淺述台灣地區不孕症——從盛行狀況到防治策略

台灣省家庭計畫研究所副研究員／蔡益堅

不孕症盛行狀況

不孕症的定義衆說紛紜，較常被接受的是「一對夫妻結婚後一年的未使用任何避孕方法，有正常性生活，而仍未能懷孕者。」不孕症的盛行可說是世界各國共同的問題，但其盛行率及發生率則因調查方法、地域、時間及資料來源等之不同，而有差異。但一般說來，1980年代歐美婦女之不孕症盛行率約在10%左右，而且黑人又比白人高。亦有專家指出：由於晚婚晚育、嬰兒潮世代進入25～44歲年齡層及赴不孕門診就醫人次之增加，使得大家覺得不孕症盛行率增加。

至於台灣地區的不孕症盛行率，過去臨床醫學專家一直認爲約在15%左右，但根據台灣省家庭計畫研究所於民國81年辦理台灣地區家庭計畫與生育保健狀況調查，報告指出20～44歲有偶婦女之疑似不孕症盛行率約2.06%，而爲召公信，復於民國85年辦理台灣地區不孕盛行狀況研究，針對79年4月結婚婦女進行調查，結果其疑似不孕症盛行率約6.41%。

不孕症病因

至於不孕症的原因一般認爲應包括男性因素、女性因素及不明原因三類。在男性因素方面，江漢聲認爲男性應承擔三分之一以上的不孕責任。其影響因素包括：環境污染——如重金屬、化學物質、放射線等，高溫有害精蟲、精索靜脈曲張，煙、酒和藥物影響，生活習慣不好，先天、遺傳和免疫因素等。李鎰堯亦認爲男性因素占不孕原因之30～40%，劉志鴻認爲約占一半。而再細分類如下：

㈠性腺前不孕：占男子不孕之9%，多屬內分泌疾病，如腦下腺機能不全、腎上腺機能亢進、甲狀腺機能不全等。

㈡原發性腺不孕：占男子不孕之60%，多屬睪丸本身疾病，如①兩側隱睪丸；②兩側睪丸均極度萎縮，而陰莖和外陰其他部位發育正常；③外陰整個未發育；④睪丸損傷；⑤睪丸炎——如腮腺炎等引起；⑥精索靜脈曲張（約占男子不孕之3分之1），9成發生在左側；⑦先天無精原細胞或纖維化萎縮。

㈢性腺後不孕：占男子不孕之14%以上，其無法有效運送精蟲，包括：

1.副睪炎——形成許多炎症硬塊、阻塞精道，如結核菌副睪炎引起。

2.輸精管先天缺損／阻塞（8%），如淋菌、披衣菌、外傷或手術引起等。

3.陰莖病變——尿道上／下裂，陰莖彎曲。

4.攝護腺炎及尿道炎，可由淋菌、非淋菌（革蘭氏陰性桿落、黴漿菌、披衣菌等）引起。

5.射精不能。

6.逆行性射精。

7.精液問題：多精蟲症（$>150*10^6$／c.c），少精蟲症（$<10*10^6$／c.c）及無精蟲症。就形狀上包括：頭部畸形（大頭、小頭、雙頭等），尾部畸形（長尾、短尾）及活動力異常，及精蟲品質不良。另有研究發現不孕男性之精蟲之染色體異常頻率增加。

㈣原因不明占男子不孕之10%以上，包括精蟲抗體（男人自身抗體，女性血液中殺精抗體，女性組織中殺精抗體）。

㈤其他：1.生活習慣——煙、酒、藥物、常浸泡三溫暖，穿太窄的褲子。

2.環境職業上危害：放射線、高溫作業、化學毒物、有機溶劑（如二硫化碳）、重金屬（鉛）、物理性危害、被機器捲入等。

女性因素方面，根據李鎂堯歸類包括：㈠子宮造形異常——子宮發育不全、子宮後屈、子宮畸形（單角、雙角、中隔子宮等），㈡與不孕症直接有關之疾病——子宮腫瘤（肌瘤、腺腫）、子宮內膜異位、生殖器感染等，㈢與不孕症有關的內分泌障礙——無月經症（原發／續發）、多囊性卵巢症候群、腎上腺機能亢進症、停用口服避孕藥後的不孕症，無月經——乳漏症、黃體機能不全、甲狀腺機能亢進或低下等。而劉志鴻之歸類包括排卵因素、子宮頸因素、子宮因素、腹腔內因素、輸卵管因素，無法解釋的不孕症等六類。而根據外國專家整理各國6,549對不孕夫妻之病因診斷發現：輸卵管因素11.0～76.7%，排卵因素10.9～49.1%，子宮頸或子宮因素3.2～48.0%，不明原因3.5～22.1%，男性因素23.1～46.6%，而多重病因占10%。

不孕者之心理社會壓力

在不孕症夫妻之心理社會壓力方面，根據國外研究，發現不孕婦女的整體精神症狀及個別精神症狀如焦慮、憂鬱、敵意、認知障礙、以及壓力感受及自尊喪失等均較先生嚴重，而且不論夫或妻之精神症狀均比同性別之一般族群要嚴重。並可以社會角色理論現代醫學之侵襲性及男女性對長期壓力之應對策略來解釋。另外亦有人研究10對首次就診之不孕夫妻，發現9位婦女及4位先生呈現情緒障礙、社會失調或續發之性功能異常等。此外，有人研究19位婦女及19位對照組，發現不孕婦女在性態度及罪惡感明確地有較高之負面影響。

至於國內李淑杏等研究則發現，不孕婦女最感困擾者爲時間因素及擔心治療失 ➡

敗，而且其自我心象壓力感受相當高。在台灣地區不孕盛行狀況研究發現：不孕的女性（尤其從未懷孕者）自認在生育上要負較大之責任，加上中國傳統來自婆婆期盼的壓力，其教育程度爲國中以下者的壓力感受較大，可能她們用於調適的資源及技巧也較匱乏，實不容忽視。根據張秀玉研究216對不孕症夫妻，發現夫妻雙方之中國傳統生育觀念特質，均以「傳宗接代」及「不孝有三、無後爲大」兩項得分最高。而且不論初次接受與重覆接受試管嬰兒試驗；不孕婦女之焦慮、憂鬱反應平均總分均達臨床診斷的輕度焦慮及輕度憂鬱程度，尤以「自尊／自我心象」單元之壓力感受最高。所幸本研究發現先生、母親及朋友／同事仍是疑似不孕婦女在檢查治療過程中之精神或經濟上主要的支持來源。

不孕症防治策略

根據台灣地區不孕盛行狀況研究，不孕症病因診斷在女性因素中又以輸卵管因素、慢性不排卵、子宮內膜異位症、子宮內黏連等居多，男性因素則以精液問題居多。根據美國疾病管制中心（CDC：Centers for Disease Control）人口學家陳曉璋博士之意見，認爲性病是導致各國不孕症盛行率增加之主因。例如非洲南部Herero部落之骨盆腔炎症獲得控制後，總生育率大爲提昇。此外，在不孕盛行狀況研究中，受訪婦女對政府之建議主要均集中於將不孕症診治納入全民健保或提供補助，其次則是加強不孕症諮詢服務或提供就醫資訊。因此，建議不孕症之防治策略如下：

㈠、就個人而言，應注重性之安全衛生，避免與高危險群發生性行爲，即使欲有性行爲，亦應使用保險套。此外，應避免自己暴露於受污染之血液或體液中，例如共用注射器，接受被污染之輸血、器官移植或人工授精，或母體傳染等。一旦染上性病，亦應及早診治，以免導致不孕。

㈡、在學校方面，應加強各級學校學生之性教育，減少未成年懷孕及婚前懷孕的發生，以減少此施行人工流產所引起之不孕症。

㈢、在政府方面，宜考慮有限度地將人工協助生殖技術納入全民健保，或提供部分補助。並應建立及加強不孕症防治諮詢網絡，方便民衆查詢就醫。

㈣、就醫療機構而言，應在診療措施上彈性配合不孕夫婦需求，提昇其就醫比例。在診療過程，應提供充分心理諮商，協助提供必要之心理支持。