

HPV疫苗≠一劳永逸 疫苗和筛查缺一不可

不少姐妹打完HPV疫苗,就觉得给宫颈上了“终身保险”,直接把宫颈癌筛查抛到脑后。这是妇科很常见的误区。HPV疫苗接种和定期筛查,是预防宫颈癌的两道核心防线,作用互补,无法相互替代。

HPV疫苗的保护效应有局限,不是万能

目前国内获批使用的HPV疫苗有二价、四价、九价三种,通过刺激身体产生针对性的抗体,降低对应亚型HPV持续感染引发的宫颈癌及癌前病变风险。其中九价疫苗覆盖的高危HPV亚型最多,从大规模临床研究数据来看,对于从未感染过对应型别的人群,九价疫苗针对其覆盖的7种高危HPV亚型导致的宫颈癌前病变,保护效力能达到90%以上。目前国内九价HPV疫苗适用于9至45岁女性,各年龄段接种后都能获得相应的免疫保护。但没有任何一款疫苗能覆盖所有会致癌的HPV亚型。目前已经明确的高危型HPV有十多种,就算是九价疫

苗,也只覆盖了其中7种主要的高危亚型。HPV疫苗属于预防性疫苗,核心作用是预防新的感染,无法逆转已经发生的HPV持续感染,也不能清除已经形成的宫颈病变。疫苗的保护效果也因人而异,接种年龄、自身免疫力都会影响抗体水平,保护效力也可能随着接种时间的推移出现波动。

宫颈癌筛查的作用无法取代

目前常用的宫颈癌筛查主要有宫颈细胞学检查和高危型HPV检测两种,前者观察宫颈细胞的形态有没有异常,后者直接检测有没有高危型HPV感染。筛查能在病变早期,甚至还没发展到癌变的阶段就发现异常,及时干预就能阻断病情进展,是早发现早治疗的关键。多数早期宫颈病变经过规范治疗后预后都比较好,能有效避免发展成宫颈癌。临床数据显示,早期发现的宫颈癌五年生存率能达到90%左右,而晚期患者的生存率会明显下降。就算已经接种了HPV疫苗,定期筛查也不能省。筛查

既能发现疫苗没覆盖到的亚型引发的感染和病变,也能排查接种前就已经存在、没被发现的隐匿感染或病变。目前国内外的宫颈癌防控指南都明确,不管有没有接种HPV疫苗,适龄女性都应该定期做宫颈癌筛查。存在高危因素的人群,规律筛查更有助于早期发现异常,阻止病情进展。

疫苗与筛查结合才能筑牢防线

做好宫颈癌防控,需要疫苗接种和定期筛查配合起来,二者缺一不可。符合接种条件的人群,可以结合自身年龄、经济情况选择合适的HPV疫苗,尽早获得免疫保护。世界卫生组织推荐9至14岁是HPV疫苗的最佳接种年龄,这个年龄段的人群接种后,身体产生的抗体水平更高,保护效果更好。筛查也要按照规范的时间间隔来做。按照目前的防控指南建议,25岁以上有性生活的女性都应该定期开展宫颈癌筛查。

常见的筛查方案有三种:
每3年做一次细胞学检查;
每5年做一次高危型HPV

检测;

每5年做一次细胞学加HPV联合筛查。

具体选哪种方案,可以结合自身年龄和风险因素,听从专业医生的建议。已经接种HPV疫苗的女性,仍然要按照上面的周期规律筛查,不能因为接种了就拉长筛查间隔,甚至干脆不查。有多个性伴侣、长期吸烟、免疫功能低下等高危因素的人群,可以在专业医生指导下适当增加筛查的频次。

宫颈癌是目前病因明确、可防可控的恶性肿瘤。HPV疫苗给女性建起了第一道免疫屏障,定期筛查则是守护宫颈健康的第二道防线。除此之外,保持健康的生活方式,提升自身免疫力,也有助于降低HPV持续感染的风险。理性看待疫苗的作用边界,不迷信、不偷懒,疫苗+筛查双管齐下,才能最大程度降低宫颈癌的发病风险。

(作者:刘春暘 福建省永春县妇幼保健院 副主任医师)

麻醉会让老人“变傻”吗

“医生,我爸手术后怎么突然糊涂了?”“是不是全麻把脑子麻坏了?”老年患者术后出现烦躁、说胡话、认不出家人,甚至拔管、反复下床,家属常把原因归到麻醉上。这种情况更需要警惕的是术后谵妄,并不等于“麻醉让老人变傻”。

术后“糊涂”可能是谵妄

术后谵妄是一种急性、波动性的意识和注意力障碍。患者可能白天清楚,夜间突然烦躁、说话混乱、分不清时间地点或出现幻觉;也可能异常安静、嗜睡、反应迟钝,更容易被忽视。它常突然发生、时好时坏,可持续数小时或反复数天。与痴呆缓慢、持续的认知下降不同,谵妄起病急,纠正诱因后多能逐渐改善,但应尽早识别和处理。

麻醉不是唯一原因

麻醉可能是影响因素之一,术后谵妄通常由多种因素叠加。高龄、脑梗或认知下降、帕金森病、营养不良、听力视力

下降、长期服用安眠药等,会降低大脑的“储备能力”;手术创伤、疼痛、失眠、感染、缺氧、贫血、血压波动和陌生环境也可能诱发。不能简单理解为“麻醉药把脑子麻坏了”。

现代麻醉更重视脑保护

麻醉医生的工作不只是让患者睡着,还要持续管理呼吸、血压、心率、氧合、体温、镇痛和内环境。对老年患者而言,麻醉过浅会引起强烈应激,过深可能影响苏醒;血压过低会影响脑供血,镇痛不足也会增加谵妄风险。麻醉医生会根据年龄、基础疾病和手术方式个体化用药,必要时监测麻醉深度、血压和体温,让患者睡得安稳、醒得平稳。

术前评估很重要

术前,家属应如实告诉医生老人是否有记忆力下降、脑血管病、长期失眠、服用镇静安眠药、严重打鼾,以及以往术后是否出现烦躁或糊涂。这些看似琐碎的信息,都是判断风险

的重要依据。若近期食欲下降、活动能力变差也应说明。病史越完整,医生越能提前制定预防方案。

术后照护同样关键

疼痛、睡眠紊乱和活动受限都会影响恢复。多模式镇痛能让老人休息、咳嗽并尽早活动,无需“硬扛”。家属可准备眼镜、助听器等熟悉用品,帮助老人看清、听清,并温和提醒:“手术已经结束,您在医院,我们都在身边。”白天适当采光、夜间减少声光干扰,有助于恢复睡眠节律。不要责怪或争辩,也不要自行服用安眠药、镇静药或“补脑药”。

若老人突然认不出家人、说话混乱、明显烦躁或异常嗜睡,应立即告知医护人员。处理谵妄的重点不是先用镇静药,而是查找并纠正缺氧、感染、疼痛、尿潴留、便秘、电解质紊乱或药物影响。多数患者会随诱因改善逐渐清醒,但恢复速度因人而异。家属应保持语

气平稳,一次只说一件事,不要反复追问、责备或强行争辩。

麻醉不会简单地让老人“变傻”。老年患者术后短暂糊涂,往往由年龄、基础疾病、手术刺激、疼痛、睡眠和环境等共同作用。术前充分评估、术中精准管理、术后细心照护,能帮助老人更平稳、清醒地恢复。

谵妄和POCD有什么不同

术后谵妄和另一种叫“术后认知功能障碍(POCD)”的情况不同。谵妄是“急性风暴”,来去匆匆;POCD则是“慢性雾霾”,表现为术后数月持续的记忆力、注意力下降。如果老人术后几个月仍然“反应慢半拍”,建议到神经内科或老年记忆门诊进一步评估。

[作者:郭瑜 福州大学附属省立医院 主治医师

柯鹏 福州大学附属省立医院 住院医师

基金项目:福建省卫生健康科技计划项目(2023QNA012)]