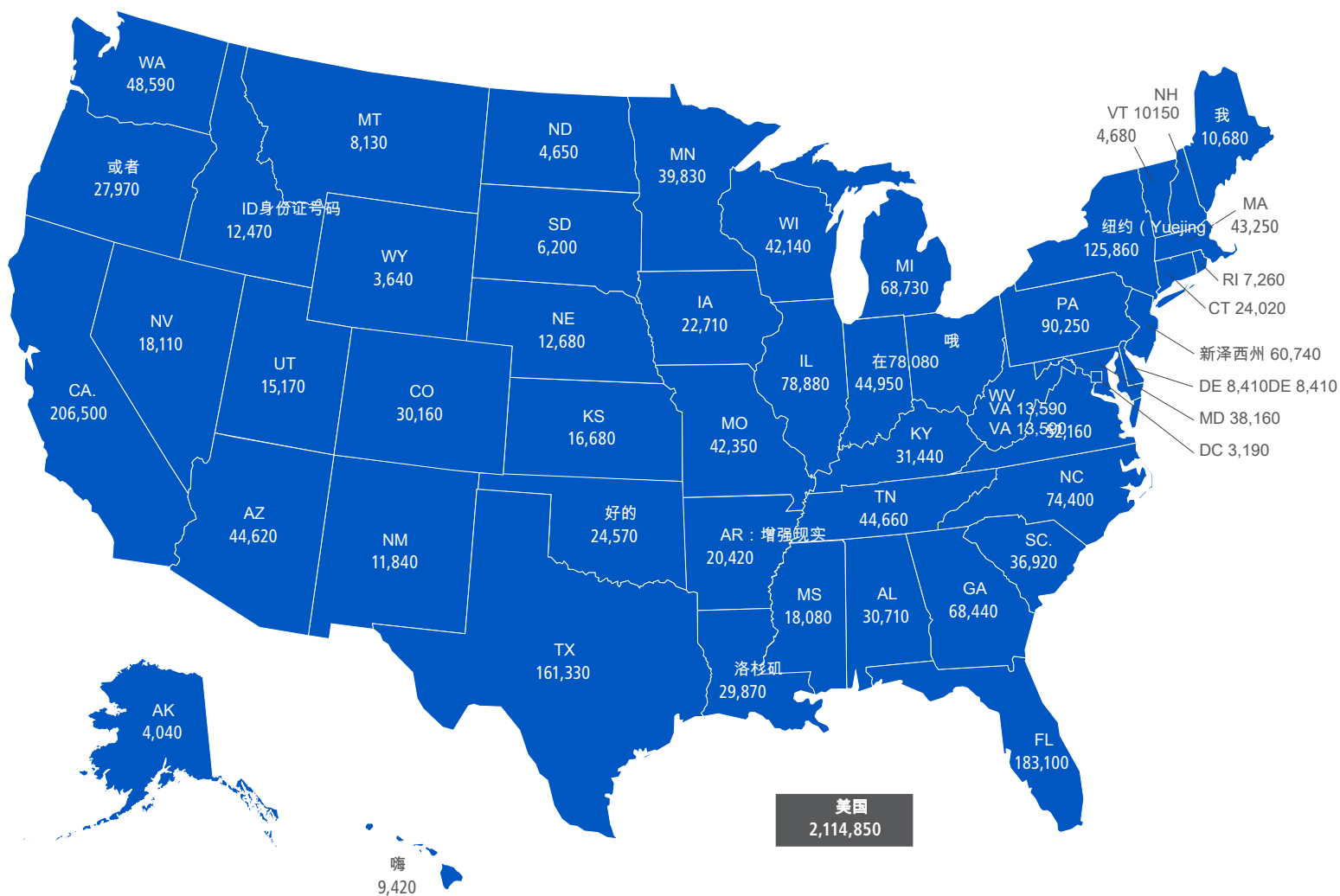


癌症事实与数据 2026



预计2026年新病例数量（不包括基底细胞癌、鳞状细胞癌和尿路以外的原位癌）。这些预测基于模型，应谨慎解读。

内容

基本癌症事实1

图1. 根据地区、年龄调整的癌症死亡率趋势，男性，美国，1930-2023年

精选癌症3

乳腺3 图2.按部位调整年龄的癌症死亡率趋势，女性，美国，1930-2023 3 表1.按性别估计的新发癌症病例和死亡人数，美国，2026 4 表2.按州估计的选定癌症新发病例数，美国，2026 5 表3.按州估计的选定癌症死亡人数，美国，2026 6 表4.按州估计的选定癌症发病率，美国，2018-2022 7 表5.按州估计的选定癌症死亡率，美国，2019-2023 8 表6.按性别和选定年龄段发展侵袭性癌症的概率（%），美国，2019-2022 9 表7.按种族调整的5年相对生存率（%）趋势，美国，1975-2021 11

儿童和青少年癌症 11

表8. 美国诊断分期五年相对生存率（%）2015-2021 13

结肠和直肠 13

肾脏和肾盂 14

图3. 2026年新发癌症病例和死亡病例的主要网站估算 15

白血病 16

肝脏 16

肺和支气管 17

淋巴瘤 18

口腔和咽 19

卵巢 20

胰腺 21

前列腺 21

皮肤 23

甲状腺 24

膀胱 25

子宫颈 25

子宫体 27

癌症差异28

表9. 按种族和民族划分的选定癌症发病率和死亡率，美国 29

癌症风险因素30

烟草使用 30

图4. 成年人（30岁及以上）因吸烟导致的癌症病例和死亡比例，美国，2019年 30 营养与体育锻炼 31

图5. 美国成年人（30岁及以上）因超重导致的癌症病例和死亡比例，2019年 31

全球癌症负担33

图6. 2020-2021年全球因选定可修改风险因素导致的癌症病例或死亡比例及数量 34

美国癌症协会 36

统计数据来源 42

美国癌症协会针对平均风险无症状人群的癌症早期筛查建议 44

本出版物总结了关于癌症的当前科学信息。除非特别说明，它不代表美国癌症协会的官方政策。

建议引用：美国癌症协会. 癌症事实与数据 2026. 亚特兰大：美国癌症协会；2026年。

©2026, 美国癌症协会, 版权所有, 包括以任何形式复制此出版物或其部分内容的权利。请将电子邮件发送至美国癌症协会法律部门。 permissionrequest@cancer.org 为获得许可。

基本癌症事实

什么是癌症？

癌症是一组以异常细胞无控制生长和扩散为特征的疾病，如果不治疗可能导致死亡。大多数癌症的原因尚不清楚，但某些生活方式因素和遗传基因突变可能通过单独作用或结合作用增加风险，从而启动和/或促进癌症的生长。

癌症可以预防吗？

排除非黑色素瘤皮肤癌，至少40%的美国成年人新诊断的癌症——2026年约有85万例——是可能避免的，包括与吸烟有关的19%的癌症，与超重有关的8%的癌症，以及与饮酒有关的5%的癌症。详见 [美国2019年因可干预风险因素导致的癌症病例和死亡的比例和数量](#) 更多信息。此外，常规筛查可以通过检测可移除的癌前病变来预防许多结直肠癌和大多数宫颈癌。筛查还可以通过早期发现，在治疗通常更成功时，降低死于这些癌症以及乳腺癌、肺癌和前列腺癌的风险。有关详细的癌症筛查指南，请参阅第...页。 [44](#) .

今天有多少人曾经患过癌症？

截至2025年1月1日，大约有1860万美国人患有侵袭性癌症的历史，其中大多数人在多年前就被诊断出来；请参阅

[癌症治疗与生存率统计数据，2025](#) 更多信息

预计2026年将出现多少新增病例和死亡？

排除非黑色素瘤皮肤癌，预计到2026年，美国将有约210万新病例被诊断出，超过62.6万人将死于该病。 [表1](#))，相当于每天大约1,700人死亡。 [表2](#) 并且 [表3](#) 提供

预计到2026年，各州的新癌症病例和死亡人数。

癌症治疗取得了多少进展？

癌症死亡率是衡量抗癌进展的最佳指标，因为它们比发病率（新诊断）和生存率更少受到检测实践变化的影响。由于吸烟流行病，20世纪的大部分时间里，年龄调整后的癌症死亡率有所上升，但截至2023年，从1991年的峰值下降了34%，避免了大约480万死亡。这一进展主要反映了四种最常见癌症——肺癌、结直肠癌、乳腺癌和前列腺癌——死亡率下降。 [图1](#) 并且 [图2](#))是科学发现的结果，这些发现转化为吸烟减少、治疗进步和早期检测。在过去十年（2014-2023年）中，癌症死亡率平均每年下降1.5%。未来的进步受到联邦卫生保健、癌症登记和癌症研究资金减少的威胁。

癌症发病率和死亡率是否存在地域差异？

癌症的发病率在不同州之间差异很大，其中最可预防的癌症（如肺癌）差异最大。例如，男性肺癌发病率相差3至4倍，从波多黎各的每10万人21例增加到犹他州的每10万人28例，到肯塔基州的每10万人96例。 [表4](#))。 [表5](#) 提供按州划分的选定癌症的平均年度死亡率。

谁有患癌症的风险？

每个人都有患上癌症的风险，尽管癌症的发病率随着年龄的增长而大幅增加；在美国，88%被诊断患有癌症的人年龄为50岁或以上，其中59%的人年龄为65岁或以上。在美国，估计每100名男性和女性中就有39人将在他们的一生中患上癌症（ [表6](#) 然而，这些概率是基于总体人群中的癌症发生情况，由于生活方式暴露（例如，吸烟、体重过重、饮酒）、家族病史和/或遗传易感性，这些概率在个人之间可能有所不同。

癌症患者存活率的百分比是多少？

五年癌症综合相对生存率已达到一个里程碑式的70%，对于2015年至2021年间被诊断的患者而言，这一比率从20世纪70年代中期的49%上升。表7 相对生存率是衡量癌症患者与同年龄、种族和性别的一般人群预期寿命的指标。自20世纪60年代初以来，由于治疗方法的进步和某些癌症的早期诊断，白人的五年相对生存率从39%上升到71%，黑人从27%上升到66%。生存率因癌症类型和阶段而大相径庭。表8)，诊断时的年龄。见统计资料来源，第 43 关于相对生存的更多信息。

规范化展示基于人群的癌症登记数据的系统，特别适用于跟踪趋势。根据这一系统，如果癌症局限于开始生长的细胞层，则处于原位阶段。如果癌细胞已穿透原始组织层，则癌症已侵犯，根据扩散的程度分为局部、区域性或远处。有关这些类别的详细描述，请参见脚注。表8) 临床医生和一些癌症（例如白血病和脑癌）使用不同的分期系统。参见 [cancer.org/cancer/diagnosis-staging/staging](https://www.cancer.org/cancer/diagnosis-staging/staging) 更多信息关于癌症分期。

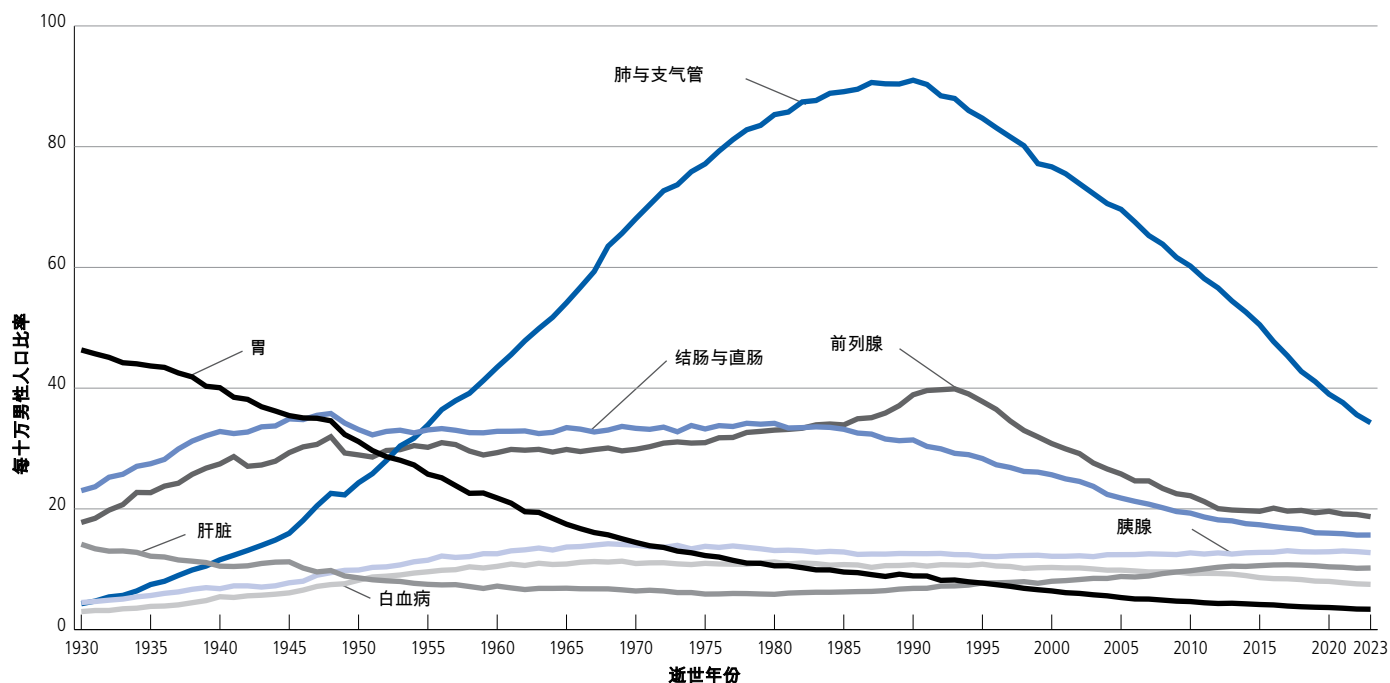
癌症分期是如何进行的？

肿瘤分期描述了肿瘤在体内的生长范围，通常基于原发肿瘤的大小以及是否已扩散到附近的淋巴结或其他身体部位。本报告采用总结的方式。

癌症的成本是什么？

癌症的花费可以通过多种方式进行估计，包括直接的医疗费用（所有卫生健康支出的总计）和间接成本，如因病错过工作的收入损失或过早死亡。国家癌症研究所估计，2020年美国的癌症相关医疗费用为2089亿美元。

图1.按地点调整年龄的癌症死亡率趋势，男性，美国，1930-2023



比率已根据2000年美国标准人口年龄进行调整。由于分类的历史性改进，肺与支气管包括胸膜、气管、纵隔及其他呼吸器官；结肠与直肠包括小肠；肝脏包括肝内胆管、胆囊及其他胆道部位。美国1930年至1959年死亡率卷，美国1960年至2023年死亡率数据，国家卫生统计中心，疾病预防控制中心。数据来源：
©2026，美国癌症协会，有限公司，监测、预防与健康服务研究

然而，这可能是低估了，因为它没有考虑到治疗费用的上升；许多处方药的标价每年超过10万美元。癌症给患者带来的费用是

每年估计为210亿美元，包括总自付费用162亿美元和患者时间成本49亿美元（例如，往返治疗的旅行以及等待和治疗期间的费用）。

选定的癌症

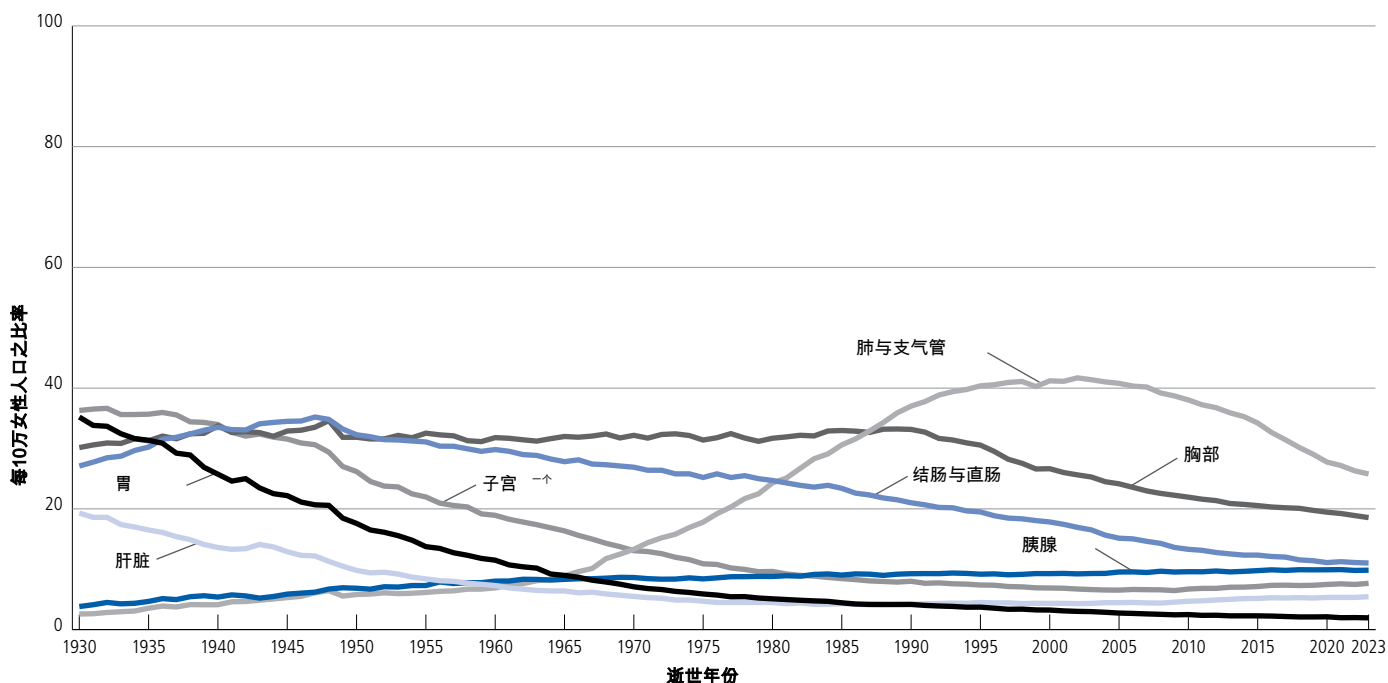
本部分提供了关于最常见的癌症类型的发生、风险因素、症状、早期检测和治疗的⁴²信息，对于特定亚型可能具有有限的相关性。发病率趋势基于1998年至2022年（覆盖美国99%的人口）诊断的病例基于人口登记数据的统计，并已调整了报告延迟。根据指导建议，为了提高准确性，2020年的数据被排除在发病率趋势分析之外。国立癌症研究所死亡率趋势基于1975年至2023年间死亡证明报告的死亡原因。参见统计资料来源，第...页。⁴²有关数据来源和方法的信息，请参阅。

胸部

新增病例和死亡人数 在美国2026年，预计将有321,910例新诊断的女性侵袭性乳腺癌和2,670例男性乳腺癌，另外还有60,730例女性导管原位癌（DCIS）被诊断。表1 预计到2026年，将有约42,670例乳腺癌死亡（女性42,140例，男性530例）。

发病趋势：自2000年代中期以来，侵袭性女性乳腺癌的发病率一直在增加；从2013年到2022年，平均每年增长1%，在50岁以下妇女中的增长速度（每年1.4%）比50岁及以上妇女（0.7%）要快。

图2. 美国女性按部位调整年龄的癌症死亡率趋势，1930-2023



费率根据2000年美国标准人口进行调整。由于历史上的分类改进，肺部与支气管包括胸膜、气管、纵隔以及其他呼吸器官；结肠与直肠包括小肠；肝脏包括肝内胆管、胆囊以及其他胆道部位。一个子宫包括宫颈和子宫体，合并计算，未调整子宫切除术的发生率。美国1930至1959年死亡率数据，美国1960至2023年死亡率数据，美国疾病控制与预防中心国家卫生统计中心。数据来源：

©2026，美国癌症协会，有限公司，监测、预防与健康服务研究

表1. 2026年美国按性别估计的新发癌症病例和死亡人数

	预估新增病例			预计死亡人数		
	男性和女性	男	女	男性和女性	男	女
所有网站	2,114,850	1,094,070	1,020,780	626,140	327,290	298,850
口腔与咽	60,480	43,070	17,410	13,150	9,420	3,730
舌头	20,420	14,250	6,170	3,560	2,460	1,100
口	15,810	9,230	6,580	3,340	2,030	1,310
咽	21,760	17,880	3,880	4,760	3,780	980
其他口腔	2,490	1,710	780	1,490	1,150	340
消化系统	369,970	203,500	166,470	178,700	102,000	76,700
食管	22,530	17,580	4,950	16,290	12,940	3,350
胃	31,510	17,900	13,610	10,740	6,360	4,380
小肠	14,450	7,470	6,980	2,170	1,250	920
结肠与直肠 ^{一个}	158,850	84,160	74,690	55,230	30,110	25,120
盲号	108,860	55,410	53,450			
直肠	49,990	28,750	21,240			
肛门，肛门管，肛门直肠区	11,270	3,570	7,700	1,700	570	1,130
肝脏与肝内胆管	42,340	27,790	14,550	30,980	19,650	11,330
胆囊及其他胆道	12,640	5,950	6,690	4,590	1,960	2,630
胰腺	67,530	35,190	32,340	52,740	27,230	25,510
其他消化器官	8,850	3,890	4,960	4,260	1,930	2,330
呼吸系统	247,820	124,540	123,280	130,550	67,260	63,290
喉部	12,290	9,730	2,560	3,960	3,180	780
肺与支气管	229,410	110,910	118,500	124,990	63,040	61,950
其他呼吸器官	6,120	3,900	2,220	1,600	1,040	560
骨骼与关节	4,110	2,290	1,820	2,210	1,240	970
软组织（包括心脏）	13,910	7,840	6,070	5,400	2,960	2,440
皮肤（不包括基底层和鳞状层）	119,750	70,590	49,160	14,570	9,850	4,720
皮肤黑色素瘤	112,000	65,400	46,600	8,510	5,500	3,010
其他非上皮性皮肤	7,750	5,190	2,560	6,060	4,350	1,710
胸部	324,580	2,670	321,910	42,670	530	42,140
生殖系统	463,560	345,900	117,660	71,970	37,400	34,570
子宫颈	13,490		13,490	4,200		4,200
子宫体	68,270		68,270	14,450		14,450
卵巢	21,010		21,010	12,450		12,450
阴蒂	7,130		7,130	1,750		1,750
阴道及其他女性生殖器官	7,760		7,760	1,720		1,720
前列腺	333,830	333,830		36,320	36,320	
睾丸	9,810	9,810		630	630	
阴茎及其他男性生殖器官	2,260	2,260		450	450	
泌尿系统	169,700	118,460	51,240	34,400	23,760	10,640
膀胱	84,530	64,730	19,800	17,870	12,640	5,230
肾脏 & 肾盂	80,450	50,770	29,680	15,160	10,200	4,960
输尿管及其他泌尿器官	4,720	2,960	1,760	1,370	920	450
眼及眼眶	3,200	1,720	1,480	530	280	250
大脑及其他神经系统	24,740	13,830	10,910	18,350	9,970	8,380
内分泌系统	53,200	16,630	36,570	3,500	1,700	1,800
甲状腺	45,240	13,240	32,000	2,320	1,100	1,220
其他内分泌	7,960	3,390	4,570	1,180	600	580
淋巴瘤	88,240	48,660	39,580	21,070	12,390	8,680
霍奇金淋巴瘤 8,920		4,890	4,030	1,100	680	420
非霍奇金淋巴瘤	79,320	43,770	35,550	19,970	11,710	8,260
骨髓瘤	36,000	20,150	15,850	10,850	5,780	5,070
白血病	67,790	39,070	28,720	23,910	13,900	10,010
急性淋巴细胞白血病	6,250	3,600	2,650	1,600	930	670
慢淋	22,760	13,810	8,950	4,350	2,720	1,630
急性髓细胞白血病	22,720	12,160	10,560	11,500	6,520	4,980
慢性髓性白血病	9,650	5,810	3,840	1,170	630	540
其他白血病	6,410	3,690	2,720	5,290	3,100	2,190
其他及未指定的主要场所	67,800	35,150	32,650	54,310	28,850	25,460

预测数值四舍五入至最近的10，病例数不包括基底细胞癌、鳞状细胞癌以及膀胱的原位癌。预计到2026年，将有60,730例女性原位导管癌和122,680例原位黑色素瘤被诊断。这些都是基于模型的估算，应谨慎解读。^{一个} 结直肠癌的死亡数合并统计，因为大量直肠癌死亡病例被错误归类为结肠癌。©2026，美国癌症协会，监测、预防和卫生服务研究

表2. 2026年美国各州选定癌症新增病例估计数

Invalid input. The text \"Non-\" provided does not contain enough content to be processed.

状态	女性结肠			肺 & 黑色素瘤 霍奇金				尿液 子宫 子宫			
	所有部位：乳房、直肠、白血病、支气管、皮肤淋巴瘤、前列腺、膀胱、宫颈、子宫体										
阿拉巴马	30,710	4,900	2,690	870	3,960	1,450	960	5,400	1,210	250	910
阿拉斯加	4,040	580	340	110	440	140	140	750	170	— [↑]	110
亚利桑那	44,620	7,090	3,330	1,450	4,350	3,890	1,690	5,540	1,970	280	1,430
阿肯色州	20,420	2,720	1,620	600	2,710	1,050	670	3,150	780	150	520
加利福尼亚	206,500	34,170	16,650	6,380	16,670	12,170	8,310	32,610	7,370	1,490	7,390
科罗拉多	30,160	5,210	2,210	1,030	2,620	2,190	1,190	4,480	1,220	190	890
康涅狄格州	24,020	3,940	1,690	830	2,670	770	980	4,000	1,190	120	850
特拉华	8,410	1,240	520	200	950	450	290	1,410	350	— [↑]	260
哥伦比亚特区	3,190	590	230	80	330	90	100	450	100	— [↑]	110
佛罗里达	183,100	24,700	12,850	7,060	18,570	10,530	7,600	26,970	7,630	1,200	5,490
乔治亚	68,440	10,440	5,350	1,960	6,780	3,700	2,190	11,420	2,310	470	2,050
夏威夷	9,420	1,700	840	240	870	550	340	1,310	310	60	390
爱达荷	12,470	1,890	900	490	1,090	1,080	490	2,030	580	70	310
伊利诺伊州	78,880	12,340	6,160	2,360	9,430	4,390	2,890	13,050	3,180	490	2,740
印第安纳	44,950	6,530	3,510	1,410	6,230	2,330	1,630	6,440	1,890	290	1,420
爱荷华	22,710	3,030	1,630	810	2,500	1,780	860	3,320	960	120	700
堪萨斯	16,680	2,620	1,410	520	2,090	860	670	2,650	620	100	540
肯塔基州	31,440	4,280	2,660	990	5,060	1,610	1,150	4,290	1,310	210	940
路易斯安那	29,870	4,250	2,500	870	3,390	1,310	1,020	5,440	1,030	200	710
缅因州	10,680	1,600	730	380	1,460	410	440	1,820	640	— [↑]	390
马里兰州	38,160	6,290	2,740	1,060	3,920	2,030	1,350	7,230	1,400	220	1,350
马萨诸塞州	43,250	7,340	2,910	1,410	5,390	1,370	1,760	7,310	1,990	180	1,520
密歇根	68,730	9,900	4,830	2,110	8,460	3,330	2,490	10,530	3,030	370	2,170
明尼苏达	39,830	5,670	2,630	1,330	3,970	3,450	1,560	6,340	1,600	160	1,210
密西西比	18,080	2,670	1,690	550	2,660	660	620	3,170	650	140	480
密苏里州	42,350	6,300	3,200	1,350	5,780	2,310	1,530	5,530	1,590	250	1,230
蒙大拿	8,130	1,150	550	250	760	620	280	1,260	370	— [↑]	200
内布拉斯加州	12,680	1,770	950	380	1,320	840	450	2,030	480	60	390
内华达	18,110	2,880	1,530	560	1,770	1,120	630	2,970	790	160	520
新罕布什尔州	10,150	1,560	670	350	1,330	470	450	1,760	540	— [↑]	350
新泽西州	60,740	9,510	4,540	2,090	5,640	2,570	2,500	11,480	2,650	360	2,260
新墨西哥州	11,840	1,910	940	400	920	750	430	2,140	450	100	420
纽约	125,860	19,010	9,140	4,120	13,150	4,530	5,060	22,180	5,410	770	4,270
北卡罗来纳州	74,400	11,820	5,050	2,260	8,880	4,180	2,500	11,190	2,770	420	2,220
北达科他州	4,650	660	360	160	480	380	170	810	180	— [↑]	120
俄亥俄	78,080	11,400	5,830	2,170	10,120	4,600	2,810	11,670	3,390	490	2,590
俄克拉荷马州	24,570	3,550	2,010	730	3,100	1,210	840	3,390	920	180	700
俄勒冈州	27,970	4,290	1,890	840	2,970	1,660	1,120	3,630	1,270	140	890
宾夕法尼亚州	90,250	13,720	6,520	2,910	10,710	3,890	3,410	13,470	4,160	510	3,300
罗德岛	7,260	1,160	490	250	910	270	300	1,310	380	— [↑]	260
南卡罗来纳州	36,920	6,030	2,820	1,010	4,550	2,010	1,200	6,900	1,410	240	1,110
南达科他州	6,200	860	460	200	690	450	200	910	250	— [↑]	170
田纳西	44,660	6,920	3,560	1,330	6,380	1,850	1,520	7,190	1,780	310	1,340
德克萨斯州	161,330	24,270	13,310	5,660	14,260	5,910	5,850	24,090	5,050	1,470	5,260
犹他州	15,170	2,380	1,030	600	790	1,900	600	2,650	530	100	530
佛蒙特州	4,680	710	310	160	590	250	200	850	230	— [↑]	170
弗吉尼亚	52,160	8,470	3,770	1,320	6,060	2,560	1,790	9,120	1,910	290	1,710
华盛顿	48,590	7,710	3,300	1,550	5,020	2,860	1,900	6,980	1,980	280	1,400
西弗吉尼亚州	13,590	1,680	1,060	400	2,110	590	450	1,640	580	80	500
威斯康星	42,140	6,030	2,680	1,550	4,220	2,340	1,620	7,050	1,790	180	1,390
怀俄明州	3,640	500	270	100	330	270	120	500	170	— [↑]	110
美国	2,114,850	321,910	158,850	67,790	229,410	112,000	79,320	333,830	84,530	13,490	68,270

估计值四舍五入至最接近的10，不包括基底细胞癌和鳞状细胞癌以及除膀胱外的原位癌。由于四舍五入和排除少于50例的州估计值，各州估计值可能不等于美国总数。这些是基于模型的估计值，应谨慎解读。 —[↑] 少于50起。

癌症.org/统计数据 或通过美国癌症协会癌症 估算各州额外癌症病例数可在补充数据中找到。 请注意： 统计中心 (癌症统计数据中心.cancer.org ©2026，美国癌症协会，监测、预防与健康服务研究

表3. 美国2026年按州分选定的癌症死亡估计数

状态	大脑/ nervous女：胃号					↑	肺和 支气管	Invalid input. The text "Non-" provided does not contain enou			子宫
	所有站点系统	升结肠	直肠癌	白血病	肝脏			霍奇金 淋巴瘤	胰腺	前列腺	
阿拉巴马	10,670	320	730	970	360	550	2,370	280	760	560	180
阿拉斯加	1,140	b	60	90	bb		210	b	80	70	b
亚利桑那	13,800	350	1,000	1,330	570	730	2,330	450	1,170	900	290
阿肯色州	6,840	190	390	670	220	360	1,640	190	470	360	110
加利福尼亚	61,280	1,970	4,580	5,660	2,320	3,690	9,580	2,180	5,250	4,210	1,540
科罗拉多	8,740	310	710	790	390	450	1,340	290	750	670	190
康涅狄格州	6,760	230	420	490	270	340	1,240	220	600	430	200
特拉华	2,430	70	190	190	90	110	510	80	230	150	60
哥伦比亚特区	820	b	80	80	30	40	150	b	70	70	b
佛罗里达	50,010	1,470	3,360	4,240	2,000	2,200	9,990	1,560	4,280	2,970	1,100
乔治亚	19,400	590	1,430	1,750	700	990	3,500	540	1,410	1,160	490
夏威夷	2,720	50	200	260	90	160	470	100	250	170	60
爱达荷	3,510	130	250	310	150	190	580	90	300	240	70
伊利诺伊州	23,230	680	1,350	2,080	880	1,090	4,880	730	2,080	1,280	620
印第安纳	14,230	390	900	1,260	520	560	3,430	450	1,090	740	300
爱荷华	6,330	180	370	530	270	290	1,350	230	510	330	130
堪萨斯	5,700	190	370	510	250	250	1,250	220	450	290	110
肯塔基州	10,510	270	640	970	370	500	2,870	310	760	450	180
路易斯安那	9,360	250	560	870	330	580	2,080	260	750	450	160
缅因州	3,560	100	200	260	120	130	800	120	280	220	80
马里兰州	11,280	300	810	980	420	530	2,120	370	960	710	340
马萨诸塞州	12,470	410	710	840	460	650	2,510	410	1,200	710	310
密歇根	21,580	630	1,320	1,630	810	830	4,850	630	1,900	1,120	440
明尼苏达	10,660	330	640	800	450	500	2,060	390	930	600	240
密西西比	6,740	190	470	670	250	330	1,580	180	510	390	140
密苏里州	13,470	380	970	1,280	490	650	3,320	420	1,060	720	280
蒙大拿	2,310	90	140	200	80	120	420	70	190	160	b
内布拉斯加州	3,680	130	260	340	160	170	810	120	320	200	90
内华达	5,840	150	430	580	170	320	1,050	170	490	400	120
新罕布什尔州	3,050	110	180	190	90	140	630	100	270	180	70
新泽西州	15,150	400	1,160	1,330	570	690	2,890	470	1,430	770	440
新墨西哥州	3,970	120	280	360	170	170	590	120	290	270	100
纽约	31,140	850	1,920	2,680	1,190	1,310	5,850	980	2,930	1,650	900
北卡罗来纳州	21,770	570	1,460	1,900	780	920	5,040	630	1,840	1,230	510
北达科他州	1,320	b	70	110	60	50	270	b	120	70	b
俄亥俄	24,590	640	1,580	2,020	950	1,050	5,550	790	2,130	1,350	560
俄克拉荷马州	8,490	250	580	820	320	360	1,920	270	590	450	170
俄勒冈州	8,840	270	580	670	350	450	1,610	310	710	590	270
宾夕法尼亚州	27,630	820	1,770	2,240	1,060	1,260	5,870	900	2,420	1,440	560
罗德岛	2,120	70	120	150	70	140	410	70	200	110	50
南卡罗来纳州	11,700	360	800	970	420	590	2,400	360	960	660	250
南达科他州	1,810	b	90	150	80	50	380	60	160	100	b
田纳西	15,270	400	1,040	1,610	530	720	3,690	450	1,160	750	270
德克萨斯州	46,300	1,360	3,400	4,750	1,820	3,170	8,080	1,470	3,770	2,480	1,130
犹他州	3,970	170	340	440	190	200	470	140	350	310	100
佛蒙特州	1,520	50	90	130	50	50	300	50	130	100	b
弗吉尼亚	16,550	500	1,150	1,490	650	780	3,300	500	1,320	1,020	380
华盛顿	14,160	390	960	1,160	540	730	2,570	510	1,220	980	310
西弗吉尼亚州	4,710	120	290	420	180	190	1,330	150	330	240	80
威斯康星	11,840	360	670	880	560	550	2,310	410	1,200	790	280
怀俄明州	1,160	b	80	130	b	50	210	b	110	70	b
美国	626,140	18,350	42,140	55,230	23,910	30,980	124,990	19,970	52,740	36,320	14,450

估计数四舍五入到最近的10。由于四舍五入和省略少于50人死亡的州估计数，州估计数可能不等于美国总数。这些是基于模型的估计，应谨慎解读。↑ 包括肝胆管。b 不到50人死亡。各州额外癌症部位估计死亡人数可在补充数据中找到。 请注意：[癌症.org/统计数据](https://www.cancer.org/) 或通过美国癌症协会癌症统计数据中心 ([癌症统计数据中心.cancer.org](https://www.cancer.org/))。

表4. 美国2018-2022年各州选定癌症发病率

状态	所有网站		乳腺结肠和直肠				肝脏及肝内胆管 ^a		肺和支气管 前列腺 子宫颈			子宫子宫 ^b 资料库 ^b	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男
阿拉巴马	481.4	403.6	128.6	44.5	33.5	13.1	4.9	71.3	47.3	115.0	14.5	40.4	
阿拉斯加	471.4	439.5	135.4	44.2	36.4	13.6	6.4	55.7	51.9	113.7	8.6	42.0	
亚利桑那	432.6	394.6	122.7	36.2	27.2	12.3	4.7	44.9	39.1	88.2	8.7	38.0	
阿肯色州 ^c	548.7	441.4	124.8	48.1	35.8	13.8	4.7	89.9	62.2	118.5	14.7	46.9	
加利福尼亚	440.1	403.0	127.3	37.6	29.2	14.1	6.0	40.3	34.1	107.0	8.9	38.1	
科罗拉多	419.4	396.1	135.0	33.2	26.3	10.4	4.3	38.3	36.8	105.5	7.5	34.8	
康涅狄格州	530.1	466.8	148.6	37.5	29.2	12.6	4.7	57.5	53.1	144.3	6.7	40.5	
特拉华	521.0	455.6	146.7	36.7	28.2	13.1	4.5	60.6	53.9	141.5	9.1	42.7	
哥伦比亚特区	456.7	409.9	139.7	40.8	30.1	17.6	6.3	49.2	42.4	139.4	9.4	42.6	
佛罗里达	531.6	471.3	133.9	41.0	31.0	12.7	4.9	59.8	50.1	124.8	12.2	42.3	
乔治亚	538.3	435.7	135.2	44.5	33.0	13.1	5.0	66.4	47.9	144.2	11.0	45.1	
夏威夷	431.7	399.4	139.2	42.9	30.6	13.6	5.6	43.0	34.4	105.4	7.9	43.2	
爱达荷	495.9	429.3	134.5	38.1	29.8	11.1	4.9	47.8	42.2	124.2	9.1	44.7	
伊利诺伊州	512.7	451.1	136.4	43.8	32.0	12.2	5.2	64.2	54.4	129.1	8.9	43.4	
印第安纳	532.7	456.8	130.9	45.4	33.8	13.1	5.0	79.8	62.0	121.9	11.7	48.2	
爱荷华	554.9	473.8	137.7	42.7	33.6	11.2	4.3	68.0	55.0	133.5	9.0	46.1	
堪萨斯 ^d	495.6	439.0	136.5	41.8	33.3	10.2	4.4	56.1	49.3	125.5	11.3	45.4	
肯塔基州	581.6	491.9	131.4	51.6	38.3	29.1	9.8	96.5	76.1	119.9	12.9	45.6	
路易斯安那	571.6	440.0	132.4	49.8	36.4	14.6	4.9	74.3	51.3	150.2	13.9	42.5	
缅因州	529.4	471.6	136.6	37.5	29.4	17.1	5.6	72.0	63.9	114.4	7.6	43.7	
马里兰州	498.6	433.2	140.0	37.8	30.3	11.0	4.4	53.2	46.9	145.4	7.6	40.4	
马萨诸塞州	482.0	437.6	141.0	34.5	26.6	12.6	5.3	59.5	56.6	121.7	5.7	36.6	
密歇根	495.0	432.5	132.4	38.4	30.5	13.9	4.9	64.7	55.9	122.6	8.4	44.5	
明尼苏达	533.1	471.6	143.0	38.6	30.2	10.4	4.7	58.7	52.2	123.8	6.7	43.0	
密西西比	559.3	430.4	127.0	53.7	37.7	12.0	5.1	87.2	56.1	145.5	14.6	48.0	
密苏里州	515.8	463.2	139.8	44.9	33.7	13.4	5.2	77.4	63.0	109.0	11.2	45.4	
蒙大拿	501.5	436.4	140.5	40.1	30.4	13.1	5.0	46.6	45.6	135.6	9.2	39.2	
内布拉斯加州	489.4	436.0	130.4	42.1	31.7	10.2	4.7	57.0	47.9	121.0	8.6	43.8	
内华达	420.4	382.5	113.3	38.5	30.1	8.3	4.3	45.5	42.9	101.3	10.9	38.4	
新罕布什尔州	518.8	464.9	142.3	35.7	28.3	10.7	4.6	62.1	57.8	123.0	6.4	41.4	
新泽西州	533.2	457.5	139.7	41.9	32.4	10.0	4.2	52.8	46.9	148.6	8.3	40.8	
新墨西哥州	406.1	377.2	118.7	38.2	27.5	11.9	5.0	35.5	30.8	96.1	10.2	36.9	
纽约	513.6	448.4	136.5	39.3	29.7	15.6	6.0	56.9	50.0	138.5	8.2	40.3	
北卡罗来纳州	543.8	458.2	147.8	39.6	30.0	12.4	4.8	72.6	55.2	138.7	9.5	45.0	
北达科他州	500.8	439.8	132.4	43.5	32.8	14.2	5.0	59.0	51.5	125.9	6.8	39.4	
俄亥俄	526.9	456.2	134.9	42.5	31.8	9.9	3.6	73.1	58.7	125.5	10.2	47.0	
俄克拉荷马州	502.0	437.1	128.0	45.6	33.4	11.7	4.6	70.9	57.5	111.7	14.6	46.8	
俄勒冈州	451.4	419.5	133.6	33.9	28.3	13.8	5.6	50.9	46.0	107.8	8.1	44.9	
宾夕法尼亚州	496.5	446.4	134.2	40.5	31.1	13.3	5.4	63.1	52.9	115.2	8.6	46.4	
罗德岛	497.6	451.4	142.3	33.6	27.6	12.7	4.7	64.7	57.6	127.0	7.8	39.6	
南卡罗来纳州	488.2	417.8	137.3	40.3	29.4	13.4	5.4	67.5	50.5	119.5	10.8	42.0	
南达科他州	514.5	453.8	134.8	42.0	34.5	12.1	4.6	57.9	52.4	136.7	7.1	42.6	
田纳西	513.0	431.1	128.1	42.9	32.2	10.1	4.0	77.2	59.6	120.4	10.7	46.0	
德克萨斯州	491.3	415.8	127.6	44.4	31.1	13.1	4.9	53.6	40.2	118.6	13.0	42.3	
犹他州	467.2	398.5	123.5	31.2	24.5	19.5	7.2	27.5	23.2	129.8	8.0	44.4	
佛蒙特州	492.9	443.3	132.5	36.0	25.5	9.4	5.0	58.7	51.8	117.3	7.2	39.3	
弗吉尼亚	454.3	403.5	132.7	36.8	28.3	8.7	3.7	58.4	46.3	116.6	7.8	39.3	
华盛顿	470.8	437.1	139.7	36.5	28.7	11.3	4.5	50.9	47.5	108.2	8.3	40.3	
西弗吉尼亚州	539.6	493.9	130.0	48.2	37.7	12.6	5.6	83.9	72.0	108.4	13.4	59.3	
威斯康星	522.7	451.3	138.8	37.5	28.8	12.4	5.0	60.0	52.4	130.8	7.7	44.8	
怀俄明州	425.5	398.8	126.6	39.0	29.7	11.2	4.4	38.9	38.2	111.5	13.0	41.3	
波多黎各 ^e	416.1	336.0	102.7	46.4	31.1	10.2	4.4	21.5	11.1	155.8	15.2	47.8	
美国^f	497.9	436.0	133.5	40.5	30.7	13.1	5.2	59.0	48.8	122.3	9.7	42.3	

费用以十万人计，年龄调整为符合2000年美国人口标准的19个年龄组，并对延迟上报情况进行调整。 ^a 不包括附录。

^b 针对子宫切除术的患病率进行调整。 ^c

从2016年至2020年。 ^d 从2017年到2021年。 ^e 未对报告延迟进行调整。 ^f 不包括堪萨斯州和波多黎各。北美中央癌症登记处，2025年。 **数据来源：**

©2026，美国癌症协会，有限公司，监测、预防与健康服务研究

表5. 2019-2023年美国各州选定癌症死亡率

状态	所有网站						乳腺结肠和直肠		肝脏及肝内胆管		肺和气管 胰腺 前列腺		
	男	女	女	男	女	男	男	女	男	女	男	女	男
阿拉巴马	194.4	133.2	20.4	17.6	12.0	10.5	4.4	50.8	30.0	13.1	9.9	19.9	
阿拉斯加	176.3	126.3	17.3	16.1	12.7	11.0	4.6	34.3	28.8	10.8	9.1	21.7	
亚利桑那	151.6	116.6	18.7	14.6	10.3	8.7	4.5	27.9	22.5	11.7	9.1	17.7	
阿肯色州	205.8	140.4	20.1	18.9	12.7	11.4	4.9	55.0	36.2	13.0	9.5	20.0	
加利福尼亚	153.9	116.3	18.7	14.1	10.2	10.4	5.1	26.4	19.6	11.9	9.3	20.3	
科罗拉多	149.0	112.3	18.8	13.2	9.8	7.7	3.6	24.5	19.8	11.1	8.7	22.0	
康涅狄格州	157.5	116.7	16.6	12.3	8.7	8.6	3.8	30.8	24.9	12.8	9.9	19.1	
特拉华	184.7	134.4	22.0	14.8	10.2	10.1	3.4	41.2	30.0	14.8	11.3	20.0	
哥伦比亚特区	162.8	134.6	23.2	16.1	11.6	12.2	5.1	29.9	23.5	13.2	11.0	27.5	
佛罗里达	161.4	120.0	18.7	14.3	10.0	8.7	3.8	35.9	26.3	12.6	9.3	16.7	
乔治亚	181.0	129.4	21.0	16.5	11.4	9.5	4.3	41.5	26.0	12.8	9.7	21.7	
夏威夷	142.2	105.4	16.8	14.3	10.2	10.7	4.8	27.6	19.9	12.3	9.3	14.8	
爱达荷	161.7	120.3	19.0	14.4	10.6	7.7	3.9	28.4	22.8	12.4	9.4	21.7	
伊利诺伊州	175.9	131.5	19.7	16.1	11.1	8.8	4.5	39.5	29.3	13.5	10.3	19.0	
印第安纳	197.5	142.6	20.3	17.7	12.5	8.8	4.1	49.9	35.3	14.2	10.9	20.6	
爱荷华	178.2	128.1	17.4	15.8	11.1	8.1	3.6	40.2	29.6	12.8	9.5	19.6	
堪萨斯	179.5	132.9	19.7	16.5	11.6	8.4	4.1	41.8	30.7	13.8	9.6	18.0	
肯塔基州	215.5	154.6	21.7	19.9	13.6	10.3	4.0	59.7	42.9	13.3	10.2	18.4	
路易斯安那	201.0	138.3	21.8	18.6	12.8	13.4	5.1	50.6	31.2	14.2	11.3	19.4	
缅因州	190.5	135.3	17.2	14.3	10.9	7.6	2.9	42.8	34.8	14.0	9.5	21.4	
马里兰州	165.8	124.7	19.7	14.4	11.0	8.9	4.0	33.9	25.7	13.1	9.8	20.4	
马萨诸塞州	162.4	118.2	15.2	11.8	8.6	9.2	3.8	32.9	27.3	13.6	10.1	18.3	
密歇根	184.4	137.8	19.7	15.7	11.6	8.2	4.1	43.3	32.7	14.2	11.1	19.1	
明尼苏达	167.2	122.7	17.2	13.4	9.7	7.8	3.9	32.9	26.7	13.1	9.7	19.7	
密西西比	220.4	149.5	23.6	21.9	14.4	11.7	5.1	60.5	34.8	14.0	11.3	24.8	
密苏里州	193.0	139.5	20.2	17.0	11.8	9.6	4.4	49.2	35.5	13.9	10.3	19.2	
蒙大拿	165.1	122.8	18.1	14.4	10.5	7.7	4.1	29.1	25.1	12.1	9.4	22.0	
内布拉斯加州	173.8	130.4	20.1	17.6	11.9	6.8	3.4	36.6	27.5	13.8	10.2	19.2	
内华达	164.6	128.8	21.4	15.9	12.1	8.5	4.4	32.7	27.9	12.2	9.4	20.7	
新罕布什尔州	173.3	124.7	17.9	12.5	9.4	7.7	3.4	34.7	29.8	13.3	10.4	19.8	
新泽西州	148.7	117.7	18.9	13.7	10.2	7.8	3.8	29.4	23.1	12.8	9.9	16.1	
新墨西哥州	152.7	114.7	19.3	14.8	9.9	11.2	5.1	24.4	18.2	11.0	8.9	19.7	
纽约	145.6	112.1	16.6	13.0	9.2	7.5	3.4	30.0	22.5	12.3	9.4	15.4	
北卡罗来纳州	185.3	131.9	19.8	15.2	10.8	10.1	4.1	45.3	30.4	13.1	10.4	20.6	
北达科他州	161.0	118.4	16.1	14.5	10.6	7.2	2.5	34.5	26.3	11.9	9.9	17.7	
俄亥俄	192.3	137.4	20.1	16.6	11.3	8.9	4.0	46.6	32.7	14.1	10.6	19.5	
俄克拉荷马州	206.1	150.3	22.2	19.4	13.8	10.8	4.9	51.5	38.0	12.7	9.8	20.7	
俄勒冈州	172.9	131.0	19.3	14.3	10.3	10.0	4.4	32.8	28.3	12.8	10.2	21.4	
宾夕法尼亚州	180.6	131.3	19.2	15.5	10.9	9.3	4.1	39.7	28.6	13.9	10.4	18.5	
罗德岛	170.7	122.7	16.2	11.8	10.0	11.6	4.8	36.6	29.0	13.8	9.7	18.3	
南卡罗来纳州	190.4	132.1	21.0	16.6	11.2	9.9	4.3	45.5	29.4	13.7	10.0	21.3	
南达科他州	176.8	133.2	17.3	15.0	12.6	8.7	4.2	36.6	30.8	13.7	10.7	20.8	
田纳西	202.5	142.1	21.5	18.4	12.4	10.4	4.2	52.7	36.5	13.5	10.1	19.9	
德克萨斯州	170.1	122.8	19.6	17.1	11.2	12.2	5.3	34.5	23.3	12.3	9.5	18.4	
犹他州	139.6	107.5	20.3	12.4	9.8	6.3	4.1	17.9	13.5	11.6	8.8	22.5	
佛蒙特州	179.5	128.6	16.7	16.2	10.1	7.7	3.6	35.4	28.6	12.5	11.5	21.7	
弗吉尼亚州	175.6	128.3	19.9	15.6	11.1	9.1	3.9	39.0	27.4	12.8	10.0	20.6	
华盛顿	168.5	127.6	18.8	14.0	10.4	9.3	4.6	32.3	26.6	12.7	10.3	21.2	
西弗吉尼亚州	210.5	152.0	20.8	20.7	12.9	9.0	4.4	55.9	41.7	13.0	10.3	18.8	
威斯康星	177.0	128.0	17.4	13.6	10.0	8.2	3.9	36.1	28.5	14.2	10.8	21.7	
怀俄明州	161.6	130.2	19.6	16.9	12.2	7.4	4.0	29.9	26.4	13.2	10.3	19.3	
波多黎各	124.8	83.2	15.4	16.3	10.0	10.1	4.0	14.3	7.3	8.1	5.4	19.3	
美国	171.5	126.3	19.2	15.3	10.8	9.4	4.3	37.2	27.1	12.9	9.9	19.2	

收费标准按每10万人计算，年龄调整至2000年美国标准人口，采用20个年龄段。 一个 从2018年到2022年，并从中获得 statecancerprofiles.cancer.gov 国家癌症概况网站。 不包括波多黎各。美国国家健康统计中心，疾病控制与预防中心，2025年。 数据来源： ©2026，美国癌症协会，有限公司，监测、预防与健康服务研究

表6. 按性别、年龄间隔和美国 (2019-2022年) 发展的侵袭性癌症的概率 (%)

网站色情 ^{一个}		出生至49岁 50至64岁 65至84岁			85岁及以上		从出生到死亡
所有网站	男性	3.4 (每29人中1例)	11.3 (每9人中1例)	31.4 (每3人中1例)	18.6 (每5人中1例)	39.2 (每3人中1例)	
	女性	6.0 (17个中有一个)	10.8 (9个中有一个)	24.3 (4个中有一个)	14.1 (7个中有一个)	38.7 (3个中有一个)	
胸部	女性	2.2 (46中1)	4.0 (25中1)	7.3 (14中1)	2.6 (38中1)	13.0 (8中1)	
结肠与直肠	男性	0.4 (每223个中有一个)	1.2 (每83个中有一个)	2.5 (每40个中有一个)	1.6 (每62个中有一个)	4.0 (每25个中有一个)	
	女性	0.4 (237中之一)	0.9 (115中之一)	2.1 (48中之一)	1.6 (63中之一)	3.8 (26中之一)	
肾脏 & 肾盂	男性	0.3 (每383个中有一个)	0.7 (每145个中有一个)	1.5 (每68个中有一个)	0.6 (每180个中有一个)	2.2 (每45个中有一个)	
	女性	0.2 (595中之一)	0.3 (287中之一)	0.8 (128中之一)	0.3 (310中之一)	1.3 (75中之一)	
白血病 男	男性	0.3 (376分之一)	0.3 (300分之一)	1.2 (84分之一)	0.8 (120分之一)	1.8 (56分之一)	
	女性	0.2 (479中1个)	0.2 (448中1个)	0.7 (136中1个)	0.5 (195中1个)	1.3 (77中1个)	
肺与支气管	男性	0.1 (九百二十二分之一)	1.0 (九十六分之一)	4.5 (二十二分之一)	2.4 (四十二分之一)	5.4 (十九分之一)	
	女性	0.1 (831中之一)	1.0 (97中之一)	4.0 (25中之一)	1.8 (56中之一)	5.4 (19中之一)	
皮肤黑色素瘤 ^c	男性	0.4 (248分之一)	0.9 (116分之一)	2.4 (41分之一)	1.5 (68分之一)	3.5 (28分之一)	
	女性	0.6 (每158个中有一个)	0.7 (每145个中有一个)	1.2 (每83个中有一个)	0.6 (每171个中有一个)	2.6 (每39个中有一个)	
非霍奇金淋巴瘤	男性	0.2 (402分之一)	0.5 (209分之一)	1.5 (66分之一)	0.9 (109分之一)	2.2 (46分之一)	
	女性	0.2 (每538个中有一个)	0.4 (每271个中有一个)	1.1 (每87个中有一个)	0.6 (每159个中有一个)	1.8 (每55个中有一个)	
前列腺	男性	0.2 (480中之一)	3.8 (26中之一)	11.0 (9中之一)	3.3 (30中之一)	12.9 (8中之一)	
甲状腺	男性	0.2 (503分之一)	0.2 (510分之一)	0.3 (360分之一)	0.1 (1,460分之一)	0.6 (162分之一)	
	女性	0.8 (1/128)	0.5 (1/210)	0.4 (1/226)	0.1 (1/1,104)	1.7 (1/60)	
子宫颈 ^d	女性	0.3 (343分之一)	0.2 (553分之一)	0.2 (592分之一)	0.1 (1,593分之一)	0.6 (156分之一)	
子宫体 ^d	女性	0.3 (289中之一)	1.1 (90中之一)	1.8 (57中之一)	0.4 (246中之一)	3.1 (32中之一)	

概率适用于每个年龄段的开始时未患癌症的人。额外癌症发生的概率和癌症死亡的概率可以在补充数据中找到。 [癌症.org/统计数据](#) . 一个 不包括2020年。 ^b 排除基底细胞癌和鳞状细胞皮肤癌，以及除了膀胱原位癌之外的原位癌。

^c 仅限非西班牙裔白人。 ^d 未根据子宫切除术发病率调整。DevCan: 癌症发生或死亡率软件, 版本6.9.2。国家癌症研究所统计研究与应用分支, 2025年。 **数据来源:** surveillance.cancer.gov/devcan/ .

©2026, 美国癌症协会, 有限公司, 监测、预防与健康服务研究

每年)。这一上升趋势至少部分归因于以下因素：体重超重增加、首次生育年龄推迟和生育次数减少，这些都与风险增加相关。参见 [2024年乳腺癌统计数据](#) 更多信息

死亡率趋势： 女性乳腺癌死亡率在1989年达到顶峰，截至2023年已下降44%，共减少了约54.6万例乳腺癌死亡，这得益于早期检测（通过乳腺摄影和增加意识）和治疗的改善。如果死亡率保持在峰值，这一进展本可以加快；例如，在这三十年中，美国印第安人和阿拉斯加原住民女性的死亡率保持不变，而黑人女性的死亡率比白人女性高37%，尽管发病率较低（ [表9](#)).

风险因素： 随着年龄的增长和女性性别，乳腺癌的发病风险最高。与增加风险相关的可能可变因素包括体重超重或成年后（仅限于绝经后乳腺癌）增重、饮酒和缺乏运动。母乳喂养至少一年可降低风险。增加风险的非可变因素包括有乳腺癌的个人或家族病史，特别是与乳腺癌易感基因（如BRCA1或BRCA2）相关的遗传性基因突变。BRCA1或BRCA2突变在具有强烈的家族病史的人群中最为常见，特别是乳腺癌、卵巢癌、前列腺癌、胰腺癌以及与其他变异相关的其他癌症。 cancer.gov/关于癌症/癌症原因预防/遗传/brca-事实单 风险也会因某些良性乳腺疾病史（例如，非典型增生）、导管内原位癌或小叶原位癌（LCIS）、高乳腺组织密度（乳腺腺体和结缔组织与脂肪组织在乳腺X射线摄影中的相对含量）以及胸部高剂量辐射而增加。

30岁之前（例如，用于淋巴瘤治疗）。增加风险的生殖和激素因素包括：使用更年期激素疗法（联合雌激素和孕酮），以前称为激素替代疗法（HRT）；长期月经史（月经开始早且/或到晚年结束）；没有孩子或30岁后生育第一个孩子；雌激素或睾酮水平高；以及近期使用激素避孕药。

预防：除了通过之前提到的生活方式选择来降低风险之外，一些由于家族病史或遗传基因突变而处于高风险的女性可能考虑服用药物（例如他莫昔芬、拉洛昔芬、芳香酶抑制剂）或手术（预防性乳房切除术；切除乳房）。

早期发现：早期诊断降低乳腺癌死亡率并增加治疗方案。乳腺摄影是一种低剂量X光检查，用于在症状出现前检测乳腺癌，并定期进行时最有效。然而，与所有筛查试验一样，它并不完美。乳腺摄影有时可能漏诊癌症（假阴性结果）或在没有癌症的情况下出现异常（假阳性结果）；约12%接受筛查的妇女需要进一步评估的结果，但只有5%的乳腺摄影异常妇女患有癌症。筛查的其他潜在危害包括检测和治疗那些在女性一生中永远不会进展或造成伤害的乳腺癌和原位病变（例如，DCIS）（即过度诊断导致的过度治疗）。尽管个别乳腺摄影中的小剂量辐射暴露会随时间累积，但它们并不显著增加乳腺癌风险或超过筛查的益处。请参阅页面 44 并且 [cancer.org/zh-Hans/健康专业人士/美国癌症协会预防早期检测指南/乳腺癌筛查指南.html](https://www.cancer.org/zh-Hans/健康专业人士/美国癌症协会预防早期检测指南/乳腺癌筛查指南.html) 有关美国癌症协会乳腺癌筛查指南的更多信息。

症状和体征：乳腺癌最常见的症状是肿块或肿块；乳房变化，如肿胀、皮肤发红或增厚；以及乳头异常，如自发性溢液（尤其是如果为血性）、鳞状或回缩（向内缩回）。

治疗：乳腺癌有两种主要的治疗方法——局部治疗（针对乳房、附近淋巴结和胸部的手术和放射治疗）和全身治疗（如激素治疗、化疗、免疫治疗和靶向治疗）。治疗通常涉及保乳手术（即局部切除，包括切除肿瘤和周围正常组织的一圈）加上放射治疗，或者乳房切除术（切除整个乳房）。通常还会切除一个或多个腋下淋巴结并对其进行评估，以确定肿瘤是否已扩散到乳房以外。对于早期乳腺癌（未扩散到皮肤、胸壁或远处器官），保乳手术加上放射治疗可以实现与乳房切除术相当的长期生存率。进行乳房切除术的女性如果肿瘤较大或存在淋巴结浸润，可能还需要放射治疗。选择进行乳房重建的女性有几种选择，包括用于恢复乳房形状的组织类型或植入物。重建手术可以在乳房切除术的同时或之后进行，但通常需要多台手术。根据癌症的分期、亚型和有时其他检测结果（如肿瘤基因表达谱分析，例如OncoType DX），治疗还可能涉及化疗（手术前和/或手术后）、激素（抗雌激素）治疗、靶向治疗和/或免疫治疗（例如免疫检查点抑制剂）。

生存：五年和十年相对生存率分别为92%和86%，对于侵袭性女性乳腺癌来说，这主要是因为三分之二的女性被诊断为局部晚期疾病，其生存率接近100%。五年生存率从黑人女性的84%到白人女性的94%不等，部分原因在于黑人女性最不可能被诊断为局部晚期疾病，最有可能被诊断为侵略性乳腺癌亚型，尽管在大多数亚型中，黑人女性的生存率最低。

查阅2024年乳腺癌统计数据以获取更多信息。

表7：按种族划分的美国5年相对生存率趋势（%），1975-2021

	所有种族和民族			白色			黑色		
	1975-77	1995-97	2015-2021	1975-77	1995-97	2015-2021	1975-77	1995-97	2015-2021
所有网站	49	63	70	50	64	71	39	54	66
大脑及其他神经系统	23	32	33	22	31	30	25	39	37
乳房（女性）	75	87	92	76	89	94	62	75	84
结肠与直肠	50	61	65	50	62	65	45	54	59
食管 ^a	51	61	63	51	62	65	45	54	57
直肠	48	62	67	48	62	67	44	55	65
食管5		13	22	6	14	23	4	9	16
霍奇金淋巴瘤	72	84	89	72	85	90	70	82	88
肾脏 & 肾盂	50	62	79	50	62	79	49	62	77
喉部	66	66	62	67	68	63	58	52	56
白血病	34	48	68	35	50	69	33	42	62
肝脏与肝内胆管	3	7	22	3	7	21	2	4	21
肺与支气管	12	15	28	12	15	28	11	13	25
皮肤黑色素瘤	82	91	95	82	91	95	57 ^b	76 ^b	70
骨髓瘤	25	32	62	24	32	62	29	32	63
非霍奇金淋巴瘤	47	56	74	47	57	76	49	49	70
口腔与咽	53	58	69	54	60	71	36	38	57
卵巢	36	43	52	35	43	51	42	36	44
胰腺	3	4	13	3	4	13	2	4	12
前列腺	68	97	98	69	97	99	61	94	97
胃	15	22	38	14	20	38	16	22	40
睾丸	83	96	95	83	96	96	73 ^{b, c}	86 ^b	88
甲状腺	92	95	98	92	96	99	90	95	97
膀胱	72	80	79	73	81	80	50	63	68
子宫颈	69	73	68	70	74	68	65	66	59
子宫体	87	84	81	88	86	85	60	62	63

死亡率已根据预期寿命进行调整，并基于SEER 9区域（1975-1977年和1995-1997年）诊断的病例，至2018年及SEER 21区域（排除伊利诺伊州，2015-2021年）并持续至2022年的随访数据。2015-2021年间诊断为白人和黑人的比率不包括西班牙裔族裔。

^a 不包括附录B。
^b 标准误差在5%至10%之间。
^c 从1978年到1980年。国家癌症研究所的监测、流行病学和结果项目，2025年。可从 [数据来源：seer.cancer.gov/explorer/](https://seer.cancer.gov/explorer/) 除了历史数据和结肠（附录除外），这些数据使用SEER*Stat软件计算得出。

©2026，美国癌症协会，有限公司，监测、预防与健康服务研究

儿童和青少年癌症

新增病例和死亡： 2026年，预计将有96,800名（0至14岁）儿童和5,660名（15至19岁）青少年被确诊患有癌症，1,090名儿童和730名青少年将死于该病。癌症是儿童和青少年死亡的主要原因。包括良性及临界恶性脑肿瘤，儿童和青少年中最常见的癌症是白血病（分别是28%和13%）、脑瘤（分别是27%和22%）及淋巴瘤（分别是11%和19%）。

发病趋势： 自1975年以来持续增长后，2015年至2022年间儿童的整体发病率每年略有下降，降幅为0.6%，而青少年的发病率则继续缓慢上升，年增长率为0.9%。

死亡率趋势： 自1970年以来，儿童癌症死亡率为69%，青少年为58%，主要得益于白血病和其他常见癌症的临床试验参与度提高，尤其是儿童，这促进了治疗方法的改进。然而，一些罕见癌症的进展缓慢，许多幸存者会经历终身的副作用。在过去十年中，儿童癌症死亡率每年下降1.3%，但青少年的死亡率似乎已经稳定。

风险因素： 儿童或青春期发生的癌症很少有已确立的风险因素，人们认为它们主要是由出生时存在的基因突变引起的。某些具有遗传性疾病的儿童和青少年（例如唐氏综合症、利-弗拉门尼综合症和比奇-韦德曼综合症）或具有某些儿童癌症家族史（例如遗传性视网膜母细胞瘤）的癌症风险增加。此外，接触电离辐射，如用于

癌症治疗，会增加患白血病、脑瘤以及可能的其他癌症的风险。既往化疗也会增加患白血病的风险。实体器官移植接受者因防止器官排斥而服用的药物会抑制免疫系统，因此患非霍奇金淋巴瘤的风险会增加。感染爱泼斯坦-巴尔病毒与某些类型的非霍奇金淋巴瘤相关，如伯基特淋巴瘤。

症状和体征：许多儿童和青少年癌症的早期征兆和症状非特异性，类似于常见的儿童状况，这可能会延迟诊断。父母或其他照护者应确保定期进行医学检查，并警惕不寻常、持续的症状，包括不寻常的肿块或肿胀；无法解释的苍白或能量丧失；瘀伤或出血倾向突然增加；持续、局限的疼痛或跛行；持续时间长、无法解释的发热或疾病；频繁头痛，常伴有呕吐；突然的视力或眼睛变化；以及过度、快速的体重下降。

以下是根据国际儿童癌症分类 (ICCC) 对儿科癌症主要类别的更具体症状：

- 白血病可能导致骨骼和关节疼痛、疲劳、乏力、皮肤苍白、易出血或瘀青、发热或感染。
- 大脑和其他中枢神经系统肿瘤可能导致头痛、恶心、呕吐、视力模糊或重影、癫痫发作、眩晕以及行走或处理物品困难。
- 淋巴瘤通常会引起淋巴结肿大，可能表现为颈部、腋下或腹股沟区域的肿块；其他症状包括疲劳、腹部肿胀或疼痛、体重下降、出汗（尤其是夜间）、以及发热。
- 神经母细胞瘤，一种在5岁以下儿童中最常见的未成熟神经细胞癌，可能发生在任何部位，但通常表现为腹部肿胀，有时伴有食欲不振。
- Wilms肿瘤，也称为肾母细胞瘤，是一种可能表现为肿胀的肾脏癌症。

或腹部肿块，有时伴有血尿。

- 横纹肌肉瘤是一种发生在肌肉组织中的软组织癌，最常发生在头部或颈部、泌尿生殖区或四肢，可能会导致肿瘤部位出现疼痛和/或肿块或肿胀。
- 视网膜母细胞瘤，一种通常发生在5岁以下儿童的眼癌，可能引起视力问题，通常因为瞳孔在闪光照片或眼科检查中呈现白色或粉色，而非正常的红色而被识别。
- 骨肉瘤，一种最常见的青少年骨癌，常表现为受影响骨骼的偶发性疼痛，夜间或活动时可能加剧，最终导致局部肿胀。
- 尤因肉瘤，另一种在青少年中通常起源于骨骼的癌症，通常表现为肿瘤部位的疼痛或肿胀。
- 卵巢女孩的性腺原始细胞瘤发生在卵巢，很难检测，因为症状，如腹痛，通常肿瘤发展到晚期才出现；在男孩中，这些肿瘤发生在睾丸，通常可见且在早期阶段可能引起疼痛。

治疗：治疗基于癌症的类型和阶段，通常由包括儿科肿瘤学家和护士、社会工作者、心理学家以及其他培训有素的专家组成的团队协同进行。当治疗在儿科癌症中心进行时，结果通常最为成功，因为这些中心的医疗专业人员专注于照顾患有癌症的儿童。青少年可能根据癌症类型和个人偏好接受儿科或成人肿瘤治疗，尽管对于某些癌症（例如，急性淋巴细胞白血病），在儿科环境中进行治疗的预后似乎更好。如果儿童或青少年符合条件，应考虑参与临床试验，这通常是将新治疗方法与最佳标准治疗方法进行比较。

表8. 美国诊断分期五年相对生存率 (%) 2015-2021

	所有阶段	当地	地区	遥远		所有阶段	本地区域	遥远
乳房 (女性)	92	>99	87	33	非霍奇金淋巴瘤	74	87	78
结肠与直肠 ^a	65	91	74	15	口腔与咽	69	88	69
胃 ^a	63	91	74	13	卵巢	52	92	71
直肠	67	90	74	18	胰腺	13	44	17
食管	22	49	28	5	前列腺	98	>99	>99
肾脏 & 肾盂	79	93	76	19	胃	38	77	37
喉部	62	79	49	35	甲状腺	98	>99	98
肝脏 ^b	22	38	13	3	膀胱 ^c	79	73	41
肺与支气管	28	65	37	10	子宫颈	68	91	62
皮肤黑色素瘤	95	>99	76	35	子宫体	81	95	70

费率根据正常预期寿命进行调整，并基于SEER 21地区诊断的病例（除伊利诺伊州外），追踪至2022年。

^a 不包括附录。^b

包括肝内胆管。

原位癌的发病率为98%。分期依据综合总结期别。浸润性癌症 **本地**：

完全局限于原器官。癌症1) 已经从原发器官延伸到周围的器官或组织中；2) 涉及 **地区**：

区域淋巴结；或者3) 既有区域扩散又有区域淋巴结受累。癌症已扩散到远离身体部位的部位 **遥远**的：

原发肿瘤可能通过直接扩散或通过间断性转移至远端器官、组织，或通过淋巴系统转移到远端淋巴结。监测、流行病学和结果 (SEER) 项目，国家癌症研究所，2025年。 **数据来源**：

©2026，美国癌症协会，有限公司，监测、预防与健康服务研究

生存：在2015年至2021年期间，所有癌症合并5年相对生存率在儿童中为85%，在青少年中为88%（不包括良性和临界恶性的脑瘤，其生存率分别为98%）。然而，由于癌症类型、患者年龄及其他因素的影响，生存率差异很大，对于一些罕见的脑肿瘤（例如，弥漫性内生性室管膜下瘤）的生存率低于10%。青少年总体生存率深受甲状腺癌（超过99%）和霍奇金淋巴瘤（98%）的生存率影响，掩盖了在几个癌症（包括淋巴性（急性淋巴细胞）白血病（77%比92%）和尤文肉瘤（68%比80%）中低于儿童的生存率。详见 [癌症统计中心.癌症.org](https://www.cancer.gov) 更多信息

有些治疗相关副作用可能会持续，甚至在治疗后很久才出现，包括新发癌症和器官功能损害（例如，记忆力、心脏和生育问题）。童年癌症幸存者在50岁时，这些以及其他慢性健康问题的负担是普通人群的两倍。儿童肿瘤学小组已制定了对儿童癌症幸存者进行筛查和管理晚期影响的指南。详见 [childrenscologygroup.org/survivorshipguidelines](https://www.childrenscologygroup.org/survivorshipguidelines) 更多信息

结肠和直肠

新增病例和死亡：2026年，美国预计将有108,860例结肠癌和49,990例直肠癌被诊断出来，将有55,230人因这些癌症去世。表1 准确的结肠癌与直肠癌的死亡率数据无法获得，部分原因是分类错误率较高，这在一定程度上是由于在文化上使用“直肠”一词有所抵触，因此在教育信息中广泛使用“结肠癌”一词来指代结肠癌和直肠癌。阿拉斯加原住民患结直肠癌的发病率和死亡率居世界首位，是美国其他种族或民族群体的2至3倍。

发病趋势：总的来说，自20世纪80年代中期以来，由于风险因素的变化以及2000年左右50岁及以上成年人广泛采用的筛查，结直肠癌的发病率有所下降。从2013年到2022年，发病率每年下降约1%。然而，由于自1950年出生的各代人疾病风险上升，趋势因年龄而异；50岁以下人群的发病率每年上升2.9%，而50至64岁成年人的发病率每年上升0.4%。

死亡率趋势：结直肠癌死亡率下降了56%，从1970年的每10万人29.1下降到2023年的12.7，这得益于发病率降低、筛查早期发现以及治疗效果的提高；在过去十年中，死亡率

每年下降约1.5%，在男性和女性中都如此。然而，与发病率相似，这一进步仅限于老年群体；55岁以下人群的死亡率自2000年代中期以来每年增加约1%。

风险因素： 超过一半（54%）的美国结直肠癌可归因于可能可改变的风险因素，包括超重、缺乏运动、长期吸烟、大量饮酒以及饮食因素，如红肉或加工肉类的过量摄入，以及钙、全谷物和富含纤维食品的摄入不足。增加风险的非可变因素包括个人或家族结直肠癌或腺瘤性息肉病史、某些遗传性遗传疾病（如林奇综合征）、个人慢性炎症性肠病病史（溃疡性结肠炎或克罗恩病）以及2型糖尿病。定期长期使用非甾体抗炎药，如阿司匹林，可以降低风险，但可能导致严重的健康副作用，主要是胃肠道出血。

预防与早期发现： 除了通过之前提到的生活方式选择来降低风险之外，筛查可以通过检测和移除癌前病变（息肉）来预防结直肠癌，并且可以在癌症早期阶段检测到癌症，这时治疗通常更成功。通过在家庭方便的地方进行粪便检测或如结肠镜检查等视觉检查的定期筛查，可以降低结直肠癌发病率和死亡率。重要的是，所有非结肠镜检查的阳性发现都必须进行结肠镜检查，以完成筛查过程。美国癌症协会和美国预防服务工作组建议，处于高风险的个人应该进行定期筛查。

44 或者 平均风险者于45岁开始筛查。见页面访问。 cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html 关于美国癌症协会结直肠癌筛查指南的更多信息。因家族史或其他原因而风险增加的人应与医生讨论是否在45岁之前进行筛查是合适的。

症状和体征： 最常见的结直肠癌的迹象和症状包括直肠出血

粪便中带血，排便习惯改变（例如便秘或腹泻）或粪便形状改变（例如比平时窄），感觉肠道未完全排空，腹部绞痛或疼痛，食欲下降，体重减轻。有时，尤其是在年轻人中，结直肠癌会导致未被察觉的失血，导致贫血（红细胞计数低），这可能在血液检查中检测到，或者由于症状，如虚弱、疲劳或气短而被发现。年轻个体中最常见的症状是粪便中鲜红色血液（血便）、腹部疼痛和排便习惯改变。

治疗： 外科手术是治疗未扩散至远处部位的结肠癌和直肠癌最常见的方法。当癌症深入穿透肠壁或扩散至淋巴结时，结肠癌患者通常在手术后接受化疗，而直肠癌患者可能在手术前（新辅助化疗）和/或手术后接受化疗，单独或与放疗结合。对那些对新辅助治疗有完全反应的直肠癌患者，可能提供非手术（保留器官）方法。对于已扩散至身体其他部位的结肠癌和直肠癌（转移性结直肠癌），治疗方法通常包括化疗和/或靶向治疗，但也可包括手术。免疫疗法是针对一小部分晚期癌症可能高度有效的选项。

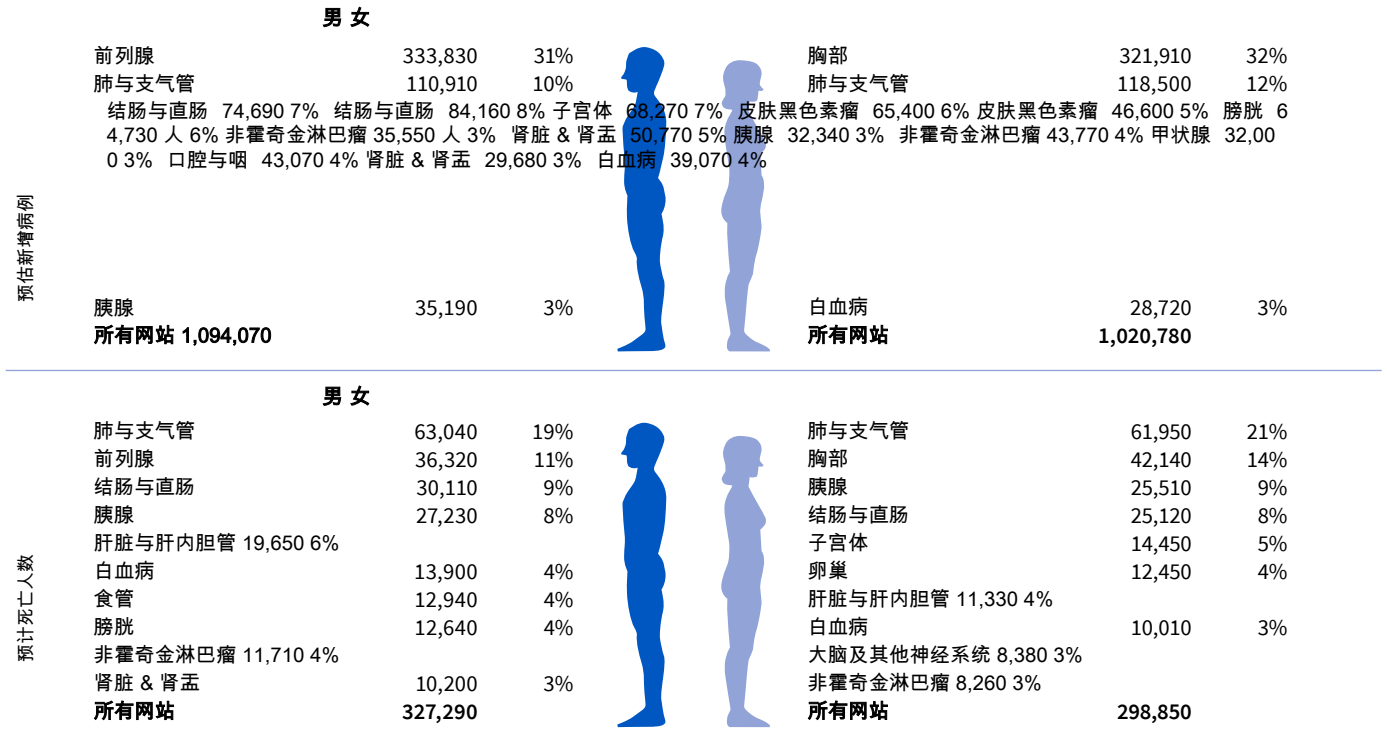
生存 五年相对生存率为结直肠癌整体65%，但远期阶段的疾病降至15%。表8 仅三分之一的情况在局部阶段被诊断出来，这种情况的五年生存率为91%，因为筛查预防结直肠癌的可能性大于发现早期疾病。

请参阅2023年结直肠癌统计数据以获取更多信息。

肾脏和肾盂

新增病例和死亡： 在2026年，预计美国将有80,450例新确诊的肾脏（肾）癌病例，15,160人将死于该病（表1 大多数肾脏癌是肾细胞癌；其他类型包括肾盂癌（5%），其行为更类似于膀胱癌，以及威尔姆斯瘤。

图3. 2026年新发癌症病例和死亡病例的主要网站估算



估计值四舍五入至最接近的10，不包括基底细胞癌和鳞状细胞癌以及除膀胱外的原位癌。排名基于模型预测，可能与观察数据不同。

©2026，美国癌症协会，有限公司，监测、预防与健康服务研究

肿瘤 (1%)，一种通常在5岁之前发病的儿童癌症。(见第X页关于儿童和青少年癌症的内容) **11** 男性患肾癌的概率是女性的两倍。

症状和体征： 肾癌的体征和症状可能包括尿液中有血、下背部或腹部疼痛或肿块、疲劳、体重减轻、发烧和贫血。

发病趋势： 长期肾脏癌发病率上升部分归因于医疗影像使用增加导致的无症状肿瘤偶然发现；然而，自2019年以来，这些比率似乎已经稳定。

治疗： 手术是大多数肾癌的主要治疗方法，尽管对于一些小肿瘤，积极监测 (观察) 可能是一个选择。不适合手术的患者可能被建议进行消融治疗，这是一种使用极端高温或低温来破坏肿瘤的程序。对于某些癌症复发的风险较高的患者，术后使用免疫疗法药物作为辅助治疗可能是一个选择。对于转移性疾病，免疫疗法和靶向药物疗法是主要的治疗选择，有时还可能包括肾脏切除。

死亡率趋势： 与发病率相比，肾癌死亡率自2000年代初以来一直在下降，每年约下降1%。

风险因素： 吸烟、体重过重和缺乏体育锻炼是美国肾脏癌病例的一半原因。慢性高血压、慢性肾衰竭以及接触某些化学物质，如三氯乙烯，也会增加风险。一小部分肾脏癌是罕见遗传病 (例如范科尼-林道病) 的结果。

生存： 肾脏癌的5年相对生存率为79%，但肾盂肿瘤仅为52%，部分原因是它们不太可能被诊断在局部化阶段。

白血病

新增病例和死亡： 在2026年，美国将有大约67,790例新确诊的白血病病例，约23,910人将因该病去世。表1 白血病是一种骨髓和血液的癌症，根据细胞类型和生长速度可以分为四大类：急性淋巴细胞性白血病（ALL）、急性髓细胞性白血病（AML）、慢性髓细胞性白血病（CML）和慢性淋巴细胞性白血病（CLL）。尽管CLL在此报告中与白血病一起提及，以便描述随时间的发展趋势，但现在人们认为它和套细胞淋巴瘤（SLL）是同一种癌症，后者是一种表现略有不同的非霍奇金淋巴瘤。这些癌症统称为CLL/SLL。

最常见的白血病类型在成年人（20岁及以上）中为CLL（38%）和AML（31%），在儿童和青少年（0至19岁）中为ALL（76%）和AML（16%）。（见第X页“儿童和青少年癌症”） 11 .

发病趋势： 从2013年到2022年，儿童白血病发病率每年上升0.6%，青少年每年上升1%，20岁及以上成年人每年上升0.3%，尽管不同亚型趋势各异。

死亡率趋势： 与发病率相比，自20世纪70年代中期以来，儿童和青少年的白血病死亡率有所下降；自20世纪90年代中期以来，成年人的白血病死亡率也有所下降；从2014年到2023年，所有三个年龄组死亡率每年平均下降了约2%，但不同亚型之间存在差异。

风险因素： 白血病的风险在长期接触高剂量电离辐射的人群中更高，最常见的情况是来自先前癌症治疗。某些类型的化疗也会增加风险。此外，具有某些遗传特征的个体风险更高。

异常或遗传综合征（例如，利-弗拉梅尼综合征或唐氏综合征）以及接触特定化学品（例如，苯，如在炼油或橡胶制造过程中）的工人。吸烟会增加成人急性髓系白血病的风险，越来越多的证据表明，产前产后父母吸烟可能增加儿童白血病的风险。

症状和体征： 白血病的相关症状和体征，急性亚型可能在短时间内出现，包括疲劳、皮肤苍白或颜色较浅、体重减轻、反复感染、发热、夜间出汗、易于瘀伤或出血、骨骼或关节疼痛以及肿胀。慢性白血病通常进展缓慢，早期症状较少，有时因血细胞计数异常而确诊。

治疗： 化疗，有时与靶向药物联合使用，用于治疗大多数急性白血病。几种靶向疗法对治疗CML有效，因为它们攻击带有费城染色体的细胞，这是疾病的标志性的遗传异常。其中一些药物也被用于治疗具有相似遗传缺陷的一种急性淋巴细胞白血病。对于没有进展或引起症状的慢性淋巴细胞白血病（CLL）患者，最初可能不需要治疗，但应密切监测。更具侵略性的CLL通常用靶向药物和/或化疗治疗。在适当条件下，某些类型的白血病可能通过高剂量化疗，随后进行干细胞移植来治疗。新的治疗方法，如嵌合抗原受体（CAR）T细胞疗法，可以增强身体的免疫系统，已显示出很大的希望，甚至在治疗一些难以治疗的白血病方面。

生存： 五年相对生存率为白血病总体为68%，但范围从AML的71%到ALL的90%和CML的91%（在0至19岁的青少年中）以及AML的30%到ALL的49%再到CML的70%和CLL的89%（在20岁及以上成年人中）。与年龄相关的差异部分反映了儿童与成年人癌症生物学的广泛差异。

肝脏

新增病例和死亡： 2026年，美国预计将诊断出42,340例新发肝癌病例，并有30,980人死于该病（表1 最常见的肝细胞癌（HCC，占69%）和胆管癌（肝内胆管癌，占22%）。男性肝癌发病率是女性的2.5倍。

发病趋势： 肝脏癌发病率在过去四十年里翻了两番，在女性中每年增长近2%，但在男性中已趋稳定。

死亡率趋势： 镜像病例，从2014年到2023年，女性的死亡率以每年1%的速度持续增长，但男性的死亡率从2017年到2023年开始下降，每年减少1%。

风险因素： 美国约75%的肝癌是由可以修改的风险因素引起的，例如体重过重、慢性感染丙型肝炎病毒（HCV）和/或乙型肝炎病毒（HBV）、吸烟和过量饮酒（每天3杯以上）。2型糖尿病和脂肪性肝病非酒精性患者以及长期接触受黄曲霉毒素（生长在不正确储存的坚果和谷物上的真菌产生的毒素）污染的食物的人，风险也增加。低剂量阿司匹林与降低风险有关，尽管对大多数人来说，潜在的有害副作用超过了益处。

预防： 疫苗用于预防乙型肝炎病毒（HBV）感染，长期以来一直建议为婴儿和未接种疫苗的儿童接种，2023年91%的青少年已接种疫苗。然而，由于大多数成年人未接种疫苗，疾病控制与预防中心（CDC）建议对18岁及以上的成年人进行一次性的HBV筛查，在每次怀孕期间对妇女进行筛查，并对19至59岁的所有成年人和60岁以上的高危成年人（例如，有性传播感染史、多个性伴侣或丙型肝炎病毒感染史的人）进行疫苗接种。还建议对高风险人群进行定期检测。详见 [cdc.gov/乙型肝炎/医务人员/诊断检测/索引页](https://www.cdc.gov/hepatitis/b/faq/index.html) 有关高风险人群的更多信息。针对丙型肝炎感染，有类似的筛查和检测建议，而丙型肝炎目前尚无疫苗。抗病毒治疗通常可以降低感染乙型肝炎或丙型肝炎的人患癌症的风险。访问 [cdc.gov/乙型肝炎](https://www.cdc.gov/hepatitis/b/faq/index.html) 关于病毒性肝炎的更多信息。

早期发现： 尽管大多数人并不推荐进行肝癌筛查，但许多专业学会建议对高危个体（如肝硬化患者）进行超声波、计算机断层扫描（CT）和/或血液检查。

症状和体征： 症状通常在癌症晚期才出现，可能包括腹痛和/或肿胀、体重下降、恶心、食欲不振、黄疸（皮肤和眼睛发黄）。

皮肤和眼白区域，以及发热。肝脏肿大是一种常见的身体特征。

治疗： 早期肝癌有时可以通过手术切除肝脏的一部分来成功治疗（尽管很少患者有足够的健康肝脏来做这个选择）或肝脏移植。其他局部治疗方法包括肿瘤消融（破坏）、栓塞（阻断血流）或放疗。对于晚期阶段被诊断出的患者，可能会提供靶向药物治疗和/或免疫治疗。

生存： 肝癌的5年相对生存率为22%，较四十年前的3%有所上升（表7 即便对于被诊断出局部晚期疾病的42%的人，5年生存率也只有38%。表8）。

肺和支气管

新增病例和死亡： 在2026年，美国预计将诊断出约229,410例新发肺癌病例，124,990人将因该病去世。表1 大多数肺癌被归类为非小细胞肺癌（NSCLC，占77%）或小细胞肺癌（SCLC，占13%）。

发病趋势： 自20世纪80年代中期以来，男性肺癌发病率一直在下降，但女性则是在2000年代中期才开始下降，这是由于吸烟和戒烟的历史模式中存在性别差异；从2013年到2022年，男性发病率每年下降3.0%，女性发病率每年下降1.3%。

死亡率趋势： 自1990年以来，男性肺癌死亡率下降了62%，女性自2002年以来下降了38%，这得益于吸烟减少以及近年来非小细胞肺癌（NSCLC）治疗方法的进步和早期发现的提高。从2014年到2023年，男性的死亡率每年下降了4.7%，女性的死亡率每年下降了3.5%。

风险因素： 烟瘾是迄今为止最重要的风险因素，根据美国癌症协会研究人员最近的一项研究，估计占美国所有肺癌的86%。doi.org/10.3322/caac.21858 吸烟的数量和持续时间都会增加风险。雪茄和烟斗吸烟也会增加风险。（参见烟草使用部分，第XX页。）³⁰，如需更多信息。）接触从土壤中释放并可能积聚在室内空气的氡气，是

美国第二大致肺癌原因。其他风险因素包括二手烟暴露（2.7%的肺癌，相当于2026年约6,200例新病例）、石棉（尤其是吸烟者）、某些金属（铬、镉和砷），以及一些有机化学物质、辐射、空气污染和柴油尾气。增加风险的具体职业暴露包括橡胶制造、铺路、屋顶、油漆和烟囱清扫。

早期发现： 低剂量螺旋CT扫描已被证明可降低高风险人群的肺癌死亡率。美国癌症协会建议50至80岁的健康成年人，每年进行低剂量螺旋CT扫描，无论戒烟时间长短，只要有至少20年的吸烟史。有关美国癌症协会关于肺癌筛查的建议，请参阅第.....页。 [44](#) .

症状和体征： 症状通常在癌症晚期才出现，包括持续的咳嗽、带有血丝的痰、胸痛、声音嘶哑、呼吸困难加重以及反复的肺炎或支气管炎。

治疗： 治疗方案基于癌症亚型、分期和分子特征。对于早期非小细胞肺癌（NSCLC），手术是健康个体的标准治疗方案，有时辅以化疗、靶向药物、免疫治疗和/或放疗。晚期NSCLC通常采用化疗、靶向药物和/或免疫治疗。早期小细胞肺癌（SCLC）通常采用化疗结合放疗，随后进行免疫治疗。在早期SCLC中，有时会对大脑进行放疗（预防性颅脑照射），以降低脑转移的风险。晚期SCLC患者通常接受化疗和免疫治疗。

生存： 肺癌5年相对生存率总体为28%，但对于28%处于局部阶段的确诊患者，其生存率高达65%。 [表8](#))。

淋巴瘤

新增病例和死亡： 2026年，美国预计将有88,240例新诊断的淋巴瘤病例，21,070人将死于该病（ [表1](#) 这些癌症起源于免疫系统细胞，几乎可以发生在身体的任何部位。淋巴瘤分为霍奇金淋巴瘤（2026年有8,920例，1,100人死亡）或非霍奇金淋巴瘤（NHL；2026年有79,320例，19,970人死亡），并进一步根据细胞表面标志物和 anatomical site等特征进行分类。（尽管慢性淋巴细胞白血病现在被认为是与小淋巴细胞淋巴瘤同一种癌症，而小淋巴细胞淋巴瘤是一种非霍奇金淋巴瘤，但它在本次报告中与白血病一起提及，以便描述时间趋势。）

发病趋势： 在2013年至2022年期间，霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤的发病率每年均下降了0.6%-0.7%。

死亡率趋势： 霍奇金淋巴瘤的死亡率自1975年至少以来就开始下降，非霍奇金淋巴瘤自1997年下降，这得益于发病率的降低、治疗的进步以及与人类免疫缺陷病毒（HIV）相关的淋巴瘤生存率的提高。从2014年到2023年，霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤的死亡率每年约下降了2%。

风险因素： 大多数癌症的典型特征是，非霍奇金淋巴瘤（NHL）的整体风险随着年龄的增长而增加。相比之下，霍奇金淋巴瘤的发病率在青春期/成年早期达到峰值，然后在晚年再次上升。大多数已知的淋巴瘤风险因素与严重改变的免疫功能有关。例如，接受免疫抑制剂以预防器官移植排斥反应的人和患有某些自身免疫性疾病（例如，舍格伦综合征、系统性红斑狼疮和类风湿性关节炎）的人风险增加。某些感染因子（例如，EB病毒）会直接增加某些淋巴瘤亚型的风险，而其他感染因子则通过削弱（例如，HIV）或持续激活免疫系统（例如，幽门螺杆菌和丙肝病毒）间接增加风险。淋巴瘤家族史也会增加风险。

症状和体征： 淋巴瘤最常见症状是由肿大的淋巴结引起的。

包括颈部、腋下或腹股沟肿块；胸部疼痛；呼吸急促；腹部胀满；食欲不振。其他症状可能包括瘙痒、夜间出汗、疲劳、不明原因的体重减轻和间歇性发热。

治疗： NHL通常采用化疗治疗，尽管针对某些阶段和亚型的治疗也可能包括靶向药物、免疫疗法和/或放疗。如果NHL在标准治疗后持续存在或复发，干细胞移植可能是一个选择。一些新的疗法，如CAR T细胞疗法，有助于身体免疫系统识别和攻击淋巴瘤细胞，对于一些难以治疗或复发的淋巴瘤已显示出有希望的结果。

霍奇金淋巴瘤通常根据疾病阶段和细胞类型，采用化疗和/或放疗治疗。如果这些治疗方法无效，可以考虑干细胞移植和/或免疫治疗。

生存： 总的来说，霍奇金淋巴瘤的5年相对生存率为89%，非霍奇金淋巴瘤为74%。表7)，但根据癌症亚型、分期和确诊时的年龄差异很大。

口腔和咽

新增病例和死亡： 2026年，美国预计将有60,480例口腔癌（口腔）和喉癌（喉咙）新病例被诊断，13,150人将死于该病（表1 发病率在男性中几乎是女性的3倍。由于风险因素（例如，吸烟减少）的变化，口腔癌的分布已经发生了变化，舌癌或扁桃体癌的病例比例从20世纪70年代末的1/4增加到2018年至2022年的1/2。

发病趋势： 2013年至2022年期间，发病率每年上升0.7%，主要受与人类乳头瘤病毒（HPV）相关的癌症影响，这些癌症发生在口腔后部（口腔后部包括舌后三分之一、软腭和扁桃体），其发病率每年上升约2%，而其他口腔部位的发病率每年下降1%。

死亡率趋势： 经过数十年的下降，口腔和咽喉癌的总死亡率在2009年至2023年期间每年上升了0.8%，这一增长是由舌癌、扁桃体癌和口咽癌的死亡人数每年约增长2%所驱动的，其中大部分与HPV有关。

风险因素： 已知的风险因素包括任何形式的烟草使用和酒精消费，同时吸烟和大量饮酒的人风险增加30倍。口腔和喉部的人乳头瘤病毒感染，据信通过性接触传播，也会增加风险。

预防： 2020年，美国食品药品监督管理局（FDA）将口腔癌预防作为HPV疫苗的适应症，除了宫颈癌。遗憾的是，截至2024年，13至17岁青少年的疫苗接种率仍然很低，为63%（女性为64%，男性为62%），尽管79%的女孩和77%的男孩已接种至少一剂疫苗。

症状和体征： 症状可能包括喉咙或口腔内的疼痛性伤口，容易出血且不易愈合；喉咙或口腔内持续的红色或白色斑点、肿块或增厚；耳朵疼痛；颈部肿块；或咯血。咀嚼、吞咽或移动舌头或下巴困难通常是后来的症状。

治疗： 治疗方案主要取决于肿瘤的阶段和位置，以及是否检测出HPV阳性（口腔癌），但其他因素也可能很重要。手术和/或放疗是标准治疗方法；对于高风险或晚期疾病，通常还会添加化疗。在某些情况下，化疗或靶向药物治疗可能与放疗结合作为初始治疗。免疫治疗，无论是否结合化疗，是晚期或复发性癌症的新选择。

生存： 口腔和喉癌的5年相对生存率为69%，但在黑人中（57%）比白人（71%）要低得多。表7 尽管这可能部分反映了白人中出现更多HPV相关癌症（这些癌症的预后较好），但生存差异仍然存在，无论肿瘤的HPV状态如何。

卵巢

新增病例和死亡： 在2026年，美国预计将有约21,010例卵巢癌新病例被诊断，并有12,450名女性因该疾病去世。表1 大约90%的病例是上皮性卵巢癌，其中大多数是高级别浆液性肿瘤，人们认为它们起源于输卵管。

发病趋势： 卵巢癌发病率在过去几十年中有所下降，部分原因可能是由于口服避孕药的增多（降低了风险）和更年期激素治疗的减少（增加了风险）。尽管65岁及以上的女性发病率仍在下降，但65岁以下的女性发病率已趋于稳定。

死亡率趋势： 卵巢癌死亡率自1976年以来下降了45%，其中大部分进展发生在21世纪中叶以来；从2003年到2023年，死亡率每年下降2%-3%，这反映了发病率和治疗效果的提高。

风险因素： 除年龄外，最重要的风险因素是有乳腺癌或卵巢癌家族史，其中一些与遗传易感性有关（例如，BRCA1/2突变或林奇综合征），尽管这些只占病例的25%。与其他增加风险相关联的医学条件和特征包括个人有乳腺癌、子宫内膜异位症或盆腔炎疾病史，以及成人身高较高。与增加风险相关可调整的因素包括使用单一雌激素绝经激素疗法、体重超重（较少见亚型）以及吸烟（粘液性，一个罕见的亚型）。与较低风险相关联的因素包括生育/孩子数量多，初潮年龄晚，绝经年龄早，输卵管结扎或切除（输卵管切除术），以及使用激素避孕药。越来越多证据表明，频繁使用阿司匹林也与降低风险相关，尽管它可能引起严重的健康副作用。2024年，国际癌症研究署根据“有限”的证据将其归类为“对人类可能致癌”（第2A组），因为其会增加卵巢癌风险；然而，滑石粉的污染

含有石棉残留的产品仍然是这个协会的主要关注点。

预防： 一些因家族病史或遗传基因突变而处于高风险的女性可能会考虑预防性手术，切除双侧卵巢和输卵管（预防性双侧输卵管卵巢切除术），这可以大大降低风险。那些因其他原因（如子宫切除术）而接受盆腔手术的处于平均水平风险的女性可以选择通过切除输卵管来降低卵巢癌风险（机会性输卵管切除术）。

早期发现： 目前，尚未推荐用于卵巢癌的筛查测试。因遗传性基因突变而处于高风险的女性可能被建议进行详细的盆腔检查，并结合经阴道超声检查以及CA125肿瘤标志物的血液检查；然而，这种策略尚未被证明能够降低卵巢癌的死亡率，并且与严重的危害相关，包括在没有癌症的情况下进行手术（假阳性）。美国预防服务工作组不建议对无症状的平均风险女性进行卵巢癌筛查。

症状和体征： 早期卵巢癌通常不会引起明显的特定症状。然而，一些女性会经历持续的、非特异性的症状，如背痛、腹胀、盆腔或腹部疼痛、进食困难或快速饱腹感，或在诊断前几个月出现尿急或尿频。那些连续几周每天经历此类症状的女性应寻求及时的医疗评估。卵巢癌最常见的迹象是疾病晚期由于积液（腹水）引起的腹部肿胀。

治疗： 治疗方案包括手术，以及通常的化疗和靶向治疗。手术通常涉及切除双侧卵巢和输卵管（双侧卵巢输卵管切除术）、子宫（子宫切除术）以及网膜（附着在腹部某些器官上的脂肪组织），以及腹膜的活检（腹腔的衬里）。在晚期疾病女性中，可能需要切除额外的腹部器官，而只切除卵巢和输卵管。

涉及到的卵巢和输卵管可能需要从年轻且肿瘤处于非常早期阶段的希望保留生育能力的女性中移除。手术的目的是尽可能多地移除肿瘤，这被称为减瘤，并准确分期癌症。一些晚期疾病女性可能从直接注射到腹部的化疗中受益（腹膜内）。在其它治疗后，靶向药物有时可用于减缓晚期癌症的生长，或作为维持治疗，以防止化疗后癌症复发。

生存： 卵巢癌是致死率最高的妇科癌症；总体而言，5年相对存活率为52%，但黑种女性中为44%，亚裔美国/太平洋岛民女性中为60%。对于被诊断为局部疾病的23%的女性，5年存活率为92%。表8），促使人们继续努力开发有效的早期检测策略。

胰腺

新增病例和死亡： 2026年，美国预计将有67,530例新确诊的胰腺癌病例，52,740人将死于该疾病（表1 大多数病例发生在胰腺的内分泌组织中，这些组织产生消化酶。内分泌肿瘤，常被称为胰腺神经内分泌肿瘤（NETs），发生在分泌激素的细胞中，诊断时的平均年龄较轻，且通常预后较好。

发病趋势： 自1990年代末以来，胰腺癌的发病率每年约上升1%。

死亡率趋势： 自1990年代中期以来，胰腺癌的死亡率每年缓慢上升0.3%，但近年来似乎已经稳定。

风险因素： 吸烟者患胰腺癌的风险是未吸烟者的两倍左右，无烟烟草的使用也会增加风险。其他风险因素包括2型糖尿病、体重过重、有胰腺癌家族史以及慢性胰腺炎的个人病史，通常由过量饮酒引起。

消费可能也会增加风险。风险在某些遗传综合征（例如林奇综合征）和遗传突变（例如BRCA1或BRCA2基因中的突变）的人群中也更高。

早期发现： 研究显示，由于基因易感或家族病史强烈，对胰腺癌风险较高的人群，可以从年度的内镜超声检查和/或磁共振成像（MRI）监测中受益。美国预防服务工作组不建议对无症状的一般风险个体进行胰腺癌筛查。

症状和体征： 胰腺癌的症状和体征，通常在疾病晚期才会出现，包括体重减轻、腹部疼痛（可能放射至背部）、黄疸（皮肤和眼睛巩膜变黄）、恶心和呕吐。

治疗： 外科手术、放射治疗和化疗是可能延长生存期和/或缓解症状的治疗选择，但很少能治愈。由于癌症通常在诊断时已扩散到胰腺之外，不到20%的患者适合进行手术。对于那些接受手术的患者，术后化疗（有时还有放疗）可能降低复发的风险，并可能帮助人们活得更久。对于晚期疾病，可能会使用化疗，有时还会联合靶向治疗药物；少数患者有资格接受免疫治疗。

生存： 胰腺癌5年相对生存率总体为13%，但对于被诊断为外分泌腺肿瘤（诊断的92%）的人仅为8%，而对于神经内分泌肿瘤（NETs）则高达72%。即使是被诊断为局部胰腺癌的17%的患者，5年生存率也仅为44%。表8）。

前列腺

新增病例和死亡： 在2026年，美国预计将有333,830例新诊断的前列腺癌病例，并有36,320名男性因该病去世。图3 前列腺癌在黑人男性中的发病率几乎是白人男性的70%更高。表9）。

发病趋势：从历史上看，前列腺癌的发病率主要反映了通过前列腺特异性抗原（PSA）检测发现的局部阶段疾病的趋势。然而，从2008年到2013年，由于美国预防服务工作组反对筛查的建议，PSA检测有所下降，并在过去十年中保持稳定，而整体前列腺癌发病率从2014年到2022年每年增长3%，其中晚期疾病的增长最为明显。

死亡率趋势：前列腺癌死亡率已下降一半，从1993年的每10万人39.9例降至2023年的每10万人18.7例，这得益于PSA检测的早期发现和治疗技术的进步。然而，下降速度从1993年至2012年的每年3.5%减缓至2023年的每年0.6%，或许部分反映了晚期诊断病例的增加。

风险因素：前列腺癌的唯一明确风险因素是年龄增加、非洲血统、家族病史以及某些遗传基因条件（例如，林奇综合征和BRCA1和BRCA2突变）。在美国和加勒比海地区的黑人男性，其前列腺癌的发病率居世界之首。吸烟和体重过重可能会增加患侵袭性和/或致命性疾病的几率。

早期发现：目前，没有主要的医疗组织推荐对平均风险的男性进行常规筛查，因为担心过度诊断（检测出永远不会引起症状或伤害的疾病），尤其是在考虑到与前列腺癌治疗相关的严重副作用的可能性。美国癌症协会和美国预防服务工作组建议“共同决策”，即医疗保健提供者教育男性关于PSA筛查的益处和危害，并鼓励个人选择。美国癌症协会建议，对于平均风险的前列腺癌男性，这些谈话应从50岁开始，对于65岁之前被诊断为前列腺癌的黑人男性以及有亲属在65岁之前被诊断为前列腺癌的男性，谈话应从45岁开始，而对于具有更强家族病史的男性（多个亲属在早期被诊断），谈话应从40岁开始。

或BRCA突变。见第X页 44 关于美国癌症协会前列腺癌筛查指南的更多信息。

症状和体征：早期前列腺癌通常不会引起任何症状。更晚期的疾病与良性前列腺疾病的症状相似，包括尿流微弱或中断；排尿困难，开始或停止排尿困难；夜间频繁尿尿；尿液中有血；或排尿时疼痛或灼热感。晚期前列腺癌通常扩散到骨骼，可能导致臀部、脊柱、肋骨或其他部位的疼痛。

治疗：近期前列腺癌评分系统的变化以及更先进的基因组学和影像学检测，提高了肿瘤特征化和疾病管理。对于许多患者来说，特别是早期诊断、肿瘤恶性程度较低且年龄较大的男性患者，谨慎监测疾病（称为主动监测）而不是立即治疗是合适的。早期疾病的主要治疗选择包括手术、外照射和放射性籽粒植入（近距离放射治疗）。仅对前列腺部分进行治疗的光点疗法也正在研究中。激素疗法可与手术或放疗一起用于局部晚期病例。治疗往往由于暂时性或长期副作用或并发症（如排尿和勃起困难）而降低男性的生活质量。

晚期前列腺癌的主要治疗选择包括激素治疗、化疗和/或放射治疗。激素治疗可以通过缩小肿瘤大小或限制肿瘤生长来控制晚期前列腺癌，从而有助于缓解疼痛和其他症状。在前列腺癌广泛扩散或不再对激素治疗产生反应的情况下，可能使用化疗。如果癌症已经扩散到骨骼并引起疼痛，可能提供名为镭-223的治疗。对于癌症有BRCA或其他DNA修复基因突变的患者，可以使用靶向药物（PARP抑制剂）与激素治疗同时使用，其他类型的药物也可以用于治疗已扩散到骨骼的前列腺癌。

生存： 五年相对生存率对于84%确诊为局限期或区域性前列腺癌的男性接近100%，但对于那些确诊为远处转移疾病的男性则下降至38%。 **表8** 所有阶段的10年生存率为98%。

光化性角化病，这是一种由长期日照引起的常见皮肤癌前病变。免疫功能低下会增加鳞状细胞癌和黑色素瘤的风险，移植患者尤其易患侵袭性鳞状细胞癌。其他黑色素瘤风险因素包括家族病史中疾病严重，以及存在不典型、大或数量多（超过50个）的痣。

皮肤

新增病例和死亡： 皮肤癌是美国最常见的癌症。每年诊断出超过500万例最常见的类型——基底细胞癌和鳞状细胞癌（即角质形成细胞癌或KC），尽管实际数字未知，因为这些病例不需要报告给癌症登记处。侵袭性黑色素瘤占有皮肤癌病例的1%，但却是死亡的主要原因。到2026年，美国预计将诊断出112,000例侵袭性黑色素瘤和122,680例原位黑色素瘤，而将有8,510人死于该病（**表1** 发病率在50岁以下的女性中高于男性，但在老年男性中则更高，这反映了儿童和成人（包括室内晒太阳）在职业和休闲活动中接触紫外线（UV）辐射的年龄相关差异，以及检测方法的改变。

发病趋势： 自20世纪70年代以来，皮肤侵袭性黑色素瘤的发病率急剧上升，尽管目前的趋势因年龄和性别而异。在过去的十年里，50岁以下的人的发病率每年下降了大约1%，女性已趋稳定，而50岁及以上的成年人的发病率在男性中继续每年增加1.4%，在女性中则每年增加2.8%。

死亡率趋势： 在过去十年中，黑色素瘤的死亡率在女性中每年下降了约2%，在男性中每年下降了约3%，这主要是因为晚期疾病治疗取得了重大进展。

风险因素： 过度暴露于阳光或室内晒黑的紫外线辐射会增加大多数类型皮肤癌的风险，尤其是在肤色较浅的人群中。患有该疾病的个人病史和年龄增长也会增加风险。鳞状细胞癌（SCC）的风险在以下病史中会增加：

预防： 所有人都有患皮肤癌的风险，无论种族或民族。大多数皮肤癌病例和死亡都是由紫外线辐射引起的，因此这些情况是可能预防的。通过穿着防护服（例如，长袖衣服、宽边帽等）和阻挡紫外线的太阳镜；避开高峰时段的阳光；涂抹至少SPF30的广谱防晒霜；寻找阴凉处；以及不要在室内日光浴或晒黑，可以最大限度地减少对强烈紫外线的暴露。儿童和青少年应特别保护免受过量紫外线辐射，因为早期的严重晒伤和其他强烈暴露可能会特别增加黑色素瘤的风险。社区可以通过在学校进行教育干预，并在学校、娱乐场所、职业和其他公共场所提供阴凉处来帮助预防皮肤癌。

此外，对于高风险人群，如患有高发角化病或遗传易感性的患者，有新的药物可用于帮助降低皮肤癌风险。

早期发现： 最好的早期发现皮肤癌的方法是关注新出现的或变化的皮肤斑点或生长物，尤其是那些看起来不寻常的。任何新的病灶或病灶外观的渐进性变化（大小、形状、颜色、新出血等）都应立即由临床医生评估。定期进行皮肤检查，最好是每月一次，并在伴侣的帮助下检查难以看到的地方，可能有助于发现变化。

症状和体征： 警告皮肤癌的迹象包括痣或其他皮肤病变的大小、形状或颜色变化；新的皮肤生长物的出现；或者一个不愈合的疮口。在一个月或更长时间内进展的变化应由临床医生评估。基底细胞癌可能表现为扁平的生长物，或为一个小型的隆起、粉红色或红色的半透明、光亮的区域，其

受伤后可能会出血。鳞状细胞癌可能表现为逐渐生长的肿块，表面通常粗糙，或为缓慢增长的平坦、红色斑点。ABCDE规则概述了最常见类型黑色素瘤的警示信号：A代表不对称（痣的一侧不匹配另一侧）；B代表边缘不规则（边缘参差不齐、有缺口或模糊）；C代表颜色（色素分布不均匀）；D代表直径大于6毫米（约等于铅笔橡皮擦的大小）；E代表演变，即随着时间的推移痣的外观发生变化。并非所有黑色素瘤都有这些症状，因此要警惕任何新出现或变化的皮肤生长物或斑点。

治疗：大多数KC病例通过微创手术或其他技术（例如冷冻）移除病变来治愈。放疗和/或某些局部药物也可能被使用。对于更先进的癌症（这些癌症很少见），免疫疗法或靶向药物可能是选择。对于黑色素瘤，主要肿瘤和周围正常组织会通过手术移除，有时还会对附近的淋巴结进行活检以确定分期；如果这个淋巴结含有癌细胞，可能需要更广泛的手术。深部侵袭或已扩散到淋巴结的黑色素瘤可能通过手术、免疫疗法、靶向药物治疗和/或放疗来治疗。近年来，随着几种免疫疗法和靶向药物的发展，晚期黑色素瘤的治疗发生了很大变化，这些疗法通常非常有效。传统化疗可能被使用，但通常比新疗法效果差得多。

生存：几乎所有KC病例都可以治愈，尤其是如果早期发现并治疗。虽然黑色素瘤在其最早阶段发现时也可高度治愈，但与KC相比，它更有可能扩散到身体的其他部位。总体而言，黑色素瘤的5年相对生存率是95%，从局部阶段的病例的>99%到晚期疾病的35%不等。表8)自2005年中期的15%提升，得益于治疗突破。

甲状腺

新增病例和死亡：2026年，美国预计将有约45,240例新诊断的甲状腺癌病例，2,320人将因该病去世。表1 女性患病率几乎是男性的3倍。

发病趋势：甲状腺癌发病率在2000年代每年上升7%，主要由于影像学检查中的偶然发现，但从2013年到2022年，由于实施了更保守的诊断标准以减少过度检测，发病率每年下降了1.4%。

死亡率趋势：自2000年代中期以来，甲状腺癌的死亡率一直稳定在每10万人约0.5人死亡的水平。

风险因素：甲状腺癌的风险因素包括：女性；有甲状腺肿大或甲状腺结节病史；有甲状腺癌家族史；早年暴露于辐射（如癌症治疗期间）；体重过重；以及某些罕见的遗传综合征，如家族性腺瘤性息肉病（FAP）。对RET基因突变检测结果呈阳性的人，如果这种突变会导致遗传性甲状腺癌（家族性髓样甲状腺癌），可以通过手术切除甲状腺来降低患病风险。

症状和体征：甲状腺癌最常见的症状是患者在体检时发现的颈部前方的肿块，或临床医生在检查时感觉到的肿块。其他症状可能包括颈部有紧绷或饱满感、呼吸困难或吞咽困难、声音嘶哑、淋巴结肿大以及喉咙或颈部疼痛，且这种疼痛不会消失。许多甲状腺癌在没有症状的人群中偶然被发现，这是因为在为其他原因进行的影像学检查中发现了异常。

治疗：大多数甲状腺癌高度可治愈，但约3%（髓样和未分化甲状腺癌）更具侵略性，可能扩散到其他器官。治疗取决于患者的年龄、肿瘤大小和细胞类型以及疾病程度。如果癌症未扩散到身体其他部位，通常手术是首选。

提供治疗方案，例如甲状腺叶切除术（部分切除甲状腺）或全甲状腺切除术，有时还会移除附近的淋巴结。在甲状腺切除术后，对于较大的乳头状或滤泡状肿瘤或癌症已扩散至甲状腺外的情况，可能会建议使用放射性碘（I-131）治疗，以破坏任何残留的甲状腺组织。甲状腺切除术后，进行甲状腺激素替代疗法，以替代甲状腺腺体正常产生的激素，并通过防止垂体腺产生过多的甲状腺刺激激素来降低复发的可能性。对于某些类型的晚期甲状腺癌，可以使用靶向药物或化疗来帮助缩小或减缓肿瘤生长。

生存： 甲状腺癌的整体5年相对生存率为98%（表8 因为三分之二的病例在局部阶段得到诊断，对于更常见的肿瘤类型，治疗通常成功。对于髓样甲状腺癌，生存率降至93%，而对于未分化癌，这种罕见但高度侵袭性的亚型，生存率仅为10%。

膀胱

新增病例和死亡： 到2026年，美国预计将确诊84,530例新发的膀胱癌，约有17,870人因该疾病去世。表1 膀胱癌是唯一一种因为其高进展和复发可能性，将原位病（在癌细胞发展层内被诊断）纳入病例估计的癌症。膀胱癌的发病率在男性中是女性的4倍。

发病趋势： 膀胱癌的发病率在2013年至2022年间，男性和女性每年均下降了约1%。

死亡率趋势： 膀胱癌死亡率从20世纪90年代到2016年保持稳定，但此后每年下降了1.4%。

风险因素： 吸烟是膀胱癌最确定的危险因素，占美国所有病例的一半。图4 风险在染料、橡胶、皮革和铝业工人中也有所增加；油漆工和消防员；居住在砷含量高的社区的人们中也有所增加。

饮用水；以及患有某些膀胱先天性缺陷或长期导尿管的人。

早期发现： 目前没有推荐用于平均风险人群的筛查方法。高风险人群可以通过膀胱壁的膀胱镜检查（插入尿道的一根带有摄像头和光源的细管）、尿液或膀胱组织细胞的显微镜检查，或生物标志物测试进行筛查。

症状和体征： 膀胱癌通常是由于尿液中的血液或其他症状被发现，包括尿频、尿急增加，或在排尿过程中的疼痛或不适。

治疗： 手术，单独使用或与其他治疗方法联合使用，在超过90%的病例中使用。早期癌症可以通过切除肿瘤，然后给予免疫治疗（BCG或卡介苗）或化疗药物直接注入膀胱（膀胱内治疗）来治疗。更晚期的癌症可能需要移除整个膀胱（膀胱切除术）。系统治疗方法，如化疗和免疫治疗，可能会在手术前后给予，尤其是在复发风险较高的人群中。远处阶段的癌症通常采用免疫治疗和靶向药物联合治疗。其他治疗选择包括免疫治疗和/或化疗。治疗后及时的随访护理对于仍保留膀胱的人来说至关重要，因为癌症复发或继发性膀胱癌的可能性很高。大约7/10的患有转移性膀胱癌的人最初被诊断为早期阶段疾病。

生存： 膀胱癌的5年相对生存率为79%，主要是因为一半病例处于原位（仍在起源细胞的层内），这种情况下5年生存率为98%。表8）。

子宫颈

新增病例和死亡： 2026年，美国预计将诊断出13490例侵袭性宫颈癌，约4200名女性将死于该病（表1）。

发病趋势： 子宫颈癌发病率从2013年到2022年保持稳定，因为从20世纪70年代中期到2000年代中期，由于广泛筛查的实施，发病率下降了超过一半。然而，20至24岁女性的发病率自2012年以来每年下降了11%，这很可能反映了人乳头瘤病毒（HPV）疫苗预防癌症的初步迹象。

死亡率趋势： 子宫颈癌死亡率自20世纪70年代中期以来也下降超过一半，得益于通过筛查进行的预防和早期检测，尽管自2003年以来，下降速度已放缓至每年0.7%。黑人和美洲原住民妇女的死亡率分别比白人妇女高出55%和80%。 [表9](#))

风险因素： 几乎所有宫颈癌都是由持续感染某些类型的HPV引起的。HPV感染在健康人中很常见，通常在成为慢性病之前就会消失，只有极少数会导致癌症。如果一个人很早就开始性生活，或者他们或他们的伴侣有多个性伴侣，那么他们感染HPV的风险会更高，尽管感染可能只与一个性伴侣发生，即使没有发生性行为。一些因素增加了持续感染HPV和进展为癌症的风险，包括免疫系统抑制、生育次数多和吸烟。长期使用口服避孕药也与增加风险有关，但这种风险在停止使用后会逐渐降低。

预防： 人乳头瘤病毒（HPV）疫苗可以预防90%的宫颈癌，以及几种其他癌症和疾病，为接种疫苗的女性降低宫颈癌风险的证据正在迅速积累。美国癌症协会建议在9至12岁之间进行常规HPV疫苗接种，对于26岁之前尚未充分接种疫苗的所有人，应进行补种。不幸的是，与许多其他国家相比，美国的疫苗接种率仍然很低，到2024年，13至17岁的女性和男孩中，64%的女性和62%的男性已经完成了疫苗接种（3剂次或如果第一剂在15岁之前为2剂次）。 [cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html](https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html) 针对当前CDC的建议。HPV疫苗无法完全保护

针对已确立的感染或所有类型的HPV，这就是为什么所有有宫颈的人，包括已经接种疫苗的人，都应遵循宫颈癌筛查指南的原因。

子宫颈癌也可以通过筛查来预防，通常可以检测到可以治疗的癌前病变。癌症通常可以通过定期筛查来预防，因为大多数子宫颈癌前病变发展缓慢。HPV检测可以检测到癌症发生前的病毒感染，在预防子宫颈癌方面比Pap检测更有效。

早期发现： 尽管筛查的主要目的是预防宫颈癌，筛查还可以在癌症早期被发现，此时治疗通常更为温和且成功的机会更大。被诊断为宫颈癌的一半患者从未接受过筛查，而其他人大多数也未及时进行筛查。《美国癌症协会指南》指出，对25至65岁有宫颈且平均宫颈癌风险的人群，首选的宫颈癌筛查方法是每5年进行一次主要HPV检测；只有某些HPV检测被FDA批准作为主要检测。如果无法进行主要HPV检测，每5年进行一次HPV检测和宫颈涂片检查的联合检测，或者每3年单独进行宫颈涂片检查是可接受的。65岁及以上的个体，如果他们有10年正常结果的常规筛查史，且过去25年内没有宫颈癌前病变（宫颈上皮内瘤变）或更严重的诊断，可以停止筛查。请参阅第...页。 [44](#) 关于美国癌症协会的宫颈癌筛查指南的更多信息。

症状和体征： 浸润前子宫颈病变通常不会引起症状。一旦异常细胞癌变并侵犯附近组织，最常见的症状是不规则的阴道出血，这可能在正常月经期间开始和停止，或者导致月经出血比平时更长或更重。性交后、灌洗、盆腔检查或更年期也可能出现出血。阴道分泌物增多和性交时疼痛也可能是征兆。

治疗： 宫颈癌的前病变可以通过环形电极切除术（LEEP）进行治疗，即通过电流加热的细金属丝环移除异常组织；冷冻治疗（细胞通过极低温度被破坏）；激光消融（使用激光光束破坏组织）；或锥切术（移除含有异常组织的锥形组织块）。早期侵袭性宫颈癌通常通过手术和/或放疗治疗，有时结合化疗。由于与开放手术相比预后更差，微创手术（腹腔镜手术）很少使用。化疗通常与免疫治疗和/或靶向治疗药物结合使用，以治疗晚期疾病。

生存： 宫颈癌5年相对生存率总体为68%，但在黑人女性中低至59%。表7)和65岁及以上女性的48%。在确诊为晚期疾病的16%的女性中，5年相对生存率仅为20%。

子宫体

新增病例和死亡： 在2026年，预计美国将有68,270例子宫内膜癌（子宫本体癌）被诊断，14,450名女性将因该病去世。图3 子宫体癌通常被称为子宫内膜癌，因为超过90%的病例发生在子宫内膜（子宫内层）。

发病趋势： 发生率从2000年代中期到2019年每年增长1.4%，但近年来总体上以及白人女性中似乎已经稳定。然而，从2013年到2022年，所有其他种族和民族群体的女性发生率仍以每年1.8%至2.6%的速度增长。

死亡率趋势： 子宫体癌是死亡率逐年上升的少数几种癌症之一；从2014年到2023年，死亡率每年上升1.6%。

风险因素： 根据美国癌症学会的研究，估计60%的子宫体癌与超重和缺乏体育锻炼有关，因此可能可以通过预防措施来避免。总体而言，超重和腹部肥胖都会显著增加患子宫癌的风险，部分原因是...

通过增加循环雌激素的量，这是一个强风险因素。其他增加雌激素暴露或导致激素失衡的因素包括仅使用雌激素的更年期激素治疗、晚绝经和患有多囊卵巢综合征的历史。增加风险的因素包括林奇综合征、2型糖尿病和使用他莫昔芬治疗/预防乳腺癌。含孕激素的宫内节育器可以显著保护使用他莫昔芬者的子宫内膜，并与降低子宫体癌风险相关。怀孕、使用激素避孕药和持续使用雌激素加孕激素的更年期激素治疗也与降低风险相关。

早期发现： 没有针对平均风险女性的推荐筛查测试；然而，由于不规则或绝经后出血，大多数病例（68%）都处于早期阶段被诊断出来。鼓励所有年龄段的女性向临床医生报告任何非预期出血或点滴状出血。美国癌症协会建议，对于已知或疑似林奇综合症的女性，应从35岁开始每年进行子宫内膜活检和/或经阴道超声筛查。

症状和体征： 最常见的症状是不正常的子宫出血或点滴出血，尤其是在绝经后妇女中。排尿或性行为时的疼痛、盆腔疼痛以及非血性阴道分泌物也可能是症状。

治疗： 早期子宫体癌通常通过手术（通常是子宫切除术，常伴有双侧输卵管卵巢切除术）进行治疗，可能不需要化疗或放疗。辅助化疗和/或放疗常用于晚期或高分级疾病。激素治疗、靶向治疗和免疫治疗也可能是选择。

生存： 子宫体癌的5年相对生存率为81%，但范围从白人女性的85%到仅有的63%，这是癌症中种族差异最大之一。表7 这主要是因为黑人女性患局部阶段疾病的可能性要小得多（56%对比71%），而且更可能患有侵袭性亚型，尽管这些因素都不能完全解释生存差距。

癌症差异

美国癌症协会使命的一个关键组成部分是消除癌症差异。当医疗保健获取和癌症预防、筛查及治疗的质量因非医疗因素（如肤色、性取向、健康的社会决定因素）而不同时，就会产生癌症差异。健康的社会决定因素指的是人们出生、生活、成长和变老的条件。可居住的、安全的地方和价格合理、健康的食物获取不平等源于长期存在的政策，这些政策偏向某一群体而忽视其他群体。这些不平等限制了教育、财富积累和其他进步途径的机会，并构成了健康障碍。

¹ 尽管种族和民族是社会构建，它们汇集了异质人口群体，但它们对于考察不公正和歧视对健康差异的影响是有用的。本章强调了癌症发病率和死亡率方面的具体种族和民族差异，如 [表9](#)。

- AIAN人群中肾癌、肝癌、胃癌和宫颈癌的发病率和死亡率大约是白人的两倍，结直肠癌的发病率高出45%。

- 高度肠癌发病率在一定程度上是由阿拉斯加原住民面临的超常负担推动的，他们的发病率和高死亡率在世界范围内都是最高的。

²

看见 [癌症统计数据：美国印第安人和阿拉斯加原住民，2022年](#) [更多信息](#)

美国亚裔、原住民夏威夷人及其他太平洋岛民

- 尽管AANHPI人群患最常见的癌症的发病率和死亡率最低，但胃癌的发病率比白人高出30%，肝癌的发病率则高出两倍。 [表9](#))，对于夏威夷原住民和其他太平洋岛民来说，这种差距更大。

³

- 此外，费率还包括 [表9](#) 掩藏这一异质人群中的巨大差异。例如，原住民夏威夷人和其他太平洋岛民女性子宫体（子宫内膜）癌的死亡率大约是白人女性的3倍。

³

看见 [癌症事实与数据：2024-2026年亚裔美国人、原住民夏威夷人及其他太平洋岛民](#) [更多信息](#)

西班牙裔和拉丁美洲人

- 与（非西班牙裔）白人相比，西班牙裔人患最常见癌症的发病率较低，但宫颈癌的发病率大约高40%，胃癌和肝癌的发病率几乎高2倍，所有这些癌症很大程度上都是可以预防的。

- 与其他广泛定义的群体一样，汇总的西班牙裔人口比率掩盖了源自不同国家和出生地的显著异质性。例如，整体癌症死亡率

非洲裔美国人及黑人

- 黑人（包括美国印第安人/阿拉斯加本土人）的整体癌症死亡率最高（每10万人中有204人死亡），比白人男性（每10万人中有178人死亡）高出14%。

- 前列腺癌在黑人男性中的死亡率大约是其他种族和民族群体的2到4倍。 [表9](#))。

- 乳腺癌在黑人妇女中的死亡率比白人妇女高37%，尽管发病率较低，但这种差异自2005年以来基本上一直保持不变。查阅详细信息，请继续访问本站。 [2024年乳腺癌统计数据](#) 有关这种差异的更多信息。

看见 [癌症统计数据：非裔美国人和黑人，2025](#) [更多信息](#)

美国印第安人和阿拉斯加原住民 (AIAN)

- 北美印第安人人群中癌症发病率和死亡率最高。 [表9](#) 部分原因在于女性发病率较高。

表9. 按种族和民族划分的选定癌症发病率和死亡率，美国

发病率，2018-2022	所有种族 & 族裔	白色	黑色	美国印第安人/阿拉斯加原住民 [↑]	亚裔美国太平洋岛民	西班牙裔/拉丁美洲人
所有网站	460.6	482.2	467.7	497.8	311.2	369.8
男性	497.9	518.0	541.1	518.7	304.4	383.5
女性	436.0	458.4	418.2	488.8	321.5	368.3
乳房 (女性)	133.5	139.5	133.2	125.2	112.5	106.6
结肠与直肠 [°]	35.3	35.2	40.4	51.1	28.5	32.7
男性	40.5	40.2	48.1	58.5	33.5	38.4
女性	30.7	30.7	34.7	44.9	24.3	27.9
肾脏 & 肾盂	18.0	18.2	19.5	34.1	8.4	18.6
男性	24.3	24.7	26.7	45.1	11.8	24.1
女性	12.4	12.3	13.9	24.8	5.6	13.9
肝脏与肝内胆管	8.9	7.7	10.1	18.7	11.4	14.1
男性	13.1	11.3	16.0	25.2	17.2	20.1
女性	5.2	4.4	5.5	13.2	6.7	8.9
肺与支气管	53.2	57.8	54.8	63.0	33.2	28.3
男性 59.0		62.6	68.6	66.8	39.7	33.0
女性	48.8	54.3	45.2	60.5	28.2	24.9
前列腺	122.3	118.4	198.9	100.6	66.6	95.5
胃	6.6	5.3	10.1	10.5	9.0	9.6
男性	8.5	7.2	12.9	13.6	11.6	11.4
女性	5.0	3.7	8.2	8.0	7.0	8.2
子宫颈 [°]	9.7	9.0	12.1	16.1	6.7	12.2
子宫体 [°]	42.3	42.2	52.6	49.5	26.6	37.8
死亡率，2019-2023						
所有网站	145.4	151.2	166.5	176.0	93.1	106.0
男性	171.5	178.0	203.6	200.6	107.1	124.4
女性	126.3	131.2	143.7	159.9	83.1	93.2
乳房 (女性)	19.2	19.3	26.5	20.9	11.8	13.6
结肠与直肠	12.9	12.9	16.6	18.6	9.2	10.6
男性	15.3	15.2	21.0	21.9	10.9	13.2
女性	10.8	10.9	13.4	16.0	7.8	8.6
肾脏 & 肾盂	3.4	3.6	3.3	6.4	1.6	3.2
男性	5.1	5.3	4.9	9.3	2.4	4.7
女性	2.1	2.2	2.1	4.1	1.0	2.1
肝脏与肝内胆管	6.6	6.0	7.7	12.5	8.0	8.9
男性	9.4	8.5	12.0	17.1	11.4	12.2
女性	4.3	3.9	4.6	8.8	5.2	6.1
肺与支气管	31.5	34.5	33.1	38.7	18.6	14.2
男性	37.2	39.6	44.5	43.2	23.4	18.7
女性	27.1	30.5	25.3	35.6	15.0	10.9
前列腺	19.2	18.4	36.9	20.5	8.8	15.4
胃	2.7	2.0	4.5	5.0	4.1	4.5
男性	3.5	2.8	6.4	6.6	5.2	5.4
女性	2.0	1.4	3.2	3.9	3.3	3.7
子宫颈 [°]	3.0	2.9	5.0	5.1	1.9	3.2
子宫体 [°]	8.8	8.1	18.4	9.7	4.7	6.7

费率按每10万人计算，年龄调整至2000年美国标准人口。发病率已调整以应对病例报告的延迟。所有种族群体均不包括西班牙裔。[↑] 为了减少种族误分类，发病率限于购买/推荐护理服务区域县，死亡率使用国家卫生统计中心发布的因素进行调整。[°] 调整了子宫切除术的普遍性。有关数据方法的更多信息，请参阅统计来源，第...页 42 发生率——北美中癌症登记协会，2025年。死亡率——国家卫生健康统计中心，美国疾病控制与预防中心。数据来源：预防和预防，2025。

©2026，美国癌症协会，有限公司，监测、预防与健康服务研究

在美国出生的西班牙裔男性比例比外国出生的同龄人高出15%。

4

看见 [癌症事实与数据：2024-2026年西班牙裔/拉丁裔人群](#) 更多信息

参考资料

1. 德瓦库马尔D, 塞尔瓦拉贾赫S, 阿布巴卡尔I, 等. 种族主义、民族主义、歧视与健康的决定。《柳叶刀》。2022；400(10368):2097-2108. doi:10.1016/S0140-6736(22)01972-9.

2. Haverkamp D, Redwood D, Roik E, Vindigni S, Thomas T. 与全球其他人群相比，阿拉斯加美洲印第安人/阿拉斯加原住民人群中结直肠癌发病率升高。国际极地健康杂志。2023年12月；82(1)：2184749. doi: 10.1080/22423982.2023.2184749.

3. 美国癌症协会。《2024-2026年亚裔美国人、原住民夏威夷人及其他太平洋岛民癌症事实与数据》。亚特兰大：美国癌症协会；2024年。

4. Yu M, Liu L, Gibson J, 等. 使用新型集成平台评估美国癌症死亡中的种族、民族和出生地差异。国家癌症研究所杂志，2024；116(7)：1145-1157. doi:10.1093/jnci/djae052.

癌症危险因素

美国近一半的癌症死亡归因于可调节的行为危险因素。

本节重点介绍主要的可改变癌症危险因素（吸烟、体重过重、饮食、体育锻炼和饮酒）。

看见 [癌症预防与早期发现事实与数据，2025-2026](#)，以及 Islami 2024 在

doi.org/10.3322/caac.21858

关于癌症与感染因子之间关系的更多信息。

烟草使用

吸烟仍然是美国最可预防的癌症原因。

在2023年，大约有4900万成年人（20%）使用了商业烟草产品，包括可燃产品、电子烟和无烟烟草。

当前吸烟以及使用其他可燃烟草产品在土著美国人、非异性恋者、社会经济地位低或残疾、生活在农村地区且报告有严重心理困扰的人中尤为普遍。

香烟

- 吸烟至少会增加12种癌症的风险。

超过80%的肺癌和喉癌以及50%的食道癌、口腔/鼻腔癌和膀胱癌是由吸烟引起的（图4）。

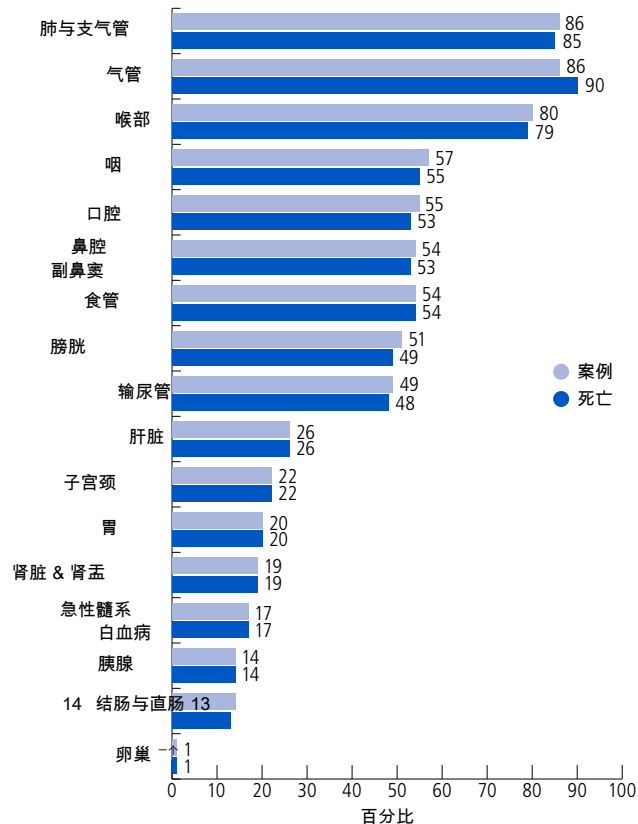
- 美国成年人当前吸烟（曾经抽过100支烟，并且目前每天或某些天抽）的普及率从1965年的42%下降到了2024年的10%（2500万人）。

雪茄

- 经常吸烟斗的人患肺癌、口腔癌、喉癌和食管癌的风险增加。

- 2024年，4%的成年人（男性：7%，女性：1%）和2%的高中生目前吸烟斗。

图4. 美国30岁及以上成年人因吸烟导致的癌症病例和死亡比例，2019年



↑ 仅限于黏液型。Islami F, 等人。数据来源：C1癌症临床杂志 2024. 1
©2026, 美国癌症协会, 有限公司, 监测、预防与健康服务研究

电子烟

- 2024年，8%的成年人、8%的高中生和4%的初中生目前使用电子烟。

无烟烟草

- 无烟烟草并非香烟的安全替代品，它会导致口腔、食道和胰腺癌，以及口腔中的癌前病变。

- 在2024年，3%的成年人（男性：5%，女性：<1%）和2%的高中生使用了无烟烟草产品。

- 尼古丁烟包在青少年中越来越普遍；当前使用率在高中生中为2%（男生：4%，女生：1%）。

9
12%的15至24岁个体。
12

二手烟

- 接触二手烟（SHS），可以通过检测血液中的尼古丁衍生物可替宁来衡量，每年导致前吸烟者和从未吸烟者中超过6000例肺癌病例。

1

- 2017年3月至2020年（可获取的最近期）期间，20%的成年人和34%的3至17岁未吸烟的青少年接触到了二手烟。

13

- 成年人接触SHS的比例从西班牙裔的17%到黑人中的34%，以及从联邦贫困线200%及以上的16%到贫困线以下的32%。

13

戒烟

- 到2024年，曾吸过≥100支烟的成年人中有65%（5700万）已戒烟，比2009年的52%有所上升。

3, 14

营养与体育活动

除了避免吸烟外，维持健康的体重、保持身体活跃、食用健康的饮食以及限制酒精摄入是降低癌症风险最有效的策略。研究表明，严格遵守美国癌症协会关于饮食和身体活动的指导方针的成年人，其癌症风险相对较低。 cancer.org/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention.html 与癌症诊断的几率降低10%-20%，死于该病的几率降低24%-30%。

15, 16

超重

- 体重超标（体重指数[BMI]≥25 kg/m²）

2

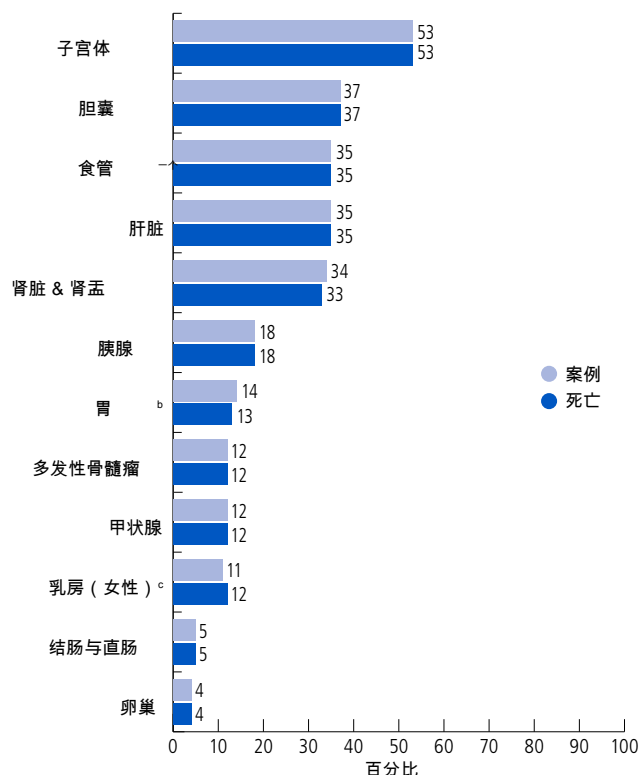
成年人或（对于青少年的）体质指数（BMI）≥85%在CDC生长曲线）与患多种癌症的风险增加有关。图5）。

1

有证据表明，超重也可能增加口腔、咽、喉和男性乳腺癌的风险，以及致命的前列腺癌和一种非霍奇金淋巴瘤（弥漫性大B细胞淋巴瘤）。

17, 18

图5. 美国30岁及以上成年人因超重导致的癌症病例和死亡比例，2019年



^a 仅限于胰腺癌。
^b 仅限于胃癌。
^c 仅限于绝经后癌症。
数据来源：CA癌症临床杂志 2024。¹
©2026, 美国癌症协会, 有限公司, 监测、预防与健康服务研究

- 2021年8月至2023年8月，成人（20岁及以上）超重患病率为72%，青年（2-19岁）为36%。

19

- 肥胖（体重指数≥30kg/m²）

2

成人20岁及以上群体的患病率从1988-1994年的23%增至2021年8月至2023年8月的40%，延续了自1960-1962年以来（20-74岁：13%）的长期上升趋势。

20, 21

- 在2至19岁的青少年中，肥胖的患病率（BMI ≥95百分位）从1971-1974年的5%增加到2021年8月至2023年8月的21%，增长了四倍多。

21, 22

- 严重肥胖（BMI ≥40 kg/m²）

2

在成年人中增长了超过3倍，从1988-1994年期间的3%上升到2021年8月至2023年8月期间的10%。

20, 21

- 自1971年至1974年以来，青少年严重肥胖（BMI≥95百分位数的120%）在2021年8月至2023年8月期间从1%增加到了7%。

21, 22

体育锻炼

- 身体活动可降低结肠癌（但不是直肠）、女性乳腺癌、子宫内膜癌、肾癌、膀胱癌、食管腺癌和胃癌（贲门癌）的风险。

23

- 2024年，48%的成年人表示达到了建议的有氧运动水平（每周150分钟或以上的中等强度运动或每周75分钟或以上的高强度运动），26%的人表示在过去一周内没有进行任何休闲时间体育活动。

3

- 2023年，只有25%的美国高中生（男生：32%，女生：17%）每周进行了推荐的最低60分钟每日体育活动。

24, 25

饮食

- 不健康的饮食习惯（水果、蔬菜和膳食纤维、钙的摄入量低，以及红肉和/或加工肉摄入量高）与结直肠癌、口腔、食管、咽和喉癌的风险增加相关。

1

- 2021年，28%的成年人报告每天食用≥2份水果，13%的成年人报告每天食用≥3份蔬菜。

5

- 2023年，23%和11%的高中生分别报告每天至少吃2份水果和3份蔬菜。

24

酒

- 饮酒会增加口腔、喉、食管（鳞状细胞癌）、肝脏（肝癌）、结直肠癌和女性乳腺癌的癌症风险。

26

- 2024年，69%的成年人报告了目前的饮酒情况（过去一年中至少喝过1杯酒），6%的人报告了重度饮酒（男性过去一年中每周饮酒量超过14杯或女性超过7杯）。

3

- 2023年，22%的高中生报告说在过去30天内曾使用过酒精，女性（24%）的使用率高于男性（20%）。

24, 27

参考资料

1. Islami F, Marlow EC, Thomson B, 等. 2019年美国因可调节风险因素导致的癌症病例和死亡的比例及数量。CA癌症杂志临床版。2024；doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21858> .
2. Patel AV, Deubler E, Teras LR, 等人. 提高癌症筛查和预防的相对和绝对5年癌症风险的关键风险因素。癌症。doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.34396> .
3. 国家卫生统计中心。2023-2024年国家健康访谈调查。公共用途数据文件和说明文档。访问时间：2025年8月1日。 <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/documentation/index> .
4. Kratzer TB, Star J, Minihan AK, 等人. 识别为女同性恋、男同性恋、双性恋、跨性别、酷儿或性别非规范人群的癌症。癌症。2024年9月1日；130(17):2948-2967。doi:10.1002/cncr.35355.
5. Bandi P, Star J, Mazzitelli N, 等. 美国主要可改变癌症风险因素、HPV疫苗接种和癌症筛查的流行情况及综述：2025年更新。癌症流行病学与生物标志物预防。2025年6月3日；34(6)：836-849。doi: 10.1158/1055-9965.EPI-24-1835.
6. 康奈利乌斯 ME, 洛雷坦 CG, 贾马尔 A, 等. 成人烟草产品使用情况——美国，2021。MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023年5月5日；72(18)：475-483。doi: 10.15585/mmwr.mm7218a1.
7. 美国卫生与公众服务部。《吸烟的健康后果——50年来的进步》。来自卫生部长的一份报告。2014年。
8. 国家健康统计中心。美国健康，2020-2021：吸烟表。马里兰州海茨维尔，2023。获取途径：<https://www.cdc.gov/nchs/hus/data-finder.htm> .
9. 哈马尔A, 帕克-李E, 伯迪塞J, 等. 中学生和大中学生烟草产品使用情况——美国2024年国家青少年烟草调查。MMWR疾病与死亡周报。2024年10月17日；第73卷第41期：917-924。doi:10.15585/mmwr.mm7341a2.
10. Shanks TG, Burns DM. 雪茄烟的疾病后果。国家癌症研究所，吸烟与烟草控制，专题报告9：雪茄——健康影响与趋势。美国国家卫生研究院；1998。
11. Secretan B, Straif K, Baan R, 等. 人类致癌物综述——第E部分：烟草、槟榔、酒精、煤烟和咸鱼。Lancet Oncol. 2009 10:1033-4.
12. Patel M, Kierstead EC, Kreslake J, Schillo BA. 美国青少年和青年人群口腔尼古丁烟包使用模式。预防医学报告。2023年08月01日/2023；34：102239。doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102239> .
13. 国家卫生统计中心。国家健康与营养状况调查数据，2017-2020年3月。2022年2月27日访问。 <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/Default.aspx> .
14. 奶油 MR, 王TW, 巴布 S, 等. 美国成年人烟草产品使用和戒烟指标——2018年。MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019年11月15日；68(45)：1013-1019。doi:10.15585/mmwr.mm6845a2.

15. Kabat GC, Matthews CE, Kamensky V, Hollenbeck AR, Rohan T E. 遵循癌症预防指南与癌症发病率、癌症死亡率及总死亡率：一项前瞻性队列研究。美国临床营养杂志。2015年3月；101(3)：558-69。doi: 10.3945/ajcn.114.094854。

16. 麦克劳德 ML, 帕特尔 AV, 库什伊 LH, 等。遵循癌症预防指南可降低癌症、心血管疾病和全因死亡率的风险。癌症流行病学和生物标志物预防。2011年6月；20(6)：1089-97。doi:10.1158/1055-9965.EPI-10-1173。

17. 世界癌症研究基金/美国癌症研究学院。饮食、营养、身体活动与癌症：全球视角。持续更新项目专家报告2018。2021。2018年7月31日查阅。<https://www.wcrf.org/research-policy/library/diet-and-cancer-report-2018-summary/>。

18. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. 体重指数与癌症——IARC工作组观点。新英格兰医学杂志。2016年8月25日；375(8):794-8。doi:10.1056/NEJMs1606602。

19. 国家卫生健康统计中心。国家健康与营养状况调查数据，2021年8月-2023年8月。2024年2月27日访问。<https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/continuousnhanes/default.aspx?Cycle=2021-2023>。

20. 弗赖尔 CD, 卡罗尔 MD, 阿富 JL. 20岁及以上成年人超重、肥胖和严重肥胖的患病率：美国，1960-1962年至2017-2018年。国家健康统计中心健康电子统计数据。2020年。

21. 埃默里希SD, 弗赖尔CD, 斯蒂尔曼B, 顾Q, 阿富尔J, 奥格登CL. 美国儿童、青少年和成人肥胖相关指标的趋势。JAMA。2025年3月25日；333(12)：1082-1084。doi：10.1001/jama.2024.27676。

22. Fryar CD, Carroll MD, Afful J. 2-19岁儿童和青少年超重、肥胖和严重肥胖的患病率：美国，1963-1965年至2017-2018年。国家卫生统计中心健康E统计数据。2020年。

23. Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, 等人。美国运动医学学院关于身体活动、久坐行为及癌症预防和控制的圆桌会议报告。Med Sci Sports Exerc. 2019年11月；51(11)：2391-2402。doi：10.1249/MSS.0000000000002117。

24. 疾病预防控制中心。关于膳食、身体活动和睡眠行为的青年风险行为调查数据摘要及趋势报告：2013-2023。2024。

25. 疾病控制与预防中心。数据来源：青少年风险行为调查。2023。<https://www.cdc.gov/yrbbs/>。

26. 国际癌症研究机构 (IARC) 人类致癌风险评估工作组。个人习惯和室内燃烧。IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2012;100 (E分册)：1-538。

27. 疾病预防控制中心。青少年风险行为调查数据摘要及趋势报告：2013-2023。2024。

全球癌症负担

据估计，2022年全球新增癌症病例约为2000万例，癌症死亡人数为970万，仅根据预计的人口老龄化和增长，预计到2050年病例将达到3500万。肺癌是全球最常见的癌症，也是癌症死亡的主要原因，2022年约占250万病例和180万死亡人数（占总死亡人数的1/5）。

癌症死亡率在低收入国家异常高，因为预防、早期检测和充分治疗的途径有限。例如，尽管埃塞俄比亚女性乳腺癌的发病率比美国低60%，但死亡率却是美国的两倍。

- 全球范围内，高达一半的癌症可以归因于可改变的风险因素。²

- 烟草使用是全球最主要的可预防癌症死亡原因，占总癌症死亡人数的21%，在亚太地区西部男性中高达39%，这很大程度上反映了吸烟的普遍性。³

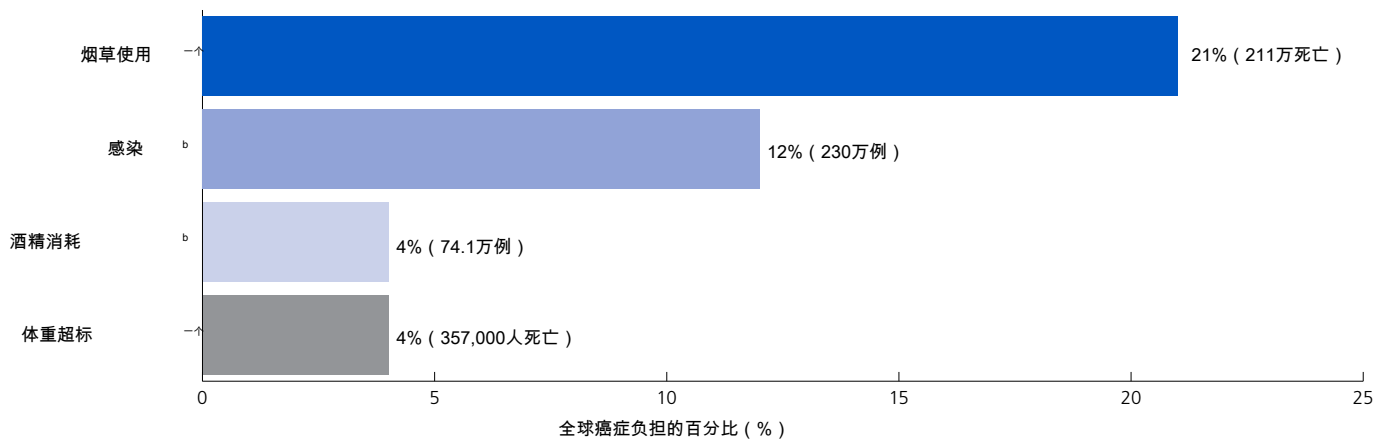
- 大约80%的全球13亿烟草使用者生活在亚洲、非洲、拉丁美洲和东欧等中低收入国家，这些地方的烟草控制措施有限。

- 感染导致全球约12%的癌症，在撒哈拉以南非洲地区高达26%。东亚由于人口众多，幽门螺旋杆菌（胃癌）和乙型肝炎病毒感染（HBV，肝癌）的发病率高，感染相关癌症数量最多。大多数感染相关癌症可以通过接种疫苗（人乳头瘤病毒[HPV]和HBV）、筛查（HPV）、治疗（幽门螺旋杆菌和丙型肝炎病毒）以及改变行为来预防。

- 体重超重是全球癌症死亡原因的约4%，在北美和欧洲占比约7%。³

- 酒精消费导致全球约4%的癌症，在东亚和中东/东欧地区占比约为6%。⁴

图6. 2020-2021年全球因选定可修改风险因素导致的癌症病例或死亡比例及数量



^a 源于2021年癌症死亡率估计。
^b 源自2020年癌症发病率估计。

数据来源：
https://vizhub.healthdata.org/gbd-results 感染引起的癌症：全球 烟草和超重：2021年全球疾病负担研究 数据来源：
癌症观测站 https://gco.iarc.who.int/causes/infections)；由酒精引起的癌症：全球癌症观测站 https://gco.iarc.who.int/causes/alcohol ©2026，美国癌症协会，监测、预防与健康服务研究

美国癌症协会的作用

美国癌症协会在全球范围内独特地处于帮助拯救癌症患者的位置，通过赋能低收入和中等收入国家（LMICs）的健康专业人士、医疗机构和癌症组织，实施基于证据的癌症控制实践。

增加癌症预防和筛查服务的需求和利用率。 Through the **全球人乳头瘤病毒癌症无危害倡议** 美国癌症协会与当地社会和行为专家及民间社会组织合作，共同研制基于证据的信息、干预和实施策略，以提高选定 低中收入国家（LMICs）对HPV疫苗接种和宫颈癌筛查的需求和普及率。在每个国家，该计划支持相关系统，包括国家医学学会、国家和地方层面的卫生部以及健康保险公司，重点关注提高当地声音。这些合作伙伴及其他全球合作伙伴可获取可操作的工具和资源，现在可在 **预防全球肝细胞癌.org** 作为联合主席，**宫颈癌消除行动** 美国癌症协会召集、与以及动员民间社会组织，在全球范围内共享成果、工具和策略，扩大影响力。

推广宫颈癌预防的先进做法。

提升全球患者支持。 Through the **构建肿瘤导航专业能力、倡导和建设（BEACON）倡议** 美国癌症协会支持LMICs的健康机构和癌症组织实施可持续的癌症患者导航计划，以克服医疗护理的障碍。在全球虚拟社区的支持下，美国癌症协会动态和自助服务的全球肿瘤导航工具包帮助利益相关者通过适应当地需求和资源的患者导航计划提供以患者为中心的护理。BEACON倡议支持25个国家的42个社区参与组织。

The.

支持患者导航采用、复制和知识（SPARK）交流 BEACON的延伸项目，旨在通过利用BEACON资源来推动国内政策和实践的改变，以推进患者导航。该计划支持国家领导人识别和填补政策空白，并帮助医疗机构和癌症组织根据本国需求设计和实施有效、可持续的患者导航计划。全球患者支持团队将与印度尼西亚、肯尼亚和的利益相关者共同设计和实施SPARK项目。

从2025年至2030年，在尼日利亚建立一个可复制的过程，供其他对在癌症诊疗体系中整合患者导航感兴趣的低收入和中等收入国家（LMICs）参考。

由美国癌症协会于2024年组织

全球癌症患者导航联盟旨在将多元化的、非美国环境中的癌症治疗各阶段利益相关者联合起来，共同制定可持续的患者导航标准。联盟目前包括来自六大洲的代表，涵盖了高收入国家和低收入及中等收入国家。

Our **EQUIPPED计划**：通过教育交付实现提供者与患者之间**优质互动**帮助LMICs的健康机构和癌症组织培训人员，为患者及其照护者提供高质量的癌症教育。该举措包括在不同语言（包括阿拉伯语、法语、印尼语、葡萄牙语和西班牙语）中传播患者和照护者癌症教育资源套件（CEMPC），以及培训课程，旨在培养医疗提供者的以患者为中心的沟通技巧。

支持服务提供者并制定区域指导方针。

美国癌症协会支持提供者和医疗体系提高患者护理质量。在低收入和中等收入国家（LMICs），我们为提供者、政策制定者和医院管理人员开发与资源相适应的培训和工具包，这些工具包可以轻松融入可持续的常规实践中。

Our **疼痛治疗计划**将癌症疼痛管理融入常规服务，通过教育员工、提高意识、记录疼痛并采用迭代的质量改进方法。同样，这种方法

化疗安全项目支持非洲卫生部门

并且通过实施安全标准和培训，提高癌症治疗中心化疗的安全性。ChemoSafe设施评估应用程序帮助医院和卫生部门开展基线评估和行动计划，以改善所有化疗环境的安全实践。这些项目已在15个非洲国家实施，其中9个国家已开展国家实施策略，使大多数提供癌症治疗的医院得以扩展。

通过我们与该合作伙伴的关系，**非洲癌症联盟**（ACC），并且**国家综合癌症网络**美国癌症协会已与撒哈拉以南非洲国家合作，创建了55项癌症治疗指南，覆盖该地区90%以上的癌症患者。这项工作促进了非洲癌症协作组织（ACC）的发展，现在该组织拥有来自19个国家的250多位肿瘤学家。美国癌症协会为ACC提供行政和项目支持，以继续在该地区扩大有影响力的癌症护理。

参考资料

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, 等. 2022年全球癌症统计数据：全球癌症监测计划对185个国家36种癌症发病率和死亡率的全景估计。CA癌症杂志临床版。2024年；74(3)：229-263。
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024)。全球癌症观察站：今日癌症（版本1.1）。法国里昂：国际癌症研究机构。可在以下网址获取：<https://gco.iarc.who.int/today>，访问于2025年7月3日。
3. 204个国家和811个次国家级地区在1990-2021年期间88个风险因素的全球负担和证据强度：全球疾病负担研究2021年的系统分析。《柳叶刀》。2024；403(10440)：2162-2203。
4. Rumgay H, Lam F, Ervik M, Soerjomataram I (2021)。酒精导致的癌症。法国里昂：国际癌症研究机构。可获得自：<https://gco.iarc.fr/causes/alcohol>，访问于2025年7月3日。

美国癌症协会

美国癌症协会是一个领先的抗癌组织，立志终结我们所认识的癌症，为所有人带来希望。我们是唯一一个通过倡导、研究和患者支持来对抗癌症的组织，旨在确保每个人都有机会预防、检测、治疗和战胜癌症。

患者支持

美国癌症协会致力于确保在癌症旅程的任何时刻，没有人感到孤独。仅2024年一年，我们的患者支持项目和服务的触及人数就超过1.11亿。以下是美国癌症协会提供的一些服务。

癌症求助热线 我国国家癌症信息中心的专业人士提供的癌症热线，全年无休，随时随地为您解答癌症相关疑问，并帮您联系资源以满足癌症治疗过程中的需求。服务提供英语、西班牙语以及超过200种语言的帮助，通过我们的免长途电话（1-800-227-2345）为您提供服务。

在线实时聊天服务在平日也提供英文服务。我们的癌症热线在2024年处理了超过256,000条支持咨询。访问 cancer.org/关于我们/在线帮助/联系我们 了解更多

Cancer.org 和患者教育材料。 我们网站，[癌症.org](https://cancer.org)，以及教育资料提供了基于证据的、易于理解的和可操作的医疗信息，由肿瘤科医生和护士精挑细选。到2024年，cancer.org的内容吸引了超过6000万观众。为居住在美国并且说非英语语言的人提供的资源可在 cancer.org/癌症信息其他语言 参观 [癌症.org/材料](https://cancer.org/材料) 订购患者教育印刷资料。我们还出版书籍，帮助人们应对癌症之旅。 [癌症.org/书店](https://cancer.org/书店)。

科学期刊。 美国癌症协会出版三份面向医疗保健专业人员和研究人员的同行评审科学期刊：《癌症》、《癌症细胞病理学》和《CA：临床医师的癌症期刊》。访问 [癌症.org/医疗保健专业人士/美国癌症协会出版物](https://cancer.org/医疗保健专业人士/美国癌症协会出版物) 了解更多

ACS ACTS™ (临床试验与支持获得)

我们新的全面临床试验匹配服务帮助患者探索并连接符合他们需要的临床试验选项，同时提供一站式服务以克服住宿和交通等障碍。访问 acts.cancer.org

癌症行动网

了解更多

ACS CancerRisk360™

ACS癌症风险评估360™ 这个平台会向用户提出一系列关于他们的遗传和家族病史、生活方式习惯和筛查的问题，以便提供个性化的推荐，帮助他们降低患癌症的风险并改善整体健康状况。访问 acscancerrisk360.cancer.org **癌症风险360. 癌症组织网站** 了解更多并参加评估。

ACS关怀™ ACS关怀（社区资源、教育和支持接入）是一项导航支持计划，旨在为面临癌症挑战的人们提供量身定制的相关内容、项目和服务，以适应他们独特的癌症之旅。患者可以通过移动设备上的数字应用程序或亲自前往16个ACS关怀试点站点来获取这一工具。访问 <http://www.cancer.org/acscares> 了解更多

ACS LION™ ACS LION (肿瘤导航领导力) 提供非临床导航培训、认证和实施支持，以扩大对高质量、可持续导航的公平访问。该项目符合美国医疗保险与医疗补助服务中心（CMS）主要疾病导航报销的培训要求，并与肿瘤导航的专业实践标准相一致。请访问 cancer.org/lion **癌症.org/狮子** 了解更多

癌症幸存者网络SM 癌症幸存者网络（CSN，csn.cancer.org）是一个安全的在线社区，患者、幸存者和护理者在这里互相支持，提问并分享实用技巧。CSN在2024年约有742,500名用户。

EverYou™。

The EverYou program offers a curated selection of products for people coping with breast cancer, including wigs, hats, scarves, and other care products to help people keep feeling like themselves during and after treatment. Visit EverYou.com 了解更多

希望之家® 美国癌症协会希望之家社区为面临癌症的治疗者及其护理者提供免费、临时的住宿，当治疗地点离家很远时。2024年，这些社区提供了547,091个住宿夜。参观 cancer.org/hopelodge 了解更多

ACS赋能 本教育项目由美国癌症协会创建，旨在为希望公寓的客人以及当地癌症患者及其照顾者提供全面福祉、社区联系、患者导航和情感支持。访问 cancer.org/支持项目和服务/acs-赋能 了解更多

康复之路® 志愿者司机捐赠他们的时间和车辆，帮助那些没有交通工具前往和返回救命治疗的癌症患者。该计划在2024年提供了71,534次乘车服务。访问 cancer.org/康复之路 了解更多

交通和住宿补贴。 美国癌症协会向健康体系或健康体系基金会拨款，以直接帮助需要前往癌症相关预约的运输或靠近治疗中心的临时住宿的癌症患者。该资助计划将获得医疗服务解决方案的途径交给了医疗保健体系，以满足他们患者的具体需求，使他们能够提供个性化支持。2024年，这些拨款分别为68,726人和6,876人提供了运输和住宿服务。

解决护理障碍 (ABC) 补助金。 美国癌症协会致力于解决影响健康的社会因素 (SDoH) 对癌症治疗的障碍，这包括通过项目和服务直接解决，以及通过拨款和合作间接解决。我们于2024年启动了ABC拨款计划，以采用全面和基层的方式来更好地理解 and 解决癌症治疗中的SDoH障碍。这些拨款在2024年为超过2000人提供了服务。

导航能力建设倡议资助

项目。美国癌症协会已为20个健康系统提供了多年期资助，这些系统属于一个多机构学习社区，旨在提供一个平台。

为了受助者分享导航最佳实践和学习到的经验，以及获取培训和专业知识。

护理者的支持。 美国癌症协会致力于满足数百万癌症患者护理者的信息、教育和支持需求。我们 [照护者资源指南](#) 帮助护理者更好地理解他们的亲人正在经历什么，培养应对和照顾的技能，并练习自我关怀以保护自己的健康和幸福。 [看护者支持视频系列](#) 为癌症患者护理者提供癌症患者日常生活需求的教育，并提供自我护理技巧以提升自身健康状况。

合作伙伴参与

美国癌症协会通过我们至关重要的全国圆桌会议和其他联盟，将组织联合起来，以协作伙伴关系的形式，共同提高所有人的癌症治疗效果。2024年，来自3790多个组织的核心领导者和合作伙伴加入我们，共同分享资源和专业知识，推动癌症优先事项的进展。以下仅是这些伙伴关系中的几个例子。

全国圆桌会议 美国癌症协会于1997年与疾病控制与预防中心 (CDC) 合作成立了我们第一个圆桌会议，即美国癌症协会国家结直肠癌圆桌会议。此后，还举办了针对HPV疫苗接种 (2014年)、患者导航 (2017年)、肺癌 (2017年)、乳腺癌 (2022年)、宫颈癌 (2022年) 和前列腺癌 (2024年) 的全国性圆桌会议。访问 [癌症.org/关于我们/我们的合作伙伴/美国癌症学会圆桌会议](https://cancer.org/关于我们/我们的合作伙伴/美国癌症学会圆桌会议) 了解更多

癌症控制联盟 自1998年以来，美国癌症协会与疾病控制与预防中心 (CDC) 的合作伙伴关系已经建立。 [国家综合癌症控制项目](#) 为65个联盟提供培训和专业技术支持。这些癌症控制联盟定期召集来自全国50个州、哥伦比亚特区、7个美国太平洋岛屿司法管辖区以及波多黎各的州级合作伙伴，以及7个部落和部落组织。除了提供专业知识外，美国癌症协会还是综合癌症控制计划 (Comprehensive Cancer Control Plan) 的创始成员。

国家控制 (CCC) 合作伙伴关系，一个由不同组织组成的协作团体，共同致力于在全国范围内建立和加强CCC工作。

项目回声® 项目ECHO (扩展社区医疗成果) 是一个跨越学科的学习框架，旨在实现可持续和深刻的变革。ECHO参与者加入一个由同龄人和学科专家组成的虚拟社区，共享支持、指导和反馈，以促进对如何传播和实施最佳实践的集体理解。美国癌症协会是全球39个超级中心之一，负责招募、培训和支援新的癌症相关伙伴。访问 echo.cancer.org/echo-projects 了解更多

地区癌症支持。 美国癌症协会地区癌症支持团队建立州和地方合作伙伴关系，以放大全癌症护理连续体上的各项举措，并扩大我们在社区的影响力。地区团队与癌症治疗中心、社区诊所、基于社区的机构、州联盟和联邦资格认证的健康中心合作，以降低社区成员获取高质量癌症早期检测和治疗的障碍。

倡导

挽救癌症患者的生命，既是公共政策的问题，也是科学发现的问题。《美国癌症协会癌症行动网络™》(ACS CAN) 是美国癌症协会的非营利、非党派倡导机构，致力于制定基于证据的政策，将减轻癌症负担对公众官员和联邦、州、地方候选人成为首要任务。自2001年以来，ACS CAN成功地倡导了数十亿美元的癌症研究资金、扩大了高质量医疗保健的获得途径，并推进了经过验证的烟草控制措施。

该组织近期倡导工作在以下章节中突出展示，详情描述见 fightcancer.org/我们做什么 联邦法律的描述和指导截至2025年6月，并不反映国会、行政部门或法院正在考虑的医疗保健的任何潜在变化。

医疗保健获取

ACS CAN 倡导提高对.....的获取途径 [负担得起的健康保险覆盖](#)，包括：

- 确保获得高质量、负担得起且能够提供从早期筛查到治疗再到康复全面保障的健康保险。
- 提高处方药的获取和可负担性
- 遏制不充分健康保险计划的可用性
- 消除关键癌症预防和早期检测服务的自付费用
- 扩大对医疗补助计划和市场的补贴资格
- 支持在州监管的保险计划中 (包括医疗补助计划) 全额覆盖全面的生物标志物检测 fightcancer.org/政策资源)
- 敦促政策制定者投资联邦和州资金用于结直肠癌、前列腺癌和乳腺癌控制项目

具体的政策，ACS CAN 支持，包括：

- [前列腺特异性抗原筛查高风险投保男性法案 \(PSA筛查HIM法案\)](#) 确保那些患前列腺癌风险较高的人，尤其是黑人及非裔美国人男性，能够免费进行筛查。
- [美国医疗保险多癌种早期检测法案 \(Medicare Multi-Cancer Early Detection Screening Coverage Act\)](#) 为医疗保险考虑覆盖经食品药品监督管理局批准且显示出临床效益的新癌症早期检测血液检测创造途径。
- [《为社区提供早期和公平所需服务的筛查法案 \(SCREEN S\)》](#) 将重新授权 [国家乳腺和子宫颈癌早期筛查计划](#) 使该程序在提供生命-saving筛查以及乳腺和宫颈癌的诊断和治疗服务方面具有更大的灵活性。

- **《乳腺癌诊断法》(ABCD法)** 关于通过消除共同付费和额外自付费用，使乳腺癌诊断测试和补充乳腺检查更便宜、更易于女性获得的两党法案。

科研资金与药物研发

ACS CAN是确保国家公立癌症研究机构全面资助的领导者，包括：

- 支持为美国国立卫生研究院 (NIH)、美国国家癌症研究所 (NCI)、高级健康研究项目局 (ARPA-H) 以及疾病预防控制中心 (CDC) 的癌症项目提供强有力的资金支持。
- 反对削减资助和结构变化，这些变化威胁到了进步。在过去的几年里，美国癌症研究联盟在提高FY24年的癌症研究和项目资金方面发挥了关键作用，包括将NIH基础预算增加了3亿美元，其中1.2亿美元分配给了癌症研究所。此外，还设立了1250万美元的首次专款资金用于舒缓疗护研究的新发展，以及一项新的6000万美元的改善美洲原住民癌症结果倡议，该倡议支持与美洲原住民和阿尔卑斯原住民社区相关的癌症研究、教育 outreach 和临床接入。访问 fightcancer.org/releases/congress-considers-fy24-appropriations-bill-prioritizes-cancer-research-and-proven-cancer 了解更多

- Supporting the **临床试验现代化法案** 这是一项旨在降低阻止许多患者 (尤其是来自服务不足社区的病人) 参与临床试验的金融和地理障碍的两党立法。
- 倡导预防 **药品短缺** 这将确保基本药物，包括儿科药物，的稳定供应。

防癌

ACS CAN正在支持地方、州和联邦政策，以帮助结束我们所知的一切癌症，造福每个人。

烟草控制 ACS CAN is pursuing fact-based

烟草控制政策 旨在减少差异并改善所有人的健康结果，包括：

- 不断增加并保护联邦和州烟草控制项目的资金

提高烟草产品的价格

- 提高国家对烟草戒断计划 Medicaid 覆盖的接入性
- 通过全面 **无烟法规** 要求所有工作场所，包括餐馆、酒吧和游戏设施，实行无烟政策
- 确保对所有烟草产品和行业营销实施联邦监管

健康饮食与积极生活。 ACS CAN支持旨在解决的政策 **食物和营养不安全** 这对预防、管理和治疗如癌症等慢性病具有直接影响。通过倡导基于证据的儿童营养计划国家标准和增加免费学校餐的获取渠道，该组织支持食品安全项目，如补充营养援助计划 (SNAP)、印第安人保留地食品分配计划 (FDIAP) 和营养援助计划 (NAP)，以帮助收入有限和有残疾的人获取高质量食品。美国癌症协会癌症行动网还支持增加获取渠道的政策和资金。 **食物即良药** (FIM)，由旨在通过解决食物和营养不安全来预防和治疗或管理慢性病的倡议和干预措施组成。

生活质量

ACS CAN 呼吁立法以确保患有癌症的人可以完全获得 **姑息治疗** 与.....服务相关 **治愈疗法** 从诊断到治疗，乃至更远。该组织支持.....

姑息治疗和安宁疗护教育与培训法案 (PCHETA) 这将创建一个全国性的公众和提供者教育运动，以传播关于姑息治疗益处的信息，增加姑息治疗领域内对医护人员的培训项目和职业发展，并支持针对疼痛和症状管理的研究，旨在提高患者护理水平。

健康公平

ACS CAN 倡导有助于的政策 [减少癌症差异](#) 确保每个人都有公平公正的机会来预防、检测、治疗和生存癌症，包括：

- 维持提供规定 [《平价医疗法案》（简称ACA）](#) 确保广泛保护LGBTQ+个体在医疗服务中的免受歧视

- 支持《平等法案》，该法案将修改1964年《民权法》，禁止在就业、住房、公共场所、教育和联邦资助项目中基于性别、性取向和性别认同进行歧视。歧视可能导致癌症患者和幸存者面临更大的医疗获取障碍，并经历不公平和不公正的癌症差异。任何人都不应在寻求医疗服务——包括癌症预防、检测、治疗和后续护理——时处于不利地位，也不应担心受到歧视。ACS CAN支持这项立法，因为那些无法获得保护、改善和影响个人健康质量资源的人可能会面临危及生命的后果。

- 支持扩大联邦保险覆盖范围的资格政策 [儿童到达延期行动计划（DACA）](#) 接收者

- 支持资助和政策，以促进及时收集和发布人口统计数据，以便研究人员和政策制定者识别 [差异](#) 在癌症预防、检测和治疗中。

- 主张增加对印第安人卫生服务局的资金投入，这将为一直历史性地资金不足的机构提供资金稳定性

- 支持确保患者导航服务费用在公立和私立支付者之间都可获得的政策

研究

研究是美国癌症协会使命的核心。自1946年以来，我们已在研究上投入超过56亿美元，旨在发现癌症的成因、早期检测疾病的方法、更有效的治疗方法以及帮助人们在治疗期间和治疗后健康成长的方式。美国癌症协会在非政府和非营利组织中独具特色，拥有院内和院外研究项目。我们资助和开展的一流研究涵盖从细胞生物学到生存的全过程癌症，目前组织在四个部门下，以下简要介绍，更详细的内容可在 cancer.org/research 。

校外探索科学

美国癌症协会的外部研究项目支持美国顶尖学术研究机构的高创新性癌症研究领域。自1946年以来，我们已向美国全国的学术研究机构授予超过34,000项资助，支持了25,000多名研究人员，为许多癌症领域的重要发现做出了关键性贡献。53位美国癌症协会资助者获得了诺贝尔奖，包括——最近——来自麻省大学医学院的维克托·安布罗斯博士、来自麻省总医院和哈佛医学院的加里·鲁夫金博士以及来自华盛顿大学医学院和霍华德·休斯医学研究所的大卫·贝克博士；他们均于2024年获得奖项。当前资助者每年发表超过1,800篇科学论文，详细介绍了他们使用多种科学方法在广泛癌症研究领域的发现。访问 cancer.org/research/we-fund-cancer-research 了解更多关于校外发现科学研究项目的信息。

人口科学

人口科学系有两个主要的研究领域：一个始于1952年并长期存在的流行病学研究项目，该项目的目标是增加关于与癌症发生及生存相关的因素的了解；另一个是更近期的行为干预研究项目的启动。他们的研究是在大规模、纵向的人口队列研究进行的，包括超过250万名参与者，参与者的多样性超过40万种。

生物样本随时间收集。来自人口科学的研究贡献最终为我们的基于证据的项目和推荐提供建议，这些项目和推荐致力于增强癌症预防、改善结果和减少差异。访问 cancer.org/zh-Hans/research/population-science 了解关于人口科学研究和其员工的更多信息。

监控、预防与健康服务研究

SPHeRe部门通过以下五个相互重叠的研究领域，通知和推广癌症预防和控制：癌症监测、风险因素和筛查监测、医疗服务、差异和烟草控制。信息通过同行评审的期刊文章为科学界受众传播，并通过Cancer Facts & Figures教育出版物为普通受众传播。Cancer Facts & Figures自1951年以来每年报告国家癌症负担，以及其附带的癌症统计数据文章，发表在 *CA：临床癌症杂志* 自1967年以来。这些出版物是科学文献中引用最广泛的癌症统计数据来源，可在以下位置找到：[癌症.org/统计数据](https://cancer.org/统计数据) 数据来自这些报告也可以通过癌症统计数据中心进行访问和定制，这是一个移动友好的互动网站。[癌症统计数据中心.cancer.org](https://cancer.org/癌症统计数据中心) 参观 cancer.org/research/surveillance.html [癌症.org/研究/监测.html](https://cancer.org/研究/监测.html) 了解更多关于SPHeRe研究和他们的员工的信息。

癌症检测，包括筛查的连续性、与现有及新兴癌症筛查技术相关的技术和质量议题，以及美国癌症协会癌症筛查指南的开发和定期更新。cancer.org/cancer/tingbing/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer.html) 其中大部分已发表在《临床癌症杂志》上。ECDS部门的工作人员还就研究、出版、早期癌症检测相关问题及政策、以及支持癌症筛查指南发展的系统性证据综述的技术问题，向美国癌症协会的其他部门和地区、癌症圆桌会议、美国癌症协会癌症行动网络SM（我们的非营利、无党派倡导分支机构）以及国内外合作伙伴提供咨询和协作。该部门还负责管理新的ACS多癌种早期检测计划，该计划聚焦于与新兴分子筛查技术相关的广泛问题，旨在通过一次血液检测检测多种癌症。ECDS工作人员定期发布美国癌症协会癌症筛查指南的总结更新以及早期癌症检测科学和政策领域的当前问题。doi.org/10.3322/caac.21557 访问 cancer.org/zh-Hans/健康保健专业人士/美国癌症学会预防早期检测指南/概述 了解更多关于ECDS工作。

早期癌症检测科学

早期癌症检测科学（ECDS）部门负责早期检测领域的专业知识。

统计来源

估计新发癌症病例。 2026年确诊的侵袭性癌症病例数是通过估算2008年至2022年在所有50个州和哥伦比亚特区的完整病例计数，然后根据最近4年的平均年百分比变化 (AAPC) 预测至2026年来计算的。截至2022年的病例数是通过使用符合北美抗癌登记协会 (NAACCR) 制定的高质量标准的癌症登记数据，以及一个考虑州在人口统计、生活方式因素、医疗设置和癌症筛查行为方面的差异，以及预期病例报告延误的时间模型的估算方法来计算的。为了提高预测的准确性，使用2018年和2019年的数据对疫情初期 (2020年3月至5月) 医疗机构关闭导致2020年病例数9%-10%的差距进行了调整。这些方法在其他地方有更详细的描述。

1,2

2026年女性乳腺癌原位黑色素瘤和导管原位癌的新病例数，通过估算2013年至2022年每年诊断的病例数来预测，基于经过侵袭性病例报告延迟调整后的年龄特异发病率，然后根据总AAPC值向前预测4年。由于COVID-19对癌症诊断的影响，排除了2020年的发病率数据。

3

发病率。 发病率以每10万人每年为单位表示，并按2000年美国标准人口 (19个年龄组) 进行调整，以便对不同年龄分布的人群进行比较。所有种族群体的发病率排除了西班牙裔人士。国家癌症发病率和趋势基于调整了病例捕获延迟的NAACCR数据。在量化时间趋势时，延迟调整尤为重要，因为它考虑了病例报告中的延迟和错误纠正，这在最近的数据年份以及常在医院外诊断的地点 (如白血病和) 尤其严重。

黑色素瘤。2020年的发病率数据未纳入趋势分析和癌症终生风险分析，因为这些指标基于模型，无法解释因COVID-19大流行第一年医疗保健关闭而导致的诊断异常。

3,4

场次分配。 诊断时的分期 (原位、局部、区域或远处分期) 基于2018年至2022年在NAACCR数据库 (如上所述，用于发病率) 中的病例，使用SEER总结分期分类系统 (training.seer.cancer.gov/staging/systems/summary.html) 。

预估癌症死亡人数。 2026年美国癌症死亡人数是通过将2009年至2023年观察到的癌症死亡人数拟合到用于产生估计病例的同一种对数线性回归模型来估算的。

1,2

然后，同样地，使用最新的4年AAPC预测2026年的预期死亡人数。死亡人数数据来源于疾病控制与预防中心的国家卫生统计中心 (NCHS) 。

死亡率。 在这份出版物中，死亡率是基于全国卫生统计中心编写的死亡证明上报告的癌症为死亡根本原因的数据，以每年每10万人为单位统计，并按2000年美国标准人口 (20个年龄组) 进行调整。文中呈现的癌症死亡率趋势是根据1975年到2023年的死亡数据得出的。非西班牙裔美洲原住民个体的死亡率考虑了误分类因素的影响，这些因素是按照全国卫生统计中心发布的因素进行调整的。

5

请注意关于今年癌症病例和死亡估计的重要说明。 2021年更新了预测当年癌症病例和死亡的方法。虽然这些估计在没有监控数据的情况下提供了当代癌症负担的合理准确描述，但由于除癌症变化以外的原因，这些基于模型预测可能会每年有所变化，因此应谨慎解读。

发生和方法。因此，它们不适用于追踪癌症趋势，而癌症趋势的追踪应基于基于人群的癌症登记机构报告的年龄调整发病率率和NCHS报告的死亡率。

生存 本报告从相对生存率的角度描述生存状况，这是指与同年龄、种族/民族和性别的一般人群相比，癌症患者的预期寿命的衡量标准。本报告中的生存率基于来自所有21个国家癌症研究所（NCI）SEER登记处的数据；5年和10年的相对生存率分别基于2015年至2021年和2007年至2021年诊断的个体，所有患者均截至2022年进行随访。白人和黑人的当前生存率不包括西班牙裔种族。所有比率均使用SEER*Stat软件版本9.0.40.0生成。

6

癌症发病概率。 癌症发生概率的计算使用了由美国国家癌症研究所（NCI）开发的DevCan（癌症发生概率）软件版本6.9.2，基于所有21个SEER登记处。

7

这些概率反映了美国人们的平均经历，并未考虑个人行为或风险因素。估计基于2019年至2022年的发病率，排除2020年，因受COVID-19大流行影响。

3

参考资料

李B，朱L，邹J等。预测当前日历年美国及州级癌症数量的更新方法：第1部分：癌症发病率的时空小区域建模。Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2021; 30 (9): 1620-1626. doi:10.1158/1055-9965.EPI-20-1727.

2. 米勒KD，西格尔RL，刘B，等。预测当前日历年美国及各州癌症数量的更新方法：第二部分：对发病率和死亡率时间预测方法的评估。癌症流行病学、生物标志物与预防。2021；30(11)：1993-2000。doi：10.1158/1055-9965.EPI-20-1780。

3. Mariotto AB, Feuer EJ, Howlader N, Chen HS, Negoita S, Cronin KA. 疫情期间癌症发病率趋势的解读：挑战。J Natl Cancer Inst. 2023;115(9): 1109-1111. doi:10.1093/jnci/djad086.

4. 啤喊者N，程H，米勒D等人。如何处理2020年和2021年的Joinpoint趋势模型中的发病率？NCI监督研究计划，技术报告#2024-01（可在以下获取）
surveillance.cancer.gov/reports/).

5. Arias E, Xu JQ, Curtis S, 等著。2019年非西班牙裔美洲印第安人或阿拉斯加原住民死亡状况。国家卫生统计报告；第70卷第12期。马里兰州海特斯维尔：国家卫生统计中心。2021年。

6. 监控、流行病学和结果（SEER）项目 www.seer.cancer.gov
www.美国癌症研究所.seer.gov SEER*Stat数据库：发病率 - SEER研究有限字段数据，21个登记处（不包括IL），2024年11月提交（2000-2022），国家癌症研究所，DCCPS，监测研究项目，2025年4月发布，基于2024年11月提交。

7. DevCan：癌症发生或死亡概率软件，版本6.9.2；国家癌症研究所统计研究与应用分支，2025年。 <https://surveillance.cancer.gov/devcan/> .

美国癌症协会对平均风险无症状人群癌症早期检测的建议

一个

癌症部位	人口	测试或程序	推荐
胸部	女士们 40-54岁	乳腺摄影	女性应在40岁开始有机会进行年度筛查。 44. 女性应从45岁开始定期进行乳腺筛查。 45至54岁之间的妇女应每年接受筛查。
	女士们 55岁以上		过渡到每两年筛查，或者有机会继续每年筛查。 继续筛选，只要整体健康状况良好，预期寿命超过10年。
宫颈 ^b	女士们 ages 25-65/25-65岁	FDA 批准的初级 人乳头瘤病毒DNA检测	首选： 每5年收集临床医师采集的宫颈样本 可接受： 每3年使用自行收集的阴道标本进行 医疗环境或家中
		Pap和HPV DNA 共同检测 或者	可接受： 每5年
		仅仅进行巴氏试验	可接受： 每3年
	女性，年龄大于65岁，可能可以停止筛查。	2连续阴性人乳头瘤病毒检测 或连续3次阴性宫颈涂片检查，最后一次检查年龄在65岁或以上。	首选) 或者
	与HPV 疫苗接种		遵循针对不同年龄段的筛查建议（与未接种者相同）。
女性 with total 子宫切除术		女性和没有宫颈且没有宫颈癌病史的个人 过去25年内患有CIN2或更严重的诊断者不应接受筛查。	
结直肠癌 ^c	成人，45岁及以上	高灵敏度木馏油 基于粪便潜血 检测（gFOBT）或粪便 免疫化学检测 （FIT） 或者	每年
		多靶标粪便DNA 测试 或者	每3年
		灵活乙状结肠镜检查 或者	每隔5年单独进行或和高灵敏度粪便隐血试验（gFOBT）或粪便免疫化学测试（FIT）相结合，每年进行一次。
		结肠镜检查 或者	每10年
CT结肠成像	每5年		
子宫内腺 ^d	女士们 更年期		女性应该了解子宫内腺癌的风险和症状。 鼓励向医生报告不寻常的出血情况。
肺	成人年龄段 50-80 with a 20+ 包年 吸烟史	低剂量螺旋CT	年度筛查对于通常健康（至少5年预期寿命）的成年人来说： 一个20包-年或以上的吸烟史（例如，每天抽1包烟，持续20年或20年的一半） 每天打包（40年），无论他们何时退出。
前列腺	男士 50岁以上	前列腺特异性 抗原检测，有或 无数字直肠 考试	男性如果预期寿命至少为10年，应该有机会去实现 关于是否进行筛查，与他们的医疗服务提供者做出明智的决定。 对于前列腺癌，在接受关于潜在益处、风险和 不确定性。前列腺癌筛查不应在没有知情决定的情况下进行。 制作。非裔美国男性应该与他们的服务提供者进行这次对话 从45岁开始。

CT - 计算断层扫描

一个

所有个人都应该熟悉与癌症筛查相关的潜在好处、限制和危害。

b

指南适用于所有有宫颈的个人，包括接种过HPV疫苗的人。

c

所有阳性检测结果（除结肠镜检查外）均应进行结肠镜检查。

致谢

我们衷心感谢所有癌症登记机构和他们的工作人员，因为他们在收集癌症信息方面付出了辛勤工作和勤奋，没有他们的努力，这份报告将无法存在。同时，我们还要感谢以下主题领域专家和制作团队成员，为他们的宝贵贡献表示感谢：Anu Agrawal；Rick Alteri；Meenu Anand；Christina Annunziata；Priti Bandi；Deana Baptiste；Nina DaSilva Batista；Steve Bouvier；Susan Brinkley；Esmeralda Buchanan；Jada Desmarais；Mark Fleury；Kayla Foster；Ted Gansler；Angela Giaquinto；Jennifer Greenwald；Hillary Grice；Xuesong Han；Trista Hargrove；Farhad Islami；Kieran Kelly；Reid London；Laura Makaroff；Kristie McComb；Katie McMahon；Karen Murphy；Nigar Nargis；Kristina Ogburn；Alpa Patel；Catherine Peters；Nicole Robertson；Scott Roskilly；Angela Sailor；Anatu Saka；Melanie Schneider；Sarah Shafir；Scott Simpson；Robert Smith；Jessica Star；Carter Steger；Nicole Stout；Brooke Street；Hyuna Sung；Justine Swindell；Madilyn Tortat；Britton Trabert；Lynn Urquhart；Marty Weinstock；Tracy Wyant；Gail Wyche；Robin Yabroff；Kathy Zamora；Qin Zhang；以及Joe Zou。

《癌症事实与数据》是美国癌症协会亚特兰大乔治亚州的年度出版物。

更多信息，请联系：Tyler Kratzer、Nikita Wagle、Rebecca Siegel
或Ahmedin Jemal监测、预防和健康服务业研究部门

美国癌症协会的使命是通过倡导、研究和患者支持，改善癌症患者及其家庭的生活，确保每个人都有预防、发现、治疗和战胜癌症的机会。



Every cancer. Every life.®

癌症.org | 1.800.227.2345



bbb.org/charity



National Health Council
Standards of Excellence
Certification Program®