



不孕症的中西醫療法綜述

羅明宇醫師

佳禾中醫診所

Abstract

Chinese medicine in the treatment of infertility has been accumulated profound foundations and done very much studies to the physiology of the hypothalamus, pituitary gonadal axis, endocrine and reproductive system. This thesis explores the common male and female infertility factors, especially the causes of immune infertility, also made a comparison with western medicine infertility clinical procedures and laboratory inspection. Chinese medicines consider that reproductive physiology path was kidney-Tianguai-Ren channel and thoroughfare channel-uterus, any one of these segments disorder will cause infertility. The pathology of infertility in Chinese medicine was Tianguai, Ren Channel and thoroughfare channel, liver, kidney and uterus function problem with the symptom of damp and phlegm-fluids, dampness-heat, Qi and blood stasis. For the treatment of infertility, there is a certain advantage in Chinese medicine, not only clinical success fertility rate but also prevention of miscarriage after pregnant that can reinforcement a bottleneck to Western medicine artificial reproductive technology. This thesis also emphasized that Dr. Lee Zheng Yu's first way to cure infertility was to correct the disorder of brain central fertility system. Most immune infertility sufferer was heat symptom in early stage, we can found antibody in the case of prostatitis, cervicitis and endometritis, we must not to give invigorator to prevent intense the sperm antigen. In the case of endometritis and tubal occlusion stenosis are classified as dampness-heat, phlegm-fluid-heat in liver and phlegm and congested fluid retention symptom, we can use Longdan Xiegan decoction, Wendan decoction, Huanglian jiedu decoction. In clinical procedure, we need to check blood thyroid hormone, follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, prolactin and other antibody, do postcoital Test and tubal ventilation test; if all normal we can give Puxiao Danbau decoction modified. In the second step, consider the rejection issues, we can choose Wendan decoction or Longdan Xiegan decoction add scutellaria, radish seed, puerariae, fritillaria, citrus aurantium, if there was rejection, we need to give dosing until fertilized, if not patient need to take the medicine for 4 weeks to regulate the inner immune system and stabilize the nerve system, then



supply the renal Yan-Qi as the 3rd step.

As the immune infertility clinical observation and experimental research, will make Chinese medicine treatment of immune infertility become more objective and standardized.

Key words: immunological infertility; Professor Lee Chen-Yr; antisperm antibody.

摘要

中醫在不孕療法上已累積有深厚的基礎，對於下視丘和腦下垂體性腺軸、內分泌、生殖系統的生理的影響多有研究。本文探討男女不孕不育常見因素，尤其對免疫性不孕症的發生原因，對照西醫對不孕症門診流程和實驗室檢查。中醫學對不孕症是以腎-天癸-衝任-胞宮為生殖生理路徑，生殖軸中任何一個環節失調，都會引起不孕。中醫對不孕症病因病機的認識為天癸、衝任、肝腎、子宮的功能失調，兼痰濕、濕熱、氣滯血瘀等病理產物證型。中醫對於不孕症的治療存在著一定的優勢，這點不但表現在臨床受孕的療效上，而且還表現在受孕後的保胎問題上，這可對西醫人工生殖技術瓶頸的補強。免疫排斥性的問題是西醫生殖醫學做試管嬰兒、人工受孕會失敗的最大原因。內文強調國醫李政育老師治療不明原因之不孕症第一道療法，強調應糾正大腦妊娠中樞的亂象。強調免疫性不孕患者初起多數是熱證，在攝護腺炎、子宮頸炎、子宮內膜炎看到抗體，絕不可用補劑，以避免精蟲抗原性太強。如子宮內膜炎、輸卵管狹窄阻塞，屬痰熱為病、肝經濕熱蘊毒、痰飲為病，可使用龍膽瀉肝湯、溫膽湯、黃連解毒湯等治療。強調臨床實務應先抽血驗甲狀腺素、濾泡刺激素、黃體生成素、雌激素、泌乳素和輸卵管通氣試驗，先給朴硝盪胞湯加減，第二階段，考慮排斥問題如驗各種抗體、行房試驗，選用溫膽湯或龍膽瀉肝湯加黃芩、萊菔子、葛根、貝母、枳實，目的是調整其內的免疫抗體，同時讓神經內分泌系統穩定，第三階段再以補腎陽為治療方向。隨著免疫性不孕症的臨床觀察和實驗研究，必將會使中醫藥治療包含免疫性不孕症更加客觀化、標準化。

關鍵字：免疫性不孕症；李政育醫師；抗精子抗體

當一對夫妻有規律的性生活，且在無任何避孕措施的情況下，二年無法懷孕就可稱為不孕。受孕率定義為於每次月經週期中可達成受孕的機率，正常的夫妻估計為 15-25%，依此估計夫妻在一年內懷孕機率為 90%，但會有 10-15% 的人會有不孕症的困擾。根據統計，單純是女生因素約佔 50%，單純是男生因素約佔 30%，雙方因素約佔 10%，其中 10% 原因未明。^[1] 隨著經濟不景氣，育兒困難，



繁忙壓力，高齡晚婚、墮胎泛濫等因素，更因環境毒素和高齡老化，對女性生殖系統造成傷害。女性病患卵巢機能的異常、排卵的不正常是造成不孕的主要原因，如子宮內膜異位症、多囊性卵巢症候群、卵巢巧克力囊腫、卵巢早期衰竭、骨盆腔炎症粘連、腦下垂體功能異常、高泌乳素血症、甲狀腺功能異常等問題，會影響卵巢正常的排卵而造成不孕；輸卵管因先天的狹窄、畸形，或發炎造成輸卵管的阻塞、沾黏，也常是不孕症的重要原因之一。有些女性因性伴侶多或性工作者感染性病，造成子宮及輸卵管的發炎，或子宮的手術、墮胎、子宮內膜刮除術，引起子宮、輸卵管的阻塞、沾黏，導致不孕症的發生；因子宮疾病引起的不孕如下：子宮內膜的刮除術、墮胎、發炎及任何子宮的手術，易造成子宮腔的沾黏，因而增加受孕的困難，造成不孕症；子宮頸感染、抗精蟲抗體、排卵期子宮頸黏液功能不良，都可能造成不孕。尤其因子宮頸黏液期少於4天，甚至完全沒有黏液出現的情形，病人很容易因精子無法通過子宮頸而造成不孕，同時由整個黏液周期的狀況，也可看出排卵好不好及何時排卵。此外，染色體異常可以引起性腺發育或生殖道異常。醫學研究還顯示，大約20%的不孕症與身體的免疫系統功能有關，主要是由於生殖系統抗原的自體免疫或同種免疫所引起，即「免疫性不孕症」。另談男性是否不孕或不育，在於男性是否能夠製造足夠的健康精子，精子又是否能有足夠的活力到達輸卵管。除了原發性（先天性）不孕男性外，目前已知男性造精功能不佳，通常都與後天環境有關，喝太多咖啡、抽菸、喝酒，都會影響造精功能。穿過緊的褲子，會造成褲襠溫度太高，一旦超過37度以上，或常期泡溫泉、廚師、打鐵工、常期接近高溫火爐工作者，就會影響造精功能。進一步查探是否有結構性問題，例如精索靜脈曲張、隱睪症、疝氣。^[2]精索靜脈曲張好發於青春期男孩及成年男性，約有百分之十五，大多是先天性，對身體沒有什麼大傷害，只會覺得陰囊疼痛或些微不舒服，不是所有患者都要接受手術治療，除非是陰囊疼痛、睪丸明顯萎縮及精液檢查不正常，才要開刀。續發性不孕症（先前可生育，後來卻不孕）更高達百分之七十至八十。

特別重要且強調是不孕不育症中約一成到兩成，是由免疫因素所引起的。另據世界衛生組織（WHO）報導育齡婦女中不孕者統計約占10%左右，其中不孕的30%左右是由於免疫因素造成的。因此，瞭解免疫性不孕是怎麼回事變得極為重要。為什麼會產生排斥性？是基因遺傳嗎？是基因突變嗎？是服太多藥物產生的免疫排斥反彈嗎？這是西醫生殖醫學的難題，一直努力尋找其原因及治法。中醫界也努力在這方面尋找其原因，目前對免疫性不孕共識是的人體在發生創傷、大手術、感染發炎、流產、墮胎後人體會自然產生自體保護功能，來保護受傷的身體。這個保護功能即是「自體免疫」系統，它會排斥外來的異物如：細菌、病毒、毒物及包括男性精蟲、已受精的胚胎。尤其是女性在流產、墮胎後，大腦妊娠中樞還停留在懷孕階段，會免疫排斥男性精蟲、已受精的胚胎，造成男女雙方



經西醫生殖醫學檢查都正常，就是無法懷孕的不孕症。免疫排斥性的問題亦是西醫生殖醫學做試管嬰兒、人工受孕會失敗的最大原因。如精子、精漿、卵透明帶以及卵巢內產生固醇類激素的細胞均為特異性抗原，可引起免疫反應，產生相應抗體，阻礙精子與卵子的結合與受精，導致不孕。所謂同種免疫是指男性的精子、精漿作為抗原，在女方體內產生了抗體，最終使得精子凝聚或精子失去運動力。在正常的情况下，女性並不會產生免疫反應，只有大約 15%~18% 的不孕婦女體內有抗精子抗體存在。在女性月經期時，子宮內膜有損傷，精子及其抗原物質才會進入到血流從而激發女性的免疫反應。而自身免疫是女性將精子或者精漿或女性卵子、以及生殖道分泌物、或者激素等溢出生殖道進入自身周邊的組織，從而造成了自己身體的免疫反應，在體內形成相應的抗體物質，影響了精子的生機或卵泡成熟和排卵。正常的女性朋友的生殖道具有酶系統，這個系統可以降解進入的精子抗原，有效的預防免疫性不孕的發生。但是，如果這種酶系統出現缺陷，就會使精子抗原保持完整，從而刺激同種抗精子抗體的產生。如果在性生活後的女性朋友的身體內產生抗精子抗體後，以後每次性生活進入陰道的精液於不僅不會使卵子受精，反而會刺激女性的免疫系統，使抗精子抗體更加增多，這時的殺精作用更強，這樣將嚴重影響受精卵的形成。在性生活過程中，女性朋友接觸到的異性精子抗原的機會多，且抗體量多，所以產生抗精子抗體機會更多。有很多情況就會組織精子的正常進入，有個別婦女因種種原因使得生殖道吸收精液後或因經期性交，精液與血循環接觸，在體內產生大量抗精子抗體，從而造成這類疾病的發生。免疫性不孕的女性，因此如果不停止性生活，往往會使病情加重，增加抗精子抗體的數量。另有 5%~9% 的不育男性體內存在抗精子抗體，其產生的原因大致是由於雙側輸精管阻塞或結紮，或曾經患有嚴重的生殖道傳染所致。那抗精子抗體是怎麼產生的呢？當男性朋友的體內的血睪出現屏障作用時，可以使得精液中的精子與免疫系統出現隔離的現象，但當此種屏障因疾病或創傷受損時，精子或其可溶性膜抗原逸出，可導致機體產生抗精子自身抗體，從而抑制精子的活動與受精，造成男性不育。人類精子出現抗原時就會變得十分複雜，包括附著於精漿和精子固有的細胞膜抗原，共約 30 餘種，其中有些是精子特有的，有些則是非特異的。有些是與生育相關的，有些是與生育無關的。^[3] 正常情況下，男性精液中含有抑制女性免疫反應的因數，男性的攝護腺液還含有一種抗補體因子，大約有 20% 的男子缺少這些因子，因此，當丈夫的精液不正常時，亦會導致婦女免疫性不孕。

對治療不孕症夫妻，通常西醫師會建議不孕症夫妻作整合性的不孕症檢查。而女性不孕與否，在於女性是否能規則地排出健康的卵子，也可以讓精子與卵子在輸卵管結合，子宮內膜必須是健康而且功能良好。也就是不孕夫妻應先找出不孕是「器官」的問題？或是「功能」的問題？是男方有問題？或是女方有問題？



若檢查夫妻一方或雙方有異常，針對異常的方面找出癥結的病因，再尋求正確的治療方法。目前臨床對不孕症檢查常規流程，首先女性可用基礎體溫計和測排卵劑來測定是否有排卵和排卵週期；檢查子宮頸厚度和粘液的量是否適宜精子進入子宮腔內；陰道超音波檢查卵巢內濾泡的發育情形；子宮輸卵管攝影瞭解輸卵管阻塞或通暢情形；腹腔鏡檢查子宮內膜異位情形；測血液、尿中的黃體刺激素（Luteinizing hormone, LH）、濾泡刺激素（Follicle stimulating hormone, FSH）、Estrogen、泌乳激素是否正常等。男性的精液檢查、血中荷爾蒙、睪丸切片和精路攝影等檢查精子的製造品質、精子穿透性分析來瞭解精子的受精能力，其他有精子和卵子的結合力檢查。^{〔4〕}

特別談及婦女的不孕症原因，其中子宮頸因素所造成的原因約佔5%-15%。在20世紀中期對不明原因的不孕不育患者血清中精子凝集素的發現，免疫性不孕症日益受到關注。所謂免疫性不孕症是指精子作為一種獨特抗原，當女方生殖道缺乏某種酶或有炎症、創傷等因素存在時，與女方機體免疫系統接觸，引起免疫反應，產生抗精子抗體（AsAb），導致精子在女性生殖道內的代謝，從而活力下降引起的不孕。在原因不明不孕症婦女中，約有30%在血清中檢測到抗精子抗體及抗心磷脂抗體，這部分不孕症即為免疫性因素所致。^{〔5〕}免疫性不孕症有廣義與狹義之分，廣義的免疫性不孕症是指身體對下視丘—腦下垂體—卵巢軸，任一組織抗原產生免疫，女性可表現為無排卵、閉經；男性可表現為精子減少或精子活力降低。通常所指的免疫性不孕症是指狹義的，即不孕夫婦除存在抗精子免疫或抗透明帶免疫外，其他方面均正常。現代醫學認為，本病的主要原因是由於精液在陰道內作為一種抗原，被陰道或宮頸上皮吸收後，使人體發生免疫反應，而在血清和生殖道內部（尤其是宮頸）產生抗精子抗體；或者由自身血清中的抗子宮內膜抗體（EMAb）或透明帶自身抗體所致，使精液凝集、失去活力，或者阻止精子穿透卵子，或者影響受精卵著床，以致造成不孕。對女性而言，主要是由於生殖道炎症，使局部滲出增加，免疫相關細胞進入生殖道，同時生殖道粘膜滲透性改變，增強精子抗原的吸收，使身體對精子抗原的免疫反應加強，生殖道局部及血清中出現精子抗體，從而影響精子活動，導致不孕。^{〔6〕}而同房試驗是評估子宮頸黏液與子宮頸是否存有抗精子抗體的基本檢查。所謂同房試驗（Post-coital test, PCT）是在極接近排卵期時，囑咐夫妻同房，在同房後2至6小時來醫院，取出子宮頸腔內的黏液，放在高倍（400倍）顯微鏡下檢查。可以觀察並瞭解子宮頸黏液中的精蟲數量，精蟲活動性及活動力，子宮頸黏液內是否含有白血球，上皮細胞，細菌等，或其他微生物的感染。（即伴侶任何一方身體的免疫反應將精蟲視為外來物，而產生抗體）。並且檢測子宮頸黏液的CC數、黏稠性、延展性（Spinnbarkeit：排卵黏液挑離玻片時產生長條黏液）、羊齒葉狀的結晶狀況（Fern test，作為雌激素活性定性試驗），及細胞性等子宮頸黏液記點總數，並記



錄之，稱為同房試驗。婦女在接近排卵日時，在陰道與子宮之間的子宮頸內，會充滿水樣透明的分泌物，稱為子宮頸粘液，正常的含量大約0.3~0.4ml，乾燥後在顯微鏡下觀察，可以見到羊齒葉狀的結晶。如果量太少，或色澤混濁不清，粘稠性過高，會阻礙精子遊動，即使有再多活動性良好的精子進入陰道，無法進到子宮、輸卵管與卵子結合，就無法受精，自然就無法受孕。部份女性的子宮頸黏液欠佳或體內存有阻礙卵子與精子結合的抗精子抗體，在這些女性的陰道黏液裡即使有活動的精子，也會出現活動力較差的情形，或是不動精子占大部份或全為不動精子，而同房試驗的目的就是在篩選出這些病人。^{〔7〕}應在臨床及各項檢查排除排卵功能障礙、子宮內膜異位症、輸卵管炎、子宮肌腺病、子宮腔粘連等，且血清或子宮頸粘液抗精子抗體陽性，或抗透明帶抗體陽性者可診斷為免疫性不孕的定義。因抗精子抗體可以在血清中、精液中或子宮頸黏液中發現，這些的任一項都會跟受孕有負面影響。要瞭解是否有抗精子抗體可做免疫珠試驗（the immune bead test, IBT）可同時檢測 IgA 和 IgG 抗體。抗精子抗體出現下，覆蓋著結合抗體的 polyacrylamide 珠與精蟲作用。此項測試有良好的敏感性及專一性，且還可以用來指示抗精子抗體的結合位置—結合在精子頭部的抗精子抗體對受孕的影響最大。另因免疫問題引起不孕的相關檢查還有抗精子抗體（ASAb）、抗透明帶抗體（ZPAb）、抗卵巢抗體（AOAb）、抗心磷脂抗體（ACAAb）、抗子宮內膜抗體（EMAb）、抗滋養細胞抗體（ATAb）、抗絨毛膜促性腺激素抗體（HCGAb）其中最主要的是抗精子抗體、抗透明帶抗體（抗卵巢抗體）。^{〔8〕}抗精子抗體對不孕的影響主要表現在：(1) 影響精子的輸送過程，包括使精子凝集、降低其活動能力等；(2) 阻礙精子與卵子的結合及受精卵的著床；(3) 干擾已著床胚囊的生長發育並使之變性、流產。

如果是年輕的夫妻，沒有大問題，可先用簡單的方法，像「打排卵針」或「人工受孕」；如果是 36 歲以上，試過其他方法無效，想做「試管嬰兒」（含「體外受精」及「胚胎移植」），在門診有整套流程給病人。「打排卵針」的目的是刺激濾泡，讓卵子多一點，以增加受孕機率；「人工受孕」則是指取出精子，在卵子成熟的最佳時間點，經由子宮頸打入子宮腔。西醫臨床對不孕症的人工生殖醫學治療，常依症狀、檢查結果而提出的治療方法也不同，除了積極治療生殖道炎症對子宮頸糜爛、瘰肉、子宮內膜炎、輸卵管炎等患者，應進行衣原體、支原體和其他病原體檢測，採取有針對性的治療，並消除自身同種抗體，針對排卵異常一般常用的人工誘導排卵也就是所謂排卵針或排卵藥，關於生殖道的障礙則以相關手術排除，或進行人工生殖，根據病患的情況而採用人工授精 GIF、ZIFT、TET 透過腹腔鏡送入輸卵管或 IVF-ET 將 4-8 個細胞胚胎植回子宮，甚至可利用顯微操作技術將一隻精蟲直接注入卵子的細胞質內（卵漿精蟲注射）而提高受孕率。此外，針對無精蟲症的病患，也可試著直接由睪丸或副睪取得精子或精



細胞(即顯微副睪取精術或睪丸精蟲取出術)再配合卵漿精蟲注射也可得到不錯的受孕率。〔9〕

傳統醫學談不孕症病名最早見於素問骨空論乙節之“督脈爲病，其女子不孕”，而原發性不孕，古代《山海經》則稱「無子」，《千金要方》則稱爲「全不產」。如女子曾生育或流產後，無避孕且又一年以上不再受孕者，則稱「繼發性不孕」，《千金要方》稱爲「斷緒」。而歷代醫書對不孕症之論述，則散見於“求嗣”、“種子”、“嗣育”等編中。中醫將女性受孕的機理歸納爲腎氣旺盛，真陰充足，氣血和順，脈絡通暢。如《黃帝內經素問·上古天真論》中說：“女子二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，故有子。”這裡所說的“天癸”，按現代醫學的觀點理解，應該是泛指與人體性腺發育有關的各種內分泌腺的功能活動。由於這些內分泌腺機能的協調，使得衝任充盈，天癸至而不竭。因中醫學以腎-天癸-衝任-胞宮爲生殖生理路徑。〔10〕另《女科正宗·廣嗣總論》曰：“男精壯而女精調，有子之道也。”《靈樞決氣篇》說：“兩精相搏、合而成形，常先身生、是謂精。”縱觀中醫學對婦科生理的論述，就是必需太衝脈盛，任脈通，兩精相合，方能有子。衝爲血海，任主胞胎，女子以血爲用，氣又生血，氣血乃女子生育之根本，肝的疏泄調節又直接影響氣血的正常功能，故有“女子以肝爲本”之說。因此治療不孕，首先應緊緊抓住女性的生理特點：即天癸的成熟與否，衝任氣血是否失調。生殖軸中任何一個環節失調，都會引起不孕。在月經後期，血海空虛漸復，子宮藏而不瀉，呈現陰長的動態變化。陰長是指腎水、天癸、陰精、血氣等漸復至盛，呈重陰狀態。所謂重陰，是指月經週期陰陽消長節律中的陰長高峰時期。在此時期服藥，使生殖軸功能日趨健旺。女科準繩·胎前門》引袁丁凡之言：“婦人一月經行一度，必有一日氤氳之候，於一時辰間，……此的候也，……順而施之，則成胎也。”故在經間期氤氳之時，亦即排卵期，重陰轉陽，此時同房，陰陽俱盛，故能懷孕。〔10〕綜合上述不孕症的病因病機應爲天癸、衝任、肝腎、子宮的功能失調，氣血不和，胞脈失養所致。中醫理論認爲腎氣的盛衰直接影響著天癸的生殖功能，因而將補腎作爲治療不孕症的重要措施。然而臨床還有許多母體腎不太虛而不孕的現象，對此，歷代醫家見解各異，如廖仲醇歸之於“風寒乘襲子宮”，朱丹溪認作爲“衝任伏熱”，張子和見解爲“胞中實痰”，王清任看作是“瘀阻胞宮”，而巢元方責之於“帶下結積無子”等等。即不孕症最爲多見的則是正虛邪實，即母體正氣虛衰而又兼夾邪氣。從不孕症的臨床表現來看，中醫病理多歸納爲虛實夾雜證型，其內因爲稟賦虛弱，氣血不和，腎氣不足；外因爲風寒侵襲，或痰閉胞宮，或瘀阻胞絡等等。而且母虛又與寒、濕、痰、瘀等實邪相互影響，互爲因果，以致形成不孕症錯綜複雜的臨床特點。臨床治療須得審證求因，辨證論治，方能成孕。恰如《醫宗金鑒》所云：“女子不孕之故，由傷其衝任也。……或因宿血積於胞中，新血不能



成孕；或因胞寒胞熱，不能攝精成孕；或因體盛痰多，脂膜壅塞胞中而不孕。皆當細審其因，按證調治，自能有子也。”依傳統醫學各醫家之論述，導致婦女不孕的生理、病理因素有因腎虛、肝鬱、氣血兩虛、痰濕、濕熱、氣滯血瘀等證型。^{〔11〕}其後中醫運用調周療法，就是模仿正常月經週期進行調治，也稱調周療法。不少醫家主張三期調治。如李氏將月經週期分爲三期，行經期活血理氣，經後期滋陰補腎，排卵前後補血溫陽。張氏也主張三步法，經期調經活血爲先，經盡三日健脾補腎，使化源充，精血足，經後七日正值排卵期，宜疏肝通絡。臨床應用陰陽學說調治月經週期，一般分爲四期，經後期以陰長爲主，滋陰養血，經間期是陰長至重，向陽轉化時期，調氣活血；經前期陽氣漸盛，溫補腎陽；行經期陽氣至重，活血清源潔流。^{〔11〕}

著名江蘇中醫婦科專家夏桂成教授，擅治不孕不育而聞名中外，夏教授根據天人合一，陰陽相應，認爲免疫性不孕症臨床上表現爲免疫功能亢進、低下的不協調，從而導致不孕，所以應變理陰陽結合調周助孕。夏教授根據臨床症狀及有關的經帶史，屬陰虛火旺或陰虛夾有濕熱，或陰虛夾有瘀血，在免疫性不孕中佔有較大比例，火旺者可以促進亢進，夏教授創制的滋陰抑亢湯爲治療該證型的主方。^{〔12〕}藥用當歸、赤芍、白芍、熟地黃、山藥、山萸肉各10克，牡丹皮9克，茯苓12克，苧麻根15克，柴胡、生甘草各6克等滋陰降火，調肝寧神。用於婚後多年未孕，月經正常或先期，量偏少或多，色紅，夾小血塊，頭暈耳鳴，心悸失眠，胸悶乳脹，腰腿酸軟，舌偏紅苔薄黃，脈細弦，實驗室檢查多見血清或宮頸粘液抗精子抗體陽性者。兼濕熱者，帶下量多，色黃白質粘膩，或伴有少腹脹痛，加入敗醬草、薏苡仁各15克，制蒼朮10克，炒黃柏6克等。兼血瘀者，經血紫黑夾有血塊，腹脹且痛，兩乳脹痛，實驗室檢查血清抗子宮內膜抗體多爲陽性，加入桃仁、紅花各9克，紅藤15g，鱉甲（先煎）10克等。服法每日1劑，經淨後即服，服至排卵後停，結合分時分期調周理論，黃體期在滋陰抑亢湯基礎上加川斷、菟絲子、鹿角片（先煎）各10克，氣虛及陽，免疫功能低下者，症狀可見婚久不孕，月經正常或後期，經量一般或有偏多，色淡質稀，腰膝酸冷，神疲乏力，大便溏薄，小便清長或頻數，舌質淡苔薄膩，脈沉細者，夏教授創制了助陽益氣湯補陽益氣，健脾溫腎。藥用黨參15克，黃耆30克，鹿角片（先煎）、白朮、丹參、赤芍、白芍、茯苓、山楂、川斷各10克，菟絲子10克，荊芥6克等。服法排卵期開始服每日1劑，經行即停。夏教授強調，臨床上還需根據月經週期中陰陽消長轉化的週期特點，在辨證的基礎上，還需應用月經周期理論，經後初期，滋腎養水；經後中期，滋腎養水，少佐助陽；經後末期，滋陰助陽，陰陽並調；經間排卵期加入調氣血之品，經前期陰中求陽，經前後半期陰中求陽，佐以疏肝理氣化痰之品。行經期活血調經，促進子宮內膜、子宮頸部的抗體排出體外，通過提高陰陽消長轉化的水準，既可抑制抗精子抗體的再產生，亦可使原有



的抗體逐漸清除。〔13〕

西醫目前的人工生殖技術瓶頸有二，要如何增加胚胎植入後的著床，以提升受孕成功率。另應如何利用藥物增加更多及更良好的卵子。中醫對於不孕症的治療存在著一定的優勢，這點不但表現在臨床受孕的療效上，而且還體現在受孕後的保胎問題上。此外，中醫治療不孕症著眼於調節患者體質調整，許多患者因此體質加強。依西醫生殖醫學的統計研究，婦女在35歲以後就屬於高齡產婦，女性卵子的品質愈接近停經期就愈形惡化，生育力會大幅下降。應先找出母體的體質類別，不同的體質，搭配不同的中藥與藥膳調理。依據國醫李政育老師治療不明原因之不孕症第一道療法，應糾正大腦妊娠中樞的亂象，即是叫醒大腦與子宮內膜之間神經通路使其暢通。許多不孕症患者來看中醫門診，通常多會經歷西醫婦產科門診看過或檢查過，做過人工受孕、試管嬰兒，西醫努力、盡力了還是不孕，才來看中醫。這種不明原因之不孕症患者，不管是原發性不孕症或繼發性不孕症，尤其是婦女曾生育或流產後的患者，在剖腹產或流產時，因受麻醉劑的影響，可能大腦受到干擾，大腦妊娠中樞還停留在懷孕階段。先處方朴硝盪胞湯治療。可清除子宮、卵巢的血瘀，糾正大腦妊娠中樞的亂象，使大腦妊娠中樞瞭解到子宮內目前沒有懷孕。〔14〕研究「千金藥方」的「朴硝盪胞湯」此方為常用治手術流產後性腺軸功能障礙不孕。服藥後，可能會在行經時排清稀的血或深色的血。原方治治婦人立身以來，全不產，及斷續久不產三十年者。這一湯頭方劑，每服必下積血赤膿及冷如小豆汁；這些本為婦人子宮內有此惡物所致，或天陰臍下疼，或月水不調，為有冷血不受胎。事實上，此方為「傷寒雜病論」之「抵擋湯」、「桃仁承氣湯」、「桂枝茯苓丸」、「當歸芍藥散」等方所合而成，所以幾乎這些方劑所主治之病，包括痛經，經血淋漓，子宮腫瘤…等皆可醫，難怪孫思邈將朴硝盪胞湯列為女性不孕第一方。〔15〕又如因泌乳素太高所致不孕，中醫觀點屬陽越、命門陽亢、氣鬱，治法重鎮兼理氣法，方用柴胡加龍骨牡蠣湯、健瓠湯、小柴胡湯、逍遙散、四氣湯等。而雄性素高者，以芩連柏中之黃柏為君，必要時，可加代赭石或硃砂，把雄性素降下來，臨床發現知母比牡丹皮有效。又因甲狀腺機能亢進亦屬肝陽上亢，治法為重鎮抑肝、理氣，方用上方加夏枯草、牡蠣、石決明、元胡、薑黃、三棱、莪朮等。相反地若因泌乳素、甲狀腺、雄性素、ACTH、DHEA太低，在中醫屬命門火虛、腎陽虛，治法補腎命、補陽，方用腎氣丸、右歸飲、桂附地黃湯、十全大補湯、桂枝附子湯、四逆湯加附子用乾薑、桂枝龍骨牡蠣湯（用玉桂、乾薑、炒牡蠣、炒龍骨）、桂枝人參湯、真武湯加黨參、人參、淮山、五味子、菟絲子等。

抗精子抗體影響不孕的結論是肯定的，因而抗精子抗體轉陰為治療免疫性不孕的關鍵。西醫目前有避孕套隔絕療法、類固醇免疫抑制療法、防凝法及夫妻間血液注射免疫法等，但療效不甚理想，或存在一定的毒副作用。討論對於免疫



性不孕的病機，至今尚未完全清楚，在血清或子宮頸黏液中發現抗精子抗體。大部分患者均有腰痛、腹痛、帶下等症狀。而中醫並無免疫性不孕的記載，但從中醫的病因病機分析，免疫性不孕是因衝任、胞宮損傷，或邪毒、或濕熱與血相搏結，擾亂衝任、氣血，以至腎陽不足，腎陰虧損，瘀熱蘊結，氣滯血瘀所致。且免疫性不孕患者初起多數是熱證，在攝護腺炎、子宮頸炎、子宮內膜炎可看到抗體，絕不可用補劑如十全大補，以避免精蟲抗原性太強。如在生殖道外分泌處，對外來的蛋白質會將之分解，若在女性體內形成感染，大多因感染傷口，亦即陰道可能有狐惑症，狐惑症在陰唇、陰道、子宮頸、子宮內膜發生反覆的潰瘍，反覆傷口，維納斯蛋白質會改變，一方面要修復之，一方面要抑制之，一方面要殺死外來感染，產生變化，即維納斯液也會殺死精蟲、麻痺精蟲、抑制精蟲。維納斯又稱分泌性白血球蛋白質酵素抑制劑，在人類體腔中包括精液、子宮黏液、支氣管與鼻腔分泌液與眼淚，均可發現，是由107個胺基酸所組成，生理特性為保護黏液的表皮層，免受游離蛋白水解酵素剝蝕，而此種剝蝕通常是表皮層細胞受到病毒或細菌侵襲後，黏液產生不夠或細胞老化所造成的結果。這種抗菌與抗炎症的分子，屬於人類先天免疫系統的一環，在女性子宮頸與子宮內膜上，主要保護免受病菌侵襲，特別是在女性更年期時，荷爾蒙減少，陰道內分泌物「維納斯」不足後，引起婦女疾病產生，並出現乾澀感。

另在子宮頸口最常遇見的是沾黏瘰肉，若在子宮頸內因有所損傷，反覆刺激，滯流量多，也會把精蟲分解掉。子宮頸的分泌物有時會殺死精蟲，有些子宮內分泌物也會殺死精蟲，或抑制精蟲的活動，有如游泳池的水有毒或濃稠度過高，精蟲遊動困難，故受孕不易。且女性經血淋瀝且發現是由子宮頸或陰道瘰肉引起者，一旦有異常出血，視為瘀熱證或肝陽上亢。應用中醫辨證屬於肝陽上亢可用龍膽瀉肝湯、梔子柏皮湯解除子宮頸免疫太黏稠而抑制精蟲活力；便秘可用大柴胡湯；情緒型用小柴胡湯加減；腎陰虛陽亢用知柏地黃湯。因子宮頸口發炎沾粘、瘰肉、陰道瘰肉、子宮內膜肥厚出血淋漓或手術後，子宮頸內頸黏稠，亦屬肝經蘊熱，是痰熱證（太黏稠）需要調整，治以乳沒四物湯、地骨皮飲加龍膽草、丹皮、梔子可預防再沾粘及增生。清除體內的痰瘀，痰瘀清除，黏液稀釋後，免疫排斥性的問題即可解除，成功受孕率必可增加2~3倍。若發現子宮頸內有排斥現象，以排上述方劑服到懷孕，行房試驗原則上精蟲需8~10隻之以上，才可以人工受孕，且避開子宮頸口內頸部份，且應直接注入子宮頸，因子宮頸會痙攣，人工受孕每做一次，子宮頸會受傷一次，仍要修復其發炎，發炎受傷狀態，也會將人工受精的精蟲殺死。要將瘀熱或肝經瘀熱蘊毒改善，才進入大補腎陽，命門火虛證。如經考慮此上述階段的病程階段，再施以大補腎命，促進排卵，令子宮內膜形成溫床，方可提高療效。如在「傷寒雜病論」的「金匱腎氣丸」加「桂枝茯苓丸」加方，將此複方隨意化裁，適當加減些促進排卵或造精蟲之藥，



才易懷孕。

臨床實務應先抽血驗 TSH、FSH、LH、Prolactin 和各種抗體，行房試驗、輸卵管通氣試驗，若都沒有問題，先給朴硝盪胞湯加減，第二階段，考慮排斥問題，選用溫膽湯或龍膽瀉肝湯加黃芩、萊菔子、葛根、貝母、枳實，有排斥問題應服到懷孕，沒有排斥時應服 4 週以上，目的是調整其內的免疫抗體，同時讓神經內分泌穩定，第三階段再以補腎陽為治療方向。〔16〕

另在子宮內要形成受孕溫床，“溫床”之意即內膜糖漿要夠多，能讓受精卵一掉下來就被糖漿包裹，糖漿分化為滋養液，分化為胎盤，若糖漿太稀包不住，子宮頸的分泌物就會抑制精蟲、麻痺精蟲著，在中醫是肝經瘀阻或痰飲為病，也正因正常女子在排卵期子宮內膜會產生如糖漿狀的黏液，此黏液是很好的助孕劑，可形成胚胎的溫床。若內膜糖漿太稀包不住，可用桂枝加龍骨牡蠣湯、或腎氣丸、河車大造丸、右歸飲、十全大補湯…等，加紫河車或鹿茸、仙靈脾…等，或再加乾薑、附子、玉桂、黃芩。亦可用溫膽湯加葛根、麥冬、萊菔子、黃芩、龍膽草將黃芩加重，或用川七粉或貝母粉通道打通，勿有瘀阻，如此子宮腔內供血較好。相反若子宮腔內因分泌物太黏稠或有毒（殺死精蟲）亦屬肝經瘀熱、痰熱或腎陰虛，用知柏地黃丸、地骨皮飲或芩連四物湯加減。又如子宮內膜炎亦屬痰熱為病、肝經濕熱蘊毒、痰飲為病，可使用龍膽瀉肝湯、溫膽湯、黃連解毒湯（如輸精管狹窄或阻塞亦然），是最常見也最易治的。所以黏液太多太少都不好；若子宮內膜太薄，黏液不足，子宮內膜不易形成溫床的治療，以大補腎命的方式治療，處方以桂枝加龍牡湯、毓麟珠湯、十全大補湯、腎氣丸、左歸丸、右歸丸、五子衍宗丸、河車大造丸、還少丹加乾薑、肉桂、附子、黃芩，另加紫河車粉，或加菟絲子、沙苑子、肉從蓉、鎖陽，即可令子宮內的黏液增多，促進排卵，子宮內膜形成溫床，胚胎才容易著床。臨床常發現若經過治療，已沒有排斥，行房試驗已有 10~20 隻精蟲，生殖道也通了，仍不孕，怎麼辦？策略就是要讓卵子的細胞膜韌性不要自我保護太強烈，能讓精蟲能穿透，進入所謂腎陽虛期，同時令子宮內膜形成溫床，子宮內溫床和內膜糖漿多一點，而一旦受精著床，包裹穩定，即當下屬於命門火虛、氣虛、腎陽虛期，李老師常用桂枝龍骨牡蠣湯，若仍不受孕，再用炒龍骨、炒牡蠣並加入乾薑、附子，至於菟絲子、蛇床子、肉從蓉等藥物的作用，也是令形成溫床。也可用十全大補、歸耆建中湯、補中益氣湯、右歸丸和腎氣丸加紫河車等；而受孕以後，會常流產，胎死腹中？習慣性流產古書常用磐石散、茯苓丸、當歸散，最好用應是當歸散，因有黃芩可治免疫過亢，抑制免疫對滋養層感染可預防及治療，又可令子宮內不會有異常的分泌物滯留（抗體等）。又有當歸、川芎、芍藥、可消瘀血又可令胎盤滋養層循環旺盛，血管不會痙攣萎縮壞死梗塞，又可加黃連、黃柏、白芥子、萊菔子、枳實、枳殼、竹茹等。部份常流產不孕患者可加乾薑、附子，習慣性流產固澀能力



也較差，骨盆腔供血量較差，要修正此狀態，須少量的乾薑、附子，台灣地區女性常血壓低、活動量少、手腳冰冷、反覆流產，若不改善骨盆腔供血量再懷孕，很快又流產危險。

女性構造再往上論因輸卵管卵巢因素所致不孕，最多是因沾黏引起，西醫用通氣試驗撐開，但急性期黏稠撐開後又易沾黏住，且反覆通氣或輸卵管攝影，會痙攣（不能短時間做多次），也有人二年前通氣試驗有通，後來又不通，也可能沾黏造成或因感染。如因輸卵管病變所致不孕可分：

- ① 阻塞型，為痰飲兼瘀血證，治以化痰、涼血、活血化瘀，主方為二陳湯或溫膽湯合併桂枝茯苓丸、或當歸芍藥散。
- ② 狹窄痙攣型為瘀血證，治以活血化癥法，主方為桂枝茯苓丸、當歸芍藥散、乳沒四物湯、元戎（桃紅）四物湯、復原活血湯、抵擋湯、桃仁承氣湯、大黃蟪蟲湯加元胡、檳榔、川七、牛膝、乳香、杜仲、續斷、碎補等。
- ③ 輸卵管積液型：為痰飲兼瘀血症，治法與主方如①阻塞型。

感染型所致不孕如淋病、梅毒、披衣菌感染、性疱疹感染，西醫會給抗生素，但仍可能仍然沾黏，可選用金鎖固精丸，醫好之後再處理沾黏情況。若沒有沾黏阻塞，回過頭再依痰飲、瘀熱證，用溫膽湯或桂枝茯苓丸處方加減。便秘型，可用桃核承氣湯、傷科方劑（活血化癥通便方劑），或依治痛經且通便方劑皆可選用。桂枝茯苓丸在子宮內膜、輸卵管的沾黏狹窄很好用，原則上應先作輸卵管通氣試驗，若未通再用藥（一般或多或少比例是不通的）。若稍一撐開即可撐開，但仍不孕，就要稀釋黏液。金鎖固精丸服一段時間，若無沾黏的水狀的分泌物時，進入氣虛期，再以柴胡劑、桂枝加龍牡湯。而結核菌感染導致輸卵管、子宮內膜的發炎沾黏是陰虛證，用知板地黃，八仙長壽丸，地骨皮飲，犀角地黃湯，加重青蒿、知母、地骨皮、柴胡等。另臨床上子宮外孕之後，容易再發生子宮外孕比例很高，如輸尿管結石、輸膽管結石用外科手術或超音波碎石後，很容易再發生，因為此部位容易卡住。此在中醫思考應是瘀熱兼有痰飲水蓄。而多囊性卵巢是否會不排卵、或導致不孕？答案是不一定，因有很多是很多暗經，雖是多囊性卵巢體質，仍可能會懷孕，若能治療到每個月來潮最理想，可選用乳沒四物湯加芩連柏、朮芩瀉、丹皮、川七（或少量大黃）加減用藥。臨床上也應預防西醫促進排卵所致卵巢過度刺激，先看發病原因，若因排斥仍醫排斥問題，作同房試驗抽血看抗體，如果仍有排斥表示仍處於熱症，以龍膽瀉肝湯或免疫過亢方加減。若已無排斥，比照不孕三道治療病程如溫膽加減，其後以十全大補或補中益氣或桂枝龍牡湯等。

西醫處理男性不育症時，考慮精液中是否無精蟲，或精蟲數目極少；或問題出在輸精管或貯精囊或射精管的壺部有阻塞或狹窄，若為狹窄通常是發炎之後造



成的沾黏或精液轉濃。在西醫遇到精蟲成形不良、抗精子抗體或白血球時給抗生素，類固醇、Aspirin 效果不好，有人嘗試用奎寧或其他免疫抑制劑，雖然抽血可見指數下降，但仍不成功。男性曾有感染過，尤其攝護腺、儲精囊感染或輸精管自我攻擊，乃至精蟲成形活動不良，提早被溶化掉。此情況都是熱證。又男性因副睪丸發炎、腫脹、靜脈曲張，導致射精量少，臨床多見屬瘀熱證，可用桂枝茯苓丸加黃柏、當歸芍藥散加芩柏、疝氣方，或橘核丸加黃柏等。因輸精管狹窄黏稠，造成精蟲纖毛運動不好，亦屬瘀熱證或痰熱證。又因儲精囊有所損傷或感染，且射精管、輸精管都有可能沾黏狹窄堵塞，在泌尿外科以手術灌通氣，但缺點是切口容易腫大狹窄，此時在中醫是瘀熱證兼有痰飲水蓄，可用桂枝茯苓丸、龍膽瀉肝湯、黃連解毒湯、或溫膽湯等，令切口不腫脹肥大。如有必要時再加上葛根、麥冬（葛根、麥冬的作用可以消炎、擴張輸精管與血管，使粘液不至於太過粘稠，精蟲易於遊動）。而男性射精口，有時也會沾黏痙攣，通常是攝護腺發炎或感染，也可能攝護腺血管充血或破裂(血精)，血精以後，一方面鬱血，一方面結疤，結疤未化掉之後，形成寒瘀證。但臨床血精大多屬熱證，屬命門火旺、少陽熱和瘀熱，可用地骨皮飲加龍膽草、黃柏、藕節（川七、代赭石可用），但要加茯苓、澤瀉，令攝護腺充血量不要太大（形成動靜脈血管新生）。另攝護腺有一特殊也會有結石卡在射精管，或鈣化結疤，雖會射精，但沒有精蟲。結疤時可選可用桂枝茯苓丸加龍膽草、黃柏、軟堅藥物或溫膽湯加減。攝護腺結石，要先內視鏡處理，其後給龍膽瀉肝湯，當歸龍薈丸加減。若精蟲的數目高到一定的程度不再升高時，則需加上當歸、菟絲子，亦可使用五子衍宗丸，前方化開濃稠的精液，加上後法可以促進精子增生。若前方療效不佳，則屬沾粘太甚，必需加上活血化瘀，方以溫膽湯合桂枝茯苓丸或乳沒四物湯，精蟲數目會快速上升；黏液太稠者亦可用龍膽瀉肝湯。當精蟲數目又受到限制時，同前述加上當歸、菟絲子，或再加乾薑、附子、肉桂子或肉桂。處理男性不育症第二階段才為命門陽虛證，治以十全大補湯、右歸丸、腎氣丸等加乾薑、附子一兩，三錢黃芩、黃連、黃柏。另一為“穿透力試驗”，此一現象牽涉到，精子的穿透力不足衝破卵子的胞膜韌性太強，因精子千萬上億的湧入，只有一個能受精，其餘的觸破在卵子壁上，自我溶解與卵子本身的物質混合，軟化卵子的胞膜，讓後面的精子有機會能穿透卵子胞膜。由此可知影響穿透力的原因有可能因為精子遊到卵子附近的自我犧牲的數目不足，不足以軟化卵子細胞膜，此時治療應男女同治。女性用補腎陽或養腎陰的方法，男性則採補腎陽的療法，因補腎陽才能促進精子的穿透力，而補腎陽的藥品如七寶美髯丹、桂枝龍骨牡湯、右歸丸、腎氣丸、河車大造丸、還少丹皆可使用，以上是男性的問題。臨床上面對無精母細胞（賴迪吉氏細胞）的症狀，是少見且最難治的。在青春之前或可治癒，在過了青春期的病患，直至目前尚未成功過。以西醫的治療方式是在青春以前大量服用或注射女性荷爾



蒙促精母細胞生長，在長成之後就無計可施。將來或可在腦部的幹細胞中尋找與精母細胞製造的相關部位或治療。或移植幹細胞於睪丸，一如胚胎移植腦細胞一般，但以此症少見，此項研究不易執行，故短時間內尚未找到方法治癒。而睪丸靜脈曲張，是不會引起不孕的。只是在勃起時睪丸腫脹感嚴重而已，但西醫的理論認定是會引起不孕，醫師一般在治療不孕症時，不孕的責任多歸為男性，以減輕女性的其他外在壓力，然而夫妻同治，是最理想的方式。

對於不孕症患者而言，除了進行必要的檢測和針對性的治療外，還要重視調暢情志，合適飲食。保持良好的心態對於不孕症患者很重要。飲食偏嗜、營養不足或營養過剩，都可以導致不孕。因此飲食一定要合理，中醫講求“寓醫於食”，可以在醫師指導下選擇藥膳方。如：仙人粥（制何首烏 30~60 克，紅棗 3~5 枚，小米 100 克，食糖適量）就可以補氣血、益肝腎，少吃涼冷食物，適量吃溫補食物，如麻油雞、燉羊肉。另外，有效避免月經不調的發生也很重要，這需要女性朋友注意生活的細節，如保持外陰衛生，經期不要吃辛辣或生冷的食物，避免過度勞累等等。常吃魚類、水果、青菜之類；常登山，游泳、跑步等，同時盡量早睡早起，少發脾氣，使氣血暢通無阻，半年內持續不斷，應可見效。體質較寒，則卵巢及子宮的運作機制容易受阻，導致排卵機制、功能遲鈍，不能正常排卵，或偶而有排卵，也不易受孕；幸而受精，也因不健康而不易著床，導致胎兒沒有心跳而流產。治療上，必須以溫經育陰，升陽益氣法以調攝體能。

結論

綜上所述中醫治療女性不孕症的療效令人矚目。由於造成不孕的原因很多，既有功能失調，也有器質性病變，如果不瞭解病因而籠統治療，往往療效不佳。

因此中醫治療應與現代醫學檢查技術結合起來，才能提高療效。從最近幾年的文獻報導來看，女性不孕症的中醫治療主要以補腎、活血化瘀、疏肝理氣為大法，且朝著辨證與辨病相結合的方向發展，即在明確診斷的基礎上，發揮中醫辨證論治和專方專藥的特長。調周療法治療女性不孕症確實有效，但也存在一些問題，多數報導只提到經後期、經間期、經前期，沒有客觀化指標，而此方法應在觀察激素水準、卵泡的變化而確定不同的四個時期，最基本的應做子宮頸粘液檢查和測量基礎體溫。即用現代醫學明確診斷，據原發病進行針對性的治療，同時結合中醫的辨證論治和調周療法。另中醫藥治療免疫性不孕有著獨特的優勢，既可激活偏低的細胞免疫，又可抑制過高的體液免疫，還可清除免疫複合物，得到培固正氣、扶正祛邪、平衡陰陽之功。內文分析國醫李政育老師治療不明原因之不孕症第一道療法，強調應糾正大腦妊娠中樞的亂象。李老師認為免疫性不孕是因衝任、胞宮損傷，或邪毒、或濕熱與血相搏結，擾亂衝任、氣血，以至腎



陽不足，腎陰虧損，瘀熱蘊結，氣滯血瘀所致。強調免疫性不孕患者初起多數是熱證，在攝護腺炎、子宮頸炎、子宮內膜炎可看到抗體，絕不可用補劑如十全大補，以避免精蟲抗原性太強。如子宮內膜炎、輸卵管狹窄或阻塞屬痰熱為病、肝經濕熱蘊毒、痰飲為病，可使用龍膽瀉肝湯、溫膽湯、黃連解毒湯等。中草藥治療女性免疫性不孕的有效性及安全性目前尚無充分的證據；診斷標準、療程、療效判定沒有統一的量化指標；多種療法的作用機制尚未闡明。中西醫結合療法較單純的中醫或西醫療法效果明顯，關鍵是將中醫的“證”與西醫的“病”很好地聯繫起來，這就需要在不孕的病理方面做更深入的研究。

參考文獻

1. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, 哈里遜內科學（上），合記出版社
2. 詹平，中國優生與遺傳雜誌，2005年第13卷第11期，P51
3. 郭翼華，育齡婦女不育不孕的實驗室診斷及實驗結果分析—中國優生與遺傳雜誌，2008年第16卷第10期，P110
4. 吳孟宗醫師，同房試驗（Post-coital test, PCT）P377
5. 廖朝青，性交後試驗輔助陰道鏡檢查在不孕症中的臨床應用—實用中西醫結合臨床，2009年4月第9卷第2期，P.69
6. 許家平，中醫藥資訊，2010年第27卷第5期，P115
7. 夏萍緬，2008實用婦科護理，2008華杏出版社，P460
8. 張建平，不孕不育婦女四項自身免疫抗體的研究—中國優生與遺傳雜誌，2003年第11卷第5期，P135
9. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, 哈里遜內科學（上），合記出版社
10. 蘆慧玲，班秀文教授治療不孕症經驗撮要—廣西中醫藥，1995年2月第18卷第1期，P18
11. 張宏宇，祝湛予治療不孕症的經驗—中醫臨床研究，2010年第2卷第12期 P20
12. 李淑萍，不孕症的中醫治療進展，天津中醫，1994年第11卷第4期，P43
13. 景彥林，夏桂成論治免疫性不孕臨床經驗，光明中醫，2011年10月第26卷第10期，P1974
14. 李政育，2003中西醫匯通的理論與實論（第一集），P19~21
15. 葉慶釧，臺灣醫家李政育醫師的中醫學術思想與臨床經驗在魁北克的實踐，遼寧中醫藥大學碩士學位論文，P31
16. 李政育，100年8月三軍總醫院講稿



羅明宇醫師學經歷：

台灣中醫師同德醫學會	理事 長
張仲景文教基金會	董 事
佳禾中醫診所	院 長
北市中醫師公會	常務理事
中醫臨床醫學會	常務理事
北京中醫藥大學	中醫博士
中國醫藥大學	中醫碩士
台大醫學院生化學	碩 士