



孙燕院士



季加孚教授



由左至右依次为：柯杨、李惠平、吴昊教授



管仲军教授



刘荫华教授



由左至右依次为：沈镇宙、张嘉庆、张瑾、李惠平教授



北京大学肿瘤医院党委书记朱军教授（左）和乳腺内科主任李惠平教授（右）为美国加州大学旧金山分校 Hope S. Rugo 教授（中）颁发特聘荣誉教授证书



宋尔卫教授

第二届中国进展期乳腺癌会议（CABC2）于8月1日在京召开，会议由中国抗癌协会乳腺癌专业委员会、中国女医师协会临床肿瘤学专家委员会主办，北京大学肿瘤医院乳腺内科承办，同时也是响应北京市卫生局“阳光长城计划”活动内容之一。

中国工程院院士孙燕、北京大学肿瘤医院院长季加孚发来视频对会议表示祝贺；国家卫生计生委医政医管局副局长管仲军、北京大学常务副校长柯杨和北京大学肿瘤医院党委书记朱军与会，对制定“中国进展期乳腺癌治疗指南”给予高度认可和鼓励。

中国进展期乳腺癌共识指南 2014 版制定主要参与者名单

李惠平	Hope S. Rugo	吴昊	张瑾	江泽飞	宋尔卫
刘荫华	张频	李波	杨俊兰	耿翠芝	唐金海
冯继峰	陈佳艺	张清媛	刘健	滕月娥	佟仲生
王涛	邱立军	宋国红	姜晗昉	赵红梅	苏乌云
康骅	蒋宏传	蔚承泽	王永胜	刘云江	崔树德
王先明	孙涛	贾玲	王启堂	沈镇宙	张嘉庆

中国进展期乳腺癌共识指南 2014 版精要

▲ 中国进展期乳腺癌共识指南专家委员会

1 多学科专家团队合作

诊断与治疗团队应由内科、外科、放疗、影像、病理、心理等多学科的专业人员以及社会工作者、护士和姑息治疗专家组成。

新增 乳腺癌患者生存期长，后续随访很重要，所以增添患者教育内容。

2 检查与评价

基线检查 基本分期检查包括病史、体格检查、血液学检查、肝肾功能、心电图、电解质、肿瘤标志物、胸片、腹部超声、骨扫描。

更新 若患者经济允许、无病生存时间短、早期且多部位复发，可行 PET-CT 确定复发病灶。

头部 MRI 对于无症状患者，分期检查时建议不常规行头部影像学检查。

肿瘤标志物 肿瘤标志物增高，要警惕可能是肿瘤复发的早期表现。

疗效评价频率 内分泌治疗通常为 2~4 个月，化疗通常为 2~4 个化疗周期。多数患者仅进行靶

病灶的影像学检查已足够。

更新 骨扫描只作为骨转移筛查，一旦确诊则需 CT 或 MRI 进行后续评估。

活检 建议进行转移病灶的活检（最好能提供组织学检查），特别是首次出现转移的患者。在转移阶段，建议进行至少 1 次生物标志物的再次评价，特别是激素受体（HR）和人表皮生长因子受体 2（HER2）。

更新 若再次检测结果与原发病灶不符，考虑到穿刺获得组织量有限，要结合患者疾病本身特点予以治疗。若疾病进展迅速、DFS 短、转移部位多，是三阴性或 HER2⁺ 概率较大。

3 治疗原则

在选择治疗时，应该考虑 HR 和 HER2 状态，既往治疗方案疗效及毒性，无病生存间期或无进展生存时间，肿瘤负荷，患者的年龄，一般情况，合并症。

新增 加入了患者对化疗的接受程度等人文关怀理念。

对于原发灶和转移灶生物学特征不一致的情况，至少有一个病灶阳性就可选择内分泌治疗和（或）抗 HER2 治疗。

选择内分泌治疗时应考虑是否绝经、社会经济因素、心理因素以及患者本人意愿。

患者的年龄不应影响有效治

疗的实施。

患者出现单发转移，有可能获得完全缓解并长期生存，可考虑采取多模式治疗。如单发肝或肺转移，可考虑手术切除。

新增 对于肝转移处理，通常以全身治疗为主，但也可考虑局部治疗，包括手术、放疗、介入等。

对于 IV 期乳腺癌患者，切除原发性肿瘤价值还不确定。若全身治疗有效，乳腺局部病灶达到切缘阴性、腋窝淋巴结可分期，则可手术。

更新 若手术能改善患者生活质量，也可考虑。

4 ER⁺/HER2⁻ 进展期乳腺癌治疗策略

若无内分泌耐药证据或快速减轻肿瘤负荷的需要，则内分泌治疗是雌激素受体阳性（ER⁺）和（或）孕激素受体阳性（PR⁺）、HER2⁻ 患者的首选治疗方案。

更新 根据治疗反应和患者的情况，可进行 2~3 线内分泌治疗。

对于绝经前患者，可考虑他莫昔芬联合卵巢抑制/去势。若他莫昔芬耐药，完全卵巢抑制/去势后芳香化酶抑制剂（AI）也是可行选择。

对于绝经后患者，首选一

线内分泌治疗是 AI，而他莫昔芬仍可适用于部分患者。

对于 AI 耐药后，可选择方案包括：他莫昔芬，另一类不同作用机制的 AI，氟维司群，依维莫司联合内分泌药物治疗等。

对于 ER⁺ 和（或）PR⁺、HER2⁻ 进展期乳腺癌患者化疗后的内分泌维持治疗，是一个合理选择。

不建议内分泌治疗与化疗同时进行。

更新 优先选择内分泌治疗应考虑：DFS 长于 2 年、没有内脏危象、无症状或很轻的

症状；优先化疗应考虑：DFS 短于 1 年、内脏危象、症状严重；介于中间的患者需个体化治疗。

新增 对内脏危象进行定义：内脏危象是指严重的器官功能障碍，可通过患者症状和体征、实验室结果以及病情发展较快几个方面进行评估。内脏危象不仅是内脏存在转移，更意味着重要的内脏问题导致临床治疗需更快速地采用有效方案，特别是在另一个治疗选择很可能无效的情况下，通常建议更少的化疗，或者更少的化疗周期。

5 HER2⁺ 进展期乳腺癌治疗策略

无相关禁忌证时，抗 HER2 治疗应尽早进行，常用曲妥珠单抗联合化疗，如紫杉类、长春瑞滨、吉西他滨、卡培他滨。

对于 ER⁺/HER2⁺ 的患者，可选择内分泌联合曲妥珠单抗或拉帕替尼的治疗。

抗 HER2 治疗联合化疗或内分泌治疗失败的患者，应继续给予抗 HER2 的治疗。

曲妥珠单抗联合化疗或内分泌一线治疗失败的患者，在考虑进一步抗 HER2 治疗时，应把曲妥珠单抗治疗有效的时间作为是否保持曲妥珠单抗治

疗或仅换行化疗或内分泌治疗的参考因素。

如果曲妥珠单抗治疗有效的时间仅为 3~4 个月，可能更好的选择是其他的抗 HER2 治疗，包括拉帕替尼、帕托珠单抗、TDM1。

（下转第 23 版）



第二届中国进展期乳腺癌会议，部分与会专家合影