

癌症筛查治疗过度了吗？



资料图片

癌症筛查可否减少死亡？

美国癌症协会建议 40 岁以上的女性每年接受一次乳房钼靶 X 线检查。但今年 2 月加拿大公布的一项研究结果却将这一建议置于尴尬境地：该检查对减少死亡人数的效果不明显。

韩启德认为，对危险因素进行干预的实际结果是大部分人被过度诊断，但让人遗憾的是“估计疾病筛查还会继续扩大发展，从医生的角度看，漏诊承担巨大责任，而过度诊断没有风险。”

北京大学肿瘤医院教授、中国肿瘤基因组协作联盟秘书长吕有勇解释了这个问题。“由于美国对部分肿瘤筛查比较普及，使有些肿瘤得到早诊早治，例如结肠癌和宫颈癌从 1975 年到 2010 年发病率、死亡率都下降了。乳腺癌的发病率增加了 20%，前列腺癌增加了 54%，死亡率有下降但没有前两种肿瘤明显。甲状腺癌增加了 185%，死亡率却没有很大变化；黑色素瘤增加了 199%，死亡率也增加了 32%。”

吕有勇认为，癌症筛查早诊是

发病率高、治愈率低使很多人谈癌色变。中国现行的癌症筛查和治疗手段，一直备受争议。

在今年 5 月的中国科学技术协会年会上，全国政协副主席、中国科学技术协会主席韩启德做了《对疾病危险因素控制和疾病筛查的考量》报告，认为癌症筛查对减少死亡的效果并不明显，中国在癌症检查上存在严重的过度诊断。

也有人认为，癌症进行手术和放化疗后，反而会促使病情加快，远不如保守治疗的效果。

那么，在中国的癌症筛查与治疗上，是否真的存在严重的过度诊断和过度治疗现象呢？

是否能降低死亡率，需要根据不同癌种进行分类阐述。对于结肠癌和宫颈癌，筛查和早诊早治的确降低了死亡率，但对于甲状腺癌、前列腺癌，死亡率没有太大变化。“实际上如果人年龄很大了，是否要将没有临床症状的肿瘤诊断出来，有多大意义需要认真考虑。目前，因肿瘤标志物的特异性有限，没有目标的筛查是否具有实际意义和理想效果需要深入探讨。”

据中国抗癌协会秘书长、北京军区总医院肿瘤科刘端祺教授介绍，美国的癌症治愈率已经达到 68%，其中早期发现的癌症治愈率超过 90%。“我国癌症治愈率为 10%至 30%，北京等城市治愈率略高，超过 30%。”我国癌症治愈率与美国存在差距主要是因为，美国通过筛查发现的早期癌症患者比例很大，所以治愈率也高，而我国多数癌症患者发现时已经是晚期或出现转移。吕有勇指出，这表明早期发现的肿瘤比较容易治疗，提高早诊率是提高肿瘤患者生存率和生活质量的重要环节。

“由于癌症并没有特别好的治疗办法，所以一般评价标准就是 5 年生存率。根据《新英格兰医学杂志》2012 年的数据，美国在 20 世纪 50 年代，癌症 5 年生存率是 35%；到 70 年代，达到 50%；现在大概是 68%。从这个角度看，癌症的筛查和治疗，是有益的。”吕有勇说，“实际上，这里面与医疗技术手段

我国临床肿瘤学的主要奠基人吴恒兴教授生前说：“肿瘤患者首次治疗的错误常常导致严重的后果，补救的机会不多，因此更需要我们谨慎对待。”由此可以看出，医生为患者提供针对性的治疗，使患者受益最大化何等重要。

近年来，除手术、化疗外，放射治疗、癌症热疗、肿瘤生物疗法等，都对癌症治疗起到了一定的作用。但为

整体死亡率降低

和经济水平有关，筛查和早诊多了，治愈的患者就多了，总体治愈率数据就会上升了。”

美国密歇根大学医学博士、约翰·霍普金斯医院内科刘医生认为：“国内外都存在癌症过度治疗。但是，至少在美国，这么多年的治疗，癌症总体的死亡率有很大的降低。这个结果，当然也有癌症早发现、早治疗的原因。是否手术和化疗，在西医临床有严格的规定。根据各个癌症分期和并发症，治疗方案完全不同。所有的治疗方案都有严格的临床试验数据支持。对于某个患者个体，这些方案可能不是最佳的，但是对癌症患者群体，这个治疗手段是可以降低整体死亡率的。”

此外，吕有勇表示，癌症

患者生存期的个人差异很大，不能因为某个人手术和化疗后效果不佳，就否定这种治疗手段。吕有勇说：“有人质疑过度诊断和过度治疗，但这个需要用科学数据说话。实际上这是十分复杂的问题，人类现有的认识肿瘤的知识还非常有限，但手术、放疗和化疗这 3 种基本手段也是经过近 200 年的探索逐步发展成熟的，总体上是科学和合理的，不能从个体上理解或推测并加以否定。”

“如果患者的病情不适合手术或者化疗，强行治疗则可能会加速患者的死亡，但是这个加速死亡和所谓的癌症加速没有关系。”刘医生补充说，“有些保守治疗获得成功的案例，只是个例，根本没有办法用于大范围的临床实践。”

个体化治疗渐成趋势

什么仍有相当多的癌症患者没有获得理想的疗效？为什么同一种治疗方案对同样的癌症患者效果却明显不一样？为什么同一种癌细胞具有不同的侵袭和转移能力？这些问题迫切需要解决。目前认为，其主要原因是肿瘤的异质性，即癌症的个体化特性。

癌症个体化疗法是一种根据癌症患者的独特遗传学，采用特异和最佳治疗方案对

患者进行治疗的方法。

吕有勇说：“现在肿瘤治疗上还没有理想的办法，存在千人一方、万人一药的现状，实际上没有两个癌症患者是一样的，所以要个体化综合治疗，避免治疗不当或过度治疗，使患者受益最大化。”

只有从每个癌症患者的个体入手，有针对性地“量体裁衣”，才是癌症治疗的有效途径。

（据《科技日报》）

“度娘”何以成“名医”

最近，作家六六在香港发现尿色变深，速回上海看病。验尿结果显示，红细胞增多，医生建议再做彩超排查。回家之后，她开始上百度搜索，越看越怀疑是膀胱癌，次日要求医生做一个膀胱镜检查。医生表示，膀胱镜是创伤性检查，不建议做。她又提出可否查血，因为百度说尿血可能是免疫系统疾病，医生也拒绝了。最后，经过增强 CT 检查，确诊是肾结石。为此，六六对自己如此迷信百度颇为羞愧。

百度，别号“度娘”。有病问“度娘”，成为很多人的习惯，连六六这样的知名作家也不例外。拥有如此众多的“粉丝”，“度娘”俨然是“天下第一名医”了。“度娘”不仅态度好，百问不厌，有求必应，还免收“挂号费”，活脱脱一个

“菩萨再世”。作为普通百姓，既没有医学知识，身边也没医生朋友，有病不问“度娘”问谁呢？

然而，“度娘”毕竟是商人，而非专业医生。“度娘”的话，有对有错，有真有假。因为百度的医学名词，并非来自权威医学专家，而是来自网民。很多名词看起来很专业，其实谬误百出。如果把“度娘”的话句句当真，那就未免太傻太天真了。例如，有人连续低热，一问“度娘”，很容易怀疑得了白血病；有人头痛，马上觉得是脑瘤；身上起红疹，怎么都都像红斑狼疮。结果，到医院一检查，虚惊一场。因此，盲目迷信“度娘”，只会徒增烦恼。身体本无恙，何故惹“度娘”？

也许有人说，反正不收费，搜搜又何妨？其实，天下没有免费的午餐。“度娘”免费看病，必定有其

生财之道。喜欢吃免费餐的人，也最容易被下“诱饵”。例如，搜索“宫颈糜烂”，首先跳出的是几家民营医院的网站，专治妇科疾病，有的甚至赫然张贴着“宫颈糜烂”的惊悚图片。其实，这是一个彻头彻尾的骗局，因为宫颈糜烂根本不是病。早在 2008 年之前，宫颈糜烂确实是一个疾病名称，原因是妇科医生误把宫颈生理期出现的柱状上皮外翻当成一种病理现象。2008 年后，医学院校本科生《妇产科学》教材取消了“宫颈糜烂”病名，代之以“宫颈柱状上皮异位”生理现象。也就是说，这是一种正常的生理现象，不需要进行任何治疗。自此，宫颈糜烂本应退出疾病行列，“度娘”也应当告天下求医者。遗憾的是，“度娘”装糊涂，利用这一名词吓唬人。结果，很多健康女性误入不良民营医院，一查一个“宫颈糜烂”，接着就是输液、激光等过度治疗，不花个几千上万，医生绝不会放你走。这就是典型的医学名词“陷阱”。

医学是一门复杂的科学。尽管载人航天飞船已经遨游太空，但人类对自身生命规律的认识仍处于“婴儿时期”。很多疾病发生机理尚不清楚，更不用说治愈了。一名医生，穷其一生，也只能在一个专业上有所领悟，而不能精通所有专业。信息不对称是医疗领域的一大特点。一名普通患者掌握的医学知识再多，也不可能超过专业医生。因为患者摸到的是大象的局部，而医生看到的是大象的全貌。因此，唯一正确的选择是，把看病的事交给专业医生。如果每个人看病之前先问“度娘”，

然后再质问医生：为什么你的诊断与百度不同？那就真的难为医生生了。

有病不问“度娘”，到底该问谁？其实，这正是医学界的“软肋”。眼下，中国还没有一本权威的《医学大百科》，医生都在忙着治病，没有精力做科普。结果，“李逵”不下山，“李鬼”称大王，“度娘”自然就成了“名医”。因此，要想让公众摆脱对“度娘”的依赖，必须建立医学科普的“国家队”，正本清源，用科学权威的信息驱逐虚假信息。同时，完善家庭医生制度，在加快培养全科医生的基础上，鼓励更多医生开办个人诊所，让每位居民都能在家门口找到可信的医生。倘若如此，有病何须问“度娘”！

（据《人民日报》）

看病只找主任医师？



资料图片

副主任医师 既“经济”又“适用”

如果说大专家、主任医师是“高富帅”，也许只是看上去很美，那么副主任医师就像是“经济适用男”。“经济”是指，相对主任医师、大专家而言，副主任医师的可及性更高，说白了就是更好挂号。而说他们“适用”则首先要明白，成为一名副主任医师需要奋斗多少年。“一般一名本科毕业的医学生，在一切顺利的情况下，至少要在临床工作 10 年才能成为一名副主任医师。”首都医科大学附属北京朝阳医院宣传中心主任杨舒玲说。

对于常见病、多发病以及一些少见病的典型病例，副主任医师的临床水平和经验已经

足够应对。90%~95%的病例副主任医师通常都能解决。

一些副主任医师甚至在这一职称上一待就是七八年。一方面，由于医院晋升制度上有名额限制，讲究论资排辈，“比如某一科只能有一个主任医师，一些副主任医师工作时间再长，只能还是副主任医师。”中国人民解放军总医院第一附属医院宣传部门负责人张献怀说。

另一方面，归根于中国饱受诟病的医生职称晋升体系。有业内人士指出，现有的医生职称体系更多是在考验医生论文写作发表能力、年岁资历，甚至是在地方上或相关系统内足够的人际关系。相反，对临床水平的考量几乎没有。

这样导致的结果是，“致力

今年已是 81 岁高龄的北京师范大学老教授张静如最近出了一本回忆录，他在书中总结了一生看病的经验，认为看病最好找副主任医师，一般不要找主任医师。个中原因，他在书里卖了个关子，“这是有道理的，但不好说。”

已经义务导医 27 年、对北京地区 3000 多名医生了如指掌的刘传刚也赞同这一观点，他甚至对心目中好医生的年龄段进行了细化：40~50 岁的两医大夫；50~60 岁的中医大夫；20~30 岁的护士。

于临床的医生晋升无望，没发表论文的天赋，临床水准再高，也无法评上主任医师。”广东省卫生计生委副主任廖新波称。

现实中不乏这样的例子，一些副主任医师就是不擅长搞研究，写论文，即使再去看病，也只能还是副主任医师。“临床医学是需要时间来积累经验的。可惜的是百姓并不明白其中的道理，看病就喜欢找职称高的。”北京大学第一医院普外科副主任医师吴涛表示。

副主任医师“适用”的第二理由是，他们大多数是 30~50 岁，正处于年富力强的阶段。因为当医生不仅仅是一个脑力活儿，更是一个体力活儿。

日本一家医疗信息网站近日公布的一项调查显示，大部分医生在值班时连续工作 32

开官方微博对于许多医院来说，是一件不得不做而又很痛苦的事。

痛苦一：今天发点儿啥？

其实关于发什么内容的痛苦，是所有企业品牌部门负责微博的团队所共有的，只不过在医疗行业尤其，因为限制太多，手里可出的牌太少。

基本上医院的微博内容就是三板斧：新闻、转发、小贴士。老实说，作为读者，这些内容基本上让人感到乏善可陈。以新闻为例，本来是个很好地向患者传递信息的渠道，结果要么被“不动脑子”地直接发布为那些官话连篇的新闻，不是“为了增进我院职工身体素质，院工会组织了××医院第×届职工运动会”，就是“×年×月×日，×国××医院代表团来我院访问”；要不就是被营利性医院市场部搞得广告满天飞，不是今天宣布这个检查免费，就是明天惊呼那个套餐五折。至于那些“为赋新词强说愁”，为凑数而凑数的各种饮食营养运动小贴士，更是浪费读者的时间。

痛苦二：“粉丝”太少怎么办？

“僵尸粉”为什么还有市场？因为大家需要这个指标交差。事实上“粉丝”少，增长慢，恰和内容质量差是正相关的。没有足够多吸引人的高质量内容，哪儿来的重视“粉丝”呢？但内容只是影响“粉丝”数量的因素之一。酒香也怕巷子深，是否主动出击去寻找“粉丝”，是否主动让他们看到精彩内容，也是影响“粉丝”数量的重要因素。

痛苦三：满屏私信如何回？

很多医院的管理层拒绝开微博就是害怕私信。求医问药的，不好回，怕出事；投诉骂娘的，不想回，怕小事化大、大事化更大。

世上没有翻不过去的山，微博也不是什么克服不了的难题。以下 3 个方子，或许对大家管理医院微博有一定帮助。

处方一：站在患者角度思考

任何时候都首先站在患者的视角来看待准备发布的内容，切记，来看医院微博的，必定是有明确需求的。患者需要的信息未必是“高大上”的，很可能只是一些我们看来微不足道的，但是就能给他提供切实的帮助。如上海市儿童医院的官微，每天分两次通过微博发布上下午专家门诊出诊表，这对患者来说太实用了。

处方二：让医生参与

别让微博成为院办和宣传科的“内部”事务，医生必须参与进来，主要形式有两种：一是医生提供内容在微博上发布，比如应季的疾病预防科普文章、院内讲座的通知等；第二种，也是更重要的，应该培养一批医生建立自己的微博账户，并且对其内容做适当引导。科普和咨询的工作，主要通过医生个人微博来完成。这样，不仅医院官方微博的私信压力会大大减轻，还可以通过转发等技巧，构建一个富有弹性的内容流动网络，更好地引导患者的走向。

处方三：按功能建于账户

在具备了一组医生微博之后，还可以考虑将医院官方微博拆分成若干子账户，让每个账户更专注于某个细分领域，以便提供更针对性的内容，从而最大程度吸引“粉丝”。

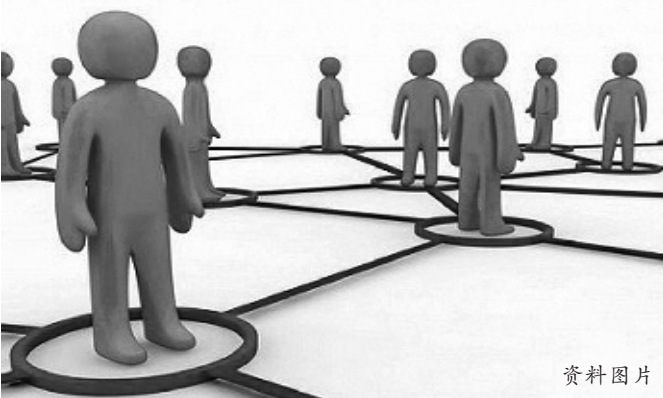
对于综合性医院，大体可拆成下面几个子账户：

咨询账户：专门处理专家出诊，挂号，费用。对于高档私立医院来说，还包括投诉处理，商业保险程序解答等。

医技科室账户：其中药剂科尽可能开户，因为涉及面最广，传播效果好。影像和检验也是患者存疑的重灾区，也值得考虑投入力量建设微博。

特长科室账户：这个重要性就不用多说了。需要提醒的是，特长专业的账户务必和科里的医生微博账户做好分工，大家的力量不要往一个地方扎堆儿。

（据医学界微信客户端）



资料图片

急救先解决医院后顾之忧

化解“见死不救”难题，终于从道德战场走上了制度归途。国家卫生计生委日前发出通知，要求加快实施疾病应急救助制度。今年 9 月底以前，各省（自治区、直辖市）要设立疾病应急救助基金，明确基金经办管理机构，并制订具体办法和实施细则。国家卫生计生委同时重申，对于需要紧急救治但无法查明身份或身份明确无力缴费的患者，各医疗机构不得以任何理由拒绝、推诿或拖延救治。

“见死必救”应是政府分内之责

“见死必救”固然是医院的分内之责，但由此产生的医疗欠费不能由医院承担。应该看到，有关部门多年以前就提出“先治疗、后付费”的要求，之所以一直落实不力，有些医疗机构之所以阳奉阴违，最主要的原因就是医疗欠费问题没有解决。换言之，如果不将医疗欠费问题处理好，不解除医院的后顾之忧，“先治疗、后付费”就难以全面落实，医院“见死不救”的现象就不能杜绝。

在这个意义上，国家卫生计生委督促各地尽快设立疾病应急救助基金，可谓切中要害，抓住了问题的牛鼻子。有了疾病应急救助基金，今后医院因紧急救治患者而发生医疗欠费，就可以向基金管理机构申请补偿。免除了这个“心头之痛”，医院才能真正将救死扶伤作为天职，才能避免一些患者无钱治病可能等死的悲剧。

设立疾病应急救助基金，其实是为医院“见死必救”托底。这同时说明，“见死必救”不仅是医院的责任，而且是政府的分内之责，设立救助基金为医院免除后顾之忧，就是政府在“见死必救”中应当承担的责任。

应急救助基金的钱从哪儿来？

尽管国家卫生计生委明确要求设立疾病应急救助基金，并为此而定了时间表。不难看出，这一基金仍是各自为政，国家卫生计生委即便有着良好的初衷和设想，但现实中却未必能主导并管理这一基金的运行与支付机制，甚至连基金的来源，究竟是由财政拨付，还是筹资，也仍然语焉不详。

至于可操作的支付机制，虽然规范提及符合疾病应急救助基金支付范围的医疗费用，各医疗机构可提交基金支付申请。但申请能否批得下来，批下来了，钱多长时间到账，相关的细则也仍然付之阙如。假如不能保证基金来源，医疗费用的支付申请也并没有明确的说法和支付时限，疾病应急救助基金究竟能多大程度上打消医疗机构的担忧，自然仍要打上个问号。此外，上述支付机制，其实是建立在“无支付能力患者”的认定这一前提的，那么“无支付能力患者”究竟该如何判定，也同样是绕不过的问题。否则，在当下个人诚信制度缺失的背景下，为“无支付能力患者”创建的疾病应急救助基金，会否反而被“故意逃费者”钻空子，并让疾病应急救助基金难堪重负，或许也并非杞人忧天。

（据《新京报》）

声音

（据《身体地理》）