



老游杂谈②①

健康人普遍癌筛 有必要吗？

▲中华医学会杂志社原社长兼总编 游苏宁

科技的进步使现代诊断技术不断增强，也导致肿瘤发病率急剧飙升，随之而来的就是早期手术干预日益增加。但是，人群中多种癌症的病死率却没有降低。这种鲜明的反差带给人们莫大的困惑：真有必要对各种肿瘤都进行人群筛查吗？

一般而言，“三早”就是要早期发现那些没有出现症状的肿瘤患者，在肿瘤早期就给予治疗，希望以此提高癌症患者的存活率。然而，最近有关“三早”的利弊仍存在很多争议。

有关资料显示：2013年与1990年相比，我国癌症新发病例数增加了81%，其中肺癌由26.2万到59.4万，增加逾1倍；乳腺癌由9.8万到26.6万，增加近2倍；前列腺癌增加到5倍。而且，早发现、早诊治之后，相关病死率



并没有下降。究其原因，首先是“惰性癌”概念的提出，有些癌可能与人体和谐共存，伴随我们终生而并不发病，因此对其没有必要及早发现和治理。其次，以往认为早发现、早手术可延长癌症患者的生存期，窃以为这种观点对有些肿瘤是一种误解，并非放之四海而皆准的真理。第三，目前对多种肿瘤进行的早期诊断难以实现绝对精准，尤其各种筛查结果与癌症之间并非是

必然的因果关系。

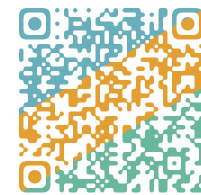
研究显示，健康筛查对消化道肿瘤的早诊早治确实有益。1990~2013年，美国55岁以下患者结直肠癌发病率从14.6%升到29.2%，但病死率却持续20年下降，其中最重要的原因是使用了电子肠镜用于早期结直肠癌的筛查。美国50岁以上成年人电子肠镜检查的比例从2000年的21%上升到2015年的60%，预测2020年结直肠癌的

病死率比2000年下降约50%。日本最受全球肯定的是胃癌筛查的成效。2015年的数据显示，2013年40~69岁男性的胃癌筛查率为45.8%，女性为33.8%。

同时也有研究表明，健康筛查对乳腺癌、宫颈癌、前列腺癌及甲状腺癌明显弊大于利，导致在商业利益驱使下医疗资源的过度浪费。钼靶筛查最多可以降低5%的乳腺癌相关病死率，但1/3患者存在过度诊断。2008~2009年，北京市政府投入2亿多资金对全市133万妇女进行癌症筛查，宫颈癌筛查75万例，确诊仅72例；筛查乳腺癌57万例，确诊乳腺癌仅241例；其他妇科肿瘤17例。实际上，乳腺癌相关病死率降低主要受益于更好的治疗，而不是得益于钼靶筛查。

1993~2011年，韩国大力推行甲状腺癌早期筛查，结果甲状腺癌患者增加15倍，但死于甲状腺癌的人数却并没有变化，并且几乎所有诊断出来的患者，都接受了放疗或切除术，其中约11%发生甲状腺功能减退，2%因手术造成了喉返神经麻痹。多国的研究结果均显示，对卵巢癌、前列腺癌、乳腺癌的钼靶筛查以及肺部小结节筛查等，筛查组与非筛查组癌症病死率无差别。

有鉴于此，笔者完全赞同韩启德院士的观点：不提倡对健康人群进行普遍性癌症筛查。



关联
阅读
全文
扫一扫

回音壁

《这两个部门都发话啦！不将论文发表数量、影响因子与奖励奖金挂钩》

@中华 表面是提高科研能力，实际情况是因为科研比较好比较，有关单位加加分就够了，说深入点就是部分人的庸政懒政问题。

《医二代与父辈的难忘故事 | 刘健：我眼中的医生妈妈》

@世纪超声哥 感动，良医不仅给世人看病，也在用自己的一举一动影响着下一代。

《与病魔缠斗2个月，双肺移植让“纸片人”重获新生！》

@心静止水也 医学科技进步让生命更有韧性。

金句

所谓的秋冬第二波疫情，是以第一波的结束为标志的，现在全球范围内第一波并没有结束，所以，“第二波疫情”目前还是伪命题。眼下全球疫情大致可划分为两个部分——疫情继续高涨的地

区和疫情基本得到管控的地区。中国无疑是疫情基本得到管控的国家中做得最好的，不管海外疫情如何演变，中国始终是汪洋大海里一块坚实的磐石。

虽然短期内疫情还消停不了，但未来还是

乐观的。在疫苗发挥重大作用之前，我国方方面面准备充分，疫情反应策略会越来越完善。中国最差的时刻已经过去。

——复旦大学附属华山医院感染科主任 张文宏教授

基层声音

打击涉医犯罪需要硬核措施

▲江苏省东台市疾病预防控制中心 严国进

“涉医犯罪”要彻底治理，需要更多硬核措施。事前要有预警监测措施、必备防范设施，事中有严厉的法律条款惩治，事后有轰动的震慑效应，从而让涉医犯罪者有“后患”，有抹不掉的“劣迹”，让涉医犯罪者因医闹时时、处处“为难”、不称心、不如意，这样才能真正有效地维护诚信、和谐的医疗环境、社会环境，有效保护广大医护人员的人身安全。

我认为应该主要从以下几个方面来考虑：

从源头防范 各地公安、卫生健康部门、医院，包括基层医疗卫生机构要高度重视重点部位、重点

场所专用通道和硬隔离设施建设，防患于未然，从源头上阻止可能的涉医犯罪事件，做到早介入、早处理，积极做好前期处置工作。

措施得力 对威胁、恐吓、侮辱医护人员的，要坚决依法制止，并迅速报警；对“医闹”等聚众滋事的行为要采取果断措施，维护现场秩序，防止事态扩大；对故意伤害医务人员的行为，要采取强有力的措施，有效制止犯罪活动，依法控制犯罪嫌疑人，及时移交公安机关。

完善警医联动机制，建立突发事件处理快速反应机制 公安机关接到报警后，应当第一时间赶到

现场，并迅速控制现场局势，防止事态激化，警力相对薄弱的基层公安机关应当边出警边向上级请求警力支援。

推动完善院内调解、人民调解相结合的医疗纠纷调解体系。患方明确拒绝调解的，医疗纠纷人民调解组织或医疗机构要积极主动协助患方通过合法途径处理医疗纠纷。医疗纠纷责任未认定前，医疗机构不得赔钱息事。

强化舆论监督宣传 营造尊医氛围，打压涉医犯罪者嚣张气焰。广泛通过宣传并借助涉医犯罪者被拘留、判刑、失信受阻等案例，放大涉医犯罪惩戒效应。



《医师报》时评版欢迎广大读者赐稿。欢迎大家对医药卫生体制改革、医师执业环境、医患关系、医师职业道德建设等行业热点问题展开评论，投稿邮箱：ysjbing@163.com。

他山之石

制定医保药品支付标准 才是医改正道

▲陕西省山阳县卫生健康局副局长 徐毓才

7月23日，国务院办公厅印发了《深化医药卫生体制改革2020年下半年重点工作任务》的通知，下半年医改重点工作任务中，推进医保支付方式改革是其中之一。

医保药品支付标准是啥？

医保药品支付标准是指参保人员在使用医院或零售药店提供的医保目录内药品时，医保基金和参保人员共同就某一药品向药品提供方结算费用的基础。应该明确的是，药品支付标准并不单纯是设定某一药品的结算费用水平，还涉及支付药品范围、患者共付水平和共付方式、费用结算、调整时间和差

价分配等一系列制度设计。

使医保管理回归本位

制定医保支付标准并不是一个新话题，预示着新医改以来我们在药品采购会走上一条正确的路。

一是标志着医保药品不再直接由医疗保险行政部门直接采购决定价格，而将价格彻底交给市场，由市场主体各方协商决定。

二是标志着我们医保走向成熟，与世界开始接轨。各个国家制定医保药品支付标准的思路不尽相同，而我国实施医保支付标准处于起步阶段，根据推进过程结合药品集中采购工作，可以参照福建省按照不同通用名药分别确定支付标准；也可以参考

重庆的实践，选择各省购销价的最低均值作为支付标准。

随着我国仿制药质量和疗效一致性评价工作的实施，可通过一致性评价的部分药品纳入参考定价体系，按照同通用名制定支付标准，确定相同的支付上限。

支付标准≠交易价格

支付标准不是一种定价行为，这是最最关键的问题，但支付标准可以间接引导药品价格逐步趋于合理。而药品价格的合理形成又可以不断缩小支付标准和药品实际交易价格间的差异，有助于支付标准长期动态调整机制的形成。