

# 經血過多的處置

文 / 陳進明

林口長庚醫院急診醫學科

## 前言

在體檢或門診中發現貧血對育齡婦女(15-49歲)至關重要，長期或嚴重的陰道出血不僅會影響日常生活，還可能引發疲倦、頭暈、心悸等貧血症狀，甚至增加跌倒等安全風險。然而，許多女性在健檢或門診中發現貧血時，往往將其視為「正常」現象，忽略了進一步檢查與治療，錯過了及時發現問題的機會。這是一個全球性的公共健康問題，對女性的健康與生活品質有深遠影響。在台灣，約19.7%的育齡婦女患有貧血，相當於每五位女性中就有一位。最常見的貧血類型是缺鐵性貧血，與月經期間的失血密切相關。特別是經血過多(每次月經失血超過80毫升)的女性，貧血的風險顯著增加。經血過多的原因多樣，常見的包括子宮肌瘤、子宮肌腺症以及荷爾蒙失調等，約30%的經血過多病例與凝血功能異常有關，如類血友病或血小板功能異常。研究顯示，約16%的經血過多且伴有貧血的女性被診斷為類血友病病人，顯示此類問題的重要性不容忽視。

此外，異常子宮出血(如月經量過多、週期不規律或經期延長)是導致貧血的另一常見原因，這些症狀可能提示子宮內膜增生、子宮內膜癌或潛在的出血性疾病。因此，對育齡婦女而言，定期進行血紅素、血清鐵和凝血功能篩檢至關重要，特別是對於經血過多或有異常出血的女性。及早發現貧血的原因並採取適當的治療，不僅能有效改善健康狀況和生活品質，還能減少由貧血引發的安全風險。積極的健康管理與專業醫

療介入，對於減輕貧血的負擔並預防相關併發症起著至關重要的作用。

## 個案報告

小薇是一位25歲的上班族，性格開朗，工作能力出色，是朋友眼中的陽光女孩。然而，最近幾個月，她經常感到疲憊不堪。即使每天睡足8小時，她仍然覺得像是背著一個看不見的包袱，提不起精神，甚至走幾層樓梯就會氣喘吁吁。

最初，小薇以為這只是壓力大或生活作息不規律的緣故。但有一天，她在公司晨會時差點昏倒，才決定到醫院做個健康檢查。檢查結果讓她大吃一驚—她的血紅素數值僅有正常值的一半，醫師診斷她為嚴重貧血。

醫師仔細詢問病史後，注意到一個細節：小薇每次月經來時，量大得幾乎需要每小時更換一次衛生棉，持續時間甚至超過一週。她起初以為這只是「體質問題」，加上身邊的朋友偶爾也有經血量多的情況，她詢問身邊的女性朋友，許多人也有類似的困擾，大家都認為這是「正常」，只要多補充含鐵食物即可，因此並未多加在意。然而，醫師指出，這樣的月經量明顯異常，並可能是造成她缺鐵性貧血的罪魁禍首。

進一步的檢查證實，小薇的鐵儲存量已經接近枯竭，身體長期處於供血不足的狀態。醫師給予口服鐵劑治療，並安排更進一步的婦科檢查，發現有子宮肌瘤現象，服用荷爾蒙治療。她開始調整飲食，補充富含鐵質的食物，例如紅肉、深綠色蔬菜和豆類。月經量受到控制，生活品質大幅提高，也不會在開會時像個「林黛玉」般。

## 經血過多的定義與何時該就醫或是處置

月經過多(menorrhagia)指月經量過多或經期過長，影響日常生活，也會有潛在健康問題的表現。經血量過多：每小時需要更換一次或多個衛生用品(例如衛生棉或棉條)，且持續數小時。或是需要同時使用雙重衛生用品才能控制經血量。經期過長：月經持續超過7天。血塊與不規則出血：排出比硬幣還大的血塊。經期外的異常出血或不規則出血。影響日常生活：因經血量過多無法正常工作、學習或參加社交活動。貧血症狀：疲倦、虛弱、呼吸急促或膚色蒼白，這可能是缺鐵性貧血的徵兆。疼痛：骨盆劇烈疼痛或經痛，且無法透過一般止痛藥緩解。

## 醫療處置目標

主要的處置目標是提高生活品質，預防緊急的大量陰道出血，重建規律的月經模式。相關症狀和問題，如骨盆疼痛/壓力、經痛或臨床上其他問題(例如不孕)有關。是否有出血性疾病(如流鼻血、瘀傷、牙科手術後過度出血)，是否有避孕需求和未來懷孕計畫，是否有共病症如靜脈血栓栓塞性疾病和/或動脈血栓事件風險增加的病人，是否快到更年期了。還有病人偏好。病人對藥物治療與手術治療、短期治療與長期治療的偏好、所獲得的機會。

## 治療的選擇性

結構性、感染性或內分泌病因的病人，治療後會減少陰道出血結構性病變(如黏膜下肌瘤、息肉)、內分泌(如多囊性卵巢症候群)和感染性(如慢性子宮內膜炎)病因。

### 結構性病變

黏膜下肌瘤是大量陰道出血常見原因，多半需要手術治療。子宮內膜息肉可以透過子宮鏡息肉切除。子宮肌腺症會有陰道大量出血和經痛，藥物或手術療法。剖腹產疤痕缺陷(也稱為isthmocele或niche)是陰道出血日益常見的原因。剖腹產疤痕缺陷可以透過子宮鏡手術、陰道手術、剖腹手術/腹腔鏡手術或組合方法(允許從兩個角度觀察缺損)進行手術修復。腹腔鏡檢查和

子宮切除術聯合治療縮短出血時間<sup>(1)</sup>。

動靜脈畸形是造成陰道出血的罕見原因，初始治療包括使用子宮內填塞(如用球囊或填塞材料)穩定血流動力學，然後進行子宮動脈栓塞。子宮動脈栓塞安全，且恢復正常月經週期和隨後成功懷孕的報告，但可能會導致生育能力受損<sup>(2)</sup>，也有腹腔鏡雙極電凝子宮血管成功治療。子宮切除術是已生育病人的最終治療選擇<sup>(3)</sup>。

感染，疑似或確定性的慢性子宮內膜炎病人的陰道出血通常在抗生素療程後得到緩解。

內分泌異常(如甲狀腺功能低下、高泌乳素血症)可能會導致無排卵出血，治療通常可以恢復正常的排卵週期；治療其他內分泌異常(例如多囊性卵巢症候群)也有助於降低子宮內膜增生或癌症的風險<sup>(4,7)</sup>。

若無結構性、感染性或內分泌性病因的病人，初始治療可能包括荷爾蒙治療(如雌激素-黃體激素避孕藥、蜜蕊娜®子宮內投藥系統、僅含黃體素的口服或注射藥物、非避孕雌激素-黃體素製劑)和非荷爾蒙藥物(例如傳明酸[transamin]、非類固醇抗發炎藥[NSAIDs])。

手術，無論是微創治療還是子宮切除術的根治性治療，對某些病人來說可能是一種選擇，但對於希望未來生育的病人來說，選擇有限。

## 大多數病人(無藥物治療禁忌症)

第一線治療：對於大多數陰道出血過多且原發病因不明的病人，專家建議使用雌激素-黃體素避孕藥如蜜蕊娜®子宮內投藥系統作為第一線治療。有效治療方法，提供有效的避孕作用，耐受性良好，且不良反應風險較低。

有些人喜歡每天口服藥物或計劃在不久的將來懷孕，那麼這是理想的避孕方法。孕激素避孕藥通常還可以使出血更規律、更輕，並減少經痛。有些人可能更喜歡子宮內避孕器的低費用，或者願意接受最初伴隨放置而出現的不規則出血，隨後經常發生輕微出血或閉經。以上二者都能改善了出血模式<sup>(8)</sup>，月經失血量減少了35%至69%<sup>(9)</sup>。在系統性回顧和包括隨機試驗在內的統合分析中，子宮內避孕器的效果更好些<sup>(10-12)</sup>。

血栓形成風險增加的病人，如曾經發生血栓

事件、選定的血栓形成突變，如抗凝血酶、蛋白C或蛋白S缺乏，治療選擇更加有限。含藥的子宮內避孕器通常是第一線方法，在中度風險病人靜脈血栓栓塞，並不會升高風險<sup>(13)</sup>。不會增加先天血栓形成異常病人發生靜脈血栓栓塞的風險<sup>(14)</sup>。在一項包括超過128,000名患有和不患有靜脈血栓栓塞的育齡病人的病例對照研究中，目前使用與不使用含藥的子宮內避孕器相比，靜脈血栓栓塞發生率相似；在控制16個靜脈血栓栓塞危險因子(包括但不限於身體質量指數[BMI]≥30 kg/m<sup>2</sup>、吸菸、高血壓和表淺靜脈血栓形成)後，結果也相似<sup>(14)</sup>。

對於血栓形成風險較高的病人，應避免使用含雌激素的治療。口服和注射黃體素，也將靜脈血栓栓塞病史作為禁忌症，傳明酸對於一些血栓形成風險增加的病人是禁忌的。

雌激素的其他禁忌症還包括：年齡≥35歲，每天吸菸≥15支；動脈心血管疾病的多種危險因子(如年齡較大、吸菸、糖尿病和高血壓)。由於年齡和肥胖是靜脈血栓栓塞的獨立危險因子，也避免對40歲以上的肥胖病人使用雌激素-黃體素聯合療法，高血壓，已知的缺血性心臟病，中風病史，複雜性瓣膜性心臟病(肺動脈高壓、心房顫動風險、亞急性細菌性心內膜炎病史)，某些全身性紅斑狼瘡病人，如anti-phospholipase antibody陽性，或未知，任何年齡的有先兆偏頭痛。

對於此類病人，含藥的子宮內避孕器是第一線方法。其他選擇，包括口服和注射純黃體素療法、非避孕雌激素-黃體素製劑以及手術，可能是此類病人的合理選擇。

## 大量出血的病人

除了上述的藥物治療(和手術治療)，傳明酸和NSAID都比含藥物子宮內避孕器效果差一些。傳明酸是FDA核准用於治療月經大量出血的抗纖維蛋白溶解劑。在專家的臨床執業中，以下情況的病人可以使用這種藥物：疑似出血性疾病；荷爾蒙治療的某些禁忌症(例如個人乳癌病史)；對於含藥子宮內避孕器的治療沒有效果，或不願使用。

傳明酸在血栓形成風險增加的病人中的作用存在爭議<sup>(15)</sup>。在接受傳明酸治療的病人中已有靜脈和動脈血栓形成或血栓栓塞的報告，美國食品和藥物醫療處置局(FDA)標籤列出了活動性血栓形成、血栓形成史或同時使用聯合激素避孕藥物作為使用禁忌症。然而，一些專家認為，對於患有出血性疾病(例如馮維勒布蘭德病)的病人或存在其他血栓形成危險因素(例如肥胖、不動)的病人，同時使用傳明酸和聯合激素避孕藥物是合理的。

在瑞典的一項病例對照研究中，傳明酸與靜脈血栓形成風險增加無關<sup>(16)</sup>。在英國的一項病例對照研究中，傳明酸與血栓形成的增加趨勢相關，但這並未達到統計學顯著性。此外，與大量陰道出血本身相關的貧血被發現與血栓形成風險升高有關，這可能是反應性血小板增多的結果。雖然這表明與大量陰道出血相關的貧血代表一種血栓前病症，無論是否使用藥物，但貧血應該得到治療。

NSAIDs：用於治療月經大量出血的NSAID包括ibuprofen、naproxen和mefenamic acid(透過降低子宮內前列腺素(PGE<sub>2</sub>和PGF<sub>2</sub> α)合成率來減少月經失血量，導致血管收縮和出血減少。接受抗凝血劑或擔心出血性疾病的個體通常應避免使用NSAID，因為它們可能會加重此類病人的出血情況。NSAID通常與雌激素-黃體素合併治療劑或52 mg LNG同時開立。

## 藥物使用建議

### 含雌激素的療法

雌激素-黃體素避孕藥有多種劑型，其類型、劑量、途徑和時間表各不相同，大多數配方可有效治療重度月經出血、調節出血並為無排卵出血病人，提供子宮內膜保護(無排卵的不正常陰道出血)。

口服，美國食品藥物管理局(FDA)核准用於治療大量陰道出血的唯一口服雌激素-黃體素避孕藥是異位寧(dienogest)。在一項納入190名不正常陰道出血病人(其中3/4以上有記錄；其餘病人有長期或頻繁出血)的隨機安慰劑對照試驗中，與安慰劑相比，雌二醇-異位寧減少了較多病人

的月經失血量(64例對8例)。

經皮避孕貼片(如 Xulane、Twirla)和陰道避孕環(例如NuvaRing、Annovera)也是另一種選項。

使用子宮內避孕器排出風險，治療大量陰道出血的病人的排出率較高(分別高達20%和10%)。子宮肌腺症病人排出率為25%，先天性或後天性子宮腔變形(例如子宮肌瘤)為放置此子宮內避孕器的禁忌症。

更換裝置的頻率，使用含藥物子宮內避孕器治療月經大量出血時，FDA批准其有效期為5年，用於避孕時，其批准期限為8年。該裝置期間子宮內黃體素濃度的下降。

### 非荷爾蒙療法

傳明酸，一種抗纖維蛋白溶解劑，可競爭性阻斷纖溶酶原轉化為纖溶酶，從而減少纖維蛋白溶解。當用於治療大量陰道出血時，傳明酸僅在月經期間服用。對於腎功能正常的病人，建議劑量為1300 mg(兩片650 mg片)，每日3次，在月經期間持續長達5天。對於腎功能受損的病人，應向下調整劑量。在一項包含近200名月經大量出血病人的多中心隨機試驗中，與安慰劑相比，分配至傳明酸的個體經血量減少幅度更大(減少40%對8%)<sup>(17)</sup>。通常具有良好的耐受性。最常見的不良反應是月經來潮、頭痛、背痛和噁心，但這些事件的發生頻率與安慰劑治療的相似<sup>(17)</sup>。禁忌用於有活動性血栓形成、有血栓形成史或同時使用聯合荷爾蒙避孕藥的病人。這在上面已詳細討論。

### 非類固醇類抗發炎藥

用於治療陰道大量出血時，非類固醇類抗發炎藥從出血第一天開始，並應持續兩到三天或直到月經停止。建議ibuprofen 600毫克，每日2次<sup>(18)</sup>至4次。Naproxen開始時服用500 mg，3到5小時後服用，然後每天服用2次250到500 mg。Mefenamic acid 500 mg，每天3次<sup>(19)</sup>或500 mg，隨後每6小時250 mg(與原發性經痛的劑量相似)。接受抗凝血劑或擔心出血性疾病的個體通常避免使用非類固醇類抗發炎藥，因為它們可能會使此類病人的出血惡化。

### 手術的作用

已知結構性原因(如黏膜下肌瘤、子宮內膜息肉)的病人，手術(如子宮鏡肌瘤切除術、子宮鏡息肉切除術)有效改善出血狀況。

子宮內膜破壞術，是一種微創治療選擇，適用於已完成生育且儘管接受藥物治療但仍出現嚴重或長期子宮出血或不想使用長期藥物治療的病人。

子宮切除術，是子宮出血的最終治療方法。手術具有很高的病人滿意度，因為它具有治療性，經常在醫療治療失敗後進行，不涉及藥物相關副作用，並且不需要重複手術或長時間追蹤。子宮切除術還具有消除未來子宮癌和子宮頸癌的風險的優點。

### 試圖懷孕特殊考量

試圖懷孕的病人，若是計劃在不久的將來嘗試懷孕。不正常陰道出血的治療對於此類病人來說尤其具有挑戰性，但選擇包括雌激素-黃體素類藥物或口服週期黃體素治療，傳明酸和非類固醇類抗發炎藥也是月經大量出血(heavy menstrual bleeding, HMB)病人的選擇。避孕藥可能會在停藥後延遲幾個月才會受孕。傳明酸與非類固醇消炎止痛藥對排卵的影響尚不清楚。受孕後應停止使用這些藥物。

### 結語

經血過多的處置對於改善育齡婦女的健康和生活品質至關重要，特別是對於那些伴隨貧血症狀的病人。月經過多不僅可能引起貧血，還可能是更嚴重的健康問題的指標，因此早期識別並進行適當處置是關鍵。

首先，對於經血過多的女性，醫師需要仔細檢查其月經失血量，了解是否超過80毫升，並識別出可能的病因。常見的病因包括子宮肌瘤、子宮肌腺症、內分泌異常及凝血功能異常等。對於這些病因，處置方式將有所不同。結構性病變(如子宮肌瘤)可通過藥物治療或手術處理，內分泌異常則需針對病因進行調整，如治療多囊卵巢症候群或甲狀腺疾病等。

治療的首要目標是控制出血，改善貧血症

狀，並提高病人的生活品質。常見的治療方法包括使用荷爾蒙療法，如雌激素-黃體素避孕藥、子宮內避孕器或單純黃體素治療，這些方法能夠有效減少月經失血量，並在某些情況下改善月經不規則。對於無法接受荷爾蒙治療的病人，非荷爾蒙治療(如傳明酸或非類固醇抗發炎藥)也是有效的選擇，尤其是對於伴隨出血性疾病的病人。

對於那些有結構性病變或其他較為複雜的病因的病人，手術治療如子宮切除、子宮鏡手術等可能是必要的選擇。這些手術方法能夠直接解決引起異常出血的根本問題，並減少出血的反覆發作。

經血過多的治療需要根據病因進行個別化處置。無論是藥物治療還是手術治療，都應該以提高病人的生活品質為主要目標。在治療過程中，病人的病史、症狀表現及未來生育需求應該被充分考慮。定期檢查及早期介入，將有助於減少貧血對健康的長期影響，並提升病人的整體生活品質。

## 參考文獻

1. He Y, Zhong J, Zhou W, et al.: Four surgical strategies for the treatment of cesarean scar defect: A systematic review and network meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol* 2020; 27: 593-602.
2. Gaens J, Desnyder L, Raat H, et al.: Selective transcatheter embolization of a uterine arteriovenous malformation with preservation of the reproductive capacity. *J Belge Radiol* 1996; 79: 210-211.
3. Darwish B, Letailleur M, Dietrich G, et al.: Hysterectomy for uterine arteriovenous malformation: Laparoscopic view. *J Minim Invasive Gynecol* 2016; 23: 158-159.
4. Chuong CJ, Brenner PF: Management of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 787-792.
5. Doherty L, Harper A, Russell M: Menorrhagia management options. *Ulster Med J* 1995; 64: 64-71.
6. Duckitt K, Shaw RW: Is medical management of menorrhagia obsolete? *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 569-572.
7. Fender GR, Prentice A, Gorst T, et al.: Randomised controlled trial of educational package on management of menorrhagia in primary care: The anglia menorrhagia education study. *BMJ* 1999; 318: 1246-1250.
8. Kaunitz AM, Meredith S, Inki P, et al.: Levonorgestrel-releasing intrauterine system and endometrial ablation in heavy menstrual bleeding: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2009; 113: 1104-1116.
9. Matteson KA, Rahn DD, Wheeler TL, et al.: Nonsurgical management of heavy menstrual bleeding: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 632-643.
10. Lethaby A, Duckitt K, Farquhar C: Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; Cd000400.
11. Bofill Rodriguez M, Lethaby A, Jordan V: Progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 6: Cd002126.
12. Bofill Rodriguez M, Dias S, Jordan V, et al.: Interventions for heavy menstrual bleeding; overview of Cochrane reviews and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 5: Cd013180.
13. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, et al.: Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: Follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ* 2012; 344: e2990.
14. Lukes AS, Reardon B, Arepally G: Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with hemostatic disorders. *Fertil Steril* 2008; 90: 673-677.
15. Sundström A, Seaman H, Kieler H, et al.: The risk of venous thromboembolism associated with the use of tranexamic acid and other drugs used to treat menorrhagia: A case-control study using the General Practice Research Database. *BJOG* 2009; 116: 91-97.
16. Berntorp E, Follrud C, Lethagen S: No increased risk of venous thrombosis in women taking tranexamic acid. *Thromb Haemost* 2001; 86: 714-

- 715.
17. Lukes AS, Moore KA, Muse KN, et al.: Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 865-875.
  18. Mäkäräinen L, Ylikorkala O: Primary and myoma-associated menorrhagia: Role of prostaglandins and effects of ibuprofen. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 974-978.
  19. Reid PC, Virtanen-Kari S: Randomised comparative trial of the levonorgestrel intrauterine system and mefenamic acid for the treatment of idiopathic menorrhagia: A multiple analysis using total menstrual fluid loss, menstrual blood loss and pictorial blood loss assessment charts. *BJOG* 2005; 112: 1121-1125.

