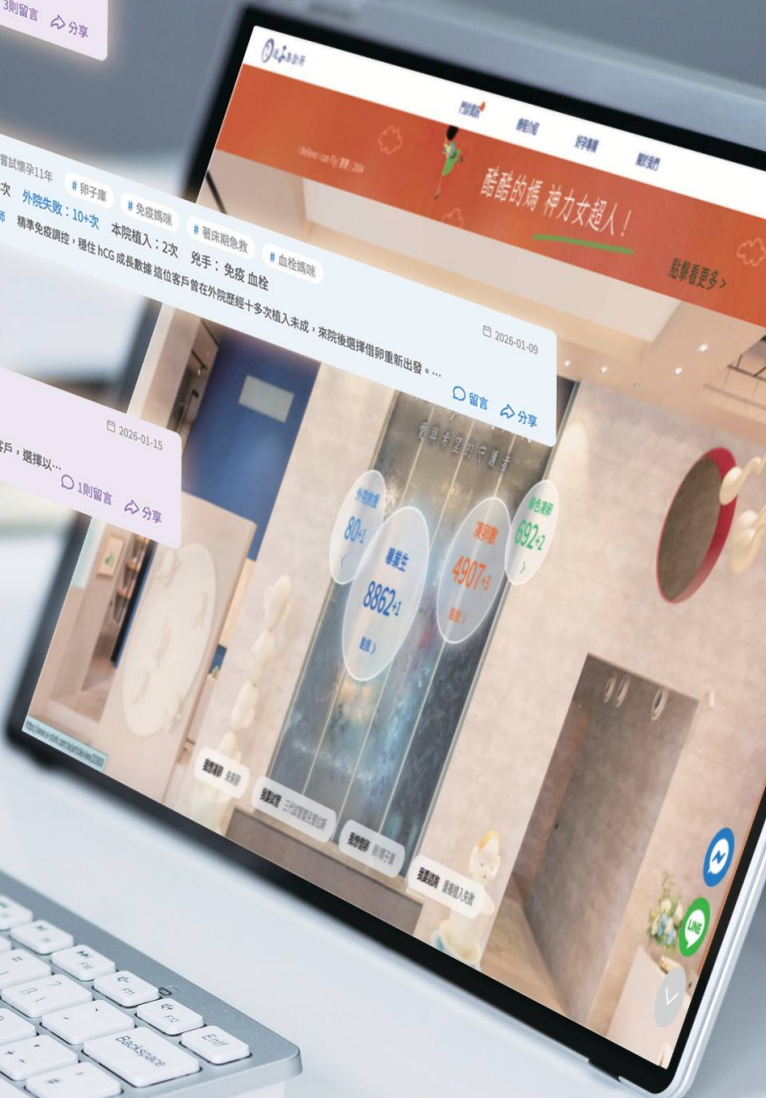


8828 37y 新北 嘗試懷孕6年
卵子庫 # 免疫媽媽
過去史：流產5次 外院失敗：3次 本院植入：5次 免手：免疫
賴興華 醫師 罕見的免疫媽媽！年僅37，懷孕6年，外院「重複植入失敗」3次一植：對的時間（ERA 119）植1顆...
2026-01-31 3則留言 分享

8797 48y 桃園 嘗試懷孕11年
卵子庫 # 免疫媽媽 # 著床期急救 # 血栓媽媽
過去史：流產3次 外院失敗：10+次 本院植入：2次 免手：免疫 血栓
謝佳琳 醫師 精準免疫調控，穩定hCG 成長數據 這位客戶曾在外院歷經十多次植入未成，來院後選擇借卵重新出發...
2026-01-09 1則留言 分享

8804 35y 新竹
自卵 # 個人化精準試管嬰兒 # 著床期急救 # 懷孕媽媽
本院植入：1次
梁依婷 醫師 從精蟲危機到10顆優質囊胚：HCG穩升逆轉，免疫媽媽順利專業懂二寶！已有大寶的客戶，選擇以...
2026-01-15 1則留言 分享

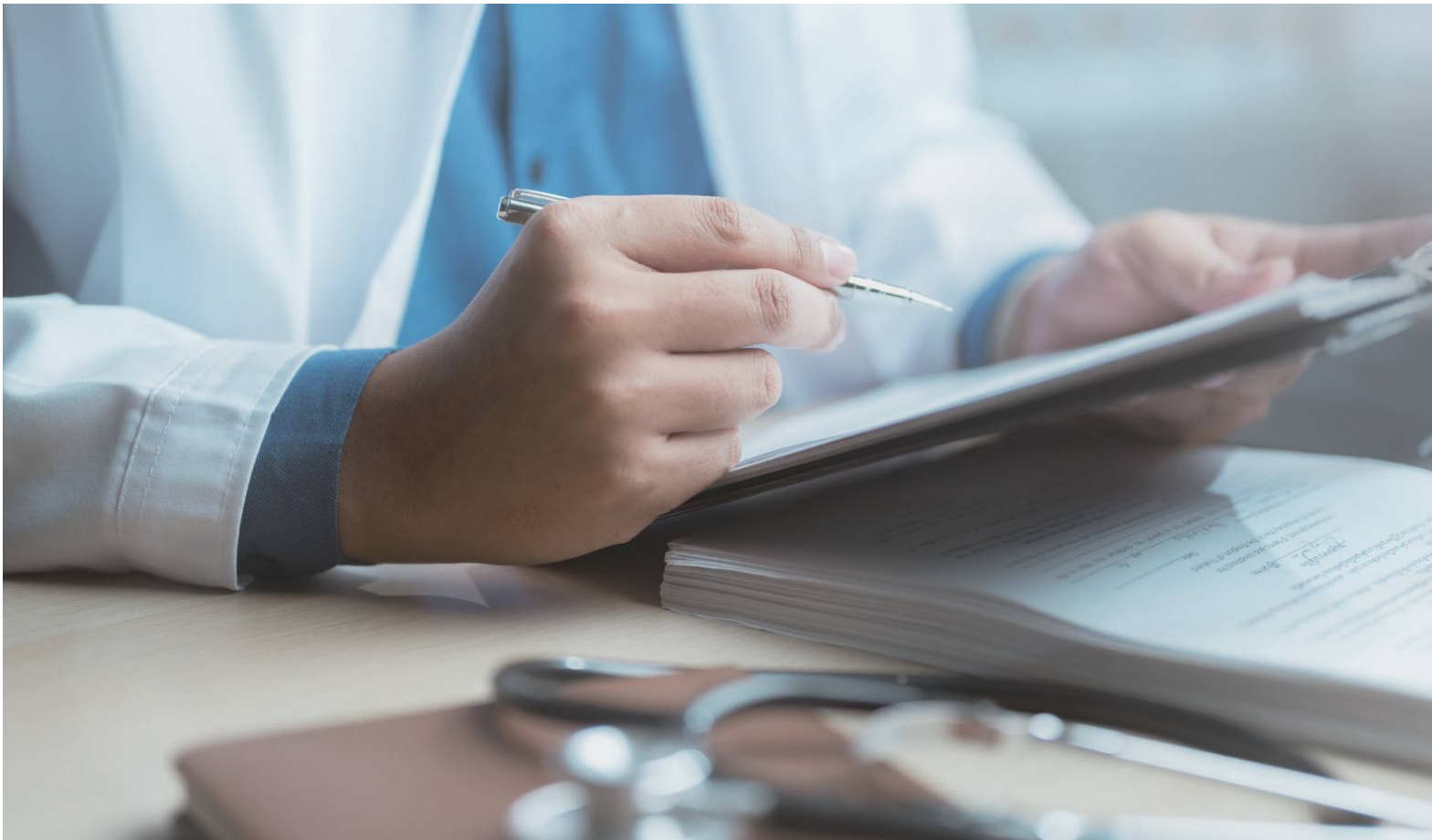


與時間賽跑的挑戰

卵巢低庫存，為愛超前部署

文 | 送子鳥 · 梁依婷醫師

「幸孕媽咪」，盯著畢業生碼表的頁面，萬萬沒想到，會在畢業生的頁面上，看到M小姐的標籤如此敘述。自去年起，每位醫師在送出畢業證書後，便會回溯準媽媽的歷史，思考在過程中做對了什麼，並送上祝福或叮嚀。文筆不佳的我，有時會上碼表看看其他醫師或從自己手中畢業的準媽咪寫了什麼，以便學習。沒想到意外看到M小姐的頁面，不禁讓我想起與M小姐初次見面時，內心思緒萬千的情況。



M小姐來診諮詢試管時，已36歲，嘗試懷孕8年。以試管的成功率而言，仍是預後良好的年紀。然而，當日卵巢存量檢驗顯示，AMH僅0.59ng/ml，屬於卵子庫存量嚴重衰退的狀態。加上M小姐曾有糖尿病與子宮內膜增生的病史，無論是卵量或是母體狀況，都提醒我們必須跟時間賽跑。首先面臨的問題便是：合卵合胚，合多少卵或胚胎？

依照送子鳥對凍卵的建議，36歲若要帶回一個寶寶，約需15顆卵子。然而試管族群與凍卵族群的不同在於，通常已經能受精且多在近期使用，因此往往採取「38歲以上合胚，38歲以下合卵」的策略，以節省受精費用。此外，考量到仍有4%解卵受精結果不如預期的風險，即使選擇合卵，大多在累積達10～15顆好卵後便進行受精。經過討論之後M小姐進行三次取卵，總共13顆卵子，最後獲得五顆胚胎。以M小姐的年紀，胚胎預估有2～3顆染色體正常或低比例鑲嵌（*註一）的胚胎，依照過往的經驗，M小姐有2～3次透過植入可活產的機會。

然而在療程進行中，M小姐抽血發現甲狀腺抗體陽性，血液中腫瘤壞死因子（TNF α ）也偏高。沒有不良孕產史的M小姐，是否要因為血液檢查診斷為免疫媽咪？用藥上是否需要超前部署？是我們第二個需要思考的問題。考量M小姐胚胎獲得不易，若按照傳統方式經由植入才診斷免疫媽咪，有可能面臨進行介入時，只剩下較不佳的胚胎或已將胚胎耗盡。加上M小姐曾有子宮內膜增生的病史，若拉長療程時間，也會面臨復發風險。經由討論後，M小姐先服用免疫調節用藥，並作ERA（子宮內膜容受性檢查）以確認精準植入時間。我們在植入前搭配施打腫瘤壞死因子單株抗體，並植入兩顆胚胎，同時配合動態三採監控。植入後第四天 β -hCG（懷孕指數）2.02mIU/mL，確認胚胎初步有著床跡象，雖腫瘤壞死因子與自然殺手細胞（NK cell）也同步上升，但在密集追蹤觀察下， β -hCG上升皆符合預期。在原訂計畫下，也在六週確認胎兒心跳。考量其糖尿病史，屬於高危險妊娠族群，安排陪伴直到有胎動，才正式讓M小姐從送子鳥畢業。

註一：低比例鑲嵌：指胚胎細胞染色體非全部正常或全部異常，且細胞染色體異常率在30～50%之間。



在臨床上，卵巢早衰約有一半族群找不到原因，其他因素包括基因、感染、環境、醫源性及自體免疫等。目前粗估在卵巢早衰的族群，自體免疫因素約占 10 ~ 20%，其中以甲狀腺自體免疫最為常見。甲狀腺自體免疫和不孕及試管懷孕率下降亦有關聯，過往文獻認為，其相關性在於甲狀腺功能調節，因此建議備孕婦女以低劑量甲狀腺素將 TSH（甲狀腺促進素）控制在 2.5mIU/L 以下。但近年文獻推翻此項觀察，認為潛在性甲狀腺機能不足雖有一定貢獻，但該族群胚胎不易著床，更與抗體自身可能讓胚胎品質下降，以及整體免疫紊亂下，母體不易適應胚胎有關。與荷爾蒙調節相關性較低這點，與過往幾年送子鳥院內統計吻合。雖然甲狀腺激素仍是胎兒自身甲狀腺未發育期間重要的荷爾蒙，但近期院內已修正判定標準，因此大幅減少了植入療程中需服用甲狀腺素的族群比例。至於甲狀腺抗體對胚胎著床期造成什麼樣的免疫紊亂，目前仍未有完整論述。在實驗觀察中，背後的整體免疫系統紊亂——包括多株 B 細胞增生、T 細胞調節異常和自然殺手細胞功能失調，較高的促發炎細胞因子等，皆有相關發現。

過往免疫媽咪的診斷，往往需要明確的不良孕產史，或反覆植入失敗，以傳統定義上至少需植入三次，而非仰賴臨床檢查——如抽血、內膜採樣等。其主要理由在於過往文獻大多免疫媽咪的比例僅佔 10 ~ 15%，以及進階免疫用藥衍生的費用壓力及潛在感染風險等。但以 M 小姐本身為例，M 小姐有甲狀腺抗體，已經暗示其體質上具有潛在風險，加上卵量已經嚴重衰退，等待三次植入後才進行介入，勢必得面對重新取卵的壓力。因此在動態三採的一採建檔時，對於有風險的數值，究竟是要等植入胚胎後見真章，還是選擇超前部署，先預防性用藥來降低胚胎著床失敗的風險？這值得我們深入思考。 **i.VIE**