



北京大学肿瘤医院消化肿瘤内科团队

三代人攒家底 从无人问津到纷至沓来

本期嘉宾：北京大学肿瘤医院消化肿瘤内科团队
《医师报》融媒体记者 秦苗

“半世纪以前，由于临床上应对肿瘤的方法有限，没有太多医生愿意将此作为自己的职业方向，但也不乏“知其不可为而为之”的开拓者、领航者。国内最早的消化道恶性肿瘤专科诊治中心——北京大学肿瘤医院消化肿瘤内科（下称北肿消化肿瘤内科），历经三代人的坚守与传承，在肿瘤最难治的消化系统肿瘤领域，突破多个“世界领先”，让经治患者5年生存率领先欧美，与日本等地的世界先进水平持平。并持续突破生命的极限，把谈之色变的癌变成了可防可控的“慢性病”。

正值第五届中国医师节之际，《医师报》记者采访了北京大学肿瘤医院原副院长、消化肿瘤内科主任沈琳教授、北京大学肿瘤医院（以下简称：“北肿”）副院长张小田教授和消化肿瘤内科行政副主任李健教授，对北肿消化肿瘤内科团队“医路”专业领先的实力管中窥豹一番。

科室建设
从一穷二白到国际领先 三代人的艰苦奋斗

北肿消化肿瘤内科组建于20世纪70年代，在创始人金懋林主任带领下，历经三代人的艰苦奋斗，形成了现在专业实力全国领先、人才梯队全国最佳、诊疗模式和科研成果为国内众多医院所推广应用的肿瘤专科典范。但在组建之初，在肿瘤学科整体发展滞后的大环境下，北肿消化肿瘤内科算得上是“一穷二白”，不论人员、床位还是资源可及性都与现在天壤之别。

科室主任沈琳告诉记者，如今科室这些“家底儿”是三代人努力攒下的。以科室创始人金懋林为代表的第一代“北肿消化人”，靠着强烈的社会责任感，用双脚开疆拓土，绘制出了中国的胃癌发病谱地图。“金老师这一代最不容易，在经济落后、缺医少药的年代，靠着一双腿走遍广大农村地区，掌握了我国胃癌地域分布及发病特点，形成了中国胃癌发病谱地图。”

作为第二代“北肿消化人”，

沈琳认为她这一代相比第一代的坚定与执着，显得有些“不得已而为之”。“我们这一代人基本都是从其他学科转到肿瘤学科的，对肿瘤知之甚少，但好处是具备较好的大内科基础。”沈琳说，靠着上一代攒下的“家底儿”和自己摸着石头过河，第二代“北肿消化人”建立起了相对体系化、诊治手段多样的消化肿瘤专科。

如今，消化肿瘤内科专业实力全国遥遥领先，全国各地的消化道肿瘤患者慕名而来，至今还保持着全世界单中心最多的间质瘤病例治疗记录。“如果把金老师这一代人的奋斗，看着是‘靠腿儿’的时代，那我们这一代就是‘绿皮火车’时代，张小田副院长、李健副主任这一代则是‘高铁飞机’时代。我相信第四代会更不一样，在丰富的临床实践和研究积累下，他们会跑得更快，科室发展也会更快。”

临床诊疗 从缺医少药到多学科融合 内科≠化疗病房

消化道肿瘤在国外被视为所有实体瘤中治疗最艰难的领域，相关研究较少，现行治疗方法几乎没有明显提升。在中国，胃癌、食管癌等癌种患者五年生存率在全球居于领先水平，胃癌的五年生存率接近40%。正是基于消化疾病领域的庞杂，多学科综合诊疗模式（MDT）成为肿瘤患者最佳诊疗模式。

李健介绍：“以前都是各科室内部讨论，来消化内科要人，我们忙不过来，所幸变被动为主动，在沈琳主任和原院长季加孚教授带领下，消化内科牵头形成了院级MDT。”但MDT与会诊制有所区别。沈琳认为其模式不同：会诊是需求明确但不了解其他专科知识，去邀请相应科室的人来支持。而MDT则事先不知道需求，在固定时间大家一起讨论不同治疗手段的优劣，最终形成以患者利益最大化的诊疗方案。

MDT形成规范之前，有些复杂患者要跑到不同科室去看，听取不同的诊疗意见，但“一人一方”的诊疗意见让患者“蒙圈”。张小田向记者介绍：“MDT有助于形成最佳临床实践，让诊疗更规范、更精

准，患者看病效率更高。同时，对人才培养起到很好的辅助作用，年轻人参与多学科讨论，会让专业知识更扎实，拓宽知识面，形成多学科知识融合的全能型人才。此外，在组织MDT过程中，对组织能力、沟通表达能力、全病程管理视野都有很好提升。”

北肿消化肿瘤内科牵头搭建了我国首个胃肠肿瘤多学科综合治疗（MDT）平台，促进全国范围消化道肿瘤诊疗标准化和人才培养。作为发起人、倡导者和推广者，推动MDT从最初的专家兴趣小组形式，到国家行政引导的医院常规诊疗制度，此过程中，张小田、李健走过全国几百家医院推广MDT模式，让医生、患者都知道MDT对疾病的意义。“患者对MDT的认知度高，最能说明其临床价值。”

随着多学科联合与融合，肿瘤内科治疗亦不再停留在最初简单的化疗手段上，形成了外科手术、内镜技术、药物治疗技术等多学科技术手段联合的综合诊疗模式。“我们并不是一个化疗病房或者内科病房！而是整合了其他学科优势和我们消化内科自身优势，形成的以

消化道肿瘤为主的精准诊疗学科。”

沈琳强调，团队秉承患者利益至上，不断创新诊疗手段与模式，发力转化医学助推医学新突破。经过十余年的不懈努力，沈琳团队创立“胃肠道肿瘤精准治疗一体化研究体系”，首创贯穿临床前到临床全过程的多维度分子检测平台，指导精准治疗临床决策，显著提高了疗效。

此外，团队牵头开展一系列高质量临床研究，明确了多种治疗局部晚期或晚期消化道肿瘤的新方案或新药，大幅度降低了患者复发和死亡风险；建立了消化道肿瘤临床前研究最佳的拟人化动物模型库及临床队列，填补了国内该领域空白，大大加速了抗肿瘤新药研发及转化研究；牵头多个国际国内新药在消化道肿瘤中的研发和临床试验，推动多个创新药在中国获批适应症，并开启胃癌、食管癌、胃肠间质瘤、神经内分泌肿瘤分子靶向治疗时代，改写临床实践，解决了患者的治疗难题；牵头编写多个亚洲/中国消化道肿瘤诊疗指南、规范，成为我国消化肿瘤精准治疗领域的领军团队。

学科发展 从轻松到内卷 “患者老师”和“医师学生”的共同事业

肿瘤内科学如今已成为医学院校的热门学科，但在二十年前，肿瘤学发展不成熟，因治疗手段太少，又没什么特效药物，是一个相当不受欢迎的专业。知识匮乏、临床束手无策，职业成就感低。

“现在的知识量级与以前相比，是从一个空间维度到了另一个空间维度，以前是可以多少本书来计算的，现在每一天都有爆炸性信息涌现出来。”李健表示，肿瘤知识的集聚，临床手段丰富，“忙”这个字才真正彰显了肿瘤内科的地位和价值。

《医师报》记者从沈琳、张小田、李健的口中，都听到了“越来越忙”的体验。“刚进科室的时候，大家时常凑在一起笑谈人生、聊八卦，上夜班和护士一起煮泡面吃。现

在碰到了都在说：“消化内科怎么这么‘卷’”！”张小田笑说，现在比以前压力大太多。但这种忙和高压，却又让她很高兴，因为可以为患者做的更多了。

“医生的成长，学科的进步，患者是最重要的‘老师’！只有患者和我们手拉手，告诉我们：可以这样做、这个不能做、那个还可以多想一点……像战友一样相互依靠，才成就了我们共同的事业。”张小田告诉《医师报》记者。

当然，也离不开医院对医生的培养。沈琳表示，对医生的培养必须基于临床需求，一个人的精力有限，要掌握全部知识是不可能，如果聚焦在某一个方面，则能做精。鉴于此，消化肿瘤内科秉承科研任务与临床实践并重、业务发展与人才培养相结合

建设思路，通过建设专科特色，让不同医生聚焦不同的研究方向，形成各自的专业优势，但临床实践不分开，可以相互借鉴，就形成既专又全能型的医生团队。

这种临床实践统一、研究方向有倾向性的人才培养模式，一方面可以更好地服务患者，另一方面能够更好地收集病例数据，有助于临床研究的转化。同时也帮助北肿消化内科建立了国内最早、目前国内一流、国际先进的人才培养模式，形成了完善的人才梯队。

扫一扫
关联阅读全文