





免疫逆境中的奇蹟

對症用藥，從反覆胎停到聽見心跳

文 | 送子鳥・金孜璇醫師

L 小姐已經結婚六年無懷孕，經過檢查後發現先生有無精症，因此來診諮詢借精。這時候 L 小姐 28 歲，很年輕，AMH 2.19。後續取卵過程很順利，15 顆成熟卵子，培養後有 8 顆胚胎。



植入前的檢查，S 蛋白偏低（54.8），自體免疫抗體皆正常，免疫基準值中的腫瘤壞死因子（TNF α ）略高，自然殺手細胞（NK cell）數量也較高，因此，在討論後，第一次植入採取犧牲打策略，也就是先植入一顆次好（第二名）的胚胎，再配合植入後動態三採來收集免疫數據。第一次植入，植入前先使用復邁，預防 TNF α 的可能影響，在黃體素 120 小時，植入一顆無著床前染色體篩檢（PGS）胚胎（D5/5BC），植入後使用肝素預防血栓風險，這次植入沒有著床。

在第二次植入前，先做了子宮內膜容受性檢測（ERA）檢查，ERA 結果植入時間建議一樣是五天左右（119 小時）。這次，根據之前免疫數值，在第二次植入前，更改用藥，改用欣膝亞針對 TNF α ，這次植入一顆 PGS 正常胚胎（D6/5BB），並在植入後調整肝素用量嚴格控制血栓，植入後第七天懷孕指數 10.97，後續追蹤懷孕指數爬升仍然較慢，第十四天懷孕指數 170，最後雖有看到胚囊但無心跳出現。

年輕，植入兩次總共兩顆好胚胎，都無法順利，再加上第二次植入後明顯上升的 NK 細胞數量，已經高度懷疑 L 小姐是免疫媽咪。第三次植入前的規劃，預計在植入前使用免疫球蛋白（IVIG），但這時候的 L 小姐覺得是胚胎問題，溝通後仍拒絕使用 IVIG。第三次的植入，和第二次用藥一樣，這次是植入兩顆無 PGS 胚胎（D6/5BC+5BC），植入後第四天懷孕指數（ β -hCG）3.94，第七天 80.95，第十四天 1800，第

五週出現一個胚囊，但第六週追蹤時，雖然有看到血管脈動，速度卻偏慢；第七週追蹤發現胎停，後續胚囊的絨毛膜檢查確定為正常染色體。

再次的驗證，植入染色體正常的胚胎染色體，卻無法順利發育，免疫的問題越來越無法迴避，縱使外院免疫科醫師仍認為是胚胎問題，但這次 L 小姐決定相信我們的判斷，嘗試使用 IVIG。

第四次植入，植入前使用欣膝亞和 IVIG，持續以肝素控制血栓，在一樣的 ERA119 小時，植入兩顆無 PGS 胚胎（D5/5BC+D6/5BC），植入後第四天懷孕指數 3.31，第七天 77.37，前兩週密切追蹤懷孕指數，持續使用 IVIG 保護，六週順利出現心跳，後續穩定發育，最後單胞胎 13 週畢業。



回顧 L 小姐成功的四次植入：

第一次，尚未有不好的懷孕史，但因免疫基準值偏高，先採犧牲打策略，同時收集數據。第二次，植入染色體正常胚胎，調整免疫用藥欣膝亞來針對 $TNF\alpha$ ，雖然懷孕，但以萎縮性胚胎告終。第三次，L 小姐很年輕，加上兩次植入落榜，已經是免疫媽咪候選人，可惜的是沒有在這次達成共識，第三次植入在七週胎停，因此再經歷了第四次。因為已經是第四次植入，以外觀來說並不是前段班的兩顆胚胎，但卻是最後走到成功的一次。和前三次相比，這次增加 IVIG 的使用，L 小姐用了四次植入終於抱到寶寶。

要成功懷孕，胚胎是主角，肯定非常重要，但每次失敗的原因不一定只有一個，當植入結果不如預期時，一定要同步排除其他因素，避免持續浪費寶貴胚胎，貴的是胚胎，也是心理負擔的成本。再者，現實中，也不是每個人都如 L 小姐有這麼多次植入的機會。如果可以提早佈署，積極對症用藥，就可以減少胚胎浪費，減少時間成本，更快的帶一個健康寶寶回家。 ∴ VIE

