

## 中国肺癌防治联盟肺结节 AI 诊治分中心诊治流程

### 1、中国肺癌防治联盟 A 级专家指导分中心实战工作

中国肺癌防治联盟 A 级专家指导分中心实战工作可以选择二种模式：(1) 普通型(计划百家)：由专家在启动会上和线上下指导分中心专家(MDT)临床实践；

(2) 示范型(计划 5 家)：可为每月、或每季度 1 天定期参加分中心门诊，根据分中心需求签订协议，教会分中心专家对总量 500 例 15mm 以下肺结节中诊断早期肺癌的水平能够达到：(1) 敏感性(避免延误诊断) 99%以上、特异性(避免过度治疗) 95%以上。达到此目的即达到了中国肺癌防治联盟开展“智慧百万早期肺癌工程”愿景。

### 2、建立中国肺癌防治联盟 XX 医院 AI 诊治分中心诊室

尽可能给患者温馨和高大尚感觉，同时按照附件 4 做好 AI 分中心宣传。

### 3、XX 医院 AI 诊治分中心专家选择与宣传(参考附件 5)

(1) 要求副高以上(最好已经或者即将授予 D、C 级专家证书)专家任**初评专家**做好初评，配合中国肺癌防治联盟 A 级专家任**研判专家**的研判门诊。

(2) **研判专家**可教会**初评专家**对 15mm 以下的 500 例肺结节中诊断早期肺癌的水平能够达到：(1) 敏感性(避免延误诊断) 99%以上，特异性(避免过度治疗) 95%以上。

### 4、做好相关科室协调：

主要由呼吸、胸外和放射科主导，同时需要下列学科协调配合做好初评和研判前准备：(1) 呼吸科；(2) 胸外科；(3) 放射科；(4) 检验科；(5) 体检

---

中心；（6）核医学；（7）病理科。

## 5、申请好必须的初评和研判流程挂号费和外送检查：

（1）初评专家挂号费：当地医院决定。

（2）研判专家挂号费：目前可兼任中国肺癌防治联盟“智惠百万早期肺癌工程”教学和推广任务的A级专家仅有白春学教授（但以后会从按照PNapp5A流程执行研判的专家中陆续培养），为体现惠众愿景可考虑当地可行性价格。

（3）AI分析：是初评必须采用的关键技术。如果分中心医院已经购置了设备，而且中国肺癌防治联盟实战考核（有标记的经典病例200例验证该系统的敏感性和特异性）通过，可由该分中心医院申请自费收费标准。

（4）液体活检：对于15mm以下的疑难病例，液体活检（如CAC）是研判的关键参考检查。如果分中心医院已经开展了该项检查，建议在A级专家研判时即有检查结果。如果尚没有开展该项检查，可以通过有资质的平台外送检查。

## 6、病例选择

目的：为了实现中国肺癌防治联盟“智惠百万早期肺癌工程”愿景，更有效、更经济地发现早期肺癌，避免延误诊断和过度治疗，使病人惠益最大化。

（1）初评病例选择：因为初评挂号费和检查费均较低，所以所有体检或因症发现的肺结节，均可以由初评专家按照PNapp5A流程诊治，即可达到共识指南要求，又可以减少研判专家负担，提高惠众效率。

（2）研判病例选择：主要适合CT发现的6-15mm肺结节，并且符合以下条件：1）已经做过PNapp5A初评的病例，包括瘤标、真菌（特别是隐球菌检查）和肺结核检查；2）已经完成AI分析和液体活检的病例；3）初评专家诊断有困难的病例；4）因为8-15mm之间肺结节更需要及时诊断和治疗，建议初评时即可

---

考虑CAC检查。

## 7、流程 1-初评

初评接诊所有病例，由初评专家按照 PNapp5A 流程诊治，完善瘤标、真菌（特别是隐球菌检查）、T-Spot、AI 分析和液体活检，且诊断有难度才请求研判。

## 8、流程 2-研判

只接诊初评过的病例，由担任中国肺癌防治联盟“智惠百万早期肺癌工程”的 A 级专家承担，要求完善流程 1-初评检查。对于流程 1-初评中承受 CAC 检查有经济困难的病例，可以考虑先接受流程 2-研判，再考虑是否做 CAC 检查。

注解：（1）启动会上会诊：指为“普通型”和“示范型”分中心开线下启动会时；（2）线上下会诊（指启动会议后）：“示范型”按照需求为每月或每季度 1 天会诊；“普通型”为非定期，要求事先积累 20 例以上病例，且完善了流程 1-初评；（3）分中心没有引进流程 1-初评中 AI 和 CAC 检查者，可以通过有资质平台外送。

目的：教会分中心专家对总量 500 例 15mm 以下肺结节中早期肺癌的诊断水平达到：（1）敏感性（避免延误诊断）99%以上、特异性（避免过度治疗）95%以上。达到此目的即达到了中国肺癌防治联盟开展“智惠百万早期肺癌工程”愿景。

参考资讯与讲座，请扫下面二维码。

