城市：广州

访问时间：2016.6.22

访问类型：IDI

主持人：

被访者信息：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医院 | 科室 | 姓名 | 职称 | 地点 | 笔录员 |
| A | 广州 中山大学附属肿瘤医院 |  | 韩辉 | 主任 | 公司 | 吴双（金雨速录） |

**Q：您每周出几个半天门诊？**

A：两个半天。

**Q：每个半天大概多少个病人？**

A：每个半天一般30个左右。

**Q：30个，其中前列腺癌的患者能有多少？**

A：前列腺癌可能占到三个。

**Q：您是怎么给前列腺癌的患者进行分类的？**

A：我们现在大的分类就是说是早期和晚期。

**Q：早期和晚期。**

A：对，就是转移性的和非转移性的。

**Q：这个是指远处转移跟非转移吗？**

A：对，远处转移。

**Q：远处转移，这样的话早期和晚期分别占到多少比例？**

A：我们现在可能还是晚期的多一些，晚期的占到70%以上。

**Q：70%，好的，他们治疗上应该肯定是有很大区别了，早期和晚期的患者。**

A：对。

**Q：早期的患者一般选择什么样的治疗？**

A：我们手术治疗为主。

**Q：手术治疗，早期的患者能有多少进行手术治疗的？**

A：早期的患者呢，我们基本上85%以上都是手术了。

**Q：其他剩余的呢？**

A：其他剩余的我们可能有放疗，我们现在还有冷冻治疗，主要是这两个为主了。

**Q：明白，这些是什么样的患者不适合手术治疗？对于早期的患者来说。**

A：就是本身身体条件不适合手术了，然后自己不愿意手术了，主要是这两种。

**Q：这两种，早期的患者会用内分泌治疗吗？**

A：一般都不用。

**Q：一般都不用，明白。那么晚期的患者一般会选择什么样的方案呢？**

A：一般来说全雄激素阻断。

**Q：这种能够占到多少？**

A：这种基本上就是95%以上都是全雄激素阻断。

**Q：95%以上都是，晚期的就不会再选用手术了，是吗？**

A：晚期的肯定不会做根治术。

**Q：肯定不会做根治术，明白，还有其他的吗？就是晚期的除了这个。**

A：姑息性的手术也有了，有些为了解决排尿的问题，做一些电切，再有一些实在是侵犯周围的组织了，有一些做尿流改造的都有了。他排不了尿，解不了大便这些，像这种很少。

**Q：明白，所以这边如果是内分泌治疗的话，基本上都是用全阻断的，是吗？**

A：对。

**Q：会单用激素或者单用抗雄吗？**

A：基本上很少。

**Q：基本上很少。**

A：基本上没有。

**Q：明白，还有其他的吗？就是其他的方案，除了这个全阻断之外，对于晚期的患者。**

A：就是内分泌这一块，是吗？

**Q：不一定，就是除了内分泌，还有其他的，除了内分泌之外。**

A：那就是内分泌失效以后，你说的是不是内分泌失效以后，还有做化疗，主要是化疗。还有就是选用新的激素方案了。

**Q：就是如果内分泌治疗有效的话都是一线先选择内分泌治疗。**

A：内分泌治疗。

**Q：那像这种内分泌抵抗的这种患者能占到多少呢？**

A：可能60%以上都会抵抗。

**Q：60%都会抵抗，这个患者一般是经过多长时间内分泌治疗之后会产生抵抗呢？**

A：一般一年到两年左右。

**Q：一年到两年，你说的这个60%，就是你现在手里面的晚期患者有60%是这种。**

A：对。

**Q：那么这个患者之间会有差异吗？这个产生抵抗的时间上。**

A：有，有差异，但是就是对内分泌治疗如果敏感的，这个初期敏感，降的比较快的，他会时间就会维持长，他那个出现CRPC的时间也会长，也相对会长。但是如果一开始治疗，内分泌治疗他PSA降的都不好的话，然后还有其他PSA评分高，这些就容易出现偏CRPC，而且出现时间也更快。

**Q：就是更快的话会多短时间？**

A：会有一年不到，有些甚至六个月到九个月出现都有。

**Q：明白，这个PSA有没有一个界限或者多少的时候就会抵抗比较快？**

A：这个目前没有界限，有些人他根本就降不到正常，他马上就CRPC了。有些人他是降到正常以后，他要逐渐升高，这个没有界限，只是以他升高，连续复查，大概治疗期间连续复查三次，PSA逐渐升高，我们基本上就把他定为CRPC了。

**Q：明白，这个会多久让他复查一次呢？**

A：我们现在也是根据病人情况，他PSA变化快，有症状了，那么那些怕他出现CRPC的一个月查一次了，像大部分都是两个月或者三个月。

**Q：如果他已经不能下降或者出现上升这种就会让他一个月来查一次，是吗？**

A：对。

**Q：明白，如果是他已经去势抵抗之后，然后会怎么调整这个方案呢？**

A：我们现在主要让他换一种新的抗雄激素药，再或者是使用化疗药物了，基本上是这两大方案。

**Q：明白，他会在本来的抗雄药物之间互相去换种类吗？**

A：我们现在换的病人越来越少了，因为我们感觉90%的人换了没有用，基本上换都没有用。

**Q：因为我也是在指南上看到有那种停一段时间，然后再用上来，这个有的时候会有效。**

A：也只有不到四分之一的人有效，所以我们都不做指望了，很少一部分人有效，有效时间也很短。就是停了有效，两三个月又不行了。

**Q：所以在临床上现在很少这么做了，是吗？**

A：越来越少。

**Q：你说换一种新的这种药物主要是有哪些呢？**

A：我们现在就是阿比特龙，还有目前有些病人到外面去买那个恩扎鲁胺了，就是这两种。

**Q：这个在原来基础上加用吗？**

A：不是，直接换用。

**Q：明白，你觉得这两种方案的疗效怎么样？**

A：都不是太好，疗效好、维持时间短，所以总的来说还是不好。

**Q：比如说像阿比特龙它这个能维持多长时间呢？**

A：最多半年。

**Q：这个是怎么评估它的疗效？**

A：还是看PSA，降不降嘛，维不维持得住嘛，再就是症状有没有缓解。

**Q：嗯，症状主要是哪一些呢？**

A：疼痛，主要还是疼痛，全身骨痛。

**Q：明白，这个它起效的速度能有多快？多长时间能够起效？**

A：那倒是比较快，基本上一个月都能够起效。

**Q：一个月都能够起效。**

A：两到三个周都可以了，不需要一个月。

**Q：然后到半年的时候，他这个PSA可能会上升了，是吗？**

A：最多半年，有些人都只三个月。

**Q：明白，那么如果他这个要是又有反跳的话，这个能有什么办法呢？**

A：我不说了嘛，这两种药换嘛。

**Q：这两种药换，就是恩扎鲁胺和阿比特龙换。**

A：对，这两种药再不行了就化疗。

**Q：就是它们是用在化疗的前面，就是阿比特龙。**

A：目前我们看病人经济条件，因为这两个药很贵。经济条件不好的话，他们就直接化疗了。

**Q：那么这两个药，恩扎鲁胺和阿比特龙比呢？你觉得它们两个的疗效呢？**

A：因为恩扎鲁胺用得少，还不好比，非常少，因为只用了几个病人。

**Q：这个是病人自己在外面买的吗？**

A：对，到国外去买的。

**Q：你跟他说有这么一个药。**

A：对。

**Q：阿比特龙你这边是从什么时候开始用的？**

A：阿比特龙我们最少用了三四年，四年以上的了。

**Q：那个时候应该也是国内没有药。**

A：也是国内没有，香港买的。

**Q：病人量能有多少例呢？**

A：现在也有几十例了，有二十例以上吧。

**Q：明白，他缓解的都是在三四个月到半年这个时间。**

A：对，一般半年左右的多吧，四到六个月多，时间再长了不多，超过六个月的很少。

**Q：像阿比特龙现在有援助计划吗？就是买三个月应该可以送四个月。**

A：现在是，这个计划也是今年才还是的，刚开始吧，去年年底、今年初才开始有。

**Q：那么有这个计划，病人会用满七个月吗？**

A：反正四到六个月，你想想大部分都是四到六个月，所以厂家算得很准的。

**Q：因为他可能到四个月的时候可能效果就不太好了，但是其实后面都是赠药。**

A：对啊。

**Q：这种情况的话患者会继续用还是会换呢？**

A：患者肯定还是会继续用了，用到直到他升高很多才行。

**Q：一般比如说他四个月可能疗效不太好了，他还会继续用多长时间再会换这个方案呢？**

A：一般来说他都连续升高三个月才会换。

**Q：明白，那么他对症状改善呢？阿比特龙对症状改善呢？**

A：还是不错。

**Q：主要哪些症状？**

A：食欲降低、体重减轻了，再就是疼痛，主要是这几个症状。

**Q：明白，它对患者的生存期有吗？**

A：我觉得好像没有太大提高，感觉啊，但是我病例还是少的，不多。

**Q：感觉上是这样子的。**

A：是的。

**Q：它自己在做宣传的时候，它主要推的是自己的哪些点呢？阿比特龙。**

A：它还是PSA的反应率了。

**Q：PSA。**

A：再就是症状改善、生存质量提高了。

**Q：然后有这个阿比特龙之前，如果是去势抵抗都用化疗吗？**

A：化疗。

**Q：用化疗。**

A：主要化疗。

**Q：现在来讲能让患者选的话，患者是选阿比特龙的比较多还是选化疗比较多呢？**

A：经济，经济好的肯定选择阿比特龙，因为吃了以后还是副反应少一些。

**Q：副反应少。**

A：对。

**Q：从疗效上相比你觉得阿比特龙和化疗比怎么样？**

A：应该来说还是阿比特龙好一些。

**Q：好一些。**

A：对，它的好一些就是生存质量高一些。

**Q：所以还是副反应这方面，是吗？**

A：对，你效果看是什么标准了，但是总的来说给普通老百姓和我们医生的感觉还是阿比特龙肯定是比化疗好。

**Q：您大概临床上评估疗效最主要就是PSA，是吗？**

A：对。

**Q：化疗对降PSA的效果怎么样？**

A：效果也是不错的，但是代价太大了，病人身体付出代价大，副反应重。有些病人打着打着，看着PSA降的很好，病人的状态你看着并没有改善很多，它是这个问题。所以你说疗效，疗效就是看后果嘛。

**Q：明白。**

A：后果就是主观和客观的两个因素。

**Q：那么像这些不能接受的，因为价格太高不能接受这些患者，他都能够接受化疗吗？**

A：不接受也得接受，只要想治疗，除非不想治了。

**Q：就会有不想治吗？就是因为副反应。**

A：有啊。

**Q：不能接受的能有多少？就是接受不了化疗的。**

A：可能也有20%-30%。

**Q：20%-30%。**

A：他觉得很辛苦。

**Q：那么这些用化疗的患者他们一般会坚持治疗多长时间呢？**

A：那也不一定，这个越晚的患者开始化疗接受的就越来越少，状态好的时候坚持时间就长。

**Q：也是看他身体状况可能接受不了了。**

A：对，初始治疗的时候，很弱的他就接受程度就差。因为有些人PSA升的很明显，但是他自我症状还好，就是他一般情况还好，那么他这种你跟他说了，他就相对能接受一点。本来情况就非常差了，你再打化疗，又很辛苦，他就不一定能接受了。

**Q：那么打化疗会存在这种用一段时间之后PSA控制不住这种情况吗？**

A：也会的。

**Q：这个一般是多长时间？打多少个疗程可能会出现这个？**

A：我感觉还是半年以后的多。

**Q：然后对于这种有骨转移的CRPC患者，你刚才说主要是改善症状这一块可能更重要嘛，那么这个有症状的患者是比较多还是症状不明显的患者？**

A：还是有症状的多，症状的轻重问题。

**Q：有多少患者会有症状呢？**

A：80%以上都会有症状。

**Q：80%以上都会有症状，那么他这个症状都会严重到需要有一些干预吗？有没有一些症状比较轻，其实不太用干预这个症状？**

A：大部分都要，80%以上都要干预的。

**Q都要干预，那么会有一些专门针对这个疼痛的或者针对这个骨方面的一些治疗吗？**

A：有。

**Q：哪些主要？**

A：目前常规就是双磷酸盐了。

**Q：双磷酸盐。**

A：对，我们都是用双磷酸盐，现在新的药镭-223了，我们都有临床研究的，都推荐他们入组了。

**Q：像双磷酸盐所有有症状的患者都会用吗？**

A：只要有骨痛的就用。

**Q：只要有骨痛的就用。**

A：对。

**Q：明白，那像一些有专门止痛的药这些会用到吗？**

A：如果用这些药起不到作用，还加用止痛的药。

**Q：像放疗会用吗？**

A：放疗会用，但是有明确疼痛部位的话，影像学上也跟这个部位符合的我们就用，这种放疗用。

**Q：这个放疗会用到多少比例呢？**

A：可能这个不高，可能不到三分之一，四分之一吧。

**Q：它是会和化疗同时用吗？**

A：可以同时用，不影响。因为止痛的剂量很少。

**Q：然后像核素治疗你这边会用吗？**

A：我们现在不推荐用。

**Q：不推荐用。**

A：对。

**Q：为什么呢？**

A：本身这些人都是骨髓抑制，你再核素一治疗，可能疼痛缓解不明显，但是把造血系统整个都破坏了。

**Q：因为他这个骨髓抑制的副作用，是吗？**

A：对。

**Q：之前曾经用过吗？**

A：曾经用过，很短一段时间我们就不用了。

**Q：就是也会观察到患者有这种骨髓抑制。**

A：对，指南里面都不推荐了，只要是用这些的都是没有好好读指南，确实是这样子的。你看国际指南没有，原因就是我刚才跟你说的，晚期的全部都会有骨髓转移的，那你再用针对骨髓的这些止痛的药，所以病人雪上加霜了。

**Q：明白，所以你觉得就是在病人很疼痛的情况下，因为现在方法也比较有限嘛。**

A：止痛药嘛，吗啡这些，镇痛药。

**Q：明白，你感觉双磷酸盐的止痛效果怎么样？**

A：还是不错的。

**Q：很满意，是吗？**

A：嗯。

**Q：那么有没有那种骨痛特别严重的，就是抑制不了的。**

A：也有，加吗啡镇痛药了。

**Q：然后基本上也都能解决。**

A：对，理论上来说吗啡只要用的足够量，什么痛都能够止住了，是吧。

**Q：那么有一个核素的一个产品，虽然说你觉得可能。**

A：这个我们用了，我们都已经用了，我们的临床研究好多人都入组用这个，这个是挺好的。

**Q：就是请你看一下这个介绍，然后有一些针对它的问题想向您请教一下。**

A：这个我们也就是大概知道了。

**Q：就是这个是它的适应症，你觉得符合这个适应症的患者在你所有前列腺癌的患者里面占到多少比例呢？就是有症状的。**

A：这个我觉得基本上90%都可以用了。

**Q：90%，就是在晚期的患者里面。**

A：对，晚期的，就是已经有CRPC的，90%都可以。

**Q：你刚才说你这边70%的患者都是晚期的，是吗？**

A：对，60%到70%。

**Q：60%到70%。**

A：对，超过60%。

**Q：就是这些里面有骨转移的能占到多少呢？**

A：90%以上。

**Q：都有骨转移，好的。**

A：有什么问题呢？

**Q：因为它其实就是一个核素的产品嘛，因为你刚才说指南不是特别推荐这类药。**

A：但是它不太一样。

**Q：它有哪些和以前的核素是不一样的地方？**

A：它可能还是一个靶向选择性更高。

**Q：所以在临床上在效果上面会有什么地方会优于以前其他的？**

A：止痛好，副作用小，骨髓抑制这些副作用小。

**Q：就是比之前的产品会小一些，是吗？**

A：对。

**Q：就是它这个也是有血小板减少的副作用。**

A：对，有。

**Q：但是你有印象像之前的核素，你看它这个有一个副作用，大概就是这么样一个比例吧。**

A：很低的了，之前的贫血中性粒基本上减少的比例都很高，比这个要高。

**Q：大概有多少呢？**

A：我觉得一半以上都会出问题，以前都是什么铯、锝（音）这些都超过50%了，这个比例很低了。

**Q：这个比例很低，所以就在副反应方面跟那个其他比是有很大优势的。**

A：是的。

**Q：明白，但是它这个有一个实验结果，它可以延长这个分期。你觉得这个有吸引力吗？对你选择药物的时候。**

A：应该是跟病人推荐的一个亮点，但是你说它这个吸引力，因为它只差几个月，然后它这个可能研究的例数也不够多，我觉得不一定真正的能够说明问题。但是至少跟以前的比，以前没有哪一个产品说能够延长总生存，它这个确实是它的一个亮点。

**Q：明白，你像现在和这个患者介绍阿比特龙的时候，一般会怎么介绍呢？会介绍它哪些特点呢？**

A：口服方便，副反应小，效果还是比较确切的。

**Q：明白，如果这个产品在医院有药物之后，你会推荐给什么样的患者呢？**

A：理论上只要是CRPC的患者都可以用。

**Q：但是应该不会所有的患者都推荐吧？**

A：都可以，像CRPC的骨转移肯定是大于两个。

**Q：那你觉得它是会推荐在阿比特龙之前还是之后呢？**

A：那都可以我觉得。

**Q：都可以。**

A：对，都可以。

**Q：那你觉得这两个产品比的话，它们分别有什么优点？**

A：不一样的产品，理论上不形成竞争，应该是可以同时使用的。

**Q：同时使用的，你能给我讲一讲吗？为什么它们是完全不同的。**

A：这个是缓解骨痛，不是针对肿瘤的，或者只是肿瘤，破坏了骨头来修复的，阿比特龙是全方位的抑制整个肿瘤细胞的，这个激素受体的，完全是两码事。应该来说这个是辅助的，阿比特龙是主力军，完全不一样。

**Q：明白，所以应该是联合用的，是吗？**

A：对，这个是辅助治疗，那个是主要治疗。

**Q：对于这种晚期的这些患者来说，你觉得像这个改善症状更重要还是说**

A：改善症状，就是改善症状，它从根本上逆转不了这个疾病进展，但是阿比特龙如果特别敏感，它是可以延缓疾病的进展，你这个只是缓解骨痛。这个所谓的延长生存三个月其实意义并不大，这个三个月还打问号。

**Q：阿比特龙有延长多少生存期的证据吗？**

A：阿比特龙好象证据也不足。

**Q：也不足。**

A：对，但是它总体控制疾病的证据肯定比它好。

**Q：明白，你觉得对于晚期患者来说。**

A：它这个不能降PSA，阿比特龙能降PSA，你这个关键证据完全不一样。

**Q：有一个PSA了，就好像……**

A：就是它列了这个数据别人也不可能信的，怎么可能降PSA。你这个还加上别的治疗，光这个治疗降不了PSA的，不会有人信的，他们厂家也从来不推荐这个，他们也不敢推。这个只是在某个证据里面，但是没有去除其他干扰因素的。

**Q：明白，你觉得对于这些晚期患者是这个延缓进展更重要还是缓解症状更重要？**

A：当然两个都重要，最好都有。

**Q：因为其实现在情况就是阿比特龙已经很贵了嘛，然后连用这个药，这个药可能也很贵。**

A：也不便宜。

**Q：对，所以这就有一个选择的问题。**

A：花钱买命，肯定先用阿比特龙，如果钱少了，我们跟病人推荐肯定是先上阿比特龙。钱再多了就再用一点这个。

**Q：明白。**

A：住酒店一样，先睡一晚上才用，再有钱了，就睡三星、四星、五星往上加了，就是这样子的。

**Q：还是能控制住这个疾病更重要。**

A：那肯定了。

**Q：然后还有一个就是因为它这个可能要在核医学科去做治疗的，因为它是一个核素管控的。**

A：对，有点儿不方便。

**Q：就是你有过转诊病人到其他科室进行治疗吗？**

A：这个肯定要给核医学科去操作。

**Q：就是这个转诊上会不会影响你的使用？**

A：影响什么？

**Q：就是对它的使用，因为不太方便，所以影响对它的使用。**

A：如果它是常规的，应该没有问题。

**Q：常规的没有问题。**

A：对。

**Q：那你觉得患者接受起来呢？听说它是一个核素，就是放射性的，患者接受起来会有些困难吗？**

A：大部分不会问这个问题，但是现在的患者确实是知识层次高了，还是有一部分人会担忧这个问题。

**Q：所以整体来讲这个问题不太大，是吗？**

A：对，不是太大。

**Q：然后如果这边是它这个治疗中心不是建在您这边医院，是建在广州其他的医院，你觉得你推荐过去会有困难吗？就是它可能不会在所有的核医学科都建立这个中心，就是让您推荐到其他医院的核医学科，你觉得会影响你的推荐度吗？**

A：会影响。

**Q：如果他去核医学科去治疗的话，然后还会到您这边来进行复诊吗？**

A：会的。

**Q：然后想问一下您，就是如果开处方的话，是您这儿开还是核医学科？**

A：我们这儿开，核医学科来做。我们这里也可以开，都可以开。

**Q：就是核医学科和您这儿都可以开这个处方。**

A：对。

**Q：然后你刚才说这个药靶向选择性更好，这是为什么呢？**

A：就是相对别的核素产品。

**Q：就是你为什么感觉它会靶向选择更好一点呢？是之前读一些资料还是？**

A：对，读一些资料。

**Q：然后刚才你提到用阿比特龙和化疗基本上就是看患者的经济条件，就是你现在的患者有大概，单从你治疗的患者来说，大概有多少比例的患者能？**

A：可能四分之一他会选阿比特龙。

**Q：四分之一阿比特龙。**

A：对。

**Q：然后剩下的四分之三就化疗。**

A：嗯。

**Q：然后你说有20%-30%也用不了化疗，他们就不治了。**

A：对。

**Q：这个20%到30%是整体的晚期的患者其中的20%到30%吗？**

A：对。

**Q：比如说就这种激素治疗的话，比如说一线的激素治疗用的效果已经抵抗了的话，你还会换二线的激素治疗吗？**

A：刚才我已经说了，现在推荐越来越少了，基本上没有效啊。

**Q：就是一线的无效。**

A：就是所谓的换用激素了，就是换回原来的，或者是换另外一种，而不是换新型的，没有用。

**Q：新型你指的是阿比特龙和恩扎鲁胺。**

A：阿比特龙和恩扎鲁胺。

**Q：就是换二线的现在已经几乎不用了。**

A：它不叫二线，就是康士德和诺雷德，就是这两个，不是，是比卡鲁胺和那个什么，这两种嘛，基本上不用，用也跟病人说你就有效也就有效两三个月，而且大部分人换了没有用。

**Q：您知道恩扎鲁胺的价格是怎么样吗？**

A：不知道。

**Q：所以这个药。**

A：只是知道它比阿比特龙还贵。

**Q：所以这个药在后面使用，你觉得最大的障碍也是可能价格问题，是吗？**

A：是啊，只要价格便宜了，就跟双磷酸盐一样两三千，那就肯定用得好。两三万又可以淘汰一批人，你再搞个五万以上那就没几个人用了。

**Q：两三万吧，两三万你觉得能有多少人可以用得起？就是晚期的患者中。**

A：两三万也没有多少人用，真的没有多少人用，两三万三分之一都搞不到，三分之一都不到。因为你用它的同时还要用别的，阿比特龙一用，你想一想，阿比特龙现在算下来一个月就是一万七，一万七都只有不到三分之一的人能用上，你想一想，你这两个加上去。

**Q：它肯定在阿比特龙的基础上再加上这个，是吗？就是现在阿比特龙的使用者里面可能有一部分人。**

A：多半是这样子的吧。因为他前面控制好的他也不会骨痛，有很多控制好的人根本不用双磷酸盐他也一样很好。他往往就是不好的时候，这些症状全部来了。那你把这几个东西都要一起治，那个费用就不得了。很多人不用双磷酸盐，只用内分泌治疗效果都很好。

**Q：所以根本不用考虑。**

A：他根本不需要，他不用考虑，因为人体自我有一个修复能力，这个是。那就这样了。

**Q：谢谢您。**