

學術
論壇

「適齡生育」——正視女性黃金生育期

顏秀玲 | 高雄市政府衛生局健康管理科技士

郭瑩璵 | 高雄市政府衛生局健康管理科科長

壹、少子化現象嚴峻

人口為國家基本要素之一，其組成、素質、分布、發展及遷徙等面向，關係國家之發展與社會福祉。我國生育年齡逐年上升、育齡婦女總生育率長期持續下降，人口將呈負成長，人口數量、人口素質成為潛在危機，已成為世界生育率最低國家之一，少子化現象嚴峻。

【名詞解釋】

- ◎育齡婦女總生育率：指假設一世代的 15-49 歲育齡婦女按照目前的年齡別生育水準，一生所生育的嬰兒數。
- ◎育齡婦女年齡別生育率：一年內各年齡組每千位育齡婦女之活產數。
- ◎人口替代水準：人口長期維持不增不減之替換水準。

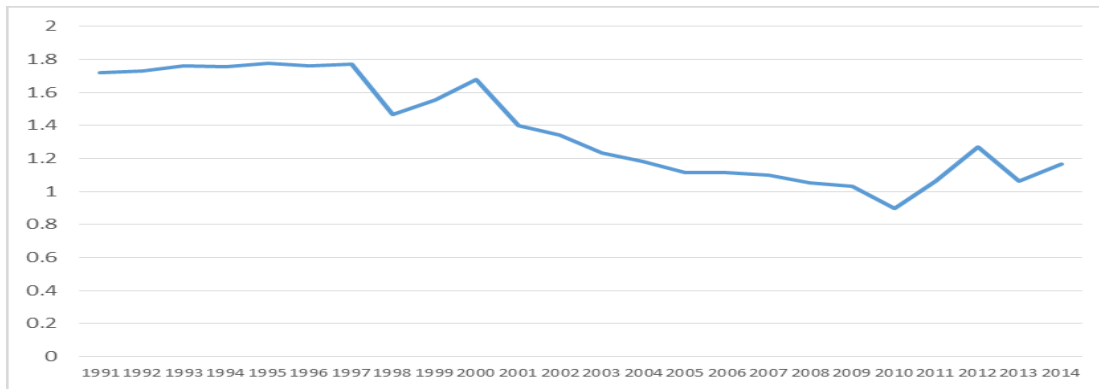


圖 1 1991-2014 年臺灣育齡婦女總生育率

資料來源：內政部(2016)

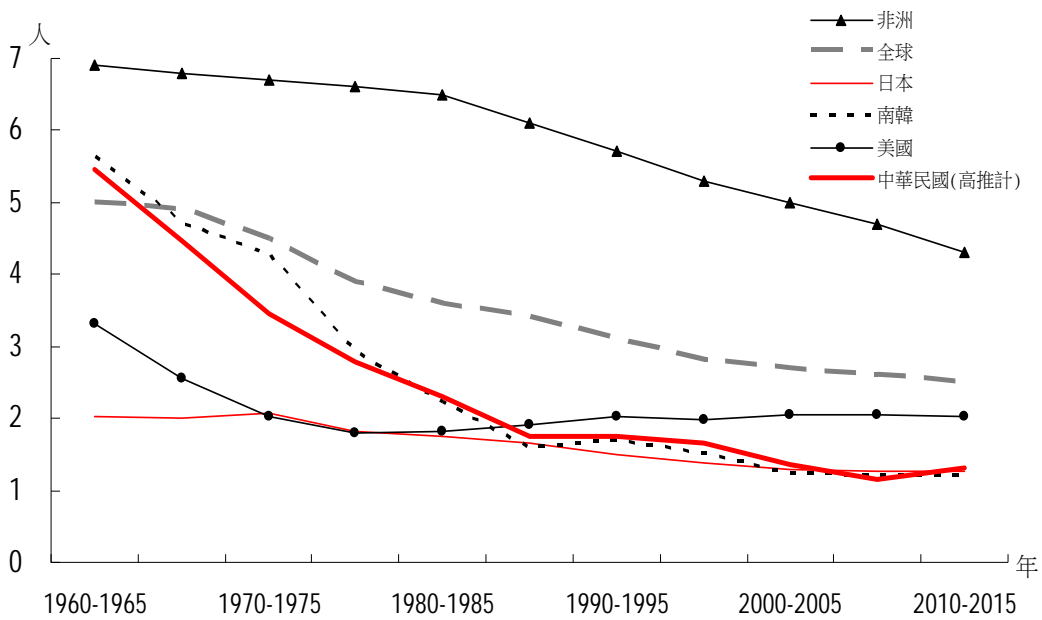


圖 2 1960-2014 年主要國家育齡婦女總生育率

資料來源：聯合國、內政部及行政院經濟建設委員會。

貳、總生育率大幅下降

觀察近年全國及五都總生育率變化趨勢，本市總生育率皆低於超低生育率的 1.3 人，101 年雖因龍年效應，總生育率回升至 1.14 人，卻仍居六都之末，104 年總生育率則為 1.065 人。

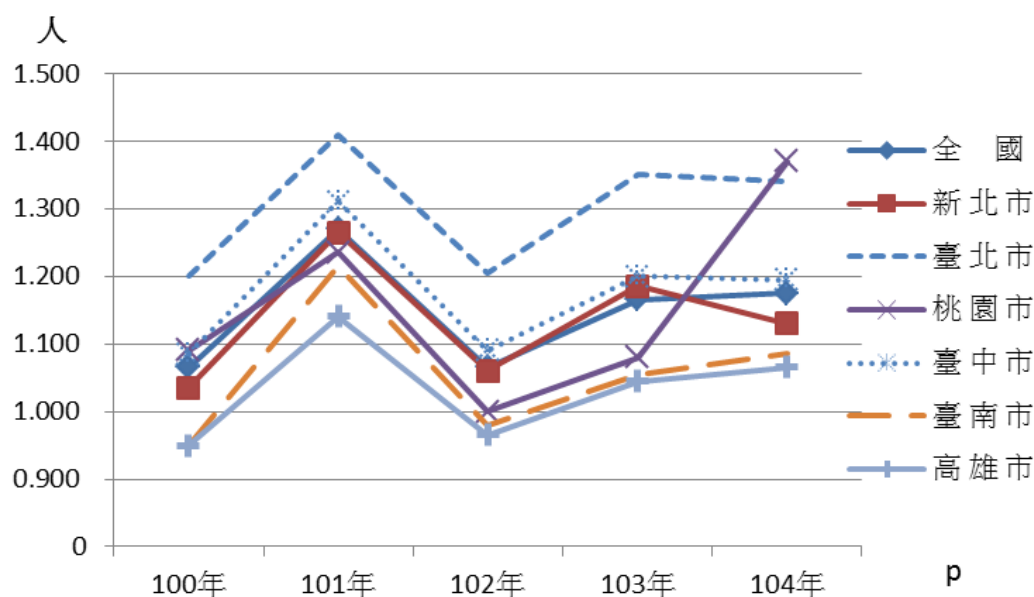


圖 3 全國及六都育齡婦女總生育率變化

資料來源：內政部戶政司。

參、第一胎平均生母年齡遞延

依據國民健康署資料指出我國 102 年男女性平均初婚年齡為 32.0 歲、29.7 歲；分析 102 年之生育情形，其中生母初胎年齡為 30~34 歲者高達 40.4%，35~39 歲為 13.5%，遲育趨勢相當明顯，也造成國人生育年齡越來越晚，內政部統計，國內婦女生育第一胎的平均年齡，101 年就超過 30 歲，去年提高到 30.6 歲，甚至有高達 17.8% 的女性是 35 歲以上才生第一胎，本市育齡婦女主要生育年齡亦於 100 年起由未滿 30 歲遞延至 30 歲以上，因此，本市生育第一胎平均生母年齡也自 100 年起進入 30 歲門檻；本市 104 年第一胎平均生母年齡為 30.7 歲，次於臺北市 32.4 歲、新北市 31.1 歲，居六都第三且高於全國平均的 30.6 歲。

表 1 全國及六都第一胎平均生母年齡

年	全國	高雄市	新北市	台北市	桃園市	台中市	台南市
94 年	27.7	28.3	28.6	30.1	27.4	28.1	28.0
95 年	28.1	28.7	29.0	30.4	27.8	28.5	28.6
96 年	28.5	29.2	29.4	30.8	28.2	28.8	28.9
97 年	28.9	29.5	29.8	31.0	28.5	29.2	29.3
98 年	29.3	29.9	30.2	31.2	29.0	29.6	29.7
99 年	29.6	29.8	30.1	31.5	-	29.4	29.4
100 年	29.9	30.0	30.4	31.7	29.4	29.7	29.8
101 年	30.1	30.2	30.6	31.8	29.6	29.8	29.9
102 年	30.4	30.4	30.8	32.2	29.8	30.2	30.2
103 年	30.5	30.6	31.0	32.2	29.9	30.3	30.3
104 年	30.6	30.7	31.1	32.4	30.1	30.3	30.5
140 年較 94 年增減	2.9	2.4	2.5	2.3	2.7	2.2	2.5

肆、適齡婚育的重要

而現今社會普遍存在晚婚、晚育的現象，因而近年來高齡產婦人數逐年攀升，以醫學的角度來看，35 歲以上生育的婦女即為高齡產婦，其生育能力將明顯降低，根據內政部統計通報資料顯示，自 86 年至 96 年約 10 年期間之產婦年齡統計，35 歲以上之產婦人數增加了 11%，反映國內高齡產婦攀升之趨勢。而國內外歷年研究文獻則顯示：染色體異常機率會隨孕婦的年齡增加而上升，為此，政府衛生單位一再呼籲：適齡婚育的重要性，如為高齡孕媽咪，切記於孕前及孕期時，確實做好產前檢查，及善用產前遺傳檢驗，及早掌握寶貝健康狀況，孕育健康下一代。

理想的生育年齡為 20 歲至 35 歲。依內政部人口統計資料顯示，103 年生育第 1 胎的平均年齡已經拉高到 30.5 歲，較 10 年前增加 3.1 歲，故台灣已有晚婚、遲育的現象。超過 35 歲的高齡產婦，雖經濟充裕、資訊充足；但仍須注意母胎健康風險增加的可能性，例如：媽媽可能有不孕、流產、高血壓、妊娠糖尿病等高危險妊娠合併症；而隨著孕婦年齡的增高，胎兒染色體異常(如唐氏症候群)的發生率也隨之升高。

反之，太早懷孕或非預期懷孕，特別是未滿 20 歲的小媽媽，發生周產期死

亡、出生體重過輕、早產的風險皆會增加，也會影響母體及寶寶的健康。國民健康署特別提醒，為了下一代的健康，在適當的年齡結婚及生育才是最符合健康的原則。

伍、生育計畫

生育計畫的意思是控制生育的量與時間，重視生育的質，在準備好的時間內，生養想要的孩子，不要意外懷孕，以免影響家庭生活的長程目標及夫妻兩人的生涯規劃。

夫妻雙方最好先確定是否已做好懷孕的準備，因為有寶寶之後，孩子的照顧與教養，都是夫妻雙方即將面臨的問題。夫妻必須做好生理、心理的健康檢查與準備，更重要的是對生育下一代有共同的認知與計畫，已使每個小孩都能在父母所期望並有準備的情形下出生，才是生育計畫的重要條件，達到生育保健的目的，並奠定小孩日後身心正常發育所需的基礎。

身為準父母，都會希望生下健康的小嬰兒，所以不少人會在懷孕期間積極補充營養、做一些緩和運動，如孕婦瑜珈；但其實在懷孕之前，已有許多功課等著爸爸媽媽去做，像是環境整理、孕前健康檢查、調養身體等，只要把這些功課事先預習好，在懷孕期間不用臨時抱佛腳，就能在未來迎接可愛的優質寶寶。

本市各區衛生所提供優生保健相關諮詢服務，服務內容包含生育計畫及避孕、孕前飲食營養、孕前健康、營造健康生活習慣、避免有害物質、懷孕歷程說明、認識不孕症及目前政府提供兒童健康照護等諮詢服務並免費提供新婚健康手冊，讓夫妻雙方做好懷孕的準備，歡喜迎接新生命的到來。

陸、人工生殖技術

由於國內晚婚與遲育，衍生不孕問題，透過醫療技術進行人工生殖的夫妻也隨之增加，人工生殖出生子女數已由 87 年的 2,317 位嬰兒增加到 103 年 6,857 位佔當年度出生數之比率由 0.9% (2,317/271,450) 提高至約 2.9% (6,857/229,481)，成長近 3 倍，因此，生殖科技的進步確實協助許多生育有困難之夫婦完成「生兒育女」的願望。

依據本市不孕症專家—郭鴻璋醫師（好韻診所院長）分析不孕症的原因、治療及對不孕症相關建議，摘錄如下：

衛生福利部統計結果造成男女不孕的原因，女性因素約佔 30~40%；男性約佔 10~30%，雙方因素導致不孕約佔 15~30%，另有 5~10%不孕的起因是不明的。

一、不孕症女性因素

（一）排卵障礙：

基本是因腦下垂體性腺激素分泌異常，造成不排卵、少排卵或排卵不規則：如多囊性卵巢症候群、泌乳激素過高症、腦下垂體性腺機能不足。另環境荷爾蒙干擾，或卵巢功能提早衰竭，亦是造成排卵異常不利懷孕。

（二）輸卵管阻塞或粘黏：

輸卵管主要功能是精子與卵子受精和傳送胚胎的唯一管道。生殖道感染、子宮內膜異位症的經血逆流、結紮手術和先天性輸卵管發育不良，均會導致輸卵管內纖毛破壞，不僅可能導致不孕，也可能造成子宮外孕。另輸卵管水腫也會造成試管嬰兒胚胎著床失敗，必要時須手術切除。

（三）子宮內膜異位症：

子宮內膜組織細胞經 1.經血逆流、2.直接侵犯子宮肌肉層，形成子宮腺瘤、3.透過血液淋巴循環遠端轉移。它造成不孕的原因在於子宮腔、輸卵管阻塞或是粘黏；卵巢囊腫、腸繫膜的粘黏，另它也會造成免疫系統異常，破壞精子，卵子和胚胎，造成不孕或反覆著床失敗。

（四）子宮頸和子宮因素：

子宮頸的發炎黏液含免疫因子會排斥精子通過，另子宮腔構造異常含子宮腫瘤、腺瘤、畸形、先天性無子宮、子宮發育不全、輸卵管發育不全和子宮腔沾黏，如：子宮內膜刮除術或感染。

（五）免疫因素：

免疫系統隨著身體機能發炎或本身自體免疫性疾病，都可能導致不孕症或習慣性流產。

（六）內分泌異常：

甲狀腺功能異常、泌乳激素過高症、腎上腺皮質酮異常等等其他。

（七）女性染色體異常：

45X0(透納氏症候群)，47XXX(多套體)。

二、不孕症男性因素

（一）精子生成障礙：

影響精子品質和數量含有 1.感染性疾病，如淋病、披衣菌、結核菌、腮腺炎等後天感染、2.內分泌異常：腦下腺性腺不足、3.免疫性疾病：如精蟲抗體，導致精蟲旋轉和不易與卵子受精。

（二）輸精管阻塞或粘黏：

如感染發炎導致輸精管阻塞或粘黏。

（三）精索靜脈曲張：

20~40% 男性不孕有精索靜脈曲張，影響精蟲數量、品質、活動力，這些患者開完刀可能有利於精子品質提升，但術後不一定能自然受孕，仍需了解精蟲品質是否良好。

（四）無精症：

- 1.先天性輸精管阻塞，睪丸內仍有精子或精原細胞，可藉睪丸取精、副睪取精取得精子後再和卵子做單一精卵顯微注射以完成精卵授精發育成胚胎。
- 2.完全無精症：意即睪丸萎縮或無發育找不到任何精子或精原細胞。此類患者必須接受精子捐贈才能懷孕。
- 3.後天輸精管結紮：可做輸精管重接手術，但若結紮手術超過 7 年以上，則不建議做重接手術可做試管嬰兒嘗試懷孕。

（五）性功能障礙。

（六）男性染色體異常：

47XXY，Y 染色體缺損、46XX(女性男性化：外表男性，染色體女性)。

三、不明原因不孕

10~15% 不孕夫妻在接受常規檢查後，仍無法找到可能不孕的原因。必要時可進一步做腹腔鏡、子宮腔鏡、染色體檢查、基因疾病或其它可能感染檢查。這類患者可能數年後會自己懷孕，也可能一直不受孕，所以等待同時需考量生涯規劃

才不會誤了最佳育兒時機(28~35 歲)。

四、不孕症治療

當夫妻嘗試懷孕超過 1 年或 2 年以上均未能受孕成功，應至衛生福利部評鑑通過的專業人工協助生殖技術機構，即試管嬰兒中心的醫療院所尋找正確的診斷與治療。目前在不孕症的治療上，建議針對可能原因和診斷，並同時考量夫妻雙方年齡和經濟等個別因素做適當的治療。

- 1.外科治療：如針對子宮腫瘤、卵巢腫瘤、子宮腔粘黏、輸卵管阻塞結紮、水腫或男性精索靜脈曲張、輸精管結紮，可先考慮採用手術方法。如開腹手術、腹腔鏡手術、子宮腔鏡手術。但仍需評估開完刀後是否造成卵巢功能衰退、子宮腔粘黏或子宮頸狹窄等結果，反而造成日後受孕更困難，甚至導致做人工生殖技術成功率降低的窘境。
- 2.藥物治療：如口服排卵藥、降泌乳激素藥物、甲狀腺疾病藥物、新陳代謝疾病藥物、感染因子的抗生素治療。
- 3.人工授精：男性精蟲必須每cc精蟲數目大於一千萬隻以上，活動性要百分之五十以上；女性至少有一邊以上輸卵管正常才能接受人工授精。人工授精的過程是在月經來潮五天內接受口服排卵藥或加打排卵針劑，以促進增加卵子數目和成長，在預估排卵的時機由先生取出足量的精液，將精蟲洗滌濃縮後注入子宮腔內，二星期後可驗出是否懷孕成功。但仍需考量有多胞胎、子宮內外同時懷孕或子宮外孕的機會。
- 4.試管嬰兒：主要針對女性年齡大、卵巢功能萎縮、雙側輸卵管阻塞或切除、男性精蟲稀少、無精症或多次藥物人工受孕治療失敗等等之不孕夫婦。女性先經過藥物含排卵針劑做誘導排卵，迨卵泡成熟後，施打破卵針進行催熟卵的作用。取卵當天接受全身麻醉，經陰道超音波指引下取出卵子，再和先生精子(手淫或經手術方式從睪丸、副睪取得)結合成受精卵，經 3~5 天培養成胚胎後，植入 1~4 顆胚胎，兩星期後即可驗孕。若有多餘好的胚胎，可以將其冷凍保存，以待需要懷孕時再植入子宮腔內即可，不用再重新接受試管嬰兒療程。卵子誘導排卵(圖 4 胚胎圖)、人工授孕或試管嬰兒等治療法可能的副作

用有：(1)多胞胎(2)子宮內外懷孕(3)卵巢過度刺激症候群，如腹水、肋膜腔積水(4)內出血、感染等情形。但只要治療前後妥善衛教、植入胚胎數目減少、感染管控都可有效減少這些副作用發生機率。

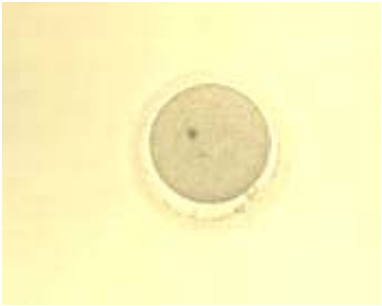
5.接受捐卵或捐精：倘若不孕夫妻單方缺乏精子、卵子或其他合乎醫療上考量，可依人工生殖法規程序取得捐贈精子或卵子，再經人工授精或試管嬰兒方式以孕育下一代。

五、請把握最佳的懷孕時機

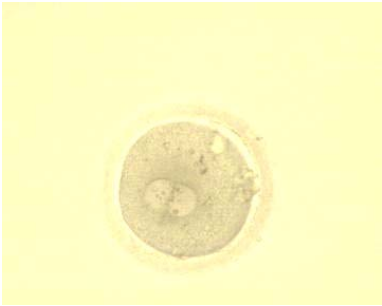
男女受孕能力均隨著年齡而下降，男性因為睪丸製造精蟲的能力可持續到老年所以年齡影響的情形較少；但女性的卵巢功能自青春開始啟動排卵及分泌女性荷爾蒙功能，直至更年期(45~55 歲)卵巢功能衰竭為止。女性生育能力自 20 歲開始到 35 歲逐年減少，35 歲以上(高齡產婦)開始明顯下降，40 歲以上卵子品質則明顯變差，平均每顆卵子染色體異常比例可高達 50% 以上。依國民健康署公布 103 年台灣試管嬰兒施術懷孕率，35 歲以上成功率四成左右；35 到 39 歲大概不到三成；而超過 40 歲以上則約只有一成多。年齡超過 35 歲的婦女除了不易懷孕外，懷孕期間流產比率、胎兒畸形率、染色體異常比例均明顯增加，因此有計畫生育的夫婦應珍惜女性受孕的黃金歲月。另外女性尚未完成生育計畫前，應減少卵巢、輸卵管和子宮的手術，以減低醫源性不孕症發生的機會，如流產手術、卵巢瘤切除手術、子宮腫瘤切除手術，另子宮內膜炎、腹膜炎也會造成子宮腔粘黏、輸卵管阻塞或粘黏，而導致不孕。

在面對不孕的問題和診療的過程，夫妻雙方和家屬間的互相體諒與支持是非常重要的。年齡仍是不孕的重大因子，不孕不是一種忌諱的疾病，它只是夫妻雙方當中諸多生理、心理問題所累積形成，只要對症下藥並尋求專業醫療的協助，再加上台灣生殖醫療的超高品質，最終能圓滿完成懷孕的心願。**為支持與協助不孕夫妻生育願望、追求幸福、建構完整家庭，本市配合衛生福利部國民健康署辦理「低收入戶及中低收入戶之體外受精（俗稱試管嬰兒）補助方案」。**因此，勿錯過適合生育年齡。若有不孕，使用人工生殖技術時亦需與專業團隊討論，避免個人及下一代風險。

卵子



授精卵



桑葚胚



囊胚

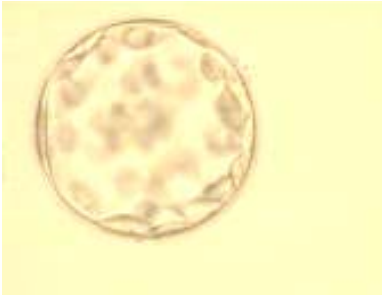


圖 4 胚胎圖

參考文獻 |

- [1] 衛生福利部 國民健康署 (2016)，新婚健康手冊，(平裝)。
- [2] 衛生福利部 國民健康署 (2014)，孕婦健康手冊，(平裝)。
- [3] 衛生福利部 國民健康署，2016 年 9 月 21 日，取自 <http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Web/Index/Index.aspx>
- [4] 中華民國人口政策綱領 行政院 103 年 12 月 27 日院臺法字第 1030073343 號核定修正。
- [5] 應用人口推計模型-??組成法 分析高雄市生育補助對象之效果 (2013) 高雄市政府主計處統計專題分析。
- [6] 中華民國內政部戶政司全球資訊網人口統計資料庫，2016 年 9 月 18 日，取自 http://www.ris.gov.tw/zh_TW/674。
- [7] 衛生福利部國民健康署 (2012)，家庭與生育調查報告。
- [8] 國民健康署網站健康主題人工生殖專區，2016 年 9 月 21 日，取自 <http://www.hpa.gov.tw>。
- [9] 《遠見雜誌》第 282 期 (2009) 八大因素 造就台灣少子奇蹟，2016 年 9 月 18 日，取自 http://www.gym.com.tw/Boardcontent_15560_1.html。
- [10] 高雄市好韻診所 (2016) 郭鴻璋院長 稿件摘錄。