

院士访谈

DOI: 10.19538/j.fk2021010101

【编者按】子宫颈癌是全球女性第四大常见癌症,是发展中国家最常见的妇科恶性肿瘤。2020年11月17日,世界卫生组织发布了《加速消除子宫颈癌全球战略》,这标志着全世界194个国家首次共同承诺消除一种癌症。妇产科学家、中国工程院院士、北京协和医院妇产科名誉主任郎景和教授在子宫颈癌的防治方面开展了大量工作,指导了中国防治策略的制定。为了让读者全面了解子宫颈癌防治的过去、现在和未来,本刊常务编委、第六届中国科普作家协会优秀科普作品金奖图书《10天,让你避开宫颈癌》作者谭先杰教授对郎景和院士进行了专访,现全文刊发,以飨读者。

郎景和院士谈子宫颈癌的防治策略

关键词:子宫颈肿瘤;防治;策略

Keywords: cervix tumor; prevention and treatment; strategy

中图分类号: R737.3 文献标志码: C



郎景和院士(右)与谭先杰教授在北京协和医院

谭先杰教授:郎院士您好,感谢从2012年以来,您每年1次接受《中国实用妇科与产科杂志》的专访。日前,世界卫生组织(WHO)发布了《加速消除子宫颈癌全球战略》。进入5G时代之后,人们接受信息的习惯已经是直奔主题了,与时俱进,您能先给读者勾画一下该报告的重点吗?

郎景和院士:很好!《加速消除子宫颈癌全球战略》与我们长期以来的工作是一致的,中国的工作是全球战略的重要组成部分,甚至是基础。如果说妊娠滋养细胞肿瘤是上帝给人类的第一个癌瘤,并且可以治愈,那么可以说,子宫颈癌是人类给自己的第一个癌瘤,并且可以消除!消除子宫颈癌三个关键措施是疫苗接种、筛查和治疗。WHO预计,如果不采取进一步行动,到2030年,每年新增子宫颈癌

病例将从2018年的57万例增加到70万例,每年死亡病例将从2018年的31.1万例增加到40万例。这不仅是惊人的数字,更是鲜活的生命。因此,WHO在发布的《加速消除子宫颈癌全球战略》中指出,到2030年如果能实现下列目标,将使所有国家走上消除子宫颈癌的道路。请记住这几个数字:90%、70%和90%。

谭先杰教授:当前流行的说法是:敲黑板,划重点!

郎景和院士:对,90%的女孩在15岁之前完成人乳头瘤病毒(human papillomavirus, HPV)疫苗接种;70%的妇女在35岁和45岁之前接受高效检测方法筛查;90%确诊子宫颈疾病的妇女得到治疗(90%癌前病变阳性妇女得到治疗,90%浸润性癌病例得到管理)。到2050年,成功实施这三项措施可以减少40%以上的新病例和500万例相关死亡。

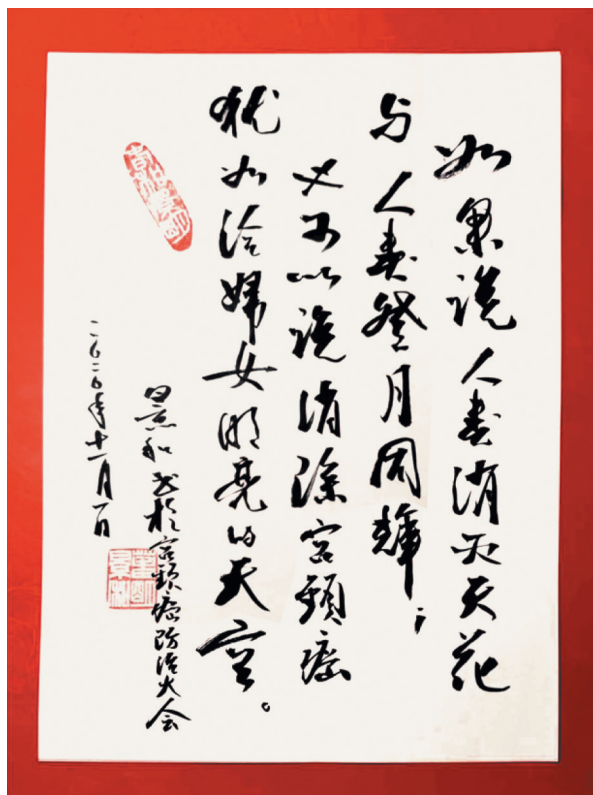
谭先杰教授:就中国而言,您觉得在加速消除子宫颈癌方面还面临那些挑战?

郎景和院士:80%的子宫颈癌发生在发展中国家,而中国正是这些发展中国家人口基数最大的国家。中国的每年新发病例约13万以上,每年有2~3万妇女死于子宫颈癌,这是中国妇科医生和肿瘤工作者的沉重任务!我国政府十分重视子宫颈癌的普查普治,20世纪90年代比70年代死亡率下降了69%,北京、上海等地的发病已达到世界最低水平。但是,我国人口众多,经济、文化、医疗卫生发展不平衡,子宫颈癌依然严重地威胁妇女的健康和生命。当前我们面临的主要问题是:第一,进入新世纪后我国子宫颈癌发病率明显上升;第二,发病年龄年轻化;第三,发病率很不平衡,西部及某些高发地区尤为严重。因此,消除

作者单位:中国医学科学院北京协和医院妇产科,北京100730

通讯作者:谭先杰,电子信箱:tanxj_pumch@163.com

子宫颈癌任重道远,未来10年我们有很多工作要做,其中至关重要的,还是预防。



郎景和院士手书

1 筛查问题

谭先杰教授:说到子宫颈癌的预防,您认为总体上我们需要把握哪些问题?

郎景和院士:第一还是筛查。筛查是防治之始,要确定方案,要建立制度。近年,我国已有了较好的地区性筛查,不仅获得了流行病学材料,也达到了早诊早治的目的。筛查的目的是识别、发现和检出子宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)的患者,而不是(或者主要不是)识别浸润癌。后者多伴有症状,是及时诊断问题。报告表明,1/4患者从未进行过细胞学抹片检查,或者1/4患者在5年内未进行过细胞学检查,筛查的重要性显而易见。

以往子宫颈癌的筛查是子宫颈阴道细胞学抹片(Pap smear)及巴氏分级,其功不可没,但缺点是漏诊率高,报告不确切。薄层液基细胞学(liquid-based monolayers, LBM或thin-prep cytology test, TCT)的出现以及TBS(the bathesta system)分类系统的使用,极大地提高了筛查的准确性。而HPV与子宫颈癌因果关系的确定,则让HPV检测在子宫颈癌筛查中的价值越来越高。至于子宫颈的肉眼观察,包括醋酸染色检视(visual inspection with acetic acid, VIA)和碘液染色检视(visual inspection with lugals iodine, VILI)用于

经济不发达地区的初筛,“即查即治”(Sec & Treat)之价值虽有待验证,但总比完全“空缺”要好。

中国癌症研究基金会专家组根据经济卫生发展状况及发病情况提出3种方案,即最佳方案(TCT、HPV检测)、一般方案(Pap Smear、HPV检测)和基本方案(肉眼检查VIA、VILI)。筛查起始年龄亦有不同,平均30岁,终止年龄为65岁,间隔1次/年,连续2次正常,延长至间隔3年。强调重点是高危人群而不是筛查次数。子宫颈癌筛查显然不只是医师行为,也是政府或社会行为,是艰巨的系统工程,行动不是“运动式”,而要有可持续性。此外,在妇科门诊就诊者的“机会性筛查”同样是明智之举。

谭先杰教授:子宫颈癌预防方面第二个关键环节是什么呢?

郎景和院士:是“三阶梯”诊断及治疗规范化。子宫颈癌的发生发展有一个相对缓慢的过程,即其开始是CIN,并有CIN 1、CIN 2、CIN 3的渐进性,甚至自然消退或可逆性,要经历几年,或10余年。这其中病变处于动态中,即消退(逆转)、持续(稳定)和发展(恶化)。CIN发展为浸润癌(invasive cancer, CC)总的风险概率是15%,CIN 1、CIN 2和CIN 3发展成CC的概率分别是1%、5%和22%;消退的可能性则分别是47%、43%和32%。这表明,CIN的级别越高,其消退和逆转的机会越小,诚如报告所示,CIN 1和CIN 2发展为CC的危险分别是正常的4倍和14.5倍,而CIN 3发展为CC的危险则高达46.5倍,明确地显示早诊早治的重要性,而“三阶梯”诊治程序是关键内容。

谭先杰教授:您曾说过“三阶梯”有新旧之分,困惑或焦点也有新老之别,您能详细谈谈吗?

郎景和院士:细胞学(cytology)、阴道镜(colposcopy)和组织学(pathology),即CCP,是老的三阶梯;病毒学(virology)、细胞学/阴道镜(cytology/colposcopy)和组织学(pathology),即VCP,是新的三阶梯。两者的区别主要在于以何种方法,即用细胞学还是用HPV检测作为初筛手段以及异常筛查结果的分流措施。

在CCP的老三阶梯中,困惑和焦点是如何对意义不明的非典型鳞状细胞(ASCUS)进行分流,是如何区别子宫颈低度病变和子宫颈高度病变。5%的ASCUS有潜在的CIN 3的风险,1/6的HPV阳性在5年内发生ASCUS。HPV检测分流是最好的方法,其中HPV 16/18分型最好,TCT正常而HPV 16/18阳性的人群中,10%会在3.5年内发展CIN 3以上;HPV 16持续2年阳性的人群中,47.4%在12年内会发展成CIN 3以上。因此,通过HPV检测尤其是分型检测进行分流很重要。

在VCP的新三阶梯中,困惑或者焦点之一是CIN 1是否需要处理。CIN 1发展成浸润癌的机会很小,其进展很慢,时间较长,治疗并发的风险可能重于潜在的风险,很可能过度治疗,从卫生经济上是浪费的、不必要的。因此,对于CIN 1,倾向于不治疗。困惑或焦点之二是CIN 2如何处

理。欧洲生殖道感染和肿瘤研究组织(European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia, EUROGIN)认为,CIN 2 是 CIN 1~CIN 3 的过渡状态,它有相当的逆转率,HPV(+)与 HPV(-)会使转归有很大区别,要注意检测细胞的形态特点、分子生物学(标志物)异常及分裂活跃状态。要根据年龄、HPV 及其他因素进行个体化处理。

谭先杰教授:子宫颈癌预防的第三个关键环节是什么呢?

郎景和院士:是理解 HPV 检测在子宫颈病变防治中的地位。已经明确 HPV 是子宫颈癌的致癌病毒,几乎所有子宫颈癌的病理样本中均能找到 HPV,从而印证了 HPV 是子宫颈癌的重要原因,也使子宫颈癌成为人类所有癌症病变中唯一病因明确的癌症。只有子宫颈上皮的 HPV 持续性感染才可能诱发肿瘤形成,因此 HPV 感染对于子宫颈癌的发生是必须的,但单纯的 HPV 感染不会都引起免疫功能健全的宿主发生癌,所以 HPV 引发子宫颈癌是偶然的,有条件的。在各种 CIN 中,HPV DNA 的检出率随级别的进展而上升。因此,HPV 的检测在子宫颈病变的预防处理中越来越重要。

具体而言,HPV 检测的意义在于:(1)筛查。HPV 阳性是子宫颈病变的基本依据,是 CIN 2、CIN 3 发生的重要条件。单纯应用 HPV 筛查亦有研究及循证,称连续两次 HPV 阴性,5~8 年不会罹患子宫颈癌。(2)HPV 检测是 ASCUS 和低级别鳞状上皮内病变(LSIL)分流的最好方法。首先分流是必要的,ASCUS 和 LSIL 可以占细胞学实验室 10% 的样本,而其中 15%~30% 是 CIN 2/CIN 3;其次是如何分流,可以直接阴道镜检和活检,但创伤和花费并不适宜。可以多次重复随访,不方便不说,且有 25% 的失防率,病人有诸多的精神负担。而 HPV 检测则可以将高危者分离出来。HPV(+)者 CIN 1 的发生率是 HPV(-)的 3.8 倍;CIN 2、3 前者是后者的 12.7 倍。(3)HPV 检测还可用于各种 CIN 及子宫颈癌的各种治疗后的随访。

谭先杰教授:欧美国家的子宫颈癌筛查策略频频更新,HPV 检测的地位一直在不断变化,让人有追不上的感觉……

郎景和院士:是的,在欧美国家的筛查指南中,HPV 检测作为主要的初筛方法的地位也是逐渐被确立的。2003 年 HPV 刚进入市场时,美国食品药品监督管理局(FDA)仅批准将 HC₂(杂交捕获二代 HPV DNA 检测技术)用于细胞学轻度异常(如 ASCUS)的分流处理,不将其作为子宫颈癌的初始筛查措施。相比之下,欧洲对 HPV 检测的接纳就充分得多。2008 年 EUROGIN 就将 HPV 检测作为初筛手段写进了指南,虽然后来稍有修改,但总体原则没有变。见图 1。

在 EUROGIN 指南中,对于 25~64 岁妇女,以 HPV 检测作为第一步,HPV 阴性,5 年后复查;HPV 阳性,以细胞学作为分流。若细胞学轻度异常,则行阴道镜检查,若细胞学正常或临界,则行 16/18 分型或 p16 或其他标志物检查,均

阴性 3~5 年复查,任何一项阳性,行阴道镜检查。而美国直到 2012 年之后,确切地说 2014 年才批准将 HPV 检测作为初筛手段,但随后仍然强调联合筛查。

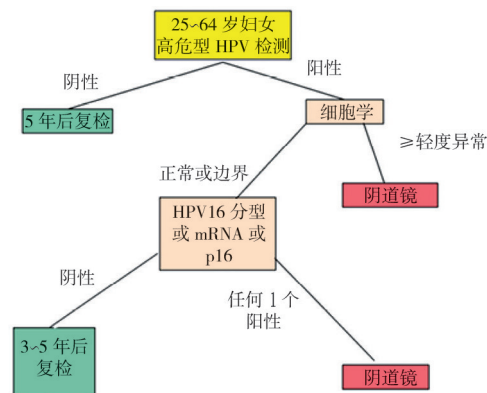


图 1 EUROGIN 推荐筛查流程

在 HPV 检测作为子宫颈癌筛查手段中,需要注意几个基本观念:第一,对于 HPV 检测来说,最重要的检测指标是临床灵敏度和阴性预测值,以决定哪些人可以回到常规人群管理,而不需要进一步治疗,同时又要减少假阴性。第二,HPV 检测不是仅仅为了检出 HPV 感染,而是为了发现已经存在的 CIN 2+病变或预测发生 CIN 2+的风险。不是 HPV 检测阳性,就需要处理或治疗。第三,假阳性和假阴性 HPV 检测结果,以及对结果的误判和误导,都会引起公共卫生损害风险,导致治疗不当、频繁检查和侵袭性处置。这非常重要,这就需要进行风险分层管理。

谭先杰教授:您能详细谈谈风险分层管理策略吗?包括产生背景。

郎景和院士:好的。2012 年,美国阴道镜检查及子宫颈病理学会(American Society of Colposcopy and Cervical Pathology, ASCCP)以 CIN 2+以上的 5 年累积发病风险作为衡量的尺度称量化管理。这一理念提出的依据/循证医学数据来源于美国 Kaiser 中心 2003—2010 年期间 965 360 名 30~64 岁妇女采用 HPV 和液基细胞学进行联合筛查和随访管理的数据,以及 269 329 名 21~29 岁妇女,单独采用细胞学筛查与随访的数据,研究分析了“单独细胞学筛查”模式下,各种不同的筛查(细胞学结果)5 年内 CIN 2+的累积发病风险,同时也总结了联合筛查模式下,不同筛查结果 5 年内 CIN 2+的累积发病风险,并提出“同等风险,同等管理”的策略。美国 Kaiser 的研究被称为是“里程碑”的研究,因为它确定了分层管理的量化标准或标尺,即“Benchmark”为 CIN 2+的 5 年累积发病风险。风险量化管理概念的好处是可以应用到子宫颈癌的筛查和后续临床管理中,不论是异常细胞学结果的管理还是阴道镜后/CIN 随访和治疗后的管理。

在风险量化管理中,细胞学单独筛查结果为 ASCUS 以

上,联合筛查 HPV(+)/细胞学 Pap(-),说明发生高级别子宫颈细胞内瘤变风险>5.2,转诊阴道镜。细胞学单独筛查 ASCUS 或者联合筛查 HPV(-)/LSIL、HPV(-)/ASCUS,6~12 个月随访;Pap(-)或 HPV(-)/Pap(-),5 年后随访。对于联合筛查(-),5 年后复查发生 CIN 2~3 的风险是 0.1%;Pap(-)3 年后复查发生 CIN 2~3 的风险是 1%;ASCUS、HPV(+)/Pap(-)1 年后联合筛查发生 CIN 2~3 的风险是 5%~10%;LSIL、HPV16/18/ Pap(-)阴道镜检查发生 CIN 2~3 的风险是 5%~10%;ASC-H 经子宫颈高频电刀环形电切术(LEEP)、冷刀锥切(CKC)后证实为 CIN 2~3 的概率是 50%;HSIL 经 LEEP、CKC 后证实为 CIN 2~3 的概率是 80%。细胞学阴性但 HPV16 阳性的女性,其发生 CIN 2 以上病变的风险是 13.6%,即平均每 8 个人中就有 1 个存在≥CIN 2 的高度病变。因此,对于 30 岁以上妇女,细胞学阴性,HPV16/18 阳性,直接行阴道镜检查。见图 2。

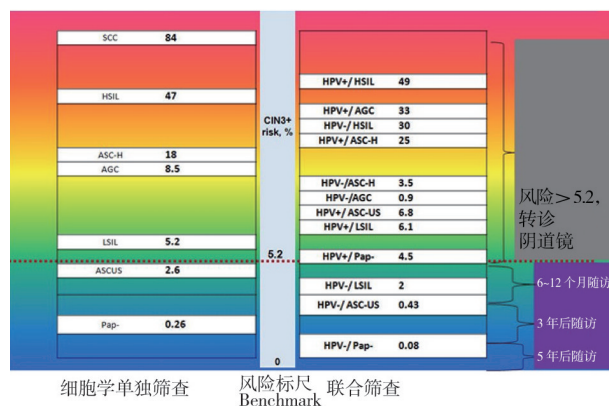


图 2 风险分层,量化管理

2015 年 ASCCP/美国妇科肿瘤协会(SGO)过渡期筛查指南指出:筛查年龄为 25 岁,HPV 检测阴性者可 3 年后再次筛查;HPV16/18 阳性者风险高,需转诊阴道镜;除 HPV 16/18 之外的 HPV 型别阳性可采取细胞学分流。

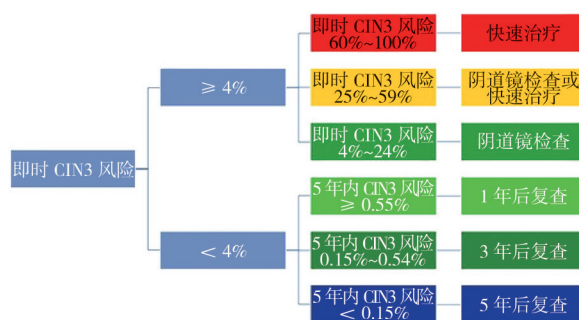
谭先杰教授:ASCCP 在 2019 年发布了基于风险的子宫颈癌筛查结果异常的管理共识,您能再为读者画一下重点吗?

郎景和院士:2019 ASCCP 基于风险的子宫颈癌筛查结果异常和癌前病变管理指南是 ASCCP 发起的子宫颈癌筛查异常后处理的第 4 次共识指南,与之前版本的主要区别在于其基于风险值的量化和细化,加入“阈值”概念,同等风险,同等管理更加精细化。需要特别强调以下 3 点。

第一,决策是基于风险,而不是完全基于筛查结果。这一点与以前的共识有所不同,看看这张图(见图 3),注意 4% 这个数字,能更好地理解这一问题。

第二,强调联合筛查策略。强调除非经 FDA 批准用于 HPV 初筛的检测按照批准的用途用于筛查外,其他的 HPV 检测都应该与细胞学进行联合筛查,进一步规范 HPV 检测

应用于子宫颈病变筛查与管理。与此同时,此版指南延续了在“联合筛查”基础上进行异常管理的各项推荐,从筛查风险的评估、即时治疗范围的判断,HPV 初筛阳性的分流检测、治疗后随访的选择,“联合筛查”都是重要的筛查策略。



根据历史及即时联合筛查结果计算 CIN 3+ 风险

图 3 根据风险阈值决定管理流程

第三,强调同一样本原则。强调对于所有 HPV 初筛阳性的样本,不论 HPV 的基因型别如何,都应该就“同一样本”进行进一步分流检测(例如细胞学检测),只有基于“同一样本”检测,其结果才能最大程度评估患者是否具有较高的 CIN 3+ 风险,并指导是否应直接转诊阴道镜或进行即时治疗。因此,“一个样本、两种检测”成为实践这一原则的必然要求,也是对患者风险最全面、严谨的评估方式。

谭先杰教授:感谢您让读者全面了解了子宫颈癌筛查的国际前沿动态。前不久您和乔友林教授主持的“适合中国(农村地区)的子宫颈癌筛查与示范技术”高质量结题了,这是近 10 多年我国在子宫颈癌筛查方面的又一项成就,您能与读者分享一下吗?

郎景和院士:当然可以。这是进入新世纪以后中国在于宫颈癌防治方面开展的一项大工程。2009—2019 年,中国启动适合中国农村和城市的子宫颈癌筛查方案的研究,涉及 2599 个县(其中贫困县 832 个),共 1.2 亿人口,检出于宫颈癌和子宫颈上皮内瘤变 30 722 例,检出率达 286.3/10 万。这一工程的目的是建立适宜中国国情的筛查方案,需要有良好的特异性和敏感性,这是基础,是前提;它要求技术方法简便易行,便于实施;还要求公众可接受,便于推行;另外,卫生经济学适宜,便于长期开展。研究分为三个阶段。第一阶段,2009 年,我国政府启动农村妇女“两癌”检查项目(首轮 1000 万/3 年),缺点是相对中国的人口基数,覆盖率太低。第二阶段,2012 年,“两癌”检查项目范围扩大(1000 万/1 年),采用的巴氏涂片和 VIA/VILI,缺点是漏诊率和假阳性高。第三阶段为“适合中国农村地区的子宫颈癌筛查技术与示范研究”,为期 3 年(2015—2018 年),涉及 7 个大区,21 个项目筛查点,共计 63 931 名妇女,适合我国农村地区,达到客观、经济、快速、简便等要求的技术,在大规模人群筛查中实践。

结果发现, Pap+HPV 联合筛查对于子宫颈癌前病变的漏诊率最低。采用 hrHPV 分型检测作为初筛, CIN 2+ 病变检出率会有较大幅度增加, 阴道镜转诊率也会增加。在城镇地区的 HPV 感染率较低的人群中, 若细胞学技术水平较好, 可考虑 HPV16/18 阳性直接阴道镜检查、其他高危型阳性女性细胞学分流的方案; 在农村地区 HPV 感染率较高的人群中, hrHPV 阳性女性采用细胞学或 VIA/VILI 分流可大大减少阴道镜的转诊率, 但需加强对基层技术人员的培训。hrHPV 检测基线阴性的女性, 在 2 年内发生 CIN 2+ 病变的风险极低, 若引入国家两癌筛查计划, 可适当考虑延长筛查间隔。总体结论认为, 对于城镇地区, 经济欠发达的地区推荐选择 HPV 检测每 5 年 1 次的筛查方案, 经济比较富裕的地区推荐选择 HPV 检测每 3 年 1 次的筛查方案。对于农村地区, careHPV 检测结果比较稳定, 在资源相对充足的情况下, 可选择 careHPV 每 3 年或 5 年检测 1 次。

2 疫苗接种

谭先杰教授: HPV 疫苗的上市为消除子宫颈癌提供了强大助力, 关于 HPV 疫苗的讨论已经很多, 我仅代表读者请教您三个问题。首先, 是关于疫苗的安全性或者副作用问题, 由于网络上曾经有夸大 HPV 疫苗副作用的报告, 您如何看待或者向公众阐释呢?

郎景和院士: 全球疫苗安全咨询委员会(Global Advisory Committee Vaccine Safety, GACVS) 在 2007、2008、2009、2013、2014、2015 年调查审定 HPV 疫苗是可靠的、有效的、安全的。我们要反复向公众宣传, 让他们相信科学, 不要相信谣言。

谭先杰教授: 是的, 造谣一张嘴, 辟谣跑断腿。第二个问题是关于 HPV 疫苗的接种年龄和种类问题。这估计是医生被公众问得最多的问题, 您曾说过 60 多岁的女性还来问您接种疫苗的事儿。

郎景和院士: 关于接种年龄, WHO 认为, 9~45 岁的适龄女性, 如果有条件, 都应该接种 HPV 疫苗。性生活开始前女性接种疫苗获益最大, 最优先对象是 9~14 岁女孩。WHO 建议纳入国家免疫规划中, 推荐<15 岁女孩仅需接种 2 针, 间隔不短于 6 个月。次优先对象是 14~25 岁青年女性, 其他年龄段的成年女性也可获益。男性接种可间接使女性获益。

至于具体的接种年龄, 不同类型的 HPV 疫苗接种年龄有差异。最新公布的数据显示, 目前二价疫苗希瑞适和四价疫苗佳达修的接种年龄都是 9~45 岁, 但九价疫苗佳达修-9 的接种年龄还是 16~26 岁。其实, 要告诉公众不必过于纠结具体接种那种疫苗, 因为 WHO 认为这几种疫苗在子宫颈癌的预防方面是等效的, 适时接种疫苗得到保护更为重要。

超过 45 岁之后注射疫苗有没有效果, 理论上有, 但目前说明书上是不包括这个年龄段的, 可以继续接受筛查。

可喜的是, 国产疫苗已经上市, 还有多家疫苗在研发和做临床试验, 届时 HPV 疫苗接种一定会纳入国家免疫计划, 未来可期。

谭先杰教授: 第三个问题是, 很多公众甚至一些医生都认为, 有了疫苗以后, 筛查的意义就不大了。如何让他们走出这一误区呢?

郎景和院士: 这是一个非常重要的问题。子宫颈癌的筛查是防治之始, 曾经很重要, 未来依然重要。筛查是子宫颈癌的二级预防措施, 接种 HPV 疫苗是子宫颈癌的一级防控措施, 后者不能完全替代前者。况且, 子宫颈癌的一级防控措施并不完美, 还不能预防所有类型的高危型 HPV。

我们要告诉同行, 疫苗可能减小细胞学的价值、可能减小阴道镜的价值、减小 HPV 检测的价值, 但是我们仍然要做细胞学, 仍然要做阴道镜, 仍然要做 HPV 检测。我们要引导公众认识到子宫颈癌的预防是全方位的, 包括预防、早期检测和筛查, 治疗和减轻痛苦, HPV 疫苗只是所有成功战略中的一个组成部分。即使可以获得疫苗, 早期发现仍是关键, 仍然要进行子宫颈癌筛查。要让他们明白每个人都是自己健康的责任人, 帮助他们从“要我检查”转变到“我要检查”。

3 治疗及其他

谭先杰教授: 您说过今天主要谈子宫颈癌的预防, 所以关于子宫颈癌的治疗我只问一个问题。比较腹腔镜与开腹手术治疗子宫颈癌效果的研究(Laparoscopic Approach to Cervical Cancer, LACC)结果出来后, 在学术界引起轩然大波。您认为中国医生应该如何看待和应对 LACC 研究结果呢?

郎景和院士: LACC 研究的由来、资料、结论和意义大家很清楚。这项随机对照研究和哈佛医学院的真实世界研究共同显示, 相比开腹子宫颈癌手术, 腹腔镜子宫颈癌手术(包括机器人辅助手术)给患者带来更高的复发率、更差的总生存率等不良预后。这一结果掀起了全球子宫颈癌微创与开腹手术的讨论。2019 年美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指南和欧洲妇科肿瘤学会(European Society of Gynecologic Oncology, ESGO)的声明都指出, 开腹途径是早期子宫颈癌广泛子宫切除术的标准和经典途径。

从 2018 年 LACC 研究结果公布至今, 中国妇科肿瘤学界经历了一个“震惊质疑-正视思考-改进求证”的过程。中国子宫颈癌临床诊疗大数据研究给我们提供了信息。2019 年 10 月我们召开了“国际子宫颈癌腹腔镜手术治疗临床研究大会”, 讨论子宫颈癌腹腔镜微创手术的改进细则, 包括禁止使用带有螺纹固定头的举宫杯, 对于肉眼可见病灶的病例慎用简易举宫器, 建议通过悬吊双侧宫底、宫角等方法以达到“举宫效果”, 也可以考虑套扎子宫体下段等

方法避免肿瘤溢出;科学改进阴道离断方式,采取经阴道最后离断、环扎阴道中上段后腹腔离断等不同方式封闭阴道近端,避免宫颈癌组织的腹腔暴露;连续整片的锐性切除盆腹腔淋巴结等等。这些意见与 ESGO 最新声明的总体方向是一致的,但更规范化、精细化,即“优化腹腔镜技术,开展临床试验证实”同步进行。

谭先杰教授:请问您一个历史问题,新中国成立后,在宫颈癌防治方面有哪些值得我们记住的大事呢?

郎景和院士:20 世纪 50 年代,林巧稚大夫就主持过一个较大规模的、涵盖 200 多万人的子宫颈癌筛查。我认为这是一个里程碑,这说明新中国成立以后,党和政府关心广大妇女的健康,像推行新法接生、消除子宫脱垂和治疗生殖道瘘一样重视子宫颈癌的防治。杨大望大夫 1951 年从美国学习回国后,最先从国外引进巴氏细胞检查方法,建立一套适合中国国情的标准送检、制片、镜检、登记和归档制度,著有《阴道细胞学》《临床细胞学图谱》等。第二个里程碑是在 20 世纪 90 年代,我们把液基细胞学和 TBS 分类系统及时引进了中国,避免了细胞学的混乱,增加了筛查的准确性。第三个里程碑是本世纪初,我们迅速接受了 HPV 检测,让我们在筛查方面没有落后于世界。遗憾的是,HPV 疫苗稍微晚了一些,2006 年 HPV 疫苗上市,2017 年我们才把疫苗引进来。WHO 加速消除子宫颈癌的动议是非常重要的,我们不能再放慢脚步,必须真正把它当成一件大事来抓,因为,这将是下一个里程碑。

谭先杰教授:请问您一个现实问题。新型冠状病毒(新冠)疫情的出现及防控常态化对子宫颈癌的防治有什么影响?

郎景和院士:应该说具有两面性。HPV 和新冠一样,也可以在人与人之间进行传播,虽然两者的传播途径不同。HPV 主要是通过性接触传播,新冠疫情的发生,从一

定程度提醒了病毒在人类社会的重要性,也提醒人们更加关注健康问题,包括子宫颈癌。针对新冠疫情的防控措施,包括减少人员流动和保持社交距离等,从一定程度减少了 HPV 的传播,进而可能会降低未来一段时间子宫颈癌的发生率。但是,新冠疫情及防控措施,也给其他非新冠的慢性疾病包括子宫颈癌的诊治带来了不便,延缓了子宫颈癌的筛查措施的开展和治疗的实施,可能对子宫颈癌的整体防治造成影响。但是,随着疫情的逐渐控制和常态化防控,与子宫颈癌防控有关的各项行动都要逐渐回到正常轨道上,从政府、专家、医护和公众层面,都要切实推行《加速消除子宫颈癌全球战略》,为真正消除这种威胁妇女健康和生命的妇科肿瘤做贡献。

谭先杰教授:感谢您接受专访,最后 1 个问题,也算“为难”一下您。新媒体时代,都在讲 1 分钟搞懂某某问题。您能否也用 1 分钟概括一下子宫颈癌的防治问题?

郎景和院士:好的,你可以开始计时了。子宫颈癌是妇女的第一杀手,它是感染性疾病,是可以预防、可以治疗及治愈,甚至是可以消灭的。致癌病毒是 HPV,是人类肿瘤发病中,唯一可以完全确认的致癌病毒。预防 HPV 感染就可以预防子宫颈癌,没有 HPV 感染就可以不罹患子宫颈癌。子宫颈癌前病变,即宫颈上皮内瘤变有较长的病程,通过细胞学、阴道镜检及组织学活检可以得到及时的诊断,并按规范化处理。HPV 的检测在筛查、病变分流及随诊中有重要价值。HPV 疫苗的问世开创了子宫颈癌防治的新时代,但制定筛查方案与制度,早诊早治仍然是子宫颈癌预防的基本策略。

谭先杰教授:58 秒!我代表《中国实用妇科与产科杂志》和广大读者,再次感谢您!

(2020-12-06 收稿)