



· 指南与共识 ·

泌尿男生殖系统肿瘤多学科团队诊治组织与实施规范中国专家共识（2020年版）

中国抗癌协会泌尿男生殖系肿瘤专业委员会，中国临床肿瘤学会前列腺癌专家委员会，中国肿瘤医院泌尿肿瘤协作组，上海市泌尿肿瘤研究所

〔关键词〕 泌尿男生殖系统肿瘤；多学科团队综合诊治；组织与实施规范

DOI: 10.19401/j.cnki.1007-3639.2020.04.012

中图分类号: R737.1; R737.2 文献标志码: A 文章编号: 1007-3639(2020)04-0313-08

泌尿男生殖系统肿瘤是一系列泌尿系统和男性生殖系统肿瘤的集合，包括发病率较高的前列腺肿瘤、膀胱肿瘤和肾脏肿瘤这三大肿瘤，以及睾丸肿瘤、阴茎肿瘤等少见肿瘤。近年来，中国前列腺癌的发病率呈现持续快速增长趋势，成为中国男性泌尿生殖系统发病率最高的肿瘤；伴随烟草消费、工业化水平的提高及人口老龄化等因素，中国人膀胱癌发病率无论是男性还是女性，也不管在城市还是农村中，均呈现逐年增长趋势；中国肾癌的发病率和死亡率也逐年增加，对居民生命健康的危害进一步加大。

泌尿男生殖系统肿瘤生物学行为各不相同，对于系统治疗的敏感性也存在很大的差异，有些肿瘤即使晚期也能获得长期控制，而有些肿瘤最多只能获得姑息治疗效果，传统“1对1”的医疗模式难以最优地解决患者的诊疗问题；随着医疗技术水平的提高和肿瘤防控理念的革新，越来越多的泌尿男生殖系统肿瘤患者能够获得长期生存，从而使防癌抗癌工作的需求从单维度的疾病诊治，上升到全流程的健康管理层面。近年来，随着多学科团队（multidisciplinary team, MDT）综合诊治模式的推广应用，泌尿男生殖系统肿瘤治疗效果得以显著提升，也使广大人民群众的健康管理需求得到了初步满足。然而，国内医疗资源和诊治水平区域不均衡，高水平、均质化、广覆盖的泌尿肿瘤MDT服务在全国各地的开展依然面临技术、模式、制度、政策等各个层面的

挑战。

MDT即相对固定的多个临床专科医师定时、定点地一起对某一种疾病患者的诊治方案进行讨论，制订出对患者最适合、最优的诊治方案，由一个临床专科予以执行。为了解决国内泌尿男生殖系统肿瘤诊治水平极不均衡、MDT综合诊治模式开展不规范等问题，中国抗癌协会泌尿男生殖系肿瘤专业委员会及中国肿瘤医院泌尿肿瘤协作组于2017年联合发布《泌尿男生殖系统肿瘤多学科团队综合诊治组织与实施规范中国专家共识》^[1]，推动了国内泌尿男生殖系统肿瘤MDT综合诊治模式的规范化，供各级医院推广应用时参考，并取得了良好的效果。

本共识在2017年版的基础上，明确了泌尿男生殖系统肿瘤MDT的责任、义务和管理制度，确立MDT患者的纳入标准，对MDT的组织架构、工作形式和标准化流程等关键诊治环节进行梳理和细节补充，制定相对统一的MDT运行流程图，并初步建立MDT运行质量控制体系，以加强临床指导性及其实用性，提高临床医师对MDT的认知，促进各学科间的相互协作，提高诊治手段的有效性，以及进一步优化、整合层出不穷的治疗方案，制订出最适合的诊疗策略，推进MDT在泌尿男生殖系统肿瘤诊疗中的运用。

1 MDT的目的和责任义务

1.1 主要目的

MDT为泌尿生殖肿瘤患者提供全流程的医疗

决策和健康管理方案, 包括早期诊断、对各疾病阶段制定治疗计划、随访、预防和管理诊疗相关的并发症, 最终改善患者生存预后和生活质量。同时, MDT还将显著促进不同学科、不同医院的医师之间学习交流, 有助于提高专业水平, 改善区域间医疗水平不均衡的局面。

1.2 责任义务

(1) 实现多学科联合综合治疗, 一站式的医疗服务, 避免单一学科治疗的局限性, 通过合理的多学科综合治疗降低费用。

(2) 促进不同学科交流, 有利于提高泌尿生殖系统肿瘤相关各学科的诊治水平, 并以MDT为平台开展高质量的临床研究。

(3) 由MDT共同商讨制订诊疗原则, 并定期修订更合理、客观且操作性较强的临床指南。

(4) 建立区域性的诊疗中心和人才培养基地, 推广肿瘤MDT诊治模式。

(5) 参与全国性的MDT诊疗网络和服务模式的构建, 与国际先进诊治服务及模式接轨, 并将高水平的诊治服务落实到本地化的实施层面。

2 MDT制度管理

2.1 行政和临床共同管理

建议由各医院医疗行政主管部门和指定的MDT负责人共同管理。

2.2 MDT的运行制度

建议由医院层面确立, 肿瘤的MDT管理制度可以成为医院的常规医疗管理制度之一, 建议医疗行政管理部门予以协助和支持。

2.3 MDT运行中的质量管理

建议由医院的医疗行政管理部门组织MDT成员负责实施。

2.4 MDT的运行管理

以患者为中心, 以循证医学为依据, 以疗效及改善患者的生活质量为目的, 以最佳治疗方案为宗旨。

3 如何组织泌尿生殖系统肿瘤MDT

3.1 MDT患者纳入标准

(1) 所有患者均可纳入, 例如: ① 尚未确诊, 但可能有获益于早期诊断程序的患者; ② 确诊并考虑进行治疗计划的患者; ③ 初始治疗后随

访中, 但需要讨论进一步医疗方案的患者; ④ 治疗中或治疗后的随访病例; ⑤ 医师和(或)患者认为有MDT讨论的必要。

(2) 强烈建议纳入以下类型患者: ① 需要多学科参与诊治的患者; ② 合并症和(或)并发症多的患者; ③ 病情复杂疑难的患者。

3.2 MDT组织架构

MDT组织架构见图1。

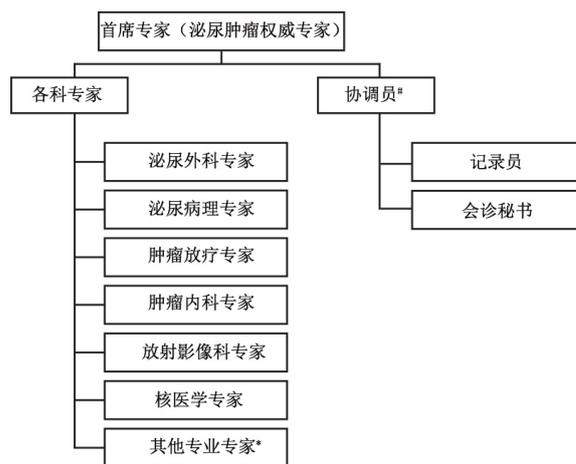


图1 泌尿生殖系统肿瘤MDT组织架构示意图

*: 包括性学家/男科学专家、心理学专家、姑息治疗专家、遗传咨询专家、护理学专家以及临床试验协调员; 泌尿生殖肿瘤精准医学专家团队 (genitourinary molecular tumor board, GU-MTB)、免疫相关的不良事件 (immune-related adverse event, irAE) 管理多学科小组; #: 1名人员兼任或者2名人员分任

3.2.1 基本要求

(1) 核心团队代表: 副主任医师以上资格, 在本单位开设泌尿生殖系统肿瘤专家门诊或以上级别的门诊, 并持续接受泌尿生殖系统肿瘤专业教育, 在泌尿生殖系统肿瘤临床及科研方面拥有较高水准。

(2) 如相应学科尚不具备以上级别医师或人员不足的, 应推荐本学科从事泌尿生殖系统肿瘤诊治的高年资主治医师暂行替代, 并督促相应学科落实核心团队代表的培养。

3.2.2 MDT核心团队的要求及组成

3.2.2.1 MDT核心团队的要求

(1) 参加MDT: 多学科专家应该相对固定, 各科专家应承诺按时定期参与MDT讨论。

(2) 诊疗讨论: 参与讨论的各科专家负责对患者进行相关的体检, 对每个病例进行讨论, 解答其他专家的问题, 提出本专业领域的独立观点,

达成并确认共识。

(3) 实施后续诊疗：对于已经达成的MDT诊疗共识，负责相应学科的后续诊疗实施，并决定是否需要进行MDT讨论。

3.2.2.2 MDT核心团队的组成

(1) 召集人（首席专家）

召集人一般由泌尿肿瘤权威专家担任。

① 召集人对MDT项目全权负责，主持并参与讨论，合理分配讨论时间，协调组织讨论。

② 当意见不一致时，召集人负责以投票制或其他形式决定意见的形成，最终总结并形成个体化的专业意见。

③ 审核并确认医疗记录。

④ 有条件的单位可以实行轮值首席专家制度，设置多名轮值首席专家，并按计划轮值。

⑤ 召集人应该对MDT的学科建设和资源分配提出必要的规划，并保障实施。

(2) 各科专家

各专科一般应包括泌尿外科、放疗科、肿瘤内科、病理科、放射诊断科、核医学科、超声诊断及介入治疗科等；特殊病例根据需要邀请相关科室参加，如泌尿生殖系统肿瘤精准医学专家团队（genitourinary molecular tumor board, GU-MTB）^[2]、免疫相关的不良事件（immune-related adverse event, irAE）管理小组^[3]。

各科专家一般应具有副主任医师以上任职资格，在本单位开设泌尿生殖系统肿瘤专家门诊或以上级别的门诊。如相应学科尚不具备以上级别医师或人员不足的，应推荐本学科从事泌尿生殖系统肿瘤诊治的高年资主治医师暂行替代，并督促相应学科落实核心团队代表的培养。

(3) 协调员

协调员包括会诊秘书和记录员。

会诊秘书一般由从事泌尿生殖系统肿瘤诊治的高年资住院医师或低年资的主治医师担任，负责协助召集人进行MDT的全程操作，包括会诊前准备、会诊中协调及会诊后跟踪；统一受理各专家推荐的患者预约，收集资料，按先后顺序或病情轻重安排讨论顺序，在有条件的情况下，应该

尽可能争取在会诊前将制作好的患者相关信息提供给参加MDT会诊的每位专家（形式可以为公布栏、纸质表格及网络微信等）；负责协调病员参加MDT的流程性安排；负责通知MDT成员会诊时间、地点、特殊安排及注意事项等；负责协调各专家的出勤，打印出勤签到表格，督促每位到会人员签名；负责保管、存档讨论记录和相关资料；在有条件的单位，可以安排多名会诊秘书，并按计划轮替。

记录员负责对MDT会诊全程记录，包括讨论专家的发言和最终建议；打印最终讨论意见并提交专家审核确认；负责归纳汇总MDT病例的临床资料；有条件的单位，可以安排多名记录员，并按计划轮替；会诊秘书可兼任记录员。

3.3 MDT硬件要求

3.3.1 基本配置

(1) 会诊室：独立空间，足够宽敞，建议场地可容纳15人以上，照明设施完善，并有较好的通风系统。

(2) 桌椅配置：建议配置可容纳15人以上的圆形或椭圆形会议桌及合适尺寸座椅，以便于各科医师近距离讨论病情，如参加人数较多，可增加后排座椅。场地不适合搭建圆形或椭圆形会议桌的，也可选择剧院式或课桌式配置布局。

(3) 实物投影仪：建议常规配置实物投影仪，以便于将影像学图片及病历资料放大投影到银幕上，供各科医师分析及讨论病情。

(4) 内网：建议配备医院内网（有线或无线），通过内网可以连接医院数据库，查询和调取患者的影像学、实验室等相关检查结果及病历资料。

(5) 微信群：可以建立一个微信群，包含参与MDT会诊的各科医师，成员应注明科室及全名，利于辨别身份。便于及时传达MDT相关的重要通知，如MDT会诊时间或地点临时改动通知、待讨论患者资料及会诊目的、必要时通知影像及病理科医师提前阅片、拟提请MDT专家讨论的问题，以及专家初步讨论的意见等，可发到微信群或网络平台，使会诊更具有时效性，提高会诊的

效率。

(6) 电脑: 至少配备1台电脑(台式机或笔记本电脑), 与实物投影仪兼容, 用于查询和调取患者的实验室相关检查结果、影像学资料及病历资料, 并记录。

(7) 打印机: 建议常规配置, 供打印会诊单及相关需要纸质保存的病历资料。

(8) 候诊室: 有独立的等候区或房间, 与会诊室互不干扰。可建立叫号系统或叫号管理员, 以便及时通知患者进行会诊。

3.3.2 可选配置

(1) 触屏式电子示教屏: 使分析及讨论病情更便捷直观。

(2) 互联网平台或基于智能手机的应用软件: 可用于远程或视频MDT, 使会诊更具有时效性, 提高会诊的效率; 或用于输入、存储、更新和链接患者所有的相关图文信息。

(3) 检查室(私密检查床): 有条件的单位可配置独立的检查室, 或会诊室有1张隔离的私密检查床, 床底前方放置移动台阶, 方便患者上下床; 床旁配备常规检查车, 车内应放置检查的相关用品, 如手套、石蜡油及纸巾等; 检查室内应配备洗手池和消毒液, 以便于医师检查后清洁双手。

(4) 会谈室: 有条件的单位可配置独立的会谈室, 提供一个私密的空间, 便于医师把MDT会诊意见传达给患者及家属。会谈室内配备诊治相关的必要的文书资料, 保证医患双方整个交流过程顺畅, 传达信息准确。

3.4 MDT工作形式

3.4.1 多学科会议

(1) 参加对象: MDT核心小组所有专家。

(2) 频率: 按需举行, 建议每1~4周1次, 最好不超过4周^[4]。

(3) 病例讨论: MDT将根据病理报告、临床和生化评估以及风险获益评估来提出适当的可选管理方案。然后由会诊秘书通知患者, 并落实到建议具体后续接诊的医师或特定单位, 最终决定由患者做出。

3.4.2 实验和临床研究

通过MDT开展, 有助于开展相关研究, 有条件的单位, 可以进行此项工作, 例如参与泌尿生殖系统肿瘤管理的临床试验, 或治疗方法为试验性, 仅可在临床试验中使用^[5]。

建议MDT团队就涉及多学科的临床试验在提交伦理委员会审查之前进行讨论, 力求完善。另可请各专科医师就其泌尿生殖系统肿瘤在各自专业领域的新进展做定期或不定期的汇报。

3.5 MDT标准化流程

3.5.1 MDT会议标准化流程描述

3.5.1.1 MDT会议前准备

① 预约: 患者通常需要提前预约。一部分患者通过专家、专科门诊预约; 另一部分通过相关科室或医院转诊, 由门诊医师或住院管床医师填写MDT讨论申请单。患者MDT讨论前需要完成必要的实验室、影像学、内镜及病理学检查, 经由高年资主治医师以上职称的医师审核, 报请MDT会诊护士统一安排。会诊护士根据情况, 控制当次MDT讨论的患者数量。② 准备: 会诊秘书统一整理门诊患者的病历资料, 以及提请MDT讨论的目的和理由。如有需要, 并且条件允许的话, 会诊秘书可提前将当次MDT讨论需求, 通过电子信箱、微信或院内MDT信息系统等发送给MDT专家成员, 以便提前准备。

3.5.1.2 MDT会议组织

① 病情汇报: 原则上, 门诊患者由会诊秘书汇报病情, 提请会诊的医师可补充关键信息; 住院患者由管床医师汇报, 主管医师可补充关键信息。汇报时除了患者的病历资料, 以及提请MDT讨论的目的和理由外, 必要时还需说明患者的疗效期望、经济状况及依从性等。② 影像学 and 病理学分析: 由影像科和病理科专家现场分析影像学、病理学资料, 解答临床各科医师的疑问。建议有条件的单位, 可以在会诊之前, 将病理学资料先告知病理科医师, 复习病理切片, 外院病理切片在办理MDT手续时送病理科会诊。③ 专家讨论: 在MDT召集人的主持下, 由相关专科的专家在诊断有共识的前提下提出各自学科的治疗策略, 阐述各种治疗手段对该患者的适应

证、禁忌证、预期疗效、可能的并发症和风险。

④ 决定方案：基于最新的指南共识和循证医学证据，结合患者的个体情况，综合MDT的共识意见，由MDT召集人最终确定合理的个性化治疗方案，并交由相关的专科具体实施。

3.5.1.3 MDT会议后工作

① 患者及家属会谈：由会诊秘书负责向患者和家属说明会诊的意见，解释他们的疑问，并告知他们进一步诊治顺序和相关专科联系人的接诊时间或联系方式。② 讨论记录：会诊秘书将讨论结论记录在《MDT意见表》上，最好是电子病历，打印后其中一份交给患者和家属，另一份交由会诊护士统一保管。③ 方案实施：具体诊断和治疗措施交由相应的MDT专科成员或特定的专家及医疗机构完成。④ 监测评估：由医院医务管理部门定期组织专家，抽查病历，了解MDT讨论执行情况，监督规范化治疗的实施。⑤ 方案修订：如果具体实施治疗方案的MDT成员发现疗效不满意、疾病进展等情况，需要及时反馈，再次提请MDT讨论，修正治疗方案。⑥ 随访跟踪：所有MDT决策的治疗方案实施完成后，召集人定期组织专人通过电话、微信、信件或电子信箱等形式对患者进行随访。定期向MDT成员反馈

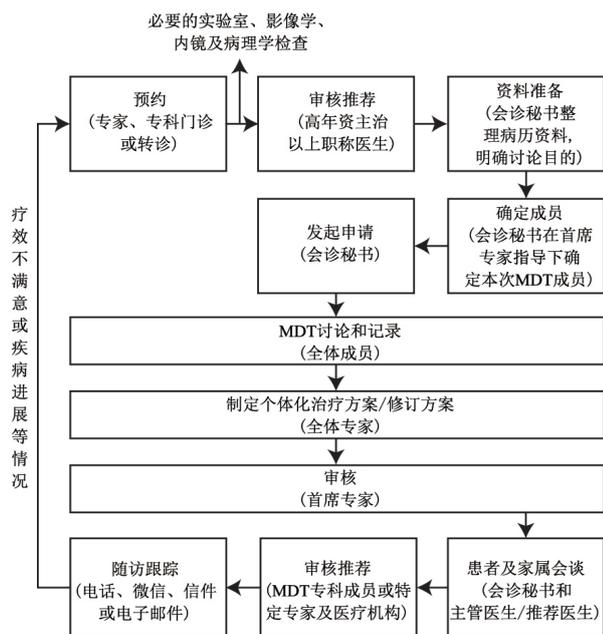


图2 线下申请MDT会议标准化流程

治疗效果和预后，不断提高诊治水平。

3.5.2 线下申请MDT会议标准化流程

线下申请MDT会议标准化流程见图2。

3.5.3 线上远程MDT

线上远程MDT是线下MDT的有益补充。WHO对线上远程医疗的定义是卫生保健专业人员使用信息和通信技术对疾病的诊断、治疗和预防、研究和评价，以及卫生服务提供者的继续教育进行有效的信息交换^[6]。在中国，泌尿生殖系统肿瘤诊治水平并不均衡，散在分布的顶级泌尿生殖系统肿瘤多学科团队无法惠及更广大区域^[7]。随着通信成本的不断降低和互联网、电子设备的不断更新，使线上远程MDT成为可能。引入线上远程MDT，使用视频会议技术（可包括摄像机、外放麦克风、无线话筒）或智能电话，患者在当地就能接受中国顶级水平的多学科会诊服务，可望有效地改善中国区域间医疗水平不平衡的问题^[8-9]。

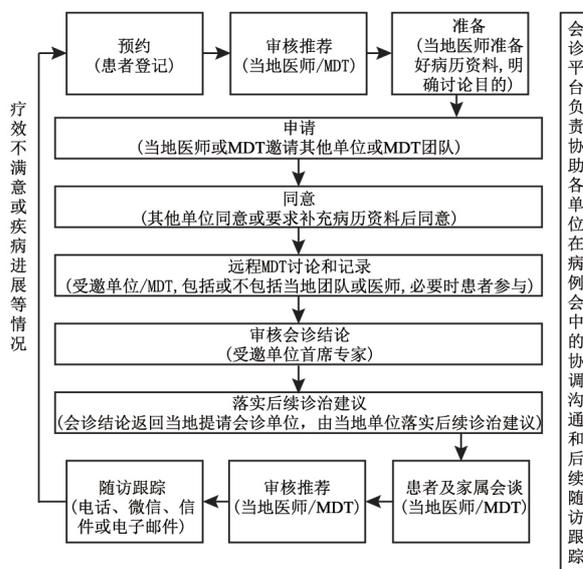


图3 线上远程申请MDT会议标准化流程

线上远程MDT会议程序与线下会议基本相同，在线上远程MDT中，患者和责任专家将从各自当地医院（会诊单位）参与进来（图3）。

患者可在当地会诊单位登记、提交会诊病例；各会诊单位设立会诊秘书帐户1个，专人操作，协调会诊，包括病历整理、提交或接受会诊申请、会诊结论整理和传达等。在会诊双方协定

的时间或商定的时限内, 通过视频会议和远程共享等技术, 对于提交病例进行充分讨论, 并在双方首席专家认定已经获得会诊结论时结束讨论, 形成会诊总结文件, 包括后续的就诊指导, 并由当地会诊秘书向患者传达会诊结论, 后续诊治落实到具体的专家或医疗机构^[7]。

3.5.4 MDT讨论路线

(1) 明确诊断: 由泌尿外科医师与病理科专家、影像科专家一起参与讨论, 回顾病史、影像学 and 病理活检报告, 讨论诊断及鉴别诊断。讨论重点涉及: ① 明确肿瘤侵犯范围, 有无远处转移; ② 是否需要行下一步检查以进一步明确诊断和分期。

(2) 初治方案: 相关专科的专家阐述各种治疗手段对该患者的适应证、禁忌证、预期疗效、可能的并发症和风险。以最新指南或最新研究成果为指导, 结合患者的具体情况与上述专家的诊疗意见, 最终确定合理的个体化治疗方案。

(3) 康复随访: ① 尽早发现复发, 以便给予有效的补救治疗, 可利用肿瘤标志物、CT、造影、超声、细胞学检查等方法进行监测; ② 功能评估, 包括肾功能、排尿、性功能和生活质量等。随访频率应该平衡医疗费用、患者接受检查的焦虑增加和等待结果的时间等因素^[10]。

(4) 其他 (如疑难病例): 会诊秘书阐述讨论的目的、关键的难点和疑点及重点要解决的问题等, 相关专科的专家充分发表意见和建议, 根据国内外最新进展, 尽可能明确诊断, 针对病情提出可行的诊疗建议。

4 泌尿男生殖系统肿瘤MDT疗效评价指标

(1) MDT病例治疗效果达到MDT治疗方案预期的比例 (分为完全达到、部分达到、未达到, 给出具体部分达到和未达到的说明)。

(2) MDT病例手术根治切除率和术后复发率。

(3) MDT病例接受多种治疗手段比例。

(4) MDT前后, 诊疗决策变化包括: 疾病诊断分期的变化 (临床诊断与病理学诊断的符合率、影像与术后病理学诊断的符合率); T₁期患者是否手术或再次手术; 联合治疗 (手术联合化

疗或放疗)的增加; 新辅助治疗的增加; 或纳入一项可行的临床试验^[11]。

(5) MDT病例预后情况评估, 包括生存时间、术后复发情况、生活质量及患者满意度。

[参 考 文 献]

- [1] 中国抗癌协会泌尿男生殖系统肿瘤专业委员会, 中国肿瘤医院泌尿肿瘤协作组. 泌尿男生殖系统肿瘤多学科团队综合诊治组织与实施规范中国专家共识 [J]. 中国癌症杂志, 2017, 27(11): 917-920.
- [2] 中国抗癌协会泌尿男生殖系统肿瘤专业委员会前列腺癌学组. 中国前列腺癌患者基因检测专家共识 (2019年版) [J]. 中国癌症杂志, 2019, 29(7): 553-560.
- [3] LESLIE A, SANJIV F, AGARWALA S, et al. Ipilimumab and its toxicities: a multidisciplinary approach management of immune-related adverse events in patients [J]. *Oncologist*, 2013, 18(6): 733-743.
- [4] EL SAGHIR N S, CHARARA R N, KREIDIEH F Y, et al. Global practice and efficiency of multidisciplinary tumor boards: results of an american society of clinical oncology international survey [J]. *J Glob Oncol*, 2015, 1(2): 57-64.
- [5] ALUWINI S S, MEHRA N, LOKKEMA M P, et al. Oligometastatic prostate cancer: results of a dutch multidisciplinary consensus meeting [J]. *Eur Urol Oncol*, 2019. p II: S2588-9311(19)30113-0.
- [6] RYU S. Telemedicine: opportunities and developments in member states: report on the second global survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2) [J]. *Health Inform Res*, 2012, 18(2): 153-155.
- [7] 叶定伟, 秦晓健. “互联网+”时代泌尿肿瘤多学科诊治模式探索——“中国泌尿肿瘤MDT会诊平台”简介 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2018, 23(1): 1-2.
- [8] STALFORS J, BJÖRHOLT I, WESTIN T. A cost analysis of participation via personal attendance versus telemedicine at a head and neck oncology multidisciplinary team meeting [J]. *J Telemed Telecare*, 2005, 11(4): 205-210.
- [9] ALANEE S, DYNDA D, LEVAULT K, et al. Delivering kidney cancer care in rural Central and Southern Illinois-- a telemedicine approach [J]. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2014, 23(6): 739-744.
- [10] ZUIVERLOON T C M, VAN KESSEL K E M, BIVALACQUA T J, et al. Recommendations for follow-up of muscle-invasive bladder cancer patients: a consensus by the international bladder cancer network [J]. *Urol Oncol*, 2018, 36(9): 423-431.
- [11] KURPAD R, KIM W, RATHMELL W K, et al. A multidisciplinary approach to the management of urologic malignancies: does it influence diagnostic and treatment decisions [J]. *Urol Oncol*, 2011, 29(4): 378-382.

(收稿日期: 2020-02-20 修回日期: 2020-03-02)

附录 I

以“高危局限/局部晚期前列腺癌”的治疗为例，多学科团队在治疗策略制定过程中的关注点

	可选治疗方案： 建议参考最新国内外指南	关键问题考量因素，包括 但不限于：	建议参与讨论的学科	建议与患者讨论，包 括但不限于：
初始治疗	例如： • 根治性前列腺切除术为主的多模式治疗 • 外照射放疗（EBRT）为主的多模式治疗 • 单纯内分泌治疗 • 观察等待及其他	肿瘤情况： • TNM分期 • Gleason评分 • PSA/PSA动力学 • 特殊检查（PSMA-PET/CT, 基因检测） 患者情况： • 症状 • 合并症/预期寿命 • 身体状况 • 生存预后 • 社会状态/心理因素影响 • 家族史 • 是否可获得处方药 • 是否临床试验	基本的科室： • 泌尿外科 • 肿瘤内科 • 放疗科 • 影像科 • 病理科 • 核医学科 有条件的单位，包括 • 分子诊断科 • 遗传咨询科 • 心理咨询科	• 生存预后 • 治疗方案 • 治疗的不良反应 • 对生活质量的影响 如： -性功能 -泌尿功能 -肠功能 -体力、精力 -活动水平 -是否可获得处方药 -对患者及其家人的心理社会影响 • 家族史 • 是否参与临床试验
辅助治疗	建改参考当前最新国内外指南	TNM分期 Gleason评分 术后阳性切缘 精囊侵袭、前列腺外侵犯 可检测到的PSA	• 泌尿外科 • 放疗科 • 肿瘤内科 • 影像科 • 病理科 • 核医学科	
挽救治疗	建改参考当前最新国内外指南	PSA/PSA动力学 TNM分期 Gleason评分		

EBRT: External beam radiation therapy; PSMA: Prostate-specific membrane antigen; PSA: Prostate-specific antigen

《泌尿男生殖系统肿瘤多学科团队诊治组织与实施规范 中国专家共识（2020年版）》评审专家组 (以汉语拼音为序)

- | | |
|---|--|
| <p>总 编：</p> <p>叶定伟 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科</p> <p>秘 书：</p> <p>秦晓健 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科</p> <p>评审专家：</p> <p>毕建斌 中国医科大学附属第一医院泌尿外科</p> <p>戴 波 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科</p> <p>董柏君 上海交通大学医学院附属仁济医院泌尿外科</p> <p>甘华磊 复旦大学附属肿瘤医院病理科</p> | <p>郭剑明 复旦大学附属中山医院泌尿外科</p> <p>何立儒 中山大学肿瘤防治中心放疗科</p> <p>何志嵩 北京大学第一医院泌尿外科</p> <p>贺大林 西安交通大学第一附属医院泌尿外科</p> <p>胡 滨 辽宁省肿瘤医院泌尿外科</p> <p>胡志全 华中科技大学同济医学院附属同济医院泌尿外科</p> <p>黄 蕤 四川大学华西医院核医学科</p> <p>金百冶 浙江大学附属第一医院泌尿外科</p> |
|---|--|

李响	四川大学华西医院泌尿外科	魏强	四川大学华西医院泌尿外科
李长岭	中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所	魏少忠	湖北省肿瘤医院泌尿外科
廖洪	电子科技大学医学院附属肿瘤医院泌尿外科	邢金春	厦门大学附属第一医院泌尿外科
马鑫	中国人民解放军总医院泌尿外科	徐勇	天津医科大学第二医院泌尿外科
马学军	复旦大学附属肿瘤医院放疗科	许青	上海市第十人民医院肿瘤科
齐隽	上海交通大学医学院附属新华医院泌尿外科	杨勇	北京大学肿瘤医院泌尿外科
秦晓健	复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科	姚欣	天津市肿瘤医院泌尿外科
盛锡楠	北京大学肿瘤医院肾癌黑色素瘤内科	姚伟强	复旦大学附属肿瘤医院放疗科
史本康	山东大学齐鲁医院泌尿外科	叶定伟	复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科
史艳侠	中山大学肿瘤防治中心肿瘤内科	张盛	复旦大学附属肿瘤医院肿瘤内科
宋少莉	复旦大学附属肿瘤医院核医学科	郑松	福建医科大学附属协和医院泌尿外科
孙忠全	复旦大学附属华东医院泌尿外科	周芳坚	中山大学肿瘤防治中心泌尿外科
王海涛	天津医科大学第二医院肿瘤科	朱耀	复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科
王红霞	上海市第一人民医院肿瘤中心	朱绍兴	浙江省肿瘤医院泌尿外科
王奇峰	复旦大学附属肿瘤医院病理科	邹青	江苏省肿瘤医院泌尿外科