

列腺癌诊疗指南》，为中国前列腺癌患者提供了精准规范的前列腺癌多学科治疗方案。今年6月3日，2021版《CSCO前列腺癌诊疗指南》正式发布，新增了一年來前列腺癌领域的最新循证医学证据，尤其是许多本土数据，为提高中国前列腺癌的规范化诊治水平，提供了一部“循证证据、与时俱进”的准绳。

“早期重在精准筛查和精准手术（个性化制定达芬奇机器人、腹腔镜或开放手术方案），中期重在精准分期，晚期重在基于精准分型的精准综合治疗（药物、手术、冷冻或射频等多种治疗手段）。”叶定伟告诉记者，肿瘤医院推出的前列腺癌诊治“复旦方案”对患者开展的是精准的全程化管理模式。

近年来，肿瘤医院泌尿肿瘤多学科（MDT）团队在全国率先推广前列腺癌社区筛查模式、开设国内首个前列腺癌筛查门诊，同时提出“复旦策略”，使患者5年生存率可达82.6%，处于国内领先水平。

2018年，肿瘤医院还发起线上中国泌尿肿瘤MDT平台，全国400余家医疗中心、21家国际顶尖泌尿医学中心入驻平台，为更多患者带来治疗福音。

在国际上，叶定伟教授也带领团队多年来牵头并开展了许多泌尿肿瘤领域全球多中心临床研究。

首位登上“哈佛讲坛”的大陆肺癌专家

肺癌是中国及世界发病率和死亡率均居第1位的恶性肿瘤，外科手术是实现肺癌根治的主要手段。在肿瘤医院胸外科，每年肺癌手术量达4000多例，年门诊量超过5万人次，辐射圈从华东六省一市逐渐扩展至全中国。肺癌IA期患者五年生存率高达93.6%，达到治愈效果；IB、IIA、IIB及IIIA期患者五年生存分别为84.1%、77.5%、74%及45.8%，已处于国际领先水平。

对肺癌患者来说，精准治疗是伤害小、预后好的最佳选择。肿瘤医院胸外科主任、胸部肿瘤多学科综合诊治团队首席专家陈海泉教授认为，肺癌腹腔镜技术日渐普及，可一味追求腹腔镜“打洞数量少”的“炫技”并不可取。他领衔的胸外科团队，在《外科学年鉴》上首次提出“全面微创3.0时代”理念，即以腹腔镜技术为载体，多学科参与，为患者选择合适的术式、切口，尽可能多保留正常肺组织、肺功能、淋巴结，在最短时间内完成手术，确保患者获得最佳疗效。

在切除肿瘤时，肺叶到底能不能保留、保留多少？过去医生并没有客观依据做决定。2016年陈海泉教授团队发表研究结

果：术中将肿瘤样本送病理检测，如果判定良性，则不必继续做肺叶切除；如果是原位癌和微浸润癌，则只做局部切除，不进行淋巴结清扫；如果术中病理报告肿瘤为浸润性腺癌，才会按照传统的手术方式手术。术中冰冻和术后最终病理诊断的准确性达到96%。研究课题“冰冻病理指导的亚肺叶切除”2016年发表在《临床肿瘤学》杂志，杂志同期配发述评，誉为外科个性化治疗早期肺癌重要进步，2017年被引入欧洲肿瘤内科学会（ESMO）早期肺癌诊治指南。

以更好的治疗效果为目标，以患者的生活质量提高为目标——围绕目标，陈海泉教授团队对早期浸润前肺癌处理也提出了自己的原则：良性的不能当恶性的开，早期的不能当晚期的开，惰性肿瘤不能当激进肿瘤治，可以在合适的时间开。

对于需要手术的患者，选择什么时机手术，胸外科团队也有自己的标准。“我们在为患者制定手术计划时，除了首先考虑病情以外，还要考虑他的年龄、人生规划、职业规划等等，要充分为患者考虑，一起选择一个最佳的时机。”陈海泉教授说。

不仅是手术技术的改进上，肺癌的早期筛查上陈海泉教授秉持了同样的理念，提出了适合中国人群的筛查标准。

肺癌的早诊早治是降低死亡率的关键，欧美和日本自上世纪90年代后以低剂量螺旋CT（LDCT）为主要检查方法推广肺癌的早期筛查。传统CT筛查的主要“高危”人群指的是老年、长期吸烟者、有肺癌家族史和从事高危职业的人群。

由陈海泉教授团队完成的《早期非小细胞肺癌外科个性化治疗的基础与临床研究》项目，在对上海市闵行区11332名50-80岁的居民进行低剂量螺旋CT（LDCT）筛查后发现了27名肺癌患者，其中不吸烟的女性患者占66%，影像学表现为磨玻璃结节的患者占70.4%。团队的这一研究结果表明：在中国，年轻、不吸烟、女性患者也是肺癌高危人群。

陈海泉教授强调，虽然肺癌筛查的主要人群需要扩大范围，但并不意味着肺癌早期筛查需要“全覆盖”，他主张对不同人群采取不同的筛查频率，按照“低龄低频”的原则，不同年龄段人群可以选择3年、5年、10年的间隔频率来做早期筛查。这一理念再次更新了过去部分人群进行每年筛查的原则。

食管癌研究是陈海泉教授团队的又一个攻关难题。中国食管癌病例数约占全球50%，病理特征独特，90%的食管癌为鳞癌，且半数以上的食管癌患者在发现时已出现了淋巴结转移，涉及多区域部位。

食管手术是目前创伤最大、风险最高的外科手术之一。陈海泉教授团队在食管癌手术“入路”和“淋巴结清扫范围”方