

癌症只是慢性病
提高生活质量为要
心理危机比癌症更要命

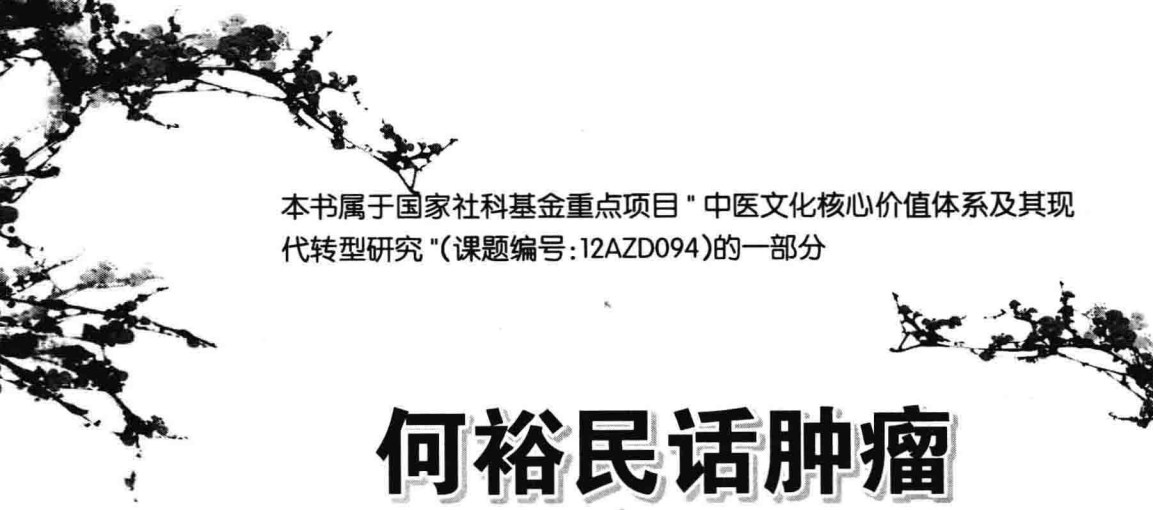
何裕民 话肿瘤

从康复到康宁「感悟人生 学会生活」
癌症防治新模式探讨

何裕民 编著



人民卫生出版社



本书属于国家社科基金重点项目“中医文化核心价值体系及其现代转型研究”(课题编号:12AZD094)的一部分

何裕民话肿瘤

何裕民 编著
宋 婷 整理

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

何裕民话肿瘤/何裕民编著. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20061-5

I. ①何… II. ①何… III. ①肿瘤—诊疗 IV. ①R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 012674 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

何裕民话肿瘤

编 著: 何裕民

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 13

字 数: 240 千字

版 次: 2015 年 2 月第 1 版 2015 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20061-5/R·20062

定 价: 29.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



代序



说到癌症，是个欲说还休，似乎远没止境的话题。人们突然发现，几乎一瞬间，癌症就在你我身边，且以迅捷姿态，闯入你我生活，干扰你我康寿，成为你我不得不面对的大难题，同时也成为人类的新常态。而癌症那狰狞的面目，激起了多少人的恐惧不安，惶惶不可终日。其实，就像一句俗语所说的：真正令人恐惧的，不是恐惧事件，而只是恐惧本身。癌症也一样。对于它，人们依旧停留在陈年八股的老旧观点中。对此，需要的不只是新的诊疗技术，更重要的是正确的认识与态度。因为观察表明：临床死于癌症的，大都不是死于癌这个疾病本身，而是死于对癌症的无知、恐惧、绝望；以及因为错误认知所诱发的蛮干、乱治，无休止的创伤性戕害。

最近一期的《医学与哲学》（2014年8月刊）前三篇专论分别刊载了国家科协主席、著名院士、全国政协副主席韩启德的《对疾病危险因素控制和癌症筛检的考量》、汤钊猷院士的《中国式抗癌：孙子兵法的启迪》和本人的《癌症防治中的“将军思维”及“士兵情结”》。我们三位中西医学科背景不同、立场（病理学、临床诊疗）角度不一，但却观点相通。例如，著名医学专家（病理学权威）韩启德院士指出：当今医学中不少观念需要变革。他颇有哲理地说：“我们现在的医疗出了问题，不是因为它的衰落，而是因为它的昌盛；不是因为它没有作为，而是因为它不知何时为止。”这在肿瘤领域尤其为甚。故韩启德院士尖锐地指出：“在宗教强盛，科学幼弱的时代，人们把魔法信为医学；在科学强盛、宗教衰弱的今天，人们把医学误当作魔法。”这的确揭示了西医学的一大悖论。面对癌症，一方面人们守旧，信奉西方新教主义的征服宗旨，在对癌症等并不十分了解的情况下，一心想征服癌，故一上来一定是类似程咬金式地，挥舞着三斧头（手术、放疗、化疗），一通蛮干；一旦三斧头不行，便二手一摊，没辙了，缴械投降了；或告诉患者家属，只能这样了，认命等死吧！说到底，这其实是人类自以为是，狂妄不已的表现；而本质上，是医学缺乏底线及智慧之故。



或者说，缺乏对癌症等的对手本质的重新探寻及深入思考的恶果。

作为一位严肃的科学家，韩启德院士在该文章中还大量引用第一手的国内外研究资料来论证他的结论，使得这个结论更加可信和值得重视。鉴此，笔者大胆引用韩启德教授的大段文字，以为本书的序言一部分：

“多项研究显示了一个有趣的现象，1975—2005年的30年间，美国甲状腺癌、肾癌、乳腺癌、黑色素瘤和前列腺癌的发病率都增加了3倍左右，但这5种癌症的死亡率却没有明显变化。一种可能的解释是，在这30年间癌症发病率的确不断增高，但由于诊疗水平的提高，做到了早发现、早治疗，大大降低了死亡率。但这与前述研究显示的同时期内筛检组和对照组死亡率无明显区别的结论相矛盾。

因此，一种更加可能的解释是，近几十年医学诊断技术的快速进步，查出了很多本来不治疗也不会死的‘癌症’患者，人为地拔高了发病率。事实上现在已经有不少研究支持这种解释。例如，有研究发现对非甲状腺癌死者的甲状腺做2.5mm厚度的切片病理检查，发现36%的死者患有甲状腺癌，如果把切片厚度做得更薄，例如0.5mm，会发现更多的癌症患者。同样，对死于非癌症的40~50岁的女性乳腺组织切片检查也发现，约40%的妇女患有乳腺癌。更加令人惊讶的是，美国底特律的一个研究对525例意外死亡的男性死者的前列腺做病理切片检查发现，即使在20多岁的年轻人中也有近10%的人患有‘前列腺癌’，癌症检出率与年龄明显相关，70岁以上的死者，有80%以上的人为阳性。这些研究表明：人群中确实存在相当比例终生没有征兆、没有麻烦、无检查也不会发现的癌症。

由于诊断技术的进步，在当前的诊疗过程中，无意中发现的肿块（现被冠以incidentaloma，偶发瘤）越来越多，但其中多数并非致命性的癌症。例如，有一项在50岁人群中进行的研究发现，对肺脏进行CT扫描，在吸烟人群中有50%发现肿块，而只有3.6%为致命性肺癌；即使在非吸烟人群中也有15%发现肿块，其中只有0.7%为致命性肺癌。对肾脏和肝脏进行CT扫描，则分别有23%和15%的人发现肿块，其中分别只有0.2%和0.5%为致命性癌症。对甲状腺做超声检查，则有67%的人发现肿瘤，其中只有0.01%为致命性甲状腺癌。”

韩启德院士还进一步分析认为：“根据上述现象可以推测，恶性肿瘤依据其进展程度可分为三种类型：

第一类发展极快，一旦发现即使立刻治疗往往也难以逆转；

第二类进展比较缓慢，症状出现以前还有相当长一段时间窗口可以被检出，而且病理上还属于早期，通过治疗可以减缓或者中断其病理进程；

第三类属于停滞（indolent）型，其发展非常缓慢，病人的生命终结时

还不会出现症状或引起死亡，有些甚至自动消失，就像有些人曾经得过肺结核或肝炎，只是自己没有发现而已。

每种恶性肿瘤都包含这三种类型，只是不同肿瘤包含某一种类型的概率不同，如食管癌、胰腺癌中多数为第一种类型；结肠癌、子宫颈癌中含第二种类型较多；而前列腺癌、甲状腺癌中多数为第三种类型。近些年在乳腺癌、肺癌和黑色素瘤中也发现越来越多的第三种类型患者。”

这才是关于癌症的真知灼见，才是关于癌症的真实面貌。了解了这些，相信大多数人可以大大舒缓了一口气：原来，癌症并不是那么可怕的。谈癌色变！大可不必。作为一个补充研究证据：我们数据库里近 1.8 万例癌症患者的初步分析，第一类型占总数的 5%~15%；在胰腺癌等较为凶险类型的癌中占 20%~35%，一般常见癌症（如乳腺癌、肺癌、食管癌等）约 15%；前列腺癌、甲状腺癌等中只占 2%~3%。第二类癌是主体，占 40%~50%；像肠癌、胃癌等，都在 40%~50% 上下。第三类更多见于老年人及情绪良好者。属第三类的，甲状腺癌、前列腺癌最多，至少占了 60%~80%。而且，拼命的创伤性治疗，往往会促使明明是第三、第二类的癌症，加速度“突变”成为第一类。因此，癌症并非人们想象的那么可怕。癌症的认识，人们需要一个全新的革命。

几十年的临床应诊，促使我认识到癌症只是慢性病。为此，几年前我出版了同名科普书一本，影响甚大，发行了数十万册。因为报科技进步奖需要，有关方面要求做全面的查新检索。没想到，一查新，这观点居然是我最早提出的。我 2002 年在上海人民广播电台 990 名医坐堂及民生健康两档节目里，常常围绕这个进行宣传。口说无凭，2006 年 6 月，我在报刊上正式刊文，提出癌症是慢性病。这是现在查到的最早的提法。2006 年年底，世界卫生组织有一文件叫《与慢性病面对面：癌症》。2007 年，国内这样的提法就渐成气候了。对此，我还是颇感欣慰的，毕竟，太多的人接受了这正确理念，不再那么恐惧了，不再那么无奈与抓狂了，理性多了！经常有人告诉我：因为这个理念，他活了下来！而前面引用的韩启德院士的分析，更有力地佐证了这一理念。

人民卫生出版社的李丽主任是我的老朋友，一直希望我能够出一本轻松漫谈中传递新理念的癌症科普，并给我支招，可在我的博客中遴选一些新话题，加以充实。宋婷是我的博士，近来已成为我创办的和合学派中年纪最轻的一位弟子。她江西中医药大学毕业后曾在我身边学习六年，她聪慧好学，悟性高，且勤勉。除了跟随我门诊外，还常常上我的博客，时有感悟。因此，宋婷就成了编撰此书的不二人选。她确实尽心尽力，除了编撰，还常有想法及充实。例如，关于“德寿律”就是我们师生俩学术互

动的结论，既成为她的博士论文的核心论点，也是本书的一个新见解。总之，此书面世，宋婷博士贡献很大，在此，表示谢意！

此书既是本人博客中部分内容的体现，也有约 1/3 的内容是重新补充写的。即使是录自本人博客的，也大多进行过修删。因为我们希望奉献给大众的，一定是严谨而代表新趋势的。

要适应癌症已成为人类新常态的现实，需要每个人学会理性面对它；而理性面对它的核心，是改变过去习以为常却往往陈旧且错误的看法——这是这本书的本意。如果各位读者能够在这方面有所斩获，那我们就心满意足了！

何裕民

2014.12 于上海



前言

——“铁杆粉丝”的小小心愿

何裕民教授是我的博士生导师。2013年1月10日下午，那天是导师本科生课程《心身医学概论》寒假前的最后一次课，在教研室等着向导师汇报近期工作的我，接受了这样一个任务，整理“何裕民_新浪博客”的文章，以备出版。当时想一想，只是简单的整理，应该很快就能成文。虽然不是第一次读，但是在整理的过程中，我被导师每一篇博文的用心深深感染。

作为导师的“铁杆粉丝”，“何裕民_新浪博客”是我除了课题工作以外，最重要的学习任务。博客内容涵盖多个方面，从导师的随笔、诊治经过、癌症新研究到患者来信、导师出席会议、论坛的演讲实录等。博客的后台工作人员告诉我，每一篇内容都经过导师的细细斟酌，认真审阅才能与广大读者见面，导师是极为看重这一点的，容不得一点瑕疵。

在今天这个信息爆发的时代，博客、微博、微信在我们的生活中扮演着重要的角色。“何裕民_新浪博客”在每一个癌症患者的生活中，代表着“精神的力量”。

从2012年3月开始，我每周两次去导师的门诊跟诊抄方，亲见了无数次生命的奇迹。被西医宣布无法手术，无法放化疗的病人，在导师这里，重获生命，一个月，两个月，半年，一年，五年，十年……有一位董老师，她是苏州大学医学院附属医院的妇产科主任医师，她来就诊的时候和我们说，她每天都要看何老师的博客，尤其是心情不好的时候，更要读一读，看着都觉得心情愉快，还能减轻癌痛；有的患者因为年事已高，他们的子女把博客内容打印出来，供老人品读；有的患者对博客内容会做读书笔记，重要的治疗方法，饮食指导会写下来，不时地翻看……。

“何裕民_新浪博客”通过一篇篇文章，给深陷泥沼的患者一根“救命稻草”，给寻医问药路上的家属一盏明灯，给爱惜生命的大众一碗“心灵鸡汤”，每一篇就诊故事，每一篇国外新研究成果的评论，无一不向大众传递着“癌症只是慢性病”，勇者无惧的正能量。

从寒假整理出的二十多万字，到2013年6月中旬正式确定书籍的目录，进行二次、三次、多次修改，再到2014年5月的最后修改。精选出八个章节84篇文章，与诸位共享。从“癌症的新认识”到“癌症机制的新见解”，内容涵盖了国内外的最新研究成果及导师的新见解，从“亟需变革的‘中国式治癌’”到“中西医治癌：异趣的慧根”，是导师对中国式癌症治疗模式的思考及客观评述，每一篇文章都值得广大读者，乃至医务工作者细细品读；文稿的第五章开始则是导师从医二十余年，癌症治疗的经验总结。从“晚期癌：不应轻言放弃”到“人性呵护：防治癌症的必修课”，从“癌症防治新模式探讨”到“从康复到康宁：感悟人生，学会生活”，每一篇文章用最鲜活的临床实例，告诉我们，癌症治疗需谨慎，切不可盲目运用“三斧头”——手术、放疗、化疗。

经过一年半的整理及修改，我这个“铁杆粉丝”的小小努力终于完成任务，把导师的相关内容编撰成书。希望广大癌症患者及其家属不走弯路，改变认知，走出沼泽地；希望医务工作者能把这本书放在案头，细细体会，合理运用“中西医治癌”这一手段，为广大患者谋福音；希望普通读者从中受益，爱惜生命，与康宁为伍！

宋 婷

2014.6

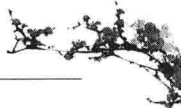


目 录



第一章 癌症：新认识，新定义	1
一、与发达及发展中国家都突显巨大差异	1
二、最能击垮患者的不是癌，而是恐惧与孤独	3
三、癌症：中国需要一场认识革命	4
四、新共识：癌症只是慢性病	7
五、新趋势：癌症需要重新定义	9
六、百年人类抗击癌症史的启示	11
七、人类与癌交手新阶段：“博弈”为主	14
八、癌症，是人类的新常态	15
九、须重新界定：何谓抗癌胜利？	16
十、认识癌症的慢性病特点	17
第二章 癌症机制的新见解	21
一、观点纷繁看癌因	21
二、需深挖的“知其所以然”	23
三、基因研究的“碎片化”	25
四、“带头闹事者”与“胁从者”	26
五、些许成果：一些基本“规则”	27
六、干细胞说：“鸡与蛋”的悖论	28
七、需要反思的是思维模式	29
八、一个案例的分析与“同花顺”理论	31
九、为什么偏偏是我生癌？	32
十、蝴蝶效应、沙堆理论及自组织临界状态	33
第三章 亟需变革的“中国式治癌”	37
一、美国：战略性转折已见成效	37
二、令人揪心的“中国式治癌”	39
三、化疗：中国式治癌的重灾区	41

四、化放疗不当，癌症复发根源	42
五、面对癌症，最根本是让人活下去	44
六、瓷器店里打老鼠，悠着点更好	45
七、关于癌症早期发现的悖论	46
八、有时候，不治疗是最好的治疗	48
九、别匆忙冲进手术室	49
十、慎对高龄老人创伤性诊治	52
第四章 中西医治癌：异趣的慧根	55
一、中医学防治癌症：需重新再认识	55
二、明明白白死与糊里糊涂活	57
三、猫论：能控制癌的就是好招	59
四、一观察、二追踪、三采取行动	61
五、“以人为本”就是让他活得好、活得长	64
六、与癌博弈，悠着点更好	66
七、中医药治癌的新要点	68
八、胰腺癌等，不妨以中医药为主	71
九、卵巢癌等，大中医小化疗更好	73
十、老年肿瘤，中医药是首选	75
十一、防控转移复发，也许非中医药莫属	77
十二、中医药治癌，也需与时俱进	79
第五章 晚期癌：不应轻言放弃	81
一、转移癌≠晚期癌	81
二、专家共识：晚期癌也可转成慢性病	82
三、晚期癌，也许还会柳暗花明	83
四、合理适度运用“三斧头”	85
五、靶向：要说爱你不容易	88
六、微创：该出手时才出手	91
七、整合治疗：晚期癌症的科学对策	92
八、有时：不妨停一停，观察一下	94
九、需要的是坚强和韧劲	96
十、影响晚期癌症生存的十大因素	97
第六章 人性呵护：防治癌症的必修课	103
一、心理危机比癌症更要命	103
二、治癌先救心，救心先给予“希望”	104
三、人性呵护，从学会说话做起	106



四、改变错误认知，治癌第一步	108
五、帮助释放压力，救心的关键	110
六、“逆时针”心理效应，重返最佳状态	112
七、期盼效应：心存企盼，会有相应结果	114
八、“巴纳姆效应”与晚期小细胞肺癌康复	116
九、斯托克代尔悖论与肿瘤康复	117
十、秉性不改，康复难求	119
十一、SOS：癌症患者心理危机的急救	120
十二、癌症患者慢性心理危机的纠治	128
第七章 癌症防治新模式探讨	133
一、GI4P：治癌的一种新模式	133
二、“三驾马车”：治癌的整合模式	136
三、癌症康复的三大目标	138
四、康复治疗：癌症的第二治疗	142
五、康复的核心：提高其生存质量	143
六、饮食清淡，利于癌症患者康复	145
七、有效的社会支持，促进康复	149
八、群体康复，一种好的康复模式	151
九、女性癌症患者的康复特点	153
十、癌症康复，还需要治疗性教育	158
第八章 从康复到康宁：感悟人生，学会生活	163
一、临终者忏悔的指南意义	163
二、临终遗憾启示录	164
三、踮起脚尖赶路与“沙堆”效应	165
四、能否放慢些？自我调整经验谈	166
五、自我训练，减慢性子	170
六、从疾病“康复”到“康宁”	170
七、需重新思考生命意义	172
八、洞悉了生死关系，才能积极地生活	174
九、德寿律：“全德”可以“保形”	177
十、有容与感恩：德的体现	180
跋	185



第一章 癌症：新认识，新定义

2013年年底，国际癌症研究机构公布了全球最新癌症动态。数据显示：2012年，全球新增1410万例癌症患者，中国新增306.5万例，占22%；全球820万人因癌症死亡，中国占27%，即220.6万人死于癌症；全球3260万人带瘤生存，中国占15%（504.5万人）。（源自2012年全球肿瘤流行病学统计数据GLOBOCAN2012）

上海紧接着发布了上海癌情报告，每天有150人被确诊罹患癌症，全年则约5.5万人；每天有100人死于癌症，每年超过3.6万，每年癌症新发病率早就超过300/10万，紧逼400/10万；而印度仅仅是100/10万上下……上海的癌情，已经达到国际高水平。

“癌症是绝症！”这是时下多数人对癌症的认识，且影响深广。这些权威数据一经公布，再一次激起了国人对癌症的高度恐惧与不安！一时间，各种媒体竞相转载分析，对此，我们也需要深入进行讨论：

一、与发达及发展中国家都突显巨大差异

首先，上述数据体现出的差异，需要具体解读：

据国家统计局网站消息，2011年末，中国大陆总人口（不含港澳台）134735万；2011年10月30日联合国报告全球人口正好达到70亿。两者时间上恰恰可以比较，可见，中国占世界总人口的19%。我们可以以人口基数做出同口径的比较。中国的癌症发病率较世界平均值高出了15.78%（22：19）；而中国的死亡率又较世界平均值高出了近半数，达42.1%（27：19）。但生了癌症还活着的，却只有平均值的78.9%，整整少了两成多（21.1%；15：19）。很显然，差距是巨大的，中国人的癌症现状，令人不安，令人羞愧！

发病率明显偏高，死亡率更远远高出世界平均水平，存活率却显著低于平均水平！这是包括那些最不发达国家在内的世界平均水平！这，难免

让业内人士及所有相关者汗颜及惶恐。

也许，这些数据还不够醒目。我们可进一步解析：全球 3260 万人带瘤生存，中国则为 504.5 万人；我们仍以人口基数为准进行比较，全球癌症患者存活率为 0.465%（3260 万/70 亿）；中国则仅有 0.374%（504.5 万/134735 万）。即，每 100 人中，世界平均有 0.46 个人生了癌存活下来，中国发病率比他们高，活的却只有 0.37 个，只有平均值的八成左右。

如果拿美国与上海的水平相比较（美国国家与上海地区的癌症年发病率相近似，都是 350 多/10 万；故基线一致，可以比较），2012 年当时官方统计结果显示：美国有 1370 万个癌症存活者；美国总人口 3 亿多一点，其癌症存活率为 4.56%；为国际平均水平的约 10 倍。上海近期有两个数字，存活者是 25 万，一份官方数字说每百人里正好有 1 人生了癌还活着（2012 年）；近期则为每百人里 1.79 人生了癌还活着（2014 年）。笔者分析，是统计口径不一，25 万人癌症患者活着是事实，原先的统计可能是以生活在上海的总人口为分母计算的（近 2400 万，正好 1%）；这次恐怕只是以户籍人口作为分母的（1426.93），那就是 1.75%，数字差不多。而我们门诊上，半数上海患者是外地定居在上海的新上海人，但多数户籍仍在原居住地。因此，以户籍为分母，显然不合适，虚高了存活率。即便是虚高了的数字，上海可以称雄全国（这是我们一贯认为上海的确是全国癌症康复水平最高的）；但与美国相比，仍然是差距巨大，只有他们的 1/3 左右。更何况，1% 的存活率可能是最准确的数字，那只是别人的 1/4.5，差距太唐突了！同样的生癌人数，他国活下来的有 4.56 个，我们只有 1 个多一点！多死 3.5 个人。

2008 年，笔者在《癌症只是慢性病》一书里有过统计比较，认为上海是全国癌症治疗及康复水平最高的（也是发病率最高的）城市。但与美国相比较，差距巨大。上海五年生存率在 35%~40%；生了癌平均可以活 3.5~4 年；现在，略有修正，有所进步，生了癌平均可以活 4.5 年（25 万存活者/5.5 万每年新患者）。美国的五年生存率在 65%~75%（高的乳腺癌达到 90%以上），生了癌平均可以活 8.3 年左右（1370 万存活者/165 万每年新患者）（2008 年计算时，非实体瘤数据不准确，少算了，故统计成了生癌后平均可以活 11 年）。但就 4.5 年与 8.3 年比较，差距仍然是惊人的。

根据《柳叶刀》的报道：有学者对印度具有代表性的小区域的死亡原因进行评估：随机选择的 6671 个地区的 110 万个家庭的 122,429 个死亡案例中，有 7137 例死于癌症，只占总死亡人数的 5.83%。与 2010 年印度全国 556400 例癌症死亡（在总死亡中所占）比率一致。年龄为标准的每 10 万人群癌症死亡率在农村和城镇地区相近（农村地区：男性每 10 万 95.6 人，



女性 96.6 人；城镇地区：男性 102.4 人，女性 91.2 人）。这个数据与中国 20 世纪 70 年代中期水平有所接近（据国内资料，1973 年我国的癌症死亡率在 10 万分之 100 上下）。他们不仅仅发病率低，死亡率也远远低于中国！这次，国际癌症研究机构公布的全球最新癌症动态（GLOBOCAN2012）中，印度的年发病率仍在 10 万分之 100 稍多点，可见，上述数据可信度是存在的。

二、最能击垮患者的不是癌，而是恐惧与孤独

汇总上述这些权威数据，突显出一个令人难堪的尴尬：中国的癌症防治水平，世界殿后！不仅与美国等发达国家相比（即便是以最发达为上海参照）；差距巨大。即便是与印度等发展中国家相比，也距离不小。与发达国家相比较，我国的癌症发病率虽不一定有他们那么高（他们是高发病率、高治愈率、高存活率），却也在逼近他们的高发水平（上海已经与美国持平），但我们的治愈率、存活率却大大低于他们。

而与发展中或不发达国家相比，他们通常发病率低，治愈率不高，却也不比我国低，甚至高于我国（如印度），因此，存活率并不低。相反，中国的同比存活率只是世界平均水平的 80%（0.37 : 0.46）。

问题出在什么地方？显然，我们应该找出答案！

早在 10 多年前，笔者就明确指出，这个差异，绝对不是医疗科技水平差距所造成的，而是观念差异及因为错误观念导致的误治加剧的。今天，笔者进一步坚持这一观点。在《癌症只是慢性病》中，笔者分析过，上海的总体医疗保健水平，并没有逊色于美国多少，几大重要指标，如：人均期望寿命、婴儿死亡率、产妇死亡率等都明显优于美国全国水平。就肿瘤治疗来说，手术、化疗、放疗的药物及技术水平，差异也不大。就全国水平来说，尽管参差不齐，但绝不至于输给一般发展中国家！那么，问题症结究竟何在？

不久前，《广州日报》（2013.10.19）发文说：“最能击垮患者的不是癌痛是孤独”，并枚举了许多实例及专家采访加以证实。其实，这的确是揭示了中国癌症问题的冰山一角。坊间一直认为：中国癌症患者中，死于对癌症恐惧、孤独等心理障碍的，至少占 1/3，还有许多则是因为恐惧情结中，慌不择法，错误或过度治疗而亡！笔者曾经在《癌症只是慢性病》中对此做过详细分析，可以参考！笔者还在新书《生了癌，怎么办》中总结出“全民恐癌”是中国癌症患者早夭的关键，“高度恐惧+过度创伤性治疗=极高的致死率”，获得了广泛的认可。

问题是何以同样生了癌，中国人如此惊恐万状，方寸大乱呢？

根源在于对癌症等相关认知的偏差。因此，改变认知，就是中国改善癌症目前尴尬现状的重要且首要的一环。

笔者的《癌症只是慢性病》面世6年多，再版三次，重印近20次，广受好评，就是因为努力传播了新观点——癌症只是慢性病，改变了许多人对癌症的错误认知及看法，从而获得了良好的社会效益。

三、癌症：中国需要一场认识革命

长期以来，在人们认识中，“癌症”二字已与死亡画上了等号，甚至比死亡更可怕。因为在确诊癌症后，每一寸光阴都像是生命的倒计时，这段时光充斥着恐惧绝望，再加上手术放化疗的肉体痛苦，各种治疗的高昂费用，结果多半是人财两空……这些，错综地叠加在一起，让当事人备受煎熬。

由于疗法和效果的有限，加上人们对癌症的认识不足，使得这种病患，更多地演变成了精神折磨：恐惧、孤独、绝望。加之中国几千年来对疾病“讳莫如深”的社会心理，更加剧了这种身体病患的精神性伤害。一想到癌症，几乎所有人会不由自主地联想起一幅凄凉图景。以至于很多患者不是因病而死，而是被这巨大的恐惧感压垮的。恐癌心理，已成为社会公共心理中严重的一种。

其实，这些对癌症的根深蒂固的认识并不正确！中国人对癌症的恐惧和误解太深、太久，是到了彻底消除人们误会的时候了。因此，笔者的《癌症只是慢性病》问世，被许多媒体称为在中国，掀起了一场癌症的认识革命。有媒体归纳：在以下4个方面对癌症的颠覆性新认识，可为您一扫阴霾！

1. 癌症将会是一种常态 伴随着社会老龄化，癌症已经是一种普遍发生的疾病，它本身就是伴随着衰老而出现的常见病，甚至可以说——癌症也是生命的一部分。

“我怎么这么倒霉？命运对我怎么这样的不公平！”一旦身患癌症，人们首先会觉得自己是个特别不幸的人，生活中千千万万的人都与癌症无缘，为什么偏偏自己受到癌魔的“垂青”？

其实，肿瘤的发生，远比人们想象的普遍、常见。

早在20世纪80年代末，美国就有医学专家报告说：在80岁上下老年人的尸解中，有1/4左右的人身体内患有肿瘤，但这些老人生前都没有与癌症有关的任何症状。他们的死亡，也是因为其他疾病或原因。换句话说，



在老年人体内，出现肿瘤是十分自然的事。

最近，又有在欧洲从事免疫学研究的海归学者黄又彭教授，自诉曾每年解剖近 200 例尸体，其中 80 岁左右老人无一例外地身体内都患有隐匿性的、无任何症状的肿瘤。他还预计，如果人的平均寿命达到 100~120 岁，每个人体内的肿瘤将达到 3~4 种！美国国家疾病控制中心的专家预测：假定美国公民期望寿命达到 90 岁，那么，将有 47% 的男性和 32% 的女性罹患并死于癌症。

前不久，英国医学家分析后认定：2020 年还活着的伦敦人，这辈子 47% 会与癌症打交道。换句话说，近一半的人，会被癌盯上。类似的预测很多。这些，再清晰不过地表明，癌症其实是一种常见病，它伴随着衰老过程而极易出现。

本质上说，多数上了年龄的老人之所以发生肿瘤，其实是一种伴随着机体衰老过程而难以避免的生理偏差，就像老人会骨质疏松、脑组织会变性（早老性痴呆）一样。越到老年，细胞复制的次数越多，出偏差的概率就越高；体内堆积的变异细胞及其子代就越多；再加上老年人自身免疫监视、识别、清理等功能，随着衰老也日渐弱化及退化，故变异的癌细胞难以及时被识别和有效清除，综合地促成了这一后果。

因此，甚至可以认为癌症也是自然界调控人类生命，使之趋于平衡，不至于严重失衡的一种重要机制。癌症和其他疾病一样，也是生命的一部分。其实这和美国人对待疾病的态度很相似，很多美国人认为，得病，不管是平常的感冒，还是癌症，都是人生命中的一部分，都要以正常的心态对待。

2. 癌症与高血压、糖尿病一样，多数情况下只是慢性病 现代研究证实：癌症的发生是一个长期、渐进的过程，经历多个阶段。从正常细胞到演进成变异细胞，少数变异细胞不断复制，最终形成聚集有 $10^8 \sim 10^{10}$ 个癌细胞的肿瘤，通常需要 10~20 年，甚至更长。只有当危险因素不断叠加打击，机体防御体系损害严重，修复能力降低时，癌症才会发生。

因此，尽管多数癌症患者的病情会呈进行性发展，但也跟大多数慢性病一样，它有一个较长的蛰伏期，或隐匿的慢性进展期。通常，此时它还走走停停，甚至会倒回去（自我停顿或自愈）。即使已经出现症状（或被发现了），有时它发展到死亡还有一个较长的过程。而且，只要合理应对（治疗或康复治疗），一般也可有所控制，甚至逆转，至少不会迅速走向死亡。以局灶性前列腺癌为例，美国康涅狄格大学医学中心教授彼得·阿尔伯森的几十年追踪研究提示：即使不对其进行创伤性治疗，绝大多数患者也能存活 20 年以上。