

《医师报》特别策划“说说肿瘤那些事儿”对话江苏省肿瘤医院彭伟教授 提升免疫力突围“新冠+流感”

医师报讯（融媒体记者 管颜青）癸卯年新春佳节前夕，全国新冠疫情处于高峰期，也是流感的高发时节。基础免疫力较为低下的肿瘤患者是流感重症的高风险人群。在“新冠+流感”的双夹击下，怎样帮助肿瘤患者安全渡过难关？

1月17日，医师报肿瘤频道特邀江苏省肿瘤医院肿瘤内科彭伟教授做客医师报肿瘤频道直播间，围绕“新冠未退，流感又来，今冬肿瘤患者如何突围”这一话题，详细回答了肿瘤患者最关心的问题。在这个危机四伏的冬季，为患者带去温暖。

本期直播由《医师报》和中国医药卫生事业发展基金会联合主办，在《医师报》融媒体平台肿瘤频道、感染频道、呼吸频道以及中国医药卫生事业发展论坛微博等平台同步播出。



扫一扫
关联阅读全文



“新冠+流感”合并感染后果 1+1>2

《医师报》：很多人认为流感就是感冒，您如何看待？

彭伟教授：流感绝不是一场普通的感冒。据 WHO 估计，全球范围内每年因流感死亡的人数将近有 65 万例，相当于每 48 秒就有 1 人因流感死亡。

与普通感冒不同，流感由流感病毒引起，是一种急性

性呼吸道传染病，伴有明显的发热、乏力、全身酸痛等全身表现。此外，还可能引起病毒性肺炎、继发细菌性肺炎、急性呼吸窘迫综合征，甚至可能会出现休克、弥漫性血管内凝血等多种威胁生命的严重并发症。

《医师报》：对于肿瘤患者来说，流感与新冠合并感染，会带来哪些危害？

彭伟教授：对肿瘤患者来说，流感和新冠合并感染可能会出现 1+1>2 的危害叠加后果。例如，可能导致慢性病、基础疾病的病情加重，影响抗肿瘤治疗进程，让治疗更为复杂化，恢复期延长，同时引起生活质量下降，增加家庭经济负担，还有的患

者可能会出现心理问题。除了肿瘤患者外，老年人、孕妇、合并慢性疾病患者、正在接受透析治疗的患者以及长期病毒感染（如感染 HIV、HBV）等群体，也是流感和新冠合并感染的高风险人群。这类人群的共同特征是自身免疫力低下。

《医师报》：为什么肿瘤患者会出现免疫力低下的情况？该如何提升？

彭伟教授：肿瘤患者的基础免疫力本身较弱。这是因为当人体免疫系统正常时，免疫系统能“监视”和“消除”体内产生肿瘤细胞，一旦免疫系统“失灵”，肿瘤细胞会加速生长繁殖。

此外，在多种抗肿瘤治疗的过程中，药物不仅杀死肿瘤细胞，也会损伤正常的免疫系统，导致肿瘤患者的免疫力下降，往往需要医生通过定期

监测并辅以相关药物帮助患者度过治疗中的“脆弱”时刻。

提高免疫力不仅有助

于肿瘤患者预防流感和新冠的合并感染，还能帮助患者康复。具体而言，包括五大方面：

小贴士

- ☆ 接种疫苗：接种新冠疫苗、流感疫苗进行保护。
- ☆ 药物治疗：使用调节机体免疫功能的药物。
- ☆ 充足睡眠：睡眠是免疫功能恢复和提高的最佳时刻。每天保持至少 7 h 以上的有效睡眠。
- ☆ 适量运动：每天进行 30 min 快走等有氧运动，有助于改善白血球数量，改善免疫系统功能。
- ☆ 良好的生活习惯：勤洗手、戴口罩，做好自我防护。同时，戒烟、禁酒、适量饮茶。

“阳康”后做 CT 健康情况早知道

《医师报》：肿瘤患者“阳康”之后，有没有必要去医院去做 CT？

彭伟教授：对于肿瘤患者、老年人等免疫力低下的群体来说，有可能新冠感染时没有出现发热、咳嗽、全

身酸痛的情况，一些炎症无法通过表象反映出来，因此建议这类群体通过胸部 CT 了解自身情况。

对于“阳康”后依然长期咳嗽的普通人来说，也有必要及早通过胸部 CT 了解咳嗽的原因，及早治

《医师报》：肿瘤患者得了新冠或者流感，该如何治疗？

彭伟教授：医生需要根据患者具体情况具体分析，帮助患者选择最佳的治疗方案，达到患者获益最大化，风险最小化的目的。例如，医生会为患者进行胸部 CT 检查，同时监测患者的血氧饱和度进行评估，判断是否需要停止或者重启抗肿瘤治疗方案，而非以是否“阳康”或者不发烧作为治疗的依据。

ASCO-GI 年会对胃癌一线治疗的再次突破与思考

晚期胃癌一线治疗迈入多选择期

▲ 北京大学肿瘤医院消化内科 沈琳



沈琳 教授

癸卯年春节前最后一天，从 2023 年 ASCO 胃肠道肿瘤研讨会（ASCO-GI）会议上传来了大家期盼已久的 SPOTLIGHT 研究结果。如今，胃癌一线治疗百花齐放，晚期胃癌患者的中位生存期瓶颈有望被打破。



扫一扫
关联阅读全文

SPOTLIGHT 研究结果振奋人心

SPOTLIGHT 是一项全球多中心随机双盲的 III 期临床试验，旨在探索抗体疗法 Zolbetuximab（佐妥昔单抗）联合 mFOLFOX6（奥沙利铂、亚叶酸 + 氟尿嘧啶联合方案）一线治疗复发或转移性 CLDN18.2 阳性及 HER2 阴性的胃癌或胃食管结合部腺癌的治疗效果和安全性。主要终点为无进展生存率（PFS），次要终点为总体生存率（OS）、客观缓解率（ORR）、缓解持续时间（DOR）等。

研究结果显示，试验达到了预期目标。无论是 PFS 或 OS，Zolbetuximab 联合组都有明显改善，分别为 10.61 个月 对比 8.67 个月（HR=0.751）；18.23 个月 对比 15.54 个

月，（HR=0.75），统计学差异明显，而 ORR、DOR 两组之间无明显差异。在安全性方面，试验组恶心呕吐、食欲下降等不良反应增加。试验组因不良反应而暂停药物治疗的比例也随之增加。亚组分析发现，GEJ 和 lauren 分型的混合型胃癌患者无获益，而其它各组可见明显获益。

研究结果振奋人心，特别是对对照组 PFS、OS 都较既往全球性试验明显延长，甚至超过了一些 PD-1 联合化疗试验组的绝对值。既往研究中无论是弥漫性胃癌、还是 CLDN18.2 高表达人群，并未发现是预后良好的指标，而且也没有显示出

mFOLFOX6 方案优于其他常用方案。

会议讨论中有参会者提出，为何对照组 PFS、OS 可以明显延长？研究领衔者回复可能与入组患者中日本患者占 20% 左右有关（在欧美国家，一线胃癌患者 OS 基本是在 11~12 个月，我国患者是 12~14 个月，日本患者大概在 17 个月左右，PFS 在 6 个月左右）。即便如此，研究结果也超出预期。这让我们对 CLDN18.2 靶点的治疗信心倍增。

当然，我们还需了解试验中患者的药物暴露量、一线治疗失败后的二线治疗情况、各地区人群的生存差距，以及为何肠型胃癌获益更明显等问题。

一线治疗方案百花齐放

同期，我们看到 RATIONAL-305（替雷利珠单抗联合化疗用于晚期胃癌一线治疗）的临床研究结果。在 PD-L1 score $\geq$ 5% 人群中，试验组 OS 比对照组明显延长，而在亚洲人群中更达到 19.3 月 对比 13.9 月，这与 ORIENT-16 研究（信迪利单抗联合化疗一线治疗试验）结果类似。那么，我们该如何选择方案？

在 SPOTLIGHT 研究中，PD-L1 表达仅有 13.2%，PD-L1 CPS $\geq$ 5%，在 CLDN18.2 高表达的人群中 PD-L1 表达较低，而 PD-L1 低表达或阴性胃癌患者从 PD-1 联合治疗中获益很少。在一线治疗方案选择上，可以按照 PD-L1 以及 CLDN18.2 的表达情

况选择吗？CLDN18.2 表达及 PD-L1 表达及对免疫环境的影响会怎样？抗 CLDN18.2 治疗后 PD-L1 的变化是怎样？何时合适与 PD-1 单抗联合治疗？互为一二线治疗时谁更优？这些都需要进行直接头对头的临床研究来回答。

同时，我们不可忽视患者感受。我们如何减轻患者的不良反应？未来 PD-1 单抗联合 CLDN18.2 治疗是否可能进一步延长患者生存期？无论如何，胃癌的一线治疗将进入多选择时期，医生将依据肿瘤部位、病理特征与患者耐受性评估多种标志物的表达来精确选择，晚期患者一线治疗的中位生存期 2 年瓶颈有望在不远的将来被打破。