

癌症幸存者的生存需求远未被满足

治疗的远期影响、继续就业的需求、长期认知障碍等均应引关注

▲ 本报记者 赵佩

癌症治疗水平不断发展，生存5年以上癌症幸存者越来越多，这些患者随后的生活质量，治疗远期影响和后遗症越来越值得关注。

目前儿童、青少年与年轻成人癌症患者的5年生存率达到了80%。已有研究显示，儿童和青少年癌症幸存者的慢性病和情绪的远期影响风险都有所增加。另外，青少年和年轻成人癌症幸存者的住院治疗风险更大。

转移性癌症患者生存的改善，凸显了癌症幸存者就业的重要性。为帮助这些幸存者适应这种趋势，更好地理解转移性癌症对就业的影响非常必要。

癌症患者频繁经历短期的认知障碍，但对于这些障碍持续多久、是否随时间推移而变等知之甚少。“2016癌症幸存者论坛”一项摘要显示，认知障碍或长期持续存在，强调应注意所有年龄段患者认知功能的影响，包括高龄群体。



青少年和年轻人癌症幸存者治疗的远期影响 白血病、脑瘤和霍奇金淋巴瘤幸存者住院治疗的风险最大

丹麦一项研究结果显示，与正常对照人群相比，青少年和年轻成人癌症幸存者的住院治疗风险更大，其中白血病、脑瘤和霍奇金淋巴瘤幸存者的住院

治疗风险最大。(JAMA Oncol.2015年11月19日在线版)

研究纳入3355例生存期超过5年的癌症幸存者(确诊年龄15~39岁)，中位随访14年后，共计53032次

住院治疗记录。

脑瘤幸存者中超过50%癌症特异性住院绝对额外风险与神经系统或内分泌失调相关，霍奇金淋巴瘤幸存者中超过50%癌症特异性住院绝对额外风险来

自于恶性肿瘤和心血管疾病，而白血病幸存者特异性住院绝对额外风险则主要是由于传染病和寄生虫疾病(20%)以及呼吸系统疾病(28%)，尤其是流感和肺炎。

癌症幸存者认知障碍或长期持续存在

1月16日在圣地亚哥召开的癌症幸存者论坛上，一项来自美国的研究结果显示，认知障碍也许长期持续存在。与无癌症的个体相比，长期癌症幸存者在涉及执行功能区的处理速度、注意力、学习和工作记忆等方面表现更糟糕。癌症幸存者还存在更加频繁的记忆和混乱问题。相比短期癌症幸存者，这种效应在长期癌症幸存者中更为明显。相比于75岁以上的癌症幸存者，60~75岁的癌症幸存者在认知测试中的表现更差。(摘要号193)。

研究入组408例癌症幸存者及2639例无癌症对象(年龄均60岁及以上)。癌症幸存者的平均年龄是72.8岁，诊断至今的中位时间是11.5年。

研究者强调，在老年癌症幸存者中，特定类型的认知功能变化在治疗结束后可能会持续存在。



1/3 转移性癌症幸存者仍选择继续工作 癌症类型等不影响工作决定，症状负担的加重则与不再工作相关

近日，美国学者进行的一项研究显示，相当比例的转移性癌症患者仍然在工作，症状负担的加重与不再工作相关。(Cancer.2016,122:3)

研究者表示，应将干扰工作的可改变因素尽量最小化，以便那些有工作需求的转移性癌症患者可以继续工作。加强症状控制以及解决

工作场所难度的策略的制定将有望改善癌症幸存者的工作状况。

研究纳入668例处于工作年龄的转移性癌症患者，结果显示，35%患者全职或兼职工作，45%因病停止工作。总体而言，58%的患者工作情况因病发生了变化。被确诊为转移性癌症后，体力状况较好及非西班牙裔与患者继续工作显

著相关。而癌症类型、自确诊至今的时间、转移部位的个数、转移的位置以及治疗状态则与继续工作不显著相关。潜在的干扰工作的可改变因素中，接受激素治疗和减少症状干扰与继续工作相关。

疲劳、嗜睡、记忆问题和麻木是癌症患者不再继续工作的最相关症状。这表明，在患者

与癌症斗争的过程中，医生可做大量的工作来帮助希望继续工作的患者，应就疾病的可能病程及患者对工作的态度，与患者讨论处理症状的方法，着重考虑减轻症状负担来为那些需要工作的患者提供支持。

随转移性癌症幸存者数量的增多，应用于预防措施保证癌症幸存者的工作能力越来越重要。

血清肿瘤标志物 PSA 检测 助力前列腺癌有效管理发展

日前，在京举办的肿瘤标志物大师班交流会上，西班牙巴塞罗那临床医学院生化实验室癌症研究中心主任 Rafael Molina 教授就 PSA 的研究发展、医学价值及其对前列腺癌管理的应用进行了深入探讨。

合理应用 PSA 检测 辅助前列腺癌诊断与风险评估

PSA 是由前列腺上皮细胞分泌的一种丝氨酸蛋白酶，但并非前列腺组织特异性，在血清中主要存在结合与非结合两种形式。血液中绝大多数 PSA 与多种内源性蛋白酶抑制剂相结合形成复合 PSA，如与 α 1-抗糜蛋白酶(ACT)结合构成 PSA-ACT，是血清中复合 PSA 的主要构成形式，剩余少部分 PSA 在血清中成为游离 PSA (fPSA)。临床检测的总 PSA (tPSA) 事实仅是 fPSA 与 PSA-ACT。

欧洲肿瘤标志物组织(EGTM)明确提出了实验室检测中样本保存的推荐操作方法。用于肿瘤标志物检测的血液标本，应在采集后3h内离心分离

血清，并根据检测时间，选择正确保存条件。

WHO 1999 年发布的 PSA 校准方法(WHO 96/670)将截断值定为 3.1 ng/ml，一般超过 10 ng/ml 考虑罹患前列腺癌的可能。但因血清 PSA 浓度在前列腺增生和前列腺炎中均有升高，前列腺良性疾病与前列腺癌在 2~10 ng/ml 时有交叉情况，存在很高比例的假阴性和假阳性结果。若假阴性出现在 2~4 ng/ml，可导致 15% 癌症漏检；假阳性在 4~10 ng/ml 出现时，被认为是判断前列腺癌的灰区，65% 良性疾病被错判为癌症。

此时，可通过结合 fPSA 计算游离前列腺指数(%fPSA)，提高检

出率。在 tPSA 水平为 4~10 ng/ml 的患者中，以 %fPSA 为标准可减少 35% 的不必要活检，且检出敏感性达 94%。

除辅助诊断外，前列腺癌应根据血清 PSA 联合 Gleason 评分和临床分期分为低、中、高三级风险等级，指导预后和治疗。通过 Gleason 评分形成癌组织分级常数，其波动范围为 2~10 分，当 Gleason 评分 ≤ 6 且 PSA < 10 ng/ml 及临床分期 $\leq T2a$ 时，判断为低危；若 Gleason 评分 ≤ 7 或 PSA 为 10~20 ng/ml 或临床分期 $\leq T2b$ ，属于中危组；Gleason 评分 > 7 或 PSA > 20 ng/ml 或临床分期为 T2c，说明为高危组。

主动监测成为国际 PSA 诊疗指南 推荐的保守治疗策略

目前，国际上 EGTM、欧洲泌尿外科学会(EAU)、美国临床生物化学学会(NACB)、美国泌尿外科协会(AUA)、美国癌症协会(ACS)等组织均发布了前列腺癌相关指南。

Molina 教授介绍了一项覆盖欧洲8个国家、入组50~74岁男性人群的欧洲前列腺癌随机筛查研究(ERSPC)，将人群随机分为定期进行 PSA 筛查组与不限定是否进行 PSA 筛查的对照组，筛查组进行 PSA 检查的间隔为4年，统计核心年龄段为55~69岁受试者的前列腺癌死亡率。结果发现，随访至第9年时，核心年龄段定期筛查组与对照组的前列腺癌死亡率之比为0.85；随访至第11年时，比值为0.78。

近期，在《柳叶刀》杂志上公布的13年随访结

果显示，在55~69岁男性中，PSA 筛查使前列腺癌死亡率下降了21%，且与随访9年和11年的结果相比，获益呈增长趋势。

EGTM 指南指出，PSA 筛查也存在潜在伤害，包括过度诊断和随之而来的过度治疗。为降低临床诊断为低级别风险前列腺癌患者过度治疗的比率，采取定期直肠指诊(DRE)、PSA 检测及定期活检等手段的主动监测成为当前保守治疗的主要策略，低风险组患者可选择观察等待病情进展情况而延迟干预治疗方案。Molina 教授表示：“筛查前，建议医生和患者讨论检测项目的选择、益处和可能的副作用，以便患者根据情况做出自己的选择，对有早期诊断要求的人群不应拒绝进行 PSA 筛查。”

由于 tPSA 检测方法多样，不同厂商试剂、不同

检测方法之间差异水平达 10%~40%。Molina 教授指出：“PSA 检测方法的不一致使其价值长久存在争议。由于不同检测方法产生结果不同，PSA 就会失去其在诊断和预后方面的重要价值。”为提高 PSA 检测特异性，临床医生需结合年龄特异性参考范围、PSA 抗原密度(PSA/D)、速率(PSAV)、游离与总 PSA 比(f/t)、外周带 PSA (PSA-TZD) 检测等附加指标综合判断。

虽然当前不同 PSA 检测方法之间差异仍较大，但随着诊断技术改进，PSA 检测精准度正在不断提高。罗氏诊断 Elecsys[®] PSA 和 fPSA 检测拥有 WHO 标准溯源，只需一管血，18 min 就能为临床提供准确结果和高医学价值信息，为患者长期随访提供可靠依据，有助于实现前列腺癌高效管理。