

TCT 和 HPV 检查怎么选? 看完就明白了

遂宁市船山区妇幼保健院 陆芝慧

在女性健康体检里, 宫颈筛查早已不是陌生词汇, 不少人拿到体检单时都会对着两项检查犯迷糊: TCT 和 HPV 到底有什么区别? 是只做一项就够, 还是两项都得安排? 很多人误以为这两项检查作用重复, 要为了省钱只选其一, 要么盲目全做心里却没底。其实这两项检查就像守护宫颈健康的“左右护法”, 一个看细胞形态, 一个查致病根源, 分工不同却又相辅相成, 搞懂它们的核心作用, 就能轻松做出适合自己的选择, 不用再纠结焦虑。

先来说说大家常听的 HPV 检查, 它的核心任务是揪出宫颈病变的“元凶”——人乳头瘤病毒。医学研究早已证实, 高危型 HPV 的持续感染, 是引发宫颈癌的主要危险因素, 尤其是 HPV16 和 18 型, 与绝大多数宫颈癌病例相关。

HPV 检查就是通过检测宫颈分泌物, 判断是否感染了 HPV 病毒, 以及具体感染的是哪种亚型, 相当于给宫颈做一次“病毒排查”, 看看有没

有潜在的致病风险。需要注意的是, HPV 感染十分常见, 尤其在性活跃的年轻女性中, 多数一过性感染会被自身免疫力清除, 并不会引发病变, 所以单次查出阳性不必过度恐慌, 重点在于是否为高危型持续感染。

而 TCT 检查则是从细胞层面判断宫颈是否出现异常, 它的全称是液基薄层细胞检测, 简单来说就是查看宫颈脱落细胞的形态是否正常。医生采集宫颈表面脱落细胞, 经实验室制片观察, 判断细胞是否存在炎症、化生、癌前病变甚至癌变, 相当于给宫颈细胞做“体检”。TCT 检查可直接反映宫颈当前健康状态, 是判断宫颈是否病变的直接依据; 即便没有 HPV 感染, 宫颈也可能因其他炎症出现细胞异常, 因此这项检查能直观呈现宫颈实际情况。

很多人会问, 既然都是查宫颈, 只做一项行不行? 答案要根据年龄、身体状况和风险因素来定。对于 21—29 岁的年轻女性, 性生活相对活跃, HPV 感染概率较高但多为暂时性感

染, 这个阶段可以优先选择 TCT 检查, 若 TCT 结果异常, 再进一步做 HPV 检测分型。而 30 岁以上的女性, 宫颈病变风险有所上升, 高危型 HPV 持续感染的危害更明显, 这个年龄段建议直接做 TCT 联合 HPV 检查, 也就是常说的“宫颈联合筛查”, 双重排查能最大程度避免漏诊, 提高筛查的准确性。

还有一些特殊情况, 更需要合理选择检查方式。比如已经出现白带异常、接触性出血、下腹坠胀等不适症状, 无论年龄大小, 都建议直接做两项联合检查, 快速明确病因; 如果既往有 HPV 感染史, 尤其是高危型阳性, 复查时不仅要查 HPV 看是否转阴, 还要搭配 TCT 观察细胞是否受影响; 对于已经接种过 HPV 疫苗的女性, 也不能忽视宫颈筛查, 因为疫苗无法覆盖所有高危亚型, 定期检查依旧是预防宫颈癌的关键。

不少人对宫颈筛查存在误区: 认为无不适不用查, 一次结果正常便可一劳永逸。事实上, 宫颈癌早期几乎

无症状, 出现明显不适时往往已错过最佳治疗时机, 宫颈筛查是目前预防宫颈癌最有效的手段, 可在癌前病变阶段发现问题, 及时干预就能阻断病情发展。TCT 侧重看结果, HPV 侧重查原因, 单一检查都有局限性, 单一 TCT 可能漏诊病毒携带状态, 单一 HPV 无法判断细胞是否已经病变, 二者互补才能全面评估宫颈健康。

做宫颈筛查也有一些小细节需要注意, 检查前 24 小时内避免性生活、阴道冲洗和用药, 避开月经期, 最佳时间是月经结束后 3—7 天, 这样能保证检查结果的准确性。拿到检查报告后, 也不用自行解读瞎猜, TCT 结果异常不代表就是癌症, 大多是癌前病变, 积极治疗即可逆转; HPV 阳性也只是提示风险, 结合 TCT 结果综合判断, 遵循医生建议定期复查或进一步做阴道镜检查就行。

女性健康需要细心呵护, 宫颈筛查不是可有可无的项目, 而是守护自身健康的重要防线。不用再纠结 TCT 和 HPV 怎么选, 年轻低危人群可优先 TCT, 30 岁以上及高危人群首选联合筛查, 根据自身情况科学选择, 定期检查, 就能把宫颈疾病的风险挡在门外, 以更从容的心态面对健康问题。

肚子上的“窟窿”是咋回事? 聊聊疝气那些事儿

文山市人民医院普外科胃肠病区 何思林

很多人可能都有过这样的经历: 在腹部、大腿根部, 甚至肚脐眼附近, 突然摸到一个鼓起来的“小包”。这个包块平时可能没什么感觉, 但一用力、咳嗽、或者长时间站立, 它就冒了出来, 躺下休息时又悄悄缩回去。这到底是怎么回事? 是长了肿瘤, 还是身体出了什么大问题?

其实, 这很可能就是我们常说的“疝气”, 通俗点讲, 就是身体里的某个器官或组织, 通过腹壁上一个天生的或后天的“薄弱点”或“窟窿”, 跑到了它不该去的地方。这个“小包”就是疝内容物, 最常见的是肠管或大网膜。疝气是一个很常见的疾病, 但很多人对它了解不够, 甚至因为羞于启齿而延误治疗。

一、疝气从何而来? 身体里的“漏洞”不止一种

疝气并不是一种单一的疾病, 而是一类问题的总称。它可能发生在腹壁的多个位置, 其中最常见的是腹股沟疝, 也就是我们常说的“小肠气”。一项针对瑞典全国范围内超过 20 万例

手术患者的大型研究发现, 腹股沟疝是腹壁疝中最常见的类型。除了腹股沟疝, 还有股疝、脐疝、切口疝、上腹疝等等, 它们虽然位置不同, 但本质都是腹壁存在薄弱区域。

有些疝气非常罕见, 比如坐骨疝。一位医生描述了一个病例, 患者臀部出现一个包块, 术前被误认为是囊肿, 手术时才发现是坐骨孔疝, 也就是腹腔内的腹膜和内容物从坐骨大孔或坐骨小孔突出形成的疝。同样罕见的还有腰疝, 它发生在腰部, 虽然少见, 但因为容易发生嵌顿(卡住回不去), 需要引起高度重视。

还有一些疝气发生在身体内部, 我们称之为“内疝”。比如, 肠系膜裂孔疝就是一种罕见的内疝, 它可以在没有腹部手术史的情况下, 导致年轻人出现小肠梗阻的急症。疝气的形成原因很复杂, 既有先天因素, 也有后天因素。

二、发现“鼓包”怎么办? 手术治疗是唯一有效手段

很多人发现腹股沟区有个“鼓包”

时, 第一反应可能是先观察、或者用疝气带压回去。但现代医学的主流观点认为, 手术是治愈疝气的唯一有效方法。

手术方式也在不断进步。过去, 传统的开放手术是主流。如今, 腹腔镜微创技术越来越普及。例如, 在腹股沟疝的修补中, 腹腔镜手术不仅能完成修补, 还能在术中“顺便”检查腹腔, 发现一些术前难以诊断的额外病变。曾有医生报道, 在为一例疑似腹股沟疝的患者进行腹腔镜手术时, 意外发现它其实是圆韧带鞘膜积液, 这种“假性疝气”在术前很难与真正的疝气区分。因此, 对于症状不典型的患者, 经腹腔镜的腹腔镜手术(TAPP)因其更广阔的探查视野, 可能优于完全腹腔镜手术(TEP)。

对于不同类型的疝气, 手术入路和修补方式也各不相同。比如, 治疗坐骨疝时, 医生认为经臀部的入路比经腹腔的入路更有优势, 可以更好地暴露肌囊并避免损伤重要的神经和血管。而对于会阴疝(一种发生在盆腔

底部的切口疝), 由于这种疝常伴有较大的组织缺损, 并且患者可能接受过放疗导致周围组织不健康, 因此在修补时, 使用补片(一种人工材料)来加强修复就显得尤为重要。

当然, 术后随访也很重要, 术后也可能出现复发或新的问题。例如, 有医生报告过一个病例, 一名婴儿在成功修复了左侧的先天性膈疝(博林达勒疝)后, 八天后又出现了食管裂孔疝, 不得不再次进行抗反流手术。

三、积极面对, 科学“补漏”

总的来说, 疝气是身体腹壁出现“漏洞”后导致的常见疾病, 类型多样, 从最常见的腹股沟疝到罕见的坐骨疝、腰疝等。手术是解决这个问题的根本方法。如果您或家人发现身体上出现了可疑的“鼓包”, 特别是这个包块在平躺后可以消失, 而在咳嗽、用力时又会出现, 千万不要掉以轻心。及时就医, 让专业医生进行诊断。现代医学已经发展出非常成熟的微创和开放手术技术, 能够安全、有效地“补上”这个“窟窿”。

请记住, 疝气不是不治之症, 也不是什么“丢人”的病。积极面对, 科学治疗, 绝大多数疝气都能得到彻底治愈, 让您重获健康无忧的生活。

青光眼患者日常眼压管理, 从这 4 个护理习惯做起

广西医科大学第一附属医院 曾进

青光眼, 是一种以视神经损伤和视野缺损为特征的不可逆性致盲眼病。它最凶险之处在于早期悄无声息, 等你察觉时, 视神经可能已伤痕累累。而眼压升高, 正是这一切破坏的“元凶”。正常眼压范围为 10 至 21 毫米汞柱, 一旦长期超标, 视神经便会在高压下一步步萎缩、坏死。手术和药物固然重要, 但真正让眼压“长治久安”的, 是融入每一天的生活细节。

习惯一: 科学饮水

短时间内大量饮水, 会导致血液迅速稀释, 房水生成随之增加, 眼压在短时间内骤然飙升。对青光眼患者而言, 这无异于给脆弱的视神经“雪上加霜”。正确的做法是: 少量多次, 小口慢饮。单次饮水量控制在 200 至 300 毫升以内, 全天总摄入量维持在 1500 至 2000 毫升。尤其要避免睡前 2 小时内集中大量饮水, 夜间本就是眼压波动的高峰期, 再叠加饮水刺激, 风险倍增。此外, 咖啡、浓茶、碳酸饮料等含咖啡因或高糖饮品应严格限量。每日咖啡因摄入建议控制在 200

毫克以内, 约等于两杯咖啡的量。酒精更是大忌, 它不仅干扰降眼压药物代谢, 还可能直接引起眼压波动, 急性发作期必须绝对禁酒。

习惯二: 远离暗环境

人在黑暗中, 瞳孔会自然散大以捕捉更多光线。但对青光眼患者, 尤其是闭角型患者而言, 瞳孔散大意味着房角变窄甚至关闭, 房水排出通道被堵死, 眼压随即飙升。这不是危言耸听, 临床上因长时间处于暗环境诱发急性青光眼发作的案例并不罕见。

正确做法是: 让光线“亮”起来。阅读、看电视、使用手机时, 保持室内光线充足且柔和, 避免强光直射眼睛。夜间起床时, 先开灯再行动, 绝不摸黑。外出遇阴天或傍晚, 及时开启照明。睡眠时建议垫高枕头, 有助于减少夜间眼压波动。同时, 避免穿高领紧身衣物, 防止颈静脉受压影响眼部血液回流。家中走廊、卫生间、楼梯间这些容易被忽视的角落, 务必安装夜灯或感应灯, 让患者在任何时候都不必置身于完全的黑暗之中。

习惯三: 情绪平稳

大怒、大悲、焦虑、过度兴奋……这些剧烈的情绪波动, 对青光眼患者而言不只是心理问题, 更是实实在在的“加速器”。情绪剧烈变化时, 交感神经高度兴奋, 瞳孔散大、血管收缩, 眼压随之急剧升高。研究表明, 焦虑紧张状态可通过神经调节直接推高眼压, 甚至诱发急性闭角型青光眼发作。而这种发作若不及时处理, 数小时内就可能造成不可逆的视神经损伤。

正确做法是: 把“稳”字刻进日常。每天花 10 至 15 分钟做深呼吸、冥想或听舒缓音乐, 让身心放松下来。散步、打太极拳这类温和运动, 既能活动身体, 又不会让头部充血。散步、游泳等有氧运动有助于改善眼部微循环, 但必须远离倒立、举重、剧烈跑步等使头部血压骤升的动作。

家属的角色同样关键, 给予患者充分的理解和陪伴, 帮助他建立战胜疾病的信心。当患者情绪低落或焦虑时, 耐心倾听、温柔安抚, 比任何药

物都更能稳定那颗“不安的心”。

习惯四: 规范用药与定期复查

降眼压药物是青光眼治疗的“生命线”。布林佐胺滴眼液、拉坦前列素滴眼液、噻吗洛尔滴眼液等常用药物, 通过减少房水生成或促进房水排出来控制眼压。但药物必须严格遵医嘱、按时按量使用, 不可自行增减药量, 更不可随意停药。自行停药可能导致眼压“反弹”, 比不用药还危险。两种以上滴眼液需间隔 5 分钟使用, 滴药时瓶口绝不能触碰眼睛, 开封后超过 4 周应更换。与此同时, 定期复查绝不能省。建议每 3 至 6 个月进行一次眼压、视野、视神经及 OCT 检查, 急性闭角型青光眼术后患者需增加频率。眼压波动住住没有明显症状, 仅凭感觉根本无法判断。建立完整的眼健康档案, 记录每次测量数据, 才能让医生精准掌握病情走势。

一旦出现眼痛、头痛、视力骤降、看灯光出现彩虹圈(虹视)等症状, 必须立即就医, 分秒必争。青光眼的管理, 是一场没有终点的马拉松。眼压稳了, 视神经才能喘口气; 视神经稳了, 光明才能留得住。从今天起, 把这 4 件小事做好, 就是对眼睛最深情的告白。