

陈万青：癌症筛查，如何效益最大化？

作者：writer 来源：科学网

本文原地址：<https://www.iikx.com/news/progress/28634.html>

本文仅供学习交流之用，版权归原作者所有，请勿用于商业用途！

陈万青：癌症筛查，如何效益最大化？

。“现在我国每年在癌症治疗方面的直接花费已经超过了3000亿，给个人和社会都带来了沉重的经济负担。随着更多新药、新技术的应用，癌症治疗费用还将上升。”近日，国家癌症中心中国医学科学院肿瘤医院癌症早诊早治办公室主任陈万青在博鳌亚洲论坛全球健康论坛第三届大会上说，癌症筛查和早诊早治已经成为提高癌症生存率、减轻各国癌症负担的重要举措。

去年10月30日，国家卫生健康委等13个部门联合制定了《健康中国行动—癌症防治行动实施方案（2023—2030年）》，提出了“到2030年，总体癌症5年生存率达到46.6%”的目标。陈万青坦言，这个目标还是具有挑战性的，当前癌症筛查还是一把“双刃剑”，但我们不能回避这些问题，只有直面挑战才能促进癌症筛查效益最大化。



陈万青（受访者供图）

？

中国癌症筛查起步较早

“上世纪50年代末，我国就已经关注到癌症疾病负担的问题，因此癌症防控和筛查工作也起步较早。”陈万青介绍，1957—1975年是我国癌症筛查的起始阶段，我们发现了一些地区某些癌症高发的问题，并开展了针对性的防治工作。1976—2004年是发展阶段，第一次死因调查摸清了我国食管癌疾病负担的分布情况，癌症高发区防治工作取得成效，并开创了独具中国特色的高发现场防治模式。

2005年至今，癌症防控进入新时期。癌症筛查和早诊早治工作由高发区向非高发区不断拓展，其间我国出台了一系列相关政策文件，并通过国家重大公共卫生项目支持癌症筛查和早诊早治的人群推广，相继设立了农村癌症早诊早治项目、淮河流域癌症早诊早治项目、农村妇女两癌筛查以及城市癌症早诊早治项目，并制定与发布了7种常见癌症筛查与早诊早治指南。

“经过几十年的摸索，可以说我国已经形成了一套适合中国人群的癌症筛查模式。”陈万青表示，目前我国癌症筛查通过中央或地方财政支持的公共卫生项目推进，覆盖大多数发病率位于前列的癌种，且财政支持逐年增加。特别是妇女两癌累计开展了2.8亿人次免费筛查，覆盖全国2600多个县市区，规模全球罕见。

重视筛查新技术的评价

“在研究方面，我们做得最多的是筛查新技术的评价。世界卫生组织推荐适宜做筛查的癌种其实并不多，就是因为有些技术不一定能降低人群的疾病负担。”陈万青表示，例如内镜筛查可以降低上消化道癌（食管癌、胃癌）的死亡率，一次性LDCT筛查可以降低肺癌的全因死亡率，粪便潜血试验（FOBT）、结肠镜可以降低结直肠癌死亡率，但一些生物标志物的检测并未被证实是有效的筛查手段，还需要进一步通过人群试验研究证实。

在肝癌方面，陈万青表示，最新的队列研究表明，乙肝表面抗原（HBsAg）阳性者每年1次肝脏超声检查和血清甲胎蛋白（AFP）检测可使肝细胞癌（HCC）生存率提高35%，但是否可以降低肝癌的死亡率还需进一步追踪随访。

前列腺癌在中国的发病率虽然低于欧美国家，但近年来呈显著上升趋势，且生物学行为可能与欧美人群不同。“前列腺特异性抗原（PSA）对于前列腺癌的早期发现有效，但也导致了过度诊断和过度治疗的发生，因此是否适合在人群中开展还存在争议。”陈万青表示，目前美国已经不推荐人群的前列腺癌筛查，但临床发现中晚期病例开始增多，因此前列腺癌筛查的价值还需进一步评估。

2005年，我国开始开展女性乳腺癌筛查，早期曾借鉴国外常用的钼靶X线检查，后来发现在中国乳腺癌高风险女性中，超声筛查效果优于钼靶X线检查。陈万青解释，这是因为我国女性乳腺癌发病年龄比西方国家女性早10~15年，且致密性乳腺癌居多。“这也让我们明白，对于国外筛查技术的应用经验，可以借鉴，但不能照搬。”

直面癌症筛查五大问题

对于我国癌症筛查的现状，陈万青指出了五大问题。

首先是庞大的筛查需求和巨大的资金缺口之间的矛盾。陈万青表示，如果以45~74岁为适宜筛查的年龄，那么中国有5亿多适龄筛查人口，而中央财政每年用于肺、肝、胃、结直肠、食管五大癌症筛查的经费仅能覆盖一、二百万受益人群，因此癌症筛查存在巨大的供需缺口。

“简言之，如何增加资金投入、弥补资金缺口以更有效地开展癌症筛查，是我们面临的最大问题。事实上通过公共卫生项目提高全人群的早期诊断比例本身就很难实现，或许免费为高风险人群提供一次基本筛查，是更为现实的策略。”陈万青说。

其次是癌症筛查可及性不均的问题。“我国医疗资源不是总量不足，而是分布不平衡导致的人均不足，特别是在中西部地区。”陈万青表示，这其中既包括设备的不足，也包括医生筛查技术水平的不足。“比如当地如果没有内镜、钼靶X线机或CT，癌症筛查自然开展不了。如果基层医生没有接受过早期癌症诊断的专业培训，也极易误诊漏诊，影响癌症筛查的有效性。”

第三是部分癌症筛查的手段接受度低，比如内镜类侵入性检查。“筛查接受度是体现筛查效果的关键指标之一，但在每年开展的免费筛查中，总会有人不参加。”陈万青表示，以结直肠癌为例，一般是先通过便前血评估和病史询问确定高危人群，再进行免费的肠镜筛查，但公众依从性仍不到20%。“这反映出老百姓对于癌症筛查的认知度还是比较低，我们还需要加大科普力度，同时开发侵入性较小的公众易于接受的筛查技术。”

第四是筛查质量仍需提高。初筛检出率是指可干预的癌前病变及以上病变在初筛人群中所占的百分比，是四大国家级癌症筛查项目着力提升的三率之一。“但有些地区的筛查检出率偏低，甚至还没有当地的癌症发病率高，说明存在大量漏诊、早期病例没有被筛检出来的现象。可见如果筛查质量不高，那么筛查手段再好，筛查效果也不会理想。”陈万青说。

第五是癌症筛查的危害。陈万青指出，不可否认，癌症筛查是一把双刃剑，它能有效降低癌症负担，但也可能引起辐射、出血、穿孔等筛查并发症，假阳性、假阴性的筛查结果还会给被筛查者造成恐慌、抑郁的消极心理影响。因此未来应积极开发有效、无创、安全、低价的筛查技术，例如通过简单的血液或尿液检测就能初筛出多种癌症。

其中，他特别指出了癌症筛查导致过度诊断的问题。“我们曾在调研中发现，一些医院成立甲乳病房之后，每年的患者数量直线增加，由此带来的过度诊疗率也高得惊人。这个问题需要得到重视，癌症筛查要该筛的筛，不该筛的不筛。”

展望未来，中国癌症筛查，路在何方？陈万青的回答是：以癌症筛查为基石，加强以人群为基础的研究，才能将高级别行为学证据转化为癌症筛查指南和相关卫生政策，进而提高组织性筛查的覆盖人口，规范机会性筛查和健康体检，促进筛查参与度，提高质控标准，最终实现癌症有效控制的目的。

作者：陈祎琪 来源：中国科学报

更多 科学进展 请访问 <https://www.iikx.com/news/progress/>

本文版权归原作者所有，请勿用于商业用途，[爱科学iikx.com](http://www.iikx.com)转发