

# 北京癌症新数据出炉

肺癌居男性恶性肿瘤首位，乳腺癌仍为女性首位

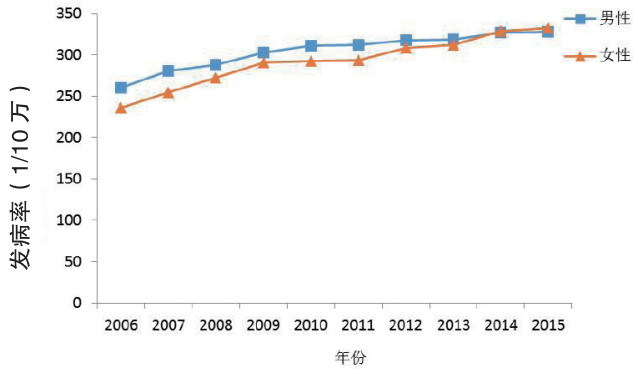


图1 2006-2015年北京市户籍居民恶性肿瘤发病率

7月26日，北京市肿瘤防治研究办公室发布了北京癌症2015年数据。数据表明，2015年北京市户籍居民共报告恶性肿瘤新发病例44219例，发病率为330.17/10万，比2014年(328.22/10万)增长0.59%，2006-2015年年龄标化发病率年平均增长1.6%(图1)。2015年，男性恶性肿瘤新发病例中肺癌发病居首位，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首位，其次是肺癌、甲状腺癌、结直肠癌和子宫体癌。

2015年北京市城区共报告29397例，占恶性肿瘤新发病例总数的66.5%，发病率为350.85/10万；郊区共报告14822例，占恶性肿瘤新发病例总数的33.5%，发病率为295.60/10万；城区发病率高于郊区(图2)。

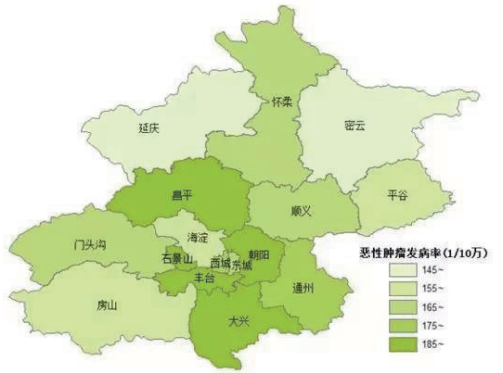


图2 2015年北京市户籍居民恶性肿瘤发病率地区分布

## 常见恶性肿瘤发病情况

### 肺癌

共报告肺癌新发病例8541例，占恶性肿瘤新发病例的19.3%，其中男性5230例，发病率为77.96/10万；女性3311例，发病率为49.53/10万。肺癌发病率由2006年的50.03/10万升至2015年的63.77/10万。

### 乳腺癌

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45~50岁组和60~65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。

### 肝癌

共报告肝癌2252例，占恶性肿瘤新发病例的5.1%，其中男性1610例，发病率为24.00/10万；女性642例，发病率为9.60/10万。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。

### 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%，其中男性3055例，发病率为45.54/10万；女性2293例，发病率为34.30/10万。发病率由2006年的27.42/10万升至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。

### 胃癌

共报告胃癌2395例，占恶性肿瘤新发病例的5.4%，其中男性1627例，发病率为24.25/10万；女性768例，发病率为11.49/10万。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。

## 权威解读

# 医学要慎言“中国特色”

由乳腺癌数据看国内外数据差异

▲北京大学第一医院普外科 王东民

十几年来，国内乳腺癌领域“专家”众口一词：中国乳腺癌呈“年轻化”特征，较国外乳腺癌患者平均年轻10岁，且发病有两个高峰时段。以此作为乳腺癌的“中国特色”，晓喻海内外，博得世人侧目。

7月26日，北京市肿瘤防治研究办公室发布了2015年北京市癌症数据(图3)。其中，女性乳腺癌4310例，占新发女性恶性肿瘤的19.4%，居女性恶性肿瘤第一位。发病率由2006年51.46/10万人，上升到2015年64.48/10万人。女性乳腺癌2001年、2006年均呈45~50岁，60~65岁双峰分布。而2015年，乳腺癌发病率自40岁以后进入上升期，且呈单峰分布，峰值在60岁。2015年的统计结果与国外乳腺癌发病趋势基本相符。那么是何原因导致以前数据与国外数据的差异？又该如何解释这种差异？



王东民 教授

### 1

**统计数据的准确性：**尽管北京的疾病控制管理较为完善，但是北京医疗机构包括地方医院和军队医院，且数量相当。由于北京市卫生行政部门无法指挥军队医院上报数据，因此长期以来，无法准确统计北京全部户籍人口的恶性肿瘤相关数据。而2015年发布的数据表明，这种现状已经发生改变。

### 2

**人口结构的年轻化：**中国改革开放取得成功的要素之一，就是人口结构的年轻化。年轻人口比例占多数，因此年轻乳腺癌发病的绝对人数就多。如果没有进行严格的、科学的人口标准化处理，就会得出中国乳腺癌年轻化的结论。此外，还有一部分老年乳腺癌患者拒绝治疗，也是造成老年患者统计缺失的原因之一。

### 3

**统计学方法：**统计方法的科学性，重点在于各种人口统计数字的真实性和正确统计方法的应用(样本的设计与处理)。由于很难获取同一时期各种人口基数的准确数字，就会直接影响统计的结果。这方面需要投入大量的人力物力，进行数据获取、分析、验证，显然，目前的投入还远远不够。

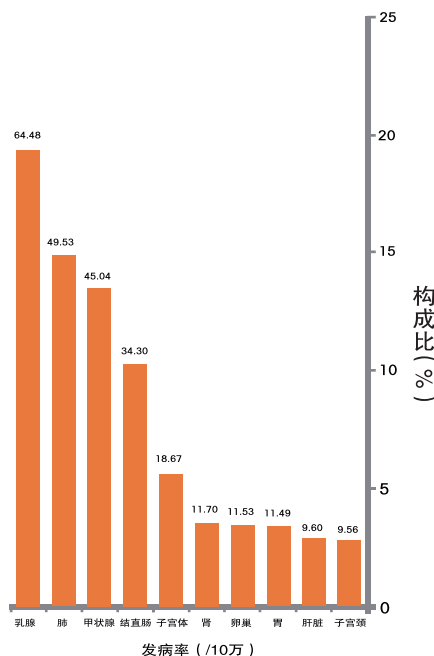


图3 2015年北京市户籍女性居民前十位恶性肿瘤发病率及构成比

### 4

**理论上的解释与证据支持：**对于统计结果，首先要进行正确的分析和判断。同时还要有病因学研究证据予以支持。美国亚裔女性乳腺癌的发病率比美国白人低，比中国大陆人高，这种现象符合生活方式对乳腺癌发病率的影响。但是美国亚裔女性的发病率并没有出现双峰，也没有出现年轻化，其年龄分布与白人相同，只是发病率和峰值较低。亚裔与中国大陆女性乳腺癌易感基因的突变比例也都很低，从基因学上无法解释中国乳腺癌年轻化的病因。

### 5

**“中国特色”乳腺癌之辨：**如果乳腺癌真的存在“中国特色”，试问：现在治疗乳腺癌方法都是世界通行的方法，那么我们目前使用的普世治疗方法对“中国特色”乳腺癌的治疗是否合适？如果把乳腺癌的“中国特色”作为一个重大发现在国内外学术界大讲特讲，并因此获取一些科研经费或成果，岂不是要被人传为笑柄？