

编者按：随着多学科会诊逐日被全世界公认为肿瘤综合治疗模式和今后的发展方向。我们相信肿瘤多学科综合治疗并非热点，而是势在必行。AME 旗下杂志 HepatoBiliary Surgery and Nutrition 《肝胆外科与营养》(简称 HBSN) 的编辑有幸采访到来自美国约翰霍普金斯医院肿瘤外科的助理教授 Prof. Lei Zheng，他拥有多年的胰腺癌多学科治疗临床经验。采访中 Prof. Lei Zheng 分享了美国关于胰腺癌多学科治疗的现状与进展，现在让我们随着 Prof. Lei Zheng 一起思考如何在中国开展肿瘤的多学科综合治疗。



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.03.002
<http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2016.03.002>
Chinese Journal of General Surgery, 2016, 25(3):318-320.

• AME 名家专访 •

郑雷教授：胰腺癌的多学科综合诊疗



受访专家：Professor Lei Zheng (郑雷)，医学博士，约翰霍普金斯医院肿瘤及外科副教授，1996年和2000年先后在北京协和医学院及得克萨斯大学圣安东尼奥医学中心(UTHSCSA)学习并取得理学博士。作为主要研究者之一，郑雷博士长期致力于从接种疫苗患者的免疫性血清中筛选胰腺癌相关候选蛋白，用以对抗被激活的免疫系统方面的研究。通过该项研究，他们成功地鉴定出了胰腺癌肿瘤微环境中参与肿瘤-间质间相互作用的一种信号通路。目前，他的研究方向是深入探索胰腺癌肿瘤微环境引起免疫耐受及促进肿瘤生长、侵袭和转移的作用机制。他也是疫苗研发领域和胰腺癌术前、术后及长期维持性免疫治疗领域的主要研究者之一。临床研究方面，他主要从事探索胆胰肿瘤患者术前/新辅助化疗的多学科综合治疗。

问题一：经过这次会议中跨国际的关于胰腺癌治疗的讨论，您能否总结中国和西方国家在胰腺癌治疗领域的主要差距或差异？您对中国的研究者和医生有哪些建议？

我们参加此次会议的原因之一就是为了探讨西方国家和中国的内、外科医生在胰腺癌治疗方法上的差异，我们相信彼此均可从中获益。

中国和美国都有杰出的外科医生和出色的手术技能。然而，在胰腺癌的治疗策略上两国却存在一些差异。通过洞察并探讨这些差异，将有助于提高两国胰腺癌患者的疗效。在过去的十年里，西方国家尤其是美国，胰腺癌的多学科综合治疗有了长足的发展。

约翰霍普金斯医院多学科综合治疗门诊是全美第一家多学科综合治疗门诊，我有幸成为该小组的一名成员。现在在美国几乎每家大的医学中心都有一个为胰腺癌患者开设的多学科综合门诊。之所以在美国会有多学科综合门诊，一方面是因为在过去患者首先会去找外科医生看病，然后外科医生会让患者去找肿瘤内科医生；之后，肿瘤内科医生可能会建议患者再去找放疗科医生。如此一来，

在治疗方案确定前，患者可能需要耗费数周时间才能完成各专科的就诊，从而造成治疗的延误。另一方面，如果患者先去外科就诊，即便先行化疗或放疗使肿瘤缩小后再手术的方案可能更为合适，外科医生也很可能推荐患者先行手术治疗，而这可能仅仅是由于外科医生担心患者在等候其他专科的诊治时延误治疗。同样的原因，假如患者先去肿瘤放疗科就诊，则很可能被推荐优先放射治疗；而如果患者先去肿瘤内科就诊，很可能被推荐化疗。因此治疗方案的制定很大程度上取决于患者在哪个专科首诊。但是多学科综合治疗则不同。多学科综合门诊的医生来自不同的专科，患者会在同一时间接受他们的诊治，医生们坐在一起讨论病例并就治疗方案达成共识。这样，治疗方案的选择并不是由最初接诊的医生来决定。

我认为当前在中国，多学科综合治疗的观念也渐趋流行。然而由于受传统因素的影响，中国癌症患者的治疗方案在很大程度上取决于某个专科、患者的意愿或者首次接诊的某位医生。中国同行希望我们能够帮助他们改进目前这种癌症治疗模式。这次大会上，尽管诸多国外学者探讨了不同分期的胰腺癌的诊治，但都不约而同地强调了多学科综

合治疗的重要性。国内外的医生在胰腺癌手术技巧方面没有明显的差别,但是,比如对交界性可切除胰腺癌的处理方面仍有明显的差别。在美国,我们首先对此类患者进行化疗,随后是放疗,之后再行手术治疗。在中国,这类患者则可能首先接受外科手术治疗。

问题二:胰腺癌的多学科综合治疗在美国是如何演变的?

在美国,这种诊疗模式开始仅仅只有10年。10年前每个专科医生都各自接诊患者,患者在不同的专科接受不同的治疗。此后,多学科综合治疗模式逐渐形成。每个专业的医生都必须为多学科综合治疗贡献额外的时间。医生们需要对其他专科医生的意见和建议持开放的态度。在多学科综合治疗模式的影响下,我们自己对疾病的理解也发生了很大的变化。现在,我们不仅仅从本专业的角度,还会从其他专业的角度来看待疾病。在此过程中,每个人的临床技能都得以提高。比如,外科医生可以讨论化学疗法,放疗科医生可以讨论外科手术,而肿瘤内科医生可以讨论放疗。由于了解了不同治疗原则、优点和缺点,这样我们就能在多学科讨论后就治疗方案达成共识。多学科综合治疗第二个优势是确保个体化治疗的实施。通过多学科综合治疗肿瘤的讨论,每个患者的治疗方案将不再一成不变,而是根据患者的临床病理特征、体力状况、家族史以及分子标记物来施行个体化的治疗方案。

问题三:在西方国家,胰腺癌治疗面临的最大挑战是什么?

在美国,胰腺癌预后仍然很差。仅有20%的胰腺癌患者在就诊时可手术切除。40%的患者在确诊时已出现远处转移。其余的40%则是局部晚期,这意味着这部分患者虽然肿瘤局限,但已处在交界性可切除或不可切除阶段。对于这种阶段的胰腺癌,我们需要为患者选择最佳的治疗方案,期望通过化疗和放疗使肿瘤降期,进而为手术切除创造机会。但即使是可切除的胰腺癌,80%会在术后5年内复发。近几年,对已有转移的胰腺癌患者,我们采用一种我们称之为FOLFIRINOX的

新的联合化疗方案,该方案能使患者的平均生存时间从既往单用吉西他滨化疗方案的6个月提高到11个月,效果显著。然而,我们没有人对此满意,如何寻找更为有效的胰腺癌治疗方案仍是我们面临的挑战。另外一个挑战是,在西方国家和中国,胰腺癌的发病率仍在逐年上升。即使在某些地区,胰腺癌的发病率不是很高,但其病死率仍然居高不下。在美国,胰腺癌占因癌症死亡原因的第二位,近一半的有转移的胰腺癌患者的生存期不到一年。预期在今后5~10年内,胰腺癌将仅次于肺癌,成为第二大癌症杀手。

问题四:在胰腺癌的早期诊断方面有何进展?

早期诊断非常重要。人们在通过寻找早期肿瘤分子标记物来提高早期诊断方面已经付出了巨大的努力。在约翰霍普金斯医院,一种提高早期诊断的方法是研究胰腺癌的癌前病变,我们称之为胰腺囊性疾病。但并非所有的胰腺囊性疾病都会发展成肿瘤;因此从早期诊断的意义上讲,区分不会癌变与迟早会癌变的胰腺囊性疾病非常重要。我们想要做的就是切除那些有癌变风险的胰腺囊性疾病。然而,胰腺囊性疾病的手术范围与胰腺癌相同,也有相似的手术并发症。我们仍然没有找到特别好的方法来区分可能会癌变以及永远不会癌变的胰腺囊性疾病。现在我们主要依靠影像学方法如CT、MRI以及内镜超声来鉴别它们。此外,我们已经开始研发分子诊断工具,比如检测囊液里的突变DNA。我们寄希望于利用分子标记物,检测通过微创方法获取的患者血液或体液标本,从而检出具有恶变潜能的癌前病变。

问题五:你将会从事或希望完成哪些专业领域的研究?

所有的专业领域必然会不断发展。我们外科医生一直在不断提高手术技巧,这其中包括微创外科技术比如腹腔镜胰腺切除术。患者往往对新技术感兴趣,因为新的技术可能带给他们益处。肿瘤放疗学专家在继续研发新技术,比如立体定向放疗,使更多的射线聚焦于治疗区域,这样可能会有更好的治疗效果,这是胰腺癌放疗领域最新的发展。在

霍普金斯,腹腔镜胰腺切除手术和立体定向放疗技术是胰腺癌局部治疗两个重要的发展方向。我们的肿瘤内科医生也在继续研究胰腺癌的系统性治疗,比如新的胰腺癌化疗药物组合以及新的靶向治疗。免疫治疗是一种新的系统治疗模式。既往的观点认为胰腺癌是一种非免疫原性的疾病。人们之所以推测胰腺癌不会对免疫治疗产生应答,是因为胰腺肿瘤组织中很少见到免疫细胞。这种观点已经成为阻碍胰腺癌或其他类似肿瘤(如结肠癌)免疫治疗发展的巨大羁绊。在霍普金斯,我们已经研制出一种胰腺癌疫苗。最近,我们在术前2周给患者接种疫苗,然后检测手术切除的肿瘤。我们发现疫苗接种后肿瘤中形成“淋巴结”样的淋巴组织结构,使得肿瘤从非免疫原性的转变成免疫原性的组织。现在,我们逐渐认识到胰腺癌不再是非免疫原性

疾病,我们不应再怀疑胰腺癌免疫治疗的前景。我们的研究表明,疫苗疗法可能使胰腺癌对免疫治疗更加敏感。最后,胰腺癌研究的一个新的热点是个体化治疗。尽管胰腺癌总体预后差,但是不同的患者有不同的预后;因此个体化治疗非常有意义。我们期望在未来依据每位胰腺癌患者的肿瘤和肿瘤微环境中的遗传及表观遗传学特征来选择个体化的治疗方案。

(本文笔者:黄晓曼, AME 出版社科学编辑)

本文引用格式:黄晓曼. 郑雷教授:胰腺癌的多学科综合诊疗[J]. 中国普通外科杂志, 2016, 25(3):318-320. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.03.002

Cite this article as: Huang XM. Professor Lei Zheng: Multidisciplinary management for pancreatic cancer[J]. Chin J Gen Surg, 2016, 25(3):318-320. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.03.002

欢迎订阅《中国普通外科杂志》

《中国普通外科杂志》是国内外公开发行的国家级期刊(ISSN1005-6947/CN43-1213/R),面向广大从事临床、教学、科研的普外及相关领域工作者,以实用性为主,及时报道普通外科领域的新进展、新观点、新技术、新成果、实用性临床研究及临床经验,是国内普外学科的权威刊物之一。办刊宗旨是:传递学术信息,加强相互交流;提高学术水平,促进学科发展;注重临床研究,服务临床实践。

本刊由国家教育部主管,中南大学主办,中南大学湘雅医院承办。主编王志明教授,顾问由中国科学院及工程院院士汤钊猷、吴孟超、吴咸中、汪忠镐、郑树森、黄洁夫、黎介寿、赵玉沛、夏家辉、夏穗生等多位国内外著名普通外科专家担任,编委会成员由国内外普通外科资深专家学者组成。开设栏目有述评、专题研究、基础研究、临床研究、简要论著、临床报道、文献综述、误诊误治与分析、手术经验与技巧、国内外学术动态、病案报告。本刊已被多个国内外重要检索系统和大型数据库收录,如:美国化学文摘(CA),俄罗斯文摘(AJ),中国科学引文数据库(CSCD),中文核心期刊(中文核心期刊要目总览),中国科技论文与引文数据库(中国科技论文统计源期刊),中国核心学术期刊(RCCSE),中国学术期刊综合评价数据库,中国期刊网全文数据库(CNKI),中文科技期刊数据库,中文生物医学期刊文献数据库(CMCC),万方数据-数字化期刊群,中国生物医学期刊光盘版等,影响因子已居同类期刊前列,并在科技期刊评优评奖活动中多次获奖。

本刊已全面采用远程投稿、审稿、采编系统,出版周期短,时效性强。欢迎订阅、赐稿。

《中国普通外科杂志》为月刊,国际标准开本(A4幅面),每期120页,每月15日出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷,图片彩色印刷,封面美观大方。定价25.0元/册,全年300元。国内邮发代号:42-121;国际代码:M-6436。编辑部可办理邮购。

本刊编辑部全体人员,向长期以来关心、支持、订阅本刊的广大作者、读者致以诚挚的谢意!

编辑部地址:湖南省长沙市湘雅路87号(湘雅医院内) 邮政编码:410008

电话(传真):0731-84327400 网址: <http://pw.amegroups.com>; <http://www.zpwz.net>

Email: pw@amegroups.com; pw4327400@126.com

中国普通外科杂志编辑部