

編號：CCMP98-RD-106

中醫婦科住院之推動及優質照護之相關研究(2-2)

賴榮年

國立陽明大學

摘 要

研究背景：

臺灣中醫婦科過去數十年來，長期侷限於基層醫療工作，導致中醫醫療住院對於急重症婦產科疾病的確切診斷、治療過程中的追蹤及預後等都較薄弱，影響了中醫婦科學的發展，有鑑於西醫醫藥發展過程中，重要的臨床療效及制度均是建立於住院病患的臨床評估，故中醫婦產科住院的機制，對中醫婦產學科的發展便相當重要。

研究目的：

本研究依據已建置胎前、產後、乳病住院病人中西醫婦產科調治的模式，收治40位婦科患者，針對胎前、產後、乳病照護之療效、安全性、中西藥物之使用及組成、用量、使用時間等進行評估。

研究方法：

運用WHOQOL-BREF生活品質量表、胎前、產後、乳病各疾病特殊問卷、不良反應問卷及中醫體質分型問卷收集，以評估療效及安全性進行觀察型研究，採縱貫性的追蹤研究法，調查使用中醫療法、中西醫整合療法之胎前、產後、乳病諸病症的住院婦女其治療前後之療效、生活品質及費用，並收集這些疾病之證型分類，使用paired t test分析生入出院生活品質、睡眠品質之差異性。

結果：

過去一年共收治40位婦科患者，其中月經病14人、妊娠疾病15人、乳病5人、產後病6人，部分中醫婦科疾病我們已建立中醫的臨床照護路徑流程，也組成了一支能應付甚至於急重症的臨床中醫婦產科照護團隊，而患者經過住院治療，出院時WHOQOL-BREF生活品質量表評估生活品質改善者佔57%，匹茲堡睡眠分數評估睡眠品質改善者佔61%。

討論：

我們將中醫婦科住院定義為兩種層級，一為調理層級，例如產後乳腺炎、卵巢過度刺激腹水、迫切性流產或胎動不安等，另一種層級為重症病患，這一類病患宜用中西醫婦產科整合療法，僅用中藥治癒，住院病例的成效充分展現出中醫療法於婦產科危重症潛在的治療角色，我們發現血崩、迫切性流產、卵巢過度刺激及呼吸窘迫症、產後乳腺炎、產後乳汁不足、產後痔瘡、子宮外孕術後調理及不孕症試管嬰兒術後調理等婦產科病種是中醫可以收治住院的對象，為合適中醫婦科住院調治的病種，並已建立了上述諸病症中西醫婦產科調治的模式，並完成修正貴委員會於92年完成的”中醫婦科共識手冊”中的相關病症及內容，修訂為新版具實證基礎的中醫婦科共識手冊。

關鍵詞：中西醫婦產科整合照護、中醫、住院

Number:CCMP98-RD-106

The Study of Healthcare Quality for Gynecological Inpatient Use Traditional Chinese Medicine(2-2)

Lai Jung-nien

National Yang-Ming University

ABSTRACT

Background

The existence of inpatient in Chinese medicine influences the training system and talent development for each Chinese medicine specialist physicians. In order to making Chinese medicine modernization and internationalization, it is imperative to strive for inpatient in Chinese medicine. Related software and hardware of Chinese medicine should coordinate with TCGM theoriesfor inpatients and serial standardized medical care should be developed and planed simultaneously.

Aim

The aim of the study is to use validated outcome measures such as WHOQOL-BREF questionnaire, pain scale, heart rate variability instrument to evaluate the safety and efficacy for inpatients with OB/GYN disorders before and after TCGM treatment. In addition, we analyzed every case according to pattern differentiation theory of TCGM and clarified the potential effectiveness of TCGM therapies. We sincere believe that a success inpatient care model will be the conorstone for developing high quality TCGM health care of women. Evidence based medicine of TCGM will be therefore developed.

Method

Based on well development of software and hardware equipments of Chinese gynecology ward, we observed actively the score change of outcome measure among inpatients before and after TCGM treatment. We also use paired t test to get p-value of WHOQOL-BREF and PSQI score.

Results and Discussion

After two years follow up, we recruited 40 participants with various severities of ill conditions which were never having this kind of treatment experience in outpatient care model. It makes us having the chance to overcome many difficulties, including the different concepts between western healthcare system and TCGM system, how to integrate western medicine and TCGM well individually, ect. Finally, we proposed two types of integrative health care model for different severity of OB/GYN disorders. Two models will fit for patients with various severities of postpartum mastitis, ovarian hyperstimulation syndrome, threatened abortion, postpartum blue, menorrhagia, and painful menstruation. Patients mentioned above might receive good health care under integrative healthcare model.

Keywords: integrative medicine, Chinese medicine, inpatient

壹、前言

臺灣中醫過去數十年來，長期侷限於基層醫療工作，導致中醫醫療對於疾病的確切診斷無法確立，且治療過程中的追蹤及統計都付之闕如，以致中醫臨床治療常規一直無法建立，而中醫臨床療效也一直無法有效證實，導致長期以來中醫藥的療效受到質疑，同時也影響了中醫藥的發展¹，有鑑於西醫醫藥發展過程中，重要的臨床療效及制度均是建立於住院病患的臨床評估，所以中醫住院的機制對中醫藥發展是相當的重要²。

住院制度是西醫醫療服務的主要項目之一，病患病情在醫護人員密集的觀察、監控及適時提供相應的處置，加上有許多實證的科學研究成果為基礎³，病情改善及治療之間的關係容易掌握，西醫因此博得民眾的信賴而成為主流醫學；住院制度亦是西醫訓練醫師及養成專科醫師的主要過程，年輕新進的醫師被要求密集的觀察病患病情，被訓練如何提供適時、相應的處置，使得完成訓練的醫師皆能達到專科醫師的水準；另外也因此提供更多更豐富的科學研究機會及材料。反觀傳統中醫懸壺行醫，或坐堂開店，或應邀出診，醫生對病人的診治、把脈、開方以及病人家屬照方抓藥等，病歷記載格式及內容多寡不一，療效好的醫案及臨床思路不一定將其公開發表，以利後學學習，年輕中醫師沒有機會隨侍在資深中醫師旁，學習觀察病情變化、收集重要的四診資料，也因此無法得知資深中醫師如何在變化多端的病症上提供適時的處置。民國84年開始，中醫納入全民健保給付體系。在整個醫療照護制度的變革中，中醫分科（內、婦、針、傷）治療開始在大型醫院的中醫部門逐步形成，但仍僅限於門診，中醫之「專病專治」在無住院制度及軟硬體不足的狀況下⁴，仍無法落實。因此在西方醫學逐漸走向精緻的專科化醫療時，中醫仍只能提供「全能」（不分科）或輕症的醫療服務。在目前主流醫學專科化、專病化的趨勢下，中醫在各科急、重症上能著墨甚少，因此臺灣中醫若要能現代化、國際化，則中醫專科住院，勢在必行⁵。

臺灣中醫師在國內已成為一重要提昇民眾健康的專業團體，在大眾的期望及法律責任上，都被要求善盡保護病人的責任。因此中醫師要保持好的醫療品質，就需縮小醫學知識和臨床實際處理的不確定性，減少病患就診的不安全性，及強化中醫藥執業的專業性等方面努力，中醫只有透過住院病人的照護過程，才能清楚觀察並記載，病人症狀、證候，早午晚的變化，服藥處置後的變化等，中醫師透過如此嚴格的訓練才能保證保持好的醫療品質，也才因此能縮小中醫照護和臨床實際處理後的不確定性。

中醫婦科住院制度建立後，中醫婦科專科制度才能完整建置。中醫住院的有無將影響各專科中醫師的培育制度與人才的養成，為了臺灣中醫藥能現代化、國際化，爭取中醫住院制度，勢在必行，相關於中醫住

院的軟、硬體應配合中醫的理論及看病的習慣，以及一連串標準化的醫療照護工作需要建立，如臨床路徑，應及早作規劃。胎前、產後、乳病等中醫婦科疾病之中藥治療調理是華人文化社會的特殊行為，然而卻無一套完善的作業標準，導致許多違背中西醫學的偏差行為與措施出現。因此本研究在於建置中醫婦科專科住院所需的硬體及軟體，建立住院病人中西醫婦產科調治的模式、衛教單張與標準作業流程，並分類中醫婦科40位住院病人的相關證型、治療處方、飲食宜禁及建議之養生保健運動，並匯整後分析住院病人之中醫婦科證型、治療處方、飲食宜禁及建議之養生保健運動，對照修正 貴委員會於92年完成的“中醫婦科共識手冊”中的相關病症及內容，完成修訂新版具實證基礎的 中醫婦科共識手冊，將作為國內中醫婦科教育推廣教材。

中醫婦產科住院的機制，對中醫婦產學科的發展便相當重要。兩年的研究期間，我們發現血崩、迫切性流產、卵巢過度刺激及呼吸窘迫症等婦產科病種是中醫可以收治住院的對象，衛生署中醫藥委員會大力推動中醫住院，並推動優質醫療照護，無非是希望藉由中醫住院的推廣，在醫院中逐步推廣，並呈現適合中醫住院照護的病種與建立適合中醫住院的照護模式，並以實證的方式爭取健康保險的給付⁶。有鑑於此，臺北市立聯合醫院陽明院區，率先投入建置中醫婦科住院及優質照護計劃，完成各項中醫婦科住院及優質照護所需之軟硬體設備、人員訓練、標準照護流程等，希望未來臺灣中醫界，透過已建置之各項中醫婦科住院所需之軟硬體設備、人員訓練方法及標準照護流程等，進而推廣至全國中醫醫療機構，發展中醫婦科住院，建立中婦科優質照護於醫療領域中的獨特性及專業性，並建議未來應發展中西醫婦產整合照護體系，使婦女能享有真正促進健康、預防醫學及優質照護的目標。

貳、材料與方法

一、研究對象：

研究對象分為三類：為胎前、產後、乳病諸病症需要積極治療或調養之婦女。

二、研究工具：

本研究以問卷進行。主要測量工具包括：一、客觀量化資料：包括心變異率分析（HRV）二、質性資料：包括WHOQOL-BREF生活品質問卷；中醫證型問卷（病患版）；匹茲堡睡眠品質量表；愛丁堡周產期憂鬱量表等。

有關成效評估的評量內容為：WHOQOL-BREF生活品質問卷，其評量方式為問卷形式，採主動監測研究方法，5、6年來本研究團隊發展的主動監測的研究方法，不但成功的完成2個中藥證據力等級為2的世代研究，並發表於國際期刊；現擬將此方法運用於中醫婦科病房，在全天候監控觀察病患病情的狀況下，更可以研究出中醫藥療法、中西醫併用等之安全性及療效。

三、研究設計：

本研究的設計，乃根基於先前研究建置成熟的中醫婦科軟硬體設備下（附錄十八病房硬體設備），採縱貫性的追蹤研究法，調查使用中醫療法、中西醫整合療法之胎前、產後、乳病諸病症的住院婦女其治療前後之療效、生活品質及費用。

四、研究方法：

- (一) 本研究方法乃採用貴委員會92年研究計畫所出版的中醫婦科共識手冊及學校中醫婦科學教科書為基礎，彙編關於胎前、產後、乳病等疾病相關證型及處方內容，合併臺灣中醫婦科專家的意見和臨床的經驗，訂出中醫胎前、產後、乳病等相關疾病的中醫證型、治療處方、飲食宜忌及養生運動，為本研究初期診斷、治療病人的規範。
- (二) 本研究採下方式來為增進資料的信賴度，即在病人入院完成住院病歷後，將病人的症狀分類，依其特性分為時間、程度、位置（部位）、性質等填入下表後，提供給中醫婦科專家依據實際病案，填寫診斷、治療處方、飲食宜忌及養生運動。

表一、前置胎盤妊娠早期出血範例

症狀	位置 (部位)	性質	程度	時間	診斷
懷孕 12 週 陰道不正 常出血	子宮	血色鮮紅，口 服黃體素安 胎，然而並未 改善不正常出 血	出血點 滴不盡	自懷孕 7週開始	氣虛血熱
惡阻	胃	乾嘔，常有噁 心感	伴有噁 心感	自懷孕始	肝氣上逆

表二、前置胎盤妊娠早期出血（續）延續上表訂出所採用之辨證方法，製表如下：

辨證方法	症狀	診斷	藥物	治則
臟腑辨證	懷孕 12 週 陰道不正 常出血	氣虛血熱	西洋參	補氣清虛熱
			續斷	補肝腎止血安胎
			黃芩	涼血止血，除熱安胎
			生地	清熱涼血，養陰生津
八綱、臟腑	惡阻	肝氣逆	白芍	平肝降逆

表三、前置胎盤妊娠早期出血（續）延續上表訂出飲食宜忌及養生運動，製表如下：

診斷	飲食宜忌	養生運動
氣虛血熱	忌生冷及烤炸辛辣食物及 服用過於溫補之藥膳，以 免造成血熱過盛	建議可練習八段錦之雙手托 天理三焦；以及深呼吸功法
肝氣逆	忌辛辣油炸以耗陰血	忌熬夜及動怒、宜兩手摩熱 貼敷腎區；補腎水緩肝急

(三) 從上述單個病例中逐步累積出病例系列的中醫胎前、產後、乳病等相關疾病的中醫證型、治療處方、飲食宜忌及養生運動等資料（證據力為4的實證等級），將之比對“中醫婦科共識手冊”（證據力為5的實證等級）中內容加以增修，此透過密集40位住院婦女，分析分類後再修訂成新版中醫婦科共識手冊供貴委員會

中醫婦科教育推廣教材。

(四) 建立中醫婦科住院診療及教學模式：（中醫見、實習醫師18位及住院醫師3位）

1. 訂定中醫婦科住院疾病之收案標準(Admission criteria)：針對妊娠 三胎胚卵巢過度刺激合併肺積水及呼吸窘迫症、妊娠早期出血、血崩月經過多等訂定收案標準。
2. 訂定中醫婦科住院流程或臨床路徑(Clinical path-way)：本年度研究完成產後痔瘡、卵巢過度刺激症、乳腺炎、血崩月經量過多、痛經之住院流程或臨床路徑。
3. 訂定中醫婦科住院病患的處置(Admission treatment)：中醫住院醫囑的訂立。
4. 訂定監測中醫婦科住院醫療品質指標。
5. 設計中醫婦科住院醫療品質的量化表，包括院內感染率、平均住院天數、病人滿意度等。
6. 修訂中醫婦科住院病歷及寫作範例：針對不同病症建立中醫婦科住院病歷的書寫格式。
7. 主治醫師依中醫婦科住院、見實習醫師教育訓練大綱施行床邊教學，以及實例小組討論等，並將病例資料整理成為中醫婦科臨床教材。

(五) 進行中醫婦科住院常見疾病之療效評

估：

除了常見疾病，如妊娠惡阻、胎動不安、產後乳腺炎以外，還會進一步擴大需要照護的疾病範圍，如卵巢過度刺激、妊娠早期出血、血崩月經量多等。

為了能客觀評估治療前後之療效及安全性。本研究以下列問卷（附錄一）進行評估：

1. 健康相關生活品質：本研究使用的是「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)臺灣簡明版，除了包含WHOQOL-BREF的26個題目外，還加上了「被尊重及接受」以及「飲食」等兩個臺灣本土性層面的題目，因此WHOQOL-BREF臺灣簡明版問卷共有28題，分為四個範疇：生理、心理、社會和環境方面，每一題各有五個選項，可轉換為0-140分，分數愈高表示生活品質越好，針對所有住院患者住院前後之生活品質分數計算改善人數，生活品質分數增加者為改善，生活品質降低者為未改善，並將生活品質分數有改善、生活品質分數無改善之人數製成百分比圖，最後加入Pair t test統計分析其入出院生活品質差異性。

2. 中醫證候：本研究使用的是「中醫證候診斷評估」量表中文版，問卷內容一共17題。包括：
 - (1) 脾胃證候：包括是否會食慾不振、腹瀉、腹脹、上半身腫脹、胃痛、糞便型態。
 - (2) 肝膽證候：包括是否會或脅肋悶痛、口苦、乳房脹痛。
 - (3) 腎系證候：包括是否會怕冷而且手腳冰冷、手心與腳心容易發熱、下肢腫脹、耳鳴。
 - (4) 心肺證候：包括是否會關節肌肉疼痛、口乾舌燥、口渴。
3. 睡眠品質(Quality of Sleep)：指自覺對睡眠滿足之感受。本研究使用的是「匹茲堡睡眠品質量表」中文版。問卷內容一共9題，其中第5題包含10個小題。根據問卷項目內容採七項指數計分：
 - (1) 主觀睡眠品質(Subject sleep quality)
 - (2) 睡眠遲滯期(Sleep latency)
 - (3) 睡眠總時數(Sleep duration)
 - (4) 習慣性睡眠效率(Habitual sleep efficiency)
 - (5) 睡眠干擾(Sleep disturbances)
 - (6) 使用安眠藥(Use of sleeping medication)
 - (7) 日間功能失調(Daytime dysfunction)

每項指標都有其特殊計分標準，使每項指標得分介於0-3分，總分範圍介於0-21分，當七項總分 >5 分則判定為睡眠品質不良， ≤ 5 分表示睡眠品質良好。也就是說分數越高，睡眠品質愈差。並針對所有住院患者住院前後之睡眠分數計算人數改善人數，睡眠分數降低者為改善，睡眠分數增加者為未改善，並將睡眠品質分數有改善、睡眠品質分數無改善之人數製成百分比圖，最後加入Pair t test統計分析其入出院睡眠品質差異性。

4. 憂鬱程度：本研究使用的是「愛丁堡周產期憂鬱量表」中文版(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)。愛丁堡周產期憂鬱量表為10題自陳式問卷，其源自愛丁堡產後憂鬱量表內容包括有憂鬱情緒、缺乏興趣、罪惡感、焦慮及自殺意念等。此量表為產後婦女產後憂鬱之篩檢每題計分方式由0-3計分，正常為0分，嚴重為3分，其總分30分，產後以大於9分做為篩檢憂鬱之分割點時，此分割點適合作為產後憂鬱常規篩檢時使用。
5. 心變異率分析：人體心跳並非以一固定速度跳動，我們稱之為心變異率(Heart Rate Variability, HRV)，即使在平靜、穩定狀態下也會有相當程度變化。心變異率是由自律神經系統(Autonomic Nervous System, ANS)控制，藉以維持身體器官功能

活動平衡，且心跳間距變化是受交感神經系統及副交感神經系統等影響，心率變異反映自主神經系統調整心律的平衡狀態，心率變異(HRV)可以預測心肌梗塞後之死亡率逐漸引起興趣。而且使用心電圖蒐集資料非常容易且非具侵襲性。最近的研究顯示，交感與副交感神經影響不同部份的心率變異頻譜，心率變異頻譜分析提供心率變異量化之方法，藉此可推估交感神經與副交感神經活性。實驗步驟如下：

- (1) 所有受試者被要求檢測前24小時內不得進食咖啡、茶或酒精類飲料，避免抽菸，檢測日平靜休息。
- (2) 平躺調息5分鐘後，受試者安靜檢測7分鐘。
- (3) 檢測後，資料分析軟體運算心率變異等各項參數。

參、結果

過去一年我們一共收治了40位婦科住院患者，分為四大類，包括月經、妊娠、乳病、產後病，其中月經病14人、妊娠疾病15人、乳病5人、產後病6人。（表四）

一、中醫住院流程、規範等軟體資料、提昇感染管理控制與醫療照護品質（滿意度調查）之相關研究及治療期間效果評估：

中醫婦科住院之訓練，讓受訓之住院醫師及實習醫師，對住院照護的經驗及規劃之標準化流程越來越熟悉（附錄二），並依今年根據照護經驗，制訂療效評估之量表，如血崩患者治療時，若予主觀描述每日之月經量變化，容易有偏差，並且對醫師之治療之療效評估沒有客觀之參考依據，因此設計月經量表，有四種圖形（微量、少量、中量、多量）讓患者勾選其月經量狀況，並給予敏感度達0.01g之電子秤，請患者更換棉片時量秤，再由照護人計算其平均每小時月經量，提供主治醫師治療療效之參考依據，因此今年度我們有針對月經量多、乳腺炎、產後痔瘡訂立評估問卷以提供治療療效之評估（附錄三、附錄四、附錄五），另外在住院相關品質評估中，第二年病人感染，40人中有2人，感染率為5%，平均住院天數為7.9天，病人滿意度平均為61.9分（分數為0-100分，分數隨滿意度增加），並設計院內感染率、住院天數、病人滿意度之量化表，提供以後住院服務品質之提升及改進。

二、中醫住院之40位中醫住院婦女病患給藥照護、服藥遵從性、服藥指導、療效評估、中醫住院流程、規範等軟體資料之擬定、修正。

中醫婦科住院患者，依其證型及症狀每日會給予兩次之治療，例如血崩患者，無論是子宮肌瘤或是不名原因造成之血崩，皆因其子宮收縮不良，而且失血多皆會造成氣不足之症狀，因此於早上給予膀胱經、八膠滑罐，除了有提氣之效果，並同時對於子宮收縮有明顯之幫助，並於滑罐後早、午各一次中藥薰蒸小腹、八膠各15分鐘，並依其症狀給予針灸處置，而在多位血崩患者之照護經驗後發現，早上給予臺北市

立聯合醫院陽明院區中醫科根據傳青主女科固氣湯加減煎劑370c.c.，下午給予生化湯370c.c.，對於其血崩症狀可有相當大之改善，如不明原因血崩之患者蕭*謙，其為一名國中女生，於婦產科檢查未發現有任何異常，其患者至97年起出現月經量多之情形，98年8月8日曾在路旁暈倒送醫，當時Hb：7.3，自8月22日起又開始出現月經量多之情

形，服用西藥止血藥時月經量減少，但是停藥後月經量又會增加更多，由於就診時之Hb：6.9，較上次昏倒時更低，一開始入院時，先給予參附湯一劑補氣回陽，並一小時評估一次其HRV，在出血量改善後給予固氣湯加減及生化湯，並每日薰蒸及滑罐、針灸，住院六天治療後，月經量多改善，患者面白唇白之情形也改善，後續追蹤其月經情形也穩定未再發生血崩之情形。

藉由收治住院患者其好處為對於急症之患者，可給予密集之觀察，並即時根據其症狀變化給予適當之處置，為因應住院患者之需求，臺北市立聯合醫院陽明院區中醫科針對婦科住院患者，醫師根據常使用之傳青主女科方劑，制訂傳青主女科加減方劑（附錄六），直接送至病房，一方面提供醫師治療之方便性，並提高患者服藥之順從性，例如乳腺炎乳房脹痛之患者，由照護的經驗傳青主女科通肝生乳湯加減服用，並給予拔罐，中藥外薰，例如產後患者王*琪，其入院時乳房多處硬塊脹痛，並且乳汁不通，對於產後的乳房脹痛有很好的緩解效果，除了症狀之緩解，由提供的問卷量測工具「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)分數也顯示，生活品質問卷由入院的80分，於出院時已提高至98分。

三、中醫住院病患生活品質提昇成效之評估

除了每日治療效果藉由病歷紀錄、量表等之評估，亦給予住院患者入出院問卷以了解患者之狀況，其中以「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)分數，及匹茲堡睡眠量表，藉由其量化之數據，可以評估患者入出院時之差異，其中「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)分數以分數越高表示其生活品質越好，其有效問卷共

35份，以入出院問卷中之生活品質分數進行統計分析，分數增加者即為生活品質增加，分數降低者即為生活品質下降，分析其治療後生活品質改善者總收案人數的57%、生活品質降低者佔總收案人數的40%，生活品質未改變者佔總收案人數的3%（圖一、圖二），而匹茲堡睡眠量表睡眠分數>5分者，表示其睡眠品質不佳，以入出院問卷中之睡眠品質分數進行統計方式，在有效問卷共33份中，出院時睡眠品質改善者即分數降低者佔總收案人數的61%，睡眠品質變差即分數增加者佔總收案人數的30%，未改變者即分數未改變者佔總收案人數的9%（圖三、圖四）。另外為了分析各病種入出院前後生活及睡眠品質之評估，其中，我們將收治住院之四大類病種，月經病、妊娠病、乳病、產後

病，個別針對治療前後生活品質(WHOQOL-BREF)分數之及睡眠品質分數做分析，在治療前後的比較上，月經病生活品質改善者佔62%（圖五、圖六）、乳病佔75%（圖十三、圖十四）、產後病獲得改善比例最高佔83%（圖十七、圖十八），睡眠分數方面，月經病睡眠品質改善者佔58%（圖七、圖八）、乳病佔100%（圖十五、圖十六）、產後病佔67%（圖十九、圖二十），在治療後生活品質及睡眠分數大部分皆獲得改善，僅有妊娠病在治療後之生活品質分數大部分降低，治療後降低者佔58%，睡眠品質變差者佔64%（圖十一、圖十二）。

在成效分析中，月經病、乳病、產後病皆因為症狀之改善，因此出院可達較滿意之生活品質，因此睡眠品質也跟著提升。而妊娠病較為特殊，妊娠病15位患者中，4位是施行IVF而併發卵巢過度刺激症候，4位是妊娠早期出血，1位迫切性流產，1位妊娠早期破水，2位妊娠劇嘔，3位為IVF後入院調理，在住院治療後，妊娠出血、早期破水、迫切性流產患者其症狀皆穩定出院，2位妊娠劇嘔症狀頻率減輕，但是嘔吐症狀仍有，分析其出院之生活及睡眠品質降低有可能有以下因素：（一）妊娠病中的7位IVF患者大多數因其入院期間尚未達可驗孕之時間，且執行IVF之患者多為長年不孕症，因此會因擔心是否可成功妊娠而導致較差之生活及睡眠品質分數。（二）8位已妊娠之婦女隨著妊娠時間之增加，由於荷爾蒙分泌加上身上又懷著寶寶，必然提升基礎代謝，增加許多體力的負荷，因此更容易疲倦，導致所需的睡眠需求必定更高。（三）懷孕初期，體內會分泌較高的黃體素，導致孕婦常有頻尿現象，而懷孕後期，也會因為子宮壓迫到膀胱造成頻尿。根據統計，懷孕初期約有將近50%比率的孕婦會被此問題所苦，而到了妊娠後期，更有高達80%以上的孕婦白天、晚上都會經常跑廁所，更是影響媽咪睡眠品質的主因，而在住院中醫論證問卷第17題問題有關夜尿問題（最近兩週請問您半夜是否有起床小便情況？）中發現，妊娠病患者中有1位夜間無夜尿情形（其為妊娠劇嘔患者因食入即吐，一直給予營養針而未進食，導致體內水分減少，因此較無頻尿之問題），有6位偶爾晚間有小便情形，2位有時有夜尿情形，3位經常有夜尿，3位一直都有夜尿情形，而在問卷中第五、睡眠量表5.問題（5.過去一週來你的睡眠有多少次受到下列干擾(3)需要起床上廁所）中發現，有7位每週1-2次、3位每週3次以上因小便而睡眠受到干擾，因此導致妊娠睡眠品質之下降。

在月經病部分，有二位患者在出院時生活品質及睡眠分數皆未獲得改善，其中鄺*珍小姐，其月經崩漏問題在治療後出血量減少，但是由

於其Hb不足，每週需施打鐵劑，且於疲倦時則又會出現血崩情形，甚至入院治療前曾有兩次於路邊昏厥，因此擔心下個週期月經血崩之情形會再度發生，而考慮是否至西醫施行子宮摘除手術而擔心，而蔡*香小姐其血崩症狀較輕微，治療後血崩症狀亦改善，但是由於患者因九二一地震家屬受難而有長期憂鬱且畏懼一人單獨睡覺之問題，另一方面血崩患者常憂心下一個月經週期是否會再度發生血崩，所以在生活品質評估上會有偏低之影響，此外，交叉分析入出院生活品質及睡眠品質有效問卷，月經病之患者僅有在鄺*珍及蔡*香兩方面皆未獲得改善，其餘患者在生活品質或睡眠品質有一方可獲得不錯之改善。

乳病部分，有4位是產後乳腺炎患者，1位為非產褥期乳腺炎患者，在4份有效問卷中，其睡眠品質皆獲得改善，而生活品質有1位李*宴未獲得改善，其住院治療過程中，每次乳房薰蒸拔罐後，乳脹情形會緩解，然而一直受硬塊問題所困擾，因此出院時乳房硬塊問題仍存在，導致出院產婦之不安，而現在我們的照護經驗也進一步檢討改善，對於產後乳腺炎之產婦，除了於胸前定點拔罐，於天宗穴處也予以拔罐，因此後來入院治療的乳腺炎患者，乳病治療的成效都有進一步的提升，在出院前其乳脹疼痛指數都有降低，睡眠及生活分數也獲得很好之改善。

產後病部分，在生活品質方面，僅有一位患者生活品質降低，但是其分數僅有一分之差，睡眠分數雖然有升高之現象，然而其睡眠品質皆屬於良好範圍，產後病之患者是四類婦科疾病中，出院生活品質改善最高之族群，一方面乃因其住院時間偏長，而且在生活起居有產後專業醫護人員悉心照料，然而在睡眠品質部分，仍有一半的產婦在出院前有降低之情形，分析其愛丁堡產後憂鬱量表，在出院前也會有部分產婦有突然分數提高之情形，我們發現，產婦在出院前常會有擔心小孩健康問題，以及擔心自己是否可以勝任照顧寶寶、重新適應環境而憂慮，造成出院前之睡眠品質受到影響，因為即將面臨環境的改變，也是導致產婦心情變化的主要原因。

我們亦將生活與睡眠品質出院前後分數作交叉分析，而分析結果與原先個別生活品質分析或睡眠品質分析效果相差不大，就月經病而言，出院生活品質改變者佔62%，睡眠品質改善者佔58%，在交叉分析後，兩者皆改善者佔41%，其中之一改善者佔42%，皆未改善者佔17%；乳病分析結果亦無差別，生活品質出院改善者佔75%，睡眠品質出院改善者佔100%，經交叉分析後兩者皆改善者佔75%，其中之一改善者佔25%；產後病部分，出院生活品質改善者佔83%，睡眠品質改善者佔

67%，經交叉分析後兩者皆改善者佔67%，其中之一改善者佔16%，皆未改善者佔17%。而妊娠病是較有差異的，是唯一出院前大多數皆生活品質未改善佔58%，睡眠品質出院前未改善者佔64%，個別分析時皆以未改善者佔多數，然而經交叉分析後皆改善者佔9%，其中之一改善者佔46%，皆未改善者佔45%，是不同之處，經交叉分析妊娠病則於出院以有改善者偏高。（圖二十三、二十四、二十五、二十六）。

我們也使用Paired t test分析生活品質分數及睡眠分數之差異性（表五），在入出院生活品質分數比較分析上，40位患者之 $p\text{-value} > 0.05$ ，睡眠品質 $p\text{-value} > 0.05$ 皆無顯著差異，四大類疾病月經、妊娠、乳病、產後病之生活品質分數、睡眠品質分數 $p\text{-value}$ 皆 > 0.05 ，亦無顯著差異。

最後進行教育程度與住院滿意度之相關分析，滿意度平均61.9分，而比滿意度高者以專科畢業最多佔43%，第二高者為大學畢業佔29%，第三高者為高中/職畢業佔19%，第四高者為國中畢業佔9%，而比滿意度低者以大學畢業及專科畢業皆為最多皆佔31%，第二高者為高中／職畢業佔25%，第三高者為國中畢業佔13%，其分佈之比列無太大差異，表示滿意度與教育程度無太大關係。（圖二十一、二十二）

四、中醫診斷基準建立與落實教學，以及中醫住院照護提昇住院照護品質與降低醫療費用之評估。

中醫住院照護，一日會給予兩次的治療，一方面藉由密切的觀察可了解病情之變化，例如血崩患者每小時月經流量變化，另一方面可提供比門診更好的治療品質，如治療患者的在上、下午時段，分別各花費兩小時的時間，間接提升照護及受訓醫師的能力，另外藉由每日兩次的治療，可讓受訓醫師學會評量及量化的評估方式，已提供主治醫師治療時之參考，例如血崩患者量測月經量之變化，而根據治療效果及變化情形，主治醫師可提供即時之診斷教學，實為臨床教學最佳之示範，也讓學生在實際臨床之學習，能比單純閱讀書籍或門診跟診有更進一步之體悟，而也曾邀請中醫專家陳俊明醫師至本院指導，例如陳醫師建議，IVF植入之婦女應於植入前就先積極治療，本年度3位IVF調養患者，即有1位成功妊娠，目前已懷孕10週。

然而由於健保並未給付中醫住院之服務，在現在許多受婦科問題困擾之女性朋友，僅有門診治療，一則無法追蹤其服藥狀況，對治療效果不易評估，二則對於需積極調理或治療之婦女，如早期妊娠出血、血

崩、或是因人工生殖而需積極調養之婦女，在需要中醫醫療之情形下，必須花費龐大之支出，根據過去一年治療之統計，平均一日住院負擔需花費新台幣五千元不等，造成婦女朋友醫療上的負擔。

五、收集40位因胎前、產後疾患而住院患者之相關資料、中醫婦科住院、共識手冊之修訂。

根據上述收治住院的中醫的拔罐、針灸、用藥治療觀察，我們依中醫證型分類，頻率及嚴重度，分析胎前、產後、乳病等中醫住院40位婦女之證型（表六）。並針對16個章節的資料修訂：

- (一) 修訂部分分別為：第5章第1節（痛經症）、第3節（月經過多）、及第12章第3節（產前出血）、第12節（產後中醫病名ICD碼：產褥期之腦血管疾患：產後憂鬱症）、第13章第3節（妊娠、生產及產褥期之併發症—與生產有關之乳房及乳頭感染，非化膿性乳腺炎）、第14章第1節（泌乳素過多）、第16章第6節（妊娠、生產及產褥期之併發症—雙胞胎妊娠）、第7節（妊娠、生產及產褥期之併發症—早期破水）（附錄七）。
- (二) 並針對去年新增之卵巢過度刺激症，及98年住院照護中遇到產後頭痛，修訂新增相關內容：卵巢過度刺激症、修訂其相關內容編印為病房之治療標準手冊（附錄八）做為病房見、實習醫師訓練教材。

我們所訓練的住院醫師、實習醫師中也非常投入接受訓練，並針對療效較佳的病例書寫投稿，目前已有1篇文章投稿至中醫藥實證醫學雜誌，投稿文章為「以前置胎盤妊娠早期出血病案為例思考發展證據醫學的方法」（附錄九），另有兩篇文章已投稿審核中「遠處取穴針刺療法治癒產後頭痛之醫案報告」（附錄十）、「推動臺灣中醫婦科住院現況」（附錄十一），並持續針對今年收治之療效顯著之病種持續撰寫病例報告投稿中。

六、中醫住院產後病症手冊之製作

在前一年的產後照護經驗下，今年對於產後住院之婦女，更撰寫產後住院手冊，針對產後婦女常見之三大疾病，產後乳腺炎、產後惡露不盡、產後憂鬱等給予衛教，讓產後婦女了解中醫對於此三大病症之治療方式及理念（附錄十二），而在產後住院患者中，有一位產後憂鬱之婦女吳*燕，於住院期間發生恐慌、失眠、不自主哭泣、甚而有容易驚嚇等症狀，在週末由急診婦產科先給予安眠藥、及抗憂鬱藥治療幫助睡眠，當日並給予膀胱經滑罐，中藥薰蒸華陀夾脊，晚上給予中藥泡足幫助睡眠並放鬆心情，隔日媽咪表示睡眠改善，接著幾天給予滑罐及中藥

薰蒸及泡足，產後恐慌的情形已改善許多，西藥部分也以不再需要每天服用，產後入住之婦女閱讀產後住院手冊，大多能接受其調理理念並且會主動尋求中醫之治療，譬如乳腺不通或乳汁不足，甚至乳腺炎之產婦，會主動尋求中藥薰蒸及拔罐，並在產婦成為一種口耳相傳的緩解產後乳病之有效方式，治療上並累積相當之經驗，也於中醫科治療室建立乳病之標準化治療流程SOP（附錄十三），提供住院醫師、見實習醫師及護理人員照護時治療之一致性，可見住院手冊不僅對於中醫婦科治療之宣導有其成效，另外對於中醫婦科住院需自費之患者，更能了解其住院調養之目的及中醫治療之幫助。

七、臨床路徑之制訂

依據今年一整年之照護經驗，我們針對所收治之病種，血崩、卵巢過度刺激^{7、8、9}、痛經、乳腺炎，制訂臨床路徑（附錄十四、附錄十五、附錄十六、附錄十七），一方面可加強臨床問診之完整性，以提供主治醫師完整之治療思路，另一方面由於中醫病房有越來越多婦女的入住，病房護理人員對於中醫住院不知該提供何種監測及照護，此臨床路徑的建立，病房護理人員對於照護上也有依循之指引，對整體中醫婦科照護品質有更好之提升。

八、中醫婦科住院處置用藥不良反應紀錄及處置

針對中醫婦科住院之病人，我們仍主動監測了中藥、中醫處置的不良反應，在血崩治療患者郭*玲，因子宮多發性肌瘤引發血崩而住院治療，其月經量多不止狀況已長達一年之久，每日服用黃體素已達3顆，其併發症心悸、頭暈改善明顯，在治療的前五天月經量多情形改善有限，因此持續留院治療觀察，而於第六天欲離院前於廁所發生血流不止達十五分鐘之情形，由照護人員發現，患者於出廁所後即突然面白昏厥，由照護人員量測血壓並給予氧氣筒照護、緊急送急診，於急診期間排出兩次約15公分之血塊，並由急診先給予打止血針及輸RBC三單位，待患者狀況穩定後離院，由於留院治療觀察有值班醫師、護理人員密切觀察及受訓之緊急救護，對於不良反應才有適當之處置，以最短的時間內進行處理，實際情形見（表六）。

肆、討論

在收治的40位住院患者中，其中月經病14人、妊娠疾病15人、乳病5人、產後病6人，研究中除了提升中醫婦科團隊治療及照護之經驗，並可藉由照護經驗中發現何種病種是適合於中醫婦科收治住院，在40位患者照護經驗中，分述如下：

一、月經病（14人）：

一共收治子宮肌瘤引發血崩者7人，子宮肌瘤術後月經量多血崩者1人，不名原因血崩1人，月經淋瀝不止2人，痛經1人，子宮病症術後腹痛2人，其中以血崩患者最多，而在照護經驗中發現，有較大之子宮肌瘤且伴有半年以上血崩患者不適宜收治中醫住院，因其已影響子宮收縮之功能，而且已經有長期嚴重貧血，血壓不穩定及心悸、喘之現象，患者住院前每天服用三顆黃體素仍未達很好的止血效果，而且在其它血崩患者照護經驗中發現，適合中醫婦科住院之血崩患者，在服用至少三天的水煎藥並給予八膠滑罐、氣海八膠薰蒸、早晚各針灸1小時之密集治療之後，會有明顯的改善，若在三天積極治療下月經量仍過多，則建議至西醫手術積極治療，避免因過度貧血導致昏厥影響生命危險之情況。而在血崩患者之常規滑罐、針灸、水煎藥治療下，同樣對於月經淋瀝患者有很好的治療效果，八膠滑罐可以增進子宮循環並加強其收縮功能，對於術後腹痛、痛經患者亦有很好的療效。月經病的治療經驗在三天內一般就會有明顯之治療效果，而痛經患者則在月經前一週積極住院治療，也可以緩解經行不適之情形，免去患者時常需要請生理假之困擾。

二、妊娠疾病（15人）：

一共收治卵巢過度刺激合併輕度腹水者2位，多胞胎妊娠卵巢過度刺激合併腹水併呼吸窘迫1位，早期妊娠出血4位，雙胞胎妊娠迫切性流產1位，妊娠劇嘔2位，妊娠早期破水1位，IVF胚胎植入3位，現代由於人工生殖之人數上升，在接受人工生殖的婦女中，伴隨西醫的治療會產生一些併發症，輕者僅有腸胃道不適，重者則可能發生卵巢過度刺激引發腹水之症狀，妊娠患者在照護上除了給予水煎藥物治療，嚴重患者也給予針灸之治療，但是嚴重合併呼吸窘迫者，需隨時監測vital sign，我們所收治之多胞胎妊娠卵巢過度刺激合併腹水併呼吸窘迫患者，在打了白蛋白之後腹水仍多，在發生呼吸窘迫後，經西醫先抽取腹水處理，再給予中藥煎劑調整，經過9天的治療腹水的情形也隨之改善，使危重

症孕婦可順利妊娠，而在妊娠劇嘔的兩位患者中，我們發現緩解之效果有限，僅於胃俞、膈俞滑罐後會得到短暫之緩解，但是療效無法持續很久，因此此部分仍為我們未來需更精進之處，並向資深中醫師請益。在早期妊娠出血及迫切性流產患者，會建議先於婦產科進行超音波檢查診斷其出血原因，我們發現早期妊娠出血及迫切性流產在中醫的照護下皆可獲得很好的安胎效果，是適合中醫婦科住院收治之患者，另外因為人工生殖之需求上升，在進行人工生殖後仍不易受孕者仍是不孕症婦女之困擾，中醫婦科住院目前也收治此類病種，此類患者則需要依其個案之證型、不孕原因，例如部分是因免疫問題引發之不孕，植入後免疫相關數值升高，藉由針灸方式緩解免疫過盛之問題，這類患者住院時我們會給予薰蒸及針灸治療，其中也有一位因診斷有免疫問題進行人工生殖之患者出院後順利懷孕，此類病種是適合中醫婦科調養收治之病種。

三、乳病（5人）：

乳病患者中有四位是產後乳腺炎患者，一位是非產後化膿性乳腺炎，產後乳腺炎在我們的照護經驗，已有一常規治療模式，每日給予乳房硬塊處、天宗穴拔罐及中藥材薰蒸30分鐘，皆可獲得很很之療效，也成為目前住院調養的產後婦女口耳相傳的治療模式，另一位非產後化膿性乳腺炎其抽血檢驗泌乳素亦有偏高之情形，其左側乳房有多處硬塊並化膿，在積極針灸治療、溫灸、服藥後，目前僅餘一處硬塊，我們發現乳腺炎之治療已可成為產後常規模式。

四、產後病（6人）：

產後病的狀況多變，如我們收治產後生化異常1人、產後外感咳嗽2人、產後皮膚癢1人、產後憂鬱2人，雖然症狀不同但是病因之本皆由於產後氣血大虧所引起，產婦大多會有哺育母乳之顧忌，因此會擔心服用西藥而導致乳汁對寶寶之影響，而中藥對於產婦症狀改善明顯效果也較溫和，因此大部分產婦都能接受，而產後憂鬱症也是現代產後不可輕忽之問題，產後憂鬱患者除了給予精神上之鼓勵，我們也在背部滑罐除了簡單的幫助患者放鬆，更有提氣之效果，大部分的產婦在住院期間皆可處於狀況穩定之階段，但是目前的治療經驗中，產後憂鬱嚴重者，仍須藉由一部份西藥之治療，否則會導致親子關係之疏離甚至媽媽不欲接近小孩之狀況，造成產後生活品質的下降。

在收治的病種中，大部分婦科疾病皆收到不錯之療效，唯獨以下幾

個病症在治療效果上，仍須更精進，例如月經病中曾有一例子宮多發性肌瘤引發血崩之案例，其血崩出血已一年多，且仍有大血塊之排出，在住院照護上血崩狀況仍處於不穩定狀態，最後決定手術開刀，而妊娠病中，兩個妊娠劇嘔的案例，患者嘔吐情形減，但是仍未完全改善其妊娠嘔吐之情形，產後病中一例重症的產後憂鬱患者，在治療中狀況穩定，而於出院前仍又出現情緒低落之情形，以上皆是我們需要再進一步努力加強治療技術之病例，另一方面針對此療效較差之個案，我們也會諮詢資深中醫師，請資深中醫師給予指導。另外，針對過去一年積極收治婦科住院患者時，我們有以下進一步的想法及規劃：

一、臺灣中西醫整合婦產科住院病房及中醫婦產科調養病房優質照護的規劃

中醫婦科住院應以推廣中醫婦科調理病房為主，中西醫整合病房為輔，建議主持中醫婦科調理病房之中醫師除必須具有中醫專科醫師資格外，應受過如本計劃中醫婦科病房訓練三個月以上，以及具有照護月經血崩、產後病症、卵巢過度刺激、早期妊娠出血之經驗，並包括其個人主治或參與治療之婦科、產科個案病歷摘要各20例（含高危險妊娠2例、產前併發症2例、產後病症2例、月經病2例、乳病2例、一般婦科2例、術後調養2例、不孕症2例、妊娠病2例）。方能成為中醫婦科病房之主持中醫師；而適合開辦中西醫整合病房者，除了必須經過中醫專科醫師訓練資格外，還需有西醫執照之醫師，並具有西醫急救藥品的相關知識及訓練，因為由本計劃中的急重症病患，病情變化快速的情形可知，沒有婦產科緊急照護之能力及資格，照護的中醫師存在著一定程度醫療糾紛或疏失的風險，因此建議由雙執照或具足中西醫婦產科專科醫師資格者，才可開辦中西醫整合住院病房。

中醫婦科病房宜定位為兩種型態的病房，一為中西醫整合婦產科住院病房，一為中醫婦產科調養病房。中西醫整合婦產科住院病房乃是由目前的婦產科病房調整即可，硬體設備上僅需加上中醫所需的診斷及治療儀器即可，軟體上則需逐步完成住院婦產病症相關之中醫證型問卷、住院中西醫整合婦產護理標準作業流程、中西醫婦產整合住院處置標準作業流程等，當然住院醫師、護理人員的整合照護訓練也是不可或缺的。中西醫整合婦產科住院這種型態的病房，應為未來主流的病房，因為它結合了兩種醫學的優勢，一定能提供婦產科住院病患更高品質的照護。話雖如此，在臺灣綜合醫院中的中醫部門，大多規模不大，即使

有分細科如中醫婦科，其人員編制也並非充足，導致不易開辦中醫婦科病房，因此要設立中西醫整合婦產科住院病房之前，宜有一定量的中西醫會診、中西醫合治等過程，建立中西醫兩方的婦產科醫師間的良性互動及互信，建立護理人員於中西醫兩種整合的照護模式，建立婦產科住院病患體驗到中西醫兩種整合照護後的健康成效，建立口碑及民眾的認同，如此才容易水到渠成，成功的開辦中西醫整合婦產科住院病房，開創此一新的醫療模式及獨特照護的品牌形象。

另一種型態的病房，就是中醫婦產科調養病房。此類病房的婦女乃基於“上工治未病”的中醫預防醫學觀念入住，因為要同時兼顧“身、心、靈”的全人照顧，調養病房應有令入住婦女“賓至如歸”那種家的感覺¹⁰。這一種調理病房的觀念並非新創，近年來飯店式健檢、醫療旅遊、禪修及產後護理機構為最具體的表現，古代中醫師也常到病患家中出診，醫療介入背後的意義與現代病人到醫院集中式管理的觀念是不同的，家的感覺讓病患感到舒適而且安心，不會有醫院中各種生活機能不便利的困擾，因此中醫婦產科調養病房不應該令人感到冰冷、陣陣藥味、看到太多痛苦病患的愁容等，而應該進一步把醫院、療養、保健、渡假四者結合起來，讓中醫婦產科調養病人接受中醫的導引、生活飲食宜禁、針、藥、藥薰、推拿等的整體療法，當然最理想的是管理如渡假村，服務如五星級酒店式的入住環境，此類病房的開辦門檻較低，在臺灣綜合醫院中的中醫部門，規模雖然不大，但只要院方願意撥床投資，建構醫療旅遊的環境，中醫師、護理、行政等人員建立飯店式醫療服務願景及共識即可上路。

二、逐步建構臺灣中西醫整合婦產科優質照護網

衛生署中醫藥委員會為臺灣中醫藥的主管機關，大力推動中醫住院，督促中醫藥界成為提昇民眾健康的專業團體，並委託國立陽明大學傳統醫藥學研究所及臺北市立聯合醫院陽明院區執行，兩年來臺北市立聯合醫院陽明院區陸續完成各項中醫婦產科住院及優質照護所需之軟硬體設備、人員訓練、標準照護流程並實際收治中西醫整合婦產科住院及調養婦女^{11、12、13}。雖然院方基於成本考量，尚未有一整個病房供中醫婦產科病患使用，不過中西醫整合的照護模式愈來愈成熟，治癒的婦女也愈益對中西醫整合的照護模式有更高的信任，並進一步介紹其他婦女就診或入住調養及治療。在這兩年來，培訓的兩位住院醫師陳曉萱、林俐嘉積極參與，無論是下班後的值班或假日的巡診都踏實完成，由其

訓練後的學習成效來看，目前臺北市立聯合醫院陽明院區規劃的人員訓練、標準照護流程，合適提供給全國有意願開辦中西醫整合婦產科住院及調養病房做參考，也可以成為各醫院派送代訓中西醫婦產整合照護的單位。中西醫整合婦產科住院及調養病房，主要的目的在於補足開業或門

診業務為主的中醫師，無法提供急重症婦女醫療照護的現況，因此接續下來的工作，應宣導以開業或門診業務為主的中醫師，建立後送到病房住院的機制及觀念，使得無法正確診斷及密集觀察病症變化的急重症婦女，有一完善的中西醫整合療法可以照顧。當然，對於認同中西醫整合住院療法的西醫婦產科醫師，也應多鼓勵其參與，這一多元的照護模式並應逐步納入實證的研究，若能顯示其能提昇住院婦女的醫療滿意度、生活品質且能縮短住院天日的話，相信有機會成為主流的照護模式之一。

三、中西醫整合婦產科住院病房及中醫婦產科調養病房宜收治的病種

經過2年的努力，我們累積了難得的診治中醫婦產科住院相關疾病經驗，使我們有機會一一克服各項包括行政、醫療等方面的困難，部分中醫婦科疾病我們已建立中醫的臨床照護路徑流程，也組成了一支能應付甚至於急重症的臨床中醫婦產科照護團隊，我們將中醫婦科住院定義為兩種層級，一為調理層級，病情雖未嚴重到符合西醫需住院的標準，但病人有不舒服的症狀，需較長時間或一天多次治療的情形下，適合以中醫婦科住院模式進行，例如產後乳腺炎、卵巢過度刺激腹水、迫切性流產或胎動不安等，這蘊含著治未病的觀念，我們有機會快速緩解產後乳腺炎的脹、痛、結塊等症狀，減少產婦服用抗生素或產生乳房結塊甚至於乳房膿瘍的危症¹⁴。我們有機會緩解持續惡化的卵巢過度刺激腹水^{15、16}，避免孕婦需終止妊娠甚至於肺積水呼吸窘迫的危症。我們有機會快速緩解迫切性流產或胎動不安等症狀，減少流產的遺憾。這應是中醫婦科住院最利於推廣的模式。

另一種層級為重症病患，這一類病患又再分為中西醫婦產科整合療法，例如我們收治一位妊娠三胞胎重度卵巢過度刺激腹水的孕婦¹⁷，後來在中藥治療西醫抽腹水的情形，快速緩解其肺積水呼吸窘迫的危境。至於中醫為主西醫為輔療法，則需有應付急重症的臨床中醫婦產科照護團隊，才適宜施行，例如我們收治一位妊娠二胞胎重度卵巢過度刺激腹水的孕婦，也有呼吸窘迫的情形，單獨用中藥治癒。再有一位十五歲重

度貧血的女國中生¹⁸，血崩暈倒數次，西藥治療後仍持續血崩，住院期間僅用中藥便治癒。另一位妊娠十二週，前置胎盤持續少量鮮紅色出血，西藥治療後仍持續出血五週，僅用中藥治癒。上述個案皆有其危險性，且留院期間都未曾注射點滴等西藥，因此照護團隊需有良好的訓練及高的警覺性，以避免不必要的醫療糾紛。不過上述住院病例的成效充分展現出中醫療法於婦產科危重症潛在的治療角色，我們建議，健保應針對這些能縮短病程的療法，給付中醫住院的費用。

適合中醫婦產科住院療治的病種，還有需請生理假的痛經、經前症候群、胎位不正、妊娠劇吐、妊娠睡眠障礙、產後頭痛、產後痔瘡、產後痠痛等。當然，上述適合中醫婦產科住院療治的病種，為過去住院照護累積可能有成效的病種，還需繼續推廣中醫婦產科住院的理念，以累積更多病例系列或世代的實證資料¹⁹，將使中醫婦產科住院治療的成效更明確，使中醫藥能診治的病種更完整²⁰。

四、開辦中醫婦產科住院病房所可能遭遇的問題

以下針對我們收治中醫婦科住院病人過程面臨的困難加以描述，第一是病人沒有健保補助，全額自費，是最大的困難，除非中醫師能很有把握提出需住院治療的合理理由，不然，一般不容易獲得民眾認同，成為一個可實施的就醫模式。第二是病種不夠嚴重，病患認為不需住院治療，若病種夠嚴重，則西醫住院健保就能住院，而且甚至於都有標準的臨床指引及路徑流程，反倒是中醫在嚴重病種收住院診治時，純用中醫療法醫治時，效果顯著固然可喜，若療效欠佳，則增加了中醫師未依循指引診治的醫療糾紛風險，若依循標準的西醫臨床指引診治，則有時又與中醫療法觀念相衝突，由此可見開辦中醫婦產科住院病房潛在的難度，也凸顯開辦中醫婦產科住院病房的重要性，今日不堅持開辦，就不會有明日使用中醫療法醫治住院婦產病症的醫案及因之所建立的標準作業流程，也不可能有進行實證研究的場所及病種，更不可能有機會建立更適當的中醫臨床診療指引，做為中醫療法施治該病症時的參考。第三是人員不足或訓練不夠，傳統的中醫訓練缺乏住院制度，以致於中醫師沒有這方面的認知及習慣，實習醫師、住院醫師常常一下班就把手機關機，不知道白班與夜班需負交班的任務等，也不熟悉甚至於有時為了病患，需隨傳隨到的作為及態度，因此建立此種制度時，往往需要很大的鼓勵及帶動，透過本計劃，年輕的醫師提昇了他們診治中醫婦科住院病人的能力及自信，在幾個月的輪班下來，由於每日查房，病人的各

種症狀變化皆逐日紀錄，並馬上安排因應之處置，逐一克服各種困惑，而他們也開始發現中醫婦科住院制度的好處，他們的學習心得中，常會提到「有更多的時間了解患者一天或這幾天中病情的變化」、「這是門診較無法觀察到的。」、「學習的過程中，看到中醫婦科住院的潛力，不但可學習到對有些急症的優越處置，也可針對患者的現有症狀及體質做治療規劃，除了能改善生活品質，並且發揮“治未病”的上工治病觀念。」第四是值班空間的留用，值班人力（住院醫師數）的擴增，住院治療空間的配合，皆需將成本效益列入為院方支不支持中醫住院最大的變因。教學醫院的營運競爭非常激烈，人員、空間等是經營的最大成本，院方未看到營運積效，不會支持補足住院醫師員額、充足的病房空間，但若院方不支持補足住院醫師員額、充足的病房空間，沒有地方值班及進行中醫治療，則中醫住院不容易有良好的營運成效，相信這都是所有綜合醫院中醫部門推動中醫住院皆會面臨到無法避免之困難及艱辛。

伍、結論與建議

一、適合中醫住院之病種

在我們收治的40位中醫婦科住院患者中，在收治的40位住院患者中，月經病14人、妊娠疾病15人、乳病5人、產後病6人，月經病中適合中醫住院並已有治療心得者為血崩、月經淋瀝不止、痛經需請生理假者，而我們也發現若因較大之子宮肌瘤患者而且在中醫住院積極治療模式下，三天仍未見月經量明顯改善者，建議至西醫採積極治療之方式，而我們照護患者中除了一位子宮多發性肌瘤除了肌瘤大且已有長達半年月經出血不止伴有貧血甚至已有心悸、喘之現象，建議轉至西醫直接開刀處理，以免造成月經量多影響生命安全之狀況外，其餘血崩患者皆可獲得很好之改善，尤其在血崩發生的三個月內積極收治住院治療可獲得更好之療效。在妊娠病中我們發現妊娠早期出血、迫切性流產等，是已有經驗且在先經由婦產科超音波診治，是適宜中醫收治住院積極治療之病種，而卵巢過度刺激引發腹水者在vital sign之監控下，亦是適合由中醫收治住院之對象，乳病之患者，我們的照護經驗也已經成為產後乳腺炎婦女不可獲缺的治療模式，也是產後機構轉介治療需求之一，產後病較多元，藉由中藥治療產後相關病症如產後咳嗽、產後皮膚癢等，皆是中醫之強項，並可免去產婦擔憂哺育母乳之顧忌，目前唯產後憂鬱症輕度患者可由中醫調理獲得改善，若屬重度者仍須搭配西醫之治療，以確保改善產婦之生活品質，避免親子疏離之情形。

二、開辦中醫婦產科住院病房現況

中醫婦產科於清朝以後，記載診治急重症婦女病案已愈來愈少，以國內中醫專科的雜誌期刊，醫案的論文鮮少提及急重症婦女治癒病案，另外也由於產科時常牽涉到急重症，中醫沒有住院沒有病房，結果中醫的產科也逐步式微，甚至於臺灣目前中醫師的教科書皆以中醫婦科學定名，此現象凸顯出一個嚴重的問題，就是弱化中醫師醫治婦產科病症的能力，例如中醫師愈少機會治療妊娠諸症，就愈無法累積足夠的經驗，於是乎產科的中醫藥療法自然從民國以來，為眾人所遺忘，孕婦會逐月做產檢，卻不會注意是否要逐月養胎，即使西藥沒有滿意的治療好妊娠諸症，孕婦卻不一定想到要用中醫藥療法來治療，這是很可惜的結果，若以中醫雜誌所發表少量的治療過程及思路的現況而言，普遍中醫師對婦產科病症治病的能力，不易提昇，中醫婦產科的專業性及獨特性將不易建立。同樣的情形，若運用住院模式則容易排除變因，沈澱出中醫藥

療法的潛在治療效益，可以透過精確觀察出的中醫藥療效，並依變化而調整處方，是一耗時、耗費人力的過程，不過對個人治療的思路和技巧卻是一個最好的檢驗及提昇，快速提昇中醫師對婦產科病症醫治的能力，陪同協助治療的見實習、住院醫師相信更是受益良多。因此建議行政院衛生署中醫藥委員會應持續推動各專科的住院計劃，堅持的結果，首先能建立民眾對中醫婦產科住院療法的信任，建立中醫婦產科於婦女心目中的專業形象。同一個醫院的婦產科同仁，也會因為目睹中醫藥療法的成效，增強彼此的互動及會診，以產後護理機構為例，法規規定由護理人員負責，開辦之初，護理同仁依循世界衛生組織產後照護指引方式照護，並不完全了解或認同中醫藥的介入。但兩年來，護理同仁轉變為主動轉介產後諸症的媽媽接受中醫療法，病房及產後護理機構的護理同仁也親身求診使用中醫藥，運用中醫婦產科住院模式，似乎更容易建立中醫療法於醫院不同專業間的認同。

希望建議行政院衛生署中醫藥委員會持續支持中醫婦產科住院計劃的另一個理由是，由於多數臨床對照試驗排除了懷孕婦女、產後哺乳婦女²¹，使得此一族群沒有得到充分的研究，而這些婦女可以在本研究病例系列和單個病例中被充分地記錄下來，為臨床提供實際的重要資料：如治療中醫藥物的使用劑量、使用時程、藥物的初步療效、短期的安全性及合適的劑型，為日後進一步試驗研究提供依據，並可作為推動中醫住院政策重要的參考。一如臺灣目前婦產科專科醫師甄審的規定中，包括其個人主治或參與治療之婦科、產科個案病歷摘要各10例（含高危險妊娠2例、產前併發症2例、產前遺傳診斷2例、產中併發2例、產科超音波2例、一般婦科學2例、婦癌2例、不孕症及內分泌學2例、婦女泌尿學2例、內視鏡2例）。雖然中醫婦產學科不同於西醫，但沒有住院模式很難完成上述大多數的病種及個案例數，不利於中醫婦產科學建立專業的訓練及形象。

從上述的歷程，可知中醫藥委員會前瞻的視野及為臺灣中醫界提昇品質的用心，雖然完成初步的中醫婦產科住院格局，但要成功的建立獨立的中醫婦產科病房，仍有一大段需努力的空間²²。短期仍以量的累積為主，因為只有各種婦科、產科病種的累積，才能勾勒出中醫藥療法於婦產科病症的“寬”；也只有特定病種量的累積，才能建立中醫藥療法於婦產科病症世代實證資料的“深”²³。

三、臺灣中醫婦產科未來發展的建議

- (一) 以社區為主體的中西醫婦產科住院整合照護體系，鼓勵中西醫婦產科醫師結合起來成立中西醫婦產科整合照護團隊，合作推展中西醫婦產科整合照護，長期以婦女的健康促進及預防醫學為目標，短期則以中西醫婦產科住院的整合照護為開始。為了加速西醫婦產科醫師認識、了解或認同中西醫婦產科整合照護療法，初期可先以臺北市立聯合醫院陽明院區所完成的病種病例為合作的起點，在有良好互信下，自然各種婦科、產科病種及特定病種量就能夠快速累積。
- (二) 衛生主管機關可計劃以中西醫婦產科住院整合照護作為訂定審查之基礎，優先給付有整合的醫療處置，以導正民眾自行就診不同單位、不同院所中西醫醫療的行為。因此，建議國民健康保險局及中醫師全國聯合會遴選受過中西醫婦產科整合照護訓練的中醫師為健保中醫婦科審查醫師，鼓勵中醫醫療院所推行中西醫婦產科整合照護。
- (三) 未來若希望落實實證醫學，建議健康保險局優先給付有中西醫婦產科整合照護的醫療處置之外。在教學評鑑上或教學視察時，對於開辦中西醫婦產科住院整合照護之各級醫院，予以鼓勵或獎勵，以提升各級醫院對醫師中西醫婦產科整合照護能力之重視。
- (四) 若能將中西醫婦產科住院整合照護相關的標準作業流程及醫案納入學校中醫婦科學教育課程，自醫師養成教育過程就開始熟悉中西醫婦產科整合照護的操作，相信醫師在未來進入職場中，能更順利、迅速且正確的將中西醫婦產科整合照護應用在臨床診療中。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號CCMP98-RD-106提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

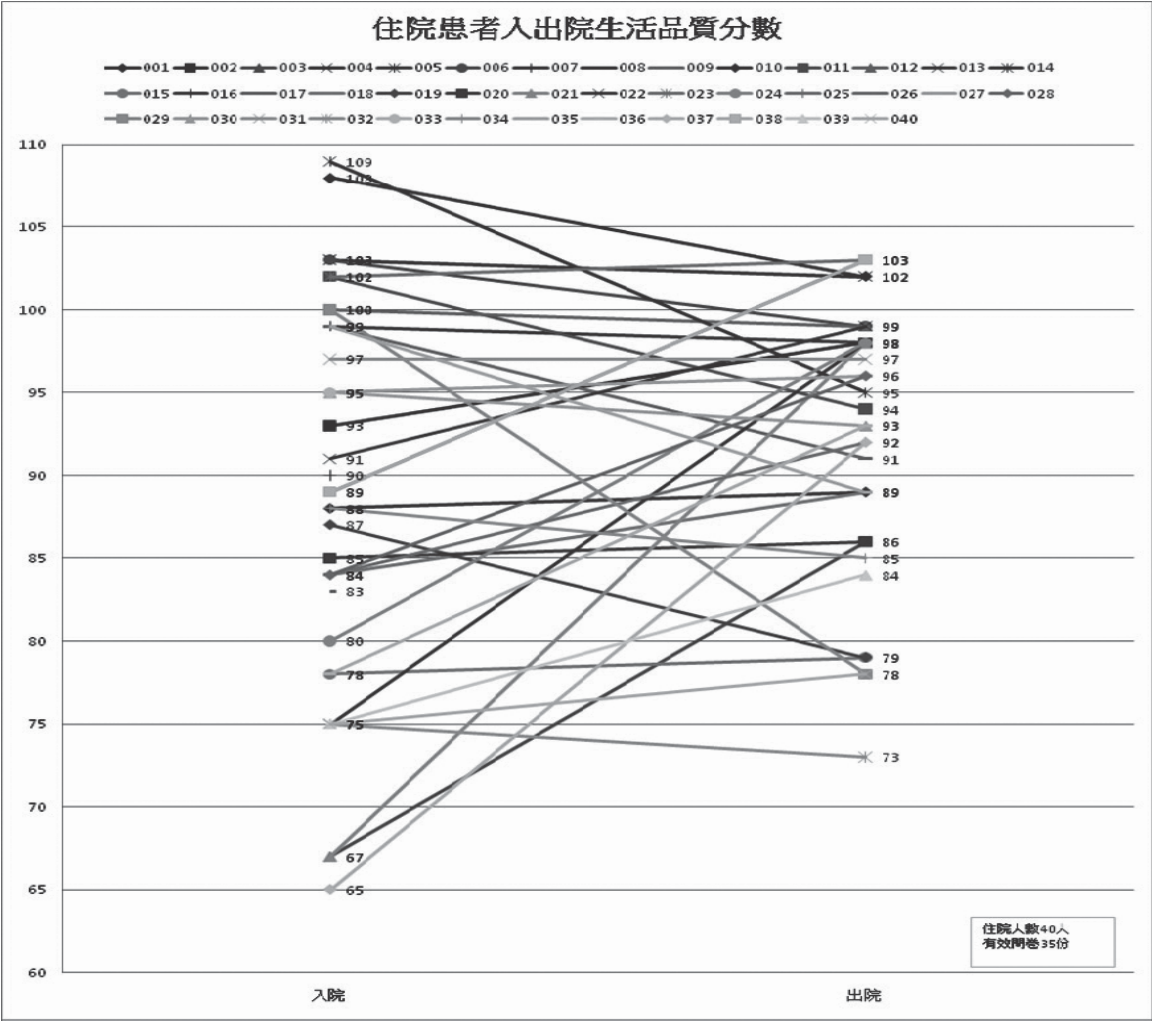
1. 巫水生：中醫白皮書，中華民國中醫師公會全國聯合會，1994，33-37，78-80。
2. 賴榮年、葉家豪：臺灣中醫界推動實證醫學種子教師現況。台灣中醫臨床醫學雜誌，2007；13(3)：171-180。
3. 蘇三稜；黃碧松；賴東淵；林昭庚；楊淑齡；李政育；黃正昌；朱辨絃；江鳳凰；簡正倫；陳淑芬；曾聖澧；陳永宗；張梅；林姿里；顧明津；郭祥筠；古丹；邱美惠。中醫兒科專科醫師制度。中醫兒科醫學雜誌，2004/08；6(1)：82-105。
4. 李卓倫(1990)：中醫師人力及中醫醫療機構現況。中華衛誌，10(3、4)，136-142。
5. 張永賢(1997)．中醫醫院評鑑標準之前導研究，八十六年度行政院衛生署中醫藥委員會委託研究計畫成果報告。
6. 賴榮年等編譯，實證醫學的運用－臨床診療指引。台北台灣，合記出版社，2004。
7. 翁敏雪、周弘傑、詹景全、李從業，卵巢過度刺激徵候群。護理雜誌，2003/02；50(1)：98-102。
8. 張秀能、穆佩芬，不孕症治療合併卵巢過度刺激症候群之家庭壓力及護理。護理雜誌，2002/10；49(5)：79-84。
9. 陳欽德、楊友仕，卵巢過度刺激症候群。Formosan J Med.1997；1(5)：674-679。
10. 韓文蕙，1992，台北市婦女產後照護相關因素調查，碩士論文，台北，國防醫學院。
11. 黃筱玲，1999，坐月子習俗之研究，碩士論文，台北，國立師範大學。
12. 陳麗麗、王純娟，2000，產婦對於傳統醫療中有關產後調理的態度及行為之研究，護理研究，8(1)，49-57。
13. 賴榮年：中醫婦科臨床治療的注意事項。中醫婦科臨床治療經驗集，初版，P.275-276，2003。
14. 莊昭華、陳保中，孕期暴露中草藥與兒童健康之探討。2006臺灣大學職業醫學與工業衛生研究所，博士論文。
15. 柯惠娟(Hui-Chuan Ko)；陳淑芬(Shun-Fen Chen)，接受不孕症治療合併卵巢過度刺激症候群病患照護經驗。護理雜誌，2005/06；52(3)：90-96。
16. R. Haimov-Kochman, N. Yanai, S. Yagel, H. Amsalem, Y. Lavy, A. Hurwitz: Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome and hyperreactio luteinalis are entities in continuum. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2004/11;24(6); 675-678.
17. Su-Long Lee; I-Wen Tsai Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology: Out-patient Management of the Patients with Ovarian Hyperstimulation Syndrome. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, 2003/06; 42(2); 117-120.
18. M. SHANKAR, C. CHI, R. A. KADIR, Review of quality of life: menorrhagia in women with or without inherited bleeding disorders, Haemophilia.

- 2008/01;14(1); 15-20.
19. 吳炫璋；陳亭潔；賴榮年，產後面癱的中醫診治與探討—臨床病例報告中醫婦科醫學雜誌。2004/08；4；33-42。
 20. 賴榮年：中醫婦科證型。行政院衛生署中醫藥委員會，台北，中華民國，2002。
 21. Susan Winterburn, Robert Fraser, Does the duration of postnatal stay influence breast-feeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial, Journal of Advanced Nursing. 2000/11; 32(5);1152-1157.
 22. 吳炫璋、賴榮年、葉家豪：台灣的中醫醫療政策。北市醫學雜誌，2005；2(10)：866-879。
 23. 賴榮年：2005國際中醫藥實證醫學研討會(International Society for ChineseMedicine)—台灣推展中醫實證醫學借鏡。北市醫學雜誌，2005；2(7)：676-684。

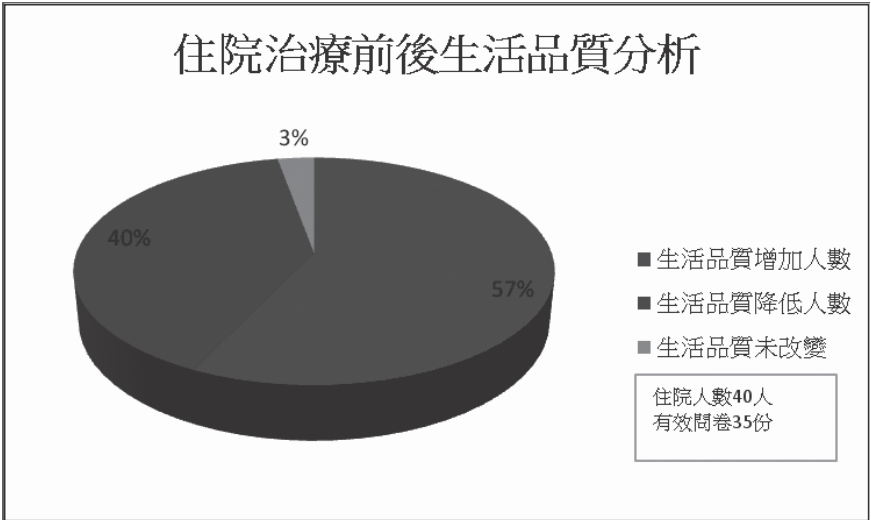
柒、圖、表

表四、98年中醫婦科住院收治病名種：

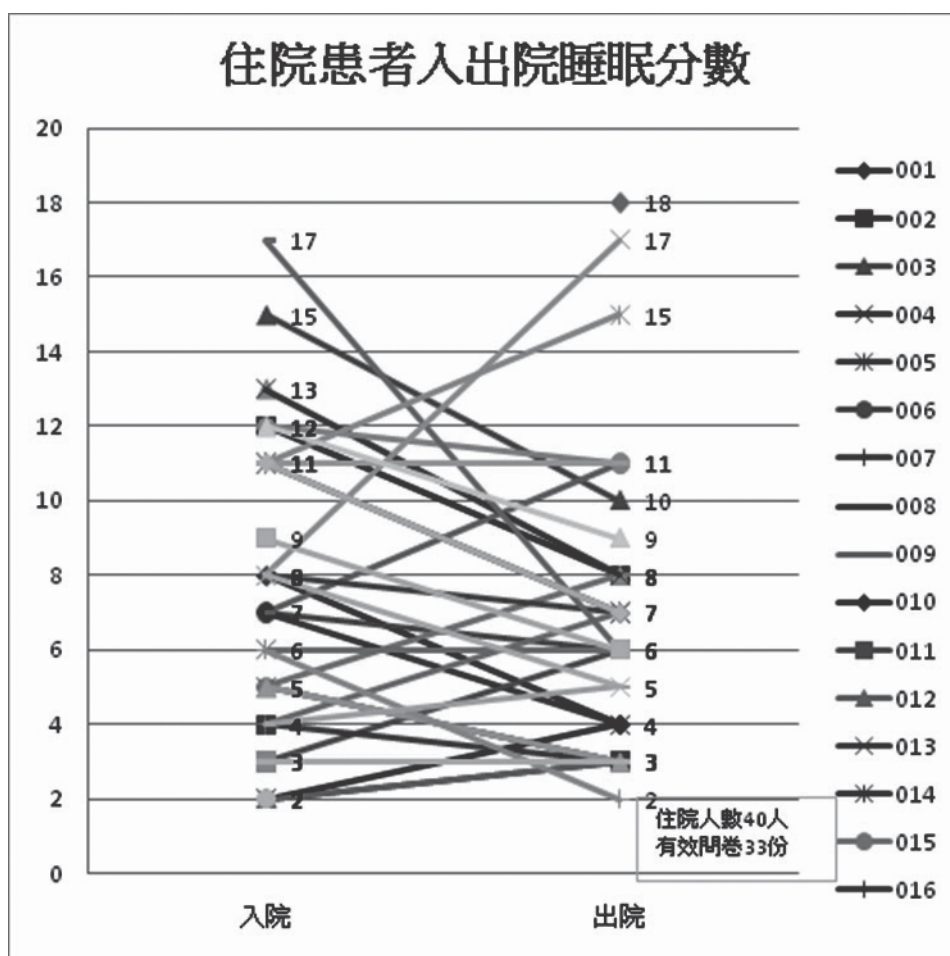
分類	疾病名	人數
月經病 (14人)	子宮肌瘤、血崩	5
	子宮肌瘤術後血崩	1
	不明原因血崩	1
	月經淋瀝不止	4
	痛經	1
	子宮肌瘤手術術後腹痛調養	1
	子宮內膜異位術後腹痛調養	1
妊娠疾病 (15人)	IVF卵巢過度刺激合併腹水	3
	多胞胎妊娠，卵巢過度刺激合併腹水，併呼吸窘迫	1
	早期妊娠出血	4
	雙胞胎妊娠迫切性流產	1
	妊娠劇嘔	2
	妊娠早期破水	1
	IVF胚胎植入調養	3
乳病 (5人)	乳腺炎	5
產後病 (6人)	產後生化異常	1
	產後外感咳嗽	2
	免疫服奎寧產後浮腫	1
	產後憂鬱	2



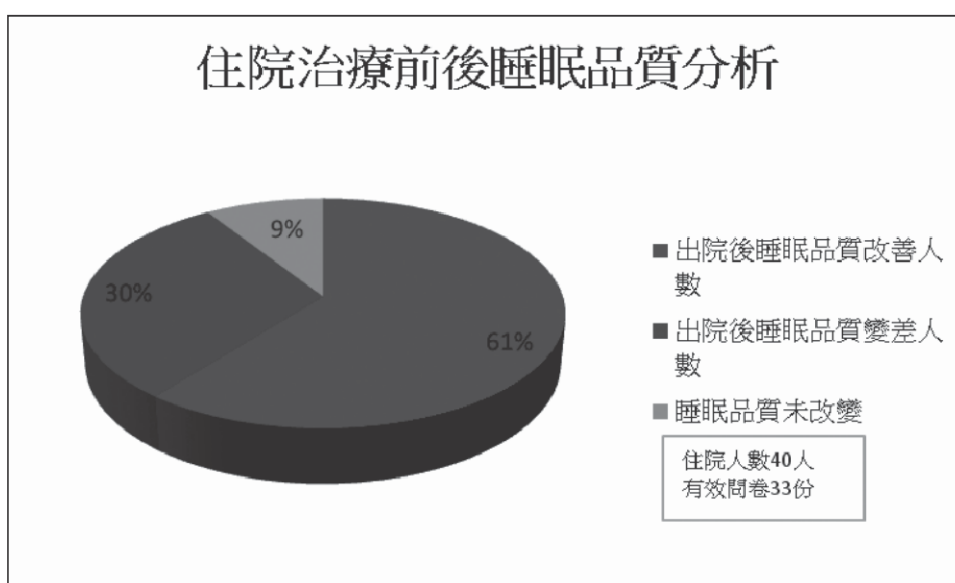
圖一 住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」
(WHOQOL-BREF)入出院分數



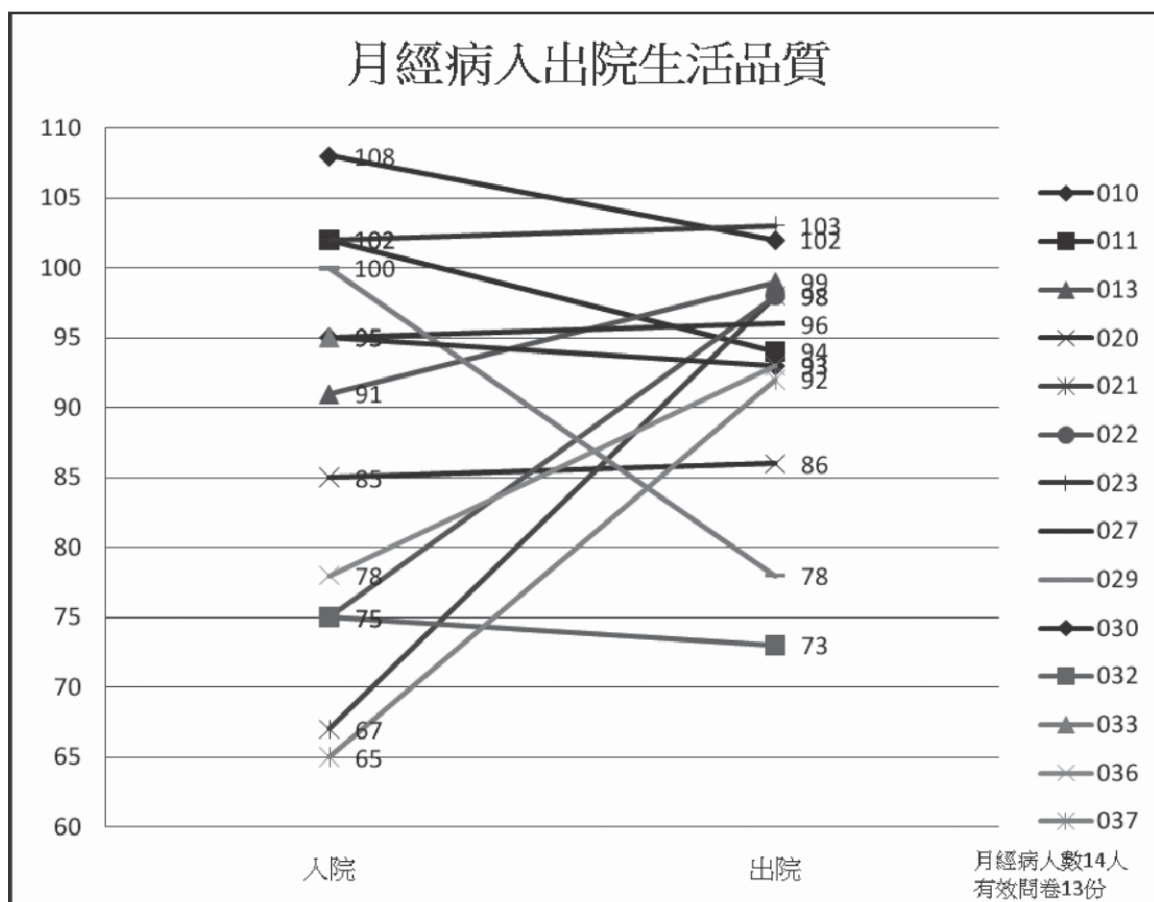
圖二 住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」
(WHOQOL-BREF)改善比例



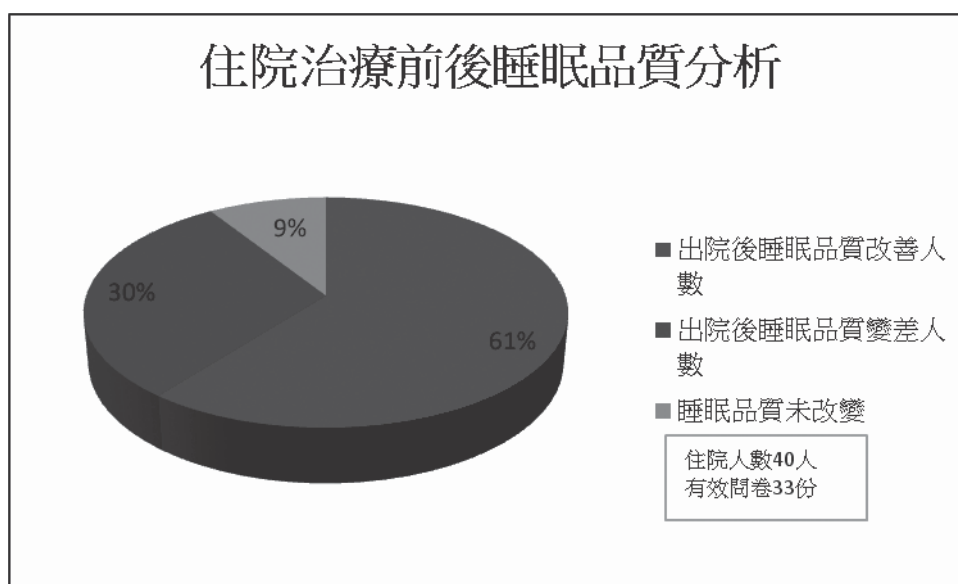
圖三 住院患者匹茲堡睡眠分數



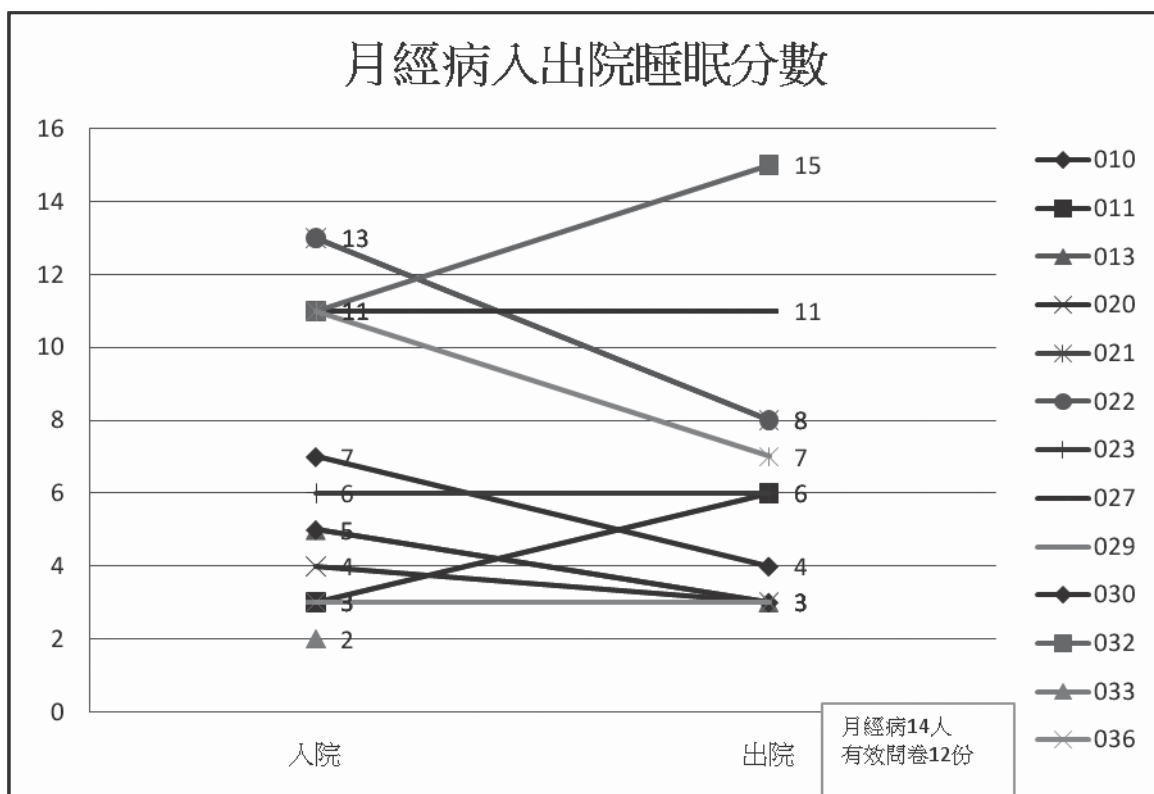
圖四 住院患者匹茲堡睡眠分數改善比例



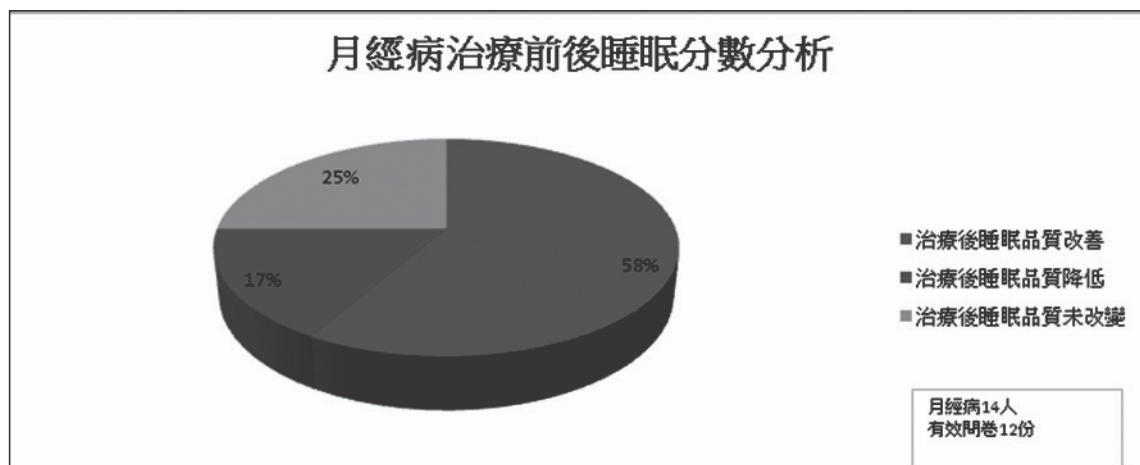
圖五 月經病住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)入出院分數



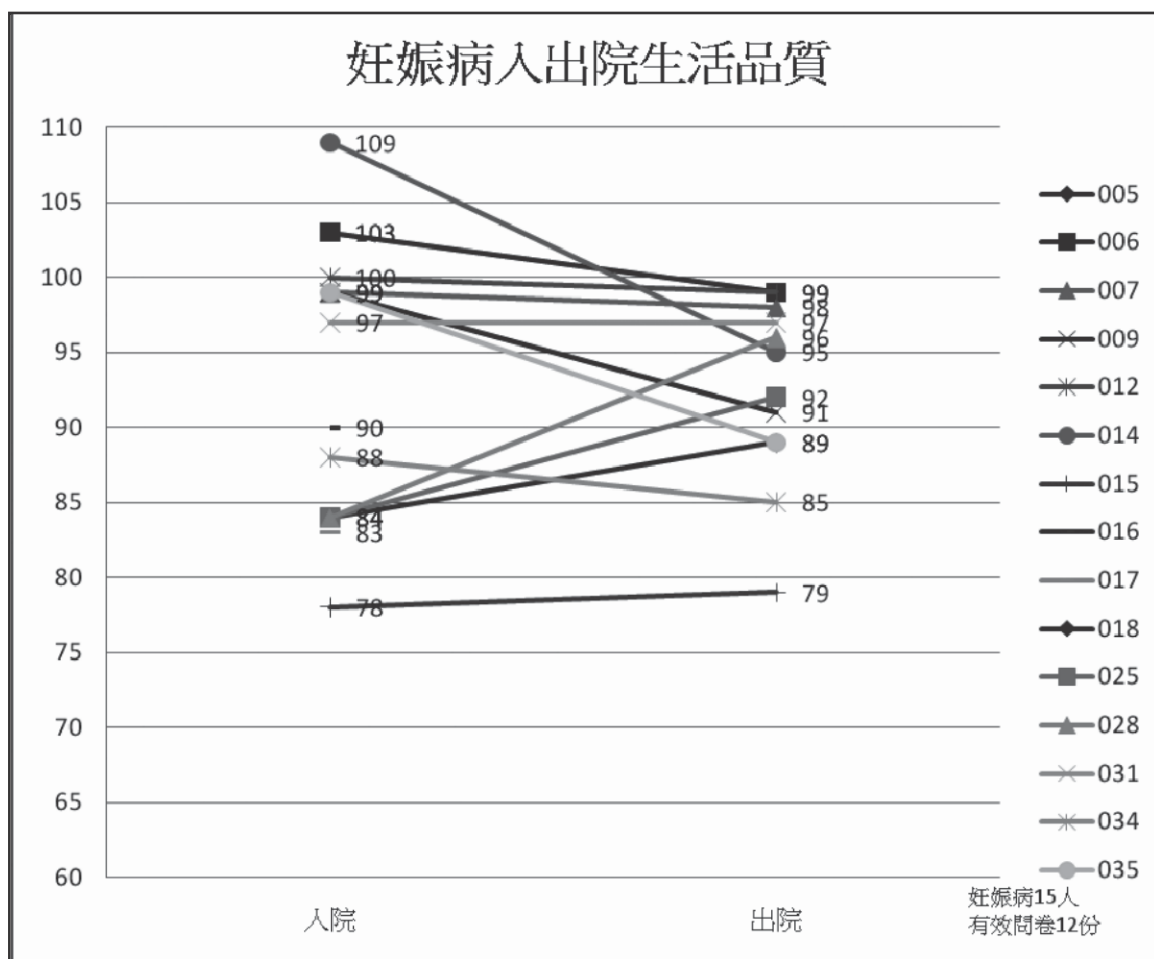
圖六 月經病住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)改善比例



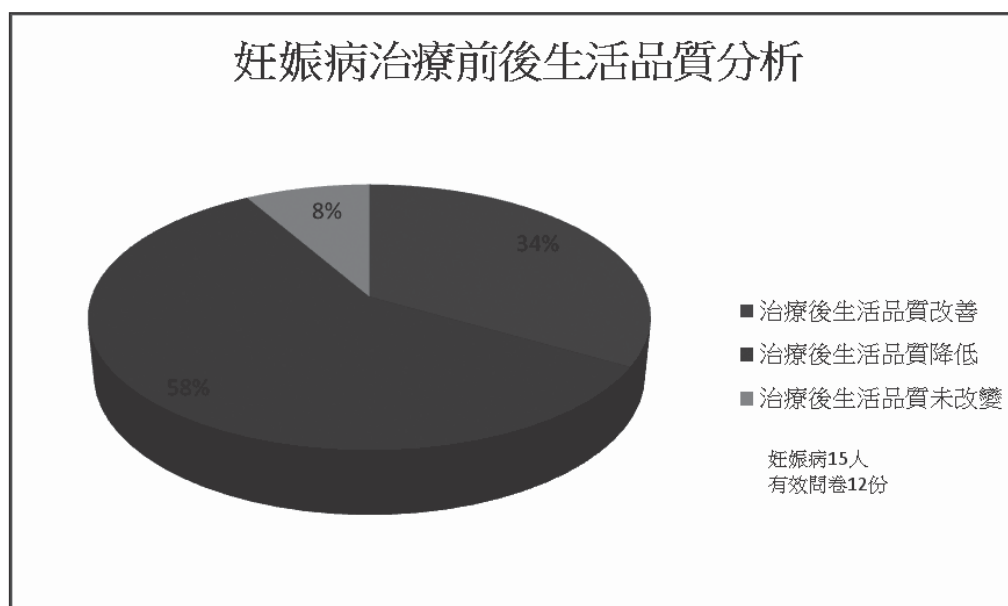
圖七 月經病住院患者匹茲堡睡眠分數



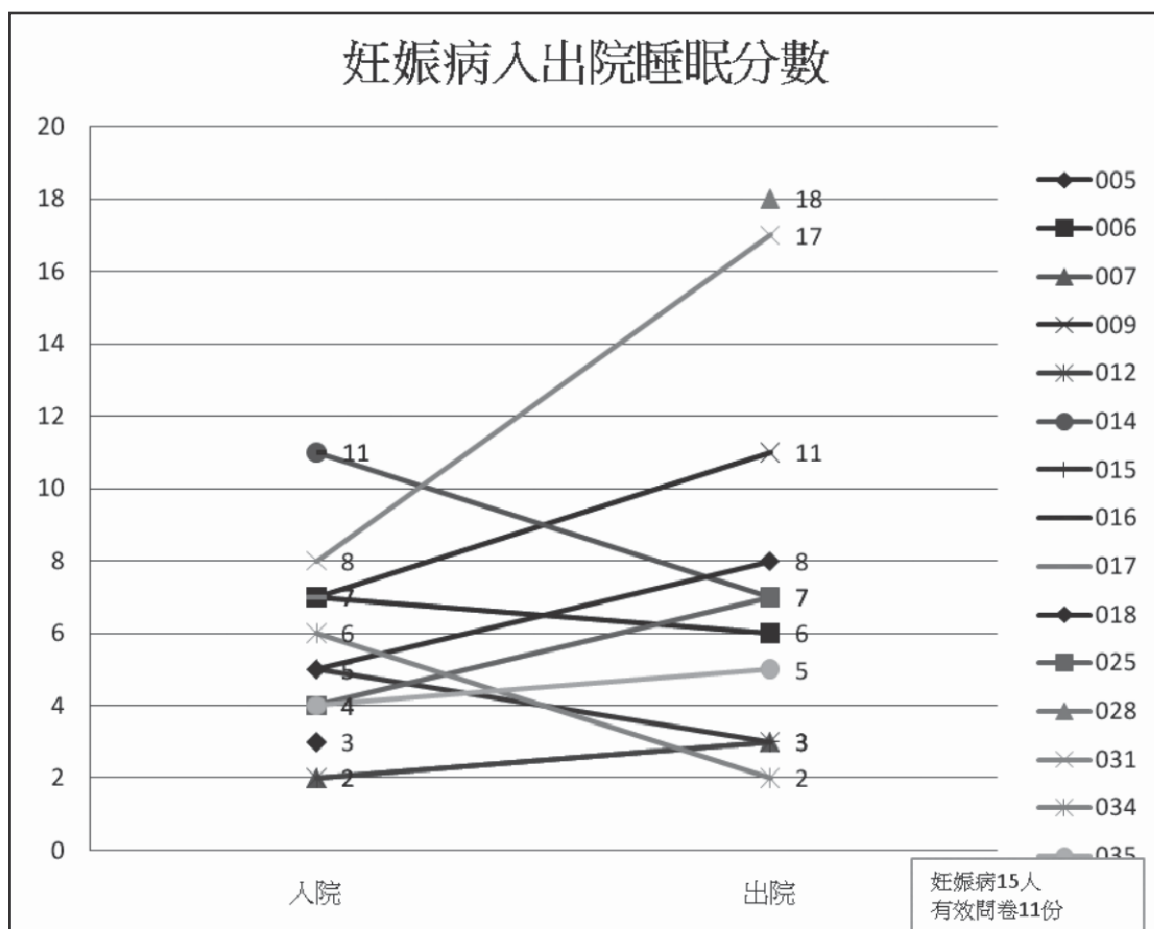
圖八 月經病住院患者匹茲堡睡眠分數改善比例



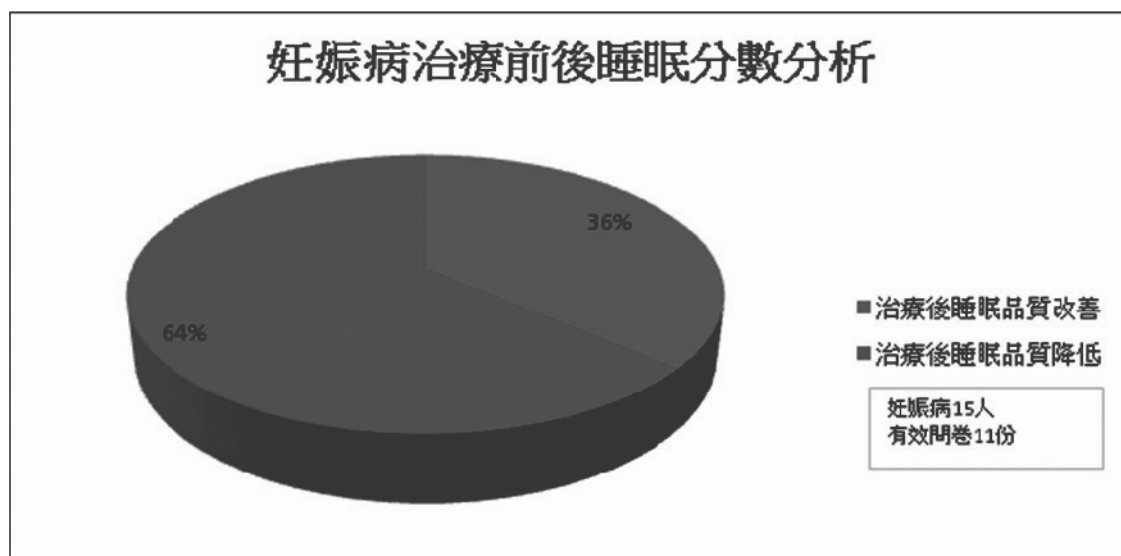
圖九 妊娠病住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)入出院分數



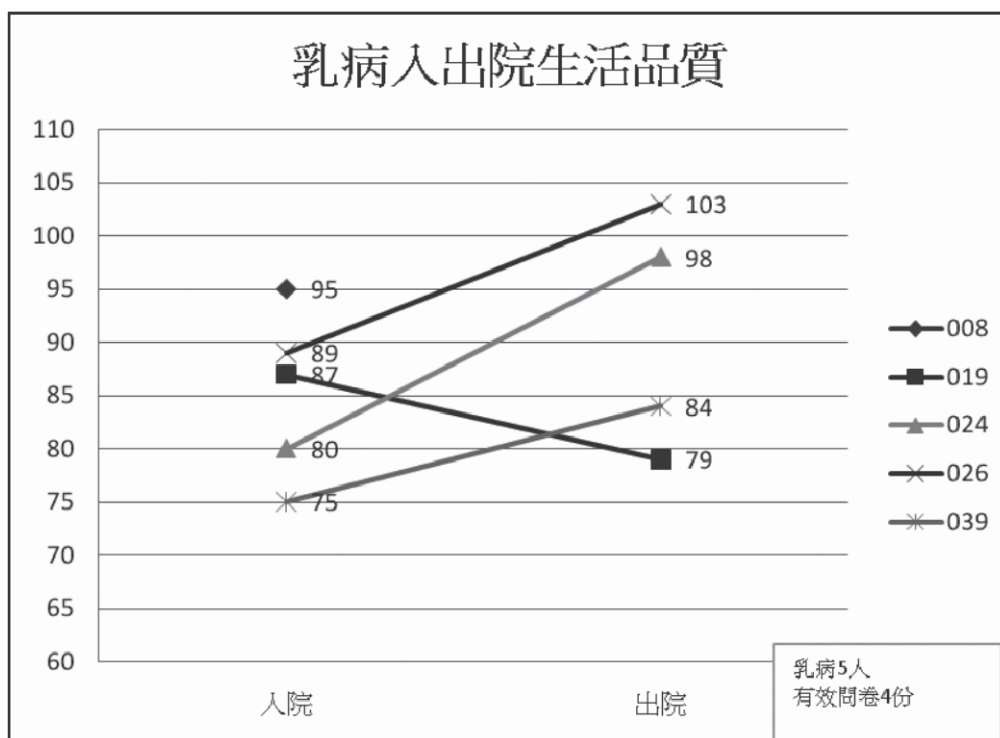
圖十 妊娠病住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)改善比例



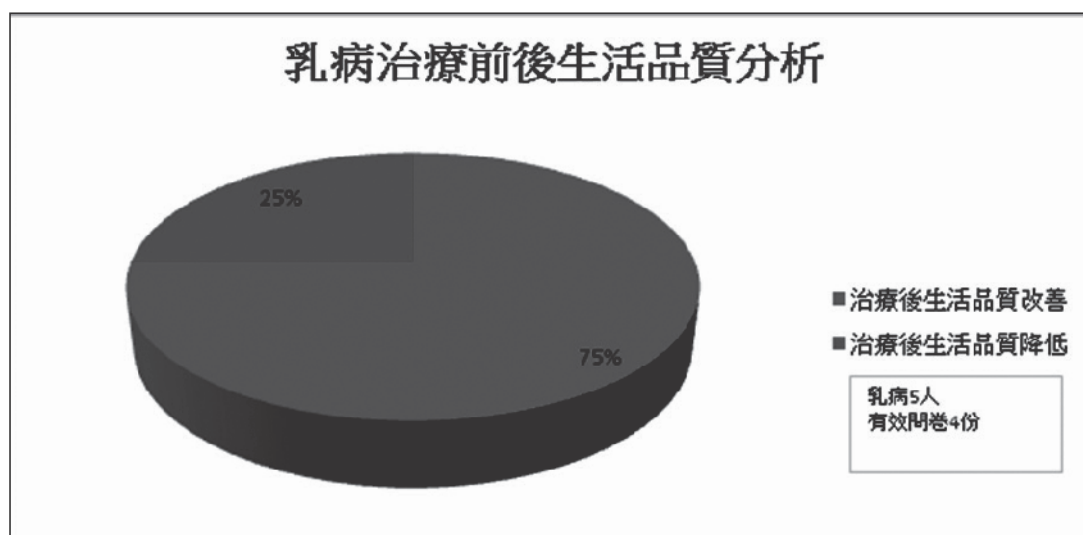
圖十一 妊娠病住院患者匹茲堡睡眠分數



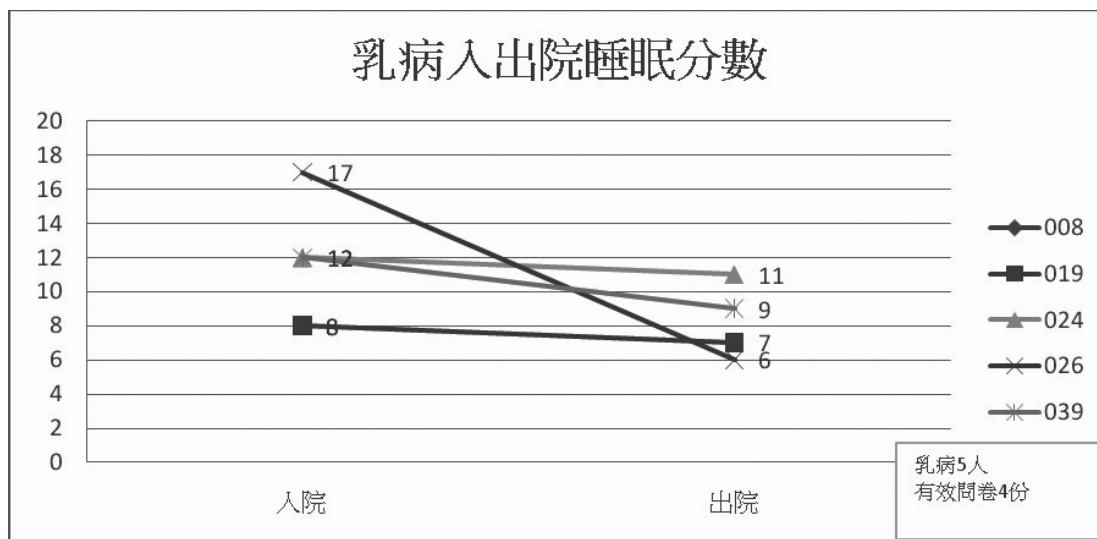
圖十二 妊娠病住院患者匹茲堡睡眠分數改善比例



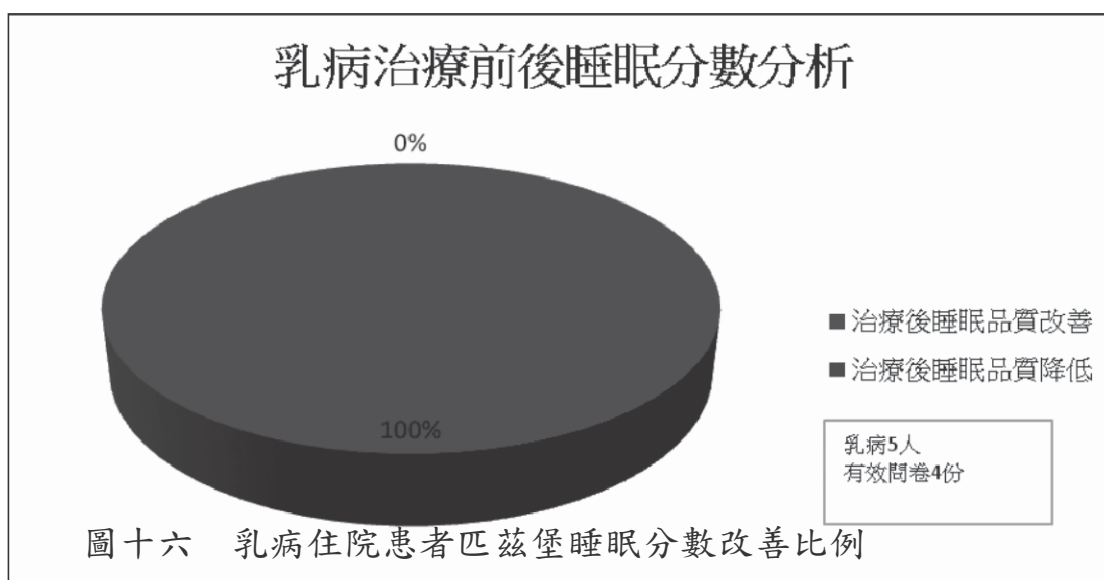
圖十三 乳病住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」
(WHOQOL-BREF)入出院分數



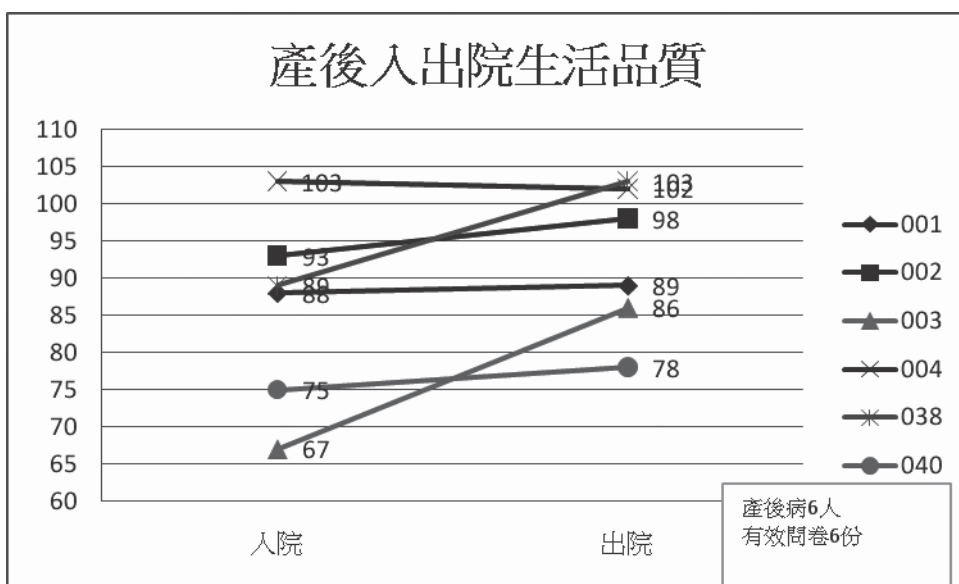
圖十四 乳病住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」
(WHOQOL-BREF)改善比例



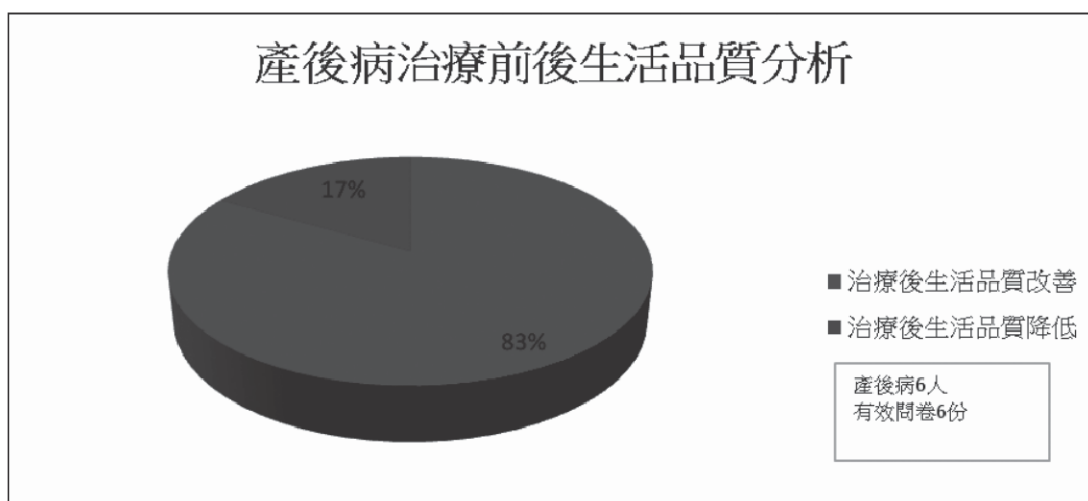
圖十五 乳病住院患者匹茲堡睡眠分數



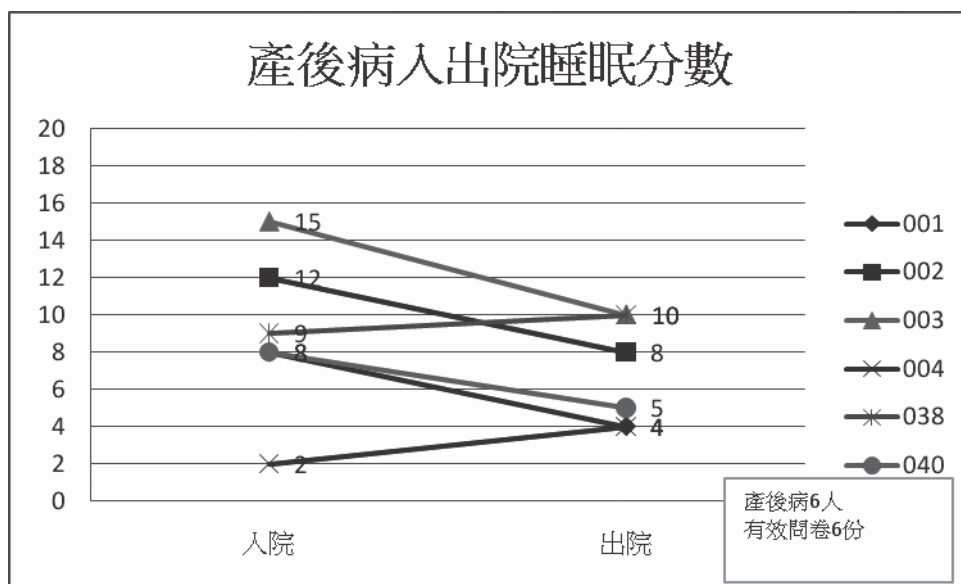
圖十六 乳病住院患者匹茲堡睡眠分數改善比例



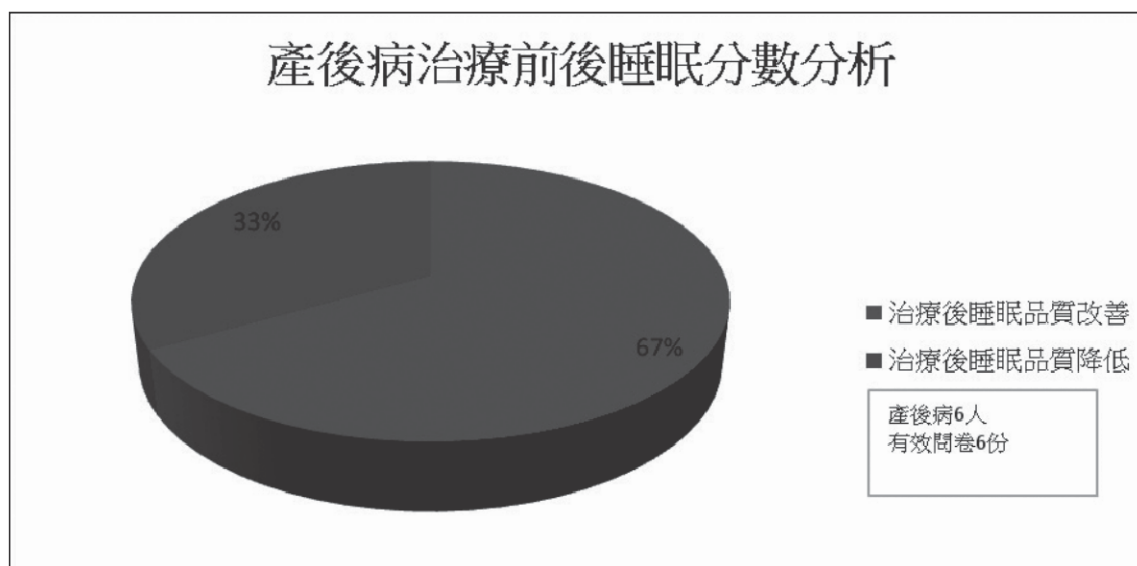
圖十七 產後病住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)入出院分數



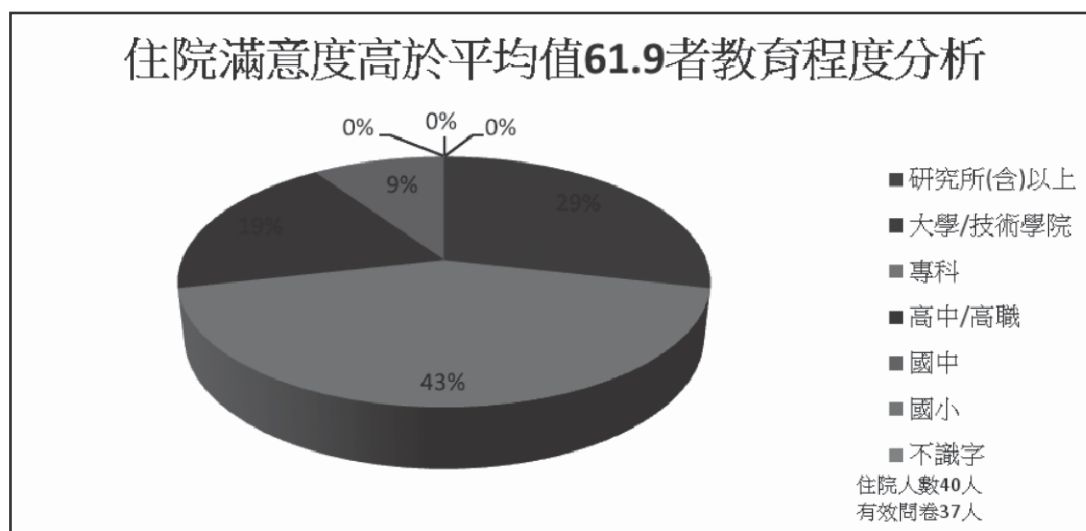
圖十八 產後病住院患者「世界衛生組織生活品質問卷」(WHOQOL-BREF)改善比例



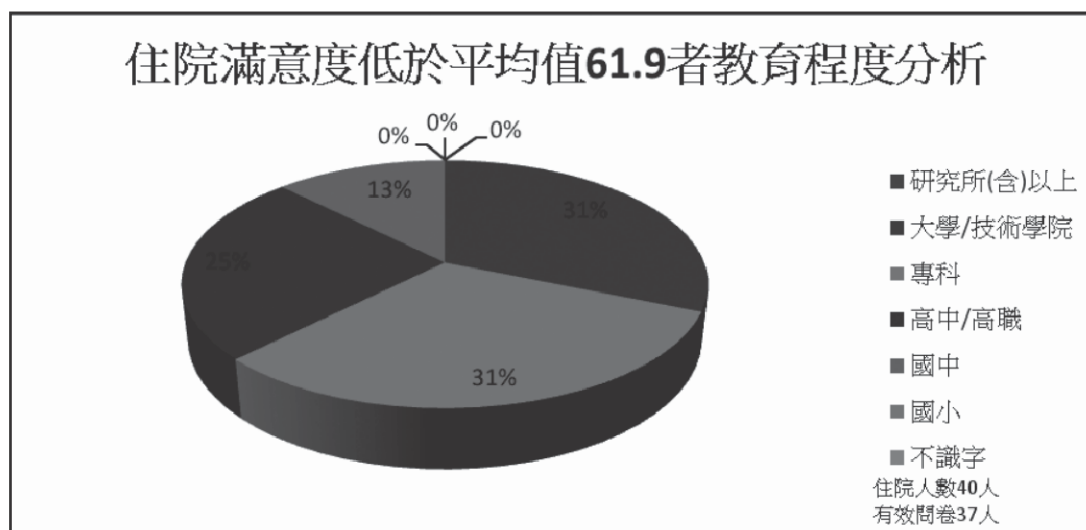
圖十九 產後病住院患者匹茲堡睡眠分數



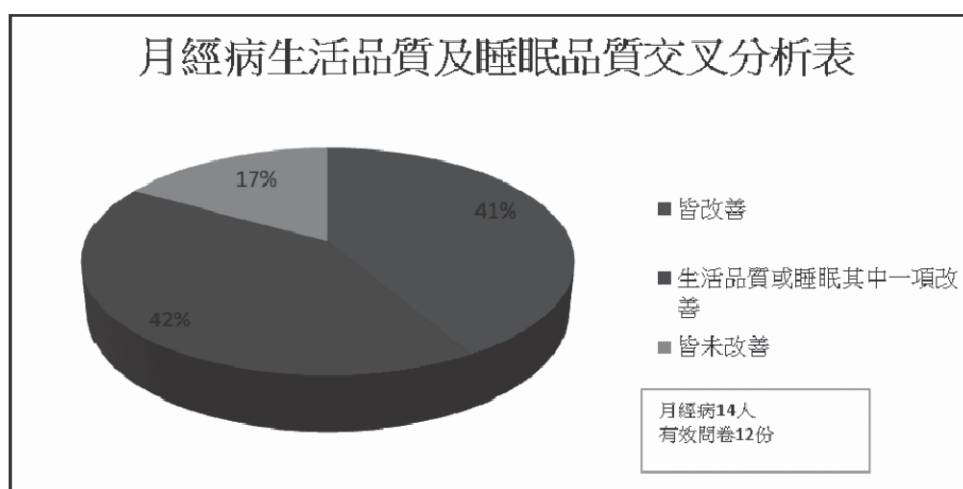
圖二十 產後病住院患者匹茲堡睡眠分數改善比例



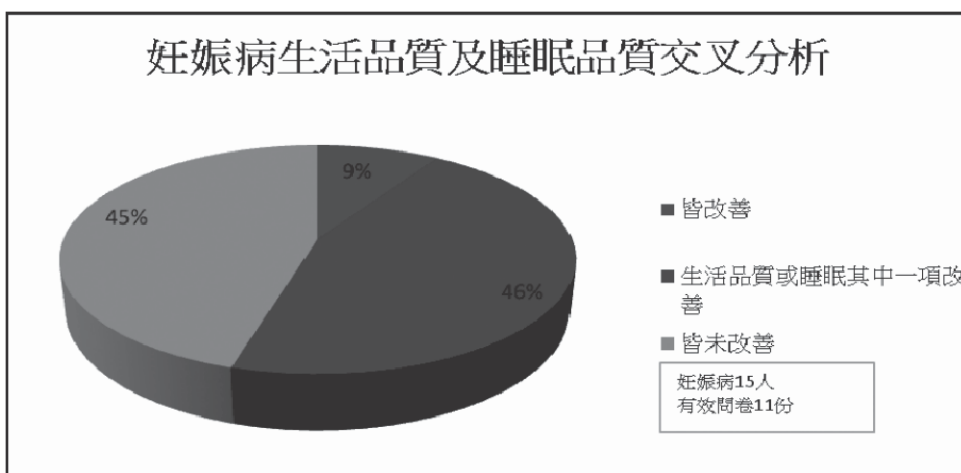
圖二十一 滿意度高於平均值61.9分之教育程度分析



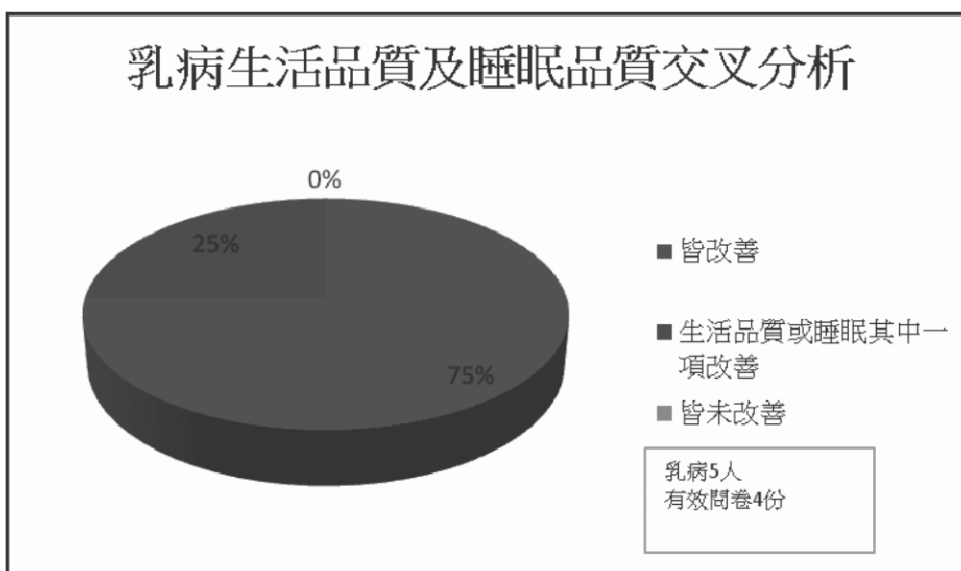
圖二十二 滿意度低於平均值61.9分之教育程度分析



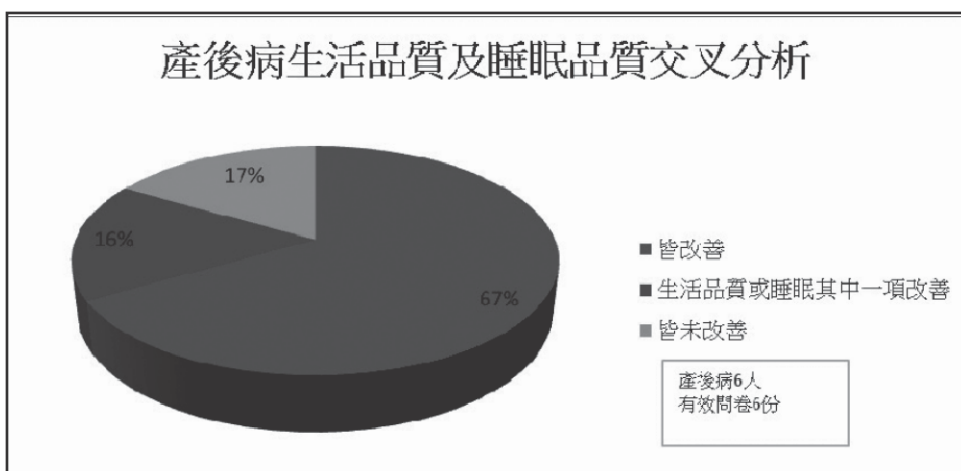
圖二十三 月經病生活品質及睡眠品質交叉分析表



圖二十四 妊娠病生活品質及睡眠品質交叉分析



圖二十五 乳病生活品質及睡眠品質交叉分析



圖二十六 產後病生活品質及睡眠品質交叉分析

表五、Paired t test住院生活品質及睡眠品質分析

生活品質比較		睡眠品質比較	
入院	出院	入院	出院
88	89	8	4
93	98	12	8
67	86	15	10
103	102	2	4
103	99	7	6
99	98	2	3
99	91	7	11
108	102	7	4
102	94	3	6
100	99	2	3
91	99	5	3
109	95	11	7
78	79	5	3
84	89	5	8
87	79	8	7
85	86	4	3
67	98	13	8
75	98	13	8
102	103	6	6
80	98	12	11
84	92	4	7
89	103	17	6
95	96	11	11
84	96	5	3
100	78	8	17
95	93	11	15
97	97	6	2
75	73	4	5
88	85	3	3
99	89	11	7
78	93	9	6
65	92	12	9
89	103	8	5
75	84		
75	78		
p-value		p-value	

月經病生活		月經病睡眠		妊娠疾病生		妊娠病睡眠		乳病生活品		乳病睡眠分		產後病生活		產後病睡眠	
108	102	7	4	103	99	7	6	87	79	8	7	88	89	8	4
102	94	3	6	99	98	2	3	80	98	12	11	93	98	12	8
91	99	5	3	99	91	7	11	89	103	17	6	67	86	15	10
85	86	4	3	100	99	2	3	75	84	12	9	103	102	2	4
67	98	13	8	109	95	11	7					89	103	9	10
75	98	13	8	78	79	5	3					75	78	8	5
102	103	6	6	84	89	5	8								
95	96	11	11	84	92	4	7								
100	78	5	3	84	96	8	17								
95	93	11	15	97	97	6	2								
75	73	3	3	88	85	4	5								
78	93	11	7	99	89										
65	92														
p-value		p-value		p-value		p-value		p-value		p-value		p-value		p-value	

表六、第二年中醫婦科住院病種、證型及相關資料表

疾病類別	人數	年齡	症狀	中醫證型	住院天數
子宮肌 瘤、血崩	7	45	經行全年淋瀝不止，有時會大量出血、近半年症狀加重大出血或有大量血塊出時會腹痛、起身頭暈、心悸、盜汗、自汗多、不畏寒熱、日前婦產科檢查發現有子宮肌瘤兩顆、子宮肌腺症。	氣陰兩虛	7
		42	自2008年3月家人生病開始月經延長(duration10→14天)淋漓不盡，同年10月開始月經量多且有經間期出血，檢驗Hb=6，故每週須打鐵劑補充。但打鐵劑後自覺月經量變多。2008/8/29接受子宮內膜刮除術，病理檢驗沒有發現腫瘤，經西醫診斷子宮肌瘤。術後服西藥控制月經量無效，2009/03/09與2009/05/02曾因出血過多昏厥。	氣虛血弱	8
		43	過去一年來經期即不斷延長，此次月經從2009/5/16日開始，反覆出血超過一個月，至診察當日(6/29仍未停止)。經量多色鮮紅，伴大量鮮紅色血塊，經行腹瀉，頭暈起立時明顯，小腹冷痛。且排卵期感覺胸部脹悶。服用西藥鐵劑治療貧血，以及子宮收縮劑，最近一次測量Hb：12.7。經西醫診斷子宮肌瘤。	肝鬱脾虛	3
		32	月經量多，經痛(不服止痛藥)。經痛時痛足痛，經行腰痠，婦產科：子宮後傾、子宮肌瘤。月經前有乳脹情況，雙側乳腺硬塊良性。排卵日前後會有帶下情況，色白，陰癢。	腎陽虛	3
		42	I/D：35/7-10。子宮肌瘤，月經量多，平均一小時需要換一片棉片，血塊(+)，色深紅，約2-3個月會發生一次量多情形。驗血：Hb：9.1(9/1至陽明醫院檢驗)，起身會頭暈，8/14欲昏厥感。月經前有乳脹情況，情緒會煩躁不安、憂鬱；經行腰酸背痛。	腎虛肝旺	3
		48	於2006年開始月經量多的情形。經西醫診斷子宮肌瘤。2009/6月，經行14天，7月開始又延至16-17天，8月延至12-20天才結束，會貧血頭暈、晨起頭暈甚，並有長期失眠情形，有長期定時服用安眠藥。足冷甚，穿襪子仍覺冷。	陽虛	4
		45	LMP 8/19月經量多近3-4年，經行前3日量多，血塊多，經行第2天流量最大，棉片換取數：1次/1HR。近1-2年經期腹部抽痛感，經行小腹脹悶。9/2 Hb：7.2，經行偶爾會突然大出血導致沾衣。	肝氣鬱滯	3

子宮肌瘤 術後血崩	1	42	97.2.13 因子宮肌瘤手術後，出現月經量多情形，每次月經來需服止血藥及鐵劑，近2-3個月已不需服用止血藥，仍服用鐵劑，經行頭暈頭痛，皮膚有蕁麻疹，晨起易流鼻水。	氣虛血弱	3
不明原因 血崩	1	15	患者至97年起出現月經一行之情形。 98年8月8日曾在路旁暈倒送醫，當時Hb：7.3，從8月8日始至入院體重下降6公斤。2009年6月開始，月經出血不止至8月底停後又出血，8月25日始量多服止血藥後量更多。	脾氣虛	6
月經淋瀝 不止	2	22	6/20開始月經不止。7月照超音波，發現子宮瘰肉、Myoma。抽血：PCOS、LH、FSH比例偏低，服用一個月的Progesterone，仍無效。至新陳代謝科，檢查出甲狀腺功能低下(差0.5)。6/20月經來7天後，又開始出血(輕量)，一直未停。	肝鬱脾虛	3
		29	LMP：9/4~9/10，9/19又開始陰道出血，色鮮紅，血塊(+)，排出時下腹疼痛，曾至婦產科就診，服用藥後(9/29~10/2)，月經仍有，且顏色由咖啡轉至鮮紅。回婦產科複診，10/4~10/7服用Estomon 0.625mg、Primolut-Nor、Doper t ab後，月經量反而增多。服用depression藥物。	陽虛、肺氣虛兼有胃熱	3
痛經	1	47	腹腔鏡手術後出現腹痛情形，月經後加重持續痛至下一次月經週期才又停止，排卵期腹痛加重。經行偶量多。	肝經氣滯	3
子宮肌瘤 手術術後 腹痛	1	47	因子宮肌瘤手術後腹痛入院治療，入院時有微量出血，頭暈欲嘔，服用晚餐後頭暈。	脾肺氣虛	5
子宮內膜 異位術後 腹痛	1	39	98/7/16於潘世斌診所施腹腔鏡手術，傷口疼痛，腹微痛。食慾不振，小腹偶有腹痛，經前1週偶有胃痛，胃酸多(約1次/1-2個月)。手足厥冷、左足麻木，拘急。	肝氣鬱結 兼胃熱	5
IVF 卵巢 過度刺激 合併腹水	2	37	於5/16在北醫執行IVF，植入四顆受精卵。現有輕微腹水、腹痛，無出血情況，手足冰冷，手指甲呈淡白。	腎氣虛	3
		36	分別在2009/06/30 pm9與am10各IUI一次，左下腹脹痛拒按，伴乾嘔，胸悶但無呼吸短促，西醫診斷有OHSS輕微腹水。腰痠，血壓偏低，無免疫問題，有多囊性卵巢(polycystic ovary syndrome)，曾因子宮瘰肉開刀，基礎體溫測量(BBT)呈biphasic。	肝腎陰虛	4
		39	2008/06/20取出15顆卵，後產生卵巢過度刺激症有腹水症狀，06/25與06/26接受500單位類固醇(steroid)，06/26植入4顆，入院時有使用HCG。	脾腎兩虛 兼肝經氣滯	3

多胞胎妊娠，卵巢過度刺激合併腹水，併呼吸窘迫	1	35	2009/06/19接受人工授精(Intrauterine insemination, IUI)後出現腹水，體重已增加5.4Kg(54→59.5kg)。於06/25與06/29接受注射白蛋白(Albumin)與利尿劑治療。腹水伴少腹與小腹痛與腰痠，易喘，痰清稀透明。食慾減退，易噁心與乾嘔。	肝經氣鬱化火	9
早期妊娠出血	4	36	IVF妊娠後出現晨起點狀出血、有乾嘔現象、有黃色分泌物、胃悶不適、腹悶痛。	肺腎兩虛兼內熱	4
		37	懷孕12週，持續陰道出血已五週，血色鮮紅且點滴不盡，並無腹痛及下墜感。雖已口服黃體素安胎，然而並未改善不正常出血的情形，期間亦曾婦產科超音波檢查，發現胎盤整個覆蓋子宮頸內口。	肺腎兩虛	6
		37	2009/03/13接受IVF植入4胚胎，餘1胚胎有心跳。ESR較高：80mm/hr。晨起會出血，2天需打一次肝素。	肝腎陰虛兼內熱	4
		34	自六月中旬始有妊娠出血情形，入院時妊娠7-8週，LMP5/16，7/7婦產科超音波檢查胚胎0.4cm，服黃體素仍有出血情形，有輕微腹痛，有腹瀉感時則出血症狀明顯。	脾腎兩虛	4
雙胞胎妊娠迫切性流產	1	33	2009/5/11體外授精(體外授精(體外授精(IVF)))植入三胚胎、5/25驗孕後開始出現咖啡色分泌物到6/15出現紅色分泌物至急診就醫，臥床休息直至6/17晨起又出現暗紅色糊狀分泌物，先至中醫門診就醫開立水煎藥二帖，6/18住院當日已變成褐色分泌物。	腎虛肝旺	3
妊娠劇嘔	2	37	妊娠5週、妊娠惡阻噁心嘔吐一日4-5行、納差胃脹、胃痛餓時加重。	腎虛肝旺	2
		35	8/24開始近3日開始劇吐。食後即吐。 8/25晚上未進食，胸口灼熱感。 食冰冷食物會咽痛。	腎陰虛兼肝經濕熱	3
妊娠早期破水	1	37	8/22騎腳踏車後，出現破水症狀，有微出血(血絲狀)至診所做試紙檢察，確定為破水。疑陰道感染導致破水。	肝經濕熱	4
IVF胚胎植入	3	45	不孕症患者，9/12進行IVF，畏寒易感冒，無懷孕史，經前頭痛。	腎虛肝旺	3
		34	9/19進行IVF，植入後腹微痛，畏寒，西醫檢查有抗磷脂抗體偏高，服用類固醇、Aspirin、奎寧，平日易口破。	腎虛兼胃熱	3
		43	9/26進行IVF，無自然懷孕史，人工生殖10次以上，進行人工生殖以後身浮腫，有雷諾氏症，淺眠，精神亢奮。因免疫問題服用類固醇、奎寧、Aspirin。	腎陽虛	3

乳腺炎	5	33	產後乳房脹痛硬塊，雙乳脹，硬塊多，乳汁少，怕熱。	肝經鬱熱	10
		35	雙乳約3~4小時會脹痛一次，有硬塊會疼痛。乳汁分泌少，雙翼下有數顆小硬塊。二尖瓣脫垂，現仍易喘，胸悶。	肺脾氣虛	24
		30	乳汁足，雙側乳房脹痛甚引眠差，痛甚不可觸，外側硬塊多。	肝經氣滯	23
		36	左側乳房硬塊化膿已一年多，西醫診斷泌乳素過高，觸診不痛，傷口偶出膿。	肝鬱胃熱	7
		36	因服癲癇藥物，欲退奶引乳脹硬塊多痛，雙側腋下甚。	肝鬱脾虛	28
產後生化異常	1	29	產後肝指數、尿酸、膽固醇偏高。	濕熱型	12
產後外感咳嗽	2	39	產前即發生感冒，產後咳嗽甚，並有黃色痰液。	肺陰虛、風寒外感化熱	6
		28	產後感冒身熱咳嗽，發燒，畏寒。	肺氣虛風寒外感	5
產後皮膚癢	1	37	產後皮膚癢，無紅疹，熱時易癢。	血虛風燥	23
產後憂鬱	2	37	產後因頭痛、會陰撕裂傷口疼痛(第四級會陰裂傷)住新生兒加護病房，寶寶狀況多影響睡眠已失眠，精神差而易煩躁，且心情低落有疑之情形。	產後陽氣虛損兼情志抑鬱，邪感寒滯頸筋	30
		29	產後一週突然出現失眠、納差、易哭等症狀，不欲接近嬰兒，情緒低落，易驚嚇。	產後陽氣虛損兼情志抑鬱	22

表六、中醫婦科住院處置用藥不良反應紀錄及處置

處置	不良反應	原因追蹤	處理方式	結果
中藥、針灸	出血不止	子宮肌瘤情形嚴重，中藥無法有效改善其出血量多	急診打止血針、輸RBC三單位	狀況穩定後離院並安排開刀子宮切除

玖、附錄

附錄一、住院問卷量表

住院問卷量表

姓名： No.

☐入院 ☐出院

一、生活品質量表

請選出最適合您在最近兩星期內對自己健康的滿意程度，評估您自己的感覺，然後就每一個題目選出最適合您的答案。

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？

☐極不好 ☐不好 ☐中等程度好 ☐很好 ☐極好

2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？

☐完全沒有妨礙 ☐有一點妨礙 ☐中等程度妨礙 ☐很妨礙 ☐極妨礙

4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？

☐完全沒有需要 ☐有一點需要 ☐中等程度需要 ☐很需要 ☐極需要

5. 您享受生活嗎？

☐完全沒有享受 ☐有一點享受 ☐中等程度享受 ☐很享受 ☐極享受

6. 您覺得自己的生命有意義嗎？

☐完全沒有 ☐有一點有 ☐中等程度有 ☐很有 ☐極有

7. 您集中精神的能力有多好？

☐完全不好 ☐有一點好 ☐中等程度好 ☐很好 ☐極好

8. 在日常生活中，您感到安全嗎？

☐完全不安全 ☐有一點安全 ☐中等程度安全 ☐很安全 ☐極安全

9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)

☐完全不健康 ☐有一點健康 ☐中等程度健康 ☐很健康 ☐極健康

10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？

☐完全不足夠 ☐少許足夠 ☐中等程度足夠 ☐很足夠 ☐完全足夠

11. 您能接受自己的外表嗎？

☐完全不能夠 ☐少許能夠 ☐中等程度能夠 ☐很能夠 ☐完全能夠

12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？

☐完全不足夠 ☐少許足夠 ☐中等程度足夠 ☐很足夠 ☐完全足夠

13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

☐完全不方便 ☐少許方便 ☐中等程度方便 ☐很方便 ☐完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？

☐完全沒有機會 ☐少許機會 ☐中等程度機會 ☐很有機會 ☐完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？

☐完全不好 ☐有一點好 ☐中等程度好 ☐很好 ☐極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

19. 您對自己滿意嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

☐從來沒有 ☐不常有 ☐一半有一半沒有 ☐很常有 ☐一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

☐完全沒有 ☐有一點有 ☐中等程度有 ☐很有 ☐極有

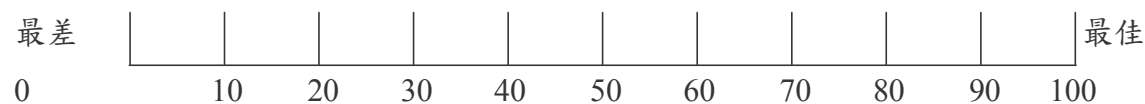
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

☐從來沒有 ☐不常有 ☐一半有一半沒有 ☐很常有 ☐一直都有

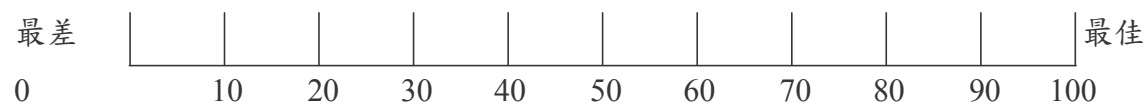
二、綜合自我評估

請依您最近**兩個星期**的情況，回答下列題目；「0」端代表生活品質**最差**的狀態，「100」端代表生活品質**最佳**的狀態，根據此觀點，請在下列的長條圖中，以**箭頭及數字**的方式，標出您的情況，謝謝。

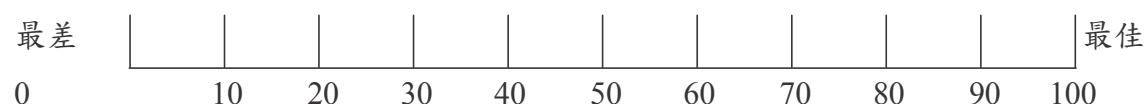
例如：整體而言，我對自己健康相關生活品質的滿意程度。



1. 綜合而言，我對自己健康相關生活品質的滿意程度。



2. 綜合而言，我在有月經來時，我對健康相關生活品質的滿意程度。



三、基本資料

1. 請問您的教育程度？

- ☐不識字 ☐國小 ☐國中 ☐高中/高職
☐專科 ☐大學/技術學院 ☐研究所(含)以上

2. 請問您的職業？

- ☐無 ☐學生 ☐軍 ☐公 ☐教 ☐農 ☐林 ☐牧 ☐漁
☐工 ☐商 ☐自由業 ☐服務業 ☐家管 ☐退休 ☐其他

3. 請問您的宗教信仰？

- ☐無 ☐佛教 ☐基督教/天主教 ☐回教 ☐民間傳統信仰 ☐其他

4. 請問您的婚姻狀況？

- ☐未婚 ☐已婚 ☐離異 ☐喪偶 ☐同居

(回答未婚者，請跳至第6題作答；其他請從第5題作答)

5. 您目前的居住狀況？

- ☐獨居 ☐配偶同住 ☐與配偶及子女同住
☐與其他家人(含配偶子女)同住 ☐住在療養院等機構

6. 請問您是否抽菸？

- ☐從未抽過菸 ☐有，已戒菸 ☐有，香煙使用量逐漸減少
☐有，香煙使用量和以前一樣 ☐有，香煙使用量逐漸增加

(回答未抽過和已戒菸者，請跳至第9題作答；其他請從第7題作答)

7. 請問您的菸齡？

- ☐＜5年 ☐5~10年 ☐11~15年 ☐16~20年 ☐＞20年

8. 請問您目前抽菸的量是多少？

- ☐＜半包/天 ☐半包/天 ☐1包/天 ☐2包/天 ☐＞2包/天

9. 請問您平時喝酒的次數？

- ☐＜1次/月 ☐1次/月 ☐1次/星期 ☐1次/天 ☐＞1次/天

10. 請問您平時的飲食習慣？

- ☐全素 ☐奶蛋素 ☐葷食(菜多於肉) ☐葷食(肉多於菜) ☐不一定

(回答全素者，請至第11題作答；其他請從第13題作答)

11. 請問您從開始吃素到現在的時間大約多久？

- ☐＜1個月 ☐數個月，不到1年 ☐1~5年 ☐6~10年 ☐＞10年

12. 請問您吃素的主要原因為何？

- ☐宗教信仰 ☐個人信念 ☐健康養生 ☐家人吃素跟著吃 ☐無特別原因

13. 請問您平時有沒有運動的習慣？(合計30分鐘算一次)

- ☐沒有 ☐有，約1次/週 ☐有，約3次/週 ☐有，1次/天
☐不一定，想到時才運動

(回答沒有者，請跳至第15題作答；其他請從第14題作答)

14. 請問您平時最常做的運動是？

- ☐瑜珈/靜態運動 ☐跑步/快走 ☐球類運動 ☐腳踏車/健身器材 ☐其他

15. 請問您是否患有下列疾病？(可複選)

- ☐無 ☐心臟病 ☐糖尿病 ☐高血壓 ☐癌症 ☐精神疾病
☐痛風 ☐氣喘 ☐腎臟病 ☐甲狀腺疾患 ☐肝炎/肝硬化
☐關節炎 ☐其他

(回答無者，請跳至第17題作答；其他請從第16題作答)

16. 因為上述所患的疾病，是否有服藥？

- ☐無 ☐只有(西藥) ☐只有(中藥) ☐有(中西藥都有)
☐有，其他療法(非中西藥)

17. 是否接受過針灸，其最近一次的時間？

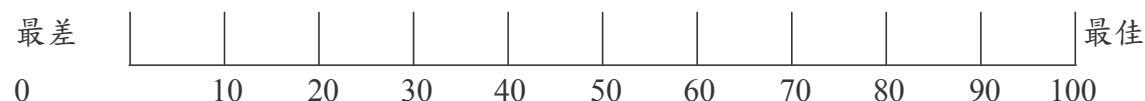
☐從來沒有或時間超過一個月 ☐有(3天內) ☐有(4-7天內)

☐有(8-14天內) ☐有(15-30天內)

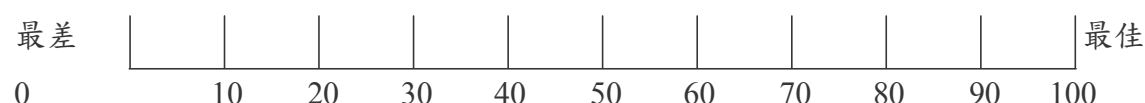
18. 自覺個人健康狀況？

☐很差 ☐差 ☐普通 ☐好 ☐很好

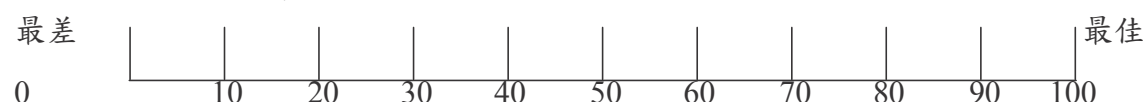
綜合而言，我傷口疼痛的程度。



綜合而言，我在有乳脹時，我疼痛的程度。



綜合而言，我在有痔瘡時，我疼痛的程度。



第二部分----婦科史

產後第_____天 宮縮：☐硬 ☐軟 高度_____

惡露量：每天_____片

色：_____味：_____身高_____公分 體重_____公斤

生命徵象：BP _____ HR _____ BT _____

傷口：☐紅 ☐腫 ☐痛 ☐滲液 部位：☐會陰 ☐C/S傷口 ☐無

乳房：☐硬 ☐痛

乳頭：☐凸 ☐凹 ☐平 乳汁：☐暢 ☐不暢

乳汁是否充足：☐是 ☐否

是否有使用生化湯：☐是 ☐否

是否有痔瘡：☐否 ☐內痔 分期_____

☐外痔 大小_____乘_____公分

1. 請問您的初經年齡：_____歲

2. 請問您的懷孕次數：_____次

3. 請問您的生產次數：_____次 (GPA)

4. 請問您的生產方式：☐自然產 ☐剖腹產

5. 請問您(產前)的月經週期

☐≤21天 ☐22~34天 ☐≥35天 ☐兩個月/季經 ☐不規則

6. 請問您(停經前)每次的經期從開始出血到完全無出血大約持續幾天

☐≤3天 ☐4~5天 ☐6~7天 ☐≥8天

☐不規則，天數差異很大超過3天

7. 請問您是否有使用的子宮收縮劑為？

藥名：_____

☐不知道

8. 請問您哺乳方式：☐母乳 ☐混合乳 ☐配方乳

9. 請問您是否有食用幫助乳汁分泌用的食品或草藥為？(可複選)

☐是 ☐否 ☐豬蹄膀 ☐花生 ☐其他：_____

10. 請問您平時服用的習慣？

☐2~3天一次 ☐1次/天 ☐2次/天 ☐三餐飯後吃 ☐不固定，想到時吃

11. 請問您使用保健食品後的成效如何？

☐沒有效果 ☐可以改善少許的症狀 ☐可以改善一半的症狀

☐可以改善大部分的症狀 ☐可以改善全部症狀

四、中醫論證

1. 最近兩週內您是否有口苦的感覺？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

2. 最近兩週內您是否出現腋下兩側肋骨悶痛的情況？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

3. 最近兩週您是否感覺到心驚(易受到驚嚇)？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

4. 最近兩週您是否感覺到不安？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

5. 最近兩週您睡覺時是否會作很多夢？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

6. 最近兩週容易健忘？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

7. 最近兩週注意力不容易集中？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

8. 最近兩週內您的食慾如何？

☐比原食量減少2/3以上 ☐食量比之前減少1/3 ☐食量不變

☐比原食量多1/3 ☐比原食量多2/3以上

9. 最近兩週內您睡醒時上半身是否有腫脹的情形？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

10. 最近兩週您早上睡醒是否仍有疲倦感？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

11. 最近兩週內您是否有耳鳴的現象？

☐沒有 ☐有（高音頻） ☐有（低音頻） ☐有（沒有特定的音頻）

（回答沒有者，請跳至第13題作答；其他請從第12題作答）

12. 最近兩週內每次出現耳鳴的持續時間為？

☐＜3小時 ☐3~6小時 ☐7~12小時 ☐13~24小時 ☐＞24小時

13. 最近兩週內您是否有下肢腫脹的情形？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

14. 請問您最近兩週內白天的小便次數？

☐≤2次/天 ☐3~5次/天 ☐≥6次/天，尿量一點點

☐＞6次/天，尿量普通 ☐＞6次/天，尿量多

15. 最近兩週內請問您是否有解尿解不乾淨的情形？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

16. 最近兩週內請問您是否出現漏尿的情形？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

17. 最近兩週請問您半夜是否有起床小便情況？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

18. 最近兩週您睡覺前是否會服用安眠藥？

☐沒有 ☐偶爾 ☐有時 ☐經常 ☐一直都有

19. 請問您服用的安眠藥為？

☐不知道藥名 ☐Valium ☐Melatonin ☐stilnox ☐其他種類的安眠藥

五、睡眠量表

以下是有關於您睡眠品質的描述，請圈選每一題最適合您感受的答案，非常謝謝！

請您就過去二星期內的日常生活（大多數）的睡眠習慣回答下列問題：

1. 過去一週來，你通常何時上床？ _____ 點 _____ 分

2. 過去一週來，你通常多久才能入睡？ _____ 分

3. 過去一週來，你早上通常何時起床？ _____ 點 _____ 分

4. 過去一週來，您每天晚上真正睡著的時間約多少（這可能和您躺在床上所花的時間不同）？ _____ 小時 _____ 分

以下問題請選擇一個適當的答案打勾，並回答所有問題。

5. 過去一週來你的睡眠有多少次受到下列干擾？

生
一
次

從未發
生
每
週
少
於
1
次
每
週
1-2
次
每
週
3
次
或
以
上

(1)無法在30分鐘內入睡

☐ ☐ ☐ ☐

(2)半夜或凌晨清醒

☐ ☐ ☐ ☐

(3)需要起床上廁所

☐ ☐ ☐ ☐

(4)呼吸不順暢

☐ ☐ ☐ ☐

(5)咳嗽或大聲打鼾

☐ ☐ ☐ ☐

(6)感覺很冷

☐ ☐ ☐ ☐

(7)感覺很熱

☐ ☐ ☐ ☐

(8)作惡夢

☐ ☐ ☐ ☐

(9)疼痛

☐ ☐ ☐ ☐

(10)其他情況 請說明：

☐ ☐ ☐ ☐

6. 過去一週來，您有多少次需要藉助藥物（醫師處方或成藥）來幫助睡眠？

☐從未發生 ☐每週少於一次 ☐每週1-2次 ☐每週3次或以上

7. 過去一週來，當您在開車、用餐、從事日常社交活動時，有多少次覺得難以保持清醒狀態？

☐從未發生 ☐每週少於一次 ☐每週1-2次 ☐每週3次或以上

8. 過去一週來，要打起精神來完成您應該做的事情對您有多少困擾？

☐完全沒有困擾 ☐只有很少困擾 ☐有些困擾 ☐有很大的困擾

9. 過去一週來，您對您自己的睡眠品質整體評價如何？

☐非常好 ☐好 ☐不好 ☐非常不好

午睡問題

1. 您在工作日午睡多長時間？

☐ 無

☐ 1小時以內

☐ 1小時到2小時之間

☐ 2小時到3小時之間

☐ 3小時以上

2. 您在休息日(假日)午睡多長時間？

☐ 無

☐ 1小時以內

☐ 1小時到2小時之間

☐ 2小時到3小時之間

☐ 3小時以上

3. 請問您日間嗜睡的情況已有幾年？

☐ 無

☐ 半年以內

☐ 半年到1年

☐ 1年到2年

☐ 2年以上

(回答沒有者，請跳到下一部分IBS問卷作答)

4. 請問您日間嗜睡的嚴重度

☐ 輕微嗜睡，在需要較少注意力的場合（例如觀看電視、閱讀書報、或參加旅遊）容易睡著。

☐ 中度嗜睡，在需要一些注意力的場合（例如參加演講、會議或音樂會）容易睡著。

☐ 重度嗜睡，在需要較多注意力的場合（例如吃飯、交談、走路或開車）容易睡著。

六、愛丁堡量表中文版

嬰兒年齡：

您最近生了一個小孩，我們想知道您的感覺。請在最接近您所感覺的答案下面劃線，不只是今天的感覺，而是包括過去七天的感覺。

下面是一個已經完成的例子。

我覺得快樂。

是的，一直都是。

是的，大部分時間。

不是，不常。

不是，一點也不。

這表示：在過去的一星期，”我大都時候覺得快樂”。請依此方式回答其他的問題。

=====

在過去的七天裡：

1. 我能夠開懷的笑和看事情有趣的一面。

如我往常一樣的能夠。

現在沒那麼多了。

現在明確地沒那麼多了。

一點也不能夠了。

2. 我能夠以快樂的心情來期待事情。

和以前一樣

比以前少了

明確地比以前少了

幾乎不能

3. 當事情不順利、搞砸了的時候，我會於事無補地責備自己。

是的，大都時候。

是的，有時候。

不常。

不，從不。

4. 我常沒有原由地感覺焦慮或擔心。

不，一點也不會。

很少。

是的，有時。

是的，經常如此。

5. 我會沒有原由地感覺驚慌或害怕。

是的，經常。

是的，有時。

不，不常，

不，一點也不會。

6. 事情壓的我喘不過氣。

是的，大都時候我一點也不能應付。

是的，有時候我不能像往常一樣應付的好。

不，大都時候我應付的相當好。

不，我應付的像往常一樣好。

7. 我的不快樂導致失眠。

是的，大都時候。

是的，有時候。

不常。

不，一點也不。

8. 我感覺悲傷或可憐。

是的，大都時候。

是的，相當多時候。

不常。

不，一點也不。

9. 我的不快樂導致我哭泣。

是的，大都時候。

是的，相當多時候。

只是偶而。

不，從不。

10. 我會有傷害自己的想法。

是的，經常。

有時候。

幾乎沒有。

從不。

附錄二、中醫住院流程及準備事項

中醫住院流程及準備事項

報到當日準備事項

☐ 1. 住院當日與住院室楊小姐或叢小姐（分機6101、6102）確認8B或5樓有無床位。（8B房間有兩千多或三千多的選擇，選擇房間時請盡量選擇遠離護理站的房間）。註：特甲病房：費用4046（病房費、護理費）+290（診察費）＝

4336元/天

特乙病房：費用3046（病房費、護理費）+290（診察費）＝
3336元/天

☐ 2. 從門診掛號並key住院申請單。

☐ 3. 請患者至門診報到領單，再到1F櫃檯繳費即可入住。

☐ 4. 準備中醫住院病歷、中醫住院計畫、紅外線燈、Actigraph、生活睡眠體質問卷至病房，並完成問診。

治療

1. 若需要每天治療兩次者，皆需要收費，一次使用健保、另一次則自費。

2. 目前都規劃統一量測HRV時間為16:00-17:00。

3. 早上治療時間可請患者七點用完早餐方便治療，7:40可請患者準備至5室治療。

出院準備事項

☐ 1. 完成出院生活睡眠體質問卷。

☐ 2. 收回紅外線燈、Actigraph並登錄資料。

☐ 3. 完成出院病歷摘要。

附錄三、月經惡露量表

惡露、月經量測

日期： / / 房號： No.

產後第 天 服用生化湯：☐無 ☐有：第 天

1. 惡露、月經：顏色：☐淡紅色 ☐紅色 ☐深紅色 ☐淡黃 ☐白色

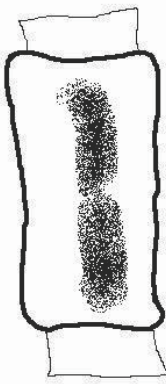
2. 請於下圖中勾選出今日惡露、月經於棉片中之情形：



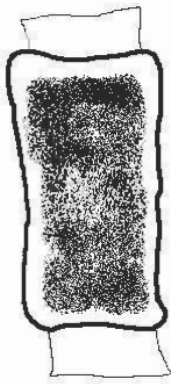
☐少量
(當擦拭時血液僅沾黏在薄紙上，
或產墊在 1 小時污染<2.5cm)



☐輕量
(產墊在 1 小時污染<1cm)



☐中量
(產墊在 1 小時污染<15cm)



☐多量
(產墊在 1 小時內已浸潤)

4. 宮縮： 指 子宮：☐軟 ☐硬 (非產後者無須填寫)

5. 血塊：☐無 ☐有

6. 腹痛疼痛視覺量表：

請將您子宮收縮疼痛程度於下方線中畫記：

不痛

非常非常痛

0

10

20

30

40

50

60

70

80

90

100

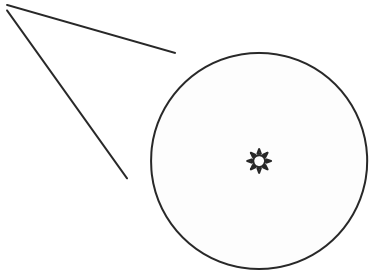
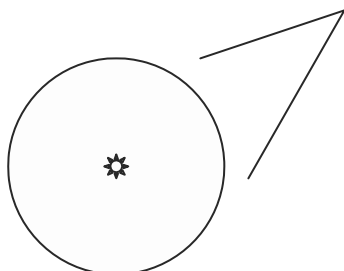
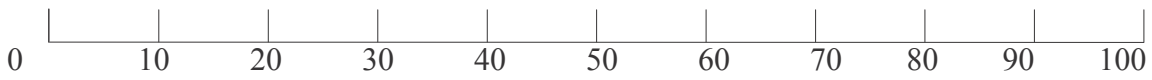
7.請將今日替換後之棉片紀錄於下表：

時間	棉片重量 (g)

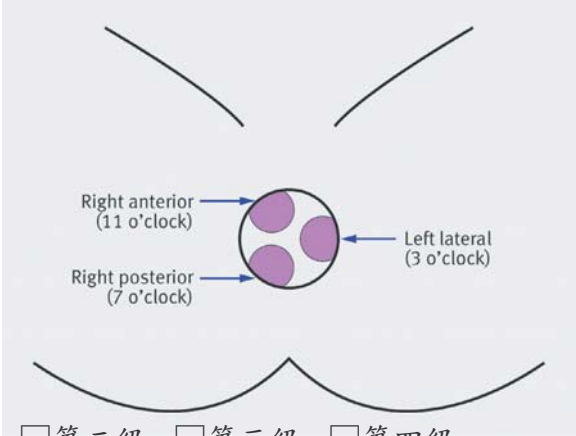
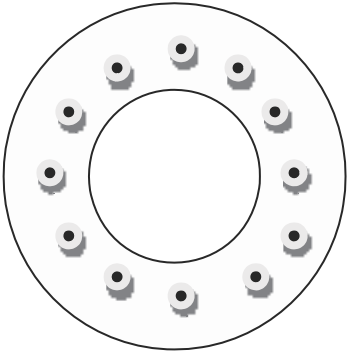
棉片淨重：g

棉片使用牌子：今日惡露重量：g

附錄四、乳房評估量表

乳房量測			
日期： / /	房號：	No.	
產後第 天	泌乳茶 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 氣血型	<input type="checkbox"/> 肝鬱型 第 天
<p>1. 乳汁情形：<input type="checkbox"/>乳汁不足 <input type="checkbox"/>乳汁足</p> <p>今日乳汁： c.c. 配方奶： c.c.</p> <p>2. 乳脹：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 每 小時一次</p> <p>3. 硬塊：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>請於下圖畫出乳房硬塊之部位：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>右側</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左側</p>  </div> </div> <p>5. 乳脹疼痛視覺量表：請將您乳脹疼痛程度於下方線中畫記：</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 不痛 非常非常痛 </p>  </div>			

附錄五、痔瘡量表

痔瘡量測			
日期： / /	房號： No.		
產後第 天	使用藥餅 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	第 天	
<p>1. 痔瘡類型：</p> <p>a. <input type="checkbox"/> 內痔 請於下圖中圈圈中勾出出痔瘡位置：</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <p>痔瘡分級：<input type="checkbox"/> 第一級 <input type="checkbox"/> 第二級 <input type="checkbox"/> 第三級 <input type="checkbox"/> 第四級</p> <p>痔瘡大小： x cm、 x cm、 x cm</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 外痔 請於請於下圖中圈出痔瘡位置：</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <p>痔瘡大小： x cm、 x cm、 x cm</p> <p>2. 痔瘡疼痛視覺量表：請將您痔瘡疼痛程度於下方線中畫記：</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">不痛</div> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; left: 10%; top: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 20%; top: -5px;">20</div> <div style="position: absolute; left: 30%; top: -5px;">30</div> <div style="position: absolute; left: 40%; top: -5px;">40</div> <div style="position: absolute; left: 50%; top: -5px;">50</div> <div style="position: absolute; left: 60%; top: -5px;">60</div> <div style="position: absolute; left: 70%; top: -5px;">70</div> <div style="position: absolute; left: 80%; top: -5px;">80</div> <div style="position: absolute; left: 90%; top: -5px;">90</div> <div style="position: absolute; left: 100%; top: -5px;">100</div> </div> <div style="margin-left: 10px;">非常非常痛</div> </div>			

附錄六、婦科住院治療常用方劑

名稱	服用法	適應症	組成
束帶即飲包	可早晚服用	脾虛氣結、經前小腹悶脹急迫、腰痠、頻尿膀胱無力	白朮、巴戟天、補骨脂、肉蓯蓉、西洋參、麥冬、五味子、杜仲、蓮肉、熟地、當歸、白芍
輕鬆即飲包	經前3~5天服用	肝鬱氣結、經前乳脹、月經後期、疏肝理氣調經（ 新肝鬱茶 ）	白芍、當歸(酒洗)、白朮(土炒)、麥冬(去心)、通草、柴胡、遠志、車前子、藿香、甘草
活力即飲包	早餐後午前服用	頭目昏重、偏正頭痛、全身痠痛、鼻塞、（ 疼痛 ）	川芎、荊芥、薄荷、防風、羌活、甘草、白芷、麻黃、白芍、巴戟天、菟絲子、茶葉
旺盛即飲包	適合白天服用	氣虛無氣力、肥胖身重、疲倦嗜睡（ 補氣陽調身 ）	西洋參、白朮、茯苓、車前子、麻黃、陳皮、當歸、姜半夏、黃耆、柴胡、葛根、巴戟天、菟絲子、茶葉
滋潤即飲包	全天皆可服用	氣虛無氣力、易疲倦、多夢、心慌易驚嚇（ 補氣陰調身 ）	巴戟天(鹽水浸)、菟絲子、五味子、覆盆子、枸杞子、芡實、白朮、西洋參、茯苓、車前子(酒炒)、肉桂
青春即飲包	月經第5天以後服用	卵巢機能減弱、經量變少、潮熱、心悸(卵巢機能調理- 氣陰)	地骨皮(酒洗)、黃柏、知母、丹皮、石斛、沙參、麥冬、元參(酒洗)、五味子、炒白朮、巴戟天(鹽水浸)、菟絲子
好朋友即飲包	月經前或經行皆可服用	卵巢機能減弱、月經不規則、來不停者(卵巢機能調理- 氣陽)	菟絲子(酒炒)、白芍(酒炒)、當歸(酒洗)、熟地(九蒸)、山藥、白茯苓、芥穗(炒黑)、柴胡
退火即飲包	依醫師指示	肝陽 調理(肝火旺、易高血壓體質或家族史)	五味子、杜仲、山楂、夏枯草
外洗方	外用浸泡可稀釋	皮膚搔癢 (外用浸泡可稀釋)	蛇床子、百部、苦參根
生化湯	依醫師指示		桃仁、當歸、黑薑、川芎、炙甘草
西洋參雞精	早上空腹加熱服用	肺系統虛弱 調理即飲包(過敏鼻炎或慢性咳嗽)	西洋參、老薑、雞肉（去皮）
亮麗即飲包	依醫師指示	皮膚紅疹、搔癢 調理即飲包	生地黃、桂枝、當歸、白芍、生黃耆、白蒺藜、荊芥、防風、甘草、白鮮皮、地膚子、蟬衣、僵蠶、薄荷、川貝母(或浙貝母)、淡豆豉、蒼耳子
晚安即飲包	中午過後至睡前服用	失眠、情緒緊張、焦慮（ 寧心安神 ）	浮小麥、甘草、大棗、夜交藤、茯神、遠志
飛燕即飲包	適合白天服用	體胖水腫、高脂血症 （降脂纖體）	山楂、紫蘇葉、荷葉、炒決明子、菊花、陳皮
晶亮即飲包	全天皆可服用	眼睛易疲倦、乾澀疼痛、眼淚稀少（ 明目除熱 ）	菊花、枸杞、桑葉、生地、夏枯草、蔓荊子、炒決明子、白蒺藜
涼夏即飲包	依醫師指示	龍膽瀉肝湯+甘露消毒丹	龍膽草、黃芩、梔子、柴胡、生地黃、當歸、甘草、木通、車前子、澤瀉、滑石、茵陳、藿香、射干、連翹、薄荷、白豆蔻、板藍根、西瓜皮。

* 即飲包服用法如下：

1. 若服用單一即飲包，則於早、晚各服用兩包。
2. 若服用兩種即飲包【甘玉及其他即飲包】，則早上服用其他即飲包，晚上用甘玉即飲包。
3. 即飲包藥茶可以和早、晚之中藥粉同時服用。
4. 即飲包皆請加熱後服用，若份量太多無法於單次服用完，則早、晚各服用一包即可。

* 生化湯：一天一小瓶，白天服用。不限定於月經前後，請依照醫師開立或囑咐之時間點開始服用。

附錄七、2009年中西醫婦科共識手冊修訂

第五章 月經病

第一節 痛經

痛經的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：625.3--痛經症(Dysmenorrhea)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；中醫婦科主任賴榮年；台北市立聯合醫院陽明院區。
- 三、發表時間：2007年1月。
- 四、中醫辨證：行經腹痛、行止腹痛、經行臍腹疼痛、經行腹痛，牽引腰腿。
- 五、西醫病名：痛經症(Dysmenorrhea) Based on PRODIGY guidance last issued in February 2003.
 - (一) 原發性痛經指生殖器官沒有器質性病變，又稱功能性痛經。
 - (二) 續發性痛經指因生殖器病變所引起的痛經，如子宮內膜異位症、盆腔炎、子宮粘膜下肌瘤等。
- 六、定義：痛經Dysmenorrhea：希臘文，指月經期間的疼痛，通常是用以描述月經期間及之前的痙攣，下腹疼痛，可能伴隨背痛的發生。
 - (一) 原發性月經困難：非骨盆腔病變的經痛，發生於月經週期。
 - (二) 次發性月經困難：骨盆腔病變的經痛。

發生

痛經是有月經的女性最常見的婦科問題。

一、原發性痛經：

- (一) 10%的行經女人每個月中有1-3天，會因痛經而導致無法工作或上課。
- (二) 一些證據顯示對肥胖，抽煙，未生育，或延遲分娩的女性，月經疼痛更加嚴重。
- (三) 痛經常發生在有排卵的週期，通常初經以後的6-12個月開始，一般在十五、六歲到二十歲之間最嚴重，伴隨著年齡逐漸減輕。(PRODIGY Quick Reference Guide)
- (四) 下腹部與骨盆腔的疼痛會發生在經期前或是經期中，並且會放射到背部以及沿著整條大腿放射，這種痛通常持續8~12個小時。

- (五) 超過50%的病患，除了骨盆腔疼痛外，尚伴隨一個或以上的全身性症狀，這些症狀包括下背痛（60%）、噁心或嘔吐（89%）、腹瀉（60%）、頭痛（45%）以及倦怠（85%），有時候會昏倒或崩潰。
- (六) 此疼痛往往發生於月經經血來前的幾個小時，而以月經的第1天疼痛較嚴重。
- (七) 有人報告母親及姊妹有痛經的病史者，有明顯增加痛經的發生。
- (八) 經由陰道生產的婦女以及服用避孕藥者似乎有較少發生痛經的情形。
- (九) 痛經在年輕的女性為最常發生無法上班、上課的單一原因。據估計美國每年因為痛經而損失的工作時數超過十四億小時。

二、次發性痛經：

- (一) 由於許多原因可造成次發性痛經，故確切的發生率目前並不清楚。
- (二) 通常發生在年紀30-45歲以後，並隨著年齡逐漸發生增加率。

病理機轉

一、原發性痛經：

- (一) 與排卵週期(ovulatory cycle)相關。
- (二) 與子宮的前列腺素prostaglandin產生及釋放增加相關，尤其是PGF 2。
- (三) 有痛經的女人所產生的前列腺素，可能是無症狀女人產生的10倍。
- (四) 大部分的前列腺素prostaglandin會在經期的開始前48小時釋放，因而可解釋症狀的時間性及與月經的相關性。
- (五) 前列腺素prostaglandin會刺激子宮肌層的緊度和收縮增加，以及血管升壓素(vasopression)，造成缺血，性疼痛和其他症狀。

二、次發性痛經：與骨盤腔病變相關的經痛，分為以下幾種

- (一) 子宮外：子宮內膜異位endometriosis，腫瘤，粘連，和非婦科的致病原因。
- (二) 子宮壁：子宮腺肌症adenomyosis，子宮肌瘤leiomyomas。
- (三) 子宮腔：息肉polyps，感染。

病因病機

氣滯 血瘀	在行經時有不暢的感覺，常伴有月經失調的現象。1因平素沒有注意經期衛生，2過度勞累，劇烈運動，3嗜食酸澀之味，4精神因素的影響。
寒濕 凝滯	經期(尤其經前期)涉水、淋雨、游泳、坐臥濕地，或飲食生冷等因。
氣血 虛弱	多屬肝、脾、腎三經虧損，體質素虛，行經之血海空虛；大病久病之後氣血衝任俱虛。

現代社會競爭激烈，現代人普遍壓力很大，飲食常無定時，或勞倦過飢，或貪慾過飽，如李東垣所言：「飲食不節則胃病，……胃病則脾無所稟受，故亦從而病焉。形體勞逸則脾病，……脾病則其胃不能獨行津液，故從而病焉。」脾病及胃，多因勞倦過度，情志內傷如思慮、憂懼、發怒等導致脾不升運，氣鬱結而運化不利。《內經》有云夫百病之始生也，皆生於風雨寒暑，清濕喜怒。……清濕襲虛，則病起於下；風雨襲虛，則病起於上，是謂三部。由於台灣地處濕熱，無論容易感受六淫之邪或飲食生冷不潔之物，則脾胃受邪，雍滯中焦，升降受阻。形脈稟質亦應於審病求因時列入考量。

丹溪在《局方發揮》中，主張要注重四時氣候，體質強弱："醫視病問證，已得病之情矣，然病者一身氣血有深淺，體段有上下，臟腑有內外，時月有久近，形志有苦樂，肌膚有厚薄，標本有先後，年有老弱，治有五方，令有四時，某藥治某病，某經用某藥，熟為正治反治，熟為君臣佐使，合是數者計較分毫，議方治療，貴乎適中"，由此看出，全面分析，辨證入微並不囿於某一單一方劑之成見，需要靈活運用辨證論治的精神。

主觀評估指標

一、病史：一個細節完整的月經和婦科病史，應包括：

- (一) 月經初潮的年齡。
- (二) 自然情形下，月經間的時間間隔及月經來時的時間及形態。
- (三) 疼痛的評估包括，位置，月經週期第幾天，疼痛形式，獨立的疼痛或伴隨經血，性交困難dyspareunia，緩減或加重的原因，以及本身如何處置的方法。
- (四) 性病 (STDs)，Papanicolaou 抹片病史，性交風險（包括性伴侶數，保險套的使用，其他物品的使用）。

(五) 避孕方式，包括子宮內避孕器，避孕藥。

(六) 任一伴隨症狀，如噁心，嘔吐，和腹瀉。

(七) 懷孕。

二、症狀：

本節主要敘述原發性痛經，症狀多為陣發性下腹絞痛、脹痛或墮痛，或痛引腰薦部，痛劇者可放射至股內側及陰道、肛門。部分患者覺得小腹痛，喜熱喜按，得熱痛減，按之痛減，經量增多，外流通暢後，疼痛漸緩解或消失。除腹痛外，可伴有噁心嘔吐、腹瀉等消化系症狀，也可有尿頻、尿急、肛門墮脹，患者面色蒼白、冷汗淋漓、四肢厥冷，甚者暈厥虛脫。

(一) 原發性痛經：

1. 痙攣，抽筋等病狀發生在下腹部及恥骨上方區域。
2. 不舒服的病狀採放射狀擴展至鼠蹊，上大腿，和低背部。
3. 不舒服的病狀自月經發生前開始，持續24-72個小時。
4. 其他併發的症狀包括：噁心，嘔吐，腹瀉和頭痛，是由於前列腺素prostaglandins和前列腺素代謝物開始體內循環。

(二) 次發性痛經：

1. 可能會伴隨其他婦科的症狀（例如：性交疼痛、經血過多、月經間不規則出血、和性交後出血）。
2. 下述不同症狀是由不同原因造成（腸胃消化系統症狀 gastrointestinal symptoms，泌尿道感染 urinary tract infection symptoms，性交困難 dyspareunia，和與月經無關的骨盆疼痛）。
3. 不舒服的病症可能在月經週期的任何時候發生，不舒服的開始會伴隨年紀增加（疼痛在25歲以後開始）。
4. 注意：如果檢查沒有發現不正常的器質性病變則不屬於次發性痛經。

三、醫療病史：

(一) 如前所述，需取得完整月經和婦科病史。

(二) 標明住院治療，外科手術，和其他過程。

(三) 標明慢性病情況，注意肝臟疾病，腎部疾病。

四、用藥病史：

(一) 目前的處方。

(二) 一切的用藥，包括替代藥物及中西藥。

(三) 任何避孕藥物。

五、家族病史：

- (一) 標明所有確定月經困難及婦科病變的家族病史。

六、精神病史：

- (一) 評估模仿能力coping skills。
- (二) 從病史中評估，被利用來模仿疼痛。
- (三) 評估可能得到的支援。

七、飲食病史：

- (一) 了解完整的飲食習慣，尤其是肥胖的病人。
- (二) 評估咖啡因過度使用。
- (三) 評估飲食中的糖和鹽。

客觀評估

一、生理檢驗

- (一) 一般外觀
- (二) 生命表徵，包括體重和身高。
- (三) 頸：檢查甲狀腺的過大或腫塊。
- (四) 心臟和肺。
- (五) 腹：檢查腸音，柔軟度，腫塊，堅硬度，抵抗力，彈回，或其他不正常。
- (六) 骨盆的檢驗：子宮頸內診檢查，包括分泌物，以輕刮判斷子宮頸的脆度。
- (七) 觸診：評估adnexal的柔軟度，子宮頸蠕動柔軟度，子宮的柔軟度，和子宮的擴大，adnexal異常。
- (八) 直腸檢查：以判定腫塊，以及各點的柔軟度。
- (九) 在原發性痛經，這些檢驗皆為正常的，如果病人為第一次被檢查，則必須排除懷孕和骨盆的傳染病。
- (十) 在次發性痛經中，骨盆的病變不一定會被檢查出，可能需要其他檢查以確認診斷。

二、診斷過程

- (一) 原發性痛經：
 - 1. 驗孕以排除懷孕。
 - 2. 抹片，陰道，和子宮頸細菌培養，以排除骨盆的感染。
- (二) 次發性痛經：以檢驗H及P檢驗結果判別。
 - 1. 紅血球計數(CBC)及血紅素的沈積作用(ESR)，以排除感染或者炎症。

2. Rapid plasma regain (RPR)以排除梅毒。
3. 子宮頸細菌培養以排除conorrhea及chlamydia。
4. Vaginal wet mount以判定細菌性陰道炎，衣原體，陰道滴蟲病和念珠菌症。
5. Pap smear抹片以排除子宮頸癌。
6. 懷孕測驗。
7. 驗尿。
8. 甲狀腺的功能測定。

(三) 其他檢驗

1. 陰道和骨盆的超音波檢查ultrasonography
2. Laparoscopic試驗
3. Hysteroscopy
4. Hysterosalpingogram

三、診斷要點：首先應根據疼痛發生的時間、性質、部位以及疼痛的程度，結合月經期、量、色、質及兼症、舌脈，並根據素體情況等辨其寒、熱、虛、實。

(一) 痛經常發生於精神緊張、抑鬱、恐懼、情緒不穩定的患者。

(二) 對痛敏感、痛閥較低者較易發生痛經。

(三) 痛經多發生於有排卵周期的患者。

(四) 口服避孕藥抑制排卵可以治療痛經。

(五) 若有解剖生理功能異常，如宮頸管狹窄或子宮過度前傾或後屈時，子宮峽部成角，阻礙經血外流；子宮發育不良，常伴血管供應異常，造成組織缺氧，發生痛經。

原發性痛經西藥治療

以nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID)作為第一線的處理：

- (1) 所有類型的NSAIDs對於原發性痛經通常都會有效。
- (2) Ibuprofen通常較被推薦，因為這種藥有較佳的風險-獲益比(risk-bene-fit ratio)。
- (3) Naproxen and mefenamic acid在使用上對於腸胃的副作用較低，因此也可以被用來減緩原發性痛經。
- (4) Paracetamol的使用時機是當NSAID類藥物不適合使用於病人時，此外這種藥物也可以合併codeine使用，作為額外的疼痛緩解。
- (5) 動情素與黃體素合併的口服避孕藥(COC)通常被建議作為第二線的治疗（除非避孕是需要時，才被用作第一線的治疗方式）。

(6) 非類固醇性抗炎症藥物(NSAIDs)在月經開始前一天服用，將更有效。

(7) 不建議使用在腎臟病人，限量使用於嚴重肝不足病人，以及哺乳母親。如果造成肝臟疾病，則立即停止用藥，預防發生體液滯留，心臟衰竭，高血壓，酒精中毒，脫水，和哮喘。隨時監控消化系統流血/潰瘍之副作用。

何時該尋求其他更進一步的治療（原發性痛經）？

☐使用時機是當病人對於NSAIDs或是COC等標準治療沒有明顯反應時。

有哪些其他的治療對於原發性痛經有幫助呢？

☐左炔諾孕酮宮內節育系統(levonorgestrel-releasing intra-uterine system)—特別是當月經過多屬於第四級時。

☐長效型黃體激素避孕藥(Long-acting progestogen contraceptives)。

☐經皮神經電刺激(Transcutaneous electrical nerve stimulation)。

☐針灸。

☐局部熱敷。

☐手術治療。

當懷疑是次發性痛經時該如何處理呢？

☐如果裝設有子宮內避孕器的話可以考慮移除，並提供其他的避孕方法。

☐轉介到婦科接受進一步的檢查。

繼發性痛經西藥治療

1. NSAIDs是前列腺素合成的抑制劑，因此推測可以減少子宮前列腺素的分泌進而減緩子宮的收縮。所有類型的NSAIDs都被認為是有效的，最多可以減緩70%的疼痛。

大部分的試驗都是在疼痛開始時服用NSAIDs，只有一個小型研究針對14位女性在他們經期前服藥來評估療效。這兩類型的研究都被證實十分有效[Chan et al, 1981]。

2. 用動情素與黃體素合併的口服避孕藥(COC)來減緩經痛的機轉是藉由使子宮內膜變薄以及抑制排卵，導致前列腺素濃度下降[Muse, 1990]。

使用COCs來治療痛經儘管缺乏好的聯床試驗，但目前是被允許用來治療經痛的方式之一。Cochrane systematic檢視之前用來治療原發性痛經的四個試驗[Proctor et al, 2003]，發現這些研究一方面缺乏隨機試驗，另一方面他們使用了早期含有較高雌激素的避孕藥(超過100 micrograms)，因此否定了大部分此類的試驗。但剩餘的研究卻仍證實與

服用placebo（百憂解）來減緩痛經相較起來，COCs顯著的減緩了疼痛 (odds ratio 2.01, 95% CI 1.22 to 2.33)。

3. 左炔諾孕酮宮內節育系統(levonorgestrel-releasing intra-uterine system) 在治療痛經方面尚未得到許可，但是已經顯示使用左炔諾孕酮宮內節育系統有它的優勢，尤其是針對想長期避孕且受到經期所困擾的女性 [Smith, 1993; Luukkainen and Toivonen, 1995]。
4. 像一些如progestogens, danazol, and gonadotrophin-releasing hormone analogues 等Menstrual cycle suppressant（月經週期抑制劑）偶爾會被用來治療經痛，但必須在專家的指示下使用。
5. 經皮神經電刺激(Transcutaneous electrical nerve stimulation)可以有效的緩解經痛，它的作用機轉倒不是藉由影響子宮的收縮，而是藉由改變人體對於痛覺的敏感度[Proctor et al, 2002a]。
6. 針灸對於減緩經痛是有效果的，在一個設計很好的實驗中針對48個女性做針灸治療發現，在經過每週一次、一個月三次且連續治療三個月後，發現實驗組的女性明顯比對照組（施針的位置遠離真正的穴位）的女性經痛有明顯的緩解($P < 0.001$)，但是真正的影響有賴進一步的研究[Proctor et al, 2002a; Proctor and Farquar, 2003]。
7. 局部熱敷也能有效的緩解疼痛。根據一項研究顯示局部熱敷加上一種止痛退燒藥ibuprofen比起單獨使用ibuprofen更能有效的減緩疼痛。
8. 一項研究針對使用Laparoscopic uterine nerve ablation (LUNA)腹腔鏡子宮神經阻斷術與單純用腹腔鏡做檢查的21位女性（對照組）相較發現，發現經過Laparoscopic uterine nerve ablation (LUNA)後，在三個月 (odds ratio 0.7, 95% CI 0.2 to 2.7)與12個月(odds ratio 10.9, 95% CI 1.5 to 77)之後，能有效的減緩疼痛。

另一項研究比較了Laparoscopic presacral neurectomy (LPSN)腹腔鏡薦前神經阻斷術與LUNA，發現在前三個月對於疼痛緩解沒有明顯差異，但是經過12個月後發現LPSN有較佳的疼痛緩解指數(odds ratio 0.26, 95% CI 0.10 to 0.71) [Johnson et al, 2000; Proctor and Farquar, 2003]。

For the bibliography see the full text: www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Dysmenorrhoea

痛經

處方明細

止痛：當有需要時可以使用

Drug	Age	Dose	Quantity
◎Ibuprofen 100 mg/5 ml sugar-free suspension	10到11歲	當需要疼痛緩解時每天服用3到4次，每次服用兩平匙(每平匙5 ml)。不要超過指定劑量。	300 ml
◎Ibuprofen 200 mg tablets	12歲以上	當痛經時，一次服用一顆，每天三到四次。*	56 tablets
◎Ibuprofen 400 mg tablets	12歲以上	當痛經時，一次服用一顆，每天三到四次。*	56 tablets
◎Ibuprofen 600 mg tablets	16歲以上	當痛經時，一次服用一顆，每天三次。	84 tablets
Naproxen 250 mg tablets	16歲以上	當痛經時，剛開始服用兩顆，然後一次服用一顆，每天三到四次。24小時內最多服用以不超過五顆為限。*	60 tablets
Mefenamic acid 500 mg tablets	12歲以上	當痛經時，一次服用一顆，每天三次。*	42 tablets
◎Paracetamol 250 mg/5 ml sugar-free suspension	10到11歲	當需要疼痛緩解時每隔4~6小時服用一到二平匙(每平匙5 ml)。最大劑量為24小時內不超過四劑。 **	300 ml
◎Paracetamol 500 mg tablets	12到15歲	當需要疼痛緩解時每隔4~6小時服用1~2顆。最大劑量為24小時內不超過8顆。**	50 tablets
	16歲以上	當需要疼痛緩解時每隔4~6小時服用2顆。最大劑量為24小時內不超過8顆。**	50 tablets
◎Codeine 30 mg tablets	16歲以上	當需要疼痛緩解時每隔4~6小時服用1~2顆。最大劑量為24小時內不超過8顆。	56 tablets
* 一些婦女發現在經期來前的1~2天開始服用會有所幫助。或是當疼痛或經血來時開始服用。當疼痛持續時必須按時服用。			
**當疼痛或經血來時開始服用。當有疼痛持續時必須按時服用。			

痛經

處方明細

動情素與黃體素合併的口服避孕藥(COC)—第一線選擇

Drug	Age	Dose	Quantity
◎Microgynon 30 tablets	12歲以上	每天服用一顆服用21天，當月經來後的第七天開始下一個循環。 詳情請見內附的使用說明。*	63 tablets
◎Ovranette tablets	12歲以上	每天服用一顆服用21天，當月經來後的第七天開始下一個循環。 詳情請見內附的使用說明。*	63 tablets
◎Brevinor tablets	12歲以上	每天服用一顆服用21天，當月經來後的第七天開始下一個循環。 詳情請見內附的使用說明。*	63 tablets
◎Ovysmen tablets	12歲以上	每天服用一顆服用21天，當月經來後的第七天開始下一個循環。 詳情請見內附的使用說明。*	63 tablets
*每天固定在同一時間服藥。假如忘了在預定時間吃藥的話，儘可能當你記起來時儘快服藥。假使你超過預定服藥時間12小時仍然沒有服藥的話，可能就沒有效了，儘管如此，你仍必須儘快服用，然後在下次預定服藥時間再次服藥，除此之外，在接下來的七天必須使用額外的避孕方法以避免懷孕。假使這接下來的七天內預計會吃完這個循環的所有藥物，儘可能的儘快開始服用下一個循環而不要間斷。而這種服藥方式也適用於吃藥後在3小時內有嘔吐或是有嚴重的腹瀉情形下。			

◎關於藥物的禁忌證、警告、藥物反應、以及副作用詳情請見British National Formulary (www.bnf.org) 或是the Medicines Compendium (www.medicines.org.uk)。

辨證論治

一、痛經辨證首先當辨別虛實的屬性：

(一) 疼痛發生的時間：

1. 月經未來之前即腹痛，而經血血量出來後疼痛消失或減輕為實。
2. 經血血量已出來而疼痛未消失、減輕甚至於加重為虛（血虛、氣虛）。

(二) 疼痛的性質：

1. 小腹可按揉，或按揉後疼痛改善為虛。
2. 小腹不可按揉，或按揉後疼痛加劇為實，為滯（氣、血、虛、熱滯）。

(三) 疼痛的程度：

1. 隱隱作痛、下墜感或痛為虛。
2. 刺痛、絞痛、劇痛為實。

二、辨別氣血

(一) 疼痛的程度：

1. 脹多於痛是氣滯其血。
2. 痛多於脹是血凝礙氣。
3. 血塊出來而疼痛減輕或刺痛者多為血瘀。
4. 經前痛多為氣滯；經後痛多為血虛。
5. 經期痛多為氣滯血瘀。

(二) 疼痛的部位：

1. 痛在小腹一側或雙側多屬氣滯。
2. 痛在小腹正中多屬血滯。
3. 痛在兩側少腹，病多在肝。
4. 痛連腰際，病多在腎。

三、辨別寒熱：

(一) 小腹熱敷，疼痛加劇為熱，症狀減輕為寒。

(二) 吃高卡路里的食物，如巧克力、紅糖水、四物湯、生化湯，疼痛減輕或消失為虛、為寒，若疼痛未改善或加重為實、為熱。

(三) 絞痛冷痛者屬寒；灼熱痛者屬熱。

四、形脈：舌一肥人多痰，瘦人多火，脈一肥人多氣虛，瘦人多陰不足。

五、稟質：情緒、先天、過勞。

上述辨證為一般性原則，然而臨床常常實中有虛、虛中夾實、虛中夾熱等症，臨證時根據上述辨證要點，結合全面情況具體分析，須全面合參，方能辨清症因。

痛經論治原則以補血活血化瘀為主，又須根據不同證類，或行氣、或溫經、或散寒、或清熱、或瀉實。方法上治分兩步：經期調理氣血止痛行滯標本同治，平時辨因治本，或益腎，或扶脾（並結合個人體質，或配以調肝，或節飲食，或慎起居，或調情志），使氣血流通，經血暢行。

六、中醫原發性痛經治療

治療方法：大致上常用於痛經的藥物依功用，可將之分為8類。

(一) 補血藥：當歸、熟地、芍藥。

(二) 活血祛瘀藥：川芎、牛七、元胡、沒藥。

(三) 補氣藥：甘草、人參、白朮。

(四) 溫理藥：肉桂、干姜、炮姜、附子。

(五) 理氣藥：木香、香附、烏藥、陳皮。

(六) 利水滲濕藥：茯苓、澤泄。

(七) 清熱藥：丹皮、支子、生地、黃芩、黃柏。

(八) 解表藥：柴胡、生姜。

1. 補血首選用當歸，其次為熟地、白芍。

2. 補氣首選用甘草，其次為參、耆。

3. 活血祛瘀藥有：

(1) 川芎、元胡、紅花、薑黃、五靈脂、劉寄奴、莪朮為屬溫性的活血化瘀藥，適合於偏寒性的痛經。

(2) 桃仁、沒藥、牛七、蒲黃則屬於平性活血化瘀藥。

(3) 涼性的活血化瘀藥有赤芍，適合於偏熱性的痛經。

4. 溫裡藥有：

(1) 溫振心陽藥—乾薑、肉桂

(2) 溫肝散寒藥—肉桂

(3) 溫散脾寒藥—乾薑

(4) 溫胃散寒藥—乾薑

(5) 溫肺化飲藥—乾薑

(6) 溫腎補火藥—炮薑、肉桂

➤ 痛經的溫裡藥以肉桂為首選藥，另有炮薑、干薑可考慮使用。

➤ 然而痛經的虛寒瘀證，陰血亦常不足，故溫裡之劑，中病即止，不宜過劑。寧可失之不及，若太過反而耗血生熱，轉證更趨複雜難治。陰虛之人慎用，盛夏少用或輕劑。

➤ 由於寒獨留則血凝泣，故於“痛經”證中，溫裡藥亦多與活血化瘀藥配伍合用，以溫化寒凝，加強活血化瘀藥推動之功。而“痛經”證中的活血化瘀藥亦以溫性藥為主，平性藥次之，較少用涼性活血化瘀藥，但此為大原則，宜以隨證判斷用藥。

5. 理氣藥：“痛經”證常由諸多病因而致，氣滯、氣鬱以及氣逆症。理氣藥雖有行氣、降氣藥之分，然而於“痛經”之使用皆屬於行氣藥，如木香常用於脾胃氣滯，香附、烏藥常用於肝氣鬱滯，而不用或少用降氣藥。

若虛性之氣機阻滯，而無兼症的痛經，可於補氣藥中加理氣藥治之，若稟賦素虛，而又氣滯，則宜於補養藥中輔以溫裡藥並酌加理氣藥、活血化瘀藥。

6. 清熱藥：若氣鬱化火的痛經，則於補血藥中加入活血化瘀、清熱涼血藥，並可考慮酌加理氣藥及利水滲濕藥。

現代人因於食滯、食積，亦致氣機阻滯，鬱而化火，常並見舌有薄白或黃苔，故宜於氣鬱化火的痛經加入消導之藥及清胃熱之劑。清熱藥中的丹皮與肉桂合用，可用來制約肉桂的熱性，以防血熱。

7. 解表藥：若於痛經的同時表現有風寒或風熱之症，亦可用合適的解表藥。

(1) 辛溫解表用：桂枝、防風、生薑。

(2) 辛涼解表用：薄荷、柴胡。

辨證分型：經痛臨床常見有八綱、病因、臟腑辨證法。

■ 八綱辨證—虛性痛經

(一) 氣血虛弱型

1. 辨證

(1) 婦科證候特點：經淨後或經前或經期小腹隱隱作痛，喜揉按，月經量少，色淡、質薄。

(2) 全身症狀：神疲乏力，面色萎黃，或食慾不振，舌質淡，苔薄白，脈細弱。

2. 治療

(1) 治則：益氣補血止痛。

(2) 方藥：可用小營煎、四物湯、聖愈湯加減、十全大補湯、八珍湯或當歸建中湯。氣血俱虛用聖愈湯去生地加白芍、香附、元胡（異病同治）。若中氣下陷則宜十全大補湯（異病同治）。月經經量出來後疼痛多屬血虛宜大、小營煎、四物湯、八珍湯或當歸建中湯。如果帶濁多而虛痛宜大、小營煎。如果月經每次來都痛或吃東西就嘔吐或肢體疲倦沈重感或伴隨有怕冷或發熱現象者，是平時稟賦氣血不足宜大營煎、八珍湯、若平時稟賦不足偏有寒象宜決津煎、五物煎及四神散。

➤ 補氣藥：山藥、人參、白朮、甘草、黃耆、大棗、飴糖。

➤ 補血藥：當歸、白芍、熟地。

➤ 活血化瘀藥：川芎、元胡。

➤ 解表藥：桂枝、生薑。

- 利水滲濕藥：茯苓。
- 理氣藥：香附。
- 溫裡藥：肉桂。
- 補陰藥：枸杞。

(二) 寒凝胞中—陽虛內寒型（寒滯陽虛）（如經水來多，胞虛受寒）

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經期或經後小腹冷痛喜按，得熱痛減，經量少，經色黯淡。
- (2) 全身症狀：腰腿痠軟，小便清長，脈沉、苔白潤。

2. 治療

- (1) 治則：溫經暖宮，調血止痛。
- (2) 方藥：可用溫經湯、當歸四逆湯、決津煎、四神散、五物煎、大營煎、大溫經湯、溫經逐寒湯、補宮定痛湯或陽和調經湯。當歸四逆湯（異病同治）原方用於治厥陰病“手足厥寒，脈細欲絕者。”虛而寒甚用理陰煎、溫經逐寒湯、大溫經湯。若平時稟賦不足偏有寒象宜決津煎、五物煎及四神散。若陽虛明顯宜補宮定痛湯或陽和調經湯。
 - 溫裡藥：桂心、乾薑、吳茱萸、附片、小茴香、細辛、肉桂、炮薑、川椒目。
 - 補陽藥：杜仲、紫河車、仙靈脾、巴戟天、肉蓯蓉、石楠葉、鹿角膠、補骨脂。
 - 補血藥：當歸、白芍、熟地、阿膠、大棗。
 - 活血化瘀藥：牛膝、川芎、蓬朮、延胡索。
 - 理氣藥：艾葉、烏藥、香附、荔枝核。
 - 解表藥：生薑、桂枝、炙防風。
 - 補氣藥：甘草、人參、炙甘草。
 - 清熱藥：牡丹皮、木通。
 - 補陰藥：麥門、冬枸杞。
 - 外用藥及其他：半夏。
 - 利水滲濕藥：澤瀉。

(三) 寒凝胞中—寒滯不虛型

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經前數日或經期小腹冷痛，得熱痛減，按之痛甚，經量少，經色黯黑有塊。

(2) 全身症狀：或有畏冷身痛，苔白膩，脈沉緊。

2. 治療

(1) 治則：溫經散寒除濕，活血理氣止痛。

(2) 方藥：可用少腹逐瘀湯（方見月經過多）加蒼朮、茯苓。或脫花煎（異病同治）、調經飲加薑桂吳茱萸或和胃飲、吳茱萸湯。或因為外寒或平日飲食生活起居不謹慎寒涼而導致凝滯宜調經飲加薑桂吳茱萸或和胃飲。

- 溫裡藥：肉桂、乾薑、吳茱萸、細辛。
- 活血化瘀藥：川芎、牛膝、紅花。
- 理氣藥：陳皮、木香。
- 解表藥：防風、蒿本。
- 外用藥及其他：半夏。
- 芳香化濕藥：厚朴。
- 利水滲濕藥：茯苓。
- 清熱藥：牡丹皮。
- 補氣藥：甘草。
- 補血藥：當歸。
- 補陰藥：麥冬。

■八綱辨證—實型痛經

(一) 氣滯血瘀型（實證不虛）

1. 辨證

(1) 婦科證候特點：每於經前一、二日或經期中小腹脹痛、多痛或痛至不能忍耐，拒按，經量少或行經不暢，經色紫黯有塊，血塊排出疼痛可減，經淨後疼痛自消。

(2) 全身症狀：常伴見胸脇、乳房作脹，舌質黯或見瘀點，脈弦或弦滑。

2. 治療

(1) 治則：理氣化瘀止痛。

(2) 方藥：可用膈下逐瘀湯、八物湯、調經飲、排氣飲、順氣調經飲、加味烏藥湯、失笑散、薑黃散、通瘀煎、當歸沒藥丸、玄胡當歸散或琥珀散。若兼口苦，苔黃，月經持續時間延長，經色紫黯，經質稠黏者，為肝鬱化熱之象，當佐以清泄肝熱，宜八物湯加梔子、夏枯草、仙鶴草。兼前後二陰墜脹者，宜加柴

胡、升麻。證見食少，胸脘悶者，肝鬱化脾，加炒白朮、茯苓、陳皮。痛而見惡心嘔吐者，為肝氣挾沖氣犯胃，當佐以和胃降逆，可於方中加黃連、吳萸、生薑。氣逆作痛宜調經飲排氣飲。脹過於痛，是氣滯其血宜八物湯、加味烏藥湯。氣滯鬱而化火、化熱宜順氣調經飲。痛過於脹，是血凝礙氣，宜八物湯、加味烏藥湯。血瘀明顯，宜膈下逐瘀湯、通瘀煎、失笑散、薑黃散、當歸沒藥丸、玄胡當歸散或琥珀散。

- 活血化瘀藥：川芎、赤芍、桃仁、紅花、五靈脂、牛膝、陳皮、木香、香附、烏藥、枳殼、延胡索、三稜、莪朮、蓬朮、薑黃、沒藥、劉寄奴。
- 理氣藥：枳殼、延胡索、烏藥、香附、澤瀉、青皮、川楝子、木香、檳榔、綠萼梅。
- 補血藥：當歸、芍藥、熟地、歸尾。
- 利水滲濕藥：茯苓、茯神、澤瀉。
- 清熱藥：丹皮、梔子、赤芍。
- 溫裡藥：厚朴、藿香、桂心。
- 外用藥及其他：米醋、烏豆。
- 解表藥：柴胡、生薑。
- 芳香化濕藥：砂仁。
- 安神藥：合歡皮。
- 消食藥：山楂。
- 補氣藥：甘草。
- 驅蟲藥：檳榔。
- 止血藥：蒲黃。

(二) 血熱型 治療

(1) 治則：清血熱。

(2) 方藥：可用保陰煎去續斷、加味四物湯、歸脾湯加柴胡梔子。

- 清熱藥：梔子、生地、黃芩、黃檗、丹皮、山梔。
- 補氣藥：人參、甘草、白朮、黃耆、山藥。
- 補血藥：當歸、龍眼肉、熟地、芍藥。
- 安神藥：遠志、茯神、酸棗仁。
- 活血化瘀藥：川芎。

- 解表藥：柴胡。
- 理氣藥：木香。
- 補陽藥：甘草。

(三) 濕熱下注型

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經前、經期小腹脹痛，拒按，有灼熱感。或伴有腰骨部脹痛。或平時小腹部時痛，經來疼痛加劇，經色黯紅，質稠或有塊。平時帶下色黃或有穢臭。
- (2) 全身症狀：時或低熱起伏，小便短黃，舌紅、苔黃膩，脈弦數或濡數。

2. 治療

- (1) 治則：清熱除濕，化瘀止痛。
- (2) 方藥：可用清熱調血湯《古今醫鑑·婦人科》加紅藤、敗醬草、薏苡仁。或芍藥湯《素問病機氣宜·保命集·瀉痢論》（異病梔子同治）、甘露調經飲。
 - 清熱藥：黃連、黃芩、生地、丹皮、紅藤、敗醬草、魚腥草、白薇。
 - 活血化瘀藥：川芎、莪朮、桃仁、紅花、元胡。
 - 補陰藥：龜板、鱉甲、白芍、當歸。
 - 理氣藥：木香、檳榔、香附。
 - 利水滲濕藥：薏苡仁。
 - 平肝息風藥：生牡蠣。
 - 瀉下藥：大黃。
 - 溫裡藥：肉桂。
 - 補氣藥：甘草。

■ 病因辨證法

(一) 風冷型痛經

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經前、經期腹痛，或有外感風寒症狀。或曾經經來洗冷水、外感風寒或飲食寒涼，經前或經期發生腹痛症狀。
- (2) 全身症狀：畏寒、畏風、打噴嚏、鼻流清涕、小腹冷感、小腹溫熱則痛減。

2. 治療

(1) 治則：祛風逐寒止痛。

(2) 方藥：可用溫經逐寒湯、吳茱萸湯、溫經湯、桂枝桃仁湯、川歸飲、丹皮湯、芍湯、川芎丸（參酌八綱）。

(二) 七情所傷痛經 思慮傷血宜四物湯（參酌八綱）加參朮，鬱怒傷血者宜歸脾逍遙兼服，不外乎於氣血之變化審因而酌加，然而七情所傷 仍宜穩定情緒，通情達變，才能祛除病因。

■臟腑辨證法

(一) 臟腑積冷

(二) 肝腎虛損型

1. 辨證

(1) 婦科證候特點：經期或經後一、二日內小腹綿綿作痛，經色黯淡，經量少而質薄。

(2) 全身症狀：或有耳鳴、頭暈、眼花；或腰痠，小腹空墜不溫；或潮熱、脈細弱，或沉細，苔薄白或薄黃。

(3) 證候分析：肝腎不足或虧損，由於先天素稟後天過勞傷，衝任俱虛，精血本已不足，行經之後，血海更虛，胞脈失於濡養，故痛多見於經淨之後。精虧血少，陰損及陽，經量少而色淡質薄，小腹空墜不溫，舌苔薄白，脈沉弱。精虧血少，可致頭昏暈，耳鳴、眼花。肝腎陰虧，虛熱內生，則見潮紅，苔薄黃，脈沉細。

2. 治療

(1) 治則：益腎養肝止痛。

(2) 方藥：可用調肝湯《傳青主女科·調經》或益腎調經湯《中醫婦科治療學·痛經·腎虛肝鬱型》。

- 補血藥：當歸、白芍、阿膠、熟地。
- 補陽藥：巴戟、續斷、杜仲。
- 活血化瘀藥：焦艾、益母草。
- 補氣藥：山藥、甘草。
- 補陰藥：山茱萸。
- 理氣藥：台烏。

七、痛經的治療思考模式建議如下：

- i. 補虛藥為痛經主要治療藥，並且以補血藥為主。現代人似乎有 愈來愈需要酌加補陰和補陽藥的趨勢。

- ii. 活血化瘀藥為僅次於補虛藥，針對痛經頻繁使用的治療藥，並以溫性、平性活血化瘀藥為主。
- iii. 理氣、溫裡仍為歷代各家認為痛經病的屬性偏寒，而所制定的治療原則。
- iv. 解表藥包含散寒、散熱，其使用在協同表證出現於痛經時或病史問診有跡可循的情形下酌用（如過去病史為經期不慎感受風寒，從此月經來開始有痛經的症狀等）。
- v. 清熱藥有制約溫理藥的燥性及清虛、實熱的不同功效。其於現代仍循同樣的想法，所不同的是清熱解毒藥使用有愈多愈頻繁的現象。

八、中醫的預防、調養之道 痛經在中醫的預防、調養之道可以依幾個方面來討論之：

- (a) 在經期前或正值經期時，不宜過食生冷或冒雨受涼、涉水游泳，以防寒邪客於胞宮，血為寒凝，滯而至痛經。
- (b) 不宜急躁、生氣、鬱悶，或悲傷過度，以避免肝氣不疏，情志內傷，血行不暢，凝滯胞中作痛。此外也必須講求經期心理衛生，學習和掌握月經的生理常識，以消除恐懼的精神負擔和緊張的心理，婦女每28-30天來一次月經，是正常的生理現象，要以正常的心態泰然處置。
- (c) 平時注意飲食調節，不宜偏食，忌暴飲、暴食，且應盡量避免辛辣、寒涼的刺激性食物。以防損傷脾胃，脾胃是後天之本，氣血生化之源，如氣血生化之源不足，血海空虛，胞脈失養，乃至血虛作痛。
- (d) 加強身體鍛煉，增強抗病能力避免造成體弱多病，但亦不可從事劇烈運動和過累的體力勞動，以防體虛而至外邪入侵。
- (e) 應注意個人衛生，特別是經期用物要注意衛生，保持外陰部的清潔，盡量避免坐浴，以防外毒之邪感染而致濕毒凝滯痛經，一旦出現痛經，應立即治療，不宜延誤。

非藥物治療

- 一、運動：將自然增加endorphins的釋放，可壓制前列腺素，將提升子宮內膜擴散的estrone - estradiol的比例，和將血液自子宮推出。運動可減少骨盆的收縮和疼痛。
- 二、針灸和指壓按摩：可以刺激身體的多種系統，同時產生許多內分泌和神經性的機制，透過自我平衡刺激許多生理功能。在biological mediaries of acupuncture analgesia中，Stux和Pomeranz (Beal, 1999)的研究，研究者概述一個模型，包括三個場所發生endogenous opiate

activity：脊錐，中腦，和腦垂體。除“由於這些endogenous opiate，針灸止痛會經由血清素serotonin，血壓平reserpine，和乙酰膽素acetylcholine達到，而他的效果會被阿托品atropine，naloxone，neurotransmitte和某種antagonists和blockers of neurotransmitters減少”。

- 三、Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Tens)：能夠在某些月經困難的嚴重情況中，對一般藥商充當輔佐療法，或者主要處理，適合於不想或不願使用保守藥理學方法的女性。在一個研究中，TENS在子宮沒有明顯改變下緩解疼痛（在30到60分鐘之內），得出如下結論，TENS經由脊椎裡的疼痛傳導系統，減少子宮局部缺血或活動。
- 四、吸煙停止：吸煙已經證實與流血的增加的持續時間，每日流血量增加，和增加月經困難的持續時間有關，尤其在嚴重的吸煙者。吸煙與週期長度並無關係，但是，在嚴重的吸煙者中，為週期長度的增加的可變性找到了證據。
- 五、飲食：對在緩和嚴重痛經的女人，發現低脂的素食與下列幾項有重要的關聯，增加血清中性荷爾蒙血清蛋白的濃度，和減少BMI月經疼痛持續時間，以及與專心，行為變化，和水滯留相關的經前症狀。低脂飲食對更年期前和後的女人，皆減少血清中雌激素的濃度。在膽汁中排洩的雌激素，倍enterohepatic代謝，它會被食物纖維切斷，刺激排便。增加的血清中性荷爾蒙血清蛋白，或者減少的水中雌激素的濃度，可能減少子宮內膜的雌激素的刺激作用，限制產生prostaglandins的組織的擴散。

總結

痛經在中醫藥療法的之臨床角色可依診斷與治療兩面來探討。在診斷方面，不可諱言的，西方醫學的診斷技術在某些方面的領域具有其優勢之處，一些如子宮內膜異位、子宮畸瘤等器質性的病變，光藉由中醫的變證論治很難確立診斷，或是在治療遭受到瓶頸時不知其根本原因為何，藉由西方醫學的診斷可以先排除這些器質性的病變，或發現後提供給中醫師做治療上的參考，或是發現後先予以治療，使得往後進一步接受中醫治療時達到更為理想之療效。

在排除一些器質性病變的條件下，西醫目前針對的都是在於如何抑制疼痛或是減緩疼痛方面，當治療停止一段時間後，疼痛的症狀往往隨之發生。而中醫所使用的針灸在止痛方面的成效並不遜色於西方醫學，同時針灸除了降低疼痛敏感度外，在中醫思考理論中尚能夠調整整

體的氣血運行進而能夠使得經期規律，減緩經期的不適感。雖然西藥的止痛藥根據目前臨床研究能夠迅速減緩大部分病人的疼痛感。但在中藥方面的運用，除了也具有止痛的效果外，藉由中醫的辨證，可以根據不同體質來進行治療，使得身體達到一個最為平衡的狀態，這都是西方醫學所不能達到的，也藉由如此能徹底改善經期時的不適感，降低止痛藥物的使用，甚至不用再依賴止痛藥物。因此我認為由初期的中西醫共治（當疼痛嚴重而中醫治療無法達到預期目標的前提下使用西藥有其必要性），到最後藉由中醫徹底改善病人體質，是治療經痛一個可以思考的途徑。

中醫治療及介入點：

痛經是先辨別其痛經之情形，除了根據患者給予適合證型之藥物治療以外，建議在八髎處滑罐，可改善局部骨盆腔之循環，對於氣滯血瘀型、濕熱下注型、血熱型者，給予滑罐治療後，於氣海、關元、八髎處給予中藥薰蒸，使用之中藥材以理氣、活血化瘀調經之藥材為主，譬如當歸尾、紅花、乳香、沒藥等，針對氣血虛弱或寒凝胞中型，除了給予八髎滑罐，建議在華佗夾脊處亦給予滑罐，可有明顯提振陽氣之效果，於氣海、關元、八髎處給予中藥薰蒸，使用之中藥材以溫陽調經之藥材為主，如細辛、艾葉、川椒。

臨床治療案例：

李*瑤，47歲因子宮肌瘤開刀後，於月經結束即開始出現劇烈腹痛情形，每次痛至下次月經行才又逐漸緩解，並有畏寒、氣虛無力等明顯症狀，給予中藥治療及滑罐、薰蒸後，即明顯改善，連續三個週期間，未再出現劇烈腹痛情形。註：藥草薰蒸內含藥材：桑枝、桑寄生、桂枝、乾薑、雞血藤、伸筋草、艾葉。

第二節 月經週期不規則

月經不規則的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：626.4---月經不規則症(Irregular Menstruation cycle)。
- 二、中醫病名：月經不調、月經後期、月經先期、月經先後不定期。

三、西醫病名：月經不規則症(Irregular Menstruation cycle)。

四、定義：月經不規則：月經不按週期來潮，或提前或延後7天以上者稱之為月經週期不規則。月經週期的長短係因人而異，平均是28天。

定義一：

月經周期正常者為28天左右，但在21~35天也屬正常範圍；經期，正常者約3~7天；經量，一般行經總量為50~80ml。若超出此正常範圍，即可作為中醫診斷。

- (1) 月經先期：月經周期提前7天以上，月經量基本正常，連續出現2個月經周期以上。
- (2) 月經後期：月經周期延後7天以上，月經量基本正常，連續出現2個月經周期以上。
- (3) 月經先後不定期：月經周期或前或後1~2周者，經期長而經量不多，連續出現2個月經周期以上。

定義二：

- (1) 月經量或次數減少 Scanty or infrequent menstruation (ICD9-626.1)：經血排出量明顯減少，甚至點滴即淨，或行經時間過短，不足兩天，經量也因而減少者，稱之為月經過少。
- (2) 月經量或次數過多 Excessive or frequent menstruation (ICD9-626.2)：婦女月經週期正常，但月經量較正常明顯增多，或者是月經的次數較正常明顯增多。
- (3) 月經週期不規則 Irregular menstrual cycle (ICD9-626.4)：月經不按週期來潮，時或提前時或延後在7天以上者稱之為月經週期不規則。
- (4) 排卵出血 Ovulation bleeding (ICD9-626.5)：排卵出血是常見的婦科疾病，屬於功能失調性子宮出血，簡稱功血，或稱失調性月經紊亂，指內分泌調節系統的功能失常所導致月經的紊亂和出血異常。大多數發生於生育年齡的婦女，又因排卵在兩次月經之間，故又稱經間期出血。
- (5) 子宮出血 Metrorrhagia (ICD9-626.6)：子宮出血一般指婦女非因生殖器疾病，如腫瘤、炎症或妊娠期各種有出血症狀的併發症所引起的出血，而是因內分泌障礙而發生的不正常出血，又稱為功能失調性子宮出血。若係發生於兩次月經中的任何時候，如果是排卵期所造成的出血，可以點狀出血以及觀察基礎體溫而判定。目前，由於注射外生性動情激素，也常成為導致子宮出血的原因之一。

中醫釋名：對於月經不調的名稱，中醫稱之為月經不調、月經愆期、月經或前或後、經來無定期、月水不調及經候不調，景岳則分為經早、經遲、經亂。歷代中醫醫家論治頗多，時至今日，在此疾病的治療仍維持很顯著的療效，然而辨證分型及論治，尚未有統一的標準，臨床醫師由於各家論述不同或定義不甚清楚，不易短期間深入熟習月經不調的診斷及臨床處置。

發生

女性第一次來經(初經)通常在12或13歲時。過重、肥胖或是環境荷爾蒙的干擾，都會導致初經的年齡提前。初經的1、2年月經週期的長度是很不穩定的，慢慢的隨著年齡增

長，月經週期會變的比較規律，平均28天左右。一般而言，瘦的女性或女運動員，月經週期會較長，而飲酒的女性則較短。年輕女孩的月經天數大約是6.6天；21歲後一直到停經前，一般是6天。瘦的女性又有抽煙習慣者，會有較長的月經；女運動員月經會較短；另外，服用口服避孕藥或注射避孕藥者，月經也會較短。

正常月經大約21天到35天出現一次，每次出血3到7天左右，出血量平均每次33c.c.，最多不超過80c.c.。月經血量在頭兩天最多，多寡可以由使用衛生棉的數量來判斷。

一般而言，如果週期短於21天，或出血持續超過7天，或超過80c.c.的出血量就可以說是不正常月經。不正常月經有著許多不同的呈現方式，如果出血週期不規則，也不頻繁，通常40天以上才來一次者，稱為「月經次數過少」。如果出血週期規則，而且很頻繁，往往不到21天就來一次者，稱為「月經次數過多」。如果出血週期規則，但出血天數或出血量過多時，稱為「月經血量過多」。反之，出血週期規則，但是出血天數或出血量很少時，稱為「月經血量過少」。另外如果出血天數或出血量正常，但是週期不規則，即稱為「不規則月經」。

參與激烈運動的女性運動員有較容易有月經週期的改變，稱為「運動性月經不規則」(athletic menstrual irregularity, AMI)。

病理機轉

月經不規則的原因很多，最常見的原因是荷爾蒙分泌不正常所造成。而荷爾蒙分泌不正常的原因又有很多，包括：月經初來的前幾年，荷爾蒙分泌系統還不成熟；停經前的婦女，荷爾蒙系統開始退化；長時的心理上壓力（如，將要大考）或是體力上的壓力（如，長跑選手）致荷爾蒙分泌系統紊亂；其他內分泌系統的問題（如甲狀腺機能亢進或是低下）也會影響荷爾蒙的分泌；性荷爾蒙分泌系統的腫瘤（如多囊性卵巢PCOS，腦下垂體腫瘤 高密乳激素症）。西醫病因：機體內外任何因素如影響丘腦下部-垂體-卵巢軸任何環節的調節功能，均可誘發月經失

調。常見誘因：

- (一) 月經過多：指月經量過多，月經週期規則或不規則。其發生原因有：內分泌功能障礙：如功能失調性子宮出血，此時除經量過多外常伴週期不規則。生殖器官疾病：如子宮肌瘤、子宮內膜息肉、子宮腺肌瘤、宮體炎、輸卵管炎、盆腔炎及宮內節育器等。全身性疾病：如心功能代償不全、肝硬化、血液病、缺鐵性貧血等，或因靜脈鬱血、或因影響雌激素代謝、或因凝血機制障礙等而致月經過多。
- (二) 月經過頻：指月經週期短於21天者，經量正常或略有改變。多因無排卵或排卵前期過短引起。甲狀腺功能低下也可使月經過頻。
- (三) 月經稀發：指月經週期超過40天的不規則子宮出血，經量正常或減少，多無排卵。常由內分泌障礙或全身健康不良引起。
- (四) 月經過少：指經量減少，月經週期有規律。多見於內分泌功能障礙，如下丘腦-垂體-卵巢軸異常、腎上腺皮質功能低下、甲狀腺功能亢進等。全身性疾病影響全身健康狀況時，如嚴重肺結核及重度營養不良等也可致月經過少，最後發展為閉經。至於生殖器官疾病如宮頸阻塞、宮腔粘連及子宮內膜結核等，亦是重要原因。
- (五) 經間期出血：指兩次正常月經之間的少量出血，又稱排卵期出血，因多發生在接近排卵期時，故名。
- (六) 經期延長：指月經期超過8天者，多見於無排卵月經或子宮內膜不規則脫卸。
- (七) 月經不規則：指月經週期不規則，一般經量不太多。

月經不調可能的影響因素

年齡

《素問·上古天真論》：「女子七歲腎氣盛，齒更髮長。二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，故有子。三七腎氣平均，故真牙生而長極。四七筋骨堅，髮長極，身體盛壯。五七陽脈衰，面始焦，髮始白。七七任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。」。另外女科準繩法治通論亦言，婦人童幼天癸未行之間皆屬少陰天癸既行，皆屬厥陰天癸既絕，乃屬太陰經也，從古籍之論述可知中醫古籍對女性生理的描述可知青春期的腎氣與衝任狀態均不相同，因此在診斷各階段的月經不調理應有所側重，故於問診上，年齡的詢問及記載是一項重要的參考依據。然而由於時代背景的關係，中醫古籍有關婦科方面的論述或醫案，很少記載患者的年齡。從現代的流行病學調查亦可看出，月經週期中位數雖然多在26~30歲之間，然而若從月經週期在各年齡階段的平均值可看出，初經後的1~5年三十幾天的月經週期仍是接受的範圍[表1]，從中醫的角度，可於這幾年內

月經變化，可以初步判斷先天腎氣是否充足。另外又可由問診得知小時候是否常生病，或曾長期使用藥物等病史；外型是否過於瘦弱或胸廓下陷，中氣不足等望診及胃氣充足與否的切診來確診。一般而言，如果女性至16歲仍未有月經且無第二性徵出現，或是到18歲雖有乳房發育或是陰毛腋毛的出現，仍無月經來潮，就稱為「原發性無月經症」，皆屬於中醫先天腎氣不足之證，其調經的療效偏低。隨著婦女年齡的增長，月經週期有逐年縮短的趨勢，此時又可稱為育齡期，育齡期婦女如果月經一向正常，若突然停止不來，應鑑別是否妊娠。在停經前2~5年生殖機能逐漸消退，此時腎氣亦逐年下降，月經週期有逐漸延長的現象。因此之故，診病之際應將此可能的變異納入考量，而非僵化的僅以固定的週期天數為月經不調的診斷通則。王孟英曾針對月經週期的觀察提出下以的看法：有未及二七之年而經水已行者；有年逾花甲而月事不絕者；有無病而偶停數月者；有壯年而月信即斷者；有數月而一行者；有產后自乳而仍按月行經者；有一產而停經一二年者。秉賦不齊，不可以常理概也。

表1、月經週期之流行病學調查

	Treloar et al., 1967(16)	Vollman, 1977(18)	Chiazze et al., 1962(15)	Matsumoto et al., 1962(15)
月經週期	中位數(平均數)	中位數(平均數)	平均數	平均數
初經後				
第1年	29.1(36.9)	29.0(35.0)		
第2年	29.1(34.1)	28.7(31.2)		
第5年	28.2(31.2)	27.8(30.1)		
年齡				
20-24	27.8(30.1)	27.9(29.0)	29.1	31.0
25-29	27.8(29.8)	28.2(30.7)	28.5	31.3
30-34	27.2(29.3)	27.9(29.1)	28.0	30.1
35-39	26.7(28.2)	27.9(27.3)	27.3	29.4
40-44	26.2(27.3)	26.7(28.3)	26.9	
45		26.7		
更年期前期				
前5年	25.5(28.4)			
前2年	26.6(43.5)			
前1年	27.9(57.1)			

職業

一般來說，關於月經不調的知識以及職業暴露於潛在危害因子的效應可說仍在研究階段。Jeyaseelan and Rao的研究發現活動力大的工作如家庭主婦、農場工人相較於助理工作人員有較長的月經週期。另有一些研究指出，製造電氣絕緣材料及開關相關產品女工(electrical Insulating Materials)相較於對照組較易發生月經過多(polymenorrhea)，月經不規則等問題，然而，許多關於月經不調與職業的關係仍不確定，多仍在探索階段。另外化學、物理、生物性因子的潛在危害，可干擾正常女性而致月經異常，已知的有一些化學治療劑，如氮芥子氣(nitrogen mustard)和長春花鹼(vinblastine)，以及多環芳香烴(PAH)如3-methyl cholanthrene和benzo [a] pyrene。深遠的影響有如受孕力降低，自發性流產等生殖危害。

隨著經濟的發展輪班工作者有著明顯增加的趨勢，現今美國約有730萬輪班工作者，而目前國內也有35.4%的公司實施輪班制度。過去研究指出輪班型態，長期而言易造成諸多生理的反應，特別是月經異常對婦女的身心健康造成最直接影響。橫斷性研究結果顯示，月經來的天數大於7天者，輪三班者之調整勝算比為不輪班者之2.22倍（95%信賴區

間：0.56 ~ 1.50)；月經週期天數小於24天者，不固定班者之調整勝算比為不輪班者之2.53倍(95%信賴區間：1.09 ~ 5.88)；輪班型態對月經的影響是一項重要的危險因子。由上述研究發現，可以了解，當輪班已經影響到月經的生理時鐘時，仍應先回歸日出而作，日入而息的正常班表為較理想的治療策略，如若不然，這一類的病患自然需耗費較長的治療及調理時間，始能恢復，對於病情較嚴重的月經不調病患，由於長期肝不藏血，甚至於表現出肝腎不足者，在生活起居不調整的情形下，僅用藥物治療其療效往往不易彰顯。

飲食：內分泌物干擾劑（外生性雌性激素-xenoestrogens）

近年來，具有賀爾蒙般特性的化學物質叫做“內分泌物干擾劑”已愈來愈受到關注。它被定義為一種“在完整的生物體、或它們的後代，或次族群中，改變內分泌系統功能和結果會導致有害的健康影響的外生性的物質或混合物”。“潛在的內分泌物干擾劑”被定義為“在完整的有機體，或它們的後代，或次族群中擁有的特性可能被預期導致內分泌素干擾作用的外生性物質或混合物”。這是歐洲聯盟(European Union)所提出來的。這些干擾劑存在環境裡，尤其是食物中，有可能影響月經的週期。飲食時有機會暴露於多來源含有雌性激素特性的化學物質，而不自知。殘留有機氯殺蟲劑如DDT和polychlorinated biphenyls (PCBs)是在環境中最普及和持久的外生性雌性激素。在很多食物中發現仍有殘留很多這些化合物和它們的代謝產物，美國的一個研究發現胎盤中，大約有20nM的DDE（DDT的主要代謝產物）濃度，雖然科學界目前關注在尋找和女性的乳癌的相關性。然而以台灣過去亦曾大量使用DDT撲滅蚊蟲及DDT的類雌性激素特性，其對目前年輕女性月經不調，透過環境中的直接暴露或其母親的間接貢獻，顯然對醫師於調治這一類病患的療效是一大挑戰。大量的植物性雌性激素（植物中的coumestans、黃鹼素flavones、異黃素isoflavones、lignans、膽固醇steroids、二苯乙烯芪）和黴菌雌性激素zearalenone，在體內和體外表現出用產生動情激素的效用。植物性雌性激素對人類重要的是在大豆和亞麻子仁中分別發現有最高含量的異黃素(daidzein和genistin)和lignans。雖然通常歸類為“微弱的”雌性激素，但是當這些化合物消耗到充分的數量時可以影響內分泌系統。例如：在更年期的婦女，一天消耗45毫克異黃素的劑量會使濾泡刺激和黃體化賀爾蒙濃度達到有意義的降低，且增加月經循環的長度。植物性雌性激素的暴露和血中濃度明顯地依據飲食而來，有趣的發現是，在日本攝取較高以醬油為基礎的飲食，而與一些特定癌症發生率較低有相關性。

目前仍有其他已知或未知的類雌性激素物質存在食物中，不過德國的食物安全評估理事委員會歸納結論如下：“在食物中植物雌性激素對賀爾蒙活性作用扮演主要的角色。在食物中新生兒早期的高暴露值得特別的注意。然而根據現在的知識攝取這些非常低濃度的物質，尚未發現

對健康的危害”。在藥食同源的中醫觀念中，需詳細的問診，進一步釐清因果關係是很重要的。

環境及出血量不正常的危險因子

一群一起工作或居住的女人是否會使得大家的月經週期都變得一樣？這是個相當有趣的問題。動物和人體實驗的結果都顯示群體生活的環境影響可以改變內分泌，雖然儘管群體的接觸並不是一個必要的因素。在同性之間的互動和與異性的接觸，都可導致月經週期長度與開始時間的改變。

英國的研究報告指出，月經的大量失血，除了一些含有黃體激素的物質會有影響外，子宮內避孕器也會增加出血量。生活壓力的改變亦很可能會造成婦女子宮不正常的失血，而且有實驗數據顯示長期的壓力會造成凝血功能的減退。使用口服抗凝血劑亦會增加經期的失血量。亦有一些研究指出，過長時間的失血較容易發生在吸煙者以及肥胖的女性身上。月經的大失血與甲狀腺分泌不足有關。在與經期長度有關的研究發現，節食會縮短出血時間；然而長期坐著工作或是體重不足則會增長出血時間。大部分素食主義者，都和排卵有關，減低腦下垂體的反應機制，較短的濾泡期，還有比較少的週期（一年小於10次的月經週期）。以上所述之危險因子，除了排除原因外，中醫藥在治療上的效果強弱仍待進一步研究及評估，如大陸有針對子宮內避孕器造成月經不調或宮血者，與以用藥及評估療效。這或許在沒有合適避孕方法的婦女是一種考量，但對於由於出血量增加而貧血者，個人並不建議，畢竟直接祛除致病因子（子宮內避孕器），才是不用一針一藥，快捷而有效的治病方法。

月經不調和慢性疾病的風險

除了初步證實荷爾蒙可能跟長期疾病有關，少部分研究已直接鎖定月經和內分泌代謝跟慢性病的關係。月經週期已被評估為乳癌和骨質疏鬆症的潛在因子，一個對於997個女性的預測性研究發現，女性在25~29歲中，曾有短（<26天）或長（>33天）週期有較高乳癌罹患率，而女性在一生中有<150或>350週期的也是如此。在兩個病列對照研究中，短週期與漸增的乳癌有關，另一個病例對照研究則說與肺癌有關。另一方面，雖然長週期或不規則週期被認為與較低的乳癌與卵巢癌發生率有關，長週期卻可能是骨質疏鬆症的危險因子。

只有一份研究提到月經與冠心病的危險性，它發現55歲以前的女性如果月經週期常<21或>35天，會有2倍心肌梗塞的危險比。無月經和月經稀少與胰島素依賴型糖尿病有關。在丹麥，一項以人口為基礎的六個月調查中顯示，無月經者（3個月）有8.2%是為糖尿病患者；而在月經過少的患者（週期時間為36天到3個月），則分別有10.6%及4.8%的比率者患有糖尿病。當有慢性疾病合併出現月經不調時，中醫治療的考量趨於複雜，臨床問診思路要思索是慢性疾病控制欠佳所致呢？抑或是治療慢性疾病的藥物所致（如甲狀腺素，阿司匹靈等）？或其前述原因交雜

影響女性內分泌系統。

地理差異的生物學

潛在於不同地區的生理機轉尚未被完全的探索出。決定月經不調的相關知識事實上受限於體重、身體活動力、壓力等三項危險因子的交互貢獻。生理上的活動，如果伴隨著訓練過程中有較大壓力的話，那便對月經有較強烈的影響作用。然而，只有少部分的研究其間的交互影響。極端的環境和病理狀態像是飢荒、厭食症所導致的飢餓和嚴重體重喪失已知道會引起無月經症。在一項美國大學生的研究指出，具有高度變化週期或無經症的人體重通常較輕、體脂肪比率較低，而且體重流失的比正常經期的婦女快。此外Ellison和Cabot主張急劇和中度的體重喪失會導致卵巢功能的改變，卵巢抑制的程度視體重喪失的嚴重性和時間長短而定，而體重的穩定有助加速卵巢機能的回復。而肥胖又常和無經症、多囊性卵巢症、經量少有關聯。體重會經由多方面的機轉影響月經的功能。第一，生殖功能也許是依賴著營養狀態，直接的影響：卡洛里平衡；或由食物的組成，例如相關的營養因子。第二，體內脂肪也許會直接影響內分泌的作用，因為脂質可作為類固醇性荷爾蒙的儲存所，而且也是動情激素製造處。肥胖會影響性荷爾蒙連接蛋白的濃度和動情激素的代謝。最後，體重和生殖功能都會被第三因子所影響，像是不正常的疾病（如：神經性厭食症），或者伴隨的環境暴露（如：壓力）。

壓力

心理壓力是最常被知道會影響月經的因素，對於壓力和月經功能的研究，大多是重大的生活改變。不過畢竟悲慘的重大事件是少數。對於較一般性事件的發生，像是開始一個新的工作，大學開學，或是展開一段新的人際關係，都有可能造成一個長的月經週期。這可能是比較能解釋一般大眾月經功能失調的相關因素。但其影響月經功能的機轉也仍是不明確，可能是藉由下視丘改變催乳激素或內生性的腦啡。

種族

在一個大規模婦女的全面調查發現，墨西哥及拉丁美洲月經前後持續平均約4.5天而歐洲婦女則約5.9天。另一個在18~45歲的北歐婦女隨機抽樣調查研究中，指出三個月以上無月經的症狀，在一年中有3.3%的發生率及4.4%的盛行率。Bachmann和Kemmann則指出英國的女大學生中，月經過少（週期天數為35~90天者）的盛行率為11.3%，90天以上無月經者則為2.6%。在印度鄉村的婦女中，有20.3%主訴有無月經的症狀。（4.7%有無月經的症狀，而22.4%為月經過少/月經較少的症狀）。丹麥的交叉研究報告發現，15~44歲的婦女中幾乎有30%過去的一年中至少經歷過一次月經週期為大於35天以及週期時間改變量大於14天的情形。這項數據顯示無月經在年輕的婦女有著較高的點盛行率，且由於不同種族也有不同的盛行率。即便在台灣也有原住民、平埔族、漢族等不同種族，更何況在國際化交流之下的外籍勞工、新娘等都是台灣中醫師

愈來愈頻繁會看到的病人族群，故調經不應輕忽此一變因。

辨證論治

一、形脈：舌—肥人多痰，瘦人多火，脈—肥人多氣虛，瘦人多陰不足。

二、稟質：情緒、先天、過勞。

(一) 辨證分型：月經週期不規則臨床常見有八綱、病因、臟腑辨證法。

(二) 治療方法：大致上常用於月經不規則的藥物，依功用可將之分為18類。

(1) 補血藥：熟地、當歸、白芍、阿膠、龍眼肉。

(2) 補氣藥：甘草、山藥、人參、白朮、黃耆、大棗、黨參、白扁豆。

(3) 清熱藥：丹皮、生地、黃柏、黃芩、地骨皮、知母、黃連、玄參、梔子、青蒿。

(4) 補陰藥：山茱萸、枸杞、麥冬、石斛、沙參、百合、龜膠。

(5) 活血化瘀藥：川芎、牛膝、紅花、莪朮、延胡索、丹參、桃仁、薑黃、延胡、歸尾、薑黃、鬱金、澤蘭。

(6) 補陽藥：杜仲、菟絲子、鹿角膠、川續斷、鹿角霜、補骨脂、核桃仁、狗脊、益智仁。

- (7) 利水滲濕藥：茯苓、澤瀉、木通、燈草、薏苡仁。
- (8) 溫裡藥：肉桂、附子、乾薑、川椒、小茴香。
- (9) 理氣藥：香附、陳皮、木香、烏藥、青皮、川楝子、枳殼。
- (10) 安神藥：酸棗仁、遠志、紫石英、茯神。
- (11) 解表藥：柴胡、生薑、升麻、蘇葉、芥穗、薄荷。
- (12) 收澀藥：五味子、蓮肉、芡實、金櫻子、烏梅。
- (13) 芳香化濕藥：砂仁、厚朴、蒼朮。
- (14) 化痰藥：半夏、桔梗。
- (15) 祛風濕藥：桑寄生、獨活、木瓜。
- (16) 止血藥：艾葉。
- (17) 消食藥：山楂。
- (18) 止血藥：艾葉。

月經先期：

◎八綱辨證：

一、陽盛實熱型：

1. 辨證：

- (1) 婦科證候特點：月經週期提前，經血多或澀少或正常。經色鮮紅，或紫紅，質黏稠，流出時有熱感。
- (2) 全身狀況：面色紅，唇赤，或口渴，心煩，小溲短黃，大便乾結，舌質紅，苔黃，脈數或滑數。

2. 治療：

- (1) 治則：清熱涼血，固衝調經。
- (2) 方藥：清經散、清化飲、芩連四物湯、薑芩四物湯、芩朮四物湯。
 - a. 補血藥：白芍、熟地、當歸。
 - b. 清熱瀉火藥：黃芩、黃柏、黃連。
 - c. 活血化瘀藥：川芎、薑黃、延胡。
 - d. 清熱涼血藥：丹皮、生地。
 - e. 利水滲濕藥：茯苓。
 - f. 清虛熱藥：青蒿、地骨皮。
 - g. 理氣藥：香附。
 - h. 補陰藥：麥冬、石斛。
 - i. 補氣藥：白朮。

二、陰虛火旺型：

1. 辯證：

- (1) 婦科證候特點：月經週期提前，經量或少或正常或多，經色深紅，質稠。
- (2) 全身狀況：兩顴潮紅，手足心熱，或潮熱盜汗，心煩不寐，或咽乾口燥，舌質紅，苔少，脈細數或脈洪滑，飲食喜冷畏熱。

2. 治療：

- (1) 治則：滋陰清熱固衝。
- (2) 方藥：兩地湯、生地黃散《素問病機氣宜保命集》。清化飲。火之甚者，以抽薪飲。微火陰虛，以保陰煎。血熱多火，經早內熱，毓麟珠加川續斷，地骨皮各二兩。地骨皮飲。
 - a. 補血藥：白芍、熟地、當歸、阿膠。
 - b. 清熱瀉火藥：黃芩、黃柏、梔子。
 - c. 補氣藥：甘草、白朮、山藥、人參。
 - d. 清熱涼血藥：生地、丹皮、玄參。
 - e. 利水滲濕藥：茯苓、木通、澤瀉。
 - f. 補陰藥：麥冬、石斛。
 - g. 補陽藥：川續斷、菟絲子、杜仲、鹿角霜。
 - h. 活血化瘀藥：川芎。
 - i. 清虛熱藥：地骨皮。
 - j. 理氣藥：枳殼。
 - k. 溫裡藥：川椒。

三、血瘀型：

1. 辯證：

- (1) 婦科證候特點：月經週期提前，經量少而淋漓不暢，色暗有塊，或血多有塊，小腹滿痛拒按，血塊排出後則疼痛減輕。
- (2) 全身狀況：常無明顯症狀，有的可見皮下瘀斑，或舌質暗紅，或舌邊有瘀點，脈澀或弦澀。

2. 治療：

- (1) 治則：活血化瘀，調經固衝。
- (2) 方藥：桃紅四物湯、通瘀煎、佛手散。
 - a. 活血化瘀藥：紅花、川芎、桃仁、歸尾。
 - b. 理氣藥：香附、烏藥、青皮、木香。

- c. 補血藥：當歸、熟地、白芍。
- d. 利水滲濕藥：澤瀉。
- e. 消食藥：山楂。

四、血多無熱：

- 1. 辨證：血多無熱。
 - (1) 婦科證候特點：月經先前，血多無熱。
- 2. 治療：
 - (1) 治則：補血止血。
 - (2) 方藥：膠艾四物湯。
 - a. 補血藥：當歸、熟地、白芍、阿膠。
 - b. 止血藥：艾葉。
 - c. 活血化瘀藥：川芎。

五、氣虛血少：

- 1. 辨證：氣虛不能攝血。
 - (1) 婦科證候特點：月經先期，血少淺淡。
- 2. 治療：
 - (1) 治則：補益氣血。
 - (2) 方藥：當歸補血湯。若虛甚者：聖愈湯補之。
 - a. 補血藥：當歸、熟地、白芍。
 - b. 補氣藥：黃耆、人參。
 - c. 活血化瘀藥：川芎。

◎臟腑辨證：

一、心脾氣虛：

- 1. 辨證：心脾氣虛，不能固攝。
 - (1) 婦科證候特點：脈證無火，而經早不及期。
- 2. 治療：
 - (1) 治則：補氣養血。
 - (2) 方藥：大營煎，大補元煎，或五福飲加杜仲，五味子。
 - a. 補氣藥：甘草、人參、山藥、白朮。
 - b. 補血藥：熟地、當歸。
 - c. 補陰藥：枸杞、山茱萸。
 - d. 補陽藥：杜仲。
 - e. 活血化瘀藥：牛膝。
 - f. 溫裡藥：肉桂。

二、脾虛型：

1. 辨證：心脾氣虛，不能固攝。

- (1) 婦科證候特點：月經週期提前，經量或多或少，經色淡紅，質清稀。
- (2) 全身症狀：面色萎黃或恍白，神疲乏力，或倦怠嗜臥，氣短懶言，小腹空墜，或納少便溏，脘悶腹脹，舌質淡，苔薄白，脈細弱。

2. 治療：

- (1) 治則：補脾益氣，攝血固衝。
- (2) 方藥：補中益氣湯《脾胃論》、濟生歸脾湯《濟生方》。
 - a. 補氣藥：甘草、人參、黃耆、白朮、大棗。
 - b. 解表藥：生薑、柴胡、升麻。
 - c. 補血藥：龍眼肉、當歸身。
 - d. 理氣藥：木香、陳皮。
 - e. 利水滲濕藥：茯苓。
 - f. 安神藥：酸棗仁。

三、腎氣不固型：

1. 辨證：

- (1) 婦科證候特點：月經週期提前，經量或多或少，經色暗淡，質清稀。
- (2) 全身症狀：精神不振，腰膝痠軟，夜尿頻，舌質淡，苔白潤，脈沉細。

2. 治療：

- (1) 治則：補腎氣，固衝任。
- (2) 方藥：歸腎丸、溫中湯《醫學衷中參西錄》。
 - a. 補陽藥：杜仲、菟絲子、補骨脂、鹿角霜、核桃仁。
 - b. 溫裡藥：附子、肉桂、小茴香。
 - c. 補血藥：當歸、熟地。
 - d. 補氣藥：山藥。
 - e. 補陰藥：山茱萸、枸杞。
 - f. 利水滲濕藥：茯苓。
 - g. 安神藥：紫石英。

四、腎中水火旺：

1. 辨證：腎中水火太旺。

- (1) 婦科證候特點：先期經來者，其經甚多。

2. 治療：

- (1) 治則：少清其熱，不必洩其水。
- (2) 方藥：清化飲。
 - a. 清熱藥：丹皮、青蒿、地骨皮、黃柏。
 - b. 補血藥：熟地、白芍。
 - c. 利水滲濕藥：茯苓。

五、腎水虧火旺：

1. 辨證：腎中火旺而陰水虧。
 - (1) 婦科證候特點：先期經來，只一二點。
2. 治療：
 - (1) 治則：不必洩火，只專補水。
 - (2) 方藥：兩地湯。
 - a. 清熱藥：生地、玄參、地骨皮。
 - b. 補血藥：白芍、阿膠。
 - c. 補陰藥：麥冬。

六、肝鬱血熱型：

1. 辨證：
 - (1) 婦科證候特點：月經週期提前，經量或多或少，經色深紅或紫紅，質稠，排出不暢，或有血塊。
 - (2) 全身狀況：煩躁易怒，或胸脅脹悶不舒，或乳房、小腹脹痛，或口苦咽乾，舌質紅，苔薄黃，脈弦數。
2. 治療：
 - (1) 治則：舒肝清熱，涼血固衝。
 - (2) 方藥：丹梔逍遙散《薛氏醫案》、化肝煎。
 - a. 補血藥：芍藥、當歸。
 - b. 解表藥：生薑、蘇葉、柴胡。
 - c. 清熱藥：丹皮、梔子。
 - d. 補氣藥：甘草、白朮。
 - e. 利水滲濕藥：茯苓。
 - f. 芳香化濕藥：厚朴、砂仁。
 - g. 化痰藥：半夏。
 - h. 理氣藥：陳皮。

月經後期：

◎八綱辨證：

一、血熱：

1. 辨證：營血流利及未甚虧者；陰火內燦，血本熱而水虧血少，燥澀而然。

(1) 婦科證候特點：經期常早形色多赤，或紫而濃，或去多，其脈洪滑。

2. 治療：

(1) 治則：清火滋陰。

(2) 方藥：加味四物湯，加減一陰煎，滋陰八味丸。

a. 清熱藥：知母、黃柏、黃連、生地、地骨皮、丹皮。

b. 補血藥：熟地、白芍、當歸。

c. 補陰藥：麥冬、山茱萸。

d. 補氣藥：人參、炙甘草、山藥。

e. 補陽藥：杜仲。

f. 利水滲濕藥：茯苓、澤瀉。

g. 活血化瘀藥：川芎、牛膝。

h. 芳香化濕藥：蒼朮。

i. 收澀藥：五味子。

二、血寒：

1. 辨證：陽氣不足，寒從中生，生化失期。後期而來少，血寒而不足；後期而來多，血寒而有餘。

(1) 婦科證候特點：經遲，色多不鮮，或色見沉黑，或澀滯而少。

(2) 全身症狀：其脈或微，或細，無或沉遲弦澀。其臟氣形氣必惡寒喜煖。

2. 治療：

(1) 治則：溫養血氣，補中溫散。

(2) 方藥：大營煎，理陰煎，溫經攝血湯。元氣不足，加入人參一二錢。大約寒則多滯：宜加薑、桂、吳茱萸、萸芡之類，甚者須加附子。

a. 補血藥：熟地、當歸、白芍。

b. 補氣藥：炙甘草、白朮。

c. 溫裡藥：肉桂、乾薑。

d. 補陽藥：杜仲、續斷。

e. 活血化瘀藥：牛膝、川芎。

f. 補陰藥：枸杞。

g. 解表藥：柴胡。

h. 收澀藥：五味子。

三、血燥：

1. 辨證：血燥經遲。

(1) 婦科證候特點：經遲，枯澀不至。

2. 治療：

(1) 治則：溫養血氣。

(2) 方藥：四陰煎加牛膝。

a. 補虛藥：麥冬、百合、沙參。

b. 補氣藥：甘草。

c. 補血藥：白芍。

d. 利水滲濕藥：茯苓。

e. 清熱藥：生地。

四、真陰精血虧損：

1. 辨證：真陰精血虧損，經遲血少。

(1) 婦科證候特點：月經週期延後，經量少，色質正常，或經色深紅、紫紅，質黏稠，或有小血塊。

(2) 全身症狀：腰膝筋骨疼痛或心腹疼痛。顴紅潮熱、盜汗骨蒸，或咽乾口燥，或五心煩熱，或頭暈耳鳴，或心煩失眠，舌光紅無胎或苔少，或花剝苔，脈細數。

2. 治療：

(1) 治則：滋腎養陰，益衝調經。

(2) 方藥：大營煎，左歸飲，加減一陰煎。

a. 補血藥：熟地、當歸、白芍。

b. 補陰藥：枸杞、麥冬、山茱萸。

c. 補氣藥：炙甘草、山藥。

d. 清熱藥：生地、知母、地骨皮。

e. 活血化瘀藥：牛膝。

f. 溫裡藥：肉桂。

g. 補陽藥：杜仲。

h. 利水滲濕藥：茯苓。

五、血滯：

1. 辨證：真陰虛弱，經遲血滯。

(1) 婦科證候特點：經遲血滯。

(2) 全身症狀：脹滿嘔噦，痰飲惡心，吐瀉腹痛。

2. 治療：

(1) 治則：補血活血。

(2) 方藥：理陰煎。

a. 補血藥：熟地、當歸。

b. 溫裡藥：乾薑。

c. 補氣藥：炙甘草。

六、氣血俱虛：

1. 辨證：氣血俱虛，經脈不調。

(1) 婦科證候特點：經遲腹痛。

2. 治療：

(1) 治則：補氣補血。

(2) 方藥：毓麟珠加酒炒破故，肉桂各一兩，甚者再加吳茱萸。

a. 補氣藥：人參、白朮、炙甘草。

b. 補陽藥：菟絲子、杜仲、鹿角霜。

c. 補血藥：芍藥、當歸、熟地。

d. 活血化瘀藥：川芎。

e. 溫裡藥：川椒。

f. 利水滲濕藥：茯苓。

七、氣血凝滯證：

1. 辨證：血氣凝滯。

(1) 婦科證候特點：經水過期不至，脹痛。月經週期延後，經量少或正常，經色暗紅，質正常，有血塊，小腹冷痛拒按，得熱則減。

(2) 全身症狀：面色青白，或畏寒肢冷，唇色暗紅，舌紫而暗，或有瘀點，脈沉緊或沉澀。

2. 治療：

(1) 治則：溫經散寒，活血行滯。

(2) 方藥：過期飲。薑黃散《證治準繩》、溫經湯《婦人良方大全》。

a. 活血化瘀藥：川芎、莪朮、紅花、桃仁、薑黃、牛膝、延胡索。

b. 補血藥：芍藥、當歸、熟地。

c. 溫裡藥：肉桂。

d. 補氣藥：甘草、人參。

e. 清熱藥：丹皮。

f. 理氣藥：香附、木香。

g. 利水滲濕藥：木通。

八、氣滯型：

1. 辨證：

- (1) 婦科證候特點：月經週期延後，經量少或正常，色質正常或色紅質稠，行而不暢，或有小血塊，小腹脹痛，按之不減。
- (2) 全身狀況：精神鬱悶，胸脅脹滿不舒，時欲嘆息，或胸悶脅脹或乳房脹痛，舌質正常或偏紅，苔正常或薄黃，脈弦或弦數。

2. 治療：

- (1) 治則：理氣行滯，活血調經。
- (2) 方藥：加味烏沉湯《證治準繩》、舒肝解鬱湯《中醫婦科治療學》。
 - a. 活血化瘀藥：延胡索、川芎、鬱金、丹參、澤蘭。
 - b. 理氣藥：香附、木香、川楝子、青皮、烏藥。
 - c. 芳香化濕藥：砂仁。
 - d. 補氣藥：甘草、人參。
 - e. 解表藥：柴胡。

九、血虛型：

1. 辨證：血虛，無血可行。

- (1) 婦科證候特點：過期不至，并不脹痛。月經週期延後，經量少，經色淡紅，質清，或小腹綿綿作痛。
- (2) 全身症狀：面色蒼白或萎黃，頭暈眼花，心悸失眠，或手足發麻。唇舌淡白，脈細無力。

2. 治療：

- (1) 治則：益血補衝調經。
- (2) 方藥：雙和飲，聖愈湯，人參養榮湯。小營煎、歸地滋血湯《中醫婦科治療學》。
 - a. 補血藥：白芍、當歸、熟地。
 - b. 補氣藥：甘草、黃耆、人參、白朮、山藥、黨參。
 - c. 補陰藥：枸杞、山茱萸。
 - d. 活血化瘀藥：川芎。
 - e. 溫裡藥：肉桂。
 - f. 理氣藥：香附、陳皮。
 - g. 利水滲濕藥：茯苓。

- h. 補陽藥：鹿角膠。
- i. 祛風濕藥：桑寄生。

十、陽虛型：

1. 辨證：

- (1) 婦科證候特點：月經週期延後，經量少或正常，經色暗淡，質清稀，小腹冷痛，喜暖喜按。
- (2) 全身症狀：形寒肢冷，腰膝冷痛，或神疲乏力，踉臥多睡，或小便清長，大便溏薄。面色恍白，舌淡胖嫩，脈弱無力。

2. 治療：

- (1) 治則：溫腎壯陽，補衝調經。
- (2) 方藥：溫腎調氣湯《中醫婦科治療學》、右歸飲、右歸丸《景岳全書》。
 - a. 補陽藥：杜仲、菟絲子、鹿角膠、狗脊、補骨脂、續斷。
 - b. 溫裡藥：肉桂、附子。
 - c. 補陰藥：枸杞、山茱萸。
 - d. 補血藥：熟地、當歸。
 - e. 補氣藥：山藥、甘草。
 - f. 理氣藥：烏藥。
 - g. 止血藥：艾葉。
 - h. 祛風濕藥：桑寄生。

十一、痰阻型：

1. 辨證：

- (1) 婦科證候特點：月經週期延後，經量或多或少，經色夾雜黏液，色淡質稠，或平時帶多質稠。
- (2) 全身症狀：平素咳嗽多痰，或體質肥胖，或脘悶嘔噁，或眩暈心悸，苔厚膩，脈弦滑。

2. 治療：

- (1) 治則：燥濕化痰，活血調經。
- (2) 方藥：二陳湯加川芎、當歸《丹溪心法》、六君子湯加歸芎湯《萬氏女科》。
 - a. 補氣藥：甘草、人參、白朮。
 - b. 理氣藥：陳皮、香附。
 - c. 化痰藥：半夏。
 - d. 利水滲濕藥：茯苓。
 - e. 解表藥：生薑。

- f. 補血藥：當歸。
- g. 活血祛瘀藥：川芎。
- h. 收澀藥：烏梅。

月經先後不定期：

◎八綱辨證：

一、血虛：

1. 辨證：肝脾血虛。

(1) 婦科證候特點：微滯微痛，經多不調，或色淡，或澀少，或過期不至，或行後反痛，痛則喜煖喜按；或經後則困憊難支，腰膝如折。

(2) 全身症狀：或飲食素少；或脈息則微弱弦澀。

2. 治療：

(1) 治則：補血。

(2) 方藥：四物湯主之，或加肉桂，或加黃芩，隨寒熱而用之。

a. 三陰虧弱，無熱無寒，平臟者：宜小營煎，五福飲，六物煎之類；或八珍湯，十全大補湯之類。

b. 三陰虧弱兼陽虛者：宜大營煎，理陰煎之類。

c. 憂思過度，心脾受傷者：七福飲，歸脾湯之類。

d. 脾土不健，飲食減少：溫胃飲，理中湯之類。

e. 脾土虛陷，不能統攝營氣，而為漏為頻者：宜五福飲，歸脾湯，壽脾煎，秘元煎，或四君子加芎歸。

f. 肝虛不能藏血，或多驚惕，或多小腹急痛：宜三陰煎，補肝散之類。

g. 陰血虛，水不制火，而邪火盛者，或為夜熱盜汗，或為煩渴生痰，是即勞損之漸。

速宜調治：用一，二，三，四，五陰等煎。

(1) 補氣藥：甘草、人參、白朮、山藥、黃耆。

(2) 補血藥：熟地、當歸、白芍、龍眼肉。

(3) 安神藥：棗仁、遠志。

(4) 清熱藥：生地、知母、黃柏、黃連、玄參。

(5) 補陰藥：麥冬、枸杞、山茱萸、百合、沙參。

(6) 活血祛瘀藥：川芎、牛膝、丹參。

(7) 利水滲濕藥：茯苓、木通、燈草。

(8) 收澀藥：五味子、蓮肉、芡實、金櫻子。

(9) 溫理藥：肉桂、乾薑。

(10) 祛風濕藥：獨活、木瓜。

(11) 補陽藥：杜仲。

(12) 理氣藥：木香。

◎臟腑辨證：

一、腎氣虧虛型：

1. 辨證：情慾房室，以致經脈不調。

(1) 婦科證候特點：月經週期時先時後，量少，色淡，質清，帶下清稀量多。

(2) 全身症狀：精神不振，頭暈耳鳴，腰痠軟，小便頻數清長，或尿後餘瀝不盡，或夜尿頻多，舌淡苔白，脈細弱。

2. 治療：

(1) 治則：兼治心脾腎。補益腎氣，調固衝任。

(2) 方藥：逍遙飲，秘元煎。歸腎丸去茯苓加益智仁。

* 慾火熾盛，以致真陰日潰者：保陰煎，滋陰八味丸之類。

* 房室縱肆不慎者，必傷衝任之流，而腎氣不守：宜固陰煎，秘元煎之類。

* 左腎真陰不足，而經脈不調者：宜左歸飲，左歸丸，六味地黃丸之類。

* 右腎真陽不足，而經有不調者：宜右歸飲，右歸丸，八味地黃丸之類。

a. 補氣藥：山藥、炙甘草、人參、白朮。

b. 補血藥：熟地、當歸、芍藥。

c. 補陰藥：山茱萸、枸杞、龜膠。

d. 補陽藥：菟絲子、杜仲、鹿角膠、益智仁。

e. 清熱藥：黃柏、丹皮、黃芩、生地、知母。

f. 安神藥：遠志、棗仁、茯神。

g. 利水滲濕藥：茯苓、澤瀉。

h. 溫裡藥：肉桂、制附子。

i. 收澀藥：五味子、芡實、金櫻子。

j. 理氣藥：陳皮。

k. 活血祛瘀藥：川牛膝。

二、肝氣鬱結：

1. 辨證：肝氣鬱結。

(1) 婦科證候特點：經來斷續，或前或後無定期。月經週期時先時後，量少，色淡，質清，帶下清稀量多。

- (2) 全身症狀：精神不振，頭暈耳鳴，腰痠軟，小便頻數清長，或尿後餘瀝不盡，或夜尿頻多，舌淡苔白，脈細弱。

2. 治療：

- (1) 治則：舒肝之鬱，即開腎之鬱。疏肝解鬱，養血調衝。
- (2) 方藥：定經湯。逍遙散，一貫煎。
- a. 補血藥：當歸、熟地、白芍。
- b. 解表藥：芥穗、柴胡、生薑、薄荷。
- c. 補氣藥：山藥、甘草、白朮。
- d. 補陰藥：沙參、枸杞、麥冬。
- e. 利水滲濕藥：茯苓。
- f. 補陽藥：兔絲子。
- g. 理氣藥：川楝子。

三、脾氣虛弱型：

1. 辨證：肝氣鬱結。

- (1) 婦科證候特點：月經週期時先時後無定期，量多或少，色淡紅，質清。
- (2) 全身症狀：面色萎黃不華，少氣懶言，四肢倦怠、消瘦，食少納呆，脘腹脹滿，大便溏薄，舌淡苔白，脈緩弱。

2. 治療：

- (1) 治則：補脾益氣，養血調經。
- (2) 方藥：加減八物湯《女科秘要》，參苓白朮散《太平惠民和劑局方》。
- a. 補氣藥：甘草、人參、白朮、山藥、白扁豆。
- b. 利水滲濕藥：茯苓、薏苡仁。
- c. 理氣藥：陳皮、香附。
- d. 補血藥：芍藥、當歸。
- e. 清熱藥：丹皮。
- f. 芳香化濕藥：砂仁。
- g. 化痰藥：桔梗。
- h. 收澀藥：蓮子。

結論

一、月經不調辨證以八綱為主、月經為輔：

就中醫臨床辨證而言，凡是婦女看診需要考慮其質、色、經、量方面的變化，也就是所謂月經辨證。一般中醫婦科專書對於月經疾病也都是以月經的質色經量來分類，如經遲、經早、經亂或是月經先期、月經後期、月經先後不定期等。如此可能會使初學者誤以為只要區分月經的質色經量即可加以診治，而忽略八綱辨證或全人的觀念。

景岳對於血熱經早與血熱經遲的用藥均以補虛藥為多、其次為清熱藥、活血化瘀藥、利水滲濕藥、收澀藥，而且藥物種類的區別並沒有差異太大。值得一提的是，血熱經早的治療方劑中有用到溫裡藥，那麼為何會用溫裡藥呢？其實在景岳對血熱經早的描述中即有伏筆「凡血熱者，多有先期而至，然必察其陰氣之虛實。…所謂血熱者，當以通身臟象論。勿以素多不調，而偶見先期者為早；勿以脈證無火，而單以經早者為熱。」這也就是說病人若沒有任何血熱的脈證的情形下，又何必僅抓著丹溪先生的論點：「先期而至者，血熱也。」，再加上病人呈現裡虛的狀態，所以才會用大營煎（有肉桂）治其心脾氣虛而不能固攝導致經早，且無任何熱象；用毓麟珠（有川椒）加續斷地骨皮治其氣血俱虛兼有血熱多火，而且清熱藥只用清虛熱的地骨皮。由此可知，景岳於臨床上仍十分重視八綱辨證，並不會盲目遵從前人的說法，一切以臨床所碰到的脈證來決定。所以景岳於《傳忠錄》言：「凡診病施治，必須先審陰陽，乃為醫

道之綱領。陰陽無謬，治焉有差？醫道雖繁，而可以一言蔽之者，曰陰陽而已」。(10)而且對月經不調的辨證也認為「若欲調其既病，則惟虛實陰陽四者為要」。雖然景岳對經早的辨證是依據「丹溪曰：先期而至者，血熱也。」的說法，但是又強調吾人須詳察「陰氣之虛實」，不可一昧的認為經早就一定是血熱。故就血熱證型而言，可以不考慮是否有經早或經遲的問題。因此血熱的辨證，應當還是以八綱辨證為主、月經辨證為輔。

至於血寒經遲，景岳認為是「陽氣不足，寒從中生」而非「陰寒由外而入，生冷由內而傷」。血虛經亂又細分為「肝脾血虛」、「三陰虧弱」、「三陰虧弱，兼陽虛」、「憂思過度，心脾受傷」、「脾土虛陷」、「肝虛不能藏血」、「陰血虛，水不制火」共七個證型。腎虛經亂也細分為「慾念不遂，沉思積鬱，心脾氣結」、「慾火熾盛，以致真陰日潰者」、「房室縱肆不慎者，必傷衝任之流，而腎氣不守」、「左腎真陰不足」、「右腎真陽不足」、「思鬱不解致病」。由於上述的辨證分法乍看之下似乎是臟腑辨證，實則是八綱辨證，因為用臟腑辨證無法涵蓋景岳於月經不調中的所有證型，只有用八綱辨證才能涵蓋，而這也不是月經辨證所能涵蓋。

《醫學心悟》：「經，常也。一月一行，循乎常道，以象月盈則虧也。經不行，則反常，而災滲至矣。方書以趺前為熱，退後微寒，其理近似，然亦不可盡拘也。假如臟腑空虛，經水淋漓不斷，頻頻數見，豈可便斷為熱？又如內熱血枯，經脈遲滯不來，豈可便斷為寒？必須察其兼證，如果脈數，內熱，唇焦口燥，畏熱喜冷，斯為有熱。如果脈遲，腹冷，唇淡口和，喜熱畏寒，斯為有寒。」吳海峰批：「趺前為熱，退後微寒，此不可拘，須以脈症參之，此說極是，確從經驗得來。」從吳海峰的眉批可以了解，臨床上不能簡單只用月經辨證的方式來診斷，需

視婦女整體的症狀以八綱的方式來診斷，這也就是景岳所說的「若欲調其既病，則惟虛實陰陽四者為要」。

二、景岳的用藥：

1. 陰陽互根的觀念：從月經不調的藥物分析發現，補陰藥常和補氣藥或補陽藥一起使用，而補陽藥常和補血藥或補陰藥一起使用。這反應了景岳對陰陽互根的觀點：「陰根於陽，陽根於陰。凡病有不可正治者，當從陽以引陰，從陰以引陽，如求汗於血，生氣於精，從陽引陰也。又如引火歸源，納氣歸腎，從陰引陽也。此即水中取火，火中取水之義。」，而景岳在制定補劑時更明白表示「有氣因精而虛者，自當補精以化氣；精因氣而虛者，自當補氣以生精。又有陽失陰而離者，不補陰何以收散亡之氣，水失火而敗者，不補火可以甦垂寂之陰？此又陰陽相濟之妙用也。故善補陽者，必於陰中求陽，則陽得陰助，而生化無窮；善補陰者，必於陽中求陰，則陰得陽升，而源泉不竭。余故曰：以精氣分陰陽，則陰陽不可離；以寒熱分陰陽，則陰陽不可混，此又陰陽邪正之離合也。」
2. 續斷的配伍：對於月經不調所使用的藥物分析，發現只要出現續斷時，常佐以熟地、甘草、山藥。依據《本草正》對續斷的敘述：「續斷…佐之以甘，如甘草、地黃、人參、山藥之類，其效尤捷。」。例如：保陰煎。
3. 枸杞與熟地：依據《本草正》對枸杞的敘述：「枸杞…此物微助陽而無動性，故用之以助熟地最妙。…真陰虛而臍腹疼痛不止者，多用神效。」景岳用枸杞時常配伍熟地，而此種配伍大多用於腎虛的證型。例如：大營煎、大補元煎、小營煎、左歸飲、左歸丸、右歸飲、右歸丸等。
4. 熟地的應用：

熟地的用藥頻率在月經不調所使用的藥物分析是39/56，也就是說56個方劑中有39個方劑有使用熟地。這也應證了景岳慣用熟地，可以從《本草正》對熟地的敘述略知一二，「故凡諸經之陽氣虛者，非人參不可；諸經之陰血虛者，非熟地不可。…陰虛而神散者，非熟地之守不足以聚之；陰虛而火升者，非熟地之重不足以降之；陰虛而躁動者，非熟地之靜不足以鎮之；陰虛而剛急者，非熟地之甘不足以緩之。」

熟地常與生地配伍，例如：保陰煎、二黃散、延年益嗣丹、一陰煎、烏雞煎丸、六物煎等。

5. 遠志的應用：依據《本草正》對遠志的敘述：「遠志…以其氣升，故同人參、甘草、棗仁，極能舉陷攝精，交接水火。但可為佐，用不宜多。神氣上虛者所宜，痰火上實者當避。」例如：七福飲、歸脾湯、壽脾煎、秘元煎、固陰煎等。

棗仁：「味微甘，氣平。其色赤，其肉味酸，故名酸棗。其仁居中，故性主收斂而入心。多眠者生用，不眠者炒用。寧心志，止虛汗，解渴去煩，安神養血，益肝補中，收斂魂魄。」

6. 甘草的應用：

甘草的用藥頻率在月經不調所使用的藥物分析是36/56，也就是說56個方劑中有36個方劑有使用甘草。依據《本草正》對甘草的敘述：「助參耆成氣虛之功，人所知也；助熟地療陰虛之危，誰其曉焉？」，從此處不難發現甘草與熟地的配伍非常頻繁。例如：保陰煎、大營煎、大補元煎、五福飲、一陰煎、理陰煎、五物煎、小營煎、七福飲、六物煎、八珍湯、十全大補湯、三陰煎、五陰煎、逍遙飲、固陰煎、左歸飲、右歸飲等。

7. 山藥與菟絲子的應用：依據《本草正》對山藥的敘述：「能健脾補虛，澀精固腎，治諸虛百損，療五勞七傷。第其氣輕性緩，非堪專任，故補脾肺必主參、朮，補腎水必君芩、地，澀帶濁須破故同研，固遺泄仗菟絲相濟…總之性味柔弱，但可用為佐使。」菟絲子：「其性能固，入肝脾腎三經。…髓添精，助陽固泄，續絕傷，滋消渴，縮小便，止夢遺帶濁餘瀝，煖腰膝寒疼，壯氣力筋骨，明目開胃，進食肥肌，禁止鬼交，尤安夢寐。湯液丸散，任意可用，古人不入煎劑，亦一失也。欲止消渴，煎湯任意飲之。」山藥與菟絲子的配伍常用於腎虛證型。例如：左歸丸、右歸丸、固陰煎等。

8. 生地是清熱藥的首選藥：依據《本草正》對生地黃的敘述：「味苦甘，氣涼。氣薄味厚，沉也，陰也。鮮者更涼，乾者微涼。能生血補血，涼心火，退血熱，去煩躁骨蒸，熱痢下血，止嘔血衄血，脾中濕熱，或婦人血熱而經枯，或上下三消而熱渴。總之其性頗涼，若脾胃有寒者，用宜斟酌。」

在月經不調中若需要加清熱藥，無論是經早、經遲或經亂，景岳是以生地為首選。依《實用中醫治法學》對清熱藥的清熱力量分類，生地的清熱力量最弱。而清熱藥清熱力量大小為黃芩、黃柏、知母、

黃連＞丹皮、地骨皮、梔子、赤芍、玄參、竹葉＞生地、胡黃蓮。

9. 月經不調中使用活血化瘀藥以川芎、牛膝、丹參為主，依《實用 中醫治法學》對活血化瘀力量之分類，可以發現景岳都是用中等力量的活血化瘀藥，而且涵蓋溫性、中性和涼性的活血化瘀藥。例如：川芎為溫性的活血化瘀藥、牛膝為平性的活血化瘀藥、丹參為涼性的活血化瘀藥。

而景岳對於川芎、丹參、牛膝的觀點可從本草正得知。川 芎：「其性善散，又走肝經，氣中之血藥也。…芎、歸俱屬血 藥，而芎之散動尤甚於歸。…多服久服，令人走散真氣。」丹 參：「能養血活血，生新血，行宿血，故能安生胎，落死胎，血 崩帶下可止，經脈不勻可調。此心脾肝腎血分之藥，所以亦能養 陰定志，益氣解煩。」牛膝：「走十二經絡，助一身元氣。主手 足血熱痿痺，血燥拘攣，通膀胱澀秘，大腸乾結；補髓填精，益 陰活血；治腰膝痠疼，滋鬚髮枯白。其性下走如奔，故能通經 閉，破血癥，引諸藥下降…凡臟寒便滑，下元不固者，當忌用之。」

10. 補腎藥：從《素問·臟氣法時論》：「腎苦燥，急食辛以潤之」；

「腎欲堅，急食苦以堅之，用苦補之，鹹瀉之。」由此可知，補腎藥需為味辛或味苦。然而景岳在月經不調中所使用的補腎藥有 杜仲、續斷、菟絲子、鹿膠、鹿角霜、龜膠。其中杜仲、續斷、菟絲子的性味均有味辛；續斷尚有味苦；至於鹿膠、鹿角霜、龜膠的性味則完全無味辛或味苦。根據楊翎的研究發現，「本草藥物當在實際經驗上，遇到基本分類邏輯中得不到解答的狀況，像 是對類似或相同性味、型態的藥物，所觀察得到的主治功能不相同、各有所偏的時候，則以描述經驗所觀察到的結論為主，不論 及預設的分類邏輯概念。…從另一角度來看，中醫藥也具有由下 而上達的特性，因為所有藥物的描述，皆從實際的經驗出發，如 果觀察所得和經典中的象徵分類理論，巧合或沒有衝突的話，則 嘗試互相連結，將現象的本身統合成一部整體的知識系統。」而 補腎藥正是如此，並非所有的補腎藥其性味是味辛或味苦。

11. 五味子和山茱萸：

五味子：「皮甘肉酸，性平而斂；核仁味辛苦，性溫而煖， 俱兼鹹味，故名五味。入肺、腎二經。南者治風寒欬嗽，北者療 虛損勞傷。整用者用其酸，生津解渴，止瀉除煩，療耗散之肺 金，滋不足

之腎水，能收斂虛火，亦解除酒毒。敲碎者用其辛溫，補元陽，壯筋骨，助命門，止霍亂。但感寒初嗽當忌，恐其斂束不散。肝旺吞酸當忌，恐其助木傷土。」

山茱萸：「味酸澀，主收斂，氣平微溫，陰中陽也。入肝腎二臟，能固陰補精，煖腰膝，壯陰氣，澀帶濁，節小便，益髓興陽，調經收血。若脾氣大弱而畏酸者，姑暫止之，或和以甘草，煨薑亦可。」

對於收澀藥的使用，經早與經遲較少使用，倒是經亂用收澀藥的機率比較多。例如：血虛型經亂以五味子為多；腎虛型經亂以山茱萸為多。

三、補脾與補腎：

《素問·陰陽別論》：「二陽之病，發心脾，有不得隱曲，女子不月」，脾為生化之源，心統諸經之血，心脾平和則經候如常。若七情內傷，外感六淫之邪，均可使脾胃受損，心火妄動致氣血不和，影響“任”通“衝”盛的正常生理功能，而發生月經不調，故治療月經病的原則重在調經以治本。《靈樞·五音五味篇》：「婦人之生，有餘於氣，不足於血」，而馮濟卿臨症所見的月經病也正如《景岳全書·婦人規》所言：「虛者極多，實者極少」，其常用治法總以理氣，扶脾為主，使氣機通調，精血俱旺而經自調。馮濟卿認為：1.理氣在於通調氣機以開鬱行氣。氣血相合則周流無疾，不和則病，婦人月經本乎陰陽氣血也。2.扶脾在於益血之源以健脾生陽。脾胃為後天之本，生化之源，而衝脈又隸屬陽明，故婦人穀氣盛則血滿，經候如期，胎孕正常。若脾胃失調，生化之源不足則可產生月經、胎產方面的疾病。

總結各家的論述，於月經不調的治療，理應按病患所表現的徵候，以八綱辨證為主、月經辨證為輔，然後做出診斷，再考慮是要補脾還是補腎。從景岳月經不調的藥物分析可以瞭解，補虛藥用的最多、其次是清熱藥、收澀藥、利水滲濕藥、活血化瘀藥。補虛藥之中的補氣藥、補血藥、補陽藥，無論在血熱或非血熱證型最常使用的藥物是一樣，也就是補陽藥為杜仲、補血藥為熟地、補氣藥為甘草。而補陰藥於血熱證型是以麥冬最常用；非血熱證型則是以枸杞最常用。清熱藥在月經不調的所有證型中都有使用，大體上以生地、黃芩、黃柏、丹皮、知母、黃連為主。然而血熱證型中的清熱藥以生地與黃芩最常用；非血熱證型中所用的清熱藥則以生地為多；而且生地的用量均為2-3錢。這表示即使是非血熱證型的月經不調，其體質可能潛在有血熱的情況，而此時用生地似乎有預防其體質出現血熱的問題。至於利水滲濕藥和活血化瘀藥，無論在血熱或非血熱證型其藥物使用是一樣的，也就是利水滲濕藥為茯苓、活血化瘀藥為川芎是最常用。溫裡藥除了血熱經遲之外，其餘的證型均有用到溫裡藥，也就是肉桂為最常用。綜觀景岳在月經不調的用藥模式跟現今女性的體質—「虛寒中夾雜血熱、肝鬱」頗為類似。所以在月經不調的處方用藥可以參考景岳的用藥概念。

中西醫對於月經不調的鑑別特點不同，有互補的作用，對於月經不調的診斷分類將能更細緻。雖然景岳在月經不調的用藥思想頗適合現代婦女夾雜有血熱體質。但是由於導致月經不調的原因愈趨多元而複雜，在診治用藥方面當然需總體考量。內經對於疾病的論述，均有「人、事、時、地」的描述，這一點與流行病學的概念是相通的。並綜合本文結果，建議月經不調往後的中醫臨床，應針對這些危險因子一一排除病患可能的病因，中醫婦科醫師將各種可能影響月經不調的生理、病理、社會、心理等變因融入診治用藥之中，將更能於臨床診療時觀察正確而細微，發揮月經不調中醫藥防病治病最好的治療療效。

【衛教】

- 一、要經常保持樂觀情緒，心情愉快，性格開朗，不僅可以增進機體的免疫力，而且有利身心健康，同時還能促進身體骨骼裡的骨髓造血功能旺盛起來，使得皮膚紅潤，面有光澤。
- 二、注意飲食調理，女性日常應適當多吃些富含“補血”的食物，如動物肝臟、腎臟、血、魚、蝦、蛋類、豆製品、黑木耳、黑芝麻、紅棗以及新鮮的蔬菜、水果等。
- 三、養成健康的生活方式，如戒煙酒、不偏食、不熬夜、不吃零食，維持有充足睡眠及充沛的體力，並做到起居有時、食飲有節、勞逸適度。
- 四、經期勿勞累，必要時可多臥床休息。
- 五、要經常參加體育鍛鍊活動，特別是生育過的女性，更要經常參加一些體力所能及的體育鍛鍊和戶外活動，每天至少半小時，如健美

- 操、跑步、散步、打球、游泳、跳舞…等，呼吸新鮮空氣，增強體力。
- 六、食忌辛辣動火之品、忌食生冷、酸澀性食物；應以中性平淡補血之品為主，如瘦肉、豬肝、藕片等。
 - 七、對於有放置子宮內避孕器的婦女，於病史中應詢問與放置子宮內避孕器的時間與月經不調是否相關，或嘗試各種治療而仍療效欠佳時，子宮內避孕器移除應列入考慮。
 - 八、對於服用女性荷爾蒙而仍有月經不調的婦女，宜考慮停止服用女性荷爾蒙。
 - 九、月經不調的婦女，仍宜排除子宮頸或子宮腔內瘰肉、子宮肌瘤、子宮內膜增生、子宮頸癌及子宮內膜癌等良、惡性疾病。

第三節 月經過多

月經過多的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：626.2—月經過多（Menorrhagia）。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年、葉家豪；台北市立聯合醫院陽明院區。
- 三、發表時間：2007年1月。
- 四、中醫辨證：經水過多、血下過多、經水來多。
- 五、西醫病名：月經過多（Menorrhagia）。
- 六、定義：當子宮內膜月剝落時，便有月經。子宮出血的量與天數都增加，兩次的週期仍相當規則。月經日數超過7天，出血量超過80cc即稱為月經過多。正常女性每月的排經量平均為30至40毫升，如排經量超過80毫升，醫學上則界定為經血過多。經血多少雖然無法精確測量，但可以通過與自己正常月經量比較，判斷月經多或少。一般來說，如果連夜用型衛生巾，都無法支撐一個小時，即可說是經量過多。

發生

根據統計數字顯示，歐洲女性每次排經量為37至43毫升，而每年約有百分之二十的女性（年齡介30至49歲之間）因為經血過多而需向婦科醫生求診，因現代生活的改變（如晚婚、晚生小孩、使用避孕藥等），數字近年更有上升的趨勢。太多的出血可能導致貧血，月經期後可能出現疲倦、嗜睡。更嚴重的出血過多則可能出現呼吸困難的症狀。有超過50%的成因是不明確的，但最常見的成因是荷爾蒙／激素不平衡，尤其是年齡介乎40至50歲（停經前）。但纖維瘤（fibroids），瘰肉（polyps），內壁增生（endometriosis）等也能引至月經過多。

病理機轉

正常的月經 (normal menstruation)，其週期是一系列複雜的荷爾蒙正調解著下視丘，腦下垂體，卵巢和子宮的功能。卵巢濾泡的成熟和排卵時，所造成的荷爾蒙環境，可導致子宮內膜產生一系列的變化，以利受精卵的著床之用。正常月經出血的發生就是因為沒有受精卵在子宮內膜的著床之故。月經的流血表示增厚的子宮內膜脫落，也是因為沒有懷孕時，荷爾蒙變化的結果。

一、鑑別診斷

■ 裝有子宮頸避孕器。

■ 異常出血的鑑別診斷。

(一) 功能失調性子宮出血

1. 無排卵性

(1) 多囊性卵巢症候群。

(2) 壓力狀態下 (包括體重快速的改變，生活改變，生病，考試等)。

(3) 慢性的運動 (運動員)。

(4) 藥物濫用。

2. 排卵性

(1) 不規則的子宮內膜脫落與成熟。

(2) 功能失調的黃體。

(二) 器官上病灶

1. 與懷孕有關的原因

(1) 正常懷孕第一期點狀出血 (植床出血)。

(2) 自發性或誘導性流產。

(3) 子宮外孕。

(4) 妊娠滋養層疾病。

(5) 流產後或產褥後的子宮內膜炎。

2. 解剖上子宮病灶

(1) 平滑肌瘤。

(2) 子宮肌腺瘤或子宮內膜異位症。

- (3) 瘰癧。
- (4) 子宮內膜增生。
- (5) 癌症、肉瘤、轉移性病灶。
- (6) 感染：經由性交傳染的疾病、肺結核。
- (7) 機械性病因：子宮內避孕器、穿孔。

3. 解剖上非子宮病灶

(1) 卵巢的病灶。

- 附屬器的扭轉（卵巢的血液供應受到限制，因而使子宮內膜喪失了荷爾蒙的維持）。
- 可分泌求偶素或男性素的功能性腫瘤（良性或惡性）。

(2) 輸卵管的病灶：癌症、肉瘤。

(3) 子宮頸和陰道的病灶。

- 腫瘤：腺病(Adenosis)、腺肉瘤(Adenosarcoma)、鱗狀細胞瘤、葡萄狀肉瘤(Sarcoma botryoides)、黑色素瘤(Melanoma)。
- 感染：經由性交傳染的疾病、非特異性的多種微生物感染、萎縮性陰道炎。
- 子宮頸狹窄伴有子宮積血或子宮積膿。
- 異物。
- 外傷：性方面的侵犯(Sexual assault)、異物（如：月經棉，陰道隔膜）、性交後出血、自殘(Self-Mutilation)。

(4) 其它解剖上的病灶。

- 泌尿道（血尿）：感染、結石、腫瘤、尿道上的病灶。
- 腸胃道：痔瘡、肛裂、發炎性腸道疾病、腫瘤（上或下腸胃道）。

4. 全身性異常

(1) 外來的荷爾蒙用藥：口服避孕藥、求偶素補充治療、腎上腺皮質素治療。

(2) 血液的異常

- 遺傳性因子缺乏症：Von Willebrand's。
- 肝細胞的疾病：肝硬化、急性肝炎。
- 血小板減少症：免疫性、續發於慢性感染或腫瘤。

(3) 內分泌的病變：甲狀腺的疾病（甲狀腺功能低下，或甲狀腺機能亢進）；腎上腺的增生。

(4) 放射線的傷害（泌尿生殖道，或腸胃道）。

- (5) 營養的狀況：鐵缺乏症（導致子宮內膜的不穩定及血小板的製造減少）；維生素缺乏症。

辨證論治

本病辨證著重在經色的紅、紫、淡、暗，經質的稠黏、清稀，有塊無塊等，結合脈證，辨其寒熱虛實。經期失血過多，往往影響健康，由以在連續幾個週期經量甚多者，常氣血虧虛，不易恢復，故應以攝血止血為主，平時則以病情的寒、熱、虛、實，採取益氣、清熱、養陰、活血化瘀等治法以治本，但不宜過用溫燥動血之品，反使血量增多。

一、辨證：月經過多臨床以八綱辨證為主。

二、治療方法：大致上常用於月經過多的藥物依功用，可將之分為13類。

- (一) 清熱藥：生地、黃芩、梔子、赤芍、黃柏、黃連、知母、地骨皮。
- (二) 活血祛瘀藥：川芎、五靈脂、延胡索、丹參、澤蘭、沒藥。
- (三) 補氣藥：甘草、白朮、人參、黃耆、大棗、山藥。
- (四) 補陰藥：女貞子、北沙參、麥冬、旱蓮草。
- (五) 止血藥：蒲黃、焦艾、楂炭、地榆、槐花。
- (六) 補血藥：白芍、當歸、熟地、龍眼肉。
- (七) 解表藥：生薑、荊芥、升麻、柴胡。
- (八) 溫理藥：炮薑、乾薑、官桂、小茴香。
- (九) 收澀藥：山茱萸、蓮子肉、烏梅、五味子。
- (十) 安神藥：酸棗仁、遠志。
- (十一) 理氣藥：木香、香附。
- (十二) 補陽藥：續斷。
- (十三) 利水滲濕藥：茯苓。

三、證治分型

■八綱辨證

(一) 氣虛

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：月經多色淡質清。
- (2) 全身症狀：神疲乏力，少氣懶言，語聲低微，自汗畏風（活動時諸症加據），食少等症，舌質淡白苔白，脈虛無力。

2. 治療

- (1) 治則：固氣攝血升陽。
- (2) 方藥：舉元煎、濟生歸脾湯、壽脾煎。
 - 補氣藥：甘草、白朮、人參、黃耆、大棗、山藥。

- 安神藥：酸棗仁、遠志。
- 補血藥：當歸、龍眼肉。
- 解表藥：生薑、升麻。
- 理氣藥：木香。
- 利水滲濕藥：茯苓。
- 收澀藥：蓮子肉。
- 溫理藥：炮薑。

(二) 血虛

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：婦人有經水過多，行後復行或經後腹痛或去血過多。
- (2) 全身症狀：面色痿黃，身體倦怠而困乏愈甚者。

2. 治療

- (1) 治則：補益氣血。
- (2) 方藥：加減四物湯、當歸建中湯。
 - 補血藥：當歸、芍藥、熟地。
 - 補氣藥：甘草、白朮、大棗。
 - 解表藥：黑荊芥、生薑。
 - 活血化瘀藥：川芎。
 - 補陽藥：續斷。
 - 補陰藥：山萸。

(三) 血熱

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：月經過多，色紅質黏稠，有紫塊。
- (2) 全身症狀：面紅唇乾，口渴心煩，夜寐不安，腰腹脹痛，大便秘結，小便短黃，舌紅苔黃，脈滑數。

2. 治療

- (1) 治則：清熱涼血，止血固沖。
- (2) 方藥：約營煎、舒鬱清肝飲、解毒四物湯。
 - 清熱藥：生地、黃芩、梔子、黃連、黃柏。
 - 補氣藥：甘草、白朮、人參。
 - 補血藥：白芍、當歸。
 - 解表藥：荊芥、柴胡。
 - 止血藥：地榆、槐花。
 - 活血祛瘀藥：川芎。
 - 利水滲濕藥：茯苓。
 - 收澀藥：烏梅。

➤ 補陽藥：續斷。

(四) 虛熱

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：去血過多，血脫煩躁乾渴，面赤而熱者。
- (2) 全身症狀：顴紅潮熱、骨蒸盜汗、咽乾口燥、或心煩不寐、或頭暈耳鳴。舌質紅、苔少、脈細數。

2. 治療

- (1) 治則：滋陰清熱，固沖止血。
- (2) 方藥：加減一陰煎、保陰煎、當歸補血湯。
 - 清熱藥：生地、黃芩、知母、地骨皮、黃柏。
 - 補陰藥：女貞子、北沙參、麥冬、旱蓮草。
 - 補血藥：白芍、熟地、當歸。
 - 補氣藥：甘草、黃耆、山藥。
 - 收澀藥：五味子。
 - 補陽藥：續斷。

(五) 血瘀

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：月經量多，或持續不止，色紫黑，有血塊，或伴有小腹疼痛拒按。
- (2) 全身症狀：舌有瘀點，或舌質紫黯，脈細澀。

2. 治療

- (1) 治則：活血化瘀止血。
- (2) 方藥：失效散、丹參澤蘭飲、少腹逐瘀湯。
 - 活血祛瘀藥：川芎、五靈脂、延胡索、丹參、澤蘭、沒藥。
 - 止血藥：蒲黃、焦艾、楂炭。
 - 溫理藥：乾薑、官桂、小茴香。
 - 清熱藥：赤芍。
 - 理氣藥：香附。
 - 補血藥：當歸。

中醫治療及介入點：

月經量多患者一般常見於子宮肌瘤者居多，而在住院患者中有因子宮肌瘤造成子宮收縮不良之血崩、子宮肌瘤術後反見每次經行量多不止、更有原本有子宮肌瘤平常月經量正常，但因家中事故壓力大突然出現後導致月經開始出現血崩症狀，更有青春期中生經西醫檢查仍不明原因之血崩，血崩患者不論是原先有氣虛症狀導致氣不攝血，或是其它因素導致血崩，必皆有子宮收縮不良及因失血過多出現氣虛症狀，因此在外治法上，給予八膠、華陀夾脊處滑罐，滑罐後在八膠、環跳穴予以針灸，最後給予薰蒸氣海、關元、八膠，整體治療一方面促進子宮收縮，另一方面對於氣虛有很大之改善，同時搭配內服藥，給予早上服用傳青主固氣湯加減、下午服用生化湯，皆可獲得相當大之改善。

臨床治療案例：

蕭*謙，15歲國中生，不明原因出現血崩症狀逾一年，每兩個月就會出現月經量多之情形，每次經行兩個月，兩個月後月經自行停止，曾因Hb7.7於路旁昏倒就醫，出院後體重亦逐漸下降 6公斤，此次因月經已逾兩個月未停而至門診就醫，予以收治住院，住院時Hb6.9，面唇皆淡白，患者就醫前量多不止服用西藥Tranexamil acid止血未果，且於藥效過後則反而出血量更多，予以收治住院五天當中，給予八膠、華陀夾脊滑罐，早上下午針灸八膠、環跳，並於氣海、關元、八膠薰蒸治療，早上服用傳青主固氣湯加減、下午服用生化湯，月經量多明顯改善並無須再服用西藥，而後續門診追蹤月經週期已正常。

註：傳青主固氣湯加減：白朮30g、巴戟天15g、補骨脂3g、肉蓯蓉10g、西洋參5g、麥冬10g、五味子1g、杜仲10g、蓮肉20個（不去心）、熟地15g、當歸5g、白芍10g。

生化湯：當歸五錢、川芎二錢、炙甘草五分、炮薑三分、桃仁十粒、熟地黃三錢，大棗二枚。

第四節 無月經

閉經的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：626.0 無月經

二、資料出處：中醫婦科研究小組；中醫婦科主任賴榮年；台北市立聯合醫院陽明院區。Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding（本指引為加拿大婦科及產科臨床醫師公會所認可。George A.Vilos, MD, FRCSC London, ON; Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC, Toronto, ON; Gillian R. Graves, MD, FRCSC, Halifax, NS）

三、發表時間：2007年1月。

四、中醫辨證：經閉、閉經、女子不月、月水不利、月水不通、月事不來、月經不通、月經不行、經水不行、經水不通、經水斷絕、經水不利。

五、西醫病名：無月經 Absence of menstruation

六、定義：閉經即是月經閉止不行。凡女子年齡超過16周歲，仍不見月經來潮，或曾來過月經（特別是月經週期已成規律後），但又連續閉止6個月以上，除妊娠、哺乳等生理性閉經外，均稱之為“閉經”。閉經的原因可分為原發性或續發性無月經二種，其常見的原因有：性染色體異常、生理構造異常、下視丘或腦下腺激素異常、卵巢功能失調、體重過胖等原因。

七、歷史考證：閉經最早記載於《內經·素問·陰陽別論》，稱為「女子不月」、「月事不來」、「血枯」，並記載了第一張婦科處方——四烏賊骨一慮茹丸。隋·《諸病源候論·婦人雜病諸候·月水不通候》稱「月水不通」，較為詳細記載了閉經的內、外病因，提出「津液不生，血氣不成」、「勞傷過度、血氣枯竭」，以及「先經唾血及吐血、下血、謂之脫血，使血枯，亦月事不來」。元·《丹溪心法·婦人》載有「軀脂滿經閉者」。繼後，眾醫家對閉經多分虛實論述，尤以《景岳全書·婦人規·血枯經閉》以「血枯」、「血隔」立論，言簡理明。《傳青主女科·上卷·年未老經水斷》特別突出「經水出諸腎」、「經水早斷，似乎腎水衰涸」等，為後世以腎為本治虛證閉經奠定了理論基礎。清·《醫宗金鑑·婦科心法要訣·調經門》明確指出閉經是「經閉久嗽，又見骨蒸潮熱……則為之血風癆」。說明閉經病因多端，當分別原因論治。

發生

發育正常的婦女，多數在14歲月經即開始來潮，如果年逾18歲月經尚未初潮，稱為“原發性閉經”原發性閉經少見，僅佔閉經總數5%；如已行經又中斷達3個月以上者，稱為“繼發性閉經”。有的少女初潮後一段時間內有停經現象和更年期停經與絕經，以及妊娠期或哺乳期暫時性的停經等，都屬生理現象，不作閉經論。

病理機轉

依閉經的時間來分，可分為：

一、原發性閉經：

（一）先天異常：先天不正常的情形有無陰道或陰道閉鎖、無孔性處女膜、間隔性陰道以及子宮頸閉鎖。這些先天異常，只要做婦

科手術就可矯治。

- (二) 無子宮：月經主要是子宮內膜的剝落而形成，無子宮根本不會有月經的來潮。
 - (三) 內分泌異常：在腦下腺、甲狀腺、腎上腺及卵巢的任何一處內分泌異常，均可引起無月經。
 - (四) 染色體異常：如登能氏症候群，出現的特徵是先天性心臟病、不孕、兒童型性器官、身體短小、肘外翻及頸部成蹼狀。
- 二、續發性閉經 續發性閉經主要由於外來或內在因素所影響，使形成月經相關結構中的下視丘、腦下腺前葉、卵巢、子宮，其中任何一部份被阻斷或比較微弱，均可形成無月經。值得一提的是，續發性閉經在發病之前，通常會有一段時間月經量減少的情形發生。引起次發性無月經，有下面幾種原因：
- (一) 全身性疾病引起：最常引起的是胃腸功能紊亂、結核病、腎炎、重度貧血、厭食症等。
 - (二) 下視丘引起：精神性引起的如怕懷孕、恐懼、煩惱、長期的精神衰竭及環境改變皆能引起閉經。另外，腦炎、腦膜炎、頭顱外傷、精神科的電擊治療亦可傷及下視丘造成閉經。
 - (三) 內分泌引起：源於腦下腺的腫瘤如嫌色腺瘤，產後大出血造成腦下腺前葉的出血性壞死、甲狀腺功能過低或亢進、腎上腺皮質增生或腫瘤的形成皆能引起閉經。
 - (四) 避孕藥引起閉經：主要是腦下腺前葉的活性受抑制所致。
 - (五) 卵巢引起的閉經：卵巢的腫瘤、卵巢結核性疾病或卵巢手術切除後均可造成無月經。
 - (六) 子宮引起：子宮切除或次全切除，是不會有月經來潮的，其次，子宮內膜經放射線照射、子宮內膜過度被刮除（特別是墮胎手術後），子宮內膜被破壞也會造成無月經。
 - (七) 其他：慢性的酒精中毒或藥物成癮性、偏食營養不良、肥胖均可產生無月經的後果！

正常月經有賴於丘腦下部—腦垂體—卵巢軸的功能協調，以及子宮內膜對性激素有週期性反應，其中任何一個環節發生故障，都可以導致閉經。按閉經發生的部位可將閉經分為子宮性、卵巢性、垂體性和下丘腦性閉經。總的來講，閉經的原因有先天性子宮或卵巢發育不全、後天疾病的破、下丘腦—垂體—卵巢軸功能失調所致卵巢排卵障礙等。

三、子宮性閉經

- (一) 先天性陰道及(或)子宮缺如或發育不良均可引起原發性閉經。睪丸女性化(男性假兩性畸形)是一種罕見的遺傳性家族性疾病,由於體表形態為女性,常因無月經而來婦科就診。性染色體核型為46,XY。過度的刮宮或嚴重的感染如結核等造成內膜損傷或粘連,哺乳時間過長使子宮內膜萎縮等,均可引起續發性閉經。
- (二) 所謂子宮性閉經,是指由於子宮疾病致子宮內膜缺如而引起的閉經。由於子宮內膜缺欠,故黃體酮及人工週期試驗均陰性。造成子宮性閉經的原因有:
1. 先天性無子宮或發育不良。子宮形如結節,陰道缺欠,可致原發性閉經。此類患者體型及發育正常,但常伴有骨骼發育不良、脊柱彎曲及腎臟畸形。卵巢功能正常,有排卵,基礎體溫雙向,促性腺激素正常。
 2. 後天性子宮內膜損傷。由於嚴重產後感染、嚴重的結核性子宮內膜炎或放射治療,可引起閉經;人工流產時刮宮過度,使宮腔內形成瘢痕或粘連也會引起閉經。
 3. 子宮內膜反應不良。因哺乳時間過長或長期服用避孕藥,使性激素長期缺乏,導致閉經。可藉子宮攝影(HSG)或子宮腔鏡(Hysteroscope)來診斷。

四、卵巢性閉經

- (一) 因卵巢病變引起的閉經。先天性卵巢缺如或性腺發育不良(Turner氏綜合征,約占原發閉經者的12~20%。多由於性染色體異常所引起,主要核型為45,XO由於性染色體異常,卵巢不能正常生長和發育。因此,卵巢呈條索狀纖維組織。典型的臨床特徵為身材矮小、蹼頸、肘關節外翻、智力低下、後發際低及第二性征不發育等。繼發閉經可因卵巢功能早衰、手術切除、放射治療後以及卵巢男性化腫瘤等。後者可伴男性化特徵,如多毛及陰蒂肥大等。
- (二) 卵巢性閉經:卵巢功能失調所致的閉經多伴見陰道乾澀,性交困難或不孕;卵巢早衰所致的閉經表現為40歲以前即閉經,伴面部潮熱,烘熱汗出,煩燥等更年期症狀;多囊卵巢綜合征之閉經可見肥胖,多毛,不孕。
- (三) 卵巢性閉經,是由於卵巢的原因,引起內源性雌激素缺乏,而發生的閉經。人工週期試驗陽性,促性腺激素水平增高。引起卵巢性閉經的主要病因有:

1. 卵巢無法產生足夠的雌性素：原因如下：
 - (1) 感染，例如兩側輸卵管卵巢膿瘍。
 - (2) 卵巢血液循環不良，例如子宮開刀時，被傷害到。
 - (3) 兩側卵巢囊腫切除後。
2. 卵巢雖可產生足夠雌性素，不過在一般正常停經年齡前（一般為40歲以前）即失去功能，稱之為早發性卵巢衰竭 (premature ovarian failure, POF)。
 - (1) 有兩種病理發現：
 - a. 大多數病人的卵巢皆呈現廣泛性硬化 (generalized sclerosis)，類似正常停經後的卵巢。
 - b. 約有30%病人，其卵巢含有初發濾泡 (primordial follicles)，並且這些濾泡尚未到達antrum階段，稱之為Gonadotrophin-resistant ovary syndrome或ovarian hypofolliculogenesis。
 - (2) 很多POF的病患，尤其是含有初發濾泡者，常會合併有自體免疫 (autoimmune) 疾病，例如副甲狀腺功能不足，Hashimoto's thyroiditis或Addison's disease。
 - (3) 也有些病人，雖無明顯自體免疫的臨床現象，但血中可以查到對抗性腺激素及其他內分泌器官例如甲狀腺和腎上腺等的抗體存在。
 - (4) 另外，曾受過性腺電療或全身性化學治療的病人，也有可能產生POF。

五、垂體性閉經

- (一) 發生在青春期的垂體腫瘤可導致原發閉經。但多見於繼發閉經患者。主要因垂體受損引起功能不全，較常見於產後大出血伴休克、嚴重的產後感染或彌漫性血管內凝血(DIC)時，致垂體前葉缺血壞死，隨之出現功能減退、閉經，亦稱席漢氏綜合征。此症除影響FSH外，還可累及TSH和ACTH的分泌，因而還可出現其他相應的症狀，如消瘦、消化不良、畏寒、乏力、性器官萎縮、基礎代謝低及毛髮脫落等。垂體腫瘤可發生於蝶鞍內或外，可因機械性壓迫或因腫瘤本身的異常功能導致閉經、性機能減退及其他有關症狀，如視野障礙、頭痛、泌乳和肢端肥大症等。
- (二) 垂體性閉經：垂體腫瘤所致的閉經可伴有頭痛，視物不清，或泌乳；垂體前時壞死之閉經，發生於產後大出血，表現為性欲減退，生殖器萎縮，乏力怕冷，毛髮脫落。

(三) 病因有：

1. 損傷：如同原發性無月經一樣，只要腦幹或下視丘受損而干擾到 GnRH 的釋放時，亦可能產生繼發性無月經。例如 craniopharyngiomas, granulomatous diseases (TB和 Sarcoidosis) 和腦炎的後遺症等。這類病人，其血中雌激素二醇(estradiol, E2)較低，因此給予黃體素(progesterone)後，並不會有子宮出血(withdrawal bleeding)的現象。
2. 藥物：很多藥物，都有可能導致繼發性無月經現象，因此問診時，宜留意藥物史。例如，口服避孕藥、Phenothiazine衍生物和某些抗高血壓藥等。
3. 緊張壓力與劇烈運動：據研究，情緒極度緊張、精神壓力過大（例如環境遽變、家人死亡或離婚）及劇烈運動的情況下，常會導致繼發性無月經。可能的作用機轉，乃上述情況會造成體內的Beta-endorphin和catechol estrogen的濃度明顯上升，而促使dopamine的濃度亦隨之上升，於是抑制GnRH、LH和FSH的分泌。
4. 體重過輕：當體重比理想體重輕15%以上（為中度）或25%以上（為重度）和Anorexia nervosa（一種精神病態，一般發生在25y/o以前）時，下視丘的功能將會有異常，進而改變腦下垂體性腺激素的功能而造成繼發性無月經。
5. 多囊卵巢症候群(polycystic ovary syndrome, PCOS)：是一種中樞神經一下視丘的異常，會導致病人血中LH和雄性素(androgen)的升高，而產生無月經現象。
6. 功能性下視丘無月經(functional hypothalamic amenorrhea, FHA)：泛指找不到其他原因的繼發性無月經，即稱為FHA。一般可再分為二類：
 - (1) 當E2>40 pg/ml，稱為hypothalamic-pituitary dysfunction。
 - (2) 當E2<40 pg/ml，稱為hypothalamic-pituitary failure。

六、下丘腦性閉經

- (一) 下丘腦受中樞神經系統控制，過度精神緊張、憂慮、恐懼、生活環境改變，均可引起中樞神經系統與丘腦下部功能失調，出現閉經。特別是年輕婦女。卵巢功能尚不健全，更易出現紊亂現象。常首先表現在排卵功能異常而出現閉經。

多囊卵巢綜合症多引起月經稀發或繼發閉經，由於月經失調、無排卵，體內雌激素分泌過多，可伴有不孕、多毛有肥胖等，雙側卵巢呈多囊性增大，可比正常大1~3倍，有堅韌感。

卵巢包膜肥厚，皮質下出現多數發育不同程度的濾泡。子宮內膜呈不同程度的增殖狀態。現多認為多囊卵巢是下丘腦—垂體功能障礙所引起的無排卵的結果，以卵泡發育並停留在各個不同階段為結局。

其他如嚴重營養不良，特別是神經性厭食症、消耗性疾病、嚴重貧血等，都可影響下丘腦GnRH的合成分泌，而引起閉經。長期服用某些藥物如：利血平、氯丙嗪、眠爾通及避孕藥等，也可引起閉經。垂體瘤患者除影響GnRH合成分泌外，還可使PIF及多巴胺受抑制，出現閉經及泌乳，稱閉經泌乳綜合症。

(二) 丘腦下部性閉經常見於下列因素：

1. 精神神經因素。突然或長期的精神壓力，如精神緊張、恐懼、憂慮及環境改變、寒冷刺激等都可引起神經內分泌障礙而導致的閉經。
2. 消耗性疾病及營養不良症。如嚴重肺結核、貧血及青年婦女的神經性厭食等。
3. 藥物抑制綜合症。如少數服用長效或短效避孕藥的婦女停藥後可發生閉經。利血平、氯丙嗪、眠爾通等，也可引起閉經。
4. 腎上腺、甲狀腺、胰腺功能紊亂也可通過下丘腦影響垂體引起閉經。
5. 其他疾病。如肥胖生殖無能營養不良症；閉經泌乳綜合症；多囊卵巢綜合症；糖尿病等均可引起閉經。

七、其他內分泌腺異常 腎上腺、甲狀腺及胰腺等功能紊亂時也可影響月經。例如：腎上腺皮質功能亢進或減退、甲狀腺功能亢進或減退以及糖尿病等，都能通過丘腦下部影響垂體功能而引起閉經。

鑑別診斷

一、生理性閉經：是指在青春前期、妊娠期、哺乳期及絕經後的閉經。二、病理性閉經：

- (一) 假性閉經：某些婦女有月經，但是因為生殖道下段如子宮頸、陰道、處女膜、陰唇等處的先天性缺陷或後天性損傷，造成粘連閉鎖，月經血不能外流，這種情況屬於隱經，或稱為假性閉經。
- (二) 原發性閉經：凡年滿16周歲，月經尚未來潮者；多由先天性異常，包括卵巢或苗勒氏組織的發育異常所引起。
- (三) 繼發性閉經：月經週期建立後，又連續6個月以上無月經者。多由繼發性疾病引起。

- (四) 真性閉經：是指因某種原因所造成的無月經狀態，如精神因素、營養不良、貧血、結核、刮宮過度、內分泌功能紊亂等。
- (五) 假性（或隱性）閉經，是指由於先天發育不良或後天損傷引起下生殖道粘連閉鎖致月經不能排出者。

客觀評估

一、染色質及染色體檢查。

二、檢查CBC、BCS、尿液、T3、T4、TSH，肝腎功能及胸部X線檢查，以排除其他全身性疾病的可能。

三、子宮功能的檢查：

- (一) 藥物性試驗。可用孕酮試驗，對孕酮無反應，則可作雌激素試驗。
- (二) 診斷性子宮刮搔術。
- (三) 宮腔鏡檢查。
- (四) 基礎體溫測定：測基礎體溫，單相型者表示卵巢無排卵現象，閉經原因可能在卵巢或中樞（腦垂體或丘腦下部）；雙相型者表示有排卵，閉經原因可能在子宮及其內膜。

四、卵巢功能的檢查：

- (一) 診斷性子宮刮搔術：診斷性刮宮，瞭解有無宮腔粘連及子宮內膜情況。
- (二) 基礎體溫呈雙相型，提示卵巢功能正常，有排卵和有黃體形成。陰道脫落細胞檢查，每週二次陰道塗片，動態間接觀察卵巢雌激素水平。
- (三) 測定血中雌、孕激素的含量，如果含量低，提示卵巢功能不正常或衰竭。

五、垂體內分泌檢查 除外器質性病變後，可按以下步驟作有關內分泌方面的檢查。

- (一) 孕激素試驗：此系檢測內源性雌激素水平，以評價體內雌激素水平及生殖道的完整性。單獨用孕激素作試驗，方法：黃體酮20mg，每日肌注一次，連續5天；或口服甲孕酮10mg，每日一次，連服5天，觀察有無撤藥性出血。用藥後2~7天出現撤藥性陰道出血者為陽性反應，表示生殖道發育正常，子宮內膜的功能存在，已受雌激素充分作用，因而對黃體酮能產生分泌期變化。陰性反應不能除外子宮及生殖道異常，需作雌—孕激素試驗，以進一步明確診斷。

有條件時可測定血生乳素，如正常，可初步除外垂體腫瘤。如高於正常，特別是有泌乳情況時，應行蝶鞍層攝片，排除腫瘤可能。必要及可能時，可作CT檢查，以發現

垂體微小腫瘤。

- (二) 垂體促性腺激素測定：雌激素撤藥出血試驗陽性者，示體內雌激素水平低下，應進一步區分系因卵巢本身受抑或因下丘腦—垂體功能障礙所致。可用放免法或生物法測定促性腺激素（FSH、LN）的水平。LH低下（ $<5\text{IU/L}$ ）或認為系促性腺激素合成分泌不足，病因可能在垂體或下丘腦。FSH上升（ $>40\text{IU/L}$ ）則多與卵巢功能衰退有關。FSH值在 $5\sim 30\text{IU/L}$ 之間者，提示卵巢有濾泡存在。

西藥治療

- 一、一般支持療法：包括精神安慰，解除顧慮，改善營養，勞逸結合，適當鍛鍊，以增強體質；如發現全身性疾病，要首先治療；哺乳期超過1年者，應停止哺乳。
- 二、對引起閉經的器質性病變進行治療，對宮腔粘連者可擴張宮腔，分離粘連，放置宮內節育器以防重新粘連，並使用雌、孕激素以促進子宮內膜增生和剝落。對卵巢或垂體腫瘤、處女膜或陰道閉鎖者，在確診後可進行手術治療。對生殖道結核患者，給予抗癆治療。
- 三、雌、孕激素替代療法，對先天性卵巢發育不良，或卵巢功能受到抑制或破壞以致功能衰竭者，可用外源性卵巢激素進行替代療法。這些患者因缺乏正常卵泡和卵母細胞，不分泌性激素，如給予雌激素或雌、孕激素人工週期療法，可糾正患者缺乏雌激素的生理和心理狀態，促進生殖器官和第二性徵一定程度的發育，改善性生活，並可導致出現酷似月經的週期性撤藥性出血。
- 四、誘發排卵，對要求生育、卵巢功能未喪失的患者，可採用激素或類似藥物誘發排卵。
 - (一) 對垂體功能不全者，可採用絕經後婦女尿中提取的促卵泡激素以促進卵泡發育，分泌雌激素，並與絨毛膜促性腺激素聯合治療，排卵成功率高。
 - (二) 對垂體和卵巢功能正常，下丘腦功能不足或不協調者，可用氯底酚胺以糾正下丘腦—垂體—卵巢軸的功能而誘發排卵。
 - (三) 丘腦下部功能不足，以致促黃體素釋放激素分泌不足，可採用脈衝式微量促黃體素釋放激素（LH、RH）注射法誘發排卵。

病因病機

閉經的性質，可分為虛實兩端，虛者，肝腎不足，氣血虛弱，血海空虛，陰虛血燥，無血可下；實者，氣滯血瘀，寒濕阻滯而致水道不通，經血不得下行。閉經的治療原則是，虛者補而通之，實者瀉而行之。

- 一、**肝腎不足** 稟賦不足，腎氣未盛，精氣未裕，肝血虛少，衝任不充，無以化為經血，乃致經閉，此常是少女閉經的主要原因。或因多產、墮胎、房勞無節或久病及腎，致腎精虧損，肝血耗傷，衝任皆虛，胞宮無經血可下而成閉經。
- 二、**氣血虛弱** 脾胃虛弱，化源不足，或飲食勞倦，憂思過度，損傷心脾。或大病、久病、或數脫於血（吐血、下血、小產等），以致營血大虧，衝任血虛，無血化經水，致成經閉。
- 三、**陰虛血燥** 素體陰虛，或失血陰虧，或久病營血虧耗，陰虛生熱，燥灼營陰，血海乾涸，發為經閉，重至虛勞閉經。
- 四、**氣滯血瘀** 七情內傷，氣結則血滯。或經期、產時血室正開，風冷寒邪入胞宮，或內傷生冷寒涼，血得寒則瘀滯。或熱邪煎熬陰血而稠澀。氣滯血瘀相因為患，衝任瘀滯，胞脈阻隔，故經水不行。
- 五、**痰濕阻滯** 肥胖之人，痰濕之體，復因脾陽失運，濕聚痰盛，脂、痰、濕阻滯衝任，胞脈壅塞而經不行。

主觀評估指標

一、病史

首先區分原發閉經與繼發閉經。對原發閉經者，應瞭解其家族史，生長發育史及有無因某種嚴重疾病影響其發育等。對繼發閉經者應瞭解過去月經情況、閉經期限、閉經前有無誘因、診治情況，曾否用過內分泌治療及對各種治療的反應、健康狀況及生育、生活和工作情況等。

- (一) 原發性閉經，應詳細詢問生長發育史，幼年健康狀況，患過何種嚴重疾病；瞭解營養及全身健康情況及其家族史等。
- (二) 對繼發性閉經，應詢問初潮年齡，月經情況，閉經期限，閉經前有無誘因，有無嚴重的精神創傷；閉經後有無自覺症狀，並詢問診治過程及治療反應。
- (三) 詢問婚姻與生育史，有無流產、刮宮史，分娩時出血量，產時產後有無休克等。
- (四) 哺乳多久、乳汁多少。
- (五) 曾否用過避孕藥或其他對月經有影響的藥物。
- (六) 有無結核等其他慢性疾病等。

二、體檢

- (一) 全身情況：注意發育、營養、胖瘦、精神狀態、智力與第二性徵發育以及毛髮多少與分佈、乳房有無乳汁分泌等。必要時查視野、蝶鞍斷層攝片、CT檢查、染色體核型分析、腹腔鏡檢及有關內分泌檢查等。
- (二) 婦科檢查：注意外陰發育情況，有無畸形及內生殖器有無異常

等。疑有宮頸、宮腔粘連者，可用子宮探針探測是否通暢，或做碘油造影。必要時作陰道、宮頸粘液塗片或內膜活檢等，以初步瞭解性激素水平。

辨證論治

一、閉經辨證首先當辨別虛實的屬性：

(一) 虛證：

1. 先天不足---已逾常人初潮年齡尚未行經者。
2. 虛損---月經逐漸稀發，以致閉經，並伴有其他虛象者。

(二) 實證：

1. 以往月經基本正常驟然停經，又伴隨其他實象。

二、閉經的治療思考模式建議如下：

(一) 辨證分型：閉經臨床常見有臟腑辨證、病因辨證、八綱辨證。

(二) 治療方法：依藥物的功用，可將之分為16類：

- 補氣藥：甘草、白朮、山藥、人參、黃耆。
- 補血藥：當歸、白芍、熟地、阿膠。
- 補陰藥：沙參、枸杞、何首烏、地黃、麥冬、龜板、石斛。
- 補陽藥：杜仲、肉蓯蓉、菟絲子、淫羊藿、覆盆子、桑寄生、河車、續斷。
- 活血祛瘀藥：川芎、澤蘭葉、鬱金、雞血藤、焦艾、益母草、桃仁、紅花、牛膝、赤芍、丹參、歸尾、蟪蟲、桃仁、虵蟲、水蛭、元胡。
- 止血藥：卷柏。
- 溫裏藥：肉桂。
- 理氣藥：香附、砂仁、陳皮、枳殼、木香。
- 利水滲濕藥：茯苓、滑石、澤瀉、淡竹葉、瞿麥、車前子。
- 芳香化濕藥：蒼朮、砂仁。
- 化痰藥：半夏、南星、桔梗、杏仁、瓜蒌。
- 消食藥：神曲。
- 瀉下藥：大黃、芒硝。
- 清熱藥：生地、丹皮、黑梔、黃芩、連翹、知母、地骨皮、黃柏、玄參、馬尾蓮。
- 解表藥：柴胡、生薑、薄荷。
- 收澀藥：山茱萸、五味子。
- 安神藥：酸棗仁、琥珀、遠志、柏子仁、茯神。

證治分型

■臟腑辨證

一、心肝脾之氣鬱

(一) 辨證

1. 婦科證候特點：月經逐漸延後，量少，經色淡而質薄，繼而停閉不行。年未老經水斷、師尼室寡，診其脈弦出寸口，知其心志不遂情，多屬鬱熱。
2. 全身症狀：頭昏眼花，或心悸氣短，神疲肢軟。急劇節食減肥後，或食慾不振，或無食慾，形體羸瘦，面色萎黃，體重下降，或便秘如彈丸，或便溏，舌淡，苔少或薄膩苔，脈見沉緩或滑緩。
3. 證候分析：緣於飲食失節，勞倦過度損傷脾氣，憂愁思慮過度，營陰暗耗。化源不足，血無以生，源竭而流絕，衝任不盈，血海匱乏，以致月經由後期量少而漸至停閉。

(二) 治療

1. 治則：和肝理脾，清心開鬱。
2. 方藥：益經湯（傳青主女科）、逍遙散（醫宗金鑑），加香附、澤蘭、丹、生地、鬱金、黑梔、芩。
 - 補氣藥：白朮、山藥、人參、甘草。
 - 補血藥：白芍、當歸、熟地、生地。
 - 補陰藥：沙參。
 - 補陽藥：杜仲。
 - 活血祛瘀藥：澤蘭葉、鬱金。
 - 理氣藥：香附。
 - 利水滲濕藥：茯苓。
 - 清熱藥：丹皮、黑梔、黃芩。
 - 解表藥：柴胡、生薑、薄荷。
 - 其他（安神藥）：酸棗仁。

二、肝腎不足型

(一) 辨證

1. 婦科證候特點：年逾18尚未行經、或由月經量少逐漸發展至閉經。
2. 全身症狀：體質虛弱，掌心灼熱或骨蒸盜汗，口乾咽燥，或夜半咽乾，或腰部酸痛，腿軟，足跟痛，頭暈耳鳴，健忘失眠，陰部乾澀，性慾減弱，舌紅少苔，脈沉弱或細澀，尺脈弱不應指。

3. 證候分析：稟賦素弱，腎氣不足，天癸甚微，衝任未通，故月經遲遲不潮、或雖曾來潮又中斷數月不至、或由肝腎虧虛，衝任虛損；故月經逐漸延後量少而至閉經，腰酸頭暈耳鳴。舌、脈徵象等均為肝腎不足之徵。

(二) 治療

1. 治則：滋補肝腎，養血益陰。
2. 方藥：歸腎丸加雞血藤、何首烏（景岳全書）。加減菟蓉菟絲子丸（中醫婦科臨床手冊）。滋腎補沖丸（中藥制劑）。
 - 補氣藥：山藥、白朮。
 - 補血藥：當歸、熟地、白芍。
 - 補陰藥：枸杞、何首烏。
 - 補陽藥：肉苁蓉、菟絲子、淫羊藿、覆盆子、桑寄生、杜仲、河車。
 - 活血祛瘀藥：雞血藤、焦艾、益母草。
 - 理氣藥：香附、砂仁。
 - 利水滲濕藥：茯苓。
 - 收澀藥：山茱萸。
 - 安神藥：琥珀。

■病因辨證

一、痰濕阻滯型

(一) 辨證

1. 婦科證候特點：月經停閉，或帶下量多色白。
2. 全身症狀：形體肥胖、胸脅滿悶、嘔惡多痰、神疲倦怠，或面浮足腫，苔膩、脈滑。
3. 證候分析：肥胖之體，多痰多濕，痰濕阻滯，氣血不暢，衝任壅塞，故月經停閉，痰濕困脾，故見胸悶嘔惡，神疲倦怠，濕濁下注，則帶下量多色白，脾濕不運，痰濕內阻，故面浮足腫，苔白膩，脈滑。

(二) 治療

1. 治則：豁痰除濕，調氣活血通經。
2. 方藥：蒼附導痰丸（葉天士女科診治秘方）、丹溪痰濕方（丹溪心法）、加減香砂六君子湯。
 - 補氣藥：甘草、白朮、人參。
 - 補血藥：當歸。
 - 活血祛瘀藥：川芎。
 - 理氣藥：陳皮、香附、枳殼、木香。
 - 利水滲濕藥：茯苓、滑石。
 - 芳香化濕藥：蒼朮、砂仁。
 - 消食藥：神曲。
 - 解表藥：生薑。
 - 化痰藥：半夏、南星。

■八綱辨證實證

一、血滯經閉

(一) 辨證

1. 婦科證候特點：胞脈閉，上迫於肺，心氣不得下通，故月事不來。

(二) 治療

1. 治則：
2. 方藥：三和湯清之。
 - 補氣藥：甘草。
 - 補血藥：當歸、白芍。
 - 補陰藥：地黃。
 - 活血祛瘀藥：川芎。

- 清熱藥：梔子、連翹。
- 瀉下藥：大黃、芒硝。
- 解表藥：薄荷。

二、氣滯血瘀型

(一) 辨證

1. 婦科證候特點：月經數月不行。
2. 全身症狀：精神抑鬱，煩躁易怒，胸脅脹痛，少腹脹痛或拒按。舌邊紫黯，或有瘀點，脈沉弦或沉澀。
3. 證候分析：氣以宣通為順，氣機抑鬱不能行血，衝任不通，則經閉不行，氣滯不宣，則精神鬱悶，煩躁易怒，胸脅脹滿，瘀血內停，積於血海，衝任受阻，則少腹脹痛拒按；舌紫暗、有瘀點、脈沉弦或沉澀，為瘀滯之象。

(二) 治療

1. 治則：理氣活血、祛瘀通經。
2. 方藥：血府逐瘀湯（醫林改錯）、生化通經湯（中醫婦科治療學）、逍遙散（和劑局方）。
 - 補氣藥：甘草、白朮。
 - 補血藥：當歸、白芍。
 - 補陰藥：生地。
 - 活血祛瘀藥：桃仁、紅花、牛膝、澤蘭、川芎、赤芍、丹參、歸尾。
 - 理氣藥：枳殼、香附。
 - 利水滲濕藥：茯苓。
 - 解表藥：柴胡、生姜、薄荷。
 - 化痰藥：桔梗。

三、氣血凝結（室女師尼寡婦經閉）

(一) 辨證

1. 婦科證候特點：室女經閉，多有氣血凝結者。

(二) 治療

1. 治則：
2. 方藥：大黃蟪蟲丸（醫宗金鑑）。
 - 補氣藥：甘草。
 - 補血藥：白芍。
 - 補陰藥：生地。
 - 活血祛瘀藥：蟪蟲、桃仁、虵蟲、水蛭。
 - 清熱藥：黃芩。

- 瀉下藥：大黃。
- 化痰藥：杏仁。

■八綱辨證 虛證

一、血枯血虧經閉

(一) 辨證

1. 婦科證候特點：失血血枯。乳眾血枯經閉。生育過多，則血海乾枯，及乳眾傷其血液。勞怯經閉。室女經閉，多有氣血凝結者，若其人虛弱不任攻下。胃熱燦血。治血虛有火，月經耗損，漸至不通，日漸羸瘦而生潮熱。慎勿以毒藥通之。
2. 全身症狀：
3. 證候分析：房室勞損，過傷陰血。

(二) 治療

1. 治則：
2. 方藥：六味地黃湯、玉燭散、養榮湯、十全大補湯、柏子仁丸、澤蘭湯、澤蘭葉湯兼服柏子仁丸。
 - 補氣藥：人參、甘草、白朮、黃耆、山藥。
 - 補血藥：當歸、白芍、熟地。
 - 補陰藥：生地。
 - 補陽藥：續斷。
 - 活血祛瘀藥：川芎、澤蘭、牛膝。
 - 止血藥：卷柏。
 - 溫裏藥：肉桂。
 - 理氣藥：陳皮。
 - 利水滲濕藥：茯苓、澤瀉。
 - 清熱藥：丹皮。
 - 瀉下藥：大黃、芒硝。
 - 收澀藥：山茱萸、五味子。
 - 安神藥：遠志、柏子仁。

二、氣血虛弱

(一) 辨證

1. 婦科證候特點：月經逐漸後延，量少，經色淡而質薄，繼而停閉不行。
2. 全身症狀：頭昏眼花、心悸氣短、神疲肢軟，或食慾不振，毛髮不澤易脫落，羸瘦萎黃，脈沉緩或虛數，舌淡苔

少。

3. 證候分析：屢傷於血，或心脾受損，化源不足，血虛氣弱，衝任失養，血海空虛，以致月經停閉；餘證均為血虛不榮，氣虛不布所致。

(二) 治療

1. 治則：補氣養血調經。
2. 方藥：人參養榮湯、聖愈湯、八珍湯。
 - 補氣藥：人參、白朮、甘草、黃耆。
 - 補血藥：當歸、白芍、熟地。
 - 活血祛瘀藥：川芎、元胡。
 - 溫裏藥：肉桂。
 - 理氣藥：陳皮、香附。
 - 利水滲濕藥：茯苓。
 - 收澀藥：五味子。
 - 安神藥：遠志。

三、陰虛血燥

(一) 陰虛血燥

1. 辨證
 - (1) 婦科證候特點：經血由少而漸至經閉。
 - (2) 全身症狀：五心煩熱、兩顴朝紅或骨蒸潮熱、咳嗽唾血。舌紅苔少，脈細數。
 - (3) 證候分析：陰虛內熱，熱燥血虧，血海漸涸，故月經由少以致停閉並見五心煩熱，盜汗顴紅，舌紅苔少，脈細數等虛熱證象。若陰虛日久，精血虧虛，虛火內熾，致成陰虛勞熱，可見形體羸瘦，骨蒸潮熱，或咳嗽唾血等證。
2. 治療
 - (1) 治則：養陰清熱調經。
 - (2) 方藥：加減一陰煎、補腎地黃丸。
 - 補氣藥：甘草、山藥、人參。
 - 補血藥：熟地、白芍。
 - 補陰藥：生地、麥冬、龜板、石斛。
 - 活血祛瘀藥：益母草、牛膝。
 - 利水滲濕藥：澤瀉、淡竹葉、瞿麥、車前子。
 - 清熱藥：知母、地骨皮、丹皮、黃柏、玄參。
 - 收澀藥：山茱萸。

- 安神藥：茯神、酸棗仁、遠志。
- 化痰藥：瓜蒌。

(二) 經閉久嗽成勞

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經閉久嗽、又見骨蒸潮熱、盜汗、自汗，飲食減少之證，則為之血風勞。

2. 治療

- (1) 治則：

- (2) 方藥：劫勞散。

- 補氣藥：人參、甘草、黃耆。
- 補血藥：白芍、當歸、地黃、阿膠。
- 利水滲濕藥：茯苓。
- 收澀藥：五味子。
- 化痰藥：半夏。

非藥物治療

預防：

增強體質，提高健康水平。平時加強體育鍛鍊，常做保健體操或打太極拳，跳中老年迪斯可舞等。避免精神刺激，穩定情緒，保持氣血通暢。經期要注意保暖，尤以腰部以下為要，兩足不受寒，不涉冷水，並禁食生冷瓜果。經期身體抵抗力弱，避免重體力勞動，注意勞逸適度，協調沖任氣血。經期不服寒涼藥。加強營養，注意脾胃，在食慾良好的情況下，可多食肉類、禽蛋類、牛奶以及新鮮蔬菜，不食辛辣刺激食品。去除慢性病灶，哺乳不宜過久，謹慎從事人工流產術，正確掌握口服避孕藥。肥胖病人應適當限制飲食及水鹽攝入。閉經可以是暫時性的，也可能是永久性的。一般來說，女性在十六歲仍未來月經，就應該到醫院好好檢查一下，以儘早確認是否患生殖器疾病，有無先天性畸形，如處女膜閉鎖、陰道閉鎖、無陰道、子宮發育不良，或先天性無子宮等。

繼發性閉經是一種很常見的現象。一般女性在妊娠、哺乳以及更年期是正常的生理現象。有些女性會因為受到環境改變、神經緊張、情緒改變等精神方面的刺激而發生繼發性閉經，這種情況，只要調整好心態及穩定情緒之後，月經便會得到恢復；如果因貧血而造成的閉經，貧血得到糾正後，月經很快就會正常；剛剛停止服用避孕藥的女性，也可能出現閉經，而且這種情況引起的通常可以持續幾個月，但隨後就可能慢慢恢復；由於刮宮損傷了子宮內膜或放射性治療破壞了卵巢功能，以及子宮內膜結核而引起的繼發性閉經，則需要積極治療方可恢復行經；生殖年齡婦女經常因內分泌疾病引起閉經，如由產後大量出血，發生休

克，而引起垂體前葉功能損傷而導致的席漢氏病；患有柯興氏病，不僅出現閉經，還同時伴有不孕或肥胖；甲狀腺功能不全以及卵巢功能不全也可引起閉經。

第五節 子宮功能不良性出血

子宮功能不良性出血的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：626.8—月經過多（Menorrhagia）、經間期出血、經期延長
- 二、資料出處：中醫婦科研究小組；中醫婦科主任賴榮年；台北市立聯合醫院陽明院區。Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding（本指引為加拿大婦科及產科臨床醫師公會所認可。George A.Vilos, MD, FRCSC, London, ON; Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC, Toronto, ON; Gillian R. Graves, MD, FRCSC, Halifax, NS）
- 三、發表時間：2007年1月。
- 四、中醫辨證：崩漏、月經過多、月經不調。
- 五、西醫病名：功能失調性子宮出血dysfunctional uterine bleeding。
- 六、定義：功能失調性子宮出血是由內分泌失調所引起的子宮內膜異常出血，簡稱功血。臨床上以陰道不規則流血，甚至出現貧血為其特徵。多因內分泌功能障礙、全身性疾病或生殖器官疾病引起。凡月經週期及月經量與正常月經週期不同者均屬此範疇。
- 七、中醫釋名：本定義以月經周期紊亂，子宮出血如崩似漏為主要表現的月經類疾病。本定義較廣泛，根據其症狀可參閱「月經不調」與「月經過多」章節。本章就中醫定義為「崩漏」之症狀來分析。崩漏是指婦女非正常行經而陰道下血如崩或淋漓不盡的症狀。來勢急驟，忽然暴下，出血量多者稱之為經崩；來勢緩者，淋漓不斷，出血量少者謂之曰漏。二者常交替出現，互相轉化。
- 八、歷史考證：《普濟方》稱經期延長為"婦人月水不斷"。《濟陰綱目》稱為"過期不止"。《濟陰綱目·論崩漏雜治法》曰："丹溪云：崩漏有虛有熱，虛則下溜，熱則通流。"漏下之病名出《金匱要略·婦人妊娠病脈證》"婦人有漏下者"。《諸病源候論·婦人雜病諸候》有"漏下候"崩中之病名出《金匱要略·婦人雜病脈證并治》"崩中出血"。《諸病源候論·婦人雜病諸候》有"崩中候"。

發生

- 一、正常的月經的循環約 28 ± 7 天，出血持續 4 ± 2 天，和平均血損失是 40 ± 20 ml。¹ **子宮異常出血(AUB)**定義為月經頻率、出血持續的時間或失血量之異常變化。功能失調性出血(DUB)應先診斷排除骨盆病理變化或其他藥物影響。DUB的典型特徵為嚴重的出血期延長，可能發生在有排卵或無排卵型月經。
- 二、無排卵型比較多見，約占80%~90%，常發生在青春期和絕經期；排卵型功血多見于中年婦女。
- 三、估計有百分之9到30生育年齡的婦女承受月經過多之苦。此症狀的盛行率隨年齡而增加，在更年期之前達到最高峰。在全世界執行的子宮切除術當中，因為月經過多和子宮肌瘤所占比率高達百分之75。
- 四、月經過多的定義為生育期的連續數個月經週期皆大量的出血。客觀的診斷月經過多為一次月經週期失血量大於80毫升，1966年Hallberg等人發表一篇以476位歌德婦女為對象進行的研究指出，百分之90受試者月失血量超過60毫升時，會造成缺鐵性貧血²並可影響其生活品質³。

Table 患有子宮異常出血婦女之子宮內膜增生及癌化的危險因子

因子	盛行率	Odds ratio and 95% CI	P值
所有患者	4.9%	-	-
體重 ≥ 90 公斤	12.7%	5.5 (2.9-10.6)	<0.0001
年齡 ≥ 45 歲	7.9%	3.1 (1.5-6.1)	0.0016
體重 ≥ 90 公斤而且年齡 ≥ 45 歲	22.2%	-	-
體重 ≥ 90 公斤而且年齡 <45 歲	2.3%	-	-
有結腸癌家族病史	-	5.0 (1.3-19.1)	0.0182
不孕症	-	3.6 (1.3-9.9)	0.0127
無生產經驗	-	2.8 (1.1-7.2)	0.0267
有子宮內膜癌家族病史	-	5.8 (1.1-28.6)	0.0392
Farquhar等人(1999)，1033位婦女的多變項分析			

病理機轉

功血的發病機理，主要為性腺內分泌失調，而不同時期發病機理亦不相同。青春期的卵巢開始發育，丘腦下部-垂體-卵巢間的調節功能及週期性反饋作用尚未穩定，卵泡雖有發育但無排卵，不同發育時期的卵泡能分泌雌激素，在不同量的雌激素作用下，子宮內膜一直處於增生狀態而導致功血。更年期卵巢開始萎縮，失去性激素對丘腦下部和垂體的正

反饋作用，使下丘腦分泌促黃體生成素釋放因數減少，黃體生成素不能產生中期波峰，而產生過多的促卵泡激素，刺激卵巢形成大型卵泡囊腫或多發性閉鎖卵泡，從而不斷分泌雌激素，由於雌激素的持續作用，使子宮內膜呈增生期改變或增生過長導致子宮出血。育齡婦女患病，多為黃體生成素分泌不足或持續存在，以致黃體成熟不良或持續分泌而造成子宮內膜不規則剝脫出血。此外翟瞻榮等認為子宮出血的機理可能與前列腺素Fα的合成量、子宮內膜的解聚合作用及纖溶系統啟動作用有關。因本病是激素失調引起的子宮異常出血，故多採用性激素及止血藥治療。對出血量多或反復出血的已婚婦女用刮宮療法止血。這些方法雖有一定的治療效果，但遠期療效尚不滿意。

直接影響卵巢功能的激素是垂體分泌的促性腺激素即促卵泡素（FSH）和黃體生成素（LH）。上述任何誘因如阻礙丘腦下部對垂體促性腺激素的控制，致使月經中期不能形成FSH、LH峰狀分泌，卵巢即不能排卵而發生無排卵型功血。有時雖有排卵，但卵泡期FSH相對不足，致使卵泡發育延遲，黃體期LH相對不足而引起黃體不健；也可由於雖有足夠的FSH，但LH相對不足或持久分泌而發生黃體萎縮不全。

病因病機

一、西醫病因：機體內外任何因素如影響丘腦下部-垂體-卵巢軸任何環節的調節功能，均可誘發月經失調。常見誘因：

- （一）月經過多：指月經量過多，月經週期規則或不規則。其發生原因有：內分泌功能障礙：如功能失調性子宮出血，此時除經量過多外常伴週期不規則。生殖器官疾病：如子宮肌瘤、子宮內膜癌肉、子宮腺肌瘤、宮體炎、輸卵管炎、盆腔炎及宮內節育器等。全身性疾病：如心功能代償不全、肝硬化、血液病、缺鐵性貧血等，或因靜脈鬱血、或因影響雌激素代謝、或因凝血機制障礙等而致月經過多。
- （二）月經過頻：指月經週期短於21d者，經量正常或略有改變。多因無排卵或排卵前期過短引起。甲狀腺功能低下也可使月經過頻。
- （三）月經稀發：指月經週期超過40d的不規則子宮出血，經量正常或減少，多無排卵。常由內分泌障礙或全身健康不良引起。
- （四）月經過少：指經量減少，月經週期有規律。多見於內分泌功能障礙，如下丘腦-垂體-卵巢軸異常、腎上腺皮質功能低下、甲狀腺功能亢進等。全身性疾病影響全身健康狀況時，如嚴重肺結核及重度營養不良等也可致月經過少，最後發展為閉經。至於生殖器官疾病如宮頸阻塞、宮腔粘連及子宮內膜結核等，亦是重要原因。
- （五）經間期出血：指兩次正常月經之間的少量出血，又稱排卵期出

血，因多發生在接近排卵期時，故名。

(六) 經期延長：指月經期超過8d者，多見於無排卵月經或子宮內膜不規則脫卸。

(七) 月經不規則：指月經週期不規則，一般經量不太多。二、中醫病因病機：中醫學認為，本病的發生主要是由於沖任損傷所致。各種原因引起的血熱、腎虛、脾虛、血瘀等均可傷及沖任二脈，沖任損傷，不能約制其經血，故血從胞中非時而下。多由血熱、濕熱、氣虛、血瘀、外傷等所致。婦女月經病變，崩漏病（崩中、漏下），以及石瘕，胎漏、异位妊娠、產後血崩、產後惡露不絕，疫斑熱、紫癍病、血溢病等病中皆可出現崩漏。崩漏病多因腎虛、脾虛、血熱、血瘀，沖任不能約制經血所致。漏下多因腎虛、血瘀，沖任失約所致。崩中多因血熱迫血妄行，或瘀血阻滯，血不循經，或氣虛沖任不固所致。

主觀評估指標

病史：應注意患者的年齡，以往月經情況，婚否、孕產次、分娩經過，發病時間，出血量多少、持續時間、有無週期、有無血塊及組織排除，採取何種避孕方法，近期有無精神創傷、情緒波動、過勞。一般健康狀況，有無慢性肝病、血液病、高血壓、心衰及代謝性疾病等。

AUB的診斷方法

臨床上區分無排卵性子宮異常出血和排卵性子宮異常出血是重要的，無排卵性子宮異常出血較有子宮內膜增生的傾向。排卵性子宮異常者則較有連續數個月經週期經血過多的傾向，患者亦可能抱怨有排出血塊的痛經症狀等，但不以月經間期出血及性交後出血的症狀表現。併有經前症候群的子宮異常出血代表其可能為排卵性子宮異常出血。這類病人的病史應包括其他病理學的症狀，例如不規則的出血，性交後出血，以及骨盆腔疼痛。月經不規則出血的婦女中有百分之25到50可檢查出有子宮癌肉或是粘膜下纖維瘤。

診斷標準詳述如下：

一、西醫診斷標準

(一) 功能失調性月經紊亂診斷標準：

1. 無排卵功血：

- (1) 凡月經週期、經期及出血量不正常，經檢查全身及內外生殖器無明顯器質性病變者。
- (2) 基礎體溫呈單相。
- (3) 月經週期中陰道脫落細胞塗片檢查可反映雌激素的作用，而無正常週期性的變化。
- (4) 宮頸粘液在月經前檢查仍持續呈不同的羊齒結晶，而缺少在黃體期應有的橢圓體。

2. 有排卵功血：凡月經頻發或經期及血量不正常，卵巢功能檢查基礎體溫雙相，經檢查全身及內外生殖器無明顯器質性病變者。

(二) 青春期功血（無排卵型）

臨床表現：初潮後最初兩年內，發生子宮大量出血、流血時間過長或月經週期紊亂。婦科檢查內外生殖器均屬正常範圍。

(三) 生育年齡功血（排卵型）（黃體功能不全）

1. 臨床表現：月經週期縮短，少於21天，即月經過頻，但仍保持一定的規律性，或經前有點滴出血和經血過多。多數患者有不孕或早期流產史。

2. 輔助檢查

- (1) 診斷性子宮刮搔術：經前1~2天或出血6~12小時內刮取子宮內膜，可呈分泌期變化，但腺體不夠豐滿，分泌現象不充分。間質水腫不明顯。
- (2) 基礎體溫測定：呈雙相型，但上升緩慢，上升幅度 $< 0.5^{\circ}\text{C}$ ，或黃體期體溫上下波動較大，或下降較早。黃體期縮短，一般在10天左右。

(四) 更年期功血（無排卵型）

1. 臨床表現：更年期婦女在停經數月甚至一年後又發生子宮出血，量多少不定，持續時間長短不一，無痛經。

客觀評估

西醫診斷依據

一、必須根據詳細詢問病史、全面體格檢查包括婦科檢查及其他輔助檢查才能作出診斷。

二、全面體格檢查：一次徹底的腹部和骨盆檢查是必要的。血液常規檢查(CBC 土 ferritin)可評估貧血的程度。其他可考慮的檢查包括：當甲狀腺機能失調的其他症狀存在時應檢查促甲狀腺激素；泌乳素；第21到23天黃體素濃度可推測排卵狀態；促濾泡成熟素(FSH)和促黃體生長素(LH)可證實更年期或支持多囊性卵巢疾病的診斷；以及凝血狀況檢查，可用於青春期的少女出現月經過多或是臨床上懷疑有凝血障礙時。

三、其他：如應用腹腔鏡或超音波檢查可協助排除卵巢腫瘤等。

子宮內膜的評價

評估子宮內膜可用於診斷惡性腫瘤或可能惡化之狀況並且可評估賀爾蒙對子宮內膜的影響。Spencer等人收集分析了142項研究，訂出婦女患有AUB時子宮內膜評估方式的基準。不過這項數據並不能單獨使用於子宮內膜評估。

超過40歲發現異常出血或是屬於子宮內膜癌高危險群的婦女皆應安排子宮內膜取樣，例如：原發性不孕症患者；第一次發現大量、不規則出血；肥胖症(>90公斤)；多囊性卵巢；有子宮內膜癌及結腸癌症的家族史；和接受tamoxifen治療者。

當婦女經過3個月的療程治療之後若出血狀況沒有改善，進行子宮內膜組織病理學檢查是重要的。由SOGC公佈之不正常陰道出血婦女之子宮內膜癌診斷指南 (2000)審核了內膜檢體證據力以及提供一系列評估內膜的檢查方法。

子宮內膜的取樣技術

實驗室子宮內膜的檢體採樣結果顯示：有百分之87到97的檢體達取樣標準，及可檢出百分之67到96的子宮內膜癌。當然取樣的設備可以影響準確性，在子宮腔鏡引導下的採樣較一般子宮擴刮術(D&C)有較高檢出異常的比率。不過要注意的是僅就子宮腔鏡不足以排除子宮內膜腫瘤和癌化。(II A)

子宮擴刮術

只有百分之10到25的婦女在操作子宮擴刮術(D&C)時沒有發現子宮內膜的病變。且本手術(D&C)有百分之0.6到1.3子宮穿孔的併發症，亦有百分之0.4的病例發生術後出血。子宮擴刮術(D&C)是無法直接檢視子宮腔的一種手術，所以會有一定比例的採樣誤差；而且此項手術需麻醉，亦會帶來併發症的風險的。但此手術仍應保留用於無法執行子宮腔鏡直接切片採樣的時候。(II B)

子宮內膜的超音波檢查

用陰道內超音波檢查(TVS)可以評估子宮內膜的厚度並且具百分之80的敏感性和百分之69的特異性診斷子宮癌肉和子宮肌瘤。雖然子宮內膜的厚度在更年期後的婦女身上可能是病理變化的證據，但不能使用於生育年齡的女性身上。用匯萃分析研究(Meta-analysis)分析35項研究顯示：超音波檢查更年期婦女的子宮內膜厚度為5mm時，可檢測出百分之92子宮內膜疾病以及具檢測出百分之96癌症的敏感性。但是當內膜厚度介於5mm-12mm之間時，超音波檢查則對診斷無幫助。對停經前的病人來說，並未確定它們之間的關連性。

生理食鹽水灌注立體超音波圖

用一支簡單的導管或是小兒科的餵食管將5-15毫升的生理鹽水導入子宮腔內，可能可以改善子宮內團塊在陰道超音波下的診斷。

二、西醫鑒別診斷

- (一) 嚴重的陰道炎、宮頸炎、子宮內膜炎引起的陰道出血：無排卵期功血無週期性，嚴重的陰道炎、宮頸炎、子宮內膜炎引起的陰道出血亦無週期性。但陰道炎引起的出血一般為白帶中夾雜血絲，局部可有癢痛等刺激症狀，檢查時可見陰道壁有炎症刺激反應。宮頸炎引起的出血，多為血性白帶或性交後出血，檢查時可見宮頸有不同程度的糜爛或癌肉，並有接觸性出血。子宮內膜炎引起的出血，伴有小腹疼痛、下墜，發熱，白細胞總數增高，白帶為膿性或水樣。
- (二) 生殖器腫瘤引起的陰道流血：子宮內膜癌肉和粘膜下肌瘤引起的出血為間斷性的較大量的出血；子宮內膜癌多在絕經後發生子宮出血，診斷性刮宮送病理檢查可以確診。此外，卵巢功能性腫瘤，如顆粒細胞瘤、卵泡膜細胞瘤，亦可併發子宮出血。應作全面的婦科檢查和有關輔助檢查加以鑒別。
- (三) 全身性疾患引起的陰道出血：如患血液病時，可能有月經過多的症狀；患高血壓病容易發生子宮出血；患肝臟疾患雌激素滅活功能受阻，亦可間接引起子宮出血；甲狀腺功能低下也是子宮出血的原因之一。要結合臨床各種疾病加以鑒別。
- (四) 避孕器引起的陰道流血：臨床上要詳細詢問病史，一般不難鑒別。

西醫處理子宮異常出血

內科處理

年齡，希望保存生育力，存在其他內科疾病，和病患偏好是必要的考慮條件。每種建議的方法，病患都應該知道其風險及禁忌症並根據這些資訊做選擇。病患的滿意程度可能受療效，期待，費用，便利性和副作用等因素的影響。

非類固醇消炎藥

女性月經期大量出血時子宮內膜的前列腺素會升高。非類固醇消炎藥(NSAIDs)抑制環氧酶(cyclo-oxygenase)並可降低子宮內膜的前列腺素濃度。回顧21個隨機對照的臨床試驗，發現於行經期吃非類固醇消炎藥可減少百分之20到50經期的失血。非類固醇消炎藥可改善百分之70病患的痛經症狀。這種治療應該在月經的第一天開始，並且持續5天或者直到月經停止。(IA)

抗纖維蛋白溶解劑

Tranexamic acid (cyclokapron)，一個amino acid lysine的合成衍生物，藉由封鎖纖維蛋白分解酶達到抗纖維蛋白溶解的作用。此藥對於血液的凝結參數或者痛經沒有效果。約三分之一的女性產生，包括噁心，小腿抽筋等副作用。根據10次隨機安慰劑對照臨床試驗，在該週期的前4天每6小時服用Tranexamic acid 1公克，可以讓經期失血減少到百分之40。(IA)

DANAZOL

Danazol，具微男性賀爾蒙特性的一種合成類固醇，可抑制卵巢的類固醇並且對子宮內膜組織有顯著壓抑的效果，可將經期失血減少到百分之80。danazol治療（100-200毫克／日）之後，百分之20的病患發生停經以及百分之70表現出月經稀少。使用danazol的病患大約有百分之50沒有副作用，百分之20有輕微但是可接受的副作用。最常見的抱怨是病患體重增加2到6磅（百分之60病患）。目前建議的療程為，每天100-200毫克持續3個月。

黃體激素

每個月服用黃體激素12-14天可能是治療無排卵性不規則月經一有效的療法。然而，隨機試驗顯示治療大量月經異常出血，黃體激素療法較非類固醇消炎藥和tranexamic acid無療效。而且使用Medroxyprogesterone acetate來避孕的女性，有百分之80在第一年引起閉經，有百分之50的人曾出現不規則出血的症狀。

口服避孕藥

口服避孕藥(OC)或許是因為誘發子宮內膜萎縮故可運用於減少經期失血。女性服用口服避孕藥ethinyl estradiol的隨機控制試驗顯示百分之43可減少經期內的失血。另外2個縱貫性的病例對照研究發現服用此藥物後很少出現經期的大量出血或貧血。口服避孕藥可運用於子宮異常出血而合併有痛經症狀及避孕需求的患者。

黃體激素子宮內系統

研究報告顯示含黃體激素的子宮內避孕器(IUDs)可降低月經週期的出血量。

GnRH AGONISTS

使用GnRH agonists可產生可逆性的雌激素低下狀態，可將總子宮體積減少為原來的百分之40到60大小。然而，子宮肌瘤和子宮體積在GnRH agonists治療停止的數月內回復到治療前的大小。GnRH agonists雖可用來治療更年期婦女的經血大量流失，但是由於其所產生包括潮熱以及骨密度的降低等的副作用，而限縮了其治療的施用。

外科的處理

子宮擴刮術

目前沒有比較子宮擴刮術(D&C)和其他治療子宮異常出血療法孰優孰劣的研究。僅有的研究顯示術後當月之經血有減少的現象；不過，在下個月經週期的經血即回復與手術前一樣或更多的經血量。故子宮擴刮術(D&C)主要的角色仍作為確定診斷的用途。

子宮內膜的破壞

有數種外科手術可以破壞子宮內膜。Martyn回顧評論子宮腔鏡配合雷射、電燒球、電刀或環狀切除造成子宮內膜脫落，以及術後長期追蹤的結果顯示，數個追蹤長達6.5年的研究顯示子宮內膜燒灼術後約可高達百分之85的術後滿意度，且無論病患是否有痛經的症狀或子宮肌瘤，其術後成果頗為接近。子宮內膜燒灼術後約僅百分之10的婦女需進一步子宮切除，百分之10需再進行一次子宮內膜燒灼術。40歲以上的子宮異常出血病人採行外科手術方式顯示出較好的預後。手術前的藥物治療似乎不能改善長期的預後，但是確實能使手術進行較順利且改善發生短期閉經副作用的比率。對於慢性月經過多且對藥物治療反應不佳的患者，子宮腔鏡內膜燒灼術是一個有效的治療方法，長期追蹤發現其低併發症及高滿意度，所以是一廣為接受的療法。一般而言，子宮內膜燒灼術無論是功效或醫療費用在隨機控制研究中都顯示較子宮切除術有利。目前有破壞子宮內膜的器械正陸續問市，雖然全部的儀器有前瞻性並且已經有令人深刻印象的初步結果，但長期的功效，併發症比率和成本效益尚需進一步評估。

子宮切除術

完成生育的婦女，且進行保守療法後沒有得到可接受的結果時，子宮切除術經常是最好的選擇。對於部分的患者，這一個永久解決辦法，可達到非常高的滿意度。

建議

- 一、有不規則月經出血的婦女應該檢查是否有子宮內膜癌肉和或粘膜下子宮肌瘤。(II-2 B)
- 二、有月經過多症的婦女應該進行子宮頸的抹片檢查和完全的血液檢查。更進一步的檢查則視個人狀況各不相同。這些檢查可以界定出患者的出血是由於排卵性或是無卵性因素造成。並可就其結果擬定進一步的檢查或是治療方式。(III B)
- 三、所有子宮異常出血的婦女，其年齡超過40歲或體重大於等於90公斤者，臨床醫師應儘可能取得她們的子宮內膜組織切片做檢查。(II B)
- 四、患有頑固性月經出血不規則的婦女若藥物治療無效，或超音波發現子宮內有病理性病灶（如癌肉或肌瘤）時，應用子宮腔鏡檢。若結果無異常發現而卻持續不規則出血的患者，仍建議定期追蹤。(II B)
- 五、在黃體期給予黃體激素無法有效的減少週期性的大量月經出血。(IA)
- 六、子宮擴刮術(D&C)可作為診斷的工具，但無法有效的用來治療大量的月經出血。(II B)
- 七、子宮內膜可以被數種不同的技術破壞，但是採用球狀電燒術（rollerball ablation）者5年內可能有高達百分之40的患病需再次手術。故此法應仔細評估是否適用於已完成生育而潛在有復發子宮異常出血的婦女。(IA)

Table2

球狀子宮內膜燒灼術的優勢 ⁵⁷

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 這些儀器相當安全，但是總體安全評估要等到進行超過數百個施用後才能較確認。2. 這些儀器比子宮腔鏡內膜切除術易於使用。3. 因為子宮內膜被破壞，術前需迅速排除子宮內膜癌。 |
|---|

中醫處理子宮異常出血

辯證論治

- 一、辨證：崩漏的主證是血證，所以，辨證時當以出血的量、色、質的變化為重點，參合脈證及發病的久暫辨其虛、實、寒、熱。崩漏的流血紊亂無期，臨證時應與月經不調、胎產、赤帶或癥瘕等證的流血進行鑒別。必須通過詳細問診方能審詳。
- 二、辨證分型：功能失調性子宮出血臨床常見有八綱、病因、臟腑辨證法。
- 三、治療方法：大致上常用於功能失調性子宮出血的藥物依功用，可將之分為17類。
 - (一) 補陰藥：龜甲炙、麥冬、沙參、枸杞、鱉甲炙、石斛、乾桑葉、龜板膠、女貞子、旱蓮草、天冬、玉竹、沙參。
 - (二) 補陽藥：杜仲、菟絲子、鹿角膠、川續斷、巴戟天、鹿角霜、鹿茸炙、仙茅、淫羊藿、蛇床子、肉蓯蓉、紫河車。
 - (三) 活血化瘀藥：益母草、川芎、牛膝、三七根、蒲黃、五靈脂、紅花、桃仁、丹參、延胡、赤芍、當歸尾。
 - (四) 清熱藥：生地、黃芩、丹皮、黃柏、地骨皮、元參、焦梔子、敗醬草、夏枯草、知母。
 - (五) 止血藥：地榆、柏葉炒、棕毛灰、黑芥穗、艾葉、藕節、棕櫚炭、大蓳、小蓳、仙鶴草、槐花。
 - (六) 收澀藥：山茱萸、五味子、龍骨、烏賊骨、牡蠣煨、赤石脂煨、禹餘糧。
 - (七) 補氣藥：甘草、山藥、人參、大棗、白朮、黃耆、黨參。
 - (八) 補血藥：熟地、當歸、白芍、枸杞、阿膠、龍眼肉。
 - (九) 理氣藥：陳皮、香附、青皮、木香、枳殼。
 - (十) 解表藥：柴胡、升麻、生姜、薄荷、防風。
 - (十一) 溫裡藥：乾薑、艾葉炒、制附子、肉桂。
 - (十二) 利水滲濕藥：茯苓、車前子、澤瀉、薏仁。
 - (十三) 安神藥：酸棗仁、茯神、遠志。
 - (十四) 芳香化濕藥：砂仁、蒼朮。
 - (十五) 平肝息風藥：牡蠣。
 - (十六) 消食藥：神麴。
 - (十七) 瀉下藥：大黃。

證治分型

■八綱辨證

(一) 虛熱

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經來無期，陰道不規則流血，量少，淋漓不斷，血色鮮紅質稠。
- (2) 全身症狀：顴紅，手足心熱，舌紅而絳，脈細數。
- (3) 證候分析：本證多為素體陰虛，或久病、失血，以致陰傷。陰虛則生內熱，熱伏沖任，迫血妄行，故流血量少，淋漓不斷，色紅質稠；虛熱內擾，則顴紅，手足心熱。舌紅脈細數均為陰虛內熱之象。

2. 治療

- (1) 治則：滋陰清熱，止血調經。
- (2) 方藥：知柏四物湯《婦科心法》、保陰煎《景岳全書》、上下相資湯《石室秘錄》。
 - 清熱藥：生地、黃柏、黃芩、玄參、知母。
 - 補氣藥：甘草、山藥、人參、大棗。
 - 補血藥：熟地、白芍、當歸。
 - 補陰藥：玉竹、麥冬、沙參。
 - 活血化瘀藥：牛膝、川芎。
 - 利水滲濕藥：車前子。
 - 收澀藥：五味子。
 - 補陽藥：續斷。

(二) 實熱

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：陰道不規則流血，量多，血色深紅或紫紅，質粘稠，有塊，帶下量多氣腥臭。
- (2) 全身症狀：面赤口渴喜冷飲，頭暈面赤，心煩少寐，便秘尿黃，舌紅苔黃，脈滑數或弦數有力。
- (3) 證候分析：本證為素體內熱，或過食辛辣溫燥之品，感受熱邪，忿怒過度，氣鬱日久，導致血熱。熱盛於內，迫血妄行，沖任失固。

2. 治療

- (1) 治則：清熱涼血，固沖止血。
- (2) 方藥：清熱固經湯《簡明中醫婦科學》、滋水清肝飲《醫宗己任篇》、黃芩散《景岳全書》。
 - 清熱藥：生地、黃柏、黃芩、焦梔子、地骨皮、丹皮、敗醬草、夏枯草。

- 止血藥：地榆、藕節、棕櫚炭、大蓟、小蓟、仙鶴草。
- 補血藥：當歸、白芍、阿膠。
- 補氣藥：甘草、山藥、大棗。
- 利水滲濕藥：茯苓、澤瀉、薏仁。
- 活血化瘀藥：益母草。
- 芳香化濕藥：蒼朮。
- 平肝息風藥：牡蠣。
- 補陰藥：龜板。
- 解表藥：柴胡。
- 理氣藥：香附。

■ 病因辯證

(一) 血瘀

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：陰道不規則流血，淋漓不斷，量時多時少，血色紫暗挾有瘀塊，質粘稠，小腹疼痛拒按，血塊下後痛暫減。
- (2) 全身症狀：舌質紫暗，或有瘀斑瘀點，脈沉澀。
- (3) 證候分析：證屬經期產後，餘血未盡，或挾外感，或因內傷，形成瘀血。瘀血停滯，阻滯沖任，瘀血不去，新血不得歸經，故見漏下淋漓不止，血色紫暗；血瘀胞中，則小腹疼痛拒按，瘀塊下後痛暫減。其他症狀均為血瘀之徵。

2. 治療

- (1) 治則：活血化瘀，止血調經。
- (2) 方藥：膠艾四物湯《婦科心法》、四物湯《婦科心法》加香附、桃仁、紅花、四物湯合失笑散《和劑局方》、紅花桃仁煎《陳素庵婦科補解》、開鬱四物湯《葉天士女科》、逐瘀止血湯《傅青主女科》。
 - 活血化瘀藥：川芎、蒲黃、五靈脂、紅花、桃仁、丹參、延胡、赤芍、當歸尾。

- 補血藥：白芍、當歸、熟地、阿膠。
- 補氣藥：人參、黃耆、白朮。
- 理氣藥：香附、青皮、枳殼。
- 清熱藥：生地、丹皮。
- 止血藥：地榆、艾葉。
- 補陰藥：龜板。
- 解表藥：升麻。
- 瀉下藥：大黃。

■臟腑辨證（腎虛）

（一）腎陰虛

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：陰道不規則流血，時多時少，或淋漓不盡，色鮮紅。
- (2) 全身症狀：頭暈耳鳴，腰膝酸軟，五心煩熱，失眠，或有盜汗，夜寐不安，舌質紅，苔少或無苔，脈細數。
- (3) 證候分析：素體陰虛，或因房室不節，早婚多產，耗傷精血，以致腎陽虛。腎虛則閉藏失職，沖任失守，則流血時多時少，淋漓不盡；陰虛血熱，則血色鮮紅；腎陰不足，腦失所養，則頭暈耳鳴；虛熱內擾，則五心煩熱，夜寐不安。其餘均為陰虛內熱之象。

2. 治療

- (1) 治則：補腎滋陰，止血調經。
- (2) 方藥：左歸丸《景岳全書》去牛膝合二至丸、大造丸《景岳全書》。
 - 補陰藥：龜板膠、女貞子、旱蓮草、天冬、麥冬。
 - 補陽藥：鹿角膠、菟絲子、杜仲、紫河車。
 - 補血藥：熟地、枸杞。
 - 補氣藥：人參、山藥。
 - 清熱藥：生地、黃柏。
 - 活血化瘀藥：牛膝。
 - 收澀藥：山茱萸。

（二）腎陽虛

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：陰道不規則流血，量多或淋漓不淨，色淡質稀。
- (2) 全身症狀：精神不振，面色晦暗，肢冷畏寒，腰膝酸軟，小便清長，大便溏薄。舌淡胖或有齒痕，舌

苔薄白，脈沉細或微弱，尺部尤甚。

- (3) 證候分析：證屬先天稟賦不足，素體腎虛，或更年期腎氣逐漸虛衰所致。腎氣不足，腎陽虛弱，封藏失職，沖任不固，故陰道流血量多或淋漓不淨；腎陽不足，血失溫煦，而血色淡質稀。其他症狀均為陽虛失於溫煦所致。

2. 治療

(1) 治則：溫腎固沖，止血調經。

(2) 方藥：右歸丸《景岳全書》、贊育丹《景岳全書》。

- 補陽藥：鹿角膠、菟絲子、杜仲、仙茅、巴戟天、淫羊藿、蛇床子、肉苁蓉。
- 補血藥：熟地、枸杞、當歸。
- 補氣藥：山藥、大棗、白朮。
- 溫裏藥：制附子、肉桂。
- 收澀藥：山茱萸。

(三) 脾虛

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：陰道不規則流血，量多，色淡質稀。
- (2) 全身症狀：神疲懶言，面色萎黃，動則氣促，頭暈心悸，食少便溏，舌質淡，苔薄白，脈弱。
- (3) 證候分析：素體虛弱，憂思過度，飲食失節，損傷脾氣，導致脾虛。脾氣虛則沖任不固，血失統攝，則出血量多；氣虛失於溫煦，則色淡質稀；中氣虛弱，脾陽不振而致其他諸症。

2. 治療

(1) 治則：補氣攝血，固沖止血。

(2) 方藥：固本止崩湯《傳青主女科》去當歸加升麻、山藥、大棗、烏賊骨、歸脾湯《婦科心法》、補中益氣湯《婦科心法》、升陽益胃湯《婦科心法》、濟生歸脾湯《濟生方》、補腎固衝丸《中醫學新編》、柏葉散《景岳全書》固氣湯《傳青主女科》。

- 補氣藥：甘草、山藥、人參、白朮、黃耆、大棗、黨參。
- 收澀藥：烏賊骨、牡蠣煅、赤石脂煅、禹餘糧、山萸肉、五味子。
- 補陽藥：杜仲、菟絲子、川續斷、鹿角霜、巴戟天、鹿茸炙。

- 補血藥：熟地、當歸、阿膠、龍眼肉、枸杞。
- 安神藥：酸棗仁、茯神、遠志。
- 補陰藥：龜甲炙、鱉甲炙。
- 止血藥：柏葉炒、地榆。
- 溫裡藥：乾薑、艾葉炒。
- 理氣藥：木香、陳皮。
- 解表藥：升麻、柴胡。
- 清熱藥：黃芩、生地。
- 利水滲濕藥：白茯苓。
- 活血化瘀藥：川芎。
- 芳香化濕藥：砂仁。
- 消食藥：神麴。

(四) 肝鬱氣滯

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經期紊亂，陰道下血如崩，或淋漓不盡，經前胸脅。乳房、少腹脹痛。
- (2) 全身症狀：精神抑鬱，性急易怒，苔薄黃，脈弦。
- (3) 證候分析：

2. 治療

- (1) 治則：疏肝理氣。
- (2) 方藥：逍遙散加生地、枸杞子、山茱萸、益母草。
逍遙散《婦科心法》加炒香附、青皮，龍骨散《景岳全書》、防風黃芩丸《景岳全書》、平肝開鬱止血湯《傳青主女科》。
 - 解表藥：柴胡、生姜、薄荷、防風。
 - 清熱藥：生地、條芩炒黑、丹皮。
 - 活血化瘀藥：益母草、三七根。
 - 止血藥：棕毛灰、黑芥穗。
 - 收澀藥：山茱萸、龍骨煨。
 - 補血藥：當歸、白芍。

- 補氣藥：白朮、甘草。
- 理氣藥：香附、青皮。
- 利水滲濕藥：茯苓。
- 補陰藥：枸杞。

(五) 子宮血海太熱

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經期紊亂，陰道下血如崩，或淋漓不盡。
- (2) 證候分析：夫子宮即在胞胎之下，而血海又在胞胎之上。血海者，衝脈也。衝脈太寒而血即虧，衝脈太熱而血即沸，血崩之為病，正衝脈之火熱也。

2. 治療

- (1) 治則：滋陰降火，以清血海而和子宮，然必絕慾三月而後可。
- (2) 方藥：清海丸《傅青主女科》。
 - 補陰藥：麥冬肉、沙參、石斛、乾桑葉。
 - 收澀藥：山萸、北五味、龍骨。
 - 清熱藥：丹皮、地骨皮、元參。
 - 補血藥：大熟地、白芍。
 - 補氣藥：山藥、白朮。

非藥物治療

一、飲食療法

- (一) 人參大棗烏雞湯：烏雞1隻，人參20g，大棗20枚，加水2000ml做湯（為3天量）。每次200ml每日3餐，10天為一療程。
 - (二) 排骨菠菜湯：豬排骨（或羊排骨）500g，菠菜500g，將排骨加入3000ml水中，煮40分鐘，加入菠菜，煮沸5分鐘後待用，分3次食用，1日內服完，連用半月。上述食物療法適用於血止後體虛者。
- ### 二、物理療法：
- 用平流電刺激乳房、背部療法，或紅外線照射乳房部，通過神經反射至中樞，調整內分泌功能，改善月經週期。每日治療1次，每次15～20分鐘，停止流血後，再做2～3次。

三、針灸

- (一) 患者雙手取半握拳位，於雙手第2、3掌指關節之間凹陷處取穴。針法：直刺1～1.5寸，撚轉至有酸脹麻或電擊感，每日1次。
- (二) 取關元、三陰交、隱白為主穴。虛熱者加內關、太溪穴；實熱者加血海、水泉穴；脾虛者加膨俞、足三裏穴。每日針1次。

第六節 經前期緊張症候群

經前期緊張症候群的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：625.4—經前期緊張症候群（Premenstrual syndrome）。
- 二、中醫辨證：經行發狂譫語，經行情志異常、經行泄瀉、經行吐衄、經行浮腫、經行眩暈等。
- 三、西醫病名：經前期症候群（PMS）。
- 四、定義：在月經來之前約5到11天出現的包含生理上及行為上的症狀，常常影響到工作及人際關係。

發生

每次月經來的前幾天，變得情緒不穩、焦慮緊張、胸部腫脹、頭痛、睡不好，注意力也沒辦法集中。可是月經一來，這些症狀就消失無蹤了，PMS通常在二十多歲後半或三十歲出頭開始，四十歲是高峰期，然後持續到更年期為止。截至目前的研究，PMS總是出現在月經來潮前四至十四天之間，與月經週期血液中的荷爾蒙有關。另外，據美國貝勒醫學院內分泌教授鍾正芳的研究，PMS可能與血液內鋁太高、硒太低有關。種族、婚姻狀況教育程度與PMS無關，倒是朝九晚五的上班族、飲酒、生過小孩的婦女是好發族群！報告的盛行率從5%到90%。一般認為40%的婦女有此症候群，其中2%至3%有較厲害的症狀。

病理機轉

真正的致症機轉還不是很清楚。

- 一、Gonadal hormone alteration：包括動情素過多、黃體素缺乏、low pro-gesterone/estrogen ratio。
- 二、Vitamin and mineral deficiencies：最常被提到的有VitB6及Mg。
 - (一) VitB6為腦部合成dopamine、Serotonin、monoamines的輔酵素，缺乏時會導致Depression。
 - (二) Mg的缺乏可能與水及鈉的滯留有關。
- 三、Hypoglycemia：有人懷疑在黃體期，醣類的代謝改變合併不良的耐糖試驗(impaired glucose tolerance test)，可導PMS的許多症狀。但這些症狀在給予足夠食物時，仍無法改善。
- 四、Fluid retention：所有婦人，Aldosterone的量在黃體期增加，而PMS的婦女增加的更多，導致水份滯留。
- 五、Prolactin：黃體期prolactin的升高可解釋PMS的乳房腫脹及疼痛。
- 六、可能與Central serotonergic activity 的缺少有關。
- 七、其他理論包括Steroid allergy、前列腺素含量的變化以及腦下垂體內胜的含量改變等。

病因病機

本病為現代之病名，再歷代古書中並無此病，多散見於各種經前證候療法中，如經行神智異常、經行泄瀉、經行吐衄、經行浮腫、經行眩暈.....等。本病症狀繁多，但表現為情志症狀者居多，多因悲鬱惱怒傷肝，木火偏亢，陰血虧耗；或憂思積慮，損耗心液，心血不足，神不守舍；或脾虛痰濕盛所致。

主觀評估指標

一、病史：PMS病人常見的病史為A history of maternal PMS、Low levels of excise、Younger age、Higher parity。

二、症狀：

(一) 經前症候群的症狀多至一百五十種，但常見的不外是疲乏、腹脹、乳腺痛、手腳水腫、難以入睡、食慾不振及生暗瘡等，一般維持一至兩日；但嚴重患者除了生理變化外，還會情緒極度不穩，如表現暴躁、焦慮、抑鬱、過敏、無精神、失眠及情緒不穩等，情況可長達一至兩週。

(二) 依症狀出現的時間，可分為四種型態，最常被引用的是Guy Abraham的分類：

1. PMT-A：月經前3-4天開始有症狀，但是月經一來，就幾乎沒症狀了，這是最輕的一型。
2. PMT-H：從排卵之日起就有症狀，起初較輕微，至月經前3-4天最嚴重，但是月經一來，又恢復正常了。
3. PMT-C：排卵日左右很不舒服，然後又好了，至月經前3-4天才再開始有症狀，月經一來症狀也消了。
4. PMT-D：從排卵之日起就有症狀，一直到月經結束才消除，這是最嚴重的一型，一個月可能只有幾天沒症狀而已。

(三) PMT-A為最常見的一組症狀。第二常見的是PMT-H，發生率約為60%。最少見的是PMT-D，發生率約為35%。A型患者最多，主要是雌激素過低，最易緊張暴躁；D型人最少，特色是黃體酮分泌過多，易抑鬱；C型人血糖低，愛甜食；H型最易於經前增胖，手腳水腫。

三、醫療病史：

- (一) 曾懷孕，流產，或有產後憂鬱症。
- (二) 曾有憂鬱症或焦慮症，或婚姻關係不和諧者。
- (三) 母親或姐妹也有類似經前症狀者。
- (四) 吃避孕藥或荷爾蒙，無法忍受而極不舒服者。

四、用藥病史：

- (一) 目前的處方。
- (二) 一切的用藥，包括替代藥物及中西藥。
- (三) 任何避孕藥物或荷爾蒙。

五、家族病史：標明所有確定婦科病變的家族病史。

六、精神病史：

- (一) 有明確的憂鬱症、精神疾病、心理疾病病史。
- (二) 有明確的家族性精神疾病。

七、飲食病史：

- (一) 了解完整的飲食習慣。
- (二) 評估咖啡因過度使用。
- (三) 評估飲食中的蛋白質和維生素。

客觀評估

一、生理檢驗：至目前為止還沒有像抽血、驗尿、X-光等客觀的數據可以作為診斷的依據，完全靠病人的主觀感覺，婦產科醫師所最要注意的是如何去判斷有沒有其他實質上的疾病，或心理疾病。

二、診斷：最有用的診斷工具還是靠症狀日記(Symptom diary)。

(一) 連續三次月經以上都有下列之一的症狀。情感方面：沮喪，容易爆發怒氣，情緒不穩，緊張焦慮，迷惑，自人群、社交中退縮。身體方面：乳房漲痛，小腹膨出，頭痛，身體腫脹、頭頸背痛、食慾增加、嗜吃甜食、疲倦易懶等現象。在精神狀態方面，可能有無精打采、情緒低落、緊張易怒、性慾降低、或失眠等痛苦。

(二) 症狀的發生時沒有服用任何藥物。

(三) 症狀一定是在月經的後半期發生，通常從月經第12天症狀開始，到月經來的第四天症狀消失。

(四) 症狀會一再重複於經期前產生。

(五) 有下列社會經濟表現不佳的狀況之一：婚姻關係不好，與父母關係不好，工作或學業表現不佳，逐漸孤立於社會之外，易觸犯法律，有自殺的企圖，曾因上述身體的症狀求醫。

西藥治療

一、利尿劑

二、黃體素：目前並沒有充份證據支持 "Progesterone relieves PMS symptoms"。有人給予 Provera 10-30mg/day PO 或是 Progesterone

50-100mg bid vaginal supp。

- 三、Psychoactive drugs：最近有人在黃體期使用少量的此類藥物可減輕PMS症狀。Alprazolam (Xanax) 0.25mg bid on day 20 to 28。
- 四、Danazol：有人使用Danazol 200mg qd on day 20 to 28，可改善PMS症狀。對於可能懷孕病人要小心使用。
- 五、Bromocriptine：對於有乳房症狀的病人。通常在黃體期5mg qd即足夠。
- 六、Hysterectomy and bilateral oophorectomy：對於某些病人提供治療的另一種選擇。

辨證論治

- 一、形脈：舌—肥人多痰，瘦人多火，脈—肥人多痰濕而脈滑，瘦人多陰血不足、氣鬱而脈弦澀或細數。
- 二、稟質：情緒、先天、飲食、環境、內分泌。上述辨證為一般性原則。
- 三、辨證：經前症候群臨床以八綱辨證為基礎分為實證、虛證兩類。兩類之中再分臟腑辨證。虛實夾雜則不分臟腑，以八綱辨證之。
- 四、治療方法：大致上常用於經前症候群的藥物依功用，可將之分類為：
 - (一) 清熱藥：丹皮、梔子、黃芩、黃連、龍膽草、生地、玄參。
 - (二) 安神藥：遠志、茯神、小麥、酸棗仁、柏子仁。
 - (三) 理氣藥：陳皮、枳實、川楝子、木香。
 - (四) 補氣藥：人參、白朮、甘草、山藥。
 - (五) 收澀藥：蓮子、五味子、山茱萸。
 - (六) 息風藥：鉤藤、天麻、石決明。
 - (七) 補血藥：當歸、芍藥、熟地。

(八) 利濕藥：茯苓、澤瀉、薏仁。

(九) 化濕藥：扁豆、砂仁、藿香。

(十) 解表藥：柴胡、薄荷、生薑。

(十一) 溫理藥：乾薑、肉桂、附子。

(十二) 補陰藥：麥冬、枸杞。

(十三) 祛痰藥：半夏。

(十四) 開竅藥：菖蒲。

五、經前症候群的治療思考模式建議：經前症候群為西醫病名，且症狀種類繁多，中醫古籍並無此病，也無專章描述，而是散見於月經病中，如經前泄瀉、經行吐衄、經行浮腫、臟躁等病。臨床上本病可歸類為三大方面：若表現在神經、情志方面多歸咎於心虛、肝旺；表現在泄瀉、水腫方面多歸咎於脾、腎虧虛；表現在出血方面多歸咎於肝旺、腎虛。其他徵候宜隨證加減治之。辨證時先辨虛實陰陽，再辨臟腑，實證多屬肝，虛證多屬心、脾、腎，虛則補之，實則瀉之。

六、證治分型

■ 八綱辨證法—實證（臟腑辨證）

(一) 肝氣鬱結

(二) 肝鬱化火

1. 辨證

◆ 婦科證候特點：經前乳房脹痛，情緒不寧，坐臥不安，煩躁易怒，不能自制，甚則怒而發狂，淫言不避親疏，謾罵毆打，經後逐漸減輕或復如常人，月經量多、色紅、經期提前。經前或經後吐血、衄血。

◆ 全身症狀：平時沉默寡言，胸脅脹悶，不思飲食，煩躁頭痛，口苦唇乾，頭昏耳鳴，溲黃便結，舌質紅，脈弦數。

◆ 證候分析：情志失調，肝氣鬱結、肝鬱化火，故在經期衝氣偏旺時，氣火尤盛，故情緒不寧，坐臥不安，煩躁易怒，甚則怒而發狂等症。經後衝氣漸平和，火隨血而去而減，則復如常人。肝鬱化熱，熱迫血行，則月經量多、色紅，經前或經後吐血衄血等。

2. 治療

(1) 治則：清肝解鬱、鎮驚安神，引熱下行。

(2) 方藥：龍膽瀉肝湯《醫宗金鑑》、加味逍遙散《和劑局方》、清肝引經湯《中醫婦科治療學·經行吐衄·肝經鬱火型》、順經湯加牛膝《傳青主女科》。經前吐血，

衄血，乃內熱壅迫其血，宜用三黃四物湯《醫宗金鑑》瀉之。若經行狂燥不安，語無倫次，甚或謾罵、妄躁、神智不清。平時帶下色黃質稠。則為肝火夾痰上擾，宜溫膽湯《千金要方》加菖蒲、鬱金、礞石滾痰丸《景岳全書、古方八陣》、硃砂安神丸《東垣十書》。

- 利濕化痰藥：半夏、茯苓、竹茹、礞石、澤瀉、木通、車前子。
- 清熱藥：黃芩、丹皮、生地、梔子、黃連、大黃、龍膽草。
- 活血祛瘀藥：鬱金、川芎、茜草、白茅根、牛膝。
- 解表藥：柴胡、薄荷、生薑、黑荊芥、柴胡。
- 補氣藥：甘草、白朮、山藥、人參。
- 補血藥：當歸、白芍、熟地、生地。
- 理氣藥：陳皮、枳實、沉香、川楝子。
- 補陰藥：沙參。
- 開竅藥：菖蒲。
- 安神藥：辰砂。

■八綱辨證法—虛證（臟腑辨證）

（一）脾虛

（二）腎虛

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：月經前後或正值月經期，大便溏瀉或五更瀉，經行量多，色淡質稀。或經行面目浮腫，按之沒指，晨起頭腫甚，月經推遲，量少色淡。
- (2) 全身症狀：神疲肢軟或面目浮腫，脘悶納少，小便短少，舌淡苔白，脈濡緩。
- (3) 證候分析：脾虛失運，經行時氣血下注血海，脾氣益虛，濕濁下注大腸而為泄瀉，水濕泛溢則經期浮腫。脾虛失統則經量多而色淡質清。若脾腎陽虛，精血不足，則月經推遲，量少色淡。餘症皆脾腎虛之徵候。

2. 治療

- (1) 治則：健脾益氣，溫腎化濕。
- (2) 方藥：參苓白朮散《和劑局方》、健固湯《傅青主女科》合四神丸《校注婦人良方》、附子理中湯《傷寒論》、苓桂朮甘湯《傷寒論》、真武湯《傷寒論》。經行前後，頭暈沉重，胸悶欲嘔，為脾虛夾濕也，宜半夏白朮天麻湯《醫學心悟》。若肌熱渴瀉，乃虛熱也，宜七味白朮散《醫宗金鑑》。嘔飲痰水，乃濕虛也，宜香砂六君子湯《醫宗金鑑》。真陰虛弱，脹滿嘔噦，痰飲

惡心，吐瀉腹痛，婦人經遲血滯等證，宜理陰煎《景岳全書》。真陰虧損，脾虛失血等證，或見溏泄未甚者，宜五陰煎《景岳全書》。

- 理氣藥：木香、陳皮、橘紅、肉豆蔻、桔梗、砂仁。
- 利濕化痰藥：茯苓、薏仁、扁豆、半夏、藿香。
- 補氣藥：甘草、人參、白朮、山藥、大棗。
- 補血藥：當歸、白芍、熟地、生地。
- 收澀藥：蓮子肉、五味子、山茱萸。
- 溫裏藥：附子、乾姜、肉桂。
- 解表藥：桂枝、生姜、乾葛。
- 補陽藥：補骨脂、巴戟天。
- 息風藥：天麻。

(三) 心血不足

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經期出現心中懊惱，神智呆滯，精神恍惚，或語言錯亂，無故悲傷，月經推遲，量少色淡紅。
- (2) 全身症狀：精神萎靡，面色少華，失眠健忘，心驚怔忡，倦怠懶言，舌淡脈細。
- (3) 證候分析：心血不足，心失所養，神不守舍，經來驚悸、抑鬱，故出現恍惚、悲傷等症。經後陰血漸復，故情志症狀消失。血不足則月經推遲，量少。

2. 治療

- (1) 治則：養血安神。
 - (2) 方藥：甘麥大棗湯《傷寒論》、養心湯《證治準繩》、歸脾湯《校注婦人良方》。心經有熱，水不制火之病：凡驚狂失志，多言多笑，或瘍疹煩熱失血等證，宜二陰煎《景岳全書》。思鬱過度，致傷心脾衝任之源，宜逍遙飲《景岳全書》。
- 補氣藥：甘草、人參、白朮、山藥、大棗、黃耆。
 - 利濕化痰藥：茯苓、半夏麴、木通、燈草。
 - 安神藥：酸棗仁、茯神、遠志、柏子仁。
 - 補血藥：當歸、白芍、熟地、龍眼肉。
 - 清熱藥：生地、玄參、黃連。
 - 收澀藥：小麥、五味子。
 - 理氣藥：木香、陳皮。
 - 活血祛瘀藥：川芎。
 - 補陰藥：麥冬。

➤ 溫裏藥：肉桂。

(四) 腎陰不足

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經期或經後吐血、衄血，量少色鮮紅，月經量少或先期。
- (2) 全身症狀：頭暈耳鳴，手足心熱，潮熱，咽乾口渴，舌紅或絳，苔花剝或無苔，脈細數或沉弦。
- (3) 證候分析：素體陰虛，腎精虧少，虛火上炎，經行後胞絡更虛，虛火灼傷脈落而為吐、衄血。陰血虛則血量少。虛火內熾則月經先期，頭暈耳鳴，手足心熱，潮熱，咽乾口渴，脈細數。腎虛則脈沉，火旺則脈數。

2. 治療

- (1) 治則：滋陰降火，順經止血。
- (2) 方藥：兩地湯《傳青主女科》、順經湯加牛膝《傳青主女科》（見上）、保陰煎《景岳全書》。
 - 清熱藥：生地、玄參、黃芩、黃柏、地骨皮。
 - 補氣藥：甘草、山藥、大棗、黃耆。
 - 補血藥：白芍、熟地、阿膠。
 - 補陽藥：川續斷。
 - 補陰藥：麥冬。

■ 八綱辨證法—虛實夾雜

(一) 陰虛陽亢

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：經行頭暈目眩，耳鳴身轉，煩燥易怒。經行量少，色紅。
- (2) 全身症狀：口燥咽乾，舌紅苔黃，脈弦細數。
- (3) 證候分析：陰虛於下，陽氣上越，上擾清空，故頭暈目眩，耳鳴身轉。陰虛不斂陽，陽亢則煩燥易怒，口燥咽乾等症。

2. 治療

- (1) 治則：滋陰潛陽。
- (2) 方藥：天麻鉤藤飲《雜病證治新義》合一貫煎《柳州醫話》。
 - 息風藥：天麻、鉤藤、石決明。
 - 補陰藥：麥冬、沙參、枸杞。
 - 清熱藥：生地、黃芩、梔子。
 - 活血祛瘀藥：川牛膝、益母草。
 - 補陽藥：杜仲、桑寄生。
 - 安神藥：夜交藤、茯神。

- 理氣藥：川棟子。
- 補血藥：當歸。

非藥物治療

- 一、運動：運動可紓減壓力，外國研究顯示，不做運動的女士，出現嚴重經前症候群機會愈高。故建議每周最好做三至五次，每次三十分鐘。
- 二、針灸和指壓按摩：三陰交穴位。按摩刺激這個部位能促進小腿的血液流循環，解除女性睡覺時兩腳冰冷困擾，又能增進性荷爾蒙的正常分泌，每天晚上睡覺前花上幾分鐘適度按摩兩腳的三陰交穴位，便能改善女性的生理痛等相關症狀。
- 三、停止咖啡與酒精：咖啡及茶內所含的咖啡因，可刺激情緒及加劇乳痛；而酒精抑壓神經，可增加情緒不穩及抑鬱風險，有研究顯示酒精可加長腹部痙攣時間。
- 四、飲食：避免高脂肪、太鹹、過甜及生冷食物。如油炸食品、咖啡、糕餅及冰品類。英國最新研究，經前症候群患者服用維他命B後，患經痛及抑鬱症狀機會，比其他患者分別減低2.32倍及1.69倍。建議服用量為每日50至100克。維他命B豐富的食物包括全麥、大豆、雞肉、薯仔等。

當PMS來襲時，女人通常會很想吃甜食，尤其是巧克力。麻省裡工學院的研究人員指出，巧克力可以提高腦內血清素(Serotonin)的濃度，而血清素愈多，就愈快樂。罹患PMS曾有經歷身體浮腫、腳腫、乳房腫脹疼痛之經驗，這是因為身體無法把多餘鹽分排出體外，連帶的把水分囤積在體內，這時必須戒鹽，如醃黃瓜、醬油、煙燻食物、醃製品，盡量不要碰。
- 五、身心放鬆法：主要強調壓力管理技巧。各人適合方式不同。例如冥想吐納、指壓按摩、肌肉放鬆法、想像引導法、或生理迴饋訓練等等。

第十二章 產後病

第一節 妊娠、生產及產褥期之併發症— 生產時會陰及女陰之創傷

生產時會陰及女陰之創傷的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：664—生產時會陰及女陰之創傷(Trauma to perineum and vulva during delivery)。

- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：孕婦在生產時因胎兒過大，用力不當或以器械輔助生產，所引起的會陰及女陰創傷，可包括局部血腫或裂傷；正常情況下，如果會陰出現撕裂，須施行會陰切開術(episiotomy)，會陰部和女陰撕裂的出血可以很大量，特別是累及陰道或外陰的靜脈曲張時。
- 五、中醫相關病名：產後陰腫；產門不閉、玉門不閉；產後陰脫；交骨不合。

生產時產道之裂傷

- 一、1度裂傷第一度：會陰皮膚及陰道黏膜Laceration first degree—664.01、75.69。
- 二、2度裂傷第二度：會陰體(perineal body)之筋膜(fascia)及肌肉(muscle) Laceration secondary degree—664.11、75.69。
- 三、3度裂傷第三度：肛門括約肌Laceration third degree—664.21、75.62。
- 四、4度裂傷第四度：直腸黏膜Laceration fourth degree—664.31、75.62。

會陰切開術Episiotomy

- 一、有剪、有縫—73.6。
- 二、無剪、有縫—75.69。

中醫治療及介入點：

當產婦有會陰創傷問題，如疼痛及發炎等，首先會診婦產科醫師，在非手術治療方面可給予止痛藥及抗生素，若發炎嚴重則需進行清創手術治療。在治療過程中，輔以中醫治療，包括採用局部藥草薰蒸、藥水坐浴、遠紅外線燈局部照射會陰處等，以達到加速血循，提早癒合的目的。其使用之中藥材，則可依實際情況之需要，給予活血化瘀、消腫收斂、或止血止痛之藥物。

臨床治療案例：

王OO女士，36歲，自然產第一胎，於產後第四天，入住陽明產後護理之家。

產婦由於妊娠糖尿病使得胎兒較大，進行自然產歷時13小時，導致會陰裂傷，於陽明產後護理之家主訴會陰疼痛，與以溫水坐浴、中醫藥草薰蒸、遠紅外線燈照射會陰處，搭配西醫婦產科醫師給予之外用藥膏，及中醫教授之呼吸功法保健，於住院第一週即快速緩解其疼痛症

狀，且於兩週後出院之際，已完全沒有會陰不適症狀。

註：藥草薰蒸內含藥材：桑枝、桑寄生、桂枝、薑黃、乾薑、雞血藤、伸筋草、艾葉。

第二節 妊娠、生產及產褥期之併發症－女陰及會陰血腫

女陰及會陰血腫的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：664.5－生產時會陰及女陰之創傷(Vulval and perineal hematoma)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：本症指產婦在生產過程中因胎位不正、用力不當或器械輔助生產時，對陰道及會陰造成創傷，大量的出血有時發生於撕裂處，靜脈出血可由壓迫控制，而動脈出血則須結紮血管，如不這樣做，則會形成血腫。
- 五、中醫相關病名：產後陰腫；產門不閉、玉門不閉。

其他骨盆器官之損傷

- 一、ICD-9-CM：665.5－其他骨盆器官之損傷(Other injury to pelvic organs)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：本症指在生產過程中除子宮損傷外，另伴有骨盆腔內的其他器官損傷者；較常見者為膀胱損傷，臨床症狀有血尿、小便疼痛或有灼熱感。
- 五、中醫相關病名：產後血淋；小便尿血；產後胞損。

中醫治療及介入點：

請參照第一節妊娠、生產及產褥期之併發症－生產時會陰及女陰之創傷。

第三節 產前出血

產前出血的臨床治療建議

- 一、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 二、發表時間：2008年11月。
- 三、現代醫學病名及定義：產前出血(antepartum hemorrhage)。雖然發生率已降低但仍是產婦三大死因之一。

前置胎盤

- 一、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 二、發表時間：2008年11月。
- 三、現代醫學病名及定義：前置胎盤(placenta previa)。胎盤位置跨過或非常接近子宮頸內口。
- 四、分類：
 - (一) 完全型前置胎盤(total placenta previa)：子宮頸內口完全被胎盤蓋住。
 - (二) 部份型前置胎盤(partial placenta prevai)：子宮頸內口部分被胎盤蓋住。
 - (三) 邊緣型前置胎盤(marginal placenta previa)：胎盤邊緣剛好到達子宮頸內口邊緣。
 - (四) 低位型前置胎盤(low lying placenta)：胎盤邊緣接近但尚未到達子宮頸內口邊緣。
- 五、診斷：通常要靠超音波。
- 六、臨床表現：懷孕週數較小時前置胎盤，在懷孕週數較大時常會消

失，因為隨著懷孕週數的增加子宮下段增長而胎盤位置相對向上移。

中醫治療及介入點：

產前出血在收治住院患者之經驗中，多見於有流產經驗之孕婦，或是因不孕症而進行人工生殖之孕婦，收治住院之患者，先至西醫婦產科超音波檢查確定胎兒及胎盤狀況，妊娠早期出血，在治療初期先給予傳青主助氣補漏湯，妊娠出血一般多無腹痛，而又名妊娠胎漏，傳青主認為此乃氣虛不能攝血，而胎中之蔭血，必賴氣以衛之，氣虛下陷，則蔭胎之血亦隨氣而陷，因此出現妊娠出血之症狀，氣虛則血無憑依，血無憑依則燥急因而生邪熱，血熱則動，動則血外出而導致出血不止，若是無氣虛只有血熱者，將不僅有微量出血，必是出現血崩之情形，因此治法宜補其氣之不足，而泄其火之有餘，則不必止血而可達到止漏之效果，因此初期給予助氣補漏湯加減皆可獲得穩定之改善，在初期出血改善後，後期調養者必考慮妊娠之生理，傳青主認為逐月養胎，其實均不離腎水之養，腎水足則胎安，若腎水虧則腎經之火動，而胎始不安，而推其本火之有餘，乃是因水之不足，而補水則胎自安，但是腎水不能速生，必須滋補肺金，金潤則能生水，使水有混混之源泉，再少加以清熱之品，則胎自無不安矣，方則可選用潤燥安胎湯，而在住院患者服用後皆可獲得改善妊娠出血之療效。

註：助氣補漏湯組成：人參（一兩）白芍（五錢）黃芩（三錢）生地（三錢）益母草（一錢）續斷（二錢）甘草（一錢）

潤燥安胎湯組成：熟地（一兩）生地（三錢）炒山萸肉（五錢）麥冬（五錢）五味（一錢）阿膠（二錢）黃芩（二錢）益母草（二錢）

臨床治療案例：

- 一、李*玲，37歲，於妊娠第七周時發現陰道有不正常出血，經婦產科超音波檢查發現胎盤位置太低，G3P1A1，前一胎於懷孕25周時流產，患者在持續5週補充黃體素療效欠佳的情形下，於懷孕12週時服用助氣補漏湯二劑後，出血量明顯下降，續服潤燥安胎湯加減方六劑後出血止，一週後，個案因感冒咳嗽厲害再度出血，再服潤燥安胎湯加減方兩劑後出血又止，並於懷孕19週時電話追蹤，患者表示過去陸續服用11劑中藥後陰道出血已痊癒，目前未服用任何藥物。
- 二、陳*如，因不孕症接受接受體外受精(In Vitro Fertilization, IVF)11次，2008年初接受IVF懷孕但流產。2009/03/13接受IVF植入4胚胎，餘1胚胎有心跳，自驗孕後漸漸出現有出血症狀，就診時婦產

科超音波檢查妊娠18週，有血塊 $3.5 \times 1.8\text{cm}$ ，ESR偏高：80mm/hr，異常出血之情形多發生於早上起床時，2天打一次肝素，給予傳青主助氣補漏湯服用一週後，出血狀況已改善。

胎盤剝離

- 一、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 二、發表時間：2008年11月。
- 三、現代醫學病名及定義：胎盤早期剝離(abruption placenta)。在胎兒出生前胎盤發生剝離現象。
- 四、分類：
 - (一) 外顯型(external type)：胎盤剝離後出血由陰道流出。
 - (二) 隱藏型(ceoncealed type)：胎盤剝離後出血躲在胎盤後面，未由陰道流出，等到診斷時已很嚴重。
- 五、診斷：通常靠臨床症狀及檢查，超音波不可靠。
- 六、臨床表現：嚴重時易導致全身瀰漫性出血。

植入性胎盤

- 一、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 二、發表時間：2008年11月。
- 三、現代醫學病名及定義：植入性胎盤(Placenta Accreta, Increta and Percreta)。胎盤組織不正常的附著或嵌入子宮肌層。

子宮內翻

- 一、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 二、發表時間：2008年11月。
- 三、現代醫學病名及定義：子宮內翻(Inversions of the Uterus)。胎盤組織不正常的附著或嵌入子宮肌層。
- 四、原因：最常見是過度用力牽扯還附著在子宮的胎盤之臍帶所造成例如：在子宮還是鬆弛時牽扯臍帶，或是植入性胎盤。
- 五、臨床表現：通常是產後立即大出血，不緊急處理可能會致命。

第四節 妊娠、生產及產褥期之併發症—產後出血

產後出血的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：666—產後出血(Postpartum hemorrhage)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：胎兒誕生之後，陰道出血過多，不論是在

胎盤排出之前、之時、之後，超過了500毫升就是產後出血。臨床上，產後出血可分成兩大類：

- (一) 原發性或即刻的出血(Primary or immediate hemorrhage)：產後24小時內。
- (二) 續發性或遲來的出血(Secondary or late hemorrhage)：產後24小時到6週之內。

五、中醫相關病名：惡露不絕；血崩；產後下血；血脫。

第三產程出血

一、ICD-9-CM：666.0—第三產程出血(Third-stage hemorrhage)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

四、現代醫學病名及定義：孕婦在生產時於第三產程中因子宮收縮無力造成胎盤無法完全分離，則會出血不止，直到胎盤完全排出，子宮收縮後才會停止出血，佔產後出血原因的50%。另外，產道裂傷（佔20%）、胎盤剩餘組織（5~10%）以及凝血障礙亦會導致第三產程出血。

五、中醫相關病名：胞衣不下、胞衣不落、胞衣不出；血崩。

其他立即性產後出血

一、ICD-9-CM：666.1—其他立即性產後出血(Other immediate postpartum hemorrhage)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

四、現代醫學病名及定義：本即原發性產後出血，發生在胎兒出生後24小時內的出血，常見原因為：

- (一) 由胎盤剝離所引起。
- (二) 由產道損傷所引起。正常胎盤約在產後5分鐘即自動排出，如果此時加速排出，可造成傷害及大量出血。

五、中醫相關病名：血崩。

中醫治療及介入點：

當產婦出現惡露滴答不盡，子宮收縮較差時，首先會診婦產科醫師進行超音波檢查以確定出血點及出血原因，若屬子宮收縮不良之出血，西醫可給予子宮收縮劑，或由中醫給予生化湯，並依體質作適當加減。若屬胎盤滯留之出血，需進行子宮刮除術並給予子宮收縮劑及預防性抗生素治療等，此時暫不給予生化湯治療。

註：生化湯《景岳全書·婦人規》組成：當歸五錢、川芎二錢、炙

甘草五分、炮薑三分、桃仁十粒、熟地黃三錢。為粗末，加大棗二枚，水煎服。

臨床治療案例：

曹OO女士，34歲，剖腹產第一胎，產後第五天入住陽明產後護理之家。

產婦於懷孕後期即有小腹下墜感，易累，易感頭暈的情形，且平日較怕冷，其產後即出現子宮收縮欠佳，惡露少，下腹悶脹感等，其下腹悶脹感因與其子宮收縮欠佳，復舊不良有關，亦為中醫所言之氣血虛表現，且又因收縮欠佳，使得惡露排除較少，可能出現血瘀情形，進一步加重下腹之不適。此時採用中醫治療與以按摩，腹部拔罐，烤箱，蒸氣浴，教授呼吸功法等，並開立生化湯3天，於服用生化湯2天後，惡露量已變多，排的較乾淨，治療2週後，於出院之際，其下腹不適已明顯改善。

第五節 子宮復舊不全

子宮復舊不全的臨床治療建議

- 一、中醫病名：子宮復舊不全屬中醫的“產後惡露不絕”。指產後惡露不斷長達20天以上者。
- 二、定義：指子宮無法有效的收縮，則其復舊的過程停止或延遲，子宮維持在擴張狀態，稱之。

病因機轉

感染：

- 一、骨盆感染或因早期破水而導致發炎。
- 二、胎盤碎片滯留子宮內。
- 三、產婦本身子宮張力不足或子宮位置異常。

辨證論治

一、中醫診斷：

- (一) 氣虛主證：產時艱難，傷血耗氣產後惡露過期不淨，量較多，色淡紅，質稀薄，小腹墜脹而不痛或綿綿作痛，精神倦怠，面色白，舌質淡，苔薄白，脈緩而弱。
- (二) 血瘀主證：產後惡露過期不盡，量少不暢，色紫暗有塊，小腹疼痛拒按，舌紫暗有瘀點，脈象沉澀有力。
- (三) 血熱主證：產後惡露過期不淨，量多色深紅，質黏稠有臭味，腹痛發熱，面色潮紅，口燥咽乾，舌質紅，脈虛細而數。

二、證治分型

■八綱辨證

(一) 氣虛型

1. 治療

- (1) 治則：補氣攝血。
- (2) 方藥：補中益氣湯加鹿角膠，艾葉炭。兼肝腎虧損，證見惡露日久不止，腰痠膝軟，頭暈耳鳴者，加補肝腎固衝任之品，如菟絲子，金櫻子，川斷，巴戟天等；或用大補元煎加鹿角膠，金櫻子。因氣虛運血無力，挾瘀滯者，加活血祛瘀止血之品，如益母草，炒蒲黃等。
 - 補氣藥：山藥、人參、炙草。
 - 補血藥：當歸、熟地。
 - 收澀藥：山茱萸。
 - 補陰藥：枸杞。
 - 補陽藥：杜仲。

(二) 血熱型

1. 治療

- (1) 治則：養陰，清熱，止血。
- (2) 方藥：可用保陰煎去黃芩，黃柏，加旱蓮草，烏賊骨。或兩地湯合二至丸。若肝鬱化熱惡露不絕，證見惡露或多或少，色深紅，兩脅脹痛，心煩舌尖邊紅，苔薄，脈弦細數，治宜舒肝解鬱，清熱涼血。方用丹梔逍遙散加生地，旱蓮草，茜草根以清熱涼血止血。如屬感受熱毒

之邪，熱與餘邪相搏，互結胞中，證見惡露量多，色紫暗，或混濁如敗醬臭穢，多伴發熱，下腹刺痛，治宜清熱解毒，涼血止血。方用保陰煎去熟地加銀花藤，連翹，敗醬草，蒲公英，地榆等。或用五味消毒飲加五靈脂，蒲黃。

➤ 清熱藥：蒲公英、金銀花、野菊花、紫花地丁。

➤ 活血祛瘀藥：紫背天葵。

(三) 血瘀型

1. 治療

(1) 治則：活血，化瘀，止血。

(2) 方藥：生化湯加益母草、蒲黃或佛手散合失笑散加益母草、田七末或少腹逐瘀湯。若兼氣虛，伴見小腹空墜者加黨參、黃耆。若兼肝鬱，證見腹脹脈弦者，加鬱金、香附、川棟子。如大量出血或長期反覆不止，疑有胎盤，胎膜殘留時，應做括宮術，括出物送病理切片，以明確診斷，及時處理。

預防

一、早期下床。

二、哺餵母乳。

三、預防產褥感染。

四、間歇性輕柔的環形按摩子宮，可助宮縮。

五、照護人員應保持鎮靜的態度，採取迅速有效的觀察。

中醫治療及介入點：

請參照第四節妊娠、生產及產褥期之併發症—產後出血。

第六節 產後失血傷陰

產後失血傷陰的臨床治療建議

一、西醫別名：子宮復舊不全。

二、中醫病名：產後失血傷陰(Lose Blood and Impair Yin at Post Partum)。

病因病機

中醫病機：本證多由於產時失血過多，衝任空虛所致。病理變化有三：

- 一、血虛而陰虧，胞脈失養，腸道失濡，筋脈失榮。
- 二、血虛而氣弱，運行無力，血流不暢。
- 三、失血傷津，陰不斂陽，虛陽外浮。

辨證論治

一、治療法則：補血，養陰，益氣。

二、施治方法：

(一) 內服方藥：

1. 基本方藥：腸寧湯加減：當歸、熟地、阿膠黨參、山藥、續斷、白芍、麥冬、甘草，水煎取汁，阿膠烱化沖服，日分2次溫服，每日一劑。
2. 加減變化：若陰虧血燥，大便乾結者，加火麻仁、生首烏；若惡露過期不止，量少色淡者，加鹿角膠、艾葉炭；產後發熱，午後為甚，屬陰虛內熱者，去熟地、黨參，加生地、地骨皮；盜汗煩熱者，加牡蠣、浮小麥；乳汁缺乏或清稀量少者，加黃耆、木通；乳汁自出，乳房柔軟，加五味子、芡實；產後身痛，肢體痠處，去熟地、阿膠，加黃耆、桂枝、雞血藤。

(二) 外敷藥物：

1. 當歸、肉桂各等分為末，醋調成泥，敷調關元穴，每日一換，七天為一療程。用於產後腹痛。
2. 當歸、肉蓯蓉各等分研末，醋調後敷臍，用於治療產後大便難。

三、施治要點：

- (一) 由於分娩耗力，產創和出血，產後元氣虧損，失血傷陰在所難免，故有“產後以大補氣血為先，雖有雜證，以末治之”之說。然而欲補其虛，當先察其虛之所在，若陽氣弱者，宜溫補原氣；若陰血匱耗者，宜大補陰血；若肝腎不足，奇經空虛，則宜補益肝腎，充養衝任；若脾胃虛弱，化源不足，須調補後天，使脾健能運，後天有本，氣血振作，諸疾平伏。
- (二) 產後虛損之證，專事藥補使氣充血盈，臟腑強健還覺功力稍遜，宜配合飲食調養，食餌緩補，一無服藥之苦，二免缺乳之患，子母皆是有益無害。

非藥物治療

一、飲食療法：

- (一) 患者宜食補益性質食品，針對病情選用補血，養陰或補氣食

物，如魚、肉、禽、蛋、乳、木耳、紅棗、花生仁、芝麻、紅糖、米酒等。

(二) 忌食寒涼剋伐，辛燥等傷津耗氣之品。

(三) 食療方：當歸生薑羊肉湯：羊肉250g，洗淨切塊，當歸15g，生姜5片，同放砂鍋中加水1000毫升燉湯，熟後加調味料適量，吃肉喝湯，隔日一劑，分3次服，用於產後腹痛。

二、針灸：

(一) 針刺：取穴關元、氣海、膈俞、足三里、三陰交，大便燥結加照海、支溝，中等刺激，用補法，每次10~20分鐘，每日1次，7天為1療程。

(二) 艾灸：艾條灸關元、足三里、三陰交，每次10分鐘，7天為1療程。

護理

一、產褥期要充分休息，產婦居室要溫暖舒適，乾淨清潔，衣著宜清潔乾燥，注意產褥衛生，禁止房事。

二、加強產後體質鍛鍊，促進子宮復舊和身體復原，保持情緒穩定，避免精神刺激，以保證乳汁通暢。

中醫治療及介入點：

產婦在生產過程中，由於產後失血之緣故，依中醫基礎理論，可能出現不同之病理變化，而產生不同症狀。如因(1)血虛而陰虧，而出現腸道失濡，筋脈失榮之情形，亦即因為血虛而導致便秘及肌肉筋膜之問題，又因產婦需擠奶餵食寶寶，不當的使力更突顯出肩臂痠痛，腕關節疼痛，手麻等問題，在中醫治療方面，使用局部藥草熱薰、傷科藥布敷貼、局部穴道按摩拔罐、或依病位及病性採用針灸治療、或給予適當補血藥物等，對其痠痛症狀將有明顯之改善。如因(2)血虛而氣弱，運行無力，血流不暢，則產婦可能出現回流不好之瘀證，亦即出現下肢水腫情形，此時依中醫基礎理論，需判斷屬於腎虛或陽虛等，給予藥草熱薰、局部穴道按摩拔罐、或依病位及病性採用針灸治療、或依證型給予適當藥物等。如因(3)失血傷津，陰不斂陽，虛陽外浮，則產婦可能出現白天自汗、晚上盜汗等情形，需依證型給予中藥玉屏風散或當歸六黃湯加減，在自汗方面，亦可多服麻油雞（不加薑酒）之食療，將可使症狀明顯改善。

臨床治療案例：

張OO女士，28歲，自然產第一胎，產後第八天入住陽明產後護理之家。

在產婦主訴肩頸背部痠痛冰冷感後，予以滑罐治療，並建議使用烤

箱及蒸氣，四天後，予以內服藥及藥物薰蒸，在服用兩天後即有明顯改善；因此守方再予以治療，經過相同內服藥及藥物薰蒸治療兩天後，其肩背部痠痛怕冷症狀已無。

第七節 產後瘀血內阻

產後瘀血內阻的臨床治療建議

- 一、西醫病名：產後出血、產後子宮復舊不良。
- 二、中醫病名：產後瘀血內阻(Blood Stasis and Accumulation at Post Partum)。本證多由產後百脈空虛，起居不慎而使寒邪乘虛侵入胞宮胞脈，血為寒凝，瘀血內阻；或情志不遂，肝失疏泄，鬱而不達，氣滯血瘀；或胞衣殘留，衝任不暢，瘀血內阻，血不歸經而成。

病因病機

中醫病機：證本屬實，但因發於產後，氣血本虛，故亦為虛實挾雜，本虛標實之證，本虛，乃產後正虛，標實，乃瘀血內阻。其瘀大多因寒而起，寒凝血瘀是主要病機。

辨證論治

一、治療法則：活血化瘀。

二、施治方法：

(一) 內服方藥：

1. 生化湯加減：當歸12g、川芎12g、桃仁12g、炮姜6g、益母草30g、炙甘草6g，上藥水煎取汁300毫升，分2次溫服，每日1劑。
2. 加減變化：若小腹脹甚於痛，胸脅脹滿者，加枳實10g、烏藥10g、木香10g；若惡露不絕，加炒蒲黃15g、炒五靈脂15g；若腹痛肢冷，加桂枝6g；若氣虛挾瘀，小腹空墜，加黨參15g、黃耆15g；若瘀久化熱，惡露臭穢者，去炮姜，加蒲公英30g、敗醬草30g；若胞衣殘留不下，血出不止，加川牛膝15g、桃仁10g，以化瘀清宮，達到止血。

(二) 外敷藥物：

1. 蒲黃、炒五靈脂各60g，為末，以醋調膏敷於小腹。
2. 元胡、當歸、肉桂各等分為末，加金仙膏貼關元穴。
3. 川芎15g、蒲黃15g、五靈脂15g、吳茱萸10g、紅花12g、乳香15g、沒藥15g共為粗末，加醋炒熱，熨於臍下，每次20分鐘，日2次，1料可連續用5天。
4. 當歸60g、川芎30g、桃仁15g、姜炭10g、紅花15g、肉桂

15g、元胡12g、五靈脂15g、香附12g、甘草15g共熬成膏，貼丹田處。

非藥物治療

一、飲食療法：

- (一) 桂枝山楂紅糖湯：桂枝10g、山楂肉30g，加水300毫升，文火煎取200毫升，加紅糖20g，復煎片刻，即可飲。每日1次，分2~3次溫服。
- (二) 艾葉米酒雞蛋湯：艾葉10g洗淨切斷，與雞蛋2個加水同煮，雞蛋熟後去殼，復入原汁內，加米酒100毫升，燒煮片刻，吃蛋飲湯，每日1次。

二、針灸：

- (一) 取穴：中極、關元、血海、三陰交針刺瀉法，每日1次，每次15分鐘。
- (二) 取穴：三陰交，先用毫針捻轉進針，得氣之後留針30分鐘，用於產後宮縮痛。

備註

產褥期是生殖器官復原的一段時期，由正氣的虛弱，特別容易導致外邪入侵，而形成瘀阻之證，正所謂產後多虛多瘀。因為瘀血大多因寒而起，故產後應注意保暖，避免冒寒當風，禁忌生冷刺激，防止寒邪入侵。鼓勵產婦盡早下床活動，並逐日增加運動量，這樣較有利於惡露瘀血的排出，促使子宮復舊。

中醫治療及介入點：

請參照第四節妊娠、生產及產褥期之併發症－產後出血。

第八節 延遲性及續發性產後出血

延遲性及續發性產後出血的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：666.2－延遲性及續發性產後出血(Delayed and secondary postpartum hemorrhage)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、西醫病名：晚期產後出血(late puerperal hemorrhage)。
- 五、現代醫學病名及定義：晚期產後出血是指分娩24小時後，在產褥期發生的子宮大量出血，一般多發生在分娩後數日，十數日，少數發生於產褥期末。臨床以產後惡露不盡，反復陰道出血，或突然大量出血為期特徵。又稱為延遲性的產後出血或續發性產後出血。出血多時常導致休克、貧血、甚至危及生命。
- 六、中醫相關病名：惡露不絕。
- 七、中醫釋名：血崩一證，是指婦人陰道流血，量多勢急。發生在產褥期者，謂之產後血崩，為婦產科危急重症《女科經綸》陳無擇：“血崩不是輕病，況產後有此，是謂重傷。”《婦人良方大全》：“產後血崩，因經脈未復而勞傷。”《產育保慶集》：“產後傷耗經絡，未得平復而勞役損動，致血暴崩下，淋漓不止。”本病的臨床特點是產褥期內突然大量的陰道出血。

發生

臨床上較少見，但危險性不小。出血可發於生殖道的任何部位，但是最常見的是胎盤附著面出血。

病因機轉

- 一、胎盤碎片殘留。
- 二、胎盤附著部位的傷口復舊不全。
- 三、局部傷口復發性出血。
- 四、子宮收縮乏力。

主觀評估指標

一、一般症狀：眩暈、呼吸困難、噁心、嘔吐、不安、口渴。

二、失血過量（超過1000-1500cc）之症狀：

（一）皮膚蒼白、冰冷、嘴角發紺或蒼白。

（二）脈搏快而弱。

（三）血壓下降

（四）呼吸較快。

（五）嗜睡、昏迷不醒。

辨證論治

一、中醫診斷：

（一）氣虛血弱：新產產後，或已至滿月前後，突然陰道大量出血，血色鮮紅或淡紅，質稀薄，或有少量血塊，伴面色蒼白，體倦頭暈，甚至冷汗淋漓，唇舌色淡，脈細弱或脈微欲絕。

（二）瘀血內阻：新產後，或產後數日至產褥期末，突然陰道大量出血，或惡露不絕時有血量增多，血色暗紅，夾有血塊或胎物，面色晦暗或少華，下腹疼痛拒按，唇舌紫暗，有瘀點，脈弦澀。

（三）暴怒傷肝：產後數日至產褥期末，突然陰道大量出血，色鮮紅，伴煩躁易怒，頭脹而暈，胸脅滿悶疼痛，舌紅苔薄黃，脈弦細而數。

二、中醫治療：本病的治療，當以急則治其標，緩則治其本治為其原則，暴崩下血之時，急當止血以固脫，並同時迅速查明病因；在血勢稍緩之後，根據不同病因，辨證治療。

本病的治療，應以急救為先，出血量多勢急時，應立即益氣固衝，或回陽救逆待血勢稍緩後，可根據不同病因，分別採取益氣養血調補衝任，活血逐瘀，平肝清熱等法，對於有胎物殘留者，必要時應行清宮術；子宮切口裂開者，當以西醫手術搶救治療。

三、證治分型

■八綱辨證

（一）氣血虛弱

1. 治療

（1）治則：補氣養血，固衝止血。

（2）方藥：升舉大補湯加減。面色蒼白，冷汗淋漓，可加熟附子10g。

- 補氣藥：甘草、人參、白朮、黃耆。
- 發散風寒藥：白芷、荊芥。
- 補血藥：當歸、熟地。
- 發散風熱藥：升麻。
- 活血祛瘀藥：川芎。
- 補陰藥：麥冬。
- 理氣藥：陳皮。

(二) 瘀血內阻

1. 治療

- (1) 治則：活血逐瘀，益氣養血。
- (2) 方藥：生化湯加味。兼氣血虛者，可加黃耆、黨參；腹痛較重者，可加元胡、乳香、沒藥。
 - 活血祛瘀藥：川芎、桃仁、五靈脂、蒲黃、益母草。
 - 補血藥：當歸。
 - 補氣藥：甘草。
 - 溫裡藥：炮薑。

病因辨證

(三) 暴怒傷肝

治療

- (1) 治則：平肝清熱，固衝止血。
- (2) 方藥：丹梔逍遙散加味。口渴心煩者加麥冬；頭暈而脹者，加菊花。
 - 發散風熱藥：柴胡、薄荷。
 - 補氣藥：白朮、甘草。
 - 清熱涼血藥：丹皮。
 - 清熱瀉火：梔子。
 - 補血藥：白芍。
 - 利水滲濕藥：茯苓。
 - 補陰藥：旱蓮草。
 - 其他：生地炭。

(四) 產後血崩

- 1. 辨證：產後血崩，經脈未復而勞傷，或食酸鹼之味，若小腹滿痛，肝能已傷，最為難治。
- 2. 治療
 - (1) 方藥：急服固經丸主之。若血滯小腹脹滿，用失笑散，若血少小腹虛痞，芎藭湯。肝火妄行，加味逍遙散。脾鬱不統血，加味歸脾湯。脾氣虛不攝血，補中益氣湯。

厚味積熱傷血，清胃散加槐花。風熱相搏傷血，四君子湯加防風、枳殼。

- 補陽藥：炒補骨脂。
- 祛風濕藥：木賊。
- 收澀藥：赤石脂。
- 止血藥：艾葉。
- 溫裡藥：附子。

預防

- 一、留心觀察，提高警覺。
- 二、隨時注意並記錄產婦的情況。
- 三、儘量保持產婦暖和與舒適的狀態。
- 四、照護人員應保持鎮靜的態度，採取迅速有效的觀察。
- 五、給予產婦自我照顧的指導，以預防出血。

中醫治療及介入點：

請參照第四節妊娠、生產及產褥期之併發症－產後出血。

第九節 滯留胎盤或胎膜，未伴有出血

滯留胎盤或胎膜，未伴有出血的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：

667－滯留胎盤或胎膜，未伴有出血(Retained placenta or membranes, without hemorrhage)。

667.0－滯留胎盤未伴有出血(Retained placenta without hemorrhage)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

四、西醫病名：妊娠、生產及產褥期之併發症。

五、中醫病名：胞衣不下、胞衣不落、胞衣不出。

六、定義：正常生產時，胎兒出生後約5分鐘內便可出現胎盤剝離及排出，如超過30分鐘，胎盤仍未排出且未伴有出血者稱之。

主觀評估指標

臨床類型：

- 一、胎盤剝離後滯留：胎盤已全部從子宮壁剝離、因子宮收縮乏力、腹肌收縮不良或膀胱充盈不能排出，從而影響子宮收縮，引起出血。若膀胱過度充盈，應先導尿，然後按摩子宮使其收縮，再一手輕壓子宮底，另一手輕拉臍帶協助胎盤娩出。
- 二、胎盤嵌頓：胎盤已完全剝離，由於按摩子宮或使用子宮收縮劑不當，致使子宮收縮不協調，子宮內口附近呈痙攣性收縮形成狹窄環，堵塞出路使胎盤不得排出，血塊積聚于子宮腔內，使子宮體積增大，宮底上升，有時表現為大量外出血。陰道檢查時可摸到子宮狹窄環，應在乙醚麻醉下，用手指擴張狹窄環，爾後取出胎盤。
- 三、胎盤剝離不全：由於子宮收縮乏力或第三產程處理不當，以致胎盤部分與子宮蜕膜層分離，部分未剝離，影響子宮全面收縮，胎盤剝離面血竇開放，出血不止。應從速施行人工剝離胎盤術。
- 四、胎盤粘連。 五、胎盤植入。

鑒別診斷

胎盤殘留：部分胎盤未娩出，或全部娩出後檢查胎盤時發現胎盤小葉或胎膜缺損，或有副胎盤殘留，並有陰道流血和宮腔積血。

辨證論治

- 一、辨證分型：妊娠、生產及產褥期之併發症臨床以八綱、病因辨證為主。
- 二、治療方法：大致上常用於妊娠、生產及產褥期之併發症的藥物依功用，可將之分為10類。
 - (一) 活血祛瘀藥：川芎、桃仁、牛膝、紅花。
 - (二) 補氣藥：甘草、黃耆、人參、白朮。
 - (三) 溫理藥：黑薑、肉桂、附子、乾薑。
 - (四) 補血藥：當歸、熟地、白芍。
 - (五) 解表藥：升麻、柴胡、薑。
 - (六) 清熱藥：牡丹皮、生地黃。
 - (七) 瀉下藥：大黃、朴硝。
 - (八) 止血藥：蒲黃。
 - (九) 理氣藥：陳皮。

(十) 其他：黑豆。

三、證治分型

■八綱辨證

(一) 氣虛氣滯證

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：胎衣不下，陰道流血量多色淡，少腹微脹，按之有塊而不痛。
- (2) 全身症狀：面色淡白，頭暈心悸，神疲氣短，舌淡苔薄白，脈弱。

2. 治療

- (1) 治則：益氣行滯。
- (2) 方藥：補中益氣湯合生化湯加減。
 - 補氣藥：甘草、黃耆、人參、白朮。
 - 活血祛瘀藥：川芎、桃仁。
 - 解表藥：升麻、柴胡。
 - 補血藥：當歸。
 - 理氣藥：陳皮。
 - 溫理藥：黑薑。

(二) 瘀阻胞宮證

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：胎衣不下，少腹脹急，疼痛拒按，甚至胸脅脹悶。
- (2) 全身症狀：面色青紫，舌紫暗，脈弦澀。

2. 治療

- (1) 治則：活血祛瘀。
- (2) 方藥：奪命丹合生化湯加減。
 - 活血祛瘀藥：乾漆、川芎、桃仁。
 - 溫理藥：附子、黑薑。
 - 清熱藥：牡丹皮。
 - 補血藥：當歸。
 - 瀉下藥：大黃。
 - 補氣藥：甘草。

病因辨證

(一) 寒滯胞宮證

1. 辨證

(1) 婦科證候特點：胎衣不下，腹痛拒按，惡露甚少或量多有塊，色暗紅。

(2) 全身症狀：舌紫苔薄白，脈弦緊。

2. 治療

(1) 治則：溫經活血。

(2) 方藥：黑神散合桃紅四物湯加減；牛膝散。

- 活血祛瘀藥：川芎、紅花、桃仁、牛膝。
- 補血藥：當歸、熟地、白芍。
- 溫理藥：肉桂、乾薑。
- 清熱藥：生地黃。
- 止血藥：蒲黃。
- 補氣藥：甘草。
- 瀉下藥：朴硝。
- 解表藥：薑。
- 其他：黑豆。

第十節 妊娠、生產及產褥期之併發症— 分娩時母體發燒，未明示者

分娩時母體發燒，未明示者的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：659.2—分娩時母體發燒，未明示者(Maternal pyrexia during labour, unspecified)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

四、現代醫學病名及定義：本症是指孕婦在分娩時伴有發燒的症狀，此發燒症狀並未特定指明何種疾病所引起的。在未查明有其他原因之前，應認為分娩時母體發燒是由感染所致，應進行有系統的檢查，查明感染原因及部位。

五、中醫相關病名：熱產；產後發熱；產後骨蒸。

產褥期原因不明之發熱

一、ICE-9-CM：672—產褥期原因不明之發熱(Pyrexia of unknown origin during the puerperium)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

四、現代醫學病名及定義：生產或流產之後的14天內，任何原因不明所引起的發燒，稱之為產期原因不明之發燒。在未查明有其他原因之前，應認為產褥熱是由感染所致，應進行有系統的檢查，查明感染原因及部位，常見的原因有：生殖道感染、泌尿道感染、乳房感染及傷口感染。

五、中醫相關病名：產後發熱；產後骨蒸；倒產；偏產；難產。

第十一節 剖腹產或會陰切開傷口之感染或出血

剖腹產或會陰切開傷口之感染或出血的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：674.3－會陰切開傷口感染(EP wound infection)。

674.3－剖腹產傷口感染(C/S wound infection)。

674.1－(Dehiscence of EP)。

674.2－(Dehiscence of C/S)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

發生

指產後生殖道受到細菌侵入所致的炎症，是一種創傷感染，多發生於子宮內膜，亦稱為產褥熱或產褥敗血症為產婦死亡的第二主因。

病因

一、生產前破水超過24小時者。

二、胎盤碎片滯留及產後出血。

三、產婦本身身體及其他的器官早有的感染，經血液傳染至生殖器。

四、不正確的會陰護理。

主觀評估指標

一、受感染的皮膚發紅、水腫、硬且有壓痛。

二、發燒、寒顫、食慾不振、失眠、倦怠。

三、子宮軟且壓痛及有背痛情形。

四、惡露量多、呈血色或深褐色且有臭味。

五、乳汁分泌可能受抑制。

六、嚴重者可能導致腹膜炎。

預防

- 一、遵守洗手原則。
- 二、隨時注意並記錄產婦的情況。
- 三、儘量保持產婦暖和與舒適的狀態。
- 四、照護人員應保持鎮靜的態度，採取迅速有效的觀察。
- 五、給予產婦自我照顧的指導，以預防感染。

妊娠、生產及產褥期之併發症—重大產後感染

- 一、ICE-9-CM：670—重大產後感染(Major puerperal infection)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2002年12月。
- 四、現代醫學病名及定義：本病的定義為：產後最初10天除了最初24小時內的任何兩天內，體溫 $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)，而且是以標準的技術測量口溫，每天最少4次，稱為產褥期的感染，以前所使用的同義字包括有產褥熱(Puerperal fever)、產褥膿毒(puerperal sepsis)和 Childbed fever等。本病的發生率為2~8%，並且較常見於社經地位較低、剖腹產、羊膜早破、產程過長以及曾多次檢查骨盆腔的婦女。
- 五、中醫相關病名：外感；癰疽；瘀血。

妊娠、生產及產褥期之併發症—產後泌尿道感染

- 一、定義：指產褥期致病細菌，經由尿道上行至膀胱，再進而至腎臟，因輸尿管膀胱的回流，迫使受感染尿液進入腎盂所致。
- 二、原因：
 - (一) 尿液滯留。
 - (二) 陰唇、陰道及膀胱肌肉的水腫、充血將尿道內口阻塞而有排尿困難的情形發生。
 - (三) 分娩時，由於膀胱黏膜組織受傷、水腫與充血，而易遭菌體感染。
- 三、泌尿道感染的症狀：
 - (一) 頻尿、急尿。
 - (二) 排尿時燒灼感。
 - (三) 肋骨椎角處壓痛。
 - (四) 發燒、畏寒、倦怠無力。

預防

- 一、避免膀胱過度脹滿。
- 二、水份攝取每天至少3000~4000cc。
- 三、保持產婦身體清潔舒適。
- 四、良好的會陰護理和經常更換產墊。
- 五、穿著棉質內褲以利透氣。

中醫治療及介入點：

請參照第四節妊娠、生產及產褥期之併發症—產後出血。

第十二節 產後中醫病名ICD碼

腸胃道功能障礙

- 一、病名：產後口乾痞悶。
- 二、ICD-9-CM：536.9—腸胃道功能障礙。
 - (一) 主症：口乾煩渴，心下痞悶。
 - (二) 病因病機：產後宮胃太虛，血氣未定，食麵太早，胃不能消化，麵毒結聚于胃脘，上熏胸中。
 - (三) 治則方藥：此宜服六君子湯，治胸膈痞塞，脾寒不嗜食，燥藥不得服。
- 三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 四、發表時間：2008年11月。

腸胃道功能障礙

- 一、病名：產後腹脹悶滿嘔吐不定。
- 二、ICD-9-CM：536.9—腸胃道功能障礙。
 - (一) 主症：產後腹脹悶滿嘔吐不定。
 - (二) 病因病機：敗血散于脾胃。脾受之，不能運化精微而致脹滿。胃受之，不得受納水谷不化而生嘔逆。
 - (三) 治則方藥：匠勝湯（三因方名抵勝湯），八順理中丸。治新產血氣俱傷，五臟暴虛，肢體羸乏，少氣多汗，每日常服，壯氣補虛，止嘔吐。

中醫治療及介入點：

產婦出現之腸胃道功能障礙，常以脹氣痞悶為主，在中醫治療方面給予腹部中脘穴、天樞穴拔罐，或採用針灸、藥餅貼敷、呼吸功法，或

依證型給予適當藥物，如半夏瀉心湯等，都將明顯改善脹氣問題。

臨床治療案例：

蔡OO女士，36歲，剖腹產第一胎，於產後第八天入住陽明產後護理之家。

生產之後，飲食即感胃部悶脹感，由於產婦屬於腎氣略虛且肝鬱氣滯的體質，處以拔罐及服用藥物，三天之內脹氣情形已有顯著緩解，天樞、中脘分別為胃經與任脈之穴位，位於肚臍周圍，對於腹部脹氣有起到直接緩解之功效，而半夏瀉心湯，其組方中含有半夏、乾薑、黃芩、黃連，四藥相伍，屬辛開苦降、寒熱並用，可以開痞結、調寒熱；人參、大棗、甘草三藥益氣補脾，以復脾胃升降之常。諸藥配合，有補瀉兼施的配伍特點，使寒熱得解，升降復常，則痞滿自癒。用於產後腹脹有效，可能是產後婦人，因生產而耗氣傷血，氣血運行失度，氣機不暢，使氣易結於心下而成痞證。且因產後素虛，寒熱之邪都易乘入，形成寒熱互結之證。兩者相合即為半夏瀉心湯證。在諸多案例中，半夏瀉心湯證對於緩解產後痞悶腹脹有良好療效。

分娩時母體發燒、未明示者；產褥期原因不明之發熱

一、病名：產後乍寒乍熱。

二、ICD-9-CM：

672—產褥期原因不明之發熱(Pyrexia of unknown origin)。

659.2—分娩時母體發燒、未明示者(Maternal pyrexia during labour, unspecified)。

- (一) 主症：產後乍寒乍熱，陰勝則乍寒，陽勝則乍熱，陰陽相勝，則或寒或熱。
- (二) 病因病機：陰陽不和，敗血不散，皆令乍寒乍熱，產後血氣虛損，陰陽不和，陰勝則乍寒，陽勝則乍熱，陰陽相勝，則或寒或熱，若因產勞傷臟腑，血弱不得宣越，故令敗血不散，入于肺則熱，入于脾則寒。
- (三) 治則方藥：陰陽不和，宜增損四物湯，敗血不散，宜奪命丹，又問二者何以別之，答曰，時有刺痛者，敗血也，但寒熱無他證者，陰陽不和也，豬腎湯，治產後日淺，久坐，視聽言語多，或運動勞力，遂覺頭項及肢節皮肉疼痛，乍寒乍熱，此是蓐勞。

(四) 註：可能需局部診察，以排除上呼吸道感染或會陰發炎等疾病。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

分娩及產後之急性腎衰竭

一、病名：產後四肢虛腫。

二、ICD-9-CM：669.3—分娩及產後之急性腎衰竭(Acute renal failure following labour and delivery)。

(一) 主症：產後四肢虛腫，四肢面目浮腫。

(二) 病因病機：產後敗血乘虛，停積於五臟，不行經絡，流入於四肢，留滯日深，卻還不得，腐壞如水，故令四肢面目浮腫。

(三) 治則方藥：但服調經散，自然血行腫消，正脾散，治大病之後，脾氣虛弱，中滿腹脹，四肢虛浮，狀若水氣，此藥治之，及產後四肢浮腫。

(四) 註：宜排除腎臟疾病、貧血、子癰前症或輸液過多的情況。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

神經官能症；焦慮症

一、病名：產後乍見鬼神。

二、ICD-9-CM：300.9—神經官能症。
300.0—焦慮症。

(一) 主症：心中煩躁，臥起不安，乍見鬼神，言語顛倒。

(二) 病因病機：心主身之血脈，因產傷耗血脈，心氣則虛，敗血停積，上乾于心，心不受觸，遂致。

(三) 治則方藥：但服調經散，加生龍齒一捻，得睡即安。柏子仁散，治產後謊言亂語，繇內虛少血，邪氣攻心，琥珀散，治產後血邪攻心，迷悶，言語錯亂。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

產後之焦慮憂鬱等情形，依中醫基礎理論，可能為腎精不足、肝氣不疏、心脾血虛等不同病因病機所造成，在中醫治療方面，可教授呼吸功法，給予心理支持，並依不同證型給予適當內服藥物處理。

臨床治療案例：

黃OO女士，31歲，自然產第一胎，於產後第四天入住陽明產後護理之家。

產婦由於思慮較重，加上睡眠不足，產後氣血又較虛弱，加上產婦本較偏向心脾血虛、肝氣不舒之體質，因此在入院早期，出現產後憂鬱之情形，常無由悲哭，但經由護理之家值班醫師及護理同仁之陪伴與開導，並教導呼吸功法，囑咐使用按摩椅，及耳針穴位治療等，使其於住院期間，睡眠改善，悲哭次數漸減，讓產後憂鬱情形得到適當改善。

產褥期之腦血管疾患

一、病名：產後中風。

二、ICD-9-CM：674.0—產褥期之腦血管疾患(Cerebrovascular disorders in the puerperium)。

(一) 主症：初眼澀口噤，肌肉抽搐，以漸腰脊筋急強直者不治。

(二) 病因病機：產後五七日內，強力下床，或月內，傷於房室，或憂怒，擾蕩沖和，或灼灸，傷動臟腑，此乃人作，非偶爾中風所得。

(三) 治則方藥：本集無方，三因方評之頗詳。

(四) 註：需排除癲癇或子癇症。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

產褥期之腦血管疾患；子癇前症

一、病名：產後口噤不開。

二、ICD-9-CM：子癇前症。

674.0—產褥期之腦血管疾患(Cerebrovascular disorders in the puerperium)。

(一) 主症：產後，口噤不開，背強而直，如風發癇狀，搖頭，馬鳴，身反折，須臾十發，氣息如絕。

(二) 病因病機：產後血虛，內理不媵密，故多汗，因遇風邪。

(三) 治則方藥：宜速斡口灌之小續命湯，稍緩即汗出如雨，手拭不及者，不可治，三因方云，既汗多如何更服麻黃桂等，不若大局方大聖散，亦良藥。

(四) 註：此為產科急症，無論發作類似癲癇或無法進食，皆應立刻準備好急救措施，如呼吸道保持暢通，避免舌頭受傷，建立並保持大量輸液的通暢，生命跡象的監測並調整，產後、唇青、肉冷、汗出、目瞑、神昏，婦人以營血為主，因產血下太多，氣無所主，此但虛極生風也，以風藥治之，則誤矣。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

產褥期之腦血管疾患；產後憂鬱症

一、病名：產後不語。

二、ICD-9-CM：產後憂鬱症。

674.0—產褥期之腦血管疾患(Cerebrovascular disorders in the puerperium)。

(一) 主症：產後不語，神志不能明了，舌亦強矣。

(二) 病因病機：產後血氣多衰，致停積敗血，閉於心竅，神志不能明了，又心氣通於舌，心氣閉塞，則舌亦強矣。

(三) 治則方藥：但服七珍散，交感地黃丸，治婦人產前產後，眼見黑色，或即發狂，如見鬼狀，胞衣不下，失音不語，心腹脹滿，水谷不化。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

請參閱產褥期之腦血管疾患；產後憂鬱症。

臨床治療案例：

吳*燕，產後22天時出現失眠，自我認同感差，並有不欲接近小孩之情形，情緒緊繃多慮，經診斷為產後憂鬱，給予產後憂鬱量表，分數為10分，除搭配西藥先幫助睡眠以改善精神狀況以外，並於每日給予滑罐及華陀夾脊中藥材薰蒸，並於晚上給予中藥材泡腳，對於情緒緩和有助益，其情緒狀況也趨於穩定。

註：藥草薰蒸內含藥材：桑枝、桑寄生、桂枝、乾薑、雞血藤、伸筋草、艾葉。

產後憂鬱症；神經官能症

一、病名：產後熱悶氣上轉為腳氣。

二、ICD-9-CM：產後憂鬱症。

神經官能症。

(一) 主症：產後，其狀熱悶掣，驚悸心煩，嘔吐氣上，皆其候也。

(二) 病因病機：產臥血虛生熱，復因春秋取涼過多，地之蒸濕，因足履之所著而為腳氣。

(三) 治則方藥：但服小續命湯，三兩劑必愈，若醫者誤用逐敗血藥攻之，則血去而疾增益劇，大驅風散，治猝中欲死，風攻身體及五臟，言語謇澀，神思冒昧，或履濕氣，變為腳氣，此方尤妙。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

請參閱產褥期之腦血管疾患；產後憂鬱症。

急性腸胃炎；腹痛；腹瀉

一、病名：產後腹痛又瀉痢。

二、ICD-9-CM：789.0—腹痛。

558.9—急性腸胃炎、腹瀉。

(一) 主症：腹痛作陣，如錐刀所刺，流入大腸，水谷不化，洞泄腸鳴，或下赤白，脅肋膨脹，或走痛不定。

(二) 病因病機：產後腸胃虛怯，寒邪易侵，若未滿月，飲冷當風，乘虛進襲，留於胸膈，散於腹肋。

(三) 治則方藥：急服調中湯立愈，若醫者以為積滯取之，則禍不旋踵，定痛散，治產後惡血不止，腹內熱痛不可忍，及兒未定，治產後瘀血，怯痛不已，生料五積散，加乾姜，良姜、丁香、官桂、用煮酒童便各一盞，熱服立效，獨用肉桂末調好酒服之，立效。

(四) 註：建議可用腹部超音波來做鑑別診斷及大便細菌培養以排除相關疾病。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

請參閱腸胃道功能障礙。

便秘

一、病名：產後大便秘澀。

二、ICD-9-CM：564.0—便秘。

(一) 主症：五六日腹中悶脹者，有燥糞在臟腑，以其乾澀未能出耳。

(二) 病因病機：產臥水血俱下，腸胃虛弱，津液不足，是以大便秘澀不通也。

(三) 治則方藥：宜服麻仁丸以津潤之，滋腸五仁丸，治血氣不足，大腸閉滯，傳送艱難。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

產婦之便秘，依中醫病因病機，可能與腸胃虛弱或津液不足等有關，可給予中藥麻子仁丸或依穴道針灸及拔罐等，將取得不錯療效。

臨床治療案例：

林OO女士，35歲，自然產第一胎，於產後第四天入住陽明產後護理之家。

該產婦之便秘，乃是因為產後氣血不足所形成，不可使用大小承氣等瀉下效果強的方劑，對於這種虛證便秘，麻子仁丸有良好功效，本方為瀉下劑與潤腸藥並用，再加上白芍以養陰和裡，為緩下之良劑。

未明示之肌痛與肌炎

一、病名：產後遍身疼痛。

二、ICD-9-CM：729.1—未明示之肌痛與肌炎。

(一) 主症：腰背不得轉側，手足不能動搖，身熱頭痛也。

(二) 病因病機：產後百節開張，血脈流走，遇氣弱，則經絡肉分之間，血多留滯，累日不散，則骨節不利，筋脈引急。

(三) 治則方藥：但服趁痛散以嘿除之。 三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

請參閱第六節產後失血傷陰。

產後出血

一、病名：產後血崩。

二、ICD-9-CM：666—產後出血(Postpartum hemorrhage)。

(一) 主症：產臥血暴崩，淋瀝不止。

(二) 病因病機：產臥傷耗經絡，脈未平復，勞役損動，致血暴崩，淋瀝不止，或因咸酸不節，傷蠱營衛。

(三) 治則方藥：當急服固經丸，熟乾地黃散，治崩中下血不止，心神煩悶，頭目昏重。

(四) 註：宜做腹部超音波來鑑別診斷，以排除胎盤是否殘留。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

請參閱第四節妊娠、生產及產褥期之併發症—產後出血。

鼻出血

一、病名：產後口鼻黑氣起及鼻衄。

二、ICD-9-CM：鼻出血。

(一) 主症：口鼻黑氣起，及變鼻衄，此緣產後虛熱，變生此疾。

(二) 病因病機：產後氣消血散，營衛不理，散亂入于諸經，卻還不得，故令口鼻黑氣起。

(三) 治則方藥：其疾不可治，名曰胃絕肺敗，詳此一證，保慶府無方，可急服琥珀黑散，視其病人鼻黑退，衄止者，活。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

依中醫基礎理論，肺開竅於鼻，鼻部之症狀，與肺系、呼吸系統有關，中醫可採用皂角致嚏、蒸氣治療、穴位留針、藥餅貼敷等，或開立適當中藥材，其中尤須考慮外感殘存的問題。另外教授其呼吸功法及內八段錦等，作為日常之保養。

呼吸困難；呼吸系統之疾病；氣喘

一、病名：產後喉中氣急喘。

二、ICD-9-CM：786.09—呼吸困難。

519.9—呼吸系統之疾病。

493.90—氣喘。

(一) 主症：產後喉中氣急喘。

(二) 病因病機：因產所下過多，營血暴竭，衛氣無主，獨聚于肺中，故令喘也，此名孤陽絕陰，難治，若產後惡露不快，敗血停凝，上熏于肺，亦令喘急。

(三) 治則方藥：如此但服奪命丹，血去，喘急自止。旋覆花湯，治產後傷風，或風寒暑濕，咳嗽喘滿，痰涎壅塞，如服奪命丹喘不定，可服此藥。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

中醫治療及介入點：

可採用蒸氣治療、穴位留針、藥餅貼敷等，或依不同證型開立適當中藥材。

胸痛

一、病名：產後心痛。

二、ICD-9-CM：胸痛。

(一) 主症：氣逆沖擊於心之經脈，故心痛。

(二) 病因病機：心者血之主也，有伏宿寒氣，因產大虛，寒搏於血，血凝不得消散，其氣逆沖擊于心之經脈，故心痛。

(三) 治則方藥：但以大岩蜜湯治之，寒去則血脈溫而經絡通，心痛自止，若誤以為所傷療之，則虛極寒益甚矣，心絡寒甚，傳之正經，則變真心痛，朝發夕死，夕發朝死，不可輕用藥如此。

(四) 註：需排除心臟相關疾病或先天性心臟病及腸胃道相關疾病（例如胃酸逆流）。

中醫治療及介入點：

可採用蒸氣治療、局部藥薰、穴位留針，或依不同證型開立適當中藥材。

第十三章 乳病

第一節 妊娠、生產及產褥期之併發症－與生產有關之乳房及乳頭感染，乳頭感染

與生產有關之乳房及乳頭感染，乳頭感染的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：675－與生產有關之乳房及乳頭感染，乳頭感染 (Infections of the breast and nipple associated with childbirth, Infections of nipple)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：乳頭感染指婦女乳頭因破皮或擦傷，而致細菌感所引起的發炎反應。乳腺炎常發生於產後第二週，因此可能在出院後發生，致病微生物通常來自於母體皮膚或嬰兒的鼻咽部。
- 五、中醫相關病名：乳癰；妬乳。

中醫治療及介入點：

依中醫基礎理論，乳癰多為肝鬱胃熱之實證，中醫治療可採用藥材外敷、局部藥薰、艾灸、針刺穴位等，或依證型給予疏肝清胃，通乳散結，托裡透膿之適當藥物。

第二節 妊娠、生產及產褥期之併發症－與生產有關之乳房及乳頭感染，乳房膿瘍

與生產有關之乳房及乳頭感染，乳房膿瘍的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：675.1－與生產有關之乳房及乳頭感染，乳頭感染 (Infections of the breast and nipple associated with childbirth, Abscess of breast)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：乳房膿瘍是指乳房上之膿瘍，因此乳頭破皮或擦傷，而致葡萄球菌或鏈球菌感染，形成膿瘍。臨床表徵有紅、腫、硬、痛，如果有全身感染症狀的出現，則應該考慮有乳房膿瘍的形成，並應做引流及停止哺乳。
- 五、中醫相關病名：乳癰；妬乳；吹乳。

中醫治療及介入點：

請參閱第一節妊娠、生產及產褥期之併發症－與生產有關之乳房及乳頭感染，乳頭感染。

第三節 妊娠、生產及產褥期之併發症－與生產有關之乳房及乳頭感染，非化膿性乳腺炎

與生產有關之乳房及乳頭感染，非化膿性乳腺炎的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：675.2－與生產有關之乳房及乳頭感染，非化膿性乳腺炎(Infections of the breast and nipple associated with childbirth, Nonpurulent mastitis)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：產後孕婦乳房發生非感染性引起之乳腺炎，常見於乳房因乳汁蓄積導致乳房腫大，硬結疼痛拒按及皮色紅熱，該孕婦體溫可能略為提高。
- 五、中醫相關病名：乳癰；妬乳；吹乳。

發生

指乳房的實質組織發炎至乳房腺體組織化膿而形成膿瘍均稱之乳腺炎。乳腺炎常是單側發生，最常發生的時間為：產後第1~4週、哺乳突然停止時或斷奶的時候。

病因

- 一、母親、家屬或保母的雙手。
- 二、乳頭破裂或損傷。
- 三、乳汁鬱滯。

主觀評估指標

乳腺炎發生前，通常會先有乳頭裂隙及明顯的乳房充盈脹大的現象。乳房發生感染後會出現乳房變硬、紅腫、壓痛及脹痛，發燒、寒顫、頭痛及全身不適。更嚴重有腋下淋巴結腫大及壓痛情形。

預防

- 一、預防乳頭破裂，吸吮時嬰兒能正確地含住乳頭及乳暈。

- 二、當餵奶時，抱嬰兒靠近身邊，避免過度地拉扯乳頭。
- 三、排空乳汁可預防乳房腫脹。
- 四、增加餵奶次數以減輕奶脹。
- 五、給予產婦心理支持。

中醫治療及介入點：

請參閱第一節妊娠、生產及產褥期之併發症－與生產有關之乳房及乳頭感染，乳頭感染。

臨床治療案例：

王*琪，30歲，產後三天入院時雙側乳房有硬塊，產後第6天出現雙乳脹痛，並有多處硬塊，尤以外側為甚，硬塊多位於乳房深處，先給予雙側乳房硬塊處拔罐，並於膏肓俞處滑罐、天宗拔罐，並給中藥材薰蒸雙側乳房各十分鐘，天宗、膏肓俞十分鐘，治療後脹痛情形緩解，持續幾天有時硬塊又會再起，而持續此治療模式至出院前，雙側硬塊明顯改善，並且乳汁充足，可順利哺乳。註：藥草薰蒸內含藥材：桑枝、桑寄生、桂枝、乾薑、雞血藤、伸筋草、艾葉。

第四節 妊娠、生產及產褥期之併發症－乳頭破裂

乳頭破裂的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：676.1－乳頭破裂(Cracked nipple)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：某些產婦在產後哺乳時乳頭大小及外形均在正常的範圍，但是乳頭出現裂痕，此種情況常因嬰兒吸乳時對乳頭所造成的傷害。
- 五、中醫相關病名：產後乳裂。

中醫治療及介入點：

請參閱第一節妊娠、生產及產褥期之併發症－與生產有關之乳房及乳頭感染，乳頭感染。

第五節 妊娠、生產及產褥期之併發症－乳房充血

乳房充血的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：676.2－乳房充血(Engorgement of breasts)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：本症指產後孕婦乳房發生充血腫脹的情況，其發生原因可包括化膿性乳腺炎及非化膿性乳腺炎等因素。通常發生於產後第一週，由於血管充血和乳汁鬱積所引起，孕婦會有不舒服感，有時會有輕微發燒。
- 五、中醫相關病名：乳癰；妬乳；吹乳。

中醫治療及介入點：

請參閱第一節妊娠、生產及產褥期之併發症－與生產有關之乳房及乳頭感染，乳頭感染。

第六節 妊娠、生產及產褥期之併發症－泌乳不良

泌乳不良的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：676.4－泌乳不良(Failure of lactation)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：產婦在哺乳期，乳汁甚少或全無，一般最多發生在產後第二、三天至半個月內，也可發生在整個哺乳期。
- 五、中醫相關病名：產後乳無汁；乳汁不行；乳少。

中醫治療及介入點：

產後之泌乳不良，依中醫基礎理論，其病因病機包括(1)身體虛弱，氣血生化之源不足，導致乳汁缺乏。(2)肝鬱氣滯，乳汁運行受阻，導致乳汁不通。在中醫處置方面，可進行穴位按摩、木梳按摩、局部薰蒸，或依證型給予補氣血型泌乳茶或肝鬱型泌乳茶。註：補氣血型泌乳茶組成：當歸7錢、川芎5錢、熟地7錢、白芍7錢、

白朮6錢、黨參6錢、茯苓6錢、黃耆1兩、川木瓜5錢、王不留行8錢
肝鬱型泌乳茶組成：白芍5錢（醋炒）、當歸5錢（酒洗）、白朮5錢（土炒）、熟地3分、甘草3分、麥冬5錢、通草1錢、柴胡1錢、遠志1錢。

臨床治療案例：

賀OO女士，29歲，自然產第一胎，於產後第三天入住陽明產後護理之家。

該產婦產後即出現乳汁不足及乳脹的情形。由於患者體質為肝氣鬱滯型。除教導產婦乳房按摩，熱敷，及輕叩乳房的方法外，於產後第6日，給予肝鬱型泌乳茶(BIDx4day)，產婦的乳汁分泌量由25ml增加至50~70ml，增加約2~3倍，且乳脹情形改善；於產後第12日，給予補氣血泌乳茶(BIDx2day)，乳汁量續增加至60~80ml。

第七節 妊娠、生產及產褥期之併發症—抑制泌乳

抑制泌乳的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：676.5—抑制泌乳(Suppressed lactation)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：產婦產不欲哺乳母乳時給予人工抑制泌乳，或因乳腺炎嚴重而給予的抑制泌乳稱之；如果是用自然的方法抑制泌乳，孕婦將會有乳房腫脹、疼痛和漏乳的過渡期現象，留存在乳腺中的乳汁將會抑制乳汁的進一步生產，2~3天後腫脹現象將會慢慢消退；藥物的使用方面，有天然或合成的雌性激素單獨使用，或者同時合併使用雄性素，都可產生抑乳的作用。
- 五、中醫相關病名：乳汁自出；產後乳脹。

中醫治療及介入點：

產婦若不欲哺餵母乳，可採用中藥材來回乳，一般常用的如利用炒麥芽煮水當茶飲，則有回乳效果，但若是較病態之乳汁自出，不經嬰兒吸允而乳汁暴湧不止者，依中醫基礎理論，有，可能為氣血大虛或肝經鬱熱之證型，需依不同證型給予補氣益血，佐以固攝或疏肝解鬱，佐以清熱之藥物。

第十四章 婦科雜病

第一節 激乳素過多

激乳素過多的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：253.1(676.6)－激乳素過多(Hyperprolactinemia)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；徐慧茵；中醫婦科醫學會。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：泌乳激素(prolactin, PRL)由腦下垂體前葉泌乳素細胞分泌及合成。對身體的影響是多方面的，尤其對生殖功能的影響最特出。高泌乳血症對男性病患的主要表現為陽萎；女性則表現為月經失調，溢乳，不孕，性慾減退等現象。
- 五、中醫相關病名及文獻出處：高泌乳血症在中醫無此病名，但根據其臨床表現應屬中醫“閉經”，“乳泣”，“溢乳”，“月經過少”，“不孕”，等範疇。

病因病機

- 一、西醫病因：本病的發生是由於各種不同的原因導致，其中度巴明(dopamine)抑制性調控為主導作用，當其產生或運轉受阻，影響下視丘－腦下垂體功能障礙，下視丘泌乳激素抑制因子(PIF)分泌減少或泌乳激素釋放因子(PRF)分泌增加，進而引起泌乳激素(prolactin, PRL)增多。泌乳激素直接作用於乳房，導致泌乳；同時，由於泌乳激素對腦下垂體促性腺激素的抑制作用，使卵巢功能低下，引發閉經。
 - (一) 下視丘或腦下垂體腫瘤等，破壞產生度巴明(dopamine)的神經元，阻礙通路，影響度巴明(dopamine)運送，腦下垂體失去調控，以致泌乳激素分泌過多。
 - (二) 藥物影響－長期服用以下藥物
 1. 避孕藥(estrogen)，增加腦下垂體泌乳激素細胞，或泌乳激素瘤細胞的數目及活性。
 2. 心理治療藥物(phenothiazine)等，可與度巴明受體結合阻斷度巴明。
 3. 利血平(reserpine)，methyldopa，度巴明耗竭劑。
 4. 組織胺H2受體拮抗劑(cimetidine)等，促進PRL釋放。
 - (三) 腦下垂體泌乳素瘤是常見原因之一。

- (四) 甲狀腺功能減退，因負迴饋機制TRH分泌增多，促使腦下垂體泌乳激素細胞增加PRL釋放。
- (五) 腎功能不全，慢性腎功能不全者有20%~30%併發高泌乳血症，原因一為PRL的清除率降低，一為尿毒症時血中某些因素，干擾度巴明與泌乳激素細胞的受體結合，或度巴明受體生成異常，導致泌乳激素細胞失去抑制。
- (六) 其他如手術，創傷，慢性乳房刺激，長期吸吮乳頭等導致非哺乳期婦女，產生高泌乳血症。
- 二、中醫病因：本病病因複雜，一般為肝鬱化熱、或脾虛痰阻、或肝腎不足等。
- (一) 肝鬱：七情所傷，肝失疏泄血不循經下注為月水，反隨肝氣上逆變為乳汁，常拌有口乾，頭痛，目脹，乳脹，導致乳溢，月經稀少，閉經，不孕等症。
- (二) 肝腎陰虛火旺：肝腎陰虛，衝任失調，血海空虛，導致月經稀少，閉經，不孕。肝腎虧虛，肝失所養，疏泄失職，導致氣血逆亂，肝氣上逆為溢乳。
- (三) 脾虛痰阻：飲食不節，恣食膏粱厚味，思慮勞倦過度，損傷脾胃，脾虛痰濕內生，氣機不暢，衝任失調，以致月經後期，閉經，不孕等。
- (四) 氣血兩虛：因它病，或產後氣血兩虛，氣虛不攝乳，致乳汁清稀，隨化隨溢，常致經漏不止。

主觀評估指標 臨床症狀：

- 一、月經不調：無排卵性月經，卵巢黃體功能不足，月經稀發，閉經，可分為原發性閉經或繼發性閉經。
- 二、溢乳：溢乳可能是僅在用手擠壓乳房時有少量乳汁樣液體滴出，亦可多至乳房充乳，或有不隨意的自發性溢乳。時限可長達數月至數年。
- 三、不孕：常見，可分為原發性不孕或繼發性不孕。
- 四、更年期症狀：部分患者由於雌激素水平低落，可出現一系列更年期症狀。如面部陣發性潮熱、性情急躁、性慾減退、陰部乾澀、性交困難等。
- 五、其它：因病因不同，可出現一系列原發病的臨床表現。如合並有甲狀腺功能低下時，會出現怕冷、疲勞等症狀。腫瘤患者出現頭痛，

視力模糊，偏盲等。

客觀評估

婦科檢查：

一、內分泌檢查

- (一) 卵巢功能檢查：用於了解雌激素(estrogen)、孕激素(progesterone)。包括基礎體溫、連續陰道塗片、子宮頸粘液以及血清雌二醇(E2)與助孕酮含量的放射免疫測定。多數患者顯示無排卵及雌激素降低。
- (二) 血中泌乳激素(PRL)的測定：測定血中PRL水平是一種過篩性檢查方法。對早期發現微腺瘤及提示藥物引起閉經，有重要意義。絕大多數患者顯示含量增高，PRL值極度增高則提示有垂體腫瘤的可能性大。
- (三) 甲狀腺功能測定：為早期確診，甲狀腺功能低下的重要步驟。包括促甲狀腺激素(TSH)及T3、T4。
- (四) 腎上腺功能測定：疑有腎上腺皮質功能亢進時，應測24小時尿中17酮與17羥排泄量增加。
- (五) 生長激素的測定：對有肢端肥大症體徵的患者，應測其基礎的生長激素。
- (六) 泌乳激素(PRL)興奮或抑制試驗：包括TRH興奮試驗、滅吐靈(metoclopramide, MCP)試驗、左旋多巴(L-dopamine)試驗。此類藥物動態試驗有助於鑑別PRL的功能性分泌增多與垂體腺瘤。

二、X線檢查

- (一) 側位顱平片：目的在於了解蝶鞍部有無異常，從而對垂體是否有腫瘤提供初步線索。
- (二) 蝶鞍多相斷層攝影：此方法為發現垂體腫瘤的可靠依據。對A-G綜合徵伴高PRL血症患者，如側位顱平片無陽性發現，應進一步作多相斷層攝影。
- (三) 海綿間竇造影檢查：是診斷垂體微腺瘤的一種極靈敏和可靠的方法。對常規X線檢查及CT掃描均不能被發現的直徑<5mm的腫瘤，用海綿間竇造影檢查，可被發現。
- (四) 電腦斷層檢查：此方法可確定腫瘤是否已向鞍上擴展，以及擴展的程度。

辨證論治

一、證治分型

(一) 肝鬱化熱

1. 辨證：月經不行，乳汁自溢，其量較多，色黃白質濃稠，或乳頭癢痛。精神抑鬱，胸悶、頭暈，口苦咽乾，大便秘結，小便短赤，舌紅苔黃，脈象弦數有力。

2. 治療

(1) 治則：疏肝清熱，理氣調經。

(2) 方藥：丹梔逍遙散加減。大便燥結者，加蘆薈、制川軍。乳房脹痛者，加瓜蒌皮、橘葉。

- 補血藥：當歸、白芍。
- 清熱涼血藥：丹皮、赤芍。
- 活血祛瘀藥：澤蘭、牛膝。
- 發散風熱藥：柴胡。
- 利水滲濕藥：茯苓。
- 清熱瀉火藥：梔子。
- 消食藥：麥芽。
- 止血藥：卷柏。

(二) 脾虛痰阻

1. 辨證：經期後期，量少、色淡，白帶量多，漸至閉經、溢乳，體胖面垢，納差便溏，胸悶，舌淡胖苔白膩，脈弦滑或緩滑。

2. 治療

(1) 治則：健脾燥濕，豁痰通經。

(2) 方藥：蒼附導痰丸加減。

- 化痰藥：半夏、南星、海藻、昆布。
- 理氣藥：香附、枳實。
- 芳香化濕藥：蒼朮。
- 安神藥：陳皮。
- 利水滲濕藥：茯苓。
- 消食藥：神麴。
- 開竅藥：石菖蒲。
- 活血祛瘀藥：川芎。

(三) 腎虛火旺

1. 辨證：閉經時限較長，乳汁自溢或擠之有乳，色黃質稀，腰膝酸軟，頭暈目眩，面色晦暗，五心煩熱，午後低熱，舌紅苔少，脈象細數。

2. 治療

(1) 治則：滋腎降火，養血平衡。

(2) 方藥：二甲地黃湯加減。午後低熱者加青蒿、銀柴胡。

- 補陰藥：炙龜板（先煎）、炙鱉甲（先煎）、枸杞子。
- 補血藥：乾地黃、白芍。
- 清熱涼血藥：丹皮、赤芍。
- 利水滲濕藥：澤瀉、茯苓。
- 平肝息風藥：鉤藤。
- 補氣藥：淮山藥。
- 收澀藥：山萸肉。
- 活血祛瘀藥：懷牛膝。
- 補陽藥：續斷。
- 理氣藥：川楝子。

(四) 氣血兩虛

1. 辨證：常於婦女斷乳後，乳汁自溢。

2. 治療

(1) 方劑：補中益氣湯加味。

- 補氣藥：黨參、黃耆、白朮、炙甘草。
- 補血藥：當歸、熟地、白芍。
- 發散風熱藥：升麻、柴胡。
- 安神藥：陳皮。
- 活血祛瘀藥：川芎。

中醫治療及介入點：

泌乳素過高會導致非產褥期婦女有溢乳問題，甚至會產生硬塊，甚而導致乳腺阻塞而產生硬塊之情形，除依證型給予中藥治療以外，可採用蒸氣治療、局部艾條溫灸，對於反覆型或是不易消除之硬塊，可於硬塊周圍圍刺，可達到不錯之療效，並建議患者注意飲食，建議清淡為佳。

臨床治療案例：

林*娥，因左側乳房多處硬塊，硬塊大小會隨月經週期變化，經西醫檢查為泌乳素過高導致溢乳，至中醫門診服藥針灸，患者體型肥胖、容易脹氣胃痛，並有經前頭痛之症狀，於左乳硬塊處圍刺，並搭配太衝、足三里穴，針灸後給予艾條溫灸硬塊處，於治療後硬塊漸軟移動並有膿出之情形，搭配中藥真人活命飲、六君子湯、玄參治療後，困擾一年多之乳房硬塊已消除。

第二節 性交痛

性交痛的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：625—性交痛(Dyspareunia)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；徐慧茵；中醫婦科醫學會。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：當性交時經常出現，或反覆出現陰道痙攣和疼痛，或性交後痛，包括性交疼痛和性交不能，稱為性交痛。性交不能是指當疼痛痙攣時陰莖不插入陰道。性交後亦有盆腔內痛，或陰部燒灼痛等症。中醫學認為女子陰中或陰戶作痛，或陰器時時抽掣疼痛，甚至牽引少腹，或陰道乾澀作痛，不能陰陽交合，或外陰紅腫疼痛，但又非陰瘡者，即為陰痛。而陰戶拘攣緊縮則為陰縮。二者常交替出現，互相轉化。
- 五、中醫相關病名及文獻出處：女性性交痛，屬中醫學中“陰痛”、“陰縮”證的範疇。《諸病源候論》載有“陰痛候”。《醫宗金鑑·婦科心法》在“陰痛證治”中也有“陰中痛名小戶嫁痛，痛極手足不能舒”的描述。

性交時引起婦女陰部疼痛，中醫稱為“交溝陰痛”“嫁痛”“新室嫁孔痛”；重者陰內掣痛，甚至牽引小腹，上連乳房脹痛，故又名“吊陰痛”。

主觀評估指標

- 一、臨床症狀：主要表現為性交時或性交後感到下腹部或陰道疼痛，或陰部有燒灼疼痛感覺，臨床上性交痛可分為兩種情況，一是精神性性交疼痛症，二是器質性性交疼痛症。
 - (一) 精神性性交疼痛症：精神性性交疼痛是各種不良精神因素造成的，其中主要見於性交恐怖和意病性神經官能症。
 1. 性交恐怖：由於心理因素存在，如性羞恥、性恐懼，害怕受孕後做人工流產，害怕傳染性病，或幼年時曾受過身心傷害，有過嚴重的性損害等等，均可導致性交恐怖感而產生性交痛。
 2. 意病性性器官疼痛：其特點是出現不同性質的疼痛，如刀割樣劇烈疼痛，針刺樣疼痛，燒灼樣疼痛等。疼痛往往局限於陰道和下腹部，這些人常因為性交痛而拒絕性生活，從而逐漸對性生活產生厭惡感。
 - (二) 器質性性交疼痛症：器質性性交疼痛最為常見的原因是性器官炎症或創傷，而器質性性交痛是這種性器官炎症或創傷的

繼發性表現，一般在性交時或性交後感到疼痛，臨床分為淺表痛和深部痛。

1. 淺表痛：是指外陰前庭區，陰莖進入陰道過程中引起的疼痛，或性交後仍感疼痛。其原因多由於外陰部或陰道器質性病變，常見的有外陰急、慢性炎症，各種原因導致的陰道口狹窄，先天性畸形，如陰道縱隔，陰道橫隔，處女膜肥厚，以及老年性陰道萎縮性陰道炎等。
2. 深部痛：是指盆腔深部或下腹部疼痛，一般是陰莖插入深部反復摩擦時疼痛加劇。常見的原因如子宮脫垂，後位子宮，子宮內膜異位症，盆腔炎，腹膜炎等器質性病變。

二、鑑別診斷：臨症時要與陰瘡、陰腫、陰蝕、陰挺相鑑別。

辨證論治

一、證治分型

(一) 肝腎虧損：性交時，陰道乾澀疼痛，或陰道痙攣，無分泌物，平素腰脊酸軟，性交時牽引腰脊痛甚。頭暈耳鳴，五心煩熱，神疲倦怠，口乾口渴，便秘，小便少，舌質紅，少苔，脈細數。

1. 治療

(1) 治則：滋補肝腎，養陰止痛。

(2) 方藥：左歸飲加味。若病程較長，特別是停經後婦女，可用知柏地黃湯。伴有心煩火旺者，加蓮子心、炒山梔。

- 清熱藥：丹皮、知母、黃柏。
- 利水滲濕藥：茯苓、澤瀉。
- 補氣藥：山藥、炙甘草。
- 補血藥：熟地。
- 補陰藥：枸杞。
- 補陽藥：肉蓯蓉。
- 收澀藥：山茱萸。
- 溫裡藥：小茴香。

(二) 肝鬱氣滯

1. 辨證：性交時，陰部脹痛，連及少腹，甚則上及乳房，胸悶太息，精神抑鬱，或煩躁易怒，口乾口苦，食少便秘，小便短赤，舌質紅，苔薄黃，脈弦數。

2. 治療

(1) 治則：疏肝解鬱，理氣止痛。

(2) 方藥：丹梔逍遙散加減。若伴有肝經鬱熱，肝火熾盛，則重用梔子，加黃連、吳茱萸。

- 發散風熱藥：柴胡、薄荷。
- 補氣藥：白朮、甘草。
- 補血藥：當歸、白芍。
- 清熱涼血藥：丹皮。
- 清熱瀉火藥：梔子。
- 利水滲濕藥：茯苓。
- 發散風寒藥：生薑。

非藥物治療

針灸：

一、體針：三陰交、關元、足三里、中極。

二、方法：毫針針刺補法，每日1次，留針30分鐘。適用於腎虛所致性功能障礙。

備註

一、專方驗方

(一) 四物乳香餅：當歸、川芎、白芍、熟地、乳香各等份。搗爛成餅，納陰中。

(二) 桂枝加龍骨牡蠣湯：桂枝15g、白芍20g、龍骨25g、牡蠣25g、炙甘草10g、生薑5片、大棗7枚，水煎，日2次口服。適用於腎陰不足，心火亢盛，所致性交痛。

二、古方論治

(一) 交接出血而痛：凡婦人交接即出血者，多由陰氣薄弱，腎元不固，或陰分有火而然。若脾虛氣陷不能攝血者，宜補中益氣湯，或補陰益氣煎。若脾腎虛弱陰氣不固者，宜壽脾煎，歸脾湯。若肝腎陰虛不守者，宜固陰煎。若陰火動血者，宜保陰煎。

第三節 子宮脫垂

子宮脫垂的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：618.1—子宮脫垂（Prolapse of Uterus）。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；徐慧茵；中醫婦科醫學會。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：子宮脫垂是指婦女因子宮韌帶強力降低，子宮從正常位置沿陰道下降，子宮頸達坐骨棘水平以下，甚至脫出於陰道口外，臨床上以陰道內脫出塊物，並伴有下墜感和腰脊部酸痛為其特徵。根據脫垂程度可分為三度，以二、三度脫垂比較多見。
- 五、中醫相關病名：陰挺、陰脫、陰痔、子宮脫出、膀胱落下。

發生

發病年齡多在40～70歲之間。

客觀評估

- 一、婦科檢查：囑病人向下逆氣，當腹壓增加時觀察有無子宮頸下垂，如果子宮頸不能膨出外陰口，則用手指深入陰道觸及子宮頸，再測出子宮頸至處女膜緣的距離，如果少於4cm即有可能為子宮脫垂。
- 二、鑑別診斷：子宮粘膜下肌瘤或子宮頸肌瘤；慢性子宮翻出；子宮頸延長；陰道壁囊腫或腫瘤；膀胱膨出；直腸膨出。

辨證論治

一、證治分型

（一）氣虛

1. 辨證：子宮下移或脫出於陰道口外，勞則加劇，臥則消失，小腹下墜，四肢無力，少氣懶言，面色少華，小便頻數，帶下量多，質稀色白，舌淡苔薄，脈虛細。
2. 治療
 - （1）治則：補脾氣，升提。
 - （2）方藥：補中益氣湯加味。繼發濕熱，帶下量多，色黃質稠，有臭氣者，可於原方去金櫻子、黨參，加黃柏、敗醬、薏苡仁等以清熱利濕。
 - 補氣藥：黨參、黃耆、白朮、炙甘草。

- 發散風熱藥：柴胡、升麻。
- 安神藥：陳皮。
- 補陽藥：川斷。
- 收澀藥：金櫻子。

(二) 腎虛

1. 辨證：子宮下脫，腰酸腿軟，小腹下墜，小便頻數，夜間尤甚，頭暈耳鳴，舌淡紅，脈沉弱。

2. 治療

(1) 治則：補腎固脫。

(2) 方藥：大補元煎加味。命門火衰，元氣不足者，可酌加破故紙、肉桂。

- 收澀藥：山萸肉、金櫻子、芡實。
- 補陽藥：杜仲、鹿角膠、紫河車。
- 補血藥：熟地、當歸。
- 補氣藥：山藥、炙甘草。
- 補陰藥：枸杞子。

(三) 濕熱

1. 辨證：子宮脫出陰道口外，表面潰爛，黃水淋漓，或小便灼熱，或口乾口苦，舌質紅，苔或黃膩，脈或沉乏力。

2. 治療

(1) 治則：清利濕熱。

(2) 方藥：龍膽瀉肝湯加味。

- 清熱瀉火藥：梔子、黃芩、黃柏。
- 利水滲濕藥：木通、澤瀉、土茯苓。
- 清熱涼血藥：生地、車前子。
- 發散風熱藥：柴胡。
- 補血藥：熟地。
- 補氣藥：炙甘草。
- 芳香化濕藥：蒼朮。

非藥物治療

一、針灸

(一) 體針

1. 主穴：維胞（關元旁開6寸，病人有子宮收縮感），子宮穴（髂前上棘與恥骨結節之中點向內一橫指），進針後向恥骨聯合方向斜刺，深度以病人感到陰部發酸上抽感為止。三陰交。
2. 配穴：長強、百會、陰陵泉。可同時灸百會穴。
3. 每次可選1~2主穴，2~3個配穴，強刺激，不留針，以病人有酸、麻、脹、上提感為度。每週2~3次，2~3週為一療程。

(二) 耳針：以經絡探測器或耳針探測器在耳廓，腰髓椎部找出敏感點，以普通針灸針在敏感點針刺2~3分深，強刺激留針10~15分鐘，每天1次，7~10天為1療程。

(三) 溫針：採用關元、腎俞、足三裡、三陰交等穴位用毫針刺入，點燃艾條溫灼針身和針刺穴位，時間以感應程度和病勢輕重而定。

(四) 頭針

1. 取穴：雙側足運感區、生殖區。
2. 刺法：10次為1療程，停針3~5天，作第2療程。

二、專方驗方

- (一) 升麻湯：升麻15g、枳殼25g、黨參25g、黃耆50g、牡蠣50g、益母草20g、當歸15g，水煎服。適用於氣虛型子宮脫垂，每日1劑，連服2週。
- (二) 枳殼湯：枳殼50g、黃耆25g、益母草25g、升麻10g，水煎服。本方適用於氣虛型子宮脫垂，每日1劑。
- (三) 首烏湯：首烏50g、枳殼50g、益母草25g、升麻10g、牡蠣20g，水煎服。本方適用於腎虛型子宮脫垂，每日1劑。
- (四) 金櫻子湯：金櫻子100g、益母草100g、枳殼25g、升麻20g。本方適用於腎虛型子宮脫垂，每日1劑，水煎服。
- (五) 升麻9g、生白朮9g、益母草15g，水煎服，每日1劑，分3次，每次飯前1小時服。

三、外治法

(一) 薰洗方

1. 金銀花、紫花地丁、蒲公英、蛇床子各30g，黃連6g、苦參15g、黃柏10g、枯礬10g。煎水薰洗坐浴，此方用於子宮脫出伴有黃水淋漓，濕熱下注者。
2. 丹參16g、枳殼16g、五倍子、訶子肉各9g，煎水趁熱薰洗外陰部。

3. 烏梅肉、五倍子、石榴皮各10g，煎水趁熱薰洗外陰部，每日2次。

(二) 外上藥

1. 陰道內上藥，雙子粉（等量的五倍子及覆盆子）研細末，以香油調後，用棉球蘸藥塞入陰道穹窿處，每日4次，3～5天為一療程。雙子粉要經過消毒處理。
2. 蓖麻子塗頂心（百會）治婦人子宮出，痛不可忍。根據子宮脫垂的輕重，取鮮蓖麻子36～49粒，去殼搗爛，攤白紗布上，再將患者百會穴和前囟門之間的頭髮剪掉一小撮，暴露頭皮，將上藥隔紗布敷於此處。每日上下午各一次，每次貼敷2～3小時，7天為一療程。休息2天可重複下一療程。

第四節 膀胱或直腸膨出

膀胱或直腸膨出的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：618—膀胱或直腸膨出(Cystocele or rectocele)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；徐慧茵；中醫婦科醫學會。

三、發表時間：2008年11月。

四、現代醫學病名及定義：

- (一) 陰道脫垂(Vaginal prolapse)：陰道前壁膨出，陰道前壁的上半部脫垂，周圍筋膜鬆弛，膀胱底亦會下降，稱為膀胱陰道膨出(cystocele)。
- (二) 若陰道前壁的下半部脫垂，尿道也下降，稱為陰道尿道膨出(urethrocele)。
- (三) 若脫垂在陰道的中間三分之一段，會影響直腸陰道膈，因而直腸隨陰道壁脫出，稱為直腸陰道膨出(rectocele)。
- (四) 若陰道後壁的上半部脫垂，子宮直腸陷凹拉長，而小腸或網膜會下降，稱為陰道腸道膨出(enterocele)。
- (五) 陰道前，後壁膨出(Cystocele Rectocele)：可分為陰道前，後壁膨出二類，嚴重時二項可同時發生，前壁膨出包括尿道膨出(urethrocele)，膀胱膨出(cystocele)；後壁膨出包括直腸膨出(rectocele)，小腸膨出(enterocele)偶發之。
- (六) 尿道膨出(urethrocele)，尿道由恥骨下角處向陰道前壁方向膨出稱之。一般尿道膨出常伴有陰道前壁膨出，但陰道前壁膨出不一定有尿道膨出。
- (七) 膀胱膨出(cystocele)，膀胱底部連同前壁下降脫出於陰道外稱之陰道膨出。

五、中醫相關病名：陰道前，後壁膨出(Cystocele Rectocele)，在中醫文獻中，大多稱之“陰脫”，“陰癰”，“陰菌”，“陰挺”，“子宮脫

出”共同命名為。

鑑別診斷

- 一、大的子宮瘻肉。
- 二、巴氏腺囊腫。
- 三、陰道囊腫。
- 四、Skene氏腺管囊腫。
- 五、慢性子宮倒置。

辯證論治

本症主要因虛而致陷，陰道，膀胱，直腸脫垂。治法應以升提補氣為主。佐以固澀通淋，潤腸通便。病情嚴重的應配合手術療法，效果佳。但應注意術後腹部，腸子沾黏症狀。

一、證治分型

(一) 氣虛

1. 辨證：輕症者可無症狀，重者腰腹下墜感，大小便困難，或小便不禁，神疲氣乏，舌淡白，脈細弱。陰道覺得有物脫出感，躺臥時會縮小或消失，用力或積尿時腫物增大。
2. 治療
 - (1) 治則：補氣升提。
 - (2) 方藥：舉元煎加味。大便難，便出並不乾硬，加當歸身、杏仁、檳榔。尿不禁，加烏藥、益智仁。小便赤，淋漓澀痛，去紅參、鹿茸、炙黃耆，加豬苓、滑石。補氣藥：紅參、炙黃耆、白朮、炙甘草。補陽藥：菟絲子、鹿茸粉（分沖）。發散風熱藥：升麻。

(二) 腎虛

1. 辨證：陰道壁膨出，久脫不復，腰膝腿軟，少腹下墜，頭暈，耳鳴，便難，小便不禁，舌淡紅，脈沈細。
2. 治療
 - (1) 治法：補腎固脫。
 - (2) 方藥：敦復湯。手足心熱，潮紅，為腎陰不足，加枸杞、知母、黃柏，去附子。大便難加肉蓯蓉、黑芝麻。小便不利加牛膝、車前子。補氣藥：黨參、山藥。補陽藥：補骨脂。收澀藥：山茱萸。溫裡藥：烏附子。祛風濕藥：核桃。利水滲濕藥：茯苓。消食藥：雞內金。

非藥物治療

一、針灸治療：

(一) 治則：益氣升提。

(二) 取穴：足三里、三陰交、百會、氣海、氣衝。

(三) 配穴：直腸膨出，加長強次髎。

(四) 三陰交、足三里用補法，長強用艾灸。

二、其他：

(一) 五倍子6克，每日煎水洗患處1次，每日一劑，連續使用8-12天，主要為濕熱症型。《民間偏方秘方精選》

(二) 縮肛運動—吸氣時，縮小腹、提肛。吐氣時，放鬆。每次15-20下，每日二次。

第十六章 高危險妊娠

第一節 子癇前症

子癇前症的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：642.4—子癇前症（preeclampsia）。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年、吳炫璋；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

四、中醫辨證：可見於典籍中“子腫”、“子氣”、“子滿”及“脆腳”。子腫又名妊娠腫脹。《金匱要略·婦人妊娠病脈證并治》稱妊娠有水氣。《醫宗金鑑·婦科心法要訣》曰：「頭面遍身浮腫，小便短少者，屬水氣為病，故名曰子腫。」中醫將妊娠水腫所造成的臨床症狀給分別歸納為下列：

(一) 子腫：頭面遍身浮腫，小便短少，稱子腫。

(二) 子氣：從膝至足，小便清長，稱子氣。

(三) 子滿：遍身俱腫，腹大且脹，而喘，稱子滿。

(四) 脆腳：兩腳腫而皮薄者屬水，稱為脆腳。

(五) 皸腳：兩腳腫而皮厚者屬濕，稱為皸腳。

五、西醫病名定義：

輕度或未明示之子癩前症Mild or unspecified preeclampsia：孕婦在懷孕的第一階段無蛋白尿、高血壓等症狀，而到第三階段之後才出現高血壓、蛋白尿或水腫等症，稱之為驚厥前期（子癩前症）。

重度子癩前症Severe preeclampsia：孕婦在懷孕前期並無蛋白尿、高血壓等症狀，而到第三階段之後才出現高血壓、蛋白尿或水腫等症，且臨床表現呈較嚴重者稱之為重度子癩前症。

發生

子癩前症大多在子眩、子腫（血壓高、水腫、蛋白尿）的基礎上出現頭暈頭痛，視物不清，煩躁不安、胸悶嘔惡等自覺症狀。子癩前症可分為輕型及嚴重型，若為嚴重型則須引產。下列各項條件只要有一項符合即為嚴重型：

- 一、收縮壓大於160 mmHg或舒張壓大於110 mmHg。
- 二、尿蛋白3+以上或25小時尿蛋白大於5公克。
- 三、腦或視覺障礙。
- 四、尿少症。
- 五、肺水腫。
- 六、上腹疼痛。
- 七、肝功能異常。
- 八、血小板低下。
- 九、胎兒生長遲滯。

鑑別診斷

- 一、妊娠引起的高血壓（pregnancy induced hypertension, PIH）：懷孕20週後血上升至收縮壓大於140 mmHg或舒張壓大於90 mmHg。
- 二、僅高血壓（hypertension alone）：相當於transient hypertension。
- 三、子癩前症（pre-eclampsia）：高血壓合併尿蛋白或水腫。
- 四、子癩症（eclampsia）：子癩前症＋抽搐。

辨證論治

- 一、辨證分型：妊娠水腫臨床常見有臟腑辨證、病因辨證、八綱辨證。
- 二、治療方法：依藥物的功用，分類如下：
 - （一）利水滲濕藥：茯苓、豬苓、澤瀉、車前子。
 - （二）解表藥：生薑、紫蘇葉、蘇梗、柴胡、升麻、桂枝。
 - （三）補氣藥：白朮、甘草、人參、黃耆、扁豆、山藥。
 - （四）理氣藥：陳皮、香附、烏藥、木香。

- (五) 補血藥：白芍、當歸、熟地。
- (六) 驅蟲藥：大腹皮、檳榔。
- (七) 溫裡藥：附子、乾薑。
- (八) 祛風濕藥：木瓜、天仙藤。
- (九) 化痰止咳平喘藥：桑白皮。
- (十) 芳香化濕藥：縮砂仁。
- (十一) 收澀藥：山茱萸。
- (十二) 清熱藥：丹皮。

三、證治分型

■臟腑辨證

(一) 脾肺氣虛型

1. 辨證

- (1) 全身症狀：浮腫，有至五個月。肢體倦怠，飲食無味。
先兩足腫漸至遍身頭面俱腫。

2. 治療

- (1) 治則：健脾補肺。

- (2) 方藥：加減補中益氣湯。

- 補氣藥：人參、黃耆、甘草。
- 補血藥：當歸、白芍。
- 解表藥：柴胡、升麻。
- 利水滲濕藥：茯苓。
- 理氣藥：陳皮。

(二) 脾虛型

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：妊娠數月，面目四肢浮腫，或遍及全身，膚色淡黃或晄白。
- (2) 全身症狀：胸悶氣短，懶於語言，口淡無味，食慾不振，大便溏薄，舌質淡嫩，苔薄白或薄膩，舌邊有齒痕，脈緩滑無力。

2. 治療

- (1) 治則：健脾利水。

- (2) 方藥：白朮散加扁豆、砂仁。或用四君子湯加車前子、通草。

- 補氣藥：白朮、人參、甘草、扁豆。
- 利水滲濕藥：茯苓、車前子、通草。
- 芳香化濕藥：砂仁。
- 驅蟲藥：大腹皮。

- 理氣藥：橘皮。
- 解表藥：生薑。

(三) 腎虛型

1. 辨證

- (1) 婦科證候特點：孕後數月，面目浮腫，下肢尤甚，按之如泥。
- (2) 全身症狀：心悸氣短，下肢逆冷，腰痠無力，舌淡苔白潤，脈沉細。

2. 治療

- (1) 治則：溫陽化氣行水。
- (2) 方藥：真武湯或用金匱腎氣丸。
 - 利水滲濕藥：茯苓、澤瀉。
 - 補氣藥：白朮、山藥。
 - 補血藥：白芍、熟地。
 - 解表藥：生薑、桂枝。
 - 收澀藥：山茱萸。
 - 溫裡藥：附子。
 - 清熱藥：丹皮。

■病因辨證

(一) 水氣濕邪型

1. 辨證

(1) 全身症狀：婦科證候特點：妊娠水腫脹滿、子氣、鰕腳、脆腳；喘而難臥；脹滿難堪。

2. 治療

(1) 治則：和脾肺而利水濕。

(2) 方藥：茯苓導水湯。

- 利水滲濕藥：茯苓、豬苓、澤瀉。
- 驅蟲藥：檳榔、大腹皮。
- 理氣藥：木香、陳皮。
- 解表藥：蘇梗、生薑。
- 化痰止咳平喘藥：桑白皮。
- 芳香化濕藥：縮砂仁。
- 祛風濕藥：木瓜。
- 補氣藥：白朮。

■八綱辨證

(一) 氣滯型

1. 辨證

(1) 婦科證候特點：妊娠三、四月以後，先由腳腫，漸及於腿，皮色不變，隨按隨起。

(2) 全身症狀：頭暈脹痛，胸悶脅脹，食少，苔黃膩，脈弦滑。

2. 治療

(1) 治則：理氣行滯，健脾化濕。

(2) 方藥：天仙藤散合四苓散。也可用正氣天香散加茯苓、澤瀉。

- 利水滲濕藥：茯苓、澤瀉、豬苓。
- 理氣藥：香附、陳皮、烏藥。
- 解表藥：紫蘇葉、生薑。
- 補氣藥：白朮、甘草。
- 祛風濕藥：木瓜。
- 溫裡藥：乾薑。

第二節 子癇

子癇的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：642.6—子癇(Eclampsia)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年、吳炫璋；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、中醫辨證：肝風內動型、心肝二經風熱型、痰火上擾型。
- 五、西醫病名：子癇eclampsia gravidarum (TCM)、妊娠、生產及產褥熱併發之高血壓Hypertension complicating pregnancy, hildbirth and the puerperium。
- 六、定義：妊娠後期，或正值分娩時，或分娩後，突然眩暈仆倒，不省人事，四肢抽搐，牙關緊閉，頸項強直，眼睛直視，口吐白沫，少時自醒，醒後復發，甚或昏迷不醒，稱為“妊娠癇症”，也稱“子癇”或“子冒”。

發生

常發生在產前、產時、產後1~7天內，以產前子癇多見。

主觀評估指標

- 一、妊娠、生產及產褥熱併發之高血壓：本症泛指孕婦在妊娠、生產及產褥熱下併發有高血壓之疾病，血壓上升至收縮壓大於140 mmHg或舒張壓大於90 mmHg，此高血壓可為原發性或續發性。如果只是輕微或偶發性高血壓，則可能沒有任何臨床症狀。
- 二、子癇前症(pre-eclampsia)：高血壓合併尿蛋白或水腫。
- 三、子癇症(eclampsia)：子癇前症＋抽搐。

客觀評估

- 一、血壓：超過17.3 / 12 kpa，或較基礎血壓升高4 / 2 kpa，甚至 $\geq 21.3 / 14.7$ kpa，為子眩。
- 二、影像診斷：心電圖、腦電圖及CT檢查，瞭解相關器官情況，並作鑒別診斷。
- 三、血液檢查：測血紅蛋白、紅細胞壓積，以瞭解血液濃縮程度；測定血漿蛋白總量及白、球蛋白含量，以瞭解有無低蛋白血症；測纖維蛋白原、凝血原時間、凝血時間、血小板計數、FDP，以瞭解凝血功能；測電解質、二氧化碳結合力，判斷有無電解質紊亂及酸中毒；測ALT、BuN、Cr、尿酸等，瞭解肝腎功能。
- 四、蛋白尿：尿常規中有蛋白尿，或24小時尿蛋白量 ≥ 0.5 克，甚至 ≥ 5 克，根據鏡檢有無管型判斷腎功能受損情況。
- 五、眼底檢查：眼底

小動脈痙攣，動靜脈比例由2：3變為1：2或1：4，或出現視網膜水腫、出血，甚至視網膜剝離、一時性失明。

辨證論治

本病為產科危重急症，一旦發作，以鎮痙熄風、安神為主，必要時進行中西醫結合搶救，立即控制抽搐為要。

一、辨證分型：子癇臨床常見有八綱、病因辨證法。

二、治療方法：大致上常用於子癇的藥物依功用，可將之分為14類。

(一) 清熱藥：生地、黃芩、梔子、牛黃、生黃連、竹茹。

(二) 平肝息風藥：羚羊角、鉤藤、天麻、石決明、珍珠。

(三) 止嗽化痰藥：貝母、竹茹、杏仁、桔梗、竹瀝。

(四) 活血化瘀藥：牛膝、益母草、川芎、鬱金。

(五) 安神藥：茯神、夜交藤、酸棗仁、硃砂。

(六) 解表藥：桑葉、菊花、防風、生薑。

(七) 祛風濕藥：桑寄生、獨活、五加皮。

(八) 開竅藥：麝香、冰片。

(九) 補氣藥：甘草、人參。

(十) 補血藥：當歸、白芍。

(十一) 利水滲濕藥：薏苡仁。

(十二) 外用藥及其他：雄黃。

(十三) 補陽藥：杜仲。

(十四) 理氣藥：木香。

三、證治分型

■八綱辨證

(一) 肝風內動型

1. 辨證

(1) 婦科證候特點：妊娠晚期，突發四肢抽搐，昏不知人。

(2) 全身症狀：頭暈頭痛，視物不清，顏面潮紅，血壓增高，煩躁神昏，四肢抽搐，牙關緊閉，兩手握固，面赤氣粗，心悸而煩，口乾咽燥，舌紅或絳苔薄黃，脈弦滑數。

2. 治療

(1) 治則：平肝熄風。

(2) 方藥：可用羚羊鉤藤湯或天麻鉤藤飲。

- 平肝息風藥：羚羊角、鉤藤、天麻、石決明。
- 清熱藥：生地、黃芩、梔子。
- 活血化瘀藥：牛膝、益母草。
- 止嗽化痰藥：貝母、竹茹。
- 安神藥：茯神、夜交藤。
- 解表藥：桑葉、菊花。
- 祛風濕藥：桑寄生。
- 補氣藥：甘草。
- 補血藥：白芍。
- 補陽藥：杜仲。

(二) 心肝二經風熱型

1. 辨證

(1) 全身症狀：忽然顛仆，抽搐不省人事，須臾自醒，少頃復如好人。

2. 治療

(1) 方藥：羚羊角散、鉤藤湯。

- 祛風濕藥：桑寄生、獨活、五加皮。
- 平肝息風藥：羚羊角、鉤藤。
- 止嗽化痰藥：杏仁、桔梗。
- 安神藥：茯神、酸棗仁。
- 解表藥：防風、生薑。
- 補氣藥：甘草、人參。
- 利水滲濕藥：薏苡仁。
- 活血化瘀藥：川芎。
- 補血藥：當歸。
- 理氣藥：木香。

■ 病因辯證

(一) 痰火上擾型

1. 辨證

(1) 婦科證候特點：妊娠晚期，或正值分娩時，卒然昏不知人。

(2) 全身症狀：頭暈頭痛，血壓增高，胸悶煩熱，煩躁失眠，氣粗痰鳴，神昏抽搐，喉間痰壅，面赤氣粗，脈弦滑或滑數，舌紅苔黃膩。

2. 治療

(1) 治則：清熱、豁痰、熄風、開竅。

(2) 方藥：可用牛黃清心丸加竹茹或安宮牛黃丸。

- 清熱藥：黃芩、梔子、牛黃、生黃連、犀角、竹茹。
- 開竅藥：麝香、冰片。
- 外用藥及其他：雄黃。
- 活血化瘀藥：鬱金。
- 止嗽化痰藥：竹瀝。
- 平肝息風藥：珍珠。
- 安神藥：硃砂。

癇症發作護理

- 一、絕對臥床休息，保持環境安靜，避免各種不良刺激，以免誘發抽搐。
- 二、派專人護理，病床兩旁加上床檔，修剪指甲，以防病人墜床或碰撞、抓傷。
- 三、做好口腔護理，如有假牙者應取出，為預防咬傷舌頭，放入開口器或壓舌板。
- 四、抽搐時給予氧氣，保持呼吸道通暢，以免痰阻塞氣道，引起窒息。
- 五、抽搐昏迷者，可針刺人中、合谷、湧泉、三陰交等穴，痰多者用竹源水頻頻餵服或用鼻飼法。
- 六、大小便失禁者，給予保留導尿，污染後及時更換衣被，以防感染。
- 七、產前子癇病人應及時聽胎心音，注意宮縮、宮口及陰道出血情況，隨時做好接產或手術準備。
- 八、昏迷期禁食，為維持體內營養需要，可採用鼻飼。
- 九、痙攣抽搐昏迷時，按照痙攣、昏迷護理常規護理。

第三節 妊娠、生產及產褥期之併發症—妊娠糖尿

妊娠糖尿的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：648.83—糖尿病合併妊娠(diabetes with pregnancy)。
- 二、中醫辨證：妊娠消渴，妊娠消渴指原有消渴（糖尿病）而合併妊娠，或孕前原有隱性糖尿病于妊娠後發展為糖尿病者。

- 三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 四、發表時間：2008年11月。
- 五、西醫病名：妊娠疾病，代謝及營養疾病。
- 六、定義：糖尿病合併妊娠對母體及胎兒都有危險性，母體糖尿病常易加重，甚而導致酮症酸中毒；胎兒常較大，羊水較多，易有難產、死胎、畸胎等，產後又多有低血糖反應，而胎兒及新生兒死亡率均高。

併發症

- 一、羊水過多，可能與糖尿病未控制有關。
- 二、妊娠高血壓綜合徵。
- 三、早產。
- 四、羊膜過早破裂。
- 五、妊娠頭痛，在妊娠2-3個月，有的患者出現頭部中線處嚴重頭痛，持續2-4d，這可能是由於垂體血管阻塞，引起垂體局部損壞，重者可引起垂體功能低下，應及時處理。
- 六、酮症酸中毒。 七、泌尿系統感染。 八、先兆子癇。

妊娠期糖尿病分級法

White於50年前提出糖尿病病人妊娠期分級法；妊娠期糖尿病，於妊娠期發生糖耐量異常。

- 一、A級：妊娠之前已有糖耐量不正常，僅需飲食控制，年齡及病程不限。
- 二、B級：妊娠前已用胰島素治療，發病年齡 ≥ 20 歲，病程 < 10 年。
- 三、C級：發病年齡10-20歲，或病程10-20年。
- 四、D級：發病年齡 < 10 歲或病程 > 20 年，或伴慢性高血壓，或伴良性背景性視網膜病變，有微血管瘤或小出血點。
- 五、F級：糖尿病性腎病有蛋白尿。
- 六、H級：冠狀動脈疾患。
- 七、R級：增殖性視網膜病變。

F、H、R三級，尤其是H級孕婦，預後甚差。R級者視網膜病變在妊娠期可能迅速惡化，有致盲危險。F級者胎兒往往宮內發育遲緩，新生兒及嬰幼兒期死亡率較一般為高，存活者智力差，但較多有運動障礙。因此F、H、R三級患者應早期作人工流產。F級以下各級患者，如伴有高血壓，則妊娠第三期時多併發妊毒症，眼底有出血及滲出者併發胎盤早期剝離較多，故亦應勸告慎重考慮能否繼續妊娠。糖尿病孕婦有產科併發症者明顯多於非糖尿病妊娠，羊水過多為一般孕婦的7-20倍，

妊娠中毒症為2-8倍，患者易有感染，且一旦感染，可以迅速惡化，甚或因而致死。

辨證論治

中醫治療：

- 一、肺燥津虧證：妊娠期間，煩渴多飲，口乾舌燥，尿頻量多，舌尖邊紅，苔薄黃，脈數。清肺潤燥。消渴方加葛根、麥冬、石斛等。
- 二、胃熱熾盛證：妊娠期間，多食易飢，形體消瘦，大便乾結，舌紅苔黃，脈滑數。清胃泄火。玉女煎加減。
- 三、腎陰虛證：妊娠期間，尿頻量多，混濁如脂膏，或尿甜，口乾唇燥，舌紅苔少，脈細數。滋補腎陰。六味地黃丸加減。
- 四、陰陽兩虛證：妊娠期小便頻數，尿混濁如膏，甚至飲一溲一，面色黧黑，耳輪焦乾，腰膝酸軟，形寒肢冷，舌淡苔白，脈沉細無力。溫陽滋陰。金匱腎氣丸加減。

西藥治療

所有妊娠期糖尿病病人均應適當控制飲食。由于空腹可加速飢餓，故應把全日食物分4-6次進食，晚上睡前必須進食一次。每日熱量為146.4-167.3 kJ / kg體重（35-40 kcal / kg體重）；其中碳水化合物每日不少於250 g，蛋白質1.5-2 g / kg體重，妊娠期體重增加7.5-9 kg。中止妊娠時間：應根據臨床及實驗室檢查的結果決定。當血糖控制滿意時，多數可于妊娠38週時引產，但如糖尿病病情不穩定，或即使血糖控制滿意，但眼底、腎功能持續惡化及NST、OCT出現異常時，即應考慮中止妊娠。最好能檢查羊水卵磷脂與神經磷脂比值(L / S)以預測胎兒肺成熟度，但應注意L / S=2.0時對非糖尿病孕婦的胎兒已為肺成熟的標誌，但對糖尿病孕婦的胎嬰兒仍屬過低，應取3.5作為肺成熟的標誌。如不能作L / S測定，則妊娠38週前需中止妊娠時可以考慮給予糖皮質類固醇以促使胎肺成熟。如不能進行實驗室檢查時，則可根據臨床情況，White級別以及胎動計數決定中止妊娠時機。一般B級者38-39週，C及D級者37-38週，F及R級者35-36週。

分娩：若胎兒健康情況良好，母親既往無剖宮產，則考慮陰道分娩。若有產科指徵、巨大兒（>4500g）或眼底出血及（或）滲出多者考慮選擇性剖宮產。因巨大兒易致肩難產死亡，眼底出血及（或）滲出多則易有胎盤早期剝離。

非藥物治療

單方驗方：

- 一、玉米鬚30 g，煎湯代茶飲。
- 二、豬胰1具，焙乾研粉，9 g / 次，2次 / 日。

第四節 妊娠、生產及產褥期之併發症一 胎兒胎位異常及先露異常

胎兒胎位異常及先露異常的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：652—胎兒胎位異常及先露異常(Malposition and malpresentation of fetus)。
- 二、資料出處：中西醫病名對照大辭典；林昭庚；國立中醫藥研究所。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：本症即泛指不正常之胎產式，其中可包括橫位或斜位(Transverse or Oblique Presentation)、臀位(Breech Presentation)、面產式(Face Presentation)、額產式(Brow Presentation)等不同胎位。
 - (一) 胎位不正(malpresentation)：胎兒的先露部（即最接近子宮頸部位）非頭位(vertex or occiput presentation)。
 - (二) 胎頭位置不正(malposition)：胎位正，為頭位，但胎頭位置為occiput posterior (OP)或occiput transverse (OT)。
- 五、中醫相關病名：橫產；逆產；倒產；偏產；難產。

胎兒胎位異常及先露異常，臀位或其他先露異常被成功轉變成頭位者

- 一、ICD-9-CM：652.1—胎兒胎位異常及先露異常，臀位或其他先露異常被成功轉變成頭位者(Malposition and malpresentation of fetus, Breech or other malpresentation successfully converted to cephalic presentation)。
- 二、現代醫學病名及定義：本症指孕婦有胎位不正之現象，如臀位、橫位，或其他先露異常，於生產時經手法成功轉變成頭位者。

三、中醫相關病名：逆產；倒產；橫產；橫生；偏產。

胎兒胎位異常及先露異常，臀位未提及轉向者

一、ICD-9-CM：652.2—胎兒胎位異常及先露異常，臀位未提及轉向者 (Malposition and malpresentation of fetus, Breech presentation without mention of version)。

二、現代醫學病名及定義：婦女懷孕胎兒體採臀位方向者，一般臀產式 (Breech Presentation) 不多見，約佔生產時的3%，但是早產兒的發生率則較高。易發生臀先露的各種情況包括多胎妊娠、前置胎盤、子宮先天性異常和胎兒畸型，初產婦子宮肌張力增加也是易患因素。

三、中醫相關病名：逆產；倒產。

胎兒胎位異常及先露異常，橫位或斜位先露者

一、ICD-9-CM：652.3—胎兒胎位異常及先露異常，橫位或斜位先露者 (Malposition and malpresentation of fetus, Transverse or oblique presentation)。

二、現代醫學病名及定義：本症常見於經產婦，尤以肚皮鬆弛的經產婦居多，子宮內的胎兒則呈現橫位或斜位，約佔懷孕婦女的0.2~0.5%。除非胎兒是非常小或浸軟胎外，否則不可能從陰道分娩，橫位可逐漸成為肩先露，隨著子宮頸的擴張，手臂脫出。

三、中醫相關病名：橫產；逆產；倒產。

胎兒胎位異常及先露異常，臉或額先露者

一、ICD-9-CM：652.4—胎兒胎位異常及先露異常，臉或額先露者 (Malposition and malpresentation of fetus, Face or brow presentation)。

二、現代醫學病名及定義：生產時胎兒以面部或額部為先露部位，臨床此種比例很少見，約僅佔0.2~0.3%，常見於胎兒仰伸肌肉增強及骨盆狹窄而妨礙了兩側頂骨直徑的下降，因而造成；導致臉部先露的原因包括多胎產、婦娠年齡過大、骨盆腔腫痛、骨盆腔收縮、多次婦娠、巨胎、先天性異常、早產、前置胎盤、羊膜提早破裂。最常見的原因是先天性異常（特別是無腦症）、頭骨盆比例不合、早產和經產婦，導致額部先露的原因和臉部先露的原因類似，將近有60%的病例是異於骨盆腔收縮、早產和經產婦，診斷上可藉異陰道檢查而得知。

三、中醫相關病名：偏產。

胎兒胎位異常及先露異常，手臂脫出

- 一、ICD-9-CM：653.1—胎兒胎位異常及先露異常，手臂脫出 (Malposition and malpresentation of fetus, Prolapsed arm)。
- 二、中醫相關病名：橫產；橫生。

臨床治療建議依各發生原因及診斷採取合適之治療方式，可考慮中西醫整合治療。

第五節 妊娠、生產及產褥期之併發症—骨盆狹窄

骨盆狹窄的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：653.1—胎兒骨盆不成比例，廣泛性狹窄之骨盆 (Disproportion, Generally contracted pelvis)。
- 二、資料出處：中西醫病名對照大辭典；林昭庚；國立中醫藥研究所。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：本症泛指骨盆狹窄之病患，包括骨盆入口或骨盆出口之狹窄或者是綜合兩者之狹窄。如果骨盆的前後徑是少於10公分，橫徑少於12公分時，則要懷疑是骨盆入口狹窄，正常女性的骨盆入口平面是近乎圓形，橫徑略大於前後徑（約12.75公分）；而骨盆出口的定義則為：前後徑為薦骨末端到恥骨聯合下緣，橫徑為坐骨結節間距離，正常情況下，結節間距離應該大於8公分，前後徑距離加上結節間距離應該大於15公分。
- 五、中醫相關病名：交骨不開；產子上逼心；兒湊心；子逆上衝；氣逆難產。

胎兒骨盆不成比例，骨盆入口狹窄

- 一、ICD-9-CM：653.2—胎兒骨盆不成比例，骨盆入口狹窄 (Disproportion, Inlet contraction of pelvis)。
- 二、現代醫學病名及定義：骨盆入口又稱骨盆內口，就是真骨盆的上沿，後界為薦骨岬，側為骨盆界線，前為恥骨上友和恥骨聯合的上緣，也就是進入真骨盆的地方，骨盆內口狹窄的孕婦，在生產前後，病人胸部壓迫沒有減輕的感覺，胎兒頭部多半沒有固定，因此胎位不正的機會也因而增加。骨盆入口的真骨盆直徑（或稱前後徑），指的是薦骨岬正中點與恥骨聯合上緣之間的距離，約為12.75公分，如果前後徑少於10公分，橫徑少於12公分時，則要懷疑是否有骨盆入口狹窄。
- 三、中醫相關病名：交骨不開；產子上逼心；兒湊心；子逆上衝；氣逆

難產。

胎兒骨盆不成比例，骨盆出口狹窄

- 一、ICD-9-CM：653.3—胎兒骨盆不成比例，骨盆出口狹窄 (Disproportion, Outlet contraction of pelvis)。
- 二、現代醫學病名及定義：懷孕婦女因骨盆腔出口橫徑過短，恥骨弓長而窄，恥骨下角(Subpubic angle)少於90度時，引起生產困難的情況。骨盆出口的定義為：前後徑為恥骨聯合的下緣到薦骨端，橫徑為坐骨結節間距離，正常情形下，結節間橫徑應大於8公分，前後徑加上橫徑應大於15公分，若否，則應考慮是否為骨盆出口狹窄。
- 三、中醫相關病名：交骨不開；產子上逼心；兒湊心；子逆上衝；氣逆難產。

第六節 妊娠、生產及產褥期之併發症—雙胞胎妊娠

雙胞胎妊娠的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：651.0—雙胞胎妊娠(Twin pregnancy)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：當一個或兩個成熟卵子受精，在子宮內時孕育成兩個胎兒的狀況，稱為雙胞胎妊娠；雙胞胎的比率約為1/80，從一個受精卵分裂而來的兩個胎兒時，則雙胞為同性別，從兩個受精卵而來的兩個胎兒時，則性別可以不同。
- 五、中醫相關病名：雙胎；妊娠兩胎。

發生

以雙胞胎妊娠最常見，雙胞胎雖只佔所有妊娠1%，但周產期死亡率高達10-15%，約為單胞胎的五倍。造成多胞胎懷孕的原因可分：自然性及醫源性。「醫源性」包括人工生殖產生的多胞胎，如人工生殖的技術及藥物所產生。胎盤間可能互相接通，可能發生twin-to-twintransfusion syndrome，因而胎兒的死亡率會高一些，約25%。若發生 twin-to-twin transfusion syndrome，常可看到雙胞胎一大一小的局面。在雙胞胎的遺傳方面，以媽媽方面的基因型較重要，研究顯示，若媽媽是雙胞胎，她的小孩有4%是雙胞胎，若爸爸是雙胞胎，他的小孩有1.7%的機會是雙胞胎。

客觀評估

鑑別診斷：

- 一、首先利用超音波確定。
- 二、分別預估小孩的週期方法有：頭臀徑CRL+6.5。
- 三、雙胞胎中一個是死的，一個活的，若死亡是發生在懷孕的早期，則較不會對存活的那一個產生不良的影響，若死亡是發生在懷孕的較晚期，則存活的那個可能發生一些凝血因子的影響，甚至影響到媽媽。
- 四、懷了雙胞胎，產生畸胎的機會可能高一點，發現不正常時候，就需要更密集的追蹤了。

較會有許多合併症，例如胎兒顱內出血ICH、壞死性腸炎NEC、呼吸窘迫症候群RDS。比較從懷孕以後各階段死亡率及併發症的情形，都是雙胞胎比單胞胎多很多。以媽媽的年齡來說，年紀越大，產下雙胞胎的機會也越大。對孕婦而言：子癰前症及子癰的機會增加，血栓症的機會增加。胎盤早期剝離，可以在第一個生下來以後，第二個的胎盤發生剝離的情形。

非藥物治療

選擇性減胎術：

- 一、進行減胎手術的理由：增加胎兒存活，減少母親的併發症。
- 二、三胞胎還不鼓勵減胎，但四胞胎以上就一定要減胎了，大多減到雙胞胎。
- 三、根據統計，先天性的缺陷並不會因這個手術而增加，但可能發生早產或在晚期突然就沒有心跳了。

中醫治療及介入點：

中醫治療針對孕婦目前症狀，並依證型給予中藥處置。

臨床治療案例：

吳*娟，體外授精植入三胚胎、驗孕後開始出現咖啡色分泌物，二十天後出現紅色分泌物至急診就醫，臥床休息兩天後晨起又出現暗紅色糊狀分泌物，至中醫就醫收治住院，開立水煎藥二帖，6/18住院當日已變成褐色分泌物，目前有一胚胎無心跳，問診孕吐甚、納差、形瘦、怕熱、懷孕後晨起易頭暈、喜溫飲、懷孕後食慾減退、呃逆、噁心感、便1日1行，此乃腎水虧而腎經之火動，而胎不安，然而火之有餘，仍是水之不足，因此補水則胎自安，惟是腎水不能逮生，必須滋補肺金，金潤則能生水，而水有逢源之樂矣，再少加以清熱之品，則胎自無不安矣，給予傳青主潤燥安胎湯加減治療則出血症狀改善，另外，婦人受妊，則腎水生胎，不暇化潤於五臟，而其腎水又不足，而肝為腎之子，日食母氣以舒，一日無津液之養，則肝氣迫索，而腎水不能應，則肝益急，肝急則火動而逆也，肝氣既逆，是以嘔吐惡心之症生焉，而給予傳青主潤燥安胎湯加減補金生水，同時以緩肝急，因此服藥後除了出血症狀改善，惡阻情形同時也得以緩解。

註：潤燥安胎湯加減：澤蘭3錢、麥門冬3錢、黃芩5分、炒白朮3錢、五味子3錢、山茱萸3錢、紫蘇3錢、菟絲子1兩、桑寄生3錢。

第七節 妊娠、生產及產褥期之併發症－早期破水

早期破水的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：658.1－早期破水(Premature rupture of membranes)。

二、現代醫學病名及定義：早期破水是指破水之後，一個小時之內沒有產痛發生的胎膜破水，一般此種症狀約佔懷孕總數的10%，如果破水而不發生產痛時，容易因為感染而發生羊膜炎(Amnionitis)，將近有94%的病例，其胎兒當時是成熟的（這些病例中有20%會延遲分娩）；大約有5%的病例，其胎兒是早熟的（1000~2500公克）（這些病例中有50%會延遲分娩）；大約有少於0.5%的病例，其胎兒是未成熟的（小於1000公克）（這些病例中有75%會延遲分娩）。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

五、中醫相關病名：產難、難產。

發生

早期破水(premature rupture of membrane, PROM)—658.1-，破水後超過一小時仍無規則陣痛。

(一) 自然破水SPOM (Spontaneous rupture of membranes)。

(二) 人工破水AROM (Artificial rupture of membranes)—73.09。

(三) 未足月早期破水(preterm premature rupture of membrane, P P R O M)懷孕37週前發生早期破水—658.1-+(644.0-or644.02)。

破水沒宮縮大約占8 %的足月產，處理是6至12hrs後仍沒有陣痛才刺激子宮收縮。

比較催產和觀察的結果：只觀察的有70 %在24hrs內會自行進入陣痛，而使用催產的有三倍的剖腹產機率。

中醫治療及介入點：

未足月破水者，除觀察宮縮及破水量，並同時應確認有無感染，或是不當運動造成之破水情形，並依病因證型給予中藥治療。

臨床治療案例：

黃*家，8/22騎腳踏車後，出現破水症狀，有微出血(血絲狀)，至診所做試紙檢察，確定為破水，西醫診斷：陰道感染導致破水。至林口長庚醫院住院2週，出院2天後破水，至馬偕醫院又住院3天，服西藥安胎，服用後會有噁心，心悸、失眠，因出院仍有微量破水情形，至中醫就診收治住院，住院時腹部悶痛感，有黃色分泌物，陰部會有癢感，宮縮：7-8次/1天，已無出血，安胎藥已停藥，仍有噁心嘔吐感。給予中藥：西洋參3錢、當歸3錢、黃芩1錢、阿膠1錢、巴戟天3錢、柴胡5分、何首烏1兩、炒白朮1兩，之後無再有破水之情形，症狀平穩出院。

第八節 妊娠、生產及產褥期之併發症—急產

急產的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：661.3—急產(Precipitate labor)。

二、現代醫學病名及定義：1972年為小於3hrs，1994年子宮頸擴張在初產婦大於5 cm/hr，在經產婦大於10 cm/hr，如果產婦整個產程前後不到3個小時，胎兒就生出來則稱之為急產。

三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

四、發表時間：2008年11月。

五、中醫相關病名：逆產；傷產。

發生

- 一、超快速的分娩和產出，可能因產道的低阻力，或不正常的子宮和腹肌強力收縮，或沒有痛覺缺乏對強力分娩的知覺。
- 二、會和胎盤剝離abruption (20%)，胎便meconium，產後出血有關。93%是經產婦，子宮常每兩分鐘收縮一次。除了年紀不到20歲的年輕孕婦外，急產很少發生在初產婦，一旦發生，由於事前無法得知及預防，因此對媽媽和寶寶都可能造成較大的傷害。相對而言，經產婦發生急產的機率就高出許多。最好能生產前即提前住院。

急產時胎兒處置

- 一、產婦來不及趕至醫院，在交通工具或其他場所生產，而使得寶寶的頭部墜地受到撞擊傷害。
- 二、未有充分準備或無菌照護下，使寶寶受到感染。
- 三、或者未斷臍或失血過多，使得新生兒發生貧血、黃疸及溶血等現象，甚至體溫散失，導致低體溫、休克、窒息等。
- 四、會陰3到4度裂傷，而易受到感染或屢管。
- 五、陰道大或深度裂傷，而易大量出血、休克。

處置重點因應

- 一、手於產道外托護，接下小寶寶的頭，以免寶寶頭部墜地受傷。
- 二、寶寶出生後，應先清理一下寶寶的口、鼻分泌物。
- 三、另取乾淨的毛巾或衣物將寶寶身體包裹，並以維持呼吸順暢。
- 四、讓寶寶保暖，以維持體溫。
- 五、以毛巾、衣物、繩索將臍帶綁住，以免造成寶寶血球過多症。切記不要嘗試用剪刀或拉扯的方法來分離臍帶。
- 六、若發現寶寶哭聲微弱、膚色不佳，可稍加摩擦寶寶背部使之啼哭，並馬上檢查是否不夠保暖。
- 七、處理的同時，儘快送醫善後處理。

第九節 妊娠、生產及產褥期之併發症—羊水過多

羊水過多的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：653.3—羊水過多(Polyhydramnios)。
- 二、現代醫學病名及定義：妊娠後期羊水量超過2000毫升者稱為羊水過多症，多發生在妊娠28週以後，發生愈早，則病情愈重，嚴重的病例會造成母親呼吸困難和早產。致病的原因可由於母親糖尿病、胎兒異常（食道閉鎖、無腦症、3個第18對染色體以及脊柱裂）、胎盤異常、多胞胎或自體免疫所引起，大約有1/3的病例其病因是不曉得的。
- 三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 四、發表時間：2008年11月。
- 五、中醫相關病名：子滿。

第十節 妊娠、生產及產褥期之併發症—臍帶併發症

臍帶併發症的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：663—臍帶併發症(Umbilical cord complications)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：本症泛指孕婦在生產時所發生與臍帶有關的併發症，包括有臍帶脫出、臍帶繞頸、臍帶血管併發症等諸病。任何使胎頭或先露部移位離開子宮頸的情況，都易發生臍帶脫垂，特別是先露異常、頭盆不稱和羊水過多時更易發生，臍帶脫出和臍帶繞頸都是產科急症，應儘快有效地結束分娩。

綜論

本症泛指孕婦在生產時所發生與臍帶有關的併發症，其中最常見者為臍帶繞頸，此外尚有臍帶脫出但未繞頸或臍帶過短、臍帶血管病變等 諸多併發症，臨床上仿似臍帶繞頸為多見。

臍帶脫出的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：663.0—臍帶脫出(Prolapse of cord)。
- 二、現代醫學病名及定義：「臍帶脫出」的定義為臍帶下降至子宮下半部，可能位於先露部份附近（隱性臍帶脫出），或者是位於先露部的下端（顯性臍帶脫出）。一經確診，不應試行回納臍帶，應儘可能減少觸損臍帶，以免誘發動脈痙攣，經陰道用手指推動先露部或令孕婦取胸膝位，可使臍帶減輕受壓。臍帶脫垂是產科急症，應儘

快有效地結束分娩。

三、中醫相關病名及文獻出處：中醫對於孕婦在生產時發生臍帶的併發症，僅見於「礙產」的敘述，其中是指生產時發生臍帶繞頸的情形，或許是因臍帶繞頸發生的比例最高，所以見於文書記載者皆以此症為主，並未見到有記載單純發生臍帶脫出但未伴有繞頸現象者。

發生

機率一般大約是0.3~0.6%，但是一旦碰上了往往會造成很高的胎兒死亡率，故破水時一定要立即到醫院報到住院，主要避免許多疾病與合併症（臍帶脫出、感染發炎、引發早產、胎盤剝離等）的發生之外，最重要的就是要避免臍帶脫出的危險。

病因

臍帶脫出的原因一般與早產（小於34週）、先露部異常（臀產、額產、複合性、面產或橫產）、骨盆腔腫瘤、前置胎盤、低位性胎盤以及頭骨盆不合有關，也可以發生在羊水過多、多胞胎或羊膜早破的情況下。

病機

「臍帶脫出」指的就是臍帶在羊膜破裂、羊水流出之際，使得臍帶因為羊水流出自宮時的壓力帶動或是因為重力作用，自胎兒身體與子宮壁之間的空隙掉落、脫出於陰道或是進一步掉出體外的狀況。

臍帶的功能是連繫母親和胎兒之間的橋樑，靜脈輸送氧氣、葡萄糖和各種營養要素給胎兒，充分供應胎兒生長發育之所需；而胎兒進行新陳代謝後產生的二氧化碳或是各種廢棄物，都是要藉由臍帶中的臍動脈運送到母體排泄。當臍帶脫出掉落入陰道後，會遭受縮擠壓迫，不利於臍帶血液循環的正常運行；至於在通過子宮頸部位的臍帶，則是會遭到胎兒身體和子宮壁的兩面夾擠，這樣的壓迫在產程進展過程中會導致胎兒缺氧、組織器官壞死、甚至於胎死腹中。即使在迅速、及時的醫療救助之下，胎兒還是可能發生腦性麻痺。

礙產

一、《校註婦人良方·產難門，楊子建十產論》

「礙產者，言兒身已順，門路已正，兒頭已露，因兒轉身，臍帶絆其肩，以致不能生，令產母仰臥，穩婆輕推兒向上，以中指按兒肩，脫臍帶仍令兒身正順，產母努力，兒即生。」

二、《葉氏文科證治·保產》

「礙產者，因兒轉身時，產母用力太早，致兒臍帶絆肩，雖兒身已正，門路已順，兒頭已露，猶不能生，須令產母仰臥，穩婆輕輕推兒向上，以中指按兒肩，撥去臍帶，靜候片時即生。」

三、《女科切要·卷五·婁氏十產計》

「礙產，兒身已煩而露正頂，不能生下，蓋因兒身迴轉，臍帶攀其肩，因此露頂，而不能生下，當令產母仰臥，令看生之婦，輕輕推上，徐徐引手，以中指按兒肩下，撥其肚帶，仍須候兒身正順，乃令產母用力一送，兒即生下，此名礙產。」

四、《產孕集·卷下·應變第九》

「礙產者，兒首正抵產門，久而不下，此必轉身時，臍帶攀掛見頂，或肩，當急令安臥，令收生嫗，推兒近上，徐徐通手，以中指按兒兩肩，理脫之，然後坐草，蓋此候最為險惡，慎毋輕易用力，若纏繞於頸，復用力以注之，則其纏愈緊，致子死腹中，不可不慎，凡橫逆諸產，如法拯救，皆宜內服加味芎歸湯，佛手散，以助之，若不能用法，但令靜心安臥，服前藥一二劑，亦效。」

第十一節 妊娠、生產及產褥期之併發症— 分娩及產後發生之休克

分娩及產後發生之休克的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：669.1—分娩及產後發生之休克(Shock during or following labor and delivery)。
- 二、現代醫學病名及定義：分娩及產後發生之休克，最常見於因產後出血量過大，導致低容積性休克(hypovolemic shock)，至於源於心因性或敗血性休克則佔少數。低容積休克的產婦可能最近曾有急性出血或過度切尿的病史，臨床症狀會有低血壓、心跳過速、少尿（少於30毫升 / 小時），如果嚴重時，中心靜脈壓會小於5cmH₂O。至於罹患敗血性休克的產婦，則可能最近曾住院、開刀或者是有經過證實的骨盆腔感染，臨床症狀的表現會有體溫不穩定、昏迷、低血壓、少尿或心肺衰竭。
- 三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 四、發表時間：2008年11月。

五、中醫相關病名：產後血暈。

母體低血壓徵候群

- 一、ICD-9-CM：669.2—母體低血壓徵候群(Maternal hypotension syndrome)。
- 二、現代醫學病名及定義：本症指孕婦在分娩後發生血壓降低，導致孕婦發生頭昏、目視不清、汗出、心悸、噁心等症狀，但並無休克的情況發生。
- 三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 四、發表時間：2008年11月。
- 五、中醫相關病名：產後血暈。

Sheehan Syndrome：

由於大量失血造成腦下垂體前葉的壞死，導致內分泌失調，如不能分泌乳汁，無月經，乳房萎縮，陰毛脫落，甲狀腺或腎上腺機能低下等症狀。發生機率不大。

第十二節 妊娠、生產及產褥期之併發症— 窒息或缺氧所致之胎兒死亡，分娩前或未明示時間者

窒息或缺氧所致之胎兒死亡，分娩前或未明示時間者的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：768.02—窒息或缺氧所致之胎兒死亡，分娩前或未明示時間者(Fetal death from asphyxia or anoxia before onset of labor or at unspecified time)。
- 二、現代醫學病名及定義：胎兒體重500公克，在生產之前或生產之時，發生死亡。在子宮內死亡，稱胎死腹中(intrauterine fetal death)，在四週內死亡者，稱新生兒死亡。
- 三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 四、發表時間：2008年11月。

子宮內胎兒死亡

- 一、ICD-9-CM：656.4—子宮內胎兒死亡(Intrauterine death)。

- 二、現代醫學病名及定義：胎兒體重超過500克，在生產前或生產時死於母體腹內，不能自行分娩出者稱之，本症發生在妊娠中、晚期，或發生在臨產時，如在妊娠中、晚期，則胎動停止，腹部不再繼續增大，反而縮小，或伴有陰道下出血、口出惡臭，如在臨產時，往往先有臨產徵兆，之後胎心胎動突然停止，陣痛中斷，久產不下。
- 三、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 四、發表時間：2008年11月。
- 五、中醫相關病名：妊娠胎死、死胎不下；子死腹中；胎死腹中。

胎兒窘迫(fetal distress)

目前較常用胎兒狀況不確定(non-reassured fetal distress, NAFS)來表示，較常見的情況有：

- 一、遲發性胎心減速(late deceleration)：子宮及胎盤血液供應不足。
- 二、嚴重變異性胎心減速(severe variable deceleration)：臍帶壓迫。
- 三、過長胎心減速(prolonged deceleration)。
- 四、基礎胎心過高(baseline tachycardia)。
- 五、基礎胎心過低(baseline bradycardia)。
- 六、胎音變異性消失(loss of variability)。
- 七、胎血酸鹼度過低(fetal acidemia)。

第十三節 妊娠、生產及產褥期之併發症—羊水栓塞症

羊水栓塞症的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：673.1—羊水栓塞症(Amniotic fluid embolism)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、中醫辨證：胎上逼心；子懸。
- 五、西醫病名：羊水栓塞症。
- 六、定義：羊水栓塞是一種症候群，約80,000次妊娠中有一次，乃大量的羊水進入母體的血液循環中，而引起突發的急性呼吸困難和休克的疾病。25%的患者，在1小時內死亡，此種現象極為罕見。或許多數病人未被診斷出，而被診斷為產後休克、產後出血、或急性肺水腫。

第十四節 妊娠、生產及產褥期之併發症－產後血栓栓塞

產後血栓栓塞的定義

指產褥期時在表淺或深部靜脈管壁有血栓形成稱之。其發生率約佔陰道產者1%，佔剖腹產者2~10%。於懷孕期和產褥期發生的危險性是同年齡未懷孕和健康婦女的5倍以上。由於產後發生率又遠比分娩前為高，一般將之視為產後的合併症。

原因

- 一、有靜脈曲張病史者或靜脈壁損傷。
- 二、肥胖、高齡產婦及生產次數過多。
- 三、產褥感染。
- 四、服用雌性素(Estrogen)抑制泌乳者。

產後血栓栓塞的症狀

- 一、腿部表淺血栓性靜脈炎，症狀通常在產後3~4天趨於明顯，包括：
 - (一) 受侵犯的靜脈有觸痛。
 - (二) 沿著受患靜脈走向的皮膚發紅發熱。
 - (三) 輕度發燒或無。
 - (四) 觸摸發炎病灶部位會有硬塊。
- 二、腿部深層血栓性靜脈炎，症狀通常在產後10天出現，包括：
 - (一) 發燒寒顫。
 - (二) 患肢僵硬和疼痛。
 - (三) 患肢水腫與腫脹導致兩腿大小不一，皮膚被撐開顯得有些蒼白光亮且冰冷。

預防

- 一、產後早期下床，可促進下肢血循。
- 二、避免長時間站立或坐著，雙膝交叉而坐也應避免之。
- 三、不要在床上使用膝蓋支撐物或將枕頭墊在膝下。
- 四、產後應多攝取水份，例如：多喝魚湯。
- 五、照護人員應保持鎮靜的態度，採取迅速有效的觀察。
- 六、予患肢濕熱敷，但不可太熱，因水腫使得腿部對熱敏感度降低。
- 七、一旦下肢疼痛消失，產婦即可離床，但需穿著彈性襪，有助於防止血液鬱積在下肢。

第十五節 妊娠、生產及產褥期之併發症－ 分娩及產後之急性腎衰竭

分娩及產後之急性腎衰竭的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：669.3－分娩及產後之急性腎衰竭(Acute renal failure following labor and delivery)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2002年12月。
- 四、現代醫學病名及定義：孕婦在分娩後6週內發生急性腎衰竭者稱之，機率不高但是卻有高死亡率。大部份的原因是由於血量低容積所引起，尿量通常一天少於40毫升，血液尿素氮和血清肌胺酸酐濃度會升高。基於原因來分類，可分為腎前急性腎衰竭、腎性急性腎衰竭以及腎後急性腎衰竭。
- 五、中醫相關病名：小便不通；產後小便不利；小便難；產後浮腫。

第十六節 妊娠、生產及產褥期之併發症－ 產褥期之腦血管疾患

產褥期之腦血管疾患的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：674－產褥期之腦血管疾患(Cerebrovascular disorders in the puerperium)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：孕婦於生產期間併發腦血管疾病之前常先有子癇症的發生，之後以腦出血引起腦血管疾病的比例最高，約佔總數的56%的比例；造成腦血管疾患的原因有血液供應不足（動脈硬化、腦栓塞、高血壓疾病導致的血管痙攣）以及因血液流入腦皮質（動靜脈畸形、動脈瘤破裂）；臨床症狀有頭痛、視覺障礙、昏厥、言語困難、昏迷以及半身不遂。
- 五、中醫相關病名：產後中風；產後不語；產後瘕病；產後柔風；產後口噤。

婦產科中藥不良反應及禁忌

一、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年、張淑娟；陽明醫院。

二、發表時間：2008年11月。

妊娠用藥禁忌

所謂妊娠用藥禁忌：即指具損害胎元，以致墮胎副作用，不能或不宜在妊娠期使用的一些藥物。又名孕婦藥忌、產前藥忌、胎前藥忌和妊娠服禁等。

妊娠禁忌藥有毒性大小、作用強弱之區別，因而對母體和胎兒的影響程度也有差別。

在臨床上將之分為禁用與慎用兩類：

- 一、禁用的：均為劇毒或藥性峻猛之品。如：水銀、砒霜、雄黃、輕粉、斑蝥、蟾酥、馬錢子、膽礬、皂礬、藜蘆、瓜蒂、乾漆、蜈蚣、麝香、甘遂、大戟、芫花、巴豆霜、千金子霜、商陸、川烏、草烏、水蛭、芒硝、番瀉葉、蘆薈、三棱、莪朮等。
- 二、慎用的：包括通經祛瘀、行氣破滯、及辛熱滑利之品。如：肉桂、丹皮、大黃、木通、乳香、沒藥、五靈脂、王不留行、枳實、枳殼、附子、冬葵子等。

產婦禁用諸藥

- 一、產婦氣不順，禁用枳殼、厚朴等耗藥。
- 二、產後傷飲食，禁用枳實、大黃、蓬、棱。
- 三、產後身熱，禁用芩、連、梔、柏。
- 四、產後七日內，禁用地黃、芍藥。
- 五、產後血塊痛，禁用牛膝、蓬、棱、蘇木。
- 六、產後大便不通，禁用大黃、芒硝。
- 七、不可服濟坤丹，要損血氣。
- 八、不可服瘦胎丸，要傷胎。
- 九、不可用《產寶》峻藥方。

產後忌食諸物

- 一、果忌梨、藕、橘、柑、柿、西瓜，要停血作痛。
- 二、食忌冷粉、綠豆、冷飯、蕎麥，要停血作痛。
- 三、忌鵝、犬、豬、牛首肉，恐犯諸藥，又恐停血塊作痛。
- 四、忌莧菜、生菜、苔菜，停血痛。
- 五、忌沙糖酒，要損新血。
- 六、忌獨煎山楂湯，損新血。
- 七、忌多食胡椒、艾、酒，行血致崩。
- 八、忌生薑酒，寧波俗弊，發汗行血。
- 九、忌濃茶汁，寒停血塊痛。

鄉俗產後十弊

- 一、產畢毋令食牛、羊、豬、鵝肉、雞子黃、麵物，虛人難消化。
- 二、毋食涼粉、綠豆、粥溲汁、蕎麥麵。
- 三、毋多食胡椒、艾、酒，血塊雖得熱流通，新血亦不寧，防崩漏。
- 四、產後寧波俗弊，多用薑數斤以消血塊，發熱亡血致危。
- 五、產後毋食梨、橘、柑、藕，冷菜，及冷藥、冷水，致血塊凝結。
- 六、毋食橙、丁、橘、乾、枳朮、香砂等丸，重損新血。
- 七、七日內，毋勞洗以勞神，毋勉強早起，以冒風寒。
- 八、產後月之內，毋多言、勞女工。
- 九、產後暑月，毋用冷水洗手足。
- 十、產後遇大寒月，用小衣烘熱，常溫腹內，冷則塊痛久，雖藥不行。

產後用藥十誤

- 一、產後誤用耗氣順氣等藥。胸膈飽悶，雖陳皮不可用至五分。
- 二、誤用消食藥，多損胃減飯，甚至不進食，且凝血塊。
- 三、身熱，誤用芩、連、梔、柏，損胃增熱，甚至不進食，且凝血塊。
- 四、三日內未服生化湯以消血塊，毋輕用人參、耆、朮、熟地，致塊不消，至危亡。
- 五、毋用地黃，以滯惡露。毋獨用枳實、枳殼、牛膝以消塊。
- 六、毋用大黃、芒硝以通大便，致泄瀉成臌脹。
- 七、毋用蘇木、三稜、蓬朮、牛膝以行血塊，致損新血。
- 八、俗多用山楂一味煎汁，以攻血塊，成危疾而死人，不可不知也。
- 九、毋服濟地丹兩三丸，下胞下胎。
- 十、毋信《產寶百問》及《婦人良方》。

附錄八 中西醫婦科臨床治療共識手冊2009年新增

妊娠、生產及產褥期之併發症－卵巢過度刺激

卵巢過度刺激症的臨床治療建議

- 一、ICD-9-CM：256.1－卵巢過度刺激(Ovarian Hyperstimulation Syndrome, OHSS)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；台北市立聯合醫院陽明院區。
- 三、發表時間：2008年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：卵巢過度刺激，是指卵巢接受排卵藥物刺激後，因反應太過強烈而併發出相關症狀者，常見症狀如下腹脹、上腹痛、少尿、口渴、呼吸困難及喘促、噁心嘔吐等。主要原因可能與個人體質、卵巢功能、排卵針種類及劑量有關，致病機轉不明，推測與體內某些賀爾蒙（如高雌激素、高人類絨毛膜促性腺激素等）有關，可能是某些賀爾蒙導致血管通透性增加，造成血管內之大分子成分（如白蛋白、電解質等）滲出血管外，流向第三空間（如腹腔或胸腔）聚積，這些大分子物質會連帶把血管內之液體帶出血管外，進而導致血液濃縮(Hemoconcentration)，血流動力減緩，腹水、胸腔積水、寡尿等系列症狀出現。
- 五、中醫相關病名：子腫；水腫；鼓脹；腹痛；積聚；癥瘕。

辨證分型

- 一、肝鬱氣滯血瘀型：症見卵巢腫大，腹痛，腹脹，胸脅滿悶，口渴，歎息稍舒，性情怫鬱，舌質紫紅或有瘀斑，脈弦細澀。治宜疏肝理氣、養血活血。方選逍遙散合桂枝茯苓丸加減。
- 二、脾腎陽虛、水濕停滯型：症見腹部膨滿，噁心嘔吐，腹水，面色黃白，氣短時汗，肢體腫脹，少氣懶言，舌質淡、苔白滑，脈沉細。治宜溫陽化水。方選真武湯或苓桂朮甘湯。
- 三、氣陰衰竭型：症見胸悶氣促，胸腹水，腹瀉，少尿，面色蒼白，腹痛劇烈，甚則內出血，舌淡，脈細數。治宜益氣養陰固脫。方選生脈散加味。

中醫治療及介入點：

中醫藥在防治自然流產方面具有顯著的特色與優勢，尤其對於內分泌和免疫因素所致的先兆流產和反復自然流產，中醫藥治療可以根據患者的證候進行整體調理，改善症狀，調節激素的分泌與受體的表達，增強妊娠免疫耐受，對於早期妊娠的維持和胚胎的發育有積極的作用。臨床上針對卵巢過度刺激病人，主要是採取症狀治療，透過針刺腹部的氣海、關元，背部的八髎、華佗夾脊等穴位，改善腹痛、腹脹等症狀。並依據不同的症狀加減穴位。必要時可開立中藥，甚至進一步建議患者住院，接受積極的中醫治療。

臨床治療案例：

1. 沈XX女士，42歲，試管嬰兒手術植入胚胎後，自覺下腹脹，約一天後緩解。
2. 邵XX女士，38歲，試管嬰兒手術植入胚胎後下腹覺冷，有痠脹及重墜感，微熱，惡寒。
3. 李XX女士，32歲，試管嬰兒手術植入胚胎後，自覺下腹脹、疲倦。整體回顧：目前試管嬰兒療程中，由於需使用大量刺激卵泡生成的藥物，極易造成卵巢的過度刺激，甚至造成腹腔發炎引發免疫反應，但是每位接受治療的並壞體質不同，症狀的嚴重程度亦有明顯差異，不論病情輕重、針灸治療對此類婦女有明顯改善症狀之功效，但尚未能證明此種處置是否可以增加試管嬰兒的受孕率。
4. 周*如，35歲，不孕症接受人工授精(Intrauterine insemination, IUI)，上一次懷孕經人工生殖有兩胚胎，並於妊娠中發生子癰前症，目前因卵巢過度刺激引發腹水，體重已增加5.4Kg(54→59.5kg)，腰圍100cm、肋圍90cm、恥骨92cm，接受注射白蛋白(Albumin)與利尿劑治療，腹水仍多至中醫住院治療，腹水伴少腹與小腹悶痛與腰痠，行動易喘，食慾減退，易噁心與乾嘔，並逐漸出現呼吸窘迫之症狀，先經西醫進行部分抽吸腹水，減緩呼吸窘迫之情形後，給予龍膽瀉肝湯中藥煎劑加減：何首烏5錢、柴胡5分、茯苓1兩、車前子5錢、當歸3錢、生地1兩、黃芩2錢、澤瀉2錢、膽草梔子各1錢、丹皮3錢、知母3錢、天花粉3錢、石膏5錢，服用五帖後腹水消除，並症狀穩定，體重已減少5.8kg(59.5→53.7kg)、肋圍減少8cm（90cm→82cm）、腰圍減少9cm(100→91cm)。

妊娠、生產及產褥期之併發症－產後腰痛

一、ICD-9-CM：724.2－腰痛(LUMBAGO)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

四、現代醫學病名及定義：產後腰痛，顧名思義是指生產之後所引發的腰部酸麻疼痛。背部十二肋骨以下至髂骨以上統稱腰部。凡此部位疼痛為主的病症。腰痛也可能是其他原發性疾病所產生的伴見症狀，就必須參閱原發疾病來辨證治療。如果是可能脊柱或是軟組織損傷等出現的腰痛，就可以參考一般腰痛來治療。產後腰痛引發的原因可能有(1)為了分娩時胎兒能夠順利娩出，連接骨盆的韌帶也變得鬆弛。加之一天天增大的子宮使孕媽咪的腰部支撐力逐漸增加，導致骶棘韌帶鬆弛，壓迫盆腔神經、血管而引起腰痛。(2)分娩後身體不會很快恢復到孕前狀態，子宮也未能很快完全復位，在一段時間內，連接骨盆的韌帶鬆弛無力，腹部肌肉也變得軟弱無力，加上惡露排出不暢，導致宮腔內血液淤積，引起腰痛。(3)產後較少活動，總是躺或坐在床上休養，腰部肌肉缺乏鍛鍊；而且坐月子的媽咪每天都在進補，很容易攝入過多的熱量，使體重增加，加重腰部的負荷，加上還要經常彎腰照料寶貝，如洗澡、穿衣服、換尿布、經常從搖籃裏抱起寶貝等，腰部肌肉不堪重負，很容易造成腰肌勞損而疼痛。(4)經常採取不當或不放鬆的姿勢給寶貝餵奶，使腰部肌肉總處於不放鬆的狀態中，腰部肌肉受到損傷。(5)產後不注意休息，使身體過度疲勞，或經常久站、久蹲、久坐或束腰過緊等，都可導致腰肌勞損，誘發腰痛。(6)產後避孕方法不恰當，多次人工流產，或房事不節，招致腎氣損傷而引起腰痛。(7)產後過早地穿高跟鞋，使身體重心前移，除了引起足部疼痛等不適外，也可通過反射涉及腰部，使腰部產生酸痛感。(8)子宮的正常位置是前傾、前屈，如果發生子宮脫垂，就會沿陰道向下移位，引起腰痛。

五、中醫相關病名：腰痛。

辨證分型

一、瘀血留滯型：由於產後惡露排出不暢，淤血阻礙氣血流通而引起腰痛。腰痛特點：痛處固定，脹痛或像針刺一樣痛，活動後稍緩，或伴隨下腹疼痛。舌邊和舌尖有時能見到青紫色淤斑。

- 二、寒濕痹阻型：產後氣血不足，體質虛弱，身體的抵抗力差，如果防護不週，寒濕邪氣就會乘虛而入，痹阻經脈而引起腰痛。腰痛特點：疼痛比較劇烈，腰像斷掉一樣疼，而且活動起來很僵硬，風吹和受涼疼痛會加劇，相反保暖和熱敷可以減輕痛苦。舌質淡白色、舌面濕潤。
- 三、腎虛血虧型：中醫學認為“腰為腎之府”，腎的問題首先反映到腰部。女性子宮的功能也與腎息息相關，分娩時竭力必然要損傷腎氣，腎氣不足的人損傷就會更明顯。同時分娩失血過多，就會導致腎虛血虧，脈絡失養而引起腰痛。腰痛特點：腰痛綿綿不休，腰膝酸軟無力，活動後加重。頭暈耳鳴、面色黃白、手腳麻木、心慌氣短、失眠多汗。舌質呈淡白色。

中醫治療及介入點：

中醫藥在治療產後腰痛方面具有顯著的特色與優勢，尤其針對於做月子媽媽的虛弱體質與一般人不同，比較不適合用西醫一般用肌肉鬆弛劑或是止痛劑來減緩媽媽的腰痛，這樣更會造成媽媽中氣更加虛弱。除了藉由中藥補養氣血的方式之外，還可採取針灸或是拔罐方式如腰部的華佗夾脊穴、腰眼、子宮、八髎穴、腎俞、氣海俞等穴位來做治療。還可用藥浴薰蒸或是紅外線燈熱療的方式促進局部的循環來減低腰痛的不適。或是用推拿整脊的方式調整輕微脊椎移位和拉開脊椎間的距離，這樣也可大幅減低病人腰痛的不適。另外還可用艾粒或是艾條薰灸方式來補氣，加強局部的氣血循環，這些方式都可有效的減低病患的腰部疼痛感。

臨床治療案例：

XXX女士，37歲，坐月子期間，常在餵奶後、久坐後自覺腰部酸麻疼痛。

腰痛一開始發作時，考慮媽媽剛生產完的因素，不宜做太激烈的治療，所以先採取烤箱治療，先讓媽媽的整體循環改善，對於腰痛症狀會有輕微改善，但是媽媽這段時間為了哺乳，都會使腰部疼痛再次發作、甚至更加嚴重，在媽媽氣色稍微好一些之後加強作針灸、拔罐治療，可以明顯發現媽媽腰痛情況改善許多，停止治療後，由於造成腰痛的病因尚未完全解除（餵母乳、抱小孩、運動不足）腰痛有可能復發，所以在繼續用拔罐治療，如果腰痛嚴重可加做針灸，馬上可改善媽媽腰痛情況。

妊娠、生產及產褥期之併發症－產後痔瘡

產後痔瘡的臨床治療建議

一、ICD-9-CM：455.6－痔瘡(Hemorrhoid)。

二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。

三、發表時間：2008年11月。

四、現代醫學病名及定義：痔瘡，是指直腸末端肛門處血脈瘀結，形成小肉突起，伴有出血、疼痛、脫出的症狀。產後痔瘡多起因於胎兒在子宮中長大，造成骨盆腔中空間擠壓的效應，導致肛門附近靜脈血液回流不順暢，同時為了供應胎兒足夠的養分以及氧氣，母體會提升骨盆腔中血液的供應量，如此也會加重痔瘡充血的程度。另外，平時肛門內括約肌在排便時會自動放鬆，使排便順暢，但是在懷孕時，肛門內括約肌反而會不正常的收縮，增加排便的阻力。因此痔瘡的症狀在懷孕時期會特別明顯甚至加重。而另一方面產時用力過久，可能將原有的內痔變成外痔，也因此較易形成產後痔瘡的現象。

五、中醫相關病名：肛門生痔；痔；鉤腸痔；產後大便難。

六、中醫文獻摘要：

*《醫學綱目·痔漏》謂："如大澤之中有小山突出為痔。人於九竅中，凡有小肉突出皆曰痔，不獨於肛門邊生也。"

*《奇效良方·腸癖痔漏門》："且夫痔與漏，初致之由雖同，所患之病實異。

初生肛邊，成癰不破者曰痔。破潰而出膿血，黃水浸淫、淋瀝久不止者，曰漏也。"

*《普濟方·痔漏門》："蓋熱則血傷，血傷則經滯，經滯則氣不周行，氣與血俱滯，乘虛而墜入大腸，此其所以為痔也。"

七、常見證候：

(一) 風火燥結肛門生痔：便時有物脫出肛邊，滴血或血流如箭，大便乾燥秘結，數日一行，形如羊糞，排出困難，伴有口舌乾燥，心煩頭昏，腹脹不適，小便短赤，舌紅少津，苔黃燥、脈浮數或洪。

(二) 濕熱蘊結肛門生痔：便時有物脫出，滴血，肛門墜脹或灼熱，大便排出不暢，裏急後重，常伴腹脹納呆，身重倦怠，舌苔黃膩，脈象滑數。

(三) 氣血瘀結肛門生痔：便時有物脫出，出血較多，肛門墜痛，內外痔塊混合腫大，大便排出困難感不易排淨，伴有脹滿腹脹，舌質紫黯，脈弦。

(四) 氣虛下陷肛門生痔：便時有物脫出，便後需用手送還，出血時出時止，肛門下墜，大便排出無力，伴有氣短倦怠，食少懶言，面色

蒼白，舌淡苔白，脈虛。

八、病因病機與治則：

- (一) 風火燥結肛門生痔，多由感受風火燥熱之邪，結於直腸肛門而成。故生痔後出血較多，常見滴血或射血，易於腫脹熱痛，大便燥結，張仲景說："有熱者必痔"，即指此類。治宜疏風瀉火，潤燥涼血，方用防風秦艽湯，腫脹熱痛時，可用止痛如神湯。
- (二) 濕熱蘊結肛門生痔，多由飲食不節，多食厚味，醇酒辛辣，致濕熱內生，蘊結大腸，血脈失調，瘀結為痔。故《素問、生氣通天論》說："因而飽食，筋脈橫解，腸澀為痔。"痔發之後，肛門墜脹或灼熱，脫出，流血，大便排出不暢，常有後墜感，腹脹納呆，身重困倦，舌苔黃膩，脈滑數，是其特點。治宜清熱利濕，祛瘀消結，方用槐角丸、臟連丸，赤小豆當歸散。熱重於濕，肛門灼熱痛者，乙字湯頗有良效。
- (三) 氣血瘀結肛門生痔，多由久坐久站，負重遠行，婦女妊娠後子宮壓迫直腸肛門，或肝氣鬱結，致直腸肛門部氣血瘀結，突起成痔。正如，《外科正宗》所說："夫痔者，乃素積濕熱，過食炙燂，或因久坐而血脈不行，又因七情而過傷生冷，以及擔輕負重，竭力遠行，氣血縱橫，經絡交錯，又或酒色過度，脾胃受傷，以致濁氣瘀血，流注肛門，俱能發痔"。其特點是，常見於久坐久站之人，肛門直腸部內外痔混合，腫塊較大，或有血栓形成，疼痛劇烈，伴腹滿脹痛，舌質紫黯等。治宜理氣活血，消腫化瘀，方用涼血地黃湯、桃核承氣湯。
- (四) 氣虛下陷肛門生痔，多由出血日久，傷及氣血，久瀉久痢，損及脾胃，房勞過度，耗其腎氣，以及年老體弱，中氣不足，不能固攝，致肛門生痔。其特點是勞累或便後痔即脫出，需用手托送方可還納，流血時作時止，日久則氣虧血弱，面色無華，氣短懶言，四肢無力，舌淡脈虛。治宜益氣養血，固攝脾腎。方用提肛散、黃土湯、補中益氣湯。

中醫治療及介入點：

產後婦女若是發現有痔瘡現象時，要先從日常的飲食做起，在坐月子期間就要多補充蔬菜類等纖維質較豐富的食材，並且適量的飲用溫水，婦產科醫師可能給予擦痔瘡藥膏或是痔瘡塞劑，口服的則有軟便劑。中醫治療及介入點，在外用方面，可外敷痔瘡藥餅。此外，坐浴的方式也可舒緩痔瘡的不適，一般認為痔瘡亦與氣滯血瘀有關，利用溫水再加入適當活血化瘀藥材，早晚各坐浴一次，可改善血液循環，緩解痔瘡。另一方面，排便不順與痔瘡出血疼痛有很大的關係，產婦應適當運動以加速腸胃蠕動，亦可利用腹部周圍拔罐改善腹部循環，對於幫助排便之內服藥物，可依產婦體質及證型給予麻子仁丸或潤腸丸等，另可採用外用藥餅貼敷，烤箱中藥燻蒸等，可有效改善痔瘡帶來的疼痛，大便難，大便出血等情形，尤其對於產後才新生的痔瘡，有更顯著的療效。

臨床治療案例：

詹OO女士，29歲，剖腹產第一胎，主訴產後即於肛門附近出現2*2cm之痔瘡，產前及孕中無痔瘡情形。從入住開始，每日皆使用痔瘡藥餅敷貼於痔瘡處，並建議產婦多以溫水坐浴，及使用烤箱，蒸氣浴等，直至出院之際，其原本2*2cm大小之痔瘡已近乎消失。

妊娠、生產及產褥期之併發症－產後高血壓

- 一、ICD-9-CM：401.1－良性自發性高血壓(ESSENTIAL HYPERTENSION, BENIGN)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2002年12月。
- 四、現代醫學病名及定義：一般正常血壓為(130/85)。產後血壓持續超過(140/90)，就要考慮有可能為產後高血壓。妊娠初期，血壓一般不會有什麼變化，只有舒張壓比妊娠以前略低3~4mmHg，而若收縮壓升高30mmHg，舒張壓升高15mmHg，或血壓達140/90，即屬於高血壓疾病了。產後高血壓，本來患高血壓的婦女，在妊娠期內，血壓一般都會升得更高。在產褥期中，血壓會慢慢下降，恢復在她們懷孕之前的水平。妊娠期中患了初期子癰毒血症的婦女產後幾天可能會血壓上升，但是在兩星期之內，往往會降回正常水平。少數患了嚴重初期子癰毒血症的婦女，可能要在三個月之後，血壓才能恢復正常。在一些非常罕有的情況下，妊娠期內血壓正常的女人，會於產後短暫期間血壓升高，尿液會含有蛋白質，而且會有水腫。這是產後初期子癰前症的跡象。如果血壓只是微升，醫生一般會為她開一些鎮靜劑。偶爾血壓會急劇升高。在這種情況下，患者

必須多休息，並繼續接受治療。醫生會處方開藥為她降低血壓，減少她的體液，並使她鎮靜下來。產後的初期子癇前症一般在48小時之內好轉，但是在三個月之內，微升了的血壓可能會仍然保持，暫時不能回降。

五、中醫相關病名：中風；頭痛；眩暈。

辨證分型

- 一、肝腎陰虛型：症見頭暈目眩、耳鳴腦空、手足心熱、心煩失眠、腰膝痠軟、面紅烘熱、易汗出，舒張壓長期不降，舌紅少苔或光剝，脈細數。治宜滋補肝腎、養陰涼血。方選杞菊地黃湯合二至丸加減。
- 二、陰陽兩虛型：症見頭暈目眩、精神萎靡、神疲乏力、心悸健忘、腰膝痠軟、足涼而手心熱、或下半身冷、上半身熱，或面頰、目下暗黑灰滯，或顴紅升火，夜尿多，時而面浮足腫，男子陽萎陰冷或遺精早洩，婦女月經不調，性慾淡漠，舒張壓持續升高，用藥效果不顯著。舌質紅瘦或淡胖，脈沉弦或細數。治宜補腎氣、滋腎陰、溫腎陽。方選地黃飲子加減。
- 三、痰火內盛型：症見頭重脹痛，頭暈目眩或昏蒙，胸悶犯噁多痰，納差腹脹，心煩意怒，失眠多夢，或嗜睡鼾眠，口苦或黏膩，小便黃，大便秘結，體型肥胖，或檢查有高血脂症。舌胖，苔厚膩，水滑，脈弦滑數。治宜清熱化痰。方選清氣化痰丸合黃連溫膽湯加減。
- 四、肝陽上亢型：症見：頭暈脹痛，煩躁易怒，面色潮紅，口苦咽干，目脹耳鳴，失眠多夢。舌紅苔黃，脈弦或數。治法：平肝潛陽。方藥：天麻鉤藤飲加減。
- 五、中氣不足型：症見：頭暈目眩，倦怠乏力，少氣懶言，不思飲食，胸脘滿悶，或兼腹脹，大便稀溏，舌淡苔白，脈濡弱緩。治法：補中益氣。方藥：補中益氣湯加減。

中醫治療及介入點：

依中醫的理論，高血壓的病位在中醫五臟的“肝、心、腎”，而其病機在“風、火、痰、瘀”互結為病。其中「風」指頭暈目眩，疾病傳變迅速。「火」是指面紅目赤、口苦易怒。「痰及瘀」皆是指氣血不暢，阻塞為病。中醫可從幾個方面來幫助高血壓患者1.直接降血壓2.緩解高血壓所產生的症狀，如頭痛、失眠、心悸等。3.保護心、腦、腎等重要器官，避免高血壓所帶來的損害。4.合併治療高血壓所導致的併發症，如：中風等。

除了上述的中藥方劑治療外。另外針灸治療對於降血壓方面也是有極大療效，針灸用於降血壓的穴位，主要是以「頭五針」的百會、四神聰、風池、陽陵泉，太衝為主，必要時配合井穴放血，搭配足三里、三陰交、豐隆、合谷等穴，耳針在耳朵的降壓溝治療可加強且持續的治療。七星針治療，可減緩因為血壓過高所導致的頭痛頭暈等症狀。滑罐及拔罐也可減緩因為血壓過高所導致肩頸肌肉僵硬等不舒服的症狀。

臨床治療案例：

XXX女士，40歲，剖腹產後5日入住本院病房，在整個住院過程中，媽媽剛入院時明顯的血壓偏高且極不穩定，一開始即使用耳珠治療，另外加上兩帖中藥來治療。發現收縮壓有稍微降低一些，但是舒張壓無明顯改善，於是兩帖中藥吃完後，原方加減，再吃三帖，吃完三帖之後收縮壓和舒張壓都有明顯改善，且病患的睡眠及頭痛問題都有明顯改善，如果病患可再長期治療一段時間，病患高血壓的問題，應該可以接受良好的控制，甚至根治。

妊娠、生產及產褥期之併發症－緊張性頭痛

- 一、ICD-9-CM：307.81--緊張性頭痛(Tension headache)。
- 二、資料出處：台灣中醫婦產科研究小組；賴榮年；陽明醫院。
- 三、發表時間：2009年11月。
- 四、現代醫學病名及定義：緊張性頭痛(tension-type headache, TTH)是一般人最常見的頭痛，在12~41歲的人口當中，約有86%的人在一年之內會發作一次，且這個比例仍在逐漸升高。其終身盛行率在女性約為88%，略高於男性的69%。且在產後情緒低落(Postpartum blue)的女性患者（愛丁堡產後憂鬱量表 (Edinburgh postnatal depression scale, EPDS)評估超過9分者），更容易併發緊張性頭痛。緊張性頭痛最主要的成因是頭頸部的肌肉持續收縮，使局部組織的痛覺受器變的更為敏感而產生壓迫和沉重感。且局部的血管伴隨肌肉緊繃而收縮，使的血管本身的痛覺受器受到刺激。導致頭頸部肌肉持續收縮的原因有：長時期的情緒變動，如過度焦慮、擔憂及緊張的心情；長時間的工作與缺乏充分的休息及睡眠，如失眠患者；以及頭頸部及肩膀長時間維持不良姿勢，例如經常伏案低頭的上班族。另外，緊張性頭痛常伴隨後頸部僵凝(Chronic cervical muscle spasm)，因為頭部緊張常連帶引起頸項部的肌肉收縮，尤其以胸鎖乳突肌(Sternocleidomastoid muscle)、斜方肌(Trapezius muscle)、提肩胛肌(levator scapulae muscle)。患者常有頸部僵硬疼痛的感覺，並且轉動頸部的動作會受到限制，例如無法俯仰或左右轉動等。此類頸部的僵硬多半在局部活動後會得到緩解，但長時間不動

或疲勞時則會逐漸惡化。觸診時會發現後頸、肩肌肉緊繃僵硬且有壓痛點。由於反覆發作的慢性發炎，造成局部組織的硬化，而可以觸摸到明顯且不易消散的硬塊。

五、中醫相關病名：頭痛。

辨證分型

- 一、外感風寒頭痛：頭痛有時連及項背，或有緊束感，遇風寒則痛劇，喜戴帽，畏寒發熱，骨節痠痛，口不渴，舌苔薄白、脈浮緊。宜用川芎茶調散。
- 二、外感風熱頭痛：頭脹而痛，遇熱加重，發熱惡風，面目赤紅，咽喉腫痛，口乾渴，舌尖紅，苔薄黃，脈浮數。方用黃連上清丸。
- 三、外感風濕頭痛：頭重如裹，昏沉疼痛，陰雨加劇，胸悶不暢，脛滿納呆，肢體困重，或有溲少便溏、舌苔白膩、脈濡或滑。方用羌活勝濕湯。
- 四、肝陽上亢頭痛：眩暈而痛，偏於兩側，或連巔頂，煩躁易怒，怒則加重，耳鳴失眠，或有脅痛，口乾面紅，舌紅少苔，或苔薄黃，脈弦或細數。方以天麻鉤藤飲。
- 五、中氣虛弱頭痛：頭腦空痛，疲勞則甚，身倦無力，食欲不振，氣短便溏，舌苔薄白，脈虛無力。方用順氣和中湯。
- 六、血虛陰虧頭痛：隱隱頭痛，頭暈，心悸少寐，目澀昏花，面色晄白，唇舌色淡，脈細而弱。方用八珍湯或歸脾湯。
- 七、瘀血阻絡頭痛：痛處固定，經久不癒，其痛如刺，或曾頭部創傷，舌質色紫，脈細澀或沉澀。方用血府逐瘀湯主之。
- 八、痰濁上蒙頭痛：頭痛頭昏，眩暈，胸悶脛痞，嘔惡痰涎，納呆，舌苔白膩，脈弦滑。方用半夏白朮天麻湯。

中醫治療及介入點：

新產婦因生產過程大量耗損氣血，多呈氣虛血少的虛弱狀態，如《傳青主女科·產前後方證宜忌》：「凡病起於血氣之衰，脾胃之虛，而產後尤甚。」此時周身經脈缺乏氣血充盈，易受外感寒邪入侵，正如同《素問·評熱病論》說：「邪之所湊，其氣必虛」。而當寒邪阻滯頸部氣血運行，便使筋脈皮肉失去濡養而疼痛，正如《素問·舉痛論》所言：「寒氣入經而稽遲，泣而不行，客於脈外則血少，客於脈中則氣不通，故卒然而痛」。

在診斷方面，可重壓風池穴檢查是否頭痛情形加重，若有則病位以足少陽膽經為主。通過後頸部的經脈主要有四條，由內到外依次為督脈、足太陽膀胱經，足少陽膽經及手少陽三焦經。足少陽膽經與手少陽三焦經在外側，並向外循行至肩井穴，受外邪侵犯時以頭部左右轉動受限，疼痛延伸至肩膀為主要症狀；足太陽膀胱經則在內側平行脊椎兩側，受外邪侵犯時以頭部俯仰受限，疼痛延伸至背脊為主要症狀。

臨床治療案例：

XXX，37歲，產後出現 頸部僵硬疼痛已四天，疼痛在夜晚或寒冷時較嚴重，當感覺疲倦或轉動脖子時會加重；當自行按摩，沖熱水，或熱敷時會減緩。疼痛伴隨頸部及肩部肌肉僵硬，頸部轉動受限制且伴隨頭痛，給予針刺穴位-右側大陵穴與合谷穴，入針後捻轉催氣一次，並囑咐病人緩緩左右轉動頸部，留針十五分鐘，期間每五分鐘捻轉催氣一次，一針大陵，針後患者即感到頭部疼痛明顯緩解，令患者隨著捻轉催氣緩緩轉動脖子，發現已較針前容易許多，僵硬的感覺也明顯好轉。二針合谷後痛更減，且左側風池穴痛不可觸的情形，在此二步驟結束後，留針的同時病患感到疼痛更加減少，且左側風池穴疼痛感相較於治療前減輕許多，起針後患者已可舒服的轉動頭部，於隔日早上訪查時表示昨晚一夜好眠，且起床後發現頭痛與頸部僵硬症狀完全消失。

附錄九 住院病例投稿發表文章

題目：以前置胎盤妊娠早期出血病案為例思考發展證據醫學的方法 作

者：林俐嘉¹、陳曉萱¹、林舜穀¹、葉家豪^{1,2}、賴榮年^{1,2}

服務單位：

1. 台北市立聯合醫院陽明院區

2. 國立陽明大學傳統醫藥學研究所

簡題：傳青主妊娠用藥

聯絡人：賴榮年 02-28353456 # 6242 台北市士林區雨聲街105號

通訊作者：賴榮年

電話：28353456 # 6242

傳真：28347528

地址：台北市士林區雨聲街105號

E-mail：d90841002@ntu.edu.tw

摘要

由於眾多複雜因素，評估另類醫療的療效並不容易，當然這並不利於另類醫療的推廣及發展。先兆性流產(Threatened abortion)是指在妊娠20週之前的陰道出血，發生率約每5位懷孕婦女中就有一位，因此是懷孕時期最常見的病症。臥床休息及補充黃體素(Progesterone)，目前主要的療法，然而其療效如何仍未有定論[2]。本病例報告中提出，以中醫傳統辨證論治的思路處方飲片治癒一位37歲前置胎盤先兆性流產的醫案，患者在持續5週補充黃體素療效欠佳的情形下，於懷孕12週時服用助氣補漏湯二劑後，出血量明顯下降，續服潤燥安胎湯加減方六劑後出血止，一週後，個案因感冒咳嗽厲害再度出血，再服潤燥安胎湯加減方兩劑後出血又止，並於懷孕19週時電話追蹤，患者表示過去陸續服用11劑中藥後陰道出血已痊癒，目前未服用任何藥物。這個醫案指出依循傳統療法的可能有效性，並也讓我們思考，若要進一步將其發展為實證醫學所應注意的事項。

關鍵字：先兆性流產、實證醫學、中醫藥、前置胎盤、病例報告

A Case Report of Treating Bleeding Placenta Previa with Chinese herbs: Essence of TCM Evidence-Based Medicine

Li-Jia Lin¹, Shun-Gu Lin¹, Hsiao-Hsuan Chen¹, Chia-Hao, Yeh^{1,2},
Jung-Nien Lai^{1, 2}

1. Department of Chinese Medicine, Taipei City Hospital Yang Ming Branch
2. National Yang-Ming University, School of Medicine, Institute of Traditional Medicine

Corresponding Author : Jung-Nien Lai

1. Telephone : 886-2-28353456 # 6242
2. Fax : 886-2-28347528
3. Address : No.105, Yusheng St., Shilin Dist., Taipei City 111, Taiwan (R.O.C.)
4. E-mail : d90841002@ntu.edu.tw

ABSTRACT

Evaluation of traditional Chinese medicines/complementary and alternative medicines (TCM/CAM) is generally difficult because their effectiveness might be confounded by multiple factors. It precludes the rational use of such therapies. Threatened miscarriage— vaginal bleeding before 20 gestational weeks— is the commonest complication in pregnancy, occurring in about a fifth of cases. Miscarriage is 2.6 times as likely, and 17% of cases are expected to present complications later in pregnancy. Bed rest is routinely recommended, and about a third of women presenting with threatened miscarriage are prescribed drugs. However, two thirds of the general practitioners recommending this do not believe it affects outcome. In this article, we describe a 37-year-old female at 12-week gestation, presented with malaise, nausea, vomiting, dry mouth, and vaginal spotting. A clinical diagnosis of total placenta previa with vaginal abnormal bleeding was made. She was disappointed with the result after taking 5-week oral progesterone treatment. Therefore, she sought traditional Chinese medicine (TCM) services for her threatened miscarriage. 11 doses of TCM decoctions were prescribed during 14 days duration, the amount of vaginal spotting significantly decreased after 2-day medication and abnormal vaginal discharge dramatically ceased later. We followed up the late effects of this TCM treatment at 20-week gestation, she perceived no longer abnormal discharge since then. The case highlights the effectiveness of herbal medicine for threatened miscarriage and reconsiders the issue of developing TCM in evidence-based medicine.

Keywords: evidence-based medicine, traditional Chinese medicine, threatened miscarriage, case report, placenta previa

前言：

為確保藥品安全及正確評估其醫療效能，藥品必須進行臨床試驗，據以獲得人體安全性與有效性之評估資料。臨床試驗一般可概分為介入性試驗(Interventional trial)及觀察性試驗(Observational trial)二種。在有效性的評估方面，隨機雙盲對照試驗(randomized, double blind, controlled trial)絕對是最理想的研究在安全性的評估方面，屬於觀察性試驗之一的世代研究(cohort study)可能是最佳的研究設計，上述兩者皆是取得證據的方法，也是實證醫學很重要的一部分。然而，並非所有的證據皆可透過上述模式完成，以孕婦相關的疾病為例，在公告之「藥品臨床試驗一般基準」指出除非研發藥品欲用於孕婦，否則應將孕婦排除於一般臨床試驗之外。如果要做孕婦的第一、二、三期臨床試驗，則對後續評估非常重視，尤其是對孕婦的安全性評估，對孕婦服用試驗用藥對胎兒的安全性評估，以及試驗用藥長期對孕婦及胎兒的安全性評估等，因此孕婦相關疾病的藥品開發不多。中醫藥累積千年的人體使用經驗，過去也有許多專論及病例報告記載，因此在目前孕婦相關治療藥品開發不多的情形下，回顧古籍並檢視現代臨床醫案，不失為一個研發治療孕婦新藥物的好方法。

傅山，明清大學問家，字青主。他博學精通佛道之學、詩文、書畫及醫學，其醫學著作《傅青主女科》，頗受臺灣部分中醫婦科醫師的重視，其方藥療效佳、用藥大膽、組方巧妙，除了標幟出傅氏用藥精準、療效卓著的四兩撥千金特色，也凸顯了中醫辨證論治的思想。而於後世運用上，大陸的中醫師也頗有用方心得，其發表傅青主相關的期刊大多集中在帶下、血崩、調經、種子、安胎等方面，可見傅青主的處方理論，有其一定程度的再現性。本文提出一個運用其妊娠門的理論及用藥觀念治癒一前置胎盤先兆性流產的醫案，並思考如何運用實證醫學的研究方法來發展新的治療藥物。

病例報告：

姓名：李XX 年齡：37歲 病例號碼：50XXXX44 就診日期：98/6/29

主訴：目前懷孕12週，自懷孕7週開始陰道不正常出血至今。

現病史：

這位37歲已婚女性，現懷孕12週，持續陰道出血已五週，血色鮮紅且點滴不盡，並無腹痛及下墜感。雖已口服黃體素安胎，然而並未改善不正常出血的情形，期間亦曾婦產科超音波檢查，發現胎盤整個覆蓋子宮頸內口；不過也無法完全排除子宮頸口閉鎖不全而導致出血之可能性。

過去病史：

1. **G3P1A1**，第一胎已六歲，懷第二胎時出現陰道出血、子宮下墜感等流產跡象，西醫診斷為子宮頸閉鎖不全(Incompetent Cervix)，並進行子宮頸環紮術(Cerclage)，但仍於懷孕25週時，因為羊水破裂感染而小產。
2. 子宮內膜異位(Endometriosis)病史，七年前腹腔鏡手術刮除，開刀後月經間期變短（由30天改為25天）。
3. 無高血壓、無糖尿病、無凝血功能異常、無自體免疫疾病等病史。

中醫四診：

望診：舌紅，邊有齒痕，苔薄白。

聞診：無特殊氣味，言語正常。

問診：

1. 寒熱：不畏寒熱，不畏風。
2. 飲食：孕吐嚴重但皆為乾嘔，常有噁心感。
3. 二便：大便1-2行/日，質較稀。平時易腹瀉，腹瀉時常有腹痛感。
4. 精神：較為緊張，容易受驚嚇。
5. 睡眠：眠可，但多夢。夜半易口乾，喜飲溫水，夜尿約2-3次。
6. 胸背：常有胸悶、喘，但無特定時發作時間。
7. 婦科病史：LMP：98/4/6。月經周期規則(I/D：25-26/6-7)，經來易腹瀉，月經有血塊，量質均平。

切診：兩側脈皆弦數。

診斷：西醫：早期妊娠出血。

中醫：胎漏（中醫證型：氣虛血熱）。

治則：補氣益血清熱。

處方：西洋參1兩、生地5錢、白芍5錢、續斷3錢、黃芩1錢5分、益母草2錢，水煎口服，共三帖。

追蹤診療記錄：

二診：98/07/04（孕期第12週）

服用一診處方之湯劑後陰道出血改善，06/30~07/04仍有粉紅色分泌物，期間07/03未出血，出血顏色為褐色、粉紅色混合分泌物，無血塊。睡至夜半時仍爾偶感口乾渴。舌淡紅、邊有齒痕，苔薄白。雙側脈弦緊而細。

處方：炒白朮1兩、當歸5錢、生地3錢、側柏葉3錢、槐花3錢、玄參3錢、丹皮1錢、黃芩2分、阿膠1錢(烊化)，水煎口服，共二帖。

三診：98/07/06（孕期第13週）

自二診服藥後出血量再度減少，僅剩少量褐色分泌物。服藥後身體較易發熱，排便較硬。舌淡紅、邊有齒痕，苔薄黃，雙側脈弦，四末觸之較冰涼。

處方：炒白朮1兩、當歸5錢、生地3錢、側柏葉3錢、知母2錢、玄參3錢、丹皮1錢、黃芩2分、阿膠1錢(烊化)，共四帖。

四診：98/07/11（孕期第13週）

自7/4服藥之後症狀明顯改善，近日已無出血，無褐色分泌物。以前血壓偏低，近日血壓升高，今日血壓121/83mmHg，咳嗽已2-3天，咳甚，晨起痰黃，白天痰白咽癢，晨起鼻過敏症狀甚，鼻涕倒流。舌淡紅，苔白，脈浮弦。自行服用西藥咳嗽糖漿及抗組織胺。

治療：水蒸氣薰蒸喉嚨，建議休息，未開立處方。

五診：98/07/15（孕期第14週）

晨起咳甚，陰道又出血，血量多、色鮮紅。痰色黃白，不甚黏，鼻咽癢，鼻涕倒流。

處方：炒白朮1兩、當歸5錢、生地3錢、側柏葉3錢、知母2錢、玄參3錢、紫蘇2錢、麥冬2錢、牡丹皮1錢、阿膠1錢（烊化服）黃芩5分，水煎藥1帖。

六診：98/07/16（孕期第14週）

目前已無鮮紅色出血，仍有褐色分泌物，子宮頸無開。仍有咳嗽，痰量減少，痰色淡黃。

處方：續服前方水煎藥1帖。

電話追蹤：98/08/19（孕期第19週）

目前陰道已無出血，未服用黃體素，在家臥床休息中。

表一、用藥組成分析

功效歸類	補氣		補血藥			補陽藥	清熱燥濕	活血調經	涼血		清熱涼血			清熱瀉火	補陰藥	發散風寒
藥物	西洋參	炒白朮	白芍	當歸	阿膠	續斷	黃芩	益母草	槐花	側柏葉	生地	玄參	丹皮	知母	麥冬	紫蘇葉
6/29 一診	1 兩		5 錢			3 錢	1.5 錢	2 錢			5 錢					
7/4 二診		1 兩		5 錢	1 錢		2 分		3 錢	3 錢	3 錢	3 錢	1 錢			
7/6 三診		1 兩		5 錢	1 錢		2 分			3 錢	3 錢	3 錢	1 錢	2 錢		
7/15 五診		1 兩		5 錢	1 錢		5 分			3 錢	3 錢	3 錢	1 錢	2 錢	2 錢	2 錢

中醫處方思維

這位37歲女性於七年前接受腹腔鏡子宮內膜異位手術後，月經間期變短（由30天改為25天）。以中醫的診斷，月經間期變短的現象屬於“月經先期”範疇。《傳青主女科·調經門》：「婦人有先期經來者，其經甚多，人以為血熱之極也，誰知是腎中水火太旺乎！」「又有先期經來只一、二點者，人以為血熱之極也，誰知腎中火旺而陰水虧乎！」兩段文字均說明了月經間期變短的病理機轉，文中指出月經間期變短需再檢視月經量，如果經來量多，表示腎中水火皆太旺：腎火太旺導致血熱，血熱則表現出月經間期變短的現象；而腎中水太旺則可見到經血多的現象。若是月經量僅來一、二滴，則為腎中火旺而陰水虧，其機轉也同樣是因血熱而表現出月經間期變短，但由於腎水不足，故月經量僅來一、二滴。運用傳青主的理論以分析這位婦女的過去月經史，可知在手術後其體質改變偏向血熱，而由於月經量並沒有明顯增多或減少的變化，可推斷腎火雖旺，而腎水似乎沒有太過或不足的情形。

經來容易腹瀉，在古籍中並未全部將之視為一個應處理的病症，以台灣中醫師常用的典籍如《景岳全書·婦人規》及《傳青主女科》皆未解釋經行泄瀉的病理機轉，當然也就沒有治療方案。反觀《女科輯要》：「經行泄瀉，屬脾虛多濕，宜參苓白朮散。」其中汪石山提到經行泄瀉，是由於脾虛多濕所致，而《醫宗金鑑·婦科心法》：「經行泄瀉，乃脾虛也。若鴨溏冷痛，是寒濕也。」則將經行泄瀉，認為是脾虛所致。此個案平素大便1-2行/日，大便質較稀但沒有完穀不化之現象，並且如廁時經常伴有腹痛感，因此推論患者並非大便溏薄、脘腹脹之單純脾虛證；也不是五更泄瀉、腰膝痠軟的腎陽虛衰；而應是肝木所乘的

脾虛證，此肝脾不和乃肝氣橫逆侵犯脾胃所致，所以有腹痛即泄的臨床特點。誠如《血證論》所云：「木之性主於疏泄，食氣入胃，全賴肝木之氣以疏泄之，而水穀乃化。」脾土的運化須賴肝木的疏泄條達功能才得以完成，若是肝氣鬱滯而不得舒發、伸展，則脾不健運。依據中醫基礎理論推演，肝氣久鬱則可進一步發展為氣鬱化火，便容易發生所謂精神官能症的症狀。此外，氣行不暢影響津液運行也不暢，進一步會引起津液停聚，而形成痰、飲或水腫，亦經常發展為夾痰上逆，而影響到咽喉。個案平素精神較為緊張，容易受驚嚇，睡眠多夢，可見其鬱久化火之跡象，懷孕時乾嘔及噁心感的症狀亦為肝氣上逆的結果。肝氣橫逆的病機經常根源於肝氣鬱結，因此每當有肝氣鬱結的潛在體質時，通常需要透過四診合參及辨證，以釐清肝氣鬱結對其他臟腑或經絡的影響。上述病及脾胃是其一；若氣鬱影響至衝任二脈，則容易長婦科腫塊，個案過去為子宮內膜異位所苦，亦可視為衝任經脈氣滯血瘀的結果，此其二。無論是腎中火旺導致血熱，或是肝鬱化火，耗血傷陰，再加上腹腔鏡燒灼手術，耗氣傷津，均容易使患者逐漸改變成陰虛火旺、血熱的體質，因此不難看出病程發展有其因果關係及背景因素。

依前文分析，患者在懷孕前即偏向於腎中火旺、肝鬱脾虛且有血熱的體質。依據傅氏思想，其主張婦女一旦懷孕，則原來五臟生克的氣血運行模式將產生變化。《傳青主女科·妊娠門》：「夫婦人受妊，本於腎氣之旺也，腎旺是以攝精，然腎一受精而成娠，則腎水生胎，不暇化潤於五臟；而肝為腎之子，日食母氣以舒，一日無津液之養，則肝氣迫索，而腎水不能應，則肝益急，肝急則火動而逆也。」從上述文句中可清楚看出，一旦婦女懷孕後，原本應化潤五臟的腎水部分轉為供生胎、養胎之用，如此一來，每位婦女將隨其稟賦五臟強弱之不同而發生不同的懷孕症狀。本個案既然有肝鬱脾虛的體質，則懷孕後，原本為肝之母的腎臟需要生胎，則肝無法再“日食母氣以舒”，故肝鬱更甚進而肝急火動，便自然走向嘔吐惡心的病程轉歸。而嘔吐一症容易傷氣，氣既受傷，則肝血愈耗；同時若脾胃之氣不足，水穀不化，或是腎精虧損，使得生血無源也容易加重肝血不足之症。另外因為患者有肝木所乘的脾虛證，因此容易有胸悶、喘等氣虛兼症，也正因為有氣虛兼症，故氣逆之症則相對較輕，不至於嚴重到嘔吐終日或飲食不進的程度；同時也因為有氣虛之症，故血熱灼傷脈絡，迫血妄行的情形相對較輕，不至於嚴重到胎動不安、陰道出血量多如經水的程度。因此依據個人體質特點，以中醫理論推演，醫者應該能夠早在患者懷孕之前，就預見其懷孕後可能發生的病症，並防患於未然。

在《傳青主女科·妊娠門》懷孕後相關併發症中，特別提出早期妊娠出血合併有口乾舌燥的病理機轉：「妊婦至三四個月，自覺口乾舌燥，咽喉微痛，無津以潤，以至胎動不安，甚則血流如經水，人以為火動之極也，誰知是水虧之甚乎。」傅氏認為此症狀乃是由於腎水虧的緣

故，腎水不足，無津以潤，故表現出口乾舌燥的症狀；同時由於腎水不足，相對火之有餘，腎經因此火動而陰道出血，無法維繫正常逐月養胎的生理。

讓我們再一次回顧傅青主的理論，本個案在未懷孕前僅表現出腎火旺、血熱及肝鬱脾虛的體質，當然由她的經血量及能夠受孕三胎的情形來看，可以推測腎氣是充足的，不過一旦懷孕，腎除了要維持化潤五臟外，還要養胎、生胎，原來腎水偏弱的體質因此凸顯出來，而多夢及易受驚嚇也提示患者可能已有部分心腎陰虛的跡象。而肝腎同源，肝無腎精所養，導致肝氣急迫、肝血不足，亦能由孕吐嚴重得到驗證。綜合以上的分析，氣虛血熱、腎水不足、肝血不足乃為主要核心問題，於是便能據此訂出治療的原則及方向。急則治標，先從氣虛血熱入手，由於「有形之血不能速生，無形之氣所當急固」，故初診以助氣補漏湯大補其氣並清血熱。緩則治其本，待其氣稍回復、出血減緩，二診便以潤燥安胎湯加減方滋腎清熱涼血。由於肝血、腎水等有形之物不能遽生，必須虛則補其母，由滋補肺金切入，金潤則能生水，而水有逢源之樂矣；腎水既足，則能化潤肝臟，而能解除肝急火動。水既有本則源泉混混，再稍加清熱之品，則火制胎安。

發展中醫藥實證醫學之注意事項

本病例診治端賴中醫傳統辨證論治的思維，但若以此為例，未來將如何引領中醫藥往實證醫學的方向發展呢？下文茲說明個人淺見。

首先是診斷，由於本個案小腹不痛且無下墜感，依古籍記載是歸屬於“胎漏”或“漏胎”之的範疇，西醫病名統稱為先兆性流產。但進一步經超音波檢查發現有前置胎盤(Placenta previa)的現象，且胎盤蓋住整個子宮頸內口，這顯然不同於無前置胎盤之的先兆性流產，若再加入過去病史等考量，則病因病機將更加複雜。個案主訴這次懷孕從七週到十二週陰道出血的臨床表現，與前一胎懷孕25週感染後小產的過程如出一轍，因此並無法完全排除子宮頸閉鎖不全之可能性。從後續電話追蹤的結果來看，此中藥療法可能對先兆性流產或前置胎盤的無腹痛型妊娠出血是有益處的。因此往後在臨床上應再多加觀察上述兩類病種，以本病例中同樣處方模式治療後的結果。

未來若欲觀察中藥治療先兆性流產或前置胎盤的無腹痛型妊娠出血兩類病種之療效，應該將前述中醫辨證思維及病人體質皆納入考慮，這是目前大多數臨床試驗在執行前未能深入考量之重點，也是眾多臨床試驗中研究方法所無法克服的難題，因此經常未將其納入研究設計之中。假若研究時其納入條件只設定為先兆性流產或前置胎盤出血，則觀察對象將包括有血熱體質及無血熱體質者，亦可能納入肝血不足或充足、腎水不足或充足、或同時兼有兩種以上證型等不同的體質進入研究族群之中。如此一來，將稀釋了助氣補漏湯、潤燥安胎湯於妊娠出血的療效。

解決之道，當然是要讓血熱的有無、肝血不足或足、腎水不足或足等不同體質能被測量，能被測量才能被分類，也才能被比較。舉例來說，假如主診斷仍訂為先兆性流產，再加上中醫證型相關之可定義或測量的納入條件，例如：月經間期變短、經量變化不大、口乾欲飲、無腹痛型早期妊娠少量持續出血等症狀，則可能提升驗證助氣補漏湯、潤燥安胎湯有效性的機會。

其次為治療藥物的篩選，本病例中先使用助氣補漏湯，再服用潤燥安胎湯加減方，由於療程中先後使用不同處方，因此欲評估其治療效果之研究方法並不容易設計。分析一診、二診兩處方組成的基礎結構頗為相似，因此不排除一開始就使用潤燥安胎湯加減，亦可能得到同樣的結果。假設果真如此，便能簡化研究設計，以減少兩藥方不同組成等所導入之變因，也能減少測量的次數及所需的工具(皆需具信、效度測試)。不過話說回來，如果兩治方的基礎結構相似，以研究角度來看，採用前方較後方有利，因為其組成藥味較少，能減少單味藥因採收時間、栽種地、製程等效價差異所導入的變因。值得注意的是，若後方所加入的側柏葉、槐花等兼具滋陰及止血效果藥味的貢獻很重要的話，那麼使用前方就無法達到治療目的。

在前述中藥處方若欲進行臨床試驗，以獲得孕婦安全性與有效性之評估資料，則後續的長期追蹤評估便非常重要。例如：本個案後來懷孕至幾週生產？自然產或剖腹產？由於子宮頸閉鎖不全往往會提早生產，因此有無早產的資料，能幫助我們判斷，當時陰道出血時是否有處在子宮頸閉鎖不全的可能性。此外，個案懷孕12週時超音波報告顯示其胎盤過低而且整個蓋住子宮頸，形成早期的完全性前置胎盤（Total placenta previa）。一般來說，隨著懷孕週數增加，胎盤的位置會逐漸上升，因此通常在懷孕28週以後，胎盤位置仍然太低且擋住子宮頸口的位置才稱之「前置胎盤」。如果本個案懷孕後期，胎盤位置沒有上升的話，無論她前兩胎是否由陰道產出，這一胎一定需要剖腹才能產出。故經由後續的追蹤，能讓我們更清楚了解到中藥處方，可以有效治療的是完全性前置胎盤、部分性前置胎盤(Partial placenta previa)或是低位性前置胎盤(Low-lying placenta previa)。另外，就是要後續評估中藥對孕婦的安全性，如生產前有无羊膜先破、胎便吸收、產期進展是否與經產婦類似、產後出血量及凝血時間是否延長、胎兒體重、外形異常、成長速率等，因為有太多的不知道，這些都是中醫藥累積千年人體使用經驗的延續，即使是一個病例報告，仔細的評估與記載，不失為中醫藥實證醫學的一個好的開端。

討論

根據過去的研究顯示，每位開業醫師每天約有30個臨床問題，需要尋求解決之道，而這些需求只有約30%被滿足。在大部分的情形中，除了

參加相關的研討會或是與同道切磋討論外，多半皆由自己透過對病患的逐個觀察，不斷地積累臨床經驗，以解決這些臨床問題。中醫師的養成過程中，雖然於見實習階段在曾教學醫院受訓，然而畢業後，能夠到教學醫院完成住院醫師訓練的中醫師仍屬少數。因此本病例透過中、西醫學的診斷思維，討論實證醫學所關注的病患健康結果(health outcome)的改善，希望有助於提昇中醫師於臨床個案的觀察能力及提出有意義臨床問題的能力。

本個案一如大多數的古籍記載，可能有其局限性和片面性的，即使是同一疾病，但在不同病患之間，其臨床差異經常是十分明顯的，其差異可表現在不同的臨床症狀、疾病轉歸和預後。這種個案觀察或單一病例報告(case series)的實證醫學證據力為第四級(levels of evidence IV)，其固然可以提供疾病病因、臨床過程、診治療效的一些資料，然而這些資料並不完整，並且這樣的資料所作出的結論難以推論至其他同類疾病的患者。以本個案為例，若進一步觀察治療過程，服用潤燥安胎湯加減方6劑後，未再出血，而後來因感冒咳嗽嚴重，導致出血再犯，同樣續用潤燥安胎湯加減方2劑而痊癒。三診及五診的處方都有不錯止血的結果，但五診乃針對當時咳嗽厲害時的陰道出血，故於原藥方再加紫蘇葉及麥冬，如果以研究的角度而言，用原藥方可否達到一樣的功效，就不得而知了。以實證醫學而言，此類研究僅能代表弱的證據。實證醫學在中醫的發展，仍應該遵照證據力等級的原則去努力。醫案報告，至少已較古籍記載或專家意見(Expert opinion)為更強的證據，如果用本個案的治方繼續累積足夠同一類別（或證型）的病例系列時，則可以更確信其重覆性，並於期間收集先前不完整的資料，重新修正其診斷標準、納入及排除條件、測量工具、治療劑量及時間等，如此便能逐漸形先兆性流產族群的世代研究（證據力為第二級），以提供更強的證據。如此一來，通過一階段一階段的證據收集及提升證據力等級，便可以著手設計隨機雙盲的人體研究，針對中醫藥之安全性和功效，做最嚴謹的測試。有時後單一中心的隨機雙盲的研究還不夠，最好考慮不同地區、不同季節、不同人種等的研究結果都證實有效，若真如此，那麼此一治方就可正式推廣了。

本文提供了一個有效醫案朝實證醫學發展的方法。雖然目前屬於研究的探索階段，許多關於先兆性流產、前置胎盤的臨床症狀種類、症狀頻率、症狀嚴重度與可能的變因間關係仍不確定，但若能通過對足夠數量的患病人群的觀察，獲取較充分的資料和數據（包括證型、證候分類），顯示現代孕婦人群中健康與出血的規律及往後的病情變化，也得到於不同世代、文化背景、飲食、起居習慣等資料及與病症的關係，如此便能逐漸發展成現代中醫婦科學，才不致使現代中醫師一直停留在套用古代人群的疾病規律及病情變化的現象於現代病人的地步。一如本治方乃依循傅青主理論化裁，但不巧的是傅山並沒有描述妊娠出血又兼有

嘔吐腹瀉這麼合拍之證型的病理見解與治方，調經門也沒有描述經前後泄瀉在現代這麼常見病症的病理見解與治方。因此本文作者在判斷證型時，需綜合患者其他各種症狀，包括口乾、胸悶、舌紅、脈弦數等，另做分析探討，並參考不同理論體系，例如《醫宗金鑑·婦科心法》認為經行泄瀉為脾虛等理論加以解釋。如果能先針對先兆性流產、前置胎盤作有系統並詳細的四診觀察，提出臨床症狀種類、症狀頻率、症狀嚴重度發生比率及與「人、事、時、地」的關係，撰寫現代版的中醫妊娠專著，是提昇中醫婦產科學，很重要的基礎工作。這個工作，看似艱難，其實不然。實際上只要中醫婦科醫師，學習好流行病學的觀念，以此觀念對臨床上可能觸及之各種人體生理、病理進行觀察與測定，並且多方涉獵社會、心理等學科的訓練，培養提出好問題的能力。這樣不僅能提昇個人臨床診療時觀察的正確性及細微度，也有助於判斷傳統古籍論及的可能疾病及其流行病學的發生率、危險因子、干擾因素等病情變化。中醫師透過否證的態度不但可使中醫去蕪存菁，以去除部分不合時宜的觀念及治療，從而展現中醫藥防病治病的長處，才能從根本提昇中醫醫療品質。

除了提昇醫療品質以外，還有幾個中醫師需學習及重視實證醫學的理由。醫療糾紛「自古有之，於今為烈」，傳統中醫師的「溫文儒雅」並非是避免醫療糾紛的護身符，因此需要體認現今醫療糾紛的存在性與傷害性。本個案的治療過程，以實證醫學的觀點，明確告知患者，過去的確有用中藥治好迫切性流產的經驗，但關於前置胎盤的迫切性流產的紀錄不多。初期介入時，都以1天治療方劑為原則，且建議患者全天留在醫院觀察，而後患者感冒咳嗽，因其家屬有醫學相關背景，故自行服用咳嗽糖漿及抗組織胺等西藥。由於當時已沒有出血，作者便建議停服中藥，以備未來責任的釐清。後來因為個案咳嗽加劇而再度出血來就診，作者也僅再開一帖藥治癒。因此，建議中醫師對急症、危症都應需體認醫療糾紛的存在性與傷害性，應將個案隨時可能死胎排出或大量出血不止的可能性，列入整體的治療規劃。相信未來醫療糾紛的發展，勢必以實證醫學做為解決或處理醫療糾紛的基礎。

醫學不能分為主流和另類，只有經過足夠測試或是測試不足的醫學，只有有效和無效的分別。台灣中醫界終究會面臨到中醫同儕、西醫界、病患族群、健康保險公司甚至於法官發出的諸多問題。例如：那些臨床的症狀可用中醫藥治療？以及預後如何？假設診斷已經確定，那麼目前最佳的治療選擇是什麼？對這樣的病人，有沒有其他的治療方式？中醫藥治療方式，有哪些潛在的優缺點？有哪些副作用？…等等。而這每個問題都可能需要用不同種類的實證研究來回答。在大眾的期望及法律責任上，中醫專業團體都被要求善盡保護病人的責任。因此中醫師要保持好的醫療品質，就需縮小醫學知識和臨床實際處理的不確定性，減少病患就診的不安全性，及強化中醫藥執業的專業性。中醫的實證醫學是勢在必行，在諸多時間、經費的限制下，好好將臨床病案分析及發表，顯然是目前最容易完成的證據。

誌謝

感謝行政院衛生署中醫藥委員會提供中醫臨床教學訓練計畫（計畫編號：CCMP-97-CMA-07），以及中醫婦科住院之推動計畫（計畫編號：CCMP-98-RD-106）經費支持。感謝研究助理夏瑞琪與蔡佳純的幫忙。

參考文獻

1. Regan, L, Rai, R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Bail- lieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 839.
2. Neilson, J, Hickey, M, Vazquez, J. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD002253.
3. 陳恆德、王玫、葉嘉新、蕭嘉玲、陳淑儀，《新藥研發之臨床試驗Clinical Trial》。94年生技教育改醫藥基因教學中心教材。
4. 莊昭華、陳保中，孕期暴露中草藥與兒童健康之探討。2006臺灣大學職業醫學與工業衛生研究所，博士論文。
5. 行政院衛生署，藥品臨床試驗一般基準；1998；台北。
6. Chuang CH, Lai JN, Wang JD, Chang PJ, Chen PC. Use of Coptidis Rhizoma and foetal growth: a follow-up study of 9895 pregnancies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2006; 15(3): 185-92.
7. Chuang CH, Doyle P, Wang JD, Chang PJ, Lai JN, Chen PC. Herbal medicines used during the first trimester and major congenital malformations: an analysis of data from a pregnancy cohort study. *Drug Saf.* 2006; 29(6): 537-548.
8. Chuang CH, Lai JN, Wang JD, Chang PJ, Chen PC. Prevalence and related factors of Chinese herbal medicine use in pregnant women of Taipei, 1985-1987. *Taiwan J Public Health* 2005; 24(4): 335-347.
9. 練志霞、黃健玲，傅青主論治帶下病特色。中醫藥學刊。2006；24(11)；2089。
10. 鄒太國、熊陸，《傅青主女科》用補氣補血治療血崩研習心得。湖北民族學院學報（醫學版）。2007；24(3)：62-63。
11. 周惠芳，《傅青主女科》調經方臨床應用拾得。遼寧中醫雜誌。2008；35(5)；665-666。
12. 龐保珍，傅青主女科種子探析。光明中醫，2007；22(12)；6-9。
13. 金玲麗、葛政愛、程建紅，傅青主女科安胎法臨床應用探微。浙江中醫雜誌。2007；42(12)；692-693。
14. 廖奎鈞，經行泄瀉臨床治療經驗。中國中醫臨床醫學雜誌2004/03；10(1)；25-27。
15. Handley M, Stuart M, Kirz H. An evidence-based approach to evaluating and improving clinical practice. *HMO Pract* 1994; 4:75-83.
16. Grol R, Dalhyijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317(7162): 858-861.

17. Sackett D, Haynes R. On the need for evidence-based medicine. *ACP J C lub* 1995; 1: 5-7.
18. 賴榮年等編譯，實證醫學的運用－臨床診療指引。台北台灣，合記出版社，2004。
19. Institute of Medicine, Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
20. Effective Health Care Bulletin. Implementing clinical practice guidelines. York: University of York, 1994.
21. 王榮德：流行病學方法論。台北；台灣；健康文化事業股份有限公司。1997；10：181。
22. 賴榮年：2005國際中醫藥實證醫學研討會（International Society for Chinese Medicine）——台灣推展中醫實證醫學借鏡。北市醫學雜誌，2005；2(7)：676-684。
23. Carnett W. Clinical practice guidelines: a tool to improve care. *Qual Manag Health Care* 1999; 8: 13-21.
24. Sackett D, Haynes R. On the need for evidence-based medicine. *ACP J C lub* 1995; 1: 5-7.
25. Grimshaw J, Russell I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-1322.

附錄十 審稿中文章

題目：遠處取穴針刺療法治癒產後頭痛之醫案報告

作者：林舜穀¹、陳曉萱¹、葉家豪¹、賴榮年^{1,2}服務

單位：

1. 台北市立聯合醫院陽明院區

2. 陽明大學傳統醫學研究所

簡題：產後頭痛針灸治療經驗

聯絡人：賴榮年 02-28353456 # 6242 台北市士林區雨聲街105號

通訊作者：賴榮年

電話：28353456 # 6242

傳真：28347528

地址：台北市士林區雨聲街105號

E-mail：d90841002@ntu.edu.tw

摘 要

在一個產後婦女的世代研究中發現，百分之三十九的產婦曾發生產後頭痛，而其中以緊張性頭痛及偏頭痛的發生率20倍遠高於繼發性頭痛，然而並沒有太多的研究了解其成因及治療方法。在一些實證的研究發現針灸可能是治療緊張性頭痛一潛在有效的療法，然而遠處取穴療法治療產後急性劇烈頭痛的臨床實證研究仍不多。

本病例報告提出，以遠處取穴的針灸療法治療一產後急性劇烈頭痛的37歲初產婦，產後媽媽因初產情緒較焦慮，加上疑似頭部感受風寒而引起由兩側風池、肩頸不可碰觸的劇烈疼痛且頭因疼痛而無法轉動，其憂鬱量表指數偏高且自評有較差的睡眠及生活品質，在門診施與針刺治療後，病患症狀即刻緩解至僅左側風池微有壓痛。起針後，患者已可舒服的轉動頭部，當晚睡眠品質良好，隔日醒來已無不適，診察其兩側風池無壓痛感。遠處取穴針刺大陵、合谷治療產後急性持續四天的劇烈頭痛，觀察到針刺後迅速而顯著的療效，與其他療法相比，具有操作簡便、療效迅速、少副作用等特點，為醫者在臨床面對此類病症，值得善加利用的良好方法之一。

關鍵字：緊張性頭痛、大陵、合谷、針灸遠處取穴、產後

前言：

緊張性頭痛(tension-type headache, TTH)是一般人最常見的頭痛，在12~41歲的人口當中，約有86%的人在一年之內會發作一次，且這個比例仍在逐漸升高。其終身盛行率在女性約為88%，略高於男性的69%。且在產後情緒低落(Postpartum blue)的女性患者（愛丁堡產後憂鬱量表(Edinburgh postnatal depression scale, EPDS)評估超過9分者），更容易併發緊張性頭痛。緊張性頭痛最主要的成因是頭頸部的肌肉持續收縮，使局部組織的痛覺受器變的更為敏感而產生壓迫和沉重感。且局部的血管伴隨肌肉緊繃而收縮，使的血管本身的痛覺受器受到刺激。導致頭頸部肌肉持續收縮的原因有：長時期的情緒變動，如過度焦慮、擔憂及緊張的心情；長時間的工作與缺乏充分的休息及睡眠，如失眠患者；以及頭頸部及肩膀長時間維持不良姿勢，例如經常伏案低頭的上班族。

另外，緊張性頭痛常伴隨後頸部僵凝(Chronic cervical muscle spasm)，因為頭部緊張常連帶引起頸項部的肌肉收縮，尤其以胸鎖乳突肌(Sternocleidomastoid muscle)、斜方肌(Trapezius muscle)、提肩胛肌(levator scapulae muscle)。患者常有頸部僵硬疼痛的感覺，並且轉動頸部的動作會受到限制，例如無法俯仰或左右轉動等。此類頸部的僵硬多半在局部活動後會得到緩解，但長時間不動或疲勞時則會逐漸惡化。觸診時會發現後頸、肩肌肉緊繃僵硬且有壓痛點。由於反覆發作的慢性發炎，造成局部組織的硬化，而可以觸摸到明顯且不易消散的硬塊。

緊張性頭痛最常見的症狀是頭部兩側、枕部、頭頂或全頭部出現鈍痛或脹痛，疼痛常伴隨壓迫感，好像頭部被緊緊的綁住一樣；頭痛的強度為輕至中度，通常很少強烈到需要臥床休息或干擾日常的生活；但有時因過度勞累或缺乏休息、或是在女性經期、更年期時緊張性頭痛會加重且頻率增加，甚至無法集中精神而影響工作。緊張性頭痛一般於下午或工作過後開始發生，早上或休息過後則較會緩解，一般不會合併噁心嘔吐、異常的感覺如閃光等，可據此與偏頭痛區分。

西醫對於此種緊張性頭痛，有幾種治療方式，在藥物治療方面以非類固醇類消炎藥(Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)為主，利用其抑制前列腺素(Prostaglandin, PG)合成的藥效，減緩局部發炎而達到止痛的效果。且最好在頭痛剛開始即服藥，因為NSAIDs無法消除已經產生的前列腺素。在非藥物治療方面，主要以局部牽引或按摩為主，藉由牽引按摩能放鬆局部肌肉，達到緩解疼痛及緊繃感的效果；也可以用熱敷減少疼痛與改善僵硬。除此之外，充分的放鬆與休息以消除身體的疲勞，去除患者的精神壓力使心情保持輕鬆愉快也有一定治療效果，且可以預防緊張性頭痛的再發。侵入性的方法則是在疼痛部位注入消炎藥與類固醇，可以快速的止痛，但由於操作的危險性較高，僅使用在藥物與其他治療皆無效，且有明顯的疼痛點時使用。

綜觀以上的治療方法，藥物治療雖然效果良好，但大多數非類固醇類消炎藥會分泌至乳汁，故許多正在哺乳的媽媽會拒絕使用。此外，長期使用非類固醇類消炎藥的病人會出現消化道不適的症狀，甚至可能有出血、潰瘍及穿孔等嚴重腸胃副作用。對於曾服用NSAIDs引起胃不舒服症狀的媽媽，也希望尋求其他療法來解除令人不舒服的頭痛。

病例報告：

本篇病例報告將以一位產後連續4天發生急性劇烈頭痛的37歲初產婦診治過程為例，詳細描述病人臨床表現與針灸治療方法，使病人能在極短的時間，由嚴重的頭痛伴隨失眠，且風池穴痛不可觸的情形。經過短暫針灸治療後，症狀立即改善至頭部可自由轉動的程度，該夜排便順暢且睡眠品質大幅改善，第二天追訪頭痛症狀已完全解除。希望其治療成果，可作為日後對於這類疾病治療的參考。

一、基本資料：

姓名：XXX；性別：女；年齡：37歲；出生地：台北市；現居住地：台北市；職業：

病例號碼： 就診日期：98/6/14

二、主訴：

產後頸部僵硬疼痛，已四天。

三、現病史：

患者於6/12於台北某私人醫院，自然產下一名男嬰，產後出現頸部僵硬頭痛。疼痛範圍在雙側後頸部，從枕骨下緣，順著兩側斜方肌延伸至左右肩膀；在兩側枕骨下緣，頭與頸部交界處有明顯疼痛點。疼痛感伴隨悶脹且緊繃，以及局部寒冷的感覺，在生產過後即出現，持續發作已四天，且越來越嚴重。

疼痛在夜晚或寒冷時較嚴重，當感覺疲倦或轉動脖子時會加重；當自行按摩，沖熱水，或熱敷時會減緩。疼痛伴隨頸部及肩部肌肉僵硬，頸部轉動受限制且伴隨頭痛。於是由陽明院區產後照護中心至中醫部門診接受治療。

過去病史：患者沒有肩膀或頸部的受傷史或開刀史，過去也無相同頸部僵硬疼痛的現象。

四、中醫四診：

望診：疲倦欲眠，舌淡紅邊有齒痕，苔薄白；患者後頸部與肩膀左右對稱，外觀並無明顯紅腫、變形或傷痕。

聞診：聲音輕柔，軟弱而無力。

問診：

- (一) 寒熱：產後畏寒明顯，四肢冰冷，疲倦無力，稍勞動即易出汗；口渴喜熱飲。
- (二) 頭身及四肢：久站後下腹部疼痛，腰部痠痛無力，右背部及右膝處疼痛，需平躺休息方能緩解。由坐姿站起時感到頭暈而無力。
- (三) 飲食：食慾佳，食後不會腹脹。
- (四) 精神與睡眠：因寶寶仍在新生兒病房，無法自行餵奶而需要定時使用集乳器，影響睡眠已失眠兩天，故精神差而易煩躁。
- (五) 二便：會陰撕裂傷口疼痛（第四級會陰裂傷），疼痛集中於近肛門處，已較前幾日緩和，排便及解尿時加重，小便不利且疼痛，自覺明顯的膀胱脹滿；排便困難且肛門疼痛，伴有重墜感。

切診：

- (一) 脈診：右脈緩濡，左脈緩而沉。
- (二) 頸部觸診：雙側風池穴疼痛，左側疼痛嚴重，痛不可觸。後頸部脊椎兩側有明顯的肌肉緊繃僵硬。

五、實驗室診斷數據：在入院後為患者進行下列3項抽血檢驗：

- (一) 一般生化主要的異常發現為尿酸(Uric acid) 7.3 mg/dL過高(成年女性正常值為3.0-6.0 mg/dL)。
- (二) 全血球計數(Complete Blood Count, CBC)主要的異常發現為血色素(Hemoglobin, Hb)11.0g/dL過低(成年女性正常值為11.3-15.3 g/dL)，與紅血球數量(RBC count) 3.54 10^6 /uL過低(成年女性正常值為3.7-5.5 10^6 /uL)。
- (三) 凝血功能檢查則未發現明顯異常。

六、產後憂鬱量表與生活品質整體評估：

以愛丁堡產後憂鬱量表(Edinburgh postnatal depression scale, EPDS)評量其產後心情狀況，並以匹茲堡睡眠品質量表(Pittsburgh sleep Quality Index, PSQI)測量其睡眠品質，發現睡眠與生活品質都很明顯的較差。

且愛丁堡心情指數超過9分，顯示病人有產後情緒低落（Postpartum blue）的問題。

	患者情況	正常值
愛丁堡產後憂鬱量表	14	<9
生活品質指數	89	陽明院區平均值：95.94
匹茲堡睡眠品質量表	9	≤ 5

七、診斷：

急性頸項部疼痛；中醫證型為產後陽氣虛損兼情志抑鬱，外感寒邪凝滯頸部筋絡。

八、治則：

患者病機為外感寒邪凝滯經絡氣血，兼產後陽氣虛弱無法抵抗外邪，病位為後頸部經脈，病性為寒邪實證，病勢因陽氣衰少受外感寒邪，產生反覆惡性循環而仍在加重當中。因此治法採取針法疏通受阻經絡氣血為主，調理臟腑氣血為輔，並配合動氣療法使病患自行運動患處，加強氣血疏通效果。

九、處方：

針刺穴位-右側大陵穴(PC7)與合谷穴(LI4)入針後捻轉催氣一次，並囑咐病人緩緩左右轉動頸部，留針十五分鐘，期間每五分鐘捻轉催氣一次。

十、療效：

一針大陵，針後患者即感到頭部疼痛明顯緩解，令患者隨著捻轉催氣緩緩轉動脖子，發現已較針前容易許多，僵硬的感覺也明顯好轉。二針合谷後痛更減，且左側風池穴痛不可觸的情形，在此二步驟結束後，留針的同時病患感到疼痛更加減少，且左側風池穴疼痛感相較於治療前減輕許多，起針後患者已可舒服的轉動頸部，於隔日早上訪查時表示昨晚一夜好眠，且起床後發現頭痛與頸部僵硬症狀完全消失。

在針刺過後患者的睡眠與生活品質也有明顯的改善

	針前	針後	正常值
愛丁堡心情指數	14	9	<9
生活品質指數	89	103	陽明院區平均值：95.94
睡眠指數	9	6	≤5

討論：

新產婦因生產過程大量耗損氣血，多呈氣虛血少的虛弱狀態，如《傳青主女科·產前後方證宜忌》：「凡病起於血氣之衰，脾胃之虛，而產後尤甚。」此時周身經脈缺乏氣血充盈，易受外感寒邪入侵，正如同《素問·評熱病論》說：「邪之所湊，其氣必虛」。而當寒邪阻滯頸部氣血運行，便使筋脈皮肉失去濡養而疼痛，正如《素問·舉痛論》所言：「寒氣入經而稽遲，泣而不行，客於脈外則血少，客於脈中則氣不通，故卒然而痛」。因此患者出現頭部疼痛伴隨局部寒冷等感覺，在夜晚，寒冷或疲倦時症狀加強，並有畏寒明顯，自覺四肢冰冷，疲倦無力，稍勞動即易出汗；口渴喜熱飲，久站後下腹部疼痛，腰部痠痛無力，右背部及右膝處疼痛，需平躺休息方能緩解，聲音輕而無力，脈緩

濡，左脈沉等陽氣虛弱的見證。且因寒主收引，肌肉受寒而收引緊縮，故病患頸項部出現僵硬緊繃的現象，如同《難經·二十九難》說：「寒則反折筋急，熱則筋骨弛緩不收。」

《丹溪心法·產後篇》：「產後無得令虛，當大補氣血為先。雖有雜證，以末治之。」新產婦生產耗損大量氣血，過去禁用發汗，攻下，利小便等耗傷氣血的治法，避免再斫傷氣血津液，如《病機機要》云：「治胎產之病，當從厥陰證論之，宜無犯胃氣及上二焦，是為三禁，謂不可汗，不可下，不可利小便。」也很少使用針刺方法來治療產後的筋骨酸痛。但是在張景岳《婦人規·論產後大補氣血》談到：「凡產後氣血俱去，誠多虛證。然有虛者，有不虛者，有全實者。凡此三者，但當隨證、隨人，辨其虛實，以常法治療，不得執有誠心。」而此病患雖有畏寒明顯，自覺四肢冰冷，疲倦無力，稍勞動即易出汗等陽氣虛弱見證，但是急性頭部疼痛伴隨寒冷與僵硬，屬於外感寒邪實證。因此治療時採用針刺大陵疏通經脈氣血，使寒邪得去氣血通暢以緩解冷痛與僵硬，並配合針刺合谷穴以補養上部陽氣，補正與祛邪互相配合。

大便秘結亦是產後常見的疾病，《金匱要略·產後病脈症篇》即提出產後三病：「新產婦人有三病，一者病瘕，二者病鬱冒，三者大便難，何謂也？...亡津液胃燥，故大便難。」便秘常為產婦帶來許多困擾，因為大便不暢會使生產時的會陰傷口更加嚴重，長時間也會影響消化的功能，產生腹脹不適等併發症，且會影響到產後的生活品質。患者除產後血虛導致津液衰少，無法滋潤腸道而使大便乾硬外，亦兼有氣虛腸胃無法正常通降，正如《婦人大全良方》云：「產後大便秘澀，因腸胃虛弱，津液不足也」，因此患者排便較無力，且排便後有重墜感。合谷穴為大腸經原穴，能補腸胃氣血並促進胃腸通降以改善便秘。大陵穴在《玉龍賦》亦有治療便秘的記載：「肚痛秘結，大陵合外關於支溝。」此外，患者還有產後失眠的問題。長期失眠會造成緊張與鬱悶的情緒，帶給媽媽很大的身體與心靈的負擔，失眠也已經被證實與產後憂鬱的發生有密切的關係，而這些不良情緒也會影響到嬰兒與身邊的家人。其次睡眠不足的母親泌乳量大都會開始減少；再則是睡眠不足會影響食慾，使媽媽和寶寶都得不到足夠的營養，對於寶寶的生長和媽媽的恢復都是不利的因素，且憂慮與緊張的心情往往會影響腸胃的運作，進一步出現加重消化不良或便秘的問題。從中醫的氣血運行觀點，情志抑鬱會導致氣機運行不暢。正如同《素問·舉痛論》所述：「思則心有所存，神有所歸，正氣留而不行，故氣結矣」，而氣為血之帥，氣機停滯血失推動便停聚成瘀，無法上榮頭面，使頭部失養更加重疼痛。

患者除憂慮寶寶的狀況以及頻繁擠乳打斷睡眠外，亦有身倦無力，聲音輕而無力，脈緩濡，左脈沉等氣虛現象，顯示產後氣血虛弱心失所養亦是造成失眠的原因，如徐春圃在《古今醫統大全·病後不眠治例》中論及：「凡病後及婦人產後不得眠者，此皆血氣虛而心脾二臟不

足，雖有痰火，亦不宜過於攻治，仍當以補養為君，而略佐以清痰火之藥。」對於患者的失眠，取大陵穴除了以清心安神之外，亦有補心包經氣的功能，再配合合谷補上部氣虛，使治療失眠的效果更好。

在本病案中，利用針刺遠處大陵與合谷穴來緩解急性頭頸部疼痛，除了是治療的方法，也是幫助診斷順利進行的方法。患者治療前疼痛部位廣及後頭部及後頸部，並延伸至兩側肩膀，而在針刺後疼痛範圍立刻縮小到僅剩左側風池穴有壓痛點，使醫者可以更明確的判斷治療的重點部位所在。且患者在針前頸部僵硬幾乎完全無法轉動，兩側風池穴痛不可觸，難以藉由觸診或患者自行轉動頭部來確定寒邪凝滯的經絡。患者在針刺大陵穴後，頸部僵硬與風池穴疼痛立即緩解大半，頸部活動受限也由幾乎完全無法轉動，好轉為頸部左右轉動受限制，俯仰上下功能則較無限制。因此病位應以足少陽膽經為主。通過後頸部的經脈主要有四條，由內到外依次為督脈、足太陽膀胱經，足少陽膽經及手少陽三焦經。足少陽膽經與手少陽三焦經在外側，並向外循行至肩井穴，受外邪侵犯時以頭部左右轉動受限，疼痛延伸至肩膀為主要症狀；足太陽膀胱經則在內側平行脊椎兩側，受外邪侵犯時以頭部俯仰受限，疼痛延伸至背脊為主要症狀。正如《靈樞·雜病論》所述：「項痛不可俯仰，刺足太陽」。

針刺不但是治療產後頭痛的方法，疼痛緩解後也能夠讓醫者的檢查更加容易，在診斷病位屬於哪一條經絡後，可以更近一步循經取穴來加強治療效果；同時，因為局部的疼痛感已經減緩，選取局部的穴道如風池穴針刺也較能為病人接受，且做為減少針數的方法，因為遠處取穴可以立刻減少疼痛的範圍，以減少後續的穴道使用。

遠處取穴亦能幫助臨床醫師鑑別病邪深入的程度，同樣的頭頸部疼痛起因可能由輕微的皮表或血脈受寒，氣血停滯而疼痛，到肌肉受寒而緊繃僵硬，嚴重則可能來自於肌腱的沾黏與骨頭的變形。對於皮、脈、肉等淺層結構受邪而產生的疼痛，用遠處取穴舒筋脈通氣血能夠快速有效的緩解，且常能如本病案不再復發。但是骨頭的變形與筋腱的傷害則在針灸緩解後反覆發作，而需要更長時間的治療。

在針刺手法方面，患者的劇烈疼痛，屬寒凝氣滯問題，導致經脈閉塞不通，入針後採用強刺激瀉法，氣滯得解後經脈立通，氣血通暢則不痛，起到迅速緩解疼痛的效果。在配穴方面，患者風池穴的疼痛感非常強烈，在觸診時即發現有痛不可觸的現象，若是直接針刺患部，可能在治療初期反而使患部緊繃疼痛感更加嚴重。因此依據《靈樞·終始篇》所說：「病在上者，下取之，病在下者，高取之。」採用上病下治的原則，取遠處的大陵穴，以疏通風池穴附近的氣血鬱滯。

利用針刺遠處穴道來緩解產後頭痛，除了能夠有效緩解疼痛，也是較安全的治療方法，因為頸部是許多重要血管，神經通過的地方，且頸部解剖結構複雜，不管是施行復健科的牽引術，中醫傷科的各種治療手

法，或是局部注射止痛藥物，都有可能傷害重要結構。相比之下，本案例中使用的針刺大陵與合谷穴，不但能完全避免傷及頸部，且不會因為直接刺激疼痛點，讓病患在治療初期有更不舒服的感覺，同時又能達成快速止痛且不再復發的效果。在進針時也配合動氣療法，在進針得氣後，在留針期間一邊捻針

一邊囑咐患者在最大限度內緩緩活動頸部，藉由活動肌肉能推動氣血流通，改善局部的循環，使局部肌肉得到濡養，加速疼痛的緩解和肌肉的鬆弛，正如同《類經·邪風之至治之宜早諸變不同治法亦異》所述：

「搖筋骨，動肢節，以行氣血」。動氣療法結合遠處穴道疏通經絡氣機，以及局部活動活絡患處氣血，能使止痛與放鬆肌肉的效果更好。也能避免直接針刺痛處穴道可能帶來的不適感，患者更可以一邊活動患處一邊感受疼痛的好轉程度，對於決定後續治療方針，評估預後都有很大的幫助。

在本醫案的針刺治療取穴方面，第一步先針大陵，快速進針後，大幅度捻針，採取強刺激瀉法。大陵為手厥陰心包經五俞穴中之俞穴，根據《難經·六十八難》「俞主體重節痛」，能夠舒筋活絡，治療身體肌肉與關節的疼痛，可緩解本病患後頭部僵硬疼痛。

在疏通經絡氣機的同時，也應要治療患者內在臟腑的本因，患者的情志抑鬱與失眠是造成頭部疼痛的重要因素，而大陵穴為十三鬼穴之一，依據《鬼門十三針》：「四針掌後大陵穴，入針五分為鬼心」，《針灸甲乙經》亦記載大陵穴主治：「善笑不休，心中痛…心痛善悲，厥逆，懸心如饑之狀，心澹澹而驚…心如懸」。因此針刺大陵穴有能夠瀉心火安神志，幫助患者能夠安穩的入眠，以除去造成頸部僵硬的內在病因。此外，依據《靈樞·經別》心包經經別循行：「出循喉嚨，出耳後，合少陽完骨之下，此為五合也。」心包經在完骨，也就是耳後高骨處合入三焦經，而患者在此處有強烈的疼痛點，因此針刺大陵穴可疏通此處氣血，緩解氣血鬱滯引起的疼痛。

又根據陰經以俞穴代原穴的原則，大陵穴亦為心包經原穴，俞穴為三焦元氣輸注之處，原穴為元氣留止之所，三焦元氣由此轉輸入經脈中，是心包經三焦原氣最強之所在。患者頸部僵硬疼痛病機為寒邪阻礙氣機運行，透過針刺大陵穴可以加強三焦氣機輸注於經脈中，使結聚的氣機更容易宣通，氣行則血行，氣血運行通暢能夠改善肌肉僵硬緊繃的狀態。

以現代醫學的解剖知識來看，針刺大陵穴可以強烈刺激正中神經(median nerve)，正中神經由第六，第七頸椎及第一胸椎的脊神經(C6~T1)在腋部混合行成，也是支配後頸部及上背部的感覺神經，依門閥理論(gate control theory)，在遠端的強烈刺激可以抑制脊髓對疼痛的敏感程度，即升高疼痛的閾值，也能促進腦內啡的產生而達到止痛的

效果，因此針刺大陵穴可以遏止有同樣支配神經的後頸部疼痛。第二步再針合谷穴，合谷穴為手少陽大腸經的原穴，依據《靈樞·九針十二原》：「所過為原」，為臟腑原氣留止於大腸經的部位。大腸經為陽明多氣多血之經，且依據《靈樞·經筋》，大腸經筋循行：「其支者，繞肩胛，挾脊；其直者從肩髃上頸…其病當所過者支痛及轉筋，肩不舉，頸不可左右視。」患者除寒邪凝滯頸項經脈外，尚有產後陽氣虛衰的問題。在《針灸大成》中也特別強調到『合谷為大腸之原，大腸為肺之腑，主氣』，故針刺合谷穴。可以補氣使上部陽氣得以升發，頸項部氣血宣通，頭為「諸陽之會」，陽氣充足則能抵抗外感寒邪，而達到扶正祛邪的效果。因大陵亦為心包經的原穴(陰經以俞代原)，以合谷配合大陵同時針刺兩經的原穴可加強三焦元氣輸注，而使補氣的效果更好。

合谷穴亦有通絡鎮痛的功能，對於身體上部的疼痛如頸項痛、頭痛、牙痛，針刺合谷穴能夠藉由增高疼痛的閾值，而達到陣痛的效果進而使因疼痛而僵硬的肌肉組織得以放鬆。在許多中醫針灸文獻中，也提到合谷治療肩頸部以及頭部疾病的效果，如《席弘賦》當中提到：「手連肩脊痛難忍，合谷針時要太衝」，以及《醫宗金鑑》：「痺痛筋急針止疼，兼治頭上諸般病」。

經上述針灸治療後，產婦當時就解除了僵硬、痛不可碰觸的症狀，可自由轉動頭部。並於次日追訪時，產婦表示當夜睡眠品質大幅改善，一覺醒來已無頭痛的症狀。此病例為產後本虛標實之症，僅就單次針灸治療標本兼治，不但解除了頭痛項強拒按的主症，也將失眠、便秘的困擾一併調解。

結論：

西醫對於緊張性頭痛也有多種不錯的治療方式，像是止痛藥、肌肉鬆弛或是復健等。但對產後需要哺乳的產婦而言，服用藥物往往頗為猶豫，因此像本文產婦忍耐了3~4天，都未考慮接受藥物治療，雖然自己也嘗試用了一些熱敷等方法，但成效不彰，由於她正巧入住附設在臺北市立聯合醫院陽明院區的中西醫全人產後照護機構，才能接受到如此有效率的治療方法，在接受一次二針的針灸治療後症狀迅速緩解，並大幅改善生活品質，故產後針灸不失為一副作用少、費用低廉、操作簡易的療法，這一種中西醫整合的產後照護模式，可能是未來產後婦女照護一不錯的選擇。

誌謝

感謝行政院衛生署中醫藥委員會提供中醫臨床教學訓練計畫（計畫編號：CCMP-97-CMA-07），以及中醫婦科住院之推動計畫（計畫編號：CCMP-98-RD-106）經費支持。感謝臺北市立聯合醫院陽明院區產後護理之家

護士陳維茹，門診護士吳佩憶在治療上的協助，以及研究助理夏瑞琪與蔡佳純的幫忙。

參考文獻

1. Headache classification subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 9.
2. Russell, MB, Levi, N, Saltyte-Benth, J, Fenger, K. Tension-type Headache in Adolescents and Adults: A Population Based Study of 33,764 Twins. *Eur J Epidemiol* 2006; 21: 153.
3. Rasmussen, BK, Jensen, R, Schroll, M, Olesen, J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1147.
4. Scharff L., Marcus D.A., Turk D.S: Headache during pregnancy in the postpartum: a prospective study. *Headache* 1997; 37: 203-210.
5. Olesen, J., & Jensen, R.. Getting away from simple muscle contraction as a mechanism of tension-type headache; *Pain* 1991; 46: 123-124.
6. Ashina, M. Neurobiology of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2004; 24: 161.
7. Spierings, EL, Ranke, AH, Honkoop, PC. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. *Headache* 2001; 41: 554.
8. Schwartz, BS, Stewart, WF, Simon, D, Lipton, RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998; 279: 381.
9. Sandrini, G, Antonaci, F, Pucci, E, et al. Comparative study with EMG, pressure algometry and manual palpation in tension-type headache and migraine. *Cephalalgia* 1994; 14: 451.
10. Karli, N, Zarifoglu, M, Calisir, N, Akgoz, S. Comparison of pre-headache phases and trigger factors of migraine and episodic tension-type headache: do they share similar clinical pathophysiology? *Cephalalgia* 2005; 25: 444.
11. Bigal, ME, Lipton, RB. Tension-type headache: classification and diagnosis. *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9: 423.
12. Rasmussen, BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995; 15: 45.
13. Jensen, R, Fuglsang-Frederiksen, A. Quantitative surface EMG of pericranial muscles. Relation to age and sex in a general population. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1994; 93: 175.
14. Steiner, TJ, Lange, R, Voelker, M. Aspirin in episodic tension-type headache: placebo-controlled dose-ranging comparison with paracetamol. *Cephalalgia* 2003; 23: 59.
15. Bigal, ME, Rapoport, AM, Sheftell, FD, et al. Transformed migraine and medi-

cation overuse in a tertiary headache centre--clinical characteristics and treatment outcomes. *Cephalalgia* 2004; 24: 483.

16. Schachtel, BP, Furey, SA, Thoden, WR. Nonprescription ibuprofen and acetaminophen in the treatment of tension-type headache. *J Clin Pharmacol* 1996; 36: 1120.

17. van Ettehoven, H, Lucas, C. Efficacy of physiotherapy including a craniocervical training programme for tension-type headache; a randomized clinical trial. *Cephalalgia* 2006; 26: 983.

18. Bronfort, G, Nilsson, N, Haas, M, et al. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane DatabaseSyst Rev* 2004; CD001878.

19. Rains, JC, Penzien, DB, McCrory, DC, Gray, RN. Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache* 2005; 45(2): 92.

20. Scharff L., Marcus D.A., Turk D.S: Headache during pregnancy in the postpartum: a prospective study. *Headache* 1997; 37; 203-210.

21. Melzack: From the gate to the neuromatrix; *Pain* 1999; 6; 121-126.

附錄十一 審稿中文章

推動臺灣中醫婦科住院現況

陳曉萱¹ 林俐嘉¹ 賴榮年^{1,2} 卓雨青¹ 葉家豪¹

¹臺北市立聯合醫院陽明院區中醫科 ²國立陽明大學傳統醫藥學研究所

通訊作者：賴榮年 電話：
28353456 # 6242 傳真：28347528
地址：臺北市士林區雨聲街105號
E-mail：d90841002@ntu.edu.tw

Abstract

Traditional Chinese gynecology medicine (TCGM) focused on outpatient health care for over hundred years in Taiwan. The model of outpatient health care restrained the development of TCGM because of uncertain diagnosis before and/or after TCGM treatment, lacking long term follow up to make sure the effectiveness of TCGM. Through closely observation and documentation either the safety or the effect of western therapies during inpatient health care, western medicine developed very well and became the mainstream health care system in nowadays. Therefore, to carefully observe and to detail document the effectiveness of TCGM therapies seem the first priority to develop TCGM. In the past 2 years, we found that menorrhagia, threatened abortion, acute respiratory distress due to ovarian hyperstimulation syndrome can be well care by the TCGM inpatient care model. We therefore recommend that the integration both western medicine and traditional medicine for women with either gynecological or obstetrical problems will be able to achieve the goals of health promotion for women

Keywords: integrative medicine, Chinese medicine, inpatient

摘要

臺灣中醫婦科過去數十年來，長期侷限於基層醫療工作，導致中醫醫療住院對於急重症婦產科疾病的確切診斷、治療過程中的追蹤及預後等都較薄弱，影響了中醫婦科學的發展，有鑑於西醫醫藥發展過程中，重要的臨床療效及制度均是建立於住院病患的臨床評估，故中醫婦產科住院的機制，對中醫婦產學科的發展便相當重要。兩年的研究期間，我們發現血崩、迫切性流產、卵巢過度刺激及呼吸窘迫症等婦產科病種是中醫可以收治住院的對象，建議未來應發展中西醫婦產整合照護體系，使婦女能享有真正促進健康、預防醫學及優質照護的目標。

關鍵詞：中西醫婦產科整合照護、中醫、住院

開辦臺灣中醫婦科住院緣由

臺灣中醫過去數十年來，長期侷限於基層醫療工作，導致中醫醫療對於疾病的確切診斷無法確立，且治療過程中的追蹤及統計均付之闕如，以致中醫臨床治療常規一直無法建立，而中醫臨床療效也無法有效證實，導致長期以來中醫藥的療效受到質疑，同時也影響了中醫藥的發展¹。有鑑於西醫醫藥發展過程中，重要的臨床療效及制度均是建立於住院病患的臨床評估之上，所以中醫住院的機制對中醫藥發展是相當重要²。

住院制度是西醫醫療服務的主要項目之一，病患病情在醫護人員密集的觀察、監控及適時提供相應的處置，加上有許多實證的科學研究成果為基礎³，病情改善及治療之間的關係容易掌握，西醫因此博得民眾的信賴而成為主流醫學；住院制度亦是西醫訓練醫師及養成專科醫師的主要過程，年輕新進的醫師被要求密集的觀察病患病情，被訓練如何提供適時、相應的處置，使得完成訓練的醫師皆能達到專科醫師的水準；另外也因此提供更多更豐富的科學研究機會及材料。反觀傳統中醫懸壺行醫，或坐堂開店，或應邀出診，醫生對病人的診治、把脈、開方以及病人家屬照方抓藥等，病歷記載格式及內容多寡不一，療效好的醫案及臨床思路不一定將其公開發表，以利後學學習，年輕中醫師沒有機會隨侍在資深中醫師旁，學習觀察病情變化、收集重要的四診資料，也因此無法得知資深中醫師如何在變化多端的病症上提供適時的處置。民國84年開始，中醫納入全民健保給付體系。在整個醫療照護制度的變革中，中醫分科（內、婦、針、傷）治療開始在大型醫院的中醫部門逐步形成，但仍僅限於門診，中醫之「專病專治」在無住院制度及軟硬體不足的狀況下⁴，仍無法落實。因此在西方醫學逐漸走向精緻的專科化醫療時，中醫仍只能提供「全能」（不分科）或輕症的醫療服務。在目前主流醫學專科化、專病化的趨勢下，中醫在各科急、重症上能著墨甚少，

因此台灣中醫若要能現代化、國際化，則中醫專科住院，勢在必行⁵。

臺灣中醫師在國內已成為一重要提昇民眾健康的專業團體，在大眾的期望及法律責任上，都被要求善盡保護病人的責任。因此中醫師要保持好的醫療品質，就需縮小醫學知識和臨床實際處理的不確定性，減少病患就診的不安全性，及強化中醫藥執業的專業性等方面努力，中醫只有透過住院病人的照護過程，才能清楚觀察並記載，病人症狀、證候，早午晚的變化，服藥處置後的變化等，中醫師透過如此嚴格的訓練才能保證保持好的醫療品質，也才因此能縮小中醫照護和臨床實際處理後的不確定性。衛生署中醫藥委員會大力推動中醫住院，並推動優質醫療照護，無非是希望藉由中醫住院的推廣，在醫院中逐步推廣，並呈現適合中醫住院照護的病種與建立適合中醫住院的照護模式，並以實證的方式爭取健康保險的給付⁶。有鑑於此，衛生署中醫藥委員會於2007年提出中醫住院及優質照護計劃，臺北市立聯合醫院陽明院區，率先投入建置中醫婦科住院及優質照護計劃，完成各項中醫婦科住院及優質照護所需之軟硬體設備、人員訓練、標準照護流程等，希望未來臺灣中醫界，透過已建置之各項中醫婦科住院所需之軟硬體設備、人員訓練方法及標準照護流程等，進而推廣至全國中醫醫療機構，發展中醫婦科住院，建立中婦科優質照護於醫療領域中的獨特性及專業性。

臺灣中西醫整合婦產科住院病房及中醫婦產科調養病房優質照護的規劃

中醫婦科病房宜定位為兩種型態的病房，一為**中西醫整合婦產科住院病房**，一為**中醫婦產科調養病房**。中西醫整合婦產科住院病房乃是由目前的婦產科病房調整即可，硬體設備上僅需加上中醫所需的診斷及治療儀器即可，軟體上則需逐步完成住院婦產病症相關之中醫證型問卷、住院中西醫整合婦產護理標準作業流程、中西醫婦產整合住院處置標準作業流程等，當然住院醫師、護理人員的整合照護訓練也是不可或缺的。中西醫整合婦產科住院這種型態的病房，應為未來主流的病房，因為它結合了兩種醫學的優勢，一定能提供婦產科住院病患更高品質的照護。話雖如此，在臺灣綜合醫院中的中醫部門，大多規模不大，即使有分細科如中醫婦科，其人員編制也並非充足，導致不易開辦中醫婦科病房，因此要設立中西醫整合婦產科住院病房之前，宜有一定量的中西醫會診、中西醫合治等過程，建立中西醫兩方的婦產科醫師間的良性互動及互信，建立護理人員於中西醫兩種整合的照護模式，建立婦產科住院病患體驗到中西醫兩種整合照護後的健康成效，建立口碑及民眾的認同，如此才容易水到渠成，成功的開辦中西醫整合婦產科住院病房，開創此一新的醫療模式及獨特照護的品牌形象。

另一種型態的病房，就是**中醫婦產科調養病房**。此類病房的婦女乃基於“上工治未病”的中醫預防醫學觀念入住，因為要同時兼顧“身、心、靈”的全人照顧，調養病房應有令入住婦女“賓至如歸”那種家

的感覺⁷。這一種調理病房的觀念並非新創，近年來飯店式健檢、醫療旅遊、禪修及產後護理機構為最具體的表現，古代中醫師也常到病患家中出診，醫療介入背後的意義與現代病人到醫院集中式管理的觀念是不同的，家的感覺讓病患感到舒適而且安心，不會有醫院中各種生活機能不便利的困擾，因此中醫婦產科調養病房不應該令人感到冰冷、陣陣藥味、看到太多痛苦病患的愁容等，而應該進一步把醫院、療養、保健、渡假四者結合起來，讓中醫婦產科調養病人接受中醫的導引、生活飲食宜禁、針、藥、藥薰、推拿等的整體療法，當然最理想的是管理如渡假村，服務如五星級酒店式的入住環境，此類病房的開辦門檻較低，在臺灣綜合醫院中的中醫部門，規模雖然不大，但只要院方願意撥床投資，建構醫療旅遊的環境，中醫師、護理、行政等人員建立飯店式醫療服務願景及共識即可上路。

逐步建構臺灣中西醫整合婦產科優質照護網

衛生署中醫藥委員會為臺灣中醫藥的主管機關，大力推動中醫住院，督促中醫藥界成為提昇民眾健康的專業團體，並委託國立陽明大學傳統醫藥學研究所及臺北市立聯合醫院陽明院區執行，兩年來臺北市立聯合醫院陽明院區陸續完成各項中醫婦產科住院及優質照護所需之軟硬體設備、人員訓練、標準照護流程並實際收治中西醫整合婦產科住院及調養婦女⁸⁻¹⁰。雖然院方基於成本考量，尚未有一整個病房供中醫婦產科病患使用，不過中西醫整合的照護模式愈來愈成熟，治癒的婦女也愈益對中西醫整合的照護模式有更高的信任，並進一步介紹其他婦女就診或入住調養及治療。在這兩年來，培訓的兩位住院醫師陳曉萱、林俐嘉積極參與，無論是下班後的值班或假日的巡診都踏實完成，由其訓練後的學習成效來看，目前臺北市立聯合醫院陽明院區規劃的人員訓練、標準照護流程，合適提供給全國有意願開辦中西醫整合婦產科住院及調養病房做參考，也可以成為各醫院派送代訓中西醫婦產整合照護的單位。

中西醫整合婦產科住院及調養病房，主要的目的在於補足開業或門診業務為主的中醫師，無法提供急重症婦女醫療照護的現況，因此接續下來的工作，應宣導以開業或門診業務為主的中醫師，建立後送到病房住院的機制及觀念，使得無法正確診斷及密集觀察病症變化的急重症婦女，有一完善的中西醫整合療法可以照顧。當然，對於認同中西醫整合住院療法的西醫婦產科醫師，也應多鼓勵其參與，這一多元的照護模式並應逐步納入實證的研究，若能顯示其能提昇住院婦女的醫療滿意度、生活品質且能縮短住院天日的話，相信有機會成為主流的照護模式之一。

中西醫整合婦產科住院病房及中醫婦產科調養病房宜收治的病種

經過2年的努力，我們累積了難得的診治中醫婦產科住院相關疾病

經驗，使我們有機會一一克服各項包括行政、醫療等方面的困難，部分中醫婦科疾病我們已建立中醫的臨床照護路徑流程，也組成了一支能應付甚至於急重症的臨床中醫婦產科照護團隊，我們將中醫婦科住院定義為兩種層級，一為調理層級，病情雖未嚴重到符合西醫需住院的標準，但病人有不舒服的症狀，需較長時間或一天多次治療的情形下，適合以中醫婦科住院模式進行，例如產後乳腺炎、卵巢過度刺激腹水、迫切性流產或胎動不安等，這蘊含著治未病的觀念，我們有機會快速緩解產後乳腺炎的脹、痛、結塊等症狀，減少產婦服用抗生素或產生乳房結塊甚至於乳房膿瘍的危症¹¹。我們有機會緩解持續惡化的卵巢過度刺激腹水¹²⁻¹³，避免孕婦需終止妊娠甚至於肺積水呼吸窘迫的危症。我們有機會快速緩解迫切性流產或胎動不安等症狀，減少流產的遺憾。這應是中醫婦科住院最利於推廣的模式。

另一種層級為重症病患，這一類病患又再分為中西醫婦產科整合療法，例如我們收治一位妊娠三胞胎重度卵巢過度刺激腹水的孕婦¹⁴，後來在中藥治療西醫抽腹水的情形，快速緩解其肺積水呼吸窘迫的危境。

至於中醫為主西醫為輔療法，則需有應付急重症的臨床中醫婦產科照護團隊，才適宜施行，例如我們收治一位妊娠二胞胎重度卵巢過度刺激腹水的孕婦，也有呼吸窘迫的情形，單獨用中藥治癒。再有一位十五歲重度貧血的女國中生¹⁵，血崩暈倒數次，西藥治療後仍持續血崩，住院期間僅用中藥便治癒。另一位妊娠十二週，前置胎盤持續少量鮮紅色出血，西藥治療後仍持續出血五週，僅用中藥治癒。上述個案皆有其危險性，且留院期間都未曾注射點滴等西藥，因此照護團隊需有良好的訓練及高的警覺性，以避免不必要的醫療糾紛。不過上述住院病例的成效充分展現出中醫療法於婦產科危重症潛在的治療角色，我們建議，健保應針對這些能縮短病程的療法，給付中醫住院的費用。

適合中醫婦產科住院療治的病種，還有需請生理假的痛經、經前症候群、胎位不正、妊娠劇吐、妊娠睡眠障礙、產後頭痛、產後痔瘡、產後痠痛等。當然，上述適合中醫婦產科住院療治的病種，為過去住院照護累積可能有成效的病種，還需繼續推廣中醫婦產科住院的理念，以累積更多病例系列或世代的實證資料¹⁶，將使中醫婦產科住院治療的成效更明確，使中醫藥能診治的病種更完整¹⁷。

開辦中醫婦產科住院病房所可能遭遇的問題

先不談與院方決策者取得共識及經費所消耗冗長的時間，光開辦中醫婦科住院病房的前七個月幾乎耗在建立標準作業流程、人員訓練、宣傳等工作上面，終於開始了解到之前中醫界前輩推動開辦中醫住院的諸多困難。以下針對我們收治中醫婦科住院病人過程面臨的困難加以描述，第一是病人沒有健保補助，全額自費，是最大的困難，除非中醫師能很有把握提出需住院治療的合理理由，不然，一般不容易獲得民眾認

同，成為一個可實施的就醫模式。第二是病種不夠嚴重，病患認為不需住院治療，若病種夠嚴重，則西醫住院健保就能住院，而且甚至於都有標準的臨床指引及路徑流程，反倒是中醫在嚴重病種收住院診治時，純用中醫療法醫治時，效果顯著固然可喜，若療效欠佳，則增加了中醫師未依循指引診治的醫療糾紛風險，若依循標準的西醫臨床指引診治，則有時又與中醫療法觀念相衝突，由此可見開辦中醫婦產科住院病房潛在的難度，也凸顯開辦中醫婦產科住院病房的重要性，今日不堅持開辦，就不會有明日使用中醫療法醫治住院婦產病症的醫案及因之所建立的標準作業流程，也不可能有進行實證研究的場所及病種，更不可能有機會建立更適當的中醫臨床診療指引，做為中醫療法施治該病症時的參考。第三是人員不足或訓練不夠，傳統的中醫訓練缺乏住院制度，以致於中醫師沒有這方面的認知及習慣，實習醫師、住院醫師常常一下班就把手機關機，不知道白班與夜班需負交班的任務等，也不熟悉甚至於有時為了病患，需隨傳隨到的作為及態度，因此建立此種制度時，往往需要很大的鼓勵及帶動，透過本計劃，年輕的醫師提昇了他們診治中醫婦科住院病人的能力及自信，在幾個月的輪班下來，由於每日查房，病人的各種症狀變化皆逐日紀錄，並馬上安排因應之處置，逐一克服各種困惑，而他們也開始發現中醫婦科住院制度的好處，他們的學習心得中，常會提到「有更多的時間了解患者一天或這幾天中病情的變化」、「這是門診較無法觀察到的。」、「學習的過程中，看到中醫婦科住院的潛力，不但可學習到對有些急症的優越處置，也可針對患者的現有症狀及體質做治療規劃，除了能改善生活品質，並且發揮“治未病”的上工治病觀念。」第四是值班空間的留用，值班人力(住院醫師數)的擴增，住院治療空間的配合，皆需將成本效益列入為院方不支持中醫住院最大的變因。教學醫院的營運競爭非常激烈，人員、空間等是經營的最大成本，院方未看到營運積效，不會支持補足住院醫師員額、充足的病房空間，但若院方不支持補足住院醫師員額、充足的病房空間，沒有地方值班及進行中醫治療，則中醫住院不容易有良好的營運成效，相信這都是所有綜合醫院中醫部門推動中醫住院皆會面臨到無法避免之困難及艱辛。

開辦中醫婦產科住院病房現況

二年來努力耕耘中醫婦產科住院模式的建立，深深體會住院對中醫醫療品質的提昇有多麼重要。過去病患的照護多以門診模式進行，急重症婦女病症無法經由門診排隊等候來求診中醫，因此這類病人多經由西醫急診住院，西醫婦產科依循臨床路徑的標準作業流程及實證的診療指引診治，其療程間並沒有中醫藥療法可以介入的空間，中醫婦產科於清朝以後，記載診治急重症婦女病案已愈來愈少，以國內中醫專科的雜誌期刊，醫案的論文鮮少提及急重症婦女治癒病案，另外也由於產科時常牽涉到急重症，中醫沒有住院沒有病房，結果中醫的產科也逐步式微，

甚至於台灣目前中醫師的教科書皆以中醫婦科學定名，此現象凸顯出一個嚴重的問題，就是弱化中醫師醫治婦產科病症的能力，例如中醫師愈少機會治療妊娠諸症，就愈無法累積足夠的經驗，於是乎產科的中醫藥療法自然從民國以來，為眾人所遺忘，孕婦會逐月做產檢，卻不會注意是否要逐月養胎，即使西藥沒有滿意的治療好妊娠諸症，孕婦卻不一定想到要用中醫藥療法來治療，這是很可惜的結果，若以中醫雜誌所發表少量的治療過程及思路的現況而言，普遍中醫師對婦產科病症治病的能力，不易提昇，中醫婦產科的專業性及獨特性將不易建立。

同樣的情形，若運用住院模式則容易排除變因，沈澱出中醫藥療法的潛在治療效益，可以透過精確觀察出的中醫藥療效，快速提昇中醫師對婦產科病症醫治的能力。以流產出血或血崩重度貧血的住院病例為案，我們對病患每次更換的棉墊秤重，精確的估算中醫藥療法介入後，其上半天及下半天出血的小時平均流量，今天與明天出血的每小時平均流量，對主治的中醫師是一直接的挑戰及壓力，也是一個最好學習及快速成長的機會，若非接受行政院衛生署中醫藥委員會委託的計劃，我們大概不會在這麼短的時間，累積收治妊娠三胞胎重度卵巢過度刺激腹水肺積水呼吸窘迫、妊娠二十五週高位破水安胎、妊娠十二週前置胎盤出血、重度貧血血崩暈倒數次的女國中生等住院個案，在住院期間密集的觀察治療後反應，並依變化而調整處方，是一耗時、耗費人力的過程，不過對個人治療的思路和技巧卻是一個最好的檢驗及提昇，陪同協助治療的見實習、住院醫師相信更是受益良多。因此期望行政院衛生署中醫藥委員會應持續推動各專科的住院計劃，堅持的結果，首先能建立民眾對中醫婦產科住院療法的信任，建立中醫婦產科於婦女心目中的專業形象。同一個醫院的婦產科同仁，也會因為目睹中醫藥療法的成效，增強彼此的互動及會診，以產後護理機構為例，法規規定由護理人員負責，開辦之初，護理同仁依循世界衛生組織產後照護指引方式照護，並不完全了解或認同中醫藥的介入。但兩年來，護理同仁轉變為主動轉介產後諸症的媽媽接受中醫療法，病房及產後護理機構的護理同仁也親身求診使用中醫藥，運用中醫婦產科住院模式，似乎更容易建立中醫療法於醫院不同專業間的認同。期望建議行政院衛生署中醫藥委員會持續支持中醫婦產科住院計劃的另一個理由是，由於多數臨床對照試驗排除了懷孕婦女、產後哺乳婦女¹⁸，使得此一族群沒有得到充分的研究，而這些婦女可以在本研究病例系列和單個病例中被充分地記錄下來，為臨床提供實際的重要資料：

如治療中醫藥物的使用劑量、使用時程、藥物的初步療效、短期的安全性及合適的劑型，為日後進一步試驗研究提供依據，並可作為推動中醫住院政策重要的參考。一如臺灣目前婦產科專科醫師甄審的規定中，包括其個人主治或參與治療之婦科、產科個案病歷摘要各10例(含高危險妊娠2例、產前併發症2例、產前遺傳診斷2例、產中併發2例、產

科超音 波2例、一般婦科學2例、婦癌2例、不孕症及內分泌學2例、婦女泌尿學2例、內視鏡2例)。雖然中醫婦產學科不同於西醫，但沒有住院模式很難完成上述大多數的病種及個案例數，不利於中醫婦產科學建立專業的訓練及形象。

從上述的歷程，可知中醫藥委員會前瞻的視野及為臺灣中醫界提昇品質的用心，雖然完成初步的中醫婦產科住院格局，但要成功的建立獨立的中醫婦產科病房，仍有一大段需努力的空間¹⁹。短期仍以量的累積為主，因為只有各種婦科、產科病種的累積，才能勾勒出中醫藥療法於婦產科病症的“寬”；也只有特定病種量的累積，才能建立中醫藥療法於婦產科病症世代實證資料的“深”²⁰。

臺灣中醫婦產科未來發展的建議

- (一) 以社區為主體的中西醫婦產科住院整合照護體系，鼓勵中西醫婦產科醫師結合起來成立中西醫婦產科整合照護團隊，合作推展中西醫婦產科整合照護，長期以婦女的健康促進及預防醫學為目標，短期則以中西醫婦產科住院的整合照護為開始。為了加速西醫婦產科醫師認識、了解或認同中西醫婦產科整合照護療法，初期可先以臺北市立聯合醫院陽明院區所完成的病種病例為合作的起點，在有良好互信下，自然各種婦科、產科病種及特定病種量就能夠快速累積。
- (二) 衛生主管機關可計劃以中西醫婦產科住院整合照護作為訂定審查之基礎，優先給付有整合的醫療處置，以導正民眾自行就診不同單位、不同院所中西醫醫療的行為。因此，建議國民健康保險局及中醫師全國聯合會遴選受過中西醫婦產科整合照護訓練的中醫師為健保中醫婦科審查醫師，鼓勵中醫醫療院所推行中西醫婦產科整合照護。
- (三) 未來若希望落實實證醫學，建議健康保險局優先給付有中西醫婦產科整合照護的醫療處置之外。在教學評鑑上或教學視察時，對於開辦中西醫婦產科住院整合照護之各級醫院，予以鼓勵或獎勵，以提升各級醫院對醫師中西醫婦產科整合照護能力之重視。
- (四) 若能將中西醫婦產科住院整合照護相關的標準作業流程及醫案納入學校中醫婦科學教育課程，自醫師養成教育過程就開始熟悉中西醫婦產科整合照護的操作，相信醫師在未來進入職場中，能更順利、迅速且正確的將中西醫婦產科整合照護應用在臨床診療中。

誌謝

感謝行政院衛生署中醫藥委員會(計畫編號：CCMP-98-RD-106)經費支持，感謝實習醫師林舜穀、黃浩瑞的參與及協助，最後要感謝研究護士蔡佳純、研究助理夏瑞琪的盡心盡力。

參考文獻

1. 巫水生：中醫白皮書，中華民國中醫師公會全國聯合會，1994，33-37，78-80。
2. 賴榮年、葉家豪¹：臺灣中醫界推動實證醫學種子教師現況。台灣中醫臨床醫學雜誌，2007；13(3)：171-180。
3. 蘇三稜；黃碧松；賴東淵；林昭庚；楊淑齡；李政育；黃正昌；朱辨絃；江鳳凰；簡正倫；陳淑芬；曾聖澧；陳永宗；張梅；林姿里；顧明 津；郭祥筠；古丹；邱美惠。中醫兒科專科醫師制度。中醫兒科醫學雜誌，2004/08；6(1)：82-105。
4. 李卓倫(1990)：中醫師人力及中醫醫療機構現況。中華衛誌，10(3、4)，136-142。
5. 張永賢(1997)，中醫醫院評鑑標準之前導研究，八十六年度行政院衛生署醫藥委員會委託研究計畫成果報告。
6. 賴榮年等編譯，實證醫學的運用--臨床診療指引。台北台灣，合記出版社，2004。
7. 韓文蕙，1992，台北市婦女產後照護相關因素調查，碩士論文，台北，國防醫學院。
8. 黃筱玲，1999，坐月子習俗之研究，碩士論文，台北，國立師範大學。
9. 陳麗麗、王純娟，2000，產婦對於傳統醫療中有關產後調理的態度及行為之研究，護理研究，8(1)，49-57。
10. 賴榮年：中醫婦科臨床治療的注意事項。中醫婦科臨床治療經驗集，初版，P.275-276，2003。
11. 莊昭華、陳保中，孕期暴露中草藥與兒童健康之探討。2006臺灣大學職業醫學與工業衛生研究所，博士論文。
12. 柯惠娟(Hui-Chuan Ko)；陳淑芬(Shun-Fen Chen)，接受不孕症治療合併卵巢過度刺激症候群病患照護經驗。護理雜誌，2005/06；52(3)：90-96。
13. R. Haimov-Kochman, N. Yanai, S. Yagel, H. Amsalem, Y. Lavy, A. Hurwitz：Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome and hyperreactio luteinalis are entities in continuum. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2004/11；24(6)：675-678
14. Su-Long Lee;I-Wen Tsai Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology：Outpatient Management of the Patients with Ovarian Hyperstimulation Syndrome。Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology，2003/06；42(2)；117-120
15. M. SHANKAR, C. CHI, R. A. KADIR, Review of quality of life: menor-

rhagia in women with or without inherited bleeding disorders, Haemophilia.

2008/01 ; 14(1) ; 15-20

16. 吳炫璋;陳亭潔;賴榮年，產後面癱的中醫診治與探討—臨床病例報告中醫婦科醫學雜誌。2004/08 ; 4 ; 33-42。

17. 賴榮年：中醫婦科證型。行政院衛生署中醫藥委員會，台北，中華民國，2002。

18. Susan Winterburn, Robert Fraser , Does the duration of postnatal stay influence breast-feeding rates at one month in women giving birth for the first time?

A randomized control trial , Journal of Advanced Nursing. 2000/11 ; 32(5) ;

1152-1157

19. 吳炫璋、賴榮年、葉家豪：台灣的中醫醫療政策。北市醫學雜誌，2005 ; 2(10) : 866-879。

20. 賴榮年：2005 國際中醫藥實證醫學研討會(International Society for Chinese Medicine)—台灣推展中醫實證醫學借鏡。北市醫學雜誌，2005 ; 2(7) :

676-684.

附錄十二 產後住院手冊

親愛的媽咪展信平安：

歡迎您入住本院產後護理之家，本單位是由結合婦產科、護理科、藥劑科、營養科及中醫科、中醫婦科專家，針對產後婦女之各種病症，提供中醫之治療，是國內相關機構中，唯一由中醫婦科專科中醫師全程參與產後照護的機構，秉持**儘早且儘快解除身體上不適的症狀，為產後最佳調理**的理念。我們發展了一系列國內獨一的整合照護模式，根據中醫科主治醫師、中醫婦科專家之診斷及療法，並提供常見的併發症防治方法、適合體質的食物與營養促進的建議，希望透過分析各位的身體狀況，及早發現治療各位媽咪產後發生的症狀，同時預防您可能發生的短期或長期的病症，我們的另一個想法是，即使完全沒有症狀，也可以在坐月子階段，將體質調整好。以下我們將逐一將常發生的生理現象為您介紹，希望您能了解我們的用心，最後感謝您願意相信我們的專業，並將產後這段影響一生很重要的健康照護，託付我們機構。

子宮復舊篇

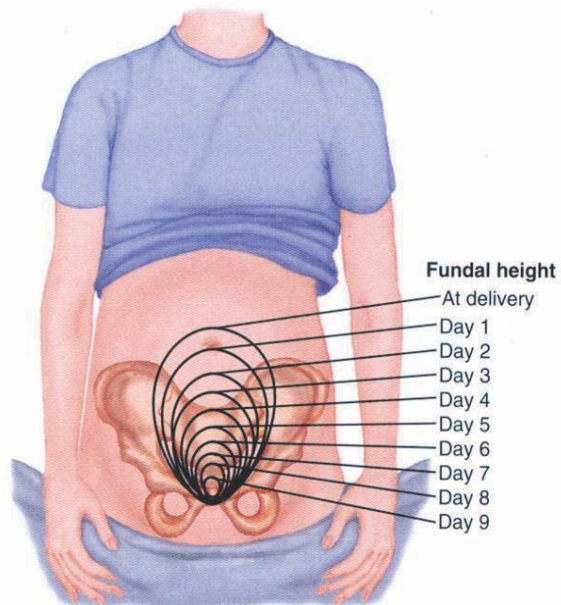
子宮是由肌肉纖維所組成的腔室，懷孕期間，由於體內荷爾蒙分泌的影響，子宮會隨著胎兒的成長而逐漸擴張，而其重量也由大約60克增至1000克，生產以後，隨著胎盤的排出，子宮會逐漸恢復至原來的大小，這收縮的過程稱為復舊，此時子宮內部會將不需要的東西會排出，這排泄物稱為惡露，從觀察惡露的情形，及經由觸診量測子宮高度及硬度，可以瞭解子宮恢復之情形，通常自然產產婦的惡露必須等待自己排出，如果是剖腹產的產婦，由於在生產後醫師即會幫忙清理，因此之後惡露排出時間就會縮短許多，而子宮位置在產後第一天會維持在臍部高度，每天下降一橫指，10~14天子宮回復到骨盆內的位置，通常產後6個星期左右，子宮可恢復至原來重量及體積。

正常的惡露為何呢？

惡露的變化是觀察子宮復舊重要的指標，正常的惡露變化情形我們為您整理如下表，幫助您瞭解正常子宮恢復之情形：

產後子宮復舊及惡露

產後時間	子宮位置與情形	子宮底位置	惡露
1-2小時	收縮強度高，子宮硬， 子宮重量1000g	恥骨聯合及肚臍連線中點	紅色
12小時		肚臍上方1cm或肚臍處	紅色
2-3天	間歇性收縮與放鬆，此 為引起產後陣痛的主要 原因	肚臍下1cm(一指)(然後每 天下降1cm)	紅色可見蛻膜的 海綿層剝落到惡 露中
9天	子宮重量500g	恥骨聯合上方已觸診不到 子宮	漿性
2週	子宮頸表皮裂傷已完 全癒合，外口亦恢復至 妊娠前的張力	子宮已降至骨盆腔內	
2-3週	除了原胎盤附著之處， 子宮內膜已完恢復		
5-6週	子宮重量40-60g，子宮 恢復至未妊娠前的大小		停止分泌



惡露顏色	分娩後天數	正常排出	不正常排出
紅色 Lochia rubra	1-3天	<ul style="list-style-type: none"> ● 血紅色、有血塊 ● 肉腥味 ● 站起來或活動時流量會增加 	<ul style="list-style-type: none"> ● 數塊大血塊 ● 惡臭(懷疑感染) ● 浸濕產墊(若15分鐘即浸濕一塊衛生棉或30分鐘內換了兩塊，表示出血過多)
漿性 Lochia serosa	4-9天	<ul style="list-style-type: none"> ● 粉紅色或褐色，呈血清血液的黏度 ● 肉腥味 	<ul style="list-style-type: none"> ● 惡臭(懷疑感染) ● 浸濕產墊
白色 Lochia alba	10天	<ul style="list-style-type: none"> ● 黃色和白色 ● 肉腥味 	<ul style="list-style-type: none"> ● 惡臭(懷疑感染) ● 浸濕產墊 ● 持續的漿性惡露、復原到粉紅色或褐色的分泌物(表示胎盤位置復舊不全或晚期產後出血) ● 排出持續2-3週以上

惡露的型式、量與黏稠度決定了胎盤部位的癒合狀態，其顏色從產後的鮮紅色轉變到暗紅色，再轉變到粉紅色，最後轉變到白色或清澈。持續排出紅惡露或回復到出現紅惡露均表示子宮復舊不全或是出現晚期產後出血。以上所述，為產後子宮變化較常發生的現象，當我們愈了解及注意身體所表達的各種癥狀，我們就愈能從容而做出正確的回應身體的需求。

乳房篇

無論您要不要哺餵母乳，產後乳房一定會有變化，或是脹奶、或是結塊、或是疼痛、或是乳汁不足，一般最多發生在產後第二、三天至半個月內，也可發生在整個哺乳期。

隨著胎盤剝離排出體外（不論是自然產還是剖腹產），產婦體內的各種賀爾蒙濃度急劇的變化，產婦便進入以自身乳汁哺育嬰兒的哺乳期，若希望採全母乳餵食寶寶，最好能於產後盡快開始哺乳，此時乳房內乳量雖少，但通過新生兒吸吮動作可以使腦下垂體的催乳激素呈脈衝式釋放，促進乳汁分泌。初乳是指產後7日內分泌的乳汁，因含 β -胡蘿蔔素，呈淡黃色，含較多有形物質，故質稠，產後3日內乳房中乳汁尚未充盈之前，每次哺乳可吸出初乳2-20毫升。初乳中含蛋白質較成熟乳多，尤其是分泌型IgA。脂肪和乳糖含量較成熟乳少，極易消化，是新生兒早期理想的天然食物。研究顯示，新生嬰兒頭一天的胃容量大約只有5到7毫升，而且伸展性較差；出生三天內新生兒的胃容量逐漸增加到22到27毫升左右，對大多數健康足月嬰兒而言，少量的初乳便可滿足其需要。

寶寶的吸吮動作還能反射性地引起母親腦下垂體釋放縮宮素，縮宮素除了促進子宮收縮外，也能使乳腺腺泡周圍的肌上皮細胞收縮，增加乳腺管內壓噴出乳汁，因此吸吮噴乳是保持乳腺不斷泌乳的關鍵，此外不斷排空乳房，也是維持乳汁分泌的一個重要條件。乳汁分泌還與產婦營養、睡眠、情緒和健康狀況密切相關，可見產婦休息、睡眠和飲食，以及避免精神刺激極為重要。

生產後2-7日內是母體增加泌乳量的過程，哺乳次數應頻繁些，母體發乳後一整天應哺乳8-12次。最初哺乳時間只需3-5分鐘，以後逐漸延長至15-20分鐘，到了十天左右，嬰兒的胃容量大概45到60毫升左右。根據世界衛生組織的數據資料顯示，大多數母親於產後一個月平均每天約製造750c.c.(550-1150c.c)的乳汁，可滿足嬰兒的需求。產後7-14日分泌的乳汁為過渡乳，蛋白質含量逐漸減少；脂肪和乳糖含量逐漸增多。產後14日以後分泌的乳汁為成熟乳，呈白色，蛋白質約占2%-3%，脂肪約占4%，糖類約占8%-9%，無機鹽約占0.4%-0.5%，還有維生素等。初乳及成熟乳均含有大量免疫抗體，故母乳餵養的新生兒患腸道感染者甚少。即使是重度營養不良的婦女每天也可以製造約500c.c的乳汁。英國Woodridge醫師表示：在他專門協助生理性奶水製造不良的個案中，只有2%的個案是真正的生理性奶水不足。

乳腺炎是哺乳婦女常見的狀況，約有五分之一的哺乳媽媽在產後半年內曾發生乳腺炎。有些媽媽有局部硬塊，但沒有發燒，我們稱為乳腺管阻塞。乳腺炎大致上可以分成兩種；一種是單純的乳汁沒有被完全排空，造成乳房組織發炎，稱為「非感染性乳腺炎」；另一種是乳房被細菌感染了，稱為「感染性乳腺炎」。乳腺炎通常發生得很突然，症狀為乳房的一邊會有局部的紅腫、脹痛，同時出現攝氏38.5度以上的發燒，也時常讓媽媽感覺像得了流行性感冒一樣的全身性疲憊或畏寒。以上所述，為產後乳房變化較常發生的現象，當我們愈了解及注意乳房所表達的各種癥狀，我們就愈能從容的為各種狀況做出正確的回應，並朝著如何未來維持乳房的挺實不下垂的方向去保養。

產後情緒調適篇

隨著社會的進步，產後照護已經不只拘限在生理的健康，也開始 逐漸注意到心理的健康議題。產後憂鬱在近年來時常見諸於各種傳媒報導；但是到底有多少媽媽會受產後憂鬱的影響，以及產後憂鬱又是如何發生的呢？

- ★憂鬱是一個極為常見的精神症狀，盛行率約有15%至20%。
- ★研究報告指出，80%的孕婦在生產後都會有輕微的產後情緒低落。
- ★約10%~22%的產婦會罹患產後憂鬱症，在產後2-3週漸漸出現症狀，產後第4-5個月達到高峰，歷程可延續至6-9個月。
- ★在美國，每年有50萬名的產婦出現產後憂鬱症，約在生產後6週求助醫師。

產後憂鬱發生的原因可以因為生理上賀爾蒙的改變造成影響；或是因為社會支持與心理因素的促成，以及產後睡眠不佳所致。下表所示為目前常見的原因提供給各位媽媽參考：

產後憂鬱症的可能病因

病因	機轉
生物 的 (biological)	色氨酸 (tryptophan) 較低
	正腎上腺素 (norepinephrine) 較少
	產後甲狀腺發炎及產後甲狀腺激素低下
	產後皮質醇 (cortisol) 急速的下降
	泌乳素 (prolactin) 產後緩慢的下降
心理、社會的 (psychosocial)	CRH(corticotrophin-releasing hormone)荷爾蒙濃度偏低
	雌性激素與黃體素產後急速下降
	身體形態的改變
	生產過程的精神壓力
	角色的轉換：被照顧者變成照顧者
	照顧小孩的壓力

其中最常見的產後情緒低落(postpartum blues)，約佔產婦的70%～80%，這種產後情緒低落的症狀約在產後二到三天開始出現的短暫憂鬱狀態，一般不會超過二週。主要症狀是易怒，情緒不佳以及睡眠品質下降；目前主要是以心理支持為主。而至於更嚴重的產後重鬱症(postpartum depression)約出現在2-4 週，大約10%的媽媽會發生，是以抗憂鬱症的藥物治療，但是這類藥物往往會出現在奶水中，不適用在哺育母乳的媽媽，如何找到一個更安全的方法也就更加的重要。最嚴重的是產後精神病(postpartum psychosis)，此病的發生率約1 / 1,000 ~ 2 / 1,000，產後精神病的典型症狀包括有情緒激動、不穩定、哭泣、失眠、神智不清、或呆僵，幾乎對外界沒有任何反應，有罪惡感、無力感、誤認胎兒已死亡、或胎兒被掉包等幻覺。常分為下面兩型：

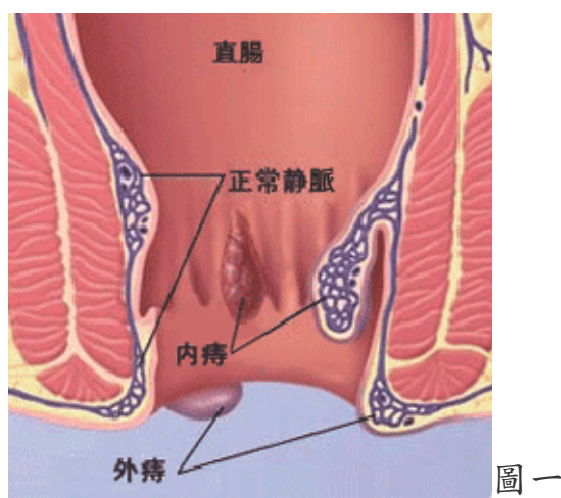
★早發型：產後三週內發作 多發生在第一胎、較年輕，有類似情感性精神病的症狀，預後較好。

★晚發型：產後三週後發作多發生於經產婦、較年長、未婚、或社經地位較低，有類似精神分裂症症狀，預後較差。 以上所述，為產後情緒調適常發生的現象，有不少的媽咪並不自覺，我們過去的經驗告訴我們，產後狀況愈多的媽咪，愈有情緒調適不佳的現象，這些狀況包括有媽咪身體變化的不適，嬰兒的狀況，先生的參與，婆婆媽媽的期望等，我們建議您協助我們愈能及早發現，則我們 會協助為各種狀況做出正確的回應，並朝著如何未來維持健康的心理衛生照顧好健康的下一代。

產後痔瘡篇

產後痔瘡雖然不會有太大的後遺症，但是因為疼痛以及大便不順暢往往會影響產後媽媽的生活品質長達二至三週，甚至整個坐月子的階段都會受到痔瘡所苦。

到底痔瘡是如何形成的呢？其實痔靜脈是我們肛管末端肛門口的肛墊組織正常結構一部份，猶如水龍頭的墊圈一樣協助肛門的正常閉合與排便；當排使用力腹壓增加時被推向下帶著糞便排出，排便結束後便縮回肛門內；但是當肛墊內的支撐的結締組織因為腹壓過大或其他原因受到傷害導致痔靜脈無法正常縮回便形成了內痔（圖一）。



圖一

而內痔又依照程度的不同分成四級，第一級痔瘡會少許出血；進入第二級，痔瘡脫出肛門，但能自動退回肛門內；若到了第三級，痔瘡不會自動退回肛門內，但可用手推回；但到了第四級便無法用手推回了。而外痔則是齒狀腺以下肛門口外皮膚內的小血管因為回流不好形成，平常除了突起外沒有症狀但一旦栓塞則會疼痛異常。產後的婦女因為懷孕時腹腔壓力增大以及分娩時造成肛門附近局部結締組織受傷而產生產後痔瘡。在西醫的治療上若症狀不嚴重，一般服用一些軟便劑、使用局部藥膏及肛門塞劑、及坐浴等來緩和症狀。對有栓塞的外痔，若在48小時內，可用局部麻醉後把血塊清除；如時間久了，則用藥物治療及保守療法；至於三、四級的痔瘡則是採用紅外線燒灼、局部注射硬化劑以及手術割除的方式。然而上面的治療對於產後痔瘡的效果；根據最近的大規模臨床分析療效仍有待觀察。以上為目前現代醫學對產後痔瘡的認識與處理方式，因為仍有未盡滿意之處，在去年我們曾針對這樣的媽媽給予中藥貼布治療，得到不錯的效果，當您有類似的困擾時請不要覺得不好意思告訴我們，因為當您有上面的困擾時我們的團隊可以幫助您有一個更愉快舒適的產後生活。

產後身體變化評量

為了要及早知道有無發生身體上不適的症狀，因此有些問題需要媽咪們提供，我們會針對您所填的資料與日記即刻分析，找出可能需要處理的不適並建議如何將體質調整好。

產後子宮變化評量

子宮是孕育下一代的器官，是每個月經週期排出經血的地方，也是懷孕過程大小尺寸變化最大的地方，懷孕過程中母親血中氧氣及養分，通過子宮與胎盤的交換，嬰兒得以健康的長大，胎盤接著嬰兒的生產而與子宮脫離，進而排出體外；剖腹產藉著接生醫師手的協助，可完整無殘留的排出胎盤，自然產則純然藉著子宮的收縮，才能排出胎盤；不過無論自然產或剖腹產的子宮，沒有良好的子宮收縮，胎盤脫離後所留在子宮如手掌大的傷口，會在產後幾十分鐘內流失近千CC的血液，由此可見子宮收縮的重要。所幸，當您入住本機構時，已進入較緩和的子宮復舊階段，一般我們鼓勵親餵，因為是最天然而強的子宮收縮方式，無法用其他方式完全取代吸吮的功效，其次是局部按摩子宮，提醒、刺激子宮經常維持收縮，使子宮內膜的傷口，能逐日縮小。

因此，從觀察惡露逐日排出的情形，及經由觸診量測子宮高度及硬度，可以瞭解子宮恢復之情形，反應了一個程度身體恢復的間接指標。

要如何清楚瞭解我的子宮復舊狀況呢？

我們除了一般的產後病房測量子宮底高度外；並會利用惡露日記每日記錄惡露的狀況以及固定追蹤超音波記錄子宮大小，為您及早偵測潛在子宮復舊不良的問題。

若您希望進一步了解自己產後子宮恢復的情形，我們建議您填寫以下的量表，讓我們為您紀錄並分析惡露的情形，並告知您分析的結果，讓我們為您提供適合的保養及衛教！

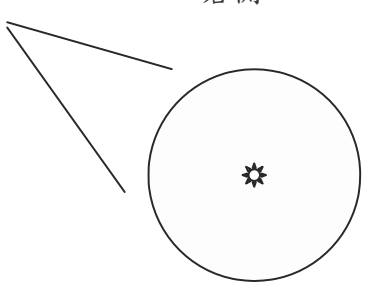
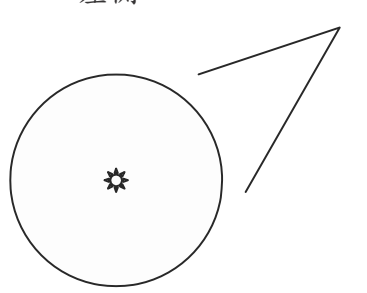

產後乳房變化評量



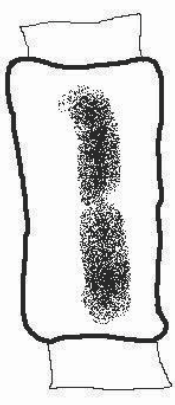
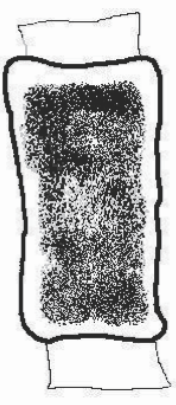
要如何確定您的乳汁是否足夠呢？乳房脹痛、結塊改善的速度及嚴重程度呢？

本機構目前採用的方式是記錄寶寶的每日尿量、體重、糞便、吸奶的狀況等客觀資料及媽媽主訴等主觀資料來判斷。乳房漲痛的部分是利用疼痛視覺量表來每日紀錄觀察，並繪圖記錄乳房結塊的發生位置及大小。依據客觀的資料，您我都能迅速、清楚了解您身體的變化，依照每日資料調整調理方式。

下面是您在我們機構會看到的量表：

若您對自己乳房的恢復狀況及泌乳情形，希望進一步了解，歡迎您填寫以下量表，我們將針對您目前的情形為您分析，並提供適合您的衛教保養及服務！

乳房量測			
日期： / /	房號： No.		
產後第 天	泌乳茶 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 氣血型 <input type="checkbox"/> 肝鬱型	第 天
<p>1. 乳汁情形：<input type="checkbox"/>乳汁不足 <input type="checkbox"/>乳汁足</p> <p>今日乳汁： C.C. 配方奶： C.C.</p> <p>2. 乳脹：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 每 小時一次</p> <p>3. 硬塊：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>請於下圖畫出乳房硬塊之部位：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>右側</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左側</p>  </div> </div> <p>5. 乳脹疼痛視覺量表：</p> <p>請將您乳脹疼痛程度於下方線中畫記：</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>不痛 非常非常痛</p>  </div>			

惡露量測		
日期： / / 產後第 天	房號： 服用生化湯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：第 天	No. 天
1.惡露：顏色： <input type="checkbox"/> 淡紅色 <input type="checkbox"/> 紅色 <input type="checkbox"/> 深紅色 <input type="checkbox"/> 淡黃 <input type="checkbox"/> 白色 2.請於下圖中勾選出今日惡露於棉片中之情形：		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> 少量 (當擦拭時血液僅沾黏在薄紙上， 或產墊在 1 小時污染 < 2.5cm) </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> 輕量 (產墊在 1 小時污染 < 1cm) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> 中量 (產墊在 1 小時污染 < 15cm) </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> 多量 (產墊在 1 小時內已浸潤) </div> </div>		
3.宮縮： 指 子宮： <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 硬 4.血塊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5.腹痛疼痛視覺量表： 請將您子宮收縮疼痛程度於下方線中畫記：		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 不痛 非常非常痛 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 auto; width: 100%;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; margin: 0 auto;"> 0102030405060708090100 </div> </div>		
6.請將今日替換後之棉片紀錄於下表：		
時間	棉片重量 (g)	

棉片淨重：g		
棉片使用牌子：今日惡露重量：g		

產後痔瘡變化評量

要怎樣掌握我痔瘡治療的狀況呢？本機構為了能更確切掌握您的狀況以提供周延的服務；目前在痔瘡的部分會每日利用圖表記錄大小、分期以及痔瘡的位置；同時利用疼痛 視覺量表記錄疼痛的程度，隨時依據您的進展調整治療策略。

下面是本機構痔瘡記錄單的一部份圖表供您參考：

下面的紀錄單可以幫助我們醫護人員更了解您目前痔瘡的恢復情形，若您有痔瘡的問題，歡迎填寫以下量表，有助於我們了解您痔瘡改善的情形，並提供適合您的衛教及護理！

痔瘡量測			
日期： / / 產後第 天	房號： 使用藥餅 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	No. 第 天	
1. 痔瘡類型：			
a. <input type="checkbox"/> 內痔 請於下圖中圈出出痔瘡位置：			
痔瘡分級： <input type="checkbox"/> 第一級 <input type="checkbox"/> 第二級 <input type="checkbox"/> 第三級 <input type="checkbox"/> 第四級			
痔瘡大小： x cm、 x cm、 x cm			
b. <input type="checkbox"/> 外痔 請於請於下圖中圈出痔瘡位置：			
痔瘡大小： x cm、 x cm、 x cm			
2. 痔瘡疼痛視覺量表：			
請將您痔瘡疼痛程度於下方線中畫記：			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 不痛 非常非常痛 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 0102030405060708090100 </div>			

產後情緒變化評量

那要如何確認我的精神狀況是良好無虞的呢？

目前本科主要是利用國內學者翻譯的中文版愛丁堡憂鬱症量表：

產後情緒量表，每週替我們的媽媽進行監測；此量表為10題自陳式問卷，可以評估之前一周的憂鬱狀態。內容包括有憂鬱情緒、缺乏興趣、罪惡感、焦慮及自殺意念等。一般只要超過9分就會依據各位媽媽與家庭的個別意願與狀況看是否要會請身心科醫師進一步協助。另外也會同時填寫生活品質量表跟睡眠量表配合上面的產後情緒量表以對媽媽的心理健康有更全面完整的瞭解。

下面的紀錄單可以讓我們醫護人員更瞭解您的睡眠品質、產後情緒及相關生活品質等，若您想更進一步瞭解您的產後相關生活品質，建議您填寫以下量表，我們將為您分析生活品質、睡眠、情緒分數，並告知您的情況，並提供適合您的衛教及服務！

1. 愛丁堡量表中文版

填寫日期：

產後第 天 姓名：

房號：

嬰兒年齡：

您最近生了一個小孩，我們想知道您的感覺。請在最接近您所感覺的答案下面劃線，不只是今天的感覺，而是包括過去七天的感覺。下面是一個已經完成的例子。

我覺得快樂。

是的，一直都是。

是的，大部分時間。

不是，不常。

不是，一點也不。

這表示：在過去的一星期，”我大都時候覺得快樂”。請依此方式回答其他的問題。

=====

在過去的七天裡：

1. 我能夠開懷的笑和看事情有趣的一面。

如我往常一樣的能夠。

現在沒那麼多了。

現在明確地沒那麼多了。

一點也不能夠了。

2. 我能夠以快樂的心情來期待事情。

和以前一樣。

比以前少了。

明確地比以前少了。

幾乎不能。

3. 當事情不順利、搞砸了的時候，我會於事無補地責備自己。

是的，大都時候。

是的，有時候。

不常。

不，從不。

4. 我常沒有原由地感覺焦慮或擔心。

不，一點也不會。

很少。

是的，有時。

是的，經常如此。

5. 我會沒有原由地感覺驚慌或害怕。
是的，經常。
是的，有時。
不，不常。
不，一點也不會。
6. 事情壓的我喘不過氣。
是的，大都時候我一點也不能應付。
是的，有時候我不能像往常一樣應付的好。
不，大都時候我應付的相當好。
不，我應付的像往常一樣好。
7. 我的不快樂導致失眠。
是的，大都時候。
是的，有時候。
不常。不，一點也不。
8. 我感覺悲傷或可憐。
是的，大部時候。
是的，相當多時候。
不常。
不，一點也不。
9. 我的不快樂導致我哭泣。
是的，大都時候。
是的，相當多時候。
只是偶而。
不，從不。
10. 我會有傷害自己的想法。
是的，經常。
有時候。
幾乎沒有。
從不。

生活品質量表

請選出最適合您在最近兩星期內對自己健康的滿意程度，評估您自己的感覺，然後就每一個題目選出最適合您的答案。

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
☐極不好 ☐不好 ☐中等程度好 ☐很好 ☐極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
☐完全沒有妨礙 ☐有一點妨礙 ☐中等程度妨礙 ☐很妨礙 ☐極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
☐完全沒有需要 ☐有一點需要 ☐中等程度需要 ☐很需要 ☐極需要
5. 您享受生活嗎？
☐完全沒有享受 ☐有一點享受 ☐中等程度享受 ☐很享受 ☐極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
☐完全沒有 ☐有一點有 ☐中等程度有 ☐很有 ☐極有
7. 您集中精神的能力有多好？
☐完全不好 ☐有一點好 ☐中等程度好 ☐很好 ☐極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
☐完全不安全 ☐有一點安全 ☐中等程度安全 ☐很安全 ☐極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)
☐完全不健康 ☐有一點健康 ☐中等程度健康 ☐很健康 ☐極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
☐完全不足夠 ☐少許足夠 ☐中等程度足夠 ☐很足夠 ☐完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
☐完全不能夠 ☐少許能夠 ☐中等程度能夠 ☐很能夠 ☐完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
☐完全不足夠 ☐少許足夠 ☐中等程度足夠 ☐很足夠 ☐完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
☐完全不方便 ☐少許方便 ☐中等程度方便 ☐很方便 ☐完全方便
14. 您有機會從事休閒活動嗎？
☐完全沒有機會 ☐少許機會 ☐中等程度機會 ☐很有機會 ☐完全有機會
15. 您四處行動的能力好嗎？
☐完全不好 ☐有一點好 ☐中等程度好 ☐很好 ☐極好
16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？
☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意
18. 您滿意自己的工作能力嗎？
☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意
19. 您對自己滿意嗎？
☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？
☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

☐極不滿意 ☐不滿意 ☐中等程度滿意 ☐滿意 ☐極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

☐從來沒有 ☐不常有 ☐一半有一半沒有 ☐很常有 ☐一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

☐完全沒有 ☐有一點有 ☐中等程度有 ☐很有 ☐極有

28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

☐從來沒有 ☐不常有 ☐一半有一半沒有 ☐很常有 ☐一直都有

睡眠量表 以下是有關於您睡眠品質的描述，請圈選每一題最適合您感受的答案，非常謝謝！請您就過去二星期內的日常生活(大多數)的睡眠習慣回答下列問題：

1. 過去一週來，你通常何時上床？ _____ 點 _____ 分

2. 過去一週來，你通常多久才能入睡？ _____ 分

3. 過去一週來，你早上通常何時起床？ _____ 點 _____ 分

4. 過去一週來，您每天晚上真正睡著的時間約多少(這可能和您躺在床上所花的時間不同)？ _____ 小時 _____ 分

以下問題請選擇一個適當的答案打勾，並回答所有問題。

5. 過去一週來你的睡眠有多少次受到下列干擾？

從未發生	每週少於	每週1-2次	每週3次或以上
一次			
(1)無法在30分鐘內入睡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)半夜或凌晨清醒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)需要起床上廁所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)呼吸不順暢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)咳嗽或大聲打鼾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)感覺很冷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)感覺很熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)作惡夢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)其他情況請說明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 過去一週來，您有多少次需要藉助藥物(醫師處方或成藥)來幫助睡眠？
☐從未發生 ☐每週少於一次 ☐每週1-2次 ☐每週3次或以上
7. 過去一週來，當您在開車、用餐、從事日常社交活動時，有多少次覺得難以保持清醒狀態？
☐從未發生 ☐每週少於一次 ☐每週1-2次 ☐每週3次或以上
8. 過去一週來，要打起精神來完成您應該做的事情對您有多少困擾？
☐完全沒有困擾 ☐只有很少困擾 ☐有些困擾 ☐有很大的困擾
9. 過去一週來，您對您自己的睡眠品質整體評價如何？
☐非常好 ☐好 ☐不好 ☐非常不好

午睡問題

1. 您在工作日午睡多長時間？
☐無
☐1小時以內
☐1分鐘到2小時之間
☐2小時到3小時之間
☐3小時以上
2. 您在休息日(假日)午睡多長時間？
☐無
☐1小時以內
☐1小時到2小時之間
☐2小時到3小時之間
☐3小時以上
3. 請問您日間嗜睡的情況已有幾年？
☐無
☐半年以內
☐半年到1年
☐1年到2年
☐2年以上
(回答沒有者，請跳到下一部分IBS問卷作答)
4. 請問您日間嗜睡的嚴重度
☐輕微嗜睡，在需要較少注意力的場合(例如觀看電視、閱讀書報、或參加旅遊)容易睡著。
☐中度嗜睡，在需要一些注意力的場合(例如參加演講、會議或音樂會)容易睡著。
☐重度嗜睡，在需要較多注意力的場合(例如吃飯、交談、走路或開車)容易睡著。

調理理念

所謂上醫治未病，媽媽們辛苦的經歷了生產過程不論在生理與心理上都有十分劇烈的改變；目前產後身體機能要恢復到產前的狀態一般認為需要六週的時間，也正與傳統所謂作月子的習俗時間相符；利用這段時間對身體好好調理不但可以提供一個愉快的生產經驗同時也可為之後的身體健康打下良好的基礎。以下是我們針對上面所題常見問題的調理理念，提供給各位媽媽參照。

子宮復舊篇

中醫產後服用生化湯的作用目的在養血活血，產後補血、祛惡露，在產後2-3天，子宮收縮可以幫助止血以及使血塊剝落，子宮新的內膜也逐漸開始重建，但是胎盤著床部分的子宮內膜再生，比較複雜，此地方的血栓塊要剝落，新的子宮內膜才能長得完整，內膜剝落不完整，也會影響著往後的受孕，一般剝落的過程約要2個星期左右，有時甚至要6週，而生化湯其方劑組成有當歸可補血調經；川芎活血行氣；桃仁活血祛瘀；黑薑入血散寒止痛；益母草、紅花去瘀生新；炙草和中緩急，調和諸藥，因此生化湯的真正功用就在這段期間幫助血塊剝落完全，使內膜可以新生完整，對於往後欲再懷孕也有幫助。

子宮復舊之保養：

- 1.目前西醫主要是建議多按摩子宮，以解決惡露的問題，可以用環形的方式來按摩子宮，增加子宮收縮。
- 2.對於生化湯建議自然產者可於產後1天開始服用，剖腹產者於排氣後即可開始服用，每帖藥需煎兩次，頭煎用兩碗半的水煎成1碗，二煎用兩碗水煎成7分，再將兩煎的藥湯混合起來，早晚各服一半；生化湯的組成以溫熱藥為主，因此要注意服用後是否有傷陰或化熱的情形，像是口乾舌燥、五心煩熱、傷口發炎或者便秘、失眠等。

根據我們過去的經驗，於產後適當服用生化湯，並搭配適度之子宮按摩操，對於媽咪子宮恢復之情形，可有助於惡露之排出，並使子宮復舊達到較好的情形，完善的產後子宮保養，也可降低往後子宮病變機會的發生。

費用

*生化湯目前為醫院營養科提供，一天服用二次，一天費用為150元，經中醫師為您評估後，若需服用者，一般建議服用五天。

*腹部超音波一次約需600元的費用，目前本科暫時不另向媽媽收費。

*實驗室檢查一次需700元的費用，三次共要2100元。

乳房篇

我們中醫認為好好調理，不但可以預防上述乳房不適外，還可能有避免未來乳房下垂或乳房腫塊的發生，當然或許也有豐胸的效果。其實道理很簡單，中醫認為”不通則痛”，而且氣不通，易長硬塊或腫瘤。產後時期乳房的變化，就是為了哺乳需求的準備及反應，因此一定要通，通則脹奶易消退，通則消退不阻塞，自然乳房結塊、疼痛情形明顯減少。那也就不會乳腺炎，發燒劇痛了，也不會因為擠奶，而致媽媽腕，或手指骨關節疼痛僵硬。

那麼要如何做，才能保持通乳呢？

我們有三部曲來處理，一薰二飲三針藥，什麼是一薰呢？一薰就是用活絡氣血的中藥材外薰乳房。過去的經驗顯示，有的媽咪脹奶不通，疼痛無比，薰的時候明顯緩解，甚至於乳汁會通暢到自行滴下來。此外，乳汁不足的媽媽通常是因為氣血不足的體質情況所造成，中藥材薰蒸可以加強乳房的氣血循環、刺激乳房分泌更多的乳汁。

二飲就是根據媽媽的體質，選用合適的中藥養生茶飲，賴榮年主任目前為本院區的中醫科主任同時也是台北市立聯合醫院中醫醫療部的中醫婦科主任，因此我們有豐富調理產後婦女乳房相關疾病的經驗，在此基礎上會同營養科推出2種藥膳茶飲，分別為氣血不足型以及乳汁不暢型（肝鬱型），可以幫助大部分產後的婦女有效的改善產後乳脹、乳房硬塊或是乳汁不足的問題。

三針藥的部份則是上述2種方式都無法達成媽媽的調理需求時，我們建議您採用針灸、拔罐、或是其他中藥方，幫助您完成全母乳哺餵的心願。另外，也有一些媽媽在服用麥芽水、韭菜、人參等民間傳統退乳方後，仍無法自然退奶，此時專屬於您個人體質的中藥方就是您所需要的幫助。

費用

*薰蒸為健保不給付之自費項目，費用為：藥包—27元，藥事服務費—20元，薰蒸技術費—50元。共計97元／次

*針灸、拔罐為健保之項目，並規劃有療程，費用為：第1次就診：100元（包含掛號費及部分負擔），第2-6次就診：50元（掛號費）

* 中藥方劑目前健保僅提供科學中藥粉，並需負擔部分藥費（7日藥費部份負擔40元），水藥飲片的部份則為健保不給付項目，需自費購買（例如：養生茶飲一份75元）。

痔瘡篇

中醫傳統典籍如醫宗金鑑與外科正宗等認為產後痔瘡是因為產後用力太過所致，而在治療上則是採用外敷療法。目前本科是採用中藥貼布於患處局部敷貼3-5日，每日一到二次而每次六十分鐘。我們會依據每日痔瘡大小及利用視覺疼痛量表記錄的疼痛描述，隨時針對病情進展的狀況更改處方及防止如脫皮等副作用的產生。根據我們去年的經驗大部分的媽咪會在外敷三天左右後疼痛會減輕而五天以後痔瘡大小會減小。

費用

* 中藥方劑目前健保僅提供科學中藥粉，並需負擔部分藥費（7日藥費部份負擔40元），水藥飲片的部份則為健保不給付項目，需自費購買。

產後情緒調適篇

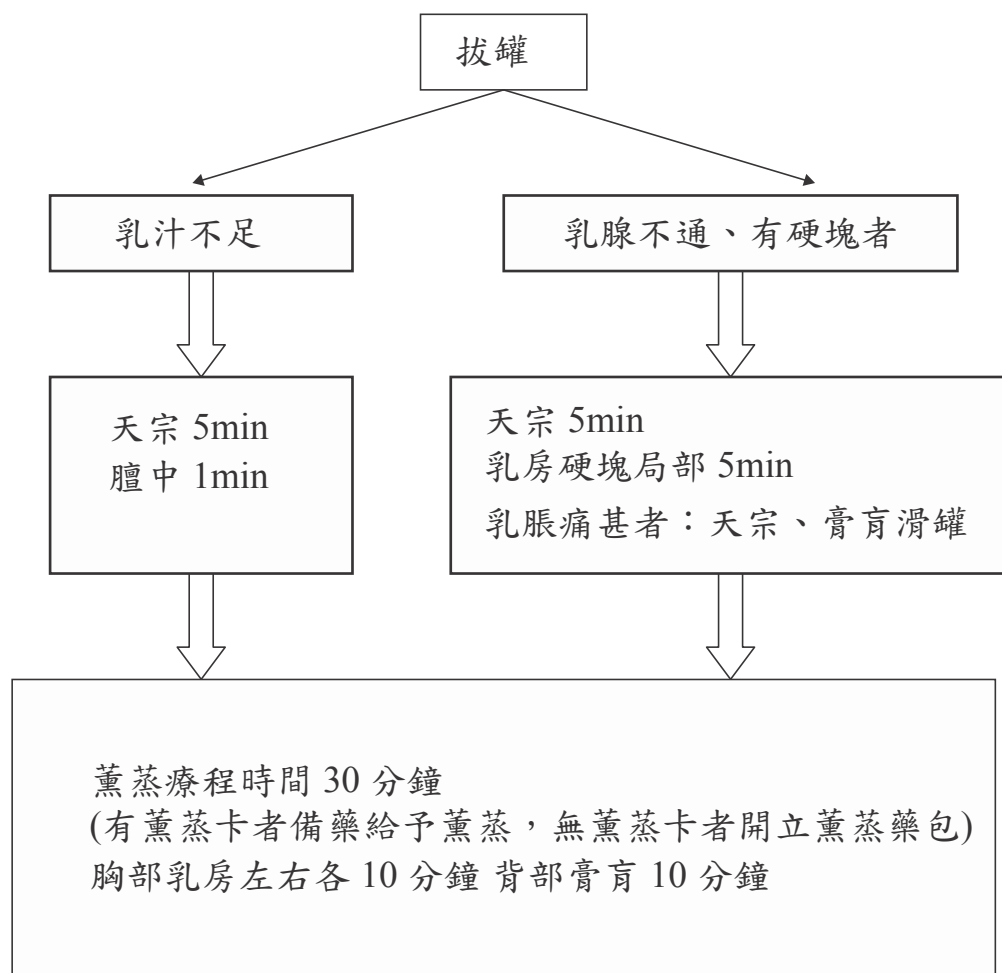
在中醫治療方面，傳統中醫理論認為掌管情緒的主要臟腑以肝跟心為主，針刺肝經、心經的原穴，可直接調整臟腑的機能使的情緒舒緩；之前大陸的臨床試驗選取肝經跟心經的原穴，太衝跟神門再加上主管頭面部的合谷穴進行治療憂鬱症已證實有效。所以在必要時除了身心科的幫助外，我們會以針灸或者穴位推拿的方式輔助舒緩情緒幫助睡眠。

費用

* 針灸、推拿為健保之項目，並規劃有療程，費用為： 第1次就診：100元（包含掛號費及部分負擔），第2-6次就診：50元（掛號費）

附錄十三 乳腺炎治療SOP

乳腺炎治療 SOP



附錄十四 中醫婦科病房臨床路徑：月經量多

姓名：
床號：
病歷號碼：

台北市立聯合醫院 中醫婦科病房
月經量過多 臨床路徑

日期： 舌 脈

1.月經 ☐已至第 天 ☐未行 LMP：

月經週期 I/D:

2.何時開始發生月經量多之症狀？

☐半年以內 ☐半年至一年 ☐一年以上： 年

3.月經週期間何時開始會出現量多情形？

☐月經第 1 天開始 ☐第 2-3 天 ☐3 天以後：第 天

4.請問您的月經是否有以下之現象？

☐月經週期較長但可自行止血

☐月經淋瀝不止需藉由藥物才可止血：藥物

☐月經結束後幾天又開始出血

5.月經量多是否造成貧血症狀？

☐無 ☐有 Hb:

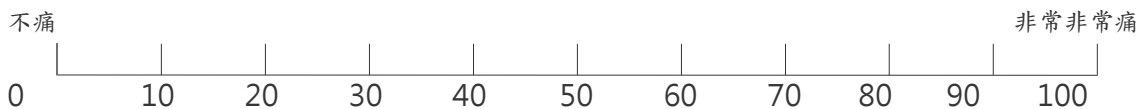
6.是否具有以下相關症狀？

☐子宮肌瘤 ☐子宮病症手術 ☐裝置子宮內避孕器 ☐血小板凝血功能障礙

7.腹痛

腹痛疼痛視覺量表：

請將您子宮收縮疼痛程度於下方線中畫記：



8.腹痛性質 ☐刺痛 ☐悶酸脹痛 ☐小腹冷痛 ☐下墜感

9.衛生棉使用量 ☐日用型 片/天 ☐夜用型 片/天 品牌
更換衛生棉頻率 小時更換一片

10.經血顏色 ☐淡紅 ☐鮮紅 ☐黯紅 ☐咖啡色

11.血塊 ☐無 ☐有 型態 ☐大於 3cm ☐碎渣樣

12.心情 ☐平 ☐憂鬱 ☐煩躁 ☐緊張 ☐易怒 ☐壓力大 ☐欲哭

13.睡眠 ☐平 ☐不易入睡 ☐淺眠易醒 ☐多夢

14.食慾 ☐平 ☐減退 ☐不覺得餓 ☐不想吃東西 ☐討厭油膩

☐吃多且容易餓 ☐暴飲暴食

15.口乾 ☐無 ☐有：☐欲飲 ☐不欲飲 喜：☐溫☐冷☐冰


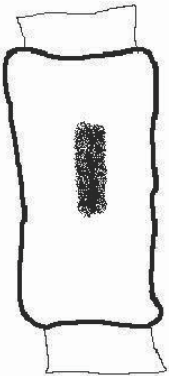

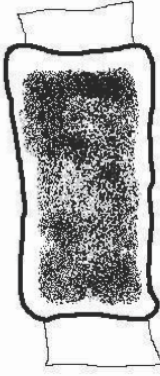
16.腸胃消化是否有以下不舒服？

☐悶脹 ☐痛 ☐泛酸 ☐嘈雜 ☐腸鳴 ☐噯氣 ☐打嗝 ☐噁心

17.排便 ☐有 行/日：☐便溏 ☐乾硬 ☐羊屎狀 ☐無：便秘 天

18.附註：

住院第_____天		白班 值班人員：_____		夜班 值班人員：_____	
症 狀 評 估	1. 生理評估	TPR_____		TPR_____	
	2. 腹部感覺評估	BP_____/____mmHg		BP_____/____mmHg	
	3. 月經量	<input type="checkbox"/> 腹刺痛 <input type="checkbox"/> 悶酸脹痛 <input type="checkbox"/> 小腹冷痛 <input type="checkbox"/> 下墜感 VAS 疼痛指數：_____		<input type="checkbox"/> 腹刺痛 <input type="checkbox"/> 悶酸脹痛 <input type="checkbox"/> 小腹冷痛 <input type="checkbox"/> 下墜感 VAS 疼痛指數：_____	
		經血量計算：_____ g/hr 血塊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 型態 <input type="checkbox"/> 大於 3cm <input type="checkbox"/> 碎渣樣		經血量計算：_____ g/hr 血塊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 型態 <input type="checkbox"/> 大於 3cm <input type="checkbox"/> 碎渣樣	
醫 囑	1. 藥浴薰蒸	<input type="checkbox"/> _____分鐘		<input type="checkbox"/> _____分鐘	
	2. 拔罐	<input type="checkbox"/> 八膠		<input type="checkbox"/> 八膠	
	3. 滑罐	<input type="checkbox"/> 華陀夾脊、 <input type="checkbox"/> 八膠		<input type="checkbox"/> 華陀夾脊、 <input type="checkbox"/> 八膠	
	4. 針灸/SSP	<input type="checkbox"/> 阿是、 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 阿是、 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	5. 耳針	<input type="checkbox"/> 足三里、 <input type="checkbox"/> 血海、		<input type="checkbox"/> 足三里、 <input type="checkbox"/> 血海、	
	6. 中藥茶飲-	<input type="checkbox"/> 三陰交、 <input type="checkbox"/> 八膠、		<input type="checkbox"/> 三陰交、 <input type="checkbox"/> 八膠、	
	上午	<input type="checkbox"/> 環跳、 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 環跳、 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	下午	<input type="checkbox"/> 子宮點、 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 子宮點、 <input type="checkbox"/> 其他_____	
結果 評估	月經量多緩解	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否	
月經量 紀錄表		時間	月經重	淨重	
特殊 記錄		總重：		總重：	
		總淨重：		總淨重：	
護理 計畫 與 評估	請於下圖中勾選出今日惡露於棉片中之情形：				

	<div><div><p><input type="checkbox"/> 少量</p><p>(當擦拭時血液僅沾黏在薄紙上， 或衛生棉在 1 小時污染 <2.5cm)</p></div><div><p><input type="checkbox"/> 輕量</p><p>(衛生棉在 1 小時污染 <10cm)</p></div></div> <div><div><p><input type="checkbox"/> 中量</p><p>(衛生棉在 1 小時污染 <15cm)</p></div><div><p><input type="checkbox"/> 多量</p><p>(衛生棉在 1 小時內已浸潤)</p></div></div> <div><input type="checkbox"/> 日用型 <input type="checkbox"/> 夜用型 片/天 品牌 棉片淨重</div>			護理計畫 與施 畫	飲食原則 測指導 活品質 品質問 質問卷 測HRV 明量 住院計 畫書說	入院	出院
<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成	<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 完成						

住院第____天 IVF 第____天		白班 值班人員：_____		夜班 值班人員：_____	
症狀評估	1.生理評估	TPR _____:_____:_____		TPR _____:_____:_____	
		BP _____/_____/_____ mmHg		BP _____/_____/_____ mmHg	
		體重：_____ kg		體重：_____ kg	
		肋圍：_____		肋圍：_____	
	2.腹部感覺評估	腰圍：_____		腰圍：_____	
		恥骨圍 _____		恥骨圍 _____	
	3.尿量	<input type="checkbox"/> 腹刺痛 <input type="checkbox"/> 悶酸脹痛 <input type="checkbox"/> 小腹冷痛 <input type="checkbox"/> 下墜感 VAS 疼痛指數：_____		<input type="checkbox"/> 腹刺痛 <input type="checkbox"/> 悶酸脹痛 <input type="checkbox"/> 小腹冷痛 <input type="checkbox"/> 下墜感 VAS 疼痛指數：_____	
	4.皮膚狀況評估	尿量計算：_____ c.c./hr 總尿量：_____ (時間： : ~ :)		尿量計算：_____ c.c./hr 總尿量：_____ (時間： : ~ :)	
醫囑	1.藥浴薰蒸	<input type="checkbox"/> 肢體腫脹疼痛 <input type="checkbox"/> 皮膚顏色改變		<input type="checkbox"/> 肢體腫脹疼痛 <input type="checkbox"/> 皮膚顏色改變	
	2.拔罐	<input type="checkbox"/> ____分鐘 部位		<input type="checkbox"/> ____分鐘 部位	
	3.滑罐	<input type="checkbox"/> 肝俞 <input type="checkbox"/> 腎俞 <input type="checkbox"/> 中脘 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 肝俞 <input type="checkbox"/> 腎俞 <input type="checkbox"/> 中脘 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	4.針灸/SSP	<input type="checkbox"/> 華陀夾脊 <input type="checkbox"/> 八膠 <input type="checkbox"/> 阿是 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 華陀夾脊 <input type="checkbox"/> 八膠 <input type="checkbox"/> 阿是 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	5.耳針	<input type="checkbox"/> 足三里 <input type="checkbox"/> 血海、 <input type="checkbox"/> 豐隆 <input type="checkbox"/> 腎俞		<input type="checkbox"/> 足三里 <input type="checkbox"/> 血海、 <input type="checkbox"/> 豐隆 <input type="checkbox"/> 腎俞	
	6.中藥茶飲	<input type="checkbox"/> 復溜 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 復溜 <input type="checkbox"/> 其他_____	
		<input type="checkbox"/> 腎點 <input type="checkbox"/> 肺點 <input type="checkbox"/> 子宮點 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 腎點 <input type="checkbox"/> 肺點 <input type="checkbox"/> 子宮點 <input type="checkbox"/> 其他_____	
結果評估	卵巢過度刺激緩解	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
尿量紀錄表		時間	尿量 c.c.	時間	尿量 c.c.
護理計畫與措施	飲食原則 尿量量測指導 呼吸功生活品質問卷 睡眠品質問卷 HRV 量測 住院計畫書說明	入院		出院	
		<input type="checkbox"/> 完成		<input type="checkbox"/> 完成	
		<input type="checkbox"/> 完成		<input type="checkbox"/> 完成	
		<input type="checkbox"/> 完成		<input type="checkbox"/> 完成	
		<input type="checkbox"/> 完成		<input type="checkbox"/> 完成	
		<input type="checkbox"/> 完成		<input type="checkbox"/> 完成	
特殊記錄					

	達 5-12cm			腎灌流不足(尿量<30ml/hr)	Cr \geq 1.6 Creatinine<50ml/min	
<p>**中度以上建議住院治療</p> <p>18.血液生化檢查：</p> <p>19.附註：</p>						

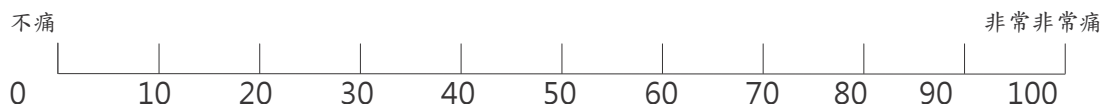
附錄十六 中醫婦科病房臨床路徑：痛經

姓名：
床號：
病歷號碼：

台北市立聯合醫院 中醫婦科病房
痛經 臨床路徑

日期： 舌 脈

1. 初經： 歲
2. 月經 ☐ 已至第 天 ☐ 未行 LMP：
月經週期 I/D：
3. 開始發生痛經之年齡？ 歲
☐ 半年以內 ☐ 半年至一年 ☐ 一年以上： 年
4. 月經週期間何時開始會出現經痛情形？
☐ 月經來前 幾天即出現 ☐ 月經第 1 天開始 ☐ 第 2-3 天
☐ 3 天以後：第 天
5. 經痛一般持續時間（由開始感到疼痛到完全不痛）： 天
經痛最痛會維持 小時
6. 痛經情形為以下何者？
☐ 月經來時痛，24 小時內會緩解
☐ 經痛要維持 2-3 天或以上才會緩解
☐ 經量多時才疼痛並一直持續到經血停止
☐ 月經前一週即開始疼痛，一直持續到月經結束
☐ 其它
7. 下列何者較符合經痛感覺的描述？
☐ 抽痛 ☐ 刺痛 ☐ 絞痛/痙攣性的痛 ☐ 燒灼痛 ☐ 鈍鈍重重的痛 ☐ 撕裂痛
8. 月經量 ☐ 少 ☐ 中 ☐ 多
9. 血塊 ☐ 無 ☐ 有 型態 ☐ 大於 3cm ☐ 碎渣樣
10. 經血顏色 ☐ 淡紅 ☐ 鮮紅 ☐ 黯紅 ☐ 咖啡色
11. 是否至婦產科診斷有以下病症？
☐ 子宮內膜異位症 ☐ 子宮腺肌症 ☐ 子宮肌瘤 ☐ 巧克力囊腫
☐ 子宮後傾 ☐ 子宮頸狹窄或阻塞 ☐ 骨盆腔發炎或黏連
☐ 子宮內避孕器 ☐ 子宮內膜息肉 ☐ 其它
12. 經痛時是否會伴隨有以下症狀？
☐ 疲憊 ☐ 頭痛 ☐ 噁心 ☐ 嘔吐 ☐ 腹瀉 ☐ 心悸 ☐ 全身無力
☐ 腰背痛 ☐ 會陰痛 ☐ 肛門痛
13. 經痛時是否曾服用過以下藥物以幫助止痛？
☐ 無
☐ 有 ☐ 止痛藥 ☐ 避孕藥 ☐ Danazol
☐ Gestrinone ☐ 其它
14. 是否因為子宮內膜異位接受過相關手術？
☐ 無 ☐ 有
15. 腹痛
腹痛疼痛視覺量表：
請將您子宮收縮疼痛程度於下方線中畫記：



- 16.血塊 ☐無 ☐有 型態 ☐大於 3cm ☐碎渣樣
- 17.心情 ☐平 ☐憂鬱 ☐煩躁 ☐緊張 ☐易怒 ☐壓力大 ☐欲哭
- 18.睡眠 ☐平 ☐不易入睡 ☐淺眠易醒 ☐多夢
- 19.食慾 ☐平 ☐減退 ☐不覺得餓 ☐不想吃東西 ☐討厭油膩
☐吃多且容易餓 ☐暴飲暴食
- 20.口乾 ☐無 ☐有：☐欲飲 ☐不欲飲 喜：☐溫☐冷☐冰
- 21.腸胃消化是否有以下不舒服？
☐悶脹 ☐痛 ☐泛酸 ☐嘈雜 ☐腸鳴 ☐噯氣 ☐打嗝 ☐噁心
- 22.排便 ☐有_____行/日：☐便溏 ☐乾硬 ☐羊屎狀 ☐無：便秘 天
- 23.附註：

住院第____天月經第____天		白班 值班人員：_____	夜班 值班人員：_____
症 狀 評 估	1.生理評估	TPR _____ BP _____/_____ mmHg	TPR _____ BP _____/_____ mmHg
	2.腹部感覺評估	<input type="checkbox"/> 抽痛 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 絞痛/痙攣性的痛 <input type="checkbox"/> 燒灼痛 <input type="checkbox"/> 鈍鈍重重的痛 <input type="checkbox"/> 撕裂痛 VAS 疼痛指數：_____ 麥基爾簡明疼痛分數：_____	<input type="checkbox"/> 抽痛 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 絞痛/痙攣性的痛 <input type="checkbox"/> 燒灼痛 <input type="checkbox"/> 鈍鈍重重的痛 <input type="checkbox"/> 撕裂痛 VAS 疼痛指數：_____ 麥基爾簡明疼痛分數：_____
	3.月經情形	血塊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 型態 <input type="checkbox"/> 大於 3cm <input type="checkbox"/> 碎渣樣	血塊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 型態 <input type="checkbox"/> 大於 3cm <input type="checkbox"/> 碎渣樣
	4.生理症狀評估	<input type="checkbox"/> 疲憊 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 全身無力 <input type="checkbox"/> 腰背痛 <input type="checkbox"/> 會陰痛 <input type="checkbox"/> 肛門痛	<input type="checkbox"/> 疲憊 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 全身無力 <input type="checkbox"/> 腰背痛 <input type="checkbox"/> 會陰痛 <input type="checkbox"/> 肛門痛
醫 囑	1.藥浴薰蒸	<input type="checkbox"/> _____分鐘	<input type="checkbox"/> _____分鐘
	2.拔罐	<input type="checkbox"/> 八膠 <input type="checkbox"/> 氣海 <input type="checkbox"/> 關元	<input type="checkbox"/> 八膠 <input type="checkbox"/> 氣海 <input type="checkbox"/> 關元
	3.滑罐	<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 華陀夾脊、 <input type="checkbox"/> 八膠	<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 華陀夾脊、 <input type="checkbox"/> 八膠
	4.針灸/SSP	<input type="checkbox"/> 阿是 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 足三里 <input type="checkbox"/> 血海 <input type="checkbox"/> 三陰交 <input type="checkbox"/> 八膠 <input type="checkbox"/> 環跳 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 子宮點 <input type="checkbox"/> 耳神門	<input type="checkbox"/> 阿是 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 足三里 <input type="checkbox"/> 血海、 <input type="checkbox"/> 三陰交 <input type="checkbox"/> 八膠、 <input type="checkbox"/> 環跳 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 子宮點 <input type="checkbox"/> 耳神門
	5.耳針	<input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 其他_____
	6.中藥茶飲	<input type="checkbox"/> 滋潤即飲包 <input type="checkbox"/> 輕鬆即飲包 <input type="checkbox"/> 生化湯 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 滋潤即飲包 <input type="checkbox"/> 輕鬆即飲包 <input type="checkbox"/> 生化湯 <input type="checkbox"/> 其它
結果 評估	經痛緩解	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否
特殊 記錄			
護 理 計 畫 與 措 施	飲食原則 月經量 測指導呼吸功生 活品質問卷睡眠 品質問卷 HRV 量 測 住院計畫書說 明	入院	出院
		<input type="checkbox"/> 完成	<input type="checkbox"/> 完成
		<input type="checkbox"/> 完成	<input type="checkbox"/> 完成
		<input type="checkbox"/> 完成	<input type="checkbox"/> 完成
		<input type="checkbox"/> 完成	<input type="checkbox"/> 完成
		<input type="checkbox"/> 完成	<input type="checkbox"/> 完成
		<input type="checkbox"/> 完成	<input type="checkbox"/> 完成

附錄十七 中醫婦科病房臨床路徑：乳腺炎

台北市立聯合醫院 中醫婦科病房
乳腺炎 臨床路徑

姓名：
床號：
病歷號碼：

日期：

舌

脈

一、問診：

無特殊主訴

自覺硬塊

自覺疼痛

分泌物

乳癌家族史

荷爾蒙製劑服用

二、視診：

1.皮膚外觀

正常

有明顯靜脈突出

顏色晦暗

橘皮樣

脫皮

紅腫

有潰瘍

凹陷現象

有無法癒合的傷口

2.乳頭外觀

正常

有凹陷

有突發性乳頭下陷

有分泌物

出血

濕疹樣皮膚病變(呈鱗狀)。

3.乳房型態

正常

有變形

大小相當不對稱

乳頭高低不對稱

4.周邊組織

正常

可見鎖骨上淋巴腺膨出

可見腋下淋巴腺膨出

三、觸診：

1.硬塊：

無

可觸摸腫塊

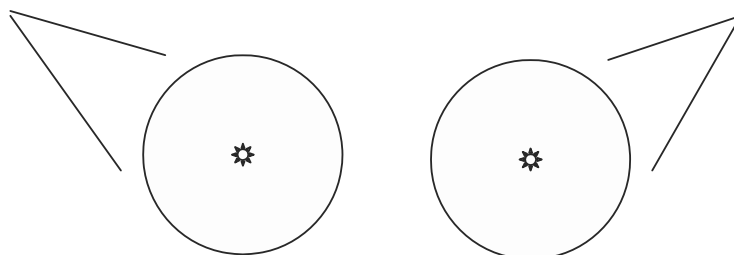
右側

2.淋巴節結

無

明顯可觸摸淋巴節結硬塊

左側



四、

1.乳痛疼痛視覺量表：

請將您乳房疼痛程度於下方線中畫記：

不痛

非常非常痛



2.心情 ☐平 ☐憂鬱 ☐煩躁 ☐緊張 ☐易怒 ☐壓力大 ☐欲哭

3.睡眠 ☐平 ☐不易入睡 ☐淺眠易醒 ☐多夢

4.食慾 ☐平 ☐減退 ☐不覺得餓 ☐不想吃東西 ☐討厭油膩

☐吃多且容易餓 ☐暴飲暴食

5.口乾 ☐無 ☐有：☐欲飲 ☐不欲飲 喜：☐溫☐冷☐冰

6.腸胃消化是否有以下不舒服？



☐悶脹 ☐痛 ☐泛酸 ☐嘈雜 ☐腸鳴 ☐噯氣 ☐打嗝 ☐噁心

7.排便 ☐有_____行/日：☐便溏 ☐乾硬 ☐羊屎狀 ☐無：便秘 天

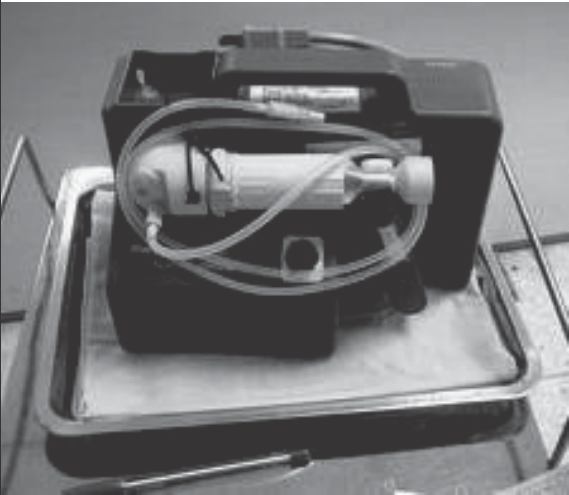
8.附註：

生產第____天		白班 值班人員：_____	夜班 值班人員：_____
症 狀 評 估	1. 生理評估	TPR _____ BP _____/_____ mmHg	TPR _____ BP _____/_____ mmHg
	2. 胸部感覺評估	<input type="checkbox"/> 乳房柔軟 <input type="checkbox"/> 乳房脹滿 <input type="checkbox"/> 乳房疼痛 <input type="checkbox"/> 乳房有硬塊	<input type="checkbox"/> 乳房柔軟 <input type="checkbox"/> 乳房脹滿 <input type="checkbox"/> 乳房疼痛 <input type="checkbox"/> 乳房有硬塊
	3. 泌乳量-親餵 -擠乳	____ 小時親餵一次， 每次 親餵約耗時____分鐘 需再 補充配方奶____CC 每次擠 乳____CC/大約 耗時____分鐘 約____小時擠一次	____ 小時親餵一次， 每次 親餵約耗時____分鐘 需再 補充配方奶____CC 每次擠 乳____CC/大約 耗時____分鐘 約____小時擠一次
護 理 計 畫 與 措 施	熱敷	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘
	按摩	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘
	木梳	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘
	檜木烤箱	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘
	蒸汽 SPA	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘
醫 囑	1. 藥浴薰蒸	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘
	2. 拔罐	<input type="checkbox"/> 天宗	<input type="checkbox"/> 天宗
	3. 滑罐	<input type="checkbox"/> 大椎肩頸、 <input type="checkbox"/> 膏肓上下、 <input type="checkbox"/> 阿是、 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 大椎肩頸、 <input type="checkbox"/> 膏肓上下、 <input type="checkbox"/> 阿是、 <input type="checkbox"/> 其他_____
	4. 針灸/SSP	<input type="checkbox"/> 風池、 <input type="checkbox"/> 大杼、 <input type="checkbox"/> 大椎、 <input type="checkbox"/> 天宗、 <input type="checkbox"/> 合谷、 <input type="checkbox"/> 太衝、 <input type="checkbox"/> 足三里、 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 風池、 <input type="checkbox"/> 大杼、 <input type="checkbox"/> 大椎、 <input type="checkbox"/> 天宗、 <input type="checkbox"/> 合谷、 <input type="checkbox"/> 太衝、 <input type="checkbox"/> 足三里、 <input type="checkbox"/> 其他_____
	5. 耳針	<input type="checkbox"/> 肩痛點、 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 肩痛點、 <input type="checkbox"/> 其他_____
	6. 泌乳茶-上午 -下午	<input type="checkbox"/> 氣血型、 <input type="checkbox"/> 肝鬱型 <input type="checkbox"/> 氣血型、 <input type="checkbox"/> 肝鬱型	
結 果 評 值	乳房症狀緩解	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否
	泌乳量增加	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否
特 殊 記 錄			




附錄十八 病房硬體設備





放置位置	設備名稱	照片
護理站	急救車(急救藥品及急救配備)、聽診器	
	24小時生理監視器、血壓計	

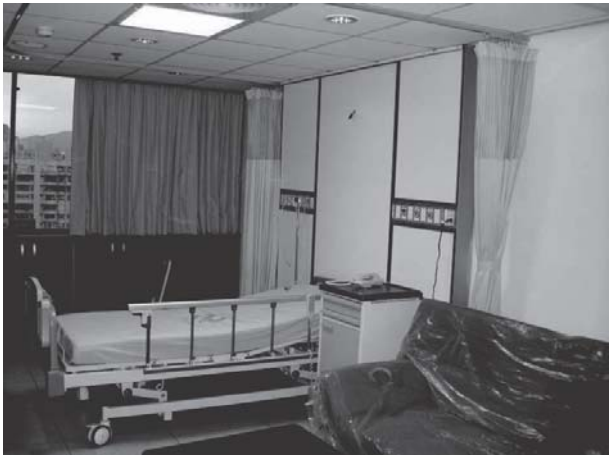

	<p>紫外線消毒燈</p>	
	<p>符合急救車、治療車之通行、推床輸送患者之照顧作業通行</p>	
	<p>病歷車</p>	

	電動吸奶器	
配膳室	電鍋、微波爐	
	熱水機	
	飲水機、投幣式 洗衣機、投幣式 烘衣機	

休閒室	檜木烤箱	
	蒸氣房	
	經絡舒展椅	
	智慧穴道按摩椅	

	腿部按摩器	
	養生櫃	
陽光室		
病房	中央空調	

	緊急通報系統	
	氧氣牆、圍帘、 電動病床、床旁 櫃、床上桌	
	電冰箱	
	電視、熱水瓶	

	陪病床、沙發	
	吹風機(9B病房)	
	浴廁空間， 符合患者乘 坐輪椅時之 無障礙通行 條件	