

先进水平。虞先濬本人主刀胰腺癌根治术年均600余例，累计为4000余例患者实施高难度胰腺手术。

从3名医生7张病床起步的胰腺外科，如今已经跻身世界三大胰腺肿瘤中心，围绕胰腺癌这种“癌症之王”，团队不断探索手术技术的创新突破，同时治疗理念的革新上做了大量的努力。

5月18日，2020年度上海医学科技奖颁奖大会召开。虞先濬教授领衔项目“胰腺肿瘤外科治疗新策略及机制研究”荣获上海医学科技奖一等奖。

当外界惊叹于这个团队的成绩时，虞先濬教授却在同道云集的学术活动上说：“胰腺癌治疗的现状和困境是：技术高大上，效果矮矮穷。”尽管胰腺癌患者术后生存期比十年前已经有了明显的延长，虞先濬教授对目前胰腺癌的治疗效果并不满意。

他说，胰腺癌的诊治，一定要开创新思维、新理念、新策略，才能实现最基本的“活得长”的目标。

“用精湛的技术与肿瘤学的前沿理念融合造福于患者生存，切实带来患者生存时间的延长。”

十年时间，中年人的鬓角不免爬上华发，但精神上却还是当初那个少年。

## 起点是“活不长”三个字

二十多年前刚成为我国胰腺外科权威倪泉兴教授的学生时，虞先濬问倪泉兴教授一个问题：跟胰腺癌打交道那么多年，您最痛苦的事是什么？

每年承担上海市三分之一胰腺癌手术，二分之一（2万例次）胰腺癌的综合治疗。创下国际同类单中心年手术量超1500台的纪录，患者术后中位生存期延长40%，达到国际先进水平。

倪教授回答四个字：“活不长啊！”

这几个字，常常在虞先濬的耳边回响，而他二十多年来的努力，都是围绕着如何让患者活得长。

胰腺癌，被认为是医学迄今未能攻下的堡垒。当其他癌种的患者已经开始追求生活质量时，胰腺癌这种“癌中之王”，还在为生存时间挣扎。

胰腺癌发病率位居我国恶性肿瘤第6位，5年生存率不足10%。同时，胰腺神经内分泌肿瘤发病率较既往上升5倍，异质性强，临床治疗难度大。即使是早期胰腺癌患者，在术后仍然容易出现复发或转移。

不久前，《新民周刊》记者在复旦大学附属肿瘤医院（浦东院区）的一间小会议室里对虞先濬教授进行了一次专访。“面对这样一种难治的癌症，外科医生是一种什么感受？”回应记者的这个问题，虞先濬教授从感性和理性两个维度展开了全面的阐释。

外科医生通常不喜欢谈失败的手术，但虞先濬教授却不止一次回忆他主刀的第一台手术。1999年，28岁的华山医院普外科医生虞先濬终于可以主刀胰腺癌手术了。在此之前，虞先濬已经无数次配合倪泉兴教授开刀，从最基础的“拉钩”开始，到其他的辅助工作，一步步进阶。

虞先濬顺利完成了这台手术，

但术后不久，病人出现胰瘘，必须第二次开刀。胰瘘是胰腺外科手术一种严重的并发症，如果不能得到及时的处理，病人很快会出现感染等并发症，感染无法控制的结果则是死亡。接受两次手术后，这位病人还是在一个多月后去世。

此后的多年中，虞先濬不止一次遇到病人手术中大出血等等危急的情况，那种感觉，虞先濬形容“生命就像手里握一把沙子，不停地流失，非常无助、绝望”。

如果只有“无助、绝望”，虞先濬不会成长为优秀的医生，医学也不可能进步。

虞先濬教授总结，要想让胰腺癌患者活得长，必须走过“手术安全-手术根治-手术有效”三个阶段，而像胰瘘这样的问题，处于“手术安全”的阶段。针对胰瘘，虞先濬带领团队发明了“乳头状残端封闭型”胰肠吻合新方法，将术后胰瘘率从国际平均的15%至20%降到7%，并在全国多家三甲医院推广应用，得到国际同行高度评价。

闯过安全这一关，接下来是“手术根治”。近三十年是外科手术技术高歌猛进的三十年，外科手术从让人恐惧的“开腹”，走向了微创化，如今又来到了机器人辅助下的微创时代。但虞先濬教授认为，一味追求“微创”而放弃开放式的手术技术，并不是科学的态度。因此他的团队一直遵循“微创”与“开放”比翼