

樊代明：以退为进



樊代明 院士

第四军医大学西京医院樊代明院士在开幕式上报告了医学与科学的关系，他强调医学远比科学复杂，不可以笼统地用科学的范律来解释医学，也不可以简单地用科学的标准来要求医生。

对于姑息治疗，樊院士给出了一番妙论。关于癌症，我们通常视其为敌人。外科医生用手术刀切；内科医生用化疗药杀；放疗科医

生用放射线照，都是以杀灭癌细胞为目标，越彻底越好，越干净越好，生怕不能致其于死地。但切来切去，杀来杀去，照来照去，总有一些病例，肿瘤不但未被消灭，患者却被治死了，推到太平间，死“透”了8小时以后，肚子里抽出来的癌细胞还是活的，有的还能长期培养、传宗接代。

小时候，我看别人扭秧歌，他们一个个进退自若。先是低头前跨两步，然后是后退一大步，退时伴以仰身、露面、双手扬绸。欢喜极了，漂亮极了，既自喜又众喜。如果他们一直躬身前行，不仅不好看，还会发生危险。如果前面有障碍，那会碰壁的。如果前面是悬崖，那会跌身的。所以，他们安全，他们漂亮，关键是后退的

那一大步，退出了境界，退得了境界。他们存，是存在退那一大步；他们胜，是胜在退那一大步；他们美，是美在退那一大步。

世上万物的哲理是相通的，也许最终都是相同的。我常在想，对那些杀不全、杀不到、杀不死的癌细胞，我们能否换一种方式，不要去动它。因为动它不仅毫无作用，反倒伤了自身，到头来鸡飞蛋打，赔了夫人又折兵，还不如“人不犯我，我不犯人”，想各种方法与肿瘤长期共存。

肿瘤姑息治疗用的就是这种理念，用各种现存的医疗技术，改善患者的病理状态，提高患者的生活质量，达到长期带瘤生存的目的，是一种“以静制动”的治癌方法，事实证明可以获得良好效果。

吴一龙：全程管理



吴一龙 教授

开幕式上，广东省人民医院吴一龙教授从四个方面介绍了自己对姑息治疗癌症全程管理的理解。

生存期延长对全程管理的需求

上世纪时，非小细胞肺癌的中位总生存期（OS）只有8个月左右，远远谈不上全程管理。但现在，随着医学的发展，中位OS已达3.5年左右，全程管理就显得越来越重要。亚裔肺腺癌有EGFR/ALK两种突变类型。如为EGFR突变，靶向治疗对患者真正的“贡献”只有8~13个月，那么则有2年时间是其他的治疗措施在起作用。

因此，如何把针对EGFR/ALK突变的靶向治疗和其他治疗措施融合在一起，就成为一个非常重要的课题。2010年，发表在《新英格兰医学杂志》的一项研究指出，化疗联

合早期姑息治疗改善晚期肺癌的总生存。目前，有一代、二代和三代TKI类药物，在选择治疗策略时，不能只看单个药物的治疗效果，而是要选择在整个过程中发挥的作用最大、最佳的药物。

治疗手段日新月异

靶向药物的耐药机制非常复杂，如靶点突变和信号通路的改变等，增加了治疗方法选择的困难度。另外，不同的耐药突变，对不同药物的敏感性也不同。

今年发布了c-MET抑制剂在克服耐药方面的结果：当采取免疫组化检测的方法选择患者的时候，有效率可达到31%；利用基因拷贝数选择时，有效率则可达到50%。

现在的药物研发模式已是先找到靶点后研发药物，靶向药物进入临床的速度超乎想象，二代ALK抑制剂只用了3年即获得FDA批准。既有生存时间的延长，又有治疗手段的更新，那么，下一个问题即为这些治疗手段该如何排列。

治疗策略的排列组合

晚期肺癌的治疗过去只有化疗，但现在的治疗策略是“先检测，后治疗”，

包括EGFR、ALK、ROS1检测等。

例如ALK阳性肺癌患者的治疗策略，一线采用Crizotinib（PFS为10~11个月），二线用Alectinib（PFS为10个月左右），加上后面化疗的作用，总体可达18~22个月。如果一线即采用Alectinib，日本报告的数据为PFS>20个月，二线再采用Crizotinib/Ceritinib等疗效如何，仍需更多的临床试验结果公布。由此可见，全程管理会影响到患者OS。

吴教授指出，这一种排列组合，其实是一种“马后炮”，需要等到很多临床试验的结果公布后才能排列。那么，在临床数据尚不充分时，该如何选择治疗方案？吴教授指出，应根据异质性监测，来进行全程管理。

依据异质性进行监测

高度异质性是肿瘤的生物学特征之一，38%的EGFR突变存在异质性，约100%ALK融合基因突变存在异质性，如何处理肿瘤的异质性，就变成现在和未来肿瘤的全程管理最关键的问题。已有临床应用表明，可通过外周血动态NGS检测体对耐药实时检测和预防性治疗。



放疗专场

CRPC 姑息放疗学组成立 姑息放疗成为姑息治疗的重要一环

5月14日，CRPC姑息放疗学组筹备会在上海召开，在6月19日上午召开的放疗专场上，CRPC姑息放疗学组成立。CRPC主任委员王杰军教授指出，肿瘤姑息治疗需多学科共同参与，姑息放疗作为姑息治疗的重要一环，显著提高肿瘤尤其是癌痛患者的生活质量。



从左起：孙延峰、钱立庭、傅小龙、王杰军、于金明、邢力刚、卢冰、程玉峰启动“CRPC放疗学组”

专家视角

山东省肿瘤医院于金明院士在关于“肿瘤姑息治疗新实践”的报告中强调，对于晚期肿瘤患者，治疗的策略则应侧重于如何延长患者的生存期，如何改善患者的症状，让患者活得更好。让患者无痛生活非常重要。

山东大学齐鲁医院程玉峰教授报告了一项关于“放疗患者癌痛管理现状调研”。结果显示，癌痛患者的放疗等待期（空窗期）时间太长。他强调，应进一步加强放疗科疼痛规范化评估，及时更新治疗理念，建立医患对于阿片类药物积极正面的认识是改善放射科疼痛管理工作的重点。

中国人民解放军307医院吴世凯教授指出，当恶性肿瘤患者无法接受手术/其他局部治疗或全身性药物治疗手段无效时，姑息放疗不失为一种有效手段。放疗医护工作者应当加强规范化的疼痛管理，联合药物镇痛应当贯穿放疗的前、中、后全程。

护理专场

CPAI 护理学院成立 姑息治疗离不开护理团队的大力支持

在6月19日上午召开的护理论坛上，中国肿瘤姑息治疗临床培训学院（CPAI）护理学院成立暨癌症疼痛规范化护理培训项目启动。

姑息治疗离不开护理团队的大力支持，通过护士可以更好地推广肿瘤姑息规范化治疗的“理念”，CRPC主任委员王杰军教授表示，CPAI护理学院的成立，为全国肿瘤姑息照顾领域提供一个教育培训平台，培养更多优秀的姑息护理骨干，从而更好地推动肿瘤姑息护理的发展。随后，中华护理学会肿瘤护理专业委员会主任委员徐波教授介绍了CPAI护理学院的主要职责、组织架构以及考核机制等。

目前，癌痛患者管理仍面临着诸多问题，如出院后癌症患者依从性不高，随访质量较差。基于这种现状，上海复旦大学附属肿瘤医院陆



从左起：覃惠英、强万敏、王杰军、徐波、陆箴琦、林慧玲、孙延峰共同启动“CRPC护理学院”

学院架构

院长：徐波、王杰军

副院长：强万敏、湛永毅、陆箴琦、覃惠英

顾问：赵继军、绳宇、洪彩英

箴琦教授提出基于网络的癌痛延伸护理的设想。

不同地区肿瘤姑息治疗模式和理念不同，大会还特别邀请了来自香港医院管理局新界东医院联网及白普理宁养中心顾问护师关惠敏和台湾国立成功大学医学院附设医院安宁个案管理护理师梁惠茹交流和分享香港及台湾地区姑息治疗的经验。

来自中国人民解放军

军陆军总医院王莉博士介绍，目前CRPC患者热线项目可通过热线随访、专家答疑、空中课堂这3种形式直接向患者提供帮助。她指出，院外癌痛管理是癌痛管理全过程中重要的环节。CRPC患者热线项目作为“爱心纽带”，对提高患者用药依从性，规范用药、提高院外癌痛管理水平具有重要作用。