

肺癌治疗迈入精准诊疗时代,专家呼吁:

重视术后辅助治疗 提升药品可支付性

据新华网北京9月8日电 根据国家癌症中心《2016年中国癌症发病率和死亡率》发布的数据显示,在中国,每分钟有超过8个人被诊断为癌症,每分钟有超过5个人因癌症逝世。无论你有多么不愿面对,癌症确实潜伏在每个人身边。而这其中,发病率最高的就是肺癌。

近年来,随着肿瘤驱动基因的发现和靶向药物的问世,肺癌的治疗迈入了精准诊疗时代,尤其是早中期术后靶向辅助治疗手段的问世,进一步提高了患者的5年生存率,有效改善其预后,为患者带来了更大的治愈希望。

早中期肺癌大多无明显症状,有约75%的患者在诊断时已处于肺癌晚期,错过了最佳根治性治疗时机,且生存率低,因此肺癌防治需早筛查、早发现、早治疗。如何推进肺癌的早诊早筛工作?目前在肺癌治疗上有哪些科学规范的治疗手段,能为患者带来长期生存获益?又有哪些未被满足的需求?近日,首都医科大学附属北京朝阳医院胸外科主任胡滨教授和北京中医药大学循证医学中心教授、中国药学会药物经济学专业委员会委员金雪晶对上述话题与网友进行交流。

肺癌要早筛早诊早治 将防治关口前移

肺癌位居我国恶性肿瘤发病率和死亡率首位,堪称“癌症头号杀手”,严重威胁国民健康。数据显示,肺癌每年新发患者数量约82万,死亡人数71.5万。其中,非小细胞肺癌占所有肺癌病例的80%-90%,早中期患者在根治性手术切除后仍有30%-70%的患者术后复发、死亡。

“吸烟人群;长期暴露在二手烟、油烟、高致癌物质的环境人群;以及患有慢性肺部疾病如慢阻肺、肺结核等疾病患者等人群都是肺癌的高危人群。”胡滨表示,“早筛早诊”是提高肺癌治愈率,降低死亡率的有效措施,临床上常用5年生存率来评估肿瘤治疗的疗效,肿瘤患者经过治疗后,生存时间超过五年,又无任何复发迹象者,就可以认为临床治愈。建议45岁以上人群尽早做肺癌筛查,早中期发



(资料图片)

现并规范治疗的肺癌患者,5年生存率可提高至70%以上。

近年来,国家积极推进肿瘤早中期筛查发展,在政策层面给予了越来越多的重视。金雪晶介绍说:“国家从肺癌的一、二、三级预防切入,鼓励建立多元资金筹措机制,在控制导致肺癌的危险因素、推广肺癌早诊早治策略、降低肺癌患者治疗负担等方面取得积极成效。自2005年起,我国相继开展多项包含肺癌筛查在内的国家重大公共卫生服务专项,如农村癌症早诊早治项目和城市癌症早诊早治项目,逐步建立起我国肺癌筛查和早诊早治工作网络,切实提高了我国居民肺癌筛查参与率和早诊率,降低了死亡率”。

筛查制度上,我国目前每年为超过22万的项目地区居民提供肺癌风险筛查,每年开展低剂量螺旋CT筛查人次超过9万,切实提高了项目地区肺癌患者的早诊率和治疗率,有效降低了疾病负担,产生了较好的健康、经济和社会效益。

重视肺癌术后辅助治疗 让术后疾病管理“有据可依”

虽然肺癌有着不可小觑的发病率,但随着社会发展以及健康知识的普及,人们体检尤其是肿瘤筛查意识明显增强,大量无症状的早中期肺癌被检出,并进行根治性手术。但由于恶性肿瘤具有“易复发”和“易转移”的特点,早中期肺癌出现复发是很常见的情况,这也成了压在肺癌患者心头的一块隐形石头。

近年来,更精准、高

效、低毒的辅助靶向治疗为早中期肺癌患者降低复发率带来了新的治疗选择。胡滨介绍:“早中期非小细胞肺癌患者术后辅助治疗临床获益明显。目前我国肺癌辅助治疗主要包括辅助化疗、辅助放疗,及辅助靶向治疗,也是国内外权威指南优先推荐的治疗方式。”

然而,辅助治疗却被很多患者轻视或者忽视。胡滨表示,早中期肺癌患者需注意术后复发转移的情况,其中IB期患者5年复发率为45%,II期为62%,IIIA期高达76%;IB-III A期患者的5年生存率处于36%至68%之间。女性有基因突变的比例高达70%,还有74%的患者可能会在术后出现转移复发,其中危害最大的就是脑转移。因此,术后的辅助治疗还是非常必要的,特别是很多早中期的50%以上都是腺癌,有基因突变,现在有很多好的靶向药物能为患者带来更多获益,也希望这类药物最好能纳入医保,惠及广大患者。

在推进肺癌早筛,促进肿瘤防治关口前移方面,金雪晶认为,“像早中期肺癌患者术后辅助治疗已经被国际和国内相关指南有较高等级的推荐,也有相对充足的临床证据。在证据充足情况下也希望可以看到更多创新的辅助治疗手段可以在上市后及时纳入到我们的保障体系里面来,这样可以使早中期术后的健康管理有更多更好的选择。”

早中期辅助治疗的出现可以提高早中期治愈。但对于大多数家庭而言,长期进行术后辅助治疗带

来的经济压力是一个不小的难题,建议有总生存期获益的早中期肺癌术后靶向辅助治疗的创新药物能够及早纳入医保,减轻患者的治疗负担,提高用药可及性,助力患者延长生存期,提升临床上的“早中期治愈率”。

提升药品可支付性 让患者尽早获益

近日,2023年医保目录调整迎来了新的进展,国家医保局近期对申报药品进行了初步形式审查。公告明确,2023年7月1日9时至2023年7月14日17时,共收到企业申报信息629份,涉及药品570个。经审核,390个药品通过初步形式审查。与2022年相比,申报药品数量有一定增加。

近年来,我国的医保支付开始在往专利药倾斜,此外,仿制药集采等改革工作取得显著成效。如此也意味着以临床价值为导向、聚焦患者未被满足的临床需求,具备有效性、安全性、创新性的药物将成为医保目录调整的重点。

金雪晶认为,“创新药物及新增适应症的药物及时纳入医保目录能够丰富临床用药选择,进而有望延长患者生命,甚至是可以帮助患者早日回归正常工作和生活,为社会创造更多社会价值。”

胡滨也表示,期待未来有更多切实有效、高价值的早中期肺癌术后靶向辅助治疗的创新药物能够上市并及早纳入医保,减轻患者的治疗负担,提高用药可及性,助力患者延长生存期,提升临床上的肺癌“早中期治愈率”。

珠海药师科普

孩子一发烧咳嗽 就吃阿奇霉素,对吗?

本报讯(记者刘雅玲)阿奇霉素是呼吸科常用的抗菌药物,主要用于治疗敏感菌引起的上呼吸道感染、下呼吸道感染,还可用于皮肤和软组织感染、中耳炎、尿道炎、宫颈炎及盆腔炎等。那么,使用阿奇霉素有哪些注意事项呢?日前,珠海市妇幼保健院药学部副主任药师梁逊莹为大家进行了科普。

为什么阿奇霉素是吃3天停4天?

阿奇霉素的半衰期长,服用3天停药后,仍能持续作用3-4天,而且具有抗生素后效应(PAE),即使在最低抑菌浓度(MIC)以下也可促进吞噬细胞的吞噬作用。因此“服3停4”的用法,可在达有效疗效的基础上,减少不良反应及耐药,还有利于减少医疗资源耗费。

停药的4天期间,是否需要吃其他抗生素?

阿奇霉素停药的4天期间,不需要再服用其他红霉素类抗生素。在用药3天后,阿奇霉素会在人体中保持一个有效的抑菌浓度,并且可持续4天以上。因此,虽然看似停了4天药物,但体内仍有足以抑制病原菌的药量在发挥着抗菌的作用。

孩子一发烧咳嗽就吃阿奇霉素?

这是不对的,实际上儿童上呼吸道感染以病毒感染居多,阿奇霉素作为大环内酯类抗生素,并不能杀灭病毒,因此,普通感冒、流感的情况大多并不适用阿奇霉素。只有经医生确诊为细菌、支原体感染等适应症时才考虑使用阿奇霉素,并且需遵医嘱用量服用,不得擅自加减用药时间和用量。

使用阿奇霉素出现不良反应怎么办?

服药可能引起腹胀、腹痛、恶心、呕吐等胃肠道反应,一般给予蒙脱石散、磷酸铝凝胶护胃等对症处理后,可缓解。偶有出现轻至中度头晕、头痛及发热,给予对乙酰氨基酚或布洛芬对症处理即可。如出现皮疹、瘙痒、关节痛等过敏反应,应立即停药并及时就诊。

阿奇霉素会损害孩子的听力吗?

在阿奇霉素的上市后研究中的,确发现有些患者服用阿奇霉素后曾出现听力损害,包括听力丧失、耳鸣或耳聋。通过进一步研究表明,这种听力损害多与大剂量长期使用阿奇霉素有关,而通过对听力损害患者的随访,发现大多数患者的听力是可恢复的。

服用阿奇霉素有哪些注意事项?

抗酸药(如碳酸氢钠、碳酸镁、铝酸铋)可能降低阿奇霉素疗效,用药期间如需服用这类药,请间隔1-4小时。阿奇霉素在人体内作用的时间较长,停药3天内不宜饮酒,以免增大药物的副作用。

当阿奇霉素与辛伐他汀合用时,必须控制辛伐他汀的日剂量在20mg以内并注意定期检查肝功能。有心脏病患者应慎用。阿奇霉素和复方甘草片合用易引起心律失常,应避免联合使用。