

2019 年中国抗癌协会肿瘤支持治疗专业委员会学术年会召开 肿瘤支持治疗面临七大困境

▲ 华中科技大学同济医学院附属同济医院肿瘤科 《医师报》菁英记者 程熠



巴一教授



刘继红教授



魏少忠教授



袁响林教授



于世英教授



熊建平教授



刘云鹏教授



张小群教授



张俊教授



关联阅读全文
扫一扫

阳春三月，草长莺飞。由中国抗癌协会肿瘤支持治疗专业委员会（CONS, CACA）主办，华中科技大学同济医学院附属同济医院肿瘤中心承办的“2019 年中国抗癌协会肿瘤支持治疗专业委员会学术年会”3月22日~24日在武汉举行。群贤毕至，少长咸集，来自省内外800余位肿瘤学界专家和医务人员齐聚一堂，就肿瘤支持治疗相关的放射治疗、化疗、外科治疗、靶向治疗、免疫治疗、症状处理、营养和护理等方面的问题进行深入交流。

“以患者为中心，合作发展”为主题。大会主席，CONS主任委员，天津医科大学肿瘤医院消化肿瘤内科主任巴一教授指出，CONS于2018年8月成立，是一个非常年轻的协会。在本次大会上，护理学组、放疗学组的成立，使CONS下设学组达到7个，标志着CONS的组织机构发展进行了一个新的阶段；大会执行主席、CONS副主任委员、武汉同济医院肿瘤中心主任袁响林教授在开幕式中指出，肿瘤支持治疗一直是武汉同济医院肿瘤中心的临床工作重点，本次大会既是肿瘤支持治疗的大会，也是省内外专家“支持”同济医院肿瘤中心，“支持”肿瘤支持治疗的大会；武汉同济医院副院长刘继红教授表示，武汉同济医院将不断充实与发展包括肿瘤支持治疗在内的临床诊疗理念和医疗技术，向创建国际一流医院，助力“健康中国”不断努力；湖北省抗癌协会理事长，湖北省肿瘤医院院长魏少忠教授指出，肿瘤诊治涉及到多学科，都离不开肿瘤支持治疗的帮助。肿瘤支持治疗，应当贯穿到肿瘤诊疗全程，至关重要。3500余人进行在线收看3月23日上午的开幕式和学术活动。

现场直击

超三成肿瘤患者不知晓病情

大会主席巴一教授介绍了由CONS主导的一项“中国医务人员对支持治疗认知现状”的调研。该调查数据主要来自于三级医院和二级医院。调查显示，仅有不到9%的采访人群向所有患者公开病情，粗略估算，约有1/3的患者并未知晓自身病情。

调查结果显示，中国患者对于主观症状（疼痛、恶心呕吐）的控制需求高于对客观临床指标（血液学毒性）的控制需求。医护人员方面，对于肿瘤支持治疗的了解程度随着工作年限的增加而提升，认为最有希望改善肿瘤患者预后的支持

治疗手段是营养治疗，疼痛管理和心理治疗。

调查分析发现一系列亟待解决的问题：第一、医院管理层对支持治疗的重视程度仍有待提高；第二、医务工作者对于支持治疗的认识水平参差不齐；第三、支持治疗缺乏规范性，缺乏适合我国患者的统一标准；第四、对肿瘤治疗相关的并发症重视程度强于心理、宗教、灵性等支持；第五、实践模式仍大多停留在独立的诊疗模式上；第六、综合医院、二级医院和社区等未发挥出相应的功能；第七、肿瘤患者基数大，对支持治疗的重视程度相对较弱。

免疫相关不良反应成为关注重点

武汉同济医院肿瘤中心于世英教授阐述了支持治疗、缓和医疗和安宁疗护三个概念：支持治疗是针对所有肿瘤病人，为肿瘤诊疗全程提供对症支持治疗，包括缓解肿瘤本身及抗肿瘤治疗所引起的各种躯体和心理健康的症状；缓和医疗是针对晚期肿瘤病人提供医疗照护；安宁疗护针对终末期肿瘤病人提供有尊严的医疗照护，同时为家属提供哀伤辅导，三者相互联系，各有侧重。

肿瘤支持治疗全程管理涵盖了治疗相关不良反

应防治，营养支持治疗，躯体症状处理，精神心理症状处理，康复治疗，终末期问题，照顾者问题，社会支持等方面。于教授重点介绍了免疫相关不良反应（AE）、化疗后相关恶心呕吐、黏膜炎、心血管损伤、便秘相关指南，以免疫相关不良反应为例，ESMO指南指出，3/4级AE发生率为7%~16%，低于化疗，重者有潜在致命风险，累计器官包括皮肤、胃肠、肺、肝、肾、内分泌、神经和心脏。通常在用药后1~6个月发生，存在长拖尾现象，需要多学科会诊。

支持治疗面临抗肿瘤治疗的“心”问题

南昌大学第一附属医院肿瘤科主任熊建平教授指出，抗肿瘤治疗相关心血管并发症包括心肌功能不全与心力衰竭，冠状动脉疾病，瓣膜病，心律失常，高血压，血栓栓塞性疾病，周围血管病和卒中，肺动脉高压和心包并发症九大分类。

熊教授指出，抗肿瘤治疗药物引起的心脏毒性按其预后可以分为两种类型，I型为不可逆的心脏毒性，主要是蒽环类药物；II型为可逆的心脏功能失调，表现为可逆性的心

肌功能失调，预后良好，病理改变小，无剂量依赖性。蒽环类化疗与无蒽环类化疗相比，心衰风险增加4.18倍，治疗后5年内出现并且至少10~15年仍然增加。此外，氟尿嘧啶类药物和免疫治疗相关心脏毒性日益受到重视。抗肿瘤药物心脏毒性检测指标包括超声心动图和心脏标记物，前者无放射性，但重复性差；后者以肌钙蛋白I为代表，准确度高，敏感性高，但轻度增高意义不明，常规监测证据不足。

骨髓功能支持治疗指南解读

上海交通大学附属瑞金医院肿瘤科张俊教授指出，骨髓功能抑制是导致化疗相对剂量强度下降最重要的原因之一，而相对剂量强度低于85%会导致总生存（OS）下降。

粒细胞减少伴发热重在预防，风险>20%的患者应预防性使用rhG-CSF；聚乙二醇rhG-CSF作为长效制剂，预防用药时间为化疗后次日6mg（或）100ug/kg，不建议额外给予rhG-CSF治疗，如果中性粒细胞IV度减少持续时间≥3d，则再考虑rhG-CSF补救。

对于出血风险高的患者，为预防下一个化疗周期再发生严重的血小板减少，可考虑二级预防：化疗结束后1~2d内开始使用rhTPO和（或）白介素-11；已知血小板最低值出现时间者，可在血小板最低值出现前10~14d皮下注射rhTPO，300U/kg/次，每日或隔日一次，连续7~10d；对于采取GC或GP方案化疗这，可在本周化疗第2、4、6、9天皮下注射rhTPO，300U/kg/次。肿瘤相关性贫血应注意评估化疗因素和非化疗因素，正确使用促红素。

化疗所致延迟性呕吐的治疗

中国医科大学附属第一医院肿瘤内科主任刘云鹏教授指出，延迟性呕吐治疗现状堪忧，指南依从性率仅55%。第一代5-HT₃受体拮抗剂对于延迟性呕吐控制完全缓解率仅为28%，第二代药物优于第一代。

刘教授介绍了奥氮平和沙利度胺用于延迟性呕吐的相关临床试验。在单日大剂量顺铂化疗方案的相关临床试验中，阿瑞匹坦+帕洛诺司

琼+地塞米松CR率为52%，奥氮平+帕洛诺司琼+地塞米松CR率为63%，奥氮平+阿瑞匹坦+帕洛诺司琼+地塞米松CR率为67%，沙利度胺+帕洛诺司琼+地塞米松CR率为77%—沙利度胺三联组较现行标准三联方案费用下降约56%，更具有经济效益比优势。目前正在开展多周期含顺铂化疗方案中沙利度胺三联组的疗效。

免疫治疗不良反应管理指南解读

北京大学肿瘤医院消化肿瘤内科张田教授全面阐述了由中国临床肿瘤学会（CSCO）免疫治疗专家委员会执笔的《免疫检查点抑制剂相关的不良反应管理中国专家共识》的亮点。共识指出，CTLA-4单抗3/4级毒性反应发生率为31%，PD-1单抗为10%，0.36~1.08%的患者会因此死亡，心脏等特殊毒性的致死率高达50%，应按照CTCAE分级原则进行处理，一旦出现严重的免疫相关不良事件，早期、大胆、足量地使用激素十分关键，4级不良反应应静脉注射甲基强的松龙1~2mg/kg/d，连续3d，后逐渐减量至

1mg/kg/d，必要时请专科会诊。

张教授指出大多数老年患者能从免疫治疗中获益，不良反应稍多，但可控。应早期识别高危人群，治疗上以激素为主，剂量需灵活，并注意不良反应的预防。

关于激素是否影响免疫治疗疗效方面，一项关于非小细胞肺癌的研究指出，治疗前使用激素（泼尼松剂量大于10mg/d）会影响疗效，应避免在治疗前滥用，但同时我们也应当注意到，10mg是否就是最佳界限值，紫杉类药物在这种情况下预处理该如何进行等一系列问题尚需进一步研究。