

子宮切除盛行率的初探

張 珏¹ 張菊惠¹ 顧淑芬² 胡幼慧³

本篇報告為子宮切除盛行率之初探，資料來源為社區婦女調查與醫院病歷資料。社區婦女調查分為都會區與鄉鎮區兩部份，都會區以大臺北為研究地區，訪視期間為1991年7-11月，共訪視674位40-60歲婦女。鄉鎮區則由全省隨機取樣三處：分屬花東地區、南部地區和桃竹苗地區，訪視期間為1992年1-4月，共訪視626位40-60歲婦女，花東地區149人，南部地區197人，桃竹苗地區280人。醫院資料以臺北某大型教學醫院1984-1993年病歷室登記子宮與卵巢切除資料做分析。

將四個地區的切除率做年齡標準化，以作都會區與鄉鎮區的比較。結果發現標準化後的子宮切除率以臺北地區最高為10.1%，花東地區其次為9.5%，南部地區最低為6.4%。卵巢切除率也是臺北地區最高為5.4%，其次為桃竹苗地區5.2%，最低的也是南部地區為2.6%。醫院方面，全子宮切除與全子宮及單側卵巢切除的人數由1984年至1993年，約增加了一倍，單側卵巢切除，約增加了一半。卵巢雙側切除則不變。

國外關於子宮切除的探討已有二、三十年，內容超越單純的盛行率報導，而進一步分析盛行率與地理區分布、醫療資源分佈、病人人口特色、醫師特性等因素之相關性，以了解影響子宮切除的相關因素，更進而制訂相關衛生政策與監測系統以控制切除率。而國內在這方面仍闕如，日後需要投注更多研究與探討。(中華衛誌 1995; 14(6): 487-493)

關鍵詞：子宮切除、盛行率、卵巢切除

前 言

在美國，50-54歲婦女之子宮切除盛行率約為33% [1]，在澳洲，18-69歲婦女之子宮切除盛行率約為17-25% [2]。英國Oxford地區，針對社區40-64歲婦女2160人做盛行率調查，其中有19%已切除子宮，各年齡層切除盛行率在14-22%間[3]，各國差異非常大。Coulter [3]也指出世界各國的年切除率由挪威的每萬名婦女11人，到美國的每萬名67人，差別亦

大。

到目前為止，對子宮切除術的指標(Indication)仍有些爭論，以子宮切除術治療的常見情況包括：子宮內膜癌、卵巢癌、子宮頸癌、嚴重子宮頸細胞發育不良且不想再生育者。其他可用子宮切除術治療的情況包括：子宮肌瘤、子宮內膜異位並有嚴重的痛經和經血過多、慢性盆腔炎感染、子宮脫垂併有骨盆鬆弛、以及當有痛經或子宮頸細胞發育不良時想絕育。威脅生命的情況如：嚴重出血、子宮破裂、敗血性流產的合併症等，也都是子宮切除術的參考指標[4]。

Bunker等學者更指出子宮切除在80年代的美國是相當普遍，有50-60%美國婦女在其終生(lifetime)會經驗子宮切除[5,6]，但也開始有不少爭辯出現：有人認為若以子宮切除來處理良性子宮瘤，則是不需要的手術，更何

¹國立台灣大學公共衛生研究所

²國立台灣大學附設醫院病歷室

³國立陽明大學衛生福利研究所

聯絡人：張 珏

聯絡地址：台北市仁愛路一段1號15樓

收稿日期：83年1月

接受日期：84年6月

況手術花費很高，有時又會造成生理、心理上的傷害。

美國疾病管制中心也報導：1970到1979十年間，有350萬婦女接受子宮切除手術，其中有七分之一是不必要的手術，且有60%是在停經前期15-44歲。女性主義學者更指出這是反映出權威者的醫界如何解釋與控制婦女健康的現象，例如：決定手術與否來自醫生而非婦女本身；醫界常以既然不再生育，則子宮已無用，更何況又會造成癌症的可能，為防範得癌症，切除則一勞永逸。但這種子宮無用症候群(useless uterus syndrome)的看法也被質疑，因為子宮不是只有生育子女的功能[7,8]。

婦女對於子宮的觀點，近幾年才被提出。子宮除了具有生理功能外，尚有其特別之心理社會功能，而不只侷限在育兒功能上。手術範圍有全部切除、部份切除，且常會合併單雙側卵巢輸卵管切除、合併子宮頸陰道切除等。過去研究較多在缺少卵巢會造成荷爾蒙的缺乏，產生生理變化，如：熱潮紅、性反應改變、增加骨質疏鬆症之罹患率、心臟病的機率。較少重視有關育兒能力的失去，造成婦女傳統母親角色的失落，產生自卑感；先生的態度，婦女的接受度，婦女對月經、懷孕、性發展的看法與經驗；本身對手術的害怕與焦慮，害怕失去女性魅力等[9,10,11]。

國外關於子宮切除盛行率與手術相關因素之探討已有多數，而國內過去的研究，臨床醫學多著重於採用何種子宮切除手術方式較佳，或是手術對疾病的療效評估、後遺症的探討、各種傷病是否要採行子宮切除、子宮切除術是否要保留卵巢[12]、子宮切除手術後對性荷爾蒙的影響[13]，也有坊間一些婦女保健書籍介紹子宮切除[14]，多半指出哪些診斷要切除，例如：子宮頸癌、子宮內膜癌、子宮肌瘤、子宮內膜異位…等，卻未探討影響其手術的原因、手術適應症、手術之執行是否為必要。公共衛生方面，也未見子宮切除手術盛行率或年切除率的探討，只有關於子宮疾病或癌症之流行病學研究[15]，和剖腹式全子宮切除術病人平均住院日的探討[16]。

護理方面，則偏向研究子宮切除後婦女的壓力與調適，如：婦科衛教計劃對減少子宮切除病人出院後身心反應[17]，根除性子宮切除婦女手術後初期對其身體形成觀念之行為[18]。因此本篇報告重點在子宮切除盛行率的初探。

材料與方法

國外在這方面的研究所採用的方法有四種：(1)社區調查：隨機取樣以了解手術盛行率。(2)醫院資料：如英國採用健康照顧體系的醫院，分析年切除率。(3)官方報導罹患率情形。(4)以醫院樣本做配對比較找出相關因素[19,20,21,22]。本篇報告嘗試採用前兩種資料來分析。

1. 社區婦女調查

研究者先前曾在都會區與鄉鎮區做過初步的婦女健康調查。都會區以大臺北為研究地區，樣本來自臺北市五所學校(小學、初中、高中、五專、大學)之學生家長(母親)名冊為母群，進行隨機抽樣，採問卷形式進行深入訪談，訪視期間為1991年7月-11月。共訪視674位40-60歲婦女。

鄉鎮區則由全省21所縣市衛生局中以隨機取樣方式得到三處：分屬花東地區、南部地區和桃竹苗地區，再由可參與調查訪視的公共衛生護士或家庭計畫工作人員，每一地區各約15-20名，在其轄區中抄錄40-60歲婦女名單，隨機指派抽取不同群體，且年齡、就業與否等人口特質方面能儘量均衡；再採問卷形式進行深入訪談，訪視期間為1992年1-4月。共訪視626位40-60歲婦女，分別為花東地區149人，南部地區197人，桃竹苗地區280人。

2. 醫院資料

以臺北某大型教學醫院1984-1993年病歷室登記子宮與卵巢切除的資料做分析。

結 果

1. 社區婦女調查



社區婦女調查研究對象的年齡層分佈如表一，可發現臺北都會區的婦女較年輕，三個鄉鎮地區的婦女年齡分佈較一致。

而進一步分析四個地區之年齡別子宮切除率與卵巢切除率，發現臺北地區55-60歲婦女子宮切除率最高為17.8%，其次為50-54歲組10.2%，卵巢切除率則以50-54歲組最高為7.1%，其次為55-60歲組的6.8%。花東地區的子宮切除率則以50-54歲組最高為19.6%，其次為40-44歲組的10%，卵巢切除率則以50-54歲組最高為6.5%，其次為40-44歲組的3.3%。南部地區的子宮切除率則以45-49歲組最高為10.2%，其次為55-60歲組的9.4%，卵巢切除率則以45-49歲組最高為8.2%，其次為50-54歲組的4.2%。桃竹苗地區的子宮切除率則以55-

60歲組婦女最高為9.6%，其次為45-49歲組和50-54歲組的7.8%，卵巢切除率則以50-54歲組婦女最高為6.3%，其次為55-60歲組的6.0%（見表二）。

由於四個地區的年齡結構不同，為做都會區與鄉鎮區的比較，因此將其切除率做年齡標準化，分別以其所屬之地區和臺北市之人口組成為標的人口，得到表三的結果。結果發現標準化後的子宮切除率以臺北地區最高為10.06%，花東地區其次為9.47%，桃竹苗地區8.07%，南部地區最低為6.41%。卵巢切除率也是臺北地區最高為5.43%，其次為桃竹苗地區5.19%，花東地區3.77%，最低的也是南部地區為2.57%（見表三）。若四地區都以台北市為標的人口作調整，結果亦相同。

表一 研究對象年齡層分佈

40-60歲婦女	40-44歲	45-49歲	50-54歲	55-60歲	總 計
臺北地區	39.2%	31.2%	18.8%	10.8%	674
花東地區	20.1%	24.2%	30.9%	24.8%	149
南部地區	18.3%	24.9%	24.4%	32.5%	197
桃竹苗地區	20.0%	27.5%	22.9%	29.6%	280人

表二 研究地區年齡別子宮切除率與卵巢切除率

		子宮切除率	卵巢切除率	人 數
臺北地區	40-44歲	6.4%	4.2%	264
	45-49歲	9.5%	4.8%	210
	50-54歲	10.2%	7.1%	127
	55-60歲	17.8%	6.8%	73=674人
花東地區	40-44歲	10.0%	3.3%	30
	45-49歲	2.7%	2.8%	36
	50-54歲	19.6%	6.5%	46
	55-60歲	5.4%	2.7%	37=149人
南部地區	40-44歲	2.8%	0.0%	36
	45-49歲	10.2%	8.2%	49
	50-54歲	4.2%	4.2%	48
	55-60歲	9.4%	0.0%	64=197人
桃竹苗地區	40-44歲	7.1%	5.4%	56
	45-49歲	7.8%	2.6%	77
	50-54歲	7.8%	6.3%	64
	55-60歲	9.6%	6.0%	83=280人

表三 研究地區原始切除率與年齡標準化切除率

	子宮切除率		卵巢切除率		人 數
	標準化1	標準化2	標準化1	標準化2	
臺北地區	10.06%	10.06%	5.43%	5.43%	674
花東地區	9.47%	9.42%	3.77%	3.73%	149
南部地區	6.41%	6.06%	2.57%	2.77%	197
桃竹苗地區	8.07%	8.88%	5.19%	5.05%	280

標準化1：以各地區之人口為標的人口(81年台閩統計地區人口統計要覽)

標準化2：以臺北市人口為標的人口(80年台閩統計地區人口統計要覽)

進一步探討子宮切除的原因，可發現以子宮肌瘤者最多，有70%，餘為子宮頸癌、子宮內膜癌、子宮內膜異位、子宮炎、子宮外孕、子宮下垂…等，甚至也有人是因為經血量多和經痛而做子宮切除。而卵巢切除的原因以卵巢囊腫為主有55%，卵巢瘤其次有30%，餘則有水瘤、卵巢出血、卵巢破裂(見表四、表五)。而手術年齡，子宮切除與卵巢切除者都以40-44歲婦女最多，而在44歲以前做子宮切除術者共有62.6%，此與美國疾病管制中心報導60%子宮切除是在停經前期15-44歲的結果相符合(表六)。

2. 醫院資料

表四 子宮切除的疾病診斷

子宮切除	人數	百分比
子宮肌瘤	56	70.0
子宮頸癌	5	6.2
子宮內膜癌	3	3.7
子宮內膜異位	3	3.7
子宮炎	2	2.5
子宮外孕	2	2.5
子宮下垂	2	2.5
經血量多	2	2.5
子宮出血	1	1.3
經痛	1	1.3
生產血崩	1	1.3
子宮水泡	1	1.3
子宮壓迫膀胱	1	1.3

表五 卵巢切除的疾病診斷

卵巢切除	人數	百分比
卵巢囊腫	11	55.0
卵巢瘤	6	30.0
水瘤	1	5.0
卵巢出血	1	5.0
卵巢破裂	1	5.0

表六 子宮、卵巢切除的年齡分佈表

	子宮切除	卵巢切除
20-29歲	1.8%	13.8%
30-34歲	5.4%	19.0%
35-39歲	17.9%	15.5%
40-44歲	37.5%	24.1%
45-49歲	25.9%	17.2%
50-54歲	8.9%	8.6%
55-60歲	2.7%	1.7%

醫院方面，以臺北某大型教學醫院1984-1993年婦產科病房的記錄來看，子宮切除人數也是年年上升，全子宮切除的人數由467人(1984)增加至929人(1993)，增加了一倍；雙側卵巢切除的人數則較穩定，1984年是300人，1993年是325人；單側卵巢切除1984年是540人，1993年是772人，增加了一半；全子宮及單側卵巢切除1984年是112人，1993年是259人，也是增加了一倍(見表七)。

表七 臺北某大醫院近十年子宮與卵巢切除人數一覽表

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
全子宮切除	467	473	574	644	726	646	721	849	930	949
部份子宮切除	51	40	45	49	24	23	33	35	36	52
雙側卵巢切除	300	300	344	363	345	310	268	311	348	325
單側卵巢切除	540	529	588	679	695	623	707	696	763	772
全子宮及單側 卵巢切除	112	113	129	168	231	182	254	228	233	259
全子宮及雙側 卵巢切除	283	283	320	341	325	286	259	294	332	298

討 論

本報告僅初步以橫斷面資料作為臺灣地區40-60歲婦女子宮切除盛行率的初探，以及某大型教學醫院1984-1993年婦科子宮切除發生個數變化趨勢，由於缺少母群體，無法計算年切除率。

由於都會地區與鄉鎮地區之抽樣方式不同，導致兩地區婦女的年齡差異。都會地區因為是學生家長，所以比鄉鎮區之受訪婦女年輕。此年齡差異經所屬地區之年齡結構調整後，呈現的切除率較符合該地區真實的切除率，亦解決了樣本的年齡差異問題。再進一步以台北市為標的人口調整四個地區的比率，可真正比較四地區之切除率孰高孰低。

此外，因為45歲以下切除子宮的婦女可以申請殘障給付(勞工保險條例殘障給付第58項)，所以若從勞工保險資料來看，請領生殖機能障礙之年齡標準化發生率也有明顯上升的趨勢，自81年的千分之2.22至83年的千分之2.89。若單看40-44歲組的婦女，其發生率上升更多，由81年的千分之8.24上升至83年的千分之14.34，短短三年內成長了75% [23]。此結果與醫院資料相符合，都有一上升的趨勢。衛生當局應開始重視此議題，更有待更大規模的社區調查或更多醫院切除率的整合。在全民健保資料電腦化之際，監測各醫療院所之切除率，進一步訂定明確之子宮切除指標，或是仿效國外的子宮切除第二位醫師意見方案，或將子宮切除率納入醫院評鑑之內容，以期能在問題尚未太嚴重時及早

預防。

與國外比較，則我國盛行率較偏低，子宮切除盛行率只在10%以下，是否與醫療資源與資訊的分佈問題有關(包括醫院、醫師人力、設施等)，亦或我國人對子宮切除態度較為審慎，都有待更進一步探討。例如：Coulter等學者(1988)即提出英國的子宮切除率比北美洲和澳洲低，是否因為北美洲和澳洲等國家的婦科醫師較多，以至於婦女較容易獲得子宮切除的醫療服務，亦或是醫師過多而造成不必要手術？Coulter等也指出的確有部份的手術與醫師的專業訓練、保險給付的類別、以及病人的知識與態度等因素有關 [3,6,20]。我國究竟是何種現象？以本研究醫院切除個案為例，為何近十年來子宮切除會增加一倍，卵巢部份切除增加半倍，而卵巢全部切除與子宮部份切除維持不變，這現象宜更深一層探究，是因為子宮頸抹片篩檢造成早期發現，因而切除子宮？但是否一定要全部切除？醫界對卵巢的保留持審慎態度，但對子宮則不一定，因此是否有醫療濫用情形？有待更進一步探討。切除主訴有70%是因為子宮肌瘤而非癌症，是否暗示子宮肌瘤的診斷或取決手術的標準出了問題？此需要更進一步的研究探討。

此外，在決定手術之醫病溝通過程中，醫師是否提供足夠且明確之資訊給婦女，使其明瞭手術對其之意義與好、壞處，與醫師作平等式的討論，使婦女能自我評估、調整與適應手術之相關問題，避免婦女被醫療化的現象 [8]。日前臺灣已有醫師濫用開刀的事

件發生，例如高雄曉民醫院日前才發生的一夜之間切除十一位食物中毒的學生之盲腸，這種醫療濫用情形須有政策訂定與設置監測系統，且須有前瞻性的研究防止。例如美國在70年代發現大量子宮切除的危機[5]，因此開始進行各種研究、調查，並開始訂定切除標準、病理檢驗、督導手術決定[3,21,24]，也期盼我國衛生界亦能增加這方面的注意，訂定制度與方案，從而學習目前國外對子宮切除手術的審慎態度與制度。

綜合Klee (1988) [25]的回顧，不必要的子宮切除手術，與術後對身、心理、社會適應的影響，提出我們需要有更多這方面的研究。例如：(1)婦女失去身體器官，對其性別角色認同與社會角色的影響。(2)婦女面對要接受手術的決定過程為何。(3)不同社經地位、文化、族群、宗教、更年期階段、如何選擇手術、術後滿意度為何。(4)很少研究評估為了害怕癌症而同意手術。(5)文化對育兒、月經的看法影響。(6)術後憂鬱的探討。(7)婦女對子宮的看法。(8)婦女整個求醫過程，由診斷、治療到手術副作用、滿意度探討。(9)婦女如何使用支持網絡，資訊少者接受醫師建議較多。(10)探討醫生態度和對病人的解釋。

上述現象的分析，有助對婦女健康照護的計劃與政策擬定。但如何增進醫病溝通、預防不必要手術、避免罹患子宮切除相關疾病、促進婦女術後復原等，則須有更多的研究與行政規畫。

致 謝

對於參與訪視的工作人員，接受訪問的婦女，衛生署研究計畫DOH81-TD-007、DOH82-TD-002 部份資料之取得，國科會計畫NSC83-0301-H-002-131經費補助，在此一並致謝。

參考資料

1. Pokras R & Hufnagel VG. Hysterectomy in the United States: 1964-84. *Am J Public Health*, 1988; **78**: 852-853.
2. Santow G and Bracher M. Correlates of hysterectomy in Australia. *Soc-Sci-Med*. 1992; **34**(8): 929-942.

3. Coulter A, Mcpherson K. and Vessry M. Do British women under go too many or too few hysterectomy? *Soc. Sci. Med*. 1988; **27**: 987-994.
4. 方薇芸譯：月經相關疾病的處理，摘自盧美秀內外科護理學下冊，1992。
5. Bunker JP, McPherson K & Henneman PL. Elective Hysterectomy. In *Costs, Risks, and Benefits of Surgery*. 262-76. ed. J.P. Bunker, P.B. Barnes, and F. Mosteller. New York: Oxford University Press, 1977.
6. Richards BG. Hysterectomy: from women to women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1978; **131**(4): 445-52.
7. Morgan S. *Coping with a Hysterectomy*. New York: Dial, 1982.
8. Boston Women's Collective. *Ourselves going old*. New York: Touchstone. 1987.
9. Amirikia H and Evans TN. Ten-year review of hysterectomies trends, indications, and risks. *Am. J. Obstet*. 1979; **134**: 431-437.
10. Dennerstein L, Wood C and Burrows G. *Hysterectomy. How to Deal with the Physical and Emotional Aspects*. Oxford University Press, Melbourne, 1982.
11. 周松男：停經婦女的醫療保健。正中書局，1992。
12. 陳福榮、簡再彥：子宮切除後卵巢機能的評估。中華民國婦產科醫學會會刊雜誌，1985；**24**(3)：161-165。
13. 陳持平、賴明志、楊吉銓、藍中基：停經前婦女兩側卵巢切除術、單側卵巢切除術、全子宮切除術及Primodian Depot對血中卵泡刺激素、黃體生成激素及雌素二醇之影響。中華民國婦產科醫學會會刊雜誌，1984；**23**(3)：168-176。
14. 陳庵君：現代婦女保健。婦幼家庭出版社，1989。
15. 鄭玉娟、戴桂英、林東明：女性生殖系統癌症死亡趨勢之研究。中華誌，1984；**34**：601-607。
16. 韓 揆：調查臺北市立醫院手術病人及產婦住院日之所見。台北市政府委託，1989。
17. 陳玟秀：接受根治性子宮切除婦女手術後初期對其身體形成觀念之行為。臺灣大學護理學研究所碩士論文，1988。
18. 陳鳳櫻：探討婦科衛教計劃對減少子宮切除病人出院後身心反應。臺灣大學護理學研究所碩士論文，1986。
19. Mcpherson K, Coulter A and Stratton I. Increasing use of private practice by patients in Oxford requiring common elective surgical operations. *Br. med. J*. 1985; **291**: 797-799.
20. Lee NC, Dicker RC, Rubin GL and Ory HW. Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 1984; **150**: 283-287.

21. Walker AM & Jick H. Temporal and regional variation in hysterectomy rates in United States 1970-1975. *Am. J. Epidem.* 1979; **110**: 41-46.
22. Wijma K, Kauer FM and Janssens J. Indications for prevalence and implications of hysterectomy: a discussion. *J. Psychosom. Obstet. Gynec.* 1984; **3**: 69-77.
23. 李玉春：改進勞工保險殘廢給付標準表之研究。衛生署研究報告，1995。
24. Finkel ML & Finkel DJ. The effect of a second opinion program on hystectomy performance. *Medical Care*, 1990, **28**(9): 776-783.
25. Klee L. The social significance of elective hysterectomy. From: Patricia Whelehan & Contributors: *Women & Health: Cross-Cultural Perspectives*. MA: Bergin & Garvey, 1988, 55-68.

A PRELIMINARY STUDY ON HYSTERECTOMY RATE IN TAIWAN

CHUEH CHANG¹, CHU-HUI CHANG¹, SHU-FEN KU²,
YOW-HWEY HU³

In order to understand the hysterectomy and oophorectomy rates as well as the surgical trends of Chinese women in Taiwan, a community survey and hospital medical records examination has been studied. The community survey covered 1300 women aged 40 to 60 years. There were 674 women from the Taipei metropolitan area, 197 from southern Taiwan rural areas, 149 from Hualien county in the east, and 280 from Hsinchu county in central Taiwan. The hospital medical records came from the Obstetrics and Gynecology Department of one Teaching hospital in Taipei area.

After age adjusted the community subjects, the hysterectomy rates were 10.1% in Taipei, 9.5% in Hualien, 8.1% in Hsinchu county, and 6.4% in the southern Taiwan ru-

ral area. The oophorectomy rates were from 5.4% to 2.6%. After examining the medical records from 1984 to 1993, the number of removals of the whole uterus in 1993 was double the number of removals in 1984 (from 600 to 1200). The number of partial removals of the ovary increased from 300 in 1984 to 450 in 1993. However, the number of removals of both ovaries and partial removals of the uterus remained constant. It is suggested that large-scale studies of the prevalence of hysterectomies are needed. Further studies on related factors of hysterectomy, especially from the policy viewpoint of preventing malpractice and de-medicalizing physician-patient interactions, are also recommended. (*Chin J Public Health (Taipei)*: 1995; **14**(6): 487-493)

Key words: *Hysterectomy, Prevalence, Oophorectomy*

¹ Institute of Public Health, National Taiwan University.

² National Taiwan University Hospital.

³ Department of Health Welfare Policy, National Yang-Ming University.