

2021 中国肿瘤健康管理大会在京召开
“两全”模式放缓乳腺癌进展的脚步

医师报讯（融媒体记者 秦苗）近年来，一直将乳腺癌当作“慢性病”的典范来对待，把已得到有效控制的乳腺癌及伴随疾病变成像高血压、糖尿病一样，放缓肿瘤的进展的脚步，让癌症患者的生活更有质量。“两全”管理模式应运而生，“全方位、全周期”提高乳腺癌的治疗效果，这是“两全”模

式的核心。其中，“全方位”管理，即在空间轴上，从既往只关注乳腺癌疾病，拓展到更多的关注其它非癌症相关的健康问题，比如心血管、骨健康、生育等这些严重影响乳腺癌患者生存期和生活质量的问题。3月27~28日，2021中国肿瘤健康管理大会召开，跨学科专家齐聚在北京。



孙燕 院士



张运 院士



马飞 教授



刘明生 教授



李蓉 教授

中国工程院院士 孙燕
肿瘤与各个系统“不分家”

20世纪50~60年代，我刚刚进入中国医学科学院肿瘤医院（原名日坛医院）时，便对肿瘤的认知有了本质的变化——肿瘤不仅仅是局部细胞过度增殖，而是全身疾病的局部表现。重视肿瘤对全身的

影响和表现，成为当时重要的研究课题。

通过观察大量患者，我们发现肿瘤与各个系统的关系密不可分，例如治疗中阿霉素对心脏的毒性、铂类药物对肾脏的毒性、异环磷酰胺对泌尿系统的

毒性、环磷酰胺剂量过高对神经和心脏毒性。随着靶向治疗和新一代的免疫治疗进入临床，肺毒性、心脏毒性和神经毒性等成为我们关注的课题，这些问题仅仅依靠肿瘤医生很难解决！

中国工程院院士 张运
心血管病已成为癌症死亡主因

随着肿瘤患者生存期不断延长，癌症逐渐以一种“慢性病”的模式存在。肿瘤与心脏之间的关系衍生出来的问题，正在影响肿瘤患者的整体生存。放疗、化疗、靶向、免疫治疗后所致的心血管并发症日益

凸显；并且单一学科的医生决策会影响治疗合理性的综合判断，很难同时解决两类大问题。因此，交叉学科——肿瘤心脏病学应运而生。

肿瘤心脏病包含四大内涵，即肿瘤化疗导致的心脏病、肿瘤合并心脏病、

两者之间共同的发病机制和心脏占位性病变。随着肿瘤靶向和免疫治疗的快速发展，药物给患者带来疗效的同时，副作用似乎表现的更加迅猛，心血管疾病甚至成为癌症患者死亡的主因。

血脂、骨健康

马飞：乳腺癌治好≠乳腺癌患者治好

与传统的慢性病相比，管理模式大不相同，肿瘤的慢性病管理有其独特性。中国医学科学院肿瘤医院马飞教授指出，乳腺癌患者伴随疾病日益凸显，在众多的伴随疾病中，血脂异常和骨健康问题尤为突出，血脂异常所致的冠心病、血管栓塞性疾病等严重者可威胁患者生命，而雌激素剥夺治疗导致骨代谢异常，引起骨质疏松，甚至骨折继而瘫痪的问题更是成为严重影响患者生存质量的首因。有数据显示，心血管事件导致的死亡已超过乳腺癌本身。但在临床中，医生对血脂异常和骨健康管理的问题关注度远远不足。

“有数据显示，对于初诊的乳腺癌患者，约40%的患者合并有血脂异常。另外约20%~30%的患者经抗肿瘤治疗后出现血脂异常，所以两类人群相加，共有约占总发病人数2/3的乳腺癌患者会出现血脂异常。但数据显示，这部分群体中接受血脂管理的人数不到10%。作为肿瘤科医生我们好不容易把患者肿瘤治好了，患者却

可能因心血管事件丧失生命。”马教授说道。

众所周知，肿瘤治疗本身会加重血脂的异常，包括化疗药物，以及相对安全且长期使用的内分泌药物，均增加血脂异常风险。马教授认为，为了减少血脂异常和骨丢失的风险，医生首先要做到防患于未然，包括预防性用药，如降脂药物和钙剂补充。除此以外，在抗肿瘤治疗药物选择时也要做出倾斜，因为不同的药有不同的副作用，医生在选择时要充分考虑患者的全身状态，来选择适合患者的内分泌治疗的药物。对于血脂异常有高血压疾病风险的绝经后的患者，治疗时可选择对血脂影响较小的内分泌治疗药物；而对于绝经后的女性群体，更应关注子宫内厚度，在不影响肿瘤疗效的情况下，要更多的关注不良反应对患者带来的影响。

肿瘤慢病管理的核心首先以“人”为中心，通过血脂异常和骨健康管理的模式，可以从高血压、糖尿病慢病管理模式中借鉴部分理念，但是需要创新肿瘤慢病管理新模式。

肿瘤神经

刘明生：神经学与肿瘤学携手同行

现阶段，肿瘤患者化疗后神经系统损伤或免疫相关的神经毒性成为肿瘤患者生存期内的另一个挑战，另外，很多晚期患者生命最终很难跨越脑转移这道坎。“肿瘤神经病学”是相对较新的概念，但是临床中肿瘤科和神经科之间的连接早已密不可分。

北京协和医院神经内科主任刘明生教授告诉记者，在临床工作中，不管是肿瘤科医生，还是神经科的医生，每天都在处理诸如此类的问题。从协和神经内科的患者构成比来看，约占20%的患者与肿瘤相关，其中有的与化疗相关、有的与转移瘤相关、有的与副肿瘤综合征相关，还有的与营养不良相关等，无论哪种原因，肿瘤的神经系统相关的问题，直接导致患者肢体麻木、疼痛、无力，严重者无法行走，甚至卧床不可避免的会影响患者的生活质量。

近20多年来，随着肿瘤患者生活质量的提高，肿瘤治疗效果的改善，这些问题越来越受

到重视。

面对肿瘤患者相关神经系统损害的问题，毋庸置疑早期发现是关键。刘明生教授指出，在临床中一旦患者出现神经系统症状，意味着病情已经开始变得棘手。对于肿瘤患者的神经系统损伤，应尽可能早期发现、早期评估、早期治疗，才能最大可能的改善患者生活质量，这充分考验肿瘤医生和神经内科医生密切配合。

刘教授介绍，临床脑部和其他神经系统的检测，通常成本较高，让每一位患者接受筛查涉及到经济效益问题，作为神经内科专家，不能把这项责任简单交给影像或其他辅助检查科室，神经科医生应积极参与到肿瘤患者的早期评估中去，通过详细的病史和查体，结合必要的辅助检查，帮助肿瘤科医生开展神经系统相关疾病的诊断和鉴别诊断，神经科医生和肿瘤科医生的密切合作，是肿瘤神经病学发展的重要基础。

生育保护

李蓉：保护生育能力 留一份希望

假如一名30岁女性诊断为癌症后，经过放疗化疗损伤，她的卵子储备降低到40岁水平，再经过5年左右的化疗，到35岁时卵子储备已降至45岁水平，导致的结果为自然妊娠的几率几乎为零！从医学层面来讲，年轻乳腺癌患者经过抗肿瘤治疗后，会出现提前闭经和生育能力受损。关于如何进行生育力保护、如何选择妊娠时机以及生育是否会影响到乳腺癌患者的生存等问题，一直困扰着广大年轻乳腺癌女性患者。

北京大学第三医院妇产科主任、生殖医学中心主任李蓉教授介绍，随着生育技术的发展，年轻女性患上癌症，保留生育早已成为可能。现阶段，我国与国际上先进的生育保护技术已接轨，无论是胚胎冷冻，还是卵细胞冷冻，以及卵巢组织的冷冻和复苏，生育保护在技术方面我们不再落后。但我们落后的是对生育保护宣传的理念，是医生对保护育龄女性生育力的认知。

医生，在肿瘤诊治的过程中，并不会充分考虑育龄期患者之后的生育需求；其次是患者及家属本人，首先考虑的是能不能长期生存，生存第一，其他都是‘0’。但患者的生殖细胞一旦遭受毁灭性的损害，便永远失去生育后代的能力。随着很多的肿瘤疗效凸显，在长期生存得到保障的情况下，患者生育的需求被重新燃起时，由于没有预先进行生育保护，往往追悔莫及。”

所以在肿瘤治疗前，有生育需要的患者，均应提前向生殖专家进行咨询。作为肿瘤医生应提前告知患者生育管理的可行性及其对乳腺癌治疗的影响。李蓉教授说，对于年轻的肿瘤患者来讲，保存生育的机会，其实也同时保存了她对战胜肿瘤的信心。

关联阅读全文
扫一扫