

## 淺談子宮頸抹片篩檢

### 前言

子宮頸癌為婦女常見癌症之一，根據衛福部 104 年國人十大癌症統計，子宮頸癌與部分未明示子宮癌位居第十名。隨著民眾對於健康意識的提升與近年衛生單位強化癌症篩檢，再加上子宮頸癌疫苗的接種，子宮頸癌的發生率相較早期已經大幅下降。目前依照國民健康署的建議，年滿三十歲的婦女至少每三年接受一次子宮頸抹片篩檢，特別是早婚、生育子女較多、性伴侶較多的婦女為高危險群。早期發現高度子宮頸癌前期病變，早期治療可以大幅減低日後演變成子宮頸癌。

### 成因

子宮頸癌的成因已知為性行為時人類乳突病毒(human papilloma virus, HPV)的感染。人類乳突病毒有許多的型別，目前已知約有四十種會感染生殖部位和肛門的黏膜與皮膚，根據致癌的機會可以分成低危險型與高危險型，低危險型(例如 6, 11 型)會造成尖型濕疣(俗稱菜花)，高危險型(例如 16, 18, 52, 58)則會造成子宮頸癌。目前的子宮頸癌疫苗就是針對常見的病毒型別設計，可以預防特定乳突病毒的感染，但因為乳突病毒型別很多，疫苗未必能預防其他型別的乳突病毒，故施打過疫苗的婦女仍須定期接受子宮頸抹片檢查。

### 子宮頸抹片取樣

子宮頸的構造主要可分為外頸與內頸部，外頸的上皮為鱗狀上皮，內頸則為柱狀上皮，在內外頸的交界處常可見到化生樣的鱗狀上皮，而此處即為最常見癌前病灶的位置。臨床醫師會使用子宮頸刷或棒刮取此部位的上皮塗抹在玻片上，送至病理科來判讀。受檢婦女應注意避免經期中受檢，受檢前兩天避免陰道沖洗或使用陰道塞劑潤滑劑等，受檢前一天避免性行為。

### 子宮頸抹片判讀

子宮頸抹片最早是 1928 年希臘籍病理醫師 George Papanicolaou 所發明，經改良後沿用至今。送至病理科的玻片會先經過柏氏染色、封片後由細胞醫檢師篩檢，篩驗陽性的片子則由病理醫師判讀結果，之後由婦科醫師進行之後的檢查與治療。判讀的結果大致區分如下：

- (1) 低度子宮頸鱗狀上皮病變 (如圖一)：大多數是由低危險乳突病毒造成，可經由人體的免疫能力將病毒清除而自行痊癒，在臨床上需追蹤子宮頸抹片看病變是否消失，若一年後病變持續或有高危險乳突病毒感染則建議陰道鏡檢查切片。
- (2) 高度子宮頸鱗狀上皮病變 (如圖二)：大多數為高危險乳突病毒造成細胞病變，經過數年後演變成子宮頸癌，在臨床上需做陰道鏡切片，切片確

診後進行子宮頸環狀切除，將可阻斷日後演變成子宮頸癌。

- (3) 腺體病變：為比較少見的病例，可區分為內頸腺體病變與子宮體內膜病變。內頸腺體病變也與高危險乳突病毒感染有關，也可能同時存在有高度鱗狀上皮病變，而子宮內膜病變則可能是子宮體內膜疾病有關，兩者都應該進行陰道鏡檢查與內頸和內膜刮除切片。

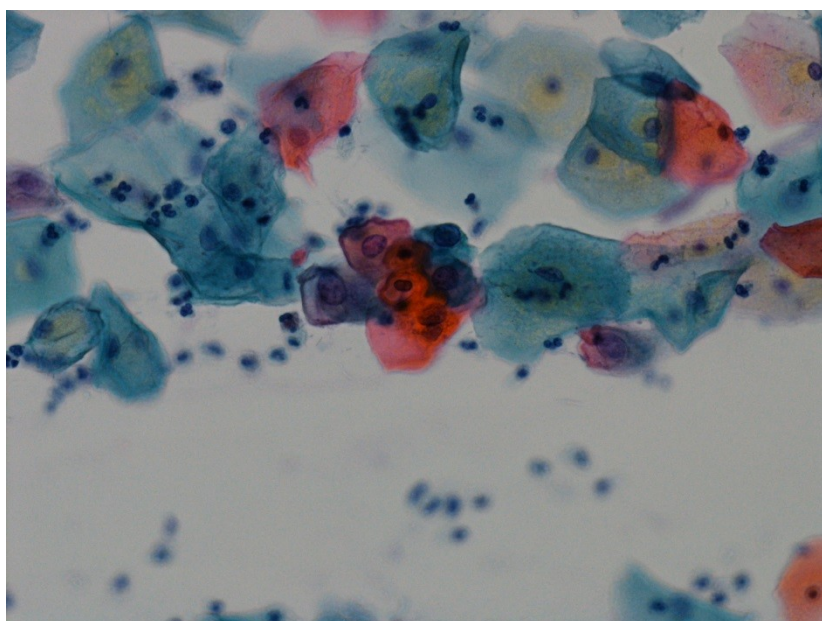
### 子宮頸抹片的限制

子宮頸抹片為臨床上簡易實用的篩檢工具，然而也會有判讀上的困難，受限於所刮下來細胞的質與量，可能會出現偽陽性或偽陰性的結果，故有時需要追蹤抹片或更仔細的陰道鏡切片才能確定診斷。常見難以判讀的原因如下：

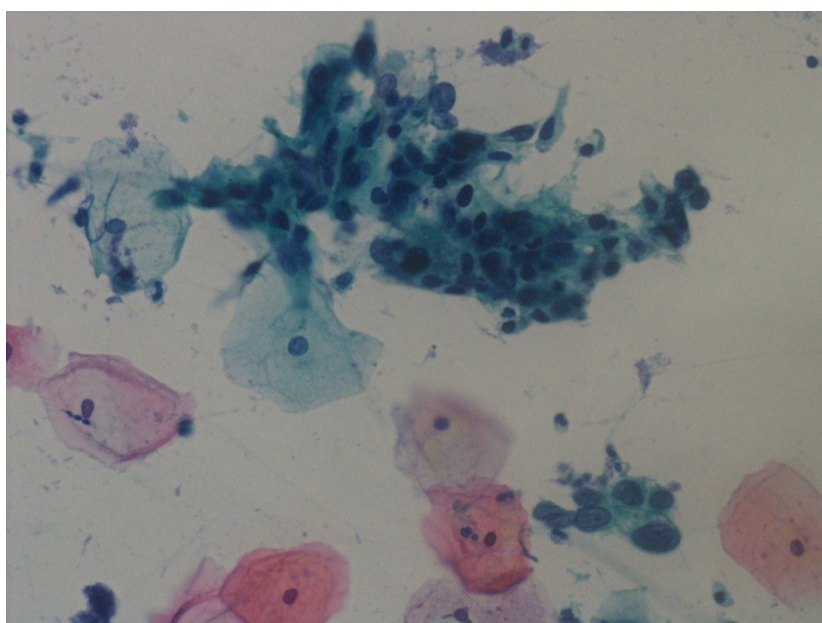
- (1) 鱗狀細胞量不足：依照判讀標準，至少要有八千顆以上的鱗狀上皮細胞，包含化生樣的鱗狀上皮細胞，抹片檢查才具有代表性。六十五歲以上停經婦女或產後婦女因為上皮層較薄容易造成取樣不足。
- (2) 炎症細胞過多：常見於陰道和子宮頸感染，過多的發炎細胞可能會擋住判讀的細胞，而造成判讀的困難，或者上皮細胞因為發炎產生反應性的變化，而造成偽陽性。

### 結語

子宮頸抹片為篩檢子宮頸癌最簡易實用的工具，有助於早期發現癌前病變，治療的成效良好，雖然檢驗上有判讀上的困難與限制，但透過持續追蹤仍可獲得保護力。



圖一. 低度子宮頸上皮病變



圖二. 高度子宮頸上皮病變