免疫治疗并非晚期抗癌最后选择

□本报记者 陈坤

肿瘤免疫治疗不同于直接杀伤肿瘤细胞的治疗方式，该疗法通过激活自身免疫系统清除癌细胞，为部分晚期肿瘤患者带来生存希望，但该疗法存在适用人群限制。免疫治疗适宜人群、潜在风险是大众普遍关心的问题。

10月20日晚，福建卫生报《医生我想问》直播间邀请福建医科大学附属协和医院肿瘤内科行政副主任、主任医师赖金火，讲解肿瘤免疫治疗相关知识。

截至发稿前，本场直播累计吸引24万人次在线观看。



免疫治疗，不只是晚期患者的最后手段

赖金火在直播中分享一则临床病例。一名年近60岁男性肠癌患者，多线化疗后出现耐药，合并肝转移、腹腔广泛转移以及肺部微小转移。患者初期仅完成RAS基因检测，未开展错配修复基因检测。经赖金火建议补充基因检测，结果提示dMMR（错配修复缺陷），即MSI-H型。该类型患者对免疫治疗敏感度较高。患者接受单纯免疫治疗，随访4年，肿瘤基本消退，目前坚持用药、正常工作，回归日常生活。

赖金火介绍，该类肠癌患者占比仅3%至5%。免疫治疗已应用于多种实体瘤，可为大量晚期患者带来生存获益。

不少公众将免疫治疗视作晚期抗癌的最后手段。免疫治疗可覆盖初治至晚期阶段，一线、后线治疗场景均可选用。

高龄不属于免疫治疗的禁忌范围。高龄人群对化疗、放疗、手术的耐受性偏低，仍可从免疫治疗中获益。受T细胞功能减退影响，高龄患者疗效弱于年轻患者，但疗效优于化疗或标准治疗。临床数据显示，75岁以上接受免疫治疗的患者占比接近30%，已有85岁患者接受该方案治疗。

免疫联合化疗，不良反应可控

免疫治疗常与化疗联用，公众担忧不良反应叠加加重。

以食管鳞癌为例，免疫联合化疗为标准治疗方案，疗效优于肺癌同类方案，肿瘤缩小率更高；20%至30%患者接受术前免疫治疗后可实现病理完全缓解。

赖金火表示，联合治疗会提升毒性反应，但相关不良反应具备可控性。

治疗阶段饮食无须严格忌口，膳食以清淡、优质蛋白等营养充足为原则。本地可优先选用鱼、肉、蛋类食材，搭配新鲜蔬果，做到品类多样、少量多餐。充足营养可维持机体体力，助力抗肿瘤治疗。

主流免疫药物多纳入医保 临床试验提供新药渠道

国内免疫治疗自2018年首款PD-1抑制剂获批上市起步，目前国内上市免疫治疗药物已有二三十种。经医保谈判，相关药品价格大幅下调，多数主流免疫治疗药物纳入医保目录。

患者还可报名参与新药临床试验。中国创新药在全球占比约40%，综合性三甲医院常态化开展相关试验。成功入组的受试者可免费使用试验用新药。

赖金火提示，患者就诊应备齐全部检查资料，包含病理报告、CT报告单及影像胶片、基因检测报告、心电图、心脏相关检查材料。多家医疗机构实现检查结果互认，完整资料便于医师快速掌握病情，完成系统性评估。

活动组织

主办单位：福建卫生报、福建日报·新福建客户端

协办单位：福建医科大学附属协和医院

特殊疗法 保住肛门

□本报记者 陈伟芳

便血、肛门疼痛、排便次数增多，不少群众将上述症状归因为痔疮、上火，选择忍耐或自行用药处置。低位直肠癌早期临床表现与痔疮相近，极易被忽视延误诊治。部分患者获知低位直肠癌存在切除肛门的治疗方案，易产生消极心理。

10月14日，福建卫生报《医生我想问》栏目邀请福建医科大学附属第一医院结直肠外科行政副主任、主任医师刘星做客直播间，系统解读直肠癌防治知识，解答低位直肠癌保肛相关问题。

截至目前，本场直播各平台累计观看量超过22万人次。



便血误判痔疮自行处置患者拖延半年贻误肿瘤治疗

刘星在直播中分享一则典型临床病例。

福州闽侯45岁陈先生（化名）反复便血、肛门疼痛，初期自行判定为痔疮。病灶持续数月未见好转，陈先生前往医院就诊，确诊低位直肠癌，接诊医师提出肛门切除的手术方案。

陈先生难以接受造口排便的生活状态，拒绝手术，四处寻求其他办法，自行煎煮草药水坐浴缓解肛门不适，期望控制病情。该处置未抑制肿瘤进展，还造成臀部烫伤，疼痛症状进一步加重。后续陈先生前往刘星处就诊。

刘星介绍，查体可见患者肿瘤位置极低，距离肛门仅2~3厘米。肿瘤局部浸润程度较深，但未检出远处转移，仍存在保肛可能性。

医疗团队为其制定新辅助放化疗联合免疫治疗方案。化疗结束4周后开展复查评估，肿瘤退缩效果理想；放疗结束休养8周，实施经括约肌间切除术（ISR）。

确诊肠癌并非均需即刻开展外科手术

刘星指出，绝大多数早中期结直肠癌，手术切除为根治的首选手段。部分患者无须即刻手术，少数病例可避免外科手术操作。

极早期肠癌，肿瘤仅侵犯黏膜或黏膜下层浅层，不存在淋巴结转移，可实施肠镜下EMR/ESD切除，操作模式类似息肉切除，创伤程度低，能够实现根治效果。

局部进展期直肠癌，肿瘤浸润较深（T3、T4），或合并淋巴结转移。直接手术疗效有限，保肛难度较高，优先实施新辅助放化疗；身体条件适配的患者可联合免疫治疗，促使肿瘤缩小降期，降低手术风险，显著提升保肛概率。陈先生即属于该类病例。

晚期肠癌合并远处转移，确诊已出现肝、肺转移，治疗不以手术为首要目标，优先采取化疗、靶向、免疫等全身系统性治疗，控制肿瘤进展。

肿瘤距肛门位置近不等于丧失保肛条件

针对大众高度关注的保肛问题，刘星表示，保肛判断不能一概而论，核心判断依据为肿瘤是否侵犯肛门外括约肌。肛门外括约肌是维持肛门控便功能的核心肌肉，也是保肛的关键评判标准。

肛门外括约肌未受肿瘤侵犯，即便肿瘤位置极低，也可开展经括约肌间切除术（ISR）。手术切除被肿瘤累及的内括约肌，保留完整外括约肌，可保全大部分肛门控便功能。伴随治疗方案迭代、外科手术技术提升，临床保肛概率进一步提高。

福建医科大学附属第一医院结直肠外科临床数据显示，距肛缘3~5厘米且符合适应症的病例，保肛率在95%以上；1~3厘米超低位病例，保肛概率约80%。

新技术拓展直肠癌患者治疗选择。放化疗联合免疫治疗，可使部分患者实现肿瘤完全缓解，该类患者无须实施外科手术，定期随访复查即可。

刘星提示，保肛判定不能仅凭单一医师的判断。保肛结局既依托医师临床经验，也高度依赖多学科团队综合诊疗能力。若接诊告知无法保肛，建议前往具备低位直肠癌诊疗经验的医疗机构开展多学科会诊，明确保肛受限因素，评估术前治疗争取保肛的可行性。

活动组织

主办单位：福建卫生报、福建日报·新福建客户端

协办单位：福建医科大学附属第一医院