



# 内容

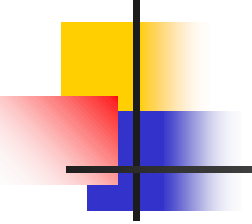
---

- 一、流行病学
- 二、胃癌治疗现状
- 三、NCCN胃癌临床实践指南教授视点
- 四、2023年ASCO部分报道
- 五、有关临床试验



---

# 一、流行病学

- 
- 
- 胃癌是常见的恶性肿瘤之一，占全部恶性肿瘤的第三位，占消化道肿瘤的首位；
  - 我国胃癌发病以西北的青海、宁夏、甘肃为最高，华南和西南地域胃癌发病率较低。



# 流行病学

---

- 中国每年发病约40万，死亡约30万，发病人数占全球胃癌发病人数的41%。全国胃癌死亡占全部恶性肿瘤死亡的23.24%，死亡率接近25/10万；
- 胃癌的早期诊疗率低，约40%的患者就诊时已经为晚期，失去手术机会；



# 流行病学

---

临床首次诊疗的胃癌中， $1/3$ 有区域淋巴结转移， $1/3$ 有内脏转移，仅 $1/4-1/3$ 肿瘤病灶局限于胃壁。病灶的不足和广泛性决定了患者的5年生存率。所以胃癌分期是决定患者预后的主要原因，也是选择治疗措施的关键原因。



## 二、胃癌治疗现状

---

- 虽然胃癌的治疗经过了四五十年努力，但成果不满意；因为胃癌在西方国家是低发肿瘤，所以经济投入和研究力度不是要点，而在亚洲经济水平决定了这方面的经费投入不足。
- 胃癌的治疗进步较慢，既往晚期胃癌自然生存期仅**4**个月左右，到目前也仅为**10**个月左右。



# 胃癌治疗现状

---

- 胃癌的规范化治疗刚起步，还有诸多不同原则和不同的模式。
- 近年经过反复临床试验总结出来的循证医学证据，逐渐达成了**共识**，成为胃癌规范化治疗的前提，使胃癌的规范化治疗得到了确保。



# 胃癌治疗现状

---

经过引入循证医学证据，对提升胃癌的治疗水平有很大好处，所以必须规范胃癌治疗的整体情况。

但规范不等于教条、照搬，还要根据每个病人的详细情况分析，这么才可能在规范化治疗的基础上进一步根据病人的**个体化**来选择决定治疗模式和方案。





# 胃癌治疗需多学科合作

---

- 需了解病人详细的病情；
- 需了解胃癌的生物学特点；
- 需了解目前胃癌的综合治疗模式；
- 还需了解其他有关学科知识，如内科医生还需了解部分外科知识——让患者在不同阶段接受不同的治疗。



# 胃癌治疗需多学科合作

---

- 多学科协作制定治疗计划、治疗决策决定后再按不同的环节进行。
- 胃癌的治疗需要一种团队来协作完毕，涉及外科、内科、护理、心理、甚至饮食，需要一种团队来围绕病人综合分析治疗。



# NCCN共识分类

---

- 1类：基于高水平的证据，NCCN达成共识，推荐应用。
- 2A类：基于涉及临床经验在内的稍低水平证据，NCCN达成共识，推荐应用。
- 2B类：基于涉及临床经验在内的稍低水平证据，NCCN未达成统一共识（但无较大分歧）。
- 3类：NCCN对该提议的合适性存在较大分歧。

除非尤其阐明，指南中全部的提议均达成2A类共识。

# 2023年中国NCCN讨论后提出：

## 今后需要探讨的问题和发展趋势

- 1、术前化疗或放化疗的意义和实施
- 2、规范根治术后的辅助化疗
- 3、放化疗的联合在辅助及姑息治疗中的作用
- 4、全身化疗药物、方案的优化、组合
- 5、靶向药物在胃癌治疗中的作用

# 2023年NCCN胃癌临床指南中国版

## 与NCCN达成几点共识

- 1、手术根治性切除： D2，切缘 $\geq 5$  cm
- 2、病理检验报告要求规范
- 3、术前放化疗初见成效
- 4、术后辅助化放疗成为推荐的治疗方案
- 5、晚期胃癌姑息治疗，化疗方案的选择以及循证医学证据等级



# 三、NCCN胃癌临床实践指南 (2023版) 教授视点

---

## 1、胃癌的治疗框架：

- 建立在多学科协作的基础上
- 以循证医学为根据
- 以影像学结合内镜以及系统检验为手段
- 在初步确诊并进行分期诊疗后作出整体规划
- 细化治疗方案



## 2、局部进展期胃癌

---

可经过腹腔镜评估腹膜播散情况并进行更确切的分期再选择合适的治疗手段。



---

### 3、不适合手术治疗或有远处转移者

- 姑息治疗
- 临床研究
- 最佳支持





## 4、胃癌的新辅助化疗

---

- 术前新辅助化疗：杀灭微小转移灶，降期，改善胃癌患者的DFS及OS。
- 美国胃癌静脉辅助化疗研究会（MAGIC）的一项研究成果奠定了可切除胃癌中**新辅助化疗的地位**。除ECF外，REAL-2研究成果可得知，ECX，EOF，EOX也是很好的选择。



## 5、胃癌的辅助化疗

---

- 术后辅助治疗：更精确地进行病理分期，有利于选择合适的治疗方案。
- 美国INT116研究显示：术后放化疗者较单纯手术切除者DFS及OS分别延长了9个月及11个月。目前我国对于D0、D1手术者仍应进行术后放化疗。
- 术前未进行ECF及其改良化疗方案化疗的II、III期患者，仍应接受辅助化疗。选择合适的治疗方案。同步鼓励患者参加临床试验。



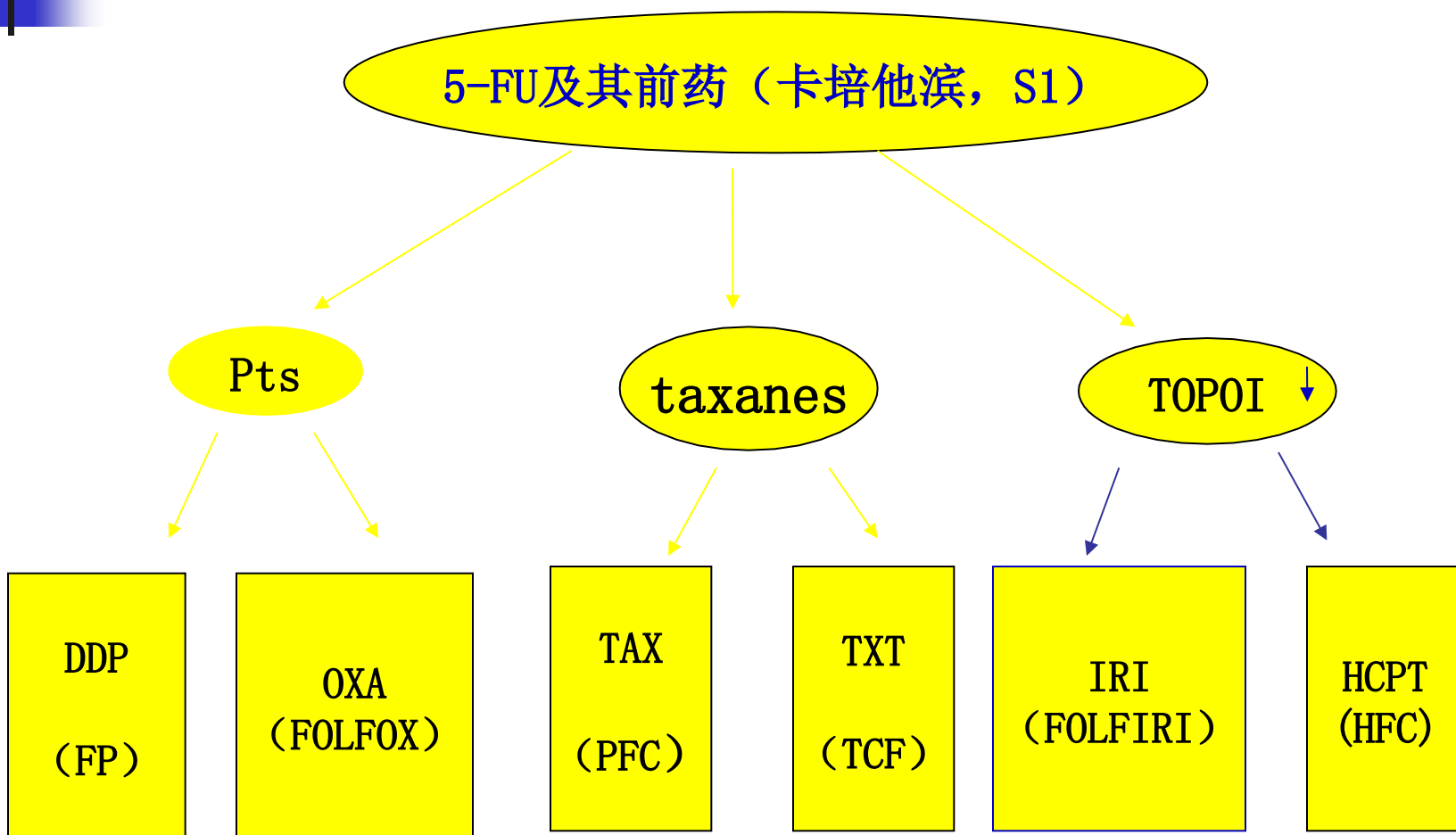
## 6、晚期胃癌的姑息治疗

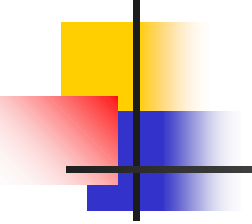
---

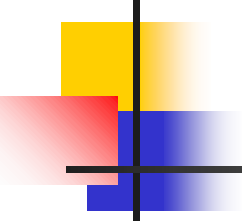
- 复发或转移的患者中，ECOG $<$ 2者应接受姑息化疗；
- 5FU/铂类（2B类推荐）：RR20-30%，OS8-9月
- ECF方案或DCF：RR增长10-20%，OS增长1-2月

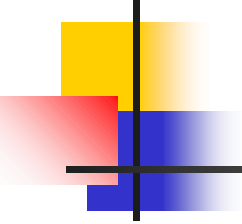
但三药使用不良反应发生率高

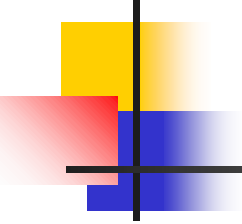
# 新药联合化疗治疗AGC模式



- 
- ECF方案中的DDP和5-FU可分别被奥沙利铂和卡培他滨替代；
  - 国内一组临床试验成果也证明了XP（卡培他滨+ DDP）方案在中国胃癌治疗中的疗效及安全性；
  - 所以，卡培他滨替代5-FU联合DDP在中国可作为2A类推荐方案

- 
- 一项随机对照研究证明5-FU联合奥沙利铂与联合DDP等效，但安全性更加好；
  - DCF方案虽然改善了RR和OS，但毒性明显增长；
  - 紫杉醇的疗效与多西他赛相同，骨髓毒性较低，所以，以紫杉醇为基础的联合化疗方案也是晚期胃癌化疗的选择方案之一。

- 
- 伊立替康是从喜树碱中半合成的抗肿瘤药物，其抗胃癌的作用逐渐受到人们的注重。
  - **2023年**，在北美组织的一项名为**V306**的大型III期临床研究中，伊立替康+**5-Fu**构成的**IF**方案比原先北美的**CF**方案具有良好的耐受性和反应性（**32% vs 26%**）。
  - 中位生存期**IF**为**9**个月，**CF**为**8.7**个月。

- 
- 另外，另一项II期临床研究（136例患者）也比较了LF(氟脲嘧啶+亚叶酸钙)、CLF(顺铂+氟脲嘧啶+亚叶酸钙)、FOLFIRI(伊立替康+氟脲嘧啶+亚叶酸钙)在晚期胃癌中的作用，总有效率为13%、27%、40%；TTP分别3.2、4.9、6.0个月；总生存期为6.8、9.5、11.3个月。
  - 含伊立替康的FOLFIRI方案更具有优势。所以含CPT-11和5-Fu的 的化疗方案在胃癌中逐渐具有了主要的地位（2B类推荐）。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/208044047024007014>