



每年年底,许多机构都会组织集体体检,单位还会花钱给予员工另一项额外福利:增加肿瘤筛查项目。在癌症“早发现、早治疗”观念深入人心的今天,这种“福利”无疑会受到欢迎。殊不知,肿瘤筛查并非全然有益无害。

癌症筛查动辄千元 到底怎么查才靠谱?

案例:

去年年底,张先生在国外做年度体检并就皮肤湿疹和消化道症状(当时有胀气和恶心感等症状)咨询家庭医生。家庭医生在了解病史、完成体检项目之后,开具了两份转诊信:一封是给皮肤专科,一封是建议做胃镜。

根据转诊信上的信息,张

先生预约了胃镜检查。在检查的前一天,张先生接到负责做胃镜医生的电话,同时收到了同样意思的系统信息,大致内容如下:

我是XX医生,你计划于12月19日接受上消化道内窥镜检查。我查看了你的(体检数据)图表,作为一名胃肠道医生,我认为我们不应该从这

种程序开始,因为它有其自身的风险和益处,而且根据你家庭医生的记录,我不认为这是我们首先需要做的。你的血液检查(包括肝脏和血细胞计数)均正常,因此我不会对你进行这种具有手术和麻醉风险的侵入性检查。

在胃镜筛查几乎成为中年人查体标配的当下,这样的

交流可能很少遇到。相反,国内的一些医疗机构有时倡导和推荐各类筛查项目。为什么这位专科医生会给出如此建议?原因可以总结为一句话,那就是包括癌症在内的针对健康人的疾病筛查并非可以无条件实施。

筛查的关键在于权衡收益与危害

在进一步讨论这个问题之前,我们需要先了解几个类似的概念。如果感觉不适就医,医生开具处方做的检查不是筛查,而是属于确诊检查;如果检查的目的是为了发现癌症的高风险因素,如结肠镜、宫颈涂片等,并

提前干预或为以后的定期检查提供依据,这属于预防性筛查,目的是发现尚未发展到恶性期的癌前病变;如果检查的目的是为了发现尚无临床症状的癌组织,如乳腺钼靶,为进一步确诊检查(活检)和治疗(手术)提供依据,

这是干预性筛查。后两条都是基于健康人的筛查项目。

就癌症筛查而言,其目的是正常组织癌变或癌组织引起症状之前就能被发现,但这不是癌症筛查的全部内容。一种技术手段对某种或者某些癌症的筛查要有

价值,需要同时满足三个条件:首先是能够发现癌前病变或早发现癌组织,这是前提;其次是减少定期筛查的人患癌或死于癌症的机会,这是目的;最后,筛查带来的收益必须大于危害,这是重点。把筛查内容作为重点来考

量是基于两个事实:有些筛查是侵入性的,会导致出血或其它损伤;没有一种筛查方法能做到100%准确,伴随假阳性结果而来的很可能是过度诊断和过度治疗,假阴性则可能让人失去对后续症状的警觉。

必要的癌症筛查种类其实很少

除了有癌症家族史等高风险人群适用一些特殊筛查,健康人体检项目中用于癌症筛查的并不多,以下几种癌症可以进行筛查,但只有建议的方式才有意义。

特定群体乳房X光检查,这是早期发现乳腺癌的最佳方法。特定群体首先是年龄限定的群体,不同的指南给出的首次筛查建议年龄不同,45岁到50岁几

乎涵盖了所有指南的首次筛查年龄规定。这是因为40岁之前的女性患乳腺癌的概率很低,大约每10万人中15例。而65岁以上的女性,每10万人中有接近450例,风险高出了30倍。国内很多女性早在45岁之前可能在体检时就做过乳腺钼靶检查。

巴氏检测可以发现子宫颈中可能癌变的异常细胞,而

HPV测试可确证引发这些细胞变化的病毒(人乳头瘤病毒)。不同专业机构给出的指南在开始筛查的年龄和检测项目上大同小异,基本如下:年龄在21岁至29岁,每3年接受一次巴氏涂片检查;年龄在30岁至65岁之间的女性,可从以下三个选项任选一种:继续每3年进行一次巴氏涂片检查;每5年进行一次HPV检测筛查;每5年进

行一次巴氏涂片检查和HPV检测筛查。

结肠直肠癌几乎总是从结肠或直肠的癌前息肉发展而来。肠镜筛查可以发现息肉,并在癌变之前去除。对普通健康人,第一次筛查建议在50岁进行,如果没有发现息肉等不正常增生,可10年后再次筛查。如发现少数息肉,摘除并且病理显示良性,可在5年后再次筛查。

低剂量CT进行肺癌筛查。建议筛查的人群为年龄55岁至80岁,有吸烟史和戒烟不超过15年者。

除上述这几种外,卵巢癌、胰腺癌、前列腺癌、睾丸癌和甲状腺癌等所有其它类型的癌症,筛查均无特定收益。不仅无益,反而有已知的明确危害。任何不符合上述建议的筛查都是过度的。

过度治疗之害更甚于癌症

前列腺癌筛查项目可能出现在国内相当比例的中年男性体检报告上。接下来就以前列腺癌筛查为例,看一些癌症筛查项目的无用甚至有害。

20世纪90年代初,前列腺特异性抗原被作为前列腺癌筛查的手段被纳入美国医疗机构的体检项目。该项筛查项目实施的头两年,“成果”是显著的,大量疑似前列腺癌患者被筛选出来。各种影像甚至活检的确诊性检查随之而来,一些人被排除前列腺癌,一些人被确诊前列腺癌并进行了手术切除和后续的一系列治疗。

争议随之出现,有些专家认为前列腺特异性抗原导致了过

度诊断和治疗,也有专家相信该项筛查让一些患者的前列腺癌得以早发现、早治疗,可以挽救生命。

孰是孰非?循证医学在此发挥了决定性作用。随着筛查人群的扩大和数据的积累,专业机构组织专家研判数据,很快得出两个主要结论:参与筛查的健康人前列腺特异性抗原水平升高更多是由良性前列腺疾病引起的,大多数前列腺特异性抗原水平升高的男性没有患前列腺癌;少数被随后确诊为前列腺癌的患者,前列腺癌本身可能永远不会威胁到患者的生命。

因此,专业机构很快修改了之前把前列腺特异性抗原纳入

筛查前列腺癌的指南内容,不推荐前列腺特异性抗原作为单一指标用于健康人的癌症筛查,仅用于辅助诊断或用于监测前列腺癌患者的预后。

是哪些因素导致前列腺特异性抗原不适合作为前列腺癌的筛查项目?大致有三方面因素,这三个方面也适用于绝大多数目前体检机构提供的癌症筛查项目。

首先是检测缺乏特异性。如前所述,前列腺特异性抗原水平升高并不一定代表患有前列腺癌。其它前列腺疾病如前列腺炎、前列腺增生等也可能导致前列腺特异性抗原升高,而且这种情况在无前列腺症状的健康人

中占比更高。这种特异性缺乏使得前列腺特异性抗原测试在筛查过程中容易出现误诊和过度诊断的问题。

其次,前列腺特异性抗原检测无法区分慢性和侵袭性前列腺癌。许多男性在老年时患有慢性前列腺癌,但这种癌症通常生长缓慢且不会对生命构成威胁。使用前列腺特异性抗原作为筛查指标可能会导致过度诊断和过度治疗,给患者带来不必要的风险和负担。

最后一条,筛查结果以及随后的医疗行为会对患者造成生理和心理上的困扰。尽管理论上早诊断、早治疗可以挽救一些患者的生命,这在患者个体似乎是

成立的。但基于前列腺特异性抗原筛查结果开展的后续医疗手段,对于群体中的更多人属于过度诊断并可能带来过度治疗。这个结论基于一组数据:就算是最终被确诊为前列腺癌的患者,大约半数不会在患者的余生表现出症状,确诊15年内死亡的患者中,80%也不是死于前列腺癌。

与之相对比,一旦筛查阳性并确诊,患者往往难以拒绝治疗,而根治性前列腺切除术的不良反应包括为手术期并发症、勃起功能障碍和尿失禁。放射治疗则可引起急性毒性,导致尿急、排尿困难、腹泻和直肠疼痛,长期副作用还包括勃起功能障碍、直肠出血和尿道狭窄等。

白来的“午餐”,未必该吃

一现实。

一些单位为员工提供的年度体检套餐中包含有多个癌症筛查项目,很多人抱着“免费、不查白不查”的心态去检查;也有不少人认为查总比不查好,多查总比少查好——在这样的氛围

下,对于形成大众“共识”的那些癌症筛查,周围同事朋友都去做的时候,一个人拒绝筛查也需要勇气。

这些人,都没有认识到一个事实:体检的检查也属于医疗行为,癌症筛查阳性 and 一个人被确

诊癌症,在医学本质上并没有什么不同。

另一方面,去做癌症筛查的人都不希望自己筛查结果为阳性,但筛查出阳性却是一项筛查存在的意义和价值(以便做到早发现、早治疗)。

基于癌症筛查可能会“触发”后面连续的医疗行为,当你去做一项不在上述提及的必要的癌症筛查项目之前,不妨自问:我能否坦然面对阳性结果?

据“科普中国”