

农民日报·中国农网记者 颜旭 唐旭

“我好好的，啥事没有，为什么要去检查得没得病？”25年前，北京协和医学院医学及公共卫生学院教授乔友林下乡动员人们接受宫颈癌筛查时，大多数妇女都是用这个理由来拒绝的，他只好一遍又一遍解释：“等有了症状，一般就是晚期了，所以要早查。万一查出来咱就有病治病，没病，不也图个放心？”

“不疼不痒，就不去检查。”——这是绝大多数农村女性对“两癌”（宫颈癌、乳腺癌）筛查的普遍反应。在她们的常识里，癌症是“会死人的”，但也是很遥远的，定期、及早地筛查“两癌”并不在她们的认知范围。

显然，这一朴素观念仍与事实存在偏差。据世界卫生组织统计，乳腺癌、宫颈癌的发病数在女性新发癌症中排名靠前，但遭遇这两种癌症并不意味着就等同于死亡。研究发现，I期宫颈癌在接受治疗之后，5年的生存率可达90%以上；I期乳腺癌的5年生存率也在80%-90%以上，而宫颈癌也是目前发现的唯一一个病因明确，且已研发出HPV预防性疫苗和高精度筛查手段的癌症。

简而言之，“两癌”筛查已成为女性健康的“保护伞”，尤其是早诊、早治可以明显降低癌症的死亡风险。也正因为有无数像乔友林一样的专家、基层医护人员的长期努力，20多年来“两癌”筛查在不断推广，农村女性健康保护的这张大网正越织越密，越织越牢。

“早诊早治”是关键

“早发现就好了。”在贵州省铜仁市碧江区妇幼保健院群体保健部部长黄珍20余年的职业生涯里，这是她最常听到“两癌”患者说的话。

“癌症的脚步往往很轻，被发现时可能根本没有症状，不痛也不痒。”黄珍告诉记者，“两癌”与其他癌症的早期疼痛、不适感不同，发病初期很隐蔽，几乎没有症状。“所以很多女性发病时已经是晚期，治愈率极低。”

在山西省襄垣县当了40余年基层医生的马俊飞，也时常因为女性因晚确诊、晚治疗导致耽误治疗而陷入无奈。“在检查中，有些女性没有感到明显不适，往往耽误了最佳治疗时机。”马俊飞说，“对有发病风险的女性，有时只能委托乡镇医院多注意，有情况要随时入院，可往往再次见到患者时，就已经拿到了‘进入晚期阶段’的诊断书。”

长期在公共卫生领域做研究的乔友林，对“两癌”早、晚期治疗质量有更直观的对比。“以宫颈癌为例，早期的宫颈癌死亡率约在5%到10%之间，而晚期则能达到70%到80%。”乔友林说，早诊、早治对“两癌”的治疗质量影响非常大。

事实上，早诊、早治还可以大幅减轻患者的经济负担。”马俊飞说。十几年前，国家卫健委卫生发展中心就对北京2008年至2009年“两癌”筛查情况进行了卫生经济学评价，结果显示，该项目使家庭和社会减少约4亿元的医疗费用；医疗费用占家庭可支配收入的比例，比未经筛查的家庭减少三分之二，有效降低了患者负担。

因此，“早诊早筛”是降低死亡率、提高生存时间、降低整体医疗支出的最有效方式。一篇名为《中国乳腺癌现状》的调研文章指出，2010年以前，我国“两癌”筛查情况仍十分严峻。以乳腺癌为例，我国农村早期乳腺癌检出率依然长期偏低，仅有5.2%是通过定期乳腺癌筛查发现的，82.1%的女性发现患癌时已有明显症状。

那么，究竟是什么阻碍了农村女性参与筛查的脚步？

被“困”住的农村女性

早在20世纪90年代末，乔友林就带着团队在我国10多个省、市、自治区开展了20多项人群筛查研究实践。

由于长期奔波在广大中西部农村地区，乔友林深刻认识到当地缺医少药的普遍现实：在我国西部，1个执业（助理）医师平均要服务一万个女性；在西南地区，女性长时间生活在野外，春季挖虫草、夏季放牧，几乎没有一个“卫生条件”可言；而在地广人稀的东北地区，一个女性想做一次检查，来回常常要花费一天时间，很多人可能也会想到这个事，但面对“重重阻力”往往就不了了之了。

除了这些问题，最让他震惊的还是县乡卫生院“过于简单”的筛查技术。”乔友林回忆，当时的筛查就是在女性宫颈上涂抹醋酸，肉眼观察有无白色病变。尽管这种方法便于基层医生操作，但缺点在于“漏诊率和假阳性”都比较高。于是乔友林觉得，当务之急就是要找到适用于农村，简单快速且检出率更高的新方法。

于是1999年前后，乔友林带领团队在襄垣开展了宫颈癌6种筛查方法的横断面比较研究，免费对近3-5年没有筛查过的妇女进行检查。但随着研究的不断深入，他才发现比起检查费用和技术，最需要改变的仍是农村女性根深蒂固的认知。

乔友林发现，她们的顾虑主要在以下几个方面：思想保守，不愿意检查私处，没什么症状，不需要检查；不相信癌症可以提前预防；害怕查出病后，没有钱治；免费的检查一定是骗子。还有一个最难以启齿的顾虑是，宫颈癌的病因是高危型HPV的持续感染，感染渠道之一是性行为，无论查出任何一点问题，都有被外人看成“生活不检点”的风险。

这对于绝大多数农村妇女而言，显然是难以承受的结果。

对于这点，当时在襄垣县人民医院担任副院长的马俊飞深有感触。“如果在检查中我们发现谁是阳性，一定会直接通知本人，绝不会把检查单发回村里。”马俊飞解释，“村里是熟人社会，一定要完全保障隐私，女性才愿意来检查。”

“同时，还要把引发宫颈癌的HPV病毒的传播讲

如何为农村女性撑起健康『保护伞』？

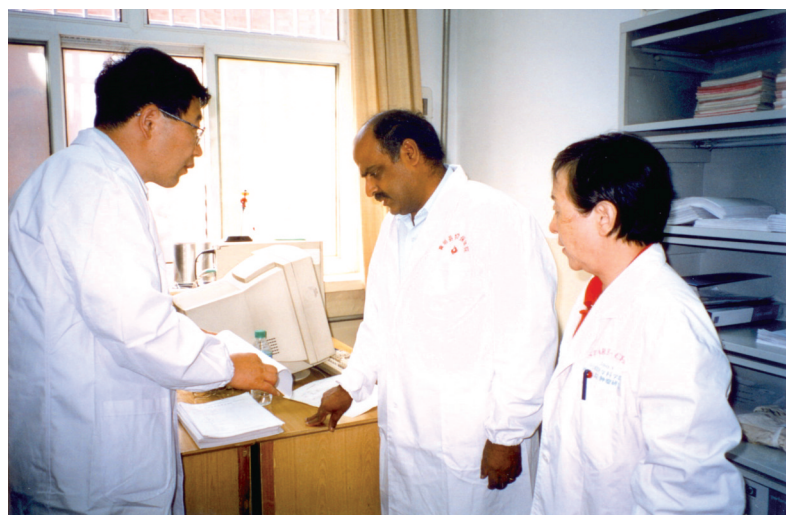


2023年8月，“感知中国——中国肿瘤防控考察社会实践活动”来到山西襄垣县夏店卫生院，为当地妇女进行免费的宫颈癌筛查。受访者供图

对于宫颈癌和乳腺癌两种“常见”癌症而言，“早诊早治”至关重要，可有效降低风险、提高生存时间、减少整体医疗支出。但囿于传统观念、就医成本、筛查条件等因素限制，农村女性主动接受筛查的积极性不高。近年来，随着各种形式的“两癌”筛查不断推广，农村女性健康保护这张大网正越织越密，越织越牢。



日前，襄垣县夏店镇妇女参与宫颈癌防控知识宣讲。受访者供图



20世纪90年代末，乔友林（左）在襄垣县妇幼保健院与世界卫生组织宫颈癌防治专家Sankar（中）讨论教学问题。受访者供图

清楚。”马俊飞补充道，当时他会和乔友林赶在妇女们收工回家后，向她们解释HPV的传播途径是通过皮肤、黏膜直接接触传播。但令马俊飞和乔友林感到困惑的是，从1999年到现在，已经过去了25年，女性不参与“两癌”筛查的因素似乎并未减少。

在一份涵盖1077例样本的“2021年度西部欠发达地区年度农村妇女‘两癌’筛查现状分析”中，研究显示“是否有健康宣教”成为影响农村女性会不会参与“两癌”筛查的主要原因，也就是说，如果农村女性进行科普讲座、缓解检查焦虑等工作，可以更好地动员农村女性参与到“两癌”筛查中。

黄珍深谙此理。在她的日常工作中，总会不厌其烦地向农村女性科普“两癌”的基本常识。为了把问题说得更透彻，她会用简单、常见的食物举例。“患者有时候听不懂病毒、细胞，我们就把器官比喻成苹果，如果发现癌前病变，就像苹果坏了一点，把坏的地方削掉就可以，一点都不费事。”黄珍说。

而从1981年参加工作至今，马俊飞的大部分时间也都扎在了村里，他的脑海里留下了很多无奈的瞬间，比如科普了半天，妇女们还是相信那些道听途说的小道消息；说好了要去筛查，转头听了家人的话又放弃。他也会生气，但单纯怪她们“不聪明”是没道理的。

“她们接收的信息有限，这背后还有着顽固的城乡、性别观念问题。”马俊飞说，农村女性常常做不了自己的主，得看丈夫、儿子、儿媳妇的态度，一旦没有家庭和社会的支持，动员她去医院难上加难。“所以我们更得为她着想，否则，可能就没有人为她想了。”马俊飞说。

尽管总会遇到失败，但只要有一例成功的，那些沮丧、挫败感就像水面泛起的涟漪，瞬间就消散了。马俊飞曾经成功劝说一位患者接受治疗，手术很成功。他去探望时，刚一进门患者就挣扎着从床上坐

起来，“救命恩人来了”。说到这里，马俊飞停顿住了，他说：“有时多做一次科普，多推动一次，拯救的就是一条鲜活的生命。”

积极的变化

就在马俊飞在下乡科普中屡次碰壁时，一些积极的变化也在悄然发生。

刚开始筛查的几年，不少在襄垣参与过筛查的农村女性，将“北京专家免费检查的消息”在村里传开了。乔友林始终坚持在这个小县城，使用“液基细胞学与HPV病毒学”的专业方法，为当地女性进行联合筛查，实现了当时一些国内大医院都做不到的事。

为了不让参与筛查和治疗的女性在钱上犯难，在襄垣接受筛查是免费的。如果是癌前病变做了LEEP手术（用利普刀将宫颈病变部位切除），医保能覆盖80%的费用，剩下的自己也就花个两三百块钱。如果确诊宫颈癌后需要做手术，报销比例能到百分之六七十，癌症的治疗还会有二次报销。如果自己承担的费用仍较多，当地妇联也会有补贴。

就这样，政府、专家、医院……各方力量都动了起来，共同织就了一张细密的大网，尽可能托住农村女性的身体健康。然而，随着筛查范围不断扩大，在襄垣等试点地区以外，乔友林就触及到了疾病更深层次的问题——投入不足。

因此，在探索出HPV快速筛查技术的同时，他也不断给上级卫生管理机构写建议，希望国家能尽快出台政策，给老百姓免费做筛查：一次HPV筛查的成本很低，正常阴性结果管五年，也就是五年做一次就可以，摊下来一年投入不了多少钱，但可以让她们避免一个癌症，这不值得吗？

不，今天看结果，转阴了。”张秀珍庆幸，要不是早诊，可能真的到发病都不会去医院。

记者看到，在涵水镇卫生院前来参与“两癌”筛查的妇女们有序地排队进行信息登记，等待检查。在整个过程中，医务人员还会发放宣传资料，开展健康知识宣讲。“预计2024年，平昌县妇幼保健院将完成1.3万名农村适龄妇女的免费‘两癌’筛查工作。”罗红权说：“跟刚开展‘两癌’筛查时比，参与人数翻了好几番。”

不断解决的问题

众所周知，肿瘤疾病整体的经济负担较大，会给个人、家庭以及整个社会带来沉重的压力。尽管当下医保报销政策正在不断减轻对肿瘤总体治疗的负担，且癌症的个人治疗费用比例已经低于30%，但相较于其他疾病，由于肿瘤常带来死亡或者伤残等严重后果，其间接经济负担会远远大于直接费用。因此，降低肿瘤的发病率，实现肿瘤的早诊早治早治，以及尽量减少相关费用，意义深远。

尽管农村女性“两癌”筛查已经开展了10余年，尤其是新技术、新产品不断迭代创新，且政府、商保等多种模式提供了早诊早筛的支付手段，但在普及和认识、技术手段应用等方面还有很大提高空间。

“在筛查中如果不留神，这个类型的结节很容易被忽略。”平昌县妇幼保健院超声科医生李媛媛告诉记者，6月初筛查时，她发现有位患者左侧乳腺有一个分类为BI-RADS 4C类的结节，再与内科会诊之后确定需要尽快进行手术。“现在患者已经在上级医院做完手术，并且处理及时，没有发现转移。”

在李媛媛看来，如果这个筛查在乡镇卫生院做，对超声科医生经验要求较高。“筛查不出来肯定会耽误病情，而如果全靠县人民医院的医生来检查，既不方便农村居民，又会给县级医疗资源带来很大压力。”李媛媛补充道。

类似的问题并不罕见。从全国范围看，全国共有不到13万名超声医生，需要负责所有疾病的超声检查诊断，且超声医生主要集中在大中型医院。而全国每年需要接受不少于一次超声乳腺筛查的妇女超过3.4亿名。因此，基层医疗机构作为广大妇女同胞开展乳腺癌筛查全覆盖的主战场，由于有经验的超声医生的匮乏，可能会影响妇女乳腺癌筛查的覆盖率。

国家癌症中心中国科学院肿瘤医院癌症早诊早治办公室主任陈万青表示，人才培养非常重要，尤其是早期癌的诊断极具技术含量，若没有足够经验很容易漏诊。“好在每年国家级、省市级的项目通过开展不同的培训，能覆盖几万人，基层服务能力正在不断提升。”

比起人才培养，陈万青表示群众对癌症筛查的认知度较低仍将是长期面临的挑战。据了解，每年一些县在对农村女性进行“两癌”筛查前，基层医院、妇联一般会通过家族史等方面进行评估，预估出部分高危人群重点建议应参与筛查，但即便如此，这一群体中前来筛查的人只有20%。

在开展“两癌”筛查的十几年后，乔友林还发现提高筛查效率和准确率十分有必要。比如，如何避免农村女性重复接受筛查。在近两年的调研中，乔友林发现一些地区宫颈癌筛查报告几乎全是阴性，已经明显背离了疾病发展的自然规律，其原因就是重复筛查。

“因为没有系统登记个案，每年来筛查的可能是同一批女性，人群覆盖率太低。”乔友林说。

腾讯健康普惠实验室“两癌”项目负责人高辰也在调研中发现，一些妇幼保健院的医生，会让每个来筛查的女性填写一张明目细致的表格，之后医生把这些表格收进档案盒，再按照年份次序排列进库房的文件柜。随着档案越积越多，其中的“个案”也石沉大海，难以查询，向上级汇报时医生也只是统计一个笼统的数字，不会再去考查文件里是否有重复的名字。

“一定要有个案，健康服务必须要落到每个妇女头上，只有个汇总数字是不行的。”这是乔友林和高辰的共识——这就需要借助数字化的管理方式。

针对这一情况，健康普惠实验室提供了一系列数字化工具，可以跟踪筛查和诊断的全流程。显然，筛查普及率的提高不能单纯依赖基层医生的情怀和责任心，而是要通过一些数字化工具的协助，让医生们更轻松高效地工作。通过这些工具，主管医生在手机端就可以看到每一个女性电子登记的基本信息，不会有重复个案出现；等筛查出结果后，他们能随时导出数据，生成随访计划。对于接受筛查的女性来说，她们在小程序就能查看结果，阳性患者也不再依托于电话号码，通过一键外呼功能，就能直接和医生对话，省去了患者来回路上的时间。

此外，为了提高医生的诊断能力，乔友林曾想过很多办法，比如总结出的一套宫颈癌相关的课件，提供给基层医生系统学习。但医生每天都有大量繁琐的事情，坐诊、轮班、下乡筛查……留给系统学习的时间不多。

乔友林向高辰描述过他想象中的理想培训课件：要专业、权威、实用、趣味。“像游戏一样，有趣、好接受，可以让医生们不断通关升级诊断水平。”如今，健康普惠实验室已经把这一想象变成了现实：将培训系统做成了一款带有趣味和挑战性质的晋级游戏。

接下来，健康普惠实验室计划在系统里加入排名，以医生所在的单位为一个团队，“能看到哪个团队比你强，哪个比你差，大家为了集体荣誉，也会积极去刷题晋级。”乔友林也认可这套系统，觉得是“授人以渔”的办法。他自己也像有了一个新武器，可以更好的跟病毒作斗争了。

在采访快结束时，黄珍接到了“今年农村女性‘两癌’筛查延期到8月中旬”的通知。“时间再拉长点，我们区里会有更多大夫都能够轮流下乡坐诊，也有更多时间去给大家做科普。”黄珍说，“农村的情况还是在慢慢好起来。”

（文中患者均为化名）