臺灣女性的「生男」使命

臺中榮民總醫院　婦產部　部主任　何師竹

在我從事婦產科醫療的近三十年期間，深感國人女性在母職角色上所遭受之最大困境便是承擔了「生男傳宗接代」的沈重使命。此一歷史性的使命，數千年來未曾改變。近代醫學的進步，一方面大大增進了生產之安全、舒適，另一方面科技之介入，反成女性完成此一「生男」使命時助紂為虐的工具。

未「生男」即等於「不孕症」

10%-15%的夫婦須經由不孕症專家協助達成生育的目的，一般資料顯示不孕因素男、女各半。因此需要夫妻同心，以循序漸進的方法，找出病因以確定治療方針。

國人不孕夫婦不論不孕因素為男性或女性，在治療過程中，女性呈現高度的焦慮、出現自我形象的低貶。她們承受到源自丈夫的家庭、以及我們重視血緣子嗣的社會壓力。雖能生育，但尚未生出「男性子嗣」的婦女所承受之夫妻間、家族內、甚至來自社會之壓力，決不遜於不孕夫婦之妻之一方。因為許多家族視生出男孩才算完成了「生育計劃」。

人工生殖科技主要是運用於女性器官性因素導致精、卵無法正常的在輸卵管內結合之不孕症，以及各種導因於男性因素之不孕症。這些高級人工生殖科技，包括禮物嬰兒（GIFT, Gamate Intra-Fallopian-tube Transfer，將多個卵細胞與精子置入輸卵管內）、試管嬰兒（卵細胞取出體外授精，俟胚胎形成後植入子宮）、精子之卵漿胞內注射（Intracytoplasmic Sperm Injection, ICSI）等。在治療之過程中，女性須接受系列之侵襲性步驟。因此，不論不孕的因素在男性或女性，女性須接受較多的治療及其所帶來的身心壓力。

這些高級生殖科技亦被結合於「生男」之技術之中，使用之精子為利用生物科技所淬取出之帶Y染色體之精子。部份是因不孕夫婦期待「一舉得男」，部份亦被應用於原非「不孕症」，只是尚未得男的正常女性，目的是獲得「男性胚胎」植入子宮。

運用現代科技增加生男術之濫殤

過去三十年來，在醫學文獻中，被探討用來擷取不同精子作人工授精以選擇胎兒性別的技術，包括：電泳法、酸鹼法、浮游法、離心法、以及白蛋白精子分離術等，都未能證實其效用。在國內盛行近二十年的白蛋白精蟲分離術已有國外及國內本土研究資料推翻其蒐集 Y 精子的成效，並發現其特別偏低的受孕率。

然而，迄今仍有不少缺乏資訊的民眾為此所付代價不貲。如在治療「不孕症」時，再加上該項技術以期「一舉得男」，益增其治療之困難度。

利用科技於產前診斷胎兒性別之盛行

近代產科醫學最大的突破性成就應數「超音波診斷儀」的問世。超音波引入國內近三十年來，大、小型婦產科醫院診所無不具備超音波儀，孕婦對「胎兒性別」之關注是肇始之因，許多醫生亦力求專精用超音波掃描作「胎兒性別」之辨識。但其可用性及可信度在週數較小之胎兒尚無法達到充份的滿意度。

以診斷胎兒染色體異常及神經管缺損為主要目的羊膜腔穿刺術於 1980 年代引進國內，原期以高齡孕婦等「高危險群」為主要的受檢對象，穿刺時機為妊娠之中期。衛生署保健處全力宣導羊膜腔穿刺術，期能減少智障程度不等的唐氏症人口，以貫徹「優生保健」政策。在符合「高危險群」之條件以及不合條件所作的羊膜腔穿刺術中，隱藏著以「測知性別」為目的者，其數不可得知。

1975 年，在中國安東省首先發表以絨毛採樣術（Chorionic Villi Sampling，簡稱 CVS）之直接染色體檢驗，將胎兒染色體核型的診斷時機提前至妊娠前期。「一胎化政策」下的中國大陸，大量的應用於胎兒性別之選擇，墮去女胎。CVS 在 1984 年被引入國內，數年之內大為風行於診所及民間醫院，因其可比羊膜腔穿刺術更早期診斷出胎兒性別。1991 年，保健處委託台大謝豐舟之研究發現：臺灣地區在該年間新生兒發生截肢缺陷（limb reduction defect）的機率，在接受 CVS 者為未施行 CVS 者之 9 倍，其中屬於重度缺損的發生率則為 88 倍，且全部發生於男嬰（因女嬰已全部在妊娠前期被墮除）。此研究發表於國際期刊（Obstetrics & Gynecology 1995; 85:84-8），為全世界案例數最多之報告。衛生署發佈此研究報告後數年間 CVS 大為減少。

1994 年後，是有子宮沖洗術盛行，以沖洗出之絨毛細胞作染色體或男性基因檢驗，全面取代了 CVS。1996 年，

衛生署公佈了母親接受子宮沖洗術後，生出四肢俱殘男嬰的個案，警示婦女勿輕易嘗試。媒體也報導了多位婦產科專家的看法：『在懷孕滿九週以後再施行該技術，可避免此併發症之發生』，專家們對施行此技術的倫理層面並無評述。

新近發展出來的自母血分離出胎兒細胞、再作聚合　連鎖反應（PCR）或螢光原位雜交法（FISH），可測知胎兒的染色體核型及單基因缺陷，應用得最多的仍是偵測受孕中胎兒是否有男性基因或男性Y染色體。據可靠之估計，每年臺灣受檢人次為一萬人，可能墮除之女嬰數為五千人次。

包生男孩的一貫作業

自精子分離術至人工生殖科技，再加上以著床前之胚胎基因診斷（Preimplantation genetic diagnosis），選出男性胚胎植入；或在人工生殖科技後再自母血分離出胎兒細胞作 PCR 或 FISH，一旦發現是女嬰即行墮胎的各種「包生男孩」的一貫作業，仍在臺灣的某些醫療院所，以「包醫」的計費方式在進行中。

未能「生男」與性別不符期待者的身心傷害

在視醫療為消費行為的社會中，生男的高科技既然是消費者（consumer）或顧客（custom）的需求，自然就會有提供者（provider）或販賣者（seller）。何況提供這些科技的另一理由是出於對無法自然產生男嬰的女性的深厚同情心。因為她們被公婆責為「不孝」，在家族中受卑視，被丈夫威脅要「到外面去生生看」。她們的婚姻、自尊與精神狀態均已瀕臨破碎與崩潰的邊緣。

以上這些理由在許多時候倒也是實情。我個人每次在婦產科門診所見的「身心徵候群」患者中，都有此類女性。她們已女兒成雙、成群，卻始終未能得償「生男」的心願。其中有些年近停經期仍在各醫院間奔走求醫；有些經歷多次人工生殖及墮胎術已身心交瘁，亦有丈夫以此為藉口外遇或迫其離婚者。醫院中所見者僅是幽暗海面上之冰山一角，已足令人歎惋。若能應用社會科學之研究方法去探討臺灣社會中女性之「生育角色」及其影響層面，相信必是有一相當有意義的研究。

事實上，不論醫學上做不做性別選擇、精蟲分離，只要我們的社會繼續將「沒有男孩」視為一個家庭的缺憾，我們便將所有的女性定位於「次等性別」。凡性別不符父母期待的女性，她們的自我形象、自我期許，以及身心發展都是從事社會科學者應當深入探討的。

生物學的現象與文明的証據

近代生殖醫學開啟了生命之奧秘：一位女性的生理自其本身為胚胎時期，便開始下一代生命孕育之啟動（開始卵細胞的減數分裂）。當精、卵結合成為胚胎，其中來自卵細胞的遺傳基因更為重要（精子提供其細胞核內染色體之 DNA 基因，而卵細胞提供核與細胞質內所有基因）。自單一的受精卵細胞到發育成含億兆細胞的胎兒，在母體內的孕育期共為 38 週。全賴母體供應正常的子宮內環境及充分營養所需，方能呵護胎兒至器官與功能之成熟。胎兒娩出母體，成為獨立的生命個體，仍以母親的親自哺餵母乳為最佳營養來源。自生物學的觀點，每一位兒女更是當屬於「母系的後裔」，而男性僅是未及其半之基因的提供者。

綜觀世界文明，凡真正重視人權的國家必視男女平權為當然的道理。這些國家也是當今高度開發的國家，如北歐各國，女性不僅與男性享有同等的權益、地位，並在懷孕、生產、育嬰上享有國家特別的重視與照顧。反之，凡是女性地位卑下，作為「生男工具」甚而為「性工具」的國家亦往往是落後的國家。

究竟是當人類文明發展之後，才能覺悟只有摒棄對女性的岐視，同等尊重兩性生命、人格的尊嚴才能創造彼此的幸福；抑或是只有當佔人口一半的女性之才智同被重視發揮，才使他們建造出更進步的社會？這一點亦有待學者專家作深入的研討剖析。

翻開中國歷史的扉頁，數千年來的傳統中國社會中，殺害女嬰、拋棄女嬰、寒家賣女為婢、或賣入娼家之習俗，史頁中女性斑斑血淚，令人不忍卒讀！而今中國女性脫離傳統命運已近百年，中華民國憲法第七條宣告「男女平等」也已逾五十年，目前臺灣女性已享有與男性同等的地位（法律、經濟、政治）和權益（教育權、工作權、居住權、財產權、繼承權）。新女性已然是自封建牢籠中被釋放出來的第三代、甚至第四代，為何她們仍視「生男使命」為承繼自數千年來先祖的宿命，誰來脫下她們頸項上「生男工具」的枷鎖！誰來為我們的民族拋去「重男輕女」的包袱？使每一位國人女性都能在人類文明的長廊上昂首闊步前行。我認為這是醫界、教育界、社會學者、為政者……各行各業每一位有良知者的責任，當然亦有待這一代女性的自省自覺。