

新生殖科技、新性別關係？人工授精在台灣

台灣大學社會系副教授

吳嘉苓

如果一項新醫療科技的引進，挑戰到原有的社會秩序，甚至被認為會造成「社會問題」，那會發生什麼事？

1950年代的台灣，當婦產科醫師引進人工授精技術，就思考著這樣的挑戰。當時為了讓有男性不孕問題的夫婦生兒育女，醫師提出「捐贈者人工授精」（donor insemination）的方法：醫師透過注射器，將他人的精子注入到婦女的陰道，以期讓婦女懷孕。精卵結合的方式沒有透過異性戀性交、生出來的小孩沒有丈夫的血緣，都不符合當時的性行為傳統與性別規範，讓人不禁要問：台灣民眾當時為什麼會接受這麼不符合過去生殖方式的技術？為了讓台灣社會接受這項技術，醫師如何調整這個倍受爭議的科技？什麼樣新的男性身分可能因此而創造出來？生殖科技與台灣社會如何共同演化成新的樣態？

終究，新科技要成為社會的一部份，要先得到文化認可。特別是引進帶有爭議的科技，常常會歷經一個科技與社會相互形塑的過程；在這個過程中，科技會變、社會關係也會變。仔細探討這個相互形塑的過程，可以讓我們避免僅僅關注醫療科技如何衝擊社會（例如只問「試管嬰兒」的出現如何改變社會），或是只關注社會如何影響科技發展（例如只問全民健保制度如何影響新興科技的發展），而能把科技與社會的關係視為緊密連結不可分，不斷地相互滲透、彼此塑形。

以捐贈精子的方式受孕，早在十九世紀就已經出現，不過西方社會要到1930年代才廣為注意到這項人工協助生殖科技，醫師才開始支持以這樣的技術處理男性不孕。台灣最早的一篇人工授精報告，由台大醫院婦產科的吳家鑄醫師團隊執筆，發表於1954年。這個當時顯然很基進的生殖科技，到底怎麼進入台灣？

一、轉換科技形貌以維護男子氣概

1950年代，台灣開設了不孕門診，醫界提出了不孕研究，其中台大醫院為了處理

男性不孕，提出「人工授精」(artificial insemination)的方法。人工授精的精子來源，可以是丈夫的精子，也可以是他人的精子。本文主要探討捐贈者人工授精。

要實施人工授精的諸多技術網絡，在當時其實幾乎一應俱全：不孕門診建立了、婦產科醫師也擁有相關知識與技術、所需的醫療設備都很齊全、不孕夫婦也會上門求診、連備用的精子都有醫學生擔任固定的捐贈者。那還缺什麼呢？當時的醫師顯然認定，還缺「不孕男性的同意」，即使在實際的技術流程中，根本不需要不孕男性的身體。

當時的醫師認定，捐贈者人工授精這項技術，顯然很不符合當時的性別關係，特別容易打擊不孕男性的男子氣概。當時的醫師認為，非配偶間的人工授精，會使得丈夫血親缺席，與主流社會所認可的父系傳承不合，一般民眾可能難以接受。於是醫師就調整醫療措施，降低了這項科技在這方面的爭議。台大醫院醫師採用的方法，就是「淡化」捐精者的身分。首先，當時醫界盛行將捐精者與丈夫的精液混合，再注射到女性的身體。在那個沒有DNA檢驗的時代，生出來的小孩無法驗證到底是丈夫的、還是捐贈者的，因此有些醫師稱之為「安慰法」，安慰丈夫沒有血緣繼承的遺憾。其次，讓捐精者保持匿名，可以避免讓捐精者有機會成為家庭的一份子，降低原有婚姻家庭結構遭到破壞。同時，醫師也努力在醫療措施上盡量彌補，例如找尋與不孕丈夫相似的捐精者。吳家鑄醫師團隊在研究報告中就提到，「donor的選定是非常重要的事情」，除了精液必須健康外，「不僅僅在種族或體質上與病人的丈夫相似，最好在感情上，氣質上，也要相似。……我們根據這些見解，主要地從學生選擇donor」。「氣質上」要如何類似？根據我的訪談，有些醫師會針對求診者氣質上比較像是讀書人還是鄉下人，來尋找氣質相似的醫學系學生捐贈精子。透過這些調整措施，原本在生理上無法延續的血緣，卻能夠利用捐贈者各方條件的相似性來彌補。

當時的醫師也認為，非配偶間的人工授精，明顯抵觸了透過異性戀婚姻內的性交才能進行合法生殖活動的社會規範，這是否意味妻子「出軌」而使得丈夫「戴綠帽」，成為需要釐清的焦點。因此，「人工授精不是通姦」成為當時臨床報告討論的重點：「這種操作，因沒有色慾、情慾等的因素，而且病人和Donor之間沒有肉體關係，而絕對不

能視為通姦」。

從當時的醫學文獻討論來看，醫師認定捐贈者人工授精是否能進入台灣社會，關鍵在於陽剛氣質遭到多大的損害。於是醫師一方面調整科技、一方面作概念澄清，減輕非父系血親的遺憾、戴綠帽的聯想等「社會問題」。科技的形貌轉換了，以便符合當時的性別規範，減少醫師眼中可能會發生的「社會問題」。醫師們預設，如果不這麼處理的話，這項科技可能根本無法在台灣實施。

二、男性不孕、治療女性

然而，一項新科技可能引發的「社會問題」到底是什麼？牽涉到誰？用什麼樣的目光來界定？當時的醫界認為不孕男性的陽剛氣質受損，茲事體大，相較起來，真正要經歷整個人工授精流程的婦女，卻沒有成為醫師眼中的「問題」。

事實上，人工授精技術在解決男性不孕造成無子的問題，當然也為女性製造了新的問題。舉例來說，女性對於上手術台來經歷人工受孕，相較於以往的異性戀性交模式，會不會「不習慣」？本來是健康的女性，卻因為配偶的不孕問題，要經歷許多侵入性的醫療措施，有沒有權利抗拒？然而，這些問題，並不是當時醫師關心的議題，因此醫師也沒有像關注不孕男性的男子氣概一般，為女性面對的新性別關係、新的生殖模式，來調整臨床措施或是公開呼籲澄清。

原是男性不孕的治療方式，但是丈夫還是被當成「男人」，因此特別關注男子氣概受損的問題，而女性卻成為「病人」，能孕的女體一經病理化，也就沒有成為「社會問題」。一個有趣的例子是，當時的醫學文獻，稱呼男性為「丈夫」，女性為「病人」，例如：「（人工授精）完了之後，保持骨盤高約 30 分，然後讓病人起來」、「病人和 Donor 之間沒有肉體關係」。人工授精做為「治療」男性不孕的主要方式，使得男性無須經過侵入性醫療，即可達到使女方受孕的結果；但是「生殖機能健全」的女性，卻很早就要因為這種治療男性不孕的方式而受到侵入性的醫療。簡單來說，婦女要測量三個月的基礎體溫，在排卵日由醫師檢查，以窺鏡撐開陰道口及子宮頸外口，以注射器將精液注入，然後平躺約 30 分鐘。這經常不是一次成功，可能每隔幾個月就要重複進行。人工授精對於婦

女可能造成損害健康的副作用，主要在於注射器插入可能帶來的感染。同時，明明是男性不孕，由於治療對象在於女體，需要更進一步檢查的反而是女性。台灣 1950 年代強調人工授精的要件之一，就是女體的健康，台大醫院當時表示：「不能有很大的骨盤病態，不能有閉塞的輸卵管，而且必須有排卵，黃體賀爾蒙的分泌正常」。這些「男性不孕、治療女性」而病理化能孕女體的情況，當時並沒有得到醫師太多的關注。

配偶間人工授精從 1950 年代的零星案例，到了 1980 年代初期，台大、榮總醫院每年各有上百例。這項科技也帶出了新的生殖理念，產生了一批前所未有的「人種」，願意進入前所未有的生殖關係——將性與生殖分離，孕育沒有男性配偶血緣的新生命。而等到這項新醫療科技逐漸在台灣各大醫院實施，科技與社會相互改造的過程，又發生了什麼變化？

三、新的生殖理念、新的優質陽剛氣質

1980 年 3 月，由於美國一家精子銀行推出諾貝爾獎得主的精子，使得非配偶間的人工授精，受到台灣媒體密集報導，也使這個男性不孕的治療管道得到更多披露。榮總自 1981 年 4 月成立精子銀行，也讓這項醫療技術更受社會注目，增加了求診的人次。這個時期的人工授精，一如五〇年代，仍強調血緣的接近；例如當時榮總的不孕症及家庭計畫科主任林猷炯曾表示，相同的血型是一般性的措施。榮總 1981 年公開徵求捐精，目的之一在於增加「遺傳條件最接近丈夫的精蟲」的機會。然而，血緣親近度的標準已經比五〇年代降低許多。例如，像是高矮胖瘦等體型條件要符合丈夫就無法採行；過去將捐贈者與丈夫精液混合的作法，此時也已不再採行。這透露出八〇年代初期雖然還是顧及血緣因素，但是已較以往淡化許多。此外，這個時期已經看不到早年會考慮的「通姦」論述，顯示當時這項科技的發展，已經脫離了性偏差或生殖偏差的討論脈絡。

醫師甚至逐漸開始破除父系血親迷思，召喚那些夠拋開這種迷思的「新男性」，採用這種技術。榮總精子銀行的負責人婦產科醫師于鎮煥曾強調：「接受人工授精的夫婦應該建立嬰兒是『從己所出』的觀念」。當時台大醫師楊友仕也提出，經由配偶間人工授精所「出生的『半養子』也比領養的小孩來得親密些」。一方面我們看到了對於血親仍有強

調（「半」血親比「無」血親來得好），另一方面也意味著對於丈夫血緣重要性的鬆綁（「半養子」是媽媽那一半的血緣）。雖然我們還不能說醫學論述已經完全打破傳宗接代的血親觀念，但是為了促進這項科技的使用，醫師帶動破除「傳丈夫的種」的生殖理念。

醫師也逐漸提出捐精者的高智商，來突顯提出這項科技的附加價值。例如，榮總的林猷炯提出「供應者的智商都是相當不錯的」；台大的李鎡堯也表示，他知道這些經由捐贈者人工授精而長大成人的小孩，在大學裡的課業表現都相當不錯。台灣媒體當時也轉載美國第一位接受諾貝爾獎得主精子而生下女嬰的婦女的新聞，她不僅欣喜於這個人工授精得來的女兒，也認為「她將是個女愛迪生」。

如果說這些論述與作法有助打破親子關係與血親傳承的「先天說」（來自血親父母基因的孩子才最適合成為子嗣），醫界提出捐精者的高智商以肯定這項科技的說法，卻又以類似優生學的觀念，強化了人類品質的「先天說」（高智商的「種」會產生優秀聰明的孩子），反而落入另一種「基因決定論」的論調。相較於之前醫師關心的男子氣概，在於「生殖能力」，並小心翼翼地保護缺乏這種男性特質的不孕男人，這個時期醫師重視的男子氣概，在於「聰不聰明」，並且高聲宣揚聰明男人好處。於是，醫師創造了一種新型的優質陽剛氣質，以智商、成就（而非生殖能力），做為區分男性差異的界線。

雖然捐贈者人工授精的發展，使得女體必須承受較多的醫療措施，卻對於社會的生殖理念——異性戀夫妻的結合才是合法的生殖，特別是「傳丈夫的種」——有突破性的衝擊。只不過，隨著科技網絡的新變化，這項科技與性別關係，又有了新變化。

四、血親再度成為重要價值

ICSI（intracytoplasmic sperm injection，卵細胞質內精子顯微注射）自1992年在 *Lancet* 發表第一篇應用成功的臨床報告以來，普遍被醫界認為是處理男性不孕的人工協助生殖科技發展的一大里程碑。在取出精卵之後，透過ICSI的顯微操作技術，直接將精子注入卵子的細胞質內，之後再將形成的受精卵植入女體。1995年開始台灣陸續發表有關ICSI的本土研究報告，並有更多相關的媒體披露。到了1998年，全台灣已實施兩千多例的ICSI，捐贈者人工授精僅有130例。

為了強調 ICSI 的好處，台灣的醫師重新提出「血親的重要性」；之前醫師為了倡導捐贈者人工授精而淡化「男性的種」、甚至淡化血親觀念的情況，在

如果以傳承父系血親做為評斷標準，ICSI 會勝過捐贈者人工授精這項舊科技；如果以生出小孩的「成功率」而言，ICSI 不見得比較好；如果把「減少侵入性醫療干預」做為欲求的目標，ICSI 更未必能脫穎而出。更具體地來說，假設一個社會普遍認為健康的女性應避免因為男性不孕而成為「病人」，因此以「減少女性所承受的侵入性醫療干預」做為處理男性不孕的理想基準，那麼得到子女的理想方式，依序應為：領養 > 人工授精 > ICSI。

因此，ICSI 並不會自動取代舊科技（人工授精），所以醫師要收回之前對於揚棄血親觀念的說法，重新提出擁有父系基因傳承做為重要價值。而在台灣的父系／父權社會中，以父系血親觀念來倡導 ICSI，相較於之前引進一個不合傳統性別規範的基進科技，後者顯然要容易得多。

結論

在不同的歷史時期，捐贈者人工授精這項科技有所改變、性別關係也有所改變。在新科技引介的時期，醫師調整科技以便讓科技符合台灣社會的主流性別關係，這項科技的實施也創造了願意進入性與生殖分離的性別主體。等到這項科技比較穩定之後，醫師開始提出打破血親迷思、鬆動原有的性別關係，促使這項科技的施行；同時藉由強調醫學系學生作為優異的捐精者，建立以智商與成就來區辨男人的好壞。當男性不孕「治療」方式出現競爭的對手，父系血親重新被醫師提出，做為 ICSI 值得倡導的理由，捐贈者人工授精成為式微的科技，父系血親的價值在 ICSI 重用的過程中予以強化。

為何我們今日偏好哪種助孕科技，不能僅以「成功率」來解釋。父系血親如何鬆動、如何維持，不能只看政治與法律，還得關心醫療科技的諸多牽連。對於瞭解科技的發展與選擇、性別關係的建立與改變，科技與社會彼此形塑的分析角度，會引領我們看得更深更遠。

本文摘自：吳嘉苓，2002，〈台灣的新生殖科技與性別政治，1950-2000〉《台灣社會研究季刊》45: 1-67。

工具箱

◎問題討論

1. 雖然捐贈者人工授精於 1950 年代就在台灣開始實施，但是要到 1990 年代才出現單身女性與女同志想要利用這項科技來懷孕。為什麼會有這樣的時間落差？
2. 如果我們重視人工協助生殖科技對於女性身體的傷害，我們的社會可以做一些什麼？
3. ICSI 做為一項生殖科技的革命創新，就必然受到社會重用嗎？從這種「創新決定論」的角度來說明一項科技的施行，可能會有什麼問題？

◎相關閱讀

1. 雷文玫，2004，〈解構我國胚胎保護規範體系——發現父母生育自主的地位〉。《台大法學論叢》33(4): 1-35。
2. David Edgerton（方俊育、李尚仁譯），2004，〈從創新到使用——十條兼容並蓄的技術史史學提綱〉。頁 131-170，收錄於吳嘉苓、傅大為、雷祥麟編，《科技渴望性別》。臺北：群學。

◎推薦影片

1. 「人工受精」（Making Babies: The Male Factor），Discovery 製作、出版。這部紀錄片中，兩對美國夫婦分別以捐贈者人工授精以及 ICSI 的方式，來處理男性不孕的問題。