



奇美藥訊

Chi Mei Medical Center Drug Bulletin

發行人：邱仲慶

總編輯：蘇慧真

主編：蔡宛婷

發行所：奇美醫療財團法人奇美醫院藥劑部

網址：<http://chimeipharm.org/index.php/drugbulletin>

E-MAIL：druginfo@mail.chimei.org.tw

電話：06-2812811 轉 53102

本期目錄

- | | | |
|-----------------------|--------|-------|
| ● 黑色素瘤之治療介紹 | 奇美醫院 | 鍾宜芹藥師 |
| ● 淺談免疫性血小板症減少症(ITP)治療 | 奇美醫院 | 張秀惠藥師 |
| ● 產後的中藥調理應用 | 柳營奇美醫院 | 康慧君藥師 |

黑色素瘤之治療介紹

奇美醫院 鍾宜芹藥師

壹、前言

黑色素瘤又稱惡性黑色素瘤，是一種從黑色素細胞發展而來的癌症，是皮膚癌中罕見的癌症。好發於皮膚但也可能出現在口腔、腸道或眼睛中。皮膚癌一般以老年人居多，但黑色素瘤的年齡分布層卻很廣，從嬰兒到老年人各個年齡層都有可能發生且惡性程度之高，是皮膚癌的主要死亡原因之一。

貳、黑色素瘤簡介¹

一、病因

紫外線暴露是造成黑色素瘤的主因，太陽是可能的紫外線來源。大部分的黑色素瘤是從痣發展而來。有很多痣、家中曾有人得過黑色素瘤，以及免疫力低下的人，罹患黑色素瘤的風險都較高。

二、症狀

黑色素瘤在早期可能與一般的痣看起來並沒什麼兩樣，大都出現在身體四肢，也就是手指、腳指、腳底等，隨著疾病的惡化，痣外觀上可能會有所改變，包括尺寸變大、邊緣變得不規則、顏色改變、發癢、或皮膚破壞等。

三、診斷

診斷方法是對可疑的皮膚病變部位進行切片檢查，由於黑色素瘤症狀並不明顯，大部分病人發現時都已出現癌細胞轉移的情形，所以病人平時

的自我檢查就顯得很重要；一般可以在家中依照「ABCDE」這五項判定標準來自我檢查

A：Asymmetry(不對稱)，正常的色素性斑點大多是對稱的，大部分黑色素瘤的形狀、大小會有不規則、不對稱的情形。

B：Border irregularities (邊緣不規則)，正常的色素性斑點邊緣是規則的且界線分明而黑色素瘤的邊緣是不規則的。

C：Color heterogeneity (顏色不均勻)，良性腫瘤顏色都相當均勻，但黑色素瘤顏色相當多樣且不均勻。

D：Diameter > 6mm (直徑 > 6mm)，如果色素性斑點直徑大於六公釐就要特別注意。

E：Evolution (變化)，假如色素性斑點的大小、顏色、形狀有所變化就要特別留意。

並非要完全符合以上這些條件才診斷是黑色素瘤，有時只會出現一、兩個表徵，所以只要出現上述相關症狀就必須要進一步就醫檢查。

四、治療²

目前針對惡性黑色素瘤的治療方法有手術、放射線治療、化學治療、免疫治療及標靶治療等。

(一)手術治療

早期黑色素瘤的常規治療方法是手術切除腫瘤及部分周圍正常組織，如果黑色素瘤已經發生轉移，手術一

般不能控制病情，這時候往往需要其他全身系統性的治療。

(二)放射線治療

利用放射線殺死腫瘤細胞，一般研究顯示黑色素瘤對放射線不敏感。但發生癌細胞有腦轉移、骨轉移等，放射線治療可以使局部腫瘤縮小並減輕症狀。

(三)化學治療

有全身性轉移者，可以選擇接受進一步的化學治療，只是目前大多數化療藥物對於腫瘤的反應率及提升病人的存活率，效果並不理想。

(四)免疫治療³

透過直接或間接激發自體的免疫系統來對抗腫瘤，近年來，科學家發現人體的免疫系統有一套防範「過度免疫反應」的措施，統稱為免疫檢查點 (immune checkpoint)，目前主要被發現的免疫檢查點有 Cytotoxic T-lymphocyte-associated antigen 4 (CTLA-4)及 Programmed cell death-1 (PD-1)，其作用就是在制衡免疫反應，研究也發現當強化腫瘤組織內 T 細胞的作用，可能會達到良好的免疫機制控制及產生清除癌細胞的效果，目前這類的藥物有 pembrolizumab、ipilimumab、nivolumab 等。

(五)標靶治療⁴

研究指出 BRAF 基因 V600E 的突變占約黑色素瘤病人的 40-60%，只要作用於突變 BRAF 的抗體就能夠專一性地降低黑色素瘤細胞活化產物的表現，而能夠有效地殺死癌細胞卻不影響正常的組織，目前這類的藥物有 dabrafenib、vemurafenib、trametinib 等。

參、治療效果

一、免疫治療-Pembrolizumab⁵

2015 年於腫瘤學期刊 (The Lancet Oncology)，發表了一篇名為 KEYNOTE-002 的第二期隨機對照性臨床試驗，主要納入無法以手術切除或轉移性黑色素瘤且對 ipilimumab 及 BRAF 抑制劑治療無效的病人，經隨機分為 3 組，分別接受每 3 週一次 2 毫克/公斤 (n=180)、10 毫克/公斤 (n=181) 之 pembrolizumab、或化學藥物 (n=179，包含 dacarbazine、temozolomide、carboplatin、paclitaxel 或 carboplatin + paclitaxel) 的治療，此試驗的主要療效指標為無惡化存活期 (progression free survival; PFS) 和整體存活率 (overall survival; OS)，結果顯示接受 pembrolizumab 2 毫克/公斤、pembrolizumab 10 毫克/公斤及化療藥物的組別在 6 個月的 PFS 分別為 34%、38%、16%，在 9 個月的 PFS 分別為 24%、29%、8%，且 p 值均有顯著意義，但在整體存活率則沒有明顯差異。

二、標靶治療-Vemurafenib⁶

2011 年於英格蘭醫學期刊 (The New England Journal of Medicine) 發表了一篇針對 vemurafenib 和 decarbazine 對於 BRAF V600E 陽性突變的轉移性黑色素瘤病人之療效比較，總共收納 675 位病人，隨機分配到實驗組 vemurafenib 並給予 960mg 口服一天兩次，對照組則每三週靜脈注射一次 decarbazine 1000 mg/m² 為期 6 個月，研究結果顯示在整體存活率方面，vemurafenib 與 dacarbazine 分別為 84%、64% (HR: 0.37, p<0.001)；另外在降低死亡或病程進展之風險，

vemurafenib 與 dacarbazine 分別降低 74% 及 63% ($p < 0.001$)；治療反應率方面，相較於 dacarbazine 的治療反應率 5%，vemurafenib 則高達 48%。此研究的結論為使用 vemurafenib 治療 BRAF V600E 陽性突變的轉移性黑色素瘤病人，對於無惡化存活期及存活率均有成效。

肆、結論

從 2011 年以來，免疫療法陸續被證實對黑色素瘤的病人在延長無惡化存活期是有其效果，完全顛覆了早期黑色素瘤治療只能選擇化學治療但卻療效不佳的情形。除此之外，免疫療法也有別於傳統化療治療，藥物在病人體內可產生持續性的抗腫瘤反應。除了免疫療法之外，標靶治療陸續被證實對黑色素瘤的病人在延長無惡化存活期是有其效果，但這樣的效果往往卻可能只持續 5~6 個月而已，這將也是在往後臨床治療上需要被持續關注的。

伍、參考文獻

1. Jemal A, Saraiya M, Patel P, et al. Recent trends in cutaneous melanoma incidence and death rates in the United States, 1992-2006. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:S17-25 e11-13.
2. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) <http://www.nccn.org/index.asp>
3. Jason J. Luke, Patrick A. Ott. PD-1 pathway inhibitors: The next generation of immunotherapy for advanced melanoma. *Oncotarget* 2015; Vol. 6, No.6
4. Flaherty KT, Puzanov I, Kim KB, et al. Inhibition of mutated, activated BRAF in metastatic melanoma. *N Engl J Med* 2010;363:809-819.
5. Ribas A, Puzanov I, Dummer R, et al. Pembrolizumab versus investigator-choice chemotherapy for ipilimumab-refractory melanoma (KEYNOTE-002): a randomised, controlled, phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2015;16:908-918.
6. Chapman PB, Hauschild A, Robert C, et al. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. *N Engl J Med* 2011;364:2507-2516.

淺談免疫性血小板減少症(ITP)治療

奇美醫院 張秀惠藥師

壹、前言

免疫性血小板減少症 (immune thrombocytopenic)，以前稱為免疫性血小板減少紫斑 (immune thrombocytopenic purpura)、特發性血小板減少紫斑 (idiopathic thrombocytopenic purpura) 或自身免疫性血小板減少紫斑 (autoimmune thrombocytopenic purpura)，這些名詞已經被免疫性血小板減少症所取代，用以反映已知自身抗體機制而沒有出現紫斑的一些患者，英文縮寫延用 ITP¹，臨床上 ITP 類別為原發性及繼發性，原發性血小板減少症是指明確由於自體免疫造成血小板破壞而不是相關病症導致的小板減少症，繼發性血小板減少症是由於感染 C 型肝炎病毒 (HCV)、人類免疫缺陷病毒 (HIV) 和幽門螺桿菌而引起，其它包括潛在的自體免疫和淋巴增殖性疾病，例如全身性紅斑狼瘡，慢性淋巴細胞性白血病，以及藥物促使的血小板減少症如 quinine 和 trimethoprim-sulfamethoxazole 的藥物。ITP 定義為血小板計數小於 100,000 / μ L²，沒有白血球減少或貧血的跡象，其特徵是指單獨的血小板減少，自身免疫調節的血小板破壞和減少血小板的生成³，對於低血小板計數臨床上沒有明顯的病症，也沒有可靠的實驗室檢查來確認診斷。治療主要視病人是否需要接受治療，和用何種療法合適，這些的決定可能具有挑戰性，因為治療可能造成嚴重出血，雖然此情況罕見，但對於某些病

人可能更容易因為治療毒性發生更嚴重的併發症。ITP 治療的目的是預防嚴重出血，治療方式取決於評估病人出血的風險，目前有內科藥物治療與外科脾臟切除，本文將簡介 ITP 的藥物治療。

貳、病因

ITP 的發病機制尚未完全了解，由於自身抗體調解破壞減少血小板的生命期限以及進一步影響巨核細胞發育與成熟而減少血小板的製造，基本機制認為涉及到病人的 B 細胞產生特異性 IgG 自身抗體，最常見的是對抗血小板膜上的控制纖維素原與血小板聚集的綜合受體的糖化蛋白類如 (GP) IIb-IIIa⁴，另外脾臟可產生血小板相關抗體 (PAIg)，肝臟也會破壞血小板。

參、流行病學

ITP 通常是成人的慢性疾病，一篇來自美國的文獻報導其流行率每 10 萬成人中有 12 人⁵。以前認為 ITP 主要影響 30~40 歲的婦女，然而，在最近的流行病學研究中沒有得到證實，而證明了 ITP 常發生在老年人，這可能由於老化結果造成免疫失調的發展。ITP 在整個成年期的發病率中女性占多數，直到大約 60 歲之後兩性的總發病率增加，並且女性與男性的發生比率大致相等⁶。

肆、治療適應症

ITP治療的目的是提供安全的血小板計數以防止臨床上重大出血，而不是將血小板計數正常化⁷。許多ITP患者是無症狀的，對於那些有症狀的人，都與血小板減少症和/或出血有關，臨床上重大的出血通常是指需要就醫，嚴重度範圍從危及生命的腦內出血到頻繁出現使用局部止血措施也不能停止的鼻內出血症狀，嚴重的經血過多則需要激素治療，或口腔粘膜血泡可能意味著臨床上有重大出血的風險。ITP出血的整體風險是低的，血小板計數小於10,000 / μ L的出血機率較大，其致命的出血情形很罕見，但已有出血性死亡的報告，嚴重出血部位包括腦內和胃腸道，以及各器官的粘膜表面（例如肺，泌尿生殖道）⁸。

伍、ITP 病症階段

ITP依時間分為：(1)初診斷ITP：在診斷後3個月內 (2)持續型ITP：診斷後3~12個月，包括沒有達到自發緩解或沒有維持治療完全反應的病人(3)慢性型：持續超過12個月(4)嚴重型ITP：出現出血症狀病人需充分加以治療，或出現新的出血症狀，需要介入不同的血小板增強劑或增加劑量治療。急性常發生於兒童及青少年，發病急驟，皮膚、黏膜、內臟等出血，有的可能有畏寒、寒戰、發熱情況，80%以上病例可以自行消失。慢性型則好發於成年人，一般需要藥物治療加以改善或脾臟切除，而且病程常常反覆發作不易根治¹。

陸、免疫性血小板減少症的治療方

法

對於所有初診斷為ITP和任何臨床上重要出血的患者，建議特定性治療而不是觀察。針對血小板計數<20,000至30,000 / μ L的病人進行ITP特定治療，通常隨著較低的血小板計數<20,000 / μ L的大多數病人需加強治療，血小板計數>30,000 / μ L不建議使用ITP特定治療。成人免疫性血小板減少症(ITP)的簡要治療方法見(圖一)⁹，該圖表提供血小板計數閾值，但臨床症狀和病人的擔心必須權衡輕重，嚴重出血的治療需要額外的治療，包括輸注血小板，此圖表僅描述了ITP的一些可能的治療，當需要更快速的增加血小板計數時，一線治療IVIG可以與糖皮質激素一起使用或代替糖皮質激素使用，如果糖皮質激素是禁忌或不能耐受，IVIG或Anti-D [Anti-Rh(D)]在適當的病人也可以用作一線或挽救治療。

在開始ITP治療之前，盡可能排除如藥物誘導的血小板減少症和先天性血小板減少症，對繼發性ITP相關的潛在病症不進行評估，對於需要治療的患者，建議糖皮質激素而不是IVIG，對於糖皮質激素不能耐受的病人或需要更快增加血小板計數的病人可使用IVIG。對於大多數使用糖皮質激素治療的病人，建議短期高劑量口服Dexamethasone，而不是更長期口服Prednisolone。對於需要手術的患者，適當時間給予病人曾用過有效的糖皮質激素或IVIG，通常可提高血小板計數。根據病人臨床出血狀況和血小板計數，ITP病症各階段的藥物治療見(表一)^{10,11}。

柒、預後

大多數病人如果其血小板減少嚴重

或具有容易出血的其它併發症，將需要一種或多種療法。然而，大多數 ITP 的成人患者最終將達到安全穩定的血小板計數。

捌、結論

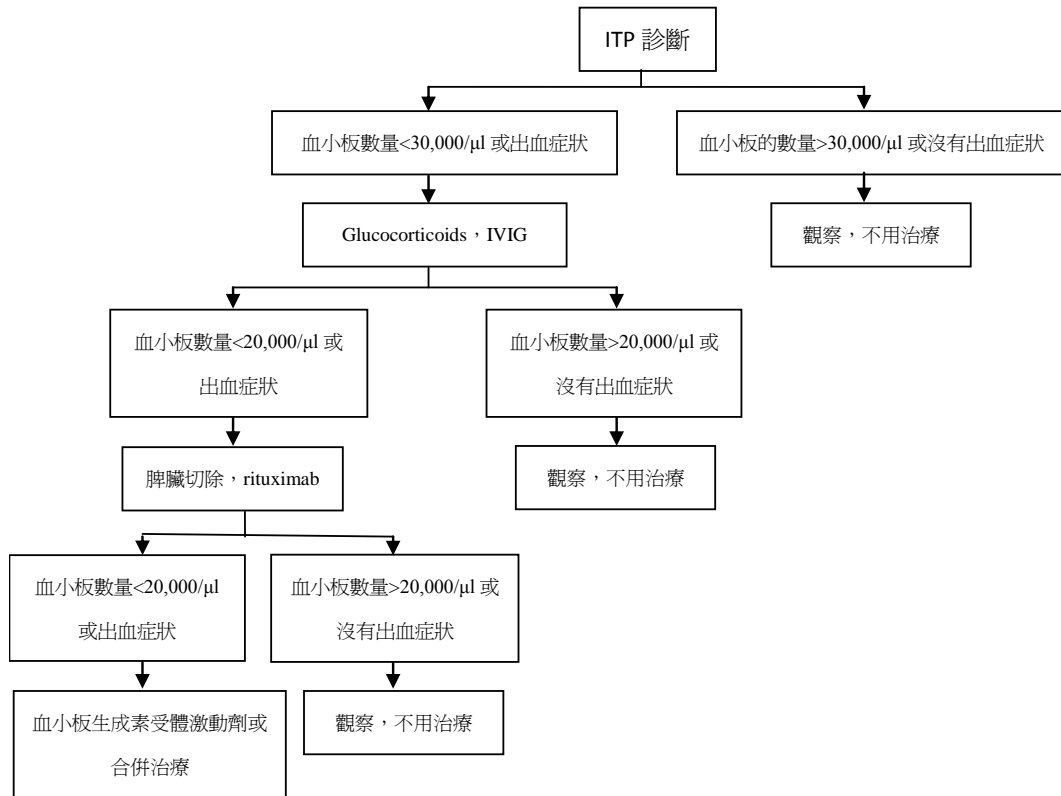
免疫血小板減少症 (ITP) 治療目的是提供安全的血小板計數，以防止臨床上重要的出血，而不是正常化血小板計數，ITP 出血的總體風險低，但可能發生嚴重且危及生命的出血，當血小板計數小於 10,000 / μ L 的病人其出血風險最大，對於所有嚴重出血（如顱內，胃腸道）的病人，建議即刻輸注血小板以及 ITP 特定性治療，包括靜脈免疫球蛋白 (IVIG) 和糖皮質激素，對於可能發生嚴重且危及生命的出血，血小板生成素受體激動劑或合併治療是必要的。

玖、參考資料

1. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood*. 2009; 113:2386-23932.
2. Stasi R, Amadori S, Osborn J, Newland AC, Provan D. Long-term outcome of otherwise healthy individuals with incidentally discovered borderline thrombocytopenia. *PLoS Med*. 2006;3:e24.
3. Neunert C, Lim W, Crowther M, Cohen A, Solberg L, Jr, Crowther MA. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood*. 2011;117(16):4190-207.
4. Cines DB, Blanchette VS. Immune thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med* 2002; 346:995.
5. Terrell DR, Beebe LA, Neas BR, et al. Prevalence of primary immune thrombocytopenia in Oklahoma. *Am J Hematol* 2012; 87:848.
6. Abrahamson PE, Hall SA, Feudjo-Tepie M, Mitrani-Gold FS, Logie J. The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura among adults: a population-based study and literature review. *Eur Haematol*. 2009;83:83–89.
7. Ghanima W, Godeau B, Cines DB, Bussel JB. How I treat immune thrombocytopenia: the choice between splenectomy or a medical therapy as a second-line treatment. *Blood* 2012; 120:960.
8. Cortelazzo S, Finazzi G, Buelli M, et al. High risk of severe bleeding in aged patients with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood* 1991; 77:31.
9. James N George, MACDonald M Arnold, MD, MSc. Immune thrombocytopenia (ITP) in adults: Initial treatment and prognosis. *UpToDate*. Jan 2017
10. Douglas B. Cines and James B.

Bussel. How I treat idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). Blood. 2005; 106:2244-2251.

11. Cines DB1, Blanchette VS. Immune thrombocytopenic purpura. N Engl J Med. 2002; 28;346(13):995-1008.



圖一：成人免疫性性血小板減少症(ITP)簡要治療方法

表一：ITP 病症各階段的藥物治療

急性或持續期 ITP 階段

- 出血症狀：輸注血小板與靜脈輸注免疫球蛋白(Intravenous immunoglobulin, IVIG; 1g/kg/day) 連續 2 至 3 天，合併類固醇藥物(Methylprednisolone 1g/day) 連續 3 天。
- 血小板的數量低於 30,000/μl：口服類固醇藥物(Prednisolone 1-1.5mg/kg/day) 合併 Anti-D 免疫球蛋白治療(75μg/kg)。
- 血小板的數量 30,000-50,000/μl：口服類固醇藥物或不用治療。

慢性期 ITP 階段

- 血小板的數量低於 30,000/μl 合併出血症狀：IVIG + Methylprednisolone+脾臟切除手術，
 - 最小急症治療(Minimal emergent therapy)：IVIG + Methylprednisolone 或 Anti-D 免疫球蛋白治療+血小板輸注。
 - 初次治療：Prednisolone + Anti-D 免疫球蛋白治療或 IVIG。
 - 血小板數量低於 20,000-30,000/μl：低劑量 Prednisolone, Anti-D 免疫球蛋白，Antibody against CD20, danazol 等藥物治療至少 3 個月，最多 12 個月。
- 血小板的數量低於 30,000/μl 未合併出血症狀：治療藥物包括 Prednisolone，danazol(10-15

mg/kg/day), dapsone(75-100 mg/kg/day), IVIG 或 Anti-D 免疫球蛋白, 若未改善, 建議脾臟切除手術。

頑固型慢性期 ITP 階段

- 血小板的數量低於 30,000/ μ l, 建議可以考慮以下三種治療方式：
 - 血小板清除抑制劑(Inhibitors of platelet clearance)：Prednisolone, IVIG, Vinca alkaloids 與 danazol 等藥物。
 - 免疫抑制劑(Immunosuppressive drugs)：Azathioprine, cyclophosphamide, cyclosporine 等藥物。
 - 標靶治療, 可以增加血小板數值：(1) Antibody against CD20, Rituximab 針劑藥物；(2)Thrombopoietin, Eltrombopag 口服藥物, 能啟動骨髓細胞上的血小板生成素受體, 刺激巨核細胞的增殖和分化, 可有效提高血小板數值, 降低出血風險。臨床顯示, 服用 1 至 2 週後就能使血小板數目明顯增加, 治療 6 個月期間, 血小板數量可穩定持續達到 50,000 至 400,000/ μ l 以上, 而且此藥的副作用小, 安全性相當高。

產後的中藥調理應用

柳營奇美醫院 康慧君藥師

壹、前言

中國社會中，「生育」對女性而言不只是一連串生理與心理的變化與調適，更是俗世賦予的一項重大使命。自婦女身懷六甲起，傳統禮俗中就有相當多的規範與禁忌，無非是希望能順利傳宗接代，尤其到了「生產」這個關鍵時刻，下一代臨世固然令人欣喜與期待，但伴隨而來的風險卻也不容輕忽，台語有句俗諺：「生得過雞酒香，生不過四塊板」，深切描繪了順產與難產帶來的兩極結果¹。

順利度過生死一瞬間的產程之後，生育這件大事總算是告一段落，而為了讓產婦好好調養身體，除了休息靜養之外，更要給予充足營養，其中以中藥材燉補、滋養更被視為不可或缺的環節，由於對產後調理的重視，許多藥帖因此代代傳承下來，隨著時代更迭演進，形成現今一系列的坐月子文化。

貳、產後的生理變化

產褥期(postpartum)一般由產後開始起算至產後6週左右²，婦女無論生理或心理方面，都將慢慢調適回懷孕前的狀態。

這段期間產婦的身體會快速產生變化，其中又以生殖系統的恢復與乳房組織的改變最為明顯。生殖系統方面主要有幾項觀察的重點，包含了子宮復舊、

惡露排除、子宮頸及陰道復原、會陰癒合、月經再現、卵巢功能恢復等²；乳房組織方面則會因為孕期至產後的內分泌激素變化，使身體自然地調節乳汁的分泌或消退。除此之外，產婦的心血管系統、造血系統、腸胃系統、泌尿系統、骨骼肌肉系統等都會出現大幅改變，以恢復孕前的生理狀態。

參、中西醫觀點大不同

西醫並沒有所謂「坐月子」的概念，主要注重產褥期的休息以恢復體力，通常需休息6週左右；且認為平時養成規律運動的習慣很重要，尤其懷孕期間，更應做些孕期運動以加強核心肌群及鍛鍊骨盆肌肉，對於分娩或是產後復原都有所幫助。自然產婦女通常產後第3天開始就能做簡單的伸展運動，剖腹產婦女最好請醫師確認傷口已經癒合再開始運動，並要視傷口復原情況及個人能力慢慢增加活動量，不可操之過急³；飲食部分建議均衡營養、少量多餐，特別是蛋白質的補充有助於傷口修復，並減少攝取刺激性食物以降低傷口惡化的風險，除此之外沒有特別的禁忌；另外，必須特別注意傷口的清潔與護理，盡量維持良好衛生習慣以避免感染發生⁴。

清代蕭壘著的《女科經綸》提及：「產後氣血暴虛，理當大補，但惡露未盡，用補恐致滯血，唯生化湯行中有補，能生又能化，真萬全之劑也。」中醫觀點認為婦女產後大致呈現「虛」與「瘀」

兩大變化。「虛」指的是產程中婦女須極度用力，而致使氣力衰竭，加上生產造成的傷口與大量出血，在在損耗了產婦的元氣；「瘀」則是指惡露下行，易有離經之血停滯於子宮，造成舊血瘀滯、新血不前，對產婦的氣虛血弱無異是雪上加霜⁵。因此在補「虛」之前應先逐「瘀」，而生化湯具有生新化瘀之效，因此奠定了其為產後調理第一方的地位。

肆、主要調理方劑

第一方：生化湯

基本組成：當歸、川芎、桃仁、炮薑、炙甘草（傳青主女科）

功效：促進子宮復舊及惡露排除、防止產後感染、增加乳汁分泌

服用時機：自然產後 1-3 天開始服用，持續 7-10 天；剖腹產後 3-5 天開始服用，持續 5-7 天⁶。

禁忌：1.不可與子宮收縮劑併服。2.產後若有感冒、大出血、傷口發炎或感染等特殊情況，必須待情況穩定後才可開始服用。

第二方：八珍湯

基本組成：當歸、川芎、白芍、熟地、人參、茯苓、白朮、炙甘草（瑞竹堂經驗方）

功效：益氣補血

服用時機：生化湯服用完畢後開始服用 5-7 帖，可與第三方交替服用。

第三方：四神湯

基本組成：山藥、蓮子、茯苓、芡實

功效：強健脾胃、利水滲濕

服用時機：生化湯服用完畢後開始服用

5-7 帖，可與第二方交替服用。

第四方：十全大補湯

基本組成：當歸、川芎、白芍、熟地、人參、茯苓、白朮、炙甘草、生薑、大棗、肉桂、黃耆（太平惠民和劑局方）

功效：溫補氣血，滋補強壯

服用時機：第二、三方服用完畢後開始服用 5-7 帖。

臨床上常見前述的 4 種主要調理方劑，依個人需求並經醫師評估和產後復原情況後，往往會再彈性調整藥材的組成或比例，使產後調理更貼近個人體質。如：退乳—麥芽、神麩等⁷；通乳—通草、絲瓜絡、王不留行、路路通等；強壯筋骨—杜仲、續斷、天門冬等；潤腸通便—桃仁、火麻仁等；固髮養髮—何首烏、黑豆等。

生化湯一般不建議加入食材同煮，應單純煎煮藥材後濾取藥汁，依醫師指示的頻次服用；而八珍湯、四神湯、十全大補湯則可視個人喜好加入不同的食材燉煮，例如：土雞、烏骨雞、雞腿、內臟等，當成藥膳食補服用。

伍、當中藥遇到西藥

產後初期，西醫醫護人員會視惡露排出的情況及子宮收縮情形，適時指導子宮按摩方式，或是給予 2-3 天的子宮收縮劑，來加速子宮復舊並促進子宮內血栓形成，以降低產後大出血發生的機率。當使用子宮收縮劑時，不可同時併服中藥生化湯，應待醫師評估子宮復原情況，確認沒有大出血等疑慮之後，再

由中醫師依產婦體質開立適合的生化湯藥帖服用。

坐月子期間，若傷口有急性發炎、感染，或產婦有感冒、腸胃炎等必須服用抗生素、消炎藥等的情況，都應暫時停下進補的中藥，配合西醫指示服用完整療程的西藥，等身體機能恢復穩定之後，再由中醫師評估是否要繼續服用或是調整中藥藥膳的配方。

而一般產婦出院時給予症狀治療、不必常規使用的藥物，例如：軟便劑、止痛藥等，則只要與中藥調理方劑間隔1-2小時即可。

陸、結論

老一輩的人常說：「月內沒做好，呷老就艱苦。」說明了產後調理的重要性。可是當東方醫學遇上西方醫學，在文化背景與基礎理論大相逕庭的情況下，常常令產婦無所適從，不知道該聽哪一邊的說法；加上傳統習俗對產後婦女有諸多禁忌，固然出發點是好的，但許多坐月子的限制已不合時宜，為此也構成不少婆媳糾紛的導火線。所幸台灣是個兼容並蓄、多元共存的社會，隨著時序演進，中醫與西醫在產後調理方面漸漸取得了平衡，目前有些醫院或婦產科診所所有附設月子中心或與合格的月子業者合作，產後衛教的部份也併納了中西方醫學的觀點、修正了傳統坐月子的注意事項，這對產婦來說真是一大福音。

婦女自孕期開始就應注意營養均衡及養成運動的良好習慣，產後除了多休養、補充足夠營養之外，更要注重個人衛生、保持傷口清潔，經醫師評估個人情況後處方適合的藥帖，不只能享受客

製化的月子藥膳、更能趁機調整生理機能，暫時卸下懷胎十月的辛勞，讓自己好好享受這段專屬女性的美好假期。

柒、參考文獻

1. 何書綾,呂怡蓓.十月懷胎之後:做月子習俗之探究.家庭教育雙月刊.2010;24:35-45.
2. 楊淑玲.生育習俗對中老年婦女保健觀念之影響.高雄醫學大學 護理學研究所碩士論文.2004.
3. 許美雅.中西醫生、營養師寫給準媽媽：坐月子一定要知道的大小事.初版.新北市:台灣廣廈有聲圖書有限公司;2014.p.234.
4. 蕭麗鳳.中西方醫學對婦女產後之保健觀念的比較研究-對中藥醫學未來行銷發展的展望.淡江大學 管理科學研究所企業經營碩士在職專班碩士論文.2006.
5. 許美雅.中西醫生、營養師寫給準媽媽：坐月子一定要知道的大小事.初版.新北市:台灣廣廈有聲圖書有限公司;2014.p.279.
6. 李湘萍.坐好月子 不要坐錯月子.中國醫訊.2012;106:33-6.
7. 莊雅惠.女中醫幫你做好月子.再版.台北市:邦聯文化事業有限公司;2012.p.80.