



王杉 教授



李松林 秘书长



谢启麟 副秘书长



周俭 教授



季加孚 教授



赖宝山 教授



王杉教授、李松林秘书长为荣誉委员颁发证书

第十一届中国医师协会外科医师年会在京召开

思辨 实证 多角度探索外科发展之道

▲医师报记者 贾薇薇

开幕式

5月17~20日，第十一届中国医师协会外科医师年会在京召开，8000余人参会。

“每年五月的第三个周末，是中国医师协会外科医师分会这个大家庭过年和聚会的日子，见见老朋友，结识新朋友，展示对于外科的新感悟和新体会，听一听、看一看国内外的新进展和新成果。衷心希望借此平台，能够让每一位外科医师充分体会和谐融洽的氛围，并从中有所收获。”大会主席、中国医师协会外科医师分会会长王杉教授表示，目前，分会已成立了24个专科医师委员会，是外科行业管理中不可或缺的力量。同时，分会也开展一系列外科医师执业现状调研的工作，希望为行业发展以及政府决策提供素材。此次会议不仅有丰富的学术内容，还开设了手术视频影院，展映全国最优秀的外科专家的精彩手术。

中国医师协会秘书长李松林表示，十年来的不懈努力，使分会取得了长足进步。分会出台了一系列对于外科医师执业具有重要指导意义的行业标准、行业规范、操作指南、专家共识等，同时关注外科医师执业过程中面临的问题，全力维护医师的合法权益。分会为外科医师搭建了全面的学术交流平台，致力于提高外科医师临床诊疗水平，相信其必将为外科队伍的全面建设和发展作出新的贡献！

会上，中国医师协会副秘书长谢启麟解读了《中国医师执业状况白皮书》，来自世界各地的专家作了精彩的学术报告，为与会者带来了一场内容丰富的学术盛宴。

关联
阅读
全文

主题报告

残胃癌诊断之思辨与实证

王杉教授提出了对于残胃癌诊断的困惑：“残胃癌是指良性病变胃切除术后5年以上残胃发生的癌？还是恶性病变胃切除术后10年以上残胃发生的癌？亦或是残胃上的癌？”

王教授指出，残胃上的癌包含了新发癌、残留癌、异时癌、复发癌，甚至微转移癌。他举例说明了目前我国各医疗机构对于残胃癌的不同定义，导致获取临床数据的标准不统一，给临床应用与实践带来困惑。同时与日本等

国家相比，我国早期胃癌的筛查水平、规范化诊疗及手术水平、合理的病案记录等尚存差距，使用“残胃上的癌”的定义，会对诊疗产生一些并不积极的影响。

基于此，王教授建议将残胃癌定义为“残胃新发生的癌”。残胃癌的诊断标准为：良性病变胃切除术后5年以上残胃发生的癌，或恶性病变胃切除术后10年以上残胃发生的癌。临床继续应用胃残留癌、胃复发癌、胃多灶癌，

有条件的（可规范化进行胃癌切除术、按照日本“残胃上的癌”的记录标准进行完整病案记录）医疗机构可应用“残胃上的癌”的定义。

王教授提出了对于残胃癌诊断的展望：希望可利用新技术方法建立能够指导治疗的新残胃癌诊断体系，实现残胃新生癌、残胃复发癌、残胃残留癌、残胃多灶癌等的甄别；建立中国国家胃癌筛查体系；使八万普外医师得到胃癌手术的规范化培训。

现代技术助力肝癌精准诊疗

复旦大学附属中山医院肝脏外科周俭教授指出，肝癌仍是我国医疗行业最大的挑战之一。

目前，我国新发肝癌细胞癌占全球的55%。肝癌位列我国所有癌症发病率的第四位，死亡率的第三位。然而仅20%~30%的患者有手术切除的机会，而其5年生存率仅为14%，术后5年转移或复发率达60%~70%。

周教授指出，肝癌的早诊早治是生存的关键，数据显示，50%以上长期生存者来自小肝癌切除，随着影像医学的进步，现

已可发现0.5 cm的肿瘤，肝癌诊断的标志物也更加精准化。

此外，外科治疗是保证患者长期生存的最主要途径，复旦大学中山医院肝癌研究所数据显示，1958~2015年，中山医院行根治性手术切除治疗的患者，5年生存率逐年上升，2008~2015年的5年生存率已达64%。

目前，现代技术手段（虚拟肝脏、3D打印、ICG荧光影像融合技术）的不断进步有助于进行精准的术前评估与规划，提高手术安全性。积极的术后综合治疗（包括

预防介入、免疫治疗、抗病毒治疗等）也可改善患者预后。

周教授指出，肝癌存在瘤内异质性，克服的策略主要为靶向深度测序和肿瘤“液体活检”。基因测序有助于精准选择靶向药物，研究显示，41%的肝癌患者有潜在用药靶点，靶向深度测序更适合临床转化，其可指导靶向药物选择，实现精准治疗。

周教授提出，肝癌治疗未来一定要坚持早诊早治，强调规范治疗，加强综合治疗，提倡转化医学，注重循证医学。

中国胃癌诊治遵循本土化策略

北京大学肿瘤医院季加孚教授指出，我国是胃癌大国，年新发胃癌病例达454 014例，占全球发病人数的43.9%。胃癌治疗方式的选择应注重证据产生的背景进行个体化选择，同时需进行手术方式的统一。

2015年，中国胃肠肿瘤外科联盟成立，首创国内胃癌领域基于临床数据的新型研究协作机制，纳入30个省市、85家区域医疗中心的88 340例患者。分析发现，局部进展期胃癌占71%，早期胃癌19%，晚期胃癌10%。局部进展期胃癌中，行开放手术治疗67%，腹腔镜手术治疗33%。

联盟数据提示，中心越大，二次手术率越低，但并发症越“多”。季教

授指出，这说明并发症登记较以往产生较大差异，现在医生已逐渐意识到正视并发症，规范化并发症登记意味着更早干预，以及统一的记录标准。

季教授建议，应依托临床数据库及生物样本库为核心，开展以肿瘤临床问题为牵引的转化应用及基础研究。并介绍了“临床医学+X”模式，将临床医学与医疗人文、健康大数据研究、精准医疗多组学研究、交叉学科研究等相结合。以此实现结合国内特点，以临床需求为导向，针对性开展相关研究；交叉学科布局，注重与前沿学科合作，利用新技术解决研究问题；以患者为中心，重视患者利益保护关注整体健康。

追求更高外科手术质量之路

香港外科医学院赖宝山教授指出，提高外科手术质量的主要方式是进行外科培训，通过手术预后质控、团队合作、经验共享、以患者为中心的医疗服务、工作与生活相融合、信息技术、模拟训练以及教学实现超越核心能力。

赖教授指出，团队合作是外科医师的软技能，其体现了医师的情景感知、决策制定、沟通和团队合作

作，以及领导能力。以患者为中心的医疗服务是使医生接受家长式作风模式的转变，其不仅是医疗模式的转变，更是医师心态的重大转变。信息技术即利用患者的医疗信息和系统信息，加强护理路径或手术治疗。

赖教授强调，虽然拥有优厚密集的医疗资源，但培养能力和技能的最有效方法还是反复的培训和汇报。



会议开幕式现场

