维尔姆斯癌症基金会

维尔姆斯瘤

全球影响

统计、生存率、不平等、治疗可及性与医疗费用





维尔姆斯癌症基金会（WCF）

维尔姆斯癌症基金会（WCF）是一家慈善组织，支持受儿童肾癌（尤其是通常称为维尔姆斯瘤的肾母细胞瘤）影响的儿童、家庭和医疗机构，并代表他们表达需求。其使命是建立涵盖宣传、教育、权益倡导、早期发现、治疗及支持的国际项目，以应对疾病的蔓延。

本指南仅供教育用途，依据加拿大、美国和欧洲的国际儿童肿瘤诊疗标准编写。如有疑虑或问题，请咨询具备资质的医疗专业人员。

© 版权所有 | 维尔姆斯癌症基金会 | 保留所有权利

目录

全球影响
统计、生存率、不平等、治疗可及性与医疗费用

1 - 执行摘要 1

2 - 全球维尔姆斯瘤生存公平性 2

3 - 维尔姆斯瘤为何具有全球重要性 3

4 - 证据基础与数据局限 4

5 - 全球生存差距 5

6 - 治疗可及性框架 6

7 - 政府与卫生系统的成本 7

8 - 各国统计概览 8

9 - 优先干预地区 10

10 - 面向资助方与政府的倡导信息 11

11 - 建议采用的数据指标 12

附录A：各国工作表 13

附录B：各国工作表 14

来源说明与参考文献 21

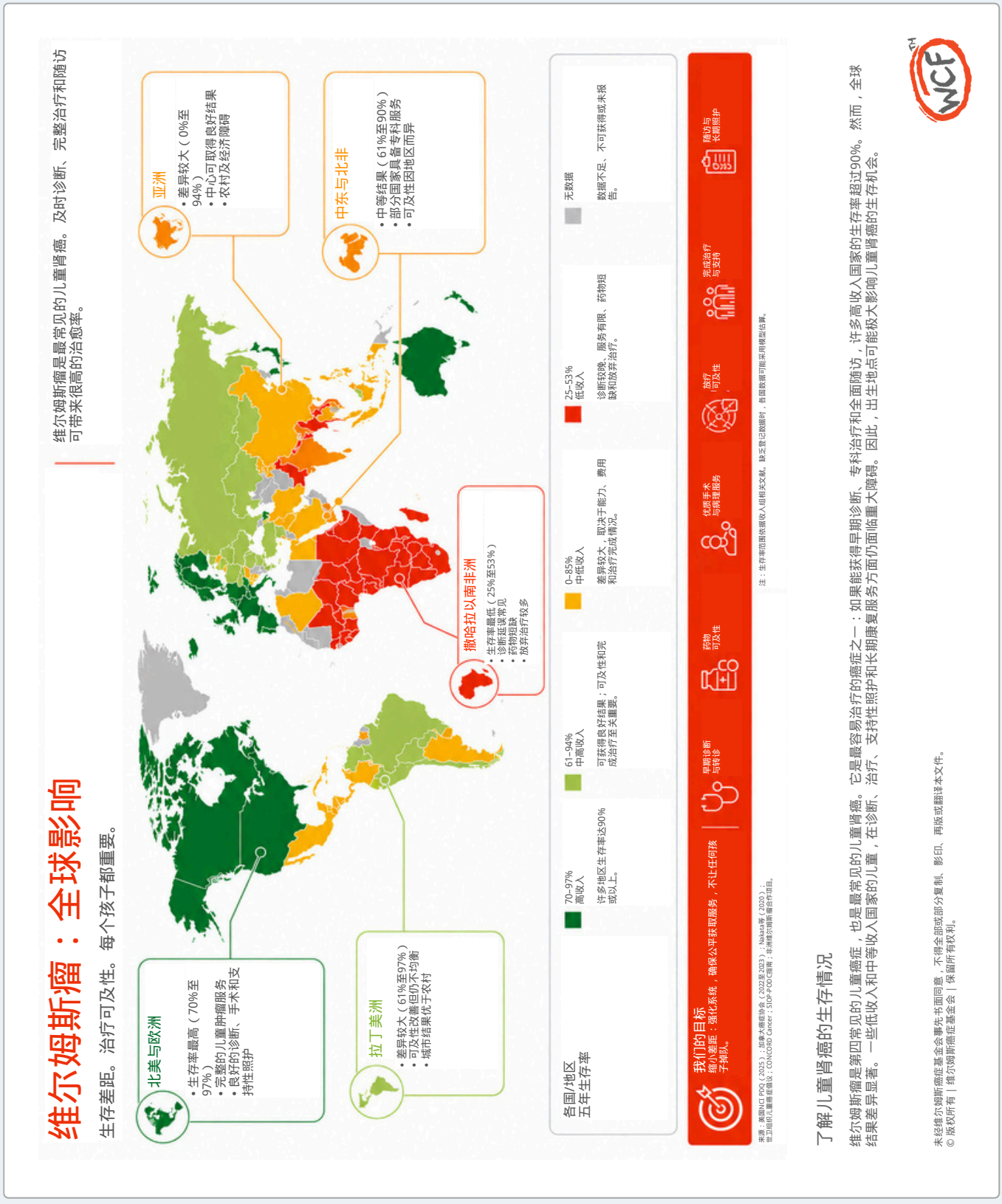
1 - 执行摘要

- 维尔姆斯瘤是最常见的儿童肾癌。若儿童能及时获得诊断、手术、化疗、必要时的放疗、病理检查、血液制品、感染管理和随访，其治愈率很高。
- 全球面临的不仅是科学问题，也是卫生系统的可及性问题。高收入地区儿童的生存率常接近或超过90%，而资源有限地区的结果可能差得多。
- 各国维尔姆斯瘤专属统计并不完整。许多国家报告的是儿童癌症总体数据、肾脏肿瘤数据或仅来自医院的病例队列，而非全国维尔姆斯瘤登记数据。
- 最可信的倡导方式，是在有数据时提供经确认的国家统计，在缺乏登记数据时提供疾病负担模型估算，并透明地评估数据可信度。
- 最有力的近期政策依据是：维尔姆斯瘤是一种可治愈的癌症。更早诊断、完成治疗、药物可及性和转诊网络可带来可衡量的生存改善。

“维尔姆斯瘤往往可以治愈，但生存机会仍取决于孩子居住在哪里，以及能否获得治疗。”

2 - 全球维尔姆斯瘤生存公平性

图1 / 维尔姆斯瘤全球影响地图



3 - 维尔姆斯瘤为何具有全球重要性

图2 / 影响领域

影响领域	重要性
儿童生存	生存率可以很高，但取决于及时诊断和完成治疗。
公平性	这种疾病揭示了拥有完整儿童肿瘤服务的国家，与手术、化疗、放疗或支持性照护延迟或缺乏的国家之间的差距。
家庭负担	即使药物可用，交通、住宿、收入损失、诊断费用和自付费用仍可能导致放弃或中断治疗。
政府	卫生系统承担影像检查、手术、化疗、住院、放疗和病理检查等费用。很少有国家公布仅针对维尔姆斯瘤的政府成本数据。

4 - 证据基础与数据局限

- 发病率：仅少数国家提供全国维尔姆斯瘤专属发病率。美国国家癌症研究所报告，美国每年约650例，15岁以下儿童每百万人约9.7例。加拿大报告儿童肾脏/肾盂癌病例，其中几乎全部为维尔姆斯瘤。
- 全球发病率的替代指标：国际数据表明，儿童肾脏肿瘤发病率约为每百万人8.3例；北美和欧洲较高，亚洲许多地区较低。
- 生存率：一项全球综述发现，高收入国家为70%至97%，中高收入国家为61%至94%，中低收入国家为0%至85%，低收入国家为25%至53%。
- 死亡情况：各国很少公布维尔姆斯瘤专属死亡数据。因此，除非有公开的全国统计，本文件使用相对风险/疾病负担指标。
- 费用：维尔姆斯瘤专属的全国政府成本数据通常不公开。因此，本文件列出成本驱动因素，并标明缺乏公开国家成本数据的情况。



5 - 全球生存差距

图3 / 国家收入

收入/卫生系统背景	报告的生存率范围	解读
高收入国家	70–97%	大多数儿童能获得多模式治疗；晚期效应和康复后照护是重要政策议题。
中高收入国家	61–94%	可获得良好结果，但可及性、地区差异和治疗完成情况会影响生存率。
中低收入国家	0–85%	差异极大；结果取决于中心能力、费用可负担性和治疗完成情况。
低收入国家	25–53%	诊断较晚、服务有限、药物短缺和放弃治疗通常限制生存率。

核心信息
维尔姆斯瘤清晰地体现了全球儿童癌症的公平差距：同一种疾病，因照护可及性不同，可能在一个国家可以治愈，在另一个国家却导致死亡。

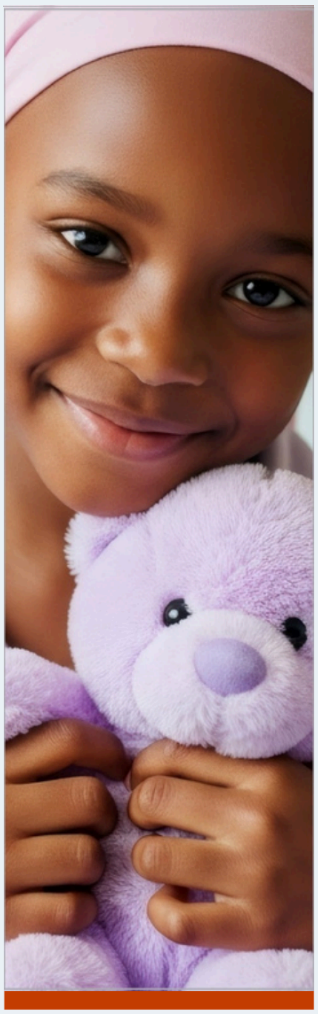
6 - 治疗可及性框架

图4 / 必要环节

必要环节	医疗能力较强时	能力受限时的风险
早期发现与转诊	基层医疗、影像检查和转诊路径有助于更早发现腹部肿块。	儿童就诊较晚，肿瘤更大或已发生转移。
影像检查与分期	超声/ CT/ MRI、胸部影像和病理检查支持按风险制定治疗方案。	分期不完整可能导致过度治疗、治疗不足或延误。
手术	具备肿瘤外科和麻醉服务。	手术延误、儿童麻醉或血液制品不足会增加风险。
化疗	具备按方案实施的化疗和支持性照护。	药物短缺、费用过高和感染并发症会中断治疗。
放疗	有指征时可获得放疗。	缺乏或延迟放疗会使某些分期/ 组织学类型的结果恶化。
随访	监测复发和晚期效应。	缺乏随访时，复发或长期并发症可能未被发现。

7 - 政府与卫生系统的成本

- 直接医疗费用包括超声/CT/MRI、病理检查、手术、化疗、住院、血液制品、抗生素、必要的放疗、复发治疗和随访。
- 间接公共成本来自诊断延误、急诊、重症监护、放弃治疗、残疾、社会支持，以及可治愈的儿童癌症未获成功治疗所造成的终身生产力损失。
- 高收入国家的单个患者费用可能较高，但通常由政府或保险承担。在资源有限地区，公共支出不足往往把负担转移给家庭和慈善组织。
- 已发表的非洲项目数据显示，父母承担约100至1,100美元的费用，是完成治疗的重要障碍。即使医院服务有补贴，这对许多家庭仍是灾难性负担。
- 政策信息：不治疗维尔姆斯瘤并不能为政府节省资金。
- 晚期就诊、复发、治疗不完整和可预防的死亡，会增加人力、经济及卫生系统损失。



8 - 各国统计概览

图5 / 各国统计

国家	年度确诊数	生存率参考值	治疗可及性
美国	约650 已确认	约85-95%*	完整的儿童肿瘤、手术、 放疗、病理及临床试验服务
加拿大	2022年儿童肾脏/肾盂癌确诊30例	五年总生存率约96%	完整的省级儿童肿瘤网络
英国	约70-90 模型估算	约85-95%+	NHS儿童肿瘤网络
法国	约60-80 模型估算	约85-95%+	全国儿童肿瘤网络
德国	约70-90 模型估算	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务
意大利	约45-65 模型估算	约85-95%+	全国儿童肿瘤中心
西班牙	约40-55 模型估算	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务
荷兰	约15-25 模型估算	约85-95%+	高度集中的儿童肿瘤服务
瑞典	约8-15 模型估算	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务
澳大利亚	约25-40 模型估算	约85-95%+	完整的儿童肿瘤中心
日本	约45-65 模型估算	约85-95%	完整的儿童肿瘤服务
韩国	约15-25 模型估算	约85-95%	完整的三级儿童肿瘤服务

8 - 各国统计概览（续）

图6 / 各国统计

国家	年度确诊数	生存率参考值	治疗可及性
沙特阿拉伯	约60-90 每年模型估算	约70-95%	专科肿瘤服务；可及性因地区而异
阿联酋	约8-15 每年模型估算	约70-95%	能力较强的三级医疗服务
以色列	约8-15 每年模型估算	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务
中国	约900-1,400 模型估算	约61-94% 中高收入范围	大型三级中心；农村及经济方面存在差距
巴西	约280-420 模型估算	约61-94% 中高收入范围	大型肿瘤网络；各州存在差异
墨西哥	约180-280 模型估算	约61-94% 中高收入范围	专科中心；仍存在延误与障碍
阿根廷	约60-90 每年模型估算	约61-94% 中高收入范围	专科医疗；地区差异
智利	约20-35 每年模型估算	约70-95%	儿童肿瘤网络
哥伦比亚	约70-110 每年模型估算	约61-94% 中高收入范围	儿童肿瘤中心；治疗连续性不一
秘鲁	约60-95 每年模型估算	约61-94% 中高收入范围	专科医疗集中在城市
南非	约100-160 模型估算	约61-94% 中高收入范围	公共/私人专科医疗；农村存在障碍
土耳其	约120-180 每年模型估算	约61-94% 中高收入范围	城市专科儿童肿瘤服务

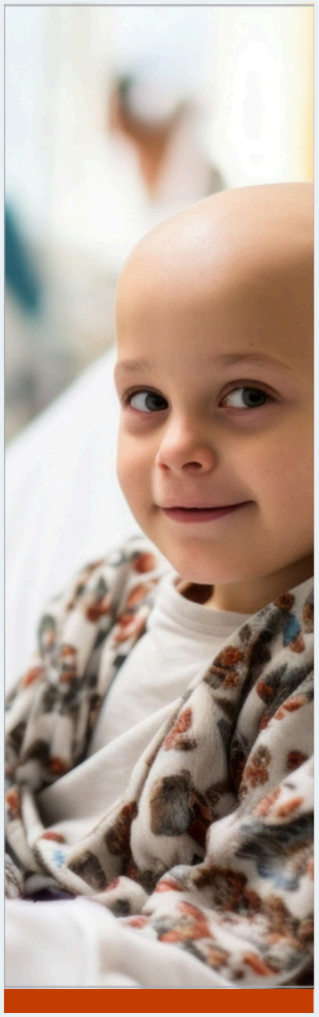
9 - 优先干预地区

图7 / 各国统计

地区/背景	重要性	优先干预措施
低收入和脆弱国家	诊断延误、放弃治疗、药物短缺和缺乏放疗的风险更高。	建立转诊路径、保障药物供应、提供治疗补贴、家长导航及登记系统。
人口众多的中低收入国家	即使某些中心结果良好，受影响儿童的绝对数量仍较大。	扩展地区中心、减少放弃治疗、支持社会保障并整合全国治疗方案。
存在地区差异的中高收入国家	全国平均值可能掩盖农村或低收入人群的不利处境。	中心合作、基层单位、远程病理、交通补助和地区结果报告。
小国和岛国	病例较少使全国专科服务难以建立。	区域转诊协议、共享方案和跨境药物获取。

10 - 面向资助方与政府的倡导信息

- 维尔姆斯瘤是改善儿童癌症照护的务实切入点：需要协调但可实现的诊断、手术、化疗、支持性照护及随访。
- 生存不平等不可接受，因为及时、完整的治疗往往可以治愈这种疾病。
- 目标不只是购买药品，而是保障完整的照护路径，让儿童持续治疗直至治愈，并获得后续随访。
- 国家投入应衡量：症状出现至诊断的时间、就诊分期、放弃治疗、药物断供、手术和放疗延误、复发及生存率。
- 全球维尔姆斯瘤观察平台或登记合作网络，可填补重要证据缺口，并支持负责任地比较进展。



11 - 建议采用的数据指标

图8 / 指标

指标	定义	重要性
新确诊病例	每年经确认的0至14岁或0至19岁维尔姆斯瘤病例	衡量疾病负担和规划需求
确诊时分期	I至V期的分布	反映早期发现与转诊的有效性
开始治疗	首次就诊至接受抗肿瘤治疗的天数	识别降低生存率的延误
完成治疗	完成全部规定治疗方案的比例	直接衡量放弃治疗/系统支持情况
药物供应	必要化疗或支持性药物缺货的天数	反映供应链可靠性
放疗可及性	有指征时的可及性和等待时间	对某些分期和风险组十分重要
生存率	1年、3年及5年总生存率/无事件生存率	衡量结果的关键指标

附录A：各国工作表

图9 / 步骤

步骤	行动	实际目标
步骤1	初始营养评估	及早识别风险，建立生长/摄入量基线
步骤2	优化经口饮食	通过喜爱的食物、更频繁进餐及提高热量密度增加摄入
步骤3	口服营养补充剂/强化食品	常规饮食不足时补足缺口
步骤4	肠内营养	经口摄入不足时提供可靠营养
步骤5	肠外营养	肠内营养不可行或不足时使用
步骤6	重新评估与调整	根据症状、肾功能及治疗阶段调整计划
步骤7	初始营养评估	及早识别风险，建立生长/摄入量基线

重要说明：标注“模型估算”的行并非经国家登记确认的统计，而是基于公开发病率参考值，以及卫生系统、收入组和生存率文献的规划估算。

附录B：各国工作表

重要说明：标注“模型估算”的行并非经国家登记确认的统计，而是基于公开发病率参考值，以及卫生系统、收入组和生存率文献的规划估算。

美国 | 高收入 | 约650 已确认 每年 | 相对死亡率低 | ~85-95%+ | 完整的儿童肿瘤、手术、放疗、病理及临床试验服务 | 直接费用高；通常不公开维尔姆斯瘤专属公共成本

加拿大 | 高收入 | 2022年儿童肾脏/肾盂癌确诊30例 | 2023年儿童肾脏/肾盂癌死亡6例 | 五年总生存率约96% | 完整的省级儿童肿瘤网络 | 省级公共支出；通常不公开维尔姆斯瘤确切成本

英国 | 高收入 | 约70-90 模型估算 每年 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | NHS儿童肿瘤网络 | NHS公共支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本

法国 | 高收入 | 约60-80 模型估算 每年 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | 全国儿童肿瘤网络 | 公共/社会保险支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本

德国 | 高收入 | 约70-90 模型估算 每年 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | 完整的儿童肿瘤服务 | 保险/公共支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本

意大利 | 高收入 | 约45-65 模型估算 每年 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | 全国儿童肿瘤中心 | 公共医疗支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本

西班牙 | 高收入 | 约40-55 模型估算 每年 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | 完整的儿童肿瘤服务 | 公共医疗支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本

荷兰 | 高收入 | 约15-25 模型估算 每年 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | 高度集中的儿童肿瘤服务 | 公共/保险支出

瑞典 | 高收入 | 约8-15 模型估算 每年 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | 完整的儿童肿瘤服务 | 公共医疗支出

澳大利亚 | 高收入 | 约25-40 模型估算 每年 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | 完整的儿童肿瘤中心 | Medicare/州政府公共支出及保险

日本 | 高收入 | 约45-65 模型估算 每年 | 低至中等 | ~80-95% | 完整的儿童肿瘤服务 | 公共/保险支出

韩国 | 高收入 | 约15-25 模型估算 每年 | 低至中等 | ~80-95% | 完整的三级儿童肿瘤服务 | 公共/保险支出

沙特阿拉伯 | 高收入 | 约60-90 每年模型估算 | 中等；地区转诊影响结果 | 约70-95% | 专科肿瘤服务；可及性因地区而异 | 政府资助的三级医疗

阿联酋 | 高收入 | 约8-15 每年模型估算 | 中等；病例较少 | 约70-95% | 能力较强的三级医疗服务 | 政府/私人保险费用

以色列 | 高收入 | 约8-15 每年模型估算 | 相对死亡率低 | 约85-95%+ | 完整的儿童肿瘤服务 | 公共/保险支出

中国 | 中高收入 | 约900-1,400 模型估算 每年 | 死亡负担绝对量大 | 约61-94% 中高收入范围 | 大型三级中心；农村及经济方面存在差距 | 公共/私人/自付负担

巴西 | 中高收入 | 约280-420 模型估算 每年 | 绝对负担中等至高 | 约61-94% 中高收入范围 | 大型肿瘤网络；各州存在差异 | SUS/公共及私人支出

墨西哥 | 中高收入 | 约180-280 模型估算 每年 | 中等至高 | 约61-94% 中高收入范围 | 专科中心；仍存在延误与障碍 | 公共保险及家庭费用

阿根廷 | 中高收入 | 约60-90 每年模型估算 | 中等 | 约61-94% 中高收入范围 | 专科医疗；地区差异 | 公共/社会保险支出

智利 | 高收入/中高收入 | 约20-35 每年模型估算 | 中等至低 | 约70-95% | 儿童肿瘤网络 | 公共系统及保险费用

哥伦比亚 | 中高收入 | 约70-110 每年模型估算 | 中等至高 | 约61-94% 中高收入范围 | 儿童肿瘤中心；治疗连续性不一 | 公共/私人及家庭费用

秘鲁、南非、土耳其、伊朗、印度、巴基斯坦、孟加拉国、印度尼西亚、菲律宾、越南、泰国、马来西亚、埃及、摩洛哥、阿尔及利亚、尼日利亚、加纳、肯尼亚、乌干达、坦桑尼亚、埃塞俄比亚、刚果民主共和国、苏丹、伊拉克、叙利亚、也门、约旦、黎巴嫩、巴勒斯坦、阿曼、科威特、巴林、阿富汗、尼泊尔、斯里兰卡、缅甸、柬埔寨、老挝、蒙古、乌克兰、波兰、罗马尼亚。

附录B：各国统计表（续）

图10 / 国家收入组

国家	收入组	年度确诊数	死亡/负担	生存率参考值	治疗可及性	成本压力
美国	高收入	约650 已确认	相对死亡率低	约85-95%*	完整的儿童肿瘤、手术、放疗、病理及临床试验服务	直接费用高；通常不公开维尔姆斯瘤专属公共成本
加拿大	高收入	2022年儿童肾脏/肾盂癌确诊30例	2023年儿童肾脏/肾盂癌死亡6例	五年总生存率约96%	完整的省级儿童肿瘤网络	省级公共支出；通常不公开维尔姆斯瘤确切成本
英国	高收入	约70-90 模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	NHS儿童肿瘤网络	NHS公共支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本
法国	高收入	约60-80 模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	全国儿童肿瘤网络	公共/ 社会保险支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本
德国	高收入	约70-90 模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务	保险/ 公共支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本
意大利	高收入	约45-65 模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	全国儿童肿瘤中心	公共医疗支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本
西班牙	高收入	约40-55 模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务	公共医疗支出；通常不公开维尔姆斯瘤成本
荷兰	高收入	约15-25 模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	高度集中的儿童肿瘤服务	公共/保险支出
瑞典	高收入	约8-15 模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务	公共医疗支出
澳大利亚	高收入	约25-40 模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	完整的儿童肿瘤中心	Medicare/ 州政府公共支出及保险
日本	高收入	约45-65 模型估算	低至中等；亚洲发病率可能较低	约85-95%	完整的儿童肿瘤服务	公共/保险支出
韩国	高收入	约15-25 模型估算	相对死亡率低	约85-95%	完整的三级儿童肿瘤服务	公共/保险支出

附录B：各国统计表（续）

图11 / 国家收入组（续）

国家	收入组	年度确诊数	死亡/负担	生存率参考值	治疗可及性	成本压力
沙特阿拉伯	高收入	约60-90 每年模型估算	中等；地区转诊影响结果	约70-95%	专科肿瘤服务；可及性因地区而异	政府资助的三级医疗
阿联酋	高收入	约8-15 每年模型估算	中等；病例较少	约70-95%	能力较强的三级医疗服务	政府/私人保险费用
以色列	高收入	约8-15 每年模型估算	相对死亡率低	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务	公共/保险支出
中国	中高收入	约900-1,400 模型估算	死亡负担绝对量大	约61-94% 中高收入范围	大型三级中心；农村及经济方面存在差距	公共/私人/自付负担
巴西	中高收入	约280-420 模型估算	绝对负担中等至高	约61-94% 中高收入范围	大型肿瘤网络；各州存在差异	SUS/公共及私人支出
墨西哥	中高收入	约180-280 模型估算	中等至高	约61-94% 中高收入范围	专科中心；仍存在延误与障碍	公共保险及家庭费用
阿根廷	中高收入	约60-90 每年模型估算	中等	约61-94% 中高收入范围	专科医疗；地区差异	公共/社会保险支出
智利	高收入/中高收入	约20-35 每年模型估算	中等至低	约70-95%	儿童肿瘤网络	公共系统及保险费用
哥伦比亚	中高收入	约70-110 每年模型估算	中等至高	约61-94% 中高收入范围	儿童肿瘤中心；治疗连续性不一	公共/私人及家庭费用
秘鲁	中高收入	约60-95 每年模型估算	中等至高	约61-94% 中高收入范围	专科医疗集中在城市	公共支出及自付费用
南非	中高收入	约100-160 模型估算	中等至高	约61-94% 中高收入范围	公共/ 私人专科医疗；农村存在障碍	公共/私人费用及家庭交通费用
土耳其	中高收入	约120-180 每年模型估算	中等	约61-94% 中高收入范围	城市专科儿童肿瘤服务	公共/社会保险支出

附录B：各国统计表（续）

图12 / 国家收入组（续）

国家	收入组	年度确诊数	死亡/负担	生存率参考值	治疗可及性	成本压力
伊朗	中低收入/中高收入	约110-170 每年模型估算	中等至高	约0-85% 中低收入范围	三级肿瘤服务；药物可及性不一	政府/慈善/家庭费用
印度	中低收入	约1,600-2,500 每年模型估算	绝对负担非常大	约0-85% 中低收入范围	卓越中心；可及性不均	政府项目及高额家庭费用
巴基斯坦	中低收入	约450-700 每年模型估算	绝对负担大	约0-85% 中低收入范围	大型中心；可及性及费用不一	公共/慈善/家庭负担
孟加拉国	中低收入	约300-500 每年模型估算	高收入	约0-85% 中低收入范围	专科能力集中在大城市	政府/非政府组织/家庭负担
印度尼西亚	中高收入/中低收入	约500-800 每年模型估算	绝对负担大	约0-85%至61-94% 混合范围	大城市专科中心	公共保险及家庭费用
菲律宾	中低收入	约180-280 每年模型估算	中等至高	约0-85% 中低收入范围	大型中心提供儿童肿瘤服务	公共/保险/家庭负担
越南	中低收入	约130-220 每年模型估算	中等至高	约0-85% 中低收入范围	大城市专科医院	政府保险及家庭费用
泰国	中高收入	约70-110 每年模型估算	中等	约61-94% 中高收入范围	具备儿童肿瘤服务能力；全民覆盖有帮助	公共支付方费用
马来西亚	中高收入	约45-75 每年模型估算	中等	约61-94% 中高收入范围	公共儿童肿瘤服务；转诊存在差异	公共医疗支出
埃及	中低收入	约220-350 每年模型估算	绝对负担大	约0-85% 中低收入范围	大型儿童肿瘤机构	政府/慈善/家庭负担
摩洛哥	中低收入	约65-100 每年模型估算	中等至高	约0-85% 中低收入范围	大型中心的专科肿瘤服务	公共/慈善/家庭负担
阿尔及利亚	中高收入	约85-130 每年模型估算	中等	约61-94% 中高收入范围	大城市专科服务	政府资助的医疗

附录B：各国统计表（续）

图13 / 国家收入组（续）

国家	收入组	年度确诊数	死亡/负担	生存率参考值	治疗可及性	成本压力
尼日利亚	中低收入	约900-1,500 每年模型估算	绝对负担非常大	约0-85% 中低收入范围;许多中心较低	专科中心能力有限；费用/ 服务障碍	公共支出有限；家庭/慈善负担
加纳	中低收入	约120-190 每年模型估算	高收入	约0-85% 中低收入范围	专科中心；全国覆盖有限	政府/保险/家庭负担
肯尼亚	中低收入	约150-240 每年模型估算	高收入	约0-85% 中低收入范围	大型转诊中心；可及性不均	公共/保险/慈善/家庭负担
乌干达	低收入	约160-250 每年模型估算	高收入	约25-53% 低收入范围	儿童肿瘤服务有限；转诊/ 支持障碍	政府预算压力；家庭费用
坦桑尼亚	中低收入	约180-290 每年模型估算	高收入	约0-85% 中低收入范围	转诊中心；全国可及性有限	政府/非政府组织/家庭费用
埃塞俄比亚	低收入	约300-500 每年模型估算	绝对负担非常大	约25-53% 低收入范围	专科医疗集中；诊断能力有限	预算压力；交通/自付费用
刚果民主共和国	低收入	约280-450 每年模型估算	非常高	约25-53% 低收入范围	完整服务的可及性极其有限	政府能力低；家庭/慈善负担
苏丹	低收入/ 中低收入	约130-220 每年模型估算	非常高；冲突造成中断	约25-53% 低收入/ 0-85% 中低收入范围	可及性严重受限	政府能力有限；非政府组织/ 家庭负担
伊拉克	中高收入/ 中低收入	约80-130 每年模型估算	中等至高	约0-85%至61-94% 混合范围	专科服务存在地区差异	政府/家庭负担
叙利亚	低收入/ 中低收入	约50-90 每年模型估算	服务受影响时非常高	约25-53% 低收入/ 0-85% 中低收入范围	冲突严重影响服务能力	政府/非政府组织/家庭负担
也门	低收入	约90-150 每年模型估算	非常高	约25-53% 低收入范围	完整服务的可及性极其有限	政府能力极低；人道援助/ 家庭负担
约旦	中低收入/ 中高收入	约18-30 每年模型估算	中等	约0-85%至61-94% 混合范围	具备区域专科医疗	政府/慈善/家庭负担

附录B：各国统计表（续）

图14 / 国家收入组（续）

国家	收入组	年度确诊数	死亡/负担	生存率参考值	治疗可及性	成本压力
黎巴嫩	中低收入	约8-15 每年模型估算	中等至高；受经济危机影响	约0-85% 中低收入范围	专科医疗；经济障碍	政府/私人/慈善/家庭费用
巴勒斯坦	中低收入	约10-20 每年模型估算	转诊限制导致高风险	约0-85% 中低收入范围	经常依赖许可/外部中心	政府/非政府组织/家庭交通负担
阿曼	高收入	约8-15 每年模型估算	中等；病例较少	约70-95%	三级专科转诊	政府资助的医疗
科威特	高收入	约7-12 每年模型估算	中等；病例较少	约70-95%	资源充足的三级医疗	政府资助的医疗
巴林	高收入	约2-4 每年模型估算	中等；病例较少	约70-95%	三级医疗/区域转诊	政府资助的医疗
阿富汗	低收入	约150-250 每年模型估算	非常高	约25-53% 低收入范围	完整服务的可及性有限	政府/人道援助/家庭负担
尼泊尔	中低收入	约45-75 每年模型估算	高收入	约0-85% 中低收入范围	专科中心；可及性不均	政府/非政府组织/家庭负担
斯里兰卡	中低收入	约25-40 每年模型估算	中等	约0-85% 中低收入范围	具备公共儿童肿瘤服务	政府资助的医疗
缅甸	中低收入	约100-170 每年模型估算	高收入	约0-85% 中低收入范围	专科可及性有限且不均	政府/家庭/人道援助负担
柬埔寨	中低收入	约35-60 每年模型估算	高收入	约0-85% 中低收入范围	专科能力有限	政府/非政府组织/家庭负担
老挝	中低收入	约14-25 每年模型估算	高收入	约0-85% 中低收入范围	儿童肿瘤服务能力有限	政府/非政府组织/家庭负担
蒙古	中低收入	约5-10 每年模型估算	中等至高	约0-85% 中低收入范围	集中的专科医疗	政府/家庭负担

附录B：各国统计表（续）

图15 / 国家收入组（续）

国家	收入组	年度确诊数	死亡/负担	生存率参考值	治疗可及性	成本压力
乌克兰	中低收入	约45-75 每年模型估算	因战争而变化	约0-85% 中低收入范围	专科中心；连续性受影响	政府/人道援助/家庭费用
波兰	高收入	约30-45 每年模型估算	低至中等	约85-95%+	完整的儿童肿瘤服务	公共医疗支出
罗马尼亚	高收入/ 中高收入	约15-30 每年模型估算	中等	约61-94% 至高收入范围	具备专科中心	公共医疗支出

来源说明与参考文献

重要说明：

- S1：美国国家癌症研究所（NCI）PDQ《维尔姆斯瘤及其他儿童肾脏肿瘤治疗》，2025年4月15日更新：15岁以下儿童每百万人9.7例，美国每年约650例。
- S2：加拿大癌症协会：2022年加拿大0至14岁儿童肾脏/肾盂癌确诊30例，2023年死亡6例。这类儿童癌症几乎全部为维尔姆斯瘤。
- S3：Nakata等，《International Journal of Cancer》/UKHSA研究门户，2020年：全球儿童肾脏肿瘤发病率每百万人8.3例；北美/欧洲较高，多数亚洲地区较低。
- S4：Cunningham等，《Global Disparities in Wilms Tumor》，2020年：高收入国家生存率70%至97%，中高收入61%至94%，中低收入0%至85%，低收入25%至53%。
- S5：Cancer.ca生存统计：加拿大0至14岁维尔姆斯瘤患者的五年总生存率约96%。
- S6：世界卫生组织全球儿童癌症倡议：目标是到2030年使全球儿童癌症生存率达到至少60%。
- S7：世界卫生组织/圣犹达全球儿童癌症药物获取平台：旨在为低收入和中等收入国家约12万名儿童持续提供质量有保障的药物。
- S8：SIOP-PODC维尔姆斯瘤指南：具备最低条件时，可将治愈性治疗调整用于低收入环境。
- S9：非洲维尔姆斯瘤合作项目早期报告：参与中心治疗结束时生存率为39%。治疗不完整及父母承担的费用导致部分患者未完成治疗。
- S10：《Disease Control Priorities》/低收入和中等收入国家儿童癌症治疗：维尔姆斯瘤治疗强度低于某些其他儿童癌症，支持具有成本效益的卫生系统强化措施。



维尔姆斯癌症基金会

电话：+1 (778) 514 5000
电子邮箱：info@WilmsFoundation.org
网站：www.WilmsFoundation.org
地址：Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, United States, 20002。

“维尔姆斯癌症基金会”、WCF，以及“战胜儿童肾癌”和“您从未听说过的疾病”等标语，均为维尔姆斯癌症基金会的国际商标，受版权保护。
文件内容与设计由基金会提供。© 版权所有，保留所有权利。

根据版权法，未经维尔姆斯癌症基金会事先书面同意，不得全部或部分复制、影印、再版或翻译本文件。

美国：符合501(c)(3)规定的免税组织 | EIN：98-3478827
加拿大：注册慈善机构，编号756261939BC0001

© 版权所有 | 维尔姆斯癌症基金会 | 保留所有权利

维尔姆斯癌症基金会（WCF）

维尔姆斯癌症基金会（WCF）是一家慈善组织，支持受儿童肾癌（尤其是通常称为维尔姆斯瘤的肾母细胞瘤）影响的儿童、家庭和医疗机构，并代表他们表达需求。其使命是建立涵盖宣传、教育、权益倡导、早期发现、治疗及支持的国际项目，以应对疾病的蔓延。

本指南仅供教育用途，依据加拿大、美国和欧洲的国际儿童肿瘤诊疗标准编写。如有疑虑或问题，请咨询具备资质的医疗专业人员。

© 世界卫生组织（WHO）。经许可，与维尔姆斯癌症基金会（WCF）合作使用。CureAll 是世界卫生组织全球儿童癌症倡议（GICC）的一部分。世界卫生组织不为任何特定组织、产品或服务背书。

© 版权所有 | 维尔姆斯癌症基金会 | 保留所有权利