

生化湯運用於自然產、剖腹產與人工 流產產後調理之差異 — 34 位台灣 中醫婦科專家經驗之分析

侯毓昌^{1,2} 游智勝^{3,4} 張恒鴻^{2,4}

¹衛生署桃園醫院 中醫科

²長庚大學 傳統中國醫學研究所

³長庚大學 中醫學系

⁴長庚醫院中醫分院 內科

桃園，台灣

(94 年 5 月 16 日受理，94 年 11 月 16 日接受刊載)

生化湯在台灣運用於產後調理甚為普遍。本研究之目的主要是探討生化湯在台灣地區使用於自然產、剖腹產與人工流產產後調理之劑量、組成與服用時機之差異。本研究邀請 34 位台灣地區中醫婦科臨床專家，以半開放式問卷探討研究主題。研究結果顯示，運用生化湯於產後調理時，自然產之當歸劑量比值及服用帖數均高於剖腹產，而人工流產的當歸、川芎劑量比值與服用帖數也明顯低於自然產。不管是自然產、剖腹產或人工流產，認為「產後一天以上」再服用生化湯之專家佔最多數，且建議生化湯運用時需加味，產後餵哺母乳則不需另外加味。在煎煮法之要求上，除剖腹產以純水煎煮者最多外，自然產及人工流產均以「無特殊要求」佔多數。在受訪的專家之中，有 18 位曾見過因服用生化湯所造成的藥物不良反應，建議生化湯運用於產後調理仍應經中醫師處方後再行服用。

關鍵詞：產後調理，生化湯，中醫藥。

壹、前言

強調「產後調理」是大中華地區文化的特色之一，如陳鴻銘、楊志良（1984）調查雲林縣四湖地區民衆有關「台灣民間特有的疾病觀念之探討」，發現 70% 民衆認為產後坐月子期間若工作、洗冷水、或吃生冷食物，會造成骨頭酸痛（月內風），應該避免¹。台灣地區在產後調理習慣給予產婦服用生化湯，如陳麗麗、王純娟（1990）調查 196 位某準醫學中心及某地區教學醫院之健兒門診母親發現，僅有 11 位

(5.6%) 沒有服用生化湯，可見生化湯在產後調理之使用普遍性及重要性²。生化湯一方，出自清朝《傳青主女科》，其組成爲當歸八錢、川芎三錢、桃仁十四粒（去皮尖）、黑薑五分、炙草五分，用黃酒、童便各半煎服³。方中重用當歸爲君，以補血活血、化瘀生新；川芎活血行氣，桃仁活血去瘀，共爲臣藥；黑薑溫經散寒，止痛止血；黃酒溫行血脈以助散瘀；加入童便，取其行氣降濁引敗血下行之效，共爲佐藥；炙甘草調和諸藥爲使藥；主治「產後惡露不行，小腹冷痛」⁴。至於爲何產後需服生化湯，這就牽涉到中醫認爲產後之生理變化：「產後氣血暴虛，理當大補，但惡露未盡用補須防滯血，乃生之而且化之，能生能化，攻血塊無損元氣，行血中又帶補血，方許萬全⁵。」

行政院主計處之統計資料顯示，台灣女性之初婚年齡由民國七十九年之25.6歲已提高至九十二年之26.7歲⁶；同時衛生統計資料顯示，大於35歲之高齡產婦比率在民國86年已高達6.99%⁷。而台灣之剖腹產率自民國八十四年至九十一年均高達32%-34%⁷；國民健康局所出版的《台灣地區九十一年國民健康促進知識、態度與行爲調查》中，亦指出台灣20-44歲女性有過剖腹產經驗者高達31.4%，其中二次以上經驗者佔約15.3%⁸。在該份調查中，亦有數據顯示台灣20-44歲曾懷孕女性有過人工流產經驗者高達31.2%，其中二次以上經驗者佔約11.4%⁹，此數據尚不包括二十歲以下一般稱之「墮胎潮」之年輕女性。初婚年齡之升高及高齡產婦比率不斷上升，已是不爭之事實；剖腹產率及墮胎人數之升高相信亦是古今之明顯差異。

我們曾經調查市面上常見廠商所使用之“生化湯”中藥濃縮製劑組成劑量比例，發現各家並不相同（表1）。我們也曾在2004年3月27日以“生化湯”爲關鍵字在搜尋引擎Google尋找繁體中文網頁與生化湯有關之所有資料，共獲得332項，然後逐項辨認出明顯爲醫師或醫療院所提供資訊之網頁共計十八項，將資料整理彙集，我們可發現生化湯的組成、劑量比例、使用時機各家皆不一致，增加臨床使用的不方便及不確定性。

大陸與台灣氣候略有不同，現代人與古人之營養狀況、結婚與生育年齡皆有差異，同時現代人對身材之注重及回到職場之時間縮短，剖腹產率及墮胎人數之升高，在在都考驗古代成方之組成比例是否依然適用於當今每一種狀況。而在自然產、剖腹產與人工流產其間之生化湯運用是否有差異，應注意哪些情況，可爲醫師臨床處方時之參考，實是一項重要且急迫的臨床課題。

貳、材料及方法

本研究共邀請三十四位台灣地區曾任教於中醫學院或於教學醫院執業及同儕推薦之中醫婦科臨床專

表1 常見廠商所使用之“生化湯”中藥濃縮製劑組成劑量比例

	當歸	川芎	桃仁	炮薑	炙甘草
順天堂藥廠股份有限公司	5.6	2.2	0.9	0.3	0.3
勝昌製藥廠股份有限公司	2.7	1	1	0.2	0.2
柯達製藥股份有限公司	5.3	2	1	0.3	0.3
港香蘭藥廠股份有限公司	5.3	2	1	0.3	0.3
莊松榮製藥廠有限公司	5.3	2	1	0.3	0.3
萬國製藥廠股份有限公司	5.3	2	1	0.3	0.3
天一藥廠股份有限公司	5.3	2	1	0.3	0.3

家，經徵詢同意後參與本研究，應用半開放式問卷探討研究主題；其中數值之統計及假說之檢定應用 SPSS 10.0 中文版統計軟體，並以 Pair-t Test、McNemar Test 等檢定虛無假說。由於有一些中醫師回答問題時，所給予之數值範圍較大，所以本研究計算數值時，若遇此類問題均取中位數值以利統計，例如服用帖數為“3-5”帖，則取中位數為“4”；又如服用帖數為“5-10”帖時，則取中位數值較高者“8”。

參、結 果

本研究共邀請三十四位專家參與本研究，其中有二十位是由中醫婦科醫學會推薦，另有十四位為曾擔任中醫學院講師或教學醫院之中醫婦科主治醫師，專家之平均年齡為 44.9 歲（標準差為 7.4），其中最年長者為 58 歲，最年輕者為 31 歲；執業平均年資為 13.8 年（標準差為 6.9），執業最高年資為 30 年，最低則只有 5 年；其餘個人背景資料之分析見表 2。

本研究歷經約三個月之問卷收集，調查中有一位專家認為剖腹產後婦產科醫師會有清除胎盤與子宮內膜之動作，故剖腹產後不需服用生化湯，所以有關剖腹產之問項均無回答。34 位專家之中，有 18 人（52.9%）曾見過因服用生化湯所造成的藥物不良反應；其中以「惡露不止」者最多有 13 人，「腹瀉」居第二位有 6 人，「口乾」、「產後宮縮痛」居第三位有 2 人。

本研究之探測項目有關生化湯運用於台灣產後調理時之劑量、運用於台灣產後調理時是否需加味、若餵哺母乳時是否另需加味、煎煮法是否有特殊要求及服用時機等結果之分佈情形詳見表 3~表 7。

比較專家運用生化湯在自然產與剖腹產的產後調理劑量之差異時，發現其中當歸劑量比值（ 6.1 ± 2.3 錢 vs 5.5 ± 2.1 錢）與服用帖數（ 7.6 ± 2.2 vs 6.0 ± 2.1 ）有明顯之差異（表 3）；而在是否需加味、餵哺母乳時是否另需加味及煎煮法要求之比較並無顯著差異。而比較自然產與人工流產的產後調理劑量之差異

表 2 專家個人背景分析表

	人數	百分比 (%)
性別		
女	21	61.8
男	13	38.2
執業地點（依健保局分區編制）		
台北區	18	52.9
北區	2	5.9
中區	7	20.6
南區	4	11.8
高屏區	3	8.8
醫學養成教育		
特種中醫師考試	18	52.9
中國醫藥大學中醫學系	11	32.4
中國醫藥大學學士後中醫學系	5	14.7
有無見過因服用生化湯所致之中藥不良反應		
無	16	47.1
有	18	52.9

表 3 自然產與剖腹產、人工流產生化湯運用劑量之比較表

	自然產 (平均值 ± 標準差)	剖腹產 [※] (平均值 ± 標準差)	人工流產 (平均值 ± 標準差)
當歸 (比值)	6.1 ± 2.3	5.5 ± 2.1 [#]	5.4 ± 2.2*
川芎 (比值)	3.3 ± 1.6	2.8 ± 1.4	2.7 ± 1.5*
炮薑 (比值)	0.8 ± 0.5	0.8 ± 0.5	0.9 ± 0.6
炙甘草 (比值)	1.1 ± 0.6	1.1 ± 0.6	1.0 ± 0.7
桃仁 (錢)	1.1 ± 0.5	1.1 ± 0.5	1.1 ± 0.4
服用帖數	7.6 ± 2.2	6.0 ± 2.1 [#]	4.9 ± 1.7*

註：表中當歸、川芎、炮薑與炙甘草所顯示之數值為與桃仁設定劑量為「1」之劑量比值，而桃仁之單位為「錢」。

#：表自然產與剖腹產之比較，Pair-t Test， $p < 0.05$

*：表自然產與人工流產之比較，Pair-t Test， $p < 0.05$

※：調查中有一位專家認為剖腹產後不需服用生化湯。

表 4 生化湯運用於產後調理時是否需加味分析表

	不需加味 (%)	需加味 (%)
自然產	14 (41.2)	20 (58.8)
剖腹產	11 (33.3)	22 (66.7)
人工流產	15 (44.1)	19 (55.9)

表 5 生化湯運用於產後調理餵哺母乳時是否另需加味分析表

	不需加味 (%)	需加味 (%)	其他 (%)
自然產	21 (61.8)	13 (38.2)	0 (0.0)
剖腹產	20 (60.6)	12 (36.4)	1 (3.0)

表 6 生化湯運用於產後調理煎煮法要求分析表

	無特殊要求 (%)	純水煎煮 (%)	水酒煎 (%)	其他 (%)
自然產	17 (50.0)	8 (23.5)	9 (26.5)	0 (0.0)
剖腹產	10 (30.3)	17 (51.5)	4 (12.1)	2 (6.1)
人工流產	15 (44.1)	13 (38.2)	4 (11.8)	2 (5.9)

表 7 生化湯運用於產後調理服用時機分析表

	人數	百分比 (%)
自然產後何時可開始服用		
產後即可	6	17.6
產後 24 小時	16	47.1
產後 48 小時	9	26.5
產後 72 小時	3	8.8
合計	34	100.0
剖腹產後何時可開始服用		
排氣進食後即可	9	27.3
出院後即可	3	9.1
術後 3 天	6	18.2
術後 5 天	5	15.2
術後 7 天	5	15.2
其他	5	15.2
合計	33	100.0
人工流產術後何時可開始服用		
術後即可	5	14.7
術後 24 小時	16	47.1
術後 48 小時	6	17.6
術後 72 小時	5	14.7
其他	2	5.9
合計	34	100.0

時，發現其中當歸劑量比值 (6.1 ± 2.3 錢 vs 5.4 ± 2.2 錢)、川芎劑量比值 (3.3 ± 1.6 錢 vs 2.7 ± 1.5 錢) 與服用帖數 (7.6 ± 2.2 vs 4.9 ± 1.7) 有明顯之差異 (表 3)；而在是否需加味及煎煮法要求上之比較則並無明顯之差異。

肆、討 論

在受訪的 34 位專家之中，有 18 人 (52.9%) 曾見過因服用生化湯所造成的藥物不良反應；其中以「惡露不止」者最多有 13 人，「腹瀉」居第二位有 6 人，「口乾」、「產後宮縮痛」居第三位有 2 人。1994 年大陸曾有一例因服生化湯丸劑而導致之過敏反應報告，其主要症狀為頭暈、噁心、發冷寒顫而後嗜睡、發熱至 40°C ¹⁰，但受訪專家之回答則未見此類不良反應。但此研究調查提醒我們在開列生化湯後仍應注意產婦之情況，不應視為是絕對安全之方劑，而坊間中藥房自行調配或民衆自行買藥服用之狀況頗多，故應多加宣導，避免用藥安全產生漏洞。

比較生化湯在自然產與剖腹產的產後調理劑量之差異時，發現自然產之當歸劑量比值及服用帖數均高於剖腹產，可能與傳統上認為剖腹產時婦產科醫師會同時有清除胎盤及子宮內膜之動作，所以剖腹產產生之惡露較少，因此當歸之劑量與服用帖數都下降，此與本調查中有一位專家認為剖腹產後不需服用生化湯相類似。而比較自然產與人工流產的產後調理劑量之差異時，發現其中當歸劑量比值、川芎劑量比值與服用帖數有明顯之區別，我們認為子宮內膜之厚薄與懷孕時程之長短很可能是考慮調整主要藥物劑量與服用帖數之關鍵，但仍有待進一步之研究。而台灣產後調理甚有經驗之莊淑旂博士在其著作《坐月子的方法》中，建議順產者服用帖數為七帖，剖腹生產者則需十四帖，其提供生化湯之組成爲當歸(全)八錢、川芎六錢、炙草五分、炮薑五分、桃仁(去心)五分，剖腹產與自然產在劑量應用上並無區別¹¹；莊博士之建議與本研究結果似有相當大之差異。

有關產婦何時可服用生化湯，此一直是產婦詢問臨床醫師問題回答時之困擾。專家意見中，自然產認為「產後 24 小時後」再服用者最多 (16 位, 47.1%)；剖腹產則以認為「排氣進食後」即可服用者最多 (9 位, 佔 27.3%)，一般而言術後排氣進食若無特殊變化約需一天的時間；而人工流產認為「術後 24 小時」者最多有 16 位 (47.1%)。所以不管是自然產、剖腹產或人工流產，認為「產後一天以上」再服用生化湯的專家佔最多數。此與陳立德醫師在其著作中建議自然產在生產後二十四小時即可服用生化湯，剖腹產產婦則建議延至產後第五至七天才開始服用¹²，兩者意見並不相同。

在台灣運用生化湯是否須加味，顯然不管在自然產、剖腹產和人工流產上，專家意見傾向需加味的均佔多數，同時當歸平均劑量低於原古方之劑量 (八錢)，顯示此古方在現代台灣運用於產後調理與清朝有明顯之不同，這或許是氣候差異、營養狀況不同、結婚與生育年齡差異所造成之結果，但仍有待進一步之探討。

至於產後餵哺母乳是否另需加味方面，不管是自然產或剖腹產均以不需加味之意見爲大多數，可能是從中醫觀點認為產後惡露與乳汁不足之情況必須分開考慮，也可能是原方已考慮此一狀況，值得我們再深入探究。

在煎煮法的要求上，自然產中有 17 位（50%）及人工流產有 15 位（44%）均以「無特殊要求」佔多數，而剖腹產則以純水煎煮者最多，高達 51.5%（17 位），並無達到統計上顯著差異。一般民衆均傳說若是剖腹產不可服用酒煎之藥物或需延遲服用，避免傷口之生長不佳，查證於西醫之文獻，並無傷口生長與酒精之相關文獻，只有酒精性肝硬化之病人傷口癒合不佳之探討。或許是樣本數不足，也可能真是專家經驗上認為無需如此堅持。

伍、結 論

本研究在分析 34 位台灣中醫婦科臨床專家之經驗後，發現運用生化湯於產後調理時，自然產之當歸劑量比值及服用帖數均高於剖腹產，而人工流產的當歸劑量比值、川芎劑量比值與服用帖數也明顯低於自然產。不管是自然產、剖腹產或人工流產，認為「產後一天以上」再服用生化湯之專家佔多數，且建議生化湯運用時需加味，產後餵哺母乳則不需考慮另外加味。在煎煮法之要求上，除剖腹產以純水煎煮者最多外，自然產及人工流產均以「無特殊要求」佔多數。在受訪的專家之中，有 18 人曾見過因服用生化湯所造成的藥物不良反應，提醒我們生化湯不應視為絕對安全之方劑，建議生化湯運用於產後調理仍應經中醫師處方後再行服用。

陸、誌 謝

感謝參與研究之 34 位專家無私的提供個人處方經驗，台灣中醫婦科醫學會推薦專家名單及協助專家之聯絡，長庚大學史麗珠教授統計上之指導，曾韻潔小姐協助資料收集與 Nigel Wiseman 教師修正英文摘要。

參考文獻

1. 陳鴻銘，楊志良，台灣民間特有的疾病觀念之探討：以四湖鄉為例，中華民國公共衛生雜誌 Vol. 3，pp. 46-57，1984。
2. 陳麗麗，王純娟，產婦對於傳統醫療中有關產後調理的態度即行爲之研究，護理研究 Vol. 8(1)，pp. 49-58，1990。
3. 傅青主，傅青主男女科，力行書局有限公司，台北，修訂版，p. 186，2001。
4. 鄧中甲等主編，方劑學，中國中醫藥出版社，北京，p. 245-246，2003。
5. 王實穎，廣嗣五種備要，中醫古籍臨證必讀叢書/婦科卷（下），湖南科技學術出版社，長沙，p. 785，1996。
6. 行政院主計處，中華民國統計月報第四六九期，台北，p. 9，2005。
7. 行政院衛生署，中華民國九十一年衛生統計，台北，p. 253，2003。
8. 行政院衛生署國民健康局，台灣地區九十一年國民健康促進知識、態度與行爲調查，台中，pp. 670-674，2003。

9. 同文獻 8， pp. 662-664。
10. 婁艷茹，馬金貞，生化湯丸過敏反應一例，牡丹江醫學院學報 Vol. 15(2)，pp. 70-71，1994。
11. 莊淑旂，坐月子的方法，青峰出版社，台北，第二十版，pp. 74-75，1998。
12. 陳立德，做月內八大代誌，啓英文化事業有限公司，台北，第一版，pp. 124-140，2000。

**THE DIFFERENCES OF SHENG-HUA-TANG
ON THE POSTPARTUM RECOVERY
AMONG NORMAL SPONTANEOUS DELIVERY,
CESAREAN SECTION AND ARTIFICIAL
ABORTION – – THE ANALYTIC STUDIES
OF 34 GYNECOLOGICAL EXPERTS’
EXPERIENCES IN TRADITIONAL
CHINESE MEDICINE**

Yu-Chang Hou^{1,2}, Jyh-Sheng You^{2,3,4} and Hen-Hong Chang^{2,4}

¹*Department of Chinese Medicine, Taoyuan General Hospital, Department of Health*

²*Institute of Traditional Chinese Medicine, Chang-Gung University*

³*School of Chinese Medicine, Chang-Gung University*

⁴*Center for Traditional Chinese Medicine, Chang-Gung Memorial Hospital
Taoyuan, Taiwan*

(Received 16th May 2005, accepted 16th November 2005)

Sheng-Hua-Tang is commonly used for the postpartum recovery in Taiwan. To understand the differences in the dosage, composition and initial timing of Sheng-Hua-Tang on the normal spontaneous delivery (NSD), cesarean section (C/S) and artificial abortion (AA), 34 Chinese medicine gynecologic experts were enrolled for analysis of the semi-open questionnaire. The results show that the dosage ratio of Radix Angelicae Sinensis and the duration of administration prescribed for NSD were higher than C/S. The dosage ratio of Radix Angelicae Sinensis, Rhizoma Li Chuanxiong and the duration of decoction prescribed for AA were lower than NSD. The initial timing in taking Sheng-Hua-Tang was more than 24 hours after delivery in the opinions of most experts. Sheng-Hua-Tang required additional drugs when prescribed for postpartum recovery of the patient. No additional drugs were necessary for breast-feeding mothers. Concerning the preparation of Sheng-Hua-Tang, there were no special requirements for NSD and AA, except extracting with pure water for C/S. Eighteen experts have met the adverse effects induced by Sheng-Hua-Tang. We suggest that Sheng-Hua-Tang should be prescribed by Chinese medicine doctors for postpartum recovery.

Key words: Postpartum recovery, Sheng-Hua-Tang, Traditional Chinese medicine.