



Haalthy · 公益科普系列 · 第一讲

北京协和主任医师郭慧琴教授

肺癌治疗综述

30 分钟演讲，30 年临床精华

如何让自己年轻 20 岁？

癌症是不是老年病？

吸烟、装修、爱郁闷和肺癌有关吗？

晚期肺癌能活 3 年以上吗？

未来 5-10 年有希望治愈肺癌吗？

为提高肺癌治愈率而存在

Haalthy





我读研究生的时候锁定的就是攻克癌症

很高兴今天周末还这么多人在这里听我们关于肿瘤的特别是关于肺癌的项目。

说起来肺癌可以说我的前半生是跟肺癌的患者以及肺癌的整个治疗，它的过去、现在和未来是紧密联系在一起，它几乎成了我生命的一部分。就是说我读研究生的时候锁定的就是我们需要攻克癌症，当然了，这个路程大家会觉得很漫长，可是我们不也是一点一点接近吗？那讲起我是外科大夫，实际上呢，我的领域除了我没有给病人去做放疗，涉及到所有治疗的从早期的诊断，从术前的化疗评估、手术方式，包括术后处理，术后的长期随访，包括刚才刘金英教授讲的营养，包括病人心理，实际上它是很全方位的一个多因素影响的治疗结果。

你不仅仅是一个外科医生，你是一个肿瘤学家

那么我发现在我的临床实践，最初我是一个外科医生，那么实际上第一把刀对肿瘤很重要，大家都希望我得了肿瘤，千万要尽早的找到外科大夫，能做手术大家就 ok 了。实际上我们怎么说，外科只是在所有肿瘤包括肺癌实体瘤里面，它只是手段之一，也可以说最重要的一个手段之一，但绝不是唯一。所以这样的话，即使是一个最优秀的外科医生，那么优秀的外科医生就会说，该做手术了我得做，按照我们的 guideline，按照我们的这个医疗的规则，那么我有手术适应症，我们排除了手术的禁忌症，这个病人手术很顺利，而且是没有并发症出院了，那么或者在医疗上允许的这个病人他出院了，这就是一个很好的外科大夫。但实际上，一个很好的外科大夫不是一个很好的肿瘤医科大。在 20 多年前，九几年的时候，我学了一句话，这个呢是当时国际上一个很著名的的肿瘤医科大说的，我觉得我们很有同感，叫做 You are not only surgeon, you are oncologist。就是你不仅仅是一个外科医生，你是一个肿瘤学家。那么对于 oncologist 的要求呢，实际上就是说你要有精准的诊断，你要有一个精准的治疗。这种精准的治疗不是说这个病人来了我就给他切，可能是你做的一个很好的外科手术，但是你可能切了一个不该切的病人，或者你的手术方式是有问题的，那么也许这个最终在一个就是我们讲的更广泛一点的，就是我们在治疗上我们是就是战术和战略的问题。那么也说我们所有的方法都是战术上的问题。那么我们最后战略的目标就是让我们的病人用最小的代价，



活的更长，活的更好。

一个没有质量的生存期对病人是没有意义的

其实我们讲的很多我们看到肿瘤去搜肿瘤的文章，特别是肺癌的成千上万，浩如大海。但实际上我概括的这句话，就是我阐述了所有肿瘤治疗的精髓，就是我们用最简单的方法，去达到最大的治疗，病人治疗的获益。那么治疗获益，有两个最重要的指标，就是我们活的更长，活的更好。我们也知道一个没有质量的生存期对病人是没有意义的。谁会希望我们的病人像一个植物人躺在床上或者是在消耗生命，在感受痛苦。当然不是，所以就我们两个目标，那么奔着这两个目标呢，我从我读研究生的时候，我就开始不仅仅局限在我的手术，你知道我们协和医院是一个综合医院，我们医科院系统就是肿瘤病人呢都会送到专科医院去。所以就是在我读研究生，九几年的时候，我们医院几乎不收肿瘤，我们没有肿瘤科。那么为什么消化科，包括肝癌、胃癌、结肠癌、胰腺癌等等，大家觉得得了肿瘤到肿瘤医院就行了？因为肿瘤医院到了专科医院就得加床，有这个规律，那么我们希望也是这样。我做了一个很成功的手术，后来病人到了肿瘤医院，我们一随诊，病人家人说，手术完成的特别好，结果化疗感染，死掉了。所以说，那我想我即使是将来，在我做研究生的时候，即使我成为一个很优秀的外科医生，可能我不一定救得了病人的生命。

基础研究推动了肿瘤治疗的发展，以职业为载体救更多的人

那我也在想病人找我，我是把外科做为一个职业，还是我以这个职业为载体，我来救更多的人。那么那时候，我们实际上九十年代从我个人的这个治疗的这个模式，已经不仅仅是外科，而是一个综合治疗。实际上在那个时候，大家很讲要规范，但是很幸运的是我读博士的时候，我读的是这个肿瘤的分子生物学，那么我们知道，任何一个医学的进步和疗效的新的发现，都是基于科学的研究的一个发现。

我们也知道，06年 EGFR 就是 TKI 上市，是因为在 02 年的时候，在更早的时候哈佛大学的 Daniel Haber 他们发现 DNA 在肿瘤的患者 DNA 的研究中发现 EGFR 的外显子缺失。那有了这样一个发现，才诞生了 TKI 这个药，才逐渐到一期临床，二期临床，三期临床。我们也知道这个药最初是在哈佛大学医学院发现的，但在美国它很快就



被 pass 了，是因为人种的区别。那么在美国可能在晚期的肺癌的有效率不高，很低，所以他们当时没有通过 FDA，但是又发现在亚洲人群中，有优势人群，比如说他发现，腺癌的女性不吸烟的患者那么有效率比较高。所以直到 2009 年，在很著名的期刊杂志，是我们亚洲人联合做的一个试验，发现呢如果是在有 EGFR 突变的患者人群中，那么他对靶向药就有很大的优势，是一个很大的优势人群，所以说有了基础研究的进步，才推进了肿瘤治疗的进展。

肺癌目前就两大类靶向药

当然了，我们现在从 02 年的时候在做临床试验的时候，可能患者就来问说郭大夫，听说有一个治肺癌的药，那我不用做手术了。大家实际上对肿瘤治疗的认识是非常碎片化的知识，不全面的。那我现在给你讲，任何一个治疗，它都缺少综合的治疗。也就是说有了 EGFR 这个药，在肺癌我们知道分小细胞肺癌和非小细胞肺癌，那么非小细胞肺癌又分为腺癌、鳞癌、大细胞癌、腺鳞癌，还有少数的一些其他的类癌、多形性癌等等，最常见的是鳞癌和腺癌，在腺癌里面过去是归成一大类，像我们 90 年代末大家都是把非小细胞癌归成一大类，但实际上，就腺癌我们知道的，有 EGFR 突变，包括突变有外显子 19、外显子 21，还有一些耐药性突变，那么还有 ALK 的融合、还有 ROS1 的突变，所以这样的话又把腺癌里面，根据他的生物学的特征，我们知道，一个生命现象最本质的决定他的是在基因水平，那我们从基因水平，非小细胞腺癌是一部分，分为了有 EGFR 突变的，还有 ALK 突变的，ROS1 突变的。

那么现在，关于靶向药有两个，一个是针对 EGFR 的，就是 TKI，这些药从国外进口的，一个是易瑞沙，还有一个是特罗凯。特罗凯实际上很多病人会很迷茫，这个药是不是都一样，它是大同小异，也就是说一片特罗凯，相当于三片易瑞沙的剂量，所以特罗凯的相对的时间，有效中位生存期会长，但实际上它的副作用很大，我们更倾向用易瑞沙，因为用了一片耐药加两片可能有效，加了两片耐药加了三片，但总的时间加起来，这样的时间病人的副作用会小，有效的时间会更长。同时呢我们还知道国产的，这次也获得国家科技进步奖的，叫凯美纳，这个药相对一天三次，它的副作用会更小。实际上我们要了解肺癌，我们如果是肺癌家属和肺癌患者本身，我们知道这个药给了三种，当然现在这个一代因为有个耐药的问题，所以出现了二代的耐药和三代的阿法替尼，9291 等等，这个都在研究中。包括 ALK 突变和 ROS1 就是克唑替尼，实际上说到肺癌我们



就这两大类靶向药。

用最小的诊断成本，包括时间成本和经济成本

现在市面上有很多做全基因组测序，实际上我们知道还有很多未知的突变我们还没有发现，而且即使发现了也还没有药，所以**对于患者的诊断成本来讲**，我们认为没有必要去做全基因，花几万块钱去测，即使测出来也没有用，实际上概括起来就是这两种药。我们知道 ALK 只需要用免疫组化，免疫组化非常便宜，200 块钱，你无须在做 PCR、FISH 这些，花几千块钱，刚才我强调了，我们**用最小的成本，包括时间成本和经济成本**，这都是要我们在治疗过程中要考虑进去的。

精准的治疗来源于精准的诊断，给病人选择一个最优的方案

第二个问题就是比如 ROS1 因为它是比较少的突变，在肺癌里面也就占到百分之二到三，EGFR 能占到百分之五十到六十，所以这样我们首先是测 EGFR，因为双突变是很少的，所以即使是我们要做精准医疗，精准检测的话，我们也是有一个顺序的。我们先做大量的试验，如果他有 EGFR 突变，后面我们可以先不测了，可能极少数的会有双突变，就是说他有 ALK 突变，又有 EGFR 突变，那么我们也先应对 EGFR 的突变，TKI 的组织突变。为什么呢，因为相对来说便宜些，我们知道一个月十几克的药几万块钱，所以说老百姓承受起来还是有一定的困难。那么如果说 EGFR 没有突变，而且我们排除 KRAS，KRAS 如果突变的话什么药都没有用。如果双突变，我们会有的，如果说这里面有 KRAS 突变，那么即使他 EGFR 突变，我们都没有用。所以我们如果谈到精准医学，那么**精准的治疗来源于精准的诊断，那么精准的诊断我们有一大堆的东西放在这，我们怎么选择？那么我们肯定是作为专科的医生，我们要给病人选择一个最优的方案。**就是从大概率事件着手，这样从他的经济 and 诊断成本上会更经济一些。

我们所有的人都是肿瘤的易感人群，肺癌的易感人群

所以我反过来再讲科技的，为什么我当时做博士的时候，实际上 93 年我做得是心肺移植，后来我到斯坦福大学，从肿瘤的诊断发生发展来看，我当时预测，在未来几十年，一定有肺癌是一个直线上升的。这就跟改革开放和工业化程度的提高是有关系的。



实际上这个也证实了，我们协和医院统计的一个数字，在 85 年到 95 年，这十年就诊的人数跟 95 年到 2005 年是增加了 5 倍，也就是说它是一个爆发的。而且根据我们现在工业化的程度和经济的发展，我们有一个预测，如果我们的环境不治理，肺癌直线上升的趋势将会延续到 2050 年。如果我们现在采取有效的措施来治理环境的话，那么这个发病率逐渐上升的趋势至少要延续到 2025 年，那么 2025 年我们知道在未来还有将近 10 年，就是我们所有的人都是肿瘤的易感人群，肺癌的易感人群。

通过科普，使大家从早期诊断、预防治疗上受益

那么这样的话，我们就非常有必要对肿瘤的早期诊断、预防、包括治疗我们要有一个清晰的概念。这就是我为什么参加这次公益活动的意义。因为到了我们这里，很多病人已经是晚期了。我们知道，按照现在目前的治疗手段，延长一个晚期患者的生存，一年的费用大概是 20 万到 30 万，延长一年。所以说绝对是一个劳民伤财的事情。那么我们如果提前一年的话，可能这个病人只做了手术，几万块钱，从诊断到手术就解决问题了。所以说时间对于患者很重要，那么也就是科普很重要。基于这样的原因。大概在 2010 年人民日报，我连续三年在世界肺癌日 11 月份，我连载了很多关于肺癌的科普的，包括诊断、治疗。我是希望通过科普这样一个形式，使大家从诊断上，早期诊断、预防治疗上能够受益。但实际上我们大多数的病人还是不了解，所以我觉得我们 Haalthy 办的这个活动，我会很支持他们做这样一个事情，绝对是惠及广大老百姓，利国利民的一个事情。我们不是说我们把大量的经验，把我们一生的储蓄，只是放在医院里面，让病人只是那么一年不到的生存期，而是我们早期预防，我们要做到事半功倍。

近十年我看了几万名病人，手术几千例，一站式诊疗

那么讲到治疗，我有太多的话要讲，我大概从 2000 年，近十年我看的肺癌病人就有将近几万名。从我九几年到现在，我做的手术是几千例，从最早期到最晚期，可以说在这么多的临床实践中，我个人做的工作结合我们的研究，我已经不局限于是一个外科医生了。因为有很大的热情希望我们的病人在我的治疗下，如果他有幸，有缘分成为我的患者，那我就会尽最大的努力，而不局限于我的专业，只是做个手术，OK 我手术做的很好，我完成任务了，而希望他能活的更长，这样我们的患者，我们都是长期活着，



老百姓的话叫一站式，就是从进到我们的诊室，从他的精准诊断开始，直到他最后临终。所以这样的话在这样一个临床实践中，不仅患者受益，从我们的医疗上积累了大量的 Information，关于治疗。我们知道，医学是一个经验医学，虽然 Medical science 它是科学加上经验，这就是为什么我们这一门科学不同于其他的科学的地方，因为我们还有人文的因素在里面，很多的因素。

我发现在积累了十年之后，那么我们病人的治疗和转归，和我们现在即使是从我们专业学术的角度上，从国际的范围内很大的不同，也就是我们已经改变了常规，就是说刚才我们讲外科，那么很多到了 IIIB 期，到了现在为止，我们的肺癌病人说 IIIB 期，你已经没有手术指征了，不归外科大夫管了，这个病人就只能找内科，那内科医生的武器就是化疗、靶向药，直到用到没有药可用。后来患者就知道原来你们肿瘤科医生很好做，反正这个药不行试那个药，方案都是标准的，对不对，这个药不行试那个药，最后试到没有药可以用，就等死了。再吃点中药，中药也喝不进去了，交代了。那么家属也觉得，我经过这么多精端的治疗，也对病人。因为得病的时候都是很惆怅很惊恐的，在治疗的过程中，大家也都接受这个事实了，病人交代了。

过去治愈肺癌比登天还难，未来希望 5-10 年能够治愈

那实际上就是说经过了 40 年，从 70 年代到现在，肺癌的 5 年生存率没有改善，其实在早年我就想这个问题，我们临床大夫在做什么？实际上我们没做什么，对吧。大家都在做研究，全球的科学家、医学家都在研究，实际上没有攻破过。在尼克松早年的时候，他的总统就职演说，就是我有两大目标，一个是登上月球，一个是攻克癌症，结果呢，月球早就登上了，肿瘤的生存期依然是 5 年生存期不超过百分之二十就十几。这样的话，我们就觉得原来治疗、治愈肺癌比登天还难。所以到今年呢，AFCR 美国的副总统，他们在大会上讲，我们由于有了分子生物学，由于有了基因的检测，由于有了精准医学时代的到来，我们治愈癌症的时间就不会太长。他把这个目标锁定在 5-10 年，他们的目标他们是希望 5-10 年内我们能够达到治愈肿瘤。当然了这是未来的一个我们期待。但无论怎么样，我们最现实就是我们当下，我的家属该怎么办，我是肺癌病人该怎么办，我是医生该怎么办，对吧。



脑转移也有自愈的情况，让病人多活若干年而不是几个月

今天因为时间有限，实际上我要给你们讲的分享的经验实在太多了，我可以讲很多脑转移的病人，有的时候就达到一个自愈的一个情况。5年前的病人，当他走了各大医院说你就两三个月的时候，到我们这边，我们就要以精准的个体化的综合治疗，那么这个病人5年之后，给我发短信说我现在很好，感谢。这个病人除了其他的治疗之外，当然还包括手术。就是我们很多 IIIB 期、四期的病人，这个临床试验是在我 2000 年到现在大概有十几年的时间了。这个是跟国际上不一样的，你可以说这个是违反 guideline，也可以说是我们国内的一个技术和创新。所谓违反就是说大家说四期的做没有意义，没有意义就是没有延长生命期，那我们延长的，现在一个新药上市，平均大约三个月这个药就可以上市了，那绝不是我们的目标。我们知道现在新药越来越贵，几乎都是几万几万的，几万美金来去这样，那我们希望我们的病人能够活若干年。

一个勇士在战场上忘我的斗争，中晚期中位生存期到 37 个月

在 06 年的时候，我在 ASCO 会发了一个摘要，因为我只有 50 例的病人，我总结了 50 例的晚期，IIIB 到四期，那是我们的中位生存期在国际上才只有 7 到 11 个月的时候，我这一组的患者就达到 37 个月，37 个月意味着什么，3 年平均。所以有的说我们超过了，所以至少我内心是非常喜悦的，我已经看到了未来。主流，我们知道，一个新的方法，一个新的发现，当做为一个常规应用到临床的时候至少 5 到 10 年，那我们的患者是没有时等 5 到 10 年的，所以在这样的情况下，我们克服，做了很多。你想我们要违背常规，要给患者带来益处，那一种艰难，那一种过程，从不被认可，从大家认为你是旁门左道，到最后病人，我们的证据是要病人的生存期，那至少要三年以上，这个过程，你知道医生，我们的专家对我们的患者做了多少的牺牲，做了多少的不懈的努力，不亚于一个勇士在战场上忘我的斗争一样。那无论怎么样，我们还是看到了很喜悦的进步。就是说四期的病人在什么时候要做手术，包括 IIIB 期，我们是有我们的一条规律的。



一个是精准，一个是综合，一个是全程

所以很多患者说，郭大夫我们是不是可以申报一个专利叫郭氏疗法，我觉得这个都不重要，重要的是我们患者受益。我们形成了一个很独特的体系，这个体系用六个字来概括代替，一个是精准，一个是综合，一个是全程。不是说这个病人做完手术了，做CT，做了核磁，做了PET，已经没有瘤子了，这个病就OK了，NO。实际上我们随诊，就是我们知道当一个病人得了肿瘤的时候，他实际上就是肿瘤的一个易患个体，他有他的易感性。我们也会发现，我们详细的了解这个的家族史的时候，至少在百分之六十到八十的患者中，我们会在他的家族成员中了解到他们曾经有相关的 relatives, 就是他的亲戚会有得肿瘤的病史。也就是说肿瘤是有家族易感性的，它不是遗传，因为从肿瘤本身它是体细胞的突变。所以就有说法就是说其实每个人都有癌细胞，只是得了和没得，这个说法是错的。一旦形成癌细胞，它一定要长，实际上每个细胞都会有突变，这是对的。包括我们射线，包括我们各种各样的接触到的有害的。甚至人家说有的时候你得了癌症是交了坏运气。为什么呢，就是细胞在自身合成的过程中，生命的代谢过程中它有自发的突变，这概率大概百分之十左右。也就是说百分之十的患者是找不到任何原因的，他可能就得癌了。

这就是为什么我们要做好全民普查，当然了他有他的优势人群，优势人群是什么呢？比如说家族史，它不一定是肺癌，那可能有的人家里得白血病，有人得肝癌，有的人得了结肠癌，或者是甲状腺癌，他的后代的子女中一定是易感人群，这个毋庸置疑。因为我做肿瘤研究的时候，我的研究方向之一就是肿瘤的遗传易感性。那么在未来的工作中，实际上我们的临床工作是一个转化医学工作。

其实不仅是 clinical Work, 实际上 clinical basic Work. 还包括 basis, 就是基础。而在我们这个 group 里面，我们做到了最及时的转化，而不是说我们科学家去找到临床，再去申请课题，这样的话时间是要十年以上的。我个人觉得很幸运的是我当时做一个临床医生，我又有了分子生物学的训练，而且我当时做的就是在国家的分子肿瘤实验重点实验室，是我们国家第一个实际上肿瘤医院研究所。那么也是最早的基因，因为我们知道，最早是88年才有了人类基因组计划，我93年读研究生，我们开始从基因这个角度来研究肿瘤，这个是非常 pioneer, 这个是很早的一个世界先行者。其实这些基础和临床只是人为的分为不同的学科，但是他作为肿瘤的一个研究，它是一个整体。



肺癌五大诱因，综合治疗和减少复发

所以说我刚才讲的是遗传。那么还有一种就是它的五大因素，我们在座的肯定更关心 not cancer，那我们知道 smoking，smoking 它是一个什么概念呢，对于男性患者，百分之七十的男性肺癌患者都是跟抽烟有关系的，这种主要是主动抽烟，包括被动抽烟。我一个患者 32 岁，是一个部队上的小伙子，一根烟也不抽，但他的军营，他的办公室天天是烟雾缭绕，所以在他结婚体检的时候就是一个肺癌。既没有家族史，他也不抽烟，但是他的队友抽烟，而且他就在一个抽烟的环境，所以 smoking 是一个很重要的，所以我们的戒烟协会大力的倡导一定要戒烟，那么既然我们已经是癌症肺癌的患者了，一定要避免抽烟和被动抽烟，包括三手烟。什么叫三手烟呢，我坐在这个车上，这个车的司机抽烟，那么这个车的墙壁，它的凳子会有烟的吸附，会在空气中悬浮，这叫三手烟。所以这个第一个抽烟一定是一个高危因素。那有的人说我抽烟抽得很多，但我没得癌，我们刚才讲了，在得癌的男性患者里面有百分之七十，但并不是抽烟就得癌，它是一个多因素。

现在大家问，哪些肿瘤找到原因了呢？我们知道宫颈癌，它跟乳头状病毒感染有关，所以就产生了疫苗；我们知道肝癌可能乙型肝炎病毒感染有关系，但是肺癌没有。肺癌就是多因素，一个是易感性，一个是 pollution，这个空气污染包括大气污染和室内污染，室内污染最重要的就是装修。我们都不能想象你们的衣服，我们穿的内衣，包括我们用的被褥都有致癌物，所以你要讲究一点它的质量，它是纯的，棉质的，还是合成的。我们知道我们喝的矿泉水的瓶子，拉出来就跟棉花一样，可以做成衣服，可以做成布料来让我们穿戴，这个都是致癌物。那么乳腺癌增加了，乳腺癌除了跟激素关系密切，为什么这么多年这么那什么呢，我们的洗衣剂，我们的内衣的材质都是致癌的，这就是为什么，我们都在生活中不经意中我们都置身在一个致癌的环境中，无一例外。我们只有自己会更小心。

刚刚我讲的就是说污染的问题。那么在我的患者中，很多就是我刚装修完，很累完了就咳嗽，一照片子，肺癌。那我只要影像上很清晰，一看片子，一做手术一看，就是癌症。那这个时候，我给他做了手术，除了给他正规的医疗介入，我一定要给他指导，你这个屋子不要再住了，如果他住下去，我即使给他治的很好，化疗都完成了，他只要住在这个屋子里，一定会再得癌的。所以我们知道，复发的因素很多，其中环境的因素。这是大家都忽略的。有的时候老百姓会觉得说我去找一个风水先生，你们家得换个地



方，他可能是有道理的，患者觉得很灵，实际上就是它的环境是在你不经意的，有的时候它的周围就是一个辐射塔，他根本不知道，那对于一个易感人群来讲，他可能就是一个很重要的原因。

我有一对年轻的夫妇，这个男的抽烟，而且他们装修完，结果三个月，他的太太就是肺癌了。那为什么，不对呀，我们在同一个环境中，我们知道，肺癌是一个多因素。一问家族史，这个女方的表妹乳腺癌，那你再往前推，她可能不知道她的姥姥，或者她的祖姥姥是不是，但是她一定会有这样的因素，所以她有一个易感性。

刚才我讲了一个易感性，一个环境因素，还有如果你有反复的肺部感染史，尤其是结核，这种陈旧下来的病灶，在你免疫力低下的时候，它可能就长时间引来癌了，叫斑癌。那么也就是说这一部分人群，他非常自信说自己没有问题，但突然哪一次体检，它变了，长了，基本上八九不离十癌症。所以说有过肺部感染的，特别是结核病史的，有这种陈旧性病灶的患者，他就是一个易得癌人群。

那么还有一种就是 mind strikes，就是精神重创，我们知道突然一个大的打击，是会让免疫功能严重失调的。我们最新的一个研究进展，过去说大脑系统里没有免疫系统，实际上大脑系统跟免疫是密切相关的，神经的所有的反应会调节到你的免疫系统。那么这样的话我们为什么会觉得真的康复让病人有一个音乐疗法呢，他在一个很舒适的很快乐的环境中绝对是有利于疾病康复的，我们并不是说我们听一听音乐这个癌症就治好了，就像癌症的原因是多因素的，治疗也是多因素的，正是因为如此，癌症治起来就是如果你只注重了一个方面，手术做的多么漂亮，方案给的多么好，都不尽如人意，实际上是一个综合治疗。

少给他交代一句话，可能我所有的治疗都会前功尽弃

所以说我看门诊，大家都会觉得等，看病的病人都会觉得郭大夫多会瞧病，在外面就会说郭大夫怎么这么慢，实际上我会觉得我要是少给他交代一句话，可能我所有的治疗都会前功尽弃。包括我们刚才聊得营养，营养是非常非常重要的。实际上肺癌的患者不同于胃癌食道癌，因为他吃饭是不受影响的。当然了你涉及到化疗的问题，那么就是比如说最简单的会影响食欲，最重要的是闭着眼睛吐，那现在我们医疗的手段，已经能达到就是让病人只是在一二度的化疗反应，那么这个反应我们只需要对症处理，病人完全可以正常饮食。所以说往往我的患者做完手术化疗，他的体重是增加的。我们也会告



诉他，怎么样合理的饮食，我可以告诉如果我们把健康，把营养注意的话，我们大概就可以减到一半的患病概率，所有的疾病。

50 多岁像 30 多岁，营养很重要

我今年已经五十多岁了，但我觉得我的体力就是三十多岁，我手术能做十几个小时，我在手术台上已经站了 30 年了。对吧，那是什么呢，是因为我懂营养，我懂怎么调理，我懂我该吃什么，不该吃什么，那这个叫营养学。所以说刚才我们刘金英教授给我们讲的营养的评估，非常非常重要，包括你怎么合理的。我们知道五大营养素，氨基酸，脂肪酸，包括碳水化合物，最后是糖，还有纤维素，还有维生素微量元素，这是缺一不可的。正是这样的话，我们的患者，实际上我在给他做化疗的同时他会吃一大堆的药，我就会针对化疗药物的副作用，因为我们知道有神经毒性、粘膜的溃烂，消化道的反应等等，包括肝损害，肾损害，这些都是要大夫考虑到的，否则的话，那病人你给他一个多好的化疗方案，他已经营养不良了，营养不良意味着什么呢，他各个功能都要减退，你就给他再多的药，他不能发挥作用。它都会打折扣的，所以说，营养是很重要的，我们还会聊细节的讲，我们的病人都要交代，我做病案注的时候，病发了你要给他谈你要吃什么，你要怎么吃，这个很重要。

控制了肿瘤，病人靠自身的免疫活下来

包括我们化疗白细胞基本上不低，不用打升白针，或者过些天让他打，那我们知道什么样的，比如胶质，最简单的中期就可以摄入白细胞，你就把那个鳝鱼的骨头熬成汤，他就能升上来，所以说不是等他低到很低，低到他骨髓已经抑制了，那我们白细胞里面我们知道包括有淋巴细胞和粒细胞，粒细胞用来抗炎的，淋巴细胞抗病毒和抗肿瘤，当粒细胞已经打到快零了，几百帕，他有免疫吗？

你知道这个病人活下来是什么呢，说明肿瘤控制了以后，才把免疫力提高，这个病人活下来是靠他自身免疫活下来，哪有几个病人是靠手术切了一刀他就活下来了，或者是化疗打，化疗打到最后一一定是毒性的积累，耐药的增加，我们只是在一个最佳的窗口期，让化疗的作用发挥到极致，把它迅速停掉，把它的副作用减到最低，这时候这个病人是受益的。



肺癌的治愈不是没有可能的

所以说病人往往说我能化疗吗，谈到化疗就谈，就像谈癌色变一样，说我们邻居化疗几个月，给化死了。实际上，我告诉你，化疗也好，手术也好，它只是一个方法，这个方法用的好，他就是受益的，用的不好就是一把刀子，双刃剑。我们的患者，为什么晚期病人可以做手术，如果我只是切了，肯定切不干净，它长的更快，是因为我有了很有效的化疗，把它降期了，本来他来的可能是四期，可能是三期，那么经过我有效的化疗，精准的化疗之后，他的免疫状况改善了，他的肿瘤的负荷变成一期二期了，那为什么不给他切掉呢，你一个肿瘤，靠化疗能把它打没有了，不可能，那么这个时候就要用这个刀子，就是手术。所以我们就是要每个方法找找它的最佳的时间节点和最佳的适应症，就是最好的时候用最好的方法才能达到最好的疗效。所以不是说化疗怎么怎么好，靶向怎么怎么好，或者手术怎么怎么好，它都是要综合来运用。

那么尤其是我们现在能做的研究跟国际上不同，除了靶向，我们的化疗都是精准的，是根据到我们的基因组学来独立组合的，另外我们的化疗方案，实际上我们是有整个免疫的概念贯彻到这个过程的，我们是希望在治疗的过程中，调动他的自身免疫，把瘤负荷降了以后，我们知道在 10^6 以下癌细胞就会功能正常，就会自生自灭，所以你希望把癌细胞杀灭，杀绝，最后只能把机体给杀完，把瘤子进展的更凶猛，这就是我们这么多年，治了成千上万的病人，经过 30 年的临床，我的经验就是肺癌的治愈不是没有可能的。

而且我在 09 年的时候，生命时报的记者采访我说，郭大夫，现在肺癌的消息都是很负面的，好像疗效也很有限，生存期也很有限，你能不能给点正能量。我告诉他如果一个晚期肺癌病人治疗得当，比一个早期肺癌治疗不得当活的还要长。那我们是不是现在的治疗就是最好的，绝对不是，如果最好的话，一个好的药物的有效率在百分之七十以上，我们认为它是最好的，如果百分之二三十，实际上我们没有找对方法。

现代医学还是很尴尬，很无奈的，我们还是有希望的，毕竟有这么多科学家，医学家在最前沿日理万机的在做研究，在跟时间赛跑，在为患者的生命在去努力，我想希望是有的，因为至少在我这一组病人，我不是一例两例那我可以说不偶然，我已经看到了很大的希望，甚至到四期的病人无瘤生存到五年以上的也是不乏其人者。

我今天的演讲就到这里了。