

✓ 高性价比体检筛查指南

没时间啃完筛查指南， 用一本书的硬数据，分清哪些检查真能救命

体检的底层逻辑，什么才叫有效筛查 · 体检前的准备，别让结果白查 · 最值钱的四个基础指…

144 条建议

A 级证据 79 条

6 条原始文献链接

可按性价比筛选

讲什么才叫有效筛查、最值钱的四个基础指标是哪几个，讲肿瘤标志物为什么不推荐筛查、哪些影像和内镜真能降低死亡率，讲不推荐普筛的过度诊断重灾区，也讲高端体检的智商税清单。144 条建议，每条写明花掉什么、换回什么、证据有多硬，来源只引国家癌症中心筛查方法、USPSTF 分级建议与公开研究。不用全做：这是按性价比排好的备选单，不是任务清单——挑走一两条就算数。

生成于 2026-10-20 05:07 (北京时间) · 正文提交 9d48a2d

正文以在线版为准：<https://kexin1409.github.io/how-to-check-better/>

在线检索与本 PDF 的最新版都在 <https://github.com/kexin1409/how-to-check-better>

目录

前言	1
各节简介	4
1. 体检的底层逻辑，什么才叫有效筛查	5
2. 体检前的准备，别让结果白查	10
3. 最值钱的四个基础指标	14
4. 血尿便常规和肝肾功能，怎么读不慌	18
5. 肿瘤标志物，最贵也最容易被误用	22
6. 真正能降低死亡率的影像与内镜	26
7. 六大癌症逐个说，肺胃食管肠乳腺宫颈	30
8. 不推荐普筛的四种，过度诊断重灾区	34
9. 心脑血管检查，哪些有用哪些是安慰	38
10. 高端体检和基因检测，智商税清单	42
11. 报告怎么读，别被箭头牵着走	46
12. 避坑清单，体检中心最常见的坑	50

前言

讲什么才叫有效筛查、最值钱的四个基础指标是哪几个，讲肿瘤标志物为什么不推荐筛查、哪些影像和内镜真能降低死亡率，讲不推荐普筛的过度诊断重灾区，也讲高端体检的智商税清单。144 条建议，每条写明花掉什么、换回什么、证据有多硬，来源只引国家癌症中心筛查方法、USPSTF 分级建议与公开研究。不用全做：这是按性价比排好的备选单，不是任务清单——挑走一两条就算数。

这本书想回答的问题

问题	去哪看
什么才叫有效筛查，怎么看穿项目的宣传？	1. 体检的底层逻辑，什么才叫有效筛查
体检前要做什么准备，才不让结果白查？	2. 体检前的准备，别让结果白查
血压血糖血脂体重，为什么是最值钱的四个？	3. 最值钱的四个基础指标
血尿便常规和肝肾功能，怎么读才不慌？	4. 血尿便常规和肝肾功能，怎么读不慌
肿瘤标志物，为什么最贵也最容易被误用？	5. 肿瘤标志物，最贵也最容易被误用
哪些影像和内镜，真能降低死亡率？	6. 真正能降低死亡率的影像与内镜
六大癌症逐个说：肺胃食管结直肠乳腺宫颈？	7. 六大癌症逐个说，肺胃食管肠乳腺宫颈
哪几种最不该普筛，过度诊断有多严重？	8. 不推荐普筛的四种，过度诊断重灾区
心脑血管检查，哪些有用哪些只是安慰？	9. 心脑血管检查，哪些有用哪些是安慰
高端体检和基因检测，哪些是智商税？	10. 高端体检和基因检测，智商税清单
报告怎么读，才能不被箭头牵着走？	11. 报告怎么读，别被箭头牵着走
避坑清单：体检中心最常见的坑有哪些？	12. 避坑清单，体检中心最常见的坑

怎么读

- 不用全做：这是一份按性价比排好的备选单，不是任务清单。挑走一两条就算数，剩下的放着，需要时再回来查。
- 想按条件挑：打开在线检索页（<https://kexin1409.github.io/how-to-check-better/>），可以按关键词、章节、证据等级来筛，也可以按「花不花钱、花多少时间、要不要毅力」这三样筛，几个条件能叠着用。页面上的内容直接取自 book/ 目录里的正文，正文一改，页面跟着改。
- 条目之间会互相指路（「见第 4 节第 7 条」这种）：在线检索页里点一下就能跳过去。在这份 PDF 里点不动，但每处指路都写明了指向哪一条，不翻过去也知道说的是什么。
- 想按顺序读：每节内的条目按性价比从高到低排列，从每节前几条开始看就行。
- 只想看结论最硬的：在在线检索页里勾选证据等级 A，只留下书中有具体数字、回测或统计规律支撑的 79 条。
- 只想看最值得做的：勾选性价比「极高」，得到 61 条几乎不花钱、不花时间、不太需要毅力，收益又落在最大一档的条目。
- 想让 AI 帮你查：仓库里带了正文，把问题原样丢给能读文件的 AI 助手，让它先查相关条目、再按书里的口径回答，并注明出自第几节第几条。查不到就说查不到，不自己编数字。

证据分级

等级	含义
A	书中有具体数字、可复现的实验或大规模账户数据支撑（如巴伯与奥丁 78000 户的周转率—收益回测、卡尼曼与特韦尔斯基的前景理论实验、席勒 36 国 5 年涨跌反转统计）
B	有单一研究或较实在的论据支撑，但样本较小或偏定性；或由机制逻辑推导、有多个案例侧面印证
C	芒格式的经验观察、作者观点或业界共识，没有直接的研究文献

全书 144 条中 A 级 79 条、B 级 60 条、C 级 5 条，另有 0 条标注了争议、0 条含待核实内容。有争议的条目会在备注里列出反方证据。所有来源只引原始文献（期刊论文附 DOI 或 PubMed 链接，或 WHO/CDC/国家卫健委等官方机构报告），不引二手转述。

性价比档

证据等级只回答「这个数字可不可信」，不回答「这件事值不值得做」。所以每条还另外标了两样：收益量级（好处有多大：大/中/小）和口径（换回的是哪一类东西：慢病/死亡率/时间等）。拿收益量级加上三项成本（钱、时间、毅力），合出一个性价比档：几乎不花什么成本、换回的好处又大的，是「极高」；其次「高」，再次「一般」。不同口径之间不做比较——「死亡率低 12%」和「每天省 10 分钟」不在一把尺子上。全书 144 条中性性价比极高 61 条、高 38 条、一般 45 条。

每条建议长这样

2. 血常规：主要看四个东西

<!-- 成本标签: 钱=少 时间=少 毅力=否 收益=中 -->

- 成本：抽血，几十元

- 说人话：血常规几十项里，真正需要关注的通常是血红蛋白（贫血）、白细胞及分类（感染/血液系统线索）、血小板（出凝血）。其他细分参数多为辅助，轻微偏离一般不需要单独处理

- 收益：知道看哪几格，不再被几十个参数吓住

- 证据等级：A

- 风险：低

- 来源：血常规临床解读常规

- 备注：贫血要进一步查原因（缺铁最常见），不能只看到血红蛋白低就补铁

「说人话」把「收益」栏里研究里的写法，翻成「看清大势、别在萧条期all in」这样的日常说法。它只用「收益」栏已经写到的内容，不添新数字，只看这一行就够拿主意。「收益」栏里原样留着全部数字，想自己核对就看那一栏。

各节简介

1. 体检的底层逻辑，什么才叫有效筛查：在开始列项目之前，必须先立一个判据。
2. 体检前的准备，别让结果白查：很多"体检异常"其实是准备没做好造成的假象，白挨一针不说，还容易引出一串本不必要的复查。
3. 最值钱的四个基础指标：如果体检只保留四项，就留这四个：血压、血糖、血脂、体重腰围。
4. 血尿便常规和肝肾功能，怎么读不慌：这几项几乎每个套餐都有，便宜、无害，但也最容易制造焦虑——因为它们指标多，"异常箭头"几乎必然出现几个。
5. 肿瘤标志物，最贵也最容易被误用：这是体检里最大的一个坑，也是最能体现"花了钱、受了惊吓、却没有任何收益"的项目。
6. 真正能降低死亡率的影像与内镜：这一节是全书的核心：体检里真正被证明能救命的项目，其实只有很少几个。
7. 六大癌症逐个说，肺胃食管肠乳腺宫颈：国家癌症中心明确给出了六种主要癌症的筛查方法。
8. 不推荐普筛的四种，过度诊断重灾区：有四种癌症，普通人最想查、套餐最爱加，却是过度诊断最严重、最不该普筛的：甲状腺、前列腺、卵巢、胰腺（肝癌属于高危人群才查）。
9. 心脑血管检查，哪些有用哪些是安慰：心脑血管是"体检加项"的重灾区：颈动脉超声、心脏彩超、运动平板、同型半胱氨酸……听起来都很专业，但对无症状的低危人群，多数既不改变治疗方案，也不改善结局。
10. 高端体检和基因检测，智商税清单：这一节是"别买"的清单。
11. 报告怎么读，别被箭头牵着走：体检报告是给医生看的，不是给你自己下诊断用的。
12. 避坑清单，体检中心最常见的坑：全书最后一节，把前面散落各处的坑收拢成一份可以直接照着避的清单。

1. 体检的底层逻辑，什么才叫有效筛查

在开始列项目之前，必须先立一个判据。体检里绝大多数钱，都花在了"看起来有用、其实没用"的项目上。这一节给你一把尺子：拿到任何一个检查项目，都能自己判断它值不值得做。

1. 筛查和检查是两回事，别混着谈

- 成本：零，读 3 分钟
- 说人话：筛查面向"没有任何症状的健康人"，目的是在没有感觉的时候提前发现；检查（诊断）面向"已经有症状或筛查异常的人"，目的是搞清楚到底是不是病。同样是低剂量 CT，给吸烟 30 年的老烟民做叫筛查，给咳嗽咯血的人做叫诊断
- 收益：一分清这个，你就不会拿"我邻居就是体检查出来的"来论证体检有用——那往往已经是诊断，不是筛查
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：筛查与诊断的定义区分，见流行病学筛查基本原则；USPSTF 全部建议均以"无症状人群"为适用前提
- 备注：本书后面所有"推荐/不推荐"，如无特别说明，指的都是无症状人群的筛查

2. 有效筛查的唯一金标准：降低死亡率，不是"发现更多早期癌"

- 成本：零
- 说人话：一个筛查项目有没有用，只看一件事——被筛查的人群，最后死于这个病的人是不是变少了（最好看全因死亡率，而不只是该病死亡率）。"查出更多早期癌"是个陷阱指标：查出来的多，不等于死得少
- 收益：这一条能否决掉一半以上的体检项目
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：USPSTF 证据分级以净获益（net benefit）为核心，A 级要求"高度确信净获益显著"；见 AAFP 《Adult Preventive Health Care Schedule》(2024-05-09)
<https://www.aafp.org/assets/image/upload/v1780508286/USPSTFHealthCareSchedule2024.pdf>
- 备注：卵巢癌筛查是反面教材——查出的病例变多了，死亡人数没变

3. 领先时间偏倚：早查出来不等于活得久

- 成本：零
- 说人话：假设一种癌注定在 70 岁致命，不筛查时 68 岁出现症状、70 岁死亡（带病生存 2 年）；筛查让它在 63 岁就被发现，人还是 70 岁死（带病生存 7 年）。"确诊后生存期"从 2 年变成 7 年，看着疗效大涨，其实一天也没多活
- 收益：让你能识破"某某筛查让 5 年生存率从 X% 提到 Y%"这类宣传
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：领先时间偏倚（lead time bias）为筛查评价经典偏倚，见筛查方法学文献
- 备注：所以评价筛查要看"死亡率"，不要看"生存率"

4. 过度诊断：查出一些永远不会害死你的"癌"

- 成本：零
- 说人话：有些病变贴上"癌"的标签，但它生长极慢，人一辈子都不会因它出事——甲状腺微小乳头状癌、部分前列腺癌、部分乳腺导管原位癌都是典型。查出它们不会救命，只会带来手术、并发症和一辈子的心理负担
- 收益：理解为什么"筛查越多越好"是错的
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：过度诊断（overdiagnosis）概念，见 Welch 等筛查相关研究；甲状腺癌过度诊断为国际公认案例
- 备注：韩国甲状腺癌筛查普及后，发病率暴涨数倍而死亡率纹丝不动，是最直观的证据

5. 特异度再高，摊到低患病率人群里也会假阳性成堆

- 成本：零
- 说人话：假设某检查特异度 95%（100 个没病的人里误报 5 个）。给 10000 个健康人查，其中真正有病的只有 10 人，没病的 $9990 \times 5\% \approx 500$ 个假阳性。结果就是：510 个"阳性"里只有 10 个真有病
- 收益：理解为什么健康人体检的"异常箭头"那么多，以及为什么不能一看到异常就慌
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：阳性预测值（PPV）受患病率影响，为筛查方法学基础结论
- 备注：这也是"全套肿瘤标志物"最坑的地方——在极低患病率人群里，它的阳性几乎没有意义

6. 证据分级：A/B/C/D/I 到底什么意思

- 成本：零，读 5 分钟
- 说人话：USPSTF 的分级不是"证据强弱"，而是"推荐与否"：A/B=推荐做；C=选择性提供（要和医生商量，因人而异）；D=明确反对做；I=证据不足，不知道该不该做
- 收益：后面每一节引用分级时，你都知道分量
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：USPSTF 分级定义：A=高度确信净获益显著；B=高度确信净获益中等（或中度确信中到显著）；C=净获益小，需个体化；D=中度/高度确信无净获益或弊大于利；I=证据不足。见 AAFP 2024 版 USPSTF 一览表同上链接
- 备注：本书自己的 A/B/C 是"证据强度"标注，与 USPSTF 的 A/B/C/D/I 不是同一套，引用时会注明

7. "贵"和"有用"之间没有任何关系

- 成本：零
- 说人话：PET-CT 一次 8000 ~ 10000 元，是体检里最贵的项目之一，但权威机构明确反对用它给无症状健康人查癌；而测血压几乎不要钱，却是所有筛查里救命最多的一个
- 收益：建立"按证据而非按价格"的判断习惯
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：PET-CT 价格区间与不推荐用于健康体检，见体检相关科普与权威机构立场；USPSTF 未推荐 PET-CT 用于任何癌症筛查
- 备注：贵只说明成本高，不说明获益大

8. 先分风险，再开检查单

- 成本：零，做一次自评
- 说人话：高风险人群（老烟民、乙肝携带、有家族史、肥胖）用"标准套餐"往往不够；低风险人群堆一堆昂贵检查，收益极小。同样一次体检，对不同人的价值完全不同
- 收益：把钱和时间花在对自己真正有效的项目上
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：国家癌症中心对肺癌、胃癌、食管癌、结直肠癌均先界定"高风险人群"再给筛查建议，见《国家癌症中心发布 6 种主要癌症筛查方法》https://literature.chinacdc.cn/xuekefuwu/gonggongweishengxueshuredianzhuiz/202205/t20220517_259261.html
- 备注：本书第 7、8 节会逐个给出各癌种的高危界定

9. 筛查不是越勤越好

- 成本：零
- 说人话：把间隔从 2 年缩短到半年，不会让你更安全，只会多出假阳性、多出辐射、多出过度诊断，却不增加救命的机会。指南给的间隔，是经过权衡之后的最优解
- 收益：省下重复检查的钱，也少受惊吓
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：各筛查项目间隔均有明确推荐，如乳腺钼靶 2 年、结肠镜 5~10 年、FIT 每年，见 USPSTF 2024 一览表
- 备注：例外是医生针对已发现异常制定的随访间隔，那属于诊断随访，不在此列

10. 要筛查多少人，才能救回一个人

- 成本：零
- 说人话：需要筛查的人数（NNS）和需要治疗的人数（NNT）是筛查的真实代价。肺癌 LDCT 筛查的 NNS 在几百量级就能避免一例肺癌死亡，这已经是很优秀的水平；而不少项目要筛几万人才能避免一例死亡
- 收益：当你知道代价，就不会指望"做一次检查买个安心"
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：NNS/NNT 为筛查获益量化指标；NLST 试验显示 LDCT 筛查可降低肺癌死亡率
- 备注：数字不精确没关系，重点是建立"量级"概念

11. 拿到任何一个项目，先问这两句

- 成本：零
- 说人话：第一句——"查出来以后，我会怎么做？"如果答案是"好像也不知道该怎么办"，这个检查对你没有意义。第二句——"这个做法能让我活得更久吗？"如果答案是"不知道"或"只是知道了早一点"，同样没有意义
- 收益：这两句话能当场否掉大部分加项推销
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：筛查决策的净获益思维，源自 USPSTF 与循证筛查决策框架
- 备注：把它写在体检单的空白处，很有用

12. 这本的判据就一条：性价比

- 成本：零
- 说人话：全书按"花多少钱、花多少时间、能不能坚持"对上"能换来多大收益"来排序。便宜、无创、有明确干预手段的项目排前面；昂贵、有创、查出来也没办法的项目排后面
- 收益：你可以直接照着本书的优先级做减法
- 证据等级：C
- 风险：低
- 来源：本书自定的性价比框架，沿用"高性价比"系列统一口径
- 备注：性价比高不等于人人都必须做，仍要结合自身风险

2. 体检前的准备，别让结果白查

很多"体检异常"其实是准备没做好造成的假象，白挨一针不说，还容易引出一串本不必要的复查。这一节把检查前该做的事一次讲清，成本几乎为零，收益却是让所有后续结果变得可信。

1. 空腹 8 ~ 12 小时，但别傻饿 24 小时

- 成本：零
- 说人话：血糖、血脂（尤其甘油三酯）受进食影响极大，吃一顿早饭去抽血，甘油三酯可能直接"高"出一截。要求空腹 8 ~ 12 小时，一般指检查前一天正常吃完晚饭、之后不再进食，第二天早上查
- 收益：避免因没空腹而得到一个假的"血脂异常"
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：空腹要求为检验前准备标准规范，见各检验科采血须知
- 备注：饿太久（超过 14 ~ 16 小时）反而会让身体动员脂肪，结果同样不准。可以少量喝白水

2. 抽血前 3 天别喝酒、别大鱼大肉

- 成本：三天忌口
- 说人话：酒精会直接影响肝酶（ALT、AST、GGT）和甘油三酯；检查前一天吃大量油腻食物，甘油三酯和肝功能都可能被抬高。所谓"体检前要清淡"，说的就是这几天
- 收益：把肝功能和血脂的真实水平还原出来
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：检验前生活方式影响，见检验医学常规准备要求
- 备注：不少人就是"体检前一晚吃了顿火锅"，然后拿到一张脂肪肝+转氨酶升高的报告

3. 检查前 24 小时避免剧烈运动

- 成本：休息一天
- 说人话：剧烈运动后肌酸激酶（CK）、乳酸脱氢酶、甚至尿常规里的蛋白和红细胞都可能异常升高，容易被误读成肌肉或肾脏有问题
- 收益：少一次被"异常箭头"吓到的机会
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：运动对检验指标的影响，见检验前准备相关共识
- 备注：平时规律运动不受影响，指的是体检前一天别做高强度训练

4. 女性务必避开月经期

- 成本：换个日子
- 说人话：经期做尿常规几乎必然出现红细胞（潜血阳性），CA125、CA19-9 也可能升高；乳腺超声在经期前后因充血胀痛，结果也不稳定。一般建议月经结束后 3 ~ 7 天再查
- 收益：避免一堆假阳性和随之而来的复查
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：经期对尿常规、CA125/CA19-9 及乳腺检查的影响，见检验与妇科检查准备常规
- 备注：这一条的性价比极高——不花一分钱，能省掉大量无谓检查

5. 长期吃的药不要擅自停

- 成本：零
- 说人话：降压药、降糖药、甲状腺素、抗凝药这类长期药，停掉可能出事，而且会让指标失真。正确做法是照常服药，并在体检时主动告诉医生你在吃什么
- 收益：既保证安全，也让医生能正确解读你的指标
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：长期用药不宜擅自停用为用药安全基本原则
- 备注：只有少数项目（如某些需要空腹、某些影响凝血的检查）医生会另行交代，以医嘱为准

6. 做粪便隐血前，停铁剂和大量维生素 C

- 成本：零
- 说人话：粪便隐血试验（FIT/gFOBT）是结直肠癌筛查的关键一步。吃铁剂、动物血、肝脏、大量维生素 C 都可能干扰结果。检查前一天要避免猪肝、鸭血、菠菜等含铁丰富的食物
- 收益：拿到一个可信的结直肠癌筛查结果
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：粪便隐血试验饮食与药物禁忌，见结直肠癌筛查相关检查准备说明
- 备注：这条直接影响第 7 节结直肠癌筛查的有效性

7. 胃肠镜的肠道准备，比检查本身更折磨人

- 成本：半天到一天
- 说人话：肠镜前一天要进流食（米汤等），检查当天早上禁食，按医嘱服泻药，排便 7~8 次直到排出清水样便才算准备合格。肠道越干净，检查越准——准备不合格可能直接白做
- 收益：一次有效的肠镜可以管 5~10 年，这笔时间投入很值
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：结肠镜肠道准备要求，见国家癌症中心结直肠癌筛查方法与内镜检查规范
- 备注：无痛肠镜需静脉麻醉，检查后 8 小时内不能驾车和高空作业，要提前安排

8. 影像检查前取掉金属，别穿带钢圈的内衣

- 成本：零
- 说人话：CT、钼靶、核磁都会受金属干扰。项链、玉坠、带金属扣和钢圈的衣物、活动假牙都要取下。做钼靶建议穿容易穿脱的两件套，别穿连衣裙
- 收益：图像质量更好，减少因伪影导致的重复检查
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：影像检查前准备常规要求
- 备注：核磁（MRI）的禁忌更严格，体内有起搏器、金属植入物必须提前说明

9. 怀孕、备孕、哺乳期要明确告知

- 成本：零
- 说人话：X 线、CT、PET-CT 有电离辐射，孕期原则上避免；备孕或不确定是否怀孕时也要主动说明。钼靶和核磁在孕早期也应回避
- 收益：避免对胚胎造成不必要的辐射暴露
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：孕期影像检查禁忌，见影像检查常规注意事项
- 备注：这一条属于“说一句话就能规避的风险”，务必主动讲

10. 留标本的正确姿势

- 成本：零
- 说人话：尿常规取中段尿（先排掉一点再接）；粪便取花生米大小的新鲜部分，有粘液脓血就挑那部分，不要混尿液，1 小时内送检；痰要清晨漱口后从肺部咳出。取错了，结果就不可信
- 收益：让最便宜的几项检查真正起到筛查作用
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：标本采集规范，见检验科常规要求与结直肠癌筛查说明
- 备注：尿常规是性价比之王，但前提是你留对了

11. 带上既往报告，动态对比比单次数值重要得多

- 成本：整理一次旧报告
- 说人话：一个数字"超出参考区间"意义有限；但同一个指标从 3 年前的 5 慢慢涨到 8、再到 12，这个趋势才是有价值的信息。体检机构之间结果不互通，你得自己带着
- 收益：让医生看到趋势，避免对单次轻微异常过度反应
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：动态观察为筛查结果解读的基本原则
- 备注：建议把每年的报告拍照存一个相册，按时间排好

12. 检查前睡好、别慌

- 成本：零
- 说人话：熬夜、紧张、赶路后的血压和心率都会偏高，可能出现"白大衣高血压"——平时正常，一到医院就高。测血压前要静坐 5 分钟
- 收益：减少一次假性血压升高带来的误判
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：血压测量规范，见高血压测量相关指南要求
- 备注：如果体检时血压高，不要急着吃药，先在家规律测几天再判断

3. 最值钱的四个基础指标

如果体检只保留四项，就留这四个：血压、血糖、血脂、体重腰围。它们几乎不要钱、无创、查出来有明确的干预手段，而且对死亡率的影响远超所有昂贵影像和肿瘤标志物的总和。这一节的性价比是全书最高的。

1. 血压：一分钱不花，救命最多

- 成本：几乎为零，一台电子血压计可用多年
- 说人话：高血压是卒中和心梗最大的可控危险因素，而且绝大多数人没有任何感觉，只能靠量。家庭自测血压比诊室血压更能预测风险
- 收益：发现并控制高血压，是体检里“投入产出比”最高的一件事
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：USPSTF 高血压筛查为 A 级推荐；血压控制对心血管事件的降低作用有大量 RCT 证据
- 备注：量之前静坐 5 分钟，袖带与心脏同高，别憋尿、别刚喝完咖啡

2. 血压怎么量才算数

- 成本：零
- 说人话：一次读数不算数。规范做法是安静休息 5 分钟后测，间隔 1~2 分钟再测一次，取两次平均值；首次发现升高，应在不同日多次测量确认，不要凭一次就给自己扣上高血压
- 收益：避免“白大衣高血压”被误诊，也避免真正的高血压被漏掉
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：血压测量规范，见高血压筛查与诊断指南常规要求
- 备注：家庭连续测 7 天、每天早晚各 2 次，比在医院测一次可靠得多

3. 血糖：35~70 岁超重人群建议筛查

- 成本：一次抽血，几十元
- 说人话：USPSTF 建议对 35~70 岁、超重或肥胖的成年人筛查糖尿病前期和 2 型糖尿病（B 级）。糖尿病前期是干预的黄金窗口——这时候靠生活方式改变还能逆转
- 收益：在变成糖尿病之前发现问题，代价最小
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：USPSTF 糖尿病前期与 2 型糖尿病筛查建议（B 级，35~70 岁超重/肥胖人群），见 AAFP 2024 版 USPSTF 一览表
- 备注：体重正常但有家族史、高血压、或曾有妊娠糖尿病的人，也应与医生讨论提前筛查

4. 空腹血糖、糖化血红蛋白、OGTT 怎么选

- 成本：抽血
- 说人话：空腹血糖最方便但只反映抽血那一刻；糖化血红蛋白（HbA1c）反映近 2~3 个月的平均水平，不受当天饮食影响，也不要求严格空腹；OGTT（糖耐量试验）最敏感，能发现餐后高血糖，但麻烦
- 收益：知道该查哪个，不花冤枉钱
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：糖尿病诊断与筛查方法学，见糖尿病诊疗指南常规
- 备注：空腹血糖处于灰区（如 6.1~7.0）时，加做 HbA1c 或 OGTT 更稳妥

5. 血脂的核心只有一个数：LDL-C

- 成本：抽血，几十元
- 说人话：血脂四项里，最该盯的是低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）。甘油三酯受当天饮食影响大、波动大；高密度脂蛋白（HDL）低是风险信号但很难直接干预；总胆固醇是粗指标。治疗决策基本围绕 LDL-C 转
- 收益：看懂血脂报告的关键一格，不被另几个箭头牵着走
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：LDL-C 为血脂干预首要靶点，见血脂管理指南
- 备注："没有箭头就是正常"是错的——LDL-C 的目标值因人而异，取决于你的心血管风险等级

6. 他汀一级预防：40~75 岁、有危险因素、10 年风险 $\geq 10\%$

- 成本：长期服药 + 定期复查
- 说人话：USPSTF 建议对同时满足三个条件的人启动低到中等剂量他汀：40~75 岁 + 有血脂异常/糖尿病/高血压/吸烟之一 + 10 年心血管病风险 $\geq 10\%$ （B 级）。10 年风险在 7.5%~10% 之间的，属于 C 级（要和医生商量）
- 收益：这是少数能明确降低心梗和卒中风险的药物干预
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：USPSTF 他汀类药物心血管病一级预防建议（B 级），见 AAFP 2024 版一览表
- 备注：风险等级决定目标值，不要自己照着别人的报告调药

7. BMI 和腰围：最便宜的两个预测指标

- 成本：一条软尺
- 说人话：BMI 反映总体胖瘦，腰围反映内脏脂肪。中国人群的腹型肥胖标准一般是男性腰围 ≥ 90 cm、女性 ≥ 85 cm。腰围大的人即使 BMI 正常，代谢风险也偏高
- 收益：零成本判断代谢风险，还能自己在家跟踪
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：中国成人超重肥胖与腹型肥胖判定标准
- 备注：BMI 对肌肉量大的人会高估，腰围是很好的补充

8. 为什么这四个指标最值钱

- 成本：零
- 说人话：它们同时满足四个条件——便宜、无创、能反映大人群的高发风险、而且查出异常后有明确的干预手段（降压、降糖、降脂、减重）。对比之下，很多昂贵检查查出来你也没什么办法
- 收益：帮你把体检预算的优先级排清楚
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：综合 USPSTF A/B 级推荐项目的共同特征
- 备注：性价比排序里，这四个永远排在所有影像和肿瘤标志物前面

9. 尿酸：高不等于痛风，多数不用吃药

- 成本：抽血
- 说人话：体检报告上“尿酸偏高”非常常见，但大多数人是无症状高尿酸血症，并不需要立刻用药。只有反复痛风发作、或有尿酸结石等情况，医生才会考虑降尿酸治疗
- 收益：避免为一个常见指标过度焦虑和过度用药
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：无症状高尿酸血症的处置原则，见痛风与高尿酸血症相关指南
- 备注：真正该做的是调整饮食（少酒、少高嘌呤、少含糖饮料）和复查，而不是马上吃药

10. 这四个指标多久查一次

- 成本：零
- 说人话：血压建议每年至少一次（高危者更勤，可在家自测）；血糖血脂一般 40 岁后每 1~3 年查一次，有超重、家族史、高血压等因素的更勤；体重腰围随时可以自己量
- 收益：既不漏掉变化，也不做无谓的重复
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：筛查间隔参见 USPSTF 与常见慢病管理规范的推荐频次
- 备注：已确诊高血压糖尿病的人，复查频率按医嘱，不受此限

11. 查出异常后的下一步，比查出本身更重要

- 成本：生活方式调整需要长期坚持
- 说人话：血压血糖血脂异常，第一步几乎都是生活方式——减盐、减重、运动、戒烟、限酒；达不到目标再考虑用药。很多人卡在“查出来但什么都不改”，那这次体检就白做了
- 收益：把筛查发现转化为真正的风险下降
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：生活方式干预为一线基础治疗，见高血压/糖尿病/血脂管理指南
- 备注：筛查的价值只有在“后面有动作”时才成立，这正是第 1 节那两句话的意思

12. 别用一次体检代替长期监测

- 成本：养成习惯
- 说人话：血压血糖血脂是波动的，一年一次的快照只能看到那一天。尤其是家里有血压计时，日常自测比一年一次的体检更能说明问题
- 收益：把“一年体检一次”升级为“平时就在管理”
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：家庭自测血压在高血压管理中的价值，见高血压相关指南
- 备注：一台上臂式电子血压计的价格，通常低于一次“全套肿瘤标志物”

4. 血尿便常规和肝肾功能，怎么读不慌

这几项几乎每个套餐都有，便宜、无害，但也最容易制造焦虑——因为它们指标多，"异常箭头"几乎必然出现几个。这一节告诉你哪些值得追、哪些可以放下。

1. 参考区间是 95% 健康人的范围，意味着 5% 的健康人本来就在外面

- 成本：零，读 2 分钟
- 说人话：参考区间是把一批健康人的结果从小到大排，掐掉最低 2.5% 和最高 2.5% 得到的。也就是说，100 个完全健康的人里，本来就有约 5 个会"不合格"。你查 20 个指标，出现 1 个箭头是概率上的正常现象
- 收益：理解"有箭头≠有病"，这是解除体检焦虑的第一把钥匙
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：参考区间的统计学定义，见检验医学基础概念
- 备注：越是多项目的套餐，出现箭头的概率越高，不代表你越不健康

2. 血常规：主要看四个东西

- 成本：抽血，几十元
- 说人话：血常规几十项里，真正需要关注的通常是血红蛋白（贫血）、白细胞及分类（感染/血液系统线索）、血小板（出凝血）。其他细分参数多为辅助，轻微偏离一般不需要单独处理
- 收益：知道看哪几格，不再被几十个参数吓住
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：血常规临床解读常规
- 备注：贫血要进一步查原因（缺铁最常见），不能只看到血红蛋白低就补铁

3. 尿常规：性价比之王，但前提是留对标本

- 成本：几乎为零
- 说人话：一杯尿能给出蛋白尿、血尿、尿糖、感染等大量线索，是早期发现肾脏病和糖尿病最便宜的方式。但取中段尿、避开经期，否则红细胞假阳性会毁掉这次检查
- 收益：几毛钱的成本，换来肾脏和代谢的重要信号
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：尿常规筛查价值与标本采集要求，见检验科常规
- 备注：尿蛋白阳性通常需要复查（晨尿更好），一次阳性不能直接下结论

4. 转氨酶升高，最常见的元凶是脂肪肝

- 成本：抽血
- 说人话：体检发现 ALT/AST 轻度升高，最常见的原因是脂肪肝，其次是近期饮酒、熬夜、某些药物和保健品。病毒性肝炎只是原因之一，而且有专门的检查可以排除
- 收益：知道"转氨酶高"不等于"肝有大事"，但也知道该去查什么
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：肝功能异常常见病因分布，见肝病诊疗常规
- 备注：轻度升高建议先排除饮酒、药物因素，1~3 个月后复查，别急着吃保肝药

5. 肌酐正常不等于肾功能正常

- 成本：抽血
- 说人话：肌酐受肌肉量影响很大，肌肉少的老年人可能肌酐"正常"但肾功能已经明显下降。报告上的估算肾小球滤过率（eGFR）比单看肌酐更有意义，但很多套餐不自动给
- 收益：知道要看 eGFR，尤其是老年人
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：eGFR 为肾功能评价核心指标，见慢性肾脏病诊疗指南
- 备注：如果报告里没有 eGFR，可以向医生提出加算（多数由肌酐+年龄+性别推算，不额外抽血）

6. 脂肪肝：体检里最常见的"异常"，也是最不需要慌的一个

- 成本：零
- 说人话：超声诊断的脂肪肝在体检人群中非常普遍，单纯性脂肪肝进展风险有限，真正的风险来自发展成脂肪性肝炎和肝纤维化。判断严重程度要看肝功能、是否有代谢综合征，必要时做纤维化评估
- 收益：把注意力从"我有脂肪肝"转移到"我有没有纤维化风险"
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：非酒精性脂肪性肝病的自然史与风险分层，见相关肝病指南
- 备注：脂肪肝目前没有特效药，减重是最有效的干预

7. 幽门螺杆菌：和胃癌直接相关，值得查一次

- 成本：呼气试验约百元级
- 说人话：幽门螺杆菌（Hp）感染是胃癌的可控危险因素，国家癌症中心把“Hp 感染”列为胃癌高危人群的判定条件之一。尿素呼气试验无创、准确，是首选筛查方式
- 收益：查出并根除 Hp，能切实降低胃癌风险，这属于少数“查出来有明确动作”的项目
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：国家癌症中心胃癌高风险人群判定包含 Hp 感染，见 https://literature.chinacdc.cn/xuekefuwu/gonggongweishengxueshuredianzhuiz/202205/t20220517_259261.html
- 备注：根除治疗需按医嘱完成疗程并复查确认，不要自行买抗生素

8. 甲状腺功能：TSH 是核心

- 成本：抽血
- 说人话：甲功一般看 TSH、FT3、FT4。TSH 是筛查甲亢甲减最敏感的指标。单纯的甲状腺抗体升高、而功能正常，通常不需要治疗，只需定期复查
- 收益：分清“需要治疗的功能异常”和“只需观察的抗体升高”
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：甲状腺功能评价常规，见内分泌诊疗指南
- 备注：注意这与“甲状腺结节/甲状腺癌筛查”是两回事，后者在第 8 节会重点讲

9. 维生素 D：普遍偏低，但补了未必有你想要的收益

- 成本：抽血 + 可能的补充剂费用
- 说人话：人群里维生素 D 不足非常普遍，但除了明确的骨骼健康问题（如骨质疏松、佝偻病）外，补充维生素 D 对心血管、癌症等“全面获益”的证据并不牢靠。要不要查、要不要补，取决于你的具体情况
- 收益：避免为一个普遍现象过度检查和过度补充
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：维生素 D 筛查与补充的证据评价，见相关循证综述与指南立场
- 备注：如果你日照充足、饮食正常、骨骼健康，这个项目优先级可以往后放

10. 同型半胱氨酸：能降下来，但降了不一定减少事件

- 成本：抽血
- 说人话：同型半胱氨酸升高与心血管风险相关，补充叶酸确实能把它降下来，但大量研究并未显示这样能减少心梗和卒中。这类"中间指标改善但硬终点没改善"的项目，要谨慎
- 收益：理解"指标改善"和"活得更好"之间的鸿沟
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：同型半胱氨酸与心血管事件关系的干预研究，见相关循证评价
- 备注：这也是第 1 节"这个做法能让我活得更久吗"的典型案例

11. 血沉、CRP：升高只说明"有炎症"，不说明在哪

- 成本：抽血
- 说人话：血沉和 C 反应蛋白是非特异性炎症指标，感冒、牙周炎、外伤、甚至近期劳累都可能让它升高。它们适合用于特定疾病的随访，不适合作为无症状人群的"找病"工具
- 收益：看到升高时不会立刻联想到大病
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：炎症指标的非特异性特征，见检验医学常规
- 备注：如果同时有发热、消瘦、关节痛等症状，就该就医而不是继续加查

12. 轻度异常的处理通则：复查，而不是立刻进一步检查

- 成本：一次复查
- 说人话：单个指标轻度超出参考区间，最合理的第一步往往是在规范准备后复查一次，而不是立刻上 CT、核磁、穿刺。多数轻度异常在复查时会回到范围内
- 收益：避免"一个箭头引发一串检查"的连锁反应
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：筛查异常后的复查原则，见循证筛查与检验解读共识
- 备注：例外是明显超出很多、或伴有症状、或医生判断需要立即处理的情况，以医嘱为准

5. 肿瘤标志物，最贵也最容易被误用

这是体检里最大的一个坑，也是最能体现"花了钱、受了惊吓、却没有任何收益"的项目。肿瘤标志物有非常重要的用途，但那个用途不是给健康人查癌。这一节把它彻底讲清楚。

1. 核心结论：指南不推荐用肿瘤标志物给无症状健康人筛查癌症

- 成本：零，读 5 分钟
- 说人话：目前没有一个肿瘤标志物通过临床验证可以用于健康人群的癌症早期筛查。它们真正的用途是：已确诊患者的疗效监测和复发随访。把随访工具当筛查工具用，是这套项目最大的误用
- 收益：直接省下一笔钱，也省掉大量虚惊
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：肿瘤标志物不推荐用于健康人群筛查为国际共识；USPSTF 未推荐任何肿瘤标志物用于癌症筛查
- 备注：本书第 1 节的金标准——它既没有降低癌症死亡率，查出来也没有明确改善结局

2. 为什么不行：早期阳性率太低，而假阳性太多

- 成本：零
- 说人话：早期癌症释放到血液里的标志物极少，检测抓不到（假阴性）；同时炎症、良性病、吸烟、月经都会让它升高（假阳性）。两头不讨好：该抓的抓不到，不该抓的抓了一堆
- 收益：理解这是原理性缺陷，不是"再多查几项就能弥补"的
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：肿瘤标志物的敏感度与特异性特征，见相关检验与肿瘤学资料
- 备注：这就是为什么"全套肿瘤标志物"比"单项"更坑——查得越多，假阳性越多

3. CEA：广谱但特异性差，吸烟者常轻度升高

- 成本：抽血
- 说人话：癌胚抗原（CEA）在结直肠、胃、肺、乳腺、胰腺等多种肿瘤都可能升高，但良性肿瘤、炎症、以及吸烟者也会升高。它适合用于已确诊患者的随访，不适合用来"找癌"
- 收益：看到 CEA 略高时知道吸烟也可能解释，不必立刻恐慌
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：CEA 的临床用途与局限，见肿瘤标志物检测相关资料
- 备注：吸烟者 CEA 可随吸烟程度轻度增高，这是很常见的干扰

4. AFP：肝癌辅助诊断与随访有用，普筛无用

- 成本：抽血
- 说人话：甲胎蛋白（AFP）对原发性肝癌有较高阳性率，但急性肝炎、肝硬化、妊娠也会升高。它真正的价值在于：肝硬化、乙肝高危人群的定期随访（配合超声）
- 收益：把 AFP 用在正确的地方——高危人群随访，而非普筛
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：AFP 用于肝癌高危人群监测；健康人群肝癌筛查无推荐
- 备注：参见第 8 节肝癌部分，高危人群是"肝硬化/乙肝携带者"而非所有人

5. CA125 与卵巢癌筛查：7.8 万人 6 年，死亡率没降

- 成本：零（这条是"不做"的建议）
- 说人话：美国 PLCO 筛查试验把 CA125 联合经阴道超声用于卵巢癌筛查，纳入约 78,216 人、随访 6 年，结果显示这种联合筛查并没有降低卵巢癌死亡率。USPSTF 对卵巢癌筛查是 D 级——明确反对
- 收益：这是"不要做"的硬证据，能帮你拒绝一个常见加项
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：PLCO 试验卵巢癌筛查结果（约 78,216 人，6 年随访，未降低卵巢癌致死率）；USPSTF 卵巢癌筛查 D 级
- 备注：D 级是"明确反对"，比"不推荐"更强烈

6. PSA 与前列腺癌：7.7 万人 7 年，获益不显著

- 成本：零（这条是"要商量"的建议）
- 说人话：PLCO 研究对 76,693 人随访 7 年，发现 PSA 筛查只是略微减少了前列腺癌的发病和致死，差异并无统计学显著性。USPSTF 对 55 ~ 69 岁男性的 PSA 筛查给的是 C 级——需要和医生共同决策，而不是一律推荐
- 收益：理解 PSA 是"有争议的个体化选择"，不是常规必查项
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：PLCO 试验前列腺癌筛查结果（76,693 人，7 年随访）；USPSTF 前列腺癌筛查 C 级（55 ~ 69 岁个体化）
- 备注：C 级的含义是"净获益小，是否做因人而异"，需要讨论过度诊断的风险

7. CA19-9：胆道炎症会让它升高，月经期也会

- 成本：抽血
- 说人话：CA19-9 常用于胰腺癌、胆管癌的辅助诊断和随访，但急性胰腺炎、胆囊炎、肝炎、肝硬化、糖尿病，甚至女性月经期和妊娠期，都可能出现不同程度的升高
- 收益：看到这个值升高时，能想到一堆良性解释
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：CA19-9 的假阳性来源，见肿瘤标志物检测相关资料
- 备注：正因为它太容易假阳性，才更不能用于无症状筛查

8. CA15-3：乳腺癌初期敏感性低，是随访指标不是筛查指标

- 成本：抽血
- 说人话：CA15-3 在乳腺癌初期敏感性较低，不宜作为筛查和诊断指标；它在转移性乳腺癌阳性率较高，主要用于术后随访、监测复发和转移
- 收益：不会被"查了乳腺癌标志物"误导为做了乳腺癌筛查
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：CA15-3 的临床定位，见肿瘤标志物检测相关资料
- 备注：真正的乳腺癌筛查是钼靶（见第 6 节），不是抽血

9. NSE、SCC、CYFRA21-1 等：同样是随访工具

- 成本：抽血
- 说人话：神经元特异性烯醇化酶（NSE）对小细胞肺癌敏感性较高，SCC、CYFRA21-1 等也各有定位，但它们的共同属性一样：用于已确诊患者的病情和疗效观察，不用于筛查
- 收益：看到这些名字就知道它们不该出现在健康体检单上
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：各肿瘤标志物的临床用途，见肿瘤标志物检测相关资料
- 备注：炎症、良性肺病同样可能让它们升高

10. 肿瘤标志物真正的价值：疗效监测与复发随访

- 成本：零
- 说人话：对已经确诊并治疗的患者，标志物的动态变化是很好的疗效和复发信号：手术后降至正常，复发时又升高。这个用途证据充分、价值明确
- 收益：知道它不是"坏东西"，只是被用错了地方
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：肿瘤标志物在疗效判断、预后、复发监测中的作用，见肿瘤标志物检测相关资料
- 备注：判断标准从来不是"是否超出参考区间"，而是"动态变化趋势"

11. 轻度升高该怎么办

- 成本：一次复查
- 说人话：单次轻度升高，最常见的原因是良性疾病或检测波动。合理做法是排除干扰因素（炎症、吸烟、经期、近期饮酒等）后，隔一段时间复查，看趋势。持续快速上升才需要进一步检查
- 收益：避免"一次升高 → 全身 CT → 更大恐慌"的链条
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：筛查异常后的动态观察原则
- 备注：判断标准是"动态变化 + 影像特征 + 必要时病理"，而不是某一个数字越界

12. "全套肿瘤标志物"为什么是最典型的坑

- 成本：零（这条帮你省钱）
- 说人话：把 10 个标志物打包成一个套餐，看起来"覆盖面广"，实际上是把 10 个低特异度的指标叠加——假阳性概率成倍增加，而癌症检出率几乎没有提升。花了几百到上千元，买到的是焦虑
- 收益：能果断划掉套餐里这一大块
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：多指标叠加在低患病率人群中放大假阳性，为筛查方法学推论
- 备注：第 1 节第 5 条的概率计算，在这里体现得最充分

6. 真正能降低死亡率的影像与内镜

这一节是全书的核心：体检里真正被证明能救命的项目，其实只有很少几个。它们大多不贵（除了胃肠镜有点折腾），而且共同点是——查出来有明确的下一步动作。

1. 低剂量螺旋 CT：目前唯一被证明降低肺癌死亡率的筛查

- 成本：数百元级，辐射远低于常规 CT
- 说人话：低剂量螺旋 CT（LDCT）是肺癌筛查的金标准。中美指南都推荐高危人群每年查一次。它的辐射剂量远低于常规胸部 CT，是少数“收益明确大于风险”的影像筛查
- 收益：在可治愈阶段发现肺癌，这是筛查价值最硬的一个案例
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：国家癌症中心推荐肺癌高风险人群每年 LDCT 筛查，见 https://literature.chinacdc.cn/xuekefuwu/gonggongweishengxueshuredianzhuiz/202205/t20220517_259261.html；USPSTF 肺癌筛查 B 级（50~80 岁、20 包年、现吸或 15 年内戒）
- 备注：风险在于肺结节的假阳性（见本节第 11 条），需要按规范随访而不是立刻手术

2. 乳腺钼靶：40~74 岁每 2 年一次

- 成本：X 线检查约 90 元（各地物价有差异）
- 说人话：钼靶（乳腺 X 线）是唯一被证明降低乳腺癌死亡率的筛查手段。USPSTF 建议 40~74 岁女性每 2 年一次（B 级，2024 版已从 50 岁下调到 40 岁起）
- 收益：这是女性体检里性价比最高的项目之一
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：USPSTF 乳腺癌筛查建议（40~74 岁，每 2 年钼靶，B 级），见 AAFP 2024 版一览表；国内价格参考约 90 元
- 备注：致密型乳腺、有家族史的人群，医生可能建议联合超声或 MRI

3. 结肠镜：一次管 5~10 年，还能当场切掉息肉

- 成本：数百至千元级 + 半天肠道准备
- 说人话：结肠镜的特殊之处在于它不只是“发现”，还能在检查中直接切除腺瘤性息肉——等于把癌变前的环节掐掉。这是筛查里少见的“诊断+治疗一体”
- 收益：一次高质量肠镜的正常结果可以管 5~10 年
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：国家癌症中心推荐每 5~10 年 1 次高质量结肠镜；USPSTF 结直肠癌筛查 50~75 岁 A 级
- 备注：风险主要是肠道准备的不适、极少数出血/穿孔风险，无痛肠镜需麻醉评估

4. 粪便免疫化学试验（FIT）：便宜的年年做，替代不了肠镜但能补位

- 成本：几十元，自己在家留标本
- 说人话：FIT（粪便免疫化学检测）无痛无创、每年做一次，是结直肠癌筛查的基础选项。它比肠镜敏感度低，但胜在能坚持做——不愿做肠镜的人，至少要做这个
- 收益：以极低成本获得大部分筛查收益
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：国家癌症中心推荐每年 1 次 FIT 检查；USPSTF 列入结直肠癌筛查可选方案
- 备注：FIT 阳性必须进一步做肠镜，不能"阳性了就每年继续查 FIT"

5. 胃镜：中国高危人群的关键项目

- 成本：数百元级 + 半天准备
- 说人话：胃癌在中国高发，而早期胃癌没有症状，唯一可靠的发现手段是胃镜。国家癌症中心建议 40 岁以上高危人群（Hp 感染、家族史、高发地区、萎缩性胃炎/溃疡/息肉、长期烟酒）接受胃镜筛查
- 收益：在可内镜下治愈的阶段发现胃癌或癌前病变
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：国家癌症中心胃癌高风险人群判定与胃镜建议（40 岁以上，1 次胃镜；无异常每 2~3 年 1 次），见 https://literature.chinacdc.cn/xuekefuwu/gonggongweishengxueshuredianzhuiz/202205/t20220517_259261.html
- 备注：欧美不推荐胃癌普筛是因为发病率低；中国属于高发区，口径不同，这正是第 7 节要讲的

6. 宫颈癌筛查：唯一有"病因筛查"优势的癌种

- 成本：细胞学/HPV 检测，百元级
- 说人话：宫颈癌有明确病因（高危型 HPV 持续感染），所以筛查能直接查病因。USPSTF 建议 21~29 岁每 3 年一次细胞学；30~65 岁每 5 年 HPV 联合细胞学、或每 5 年单独高危 HPV 检测
- 收益：间隔长、成本低、效果明确，性价比极高
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：USPSTF 宫颈癌筛查建议（21~29 岁每 3 年细胞学；30~65 岁每 5 年联合或 HPV 单独），见 AAFP 2024 版一览表
- 备注：HPV 疫苗是一级预防，接种后仍需按指南筛查

7. 骨密度：65 岁以上女性筛查

- 成本：DXA 检查，百元级
- 说人话：骨质疏松骨折是老年人失能和死亡的重要诱因。USPSTF 建议 65 岁以上女性筛查（B 级）；绝经后女性若骨折风险升高（如 FRAX 工具评估 10 年风险高）也应筛查
- 收益：在骨折发生前发现骨量低下，干预空间大
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：USPSTF 骨质疏松筛查（65 岁及以上女性，B 级），见 AAFP 2024 版一览表
- 备注：男性筛查证据不足（I 级），不常规推荐

8. 腹主动脉瘤超声：65 ~ 75 岁曾吸烟男性，一次就够

- 成本：一次腹部超声
- 说人话：腹主动脉瘤破裂死亡率极高，但超声可以无创发现。USPSTF 建议 65 ~ 75 岁、曾吸烟（终身 100 支以上）的男性做一次腹主动脉超声（B 级）
- 收益：一次检查，覆盖一个高致死率的隐患
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：USPSTF 腹主动脉瘤筛查（65 ~ 75 岁曾吸烟男性一次性超声，B 级；从不吸烟女性不建议，D 级），见 AAFP 2024 版一览表
- 备注：这是"一次性"筛查，不需要年年做

9. 辐射没有你想的那么可怕，但也没必要多晒

- 成本：零
- 说人话：LDCT 的辐射剂量约为常规胸部 CT 的 1/5 左右，属于可接受范围；但也没必要为了"更放心"去做全身 CT。原则是：做有指征的检查，不重复、不叠加
- 收益：既不因恐惧辐射拒绝有效筛查，也不因"反正辐射不大"而滥用
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：LDCT 辐射剂量特征；影像检查正当性原则
- 备注：甲状腺检查时颈部对辐射相对敏感，儿童期辐射暴露与甲状腺癌风险相关

10. 冠脉钙化积分：适合中危人群的再分层

- 成本：心脏 CT，数百元级
- 说人话：冠脉钙化积分（CACS）测的是冠状动脉里的钙化负荷，能反映动脉粥样硬化程度。它的价值主要在于“中危人群”——风险判断不明确时，用它来决定要不要吃他汀
- 收益：让模糊的风险判断变清晰，避免对低危者过度用药
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：冠脉钙化积分用于心血管风险再分层，见心血管预防相关指南
- 备注：低危人群做了意义不大，高危人群（已有明确危险因素）做了也不改变治疗决策

11. 肺结节：LDCT 筛出的结节 90% 以上是良性的

- 成本：随访的时间
- 说人话：LDCT 最大的副作用是发现大量小结节，其中绝大多数是良性的（陈旧炎症、淋巴结、良性肿瘤）。规范做法是按结节的大小和密度分级随访，而不是一发现就穿刺或手术
- 收益：让你在被告知“有肺结节”时，知道下一步是随访而不是恐慌
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：肺结节随访原则；LDCT 筛查假阳性问题，见肺癌筛查相关资料
- 备注：这就是筛查的真实代价——它有效，但会附带一批需要随访的假阳性

12. 内镜的不适是真实成本，但可以用无痛换

- 成本：无痛内镜费用更高，且需有人陪同、当天不能驾车
- 说人话：普通胃肠镜的恶心腹胀是真实的，很多人因此拖延多年。无痛（静脉麻醉）能显著提高可接受度，代价是费用、麻醉风险和需要陪护
- 收益：把“知道该做但一直不敢做”变成“真的去做了”
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：无痛内镜需静脉麻醉，检查后 8 小时内不可驾车或高空作业
- 备注：如果费用是障碍，普通肠镜同样有效；拖延不做才是最大的风险

7. 六大癌症逐个说，肺胃食管肠乳腺宫颈

国家癌症中心明确给出了六种主要癌症的筛查方法。这一节逐个拆解：谁算高危、查什么、多久查一次，并标出中国口径与美国 USPSTF 口径的差异——这个差异本身就是重要的认知。

1. 肺癌：中国 40 ~ 74 岁高危人群，每年一次低剂量 CT

- 成本：数百元级
- 说人话：中国定义为 40 ~ 74 岁且符合任一条件：吸烟 ≥ 30 包年（含曾经 ≥ 30 包年但戒烟不足 15 年）、与吸烟者共同生活或同室工作 > 20 年、有慢阻肺史、有石棉/氡/铍等职业暴露 ≥ 1 年、一级亲属确诊肺癌。高危者每年一次 LDCT
- 收益：肺癌是中国发病率和死亡率最高的癌症，且唯一有明确有效筛查手段
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：《国家癌症中心发布 6 种主要癌症筛查方法》https://literature.chinacdc.cn/xuekefuwu/gonggongweishengxueshuredianzhuiz/202205/t20220517_259261.html
- 备注：包年数 = 每天吸烟包数 $\times$ 烟龄（1 包 20 支）

2. 肺癌的中美口径差异：40 岁 vs 50 岁，30 包年 vs 20 包年

- 成本：零
- 说人话：中国是 40 ~ 74 岁、 ≥ 30 包年；USPSTF 是 50 ~ 80 岁、 ≥ 20 包年（现吸或 15 年内戒）。中国起点更早、阈值更高；美国起点晚但门槛更低，且把“戒烟 15 年”作为停止筛查的界限
- 收益：理解指南不是唯一真理，不同人群和医疗体系会得出不同结论
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：国家癌症中心口径见上；USPSTF 肺癌筛查（50 ~ 80 岁、20 包年，B 级）见 AAFP 2024 版一览表
- 备注：对中国读者，用国家癌症中心的口径更贴合本地实践

3. 胃癌：40 岁以上高危人群做胃镜，无异常每 2 ~ 3 年

- 成本：数百元级 + 准备时间
- 说人话：高危 = 40 岁以上 + 任一：Hp 感染、长期抽烟饮酒、胃癌家族史、生活在胃癌高发地区、有萎缩性胃炎/胃溃疡/胃息肉。做 1 次胃镜；无异常后每 2 ~ 3 年 1 次，发现异常则每年 1 次
- 收益：早期胃癌可内镜下治愈，而晚期胃癌 5 年生存率断崖式下降
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：国家癌症中心胃癌筛查建议，见上链接；2022 年中国胃癌新发约 35.9 万例、死亡约 26.0 万例，居发病率第 5、死亡率第 3
- 备注：没有任何手段能取代胃镜在早期胃癌诊断中的作用

4. 胃癌为什么中国查、欧美不查

- 成本：零
- 说人话：筛查划不划算取决于发病率。日本、中国是胃癌高发区，人群筛查能查出足够多的病例，净获益为正；欧美发病率低，同样的筛查查出的人太少，假阳性和过度诊断的代价盖过收益，所以不推荐
- 收益：理解"指南因地制宜"的底层逻辑，不再盲从任何一个国家的建议
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：胃癌发病率的地域差异（日本移民研究显示代际发病率下降）；USPSTF 未推荐胃癌筛查
- 备注：这是"高性价比"思维的核心——同一件事，在不同基础概率下结论完全不同

5. 食管癌：同样是内镜，同样是 40 岁起

- 成本：数百元级 + 准备时间
- 说人话：高危 = 40 岁以上 + 任一：长期抽烟饮酒、食管癌家族史、生活在食管癌高发地区、喜烫食/腌渍/粗硬食物、有反复反酸/吞咽困难/异物感/Barrett 食管/食管炎或癌前病变。做 1 次内镜，无异常每 2~3 年 1 次
- 收益：食管癌在中国高发且有明确内镜筛查手段
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：国家癌症中心食管癌筛查建议，见上链接
- 备注："喜烫食"是可改变的习惯，属于筛查之外的预防收益

6. 结直肠癌：40~75 岁高危、50~74 岁中低危

- 成本：肠镜数百至千元级，FIT 几十元
- 说人话：中国方案——40 岁以上有≥4 项危险因素者为高危（>50 岁、男性、一级亲属家族史、吸烟或曾吸烟、BMI≥23；>60 岁记 2 项），粪便潜血阳性直接判高危。推荐 40~75 岁高危、50~74 岁中低危筛查：每 5~10 年 1 次高质量肠镜，每年 1 次 FIT
- 收益：肠镜能顺手切掉癌前息肉，是筛查里最"划算"的一类
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：国家癌症中心结直肠癌筛查建议，见上链接；USPSTF 结直肠癌筛查 50~75 岁 A 级、45~49 岁 B 级
- 备注：USPSTF 已把起始年龄下调到 45 岁，中国口径以 40 岁起评估高危

7. 乳腺癌：钼靶为主，超声为辅助

- 成本：钼靶约 90 元、超声约 90 元（各地物价有差异）
- 说人话：钼靶是唯一被证明降低乳腺癌死亡率的手段。国内常见做法是 40 岁以上每 2 年一次筛查；有家族史、BRCA 突变、曾接受胸部放疗、曾有小叶原位癌等高危因素的女性，建议每年 1 次
- 收益：40 岁后性价比极高的一项
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：USPSTF 乳腺癌筛查（40 ~ 74 岁每 2 年钼靶，B 级）；国内 40 岁以上每 2 年一次的筛查建议
- 备注：中国女性致密型乳腺比例较高，实践中常联合超声，但超声不能替代钼靶

8. 宫颈癌：有病因可查，间隔最长

- 成本：百元级
- 说人话：21 ~ 29 岁每 3 年一次细胞学；30 ~ 65 岁每 5 年一次高危 HPV 检测（可联合细胞学）。65 岁以上若既往筛查充分且无高危，可停止；已切除子宫（含宫颈）且无 CIN2/3 病史者不必筛查
- 收益：间隔长、成本低、证据等级高，是所有癌症筛查里最省心的一个
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：USPSTF 宫颈癌筛查建议，见 AAFP 2024 版一览表
- 备注：HPV 疫苗接种后仍需按指南筛查，疫苗不能覆盖所有高危型别

9. 家族史和遗传：什么时候该做基因检测

- 成本：数百至数千元 + 遗传咨询
- 说人话：真正有价值的遗传检测是针对有明确家族聚集的人，检测 BRCA、MMR 等胚系致病突变，并且必须配合遗传咨询。市售面向普通人的“癌症风险基因检测”多检测常见低风险位点，预测价值有限
- 收益：把钱花在真正需要的人身上
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：遗传性肿瘤综合征的检测指征与遗传咨询必要性，见相关肿瘤遗传学共识
- 备注：没有家族史的人做这类检测，主要产出是焦虑，见第 10 节

10. 一级预防比筛查更划算：HPV 疫苗和乙肝疫苗

- 成本：疫苗费用
- 说人话：宫颈癌有 HPV 疫苗，肝癌很大比例与乙肝病毒相关、有乙肝疫苗。在病因环节阻断，比任何筛查都便宜、都有效
- 收益：从源头降低风险，而不是等长出来再去找
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：HPV 疫苗预防宫颈癌；我国绝大多数肝癌发病与 HBV 感染有关，乙肝疫苗可有效预防
- 备注：疫苗不能替代筛查——接种后仍要按指南做宫颈癌筛查

11. 症状出现后再查，已经不算筛查了

- 成本：零
- 说人话：黑便、呕血、吞咽困难、短期内体重明显下降（6~12 个月减轻超过 5%）、不明原因贫血、乳腺摸到肿块——这些是报警症状，正确做法是尽快就诊，而不是等下一次体检
- 收益：避免把“等体检”当成拖延就医的理由
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：胃癌、结直肠癌等报警症状与就医建议，见相关诊疗资料
- 备注：体检是给没症状的人做的；有症状就直接看病

12. 六个癌种的性价比排序

- 成本：零
- 说人话：按“证据强度 × 成本 × 可操作性”排：①结直肠（肠镜能切息肉）；②宫颈（便宜、间隔长、查病因）；③乳腺（钼靶证据硬）；④肺（针对高危人群收益明确）；⑤胃（中国高发、胃镜有效）；⑥食管（同胃，但人群更窄）
- 收益：预算有限时按这个顺序做，不会错
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：综合国家癌症中心与 USPSTF 各癌种推荐的证据等级与成本
- 备注：排序是通用的，具体到个人要先套高危标准再决定

8. 不推荐普筛的四种，过度诊断重灾区

有四种癌症，普通人最想查、套餐最爱加，却是过度诊断最严重、最不该普筛的：甲状腺、前列腺、卵巢、胰腺（肝癌属于高危人群才查）。这一节解释为什么“不查”反而是更好的选择。

1. 甲状腺癌：过度诊断的教科书案例

- 成本：零（这条是“不做”的建议）
- 说人话：高分辨率超声普及后，甲状腺癌的“检出率”暴涨，但死亡率几乎没变——说明查出来的大量是原本不会致命的微小癌。甲状腺乳头状癌占比约 80%，进展极慢，很多微小癌可以主动监测而非立即手术
- 收益：避免一次本不必要的手术、终身服药和心理负担
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：甲状腺癌过度诊断为国际公认现象；超声检出率可达半数以上，微小癌多可主动监测
- 备注：韩国大规模推广甲状腺筛查后发病率增长数倍而死亡率不动，是最有力的证据

2. 甲状腺结节：发现不等于要处理

- 成本：随访时间
- 说人话：超声查出甲状腺结节非常普遍，绝大多数是良性且终身无害。规范做法是看超声特征分级（如 TI-RADS），再决定是随访还是穿刺，而不是“有结节就切”
- 收益：把“结节”从恐慌词变成需要分级管理的常见现象
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：甲状腺结节评估与随访原则，见甲状腺相关诊疗资料
- 备注：这一条能帮你挡住大量“结节消融/手术”的过度推销

3. 前列腺癌：PSA 筛查是有争议的个体化选择

- 成本：零（这条是“要商量”的建议）
- 说人话：多数前列腺癌发展极慢，很多患者终身不会因它出事，但治疗（手术/放疗）会带来尿失禁、性功能障碍等明确代价。USPSTF 对 55 ~ 69 岁给 C 级：需要和医生讨论后决定；70 岁以上不推荐
- 收益：理解这不是“查了更安全”，而是“查与不查各有利弊”
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：USPSTF 前列腺癌筛查 C 级（55 ~ 69 岁个体化决策）；PLCO 与 ERSPC 研究结论存在分歧
- 备注：有家族史（尤其一级亲属多发）或 BRCA 突变的人风险更高，应单独与医生讨论

4. PSA 升高不等于前列腺癌

- 成本：零
- 说人话：前列腺增生、前列腺炎、泌尿生殖系统疾病，甚至近期骑车、导尿、射精，都可能让 PSA 轻度升高。PSA 只是线索，确诊需要前列腺 MRI 和穿刺活检
- 收益：避免一次 PSA 升高就直接跳到穿刺
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：PSA 的非特异性升高原因，见前列腺相关诊疗资料
- 备注：看趋势（PSA 上升速度）比看单次数值更有意义

5. 卵巢癌：明确反对筛查（D 级）

- 成本：零（这条帮你省钱）
- 说人话：CA125 联合经阴道超声筛查卵巢癌，在约 78,216 人、6 年的研究中没有降低卵巢癌死亡率，还带来不少不必要的手术。USPSTF 给的是 D 级——明确反对，这是最强烈的“不要做”
- 收益：果断拒绝这一项加项
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：PLCO 卵巢癌筛查结果；USPSTF 卵巢癌筛查 D 级
- 备注：D 级的含义是“有中到高度确信弊大于利”，不是“证据不足”

6. 肝癌：健康人群不推荐，高危人群才查

- 成本：高危人群需每 6 个月 AFP + 腹部超声
- 说人话：对健康人群，目前没有推荐的肝癌筛查。但肝硬化患者、慢性乙肝/丙肝感染者属于高危，建议定期（通常每 6 个月）查 AFP 和腹部 B 超，这是有明确获益的
- 收益：把资源集中到真正高危的少数人身上
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：肝癌高危人群（肝硬化、HBV/HCV 感染）定期 AFP + B 超监测；健康人群无推荐筛查
- 备注：我国绝大多数肝癌与 HBV 感染相关，接种乙肝疫苗是最有效的预防

7. 胰腺癌：目前没有有效筛查手段

- 成本：零
- 说人话：胰腺癌恶性度高、发现晚，但目前没有任何筛查手段被证明能在无症状人群中有效降低死亡率。超声、CT、CA19-9 都不推荐用于胰腺癌普筛
- 收益：接受"有些病目前筛查不了"这个事实，避免被"高端筛查能查胰腺"误导
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：胰腺癌筛查尚无有效手段为共识；CA19-9 不推荐用于筛查
- 备注：这也说明"全身查癌"的承诺根本兑现不了

8. "全身查一遍"在原理上就不成立

- 成本：零
- 说人话：不同癌种需要不同的检查手段（CT、钼靶、内镜、细胞学），没有一种设备能通吃。加上身体深处的小病灶、低代谢肿瘤本就难以发现，所谓"一次查全身所有癌"是营销话术，不是医学事实
- 收益：对"全身 PET-CT/全身核磁查癌"免疫
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：各癌种筛查手段各异；PET-CT 对膀胱癌、前列腺癌等敏感度低，存在大量假阴性
- 备注：参见第 10 节智商税清单

9. 偶发瘤：查得越多，捡到的"意外"越多

- 成本：随访与随之而来的检查
- 说人话：体检里最常见的"异常"很多是偶发瘤（incidentaloma）——甲状腺小结节、肺微小结节、肝肾囊肿、子宫肌瘤。它们在健康人中极其常见，绝大多数终身无害，却会触发一串复查
- 收益：知道"查出来"本身不等于"救命"，后面还得有动作才算
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：偶发瘤的高检出率与低临床意义，见影像与筛查相关文献
- 备注：这正是第 1 节"查出来以后我会怎么做"要当场问的问题

10. 过度诊断的真实代价

- 成本：零
- 说人话：被贴上"癌"的标签后，代价是实实在在的：手术并发症、终身服药、保险和职业影响、以及长期的身份焦虑。而这些代价，换来的可能只是"提前几年知道自己有一个不会害死自己的病"
- 收益：理解"不查"有时才是保护自己
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：过度诊断与过度治疗的危害，见筛查相关循证文献
- 备注：这也解释了为什么指南会对甲状腺、前列腺、卵巢给出"不做/商量着做"的建议

11. 主动监测：一条被低估的中间路线

- 成本：定期复查
- 说人话：对低危前列腺癌、甲状腺微小癌等，国际趋势是"主动监测"——规律复查，发现进展再治疗，而不是一确诊就手术。这样既不漏掉真正会进展的，也避免了对惰性病变动手
- 收益：给"查出异常"提供一个既不恐慌也不激进的选项
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：低危前列腺癌主动监测、甲状腺微小癌监测的相关研究与实践
- 备注：主动监测需要依从性，做不到规律复查的人不适合

12. 怎么跟医生讨论"要不要查"

- 成本：零
- 说人话：带上三句话去问：①这个检查查出来之后，我的选项是什么？②不查的话，风险有多大？③以我的年龄和身体状况，这个检查的假阳性我会怎么处理？把决策从"查不查"换成"查完之后怎么办"
- 收益：把体检决策变成一次真正的共同决策，而不是被动接受套餐
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：共同决策（shared decision making）在筛查中的应用，见循证医学实践
- 备注：USPSTF 的 C 级推荐，本意就是要求这种对话

9. 心脑血管检查，哪些有用哪些是安慰

心脑血管是“体检加项”的重灾区：颈动脉超声、心脏彩超、运动平板、同型半胱氨酸……听起来都很专业，但对无症状的低危人群，多数既不改变治疗方案，也不改善结局。这一节把它们分清楚。

1. 最有价值的不是影像，是风险评估

- 成本：零，几分钟
- 说人话：把年龄、性别、血压、血脂、血糖、吸烟、糖尿病这些普通指标合起来算出的 10 年心血管病风险，比任何单一影像检查都更能预测你会不会出事。治疗决策（比如要不要吃他汀）也是围绕它做的
- 收益：不花一分钱，得到比 CT 更有指导价值的结论
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：USPSTF 他汀一级预防以 10 年 CVD 风险分层（ $\geq 10\%$ B 级， $7.5\% \sim 10\%$ C 级），见 AAFP 2024 版一览表
- 备注：这就是为什么第 3 节那四个基础指标必须排在最前面

2. 静息心电图：对无症状低危人群，证据不足

- 成本：几十元
- 说人话：心电图便宜无害，但把它作为无症状低危人群的常规筛查，目前证据不足（USPSTF 为 I 级 /D 级立场，取决于人群）。它真正的价值在于有症状、术前评估、或已知心脏病随访
- 收益：不再把它当成“安心丸”
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：USPSTF 对无症状低危成人心电图筛查的立场（证据不足/不建议常规）
- 备注：高血压、糖尿病、已经有心血管病的人，心电图有其价值，不属于此列

3. 颈动脉超声：不建议无症状人群常规查斑块

- 成本：数百元
- 说人话：颈动脉超声能看内膜厚度和斑块，听起来很直观。但对无症状人群，发现斑块后的处理往往还是回到“控制血压血脂戒烟”——也就是你本来就该做的事，并不额外改变方案
- 收益：避免为一个不会改变结局的结果花钱
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：颈动脉狭窄筛查在无症状人群中不推荐，见相关预防指南立场
- 备注：风险在于发现斑块后可能引发本不必要的进一步检查甚至介入

4. 心脏超声：无症状不推荐

- 成本：数百元
- 说人话：超声心动图是评估心脏结构和功能的好工具，但它适用于有症状、有杂音、或已知心脏病的人。给健康人做，多数结果是"正常"，少数捡到无临床意义的轻微反流，只会带来困惑
- 收益：省掉一个常见加项
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：超声心动图的适应证，见心血管影像相关指南
- 备注：轻微瓣膜反流在健康人中相当常见，通常只需定期观察

5. 运动平板试验：低危人群的假阳性比真阳性多

- 成本：数百元 + 半小时
- 说人话：运动负荷试验对有胸闷等症状的中危人群有诊断价值，但对无症状低危人群，阳性结果里假阳性占多数，后续往往引发不必要的冠脉造影
- 收益：理解为什么"越查越像有病"在心脏病筛查里特别突出
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：运动试验在低危无症状人群中的阳性预测值问题，见相关预防指南
- 备注：运动试验的真正价值在于症状评估和运动能力，不是"给健康人找病"

6. 冠脉钙化积分：中危人群的再分层工具

- 成本：数百元，有少量辐射
- 说人话：如果 10 年风险落在"灰区"（比如 7.5% ~ 10%），医生拿不准要不要用药，这时冠脉钙化积分能提供额外信息：积分为 0 提示风险很低，可以放心不吃药；积分高则支持用药
- 收益：用在刀刃上——只在决策不明确时才查
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：冠脉钙化积分用于风险再分层，见心血管预防指南
- 备注：低危者做了没意义，明确高危者做了也不改变治疗

7. 同型半胱氨酸：指标能降，事件不降

- 成本：抽血
- 说人话：补充叶酸确实能把同型半胱氨酸降下来，但多项研究并未显示这样做能减少心梗和卒中。
这是典型的"中间指标改善 ≠ 硬终点改善"
- 收益：省下这一项和随之而来的补充剂
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：降低同型半胱氨酸的干预研究未显示心血管事件下降，见相关循证评价
- 备注：与第4节第10条同理，属于"查了能改数字、改不了结局"

8. 房颤筛查：测脉搏比心电图实惠

- 成本：零
- 说人话：房颤是卒中的重要原因，但它常常是阵发性的，体检时那几秒心电图未必抓得到。自己摸脉搏判断节律是否整齐、或用可穿戴设备做长程监测，比一次心电图更有机会发现
- 收益：低成本发现一个高价值的可治疗风险
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：房颤筛查与卒中预防，见心律相关指南
- 备注：脉搏明显不齐、或伴有心悸头晕，应就医做心电图确认

9. 踝臂指数（ABI）：特定人群有价值

- 成本：几十元，无创
- 说人话：踝臂指数通过比较踝部和上臂的血压判断下肢动脉是否狭窄。它主要适用于有下肢症状、糖尿病、或已知外周动脉病风险的人，不是健康人的常规项目
- 收益：知道它该用在谁身上
- 证据等级：C
- 风险：低
- 来源：ABI的临床适用人群，见外周动脉病诊疗资料
- 备注：证据等级标C，是因为它在普通体检人群中的价值证据有限

10. "血稠""血管垃圾"不是医学概念

- 成本：零
- 说人话："血稠""排毒""清理血管垃圾"这类说法常见于保健品和部分体检机构的推销话术，并不是规范的医学诊断。真正可控的是血压、血脂、血糖、吸烟这四个
- 收益：识别一批以伪概念为基础的推销
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源："血液黏稠度"相关检测未被主流指南作为心血管风险指标推荐
- 备注：凡是先制造一个伪概念、再卖给你一个解决方案的，都要警惕

11. 真正改变结局的四件事

- 成本：长期坚持生活方式 + 必要时服药
- 说人话：降压、降脂（他汀，符合指征时）、控糖、戒烟。这四件事对心血管事件的影响，远超所有影像检查加起来的总和
- 收益：把注意力从"找斑块"拉回到"做干预"
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：血压、血脂、血糖、吸烟干预的获益证据，见心血管预防指南；USPSTF 他汀一级预防 B 级
- 备注：筛查的意义在于它能推动这四件事发生，否则就是无效筛查

12. 心脑血管筛查的性价比排序

- 成本：零
- 说人话：①血压（必做，几乎免费）；②血脂 + 10 年风险评估（40 岁后必做）；③血糖（超重者必做）；④吸烟状态评估（免费）；⑤症状导向的心电图/心脏超声/运动试验；⑥灰区人群的冠脉钙化积分（按需）；⑦颈动脉超声/同型半胱氨酸（一般不必要）
- 收益：一份可以直接照做的优先级清单
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：综合 USPSTF A/B 级推荐与各检查在无症状人群的证据强度
- 备注：前四项加起来，可能还不到后三项中任意一项的价格

10. 高端体检和基因检测，智商税清单

这一节是"别买"的清单。这些项目共同的特征是：价格高、听起来先进、承诺"全面"，但没有证据表明它们能让你活得更久。识别它们的成本是零，收益可能是几千元。

1. PET-CT 查癌：最贵的误区

- 成本：零（这条帮你省 8000 ~ 10000 元）
- 说人话：PET-CT 约 8000 ~ 10000 元一次，是体检里最贵的项目。但它不推荐用于无症状健康人查癌：假阴性和假阳性都高（炎症、结核会被误判为癌），对膀胱癌、前列腺癌等敏感度低，而且本身有电离辐射
- 收益：全书能帮你省下的最大一笔钱
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：PET-CT 价格区间与不推荐用于健康体检；美国权威机构明确反对全身 PET-CT 用于健康体检
- 备注：已有报道 PET-CT 体检导致甲状腺炎被误诊为甲状腺癌、肺结核被误诊为肺癌而错误手术的案例

2. 全身核磁查癌：同样不推荐

- 成本：零（省下数千元 + 半小时躺在机器里）
- 说人话：全身 MRI 虽然无辐射，但同样不推荐用于无症状人群查癌。它一样面临假阳性和偶发瘤问题，而且对不少部位并不比针对性检查更准
- 收益：拒绝"无辐射所以更安全"这个偷换概念的说法
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：全身 MRI 用于无症状人群癌症筛查未被指南推荐
- 备注："没有辐射"只说明它少了辐射这一项风险，不说明它有效

3. 一滴血查癌 / 循环肿瘤细胞：证据不足

- 成本：零（省下数千元）
- 说人话：所谓"一滴血查全身癌"多基于循环肿瘤 DNA（ctDNA）或循环肿瘤细胞（CTC）检测，理论上诱人，但目前在无症状人群中的敏感度和特异度都不足以支撑筛查用途
- 收益：不被"最新科技"的话术吸引
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：液体活检用于癌症早筛尚未获得筛查级证据支持
- 备注：这个方向是研究热点，但"在研"不等于"可以买来用"

4. 面向普通人的"癌症风险基因检测"

- 成本：零（省下数百至数千元）
- 说人话：市售的癌症易感基因检测，多数检测的是人群中常见的低风险位点，单个位点带来的风险增加很小，预测价值有限。真正有价值的是有明确家族史者在专科做的胚系致病突变检测（如 BRCA、MMR），且必须配合遗传咨询
- 收益：把钱和注意力留给真正需要的人
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：常见低风险位点的预测价值有限；遗传性肿瘤检测需配合遗传咨询
- 备注：没有家族史的人做这类检测，主要产出是焦虑和误判

5. 天赋基因检测：纯粹是娱乐

- 成本：零（省下数百至数千元）
- 说人话：所谓测孩子的"音乐天赋""运动天赋""智商基因"，没有科学依据。这类检测既不能预测孩子的潜力，还可能因为贴标签而影响家长的教育方式
- 收益：避免用一份报告给孩子设限
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：多基因复杂性状（智力、运动能力）受大量基因与环境共同影响，商业天赋检测无预测效度
- 备注：这是危害最大的一类，因为它伤害的是别人（孩子）

6. 食物不耐受 IgG 检测：不支持诊断

- 成本：零（省下数百至千元）
- 说人话：食物特异性 IgG 检测常被包装成"食物不耐受筛查"，查出一大串"不能吃的食物"。但主流变态反应和胃肠病学机构并不推荐用 IgG 检测诊断食物不耐受，IgG 升高更多反映"吃过这种食物"
- 收益：避免据此长期忌口导致营养不良
- 证据等级：B
- 风险：中
- 来源：食物特异性 IgG 检测不被推荐用于食物不耐受诊断，见变态反应/胃肠病学机构立场
- 备注：真正的食物过敏有规范诊断路径（病史 + 特异性 IgE / 激发试验）

7. 微量元素检测（头发/末梢血）

- 成本：零
- 说人话：用头发或末梢血测"微量元素"，结果的稳定性和临床相关性都较差，不能可靠反映体内水平。
除明确的临床指征（如可疑铅中毒、贫血查铁）外，不建议作为常规体检项目
- 收益：省下这项，也避开随之而来的补充剂推销
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：头发/末梢血微量元素检测的可靠性争议，见检验与营养学相关评价
- 备注：血清铁蛋白、维生素 B12 等有明确指征的检测不在此列

8. 热成像/红外查癌：无效

- 成本：零
- 说人话：红外热成像通过体表温度分布"看炎症和肿瘤"，但没有任何权威指南支持它可以筛查癌症。
它的异常结果既敏感（什么都可能异常）又不特异
- 收益：识别一个伪装成设备的伪技术
- 证据等级：C
- 风险：低
- 来源：热成像未被主流指南认可为癌症筛查手段
- 备注：证据等级标 C，是因为缺乏高质量研究——缺乏证据不等于有证据，但也不该花钱买

9. 生物电、量子、经络类检测：伪科学

- 成本：零
- 说人话：打着"量子""生物电""经络""一滴血查百病"旗号的检测，不属于现代医学范畴，其原理无法验证，结果不可重复
- 收益：一次识别，终身免疫
- 证据等级：C
- 风险：中
- 来源：此类检测无循证医学依据，未被任何主流指南收录
- 备注：凡是解释不清原理、又宣称"什么都能查"的，基本可以确定是骗局

10. 为什么这些能卖出去：恐惧营销 + 信息不对称

- 成本：零
- 说人话：它们卖的不是检测，是"确定性"——用"全面""安心""早发现"来对冲你对疾病的恐惧，再借由你无法验证其有效性的信息不对称完成交易
- 收益：理解推销的机制，就不容易被话术带走
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：商业体检营销与循证筛查推荐之间的落差，为行业普遍现象
- 备注："贵=全面=安心"是这套逻辑的核心，而这三个等号都不成立

11. 三问识别法

- 成本：零
- 说人话：面对任何一个推销的加项，问三个问题：①有没有权威指南推荐（哪个机构、哪一年）？②它降低的是死亡率，还是只改变了某个数字？③查出来之后，我的治疗选项会不会变？三问有一问答不上来，就不做
- 收益：一套可以即时使用的防坑工具
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：基于 USPSTF 等指南的净获益框架提炼
- 备注：把这三问写进手机备忘录，体检时用得上

12. 高端不等于不好，但要看是哪种高端

- 成本：零
- 说人话：有些"贵"是值得的：无痛胃肠镜（提高依从性）、高质量肠镜（检查质量直接影响效果）、有经验医生的超声、以及规范的随访服务。判断标准不是价格，而是它是否改善了"发现—干预—结局"这条链
- 收益：把预算从无效项目挪到有效项目上
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：肠镜质量（如腺瘤检出率）直接影响筛查效果，见结直肠癌筛查相关资料
- 备注：同样是花两三千，做无痛高质量肠镜的收益，远高于做一次 PET-CT

11. 报告怎么读，别被箭头牵着走

体检报告是给医生看的，不是给你自己下诊断用的。这一节教你拿到报告后先看什么、什么该追、什么可以放下，以及怎么把一堆数字变成一次有效率的就医。

1. 先看有没有"需要尽快处理"的项

- 成本：零
- 说人话：拿到报告先扫一遍有无明显异常和提示性结论（很多报告会在末尾给出"建议"或"异常汇总"）。真正需要尽快处理的是明显超出很多倍、或伴有症状、或报告明确写了"建议进一步检查"的项目
- 收益：把注意力先放在 5% 真正重要的事情上
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：筛查结果分级处理原则
- 备注：不要一上来就逐个数箭头，那会淹没重点

2. 箭头多不等于病多

- 成本：零
- 说人话：查 30 个指标，出现 1~2 个轻度箭头是概率上的正常现象（参考区间本就排除了两端各 2.5% 的健康人）。真正值得关注的是：超出幅度大、多个相关指标同时异常、或动态持续上升
- 收益：解除大部分体检焦虑
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：参考区间的统计学含义（第 4 节第 1 条）
- 备注：这也是为什么"查得越多，越容易不健康"是个错觉

3. 动态变化比单次数值重要

- 成本：零（前提是你留着旧报告）
- 说人话：同一个指标从 5 → 8 → 12 的趋势，比任何一次孤立读数都更有意义。反过来，一个长期稳定在参考区间边缘的值，通常不需要处理
- 收益：让你和医生都能做出更准确的判断
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：动态观察为检验结果解读的基本原则
- 备注：这就是为什么第 2 节第 11 条让你保留历年报告

4. 不同医院的结果不能直接横向比

- 成本：零
- 说人话：不同实验室用的方法学、试剂、仪器不同，参考区间也可能不同。同一份血在两个地方测，数值可能差一截。所以复查尽量在同一家机构做，才好对比
- 收益：避免因换机构造成的"数值突变"而虚惊
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：检验结果的方法学差异，见检验医学常规
- 备注：报告上通常会标注参考区间，注意对照各自的范围

5. 临界值：多数情况下是复查，不是治疗

- 成本：一次复查
- 说人话：指标卡在参考区间边缘（比如上限的 1.0 ~ 1.5 倍），最合理的处理通常是规范准备后复查，而不是立刻用药或进一步检查
- 收益：避免"临界 → 吃药 → 一辈子吃药"的滑坡
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：筛查异常后的复查原则（第 4 节第 12 条）
- 备注：血压、血糖这类需要结合多次测量和临床判断的指标尤其如此

6. 结节类结果：看分级，不看大小

- 成本：随访时间
- 说人话：肺结节、甲状腺结节、乳腺结节都有标准化的影像分级系统（如 Lung-RADS、TI-RADS、BI-RADS），分级直接对应"随访/穿刺/手术"的建议。看分级比纠结"几毫米"有用得多
- 收益：拿到报告就知道下一步大概是什么，而不是自己猜
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：各影像分级系统（BI-RADS、TI-RADS、Lung-RADS）的临床应用
- 备注：如果报告没有给分级，可以问放射科或主诊医生

7. 肺结节随访：绝大多数不需要手术

- 成本：随访
- 说人话：LDCT 筛出的结节 90% 以上是良性。小结节按大小和密度定期复查 CT 即可，只有随访中增大或形态可疑的才需要考虑活检或手术
- 收益：避免"发现结节 → 立刻手术"这个最常见的过度处理
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：肺结节随访原则（第 6 节第 11 条）
- 备注：随访的 CT 辐射量很低，不必因担心辐射而拒绝随访

8. 筛查异常不等于确诊

- 成本：零
- 说人话：筛查的目的是"找可疑"，不是"下诊断"。筛查阳性之后，通常还需要更精确的检查（甚至病理）才能确诊。病理才是多数癌症诊断的金标准
- 收益：理解"筛查阳性"只是流程的开始，不是结论
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：筛查与诊断的区分（第 1 节第 1 条）；病理为多数肿瘤确诊依据
- 备注：这也是为什么不要根据筛查结果自行判断或自行治疗

9. 哪些情况应该直接就医而不是等复查

- 成本：零
- 说人话：短期内体重明显下降（6~12 个月减轻超过 5%）、黑便或便血、呕血、吞咽困难、持续加重的疼痛、不明原因贫血、可触及的肿块、呼吸困难——这些是报警症状，直接就诊
- 收益：不把"等体检/等复查"当作拖延的理由
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：报警症状与就医建议，见相关诊疗资料（第 7 节第 11 条）
- 备注：体检是给没有症状的人准备的

10. 不要自己搜报告上的术语

- 成本：零
- 说人话：把报告术语丢进搜索引擎，得到的结果往往是最严重的可能性，而且脱离了你的具体语境（年龄、症状、动态变化）。这几乎必然放大焦虑
- 收益：省下一次自我惊吓
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：网络健康信息的风险错位问题，为普遍现象
- 备注：正确做法是把问题记下来问医生，而不是自己查

11. 带着问题去见医生

- 成本：零
- 说人话：见医生时带上三样东西：历年的报告（看趋势）、正在吃的药和保健品清单、以及写好的问题。核心问题只有一个——“这个结果，下一步我该做什么？”
- 收益：把一次 5 分钟的门诊变成有效决策
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：就诊准备与共同决策的常规建议
- 备注：保健品和中药也要说，因为它们确实会影响肝肾功能等指标

12. 报告的终点是“有没有改变行动”

- 成本：零
- 说人话：一份报告的价值，取决于它有没有让你改变什么——开始降压、戒烟、做一次肠镜、或者安心地什么都不做。如果看完之后既没有行动也没有安心，这份报告就是白做的
- 收益：把体检从“年度仪式”变回“决策工具”
- 证据等级：C
- 风险：低
- 来源：本书基于筛查净获益框架的总结
- 备注：这也是全书的落点——知道不做什么，和知道做什么同样重要

12. 避坑清单，体检中心最常见的坑

全书最后一节，把前面散落各处的坑收拢成一份可以直接照着避的清单。每一条都对应着前面某一节的结论，成本为零，收益是省下钱、少受惊吓、把预算挪到真正有用的项目上。

1. 坑一：以为套餐越贵越好

- 成本：零
- 说人话：价格反映的是成本，不反映获益。最贵的 PET-CT 不推荐查癌，几乎免费的血压测量却是救命最多的项目。正确的顺序是先按风险选项目，再谈价格
- 收益：从根子上改掉"贵=好"的直觉
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：第 1 节第 7 条；第 10 节 PET-CT 条目
- 备注：把本书第 3、6、7 节的项目排在预算前面，剩下的再考虑别的

2. 坑二：单位统一套餐，人人一个样

- 成本：零
- 说人话：统一套餐必然两头不讨好——低风险的人做了一堆无效项目，高风险的人又漏掉了该做的。正确的做法是先做风险评估，再在套餐基础上做加减法
- 收益：把"公司发的福利"用成真正有用的检查
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：第 1 节第 8 条；国家癌症中心先界定高危人群再给筛查建议
- 备注：多数套餐允许加项或换项，主动去问比默认接受强

3. 坑三：现场加项推销

- 成本：零
- 说人话：体检现场最常见的追加项目是：全套肿瘤标志物、PET-CT/全身核磁、基因检测、食物不耐受、微量元素。它们共同点是高毛利、低证据
- 收益：当场能说"不"
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：第 5 节（肿瘤标志物）与第 10 节（智商税清单）
- 备注：用第 10 节第 11 条的"三问"当场检验，效果很好

4. 坑四："我年年体检正常，肯定没病"

- 成本：零
- 说人话：体检报告的"未见异常"只能说明"这次这些检查没发现问题"，不能证明无癌。你查的项目可能根本不覆盖那个癌种（比如只查肿瘤标志物而没做肠镜）
- 收益：破除一个危险的错觉
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：第 7 节；肿瘤标志物不能替代针对性筛查（第 5 节）
- 备注：反过来"年年体检还是得癌"也不说明体检无用，往往说明查错了项目

5. 坑五：没做风险评估就开单

- 成本：零
- 说人话：年龄、性别、吸烟史、家族史、既往病史，这些决定了你该查什么。跳过这一步直接选套餐，等于闭着眼睛花钱
- 收益：让每一分钱都对准自己的实际风险
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：第 1 节第 8 条；各癌种高危人群界定（第 7 节）
- 备注：花 10 分钟把自己的风险因素列出来，比加任何一项检查都值

6. 坑六：把筛查当诊断

- 成本：零
- 说人话：筛查是"找可疑"，确诊需要进一步的规范和病理。把筛查阳性当成确诊，会导致过度恐慌和过度治疗；把筛查阴性当成"绝对没事"，会导致漏诊
- 收益：理解筛查在流程中的位置
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：第 1 节第 1 条；第 11 节第 8 条
- 备注：筛查阳性后的正确动作是"按建议进一步检查"，不是"开始治疗"

7. 坑七：查出结节就要切

- 成本：避免一次不必要的手术
- 说人话：甲状腺结节、肺结节极其常见，绝大多数终身无害。规范做法是按影像分级随访，只有随访中进展或高度可疑的才考虑穿刺和手术
- 收益：挡住最常见的过度治疗
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：第 8 节第 1、2 条（甲状腺）；第 11 节第 7 条（肺结节）
- 备注：甲状腺微小癌和前列腺癌领域，“主动监测”已被证明是安全的选择

8. 坑八：把筛查做得太勤

- 成本：省下重复检查的钱和辐射
- 说人话：间隔过短不会更安全，只会增加假阳性、辐射和过度诊断。乳腺钼靶 2 年、肠镜 5~10 年、FIT 每年、宫颈筛查 3~5 年——按指南来
- 收益：既省钱，又少受惊吓
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：第 1 节第 9 条；各项目推荐间隔（第 6、7 节）
- 备注：例外是医生针对已发现异常制定的随访计划

9. 坑九：只抽血，不做真正有效的项目

- 成本：胃肠镜的准备时间
- 说人话：很多人愿意抽十管血，却不愿做一次胃肠镜。但抽血里的肿瘤标志物不推荐筛查，而胃肠镜是真正能救命、还能顺手切掉息肉的
- 收益：把勇气用在刀刃上
- 证据等级：A
- 风险：中
- 来源：第 5 节 vs 第 6 节；国家癌症中心胃肠镜建议
- 备注：怕不舒服就选无痛，别用“怕”当不做的理由

10. 坑十：检查前准备不当，结果白做

- 成本：零
- 说人话：没空腹、前一天喝酒吃油腻、经期做尿常规、留错标本——这些都会让结果失真，轻则白抽一管血，重则引出连锁复查
- 收益：让所有检查的结果都可信
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：第 2 节全部条目
- 备注：第 2 节是全书“零成本、高收益”最集中的一节

11. 坑十一：报告异常后自行搜索

- 成本：零
- 说人话：搜索引擎会把你带向最严重的可能性，且脱离你的具体语境。结果往往是数小时的焦虑，而不是有效的决策
- 收益：省下一次自我惊吓
- 证据等级：B
- 风险：低
- 来源：第 11 节第 10 条
- 备注：把问题记下来问医生，比自己查快得多也准得多

12. 坑十二：用体检代替就医

- 成本：零
- 说人话：有症状（黑便、吞咽困难、明显消瘦、可触及肿块、持续疼痛等）就该直接看病，而不是等下一次体检。体检是为无症状人群设计的，等体检可能耽误时间
- 收益：在最关键的一点上不拖延
- 证据等级：A
- 风险：低
- 来源：第 7 节第 11 条；第 11 节第 9 条
- 备注：这是全书最该记住的一条——筛查再科学，也不能替代及时就医