

宫颈防癌筛查小攻略知多少

上海市第一妇婴保健院 董 伟

2020 年宫颈癌已成为全球发病率最高的妇科生殖道恶性肿瘤，居女性恶性肿瘤第 3 位，在中国女性中，其发病率亦呈持续上升趋势。国家癌症中心 2019 年 1 月发布的报告显示，我国每年宫颈癌新发 11.1 万例，死亡病例近 5 万。幸运的是，医学的发展，使宫颈癌成为首个可被预防和控制甚至是治愈的癌症，其关键性环节在于预防（HPV 疫苗）与有效筛查（防癌筛查），从而尽早发现病变，并在早期得到科学处理。

宫颈癌的防治作为公共卫生问题已引起中国政府的高度重视和关注，宫颈癌疫苗近年来开始在我国逐渐普及，但国民人口众多，不同地区之间差异大，未来还要很长一段时间推广，因此现阶段仍需依靠宫颈癌筛查来降低宫颈癌的发病率。自 2009 年开始，我国宫颈癌筛查试点项目工作成果显著，宫颈癌发病率及死亡率明显降低，大量女性从中获益。《中国妇女发展纲要》（2011—2020）要求宫颈癌筛查覆盖率需达到 80%，基于我国女性人口总数约 6.5 亿，30% 的女性从来没有进行过筛查的事实基础，目前筛查率远低于这一水平。中国有很多女性终生没有筛查意识，都是等到后期有明显临床症状才来就医，此时大多为时已晚。由此可见，早期对宫颈癌进行筛查在某种程度上可以逆转整个人生结局。那么今天，咱们就从多个角度来了解宫颈防癌筛查小知识，让更多的女性有机会从中收获健康人生。

一、宫颈防癌筛查的年龄范围是什么？

很多女性会很疑惑，是不是有了性生活就要防癌筛查了？并不是！世界范围内筛查的起始年龄和终止年龄各国略有不同。美国和欧洲推荐 25 岁开始宫颈癌的筛查，世界卫生组织建议在 30 岁或以上的女性中筛查。鉴于我国目前宫颈癌发病年龄特点，中国优生科学协会阴道镜和宫颈病理学分会（CSCCP）推荐起始年龄为 25~30 岁，一直持续到 65 岁。

二、科学的防癌筛查方法有哪些？

目前国际上最常用的宫颈癌筛查模式是“三阶梯”模式，即人乳头瘤病毒 (HPV) 检测 / 细胞学检查——阴道镜检查——组织学活检。初筛多数采用 HPV 初筛、细胞学初筛或 HPV 细胞学联合初筛，需注意的是这里的 HPV 检测推荐高危型 HPV 的检测。我们需要了解的是，单独 HPV 检测或与细胞学的联合筛查，可延长随访问隔和推迟低风险人群的阴道镜检查：例如应用 HPV 检测或联合筛查间隔每年 1 次，那么单一细胞学检查则需要每 6 个月 1 次；若应用 HPV 检测或联合筛查间隔每 3 年 1 次，单一细胞学筛查则需要每年 1 次。

我国东西部经济发展不平衡，城市农村医疗资源分布不均，对于医疗资源充足的城市，可采用 HPV 初筛或 HPV 检测和细胞学联合筛查的方法，提高筛查的准确性；而对于宫颈癌高发的经济不发达地区，医疗资源相对短缺，可根据当地实际情况因地制宜地采用细胞学初筛，或通过 HPV 自取样检测，提高筛查覆盖率和筛查率。

三、筛查报告结果怎么读？小窍门来分享！

宫颈防癌筛查结果总体来说就 2 种：阴性和阳性。阴性是否就此万事大吉、高枕无忧？阳性是否从此茶饭不思、彻夜难眠呢？这也大可不必，具体问题具体分析，我们以现阶段最常用最普及的细胞学初筛方法为例，一起读读下面的小窍门，来避免这“阴”“阳”结果当中的隐藏陷阱。

1. “阴性结果 - 无上皮内病变”是宫颈癌筛查最常见的报告结果，可达 92%，拿到此结果当然开心，但也要分情况而论。

(1) 单独细胞学筛查结果为阴性，建议 3 年后随访。

(2) 如果有条件联合高危型 HPV 检测：1 当 HPV(-) 时，推荐 5 年随访。2 当 HPV(+) 时，推荐 1 年随访。

(3) 特殊情况说明：当以上联合高危型 HPV 为 HPV16/18 型 (+) 时，均要转诊阴道镜，因 HPV16 型及 HPV18 型为最常见的致癌亚型，约占全部宫颈癌发病的 75%，研究证实年轻女性感染 HPV16/18 更易引发宫颈癌，检出后需要及时采取有效的治疗措施。

2. “阳性结果 - 上皮细胞异常”。“上皮细胞异常”涵盖的病变范围跨度很大：从与暂时的 HPV 感染相关的轻度细胞改变到高级别癌前病变，甚至侵袭性宫颈癌，病变程度相差甚大，总体而言主要包括鳞状细胞异常和腺细胞异常两类病变。鳞状细胞异常包括 5 种结果，分别为不典型鳞状上皮细胞意义不明确 (ASC-US)、低级别鳞状上皮内病变 (LSIL)、不典型鳞状上皮细胞不除外

高级别鳞状上皮内病变 (ASC-H)、高级别鳞状上皮内病变 (HSIL) 和鳞状细胞癌 (SCC)。腺细胞异常包括 4 种结果，分别为非典型腺细胞 (AGC)、非典型腺细胞倾向瘤变 (AGC-FN)、子宫颈管原位腺癌 (AIS) 及腺癌。

有人会说光看到这些字母就头晕了，还怎么读懂？没关系，新指南依据风险评估的原则将 ASC-H、HSIL、AGC、AIS、SCC、腺癌定义为“高级别细胞学异常”，同时将 ASCUS、LSIL 定义为“低级别细胞学异常”，拿着检查报告对应出“高级别”或“低级别”，前者无论 HPV 结果如何均要转诊阴道镜检查，后者则可以结合 HPV 检查结果进行观察随访。

四、关于几种特殊筛查报告结果的解读

1. “不满意细胞学检查结果”。没错！这确实是筛查报告结果中的一种，只是出现的几率小，所以很多人会有点懵。咱们先来了解清楚“不满意”的定义。医学上不满意细胞学检查是指常规涂片上可见的鳞状细胞少于 8 000 个，液基制片细胞学标本上可见的鳞状细胞少于 5 000 个，在涂片中发现有任何异常细胞，均属于满意的细胞学检查结果。需要指出的是，有过特殊病史的女性比如接受过盆腔辐射治疗的，细胞数量可能会减少。

拿到这个结果怎么办？指南指出单独细胞学初筛为“不满意细胞学检查结果”，推荐 2~4 个月后复查；如果联合高危型 HPV(+), 尤其 HPV16、18 型需要转诊阴道镜；如果高危型 HPV(-), 则建议 2~4 个月复查，因为此时的结果很可能是细胞量少造成的假阴性陷阱。

2. “可见子宫内膜细胞”。正常情况下，育龄妇女在经期或子宫内膜增殖期的宫颈细胞涂片中可见到子宫内膜细胞，但是在绝经后妇女的宫颈细胞涂片中见到子宫内膜细胞，则提示有子宫内膜癌的可能。虽然大多数患有子宫内膜癌的妇女有阴道流血的症状，但有些患者可无症状，此时宫颈细胞涂片中出现形态类似正常的子宫内膜细胞可能是唯一的异常表现，因此对于绝经后的妇女来说，一份宫颈防癌筛查的报告，可能起到了一举两得的作用。拿到这份提示报告后，要去进一步诊断性刮宫，除外子宫内膜癌的可能。

五、关于几类特殊人群的防癌筛查小知识

1. 不到 25 岁年轻女性筛查结果异常影响未来怀孕生宝宝吗？

目前临床上医生对各种风险指标的处理，所依据指南的研究对象为 25~65 岁，不适用于 25 岁以下患者。但是随着社会的开放，女性性生活的年龄提早，25 岁以下患者存在较高的 HPV 感

染率，癌前病变也很常见，重点是该人群在无意识地患上宫颈病变的时候，绝大部分还没有生宝宝，甚至还没有结婚，那么孕前对宫颈病变进行手术治疗所带来的产科风险甚为担忧，因此 25 岁以下患者被视为特殊人群，需要考虑特殊的治疗管理。对于 <25 岁（或 ≥ 25 岁有生育愿望）的女性，临床上可采取观察方案，采用阴道镜和细胞学或联合 HPV 随访，在观察期间，多维度评估风险值，必要的时候才建议手术治疗。而在此期间，都可以放心的怀孕生宝宝。

2. 妊娠期筛查出宫颈病变要即刻进行手术吗！

妊娠期是一个女人一生中的特殊时期，她将完成从一个女孩到一位母亲的角色退变，因此无论从生理上还是心理上都将发生巨大的改变，处于这段特殊时期的女性，内心都更加的敏感和脆弱。尤其是一些没有进行过孕前检查的女性朋友，在怀孕后突然筛查出宫颈病变会非常恐慌，情绪上很难开解，甚至极少数人可能会有流产的念头。其实大可不必，在对妊娠期宫颈病变的诊断和管理的问题上，重点是认识到癌症的威胁以及诊断和治疗的干预对妊娠潜在的危害，以期达到维持胎儿的成熟与存活，并最大限度避免伤害母体的生命和健康为原则。孕期防癌筛查的最主要目的是发现和排除浸润性宫颈癌的存在，在缺乏浸润性癌的证据时不推荐切除性手术，可每 10~12 周复查细胞学或阴道镜观察，癌前病变所需的切除性手术可延迟到产后实施（优先选择产后 6~8 周，也可接受产后 4 周），所以孕妈妈们大可放心的十月怀胎，吃好喝好休息好，生一个健康的宝宝！

3. 老年女性无性生活还要不要防癌筛查？

宫颈癌的罪魁祸首是持续感染高危型 HPV，主要的感染途径是性生活，那么绝经后的女性，尤其是不再有性生活者，是不是就再无宫颈癌的可能？事实并非如此，研究发现大约 20% 的宫颈癌发生于 65 岁以上患者，其根本原因是因为宫颈癌的发展是一个由量变到质变的过程，绝大部分病程较为缓慢，从感染 HPV 引发宫颈病变到癌要经历 5~10 年或更长的时间，所以为了降低 65 岁以上患者的癌症风险，对既往筛查结果有异常的 65 岁以上患者进行持续监测；若既往 10 年内每 3 年 1 次连续 3 次细胞学检查无异常或每 5 年 1 次连续 2 次 HPV 检测阴性，无宫颈病变病史，则不需要继续筛查。