



崩漏之功能失調性子宮出血

張靜如¹、鄭淑鎂²、李政育³、湯其暉⁴

¹士林同仁中醫診所

²培真中醫診所

³育生中醫診所

⁴三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^[1]

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^[2]

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^[2]

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^[2]

(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^{〔2〕}

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^{〔2〕}

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^[2]

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 PGE₂（前列腺素 E₂）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^[3]



「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^[4]

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^[4]

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