

技能比武展风采

以赛促练砺精兵

本报讯(张子阳 记者 宋金婷)近日,第一届安徽省麻醉专业住培学员技能大赛在合肥举办,全省共有20支队伍参赛。六安市人民医院麻醉科丁盟带领住培学员刘云竹、赵礼斌、沈心怡参赛,凭借扎实的理论基础、娴熟的操作技能以及出色的团队协作能力,荣获大赛第二名(二等奖)。

本次比赛由安徽省医师协会主办、中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)承办,目的是促进全省麻醉专业住院医师

规范化培训工作开展,强化住院医师岗位胜任力培养,进一步提高培训质量。比赛历经病史采集、术中危机模拟处理、超声技能评比、疼痛门诊、纤支镜技能、PACU模拟危机处理、术中患者处理7个考站。

此次参赛成绩充分展现了医院麻醉学科的教学成果和综合实力。赛后,住培部组织各位培训老师和参赛住培学员对整个比赛过程进行复盘分析,为将来竞赛的开展积累了经验。

孙敬武教授名医工作室揭牌成立

本报讯(任莹)近日,中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)孙敬武教授名医工作室在六安市人民医院揭牌成立。

仪式上,双方签署名医工作室合作协议。名医工作室的成立不仅是技术帮扶的纽带,更是深化区域医疗合作的创新实践。双方将在专科能力建设、人才培养、技术推广等方面进一步深化合作。通过技术指导、学术交流、坐诊查房等形式,提升学科层级、人才梯队和科研创新水平,助力打造高质量、有特色的优势专科,推动优质医疗资源下沉,满足皖西地区人民群众对高水平医疗服务的需求。

孙敬武,一级主任医师、教授、江淮

名医、博士生导师、享受国务院津贴专家,中国医师协会耳鼻咽喉头颈外科分会副会长、中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会常委、安徽省学术和技术带头人、安徽省医学会耳鼻咽喉头颈外科分会主任委员。长期从事耳鼻咽喉头颈外科基础和临床研究,擅长鼻内镜外科颅底和鼻眼相关外科、耳显微和耳神经外科以及嗓音显微外科等疾病的诊疗,率先开展经迷路听神经瘤摘除术、内镜下翼腭窝神经切除术、喉肿瘤激光显微手术等省内领先、国内先进水平手术,获得国家自然基金、科技部、安徽省自然基金、教育厅等资助课题10项和安徽省科技进步奖5项。

跨省结算再升级

群众就医更便捷

霍山讯(吕洁 殷康兵)2024年以来,霍山县聚焦就医费用报销“一件事”,通过优化流程、整合资源、强化协同,切实解决参保群众跨省异地就医“跑腿多、垫资难”等问题,让医疗保障服务更加便捷高效。

家住衡山镇上元街社区的66岁居民余先生,长期患有腰椎间盘突出症,病情发作时行动困难。今年1月8日,他前往深圳某医院住院治疗。通过网上自助备案,余先生顺利实现跨省出院直接结算,切身感受到医保服务的便捷。“以前我们不去就医,在外面医疗服务需要先交,现在都不需要提前交了,报备后全国都统一报销,出院直接结算,很方便。”

据了解,就医费用报销“一件事”,是将职工医保个人账户家庭共济办理、基本医疗保险参保人员异地就医备案、门诊慢特病费用跨省直接结算、医疗费用直接结算4个“单事项”,整合为“高效

办成一件事”联办事项,通过流程再造和系统优化,实现医保服务的提质增效。

2024年以来,该县医保局积极优化医保政务服务,让数据多跑路、群众少跑腿,不断提高办事效率,为参保群众异地就医提供“一站式”直接结算、门诊慢特病待遇认定线上“一网通办”等便民利民医保经办服务,以改革创新精神推动“高效办成一件事”工作走深走实。

为满足参保群众多元化办事需求,该县医保局大力推进“互联网+医保”服务模式,强化数据赋能,全面推行医保业务“网上办”“掌上办”“自助办”,有效解决了参保群众看病就医的后顾之忧,显著提升群众的获得感和满意度。2024年,共办理异地就医备案7200余人次,其中线上办理6100余人次,线上办理率达84.7%;实现异地就医直接结算11963人次,结算金额8260万元,直接结算率达到92.3%。

疼痛是癌症患者最常见的症状之一,约60%-80%的中晚期癌症患者会经历中重度疼痛。这种疼痛不仅严重影响患者的生活质量,还可能引发焦虑、抑郁甚至加速疾病进展。科学的疼痛管理不仅能缓解生理痛苦,更能帮助患者重建信心,提升治疗依从性。

一、癌痛的成因与分类:不只是肿瘤压迫痛的产生机制复杂,需针对不同原因制定个性化方案。

1. 肿瘤直接相关疼痛(占比约75%): 肿瘤压迫神经、骨骼或内脏(如骨转移导致的剧烈骨痛);侵犯血管或淋巴管引发炎症(如胰腺癌导致的腹部放射性疼痛);放疗后组织纤维化(如头颈部放疗后的吞咽痛);放疗引起的皮肤红肿、灼热感等急性放射性皮肤反应。

2. 治疗相关疼痛: 术后神经损伤(如乳腺癌根治术后的患肢痛);化疗药物神经毒性(如奥沙利铂导致的肢端麻木刺痛);放疗后组织纤维化(如头颈部放疗后的吞咽痛);放疗引起的皮肤红肿、灼热感等急性放射性皮肤反应。

3. 合并症或功能性疼痛: 长期卧床导致的压疮或肌肉痉挛;免疫力低下引发的带状疱疹神经痛;慢性疼痛综合征,如纤维肌痛,可能与癌症治疗后的身体状态改变有关

疼痛性质分类: 躯体痛(定位明确,如刀割样、钝痛);内脏痛(定位模糊,如绞痛、胀痛);神经病理性疼痛(放电样、烧灼感,常伴感觉异常);心因性疼痛,可能与患者的心理状态和情绪波动有关。

二、癌痛评估: 建立个体化治疗的基础。

1. 量化评估工具: 数字评分法(NRS): 0-10分自评,≥4分需药物干预;面部表情疼痛量表: 适用于表达困难者(如儿童或失语患者);简明疼痛量表(BPI): 记录疼痛部位、强度及对生活的影响;每日疼痛日记: 详细记录疼痛的性质、时间、持续时间长和缓解方法。

2. 动态记录要点: 每日记录疼痛发作时间、诱因(如翻身、进食后);使用“疼痛日记”(记录药物起效时间及持续时间);记录突发性剧痛(爆发痛)的频率和触发因素;记录疼痛对睡眠、情绪和日常活动的影响。

三、药物治疗: 规范化使用是关键。WHO三阶梯止痛原则需灵活运用:

1. 第一阶梯(轻度疼痛)。非甾体抗炎药(NSAIDs): 如塞来昔布(注意胃肠道及心血管风险);辅助用药: 抗焦虑药(如阿米替林)缓解紧张相关疼痛;镇痛辅助药物: 如加巴喷丁,用于神经病理性疼痛的辅助治疗。

2. 第二阶梯(中度疼痛)。弱阿片类药物: 曲马多(注意癫痫病史患者禁用);联合用药: NSAIDs+阿片类可减少阿片剂量;选择性阿片类药物: 如可待因,适用于特定类型的疼痛。

3. 第三阶梯(重度疼痛)。强阿片类药物: 吗啡、羟考酮、芬太尼透皮贴;个体化滴定: 从小剂量开始,24-48小时调整至稳定剂量;长效阿片类药物: 如吗啡缓释片,用于持续性疼痛管理。

用药注意事项: 预防性使用缓泻剂(如乳果糖)对抗阿片类药物便秘;爆发痛时使用即释吗啡(常规剂量的10%-20%);避免呕吐(代谢药物易蓄积中毒);定期监测肝功能,评估药物副作用。

四、非药物干预: 多学科协作缓解疼痛。

1. 物理疗法: 冷敷(急性炎症期)或热敷(慢性肌肉酸痛);经皮电神经刺激(TENS)缓解神经病理性疼痛;体位调整、使用楔形垫缓解腹股压力;按摩疗法;通过专业按摩减轻肌肉紧张和疼痛。

2. 心理干预: 认知行为疗法: 纠正“忍痛是美德”的错误观念;正念冥想训练: 降低疼痛敏感度(研究显示可降低NRS 1-2分);音乐疗法: 选择患者喜爱的舒缓音乐分散注意力;支持性心理治疗: 帮助患者建立积极应对疼痛的策略。

3. 中医整合疗法: 针灸: 合谷、足三里等穴位调节内源性镇痛物质;中药外敷: 蟾酥膏对骨转移癌有辅助疗效(需监测皮肤反应);中药内服: 如养血清脑颗粒,用于改善因癌症引起的头痛头晕。

五、家庭护理实操指南

1. 环境优化。保持室温22-25℃,湿度50%-60%(干燥加重神经疼痛);使用防褥疮气垫床,每2小时协助翻身;提供舒适的睡眠环境,减少噪音和光线干扰。

2. 症状发现与应急处理。阿片类药物过量识别: 瞳孔针尖样、呼吸8次/分立即送医;突发剧烈疼痛伴血压下降: 警惕病理性骨折或内脏穿孔,观察患者情绪变化,及时发现抑郁或焦虑症状。

3. 营养支持。高纤维饮食(如燕麦、火龙果)预防便秘;补充维生素D(800IU/天)和钙剂(1200mg/天)保护骨骼;提供均衡饮食,确保患者获得足够的营养支持。

六、破除误区: 科学应对癌痛

1. 阿片类药物一定会成瘾。事实上,癌痛患者规范使用阿片类药物的成瘾率1%,恐惧性戒断会导致疼痛控制不足。专业医生指导下使用阿片类药物,可以有效控制疼痛,提高生活质量。

2. 疼痛加剧意味着病情恶化。疼痛加剧并不总是意味着癌症进展,有时可能是由于疼痛管理不当。定期评估疼痛原因,及时调整治疗方案。疼痛管理是一个动态过程,需要根据患者反应不断优化。

3. 止痛药必须按时吃。爆发痛时需要即释药物补救,稳定后恢复按时给药。

七、特殊人群管理要点

老年患者: 肝肾功能减退需减少药物剂量(如吗啡减量30%-50%);儿童患者: 优先使用透皮贴剂减少创伤,采用游戏化评估工具;终末期患者: 尊重患者意愿,平衡镇静与意识清醒的需求。

癌痛管理是一项需要医患共同参与的系统工程。通过规范化的药物使用、针对性的非药物干预以及充满人文关怀的照护,绝大多数癌痛都能得到有效控制。

(六安市人民医院肿瘤内科二病区 郭露露)



强化托育机构卫生安全监管

本报讯(张冬)近日,叶集区卫生监督所会同六安市卫生健康执法支队人口生育监督科对全区备案的托育机构进行专项监督检查。

执法人员通过现场检查、查阅资料等方式,对托育机构的备案、收托、健康、保育、安全、人员等方面的管理进行检查,重点查看传染病防控制度落实和应急处置预案、因病缺课登记追踪和晨午检制度、机构内重点活动区域通风消毒和婴幼儿高频接触的物体清洁消毒、场所内环境卫生检测、

人员健康体检和卫生保健培训、食品留样、监控设置和保存时长等情况。

本次随机抽查3家托育机构,对检查中发现的问题,执法人员现场下达《卫生监督意见书》,责令立行立改。同时,要求托育机构要进一步加强自身管理,严格遵守有关法律法规,落实好春季传染病各项防控措施。该所将继续加大对各托育机构的执法检查力度和频次,促进托育机构专业化、规范化管理和行业自律,切实维护广大托育婴幼儿的健康权益。

科技赋能医疗

民生健康“加速跑”

金寨讯(张天行)医学影像技术是医疗检查中重要的疾病诊断工具,数字影像技术的普及大大便利了区域影像数据的共享调阅、为远程会诊医生提供重要的诊断依据。金寨县积极推动数字影像技术普及,建立医共体牵头医院为主的远程影像会诊中心,依托安徽省影像云平台建设,县级医院及乡镇卫生院全部按照标准规范要求接入省“智联网医院系统”系统,接入率达100%。

根据推进数字影像服务工作有关要求,安徽医科大学第一附属医院联合体与中标服务商安徽联云享医疗科技有限公司开展医价价格政策调整后数字影像服务费用统一商谈工作。技术革新带

来显著临床价值提升,标准化数字影像支持多维度后处理功能,医生可通过影像云平台实现病灶动态对比分析,跨院调阅历史影像资料,诊断效率提升40%以上。同时,全省范围的检查结果互认机制,预计每年可减少重复检查费用超百万元,既减轻患者经济负担,又优化医保基金使用效率。

金寨县通过“技术下沉+价格优化”的双轮驱动模式,构建起覆盖县乡两级的智慧影像服务网络。这一创新实践不仅推动优质医疗资源均等化,更通过数字化手段实现医疗质量与运行效率的双重跃升,为老区群众提供更高效、更经济的医疗保障服务。

浅析冠状动脉造影及介入治疗

在直径不足2毫米的冠状动脉中,一根比头发丝还细的导丝正穿越重重障碍,最终通过支架植入打通了闭塞的血管——这样的场景每天都在全球数千间医院上演,而创造这个医学奇迹的核心技术,正是被称为心脏“照妖镜”的冠状动脉造影及介入治疗技术。这项技术如何“照亮”心脏血管?它又是怎样救人性命的?

一、心脏血管的“水管工”——冠状动脉造影如果把心脏比作人体发动机,冠状动脉就是为其供油的“输油管”。一旦这些“油管”堵塞,心脏就会“歇工”,轻则胸痛,重则猝死。而冠状动脉造影就是医生用来“检查水管”的关键工具。

1. 检查过程: 首先医生通常选择手腕的桡动脉(或大腿根部的股动脉)作为入口,局部麻醉后,用针头刺入血管,放入一根细软导管。然后在X光透视下,导管像“GPS导航”一样,沿着血管一路“游”到心脏冠状动脉的开口处。再通过导管注入含碘造影剂,X光下,原本看不见的血管瞬间显形。医生能清晰看到哪段血管狭窄、堵塞,甚至发现血管壁的“鼓包”(动脉瘤)。整个检查过程就像给生锈的水管注入荧光染料,哪里漏水、哪里堵塞,一目了然。

2. 重点人群: 反复胸痛、胸闷,怀疑冠心病的人;心肌梗死正被急救的人;心脏支架术后复查人群;不明原因的心功能下降人群。

定时炸弹——HPV病的潜伏史

1. HPV病毒家族图鉴。2022年,WHO发布报告显示:全球每两分钟就有1名女性死于宫颈癌。宫颈癌与HPV(人乳头瘤病毒)的关系已被科学完整揭示。目前发现的200多种HPV亚型中,14种高危型(16/18型占70%病例)与癌症直接相关。相较之下,导致寻常疣的1/2型属于低危型,致癌风险可忽略。

2. 感染不等于患病。数据搜集及对比显示:80%女性一生中至少感染一次HPV,仅1-2%的持续感染者会发展为宫颈癌。这背后的关键变量是感染持续时间。感染≤6个月,87%自动清除;感染>2年,癌前病变风险增至5%。

病毒攻陷宫颈的三层防御体系

1. 表皮突破战(感染初期)。当病毒通过性接触抵达宫颈时:基底层细胞表面的硫酸乙酰肝素蛋白多糖(HSPG)成为病毒锚定,L1衣壳蛋白与受体结合,开启长达24小时的入侵程序,此时完全无症状,普通妇科检查难以察觉。

2. 基因整合战(持续感染)。高危HPV释放的E6/E7致癌蛋白如同生物黑客:E6蛋白:劫持p53抑癌基因(“细胞警察”),加速降解使其失效。E7蛋白:绑架Rb蛋白(细胞周期刹车),迫使细胞无限分裂,宫颈上皮出现异常增生,此时阴道镜可见低级别鳞状上皮内病变(LSIL)。

3. 免疫突围战(癌变阶段)。当免疫系统未能清除病毒,经10-20年演变:血管内皮生长因子(VEGF)大量分泌→肿瘤新生血管建立,PD-L1蛋白过表达→免疫T细胞识别机制被屏,HPV DNA完全整合宿主基因组→细胞彻底癌变。

临床医学的三级预防体系

1. 首要防线: HPV疫苗。全球验证的疫苗防护矩阵: 二价疫苗(宫颈癌疫苗),覆盖亚型为HPV16/

二、血管堵塞不用怕——心脏介入治疗如果说造影是“找问题”,介入治疗就是“修水管”。它无需开刀,通过导管即可完成血管疏通,创伤小、恢复快。

1. 较为常见的经典技术: 支架植入术。这种技术有两项内容。一是球囊扩张。在操作过程中,医护人员先将带球囊的导管送入到狭窄处,然后充气扩张血管,就像是给轮胎打气。二是支架释放。这是指在扩张后的血管内放置金属支架,撑开血管,以保持血流的畅通。我们所使用的支架,是经过一定“演化”的。第一代支架是金属裸支架,它的缺点是易发生再狭窄(30%概率)。第二代支架是药物支架,它的应用特点是表面涂药,抑制血管增生,再狭窄率降至5%。第三代支架是可吸收支架,它可在2-3年后完全降解,血管恢复自然状态(适合年轻患者)。

2. 对于出现某些特殊复杂的病症时,可采用以下几种治疗方法: 旋磨术: 对付血管里的“钢筋水泥”(严重钙化斑块),用钻石涂层的旋磨头打碎硬化斑块。

血栓抽吸: 急性心梗时,直接用导管吸出血栓,减少心肌梗死。

切割球囊: 像给血管“做微创手术”,用刀片划开僵硬斑块,再放入支架。

三、手术前后必知指南

1. 术前准备: 首先需要评估肝肾功能、凝血情

本报讯(徐成忱 记者 宋金婷)

时代的浪潮滚滚向前,雷锋精神却始终是那座屹立不倒的灯塔,指引我们在人生的海洋中破浪前行。3月3日,记者从六安市中心血站了解到,3月开展“雷锋月”活动,在六安市献血点或流动献血车成功献血后,可获“学雷锋 献热血”荣誉证书。

血液作为临床医疗救治中不可替代的宝贵资源,目前仍然无法人工制造,仅能依靠健康适龄公民的无偿捐献。近期,受寒冷天气、呼吸道感染高发等诸多因素影响,六安的献血人数大幅下降,全市血液库存已降至警戒线以下。

雷锋精神是中华民族宝贵的精神财富,无偿献血是雷锋精神在新时代的具体体现。倡议书提出,“雷锋精神人人可学,奉献爱心处处可为。无偿献血,拯救生命,是大爱,也是践行雷锋精神力所能及的小事。我们期待更多的爱心团体和热心人士,加入我们,拯救生命!”

无偿献血是一项安全、科学的公益活动,记者呼吁符合条件的健康市民踊跃参与,积极宣传无偿献血的意义,带动家人、朋友、同事共同参与,形成全社会关心、支持、参与无偿献血的良好氛围。

加强卫生督查

守护健康校园

本报讯(记者 李珊珊)为进一步强化学校卫生监督,做好传染病防控,提升校园卫生安全管理水平,近日,市卫健委在全市开展春季学校食品安全与卫生健康工作督查,全力为师生营造一个卫生、安全、放心的校园环境。

期间,卫健执法人员紧紧围绕学校教学生活环境、传染病防控、生活饮用水卫生等方面内容要求,对六安一中等学校的教室采光、照明、黑板、课桌椅设置等卫生指标及宿舍卫生状况、学校传染病疫情突发公共卫生事件应急预案及报告、学生因病缺勤病因追查与登记等情况进行全方位的监督检查。

学生用餐无小事,吃得安全一直是家长、社会关注的焦点。在霍邱县宋店中心小学等学校,工作人员实地查看了食堂学生餐带量食谱的公示、营养搭配、餐饮具的清洗消毒、病媒生物防治、从业人员健康管理等内容,并指导开展食源性疾病的预防知识教育,进一步提升饭菜质量和服务水平,满足不同学生多样化的饮食需求。

此次督查,进一步强化各级各类学校传染病防控意识和卫生安全责任意识,督促落实各项防控措施,为进一步提升校园卫生监督工作打下坚实基础。



况,并且需停用某些抗凝药(如华法林),但阿司匹林通常继续服用。患者需要做好心理准备,手术全程清醒,但基本无痛,耗时约30-60分钟。

2. 术后护理: 手腕穿刺点需用加压器压迫4-6小时,大腿穿刺需卧床24小时。并且要多喝水,加速排出造影剂,保护肾脏,同时要按时吃药,例如双联抗血小板药(阿司匹林+氯吡格雷)至少吃1年,防止支架内血栓。

常见误区:“放了支架就不能运动?”错! 术后1周可散步,1月后可慢跑。“支架会移位?”其实,支架释放后与血管壁紧密贴合,移位概率极低。

四、技术风险与应对

再先进的技术也有风险,但只要严谨医嘱,就可以避免这些风险: 血管损伤,发生率<1%,轻微痉挛可药物缓解,严重夹层可用覆膜支架修补。造影剂肾病: 术前评估肾功能,术后大量饮水。架内血栓: 严格遵医嘱服药,勿擅自停药。

从1958年第一例冠状动脉造影的意外发现,到如今机器人辅助的精准治疗,这项技术让无数濒死的心脏重获生机。它不仅是医学的奇迹,更是人类智慧的结晶。对于患者,它是一面“照妖镜”,让隐藏的血管病变无所遁形;对于医生,它是一把“生命钥匙”,在方寸之间创造重生奇迹。正如一位心内科医生所言,“我们无法阻止血管老化,但可以用科技为生命争取更多春天。”或许未来,随着可吸收支架、基因治疗等技术的普及,冠心病将不再是“不治之症”。而此刻,当我们凝视那些在X光下闪动的导管与支架时,看到的不仅是冰冷的金属,更是无数家庭重新燃起的希望之光。

(安庆市立医院 徐宣)

HPV与宫颈癌:

从感染到癌症的20年攻防战

18,保护效力84%(宫颈癌前病变预防),接种建议:

9-45岁女性、四价疫苗(扩龄疫苗),覆盖亚型为HPV6/11/16/18(新增低危致疣亚型),保护效力90%(涵盖宫颈癌及生殖道癌预防),接种建议:9-45岁女性及9-26岁男性、九价疫苗(多价疫苗),覆盖亚型为9种高危型(包括31/33/45等高危亚型),保护效力97%(相关亚型致病性宫颈癌预防),接种建议:全球多数国家批准至45岁,美/加限定26岁(根据2023版FDA指导文件)。特殊建议:已感染HPV者仍建议接种,可预防其他类型感染。

2. 关键屏障: 宫颈筛查。权威机构建议的“1+1”筛查策略: HPV检测(查病毒存在): TCT/LBC检测(查细胞异常)。2023年《柳叶刀》研究指出: 五年筛查间隔改为三年,可使癌变发现率提高40%; HPV检测灵敏度达97%,较传统巴氏涂片提升30%。

3. 精准打击: 提前干预。临床应对宫颈病变分级管理: CIN I / (低级别): 60%自然消退,建议随访观察; CIN II / III (高级别): 推荐LEEP/冷刀锥切,治愈率达95%。

突破认知5大误区

1. “打了疫苗就不用筛查”。事实: 即使九价疫苗也无法覆盖所有高危型,疫苗+筛查才是完整防控。

2. “只有多个性伴侣才会感染”。事实: 安全套仅降低70%感染风险,单一性伴侣同样可能感染。

3. “年轻不会得宫颈癌”。典型案例: 国内最年

轻患者仅17岁(HPV16型感染)。

4. “宫颈糜烂就是癌前病变”。揭穿: 宫颈柱状上皮异位是正常生理现象,与HPV无关。

5. “男性无需关注HPV”。新发现: 男性HPV感染率超过50%,是病毒传播枢纽。

前沿治疗技术及展望

免疫靶向疗法: 如派姆单抗在复发转移宫颈癌中应答率达14.6%,联合治疗中效果更增加,对于优势患者,效果更佳。基因编辑技术, CRISPR疗法: 中国研究者已成功在动物模型敲除HPV基因。微生物疗法: 阴道菌群调节,发现乳酸杆菌占比<50%者,HPV清除率下降37%。免疫细胞治疗: 如NK细胞疗法、DC细胞疫苗及CAR-T疗法等均有理论及模型尝试及成功,期待后续研究。

HPV感染是宫颈癌的主要诱因之一,但通过疫苗接种、安全性行为和定期筛查,可以有效预防这一疾病。对于已经感染HPV的人群,及时发现并处理异常细胞能够显著降低癌变风险。随着医学研究的不断进步,未来可能会有更有效的防治手段出现,为女性健康保驾护航。

总之,了解HPV与宫颈癌之间的关系,采取积极的预防措施,是每一位女性应该关注的重要课题。通过科学知识的普及和健康意识的提高,医患共同努力,能够降低宫颈癌的发病率,保障女性身心健康。

(六安世立医院肿瘤内科 张建国)