

3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询



第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

要 点

- 促进健康，包括男女的咨询及教育，应该是子宫颈癌控制方案的重要组成部分。
- 健康教育应该使妇女及其家庭及社区普遍了解子宫颈癌是可以预防的疾病。
- 关于子宫颈癌的健康教育信息应该在国家政策上有所反映，并与健康保障水平相适应，保持一致。
- 卫生工作人员应经过培训，以客观的方式讨论性问题。能够解释与子宫颈癌及 HPV 相关的行为问题。
- 咨询时能尊重患者隐私，这是高质量关怀的最基本部分。

概 述

本章讨论了通过健康教育，初步的预防及咨询促进健康与子宫颈癌控制工作有机结合的重要性。这三个策略传递相似的信息及要求相关的交流技巧。并简要概括了改变行为习惯的主要资讯、避孕套及疫苗的使用可有效减少HPV带来的危害等相关内容。每一章末的实践指导（PS）列出有关子宫颈癌健康教育的关键信息，提供关于子宫颈癌与HPV的常见问题的答案（FAQs），说明了如何让男性参与到子宫颈癌的预防中来，并且提供更多咨询信息。

健康促进

无论是个人保健或社会保健，通过帮助人们理解相关知识并减少个人发病的危险、避免有害的行为及采取健康的生活方式促进健康，对各个层次健康教育计划均有着重要的作用。在很多国家，预防疾病被置于治愈疾病的次要位置，但预防已经显得越来越重要了，这方面还需要更多得努力。可以以多种方式完成健康教育。在子宫颈癌方面，采取以下三个策略尤其有用，即一级预防（预防HPV感染）、健康教育、咨询。

卫生工作人员的作用

提供正确的有关宫颈癌社区及健康服务的资料对提高人们的认识、减少疾病的发生及死亡是很关键的。各级有关健康教育的工作人员，无论任何工作的场所，应该对男女双方提供正确的一致有关宫颈癌的信息，如何能预防宫颈癌，进行筛查的理由，检查结果异常的临床意义及处理。对普通听众所使用的语言应简洁、通俗易懂，并符合工作人员所受的训练及职责，使被检者及媒体能完全理解有关信息。因此，为了能做到这一点，从业人员必须更新自己的知识，提高交流技巧。

为了改变不良行为，具备一定的知识是必须的，但仍不够。如果健康保健人员能够帮助妇女评估她们患病风险并能减少该风险，被检者才更乐于改变自身行为。

进行健康教育及咨询，帮助高危人群理解筛查的目的、随访及治疗，需要一定的交流技巧。如果发现被检者患癌症，应告知患者这种癌症的特点及预后。以简洁的语言给出明确的信息。诊所内的健康教育不应该花更多的时间，但人群及私人咨询应该告知详情。

HPV 感染的预防

HPV是常见的通过密切接触传播的病毒，包括性接触及非性接触。在人的一生中的某个时候，绝大多数男女都可能会感染HPV，预防生殖道HPV感染的方法为完全避免生殖器官与皮肤的接触及性生活。然而，性行为方式的改变（如使用避孕套、推迟性交年龄）可提供一定的保护作用。

使用避孕套

避孕套的使用仅对 HPV 感染有部分保护作用，因病毒可存在于未被避孕套覆盖的体表，如会阴部、肛门、女性的外阴及会阴部、男性的阴囊。然而，持续及正确使用避孕套有重要益处。

- 可使男女 HPV 快速清除。
- 可使宫颈病变逆转。
- 减少生殖道疣的危险。
- 减少宫颈癌前病变及子宫颈癌的发生。
- 对其他性传播疾病（STIs）如衣原体及 HSV-2 的感染提供保护作用。这些可能是子宫颈癌发生的协同因子。

- 可预防 HIV 感染，众所周知的高危 HPV 感染或进展为更高级别病变的促进因素。
- 可防止意外妊娠。
避孕套可减少发生 HPV 相关疾病的危险，因可减少 HPV 病毒量，或减少再暴露的可能性。

女用避孕套（能覆盖女性部分会阴）是否能提供象男用避孕套一样或更多的预防 HPV 感染作用，有待于进一步研究。



避孕套的分发及改进是所有 STI 控制基本的要素。

避孕套将来的进展：防止 HPV 感染的疫苗

一旦开始有性生活，大多数人都有暴露于 HPV 感染的危险，防止 HPV 感染理想的方法应该是在未暴露前接种疫苗。HPV 疫苗至少对最常见的高危型（如 HPV16、HPV18），最好是对所有 HPV 类型能提供保护作用。最近制备的候选 HPV 疫苗（预防 HPV16、HPV18），已显示出十分诱人的结果。然而，在任何疫苗投入有效使用之前，很多问题及有关的计划仍需要解决。如为了使青少年在进入性生活前更多的接种疫苗，要保证她们得到 HPV 疫苗的途径。

因疫苗的发现仅十多年历史，疫苗对宫颈癌发生的影响仍然未知。甚至在 HPV 疫苗大面积接种推广以后，为了检测以前感染 HPV 人群及未接种疫苗人群宫颈异常，以及监测评估疫苗计划目前的实施情况，仍需进行宫颈癌的大面积筛查。

对可能的协同因素的预防

媒体应向社会宣传 HPV 感染与宫颈癌发病有关的因素及辅助因素（参见第二章），即使了解辅助因素仍不够。健康教育者还应制定策略，应进入社区、针对个人、分发资料、提出改变不良生活方式的建议。如减少性伴侣、戒烟、推迟初次性生活年龄，以及使用避孕套。使用口服避孕药超过 5 年也增加宫颈癌发病的危险，但增加几率较少，且口服避孕药可防止意外妊娠及不安全的流产，其益处远超过其增加宫颈癌的风险。因此不必要限制激素类避孕药的使用。

3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

健康教育

对于个人及群体健康教育应涉及最新信息并采用简单、通俗易懂的语言讲解改变的方式。所宣传的信息应根据当地文化背景，用恰当的语言，并与所在国家指南相一致，健康教育应当与社区人卫生工作员合作共同开展。信息的关键内容应保持一致性，不受地域、人员及宣传对象的限制。健康教育并非一成不变的，应该需要管理者及健康教育者不断地工作，更新他们的医学知识。



健康教育

健康教育应有最佳的计划方案确保最大的覆盖面，这样可以增加教育计划的效果。癌症筛查计划最大的障碍应通过社区的教育来克服。例如，许多研究已表明多数妇女不愿参加筛查计划，因为她们未意识到发生宫颈癌的危险，未意识到通过筛查对宫颈癌早期诊断及预防的益处。发展中国家及农村的妇女可能从未听说过宫颈癌或筛查实验，或没有认识到阳性结果不必然意味着就是癌而导致死亡。

对癌症的误解及错误的观念增加了患者对发现这一疾病的担心和恐惧，认为子癌症总是意味着死亡。女性生殖道疾病总是有种让人觉得羞耻的感觉，尤其是包括 HPV 感染在内的性传播疾病。对生殖道检查感到恐惧和窘迫，认为暴露了个人隐私及秘密，这些都可能阻碍妇女参加筛查。如此的恐惧及误解可通过已经参加筛查的妇女来现身说法予以克服，巧妙地利用这些方法，在筛查中尊重妇女的隐私，许多妇女将更愿意参加并将向其家属及朋友推荐该筛查方案。



常见问题

建议

健康教育是理想的子宫颈癌综合防治的一部分。

有关子宫颈癌的一些错误观念及事实

错误的观念	事实真相
宫内节育器导致子宫颈癌。	宫内节育器与子宫颈癌无关。
筛查，会让你失去部分组织。	子宫颈癌筛查包括从宫颈表面轻柔收集细胞，并不是取组织块。
筛查正如疫苗一样，一旦你进行了检查，你就不会患子宫颈癌。	筛查本身并不能防止子宫颈癌的发生，但它能早期发现正常与否，如早期发现异常并给予治疗，子宫颈癌是可预防的。
癌症筛查无意义，因它仅告诉被检者有严重的疾病，但不给予任何治疗。	筛查在癌症发生以前可检测有无异常；如果癌为早期，给予适当的治疗能治愈。
只有卫生条件差的妇女才会患子宫颈癌。	尚无证据表明卫生条件差会导致宫颈癌。
卫生棉条或中药可导致子宫颈癌。	子宫颈癌是病毒感染所致，吸烟及多个性伴侣能增加患病危险，但并无资料显示卫生棉条及草药与子宫颈癌的发生有关。

在子宫颈癌的控制计划中，健康教育包括：

- 向人们宣传子宫颈癌的病因及病史；
- 鼓励高危人群筛查；
- 增加子宫颈癌的症状及体征的认识，出现这些症状，要鼓励患者尽早就医；
- 减少与子宫颈癌有关无知、恐惧、窘迫及羞耻感。



3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

如何提供健康教育

- 应向被检者进行宣教以解除她们的恐惧及误解，以及对 STIs 的羞耻感。
- 努力帮助妇女克服因询问有关性生活问题及生殖器疾病所感到的窘迫。
- 健康教育者应以通俗的语言及和蔼的方式正确解释相关信息。
- 应有针对性的回答共同关心的问题，并当地的信仰及实践相符合。
- 子宫颈癌与 HPV 感染有关，HPV 可通过性接触传播，增加了健康教育者答疑的困难。
某些例子及应答参见实践指导二。



健康教育者在何处宣教

健康教育者在相关机构内外都可提供有关子宫颈癌的信息，教育者包括健康工作者、医生、护士、健康教育人员、护理员、临床行政人员、咨询师及社区健康服务人员。其他人员：经由专业人员训练后，社区领导及传统推拿医生也能提供健康教育。

在健康教育机构的健康教育

通过海报、健康谈话、录像及书面文字材料在候诊室张贴，提供宣教信息。所提供的资料应该有针对性，对特殊的人群应预先调查。有关子宫颈癌的资料及教育应分为产前及产后宣教、计划生育、艾滋病、慢性病及生殖道感染防治宣教等重要组成部分。对绝大多数低危年轻妇女而言，资料可制作得简单、通俗易懂，以警示她们并促使其参加筛查。为有效宣传这些资料，需要具备一定的宣教技巧。

宣教资料应分发给每个妇女，在她们咨询及就诊时，资料要适合其年龄及其他危险因素。如：咨询者年龄超过 30 岁，有 STI 症状，从未做过筛查，除了接受一般教育及对她的症状进行积极处理外，应向她们提供有关子宫颈癌的信息。如她们不能马上进行筛查，应说服她们尽快随访进行筛查。另外，对仅来咨询避孕知识的年轻人，可给予她们一般宣教材料，并建议她们到 25-30 岁期间应进行筛查，并鼓励她们将筛查资料向其他妇女宣传。

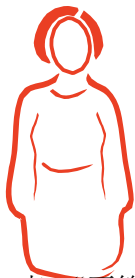
提供筛查给所有参加健康普查的高危妇女及她们的女儿，另外，每位从事健康服务的工作人员，包括：清洁工、秘书甚至驾驶人员，也应尽量参予传播宣教资料。例如：清洁人员及驾驶人员应知道筛查时间及筛查地点。应训练招待人员知道适龄筛查对象及筛查的特点，以帮助她们了解更多的信息。

社区以外

社区教育可在各种场所进行，如宗教集会场所或社区服务站、学校、体育聚会的场所，及健康宣传日或普查的时候。社区的各级人员经过培训发放各种宣传资料，这些人员包括医务工作者、教师、社区行政人员、健康促进者、传统按摩师及助产士。文字资料、电台及电视台播放、报刊杂志、海报及手册等通过各种途径送达社区。关于子宫颈癌的这种宣传方式及筛查的益处应有一定针对性以适合不同年龄、不同层次的人员，宣传内容并非是一成不变的。

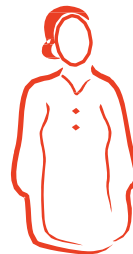
3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

实例³

道恩（Dawn），32岁肯尼亚妇女，无不适。事实上，她充满热情，不久前，社区健康工作人员在葬礼上宣教使她受到启示，工作人员说明了有关影响妇女健康的慢性疾病—子宫颈癌相关情况并解释该疾病是可预防的，如子宫颈癌未早期诊断并治疗，可能导致妇女死亡。

社区健康工作者给了道恩一张卡片并告诉她应去哪里进行筛查。“不管何种原因，我觉得我参加体检并弄清楚是否有危险因素是必要的，可能的话我还可以获得帮助。”2周以后，她返回取结果，被告知结果为阴性，属于正常，她被告知以后仅需每3年进行随访。



因为健康保健服务对她如此友善，使她学到了不少东西，道恩开始以她的经历现身说法，无论到哪儿，有机会的时候都会进行宣传，即使她们无症状。许多听过她谈话的女性都遵循她的建议并进行检查。

有两位女士告诉道恩，她们检查出癌前病变，接受了积极治疗防止病变发展成为癌。道恩很乐意帮助其他人。她说：“有机会让人活更长时间，我都不愿意看到任何人过早死去。”

男性参与健康教育

至于生殖健康的其他方面，在临床及社区诊所，让男性参与有关子宫颈癌预防、了解 HPV 的性接触传播以及鼓励性伴侣筛查，有病变给予治疗是很重要的。

男性不安全的性行为也是其伴侣为子宫颈癌发病的危险因素。因此，当男性来咨询时，应讲解有关 HPV 感染预防及 STI 和 HIV 的预防在子宫颈癌发病的作用的信息，应建议广泛使用避孕套。



³ 选自：Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment*. Seattle, WA, 2004.

咨询

咨询是面对面、个体化及充满信任的交流。被咨询者应帮助咨询者做出决定及采取相应措施，被咨询者需具备倾听及会话技巧和所讨论内容方面的相关知识。所有健康宣教参与人员应经培训，具备咨询技巧，以便更好与被咨询者进行沟通。



通过咨询应能帮助咨询者做出决定，但是必须在下列基础上：

- 当咨询人员与被咨询者建立相互信任后；
- 相互交流准确的及完整的交换相关信息后。

关于子宫颈癌的咨询内容，应根据咨询者提出的问题及个人情况而定。它涉及预防、筛查、随访、建议、诊断、癌前病变及浸润癌的治疗。咨询也应帮助患者及家属正确应对浸润性子宫颈癌及晚期癌症。如此的咨询不仅包括病人也涉及她的配偶及其他家庭成员，尤其是严重疾病的诊断医疗费昂贵的时候。一个好的咨询工作者应具备使用口头语言及非口头语言的交流技巧，以帮助咨询者置身窘迫环境时能感到舒适。尽力劝说她们，在解决她们的疑惑时使她们感觉亲切。各阶层的咨询人员会面面对面接触患者，参与子宫颈癌控制。交流程度随病人的情况及需要类型及咨询者水平而定，咨询应以教育女性为主，评论筛查结果及随访，介绍各种服务内容及程序，并与被咨询者讨论她必须随访。这将帮助妇女做出正确的决定。

谁需要咨询

所有决定需要咨询服务及已经选择咨询服务的女性，应告知信息及如何获取目前、以后与健康相关的咨询信息。有关好的咨询的指南参见实践指导四。

3

第三章：
健康促进：
预防、
健康教育
及咨询

个人隐私与保密

进行咨询时应在房间内进行确保个人隐私，咨询者及咨询人员不被别人直接看到或听到，除非咨询者同意。

保密也是必须的，这意味着如未经咨询人同意，咨询期间所讨论的内容或检查结果不应该对任何人泄露。

在咨询时，应对咨询者的隐私及保密，尤其处理患者，特别是有关涉及到生殖道区域时，因为需要检查常使患者感到窘迫，如果患者在诊所感到缺乏隐私保密感，或检查者居高临下、带指责的态度，或将咨询者的隐私泄露给他人，都可能使她选择拒绝告知一些重要信息，或选择较远的诊所或者甚至不去筛查。

- 应确保无人能听到或看到咨询及检查的内容。
- 在一些健康诊所应特别注意，确保被咨询者的隐私。尤其是人多、繁忙的时候。
- 安全保管一些表格及记录，只有项目相关的工作人员才有资格接触这些资料。
- 无论是在诊室内外，避免与其他医务工作人员谈论被咨询者的隐私。
- 无论她们的年龄、疾病、生活方式及婚姻状况及社会经济状况如何，都应对患者应尊重。
- 认识被咨询者家人及邻居的健康教育工作者必须特别小心以确保患者的隐私权。

不同水平的健康教育与咨询

社区



- 用科学知识消除社区内流传的传言、消极态度等错误观念。
- 制定有关预防的主要信息并在健康教育、咨询中加以应用。
- 针对社区特定的人群单独谈话。这些人包括年轻人、不同年龄的男女。
- 分发信息、教育及交流材料。
- 在社区单独咨询子宫颈癌及其预防、筛查及治疗（根据患者需要）。

卫生院



- 利用各种机会提供信息及教育，并促进不同年龄组的患者不良行为的改变。
- 单独咨询男女方及夫妇，讲解有关子宫颈癌的治疗及早期检查。
- 在候诊室、门诊促使目标人群组到社区参加筛查。
- 培训及帮助社区健康工作人员及社区自愿者，确保他们一致使用重要的信息。

地区医院



- 在候诊室、诊室及病房对妇女进行教育及咨询，宣传有关子宫颈癌的预防及早期检测。
- 提供各种机会包括社区外活动促进筛查计划的进行。
- 培训及指导宣教人员并支持社区教育及健康中心，确保有关宫颈癌预防信息的准确。

中心医院



- 除与地区医院有相同职能外，还应：
- 为病人及家属制定有关子宫颈癌诊断、治疗及临终关怀方面明确的信息及教育材料。
 - 通报及指导政策制定者及决策者有关子宫颈癌的信息，子宫颈癌对健康人群的影响及筛查的成本以及对预防及检测的成本效益关系。

3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

咨询信息

社区健康工作人员及其他健康服务人员可以对妇女咨询者就以下内容提出建议：

- 子宫颈癌筛查的目标年龄组。
- 所使用的筛查检查，如何进行，及正常宫颈是什么。
- 盆腔检查及筛查涉及内容，何时、何地、如何进行筛查。

他们也应

- 帮助说服不愿行妇科检查的妇女。
- 强调遵循健康人员建议关于索取检查结果及定期随访的必要性。
- 对临床操作作出全面的解释，并使被检者接受或拒绝（知情同意）。
- 如果被检者愿意，她可以带家属接受同样检查。

补充资料

- *ACCP. Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers.* Seattle, WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004.
- Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training.* New York, Association for Voluntary Surgical Contraception, 1998 (AVSC Working Paper, No. 11; www.engenderhealth.org).
- Burns A et al. *Where women have no doctor: a health guide for women.* Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997.
- *Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings.* Baltimore, MD, JHPIEGO Corporation, 2001.
- *GATHER guide to counselling.* Baltimore, MD, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1998 (Population Reports, Series J, No. 48; www.jhuccp.org).
- Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion.* London, Macmillan, 1993.

- *Prevention and management of reproductive tract infections (RTIs): the comprehensive reproductive health and family planning training curriculum.* Watertown, MA, Pathfinder International, 2000.
- WHO. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide to essential practice.* Geneva, 2005.
- *Working with men.* New York, Engender Health, 2005
(<http://www.engenderhealth.org/ia/www/index.html>) [resources for male involvement in reproductive health programmes].



实践指导一：健康教育

本实践指导介绍关于子宫颈癌重要的循证医学资料，这些资料说明个人行为的改变，可降低子宫颈癌对妇女的危害。

如何成为称职的子宫颈癌健康教育者：

- 你应该掌握关于子宫颈癌的准确信息，并不断更新，同时应具备良好的沟通技巧。
- 你应该根据听众的教育背景和文化背景因材施教。
- 你应该自然地与妇女讨论可能增加 HPV 感染和子宫颈癌机会的性行为和其他生活方式。
- 你应该自然地向听众解释如何使用男用和女用避孕套。
- 你提供的信息应与国家相关政策一致，并符合当地情况。

关于子宫颈癌的关键信息

- 在发展中国家，子宫颈癌是引起 40-60 岁妇女因癌死亡的首要原因。
- 子宫颈癌的病因是人乳头瘤病毒的感染，这是一个很常见的病毒，主要通过性生活传播，感染多发生于年轻的男性和女性，而大多数人往往对此并不了解。
- 使用避孕套可以对防止 HPV 感染起到一定作用，并降低患 HPV 相关疾病如生殖器疣和子宫颈癌的危险。
- 大部分 HPV 感染不会持续存在，也不会引起子宫颈癌。
- 只有少数 HPV 感染持续存在，从而导致癌前病变，如果不及时治疗，最终可以发展为癌。
- 从 HPV 感染到发生癌前病变通常需要多年的时间，而从癌前病变发展到癌还需要更长的时间。
- 筛查可以检出癌前病变，筛查中发现的多数病变都是可以治愈的。
- 25 岁及以上的妇女比年轻女性更容易患子宫颈癌前病变。妇女在 35-45 岁之间应该至少筛查一次。如果可能的话，25-65 岁之间应该每三年筛查一次（或者根据国家指南而定）。
- 宫颈癌筛查相对简单、快速、无痛。
- 癌前病变的治疗简单，通常无需住院。
- 子宫颈癌早期发现早期治疗，是可以治愈。

PS 1

实践指导一：
健康教育

- 如果出现异常阴道分泌物、阴道流血、性交后出血、绝经后出血，妇女应该立即就医，因为这些症状可能是子宫颈癌的征兆。
- 妇女对自身的健康享有自主权（如果她们愿意，她们的伴侣或家人也可以参与）。尽管我们极力推荐妇女应当参加筛查和定期随访，但她们有权拒绝检查和治疗。

关于个人行为的建议

- 应推迟首次性生活时间：过早开始性生活更容易感染 HPV。一次性生活就可能让年轻女性感染 HPV，年龄越小，这种机会就越大。
- 应推迟首产时间：怀孕时产生的激素可能会增加患子宫颈癌的危险。
- 应减少怀孕次数：有五个或五个以上孩子的妇女患子宫颈癌的危险性会增加。
- 应减少性伴侣数量：性伴越多，感染性传播疾病（包括 HPV 和 HIV）的危险就越大，患子宫颈癌的危险就越大。
- 避免与有多性伴的人发生性关系：如果男性有多个性伴或者曾经有过多个性伴，那么与其发生性关系的女性患子宫颈癌的危险将增高。
- 使用避孕套：避孕套可以避免性传播疾病的感染，减少患子宫颈癌的危险。
- 远离吸烟：吸烟的妇女几乎患所有癌症的危险性均较高，包括子宫颈癌。
- 如果有性传播疾病的症状或者怀疑有暴露于性传播疾病的危险时，应该立即就医。有些性传播疾病能促进子宫颈癌的发展或者引起其他疾病，包括不孕。性传播疾病的及时治疗可以避免 HPV 感染和子宫颈癌的发生。
- 超过 25 岁的妇女就应该参加筛查。几乎所有有性生活的妇女都有暴露于 HPV 的危险。筛查可以检出早期病变，使其在变成子宫颈癌之前得到治疗。
- 对男性的特别建议：减少性伴，坚持使用避孕套（尤其是与新的性伴发生关系时）。

健康教育者注意事项

应当意识到上述的行为建议有些可能很难实施，尤其是对那些无法控制何时、与谁或使用何种方式性交的妇女。让男性了解这方面的知识，可以使他们更通情达理地配合性伴。

用于健康教育的素材

健康教育最好采用面对面的方式。如果下述材料适用于你的社区，使用它们会很有帮助：

- 挂图；
- 宣传册；
- 幻灯片；
- 话剧和角色表演；
- 录像；
- 广播和电视节目；
- 专家讲座，最好使用非专业术语与听众交流。

PS 1

实践指导一：
健康教育

PS 1

实践指导一：
健康教育

实践指导二：关于宫颈癌的常见问题

PS 2

实践指导二：关于宫颈癌的常见问题

不论男性还是女性，甚至某些医务人员都会缺乏宫颈癌的相关知识。本实践指导列出了常见问题及其答案，你和你的同事应根据当地的情况添加相关其他问题及其答案。

关于病因和危险因素

问：什么是癌症？

答：癌症是人体内某些细胞的生长失去控制，从而导致肿瘤或新生物。并非所有的新生物都是癌症，那些可以播散到身体其他部位并且干扰机体正常功能的新生物，才被称为癌。

问：什么是宫颈癌？

答：宫颈癌是起源于宫颈（子宫的开口）的癌症。宫颈的细胞开始异常地生长后，有时如果不给予治疗，它们就会发展为癌。但是，这些早期改变（癌前病变）也可以自行消失，而不引起症状。

问：什么引起宫颈癌？

答：宫颈癌是由感染人乳头瘤病毒（HPV）引起的。大多数情况下，HPV 感染不治疗就可以消失；但是有时，HPV 可以在细胞内存活几年，使某些妇女最终发生宫颈癌。为什么在感染 HPV 的妇女中，只有部分患宫颈癌患，机制未明。

问：宫颈癌是性传播疾病吗？

答：不是。但是 HPV 可通过性接触传播，在男性和女性都相当常见。感染 HPV 的妇女中，只有少数发展为癌前病变。如果不治疗，几年后，其中部分人可以在感染 HPV 多年后发展为宫颈癌。

PS 2

实践指导二：关于宫颈癌的常见问题

问：宫颈癌可以预防吗？

答：可以。限制性伴侣数、使用避孕套、推迟首次性生活时间和首次生育年龄、不吸烟等皆有助于预防宫颈癌。**HPV** 疫苗目前正在试验阶段，疫苗的广泛使用将可能成为最有效的预防措施。当疫苗的使用成为可能，年轻女性开始性生活前就应接种。

目前，最佳的宫颈癌预防措施是通过筛查前病变，可在其发展成为宫颈癌之前进行治疗。

问：什么人患有患宫颈癌的危险？

答：所有有过性生活的女性，都有患宫颈癌的潜在危险，因为可能已经感染 **HPV**。宫颈癌最常见于 **40-60** 岁的妇女。从来没有进行宫颈病变筛查的妇女、开始性生活和生育过早的妇女、生育超过 5 个孩子的妇女、性伴侣数多或者性伴侣有多个性伴的妇女、吸烟的妇女、感染 **HIV** 的妇女，患宫颈癌的危险性较高。

问：使用激素类避孕药的妇女是否增加患宫颈癌危险？

答：长期口服避孕药可以轻微增加患宫颈癌的危险。口服避孕药的妇女应该常规筛查。因为使用避孕药的好处大于所带来的风险，因此没有理由停用避孕药。

问：生殖器疣可以导致宫颈癌吗？

答：不会。宫颈癌是由特定的**HPV**高危亚型引起。生殖器疣是由不同的低危型**HPV**引起，低危型**HPV**不导致癌。

关于筛查

问：什么是筛查实验？

答：筛查实验就是在健康和没有症状的人群中，用某种检验方法，筛选出患某种特定疾病发病机率较高的人。宫颈癌筛查实验可检查出宫颈是正常还是异常，能在出现症状出现之前发现疾病的早期征兆，此时经过治疗可以防止疾病进一步发展。

问：什么人应该进行子宫颈癌的筛查？

答：25~65岁的妇女（或者根据国情而定）应该进行筛查以发现早期病变。小于25岁的女性基本上不会患子宫颈癌，所以不用筛查。从来没有性生活的女性不用筛查。

问：筛查的时候做什么？

答：最常用的筛查实验是巴氏宫颈涂片。医务人员会经阴道检查来观察宫颈，收集宫颈的细胞标本，然后送到实验室检查。有时，其他实验会用于子宫颈癌筛查，如在宫颈表面涂醋酸后再观察。医务人员会告知被检查者当地采用哪种检查方法。

问：筛查结果阴性意味着什么？

答：如果筛查结果是阴性，意味着没有发生可能会发展成为子宫颈癌的病变。定期（每 3~5 年检查一次，可根据当地规范）规律筛查很重要，以确定没有发生癌前病变。

问：筛查结果阳性意味着什么？

答：大多数情况下，筛查结果阳性意味着被检查者有癌前病变，癌前病变可以自己消失或者通过简单的门诊治疗即可治愈。可能还需要做其他检查以确定是癌前病变除外癌。有时，阳性结果意味着患子宫颈癌，此时，需要转诊到相关医院接受治疗。

关于癌前病变和癌**问：什么是癌前病变？**

答：高危型 HPV 感染一段时间后，宫颈会发生癌前病变，癌前病变容易治疗。多数癌前病变可以自行消退，但是如果癌前病变持续存在又没有治疗，就可能发展为癌。

问：子宫颈癌有什么症状？

答：早期子宫颈癌通常没有症状，所以筛查非常重要。子宫颈癌的症状有：阴道淋漓出血、同房后出血、月经间期出血、绝经后出血、分泌物有异常臭味且经治疗无好转。如果出现上述任何症状，应该就医，因为子宫颈癌发现得越早，治愈机会就越大。

PS 2

实践指导二：关于宫颈癌的常见问题

问：宫颈癌可以被治疗吗？

答：如果早期发现，大部分宫颈癌都可以治疗。从未进行筛查的中年妇女，可能发现宫颈癌时已经较晚期。如果癌已经扩散到宫颈之外，治疗较困难。

问：宫颈癌可以治愈吗？

答：可以。如果宫颈癌在严重扩散前被发现是可以治愈的。宫颈癌发现越早，治愈机会越大。

问：如何治愈宫颈癌？

答：主要有两种方式治疗宫颈癌：手术是通过外科手术切除肿瘤；放疗通过放射线杀死癌细胞达到治疗目的；有时两者同时使用。

实践指导三：怎样让男性参与子宫颈癌的预防

PS3

实践指导三：怎样让男性参与子宫颈癌的预防

子宫颈癌是女性才有的疾病，但是男性在预防和治疗子宫颈癌上也起着相当关键作用。HPV感染是通过性接触传播的，因此男性对预防子宫颈癌是有帮助的。本实践指导提供男性需要了解的基本知识和参与预防子宫颈癌的几种方法。

男性需要了解的关于子宫颈癌的基本知识

- 一般信息参见实践指导一的健康教育部分。
- 子宫颈癌常见于40岁以上的妇女，通常从癌前病变发展而来。癌前病变可以通过筛查发现并治疗。超过25岁的妇女应该进行筛查。
- 几乎所有的子宫颈癌均是由人乳头瘤病毒（HPV）感染引起，这种病毒容易通过性接触传播，而感染上这个病毒不会引起任何症状。
- HPV 也可以威胁男性的健康。如果 HPV 持续感染可以增加患阴茎癌的危险。
- HPV 通过性接触传播，但是并非必须通过性交，因为 HPV 在皮肤和生殖道以外的地方也可以存活。
- 使用避孕套不能够提供完全的保护，但是可以使感染更快消失，因此在预防子宫颈癌上起一定作用。
- 男性和女性吸烟都可以增加患多种癌症的危险，包括增加感染 HPV 的妇女患子宫颈癌的危险性。
- 男性可以通过以下几个方式在子宫颈癌预防中发挥关键作用：
 - 减少性伴侣数，如果与多个人有性关系应该使用避孕套；
 - 使用避孕套预防性传播疾病，包括艾滋病（HIV/AIDS）；
 - 当性伴侣超过 25 岁时，鼓励其进行子宫颈癌筛查；
 - 跟伴侣一起努力避免意外怀孕和过早怀孕；
 - 不吸烟，而且帮助伴侣戒烟。
- 如果伴侣发现有癌前病变或者子宫颈癌，男性可以通过陪她去医院就诊和学习关于子宫颈癌知识等方式支持和帮助她获得治疗。



健康教育

- 如果伴侣在医院接受了某项检查或治疗后，医生建议不能性生活时，男士应该给予配合。
- 伴侣因子宫颈癌手术、化疗或者放疗后，男性应该帮助分担伴侣的家务劳动，上述治疗有助于治愈子宫颈癌，但是会使妇女感到疲劳和虚弱，她们需要时间休息和康复。
- 如果一个妇女患了极晚期的子宫颈癌，她的伴侣可以协助给她提供最大程度的帮助和安慰。
- 男性也可以通过倡导妇女健康项目，为减少其社区和国家的子宫颈癌死亡做出贡献。

致男性：

**您在预防和治疗子宫颈癌中发挥着非常重要的作用。
请坚持正确地使用避孕套，这样可以提高您和您伴侣的性
健康和生殖健康。**

实践指导四：咨询辅导

什么是咨询辅导？

咨询辅导就是面对面的、个人的、私密的会谈，旨在帮助一个人（或者她的家人）做出知情同意的决定然后根据这个决定进行诊治，这是就相关的准确信息进行双向交流的过程。一位高效率的咨询辅导人员，应善于倾听，掌握最新进展的知识和谈话沟通的技巧。

患者应该知道有关宫颈癌的哪些背景知识呢？

咨询辅导人员应该确保所有的妇女，特别是参加子宫颈癌控制计划的妇女，了解下列基础知识：

- 关于宫颈的基本解剖知识，它在盆腔的位置，不同年龄时的变化和临床如何检查宫颈；
- 子宫颈癌是什么，什么原因导致子宫颈癌，其发生发展的危险因素有什么；
- 怎样预防子宫颈癌，重点强调癌前病变的筛查和治疗；
- 当地采用哪种筛查实验，筛查发现异常后怎样治疗；
- 筛查并确诊为宫颈浸润癌的妇女可选择哪些治疗方法。



图示说明，加上本实践指导和实践指导一、二中提供的信息有助于解释上述知识。



咨询辅导人员应该必须保证什么？

- 私密性：除非当事人同意，否则不能有其他人员看到或听到当事人和咨询师之间的咨询辅导。
- 保密性：除非经过当事人授权，否则咨询和检查过程中看到的、听到的或者做的任何事情都不能让其他人知道。
- 咨询辅导人员和患者彼此信任。
- 谨慎地询问和讨论私人问题，尤其是有关性和个人行为的问题。

PS4

实践指导四：咨询辅导

PS4

实践指导四：咨询辅导

给子宫颈癌咨询辅导人员的建议

1. 称呼当事人的名字来热情欢迎其来访，并且自我介绍。
2. 坐在距当事人较近的地方，保证谈话的舒适性和私密性。
3. 保持目光接触，当她说话的时候看着她。
4. 向她保证你们的讨论不会透露给任何其他人。
5. 使用她能够听懂的语言，提供相关的信息。
6. 根据当事人今天来访的原因，酌情介绍相关的信息并进行讨论。
7. 全神贯注地聆听并注意她的肢体语言（手势、面部表情、眼神）。
8. 尽量领会她的感受和观点。
9. 使用开放式的问题，减少仅只“是”或“不是”的回答。
10. 使用鼓励性语言，点头或者说“再多告诉我一点儿”。
11. 努力辨别出她真正的想法和顾虑。
12. 解释所有可供选择的方法，并尊重她的选择。
13. 通过让当事人重复最重要的信息和建议，确认她已经明白讨论的东西。
14. 邀请当事人按其个人意愿回访。

咨询辅导时应该做到

- 保证私密的环境。
- 称呼患者姓名并且自我介绍。
- 看着患者的脸，除非有悖于文化背景。
- 以自然的和善解人意的态度对待患者。
- 富于同情心：设身处地为患者着想。
- 使用肯定的肢体语言（适宜的点头、微笑等）。
- 使用简单易懂的语言。
- 坦诚地回答她的问题。
- 给咨询辅导留出足够长的时间。
- 如果当事人犹豫不决，可以让她下次回访时再告诉你她（或者她家人）的决定。

咨询时不应该出现

- 注意力不集中的表现（看时间、接电话等）。
- 使用刺耳的音调或者表现得不耐烦。
- 会谈时被打断。
- 打断患者的话。
- 使用批评的、评判性的或粗鲁的口气。
- 给当事人过多细节和不相关的信息。
- 使用当事人不明白的医学术语。
- 强迫当事人做出决定；正确的做法是：如果她犹豫不决，可以让她下次回访时再告诉你她（或者她家人）的决定。

为准备做检查和治疗的妇女做咨询辅导的标准步骤

在诊治操作前



- 再次解释筛查、推荐的诊治方法的重要性。
- 解释将要做什么、怎样进行、可能的结果、需要进一步检查和治疗的可能性。

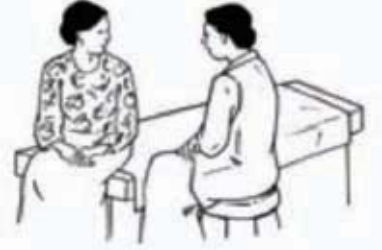


在诊治操作中



- 签署知情同意书，包括同意必要时与其家人或工作单位联系。
- 操作时告诉患者你每一步正在做什么。如果可能会引起疼痛或者其他的不适，应提前告知，这样会使她感觉舒服些。

在诊治操作后



- 解释你所做的操作。
- 描述你所看到的异常或者告诉她你没有看到任何异常。
- 确定复诊日期。
- 解释她如约复诊的重要性。

PS4

实践指导四：
咨询辅导

如果你发现有异常，希望她转诊到上一级医疗机构做进一步的检查或实验时：

- 向她解释原因，并告诉她什么时候去哪里找谁去做进一步检查。
- 强调如约转诊的重要性。
- 回答患者提出的所有疑问，如果不知道如何回答，找相关人员来帮助解答。
- 如果患者对预约转诊有疑问或顾虑，欢迎她回来询问，给予解答或者找其他知道的人来解答。

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套⁴

PS5

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套

需要与男士和女士沟通的关于避孕套的知识

- 避孕套是性传播疾病最可靠的防护方法。
- 如果避孕套使用正确，可以成为屏障，能阻挡最小的细菌和病毒。
- 因为 HPV 可以感染避孕套覆盖部位以外的区域，所以避孕套不能完全防止 HPV 感染。
- 但是，使用避孕套已被证实可以：
 - 加快 HPV 清除
 - 减少患生殖器湿疣的危险
 - 减少患宫颈癌的危险
 - 防止衣原体和单纯疱疹病毒感染（可能是引起宫颈癌的协同因子）
 - 防止其他性传播疾病
 - 防止人类免疫缺陷病毒（HIV）感染
 - 避孕

什么时候建议妇女使用避孕套？

- 如果她被诊断为 HPV 感染或者低度病变观察期。
- 当有感染和流血危险，又不能遵医嘱禁止同房时应该使用避孕套。这种情况出现在进行某种治疗后，如冷冻治疗后（见第五章）。
- 当想预防多种性传播疾病（包括 HIV）和防止怀孕时（双重保护）。
- 正在进行性传播疾病的治疗期间。
- 性伴有症状或者正在进行性传播疾病治疗期间。

只有正确和坚持使用避孕套才能起到保护作用！

⁴ 选自：Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide for essential practice. Geneva, WHO, 2005.

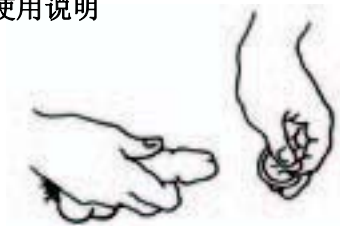
PS5

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套

男用避孕套

男用避孕套是用乳胶制成的，极易获得而且便宜，可以高效地预防性传播疾病和部分有效地防止HPV传播。

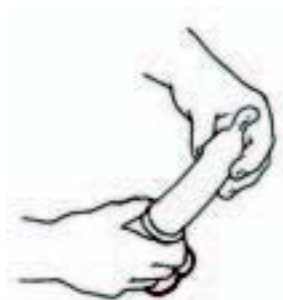
使用说明



1. 小心地从包装中取出避孕套，避免撕裂。



2. 将避孕套顶端空气挤出。



3. 将卷起的避孕套展开，套在勃起的阴茎上。



4. 射精后，当阴茎仍然勃起时从阴道中退出，同时握紧避孕套的滚边，防止其滑脱造成精液流入阴道。



5. 将避孕套从阴茎上取下，打个结以防止精液流出或漏出。弃置避孕套于适当的地方。

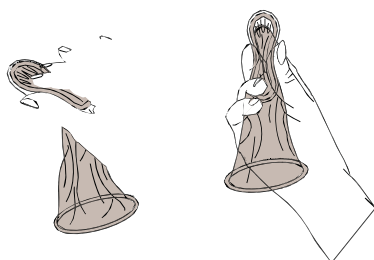
女用避孕套

女用避孕套是柔软、更宽大一些、在两端都有具弹性的聚氨酯环套状物。封闭端的内环用来放置于阴道内，开口端的外环留在阴道外覆盖外生殖器。女性避孕套用聚氨酯制成，只有一个型号。女用避孕套可能提供与男用避孕套相同的保护作用，但是比较贵。有一个好处就是与男用避孕套相比，女性更加容易控制避孕套的使用。

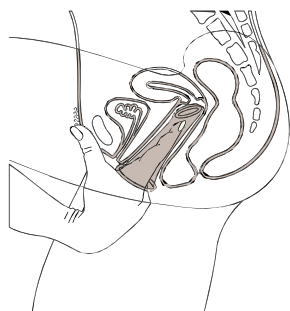
使用说明



1. 将女用避孕套从包装中取出，用两指轻轻揉搓保证润滑剂均匀的分布在避孕套内壁。如果你需要更多的润滑剂，从包装中取出额外的润滑剂挤出两滴，滴到避孕套内。



2. 避孕套的封闭端将放入阴道中。用拇指和中指挤住位于避孕套封闭端的内环，放置于阴道内。



3. 用食指将避孕套送入阴道，越远越好。当你感觉不到了避孕套封闭端就意味着放在正确的位置了。

不用担心，不会放置太深。

PS5

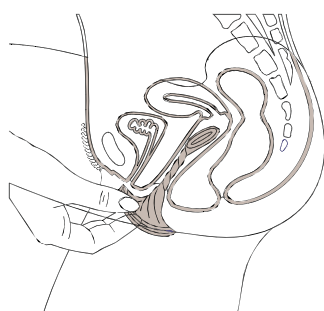
实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套

PS5

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套



4. 开口端的环应该留在阴道外面，翻在阴唇（阴道的外唇）外面。确保避孕套没有扭曲。性生活时应该引导阴茎进入女用避孕套。如果不注意这一点，阴茎可能会从避孕套外进入阴道，那样就起不到保护作用了。



5. 性生活后可以随时将避孕套安全取出。如果你是平躺着，在站起来前应该取出避孕套以免精液流出。

将女用避孕套安全地弃置于适当的地方。不要重复使用。

关于咨询辅导避孕套使用的几点说明

- 男用和女用避孕套只有在每次性生活时都正确使用才有效。
- 提供咨询的人员应该克服自己在谈论和接触避孕套时的厌恶情绪，给患者和她们的性伴演示怎样使用避孕套。
- 向患者和她们的性伴指导和咨询如何使用避孕套时，使用阴茎或阴道模型。模型可以买到，也可以就地取材自己制做。
- 演示如何打开避孕套包装，如何将卷起的避孕套展开，如何将男用避孕套套在勃起的阴茎上或者如何将女用避孕套放入阴道内，如何在阴茎仍勃起时将阴茎从阴道内退出，如何取下避孕套，如何安全地弃置。
- 演示过程中或演示后，让患者和她的性伴使用新的避孕套在模型上重复相同的动作，并温和地纠正错误。
- 建议患者和她的性伴特别注意下列事项：
 - 当打开避孕套包装时，避免撕裂避孕套；不要使用牙齿或者长的指甲。
 - 避孕套只能用一次。
 - 常备避孕套。
- 给患者提供足够多的避孕套，对于那些建议勿性交的患者也应该给予避孕套。确保患者和她的伴侣会使用避孕套，并告诉他们在哪里可获得避孕套。

PS5

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套

PS5

实践指导五：
怎样使用男用和女用避孕套

4

第四章：子宫颈癌的筛查



第四章：子宫颈癌的筛查

要 点

4

第四章：子宫颈癌的筛

- 筛查是对所有具有患子宫颈癌风险的妇女的检查，她们中大多数无症状。
- 筛查的目的是发现癌前病变，这些癌前病变如果不治疗，可能发展为癌症。
- 只有通过有组织的筛查体系进行随访和治疗，筛查才能有效。
- 在筛查中发现异常的妇女需要定期随访、明确诊断、或给予相应的治疗，以阻止病变进展为癌症或是能在癌症的早期进行治疗。
- 子宫颈癌的筛查方法包括以下几种。巴氏涂片（细胞学）是唯一的一项已用于大规模人群且被证实可以减少子宫颈癌发病率和死亡率的检查。其他方法（VIA、VILI、HPV）有一定的发展前景，但它们的有效性还缺乏对照研究的证据，大样本的研究还在进行中。
- 不管采用何种筛查方法，疾病控制计划有效的关键在于使尽可能多的妇女得到高质量的筛查和治疗。
- 对于大多数有患癌风险的妇女，享有由中心统一组织、设计并实施的筛查计划要优于机会性筛查。

概 述

本章提供了筛查的详细信息，分析了有组织的筛查优于机会性筛查的原因。本章介绍了各种可供选择的筛查方法并比较其优缺点。

健康保健工作者的职责

在妇女子宫颈癌筛查中，健康保健工作者是公共卫生协作项目的核心人物，该协作项目还应包括卫生管理部门、项目策划者、项目管理者、实验技术人员、专业医疗工作者和社会工作者。

健康保健工作者的任务是确保：

- 前来筛查的妇女能够得到恰当的信息和咨询。
- 应遵循子宫颈癌筛查和治疗的指南。
- 应有组织地进行筛查，确保目标人群不遗漏。

4

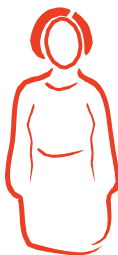
第四章：子宫颈癌的筛查

- 参加筛查的妇女均理解筛查和随访的内容，并签署知情同意书。
- 完成筛查、治疗和转诊各个步骤，正确评估患者的病情，严格采取控制感染的措施。
- 应告知妇女筛查的结果，尤其是结果不确定或阳性（异常）时。
- 正确处理患者自己发现的或健康保健工作者检查出的性健康和生殖健康问题。
- 进行恰当和忠实的记录，保存于卫生保健机构，或交给妇女自己保存。
- 对需要重复筛查、进一步检查、转诊或治疗后护理的妇女，进行相应随访。

上述职责在本章节中将进一步阐述。

实例⁵

普拉提比（Pratibha）是一位37岁的妇女，居住在印度的马哈拉施特拉。一天，当她取水回到家时，她看到两位女性健康工作者正在与她的丈夫谈话。健康工作者问了她许多问题，例如：年龄、什么时候结婚、有多少孩子等。她们告诉普拉提比有关



子宫颈癌的知识以及她有一次在村子里做筛查的机会。普拉提比问为什么她会被选去做筛查，她们告诉她村子里所有年龄大于30岁的妇女都将接受访问并被邀请接受筛查。参加这个计划的一个好处是筛查和治疗（如果需要）都是免费的。包括普拉提比在内的几乎所有受到邀请的妇女都接受了筛查。就像之前告诉她的一样，检查很快而且无痛苦。检查后，健康工作者强调她应该两周后回来取检查结果。当普拉提比取结果时，工作人员告诉她结果正常以及3年复查一次的重要性。

⁵ 摘自：Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment*. Seattle, WA, ACCP, 2004.

筛查计划

什么是筛查？

筛查是用于危险人群和目标人群的一种公共卫生干预手段，不是用来诊断疾病，而是用于识别很可能患有或将会患有某种疾病的个体。参加子宫颈癌筛查的妇女可能确实感觉非常健康，看上去没有理由去医疗机构进行健康检查。

并非所有疾病都能进行筛查，所有可以进行计划性筛查的疾病应满足下列条件：

- 对公共健康有严重影响的疾病。
- 在临床前期（无症状期）可以检测的疾病。
- 筛查试验必须简单、无创、敏感、特异、经济和易于被目标人群接受。
- 临床前期的治疗对长期病程和疾病进展有积极作用。
- 筛查试验阳性的人群所需的进一步检查和治疗，应当能够得到、易于接受且经济上负担得起。

子宫颈癌筛查满足上述条件。

只有具备以下因素时筛查计划才能成功：

- 对危险人群的高覆盖率⁶（80%）。
- 对筛查阳性的人群进行相应的随访和治疗。如果阳性结果者不能正确随访，那么增加覆盖率的努力是徒劳的。
- 疾病控制计划中各组成部分之间的有效联系（例如：从筛查到诊断和治疗）。
- 高质量的人群覆盖、筛查试验、诊断、治疗 and 随访。
- 充足的资源。

子宫颈癌筛查的目的是最大限度地对有患病危险的妇女进行检查，并确保对阳性或异常结果的人群进行相应的随访。这些妇女需要诊断性检查、随访或治疗。筛查结果阳性的妇女通常需要阴道镜检查和组织活检作为特异性诊断，以明确异常的程度、范围（见第五章）。

⁶ 覆盖率是指在特定时间内按推荐间隔期进行筛查的妇女占目标妇女人群的比例。筛查试验的次数不是覆盖率，因为筛查试验次数可能包括目标人群以外的妇女，和多于推荐次数重复进行筛查的妇女。

4

第四章：子宫颈癌的筛查

有组织的和机会性子宫颈癌筛查*有组织的筛查*

有组织的筛查是用现有资源最大限度的对尽可能多的子宫颈癌高危妇女进行检查。通常在国家和地区水平进行计划。有组织的筛查应特别注意：

- 目标人群；
- 筛查间隔；
- 覆盖的目标；
- 鼓励妇女加入筛查计划的机制；
- 用于筛查的检查；
- 确保所有筛查结果阳性的妇女得到通知的措施；
- 对阳性妇女进一步诊断和治疗的转诊机制；
- 提供治疗建议；
- 监测和评价筛查计划的指标。

机会性筛查

机会性筛查是指当一个妇女由于其他原因来到健康服务机构时进行的检查，独立于有组织的或以某人群为基础的项目外。医务人员可以在咨询中推荐进行筛查或由妇女自己提出。机会性筛查侧重于面对进行产前、儿童健康和计划生育保健的低危年轻妇女。

普遍认为组织性筛查比机会性筛查花费少效率高，能更有效利用现有资源和确保最大多数的妇女受益。如果出现质量控制差、危险人群的覆盖率低、对低危人群的过度筛查、失访率高，组织性筛查和机会性筛查都有可能失败。

筛查的益处和风险

作为一般性健康教育的一部分和在筛查前获得知情同意时，均应与妇女一起讨论筛查的益处与风险。筛查的益处以前的章节中已讨论，然而就像所有面向健康人群的项目一样，子宫颈癌的筛查也会出现一些意想不到的结果。例如：

- 心理影响——担心害怕被检查出癌症。
- 错误的认为阳性筛查结果就是癌症诊断。

- 假阳性结果（正常宫颈被认为异常）可能导致不必要的焦虑和处理。
- 出现假阴性结果（异常宫颈报告为正常）。
- 发现其它无法治疗的疾病。

一般来说，遵循本指南中的建议，可以减少出现这些不良结果。

筛查目标人群和频率

通常在国家水平，根据当地子宫颈癌的患病率和发病率，以及 HIV 流行情况、现有资源和设施等相关因素，决定筛查目标的年龄和筛查频率。

推荐的筛查年龄和筛查频率是从细胞学筛查的经验中得到。到目前为止，还没有相应的以 HPV 检查和以肉眼观察为基础的筛查数据。

在决定筛查目标的年龄和筛查频率时，制定计划者应考虑下述问题：

- HPV 感染在年轻妇女中很常见，但大都为一过性的。
- 只有少部分 HPV 感染会导致浸润癌。
- 子宫颈癌发展很慢，从早期癌前病变到浸润癌通常需要 10-20 年的时间。
- 子宫颈癌在 30 岁之前很少见，筛查年轻妇女会发现许多永远不会发展为癌的病变，导致过度治疗，效价比差。
- 3 年一次筛查与 1 年一次筛查同样有效，如果资源有限，5-10 年筛查一次甚至仅在 35-45 岁之间筛查一次也会明显降低子宫颈癌的死亡率。

4

第四章：子宫颈癌的筛

子宫颈癌筛查的推荐年龄和频率

- 新计划将启动，在 30 岁或以上的妇女中开始筛查，如果已经覆盖所有高危的妇女，可以加上更年轻的妇女。现有的组织性筛查计划中不包括年龄小于 25 岁者。
- 如果一个妇女一生中只能筛查一次，那么最好在 35-45 岁之间。
- 对 50 岁以上的妇女 5 年筛查一次是合适的。
- 如果资源许可，在 25-49 岁间可以 3 年筛查一次。
- 任何年龄都不推荐每年筛查一次。
- 如果前 2 次宫颈涂片结果为阴性，65 岁以上的妇女不需要再筛查。

特殊考虑

在进行大规模筛查之前，国家制定计划者要考虑到确保对新发现癌症患者的治疗设施到位。有效的治疗浸润性癌需要特殊设施，这些都必须先在筛查计划开始之前做好准备（见第六章）。

对于一个既往从未进行过筛查的人群，在新的筛查计划中会发现许多不同期别的癌症病例。如果疾病已非常晚期或由于某种原因不能进行治疗，应姑息治疗（见第七章）。

在 HIV 高流行区的筛查

在 HIV 高流行区，子宫颈癌的筛查就尤其重要，因为 HIV 阳性的妇女更易出现 HPV 持续感染、子宫颈癌前病变甚至子宫颈癌的发病率更高。在 HIV 流行区，子宫颈癌筛查阳性的人会增加到目标人群的 15%-20%。对 HIV 阳性或阴性者，细胞学筛查同样有效。尽管 HIV 阳性者中子宫颈癌前病变和子宫颈癌的发生率更高，但并不意味着她们在进行筛查、随访、治疗时比别的妇女（她们有同样的健康和社会需求）更有优先权。所有妇女，无论是否 HIV 感染，都应鼓励进行子宫颈癌筛查，只要她们能够负担医疗费用。注意不要把子宫颈癌阳性筛查结果与 HIV 试验联系起来，但是有癌前病变的妇女知道自己的 HIV 感染状况

还是有帮助的，尤其是在可获得抗反转录病毒治疗（ART）时。国家确立 HIV 感染的妇女的筛查原则时，应考虑这些问题。

建议

无论 HIV 感染是否存在，妇女都有子宫颈癌筛查的同等机会。

孕期妇女的筛查

妊娠期不做子宫颈癌筛查有时会被认为错失一些机会。进行产前检查可能是子宫颈癌筛查的好时机，但是将子宫颈癌筛查加入到常规产前检查中也不是最佳选择，原因如下：

- 大多数妊娠妇女都较子宫颈癌筛查目标人群年轻。
- 在一些文化背景下，妊娠妇女不愿接受妇科检查。
- 孕期筛查试验的阅片工作更加困难，例如细胞学阅片。
- 在妊娠期 CIN 很少发生逆转，但在分娩后，相当比例的 CIN 都能自行消退。
- 只有在不能除外浸润癌时，才对妊娠妇女进行活检。
- 妊娠期是治疗非浸润性癌的禁忌证。

参加产前检查的筛查目标年龄的妇女建议产后 12 周进行筛查。但是，阴道窥器检查时发现明显的宫颈异常或检查者感觉患者不会复诊时，她应该进行筛查。另外，医务人员应鼓励该妇女对她周围的筛查目标年龄的妇女进行宣教，建议她们接受进行筛查。

计划生育门诊妇女的筛查

机会性筛查常与计划生育服务整合在一起。计划生育咨询提供了一个讨论子宫颈癌筛查益处的好机会，而且在生殖健康咨询中妇科检查更易于接受。在计划生育门诊中，应鼓励筛查目标年龄的妇女进行子宫颈癌筛查。无论使用哪种避孕药的妇女并不需要接受比其他妇女更多的子宫颈癌筛查。

患生殖道感染或性传播疾病（RTI/STI）妇女的筛查

筛查目标年龄的妇女因提示 RTI/STI 可能的主诉就诊时应进行检查。只有在无明显的急性感染时才能进行子宫颈癌筛查；如果窥器检查发现急性感染证据，应采取适当的治疗措施，子宫颈癌筛查应推迟到感染消除后再进行。

对 RTI/STI 的健康教育和咨询应包括 HPV 感染的知识，及其与子宫颈癌的关系，安全的性行为（包括避孕套的使用）所能提供的保护作用。男性伴侣亦应治疗，并告知子宫颈癌的预防措施。针对男性的 STI 治疗应告知包括 HPV 感染和子宫颈癌预防的相关知识。

子宫颈癌筛查的其他时机

生育年龄晚期的妇女是发生子宫颈癌的最高危妇女，尤其是如果她们从未接受过筛查。她们比年轻妇女较少就诊于生殖健康部门，但可能就诊于其它保健部门，如：治疗高血压、心脏病、糖尿病或感染性疾病的部门。另外，目标年龄组的妇女可能陪着需要医疗服务的孩子和亲属到医疗机构来。无论什么原因到医疗机构来的所有筛查目标年龄的妇女都应得到有关的信息，并被鼓励参加子宫颈癌筛查（见第三章）。普通的一、二、三级医疗机构里，经过培训的医务人员都能为这样的妇女提供子宫颈癌筛查。如果不能，可进行健康教育并推荐到方便的筛查诊所。

子宫颈癌筛查要努力达到：

不管什么原因接触健康保健系统的所有目标年龄的每一个妇女都能接受筛查。

筛查实验的选择

由国家或地区决定选择所用的筛查实验方法。无论如何，健康保健者应对所有筛查方法有一些基本认识。

决定所用的筛查方法应取决于以下方面：

- 保健系统的组织；
- 可用的资金；
- 保健工作者的类型和数量；
- 现有的实验室条件和运输设施；
- 不同筛查方法的可行性和费用。

所用的筛查方法也取决于妇女的居住地的远近，例如：在城市可以选择要求妇女回来取结果的宫颈涂片。在同一国家边远的乡村妇女则可选用醋酸染色肉眼观察（VIA），立即就可得到结果。

子宫颈癌筛查试验中使用最广泛、时间最长的是细胞学检查。它从 19 世纪 50 年代就在许多国家中开始应用，在加拿大、美国和一些北欧国家，基于细胞学的筛查和治疗计划减少了 80% 的子宫颈癌发病率和病死率，在其他欧洲国家则减少了 50%-60%。

由于细胞学筛查的自身需要，包括：经过良好培训的人员、完善的实验室设备、标本的运输、收集病人的信息和进行随访的有效系统，在资源匮乏的地区很难达到这样的效果。另外，由于其他健康需求的竞争，常常造成缺少资金和相应政策扶持，子宫颈癌的筛查难以被优先考虑。

由于细胞学为基础子宫颈癌筛查存在实施的问题，发展了其他替代的方法，如肉眼观察实验。这些方法在试点地方似乎是有希望的，但还未广泛开展。在目前进行中的大规模人群研究未完成前，这些方法对子宫颈癌发生率和病死率的最终影响还无法知道。以 HPV 检测为基础的筛查已经商品化，其缺点有：需要高级实验室设备、花费高。

伦理问题

权衡不同疾病所造成的死亡或残疾与诊治该疾病的效率、费用及其影响，可以决定如何更好的利用有限的资源。然而，优先顺序的决定权在国家。卫生保健人员应知道这些决定的原因，以便他们能主动地贯彻和向病人解释（见第一章）。如果很好地计划并与其他性健康和生殖道健康项目有机结合，子宫颈癌筛查不仅能增强健康保障体系，而且能改善妇女健康，特别是过了生育年龄的妇女，她们的健康问题常常被忽略。

为确保符合伦理和平等权利，在进行筛查前，应考虑以下因素：

- 所有符合标准的妇女都能得到筛查，包括最贫穷、最弱小和最难达到的地方。
- 患者、健康保健工作者、社区都应接受健康教育以确保筛查和治疗方面更好的知情决定。
- 病历记录系统要保密。
- 具备诊断实验、随访和治疗条件，并应容易获得。
- 对阳性筛查结果妇女的随访和处理，健康保健工作者应有明确的指南。
- 有机构准备应付筛查过程中所发现的其他健康问题，如妇科疾病患。

知情选择和知情同意

知情选择和知情同意是基于自主和尊重个体的伦理原则。在许多文化中，同意是一个集体决定，这一过程涉及到其他人，如性伴侣、家庭成员和村长等。健康教育和咨询所提供的准确信息可以确保妇女及其家庭知道子宫颈癌的知识，谁有患子宫颈癌的危险，筛查如何降低风险，和筛查可能的副反应。在同意筛查之前，妇女应被告知具

体要采用哪种筛查试验、阳性结果的意义和后果、必要时可获得的

治疗等信息。当不能立即得到结果时（与肉眼筛查方法除外），知



知情同意

⁷ 注：知情同意与知情选择不同。知情同意指当她（或他）就某一操作或检查获得充分的信息后，做出合理的个人选择（知情选择），表达允许进行该操作或检查的愿望。

情同意还包括同意与其家庭和工作单位联系。尊重自主权要求自愿选择筛查，并非强制性的。

筛查对象的评估

所有参加筛查的人在进行筛查前都应进行一个基本评估，包括告知相关信息和咨询、签署知情同意书、采集社会信息和临床病史、进行体格检查。



咨询辅导

病史可以提供有用的信息以决定是否需要有利的其他检查、检测或治疗。由于常常羞于启齿生殖道问题，妇女往往不愿谈及她们的忧虑或症状、体征。为建立和保持信任与尊重，在采集病史前要向每一位妇女明确保证保密和私密原则。

子宫颈癌的筛查中盆腔检查的重要部分是肉眼检查外生殖器和窥器检查。医务人员应讲明检查中每一步都要做什么。如果注意到有异常，应告知妇女但不要惊吓她。如果可能，女性医务人员进行检查可以减少妇女不情愿检查的情绪，使筛查容易接受。如果检查者是一位男性，妇女可以要求一位女伴或女性医务工作者在房间内。



盆腔检查

问病史和查体时发现性健康和生殖道健康问题

筛查同时处理性健康和生殖道健康问题有助于改善妇女的健康，尤其是老年妇女。在问病史和盆腔检查中，医务人员应特别注意提示癌、STI 和其他疾病的症状和表现。另外，应给予妇女提出关于性健康和生殖道健康问题的机会。发现异常的妇女应进行相应治疗或进一步检查。

子宫颈癌筛查中预防感染

象所有的医疗活动一样，在子宫颈癌筛查中，应谨慎预防感染。如果忽视了指南中关于洗手、使用器械、处理已用过的器械（包括手套）等方面的规定，包括 HIV 在内的病原体，可能会传播。常规预防感染传播的方法（见附录 1）应使用于所有的患者，无论他们看上去是健康或是疾病，无论是否已知有 HIV 或其他感染。这些方法可以给医务人员和患者双方都提供保护。医务人员只

能使用未污染的器械，在进行窥器检查和双合诊检查、采集标本、进行冷冻等治疗时均应戴乳胶手套。

筛查方法

一个好的筛查实验应该：

- 准确；
- 可重复性好；
- 价格低廉；
- 操作简单，容易随访；
- 接受性好；
- 安全。

以下的检查或多或少满足以上要求：

- 细胞学：传统的（巴氏涂片）和液基的；
- HPV-DNA 检测；
- 肉眼观察：用醋酸或卢戈氏（Lugol's）碘剂。

下面介绍各种筛查实验方法，每种方法的优缺点总结于表 4.1，衡量试验的特性及其意义见附录 3。

细胞学

传统巴氏涂片

用末端延长的木质刮板或刷子在宫颈移行带收集细胞标本，不再推荐使用棉签。移行带所有的区域都应取样，因为这里几乎是所有高度病变发生的地方。然后将标本涂抹于玻片上，立即固定以保持细胞形态。玻片送到实验室染色并显微镜检查以确定细胞是否正常（图 4.1）并以 TBS 分类系统（见附录 2）分类。巴氏涂片的结果回报于临床，卫生保健人员有责任确保妇女知道筛查结果，并如附录 4a 所述进行相应的随访。巴氏涂片检查用时不到 5 分钟，没有痛苦，可以在门诊检查。



感染预防



检测方法



巴氏涂片

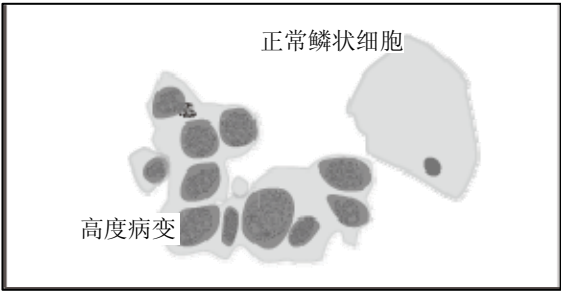


TBS系统

建议妇女行经期、急性感染期、妊娠期推迟检查。满意的涂片要求充足数量且保存良好的鳞状上皮细胞和移行带/宫颈管内成分。所有涂片均应清晰标记。



图 4.1 图示正常的和异常的上皮细胞



细胞学检查的准确率取决于操作质量，包括采集标本的操作（取样和固定涂片）、实验室制片和阅片。在发达国家最好的条件或科研条件下，传统细胞学可以发现84%的癌前病变和癌症。然而，在条件不好时其敏感性可以低到38%。特异性通常超过90%。

液基细胞学 (LBC)

这是传统细胞学的改良，始于 20 世纪 90 年代中期，很快推广用于一些设备良好的实验室。医务人员将标本从宫颈刷转移到保存溶液中，再送到制片的实验室，而不用将细胞涂抹于玻片上。LBC 较传统的细胞学检查昂贵，实验室人员须经过特殊培训。但较传统方法有如下优势：

- 标本从更有代表性的区域获得，假阴性结果少。
- 不满意的标本少。
- 阅片出报告的时间缩短，提高效率和性价比。
- 收集的标本可以用于检测 HPV DNA。

然而，到目前为止，在 LBC 和传统的细胞学之间没有随机对照研究比较。几项研究显示 LBC 比传统的巴氏涂片更敏感，特异性几乎相同。

检查者

经过短期训练，任何知道如何进行窥器检查的人（护士、助理护士、助产士、诊所工作人员、医生）均可做巴氏涂片。

适应证

下列妇女应作筛查：

- 25-65 岁之间的妇女，既往从未做过巴氏涂片，或 3 年或更长的时间之前做过该检查（或根据国家指南规定）。
- 上次巴氏涂片取材不足或提示轻度异常。
- 有异常出血、性交后出血、绝经后出血或其他异常症状。
- 发现宫颈有异常。

巴氏涂片的阅片报告

在病理医生的指导下，由实验室中经过培训的细胞学医师阅片，病理医生对最终报告负责。正确的报告是筛查计划成功的关键。为维持熟练程度，防止疲劳，细胞学医师每天最多在显微镜前工作 5 小时，每年至少阅片 3000 张。保证质量很重要，每个细胞学实验室均应确保报告质量，最常用的方法有 2 种，一是快速复读所有阴性玻片，一是随机抽出 10% 的阴性玻片仔细复读。这两种方法中复读都由另一位细胞学医师完成。异常的涂片由病理医师确诊。目前的证据显示两种方法中快速复读所有玻片更有效，效价比更高。实验室应保证每年至少阅读 15 000 张玻片⁸。因此，细胞学检查不应分散到初级卫生保健诊所或小实验室。可靠运输玻片到实验室、送和取报告很重要。

⁸ 本指南未包括细胞学实验室的详细资料，按照本章末尾的“补充资料”可找到更详细的信息。

报告返回卫生保健机构的速度是实验室服务和保健服务质量的体现，很大程度上影响妇女对检查的满意程度。

建议

如资源充足，推荐大规模子宫颈癌筛查中应用细胞学检查。

以检测 HPV-DNA 为基础的筛查

一种新方法基于检查阴道和宫颈涂片中的高危型 HPV DNA。用棉签或小刷子从阴道或宫颈上采集标本，放入装有保存液的容器。标本可由卫生保健人员采集，或由妇女本人把棉签伸入阴道自己采集。研究表明自己采集标本没有卫生保健人员采集标本敏感。两种方法采集的标本都被送到实验室中进行下一步处理。目前的 HPV DNA 检查需要复杂的实验设备，不适用于低级别实验室，花费更少和更简易的检测方法尚在开发中。检测 HPV DNA 阳性并不意味着存在癌前病变和癌症，它仅意味着 HPV 感染。正如前面所讲的一样，HPV 感染在 35 岁以前的妇女中很常见，大部分能自然消退。当用 HPV 做初级筛查时，检查出癌前病变和癌症的敏感性在 50%–90% 间，大部分报道敏感性在 85% 以上。特异性在 50%–95% 之间，平均为 84%。35 岁或以上者检测 HPV 更好，因为这些妇女中阳性结果更有可能是持续感染的结果。这些妇女中敏感性和特异性分别为 89% 和 90%。联合检测 HPV 和细胞学非常敏感，阴性预测值（见附录 3）接近 100%。因此，可能两项结果均阴性的妇女可以延长筛查间隔。然而，做两项检测费用昂贵、需要分子实验室、可靠的运输，这些都是巨大的挑战。HPV 检测资源匮乏的地区还无法做到。新的更快、更敏感、花费更少的检查 HPV 的方法正在研究，目前还没有。



检查者

只要附近有合适的实验室，能可靠地运输标本，在任何层次的卫生体系中经过训练的检查者都可以做HPV检查。临床对HPV检测的需求与对巴氏涂片和肉眼观察的要求一样。

适应证

HPV检测目前还未单独作为首选筛查实验，主要与细胞学联合应用以提高敏感性，或作为筛选手段来判定哪些巴氏涂片可疑结果的妇女需要阴道镜检查。主要适应证是在巴氏涂片结果为意义未明确的非典型鳞状上皮细胞（ASC-US）的妇女中，只有高危型HPV DNA阳性者需要进行阴道镜检查和活检，这样可以减少做阴道镜的患者数量。

实验设施

HPV 实验室需要一个特别洁净的环境以防污染，需要严格培训的技术员，需要 HPV DNA 生产厂商特殊要求的设备和试剂。

建议

目前，HPV DNA 检测作为首选筛查试验方法只推荐用于一些试点项目，或严密监控的状况下。资源充足时可以和细胞学检测或其他方法联合使用。30 岁以下不推荐做 HPV DNA 检测为基础的筛查。

肉眼观察方法

有 2 种肉眼观察方法：

- 醋酸染色肉眼观察（VIA）；
- 卢戈氏碘染色肉眼观察（VILI）。



VIA 和 VILI

使用稀释醋酸（在醋酸染色肉眼观察中）或卢戈氏碘剂（在碘试验中）后，肉眼观察即可发现宫颈异常，无需放大。异常宫颈组织涂上醋酸后，会暂时变白（醋白），检查者可以立即判断阳性（异常）或阴性（正常）结果。当碘剂涂于宫颈时，癌前病变和癌

组织会表现为边界清楚的厚芥末黄或橘黄色，而鳞状上皮染成棕色或黑色，柱状上皮保持粉红色。

由于不依靠实验设备，在资金缺乏的地区，醋酸染色肉眼观察和碘染色肉眼观察有希望代替细胞学检测。在发展中国家，正在做大规模的、有代表性的随机对照实验。在实验结果还未出来之前，WHO推荐醋酸染色肉眼观察和碘染色肉眼观察只用于试点项目，因其对子宫颈癌的发病率和病死率的影响还未可知。在科研中，VIA对子宫颈癌前病变和癌症的敏感性平均为77%（56%-94%），特异性74%-94%之间，平均为86%。低倍放大与肉眼观察相比，并不能提高VIA的效果。一项研究表明VILI可以检测出92%的癌前病变或，比VIA和细胞学敏感性高。对未患病的检测能力同VIA相似（85%），低于巴氏涂片，一项研究表明VILI比VIA可重复性高。VILI和VIA可在诊所和其他门诊条件下进行，它们均用时短、无痛苦、立即判断、无需标本。

优点

- VIA、VILI 相对简单，可教给护士、助产士和其他医务工作者。
- 立即评价，无须运输、实验室人员和设备。
- 价格低于其他常规使用的方法。
- 立即获得结果，大多数不需多次就诊，减少失访。
- 可以用于妇女单次就诊即可完成的即查即治方法。

缺点

- 阳性预测值（见附录 3）低，相当一部分阳性结果的妇女并未患病，导致过度诊断和治疗，以及不必要的焦虑。
- 绝经后妇女不能依赖肉眼观察方法，因为这些妇女的转化区通常在宫颈管内。
- 缺乏长期可靠的记录，以后不能复阅。
- VIA 多作为一生一次的筛查实验进行评价，其周期性筛查的作用尚无评价。



附录 3

检查者

经过培训的护士、助产士、助理护士、医生和其他医务工作者，只要有足够的用品和监督指导，均可进行VIA。培训获得资格认证需要5-10天。为保持检查质量，需由一个有经验的检查者指导日常工作。研究表明刚经过培训的检查者的报告假阳性结果较多，经过几个月积累经验后，假阳性结果就会减少。

适应证

如果在筛查项目中作为筛查实验方法，VIA 和 VILI 适用于所有指南中规定的目标年龄的妇女，只要满足以下条件：

- 未绝经妇女。肉眼观察不推荐用于绝经后妇女，因为转化区退至宫颈管内，窥器检查不能看见。
- 原始鳞柱交界和新鳞柱交界（即整个转化区）均可见。

如果不满足以上条件，且在特定临床环境中无其他筛查方法，应建议用宫颈涂片。

建议

肉眼观察法（VIA、VILI）目前只推荐用于试点项目或其他密切监控的条件下，不推荐用于绝经后妇女。

表 4.1 几种子宫颈癌筛查实验方法的特点总结

检查方法	程序	优点	局限性	现状
传统细胞学 (巴氏涂片)	由检查者采集宫颈细胞，由实验室经过培训的细胞学医师检查	• 历史悠久 • 广泛接受 • 永久保持的检查记录 • 已经建立确保质量控制的培训和机制 • 在现有基础上适当投资即可有提高 • 特异性高	• 不能立即得到报告 • 需要保证及时与妇女沟通检查报告和随访 • 需要运输标本到实验室、送回报到诊所 • 需要实验室质量保障 • 中度敏感性	• 19 世纪 50 年代后被许多国家采用 • 在发达国家，以细胞学为基础的筛查计划已减少了子宫颈癌的病死率
液基细胞学 (LBC)	采集宫颈细胞的小刷子浸入特殊液体中，再送到实室处理和检查	• 很少有不充分或不满意的标本需病人返回重新筛查 • 细胞学医师熟练后，阅片耗时少 • 标本可用于分子检测，如 HPV 检测	• 不能立即得到报告 • 辅助材料和设备较传统细胞学昂贵 • 敏感性和特异性尚无与传统细胞学的对照研究	在一些发达国家作为筛查方法（如英国）

续表见下页

上接第99页表

表4.1 几种子宫颈癌筛查实验方法的特点总结

4

第四章：子宫颈癌的筛查

检查方法	程序	优点	局限性	现状
HPV DNA 检测	由检查者或妇女本人用棉签取样，再送到实验室检测 HPV DNA 分子	● 标本采集简单 ● 自动化处理 ● 可与宫颈涂片联合使用提高敏感性，但也增加费用 ● 阴性结果意味无 HPV 感染和无相关疾病存在 ● 结果永久保存 ● 35 岁以上妇女特异性高	● 不能立即得到报告 ● 人均费用高 ● 实验室要求复杂，需运输标本 ● 年轻妇女特异性低，导致过度治疗 ● 试剂保存问题	● 已经商品化，在一些发达国家用于辅助细胞学检查 ● 低费用检测在开发中
肉眼方法 (VIA 和 VILI)	涂醋酸 (VIA) 或卢戈氏碘剂 (VILI) 后由经过培训的检查者检查	● 相对简便和费用低 ● 立即获得结果 ● 经短期培训的人员可进行检查 ● 对设备要求低 ● 可在单次就诊中完成筛查，并立即进行治疗	● 检查者之间变化大 ● 特异性低导致转诊率高和过度治疗 ● 无永久记录 ● 不适用于绝经后妇女 ● 缺乏标准 ● 需要反复培训	● 证据有限 ● 目前只推荐用于试点项目 ● 大规模的随机导致研究尚未完成，缺乏其对子宫颈癌发病率和病死率影响的数据

随 访

筛查结果异常（阳性）妇女的随访和处理

筛查本身不能预防单个病例发生子宫颈癌。子宫颈癌预防计划成功的最关键因素可能是建立一个有效的系统，保证对筛查阳性结果的妇女进行随访和治疗。

理想情况是无论筛查结果是阴性还是阳性，所有妇女都能得到筛查结果。实际上，由于资源有限很难达到。至少，阳性结果的妇女必须得到结果和知道她需要进行怎样的随访。随访按国家指南进行，或参照附录 4 的推荐。



随访是妇女的福利，是预防计划成功的关键。要尽一切努力联系筛查结果阳性的妇女。

以下措施有助于保证对阳性结果的妇女进行随访：

- 经过其同意，筛查时记录她的住址和其他联系方式。
- 咨询时和筛查后，卫生保健人员应强调回来取结果和随访的重要性。
- 每个诊所都有所有筛查阳性妇女的记录，并记录她们是否得到结果和进行了随访。诊所应指定专人负责确保妇女进行随访。

对没有如约回来随访的妇女，卫生保健人员可以：

- 发信件；
- 打电话到妇女的家中或工作单位；
- 让社区保健人员直接到妇女家中进行联系。

卫生保健官员和保健人员可利用当地其他适宜途径，与筛查结果异常的妇女取得联系。

**如果筛查结果异常的妇女没有按时回来随访，
医疗机构要尽一切努力找到她。**

保存记录

4

第四章：子宫颈癌的筛查

使用在一个国家内通用的记录方法，以便子宫颈癌控制计划收集到的数据可以进行比较。信息系统应包括每个妇女所有的临床记录、就诊计划、保持随访或失访记录。可以简单记录于纸张上或电脑中。记录本登记参加筛查的妇女及其结果。如果妇女需要以后回来取结果，记录系统必须保证筛查结果阳性的妇女得到结果和追踪到很难找到的妇女。随访样表见附录七。



各级卫生保健机构在筛查中的工作

社区



- 进行社区健康教育，推动筛查计划，鼓励妇女参加筛查。
- 介绍适宜的妇女进行筛查。
- 帮助妇女到达筛查诊所。
- 帮助随访筛查结果阳性的妇女，确保她们回诊所治疗。

卫生院



- 用国家指南规定的方法筛查，并整合于其他保健服务中。
- 培训、支持和指导社区保健工作人员。
- 与社区保健工作人员一起对妇女进行教育，并使她们参加筛查。
- 参与促进高危妇女进行筛查的活动。
- 在诊所和社区提供咨询和卫生教育。
- 通知结果阳性的妇女并给予咨询，建议她们进行所需的随访、诊断和治疗。
- 建立准确的患者信息系统，以便追踪随访治疗后的妇女。

地区医院



- 按照国家计划，开展筛查工作。
- 通知异常结果的妇女并给予咨询，告知其所需的随访、诊断和治疗。
- 培训、支持和指导卫生院的医务人员。
- 安排转诊到上级或下级卫生保健机构。

中心医院



- 对到门诊的妇女在门诊进行筛查。
- 保持中心医院的细胞学、病理学和分子实验室工作正常。
- 解释筛查阅片结果和组织病理结果，并保证报告送回筛查地点。
- 培训医疗人员，支持和指导下级医疗机构的卫生保健人员。
- 安排转诊和联系下级医疗机构。

4

第四章：子宫颈癌的筛查

咨询信息

刚完成筛查的妇女应被告知以下情况：

- 是否发现有异常；
- 什么时候取结果；
- 下次就诊的日期。

取结果的妇女应就下列各项进行咨询：

- 筛查的结果和意义；
- 如果结果正常，下次筛查的日期；
- 如果筛查结果不确定或不正常，需进行怎样的随访；
- 在什么时候、什么地方随访。

补充资料

- ACCP. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs: a manual for managers*. Seattle WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004.
- Arbyn M. *A technical guideline: collection of adequate Pap smears of the uterine cervix*. Brussels, Scientific Institute of Public Health, 2001.
- *Cervical cancer prevention: guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO Corporation, 2001.
- CHIP. *Implementing cervical screening in South Africa. Volume I. A guide for programme managers*. New York, Cervical Health Implementation Project, South Africa, University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth, 2004.
- IARC. *A practical manual on visual screening for cervical neoplasia*. Lyon, IARC Press, 2003.
- IARC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10).
- *Infection prevention: a reference booklet for health care professionals*. New York, EngenderHealth, 2001.
- *Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff at hospitals and clinics*. New York, EngenderHealth, 1999.
- Miller AB. *Cervical cancer screening programmes, managerial guidelines*. Geneva, WHO, 1992.
- PATH. *Planning appropriate cervical cancer prevention programs*. Seattle, WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2000.
- PATH VIA/VILI curriculum. Course in visual methods for cervical cancer screening. In: Tsu V et al., *Western Kenya Cervical Cancer Prevention Project Final Report* Seattle, WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2004 (Annex 10).
- Salas Diehl I, Prado Buzeta R, Muñoz Magna R. *Manual de Procedimientos de Laboratorio de Citología*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2002.
- WHO. *Cervical cancer screening in developing countries. Report of a WHO Consultation*. Geneva, 2002.



实践指导六：签署知情同意书

PS6

实践指导六：签署知情同意书

何谓知情同意？

在进行子宫颈癌筛查前，患者必须签署知情同意书，这意味着她明白将要进行什么操作（包括进行操作和不进行操作的并发症及潜在危险）并同意进行操作。应该让患者清楚如果她拒绝该操作，不会有任何惩罚。

何时让患者签署知情同意书？

- 在开始任何检查或操作前，给患者将要做的检查所有的基本资料，并签署知情同意，事后签署知情同意，是不符合伦理的。
- 如果有需要与患者家里或工作单位联系的可能，如通知检验结果或提醒她预约复诊，也应该获得患者的知情同意。
- 只有患者表示同意时，才可以让家庭成员加入讨论。
- 尽量少使用医学术语，应用患者能明白的语言解释术语。
- 绘图或使用图片有助于阐述你的解释。
- 使用清楚、明了直接的语言，勿使用患者不明白或含糊的语言，如象“肿物”或“肿瘤”。
- 不要说得过多，使患者混淆，但应覆盖所有重要问题。
- 给患者一定的时间让患者明白你所说的内容。然后让患者提出问题，当回答完所有的问题后，可签署正式的知情同意。
- 在某些文化背景下，患者伴侣等其他参与做出决定也是重要的，但应尊重患者的意愿。

解释所作的操作及过程

如何向患者解释每一个操作或检查过程，在本指南各章节或相应实践指导中有详述。应该根据患者个人情况，用患者及家属能明白的语言，解释操作及其过程。

PS6

实践指导六：签署知情同意书

签署知情同意书的步骤

准备

2. 保证谈话的私密性，向患者解释所在医疗机构一贯尊重患者隐私。
3. 按照所在医疗机构的规定获得知情同意。
4. 应用医疗咨询的一般原则，与患者建立良好的沟通。仔细倾听并耐心解释患者所关心的问题，给予患者足够的时间让她理解及作出决定。
4. 询问患者是否希望其家庭成员在场，或是否希望回家与其家庭成员进行讨论。在患者作好充分的准备以前，不要强迫患者作出决定。



过程

5. 告诉患者所有有关推荐的检查、操作或治疗的必须信息，和可供选择的其他方法的信息。根据所在医疗机构的条件及患者个人情况，应用本指南提供的资料，向患者解释诸如冷冻治疗、手术、放射治疗等的过程，包括以下信息：
 - 操作的目的。
 - 可能的益处。
 - 做检查和不做检查的危险。
 - 是否需要麻醉及住院。
 - 可能的副作用及并发症，如果发生应如何解决。
 - 恢复时间。
 - 费用。
 - 成功及失败几率。
6. 询问患者是否有问题，并给予解答。
7. 确定患者是否明白，可通过要求患者重复谈话内容的难点或要点，或者通过其他用词重复最重要的部分，如：“你是否明白该操作后4周内不能同房，你估计你丈夫对此会感觉如何？”
8. 纠正所有误解。
9. 进行书面记录，按照所在医疗机构的规定，记录在知情同意书上，或者在病历记录中，包括：
 - 已经确信患者了解所需信息。
 - 患者自愿同意进行检查或治疗（或拒绝检查或治疗）。

实践指导七：采集病史和进行盆腔检查⁹

PS7

实践指导七：采集病史和进行盆腔检查

子宫颈癌筛查包括采集病史，评估患者是否有特殊的危险因素或相关提示症状。绝大多数筛查包括阴道窥器检查。

应具备以下设备和物品：

- 病历记录纸及铅笔；
- 如果可能，应有盆腔器官绘图；
- 洗手用的肥皂及水；
- 检查宫颈的光源；
- 铺有干净纸张或床单的检查床；
- 一次性或高温消毒的检查手套；
- 高温消毒的不同型号阴道窥器；
- 装有温水的小容器以供润滑及加热窥器；
- 5%氯溶液用于器械及手套去污。

病史

应询问被检者：

- 年龄、受教育程度、妊娠次数、分娩及活产数，末次月经、月经情况、避孕史等；
- 过去子宫颈癌筛查史，筛查时间及结果；
- 既往史包括服用药物情况及药物过敏史；
- 个人史包括可能增加患子宫颈癌的危险因素；
- 性生活史包括初次性生活的年龄、首次妊娠年龄，性伴侣数，既往性病史，以及其他任何可能增加子宫颈癌患病风险的行为习惯；
- 任何提示子宫颈癌及其他疾病的症状和体征。

⁹ 摘自：Burns A et al. Where women have no doctor. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997; and WHO. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice*. Geneva, 2005.

进行盆腔检查

采集完病史后，进行盆腔检查。女性生殖道检查分为三部分：

- 外生殖器检查；
- 阴道窥器检查；
- 双合诊。

检查前

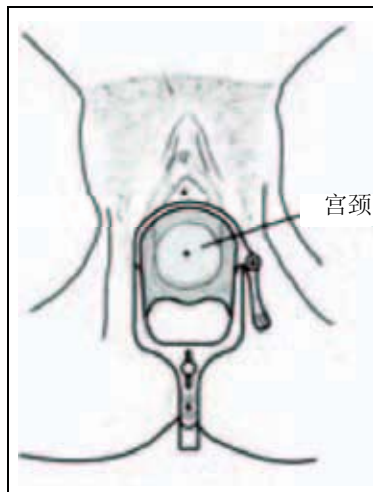
2. 应准备好各种必需的设备用品，并确保窥器使用时温度适宜；
3. 如果准备进行宫颈涂片等检查或治疗，应告知检查内容及目的，何时取结果；
4. 询问妇女是否有疑问，并如实回答；
5. 解释盆腔检查包括的内容，并将窥器给受检者观看；
6. 要求受检者排空膀胱（排尿），并脱去裤子，如受检者对暴露身体隐秘部位特别敏感，应特别注意她们的感受，尤其当进行有创检查时；
7. 让受检者躺在检查床上。

外生殖器的检查

1. 带手套轻轻检查受检者，注意有无红斑、包块、肿胀、异常分泌物、疼痛、生殖器周围及外阴皮肤皱褶间的裂伤及疤痕，这些可能是性传播疾病（STIs）的体征。

阴道窥器检查

10. 将窥器两叶合拢，斜向轻轻滑入阴道，尽量仔细勿碰尿道口及阴蒂，因这些区域非常敏感。当窥器放入一半时，旋转窥器使手柄向下，轻轻撑开窥器以暴露宫颈，轻柔缓慢地移动窥器以便完全暴露宫颈，固定螺丝（或锁定窥器于开口位置），使窥器保持在适当位置。



8. 检查宫颈，正常宫颈应为粉红色，圆形，光滑，可有小的黄色囊肿，宫颈口周围发红，或有透明粘液样分泌物，这些属于正常。
9. 注意观察有无以下异常情况：
 - a. 阴道分泌物多及阴道壁红肿，为阴道炎常见的体征。如果分泌物为白色及凝乳状，可能为念珠菌感染。
 - b. 溃疡、疼痛或水疱。生殖器溃疡可由梅毒、软下疳、疱疹病毒引起，在某些情况下癌症也可导致溃疡。疼痛及水疱一般由疱疹病毒所致。
 - c. 宫颈接触性出血，或粘稠脓样分泌物为宫颈感染的体征。
 - d. 异常肿物或肿瘤，可能为子宫颈癌。
11. 轻轻退出窥器，当窥器离开宫颈后闭合双叶取出。

PS7

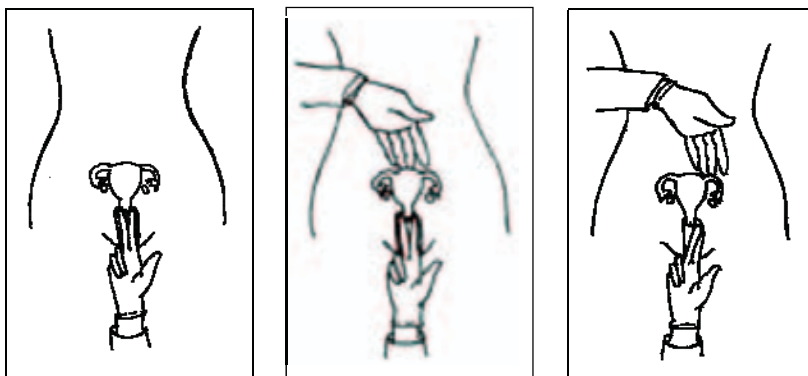
实践指导七：采集病史和进行盆腔检查

PS7

实践指导七：采集病史和进行盆腔检查

双合诊检查

双合诊检查可触诊腹腔内的生殖器官。



12. 检查宫颈有无抬举痛。戴手套后将食指及中指放入被检者阴道内，手心向上，可感觉到宫颈实性圆形，然后将两手指分别放于宫颈两侧，轻轻移动宫颈同时注意被检者面部表情，如果该操作导致疼痛，可见被检者痛苦表情，这提示宫颈有摇摆痛，表明被检者有子宫、输卵管或卵巢感染（即盆腔炎或PID），如果感觉宫颈变软，提示妊娠可能。
13. 另一只手轻压下腹部，使子宫、输卵管及卵巢移向阴道内的手指，可确定子宫前位或后位、子宫的大小及形状。正常情况下，子宫实性，表面光滑，小于柠檬大小。
 - 如子宫增大变软，提示妊娠可能。
 - 如感觉子宫凹凸不平并变硬，提示子宫肌瘤或其他肿物可能。
 - 如触诊时患者感觉疼痛，提示感染可能。
 - 如固定不动，可能为既往感染后的粘连瘢痕。

14. 触诊输卵管及卵巢。正常情况下，一般不能触及，如感觉有大于杏仁的包块或被检者严重疼痛，提示可能感染或其他需要立即处理的疾病。如果患者附件区痛性包块伴有月经延迟，提示宫外孕可能，应立即到医院就诊。
15. 移动阴道内的手指，确定无异常包块、裂伤或疼痛。
16. 让被检者咳嗽或向排便样向下用力，检查是否有组织突出于阴道口外。如有，可能为子宫脱垂或膀胱膨出（脱垂）。

检查后

19. 将使用过的器械及手套放于去污溶液中。
20. 用肥皂及清水洗手。
21. 将所有的检查结果记录于被检者病历中。
22. 告诉被检者她的结果是否正常，如有异常，向被检者解释异常发现可能的临床意义。
23. 如有提示性传播疾病的体征，根据 WHO¹⁰ 或国家的指南，立即给予患者及其性伴侣相应治疗。提供避孕套及讲解如何使用。如发现有急性宫颈炎或盆腔炎，按附录 8 给予相应治疗。
17. 如发现被检者有任何需处理的急症，或你所在的中心不能处理的情况，如宫外孕，脱垂、宫颈肿瘤，转诊患者到更高级医院诊治。
18. 如有必要，预约随访时间。



¹⁰ WHO. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice* Geneva, 2005.

PS7

实践指导七：采集病史和进行盆腔检查

实践指导八：宫颈涂片检查

巴氏涂片检查，使用刮板或刷子（参见图 PS8.1）采集宫颈口的细胞学标本，涂抹于玻片上，在显微镜下检查有无异常细胞（癌前病变的细胞或癌细胞），涂片显示有异常上皮细胞，报告为阳性。绝大多数巴氏涂片阳性的患者需要进一步检查以明确诊断并决定是否有必要进行治疗¹¹。进行传统的巴氏涂片所需设备和材料如下：

- 洗手用的肥皂及水；
- 检查宫颈的光源；
- 铺有干净纸张或床单的检查床；
- 高温消毒的阴道窥器；
- 一次性或高温消毒的检查手套；
- 有突起的木制或塑料刮板；
- 边缘磨砂的玻片及标记用铅笔；
- 固定液；
- 记录表格；
- 装有温水的小容器以供润滑及加热窥器；
- 0.5%氯溶液用于器械及手套去污。

图P 宫颈涂片取材器械



- (a) 木制刮板
- (b) 宫颈内口刷
- (c) 塑料宫颈细胞刷

¹¹ 当宫颈涂片报告为 ASC-US 或 LSIL 时，只有持续存在的病变（6 个月至 1 年两次宫颈涂片均报告病变）才需要进一步检查。

进行宫颈涂片

应注意以下内容：

- 经期出血多或有急性炎症时不宜进行涂片检查。少量阴道出血可以。
- 妊娠期不宜行宫颈涂片检查，因可导致误诊。但是如果被检妇女为筛查目标人群且分娩后可能不会复诊，可进行涂片检查。

在作任何检查、化验和操作前参照实践指导四进行咨询，宫颈涂片检查的特殊咨询步骤如下：



咨询辅导

准备

1. 解释检查过程、检查的目的、复诊看检查结果并进行相应处理的重要性，确信被检者充分理解并签署知情同意。
2. 按实践指导七进行阴道窥器检查。



知情同意

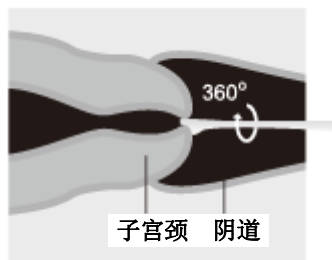


PS 7 盆腔检查

应用木制刮板涂片

3. 将刮板有长突起的一端伸入宫颈口，旋转 360 度。

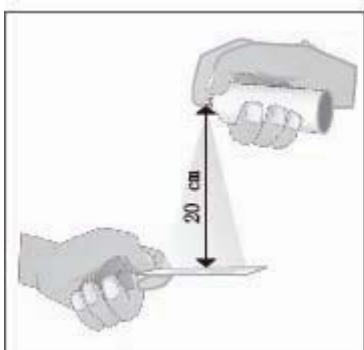
图 P 用木制刮板取材行宫颈细胞学检查



4. 将刮板两面仔细涂抹于玻片上，涂抹一下或两下。如果发现取材区域外有异常，应分别取材并涂于另外的玻片上。

11. 立即固定每个玻片，或在距玻片 20cm 远处以适宜角度喷洒固定液，或将玻片浸泡于 95% 的乙醇中至少 5 分钟。

图 P 传统巴氏涂片的固定



如未立即固定标本，细胞将干燥变形，以致无法准确阅片。

9. 轻轻合拢并取出窥器。
10. 将使用过的器械及手套放于去污液中。

涂片后

5. 仔细将被检者的姓名、检查序号、日期标记于玻片磨砂边缘。
6. 在被检者记录中，注明描述所看到的情况：转化区是否可见、炎症、溃疡及其他病变、异常分泌物。注明是否采集其他标本，如其他部位的细胞学涂片，性传播疾病试验等。如果需要转诊到其他地方，应记录转诊时间和转诊给哪位医师。
7. 询问被检者是否有疑问。
8. 告知何时和如何取结果，并强调复诊看结果的重要性。理想情况下，报告应在 2-3 周内送回诊所。结果回报迟于 1 个月则让人难以接受。

12. 如果发现异常希望转诊患者到上级医院诊治，应解释转诊原因、地点和时间及转诊给哪位医生，强调如约就诊的重要性。
13. 建议被检者鼓励筛查目标年龄的家人和朋友来进行宫颈涂片检查。

随 访

14. 当被检者随访时，应给她们检查结果并解释其含义及下一步的处理。
 - 如检查结果为阴性（正常），告知她们可每 3 年检查一次（或按国家指南进行）。
 - 对于其他情况，可按附录 4a 建议应该如何随访。



巴氏涂片流程

15. 如果被检者未随访，其涂片结果有异常或取材不充分，应尽量与被检者联系。可写信给被检者，信的格式如附录七。其他的确保随访的方法见第四章。



记录

直到每个妇女，至少是筛查异常的妇女，都得到检查结果，你的任务方完成。

实践指导九：收集标本进行 HPV DNA 检测

用棉签或小刷子取宫颈或阴道分泌物，置于特殊的液体中，送实验室行 HPV DNA 检测，可检查出有无 HPV 感染，HPV 可刺激被覆于宫颈的上皮细胞发生病变。但 HPV DNA 不能用于子宫颈癌或癌前病变的诊断。

收集进行 HPV DNA 检测的标本需以下设备和用品：

- 洗手用的肥皂及水；
- 检查宫颈的光源；
- 铺有干净纸张或床单的检查床；
- 高温消毒的阴道窥器；
- 一次性或高温消毒的检查手套；
- 小刷子或软棉签；
- 装有保存液的小容器；
- 记录表格；
- 装有温水的小容器以供润滑及加热窥器；
- 0.5%氯溶液用于器械及手套去污。

采集标本行 HPV 检测

应注意以下内容：

- 经期出血多时不宜收集标本，阴道少量出血可以进行。
- 如果可行，HPV 检测最常用于 35 岁以上妇女，与细胞学检查同时进行。

在作任何检查、化验和操作前参照实践指导 4 进行咨询，HPV 检测的特殊咨询步骤如下：



咨询辅导

PS 9

实践指导九：收集标本进行 HPV DNA 检测

准备

1. 向被检者解释什么是 HPV 检测，阳性检查结果的意义。确信被检者完全理解并签署知情同意。
2. 按实践指导七进行阴道窥器检查。



PS7 盆腔检查

标本采集

3. 应用刷子或棉签涂抹宫颈口及阴道顶端采集标本。
4. 将刷子或棉签放入装有保存液的特殊容器。
5. 轻轻合拢并取出窥器。
6. 将使用过的器械放进去污溶液中。
7. 将被检者姓名、标本序号和采样日期标记于瓶上。

采集标本后

8. 告知检查中发现的异常情况。
9. 在病历中记录观察结果及标本的采集。
10. 告知患者何时取结果。
11. 如果发现异常希望转诊患者到上级医院诊治，应解释转诊原因、地点和时间及转诊给哪位医生，强调如约就诊的重要性。

其他方法：标本的自我采集

1. 按检查试剂盒说明书，解释如何自己采集标本。
2. 提供棉签和有保存液的试管。
3. 被检者可在诊室的私密处收集标本，也可在家采集。
4. 如在家自我采集标本，被检者应尽快将标本送到诊所，无论何种情况，都应该遵照试剂盒说明在规定时间内送达。
5. 将标本送到特殊实验室检查。

随 访

12. 无论标本是自我采集还是由医生采集，当被检者随访时，应将检查报告交给患者并解释结果的意义。必要时建议患者进一步检查或相应治疗。
13. 如作为初筛的工具，HPV DNA 阳性结果应建议行阴道镜检查；如果同时宫颈涂片结果为 ASC-US，只有高危 HPV 阳性才需行阴道镜检查及活检。
14. 有关阳性 HPV 结果的意义应告知患者。



PS9

实践指导九：收集标本进行 HPV DNA 检测



PS9

实践指导九：收集标本进行HPV DNA检测

实践指导十：肉眼观察的筛查方法

在肉眼观察试验中，检查者涂抹醋酸（在 VIA 中）或卢戈氏碘液（在 VILI 中）于宫颈，然后观察着色情况。如果有增高变厚的白斑或醋白上皮即为 VIA 阳性；有芥末黄或橘黄色区域即为 VILI 试验阳性，变色区域通常临近鳞柱交界区（SCJ）。如在宫颈上发现菜花样、菌样肿物或溃疡，则应可疑癌。如果宫颈表面光滑、均一及无特征性改变，涂抹醋酸后为粉色及应用卢戈氏碘液后为黑色或深棕色，则为肉眼观察试验阴性。

VIA 检查所需的材料及器械如下：

- 洗手用的肥皂及水；
- 检查宫颈的强光光源；
- 高温消毒的阴道窥器；
- 一次性或高温消毒的检查手套；
- 铺有干净纸张或床单的检查床；
- 棉签；
- 3-5%的稀释醋酸溶液或白醋
- 卢戈氏碘液
- 0.5%氯溶液用于器械及手套去污；
- 记录表格。

进行肉眼观察的筛查试验

应注意下列问题：

- 肉眼观察试验不推荐用于绝经后妇女，因绝经后转化区多位于宫颈管内，窥器检查无法看见。

准备

1. 解释检查过程如何操作、阳性结果的意义，确信被检者充分理解并签署知情同意。
2. 按实践指导七进行阴道窥器检查。



知情同意



PS7 盆腔检查

PS 10

实践指导十：肉眼观察的筛查方法

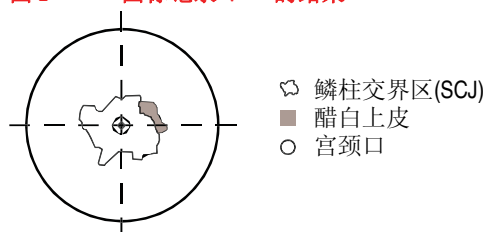
检查中

3. 调节光源以便获得最佳视野观察宫颈。
4. 用棉签除去宫颈上的分泌物、血液及粘液。
5. 确定 SCJ 及周围区域。
6. 将醋酸或卢戈氏碘液涂抹于宫颈；等待 1~2 分钟以待颜色改变，观察宫颈外观的变化，尤其注意转化区有无异常。
7. 仔细观察 SCJ 并确信看清全部 SCJ。应注明宫颈是否容易出血。如果应用醋酸，应注意有无增高变厚的白斑或醋白上皮；如果应用卢戈氏碘液，应注意有无芥末黄色改变。在检查过程中，应擦去血液或残留物。
8. 使用新的干棉签除去宫颈及阴道的多余醋酸或碘溶液。
9. 轻轻取出窥器。

筛查后

10. 记录观察结果及试验结果，在记录表中绘图说明异常发现。

图 P 图标记录 V 的结果



11. 与患者讨论筛查实验的结果。如为阴性告知患者每 3 年复查 1 次。如为阳性或可疑癌，应告知患者进一步的诊治方案（参见附录 4a 标准方案及附录 4b 即筛即治方案）。如需进一步检查或治疗，在患者离开前做好安排，并提供所需各种表格及指导。如果能立即预约，就做好预约。



附录4a和4b