



# 中醫藥對母胎界面免疫的治療—— 不孕、反覆性流產、助孕、安胎

黃詩硯<sup>1</sup>、李政育<sup>2</sup>、武國璋<sup>3</sup>

<sup>1</sup>明醫青田中醫診所

<sup>2</sup>育生中醫診所

<sup>3</sup>三軍總醫院婦產部生殖不孕科、孕醫生殖中心

## 摘要

母胎界面是由母體子宮內膜轉化成的蛻膜，和胚胎的滋養層細胞所形成。目的是為保護表達父源抗原的胚胎細胞，免受母源免疫系統的排斥。母胎界面的免疫，是影響著胚胎成功著床及胎盤形成的關鍵。造成不孕及反覆性流產的原因甚多。母胎界面的免疫失調，包括子宮內膜異位症，造成子宮內膜產生發炎、沾黏造成胚胎容受度減低；母體潛在的免疫問題導致不孕，或懷孕後容易形成血栓、發炎、細胞凋亡，而使胎盤萎縮，或產生產科併發症；反覆流產的患者，因免疫之記憶，必須修復失衡的免疫系統才能懷孕。本篇中醫藥對於不孕、反覆性流產的助孕，與安胎的治療，即是針對母胎界面的免疫問題，幫助不孕及反覆性流產的患者受孕，懷孕後更必須幫助胎盤形成、螺旋動脈轉化、預防血栓、供應胎盤血流、避免胎盤感染萎縮，作為安胎的解方。

**關鍵字：**反覆性流產、母胎界面免疫、子宮內膜異位症、免疫不孕、抗磷脂質症候群、中醫治療母胎界面免疫、中醫藥治療母胎界面免疫性不孕、中醫治療慣墮胎

## 母胎界面的形成

受精後第五天，植入的囊胚（Blastocyst）誘發母體的子宮內膜產生蛻膜反應（decidual reaction）。即子宮內膜基質細胞藉由雌激素（oestrogen）、黃體酮（progesterone）、雄性素（androgens）等激素刺激成為特化的分泌細胞，使子宮內膜變成一個包含營養及大量血管組織的構造，稱作蛻膜（decidual）。

當囊胚（blastocyst）觸及子宮內膜時，將促使滋養層於胚胎端點處增生並分化。這些滋養層組織都將成為細胞外膜，將囊胚包覆於內<sup>[1]</sup>。



植入後滋養層細胞分化形成絨毛滋養層 (Villous trophoblasts)，產生絨毛膜絨毛 (chorionic villi)，提供運輸胚胎及母親之間營養、氧氣及其他化合物。滋養層細胞分化另一是形成絨毛外滋養層 (Extravillous trophoblasts, EVT)，絨毛外滋養層中的血管內滋養細胞 (endovascular trophoblasts) 在懷孕期間嵌入並轉化螺旋動脈 (spiral artery)，使之產生胎盤特有的低阻力血流；間質滋養細胞 (interstitial trophoblasts) 嵌入蛻膜並包圍螺旋動脈，最終穿透子宮肌層形成胎盤巨細胞 (placental-bed giant cells)，是構成胎盤床的主要部分。

人類胎盤在胚胎發育時，螺旋動脈經過上述來自胎兒的滋養細胞的大範圍修飾，是在妊娠前半段對於供應子宮胎盤血流一重要關鍵。這也是產生先兆子癇 (preeclampsia)、胚胎生長受限、和早產等病症的重要因素。

## 母胎界面的免疫機制

囊胚在觸及子宮內膜時，分泌細胞激素 interleukin-1  $\alpha$  (IL-1  $\alpha$ ) 和 IL-1  $\beta$ ，以及滋養層細胞分泌人類絨毛性腺激素 (human chorionic gonadotropin, HCG)，均會影響子宮內膜的容受性。子宮內膜對於囊胚的植入，反應分泌激素如白血病抑制因子 (leukemia inhibitory factor, LIF)、卵泡抑制素 (follistatin)、集落刺激因子 (colony-stimulating factor-1, CSF-1)，提供植入時所需之免疫調節抑制，來達到子宮的容受度及促進血管生成的作用 [2]。

子宮內膜在排卵之後，激素作用導致子宮內膜間質蛻膜化，並且快速增生，子宮自然殺手細胞 (Uterine natural killer cells, uNK cells)，或稱為蛻膜自然殺手細胞 (decidual NK cells, dNK cells)，占總白血球量的 70%。子宮免疫細胞大約為 70% uNK 細胞、20% 的巨噬細胞、10% 的 T 細胞 [3]。著床和子宮內膜蛻膜化激活了獨特的母體免疫細胞群，這些細胞在滋養細胞嵌入、血管生成、螺旋動脈重塑修飾，和母體對胚胎同種異體抗原的耐受性方面扮演著關鍵角色 [4,5]。

相對於周邊血中的自然殺手細胞 (NK cells)，蛻膜自然殺手細胞 (dNK cells) 沒有細胞毒殺功能，蛻膜巨噬細胞 (decidual macrophages) 可抑制其細胞毒性的表達，蛻膜巨噬細胞，有助於預防懷孕女性的子宮感染，並對促進正常胎盤形成更為重要。滋養層細胞表現特殊的人類相容性複合體蛋白 (human leukocyte antigens, HLA) 也用來保護胚胎免受排斥。dNK 細胞製造特殊的細胞激素和血管新生因子，調控滋養層細胞的植入及螺旋動脈的重塑，及促進胎盤中血管的生長 [6]。

dNK 細胞數量和活化狀態的改變，可能在妊娠併發症中起作用，例如免疫性不孕、復發性自然流產和先兆子癇。dNK 細胞募集和 / 或擴增過多，以及細胞毒性活性升高與妊娠疾病，如著床失敗和流產有關 [7]。



母體系統至少有兩種機制，可以克服大多數免疫反應：一種是主動抑制，另一種是增強耐受性。滋養層細胞由胚胎產生，主要攜帶父方的抗原，參與胎盤形成；絨毛外滋養層細胞是母胎界面免疫的主要協調者之一，在整個懷孕期間，內細胞團和由此產生的胚胎被隔離並保護在一層滋養層細胞之下。預防胎兒的免疫排斥，需要母親體內的局部免疫適應，包括導致細胞毒性適應性免疫（cytotoxic adaptive immune）反應減少，甚至廢除；同時調節性免疫（regulatory adaptive immunity）得到增強<sup>[8]</sup>。調節性 T 細胞（Regulatory T cells, Treg）是耐受性增強的關鍵介質，在懷孕期間，Treg 細胞的功能，是保護表達父源抗原的胎兒細胞，免受母源免疫系統的排斥。

B7 蛋白質家族會抑制 T 細胞的活性，IDO（Indoleamine 2,3-Dioxygenase），讓環境中缺乏重要的胺基酸 -- 色胺酸（Tryptophan, Trp），進而阻礙環境中 T 細胞增生。這被認為會使 T 細胞失去活性。在維持胚胎耐受性發揮關鍵作用。可溶性免疫調節劑（Soluble immunomodulators），例如：人胎盤會產生黃體酮（Progesterone）、前列腺素 E2（Prostaglandin E2）、抗炎細胞因子，如白細胞介素（IL-10 和 IL-4）和補體蛋白（Complement proteins），可保護胚胎外組織，免受母體抗父系細胞毒性抗體的侵害。

## 反覆性流產（Recurrent pregnancy loss, RPL）定義及發生機率

根據歐洲人類生殖胚胎學會，反覆性流產定義，為由血清或尿液人類絨毛膜促性腺激素診斷的懷孕，流產兩次或更多次以上。確切發生機率難估計，根據研究大約影響 1%~2% 的女性。大約有 15% 的女性，經歷臨床上診斷的偶發性流產，有 2% 的孕婦連續 2 次流產，只有 0.4%~1% 的孕婦連續 3 次流產<sup>[9]</sup>。

經歷流產的夫婦主要擔心原因和再次流產的風險，但只有 50% 的病患可以確定反覆流產的病因。反覆性流產的原因包括生理結構、免疫、遺傳、內分泌、感染、血栓形成和環境因素。

## 反覆性流產發生原因

### 一、繼往流產：

流產機率會因為曾經流產過而升高。特殊的染色體易位基因，也會增加流產機率，如基因 22:22 易位（22:22 translocation）和 13:14 易位（13:14 translocation）。高齡、胎次增加、及上次流產時間相近的懷孕，也都會增加流產機率。

### 二、子宮因素：



1. **子宮異常**，10%~15% 的 RPL 女性，存在先天子宮異常，縱膈子宮（septate uterus）是與 RPL 最相關的子宮異常，隔膜供血不足，導致著床不良，是其中可能的原因，若未經治療，流產率高過 60%。

2. **子宮內膜異位症（endometriosis）與子宮肌腺症（adenomyosis）**，因子宮內膜發炎變化導致反覆流產。子宮內膜異位症是指子宮內膜組織生長在子宮腔以外的地方，長在子宮肌層稱為子宮肌腺瘤，常見長在卵巢稱為巧克力囊腫。痛經、不孕、囊腫為三大症狀<sup>[10]</sup>。其他常見子宮內膜異位的地方，有直腸、膀胱（會有血尿出現）、肺部（月經週期有咳血現象）及鼻粘膜（月經期流鼻血）等。

子宮內膜異位症是一種雌激素依賴性、慢性發炎性疾病，伴有異位子宮內膜組織的異常生長。子宮的前列腺素（prostaglandin E2，PGE2）在月經期大量的增加，前列腺素使子宮肌肉層強烈收縮，而引能發炎疼痛。前列腺素還會增加基質金屬蛋白酶-2（matrix metalloproteinase-2，MMP-2）的活性，促進子宮異位組織的血管生成。隨著月經逆行，大多數女性的逆流月經組織被巨噬細胞、自然殺手（NK）細胞和淋巴細胞清除。但子宮內膜異位組織可能產生免疫系統功能障礙，造成組織逃避免疫清除，因此造成子宮內膜異位症，具有與其他自身免疫性疾病相似的特徵<sup>[5]</sup>。

根據國內外統計發現，子宮內膜異位症婦女，約有 30%~50% 會有不孕症，如果未經治療，其每月受孕機率只有 2%~10%，是正常婦女受孕機率的三分之一。子宮內膜異位症影響受孕原因，包括：1. 骨盆腔容易沾黏，導致輸卵管不通。2. 骨盆腔局部免疫功能缺陷。3. 生殖荷爾蒙失調。4. 排卵功能異常。5. 胚胎著床失敗。6. 內膜異位組織分泌各種細胞激素，可降低精子活動力，減少精卵受精機會。7. 卵子及胚胎品質下降<sup>[11]</sup>。

西醫臨床醫師治療子宮內膜異位之藥物，包含療得高（danazol）、腦下垂體阻斷劑、口服避孕藥等，及其作用機轉均是透過抑制卵巢功能，並無法增進受孕力。因此針對內膜異位症所引起的不孕，臨床上，不應該用抑制卵巢功能的藥物治療來增加受孕率<sup>[12]</sup>。

3. **宮腔沾黏（Intrauterine adhesions）**，子宮內膜組織的薄膜沾黏，或結締組織形成緻密沾黏，形成部分或完全閉塞的子宮腔，導致月經過少、閉經、週期性骨盆腔痛、不孕、和反覆性流產。較薄的子宮內膜造成較低的著床率，一般而言，當陰道超音波評估子宮內膜厚度小於 6 毫米的時候，常會導致該次試管嬰兒療程懷孕率下降，原因是過薄的子宮內膜，可能會影響子宮內膜容受性，許多文獻認為大於 9 毫米的內膜厚度是重要的。超音波觀察到較薄的子宮內膜，醫源性的因素，包括之前的手術傷害了內膜，或和子宮內膜受傷、萎縮，造成頑固型子宮腔內沾黏之 Asherman's 症候群有關，或是使用 clomiphene citrate 造成內膜受體減少<sup>[13]</sup>。非醫源性子宮內膜過薄，包括發炎、或原因不明之因素，當子宮感染發炎，受損



的子宮基底層開始修復時，同時也讓內膜產生纖維化，造成子宮內膜破壞，並改變子宮結構。

西醫學臨床上的處理方法，包括：子宮鏡手術去除子宮腔內沾黏、荷爾蒙療法、作用於血管增加血液循環的藥物療法（包括 Aspirin，維生素 E，促進末梢血液循環藥物 pentoxifylline，左旋精胺酸 L-arginine 或威而鋼 sildenafil）等。但是效果如何許多還無法有效驗證<sup>[14]</sup>。儘管沾黏鬆解後的妊娠率提高，但患有 Asherman's 症候群的女性仍然存在早產、胎盤異常和子宮破裂的風險<sup>[15]</sup>。

### 三、子宮內膜容受度（endometrial receptivity）：

著床時子宮內膜之容受性，為囊胚成功著床的關鍵。著床適期之子宮內膜細胞形態、架構與功能，均發生變化，其中，由於胞飲突（pinopodes）之出現時機與子宮內膜著床適期一致，因此胞飲突被認為，是子宮內膜可接受著床之標誌<sup>[16]</sup>。子宮內膜能接受胚胎的著床，是有一定的時間，稱著床窗口（Window Of Implantation, WOI），大約是排卵後的第六至十天。胚胎若在這窗口時間內抵達子宮腔，才有機會成功著床；反之，若胚胎錯過著床窗口，就不會著床。關於植入時機，目前有生產商品化的產品 ERA（Endometrial Receptivity Analysis），來測試子宮內膜的容受性<sup>[17]</sup>。

### 四、免疫問題：

依照台灣生殖醫學會免疫療法指引，通常超音波可見妊娠囊，或病理可見的流產二次（ASRM，美國生殖醫學會的定義），或懷孕指數（ $\beta$ -hCG）升高的流產連續三次（ESHRE，歐洲人類生殖暨胚胎醫學會的定義），才需要開始做免疫檢測來評估<sup>[18]</sup>。

1. 抗磷脂質症候群（antiphospholipid syndrome, APS）和抗磷脂抗體（antiphospholipid antibody, aPL），抗磷脂質症候群是唯一一種將流產作為疾病診斷標準的免疫疾病。抗磷脂質症候群的臨床症狀，例如：1. 流產：不明原因的流產，發生在 10 週後，一次以上，或是 10 週前，三次以上，需懷疑此症候群（約佔 20%~35%）。2. 內臟器官的血栓。3. 血液學症狀：主要是血小板低下。4. 皮膚症狀：皮膚的網狀青斑，是此病代表性的症狀之一。

抗磷脂質抗體包括：1. 抗心抗體（Anticardiolipin Antibody）、2. 狼瘡抗凝血抗體（Lupus anticoagulant）、3. 抗  $\beta 2$  - 糖蛋白 1（anti- $\beta 2$ -glycoprotein-1, Anti- $\beta 2$ GP1）。只要任何一種有連續兩次的異常，而且檢查時間間隔 12 週以上，我們就說患者有抗磷脂質抗體<sup>[19]</sup>。

臨床產科併發症，包括，習慣性流產、胚胎萎縮、胎兒不明原因早產、胎兒子宮內生長遲滯、子癩前症、HELLP 症候群（HELLP syndrome）之妊娠毒血症、



胎盤灌流不足、不明原因之胎盤早期剝離、孕中不明原因胎心停和早產、新生兒栓塞型中風等，都與之相關〔20〕。產科併發症的機轉，包括，當內膜受損裸露血栓附著位置，具抗磷脂質抗體患者之  $\beta 2$ -糖蛋白 1 抗原，與抗磷脂抗體結合。進一步激活發炎細胞與內皮細胞，造成血栓聚集，干擾滋養層及蛻膜。抗血管生成反應，影響血管生成及螺旋動脈發展；抑制滋養層細胞分化、引起蛻膜細胞發炎、破壞滋養層細胞表面的抗凝物質 (annexin5) 等機轉，而導致胚胎及胎盤凋亡〔21〕。

經診斷為抗磷脂質症候群的病人，給予阿斯匹靈加上肝素，可顯著增加活產率。

2. 著床與母體免疫排斥，正常胚胎透過胎兒滋養層細胞保護，胚胎被隔離並保護在一層滋養層細胞之下，然而某些妊娠中存在基因畸形，結果父系來源的抗原暴露於母體免疫系統，導致移植排斥反應。

3. 反覆自然流產的母親，可能無法為胚胎提供免疫保護網路。抑制自然殺手細胞 (dNK) 的細胞毒性，和激活殺手細胞免疫球蛋白樣受體 KIR (Killer-cell immunoglobulin-like receptors)，是使懷孕持續的必要條件。而反覆流產病患的免疫失衡，則是免疫過度激發，且抑制了 KIR 的作用，因此 dNK 細胞毒活性升高，導致反覆流產，著床失敗。反覆流產患者，在流產後仍然表現高細胞毒性的自然殺手細胞反應 (high cytotoxic NK cell response)，這與長時間的對抗胎兒抗原有關。因此，這類患者必須需要修復失衡的免疫系統 (restore the missing balance in the immune system) 才可能成功懷孕〔22〕。

4. 抗精蟲抗體。百分之十患有不孕症、著床失敗和反覆流產的女性，都產生了精子抗體。同房試驗測試結果不佳的女性 (精子死亡或在宮頸粘液中不動)。應懷疑精子抗體。

## 五、其他造成流產原因如：

蛻膜、胎盤和胎盤膜感染；糖尿病、多囊性卵巢綜合症、甲狀腺抗體、高泌乳激素等內分泌問題；染色體數量或結構異常，是偶發性早孕流產最常見的原因；卵子儲備量下降，低抗穆勒荷爾蒙 (Anti-mullerian Hormone, AMH) 和低竇卵泡計數 (Antral follicle count, AFC)。AMH 和 AFC 跟年齡相關。自然流產機率隨著年齡上升，如產婦年齡 35~39 歲自然流產機率為 24.6%，40~44 歲則為 51%〔9〕。

## 中醫病例一：產後不孕、子宮內膜異位症不孕

### 病例摘要：

38 歲 劉女士 病歷號：XX207

患有子宮內膜異位症，並有子宮肌腺瘤及巧克力囊腫 (108/10 子宮肌腺瘤 7.5cm，



109/8/18：9.3cm，巧克力囊腫右 3.4\*2.1cm，左 2.4\*2.6cm），平時症狀包括經來腹痛，經來時有 50 元大小血塊，嚴重時會肛門抽痛，排卵期出血，或月經淋漓 >10 天，月經性偏頭痛，乳頭擠出乳汁與血（哺乳時也發生，婦科超音波檢查正常），乳腺白色分泌物，月經來前乳脹。月經前情緒起伏、易怒。胸部良性腫瘤已開刀摘除。已生一子。工作性質需要久站，長時間工作，平素工作壓力大。除了治療經前症候群與子宮內膜異位症相關症狀，並希望能自然受孕。

診斷：N809 子宮內膜異位症。

治療：自 108/3/18 初診至 109/12/14

1. 健保藥粉以小柴胡湯、抵當湯或桂枝茯苓丸、桃核承氣湯加減。
2. 育生乳沒四物湯<sup>a</sup>加減（乳香 3、沒藥 3、當歸 3、川芎 3、赤芍 3、生地 3、紅花 1.5、桃仁 3、黃芩 3-5、黃柏 3、蒼朮 4、茯苓 4、澤瀉 4、續斷 4-8、骨碎補 4-8、香附 5、延胡索 4、木香 4、龍骨 5、阿膠 0.5），每月月經來服水藥 2-3 帖。（單位：錢）

於 110/1/18 回診時已懷孕 7 週（上次來經 LMP:109/12/5-13, D:9）。

110/2/20 至 110/3/29

前期妊娠出血，改用補氣、疏肝、補腎水藥：柴胡 4、黃芩 2、黃耆 10、當歸 2、生地 3、白朮 4、山藥 5、艾草 5、杜仲 3、續斷 3、阿膠 2、龍骨 8、牡蠣 5。（單位：錢）

養胎，並於 110/8/15 生產。

## 病例討論：

目前支持子宮內膜異位症病理機轉的假說，包括：經血逆流、免疫缺陷、和局部發炎反應，而中醫認為此病的病機應屬濕、熱、甚至痰阻於下焦，導致氣滯血瘀。台灣的子宮內膜異位症患者，辨證以氣滯血瘀、氣虛血瘀及瘀熱內阻最為常見，而且以三者互相兼見更為常見〔23〕。而其病因病機亦因肝鬱、寒凝、熱聚、或腎虛而致血瘀〔24〕。故在治療子宮內膜異位症，中醫療法以活血祛瘀、清熱、利濕，為其主要組成，輔以行氣藥，加強活血止痛之功效。在不孕方面，則使用補腎、及理氣、化瘀的方藥〔25〕。

本病例素有子宮內膜異位症，胞宮瘀阻，且因其子宮內膜異位症之發炎病理現象，在中醫病機屬熱鬱。加上工作壓力大，緊張，易怒。有肝氣鬱結，氣機不暢之病因，氣行則血行，肝氣鬱結、經氣不利，易造成瘀血內停。又因其多年不

<sup>a</sup> 育生乳沒四物湯（單位：錢）：當歸 3、川芎 3、赤芍 3、生地 3、乳香 3、沒藥 3、蒼朮 3、甘草 3、桃仁 3、紅花 1.5



孕，兼有腎氣不足之腎虛病機。

因此用桂枝茯苓丸，為治骨盆腔鬱熱瘀血證。柴胡劑及香附、延胡索、木香疏肝、理氣滯、止痛；乳香，氣香竄，善透竅以理氣。沒藥，味則辛而微酸，故善化瘀以理血。清代張錫純所著之《醫學衷中參西錄》稱二藥並用，為宣通臟腑，流通經絡之要藥。又善治女子行經腹痛，產後瘀血作疼，月事不以時下。加上活血化瘀之當歸、川芎、赤芍、生地、桃仁、紅花。清熱之黃芩、黃柏；黃芩主諸熱、惡瘡，能治迫血之熱，抑制生殖道感染、免疫排斥，為安胎聖藥。黃柏主五臟結熱，特別是腎之陰氣不足導致之濕熱下流。淡滲利濕之茯苓、澤瀉，能使水道通利，運行代謝產物。續斷補不足、續筋骨、止血安胎；骨碎補破血，不使瘀結者留滯，不使流動者妄行；續斷、骨碎補共用消內膜異位之癥瘕積聚，同時益腎水之不足。龍骨引火歸土，以化氣生精，用以補充先天精氣，增加荷爾蒙軸的穩定。阿膠溶血之源，最善伏藏血脈，滋陰補腎，更能安胎保胎，幫助懷孕。

## 中醫病例二：AMH 低下、取卵量不足，及抗磷脂質抗體陽性， 試管嬰兒

### 第一階段：助取卵

39 歲 吳女士 病歷號：XX457 初診日期：111/2/18 主訴：因取卵量不足，進行試管有困難。昨日照卵泡 2 個。曾於 108 年嘗試試管失敗。AMH:1.01 (111/1)。LMP:2/16, I:27-28, D:3-5。長期便秘會使用浣腸，痔瘡時腫脹。 脈象：弦尺弱細。
<b>111/2/18~111/6/28</b>
每週用藥治療： 1. 科學中藥：小承氣湯 2 克、桃核承氣湯 2 克或抵當湯 2 克 / 日，調整便秘症狀。 2. 育生紫河車丸 6.0 顆 / 日。 3. 抵當湯與育生右歸飲 <sup>b</sup> 加減：當歸 2、茯苓粉 2-5、枸杞子 3、黃柏 3、熟地黃 4、山茱萸 4、蒼朮 3、杜仲 4、山藥 4-8、菟絲子 4、淮牛膝 4、川芎 2、水

<sup>b</sup> 育生右歸飲 (單位：錢)：生地 4、山茱萸 4、山藥 4、茯苓 2、菟絲子 4、枸杞 3、當歸 2、乾薑 3、附子 5、玉桂子 5、懷牛膝 5、杜仲 4、黃柏 3、蒼朮 4





<p>蛭 0.5、虻蟲 0.3、桃仁 3、黃芩 3、升麻 3、柴胡 3、乾薑 2-3、炮附子 2-3、玉桂子 2-3、阿膠 1.5，4 帖。(單位：錢)</p> <p>共 60 帖</p>
<p>西醫用藥與檢驗</p> <p>檢查數據：</p> <p>111/3: Anti APO-Ab:270 IU/mL (&lt;34)。ATA:246 (&lt;115)。 Anti-RNP Ab:147 (+) AU/mL (&lt;100)。 Lupus anticoagulant Lupus LA1:42.7 (29.4-42.6)。Lupus LA2:33.9 (25.2-33.1)。 LA1/LA2:1.03 (&lt;1.2)。NK cell (CD16+56) 26.3% (&lt;14.9)。TNF-a 5.42 pg/mL (&lt;4)。 111/4: TSH:2.835 (0.35-4.94)。T3:0.97 (0.35-1.93)。T4:13.31 (4.87-11.72)。 FreeT4:1.25 (0.7-1.48)。</p> <p>西醫免疫用藥：</p> <p>111/6/13: Hydroxychloroquine 200mg BID，預計服用 3 個月，但服藥後感到視力模糊。</p> <p>111/6/21: Hydroxychloroquine 服後過敏膚癢已停藥。</p>
<p>療程結果：</p> <p>回診日期：111/3/28。取 3 顆卵。</p> <p>回診日期：111/5/31。取 8 顆卵。</p> <p>回診日期：111/7/5。取 7 顆卵。選取其中 16 顆卵。成功 8 顆受精卵。</p> <p>回診日期：111/7/19。達到等級共 4 顆受精卵，1 顆 BB，3 顆 BC。</p>

## 第二階段：植入前卵巢過激與西藥過敏

<p><b>111/7/5 ~ 111/8/22</b></p>
<p>111/7/5 於 111/7/4 取卵 7 顆，取卵後引發卵巢過激症候，下腹腫脹，下肢水腫，LMP:6/20。便秘使用灌腸。一星期用 3 次浣腸。</p> <p>111/8/2 風濕免疫科（台安醫院）予 droxychloroquine 200mg BID，服藥後過敏膚癢，經來前焦慮、心悸、水腫、便秘易怒。</p> <p>111/8/9 發作膚癢更甚，下肢水腫+，下半身腫脹，皮水。</p> <p>111/8/22 過敏膚癢減輕。經來腹痛，胃脹氣、腹脹。LMP:8/21。</p> <p>脈象：沉緊而弦。</p>



每週用藥治療：

1. 小承氣湯 2.0 克、抵當湯 3.0 克、或桃核承氣湯 3.0 克 / 日，調整便秘。
2. 育生地骨皮飲<sup>c</sup> 加減：當歸 3、川芎 3、赤芍 3、桃仁 3、生地黃 4、黃芩 5、茯苓 4、澤瀉 4、續斷 8、骨碎補 5、香附 5、牡丹皮 5、地骨皮 5，4 帖。  
(單位：錢)

111/8/2 如上方加生石膏粉 3、路路通 8，4 帖。

111/8/9 如上方加生石膏粉 5、路路通 8、丹參 3、沒藥粉 3、白芍藥 5、大黃 0.5，4 帖。

111/8/22 如上方加杜仲 4、木香 3、枳實 3、丹參 3、沒藥粉 3、大黃 1，4 帖。  
共服 20 帖

西醫免疫用藥：

111/8/2 風濕免疫科 (台安醫院) 予 droxychloroquine 200mg BID。

### 第三階段植入，預防血栓幫助著床。

著床後的 12 週內，胎盤生長及螺旋動脈轉化，供應胎盤血流是關鍵。

#### 111/8/30 ~ 111/10/11

111/8/30 一星期用 3 次浣腸，需使用中藥才能如廁，植入前服用阿斯匹靈及雌激素，導致頭痛、頭暈，下肢水腫，欲嘔吐。LMP:8/21。

111/9/6 輕微噁心欲嘔吐。9/2 檢驗：黃體素 P4:11.68。預計 9/8 植入。

111/9/13 排便可。9/8 檢驗：黃體素 P4:24.31。HCG-serum:59.52。

脈象：沉緊。

111/9/20 晨起下腹刺痛感。9/12 檢驗：NK-CELL:21.5% (參考值 <14.9)。

Lupus LA1:36.9 (29.4-42.6)。Lupus LA2:28.3 (25.2-33.1)。LA1/LA2:1.14 (-) (<1.2)。

111/9/27 音啞，胃酸逆流。便秘自服黑棗汁，大便 2 日一次，量少不暢。

檢驗：黃體素 P4:30.95，HCG:717.6，已著床。D-dimer:

111/9/8	D-dimer (0.00-0.55)	0.27
111/9/12	D-dimer	<0.19
111/9/21	D-dimer	<0.19

<sup>c</sup>育生地骨皮飲 (單位：錢)：當歸 3、川芎 3、赤芍 3、生地 3、生草 3、黃芩 3、地骨皮 5、丹皮 5、蒼朮 4



脈象：沉緊尺滑數。

111/10/4 服用雌激素。飢餓感甚。疲倦欲眠睡，便秘，大便 2 日一次，量少。

脈象：沉緊尺滑數。

每週用藥治療：

1. 桃核承氣湯 3.0 克、抵當湯 3.0 克、理中湯 6.0 克、炮附子 1.0 克、生地黃 1.0 克 / 日，調整便秘。

2. 抵當湯與小柴胡湯加減：水蛭 0.5、虻蟲 0.3、桃仁 3、柴胡 4、黃芩 3、半夏 4、甘草 5、紅棗 5、生薑 5、丹參 5、續斷 4、杜仲 4、艾草 5、阿膠 1。(單位：錢)

111/8/30 噁心欲嘔吐：上方加竹茹 5、枳實 3、茯苓 4、白芍藥 5，7 帖。

111/9/6 上方加竹茹 5、茯苓 4、白芍藥 5，7 帖。

111/9/20 水飲多去丹參。腹痛加白芍藥 5，安胎加當歸 2、白朮 5，7 帖。

111/10/4 安胎：如 9/20 藥方，7 帖。

共服 28 帖

111/10/11 孕吐較嚴重。使用塞劑時有微量出血。(胎兒心跳：120~130。胚胎大小：0.39 cm)。

治療：

1. 小半夏加茯苓湯 6.0 克、竹茹 1.0 克、紫蘇 1.0 克 2\*7、柴胡加龍骨牡蠣湯 4.0 克、小承氣湯 3.0 克 / 日。

2. 柴胡加龍骨牡蠣湯加減：柴胡 4、黃芩 3、半夏 4、甘草 5、紅棗 5、龍骨 8、牡蠣 8、生薑 5、茯苓 3、黃耆 5、竹茹 5、紫蘇子 4、白朮 3、續斷 4、杜仲 4、艾草 5、阿膠 1，4 帖。(單位：錢)

西醫用藥：

111/8/30 開始服用免疫抑制劑：Azthioprine 50mg，1# QD。

111/9/6 使用西藥黃體素塞劑 Crinone 1 支。Endometrin 1#BID。

111/9/13 每日打肝素 1 日 1 支。每日黃體素針劑 2 支。使用塞劑 Endometrin 1#BID。

111/10/4 服用雌激素。注射肝素 1 日 1 支，每日黃體素針劑 2 支。使用塞劑 Endometrin 1#BID。

111/10/11 注射肝素 1 日 1 支，每日黃體素針劑 2 支。使用塞劑 Endometrin 1#BID。服用雌激素。

111/10/25 AP:9 週 (紀錄：胎兒心跳 155 (7 週)。1.34cm (7 週))。

之後門診因孕吐較嚴重，水藥喝不下。以科中藥粉改善孕吐及腸胃問題。



## 第四階段：安胎

<b>111/12/12 ~ 112/2/28</b>
111/12/12 AP:16 週。子癲檢查無異常。 112/1/31 AP:23 週。腰背癢，蕁麻疹，洗完澡後身癢，臀部皮下出血，腫痛，建議回診減量阿斯匹靈。 西醫回診：診斷為皮膚炎，擦西藥後減輕，臀部疼痛緩解，已停阿斯匹靈。 112/2/14 臀部皮膚炎脫皮，熱悶住依舊會癢，皮下部黑青停藥後漸消退，排便困難，沒有便意服用西藥軟便劑才能上 2 次。 112/2/28 AP:26 週。胎兒重量正常。排便 2-3 日一次，半夜身癢，睡前服用抗組織胺，癢到不好睡。
每週用藥治療： 育生當歸散 <sup>d</sup> 與育生血枯方 <sup>e</sup> 加減：當歸 3、川芎 3、生地黃 3、山藥 5、續斷 3、艾草 5、白芍藥 3、白朮 3、杜仲 3、甘草 5、菟絲子 5-8、何首烏 5、黃芩 2-5、大黃 0.5、山查 3、阿膠 1，4 帖。(單位：錢) 共 20 帖
西醫用藥與檢驗： 111/11/15 阿斯匹靈 100mg 1#QD。 112/1/31 已停阿斯匹靈。 112/4/10 AP:33 週。過敏膚癢，夜間癢醒不能入睡，服用一星期類固醇。 BP:120/70。 檢驗： 嗜伊紅血球陽離子蛋白檢驗： 免疫球蛋白 E: Total IgE:180 KU/L (0-100)。E.C.P (Eosinophil Cationic Protein) :200 ug/L (0-18)。Anti-dsDNA:14.8 WHO units (0-138.9)。C4:25.10 mg/dL (10-40)。 C3:103.30 mg/dL (90-180)。RF IgM:5 units (<6)。 白血球分類計數 (WBC differential count) : Eosinophil 10.7 % (0-5)
後記：於 112/5/11 剖腹產生一子 2460g，持續產後調理。

<sup>d</sup> 育生當歸散 (單位：錢)：當歸 3、川芎 3、生白芍 3、生地 3、炒白朮 3、甘草 3、續斷 3、杜仲 3、黃芩 2、淮山 5、艾草 5

<sup>e</sup> 育生血枯方 (單位：錢)：蒼朮 4、刺蒺藜 4、當歸 8、何首烏 8、菟絲子 8、沙苑蒺藜 8



## 病例討論：

第一階段由於病患取卵量不足，抗穆勒荷爾蒙低下（AMH:1.01），因此以腎藏精，補腎精不足，主方抵當湯與育生右歸飲，右歸飲原出自《景岳全書》，以填精益髓為其方義，育生右歸飲化裁自右歸飲，其中乾薑溫全身之陽氣，炮附子逐陽不足之寒濕，玉桂子代替肉桂，用於補火助陽、除積冷、通血脈。菟絲子補腎益精。淮牛膝補肝腎、強筋骨、活血通經、引火（血）下行。當歸補血活血。枸杞子滋補肝腎。黃柏清熱燥濕、瀉火除蒸。熟地黃滋陰補血，益精填髓。山茱萸補益肝腎，杜仲補肝腎，強筋骨，安胎，山藥補脾養胃，生津益肺，補腎澀精。茯苓、蒼朮通利水道，淡滲利濕。水蛭、虻蟲、桃仁用於與腦神經相關之瘀血證，可穩定腦部分泌之荷爾蒙軸。第一階段用藥成功，幫助取得 16 顆卵子。

第二階段用藥因為在取卵時導致卵巢過激，產生下腹腫脹、水腫，因此以育生地骨皮飲加減，當歸、川芎、赤芍、桃仁、生地黃化瘀血，黃芩清血中之熱，與茯苓、澤瀉清利濕熱，牡丹皮除積熱停瘀，行血中癥堅瘀血，地骨皮涼血除蒸為主。又能以此方式穩定過激之免疫系統。因西藥過敏導致之癢疹以石膏解橫溢之熱邪。經來腹痛以丹參活血調經、涼血消癰，沒藥散血去瘀，消腫定痛。

第三階段在植入時使用活血化瘀、穩定免疫系統之用藥。原因在患者之免疫抗體表現陽性，包括甲狀腺球蛋白抗體（Anti-Thyroglobulin Antibody，ATA），甲狀腺過氧化酶抗體（Anti-Thyroid Peroxidase Ab，Anti APO-Ab），及抗核抗體（anti ribonucleoprotein antibody，Anti-RNP Ab），狼瘡抗凝血因子（Lupus Anticoagulant，LA）陽性，以上抗體陽性，極有可能造成早產及不孕之抗磷脂質症候群。抗磷脂質症候群造成產科的併發症，包括：發炎、血管病變、血栓。因此水蛭、虻蟲、桃仁、當歸活血化瘀，預防血栓。柴胡劑以柴胡、半夏、黃芩、甘草、紅棗穩定免疫系統，黃芩能治血中之熱，預防發炎。白芍藥破陰凝。白朮健脾益氣、燥濕利水、安胎。續斷通利血脈、杜仲補肝腎，強筋骨，安胎。艾草苦微溫，利陰氣生肌肉，使人有子。阿膠能安胎瀦血之源、潔水之流，通利脈道及水道。通利血脈能預防血管病變，通利水道則能代謝廢物之瀦流，防止代謝廢物堆積之發炎反應。血栓指數於第一孕期皆未升高。D-dimer:

111/9/8	D-dimer (0.00-0.55)	0.27
111/9/12	D-dimer	<0.19
111/9/21	D-dimer	<0.19
111/11/9	D-dimer	0.27

第四階段，第二孕期原本使用阿斯匹靈（100mg），因造成臀部皮下出血腫痛而停藥，中藥以育生當歸散，以供給胎盤正常血流，當歸散之安胎機轉將於文後討論，且因患者孕前長期使用灌腸導致便秘的體質，因此血枯方組成當歸、何首



烏、菟絲子養血補血，以糾正腸道貧血，改善便秘，且因皮膚的開始產生癢疹，認為是血虛發癢因此使用當歸、何首烏養血祛風。於懷孕 33 週時檢查，血液檢測為 Total IgE 上升、嗜伊紅血球陽離子蛋白 E.C.P 上升、嗜伊紅血球增多，應為過敏反應引起皮膚癢。患者之癢疹於產後經中藥調理已消退。

### 中醫病例三：自體免疫患者反覆自然流產不孕

37 歲 劉女士 病歷號：XX391

**初診日期：110/7/9**

主訴：子宮肌腺症，痛經，反覆流產欲懷孕。106/10/15 出血小產。108 年及 109/11/28，胎兒（8 週大）沒心跳引產。LMP:6/30-7/5，5/25（催經）D:5。子宮肌腺症，月經第 1-2 天痛經。乾燥症免疫用藥。Aspirin 100MG 1#QD。Hydroxychloroquine 200MG 2#QD。Methylprednisolone 4MG 1#QD。Azathioprine 50MG 3#QD。排便 2-3 日一次。

檢查項目：110/3/11: CRP 0.73 mg/L。110/5: Prolactin 35.1 ng/mL (4.79-23.3)。Hemoglobin 9.8g/dL。地中海貧血。

脈象：濡。

主診斷：N946 痛經症。

治療：桂枝茯苓丸 5.0 克、牡丹皮 4 克、續斷 1.5 克、骨碎補 1.5 克 / 日 \*7。

**110/7/16**

主訴：如上，無不適。

脈象：濡。

治療：桂枝茯苓丸 5.0 克、牡丹皮 4.0 克、續斷 1.5 克、骨碎補 1.5 克、龍骨 1.0 克 / 日 \*7。

**110/7/23**

主訴：今日檢驗有孕，將做檢查。LMP:6/30-7/5，5/25（催經）D:5，排便 2-3 日一次。

脈象：滑。

主診斷：M3500 乾燥症候群。

次診斷：O2690 妊娠相關的未明示狀況，未明示妊娠期。

治療：

1. 桂枝茯苓丸 5.0 克、續斷 1.0 克、杜仲 1.0 克 / 日 \*7
2. 育生當歸散加減：當歸 3、川芎 3、生白芍 3、生地 3、白朮 3、甘草 3、續斷



4、杜仲 4、黃芩 2、淮山藥 5、艾草 5、龍骨 5、牡蠣 5、水蛭 0.5、虻蟲 0.3、桃仁 2，2 帖。(單位：錢)

**110/7/30**

主訴：AP:5 週。有孕。乾燥症免疫用藥。110/7/27: Aspirin 100MG 1# QD。Hydroxychloroquine 200MG 2#QD。Dexamethasone 4MG 1#BID。Azathioprine 50MG 3#QD。排便 2-3 日一次。

檢查：110/7/30: D-Dimer: 0.4 (<0.5)。

脈象：滑。

治療：

1. 桂枝茯苓丸 5.0 克、續斷 1.0 克、杜仲 1.0 克 / 日 \*7。
2. 育生免疫過亢方<sup>f</sup> 與育生當歸散加減：青蒿 5、知母 5、地骨皮 5、黃芩 5、黃連 3、黃柏 5、蒼朮 4、茯苓 4、白朮 3、甘草 5、續斷 5、杜仲 4、艾草 5，3 帖。(單位：錢)

**110/8/6**

主訴：AP:6 週。著床正常。兩天咖啡色分泌物。乾燥症免疫用藥。110/7/27: Aspirin 100MG 1# QD。Hydroxychloroquine 200MG 2#QD。Dexamethasone 4MG 1#BID。Azathioprine 50MG 3#QD。排便 2-3 日一次。110/7/30: D-Dimer:0.4 (<0.5)。

脈象：尺滑。

治療：

1. 小柴胡湯去參 5.0 克、續斷 1.0 克、杜仲 1.0 克、龍骨 1.0 克、牡蠣 1.0 克 / 日 \*7。
2. 育生補中益氣湯<sup>g</sup> 與育生當歸散加減：柴胡 3、當歸 2、丹參 3、黃耆 5、升麻 3、陳皮 3、蒼朮 3、茯苓 3、甘草 3、續斷 5、杜仲 4、艾草 5、龍骨 8、牡蠣 5、黃芩 5，3 帖。(單位：錢)

**110/8/13**

主訴：AP:7 週。著床正常。8/12: D-Dimer:666 (<550)。針劑:PA5 (一週 2 劑)。(110/8/23-26 免疫科回診)。晨起咖啡色分泌物依舊。

<sup>f</sup> 育生免疫過亢方 (單位：錢)：黃連 5、黃芩 5、黃柏 5、甘草 5、蒼朮 5、青蒿 5、知母 5、地骨皮 5

<sup>g</sup> 育生補中益氣湯 (單位：錢)：柴胡 3、當歸 2、丹參 3、黃耆 10、升麻 3、陳皮 3、蒼朮 3、甘草 3



脈象：左尺浮滑 右沉滑弱。

治療：

1. 小柴胡湯去參 5.0 克、續斷 1.0 克、杜仲 1.0 克、龍骨 1.0 克、牡蠣 1.0 克 / 日 \*7。
2. 育生免疫過亢方與育生當歸散加減：青蒿 5、知母 5、地骨皮 5、黃芩 5、黃連 3、黃柏 5、蒼朮 4、茯苓 4、白朮 3、甘草 5、續斷 5、杜仲 4、艾草 5、赤芍 3、當歸 2、龍骨 5、牡蠣 5，3 帖。(單位：錢)

### 110/8/20

AP:8 週。子宮頸息肉出血 (110/8/19 婦產科檢查已有胎兒心跳)。

110/08/19 服用 Progesterone100mg。

110/8/12: D-Dimer:666 (<550)。110/7/30: D-Dimer:0.4 (<0.5)。

針劑：PA5 (一週 2 劑)。

脈象：尺浮滑 右浮滑。

治療：

1. 小柴胡湯去參 5.0 克、續斷 1.0 克、杜仲 1.0 克、龍骨 1.0 克、黃芩 1.0 克、調胃承氣湯 0.3 克 / 日 \*7。
2. 育生當歸散加減：當歸 2、川芎 2、生白芍 3、生地 3、白朮 3、蒼朮 3、甘草 3、續斷 3、杜仲 4、黃芩 5、淮山藥 5、艾草 8、龍骨 8、牡蠣 3、阿膠 1，4 帖。(單位：錢)

### 110/8/27

AP:9 週。出血量減少。咖啡色分泌物 (子宮頸息肉出血)。

110/8/23: D-dimer 322 FEU ng/mL。Anti-SSA 414 (+) AU/ml (<120)。110/8/12:

D-Dimer:666 (<550)。110/7/30: D-Dimer:0.4 (<0.5)。

針劑：PA5 (一週 2 劑)。

脈象：左尺浮滑 右浮滑。

治療：

1. 小柴胡湯去參 5.0 克、續斷 1.0 克、杜仲 1.0 克、龍骨 1.0 克、黃芩 1.0 克、調胃承氣湯 0.3 克 / 日 \*7。
2. 育生當歸散加減：當歸 2、川芎 2、生白芍 3、生地 3、白朮 3、蒼朮 3、甘草 3、續斷 3、杜仲 4、黃芩 5、淮山藥 5、艾草 8、龍骨 8、牡蠣 8、阿膠 1，4 帖。(單位：錢)



**110/9/3**

主訴：AP:10 週。出血量減少。

治療：同 8/27 水藥，4 帖。

後記：生產日期：111/3/24，產後繼續中醫調理。

**病例討論：**

自體免疫患者，發生發生早期流產，及先兆子癩的機率很高，此患者因半年前自然流產，須修復流產後失衡的免疫系統。患者可自然受孕，但數次早期流產，可能因為免疫因素，導致早期胚胎容受度，或者潛在的血栓問題導致流產。

病患素有子宮內膜異位症相關之子宮肌腺症，因此在胞宮有瘀熱之病機，初診時泌乳激素升高：Prolactin 35.1 ng/mL (4.79-23.3)，可能因為流產後，大腦仍未穩定調節荷爾蒙，或數次流產造成之心理壓力所致。因此以桂枝茯苓丸為主方，桂枝茯苓丸出自張仲景《傷寒雜病論》：「婦人妊娠，經斷三月，而得漏下，下血四十日不止，胎欲動，在於臍上，此為妊娠。六月動者，前三月經水利時，胎也。下血者，後斷三月，衄也。所以下血不止者，其癥不去故也，當下其癥，桂枝茯苓丸。」桂枝茯苓丸組成，包括桂枝、桃仁、茯苓、芍藥、牡丹皮。為治療胞宮瘀熱、癥瘕之方劑。加重牡丹皮，因牡丹皮辛寒，除癥堅、瘀血，《本經疏證》中提及：牡丹氣寒，故所通者血脈中熱結，即流產後仍存在血液中之過度的免疫反應，可視為血中熱結而用之〔26〕。順利懷孕之後，要能保住胚胎，因此在著床後即予水藥安胎，水蛭、虻蟲、桃仁、預防血栓造成胎盤形成不良。龍骨、牡蠣穩定腦部分泌孕期荷爾蒙。育生當歸散用於安胎，其原理於文後討論。

在育生當歸散安胎的架構下，使用青蒿、知母、地骨皮、黃芩、黃連、黃柏，目的為抑制免疫反應導致之血栓，110/8/12: D-Dimer: 666 FEU ng/mL (<550)，110/8/13 以育生免疫過亢方與育生當歸散加減，110/8/23: D-dimer 322 FEU ng/mL。後續安胎以柴胡劑科中，放鬆情緒、疏肝、穩定腦之荷爾蒙軸。水藥以育生當歸散為主。10 週之後，病患以服用免疫藥物為主，直到生產。而中藥在著床，及幫助胎盤發育的早期，使胎盤與螺旋動脈成功轉化，相信是重要的關鍵。

**中醫病例四：未明原因之反覆性流產不孕（此病例來源自李政育醫師 - 育生中醫診所）**

邱女士 39 歲 病歷號：XX701

初診日期：104/7/1



病史：懷孕 14 週，胎兒多重異常於台大醫院引產（試管 +PGS（胚胎著床前染色體篩檢））。104/6/17 引產。憂鬱，尚有些許惡露。

過去病史：103/8 於台大醫院做子宮中膈手術。

懷孕 5 次，自然流產 2 次（12 週、4 週），死產（29 週、22 週），自 100-104 年各流產一次。

四診：睡眠可。大便質軟，一天一行，納可。脈：細瀋弱弦微數，左反關。

診斷：慣墮胎、流產癖、習慣性流產。

治療：104/7/1

1. 育生生化湯、甘草 5、紅棗 30 粒、龍眼乾 8、仙楂 4。7 帖。
2. 育生丸一粒。

104/7/8 促保養

睡眠 12-8:30。大便質軟一天一行。心情改善，納平。

治療：

1. 育生半夏天麻白朮散、甘草 5、大棗 20 粒、龍眼乾 8、仙楂 4。
2. 育生丸一粒。
3. 右歸粉 3 克 \*1。7 帖。

105/9/13 ~ 106/3/10 妊娠安胎

105/7/28 來經，經來 35 天一期。

脈象：浮瀋緩長。

105/11/26 禾馨診所婦科開立 Aspirin，105/11/24 始服，睡前一粒。

106/1/10 孕 23 週，SONO 正常，血流正常，動作多，439 克，唐氏症低風險。

106/1/25

1. 脈：浮者濡大，中沉取有力而大。
2. 妊娠血糖正常。

於 106/4/26 已生一男，3145 克，38 週。

治療：

育生當歸散加減：當歸 3、川芎 3、生白芍 3、生地 3、炒白朮 3、甘草 3、續斷 3、杜仲 3、黃芩 2-3、淮山 5、艾草 5-13、黃耆 5-15、龍眼乾 8、乾薑 3-5、附子 3-5。（單位：錢）

共服 115 帖。

### 病例討論：

39 歲女性病患，有反覆性流產病史，於 104/6/14，因試管不成功而引產，



104/7/1 來診，產後仍有些許惡露，且有憂鬱，給予育生生化湯<sup>h</sup>加減。

當歸、川芎、赤芍、紅花，活血去瘀，除宿血，以生新血；元胡、木香放鬆因產後受傷痙攣的內膜及肌肉組織；黃芩，苦平治從裡達外之熱，可預防產後感染和清理因受傷後的黏膜發炎現象，在中醫稱作餘熱；乾薑、附子因產後陽氣虛弱以溫覆陽氣；白朮，苦溫能固中氣，補中除濕之劑且有功於血分，使中焦受氣變化為血；黨參，甘味入脾，能速生津液。續斷，味苦溫，能補不足續筋骨，且能治血，使乳以血脈疏通而易能治乳難。杜仲，辛平，因其含津潤使腰脊中時藏腎水，因此能補中益精氣堅筋骨。加減藥中甘草、紅棗、龍眼乾，除了益營血外，因甘能緩之，可糾正憂鬱情緒。育生丸為穩定腦神經改善憂鬱傾向。

第二診以半夏天麻白朮散<sup>i</sup>加減，促保養。此方陳皮、神麴、麥芽主要促進腸胃的營養吸收。半夏、白朮、茯苓、蒼朮、澤瀉改善中焦濕濁痰飲。水濕痰飲阻滯中焦，脾胃清氣不升、濁氣不降，中焦營養若不足，無源化赤為血，清陽不足無力升清則以乾薑溫全身之陽、附子回陽。黃柏，苦寒，主五臟腸胃中結熱，或治五臟之濕熱結於腸胃。當歸甘溫，治陽氣躓於血分，開血分所鬱之陽氣，使氣通利而血流行，各歸其所當歸。黃耆，利血中之營氣，可助造血。天麻，本經曰赤箭，辛溫助陽氣，補風虛，肝經氣分藥。主眩暈、頭痛，及痰熱上壅頭痛、及眩暈（暈）。並善驚失志，語多恍惚，補勞傷。

加減藥中甘草、紅棗、龍眼乾，糾正憂鬱。右歸散科中藥粉幫助憂鬱患者堅定意志。

105年9月13日妊娠安胎，以育生當歸散加減。

慣墮胎、反覆流產病患，有50%不明原因，上述關於反覆流產的原因，包括在流產後，病患血液仍然存在自然殺手細胞的細胞毒性反應，因此流產後的中醫調理有助於免疫調節。而成功懷孕之後，如何幫助反覆流產的女性安胎，需要調節母胎免疫系統平衡，穩定供應胎盤血液，提供胎兒生長所需營養，防止血栓生成，預防母胎界面感染等。

傷寒論雜病《金匱要略》中，治療胞阻，因沖任失調，血脈下漏不能入胞養胎，阻礙胎兒正常發育用膠艾湯，“婦人有漏下者，有半產後因續下血都不絕者，有妊娠下血者。假令妊娠腹中痛，為胞阻，膠艾湯主之〔27〕。”方阿膠、芍藥、甘草（炙）各二兩，艾葉、當歸各三兩，芍藥、乾地黃各四兩。膠艾湯養血止血、固經安胎、調補沖任，近年來膠艾湯在保胎中得到廣泛的應用〔28〕。膠艾湯保胎作

<sup>h</sup> 育生生化湯（單位：錢）：當歸4、川芎3、赤芍4、元胡3、桃仁3、乾薑3、附子3、黃芩3、木香5、炒白朮3、杜仲3、續斷5、黨參10、紅花1.5

<sup>i</sup> 育生半夏天麻白朮散（單位：錢）：當歸2、半夏3、生白朮3、茯苓3、蒼朮3、澤瀉3、陳皮3、神麴3、麥芽3、乾薑3、黃柏3、附子5、天麻5、黃耆10



用機制研究包括，可調節凝血功能、提高雌激素與黃體酮、調節 Th1 /Th2 免疫平衡、抑制子宮肌收縮、促進紅血球及血紅蛋白產生、增強機體免疫等機制，為胚胎、胎兒著床、生長發育提供良好的母體環境〔29〕。

同樣在《金匱要略》“婦人妊娠，宜服當歸散。”方當歸、黃芩、芍藥、芎藭各一斤、白朮半斤。上五味，杵為散，酒飲服方寸匕，日再服。妊娠常服即易產，胎無苦疾。產後百病悉主之。黃芩與白朮同用，白朮健脾，黃芩清熱利肺，使肺陰下降於心及脾胃，能濬血之源，血分之源不清則氣血不能和，胎前所患多附血之濕及血盛之火，因此芩朮同用稱安胎聖藥。

育生當歸散，使用當歸、川芎、生白芍、生地、炒白朮、甘草、續斷、杜仲、黃芩、淮山、艾草。化裁金匱膠艾湯及當歸散，用當歸能開血分所鬱之陽氣，使氣通利而血流行，各歸其所當歸。川芎辛溫治婦人血閉無子，入肝臟升血分中陽氣，行積冷結氣，與白朮同用，白朮苦溫，健脾除水氣利腰脊間血；與川芎同用則以穀旺氣行，使血不壅則胎安。白芍，破陰凝布陽和，治血中氣結主腹痛。地黃味甘寒，其脂液能榮養筋骸血絡。黃芩能瀉火使肺陰輸布，即防止感染，或預防免疫過亢。艾草，味苦微溫。主婦人漏血，利陰生肌肉，闢風寒，使人有子。續斷，苦溫，養精保血，胎以奉養豐澤為安，能安胎。杜仲，辛平，補中、益氣、堅筋骨，補中之精，益精中之氣。山藥，甘溫，補中、益氣力，強陰，增加人身滋潤之津。以育生當歸散安胎，能使母胎免疫系統平衡，穩定供應胎盤血液，提供胎兒生長所需營養，以利胎兒生長。加減藥，艾草為生艾草，原 5 錢，增為 13 錢，可暖宮托胎。黃耆由 5 錢到 2 兩，黃耆利營氣，為穩定增加胎盤供應之血流，乾薑、附子，一溫全身之陽，一回陽救逆，均為增加陽氣促進造血。龍眼乾為甘味藥，可穩定心神。對於反覆流產之患者，懷孕後整個孕期均以中藥調理，可增加活產率並預防再次流產或早產。

## 結論

由於生活型態的改變，晚婚、高齡生育已屬常態，高齡生育除了有卵子儲備量減少、流產率上升等問題，也增加了子宮內膜異位症的發生率，子宮內膜異位症患者除了每月經歷經期種種不適，不孕的機率也很高，本文提出子宮內膜異位症的治療方法，能幫助患者免於經來之不適，加入疏肝、補腎中藥，更能幫助受孕。高齡生育若要配合試管受孕，首先，取卵量即是一關鍵，本文提出 AMH 低下取卵量不足之中醫治療方法，幫患者通過試管受孕之第一關。母胎界面的免疫，關係著胚胎是否成功著床，而自囊胚著床開始，一系列的免疫反應即開始進行，尤其是母體潛在的免疫問題，更容易因為血栓、發炎導致孕程失敗，因此本文提出活血化瘀、疏肝、補腎法來幫助著床。對於反覆性流產的患者，需要修復失衡



的免疫系統，再次懷孕的成功率會升高，此方法也可以稱做“叫醒大腦”，中醫治療包括活血化瘀、涼血、清除血中及胞宮之餘熱、除宿血生新血等。胚胎著床後，更需要中藥安胎，因為中醫活血、清熱、補腎、健脾、補氣等法，能使孕體的荷爾蒙分泌充足、供應胎盤血流、避免感染，這是使胎盤成功發育的關鍵，尤其，子宮內膜螺旋動脈的轉化是影響孕期早產、及先兆子癩發生的關鍵因素。以中藥安胎的機轉，藉由母胎界面免疫的研究，期望之後能在科學實驗中提出更精準的理論基礎。

## 參考文獻

1. 林盈秀；邱美妙編譯；William J. Larsao 原著：Larsen 人體胚胎學。合記圖書出版社，2002。
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Chapter 5: Implantation and Placental Development. Williams Obstetrics 25e, McGraw Hill, 2022.
3. Nakashima A, Shima T, Aoki A, et al. Molecular and immunological developments in placentas. Hum Immunol. 2021; 82(5):317-324.
4. Huhn O, Zhao X, Esposito L, Moffett A, Colucci F, Sharkey AM. How Do Uterine Natural Killer and Innate Lymphoid Cells Contribute to Successful Pregnancy? Front Immunol. 2021; 12:607669.
5. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Hamid CA, Corton MM, Schaffer JI. Chapter 16: Reproductive Endocrinology. Williams Gynecology, 4e, McGraw Hill, 2020.
6. Rajagopalan S. HLA-G-mediated NK cell senescence promotes vascular remodeling: implications for reproduction. Cell Mol Immunol. 2014; 11(5):460-466.
7. Mor G, Aldo P, Alvero AB. The unique immunological and microbial aspects of pregnancy. Nat Rev Immunol. 2017; 17(8):469-482.
8. Abrahams VM. Immunology of the maternal-fetal interface. UpToDate, 2023. <https://www.uptodate.com/contents/immunology-of-the-maternal-fetal-interface>
9. Tulandi T, Al-Fozan HM. Recurrent pregnancy loss: Definition and etiology. UpToDate, 2023. <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-definition-and-etiology>
10. 張夏欣：經痛、不孕、內膜異位－認識子宮內膜異位症。中華民國內膜異位症婦女協會會刊，2007; 14(2):11-13。
11. 賴宗炫：子宮內膜異位症會造成不孕症嗎？中華民國內膜異位症婦女協會會



- 刊，2010; 17(3):6。
12. 張瑞君、陳明哲：子宮內膜異位症合併不孕症之治療議題－2013年歐洲人類生殖暨胚胎學學會子宮內膜異位症治療指引之節譯。中華民國內膜異位症婦女協會會刊，2014; 21(1&2):12-18。
  13. 周佳宏、陳思原、楊政憲、楊友仕：漫談子宮內膜生殖醫學（上）。當代醫學，2012; (466):572-578。
  14. 陳柏帆、吳孟興：子宮內膜過薄的女性不孕症處理方式。中華民國內膜異位症婦女協會會刊，2018; 25(3&4):4-5。
  15. Franiak JM, Alecsandru D, Forman EJ, et al. A review of the pathophysiology of recurrent implantation failure. *Fertil Steril.* 2021; 116(6):1436-1448.
  16. 傅子彥、唐品琦、朱志成：哺乳動物胚著床之調控與其體外培養模式。台灣農學會報，2008; 9(4):344-360。
  17. 吳信宏：子宮內膜容受性基因篩查。彰基醫療健康防治季刊，2020; (42):43-45。
  18. 趙光漢：台灣生殖醫學會免疫療法指引。中華民國內膜異位症婦女協會會刊，2018; 25(9&10):6-7。
  19. 全以祖、許秉寧：反覆流產及栓塞症的潛在元兇 - 抗磷脂質症候群。健康世界，2012; (313):36-38。
  20. 杜昫真：抗磷脂症候群與懷孕。內科學誌，2019; 30(4):264-272。
  21. Garcia D, Erkan D. Diagnosis and Management of the Antiphospholipid Syndrome. *N Engl J Med.* 2018; 378(21):2010-2021.
  22. El-Badawy O, Helmy AS, Abbas AM, Zahran AM, Afifi NA, Abdel-Rahim MH. Concordance between peripheral and decidual NK cell subsets and killer immunoglobulin-like receptors in women with recurrent spontaneous miscarriages. *J Reprod Immunol.* 2020; 140:103130.
  23. 江宛蓉、陳建霖、高銘偵等：子宮內膜異位症辨證之研究。北市中醫會刊，2009; 15(2):42-46。
  24. 陳俊明、陳建銘、曹永昌：子宮內膜異位症的中醫治療。台灣中醫臨床醫學雜誌，2012; 18(3):59-64。
  25. 陳建霖：子宮內膜異位症之中醫治療理念與成效。中華民國內膜異位症婦女協會會刊，2006; 13(5):10-11。
  26. 清·鄒澍：本經疏證。志遠書局，1997。
  27. 李克光主編：金匱要略講義。上海科學技術出版社，2004。
  28. 黃碧琴、張迎春：《金匱要略》中婦人妊娠病方的臨床應用進展。中醫藥導報，2020; 26(14):126-128。



29. 鄭春曉、陳萍、趙佳琳、李久現、鄭伯媛：經方膠艾湯治療流產的研究進展。  
現代中西醫結合雜誌，2022; 31(20):2910-2914。

通訊作者：黃詩硯

聯絡地址：桃園市中壢區中山路 52 號

通訊電話：03-4250191

E-mail：shyh828@gmail.com

受理日期：2023 年 10 月 6 日；接受日期：2023 年 10 月 24 日