

胰腺癌 5 年生存率提升是根本



傅德良 教授

医师报讯（融媒体记者 宋箐 通讯员 吴刚）“受益于新辅助治疗和手术根治性的提高，目前，华山医院接受根治性手术切除的胰腺癌患者五年生存率已提高至约 31%，相较于本世纪初的 12% 有了显著提升。”复旦大学附属华山医院胰腺外科主任傅德良教授介绍，华山医院在胰腺癌早期诊断和手术安全性方面取得了令人满意的成果，但在术后管理和生活质量维护方面，仍有进一步改善和提升的空间。

分阶段综合治疗法 提高胰腺癌手术切除率

自 20 世纪 80 年代起，华山医院在胰腺外科领域不断探索，取得了一系列开创性成果。彼时的疾病谱以胆道疾病为主，加上生活方式改变等原因，急性胰腺炎发病率逐渐上升。到了 20 世纪 90 年代，胰腺外科团队开始关注急性胰腺炎的诊治，探索其发病机制。

在普外科学家张延龄教授的带领下，团队率先在国内尝试抑制炎症介质释放、应用生长抑素和生长激素联合治疗重症胰腺炎的新方法。依据急性胰腺炎的发病机制，较早地开

展了雷公藤、乌司他丁和胰蛋白酶抑制剂等药物治疗急性胰腺炎的探索性研究，为临床治疗提供了更多选择。傅德良说：“经过我们的多种尝试，重症胰腺炎的病死率有了明显的改善。”

近年，胰腺外科团队将重心逐渐转移到胰腺肿瘤的诊治上。在胰腺肿瘤专家倪泉兴教授的领导下，团队针对胰腺肿瘤切除率低下的状态，尤其是肿瘤侵犯血管、外科技术较为困难的早期，对肿瘤与血管界限不清的胰腺肿瘤患者采用“分

阶段综合治疗方法”，即对有黄疸者先行减黄、而后采用动静脉介入途径应用化疗药物与抗炎药物灌注，使得肿瘤缩小，与血管间界限更加清晰，大大提高了手术切除率和患者的生存时间，并因此荣获上海市临床医学成果三等奖。

团队采用术前介入灌注—根治手术—术后多时相介入灌注新疗法，进行化疗药物及抗炎药物的多次灌注，可明显提高手术成功率和患者 5 年生存率，同时也降低了术后肝转移和淋巴转移发生率。

超声内镜技术 提升胰腺癌早期诊断准确率

精准治疗，诊断先行。作为全国较早采用超声内镜技术的先行者之一，傅德良团队极大地提升了胰腺癌早期诊断的准确率，并形成了直接内镜下行肿瘤介入治疗、神经阻滞止痛等科室特色。

对于影像学上可疑的肿块，超声内镜下穿刺技术不仅能进行细胞水平和组织学

检测，还能进行肿瘤基因检测和肿瘤微环境分析，诊断准确率高达 90%。此外，超声内镜引导下的激光共聚焦技术，能够在 1000 倍的放大倍数下直接观察肿瘤细胞的形态，从而辨别肿瘤的良恶性。

针对不同性质的肿瘤，团队采取了适宜的治疗方法。对于已明确、可手术切除的胰腺恶性肿瘤，团队主张尽早进行

根治性手术切除；而对于浆液囊腺瘤这类良性肿瘤，可随访观察；对于黏液性囊性肿瘤和导管内黏液性乳头肿瘤等，团队会动态观察管腔内是否有附壁增生结节、胰管梗阻扩张等恶性倾向，进行及时的干预处理。同时，联合功能影像技术，早期发现胰腺肿瘤，对神经内分泌肿瘤患者行特异的核素标记诊断，准确率较高。

评估肿瘤的基因突变 制订更个性化治疗方案

傅德良在介绍其团队最新成果时指出，团队在一些良性胰腺肿瘤手术方面进一步采取了精准的局部切除或肿瘤挖除策略，通过术前 ERCP 置入胰管和胆管支架，明显降低了胰瘘和出血等严重手术并发症的风险，提升了手术的安全性。这一改进也使患者的住院时间在无并发症发生的情况下，缩短至 7~10 d。

对于肿瘤体积较大、淋巴结肿大但未侵犯血管的患者，直接手术切除可能面临高复发率和生存期无明显延长的问题。傅德良强调，这类患者应在手术前接受新辅助治疗，并根据穿刺结果进行基因筛选，制定更个性化的新辅助治疗方案，不仅能缩小肿瘤体积，还能为根治性手术提供可能。

面对胰腺癌累及到血管的难题，华山医院通过术前介入治疗，为手术提供了清晰的界



关联阅读全文

改进升阶梯治疗理念



王刚 教授

医师报讯（融媒体记者 周意 通讯员 吴刚）“升阶梯治疗并非万能，要将其与跨越式治疗等模式相结合，合理选择，才能确保重症急性胰腺炎（SAP）患者获得最佳治疗效果。”哈尔滨医科大学第一附属医院肿瘤腔镜外科主任王刚教授介绍，医院近年来积极尝试“跨越式”治疗模式，取得了较好的临床效果，并创新性地提出了感染性胰腺坏死（IPN）腹腔分型的新理念，以更精准地指导 SAP 并发 IPN 的外科干预时机。

灵活变通才能给患者带来最大获益

尽管升阶梯治疗保持其主流地位多年，但经过十余年发展及医学理念的不断变迁，临床医师们逐渐发现，对于某些特定患者，升阶梯治疗并不一定能带来理想的预后和转归。

王刚教授指出，升阶梯治疗虽然以微创为核心，但存在一定的局限性，尤其是其强调的延迟理念——即必须等到明确的外科手术指征出现后，才能进行外科干预。但临床实践中，某些患者不一定适合升阶梯的治疗模式。南京医科大学第一附属医院苗毅

教授曾提出，对于注定需要外科干预的患者，最好提前介入。

此外，对于那些治疗周期长、自身消耗大、坏死范围广泛或已发展至 IV 型 IPN 的患者，如果刻板地遵循传统模式，往往效果不佳，从而错过了最佳外科治疗时机，无法有效提高整体治愈率。

“一种固定的模式并不适用于所有情况，需要灵活和变通。”王刚教授强调，要理性和客观地看待升阶梯治疗理念，根据患者病情，进行有条件的个性化选择。

多元化治疗时代下的临床突破

王刚教授团队在临床实践中大胆尝试改进升阶梯治疗理念。一名 35 岁的男性 SAP 患者被紧急转至医院，病情危急，直接进入 ICU。多位普外科医师会诊后，均认为患者不宜进行手术治疗。在患者发病的第 13 d，王刚教授会诊见到了患者，此时患者持续高热不退，影像学提示胰腺大面积坏死、感染严重，且伴有严重的肝、肾、肺功能障碍。若按照升阶梯治疗模式，此时患者发病仅 13 d，尚属病程的第一阶段，不适合立即进行开放手术。然而，王刚教授在评估患者全身情况后认为：“如果不立即手术，患者性命难保。”

术后，患者继续在 ICU 接受治疗 1 个月，随后转入普通病房并逐渐康复。这是一个非常经典的案例，结合着 IPN 腹腔分型的新理念分析病情，加上跨越式治疗理念的融入，才真正让患者活了过来。

王刚教授说：“没有一种治疗模式能够适用于所有患者。在面对活生生的患者时，要根据不同病情、不同条件进行个体化选择。”此外，当前治疗模式已进入多元化时代，治疗手段丰富，必须将其有效结合在一起，才能选出最适合患者的方案，真正在临床上有所突破，让胰腺炎患者获益。

提出更加精准有效的疾病分型新理念

IPN 的外科干预时机和方式一直是胰腺外科领域的热点议题之一，但至今国内外专家尚未形成统一意见。在升阶梯治疗理念的指导下，IPN 外科干预的时机往往被推迟，直到患者出现明显的临床症状且其他治疗手段无法取得满意效果时，才考虑手术。

医院胰腺外科团队在孙备教授的带领下，通过对 IPN 影像学特点和外科干预的深入研究，提出了更为细化的处理方案。2021 年，该团队在总结临床经验的基础上，结合国内多位专家的建议，发表了关于 IPN 腹腔分型的重要文章，将之分为四型（表 1）。

“这是 IPN 治疗中的重大进步，它摒弃了以时间为节点指导外科干预时机的传统理念，转而根据

感染的不同分型及影像学特征来选择 IPN 的处理时机，从而能够使治疗效果更加确切、精准。”王刚教授表示，我们以 IPN 分型为引导，以疾病为中心，以患者的一般状态为基础，采取多元化的综合性治疗，往往能够更加精准有效，从而真正提高 IPN 的治愈率。

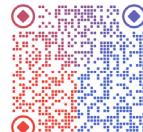
表 1 感染性胰腺坏死四种类型

中央型 IPN（Ⅰ型 IPN）

外周型 IPN（Ⅱ型 IPN）

混合型 IPN（Ⅲ型 IPN）

孤立难治型 IPN（Ⅳ型 IPN）



关联阅读全文