·标准与规范·

乳腺癌预防科普宣教专家共识(2018 版)

中国健康促进基金会乳腺癌防治专家委员会
《乳腺癌预防科普宣教专家共识(2018 版)》编写组
通信作者:黄焰,解放军总医院第五医学中心乳腺外科,北京 100071,Email:hy1963@126.com;
张保宁,中国医学科学院肿瘤医院乳腺外科,北京 100021,Email:CBD8891@126.com;
姜军,陆军军医大学西南医院乳腺中心,重庆 400038,Email:jcbd@medmail.com.cn

【摘要】 国家乳腺癌防治的目标是控制发病率、提高总生存率或降低总死亡率。影响我国乳腺癌防治总体水平的因素不仅仅是医疗,还有社会、个人防癌意识薄弱等原因。旨在提高群众乳腺癌预防核心知识知晓率的科普宣教正在全国各地展开,但同质化不足。在国家卫生健康委员会宣传司的指导下,中国健康促进基金会乳腺癌防治专家委员会于 2017 年 11 月成立《乳腺癌预防科普宣教专家共识(2018 版)》编写组,以循证医学证据、相关指南为依据,经充分讨论完成本共识,内容包括乳腺癌防治的基本概况、癌前阶段的防治策略、乳腺癌早期发现策略等。本共识将对我国乳腺癌预防领域的规范化科普宣教提供依据。

【关键词】 乳腺肿瘤;　预防医学;　科普宣教

The expert's consensus on the promotion and education for breast cancer prevention (2018 edition)

Expert Committee for Breast Cancer Prevention and Treatment, China Health Promotion Foundation, Experts Consensus Group on the Promotion and Education for Breast Cancer Prevention (2018 edition)
Corresponding author: Huang Yan, Department of Breast Surgery, 5th Medical Center of People's Liberation Army General Hospital, Beijing 100071, China, Email: hy1963@126.com; Zhang Baoning, Department of Breast Surgery, Cancer Hospital of Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100021, China, Email: CBD8891@126.com; Jiang Jun, Breast Center, Southwest Hospital, Army Medical University, Chongqing 400038, China, Email: jcbd@medmail.com.cn

乳腺癌是我国女性最常见的恶性肿瘤,发病率持续上升,死亡率尚未改善。多种原因导致我国乳腺癌防治形势不容乐观,其中个人、社会防癌意识薄弱、知识缺乏,是影响我国乳腺癌整体防治水平的重要因素之一。国务院《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)》提出如下目标:加强健康教育,到 2020 年和 2025 年,居民重点慢性病核心知识知晓率分别达到 60% 和 70%。相关科普宣教正在各地展开,但同质化不足。本共识经充分讨论,以乳腺癌防治领域的相关指南和循证医学证据(截止 2018 年)为依据梳理乳腺癌预防科普宣教的主要核心知识,希望对我国乳腺癌预防领域的规范化科普宣教提供有益帮助。本共识适宜于拟进行乳腺癌预防科普宣教的相关专业人员参考。

一、乳腺癌防治的基本概况

1. 乳腺癌是如何发生和演变的:乳腺是由皮肤、纤维组织、乳腺腺体和脂肪组成的。乳腺癌是发生在乳腺腺上皮(导管或小叶上皮)组织的恶性肿瘤。病因尚不完全清楚,现有研究表明乳腺癌的演变是一个多阶段、多步骤过程,引起乳腺癌发生发展的危险因素很多,包括电离辐射、环境污染、遗传易感性、内外源性雌激素作用、不良生活方式(不

DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2019.03.002
收稿日期　2019-01-14　　本文编辑　付晓霞
引用本文:中国健康促进基金会乳腺癌防治专家委员会,《乳腺癌预防科普宣教专家共识(2018 版)》编写组. 乳腺癌预防科普宣教专家共识(2018 版)[J]. 中华健康管理学杂志, 2019, 13(3): 188-194. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2019.03.002.

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

良营养、体育锻炼缺乏、吸烟酗酒等）、疾病与药物等。多种因素的长期作用导致乳腺上皮细胞突变、癌变、发展和转移。乳腺癌的多阶段演变特征为在不同阶段防治乳腺癌带来了机遇。

2. 乳腺癌的流行病学概况：世界卫生组织（WHO）的数据显示全球范围内我国尚处于乳腺癌低发区，但欧美高发区发病率出现下降趋势的同时，我国乳腺癌的发病率二十年来呈持续上升，根据国家癌症中心的数据，2014 年乳腺癌发病率为 41.82/10 万，占女性全部恶性肿瘤的 16.51%，高居女性恶性肿瘤第一，乳腺癌新发病例为 27.89 万[1]。

（1）我国乳腺癌发病年龄分布特征：30 岁后随年龄增长迅速上升，并于 55 岁年龄组达到高峰，而后随年龄增长下降[2]，北京的一项研究显示：中位发病年龄 48 岁，81.4% 的乳腺癌患者年龄集中在 36~65 岁之间[2]。随着我国预期寿命的延长，乳腺癌高峰发病年龄有逐渐上移的倾向，但平均发病年龄较欧美早 10 年左右，主要威胁在家庭事业中承担重任的中年女性。

（2）我国乳腺癌发病地区分布特征：中国乳腺癌的发病城乡之间存在明显差别，在 30~60 岁年龄组城市地区女性乳腺癌发病率约为农村地区的 1.5 倍，65 岁年龄组后达 2 倍以上[1]。

2000 至 2011 年，中国女性乳腺癌死亡率在城市和农村地区均呈上升趋势，年龄调整后上升幅度减缓，但农村地区女性乳腺癌的死亡率上升幅度仍较大；2014 年乳腺癌死亡率为 9.9/10 万，位居女性恶性肿瘤死亡的第 5 位[1,3]。近年来，欧美等国乳腺癌死亡率已得到有效控制，美国癌症协会调查显示，1989—2015 年，乳腺癌的死亡率降低了 39%[4]。最新的中国乳腺癌生存率数据显示，2012—2015 年间的 5 年相对生存率为 82.0%，较 2003—2005 年间的 73.1% 有改善，与欧美发达国家比仍有差距（美国 5 年生存率为 90.0%）[5]。

3. 影响乳腺癌预后的主要原因：100 多年来对乳腺癌生物学行为的不断揭示和临床发现，以及新的药物和治疗方法不断发展，作为女性肿瘤第一杀手的乳腺癌正逐渐获得控制。成功的经验主要在两方面：一是通过筛查等措施早期发现乳腺癌，早诊早治；二是乳腺癌综合治疗的进步与规范化应用。

乳腺癌的预后与临床分期密切相关已被大量的临床研究证实，发现越早、分期越早，预后越好。相当一部分早期乳腺癌能获得治愈，文献报道小于 2 cm 的Ⅰ期乳腺癌 5 年生存率在 95% 以上，这些患者 20 年后大部分（占 79%）依然无病生存[6]。来自欧洲的一项基于人口的研究显示，即使接受了更多的现代辅助治疗，分期依然显著影响预后[7]。

正是基于上述临床发现，乳腺癌筛查（针对健康人群的群体性筛查）在 20 世纪 60—70 年代被重视并在欧美广泛应用，筛查在提高乳腺癌生存率、降低死亡率上的作用被众多研究证实。20 世纪 60 年代，美国首先开展了乳腺癌筛查（始于 1963 年纽约健康保险计划，HIP），结果乳腺癌死亡率降低了 23%，其后西方各国纷纷结合本国情况开展了乳腺癌的筛查研究。欧洲的一项前瞻性人群队列研究（1986—2009）显示，钼靶筛查可以降低乳腺癌死亡率 28%[8]。美国国立癌症研究院资助的调查团队（CISNET）公布了一项评估筛查与辅助治疗降低乳腺癌死亡率贡献的报告，结果显示 1975—2000 年美国乳腺癌死亡率从 48.3/10 万下降到 38.0/10 万，筛查的贡献率是 46%，辅助治疗是 54%，筛查和治疗几乎达到了同等的作用[9]。

改善乳腺癌患者预后的另一个重要因素是现代乳腺癌综合治疗。数十年来，除了手术，基于分子分型的辅助化疗、内分泌治疗、靶向治疗等不断进步，基于循证医学证据的优化治疗方案不断被指南接受并应用于临床。乳腺癌综合治疗规范化应用越好的地区或国家，乳腺癌整体疗效就越好。

4. 我国乳腺癌防控面临的挑战：发病率持续攀升，死亡率尚未见改善，我国整体乳腺癌防治形势依然严峻。制约现阶段我国乳腺癌防治整体水平的因素除了医疗，还有个人和社会原因。规范化的乳腺癌诊疗正在改善，但目前还难以在全国全面展开；而筛查覆盖率低、公众防治乳腺癌的知识和意识严重不足则是导致我国乳腺癌早诊早治不足、整体疗效欠佳的重要原因。

我国针对健康人群的乳腺癌群体性筛查尚处于试点推广阶段。卫生部全国乳腺癌筛查项目自 2008 年 3 月启动，当时涉及全国 30 个省（市）约 53 万名妇女；北京市人民政府、北京市卫生局 2008 年开展了社区适龄妇女（40~60 岁）免费两癌筛查；国家卫生健康委员会、全国妇联共同组织实施的全国农村妇女“两癌”筛查项目于 2009 年启动，到 2016 年年度筛查人口约 200 万。单位组织的包含乳腺检查的年度体检可能覆盖更多的人群，个人主动性的机会性筛查有增多趋势，这些可弥补政府投入的不足。总的来说，我国乳腺癌筛查投入有限，覆盖面还很低。

公众防治乳腺癌的知识和意识严重不足会导致就诊延误。Richards 等[10]对全球 87 项研究进行了系统综述，涉及患者 10 余万例，结果提示乳腺癌

万方数据 医脉通 指南 guide.medlive.cn

患者从发现症状到就诊，时间超过3~6个月与预后差密切相关。目前大多数文献将乳腺癌患者发现症状或体征，到首次就诊的间期大于3个月，确定为患者因素的就诊延误。国内文献显示，我国乳腺癌患者就诊延误率高达35%左右[11]。虽然相关研究较少，一些质性研究显示影响我国乳腺癌患者就诊延误的主要因素有：①对乳腺癌防治知识不了解，如发现了包块，但无不适，认为没事就不去医院检查；②缺乏自查和筛查意识；③心理因素，如讳疾忌医、怕羞等；④工作和家庭经济原因；⑤社会环境的不正确影响，如发现乳腺肿瘤尤其是早期癌，偏听偏信，先选择疗效未经循证医学证实的偏方、保健品、中医甚至按摩等，错失治愈良机[12]。

共识专家组建议

预防宣教时可用通俗语言简明扼要地介绍上述乳腺癌防治的基本概况，重点告知筛查与早诊早治的重要性，尽量避免患者因素的就诊延误。

二、癌前阶段的防治策略（乳腺癌的一级预防）

癌症的病因预防（一级预防）是肿瘤防治的重要环节，目的是通过科学的预防措施减少癌症的发生。就乳腺癌而言，经过全球乳腺癌防治工作者数十年来的不懈努力，已发现一些乳腺癌明确的危险因素，可以通过病因预防有效降低乳腺癌的发生，值得向公众科普宣传。

1.乳腺癌的高危因素：已经被大量流行病学研究证实为可信的乳腺癌高危因素有：①乳腺癌家族史，尤其是母亲和姐妹有乳癌则风险更高[相对危险度（*RR*）可达5.0][13]；②乳腺不典型增生（乳腺良性病变经活检发现存在导管上皮或小叶不典型增生，*RR*：4~6）[14]，需要注意的是，不典型增生仅占乳腺增生的4%左右，单纯增生病变不增加或仅轻微增加患癌风险，而当不典型增生同时合并家族史等高危因素时，则风险大幅增加[15-16]。临床常见的单纯纤维腺瘤属于良性，研究显示发展为癌的风险比对照组高2.17倍，有轻度长程癌变风险[17]；③绝经后肥胖或体质指数高；④乳腺密度大；⑤更年期雌激素替代治疗；⑥胸部放疗史；⑦其他弱相关的因素（*RR*：1~3）包括吸烟、饮酒、未生育未哺乳、月经初潮早、闭经晚等[18-19]。精神压抑是否是高危因素国外存在争议，国内的一些研究和荟萃分析结果显示精神压抑是中国妇女主要的乳腺癌危险因素之一，值得关注和提醒[20-21]。

经活检病理证实为乳腺导管、小叶上皮不典型增生和乳头状瘤病的病变，属于癌前病变（病理危险因素），是需要治疗或干预的。年轻时因何杰金病等原因而接受过胸部放疗者风险极高，其患乳腺癌的危险高达其他人群的56.7倍[19]。有明显乳腺癌和卵巢癌遗传倾向者，经抽血遗传学检测发现*BRCA1/2*基因突变，已被众多欧美研究发现一生患乳腺癌的风险高达41%~90%[22]。

2.乳腺癌的风险评估：依据流行病学危险因素、病理危险因素、遗传学检测等对健康个体进行乳腺癌风险评估具有重要意义，可作为采取针对性筛查、监控和预防干预的依据。一般而言，高危因素越多、相对危险度越高，则风险越高。目前国际已有许多预测妇女未来发生乳腺癌风险的评估模型，其中美国的GAIL模型已应用于实践，包括人种、年龄、初潮年龄、初产年龄、家族史、活检次数、活检中有无不典型增生7个信息输入，即可计算出该女性5年间乳腺癌的预期发生率及一生中乳腺癌的发生率。之后又出现了许多GAIL模型的改良版，已知亚洲女性的乳腺癌危险度低于欧美白人，故不能直接套用。国内迄今尚无大数据支持的风险评估模型供临床应用。

中国抗癌协会乳腺癌诊治指南对乳腺癌高危人群的定义为：（1）有明显的乳腺癌遗传倾向者；（2）既往有乳腺导管或小叶不典型增生或小叶原位癌（lobular carcinoma in situ，LCIS）的患者；（3）既往行胸部放疗史。美国临床肿瘤协会增加GAIL 5年风险值>1.66%为高危人群的条件之一。

共识专家组建议

可告知公众根据已知的乳腺癌高危因素进行初步的自我评估，具有高危因素的个体可到乳腺专科咨询，对个人患乳腺癌的风险进行综合评价，并制定针对性的防控方案。

3.降低乳腺癌风险的方法和措施：除了避免电离辐射、环境污染、感染等致癌因素的暴露和体育锻炼、增强免疫力等基本的癌症预防措施外，一些方法已被研究发现或证实具有降低乳腺癌风险的作用。①远离乳腺癌的危险因素：乳腺癌的高危因素有些是不可改变的，如年龄、家族史等，但有些危险因素可通过社会宣传、个体主动性的调节，这些因

万方数据　医脉通 指南 guide.medlive.cn

素包括生活方式因素(饮酒、吸烟、高体质指数、缺乏锻炼等)、更年期雌激素替代、精神压抑等。Petracci 等[23]的研究显示,通过改变 3 种可矫正的危险因素(酒精摄入、体育锻炼和体质指数)即可有效地降低风险。欧美乳腺癌发病率在过去的 20 年出现了下降,研究表明更年期雌激素替代治疗减少是主要原因之一[24]。其重要启示是:通过社会干预改变一些可矫正的危险因素,可以控制乳腺癌的发病率。

共识专家组建议

应告知和鼓励公众对可矫正的乳腺癌高危因素进行主动性的干预。

② 建立良好的饮食习惯:很多人关心"吃什么能预防乳腺癌",应给与科学告知。美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network,NCCN)《降低乳腺癌风险指南(2018 第 2 版)》,依据来自研究的证据分析表明:迄今尚没有明确的证据显示特定饮食能降低乳腺癌风险,成年期体重增加则是乳腺癌明确的危险因素;一些研究显示低脂饮食、富含抗氧化成分的水果蔬菜、维生素 C、D 等可能具有一定的保护作用[19]。

内源性或外源性雌激素是乳腺癌发生发展重要的促进因子。而富含植物雌激素的酮类饮食如大豆类食品,可能通过大豆异黄酮类雌激素作用与受体结合拮抗雌激素而起到抗乳腺癌作用。来自亚洲的前瞻性或病例对照研究均显示大豆类食品能降低乳腺癌风险,但在西方人群中的相关研究未能证明这一效果[18,25]。大豆类食物是亚洲人的饮食偏好,总体是有益的,但不同研究对大豆食物的摄入量与乳腺癌风险的相关性显示存在不一致性,大豆食品如何使用和影响乳腺癌尚需要更多的研究证实[26]。

共识专家组建议

首先应倡导健康的平衡膳食原则(参见《中国居民膳食指南(2016)》),对于一些在降低乳腺癌风险上有潜力的食物,如蔬菜水果等可适当多用,大豆类食物建议按习惯正常摄取,但正在接受正规内分泌治疗的雌激素受体阳性患者不建议补充植物雌激素,因无证据支持,不推荐植物雌激素类保健品用于预防乳腺癌。

③高危人群的预防干预(药物和手术):一系列前瞻性随机对照试验证实,用于治疗乳腺癌的两类抗雌激素药物(雌激素拮抗剂他莫昔芬、雷洛昔芬和芳香化酶抑制剂阿那曲唑、依西美坦)可以显著降低高危人群乳腺癌发病风险(风险平均降低 50% 以上),而被 NCCN、美国临床肿瘤学会(ASCO)、美国预防服务工作组(USPSTF)等权威学术机构推荐用于高危人群(GAIL 5 年风险值>1.66,年龄>35 岁)的药物预防,同时要求对药物的获益与副作用进行评估[19,27-28]。因获益超过副作用,指南尤其推荐乳腺不典型增生或小叶原位癌的高危患者使用药物降低风险[19]。

在高危人群中,有明显乳腺癌和卵巢癌遗传倾向者发病风险极高,*BRCA1/2* 突变携带者已被众多欧美研究发现一生患乳腺癌的风险达 41%~90%[22]。众多研究证实,风险降低乳房切除或称预防性乳房切除能降低这些高危患者 90% 以上的风险;另一种手术:输卵管-卵巢切除,也被证实显著降低 *BRCA1/2* 突变携带者患乳腺癌和卵巢癌的风险。NCCN《降低乳腺癌风险指南(2018 第 2 版)》推荐:*BRCA1/2* 突变携带者可考虑选择上述降低风险手术,术前需进行多学科咨询评估[19]。

共识专家组意见

药物或手术预防作为一种选项可以进行告知,拟接受药物或手术预防干预的高危妇女需到有资质的乳腺专科咨询评估,由于我国尚无针对中国人的风险评估模型和相关预防效果与安全的数据,上述预防措施需慎重。

三、早期发现乳腺癌的方法和策略

1. 筛查:实现乳腺癌早期发现的主要措施是筛查,是针对无症状人群的一种人群防癌措施,而针对有症状人群的医学检查称作诊断。筛查分为机会性筛查和群体筛查。机会性筛查是妇女个体主动或自愿到医疗机构进行相关检查;群体筛查(普查)是社区或单位有组织地为适龄妇女提供乳腺检查。筛查的目的是早期发现乳腺癌,各国根据不同的国情,有各自不同的乳腺癌筛查推荐方案。

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

共识专家组建议

应鼓励健康适龄妇女积极参加普查和机会性筛查，筛查方针推荐参照《中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2017 年版)》筛查章节[29]，要点如下：一般人群妇女筛查从 40 岁开始接受每 1~2 年 1 次的筛查，以 X 线检查为主，致密型乳腺联合彩超检查；高危人群(明显乳腺癌遗传倾向、乳腺不典型增生或小叶原位癌、胸壁放疗史)筛查可早于 40 岁，筛查间隔时间 0.5~1 年，可考虑 MRI 等影像手段。

2. 自查：现有循证医学证据显示乳腺自我检查不能提高乳腺癌早期检出率和降低死亡率。但由于可提高女性的防癌意识、可望在相对早期阶段发现肿瘤，故仍鼓励医务工作者向女性传授每月 1 次乳腺自我检查的方法，建议绝经前妇女应选择月经来潮后 7~14 d 进行自我检查，重点注意乳房近期是否有肿块性改变。

自查方法及要领：(1)一看(对镜自照)：面对镜子，两手叉腰，然后再将双臂高举过头，观察乳房的外观、形状及对称性。重点注意是否存在可能由乳腺癌导致的变化：一侧乳房不对称隆起样改变、乳头或皮肤凹陷、皮肤橘皮样变、乳头乳晕湿疹样变或覆盖鳞屑、乳头溢液、皮肤红肿等。(2)二触(触摸乳房)：平卧，淋浴时可站立，四指或三指(可不用小拇指)并拢，用指端掌面轻轻滑动按压检查乳房各部位是否有肿块或其他变化。按顺时针或其他顺序全面检查乳晕区、乳房及腋窝，检查乳头和疑似包块时用大拇指和食指指端轻轻挤捏。重点注意是否存在可疑包块、乳头溢液等。

3. 乳腺癌早期诊断规范化流程：出现症状或筛查发现病变应及时到乳腺专科就诊。临床上这些患者大多是需要治疗或仅需观察的良性病变，一部分是乳腺癌，这一阶段发现的乳腺癌很多仍在早期。

(1)病史与查体：病史采集包括症状和家族史等危险因素调查，乳腺癌的主要症状是乳腺肿块(大多为无痛性、呈逐渐增大趋势)，乳腺癌的阳性体征包括：触及质实或偏硬、边界欠清活动差肿块，如发现皮肤橘皮样征、乳头凹陷、腋窝或锁骨上下淋巴结肿大，大多是中晚期乳腺癌的表现。简明全面的病史问诊和查体，医生可对病变的性质做出大致的判断，从而合理选择进一步的影像学检查或活检。

共识专家组建议

应向公众介绍乳腺癌的临床表现，以便通过自查早期发现。

(2)初诊患者的影像学检查：获得循证医学证据支持并被各指南推荐的乳腺影像学检查方法包括彩超、钼靶、MRI 等，兼具筛查和诊断作用。彩超具有准确率好、价廉、能进行定位活检、无辐射等优点，逐渐增多的研究显示彩超可能更适合中国人筛查[30]，但存在检查报告的同质化不足等缺点。钼靶作为筛查手段已被大量研究证实能降低乳腺癌死亡率，有轻度辐射，对致密型乳腺效果欠佳。MRI 诊断准确率高但价格昂贵，一般作为彩超或钼靶发现有疑问时的后续检查选择。

共识专家组建议

可向公众简要告知影像学检查方法的特点，检查方法的选择应由乳腺专科医生经评估后决定。

(3)活检与病理学检查：乳腺肿瘤的最终诊断是活检取得的组织病理检查，临床查体和影像学检查有恶性倾向或 BI-RADS 分级≥4 级，是需要活检的明确指征。活检的方式包括穿刺活检和开放式活检，均为微创，无证据表明活检会导致肿瘤扩散。

共识专家组建议

经评估需要活检时，应向公众阐明乳腺活检的必要性和微创精准的特点，打消疑虑，减少因心理惧怕等因素导致的诊治延误。

四、乳腺癌的规范化治疗

个体化综合治疗是现代乳腺癌规范化治疗的基本原则。依据循证医学证据不断修订的权威性乳腺癌诊治指南(包括 NCCN、ASCO、St.Gallen 共识、中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范等)成为乳腺癌规范化治疗的准绳。除了传统的手术，依据分子分型的个体化辅助治疗(包括辅助化疗、放疗、

万方数据　医脉通 指南 guide.medlive.cn

内分泌治疗以及靶向治疗等)的进步,乳腺癌的疗效已大幅提高,这一顽疾正变成一种可控的慢病。进入精准医疗时代的今天,乳腺癌的治疗更加关注人文关怀,最小有效治疗已成为新的治疗原则。疗效更优、副作用更小的术式或辅助治疗方案不断得以应用,保乳术、前哨淋巴结活检术等已成为早期乳腺癌疗效确定的标准规范化术式。新型靶向、免疫治疗进展迅速,给治愈乳腺癌带来了更大的希望。

共识专家组建议

可简要地向公众介绍乳腺癌规范化治疗的现状与进展,目的是让公众对规范化治疗程序有初步了解,打消治疗恐惧,减少误诊误治,树立抗击乳腺癌的信心。

本共识梳理了乳腺癌防治的主要发现和成果,供拟进行公众性乳腺癌防治健康教育的相关专业人员参考。共识专家组建议在对健康教育接受者进行科普宣教时,核心是倡导“科学预防、早诊早治、规范治疗”。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

《乳腺癌预防科普宣教专家共识(2018版)》编写组

黄 焰 解放军总医院第五医学中心乳腺外科
张保宁 中国医学科学院肿瘤医院乳腺外科
姜 军 陆军军医大学西南医院乳腺中心
左文述 山东省肿瘤医院乳腺外科
王 水 南京医科大第一附属医院乳腺外科
黄 建 浙江大学第二附属医院乳腺外科
陈万青 国家癌症中心肿瘤早诊早治办公室
王本忠 安徽大学第一附属医院乳腺外科
马祥君 海淀妇幼保健院
谷元廷 郑州大学第一附属医院乳腺外科
马 飞 中国医学科学院肿瘤医院内科
韩宝三 上海交通大学医学院附属新华医院乳腺外科

参 考 文 献

[1] 李贺,郑荣寿,张思维,等.2014年中国女性乳腺癌发病与死亡分析[J].中华肿瘤杂志,2018,40(3):166-171. DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-3766.2018.03.002.
[2] 韩小伟,柳伟伟,阳泽龙,等.军事医学科学院附属医院乳腺癌临床流行病学16年演变趋势[J].中华肿瘤防治杂志,2016,23(24):1597-1600.
[3] 陈万青,郑荣寿.中国女性乳腺癌发病死亡和生存状况[J].中国肿瘤临床,2015,42(13):668-674. DOI:10.3969/j.issn.1000-8179.20150571.
[4] DeSantis CE, Ma J, Goding SA, et al. Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state[J]. CA Cancer J Clin, 2017, 67(6): 439-448. DOI: 10.3322/caac.21412.
[5] Zeng H, Chen W, Zheng R, et al. Changing cancer survival in China during 2003-15: a pooled analysis of 17 population-based cancer registries[J]. Lancet Glob Health, 2018, 6(5): e555-555e567. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30127-X.
[6] Quiet CA, Ferguson DJ, Weichselbaum RR, et al. Natural history of node-negative breast cancer: a study of 826 patients with long-term follow-up[J]. J Clin Oncol, 1995, 13(5): 1144-1151. DOI: 10.1200/JCO.1995.13.5.1144.
[7] Saadatmand S, Bretveld R, Siesling S, et al. Influence of tumour stage at breast cancer detection on survival in modern times: population based study in 173, 797 patients[J]. BMJ, 2015, 351: h4901. DOI: 10.1136/bmj.h4901.
[8] Weedon-Fekjær H, Romundstad PR, Vatten LJ. Modern mammography screening and breast cancer mortality: population study[J]. BMJ, 2014, 348: g3701. DOI: 10.1136/bmj.g3701.
[9] Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer[J]. N Engl J Med, 2005, 353(17): 1784-1792. DOI: 10.1056/NEJMoa050518.
[10] Richards MA, Westcombe AM, Love SB, et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review[J]. Lancet, 1999, 353(9159): 1119-1126.
[11] 史双,路潜,杨萍,等.乳腺癌就诊延误的研究现状[J].中华护理杂志,2015,50(4):468-471. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2015.04.020.
[12] 王瑞君,姚晚侠,钟英琪,等.乳腺癌患者延误就医原因的质性研究[J].中国实用护理杂志,2010,26(2):48-50. DOI:10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2010.01.066.
[13] Pharoah PD, Day NE, Duffy S, et al. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Cancer, 1997, 71(5): 800-809.
[14] Kabat GC, Jones JG, Olson N, et al. A multi-center prospective cohort study of benign breast disease and risk of subsequent breast cancer[J]. Cancer Causes Control, 2010, 21(6): 821-828. DOI: 10.1007/s10552-010-9508-7.
[15] Page DL. Cancer risk assessment in benign breast biopsies [J]. Hum Pathol, 1986, 17(9): 871-874.
[16] Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease[J]. N Engl J Med, 1985, 312(3): 146-151. DOI: 10.1056/NEJM198501173120303.
[17] Dupont WD, Page DL, Parl FF, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma[J]. N Engl J Med, 1994, 331(1): 10-15. DOI: 10.1056/NEJM199407073310103.
[18] Taira N, Arai M, Ikeda M, et al. The Japanese Breast Cancer Society clinical practice guidelines for epidemiology and prevention of breast cancer, 2015 edition[J]. Breast Cancer, 2016, 23(3): 343-356. DOI: 10.1007/s12282-016-0673-8.
[19] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer risk reduction (Version 2.2018). (2018) [2019-01-14]. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast Cancer Risk Reduction.pdf.

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

[20] 张春梅, 黄焰, 进淑娟, 等. 北京地区多中心乳腺癌危险因素病例对照研究[J]. 人民军医, 2013, 8(56): 902-904.
[21] 方亚, 施侣元. 乳腺癌危险因素综合评价及其趋势预测[J]. 中华流行病学杂志, 2003, 24(7): 611-614. DOI: 10.3760/j.issn: 0254-6450.2003.07.021.
[22] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: genetic / familial high-risk assessment: breast and ovarian (Version 2.2019). (2019) [2019-01-14]. https://www. nccn. org / professionals / physician_gls/pdf/Genetic/Familial High-Risk Assessment.pdf.
[23] Petracci E, Decarli A, Schairer C, et al. Risk factor modification and projections of absolute breast cancer risk[J]. J Natl Cancer Inst, 2011, 103(13): 1037-1048. DOI: 10.1093/jnci/djr172.
[24] Verkooijen HM, Bouchardy C, Vinh-Hung V, et al. The incidence of breast cancer and changes in the use of hormone replacement therapy: a review of the evidence[J]. Maturitas, 2009, 64(2): 80-85. DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.07.015.
[25] Mourouti N, Panagiotakos DB. Soy food consumption and breast cancer[J]. Maturitas, 2013, 76(2): 118-122. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.07.006.
[26] Zhao TT, Jin F, Li JG, et al. Dietary isoflavones or isoflavone-rich food intake and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective cohort studies[J]. Clin Nutr, 2019, 38(1): 136-145. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.12.006.
[27] Moyer VA. Medications to decrease the risk for breast cancer in women: recommendations from the U. S. Preventive Services Task Force recommendation statement[J]. Ann Intern Med, 2013, 159(10): 698-708. DOI: 10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00717.
[28] Visvanathan K, Hurley P, Bantug E, et al. Use of pharmacologic interventions for breast cancer risk reduction: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline[J]. J Clin Oncol, 2013, 31(23): 2942-2962. DOI: 10.1200/JCO.2013.49.3122.
[29] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会. 中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2017 年版)[J]. 中国癌症杂志, 2017, 27(9): 695-760.
[30] Shen S, Zhou Y, Xu Y, et al. A multi-centre randomised trial comparing ultrasound vs mammography for screening breast cancer in high-risk Chinese women[J]. Br J Cancer, 2015, 112(6): 998-1004. DOI: 10.1038/bjc.2015.33.

·消息·

《中华健康管理学杂志》肿瘤早期风险筛查有奖征文通知

国家卫健委 2018 年 12 月 21 日公布《18 个肿瘤诊疗规范(2018 年版)》,将肿瘤标志物列为重要的肿瘤早期风险筛查手段。为规范健康体检机构医学服务,促进健康体检行业有序、可持续发展,深入探讨肿瘤早期风险筛查方法和路径,《中华健康管理学杂志》编委会、中国健康促进基金会拟联合举办肿瘤早期风险筛查有奖征文活动,本活动由华瑞同康生物技术(深圳)有限公司协办。欢迎各大医院健康管理中心、检验中心及临床科室等踊跃投稿。

一、征文内容

血清胸苷激酶 1(STK1)(增强点印迹免疫化学发光法)在肿瘤早期风险筛查,肿瘤临床治疗的监控、疗效评估,肿瘤预后生存及复发评估中的应用研究,以及 STK1 质量控制方面的相关研究。

二、征文要求

1. 文章类型:(1)论著;(2)综述;(3)经验与信息交流;(4)个案报告。

2. 均需附 300~500 字中文摘要。论文格式符合规范,论文格式请参考《中华健康管理学杂志》2019 年 1 期稿约,或登录杂志网站 http://zhjkglxzz.yiigle.com/。

3. 未公开发表的论文。

4. 内容有科学性、先进性和实用性,数据准确无误。

稿件务必注明作者、工作单位、联系地址、邮政编码、Email 地址和联系电话,以便后续沟通。

三、投稿方式

将稿件 Email 至 fanshj@cma.org.cn。稿件的文件名请用"第一作者-文章题目"命名,邮件主题请注明"2019 肿瘤早期风险筛查征文"。编辑部收到稿件后会通过电子邮件回复,后期会将征文编辑成册,制作论文汇编。

四、截稿日期:2020 年 6 月 30 日。

五、征文评选

1. 截稿后,组委会组织专家对征文进行评选,征文中的优秀稿件,通过审稿者,优先在《中华健康管理学杂志》刊登。

2. 按论文征集的数量和质量,评出获奖论文。

3. 评选结果在 2021 年一季度公布。

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn