

ISSN 1818-6084
DOI : 10.30030/JTCGM

中醫婦科醫學雜誌

休談 

*Journal of
Traditional Chinese Gynecology Medicine*

第 32 卷第 2 期

Volume 32. Number 2. December. 2025



中華民國中醫婦科醫學會
Traditional Chinese Medicine Association of Gynecology
中華民國一十四年十二月

中華民國中醫專科醫學會

中醫婦科醫學雜誌

發行人：吳炫璋

總編輯：鄭為仁

副總編輯：廖芳儀、吳莉瑩、黃千甄

執行編輯：王淑秋、張簡嬪鵠、許雅婷

本期責任主編：鄭為仁

本期責任編輯：廖芳儀

編輯委員：吳慈榮、李靜姿、李耿誠、陳怡斌
李佳穎、張焜宏、葉濡端、高銘偵
張永明、廖麗蘭、王玟玲、謝淑鳳
朱妍樺、陳曉萱、林穎欣、王瑜婷
陳盈佑、沈俐伶、瞿瑞瑩、邱詩方
洪晨昕、楊佩鈺、蔡欣育、黃蘭嫻
陳玉娟、李湘萍、楊紓怡、郭順利
黃奕碩、王嘉涵、林俐嘉、黃書灃

編輯助理：劉咪婷



中華民國中醫專科醫學會

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
csm.k1197@gmail.com

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

理事長序



中醫婦科醫學的發展，植基於深厚的經典理論，更仰賴長期臨床實踐所累積的經驗與反思。在現代醫療體系快速演進、女性健康需求日益多元的當下，如何使中醫婦科的臨床智慧得以被系統性整理、驗證與傳承，並與現代醫學形成具建設性的對話，是本學會長期關注的重要課題。本期《中醫婦科醫學雜誌》所收錄之多篇研究與病例報告，涵蓋婦科腫瘤術後功能障礙、不孕症、妊娠相關併發症、更年期與泌尿生殖系統疾病等臨床議題，充分展現中醫婦科在不同生命階段、不同疾病光譜中的臨床介入價值。尤其透過中西醫整合視角與個案經驗的具體呈現，使臨床思維得以被再現、被討論，也為後續研究與教學奠定基礎。學會一向鼓勵會員將臨床經驗轉化為可交流、可累積的學術成果。本刊除致力於提升研究品質與編輯水準外，亦持續朝向符合教學醫院與專科訓練需求之學術期刊目標邁進，期望成為中醫婦科臨床醫師重要的學習與發表平台，並逐步提升台灣中醫婦科在國內外學術社群中的能見度。未來，中華民國中醫婦科醫學會將持續以婦女醫學為核心，推動中醫婦科專科制度的健全發展，深化中西醫跨域整合，並強化實證與轉譯醫學的學術能量。我們相信，唯有在制度、臨床與學術三者相互支撐之下，中醫婦科才能在守護女性健康的道路上，走得穩健而長遠。謹以此序，感謝本雜誌為仁主編，芳儀副主編、責任編輯與所有作者的投入與分享，也期盼本刊內容能為讀者帶來臨床啟發與學術交流的契機。

中華民國中醫婦科醫學會 理事長

吳炫璋

謹序

2025年12月30日



主 編 序

時序入冬，在歲末年終之際，《中醫婦科醫學雜誌》第三十二卷第二期終於順利出刊。本刊自徐慧茵理事長創刊以來，經過歷任理事長與主編的努力下，逐漸成熟茁壯，尤其感佩現任理事長吳炫璋醫師在擔任主編之時，逐步將本刊的論文格式規範確立，並且透過專業編印公司將雜誌編輯印刷的品質大幅提升，並且推動本刊納入與華藝線上圖書館的檢索系統，提供全國民眾查詢與下載論文內容，雜誌內的文章目前已被國家圖書館期刊文獻資訊網的遠距服務系統「臺灣期刊論文索引系統」收錄，顯見《中醫婦科醫學雜誌》已逐漸可以被更多人認識，藉由普遍開放查詢與引用，能夠讓本會弘揚傳統醫學的本心持續受到重視與傳承。

在此感謝所有審稿委員、副主編與編輯群的大力協助，本期共有 6 篇文章付梓，本期雜誌收錄了多篇極具臨床參考價值的病例報告，內容涵蓋了從婦女經帶雜病、不孕症、妊娠併發症，到婦科腫瘤術後照護，乃至更年期泌尿生殖症候群的診治。這些文章不僅展現了中醫婦科在不同生命階段的介入優勢，更深刻體現了中西醫結合治療在解決複雜臨床問題上的關鍵角色。

在生殖醫學與婦女經帶雜病調理方面，本期有多篇精彩的病例報告。首先，義大醫院蔡欣育醫師發表的《低 AMH 女性不孕症之中醫治療病例報告》，探討了在卵巢庫存量低下的艱難挑戰下，如何透過中醫藥介入成功受孕，為臨床治療提供了寶貴經驗。台南市立醫院陳淑儀醫師、張焜宏醫師的團隊發表《運用中藥調理月經量少個案報告》，則針對現代女性常見因壓力情志導致的月經量少，提出以疏肝解鬱、養血調經為主的治療思路。台北慈濟醫院郭毓萱醫師、吳炫璋理事長、許雅婷秘書長團隊發表的《卵巢囊腫中醫治療病例報告》，呈現了中醫藥在非侵入性保守治療上的潛力，透過精準辨證治療，為不願或不適合手術的患者提供另一種替代療法的選擇。此外，隨著多樣化的免疫治療普及，長庚醫院北院區林劭昀醫師與本人共同發表的《長期使用免疫抑制劑引發更年期泌尿生殖症候群中醫病例報告》，則關注高齡或自體免疫疾病患者，因長期使用免疫抑制劑導致免疫力低下與反覆陰道感染的難題，藉由使用中藥大幅改善患者的生活品質，彌補了單純西醫治療的侷限。

在妊娠與產後照護領域，台北慈濟醫院上官琬宜醫師、許雅婷秘書長、吳炫璋理事長與婦產科陳怡伶醫師的中西醫團隊，發表的《安胎西藥治療後合併高血壓與氣喘之孕婦病例報告》，深入探討了中西醫合療在處理妊娠期複雜內科併發症中的可行性，展示中醫在急重症輔助治療中的潛力。

針對婦科腫瘤術後照護。馬偕紀念醫院中醫部曹嘉紋醫師、中國醫藥大學附設醫院蘇珊玉前理事長團隊發表的《中醫介入改善子宮內膜癌手術後下肢功能障礙之病例報告》，詳細記錄了針對達文西手術後罕見併發症—閉孔神經與股神經壓迫性損傷，與後續運用中藥與針灸進行復健的過程，對於提升癌症術後患者的生活品質與術後併發症加速康復，展示中醫西結合具其有重要的角色。

本期內容涵蓋了經、帶、胎產及雜病，從功能性失調到器質性病變，從內科調理到術後復健，充分展現了台灣中醫婦科臨床醫師在面對複雜病情時的縝密思維與靈活應變。每一篇病例報告都是臨床智慧的結晶，不僅豐富了我們的學術資料庫，更為未來的實證研究奠定了基礎。

最後，誠摯感謝所有作者的筆耕不輟與無私分享，以及編輯委員與審查專家們在百忙之中的嚴謹審閱。期盼本期雜誌能為各位讀者帶來臨床上的啟發，共同推動中醫婦科醫學的傳承與創新。

主編 鄭為仁 謹識

2025年12月30日

中醫婦科醫學雜誌

第三十二卷 第二期

民國一一四年十二月

學術論文目錄 CONTENTS

個案報告 (Case reports)

- 安胎西藥治療後合併高血壓與氣喘之孕婦病例報告：中西醫合療之探討
上官琬宜、許雅婷、陳怡伶、廖健琮、吳炫璋 ----- 1
Integrative Management of Hypertension and Asthma Following Tocolytic Therapy:
A Case Report of a Pregnant Woman Treated with Traditional Chinese and Western
Medicine
Wan-Yi Shang Kuan , Ya-Ting Hsu, Yi-Lin Chen, Chien-Tsung Liao, Hsien-Chang Wu. 13
- 長期使用免疫抑制劑引發更年期泌尿生殖症候群中醫病例報告
林劭昫、鄭為仁 ----- 15
Genitourinary Syndrome of Menopause Induced by Long-Term Use of
Immunosuppressants:A Case Report
Shao-Yun Lin, Wei-Jen Cheng ----- 25
- 中醫介入改善子宮內膜癌手術後下肢功能障礙：病例報告
曹嘉紋、謝英雪、蘇珊玉 ----- 27
Traditional Chinese Medicine Intervention in Improving Lower Limb Dysfunction
After Endometrial Cancer Surgery: A Case Report
Chia-Wen Tsao, Hsueh-Ying Hsieh , Shan-Yu Su ----- 41
- 卵巢囊腫中醫治療病例報告
郭毓萱、吳炫璋、許雅婷 ----- 42
A Case Report: Treatment of Ovarian Cyst with Traditional Chinese Medicine
Yu-Hsuan Kuo, Hsien-Chang Wu, Ya-Ting Hsu----- 51

學術論文目錄

CONTENTS

低 AMH 女性不孕之中醫治療病例報告

蔡欣育 ----- 52

Case Study: TCM Treatment for Low AMH and Infertility

Shin-Yuh Tsai ----- 63

運用中藥調理月經量少個案報告

陳淑儀、柯秉志、鄭力文、劉易欣、施佑霖、張焯宏 ----- 64

A Case Report of Hypomenorrhea Treated with Chinese Medicine

Shu-I Chen, Bing-Jhih Ke, Li-Wen Cheng, Yi-Shin Liu, Yu-Lin Shih, Chiung-Hung Chang ----- 71

投稿簡則 ----- 72

安胎西藥治療後合併高血壓與氣喘之孕婦 病例報告：中西醫合療之探討

上官琬宜¹、許雅婷^{1,2}、陳怡伶³、廖健琮⁴、吳炫璋^{1,2,*}

¹ 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院中醫部，新北，台灣

² 慈濟大學學士後中醫學系，花蓮，台灣

³ 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院婦產部，新北，台灣

⁴ 桃園風澤中醫診所，桃園，台灣

常用的安胎西藥雖能有效抑制子宮收縮、減緩先兆性流產之症狀，但長期或合併使用多種藥物時，仍可能引發相關副作用。本病例報導一位41歲孕婦（G1P0A1）。過去病史包括過敏性鼻炎、貧血、氣喘及多發性子宮肌瘤，並於備孕初期被診斷為自體免疫抗磷脂抗體症候群，接受藥物治療並透過試管療程成功受孕。病患於妊娠18週+4天時，患者出現腹痛、腰痠及大量鮮紅色陰道出血，超音波檢查顯示子宮頸長度僅1.39公分，診斷為先兆性流產，遂緊急入院安胎。住院期間先後使用安胎針劑Ritodrine、口服Nifedipine及注射與口服黃體素（Hydroxyprogesterone）。治療過程中患者出現噁心、手抖、鼻塞等副作用，一週後血壓持續升高，最終因子宮頸全開及大量陰道出血而引產。術後兩日患者再度出現胸悶、喘息、下肢水腫與陰道出血，經急診治療與心臟內科追蹤後，症狀仍間歇反覆。因持續乾咳、失眠與下腹悶痛且惡露排出夾雜黏稠血塊，遂轉求中醫治療。中醫辨證屬氣血兩虛夾瘀、肺衛不固夾寒飲。初期治以補益氣血、化瘀溫陽、宣肺止咳為主；中期調補衝任氣血，養血止血、柔肝潛陽；後期補腎益氣、養陰補血、溫中健脾以固本。治療後患者產後虛弱與咳喘症狀顯著改善，血壓亦恢復穩定。本病例提示，常用安胎藥物如 β -受體促進劑，雖能抑制子宮收縮，但於合併氣喘體質或自體免疫疾病的孕婦中，可能誘發心血管與呼吸系統副作用。中醫辨證論治可依病程階段分期施治，兼顧補虛與化瘀、調衝任與養肝腎，可協助減輕安胎藥物副作用並促進產後康復。臨床上，於施行安胎治療中應審慎評估藥物副作用風險，並可結合中醫調理以減少不適，並建議產後持續中藥調理二至三個月，以提升孕產婦之安全性與整體生活品質。

關鍵字：安胎、先兆性流產、氣喘、高血壓、安寶、中西醫結合治療

* 通訊作者：吳炫璋，佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院中醫部，地址：新北市新店區建國路289號、電話：(02)66289779，Email: xuang@ms65.hinet.net

壹、病例闡述

1. 基本資料

姓名：林○○
病歷號：701 ○○○○○
性別：女
年齡：41 歲
婚姻狀況：已婚
職業：目前休息中
籍貫：台灣
居住地：新北市新店區
會診日期：113/10/25

2. 主訴：

小產（113/10/17）後，易乾咳至喘、失眠難睡易醒已 1 週。

3. 現病史：

患者女性，41 歲，G1P0A1。既往有自體免疫高風險體質，曾因懷疑抗磷脂抗體症候群接受 Plaquenil 200 mg bid 及 Clexane 6000 IU 皮下注射。另有多發性子宮肌瘤（6 顆，其中最大 61×52 mm）與貧血（Hb 8.2 g/dL），並曾檢出 D-dimer：5716 ng/mL 異常升高。因備孕需求使用 heparin 及 Bokey，並於禾馨診所接受試管嬰兒療程後成功懷孕。

於民國 113 年 10 月 5 日（妊娠 18 週 + 4 天）因腹痛、腰痠、嘔吐及大量鮮紅色陰道出血（約每 30 分鐘需更換衛生棉）至本院急診就醫。超音波檢查顯示子宮頸長度僅 1.39 cm，診斷為先兆性流產，遂收治住院安胎。

住院期間先後使用 Ritodrine（100–200 mg，以 10–20 mL/hr 輸注）、口服 Nifedipine（5 mg PRN Q4H 2 cap）與 Dydrogesterone、注射黃體素（Hydroxyprogesterone）。治療期間患者陸續出現噁心、手抖、鼻塞鼻癢及排尿困難等副作用。10 月 9 日 Ritodrine 調整為

200 mg（17.5 mL/hr），血壓 133/87 mmHg，心跳 102 次 / 分。經風濕免疫科會診後，排除抗磷脂抗體症候群之診斷。

10 月 11 日因血壓升高至 151/88 mmHg、出現頭痛與喘息。10 月 16 日最高血壓達 189/117 mmHg，心跳 72 次 / 分，陰道內診顯示子宮頸口全開（cervical os full, station 0），婦產科判定需緊急引產，於 10 月 17 日完成引產。

術後兩天（10 月 19 日）因胸悶、喘、雙下肢水腫（pitting edema 2+）及陰道出血再度至急診。生命徵象：BP 171/106 mmHg、HR 99 次 / 分、T 37.2°C。急診排除肺栓塞及肺水腫後，給予降壓藥 Amlodipine、利尿劑 Furosemide（Lasix）及止血劑 Tranexamic acid。10 月 22 日於心臟內科門診持續追蹤，處方 Dextromethorphan、Sevikar（Amlodipine & Olmesartan）及 Trichlormethiazide。

10 月 25 日患者至本院中醫科就診，主訴產後怕冷加劇、乾咳嚴重、咳即喘作、偶胸悶、失眠及血壓偏高。雖服用止咳藥效果不佳，仍持續下腹悶痛，惡露如月經、夾血塊黏稠，於 10 月 24 日曾一度增多後漸減。為改善乾咳與失眠問題，遂轉接受中醫治療。

4. 過去病史：

孩童時期曾有過敏性鼻炎，未長期用藥控制。113 年初診斷貧血，服用鐵劑治療。113 年 11 月曾因氣喘發作使用 Symbicort Rapihaler（Budesonide/Formoterol）氣化吸入劑。

5. 個人史：

- (1) 無抽菸、喝酒、嚼檳榔。
- (2) 無藥物、食物過敏。
- (3) 無三個月內旅遊史。
- (4) 飲食習慣：葷食

6. 經產史：

- (1) 初經年齡：9 歲
- (2) 生產狀況：G1P0A1。
- (3) 月經週期：LMP：2024/5/29
- (4) 月經質量色期：色深、量大、質稠、有血塊
- (5) 經前症候群或經行不適：經行頭痛、頭暈、腰痠，但不需要服用止痛藥物
- (6) 此次流產的原因：妊娠高血壓、胎盤早期剝離、胎位不正、子宮頸縮短
- (7) 流產週數：20 週

7. 家族史：

- 母親：系統性紅斑性狼瘡（已離世）。
父親：心臟病、高血壓、糖尿病。
祖父母（父系）：高血壓、糖尿病、慢性腎臟病。

8. 理學檢查 / 實驗室檢查 / 影像學檢查：

(1) 當日生命徵象

- 身高：164 cm
體重：65.2 kg (BMI 24.2)
血壓：141/115 mmHg
心律：97 bpm

(2) 實驗室檢查

113/10/5：

因上腹部疼痛抽血，WBC $12.85 \times 10^3/\mu\text{L}$ (↑)，Neutrophil 85% (↑)。尿液檢查：蛋白尿 1+、酮體 2+、潛血 1+、細菌 1+。

113/10/19：

Hb 8.2 g/dL (↓)、CRP 1.4 mg/dL、Neutrophil 81.5% (↑)。自體免疫抗體檢查皆為陰性：ANA(-)、Anti-dsDNA(-)、Anti-cardiolipin IgM/IgG(-)、Anti- β_2 -glycoprotein(-)。

(3) 影像學檢查

心電圖 (113/10/19)：

Normal sinus rhythm；Possible left atrial enlargement (左心房肥大)。

陰道超音波 (113/10/19)：

子宮前傾 (AVF)；大小 176×111 mm (顯著增大)；子宮內膜厚度 25.7 mm (↑，正常約 8–10 mm)。

子宮肌瘤六顆，分別為：

26×28 mm (intramural, cervix)

61×52 mm (intramural)

33×28 mm (intramural)

39×35 mm (intramural)

41×35 mm (intramural)

25×21 mm (intramural)

心臟超音波 (113/10/24)：

左、右心室收縮功能正常；左心室輕度舒張功能障礙 (impaired LV relaxation)；

中度三尖瓣逆流 (TR) 及輕至中度肺動脈瓣逆流 (PR)。

肺功能檢查 (113/11/16)：

支氣管激發試驗陽性 (positive provocation test)，診斷為輕度阻塞型換氣障礙 (mild obstructive ventilatory impairment with significant bronchodilator response)。

9. 中醫四診：

(一) 望診

患者神情疲憊，面色蒼白。舌質淡紅，苔薄白帶光澤，舌邊齒痕明顯。

(二) 聞診

語音低弱帶氣音，口氣無異常氣味。

(三) 問診

全身：孕前及孕後皆感背部烘熱而腹部怕冷，夜間尤甚，影響睡眠。

情志：個性易緊張焦慮

睡眠：入睡難，夢多易醒，夜尿 1-2 次
 頭項：易頭暈
 五官：無特殊異常
 胸部：偶感胸悶，咳嗽時加劇
 腹部：無明顯壓痛或脹滿
 二便：大便每日 1 行，質軟不成形，小便正常
 腰背與四肢：無明顯異常或腫脹。

(四) 切診

左脈 - 寸細澀、關緊澀、尺濡弱；
 右脈 - 寸滑數、關緊數、尺濡弱。

10. 整體回顧：

患者女性，41 歲，G1P0A1。為自體免疫高風險族群，伴有多發性子宮肌瘤與貧血病史，於禾馨診所接受試管嬰兒療程後成功懷孕。

於 113 年 10 月 5 日（妊娠 18 週 + 4 天）出現腹痛、腰痠、嘔吐及大量鮮紅色陰道出血，至本院急診就醫後診斷為先兆性流產，遂住院安胎治療。住院期間使用安胎針劑 Ritodrine，並合併口服安胎藥及黃體素。治療過程中出現噁心、鼻塞、手抖等副作用，

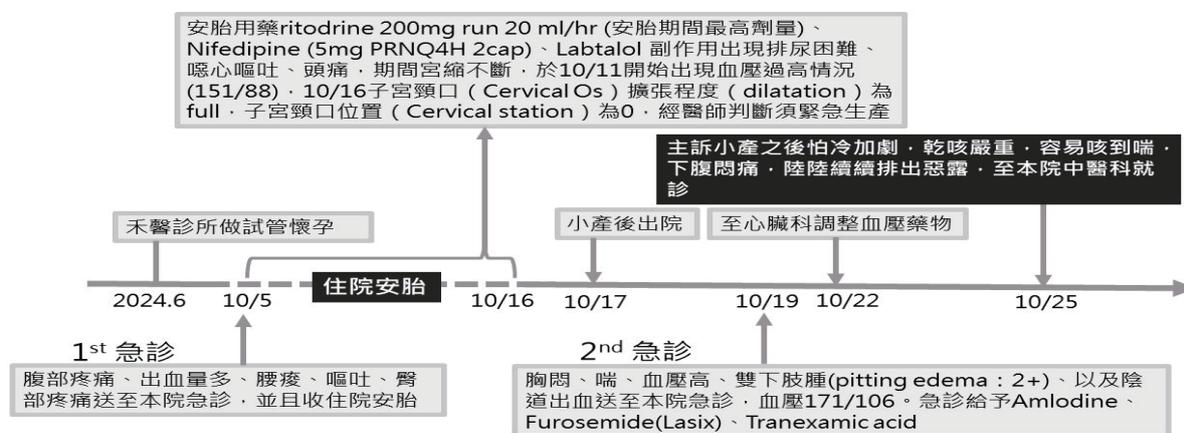
後因血壓上升、出現妊娠高血壓徵象，經婦產科評估需緊急引產，於 113 年 10 月 17 日完成引產。

引產後兩日（10 月 19 日）患者出現胸悶、喘、血壓升高、雙下肢水腫及陰道出血，再度至本院急診，經檢查排除肺栓塞與肺水腫後，給予降壓藥、利尿劑與止血藥。10 月 22 日前往心臟內科門診追蹤，持續使用止咳藥、降血壓藥及利尿劑。

10 月 25 日患者至本院中醫科就診，主訴小產後怕冷加劇、乾咳頻作、咳即氣喘、偶胸悶，且咳嗽時症狀加劇；並訴失眠、入睡困難、夢多易醒、夜尿 1-2 次。心臟內科所開止咳藥效果不佳。近來偶感下腹悶痛抽痛，惡露持續排出、量如月經、夾血塊黏稠，於 10 月 24 日一度增多後漸恢復。

中醫四診見：舌質淡紅、苔薄白帶光澤、舌邊齒痕明顯；語音低弱帶氣音。問診得知孕前及孕後背部感烘熱而腹部怕冷，伴睡眠不安。切脈：左寸細澀、關緊澀、尺濡弱；右寸滑數、關緊數、尺濡弱。

11. 時序圖：



圖一

12. 臟腑病機四要素分析

(1) 病因

內因：憂思過度，情志鬱結
不內外因：人工引產、個人體質虛弱、長期安胎藥物使用所致

(2) 病位

主要解剖病位在子宮，主要臟腑為心、肺、肝。

(3) 病性

主症：氣喘、失眠。
次症：產後下腹悶痛、失血過多、虛弱怕冷、妊娠高血壓、心悸、語音低弱氣短。

(4) 病勢

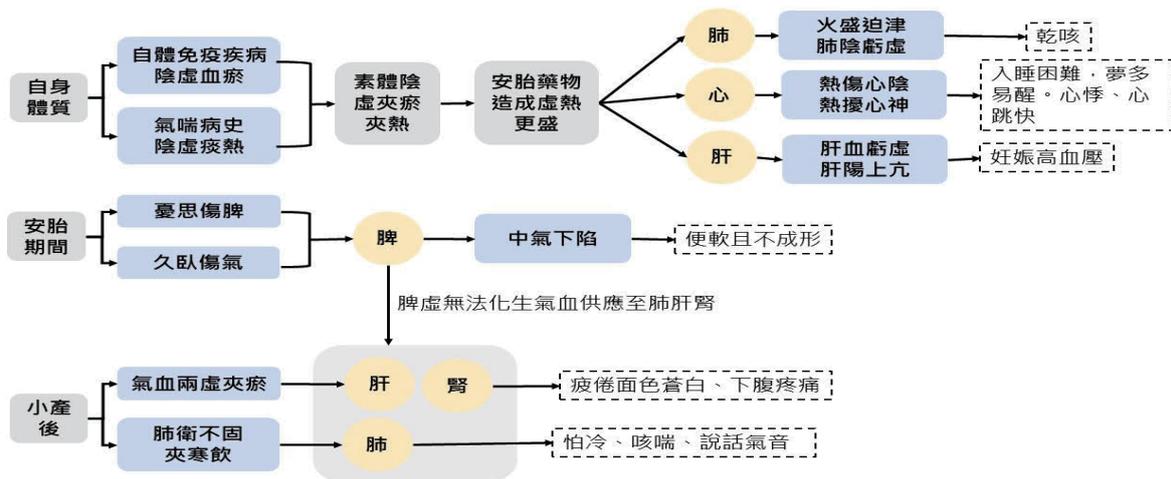
患者素體陰虛夾瘀兼痰熱，個性緊張焦慮，為自體免疫高風險族群且有氣喘病史，體質偏虛中帶熱。安胎期間使用 β -受體促

進劑等藥物，助陽耗氣，虛熱更甚，引發心悸、口乾、烘熱與氣喘等症。

此次懷孕為試管嬰兒所致，病人情志緊繃，憂思傷脾，住院久臥又損氣，加之人工引產耗傷元氣，導致氣血兩虛、中氣下陷，大便偏軟。脾氣虛則氣血生化乏源，無以上榮於肺與肝，致肺氣虛、肺衛不固，外寒乘虛而入，出現怕冷、乾咳、語音氣短等表現。肝血虛則陽無所制，肝陽上亢，形成妊娠高血壓。子宮內惡露未盡，血瘀留滯，導致下腹疼痛不適。再加上藥物副作用引動虛熱，使心陰受損，出現入睡困難、夢多易醒；肺陰不足，則見乾咳少痰。

綜合而言，本案為陰虛血瘀、氣虛下陷兼寒熱錯雜之候，病位在肺、脾、肝、心與胞宮，病性虛中夾實，標熱本虛，虛實夾雜，氣血失調，陰陽失衡。

13. 病因病機圖：



圖二

14. 診斷

西醫診斷：產後喘嗽、產後惡露不下、產後虛勞

中醫診斷：證屬「氣血兩虛夾瘀、肺衛不固兼寒飲」之證，病機核

心為氣血虧損、陰陽失調、寒熱錯雜。治療上以「補益氣血、化瘀溫化寒飲、調補衝任、固本培元」為主軸，並依病程分為初期、中期與

後期三個階段施治。

15. 治則：

初期（安胎藥物停用後至中醫初診階段）：益氣養血、化痰溫陽、宣肺止咳；中期（產後第二至四週）：調補衝任、養血止血、柔肝潛陽；後期（產後康復調理期）：補腎益氣、養陰補血、溫中健脾以固本。

16. 方藥

17. 追蹤

科學中藥

小青龍湯 1.5g 麥門冬湯 1.5g 歸脾湯 1.5g
杏仁 0.3g 款冬花 0.3g 三七 0.3g

BIDx3 天

飲片

防風 1.5 錢 荊芥 1.5 錢 桂枝 2 錢 杏仁 3 錢 紅棗 1.5 錢 山楂 0.5 錢 川芎 2 錢 桃仁 2 錢 益母草 2 錢 當歸 5 錢 澤蘭 2 錢 炮薑 2 錢

BIDx7 天，早晚各一次

113/10/25	小產 (113/10/17) 後 易乾咳至喘、失眠難睡易醒已 1 週	科中	歸脾湯 1.5g 小青龍湯 1.5g 麥門冬湯 1.5g 杏仁 0.3g 款冬花 0.3g 三七 0.3g
		飲片	山楂 0.5 錢 川芎 2 錢 桃仁 2 錢 益母草 2 錢 當歸 5 錢 澤蘭 2 錢 炮薑 2 錢 防風 1.5 錢 荊芥 1.5 錢 桂枝 2 錢 杏仁 3 錢 紅棗 1.5 錢 BIDx7 天
113/11/1	惡露些微，乾咳改善，喘改善，血壓可，心跳偏快，配合西藥服藥中，鼻水倒流，不易入睡	科中	歸脾湯 1.5g 小青龍湯 1.5g 麥門冬湯 1.5g 白芷 0.3g 蒼耳子 0.3g 杏仁 0.3g 款冬花 0.3g
		飲片	山楂 1 錢 川芎 2 錢 澤蘭 2 錢 炮薑 2 錢 杏仁 3 錢 當歸 5 錢 熟地黃 3 錢 芍藥 3 錢 桂枝 2 錢 紅棗 1.5 錢 龍眼肉 3 錢 BIDx7 天
113/11/8	惡露量很少，眠差，思慮紛紜	科中	麥門冬湯 1.5g 歸脾湯 1.5g 天王補心丹 1.2g 酸棗仁 0.3g 杏仁 0.5g 蒼耳 0.3g 阿膠 0.3g 夏枯草 0.3g
		飲片	當歸 3 錢 川芎 2 錢 熟地黃 3 錢 芍藥 3 錢 桂枝 2 錢 紅棗 1.5 錢 杏仁 2 錢 龍眼肉 3 錢 黨參 3 錢 BIDx7 天
113/11/15	惡露已無，咳嗽偶發，眠差改善		定喘湯 1.5g 天王補心丹 1.2g 女科柏子仁丸 1.5g 遠志 0.3g 酸棗仁 0.3g 川牛膝 0.3g 蒼耳子 0.3g 夏枯草 0.3g 麥芽 0.3g
113/11/29	經行延長 (LMP: 11/15-11/28)，夜咳，中斷睡眠，醒後不易入睡		天王補心丹 1.5g 定喘湯 1g 歸脾湯 1.5g 蒼耳子 0.3g 夏枯草 0.3g 酸棗仁 0.3g 菟絲子 0.3g 枸杞子 0.3g 鉤藤 0.3g

113/11/30 回診胸腔科，改善多		
113/12/2 回診心臟科，改血壓藥 labetalol		
113/12/6	眠可，夜尿一次，再入睡困難，夜咳，鼻涕倒流透明，吹風時頭痛 Hb:11.9	歸脾湯 1.5g 芎歸膠艾湯 1.5g 小青龍湯 1.2g 酸棗仁 0.3g 巴戟天 0.3g 續斷 0.3g 炮薑 0.3g 荊芥炭 0.3g 仙鶴草 0.3g
113/12/13	眠改善，多夢，咳嗽改善，體力精神可	歸脾湯 1.5g 香砂養胃湯 1.5g 酸棗仁 0.3g 巴戟天 0.3g 續斷 0.3g 炮薑 0.3g 茯神 0.3g 龍骨 0.3g 杏仁 0.3g 阿膠 0.3g 艾葉 0.3g
113/12/19	多夢緊張，夜尿 1-2 次。咳嗽有痰，上禮拜六感冒便軟一天一次，不成形。目前無使用支氣管擴張劑，決定在本院作懷孕計畫	歸脾湯 1.5g 香砂養胃湯 1.2g 小青龍湯 1.5g 酸棗仁 0.3g 茯神 0.3g 蒼耳子 0.3g 杏仁 0.3g 陳皮 0.3g 藕節 0.3g 前胡 0.3g
113/12/27	咳嗽改善，背後熱醒，眠改善，腸胃可，卵巢早衰	歸脾湯 1.5g 香砂養胃湯 1.2g 定經湯 1.5g 酸棗仁 0.3g 茯神 0.3g 蒼耳子 0.3g 杏仁 0.3g 續斷 0.3g 肉蓯蓉 0.3g 鉤藤 0.3g
114/1/3	偶咳，血壓穩定，偶潮熱	歸脾湯 1.5g 香砂養胃湯 1.2g 定經湯 1.5g 酸棗仁 0.3g 茯神 0.3g 續斷 0.3g 鉤藤 0.3g 菟絲子 0.3g 女貞子 0.3g
114/1/16	近日天氣變化，咳嗽頻繁。眠可，夜尿 1-2 次，LMP：12/28 量大時鮮紅，經後期暗紅無血塊，PMP：11/15-28 血塊多，無其餘經期不適	還少丹 1.5g 小建中湯 1.5g 菟絲子 0.3g 續斷 0.3g 山藥 0.3g 杜仲 0.3g 杏仁 0.3g 陳皮 0.3g 半夏 0.3g 茯神 0.3g 遠志 0.3g
114/1/24	經仍未至，服藥後未有行經感，稍有透明分泌物，咳嗽改善喘改善	還少丹 1.5g 小建中湯 1.5g 人參養榮湯 1.2g 杜仲 0.3g 杏仁 0.3g 陳皮 0.3g 半夏 0.3g 茯神 0.3g 遠志 0.3g
114/2/12	LMP：2/2-2/9，咳嗽改善，喘改善 家中血壓：130-140/100	還少丹 1.5g 小建中湯 1.5g 杜仲 0.3g 杏仁 0.3g 陳皮 0.3g 半夏 0.3g 茯神 0.3g 菟絲子 0.3g 補骨脂 0.3g 黃耆 0.3g
114/2/20	打噴嚏，鼻涕透明白皙，症狀持續一日，無伴隨咳嗽，使用鼻噴劑可以緩解鼻子不舒服，解便不成形，近期易疲憊 服用鐵劑 Bp:113/70	還少丹 1.5g 小建中湯 1.5g 杜仲 0.3g 杏仁 0.3g 陳皮 0.3g 半夏 0.3g 茯神 0.3g 遠志 0.3g 菟絲子 0.3g 補骨脂 0.3g 黃耆 0.3g 鵝不時草 0.3g 桂枝 0.3g 蒼耳子 0.3g

114/3/7	經行正常，量可 打噴嚏流鼻水改善，咳嗽改善，氣喘穩定改善 LMP：3/3 Bp:118/70	還少丹 1.5g 小建中湯 1.5g 杜仲 0.3g 杏仁 0.3g 陳皮 0.3g 半夏 0.3g 茯神 0.3g 遠志 0.3g 菟絲子 0.3g 補骨脂 0.3g 黃耆 0.3g 鵝不時草 0.3g 桂枝 0.3g 蒼耳子 0.3g
114/3/21	氣喘血壓穩定改善 鼻過敏穩定改善，目前 BBT 低溫期，排卵試紙測無醫囑 BBT 繼續記錄 Bp:95/62 服用血壓藥物 :labtal	還少丹 1.5g 小建中湯 1.5g 杜仲 0.3g 杏仁 0.3g 半夏 0.3g 茯神 0.3g 菟絲子 0.3g 補骨脂 0.3g 黃耆 0.3g 鵝不時草 0.3g 桂枝 0.3g 蒼耳子 0.3g

18. 治療成效

後續隨訪患者已無咳嗽氣喘等相關症狀，持續於 3/24 與 6/16 號於心臟內科就診處方血壓藥 labetalol。

貳、討論

流產 (miscarriage 或 spontaneous abortion) 是指妊娠二十週以前，胚胎或胎兒無法存活的情況。其中最常見的類型為早期妊娠流產，通常發生於懷孕的前三個月，即第一孕期內。自然流產的臨床表現多以陰道出血與下腹部痙攣性疼痛為主⁽¹⁾。影響妊娠穩定性的因素眾多。隨著母親年齡增加，流產的風險顯著上升。若孕婦合併慢性疾病，如糖尿病，其高血糖狀態可能影響胚胎的正常發育，導致畸形或早期死亡。肥胖與流產之間的關聯亦被廣泛證實，可能與賀爾蒙變化、胰島素阻抗及子宮內環境異常有關。感染因素同樣不可忽視，包括細菌、病毒及原蟲感染皆被認為會增加流產風險⁽¹⁾。此外，心理壓力亦為重要危險因子。無論急性壓力事件或長期慢性壓力，皆可能透過賀爾蒙及

免疫系統之交互作用，影響胚胎著床與妊娠穩定性⁽¹⁾。另一方面，具遺傳性凝血異常的女性，如抗磷脂抗體症候群或其他血栓性體質，其流產率亦顯著提高⁽²⁾。在本個案中，患者於妊娠 18 週 + 4 天因腹痛、腰痠與大量陰道出血就醫，超音波檢查發現子宮頸長度僅 1.39 cm，依據美國婦產科學會 (ACOG) 建議，妊娠中期子宮頸長度 < 2.5 cm 尤應提高警覺，而 < 1.5 cm 則為高度風險，與早產或流產風險顯著相關。綜合以上臨床見症，子宮頸機能不全 (cervical insufficiency) 極可能為此次流產的關鍵促發因子。其病理機轉可能與患者既有子宮結構異常 (多發性肌瘤)、自體免疫疾病體質、或接受 IVF 治療後子宮環境改變等多重因素所致。

本病例患者為 41 歲高齡初孕婦女，且具自體免疫高風險體質及多發性子宮肌瘤，屬於臨床上流產之高危險族群。雖經試管療程成功懷孕，但在安胎治療過程中，因長期使用 β - 受體促進劑及黃體素類藥物而出現氣喘、心悸、血壓升高等副作用，最終發展為妊娠高血壓並需引產。

安胎藥物 (Tocolytics) 是用來延緩早產的藥物，其主要目的是短暫抑制子宮收縮，

以爭取時間施打胎兒肺部成熟用的類固醇，或完成孕婦轉院等必要處置。根據美國婦產科醫學會（American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG）建議，目前臨床可使用多種安胎藥物，依其作用機轉及適應症而有所不同。最常用的第一線藥物為鈣離子通道阻斷劑（如 Nifedipine），其可抑制鈣離子進入子宮平滑肌細胞，達到放鬆與抑制收縮之效果，且副作用相對較少。 β_2 -腎上腺素受體刺激劑（如 Ritodrine、Terbutaline）可直接鬆弛子宮平滑肌，但常見副作用包括心悸、肺水腫、血糖波動及低血鉀等，為目前臥床安胎常用藥物之一⁽³⁾。

根據文獻，Atosiban 是少數在妊娠 18 至 24 週間被研究的安胎藥物，結果顯示其能有效抑制宮縮並延長妊娠時間，且副作用相對輕微⁽⁴⁾。黃體素（Progesterone）則可穩定子宮內膜、抑制宮縮，對胚胎著床與早期妊娠維持具有重要作用。美國《AJOG》報告指出，部分臨床試驗支持補充黃體素可降低流產風險⁽⁵⁾。ACOG（2025 年版）建議，對於單胎妊娠且有早產病史或子宮頸短者，可考慮陰道投予黃體素⁽⁶⁾；英國 NICE 指南亦建議，對於經超音波確認為宮內妊娠且有出血與流產病史的婦女，可每日使用兩次、每次 400 mg 之陰道黃體素⁽⁷⁾。

本病例患者入院後接受 Ritodrine、Nifedipine 及 Progesterone 等安胎治療，屬於臨床常見之早產預防藥物組合。然而在治療過程中，隨著藥量增加，患者出現噁心、頭痛、手抖與喘等副作用，最終發展為妊娠高血壓。ACOG 指出，使用 Ritodrine 時應密切監測呼吸道症狀與心肺功能，特別是在氣喘或心血管高風險孕婦中，因其可能誘發肺水腫、呼吸困難或心悸⁽⁸⁾。此外，亦有文獻指

出，體外受精（IVF）中使用荷爾蒙支持療程（例如高劑量黃體素支持）與妊娠期高血壓疾病及與胎盤功能異常有相關性。特別是在冷凍胚胎移植週期中，為準備子宮內膜而進行的荷爾蒙處理較密集，與妊娠高血壓與先兆子癇的發生率增加有關⁽⁹⁾。

儘管 β_2 -交感神經刺激劑具支氣管擴張作用，理論上可改善氣喘，但高劑量或靜脈注射使用時，可能引起反彈性氣喘惡化。長期刺激 β_2 受體亦可能造成受體敏感性下降，使氣喘控制困難。本案患者本身即有氣喘病史，難以完全區分產後氣喘惡化與妊娠高血壓是否由安胎治療引起，惟藥物副作用與後續症狀間之時間關聯，仍具臨床警意義。

在中醫理論中，患者產後出現乾咳、哮喘、呼吸急促、胸悶與痰多等，屬「哮喘」「喘證」範疇。兩者皆因痰濁阻滯肺氣、氣道閉塞所致。朱丹溪提出「哮喘主痰」之論，認為治療原則應「未發以扶正氣為主，既發以攻邪氣為急」。此外，患者產後仍有惡露未盡、虛寒瘀滯，符合傅青主所言「產後多虛、多寒、多瘀」之體質，宜以生化湯為基礎，行血化瘀、溫經止痛，以達「去舊生新」之效⁽¹⁰⁾。

整體治療思路，初期以緩解氣喘以及調理產後虛瘀為主，氣喘方面，主方選用小青龍湯以溫化寒飲、降氣平喘，合麥門冬湯養陰清肺，降逆下氣；另以款冬花與杏仁為止咳潤肺藥，宣降肺氣，化痰止嗽。血虛與失眠方面，採用歸脾湯補益氣血，健脾安神。產後惡露不暢則以生化湯加減等溫經活血之品，以補中有話、化瘀不傷陰，達到排惡露與補血雙重作用。中期惡露已盡，即改以天王補心丹、定喘湯等調治心肺陰虛之用方並且加重酸棗仁、遠志、夏枯草、鉤藤以安神

降壓、改善失眠與血壓偏高等症狀。待氣喘緩解之後，後期則以歸脾湯合香砂養胃湯健脾溫中，改善氣血虛弱與食慾不振。最後轉用定經湯舒肝補腎，養血調經方向。最終以還少丹配小建中湯溫中補虛，固本培元。整體而言，本病例顯示安胎藥物雖具抑制宮縮之效，但在氣喘或自體免疫高風險孕婦中，仍應審慎評估副作用風險。中醫辨證施治能於病後階段發揮補虛、化瘀、調氣與潤肺之效，協助產婦恢復氣血平衡、改善呼吸與睡眠狀態，對於安胎藥物相關後遺症之中西醫合療具有臨床價值。

在近年文獻中，亦有多例報告支持中醫介入安胎與預防早產之臨床價值。許雅婷等（2022）報導一例 35 歲初產婦，因子宮頸閉鎖不全合併胎動不安，使用 Ritodrine 後效果不佳並出現胸腹脹悶症狀。中醫介入後辨證施治，不僅明顯改善胸悶不適，亦顯著降低宮縮頻率，最終順產健康男嬰，顯示中醫治療可作為安胎藥物副作用之輔助調理⁽¹¹⁾。黃家瑩等（2022）則報導一位 41 歲多次早產史孕婦，自妊娠 28 週起接受中醫分期調理，配合甘麥大棗湯、黃芩湯、大柴胡湯等方劑以調肝理氣、清熱安胎，成功延至妊娠 36 週 + 2 日順產⁽¹²⁾。李嘉菱等（2010）報導一名 32 歲孕婦，因子宮頸閉鎖不全及 Ritodrine 治療後仍持續陰道出血與宮縮。經中醫辨證以補氣養血、化瘀止血之法治療後，症狀緩解且最終足月分娩⁽¹³⁾。此外，曾瑋涵等（2023）多例研究指出，中醫以「補腎固衝」「養血安胎」結合西醫臥床與黃體素治療，可有效延長妊娠週數、降低早產率與副作用發生⁽¹⁴⁾。綜合上述文獻可見，中西醫結合於高危妊娠之整合治療，不僅可提升孕婦安全性，亦能減輕安胎藥物副作用、改善妊娠結局。本病

例結果與前述研究一致，顯示中醫介入於安胎藥物治療後之調理具臨床可行性與潛在價值。

從諸多住院中西醫合療安胎成功的臨床案例中可見，現代中醫師在面對胎漏、胎動不安等患者時，應同時考量孕婦現行西藥治療所可能引發的體徵與副作用，作為辨證論治之參考依據。本案亦提示，住院安胎期間的病機常有階段性轉變，並非單純的「腎虛」所能概括。《格致餘論》有云：「陽施陰化，胎孕乃成。血氣虛損，不足榮養，其胎自墮。或勞怒傷情，內火便動，亦能墮胎。推原其本，皆因於熱。」此段論述說明氣血虛損為胎墮之本，而內熱乃由虛致。現代臨床中，孕婦久臥不動、脾胃氣虛，氣血生化乏源，長期脾胃運化功能失調，易導致血虛與陰虛並見，進而出現虛熱之象。《素問·陰陽應象大論》曰：「思傷脾、怒傷肝、恐傷腎。」過度憂思可損脾氣、耗氣傷血，致胞脈失養；情志抑鬱則肝氣鬱結，久之氣鬱化火，傷及陰血，陰虛生內熱，血熱而胎動不安⁽¹⁵⁾。臨床上，孕婦若因妊娠不適導致睡眠品質不佳，心神失養，再加上安胎藥物如 Ritodrine 的副作用（心悸、氣促、噁心、頭痛、焦躁等），則更易形成「陰虛於下、陽擾於上、水不濟火」之病理機制，使虛火愈明。多篇臨床報告均顯示，中醫適時介入可協助穩定孕婦病情、緩解安胎藥物副作用，並促使安胎藥劑量逐步下降，達到「標本兼治」之效果。《景岳全書·安胎二十》指出：「凡妊娠胎氣不安者，證本非一，治亦不同。……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。」此論強調治療應因人、因時、因病而異，隨證調整，方為安胎之大法。

本案即體現此精神 - 在辨證分期治療的過程中，兼顧虛實寒熱之變化，靈活選方施藥，既能緩解藥物副作用，又可促進產後氣血平衡與生理恢復，展現中西醫合療於高危妊娠中的臨床價值與理論深度。

參、結語

本案中醫治療重點在於針對 Ritodrine 使用後所引起的呼吸症狀（氣喘）與產後惡露未盡、氣血兩虛等體虛狀況進行辨證施治。治療上以「補益氣血、化瘀溫化寒飲、調補衝任、固本培元」為主軸，並依病程分為初期、中期與後期三個階段施治，依病程階段靈活選方，兼顧虛實寒熱之轉變。臨床上，Ritodrine 為 β_2 受體刺激劑，長期使用易耗氣傷陰、擾動心肺，導致虛熱與氣逆並見。治療過程中，患者氣喘與胸悶明顯改善，血壓逐步穩定，體力與睡眠品質亦顯著提升，顯示中醫介入可有效緩解安胎藥物所致的不適與副作用。

本病例顯示安胎藥物雖能短期抑制宮縮、延緩早產，但在氣喘或自體免疫高風險族群中，仍可能引起心肺負荷與內分泌變化。若能於安胎治療後適時中醫介入可作為輔助治療策略：辨證論治能協助減輕藥物副作用、平衡陰陽、促進產後氣血復原並提升整體生活品質。未來可進一步進行臨床與實證研究，以探討中西醫合療於安胎期間副作用管理的機轉與療效，建立更完善的整合醫療模式，促進高風險妊娠照護的安全與全人化發展。

參考文獻

1. Sarah Prager, MD, MAS, Elizabeth Micks, MD, MPH, Vanessa K Dalton, MD, MPH. Pregnancy loss (miscarriage): Clinical presentations, diagnosis, and initial evaluation. UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Accessed [Jun 2025].
2. Charles J Lockwood, MD, MHCM, Kenneth A Bauer, MD. Inherited thrombophilias in pregnancy. UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Accessed [Jun 2025].
3. Jenkins SM, Mikes BA. Preterm Labor. 2025 Feb 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL)
4. Richter ON, Dorn C, van de Vondel P, Ulrich U, Schmolling J. Tocolysis with atosiban: experience in the management of premature labor before 24 weeks of pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2005 Jun;272(1):26-30.
5. Coomarasamy A, Devall AJ, Brosens JJ, Quenby S, Stephenson MD, Sierra S, Christiansen OB, Small R, Brewin J, Roberts TE, Dhillon-Smith R, Harb H, Noordali H, Papadopoulou A, Eapen A, Prior M, Di Renzo GC, Hinshaw K, Mol BW, Lumsden MA, Khalaf Y, Shennan A, Goddijn M, van Wely M, Al-Memar M, Bennett P, Bourne T, Rai R, Regan L, Gallos ID. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. Am J Obstet Gynecol. 2020 Aug;223(2):167-176.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Updated Clinical Guidance for the Use of Progestogen Supplementation for the Prevention of Recurrent Preterm Birth. Practice Advisory. Updated April 6, 2023.
7. Wise J. NICE recommends progesterone to prevent early miscarriage. BMJ. 2021 Nov 24;375:n2896.
8. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstetrics & Gynecology 128(4):p e155-e164, October 2016.
9. Gu F, Wu Y, Tan M, et al. Programmed frozen embryo transfer cycle increased risk of hypertensive disorders of pregnancy: a multicenter cohort study in ovulatory women. Am J Obstet Gynecol MFM. 2023;5(1):100752.
10. 陳世峰、葉家豪。傳青主女科產後門用藥研究。北市中醫會刊 2009；15(1)，50-66。
11. 許雅婷、陳怡伶、廖苑伶、林亞萱、吳炫璋。胎動不安合併子懸之中西醫結合治療病例報告。中醫藥研究論叢 2022；25(2)，69-81。
12. 黃家瑩、陳光偉、瞿瑞瑩。41 歲多次早產史孕婦中醫安胎之病例報告。中醫藥研究論叢，2022；25(1)，99-112。
13. 曾瑋涵、龔彥穎、陳方佩、張凱惟。中西醫結合治療先兆早產之病例報告。北臺灣中醫醫學雜誌，2023；15(1)，53-75。
14. 李嘉菱、邱燦宏、蘇珊玉。中西醫結合治療子宮頸閉鎖不全合併先兆早產之病例報告。中醫藥雜誌，2021；21(1&2)，63-74。
15. 孟景春、王新華：黃帝內經素問解釋，39-58，文光圖書，台灣。

Integrative Management of Hypertension and Asthma Following Tocolytic Therapy: A Case Report of a Pregnant Woman Treated with Traditional Chinese and Western Medicine

Wan-Yi Shang Kuan¹, Ya-Ting Hsu^{1,2}, Yi-Lin Chen³, Chien-Tsung Liao⁴, Hsien-Chang Wu^{1,2*}

¹ Department of Chinese Medicine, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation, New Taipei City, Taiwan

² School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan

³ Department of Obstetrics and Gynecology, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation, New Taipei City, Taiwan

⁴ Taoyuan Fengze Chinese Medicine Clinic, Taoyuan, Taiwan

Commonly used tocolytic agents can effectively inhibit uterine contractions and alleviate the symptoms of threatened miscarriage; however, prolonged or combined use of multiple drugs may induce cardiovascular and respiratory side effects. This case report describes a 41-year-old pregnant woman (G1P0A1) with a history of allergic rhinitis, anemia, asthma, and multiple uterine fibroids, who was diagnosed with antiphospholipid antibody syndrome prior to conception. After successful in vitro fertilization, she developed abdominal pain, low back soreness, and profuse bright-red vaginal bleeding at 18 weeks and 4 days of gestation. Ultrasonography revealed a cervical length of 1.39 cm, leading to the diagnosis of threatened miscarriage. The patient was hospitalized and treated with **Ritodrine**, **Nifedipine**, and **Hydroxyprogesterone**. During treatment, she experienced nausea, tremor, and nasal congestion, and after one week, her blood pressure continued to rise. Due to massive vaginal bleeding and complete cervical dilation, labor was induced. Two days postpartum, she again presented with chest tightness, dyspnea, lower limb edema, and vaginal bleeding. Despite emergency treatment and cardiology follow-up, her symptoms persisted intermittently. Owing to persistent dry cough, insomnia, lower abdominal discomfort, and thick bloody lochia, she sought Traditional

*Correspondence author: Wu Hsien-Chang, Department of Chinese Medicine, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation, New Taipei City, Taiwan, No. 289, Jianguo Rd, Xindian Dist, New Taipei City 23142, Taiwan (ROC).
Tel: +886- (02) 66289779, Email: xuang@ms65.hinet.net

Chinese Medicine (TCM) care.

The TCM diagnosis was Qi and Blood deficiency with blood stasis and Lung defense weakness complicated by retained cold-fluid. The therapeutic principle was based on a phase-specific strategy: in the early stage, to tonify Qi and Blood, resolve stasis, warm Yang, and relieve cough; in the middle stage, to regulate the Chong and Ren meridians, nourish Blood, stop bleeding, and soothe the Liver; and in the late stage, to tonify the Kidney, replenish Qi, nourish Yin and Blood, and strengthen the Spleen for fundamental recovery. After treatment, the patient's postpartum weakness and dyspnea improved markedly, and her blood pressure stabilized.

This case demonstrates that β_2 -adrenergic agonists, while effective in suppressing uterine contractions, may trigger cardiovascular and respiratory side effects in pregnant women with asthma or autoimmune conditions. TCM syndrome differentiation and phase-based management—balancing tonification and dispersion, regulating Chong and Ren, nourishing the Liver and Kidney, and harmonizing Qi and Blood—can improve postpartum recovery and mitigate drug-related discomfort. Clinically, physicians should carefully evaluate the potential risks of tocolytic therapy and consider adjunctive TCM intervention to reduce side effects. Continued herbal treatment for 2–3 months postpartum is recommended to restore systemic balance and enhance maternal well-being and quality of life.

Keywords: threatened miscarriage, tocolytic agents, β -adrenergic agonist, asthma, preeclampsia, Traditional Chinese Medicine, integrative therapy

長期使用免疫抑制劑引發更年期泌尿生殖症候群中醫病例報告

林劭昀¹、鄭為仁^{1,2,*}

¹ 長庚紀念醫院中醫部，桃園市，台灣

² 長庚大學醫學院中醫系，桃園市，台灣

更年期泌尿生殖症候群（Genitourinary Syndrome of Menopause, GSM）主要源於雌激素濃度下降，導致陰道黏膜薄化與組織脆弱。除了老化因素外，長期使用免疫抑制劑亦被認為是削弱黏膜防禦力、導致反覆陰道炎的重要因素之一。本病例報告探討中醫藥治療一位長期使用免疫抑制劑之高齡女性，罹患萎縮性陰道炎與反覆帶下之臨床經驗。患者為 74 歲女性，罹患僵直性脊椎炎多年，長期接受免疫抑制劑 Golimumab 治療。主訴長期陰道分泌物黏稠色白、陰部搔癢加重約一年，並伴隨下腹悶脹、腰痠、睡眠障礙及腸胃不適，西醫診斷為萎縮性陰道炎。中醫診斷其病機為年老體虛、脾腎氣虛導致水濕內停，復因免疫抑制劑損傷黏膜防禦，致濕熱下注，證屬「脾腎氣虛，濕熱下注」。治療原則採「清熱燥濕，健脾固腎，安神收斂」。處方以黃連解毒湯、天王補心丹、完帶湯、平胃散等加減治療。經中醫調理後，患者帶下分泌物顯著減少，陰部搔癢感緩解，睡眠與腸胃症狀亦有改善。結論：對於長期使用免疫抑制劑導致黏膜免疫力低下的高齡患者，中醫藥能透過調補脾腎與清熱燥濕的方法，有效改善更年期泌尿生殖症候群相關症狀，提供常規西醫治療外的另一種輔助選擇。

關鍵字：更年期泌尿生殖症候群、免疫抑制劑、萎縮性陰道炎、中醫藥、病例報告

一、前言

更年期泌尿生殖症候群（Genitourinary syndrome of menopause, GSM）是更年期造成雌性激素下降導致陰道黏膜薄化、上皮彈性降低、血流減少、組織脆弱容易出血，影響陰道、尿道、外陰部與膀胱的系列泌尿生殖系統變化。此症似於過往認知的萎縮性陰道

炎，同時更廣泛包含泌尿道症狀^[1]。除更年期外，產後與哺乳期亦是此症好發時機^[2]。臨床上常見症狀包括陰道乾澀、陰道瘙癢、性交疼痛、頻尿、尿急以及泌尿道感染。罹患此症的女性常因諱疾忌醫以及臨床醫師不一定積極聯想這些症狀，導致此病雖盛行率 50% 但仍有許多未診斷出來的潛在患者^[3]。除年老、雌激素濃度下降以外，長期使用免

* 通訊作者：鄭為仁，長庚紀念醫院中醫部，地址：333 桃園市龜山區頂湖路 123 號，電話：(03)319-6200，Email: misterarren@gmail.com

疫抑制劑目前亦被認為造成陰道炎因素之一。

二、病例報告

1. 基本資料：

姓名：陳○○

病歷號：236XXXX

年齡：74 歲

婚姻狀況：已婚

職業：退休

籍貫：台灣

居住地：台灣桃園

初診日期：114/05/12

2. 主訴：

長期陰道分泌物與搔癢感，加重約一年

3. 現病史：

這是一位 74 歲女性，本身患有僵直性脊椎炎多年，長期使用免疫抑制劑 Golimumab。此次就診主訴陰道發炎，反覆帶下約一年，分泌物呈黏稠白色，伴下腹悶脹及偶有腰痠。既往有胃潰瘍病史，服用西藥後易出現胃痛，平時以益生菌調整腸胃功能，二便尚可，惟睡眠品質不佳，因而尋求中醫婦科門診期望改善陰道發炎、分泌物與其他睡眠、腸胃等情況。

自 114 年 5 月於中醫婦科初診後，帶下分泌物略減，仍偶有陰部搔癢。服用西藥後胃痛持續，需合併胃藥。當時二便正常，睡眠稍有改善，能入睡，但常於半夜 1-2 點早醒。至 114 年 8 月，分泌物進一步改善，每日約一行，色白，僅伴輕微陰部搔癢。睡眠稍進步，晚間 7-8 點入睡，惟常於午夜 12 點醒後反覆難眠，清晨 4 點起床後規律步行運動。至 114 年 9 月，分泌物已少發，但新出

現頭悶脹與耳鳴，睡眠時間仍短，並持續有腸胃不適。調整藥物一個月後，帶下仍少發，耳鳴及頭悶脹於天氣變化時偶有加重，睡眠時間依舊偏短。

4. 過去病史：

萎縮性陰道炎（有陰道分泌物以及陰部搔癢）

子宮平滑肌瘤 10mm 與卵巢附件囊性病灶（無惡性腫瘤現象）（民國 94 年發現）無其他婦科相關病史。無服用荷爾蒙相關製劑。

無高血壓、糖尿病、高血脂、心臟病。

有僵直性脊椎炎多年，長期服用免疫抑制劑 Golimumab

胃潰瘍、腸躁症伴隨輕微腹瀉。

5. 個人史：

無使用菸酒檳榔。無已知食物或藥物或敏史。

6. 家族史：

父親：高血壓、中風。

母親：癌症。

兄弟：腎病。

7. 經帶胎產史：

停經時間：民國 91 年

民國 94 年婦癌科門診檢查顯示：萎縮性陰道炎、有陰道分泌物以及陰部搔癢、子宮肌瘤與附件囊性病灶、無惡性腫瘤現象。

8. 理學檢查 / 實驗室檢驗 / 影像學檢查：

(1) 理學檢查：

身高 154cm，體重 60kg，BMI：25.3

IBW：50.4kg

整體外表：正常

意識狀態：警覺（GCS：E4V5M6）

心智狀態：正常（JOMAC：intact）

PV（114/101/09）：atrophic cervix,

dryness.

PV (114/03/20) : mild atrophic vaginal mucosa.

(2) 實驗室檢查：

無

(3) 影像學檢查：

陰道超音波 114/01/09 : retroverted uterus, the endometrial stripe measured 2 mm in thickness. Bil. adnexae were free of tumors. Imp, the endometrial stripe measured 2 mm in thickness.

9. 中醫四診：

(1) 望診：

精神可。舌淡紅、苔薄白、舌苔略少。

(2) 聞診：

語音低微，無異常氣味。

(3) 問診：

眠差、偶有頭悶脹感、胃食道逆流感、腸躁症偶腹瀉、陰道分泌物多以及陰部搔癢

感多年，近一年加劇。

(4) 切診：

雙側脈沉細。

10. 西醫診斷：

Leiomyoma of uterus, unspecified

Atrophic vaginitis

Ankylosing spondylitis

中醫診斷：

癥瘕、陰癢、帶下（脾腎氣虛，濕熱下注型）、瘕證

11. 治則：

清熱燥濕，健脾固腎，安神、收斂、止帶

12. 方藥：

BID 服用

黃連解毒湯 300mg 濃縮丸劑 2pc

天王補心丹 1.2g 完帶湯 1.6g 平胃散 0.6g

龍骨 0.5g 茯神 0.3g 黃芩 0.6g 懷牛膝 0.4g

黃柏 0.3g 車前子 0.5g

13. 中藥治療過程

追蹤日期 / 症狀 / 舌脈診	方藥與分析
114/05/12 長期發炎、反覆帶下，分泌物色白黏稠。下腹悶脹、腰痠稍有。大小便可。平時容易胃痛、吃西藥胃痛、胃潰瘍；服用益生菌。眠少。 僵直性脊椎炎，長期使用免疫抑制劑 Golimumab。 舌淡紅、苔薄白苔略少。 脈沉細。	中藥 [BID]：黃連解毒湯 300mg 濃縮丸劑 2pc、天王補心丹 1.2g、完帶湯 1.6g、黃柏 0.3g、車前子 0.5g、平胃散 0.6g、龍骨 0.5g、茯神 0.3g、黃芩 0.6g、懷牛膝 0.4g 處方：21 天 分析：清熱解毒與安神收斂並存，並保有完帶湯之利帶成分與平胃散調中。整體偏向「以清熱解毒與安神收斂為主兼補中調理」。
114/06/02 服用西藥胃痛、胃潰瘍。帶下分泌物服藥後略減少。大小便可。躺下可入眠，然 1-2AM 易早醒。 僵直性脊椎炎，長期使用免疫抑制劑 Golimumab。 舌淡紅、苔薄白苔略少。 脈沉細。	中藥 [BID]：黃連解毒湯 300mg 濃縮丸劑 2pc、天王補心丹 1.2g、完帶湯 1.5g、車前子 0.5g、龍骨 0.5g、茯神 0.3g、黃芩 0.6g、懷牛膝 0.4g、桂枝龍骨牡蠣湯 1g 處方：21 天 分析：以桂枝龍骨牡蠣湯加強改善睡眠。

追蹤日期 / 症狀 / 舌脈診	方藥與分析
<p>114/06/23 服藥後帶下分泌物較少，偶有陰癢。9PM 就寢，可入眠，然 1-2AM 仍易醒。口乾、容易有痰、痰多。</p> <p>僵直性脊椎炎，長期使用免疫抑制劑 Golimumab。</p> <p>舌淡紅、苔薄白苔略少。</p> <p>脈沉滑。</p>	<p>中藥 [BID]：黃連解毒湯 300mg 濃縮丸劑 2pc、天王補心丹 1.2g、完帶湯 1.6g、車前子 0.5g、龍骨 0.5g、黃柏 0.3g、茯神 0.3g、黃芩 0.6g、懷牛膝 0.4g</p> <p>處方：42 天</p>
<p>114/08/04</p> <p>服藥後帶下分泌物較少，約一天一次，色白。陰部搔癢仍稍有。睡眠稍進步，8AM 入睡、12AM 醒，醒後難眠反覆，4AM 起床運動。</p> <p>僵直性脊椎炎，長期使用免疫抑制劑 Golimumab。</p> <p>舌淡紅、苔薄白苔略少。</p> <p>脈沉細。</p>	<p>中藥 [BID]：黃連解毒湯 300mg 濃縮丸劑 2pc、天王補心丹 1.2g、完帶湯 1.6g、黃柏 0.3g、車前子 0.5g、生地黃 0.4g、龍骨 0.4g、茯神 0.3g、黃芩 0.5g、懷牛膝 0.3g、桂枝龍骨牡蠣湯 0.8g</p> <p>處方：42 天</p>
<p>114/09/22</p> <p>服藥後分泌物少發。頭偶悶脹、耳鳴。眠差，睡眠短，腸胃不適。</p> <p>僵直性脊椎炎，長期使用免疫抑制劑 Golimumab。</p> <p>舌淡紅、苔薄白苔略少。</p> <p>脈沉滑。</p>	<p>中藥 [BID]：黃連解毒湯 300mg 濃縮丸劑 2pc、天王補心丹 1g、龍骨 0.4g、黃柏 0.3g、茯神 0.5g、黃芩 0.5g、鉤藤 0.3g、七味白朮散 1.2g</p> <p>處方：28 天</p> <p>分析：用七味白朮散加強健脾益氣、和胃生津。並以鉤藤清熱平肝息風，改善頭悶脹感與耳鳴。</p>
<p>114/10/20</p> <p>服藥後分泌物少發。睡眠較短、易早醒、變天頭悶脹稍有。</p> <p>僵直性脊椎炎，長期使用免疫抑制劑 Golimumab。</p> <p>舌淡紅、苔薄白苔略少。</p> <p>脈沉滑。</p>	<p>中藥 [BID]：黃連解毒湯 300mg 濃縮丸劑 2pc、天王補心丹 1g、龍骨 0.4g、黃耆 0.5g、茯神 0.5g、黃芩 0.5g、鉤藤 0.3g、七味白朮散 1.2g、天麻鉤藤飲 1.6g</p> <p>處方：28 天</p> <p>分析：加入黃耆加強補中益氣之力。</p>
<p>* 期間無西醫婦產科門診追蹤。</p>	

14. 整體回顧：

這是一位 74 歲女性，罹患僵直性脊椎炎多年，長期使用免疫抑制劑 Golimumab。過去病史包括胃潰瘍，服用西藥後常出現胃痛，需合併胃藥治療。平時以益生菌調整腸胃功能，二便大致正常。

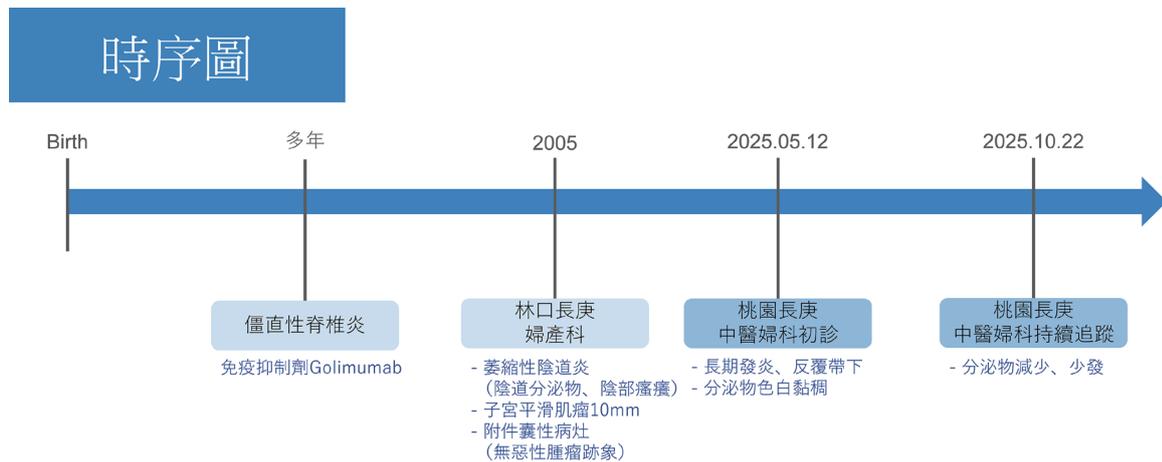
患者於 114 年 5 月因陰道長期發炎與反覆帶下至中醫婦科就診，主訴分泌物黏稠色白，伴下腹悶脹及偶有腰痠。初診後帶下略減，仍偶有陰部瘙癢。當時睡眠品質不佳，雖可入睡，但常於半夜 1-2 點早醒。至 114 年 6 月，分泌物仍偏少，偶有陰癢，並合併

口乾與痰多。睡眠約可持續 3 小時，之後易醒。8 月時分泌物進一步改善，每日約一行，色白，僅伴輕微陰部搔癢。睡眠稍進步，晚間 7-8 點入睡，但常於午夜 12 點醒後反覆難眠，清晨 4 點起床後規律步行運動。9 月時分泌物已少發，但新出現頭悶脹與耳鳴，睡眠時間仍短，並持續有腸胃不適。10 月追蹤時，症狀大致相似，仍有耳鳴與天氣變化時的頭悶脹，睡眠時間偏短。當時檢驗總膽固醇 214 mg/dl。生命徵象方面，血壓多介於

138-161/71-102 mmHg，脈搏 69-74 次/分，體重約 58-60 公斤，BMI 24-26。舌診多呈淡紅舌、苔薄白，脈象沉細、偶爾沉滑。

綜合而言，患者為高齡女性，長期免疫抑制治療下出現反覆帶下與萎縮性陰道炎相關症狀，並合併腸胃不適與睡眠品質差。帶下及陰癢症狀隨治療改善，睡眠進步但仍易早醒。並伴隨耳鳴、頭悶脹感以及腸胃不適，將持續中醫治療。

15. 時序圖



16. 臟腑病機四要素分析

(1) 病因

不外因：

年事高、體虛久病、眠差、使用免疫抑制劑（Golimumab）

內因：

身體不適影響情志不舒

(2) 病位

解剖病位：

陰道、子宮、下腹部

臟腑病位：

脾、腎

(3) 病性

主證：

帶下黏稠色白、陰部瘙癢、下腹悶脹、睡眠短淺

次證：

耳鳴、頭悶脹、口乾痰多、胃痛、舌淡紅苔薄白、脈細滑/沉細

(4) 病勢

患者主訴陰道分泌物多、黏稠色白以及瘙癢感多年，是為帶下與陰癢。此外，患者腸胃道長年脆弱，易見胃痛、胃食道逆流、胃潰瘍、腸躁症等，可知其脾胃功能不佳。《內經·至真要大論》「諸濕腫滿，皆屬於脾。」《千金方》「婦人帶下，或白或黃或赤，

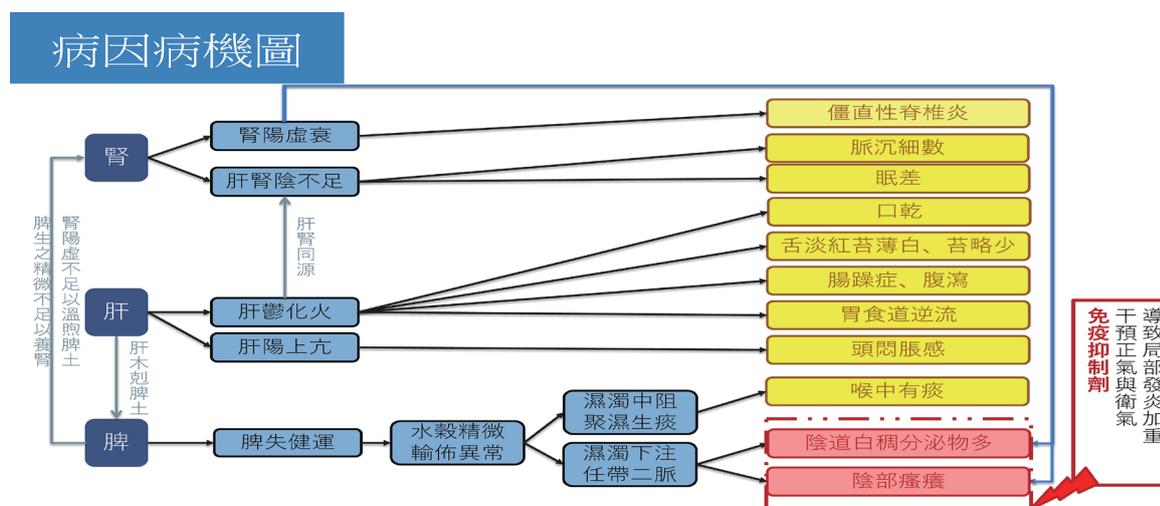
皆由任帶虛損，濕濁下注。」當脾虛失運便可產生水濕，若加之腎氣不足、失其固攝，造成任脈不固、帶脈失約，便表現出帶下黏稠、瘙癢以及陰部發炎。

由於患者年屆七旬，身體氣血機能已逐漸衰退，無論是脾虛、腎陽虛而氣化失常造成水濕內停，或是素體陰虛又受外界濕熱影響，皆是造成帶下病的重要因素。肝主筋、腎主骨，僵直性脊椎炎屬於中醫痺證，常由風寒濕等外邪侵襲，阻礙氣血，又加之肝腎虧虛造成筋骨失養，久病而成痺症。這位患者長期因僵直性脊椎炎服用免疫抑制劑，然而免疫抑制劑以中醫觀點而論，乃是削弱患

者正氣與衛氣，使機體正氣無法正常與病邪相爭，換言之即造成局部黏膜的防禦力降低，因而更容易產生如陰道炎等症狀。久病後生理影響心理，造成情志不舒，肝木剋脾土，進而影響到患者脾胃功能，使患者出現如腸躁腹瀉、胃食道逆流、胃痛等症。肝陽上亢，熱鬱於上焦頭面時，則可見耳鳴、頭悶頭脹等症。脾腎虛損內生水濕，下注任帶為帶下，往上則成為痰飲，而患者若自律神經時調，情緒緊繃焦慮，或夜眠品質差造成陰虛，皆可引發口乾。

脈沉暗示久病入裡、脈細則可推知患者氣血之不充足。

17. 病因病機圖



三、討論

現行免疫抑制劑十分多樣。皮質類固醇具有廣泛抗發炎與免疫抑制作用，得以影響先天性及後天性免疫；藉抑制白血球往發炎處遷移，減弱巨噬細胞、嗜中性球功能及抑制大量細胞激素生產，降低樹突細胞與 T 細胞數量，影響抗原呈現^[4]。MTX 具骨髓抑制性，可致嗜中性球減少，降低局部對於真菌的防禦。倘若長期使用，慢性免疫抑制狀態

可能造成陰道微生物菌叢失衡^[5]。

目前臨床上可能與陰道炎相關的免疫抑制劑包括：系統性類固醇（Systemic corticosteroids）、甲氨蝶呤（Methotrexate, MTX）、硫唑嘌呤（Azathioprine, AZA）、（Mycophenolate mofetil, MMF）、環孢素（Calcineurin inhibitors）如 Cyclosporine, Tacrolimus、JAK inhibitors 如 tofacitinib, baricitinib、IL-17inhibitors 如 Secukinumab, Ixekizumab、IL-6 inhibitors 如 Tocilizumab,

Sarilumab、Anti-IL-12/23 如 ustekinumab、B-cell depleting agents 如 Rituximab, anti-CD20 等。

AZA 與 MMF 藉不同途徑達成減少嘌呤合成，抑制淋巴細胞增殖與功能從而降低免疫反應^[6-7]。環孢素 Cyclosporine, Tacrolimus 使 T 細胞活化被抑制，降低細胞免疫。又 Calcineurin 路徑與黴菌生物膜或可稱為耐藥性相關，使感染難輕易控制^[8]。JAK 抑制劑阻斷了 JAK-STAT 訊號傳遞、干擾 IL-2, IL-6, 與干擾素等細胞激素來調控免疫細胞功能，在臨床上和帶狀皰疹感染風險增加相關，亦對黏膜黴菌防禦可產生負面影響^[9]。IL-17 抑制劑則是阻斷 IL-17 路徑，目前已有臨床試驗與系統性回顧研究證實口腔或陰道的念珠菌感染發生率提高與 IL-17 路徑阻斷有高度相關^[10]。IL-6 或是 IL-6 受器信號受抑制時，會改變細胞激素間的網絡以及急性期的反應，使得細菌或真菌的感染風險增加，特別是合併使用類固醇或重症患者身上，軟組織感染黴菌風險上升^[11]。Anti-IL-12 與 Anti-IL-23 同樣抑制 Th1/Th17 路徑，間接影響某些細菌和黴菌的黏膜免疫，雖其風險低於 IL-17 抑制劑，但仍為可能誘因^[12]。像 Rituximab 或可說 Anti-CD20 等藥物機轉為直接清除 B 細胞，降低黏膜中 IgA/IgG 等分泌型抗體的存在，讓黏膜中免疫細胞中和與調理的能力下降，並且已知與反覆陰道病變、陰道炎相關^[13]。

上述所列藥物，機轉包括（一）直接降低黏膜防禦、減弱對病原與微生物黏附和清除的作用以及（二）改變先天免疫或細胞激素，進而影響巨噬細胞、嗜中性球的細胞吞噬、促炎反應與組織修復導致容易感染與慢性發炎的表現。這次所討論的病案本身有年齡造成的陰道黏膜細胞老化和薄化，加上使

用 anti-TNF 類免疫抑制劑 Golimumab，便透過途徑二造成感染與發炎表現強化，使得陰道黏膜防禦防禦力下降，反覆發炎、分泌物、以及搔癢感。

西醫治療 GSM 的主要目標為症狀緩解，可分為「非荷爾蒙治療」與「荷爾蒙治療」兩大類。第一線治療為非荷爾蒙治療，包括局部潤滑保濕劑、局部抗發炎感染處置或陰道雷射等物理性治療來改善乾燥、灼熱、分泌物甚至性交疼痛等症。來到第二線要使用荷爾蒙治療時，以局部雌激素製劑為主，修復陰道上皮厚度、恢復局部彈性、維持陰道酸鹼平衡。然而當患者合併有全身系統性更年期症狀時，則考慮使用系統性荷爾蒙藥物來改善整體情況^[1]。

《景岳全書·婦人歸》「帶下之病，不外脾腎二臟。脾虛則濕下，腎虛則精敗，濁氣下注而成帶也。」《千金方》「婦人陰中瘙癢，或腫或痛，皆由風熱濕氣客於陰戶。」這些古籍條文讓我們了解傳統中醫看待 GSM 症狀，不外乎是由脾腎二臟的虛損加之外來之邪如風寒濕導致。現行的中醫治療可分為內服藥與外用藥兩種。中醫口服方劑主要仍以清熱燥濕以及補腎為主，以知柏地黃丸、固衝湯、或是鱉甲、牛膝、山藥、地骨皮等藥物為常見用藥。能夠改善陰道的微生物菌叢、荷爾蒙濃度以及提高陰道的免疫力，並且在臨床上具有減輕帶下分泌、止癢等療效，大幅緩解患者不適。而外用藥則有中藥外洗法、坐浴熏洗以及陰道內置藥等，然臨床上以前二者為多見。其共同治則為滋陰清熱燥濕、殺蟲止癢。苦參、蛇床子、土茯苓、黃柏、冰片等皆為常用藥材。^[14]另外在廣州中醫藥大學學報的記載中，針對 113 篇中醫治療 GSM 的文獻進行考察，發現其中共出現

125 個方劑，並且透過分析後得出其藥物組成大部分遵照「補益肝腎，清熱利濕，滲濕健脾」的治則。^[15]《金匱要略·婦人雜病脈證並治第二十二》「婦人陰寒，溫陰中坐藥，蛇床子散主之。」方中的蛇床子即具有殺蟲止癢、溫腎壯陽之效。從《金匱要略·婦人雜病脈證並治第二十二》「少陰脈滑而數者，陰中即生瘡，陰中蝕瘡爛者，狼牙湯洗之。」狼牙草別名野綠豆、山皂角，同樣具有清熱燥濕之效。此條文中所提之「滑而數」脈，亦暗示我們體內的濕與熱是造成陰癢的重要病因病機。

最後回歸到本篇病案，考量其僵直性脊椎炎與免疫抑制劑使用以及患者年屆七旬等關鍵因素，以清熱燥濕解毒與固精止帶為主要治療方向，另患者口服中藥並針對每次的追蹤回診進行藥物調整，終使原先分泌物量多以及陰癢的臨床症狀獲得明顯改善。

四、結論

臨床上有許多與這個病案有者相同處境的長者，由於各式各樣自體免疫疾病需長期使用免疫抑制劑，造成本來較脆弱的黏膜屏障與局部免疫防禦進一步受損，增加陰道與其他黏膜的感染風險。

參考文獻

1. Genitourinary Syndrome of Menopause (Karen Carlson; Hao Nguyen.)
2. Meet the expert: Topical management of vulvar dermatoses
3. Genitourinary Syndrome of Menopause: Management Strategies for the Clinician
4. Dropulic LK, Lederman HM. 2016. Overview of Infections in the Immunocompromised Host. *Microbiol Spectr* 4:10.1128/microbiolspec.dmih200262016. <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.dmih2-0026-2016>
5. Żyrek D, Nowicka J, Pajczkowska M, Morgiel E. Does Systemic Methotrexate Therapy Induce Azole Resistance among Endogenous *Candida* Strains? *Antibiotics (Basel)*. 2021 Oct 26;10(11):1302. doi: 10.3390/antibiotics10111302. PMID: 34827240; PMCID: PMC8615068.
6. Mohammadi O, Kassim TA. Azathioprine. [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542190/>
7. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012-. Mycophenolate. [Updated 2020 Feb 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548945/>
8. Onyewu C, Blankenship JR, Del Poeta M, Heitman J. Ergosterol biosynthesis inhibitors become fungicidal when combined with calcineurin inhibitors against *Candida albicans*, *Candida glabrata*, and *Candida krusei*. *Antimicrob Agents Chemother*. 2003 Mar;47(3):956-64. doi: 10.1128/AAC.47.3.956-964.2003. PMID: 12604527; PMCID: PMC149324.
9. Sunzini F, McInnes I, Siebert S. JAK inhibitors and infections risk: focus on herpes zoster. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2020 Jun 29;12:1759720X20936059. doi: 10.1177/1759720X20936059. PMID: 32655703; PMCID: PMC7328488.
10. Davidson L, van den Reek JMPA, Bruno M, van Hunsel F, Herings RMC, Matzaraki V, Boahen CK, Kumar V, Groenewoud HMM, van de Veerdonk FL, Netea MG, de Jong EMGJ, Kullberg BJ. Risk of candidiasis associated with interleukin-17 inhibitors: A real-world observational study of multiple independent sources. *Lancet Reg Health Eur*. 2021 Nov 22;13:100266. doi: 10.1016/j.lanpe.2021.100266. PMID: 34950923; PMCID: PMC8671639.
11. Burger BJ, Epps SM, Cardenas VM, Jagana R, Meena NK, Atchley WT. Tocilizumab Is Associated with Increased Risk of Fungal Infections among Critically Ill Patients with COVID-19 and Acute Renal Failure: An Observational Cohort Study. *Life (Basel)*. 2023 Aug 16;13(8):1752. doi: 10.3390/life13081752. PMID: 37629609; PMCID: PMC10455962.
12. Khan S, Bilal H, Khan MN, Fang W, Chang W, Yin B, Song N-J, Liu Z, Zhang D, Yao F, Wang X, Wang Q, Cai L, Hou B, Wang J, Mao C, Liu L, Zeng Y. Interleukin inhibitors and the associated risk of candidiasis. *Front Immunol*. 2024;15:1372693. doi:10.3389/fimmu.2024.1372693.
13. Yockey L, Dowst S, Zonozi R, Huizenga N, Murphy P, Laliberte K, Rosenthal J, Niles JL,

Mitchell CM. Inflammatory vaginitis in women on long-term rituximab treatment for autoimmune disorders. *BMC Womens Health*. 2021 Aug 5;21(1):285. doi: 10.1186/s12905-021-01423-0. PMID: 34353326; PMCID: PMC8340364.

14. 王凱茹，古扎力努爾·艾爾肯，陳思好，錢玉，郭英。中西醫結合治療萎縮性陰道炎的研究進展，*臨床醫學進展*。2023;13(11):17978-17983. doi:10.12677/ACM.2023.13112521.
15. 范麗錦，方昉，馮麗，陽純平，廖慧慧，中醫治療老年陰道炎用藥規律的文獻研究，*廣州中醫藥大學學報*，2020, 37(10): 2031-2035.

Genitourinary Syndrome of Menopause Induced by Long-Term Use of Immunosuppressants: A Case Report

Shao-Yun Lin¹, Wei-Jen Cheng^{1,2,*}

¹ Center for Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan 333, Taiwan.

² School of Traditional Chinese Medicine, College of Medicine, Chang Gung University, Taoyuan 333, Taiwan.

Background Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) is primarily characterized by vaginal mucosal thinning and tissue fragility due to declining estrogen levels. In addition to aging, the long-term use of immunosuppressants is considered a significant factor that weakens mucosal defense mechanisms and predisposes patients to recurrent vaginitis. This case report discusses the clinical efficacy of using Traditional Chinese Medicine (TCM) in treating an elderly patient suffering from atrophic vaginitis while on long-term immunosuppressive therapy.

Case Report The patient is a 74-year-old female with a history of ankylosing spondylitis, treated with the immunosuppressant Golimumab for many years, presented with one-year history of chronic, sticky white vaginal discharge and exacerbated vulvar itching. Associated symptoms included lower abdominal distension, lumbar soreness, sleep disturbances, and gastrointestinal discomfort. She was diagnosed with atrophic vaginitis by a gynecologist. The TCM diagnosis identified the pathogenesis as Qi deficiency of the Spleen and Kidney due to aging and chronic illness, leading to the internal accumulation of dampness. This deficiency compounded by compromised mucosal immunity from immunosuppressants, resulted in "Damp-Heat pouring downward" affecting the Ren and Dai meridians.

Treatment and Outcome The therapeutic principle were to clear heat and dry dampness, invigorate the Spleen and solidify the Kidney, and tranquilize the mind. The

*Correspondence author: Wei-Jen Cheng, Address : No. 123, Dinghu Rd., Guishan Dist., Taoyuan City 333008, Taiwan (R.O.C.), Tel: +886-03-3196200, Email: misterarren@gmail.com

Received 2th December 2025, accepted 16th December 2025

prescription included *Huang Lian Jie Du Tang*, *Tian Wang Bu Xin Dan*, *Wan Dai Tang*, and *Ping Wei San* with modifications. Following TCM treatment, vaginal discharge and vulvar itching were significantly alleviated. Furthermore, the patient reported marked improvements in sleep quality and gastrointestinal symptoms improved.

Conclusion For elderly patients with compromised mucosal immunity due to long-term immunosuppressant use, TCM offers an effective management strategy for GSM. By regulating the Spleen and Kidney and clearing heat and dampness. TCM serves as a valuable complementary therapeutic option alongside conventional Western medical treatment.

Keywords: Genitourinary Syndrome of Menopause, Immunosuppressants, Atrophic Vaginitis, Traditional Chinese Medicine, Case Report

中醫介入改善子宮內膜癌手術後下肢 功能障礙：病例報告

曹嘉紋¹、謝英雪²、蘇珊玉^{2,*}

¹ 馬偕紀念醫院中醫部

² 中國醫藥大學附設醫院中醫部

本病例報告描述了一例 42 歲女性患者於接受子宮內膜癌達文西輔助腹腔鏡手術後出現雙下肢無力的案例。術後患者表現為下肢抬舉及內收困難，伴隨雙下肢腫脹、痠痛等症狀，經臨床評估與影像學檢查，確認為術中擺位固定時間過長導致的雙側閉孔神經與股神經壓迫性損傷。患者術後亦出現落髮、腹脹及納差等兼症，顯著影響其生活品質。在中西醫結合治療的基礎上，採用中藥活血化瘀、補益氣血的治則，來改善氣滯血瘀及氣血虧虛的病機，並配合針灸疏通經絡及西醫復健手段，幫助患者恢復下肢功能。隨著治療的進展，患者雙下肢無力、腫脹及痠痛症狀逐漸緩解，下肢功能進步，落髮、腹脹及食慾不振等症狀亦獲得改善，最終順利出院，出院後持續的治療，逐漸恢復生活自理能力。本報告重點探討了術後周邊神經壓迫性損傷的可能病機，以及中醫在促進術後功能恢復和提升生活品質方面的潛在作用。通過詳細記錄患者診斷、治療及康復過程，為術後併發症的管理及中醫介入治療提供了實踐經驗與啟示。

關鍵字：達文西機器手術、子宮內膜癌、閉孔神經壓迫、術後下肢無力、中西醫結合治療

前言

子宮內膜癌是全球女性最常見的婦科惡性腫瘤之一，其發病率特別在發達國家較高。根據估計，全球每年有約 417,000 例新發病例^[1]。多種因素會增加子宮內膜癌的發病風險，包括肥胖、未生育、延遲停經（55 歲後）、多囊卵巢症候群、糖尿病、高血壓及未拮抗的雌激素暴露^[2]。手術是子宮內膜癌的主要

治療手段，特別是對早期病例。標準手術包括全子宮切除術及雙側附件切除術，有時會結合淋巴結切除術以進行腫瘤分期。隨著微創技術的發展，達文西輔助腹腔鏡手術成為治療子宮內膜癌的重要手段之一，具有手術創傷小、傷口恢復快的優點^[3]。然而，該類手術在操作中需要長時間維持特定體位，加上手術過程中的組織操作，可能引發術後周邊神經壓迫性損傷，雖然術後神經壓迫性損

*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 #4561，Email: shanyusu@gmail.com

傷是機器人輔助手術（如達文西輔助腹腔鏡手術）中較少見的併發症，但若發生則可能顯著影響患者的術後康復和生活品質。這類損傷的主要原因包括長時間維持手術體位（頭低腳高位）導致神經和軟組織的壓力，以及術後形成的淋巴囊腫或血腫壓迫鄰近神經，特別是在狹窄解剖區域（如閉孔神經附近）。患者術後通常表現為下肢感覺異常，如麻木、刺痛感，以及運動功能障礙，包括無力、肌肉痠痛，甚至運動受限，這些症狀對日常生活和康復訓練構成挑戰^[4]。

目前，針對術後周邊神經損傷的治療以西醫康復為主，但恢復效果因人而異，部分患者症狀持續時間較長且恢復不完全。近年來，越來越多研究顯示，中醫治療在術後康復中的輔助作用具有潛力，尤其在改善神經損傷和促進功能恢復方面展現了獨特的優勢^[5-8]。

本病例報告記錄了一名42歲女性子宮內膜癌患者接受達文西輔助腹腔鏡手術後出現雙下肢無力的過程，並探討中西醫結合治療對其病情的干預效果。藉由詳細闡述患者從診斷、治療到康復的全過程，旨在提供術後併發症管理的臨床經驗，並為中醫在術後康復中的應用價值提供更多參考。

病例報告

一、基本資料

病歷號碼：407410000

姓名：楊 OO

性別：女性

年齡：42 歲

身心狀況：正常

居住地：台中市

職業：職能治療師

身高：157cm

體重：59kg

BMI：23.94

體溫：36.8 °C

脈搏：69 次 / 分

呼吸：14 次 / 分

血壓：120/70mmHg

住院日期：113/12/03

會診日期：113/12/09

二、主訴

術後雙下肢無力、痠麻腫脹已4日。

三、現病史

患者為42歲女性，過去病史包括甲狀腺機能亢進及一次剖腹生產（G1P1A0）。113年5月因月經不規則至醫院就診，主訴近3個月來持續不規則陰道出血，伴隨經量增多及血塊，並間歇性滴狀流血，期間伴有乏力、氣促及偶發性頭暈。經診斷，血液檢查顯示貧血（Hb 10.6 g/dL），腫瘤指數CA-125為53.8 U/mL，影像學檢查確認子宮內膜癌（FIGO分期IB）。113年11月19日行子宮鏡檢查發現乳頭狀增生病灶，隨後確診為內膜樣腺癌。

113年12月4日，患者接受達文西輔助腹腔鏡手術，手術內容包括全子宮切除術、右側輸卵管卵巢切除術、雙側骨盆及主動脈旁淋巴結摘除、左側卵巢移位術、腹膜及網膜組織切片檢查、雙側子宮韌帶組織切片檢查、及腹腔沖洗細胞學檢查。術後第一天即出現雙下肢無力，特別是左腿抬舉困難，伴雙下肢腫脹與痠痛（VAS 6/10）。術後復健科評估顯示雙側股四頭肌肌力減弱，其中左側明顯（肌力評分2/5），右側相對輕微（肌力評分4/5），合併大腿內收肌無力問題（肌

力評分 0/5)，左腿髌關節及膝關節活動受限，合併足跟腫脹及觸痛。術後影像檢查及臨床評估排除深靜脈血栓（DVT）。12月05日的電腦斷層掃描檢查顯示左下肢軟組織輕度腫脹，關節腔積液及滑膜增生，未見動脈狹窄或深部血管病變。

術後12月5日，患者開始接受復健治療，針對下肢功能障礙進行專項運動與物理治療。其中，進行固定式腳踏車訓練（stationary cycling exercise），作為下肢主動運動的一部分。下肢水腫約一週後消退，但腫脹感及無力症狀持續，部分功能受限。結合臨床特徵及影像結果，醫療團隊認為下肢無力可能與術後雙側閉孔神經及股神經的壓迫性損傷（postoperative compression injury of bilateral obturator and femoral nerves）相關。患者術後同時伴有落髮及腹脹、納差問題，為提升術後恢復效果，患者於12月9日會診中醫婦科，主要訴求為緩解雙下肢無力及恢復腿部功能，以及落髮等兼症進行調理，期望透過中西醫合併治療改善。

四、過去病史

甲狀腺機能亢進（112年診斷）。

五、個人史

1. 婚姻狀況：未婚
2. 胎產史：17年前曾進行一次剖腹生產（G1P1A0）。平素經規，近3個月來持續不規則陰道出血，伴隨經量增多及血塊，並間歇性滴狀流血。
3. 生活習慣：無抽菸、無嚼檳榔，偶爾飲酒（種類：啤酒、紅酒，期間短暫）。
4. 飲食習慣：葷食，對牛肉有禁忌；平時偏好蔬菜類食物。
5. 職業與學歷：職能治療師，大學學歷。
6. 過敏史：無藥物或食物過敏史。

7. 宗教信仰：道教。

六、家族史

1. 高血壓（父、母）。
2. 糖尿病（母）
3. 膀胱癌（父）

七、理學檢查：

肌力評估：

- 左側下肢抬舉：2/5（明顯無力）。
- 右側下肢抬舉：4/5（輕度無力）。
- 雙側下肢內收：0/5（完全無力）。
- 左髌與膝關節活動受限，伴疼痛。
- 左足腫脹明顯，足跟處有壓痛感。

八、實驗室檢查：

（一）113/12/05 凝血相關檢查

- D-Dimer：1537.2 * ng/mL（FEU）
- P.T.：12.5 sec（9.4-12.5）
- INR：1.05（0.9-1.2）
- APT.T.：32.6 sec（28.0-40.0）
- MNPT：11.8
- MNAPTT：31.3
- Fibrinogen: 275.3 mg/dL（200-400）

（二）113/12/05 雙下肢電腦斷層掃描及血管造影檢查

- 1) Status of endometrial endometrioid adenocarcinoma, stage stage IB s/p Robot-assisted staging operation + multiple peritoneum biopsy and omentum biopsy on 1131204
- Misty mesentery with ascites & air bubbles
- DDx: post-operative change or other nature.
- No obvious evidence of arterial stenosis nor deep venous thrombosis in this study.
- 2) Mild soft tissue swelling and subcutaneous edema at left foot. DDx: Cellulitis or

noninfectious edema(dermatitis or hemangiolymphangioma) or other nature.

3) Suspect both knee joints synovitis.

(三) 113/12/07 周邊動靜脈血管超音波檢查

(lying down position)

Right femoral vein: good compressibility, no thrombus

Right popliteal vein: good compressibility, no thrombus, no regurgitant flow was noted during calf muscle compression

Left femoral vein: good compressibility, no thrombus

Left popliteal vein: good compressibility, no thrombus, no regurgitant flow was noted during calf muscle compression

Dx: No DVT

No popliteal vein insufficiency

** D-dimer +

** if there is different result between echo and CT, then angiography is indicated to exclude DVT

(四) 113/12/12 神經電生理檢查

1.The motor NCV study showed normal CMAP amplitudes, distal latencies and velocities on bilateral peroneal and tibial nerves.

2.The sensory NCV study showed normal latencies and reduced SNAP amplitudes on bilateral sural nerves.

3.The F-latency study showed normal latencies on bilateral peroneal and tibial nerves.

4.The H-reflex study showed delayed response of left tibial nerve.

Impression:

Suspect sensory polyneuropathy.

九、目前西藥使用狀況：

Sulampi (Ampicillin/Sulbactam) 1500mg/vial

Propranolol 10mg/Tab

Enoxaparin 60mg/0.6mL/Syringe

Acetaminophen 500mg/Tab

十、中醫四診

(一) 望診

1. 情志：輕微焦慮，容易緊張
2. 舌略紅黯，胖大，齒痕明顯，邊有瘀點，有津；苔微白膩，邊薄。舌下絡脈微怒張，有囊柱、囊泡及瘀血絲。

(圖一)



圖一、舌診望診

(二) 聞診

1. 氣味：無特殊氣味。

2. 聲音：語音正常。

(三) 問診

1. 意識狀況：意識清楚（GCS：E4M6V5）
2. 全身：稍怕冷。
3. 情志：情緒焦慮擔心。
4. 頭項：落髮嚴重，梳頭髮、洗頭甚。無頭暈頭痛。
5. 眼耳鼻：無異常。
6. 口咽：無口乾口苦。
7. 胸部：無胸悶心悸。
8. 腹部：食欲差，消化差，食後易腹脹，打嗝、排氣偶。

9. 二便：大便一日一行，質輕成形。剛移除導尿管，小便自解可。

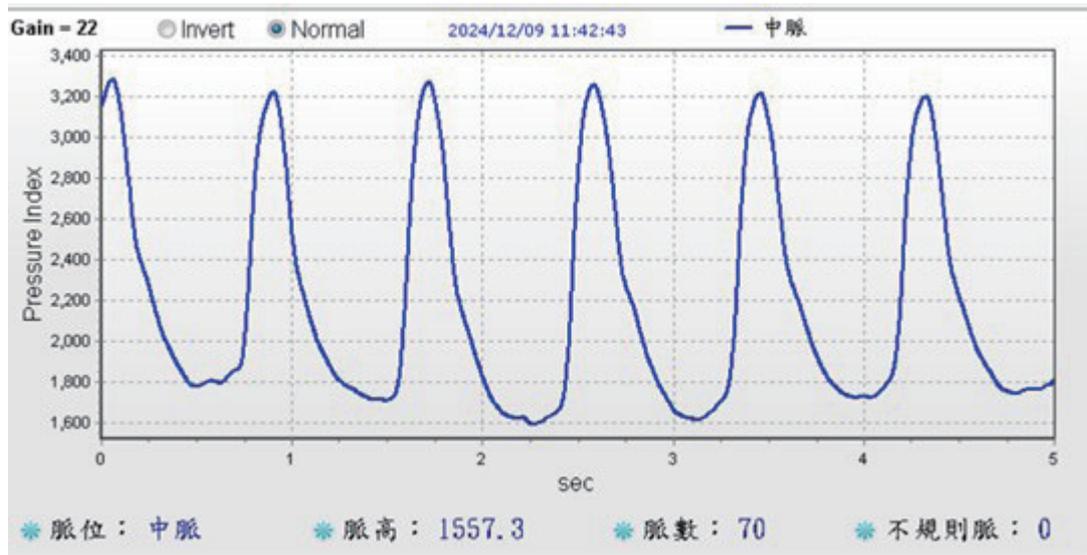
10. 睡眠：因雙下肢腫痛，導致眠差難入睡。

11. 腰背四肢：下背痠痛，雙下肢無力，無法做內收動作，雙下肢腫脹痠痛，左足跟灼熱感、觸覺敏感。

12. 經帶胎產：17年前曾進行一次剖腹生產（G1P1A0）。平素經規，近3個月來持續不規則陰道出血，伴隨經量增多及血塊，並間歇性滴狀流血。

(四) 切診

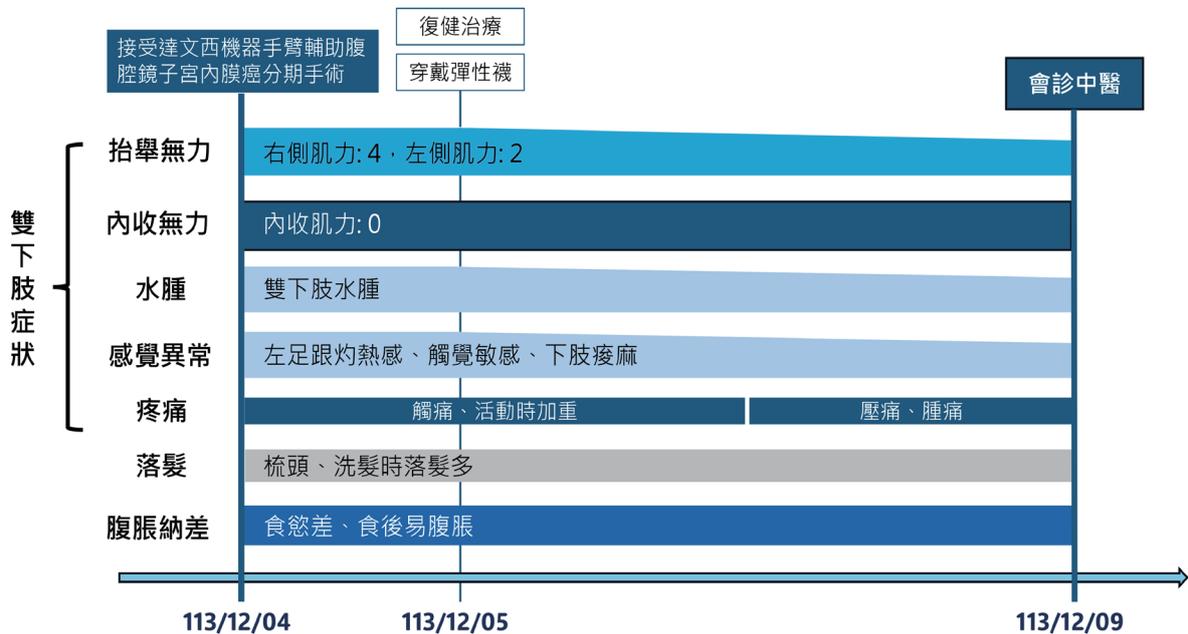
1. 脈診：脈沉細弱。



脈形	弦脈
脈位	中取
脈數	70次/分鐘，規律

2. 按診：下肢膚涼，腹部扣診有鼓音。

十一、症狀時序圖（圖二）



圖二、症狀時序圖

十二、中醫臟腑病機四要素分析

1. 病因：

此 42 歲女性，經歷約 13 小時的子宮內膜癌分期手術，手術損耗氣血，導致正氣不足，同時，長時間手術體位固定，對下肢經絡形成壓迫，進一步阻礙氣血流通，導致氣滯血瘀加劇經絡不暢，局部瘀血聚積，造成腫脹疼痛及運動功能受限。

患者年過 40，正值肝腎精氣逐漸虛耗之年齡，術後的耗傷進一步導致肝腎精血不足。「肝主筋、腎主骨」，肝腎不足無法濡養筋脈，導致下肢無力、痠痛，以及落髮等兼證。

2. 病位：

解剖位置：下肢肌肉、神經

中醫病位：腎、脾、足太陰脾經、足陽明胃經

3. 病性：

主證：術後雙下肢無力抬舉、內收，痠

麻腫脹及疼痛。脈沉細弱。舌略紅黯，胖大，齒痕明顯，邊有瘀點，有津；苔微白膩，邊薄。舌下絡脈微怒張，有囊柱、囊泡及瘀血絲。

次證：落髮嚴重，梳頭髮、洗頭甚。食慾差，消化差，食後易腹脹。眠差難入眠。

4. 病勢：

此 42 歲女性，接受子宮內膜癌分期手術耗時長達 13 小時，長時間手術體位固定對經絡造成壓迫，術中患者局部氣血運行受阻，血流不暢，形成瘀血滯留。經絡阻滯表現為術後下肢腫脹、疼痛痠麻及無力，舌診見到舌紅黯，邊有瘀點，以及舌下絡脈微怒張的表現，也提示氣滯血瘀的情形。

《素問·舉痛論》云：「血氣不和，百病乃變化而生。」患者經歷手術長時間的手術

後，損耗氣血，導致正氣不足，手術過程中失血耗津，影響全身氣血運行，氣不推動、血不榮養，不僅加重局部的氣血阻滯情形，氣血虧虛更進一步導致壓迫之筋脈無法得到充足的濡養，而表現為下肢無力。另外，氣血虧虛無法榮養毛髮，也引起術後脫髮的情形。脈象沉細弱也反映氣血不足及經絡阻滯的病機。

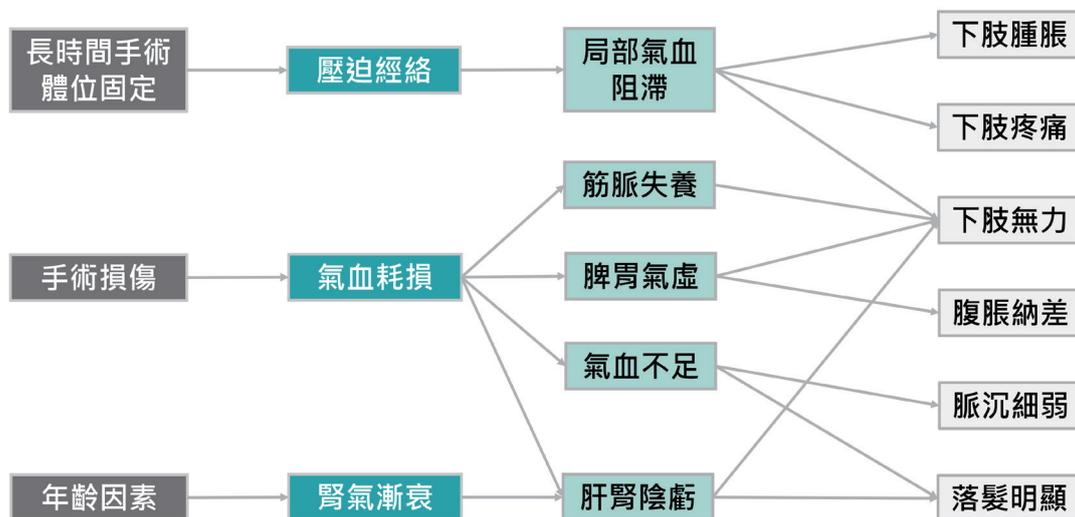
患者術後正氣不足，影響脾胃功能。脾與胃同屬中焦，脾主運化，胃主受納腐熟，二者和則氣血生化有源。本例手術耗時長，久臥少動，加之麻醉藥物與止痛藥的影響，尤易損傷胃氣，致見納差、食後腹脹、噯氣及腹瀉等症狀。脾胃氣虛則氣血生化不足，四肢失於濡養，進一步加重下肢痿軟無力的表現，與「脾主四肢」之理相符。脾胃為後

天之本，氣血化生之源，手術損傷使氣血不足，直接影響脾胃運化功能，進而導致納差與腹脹。

《靈樞·邪客》云：「脾主四肢，氣血生化之源。」術後脾氣受損無法健運，氣血化源不足，四肢失於濡養，進一步加重無力症狀。

《素問·上古天真論》曰：「女子五七，腎氣衰。」患者年過 40，正值肝腎精氣逐漸虛耗之年齡，手術失血更進一步耗傷陰津，加劇腎氣虧損。腎主藏精，肝主血，腎氣與肝血不足導致肝腎陰虧，無法滋養筋脈和毛髮，最終表現為下肢乏力、痠麻及脫髮。陰血不足更使筋脈失於濡養，筋骨功能下降，導致患者術後恢復緩慢。

5. 病因病機圖（圖三）：



圖三、病因病機圖

十三、診斷

1. 中醫病名：下肢痿證
2. 現代醫學：Postoperative compression injury of bilateral obturator and femoral nerves

3. 中醫證型：氣滯血瘀、經絡阻滯、氣血不足、脾胃氣虛、肝腎陰虧。

十四、治則及方針

1. 治則：活血化瘀、疏通經絡，補益氣血，健脾和胃，滋補肝腎。

2. 方藥及針灸治療：

水煎藥（單位：錢）

一天三次，4 天

黨參 5.00

枸杞子 3.00

何首烏 3.00

黃耆 5.00

熟地黃 3.00

紫蘇梗 3.00

烏梅 2.00

科學中藥（單位：克）

一天三次，3 天

木香 1.00

砂仁 0.50

陳皮 1.00

厚朴 1.00

枳實 1.00

紫蘇梗 2.00

白及 1.00

車前子 1.50

通草 2.00

澤瀉 1.50

澤蘭 1.50

金銀花 2.00

蒲公英 1.00

乳香 0.50

沒藥 0.50

針灸治療：

雙側 陽陵泉、足三里、陰廉、急脈、箕

門、阿是穴 留針 20 分鐘

方義及穴位分析：

1. 水煎藥以黨參、黃耆、熟地黃、枸杞子等，補益氣血，健脾益腎，改善術後氣血不足和肝腎虛損，進一步濡養筋脈，緩解下肢無力及脫髮症狀。何首烏、烏梅輔助滋陰養血，紫蘇梗順氣寬中止痛。
2. 科學中藥則著重活血化瘀與理氣化濕，以乳香、沒藥、澤蘭、白及活血通絡，改善局部氣滯血瘀引起的腫脹、痠麻和疼痛；木香、砂仁、陳皮、厚朴、枳實則理氣和中，健脾化濕，有效緩解術後食慾不振與腹脹；澤瀉、車前子、通草等清熱利濕，疏通經絡，金銀花和蒲公英清熱解毒，化解濕熱瘀滯。
3. 陽陵泉為足少陽膽經筋會穴，善疏肝理氣、舒筋活絡，適用於筋脈失養導致的下肢無力、痠麻；足三里屬足陽明胃經，為強壯要穴，具有健脾益氣、調補氣血的作用，促進脾胃運化，為氣血生成提供根本之源。

選取陰廉、急脈、箕門及阿是穴，具有疏通經絡、活血化瘀、補益氣血的功效。陰廉、急脈分屬肝經和膽經，主疏肝理氣，通絡止痛；箕門屬脾經，健脾化濕，促進氣血生化以濡養四肢；阿是穴直達病變部位，改善局部瘀阻及腫脹。

十五、追蹤紀錄：

日期	病情變化	方藥與針灸治療
2024/12/12	下肢腫脹已消，用力時仍會痠痛（VAS:5），下肢抬舉進步，可緩慢扶手行走及自行如廁，內收仍無力。落髮狀況減少，食慾進步，腹瀉日 5-6 行。	停藥一天 針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、阿是穴 留針 20 分鐘
2024/12/13	下肢痠脹感降低，左足跟灼熱與觸覺敏感已無，排便日九行，糊狀，量少，精神可，腹脹減，食慾佳。	藿香正氣散 8.0g 香砂六君子湯 2.0g 葛根黃芩黃連湯 3.0g 烏貝散 2.0g 紫蘇葉 2.0g 陳皮 1.0g 白及 1.0g 砂仁 0.5g 木香 1.0g 山楂 0.5g 枳殼 1.0g TID*3 天 針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、阿是穴 留針 20 分鐘
2024/12/14	下肢功能進步，不需扶手可自行走動與如廁，眠可，精神尚可，納可。	針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、阿是穴 留針 20 分鐘
2024/12/16	下肢內收肌力進步（0→1），眠差，昨夜躺床一小時才入眠，兩小時後又醒，淺眠，解尿疼痛，無解不盡感，左側薦骨處疼痛，口服止痛劑後，痛減。	藿香正氣散 3.0g 香砂六君子湯 7.0g 葛根黃芩黃連湯 3.0g 烏貝散 2.0g 紫蘇葉 2.0g 陳皮 1.0g 白及 1.0g 砂仁 0.5g 木香 1.0g 山楂 0.5g 枳殼 1.0g TID*1 天 針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、阿是穴 留針 20 分鐘

日期	病情變化	方藥與針灸治療
2024/12/17	<p>下肢無力改善，下肢抬舉肌力進步（4分），坐姿內收肌力已恢復（4分），臥姿之內收肌力（1+分）</p> <p>昨日解便五行，糊狀。眠差仍。今出院。</p>	<p>藿香正氣散 3.0g 香砂六君子湯 7.0g 葛根黃芩黃連湯 3.0g 烏貝散 2.0g 紫蘇葉 2.0g 陳皮 1.0g 白及 1.0g 砂仁 0.5g 木香 1.0g 山楂 0.5g 枳殼 1.0g TID*3 天</p> <p>針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、阿是穴 留針 20 分鐘</p>
2024/12/26	<p>門診回診，下肢肌力進，下肢抬舉肌力進步（4+分），坐姿內收肌力已恢復（4分），臥姿之內收肌力（1+分）</p> <p>偶因飲食造成腹瀉，AMH=0.04。</p>	<p>香砂六君子湯 4.0g 烏貝散 2.0g 真武湯 5.0g 紫蘇葉 2.0g 陳皮 1.0g 白及 1.0g 砂仁 0.5g 木香 1.0g 山楂 0.5g 枳殼 1.0g 川七 1.0g 木瓜 1.5g 澤瀉 1.0g TID*2 天</p> <p>針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、阿是穴 留針 20 分鐘</p>
2025/01/11	<p>門診回診，下肢無力改善，下肢抬舉肌力進步（4+分），坐姿內收肌力已恢復（4+分），臥姿之內收肌力（2分）</p> <p>偶因飲食油膩造成腹瀉，食後腹脹、噯氣。</p>	<p>香砂六君子湯 2.5g 烏貝散 1.0g 真武湯 5.0g 白及 1.0g 砂仁 0.5g</p>

日期	病情變化	方藥與針灸治療
		木香 1.0g 川七 1.0g 枳殼 1.0g 紫蘇梗 2.0g 厚朴 0.5g TID*3 天 針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、阿是穴 留針 20 分鐘
2025/01/25	門診回診，下肢無力改善，下肢抬舉肌力進步（4+分），坐姿內收肌力已恢復（4+分），臥姿之內收肌力（2+分） 偶因飲食油膩造成腹瀉，食後腹脹、噯氣，唇泡疹，難入眠，易早醒，疲倦。	香砂六君子湯 2.5g 烏貝散 1.0g 白及 1.0g 砂仁 0.5g 木香 1.0g 川七 1.0g 澤瀉 1.0g 枳殼 1.0g 紫蘇梗 2.0g 厚朴 0.5g 木瓜 1.0g 鉤藤 2.0g TID*9 天 針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、阿是穴 留針 20 分鐘
2025/02/04	門診回診，下肢內收無力改善，下肢抬舉肌力進步（4+分），坐姿內收肌力已恢復（4+分），臥姿之內收肌力（3分） 偶因飲食油膩造成腹瀉，食後腹脹、噯氣，唇泡疹，難入眠減，預計 2024/02/06 開始化療（Taxal+Platin）。	香砂六君子湯 2.5g 烏貝散 1.0g 白及 1.0g 砂仁 0.5g 木香 1.0g 川七 1.0g 澤瀉 1.0g 枳殼 1.0g 紫蘇梗 2.0g 厚朴 0.5g

日期	病情變化	方藥與針灸治療
		鉤藤 2.0g 山楂 0.5g 陳皮 1.0g TID*7 天 針灸加電針治療 穴位：雙側 陰廉、急脈、箕門、 阿是穴 留針 20 分鐘

討論

1. 手術體位與神經壓迫性損傷的關聯

文獻指出，長時間固定體位（如截石位 Lithotomy Position 或仰臥位 Supine Position）是圍手術期周邊神經損傷（Perioperative Peripheral Nerve Injury, PPNI）的主要危險因素之一。統計數據顯示，PPNI 的整體發生率約為 0.03% 至 0.1%，但針對長時間手術患者，其發生率可顯著升高至 0.3% 至 1% 之間。這些體位在手術過程中可能導致神經長時間受壓，進一步引發局部缺血、缺氧，甚至結構性損傷。例如，截石位常用於泌尿科或婦科手術，而此體位的特殊姿勢會增加骶神經叢、坐骨神經、閉孔神經等的壓迫風險。仰臥位則多用於腹腔鏡手術，若手術時間延長，股神經和腓總神經等亦容易受到壓迫。研究指出，超過 4 小時的手術會顯著增加神經受壓風險，這些風險不僅與體位相關，也與患者的基礎疾病（如糖尿病、肥胖等）、麻醉方式、手術床墊材質等因素密切相關^[7]。

另外，研究表明手術超過 4 小時會顯著增加神經受壓風險，涉及下肢的神經損傷中，閉孔神經和股神經尤為常見，特別是在長時間仰臥位手術後。閉孔神經損傷通常表現為

大腿內收肌無力，影響患者行走和站立功能；股神經損傷則可能導致股四頭肌力量顯著下降，進一步限制膝關節的伸展功能^[7,8]。

本病例患者接受了一次為期 13 小時的達文西輔助腹腔鏡手術。由於手術時間異常延長，患者術後即出現雙下肢內收肌和股四頭肌明顯無力的症狀。結合文獻資料分析，手術體位相關的壓迫可能是主要誘因。具體來說，在如此長時間的手術過程中，仰臥位體位可能導致閉孔神經在骨盆內的壓迫，以及股神經在腹股溝韌帶附近的受壓，進一步引發術後神經功能障礙。

2. 針灸對神經修復的作用

針灸在神經修復中發揮了顯著作用，研究指出，針灸通過調節許旺細胞的增殖與功能，促進神經髓鞘再生和軸突延伸，顯著改善神經功能恢復。例如，在坐骨神經損傷模型中，對環跳穴（GB30）與陽陵泉穴（GB34）進行針刺，能有效增加髓鞘化神經纖維的數量，並提升神經傳導效率。同時，針灸還通過抑制促發炎細胞因子的表達（如 TNF- α 和 IL-6），減少發炎細胞滲入，優化神經損傷部位的微環境，促進神經再生^[9-11]。

針灸對神經功能修復的另一重要機制在於改善神經 - 肌肉接頭（NMJ）的傳遞效率。

研究顯示，針灸能顯著提高 NMJ 前突觸膜的內分泌效率，促進後突觸膜乙酰膽鹼受體的表達，進而改善肌肉的運動功能^[12]。

在此病例中，術後患者接受了結合中西醫的綜合治療，包括針灸與中藥干預，配合西醫復健手段以緩解壓迫性神經損傷的相關症狀。針灸可能透過改善局部微循環、調控炎症或加強神經-肌肉接頭的傳遞，逐步恢復了患者的下肢功能。

3. 中藥治療在術後周邊神經損傷及全身調理中的角色

本病例中，中藥治療大致可分為兩個階段。住院早期以黨參、黃耆、熟地黃、枸杞子、何首烏等組成水煎方為主，著重補益氣血、滋補肝腎，以應對長時間手術所致之氣血兩虛及肝腎精血不足，並兼顧術後脫髮等兼證；配伍紫蘇梗、烏梅等疏肝理氣、和中止痛之品，以調暢氣機，減少術後情志鬱結與納差。科學中藥部分則偏重活血化瘀、利水消腫與健脾和胃，如乳香、沒藥、澤蘭、川七等有助於改善局部氣滯血瘀與下肢腫脹疼痛；香砂六君子湯、藿香正氣散等方則健脾化濕、和胃止嘔，以緩解腹脹、噯氣及腹瀉等腸胃道症狀。

出院後追蹤階段，隨著下肢腫脹消退與肌力逐漸進步，方藥重點轉為鞏固脾胃與筋骨之氣血，如以香砂六君子湯合真武湯及川七、木瓜等，強調健脾益氣、溫陽利水與舒筋通絡，既穩定下肢功能，又提升患者體力與復健耐受度。從臨床觀察可見，患者下肢抬舉及內收肌力由術後之明顯無力逐步恢復，兼之腹脹、腹瀉、納差與睡眠等全身症狀亦隨之改善，顯示中藥在本案例中不僅輔助改善局部神經功能障礙，也對提升整體生活品質具有重要作用。

近年研究亦指出，在胃癌術後患者中結合中醫護理與中藥調理，可改善術後腸胃道不適並提升生活品質^[13]。本案以健脾和胃、活血化瘀為核心的中藥策略，與上述文獻所呈現之趨勢相符，顯示中藥治療作為西醫復健與針灸治療的有益補充，對於術後周邊神經壓迫性損傷患者的功能恢復與生活品質提升，具有一定的臨床參考價值。

結論

透過本案例探討接受達文西輔助腹腔鏡手術後發生術後下肢無力的子宮內膜癌患者，結合中西醫治療，包括活血化瘀、疏通經絡、補益氣血的中醫治療，輔以針灸及復健訓練，患者症狀得到明顯改善。本報告將提供臨床工作者在術後功能障礙，如術後神經壓迫損傷的中西醫結合治療方面提供參考。

參考文獻

- Huvila, Jutta et al. “Endometrial carcinoma: molecular subtypes, precursors and the role of pathology in early diagnosis.” *The Journal of pathology* vol. 253,4 (2021): 355-365.
- Berek, J. S., et al. “Endometrial Carcinoma: Clinical Features, Diagnosis, and Prognosis.” UpToDate. Accessed December 2024.
- Berek, J. S., et al. “Endometrial Carcinoma: Staging and Surgical Treatment.” UpToDate. Accessed December 2024.
- Aljomaa, Ayman. “Delayed bilateral obturator nerve injury due to compressing bilateral pelvic lymphoceles after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy and bilateral lymphadenectomy for prostatic carcinoma.” *Avicenna journal of medicine* vol. 8,3 (2018): 107-109.
- Shah, Shivani et al. “Acupuncture and Postoperative Pain Reduction.” *Current pain and headache reports* vol. 26,6 (2022): 453-458.
- Cao, Hai-Tao et al. “Effect of Wrist-Ankle Acupuncture on Postoperative Analgesia after Total Knee Arthroplasty.” *Chinese journal of integrative medicine* vol. 29,3 (2023): 253-257.
- Bouyer-Ferullo, Sharon et al. “Clinical Decision Support and Perioperative Peripheral Nerve Injury: A Quality Improvement Project.” *Computers, informatics, nursing : CIN* vol. 33,6 (2015): 238-48; quiz E1.
- Wang, Jie et al. “Acupuncture promotes neurological recovery and regulates lymphatic function after acute inflammatory nerve root injury.” *Heliyon* vol. 10,16 e35702. 6 Aug. 2024
- Wang, Lei et al. “Electroacupuncture-induced cannabinoid receptor expression in repair of abducens nerve.” *The International journal of neuroscience* vol. 129,9 (2019): 923-929.
- Chen, Yueyao et al. “Magnetic resonance imaging assessment of the therapeutic effect of combined electroacupuncture and stem cells in acute peripheral nerve injury.” *Frontiers in cellular neuroscience* vol. 16 1065557. 20 Dec. 2022
- Hu, Lin-Na et al. “Electroacupuncture and moxibustion promote regeneration of injured sciatic nerve through Schwann cell proliferation and nerve growth factor secretion.” *Neural regeneration research* vol. 13,3 (2018): 477-483.
- Wang, Jie et al. “Acupuncture promotes neurological recovery and regulates lymphatic function after acute inflammatory nerve root injury.” *Heliyon* vol. 10,16 e35702. 6 Aug. 2024
- Zhang, Yi et al. “Effect of traditional Chinese medicine nursing on postoperative patients with gastric cancer and its impact on quality of life.” *American journal of translational research* vol. 13,5 5589-5595. 15 May. 2021
- Ren, Yulan et al. “Readiness for return-to-work model-based analysis of return-to-work perception of young and middle-aged colorectal cancer patients with stoma in the early postoperative period: a descriptive qualitative study.” *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* vol. 31,7 411. 23 Jun. 2023

Traditional Chinese Medicine Intervention in Improving Lower Limb Dysfunction After Endometrial Cancer Surgery: A Case Report

Chia-Wen Tsao¹, Hsueh-Ying Hsieh², Shan-Yu Su²

¹ Mackay Memorial Hospital, Department of Traditional Chinese Medicine

² China Medical University Hospital, Department of Traditional Chinese Medicine

This case report describes a 42-year-old female patient who developed bilateral lower limb weakness after undergoing Da Vinci-assisted laparoscopic surgery for endometrial cancer. Postoperatively, the patient exhibited significant difficulty in lifting her left lower limb, accompanied by limb swelling and soreness. Clinical evaluations and imaging studies suggested that the condition was caused by bilateral obturator and femoral nerve compression due to prolonged intraoperative positioning and surgical manipulation. Integrative treatment combining traditional Chinese medicine (TCM) and Western medicine was administered, including herbal therapy for promoting blood circulation and replenishing qi, acupuncture to unblock meridians, and Western rehabilitation exercises. The patient's symptoms gradually improved, with significant recovery of lower limb function, along with resolution of postoperative hair loss, abdominal bloating, and poor appetite. Her quality of life was enhanced, and she was discharged in good condition. This report explores the potential mechanisms of postoperative peripheral nerve compression injuries and highlights the role of TCM in functional recovery and quality-of-life improvement, providing a reference for similar cases.

Keywords: Da Vinci robotic surgery, Endometrial cancer, Obturator nerve compression, Postoperative lower limb weakness, Integrative treatment with Chinese and Western medicine

* **Correspondence author:** Shan-Yu, Su, China Medical University Hospital, Department of Traditional Chinese Medicine, Address: No. 2, Yude Road, North District, Taichung City 40447, Taiwan, tel: +886-4-22052121 # 4561, Email: shanyusu@gmail.com

Received 11th August 2025, accepted 21th November 2025

卵巢囊腫中醫治療病例報告

郭毓萱¹、吳炫璋^{1,2}、許雅婷^{1,2,*}

¹ 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院中醫部，新北，台灣

² 慈濟大學學士後中醫學系，花蓮，台灣

卵巢腫瘤為育齡期女性常見之婦科疾病，其中部分複雜性囊腫因具有潛在惡性風險，常造成臨床處置上的兩難。對於年輕且有生育需求之患者，尋求非侵入性的保守治療以保留生殖功能至關重要。本病例報告一名 27 歲印尼籍女性，主訴月經延遲兩個月伴隨下腹悶痛。婦產科超音波檢查顯示左側卵巢有一 56 x 41 mm 之囊腫，且子宮直腸凹陷處（cul-de-sac）有積液，無法完全排除惡性可能。患者因擔憂手術風險，轉而尋求中醫治療。經中醫診斷，病機為肝失疏泄、氣機鬱滯，進而血瘀結於少腹，形成癥瘕，治法為疏肝解鬱、祛瘀消癥，處方以桂枝茯苓丸合加味道遙散為主方，經約四個月之中醫調理，追蹤超音波，顯示左側卵巢囊腫已完全消失。本病例顯示，中藥能有效縮小卵巢囊腫並改善相關臨床症狀，提供具臨床價值之保守治療選擇。

關鍵字：卵巢囊腫、中醫、桂枝茯苓丸

一、前言

卵巢腫瘤是育齡期女性常見的婦科疾病之一，盛行約為 8% 至 35%。雖然大多數卵巢腫瘤屬於良性功能性囊腫，通常可經由數個月經週期的觀察而自行消退，但仍有部分屬於病理性的贅生性腫瘤。超音波是診斷與評估卵巢囊腫的首選工具，當影像顯示囊腫具有中隔、實質成分或合併腹水等複雜特徵時，往往無法完全排除惡性可能，這也增加了臨床處置的難度。對於年輕且有生育需求的女性患者而言，若囊腫持續存在或未達急需手術之適應症（如扭轉、破裂或高度懷疑

惡性），手術治療雖為選項之一，但亦伴隨著卵巢組織受損、卵巢庫存量下降或術後沾黏等潛在風險。因此，尋求非侵入性的保守治療以保留生殖功能，成為此類患者的重要訴求。

在中醫學中，卵巢囊腫多歸屬於「癥瘕」之範疇。歷代醫家多認為其病機與氣滯、血瘀、痰濕密切相關，常以桂枝茯苓丸、桃紅四物湯、少腹逐瘀湯等具有活血化瘀、緩消癥塊之效作治療。本病例報告描述一位 27 歲女性，經超音波診斷左側卵巢囊腫，影像呈現非單純性囊腫特徵，經四個月以桂枝茯苓丸合加味道遙散加減治療，追蹤超音波顯示

* 通訊作者：許雅婷，慈濟大學學士後中醫學系，地址：新北市新店區建國路 289 號，電話：(02) 66289779，Email: sophie761122@hotmail.com

囊腫完全消失。本報告旨在分享此案例之診療思路與治療經過，期能為卵巢囊腫之保守治療提供具臨床參考價值的實證經驗。

二、病例報告

1. 基本資料

姓名：NURHARY ANINGSIH

病歷號：701XXXXXX

性別：女

年齡：27 歲

婚姻狀況：已婚

職業：在寺廟工作的外籍勞工

籍貫：印尼

居住地：新北市

初診日期：2025/06/06

2. 主訴：

2025/4/25 婦產科檢查發現卵巢囊腫，尋求中醫治療

3. 現病史：

27 歲女性，G2P2，原發性痛經，從印尼來台灣工作兩年，2025/4/25 因月經延遲兩個月且有下腹悶痛來本院婦產科就診，LMP=2/15-2/19，沒有懷孕，超音波顯示左側卵巢有一顆 56 x 41 mm 的囊腫且子宮直腸凹陷處有積液，CA-125=14.2U/mL (0-35U/mL)，婦產科建議觀察並追蹤回診，病患轉而尋求中醫治療，先到外院中醫診所就診，使用以桂枝茯苓丸為主之科學中藥約一個月，但因就醫方便性於 6/6 至本院中醫科就診，5/30-6/3 月經至，經來第一天經痛，疼痛指數 (Visual Analog Scale, VAS) 評分 6 分，小腹不定處刺痛感，伴有 50 元硬幣的血塊，也會頭痛、腰痠痛，經來第二天緩解，沒有服用止痛藥。

4. 過去病史：

原發性痛經、偏頭痛、胃食道逆流。無規律服用任何西藥。無高血壓、糖尿病、高血脂、心臟病。

5. 個人史：

工作關係多吃素食，嗜辣、重口味、冰三合一咖啡。無抽菸、無喝酒、無吃檳榔。無已知藥物或食物過敏史。

6. 經帶胎產史：

G2P2，第一胎自然產，第二胎剖腹產。

患者平素月經規律，週期 28-30 天，經期 5-6 天，經量適中，每日約更換 3-5 片衛生棉。2025 年 4 月 25 日因月經延遲 2 個月至婦產科就診。既往經行首日多伴痛經，VAS 評分 5-10 分，偶需服用止痛藥，色紅，偶伴小血塊。平素帶下正常，無特殊異常分泌物。

7. 家族史：

媽媽、姊妹沒有婦科相關病史。

8. 中醫四診：

(1) 望診：

精神可，舌偏紅，苔薄白。

(2) 聞診：

聲音、氣味無異常。

(3) 問診：

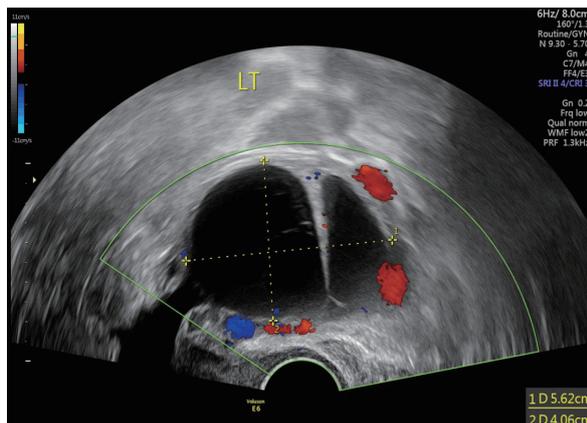
平素偏頭痛，左或右太陽穴輪流發作，無伴有噁心嘔吐，偶需服用止痛藥，休息會緩解；胃酸上逆，吃辣、甜食後容易發作，有吃宵夜習慣，食慾可，夜半會胃酸上逆而咳醒，無火燒心，無咽梗感，解便日 1-2 行，質成條。睡眠時間 23:00-05:00，夜半會因胃食道逆流醒來 1-2 次，無夜尿，偶會影響白天精神；從印尼來台灣工作兩年，生活作息和飲食習慣和以前大不相同，身心壓力大。無怕冷或怕熱，無自汗或盜汗，無明顯口乾渴。

(4) 切診：

脈弦細

9. 理學檢查 / 實驗室檢驗 / 影像學檢查：

(2) 影像學檢查：

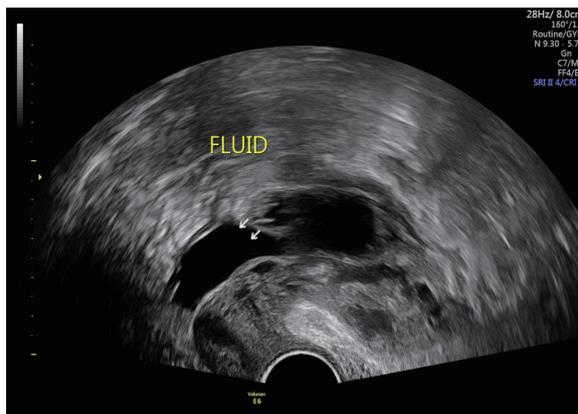


圖一 左側卵巢囊腫 56 x 41 mm

(1) 理學檢查：

身高：161.5cm；體重：70.25kg；BMI：

26.9



圖二 子宮直腸凹陷處積液

2025/04/25 陰道超音波（圖一、圖二）

1. Uterus Position: AVF, Size: 77 x 43 mm
2. Myometrium: Anterior/Posterior wall: 2.25 / 1.09 cm
3. Endometrium: Thickness: 11.0 mm
4. Adnexa: *ROV: SIZE: 23 x 19 mm, *LOV: Cyst: 56 x 41 mm
5. CUL-DE-SAC: fluid

10. 整體回顧：

27 歲女性，G2P2，原發性痛經，從印尼來台灣工作兩年，生活作息和飲食習慣和以前大不相同，身心壓力大，平時嗜食甜辣、重口味食物；2025/4/25 因月經延遲兩個月且有下腹悶痛來本院婦產科就診，沒有懷孕，

超音波顯示左側卵巢有一顆 56 x 41 mm 的囊腫且子宮直腸凹陷處有積液，CA-125=14.2U/mL（0-35U/mL），婦產科建議觀察並追蹤回診，病患轉而尋求中醫治療，曾先至外院中醫診所就醫，服用以桂枝茯苓丸為主方之科學中藥約一個月，於 6/6 轉至本院中醫科就診，LMP=5/30-6/3，原發性痛經，經來第一天經痛，小腹不定處刺痛感，伴有 50 元硬幣的血塊，經來頭痛、腰痛；嗜食甜辣重口味食物，常發作胃食道逆流，夜半因胃酸上逆咳醒，偶會影響白天精神及發作偏頭痛，偶需服用止痛藥；解便日 1-2 行，質成條；舌偏紅，苔薄白，脈弦細。

11. 時序圖：



12. 臟腑病機四要素分析

(1) 病因

內因：離鄉背井工作，身心壓力大
不內外因：嗜食甜辣、重口味食物

(2) 病位

解剖病位：卵巢
臟腑病位：肝、脾

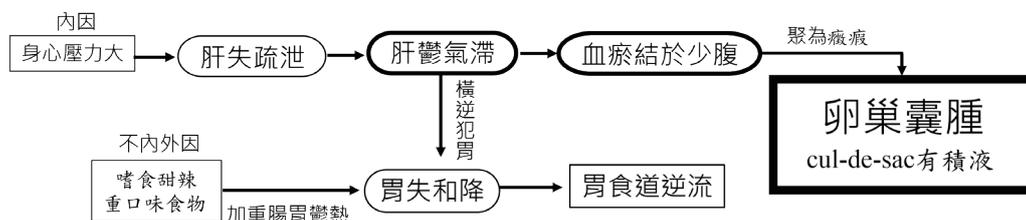
(3) 病性

主症：左側卵巢囊腫，原發性痛經，經來頭痛、腰痛，舌偏紅，苔薄白，脈弦細。
次症：偏頭痛，胃食道逆流，夜半會醒來 1-2 次，偶會影響白天精神。

(4) 病勢

病患從印尼來台灣工作兩年，生活作息和飲食習慣和以前大不相同，身心壓力大，脈弦細，肝鬱氣滯欲發明顯，氣滯生瘀、瘀濁內結、聚為癥瘕；足厥陰肝經循行過陰器抵少腹，卵巢位處少腹，為肝經所主，血瘀結於少腹，而形成卵巢囊腫，伴有月經兩個月不至，且有下腹悶痛症狀；長期肝氣鬱滯，橫逆犯胃，影響腸胃氣機升降，而有胃食道逆流症狀，和嗜食甜辣、重口味食物容易加重胃食道逆流症狀，夜半胃食道逆流明顯則影響白天精神及偏頭痛發作。

病因病機圖



13. 西醫診斷：

N83.202 Unspecified ovarian cyst, left side
中醫診斷：癥瘕，肝鬱氣滯，血瘀結於少腹

14. 治則：

疏肝解鬱，祛瘀消癥

15. 方藥：

加味道遙散 2g，
桂枝茯苓丸 1g，
烏藥 0.5g，
香附 0.3g，
川芎 0.3g，
白芷 0.3g，
夜交藤 0.3g，
合歡皮 0.3g，

BID，14 天

16. 方藥分析

本病例之病機核心為「肝鬱氣滯，血瘀結於少腹」，故治療策略採「標本兼治」，以桂枝茯苓丸活血消癥治其標（囊腫），以加味道遙散疏肝解鬱治其本（壓力與氣滯），並隨症加減以緩解患者之身心不適。桂枝茯苓丸中桂枝溫通血脈；茯苓滲濕行氣，既能消痰水亦能安神；牡丹皮、赤芍涼血散瘀；桃仁破血結。諸藥合用，共奏活血化瘀、消癥散結之功，直接針對下焦之實質性囊腫進行治療。考量患者離鄉背井，長期身心壓力大，導致肝氣鬱結，且伴有喜食辛辣、胃酸上逆及舌偏紅等化火之象，故合用加味道遙散。此方不僅能疏肝解鬱，方中之丹皮、梔

子更能清熱涼血，緩解因肝鬱化火之症狀；白朮、茯苓健脾益氣，以防肝木克脾土，兼顧患者之腸胃運化功能。香附善於疏理肝氣與三焦之氣；烏藥則長於溫腎散寒、行氣止痛。二者搭配能強化加味逍遙散之行氣作用，推動血行以助桂枝茯苓丸化瘀，對於緩解患者之痛經與下腹悶痛有加成效果。針對患者

長期受偏頭痛困擾，加用川芎與白芷。川芎為「血中之氣藥」，上行頭目，善治頭痛；白芷則能祛風止痛，兩者為治療頭痛之常用藥對。此外，針對患者夜間易醒、睡眠品質不佳，加用夜交藤與合歡皮以養心安神、解鬱悅志，透過改善睡眠品質進一步輔助肝氣之條達，形成良性循環。

17. 追蹤

06/20	症平，守方	
07/04	Lmp=6/24-26，月經第一天下腹痛，量大，且血塊多，伴有頭痛、腰痛，有服用止痛藥。服前藥後會腹瀉。	加味逍遙散 1.5g，溫經湯 1.5g，烏藥 0.5g，香附 0.3g，川芎 0.3g，白芷 0.3g，丹參 0.5g，蒲黃 0.3g，BID，14 天
	因懷疑服用桂枝茯苓丸導致腹瀉，故改用溫經湯在經後期溫經養血，加上功同四物的丹參及化瘀的蒲黃。	
07/18	容易胃酸上逆，解便日一行，質偏稀，不會腹痛。	加味逍遙散 1.5g，溫經湯 1g，桂枝茯苓丸 1g，川芎 0.3g，白芷 0.3g，藿香 0.3g，BID，14 天
	排卵期後再加上桂枝茯苓丸處理卵巢囊腫，並加上藿香以期減少腹瀉的可能。	
08/01	Lmp=7/30，第一天下腹痛，但量比前次少，且血塊變少，但仍伴有頭痛、腰痠；吃完飯會胃痛，胃酸上逆，需要平躺緩解，無腹瀉症狀。	加味逍遙散 1.5g，溫經湯 1g，桂枝茯苓丸 1g，川芎 0.3g，白芷 0.3g，藿香 0.3g，厚朴 0.3g，枳殼 0.3g，BID，14 天
	腹診發現胃脹氣嚴重，故加上厚朴、枳殼理氣寬中、行滯消脹。	
08/15	早上吃完稀飯會有胃酸感，吃完晚餐會腹痛，解便 2-3 日一行且質成條；頭痛已少發作。	加味逍遙散 1.5g，桂枝茯苓丸 1g，半夏瀉心湯 1g，川芎 0.3g，白芷 0.3g，厚朴 0.3g，貝母 0.3g，BID，14 天
	加上半夏瀉心湯和胃降逆、消痞散結及烏貝散的貝母（因吃素不能使用海螵蛸），緩解胃酸上逆。	

08/29

婦產科複診



圖三 左側卵巢已無囊腫

2025/08/29 陰道超音波（圖三）

- 1.Uterus Position: AVF, Size: 75 x 37 mm
- 2.Myometrium: Anterior/Posterior wall: 1.68 / 1.63 cm
- 3.Endometrium: Thickness: 5.4 mm
- 4.Adnexa: *ROV: SIZE: 26 x 19 mm, *LOV: SIZE: 27 x 23 mm
- 5.CUL-DE-SAC: No fluid

18. 衛教

患者體型豐腴，BMI為26.9屬過重範圍，飲食習慣嗜食甜辣重口味食物，且有吃宵夜習慣；肥胖為許多慢性疾病之風險因子，也會增加罹患卵巢腫瘤之風險⁽¹⁾，衛教部分建議患者培養運動習慣、飲食控制進而改善肥胖狀況，並定期回診婦產科追蹤卵巢囊腫情況；此外，預防胃食道逆流可避免甜食、咖啡、油炸類或刺激性食物，細嚼慢嚥，且進食後勿立即平躺。

三、討論

卵巢腫瘤為婦科常見疾病之一，可發生於各年齡段，其中以育齡期最為常見，全球盛行率約8-35%^(2,3)，停經後婦女盛行率

約3-17%^(3,4)；根據統計約80%之卵巢腫瘤為良性，惡性機率約3%，大多數無明顯症狀，或有輕微症狀包含腹脹、腹痛、下腹沈重感，其他腸胃或泌尿道症狀等，卵巢腫瘤可分為非贅生性（Non-neoplastic）及贅生性（Neoplastic）⁽⁵⁾。

「非贅生性卵巢囊腫」包含功能性卵巢囊腫、卵囊黃體囊腫、非功能性卵巢囊腫（子宮內膜異位囊腫、多囊性卵巢症候群）等。其中最常見的是功能性卵巢囊腫，多為良性，其形成與週期性女性荷爾蒙分泌有關，包括濾泡囊腫、黃體囊腫等，除非發生扭轉或破裂，否則大多沒有臨床症狀且通常會在幾個月經週期內自行消退，建議定期追蹤觀察⁽⁶⁾。

「贅生性卵巢腫瘤」涵蓋畸胎瘤、黏液及漿液性腫瘤與生殖細胞腫瘤等，停經後其惡性

風險急遽上升至 45%⁽⁶⁾；超音波影像下若見到單純囊狀、均質、表面平滑、可移動之囊腫良性機會較高；若囊腫內有實質成分存在，或有不正常乳突狀結構、厚隔間出現，或合併腹水或有腹痛、異常出血等臨床症狀，且腫瘤生長快速，則惡性可能較高，CA-125 及 CA-199 可作為臨床追蹤參考，然而腫瘤指數上升也可見於懷孕、骨盆腔或腹腔發炎、子宮內膜異位症等疾病，另可進行電腦斷層或核磁共振檢查，以手術治療搭配病理切片幫助診斷⁽⁵⁾。

超音波為診斷卵巢囊腫之首選工具，美國研究指出，超音波影像特徵與卵巢癌風險密切相關，若超音波下呈現單純性囊腫，其三年內罹癌風險僅約 0-0.5 例/1000 人；然而一旦出現複雜性囊腫或實體腫塊，惡性風險便明顯增加，三年內罹癌風險可升至 9-430 例/1000 人⁽⁷⁾。本案例中，患者四月於婦產科進行超音波檢查時，影像並非典型的單純性囊腫，可見囊腫內有中隔，且子宮直腸凹陷處出現積液，因此無法完全排除惡性的可能。臨床建議為三個月後再追蹤，若囊腫持續增大，可能需考慮手術治療。然而，非單純性卵巢囊腫的惡性風險較高，而年輕、有生育需求的患者多傾向採取保守治療，在無法進行手術之情況下，中醫治療可能是替代治療選擇。

卵巢囊腫的中醫證型及方藥分析發現其以實症最為常見（71%），常見證型為氣滯血瘀（12.69%），其次為痰瘀互結（11.17%）、瘀阻胞宮（10.66%）等；最常使用方劑分別為桂枝茯苓丸、失笑散及逍遙散，最常使用單味藥物為莪朮，其次為茯苓、赤芍、桃仁等⁽⁸⁾。桂枝茯苓丸出自《金匱要略·婦人妊娠病脈證併治》：「婦人宿有癥病，經斷未

及三月，而得漏下不止，胎動在臍上者，為癥瘕害。……所以血不止者，其癥不去故也，當下其癥，桂枝茯苓丸主之。」全方由桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁組成，為治下焦瘀結之常用方。桂枝茯苓丸可顯著縮小囊腫體積，也能縮短臨床症狀不適的時間，包括月經不調、小腹脹痛、白帶異常、腰痛⁽⁹⁾；另有研究證實桂枝茯苓丸能有效抑制子宮內膜異位症發展，顯著降低發炎指標、促進細胞凋亡，有效減少異位組織並改善經痛，關鍵藥物為桂枝及茯苓，當去除兩味藥物後，其治療效果會減弱⁽¹⁰⁾。關於患者服用桂枝茯苓丸後出現的短暫腹瀉現象，推測可能與方劑組成及藥理特性有關。桂枝茯苓丸具有活血化瘀之效，方中桃仁富含油脂，兼具潤腸通便之功，對於腸胃敏感者可能引發排便次數增加或軟便。針對此類潛在反應，本案患者雖出現腹瀉，但程度輕微；經臨床評估後佐以顧護脾胃之藥物，症狀隨即緩解且未再復發，並未中斷後續治療，證實此為可控之藥物反應。此經驗提示臨床醫師，在應用攻伐或活血類藥物時，除給予用藥前衛教外，應密切監測消化道反應，必要時配伍健脾和胃之品，以兼顧用藥安全性與患者依從性。

除桂枝茯苓丸外，桃紅四物湯及少腹逐瘀湯也常應用於卵巢囊腫之治療。李憲玲以桃紅四物湯加減（桃仁、紅花、三稜、莪朮、川芎、杜仲、寄生、熟地）治療卵巢囊腫 52 例，治療有效率為 90.4%^(11,12)；善於活血化瘀、溫經止痛之少腹逐瘀湯也應用於治療婦科癥瘕，李裕認為卵巢囊腫形成因平素七情鬱結，氣機阻滯不通，進而水濕積於卵巢中，遂成囊腫之物，並以行氣活血化瘀之少腹逐瘀湯治療獲得良效^(12,13)；張曄以少腹逐瘀湯治療卵巢囊腫 102 例，治療有效率為 98%⁽¹⁴⁾。楊

子鳴等人使用自擬活血化癥湯（丹參、赤芍、桃仁、三稜、莪朮、穿山甲、益母草、川芎、香附等）治療 90 名屬氣滯血癥證之卵巢囊腫患者，其治療總有效率為 88.89%^(15,16)；針對痰癥互結證患者，徐毓才等人使用自擬夏甲消癥湯（三稜、莪朮、穿山甲、夏枯草、紅花、赤芍、當歸、丹參、蒲黃、五靈脂、浙貝母）治療 148 例患者，其治療總有效率為 86.49%^(16,17)。

回歸至此病案，患者因月經過期不至與下腹悶痛感於本院婦產科就診，超音波檢查發現左側卵巢有一顆 56 x 41 mm 囊腫，CA-125 數值無異常，由於當時觀察囊腫影像中似有中隔，且子宮直腸凹陷處有積液，故無法完全排除惡性可能，婦產科建議需觀察幾個月變化，若囊腫未縮小或持續變大，則可能需要進行手術治療。由於希望避免手術，患者轉而尋求中醫治療，經中醫辨證後，認為患者屬肝鬱氣滯、血癥結於少腹，故使用桂枝茯苓丸、加味逍遙散等方為主要治療方向，在經過四個多月中醫治療過後，患者經行量大、血塊多、偏頭痛等臨床症狀也稍獲得緩解，其於八月下旬返回婦產科門診追蹤超音波檢查，發現左側卵巢囊腫完全消失，且回復至正常卵巢大小，子宮直腸凹陷處積液也已消失，也體現了中醫藥在婦科癥瘕疾患之良好治療效果。

四、結論

本病例顯示，在辨證得當之下，對於年輕且有保留生育需求、或不願接受手術風險之卵巢良性腫瘤患者而言，中醫提供了一項安全、有效且非侵入性的保守治療選擇。亦凸顯了在醫院體系中進行中醫治療的優勢：

透過婦產科超音波檢查的即時追蹤，能提供客觀的影像回饋，讓中醫師能確切掌握治療成效並調整方針。

參考資料

1. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian C. Ovarian cancer and body size: individual participant meta-analysis including 25,157 women with ovarian cancer from 47 epidemiological studies. *PLoS Med.* 2012;9(4):e1001200.
2. Borgfeldt C, Andolf E. Transvaginal sonographic ovarian findings in a random sample of women 25-40 years old. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1999;13(5):345-50.
3. Pavlik EJ, Ueland FR, Miller RW, Ubellacker JM, DeSimone CP, Elder J, et al. Frequency and disposition of ovarian abnormalities followed with serial transvaginal ultrasonography. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):210-7.
4. Castillo G, Alcazar JL, Jurado M. Natural history of sonographically detected simple unilocular adnexal cysts in asymptomatic postmenopausal women. *Gynecol Oncol.* 2004;92(3):965-9.
5. 黃思誠主編。慈濟婦科學（初版）。花蓮：佛教慈濟醫療財團法人。2019：101-102。
6. Koonings PP, Campbell K, Mishell DR, Jr., Grimes DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. *Obstet Gynecol.* 1989;74(6):921-6.
7. Smith-Bindman R, Ponder L, Johnson E, Miglioretti DL. Risk of Malignant Ovarian Cancer Based on Ultrasonography Findings in a Large Unselected Population. *JAMA Intern Med.* 2019；179(1):71-7.
8. 司富春、張麗：中醫治療卵巢囊腫證型、癥狀和方藥分析，*中醫研究*，2011；24(08)：20-3。
9. 趙蕾、王會會、王博、李健、賈維剛：桂枝茯苓丸治療卵巢囊腫療效性的 Meta 分析，*中醫藥通報*，2023；22(12)：28-33。
10. Zheng W, Li M, Wang Y, Lv B, Zhang X, Chen L, et al. Guizhi Fuling Capsule Exhibits Antidysmenorrhea Activity by Inhibition of Cyclooxygenase Activity. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2020;2020:8607931.
11. 李憲玲：桃紅四物湯加減治療卵巢囊腫 52 例，*實用中醫藥雜誌*，2003(09)：461。
12. 蔣嬰、韓鳳娟、王秀霞、吳效科、侯麗輝：卵巢囊腫的中醫認識及治療現狀，*遼寧中醫藥大學學報*，2009；11(06)：80-2。
13. 李裕：少腹逐瘀湯治療卵巢囊腫，*雲南中醫學院學報*，2000(01)：55。
14. 張曄：加減少腹逐瘀湯治療卵巢囊腫 102 例，*新疆中醫藥*，2000(02)：15-6。
15. 楊子鳴：中藥活血化瘀湯治療卵巢囊腫 90 例，*中國現代藥物應用*，2011；5(04)：157-8。
16. 徐秋霞、沈東成、余舒鵬、余成浩：卵巢囊腫的中西醫治療研究進展，*中藥與臨床*，2016；7(02)：106-8。
17. 徐毓才：自擬夏甲消癥湯治療卵巢囊腫 148 例，*現代中醫藥*，2007；(03)：26-7。

A Case Report: Treatment of Ovarian Cyst with Traditional Chinese Medicine

Yu-Hsuan Kuo¹, Hsien-Chang Wu^{1,2}, Ya-Ting Hsu^{1,2,*}

¹*Department of Chinese Medicine, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation, New Taipei City, Taiwan*

²*School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan*

Ovarian tumors are common gynecological disorders among women of reproductive age. Certain complex cysts present a clinical dilemma due to their potential risk of malignancy. For young patients desiring fertility preservation, seeking non-invasive conservative treatments is crucial. This case report describes a 27-year-old Indonesian female presenting with a two-month history of amenorrhea accompanied by lower abdominal dull pain. Gynecologic ultrasonography revealed a 56 x 41 mm cyst in the left ovary and fluid accumulation in the cul-de-sac; consequently, malignancy could not be entirely ruled out. Concerned about surgical risks, the patient sought Traditional Chinese Medicine (TCM) treatment. The TCM diagnosis identified the pathogenesis as Liver dysfunction of free flow and Qi stagnation, resulting in blood stasis in the lower abdomen and the formation of an abdominal mass (Zheng Jia). The therapeutic principle focused on soothing the Liver to resolve depression and dispelling stasis to eliminate the mass. The patient was treated primarily with Gui Zhi Fu Ling Wan combined with Jia Wei Xiao Yao San. Follow-up ultrasonography after approximately four months of treatment indicated the complete disappearance of the left ovarian cyst. This case demonstrates that TCM can effectively reduce ovarian cysts and alleviate associated clinical symptoms, offering a clinically valuable conservative treatment alternative.

Keywords: Ovarian cyst, Traditional Chinese Medicine, Gui Zhi Fu Ling Wan

*Correspondence author: Hsu Ya-Ting, No. 289, Jianguo Rd, Xindian Dist, New Taipei City 23142, Taiwan (ROC), Tel: 886-2-6628-9779, Email: sophie761122@hotmail.com

Received 1st December 2025, accepted 19th December 2025

低 AMH 女性不孕之中醫治療病例報告

蔡欣育^{1,*}

¹ 義大醫院中醫部

36 歲女性，擔任警察工作，工作時間長且工作與家庭壓力大，平時緊張易焦慮擔憂，生產史為 G1A1，結婚同居近一年，於 114/01/05 驗孕(+)，懷孕四周，114/01/11 流產，爾後患者至婦產科檢查 AMH：0.65ng/mL。LMP：04/28、05/23，患者於 114/06/05 至中醫門診，自流產後至就診當日，無懷孕紀錄。

患者初診時，臉色略顯蒼白，光澤度較低；不易入睡。胸部、腹部並無明顯不適症狀，常感腰痠背痛，舌淡紅苔白，脈弦弱，中醫診斷為肝鬱血虛、肝腎不足，治則為疏肝解鬱，滋養肝腎。經過三個多月中西藥調理，患者於 114/09 順利懷孕。使抗穆勒氏管激素 (AMH) 低下的原因有許多，需要一些治療時間才會看到成效，因此找出顯效治療的方法，是將來在治療低 AMH 的女性不孕治療上，可持續努力的方向。

關鍵字：抗穆勒氏管激素、女性不孕、肝鬱、加味逍遙散、右歸丸

壹、前言

抗穆勒氏管激素 (AMH) 由卵巢中的顆粒細胞 (granulosa cell) 分泌的醣蛋白產物，作為卵泡成熟的調節因子發揮作用。儘管 AMH 並不直接對應殘留濾泡的數量，但血液中的 AMH 濃度的代表正在生長中的濾泡 (growing follicles)，原始濾泡庫 (residual follicular pool) 的大小反映出於濾泡的數量，並且隨年齡增長而減少，因此，AMH 在臨床上可作為卵巢儲備功能的篩檢工具^[1,2]。正常 AMH 值通常介於 2-5ng/mL 之間。此範圍

表示卵子庫存量充足。AMH 值若低於 2ng/mL，則可能表示卵巢功能衰退，在各年齡層的女性 AMH，35-37 歲的平均值約為 2.03ng/mL，38-40 歲的平均值約為 1.5ng/mL。41-43 歲的平均值約為 1.05ng/mL，超過 43 歲的平均值約為 0.67ng/mL。^[3]

貳、病例報告

一、基本資料

姓名：翁○○

性別：女

* 通訊作者：蔡欣育，義大癌治療醫院中醫一般科，地址：高雄市燕巢區義大路 65 號，電話：(07) 6150022 # 253151，Email: sb7091052@gs.ncku.edu.tw

114 年 11 月 29 日受理，114 年 12 月 10 日接受刊載

出生年月：1989/05
 年齡：36 歲
 婚姻狀況：已婚
 職業：警
 籍貫：高雄市
 初診日期：114 年 06 月 05 日
 身高：162cm
 體重：53.5kg
 BMI：20.38Kg/m²（正常）

二、主訴：

婚後近一年夫婦同居正常性生活無避孕措施未成功懷孕

三、現病史

翁小姐，36 歲女性，工作為刑警，工作時間長，工作與家庭關係皆使患者感覺壓力非常大，個性緊張易焦慮，生產史為 G1A1，結婚同居近一年，正常性生活，113/12/08 月經來潮，113/12/23 使用排卵試紙(+)，於 114/01/05 驗孕(+)，懷孕四周，114/01/11 流產，爾後患者至婦產科檢查，婦科超音波無異狀，AMH：0.65ng/mL。LMP：04/28、05/23，患者於 06/03（M14）當日使用排卵試紙測試有排卵並行房。先前月經行經期無不適，經血偶夾小血塊，經色鮮紅，經行七天淨，偶行經前後感偏頭痛，不易入睡，二便平，舌淡紅苔白，脈弦弱。患者於 114/06/05 至中醫門診，自流產後至就診當日，皆無懷孕紀錄。

四、過去病史

114/01/11 流產

五、個人史

1. 居住環境：佳
2. 飲食：葷
3. 無食物、藥物過敏
4. 無抽菸、喝酒、嚼檳榔

六、家族病史

無

七、經產史

初經：國中一年級

LMP：05/23-05/29

PMP：04/28-05/04

G1A1

月經行經期無不適，經血偶夾小血塊，經色鮮紅，經行七天淨，偶行經前後感偏頭痛

八、中醫四診

望診

整體：走路平穩，精神尚可，略顯緊張，

外觀無明顯傷口

面色：臉色略蒼白，光澤度稍低

舌診：舌淡紅，苔薄白

聞診

語音：講話音量，速度微快，聲音品質正常

口氣：無特殊氣味

問診

全身：無明顯不適症狀

情志：工作時間長，工作與家庭關係壓力非常大，個性緊張易焦慮

睡眠：不易入睡

頭項：偶行經前後感偏頭痛

五官：無

胸部：無胸悶、胸痛

腹部：無痛無悶無脹感

二便：大便：1 次 / 天

小便：顏色、氣味、次數正常

腰背：常感腰痠背痛

四肢：四肢外觀正常，走路平穩。

切診

脈：脈細

觸診：體溫正常，皮膚觸感正常，四肢末梢溫

九、理學檢查

1. 身高：162cm，體重：53.5kg
BMI：20.38Kg/m²（正常）
血壓：123/73mmHg，脈搏：88 下 / 分
2. 在頸部、鎖骨、腋下無可摸到的淋巴結
3. 呼吸速率正常，無奇怪聲音。
4. 四肢外觀正常，下肢無水腫。
5. 皮膚外觀完整

十、實驗室及影像學檢查

- 114/02/10：婦科超音波無異狀，
114/02/10：AMH：0.65ng/mL。

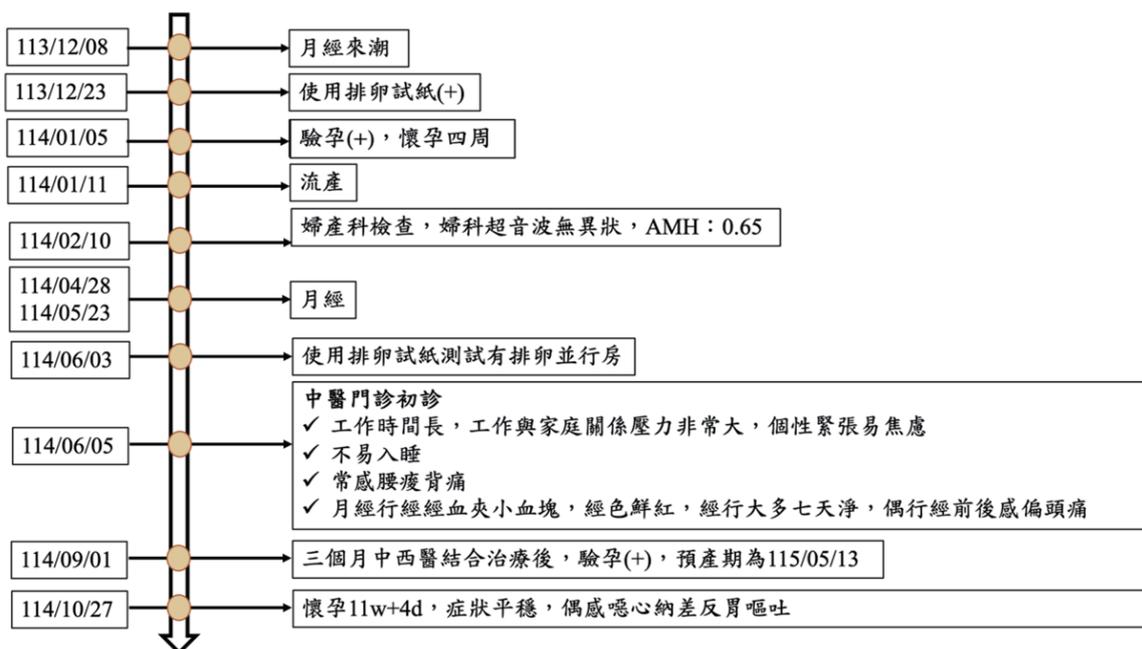
十一、整體回顧

36 歲女性，工作為刑警，工作時間長，工作與家庭關係皆使患者感覺壓力非常大，個性緊張易焦慮，生產史為 G1A1，結婚同居近一年，正常性生活，113/12/08 月經來潮，

113/12/23 使用排卵試紙 (+)，於 114/01/05 驗孕 (+)，懷孕四周，114/01/11 流產，爾後患者至婦產科檢查，婦科超音波無異狀，AMH：0.65ng/mL。LMP：04/28、05/23，患者於 06/03 (M14) 當日使用排卵試紙測試有排卵並行房。先前月經行經期無不適，經血偶夾小血塊，經色鮮紅，經行七天淨，偶行經前後感偏頭痛，無腹痛、無胸悶、無腹瀉、無頭痛，二便平，無高血壓、心臟病、糖尿病、癌症病史，舌淡紅苔白，脈弦弱。患者於 114/06/05 至中醫門診，自流產後至就診當日，無懷孕紀錄。

患者初診時，臉色略顯蒼白，光澤度較低；不易入睡。胸部、腹部並無明顯不適症狀，常感腰痠背痛，四肢外觀正常，下肢無水腫，走路平穩；目前大小便正常，LMP：05/23-05/29，PMP：04/28-05/04，舌淡紅苔白，脈弦弱，體溫正常，皮膚觸感正常，四肢末梢溫。

十二、時序圖



十三、辨證 - 臟腑病機四要素

病因

內因：思：工作壓力、個性緊張易焦慮，
先天稟賦不足
不內外因：勞累過度

病位

解剖病位：生殖系統
臟腑病位：肝、腎

病性

主證：114/01/11 流產後未再懷孕，
AMH：0.65ng/mL，家庭工作壓力大，個性緊張易焦慮
次證：失眠多夢、口苦、舌淡紅，苔薄白，有裂紋，脈沈細

病勢

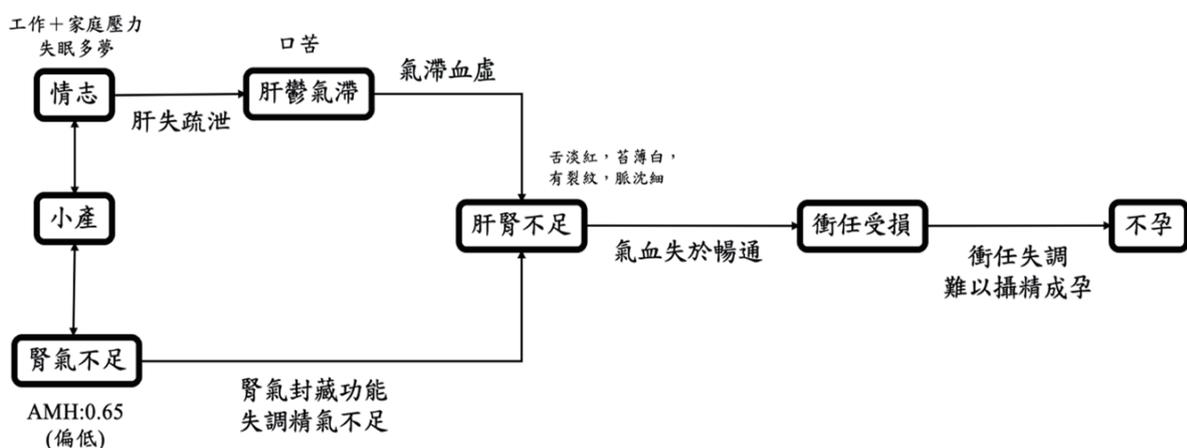
36 歲患者，婚後同居且正常性生活近一年，於 114/01/11 流產後未再懷孕，在勞累沈重的工作與家庭的雙重壓力，加上平素個性緊張易焦慮，導致平時有不易入睡等睡眠品質不佳的情形與勞累過度、思慮擔憂的心神不安狀況，人體的情志與肝的疏泄有密切關係，情緒壓力使得肝失疏泄，肝氣鬱滯，氣滯血虛，導致衝任氣血失於暢通，最終肝鬱氣滯，衝任失調，胞宮不能攝精成孕。

患者先前小產，後續婦產科檢查發現

AMH 偏低而得知其卵巢機能較差，屬腎氣不足、經血虧虛。腎為先天之本，主藏精，精能生髓，髓能化血，為氣血生化之源。腎氣血虛損則影響肝臟疏泄。肝主疏泄，藏血主筋，開竅於目。腎藏精，主生殖，開竅於前后二陰。二者血能生精，精能化血。精與血的關係，主要作用在女性生殖系統中，直接影響卵巢功能和月經週期。患者腎氣不足加上肝失疏泄、生血不足、鬱怒傷肝則肝鬱血虛，因此合併有血虛情形，兩者相互影響，肝腎不足，因此可見其卵巢機能衰退（AMH:0.65ng/mL）。肝腎與衝任兩脈皆有密切關係，肝藏血，腎藏精，當精血不足，引起肝的疏泄功能與腎的封藏功能失調，導致衝任受損。《素問 上古天真論》說明衝任二脈皆是起於胞中，上循脊裡，為經絡之海。所以只有當衝任二脈氣血旺盛而通調時，血才能順利的下注胞中，或者外瀉出為月經，或養胚胎為妊娠。

患者腎氣不足，同時合併有情志引起的肝鬱氣滯，因此治療原則以疏肝解鬱，補益養血，滋養肝腎為處方方向，再根據每次患者復診情況不同、搭配生理週期進行方藥加減。

十四、病因病機分析圖



十五、診斷**★西醫診斷：**

女性不孕

★中醫診斷：

肝鬱血虛、肝腎不足

十六、治則

疏肝解鬱，補益養血，滋養肝腎

十七、論治

114/06/05

藥名	藥量 (g)	次數	天數
右歸丸	6.0	TID	10
加味逍遙散	5.0	TID	10
菟絲子	1.5	TID	10
酸棗仁	1.5	TID	10

處方分析

主方以右歸丸的溫補腎陽，填精補血與加味逍遙散的疏肝解鬱，清熱養血，再搭配

菟絲子補腎固精、酸棗仁養心益肝安神加成使用以達疏肝解鬱、滋養肝腎、補益養血、養心安神的功效。

十八、病例追蹤圖

自 114/06/06 開始量測基礎體溫（附表一）

日期	症狀	處方
06/16 (M02)	月經 6/14 來潮，經前下腹悶，經行痙攣，矢氣多，月經未淨，經量較先前略少，偶多夢，不易入睡狀況持平。舌淡紅，苔薄白，脈弱。基礎體溫雙向性不明顯。預定行房日期：06/25(M12)、06/27(M14)、06/29(M16)	加味逍遙散 7.0g、龍膽瀉肝湯 2.0g、酸棗仁 1.5g、生地黃 1g、熟地黃 1g TID*10 天
06/26 (M13)	較易入睡，經行 7 天淨，於 06/25(M12) 行房，就診當日有蛋清樣分泌物，基礎體溫尚未上升，增加行房日期 07/01(M18)，舌淡紅，苔白，脈弱。	加味逍遙散 5.0g、一貫煎 5.0g、酸棗仁 1.5g、生地黃 1g、熟地黃 1g TID*10 天
07/07 (M24)	基礎體溫於 06/29(M16) 上升，下巴痙攣增加，些許乳脹，舌淡紅，苔白，脈弱。	右歸丸 6.0g、加味逍遙散 3.0g、一貫煎 3.0g、酸棗仁 1.5g TID*10 天
07/17 (M06)	月經 07/12 來潮，經前下腹悶脹，經色鮮紅，就診當日月經未淨，經量點滴量少，基礎體溫呈低溫相。舌淡紅，苔薄白，脈弱。預定行房日期：07/24(M13)、07/26(M15)。	加味逍遙散 4.0g、左歸丸 6.0g、酸棗仁 1.5g、生地黃 1g、熟地黃 1g TID*10 天

日期	症狀	處方
07/28 (M17)	不易入睡，較先前入睡狀況改善，07/22 排卵試紙 (+)，基礎體溫於 7/24(M13) 上升，於 07/22(M11)、07/24(M13) 行房，增加行房日期 07/28(M17)，舌淡紅，苔薄白，脈弱。	加味道遙散 4.0g、右歸丸 6.0g、酸棗仁 1.5g、菟絲子 1.5g TID*10 天
08/07 (M01)	月經 08/07 來潮，經前後下腹悶漲多天，經色鮮紅，經行眠差不易入睡。舌淡紅，苔薄白，脈弱。	血府逐瘀湯 6.0g、加味道遙散 4.0g、酸棗仁 1.5g、延胡索 1.5g、益母草 1g TID*10 天
08/18 (M12)	月經 7 天淨，已使用兩天排卵試紙都未出現 (+)，基礎體溫呈低溫相。舌淡紅，苔薄白，脈弱。預定行房日期：08/18(M12)、08/20(M14)、08/22(M16)。	加味道遙散 6.0g、參苓白朮散 4.0g、酸棗仁 1.5g、黃耆 1.0g、白朮 1.0g TID*10 天
09/04 (4w)	09/01+09/02+09/03 驗孕 (+)，09/04 些許咖啡色出血，夜眠品質差，反覆溫差大導致多汗出，基礎體溫呈高溫相。舌淡紅，苔薄白，脈弦弱。	加味道遙散 4.0g、玉屏風散 4.0g、酸棗仁 1.5g、菟絲子 2.0g，續斷 1.0g、桑寄生 1.0g TID*10 天
09/15 (5w+4d)	09/08 出血淨，夜眠差且易汗出，偶爾感到反胃乾嘔，緊張焦慮明顯，姿勢改變容易感到頭暈，舌淡紅，苔薄白，脈弦弱。	加味道遙散 4.0g、右歸丸 4.0g、酸棗仁 1.5g、菟絲子 2.0g，續斷 1.0g、桑寄生 1.0g TID*10 天
09/25 (7w)	近期噁心感明顯，4-5 次 / 天，納可，腸胃敏感易腹瀉，頭暈明顯，下巴痤瘡，舌淡紅，苔薄白，脈弦弱。 預產期：115/05/13	加味道遙散 4.0g、右歸丸 4.0g、酸棗仁 1.5g、菟絲子 2.0g，續斷 1.0g、桑寄生 1.0g TID*10 天
10/06 (8w+5d)	噁心感明顯，4-5 次 / 天（早晚較嚴重），腹瀉狀況改善，納差，反胃乾嘔，頭暈，下巴痤瘡，舌淡紅，苔薄白，脈弦弱。	加味道遙散 4.0g、右歸丸 4.0g、酸棗仁 1.5g、菟絲子 2.0g，續斷 1.0g、桑寄生 1.0g TID*10 天
10/16 (10w)	噁心感明顯，4-5 次 / 天（早晚較嚴重），納差，反胃嘔吐頻率增加，頭痛，舌淡紅，苔薄白，脈弦弱。	加味道遙散 4.0g、香砂六君子湯 4.0g、川芎茶調散 4.0g、酸棗仁 1.5g TID*10 天
10/27 (11w+4d)	噁心 5-6 次 / 天（早晚較嚴重），納差，反胃嘔吐稍改善，頭痛頻，舌淡紅，苔薄白，脈弦弱。	香砂六君子湯 6.0g、川芎茶調散 4.0g、芍藥甘草湯 2.0g、酸棗仁 1.5g TID*10 天

參、討論

女子不孕之定義

《黃帝內經 素問 上古天真論篇第一》：「二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，故有子；……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。」^[1]在古籍中，與原發性不孕症相近的命名，可見於《山海經》、《神農本草經》、《脈經》中稱「無子」，《備急千金要方》中稱「全不產」。與繼發性不孕症類似的病名可見於《備急千金要方》中稱「繼緒」。此外，與不孕相關病名還有「絕產」、「絕嗣」、「絕子」等。^[4]

根據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 的定義，不孕症是指夫妻在未進行避孕措施之前提下，有至少一年正常而規律 (每週 1-3 次) 之性生活，仍無法受孕，或女性 35 歲以上，未避孕且規律性行為滿六個月仍未受孕。^[5]

不孕症可分為原發性不孕症 (Primary Infertility) 與繼發性不孕症 (Secondary Infertility)。前者指女性無避孕而未懷孕而稱之；後者則為以前曾經懷孕過，後來因為任何原因而造成不孕。^[4]

不孕症的原因可分為男性因素、女性因素、雙方因素與其他原因，需進行全面檢查，其包含女性的荷爾蒙、子宮卵巢功能檢查和男性的精液分析，找出不孕原因並治療。^[5]

AMH 偏低與不孕之關聯

抗穆勒氏管激素 (AMH) 由卵巢中的顆粒細胞 (granulosa cell) 分泌的醣蛋白產物，作為卵泡成熟的調節因子發揮作用。儘

管 AMH 並不直接對應殘留濾泡的數量，但血液中的 AMH 濃度的代表正在生長中的濾泡 (growing follicles)，原始濾泡庫 (residual follicular pool) 的大小反映出於濾泡的數量，血液中的 AMH 值不隨著月經週期、懷孕有無、是否服用賀爾蒙 (如避孕藥) 等而起伏，是隨年齡增長而減少，因此，AMH 在臨床上可作為卵巢儲備功能的篩檢工具^[1,2]。

36 歲女性平均於約為 2.03ng/mL，患者檢驗值為 0.65ng/mL，明顯偏低，雖無檢測 FSH，但仍可推測卵巢功能已不足，因此在中醫的治療方針上多以補益肝腎為治療準則。《傳青主女科》中「年未老經先斷」為原則；葉天士：「女子以肝為先天。」宋代陳自明：「大率治病，無論其所主……女子調其血，氣血，人之神也，不可不謹調護，然婦人以血為基本，氣血宣行，其神自清。」搭配薛己、張景岳之調經理論，腎為天癸之源，輔以疏肝，因此補益肝腎的治療方針，對於促排卵，助孕效果尤佳。^[6-8]

調經理論、月經週期與基礎體溫

中醫生殖軸為「心氣下通，腎氣旺盛，天癸至，衝任通盛，血溢胞宮，月事以時下。」類似西醫生殖軸「大腦皮質—下視丘—腦下垂體—卵巢—子宮」。調經理論調理月經就是建立「腎氣—天癸—衝任—胞宮」之間的平衡上，結合現代醫學對於生殖軸卵泡發育的不同階段，給予對應的中藥治療。^[9]原則上為滋腎陰、活血化瘀、補腎陽、活血調經，重點則在補腎。^[7]

根據月經期、月經後期 (濾泡期)、排卵期、月經前期 (黃體期)，並搭配基礎體溫表的升降趨勢觀察，以決定治療取向。

1. 月經期：

基礎體溫應由高溫相驟然下降至低溫

相，為「重陽轉陰」的特性。治療應因勢利導，活血行氣或引血下行，順從胞宮「瀉而不藏」的狀態，祛離經之血瘀，以生新精血，月經來潮也是本次月經的結束，又是新週期的開始。

2. 月經後期（濾泡期）：

此時基礎體溫為低溫相，為「重陰」。此時以促進卵泡生長為主，為天癸至（排卵）創造條件，治療以補腎益陰養血為主。

3. 排卵期：

基礎體溫為低溫相即將轉化為高溫相的狀態，為「由陰轉陽」轉化階段。排卵前期在滋腎陰中，稍佐助陽調氣活血之品，以觸發排卵，排卵期後宜陰陽雙補，補腎溫陽，滋陰養血為治，以維持生理功能。

4. 月經前期（黃體期）：

基礎體溫升高後維持高溫相直至體溫下降（月經來潮），屬於由陰盛陽生漸至「重陽」的時期，若希望月經如時來潮，則宜用活血及引血下行的中藥，月經週期將重新開始新的循環。^[8]

通過對患者基礎體溫的觀察，可以了解患者之卵巢功能以及各個臟象之間的平衡關係。基礎體溫是指睡眠 6-8 小時，醒後未進行任何活動（如起床、談話、飲食、大小便等）之前，用基礎體溫專用體溫計測量口中溫度並記錄的方法，這種方法雖然只能作為初步的輔助措施而不能作為最後的診斷，但相對簡易有效，又經濟方便，故臨床多會採用。

[10]

正常育齡婦女的基礎體溫變化與月經週期有關，在正常情況下婦女的基礎體溫表，在排卵前的基礎體溫較低，排卵後則會升高，基礎體溫表中一格為 0.05 度，在排卵期這段期間，體溫會由最低溫爬升到高溫，上升幅

度約為 0.3-0.5 度，且由低溫升至高溫之時間長度不能超過兩天，接著進入高溫期，高溫期必須維持 12-14 天，如未懷孕，體溫下降之時，即是月經來潮之際；高溫期若超過 2 個星期並持續 3 周以上，且無月經來潮的跡象，即有懷孕的可能；但如果高溫期持續 21 天以上，有出血現象、體溫下降，則有流產的危險性存在。^[11]

其次，我們需由基礎體溫表中觀察，是否有雙向性（代表有無排卵）、爬升期是否超過兩天（代表排卵過程是否順利）、高溫期有沒有維持至少 12 天（代表黃體功能是否不足）。因為從中醫的角度觀察，如基礎體溫之高溫期太短、爬升或下降時間過長、高低溫差太小、高溫期波動太大等等，從中醫角度而言皆為臟腑之間不平衡的關係：(1) 若經後期未能維持穩定低溫，基礎體溫表呈現鋸齒狀，即是肝氣鬱結，肝鬱化火，導致臟腑、陰陽調節失衡，患者就診後初次月經來潮後，體溫即呈現起伏較大的鋸齒狀，此時用藥則以疏肝理氣、調暢氣血為主。(2) 若排卵超過兩天（3-4 天甚至超過），此患者六月底排卵期間即花了 5 天時間到達高溫，多屬肝氣鬱結，或腎陽不足，溫煦失常，此時宜者疏肝解鬱、溫腎補陽、健脾燥濕、行氣化瘀為主。(3) 高溫期沒有維持至少 12 天，多屬腎陽虛，失於溫煦，此患者於七月初高溫期僅維持 11 天，且溫度波動幅度大，屬黃體功能不足，此時中醫用藥宜補益陽氣，使經血生化有源。^[10-12]

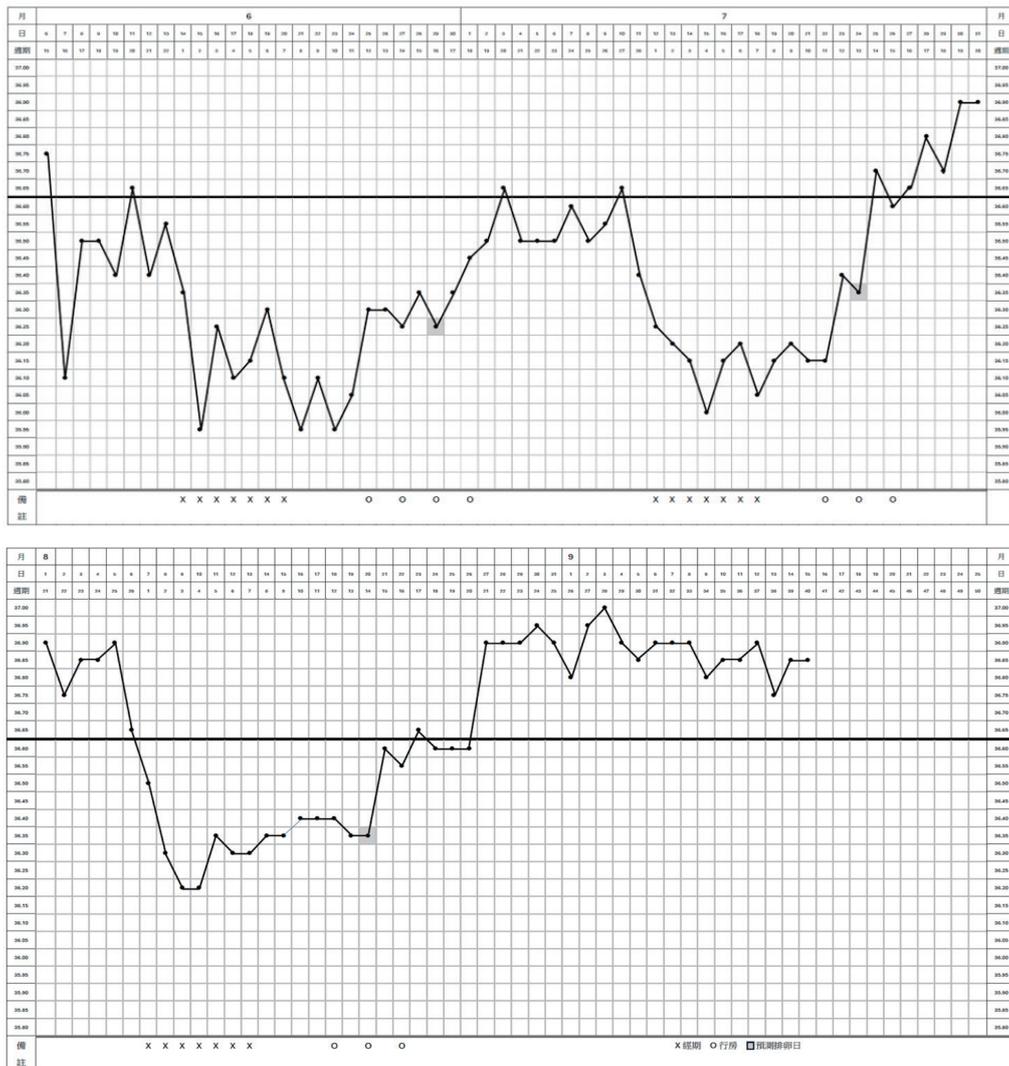
病例用藥探討

患者平時工作壓力大，主訴為婚後近一年夫婦同居正常性生活無避孕措施未成功懷孕。治療方向以肝、腎為主。肝藏血，其經絡環陰器，行抵少腹，性喜條達疏泄，肝氣

暢達，血脈流通；腎為先天之本，主生殖，內藏精氣，精為腎陰，氣為腎陽，是人體生長發育和生殖的根本，肝腎為人體氣血生化之源，氣血亦是女性得以攝精成孕最根本的物質基礎。^[4]

以患者狀況而言，根據就診後初次週期的基礎體溫，因 (1) 雙向性不明顯、(2) 低溫期鋸齒狀、(3) 排卵耗時較長、(4) 高溫期不足 12 天，初期治療以經後期以疏肝解鬱，排卵後以補益肝腎為治療原則，方中加味逍遙散的疏肝解鬱，清熱養血、再搭配菟絲子補腎固精、酸棗仁養心益肝安神加成使用以達

疏肝解鬱、滋養肝腎、補益養血、養心安神的功效。生地黃、熟地黃，生地黃清熱涼血、養陰生津；熟地黃滋陰補血、益精填髓，主方以右歸丸的溫補腎陽，填精補血。因患者長期壓力與睡眠品質不佳情形，也於每次科中配方中添加加味逍遙散與酸棗仁，輔助調節壓力與睡眠情形。於現代藥理學研究中，可用於改善卵巢功能^[13]，並指引患者行房日期，隨證調整後，7、8 月基礎體溫雙向性明顯，且經後期曲線平穩，排卵期在兩天以內體溫即升至高溫相，且高溫期較穩定維持 12 天（如附圖），並於 9 月初驗孕 (+)。^[12]



附圖一 基礎體溫

懷孕期間，懷孕初期科學中藥添加可溫補腎陽，填精補血的右歸丸，穩固腎陽維持高溫期穩定；單方添加可補益肝腎的桑寄生、續斷、菟絲子以達到安胎作用^[14]。孕期第五周開始，患者時常感到噁心嘔吐，腸胃敏感且偶有腹瀉，處方添加香砂六君子湯，功效益胃補中，理氣和胃，處理脾胃虛弱，濕阻氣滯，胸脘痞悶，食後腹脹，不思飲食，嘔吐噯氣等症狀，直至最後一次回診（第十一周），腸胃不適等症狀皆有改善。

肆、結論

女子不孕的治療，結合現代實驗室檢查，並且排除先天性問題和生理性狀況，再依據患者的不同症狀來辨證論治，在治療上可以肝腎下手，疏肝解鬱，補益肝腎，虛補實瀉，再依回診時患者氣血、精神、生理狀態調整用藥劑量，因此，中藥治療亦提供不孕患者更多的治療選擇。

參考文獻

1. Shrikhande L, Shrikhande B, Shrikhande A: AMH and Its Clinical Implications. India: The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2020;70(5):337-41.
2. 李怡萱：AMH 在預測中高齡婦女卵巢儲備的效果。台灣：台灣更年期醫學會會訊。2025;76:11-4。
3. Meczekalski B, Czyzyk A, Kunicki M, Podfigurna-Stopa A, Plociennik L, Jakiel G, et al: Fertility in women of late reproductive age: the role of serum anti-Mullerian hormone (AMH) levels in its assessment. Italy: J Endocrinol Invest. 2016;39(11):1259-65.
4. 羅元愷：中醫婦科學。台灣 知音出版社，2001。
5. 林承賦、陳明哲、劉夷生：女性不孕症。台灣：家庭醫學與基層醫療 2015;30:356-62。
6. 尤昭玲、王豔：《傅青主女科》治療不孕症的用藥特點淺析。中國：中國中醫藥現代遠端教育。2010;10:10-1。
7. 馬麗亞、李賓玲、張大偉：《傅青主女科》從腎論治不孕症探析。中國：中醫學報 2015;30:1801-3。
8. 任娟：中藥人工周期療法治療月經不調研究進展。中國：河南中醫 2021;41:458-61。
9. 陳榮洲：薛己張介賓調經理論治療不孕症綜述。台灣：中醫藥雜誌 1991;1:45-57.
10. 張慶清、朱穎：基礎體溫測定在中藥調周法治療月經周期異常的臨床意義。中國：長春中醫藥大學學報 2011;27:592-3。
11. 蕭安廷：基礎體溫表在婦科陰道出血的應用。台灣：中醫婦科醫學雜誌。2007;9:32-4。
12. 陳怡：月經周期各階段基礎體溫變化與中醫辨證關係淺析。中國：湖北中醫雜誌 2009;31:27-8。
13. Zhong HZ, Mo J, Li YX, Li MY, Wei SB: Changes in Rehmanniae Radix processing and their impact on ovarian hypofunction: potential mechanisms of action. Switzerland: Front Pharmacol. 2024;15:1426972.
14. 王隆碩、陳宇婕、陳豪君、李俊廷：臨床常用安胎中藥機轉與安全性探討。台灣：中醫藥論叢。2014;17:57-67。

Case Study: TCM Treatment for Low AMH and Infertility

Shin-Yuh Tsai^{1, *}

¹ *Department of Chinese Medicine, E-DA Hospital, Kaohsiug, Taiwan.*

A 36-year-old female police officer presented with long working hours and high stress from both her job and family life, which resulted in her being habitually tense, anxious, and worried. Her obstetric history was G1A1, and after cohabiting for nearly a year, she tested positive for pregnancy on January 5, 2025, but suffered a miscarriage on January 11, 2025, at five weeks gestation. Subsequent gynecological examination revealed a low Anti-Müllerian Hormone (AMH) level of 0.65 ng/mL. Her last recorded menstrual periods (LMP) were April 28 and May 23. The patient sought Traditional Chinese Medicine (TCM) consultation on June 5, 2025, with no further pregnancies recorded since the miscarriage. Upon initial TCM examination, she appeared slightly pale with a dull complexion and reported difficulty initiating sleep. She had no obvious discomfort in the chest or abdomen but frequently experienced soreness and pain in her lower back. Her tongue was pale red with a white coating, and her pulse was wiry and weak. The TCM diagnosis was Liver Qi Stagnation and Blood Deficiency, concurrent with Liver and Kidney Deficiency, with the treatment principle established as soothing the Liver and resolving stagnation and nourishing the Liver and Kidney. After more than three months of combined Chinese and Western medicinal conditioning, the patient successfully conceived in September 2025. Given that low AMH can have numerous causes and that effective treatment often requires a long time to see results, identifying demonstrably effective therapeutic methods remains a continuous direction for future efforts in treating female infertility associated with low AMH.

Keywords: Anti-Müllerian Hormone (AMH), Female Infertility, Liver Stagnation, Jia Wei Xiao Yao San, You Gui Wan

*Correspondence author: Shin-Yuh Tsai, Department of Chinese Medicine, E-DA Hospital, Kaohsiug, Taiwan., No. 65, Yida Road, Yanchao District, Kaohsiung City 824005, Taiwan (R.O.C.), Tel: 886-7-615-0022 # 253151, Email: sb7091052@gs.ncku.edu.tw

Received 29th November 2025, accepted 10th December 2025

運用中藥調理月經量少個案報告

陳淑儀*、柯秉志、鄭力文、劉易欣、施佑霖、張炯宏

台南市立醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）中醫部

這是一篇運用加味逍遙散加減治療月經量少的病例報告。患者為 21 歲女學生，課後需打工，個性焦慮，眠差多夢，月經量少約 9 個月，原本經行約 6-7 天，但現在 1-2 天就結束，只用到護墊，且有血塊、經痛情形。經辨證診斷為肝鬱氣滯、肝腎不足，治則為疏肝解鬱、滋陰養血，處方為加味逍遙散、女科柏子仁丸、香附、當歸、益母草、淡竹葉。患者經一段時間的治療後，睡眠品質提升，月經量增加且經行時間回復原本狀態，經痛及血塊情形有明顯改善。

關鍵字：中藥、加味逍遙散、月經量少

壹、前言

在現代醫學的觀點中，月經的形成來自於下視丘釋放促性腺激素釋放激素（GnRH），進一步刺激腦下垂體分泌濾泡刺激激素（FSH）與黃體生成素（LH），使卵巢分泌雌二醇（E2）、黃體酮（P4），最終使子宮內膜週期性增厚、脫落，形成月經^[1]。當下視丘—腦下垂體—卵巢生殖內分泌軸的任何一環出現功能異常，皆有可能干擾月經週期，影響子宮內膜增生與脫落的過程，而使經血量減少。

經血的正常量是主觀的，但若以定量方式評估月經的出血量（含血塊），通常將每個週期出血量不超過 80 毫升視為正常範圍^[1]。而月經量少是指月經量明顯減少，通常定

義為總經血量少於 30 毫升，或經期持續時間少於兩天^[2]。

以中醫的觀點，女子以血為本，血是月經形成的主要物質基礎。在《古今圖書集成·醫部全錄》中陳夢雷所述：「經水者，陰血也，屬衝任二脈，上為乳汁，下為月水」，故當氣血協調、血脈暢通時，月經方能按時循行，且經量適中，呈現健康規律的生理狀態。但若化源不足導致血海虧虛，或因氣滯血瘀、痰濕閉阻使經脈壅阻，則會導致月經量少^[3]。

貳、病例報告

一、基本資料

姓名：馬○○

病例號：86○○○5

* 通訊作者：陳淑儀，台南市立醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）中醫部，地址：701 台南市東區崇德路 670 號，電話：06-2609926 #21224，Email：c926000@gmail.com

性別：女
 年齡：21 歲
 婚姻：未婚
 職業：學生，課後到補習班打工
 籍貫：台灣
 身高：162cm
 體重：65kg
 BMI：24.7kg/m²（體重過重）
 初診日期：2025/06/18

二、主訴：

月經量少 9 個月

三、現病史：

本例病案為一位 21 歲女性，自述原本月經持續天數約 6-7 天，2024 年 10 月開始月經量變少，只需要使用護墊，且持續 1-2 天就結束。於 2025 年 1 月至婦產科就診，檢查結果並無異常，並服用催經藥治療，但月經天數依然 1-2 天及經量少，且出現血塊多、嚴重經痛等情形。

患者表示學業壓力大，容易緊張，習慣晚睡，眠差且多夢，起床會感到疲憊。由於月經量少情況持續已久，且伴隨多夢眠差情形，因此患者於 2025 年 6 月 18 日至本院中醫部就診。

四、過去病史：

無特殊過去病史

五、個人史：

1. 飲食：葷食
2. 無食物過敏，藥物 Ibuprofen 過敏
3. 無抽菸、喝酒、嚼檳榔

六、家族史：

無特殊家族病史

七、中醫四診

（一）望診

1. 神識：精神疲憊

2. 體型：豐腴
3. 顏面：面色黯沉，黑眼圈
4. 舌診：舌瘦小，色深紅，舌尖有芒刺，舌下絡脈紫黑

（二）聞診

語音：正常

（三）問診

1. 冷熱：有燥熱感
2. 情志：容易緊張
3. 睡眠：晚睡，可入睡但多夢，起床精神疲憊。
4. 頭部五官：無不適
5. 胸腹：近期會痛經
6. 飲食：納可
7. 二便：排便 1 日 1 行，質硬成形；小便可。
8. 腰背：無不適
9. 四肢：無不適
10. 生殖：LMP（Last Menstrual Period）=2025/06/17，I（Interval / D（Duration）=28-32/1-2，G0P0A0，經量少，只有護墊量，經血色鮮紅，近期有血塊、經痛。

（四）切診

脈數，寸關浮弦有力，尺脈沉，膚熱

八、現代醫學（理學）檢查：

無特殊異常

九、實驗室及影像學檢查：

無特殊異常

十、辨證 - 臟腑病機四要素

（一）病因

內因：情志不暢（情緒緊張、課業壓力大）

不內外因：勞倦（晚睡、課業工作繁忙）

(二) 病位

西醫：子宮、卵巢

中醫：心、肝、腎

(三) 病性

主證：月經量少。血塊多，經來下腹痛。

燥熱感、皮膚熱。舌瘦小，色深紅，舌尖有芒刺，舌下絡脈紫黑。脈象數，寸關浮弦有力，尺脈沉，膚熱

次證：眠差多夢，面色黯沉，黑眼圈

(四) 病勢

女子以肝為先天，《傅青主女科》言：「婦人有經來斷續，或前或後無定期，人以為氣血之虛也，誰知是肝氣之鬱結乎！」可見肝氣鬱結是月經失調的重要原因。患者自升大三後因課業壓力與緊張情緒，導致肝氣不舒，而肝主疏泄、調暢氣血，若肝氣鬱結，則胞宮氣血運行不暢、氣滯血瘀，除了出現月經量少、血塊多及經痛等症狀之外，舌脈也有關脈弦、舌下絡脈紫黑等表現。

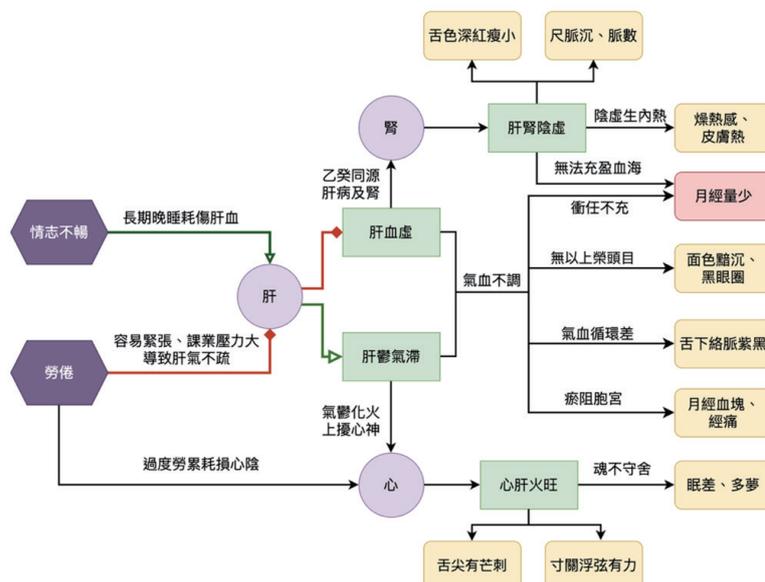
《黃帝內經·素問》曰：「卧則血歸於肝。」患者經常晚睡，陽不入陰，肝血不藏，

導致肝陰血不足。肝腎同源，故肝陰虧損亦致腎陰不足。臨床見經血量少、有燥熱感、舌色深紅、舌體瘦小、尺脈沉而數、膚熱等，皆屬肝腎陰虛兼虛熱之象。《靈樞》曰：「肝足厥陰之脈……上入頰頰，連目系。」肝氣與肝血滋養目系，患者肝氣鬱結、肝血不足，致氣血不達於上，出現臉色晦暗、眼周血行不暢及黑眼圈。

《景岳全書·不寐》言：「寐本乎陰，神其主也，神安則寐，神不安則不寐。」患者寸脈浮弦數、舌尖芒刺，顯示心火偏旺；再加上課業壓力與勞倦過度，心神被擾，導致入睡困難、多夢。又《血證論》言：「肝病不寐者，肝藏魂……魂不入肝，則不寐。」肝鬱化火，上擾心神，神魂不安，使眠差加劇。

綜合以上，患者因情志不暢與作息失調，致肝氣鬱結為主，肝腎陰虛為輔。肝鬱則氣滯血瘀，腎虛則血源不足，最終導致月經量少、經痛及失眠等症，應以疏肝解鬱、養血滋陰為治。

十一、病因病機分析圖



十二、診斷

西醫：月經過少

中醫：月經過少，肝鬱氣滯、肝腎不足

十三、治則

疏肝解鬱、滋陰養血

十四、論治

(一) 方藥

加味道遙散 6g、女科柏子仁丸 6g、香附 1.2g、當歸 1.2g、益母草 1.2 g、淡竹葉 1 g
TID×7 天

(二) 處方分析

患者月經過少主要是因肝鬱氣結造成，

而「氣為血之帥」，治血病必然理氣，調經更以理氣為先，因此以加味道遙散為主方解肝氣之鬱以通衝任二脈，除了緩解情治不暢，也改善經血量少及經期不適諸症。配合可「開氣鬱，調血滯」的香附、「血中聖藥」益母草及「婦科聖藥」當歸，加強補血、活血、調經之效，幫助月經順暢。由於患者也深受睡眠障礙困擾，因此加上能養心安神、活血通瘀的女科柏子仁丸，再佐以淡竹葉清心安神，加強改善患者多夢問題。綜合以上諸藥，疏肝解鬱兼滋陰清熱，讓陰血得生、氣血得調，經期方可通順。

十五、病例追蹤

日期	症狀	處方用藥
2025/06/25	月經於 6/17 來潮，行經期 7 天，經量變多，血塊少量，無經痛。多夢減少至一周一次。脈數，寸浮，關弦，尺脈沉，膚熱減。舌瘦小，色紅，舌尖芒刺淡，舌下絡脈紫黑減少。	加味道遙散 5g 知柏地黃丸 5g 淡竹葉 1.2g 益母草 1.5g 女貞子 1.5g 旱蓮草 1.5g 小茴香 1g TID*7 天
2025/07/09	這週無多夢，睡眠品質改善，起床精神較好。近日下巴痘多。脈數，寸浮有力，關弦，膚熱減少。舌瘦小，色紅，苔薄白。	加味道遙散 5g 知柏地黃丸 5g 益母草 1.5g 女貞子 1.5g 旱蓮草 1.5g 小茴香 1g 梔子 1.2g 荊芥 0.8g TID*14 天
2025/07/23	7/20 月經來潮，今早起來頭暈，前兩天經血量多，色暗紅，下	加味道遙散 5g 益母草 1.2g

日期	症狀	處方用藥
	腹有悶感。下巴痘痘減。脈數，寸浮緩，關弦細，尺滑。舌淡紅，苔薄白。	小茴香 1.2g 梔子 1.2g 荊芥 1g 溫經湯 4g 當歸 1.2g 香附 1.2g 黃耆 1.5g TID*7 天
2025/07/30	月經於 7/27 結束，經期 7 天，前三天有少量血塊及下腹悶感，血量正常。這兩天睡眠差。脈數，寸浮有力，關弦，尺沉。舌瘦，色紅，苔薄白，舌尖芒刺，	加味逍遙散 4g 益母草 1.2g 小茴香 1.2g 香附 1.2g 女科柏子仁丸 5g 女貞子 1.5g 旱蓮草 1.2g TID*14 天

參、討論

女子月經量減少可能與內分泌失調或生殖器官異常有關，如卵巢功能障礙、甲狀腺功能異常、多囊性卵巢症候群及高泌乳素血症等，皆會影響 GnRH 及生殖內分泌軸的調節，導致經量減少。而長期服用避孕藥干擾排卵與荷爾蒙分泌、進行婦科手術後子宮內膜變薄或子宮腔沾黏，也可能使經血減少。此外，壓力過大、節食減重、肥胖或睡眠不足等生活因素，亦會抑制排卵或縮短黃體期。若未及時治療，恐引起閉經、不孕或卵巢早衰。臨床上需透過血液、荷爾蒙檢查與影像學檢測找出原因並對症治療^[2]。

與經水過多不同，「月經量少」在古代醫籍中多歸於「經水不利」或「女子不月」

的範疇。《黃帝內經·素問》提及「二陽之病，發於心脾，女子不月」，指出心脾功能失調會導致月經異常。《濟陰綱目》認為情志不暢、氣鬱不舒會影響心脾運化，氣血生化不足，使衝任血海虛損，導致經量減少或不月。《傅青主女科》提出「經水出諸腎，而肝為腎之子，肝鬱則腎亦鬱」，說明肝與腎在月經化生中互相影響。若情志不暢致肝氣鬱結，將使腎氣失于滋養，經水化源不足，易現月經量少或經期不調。

《太平惠民和劑局方》首載逍遙散，主治血虛勞倦、月經不調、血弱陰虛、榮衛不和等症。後人加丹皮、梔子而成加味逍遙散，以「調肝健脾、養血清熱」為主要功效。清代汪昂於《醫方集解》言：「逍遙散為足太陽、厥陰藥也，加丹皮、梔子名八味道遙散，治

怒氣傷肝、血少目暗」，認為此方能抑肝氣、調經。張秉成於《成方便讀》進一步指出，肝鬱化火、血虛生熱為其病機，加味道遙散可疏肝解鬱、調經散逆，治怒氣傷肝、血少化火之證。此方自清代以來廣泛應用於情志失調與婦科疾病。

現代臨床多以加味道遙散治療血虛、肝鬱、脾弱等證，可以應用於精神疾病、婦科病及癌症輔助治療^[4]。現代人生活壓力大，易致肝氣鬱結、血海不寧、衝脈失調，引起月經紊亂。根據 2005 至 2007 年台灣中醫科門診健保資料統計，加味道遙散為治療月經異常最常使用的方劑^[5]，例如多囊性卵巢、經前症候群等，治則多以疏肝解鬱、調氣行血為核心思路，加味道遙散常為醫師首選，可同時改善月經週期異常及情緒障礙^{[6][7][8]}。臨床上加味道遙散多與香附或益母草合用，體現中醫「疏肝解鬱、理氣調血」的治療原則^[9]。

雖然針對加味道遙散治療月經量少的臨床研究仍有限，但部分病例^[10]顯示，經辨證屬肝鬱氣滯者使用此方後，月經量有明顯改善。動物研究亦指出，加味道遙散可能透過調節腸腦軸改善情緒與壓力相關症狀^[11]，為中醫解釋壓力性月經異常提供理論依據。未來若能有更多臨床與實驗研究，將有助於確認其療效與作用機轉，並為婦科疾病與情志相關症狀提供更多治療依據與選擇。

肆、結論

月經量少在傳統中醫觀點中多與氣血不足或瘀血內停有關，臨床治療常以補氣養血、補肝益腎或活血化瘀為主。然而現代人生活節奏快、工作壓力大，情志不舒已成為影響

女性經期的重要因素之一。本案例患者曾至婦產科檢查，結果均正常，並嘗試服用催經藥物但未見改善。觀察其日常作息可見生活忙碌、壓力大且睡眠品質不佳，因此從肝鬱角度切入，將月經量少歸因於情志不調。治療上以加味道遙散為主方，並依照患者月經週期及不同階段的證候，搭配養心安神、補虛養血等藥物給予治療。經過約一個多月的調理，患者月經量少的症狀明顯改善。此案例顯示，中醫透過四診合參進行個別化辨證論治，能有效改善臨床不適，進而提升患者的生活品質。

伍、參考文獻

1. UpToDate database (2025 年 3 月 31 日) : Normal menstrual cycle. ◦ 2025 年 11 月 2 號取自 <https://ff.uptodate.com/contents/normal-menstrual-cycle>
2. Li Y, Zhao G, Shi W, et al. Efficacy and safety of traditional Chinese medicine on treating oligomenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine* 2021;10: 3100–3113.
3. 陳榮洲。中西結合婦科學。弘祥出版社，2019:22-26。
4. 衛生福利部國家中醫藥研究所(2022年10月): 逍遙散的現代研究新知。2025年11月12日取自 <https://www.nricm.edu.tw/p/404-1000-6870.php?Lang=zh-tw>
5. 林昭庚：中醫健保十大藥方臨床應用之探討。中醫藥年報（光碟版）2012；1：1-108。
6. Liao WT, Chiang JH, Li CJ, Lee MT, Su CC, Yen HR. Investigation on the Use of Traditional Chinese Medicine for Polycystic Ovary Syndrome in a Nationwide Prescription Database in Taiwan. *J Clin Med*. 2018;7:179.
7. Lin MJ, Chen HW, Liu PH, Cheng WJ, Kuo SL, Kao MC. The prescription patterns of traditional Chinese medicine for women with polycystic ovary syndrome in Taiwan: A nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98:e15890.
8. Li X, Yang Y, Sun J, et al. Effectiveness and safety of Jiawei Xiaoyao pill in the treatment of premenstrual syndrome (liver depression, spleen deficiency, and blood-heat syndrome): a multi-center, randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2024;44:373-380.
9. Chen HY, Huang BS, Lin YH, et al. Identifying Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome: implications from a nationwide database. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:1-9.
10. 楊淑媚、黃室禮、王育才：中醫治療月經不規則病例報告。台灣中醫臨床醫學雜誌 2022；27：43-48。
11. Ji S, Han S, Yu L, et al. Jia Wei Xiao Yao San ameliorates chronic stress-induced depression-like behaviors in mice by regulating the gut microbiome and brain metabolome in relation to purine metabolism. *Phytomedicine*. 2022;98:153940.

A Case Report of Hypomenorrhea Treated with Chinese Medicine

Shu-I Chen*, Bing-Jhih Ke, Li-Wen Cheng, Yi-Shin Liu, Yu-Lin Shih, Chiung-Hung Chang

Department of Chinese Medicine, Tainan Municipal Hospital (Managed by Show Chwan Medical Care Corporation)

The patient was a 21-year-old female college student who also worked part-time after class. She had an anxious personality, experienced poor sleep with frequent dreaming, and had a reduced menstrual flow for about nine months. Her menstruation, which used to last 6–7 days, shortened to only 1–2 days, requiring just a pantyliner, and was accompanied by blood clots and dysmenorrhea.

Based on syndrome differentiation, the diagnosis was Liver Qi stagnation with Liver and Kidney Yin deficiency accompanied by internal heat. The treatment principle was to soothe Liver Qi, nourish the Liver Yin and Kidney Yin, and clear heat. The prescription included Jia Wei Xiao Yao San, Nu Ke Baizi Ren Wan, Xiang Fu (*Cyperus rotundus*), Dang Gui (*Angelica sinensis*), Yi Mu Cao (*Leonurus japonicus*), and Dan Zhu Ye (*Lophatherum gracile*).

After a period of treatment with Chinese herbal medicine, the patient's sleep quality improved, menstrual flow increased, and the duration of menstruation returned to normal. Symptoms such as dysmenorrhea and the presence of blood clots were also significantly alleviated.

Keywords: traditional Chinese medicine, Jia Wei Xiao Yao San, hypomenorrhea

*Correspondence author: Shu-I Chen, Department of Chinese Medicine, Tainan Municipal Hospital (Managed by Show Chwan Medical Care Corporation), No. 670, Chongde Rd., East Dist., Tainan City 701033, Taiwan (R.O.C.), Tel: +886-(06)2609926 #21224, Email: c926000@gmail.com

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¹，吳文碩²

¹ 中國醫藥大學藥學院中國藥學研究所 ² 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、mm³、% 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 I. 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 日取自 <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 148 弄 14 號 2 樓 雜誌編輯處）。Email:twtcmgyn@gmail.com, 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 第二期)

發行人：吳炫璋

總編輯：鄭為仁

副總編輯：廖芳儀、吳莉瑩、黃千甄

執行編輯：王淑秋、張簡嬭鵝、許雅婷

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

csn.k1197@gmail.com

編輯印刷：會文多媒體設計有限公司

地址：108024 台北市萬華區雙園街 152 巷 6 號 3 樓

電話：886-2-2302-1170 ~ 1

出版日期：中華民國 114 年 12 月

定價：新台幣 250 元

ISSN 1818-6084



9 771818 608009



ISSN 1818-6084



9 771818 608009