# 胃癌药物治疗后 勿盲目放弃手术

□本报记者 刘伟芳

胃癌为国内常见恶性肿瘤。早期胃癌症状较为隐匿,多数患者确诊时已发展至中晚期。

确诊胃癌应当如何处置,优先开展手术还是先行药物治疗,是10月28日晚福建卫生报《医生我想问》直播间的讨论主题。本场直播邀请福建医科大学附属第一医院胃肠外科二区行政副主任、教授、副主任医师朱广伟,围绕胃癌新辅助治疗前沿手段,结合临床真实病例为网友答疑解惑。

本场直播各平台累计观看量超过22万人次。




**新辅助治疗 缩减肿瘤提升手术安全性**

“两三个月前,科室收治一名贲门癌患者。”朱广伟介绍,该患者进食干饭存在胸口梗阻感,食用稀饭、牛奶、面条不受影响。检查提示肿瘤大小8~9厘米,造成局部梗阻。经抗肿瘤药物治疗,患者进食干饭梗阻症状消失;CT复查可见肿瘤及周边淋巴结体积缩小。患者后续按计划完成手术,手术过程顺利,现阶段处于术后恢复期。

“既往外科诊疗理念追求扩大手术切除范围,尽可能完整切除病灶组织,手术创伤大,手术风险偏高。”朱广伟表示。近年临床研究证实,先行全身药物治疗,待肿瘤体积缩小后实施手术,能够降低手术难度,提升保留胃部组织的概率,改善治疗效果,该治疗方式即为新辅助治疗。

伴随临床研究推进,新辅助治疗由早期单纯化疗,发展为化疗联合免疫治疗模式。

新辅助治疗适用对象为肿瘤体积大、浸润程度深,或存在淋巴结转移,但具备手术切除条件的局部进展期胃癌患者。

**把握手术时机 切勿一味等待肿瘤缩小**

依据诊疗指南,术前一般完成3~4个疗程新辅助治疗,3个月以内开展疗效再评估,判断肿瘤缩小程度,评估手术可行性。肿瘤缩小效果不佳,可增加1~2个治疗周期或调整治疗方案后再次复查。

朱广伟提醒,不可无限制延长术前用药时长。肿瘤控制效果不佳时,需及时开展手术,避免丧失根治机会。术前治疗疗程不足,可于术后补充对应周期治疗,整体总疗程不会出现较大改变。

接受新辅助治疗后,多数患者的肿瘤可实现体积缩小;少数患者治疗应答较差,诱因包括肿瘤恶性程度高、对治疗药物不敏感。

新辅助治疗存在适用范围,需经专科医师完成身体条件评估后方可开展。朱广伟列举一则病例:一名幽门梗阻患者两三个月体重下降三四十斤,初诊状态下行动能力差。医疗团队先行实施胃肠短路手术,解除进食障碍,开展营养支持,患者一个月内体重增长10公斤,后续顺利开展转化治疗。“临床会积极创造条件,帮助患者获得治疗机会。”

**肿瘤缩小 不可省略外科手术**

“肿瘤已经缩小,胃镜检查未见病灶,是否可以不做手术?”这是直播间网友关注度较高的问题。

朱广伟分享典型病例:一名六十余岁Ⅲ期胃癌患者,伴随明显周围淋巴结转移。经过新辅助治疗,局部肿瘤缩小,胃镜下溃疡病灶愈合,仅留存少量瘢痕组织,活检结果提示炎症改变,周边淋巴结体积同样显著缩小。

该患者主观认为药物已经治愈疾病,拒绝接受外科手术。一年多后肿瘤复发,再次接受手术干预。

“病灶未经手术切除送检,病理无法证实肿瘤细胞实现完全缓解。”朱广伟解释,胃镜活检不能判定淋巴结内部是否残存癌细胞。“等待观察”模式已应用于直肠癌诊疗,尚未在胃癌领域获得业内普遍认可,现阶段胃癌患者不可省略外科手术。

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

# 肺癌免疫治疗需精准选择

□本报记者 刘伟芳

57岁的陈先生(化名)确诊晚期肺癌,完成第一周期免疫治疗,间隔三周返院准备开展第二周期治疗时,自述存在喘息症状。福建省肿瘤医院胸部肿瘤内科副主任医师林景辉为其检测指脉氧,血氧饱和度仅92%,正常参考值高于95%。林景辉立即安排CT检查,确诊为免疫性肺炎。该患者经激素治疗后症状快速好转,后续继续接受免疫治疗,治疗效果良好。

“免疫治疗相关不良反应与化疗、靶向治疗存在差异,发生时间无固定规律,部分患者在治疗结束后仍可出现,临床表现多样。此类不良反应经早期识别,大部分具备可逆性。”10月30日,在福建卫生报《医生我想问》直播间,林景辉围绕肺癌免疫治疗热点问题开展科普。

本场直播各平台累计观看量超过25万人次。




**免疫治疗不等同于提升机体抵抗力,作用机制为解除免疫抑制**

不少群众存在认知误区,将免疫治疗简单理解为提升身体抵抗力。林景辉作出纠正,免疫治疗并非降低普通疾病的患病概率,而是促使机体免疫细胞重新识别肿瘤组织。

林景辉作出通俗阐释:车辆无法行驶并非燃油不足,而是制动装置处于开启状态。肿瘤细胞表达PD-L1蛋白,可迷惑T细胞,规避免疫杀伤。PD-1/PD-L1单抗能够解除该免疫抑制,激活T细胞,实现对肿瘤细胞的杀伤。

临床选择免疫治疗,需要先明确驱动基因状态。存在EGFR、ALK等靶点突变的晚期肺癌患者,一线优先采用靶向治疗;驱动基因阴性的晚期非小细胞肺癌患者,是免疫治疗主要适用群体。免疫单药或者免疫联合化疗,已纳入指南一线标准治疗方案。

PD-L1表达水平可辅助临床方案制定。PD-L1高表达、身体状态良好的患者,可选用免疫联合化疗;高龄、身体状态较差的患者,可采用免疫单药;PD-L1低表达患者,一般推荐联合化疗。免疫联合化疗可产生协同治疗效果。

十年前,免疫治疗尚处于Ⅰ期临床研究阶段,多用于多线化疗耐药患者。林景辉介绍了一则临床病例,一名驱动基因阴性、多线化疗耐药患者入组临床试验,肿瘤得到有效控制。

现阶段,免疫治疗已应用于非小细胞肺癌全病程治疗。除晚期患者一线治疗以外,部分具备手术切除条件的早期患者,可开展术前新辅助治疗,化疗联合免疫方案能够提升病理完全缓解率,降低复发风险。

**免疫治疗临床获益参考数据**

“免疫治疗起效速度不及靶向药物,部分靶向药物起效迅速,少数患者用药两日即可自主下床活动。”林景辉表示。免疫治疗依托调动自身免疫系统发挥作用,起效相对缓慢,但疗效具备持久性与稳定性。

针对肺癌患者群体,临床研究有如下参考数据:免疫单药治疗,40%~50%患者可获得治疗应答;免疫联合化疗方案,有效率介于50%~75%。以上仅为临床研究统计数据,不代表所有患者均可达到对应疗效。

免疫治疗常规总疗程为两年。患者治疗应答理想,未出现显著不良反应,完成两年维持治疗可以停药。后续若出现肿瘤复发,重启免疫治疗仍有机会获得临床获益。

“部分晚期肺癌患者实现5年及以上长期生存,已经成为临床现实。”林景辉说。

活动组织

**主办单位**:福建卫生报、福建日报·新福建客户端

**支持单位**:江苏恒瑞医药股份有限公司