



社區子宮頸抹片經驗談

安泰醫院 王長和醫師

1928年，希臘裔 Dr.Papanicolaou 首次發表與陰道抹片有關之醫學著作，經過十多年研究後，再度於 1943 年發表了一篇“以陰道抹片診斷子宮癌”之論文，該作品意義重大，震撼全球，從此奠定了 Dr.Papanicolaou 在醫學上的重要地位，陰道抹片也因此以他命名。陰道抹片即目前俗稱的子宮頸抹片檢查，二次大戰以來被證實的確有其臨床上之效果。由於此項發明，使子宮頸癌被形容為癌症中唯一可治癒，且近乎完全可預防的疾病。

1974 年中我剛開始當婦產科醫師，當時由於風氣未開，加上只有少數人參加公勞保，大多數 30 歲以上的婦女若要做子宮頸抹片，需自負醫師採檢費、材料費、看片費，所費不貲，所以受檢意願不高，印象中整體受檢率不到 10%。健保實施後補助檢查費用，受檢率到了 90 年代才勉強升到了 3 成左右。當年健保是本著「簡單上路，邊做邊改」的原則開始施行，加上子宮頸抹片免費篩檢實施初期只給付 30 歲以上婦女每三年一次免費子抹，施行了兩年，受檢率並無多大起色，於是政府在 1997 年改成每年免費做一次，受檢率才顯著上升，

採檢率在 2000 年上升到 68% 左右。此後幾年，採檢率就一直徘徊在 68% 附近，無法突破，雖說七成是努力目標，但離先進國家的水準還是差了一截。

十年前我有機會轉換跑道到衛生所服務，才知道衛生所雖然多年努力推動子抹，但一向成果不彰，特別是在：(一)三年以上未抹婦女之受檢率，(二)陽性個案之完成追蹤率(註一)，這兩項服務成績無論到哪一個衛生所，成果幾乎都很差，使我深深體會到衛生所人員面臨社區篩檢的困境(註二)。去年初，屆齡公職退休後，獲得小港安泰醫院及高雄防癌醫療財團法人提供人力、物力的支援，並且在預估賠錢也是賠不多的想法下，接下了社區癌篩醫師的職務，再度轉換人生跑道。到了年底，接到國健署子抹評鑑結果，無論在品質良率、陽追率、或是三年以上、六年以上、終身首篩率，成績都獲得肯定，加上在社區癌篩中，我有幸服務到許多弱勢民眾，也捕捉到不少數陽性個案，這些都使我繼續努力的信心更加堅定。我謹就今年上半年所做的子抹數據，與諸位先進討論。

今年從年初到 6 月 30 日止，



共做可判讀抹片 4,267 件，陽性個案 35 件，陽性率 0.82%，就年齡層分佈以圖表輔助說明：

受檢個案 (有標示上次檢查時間 且 不含退件)

年齡層	上次檢查		數量	小計(A)	小計(B)	總計(C)	年齡層百分比 (A/B)	年齡層百分比 (B/C)			
30-	3年內有抹	1年內	-	-	-	4,267	-	-			
		1-2年間	-								
		2-3年間	-								
	3年以上未抹	3年以上	-								
		從未檢查	-								
30-44	3年內有抹	1年內	12	115	183				4,267	62.84%	4.29%
		1-2年間	65								
		2-3年間	38								
	3年以上未抹	3年以上	47								
		從未檢查	21								
45-69	3年內有抹	1年內	289	2,761	3,892	4,267	70.94%	91.21%			
		1-2年間	1,607								
		2-3年間	865								
	3年以上未抹	3年以上	944								
		從未檢查	187								
70+	3年內有抹	1年內	11	102	192				4,267	53.13%	4.50%
		1-2年間	71								
		2-3年間	20								
	3年以上未抹	3年以上	58								
		從未檢查	32								

陽性個案 (有標示上次檢查時間 且 不含退件)

年齡層	上次檢查		數量	小計(D)	小計(E)	總計(F)	年齡層陽性率 (D/A)	年齡層陽性率 (E/B)			
30-	3年內有抹	1年內	-	-	-	35	-	-			
		1-2年間	-								
		2-3年間	-								
	3年以上未抹	3年以上	-								
		從未檢查	-								
30-44	3年內有抹	1年內	-	3	4				35	2.61%	2.19%
		1-2年間	1								
		2-3年間	2								
	3年以上未抹	3年以上	-								
		從未檢查	1								
45-69	3年內有抹	1年內	4	18	29	35	0.65%	0.75%			
		1-2年間	9								
		2-3年間	5								
	3年以上未抹	3年以上	8								
		從未檢查	3								
70+	3年內有抹	1年內	-	1	2				35	0.98%	1.04%
		1-2年間	-								
		2-3年間	1								
	3年以上未抹	3年以上	-								
		從未檢查	1								



台灣一年 30 歲以上婦女的抹片量超過 220 萬，半年內做 4,267 件，雖尚不及九牛之一毛，但仍可就所得之數據加以分析，略述如下：

- (1).以年齡分布層來看，根據文獻資料顯示 45 歲以上屬高危險群，尤其是經由抹片確診為癌症的比率，遠高於 45 歲以下年齡層。我的樣本中，95%以上受檢者屬於 45 歲以上年齡層，這是因為取樣時配合乳房篩檢的年齡層（45-69 歲）而做的社區活動。
- (2).2011 年衛生福利部公佈的資料顯示 30 歲以上抹片的陽性率為 1.25%，與我所做的 0.82% 有顯著的落差。經與幾位婦科前輩討論的結果，認為醫療院所做抹片，多半是民眾覺得有問題才去看醫師，是以診斷為目的，但社區癌篩是為健康而檢查，有此結果並不意外。而就樣本中 45 歲以下族群分析，陽性率偏高 2.18%，因該族群並非社篩主打目標民眾，所以來做抹片者，多半是得自己問題才來做抹片，應可以如此解釋。
- (3).根據健保實施 17 年來的統計資料顯示，所有做過抹片者的統計，每年都有做抹片者不到 3 成，3 年內有做過者不到 5 成，超過 3 年以上者約 2 成左右，這還不包括有 3 成以上的婦女根本從未做過。而我所做的抹片有 30.2% 為 3 年以上未做過。若再以樣本中 45 歲以上超過

95%，其中一生第一次做抹片者高達 240 位，佔受檢人口約 5.62%，此數據就超出全台的平均值。而且三年以上未抹者之陽率高於 3 年內有做過者。若社區篩檢可有效提升 3 年以上的抹片率，則主政者可考慮加強推廣該項服務。

- (4).以死因的角度來看：無關男女癌症一直高居十大死因之首。就女性來探討，1981 年子宮頸癌佔女性癌症死因首位；1986 年已退居肺癌之後，佔第二位；1996 年佔第 5 位首次排名於女性乳癌之後。又經 10 年到 2006 年排名第 6 位，到 2011 年才居於第 7 位。排名終究只是排名，以死亡人數來看才具實際意義。台灣女性每十萬人的死亡數，1981 年為 757 位，1986 年為 848 位，1996 年為 979 位，2006 年為 792 位，2011 年為 681 位。排名第 1 時為 757 位，第 7 時為 681 位，減少人數似乎有限，況且近 30 年來每十萬人的死亡數，癌症是年年俱增，以致稀釋了由死亡數目換算的死亡率，造成子宮頸癌的死亡率排名下降。整體來說，防治看似有效，但實質上還有很大的進步空間。要減低死亡人數，有效的預防是第一步，而提高受檢率又是有效預防的關鍵，在此呼籲國健署能夠回應婦產科醫學會最近的訴求，提高採檢醫師的費用，並且更努力宣導鼓勵 30 歲以上婦女參與子抹篩檢，以彌補



每年受檢婦女不到 3 成的遺憾。

最後，還是要再次感謝安泰醫院與高雄防癌醫療財團法人的協助，也感謝各衛生所的細心安排與協助，才使我得以做出一點點成績。尤其要感謝澎湖衛生局，當我提出想服務澎湖離島的婦女時，他們排除萬難，擠出經費，補助如七美、望安與離島婦女的船票，誤餐費使她們也有機會做抹片，令人非常感謝。

註一：陽性個案，指抹片結果為
LSIL, HSIL 或 CA
LSIL: Low-grade
Squamous
Intraepithelial
Lesion
HSIL: High-grade
Squamous
Intraepithelial
Lesion
CA: Cancer

陽性追蹤，乃指採檢單位在發現陽性個案時，必須追蹤到該個案，並確認該個案到醫療院所進行後續之檢查及治療，才算完成陽性個案追蹤。達成之個案數據簡稱“陽追率”。

註二：社區子抹癌篩成本很高，如設備、人員、耗材，因此很多醫療院所皆不願承接，原因就是怕賠錢。若再加上女醫師的迷思，以為若沒有女醫師參與，民眾就不願受檢，那麼醫療院所參與的意願就更低了。我以男醫師的身份參與，並有些微薄成績，頗覺意外。