

出國報告（出國類別：開會）

## **6<sup>th</sup> Asian Pacific Organization for Cancer Prevention**

服務機關：行政院衛生署國民健康局

姓名職稱：蔡春美 技正

派赴國家：馬來西亞（古晉）

出國期間：2012.04.25-04.30

報告日期：2012.06.19



## 摘要

本次會議為亞太癌症預防組織 (Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, APOCP) 的年會，過去已於日本名古屋、韓國首爾、泰國曼谷、中國北京、韓國高陽辦理國際會議，第 6 屆會議於 2012 年 4 月 26-29 日在馬來西亞沙勞越的古晉市(Kuching, Sarawak, Malaysia)辦理，這次的主題是「臨床流行病學及實務介入—亞太地區癌症防治的遠景(clinical epidemiology and practical interventions- the future of cancer control in the Asian Pacific Region)」。並由中研院陳副院長健仁於會中爭取 2014 年在台北辦理，故一方面參加此會議，學習亞太地區各國癌症防治的做法，另一方面分享台灣的經驗。

此次會議可以了解到亞太地區國家常見癌症的流行病學資料及防治現況，獲得最新的訊息，且不同於以往以醫療為主的癌症防治研討會，各國報告者多著重在如何第一線預防癌症的發生，如宣導建立健康生活型態、早期篩檢，並且強調環境因子暴露對癌症的影響，以及安寧療護、建立癌症登記資料庫等，主題更涵括癌症告知、如何與民間團體合作、重視各族群的文化差異。

建議事項如下：1.建議未來當病人一入院做乳癌術前準備時，就應同步提供心理衛生的諮商介入。2.醫療人員需要敏感於病患的烙印感，同時避免在臨床工作時加深病患的烙印及歧視感，並發展一個適合本土文化的做決定機制及方法。3.馬來西亞的 patient navigator 是一項很好的做法，可以支持癌症個案接受診斷、治療，提供相關訊息，並且發現個案的需求，給予協助及資訊。4.印尼民眾如果有口腔潰瘍會自行塗抹成藥，且媒體中也有相當多的口腔用藥的廣告，導致民眾自行用藥而不去篩檢或就醫，最後延誤治療時機，所以宣導口腔癌防治時，建議宣導可加入口腔有異狀時應儘早就醫，勿自行使用成藥。5.如何加強醫療人員用非專業術語與病患溝通、發展文字資料之外的宣導教材，是可以採行的重要策略。6.民眾對於引起癌症原因的認知多認為是生活型態、飲食或是其他因素所導致，對於病毒的導因認知較為不足，建議可作為本局未來癌症防治宣導時的重要方向之一。7.許多國家或地區因為醫療資源不足，甚至民眾認知不足，而減少篩

檢及就醫的機會，「健康不平等」足以作為本局在進行癌症防治政策設定時，須考量的重要因素。

## 目次

壹、出國目的.....	7
貳、開會內容簡介.....	7
參、出國心得.....	23
肆、建議事項.....	25
伍、附件（會議議程和相關資料）.....	27



## 壹、出國目的

亞太癌症預防組織 (Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, APOCP) 成立於 2000 年，是亞太地區致力於癌症研究、預防與控制的主要組織，目的為提升各地區有關癌症防治的認識，並鼓勵研究發展及實際介入措施。全球已有超過 70 個以上的會員國，至今已舉辦多場區域性、全國性及國際性會議，期望未來能制定亞太地區癌症相關國際指引。此外，致力於推廣癌症防治及篩檢的國際合作研究，並將預防介入措施應用於不同文化背景的地區是為重要使命。另外，亦出版期刊 APJCP，由國際抗癌聯盟 (UICC) 亞洲區域辦事處和韓國國家癌症中心提供財務支持，是為 Pubmed 及 Science Citation Index Expanded (SCIE) 資料庫之文獻索引。其研究領域相當廣泛，包含描述性、分析性分子流行病學；實驗及臨床病理組織學；風險評估與效益分析；初級、次級（篩檢）預防介入措施的臨床試驗；癌症預防教育宣導等。所有發表論文皆可免費下載 PDF 檔 (<http://apocp.org/>)。

APOCP 視情況每兩年舉行一次年會，過去已於日本名古屋、韓國首爾、泰國曼谷、中國北京、韓國高陽辦理國際會議，第 6 屆會議於 2012 年 4 月 26-29 日在馬來西亞沙勞越的古晉市(Kuching, Sarawak, Malaysia)辦理，這次的主題是「臨床流行病學及實務介入—亞太地區癌症防治的遠景(clinical epidemiology and practical interventions- the future of cancer control in the Asian Pacific Region)」。並由中研院陳副院長健仁於會中爭取 2014 年在台北辦理，故一方面參加此會議，學習亞太地區各國癌症防治的做法，另一方面分享台灣的經驗。

## 貳、開會內容簡介

### **Plenary 1 : Cancer Research for Global Cancer Control; by Wild, C.P. (IARC)**

- 癌症已經造成全球很大的經濟負擔，尤其是開發中的國家，且 1/3 的癌症是可以預防的，如透過建立健康生活型態、營養、工作...等。
- 癌症的研究相當多，但多以醫療為主，事實上預防的研究應該也是重要的一

支。目前有相當多的癌症治癌機轉的研究發現，在預防的部分，則著重在環境暴露評估，暴露源的生理機轉相關，將流行病學的資料運用於臨床，以及評估介入的成效。

- 癌症研究目前朝向：1. biomarker，了解疾病的病因；2. DNA 的序列變化，例如吸菸如何引起基因突變；3.環境暴露：環境污染等。
- 未來癌症研究應該朝向跨領域，且將實驗室、研究結果運用於臨床及社區。

### **Symposium 2-1: Psychosocial impact of breast cancer; by Wendy Lam (HK)**

- 本研究是探討乳癌個案術後一年對身體影像、性的心理調適，研究結果發現，大部分的個案在第 8 個月的時候心理優越狀況是最低的，但是有無接受諮商、個人因素及症狀會影響個案的調適情形。
- 結論：提升個案心理衛生的諮商介入要在手術前。

### **Symposium 2-2: Barriers to effective decision making in cancer patients; by Lili Tang (China)**

- 本研究探討從文獻分析中探討影響中國的癌症病人對作癌症相關治療決定的因素，結果如下：
  1. 家庭因素：大部分的家人不願意讓病患知道太多。
  2. 醫院因素：許多有名的癌症醫院、醫師會掌握資訊，醫病關係也有問題。
  3. 病人因素：病人獲知診斷後，會停留在震驚的反應，沒有辦法做有效的理性決定。
  4. 醫療保險因素：目前醫療保險系統是缺乏的，病人是否可以獲得即時及好的治療，要看家庭的經濟狀況來決定。
  5. 文化因素：在西方是以病人為中心，在東方則是以家庭為中心。
  6. 其他因素：人口學、癌症病程因素也會影響。
- 78.8%的病患希望可以參與醫療決策的討論，可見病患越來越希望可以參與

醫療決策，因此醫療人員需要發展一個適合東方文化的做決定機制及方法。

**Symposium 2-3: Living well after the cancer experience; by Jeff Dunn  
(Australia)**

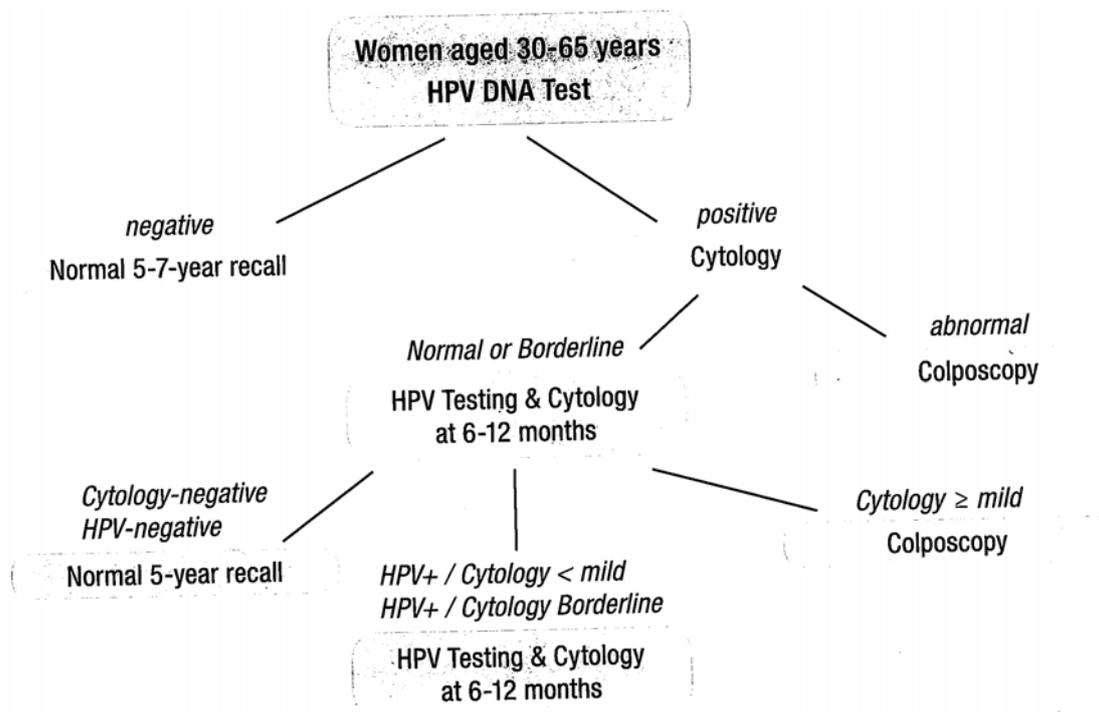
- 癌症的診斷和治療對病患和家屬都是很大的衝擊，有 35% 的病人有很高的心理問題，如焦慮和憂鬱、未滿足的心理期待。隨著時間會逐漸改善，但是越年輕、社會支持或經濟較差者、疾病進程較嚴重者，心理的問題會持續存在。
- 近來提出「psycho-oncology」的說法，強調癌症病人對於罹癌後的個人關係、自我價值或生命目標的經驗，是一種心理社會的治療。
- 醫護人員應該在病人接受診斷、治療及產生副作用的時候，均能協助病患接受自己罹癌的身分。

**Symposium 2-4: Stigma of cancer; by Suzanne Chambers (Australia)**

- 當社會標籤某個人為有污點，及針對他們的差異認為是比較不理想的，就會產生烙印，與負向的刻板印象及區別有關，負向評價導致不好的治療或歧視。
- 有些病人會內化對自己的負面評價，導致羞愧及罪惡感，最終造成真正的歧視。烙印對身心健康有不好的結果，與社會經濟狀況、教育程度有關。
- 癌症病人及家屬與健康相關的烙印可能與疾病的負擔有關，可以從延遲治療或診斷、提早終止治療、增加心理和社會的健康問題。
- 生病是誰的錯？平均 25% 認為是自己造成的，中國達到 55%，印度是 53%。例如，肺癌是因為自己抽菸。
- 建議醫療人員要敏感於病患的烙印感，同時避免在臨床工作時加深病患的烙印及歧視感。

**Symposium 3-1: Cervical cancer screening programme in Turkey; by Nejat Ozgul (Turkey)**

- 子宮頸癌是土耳其女性十大癌症發生率第 9 位、死亡率第 12 位，發生率每 10 萬人口 4.6。
- 篩檢工具：抹片，30-65 歲每 5 年一次，30-65 歲婦女有 1400 萬人，土耳其有 1100 個病理師，服務比 1.14:1，涵蓋率是 20%。
- Population based (免費)+ opportunistic
- 目前朝向發展 30-65 歲婦女提供 HPV 檢測，陰性者每 5-7 年做一次，陽性者接受細胞學檢測，抹片異常者接受陰道鏡。
- 抹片正常者，6-12 個月再做一次 HPV 及抹片，如果抹片、HPV 均正常，則 5 年做一次 HPV；如果 HPV 異常但抹片正常或邊緣值，則 6-12 個月再做一次 HPV 及抹片；如果抹片邊緣值以上，則接受陰道鏡。
- 同時 12 歲以上女生在校內施打 HPV 疫苗，30 歲以上接受 HPV 檢測



- HPV 及抹片的敏感度及特異度

	敏感度	特異度
抹片	53%	97%
HPV	96%	92%

### Symposium 3-2: Gastric cancer screening in Japan; by Hiroshi Saito (Japan)

- 胃癌目前仍是日本男性十大癌症死因的第三位，女性佔第二位，
- 日本在 2006 發行「癌症篩檢實證基礎指引」建議運用 photofluorography(螢光攝影術)於胃癌的篩檢，針對 40 歲以上民眾每年一次螢光攝影術檢查，已進行許多成效評估研究，證實具有效益。
- 其他如胃鏡、serum pepsinogen testing、Helicobacter pylori antibody 並不建議作為社區篩檢的工具。
- 2008 年 390 萬人口中有 10%接受螢光攝影術檢查，陽性率 9.9%，追蹤率 80%，癌症偵測率 0.17%，70%檢出的癌症是 T1 stage，敏感度 57-89%，特異度 92%。
- 因為技術上的限制螢光攝影術仍無法大量推廣，而胃鏡的成效評估結果也仍缺乏，未來仍需大量研究。

### Symposium 3-3: Motivators and barriers to attend mammographic screening in Malaysia; by Norhashimah Hassan (Malaysia)

- 不同乳癌篩檢方法的敏感度、特異度比較：

篩檢方法	敏感度	特異度
乳房攝影	71-78%(<50 歲)、71-93%(>50 歲)	86-97%
CBE	44-66%	97-99%
超音波	24-80%	84-99%
MRI	94-100%	37-97%

- 亞洲乳癌篩檢比較

國家	篩檢方式	5 年存活率
新加坡	population	70
日本	population	87

南韓	population	79
馬來西亞	opportunistic	50
泰國	opportunistic	63
印度	opportunistic	52

- 爲什麼做乳房攝影？60%以上是因爲符合年紀，約 10%是因爲家族史，約 7%是因爲有症狀。
- 會想來做乳癌檢查的原因？40%擔心乳癌，40%因爲朋友鼓勵，醫師建議則僅有 6-7%。
- 結論：人際的轉介是民眾接受篩檢的重要因素，家庭史也會影響；主要的障礙因素是：不認爲有危險、乳房攝影會疼痛。

#### **Symposium 3-4: Early detection of oral cancer; by Rahmi Amtha (Indonesia)**

- 癌登資料在 2008 年才開始建立，目前並沒有確切的資料。
- 障礙：民眾對口腔癌及篩檢的認知不足；印尼官方仍將預算投注於乳癌及子宮頸癌防治，較少用於口腔癌；牙科專業醫療人員也很少；媒體有許多口腔潰瘍自行治療用藥的廣告；家醫科醫師的配合及警覺度不高；執行口腔切片的專業人員不足；害怕切片後疾病會擴散的錯誤認知。
- 進行的研究計畫：2009-2012 年共 149 人受檢，17 人爲陽性(11.4%)，其中女男比 1.3:1，意外的是 90%病灶處都在左側，原因不明。
- 篩檢工具：cytology smear，17 名陽性個案中，14 人診斷爲癌症，敏感度 82.4%
- 癌前病變：13%，女男比 4:1
- 結論：主要的阻礙因素是病人拒絕切片，切片是很好的診斷方法，但是印尼可以做切片的人不夠，cytology smear 是很好的篩檢工具。

#### **Plenary 2: Viral Infection and cancer: carcinogenesis; by Chien-Jen Chen (Taiwan)**

- 病毒感染是人類癌症重要的環境因素。
- Epstein-Barr virus (EBV)：透過細胞增殖、抑制細胞凋亡、基因組不穩定、細胞遷移導致 nasopharyngeal carcinoma, Burkitt's lymphoma, immune suppression- related non-Hodgkin lymphoma, extranodal NK/T-cell lymphoma and Hodgkin lymphoma。
- Hepatitis B virus (HBV)：透過發炎、肝臟纖維化及硬化、慢性肝炎導致 hepatocellular carcinoma
- Hepatitis C virus (HCV)：透過發炎、肝臟纖維化及硬化、慢性肝炎導致 hepatocellular carcinoma, non-Hodgkin lymphoma
- Kaposi's sarcoma herpes virus (KSHV)：透過細胞增殖、抑制細胞凋亡、基因組不穩定、細胞遷移導致 Kaposi's sarcoma, primary effusion lymphoma
- Human immunodeficiency virus (HIV-1)：因為免疫抑制導致 Kaposi's sarcoma, non-Hodgkin lymphoma, Hodgkin lymphoma, cervix cancer, anus cancer, conjunctiva cancer
- Human papillomavirus (HPV-16)：透過細胞永生、基因不穩定、抑制 DNA 受傷反應、抗細胞凋亡活性，導致 carcinoma of cervix, vulva, vagina, penis, anus, oral cavity, oropharynx and tonsil. HPV-18、31、33、35、39、45、51、52、56、58、59 也會導致子宮頸癌。
- Human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1)：透過細胞永生及生化，T-cell leukemia and lymphoma
- 但是感染病毒不見得都會變成癌症，易感性與後天的營養、荷爾蒙、免疫因素、化學致癌基因有關，可以用分子和基因的 biomarkers 來看出病毒與人類癌症的關係。
- 持續感染、高病毒量及重複的激活會增加癌症的風險；預防的方法是避免傳染、疫苗、早期篩檢，以及抗病毒治療。但還有的問題是，這類抗病毒的藥物要吃多久？是否真能清除病毒，減低病毒致癌的風險？

## Symposium 6-1: Navigating the health care system in the AP Region; by Ranjit

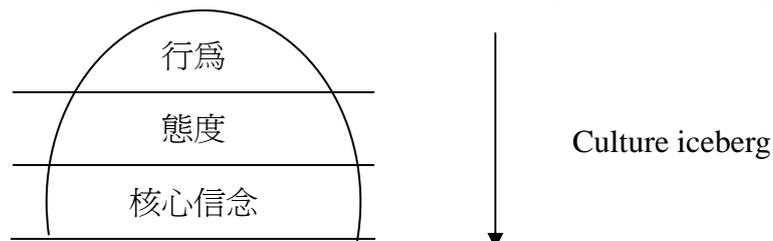
### Kaur (Malaysia)

- 低社經地位、文化信念及社會正義會影響癌症存活的時間及品質，從診斷、治療整個存活期間，病人是否獲得資訊、支持及指引，可以避免提早死亡、減輕痛苦、及減少使用健康照護體系的障礙。
- 溝通、文化因素、缺乏對個案的尊重、情緒議題(害怕和關心)，會影響健康照護服務的品質。
- 在健康照護體系中，需要有一個人是 **patient navigator**，可以支持癌症個案接受診斷、治療，提供相關訊息，並且發現個案的需求，給予協助及資訊，最重要的，他可以整合健康照護體系資源，並且克服病人就醫的障礙，幫助個案與醫療體系人員的溝通，讓個案有能力、受到鼓勵、支持及增能賦權，提升更好的生活品質。
- **patient navigator** 可以：引導治療的方向、幫助了解檢驗和診斷的結果、協助填答相關表單、幫助個案約診、找到當地的資源、提升與醫療專業人員的有效溝通、給予情緒支持及保證。

## Symposium 6-2: Impact of sociocultural factors on delivery of care in LMIC; by

### Nur Aishah Taib (Malaysia)

- 社會價值及團體的行為帶來的社會文化因素會影響個人的行為，
- 病人經常是聽不懂醫療人員說什麼，需要的是人際溝通而不是文字資料



- 提供醫療要敏感於病人的文化因素

**Symposium 6-3: The burden of Cancer in the AP region: initial findings from the ACTION study; by Steven Jan (Australia)**

- 在 2008 年超過 70 萬新案罹患癌症，50 萬人死於癌症，每年損失將近 750 萬 DALY。
- 最常見的是肺癌(98143)、乳癌(86842)、及肝癌(74777)，癌症死因前 3 位是肺癌(85772)、肝癌(69115)、結直腸癌(44280)。

**Symposium 6-4: Cancer control programs in Iran; by Mitra Modirian (Iran)**

- 伊朗的癌症登記始於 2003，發生率最高的是乳癌、皮膚癌、結直腸癌、胃癌及膀胱癌，2011-2015 的癌症防治計畫目標是降低 5% 的癌症。
- 政策：
  1. 2012 乳癌防治計畫：40-69 歲女性提供臨床檢查及乳房攝影篩檢
  2. 2009 年高危險群結直腸癌防治計畫及 2012 年平均危險群防治計畫：透過基因評估、臨床訪視及大腸鏡，對象：一等親家族史及處於平均風險中者
  3. 2010 皮膚癌防治計畫：所有民眾的臨床檢查及病理檢驗
  4. 2011 癌症危險因子控制計畫

**Plenary 3. Lifestyle and cancer – interethnic studies; by Laurence Kolonel (USA)**

- 在進行癌症的生活型態危險因子調查時，最好包括不同的種族，以利比較及詮釋差異。
- 如果不同種族都發現同樣的生活型態危險因子，結論的強度會較強，但是如果不同種族結果的差異很大，就有可能是遺傳因素，或是環境中的暴露因子，未來則建議進行生化機轉的研究。
- 上述差異的調查可以提供危險因子新的看法。
- 糖尿病→攝護腺癌；HRT→乳癌；BMI→子宮內膜癌；全熟的肉→攝護腺癌；缺維他命 D、缺膳食纖維→結直腸癌；部分的 NSAID→乳癌

**Symposium 7-1: Diet and breast cancer risk – findings from the Singapore Cohort Study. By Woon-Puay Koh (Singapore)**

- 肥胖和西式飲食，導致亞洲國家癌症的增加，如乳癌、攝護腺癌、結直腸癌。
- 以新加坡來說，飲食似乎是影響癌症發生與否最重要的因素。
- 攝取蔬果、全穀物最能預防癌症的風險。
- 新加坡進行了一項飲食行為與癌症風險的世代研究發現，攝食大豆異黃酮及 omega-3 脂肪酸與預防乳癌有關。

**Symposium 7-2: Korean Multi-center Cancer Cohort Study and Asian Cohort Consortium. by Keun-Young Yoo (Korea)**

- 韓國的 Multi-center Cancer(KMCC)是從 1993 年開始進行癌症世代流行病學研究的中心。
- 至 2008 年 12 月，共追蹤 19688 人，其中有 1507 人罹患癌症，依序是胃、肺、肝、結直腸、膽道、甲狀腺、女性乳癌。
- 目前正進行大規模的追蹤研究，了解基因、環境暴露對癌症發生的影響，特別針對：飲食、肥胖、運動、職業和環境、菸酒、醫療和生殖史、家庭史等。

**Symposium 7-3: The Malaysian Cohort Study – Preliminary Results. by Rahman Jamal (Malaysia)**

- 癌症防治首重預防及篩檢。預防層面目前已經有許多研究證實飲食管理、生活型態建立的重要性，篩檢部份則是首要在發現新的 biomarker。
- 最好的研究設計是透過世代研究，這是 Malaysian Cohort Study 的基礎，在 2004 年成立，於 2007 年開始追蹤 10 萬人 35-65 歲不同種族、社會經濟地位、地理背景的馬來西亞國民。
- 建立的基本資料：身高、體重、BMI、腰臀圍比、肺功能檢測、ECG、身體

組成分析、血管年齡、全血球計數、禁食後血糖、禁食後脂質與腎功能。以及有無糖尿病、高血壓、高血脂。

- 血液和尿液樣本會冷凍儲藏，每六個月進行電話追蹤。
- 到了 2012 年有超過 91000 的研究對象加入，有 585 人過世，其中有 118 人死於癌症，目前正繼續建立資料庫中，未來分析相關危險因子。

**Symposium 9-1: Breast cancer collaborative research – the Malaysian Singapore Working Group. by Nirmala Bhoo Pathy (Malaysia)**

- the Singapore-Malaysian Breast Cancer Working Group (SMBCWG) 建立於 2009 年 11 月，這是由兩國的流行病學家、乳房外科醫師、腫瘤科醫師組合而成。這個組織的宗旨是了解亞洲婦女乳癌的臨床特徵、治療型態、病程演變因子、結果。
- 首先在兩所教學醫院收集資料建立跨國共同的資料庫，目前有將近 6000 比的資料庫，進行長期世代追蹤研究。

**Symposium 9-2: Collaborative research on betel nut chewing and oral cancer. by Ying-Chin Ko (Taiwan)**

- 高雄醫學大學正進行跨國性檳榔健康危害的研究，有六個研究中心參與，東亞：台灣和中國；東南亞：馬來西亞、印尼；南亞：尼泊爾、斯里蘭卡。
- 發展了標準化的問卷，並翻譯成不同國家的語言，2009 至 2010 年共有 8922 人參與。
- 第一階段結果顯示有許多文化及人口學的差異，後繼續第二和第三階段。

**Symposium 9-3: Korean Japan China Collaborative study on common cancers Kazuo Tajima (Japan)**

- 東北亞的韓國、日本、中國三國地理、歷史相近，相同的癌症環境及基因因

子。從 2000 年開始，進行一項三國合作的計畫，從民族流行病學的觀點，分析癌症的危險和保護因子。收集個案的飲食習慣、每一種食物的種類及量、身體質量、運動、臨床實驗室資料、血液樣本等。

- 韓國過去 30 年胃癌、食道癌發生率很高，但近年已經下降，而日本的結直腸癌、乳癌發生率在最近 30 年激增。原因仍有待上述研究進行追蹤及分析。

**Plenary 4: The development of cancer centers in the AP Region. by Jin Soo Lee (Korea)**

- 韓國在 2000 年由國家成立了癌症中心(National Cancer Center; NCC)，機構的任務是：進行研究、提升治療照護品質、支持國家癌症防治計畫、持續教育專業人員。分為幾個部門：
  1. 研究部門著重在將近期的研究結果能轉譯成讓臨床可用的知識。
  2. 醫院部門提供多專科團隊的全人服務，提供以病人為中心、單一窗口醫療服務。並且提供癌症篩檢服務。
  3. 癌症防治部門提供癌症政策及計畫，韓國的癌症病人 5 年存活率已提升至 62%。
- 此外，NCC 也與其他 WHO 的機構合作。
- NCC 也提供相當多國內及國外專業人員的教育訓練。

**Plenary 5. The role of NGO's in cancer control. by Jeff Dunn (Australia)**

- 研究顯示生活型態和社會文化因子對於癌症的發生、盛行、結果扮演重要的角色，因此社區中的民間團體也有必較加入癌症防治的行列。
- 民間組織可以更符合社區的文化以及需求，但要注意「光環效應」，在有限的技術、人力、經費下，提供的服務是否能面面俱到？
- 值得思考的是，民間團體的人員是不是「專家」？

**Symposium 12-1: Epidemiology of Viral Hepatitis and Hepatitis B vaccination in Korea. By Keun-Young Yoo (Korea)**

- 感染 HBV 與肝癌的關係是被證實的，韓國在過去 HBV 相當流行，近年來肝癌的發生率已經降低，但是孕婦 HBsAg 陽性比率仍高，約 3-4%，其中約 25.5% 者 HBeAg 也是陽性。
- 韓國從 1985 於嬰幼兒試打 HBV 疫苗，1995 年開始施行 HBV 疫苗注射計畫，在 2007 年獲得 WHO 證明，韓國的 HBV 已獲控制。
- 在 1980 年代早期，兒童 HBsAg 陽性比率約 4-5%，1995 年降至 1%，2006 年為 0.2%。
- 國家癌症篩檢計畫在 1999 年加入肝癌，5 年存活率已經從 1996-2000 年的 13.2% 升至 2003-2008 年的 23.3%。
- HBV 與 HCV 的共感染與 HCC 的相關：
  - HCC 的危險率：單純感染 HBV =17.1；單純感染 HCV =10.4；共感染 HBV 及 HCV=115.0
- 目前朝向提升肝癌治療而努力。

**Symposium 12-2: HPV and HBV vaccination in China. By Youlin Qiao (China)**

- 在中國大陸，15% 的 30-64 歲女性感染 HPV，所有民眾中，10% 感染 HBV。2005 年的報告指出，全球肝炎患者有 1/3 在中國。
- 中國在 1988 年開始針對 HBsAg 陽性陽性母親的新生兒試打 HBV 疫苗，1992 開始由民眾自費，2002 年家長必須負擔施打費用，至 2005 年才全面免費。
- 目前中國的 HBV 感染者有 13 億，約佔 1/10 總人口，面臨嚴重的就業及就學歧視。2009 年開始捕打 15 歲以下的幼童。
- 2010-2015 在蒙古、新疆、四川進行子宮頸癌防治示範，HPV 疫苗接種 6000 名 13-15 歲的年輕女生，並針對 3 萬名 35-54 歲女性進行 HPV DNA 檢驗。
- 目前 HBV 及 HPV 的盛行率仍然高(7.18% 及 15%)

- HPV 疫苗接種慢西方 10 年
- 仍要繼續推動 HPV、HBV 疫苗及子宮頸癌、肝癌篩檢。

**Symposium 12-3: Cancer Chemopreventive Effects of diallyl Trisulfide Deriver From Garlic. By Hye-Kyung Na ( Korea)**

- 大蒜對癌症的預防效果有待進一步了解分子生物的機轉。
- 這篇研究進行大蒜成分的實驗研究，結果發現服用大蒜組的細胞明顯有抗發炎反應。

**Symposium 12-4: Primary Prevention and Screening For Oral Cancer in Malaysia. By Khairyah Mutalib (Malaysia)**

- 國家口腔癌防治計畫著重在癌前病變的篩檢。高危險社區 20 歲以上的民眾邀請接受口腔癌篩檢，也同時提供口腔健康促進、危險習慣及早期症狀的介紹，由牙科診所來進行篩檢，發現為陽性之後則轉介到口腔外科。
- 2003-2010 年有 51.1%(257)人接受轉介，59.9%診斷為癌前病變及 21.2%是第一期。
- 2010 年的研究發現，87%、58%及 50%的馬來西亞成人知道香菸、檳榔及酒是口腔癌的危險因子，68%知道口腔癌的早期症狀。
- 官方持續推動這樣的計畫，以及提昇大眾的意識和專業人員訓練。
- 口腔癌防治政策
  - 預防層面：媒體、衛生教育、社區服務、宣導活動、預防常見危險因子、口腔自我檢查
  - 早期篩檢：社區外展篩檢、醫療診所伺機性篩檢
  - 次級照護：診斷、治療、復健、安寧、傳統醫學
  - 研究

**Symposium 13-1: Mouth cancer awareness: a national campaign in the UK. By Saman Warnakulasari (UK)**

- 1970 年代後期西歐國家的口腔癌和咽喉癌越來越多，早期診斷和治療是很重要的因素。目前研究顯示，症狀和就醫的教育宣導，支持初級的照護，可以早期發現以及減少死亡。不論是個人和社區的教育，都可以提升民眾對癌症的認知。
- 該計畫以「藍色絲帶」最為宣傳的符號，牙醫師是口腔癌篩檢的重要守門員。
- 民眾對於口腔癌早期症狀並不清楚，因此如何鼓勵民眾接受篩檢並且早期就醫是最重要的。

**Symposium 13-2: Colorectal Cancer Screening in Singapore—Increasing Awareness, Improving Screening Rates. By Shyamala Thilagaratnam (Singapore)**

- 在新加坡結直腸癌是男性的第一位，女性的第二位，但是民眾對於結直腸癌篩檢的認知率是低的，只有 23.0% 的 50-69 歲民眾知道有結直腸癌篩檢，27.8% 的 50-69 歲民眾曾接受過 FOBT，10.3% 在前一年做過這項檢查。
- 新加坡於 2011 年中推動國家結直腸癌篩檢計畫，工具是 2 天的糞便免疫化學檢查(FIT)。目標是提升對於篩檢的認知率以及對於改善篩檢率。
- 利用媒體宣傳、寄發邀請信、提供更方便及可近性的篩檢服務，在過去慢性病篩檢的計畫中加入結直腸篩檢。
- 篩檢的動機：
  - 外在線索：社會支持，參與者認為他們比較會與朋友討論癌症、醫師的訊息
  - 內在線索：信念，這是命運還是機會？

**Symposium 13-3: Breast and Cervical Cancer Awareness in Taiwan. By Yi-Hsin**

### **Yang (Taiwan)**

- 乳癌及子宮頸癌分別是台灣女性癌症的第一和第五位，這兩種癌症可以透過早期篩檢來預防。
- 綜合統計結果，30 歲以上婦女子宮頸癌終生篩檢率是 62.4%(2001)到 84.4%(2009)，癌症發生率從每 10 萬人口 30.5(2001)降至 23.4%(2008)，雖然只有 12%知道 HPV 與子宮頸癌的關係，48%對抹片有正確的概念，50%知道哪裡可以做子宮頸癌篩檢。
- 50-69 歲女性接受乳房攝影的比率是 9.0%(2001)到 25.7(2005)，癌症發生率從每 10 萬人口 9.8(2001)增加到 19.1(2008)，但只有 2%的婦女知道乳癌篩檢服務，目前政府正大力推動乳房攝影篩檢。

### **Symposium 13-4: A Community Outreach Programme In Malaysia. By Ranjit**

#### **Kaur (Malaysia)**

- 對於鄉村地區的婦女必須提供外展的癌症篩檢服務，減低社會烙印。
- 運用乳攝車，搭配醫療人員及設備，至社區提供篩檢，可以大大減輕婦女的不便。

## 參、出國心得

### 一、瞭解鄰近國家癌症流行病學資料及防治現況

在這次的會議中可以了解到亞太地區國家常見癌症的流行病學資料及防治現況，獲得最新的訊息。

此次會議不同於以往以醫療為主的癌症防治研討會，各國報告者多著重在如何第一線預防癌症的發生，如宣導建立健康生活型態、早期篩檢，並且強調環境因子暴露對癌症的影響，以及安寧療護、建立癌症登記資料庫等，主題更涵括癌症告知、如何與民間團體合作、重視各族群的文化差異。

### 二、有關癌症防治的新知

- (一) 日本的胃癌用螢光攝影術篩檢，針對 40 歲以上民眾每年一次螢光攝影術檢查，已進行許多成效評估研究，證實具有效益，但因為技術上的限制螢光攝影術仍無法大量推廣，而胃鏡的成效評估結果也仍缺乏，未來仍需大量研究。
- (二) 馬來西亞的 patient navigator 制度，他可以支持癌症個案接受診斷、治療，提供相關訊息，並且發現個案的需求，給予協助及資訊，整合健康照護體系資源，並且克服病人就醫的障礙，幫助個案與醫療體系人員的溝通，讓個案有能力、受到鼓勵、支持及增能賦權，提升更好的生活品質。
- (三) 完整的癌症登記資料庫非常重要，但其實可以再進行長期的世代追蹤，以評估分析相關癌症危險因子。

### 二、美中不足的地方

- (一) 在癌症的篩檢方法中，較沒有強調篩檢方法是否以實證為基礎，比方發展中國家仍鼓勵婦女進行乳房自我檢查，以及口腔癌自我症狀檢查，可能會延誤就醫黃金時機。
- (二) 許多國家的報告均以提昇篩檢率、提高治療品質為目標，但是陽性個案追蹤的做法以及追蹤率較未被提及，容易流於篩檢，但忽略轉介及追蹤個案，較為可惜。
- (三) 這次會議中有許多篇研究進行健康食品對於癌症預防效益的報告，但似乎更使得飲食精緻化，或是有推廣健康食品的商業化疑慮。

### 三、國際交流

本次會議中進行海報展示，並於報告時和多位國外學者專家進行意見交換，均對於台灣創新的做法感到興趣，並且最後一位馬來西亞籍醫師希望能留下本局的海報作為參考，故贈與該名醫師作為國際交流。

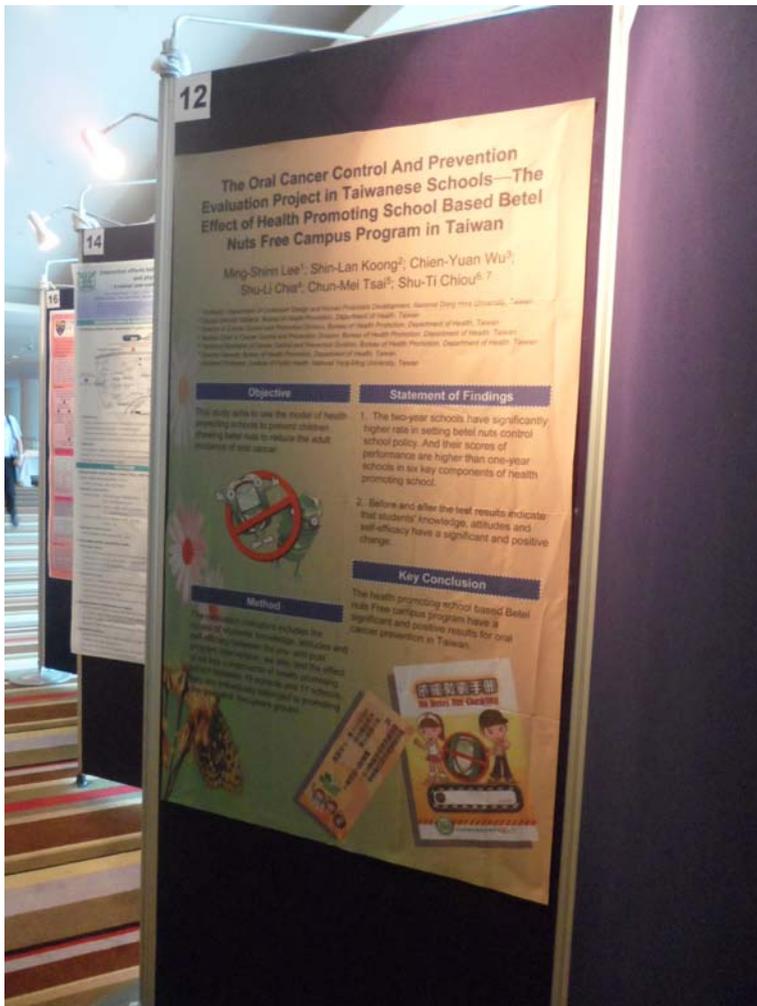
#### 肆、建議事項

- 一、 依據香港的研究，對於乳癌的個案，提升個案心理衛生的諮商介入要在手術前，建議未來當病人一入院做乳癌術前準備時，就應同步提供心理衛生的諮商介入。
- 二、 根據中國的研究，大多數病患希望可以參與醫療決策的討論，因此醫療人員需要敏感於病患的烙印感，同時避免在臨床工作時加深病患的烙印及歧視感，並發展一個適合本土文化的做決定機制及方法。
- 三、 馬來西亞的 patient navigator 是一項很好的做法，類似國內的癌症個案個管師，可以支持癌症個案接受診斷、治療，提供相關訊息，並且發現個案的需求，給予協助及資訊，可作為本局政策參考。
- 四、 印尼民眾如果有口腔潰瘍會自行塗抹成藥，且媒體中也有相當多的口腔用藥的廣告，導致民眾自行用藥而不去篩檢或就醫，最後延誤治療時機，所以宣導口腔癌防治時，建議宣導可加入口腔有異狀時應儘早就醫，勿自行使用成藥。
- 五、 病人經常是聽不懂醫療人員說什麼，需要的是人際溝通而不是文字資料，因此如何加強醫療人員用非專業術語與病患溝通、發展文字資料之外的宣導教材，是可以採行的重要策略。
- 六、 綜合幾份研究報告，民眾對於引起癌症原因的認知多認為是生活型態、飲食或是其他因素所導致，對於病毒的導因認知較為不足，建議可作為本局未來癌症防治宣導時的重要方向之一。
- 七、 綜合幾個國家的研究也發現，健康不平等普遍存於癌症防治的議題中，許多國家或地區因為醫療資源不足，甚至民眾認知不足，而減少篩檢及就醫的機會，「健康不平等」足以作為本局在進行癌症防治政策設定時，須考

量的重要因素。

伍、附件（會議議程和相關資料）

一、會議議程：101年4月27日至101年4月29日



二、 相關資料：

- (一) 海報內容
- (二) 大會手冊
- (三) 日本胃癌螢光攝影術的研究文獻