

特约通讯员 吉双琦 本报记者 左妍

在癌症家族中,胰腺癌因恶性程度极高、进展迅猛、生存期短而被称为“癌王”。许多患者从确诊到生命终结,往往只有短短数月。这种“无计可施”的无力感,曾是临床诊疗中的常态。

如今,这一局面正被一点一点打破。11月20日是世界胰腺癌日,瑞金医院副院长、中国胰腺病学会科普与健康传播分会主任委员沈柏用接受采访时表示,对抗胰腺癌,医生的使命绝非局限于完成一台手术,而是要为患者构建起从早期诊断、精准治疗到全程关怀的完整“生命防线”。

从“不可切”变为“可切”

面对素有“癌王”之称的胰腺癌,尤其是在晚期患者生存期短的严峻挑战下,如何实现精准诊疗的突破?瑞金医院胰腺疾病诊疗中心正通过深度融合多模态研究,打造出一条延长患者生存期的“中国路径”。

所谓“多模态”,绝非技术的简单堆砌,而是一套贯穿诊疗全程的“组合拳”。首先,在诊断层面,团队正在整合高通量基因测序、先进的影像组学及液体活检等多技术方案“喂养”AI大模型,为胰腺癌的早期诊断积累经验 and 数据。机器学习和总结后给出建议,如同为医生装上了多维望远镜,不仅能更早、更准地发现病灶,还能精准描绘出肿瘤的分型 and 生物学特性,为后续“量体裁衣”式的治疗奠定基石。

其次,在治疗层面,团队规范了开腹手术为主,腹腔镜、机器人微创手术为辅,以“精准切除和确切淋巴结清扫”为核心的外科治疗理念。同时,协同新辅助化疗、靶向治疗及免疫治疗的多学科综合治疗体系(MDT)。对于部分局部进展期患者,通过新辅助治疗先行,半数患者能够有效实现肿瘤降期、微转移控制,将“不可切除”胰腺癌转化为“可切除”,显著提高了该期患者的R0切除率(手术切缘无肿瘤残留),进而提高了手术根治率和5年生存率。

这一切都有赖于强大的临床数据库与生物样本库支撑。沈柏用团队正在牵头建立的“中国人群胰腺癌多模态全息数据库”,通过系统性地收集、分析与随访中国患者的数据,能够不断优化治疗策略,并将成功经验转化为可推广的临床路径。

“一刀切”迈向“个体化”

从“精准诊断”到“个体化综合治疗”,再到“数据驱动持续优化”,这个闭环模式对胰腺癌的治疗有何影响?今年4月,由瑞金医院沈柏用牵头发布的《胰腺癌系统治疗亚洲专家共识》(以下简称《共识》),推动胰腺癌诊疗从“一刀切”向精准化、个体化转变,并紧密结合亚洲地区的医疗实际。

改写亚洲患者的治疗结局,关键是要充分考虑亚洲各国经济发展不平衡、医疗资源分布不均、患者身体耐受度差异的现实情况。例如,在药物推荐上,《共识》创新性地兼顾国际前沿方案与亚洲广泛使用且疗效确切的传统药物(如口服药S-1),提出“因地制宜”的治疗策略,以确保不同经济和身体条件的患者都能获得适合的治疗。

在此基础上,《共识》进一步追求治疗的“精准”。它首次明确推荐对晚期患者进行全面的分子检测,绘制肿瘤“基因身份证”,以精准指导用药,从而提升治疗效果,延长患者生存期。

开发全新精准“武器”

精准的策略,最终需要融入一个完整、协同的治疗体系才能发挥最大效能。《共识》强调根据疾病分期“分期施策”制定全身性治疗方案,同时通过多学科专家协作,为患者制定个性化治疗方案。

我国胰腺癌患者存在与西方人群不同的基因变异特征,患者的胚系突变谱也呈现出自身特点。破解基因密码仅是第一步,如何将其转化为克敌制胜的临床武器?团队正通过系统构建胰腺癌“基因身份证”体系来回答这一问题。该体系不仅整合基因突变信息,更突破性地引入蛋白质组学数据。当前,团队在新药研发、老药新用及肿瘤疫苗三大前沿领域取得的原创性成果,为征服这一疾病带来了全新的“武器库”。

基于对KRAS这一“恶魔基因”的深刻认知,团队在细胞治疗领域实现了精准打击。针对最常见的KRAS突变,团队成功分离出世界首例能够特异性识别KRAS G12V突变的高亲和力T细胞受体,并据此开发了全新的TCR-T细胞疗法,为攻克这一“不可成药”的靶点提供了全新武器。

除了开发全新的精准武器,团队还通过“老药新用”的策略,为改善肿瘤微环境找到了破局之钥,比如,他们发现降脂药瑞舒伐他汀能有效抑制胰腺癌进展。而在治疗性突破之外,团队更将目光投向了利用疫苗技术主动防御、根除肿瘤的探索,目前已成功开发出针对胰腺癌的单靶点mRNA疫苗,并已进入临床一期试验。首例接受该疫苗治疗的晚期患者,肿瘤显著缩小31%,其无进展生存期与总生存期均远超常规治疗平均水平。



前不久,一名90后上海女孩与50后父亲对话的视频登上热搜。视频里,已确诊胰腺癌晚期且发生转移的父亲,以惊人的平静向女儿传递着对生命终局的看法。他劝女儿“不要为改变不了的事情悲痛”,甚至打趣说“就当我去旅行了”。这一幕让无数网友动容,也深深触动了我——每天都在与“癌王”交锋的医生。

如今医疗技术飞速发展,我们常谈及精准诊疗、靶向药物与生存率,但这条热搜提醒我们:患者和家属内心的惊涛骇浪,同样需要被看见、被安抚。今天,我想暂时放下手术刀,和大家聊聊如何安放面对疾病时的焦虑与不安。

直面恐惧

从“术后不管”到“全程管理”的承诺

在门诊中,我常遇到已在当地接受过治疗来咨询术后方案的患者,也见过因治疗漫长而自暴自弃的人。“那边医生手术后就不管了”“担心治不好,干脆放弃算了”——这样的话我听得不少。这种“被抛弃”的恐惧,有时比疾病本身更令人窒息。

我想郑重告诉每一位患者:现代医学理念早已从“一次性手术”转变为“全生命周期管理”。手术只是漫长征程中的重要一环,更像起点而非终点。在瑞金医院胰腺中心,我们会为每位患者制定个性化随访治疗方案,定期复查、即时沟通,并给予专业的营养与疼痛指导。我们绝不会在术后“放手”,你绝不是一个人在战斗。

同时,我也理解家属的无力感。面对亲人的病痛,他们常因不知如何相助而陷入自责与回避。我建议家属们,将关注点从“治好”转向“过好”:专业治疗交给医生,而家人的陪伴与理解,才是构筑患者内心防线最坚实的砖石。

东西方视角

隐私与陪伴之间的平衡智慧

在法国留学期间,我深刻体会到中西方患者面对重症时的心态差异。西方患者普遍注重个人隐私与独立决策,就诊时往往独自前来,冷静与医生讨论病情和方案——他们认为这是个人之事,不应过多牵涉家人。这种独立性减少了家庭内部的决策摩擦,也让患者能更自主地掌控治疗路径。

其“利”在于,高度个人自主权赋予患者尊严,避免了家庭意见不一带来的额外压力。我曾见过一位法国老先生,平静地告诉我他决定不再接受激进治疗,希望用剩余时间完成心愿,且已亲自安排好一切。这种对生命的冷静掌控,令人敬佩,但“弊”也显而易见:他们有时会失去家庭支持系统带来的情感缓冲,独自面对坏消息、独自在病房度过漫漫长夜,那份孤独感需要极强的内心力量才能消化。

而在中华传统文化中,家庭是紧密的共同体,“家人生病,全家出动”是常态。这份“利”无比宝贵——它让患者被爱与关怀紧紧包裹,知道自己身后有强大后盾。但有时,过度家庭关怀也会变成“负担”:所有家庭成员共同沉浸在焦虑与悲伤中,反而放大了负面情绪。

我常常劝慰家属:我们要做患者情绪的“稳定器”,而不是“放大器”。学习像那位上海父亲一样,尝试用平和甚至带有幽默感的方式去面对,或许能为我们撕裂的情感找到一个温柔的出口。

医患同心

用“听得懂的话”搭建信任的桥梁

今年医师节,一位女患者送了我一份特殊的礼物。住院期间她话不多,诊疗沟通多是我单方面输出、告知与解释,但她会把就诊经历史实时更新到社交网络。在我看来她就是个挺有意思的“I人”。那天她来门诊复查,小心翼翼地递过一份礼物说:“吴医生,谢谢您手术前耐心讲解,画图告诉我肿瘤位置、手术方式和可能的风险。您说的每句话我都听懂了,心里才有底,才敢毫无畏惧地把自己交给您。这是个模型,我想送给您。既感谢您的精湛医术,也希望帮到其他患者,为您以后的医患沟通添点力。”

那一刻,我深受感动,也愈发清晰地认识到:作为医生,我们付出的每一分耐心、说的每一句“大白话”,患者都看在眼里、记在心里。她还特意在模型底座不显眼的位置刻了行字:“就像您说的,用听得懂的话,解决胰腺难题。”这个刻字模型至今仍摆在我办公室,时刻提醒我不忘从医初心。

我想,医学不仅是科学,更是人学。面对胰腺癌,我们固然要依靠日新月异的医疗技术抗争,但同样需要建立强大而平和的内在世界。无论是像那位上海父亲一样,将生命的远行视为一场旅行,还是像我的那位患者一样,通过充分的理解来建立战胜疾病的信心,都是在为我们宝贵的生命,增添一份从容与温度。我们共同努力,不仅是为了活得长久,更是为了在当下的每一刻,都活得有尊严、有质量、有希望。

治病不忘暖心,『暗巷』同行不必孤勇

胰腺外科医生谈如何做患者的『情绪稳定器』

瑞金医院胰腺疾病诊疗中心 吴志翀 副主任医师



从AI诊断到开发疫苗,多学科攻坚构建全程关怀的『生命防线』

挑战『癌王』,『中国方案』持续上新



本版图片 10