



排卵障礙性不孕之中西醫結合思路與治療

吳東霖¹、鄭淑鎂²、李政育³

¹忠孝昌盛堂中醫診所

²培真中醫診所

³育生中醫診所

摘要

隨著生活型態改變、晚婚、生育高齡化及環境因素影響，女性月經週期紊亂與排卵功能障礙的比例逐年上升，已成為現代女性不孕症的主要原因之一。朱丹溪：「求子之道，莫如調經」，強調女性生育之本在於月經調暢。中醫治療不孕症，包括調整整體體質、排卵狀態、卵泡及卵子品質、子宮狀態等，進而達成正常、規律之月經，以最大化自然及人工受孕率。本文綜合中西醫觀點，探討排卵障礙性不孕之病因病機與治療策略，並輔以臨床實例說明，期能提供臨床整合思考之新視角，促進中西醫在女性生殖醫學領域之實際應用。

關鍵詞：月經不規則、排卵障礙、不孕症、排卵障礙性不孕、中醫婦科

壹、不孕症概述、中醫治療不孕症目標^[1,6-8]

一、不孕症概述

(一) 自然受孕基本條件

1. 男方原因包括能正常射精（無性功能障礙），以及有正常數量、型態、活動力的精蟲等。
2. 女方原因包括有成熟健康的卵子，並能正常排卵。且輸卵管須通暢，讓精卵子能相遇受精。同時還要有良好的子宮環境供胚胎著床。
3. 男女雙方原因包括精子、卵子不會互相排斥，且受精卵能夠順利移至子宮腔。

(二) 自然及累積受孕率

1. 自然受孕率

符合以下條件者，每個月自然受孕率約 20%，包括女性小於 34 歲、女性月經規律、每週約 2~3 次規律性生活、夫妻皆無明確不孕疾病。當女性年紀越大，自然受孕率越低，大於 40 歲者每個週期約小於 5%。

「種子必先調經」、朱丹溪「求子之道，莫如調經」，臨床上月經週期不規律



者，每個週期的受孕率降至 5~10%；幾乎無排卵、月經者，每個週期的受孕率甚至降至小於 5%。且有規律的排卵、月經週期，才能更好掌握同房時間、增加懷孕機率。

2. 累積受孕率

為累積一段時間的自然受孕率之懷孕機率。當女性小於 30 歲，6 個月約 75%、一年約 90%；女性大於 40 歲則大幅下降，6 個月約 25%、一年約 45%。

（三）不孕症定義

1. 不孕症定義為在沒有避孕、有規律性行為的前提下，女性小於 35 歲且超過一年仍無法成功懷孕，或女性大於 35 歲且超過半年仍無法成功懷孕。其中因婦女在超過 35 歲後，卵子品質急遽下降，應積極受孕，故定義時間較嚴謹。
2. 但不孕症並非不會懷孕、只是較不容易懷孕，經治療後可提升懷孕機率，因此中醫治療目標為提升身體、卵泡及卵子、內膜品質，以提高自然受孕率及西醫人工生殖受孕率。

（四）流行病學

2025 年中華民國不孕症之盛行率約 15%，即每 7 對夫妻就有一對。包括生活型態改變、晚婚比例提升、高齡等因素，皆導致不孕症盛行率漸增。

（五）不孕症原因比例

1. 男女性不孕類型比例為女性約 50%、男性約 8%、雙方原因約 35%、不明原因約 5%。
2. 不孕原因比例為多重因素（雙方、複合排卵 / 輸卵管 / 子宮、染色體異常等）約 32.2%、卵巢問題（排卵障礙為主）約 31.8%、其他女性因素（如肌瘤、腺肌症、子宮腔異常等）約 7.6%、輸卵管因素約 6.7%、子宮內膜異位症約 3.8%、其他子宮因素約 3.8%、不明原因約 4.4%、男性因素約 8%。

（六）建議就醫族群

包括符合不孕症定義的夫妻、女性年齡超過 38 歲者、女性有不孕症風險因子者（包括子宮內膜異位症、多囊性卵巢症候群、子宮肌瘤、骨盆腔發炎、卵巢早衰、輸卵管阻塞、自體免疫疾病等）。

二、中醫治療不孕症目標

（一）求子之道，莫如調經

良好身體狀態→良好排卵狀態、卵泡及卵子品質、子宮狀態→正常月經。因此調孕的重點在於調整整體體質，才能有好的排卵、卵泡、卵子、子宮狀態，進



而達成正常月經，以最大化自然及人工受孕率。排卵狀態包括卵泡成熟發育、卵子從卵泡中破出、卵泡是否能轉化成黃體並分泌 P4 等。子宮狀態包括黃體功能維持足夠內膜厚度及天數、器質性病變（肌腺症、肌瘤、息肉等）、免疫排斥受精卵著床等。

（二）中醫備孕四大方向

1. 調理體質、調整月經週期規律，以打造容易受孕的體質、環境，以最大化受孕率。
2. 養卵泡，以提升卵泡及卵子品質。
3. 調整子宮內膜，以提供胚胎良好著床、孕育環境。
4. 養精子，以改善精蟲數量、品質、活動力等。

（三）養卵三層次目標

1. 該次月經週期的養卵

目標為該次月經開始後加速成熟的竇卵泡、成熟卵泡。治療方式包括西醫排卵藥 / 針、中醫月經週期療法在經後期的滋陰養血，以促進當次卵泡成熟。但僅能針對當次週期的卵泡發育治療，無法改善長期排卵功能失調，故有時停止中西醫治療後又不排卵。

2. 三個月以上的養卵

- (1) 目標為排卵期三個月前開始可被荷爾蒙刺激的次級卵泡細胞。因此臨床上須先溝通「養卵至少 3 個月」才能見到基本治療效果，剛好精蟲的成熟同樣也要約 3 個月，因此通常至少會以 3 個月為一個療程。
- (2) 不過如果患者兼有功能性問題（多囊性卵巢、垂體功能異常等）、結構性問題（子宮內膜異位、輸卵管阻塞、肌瘤、息肉等）、其他問題（免疫疾病，像是抗磷脂質症候群、甲狀腺疾病等）則須先糾正，卵泡的發育成熟和排卵才會更順利，因此治療時間會更久。

3. 半年以上的養卵

目標為排卵期半年前以上開始招募的原始卵泡。因此除藥物、針灸等治療外，長期生活作息、飲食、睡眠、壓力的調整都非常重要，也才能根本糾正體質的偏頗。

（四）注意要點

1. 須先進行西醫檢查，以排除各種器質性問題、泌尿道感染、免疫性不孕、男性不孕等，再處理功能性問題。
2. 治療前、中要注意疏通子宮、卵巢、輸卵管等生殖系統環境，及調節免疫性不孕，並視情況加入足量清熱、化瘀、利濕熱等，以改善陰道、子宮頸環境。



貳、西醫觀點概述^[6,7]

一、卵巢、子宮、荷爾蒙關係

(一) 卵巢的運作主導子宮內膜變化

1. 卵巢接收腦下垂體前葉分泌之濾泡刺激素 (Follicle-stimulating hormone, FSH)、黃體生成素 (Luteinizing hormone, LH) 刺激，進而產生一連串卵泡生長、排卵、轉化黃體的過程，同時卵泡及轉化成的黃體會分泌雌激素 (Estradiol, E2)、黃體素 (Progesterone, P4)，主導子宮內膜的變化。
2. 由此可知，月經週期及子宮內膜變化其實是由上游卵巢的荷爾蒙變化所調控，而非內膜自身主動發生。

(二) 濾泡刺激素 FSH

在月經、濾泡期初期會稍高，以刺激卵泡生長。但在卵泡生長過程中，會因 E2 負回饋、抑制素上升而被抑制，避免多顆卵泡同時成熟與排卵，確保單一優勢卵泡選拔。排卵前又會因 E2 高濃度正回饋促性腺釋放激素 (Gonadotropin-Releasing Hormone, GnRH) 上升，連帶使 FSH 小幅上升，協助卵泡最終成熟。

(三) 雌激素 E2

主要由卵泡之顆粒細胞分泌。在濾泡期時，會隨卵泡生長逐漸升高，促進子宮內膜增生。在排卵前，高濃度的 E2 會持續 36~48 小時，引發 LH 大幅上升 (LH surge) 以誘發排卵，連帶使 FSH 小幅上升。排卵後，E2 會先短暫下降，再由黃體分泌維持中等水平。

(四) 黃體生成素 LH

在濾泡期持續維持低值，但排卵前會因 E2 大量上升、正回饋 GnRH 上升，出現劇烈高峰 (LH surge)，觸發卵泡破裂、黃體形成。但在黃體期之 FSH、LH，會因 E2、P4 持續分泌而負回饋下降。

(五) 黃體素 P4

在排卵後由黃體大量分泌，使子宮內膜進入分泌期並升高基礎體溫。若無受精，黃體會退化、E2 及 P4 下降、子宮內膜脫落，重新開始新的週期。

二、西醫檢查

- (一) 精液分析，包括射精量、精子數、精子濃度、活動力、型態、抗體、液化時間等。
- (二) 尿液分析披衣菌，當懷疑骨盆腔發炎時須檢查。
- (三) 臨床症狀，包括體毛、月經週期規則與否、痛經、經血量等。



- (四) 血檢，包括抗穆勒氏管荷爾蒙 (Anti-Müllerian hormone, AMH)、E2、P4、FSH、LH、睪固酮、脫氫異雄固酮、游離甲狀腺素 (Free thyroxine, Free T4)、促甲狀腺激素、泌乳激素 (Prolactin, PRL)、各種免疫抗體等。AMH 為 < 8 mm 的非成熟小濾泡產生，可大致反應卵巢的庫存量，是目前最準確的指標，幾乎僅受年紀影響，且在月經週期任一階段幾乎都差不多，即使經中藥治療仍難大幅上升。正常值約 2~5，> 5 多為多囊性卵巢，< 2 則代表卵巢儲備量較不足、受孕率較低。< 1 時取卵品質較差。免疫抗體包括各種甲狀腺相關抗體、抗精蟲抗體、抗磷脂質抗體等。
- (五) 腹部及經陰道超音波，以排除器質性問題、診斷多囊性卵巢、確認卵巢及卵泡狀態。其中基礎濾泡數為該週期的小濾泡總數，是評估該次週期取卵數的重要指標。如基礎濾泡數太低，該次試管療程只能取到 2~3 顆。
- (六) 子宮輸卵管攝影，經陰道注入顯影劑，搭配 X 光攝影，檢查骨盆腔是否有沾黏，以及子宮和輸卵管是否有結構異常、沾黏、狹窄、積水及通暢與否。
- (七) 子宮鏡、腹腔鏡，如超音波、子宮輸卵管攝影發現子宮內有病灶或輸卵管及骨盆腔異常，可用子宮鏡、腹腔鏡進一步診斷及治療。
- (八) 基礎體溫 (Basal Body Temperature, BBT)，為清晨剛睡醒、尚未有任何活動前測到的舌下溫度，可幫助月經週期分析，說明如下。
- (九) 尿液排卵試紙，為監測 LH 濃度。在排卵前 12 個小時，LH 會達到高峰而呈陽性。搭配長期監測 BBT，以確認排卵日、提高受孕率。一般做法為月經乾淨後第三天開始每天早上檢測，檢測呈淡陽性當天晚上行房。最佳做法為排卵日前 3 天 + 前 1 天 + 後 1 天做一休一，因精子可在陰道、子宮內存活約 72 小時、但卵子排出後生命僅約 24 小時，故盡量提早讓精子進去等卵子，避免錯過。

三、基礎體溫測量

(一) 基礎體溫 BBT

1. 為女性清晨未活動時的體溫，受 P4 影響而溫度上升，呈現高低溫兩相變化。
2. 建議至少檢測 3 個月以上，才能準確地預測排卵日。且盡量每日量測，但因是看整體趨勢，故忘記幾天沒關係，別成為備孕的壓力。

(二) 低溫期 (濾泡期)

因 E2 為主、P4 低下，故維持在 36.1~36.4°C 左右。

(三) 排卵期

排卵前一天，因成熟卵泡在排卵前會分泌大量 E2，而 E2 對體溫中樞有輕微



降溫作用，因此 BBT 可能先短暫下降，提示排卵將發生。

（四）排卵當日、次日

基礎體溫會突然上升 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，是因排卵前 E2 大幅上升、造成 LH 高峰而觸發排卵，卵泡轉化為黃體並開始大量分泌 P4。

（五）高溫期（黃體期）

因 P4 大量分泌，使體溫維持在 $36.7\sim 37.0^{\circ}\text{C}$ 。若懷孕，黃體會持續存在、分泌 P4，使體溫長期維持在 36.7°C 以上。若無懷孕，黃體會開始退化、P4 分泌下降，在下次月經開始時降回低溫相。

（六）正常基礎體溫

代表排卵正常、黃體功能良好。包括高低溫雙相明顯 $\geq 0.3\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ （有排卵、黃體功能良好）、高溫期天數 ≥ 12 天（P4 穩定分泌、內膜厚度穩定）、低溫轉高溫的爬升期天數 ≤ 3 天（排卵功能正常）、無明顯鋸齒狀波動（黃體功能穩定，且內分泌正常）、 $12 \leq$ 低溫期天數 ≤ 14 天（卵泡發育成熟速度正常）等。

（七）異常基礎體溫

1. 單相型（全周期體溫平穩無升高）：無排卵、有重度排卵障礙。像多囊性卵巢、卵巢早衰等。
2. 低溫期過長 > 14 天：卵泡成熟延遲、有輕或中度排卵障礙。像多囊性卵巢、卵巢早衰等。
3. 低溫期溫度偏高 $> 36.3^{\circ}\text{C}$ 、天數過短 < 12 天：熱象較顯、卵泡發育太快、使用排卵藥等，影響卵子成熟度與品質。
4. 高溫期過短 < 12 天、溫度偏低 $< 36.7^{\circ}\text{C}$ 、後段溫度逐漸下降：黃體功能不足，影響著床。
5. 高低溫差 $< 0.3^{\circ}\text{C}$ 、溫度波動大：黃體功能不足，或體溫測量不準確、壓力及睡眠干擾。
6. 低溫轉化為高溫天數過長 > 3 天：排卵功能不佳、黃體功能不足。
7. 全週期鋸齒狀波動：無排卵、內分泌功能不穩定，包括睡眠障礙、壓力、量測時間不規律、黃體功能不全、甲狀腺異常等。

參、中醫治療思路^[1-5,8-14]

一、總論

（一）排卵障礙性不孕治療策略之縱橫軸

1. 縱軸 - 治療之策略軸以調體質為主 + 月經週期療法為輔。



2. 橫軸 - 調體質之時間軸為三階段療法。

(二) 中醫治療排卵障礙原則：調、補、通、緩

1. 調肝腎。因肝藏血、主疏泄；腎藏精，主生殖。
2. 補脾胃、氣血。使氣血充足、脾胃生化有源。
3. 疏通整體循環、氣機、病理產物。包括疏肝、化瘀、化痰利濕、散寒等。
4. 緩緩治療以求痊癒。要根本調整體質、養卵至少需 3 個月以上，尤其是補腎。

二、不孕症之臨床常見病機

(一) 腎虛

1. 排卵障礙性不孕之常見病機。中醫生殖軸：腎→天癸→衝任→胞宮（西醫生殖軸：下視丘→腦下垂體→卵巢），其中天癸、衝任總括下視丘、腦下垂體、卵巢分泌性腺激素之功能與經脈。核心為「腎氣、腎陰、腎陽」，因腎藏精、主生殖，人及生殖系統的發育皆賴腎氣陰陽的充足。且傅青主：「經本於腎」、歧伯曰：「二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，故有子」，皆說明月經來潮是以腎氣陰陽之充足為前提條件。肝腎足→天癸至、衝任脈盛→胞宮善，故有子。
2. 補腎陰之注意要點包括適當降虛火，因陰虛多有虛火；適當加入養血藥，因肝腎、精血同源而須同治；適當加入動藥，包括化瘀藥、行氣藥，使陰血可流動、化生；適當加入一點溫腎陽藥、但要避免耗傷陰血，以達陰陽互根、陽中求陰。

(二) 脾氣血虛

排卵障礙性不孕之常見病機。須區分氣虛、血虛、氣血兩虛、脾胃虛損等不同差異。機轉包括衝任血海空虛、胞脈失養；氣虛、脾虛（腎虛），則帶脈失約，無法約束、固攝、升提，皆不能成孕。病因包括體質素弱、氣血不足；脾胃虛損、化源不足；久病失血傷津耗氣；腎虛無法滋養脾胃；飲食不節、肝鬱剋脾影響脾胃等。

(三) 肝鬱

排卵障礙性不孕之常見病機。因女子以血為本，肝藏血，喜疏泄條達，且衝脈隸屬於肝，司血海。機轉包括七情所傷，肝失條達、肝氣鬱結，造成氣血衝任失和、月事不調、氣滯血瘀，並影響脾胃化生之源，難以成孕；以及肝鬱化火，鬱熱內蘊，伏於衝任胞宮血海，皆難以成孕。

(四) 痰濕

排卵障礙性不孕之常見病機，常見為「虛胖型多囊性卵巢」。機轉為脾腎氣陽



虛、飲食不節阻礙滯脾胃，使水液運化失常、水精不能四布、化爲痰飲，阻滯衝任、胞宮，致月事不調，故不能成孕。處方如傅青主「加味補中益氣湯」（補中益氣湯＋二陳湯），除化痰利濕外，務加補氣、升提。

（五）血瘀

非排卵障礙性不孕之常見病機。機轉爲影響內膜、輸卵管、卵巢之結構、通暢性、功能而成不孕。範疇爲各種器質性病變，包括子宮息肉、內膜異位、肌瘤、子宮沾黏、輸卵管沾黏或阻塞等。但血瘀多爲其他病機之病理產物，務須鑑別成因以求治本，包括氣虛血瘀、氣滯血瘀、寒凝血瘀、血熱血瘀（發炎造成纖維化）、結構及外傷血瘀等。

（六）濕熱

非排卵障礙性不孕之常見病機。機轉包括下焦感染、水濕化熱，皆會形成濕熱阻滯受孕。範疇包括陰道炎、泌尿道感染、免疫抗體等疾病。

三、治療之策略軸

（一）體質療法爲主、月經週期療法爲輔

1. 體質療法爲主、基底，以調整身體的主要矛盾爲主（調整長期週期）。屬於長期修復，爲週期療法打底。
2. 月經週期療法爲輔、加減，搭配順應卵巢、內膜不同階段的「勢」，調整該週期的卵巢、子宮狀態（調整該週期爲主）。屬於精準干預，對症狀及生殖調控效果快。
3. 如週期較規律、體質偏頗不明顯，則月經週期療法比重可較高；如週期較不規律、體質偏頗明顯，則月經週期療法比重較低。待周期初步恢復後，再加重分期精準調控。

四、調理體質之時間軸

（一）三階段療法

1. 第一階段

必先進行各項前述之西醫檢查，並測量基礎體溫以了解整體週期狀況。中醫在治療上須視病況先盪滌胞宮、喚醒生殖軸線。以溫陽化瘀合疏肝瀉濁爲主，改善生殖系統環境，讓神經、內分泌、免疫系統穩定。

2. 第二階段

- (1) 糾正各種不孕原因、改善生殖系統環境，讓神經、內分泌、免疫系統穩定。
區分三大類，包括免疫相關、器質性相關、排卵障礙相關。



(2) 排卵障礙性不孕範疇為第二階段之排卵障礙相關+第三階段。

3. 第三階段

(1) 修復生殖軸線及卵巢功能，以補腎陰、大補氣血、溫腎陽、腎陰陽兩補為主。

(2) 排卵障礙性不孕範疇為第二階段之排卵障礙相關+第三階段。

(二) 第一階段 - 前置作業：西醫檢查 + (朴硝盪胞湯)

1. 西醫檢查如前述介紹。

2. 朴硝盪胞湯加減用於因生育、流產、剖腹產，導致子宮、卵巢等盆腔鬱血、大腦生殖軸線紊亂（大腦妊娠中樞停留在懷孕階段）而不孕者。

(1) 盪滌胞宮，可清除子宮、卵巢之寒瘀。包括溫陽、化瘀、瀉濁。

(2) 喚醒生殖軸線，可糾正大腦生殖軸線紊亂、解除麻醉抑制，使大腦了解子宮目前無懷孕。包括溫陽、疏肝平肝、化瘀、瀉濁。

(3) 朴硝盪胞湯加減 - 處方配置

- 溫陽以促進神經傳導、溫下寒瘀。包括補氣、養血、溫陽，如黃耆、當歸、乾薑、附子、玉桂子等。
- 疏肝平肝以調節生殖軸線、神經傳導。必考慮睡眠、二便通利、口和。
 - 若胸悶吸短脈弦，可用柴胡、白芍、大棗以疏肝、緩肝。
 - 若煩躁陽亢失眠，可用懷牛膝、代赭石、白芍、杜仲以平肝重鎮。
- 化瘀以改善骨盆腔鬱血。包括桃仁、丹參、沒藥、骨碎補。
- 瀉濁以通利二便、改善骨盆腔鬱血，使瘀血得去。

(三) 第二階段：糾正不孕原因 + 改善生殖系統環境 + 穩定神經、內分泌、免疫

1. 免疫相關

(1) 免疫抗體

包括抗甲狀腺球蛋白抗體、抗磷脂質抗體、抗精蟲抗體等。多表現熱證如瘀熱、濕熱、痰熱夾瘀。治則為清熱養陰、化痰祛瘀利濕，以穩定免疫，切忌溫補。待免疫問題治癒後，再改補腎或補氣血處方。

(2) 反覆感染

陰道或骨盆腔反覆感染屬濕熱下注或脾虛濕熱，但必有免疫功能不足。因病機為濕熱瘀結+正虛，因此治則在清熱利濕為主之處方上，須加入補氣養血修復免疫。且因久病必瘀，故久病者須加化瘀藥，預防反覆感染後沾黏。

2. 器質性相關

皆屬瘀熱（離經之血即為血瘀），但須鑑別不同形成路徑（血熱血瘀、腎虛瘀熱等）。



(1) 輸卵管狹窄沾黏

造成輸卵管阻塞原因包括骨盆腔發炎、內膜異位、骨盆腔手術史等。治則為清熱、化瘀化痰，改善發炎、黏液性代謝廢物，再視體質虛實加減其他用藥。

(2) 子宮內膜異位

因屬瘀熱，故在依臨床症象處方外，尚須加重清熱化瘀藥。其中經量過多屬血熱血瘀；煩躁失眠乳脹痛屬氣滯血瘀夾熱、腎虛合併瘀熱。

(3) 子宮肌瘤

無經血過多，依體質調養處方為主，加重化瘀藥，並可酌加利濕藥助消瘀腫；經血量過多則須鑑別血瘀血熱、腎虛瘀熱。

(4) 子宮息肉

屬瘀熱，故治則以清熱化瘀為主。臨床上可配合西醫搔刮，再給預防性治療。

(5) 子宮內膜增厚、增生

屬瘀熱，但須鑑別血瘀血熱、腎虛瘀熱。血瘀血熱多為單純 E2 表達過度；腎虛瘀熱為熬夜、過勞（腎虛）導致 E2（瘀熱）長期主導月經週期而增厚子宮內膜。

3. 排卵障礙相關

(1) 高泌乳素血症

機轉為腦下垂體之 PRL 上升，抑制 GnRH 下降，導致 FSH、LH 下降，進而造成無排卵或月經稀發。但須先排除腦下垂體腫瘤。病機多為肝鬱陽亢、腎虛肝鬱。治則為疏肝、補腎滋陰、平肝潛陽。

(2) 甲狀腺低下

甲低、甲亢皆會影響月經週期、月經量，因下視丘 - 腦下垂體 - 甲狀腺軸和下視丘 - 腦下垂體 - 卵巢軸密切相關。症狀包括月經週期延長或不規則、閉經、經量減少。背後根本病因為腎虛、陽虛，導致亢或低下。機轉為影響上游甲狀腺促素釋素上升→間接刺激 PRL 上升（走向高泌乳素血症）→抑制 GnRH 下降→導致 FSH、LH 下降。病機為脾腎陽虛，夾痰濕瘀。治則為脾腎兩補、溫陽益氣，佐化痰利濕祛瘀。以修復根本之不足，並清除組織器官沉積之病理產物。如為免疫性甲低者，須佐清熱養陰；如為甲狀腺癌手術、碘 -131 後甲低，須佐清熱化瘀。

(3) 甲狀腺亢進

機轉包括三碘甲狀腺素、Free T4 上升，透過負回饋機制，抑制下視丘分泌 GnRH 下降，使 FSH、LH 下降；三碘甲狀腺素、Free T4 上升會促使肝臟合成大量性荷爾蒙結合球蛋白，使 E2 與 P4 結合增加、自由型態濃度降低，導致性激素活性減弱。在初期、體力尚可時，以平肝重鎮、清熱養陰，適度加



入補腎藥，避免虛虛之害；中期時降低平肝、清熱，逐漸加入補腎、補氣、疏肝，尚不可大肆修補，尤其溫陽；後期、體虛時，以補腎、補氣養血、少量溫陽為主，佐清熱養陰，以修復根本為主，佐清熱養陰避免反彈。

(4) 多囊性卵巢

- 核心問題為延遲排卵（輕、中度排卵障礙）、不排卵（重度排卵障礙），導致月經延長、不孕。超音波下有許多未排出的卵泡，使卵巢呈珍珠多囊狀。三大致病機轉為 LH 偏高 /FSH 偏低、雄性激素過高、胰島素阻抗。三者會互為惡性循環、彼此加重。
- 先天不足型 - 氣血兩虛、腎虛
機轉為下視丘 - 腦下垂體 - 卵巢軸發育不成熟。臨床表現包括體型瘦弱、皮膚晦暗或蒼白、虛倦乏力；從初經起月經就常遲到或長期沒來；BBT 偏低且沒有高溫相。治則為健脾補氣養血、大補腎陰腎陽，以修復、穩定腎上腺及下視丘 - 腦下垂體 - 卵巢軸，促進卵泡生長、進而排卵。
- 脾虛水濕型
「胖多囊」是因脾虛、氣虛代謝水液能力較差而易形成痰濕（脂肪），進一步造成胰島素阻抗、雄性激素過高、LH 偏高等惡性循環，干擾卵泡生長、造成排卵障礙。其中排卵不暢屬脾虛、無法排出的小卵泡堆積在卵巢內為痰濕。臨床表現包括體型較圓潤、脂肪較多、肌肉鬆軟；虛倦乏力、下肢凹陷性水腫。治則為健脾補氣、淡滲利濕，以改善身體組織代謝水液能力、改善卵巢排卵機能。通常減重下來，排卵障礙即可大幅改善。
- 腎虛痰熱型
因長期勞累、熬夜、緊張壓力，使壓力性荷爾蒙（皮質醇等）過度增生，造成交感神經亢奮、慢性發炎、脂肪細胞易堆積，進一步導致水液容易滯留、化熱。臨床表現包括疲勞倦怠、口乾舌燥、失眠多夢、煩躁焦慮；體胖但肌肉偏結實。治則為補腎、引火歸元、清熱化痰、化痰利濕。其中補腎、引火歸元可穩定腎上腺，修復長期身體耗損；清熱化痰、化痰利濕可緩解壓力性荷爾蒙過度分泌所產生之亢熱、排除代謝廢物。
- 痰熱痰濁型
亢熱、痰瘀氣滯是因稟賦、情緒緊繃、飲食燥熱、外在環境悶熱等因素，使身體處於一派實亢熱（慢性發炎、交感神經亢奮），造成壓力性荷爾蒙（皮質醇等）過度增生，導致循環較差、代謝廢物容易堆積。臨床表現包括體力佳、肌肉壯實，臉面多色紅痘瘡；精神亢奮、煩躁失眠、口乾、便秘，血壓、血糖、血脂可能偏高；雄性荷爾蒙過多（多囊性卵巢典型的黑棘皮症與多毛）；喜食冰冷。治則為清熱化痰化痰，輔以疏肝解鬱、通利二便。其中清熱化痰化痰可改善體內發炎、循環狀況，並排除代謝廢物；



疏肝解鬱、通利二便可緩解交感神經亢奮、幫助排除代謝廢物。且減重對於這類患者也有偌大助益。

▪ 其他 - 肝鬱

須適度加入疏肝、緩肝，因交感神經啟動會打亂下視丘 - 腦下垂體 - 卵巢軸、內分泌系統穩定性。

(四) 第三階段：修復生殖軸線及卵巢，以補腎陰 / 大補氣血 / 溫腎陽為主

1. 卵巢功能不足

因高齡（34 歲以上）、卵巢手術、放化療傷害、熬夜、過勞等，造成卵巢功能、儲備量下降，導致無法產生足夠的 E2、讓卵泡及卵子良好發育，包括卵巢儲備功能下降（Diminished Ovarian Reserve, DOR）、早發卵巢功能不足（Premature Ovarian Insufficiency, POI）（月經開始異常）、卵巢早衰（Premature Ovarian Failure, POF）（開始閉經）。檢查包括 AMH 過低、高 FSH，E2、P4、卵子品質皆低落。病機以腎虛、氣血虛、陽虛為核心。治則為補腎陰、大補氣血、溫腎陽、腎陰陽兩補。

2. 黃體功能不足

因排卵後黃體發育不良、過早退化，無法產生足夠 P4、維持足夠天數，導致子宮內膜無法適當增厚、發育為分泌期型態，不利著床與妊娠維持。判斷方式包括 BBT 高溫期天數 < 12 天、排卵後第 7 天抽血檢測 P4 濃度 < 10。病因包括輕度多囊性卵巢、卵泡發育不良、卵巢功能下降：卵泡生長不良，影響排卵後黃體分化不佳；因高齡、過勞、熬夜、緊張壓力、人工流產傷害內膜等，消耗身體陰陽氣血，使卵泡缺乏足夠能量化生黃體；荷爾蒙過亢如甲狀腺功能異常、高 PRL、高胰島素等，會抑制 LH surge 及排卵，進而影響黃體形成。（排除荷爾蒙過亢）病機以腎陽虛為主，兼夾腎陰虛、肝鬱。其中腎陽虛是因黃體富含能量，在人體屬陽，如陽虛則無足夠能量化生；腎陰虛導致卵泡生長不良，在排卵後無法很好的轉化成黃體；如肝失疏泄、形成肝鬱，則無法很好的排卵、進一步轉化成黃體。治則為溫腎陽、兼滋腎陰、補氣養血，輔以疏肝。促進修復能量，幫助卵泡轉化為黃體，並持續分泌 P4 以穩固子宮內膜。

3. 下視丘性無排卵

因飲食障礙、過度運動或勞動、長期慢性壓力，使身體缺乏足夠能量，導致下視丘減少、停止分泌 GnRH，影響卵巢功能而不排卵、閉經。簡言之即因身體能量不足，大腦為了生存而關閉不必要的功能，其中一項即為生殖（排卵、月經）。好發於女性運動員、厭食症患者等，如女性運動員三聯徵包括月經週期延長、低能量使用、骨質疏鬆。血檢包括 GnRH、FSH、LH、E2、P4 等皆低落。病機為氣



血虛、腎虛。治則為大補氣血、腎陰陽兩補，修復因過度勞動或運動、飲食不足等造成之長期氣血不足、腎陰陽兩虛。

4. 黃體化未破裂卵泡症候群

主要為卵泡有黃體化，但沒有排出卵子。臨床表現包括月經規律卻長期不孕，其他檢查包括月經週期、基礎體溫有雙相、抽血 P4 水平皆正常（僅差在沒有排卵）。僅超音波下有異常，在排卵監測超音波時，卵泡無破裂（排出卵子）卻逐漸變成黃體樣囊腫。原因包括子宮內膜異位症；長期服用非類固醇消炎藥可能抑制破卵；曾有多次自然或誘導排卵失敗的病史。病機以腎虛、氣血虛、痰濕、肝鬱為主，類似多囊性卵巢概念。其中腎虛、氣血虛、痰濕會導致卵泡沒有發育成熟而無法排出卵子，但可黃體化；肝鬱會影響排卵期的氣機疏泄。治則為補腎、補氣養血、化痰利濕、疏肝。

五、月經週期療法

（一）順應卵巢、內膜不同階段的「勢」

調整該週期的卵巢、子宮狀態（調整該週期為主）。陰陽決定氣血（月經）變化，如同太極圖，其中濾泡期為腎陰血主導，重在「陰生」；黃體期為腎陽主導，重在「陽長」；行經期、排卵期前重在「陰陽轉化」。

（二）行經期：化瘀

化瘀可除舊，使重陽可順利轉陰。

（三）濾泡期：滋腎陰養血，稍溫腎陽

滋腎陰養血以扶助天癸之水、助卵泡發育成熟；稍溫腎陽可助陰陽互根。

（四）排卵期前：溫陽、疏肝行氣、化瘀（促排卵）

溫陽可助陽長、重陰轉陽，像是 LH surge。化瘀、行氣可促發破卵，其中與行經期的化瘀治則差異在於劑量大小之不同，行經期的化瘀劑量需較大，排卵期前的化瘀劑量不需太大。

（五）黃體期：溫腎陽，稍滋腎陰

溫腎陽以穩定 P4 及內膜；稍滋腎陰以助陰陽互根；黃體期之後半可稍加理氣，幫助內膜準備脫落。

六、西醫人工生殖及中醫輔助

（一）人工授精（Intrauterine Insemination, IUI）

基本概念為視情況決定是否給予養卵藥，並施打破卵針促進卵泡最終成熟，



再將精子注射入子宮腔頂部，等候與卵子受精、著床，最後視情況補充 P4 以穩定內膜。整體而言外界干預不大，每次成功率約 20%，適合輕 / 中度女性及男性不孕患者。中醫輔助治療原則同體質療法 + 月經週期療法。療程中注意要點包括排卵前避免大劑溫陽，以避免過早產生 LH surge 而排卵，導致注射精子進入時遇不到卵子；全程避免大劑化痰，以避免過早排卵、著床後影響內膜穩定度而流產；全程避免大劑清熱，以避免卵泡發育不良、內膜厚度不足。

（二）試管嬰兒（In Vitro Fertilization, IVF）

基本概念為用養卵藥促進卵泡發育，搭配抑制劑抑制 LH surge（避免卵泡較預期早排出卵子而無法取卵）。在濾泡期間定期回診掃超音波追蹤濾泡大小，並在排卵期前打破卵針，促進卵子最終成熟，再於約定日期以陰道超音波取卵及取精。接著於體外受精、補充 P4 以穩定子宮內膜。最後決定植入胚胎或冷凍胚胎（待母體狀況較佳再行植入）。每次成功率約 30~40%，適合中 / 重度女性及男性不孕患者。中醫輔助治療原則在療程開始前同體質療法 + 月經週期療法；療程開始 ~ 取卵前僅可補脾腎、補氣養血；取卵後、植入後以補脾腎陽氣血為主，助安胎、穩定內膜。療程中注意要點包括療程開始 ~ 取卵前忌用溫陽、大劑化痰，以避免過早產生 LH surge 而排卵，導致西醫取卵時卵子已被排出，須重新開始療程，尤其熱亢、陰虛血熱等偏燥熱體質者，如醫病信任度不夠，此階段可先暫停中藥，避免醫療糾紛；植入後避免大劑化痰，以避免著床後影響內膜穩定度而流產；全程避免大劑清熱，以避免卵泡發育不良、內膜厚度不足。

肆、病案介紹^[1]

一、腎虛痰熱不孕

（一）病史

林女 32 歲，婚 2 年不孕。西醫婦科檢查：子宮肌腺症，子宮體肥大。痛經 5 年，需服止痛。月經週期正常，經量偏多且瘀塊多，BBT: 高溫 = 8 日。眠淺多夢，易緊張，手足逆冷，倦怠虛弱，頭暈頭痛，腰腿痠，大便 2 日 1 行。舌質紅瘦薄，脈弦。

（二）診斷

痰熱、腎虛、氣虛、陽虛。

（三）治則、處方

1. 補腎、補氣、溫陽：何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、山茱萸 4 錢、黃耆 10~15 錢、附子 1.5 錢、玉桂子 3 錢。



2. 清熱、化瘀：黃柏 5 錢、丹參 8 錢、骨碎補 8 錢。
3. 腸胃理氣：陳皮 8 錢、砂仁 4 錢。

(四) 預後

5 個月間斷續服 84 劑，體力進步，不痛，瘀塊少，經量常，高溫相進步至 12 日。停藥 4 個月後順利懷孕，來院安胎。

(五) 反思

當瘀熱是因腎虛造成，則扶正、祛邪要同時並進，不可只一味清熱、化瘀。

二、刮宮致內膜受損、盆腔鬱血寒瘀、生殖軸線混亂，高齡、試管失敗

(一) 病史

陳女，37 歲，婚前曾墮胎 5 次，婚後 5 年仍未孕。試管 2 次失敗，目前儲存 8 個凍卵待植入：西醫檢查因內膜過薄不利著床。月經週期 35 日，月經期間僅點滴出血。雙側輸卵管全阻塞。口乾渴，多夢易醒，胃納及排便正常。舌體暗紅瘦薄，舌下絡瘀，脈弦弱。

(二) 診斷

寒瘀、腎虛、氣虛、陽虛。

(三) 治則、處方

1. 補腎、補氣、溫陽：熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、黃耆 10~15 錢、乾薑 3~5 錢、玉桂子 3~5 錢、附子 3~5 錢。
2. 化瘀：丹參 5 錢、沒藥 4 錢。
3. 清熱反佐：黃柏 5 錢。
4. 腸胃理氣：陳皮 5~8 錢、砂仁 4 錢。

(四) 預後

病人續服 10 週後順利懷孕，服藥期間 2 次月經來潮皆排出大量瘀塊，第 3 次月經無來發現已孕，遂改以安胎處方，順利產子。

三、卵巢癌化療史、黃體不足，輸卵管阻塞、乳管瘤

(一) 病史

邱女，34 歲，結婚 5 年無避孕措施，但未曾懷孕。14 歲時曾罹患左側卵巢癌（1 期），經歷手術切除及化療。目前右側輸卵管阻塞，曾試過 2 次通氣試驗仍



然阻塞。月經週期 28 日，常量，經期間痛甚（尤其左少腹），因過敏無服止痛劑。乳管瘤、乳房多發性纖維瘤、乳腺增生：乳脹痛及觸痛顯，按壓乳房有瀰漫性硬結感、乳脹刺痛甚，西醫囑咐慎防乳癌。鼻過敏甚，輕度氣喘，外陰反覆化膿性毛囊炎，腰痛多年，右膝易腫痛，工作須多行。舌質暗瘀紫，舌下絡瘀深，脈弱。BBT：高溫 8 日。

（二）診斷

氣滯血瘀、腎虛、氣血虛、陽虛。

（三）治則、處方

1. 前期處方約 140 劑，以化瘀、行氣疏通為主，補腎、補氣養血、溫陽為輔
乳香 3 錢、沒藥 4 錢、桃仁 5 錢、川芎 3 錢、黃芩 4 錢、木香 5 錢、枳實 5 錢、砂仁 4 錢、茯苓 4 錢、柴胡 4 錢、白芍 4 錢、熟地黃 5 錢、黃耆 10 錢、當歸 3 錢、玉桂子 5 錢。
2. 後期處方約 60 劑，以補腎、補氣養血、溫陽為主；化瘀、行氣疏通為輔
熟地黃 5 錢、炒杜仲 5 錢、黃耆 15 錢、當歸 3 錢、附子 3 錢、玉桂子 5 錢、白芍 4 錢、黃芩 4 錢、川芎 3 錢、骨碎補 5 錢、枳實 5 錢、砂仁 4 錢。

（四）預後

自來診到順利懷孕，共調養 16 個月，期間斷續服藥約 200 劑。經歷滑胎 2 次，第 3 次成功產女，之後又順利再生二子，母親及三子皆健康。

（五）反思

當瘀象不明顯，則扶正、祛邪可同時並進；當瘀象明顯，則須分階段治療，避免扶正造成瘀象更甚。先以祛邪為主、再改以扶正為主。

參考文獻

1. 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 年，P85-126。
2. 李政育，中醫婦科療法。新北市，九思出版社。1998 年，P141-239。
3. 夏桂成主編，婦科方藥臨證心得十五講。北京市，人民衛生出版社。2006 年，P267-300。
4. 韓延華主編，傅青主女科臨證解析。北京市，中國醫藥科技出版社。2016 年，P72-100。
5. 連方主編，中醫不孕與不育。北京市，人民衛生出版社。2023 年，P3-183。



6. Pitkin J, Peattie AB, Magowan BA 原著，陳碧華編譯，彩色圖解婦產科學。新北市，合記出版社股份有限公司。2006年，P130-133。
7. 林立德、胡永信編著，First Choice 國考分科詳解 - 醫學(六)第1冊 _ 2019 婦科、產科、生殖內分泌、婦女泌尿、內視鏡。新北市，金名圖書有限公司。2019年，P339-371。
8. 陳玉娟，備孕聖經：中醫教你養卵、養精、養子宮。台北市，如何出版社有限公司。2023年，P72-161。
9. 陳家駒，中醫師寫給妳科學調經養卵全書：成功者不斷！吃對中藥+實踐5大好習慣，有效調理月經、改善排卵功能。新北市，聯經出版事業股份有限公司。2024年，P14-163。
10. 羅元愷，婦科學講稿。北京市，人民衛生出版社。2011年，P76-81。
11. 陳榮洲編著，中西結合婦科學。新北市，宏祥出版社。2019年，P104-129。
12. 張香南，張香南婦科經驗通俗講話。北京市，學苑出版社。2009年，P171-181。
13. 梅乾茵，黃繩武婦科經驗集。北京市，人民衛生出版社。2015年，P177-185。
14. 朱南孫、朱榮達，朱小南婦科經驗選。北京市，人民衛生出版社。2015年，P120-124。

通訊作者：吳東霖

聯絡地址：台北市大安區忠孝東路四段 205 巷 7 弄 1 號 3 樓

聯絡電話：02-2778-5836

E-mail：tonywu870713@gmail.com

受理日期：114年11月3日；接受日期：114年11月10日