



近日,2026中国肝胆肿瘤学术年会于上海召开。本次年会以“指南维新 数智赋能”为主题,会聚了国内肝胆肿瘤领域的院士专家,共同探讨行业发展的前沿技术与发展趋势。

会上,国家卫生健康委员会《原发性肝癌诊疗指南(2026年版)》专家定稿发布。

自2011年首版发布以来,指南已历经五次重要更新,始终坚持“基于证据、立足国情、服务临床”的编制原则。

新版指南系统整合了近年来国内外最新的高质量临床研究证据,特别是多项由中国学者主导、发表于国际期刊的原创性成果,为我国原发性肝癌(PLC)临床实践提供了更加权威、系统的技术

指导。

多位院士和跨界专家共同参与发布,进一步凸显了新版指南在国家层面的重要定位和专业权威性。随着我国高质量循证证据的持续积累和国际学术交流的不断深化,中国肝癌诊疗指南的国际影响力稳步提升,逐渐形成具有中国特色的肝癌防治“国家方案”。



推动个体化精准治疗模式的规范应用

在新版指南定稿发布的同日,我国肝胆肿瘤防治领域也迎来一个具有标志性意义的里程碑事件——中国肝胆肿瘤创新联盟(以下简称联盟)成立。

该联盟由中国科学院院士、复旦大学附属中山医院名誉院长樊嘉与中国科学院院士、东南大学附属中大医院院长滕皋军共同发起。

在核心发展路径上,联盟将数智化转型作为重要支撑,以“数智赋能、共创未来”为核心宗旨,着力构建行业统一的数据基础设施,规划建设国家级肝胆肿瘤精准大数据平台,制定并统一包括影像、病理、基因组学、临床诊疗及预后随访在内的全链条数据标准,推动多源异构医疗数据的标准化汇聚与系统治理,为肝胆肿瘤精准诊疗和协同创新提供坚实的数据底座。

联盟的成立和数智化方向,为精准外科与人工智能决策提供了现实载体。

复旦大学肿瘤转移研究所所长钦伦秀曾指出,近年来,随着肝癌早筛早防、精准诊断理念的不断深化,以及加速康复外科(ERAS)、MDT诊疗模式、精准肝切除和转化治疗的逐步成熟,肝癌诊疗水平得到全面提升。

但他同时表示,肝癌肝切除技术发展

至今仍面临诸多新的挑战,例如术后复发转移的预防策略仍然有限、靶向与免疫治疗疗效的预测指标尚不完善,以及个体化治疗精准性有待进一步提升等。

在谈及如何应对这些挑战时,钦伦秀强调,充分挖掘和利用大数据资源,如果能够对大量肝癌肝切除患者的临床资料、



我国肝癌防治路径升级

● 李春雨

首次将“预防、筛查和监测”独立成章

根据世界卫生组织国际癌症研究机构(IARC)发布的2022年全球癌症负担数据,我国每年肝癌新发和死亡病例分别高达37万例和32万例,位居第四位和第二位,约占全世界肝癌新发和死亡病例一半左右,造成巨大的生命损失和公共卫生负担。

PLC主要包括肝细胞癌(HCC)、肝内胆管癌(ICC)及混合型肝癌(cHCC-CCA)3种不同病理类型。其中HCC是最主要的病理类型。

数据显示,我国HCC患者多数合并乙型肝炎病毒感染及肝硬化背景,起病隐匿,发现时往往已处于中晚期,常表现为肝内肿瘤负荷大、门静脉癌栓发生率高等特点,不少患者在初诊时即已失去手术切除机会。

在治疗策略上,早期HCC的主要治疗手段包括手术切除、肝移植及局部消融治疗;而中晚期HCC则主要依赖动脉栓塞化疗、系统治疗以及相关的转化治疗。近年来,以免疫治疗联合靶向治疗为代表的系统性抗肿瘤治疗显著改善了中晚期HCC患者的生存结局,逐渐成为该阶段肝癌治疗的重要组成部分。

与此同时,血管介入治疗、消融治疗及放疗等局部治疗手段与系统药物治疗的联合应用不断深化,成为不可手术切除HCC一线治疗及转化治疗的重要探索方向。经动脉灌注化疗(HAIC)作为一种局部治疗方式,通过导管将化疗药物直接、持续输注至肝脏肿瘤供血动脉,在

提高肿瘤局部药物浓度的同时,降低了化疗相关的全身不良反应。

尽管如此,数据表明,我国肝癌患者的肝癌术后复发率较高,术后5年复发转移发生率高达70%,与《健康中国2030》规划纲要提出的实现总体癌症5年生存率提升15%的目标相比,仍存在一定差距。

在此背景下,新版指南在延续历年版本的科学性与实用性的基础上,对肝癌防治整体框架作出了重要调整。其中最引人关注的变化,是首次将“预防、筛查和监测”独立成章,并系统纳入“肝癌预防”的专业论述。

这一结构性调整,标志着我国肝癌防治理念由以治疗为中心,向覆盖“预防-筛查-诊断-治疗”的全周期管理模式升级,通过强化高危人群的源头风险管控,为提升早诊早治率奠定制度基础。

“癌症筛查可降低多种常见癌症的死亡率。为有效减轻癌症疾病负担,政府高度重视癌症筛查工作。”国家癌症中心肿瘤登记办公室主任魏文强在其关于我国可筛查癌症疾病经济负担的研究中指出。

在分析不同癌症防控路径时,魏文强认为,肝癌生存率低、死亡率高,除采取疫苗接种等预防措施外,加强普通人群的筛查以及对高风险人群实施持续监测,是降低肝癌死亡率和社会经济负担的重要途径。这一判断与肝癌“发现即中晚期”的临床现实密切相关,也凸显了防控关口前移的必要性。

精准介入技术为不可切除肝癌患者提供新的治疗方案

在介入治疗领域,新版指南首次将HAIC和选择性内放射治疗(SIRT)提升为独立推荐的治疗选择,与经肝动脉化疗栓塞(TACE)共同构建起更加多元、精细的介入治疗体系。

对此,中国工程院院士、清华大学临床医学院院长董家鸿也曾指出,在精准外科理念指导下,介入放射治疗正在成为肝癌治疗体系中的重要手段之一。

“治愈性手术切除是肝癌获得长期生存的关键。”董家鸿认为,肝癌作为高发病率、高死亡率的恶性消化道肿瘤,虽然手术切除是有效的治愈方式,但相当一部分患者在确诊时已处于中晚期,失去了直接手术切除的机会。在这一背

景下,以钇90(⁹⁰Y)-SIRT为代表的精准介入技术,为不可切除肝癌患者提供了新的治疗方案。

据了解,“Y-SIRT通过介入途径将⁹⁰Y微球直接注入肿瘤供血动脉,实现“从内向外”的高剂量精准放射治疗。其核心优势在于对肿瘤的精准杀伤,同时最大程度保护正常肝组织。通过规范的术前评估、精细的手术规划、标准化的术中操作以及系统的术后管理,该技术不仅能够有效控制肿瘤进展,还可促进余肝体积增长、消除门静脉癌栓,在肝癌降期转化治疗中发挥重要作用,为部分原本不可切除的肝癌患者创造手术切除的机会,从而提高长期生存率。

董家鸿强调,要实现⁹⁰Y-SIRT在肝癌转化治疗中的最大疗效,必须依托规范化、个体化和系统化的治疗流程,持续提升治疗的确定性、预见性和可控性。其研究和团队实践表明,肝功能Child-Pugh A级、单肝叶病变、无肝外转移、无明显门静脉高压的临界可切除患者,更可能从⁹⁰Y-SIRT治疗中获益。在剩余肝体积不足、邻近大血管侵犯或合并门静脉癌栓(PVTT)的部分患者中,通过科学筛选优势人群,其转化成功率可超过80%,明显高于既往研究报道的转化降期水平。

此外,在优选人群的基础上,董家鸿认为,提高⁹⁰Y-SIRT手术操作的规范化水平,并在多学科诊疗(MDT)框架下制定个体化的系统治疗与临床管理方案,可进一步提升疗效。对于成功实现转化治疗、符合外科切除标准的患者,董家鸿建议应及时实施手术切除。根据其团队经验,⁹⁰Y-SIRT转化治疗成功的患者通常可在治疗后3~6个月内接受手术切除;若治疗后出现肝功能明显失代偿,则可考虑肝移植作为替代选择。

董家鸿关于精准介入与转化治疗的实践经验,从临床层面印证了新版指南在中晚期肝癌治疗路径上的方向性转变——通过强化转化治疗与多手段协同,使更多患者从“不可切除”走向“可切除”。

新辅助治疗成为提升手术根治率的手段之一

在肝癌中晚期治疗路径方面,新版指南进一步明确提出“以手术切除为目标的综合治疗策略”,并将转化治疗和新辅助治疗正式纳入提升手术根治率的重要手段,体现出我国肝癌治疗理念正由单一技术选择,向全程、系统化管理转变。

根据《原发性肝癌诊疗指南(2024年版)》,新辅助治疗主要适用于技术上可切除但术后复发转移风险较高的患者,其目的并非单纯缩小肿瘤体积,而是通过术前的系统或局部治疗,清除潜在微小病灶,降低术后复发风险。新版指南在此基础上,延续并进一步明确了新辅助治疗在可切除肝癌中的定位。

谈及新辅助治疗在可切除肝癌中的价值,海军军医大学第三附属医院临床研究院院长沈锋指出,其核心目标应是在不影响既定手术计划的前提下,降低术后复发和转移风险,而非追求影像学意义上的“肿瘤缩小”。他强调,目前新辅助治疗的适用人群、人群筛选标准、治疗周期及方案选择仍需严格把控。

在此过程中,肿瘤生物学特征的精准评估得到越来越多的关注。沈锋提到,美国肝病学会近年来鼓励拟接受新辅助治疗的患者在治疗开始前行肝脏穿刺活检,通过比较治疗前后的组织病理学和分子生物学变化,评

估肿瘤生物学行为及潜在治疗反应。借助分子病理学分析,可进一步认识肿瘤的克隆起源、基因变异及药物靶点,为临床优化新辅助治疗方案和评估患者预后提供重要参考。

“新辅助治疗的最佳适应证、术前高危因素的精准识别以及最佳治疗方案的确定仍有待进一步明确。”沈锋表示,未来肝癌治疗将持续朝着更加个体化、精准化和综合化的方向发展,以期实现更优的治疗效果和远期生存率。

此外,新版指南并未弱化外科治疗的核心地位,而是通过引入更加成熟、循证的综合治疗策略,为更多患者创造根治性手术的机会。对

图片来源:视觉中国