

[专家解读]



[专家简介]王临虹,教授、博士生导师,国务院特聘专家,中华预防医学会妇女保健分会主任委员,中国疾病预防控制中心慢病中心主任,曾任中国疾控中心妇幼保健中心副主任、北京大学妇儿保健中心副主任。长期从事妇女保健、生殖健康、慢性病防控及公共卫生相关研究与项目,牵头多项国家科研项目和国际合作项目,主持多项宫颈癌和乳腺癌防控研究。兼任中华预防医学会理事、妇幼健康研究会宫颈癌防控研究专委会主任委员、中国妇幼保健协会常务理事及专家委员会副主任、卫生部“健康中国 2020”战略规划研究专家、卫生部疾病控制专家委员会委员、卫计委国家基本公共卫生服务项目专家、中国优生优育协会专家委员会委员。曾任多家专业性杂志副主编、编委等。发表相关学术论文 100 余篇,主编专著 30 余部,荣获多项科学技术奖励和全国三八红旗手、全国巾帼建功标兵等多项荣誉称号。



[专家简介]赵更力,北京大学第一医院,副研究员,研究生导师;北京大学妇儿保健中心/WHO 妇儿保健研究培训合作中心主任。兼任中华预防医学会妇女保健分会副主任委员、秘书长;中国妇幼保健协会常务理事、专家委员会委员;妇女心理保健专业委员会副主任委员;妇幼健康研究会常委;宫颈癌防控研究专业委员会副主任委员;中国优生优育协会阴道镜和宫颈病理学分会(CSCCP)常委。目前为《中国妇幼健康研究》、《中国妇幼卫生》、《中国计划生育》、《中国儿童保健》等杂志编委。

近年主编《妇女保健学》、《生殖道感染防治培训教程》、《子宫颈癌综合防控技术培训教程》、《孕妇学校高级教程》、《孕产期心理保健》等专业书籍,在国内外杂志发表论文数十篇。2009 年和 2013 年分别因“中国女性生殖道感染流行状况及综合防治研究”和“中国宫颈癌检查模式探索及应用研究”获得中华预防医学会和教育部科学技术二等奖。

中国子宫颈癌综合防控指南

王临虹¹,赵更力²

(1. 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心,北京 100050;2.北京大学第一医院,北京 100034)

Expert panel interpretation: Comprehensive prevention and control guidelines for cervical cancer in China

WANG Lin-hong¹, ZHAO Geng-li²

(1. The National Center for Chronic and Noncommunicable Disease Control and Prevention, Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing 100050, China; 2. Peking University First Hospital, Beijing 100034, China)

[编者按]子宫颈癌已成为威胁世界女性健康的第四大恶性肿瘤。世界卫生组织(WHO)估计全球子宫颈癌新发病例数为 52.8 万,死亡人数为 26.6 万,其中 85% 的病例发生在中低收入国家。我国近年来子宫颈癌发病率呈上升趋势,子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。国家卫生计生委妇幼健康服务司委托中华预防医学会妇女保健分会组织制定了《子宫颈癌综合防控指南》。该《指南》目前为国内权威的子宫颈癌防控指南,其参考了世界卫生组织和国内外最新循证医学研究证据,对于我国子宫颈癌的一、二、三级预防以及政策制定和项目管理方面具有重要的现实指导意义,将会极大地推动我国子宫颈癌综合防控的进程,降低我国子宫颈癌发病率。

[关键词]子宫颈癌;预防;人乳头状瘤病毒;疫苗;指南

[Key words]cervical cancer;prevention;human papilloma virus (HPV);vaccine; guideline

doi:10.3969/j.issn.1673-5293.2018.01.001

[中图分类号]R737.33

[文献标识码]A

[文章编号]1673-5293(2018)01-0001-03

子宫颈癌是妇女常见的恶性肿瘤之一,严重危害妇女的生命健康。在世界范围内,子宫颈癌是女性的第四大恶性肿瘤,2012 年世界卫生组织(WHO)估计全球子宫颈癌新发病例数为 52.8 万,死亡人数

为 26.6 万,其中 85% 的病例发生在中低收入国家^[1]。根据我国癌症统计数据显示,2015 年子宫颈癌新发病例数估计为 9.89 万,死亡人数约 3.05 万^[2]。近年来,我国子宫颈癌发病率呈上升趋势,子

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。为促进我国宫颈癌防控工作的开展,2015年国家卫生计生委妇幼健康服务司委托中华预防医学会妇女保健分会组织制定了《子宫颈癌综合防控指南》,并于2017年8月由人民卫生出版社出版发行(书号:ISBN 978-7-117-24716-0/R·24717)。该《指南》参考了世界卫生组织和国内外最新循证医学研究证据,内容涵盖了子宫颈癌的一、二、三级预防,从临床医学、公共卫生和卫生管理三个方面进行了全面的阐述。

1 子宫颈癌的一级预防

该《指南》指出,子宫颈癌的一级预防的主要措施包括开展健康教育和接种 HPV 预防性疫苗。健康教育是由一系列有组织、有计划的信息传播和教育活动组成,旨在帮助个体或群体掌握卫生保健知识、树立健康观念,从而建立有益于健康的行为和生活方式,实现减少疾病和死亡、保护健康,提高生活质量的最终目的。随着 HPV 预防性疫苗的问世,子宫颈癌的综合防控策略已经逐渐从对适龄妇女定期筛查的二级预防,提前至对女性进行 HPV 疫苗接种的一级预防,通过减少 HPV 感染,早发现、早诊断、早治疗子宫颈癌前病变,以及对子宫颈浸润癌及时治疗来降低子宫颈癌的疾病负担。

1.1 健康教育

在宫颈癌综合防控项目中,健康教育必须贯穿始终。健康教育的目标人群为青少年女孩和适龄妇女、与子宫颈癌防控相关的专业技术人员、社区领导和社区人员、政策制定者、卫生管理人员、非政府组织、社会团体和媒体人等。健康教育的具体目标包括提高大众对疾病的认知、正确认识预防性 HPV 疫苗接种、子宫颈癌定期筛查的重要性、癌前病变治疗的目的意义以及提高医护人员子宫颈癌防控的基本知识和技能等。

1.2 预防性 HPV 疫苗

目前在世界范围内,仅有三种预防性 HPV 疫苗研发成功,包括针对 HPV 6、11、16、18 型的四价疫苗,针对 16、18 型的二价疫苗和针对 6、11、16、18、31、33、45、52、58 的九价疫苗,分别于 2006 年、2007 年和 2014 年相继上市。目前四价疫苗和二价疫苗

已在全球 130 多个国家和地区上市,截至 2017 年 3 月,71 个国家和地区(37%)已将 HPV 疫苗纳入国家免疫规划,另外 11 个国家(6%)同时将男孩接种 HPV 疫苗纳入国家免疫计划^[3]。二价 HPV 疫苗和四价 HPV 疫苗分别于 2016 年 7 月和 2017 年 5 月获得我国国家食品药品监督管理总局(CFDA)批准,在我国内地成功上市。其中二价 HPV 疫苗的接种对象为 9~25 岁的女性,接种程序为 0、1、6 月;四价 HPV 疫苗的接种对象为 20~45 岁的女性,接种程序为 0、2、6 月,两种疫苗均采用肌肉注射的方式。

大量的临床试验和国外大样本长期随访数据显示^[4],随访 2~9.4 年的不等时间,疫苗预防 6 个月、12 个月的 HPV 持续感染有效率分别为 96.9%~100%和 94.3%~100%,对子宫颈上皮内病变有 90.4%~100%的保护效果。中国临床试验数据显示,四价 HPV 疫苗随访至第 78 个月时,预防 HPV16 或 18 相关的 CIN2、CIN3、原位腺癌和子宫颈癌的保护效力为 100%(95%CI:32.3%~100%);对 HPV6、11、16 或 18 相关的 CIN1、CIN2、CIN3 原位腺癌和子宫颈癌的保护效力也是 100%(95%CI:70.9%~100%)。二价 HPV 疫苗随访至 72 个月,对 HPV16/18 相关的 6 个月持续感染和(或)CIN1+、CIN2+ 的保护率分别是 97.1%和 87.3%,对 HPV31/33/45 相关 6 个月持续感染和 CIN2+ 的保护率分别是 51.6%和 74.9%,对 HPV31 相关的 CIN1+ 的保护率达到 100%。预防性 HPV 疫苗的不良反应与流感疫苗、乙肝疫苗等类似,大部分接种对象没有或仅有轻微的不良反,严重的局部或全身性不良反应很少发生。大量监测数据亦证明了疫苗的长期安全性。2017 年 5 月 WHO 更新的文件认为:三种已经上市的二价、四价和九价 HPV 疫苗均具有良好的安全性和有效性^[5]。

2 子宫颈癌的二级预防

《子宫颈癌综合防控指南》提出二级预防的主要措施包括对所有适龄妇女定期开展子宫颈癌的筛查;对确定为子宫颈癌前病变患者及早进行治疗;对于已经接受 HPV 疫苗的女性,如果已经到了筛查年龄,仍然需要定期进行筛查。

目前子宫颈癌筛查方法有多种,由于受筛查方

法本身、技术人员操作水平、操作环境等因素的影响致使每种方法都有一定的局限性,没有任何一种筛查方法可以完全避免假阳性或假阴性。所以应选择尽量准确且适宜本地卫生技术条件和经济水平的筛查技术。目前常用的子宫颈癌筛查方法包括细胞学筛查方法、醋酸染色肉眼观察法和 HPV 检查技术。筛查的起始年龄和终止年龄各国略有不同。**美国推荐对 21 岁以上有性生活史的女性开始进行筛查^[6], 欧洲定为 25 岁以上。WHO 建议在 30 岁或以上的女性中筛查^[7]。鉴于我国目前子宫颈癌发病年龄特点,推荐筛查起始年龄在 25~30 岁^[8-9]。65 岁及以上女性若既往 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 CIN 病史,则不需要继续筛查。**

《指南》也对特殊人群的筛查提出了建议,对 HPV 疫苗接种者,应该同非接种者一样,定期接受子宫颈癌筛查;对有妊娠意愿的女性应在孕前检查时,询问近一年内是否进行过子宫颈癌筛查,如没有,应建议进行子宫颈癌筛查,或在第一次产检时进行;对存在高危因素的妇女,如 HIV 感染妇女、免疫抑制妇女、宫内已烯雌酚暴露妇女,既往因 CIN2、CIN3、AIS、子宫颈浸润癌接受过治疗的妇女应缩短子宫颈癌筛查间隔。

经子宫颈癌筛查结果阳性或异常者,需接受阴道镜检查或组织病理学诊断,以确定是否存在子宫颈癌前病变或子宫颈浸润癌。癌前病变的治疗方法选择,取决于病变的范围、程度和位置、医务工作者的能力和治疗费用等。

3 子宫颈癌的三级预防

《子宫颈癌综合防控指南》指出,对子宫颈癌进行治疗的三级预防的主要措施是根据临床分期开展适宜的手术、放疗、化疗及姑息疗法。子宫颈浸润癌的临床分期标准参考国际妇产科联盟 2009 年的分期,目前应用的仍为临床分期,强调由 2 名高年资医师经过三合诊的妇科检查,以肿瘤的大小和在盆腔及远隔器官的播散范围为基础,在治疗前进行病变

范围的临床评估。对于微小浸润的子宫颈浸润癌,主要根据病灶起源上皮的浸润宽度和深度作为标准进行分期。现在除妇科检查外,同时参考影像学(CT、MRI、CT-PET)测量的子宫颈大小,在术前进行更准确的分期。

《指南》还全面的概述了子宫颈癌项目组织管理等相关内容。该《指南》的发布为指导和规范子宫颈癌防控工作和项目的开展提供了依据。

[参考文献]

- [1] IARC. GLOBOCAN 2012 Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [EB/OL]. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2013(2013-12-12) [2017-12-05]. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
- [2] Chen W, Zheng R, Baade P D, *et al.* Cancer statistics in China, 2015 [J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.
- [3] WHO. Human papillomavirus vaccines; WHO position paper, May 2017 [J]. Wkly Epidemiol Rec, 2017, 92(19): 241-268.
- [4] 中华预防医学会妇女保健分会. 子宫颈癌综合防控指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [5] WHO. Meeting of the Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 7-8 June 2017 [J]. Wkly Epidemiol Rec, 2017, 92(28): 393-402.
- [6] Massad L S, Einstein M H, Huh W K, *et al.* 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors [J]. Obstet Gynecol, 2013, 121(4): 829-846.
- [7] WHO. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice [M]. 2nd ed. Geneva; World Health Organization, 2014.
- [8] 中国优生科学协会阴道镜和宫颈病理学分会(CSCCP)专家委员会. 中国子宫颈癌筛查及异常管理相关问题专家共识(一) [J]. 中国妇产科临床杂志, 2017, 18(2): 190-192.
- [9] 中国优生科学协会阴道镜和宫颈病理学分会(CSCCP)专家委员会. 中国子宫颈癌筛查及异常管理相关问题专家共识(二) [J]. 中国妇产科临床杂志, 2017, 18(3): 286-288.

[专业责任编辑: 杨文方]