



## 国务院发布：《国民营养计划（2017—2030年）》 为不同人群营养问题开出“处方”

营养是健康的重要物质基础，国民营养事关全民健康、国民素质的提高、经济社会的发展和推进健康中国建设。国务院办公厅近日印发《国民营养计划（2017—2030年）》（以下简称《计划》），全方位布局国家营养发展未来。

7月19日，国务院新闻办公室召开新闻发布会，国家卫生计生委副主任金小桃及相关专家在会议上对《计划》相关内容进行了解读。

### 六大专项行动覆盖全部人群

《计划》针对六类人群的营养健康突出问题提出了六大专项行动，包括生命早期1000天营养健康行动、学生营养改善行动、老年人群营养改善行动、临床营养行动、贫困地区营养干预行动、吃动平衡行动。

“其目的不仅仅局限于六大行动，最终是要全面覆盖中国全人群、生命全周期。”金小桃表示，国家卫计委明确了推动计划“三步走”的战略定位和具体路径：

——第一阶段，以人民健康为中心，以加强营养健康与食品安全标准化建设为抓手，解决突出问题，普及应知应会，初步实现营养健康科学化、标准化。

——第二阶段，国民生活水平进一步提高，满足营养健康多元化需求。借助云

计算、大数据和互联网，推动发展健康产业和营养产业，提供现代精准科学便捷的营养健康，实现营养健康精准化和现代化。

——第三阶段，面向未来的国民营养健康发展，推进营养健康与科技革命、新生物学革命、人工智能、全息数字人、学习及计算机深度学习的融合创新发展，实现国民营养健康智慧化和个性化。

“各项措施综合施策，目的是使我国营养工作体系更加完善，居民营养健康状况显著改善。”国家卫计委副主任金小桃说，我国已设定营养健康发展的具体目标，到2030年，全国5岁以下儿童和孕妇贫血率控制在10%以下，0至6个月婴儿纯母乳喂养率在2020年基础上提高10%，居民超重、肥胖的增长速度明显放缓，等等。

### 开展传统养生食材监测评价

食疗养生是我国一种传统饮食养生习惯，有着悠久的历史，其以简便、适口、廉价等特点，为不同人群提供了个性化的食养指导，发挥了营养健康的积极功效。但是，近年来一些所谓的“食疗养

生”信息受到全社会关注，甚至有假冒“养生专家”出现误导消费者。杜绝虚假养生信息，重要一环是要加强规范，强化各部门综合监管。为此，《计划》提出，要开展传统养生食材监测评价，完善相关评价制度。

### 我国已设定营养健康发展的具体目标

到2030年



### 让公众“吃得更科学”



加快推动营养师、营养配餐员等人才培养工作；推动有条件的学校、幼儿园、养老机构等场所配备或聘请营养师；充分利用社会资源，开展营养教育培训。

### 培育营养专业队伍

建立、完善临床营养工作制度。通过试点示范，进一步全面推进临床营养工作，**加强临床营养科室建设，使临床营养师和床位比例达到1：150**，增加多学科诊疗模式，组建营养支持团队，开展营养治疗，并逐步扩大试点范围。

开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对

其效果开展评价。

推动营养相关慢性病的营养防治。**制定完善高血压、糖尿病、脑卒中及癌症等慢性病的临床营养干预指南**。对营养相关慢性病的住院患者开展营养评价工作，实施分类指导治疗。建立从医院、社区到家庭的营养相关慢性病患者长期营养管理模式，开展营养分级治疗。

此外，营养专业技术人员应该与实际营养需求结合起来，培养各种营养健康人才，不仅要培养高精尖的科研人才，更多的是急需培养基础型的科普人才。

(来源：中国经济网 2017-07-20)

## 撤稿107篇中国医学论文的《Tumor Biology》被SCI除名

7月18日，科睿唯安(Clari-vate Analytics)期刊评审专家团队经过仔细评估，**最终做出决定：Tumor Biology由于不再满足Web of Science期刊收录的一贯而严格的标准，该刊自2017年7月起不再被Web of Science数据库旗下的SCI收录。**

### 事件回顾

今年4月20日，学术出版巨头Springer Nature(施普林格·自然)发布撤稿声明，旗下期刊《Tumor Biology》因同行评议造假致使107篇医学论文被撤下。所涉及论文全部来自中国，发表时间覆盖2012—2016年。这也使其成为近年来规模最大的撤稿事件。事件曝光后得到了国内高度关注，中国科协高度重视，并第一时间约见了Springer Nature出版集团大中华区总裁。

### 《Tumor Biology》

对于今年4月的撤稿事件，Springer Nature指出，目前这批撤稿并不算新的违反学术道德的案例，而是在2016年清查行动基础上更深入的人工审查结果。据了解，这些被撤论文大多通过“真评审、假邮箱”编造审稿意见获得通过，即同行评议过程存在严重问题。

根据107篇的论文清单来看，受影响较大的机构包括上海交通大学、山东大学、中国医科大学等高校；从地区来看，上海、山东、辽宁、浙江、广东、湖南、重庆等地较为严重。

值得注意的是，从2017年起，《Tumor Biology》已由SAGE Publications接管，作为《Tumor Biology》的拥有者，International Society of Oncology and BioMarkers (ISOBM)在2016年初便接触SAGE，期望更换出版商，以开放获取形式出版。SAGE的发言人表示：SAGE在2016年11月才获悉Springer此次对《Tumor Biology》的清查行动，并于2017年2月底才得知这批撤稿的规模。

### 国内反响

事出之后，中国科协高度重视撤稿事件，有关党组领导第一时间约见Springer Nature出版集团大中华区总裁安诺杰一行，指出期刊与编辑对撤稿事件负有责任，中国科协认为，论文因虚假同行评审问题被撤，应该以适当方式让公众了解撤稿事件中各方主体的责任。作者和“第三方”中介确实存在不可推卸的责任，但2015年撤稿事件发生后，出版集团没有采取积极有效措施防止类似事件发生，出版集团和期刊编辑存在内控机制不完善、审核把关不严格等问题，理应对此承担责任。

6月14日，科技部举行新闻通气会，对《肿瘤生物学》集中撤稿107篇中国医学论文回应称，科技部牵头会同相关部门正对撤稿论文逐一彻查，对查实存在问题的论文作者将按照统一尺度，甄别责任，严肃处理，向社会公开。同时各部门对涉事论文作者承担或正在申请科研项目(基金)、基地建设、人才计划和科技奖励等情况进行了全面排查，对相关科研项目、基金等予以暂停。针对此次撤稿事件中参与造假的第三方中介结构，各部门联合启动网下清

扫工作，打击论文造假的“灰色产业链”。

科技部政策法规与监督司司长贺德方表示，“撤稿”是学术期刊自我净化、自我纠错的机制。正常的撤稿应当是期刊针对已发表的论文，发现问题的，随时发现，随时撤稿。但对数年前的论文集中、大规模撤稿则是不正常的，一定程度上也是不负责任的。

### SCI除名

7月18日，科睿唯安(Clari-vate Analytics)公布消息：期刊评审专家团队经过仔细评估，最终做出决定，《Tumor Biology》由于不再满足Web of Science期刊收录的一贯而严格的标准，该刊自2017年7月起不再被Web of Science数据库旗下的SCI收录。

同时，他们也重申了Web of Science收录期刊需要满足的标准，这包括出版规范、期刊发表内容、兼顾期刊的国际性和区域性以及引文分析四大方面。对于已被收录的期刊，在持续的监测和评估下，如若达不到上述标准则将会被中断收录。而被中断收录的期刊一般可在3年后重新申请收录。所以对于《Tumor Biology》来说，最早也要2020年再递交申请了。

(来源：《中国医学论坛报》综合科睿唯安 知社学术圈报道整理 2017-7-18)

# 中国城市、农村的癌症特征和癌症负担完全不同

基于全国前瞻性队列——中国慢性病前瞻性研究(CKB)的数据,北京大学医学部李立明教授和南京医科大学沈洪兵教授等报告,中国的癌症负担仍旧巨大,且癌症发病率可能存在被低估的情况。发展中国家常见的癌症,例如食管癌、肝癌、胃癌和宫颈癌,在中国仍然常见;而与西化生活方式相关的癌症,如乳腺癌和结直肠癌,在中国城市人群的发病率则迅速增高。与农村人群相比,城市人群的癌症发病率相似,但35~74岁人群的癌症死亡率则明显较低。这些结果表明:中国城市人群和农村人群的癌症特征和癌症负担是完全不同的,应给予不同的癌症控制策略。



## CKB与NCCR的数据对比

为了评估该研究数据的可靠性,研究者自《NCCR 2008~2012年度报告》中入组平均发病率和死亡率结果进行了比较。结果显示:两组数据中标准化的癌症死亡率几乎相等(225.1/10万 vs 229.3/10万);而在35~74岁人群的评估中,本研究获得的癌症发病率数据更高(452.7/10万 vs 387.6/10万)。此外,在年龄特异性分析、前五大癌种发病率分析、前五大癌症死因分析及性别分层分析中,该研究数据均与NCCR的数据相近。仅见的差异体现在死亡发病比(M/I)上,农村地区所有癌症的MIR为0.54,而城市地区的为0.39。

与城市地区相比,除了食管癌以外,农村地区十大常见癌种的MIR均更高,其中尤以女性乳腺癌、胃癌、结直肠癌和宫颈癌的MIR最为突出,均增长至少20%。

## ●研究者说

对比既往的中国癌症统计数据,该研究的最大优势是:研究者自各个数据登记系统中主动收集了新发癌症数据和癌症相关的死亡数据。截至2013年底,研究者几乎成功地随访了队列中的所有参与者。因此,对比既往基于人工的、被动获得的癌症监测数据,该研究不太可能遗漏新发的癌症数据。不过,无论是NCCR基于72个监测站点获得当地人群为基础的癌症登记数据,还是该研究所选10个监测站点收集的数据,这些监测站点在国内的分布都是不均衡的。考虑到中国幅员辽阔,东部、南部、西部和北部地区间存在巨大差异,该研究数据的代表性尚需被进一步验证。

## 研究背景

癌症已经成为中国城市人群的主要死亡原因,成为农村人群的第二大死因。准确有效的癌症发病率信息和死亡率信息对于癌症的预防和控制而言是不可或缺的。中国标准化的癌症登记进程一直缓慢发展,直至2002年全国肿瘤登记中心(NCCR)成立,情况才获改观。CKB项目于2004年至2008年在全国5个城市地区和5个农村地区开展,涵盖50万30~79岁的人群数据。数据随访至2013年12月31日。该研究自CKB队列中获取数据评估癌症的发病率和死亡率,旨在全面比较城市人群和农村人群癌症负担方面的差异。

## 总发病率和总死亡率

截至2013年12月31日,共确诊17 088例新发癌症病例。癌症总的粗发病率为483.7/10万,其中男性为594.4/10万,女性为408.2/10万。按年龄、性别和地域标准化后,35~74岁人口的发病率为452.7/10万。按区域分层,城市人群和农村人群的发病率几乎相当。癌症发病率随年龄增长而增高。在35~44岁人群中,女性癌症发病率高于男性;该年龄段之后,男性的癌症发病率增长得更快,在50岁以上人群中,男性癌症发病率远高于女性的,这种发病趋势发生转

换的年龄节点为45~50岁。

虽然农村人群的转换年龄较城市的稍微年轻一点,但农村人群和城市人群的发病趋势转换模式是相似的。8052例死于癌症。癌症粗死亡率为225.9/10万,其中男性为336.4/10万,女性为150.5/10万。

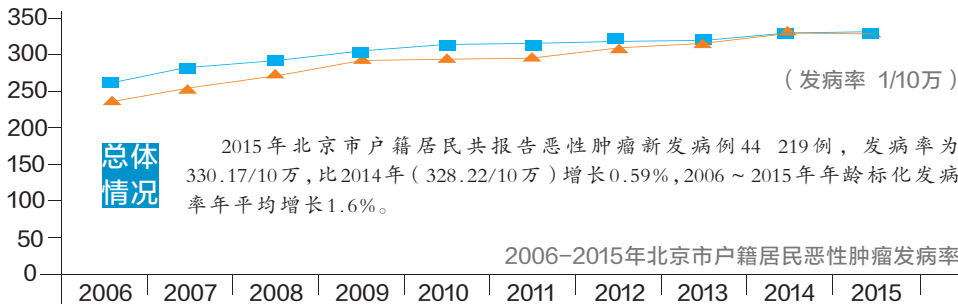
标准化年龄、性别和地区因素后,死亡率为225.1/10万。与城市人群相比,农村人群标准化死亡率更高。

从35岁到50岁,癌症死亡率缓慢上升;该年龄段之后,死亡率上升得更快。年龄特异性死亡率分析显示:在各个年龄段的分组中,农村人群的癌症死亡率总是高于城市人群的;考虑性别因素后,这种趋势依旧。

(来源: Int J Cancer. 2017年6月8日在线版)

# 北京癌症数据播报

7月26日,北京市肿瘤防治研究办公室发布了北京癌症数据。依据国际癌症研究中心(IARC)的肿瘤登记原则,肿瘤发病例需要与死亡和随访资料核对以补充信息,登记数据一般于2~3年后发布,所以该播报数据资料为2015年数据。



**发病顺位** 2015年男性恶性肿瘤新发病例中肺癌发病居第一位,其次是结直肠癌、胃癌、肝癌和前列腺癌;女性中乳腺癌发病居第一位,其次是肺癌、甲状腺癌、结直肠癌和子宫体癌。

**性别分布** 2015年恶性肿瘤新发病例中,男性21993例,发病率为327.85/10万;女性22226例,发病率为332.49/10万。

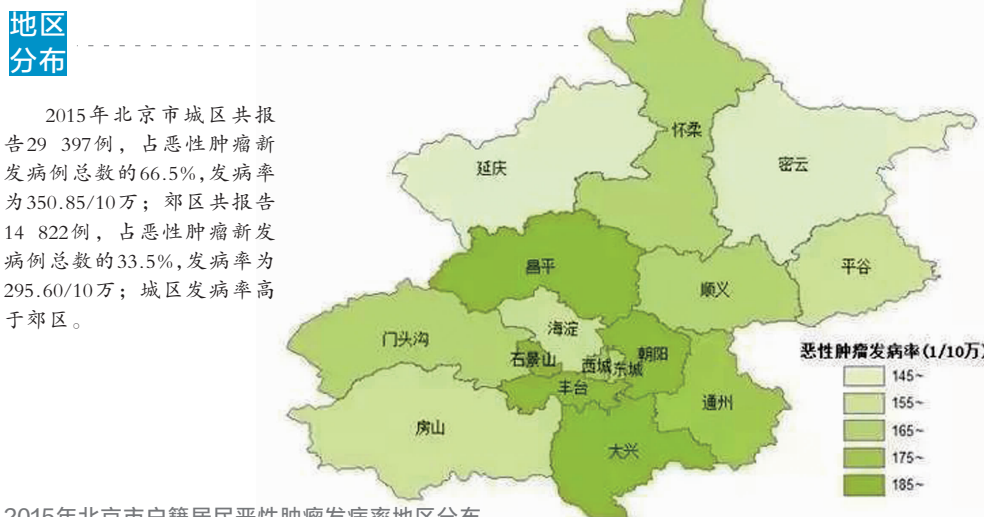
**年龄分布** 恶性肿瘤发病率随年龄增长而增高,25岁以前恶性肿瘤的发病率较低,25岁后开始逐渐升高,55岁以前女性的发病率高于男性,55岁以后男性恶性肿瘤发病率高于女性

0~14岁组共报告205例,占恶性肿瘤新发病例总数的0.5%,其中白血病比例最高,男性共报告37例,占该年龄组男性恶性肿瘤患者的34.3%;女性共报告28例,占该年龄组女性恶性肿瘤患者的28.9%。

15~44岁组共报告4889例,占恶性肿瘤新发病例总数的11.1%,其中甲状腺癌比例最高,男性共报告536例,占该年龄组男性患者的34.9%;女性共报告1491例,占该年龄组女性患者的44.4%。

45~64岁组共报告17 910例,占恶性肿瘤新发病例总数的40.5%,其中男性肺癌比例最高,共报告1825例,占该年龄组男性患者的21.9%;女性乳腺癌比例最高,共报告2514例,占该年龄组女性患者的26.3%。

65岁以上年龄组共报告21 215例,占恶性肿瘤新发病例总数的48.0%,无论男女肺癌的发病率均居第一位,男女肺癌占该年龄组所有恶性肿瘤的比例分别为27.6%和23.2%。



## 常见恶性肿瘤发病情况

◆**肺癌**:2015年北京市共报告肺癌新发病例8541例,占恶性肿瘤新发病例的19.3%。肺癌发病率由2006年的50.03/10万上升至2015年的63.77/10万。

◆**乳腺癌**:2015年北京市共报告女性乳腺癌4310例,占女性恶性肿瘤新发病例的19.4%。发病率由2006年的51.46/10万上升至2015年的64.48/10万。女性乳腺癌发病率在2001年、2006年均呈45岁~组和60岁~组双峰分布;2015年自40岁以后发病率进入高峰期,呈单峰分布。

◆**结直肠癌**:2015年北京市共报告结直肠癌5348例,占恶性肿瘤新发病例的12.1%。发病率由2006年的27.42/10万上升至2015年的39.93/10万。结直肠癌发病率30岁以后逐渐升高,男性发病率高于女性。

◆**肝癌**:2015年北京市共报告肝癌2252例,占恶性肿瘤新发病例的5.1%。肝癌发病率由2006年的19.99/10万降低到2015年的16.82/10万。肝癌发病率在0~1岁组有一个小高峰,1~29岁很少发病,30岁以后逐渐升高,男性发病率高于女性。

◆**胃癌**:2015年北京市共报告胃癌2395例,占恶性肿瘤新发病例的5.4%。发病率2006年为17.55/10万,2015年为17.88/10万,10年间变化不显著。胃癌发病率40岁以后开始升高,男性发病率高于女性。

◆**食管癌**:2015年北京市共报告食管癌1166例,占恶性肿瘤新发病例的2.6%。发病率由2006年的11.05/10万下降到2015年的8.71/10万。食管癌发病率45岁以后开始升高,男性发病率高于女性。

◆**甲状腺癌**:2015年北京市共报告甲状腺癌4026例,占恶性肿瘤新发病例的9.1%。男性发病率由2006年的2.05/10万上升至2015年的15.13/10万;女性发病率由2006年的7.25/10万上升至2015年的45.04/10万,顺位由2006年的第十位上升到2015年的第三位。

甲状腺癌发病率自20岁以后快速升高,在35岁~组达到顶峰,55岁以后发病率逐渐下降。

◆**前列腺癌**:2015年北京市共报告前列腺癌1358例,占男性恶性肿瘤新发病例的6.2%。前列腺癌发病率由2006年的11.10/10万上升至2015年的20.24/10万。男性前列腺癌发病顺位由2006年的第八位升至2015年的第五位。

男性前列腺癌主要发生于高年龄组,其发病率在55岁以前很低,55岁以后快速升高。

◆**子宫体癌**:2015年北京市共报告女性子宫体癌1248例,占女性恶性肿瘤新发病例的5.6%。发病率由2006年的10.78/10万上升至2015年的18.67/10万。子宫体癌发病率自25岁以后逐年升高,到55岁组到达高峰,之后逐渐下降。

◆**宫颈癌**:2015年北京市共报告宫颈癌639例,占女性恶性肿瘤新发病例的2.9%。发病率由2006年的7.67/10万上升至2015年的9.56/10万。宫颈癌发病率30岁以后逐渐升高,2006年宫颈癌发病率在中年年龄组和高年龄组有两个发病高峰,到2015年只有中年年龄组一个发病高峰。

## 恶性肿瘤患者生存状况

北京市恶性肿瘤2011年新发病例的5年生存率居前三位的依次为甲状腺癌(94.92%)、其次为子宫体癌(84.61%)和女性乳腺癌(80.69%)。

(来源:北京市肿瘤防治研究办公室)

## 国际癌症研究机构癌症监测部 REPORT

国际癌症研究机构癌症监测部BochenCao等报告,控制心血管疾病(CVD)已在全球范围内导致期望寿命的大幅增长,期望寿命增长的全球不平等性折射出癌症控制的不平等,特别是在资源较少的人群中和女性群体中。需要采取全球行动来振兴癌症防治工作,并应特别侧重于资源较少的国家。

## 控制CVD和癌症

# 富国人民期望寿命增幅大于穷国

### 研究背景

为了量化癌症(所有癌症类型及主要部位的癌症)对比CVD对全球人口寿命的影响,该项回顾性研究自世界卫生组织(WHO)成员国的国内登记系统中入组1981~2010年的相关数据进行汇总分析。52组人群的病因特异性死亡率数据质量为中等或高等。根据人类发展指数(HDI)对人群进行分组,研究者根据LE40-84(期望寿命指数)评估了疾病特异因素对40~84岁人群预期寿命的影响。

### 死亡率和期望寿命的变化

全因死亡率的总体下降,导致研究期间期望寿命的显著增加。特别是针对HDI指数非常高的人群而言,男性的期望寿命平均增加了3.7岁,女性增加了2.5岁;HDI指数人群和高HDI指数人群期望寿命的平均获益较小,分别增加了1.1岁和1.4岁。

CVD相关死亡率的下降为主要因素;在HDI指数非常高的人群以及中~高HDI指数人群中,CVD相关死亡率的下降对相应人群总死亡率下降方面的贡献率分别超过了60%和50%。

虽然研究期间能够观察到癌症总死亡率的下降,但其对HDI指数较高人群总死亡率下降的贡献更大,具体而言:HDI指数非常高男性人群和女性人群30年总死亡率分别下降了20%和

15%,而中~高HDI指数男性和女性人群同期总死亡率仅分别下降了4%和5%。

### HDI、性别、癌种共同影响死亡率

在男性人群中,HDI指数非常高者的肺癌死亡率下降了26%,而中~高HDI指数者的仅下降了13%。

在女性人群中,HDI指数非常高者的肺癌死亡率升高了40%,而中~高HDI指数者的仅升高了12%。

1981~2010年,仅有胃癌的死亡率在两性患者中均呈下降的趋势,HDI指数非常高者下降了近60%,中~高HDI指数者下降了45%。

### 主要死亡对期望寿命的影响

1981~2010年CVD相关死亡率的下降,导致期望寿命增加了50%以上的,其中男性期望寿命平均增加2.3岁,女性的平均增加1.7岁;数据质量中等或高等人群以及高HDI的人群中,男性期望寿命平均增加0.5岁,女性的平均增加0.8岁。

癌症相关死亡率的下降,导致期望寿命增加了20%,其中HDI非常高的男性期望寿命平均增加0.8岁,女性的平均增加0.5岁;而中高HDI两性人群的期望寿命均平均增加0.2岁(期望寿命增加了10%以上)。

### 癌种对期望寿命的影响

肺癌死亡率的下降对HDI非常高的

男性期望寿命的影响最大,平均可增加0.3岁;但女性人群则有轻微的寿命损失(平均0.1岁的缩短)。在男性人群中,肺癌死亡率的下降,导致HDI指数非常高人群的期望寿命增长最大,尤以荷兰HDI指数非常高男性的期望寿命增长最为明显,为0.7岁,其次为英国的0.6岁;其对中高HDI指数人群期望寿命的贡献较小,但仍然是阳性结果。

在女性人群中,乳腺癌死亡率的下降极大地延长了期望寿命,高HDI指数人群的获益明显,尤以英国HDI指数非常高女性期望寿命的增长最大,为0.3岁。相比之下,由于乳腺癌死亡率的增高,许多中高HDI指数人群的期望寿命有损失。

### ●研究者说

该研究所用方法可以同时估算癌症死亡率变化的独立贡献率及其对期望寿命的影响,且不受非癌因素的干扰。但为了评估癌症控制项目的有效性,需要考虑到其他死因的影响。

丹麦奥胡斯大学的MarieLouise T·ring表示:30多年来,低收入国家和中等收入国家(穷国)桎梏于政策层面和资源层面的不足,显然都没能控制住非传染性疾病群体数量的日益增长;但资源丰富的国家(富国)做到了。目前面临的问题是,富国的努力是否达到了上限,其经济实力和社会实力是否已不足以克服癌症这一自然减寿因素。

(来源:全球肿瘤快讯 2017-7-5)

## 儿童癌症幸存者的 重度健康问题 发生率稳步下降

儿童癌症的治疗通常强度较高,并且有可能造成终身的健康问题。美国国立卫生研究院资助的儿童癌症幸存者研究(CCSS)对23600例儿童癌症幸存者进行的分析发现,确诊至少5年后发生重度健康问题的比例有随时间推移而下降的趋势。

20世纪90年代确诊癌症的幸存者,在15年后出现健康问题的比例为8.8%;而在20世纪80年代和70年代确诊癌症的幸存者中,15年后出现健康问题的比例则为10.1%和12.7%。肾母细胞瘤(43%)和霍奇金淋巴瘤(25%)幸存者在30年内发生健康问题的比例降幅最大。治疗方法以及支持治疗的不断进展使得确诊儿童癌症后的5年生存率从20世纪70年代的58%提高到了今天的84%。CCSS研究之前的一份报告显示,30年间治疗方法的改进使得儿童癌症幸存者因治疗所致迟发反应而死亡的比例降低了6.4%。

该研究的主要作者、美国St. Jude's儿童研究医院的Todd M. Gibson表示,该研究首次对大量患者进行了全面的分析,表明癌症幸存者正在持续受益于现代疗法的改进,越来越多的儿童能够被治愈,并且后期发生严重健康问题的风险也在下降。

### 研究详情

研究者分析了CCSS研究中的在1970~1999年确诊儿童癌症后存活至少5年的患者数据,重点关注确诊后15年内重度、致残性、致命性健康问题的发生率。患者中位年龄为28岁,自确诊至调查时的中位时间为21年。

### 主要结果

儿童癌症幸存者15年内重度健康问题的累积发生率从20世纪70年代的12.7%逐渐降低至20世纪80年代的10.1%和20世纪90年代的8.8%。

30年间,各类癌症确诊后15年内重度健康问题的发生率改变如下:

- ◆肾母细胞瘤:从13%降至5%;
- ◆霍奇金淋巴瘤:从18%降至11%;
- ◆星形细胞瘤:从15%降至9%;
- ◆非霍奇金淋巴瘤:从10%降至6%;
- ◆急性淋巴细胞性白血病:从9%降至7%。

但仍有部分儿童癌症,如神经母细胞瘤、急性髓系白血病、软组织肉瘤和骨肉瘤患者的重度健康问题发生率并无改变。

健康问题发生率降幅最大者为内分泌系统肿瘤患者(从20世纪70年代的4%降至20世纪90年代的1.6%)和新发癌症患者(从20世纪70年代的2.4%降至20世纪90年代的1.6%),其次为消化系统肿瘤和神经系统肿瘤患者。心、肺部肿瘤患者的则无变化。

### 研究述评

Gibson表示,近十年来,癌症幸存者因心血管疾病导致的死亡率大幅下降,但重度心血管疾病的发生率却无改变,这说明癌症幸存者相对于一般人群面临更大的重度健康问题风险,需要被密切关注。

ASCO专家Timothy D.Gilligan表示,儿童癌症的进展相比其他领域可谓巨大飞跃,儿童癌症幸存者的预期寿命不断延长,健康风险持续下降,因此很有必要加强此类研究的投入。

(来源:肿瘤时间 2017-07-03)



## ASTRO发布早期肺癌 立体定向放疗指南

针对不能进行手术的周围型局限性肺癌患者,虽然立体定向放疗(SBRT)是目前的标准治疗选择,但美国放射肿瘤学会(ASTRO)指南工作组联合主席、克利夫兰诊所放疗科Gregory M.M.Videtic等代表ASTRO发布的新指南给出了SBRT的使用原则,重点提及了不可手术切除的、局限性、有治愈希望患者的治疗原则。此外,因为中央型局限性肿瘤对比周围型肿瘤具有独特的特征,新指南还回顾了SBRT在中央型局限性肿瘤中的作用。

### ●研究评述

“随着预期寿命的延长和诊断工具的复杂化,我们发现早期肺癌的发病率有所上升,包括无法手术的患者及不选择手术的患者。SBRT为这些患者提供了一个选择。”Videtic表示,“随着早期NSCLC患者的日益增多,增加这种潜在挽救生命的治疗对改善此类患者的转归而言是至关重要的。”

加州大学戴维斯分校综合癌症中心的Megan E.Daly表示,NSCLC是一种复杂的疾病,患者中存在大量的异质性因素。该指南强调:SBRT是不可手术患者的标准治疗,且在具有大瘤块或复发的早期患者中其安全性和有效性已获验证。

(来源:Pract Radiat Oncol. 2017年6月5日在线版)

### 背景介绍

SBRT是一种先进的体外放疗方法,通过复杂的规划技术,可非常精准地向肿瘤提供极大剂量的辐射。这种高精度的SBRT可有效避免肿瘤周围健康组织被照射到,这对肺癌的治疗尤为重要。对于不适合手术的早期肺癌患者,SBRT具有治疗结局好、毒性作用低的特点,因此是治愈性治疗的另一种可行的治疗选择。常规的体外放疗通常需要治疗几周时间,与其相比,SBRT的治疗一般≤5周或≤5次分割。

根据回顾性研究数据、前瞻性研究数据以及现有的随机临床试验数据,该指南就早期非小细胞肺癌(NSCLC)中SBRT的适用性问题给出了有循证医学证据支持的建议。现实中的不能耐受手术的患者常存在诸多高危情况,例如:术

后或放疗后需要挽救治疗、肿瘤累及胸壁、或存在非常大的瘤块,指南的主要目标就是为这些患者定制个性化的SBRT。对比周围型局限性肿瘤,中央型局限性肿瘤携带某些独特且非常重要的风险因素,指南也详述了SBRT在此类患者中的应用原则。此外,虽然指南的重点是解决不能手术患者的问题,但也涉及了SBRT在可手术患者中的适当性问题,因为该话题极具争议。

在可手术的早期NSCLC患者(例如T1~2期,N0期)中,指南首先阐述了SBRT作为手术替代治疗选择的应用推荐。

针对不可手术的患者,指南推荐根据肿瘤发病部位、大小、类型及既往治疗史分别予以推荐。

针对不可手术的复发性早期肺癌患者,该指南分析选用SBRT作为挽救性治疗时的作用,并根据治疗史给出了不同的建议。

# 美国疾控中心： 仅这4种癌症可以有效筛查

2017年美国癌症报告表明,过去二十年间,癌症总体死亡率下降了25%。其中,癌症筛查的推广功不可没。美国过去半个世纪宫颈癌死亡率一路下降,成效亦得益于Pap和HPV检查的普及。那么,筛查是否对所有癌症都有用呢?当然不是。每个癌症都不同,不能一概而论。

## 我们先看看什么是癌症筛查

所谓「筛查」,是指在有症状之前进行体检,以期发现某种疾病。在美国,一种检查方法用于临床癌症筛查必须同时具备以下几点:1.有效性及特异性,可以相对灵敏地发现某种癌症以及癌前病变;2.安全性,没有明显副作用;3.可操作性,经济方便,可以用于大量人群的筛查。

在此基础上,还需要有几年研究数据的支持,如何解读筛查结果,制定筛查频率,以及治疗方法。所有这些都需要定期回顾,及时调整。

## 哪些癌症有明确的筛查方法呢?

美国疾病控制预防中心(CDC)推荐遵循USPSTF制定的指南。什么是USPSTF?即美国预防医学工作组(U.S. Preventive Services Task Force)。

这是一个成立于1984年的独立组织,由全美知名的疾病预防和循证医学专家组成,主要提供疾病预防筛查方面的指导。1998年经国会授权,由美国医疗研究和质控部门接管。每年向国会报告,除了推荐疾病筛查指南之外,还汇报发现的疾病预防服务中的漏洞,并且建议需要优先解决的问题。

以下4种癌症,CDC和USPSTF有明确的筛查指南。

### 1.乳腺癌

(1)适用人群:50岁到74岁的有普通风险的女性,每2年做一次乳房X线造影检查;40岁到49岁的女性建议跟医生讨论,考虑病人的家族史、个人风险、权衡利弊后做决定。

(2)筛查手段:X线造影(mammography):研究已经证明常规的X线造影可以降低死于乳腺癌的风险;核磁共振(MRI):核磁共振一般跟X线造影一起使用。因为有些时候MRI会有一些假阳性,所以只适用于高风险的人群。

### 2.宫颈癌

(1)适用人群:21岁到65岁的女性。

(2)筛查手段:宫颈涂片(Pap smear)和HPV检测。这2项筛查可以有效地发现早期病变,及时干预,阻断癌症的发展。

### 3.肺癌

(1)适用人群:1.必须同时满足以下3个条件;2.重度吸烟史(有具体标准);3.现在仍在吸烟或者是在过去15年内戒烟;4.55岁到80岁之间。

(2)筛查手段:低剂量螺旋CT。

(3)肺癌的筛查有更为严格的控制,主要因为以下几个

因素:1.筛查可能会有假阳性,也就是说一个本身并没有癌症的人被诊断为患有癌症。2.有可能引起过度诊断进而导致过度治疗。3.重复多次的低剂量CT有可能导致健康人患病。

(4)说一百遍,最好的降低肺癌风险的方法不是筛查,而是戒烟并且避免二手烟。肺癌筛查绝对不能代替戒烟。这一点无论如何强调都不过分。

美国肺癌死亡率的下降,跟60年代开始的控烟运动、公开场合全面禁烟、提高烟草税等努力密切相关。

如果你不在乎自己,那是否能够做到不给你的孩子制造二手烟?

### 4.结直肠癌

几乎所有的结肠癌都是从癌前病变经历十几年发展而来的。筛查主要是发现并去除这些癌前病变,进而阻断可能的癌症。结直肠癌的早发现早治疗效果也很好。

(1)适用人群:常规的筛查从50岁开始,不分男女。筛查对预防结肠癌至关重要。推荐所有50岁到75岁的人群接受筛查。76到85岁,跟自己的医生商量。

以下人群建议在50岁之前就开始筛查:1.自己或者直系亲属有过息肉或者是结肠癌;2.患有炎症肠道疾病,比如说溃疡性结肠炎或者克罗氏肠炎;3.患有APC或者HNPCC综合症。

(2)筛查手段:多种筛查方法,肠镜大约每10年做一次。

### 5.其他癌症

对于卵巢癌、前列腺癌和皮肤癌,虽然有一些检查方法,但是,目前的检查手段并不能灵敏特异地早期诊断,也不能有效地降低这些癌症导致的死亡率,所以不推荐作为医疗常规。

其它没提到的癌症更是连可行的检查方法都没有,更别提有效的早期筛查了。(来源:肿瘤时间 2017-07-31)

## ●结束语

1.癌症筛查,因癌而异,因人而异。有些癌症(乳腺癌,宫颈癌,肺癌,结直肠癌)可以有效筛查,早发现早治疗,而且效果不容置疑。更多的癌症,没有有效的筛查手段。

2.美国对各个癌症筛查有明确的指南和管理,医生在遵循指南的大前提下,结合每个病人的情况有所调整,避免过度检查和过度治疗。

3.癌症筛查无疑是诱人的朝阳行业,但是如果缺乏科学的指南和严格的管理,也不可避免地会沦为混乱的菜市场。

## 浙江省肿瘤 随访登记工作喜获嘉奖

7月6~7日,由国家卫计委疾控局举办的“全国肿瘤登记工作会议”暨“2017年全国肿瘤登记培训班”在广东省广州市召开,浙江省荣获“2017年度全国肿瘤登记工作省级杰出贡献奖”,全国仅有5个省获此殊荣。

今年浙江省4个肿瘤登记处(嘉善县、嘉兴市、杭州市和仙居县)上报的2008-2012年肿瘤登记数据被国际癌症研究机构(IARC)《五大洲癌症发病率》(第十一卷)收录,录用数量再创新高,全国仅有25个肿瘤登记处的数据被本卷收录。上述4个肿瘤登记处被国家癌症中心评为“2017年度全国肿瘤登记特别贡献奖”。

浙江省肿瘤登记工作起步于1977年,目前共有14个国家级肿瘤登记处,覆盖人口1390万,约占浙江省户籍人口的30%。杭州市、嘉兴市、海宁市和嘉善县肿瘤登记数据连续10年被《中国肿瘤登记年报》收录,被评为“2017年度全国肿瘤登记工作杰出贡献奖”,仙居县和上虞区连续5年被收录,评为“2017年度全国肿瘤登记工作优秀奖”,慈溪市和开化县数据连续3年被收录,评为“2017年度全国肿瘤登记工作进步奖”。

浙江省仙居县肿瘤登记处应国家癌症中心邀请参加此次培训班,县疾控中心蔡红卫主任作了“仙居县肿瘤登记经验交流工作报告”的经验介绍。

今年6月浙江省14个肿瘤登记处全部向国家癌症中心提交2014年肿瘤登记数据,有望100%被收录到即将出版的《中国肿瘤登记年报2017》之中。

喜获嘉奖,充分表明国家癌症中心和国际癌症研究机构对浙江省肿瘤随访登记工作的肯定,浙江省将继续做好各方面工作,不断提高浙江省肿瘤登记质量,为肿瘤防治工作提供有效的数据支撑和决策依据。

(来源:浙江省癌症中心办公室 2017-7-13)

## 立法强制医患沟通对不同种族 选择乳房重建手术的影响

密歇根大学医学院整形外科的Elham Mahmoudi报告的一项研究显示,强制医患沟通或许能解决手术方式选择(如乳房重建术)的不平等现象,但是,缺少患者信任和(或)有效的医患沟通,对于一些亚组人群(包括非洲裔美国人),可能会减弱立法强制沟通的潜在有效性。

随着乳腺癌发病率的稳定和生存率的改善,人们越来越关注乳房切除术后的乳房重建问题。尽管乳房切除术后重建的益处很明确,但其应用情况仍存在着广泛差异。医患沟通在医疗卫生方面,尤其是手术方式的选择上,起着重要作用。正是意识到其重要性,2011年纽约州政府颁布公共卫生法(NY PBH 2803-o),强制医生在实施乳房切除术时要与患者沟通乳房重建手术的相关事宜。

强制立法是否能缩小种族间存在的乳房切除术后立即重建的差异?从2008年1月1日至2011年12月31日,这项回顾性研究共纳入42 346例20~70岁(平均年龄53岁)的住院患者,其中19 364例来自纽约州(治疗组),22 982例来自加利福尼亚州(对照组),验证纽约法律在种族差异上的影响。主要研究终点为:分析立法实施前后乳房重建术在白人(65.3%)、非洲裔美国人(9.4%)、西班牙裔(12.7%)及其他少数民族(12.6%)中的比例,以评估强制医患沟通对乳房重建的影响。

研究发现,新立法强制乳房重建医患沟通足以减少西班牙裔与白人患者(9%)之间、其他少数民族与白人患者(13%)之间的乳房切除术后即刻重建差异,但是未能显著减少非洲裔美国人和白人患者(1%)之间的差异。

(来源:JAMA Surg. 2017年5月31日在线版)



# 前列腺癌治疗的最新建议：“少即是多”

美国明尼苏达大学医学院、明尼苏达退伍军人慢性病转归研究中心Wilt TJ近期撰文表示,前列腺癌的筛查和治疗方案的选择仍然是泌尿外科最具争议的“热点”。在美国,由于新的诊断和治疗技术不断涌现,以及转诊、保险报销模式的原因,前列腺癌出现严重的过度筛查和过度治疗。如何选择合适的筛查及治疗方案对患者、医生以及保险公司都是一个难题。

## 新技术 vs 传统疗法

Schroek等近期在《欧洲泌尿外科》(European Urology)杂志上总结了多个针对局限性和局部进展期前列腺癌患者的临床研究,系统评价了机器人辅助腹腔镜根治性前列腺切除术、调强适形放疗、质子治疗等新技术相对于“传统疗法”的成本效益,建议反思对此类患者进行的昂贵且激进的干预措施,更少的干预可能意味着更高的生活质量和更低的花费。文章指出,大多数研究都是观察性的,存在很高的选择偏倚和混杂风险;而且很多研究仅在美国进行,其结果是否具有普适性值得商榷。

值得注意的是,Schroek等研究的一个局限性在于:他们只对比了采用新

技术和传统的开放手术或放疗的患者,因此,无法回答关于前列腺癌筛查的问题。PIVOT研究和ProtecT研究显示,与激进的措施相比,采取观察等待(或接受PSA监测)的患者,总体死亡率和前列腺癌特异性死亡率并没有显著区别,但创伤更少、花费更低、生活质量更高。因此Schroek等可能高估了新技术的成本效益。

## 新技术存在的问题

前列腺癌是一种发病率较高但却高度异质性的恶性肿瘤,系统评估能为循证决策提供依据。决策者越来越倾向于可信的医疗组织、绑定支付、价值导向的报销模式。而成本效用的判断取决于时间计算节点(早期开始干预意味着高昂的花费、过度治疗带来的损伤、获益较少;较晚

干预意味着更低的花费、更少的损伤、获益更大)和付款方(患者、保险公司、社会等)。除非有可靠证据证明昂贵的新技术比便宜的方法疗效更好或损伤更轻,否则不应被批准。但由于FDA对于新技术的审批标准比药物低,很多昂贵的新技术在并无足够证据的情况下被批准。只要有人认为新技术的支持证据被过度夸大,就会受到主流媒体的批判。

## 推荐的策略

IDEAL协作组提出了一种简单、安全、科学的解决方法——在广泛应用之前先进行严格评估,而不是应用之后再随访。对55~69岁的健康男性的筛查,可以不超过每2年监测1次PSA,异常的阈值也可以设定得更高一些。在考虑减少支出时,应该重点关注获益可能性最大或受伤害可能性最小的人群。对于低危前列腺癌患者,首选观察等待或定期监测PSA。激进、频繁或有创的方法适用于相对年轻、身体状况较好的高危前列腺癌患者。

(来源:Eur Urol.2017年5月29日在线版)