

中国医师协会肿瘤多学科诊疗专业委员会成立 王洁教授当选首任主任委员

中国肿瘤多学科诊疗提升新高度

▲《医师报》融媒体记者 秦苗



姚德明 处长



王辰 院士



韩德民 院士



李松林 秘书长



赫捷 院士

中国工程院 韩德民院士 健康医学新时代

韩院士介绍，随着医疗服务到健康服务再到预防服务的变迁，既往人们注重疾病治疗，现在人们逐渐开始重视健康管理和预防保健，这主要得益于互联网、大数据、医学人工智能的发展，医疗健康模式已转变为以治疗为中心转向健康为中心。

韩院士认为，一直以来，中国的大型医院人满为患，本该以临床科研，解决疑难杂病为主的三甲医院却承担起更多常见病的诊疗。这就需要信息互通，包括电子病历、网络信息平台的支持。患者出现问题后，通过人工智能

进行对接，在家里就能弄清楚疾病的情况，然后再根据人工智能平台的反馈，决定是否需要去医院。这样，医疗资源的挤兑水平就会大幅下降。

同样肿瘤医学发展也经历了三个不同的阶段，从精准医学研究到规范化诊疗再到多学科协作模式。多学科协作模式的优势在于，根据患者肿瘤的生物学特性，利用目前诊疗技术进步的优势，开展个性化服务，通过非肿瘤科医生（病理科、影像科、麻醉科等）和肿瘤学医师（外科、内科、放疗科等）同时结合非医学专业的健康服务者共同协作完成。

中国工程院 李兰娟院士 肠道微生物和肿瘤息息相关



李兰娟 院士

李兰娟院士回顾了微生态研究现状，她指出，现阶段，全球各国高度重视“微生物与健康疾病”。在中国 973 计划和国家自然科学基金重大项目，2013 年“肠道细菌微生态与感染和代谢研究”的项目再获国家“973”计划支持。

李院士指出，肠道微生态与肿瘤及相关机制中息息相关，例如：通过微生物或其代谢产物直接致癌；破坏肠上皮的屏障功能，使免疫细胞接触细菌内毒素和抗原；细菌内毒素和抗原通过改变免疫细胞的促炎性因子刺激炎症形成和反应；诱导 DNA 损伤和

信号通路异常。

同时肠道微生物组分析作为针对早期 HCC 的靶向非侵入性生物标记物的工具显示，特定的益生菌组合在小鼠上有显著抗肝癌。

李院士介绍了例如具核梭杆菌表达黏附素和脂多糖可对细胞行为造成多重影响。梭杆菌属与结肠的发生、转移、耐药有关，而经过甲硝唑治疗后肿瘤组织中梭杆菌属负荷显著降低，且抑制了肿瘤的增殖。减缓肿瘤生长。有益肠道菌群可预防并改善肿瘤免疫治疗不良反应。但是，微生态作为新兴发展学科，现阶段的研究发现仅是“冰山一角”，未来应加强该领域的研究。



关联阅读全文
扫一扫

8 月 9 日，中国医师协会肿瘤多学科诊疗专业委员会成立暨首届学术会议在北京（主会场）、长沙（分会场）召开，经过组委会投票选举，中国医学科学院肿瘤医院肿瘤内科主任王洁教授当选首任主任委员。



王洁 教授

开幕式上，卫健委医政医管局姚德明处长，中国医学科学院北京协和医学院院校长王辰院士，中国工程院韩德民院士，中国医师协会李松林秘书长，中国医学科学院肿瘤医院院长赫捷院士等来自不同领域的领军者共同见证了中国医师协会肿瘤多学科诊疗（MDT）专业委员会的成立。

为配合疫情防控要求，本次会议采用线上+线下同步直播的形式。多名院士莅临会场，并开设肺癌、乳腺癌、消化道肿瘤、原创研究等 4 个学术分会场，内容聚焦肿瘤治疗的新形态、新进展、新理念和新方法。



中国医师协会高峰顾问宣布肿瘤多学科诊疗专业委员会第一届委员会选举结果并颁发证书

中国医学科学院肿瘤医院 王洁教授 MDT 专委会任务和未来方向

王教授介绍，多学科诊疗模式的的发展历程，是随着医学模式的改变的要求、医学发展需求、患者就医要求逐渐形成，从中美 MDT 的差异来看，中国肿瘤 MDT 的覆盖率低，三甲医院仅 20% 左右，肿瘤三甲医院肿瘤 MDT 模式主要在住院患者中，中国 MDT 收费模式还不健全。

鉴于此，以王洁教授为代表的肺癌领域专家向中国医师协会建议，成立肿瘤多学科诊疗专业委员会。未来工

作主要聚焦于：（1）建立健全组织架构和工作平台；（2）将循证医学、精准医学、MDT 理念融入到肿瘤的诊疗，建立肿瘤多学科诊疗标准化操作流程；（3）提高肿瘤 MDT 规范化诊疗水平；（4）提高肿瘤 MDT 管理质量；（5）加强对医务人员和患者的宣教；（6）国家国内学术交流、巡讲、培训、线上线下帮扶等；（7）推动和开展转化型临床研究；（8）政府和医师协会交办的其他任务。

山东省肿瘤医院 于金明院士 免疫治疗十大挑战



于金明 院士

于院士介绍，众所周知免疫治疗是肿瘤治疗革命性创新，免疫治疗及免疫联合其他手段将颠覆肿瘤的传统治疗理念对肿瘤治疗产生革命性的贡献。

免疫治疗前途光明，但道路仍存挑战。（1）肿瘤异质性是精准免疫治疗面临的挑战，研究探讨肿瘤免疫异质性多元化的驱动因素；（2）原发性与适

应性及获得性耐药是最大的挑战；（3）明确多重生物标记物与预后的关系并实现个体化精准免疫，放疗后的 ALC 能显著预测远隔效应，SBRT 更好的保护 ALC；（4）临床前模型的临床免疫转化能力有限；（5）理解特定器官的肿瘤免疫状况不够；（6）如何寻找免疫治疗更好的疗效评价标准面临挑战；（7）免疫治疗应用巩固和维持的时间尚无定论；（8）免疫治疗 + X：联合治疗克服耐药提高疗效的挑战；（9）免疫治疗对正常组织的损伤不清楚；（10）类固醇及抗生素对免疫治疗的影响及挑战。

中山大学孙逸仙纪念医院 宋尔卫院士 乳腺癌免疫治疗进展



宋尔卫 院士

宋院士介绍，肿瘤的发生发展受局部肿瘤微环境调控，肿瘤微环境是局部的微生态圈。其中肿瘤细胞、脉管系统、间质细胞、免疫细胞等都参与肿瘤的发生和发展。而肿瘤转移前微环境的形成决定着进入循环系

统的肿瘤细胞对远处器官转移的选择性，是肿瘤细胞在远处器官组织存活和形成转移灶的先决条件。三阴性及 HER2 阳性型乳腺癌更具有丰富的淋巴细胞浸润，因此需要先了解肿瘤的微环境状态。

他进一步介绍，现阶段单抗 PD-1 抑制剂在转移性三阴性乳腺癌治疗中的研究进展和 CAT-T 细胞的治疗进展等。未来乳腺癌免疫治疗方向和策略将开启新的免疫治疗靶点、探索联合免疫治疗新策略。

广东省人民医院 吴一龙教授 肺癌多学科治疗未来方向



吴一龙 教授

吴教授首先回顾了中国肺癌的史上具有里程碑意义的研究，据悉，截至目前，基于生物标记物上市的肺癌药物从一代到三代多达几十种，为了提高基因检测的效率，多维检测一次性发现更多可药用靶点，为此中国肺癌高峰

论坛达成共识，随着越来越多肺癌驱动基因的发现和相应特异治疗药物的上市，推荐采用高通量的检测方法一次性发现可靶向的驱动基因并一线使用相应的靶向药物治疗。吴教授认为，我国专家提出的 CTONG 评分系统相较于其他评判标准而言更具简单、明了的特点，只需将相应的指标带入评分系统中，再根据权重分配就可以得出最终的评价得分。显然这种评判机制更符合我国癌症治疗的实际情况，也便于在我国进行推广。