

磁县2003-2014年上消化道癌死亡趋势分析

陈 超

磁县肿瘤医院 河北邯郸 056500

摘要:目的: 了解并分析磁县2003-2014年上消化道癌死亡情况, 旨在为防治肿瘤提供依据。方法: 分析磁县2003-2014年全人群肿瘤等级的食管癌的死亡率。按照肿瘤随访登记规范, 收集整理, 评价上消化道癌死亡情况, 利用磁县登记处2003-2014年登记数据, 分析食管癌死亡率变化趋势。计算粗死亡率、中国标化率和世界标化率的年度变化百分比。结果: 2003-2014年磁县上消化道癌合计粗死亡率为115.31/10万, 中国标化死亡率为95.86/10万, 世界标化死亡率为132.73/10万; 男性粗死亡率148.08/10万, 中国标化死亡率为138.20/10万, 世界标化死亡率为191.51/10万; 女性粗死亡率81.52/10万, 中国标化死亡率为60.75/10万, 世界标化死亡率为85.03/10万。上消化道癌男女合计是显著的下降趋势; 其中食管癌死亡趋势方面, 2003-2014年磁县食管癌合计粗死亡率为76.79/10万, 中国标化死亡率为63.81/10万, 世界标化死亡率为88.39/10万; 男性粗死亡率95.56/10万, 中国标化死亡率为89.29/10万, 世界标化死亡率为124.15/10万; 女性粗死亡率57.44/10万, 中国标化死亡率为42.85/10万, 世界标化死亡率为59.81/10万。食管癌男女合计是显著下降趋势; 居民食管癌死亡在45-岁组开始上升, 在80-岁年龄组达到高峰。男性食管癌死亡明显高于女性。结论: 近10年来, 磁县上消化道癌死亡率呈下降趋势, 尤其是食管癌呈显著下降趋势。但我们仍需加强肿瘤防治工作, 早诊早治仍需予以重视, 使防治工作更具针对性、目的性和可行性。

关键词: 食管癌; 上消化道肿瘤; 恶性肿瘤; 死亡率; 变化趋势; 回归分析; 防治

食管癌、胃癌等都是临床上最为常见的癌症。食管癌是指食管上皮异常增生形成的恶性病变^[1]。患者早期症状并不明显, 偶尔会在吞咽粗硬食物时感觉到咽喉部不适感, 随着病情的进展, 常表现胸骨后疼痛, 逐渐消瘦、四肢无力, 进行性吞咽困难, 影响到进食。也可累及气管, 肺脏造成呼吸困难, 严重的对肝脏造成较大的损害, 患者会出现恶病质, 呕血, 吸入性肺炎等, 严重影响患者的生活质量^[2]。食管癌目前病因尚不明确, 很有可能和不良的生活习惯、长时间接触不良的因素以及与遗传有很大的关系。本文针对磁县2003-2014年上消化道癌死亡进行分析, 现报道如下:

1 研究资料及方法

1.1 研究资料

以河北省磁县常住户籍人口为研究对象, 对2003年1月1日-2014年12月31日肿瘤登记报告的上消化道癌资料进行统计分析。人口数据有磁县统计局提供, 利用2000年磁县第5次人口普查年龄构成计算2003-2014年的年龄组。死亡数据来自磁县肿瘤登记处肿瘤登记报告系统, 经村、乡、县逐级上报, 与发病数据进行核对, 主动与被动随访结合获得准确数据。2003-2007年磁县肿瘤登记数据被“中国癌症发病与死亡2003-2007”收录, “中国肿瘤登记年报”2008-2014年分年度发布了磁县恶

性肿瘤发病和死亡资料, 具有较高的可信度。

1.2 方法

根据《国际疾病分类第10版(ICD-10)》^[3]编码, 对登记处收集的死亡数据进行编码及分类统计, 将上消化道癌死亡病例(ICD-10C15.0-C15.9, C16.0-C16.9)摘录其基本信息, 包括姓名、性别、出生年月、发病日期、死亡日期等资料, 对2003年1月1日-2014年12月31日死亡的上消化道癌资料进行统计分析, 编制简略寿命表及去上消化道癌死因寿命表进行分析。

1.3 判定标准

发病率的计算以磁县常住户籍人口为基础, 各年人口数是相邻两年年末人口数平均数。按不同年份、性别和年龄组分别计算上消化道癌的死亡率。采用1982年中国标准人口和Segi(世界)标准人口年龄构成进行标化。

1.4 统计学方法

应用SPSS 19.0软件对数据资料进行整理和统计分析。利用Join-point regression program4.1统计软件进行率值的年度变化百分比(annual percent changes, APC)的计算和率的趋势检验, 率值间的检验采用泊松近似法, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2003-2014年磁县死亡情况

磁县2003-2014年共死亡44524人(男25126人,女19398人),恶性肿瘤死亡15267人(男9489人,女5778人),其中上消化道癌死亡8663人(男5647人,女3016人),男女比为1.87:1,占恶性肿瘤死亡的56.74%(8663/15267),占全部死亡的19.46%(8663/44524);平均死亡年龄为66.6岁,最小为20岁,最大为97岁,中位年龄66.6岁。

其中,2003-2014年磁县上消化道癌合计粗死亡率为115.31/10万,中国标化死亡率为95.86/10万,世界标化死亡率为132.73/10万;男性粗死亡率148.08/10万,中国标化死亡率为138.20/10万,世界标化死亡率为191.51/10万;女性粗死亡率81.52/10万,中国标化死亡率为60.75/10万,世界标化死亡率为85.03/10万。

2003-2014年男性上消化道癌呈显著下降趋势($APC=-3.02$, $P=0.006$),女性2003-2006年呈现上升趋势($APC=1.3$, $P=1.3$),2006-2014年是下降趋势($APC=-5.2$, $P=0.2$);上消化道癌男女合计是显著的下降趋势($APC=-3.68$, $P=0.002$)。

2.2 食管癌死亡情况

2003-2014年食管癌死亡5769例(男3644例,女2125例),占恶性肿瘤死亡的37.79%;最小为29岁,最大为97岁。2003-2014年磁县食管癌合计粗死亡率为76.79/10万,中国标化死亡率为63.81/10万,世界标化死亡率为88.39/10万;男性粗死亡率95.56/10万,中国标化死亡率为89.29/10万,世界标化死亡率为124.15/10万;女性粗死亡率57.44/10万,中国标化死亡率为42.85/10万,世界标化死亡率为59.81/10万。男性食管癌死亡率呈下降趋势($APC=-1.44$, $P=0.79$),女性2003-2014年呈显著下降趋势($APC=-4.78$, $P=0.002$);食管癌合计是显著下降趋势($APC=-5.37$, $P=0.0001$)。

2.3 上消化道癌年龄别和性别死亡变化情况

根据死亡数据观察可知,男女性居民上消化道癌死亡率在20岁前趋近于0,20-44岁偶有个例死亡,45-岁后死亡率迅速升高,在80-岁年龄组达到高峰,合计死亡率为1775.72/10万。男性为2935.10/10万,女性最高85+岁组,为1216.84/10万,男性高于女性。分析可知,男女性居民上消化道癌死亡从45岁开始随年龄增加而上升,总体上升趋势明显,男性死亡高峰位于80-岁组,女性是85+岁组。

2.4 食管癌年龄别和性别死亡变化情况

2003-2014年居民食管癌死亡在45-岁组开始上升,在80-岁年龄组达到高峰,合计死亡率为1254.09/10万。

男性为2000.83/10万,女性最高80-岁组,为891.42/10万,男性明显高于女性。

3 讨论

本次研究中,2003-2014年上消化道癌平均粗死亡率为115.31/10万,男性粗死亡率148.08/10万,女性粗死亡率81.52/10万,男性明显高于女性。2003-2014年居民合计、男性APC值分别为-3.68、-3.02;女性2003-2006年是上升($APC=1.3$, $P=1.3$)趋势后呈下降趋势($APC=-5.2$, $P=0.2$)。同时,居民上消化道癌死亡在20岁后偶有个例,45岁后死亡率迅速升高,在80岁年龄组达到高峰,合计死亡率为1775.72/10万。男性为2935.10/10万,女性最高85岁组,为1216.84/10万,男性高于女性。随着经济条件不断提高,生活方式转变、工作环境模式改变,青少年活动减少,使得上消化道癌发病年龄会逐渐年轻化;提高高年龄组人群筛查顺应性、促进健康意识和宣教,提升健康素质,减少癌症的发生。如果早期发现,可以通过外科手术来治疗。如果侵犯性比较强的话,就要通过化学方法放射疗法来进行合并治疗,是可以达到治愈的。

磁县10余年来长期死亡趋势评价,也可与发病趋势一起作为磁县上消化道癌早诊早治现场防治效果的考核条件。同时上消化道癌死亡率的时间变化趋势也和近年来持续开展大范围人群内镜筛查有一定关系,通过癌前病变的提前检出,并积极采取适当阻断或延迟癌前病变的进展,保护劳动力、提高生活质量、延长居民生存时间,降低上消化道癌的发病率和死亡率,具有十分重要的意义。食管癌筛查对于发现一些早期食管癌后早期治疗有非常重大的意义^[4]。一般食管癌筛查主要是根据临床症状和表现,比如有进行性的进食哽咽或者是胸骨后疼痛。其次是询问有无消化道恶性肿瘤家族史,甚至是食管癌家族史的,一定要重视做内镜的筛查。另外还有一些像食管造影检查也可以帮助食管癌筛查,可能对于进一步确定病变的范围是有帮助的。早发现早诊早治对患者而言有改善患者生存期和预后,节省医疗费用的作用。希望人们能够改变观念,改进生活方式,树立早筛意识,主动去做癌筛,防患于未然。同时从上消化道癌死亡情况来看,其死亡比例下降,尤其是食管癌比例明显下降,也提示我们应加强癌症防治工作。除了上述所说的诊断早期癌外,还应防癌于未然。现阶段,癌症的发病率很高,尤其是食管癌,但癌细胞肿瘤是需要时间发展的,只有肿瘤发展到一定期别,才可能影响患者生命安全。所以预防食管癌的发生无疑是控制食管癌的最根本措施。从病因学、发病学和临床医学演进的观点

出发, 预防食管癌的发生发展分为三级预防。一级预防就是病因学预防, 与流行病学研究和病因学研究的进展密切相关, 这不仅是最理想的方法, 同时也是最难实施的方法。但我们可从改变饮食习惯开始, 不吃霉变食物, 少吃或不吃酸菜。上述这类食物是食管癌发病的重要因素之一, 已得到临床研究的充分证实。因为霉变的食物, 一方面产生霉菌毒素或代谢产物, 另一方面促进亚硝胺的内合成, 导致食管癌的发生。此外, 改良水质, 减少饮水中亚硝酸盐含量。同时鼓励种植蔬菜和水果, 以增加鲜菜和水果的摄入, 补充维生素C, 因为这些可阻断体内亚硝胺的合成, 可使胃内亚硝胺含量降低, 从而降低了胃内亚硝胺的暴露水平。另外, 食管癌具有较普遍的家族聚集现象, 应加强同代人群的监测工作。把3代人中发生过2例或2例以上食管癌死亡的家庭, 当作危险家庭, 重视这些家庭中40+岁的成员, 将其当作风险人群, 定期体检, 劝导改变生活习惯等, 对降低食管癌发病具有一定的积极意义^[5]。二级预防措施则是做到早期发现、早期诊断并予以及时治疗, 尤其是阻断癌前病变的继续发展, 是当前现实可行的肿瘤预防方法。发现可疑患者, 应尽快进行内镜检查, 以达到早期诊断的目的。对食管癌的早期表现者, 可提早患者的就诊时间, 以便早日诊断和治疗。三级则是应用中西药物和维生素B2治

疗食管上皮增生, 以阻断癌变过程。找到更为理想、更为有效的药物控制病情进展, 具有深远意义。还需临床不断深入研究和分析。

综上所述, 磁县上消化道癌死亡率下降, 其中食管癌死亡率明显下降, 但仍不能放松对癌症防治工作的关注。随着经济条件不断提高, 肾功能消化道癌的早发现早诊早治还需进一步重视。

参考文献:

- [1]宋国慧, 孟凡书, 陈超, 等.磁县上消化道癌早诊早治筛查队列随访与癌症发病死亡的影响分析[J].中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(18): 1455-1463.
- [2]田红卫, 李恩生.新版国际疾病分类(ICD-10)简介[J].中华医学杂志, 1992, 72(4): 248-249.
- [3]宋国慧, 魏文强, 陈超, 等.中国河北省磁县1983年至2015年上消化道癌死亡率趋势分析[J].中国肿瘤临床, 2020, 47(9): 465-471.
- [4]贾善群, 周乾宇, 刘慧敏, 等.2004-2018年中国消化道恶性肿瘤死亡趋势[J].中华疾病控制杂志, 2021, 25(9): 1020-1025.
- [5]夏昌发, 陈万青.中国恶性肿瘤负担归因于人口老龄化的比例及趋势分析[J].中华肿瘤杂志, 2022, 44(1): 79-85.