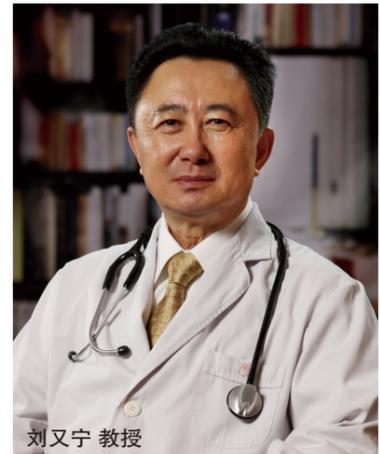


低剂量 CT 筛查肺癌功不可没

▲ 解放军总医院呼吸病研究所 刘又宁

《中华结核和呼吸杂志》在2015年第4期刊登了一篇署名张国楨与白春学的专题笔谈：“胸部低剂量CT筛查肺癌的是与非”，该文十分精辟地论证了胸部低剂量CT筛查肺癌（简称“CT筛查”）的利与弊，在引证大量无可辩驳事实的基础上，对该方法作出了充分的肯定。原本相关争议已经可以平息，但近来，因某种特殊原因，该方案在国内又面临前所未有的巨大挑战，甚至有被彻底颠覆的危险。故笔者特将前不久发表于《中华结核和呼吸杂志》的一篇拙文，稍作修改再投到《医师报》。



刘又宁 教授

肺癌不同于某些体表肿瘤

自2016年11月起，国内多个医学媒体报道了韩启德院士反对在“健康”人群“普遍”癌症筛查的观点，认为是弊大于利，在举例中提到甲状腺癌、乳腺癌及肺癌等多种癌症，也被列入《医师报》2016十大医学报道之一，引起了很大的反响与很多的争议。

对于长在体表的肿瘤，如甲状腺癌和乳腺癌，详细认真的物理诊断是否能代替花费更多的实验室检查，笔者无资格去评论。笔者也同意，确实有不少惰性生长的甲状腺癌不去干预也无大的危害，但谈到肺癌，则截然不同了。

早期肺癌多数没有任何症状与体征，一旦出现胸痛、呼吸困难者则多已有胸膜转移。若等到有临床表现再去检查，往往为时已晚。不能指望任何一个“神医”仅靠“望、触、叩、听”就能发现肺内的小结节，就连普通X线检查，因纵隔阴影等限制，作用也十分有限。所以并非医生们偏爱花钱更多、辐射更强的胸部CT，而是没有更好的其他选择（将来超声技术能否替代尚属未知）。CT检查对于胸部病变，特别是小结节的发现，有其不可替代性。对这一突破性的先进技术，我们没有理由不去充分利用。

CT 筛查可显著降低病死率

CT筛查是否有益，最关键的因素是能否降低病死率。国际早期肺癌行动项目（I-ELCAP）和美国全国癌症筛查试验的随机对照研究（NLST）结果，提供了极有说服力的证据。虽然另有几项随机对照试验得到了阴性结果，但这些研究的样本量远低于NLST，随访时间较短且研

究质量不高。如果大家都同意早期诊断、早期手术是降低肺癌病死率的唯一途径，那么对于任何CT筛查的阴性结果都要先从方法学上找原因。关于I-ELCAP和NLST研究，在此仅摘录张国楨专题笔谈有关重点内容就以明晰：通过CT筛查，临床I期肺癌术后10年的生存率达88%，在诊断后1个月内手术者为92%，其中术后病理诊断也为I期者更达94%。而同样I期拒绝手术的8例皆在5年内死亡。将CT筛查与普通X线检查相对照，则前者肺癌检出率是后者的10倍，病死率进一步降低了20.3%。以上结果充分彰显了CT筛查对肺癌早期诊断、早期治疗的重要性。由于筛查技术的进步，先进国家肺癌确诊时有2/3可手术切除，而我国却有2/3属晚期，已无法手术。

CT 筛查使被检者明显获益

除病死率外，牵扯到被检者是否受益的还有过度诊断造成的损失（包括被检者的心理负担）、高辐射风险和医疗费用增加等。对于上述问题张国楨的文章也有透彻的分析，笔者不再过多重复，只想再强调3点：

过度诊断或漏诊原因并不在方法本身，而在于是否能做好结果的科学判定与定期随访

无可否认，CT筛查发现的良性结节或良性病变是肺癌的10倍左右，有的很容易鉴别（如有钙化的典型结核病灶），有的则很难。

如果说会有过度诊断或漏诊（将肺癌判为良性病变），原因并不在方法本身，而在于是否制定了严格有效的结果判定标准。笔者一直提倡，

是否为肺癌，应是放射科与临床医生共同作出的诊断，对于疑难病例，则需要多学科经验丰富的医生共同讨论。此外，筛查方法规定的定期随

诊也可明显降低疑难病例的误诊率。在医疗知识高度普及的今天，只要对被检者解释清楚，人们对肺部微小病变的心理负担并不会很大。

筛查本身并不意味着必然伴有过度治疗

笔者同意对于老年人怀疑为原发腺癌的小的孤立结节，在经过随诊无变化的情况下，可以不必急于手术。少数

病例可“带瘤生存”，终生无大碍。但筛查本身并不意味着必然伴有过度治疗。况且即便是呈惰性生长的“懒癌”，

选择微创手术切掉也没有什么不好。临床上常见原本处于“静止”状态的孤立腺癌，可能因某种环境因素刺激而突

然“暴发式”生长、转移。我院一位非常著名的神经病理专家就是如此，原本有手术机会而不幸失去。

提倡早期筛查减少终末期肿瘤“超豪华”治疗会更节约医疗费用

有人粗略计算，晚期肺癌患者仅一个疗程昂贵靶向药物治疗的费用，就足够用于上百人的CT筛查。在我国，若通过筛查，能将初诊适于手术的患者从1/3提高到1/2，直接节省的医疗费用将数以百亿，孰浪费、孰省钱，不辩自明。

威学者们与其将精力放在反对肺癌等肿瘤的早期筛查，不如将更多的精力，放在制止我国盛行的终末期肿瘤患者的“超豪华”治疗方案上，这种做法即使能带来生命的短暂延长，也要承受难以忍受的放、化疗带来的痛苦及高额的医疗费用。

生命的价值是无法用金钱来衡量的。一位著名的科普专家提到：“2000年我国医疗总支出为6140亿元，可造106艘航母了”。

笔者不知6140亿元的开销对于十几亿人口的大国是多还是少，但人的健康与生命是无法拿航母的价值来衡量的。要知道航母也是人

造出来的，单凭花钱是买不到的。首位能熟练驾驶歼15在航母上自由起降的飞行员的珍贵性，要远高于歼15甚至航母本身。更不要说2年前在首艘航母试航中，倒在工作岗位的总工程师罗阳的价值了。医学是复杂的，并不是只要省钱就好。

因此，笔者希望权

还需强调，健康与

CT 筛查早期肺癌应在指南指导下推广应用

笔者认为还有几个概念要澄清。韩院士否定的是对“健康人”“普遍”进行癌症筛查，言外之意并非癌症筛查本身。但笔者认为，癌症筛查就像将全部沙子过筛子后才能分出粗细一样，仅在小样本中进行就失去了其根本意义。也就是必须较普遍地进行，否则就要漏掉可能呈阳性的被检者。至于“健康人”常也属于适合为筛查对象的高危人群，不能被排除在入选人群之外。

如美国联邦保险愿支付的、比较苛刻的肺癌筛查对象为：年龄55~74岁，至少有30包/年吸烟史，仍在吸烟或戒烟<15年。严格地说，这些人仍属健康人。

此外，在2016年11月10日《医师报》第24版引用了韩院士的一段话：“衰老是癌症最重要的原因，衰老不可避免，因此癌症不可消灭……”。我认为，对韩院士的这些话要展开来理解：衰老是生理过程并非疾病，癌

症是病理过程，二者怎能混为一谈？随着平均年龄的延长，发现癌症的几率增高是必然的，但衰老不是癌症的病因，更不是最重要的原因。癌症发生与否，取决于先天的遗传因素与后天的生活习惯及生活环境的改变，衰老本身并不必然要伴随有癌症。被称为血癌的白血病、肉瘤及儿童多发的恶性肿瘤便是很好的例子。

如果说衰老会增加正常细胞突变为肿瘤细胞的机会，那也是环境因素

与不良生活日积月累的结果，并非衰老本身所致。

最后，笔者希望更多人能清楚认识：CT筛查具有不可取代的作用，其功远大于过，特别是能早期发现肺癌，显著降低病死率，是不容置疑的，应在国内相应指南指导下推广应用。鉴于我国空气污染严重、吸烟及吸二手烟者众多，以及肺癌发病有年轻化的趋势，首次以体检为目的胸部CT（并非指筛查）检查，年龄适当提前是必要的。



感染病学专栏(12)
 主办：中国医药教育协会感染疾病专业委员会
 协办：解放军呼吸病研究所

主 编：刘又宁

执行主编：
 王 睿 徐英春 黄晓军
 邱海波 俞云松 王明贵
 陈伯义 胡必杰

本期轮值主编：刘又宁

编 委：
 陈良安 解立新 施 毅
 曹 彬 李光辉 马晓春
 张湘燕 刘开彦