

艾滋病与丙肝的传播及防控

高密市疾病预防控制中心 周晓杰

艾滋病(HIV)和丙肝(HCV)好似一对“危险搭档”，传播途径很相似，不过“作案手法”和“破坏力”不一样。它们都会借助血液、性接触以及母婴传播，只是丙肝更多靠血液“下手”，艾滋病则更倾向于性接触“突破防线”。别着急！只要掌握它们的传播规律和防控要点，就能把健康“防火墙”建起来。

一、传播途径：共性与差异的“双面镜”

两者都如同“血液猎人”，共用注射器吸毒、输入污染的血液、使用没消毒的器械，如牙科工具、纹身针等，这些都是高危行为。甚至共用剃须刀、牙刷，也可能因为微量血液暴露而被感染。不过丙肝更为“专一”，大约80%的感染是凭借血液传播的，艾滋病则“途径多样”。性传播是艾滋病病毒传播的一个重要途径。艾滋病患者在发生性行为时，其身体会分泌很多体液，而这些体液中含有大量的艾滋病病毒，如果这些病毒进入对方的身体中，则对方会被病毒传染而患上艾滋病。在母婴传播方面，艾滋病通过规范干预，比如孕期进行抗病毒治疗、避免母乳喂养等，能把风险降低到1%以下；丙肝单阳母亲的传播率大概在2%-7%，若是合并HIV，传播率可能会上升到20%。

二、防控要点：个人与社会的“组合拳”

1. 艾滋防控：不可治愈但可“驯服”
性安全是首要防线：在整个过程中正确使用安全套，固定性伴侣，减少高危行为。男男性行为者等高危人群可以采取暴露前预防PrEP，通过每天服药或者长效注射来降低感染风险。血液安全也很关键：拒绝毒品，不共用针具；选择正规机构去做纹身、穿孔等有创操作；避免共用个人卫生用品。如果发生无保护性行为、针刺伤等高危暴露，要在72小时内启动暴露后紧急阻断PEP，连续服药28天，能大大降低感染几率。定期检测是“早发现”的关键，阳性者要尽早开展抗病毒治疗ART，坚持用药能长时间维持健康状况，对寿命几乎没有影响。

2. 丙肝防控：可治愈的“隐形敌人”
血液安全是非常关键的：要严格规范医疗操作，把血液暴露的情况避免；要拒绝毒品，不要共用针具；不要共用剃须刀、牙刷等有可能接触血液的物品。在性安全上，有多个性伴侣、有男男性行为或者合并有HIV的人，需要使用安全套。母婴阻断要在孕期对HCV进行筛查，治愈之后再怀孕；呈阳性的母亲在孕期要进行监测，分娩方式要规范。丙肝有个很大优势是可治愈——通过口服直接抗病毒药物DAA，8-12周就可以把病毒清除，治愈率超过95%。早筛查早治疗是关键，如静脉吸毒者、有有偿供浆史这类高危人群，应该定期做检测。

三、高危人群：重叠的“危险名单”

静脉吸毒者、男男性行为者、有多个性伴侣的人群、有输血史的人、HIV/HCV感染者性伴侣、非正规医美操作人员、感染的孕妇……这些人得格外警惕。他们既是艾滋病和丙肝侵袭的重点目标，也是防控工作关键节点，通过主动去做检测、规范自身行为、及时接受治疗，不仅能保护自己，还能阻断病毒的传播链。

四、总结

艾滋病主要依靠性进行传播，虽然没办法治愈，不过可借助PrEP/PEP、ART来长期控制；丙肝主要经由血液传播，采用DAA药物进行早期早治可彻底把病治好。两者共同的原则为：安全用血、保持安全性行为、做好母婴阻断、早检测早干预。要记住，防控并非是一个人的战斗，而是个人、家庭、社会共同的责任。主动学习有关知识、改变危险的行为、支持感染者接受治疗，才可以让艾滋病和丙肝无处可逃！

数字化病理诊断：为健康插上科技翅膀

广西中医药大学第二附属医院 韦校丰

在现代医学的发展进程中，科技的力量正不断推动着各个领域的革新，病理诊断也不例外。数字化病理诊断作为一项新兴的技术，正逐渐改变着传统病理诊断的模式，为人们的健康保驾护航，宛如为健康插上了科技的翅膀。

一、什么是数字化病理诊断

传统病理诊断靠医生在显微镜下观察切片，凭经验判断病变。数字化病理诊断利用扫描技术把玻璃切片转为高分辨率数字图像，能在电脑屏幕观察分析。这就如同在黑暗中，传统诊断用肉眼找星星，而数字化诊断借助望远镜，不仅看得更清晰，还能发现更多周边隐藏细节，让医生诊断更方便全面。

二、数字化病理诊断的优势

1. 提高诊断准确性。数字切片具有高分辨率和可缩放的特点，医生可以在计算机屏幕上对病变区域进行放大、缩小、多角度观察，不会受到显微镜视野的限制。这使得医生能够更清楚地看到细胞和组织的细微结构，从而减少漏诊和误诊的发生。例如，在诊断一些早期癌症时，数字化病理诊断可以发现一些传统方法难以察觉的癌细胞特征，为患者争取更及时的医疗。

2. 实现远程诊断和会诊。数字化病理诊断打破地域限制，医生可以通过网络发数字切片进行远程会诊。这对医疗资源匮乏地区意义重大，就像偏远地区患者，无需奔波去大城市，当地医生将切片数字化发给专家，患者在家门口就能获顶级诊断服务。

3. 便于病例管理和研究。数字切片存于计算机系统，利于病例长久保存与管理。医生能随时查看历史病例对比分析。大量数字切片数据可用于医学研究，挖掘发病规律与治疗靶点，如同建了医学数据库，为医研人员提供丰富资源。

4. 提高工作效率。在传统病理诊断中，医生需要在显微镜下逐个观察切片，工作效率相对较低。而数字化病理诊断可以实现多人同时观察和分析同一张数字切片，还可以利用计算机辅助诊断技术，快速筛选出可能存在病变的区域，为医生节省了大量的时间和精力。这就好比从手工劳作进入了自动化生产时代，大大提高了工作效率。

三、数字化病理诊断的应用场景

1. 肿瘤诊断。在肿瘤的诊断和治疗中，数字化病理诊断发挥着至关重要的作用。它可以准确判断肿瘤的类型、分级和分期，为制定个性化的治疗方案提供依据。例如，对于乳腺癌患者，数字化病理诊断可以检测出肿瘤细胞的激素受体状态和HER2基因表达情况，帮助医生选择最合适的治疗药物。

2. 罕见病诊断。罕见病的诊断往往比较困难，因为其发病率低，病例数量少。数字化病理诊断可以通过远程会诊和病例共享，让更多的专家参与到罕见病的诊断中来，提高诊断的准确性。同时，大量的数字切片数据也有助于对罕见病的研究，为寻找治疗方法提供线索。

3. 教学和培训。数字化病理诊断为医学教育和培训提供了新的手段。学生可以通过网络学习平台，随时随地观察和分析数字切片，进行模拟诊断练习。教师也可以利用数字切片进行远程教学，提高教学效果。这就像是医学教育打开了一扇新的大门，让学生和教师可以更方便地获取知识和进行交流。

四、数字化病理诊断面临的挑战

1. 技术成本较高。数字化病理诊断设备价格昂贵，维护和运营成本也较高。这对于一些基层医院来说，可能难以承受。此外，数字切片的存储和管理也需要大量的计算机硬件和软件资源，增加了医院的负担。

2. 数据安全和隐私问题。数字切片包含了患者的敏感信息，如个人身份、疾病诊断等。如何保障这些数据的安全和隐私，防止数据泄露和滥用，是数字化病理诊断面临的重要问题。医院和相关机构需要建立完善的数据安全管理和技术保障制度。

3. 医生的适应和培训。数字化病理诊断是全新模式，医生需适应在电脑上看数字切片，掌握计算机技术与数据分析方法，所以系统培训医生是推广关键。它潜力巨大，给医学诊断带来变革，如科技翅膀助我们在健康之路上高飞。虽当前有挑战，但随技术进步完善，未来它会在医疗领域更重要，为健康添福祉。

女性宫颈癌筛查，多久查一次好？

贵港市平南县思旺镇中心卫生院 凌燕飞

宫颈癌早期常没有明显不适，即使已经出现宫颈病变，也只有白带增多或少量接触性出血。定期筛查可在癌前病变阶段发现异常并及时处理。因此，女性既不能长期不查，也不必在结果正常时年年重复检查。

1. 先了解宫颈癌筛查是什么

(1) 高危型HPV检测

高危型HPV持续感染是宫颈癌发生的重要原因。HPV检测主要判断宫颈是否存在高危型病毒感染，对早期发现风险较为敏感。一般风险女性若高危型HPV检测结果为阴性，通常可每5年筛查一次。需要注意，HPV阳性并不等于已经患病，很多感染可在一年内被自身免疫系统清除。真正需要重视的是高危型HPV持续阳性，尤其是HPV16型、18型阳性，应按照医生安排进一步检查。

(2) 宫颈细胞学检查

宫颈细胞学检查常称为TCT，主要观察宫颈脱落细胞有无异常。单独进行细胞学检查且结果正常时，一般每3年复查一次。若采用高危型HPV检测联合细胞学检查，两项结果均正常，通常可每5年筛查一次。妇科超声、白带检查、阴道镜和肿瘤标志物检测各有用途，但不能简单代替规范的宫颈癌筛查。

2. 不同年龄多久查一次

(1) 25岁以下女性

普通风险女性通常不需要过早开始常规筛查。年轻女性感染HPV较常见，多数属于短暂感染，过早或过密检查可发现一些能够自行消退的轻微异常，增加心理压力，进而带来不必要的复查。若已经出现性交后出血、非月经期出血、阴道排液异常等表现，则不受年龄限制，应及时到妇科就诊。

(2) 25—64岁女性

这一年龄段是宫颈癌筛查的重点人群。一般可选择每5年进行一次高危型HPV检测，或每3年进行一次宫颈细胞学检查。采用HPV检测和细胞学联合筛查时，结果均正常可间隔5年。女性可根据当地医疗条件、既往检查结果和医生建议选择合适方法。筛查时最好保留报告，记录检查日期、检测方法和具体结果，避免下次就诊时无法判断是否需要复查。

(3) 65岁以上女性

过去10年内筛查规律且结果持续正常，同时没有宫颈高级别病变或宫颈癌病史者，可在医生评估后考虑停止。若既往从未规律筛查、检查记录不完整，或曾患高级别宫颈病变，仍需继续随访。做过子宫切除手术的女性也要确认宫颈是否一并切除，若宫颈仍在，通常仍需按计划筛查。

3. 哪些情况要缩短间隔

筛查并不是次数越多越好，过多会造成心理压力，影响正常生活。但在出现异常时则应当听从医生建议，缩短检查时间，以确保宫颈癌筛查的及时性、有效性。

(1) 检查结果出现异常。HPV阳性或细胞学异常后，不能继续按照3年或5年的常规周期等待。医生会根据HPV型别、细胞异常程度和既往结果，安排6个月、1年后复查，或进行阴道镜和组织病理检查。部分轻度异常只需按时随访，不一定马上治疗；若提示高级别病变，则需要尽快处理。自行频繁检测，或在没有完成进一步检查前反复更换医院，容易耽误判断。

(2) 属于高风险人群。免疫功能低下、长期使用免疫抑制剂、器官移植后、感染HIV，或既往患有宫颈高级别病变和宫颈癌的女性，筛查起始时间和间隔往往不同，需要由医生单独制定。已经接种HPV疫苗的女性仍应按年龄参加筛查，因为疫苗不能覆盖所有高危型HPV。怀孕和绝经也不是停止筛查的理由，具体时间应结合孕周、既往结果和身体情况安排。

4. 筛查前后要注意什么

筛查应尽量避开月经期，检查前48小时内避免性生活、阴道冲洗和阴道用药，以免影响取样质量。检查时若正处于阴道炎症急性期，可先治疗炎症，再按照医生安排取样。拿到报告后，要确认检查方法、结果和下次复查时间，不要看到“阳性”就过度紧张，也不能因为没有症状而忽视异常。若报告提示需要阴道镜检查，应按时完成。

总之，一般风险女性可从25岁开始筛查，高危型HPV检测通常每5年一次，宫颈细胞学检查通常每3年一次。异常结果、高风险人群以及既往病变者不能照搬常规周期。保存好既往报告，按医生建议复查，避免错过最佳干预时机，才能真正发挥筛查作用。