

MASCC/ESMO 止吐指南(2013)



癌症支持治疗多国协会

会议组织和总主席：

Richard J. Gralla,	医学博士
Fausto Roila,	医学博士
Maurizio Tonato,	医学博士
Jørn Herrstedt,	医学博士





这套幻灯由MASCC提供；只要不改变所提供的内容、机构标志和信息相关的日期，所有人均可自由使用。

有问题请联系：

Prof. Alex Molassiotis（莫礼士教授）

MASCC止吐研究组主席

电子邮箱：alex.molassiotis@polyu.edu.hk 或

Prof. Matti Aapro（马蒂·阿普罗教授） maapro@genolier.net



止吐指南共识：MASCC/ESMO

- 关于该指南的一些说明 -

- 本套幻灯片提供了指南的最新版
- 本专家小组的设置获得了MASCC止吐指南委员会批准
- 本指南基于2009年6月佩鲁贾止吐治疗会议上获得的共识
- 本指南的最新更新日期为2013年1月



参加佩鲁贾止吐指南制定过程的人员名单：MASCC/ESMO

Matti Aapro, MD

Enzo Ballatori, PhD

Emilio Bria, MD

Rebecca Clark-Snow, RN, BSN, OCN

Lawrence Einhorn, MD

Birgitte Espersen, RN

Petra Feyer, MD

Richard Gralla, MD

Steven Grunberg, MD

Jørn Herrstedt, MD

Paul Hesketh, MD

Karin Jordan, MD

Mark Kris, MD

Ernesto Maranzano, MD

Alexander Molassiotis, RN, PhD

Gary Morrow, PhD

Ian Olver, MD, PhD

Bernardo Rapoport, MD

Cynthia Rittenberg, RN, MN, AOCN

Fausto Roila, MD

Mitsue Saito, MD

Maurizio Tonato, MD

David Warr, MD



参与止吐指南制定的洲及国家：MASCC/ESMO

亚洲

日本

非洲

南非

澳洲/大洋洲

澳大利亚

欧洲

丹麦
德国
法国
意大利
瑞士
英国

北美洲

加拿大
美国



急性恶心呕吐防治方案汇总

致吐风险分级	止吐方案				
高度	5HT3	+	DEX	+	APR 或 FOS
蒽环类 + 环磷酰胺（AC方案）	5HT3	+	DEX	+	APR 或 FOS
中度（AC以外的其它方案）	PALO	+	DEX		
低度	DEX	或	5HT3	或	DRA
极低度	无常规预防方案				
5HT3: 5羟色胺拮抗剂		DEX: 地塞米松		APR: 阿瑞匹坦 FOS: 福沙匹坦	
				PALO: 帕洛诺司琼	
				DRA: 多巴胺受体拮抗剂	

* 注意：如果使用AC方案化疗时，没有可用的NK1拮抗剂，帕洛诺司琼是优选的5HT3拮抗剂。

The Antiemetic Subcommittee of The Multinational Association of Supportive Care in Cancer. - Ann Oncol 2010; www.mascc.org.

MASCC

延迟性恶心呕吐防治方案汇总

致吐风险分级	止吐方案
高度	DEX* + APR*
蒽环类 + 环磷酰胺（AC方案）	APR 或 不用**
中度（AC以外的其他方案）	DEX
低度	无常规预防方案
极低度	无常规预防方案
DEX：地塞米松 APR：阿瑞匹坦	

* 若第一天（急性恶心呕吐期）使用福沙匹坦，则只用地塞米松； ** 若第一天（急性恶心呕吐期）使用了福沙匹坦，则后续可不再使用止吐药

The Antiemetic Subcommittee of The Multinational Association of Supportive Care in Cancer. Ann Oncol 2010; www.mascc.org.



止吐指南（MASCC/ESMO）－ 制定程序 －

- 1) 佩鲁贾会议前, 各委员会先行调查; 在佩鲁贾会议, 各委员会主席向全组汇报各组的结果, 并包括针对指南各项目的证据或可信度等级的建议。
- 2) 在每组提交结果后, 全组讨论及投票以达到对指南各条目的共识水平。

达成共识水平的标准:

- 达成共识度需要的条件:

67%及以上的委员同意才可以改变一条指南。

- 改变一个已经存在的指南的证据依据:

源于规范临床试验的令人信服的证据是必要的; 通常, 证据要符合指南和最佳临床实践原则; 而且, 拟改变指南, 最低限度要有10%以上的获益。



止吐指南（MASCC/ESMO）-委员会及承担的领域(1/2)

第一委员会：抗肿瘤制剂的致吐分级

第二委员会：急性呕吐- 高度致吐风险的化疗方案

第三委员会：延迟性呕吐-高度致吐风险的化疗方案

第四委员会：急性呕吐-中度致吐风险的化疗方案

第五委员会：延迟性呕吐-中度致吐风险的化疗方案



止吐指南（MASCC/ESMO）-委员会及承担的领域(2/2)

第六委员会：低度或极低度致吐风险化疗方案所致的呕吐

第七委员会：其他问题：难治性呕吐；解救性
止吐治疗；多日化疗；大剂量化疗

第八委员会：预期性呕吐

第九委员会A：放疗所致的呕吐

第九委员会B：儿童化疗患者的止吐治疗

第十委员会：展望；研究指导；研究设计；成本-效益



止吐指南：MASCC/ESMO

着眼未来，通过以下程序，保持指南精确、新颖和有效

在将来，持续不断地添加新的证据：

- 委员会是永久性的；
- 每位主席每6个月向委员会咨询是否有对现行指南产生影响的新的证据；
- 指导委员会针对这些新的证据向各个主席进行咨询；
- 如果证据似乎是令人信服的，通报给组内所有成员，并听取他们的评价；
- 如果达到共识，网络版指南文件（MASCC）被更新。



MASCC/ESMO 止吐指南

第一委员会 (1/5) : 4个致吐风险分级

高度	> 90%患者有呕吐风险
中度	30% - 90%患者有呕吐风险
低度	10% - 30%患者有呕吐风险
极低度	<10%患者有呕吐风险



MASCC/ESMO 止吐指南

第一委员会(2/5): 致吐风险分级 - 单次静脉用药的化疗药物

高度	Cisplatin (顺铂) Mechlorethamine (氮芥) Streptozocin (链脲菌素) Cyclophosphamide (环磷酰胺) $\geq 1500 \text{ mg/m}^2$ Carmustine (卡莫司汀) Dacarbazine (达卡巴嗪)	
中度	Oxaliplatin (奥沙利铂) Cytarabine (阿糖胞苷) $> 1000 \text{ mg/m}^2$ Carboplatin (卡铂) Ifosfamide (异环磷酰胺) Cyclophosphamide (环磷酰胺) $< 1500 \text{ mg/m}^2$ Azacitidine (阿扎胞苷) Alemtuzumab (阿仑单抗)	Doxorubicin (多柔比星) Daunorubicin (柔红霉素) Epirubicin (表柔比星) Idarubicin (伊达比星) Irinotecan (伊立替康) Bendamustine (苯达莫司汀) Clofarabine (氟法拉滨)

MASCC/ESMO 止吐指南

第一委员会(3/5): 致吐风险分级 - 单次静脉用药的化疗药物

低度	Paclitaxel (紫杉醇)	Mitomycin (丝裂霉素)
	Docetaxel (多西他赛)	Gemcitabine (吉西他滨)
	Mitoxantrone (米托蒽醌)	Cytarabine (阿糖胞苷) $\leq 1000 \text{ mg/m}^2$
	Topotecan (拓扑替康)	5-Fluorouracil (5氟尿嘧啶)
	Etoposide (依托泊苷)	Bortezomib (硼替佐米)
	Pemetrexed (培美曲塞)	Cetuximab (西妥昔单抗)
	Methotrexate (甲氨蝶呤)	Trastuzumab (曲妥珠单抗)
	Doxorubicin HCL liposome injection (脂质体盐酸阿霉素)	Catumaxumab
	Temsirolimus (替西罗莫司)	Panitumumab (帕尼单抗)
	Ixabepilone (伊沙匹隆)	Temsirolimus (替西罗莫司)

MASCC/ESMO 止吐指南

第一委员会 (4/5):致吐风险分级 - 单次静脉用药的化疗药物

极低度

Bleomycin (博来霉素)
Busulfan (白消安)
Cladribine (克拉屈滨)
Fludarabine (氟达拉滨)
Vinblastine (长春碱)
Vincristine (长春新碱)
Vinorelbine (长春瑞滨)
Bevacizumab (贝伐单抗)
2-Chlorodeoxyadenosine (2-氯脱氧腺苷)



MASCC/ESMO 止吐指南 2011

第一委员会 (5/5): 致吐风险分级 - 单次口服化疗药物

高度	Hexamethylmelamine (六甲三聚氰胺) Procarbazine (丙卡巴肼)	
中度	Cyclophosphamide (环磷酰胺) Temozolomide (替莫唑胺)	Vinorelbine (长春瑞滨) Imatinib (伊马替尼)
低度	Capecitabine (卡培他滨) Tegafur Uracil (替加氟尿嘧啶) Etoposide (依托泊苷) Sunitinib (舒尼替尼) Fludarabine (氟达拉滨)	Everolimus (依维莫司) Lapatinib (拉帕替尼) Lenalidomide (来那度胺) Thalidomide (沙利度胺)
极低度	Chlorambucil (苯丁酸氮芥) Hydroxyurea (羟基脲) Melphalan (马法兰) Methotrexate (甲氨蝶呤)	6-Thioguanine (6-硫鸟嘌呤) Gefitinib (吉非替尼) Sorafenib (索拉非尼) Erlotinib (厄洛替尼) L-Phenylalanine mustard (左旋苯丙氨酸氮芥)

第二委员会：

高致吐风险化疗所致急性恶心呕吐的预防指南

为了预防高致吐风险化疗所致的急性恶心呕吐，建议在化疗前给予三药联合的止吐治疗方案，包括单剂的5-HT₃拮抗剂、地塞米松和阿瑞匹坦（或福沙匹坦）。

可信度：高

共识度：高



第三委员会：

高致吐风险化疗所致的延迟性恶心呕吐的预防指南

在接受顺铂化疗的患者中，若联合5HT3拮抗剂、地塞米松和阿瑞匹坦（或福沙匹坦）预防急性恶心呕吐时，为预防延迟性恶心呕吐，与单用地塞米松比较，优先推荐阿瑞匹坦联合地塞米松*。

*注意：如果第一天已使用福沙匹坦，则在化疗后的第2-4天只用地塞米松。

可信度：高

共识度：中



第四委员会 (1/3) :

中度致吐风险化疗所致的急性恶心呕吐的预防指南

在接受AC化疗的女性，表现出极强的恶心呕吐的风险，为了预防急性恶心呕吐的发生，推荐在化疗前给予包括5HT3拮抗剂、地塞米松和阿瑞匹坦（或福沙匹坦）的三药方案。

可信度：高

共识度：高

* 注意：在AC方案化疗时，若没有可用的NK1受体拮抗剂，帕洛诺司琼则是被优先推荐使用的5HT3拮抗剂



第四委员会 (2/3) :

中度致吐风险化疗所致的急性恶心呕吐的预防指南

接受中度致吐风险(不包括AC方案)化疗, 推荐联合帕洛诺司琼和地塞米松预防急性的恶心呕吐

可信度: 中

共识度: 中



第四委员会 (3/3) :

中度致吐风险化疗所致的急性恶心呕吐预防指南

对于中度致吐风险化疗所致的急性恶心呕吐的预防，地塞米松的推荐剂量是：8mg一次性静脉给药。

可信度：中

共识度：高



急性呕吐时的5HT3拮抗剂推荐剂量

药 物	给药途径	止吐用量
昂丹司琼	静注	8 mg 或 0.15 mg/Kg
	口服	16 mg*
格拉司琼	静注	1 mg 或 0.01 mg/Kg
	口服	2 mg (或 1 mg**)
多拉司琼	口服	100 mg***
托烷司琼	静注	5 mg
	口服	5 mg
帕洛诺司琼	静注	0.25 mg
	口服	0.5 mg

* 随机研究评价了每日2次、每次8mg的给药方法

** 1 mg 用量被一些委员优先推荐

*** 由于静注存在潜在延长QT间期的可能，因此优先推荐口服给药



皮质类固醇（地塞米松）的推荐用量*

地塞米松		用量和用法
高风险	– 急性呕吐	20mg，一次 (12mg，联用阿瑞匹坦或福沙匹坦时)**
	– 延迟性呕吐	8 mg，bid，用3-4天 (8mg，qd，联用阿瑞匹坦或福沙匹坦时)
中风险	– 急性呕吐	8 mg，一次
	– 延迟性	8 mg，qd，2-3 天 (一些委员建议4 mg、bid)
低风险	– 急性呕吐	4-8 mg，一次

- 地塞米松以外的皮质类固醇是有效的止吐药物，当与这些药物联合使用时，作为一种指南中可选用的制剂，地塞米松的各种用量和用法都是可行的。

** 地塞米松12mg的用量只在一项与阿瑞匹坦联合使用的大型的临床试验中被评价。



NK₁受体拮抗剂的推荐用法*

阿瑞匹坦和福沙匹坦**	用量和用法
- 急性呕吐	阿瑞匹坦：125 mg 口服，化疗当日给一次 - 或 - 福沙匹坦：150 mg 静注，化疗当日给一次
- 延迟性呕吐	阿瑞匹坦80 mg口服，化疗后连用2天，每天一次；如已用福沙匹坦，化疗后不再给阿瑞匹坦**

* 作为这次更新，阿瑞匹坦和福沙匹坦是仅有被批准使用的NK₁受体拮抗剂。

** 福沙匹坦是静脉用的阿瑞匹坦的前体药物。在使用福沙匹坦作为止吐药的国家，它仅被用以替代口服的阿瑞匹坦三日方案（125 mg）。且仅在化疗第一天一次性静脉给药150mg。如果化疗当日使用了阿瑞匹坦，后续的2天，要继续口服阿瑞匹坦，80mg，每日一次。

[Fosaprepitant was approved on its similar pharmacokinetic profile (Lasseter et al. J Clin Pharm. 47, 834 - 840; 2007) when tested against aprepitant, not by comparative antiemetic clinical trials].



第五委员会 (1/3) :

中度致吐风险化疗所致的延迟性恶心呕吐的预防

对于接受中致吐化疗已知会显著发生与化疗相关的延迟性恶心呕吐的患者，应该接受预防延迟性呕吐的治疗。

可信度：高

共识度：高



第五委员会 (2/3) :

中度致吐风险化疗所致延迟性恶心呕吐的预防指南

对于接受AC方案化疗的乳腺癌患者，若已联合阿瑞匹坦（或福沙匹坦）、5HT3拮抗剂和地塞米松防治急性恶心呕吐，则阿瑞匹坦应该用于延迟性恶心呕吐的预防（但若福沙匹坦已在第一天使用，则后续可不再使用阿瑞匹坦）

MASCC 可信度： 中

MASCC 共识度： 中



第五委员会 (3/3) :

中度致吐风险化疗所致的延迟性恶心呕吐的防治指南

在接受中度致吐风险化疗的患者（不包括AC联合化疗），帕洛诺司琼被推荐；多日口服地塞米松对于预防延迟性恶心呕吐是优先的治疗方法

可信度：中

共识度：中



第六委员会 (1/3) :

低度致吐风险化疗所致急性恶心呕吐的防治指南

对于接受低度致吐风险化疗者，推荐以下单药预防：如地塞米松、5HT3拮抗剂或多巴胺受体拮抗剂（如胃复安）

可信度：暂缺

共识度：中



第六委员会 (2/3) :

接受极低度致吐风险抗肿瘤制剂的急性恶心呕吐的防治指南*

对于没有恶心呕吐病史者，不应在化疗前常规给予止吐药物。

可信度：暂缺

共识度：高

- 通常在这个致吐风险水平，如果患者出现呕吐，建议后续化疗时，应该给予治疗较高级别致吐风险的止吐方案。



第六委员会 (3/3) :

接受低或极低度致吐风险抗肿瘤制剂的患者的延迟性恶心呕吐的防治指南*:

不应给予止吐药物去预防低度或极低度化疗诱发的延迟性恶心、呕吐

可信度：暂缺

共识度：高

- 通常在这个致吐风险水平，如果患者出现呕吐，建议在后续的化疗时，应该给予治疗较高级别致吐风险的止吐方案。



第七委员会：

接受多日顺铂化疗的止吐指南

对于接受多日顺铂化疗的病人，应该给予5HT₃拮抗剂+地塞米松防治急性恶心呕吐，给予地塞米松预防延迟性恶心呕吐。

可信度：高；共识度：高

如第1-5天给予顺铂化疗，添加NK1受体拮抗剂（阿瑞匹坦或福沙匹坦）不应迟于第3天，对于NK1受体拮抗剂的最佳用法尚不清楚。

可信度：低；共识度：低

注意： 目前尚无合适的解救性止吐或大剂量化疗（如移植）的止吐指南。
5-HT₃ 拮抗剂应该在第1-5天使用，但帕洛诺司琼例外，它仅在第1、第3及第5天使用。



第八委员会 (1/2) :

预期性恶心呕吐的防治指南

预期性呕吐的最好的预防策略是尽可能控制急性和延迟性呕吐

可信度：高
共识度：高



第八委员会 (2/2) :

预期性恶心呕吐的防治指南

行为疗法、特别是渐进性的肌肉放松训练、系统性脱敏和催眠可被用于治疗预期性恶心呕吐。

可信度：高
共识度：高

苯二氮卓类是唯一能减少预期性恶心呕吐的发生的药物，但是，它们的作用随着化疗次数的增加而逐渐减弱

可信度：中
共识度：中



第九委员会A(1/5)

- 放疗的致吐风险分级 -

致吐风险*	放疗区域
高	TBI，全淋巴结照射
中	上腹部，UBI，HBI
低	全脑，脑脊髓， 头颈部，下胸部，骨盆
极低	四肢，乳腺

TBI：全身放疗； HBI：半身放疗； UBI：上半身放疗

* 联合放、化疗时，按照化疗的致吐风险予以止吐的预防，除非放疗的致吐风险较化疗更高。



第九委员会A (2/5) :

接受高度致吐风险放疗（TBI，全淋巴结放疗）所致恶心呕吐的预防指南

接受高度致吐风险放疗的患者应接受5-HT3联合地塞米松的治疗

可信度：高（添加地塞米松治疗的可信度是中度）
共识度：高



第九委员会A (3/5) :

接受中度致吐风险放疗（上腹部，上半身，半身放疗）所致的恶心呕吐的预防指南

接受中致吐放疗的病人应接受5-HT3拮抗剂及选择性的地塞米松短程治疗

可信度： 高（中度，添加地塞米松治疗）
共识度： 高



第九委员会A(4/5)：

接受低度致吐风险放疗（全脑，脑脊髓，头颈部，下胸部，骨盆）所致恶心呕吐的预防指南

接受低度致吐风险放疗的患者应该接受5HT3拮抗剂的预防性或解救性治疗

可信度：中 （对解救性治疗的可信度：低度）
共识度：高



第九委员会A (5/5) :

接受极低度致吐风险放疗（四肢，乳房）所致恶心呕吐的预防指南

接受极低度致吐风险放疗的患者应该接受多巴胺受体拮抗剂或5HT3受体的拮抗剂的解救性治疗

可信度：低

共识度：高



第九委员会B(1/3)：

- 关于儿童的止吐治疗 -

高、中度致吐风险化疗所致恶心呕吐的预防指南（儿童患者）

所有儿科患者应该接受5HT3拮抗剂联合地塞米松的止吐预防

可信度：中

共识度：高



第九委员会B(2/3)：

— 关于儿童止吐治疗 —

高、中度致吐风险化疗所致延迟性恶心呕吐的预防指南（儿童患者）

没有合适的关于儿童延迟性恶心呕吐预防的研究做为参考，因此，没有成形的指南可推荐。

一些委员认为：因为相关研究的缺乏，儿童应该按照相似于成人化疗致吐风险分级予以治疗，止吐药物的剂量要调整到适合儿童。



第九委员会B(3/3)：

— 关于儿童止吐治疗 —

低、极低度致吐风险化疗所致恶心呕吐的预防指南（儿童患者）

没有关于儿童延迟性恶心呕吐预防的有效研究，因此，没有成形的指南可推荐。

一些委员认为：因为缺乏相关研究，儿童应该按照相似于成人化疗致吐风险分级予以治疗，止吐药物的剂量要调整到适合儿童。

