

**科技部補助**  
**大專學生研究計畫研究成果報告**

|            |  |
|------------|--|
| 計 畫<br>名 稱 | ： 針對子宮黏膜下肌瘤子宮鏡的直接使用和先使用非侵入性再使用子宮鏡檢查兩者之比較 |
|------------|--|

執行計畫學生：簡嘉儀

學生計畫編號：MOST 107-2813-C-040-013-H

研究期間：107年07月01日至108年02月28日止，計8個月

指導教授：陳進典

處理方式：本計畫可公開查詢

執行單位：中山醫學大學醫學研究所

中華民國 108年05月31日

## 針對子宮肌瘤

### 子宮鏡的直接使用和先使用非侵入性再使用子宮鏡檢查兩者之比較

#### 第壹章、摘要

**前言:**許多的病症都透過子宮鏡來做檢查，包括子宮異常出血、月經血量不正常、經期不穩、異常超音波影像以及子宮肌瘤等，此檢查可以幫助醫療提供者判斷子宮疾病的新技術，目前甚至有醫學中心將子宮鏡技術發展至以免麻醉為前提之下在門診中進行診斷，因此吸引民眾慕名或者是藉由轉介而來，且醫界人士還表示此類病人接受子宮鏡檢查的排程速度，比起「超音波檢查」來得快，所以衍生出直接做子宮鏡的檢查方式，導致醫療SOP沒做好，一不注意還間接造成病人發生不良影響，如：疑似流產等狀況，因此本研究想就此探討直接做子宮鏡檢查和先做非侵入式檢查再做侵入式檢查，是否會因背景資料而選擇不同的檢查方式，並分析此兩項檢查方式之間的差異。在近幾年的社會新聞中，曾爆出某家醫療院所的子宮鏡檢查有過度使用的情況，將近有七成為非必要之檢查，因此更加深本研究深入探討此現象之信念。

**研究動機和目的:**由於子宮肌瘤為婦女最常見的腫瘤，且近3年來健保給付全體醫學中心子宮鏡檢查點數總共為1.2億點(1點約1元)，現今的子宮鏡檢查一次給予2034點，而非侵入式檢查(如:超音波檢查)一次是450點，從這方面可以看出健保針對子宮鏡檢查相對其他醫療服務給付較多的點數，因此醫療提供者極有可能出現誘導需求的行為，促使民眾增加非必要之醫療診治，再加上新聞媒體曾除了曾報導醫療院所的子宮鏡檢查氾濫，報章雜誌也刊登目前針對子宮鏡檢查的醫學技術，已進步到可不使用麻醉的前提之下即可在門診做檢查，所以本研究將探討人口背景資料與選擇檢查方式之間的差異，亦分析背景資料、檢查方式與醫療總花費之間的關係，以利於女性針對子宮肌瘤此項病症可能所要花費的總費用以及每個年齡層的發生率，也使健保局重新檢視其支付點數之規定。

**研究方法:**本研究採病歷回溯法，利用全民健康保險資料庫(NHIRD)2000年至2016年之樣本，並根據ICD-9-CM之2189以及ICD-10-CM之D25作為篩選患有子宮肌瘤的患者，再藉由SPSS統計軟體分析樣本背景資料的不同是否會影響其檢查順序、檢查順序的不同是否會影響其總醫療費用。

#### 結果與討論:

- (1)從研究結果中可以得知年齡層在「21歲至50歲」之間的女子宮肌瘤患病率最高。
- (2)檢查項目順序中大多數人皆是選擇「只做超音波檢查」。
- (3)樣本背景資料與檢查項目順序:「居住地」和「檢查項目順序」存在顯著相關性。
- (4)「樣本背景資料」與「醫療總費用」皆未達統計顯著。
- (5)所有的檢查項目順序，「先做超音波再做子宮鏡檢查」皆有大於「只做子宮鏡檢查」的趨勢。
- (6)本研究有發現居住於「東部、離島」者雖然樣本數為最少，但與其他地區分布相比其醫療總花費相對較高。

## 第貳章、研究動機和目的

台灣的健康保險制度無論是醫療服務、品質或者是健保資訊E化等方面都表現非常出色，且透過所得重分配的方式，讓全民都能享受平價卻高CP值的醫療照顧，但卻間接產生很多醫療上的浪費。根據經濟合作暨發展組織(OECD)統計，2016年醫療保健支出平均增場3.4%，因此歐美已開發國家紛紛致力於降低不必要的醫療支出以維持醫療品質，然而判斷一項醫療行為是否有其必要性，不僅要計算它耗費多少資源，還須評估它對病患的健康有無正面效益，因為所有醫療行為都有其伴隨的風險；而美國國家醫學院(National Academy of Medicine)就將潛在傷害可能超過本身利益的醫療服務，定義為「過度醫療」或「低價值醫療」。

且近期健保給付全體醫學中心子宮鏡檢查點數總共為1.2億點(1點約1元)，現今的子宮鏡檢查一次給予2034點；非侵入式檢查(例如：超音波檢查)一次450點；子宮鏡切除子宮腔隔膜或子宮肌瘤一次給予13551點，從這裡便可以看出子宮鏡檢查的支付點數比起超音波檢查來得多，因此醫療提供者極有可能出現誘導需求的行為，促使民眾增加不必要性的醫療診治，對此現象讓研究者產生欲去從中探討在醫療服務中是否真有此事。

而前陣子新聞媒體曾爆出子宮鏡檢查氾濫，舉某家醫療院所為例：子宮鏡檢查有七成為非必要性之檢查，再加上報章雜誌曾提到有醫學中心的子宮鏡檢查技術已進步至可在不使用麻醉之前提下在門診做檢查，促使許多病患慕名前往；有醫療人士還表示病人接受子宮鏡檢查的排程速度竟然比起超音波來得快，所以才出現了直接做子宮鏡檢查的方式卻疏忽了最基本的標準程序，對病患造成不良的影響。

最後由於許多婦產科病症皆能透過子宮鏡來做檢查，所以選擇針對單一疾病：子宮肌瘤來做為本研究的疾病；選擇此疾病作為篩選樣本的條件是因為子宮肌瘤為婦產科領域中最常見的腫瘤，在生育年齡的婦女中，其發生率約為20%，且隨著年紀越來越大，其發生比例也越高，在更年期前後發生率可高達約40%~50%。

### ● 研究目的

本研究主要是去探討患有子宮肌瘤者其選擇檢查的方式之間的比較，因此透過以下幾點分析來比較：

1. 利用不同的人口學變項來了解其檢查項目順序是否有顯著差異。
2. 利用不同的人口學變項來了解其醫療總費用是否有顯著差異。

## 第參章、文獻探討與回顧

### 一、子宮肌瘤流行病學

根據臺灣衛生福利部統計處的腫瘤患者門、住診合計(含急診)，子宮平滑肌瘤大約佔了16%；而在國外，美國的國立衛生研究院在2009年針對8個國家(巴西、加拿大、法國、德國、意大利、韓國、英國、美國)的21,479名女性進行網路調查，發現子宮肌瘤患病率從4.5%(英國)至9.8%(義大利)，尤其40~49歲年齡組中達到9.4%(英國)至17.8%(義大利)。而在2009年陳天定有提到子宮肌瘤的發生率較難統計，很多病患因無症狀或因肌瘤較小臨床不易發現。子宮肌瘤多見於30~50歲婦女，30歲以下少見，20歲以下極少見，40~50歲之間的發生率最高。子宮肌瘤是婦產科的常見疾病，也是疑難病之一(陳天定，2009)。

臺灣婦產科醫學會還為子宮肌瘤編製了子宮肌瘤臨床指引來探討子宮肌瘤的危險因子，其中包括了年紀、種族、初經的早晚、家族史、低生產數、肥胖且提出子宮肌瘤是最常見的骨盆腔良性腫瘤，平均發生率為20%至50%，且隨著生育年齡增加而有上升的趨勢，然而根據統計，30歲以上婦女發生率為 20%，40至50歲女性發病率最高，可達50%至77%之多。

此外在楊政憲、陳思源、楊友仕探討黏膜下肌瘤手術前評估包括：

- (1)仔細問診。
  - (2)內診：主要看病人的陰道出血情形。
  - (3)驗血：目的是檢查血色素濃度。
  - (4)超音波：用來測量肌瘤大小及位置。
  - (5)診斷性子宮鏡：直接的子宮腔內觀察可以判定黏膜下肌瘤突出。
- (楊政憲, 陳思源, & 楊友仕, 2013)

## 二、 子宮鏡檢查

在國內文獻中，楊政憲、陳思源及楊友仕在2013年時有說到子宮鏡是處理子宮腔病灶的最佳工具，可區分為診斷性及手術性子宮鏡。前者以軟式子宮鏡為主，口徑小於4mm，可以在門診沒有麻醉的情形下檢查子宮腔，而直接的子宮腔內檢查能夠篩選病人，針對子宮腔病灶安排後續子宮鏡手術(楊政憲 et al., 2013)。

而在國外亦有相關文獻，如:Breijer MC et al在2015年推出Does probability guided hysteroscopy reduce costs in women investigated for postmenopausal bleeding?，研究指出針對絕經後出血的女進行子宮內膜活檢或直接宮腔鏡檢查的決定不會提高診斷後處理的效率(Breijer et al., 2015)，還有Moawad NS, Santamaria E, Johnson M和Shuster J在2014年推出Cost-effectiveness of office hysteroscopy for abnormal uterine bleeding，其研究表明接受診斷性宮腔鏡檢查異常出血的130名婦女10中，有75名不需要做宮腔鏡檢查(Moawad, Santamaria, Johnson, & Shuster, 2014)，這代表手術費用中每個病人估計可節省\$1498，以上研究皆指出子宮鏡檢查之非必要性，一個訴說不會提高效率，一個表明在樣本中有將近六成是不需要做子宮鏡檢查的個案。

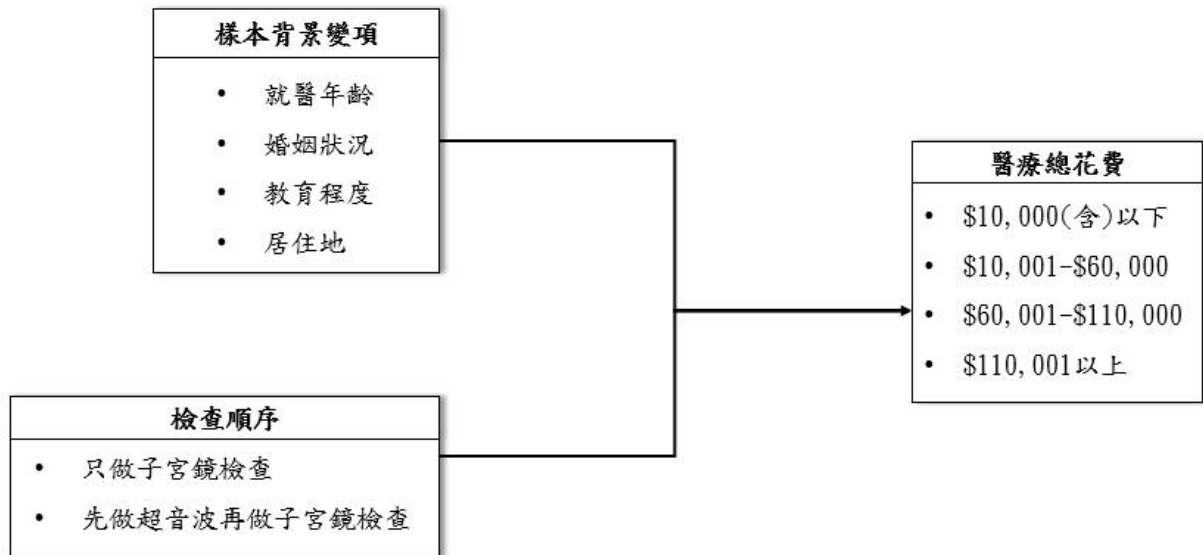
## 三、 過度醫療

過度使用醫療資源已經成為全球醫療機構備受重視的議題，在2018年吳潔人、吳怡玟、郭年真三人的研究中有提到低價值醫療(Low-value care)可能導致醫療費用上升、病人身心之傷害、壓縮高價值的醫療服務資源供給，更甚者可能造成醫源性傷害(Iatrogenic harm)，因此若減少低價值醫療的利用，能減少不必要的治療與後續相關醫療費用支出(吳潔人, 吳怡玟, & 郭年真, 2018)。而在2017年黃明哲、施世亮及李光申在研究中訴說現今民眾自主意識抬頭，加上網際網路日趨發達，民眾可以很輕易的從各個管道獲得大量(但不一定正確)醫療資訊。(黃銘哲, 施世亮, & 李光申, 2017)根據美國約翰霍普金斯大學的研究調查顯示，2003年有超過2500萬的美國人上網找尋健康醫療資訊，但是其中有超過70%都是錯誤或誤導的訊息。

針對醫療資源濫用的情形，可以從以上文獻中發現到醫療資訊不對等為其關鍵因素，因此本研究亦將教育程度放入其背景資料的變項中，來觀察最高學歷的不同是否會影響檢查方式的選擇。再者，國內外皆有針對子宮鏡以及子宮肌瘤的相關研究資料，除了說明子宮肌瘤在婦女界的發生率，也有表明子宮鏡有時為非必要之檢查，因此更加強本研究深入探討的理由。

## 第肆章、研究方法及步驟

### 一、 研究架構



### 二、 研究對象

本研究以回溯性研究採病歷回溯法，研究樣本取自全民健康保險研究資料庫(National Health Insurance Research Database, 簡稱NHIRD)，由於臺灣目前全民納保率高達99%，因此健保資料成為醫藥衛生相關領域研究中具有代表性的實證資料，其研究成果可作為衛生政策之參考，為臺灣重要的研究資源。樣本主要取樣自西元2000年至2016年期間的人口資料檔，以臺灣女性為主要對象，並利用ICD-9 CM的2189、ICD-10 CM的D25作為判定子宮肌瘤之指標，篩選過後共計63,421個樣本。

### 三、 研究工具及資料分析

本研究採用SPSS來做為資料分析之工具，針對醫療費用的部分，乃透過NHIRD內之個案資料，將每個個案患上子宮肌瘤的最初診斷日期作為計算總費用之起始點，全部加總之後作為醫療總費用，再把樣本依照檢查順序的不同分成四個部分：

1. 只做超音波檢查
2. 只做子宮鏡檢查
3. 先做超音波再做子宮鏡檢查
4. 先做子宮鏡再做超音波檢查

但由於先做子宮鏡再做超音波檢查之樣本數過少，因此本研究選擇針對兩項檢查方式：只做子宮鏡檢查、先做超音波再做子宮鏡檢查，作為資料分析之變項，最後利用卡方檢定去分析其個案背景資料(如：就醫年齡、婚姻狀況、教育程度及居住地)與檢查順

序之間之差異，並透過ANOVA去分析背景資料、檢查順序和醫療用用之間的差異。

## 第五章、結果與討論

### 一、描述性統計

#### (一)樣本基本背景資料

本研究的樣本來自全民健康保險資料庫2000至2016年的人口資料檔，而經篩選後(患有子宮肌瘤者)共計有63,421個樣本數，根據描述性統計結果如表一：

在樣本就醫年齡的部分，以「21歲~50歲」為最多，占84.4%，其次為「51歲~80歲」佔15.1%；婚姻狀況的部分，以「已婚」為最大宗占69.4%，其次為「未婚」占16.0%，而「離婚」及「配偶死亡」分別占了10.8%和3.8%；在教育程度的部分，以「國中、高中/職」為主占51.6%，最高學歷為「大學/五專」占32.5%，「小學(含)以下」占12.6%。

在居住地分布的部分，本研究將分為北中南東及離島，北部包括台北市、新北市、基隆市、新竹市、桃園市、新竹縣及宜蘭縣；中部包括台中市、苗栗縣、彰化縣、南投縣及雲林縣；南部包括高雄市、台南市、嘉義市、嘉義縣、屏東縣及澎湖縣；東部及離島包括花蓮縣、台東縣、連江縣及金門縣，主要是以「北部」為最多數，占45.6%，其次為「中部」、「南部」及「東部及離島」，分別占26.3%、24.6%、3.5%。

表一、樣本背景資料(N=63,421)

|             | 樣本數    | 百分比(%) |
|-------------|--------|--------|
| <b>就醫年齡</b> |        |        |
| 20歲(含)以下    | 265    | 0.4    |
| 21歲~50歲     | 53,532 | 84.4   |
| 51歲~80歲     | 9,571  | 15.1   |
| 81歲以上       | 53     | 0.1    |
| <b>婚姻狀況</b> |        |        |
| 未婚          | 10,159 | 16.0   |
| 已婚          | 44,003 | 69.4   |
| 離婚          | 6,829  | 10.8   |
| 配偶死亡、其他     | 2,430  | 3.8    |
| <b>教育程度</b> |        |        |
| 小學(含)以下     | 7,997  | 12.6   |
| 國、高中/職      | 32,752 | 51.6   |
| 大學/五專       | 20,621 | 32.5   |
| 碩、博士        | 2,051  | 3.2    |
| <b>居住地</b>  |        |        |
| 北部          | 28,897 | 45.6   |
| 中部          | 16,674 | 26.3   |
| 南部          | 15,622 | 24.6   |
| 東部、離島       | 2,228  | 3.5    |

## (二)檢查項目順序

表二為樣本選擇檢查方式的順序，本研究分為四類：「只做子宮鏡檢查」、「只做超音波檢查」、「先做超音波再做子宮鏡檢查」以及「先做子宮鏡再做超音波檢查」，大多數的樣本數選擇「只做超音波檢查」占98.0%，其次為「先做超音波再做子宮鏡檢查」、「只做子宮鏡檢查」、「先做子宮鏡再做超音波檢查」，占1.5%、0.4%、0.0%。

表二、樣本檢查項目順序(N=63,421)

| 檢查項目順序       | 樣本數    | 百分比(%) |
|--------------|--------|--------|
| 只做子宮鏡檢查      | 266    | 0.4    |
| 只做超音波檢查      | 62,166 | 98.0   |
| 先做超音波再做子宮鏡檢查 | 981    | 1.5    |
| 先做子宮鏡再做超音波檢查 | 8      | 0.0    |
| 總計           | 63,421 | 100    |

## (三)醫療總費用

本研究是針對患有子宮肌瘤的最初診斷日期為計算總費用的起始點，全部加總之後做為醫療總費用，而將總費用分為四個部分：「\$10,000(含)以下」、「\$10,001-\$60,000」、「\$60,001-\$110,000」以及「\$110,001以上」，而「\$10,000(含)以下」為最大宗，占87.4%，其次為「\$10,001-\$60,000」，占12.5%，如表三。

表三、樣本醫療總費用

| 醫療總費用              | 樣本數    | 百分比(%) |
|--------------------|--------|--------|
| \$10,000(含)以下      | 55,424 | 87.4   |
| \$10,001-\$60,000  | 7,946  | 12.5   |
| \$60,001-\$110,000 | 46     | 0.1    |
| \$110,001以上        | 5      | 0.0    |
| 總和                 | 63,421 | 100    |

## 二、推論性統計

### (一)交叉表-卡方檢定(The Chi-Square Test of Independence)

#### 居住地、檢查項目順序交叉列聯表

由於「只做超音波檢查」及「先做子宮鏡再做超音波檢查」樣本數差距太大，因此本研究將針對「只做子宮鏡檢查」以及「先做超音波再做子宮鏡檢查」來做卡方檢定。

居住地與檢查項目順序，其卡方檢定值為98.203，顯著性(雙尾)為 $0.000 < \alpha(0.05)$ ，所以呈顯著相關性，且由交叉表得知居住於不同地區的個案選擇檢查項目順序之間有顯著的比例差異存在；以居住於「北部」的個案來說，只做子宮鏡檢查的個案比例為48.9%，而選擇先做超音波再做子宮鏡檢查的個案比例卻降至37.5%，如表四、表五。

表四、居住地與檢查項目順序的交叉列聯表

| 居住地   |       | 檢查項目順序  |                | P-value |
|-------|-------|---------|----------------|---------|
|       |       | 只做子宮鏡檢查 | 先做超音波檢查在做子宮鏡檢查 |         |
| 北部    | 個數    | 130     | 368            | <0.001  |
|       | (百分比) | (48.9%) | (37.5%)        |         |
| 中部    | 個數    | 30      | 251            |         |
|       | (百分比) | (11.3%) | (25.6%)        |         |
| 南部    | 個數    | 103     | 311            |         |
|       | (百分比) | (38.7%) | (31.7%)        |         |
| 東部、離島 | 個數    | 3       | 51             |         |
|       | (百分比) | (1.1%)  | (5.2%)         |         |
| 總和    | 個數    | 266     | 981            |         |
|       | (百分比) | (100%)  | (100%)         |         |

教育程度、檢查項目順序交叉列聯表

教育程度與檢查項目順序其卡方檢定值為14.283，顯著性(雙尾)為0.113 $>$  $\alpha$ (0.05)，所以為不相關。由交叉表得知，教育程度在「國、高中/職」的樣本「只做子宮鏡檢查」、「先做超音波再做子宮鏡檢查」都是占最多數，分別為51.5%、37.1%，如表五。

表五、教育程度與檢查項目順序的交叉列聯表

| 教育程度    |       | 檢查項目順序  |                | P-value |
|---------|-------|---------|----------------|---------|
|         |       | 只做子宮鏡檢查 | 先做超音波檢查在做子宮鏡檢查 |         |
| 小學(含)以下 | 個數    | 39      | 104            | 0.113   |
|         | (百分比) | (14.7%) | (10.6%)        |         |
| 國、高中/職  | 個數    | 137     | 484            |         |
|         | (百分比) | (51.5%) | (49.3%)        |         |
| 大學/五專   | 個數    | 82      | 364            |         |
|         | (百分比) | (30.8%) | (37.1%)        |         |
| 碩、博士    | 個數    | 8       | 29             |         |
|         | (百分比) | (3.0%)  | (3.0%)         |         |
| 總和      | 個數    | 266     | 981            |         |
|         | (百分比) | (100%)  | (100%)         |         |

婚姻狀況、檢查項目順序交叉列聯表

婚姻狀況與檢查項目順序其卡方檢定值為15.762，顯著性(雙尾)為0.072 $>$  $\alpha$ (0.05)，所以為不相關。由交叉表得知，婚姻狀況在「已婚」的樣本「只做子宮鏡檢查」、「先做超音波再做子宮鏡檢查」都是占最多數，分別為70.3%、73.4%，如表六。



表六、婚姻狀況與檢查項目順序的交叉列聯表

| 婚姻狀況    | 檢查項目順序  |                | P-value |
|---------|---------|----------------|---------|
|         | 只做子宮鏡檢查 | 先做超音波檢查在做子宮鏡檢查 |         |
| 未婚      | 個數      | 39             | 0.072   |
|         | (百分比)   | (14.7%)        |         |
| 已婚      | 個數      | 187            | 0.072   |
|         | (百分比)   | (70.3%)        |         |
| 離婚      | 個數      | 34             | 0.072   |
|         | (百分比)   | (12.8%)        |         |
| 配偶死亡、其他 | 個數      | 6              | 0.072   |
|         | (百分比)   | (2.3%)         |         |
| 總和      | 個數      | 266            | 0.072   |
|         | (百分比)   | (100%)         |         |

(二)單因子變異數分析(One-way ANOVA)

樣本背景資料、醫療總費用

將醫療總費用作為依變項，樣本背景資料作為自變項，以單因子變異數分析去探討不同的樣本背景資料的醫療總費用上的差異，由表七可以得知婚姻狀況、教育程度以及居住地皆未達統計顯著差異(註:p-value>0.05)。

表七、樣本背景資料與檢查項目順序的單因子變異數分析

| 變項與類別   | 只做子宮鏡檢查 |         |         |         | 先做超音波再做子宮鏡檢查 |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|---------|---------|---------|
|         | N       | Mean    | STD     | p-value | N            | Mean    | STD     | p-value |
| Total   | 9936.7  |         |         |         | 16710.3      |         |         |         |
| 婚姻狀況    | 0.532   |         |         |         | 0.301        |         |         |         |
| 未婚      | 39      | 13573.2 | 14782.6 |         | 130          | 15015.3 | 11821.4 |         |
| 已婚      | 187     | 9329.7  | 10489.4 |         | 720          | 17048.8 | 13758.0 |         |
| 離婚      | 34      | 9193.8  | 8209.4  |         | 100          | 17705.3 | 15190.4 |         |
| 配偶死亡、其他 | 6       | 9248.6  | 7191.9  |         | 31           | 12748.2 | 8842.0  |         |
| 教育程度    | 0.619   |         |         |         | 0.192        |         |         |         |
| 小學(含)以下 | 39      | 8240.8  | 8057.8  |         | 104          | 15855.8 | 14492.9 |         |
| 國、高中/職  | 137     | 8672.9  | 7797.4  |         | 484          | 17396.4 | 14296.8 |         |
| 大學/五專   | 82      | 12555.5 | 16296.1 |         | 364          | 16114.0 | 12509.3 |         |
| 碩、博士    | 8       | 13004.6 | 22948.3 |         | 29           | 15810.1 | 10803.7 |         |
| 居住地     | 0.101   |         |         |         | 0.188        |         |         |         |
| 北部      | 130     | 9264.8  | 10246.8 |         | 368          | 16744.7 | 13054.6 |         |
| 中部      | 30      | 8472.0  | 11345.0 |         | 151          | 16239.7 | 15353.9 |         |
| 南部      | 103     | 11006.4 | 13640.7 |         | 311          | 16996.4 | 12783.7 |         |
| 東部、離島   | 3       | 16972.3 | 11313.1 |         | 51           | 17034.2 | 13158.6 |         |

### (三)結論與建議

在現今健保制度下，衛生福利部最需關切的應當是如何開源節流；在許多國家裡全民健康保險制度是其效仿的參考對象，人民所負擔的醫療費用與其他國家相比更是引發討論，但財務方面卻也慢慢浮出檯面，龐大的醫療支出使收入無法支應，因此才讓健康保險局開始關切醫療資源的濫用情形。本研究針對患有子宮肌瘤的樣本去探討其檢查方式以及順序，並從中了解醫療處方之必要性，以改善此情形，並藉由描述性統計去了解子宮肌瘤的相關訊息。

經由本研究統計分析後，針對描述性統計的部分可以得知子宮肌瘤的相關資訊，像是年齡層位於「21~50歲」的個案是患有子宮肌瘤的最大宗，佔84.4%；而婚姻狀況為「已婚」並患有子宮肌瘤者為大多數，佔69.4%；此外，就醫後檢查出患有子宮肌瘤者其教育程度是以「國、高中/職」為主，佔51.6%；因為子宮肌瘤而就醫的個案大多居住於「北部」。對於個案選擇檢查項目的順序，有98%的人都選擇「只做超音波檢查」，且大部分的樣本其醫療總費用皆位於「\$10,000(含)以下」，佔87.4%。

在居住地上，對於「檢查項目順序」有統計上顯著，並可以發現到居住於「北部」者，不論在「只做子宮鏡檢查」以及「先做超音波再做子宮鏡檢查」都顯著高於其他地區分布者。而在教育程度、婚姻狀況方面雖然皆沒有顯著差異，但可以觀察到其所有的檢查項目順序，「先做超音波再做子宮鏡檢查」皆有大於「只做子宮鏡檢查」的趨勢。在居住地、婚姻狀況以及教育程度對於醫療總費用上皆未達統計上顯著，但本研究有發現居住於「東部、離島」者雖然樣本數為最少，但與其他地區分布相比其醫療總花費相對較高。

透過分析結果的觀察後，本研究建議衛生福利部健康保險署更加重視偏鄉地區的資源分配以及醫療可近性，並使醫療提供者開始注意檢查項目順序的重要性以及任何病症標準作業程序之必要性，也可讓需要做子宮肌瘤檢查的女性大眾拿來做參考資料，並得知此項病症相關之檢查方式及可能須花費的醫療總花費，以降低資訊不對等的數量，也能減少醫療糾紛、提升醫療品質使患者及醫療提供者雙方皆能得利。

### 第陸章、參考文獻

1. Breijer, M. C., van Hanegem, N., Visser, N. C., Verheijen, R. H., Mol, B. W., Pijnenborg, J. M., . . . Timmermans, A. (2015). Does probability guided hysteroscopy reduce costs in women investigated for postmenopausal bleeding? *ScientificWorldJournal*, 2015, 605312. doi:10.1155/2015/605312
2. Moawad, N. S., Santamaria, E., Johnson, M., & Shuster, J. (2014). Cost-effectiveness of office hysteroscopy for abnormal uterine bleeding. *Jsls*, 18(3). doi:10.4293/jsls.2014.00393
3. 吳潔人, 吳怡玟, & 郭年真. (2018). 低價值醫療之探討. [A review of low-value care]. *台灣公共衛生雜誌*, 37(6), 602-613. doi:10.6288/tjph.201812\_37(6).107088
4. 陳天定. (2009). 扶正祛邪活血化瘀法治療子宮肌瘤的研究. *中醫婦科醫學雜誌*(13), 25-32. doi:10.30030/jtcgm.200912.0005
5. 黃銘哲, 施世亮, & 李光申. (2017). 骨科高價值醫療模式. [High-Value Health

- Care in Orthopedic]. 北市醫學雜誌, 14, 45-49.  
doi:10.6200/tcmj.2017.14.sp.04
6. 楊政憲, 陳思原, & 楊友仕. (2013). 子宮鏡於生殖醫學之應用. [Application of Hysteroscopy in Reproductive Medicine]. 台灣醫學, 17(6), 638-644.  
doi:10.6320/fjm.2013.17(6).08