

台 灣

婦產科醫學會會訊



發行日期：2014年11月217期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地 址：台北市民權西路 70 號 5 樓
電 話：(02) 2568-4819
傳 真：(02) 2100-1476
網 址：<http://www.taog.org.tw/>

E - m a i l : obsyntw@seed.net.tw

發 行 人：何弘能

秘 書 長：黃閱照

編 輯：會訊編輯委員會

召 集 委 員：劉嘉耀

副召集委員：李耀泰

委 員：王三郎 高添富 陳建銘 陳信孚
張志隆 龍震宇 張廷禎 賴宗炫
楊濬光 王鵬惠

編 輯 顧 問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍

法 律 顧 問：曾孝賢 (02) 23698391

林仲豪 (06) 2200386

范晉魁 (02) 27519918 分機 111

朱應翔 (02) 27007560



高雄美濃靈山登山活動



103.10.26...



台灣婦產科醫學會 217 期會訊

目錄精華

05 理事長的話 | 文/何弘能

06 秘書長的話 | 文/黃閔照

10 秘書處公告

10 衛生福利部食品藥物管理署 函

為防範管制藥品流用或不當使用，本署重申經報備支援其他醫療機構執行麻醉業務之醫師。其使用管制藥品應依說明段辦理，請轉所屬會員依規定辦理。請查照。

10 衛生福利部疾病管理署 函

修訂國內育齡婦女接種麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗（MMR）注意事項。請惠予協助周知貴會會員，並納入相關教育訓練課程，請 查照。

11 衛生福利部中央健康保險署 公告

檢送全民健康保險醫療費用審查注意事項研修案西醫分科專家諮詢會議 3 次（103 年 10 月 14 日）會議紀錄乙份，如附件，請 查照。

12 衛生福利部食品藥物管理署 公告

檢送含 Bromocriptine 成分藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，請轉知所屬會員，請 查照。

15 衛生福利部 公告

公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」（如附件），並自中華民國一百零三年十一月一日生效。

16 衛生福利部 函

「優生保健措施減免或補助費用辦法」第 4 條、第 7 條，業經本部於中華民國 103 年 11 月 3 日以部授國字第 1030402403 號令修正發布，檢送前揭辦法修正條文、修正總說明及修正條文對照表各 1 份，請 查照。

24 未換證者登會訊

26 通訊繼續教育

2013 年剖腹產的實證醫學 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

33 會員園地

33 子宮頸抹片檢查與人類乳突病毒 DNA 測試之相互比較與討論?

| 文/台灣婦產科醫學會子宮頸癌防治委員會召集人 鐘坤井

38 子宮頸癌篩檢的蛻變—人類乳突病毒檢驗與子宮頸抹片

| 文/鄭雅敏, 許沛揚, 陳達生

45 子宮頸抹片——子宮頸癌篩檢最重要的工具 | 文/台北榮總病理部 賴瓊如

55 婦產科醫學會高雄美濃靈山步道健行活動 | 文/鄭英傑

56 編後語 | 文/劉嘉耀

58 活動消息

理事長的話

何弘能

敬愛的會員、前輩：大家好！

這個月中學會有不少的教育課程，包括醫療發展繼續教育、孕婦產前健康照護衛教指導、性侵害防治醫事人員精神訓練等等，考量各位同仁學習的方便性，所以都集中在週日，因此常常分身乏術，只好請秘書長、副理事長及監事長等幫忙，在此謝謝他們的分勞。

上星期及這個星期有兩個重要會議，首先是生育事故救濟金研討會。這個計畫在蘇聰賢及謝卿宏院士，加上黃淑英前立委等人的幫忙，成效輝煌，減少許多醫療爭議走上訴訟之路，也提供不少可供討論及改進的基礎。年前在立法院之公聽會後，衛福部已經同意會再繼續試辦。惟目前衛福部將以此模式計畫擴充實施於麻醉及一般外科，並且立法。日後通過後，勢將與原先生育事故計畫產生衝擊，衍生相關的問題，其中最主要可能是財源的分配及金額，這些問題，學會將進一步與各方協商。

住院醫師訓練計畫評鑑及容額分配也是相當棘手，因為健保，住院醫師訓練及醫學中心認定等都環環相扣，醫策會的原則及評鑑條文也有許多不甚合理的部分，如何改進，會是接下來的考驗，需要學會相關委員會的智慧改進。各位同仁相關CA-125 健保給付的申請，再次未能通過，近期會努力溝通及爭取。

時入冬天，台灣氣候早晚溫差大，請各位會員多注意身體健康。九合一選舉逼近，醫界有部分人參與，請大家選賢與能，用你神聖的票，選出理想的人選。

秘書長的話

黃閔照

各位會員平安：

藥害基金會與婦產科醫學會合辦生育事故救濟計畫研討會，於 11 月 16 日及 11 月 23 日於交通部集思會國際會議廳舉辦，醫策會蘇聰賢董事長報告中說明，過去二年多來申請總核發金額為 1 億 7 千多萬元，而醫糾鑑定案下降了 73 %，比例甚高，與會者莫不認同此一計畫之成功，也希望藉此開拓台灣醫糾補償制度及醫病關係和諧的局面。在此，特別感謝衛福部前部長邱文達、石崇良、許銘能、李偉強及王宗曦司長等。由於社會肯定，生育試辦計畫也將再延長兩年，同時試辦計畫將擴及麻醉及外科手術，與會的醫法學界也針對將來立法提出許多建言，過去學會投入此一試辦計畫也欣見其成功，但也希望政府考慮為孕產婦健康、為國家生育政策努力，加上試辦計畫中分析可究責於醫療過失者甚少。故生育補償計畫應考慮獨立立法，由國家負擔大部分基金來源，並能擴大辦理適用對象至所有孕產婦及範圍，才有可能創造政府、民眾、醫界三贏局面。

高雄靈山登山活動有 80 多人會員及家屬參加，我和謝卿宏院士也特別南下，其中靈山登山步道幽靜，山頂可遠眺旗山美濃，美濃窯朱邦雄博士大作令人驚艷，客家傳統美食令人食指大動，加上登山運動後飢腸轆轆盤盤見底，客家紙傘及旗山糖廠冰品，也讓這次活動劃下完美句點。感謝黃富仁、鄭英傑理事、龔福財部長共同協助，張裕、張志仰及桂羅利醫師也特別代表義大張基昌副院長致贈每人紅酒一瓶，黃富仁理事及許振隆醫師特別提供相片供登山會員下載，在此代表學會致謝，12 月 14 日草嶺古道登山活動也開始報名，草嶺芒花遍山，古道風景幽美，希望會員熱烈參加。

日前國健署通過產檢衛教補助二次，每次 100 元，並將 B 型肝炎檢查提早到第一孕期執行，本會接獲會員反應，補助金額少，衛教內容多，不合比例原則，同時 B 型肝炎檢查給付不及健保署公告給付之一半，國家政策下執行相同醫療行為，卻有兩套不同給付標準，不重視第一線照顧孕產婦的醫師及護理人員，難怪許多周產期醫師紛紛離開第一線照護工作，投入自費高層次超音波及遺傳基因篩檢。高齡產婦則提高羊

膜穿刺補助至 5,000 元，對民眾大方卻對醫師苛責，逆其道而行！望國健署長官能針對產檢及各式遺傳基因篩檢訂出一套政策及合理補助，以挽救醫護人員人力流失問題，同時醫療機構也應該將衛教補助費用核實撥發給第一線從事衛教之醫療護理人員，不要再收入自己的口袋。

有會員反應南區立意核刪，生產住院天數自然生產未達 3 天，剖腹生產 6 天一案，造成文書行政作業繁瑣，加上不當核刪引起民怨。這幾年來台南基層醫療院所與生產醫療機構，因健保基層總額瓜分效應下，導致許多衝突，其實點值下降不是單純歸因於生產，台灣生育率敬陪末座，其他科別安安靜靜的將生產數減少的點數默默吃下，婦產科卻內耗於自我嚴格審查。目前各區點值下降，不到 0.9 及面臨不合理核刪放大制度，為何醫界要忍受這不合理政策呢？你去吃牛肉麵，會因為今天吃麵人多而少付錢嗎？全聯會領導者應該關注的是，如何為醫師爭取權益，而不是淪為政治工具，兩者衝突時，盼以醫界為重，同時也希望全聯會能出面針對浮動點值、放大核刪等健保政策，與健保署研議。

子宮頸癌防治委員會，在今年年會時針對人類乳突病毒檢查是否可以取代子宮頸抹片作為第一線篩檢進行過實證醫學辯論，此次會訊鐘坤井召集人特別為文說明，也感謝台北榮總病理科賴瓊如醫師及成大鄭雅敏醫師、許沛揚醫師等收集資料，將來兩種檢查之優先順序及併行檢查是否會改變目前子宮頸癌篩檢政策，也希望會員關心注意，當然逐漸增加之子宮內膜癌也不可小覷。

各位敬愛的會員：大家好！

首先感謝大家對學會的支持。

在大家的奉獻與幫忙下，攸關婦產科歷史文物保存的「台灣婦產科醫學會博物館」已於 2013 年 10 月 13 日落成。為達成保存婦產科文物之使命，學會需要您的繼續支持，期盼大家秉持支持學會保存婦產科歷史文物竭盡心力的熱誠，共襄盛舉，一起為創造婦產科歷史向前邁進。

今後，不論任何文物，也不論金額多寡，均望您熱烈支持，學會必將妥善運用及管理。此外，捐款可以抵稅，而且捐獻芳名錄也會定期（或每月）公告在會訊，待達一定數量之後，希望每年也都能有機會出版一本小冊子來紀錄所有會員的奉獻，並在適當時機將該等資料彙編成冊發行，此外，也能夠每隔一段時間就 update & renew 博物館誌，並以平板輸出方式，懸掛在二樓大廳來感謝和紀念大家的奉獻，也讓它成為婦產科歷史的一部分。學會在此先感謝您的熱心支持，謝謝！

捐款專戶

銀行帳號：玉山銀行民權分行 0598-940-134000

（請務必在匯款時，於附註欄寫明個人姓名及用途）

戶 名：台灣婦產科醫學會

最後 敬祝大家

身體健康 闔家歡樂

理 事 長 何弘能

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃閔照

財務委員會召集人 張維君 敬上

台灣婦產科醫學會博物館捐款名單

姓名	金額	日期	姓名	金額	日期
江茂橋	壹萬	102.11.7	吳鳳昕	壹萬	102.11.12
賴文福	伍萬(增加) (共壹拾伍萬)	103.11.20	黃甫彥	壹萬	102.12.03
林耀庭	伍萬	102.12.9	謝茂益	貳萬	102.12.11
謝鄭金枝	貳萬參仟陸佰	102.12.11	鄭淑貞	貳萬(增加)(共肆萬)	102.12.17
徐宇瓊	伍仟(增加) (共壹萬)	102.12.31	蕭倩如	壹萬	103.1.6
林彥互	伍仟	103.1.6	牟惟茜	伍仟	103.1.6
鄭雅敏	伍萬	103.1.14	陳建銘 (高雄)	伍仟	103.2.12
王鑄迪	壹萬(增加) (共 1 萬 1)	103.4.22	陳賢堂	伍仟	103.5.7
李天俠	壹萬(增加) (共 1 萬 2)	103.5.18	陳建銘 (新竹)	陸佰壹拾元(增加) (共壹拾捌萬零陸佰壹拾元)	103.5.18
李耀泰	參仟(增加) (共參萬參仟)	103.7.2	王厚坤	壹萬	103.7.8
楊誠嘉	壹萬	103.7.25	張千惠	伍仟	103.8.1
郭敏哲	伍仟	103.8.1	謝朝昌	伍仟	103.8.7
謝 瓶	伍仟	103.8.7	吳翠惠	壹萬	103.10.28
麥袁綸	壹萬	103.11.17	陳文瑩	貳萬	103.11.20

文物捐贈名單

成 功、方昌仁、謝欣穎、蘇文彬、黃德雄、王漢州、李正義、
許峰雄、蔡明賢、郭宗正、陳宏銘、木村正教授、楊應欽、
許龍國、林正義、台大醫院、陳思銘、黃淑英、黃閔照

■ 秘書處公告

衛生福利部食品藥物管理署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 11 月 12 日

發文字號：FDA 管字第 1031800757 號

主旨：為防範管制藥品流用或不當使用，本署重申經報備支援其他醫療機構執行麻醉業務之醫師。其使用管制藥品應依說明段辦理，請轉所屬會員依規定辦理。請查照。

說明：一、依管制藥品管理條例第 7 條及第 8 條規定，醫師、牙醫師使用第一級至第三級管制藥品，應開立管制藥品專用處方箋，且需領有管制藥品使用執照。

二、次依該條例第 16 條及第 14 條規定，醫療機構應事前申領管制藥品登記證，始得購買、使用管制藥品，並應置管制藥品管理人管理之。另同條例第 28 條及第 26 條規定。領有管制藥品登記證者，應於業務處所設置簿冊，詳實登載管制藥品每日之收支、銷燬、減損及結存情形，定期向本署及衛生局申報其收支結存情形；且其調劑、使用後之殘餘管制藥品，亦應由管制藥品管理人會同有關人員銷燬，並製作紀錄備查。

三、綜上，麻醉醫師報備支援至其他醫療機構執行相關業務，其處方使用管制藥品仍應由支援醫療機構供應及肩負管理之法定義務，不得另由支援醫師自行攜帶前揭藥物處方使用，違規者將依管制藥品管理條例相關規定論處。

衛生福利部疾病管理署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 10 月 31 日

發文字號：疾管防字第 1030201203A 號

主旨：修訂國內育齡婦女接種麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗（MMR）注意事項。請惠予協助周知貴會會員，並納入相關教育訓練課程，請查照。

說明：一、鑑於孕婦感染麻疹易造成早產或流產，感染德國麻疹則可能導致胎兒器官受損及多重畸形之先天性德國麻疹症候群，因此，專家建議育齡婦女無疫苗接

種紀錄或未具抗體者應接種 MMR 疫苗。

- 二、另基於孕婦接種活性減毒疫苗的安全性考量，同時參酌國際文獻，經「衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）103 年第 2 次會議決議，修訂育齡婦女接種 MMR 疫苗如下注意事項：「女性接種 MMR 疫苗後 4 週內應避免懷孕。但疫苗施打後 4 週內發現懷孕，不應被視為中止懷孕之適應症。」
- 三、前述更新注意事項，請貴會會員，配合提供育齡婦女 MMR 疫苗接種衛教，並請納入貴會相關教育訓練。

衛生福利部中央健康保險署 公告

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 10 月 28 日

發文字號：健保審字第 1030036377 號

附件：會議紀錄乙份

主旨：檢送全民健康保險醫療費用審查注意事項研修案西醫分科專家諮詢會議 3 次（103 年 10 月 14 日）會議紀錄乙份，如附件，請查照。

醫療費用審查注意事項研修條文彙整表

總額部門：西醫基層 科別：婦產科

項次	增修條文	原條文	結論
1	<p><u>1. 子宮外孕、先兆性流產、不完全性流產等與懷孕有關之診斷或疾病得申報產科超音波（109010C）。</u></p> <p><u>2. 抽審案件必需附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。</u></p>	無	<p>1. 同意增修條文。</p> <p>2. 醫院婦產科審查注意事項 40.比照增修。</p>
2	<u>抹片 AUCUS（含）以上，必要時得進行陰道鏡檢查，附加之子宮頸切片及 ECC 得另行申報。</u>	無	同意增修條文。
3	<u>電燒或是雷射治療 Condyloma，以局部麻醉為原則，如需全身麻醉（如：多發性、大範圍之病灶），需於病歷詳載理由，並有麻醉記錄。</u>	無	同意增修條文。

衛生福利部食品藥物管理署 公告

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 11 月 12 日

發文字號：FDA 藥字第 1031412154 號

附 件：Bromocriptine 成分藥品安全資訊風險溝通表

主 旨：檢送含 Bromocriptine 成分藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，請轉知所屬會員，請查照。

說 明：一、請貴會轉知所屬會員有關「藥品安全資訊風險溝通表」之藥品安全資訊，以保障病人用藥安全。

二、有關「藥品安全資訊風險溝通表」可至本署網站 (<http://www.fda.gov.tw/TC/siteList.aspx?sid=1571>) 下載。

Bromocriptine 成分藥品安全資訊風險溝通表

藥品成分	Bromocriptine
藥品名稱及許可證字號	衛生福利部核准含 bromocriptine 成分藥品口服製劑許可證共 18 張。網址： http://www.fda.gov.tw/MLMS/(S(b1y3td55qrj5pznlx4dzlw45))/H0001.aspx
適應症	產後、原發性腫瘤、藥物引起之乳漏症、催乳素引起之月經失調及不孕症、抑制泌乳、產後初期乳腺炎、產後乳房充盈、催乳素引起之月經前症狀、催乳素有關之男性性機能減退、精子過少引起之不孕症、催乳素分泌腺瘤、肢端肥大症、原發性及腦炎後的帕金森氏症。
藥理作用機轉	刺激 dopamine 接受器，抑制腦下垂體前葉催乳激素之分泌，進而預防或抑制乳汁生成。
訊息緣由	2014/08/21 歐洲醫藥管理局 (EMA) 之歐盟協調小組 (CMDh) 同意其藥物安全監視風險評估委員會 (PRAC) 建議限縮使用含 bromocriptine 成分藥品用於抑制泌乳之適應症。網址： http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2014/08/news_detail_002157.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

<p>藥品安全有關資訊分析及描述</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 因法國關注含 bromocriptine 成分藥品導致罕見但潛在性嚴重或致命的副作用之通報過度增加，特別是心血管的副作用（例如：心臟病發作及中風）、神經系統的副作用(例如：癲癇發作)及精神方面的副作用（如幻覺及躁症發作），故要求歐盟 EMA 進行再評估。 2. 歐盟 EMA 之 PRAC 評估現有安全性及有效性資料後提出： <ol style="list-style-type: none"> (1) 依現有有效性資料，可支持含 bromocriptine 成分藥品用於預防及抑制泌乳之療效；惟其用於乳腺炎、乳房腫脹及疼痛之療效尚無法確認。 (2) 依現有安全性資料，無法排除服用含 bromocriptine 成分藥品與嚴重心血管、神經或精神方面不良反應之因果關係，惟通報案例少，發生率估計為 0.005 %~0.04 %。 3. 歐盟 EMA 之 CMDh 同意 PRAC 建議限縮使用含 bromocriptine 成分藥品用於抑制泌乳之適應症： <ol style="list-style-type: none"> (1) 2.5 mg 以下之含 bromocriptine 成分藥品僅應使用於有不得已的醫療理由必須停止哺乳時，例如：避免分娩時或分娩後即失去嬰兒的母親更加悲傷或因 HIV 感染而不宜哺乳的母親。 (2) 含 bromocriptine 成分藥品不應常規性使用於預防或抑制產後乳汁分泌，尤其不能用於高風險的婦女，包括：患有導致血壓升高的各種疾病者、患有或曾有心臟疾病或嚴重精神疾病者。 (3) 服用含 bromocriptine 成分藥品者應監測血壓，以便偵測早期徵兆並即時停藥。
<p>TFDA 風險溝通說明</p>	<p>◎ 食品藥物管理署說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經查，我國核准之中文仿單已刊載心血管、神經、精神等不良反應相關內容，禁忌亦已載明禁止使用於較高風險（嚴重心血管疾病、高血壓、嚴重精神異常…等）之情形。 2. 本署將詳審是否修訂我國中文仿單內容，必要時啟動再評估。 <p>◎ 醫療人員應注意事項：</p> <p>處方含 bromocriptine 成分藥品用於預防或抑制泌乳時，應注意下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2.5 mg 以下之含 bromocriptine 成分藥品僅建議口服使用於有醫療需求必須抑制泌乳時，例如：分娩時失去嬰兒、新生兒死亡或 HIV 感染的母親。

TFDA
風險溝通說明

2. 含 bromocriptine 成分藥品不建議使用於常規地抑制泌乳，亦不建議用於緩解產後乳房疼痛及腫脹之症狀，此類症狀以非藥物治療（例如：支撐乳房、冰敷）或簡單的止痛藥即可充分緩解。
 3. 含 bromocriptine 成分藥品禁用於：未受控制的高血壓患者、妊娠期高血壓者（包括：子癇-eclampsia、妊娠毒血症-pre-eclampsia、妊娠型高血壓-pregnancy-induced hypertension）、產褥期及產後高血壓者、有冠狀動脈疾病或其他嚴重心血管病史者或有嚴重精神疾病史者。
 4. 服用含 bromocriptine 成分藥品期間應嚴密地監控患者的血壓，特別是在治療的第一天。若病人出現高血壓、胸痛、嚴重、惡化或無法緩解的頭痛（不論是否伴隨視覺障礙）或產生中樞神經系統中毒的症狀，應立即停藥並評估病人的狀況。
- ◎ 病人應注意事項：
1. 由於可能有嚴重不良反應之風險，含 bromocriptine 成分藥品不建議常規性使用於預防或抑制產後乳汁分泌，僅建議使用於有不得已的醫療理由必須停止哺乳時，例如：避免分娩時或分娩後即失去嬰兒的母親更加悲傷或因 HIV 感染而不宜哺乳的母親。
 2. 含 bromocriptine 成分藥品不建議用於緩解產後乳房疼痛及腫脹之症狀，此類症狀可以其他的方式來處理，例如：支撐乳房、冰敷或於需要時服用止痛藥。
 3. 風險較高的婦女，例如：有導致血壓升高的疾病或有嚴重精神病史者，不應使用含 bromocriptine 成分藥品。
 4. 服用含 bromocriptine 成分藥品者應監測血壓（特別是在服藥的第一天），以便偵測不良反應之早期徵兆並停藥。
 5. 病人若出現胸痛或不尋常的劇烈頭痛，應立即諮詢醫生。
- ◎ 醫療人員或病人懷疑因為使用（服用）藥品導致不良反應發生時，請立即通報給衛生福利部所建置之全國藥物不良反應通報中心，並副知所屬廠商，藥物不良反應通報專線 02-2396-0100，網站：<https://adr.fda.gov.tw>；衛生福利部食品藥物管理署獲知藥品安全訊息時，均會蒐集彙整相關資料進行評估，並對於新增之藥品風險採取對應之風險管控措施。

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國 103 年 10 月 21 日

發文字號：部授國字第 1031400768 號

附 件：醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項及附表乙份

主 旨：公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」（如附件），並自中華民國一百零三年十一月一日生效。

說 明：一、修正原 103 年 3 月 4 日公告之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，重點內容如下：

- (一) 孕婦產前檢查調高診察費補助金額，並將 B 型肝炎標記檢驗（HBsAG、HBeAG）由第五次產檢調整期程前移至第一次產檢，該檢驗費用另獨立列支付代碼；更新「衛生福利部國民健康署委辦兒童發展聯合評估中心」名單及該署聯絡電話與地址。（修正規定第五點附表一）。
- (二) 為避免預防保健服務補助對象資格舉證不實、重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事，新增特約醫事服務機構「應與服務對象充分溝通」之規定（修正規定第十四點）。
- (三) 為保障特約醫事服務機構及民眾權益，新增「依期程及相對應之時間依序申報」之規定（修正規定第十六點）。
- (四) 成人預防保健「健康加值」方案服務檢查單新增「除成人預防保健服務之外，您是否曾接受過 B、C 型肝炎檢查？」及教育程度等問項；並修正民眾同意欄之文字（修正規定第十六點附表四）。
- (五) 婦女子宮頸抹片檢查表新增「有無自覺症狀」之問項（修正規定第十六點附表六）。
- (六) 為保障民眾權利，善盡告知其資料將作為衛生管理使用之義務，修正「本檢查經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應」注意事項文字，並將資料使用說明「本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用」文字，移列至受檢者簽名處（修正規定第十六點附表六、附表七、附表八、附表九）。
- (七) 定量免疫法糞便潛血檢查表及口腔黏膜檢查表新增教育程度及有無症狀之問項（修正規定第十六點附表八、附表九）。
- (八) 修正婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表之注意事項（修正規定第十八點附表十三）。

(九) 配合第十六點附表八、附表九新增問項，新增電子檔申報格式之欄位（修正規定第十八點附表十四、附表十五）。

(十) 爲使語意明確，第二十五點酌作文字修正。

(十一) 因應衛生福利部心理及口腔健康司之成立，口腔衛生相關業務將由該司統籌辦理，故本注意事項有關「兒童牙齒塗氟保健服務」規定適用至中華民國一〇三年十二月三十一日止，一〇四年一月一日起相關規定以該司公告爲依據（新增規定第二十六點）。

二、本注意事項登載於衛生福利部網站「衛生福利法規查詢系統」之行政規則、國民健康署網站/預防保健服務內容及中央健康保險署「一般民眾」網頁/健保醫療服務/民眾健康照護指南/預防保健。

三、本注意事項修正規定若有疑義，各項預防保健服務聯絡窗口電話如下：

(一) 兒童預防保健服務：(04)22172200 分機 2438 黃小姐或(02)25220888 分機 651 黃小姐。

(二) 孕婦產前檢查：(04)22172200 分機 2431 藍小姐。

(三) 癌症篩檢：

1.子宮頸抹片檢查：(02)25220888 分機 791 倪先生。

2.乳房攝影：(02)25220888 分機 786 王先生。

3.定量免疫法糞便潛血檢查：(02)25220888 分機 776 游小姐。

4.口腔黏膜檢查：(02)25220888 分機 777 楊小姐。

(四) 兒童牙齒塗氟保健服務：(04)22172200 分機 2426 李先生。

(五) 成人預防保健服務：(04)22172200 分機 2513 王小姐。

衛生福利部 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 11 月 3 日

發文字號：部授國字第 10304024033 號

附件：「優生保健措施減免或補助費用辦法」修正條文、修正總說明及修正條文對照表，各 1 份

主旨：「優生保健措施減免或補助費用辦法」第 4 條、第 7 條，業經本部於中華民國 103 年 11 月 3 日以部授國字第 1030402403 號令修正發布，檢送前揭辦法修正條文、修正總說明及修正條文對照表各 1 份，請 查照。

優生保健措施減免或補助費用辦法

中華民國 103 年 11 月 3 日部授國字第 1030402403 號令修正發布第四條、第七條條文及第四條附表一、附表二

第四條 第二條優生保健措施應予減免費用之項目、對象、金額、辦理機構及受理申請機關，規定如附表一。

前項附表一所稱優生保健措施醫療資源不足地區，其範圍規定如附表二。

第七條 本辦法自發布日施行。

本辦法中華民國九十五年四月十九日修正發布之條文，自九十五年七月一日施行；一百零三年十一月三日修正發布之條文，自一百零三年一月一日施行。

附表一 優生保健措施費用減免之項目、對象、金額、辦理機構及受理申請機關

減免項目	減免對象	減免金額	辦理機構	受理申請機關
一、遺傳性疾病檢查				
(一)經中央主管機關認定之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢	新生兒	每案減免新臺幣二百元。但列案低收入戶、或於優生保健措施醫療資源不足地區之醫療機構（助產所）出生者，每案減免新臺幣五百五十元。	中央主管機關評審通過之新生兒篩檢中心。	衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局
(二)經中央主管機關認定之先天性代謝異常疾病陽性個案之確認診斷	新生兒篩檢陽性個案	每案減免新臺幣二千元；實際費用未達新臺幣二千元者，依實際費用減免之。	新生兒篩檢之確認診斷醫院。	衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局

減免項目	減免對象	減免金額	辦理機構	受理申請機關
(三) 海洋性貧血檢查	符合下列情形之一者： 1. 夫妻之平均紅血球體積值均少於八十者。 2. 父母之一經確診為海洋性貧血帶因者。	每案減免新臺幣二千元；實際費用未達新臺幣二千元者，依實際費用減免之。	中央主管機關資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構。	衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局
(四) 血液細胞遺傳學檢驗	本人或其四親等以內血親疑似罹患遺傳性疾病，需進一步檢查者。	每案減免新臺幣一千五百元；實際費用未達新臺幣一千五百元者，依實際費用減免之。	中央主管機關資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構。	衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局
(五) 產前遺傳診斷 1. 細胞遺傳學檢驗	符合下列情形之一者： 1. 三十四歲以上孕婦。 2. 孕婦經診斷或證明有下列情形之一者： (1) 本人或配偶罹患遺傳性疾病。 (2) 曾生育過異常兒。 (3) 家族有遺傳性疾病。	每案減免新臺幣五千元。但低收入戶、居住於優生保健措施醫療資源不足地區者，由採檢院所每案另行減免採檢費用新臺幣三千五百元；實際費用未達新臺幣三千五百元者，依實際費用減免之。	中央主管機關資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構。	衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局

減免項目	減免對象	減免金額	辦理機構	受理申請機關
2. 基因檢驗	<p>3. 孕婦血清篩檢疑似染色體異常之危險機率大於二百七十分之一者。</p> <p>4. 孕婦經超音波篩檢，胎兒有異常可能者。</p> <p>孕婦經診斷胎兒疑似基因疾病者。</p>	<p>每案減免新臺幣五千元；實際費用未達新臺幣五千元者，依實際費用減免之。但低收入戶、居住於優生保健措施醫療資源不足地區者，由採檢院所每案另行減免採檢費用新臺幣三千五百元；實際費用未達新臺幣三千五百元者，依實際費用減免之。</p>	<p>中央主管機關資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構。</p>	<p>衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局</p>
3. 生化遺傳學或其他產前遺傳診斷檢驗	<p>孕婦經診斷或證明有下列情形之一者：</p> <p>1. 本人或配偶罹患遺傳性疾病。</p>	<p>每案減免新臺幣二千元。但低收入戶、居住於優生保健措施醫療資源不足地區者，由採檢院所每案另行減免採</p>	<p>中央主管機關資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構。</p>	<p>衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局</p>

減免項目	減免對象	減免金額	辦理機構	受理申請機關
	<ol style="list-style-type: none"> 2. 曾生育過異常兒。 3. 家族有遺傳性疾病。 4. 孕婦經超音波篩檢，胎兒有異常可能者。 	<p>檢費用新臺幣三千五百元；實際費用未達新臺幣三千五百元者，依實際費用減免之。</p>		
(六) 流產或死產組織之確認診斷	孕婦經產前遺傳診斷胎兒異常者。	每案減免新臺幣二千元。	中央主管機關資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構。	衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局
(七) 其他經中央主管機關認定之遺傳性疾病檢查	本人或其四親等以內血親疑似罹患遺傳性疾病，需進一步檢查者。	每案減免新臺幣二千元；實際費用未達新臺幣二千元者，依實際費用減免之。	中央主管機關資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構。	衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局
二、精神疾病檢查	本人或其四親等以內血親疑似罹患遺傳性精神疾病，需進一步檢查者。	每案減免新臺幣一千五百元。	中央主管機關資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構。	衛生福利部國民健康署、直轄市政府衛生局
三、子宮內避孕器裝置	<p>本人或其配偶、子女有下列情形之一者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患有精神疾病 2. 患有有礙優生疾病 			

減免項目	減免對象	減免金額	辦理機構	受理申請機關
三、子宮內避孕器裝置	3. 領有身心障礙手冊或證明 4. 列案低收入戶	子宮內避孕器裝置，每案減免新臺幣一千元；實際費用未達新臺幣一千元者，依實際費用減免之。	醫療機構： 其施行結紮手術之醫師，應具下列資格之一： 1. 領有婦產科專科醫師證書者。 2. 依法登記執業科別為婦產科者。	直轄市、縣（市）政府衛生局
四、結紮手術	本人或其配偶、子女有下列情形之一者： 1. 患有精神疾病 2. 患有有礙優生疾病 3. 領有身心障礙手冊或證明 4. 列案低收入戶	女性結紮，每案減免新臺幣一萬元；實際費用未達新臺幣一萬元者，依實際費用減免之。 男性結紮，每案減免新臺幣二千五百元；實際費用未達新臺幣二千五百元者，依實際費用減免之。 醫師認定患者施行結紮手術，需全身麻醉時，每案另行減免新臺幣三千五百元；實際費用未達新臺幣三千五百元者，依實際費用減免之。	醫療機構： 其施行結紮手術之醫師，應具下列資格之一： 1. 領有婦產科、外科或泌尿科專科醫師證書者。 2. 依法登記執業科別為婦產科、外科或泌尿科者。	直轄市、縣（市）政府衛生局

減免項目	減免對象	減免金額	辦理機構	受理申請機關
五、人工流產	因被強制性交、誘姦而受孕之婦女（須檢具相關證明）。	每案減免新臺幣三千元；實際費用未達新臺幣三千元者，依實際費用減免之。	醫療機構： 其施行人工流產手術之醫師，應具下列資格之一： 1. 領有婦產科專科醫師證書者。 2. 依法登記執業科別為婦產科者。	直轄市、縣（市）政府衛生局

備註：

- 一、減免對象設籍直轄市者，辦理優生保健措施機構應向直轄市政府衛生局申請補助；減免對象設籍臺灣省、福建省者，辦理優生保健措施機構應依減免項目，分別向衛生福利部國民健康署或縣（市）政府衛生局申請補助；減免對象為外國籍或大陸地區人民尚未設籍者，以其中華民國國籍配偶之戶籍地為準，依上開規定程序辦理。
- 二、縣（市）政府衛生局受理申請補助，應將相關資料初核無誤後，送衛生福利部國民健康署。

附表二 優生保健措施醫療資源不足地區之範圍

縣市別	區、鄉、鎮、縣轄市別
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉
新北市	烏來區、貢寮區、雙溪區、平溪區、石碇區、坪林區
桃園縣	復興鄉
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉、
苗栗縣	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉
臺中市	和平區
南投縣	信義鄉、仁愛鄉、中寮鄉
嘉義縣	阿里山鄉、大埔鄉、番路鄉

縣市別	區、鄉、鎮、縣轄市別
臺南市	楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區、田寮區、六龜區、甲仙區
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、琉球鄉、恆春鎮、車城鄉、滿洲鄉、枋山鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、鳳林鎮、壽豐鄉、光復鄉、瑞穗鄉、富里鄉、豐濱鄉
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、綠島鄉、長濱鄉、鹿野鄉、卑南鄉、大武鄉、東河鄉
澎湖縣	馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣	金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉、金寧鄉、金城鎮
連江縣	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

優生保健措施減免或補助費用辦法第四條、第七條 修正總說明

優生保健措施減免或補助費用辦法（以下簡稱本辦法），係依據優生保健法第十六條第二項授權訂定，自九十一年十二月十日訂定發布，經於九十五年四月十九日修正。

為降低嬰兒死亡率，提升母子健康，鑑於先天性缺陷為國內嬰兒死因之第一位，因此在婦幼健康需求上，以提高產前遺傳診斷補助，最能契合民眾需求及減輕育齡家庭經濟負擔。衛生福利部為配合產前遺傳診斷補助費用之調整，以及組織改造修正機關名稱，爰修正本辦法第四條、第七條，其修正要點如下：

- 一、考量醫療資源可近性，檢討現行山地、離島或偏遠地區之範圍規定，並修正為「優生保健措施醫療資源不足地區」。配合組織改造修正機關名稱，將「行政院衛生署國民健康局」修正為「衛生福利部國民健康署」；並修正產前遺傳診斷之減免對象及減免額度，由現行新臺幣二千元提高至新臺幣五千元為上限；至於弱勢族群（含低收入戶、居住於醫療資源不足地區之孕婦），由採檢院所每案另行減免採檢費用新臺幣三千五百元。實際費用未達新臺幣三千五百元者，依實際費用減免之；另修正辦理機構為「中央主管機構資格審查通過之遺傳性及罕見疾病檢驗機構」；特殊群體結紮手術及人工流產等減免項目，實際費用未達減免金額，依實際費用減免之（修正條文第四條）。
- 二、配合本次修正條文，調整施行日期（修正條文第七條）。

104 年 01 月婦產科專科醫師證書到期尚未展延名單請儘速向本會提出申請

序號	會員編號	姓名
1	1752	李日煌
2	1788	呂政忠

* 若未於證書效期內辦理展延者（延期展延一年者須附相關證明文件），依據專科醫師分科及甄審辦法第十六條規定將撤銷其專科醫師證書，為免影響權益請儘速辦理。

104 年 01 月婦產科專科醫師證書到期尚未修滿學分者，請儘速於證書效期屆滿前 3 周修滿學分並逕向本會提出展延申請

序號	會員編號	姓名
1	1203	趙英堡
2	1691	姚君霖
3	1696	江桂花
4	1706	洪錫欽
5	1767	黃成森
6	1770	魏顯江
7	1773	黃中興

※專科醫師證書展延 未修滿學分者請注意

104 年度專科醫師證書到期者，須修滿 A 類 140 分、B 類 40 分總計 180 分，尚未修滿學分者，敬請於證書期滿前 3 周修滿學分，若未能於期限內修滿學分者，於證書期滿前 3 周逕向本會提出「逾期展延申請」，經本會提報衛生署審核（須有特殊理由，若為出國進修者請提供相關證明文件）通過後，得延期一年補滿學分，逾期未申請者，即撤銷專科醫師資格，未免影響自身權益，請務必依規定辦理。

※以上法令依據衛生署「專科醫師分科及甄審辦法」第 16 條規定辦理。

※「逾期展延申請」表格，請至 www.taog.org.tw 下載，請詳填特殊理由，並附相關證明。

各位會員，您好：

本會將於今年底印製新版會員名錄，為了您的權益，學會須有您最新的聯絡方式。

如您的相關資料有異動，請您儘速至學會網站更新您的基本資料或填寫下表後並傳真至學會，謝謝您的配合！

學會聯絡方式：

網 址：<http://www.taog.org.tw/>

電 話：02-25684819

傳 真：02-21001476

姓 名		會員編號	
服務醫院			
醫院地址	郵遞區號_____	電 話	
		傳 真	
通訊地址	郵遞區號_____	電 話	
		傳 真	
所屬縣市 醫師公會		手 機	
E-Mail			

通訊繼續教育

2013 年剖腹產的實證醫學



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 ¹ 婦產科

² 台北中山醫院 婦產科

台灣每年有 18 萬餘次生產，剖腹產以 30 % 計算，每年有 6 萬次，絕對是一項普遍的手術。過去剖腹產的技術以學徒式相傳，一旦學成終身受用。但現今醫術發達技術突飛猛進，一些老舊不合時的觀念已需摒棄。2010 年我們亦曾撰文討論剖腹產的實證醫學，本文特針對近 3 年的相關研究，加以整理以供同仁參考。

表 1. 實證醫學分類

程度	定義	使用上建議
A	建議使用好處多	應該使用
B	建議使用中等好處	應該使用
C	在特別情況下，對某些患者有少部分	在各別考慮下，建議使用
D	不建議使用，壞處多於好處	如要使用，要讓病患知道可能的後遺症
I	資料不足，無法得知好壞	
使用層次品質		說明
高	可信度高	
中等	因文章患者、數目品質結果不一，中等程度信任	
低	資料不足無法下定論	

手術前準備

- 一、預防性抗生素：(1)剖腹手術前（中）注射抗生素，早已經實證醫學證明可以減少產後子宮內膜炎、傷口感染和胎兒感染（A 級，品質：高）；(2)使用 ampicillin 或第一代 cephalosporin（如 cefazolin）便可，但 cefazolin 宜注射 2 g，因孕婦的血液量增加，1 g 劑量在血中濃度稍嫌不足，考慮在手術室中使用，尤其 cefazolin 亦會產生過敏，在病房中用，會增加急救上的風險（A 級，品質：高）；(3)以靜脈注射（全身性）方法使用（A 級，品質：高）；(4)一般情況下並不建議多次注射，多次注射抗生素並無好處（D 級，品質：高）；(5)注射時間，過去都是在胎兒出生後施打，主要希望避免胎兒接受到抗生素，但許多研究認為在下刀前注射，減少術後發炎的效果更好，對胎兒的影響亦無改變，乃一項新的建議（A 級，品質：高）。
- 二、栓塞預防：文獻未有以壓力襪、氣壓襪來預防栓塞之相關報告，使用肝素或低分子量肝素的文獻病例亦不多（I 級，品質：低）。
- 三、手術前陰道消毒：傳統上剖腹生產並沒有陰道消毒的動作，但最近有研究認為，手術前如有用 povidone-iodine 清洗陰道，可減少術後發生子宮內膜炎的可能，特別是在已經有破水的孕婦（B 級，品質：中度）。
- 四、導尿管：屬於新的研究，對不使用導尿管者，於術後立即或者術後 24 小時拔掉導尿管的報告，結果不一，有些研究認為可減少尿道炎，有些認為並無差異（C 級，品質：中等）。我們曾撰文討論，術後導尿管只要護理能力足夠，病人清醒及感覺可以時，越早拔掉好處越多，放置超過 24 小時不合理。
- 五、氧氣供應：亦為一項嶄新研究，手術中或手術後以鼻管或鼻罩予以氧氣 2-10 L，並不會減少感染的發生率，因此並不建議使用（D 級，品質：高）。

手術中技術

- 一、皮膚切口類型：使用 Pfannenstiel、Joel-Cohen、Misgav-Ladach、或改良的 Misgav-Ladach，皆屬橫向切口，只是有弧度、直線形、位置高低 2-3 cm 的差異，綜合分析對新生兒長期罹病率或死亡率，資料仍不足夠（C 級，品質：中等）。
- 二、筋膜與腹直肌分離：傳統橫切手術在切開筋膜後，都會將筋膜與腹直肌分離，中間用手指做上、下（cephalad-caudad）和左、右分開，速度較快，但資料仍不足夠判斷優劣（I 級，品質：低）。

根據筆者經驗，在 Pfannenstiel 切開傷口，筋膜橫切後不做筋膜與腹直肌分離，直接上、下、左、右進入筋膜時，速度很快，組織傷害較小，但因皮膚切口較低，常導致腹直肌斷裂，因此用較高切口 Misgav Ladach 才不致使腹直肌斷裂。

- 三、膀胱瓣 (flap)：傳統上，醫師會將膀胱與子宮下段分開，方便子宮的切開與縫合，然後將膀胱與子宮壁縫合起來，但研究報告認為此舉會造成術後頻尿，加上膀胱位置改變，易造成小便失禁的可能，但這些症狀在 6 個月後多自然消失，因此並不建議膀胱下推的膀胱瓣來縫合至子宮壁 (D 級，品質：中等)。有報告認為膀胱縫合至子宮壁，後來會發生子宮疤痕妊娠，但在腹腔鏡下均無發現，是膀胱覆蓋住之故。
- 四、自動擴腹器 (self-retaining retractors)：很多醫師習慣使用自動擴腹器將傷口擴大，特別在 Pfannenstiel，文獻少有手術時間與傷口感染的報告 (I 級，品質：低)。但我們認為自動擴腹器沒有好處，除浪費時間外，可造成日後慢性下腹痛 (因擴張腹壁時，許多腹肌的神經會缺氧受損)，另外胎頭娩出時，碰觸到金屬也會受傷，應予摒棄。
- 五、子宮切口的伸展：研究以鈍的 (手指) 或剪刀切開橫的切開子宮，產後出血量相同，但最近研究，在子宮下段垂直切開 1-2 cm，然後上、下用手指拉開 (cephalad-caudad)，出血量較橫的拉開更少，因此建議用手指上、下拉開子宮切口 (A 級，品質：高)。根據筆者經驗，雖然上、下將子宮切口拉開，但子宮切口仍為橫的裂開，可能因肌肉纖維的走向和子宮下段較薄，推薦醫師使用此新方法。但可能子宮下段未變薄時會有困難。
- 六、預防產後出血：(1)oxytocin 與安慰組比較：已證明使用 oxytocin 可以增加子宮收縮，減少產後出血 (B 級，品質：高)；(2)oxytocin 滴注速率：以 10-40 IU 在 crystalloid 中滴注 4-8 小時 (B 級，品質：高)；(3)carbetocin 或 oxytocin：以 carbetocin 在產後一次注射 100 µg 與 oxytocin 滴注做比較，在產後出血、輸血量、血紅素下降等方面均無差異 (C 級，品質：中度)；(4)misoprostol+oxytocin 與單獨使用 oxytocin：使用 misoprostol (200-800 µg) 在產後直腸或舌下加 oxytocin 的使用，並沒有比單獨使用 oxytocin 更佳，且會增加副作用 (如發抖、發燒) (D 級，品質：中等)，但 2012 年 Else-deek 等報告將 misoprostol 400 µg 在手術前導尿管置入後，由肛門塞入，結果與控制組比較，在手術中出血為 429 vs 620 mL，手術後出血 185 vs 324 mL (皆 $p < 0.001$)，misoprostol 組出血較少；(5)oxytocin 或 tranexamic acid：tranexamic acid (10 ng/kg) 在手術前靜注，可減少手術中和手術後出血 (100-200 mL)，因 tranexamic acid 乃一種 antifibrinolytic 和止血藥物 (B 級，品質：中等)。
- 七、擠臍帶血 (placental drainage)：胎兒娩出後，在臍帶剪斷前主動或被動將臍帶血擠進胎兒血液中，會減少胎兒的貧血和輸血，但可能會增加黃疸，然相關文章數量太少 (I

級，品質：低）。

- 八、子宮切口在體外縫合：子宮在體外縫合者術後出現發燒或手術時間，與在腹腔內縫合者並無差異（C 級，品質：高）。筆者不建議體外縫合子宮切口，因子宮暴露在體外用棉墊抓著，會增加摩擦、空氣中易乾燥、術後可能有沾黏，且縫合完畢後子宮收縮有時變的很硬，不易放回骨盆腔內。但麻醉欠佳及肥胖女性會有縫合困難的問題。
- 九、子宮頸擴張：胎盤娩出後，常用器械將子宮頸擴張，使得子宮內血塊流出至陰道，以減少感染，但研究的結果並無差異（D 級，品質：高）。筆者曾觀察有在首次懷孕婦女，其子宮口仍未擴張，effacement 很差，接受選擇性剖腹產後子宮內發生膿瘍，所以有些特別的子宮頸很硬且子宮口緊密時，可考慮使用子宮頸擴張。
- 十、子宮切口的縫合：(1)不再希望懷孕者縫 1 層（A 級，品質：高）；(2)希望再懷孕縫 2 層，下次陰道生產較不易破裂（C 級，品質：中度）；(3)蛻膜（decidua）/漿膜（serosa）皆一起縫合（I 級，品質：低）。筆者並不建議將蛻膜縫合，因蛻膜被包入子宮肌肉層中，將來容易發生子宮腺瘤；(4)連續縫合較間斷縫合理想，其速度快、止血佳（B 級，品質：中等）。
- 十一、選擇性盲腸切除：剖腹產時並不建議同時切除盲腸，會徒增手術時間（D 級，品質：中等）。子宮肌瘤亦不宜在此切除，除非肌瘤長在不會與小腸粘連的地方。
- 十二、腹腔內沖洗：會增加手術中噁心，並不建議使用（D 級，品質：中等）。
- 十三、腹膜縫合：有些報告認為不縫合腹膜，可以減少手術時間，術後的發燒、疼痛會較少，縮短住院時間，但仍有報告指出會增加術後的沾黏（C 級，品質：中等）。然而造成手術後沾黏的因素很多，包括膀胱下推和縫合、骨盆腔內置放大棉墊、麻醉欠佳、使用紗布清洗羊水和血塊等，均須考慮。
- 十四、尖或鈍的針：如用尖的針來縫合筋膜，發生手套穿孔的比率高，使用鈍的針會較好（A 級，品質：高），但外國人的動作沒有華人靈巧，國人少有縫針穿刺手套的。
- 十五、皮下結締組織縫合和引流：皮下結締組織厚度 ≥ 2 cm 者，均建議縫合（A 級，品質：高），且無須放置引流管（A 級，品質：高）。
- 十六、皮膚縫合：有報告認為，金屬鉗子（staples 釘書機式）造成傷口發炎比皮下縫合（subcuticular suture）者高出 2 倍，亦有報告認為該兩者併發症相近（C 級，品質：中等）。建議盡量使用皮下縫合。
- 十七、一刀片：皮膚切開後，不需更換刀片，原刀片可繼續手術（D 級，品質：中等），因在使用過的刀片上多是培養不出致病的細菌，統計上亦不會增加傷口感染。

其它

在文獻上，剖腹產實證醫學未討論的部分有：(1)灌腸：手術前的灌腸使用 Fleet®等瀉藥，筆者曾撰文討論灌腸是不需要的；(2)剃毛：將孕婦的恥毛剃光也是不需要的，如果手術前 1 天剃毛不慎留下傷口，反而有害，只需在術前將有妨礙手術進行處的毛剃掉便可；(3)皮下結締組織電燒止血：並不建議使用，浪費時間、徒增感染風險，宜用止血鉗夾住即可，一會便能止血，在進入腹腔前拿走；(4)置放大棉墊：手術中不要在骨盆腔置放大棉墊，只會增加術後沾黏、排氣慢、紗布遺留等風險；(5)殘留於骨盆腔的羊水與血液：只要清潔便可，不要用紗布大力抹擦，此時並同時觀察卵巢大小是正常；(6)進食時間：手術後無須空腹等到排氣才進食，剖腹產孕婦清醒後情況如良好，便可逐步進食；(7)沾黏預防：有報告認為使用 Seprafilm 或 Interceed 可以減少子宮切口與腹膜的沾黏，但需考慮費用和效果，有待更多研究加以證實。

結論

當今剖腹產技術已由師徒傳承進展到實證醫師，許多的改變包括：下刀前便注射一劑量 cephalosporin、膀胱不要下推、子宮切口改上、下方向鈍的撕開、胎盤自然娩出、不再生育者只需縫合 1 層。至於不建議使用的包括：氧氣供應、子宮頸擴張、皮下結締組織置放引流管等。過去不必要的動作和置放器械，重新檢討改進，並達到縮短手術時間、患者早日恢復健康、減少後遺症等優點。

參考文獻

1. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Rouse DJ, et al. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209: 294-306.
2. Elesdeek MSE. Impact of preoperative rectal misoprostol on blood loss during and after elective cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2012; 118: 149-52.
3. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產需要放導尿管嗎? 台灣婦產科醫學會會訊 2011; 6: 58-62.
4. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產的實證醫學. 台灣婦產科醫學會會訊 2010; 7: 54-9.
5. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產預防性抗生素使用的新觀念. 台灣婦產科醫學會會訊 2011; 4: 32-7.

6. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 以 Carbetocin 預防產後出血. 台灣婦產科醫學會會訊 2011; 11: 37-41.
7. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產前灌腸的檢視. 台灣婦產科醫學會會訊 2013; 3: 23-7.
8. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. Misgav Ladach 法. 剖腹產的新意 當代醫學 1994; 10: 837-9.
9. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 腹壁疼痛的治療. 台灣婦產科醫學會會訊 2007; 1: 13-8.
10. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產後宜早進食. 臨床醫學 2014; 7: 30-3.
11. Cromi A, Ghezzi F, DiNaro E, et al. Blund expansion of the low transverse uterine incision at cesarean delivery: a randomized comparison 2 technique. Am J Obstet Gynecol 2008; 199: 292. e1-6.
12. Encarnacion B, Zlatnik MG. Cesarean delivery technique: evidence or tradition? A review of the evidence-based cesarean delivery. Obstet Gynecol Surv 2012; 67: 486-14.

問答題

- 一、下列何者為剖腹產實證醫學建議事項？
- (A) 手術前靜脈注射抗生素
 - (B) 子宮切口用手指上、下拉開
 - (C) 產後以 10-40 U oxytocin 在 1 L 生理食鹽水中滴注 4-8 小時
 - (D) 以上皆是
- 二、下列何者不是剖腹產實證醫學建議事項？
- (A) 手術中或手術後氧氣供應
 - (B) 子宮頸擴張
 - (C) 皮下結締組織放置引流管
 - (D) 以上皆是
- 三、下列何者為放置自動擴腹器的缺點？
- (A) 浪費時間
 - (B) 造成日後慢性下腹痛
 - (C) 胎頭娩出時碰觸到金屬受傷
 - (D) 以上皆是
- 四、有關剖腹產皮膚切開所使用刀片的敘述，何者正確？
- (A) 使用一把刀即可
 - (B) 使用過的刀片無法培養出致病細菌
 - (C) 統計上不會增加傷口感染
 - (D) 以上皆是
- 五、下列何者乃剖腹產現代臨床上進展？
- (A) 手術前不宜使用灌腸或瀉藥
 - (B) 骨盆腔不要放置大棉墊
 - (C) 手術後宜早進食
 - (D) 以上皆是

第 2 1 6 期通訊繼續教育

多胞胎孕婦可使用非侵犯性產前試驗嗎？

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

子宮頸抹片檢查與人類乳突病毒 DNA 測試之相互比較與討論

台灣婦產科醫學會子宮頸癌防治委員會召集人 鍾坤井

前言

首先本人謹以台灣婦產科醫學會子宮頸癌防治委員會召集人身份，向台北榮民總醫院細胞病理科賴瓊如醫師及國立成功大學附設醫院婦產部鄭雅敏醫師表達萬分感謝！她們付出很多時間以及參考很多寶貴資料，各自寫了非常詳細及精彩的文章，引經據典、融會貫通，幾乎可當為未來醫學界及政府有單位要擬定新的早期診斷子宮頸癌政策之最佳參考資料。

自 1943 年 George Nicolas Papanicolaou 與 Herbert Traut 共同著書出版有關早期診斷子宮頸癌之書本後，而被世界廣泛應用。到現在已經過了 71 年之久。在此漫長時間，因實施子宮頸抹片篩檢而拯救了無數婦女之生命是鐵証如山的事實。根據 2003 年聯合國世界衛生組織之報告指出，現今世界上使用最廣泛的篩檢方法，也是最成功的篩檢方法就是子宮頸細胞抹片篩檢。美國國家癌症機構（NCI）之統計，自 1973 年到 1995 年（共 22 年），因為有抹片篩檢方法而使子宮頸癌發生率減少 43%，另外死亡率減少 46%。另外根據台灣衛生署國民健康局（現升格為衛生福利部）報告：民國 80 年婦女癌症以子宮頸癌發生率佔第一位，但至民國 100 年已降至第七位，男子宮頸癌死亡率已經大大減少很多（自 1998 年每十萬人中有 12% 降至 2010 年的 7%）。

綜合所有以上之統計報告，明顯指出其效果非常成功，但不可諱言，近年來子宮頸抹片採樣之準確性及敏感度仍有些爭議（因各國不同機構而有不同統計）。例如根據 Nanda K, McCrory DC, Myers ER 等人指出子宮頸抹片的敏感性不理想，其差異性相當大，自 30%

至 87% (Annals Of Internal medicine 2000;132;810.9)，又根據一個整合分析 (Meta-analysis) 的結果，整體而言傳統子宮頸抹片的敏感性僅約為 55% (Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, etc, a systematic review and meta-analysis. Obstetrics and gynecology 2008;111:167-77.) (部份資料來源：國立成功大學醫學院附設醫院 婦產部 鄭雅敏醫師等…… “子宮頸癌篩檢的蛻變－人類乳突病毒檢驗與子宮頸抹片”)，但是根據我國國健署最近幾年之統計，我國子宮頸抹片之敏感度近年來仍然維持平均可達 88%，與其相比較其差異也頗大，令人匪夷所思，值得我們認真探討。(附件一)(附件二)

近年來，由於臨床醫學診斷之突飛猛進，許多新的輔助診斷方法不斷出現，其中美國 FDA 於今年 4 月 24 日宣佈核准羅氏藥廠 Cobas HPV DNA 試劑可以在不做子宮頸抹片細胞學檢查的狀況下，單獨使用作為第一線的子宮頸癌篩檢，唯恐在這幾年，其取代傳統抹片之呼聲更會不絕於耳，是否不久將來傳統抹片檢查會被 HPV DNA 測試取代而消失？這種檢測方法可以說完全與傳統子宮頸抹片檢查大相逕庭(附件三)尤其目前在台灣現實狀況，既不能太墨守成規又不可以太前衛，如果要在二者相較取其一，必定會在我們婦產科界引起另波漣漪。盼望大家能够集思廣益，做好準備。

(附件一)

全國平均子宮頸抹片與組織切片結果比對資料

	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年
Sensitivity 敏感度 TP / (TP + FN)	84.80%	86.90%	87.50%	85.00%	88.00%	88.00%
Specificity 特異性 TN / (TN + FP)	88.60%	88.80%	88.30%	90.00%	90.00%	90.00%
陽性預測值 (PPV, Positive Predictive Value) TP / (TP + FP)	78.70%	78.85%	78.80%	82.00%	80.00%	80.00%
陰性預測值 (VPN, Negative Predictive value) TN / (TN + FN)	92.20%	93.50%	93.40%	92.00%	94.00%	94.00%

資料來源：衛生福利部國健署

(附件二)

單純 HPV DNA test 適合當作第一線篩檢工具嗎？

雖然在 2014 年 4 月美國 FDA 認可使用 Roche 藥廠的 Cobas HPV Test 做為第一線篩檢的工具，但在美國不論任何年齡層，也還沒有被癌症等學會接受作為法定建議第一線的工具。另外，澳洲雖然也於今年在某些地區認可 HPV Test 做第一線篩檢，但仍然也不是極力推薦。只有芬蘭與荷蘭有局部推薦單純使用 HPV Test 來先篩檢，其他國家都是建議整合子宮頸抹片與 HPV Test 成為所謂 Co-Test 的模式。其實，做所謂 Co-Test 最主要訴求是可以延長做抹片的頻率，藉以減低病人看婦產科醫師及作其他檢查的成本，但這效果在台灣並不存在。因為，在台灣看醫師很便宜，甚至連陰道鏡都遠比 HPV Test 便宜許多（HPV Test 需自費約 1500 元），在考慮醫療成本上並沒有任何優勢。此外，我們細胞抹片檢驗室認證，包含品管、人員訓練、閱片判讀正確性、甚至陽性個案通報及處理等等事務，皆透過衛生福利部委託台灣病理學會執行全國子宮頸抹片品質提升計畫來嚴格把關，至今已有近 20 年的成果。吾人應把握這得來不易的一套抹片篩檢系統，進一步發揚推廣，將抹片涵蓋率向上推，才是最重要的工作。

結論

1. 抹片篩檢推廣至今功效卓著，規律做子宮頸抹片檢查才是保護婦女健康免於子宮頸癌威脅的不二法門。大家應繼續努力，加強婦女做抹片的意願，提高抹片涵蓋率才是當務之急。
2. 若抹片與 HPV Test 都以同年度之資料做比對，抹片敏感度其實比一般認知的數據高出許多，實際上與 HPV test 差不多，成本卻只有 HPV Test 的 1/7 而已。國家癌症篩檢預算有限，錢要花在刀口上，吾人更應該選擇抹片作為第一線篩檢工具。
3. 對偵測子宮頸腺癌病變而言，只要使用恰當的採樣工具（例如子宮內頸刷），抹片仍然具有足夠且優於 HPV test 的敏感度。另外在子宮內膜癌的偵測與診療上，子宮頸抹片可扮演重要角色，但 HPV test 卻毫無著力點。
4. HPV Test 作第一線篩檢並不切實際，因為對帶原者而言，沒有病變，當然就沒有治療，病人會長期處於恐懼中卻無計可施，對受檢婦女的精神負擔十分沉重，長期也不利於婦女之身心健康。而且，在美國等絕大部分國家也還沒有被癌症等學會接受，作為法定建議第一線的工具。不論在任何年齡層！
5. 一般子宮頸癌篩檢仍應以抹片為主要篩檢工具，針對無論如何都沒有意願上內診台的婦女才使用 HPV test 為輔，這才是正確的作法。吾人應把握這得來不易的一套抹片篩檢系

統，進一步發揚推廣，將抹片涵蓋率向上推，才是最重要的工作。

6. 子宮頸抹片雖然是目前篩檢子宮頸病變最有力之工具，但仍有缺點存在，不管是臨床醫師，護理人員，篩檢技術人員，診斷病理醫師及病人甚至家屬本身都必須對此有明確認識，充分瞭解子宮頸抹片之優缺點，才能將抹片篩檢的應用發揮到最大功效。（資料來源:台北榮總病理部賴瓊如 醫師 “子宮頸抹片--子宮頸癌篩檢最重要的工具”）

（附件三）

子宮頸抹片會不會被 HPV DNA 測試取代而消失？

美國食品藥物管理局（FDA）於 2014 年 4 月 24 日宣布，核准使用羅氏公司（Roche）之 Cobas HPV 偵測，作為子宮頸癌篩檢的第一線工具，換句話說，可用 HPV 測驗取代抹片篩檢。這是一項革命性的改變，勢必對醫界及藥廠引起巨大的震撼。羅氏公司（Roche）之此種 HPV DNA 檢測對 25 歲以上之婦女，可單獨使用以協助醫護人員評估此病患是否須多加其他檢驗來測定子宮頸癌。此 HPV DNA 測驗亦能提供資訊，說明受檢測者未來得癌的危險可能性。

美國 FDA 根據如下一些資料，因而支持使用羅氏（Roche）公司的 Cobas HPV test 作基本篩檢子宮頸癌的方法，是根據 40,000 位 25 歲以上婦女的實驗結果。此實驗包含婦女中子宮頸細胞陽性，或 HPV test 陽性，或者二種檢驗都陰性，於作了陰道鏡及切片者，全部切片結果都與細胞或 HPV DNA 測試結果作比對，此實驗之結果，包括陰道鏡後的三年追縱，證明此 Cobas HPV DNA 檢測安全有效，允許可使用之新方法。

醫師們當然不會贊成完全取消子宮頸抹片，因為檢驗之目的就是見者為憑明確看到有沒有癌細胞，作為下一步治療的依據，鐵証如山，治療時才可放心。但批評者認為子宮頸抹片的偽陰性與偽陽性太多，加起來達到 30%，因此才需要年年重複作，以補缺漏。如今 HPV 用分子生物方法作，失誤率極低，告訴您以後有沒有變成癌的危險，預測功能好多了。許多專家們認為 10 年以後，大家漸漸會接受這觀念，每五年作一次 HPV 測驗，不再作子宮頸抹片，應該就夠了，目前則婦產科醫師們仍會堅持底線，一定要用子宮頸抹片，確實看到有沒有癌細胞，才是完整的檢驗。對於 HPV 測出有高危險群病毒感染的 10-30%病患，當然還是需要子宮頸抹片，陰道鏡及切片作追縱及確診，不會消失不作。以目前美國相關醫學會所背書的政策，即每五年作一次 Co-test，則子宮頸抹片的數量，細胞檢驗師的業務量，必想都會逐年下降。但在台灣因為健保價格給付考量以及 LBP 與 HPV DNA test 做的量不多且價格昂貴，要改變現況也要至少五年或十年之後才有可能做到。

部份資料來源：

- (1) The State Column, Lisa Rennie | April 27, 2014 · Submitted by Annabel Tautou on Sat, 04/26/2014 - 08:31 · April 26, 2014 | Posted by S.C Rhyne 等...
- (2) The New York Times. Editorial. May 4, 2014
- (3) New Cervical Cancer Screening test raises hope, concern: by Victoria Colliver, jun 3, 2014, San Francisco Chronicle.
- (4) Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. Annals of internal medicine 2000;132:810-9.
- (5) Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. Obstetrics and gynecology 2008;111:167-77.)

子宮頸癌篩檢的蛻變—— 人類乳突病毒檢驗與子宮頸抹片

國立成功大學醫學院附設醫院 婦產部

鄭雅敏，許沛揚，陳達生

要增進國民健康，疾病的預防與篩檢是最重要的工作。倘若等待疾病發生，甚至已病入膏肓才開始介入治療，國家得耗費更多的醫療資源及成本來挽回國民的健康，而民眾在治療過程也將遭受更多的折磨。

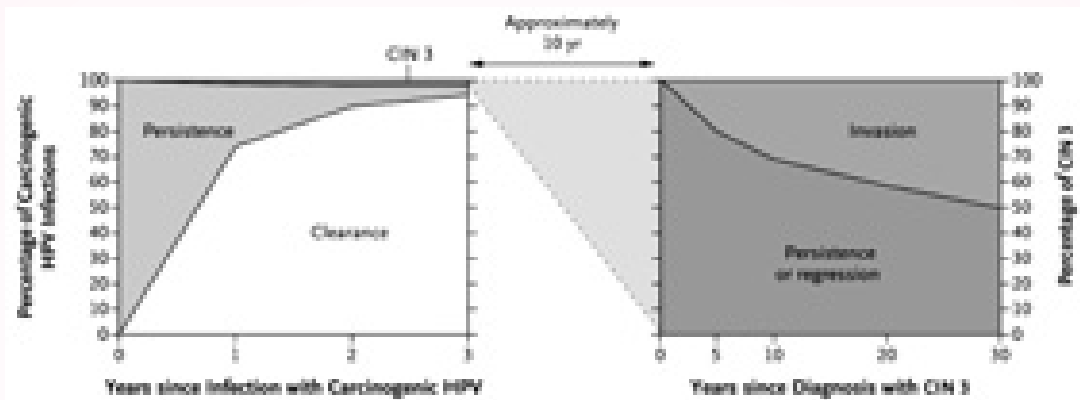
企求好的預防與篩檢工具，追根究底需要醫學知識的進步，如同發現 B 型肝炎病毒對肝癌防治的意義，或是革除幽門螺旋桿菌對胃潰瘍治療的影響力。針對子宮頸癌，自 1983 年 Harald zur Hausen 教授（圖一）發現人類乳突病毒（HPV）是子宮頸癌的病因以來，相關預防與篩檢工具的研發如火如荼地展開。三十年後的今天，我們終於獲得預防等級的有力工具：人類乳突病毒疫苗。這重大突破已讓部分較富裕的國家針對青少年全面實打人類乳突病毒疫苗。即使到目前為止疫苗的功效很好，但對於疫苗的質疑卻從未止息。除了因價格昂貴使這項有力工具無法普及至貧窮的角落（偏偏在貧窮國家子宮頸癌侵犯最為嚴重），人們還質疑：疫苗產生的免疫力能維持多久呢？除了高風險型別人類乳突狀病毒（16 與 18 型）之外，疫苗可能涵蓋所有致癌的型別嗎？如果無法確實回答這些問題，那就無法單靠疫苗解決子宮頸癌問題。



圖一、Professor Harald zur Hausen
發現 HPV 與子宮頸癌的相關性

除了疫苗，對抗子宮頸癌，我們還可以從篩檢著手。篩檢在對抗疾病的層次上雖然比疫苗消極，但子宮頸癌由病毒感染演變至癌症，平均需要三到十年的自然病程（圖二）。發展便宜、方便又有效的篩檢方法，以早期發現並治療子宮頸癌前病變，同樣可以帶來巨大效益，而與全面疫苗接種比起來，篩檢工作在財務上也較為可行。現行的篩檢方式，包

括了子宮頸抹片（Papanicolaou smear, Pap smear），以及高風險型別人類乳突病毒檢查（hrHPV testing）。利用人類乳突病毒與子宮頸癌的高度相關性，如果測不到病毒，即可明確歸為低風險群。



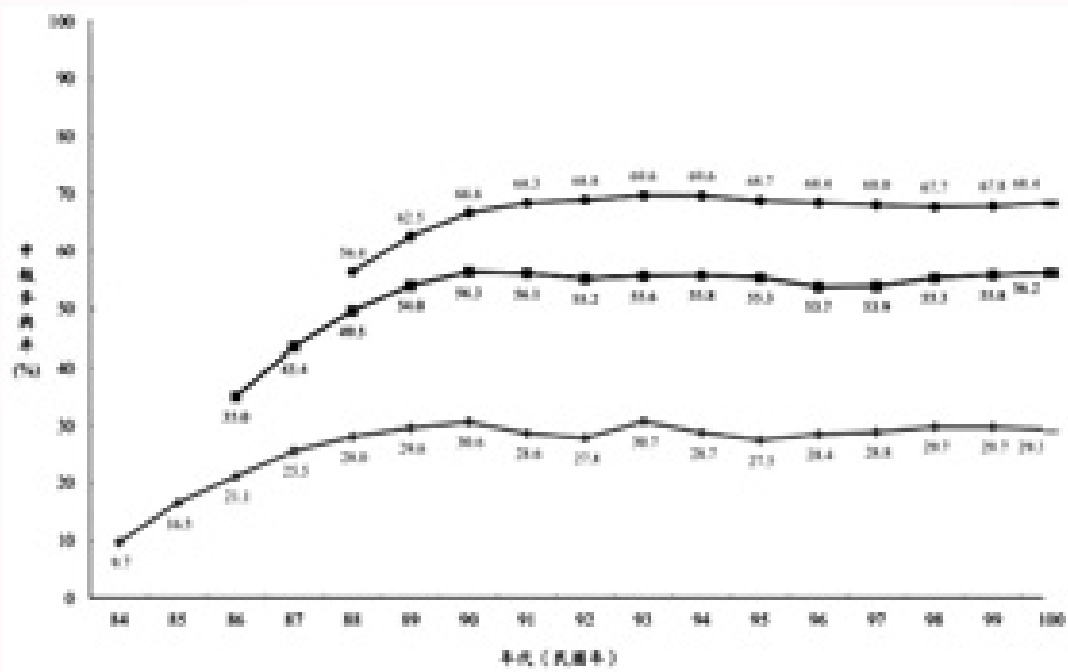
圖二、由 HPV 感染演變為子宮頸癌的自然病程，引用自 Schiffman M, NEJM 2013, 369(24), 2324-2331.

我們現行採用的子宮頸抹片篩檢，是公共衛生的重要勝利。自 1940 年代初期，George N. Papanicolaou 學者提出陰道抹片可以有效偵測子宮頸癌開始，便開啓了防治子宮頸癌輝煌的一頁。數十年來，許多研究闡明了子宮頸抹片對於早期發現子宮頸的癌前期病變的功效，並因此使有病變的患者得以於癌症未發生前加以治療，防止子宮頸癌的出現。於此期間，爲了提升子宮頸抹片的診斷率並降低偽陰性的發生，更有發展出新穎的液基式細胞學檢驗及自動化裝置的初步篩檢。然而子宮頸抹片發展至今，仍舊面臨了相當的瓶頸與挑戰。

要成功地藉由子宮頸抹片篩檢出子宮頸癌前細胞病變，有需多先決條件必須滿足。首先，婦女必須願意來到醫療院所或衛生單位，由臨床醫療人員進行採檢。負責採檢的臨床人員，必須使用抹片棒或抹片刷對子宮頸的適當部位進行採檢。接著，附著於抹片棒或抹片刷的異常的細胞，必須有效的傳送到玻片或保存液中。異常的細胞在經過適當的固定於玻片後，細胞病理學家必須能從玻片上找到異常的細胞，並且將結果正確的紀錄於報告中。這一系列的步驟，只要其中一步出了差錯，抹片結果的準確性便打了折扣。

研究指出，患有子宮頸癌的女性有超過五成在過去五年內並未接受子宮頸抹片篩檢或甚至從未接受過抹片檢查[1]。有鑑於此，醫療先進國家在過去都致力於提升子宮頸抹片的篩檢率，但也都遇上了相當的阻礙。在美國，婦女於三年內曾接受過子宮頸抹片篩檢的比率，於 2005 年已達約 76%，但是自 2005 年後到 2010 年間，此一篩檢比率便不再有所增加 [2]。在台灣，自國民健康署於民國 84 年開始對子宮頸抹片提供補助，加之以醫療及公衛領

域的先進努力推動不遺餘力，已經使國內 30 歲以上女性於三年內做過抹片的比例自民國 86 年的 35%，提升至民國 100 年的 56%（圖三）。然而值得注意的是，此一篩檢率，自民國 91 年便已達到 56%，並於接下來的近十年中，無法再有突破。這樣的比例表示，有接近一半的婦女仍籠罩在子宮頸癌的威脅下。此一篩檢的瓶頸，看似仍有努力的空間，但實際上施行起來卻有相當的難度。近幾年來即使在媒體與相關單位不斷努力宣導下，仍無法繼續提高篩檢率。由臨床經驗我們得知病人不做抹片的原因，除了不夠瞭解抹片的重要性外，上內診檯的不便與不適也是一個因素，如果抹片頻率能拉長至每三年甚至五年做一次，或甚至可以不用上內診檯，如大腸癌篩檢糞便潛血試驗一樣在家採檢即可，應該可以讓更多人被納入篩檢的保護傘下，而我們也能節省更多資源，尤其目前全國缺乏婦產科醫師的問題尚無解決之道，各區衛生所假日找不到人做抹片的情形只會每況愈下。



圖三、國民健康署民國 100 年子宮頸癌篩檢登記報告

除了婦女採檢率不高以外，子宮頸抹片的準確度也收到許多因子的影響。傳統的子宮頸抹片，須由臨床人員在採檢後直接將細胞塗抹在玻片上，若玻片製作不良，就可能影響抹片的判讀。近年所推出的液基式細胞學檢測技術 (Liquid-based cytology)，便致力於減少子宮頸抹片品質不良 (Unsatisfactory) 的機會，同時對於抹片檢測的敏感性及特異性也有所提升，但改進的並不顯著。以高度鱗狀上皮內病灶 (HSIL) 為例，液基細胞學檢測可將抹片的敏感性自傳統的 55.2% 提升至 57.1%，而將特異性自傳統的 96.7% 提升至 97% [3]。而不論是傳統的子宮頸抹片或是加上液基細胞學檢測技術，為了維持高品質的子宮頸

抹片判讀，所需耗費的實驗室成本及所需的人力都相當可觀。

除此之外，抹片的判讀也是一個可能出現假陰性的關卡。舉例來說，於過去一份英國的研究報告，針對 76 位過去曾經做過子宮頸抹片且結果為陰性的子宮頸癌患者，重新評估過去的抹片結果，發現其中有高達 50 位患者的抹片有異常但未能檢出[4]。此些不可抗的因素迫使子宮頸癌的篩檢需要有更準確的預測方式來避免假陰性（False negative）檢查結果的發生。

子宮頸抹片另一為人詬病的缺點是其檢出的敏感性並不理想，且報告的數據差異性相當大（自 30%至 87%）[5]。根據一個整合分析（Meta-analysis）的結果，整體而言傳統子宮頸抹片的敏感性僅約為 55%[3]。不僅如此，目前已知子宮頸抹片對於腺細胞癌的檢出並不理想。根據 John O. Schorge 在 2002 年的研究收集了 83,464 個傳統子宮頸抹片結果發現，子宮頸抹片對於子宮頸或子宮內膜腺細胞癌的敏感性約 41.5%，且在實際發生腺細胞癌的 31 個個案中，過去三年內抹片結果判讀為正常的人數高達 25 人（80.6%），顯示傳統子宮頸抹片在偵測腺細胞癌的準確率不足。在我國，根據國民健康署的統計，自國民健康署於民國 84 年開始對子宮頸抹片提供補助後，子宮頸鱗狀上皮細胞癌的發生率便逐年下降（自 84 年的十萬分之 40 到 98 年的十萬分之 18）。然而子宮頸腺細胞癌的發生率在這段期間內，並無明顯變化（民國 84 年發生率十萬分之 3.4，民國 98 年發生率十萬分之 3.6）。因此對於子宮頸腺細胞癌的偵測，還有努力的空間。

高風險型別人類乳突病毒檢查的突破，賦予了子宮頸癌篩檢一個新的契機。由於子宮頸癌的發生，不論是鱗狀上皮細胞癌或是腺細胞癌，都與人類乳突病毒有相當高的關聯性[6]。市面上所流通的由各藥廠發展出來的高風險型別人類乳突病毒檢查，即是針對高危險致癌型人類乳突病毒加以檢測。

近年來各國都在討論的是，高風險型別人類乳突病毒檢查相較於抹片，可能帶來更好的篩檢效益嗎？我們可以由檢查的敏感度、整體費用、與推廣方便性三方面做考量。

高風險型別人類乳突病毒檢查的特色，在於其對於偵測子宮頸癌前病變的高度敏感性。對於偵測中度或重度的子宮頸上皮內細胞病變（Cervical intraepithelial neoplasm, CIN），人類乳突病毒檢驗的敏感度可以高達 94.6%，高於一般認知的子宮頸抹片敏感度（55.4%）；然而其偵測子宮頸上皮內細胞病變的特異性，則略低於與子宮頸抹片（94.1%比上 96.8%）[7]。由檢查敏感度來看，眾多大型研究均指出單次 hrHPV testing，不論是哪家廠商的製劑，均能達到九成以上的敏感度，相較於單次抹片檢查僅有五成要高出許多[8]。同時，也因為敏感度高，今年初發表在 BMJ 上的挪威大型研究指出：針對重度的子宮頸上皮內細胞病變（CIN3）或更嚴重的病變，抹片需要每三年做一次才能達到 90%的敏感度，而由於 hrHPV testing 敏感度較高，甚至只要每五年做一次就可以達到同樣的敏感度[9]。作為一個篩檢的工具，如此高度的測驗敏感性可以大大降低偽陰性的機會，使檢測結果為陰性的民眾有更

好的保障。

高風險型別人類乳突病毒檢查尚有另外一項值得一提的長處，即是其在偵測子宮頸腺細胞癌的角色。Hormuzd A Katki 學者在 2011 年 Lancet oncology 期刊指出，在統計 331,818 位女性接受了子宮頸抹片及人類乳突病毒檢驗的結果發現，27 位發現子宮頸腺細胞癌的患者，有 78% 於先前的人類乳突病毒檢查為陽性，而僅有 15% 的個案先前的抹片顯示有異常 [10]。此結果顯示，人類乳突病毒檢查比之傳統子宮頸抹片對於腺細胞癌有較高的檢測率。作者也因此於文中反覆強調人類乳突病毒檢驗對於早期發現子宮頸腺細胞癌的重要性。

當考量檢驗費用，目前我國國民健康署給付抹片費用約 400 元，而 hrHPV testing 依各家廠商報價，範圍由 900 元至 1,500 元都有，但抹片由採檢，運送至判讀皆須耗費較多人力，在未來只有上漲可能；反觀 hrHPV testing 試劑在大量製造後，單次檢驗成本可望再降低，而機器判讀的特性經集中管理與規模效益下，也可能有很大的降價空間，我們甚至可以期待未來開發出類似於目前已經廣泛使用的 HIV 快篩檢驗盤，單次檢驗只要 50 元，不須實驗室，15 分鐘後得知結果，這樣在偏遠地區推廣就可免去判讀或回診追蹤報告的麻煩。

以方便性來說，不願參與篩檢的婦女，有人因為掛門診或排隊麻煩，也有人是因為懼怕坐上內診台。為了要爭取這個族群加入篩檢行列，國民健康署自民國 100 年開始，針對過去六年不曾做過抹片的婦女，推廣用棉棒自採檢體做 hrHPV testing（民國 100 年共 63,286 名），成功篩檢出不少 CIN3 或更嚴重的病變，成效斐然。而國外研究也顯示，自採檢體做 hrHPV testing 的敏感度，雖不若醫護人員在內診台上採檢來得準確，但卻不亞於傳統子宮頸抹片 [11]。hrHPV testing 因敏感度較高，可以容許較長的追蹤時間，又可以採用自取檢體，是方便度較佳的選擇。

在美國，目前已有 4 種檢測高危險致癌型人類乳突病毒的試劑通過美國食品藥物管理局的認證，用於與子宮頸抹片合併使用的綜合篩檢（co-test）。其中的 cobas HPV test 也在今年四月通過美國食品藥物管理局的核可，可以在不做子宮頸抹片細胞學檢查的狀況下，單獨使用作為第一線的子宮頸癌篩檢。這在未來，也不失為一可能的篩檢做法。

新技術必須面對許多考驗，必須逐一解決質疑才能真正應用到臨床實務。hrHPV testing 對 CIN3 或更嚴重的病變有較高的敏感度，但卻也造成較多個案需陰道鏡檢查來確診，這期間所增加的成本及造成的民眾心理壓力，確實需要小心探究。從成本效益來訂定篩檢與轉介政策來說，在美國婦產科醫學會雜誌 2013 年有一項研究，綜合比較結合抹片與 hrHPV testing 或各自單獨使用等 9 種篩檢策略，探討各種方式的偵測敏感度與所需陰道鏡檢查數量的差異（目標為高敏感度，但不要耗費太多的陰道鏡檢查）。目前在美國，多數較具公信力的組織與學會於 2012 年後提出的建議篩檢方式，大多建議使用綜合篩檢，亦即子宮頸抹片及 hrHPV testing 並行。由於台灣的給付方式不同於美國，我們可以依循著研究結果，探討適合本國的篩檢策略。此外有人質疑 hrHPV testing 試劑類型這麼多，究竟要採用哪一

種？其實已有研究將各家做綜合比較，發現不管哪一家的試劑，敏感度均達9成以上水準，高出抹片甚多[8]。

由以上分析可以推測：未來僅用子宮頸抹片篩檢子宮頸癌是不夠的，以人類乳突病毒為研究基礎的預防與篩檢策略是世界不可擋的趨勢，是更準確、更方便，在未來也更便宜的檢驗方式。我們可以等待國際間各醫學會或先進國家將人類乳突病毒將 hrHPV testing 篩檢列為首選工具後，再檢討我國政策是否要跟進。或者，即刻行動，於現行的抹片檢查同時進行 hrHPV testing，累積台灣本土實證的資料並扶植本國相關檢驗試劑產業，以進一步探討出對於本國最適當的篩檢方式。這樣，也可以避免在不久的將來，當篩檢的主流方式徹底改變時，讓國內的醫療人員措手不及，不但要面對細胞病理檢驗師突然失業的衝擊，同時也失去擁有自主檢驗技術的機會。

參考文獻

- [1] Janerich DT, Hadjimichael O, Schwartz PE, Lowell DM, Meigs JW, Merino MJ, et al. The screening histories of women with invasive cervical cancer, Connecticut. American journal of public health 1995;85:791-4.
- [2] Smith RA, Brooks D, Cokkinides V, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2013: a review of current American Cancer Society guidelines, current issues in cancer screening, and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening. CA: a cancer journal for clinicians 2013;63:88-105.
- [3] Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. Obstetrics and gynecology 2008;111:167-77.
- [4] Coleman DV, Poznansky JJ. Review of cervical smears from 76 women with invasive cervical cancer: cytological findings and medicolegal implications. Cytopathology : official journal of the British Society for Clinical Cytology 2006;17:127-36.
- [5] Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. Annals of internal medicine 2000;132:810-9.
- [6] Tornesello ML, Losito S, Benincasa G, Fulciniti F, Botti G, Greggi S, et al. Human papillomavirus (HPV) genotypes and HPV16 variants and risk of adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix. Gynecologic oncology 2011;121:32-42.

- [7] Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *The New England journal of medicine* 2007;357:1579-88.
- [8] Cuzick J, Bergeron C, von Knebel Doeberitz M, Gravitt P, Jeronimo J, Lorincz AT, et al. New technologies and procedures for cervical cancer screening. *Vaccine* 2012;30 Suppl 5: F107-16.
- [9] Elfstrom KM, Smelov V, Johansson AL, Eklund C, Naucler P, Arnheim-Dahlstrom L, et al. Long term duration of protective effect for HPV negative women: follow-up of primary HPV screening randomised controlled trial. *Bmj* 2014;348:g130.
- [10] Katki HA, Kinney WK, Fetterman B, Lorey T, Poitras NE, Cheung L, et al. Cervical cancer risk for women undergoing concurrent testing for human papillomavirus and cervical cytology: a population-based study in routine clinical practice. *The lancet oncology* 2011;12: 663-72.
- [11] Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJ, Verhoef VM, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *The lancet oncology* 2014;15:172-83.

子宮頸抹片—— 子宮頸癌篩檢最重要的工具

台北榮總病理部 賴瓊如

針對子宮頸癌防治的工具除了傳統子宮頸抹片以外，最近幾年出現了許多新選擇，例如液基抹片（Fluid based preparation）之製作，螢光肉眼觀察，特殊染色之應用（如p16），與人類乳突病毒之檢測（HPV Test），以期提昇抹片之診斷品質，更進一步還有 HPV 疫苗之施打，無一不是為了婦女健康所做的努力。然而，這些新科技發展各有其優缺點，當然也引發了許多的研究與討論。尤其是 HPV Test 是否合適取代子宮頸抹片作為第一線篩檢工具的議題更是討論的重點。筆者經詳細探討後，認為 HPV Test 不合適取代子宮頸抹片作為第一線篩檢工具，將於本文中說明其中緣由。

子宮頸抹片的歷史回顧

子宮頸抹片的發展可回溯至 1927 年，羅馬尼亞病理醫師 Aureli Babe 首先發表了陰道上皮之細胞抹片形態學開始，1928 年希臘裔美國醫師 George Nicolas Papanicolaou 也發表了對子宮頸陰道正常及癌細胞之描述，爾後於 1943 年 Papanicolaou 與 Herbert Traut 共同出版專書詳述陰道抹片用於診斷子宮頸癌之意義，子宮頸抹片才開始被接受並廣泛應用。接著於 1947 年，J. Ernest Ayre 更發展出使用木棒直接做子宮頸抹片（direct cervical smear），使得診斷敏感度更加提高。經由這些先驅者，尤其是 Papanicolaou 的執著努力及熱心推廣，子宮頸抹片終於成為篩檢子宮頸陰道病變的最主要方法。¹

台灣子宮頸抹片篩檢在納入全民健保給付之前並不普及，只有零星贊助或公益計畫執行。民國 80 年衛生署癌症登記統計顯示，當時子宮頸癌之發生率為每 10 萬婦女 26.4 人，居台灣地區婦女癌症發生率的第一位，死亡率約為每 10 萬婦女 10.7 人，對台灣婦女之健康威脅甚鉅，因此衛生署極力爭取，於民國 84 年開始由全民健保給付，30 歲以上婦女每年有一次免費子宮頸抹片檢查的機會。由於政府衛生單位與公益團體大力推廣之下，每年抹片量都有增加，到目前維持約每年 230 萬件。²

抹片篩檢推廣至今之功效

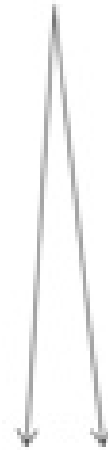
1. 篩檢量逐年遞增² (圖一)

歷年抹片總量分布

• 1996	902,785
• 1997	1,247,189
• 1998	1,596,586
• 1999	1,876,918
• 2000	2,079,695
• 2001	2,195,515
• 2002	2,107,423
• 2003	2,077,999
• 2004	2,327,302
• 2005	2,191,530
• 2006	2,139,562
• 2007	2,233,682
• 2008	2,268,122
• 2009	2,364,549
• 2010	2,384,575
• 2011	2,367,423
• 2012	2,386,797

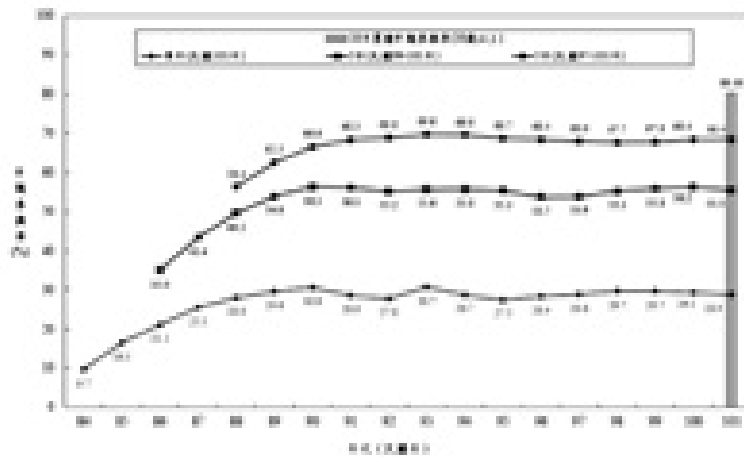
(SARS)
(rebound after SARS)

(啟動四癌篩檢計畫)



2. 抹片涵蓋率提升 (圖二)

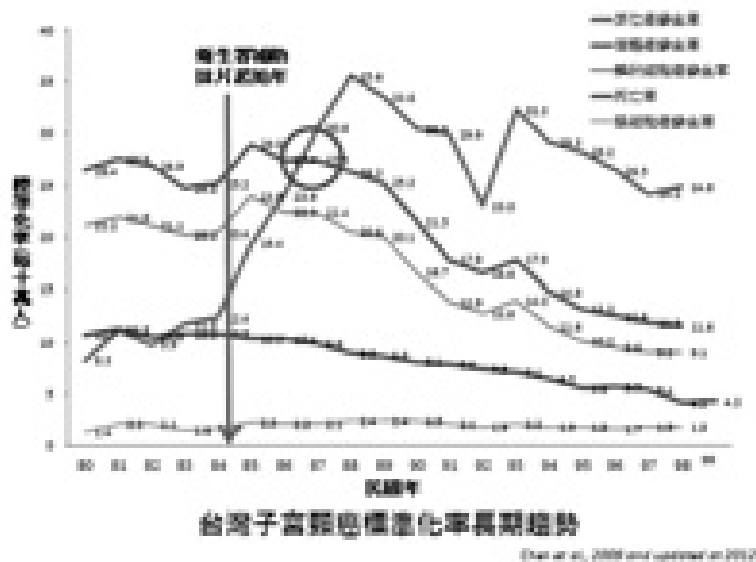
子宮頸癌篩檢登記報告



圖二：30歲以上婦女子宮頸癌篩檢申報參與率長期趨勢，民國84年至101年

抹片篩檢推廣至今抹片之涵蓋率顯示，每年有作抹片檢查之婦女約為 29%，每 3 年有作抹片檢查之婦女約為 55%，每 5 年有作抹片檢查之婦女約為 68%。雖已有長足之進步，但比起歐美國家將近 9 成的涵蓋率仍有一段差距。另外，澳洲比我們大約早 3 年開始推廣子宮頸抹片，目前抹片 2 年涵蓋率（澳洲給付 2 年一次子宮頸抹片、子宮頸癌發生率為每十萬人口 7 人、死亡率為 1.8 人）為 61%³，比我們 3 年的涵蓋率更高。在台灣抹片率雖有提高，但近年來已達瓶頸，因此目前最重要的工作應該是如何再加強做抹片的意願，提高抹片涵蓋率才是首務之急。

3. 癌前病變比例逐年增加、侵襲癌病例之比例逐年減少、侵襲癌病例數逐年減少、子宮頸癌死亡率逐年降低



圖三（取自台大公衛所子宮頸抹片小組陳韻元博士）

根據最新一期癌症登記統計顯示⁴，民國 100 年子宮頸癌之發生率大幅降低為每 10 萬婦女 9.5 人，在台灣地區婦女十大癌症發生率由第一位下滑成為第七位，死亡率更減少成每 10 萬婦女 4.3 人。在幾乎所有癌症都逐年攀升的今天，子宮頸癌是唯一明顯下降的惡性腫瘤，這都要歸功於抹片篩檢的功效。德國有一份報告指出⁵，在 617 位新增之子宮頸癌個案中，60%的病人在 5 年內都沒有做抹片，31%的病人沒有遵守規律抹片的建議，只有 9%的病人有規律抹片卻仍得到子宮頸癌。不過在這些有抹片史的病人當中，高達 54%是微浸潤癌（Stage IA），反之，在無抹片史的病人當中，86%的病例為 Stage IB 以上，顯示沒有規律做抹片才是得到子宮頸癌，尤其是晚期癌症最重要的原因。因此，規律做子宮頸抹片檢查才是保護婦女健康免於子宮頸癌威脅的不二法門。

子宮頸抹片與人類乳突病毒檢測 (HPV Test) 的比較

1. 子宮頸抹片與 HPV test 敏感度之比較

一般而言，針對鱗狀上皮病變，HPV test 被認為有比子宮頸抹片更高的敏感度，但實際上，如果兩者都有長期的數據可供比較，結果其實差不多。近期一份澳洲發表的重要文獻指出⁶，若病人有切片確診為高度鱗狀上皮內病變 (HSIL)，在病變同時的 HPV 檢測其結果為偽陰性可達 11%，隨著時間往前推，病變前 12 個月偽陰性 14%，病變前 24 個月 22%，病變前 30 個月偽陰性更高達 29%。因此若 3 年才做一次 HPV test，其實是不保險的。一般認知的抹片敏感度會偏低 (尤其是歐美的統計結果) 是因為抹片在歐美國家並非每年做，若我們將比較的基準點都設在 30 個月左右，根據澳洲的報告，HPV test 的偽陰性其實也頗高。在台灣，我們抹片有受衛生福利部子宮頸抹片品質提升計畫認證規範的約束，每年都有統計同年度抹片與切片的比對，結果顯示抹片敏感度也可達 88% (圖四)，與澳洲文獻報告中 HPV test 的 11% 偽陰性相仿，這結果顯示若抹片與 HPV Test 都以同年度之資料做比對，抹片敏感度其實是比一般認知高出許多，且與 HPV test 差不多。

抹切比對結果歷年來變化

	切片結果	Special Care City	Special Family City	PPP	HPV
2008 (2008, Jan to Dec)	2, 0%	87, 3%	88, 3%	79, 8%	82, 4%
2009 (2009, Jan to Dec)	2, 0%	87, 3%	88, 3%	79, 8%	82, 4%
2010 (2010, Jan to Dec)	2, 0%	87, 3%	88, 3%	80, 4%	82, 4%
2011 (2011, Jan to Dec)	2, 0%	88, 3%	88, 3%	79, 8%	84, 3%
2012 (2012, Jan to Dec)	2, 0%	88, 3%	88, 3%	80, 4%	84, 3%

其次，針對腺體病變敏感度又如何呢？因為抹片的貢獻，全世界皆然，子宮頸癌發生率明顯減少，其中絕大部分是鱗狀上皮癌 (SCC)，雖然子宮頸腺癌 (Adenocarcinoma) 絕對發生率 (每 10 萬婦女 1.8~2.4 人) 沒有明顯變化，但因為 SCC 的減少，Adenocarcinoma 相對發生率卻增加了 (佔所有子宮頸癌的比例由 8.6% 上升為 18%)⁴，因此子宮頸腺癌的防治將是下一個階段重要的課題。在子宮內頸刷尚未使用前，子宮內頸腺癌的確不容易由子宮頸抹片發現，但現在由於採樣工具的改善，子宮內頸刷普遍被應用來採檢子宮內頸細胞，

因此提高了抹片偵測腺癌的敏感度。作者本身對於子宮內頸腺癌的最新研究發現，北榮 3 年間（民國 99 年至 101 年）確診有子宮頸腺癌的病人（含腺體原位癌（AIS）、原發及次發侵襲癌）共 80 人，搜尋全國抹片資料庫發現 51 位病人有總共 62 筆一年內抹片的記錄，抹片判讀結果是 Atypical glandular cells 或 AIS 者有 24 筆抹片；判讀結果是 Adenocarcinoma 者有 26 筆，目前衛生福利部將 Atypical glandular cells 以上視為陽性個案必須追蹤處理，換言之在本統計中，抹片偵測腺癌的敏感度高達八成（ $24+26/62=81\%$ ）。反觀 HPV test 呢？澳洲的研究⁶也有包含腺癌，其結果顯示針對 AIS 及 Adenocarcinoma，HPV test 的偽陰性遠遠超過子宮頸抹片（圖五）。

A higher percentage of glandular lesions had preceded negative HPV tests

Table 2. Percentage of negative HPV and cytology tests within 30 months preceding the histology

Subtype of high-grade histology	HPV n	HPV negative	Cytology negative
HSIL	1,920	13%	22%
SCC	26	8%	14%
HSIL + AIS	32	13%	9%
AIS	19	37%	28%
Endocervical adenocarcinoma	5	80%	40%

HPV tests based on NSW PTR data; cytology tests based on DHM laboratory data. SCC = Squamous cell carcinoma.

因此，對偵測子宮頸腺癌病變而言，只要使用恰當的採樣工具，抹片仍然具有足夠且優於 HPV test 的敏感度。

2. 自採 HPV test 之接受度

針對不願意來診間做抹片篩檢的病人而言，自採陰道檢體作 HPV test 的確是另一種考慮的選擇，但自採檢體卻常常因為採樣不良，導致 HPV test 敏感度降低，遠不如醫護人員在內診檯上採樣來得準確。既然要由醫護人員在內診檯上採樣才準確，那就直接做抹片就好了。除了抹片可以直接看到細胞有無病變以外，醫師還可以做內診，看看子宮及卵巢等器官有無問題，病人也可以直接向醫師諮詢，甚至發現婦科以外的疾病，一舉數得。畢竟醫師是全面性的守護病人健康，並不是只侷限在子宮頸，如果貿然改以 HPV test 為第一線篩檢方法，那其實是弱化醫師的角色與功能，不管對病患或對醫師而言都不是一件好事。

國健署曾經針對某些縣市 6 年內不曾作過抹片的婦女，寄發 HPV test 自採裝置，若結

果為陽性再作後續抹片及切片處理，的確成功發現一些原先並沒有篩檢的陽性個案，但其實整體而言 HPV test 採樣棒的回收率偏低，有地區甚至只有 16% 而已。因此我們建議：仍應以抹片為主要篩檢工具，針對無論如何都沒有意願上內診台的婦女才使用 HPV test 為輔，這才是正確的作法。

3. 陽性 HPV test 處理的問題

這是討論 HPV test 最棘手的問題，大家都知道，歐美、亞洲及台灣本土的研究都指出，婦女一生中曾感染 HPV 的機會約八成以上，其中絕大多數都是暫時性的，只有少數病人病毒殘留而成為帶原者，更少數病人會產生病變，甚至發展成為癌症⁷。帶原者的比例在台灣因研究收案的族群不同，約分佈在 11% 到 15% 之間⁸，也就是說如果隨意檢測一般婦女，會有約 15% 的陽性結果，但這些帶原者約八成都還沒有病變產生，她們是屬於高危險群病人，但是否真的罹患子宮頸癌前病變或癌症，仍然必須靠抹片及切片來加以證實。對帶原者而言，沒有病變，當然就沒有治療，病人會長期處於恐懼中卻無計可施，對受檢婦女的精神負擔十分沉重，長期也不利於婦女之身心健康。

4. 子宮頸抹片具有偵測子宮內膜癌的功能

在政府大力推動子宮頸抹片篩檢，致使子宮頸癌大幅減少的狀況下，子宮內膜癌或許由於環境、飲食及其他因素的影響，反而明顯的增加。根據癌症登記統計⁴顯示，子宮內膜癌於民國 98 年首次進入女性國人十大常見癌症，次於子宮頸癌為第七位，但很快的在民國 99 年就以 14.65% 的增長幅度成為全癌症增加率最高的惡性腫瘤，更進而超越子宮頸癌成為女性第六位常見的癌症，因此，子宮內膜癌的診斷與治療是婦女健康不可輕忽的課題。子宮內膜癌的致癌原理，目前了解與荷爾蒙過度刺激 (Type I) 或 p53 突變 (Type II) 有關，與 HPV 完全沒關連性，因此 HPV Test 無法同時有偵測子宮內膜癌的效果。但是，子宮頸抹片卻可以擁有此優勢。

子宮頸抹片除了能篩檢子宮頸病變以外也能偵測子宮內膜癌，因為子宮頸黏膜層與子宮內膜是直接相連，甚至與輸卵管管腔也相連，輸卵管透過喇叭口開口在腹腔或骨盆腔，因此抹片上細胞的來源不僅有子宮頸的細胞，還可能來自子宮內膜、輸卵管、甚至腹水中的良性或惡性細胞。根據抹片報告系統 The Bethesda System (TBS)⁹ 的規定，抹片中異常的腺體細胞必須盡可能指出其來源，這樣才能讓婦產科醫師有正確的診療方向。筆者曾經於 2013 年國際細胞學會巴黎大會中發表的研究發現，對於子宮內膜癌的病人，其一年內所作的抹片有 26% 的機會能發現異常的腺體或腺癌細胞，詳細資料如下：北榮 3 年間 (民國 99 年至 101 年) 確診有子宮內膜癌的病人 (含原發及次發) 共 271 人，搜尋全國抹片資料

庫發現總共有 187 筆一年內抹片的記錄，抹片判讀結果是 Atypical glandular cells 者有 24 筆抹片（24/187=13%）；判讀結果是 Adenocarcinoma 者有 25 筆（25/187=13%）。雖然不能用于宮頸抹片來篩檢子宮內膜癌，但子宮頸抹片確實有不小的機會能偵測子宮內膜癌，尤其在這些個案中有許多病人是沒有症狀的，並沒有出血的現象，能成功偵測子宮內膜病變對病人幫助很大，因為能提早啓動診療過程，可以達到早一點診斷，早一點治療的效果。由此可見，在子宮內膜癌的診療上，子宮頸抹片可扮演重要角色，但 HPV test 卻毫無著力點。

5. 單純 HPV Test 適合當作第一線篩檢工具嗎？

雖然在 2014 年 4 月美國 FDA 認可使用 Roche 藥廠的 Cobas HPV Test 做為第一線篩檢的工具¹⁰，但在美國不論任何年齡層，也還沒有被癌症等學會接受作為法定建議第一線的工具。（詳見附表一）¹¹

Table 11
Summary of Recommendations

Population	Page Numbers	Recommended Screening Method ¹	Management of Screen Results	Comments
Aged <21 y	521-522	No screening		HPV testing should not be used for screening or management of ASC-US in this age group
Aged 21-29 y	522-523	Cytology alone every 3 y	HPV positive ASC-US ² or cytology of L SIL or more severe: Refer to ASCCP guidelines ³ Cytology negative or HPV-negative ASC-US ² : Rescreen with cytology in 3 y	HPV testing should not be used for screening in this age group
Aged 30-65 y	523-529	HPV and cytology "co-testing" every 5 y (preferred)	HPV positive ASC-US or cytology of L SIL or more severe: Refer to ASCCP guidelines ³ HPV positive, cytology negative Option 1: 12-mo follow-up with co-testing Option 2: Test for HPV16 or HPV16/18 genotypes • If HPV16 or HPV16/18 positive: refer to colposcopy • If HPV16 or HPV16/18 negative: 12-mo follow-up with co-testing Cytol negative or HPV-negative ASC-US: Rescreen with co-testing in 5 y	Screening by HPV testing alone is not recommended for most clinical settings
		Cytology alone every 3 y (acceptable)	HPV positive ASC-US ² or cytology of L SIL or more severe: Refer to ASCCP guidelines ³ Cytology negative or HPV-negative ASC-US ² : Rescreen with cytology in 3 y	
Aged ≥65 y	529-531	No screening following adequate negative (prior screening)		Women with a history of CIN3 or a more severe diagnosis should continue routine screening for at least 20 y
After hysterectomy	531	No screening		Applies to women without a cervix and without a history of CIN3 or a more severe diagnosis in the past 20 y or cervical cancer ever
HPV vaccinated	531-532	Follow age-specific recommendations (same as unvaccinated women)		

ASCCP, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; ASC-US, atypical squamous cells of undetermined significance; CIN3, cervical neoplasia simplex (grade 3); HPV, human papillomavirus; L SIL, low-grade squamous intraepithelial lesion

¹Screen should not be carried out by any age by any method

²ASC-US cytology with secondary HPV testing for management decision

另外，澳洲雖然也於今年在某些地區認可 HPV Test 做第一線篩檢，但仍然也不是極力推薦。只有芬蘭與荷蘭有局部推薦單純使用 HPV Test 來先篩檢，其他國家都是建議整合子宮頸抹片與 HPV Test 成為所謂 Co-Test 的模式。其實，做所謂 Co-Test 最主要訴求是可以延

長做抹片的頻率，藉以減低病人看婦產科醫師及作其他檢查的成本，但這效果在台灣並不存在。因為，在台灣看醫師很便宜，甚至連陰道鏡都遠比 HPV Test 便宜許多（HPV Test 需自費約 1500 元），在考慮醫療成本上並沒有任何優勢。此外，我們細胞抹片檢驗室認證，包含品管、人員訓練、閱片判讀正確性、甚至陽性個案通報及處理等等事務，皆透過衛生福利部委託台灣病理學會執行全國子宮頸抹片品質提升計畫來嚴格把關，至今已有近 20 年的成果。吾人應把握這得來不易的一套抹片篩檢系統，進一步發揚推廣，將抹片涵蓋率向上推，才是最重要的工作。

子宮頸抹片偽陰性之探討

經過筆者的說明與討論，我們都肯定子宮頸抹片應該被廣泛用來作子宮頸病變篩檢首要的工具。然而，子宮頸抹片診斷之敏感度仍有改善的空間，許多輔助性或新的抹片處理技術陸續被使用。例如液基抹片（Fluid based preparation）之製作，螢光肉眼觀察，特殊染色之應用（如 p16），與 HPV 之偵測，以期提昇抹片之診斷品質。

此外，爲了提高抹片之準確性，各個國家也有很多相關規定與篩檢計畫。例如美國的 88 年聯邦法案（CLIA 88'）及本國衛生福利部之子宮頸細胞病理診斷單位認證原則，對人員，檢驗室的硬體及軟體，和品管工作有明確的規範。甚至連檢驗量都有上限的規定。但是，不可否認的，就算在方法上及品管上都如此努力，子宮頸抹片還是會有偽陰性結果存在，其發生比率由 10%到 40%不等。而造成偽陰性的原因經分析後大致上有下列幾種，針對不同原因其採取的對策也不相同。

- a) 採樣誤差（sampling error）：沒有採樣到病灶區域的細胞，因而沒有異常細胞在抹片上，就算重閱抹片，也找不到異常細胞的存在。在大部份的研究報告中，這是最常見的原因（約佔 60%到 70%）。因此，增加使用子宮內頸刷來取樣，以期務必拿到子宮外頸與子宮內頸交接處（transformation zone）的細胞，來增加抹片的偵測率，因為 transformation zone 是子宮頸病變最好發的位置。另外，在 TBS 中也強調若抹片沒有 transformation zone 的成份，在報告中必須要註明，提醒臨床醫師注意。再者，有研究指出或許是病灶處細胞沒有脫落，當然就沒有異常細胞在抹片上，偽陰性結果是必然的。如果加上螢光觀察，雖然抹片結果正常但螢光反應異常，則施與其他檢查如陰道鏡等等，以免漏掉病灶。藉此可以提高敏感度。
- b) 抹片製作誤差（preparation failure）：採樣時有採到病灶，但卻沒有成功的抹在玻片上，因此也沒有異常細胞出現在抹片上。針對這個因素，單層液體抹片技術可以提供改進。此外，這種抹片很薄，面積又比傳統抹片小，因此篩檢上比較精準。不過此種液體抹片由於其製作原理使得腫瘤特異背景會消失，細胞大幅縮小，細胞分佈完全打

散沒有方向感，及異常細胞數目減少，反而對診斷有負面效果，對沒有經驗的篩檢者是很危險的，因此必須經過訓練再閱片比較恰當。

- c) 篩檢誤差 (screening error)：篩檢細胞技術員沒能認出不正常細胞，以致於造成偽陰性。目前藉由品管機制建立閱片人員資格認定標準，加強技術人員教育訓練，抽檢抹片品質與診斷複查，及限定篩檢量來提升篩檢品質。
- d) 判讀錯誤 (interpretation error)：不正常細胞有被篩檢人員指認出來，但細胞病理醫師將其診斷錯誤。這也是透過與前者相同之機轉來改進。

結論

1. 抹片篩檢推廣至今功效卓著，規律做子宮頸抹片檢查才是保護婦女健康免於子宮頸癌威脅的不二法門。大家應繼續努力，加強婦女做抹片的意願，提高抹片涵蓋率才是當務之急。
2. 若抹片與 HPV Test 都以同年度之資料做比對，抹片敏感度其實比一般認知的數據高出許多，實際上與 HPV test 差不多，成本卻只有 HPV Test 的 1/7 而已。國家癌症篩檢預算有限，錢要花在刀口上，吾人更應該選擇抹片作為第一線篩檢工具。
3. 對偵測子宮頸腺癌病變而言，只要使用恰當的採樣工具（例如子宮內頸刷），抹片仍然具有足夠且優於 HPV test 的敏感度。另外在子宮內膜癌的偵測與診療上，子宮頸抹片可扮演重要角色，但 HPV test 卻毫無著力點。
4. HPV Test 作第一線篩檢並不切實際，因為對帶原者而言，沒有病變，當然就沒有治療，病人會長期處於恐懼中卻無計可施，對受檢婦女的精神負擔十分沉重，長期也不利於婦女之身心健康。而且，在美國等絕大部分國家也還沒有被癌症等學會接受，作為法定建議第一線的工具。不論在任何年齡層！
5. 一般子宮頸癌篩檢仍應以抹片為主要篩檢工具，針對無論如何都沒有意願上內診台的婦女才使用 HPV test 為輔，這才是正確的作法。吾人應把握這得來不易的一套抹片篩檢系統，進一步發揚推廣，將抹片涵蓋率向上推，才是最重要的工作。
6. 子宮頸抹片雖然是目前篩檢子宮頸病變最有力之工具，但仍有缺點存在，不管是臨床醫師，護理人員，篩檢技術人員，診斷病理醫師及病人甚至家屬本身都必須對此有明確認識，充分瞭解子宮頸抹片之優缺點，才能將抹片篩檢的應用發揮到最大功效。

Reference:

1. Koss LG. Introduction Scope and sampling Techniques in Diagnostic Cytology. In: Koss LG. Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases. 4th edition, Volume 1. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1992: 1-11.
2. 民國 101 年子宮頸癌篩檢登記報告.衛生福利部國民健康署健康統計資料.
3. Australian Institute of Health and Welfare 2012. Cervical screening in Australia 2009 – 2010. Cancer series 67. Cat. no. CAN 63. Canberra: AIHW.
4. 民國 100 年癌症登記報告.衛生福利部國民健康署健康統計資料.
5. Marquardt K. Persistent carcinoma in cervical cancer screening: non-participation is the most significant cause. *Acta Cytol.* 2011; 55(5):433-7.
6. Annabelle F. Screening for the prevention of cervical cancer in the era of human papillomavirus vaccination: an Australian perspective. *Acta Cytol.* 2011;55(4):307-12.
7. Fact Sheet: Pap and HPV Testing. Cancer Topics, National Cancer Institute 2014/06
8. Lai CH. Age factor and implication of human papillomavirus type-specific prevalence in women with normal cervical cytology. *Epidemiol Infect* 2012; 140(3): 466-73.
9. Solomon D. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology 2001.
10. Media Release. FDA Approves Roche' s HPV Test for First-Line Primary Screening for Cervical Cancer. Basel, 25 April 2014
11. Saslow D. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *Am J Clin Pathol* 2012; 137: 516-542.

婦產科醫學會 高雄美濃靈山步道健行活動



鄭英傑 醫師



屏東縣婦產科醫學會會員

愉悅之情無以言表。下山後參觀美濃窯，中餐是客家風味餐，大家又餓又累，盤盤皆滿漢全席，餐後參觀原鄉園紙傘文化村及旗山糖廠吃紅豆健素冰，半日遊在愉快不捨中結束。感謝學會工作人員熱心的安排，讓我們能與全國婦產科前輩醫師及老友們見面閒聊聯誼，尤其是黃閔照秘書長活動前還親自勘查路線，感佩！！



103 年婦產科醫學會高雄美濃靈山步道健行活動

誠如許振隆醫師說的「只有走出診間，才有如此燦爛的笑容」。2014.10.26 婦產科醫學會舉辦的健行活動，屏東縣會員及眷屬踴躍參加，步道雖僅長約 1 公里，但爬升高度 287 公尺，所幸沿途有竹林庇蔭。中途經過雷恩寺，視個人體力可中途休息或半途折返，因坡度甚大，心跳加速、汗流浹背還有些喘。

登頂後，可眺望整個美濃鎮，在經過汗水洗禮，身心舒暢

編 後 語

劉嘉耀

各位婦產學界前輩及會員醫安:

Bromocriptine 幾十年來被用來產後退奶及治療盜乳症(galactorrhea)，近年來因含 bromocriptine 成分藥品導致罕見但潛在性嚴重或致命的副作用之通報過度增加，特別是心血管的副作用（例如：心臟病發作及中風）、神經系統的副作用(例如：癲癇發作)及精神方面的副作用（如幻覺及躁症發作），引起法國關注，故要求歐盟 EMA 進行再評估。衛生福利部食品藥物管理署公告 Bromocriptine 成分藥品安全資訊風險溝通表，請會員參閱，以保障病人用藥安全。

健保費用申報改變方面有: 1) 子宮外孕、先兆性流產、不完全性流產等與懷孕有關之診斷或疾病得申報產科超音波（109010C）；申報案件被抽審時，必需附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。2) 異常子宮頸抹片 ASCUS（含）以上，必要時得進行陰道鏡檢查，附加之子宮頸切片及 ECC 得另行申報。3) 電燒或是雷射治療 condyloma，以局部麻醉為原則，如需全身麻醉（如：多發性、大範圍之病灶），需於病歷詳載理由，並有麻醉記錄。4) 孕婦產前檢查調高診察費補助金額，並將 B 型肝炎血清標記檢驗（HBsAg、HBeAg）由第五次產檢調整期程前移至第一次產檢，該檢驗費用另獨列支付代碼；另有新頒優生保健措施減免或補助費用辦法。

李耀泰醫師「2013 年剖腹產的實證醫學」以實證醫學精神(嚴苛檢視切題之醫學證據)來審視剖腹產中可能的處置及手術技巧，值得會員以實證醫學檢視自己剖腹產的作為;鄭英傑醫師介紹高雄美濃靈山步道健行活動，讓會員知道有好的休閒處，有機會多參加學會用心舉辦的活動。子宮頸癌篩檢方法何去何從?改採新方法用 HPV test 還是沿用子宮頸抹片，成大婦產部婦癌專科鄭雅雯醫師「子宮頸癌篩檢的蛻變－人類乳突病毒檢驗與子宮頸抹片」及北榮病理部婦科病理賴瓊如醫師「子宮頸抹片---子宮頸癌篩檢最重要的工具」有她們各自之精彩論述，難得一起刊登，錯過太可惜!

值近歲末，特別恭賀會訊委員會前召集人陳文龍院長榮獲 103 年度「台灣醫療典範獎」，陳院長行醫四十幾年，接生過一萬多名新生兒，術德兼備，獻身健康教育三十年，留美後毅然返台，把所學貢獻給故鄉，於家於故里安平於台灣，所作所為達到了飲水思源之人生至高境界，言教身教皆為後輩之典範，在此除了恭喜陳院長實至名歸外，更重要的是讓後學晚輩多個學習的典範。

在台灣醫界屬首創之台灣婦產科醫學會博物館，持續接受捐款及捐文物，歡迎會員共襄此盛舉。

本會將於今年底印製新版會員名錄，為了您的權益，學會須有您最新的聯絡方式。如您的相關資料有異動，請您儘速至學會網站更新您的基本資料或填寫下附表後並傳真至學會，謝謝您的配合！

◎217 通訊繼續教育答案◎

題目：2013 年剖腹產的實證醫學

1. () 2. ()
3. () 4. ()
5. ()

會員號碼：
姓 名：
日 期：

*請確實填寫會員號碼及姓名，以便於
積分登錄。

*請多利用線上作答功能，以節省時間
及紙張([http://:www.taog.org.tw](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp)
[/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))

*本答案卷除郵寄外，亦可**傳真**

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 二五六八—四八一九
傳真：(02) 二二〇〇—一四七六

台灣婦產科醫學會

收

郵 自

票 貼

活動消息

活動編號	主題	主辦單位	舉辦地點	開始時間	結束時間	類別	學分
141128-1	Atypical PID & Mimics	澄清綜合醫院	澄清綜合醫院(平等)3F 會議室—台中市平街139號	11月28日 07時30分	11月28日 09時00分	B	1分
141130-1	婦女泌尿及骨盆重建 學術研討會	台灣婦女泌尿暨骨盆 醫學會	彰化基督教醫院	11月30日 08時30分	11月30日 11時50分	B	1分
141205-1	性侵害案件採證及驗傷 技巧及診斷書書寫	台中市衛生局、中山 醫學大學附設醫院	中山醫學大學附設醫院行 政大樓 10 樓會議室	12月05日 14時30分	12月05日 16時30分	B	2分
141207-1	103 年下半年度婦產科醫 療發展研習課程(台北場)	台灣婦產科醫學會	台北老爺酒店 3F 明宮廳 (台北市中山北路二段 37 之 1 號)	12月07日 09時00分	12月07日 12時00分	A	2分
141207-2	一〇三年度會員大會暨學 術研討會	台灣青少年醫學暨保 健學會	台北市中正區仁愛路一段 一號 台大醫學院 302 室	12月07日 09時00分	12月07日 16時00分	B	3分
141207-3	Does your obstetric unit have a protocol for treating postpartum hemorrhage ?	桃園縣婦產科聯誼會	南方莊園渡假飯店	12月07日 15時40分	12月07日 18時10分	B	2分
141213-1	兒少保護醫療驗傷實務	高雄醫學大學附設中 和紀念醫院南區兒少 保護醫療示範中心	高雄醫學大學濟世大樓 2 樓 CS201 教室	12月13日 09時00分	12月13日 10時30分	B	1分
141214-1	Pelvic Reconstruction Sur- gery: from the Chaos to Clarity	亞太婦女泌尿醫學會	台北馬偕醫院平安樓 15 樓	12月14日 08時00分	12月14日 16時00分	A	2分
141214-2	彰化縣醫師公會醫師繼續 教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室 (彰化市中山路二段 349 號)	12月14日 14時00分	12月14日 18時00分	B	2分
141217-1	Development of cremo- phor-free paclitaxel in the treatment of ovarian cancer in Taiwan	中山醫療社團法人中 山醫院	中山醫院 會議室	12月17日 13時00分	12月17日 14時00分	B	1分
141218-1	青少年 HPV 新知研討會	馬偕紀念醫院新竹分 院兒科部	新竹芙洛麗飯店 5 樓會議 室	12月18日 12時30分	12月18日 14時40分	B	2分
141220-1	2014 年會暨第九屆第一次 會員大會	台灣婦產科內視鏡暨 微創醫學會	台北國際會議中心 201ABC 室	12月20日 13時00分	12月21日 16時40分	B	8分
141221-1	103 年下半年度婦產科醫 療發展研習課程(台中場)	台灣婦產科醫學會	台中裕元花園酒店 4F 東 側包廂(台中市西屯區台 灣大道四段 610 號)	12月21日 09時00分	12月21日 12時00分	A	2分
141228-1	103 年下半年度婦產科醫 療發展研習課程(台南場)	台灣婦產科醫學會	台南大億麗緻 5F 常紅 廳(台南市中西區西門路 一段 660 號)	12月28日 09時00分	12月28日 12時00分	A	2分

更年期繼續教育研習課程（台中）、
孕婦產前健康照護衛教指導教育訓練
課程（台中）

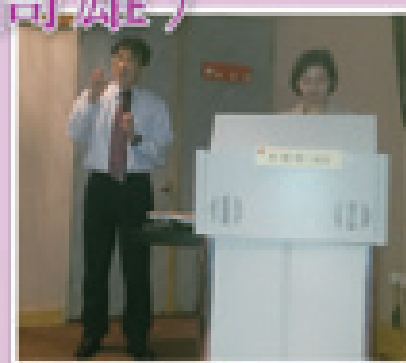


11/2



11/9

性侵害防治醫事人員精神鑑定、
驗傷、採證及交互詰問訓練課程
（高雄）、孕婦產前健康照護衛教
指導教育訓練課程（高雄）





Bio-Oil®百洛®在全球17個國家的撫紋、抗痕類護膚產品銷售第一名*，具有專業調理肌膚配方，可改善肌膚瑕疵、細紋，並淨白肌膚。富含多種天然油脂、維生素及突破性的獨特配方成分PurCellin Oil™沛希靈。欲索取更進一步的產品資訊及研究結果，請上官網www.bio-oil.com。建議售價：NT\$425(60ml)。

*根據2012~2013年ACNielsen及IMS等市場調查研究報告。