

中西醫結合治療子宮頸閉鎖不全合併先兆早產之病例報告

李嘉菱¹、邱燦宏²、蘇珊玉^{1,3}

¹ 中國醫藥大學附設醫院中醫部，台中，台灣

² 中國醫藥大學附設醫院婦產部，台中，台灣

³ 中國醫藥大學學士後中醫系，台中，台灣

(99 年 01 月 04 日受理，99 年 07 月 05 日接受刊載)

這位32歲的孕婦，曾有一次正常足月懷孕生產的經驗（G2P1A0），這次懷孕的最後一次月經為2008/01/02，在懷孕第21週（入院3週前）時，發現陰道少量出血，沒有伴隨腹痛，超音波檢查發現子宮頸縮短到約2-3cm，暫時服用安胎藥Ritodrine及止血藥transamin。兩週後（入院1週前）再度發現有陰道少量出血，伴隨腹痛，超音波檢查發現子宮頸縮短至1.3 cm，陰道檢查發現子宮頸擴張約1公分，臨床診斷為疑似子宮頸閉鎖不全。在2008/06/25（懷孕24+6週）住院接受子宮頸環紮術，並給予安胎針劑Ritodrine，故出現心悸、喘促、口乾、偶烘熱的症狀，心跳介於80至120 bpm之間，沒有感染現象，治療期間仍有頻繁不規則子宮收縮，且陰道仍有少量出血，為粘稠狀夾帶鮮紅血絲。在2008/06/29（懷孕25+3週）會診中醫，診察發現：舌黯紅，苔中根微白膩，邊尖少苔，有齒痕。舌下絡脈無異常；語音稍低微，說話久自覺少氣；子宮仍有收縮，收縮強度中等，每8~15分鐘一次，每次持續30秒，四肢膚溫，下肢無水腫。脈寸動甚、關弦細數帶促，尺弱。證型以腎氣虧虛、氣虛下陷、肝鬱氣滯、陰虛生熱動血為本，以心氣陰虛為標，治法使用補腎固沖任以安胎，益氣升提，疏肝理氣，滋陰涼血止血。經中、西醫結合治療後，陰道出血已無，宮縮轉為輕微，安胎針劑改為口服，並出院休養，持續服用中藥，於足月自然產下一健康男嬰。

關鍵字：子宮頸閉鎖不全、先兆早產、安胎、中西醫結合治療

前 言

子宮頸閉鎖不全，以無痛性子宮頸擴張及子宮頸薄化為特徵，可導致流產或早產。臨床症狀可能會有些許分泌物或是下腹部悶痛的感覺，大部分不會伴隨子宮收縮，當孕婦開始有陰道出血

或是陣痛時，通常是已經要早產或流產。先兆早產之定義，指在妊娠20~36週時，子宮收縮頻率每20分鐘4次以上，或1小時6次以上，並有由同一檢查者認定的子宮頸進行性變化（如變薄，變軟），或產婦之子宮頸於初次檢查時已有2公分以上之擴張，或80%以上的變薄，臨床症狀如月經

來臨般的腹痛，持續性下背酸痛，陰道分泌物增加，有血染之陰道分泌物等¹。

子宮頸閉鎖不全的診斷以內診的發現為根據，在中醫古籍並無此病名，而先兆早產在中醫古籍大致可分為胎漏及胎動不安。胎漏的症狀為妊娠期陰道少量出血，時下時止，而無腰酸腹痛；胎動不安的症狀為妊娠期僅有腰酸腹痛或下腹墜脹，或伴有少量陰道出血。

病例報告

病患基本資料

姓名：張○○ 性別：女 年齡：32歲
病歷號碼：2380XXXX
婚姻：已婚 身高：155cm 體重：55.5kg
職業：家管 居住地：台中市
會診日期：2008/06/29

主訴

子宮收縮已一週餘、陰道出血已四週。

現病史

這一位32歲孕婦，G2P1A0，第一胎生產在兩年前（2006/03/21），懷孕及生產過程非常平順，自然產下一正常女嬰3200公克。第二胎懷孕前的最後一次月經為2008/01/02，懷此胎21週（入院3週前）發現陰道少量出血，沒有伴隨腹痛，超音波檢查發現子宮頸有縮短到約2-3 cm，暫時服用安胎藥（Ritodrine 10 mg / T，1# qid）及止血藥。這次入院懷孕23週（入院1週前）再度發現陰道少量出血，超音波檢查發現子宮頸縮短的情形加重，縮短到約1.3cm，陰道檢查發現子宮頸擴張約1公分，診斷為先兆性早產與疑似子宮頸閉鎖不全。因此，於2008/06/24住院安胎，接受安胎藥物注射治療，並於2008/06/25

（懷孕24+6週）接受子宮頸環紮術。在接受安胎針劑Ritodrine（6 mg/hr）治療後，出現心悸、喘促、口乾、偶烘熱等副作用，孕婦心跳介於每分鐘80-120下之間，並沒有發燒，在2008/06/24至2008/06/29間宮縮減輕，曾嘗試減量由原本12 mg / hour在5天內減至3 mg / hour，接著改口服劑型，但是之後因走動導致宮縮較嚴重，於2008/06/29又改回針劑（6 mg / hour），此時仍有頻繁不規則的子宮收縮與陰道少量出血，為黏稠狀挾帶鮮紅血絲，故於2008/06/29（懷孕25+3週）會診中醫婦科，希望藉由中醫協助安胎，患者在此次懷孕後自覺不耐熱，打安胎針劑（Ritodrine）後更加重，但服用涼性及較冷食物反覺得子宮不適，翻身時、進食後及晚上子宮收縮較易發作，疼痛牽連至腰部，導致不易入睡，因此患者每到晚上就開始害怕宮縮發生，更加重失眠。

會診當日基本生命徵象

血壓：93/54 mmHg；心跳：94 次/min；體溫：36.9℃；呼吸速率：19 次/min。

實驗室檢查

2008/06/24：WBC：10660，N/L：81.5 / 13.3，Hb：11.7，PLT：215 K，Vagina Deep Pus Culture：Streptococcus oralis

中醫四診

望：體格中等。面色紅黃隱隱，膚色白，臥床休息。眼睛、耳朵、指甲、皮膚無異常。口唇淡紅，無乾燥脫屑。舌黯紅，中根苔微白膩，邊尖少苔，齒痕，有津。舌下絡脈無異常，舌下肉阜稍膨大。

聞：語音稍低微，說話久自覺少氣。呼吸平順，無喘咳。無特殊氣味。

問：全身：懷孕後不耐熱，打安胎針後加

重。

情志：住院後每到晚上容易自覺緊張。

睡眠：原本睡眠平穩，因宮縮疼痛牽連至腰部而不易入睡，後來每到晚上自覺害怕會宮縮，失眠的情形加重。

頭項：無頭暈頭痛，眼、耳、鼻無不適。

胸部：無胸悶、胸痛、脅肋不舒。

腹部：納可，食後無不適，吃涼性及較冷食物易覺子宮不適，無呃逆泛酸。

二便：入院3週前大便較不暢，較硬，日一行，現服軟便劑中。吃較補（如麻油雞）易便秘，現多吃蔬菜。懷孕前大便日一行，成形。小便平。

腰背：宮縮疼痛牽連至腰部導致腰痠痛。

四肢：無肌肉或關節酸痛，四肢無麻木感。

月經：以前月經規則，1mp；2008/01/02，I/D：28/5，色深紅，有血塊，經前2天至經行2天下腹悶痛。

生產史：G2P1A0，第一胎在兩年前生產（2006/03/21），懷孕及生產過程

非常平順，自然產下一正常女嬰

3200公克。

切：下腹時有收縮，子宮收縮強度中度，每8~15分鐘一次，每次持續30秒。

四肢膚溫，活動正常，無水腫。

寸脈動甚，關弦細數帶促，尺弱。

症狀時序圖（見圖一）

診斷

西醫診斷：子宮頸閉鎖不全合併先兆早產

中醫診斷：

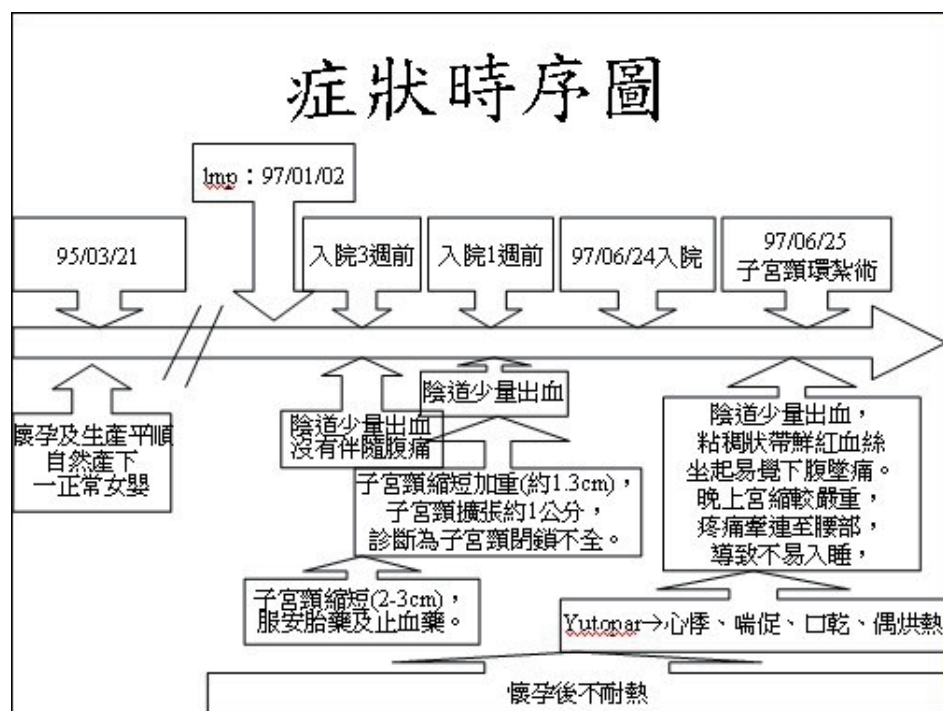
病名一胎動不安

證型一（本）腎氣虧虛、沖任氣虛下陷；肝鬱氣滯；陰虛生熱動血

（標）心氣陰虛

中醫治則 標本同治。

中醫治法 補腎固沖任以安胎，益氣升提，滋陰涼血止血，疏肝理氣。



圖一

中醫處方

(98/6/30)

桑寄生6錢 炒杜仲4錢 川續斷2錢 阿膠珠3錢 菟絲子3錢 荊芥炭3錢 地榆炭3錢
 仙鶴草6錢 牡丹皮3錢 柴胡2錢 升麻1錢 炒芍藥5錢 生甘草7分 黨參3錢
 麥冬3錢 陳皮2錢 紫蘇梗3錢

2帖，小火同煎成300 c.c.，分3次溫服（TID）

診療紀錄

日期	週數 (+日數)	中醫診察記錄	宮縮持續時間 (秒) / 間隔 (分) / 程度	Ritodrine 劑量	其它西藥	中醫處方用藥 與隨症加減
2008/07/01- 2008/07/02	25 (+5)	怕晚上來宮縮增加而睡不著，出血2次，量多質稠鼻涕狀帶血。下腹下墜感減輕甚多，腰痠減，口乾減，頻尿症減。	8'-15'/30"-40" / 中-微	6 mg / hour (靜脈滴注)		因夜晚宮縮加重，前方改100 cc QID (AM10, PM2, PM6, PM10)服用（QID延續在夜晚之療效，100cc減少頻尿），芍藥增為6錢（加強緩解宮縮）
2008/07/03- 2008/07/04	26 (+0)	宮縮強度及疼痛減，有時僅覺下腹硬。睡眠改善，無因宮縮不適而醒來。宮縮前覺臉熱，心悸。無出血，偶腰痠。解便前少量淡紅分泌物。食水分多食物後感腸鳴。	2'/50" / 中	6 mg / hour (靜脈滴注)		前方加知母、玄參各3錢（緩解口乾及宮縮前臉熱）
2008/07/05- 2008/07/08	26(+4)	宮縮前頭面部發熱感，飲水多覺下腹緊。下腹在移動坐起時稍有不適感。	7'-10'/20"-30" / 微	6 mg / hour (靜脈滴注)		前方去玄參（口乾已緩解），加黃芩、茯苓、生地各3錢，黃連膠囊0.5 g 2#（黃連、黃芩、生地加強滋陰清熱。飲水多覺下腹緊，加茯苓以健脾利水）
2008/07/09	26 (+5)	開始服用黃連膠囊後，夜晚會有全身冷感，大便偏硬。	30'/60" / 中	6 mg / hour (靜脈滴注)		前方去黃連膠囊（服用後夜晚會有全身冷感）

日期	週數 (+日數)	中醫診察記錄	宮縮持續時間 (秒) / 間隔 (分) / 程度	Ritodrine 劑量	其它西藥	中醫處方用藥 與隨症加減
2008/07/10- 2008/07/11	27 (+0)	宮縮強度續減，宮縮前烘熱感減。小腹冷感無。解便時陰道流出些許褐色分泌物。	8'-14'/50''-60'' / 中	6 mg / hour (靜脈滴注)	97/07/11：(大便偏硬故加入軟便劑) MgO 250 mg / T 2 # QID	續前方(西藥已加軟便劑，仍持續紀錄解便狀況)
2008/07/14- 2008/07/15	27 (+4)	宮縮感減，偶伴有頭面烘熱感。大便日一行，質軟成形。	20'-30'/60'' / 中-輕	6 mg / hour (靜脈滴注)	MgO 250 mg / T 2 # QID	續前方
2008/07/18	28 (+0)	今Ritodrine減量後，宮縮頻率增加但強度不強，只覺下腹緊，傍晚調回原劑量。	10'-12' / - / 中	3-6 mg / hour (靜脈滴注)	MgO 250 mg / T 2 # QID	續前方
2008/07/19	28 (+1)	今早及下午約10-20分鐘宮縮一次，傍晚稍緩。微喘，講話時尤甚。	10'-20'/40'' / 中-輕	6 mg / hour (靜脈滴注)	MgO 250 mg / T 2 # QID	前方去地榆炭(陰道出血已緩)，黃芩減為2錢(頭面烘熱感已緩)
2008/07/22- 2008/07/23	28 (+5)	無喘，無心悸。宮縮頻率及力道減。	無-微	6 mg / hour (靜脈滴注)	MgO 250 mg / T 2 # QID	續前方
2008/07/24- 2008/07/25	29 (+0)	食後(晚餐尤甚)及尿脹時宮縮較明顯。	7'-16'/40''-60'' / 中	3 mg / hour (靜脈滴注)	MgO 250 mg / T 2 # QID	前方去荊芥炭及仙鶴草(陰道出血已無)，續斷增為4錢，炒芍藥增為8錢(加強補腎柔肝緩解宮縮)，加炒白朮2錢(健脾以緩解食後宮縮)
2008/07/28- 2008/07/30	29 (+5)	無明顯宮縮，翻身或活動時宮縮較明顯。易腰痠。舌苔白微厚膩。	13'-15'/40''-60'' / 中	3 mg / hour (靜脈滴注)	MgO 250 mg / T 2 # QID	前方炒芍藥減為6錢(宮縮已緩)，紫蘇梗改為紫蘇葉3錢(舌苔較厚膩，改以芳香化濕)
2008/07/31	29 (+6)	•上午Ritodrine改成口服後，宮縮不明顯，發熱及喘也減輕許多。腰痠減。舌苔白厚膩減。	25'/60'' / 中	10mg / T 1#-2# qid 口服	MgO 250 mg / T 1 # QID	前方紫蘇葉改為紫蘇梗3錢(舌苔厚膩減，改以理氣寬中)

日期	週數 (+日數)	中醫診察記錄	宮縮持續時間 (秒) / 間隔 (分) / 程度	Ritodrine 劑量	其它西藥	中醫處方用藥 與隨症加減
2008/08/01	30 (+0)	飲水後仍有明顯宮縮，發熱及喘也減輕許多。	微	10 mg / T 2# qid口服	MgO 250 mg / T 1 # QID	續前方
2008/08/01出院，以下為門診治療						
日期	週數 (+日數)	中醫診察記錄		Ritodrine 劑量	西藥使用	中醫處方用藥 與隨症加減
2008/08/06	30 (+5)	翻身時宮縮。舌苔微白膩。		10 mg / T 1# Q4H	MgO 250 mg / T 1# Q4H	前方加紫蘇葉3錢（芳香化濕與理氣寬中並行）
2008/08/13- 2008/08/20	32 (+5)	翻身時宮縮，食後輕微宮縮。 97/08/13-產科超音波：pregnancy 34.0wks by USG，無特殊異常。		10 mg / T 1# Q4H	MgO 250 mg / T 1# Q4H	續前方
2008/09/24足月後（37+6週）自然產下一健康男嬰，3316克。						

討 論

胎漏與胎動不安為兩個中醫婦科學中描述流產及早產徵兆的病名，這兩個病名最早見於晉代王叔和的《脈經》及隋代巢元方的《諸病源候論》，而在明代武之望《濟陰綱目》則有詳細論述²。胎漏，指妊娠期陰道少量出血，時下時止，而無腰酸腹痛，亦稱胞漏或漏胎；胎動不安，則指妊娠期有腰酸腹痛或下腹墜脹，或伴有少量陰道出血者。這兩病證的差異如《濟陰綱目》中所述：“胎動、胎漏皆下血，而胎動有腹痛，胎漏無腹痛為異爾”³。

妊娠疾病的發病機理，主要由於受孕後，陰血聚於沖任以養胎，因而多使陰血偏虛；而胞脈繫於腎，若先天腎氣不足或為房室所傷，易致胎元不固；或由於脾胃虛弱，生化之源不足而影響胎元者；或因胎兒的逐漸長大，影響氣機之升降，形成氣滯氣逆痰鬱等病理改變⁴。歸結胎漏與胎動不安的病因病機有以下四點²：

- 一、腎氣虛弱：腎為沖任之本，胞胎為任脈所主而繫之於腎，若妊婦稟賦素弱、先天不足、腎氣虛弱，或是孕後不慎房事，致損傷腎氣、腎虛沖任不固、胎失所繫，導致胎元不固，而成胎漏及胎動不安；
- 二、氣血虛弱：清代《傳青主女科》提到：“蓋脾統血，肺主氣，胎非血不蔭，非氣不生，脾健則血旺而蔭胎，肺清則氣旺而生子”⁵，氣用以載胎，血用以養胎，若氣虛不攝、血虛失養，則造成胎氣不固，以致胎漏及胎動不安。
- 三、血熱妄行：由於外感熱邪或素體陽盛、七情鬱結化熱或陰虛發熱，熱擾沖任，損傷胎氣，以致胎漏、胎動不安。
- 四、跌打損傷：由於閃挫跌仆，沖任受損，氣血失和，致傷動胎氣。

安胎之法，歷代醫家皆有提出，漢代《金匱要略·妊娠病脈證並治》提出養胎安胎的辨證論治，以當歸芍藥散治療血虛氣鬱脾虛的妊娠腹

痛、膠艾湯治療虛寒沖任不固的妊娠下血併腹痛的胞阻⁶，並提出三個方劑主治孕婦陰道下血，一為當歸散化濕清熱以養胎安胎，偏重於治肝；二為白朮散溫散寒濕以養胎安胎，偏重於治脾；以上二方一熱一寒調理肝脾；三則以附子湯治陽虛寒盛的妊娠腹痛⁷。在養胎之法，歷代有許多醫家強調預防重於治療的防病思想，如晉隋時代北齊徐之才《逐月養胎法》，提出妊娠十月的過程中對每個月不同胎兒的發育期進行調理養胎，及唐代《千金方》在逐月養胎條中，強調“預服”觀念，說明防重於治的觀念⁸。而安胎之法，唐代《經效產寶》確立母先病或胎先病分別先治原發病的安胎原則⁹，宋代《婦人良方大全》論述“胎動不安”、“胎漏”、“妊娠卒然下血”、“數墮胎”等證治，強調沖任經虛的病機¹⁰。宋代《女科百問》提出過去曾受胎動不安之苦的孕婦，可預服杜仲丸（杜仲、川續斷），首創補腎安胎之法⁸，《陳素庵婦科補解》中治療胎漏則主張“大補氣血，用十二味安胎飲”（即八珍湯去川芎加黃耆、阿膠、麥冬、牡蠣、酸棗仁）¹¹，《丹溪心法·金匱當歸散論》：“婦人有孕則礙脾，運化遲而生濕，濕而生熱，古人用黃芩、白朮為安胎之聖藥，蓋白朮補脾燥濕，黃芩清熱故也，況妊娠賴血培養，此方有當歸、川芎、芍藥以補血尤為備也”⁸。明代《景岳全書·婦人規》在胎孕類指出“蓋胎氣不安，必有所因，……，去其所病，便是安胎之法”¹²，在安胎條及胎漏條首先提出先後天虛和父氣薄弱可導致胎動不安，在先天稟賦問題上創立胎元飲以補氣養血、固腎安胎¹³；在“妊娠卒下血”條中提到火怒、鬱怒、胞宮受傷、脾腎氣陷均可導致的妊娠卒然下血¹⁴；在“胎動欲墮”中指出“若腹痛血多，腰酸下墜，勢有難留者，無如決津煎、五物煎助其血而落之，最為妥當”的下胎法¹⁵。張景岳抓住胎動不安四大症狀（腹痛、下血、腰酸、下墜）觀察決定是安胎還是要下胎，並指出出血過

多、蓄積胞宮，欲與留之有不可得，和胎死不下者，當速去其胎以救母，完善了“治病與安胎並舉”和“下胎益母”的妊娠病二大治療原則。清代《傳青主女科》中所提出的安胎法歸納有：滋腎補腎安胎法、益氣安胎法、暖宮安胎法、脾腎雙補安胎法、養肝安胎法、清熱安胎法、活血安胎法；其中脾腎雙補的安奠二天湯傅氏認為其“補先後二天之脾與腎，正所以固胞胎之氣與血”，脾腎虛弱所致的胎漏、胎動不安、滑胎是臨床上最常見的證型¹⁶。清代王清任《醫林改錯》用少腹逐瘀湯治療因瘀血而滑胎，針對跌仆閃挫致瘀導致損傷胎元，進一步發展活血祛瘀安胎法¹⁷。清代《葉天士女科證治》提出“保胎以絕欲為第一要策”，是中醫保胎強調“孕後分房靜居”觀點的代表¹⁸，張錫純《醫學衷中參西錄》中創補腎安胎的壽胎丸以防治滑胎，成為現代臨床應用最多的防治流產和早產的安胎基礎方¹⁹。總結歷代醫家安胎之法共有十三種：健脾安胎法、調理肝脾安胎法、養血安胎法、清熱安胎法、暖宮安胎法、清肝安胎法、補腎安胎法、脾腎雙補安胎法、活血安胎法、絕欲保胎法、逐月養胎法、益氣安胎法、養肝安胎法。⁸

由我們報導的前述病例報告記載中，病患一開始陰道少量出血，無伴隨腹痛，符合胎漏的診斷；後來有子宮收縮、下腹墜痛感，轉變為胎動不安。西醫之初期診斷為“子宮頸閉鎖不全”，此病在懷孕第二、三個孕期較常見，以子宮頸擴張及子宮頸薄化為特徵，可導致流產或早產。雖然在中醫古籍並沒有子宮頸閉鎖不全之病名，但流產或早產可從中醫“腎主封藏”及“腎以載胎”的功能不足來考慮。《素問·六節藏象論》：“腎者主蟄，封藏之本，精之處也”，《素問·上古天真論》：“腎者主水，受五臟六腑之精而藏之，故五臟盛，乃能瀉”²⁰，張錫純《醫學衷中參西錄》提到：“男女生育，皆賴腎臟作強，腎旺自能蔭胎也”¹⁹，《女科經

綸》說：“女之腎脈系於胎，是母之真氣，子所賴也”²¹，若腎氣虧虛，便不能固攝胎元，這是“腎以載胎”的根據，胎元藏於胞宮，有賴腎的封藏功能，若腎氣不固，則影響胞宮的藏與瀉，足以影響妊娠狀態的穩定性。腎氣不固的原因，除先天稟賦不足者外，多由勞倦傷腎影響腎之封藏，以致胎元不固，發生胎漏、胎動不安，甚則墮胎、小產、滑胎²²。

胞宮，即子宮，是產生月經與孕育胎兒的基地，其型態中空似腑，功能藏精似臟，胞宮藉胞脈、胞絡、沖任與臟腑發生聯繫，受臟腑經絡、氣血陰陽的調節，其中以腎、沖任較為重要。《素問·五臟別論》曰：“腦、髓、骨、脈、膽、女子胞，此六者地氣之所生也，皆藏於陰而象於地，故藏而不瀉，名曰奇恆之腑”。胞宮的生理功能有“藏”與“瀉”，且藏中寓瀉，瀉中寓藏，在婦女每月經淨後至行經期前以及妊娠期，胞宮的表現為藏而不瀉，經期、分娩期，則表現為瀉而不藏。藏主靜屬陰，瀉主動屬陽，婦女未孕時胞宮的定期藏瀉作用，實質上是腎中陰陽消長轉化的結果²³。婦人懷妊之後，孕後陰血聚於沖任以養胎，腎應主藏而不瀉，如此沖任能夠封藏，胎元才能穩固。

“沖”包括沖氣與沖脈，“沖氣”有“疏、泄”的功能，沖氣的盛衰可以影響氣血的循行（疏）及排卵，月經與分娩（泄）；而沖脈是指血海，沖脈、血海及陰脈之海都屬於有“藏”的功能的實質性物質，血海因月經的出現等可有較大的變化，“任”為陰脈之海，包括了封與藏兩種功能，“封”是指防止子宮出血的功能，“藏”是指陰血蓄藏血海和陰脈之海。在藏泄的功能的平衡中，當泄的功能占優勢時，封的功能相對無力，藏血功能呈弱勢，即引起子宮的出血，生理範圍內稱之為月經²⁴。在妊娠期沖任仍有其疏泄與封藏的功能，沖氣仍主疏泄，任脈仍主封藏。疏，是促進氣血流聚於血海子宮以養育

胎兒；泄，是主分娩。而若妊娠期間，泄的作用過甚，可導致流產或早產。封，是保持陰血的充盛以養育胎兒；藏，是讓胎兒與陰血藏於子宮，並使以子宮為主的血海、陰脈之海的增大，使藏胎兒的載體有著堅固的體質²⁴。受精卵在子宮內膜著床後，沖任的疏泄與封藏的功能都不是減弱，而是更加活躍亢進。若腎氣欠旺，疏的功能低下，氣血流入子宮不暢，血海、陰脈之海無法充實，可導致胎兒失養；沖氣功能低下，疏而不暢，導致水濕運化障礙時，可出現子腫；若沖氣過度亢進，疏泄的功能偏於優勢，或封藏的功能低下，疏泄功能出現相對優勢，可能出現惡阻、妊娠腹痛、胎漏、胎動不安等症狀；分娩是疏泄中的泄的功能亢進的結果，若疏的功能過激，在分娩時可引起子宮口的劇烈痙攣，導致難產²⁴。

從前面的論述可知，此病患的病機為沖氣較為亢進，沖氣“疏”至子宮的氣血足夠，胎兒營養足夠；沖氣“疏而不暢”，導致水濕運化障礙，吃涼性及較冷食物易覺子宮不適；沖氣“泄”的功能偏亢，任脈司“封藏”的功能低下，出現胎漏、胎動不安、甚至子宮頸閉鎖不全。腎主封藏的功能受到影響，偏於陰虛陽亢；肝主疏泄的功能不平衡，“疏而不暢”、“泄而偏亢”，在情志表現為晚上宮縮較嚴重，每到晚上就開始害怕會宮縮，更加重失眠。

從辨證型分析此患者的證型，子宮收縮（胎動不安）、腰痠屬於腎氣虧虛（陰虛陽亢），沖任不固；從胎漏證治辨陰道出血，可分成腎虛胎漏、氣虛胎漏、血虛胎漏、血熱胎漏、虛熱胎漏、癥病胎漏、外傷胎漏證型²⁵，患者陰道出血粘稠夾帶鮮紅血絲、舌黯紅、邊尖少苔，屬陰虛生熱動血之虛熱胎漏；下腹墜痛、子宮頸閉鎖不全，說話久自覺少氣，舌有齒痕為氣虛下陷；懷孕後不耐熱，使用安胎針劑後加重，出現心悸、喘促、口乾、偶烘熱的症狀為心氣陰兩虛及陰虛生熱；吃涼性及較冷食物易覺子宮不適，中

根苔微白膩為中焦有濕或虛寒；晚上宮縮較嚴重，每到晚上就開始害怕會宮縮，更加重失眠暗示肝鬱氣滯，恐傷腎。

此患者的證型在本為腎氣虧虛、沖任氣虛下陷而不固、肝鬱氣滯、陰虛生熱動血，在標為心氣陰虛，治療必須標本同治，具體治法為補腎固沖任以安胎，益氣升提，疏肝理氣，滋陰涼血止血，處方以壽胎丸合小柴胡湯、芍藥甘草湯、生脈散化裁，以桑寄生、川續斷、阿膠珠、菟絲子、炒杜仲（壽胎丸加減）補腎固沖任、安胎，荊芥炭、地榆炭、仙鶴草、牡丹皮用來涼血止血，以柴胡疏肝、升麻升提，炒芍藥、生甘草（芍藥甘草湯）能酸甘化陰，用來柔肝止痛，以緩解子宮平滑肌收縮，再以黨參、麥冬（生脈散加減）滋心陰益心氣以緩解心悸，並以陳皮、紫蘇梗理氣。

“壽胎丸”為清末名醫張錫純之方，原方丸劑緩圖，改用湯劑，意為速效，其適應證為先兆流產腎虛證、習慣性流產腎脾兩虛證、母兒血型不和腎虛肝鬱證，有醫家認為此方加減可治療一切胎氣未動之先兆流產和習慣性流產，此方注重於胎，以變化胎之性情氣質，使之善吸其母之氣化以自養²⁶，《醫學衷中參西錄》提及：“胎在母腹，若果善吸其母之氣化，自無下墮之虞。且男女生育，皆賴腎臟作強。菟絲子大能補腎，腎旺能萌胎也，寄生能養血，強筋骨，大能使胎氣強壯，故《神農本草經》載其能安胎；續斷為補腎之藥，阿膠系驢皮所熬，最善伏藏血脈，滋陰補腎，故《神農本草經》載其能安胎也……”²⁰。又曰：“流產為婦人恒有之病，而方書所載保胎之方，未有用之必效者。誠以保胎所用之藥，當注重於胎，以變化胎之性情氣質，使之善吸其母之氣化以自養，自無流產之虞……，由斯而論，愚於千百味藥中，得一最善治流產之藥，乃菟絲子是也”，又曰：“壽胎丸重用菟絲子為主藥，而以續斷、寄生、阿膠諸藥輔之，凡受妊

之婦，於2個月後續服一料，必無流產之弊，以乃于最易流產者屢次用之皆效”²⁰。

生脈散出自《內傷辨惑論·暑傷胃氣論》，後世擴展其方證：一是從久咳肺虛著眼，治療喘咳無痰，短氣自汗，口燥咽乾等；二是從“生脈”的功效出發，治療心血管疾病有心悸、胸悶、氣短、汗出、失眠、脈結代等。此方辨證要點包括氣短、心悸、汗出、舌紅苔少、脈細，皆屬心氣陰不足，故生脈散應用於安胎，可緩解安胎藥Ritodrine產生之副作用，如心跳加快、潮熱，在中醫屬於心氣陰虛有熱之證²⁷。

患者在服用中藥十天後，出現大便偏硬的症狀，大便偏硬可能會因須用力解便而加重宮縮，中醫在當日訪視之時，西藥已加入口服軟便劑MgO，審視中藥處方亦無不宜之藥物，故於中藥處方上未作變動，仍每日持續紀錄患者解便狀況。病例報告中之病患經中、西醫結合治療3-4週後，陰道出血已無，宮縮轉為輕微，安胎針劑改為口服，回家休養至足月後自然產下一健康男嬰。

由此病例所得結論是，中西醫結合治療有利於子宮頸閉鎖不全合併先兆早產，中西醫各有其一套安胎的理論，也各有其優缺點。西醫在子宮頸閉鎖不全可用子宮頸環紮術以固胎，這種手術法可視為物理性固沖安胎方，但因環紮術是外力所為，無法減少宮縮的大小與頻率，故仍須要安胎藥物的使用，西藥安胎藥藥理明確且作用迅速，但常有一些副作用，如心悸、潮熱等，有時即使使用了西藥安胎藥，安胎效果仍不見得令人滿意；中醫安胎藥的作用較為緩慢，但症狀緩解持續期較長，並可同時處理西藥安胎藥所造成的副作用，讓西藥能持續使用至症狀緩解，中醫與西醫安胎一緩一急，兩者配合使用可顧及患者的標本，達到最大的療效。中藥安胎原則重在補腎以固胎元，以固攝之法制動以靜，使之恢復封藏之功。腎主先天，脾主後天，故安胎還須兼顧脾

胃，益氣養血。腎脾合治，從先天以固胎元，從後天以養胎體，並結合孕婦體質及其他症狀的寒熱虛實，適當加以用藥。中西醫安胎的共通點皆放在一個“靜”，在藥食、情志、生活起居等方面進行調護，中西醫結合治療胎動不安，除了可達到最佳安胎效果外，亦可給予孕婦較佳的生活品質。

參考文獻

1. Steven GG, Jennifer RN, Joe LS, Henry G, Laura G, Eric RM, Jauniaux, Mark L. *CHAPTER 25—Cervical Incompetence*. *Obstetrics : Normal and Problem Pregnancies*, 5th ed., Philadelphia, pp. 650-654, p. 664, 2007.
2. 楊傳英、賈淑敏、陳阿麗，胎漏、胎動不安的辨證論治，河南中醫學院學報，20:47-48，2005。
3. 武之望，濟陰綱目，昭人出版社，台中，p. 260，1993。
4. 陳立德、陳榮洲、陳建霖、張白欣、邱燦宏、陳雅吟、謝佳蓉，中醫婦科學，弘祥出版社，台中，p. 178，pp. 186-190，2006。
5. 傅山，傅青主醫學，學苑出版社，北京，p. 277，2001。
6. 李克光、楊百蓓，金匱要略精注讀本，知音出版社，台北，pp. 323-325，2002。
7. 李克光、楊百蓓：金匱要略精注讀本，知音出版社，台北，p. 322，pp. 328-330，2002。
8. 張玉珍、趙穎，中醫安胎法的沿革，中醫文獻雜誌，2:48-49，2002。
9. 魯殷，經效產寶，人民衛生出版社，北京，p. 18，2007。
10. 陳自明，婦人良方大全，集文書局，台北，卷十二pp. 17-22，卷十三pp. 1-2，1985。
11. 陳素庵，陳素庵婦科補解，上海科學技術出版社，上海，p. 65，1983。
12. 張介賓，景岳全書，台聯國風出版社，台北，p. 651，1980。
13. 張介賓，景岳全書，台聯國風出版社，台北，p. 1007，1980。
14. 張介賓，景岳全書，台聯國風出版社，台北，p. 656，1980。
15. 張介賓，景岳全書，台聯國風出版社，台北，p. 657，1980。
16. 傅山，傅青主醫學，學苑出版社，北京，pp. 275-297，2001。
17. 王清任，醫林改錯，力行書局有限公司，台北，pp. 61-62，2002。
18. 葉天士，葉天士女科全書，力行書局有限公司，台北，pp. 43-44，1991。
19. 張錫純，醫學衷中參西錄，河北科學技術出版社，河北，pp. 213-214，2006。
20. 孟令軍，《內經》腎藏精主水的機理，山東中醫學院學報，20:86-87，1996。
21. 蕭壘，女科經綸，人民衛生出版社，北京，pp. 59-60，2006。
22. 羅頌平，”封藏之本，靜以制動”——論羅元愷教授安胎的思路與方法，廣州中醫藥大學學報，23:363-365，2006。
23. 高月平，淺談胞宮的“藏”與“瀉”，中醫函授通訊，2:12-14，1996。
24. 中村章，沖任新解，上海中醫藥雜誌，11:24-25，1999。
25. 劉金淑，胎漏的辨證治療，光明中醫，22:88-89，2007。
26. 李寶華，壽胎丸加味治療胎漏、胎動不安、墮胎、小產的體會，職業與健康，21:113-115，2005。
27. 張文選，溫病方證與雜病辨治，人民衛生出版社，北京，pp. 390-393，2007。

COMBINED TREATMENT OF CHINESE MEDICINE AND MODERN MEDICINE IN CERVICAL INCOMPETENCE WITH PRETERM LABOR : A CASE REPORT

Chia-Ling Li¹, Tsan-Hung Chiu², Shan-Yu Su^{1,3}

¹*Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan*

²*Department of Obstetrics and Gynecology, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan*

³*School of Post-baccalaureate Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan*

(Received 04th January 2010, accepted 05th July 2010)

A 32-year-old pregnant woman with a smooth obstetric history (G2P1A0 ; Imp : 2008/01/02) consulted Chinese Medical Department for frequent uterine contractions with vaginal bleeding for one week. Vaginal bleeding without abdominal pain was found in the gestational age of 21st week. The cervical length was about 2-3 cm. She received tocolysis drug and hemostatic agent. Vaginal bleeding with abdominal pain was noticed again 2 weeks later. The cervical length was about 1.3 cm. Vaginal dilatation about 1 cm was noted through vaginal examination. The suspect clinical diagnosis was cervical incompetence. Cervical cerclage was performed in the gestational age of 24+6th week. After receiving Ritodrine for tocolysis, she felt palpitation, dyspnea, thirsty, and hot flushing. The heart rate was between 80-120 beats per minute. There were no infection signs. During tocolysis, Ritodrine was reduced and changed to oral form once. Because uterus constriction progressed after walking, Ritodrine was changed back to intravenous form. She still had irregular uterine contractions. A small amount of vaginal bleeding persisted, and it was viscous with some fresh blood. Chinese medical doctor was consulted for tocolysis in the gestational age of 25+3th week. Tongue examination revealed : dark red tongue with mild white slimy fur in the central and root of tongue, less fur in the side and tip of tongue, tooth-print, and normal length and width of sublingual vessels. She had a weaker voice, and felt tired after talking. Her uterine contracted once every 8~15 minutes moderately, and each contraction last for 30 seconds. Stirred pulse at cun, stringlike-fine-racing pulse at guan, and forceless pulse at cubit were noticed. The skin of four limbs was warm. There was no leg edema. The pattern of root was kidney qi deficiency, insecurity of thoroughfare and conception vessels, qi sinking, liver depression and qi stagnation, and yin deficiency with internal heat stirring blood; the pattern of tip was heart qi and yin deficiency. The therapeutic method was reinforcing kidney, securing thoroughfare and conception vessels, tonifying and upraising qi, soothing liver and regulating qi, and nourishing yin

and cooling the blood to stop bleeding. After combination of Chinese medicine and Modern medicine, vaginal bleeding disappeared and uterine contractions were milder. Therefore, Ritodrine was changed to oral form and the patient was discharged. She took Chinese herbs continuously at home. One healthy full-term male baby was normally spontaneous delivered.

Key words : Cervical incompetence, threatened preterm labor, tocolysis, combination of Chinese medicine and modern medicine