



## 崩漏之功能失調性子宮出血

張靜如<sup>1</sup>、鄭淑鎂<sup>2</sup>、李政育<sup>3</sup>、湯其暉<sup>4</sup>

<sup>1</sup>士林同仁中醫診所

<sup>2</sup>培真中醫診所

<sup>3</sup>育生中醫診所

<sup>4</sup>三軍總醫院神經外科部

### 摘要

崩漏包含「子宮器質性病變出血」及「功能失調性子宮出血 (Dysfunctional Uterine Bleeding, DUB)」，本篇文章主要探討「功能失調性子宮出血」，簡稱「功血」。

功血由卵巢功能不正常所致，與無排卵或排卵不規則有關，須先排除器質性病變造成之子宮出血。本文闡述「無排卵型功血」與「排卵型功血」之中醫治療思路：基本治則方面，須融合塞流、澄源、復舊三法靈活運用；基本病機方面，須掌握腎虛、瘀熱、肝鬱氣滯；臨床治療上，須區分無排卵型功血、排卵型功血，並依青春期、更年期、排卵出血、黃體發育不全、黃體萎縮不全等不同因素，分別予以不同治則處方。

**關鍵詞：**崩漏、子宮出血、功能失調性子宮出血、功血、月經不規則

### 疾病介紹

#### 一、概述

##### (一) 前言<sup>[1]</sup>

崩漏包含「子宮器質性病變出血」及「功能失調性子宮出血 (Dysfunctional Uterine Bleeding, DUB)」。前者為器質性病變如子宮肌瘤、子宮腺肌症、子宮內膜增生症等所導致之出血；後者由卵巢功能不正常所致，與無排卵或排卵不規則有關，為排除性診斷。本篇主要探討「功能失調性子宮出血」。

##### (二) 定義<sup>[2]</sup>

1. 排卵或荷爾蒙分泌、刺激不協調，使子宮內膜增生結構不穩定，導致內膜不規則剝落出血。



2. 須排除懷孕、腫瘤、感染、凝血異常、構造等器質性問題。

### (三) 分類<sup>[2]</sup>

1. 無排卵型功能失調性子宮出血 (Anovulatory DUB): 佔 90%，多發生於青春期、近更年期婦女及多囊性卵巢症候群。
2. 排卵型功能失調性子宮出血 (Ovulatory DUB): 佔 10%，多發生於育齡婦女。

## 二、現代醫學病因病理<sup>[2]</sup>

### (一) 無排卵型功能失調性子宮出血 (Anovulatory DUB)

無排卵型功血多發生於卵巢功能成熟初期之青春期、卵巢功能逐漸衰退之近更年期，及排卵功能失調如多囊性卵巢症候群。

因卵巢無排卵，子宮內膜受到恆定的雌激素刺激而增厚。當內膜過度生長，超出血液供應能支撐的範圍時，內膜組織進而分解並剝落出血。因無固定的月經排卵週期，子宮內膜剝落後之癒合及增生不規則，與卵巢排卵週期亦不同步。

1. 青春期：下視丘—腦下垂體—卵巢生殖軸線尚未發育完全，荷爾蒙不協調導致不正常出血。
2. 近更年期：卵巢功能逐漸衰退，荷爾蒙分泌量減少，排卵不規則或無排卵。
3. 其他：飲食、過度運動、多囊性卵巢症候群、肥胖、雄性素過多，或是雌激素突破性及撤退性出血。

### (二) 排卵型功能失調性子宮出血 (Ovulatory DUB)

排卵型功血多發生於育齡婦女，又稱為「黃體功能障礙性子宮出血」。

卵巢雖有排卵及形成黃體，但黃體發育不全或是黃體萎縮不全（活動期過長）而引起出血。

1. 月經間出血 (Mid-cycle spotting): 濾泡期時雌激素分泌量逐漸上升，於排卵時突然下降，引起雌激素撤退性出血。排卵後，雌激素及黃體素分泌量逐漸上升，出血即停止。
2. 月經次數過多 (Polymenorrhea)
  - (1) 濾泡期過短：卵巢對 FSH（濾泡刺激激素）刺激之反應敏感，濾泡成長過快，導致濾泡期過短。
  - (2) 黃體期過短：黃體功能不全，過早退化，導致黃體期過短。
3. 月經次數過少 (Oligomenorrhea): 卵巢對 FSH 刺激之反應遲鈍，濾泡成長過慢，導致濾泡期過長。
4. 黃體萎縮不全：黃體對 LH（黃體化激素）過度反應，黃體退化時間延長，導致黃體期過長。且新週期濾泡啟動生長的時間過慢，容易造成月經淋瀝。



### 三、臨床表現<sup>〔2〕</sup>

常見臨床症狀為：月經大量出血或淋瀝不盡、月經週期紊亂、月經出血時間延長。

#### （一）無排卵型功血

1. 月經週期：週期縮短、經期延長淋瀝不盡（可達一個月）、經量多少不一，常見內膜增厚不完整之少量點狀出血。亦可見停經 2~3 個月後，有長短不定的出血，甚至大量出血造成貧血。
2. 基礎體溫：不規律、無高低溫雙相型。
3. 常伴有不孕。

#### （二）排卵型功血

1. 黃體發育不全
  - (1) 月經週期：黃體期過短、週期短、經期延長、經量多少不一。
  - (2) 基礎體溫：高低溫雙相型，但高溫期短。
  - (3) 常伴有不孕、流產史。
2. 黃體萎縮不全
  - (1) 月經週期：黃體期過長、週期正常、經期延長、經量多少不一。
  - (2) 子宮內膜不規則脫落，多發生於育齡婦女。

#### （三）鑑別

1. 經來血崩、伴有嚴重的痛經，須排除子宮腺肌症。
2. 更年期崩漏日久不止，須排除子宮內膜癌。

#### （四）後續影響

1. 缺鐵性貧血：頻繁子宮出血導致。如出血量過多，須住院進行輸血治療。
2. 子宮內膜增生、子宮內膜癌：長期未受抑制的雌激素刺激導致。
3. 無排卵性不孕：患有多囊性卵巢症候群、肥胖、慢性高血壓、胰島素抵抗性糖尿病者風險較高。
4. 手術：重複子宮刮宮、內膜消融治療或子宮切除術。

### 四、診斷標準<sup>〔2〕</sup>

須先排除以下懷孕相關、荷爾蒙相關、器質性病變、藥物副作用及慢性疾病造成的子宮出血，其餘無法歸類之子宮出血即診斷為功能失調性子宮出血。

1. 懷孕相關出血：子宮外孕、急迫性或自發性流產、胚胎滋養層病變。



2. 荷爾蒙相關：雄性素過多、甲狀腺疾病、高泌乳激素血症、卵巢衰竭。
3. 器質性病變：子宮肌瘤、子宮及子宮頸息肉、子宮腺肌症、慢性子宮發炎、子宮內膜癌、子宮頸癌、陰道癌。
4. 其他：血液惡性質病（Blood Dyscrasia）、抗凝血藥物副作用、慢性疾病（糖尿病、慢性腎病）。

## 五、西醫治療概況<sup>[2]</sup>

西醫治療目標為抑制大量出血、預防再發、恢復卵巢排卵週期，目前常見治療方法為荷爾蒙治療法及非荷爾蒙治療法。

### （一）荷爾蒙治療法

#### 1. 混合型荷爾蒙療法

- (1) Premarin（普力馬林錠，結合型雌激素）+ Provera（普維拉錠，黃體素）。
- (2) 連續服用 7 天造成撤退性出血。後續從月經第 5 天起，連續服用 21 天達 3~4 個週期（兩階段劑量組合不同）。

#### 2. Clomiphene citrate

- (1) 適用於同時有備孕計畫之育齡婦女。
- (2) 自月經第 3~5 天起，連續服用 5 天口服排卵藥。

### （二）非荷爾蒙治療法

#### 1. 前列腺素合成酵素抑制劑（Prostaglandin Synthetase Inhibitors）

- (1) 抑制前列腺素合成。
- (2) 抑制 PGE<sub>2</sub>（前列腺素 E<sub>2</sub>）結合到子宮內膜的 PG receptor 上。
- (3) Mefenamic acid（NSAIDs）：可減少經血量、有鎮痛效果。

#### 2. 抑制纖維蛋白溶解藥物（Antifibrinolytic Agents）

- (1) 抑制纖維蛋白溶酶原（Plasminogen）活化成可降血栓的纖維溶酶（Plasmin）。
- (2) 阻止血塊溶解、抑制出血。
- (3) Tranexamic acid（傳明酸）：對排卵型功血有較好的止血效果。

#### 3. 子宮內膜切除、內膜燒灼術

- (1) 雷射切除、子宮內膜電燒切除、經子宮頸切除子宮內膜。
- (2) 會造成不孕，不適用於有生育計劃者。

## 中醫觀點

### 一、基本治療原則<sup>[3]</sup>



「急則治其標，緩則治其本」，急性出血期、暴崩應先治標，宜補氣止血，防止虛脫；出血時間已久、病勢較緩則治本，宜辨寒熱虛實，調理以固其本。

基本治則為「塞流」、「澄源」、「復舊」，應將三法融合運用，不拘泥於初塞流、中澄源、末復舊。

### （一）塞流

即止血，適用於出血期，治療崩漏必先止血以治標。

#### 1. 治崩

- (1) 止血防脫：宜補氣固攝升提止崩，如：獨參湯、生脈散。
- (2) 陰損及陽，出現陰竭陽脫危象：宜回陽救逆、溫陽止崩，如：參附湯。
- (3) 不宜辛溫行血，以免失血過多致陰竭陽脫。

#### 2. 治漏

- (1) 宜養血行氣。
- (2) 不可偏於固澀，以免血止成瘀。

### （二）澄源

「澄本清源，求因治本」，為出血減緩後的辨證論治。

### （三）復舊

即固本善後，適用於止血後，調整月經週期及促排卵。以補腎、疏肝、健脾，協調腎肝脾、衝任、胞宮的作用，其中以補腎填精益氣為主。

## 二、基本病機<sup>[4]</sup>

功能失調性子宮出血之基本病機為：「腎虛」、「瘀熱」、「肝鬱氣滯」，須根據無排卵型功血與排卵型功血之生理特性加減用藥。

### （一）腎虛

功能失調性子宮出血之主因為：下視丘—腦下垂體—卵巢生殖軸線功能不佳，故根本病機為「腎虛」。無排卵型功血與生殖軸線發育尚未成熟或衰退有關；排卵型功血與生殖軸線之間的回饋有關，如：雌激素、黃體素之分泌量，卵巢、黃體對荷爾蒙之反應過度敏感或不足。

### （二）瘀熱

部分功血與子宮內膜過度增生表現、內膜不穩定致剝落出血相關，屬「瘀熱」。

### （三）肝鬱氣滯



無排卵型功血中，近更年期之生理特性屬「肝鬱氣滯」。而排卵型功血的部分病因如：排卵過程不順利、荷爾蒙轉換不佳，亦屬「肝鬱氣滯」。

### 三、中醫治療思路

#### (一) 無排卵型功血

##### 1. 青春期

(1) 生理特性：生殖軸線尚未發育完全。

(2) 中醫治療思路

A. 先天之本：腎氣虛。

(A) 濾泡發育緩慢致濾泡期過長、月經週期過長：腎陽虛。

(B) 排卵不順，黃體素分泌量少，導致內膜提早崩落、月經週期過短：  
腎陰陽兩虛。

B. 後天之本：脾氣虛，須注意消化吸收。

(3) 藥陣

治則	用藥參考
滋腎陰	熟地黃、何首烏、菟絲子、女貞子、旱蓮草
溫腎陽	杜仲、續斷、菟絲子、山茱萸、玉桂子、附子
健脾益氣	黃耆、白朮、陳皮、砂仁
少量活血 (排卵前酌加以促排卵)	丹參、川芎

##### 2. 近更年期

(1) 生理特性：生殖軸線功能逐漸衰退，荷爾蒙之間的正負回饋變弱、分泌量減少，濾泡發育不佳，可能無排卵。

(2) 中醫治療思路

A. 卵巢生殖功能減弱：腎氣虛、腎陽虛。

B. 接近更年期體質特性：肝腎陰虛（血熱／陽亢）、腎虛 + 肝鬱化火 + 血瘀。

(3) 藥陣

治則	用藥參考
補腎／引火歸元	生地黃、熟地黃、杜仲、何首烏、菟絲子、女貞子、山茱萸、玉桂子、附子
疏肝緩肝	柴胡、白芍、大棗
清熱化瘀	黃柏（潛陽）、黃芩（抑制內膜過度表現）、丹參
清虛火	青蒿、知母、地骨皮



## (二) 排卵型功血

### 1. 月經間出血（排卵出血）

- (1) 生理特性：排卵後黃體素上升速度緩慢，內膜不穩定剝落出血。當雌激素與黃體素逐漸上升，出血即停止。
- (2) 中醫治療思路
  - A. 過勞易發：氣血虛弱。
  - B. 黃體素上升緩慢：腎陽虛。
  - C. 荷爾蒙轉換不佳：腎虛、肝鬱氣滯。
  - D. 子宮內膜不穩定：瘀熱。
- (3) 藥陣

治則	用藥參考
補氣養血	黃耆、當歸
補腎引火歸元	熟地黃、杜仲、續斷、菟絲子、山茱萸、何首烏、女貞子、玉桂子、附子
疏肝	柴胡、白芍
清熱	黃芩（抑制內膜過度表現）、黃柏、青蒿、知母、地骨皮
化瘀	丹參

### 2. 黃體發育不全／黃體功能不足

- (1) 生理特性：排卵後黃體組織發育不全，和濾泡期的濾泡品質、排卵過程是否順利有關。
- (2) 中醫治療思路
  - A. 濾泡成熟品質不佳：腎陰虛。
  - B. 黃體發育不佳：腎陽虛。
  - C. 排卵過程不順利：肝鬱氣滯血瘀。
- (3) 藥陣

治則	用藥參考
滋腎陰 （於濾泡期加強用藥）	熟地黃、何首烏、菟絲子、女貞子、旱蓮草
溫腎陽 （於黃體期加強用藥）	杜仲、續斷、菟絲子、山茱萸、玉桂子、附子
疏肝	柴胡、白芍
少量活血 （排卵前酌加以促排卵）	丹參、川芎



### 3. 黃體萎縮不全

(1) 生理特性：黃體對 LH 過度反應，退化時間延長，致黃體期過長、新週期濾泡的啟動生長時間過慢。

(2) 中醫治療思路

A. 黃體退化緩慢、新週期濾泡啟動緩慢：腎陰虛陽亢。

(3) 藥陣

治則	用藥
滋陰潛陽	熟地黃、何首烏、山藥、山茱萸、女貞子、旱蓮草、青蒿、知母、地骨皮、黃柏

## 病案介紹<sup>[4]</sup>

### 一、過勞後經月二行（排卵出血）

#### 〈病況概述〉

林女，28 歲，每過勞後經月二行，皆常量。平日壓力大，眠差，便秘 3 日一行。工作須持重，腰背痠痛，頭暈痛，脹痞嘔，燥渴，逆冷，晨間手足麻顯。舌暗紅下瘀，脈弦緊。

#### 〈處方 水煎藥〉

當歸 3 錢、川芎 3 錢、黃耆 15 錢、炒杜仲 8 錢、玉桂子 1.5 錢、附子 1 錢、柴胡 4 錢、白芍 4 錢、大棗 10 枚、甘草 1.5 錢、黃連 1.5 錢、黃柏 5 錢、陳皮 8 錢、萊菔子 8 錢

註：以上處方 1 日 1 帖，服 7 劑後改善。

28~33 歲期間，每年發病 1 次，皆來院就診服 7 劑後改善。

#### 〈病機分析〉

1. 氣血兩虛、腎虛夾熱：過勞，須持重致腰背痠痛，頭暈痛，燥渴，逆冷，晨間手足麻顯。
2. 肝鬱氣滯：平日壓力大，眠差，脈弦緊。

#### 〈治療思路〉

以補氣養血、補腎引火歸元、疏肝緩肝施治。當歸、川芎、黃耆補氣養血，炒杜仲、桂附補腎引火歸元，柴芍棗、甘草疏肝緩肝，黃連、黃柏清熱，另桂附者協助陳皮、萊菔子治療痞脹頭暈之中氣下陷。重點在清熱藥與補氣溫陽藥的比例平衡，須於治療過勞經月二行同時，既能改善頭暈、痞脹、虛弱、肢麻、體瘦、逆冷，又能改善睡眠並避免燥渴。





## 二、慣性排卵出血

### 〈病況概述〉

女，43歲，生育二子。長期排卵出血／褐淋5日，症近十年。掉髮多，手指掌潰瘍脫皮，頸額棘皮。偶經遲，倦怠，眠納便常。舌淡暗紅齒痕，脈弱。

### 〈處方水煎藥〉

熟地黃5錢、山茱萸4錢、炒杜仲8錢、附子1.5錢、玉桂子3錢、當歸5錢、白芍4錢、黃耆15錢、黃芩5錢、刺蒺藜4錢、陳皮5錢、砂仁5錢

註：以上處方1日1帖，續服2個月共63帖，追蹤多年無再排卵出血。

頸額棘皮改善，指端偶輕脫皮但無潰瘍。

### 〈病機分析〉

氣血兩虛、腎虛：長期排卵出血，掉髮多，皮膚生長狀況不佳，倦怠，舌淡暗紅齒痕，脈弱。

### 〈治療思路〉

以補氣養血、補腎施治。熟地黃、山茱萸、炒杜仲、桂附補腎引火歸元，歸芍、黃耆補氣養血，黃芩可抑制內膜不穩定之出血，以刺蒺藜配合當歸、熟地黃、黃耆，改善富貴手及頸額棘皮。

## 三、經量過多

### 〈病況概述〉

施女，36歲。子宮內膜異位症手術3次，近2月經崩／瘀多，本次經崩持續至今已13日仍量過多，貧血相，虛暈。舌淡白瘦薄齒痕，脈弦細弱數。

### 〈處方水煎藥〉

熟地黃5錢、山茱萸4錢、炒杜仲8錢、玉桂子5錢、附子3錢、當歸3錢、黃耆15錢、黃芩8錢、丹參5錢、陳皮5錢、枳實5錢

註：以上處方1日1帖，服藥2劑後崩停，僅小褐出血，共服12劑改善。

一年半後來診，係因持續過勞2個月，復終月經血淋瀝，術處稍動即痛，服止痛，虛暈。依前方去炒杜仲8錢，加骨碎補8錢，共服7劑後改善。

### 〈病機分析〉

1. 氣血兩虛、腎陽虛：經崩量過多致貧血相，虛暈，舌淡白瘦薄齒痕。
2. 瘀熱：子宮內膜異位症，近2月經崩／瘀多。

### 〈治療思路〉

以大補氣血、補腎陽、清熱化瘀施治。熟地黃、山茱萸、炒杜仲、玉桂子、附子補腎溫陽，當歸、黃耆補氣養血，黃芩避免處方化燥且抑制子宮內膜增生，丹參



活血化瘀。一年半後來診，因術處疼痛，以骨碎補易杜仲，既協同補腎且活血化瘀，對傷口黏連及改善腹腔血循皆有助益。

#### 四、經崩、久淋、經閉、多囊

##### 〈病況概述〉

江女，婦科檢查 = 多囊性卵巢，17~24 歲陸續來院調理。自初經起月經不規則：崩／極少／久淋 1~2 月／閉經數月不來。

##### • 17 歲：

近期久淋數週，或經量極少。情緒緊張，頭麻，蕁麻疹，皮膚多處刺痛。舌淡紅下瘀，脈弦。

##### 〈處方水煎藥〉

柴胡 5 錢、白芍 4 錢、延胡索 4 錢、香附 5 錢、大棗 10 枚、甘草 3 錢、黃耆 10 錢、當歸 3 錢、白朮 4 錢、茯苓 4 錢、牡丹皮 4 錢

註：以上處方 1 日 1 帖，服藥 7 劑後經期及經量改善，膚癢改善。

18 歲，月經復久淋或遲滯，每日眠 4~5 小時，考試壓力大。以同處方 1 日 1 帖，服藥 7 劑後經期及經量改善 2 年。

##### 〈病機分析〉

1. 氣滯血瘀：情緒緊張，皮膚刺痛，舌下瘀，脈弦。
2. 氣血兩虛、脾虛：久淋、經量少。

##### 〈治療思路〉

因緊張壓力，導致月經紊亂，屬氣滯血瘀，故以逍遙散加方治療。柴芍棗、甘草、延胡索、香附疏肝緩肝，黃耆、當歸、白朮、茯苓、牡丹皮補氣養血健脾。

##### • 20 歲

備考眠少，經量過多已持續 6 週，經血色鮮紅。虛暈，逆冷，燥渴，反覆口糜，易感冒。舌暗紅下瘀，脈弱。

##### 〈處方水煎藥〉

熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、炒杜仲 8 錢、附子 3 錢、玉桂子 5 錢、當歸 3 錢、黃耆 15 錢、黃芩 8 錢、丹參 4 錢、蒼朮 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢

註：以上處方 1 日 1 帖，續服 9 週（共 63 劑），症狀改善 4 年。

##### 〈病機分析〉

1. 氣血兩虛、腎陽虛：長期眠少，虛暈，反覆口糜，易感冒，脈弱。
2. 瘀熱：經量過多，舌暗紅下瘀。



### 〈治療思路〉

長期眠少，虛弱口糜，反覆感冒，已傷根本，以補腎陽、補氣養血、清熱化瘀施治。熟地黃、山茱萸、炒杜仲、玉桂子、附子補腎溫陽，黃芩、丹參清熱化瘀，蒼朮、陳皮、砂仁助腸胃運化。處方中加入足量黃芩，除反制溫陽藥防化燥，亦可抑制子宮內膜過度增生。

#### • 24 歲

復經久淋持續已 6 週，鮮紅有量，有瘀塊，腹痛。眠少，逆冷，燥渴，反覆口糜。舌暗紅下瘀，脈弦滑。

### 〈處方 水煎藥〉

熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、骨碎補 8 錢、附子 1.5 錢、玉桂子 1.5 錢、當歸 3 錢、黃耆 15 錢、黃芩 8 錢、丹參 8 錢、蒼朮 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢

註：以上處方 1 日 1 帖，續服 4 週（共 28 劑），症狀改善。

### 〈病機分析〉

1. 氣血兩虛、腎虛：眠少致虛，逆冷，反覆口糜。
2. 瘀熱：久淋鮮紅有瘀塊，腹痛，燥渴，舌暗紅下瘀，脈弦滑。

### 〈治療思路〉

病機如前，但瘀象較重，以補氣養血、補腎引火歸元、清熱化瘀施治。加重丹參劑量、以骨碎補易炒杜仲加強活血化瘀。玉桂子、附子稍減量以引火歸元，助熟地黃、山茱萸、骨碎補之補腎效果。

## 參考文獻

1. 陳榮洲：中西結合婦科學。台中市，弘祥出版社，2019。
2. 張可臻、陳昭源、林忠順：子宮機能不良性出血的診斷與治療。家庭醫學與基層醫療，2010；25(12):450-455。
3. 郭桂月：功能失調性子宮出血。中醫婦科醫學雜誌，2010；14:44-48。
4. 鄭淑鎂：中西醫結合中醫婦科診治心法。新北市，宏道文化事業有限公司，2021。

通訊作者：張靜如

聯絡地址：台北市士林區文林路 402 號

聯絡電話：02-28883889

E-mail：jingrujhang@gmail.com

受理日期：2024 年 10 月 26 日；接受日期：2024 年 10 月 30 日