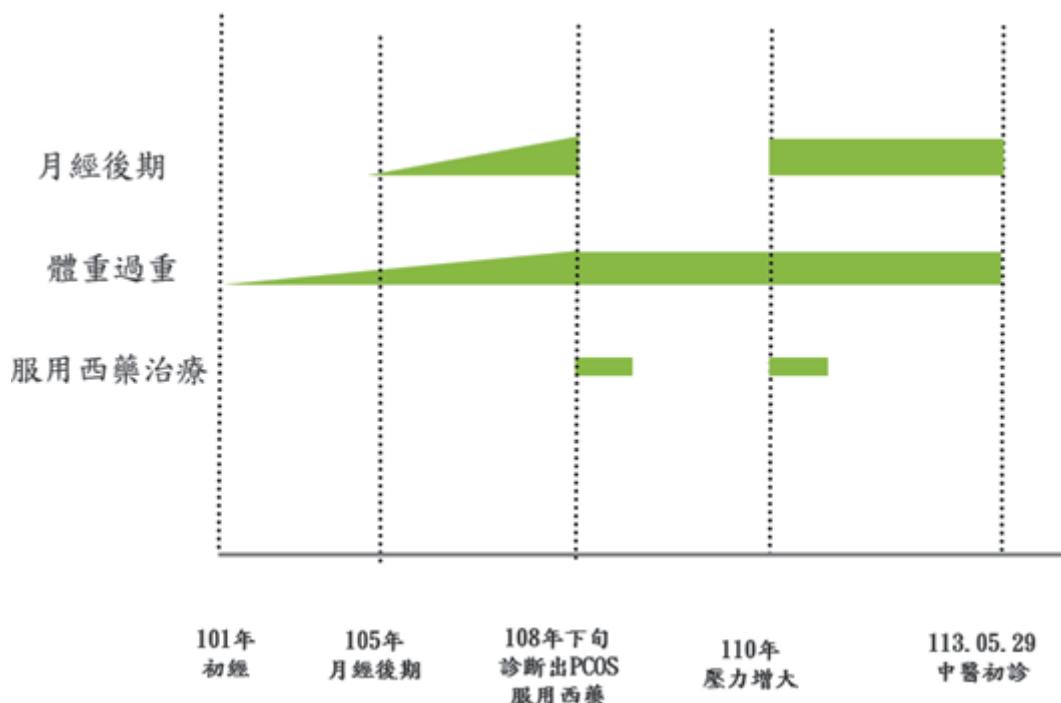
患者自幼體型較同齡者胖，於 101 年初經來潮，105 年起月經開始出現週期延後 (I/D:1~2m/7~8d)。108 年體重明顯增加後月經延後情況更加明顯 (I/D:4~6m/7~8d)，經西醫超音波檢查發現卵巢有多囊現象，診斷為 PCOS；因 HbA1c > 7%，故開始服用 Metformin 治療，治療期間月經週期恢復正常 (I/D:1m/7~8d)，療效維持 5 個月後，因生活忙碌而停服西藥。110 年上旬，因生活壓力大，月經週期再次延後 (I/D:4~6m/7~8d)；再服 Metformin 後療效不佳便停藥，之後無

施打催經針或服用中西藥進行調經。113年5月29日至本院中醫門診求診以調整月經週期，初診時月經週期延後（I/D:4~6m/7~8d），PMP：112/12/30，LMP：113/5/6，經行時下腹悶痛且腰痠明顯，經來第1~2日經色呈深咖啡色，第3日起經色轉為紅色，經量適中，

質不稠，有小血塊。平時腰膝易痠軟，易累，略有口乾；舌質淡紅偏暗、苔薄白，舌邊有齒痕，舌下絡脈怒張；脈右脈弦濡弱，左脈弦濡弱左關弦細。

#### 十四、辨證分析：

#### 十三、時序圖：



圖三：症狀時序圖

#### 1. 痘因：

不內外因：先天肥胖，素體痰濕停聚  
內因：工作壓力大，造成情志緊張，肝失疏泄

3日起經色轉為紅色，經量適中，質不稠，有小血塊。舌質淡紅、苔薄白，舌尖有朱點，有齒痕，舌下絡脈怒張，右脈弦濡弱，左脈弦濡弱左關弦細。

#### 2. 痘位：

- (1) 西醫解剖：卵巢、子宮
- (2) 中醫臟腑：肝、脾、腎

(2) 次證：飽食後會腹脹，手掌易水腫，平時腰膝易痠軟，易口乾，易疲倦。

#### 3. 痘性：

- (1) 主證：月經週期延後，經行時下腹悶痛且腰痠明顯，經來第1~2日經色呈深咖啡色，第

#### 4. 痘勢：

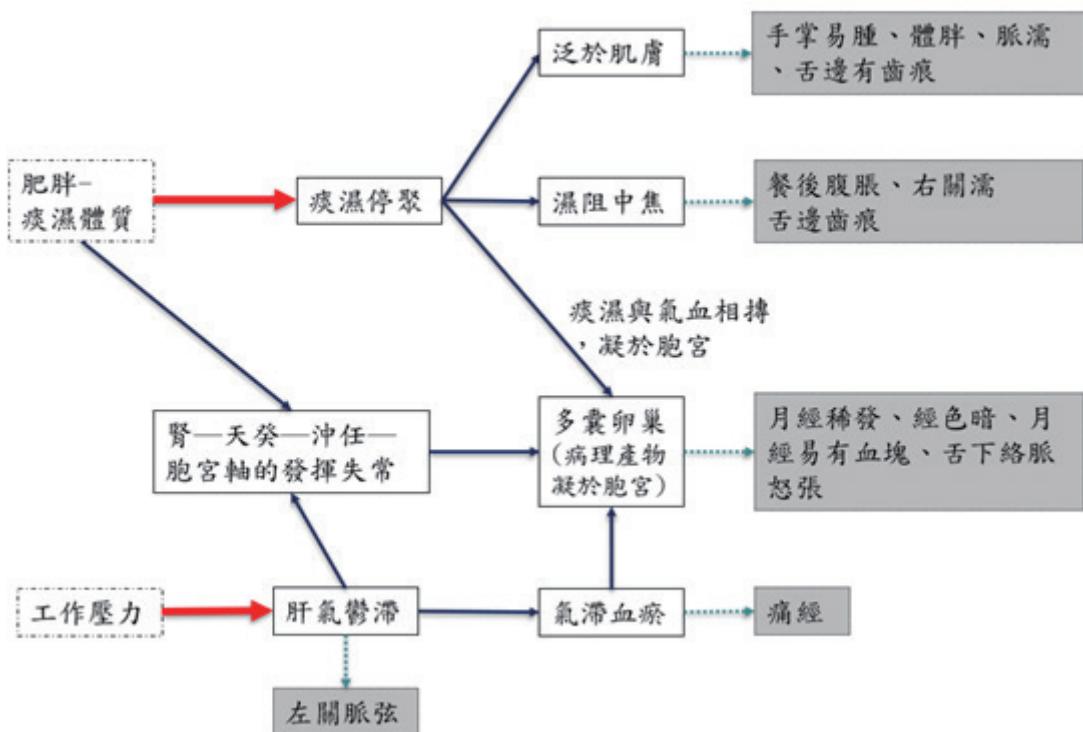
患者自幼體胖，105 年開始出現月經後期，當時無明顯情志刺激，生活作息與飲食亦正常，而且 108 年體重顯著增加後月經延後情況更加明顯，推測為肥胖（痰濕體質）影響腎一天癸一沖任一胞宮軸之運行失常，導致月經週期紊亂。痰濕內盛，阻滯中焦，造成脾失健運，症見飽食後會腹脹；痰濕影響肢體，表現為手掌水腫；同時，痰濕阻滯氣血運行，進一步導致氣虛，症見易疲倦、脈象濡弱、舌邊有齒痕。

患者曾服用 Metformin 調經，初期月經週期趨於規律。然而，110 年因生活壓力增加，月經再次延後，且重新服用 Metformin 後療效不佳，遂停藥。推測此次月經後期由

壓力影響肝之疏泄功能，導致肝氣鬱滯，進一步影響腎一天癸一沖任一胞宮軸的協調。氣為血之帥，氣鬱則血行不暢，進而導致氣滯血瘀，使經血阻滯於胞宮，表現為經行時下腹悶痛、經血色深（深咖啡色）、夾血塊。診察見左脈弦細，舌下絡脈怒張，舌色偏暗，亦符合氣滯血瘀表現。

PCOS 患者的超音波檢查可發現雙側卵巢腫大，卵巢包膜增厚且堅韌，中醫辨證屬於癥瘕，歸於血瘀。此外，卵巢白膜下多個不成熟濾泡呈囊性擴張與閉鎖，辨證屬痰濕。過多脂肪細胞影響內分泌環境，而脂肪本質亦屬於痰濕。由此可見，PCOS 在中醫微觀機轉上，屬於「痰瘀互結」，此亦為病理關鍵所在。

#### 5. 痘因病機分析圖：



圖四：病因病機圖

## 十五、診斷：

1. 中醫病名：月經後期
2. 中醫證型：肝氣鬱滯、瘀阻胞宮、痰濕停聚。
3. 西醫診斷：多囊性卵巢症候群 (PCOS)。

## 十六、治則、處方與方藥分析：

### 1. 治則：

疏肝解鬱、活血化瘀、除痰化濕。

### 2. 處方 (TID × 7 天)：

加味道遙散 3.5g、桂枝茯苓丸 3g、薏苡仁 1.5g、生地 1g、女貞子 1.5g、旱蓮草 1.5g、黃耆 1.5g、黨參 1g、神麴 1g、石斛 1.5g。

### 3. 方藥分析：

患者因工作步調緊湊，壓力較大，導致肝鬱氣滯，影響氣血運行，造成月經後期與痛經，因此以加味道遙散來疏肝解鬱、養血調經，並緩解經痛症狀。中醫認為肝腎同源，肝鬱會導致腎鬱，有礙腎氣攝納，以致腎氣

虛弱，推動氣血乏力，造成月經延後。因此，加入生地、女貞子、旱蓮草以滋補肝腎，並搭配黃耆、黨參補氣，以恢復腎一天癸一沖任一胞宮軸的正常運作。因患者瘀阻胞宮，導致經色暗、夾雜血塊，故選用桂枝茯苓丸以活血化瘀，促進胞宮血循，幫助月經週期恢復正常。至於肥胖致痰濕停聚，處方中的加味道遙散內含茯苓和白朮、桂枝茯苓丸亦內含茯苓，再加入薏苡仁淡滲利濕，來幫助改善痰濕滯留的問題。此外，患者因飽食後會腹脹，故加入神麴以化食消積；因容易口乾，故用石斛以養胃生津。

## 十七、病例追蹤紀錄：

根據病程發展（如表一所示），治療主軸基本維持不變。然而，由於患者月經延遲未至，且 113/8/3 與 113/9/6 行經時經量偏少，因此適時調整處方，加強養血調經的藥物，如四物湯、當歸，並加入菟絲子以補益肝腎。經過三個多月的中藥調理，患者月經週期逐漸恢復正常。

表一 病例追蹤紀錄

回診日期	症狀	方藥 (TID *7 天)
113/06/06	1. 月經仍未至 PMP：112/12/30 LMP：113/5/6 2. 手掌腫脹改善	加味道遙散 3.5g、桂枝茯苓丸 3.5g、生地 1g、女貞子 2g、旱蓮草 2g、黃耆 2g、石斛 1.5g、山楂 2g、蒼朮 2g、皂角刺 1g、紫蘇葉 1g
113/06/17	月經仍未至 PMP：112/12/30 LMP：113/5/6	加味道遙散 4g、桂枝茯苓丸 4g、生地 1g、女貞子 2g、旱蓮草 2g、黃耆 2g、石斛 1.5g、山楂 2g、蒼朮 2g、皂角刺 1g、菟絲子 1.5g
113/06/26	月經仍未至 PMP：112/12/30 LMP：113/5/6	加味道遙散 3g、桂枝茯苓丸 3g、四物湯 3g、生地 1g、女貞子 2g、旱蓮草 2g、黃耆 2g、石斛 1.5g、山楂 2g、蒼朮 2g、皂角刺 1g、菟絲子 1.5g、黨參 1g

回診日期	症狀	方藥 (TID *7 天)
113/07/09	1. 月經仍未至 PMP：112/12/30 LMP：113/5/6 2. 新增：鼻塞、鼻音重	加味道遙散 3g、 <u>辛夷散 5g</u> 、 <u>沙參麥冬湯 3g</u> 、生地 1g、女貞子 1g、旱蓮草 1g、山楂 1g、蒼朮 1g、皂角刺 1g、 <u>黃芩 1g</u> 、 <u>蒼耳子 1.5g</u> 、 <u>前胡 1g</u> 、 <u>薄荷 1g</u> 、 <u>路路通 1g</u>
113/07/22	1. 月經仍未至 PMP：112/12/30 LMP：113/5/6 2. 鼻塞已改善 3. 新增：近下腹痛	加味道遙散 3.5g、桂枝茯苓丸 3.5g、 <u>四物湯 3.5g</u> 、生地 1.5g、山楂 1.5g、蒼朮 1.5g、路路通 1g、 <u>桃仁 1.5g</u> 、 <u>紅花 1.5g</u> 、薏苡仁 1.5g、 <u>蒲黃 1g</u>
113/08/07	1. 月經已至 PMP：113/5/6 LMP：113/8/3 經量少，有少量血塊，經行第一天下腹悶	加味道遙散 4g、桂枝茯苓丸 3g、生地 1g、山楂 1.5g、蒼朮 1.5g、 <u>莪朮 1g</u> 、女貞子 1.5g、旱蓮草 1.5g、 <u>黃耆 1.5g</u> 、蒲公英 1g、 <u>鉤藤 1.5g</u> 、石斛 1g
113/08/19	PMP：113/5/6 LMP：113/8/3 (經來六天)	加味道遙散 3.5g、桂枝茯苓丸 3g、生地 1g、山楂 1.5g、蒼朮 1g、莪朮 1g、女貞子 2g、旱蓮草 2g、 <u>黃耆 1.5g</u> 、蒲公英 1g、鉤藤 1.5g、石斛 1g、 <u>當歸 1.5g</u>
113/09/02	1.PMP：113/5/6 LMP：113/8/3 2. 服上方口乾明顯	加味道遙散 3g、桂枝茯苓丸 3g、 <u>生地 1.5g</u> 、山楂 1.5g、蒼朮 1g、莪朮 1g、女貞子 2g、旱蓮草 2g、 <u>黃耆 1g</u> 、蒲公英 1.5g、鉤藤 1g、當歸 1g、菟絲子 1g、 <u>玄參 1.5g</u> 、 <u>蘆根 1.5g</u>
113/09/16	月經已至 PMP：113/8/3 LMP：113/9/7 (經來六天，經量少，有小血塊)	加味道遙散 3.5g、桂枝茯苓丸 3g、生地 1.5g、山楂 1.5g、蒼朮 1g、莪朮 1g、女貞子 2g、旱蓮草 2g、 <u>黃耆 1g</u> 、蒲公英 1.5g、鉤藤 1g、 <u>當歸 1.5g</u> 、菟絲子 1.5g、 <u>玄參 1g</u> 、 <u>蘆根 1.5g</u>

## 討論

多囊性卵巢症候群 (Polycystic Ovary Syndrome, PCOS) 是婦女常見的內分泌疾病。根據 2003 年鹿特丹診斷標準 (Rotterdam Criteria) 統計，其全球盛行率約為 8-13%，然而台灣目前尚無確切的 PCOS 盛行率統計數據<sup>[3]</sup>。本病例多從青春期（約 10-18 歲）開始發病，20-30 歲為高峰期，約占總數的 85.3%<sup>[4]</sup>。本篇病例的患者自 16 歲起月經週期開始延後，並於 19 歲時（接近 20 歲）月經延後情況更加明顯，符合上述流行病學特徵。

目前臨床診斷 PCOS 主要依據鹿特丹標準 (Rotterdam Criteria)，患者需符合以下三項標準中的至少兩項，方可診斷為 PCOS：1. 寡排卵或無排卵 (Oligo-ovulation or Anovulation)；2. 臨床或生化指標顯示高雄性素 (Hyperandrogenism)；3. 超音波檢查顯示卵巢多囊性結構 (Polycystic Ovaries)<sup>[5]</sup>。本例患者符合第一點（寡排卵）與第三點（超音波顯示多囊卵巢），故可診斷為 PCOS。

PCOS 患者的臨床表現多樣，主要包括：1. 月經異常：月經稀發、無月經，部分患者可出現子宮異常出血。2. 排卵功能障礙：導致不孕。3. 高雄性素血症 (臨床或生化表現)：可能引起多毛症、痤瘡、雄性禿等症狀。4. 代謝異常：常合併肥胖、葡萄糖耐受不良、血脂異常，增加心血管疾病風險<sup>[1]</sup>。本例患者的主要症狀為月經稀發，並無明顯高雄性素血症的表現。然而，患者合併肥胖及血糖代謝異常，因此西醫治療選擇使用 Metformin（降血糖藥物）以改善胰島素阻抗，調節內分泌功能。

PCOS 是一種全身性內分泌代謝疾病，長

期未控制可能導致以下併發症：1. 婦科疾病：增加子宮內膜增生及子宮癌的風險。2. 代謝異常：提高第二型糖尿病與高血壓的發生率。3. 心血管疾病：PCOS 與動脈硬化、高血脂等心血管疾病密切相關<sup>[1]</sup>。由於 PCOS 涉及生殖、內分泌及代謝異常，需採取長期、積極治療，並提醒患者治療需有耐心，持之以恆，以降低心血管及代謝疾病風險。

中醫典籍中並無直接能對應 PCOS 的疾病名，以其臨床表現歸屬於「月經後期」、「不孕」、「閉經」等範疇。中醫認為，肝、脾、腎三臟功能失調是 PCOS 的內在發病機制，而痰濕與血瘀則是病程發展過程中的病理產物。腎為先天之本，承擔藏精氣，繫胞宮之功，是女性生殖功能的重要基礎，在腎—天癸—沖任—胞宮生殖軸中，腎起著關鍵作用。若腎虛，則卵泡無法正常發育成熟，導致排卵障礙，進而影響月經週期與生育能力。脾為後天之本，精血生化之源。若脾虛，則氣血化生不足，經血來源匱乏，可能導致月經量少、月經延後，甚至閉經與不孕。肝主藏血，有調節疏泄的功能。當肝氣鬱結，氣血運行不暢，衝任二脈失調，則血海不能滿溢或血行受阻，導致氣滯血瘀，表現為卵巢囊腫增大、月經不行，甚至閉經與不孕。臨床治療上，多以益腎法、調肝法、活血化瘀法及燥濕化痰法來治療 PCOS<sup>[6]</sup>。

精神因素是造成月經失調的重要因子：中醫認為肝主情志，情緒變化與肝的生理功能密切相關。現代女性面臨工作與家庭的雙重壓力，易產生緊張、焦慮、抑鬱，這些負面情緒會影響下視丘—腦下垂體—卵巢軸的調控功能，進而導致激素分泌失調，引發排卵障礙，造成月經失調。韓延華教授認為，「肝鬱」是 PCOS 最重要的病機之一。當肝

氣鬱結時，氣機不暢，進而影響血行，導致衝任不暢、胞脈受阻，從而引起月經後期，甚至閉經<sup>[7]</sup>。本例患者於 110 年因生活壓力大，導致月經週期再次延後，由此推測肝鬱為其病機之一，這與韓延華教授的觀點不謀而合。此外，韓延華教授亦指出，在治療婦科疾病時，應充分考慮情志因素，並鼓勵患者積極調整心態<sup>[7]</sup>。因此，臨床上可透過衛教病人調暢情志，以促進療效的提升。

肥胖是 PCOS 的重要誘因之一。研究顯示，相較於非肥胖者，肥胖或超重的育齡女性罹患 PCOS 的風險顯著增加，其發病率可高達 28.3%，且肥胖型 PCOS 患者更易合併糖尿病、高血脂症、冠心病及腦血管疾病<sup>[5]</sup>。此外，肥胖在 PCOS 患者中相當普遍，相關研究統計 PCOS 患者中約有 30% 以上屬於肥胖型。因此，減重不僅可改善 PCOS 症狀，還能有效降低心血管疾病的發生率<sup>[5]</sup>。臨牀上，透過生活習慣調整，如改善飲食結構與培養運動習慣，是 PCOS 患者治療中的重要環節。除了生活方式干預外，夏親華教授的臨床經驗亦指出，在 PCOS 治療中，適量使用蒼朮、白朮、黨參、陳皮、茯苓、制半夏、皂角刺等健脾化痰祛濕藥，能夠促進卵巢包膜軟化與變薄，有助於卵泡排出，並提升補腎藥物的吸收效率<sup>[8]</sup>。本病例的治療過程中也有使用蒼朮、白朮、黨參、茯苓、皂角刺等健脾祛濕藥，這與夏親華教授的觀點一致。

台灣的臨床研究顯示，中藥治療 PCOS 後，患者的月經週期與排卵狀況皆獲得改善，

且對於心理層面的影響尤為顯著<sup>[9]</sup>；亦有病例報告使用疏肝、化痰、活血、補腎等方法治療 PCOS 所造成的月經延後，取得不錯的療效，也改善了患者其餘的生理期不適<sup>[10]</sup>。本病例在經過三個多月的中藥治療後（治療涵蓋疏肝理氣、活血化瘀、健脾化濕、補腎等範疇），月經週期延後獲得改善，與上述的臨床研究結果、專家經驗觀點、病例報告論述相符合。

文獻亦指出，衛教患者改變飲食習慣與培養運動習慣，對於 PCOS 的治療具有正向效果<sup>[8]</sup>。惟本例治療過程中，對於生活習慣調整的介入較少，未來在臨床治療 PCOS 患者時，可進一步整合生活方式干預與中藥治療，以提升整體療效。

## 結論

本例患者經過三個多月的中藥治療後，月經週期延後的問題獲得明顯改善，證實中藥可有效調節 PCOS 引起的月經異常，使週期恢復正常。此外，討論中亦提及生活習慣對於 PCOS 治療的重要性，包括調整飲食、增加運動等，皆可有效降低 PCOS 相關的心血管併發症風險。因此，在臨床實務中，除了運用中藥治療外，亦應積極納入生活習慣與調暢情志的衛教，以提升患者的治療依從性與長期健康管理效果。

## 參考文獻

1. Robert L Barbieri, MD, David A Ehrmann, MD. (2024). Clinical manifestations of polycystic ovary syndrome in adults. UpToDate. Retrieved March 20, 2025, from <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults>
2. Robert L Barbieri, MD, David A Ehrmann, MD (2024), Treatment of polycystic ovary syndrome in adults, Retrieved April 3, 2025, from <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults>
3. Ricardo Azziz, MD, MBA, MPH. (2023) Epidemiology, phenotype, and genetics of the polycystic ovary syndrome in adults. UpToDate. Retrieved March 27, 2025, from <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-phenotype-and-genetics-of-the-polycystic-ovary-syndrome-in-adults>
4. 李靜姿、朱妍樺、徐明義。多囊卵巢綜合症中醫治療進展研究及臺灣地區多囊卵巢綜合徵臨床表徵觀察。中醫婦科醫學雜誌。2012。16：36-42
5. Robert L Barbieri, MD, David A Ehrmann, MD. (2024) Diagnosis of polycystic ovary syndrome in adults. Retrieved March 20, 2025, from <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults>
6. 王婕、鄭為仁、王世亨。台灣多囊性卵巢症候群患者中醫藥使用之研究。中醫婦科醫學雜誌。2019；24：1-16。From: [https://doi.org/10.30030/JTCGM.201912\\_\(24\).0001](https://doi.org/10.30030/JTCGM.201912_(24).0001)
7. 張躍輝、薛竹、楊麗珍、於津瀾、賈麗妍、韓延華。韓延華診治肝郁型多囊卵巢綜合征經驗總結。遼寧中醫雜誌。2021；48(10)：18-20
8. 張宇、蔡裕嫻、譚淑瑩、鄧晶、李衛紅。肥胖型多囊卵巢綜合征的中醫研究進展。實用中醫內科雜誌。2023；37：10-12
9. 徐維禎。多囊性卵巢症候群病患接受中醫介入前後生活品質變化之評估。國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所碩士論文。102。
10. 周芳仔、李聰界、陳文娟。中醫治療多囊性卵巢病例報告。中醫藥研究論叢。2021。24(2)：105-116

# A case report on Traditional Chinese Medicine treatment for delayed menstruation caused by polycystic ovary syndrome.

Zhao-Tong Lin<sup>1,\*</sup>, Wei-Cheng Lai<sup>1,2</sup>, Yin-Tzu Liao<sup>1, \*\*</sup>

<sup>1</sup> Division of Chinese Medicine, An Nan Hospital, China Medical University, Tainan, Taiwan

<sup>2</sup> School of Chinese Medicine for Post Baccalaureate, I-SHOU University, Kaohsiung, Taiwan

**Background:** Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is one of the most common gynecological disorders and frequently leads to menstrual irregularities, with delayed menstruation being the most prevalent symptom.

**Case Report:** This study presents a 24-year-old patient with delayed menstruation caused by PCOS. The patient was initially treated with metformin, which led to temporary improvement in menstrual cycles for several months before losing effectiveness. After more than three months of traditional Chinese medicine (TCM) treatment, her menstrual cycle returned to normal.

**Conclusion:** This case suggests that TCM may offer an effective therapeutic approach for managing delayed menstruation associated with PCOS, warranting further investigation and clinical application.

**Keywords:** Polycystic Ovary Syndrome, Menstrual Delay, Traditional Chinese medicines

---

**\*\*Correspondence author:** Yin-Tzu Liao, Division of Chinese Medicine, An Nan Hospital, China Medical University, Tainan, Taiwan, No. 66, Sec. 2, Changhe Rd., Annan Dist., Tainan City 709204, Taiwan, Tel: +886-6- 3553-111 ext 2231, Email: inkliao@gmail.com

**\* Correspondence author:** Zhao-Tong Lin, Division of Chinese Medicine, An Nan Hospital, China Medical University, Tainan, Taiwan, No. 66, Sec. 2, Changhe Rd., Annan Dist., Tainan City 709204, Taiwan, Tel: +886-6- 3553-111 ext 2231, Email: inkliao@gmail.com

Received 11<sup>th</sup> April 2025, accepted 16<sup>th</sup> May 2025

# 人工生殖後先兆性流產的中醫治療個案報告

王瑜婷<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> 奇美醫療財團法人奇美醫院永康院區中醫部

目的：探討先兆性流產的中醫治療案例。

病例報告：34 歲女性，本身有子宮肌瘤及子宮後傾，歷經三年不孕及一次自然流產後接受胚胎植入。妊娠第三周開始反覆出現陰道出血，雖使用黃體素與止血劑仍持續出血，轉介至中醫治療。中醫診為「胎漏」，辨證屬肝鬱化火，氣血耗損夾瘀，脾腎精氣不足，致胎孕期間衝任失榮不固，治則為調肝、化瘀清熱瀉火、健脾益氣、補腎安胎。經中藥調理及臥床休養後，出血減少、大便通暢、脹氣改善，病情逐漸穩定，並停用黃體素，後續於中醫追蹤治療，七個月後自然產一名健康女嬰。

結論：安胎採用中西醫合療，除了療效更佳，也能給孕婦安心。

關鍵字：妊娠早期出血；先兆性流產；胎漏；中醫安胎

## 壹、前言

懷孕 20 周內發生的陰道出血，稱為先兆性流產，整體發生率約在 25%，其中有一半的機會會發展成早期流產，而流產發生率會隨著母體年齡增加而提高，20-29 歲女性的發生率在 10%，35 歲之後快速攀升，45 歲後超過 53%<sup>[1]</sup>。目前西醫在先兆性流產的照護尚無明確準則，以臥床休息及補充黃體素為常見做法。根據症狀表現，先兆性流產在中醫稱為「胎漏」或「胎動不安」，常見病因與父母之精不足，雖能結合但胎元易不固，及母體素體虛弱或孕後受邪擾胎，也可能與跌仆閃挫、手術或藥物的影響有關，故常見證型包含腎虛、氣血虛弱、血熱、及衝任傷損<sup>[2]</sup>。

這是一位 34 歲女性，有子宮肌瘤、子宮後傾、自然流產及骨盆腔發炎病史，因婚後三年未孕，在接受冷凍胚胎植後，第三周解便時突然發生大出血，雖在接受止血劑及黃體素治療後出血量減少，但仍持續一個月未止，且只要腹部一出力出血就增加。由於孕婦擔憂再次流產，故由生殖醫學科醫師轉介至中醫門診，經中醫師以科學中藥治療四周後，出血停止。

## 貳、病例報告

### 一、基本資料

姓名：羅○○

年齡：34 歲

\* 通訊作者：王瑜婷，奇美醫療財團法人奇美醫院永康院區中醫部，地址：臺南市永康區中華路 901 號，電話：06-2812811 #53784，Email：yuting0508@hotmail.com

114 年 5 月 2 日受理，114 年 6 月 25 日接受刊載

病歷號：3433XXXX

身高：160 公分

孕前體重：56 公斤

職業：業務

居住地：臺南市

中醫初診日期：民國 112 年 10 月 30 日

## 二、主訴：

妊娠早期出血已一個月。

## 三、現病史：

此 34 歲女性，本身有子宮肌瘤及子宮後傾病史，孕前經痛嚴重、經量多且夾雜血塊，經行首日需臥床。結婚三年，未刻意避孕，在 112/2/18 因月經遲至一個月後突然從陰道排出血塊，至婦產科診所就診，臆斷為自然流產，後續直到 112/5/3 才再次行經，但在 112/5/18 因發燒伴隨下腹痛且出現大量陰道分泌物，至婦產科就診，診斷為骨盆腔發炎，接受治療後症狀改善。後續月經規律來潮，而病人因三年未孕故於 112/8/10（行經第三天）開始接受 GnRH agonist short protocol，於 112/8/19 經超音波導引取卵共 19 顆，其中有 3 顆成功受精，受精卵先冷凍備用，在下次月經週期 112/8/31 開始服用雌激素，並在二周後補充黃體素，112/9/20 植入一顆 4BB 級解凍胚胎，並繼續補充黃體素，於 112/10/2 驗孕陽性。

112/10/9 因連續三日未解便，出力解便時突然陰道大量出血、伴隨腹部抽痛（VAS：8），故至本院急診，急診經陰道超音波顯示胚胎仍存在子宮內約 3 週大，注射止血劑（Tranexamic acid）及黃體素（Progesterone、Hydroxyprogesterone）後出血量減少，但在 112/10/11 夜間又再度出血，這次血色暗

紅且伴隨腰痠痛，急診仍予與 112/10/9 相同的針劑。隔天病人至婦產科門診回診，陰道超音波追蹤胚胎穩定成長當時約 5 週大，故給予口服黃體素（Dydrogesterone）、雌激素（Estriol Valerate）、類固醇（Prednisolone）、瀉劑（Bisacodyl）、軟便劑（Magnesium oxide），及陰道用黃體素凝膠（Progesterone）。但 112/10/18 再度因陰道出血到急診，這次出血量較少，急診注射黃體素（Hydroxyprogesterone），隔天至婦產科門診追蹤胚胎約 6 週大。112/10/23 清晨由於嘔吐時腹部出力導致又發生陰道出血，這次血量較之前少，且顏色呈褐色，故急診給予止血針及口服黃體素返家，二日後回診婦產科追蹤胚胎穩定成長，但因仍有持續出血現象，故在 112/10/28 由婦產科轉介至中醫門診。

## 四、過去病史：

子宮肌瘤、子宮後傾、過敏性鼻炎、便祕

## 五、個人史：菸 (-)、酒 (-)、檳榔 (-)

### 過敏史：

無藥物過敏史；懷孕後對炸物、海鮮類及甲殼類過敏，易誘發皮膚紅疹。

### 運動習慣：

孕前固定到健身房運動。

### TOCC：

近三年因疫情因素未有出國史，無接觸野生動物史。

## 六、家族史：

無婦科相關家族病史。外公、外婆、母親、舅舅皆有大腸癌病史。

## 七、中醫四診

### 望診：

面部泛紅偏乾，眶黯，唇乾脫屑；易落髮、頭皮油膩；舌紅尖朱點多、苔薄白略膩，舌頭顫動，津少；甲白。

### 聞診：

語急，多言易喘；無特殊體味。

### 問診：

經帶胎產史：G2P0A1，GA：8 wks+，I/D：28-30/7，LMP：112/8/31。孕後易忽冷忽熱，易汗出，夜眠畏熱甚，甚則汗出需更衣。

### 頭項：

偶暈，倦時易發，姿勢變化時加重；孕後掉髮嚴重。

### 五官：

眼睛乾澀。

### 胸部脅肋：

工作長時間講話易胸悶；無脅肋脹痛。

### 腕腹：

懷孕後走路引下腹抽悶痛（VAS：5），易噁心嘔吐。

### 腰背：

易背痠痛，孕後加重。

### 四肢：

無下肢水腫。

### 大便：

3~4日一行，質硬色深，若三天未解便則自行服軟便劑。

### 小便：

孕後尿頻，1~2小時一行，尿量少。

### 受納：

三餐外食，少吃烤炸辣，食慾較差，食量少。

### 渴飲：

日飲水量低於 1000cc，易口乾。

### 睡眠：

難入眠，淺眠多夢，夜尿後難入眠，白天較嗜睡。

### 情志：

易焦慮、緊張、思慮多。

### 切診：

右弦滑細數寸尺無力，左沉弦滑數寸尺無力。

## 八、檢驗檢查

112.05.29，AMH：1.47 ng/ml

## 九、時序圖：（圖一）

## 十、診斷

### 西醫診斷：

先兆性流產

### 中醫診斷：

胎漏；肝鬱化火，氣血耗損夾瘀，脾胃精氣不足，致胎孕期間衝任失榮不固。

## 十一、理法方藥分析：

### 病因：

#### 不內外因：

工作過勞、飲食三餐不定、流產史、IVF 取卵。

#### 內因：

思慮過度、卵巢功能下降。

### 病位：

#### 西醫解剖：

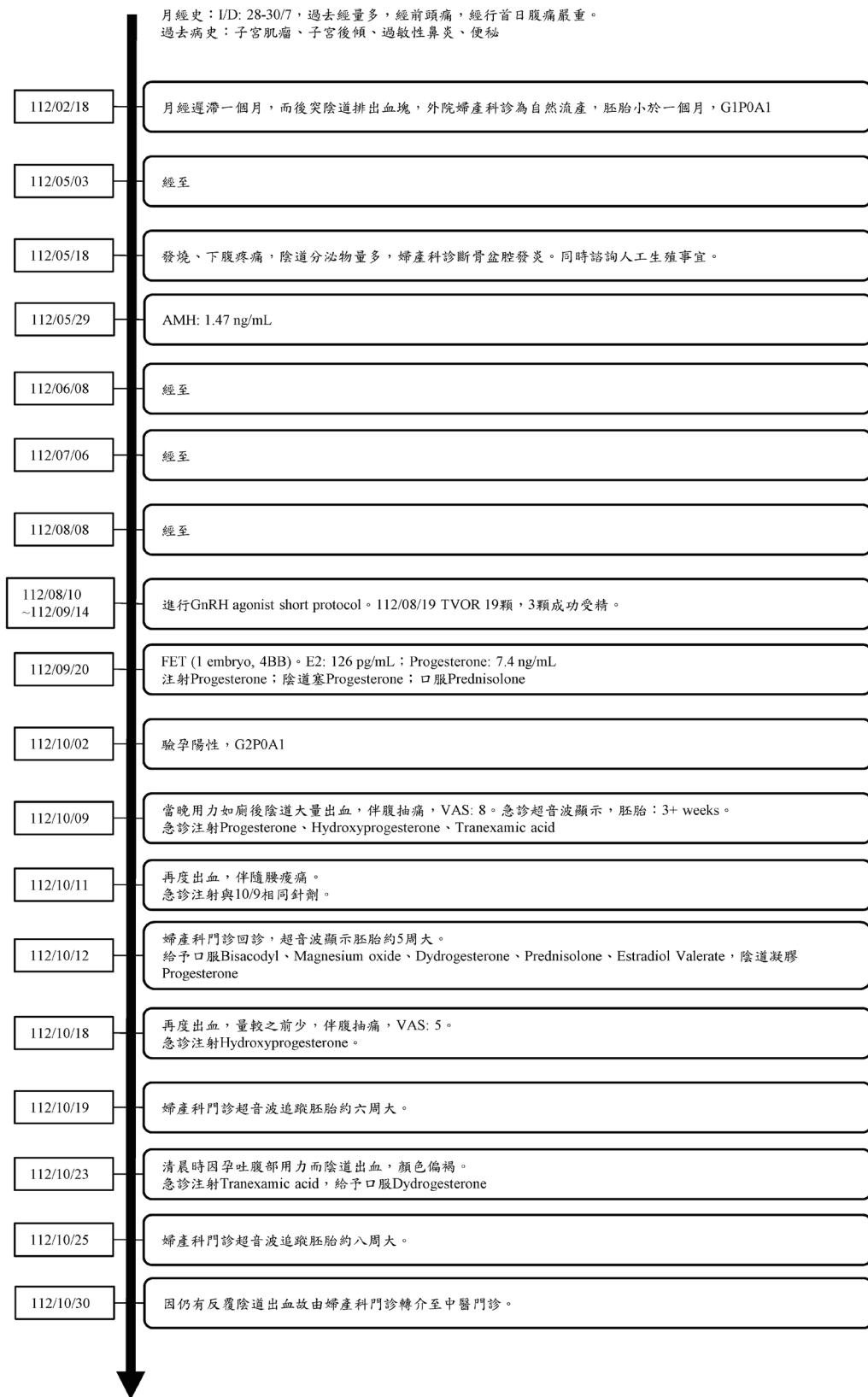
子宮

#### 中醫臟腑經絡：

肝、腎、脾胃、衝任

### 病性：

#### 主症：



圖一 時序圖

妊娠早期出血。

### 次症：

排便不暢，腹脹腹痛，噁心欲嘔，食慾低，食量少，口唇乾目澀，眠差疲倦、頭暈、多言易喘、掉髮，易腰痠背痛、尿頻；舌紅尖朱點，苔薄白略膩少津；右脈弦細滑數寸尺無力，左脈沉弦滑數寸尺無力。

### 病勢：

孕前經量多又有諸多經期不適，求子不順、AMH 偏低以及流產病史，加上平素易腰痠背痛，且有疲倦、頭暈、掉髮以及脈雙尺無力，且因接受 IVF 期間為了取卵而使用短療程促進卵泡成熟並取卵，相較於自然週期中只有一個卵泡能形成優勢卵泡，IVF 以人工方式促進多個卵泡同時發育成熟，此過程會催動大量腎氣，進而耗損腎精，可推斷孕婦應素有腎精氣虛損。而本身有子宮肌瘤及盆腔炎史，且經行腹痛甚常夾雜血塊，則提示胞宮素有血瘀。

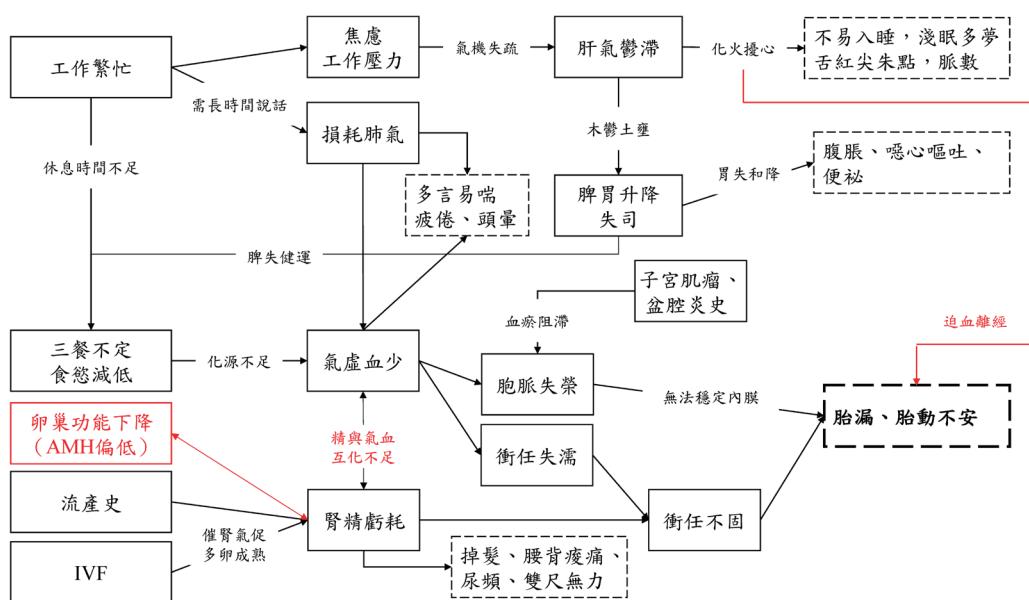
因長期工作繁重，且需長時間講話損耗肺氣，因無法中途休息導致飲食不規律，且

太過疲倦以致影響食慾而食少，導致化源不足，長期導致氣虛血少，而致多言易喘、疲倦、頭暈。由於工作壓力大且個性較急、容易焦慮，使肝氣鬱結不舒，肝鬱化火擾心，則不易入睡、淺眠多夢、舌紅且舌尖多有朱點，脈數，並容易迫血離經，而埋下胎漏的因；肝失疏泄，木鬱土壅，影響脾胃氣機升降，則容易造成大便不暢、腹脹、噁心欲嘔。再加上胎氣上逆犯胃，加重噁心欲嘔感，此為「惡阻」，反過來更加重脾失健運而食慾不振、化源不足。而氣虛血少、腎精不足，先後天皆不足無法互滋，孕期腎氣養胎，更加重腎氣虧損。氣血虛致肝血不榮筋而容易腰背酸、少腹緊、目乾澀；胞脈失榮無法穩定內膜，且腎精虧耗導致衝任不固，造成妊娠早期出血。

整體而言，母體平素肝鬱化火，氣血耗損夾瘀，脾腎精氣不足，致胎孕期間衝任失榮不固，故胎漏。

### 病因病機圖：

(圖二)



圖二 病因病機圖

## 十二、中醫治則：

調肝、化瘀清熱瀉火、健脾益氣、補腎安胎。

## 十三、處方：

當歸芍藥散5克，牡丹皮2克，黃連1克，黃柏1.5克，桑寄生1.5克，續斷1.5克，白朮1.5克，黃耆1克。一天三次，處方七日。

### 方義：

當歸芍藥散調肝健脾、調和氣血，固衝安胎，加重白朮補氣健脾，重用牡丹皮清熱涼血活血，配合黃連、黃柏瀉火安胎，桑寄生、續斷補腎強筋骨止血，搭配白朮安胎，黃耆補氣升提。

## 參、討論

先兆性流產 (threaten miscarriage)，或早期妊娠出血 (early pregnant bleeding) 的定義是妊娠 20 周內孕婦出現陰道出血的症狀，常見於第一孕期，可能伴隨下腹痛、下墜感或腰痠，但子宮頸閉合，且胎兒或胚胎仍可經由超音波觀測到。它的發生率與人種、母體年齡、生活型態、疾病、社會地位無直接

關連性，目前統計約有 25% 的孕婦會經歷早期出血，而 11% 雖被偵測到胎心音，但最終會流產；此外，雖然發生先兆性流產的孕婦其血流動力學是穩定的，但目前認為出血量越大者後續出現流產的機率越高<sup>[3]</sup>；另外，不論是自然受孕或者接受人工生殖療法後，母體年齡也是影響流產的主要因素，目前來說 20-29 歲女性的發生率在 10%，在 30 歲後快速攀升，45 歲後超過 53%<sup>[1]</sup>。西醫目前尚未有高度實證性的治療方法，以觀察為主，臨牀上通常會建議孕婦臥床休息、避免孕期性行為，或配合使用黃體素陰道塞劑到第 16 周<sup>[3]</sup>。

依據症狀表現，先兆性流產被歸在中醫的「胎漏」、「胎動不安」範疇，主要病機為腎虛、衝任氣血不調、胎元失固，而胎元與母體為兩個主要因素：當父母的先天之精不足，雖兩精仍能結合，但仍會致胎元不固，甚至胎元有缺陷，致不能成實而墮；母體腎氣不足，或房事不節、耗損腎精，或氣血虛弱不足固胎，或孕後受邪熱盛干擾胎氣，或跌仆閃挫、手術或藥物傷胎，或都可能會致使胎漏或胎動不安。故臨牀上大致可分為四個證型，分型論治以表格呈現（表一）<sup>[2]</sup>。

表一 先兆性流產的分型辨證論治

	症 狀	病 機	治 則	建議處方
腎虛	妊娠期陰道少量出血，色淡黯，腰痠腹墜痛。或伴頭暈耳鳴，小便頻數，夜尿多甚至失禁，或曾屢次墮胎，舌淡苔白，脈沉弱。	稟賦索弱，先天不足，腎氣虛弱，或孕後不慎房事，損傷腎氣，腎虛衝任不固，胎失所繫。	固腎安胎，佐以益氣。	壽胎丸加減《醫學衷中參西錄》
氣血虛弱	妊娠期陰道少量出血，色淡紅，質稀薄，腰腹脹痛或墜脹。伴神疲肢倦，面㿠白，心悸氣短，舌質淡苔薄白。	體弱血虛，或孕後脾胃受損，化源不足，或因故損傷氣血，氣虛不攝，血虛失養。	補氣養血，固腎安胎。	胎元飲加減《景岳全書》 泰山磐石散《景岳全書》

	症 狀	病 機	治 則	建議處方
血熱	妊娠陰道下血，色鮮紅，或腰腹墜脹作痛。伴心煩不安，手心煩熱，口乾咽燥，或有潮熱，小便短黃，大便秘結，舌質紅苔黃而乾。	素體陽盛，或七情鬱結化熱，或外感邪熱，或陰虛生熱，熱損衝任，損傷胎氣。	滋陰清熱，養血安胎。	保陰就加威《景岳全書》清熱安胎飲《劉奉五婦科經驗》
損傷	妊娠時因跌仆或外傷傷胎，腰痠，腹脹墜，或陰道下血。舌質正常。	跌倒閃挫或勞力過度，損傷衝任，氣血失和，致傷動胎氣。	補氣養血，固衝安胎。	聖愈湯加威《醫宗金鑑》

處方組成：請參考楊仁鄰醫師《先兆性流產的中西醫治療》

依邱峯教授團隊在 2015 年發表對 138 名正經歷妊娠早期出血女性的證型研究，認為先兆性流產的主要病位在腎、肝、脾、胃及胞宮，證型以氣虛、血熱、陰虛、氣滯的比例最高，其次為血虛、陽虛、血瘀、濕及寒，而隨著年齡的增長，腎虛的病理變化越明顯；流產次數越多，則氣虛、血虛的病理變化越明顯；經產婦的脾氣虛變化比初產婦更顯<sup>[4]</sup>。

張玉珍教授在安胎的學術思想，主要為「病證結合，重視腎脾」，故治療原則以「補腎健脾，益氣養血」為安胎的基本方法，扶脾固腎，脾腎兼顧，氣血同調，以自擬安胎方加減治療，組成為菟絲子 20g、續斷 15g、桑寄生 15g、黨參 20g、白朮 15g、杜仲 15g、山茱萸 15g、白芍 15g、製首烏 20g、砂仁 6g（後下）。但因臨床上亦有因瘀血致病者，如病人素有胞中瘀滯結塊，如子宮肌瘤、子宮內膜異位症、盆腔炎等病史，或妊娠出血為暗紅或褐、或夾血塊、或出血時間較長者，會以自擬安胎方合失笑散或三七末活血祛瘀生新，或丹參、雞血藤等養血活血，疏通胎盤微循環、增加胎盤血流量以改善胎盤功能及胎兒營養狀況，但需中病即止；又若曾有盆腔炎史，孕後腹痛為主且為陰道少

量出血者，可以當歸芍藥散調和氣血，固衝安胎。此外，張教授團隊曾統計在嶺南地區，血熱型先兆性流產也是相對常見的證型，故亦主張清熱養血安胎，以保陰煎隨證或症加減<sup>[5]</sup>。

此案例本身有子宮肌瘤及盆腔炎病史，故已存在「血瘀」的體質；而 GnRH agonist short protocol 主要是藉由 GnRH 及 LH、FSH 的作用在月經週期刺激較多濾泡同時成熟，由於在中醫理論中，「天癸」來源於腎精且受後天水穀滋養，故能驅動生殖功能，但在取卵療程中，多量的濾泡同時成熟會消耗更多精氣，而水穀來源不足加重氣血虧損，再加上個性較為焦慮，肝氣易鬱滯化火，而導致此案例同時存在血瘀、腎虛、氣血兩虛、脾失健運、肝鬱夾火的病況。

孕期出血常造成孕婦不等程度的心理壓力，尤其現代晚孕的比例攀升，甚至需藉助科技力量受孕的比例也相對提高，如何減輕孕婦的心理壓力也是一個重要課題。藉由中西醫的合作，除了可以改善症狀，也可降低孕婦的焦慮不安，減少產後情緒障礙的發生。

## 肆、後續追蹤：（表二）

表二 病況追蹤

回診日期	病況變化	處方變化
112/11/06 二診	GA : 9wks+5。臥床一周，出血量減，就診當日晨起排出一膜狀物，方才超音波檢查血已止，雙少腹牽扯感仍存續予黃體素，已停止血劑。大便暢，脹氣減。	當歸芍藥散 5 克、牡丹皮 2 克、黃連 1 克、黃柏 1 克、桑寄生 1.5 克、續斷 1.5 克、白朮 1.5 克、黃耆 1 克、菟絲子 1 克，TIDx7。
112/11/13 三診	GA : 10wks+5。11/8 工作半天又掉褐色血塊，淡紅色分泌物，頭暈冷汗出休息後可改善，因懷疑子宮頸糜爛出血是因黃體素過高所致，故婦產科停用黃體素。因小腹陣發拉扯感 (VAS : 2)，故害怕行走；有時陣發倦怠嗜睡眠中斷難再入眠，前一周末開始食入易脹，較喜酸，偶噁心欲嘔。	因開始出現胃氣上逆症狀，故在前方新增佛手 1g、竹茹 0.5g，TIDx7。
112/11/20 四診	GA : 11wks+5。11/17 出血又作，色鮮紅，量不多，雙側略抽刺感，無下墜感，無頭暈。口乾但口有西藥味。上班緊張，多言倦未眠。大便不暢。抬手時引少腹緊繃感。食入易脹，偶噁心欲嘔已無。右脈沉弦滑略數寸尺無力，左脈沉滑略弦寸尺無力；舌偏紅尖多朱點苔簿白膩。	雖出血又作，但熱勢整體較退，虛象較顯，故減輕清熱及化瘀，加重補氣。 當歸芍藥散 4 克，黃耆 1.5 克，牡丹皮 1 克，黃芩 1 克，黃柏 1.5 克，白朮 1.5 克，桑寄生 1.5 克，菟絲子 1.5 克，何首烏 1 克，佛手 1 克、川棟子 0.5 克，TIDx7。
112/11/27 五診	GA : 12wks+5。陰道分泌物略黃稠夾雜少量血絲。	出血、肌症、及腸胃道症狀較減，故調整理氣健脾的藥物。 當歸芍藥散 4 克，黃耆 1.5 克，牡丹皮 1 克，黃芩 1 克，黃柏 1 克、白朮 1.5 克、桑寄生 1.5 克、菟絲子 1.5 克，何首烏 1 克、竹茹 0.8 克、陳皮 1.2 克，TIDx7。
112/12/04 六診	GA : 13wks+5。陰道分泌物已轉透明但仍夾少量血絲，伴雙側抽刺不定側感仍，胎兒穩定成長，使用益生菌幫助腸道順暢。	熱勢較退，以滋腎養血涼血，理氣和中降逆為主軸。 四物湯 4.5 克、橘皮竹茹湯 4 克、續斷 1.5 克、黃芩 1.5 克、桑寄生 1 克、牡丹皮 1 克、黃柏 1 克、何首烏 1 克，TIDx7。
112/12/11 七診	GA : 14wks+5。近日因安胎故較少活動，分泌物淡綠黃已無夾血絲，雙側抽刺痛較減，近日對香氣較敏感，易反胃欲嘔胃脹。	因胃氣上逆、熱象較顯，故以理氣清熱降逆為主方。 橘皮竹茹湯 4.5 克、四物湯 3 克、續斷 1.5 克、黃芩 1.5 克，黃柏 1 克、黃連 0.5 克、桑寄生 1 克、牡丹皮 1.5 克、何首烏 1.5 克，TIDx7。
112/12/18 八診	GA : 15wks+5。淡黃綠色陰道分泌物及少腹抽刺感較減，反胃感有時作，大便較不暢。	維持原處方。 橘皮竹茹湯 4.5 克，四物湯 3 克，牡丹皮 1.5 克，白朮 1 克，續斷 1.5 克，黃芩 1.5 克，黃柏 0.5 克，黃連 0.5 克、桑寄生 1 克，何首烏 1 克，TIDx7。

後續中醫照護以腸胃為主，隔年五月自然產下一名健康女嬰。

## 伍、誌謝

感謝程瀞萱醫師、陳冠霖醫師、劉易欣醫師初步整理此案例作為中西聯合病例討論會的報告案例；及奇美醫院永康院區婦產部蔡永杰部長提出孕婦共照合作。

## 參考文獻

1. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, et al. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ*. 2019; 364; 869. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30894356/>
2. 楊仁鄰。先兆性流產的中西醫治療。中國中醫臨床醫學雜誌 2004；10：308-15。
3. Mouri MI, Hall H, Rupp TJ. Threatened Miscarriage. Cited May 1, 2025. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/>
4. 邱峰，黃熙理，洪麗美等。早期先兆流產的中醫證素特點。中國社區醫師 2015；31：96-99。
5. 趙穎，簡煥玲，廖慧慧。張玉珍教授安胎學術思想及經驗介紹。中醫婦科醫學雜誌 2018；22：7-14。

# A Case Report of Traditional Chinese Medicine Treatment on Threaten Abortion after In-Vitro Fertilization

Yu-Ting Wang<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Chinese Medicine, Chi Mei Medical Center, Tainan

A 34-year-old woman with uterine fibroids and retroverted uterus who received IVF, experienced three years of infertility and a spontaneous abortion. From the third week of pregnancy, she developed recurrent early pregnancy vaginal bleeding. Despite progesterone and hemostatic treatment, bleeding persisted, and she was referred for Traditional Chinese Medicine (TCM) care. She was diagnosed with fetal leakage (threatened miscarriage), with patterns of liver depression transformed into fire, qi and blood deficiency with stasis, spleen-kidney essence insufficiency, and instability of the thoroughfare and conception vessels. The treatment principle focused on regulating liver qi, resolving stasis, cleaning heat and purging fire, strengthening the spleen and replenishing qi, tonifying kidney for securing the fetus. After TCM treatment and bed rest, bleeding reduced, bowel movements decreased, and abdominal distension improved. Progesterone was discontinued, and the condition stabilized. The patient continued TCM follow-up and delivered a healthy baby girl via vagina seven months later.

**Keywords:** Early pregnancy bleeding; Threaten abortion; fetal leakage; TCM fetus-securing therapy

**\*Correspondence author:** Yu-Ting Wang, Department of Chinese Medicine, Chi Mei Medical Center, Tainan, No. 901, Zhonghua Rd., Yongkang Dist., Tainan City 710402, Taiwan (R.O.C.), Tel: +886-(06)2812811 #53784, Email: yuting0508@hotmail.com

Received 2<sup>th</sup> May 2025, accepted 25<sup>th</sup> June 2025

# 高齡孕婦子宮頸閉鎖不全安胎治療

曹嘉紋<sup>1</sup>、吳怡萱<sup>1</sup>、瞿瑞瑩<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> 馬偕紀念醫院中醫部，臺北，臺灣

本病例報告記錄一名 40 歲高齡孕婦於妊娠中期出現子宮頸閉鎖不全住院安胎之案例。患者於妊娠 17 週時被診斷為子宮頸閉鎖不全並接受 McDonald 環紮術，至 19 週 +3 天時再度出現子宮頸擴張及羊膜膨出情形，經評估後安排緊急救援型環紮術並住院安胎。住院期間接受中西醫整合的安胎治療，給予清熱安胎、理氣潤腸、健脾補腎等治法。治療期間，宮縮頻率穩定，最終於住院臥床安胎約三個月後，31 週起可下床行走並順利出院，返家持續安胎至 36 週 6 天，成功產下一名健康接近足月的新生兒。

**關鍵字：**子宮頸閉鎖不全、高齡妊娠、安胎、中西醫整合治療

## 一、前言

子宮頸閉鎖不全是指在無明顯子宮收縮或陣痛的情況下，子宮頸於第二或第三孕期初期無痛性擴張與縮短，進而導致羊膜膨出、羊膜早破、中期流產或早產等妊娠併發症。臨牀上常發生於第 14 ~ 32 週之間，特別是第 14 ~ 24 週之間為高危階段，需加強監測與處置。臨牀上此類患者常無顯著症狀，甚至在僅有輕微下腹緊縮或分泌物變化時即突發性流產，由於臨床徵象輕微且易被忽略，進展快速，提早辨識高風險族群並適時介入治療，對於延續妊娠及改善母胎預後至關重

要<sup>[1,2]</sup>。

在西醫的治療上，子宮頸環紮術 (cerclage) 是最常使用的介入方式。臨牀上，依據不同的診斷或評估標準，可分為三種施行時機：病史指標 (history-indicated)、超音波指標 (ultrasound-indicated) 與內診指標 (physical examination-indicated)。若根據病史 (如反覆第二孕期流產或極早產) 進行環紮，通常安排在懷孕 12 至 14 週間；若依超音波檢查偵測到子宮頸長度縮短 ( $\leq 25$  mm)，則建議於 24 週前完成；若於內診中發現子宮頸擴張 ( $\geq 1$  cm) 且無規律宮縮，則可在 14 至 27 週之間考慮施行急救性環紮

\* 通訊作者：瞿瑞瑩，馬偕紀念醫院中醫部，地址：10449 台北市中山區中山北路二段 92 號、電話：(02)2543-3535、Email: mkh.chu6707@gmail.com

(rescue cerclage)；此外，對高風險患者也建議補充黃體素至 36 週，以進一步降低早產風險<sup>[1]</sup>。子宮頸閉鎖不全在中醫屬於「胎動不安」、「滑胎」等範疇，多因腎虛衝任不固、中氣下陷、氣血虧虛所致。治療上需因證施治，去其所病，胎自安矣，尤宜審辨虛實、寒熱，不可拘泥於固定方藥。

本病例報告記錄一名 40 歲高齡孕婦於妊娠中期罹患子宮頸閉鎖不全接受中西醫整合安胎治療的病程，探討中西醫整合治療在安胎治療臨床效果。透過呈現患者從診斷、住院治療、會診中醫到順利生產的完整歷程，期望提供高風險妊娠照護的臨床經驗，並為中醫於妊娠期多重症狀處理中的應用價值提供參考。

## 二、病例報告

### 1. 基本資料

病歷號碼：54610000

姓名：李 OO

性別：女性

年齡：40 歲

婚姻狀況：已婚

職業：上班族

居住地：台北市

籍貫：台灣

住院日期：2023/09/27

會診日期：2023/10/02

### 2. 主訴

希望合併中醫加強安胎調理。

### 3. 現病史

患者為 40 歲孕婦，胎產史為 G3P1A1，37 歲時因子癲前症接受剖腹產，順利產下第一胎。患者於 2023 年 9 月 13 日，懷孕 17 週

門診產檢時意外發現子宮頸長度過短 (2.0 cm)，無陰道下墜感、分泌物增加、腰痠背痛等症狀，為子宮頸無痛性縮短，診斷為子宮頸閉鎖不全 (cervical incompetence)，因此於 9 月 18 日進行 McDonald 環紮術。但於妊娠 19 週又 3 天產檢時發現子宮頸擴張 0.5 fingerbreadth、羊膜囊突出，因此於 9 月 28 日接受救援型 McDonald 環紮術 (rescue cerclage)，並且住院接受安胎治療，接受黃體素 (Utrogestan 100mg QID) 及 Atosiban 靜脈滴注以延長妊娠，由於希望同時合併中醫加強安胎調理，故於 10/2 會診中醫婦科。

### 4. 過去病史

無。

### 5. 個人史

無抽菸、無喝酒、無吃檳榔。無已知藥物或食物過敏史。

### 6. 家族史

無。

### 7. 經帶胎產史

G3P1 (C/S) A1，3 年前因子癲前症接受剖腹產，順利產下第一胎。5 年前第一次早期妊娠時曾自然流產一次。

初經：13 歲，月經週期規則，D/I:7-8/28，月經色紅、月經量正常，無血塊，經來第一天輕微下腹悶痛。

### 8. 理學檢查/實驗室檢驗/影像學檢查：

#### (1) 理學檢查：

身高：157cm；

體重：70kg；BMI：28.3 (孕前體重：  
57kg；BMI: 23.1)

整體外表：正常

血壓：104/63 mmHg；

呼吸速率：16 次/分；

心跳：71 次/分；

體溫：36.8°C

意識狀態：警覺（GCS: E4V5M6）

心智狀態：正常（JOMAC: intact）

## （2）實驗室檢驗

[Blood] 2023/09/17

Hemoglobin 11.8 g/dL (參考值：11 - 16 g/dL)

RBC L 3.73\*10^6/uL (參考值：3.90 - 5.00\*10^6/uL)

Ht 34.4 % (參考值：34 - 50%)

MCV 92.3 fL (參考值：80 - 98 fL)

Platelet 282\*10^3/uL (參考值：140 - 450\*10^3/uL)

WBC 8.1\*10^3/uL (參考值：4.0 - 10.0\*10^3/uL)

[Blood] 2023/09/29

WBC 9.3\*10^3/uL (參考值：4.0 - 10.0\*10^3/uL)

CRP H 1.06 mg/dL (參考值：0 - 0.79 mg/dL)

## （3）影像學檢查

產科超音波檢查 2023/09/27 (妊娠 20 週 3 天)

Presenting part: Breech

Placental location : High posterior

FHB (Fetal Heart Beat) (+)

Cervical length: 0.26cm (子宮頸長度縮短至小於 2.5 公分，符合子宮頸閉鎖不全的診斷標準)

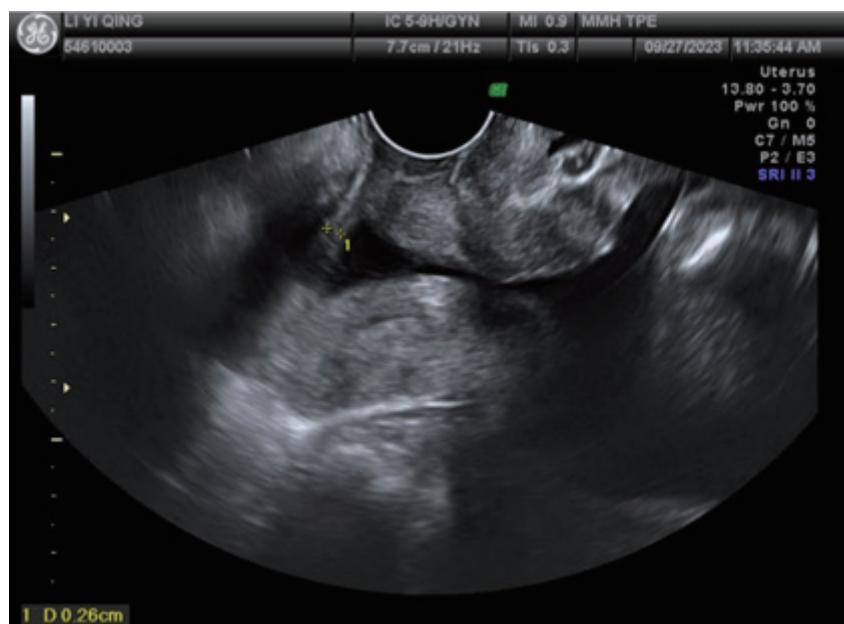
EBW (Estimated Body Weight) : 549 gm

FHB : 150bpm with moderate variability (符合平均速度每分鐘 120-160 次的正常胎兒心跳)

## 9. 中醫四診

### （1）望診：

神情略顯緊張、疲倦，面色微紅。舌紅，



（圖一）子宮頸長度 0.26cm；妊娠 24 週前超音波發現子宮頸長度縮短至小於 2.5 公分，符合子宮頸閉鎖不全的診斷標準。

苔薄白，略乾。

(2) 聞診：

語音平緩但偶有氣促，呼吸尚可，無特殊異味。

(3) 問診：

近一週無排便，已使用軟便劑 (Sennoside 與 MgO) 仍無效，需以指診協助排便，糞便質硬黑色、呈羊屎狀，排便需用力且流汗。自述平素排便頻率約 2-3 天一次，運動時較易排便，近期因安胎長時間臥床，且害怕過於用力導致羊膜膨出，排便更加困難。下腹偶有悶脹、緊縮感。納少（約半碗飯），飯後脹氣，口乾，怕熱，有時烘熱汗出，淺眠多夢，易受環境音驚擾，情緒易緊張，偶有頭暈頭脹。

(4) 切診：

寸脈弦數、關脈滑、尺脈沉細。

**10. 西醫診斷：Cervical incompetence**

中醫診斷：胎動不安

中醫證型：熱擾衝任，腸燥氣滯，脾胃不固

**11. 治則：**

清熱安胎，理氣潤腸，健脾益腎

**12. 方藥：**

2023/10/05 (20W+6)：黃芩湯 10g 麻子仁丸 2g 白朮 4g 紫蘇葉 1g 厚朴 0.7g，TID 2 日

甘麥大棗湯 2g 黃芩湯 2g 菟絲子 1g，HS 開立 2 日

**13. 方藥分析：**

以黃芩湯為主方，重用黃芩清熱瀉火、涼血安胎，白芍緩急止痛，甘草與大棗合用益氣和中，調和諸藥，全方共奏清熱安胎、緩急和中的功效，直指熱擾衝任、胎元不固之本證。麻子仁丸，潤腸通便，針對腸燥便結難排之病機，厚朴理氣行滯、除脹降逆，紫蘇葉寬中理氣、安胎，用於情志不暢、氣機壅滯，以助氣機順暢、腸道傳導恢復。白朮健脾益氣攝胎，能強化脾氣升提之力，使衝任得養、胎元得固，配合甘麥大棗湯寧心安神，情志調暢，間接穩固胎元。菟絲子補腎助陽、固精養胎，益腎固衝。

**14. 治療過程：**

日期 妊娠週數	症 狀	西醫處置	方 藥
2023/10/07 21W+1	昨日傍晚與晚上各解一次大便，均成形，色黑，量可，晚上宮縮頻率增加，子宮頸長度 1cm，焦慮擔憂 脈沉滑，舌稍暗苔少	安胎： Atosiban 2A run 6cc/hr + Progesterone 1# QID 軟便： MgO #2QID； sennoside 2#QHS； MOPROBI-LR #1 QD	黃芩湯 10g 麻子仁丸 2g 白朮 4g 紫蘇葉 1g 厚朴 0.7g， QID 開立 2 日
2023/10/09 21W+3	昨日大便兩行，成形色黑，易腹脹，食後甚，輕微影響食慾，近幾日宮縮頻 脈稍弦有力，舌稍暗苔少		黃芩湯 10g 麻子仁丸 2g 白朮 4g 菟絲子 2g 陳皮 1.2g， QID 開立 3 日

日期 妊娠週數	症 狀	西醫處置	方 藥
2023/10/12 21W+6	前天解便，出力減，排便狀況進步，但脹氣，偶爾影響睡眠，環境影響眠不佳，昨天小便有淡紅分泌物，無腰痠 脈稍弦，舌紅苔黃稍膩	安胎： Atosiban 2A run 6cc/hr + Progesterone 1# QID 軟便： MgO #2 TID ; sennoside 2# QHS ; MOPROBI-LR #1 QD	黃芩湯 10g 半夏厚朴湯 5g 麻子仁丸 2g 蕤絲子 2g 白朮 2g , QID 開立 1 日 大柴胡湯 3g 甘麥大棗湯 2g 茵薑 1g , HS 開立 3 日  黃芩 2.5 錢 白朮 3 錢 甘草 3 錢 大棗 2.5 錢 陳皮 2.5 錢 蒼朮 2.5 錢 厚朴 2.5 錢 白芍 3 錢 蕤絲子 3 錢 繢斷 3 錢 紫蘇梗 2.5 錢 , BID 開立 3 日，院內代煎
2023/10/25 23W+5	又開始難解便，餐後明顯，觸診腹部偏熱，輕微喘，10/21 吃雞排、鹽酥雞後，容易口乾，近日排尿需要蹲 10sec 才能順利解 脈滑稍弦，舌紅薄白苔	安胎： Atosiban 2A run 6cc/hr + Progesterone 1# QID 軟便： MgO #2 TID ; sennoside 2# QHS ; MOPROBI-LR #1 BID	調胃承氣湯 2g 茵薑 1.5g 平胃散 2g , QHS 開立 4 日  黃芩 3 錢 白芍 3 錢 甘草 2.5 錢 大棗 2.5 錢 白朮 4 錢 茵薑 3 錢 陳皮 2.5 錢 蒼朮 2.5 錢 厚朴 2.5 錢 浮小麥 2.5 錢 肉蓯蓉 2.5 錢 , BID 開立 6 日
2023/11/20 27W+3	自覺快感冒，輕微頭暈，鼻塞，鼻涕倒流，痰白黏稠，量少，納差，胃脹氣，目前停用益生菌，大便軟，2 日一行，輕微腸絞痛，入睡可，但淺眠多夢，容易受環境音影響。目前無宮縮，午後潮熱 脈弦緊，舌紅薄白苔	安胎： Atosiban 2A run 6cc/hr + Progesterone 1# QID 軟便： MgO #2 TID ; sennoside 2# QH	大柴胡湯 7g 茵薑 2g 蕤絲子 2g 肉蓯蓉 2g 茵薑 2g , TID 開立 2 日  黃芩 3 錢 白芍 3 錢 甘草 3 錢 大棗 2.5 錢 蕤絲子 3 錢 陳皮 2 錢 蒼朮 2.5 錢 大黃 2 錢 柴胡 3 錢 茵薑 3 錢 , BID 開立 5 日
2023/11/30 28W+6	午後潮熱症狀改善，痰量仍多色黃，納差，胃脹氣仍，晚上尤甚，大便難，已兩天無大便，容易受環境影響，不好入睡，晚上		柴胡桂枝乾薑湯 7g 平胃散 4g 調胃承氣湯 1.5g 肉蓯蓉 1.5g , TID 開立 3 日  黃芩 3.5 錢 柴胡 5 錢 白芍

日期 妊娠週數	症 狀	西醫處置	方 藥
	下腹悶悶痛感受已無 脈弦緊，舌紅薄白苔		3錢 甘草2.5錢 大棗2.5 錢 大黃2錢 半夏3錢 枳 實3錢 生薑2.5錢 石膏2.5 錢 延胡索2.5錢 陳皮2.5 錢 厚朴2錢 茯苓3.5錢 白 朮3.5錢，BID 開立7日
2023/12/04 29W+3	潮熱汗出多改善8-9成， 近日頭暈伴隨頭脹，睡前 會有短氣吸不上氣感，納 少，晚餐後脹氣，排便2 日一行泥狀，12/1 調降安 胎藥劑量至今，至今下半 夜偵測到宮縮2次 脈滑，舌紅薄白苔	安胎： Atosiban 2A run 4cc/hr + Progesterone 1# QID+ Adalat #2 SL Q4H PRN 軟便： MgO #2 TID； sennoside 2# QH	黃芩4錢 白朮4錢 白芍4 錢 茯苓4錢 陳皮2.5錢 菟 絲子3錢 大黃2錢 枳實2.5 錢 石膏2錢 知母2.5錢 延 胡索2錢，BID 開立7日
2023/12/15 31W	出院待產	安胎： Progesterone 1#	
2023/12/23 32W+1	門診回診： 眠差改善，血糖改善，站 起後排便可、腹壓重影響 排尿，痔瘡掉出 腳背痛，水腫，夜間小宮 縮，眠差多夢 脈滑，舌淡紅苔薄白	QID +Adalat #2 SL Q4H PRN 軟便： MgO #2 TID	黃芩4錢 白朮3.5錢 白芍 4錢 甘草3錢 大棗2.5錢 茯苓4錢 陳皮2.5錢 菟絲 子2.5錢 大黃2錢，BID 開立14日  甘麥大棗湯3g 小柴胡湯 2g，HS 開立14日
2024/01/06 34W+1	2265G 腰痠，預計37-38W C/S，下腹輕微緊悶 脈滑稍緊，舌淡紅苔薄白		黃芩4錢 白朮4錢 白芍4 錢 甘草3錢 大棗2.5錢 茯 苓4錢 陳皮2.5錢 菟絲子 2.5錢 大黃2錢，BID 開 立14日
2024/01/20 36W+1	預計2/5 C/S，腰痠，夜間 眠、頭暈，輕微頭痛，下 腹緊悶仍有 脈滑稍緊，舌淡紅苔薄白	拆除環紮線	黃芩4錢 白朮4錢 白芍4 錢 甘草3錢 大棗2.5錢 茯 苓4錢 陳皮2.5錢 菟絲子 2.5錢 大黃2錢，BID 開 立7日

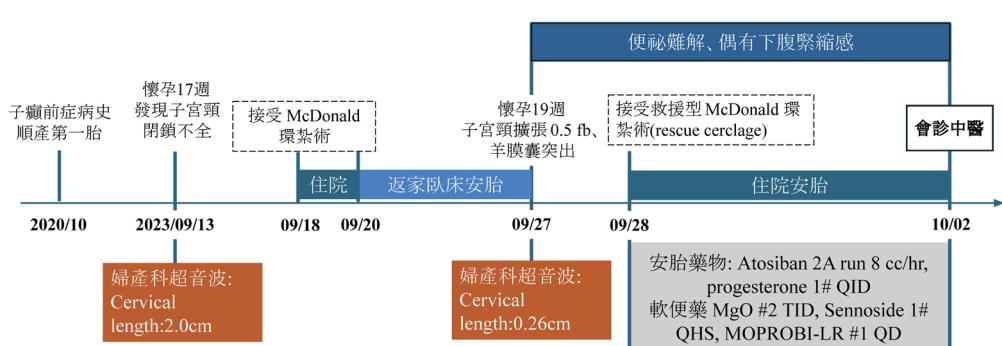
日期 妊娠週數	症狀	西醫處置	方藥
2024/01/25 36W+6	早上七點起，陰道出現大量水樣分泌物 脈滑有力，舌紅薄白苔	順利娩出一名存活男嬰 (體重 3025 公克、 身長 50 公分、 Apgar score : 10 → 10 )	
2024/01/30	住院期間傷口癒合良好、 子宮收縮狀況佳，惡露量正常，飲食、排尿及下床活動皆順暢。順利出院		

## 15. 整體回顧：

患者為 40 歲孕婦，胎產史為 G3P1A1，37 歲時因子癲前症接受剖腹產，順利產下第一胎。患者於 2023 年 9 月 13 日，懷孕 17 週門診產檢時意外發現子宮頸長度過短 (2.0 cm)，無陰道下墜感、分泌物增加、腰痠背痛等症狀，為子宮頸無痛性縮短，診斷為子宮頸閉鎖不全 (cervical incompetence)，因此於 9 月 18 日進行 McDonald 環紮術。但於妊娠 19 週又 3 天產檢時發現子宮頸擴張 0.5 fingerbreadth、羊膜囊突出，因此於 9 月 28 日接受救援型 McDonald 環紮術 (rescue cerclage)，並且住院接受安胎治療，接受黃體素 (Utrogestan 100mg QID) 及 Atosiban 靜脈滴注以延長妊娠，由於希望同時合併中醫加強安胎調理，故於 10/2 會診中醫婦科。

會診訪視患者表示近期因安胎長時間臥床，害怕過於用力會導致羊膜膨出，排便困難，已近一週無排便，已使用軟便劑 (Sennoside 與 MgO) 仍無效，上週以指診協助排便糞便質硬黑色、呈羊屎狀，排便需用力且流汗。自述平素排便頻率約 2-3 天一次，運動時較易排便，下腹偶有悶脹、緊縮感。納少 (約半碗飯)，飯後脹氣，口乾，怕熱，有時烘熱汗出，淺眠多夢，易受環境音驚擾，情緒易緊張，偶有頭暈頭脹。患者神情略顯緊張、疲倦，面色微紅。身高 157cm，體重，70kg，BMI : 28.3，整體外表正常，意識清醒，心智狀態正常，舌紅，苔薄白，略乾，寸脈弦數、關脈滑、尺脈沉細。

## 16. 時序圖



(圖二) 時序圖

## 17. 臟腑病機四要素分析

### (1) 痘因

內因：情志緊張

不內外因：高齡妊娠

### (2) 痘位

解剖病位：子宮、下消化道

臟腑病位：胞宮、脾、腎、大腸

### (3) 痘性

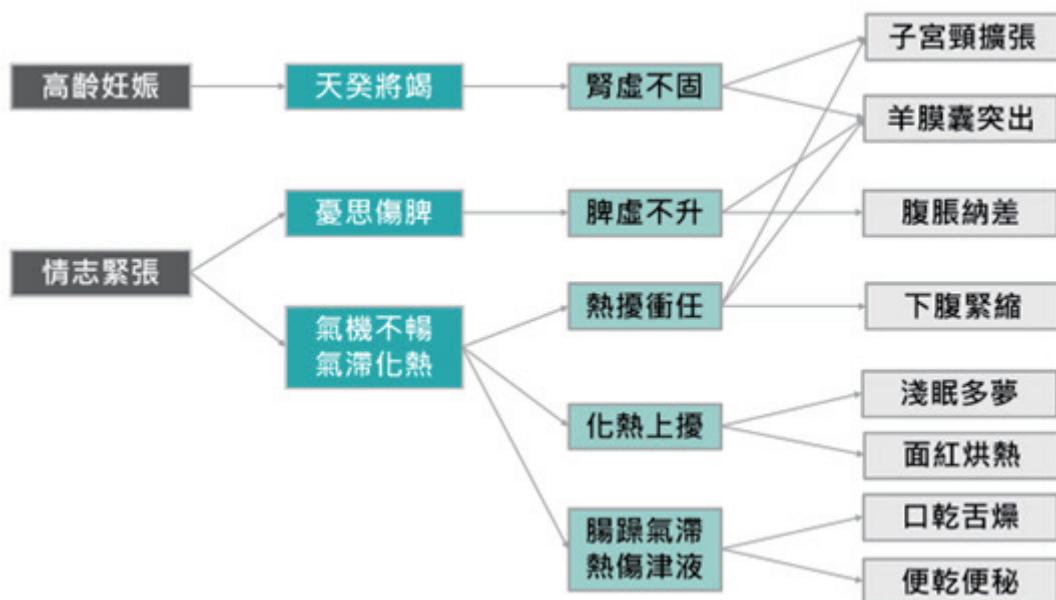
主證：子宮頸閉鎖不全、羊膜囊突出，下腹緊縮感，寸脈弦數、關脈滑、尺脈沉細，舌紅，苔薄白，略乾。

次證：近1週無排便，便祕難解，羊屎便，納差食少，淺眠多夢，烘熱汗出，口乾、面微紅，偶有頭暈頭脹。

### (4) 痘勢

患者為40歲孕婦，為高齡妊娠，依《素問·上古天真論》：「女子七七，任脈虛，太衝脈衰」，說明年齡漸長則腎氣自然虧損，天癸漸衰，腎氣不足，無以固胎，致子宮頸閉鎖不全反覆出現。又因病情反覆、需接受環紮與安胎治療，患者情志緊張、思慮過度，氣機不暢。思慮傷脾則脾失升清、運化無力，納食不振，見腹脹納差等脾虛表現。而氣鬱則生火，氣機鬱滯日久，化熱內鬱於下，迫擾衝任，故見下腹緊縮、胎氣不安之證。化熱上擾可影響心神，見淺眠多夢、心煩易驚。化熱灼津，津液損耗，腸道失潤，糞便乾結，見便祕如羊屎狀、口乾舌燥、舌紅苔乾。

## 18. 痘因病機圖



(圖三) 痘因病機圖

## 三、討論

### 1. 子宮頸閉鎖不全 (Cervical insufficiency) 之中西醫觀點

子宮頸閉鎖不全 (Cervical Insufficiency, CI) 指在無明顯子宮收縮或臨床早產徵象的情況下，子宮頸於第二孕期無痛性進行性擴張與縮短，導致羊膜膨出、早期破水、中期

流產或早產。其典型臨床症狀不明顯，部分患者可能出現骨盆壓迫感、類經前腹痛或白帶增加等非特異症狀，但大多數患者在病程早期無明顯不適。診斷上無單一標準工具，現今多以病史、內診、經陰道超音波檢測子宮頸長度（cervical length, CL）及排除其他病因為主。具代表性的診斷方式包括：(1) 病史型：無其他明顯病因下反覆第二孕期流產；(2) 內診型：妊娠 24 週前無宮縮下子宮頸擴張  $\geq 1\text{ cm}$ ；(3) 超音波型：妊娠 24 週前發現  $CL \leq 25\text{ mm}$ ，尤以曾有早產病史者風險更高。其病因多元，包含先天性膠原組織異常（如 Ehlers-Danlos syndrome）、子宮結構異常、先天發育缺陷、或後天因素如反覆子宮頸擴張術、子宮頸電環切除手術（LEEP）、錐切術、子宮頸撕裂等造成之結構性損傷。治療上，針對高風險患者可考慮子宮頸環紮術（Cerclage），依適應症可分為預防性、超音波指引型與緊急型環紮。預防性環紮多於孕 12–14 週進行，緊急環紮則於臨床發現子宮頸擴張或胎膜膨出但無感染時施行。此外，對於部分患者亦可輔以黃體素輔助安胎治療，但針對其在已接受環紮術後是否能進一步提升療效，相關研究結果仍不一致，尚無明確定論。整體而言，早期辨識高風險因子並適時介入治療，有助於延長妊娠週數、降低早產與新生兒併發症風險<sup>[2,3]</sup>。

子宮頸閉鎖不全在中醫古籍中雖無對應病名，但其臨床表現多歸屬於「胎動不安」、「胎漏」或「滑胎」等範疇。妊娠疾病的發病機理，主要由於受孕後，陰血聚於沖任以養胎，因而多使陰血偏虛；而胞脈繫於腎，若先天腎氣不足或為房室所傷，易致胎元不固；或由於脾胃虛弱，生化之源不足而影響胎元者；或因胎兒的逐漸長大，影響氣機之

升降，形成氣滯氣逆痰鬱等病理改變<sup>[4]</sup>。《傅青主女科·妊娠少腹疼》中云：「妊娠少腹作疼，胎動不安，如有下墮之狀，人只知帶脈無力也，誰知是脾腎之虧乎。」指出脾腎兩虛是胎漏、胎動不安的重要病機。又如《傅青主女科·妊娠口乾咽疼》提及：「逐月養胎，古人每分經絡，其實均不離腎水之養，故腎水足而胎安，腎水虧而胎動。」此語明確指出，腎水的充足與否與胎象是否安穩密切相關，腎水充足則胎兒正常安穩，若腎水虧虛則易致胎動不安<sup>[5]</sup>。

此外，《景岳全書·婦人規》中張景岳亦提出辨證的重要性：「凡妊娠胎氣不安者，證本非一，治亦不同，蓋胎氣不安，必有所因，或虛、或實、或寒、或熱，皆能為胎氣之病。去其所病，便是安胎之法，故安胎之方不可執，亦不可泥其月數，但當隨證隨經，因其病而藥之，乃為至善。」<sup>[6]</sup>

## 2. 中醫安胎藥物應用 - 黃芩、白朮

元代著名醫家朱丹溪曾讚譽白朮與黃芩為安胎之聖藥，在《丹溪心法》中指出：「婦人有孕則礙脾，運化遲而生濕，濕而生熱。古人用白朮、黃芩為安胎之聖藥，蓋白朮補脾燥濕，黃芩清熱之故也。」妊娠後胎兒逐漸發育，需大量氣血供養，仰賴脾胃運化功能，若脾虛水濕內生，濕久化熱，濕熱內蘊便會影響胎元穩固。<sup>[7]</sup>

《靈樞·決氣篇》有云：「中焦受氣，變化取赤是為血。朮為中焦之藥，切之有膏液而色赤，是朮雖氣分補中除濕之劑，又確有功於血分。」婦女妊娠需血氣充盈以滋養胎兒，白朮具補脾健中、助運化之效，有助提升營養吸收及氣血生成，對穩胎有積極作用。<sup>[8,9,10]</sup>

妊娠期由於母體下焦鬱熱、血熱妄行，

造成胎漏、滑胎、胎動不安，此時需清熱涼血、養陰安胎，黃芩性苦寒，入肺、胃、膽、大腸經，能清熱燥濕、涼血安胎，減少內熱擾動。以白朮健脾祛濕、黃芩清熱涼血，二藥相配，補中有清，扶正不留邪，為安胎之方。<sup>[8,9,10]</sup>

### 3. 妊娠便祕的中醫治療

妊娠期間隨子宮體積增大，腸管受壓致腸蠕動減弱，影響大腸傳導功能，加上盆腔血管受壓，下肢靜脈回流受阻，形成痔瘡、脫肛病理改變，惡性循環，與便祕互為因果，另外孕期活動量普遍減少、飲食改變也是誘發及加重便祕的重要因素，臨床常見大便乾結、排便次數減少，或雖有便意但難下之表現，輕則腹脹、腹痛，影響孕婦生活品質及心理狀態；重則引起肛裂、肛周感染、腸道梗阻，甚或因過度用力導致先兆流產、早產，臨床上應予高度重視。<sup>[11]</sup>

元代滑壽於《難經本義》中指出：「氣中有血，血中有氣，氣與血不可須臾相離，乃陰陽互根，自然之理也。」氣為血之帥，血為氣之母，二者互相資生、互為載體，中醫認為，妊娠期間婦人體內氣血津液之化生顯著增多，並經十二經脈下注於沖任與胞宮滋養胎元，形成“氣盛血虛”之特殊生理狀態，若氣血失調，可能引發全身臟腑氣機不暢，影響大腸傳導，腸道閉塞，腑氣壅遏，

便難通行，氣機升降出入異常，影響先天腎與後天脾之協同，造成「脾不養胎，腎不系胎」，形成胎動不安、滑胎、小產風險。<sup>[12]</sup>

### 4. 中西醫整合治療延長孕程

子宮頸閉鎖不全雖僅佔整體妊娠的 0.5–1%，卻是第二孕期反覆流產的關鍵病因；未環紮者於後續妊娠再次在 24 週前妊娠損失的風險高達 72%。<sup>[13]</sup> 本案例展現中醫辨證論治在高危子宮頸閉鎖不全中的輔助價值。納入清熱安胎、益腎固胎與潤腸調氣等思路後，孕程由 19+3 週成功延長至 36+6 週，與 Shen 等人利用台灣健保資料庫所示『中藥併用可降低早產風險』之結論相符。<sup>[14]</sup>

## 四、結論

本病例報告呈現一名高齡孕婦於妊娠中期發現子宮頸閉鎖不全經歷兩次環紮手術後，在常規西醫安胎治療基礎上，輔以中醫辨證論治，對於穩定胎勢、改善妊娠相關症狀具有積極意義。中醫採取清熱安胎、理氣潤腸、健脾補腎等治法，搭配辨證處方調整，整體安胎效果穩定，最終順利延至 36 週 6 天產下一名健康新生兒。此個案反應出中西醫整合治療在高風險妊娠中的臨床價值，為高風險妊娠安胎策略與跨專業照護流程提供參考經驗。

## 參考文獻

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2014; 123:372-379.
2. Brown R, Gagnon R, Delisle MF: No. 373-Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC* 2019; 41:233-247.
3. Roman A, Suhag A, Berghella V: Overview of Cervical Insufficiency: Diagnosis, Etiologies, and Risk Factors. *Clinical obstetrics and gynecology* 2016; 59:237-240.
4. 陳立德、陳榮洲、陳建霖等：中醫婦科學。台中：弘祥出版社；2006:178, 186-190。
5. 劉麗春、王淑敏：胎漏、胎動不安中醫證型與體質的相關性研究。中醫藥導報 2017；(4): 66-69。
6. 趙穎、簡煥玲、廖慧慧：張玉珍教授安胎學術思想及經驗介紹。中醫婦科醫學雜誌 2018; (22): 7-14。
7. 孫彩霞、張素華：談黃芩、白朮的安胎作用。陝西中醫，1997；(9):432-433。
8. 王隆碩、陳豪君、李俊廷：臨床常用安胎中藥機轉與安全性探討。中醫藥研究論叢 2014；17(1):57-68。
9. 于學、董建友：淺議「黃芩、白朮乃安胎聖藥」。亞太傳統醫藥 2008；4(11):114-115。
10. 康志媛、李京枝：淺談「黃芩白朮乃安胎聖藥」之說。中醫研究 2007 年；20(11):57-58。
11. 李薇：妊娠便祕的中醫治療思辨。遼寧中醫藥大學學報 2006； 8(6):92-93。
12. 劉珊珊、李祥、劉樹輝、姚美玉：從「升降出入」論治妊娠便祕。湖北中醫雜誌 2020；42(8):45-47。
13. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill*; 2022; p. 207
14. Shen HS, Chang WC, Chen YL, Wu DL, Wen SH, Wu HC. Chinese herbal medicines have potentially beneficial effects on the perinatal outcomes of pregnant women. *Front Pharmacol.* 2022;13:831-690.

# Tocolytic Treatment for Cervical Insufficiency in an Advanced Maternal Age Pregnant Woman

Chia-Wen Tsao,<sup>1</sup> Yi-Hsuan Wu,<sup>1</sup> Jui-Ying Chu<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Mackay Memorial Hospital, Department of Traditional Chinese Medicine

This case report documents a 40-year-old advanced maternal age patient who developed cervical insufficiency during the mid-trimester of pregnancy and was hospitalized for tocolytic treatment. At 17 weeks of gestation, she was diagnosed with cervical incompetence and underwent a McDonald cerclage. At 19 weeks and 3 days, she experienced recurrent cervical dilation with prolapsed membranes, prompting an emergency rescue cerclage and subsequent hospitalization for intensive care. During her hospital stay, she received an integrative treatment approach combining Western obstetric management with traditional Chinese medicine therapies, including methods such as clearing heat to stabilize the pregnancy, regulating qi to relieve the bowels, and strengthening the spleen and kidneys. Uterine contractions remained stable throughout treatment. After approximately three months of bed rest, she was allowed to ambulate at 31 weeks and was later discharged. Outpatient tocolysis continued until 36 weeks and 6 days, when she successfully delivered a healthy near-term infant.

**Keywords:** Cervical insufficiency, Advanced maternal age, Tocolysis, Integrative treatment of Chinese and Western medicine

\*Correspondence author: Jui-Ying Chu, Mackay Memorial Hospital, Department of Traditional Chinese Medicine, No. 92, Sec. 2, Zhongshan N. Rd., Zhongshan Dist., Taipei City, 10449, Taiwan. Tel: +886- (06) 2609926 Ext. 21227, Email: changch99@gmail.com

Received 30<sup>th</sup> April 2025, accepted 27<sup>th</sup> May 2025

# 中醫治療多囊性卵巢症候群病例報告

林秀玫<sup>1</sup>、呂平安<sup>1</sup>、陳文娟<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> 彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院中醫部

29 歲女性，自高中開始出現月經周期延長伴隨經期腹瀉，診斷為多囊性卵巢症候群，大三開始使用黃體素治療，用藥後月經周期規則 (I/D=30/6-7) 但經色深褐，伴隨腹瀉及痛經，若不使用催經藥則經期不至。2024/12/05 至醫院中醫部就診，中醫診斷為腎陰虛肝鬱、脾虛濕滯之月經後期，治則為滋陰疏肝健脾。患者經兩個月的治療後，未服用催經藥而經期應期而至。由此病例我們討論中醫治療多囊性卵巢之月經後期的療效，以供臨床醫師參考。

**關鍵字：**月經後期、多囊性卵巢

## 病例報告

### 個人基本資料

姓名：張 O 寧

病歷號：2994XXXX

性別：女

年齡：29

職業：高中老師

居住地：彰化

身高：151.3cm

體重：68kg (BMI 29.7kg/m<sup>2</sup>)

就診日期：2024/12/5 (Dr. 陳文娟門診)

舌脈診日期：2024/12/5

### 現病史

29 歲女性，無特殊婦科相關病史及家族史，G0P0，LMP10/11-10/17，PMP09/14-09/19 (皆西藥催經)。自述上高中以前經期規律 (I/D=30/6-7)，自高一出現月經周期延長 (I/D=60/6-7)，伴隨腹瀉症狀，就學期間有晚睡、課業壓力大的情形。因經期長期不規則 (I/D=90-120/6-7)，大三開始使用黃體素，用藥後周期規則 (I/D=30/6-7) 但經色深褐，伴隨腹瀉經痛，近三年若不使用催經藥則經期不至，於 2023 年開始規律使用催經藥，現每月 1-7 日服藥。目前月經相關伴隨症狀包含下腹脹悶 (經前 2-3 天～行經結束)、腹瀉 (經前 3 天～行經第 5 天)，經期期間腰痠加重、下巴痤瘡明顯。因其月經不規則症仍持續，遂於 2024/12/05 至本院陳文娟醫師門診就診。

### 主訴

經期不規則已十餘年

\* 通訊作者：陳文娟，彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院中醫部，地址：彰化縣彰化市旭光路 235 號 10 樓，

電話：0988519550，Email: 129123@cch.org.tw

114 年 4 月 30 日受理，114 年 6 月 18 日接受刊載

## 過去病史

過敏性鼻炎（二十餘年）  
多囊性卵巢症候群（約十年）

## 個人史

飲食：葷  
菸酒檳榔：無  
過敏史：無藥物、食物過敏

## 家族史

無特殊婦科相關病史

## 中醫四診

### 望診

神識：精神平  
體格：肥胖  
面色：膚色白、氣色平  
眼睛：無異常  
口唇：唇偏紅  
舌頭：舌瘦薄邊尖紅 齒痕 苔白厚 舌下瘀血絲色鮮紅  
毛髮爪甲：下巴、大腿內側、臍下毛髮  
粗、黑、硬  
四肢：無異常  
切診：脈左寸滑右寸虛關軟散尺沉細  
語音：音調正常，音量正常，交談明確  
有條理。  
氣味：無特殊氣味。

### 問診

全身：體重增加（十年內體重增 20kg）  
。上半身易燥熱、疲倦感明顯。  
情志：工作壓力大、易焦慮、煩躁。  
飲食：納可。食後易腹脹、胃痛。  
睡眠：入眠可，睡眠時間約 02:00-

08:00AM。易盜汗。

頭項：天冷頭痛。  
五官：過敏性鼻炎，偶晨嚏，鼻水透明。  
胸部：無不適。  
腹部：食後易腹脹。  
腰背：經期期間腰痠加重。  
四肢：無不適。  
大便：每日 2-3 行，排不淨感，質黏。  
小便：無異常。

經：

初經 12 歲，高中以前經期規律 (I/D=30/6-7)

高一開始：I/D=60/6-7，經色鮮紅量正常血塊微。伴隨症狀腹瀉（經前 3 天～行經第 5 天）

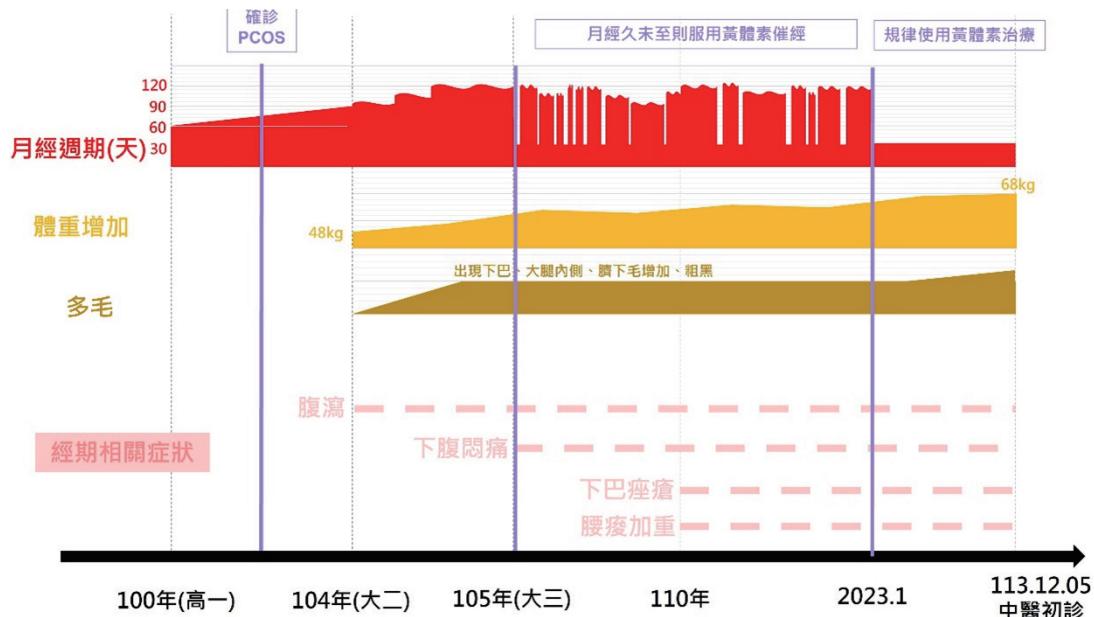
高三經婦產科確診 PCOS 未治療，症仍。  
大二 I/D=90-120/6-7。伴隨症狀腹瀉（經前 3 天～行經第 5 天）。大三開始使用黃體素：I/D=30/6-7。經色深褐量正常血塊微，經期伴隨腹瀉症狀（經前 3 天～行經第 5 天）、痛經（整個行經期）。

近三年不使用催經藥則無月經，2023 年開始服用催經藥，伴隨症狀下腹脹悶（經前 2-3 天～行經結束）、腹瀉（經前 3 天～行經第 5 天），經期期間腰痠加重、下巴痤瘡明顯。

帶：清白，質黏，時間不定。

胎產：G0P0。

## 時序圖



圖一 症狀時序圖

## 診斷

西醫：月經週期不規則、多囊性卵巢症候群

中醫：月經後期

## 理法方藥分析

### 理

《校注婦人良方》云：「女子二七而天癸至，腎氣全盛，衝任流通，經血既盈，應時而下，否則不通也。」腎主先天，藏精而主生殖，月經來潮有賴腎氣旺盛、天癸泌至、衝任通盛。病人月經後期，為多囊性卵巢症候群卵巢排卵功能異常所致，故屬腎虛範疇。結合盜汗、口乾、尺脈沉細，故可知當為腎虛偏腎陰虛。腎精虧損故見經來腰痠明顯。

葉天士《臨證指南醫案》所云：「肝腎損傷，八脈無氣。」衝任虛損，除了影響腎，也必影響肝之功能，且腎水不足涵肝木，再加上患者本身工作壓力較大。肝失疏泄，氣

機之升降失調，導致肝鬱氣滯。肝鬱化火上擾，症見身熱尤以上半身明顯、面部痤瘡。再者，「氣行則血行，氣滯則血瘀」，遂見舌下瘀血絲色鮮紅。《丹溪心法》指出：「痰夾瘀血，逆成窠囊」痰瘀互結於胞絡，於是形成多囊性卵巢的實質病理產物。肝氣鬱滯，鬱久而化火，肝火灼傷陰液，造成肝陰損傷，又其腎陰不足，存在陰虛化熱證，症見舌瘦薄紅、夜間盜汗。

長期飲食失節及長期壓力所致肝氣鬱滯、木鬱土壅，皆影響脾胃運化受納，久則損傷脾胃之氣，痰濕積聚，症見食後腹脹、解便質黏解不淨感、體胖、疲倦、關軟散、苔白厚有齒痕；又經來脾血下注血海，脾虛則化濕無權，濕濁下滲，症見經來腹瀉。

病人過敏性鼻炎反覆發作已十餘年，脈象也在右寸脈見虛脈，可知其素體表衛不固，肺氣虛損致使肺失清肅，故症見晨起鼻水透明、偶噴嚏。

法

滋陰疏肝健脾

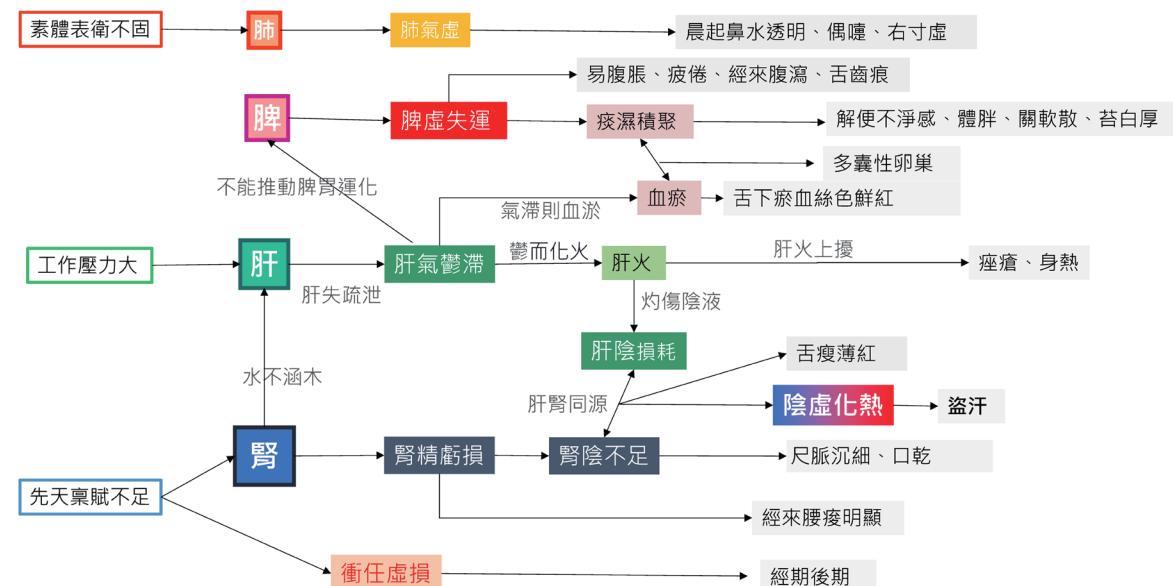
方藥

當歸芍藥散 2、加味道遙散 3.5、益母草 1、烏藥 0.5、懷牛膝 0.5、赤芍 0.5、知母 1、四逆散 1、導赤散 1.5、桑菊飲 1、辛夷清肺

湯 1，BID，7 天。

因此病人於 12 月初已服用黃體素用以催經，故初診治療方向意在使經血順勢而下。先予當歸芍藥散、烏藥、赤芍、益母草活血調經，懷牛膝補腎活血；加味道遙散、四逆散疏肝健脾，行氣化痰；導赤散、知母用以清熱，以免灼傷陰血。

## 病因病機圖



四要素

病因

病位

病性

病勢

病因病機圖

診斷與治則

處方

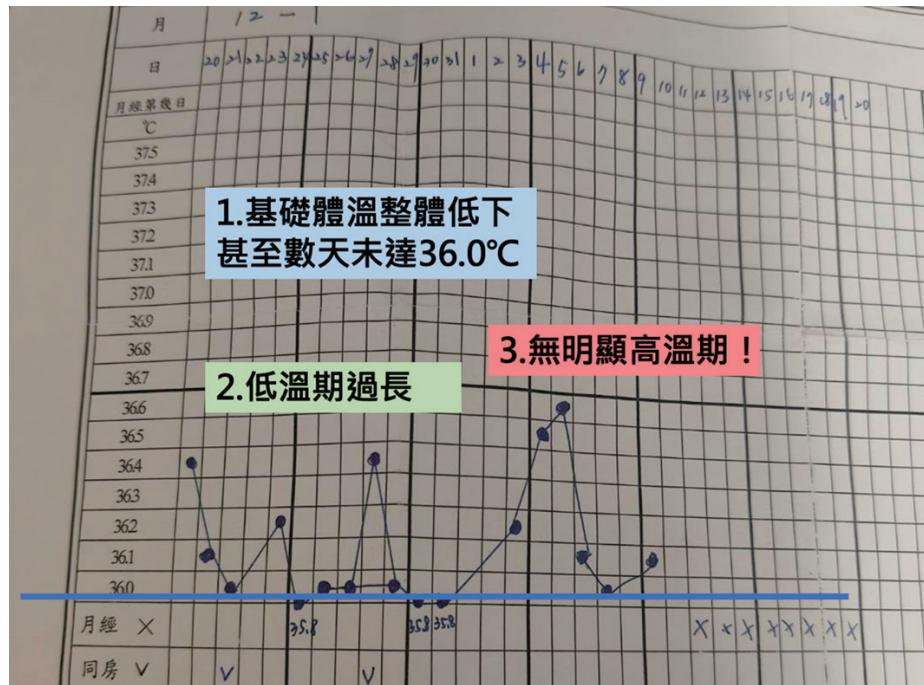
追蹤

追蹤治療經過

就診日期	主訴	處方 (g/ 天)
113/12/12 (BID*7 天)	12/07 服完催經藥後下腹悶，12/12 開始乳脹，經欲至感。腹脹，便排不淨感，沖水黏馬桶。下巴痙攣減。	當歸芍藥散 2、加味道遙散 3、益母草 1、烏藥 0.5、懷牛膝 0.5、赤芍 0.5、知母 1、四逆散 1、桑菊飲 1、辛夷清肺湯 1、白芷 1、大腹皮 1
113/12/19 (BID*7 天)	LMP12/13 ~ 12/18 經已淨。D1 ~ 2 色深黑血塊多（約 10 元硬幣大小），D3 色鮮紅 D1 ~ 3 天下腹痛；吹風頭痛，腹脹減。	加味道遙散 2、溫膽湯 2、一貫煎 2.5、菟絲子 1、知母 1、桑菊飲 1、辛夷清肺湯 2、白芷 0.5、大腹皮 1、荊芥 0.5

就診日期	主訴	處方 (g/ 天)
113/12/26 (BID*7天)	BBT36.00 1224 見蛋清樣分泌物；頭痛已無。	加味道遙散 2、溫膽湯 2、一貫煎 2.5、丹參 0.5、鹿角霜 1、知母 0.5、白芷 0.5、荊芥 0.5、大腹皮 1、桑菊飲 1、辛夷清肺湯 2
114/01/02 (BID*7天)	BBT 前幾日 36.0 度以下。近二日脹氣明顯，感冒而出現顱側頭痛、鼻水多症狀。	加味道遙散 2、一貫煎 2、丹參 0.5、鹿角霜 1、知母 0.5、白芷 0.5、荊芥 0.5、大腹皮 1、桑菊飲 1、辛夷清肺湯 2、柴葛解肌湯 1、蔓荊子 1、牛蒡子 0.5
114/01/09 (BID*7天)	BBT36.0, 0 無經欲至感，本月 1 ~ 7 號服黃體素。 整日脹氣，排氣、打嗝多。大便成形日 1 ~ 2 次。 咽癢而咳，無痰。頭痛改善。	加味道遙散 2、當歸芍藥散 2、四逆散 2 柴胡桂枝湯 1、知母 1、白芷 1、大腹皮 1、辛夷清肺湯 1、益母草 1、烏藥 0.5、懷牛膝 0.5、赤芍 0.5
114/01/16 (BID*7天)	LMP0111 經色黯黑血塊碎片多，D5 仍量多色鮮紅，下腹痛；脹氣存；咳減，頭痛減。	加味道遙散 2、溫膽湯 1、濟生腎氣丸 3、知母 0.5、白芷 0.5、荊芥 0.5、大腹皮 1、桑菊飲 1、辛夷清肺湯 2、菟絲子 1、丹參 1
114/01/23 (BID*21天)	LMP0111-0118；腹瀉已兩天；咳嗽續減，頭痛已無；眠差，夜間盜汗熱醒。	加味道遙散 2、濟生腎氣丸 2、知母 1、白芷 0.5、荊芥 0.5、大腹皮 0.5、桑菊飲 1、辛夷清肺湯 2、丹參 0.5、續斷 1、藿香正氣散 1、珍珠 - 麥穗 1、茯神 0.5
114/02/13 (BID*21天)	0201 見蛋清樣分泌物；本月開始不再使用黃體素催經，月經如期而至。LMP：0207-0212 量少色黑無血塊。脹氣，便暢日 1-2 行；咽乾口乾、過敏 鼻水作；眠平、夜間盜汗減；右肩頸緊，抽痛感。	加味道遙散 1.5、溫膽湯 1、濟生腎氣丸 3、菟絲子 0.5、丹參 0.5、續斷 0.5、知母 0.5、白芷 0.5、荊芥 0.5、大腹皮 1、桑菊飲 1、辛夷清肺湯 2、柴葛解肌湯 1

## 基礎體溫紀錄



圖二 基礎體溫表

## 討論

### 西醫部分

多囊性卵巢症候群的發生遍及整個女性群體，盛行率約為 6 至 10% 之間。常見風險因子包含：少排卵性不孕、肥胖、糖尿病、性早熟、家族史（一級親屬）、種族（墨西哥裔美國人、澳洲原住民）、藥物。<sup>[1]</sup> 多囊性卵巢症候群與卵泡發育和功能異常相關。臨床表現有卵泡液雌激素濃度低和卵泡液雄激素濃度高；卵泡發育動態異；竇狀卵泡的生長往往在直徑 5 至 8 毫米時停止，比一般成熟卵泡小。PCOS 無排卵女性的竇前卵泡密度是正常女性的 6 倍。與正常卵泡相比，早期生長（初級）卵泡的百分比較大，原始（靜止）卵泡的百分比較小，閉鎖卵泡的百分比較大。<sup>[2]</sup>

常見的臨床表現有月經不規則、高雄性素血症、痤瘡、多毛、雄性禿、多毛症（上唇上方、下巴、乳暈周圍區域、胸骨區域以及上背部和下背部）、肥胖；並可能增加發生其他疾病風險，如：子宮內膜癌、妊娠併發症、非酒精性脂肪肝、糖尿病、血脂異常等。<sup>[2]</sup> 現今對於多囊性卵巢症候群的診斷大多以 2003 年鹿特丹（Rotterdam）標準為主，符合以下三項標準中的兩項即可確診為多囊性卵巢症候群：少排卵和 / 或無排卵、高雄性素血症的臨床和 / 或生化體徵、多囊性卵巢型態的影像學證據。<sup>[3]</sup>

西醫治療主要針對患者的不同需求而定。首先對於肥胖或過重的多囊性卵巢症候群患者，應建議減重，首選方式為調整飲食和運動，研究表明，多囊性卵巢症候群女性即使體重僅減輕 5% 至 10% 也可能恢復正常

排卵週期<sup>[4-6]</sup>；對於無備孕需求的女性，可予口服避孕藥用以治療月經失調與保護子宮內膜；而對於有懷孕需求的女性，會給予促排卵藥物，在藥物治療無效的情況下，可考慮腹腔鏡卵巢鑽孔術，手術後卵巢對內源性促性腺激素的刺激較敏感，有助於優勢卵泡的生長與排卵，但手術介入的缺點包括手術風險和造成潛在的沾黏形成。<sup>[4]</sup>

## 中醫部分

中醫傳統典籍並無多囊性卵巢症候群的病名，根據其臨床特點，可歸類在「月經後期」、「閉經」、「不孕」等範疇。以臟腑病位而論，多與肝、脾、腎相關。病理產物為痰濕、血瘀。《素問》：「……女子七歲，腎氣盛，齒更髮長；二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，故有子；三七，腎氣平均，故真牙生而長極；四七，筋骨堅，髮長極，身體盛壯；五七，陽明脈衰，面始焦，髮始墮；六七，三陽脈衰於上，面皆焦，髮始白；七七，任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。」《醫學正傳》：「月水全借腎水施化，腎水既乏，則經血是以乾涸。」《傅青主女科》：「經本於腎。」經水要能如期而至有賴於腎氣的充盈、天癸泌至、衝任通盛。多數醫家認為，多囊性卵巢症候群本質與腎虛有關。究其病因病機，腎陰虛則衝任失滋，造成月經後期，甚至閉經的臨床表現。腎陽虛反映在臨床表現上則可出現基礎體溫偏低、低溫期過長等。女子以肝為先天，情志不暢，則肝氣鬱滯，甚而影響血行，使瘀血結於胞絡。氣鬱化火，則可見面頰痤瘡、多毛等症。《丹溪心法》：「肥盛婦人，稟受甚厚。恣於酒食之人，經水不調，不能成孕，以軀脂滿溢，閉塞子宮

故也。」《萬氏婦人科》：「惟彼肥碩者，膏脂充滿，元室之戶不開，夾痰者痰涎壅滯，血海之波不流，故有過期而經始行，或數月經一行，及為濁，為帶，為經閉，為無子之病。」可知痰濕亦為本病之主要病機。脾為生痰之源，飲食不節、嗜食高粱厚味，脾胃運化功能失常，易生痰濕，加之腎氣不足，氣化功能失常，更加重痰濁內生，反映在臨床表現上可見肥胖、卵巢增大、包膜增厚等。

病人治療期間同時配合量測基礎體溫（見圖二），可從12月至1月的量測表觀察到病人的基礎體溫偏低甚至數天未達36°C、低溫期延長且高溫期升溫幅度小且持續時間不足。此類表現反映出排卵功能不良、黃體功能不足，對應西醫診斷常見於卵巢功能低下或內分泌失調；從中醫角度觀之，病人先天腎精虧虛，腎陰不足，長期下來陰損及陽，證屬「腎陰陽兩虛」為本病，「脾虛痰濕」兼夾的證型。腎為先天之本，主生殖，腎陽不足，命門火衰，則無力溫煦胞宮，導致生殖功能低下，體溫偏低。脾虛則生痰濕，痰濕內生，阻滯沖任，進一步影響排卵與月經週期規律。因此，腎虛、肝鬱、脾虛為本病之常見主要病機。痰濕、血瘀則為伴隨而來之病理產物，需一併納入治療。

本病之治則主要為補腎、化痰祛瘀，根據臨證變化結合週期療法予辨證施治。結合夏桂成教授之臨床經驗，經後期以滋陰養血為主，意在培養卵泡，完善卵泡發育，並在滋陰基礎上酌加補陽藥如菟絲子、肉蓯蓉等，處方如歸芍地黃湯。經間排卵期已進入陰陽轉化階段，為促進排卵，在滋陰基礎適量加入補陽、補腎、活血等藥物，處方如補腎促排卵湯。經前期陽長陰消，意在穩定高溫相，故以補腎陽為治療重點，予血中求陽、陰中

求陽等治法，處方如右歸丸、毓麟珠加減等。行經期重陽必陰，意在引血下行，使月經來潮通暢，故以活血祛瘀，除舊生新為原則，處方如五味調經湯。<sup>[8-9]</sup>

## 結論

綜合以上病例及中西醫觀點討論，針對多囊性卵巢月經後期的病人，使用中藥治療後可以改善多囊性卵巢卵巢排卵功能障礙之問題，使月經應期而至。治療過程中，除了主病因腎虛肝鬱及痰濕阻滯之診治，治療過程中可針對病人臨床表現進行用藥加減，並配合量測基礎體溫，以確認病人體質之寒熱偏屬，精準用藥。

## 參考資料

1. Ricardo Azziz. (2023). Epidemiology, phenotype, and genetics of the polycystic ovary syndrome in adults. In Kathryn A Martin (Ed.), *UpToDate*.
2. Robert L Barbieri, MD., & David A Ehrmann, MD. (2024). Clinical manifestations of polycystic ovary syndrome in adults. In Kathryn A Martin (Ed.), *UpToDate*.
3. Robert L Barbieri., &David A Ehrmann. (2024). Diagnosis of polycystic ovary syndrome in adults. In Kathryn A Martin (Ed.), *UpToDate*.
4. Pasquali R, Antenucci D, Casimirri F, et al. Clinical and hormonal characteristics of obese amenorrheic hyperandrogenic women before and after weight loss. *J Clin Endocrinol Metab* 1989; 68:173.
5. Kiddy DS, Hamilton-Fairley D, Bush A, et al. Improvement in endocrine and ovarian function during dietary treatment of obese women with polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1992; 36:105.
6. Huber-Buchholz MM, Carey DG, Norman RJ. Restoration of reproductive potential by lifestyle modification in obese polycystic ovary syndrome: role of insulin sensitivity and luteinizing hormone. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:1470.
7. 王淑秋 , et al. “中醫治療多囊性卵巢症候群之不孕暨期刊文獻回顧。” *中醫婦科醫學雜誌* 25 (2020); 17-29.
8. 夏桂成 , 中醫婦科理論與實踐 , 人民衛生出版社 , 2003 ; 12-119 。
9. 張姬、胡榮魁。 “國醫大師夏桂成教授治療多囊性卵巢綜合徵經驗擷萃。” *中國中醫藥臨床案例成果庫* 37.7 (2023) : 1162-1166 。

# Traditional Chinese Medicine Treatment for Polycystic Ovary Syndrome: A Case Report

Hsiu-Mei Lin,<sup>1</sup> Ping-An Lu,<sup>1</sup> Wen-Jiuan Chen<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>Changhua Christian Hospital, Department of Chinese Medicine

A 29-year-old woman presented with prolonged menstrual cycles and menstrual diarrhea since high school. She was diagnosed with polycystic ovary syndrome (PCOS) and began receiving progesterone therapy during her junior year of college. After medication, her menstrual cycles became regular (I/D = 30/6–7 days), but the menstrual flow remained dark brown, accompanied by diarrhea and dysmenorrhea. Without induction therapy, menstruation would not occur spontaneously.

On December 5, 2024, she sought treatment at the Department of Traditional Chinese Medicine. The TCM diagnosis was delayed menstruation due to kidney yin deficiency with liver depression, combined with spleen deficiency and dampness retention. The treatment principle focused on nourishing yin, soothing the liver, and strengthening the spleen.

After two months of treatment, the patient experienced timely menstruation without the need for induction medications.

This case discusses the efficacy of Traditional Chinese Medicine in treating delayed menstruation associated with PCOS, providing clinical reference for practitioners.

**Keywords:** Delayed menstruation, Polycystic ovary syndrome

**\*Correspondence author:** Wen-Jiuan Chen, 10 F., No. 235, Xuguang Rd., Changhua City, Changhua County 500010, Taiwan (R.O.C.), Tel: 0988519550, Email: 129123@cch.org.tw

Received 30<sup>th</sup> April 2025, accepted 18<sup>th</sup> June 2025

# 中醫婦科醫學雜誌徵稿

中醫婦科醫學會編輯委員會

## 投稿簡則

- 一、中醫婦科醫學雜誌為台灣中醫婦科醫學會發行，每六個月一期且對外開放，凡與臨床中西醫學、基礎中醫醫學、生物科技、中醫病例討論、中醫專論等與婦科學相關之學術論著，均為本雜誌登載之對象，但以未曾登載於其他刊物者為限。
- 二、凡刊載於本雜誌之著作，其版權屬於本刊，非經本刊編輯委員會同意，不得轉載其部份或全部內容於其他刊物。
- 三、本雜誌登載之論文類別包括綜說、專論、原著、簡報、個案報告、醫學新知、臨床交流、特輯及致編者函等論述。投稿文章之刊載本刊有取捨權。

\* 綜論（Reviews）：

文獻之整體性回顧與評論，每篇限中文總字數 5000 字以內（中文文稿）或英文總字數 4000 字以內；中文摘要限 300 字以內，英文摘要限 250 字以內，參考文獻 50 篇以內。

\* 專論（Special articles）：

專題演講或某一主題之深入探討，每篇限中文總字數 6000 字以內（中文文稿）或英文總字數 4000 字以內（英文文稿）；中文摘要限 300 字以內，英文摘要限 250 字以內，參考文獻限 50 篇以內。

\* 原著（Original articles）：

具原創性之研究論述，每篇限中文總字數 5000 字以內（中文文稿）或英文總字數 4000 字以內（英文文稿）；中文摘要限 300 字以內，英文摘要限 250 字以內，參考文獻限 40 篇以內。

\* 病案或是病案系列報告（Case reports）：

初步的研究成果或是臨床上、技術上的精簡論著，其篇幅不得超過中文總字數 3000 字（中文文稿）或英文總 word 數 2500 字（英文文稿）；中文摘要限 250 字以內，英文摘要限 200 字以內，參考文獻限 35 篇以內。

\* 專題報導（Special reports）：

針對醫學相關主題提出個人看法與評論，其篇幅不得超過中文總字數 2000 字（中文文稿）或英文總 word 數 1600 字（英文文稿）；中文摘要限 240 字以內，英文

摘要限 150 字以內，參考文獻限 10 篇以內。

\* **其他專欄主題：**

涵蓋醫學新知、臨床交流、出國進修考察心得報告，其篇幅不得超過中文總字數 1500 字（中文文稿）或英文總 word 數 1200（英文文稿）；中文摘要限 240 字以內，英文摘要限 150 字以內，參考文獻限 10 篇以內。

茲將可接受投稿之文稿種類之摘要字數、全文字數以及 reference 數相關上限規定，整理於下表：

文稿種類	中文摘要字數	英文摘要字數	中文總字數	英文總字數	參考文獻數
綜論 (Reviews)	300	250	5000	4000	50
專論 (Special articles)	300	250	6000	4000	50
原著 (Original articles)	300	250	5000	4000	40
病案或是病案系列報告 (Case reports)	250	200	3000	2500	35
專題報導 (Special reports)	240	150	2000	1600	10
其他專欄主題（醫學新知、臨床交流、出國進修考察心得報告）	240	150	1500	1200	10

一、文稿編寫格式：文稿請編頁碼並請依下列順序書寫：

\* **首頁 (title page) :**

**首頁：包含**

- (1) 中英文題目（不得用縮寫），英文論文標題每個單字除冠詞、介系詞及連接詞外，第一個字母一律大寫，其餘小寫。
- (2) 所有作者中英文姓名、學位名稱與服務機關。
- (3) 通信作者中英文姓名、住址、電話、傳真及電子郵件帳號。
- (4) 英文簡題 40 個字母以內，中文簡題 15 個字以內，英文簡題第一個字母大寫外，其餘小寫。
- (5) 字數：作者應在文稿首頁右上方標示清楚全文（包括中英文摘要、本文、參考文獻、表、圖）之中文總字數（或英文總 word 數）。

Ex：1. 若第二作者等所屬醫院、單位不同，請用阿拉伯數字在作者及單位之右上角標示如：

吳龍源<sup>1</sup>，吳文碩<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 中國醫藥大學藥學院中國藥學研究所<sup>2</sup> 中國醫藥大學學士後中醫學系。

**\* 第二頁：**

摘要 (Abstract) 以 300 字為限，原著論文摘要的格式為目的 (Objectives)（簡述研究主要目標）、方法 (Methods)（簡述研究對象與方法）、結果 (Results)（簡述主要的發現）、結論 (Conclusions)（簡述研究結果的意義）等順序書寫，每篇文章均應附 3-5 個中文或英文關鍵詞 (Key words)，關鍵詞在 Medline 中必需可檢索出相關文獻。個案報告摘要的格式為目的 (Objectives)、病例報告 (Case Report) 與結論 (Conclusions)，無論中文稿或英文稿均需檢附中文摘要及英文摘要。

**\* 第三頁：**

本文：原著論文依摘要、前言、材料與方法、結果、結論（討論）、（誌謝）、參考文獻之順序書寫。個案報告依摘要、前言、病例報告、結論（討論）、（誌謝）、參考文獻之順序書寫。

- (1) 前言應包含文獻回顧及研究目的。
- (2) 材料與方法包含研究對象、研究設計、研究工具、進行步驟以及統計分析方法。
- (3) 結果包含研究發現。
- (4) 討論應包含以研究方法與結果為基礎、回顧相關文獻，並在研究方法及學術與臨床應用上作相關推論或討論。

**\* 原稿**

請以中英文電腦文書格式打字，並加標點。文內數字應用阿拉伯號碼書寫，度量衡單位用國際公認標準符號（如 cm、mm、Vm、L、dL、mL、Kg、g、mg、pg、rig、pg、Kcal、°C、msec、mm<sup>3</sup>、% 等），其他單位及符號請依國際習慣書寫。中文稿中之英文名詞，除專有名詞外一律小寫。

#### \* 表或圖內容

以中文或英文表示，每一圖表請另附說明；圖表若引用其他雜誌或書籍，請於說明後註明出處。

(1)表圖標題及表格內容細標題的第一字母要大寫，其餘除專有名詞外，一律小寫。

Table 1. The predictive factors of successful prostatectomy.

Fig 1. Serial cardiac output data after the balloon was inflated with 10 mL normal saline.

(2)表：表內不要有直線。每張表附以簡短標題，以註腳在表下方解釋表中資料，註腳所用符號一律須按下列順序：a, b, c, d, e, f.....。

(3)圖表若為相片，請準備 3 套，分別置於一個封袋，其背面均已註明題目、編號、作者姓名、以及相片上方之方向，而且圈之大小及品質確實適於製版。圖表請力求清晰，每張背面以軟鉛筆註明圖片號碼、並標明方向。照片上之箭頭或標示請以轉印紙製作，力求整潔。有關圖片檔必須提供像素解析度 300dpi。寬度 8cm 之檔案。

#### 五、參考文獻：

本刊採用 Vancouver 系統。依照引用的次序，以小字體阿拉伯數字加方括弧 [ ]，標示在文內引用處之右方。文獻按照引用之先後順序排列於引用文內引用處，如 [2]、[1,3,4]、[5-8]。Vancouver 系統書寫方式如下（請留意標點符號）：

(1)參考文獻的著者為 6 名以內時須全部加以列出；為 7 名或 7 名以上時，只列出最初 3 名，其他以“等”，“et al.”代替。參考文獻之寫法如下：

(2)期刊：請按「作者姓名：篇名期刊名稱出版年代；卷數：起訖頁數。」方式繕打。期刊名稱縮寫格式依照 Index Medicos ‘Index Medicos 中沒有的期刊，則不應採用縮寫。

中文版例：（作者姓名：題目。雜誌簡稱年號；卷數：起訖頁數）

洪金烈、陳玉昇、孫茂峰、薛宏昇、張恒鴻等：中醫辨證相關用語之語義探討。中醫藥雜誌 2009；20：65-78。

英文例：（引用之雜誌或期刊其簡稱應參照 Index Medicos 之型式）

Wang TL, Chang H: Appraisal of disaster response plan of hospitals in Taipei judged

By hospital emergency incident command system. Ann Disaster Med 2003 ; 1 : 104-111

(3)書籍：單行本請按「作者姓名：題目。編者姓名：書名，版次（卷數）。出版地：出版社，出版年代：引用部分起訖頁數。」的順序書寫。英文單行本的書名，除介系詞及冠詞外，第一字母需以大寫繕打。版例

鄭振鴻：台灣常用食物療效 180 種（初版）。台北市：聯經出版事業公司，1998：102-10。

(4)若文獻為未出版的口頭發表、壁報發表或專題論文（symposium）發表之文章時，其書寫格式為：作者：題目。於某單位主辦或主持人，研習會名稱。城市：主辦地點，國家，西元年，頁數。」的順序書寫。英文單行本的書名，除介系詞及冠詞外，第一字母需以大寫繕打。版例：

鄭振鴻：台灣中西醫整合治療之展望。中華中醫學會 2009 台北傳統醫學國際論壇。台北：台大醫院國際會議中心，2009，76-80。

(5)引用未發表的博碩士論文時，書寫格式為「作者姓名：論文名稱。未發。（碩）士論文，西年份城市：學校系所。」

陳麗華、曹麗英：艾灸介入對中年婦女尿失禁成效探討。碩士論文，2006，台北：國立台北護理學院中西醫結合護理研究。

(6)引用網路資料時，書寫格式為「作者姓名（西元年月日）：題目名稱。取得日期取自網址」。

教育部（2003 年 1 月 29 日）：從當前醫療缺失頻傳談國內醫藥護理教育問題與發展規劃。2004 年 7 月 19 曰取自 <http://140.111.1.192/minister/case/911226.html>

## 六、研究倫理：

(1)研究論文若涉及檢體採集與使用等情事，應遵守衛生署於九十一年一月二日公告『研究用人體檢體採集與使用注意事項』以落實保障受檢人權益。

(2)如研究之對象涉及使用脊椎動物者，需檢附該計畫業經所屬機構動物實驗小組審議認可之文件。

七、凡經本刊登載之文章，其超頁部分將依超過頁數酌收費用；英文修改費用由作者自付。本刊免費贈送抽印本 5 本。

八、投稿時文稿需三份，並附上 Word 格式文書檔之光碟片，按首頁、文前摘要、本文、誌謝、圖表、參考文獻及文末摘要等次序裝訂，並附上所有作者同意投稿之簽名聲明書。

來稿逕寄：中醫婦科醫學會編輯委員會（台北市信義區永吉路 30 巷 14 弄 14 號 2 樓 雜誌編輯處）。Email:csm.k1197@gmail.com



# 中華民國中醫婦科醫學會

## 中醫婦科醫學雜誌 (第三十二卷 第一期)

發行人：陳雅吟

總編輯：吳炫璋

副總編輯：鄭為仁、黃千甄

執行編輯：王淑秋、洪晨昕、廖芳儀、許雅婷

瞿瑞瑩、張簡婧鵝

地 址：台北市信義區永吉路 30 巷 148 弄 14 號 2 樓

電 話：886-2-3765-1123

傳 真：886-2-3765-1194

網 址：<http://www.tcma-7v.org.tw>

電子信箱：[twtcmgyn@gmail.com](mailto:twtcmgyn@gmail.com)

編輯印刷：文匯印刷資訊處理有限公司

地 址：108 台北市萬華區環河南路 2 段 211 號

電 話：886-2-2302-1170 ~ 3

出版日期：中華民國 114 年 6 月

定 價：新台幣 250 元

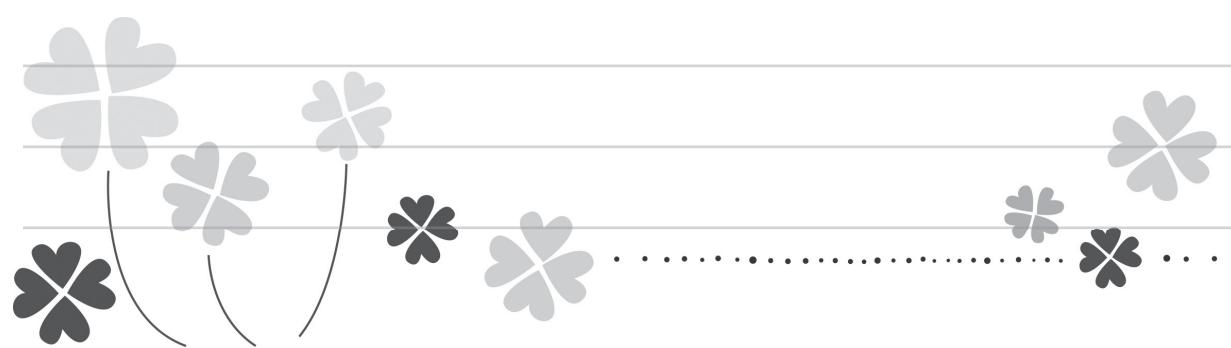
ISSN 1818-6084



9 771818 608009



# 備忘錄



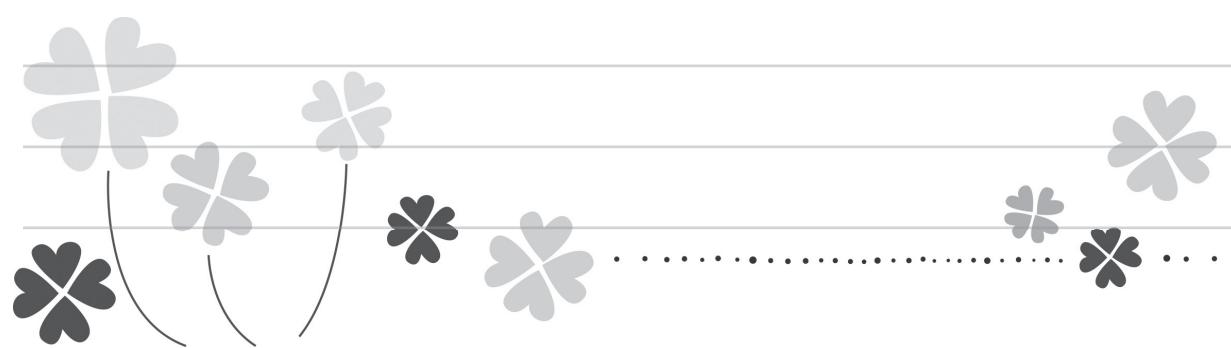


# 備忘錄



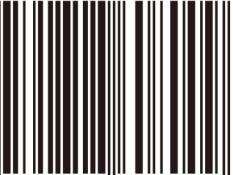


# 備忘錄





ISSN 1818-6084



9 771818 608009