

肺癌：发病率和死亡率的双冠“病魔”

●本报记者 陈祎琪

今年4月15日到21日是第30个全国肿瘤防治宣传周，今年的宣传主题是“综合施策，科学防癌”。中国工程院院士钟南山指出，肺癌是我国癌症中的“头号杀手”，我国约75%的患者发现时已处于中晚期。

事实上，肺癌已成为我国30年来发生率增长最快的恶性肿瘤，且有向年轻人“蔓延”的趋势。国家癌症中心数据显示，2022年中国新发癌症482.47万例，死亡257.42万例，其中肺癌新发106.06万例，死亡73.33万例。其发病率和死亡率在所有癌种中占据首位。

全球范围内也是如此。世界卫生组织国际癌症研究机构最新评估数据显示，2022年，全球肺癌新增248万例，占癌症新增病例总数的12.4%；死亡180万例，占癌症死亡总数的18.7%。两者均居榜首。

如何避免肺癌的“魔爪”伸向越来越多的人，已成为全球普遍关注的健康议题。

早期肺癌信号如何捕捉

随着低剂量螺旋CT普遍应用于健康体检中，肺结节的检出率明显提升，许多人因此惊恐万分。但肺结节就等于肺癌吗？

所谓肺结节，是影像学名词，而非疾病诊断，指在肺组织内出现密度增高的影像，其直径通常不超过3厘米，并且具有清晰的边界，是一种局部性、圆形、椭圆形或近似圆形的病变。它可以是单个病灶或多个病灶，并且不会导致肺不张、胸腔积液或肺门淋巴结肿大。其中直径小于10毫米的结节被称为小结节，小于5毫米的则被称为微小结节。

“检查出肺结节后，临幊上判断是否需要治疗，取决于肺结节在体内存留的时间和结节性质。”首都医科大学附属北京地坛医院胸外科副主任医师杨龙海表示，部分长期存在的钙化结节对身体健康没有威胁，无需过多关注。对于短期的炎症，或是从前治疗的残留，可进行抗炎治疗。

杨龙海强调，要特别关注属于早期肺癌表现的肺结节，即大于1厘米的实质性结节，边缘不规则，在影像学上发现有毛刺、分叶，甚至有空泡、胸膜牵拉

等特征。即使初次发现，也应积极处理，必要时考虑手术治疗。

近年来，磨玻璃结节型肺癌越来越多于传统肺癌的低危人群，引起了不少体检中查出该类肺结节人群的恐慌。对此，复旦大学胸部肿瘤研究所所长陈海泉解释，磨玻璃结节并不都是肺部恶性肿瘤，多数是特征性的炎性表现。即便最后明确诊断是肿瘤，也属于特殊类型的惰性肺癌，找准最好的时机手术对预后没有影响。

此外，咳嗽和胸痛也是肺癌的两个早期症状，但由于一般感冒、流行性感冒、支气管炎、哮喘和过敏等呼吸系统感染或炎症都会导致咳嗽，肋骨损伤（肋骨骨折、肋间神经痛、肋软骨炎等）、心脏疾病（心绞痛、心肌梗死、主动脉夹层等）、胃肠道疾病（反流性胃食管疾病）等都可能引发胸痛，因此如何精准辨别出肺癌引起的咳嗽和胸痛，成为公众所需。

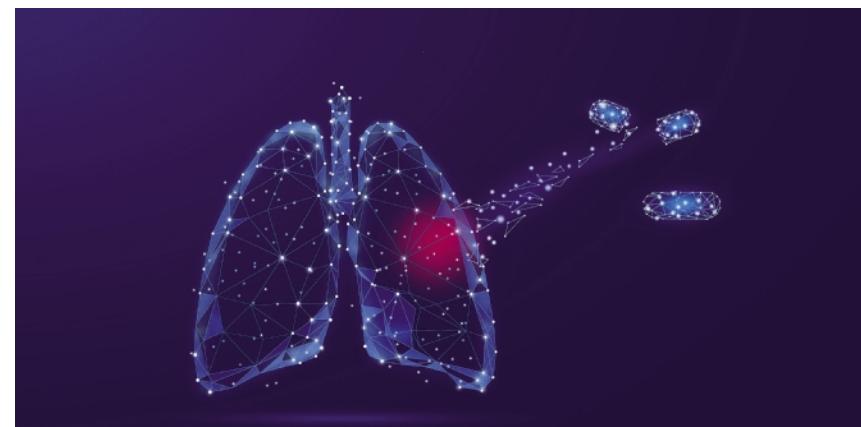
对此，《咳嗽、胸痛就一定是肺癌吗》一文指出，由于肿瘤压迫或堵塞气道，肺癌导致的咳嗽通常是顽固的，不易缓解，且伴有痰液。同时，伴随咳出的痰液带有血丝、呼吸困难等其他症状。肺癌导致的胸痛主要表现为胸部钝痛、胀痛或刺痛，以及胸部有紧迫感、沉重感等，其表现因人而异，但常常会在患者深呼吸、咳嗽的时候明显加重。

对于多病症状存在共性导致诊断难度增大的问题，该论文表示，提高警惕、尽早就医或许是最好的应对策略。

复杂难治性肺癌怎么破解

当今世界正在经历新一轮的科技革命和产业变革，肺癌外科也在微创化、精准化、综合化、医工融合化、自主化等多方面不断迎来新的突破。

中国工程院院士、北京大学人民医院院长王俊在《当代肺癌外科发展展望》一文中指出，肺癌外科的微创化理念，从切口微创，向缩小切除范围和保留器官功能进阶；精准化原则贯穿肺癌诊断、治疗、分子预测等诊疗全程；综合化治疗模式打破单科诊疗模式形成的专业壁垒和学科界限，为患者提供手术、靶向治疗或免疫治疗的最佳治疗策



图片来源：摄图网

略；医工融合化的代表性技术，如可视化技术、机器人手术辅助技术和人工智能技术等，凭借对人眼、人手、人脑功能的超越，极可能引起外科的下一场技术革命。

然而，在肺癌总人群中占重要比例的复杂难治性肺癌(CRLC)，在诊断治疗方面仍存在未被满足的巨大需求。

由于CRLC异质性高、个体差异大，关于复杂难治性肿瘤的界定，迄今尚无统一论。但通过文献分析，并结合临床实践，四川大学华西医院肺癌中心学科主任罗峰表示，复杂难治性肺癌是一大类由于各种原因导致诊断、治疗困难，生物学特性复杂，缺乏标准治疗方案，且对多学科综合诊疗水平要求极高的肺癌类型。

“我们认为CRLC不仅包括重症肺癌的所有情况，还包括部分局部晚期甚至早期肺癌，虽然患者PS(体力状况)评分为0~1分，但存在无法行根治性手术，肿瘤位置极其隐匿或刁钻导致病理活检困难，合并各种并发症导致抗肿瘤治疗风险极高，或多线治疗后多学科团队策略选择困难等诸多情况。”罗峰说。

要解决这些问题，罗峰表示，未来应注重建立单病种多学科中心，加强外科和介入科的参与力度，根据不同亚类的复杂难治性肺癌开展回顾性/前瞻性研究，成立复杂难治性学组，探索新治疗靶点和治疗方案，建立复杂难治性肺癌患者数据库，加强区域、全国和国际协作，以提高这类患者的生存质量、延长其生存期。

明确高危因素，科学预防

对肺癌患者而言，流水般的治疗费用、痛苦的治疗过程、如履薄冰的绝望心

情，令其身心俱疲、备受折磨。因此，肺癌早发现、早干预势在必行。

科学预防，明确肺癌的高危因素是首要之举。《原发性肺癌诊疗指南(2022年版)》主要列举了吸烟和被动吸烟、慢性阻塞性肺疾病史、职业暴露、肺癌家族史和遗传易感性四大高危因素。另外还提到了营养及膳食、体育锻炼、免疫状态、雌激素水平、感染(人类免疫缺陷病毒、人乳头瘤病毒)、肺部慢性炎症、经济文化水平等其他因素，但其与肺癌的关联仍需进一步研究评价。

具体而言，若符合以下条件之一，则被视为肺癌高危人群：吸烟包年数(每天吸烟的包数×吸烟年数)≥30包年，包括曾经吸烟≥30包年，但戒烟不足15年；与吸烟者共同生活或同室工作≥20年；患有慢阻肺；有职业暴露史(石棉、氡、铍、铬、镍、硅、煤烟和煤烟尘)至少1年；有一级亲属(父母、子女及兄弟姐妹)确诊肺癌。

中南大学湘雅医院呼吸与危重症医学科主任医师胡成平还提及了厨房油烟也是肺癌的“罪魁祸首”之一。“一般家庭中，女性在厨房中的时间比较长。厨房中存在各种油烟暴露的风险，这种环境与女性腺癌有直接关系。因此，在做饭过程中一定要注意科学使用油烟机，把油烟及时排出，在烹饪过程中尽量做好防护，减少煎炒炸等容易产生大量油烟的操作。”

低剂量螺旋CT是目前肺癌高危人群早筛最有效的手段之一。胡成平建议，高危人群可以从40岁开始每年做低剂量螺旋CT进行筛查；如果不吸烟也没有家族史，则可以从50岁开始进行CT筛查。