

医学信息速递

Medical Information Express



传递最有价值的医学信息

《中国抗肿瘤治疗相关恶心呕吐预防和治疗指南》 (2023版)

产品战略&医学与信息部

2025-3



传递最有价值的医学信息

目录

CONTENTS

01 指南简介

- 基本信息
- 研究背景

02 指南内容

- 指南制定介绍
- 证据类别及推荐等级
- 抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的评估
- 抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的处理

03 常用5-HT₃RA注意事项

- 指南中格拉司琼透皮贴片应用总结



《中国抗肿瘤治疗相关恶心呕吐预防和治疗指南》 (2023版)

中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会
中国抗癌协会肿瘤临床化疗专业委员会
中国抗癌协会肿瘤支持治疗专业委员会
中国临床肿瘤学会肿瘤支持与康复治疗专家委员会

发表杂志： 中华肿瘤杂志

发表时间： 2024年6月

中国抗肿瘤治疗相关恶心呕吐预防和治疗指南(2023版)

中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会 中国抗癌协会肿瘤临床化疗专业委员会
中国抗癌协会肿瘤支持治疗专业委员会 中国临床肿瘤学会肿瘤支持与康复治疗专家委员会

通信作者:张力,中山大学肿瘤防治中心肿瘤内科,广州510060, Email:zhangli@sysucc.org.cn

【摘要】 流行病学数据显示,中国恶性肿瘤发病率和死亡率呈上升趋势,但年龄标准化死亡率出现下降,年龄标准化死亡率的下降证明几十年来中国通过开展危险因素防控、恶性肿瘤筛查、早诊早治、规范化诊疗等措施,在肿瘤综合预防和控制方面取得显著成效。近年来,新的抗肿瘤治疗方案和药物不断开发,但抗肿瘤治疗相关的恶心呕吐仍然是常见不良反应。恶心呕吐不仅会对患者生活质量带来负面影响,还可能影响抗肿瘤治疗效果。由中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会、中国抗癌协会肿瘤临床化疗专业委员会、中国抗癌协会肿瘤支持治疗专业委员会、中国临床肿瘤学会肿瘤支持与康复治疗专家委员会专家整合近年来抗肿瘤治疗相关恶心呕吐预防和治疗新进展,遵循循证医学证据,参考国内外指南,结合国内临床实践经验,共同制定了中国抗肿瘤治疗相关恶心呕吐预防和治疗指南(2023版),以期为中国抗肿瘤治疗相关恶心呕吐预防和治疗提供专业指导意见。

【关键词】 恶性肿瘤; 恶心; 呕吐; 防治

China guidelines on prevention and treatment of nausea and vomiting caused by antitumor therapies (2023 edition)

China Anti-Cancer Association Committee of Rehabilitation and Palliative Care, China Anti-Cancer Association Committee of Tumor Clinical Chemotherapy, China Anti-Cancer Association Committee of Neoplastic Supportive-Care, Chinese Society of Clinical Oncology Committee of Supportive and Rehabilitative Care

Corresponding author: Zhang Li, Department of Medical Oncology, Cancer Prevention Center, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510060, China, Email: zhangli@sysucc.org.cn

【Abstract】 Epidemiologic data show that the incidence and mortality of cancer in China has been increasing, but the age-standardized mortality rate (ASMR) decreased. The descend trend in ASMR indicated that China has achieved remarkable results in the comprehensive prevention and control of cancer in recent decades through the risk factor control, cancer screening, early diagnosis and treatment, and standardization of diagnostic and therapeutic protocols. In recent years, new anti-tumor therapies and drugs have been developed, but nausea and vomiting are still common adverse event associated with many anti-tumor therapies and can negatively impact patients' quality of life and potentially limit the effectiveness of anti-tumor therapies. The experts from China Anti-Cancer Association Committee of Rehabilitation and Palliative Care, China Anti-Cancer Association Committee of Tumor Clinical Chemotherapy, China Anti-Cancer Association Committee of Neoplastic Supportive-care and Chinese Society of Clinical Oncology Committee of Supportive and Rehabilitative Care have integrated recent advances in the prevention and treatment of nausea and

研究背景

流行病学数据显示，中国恶性肿瘤发病率和死亡率呈上升趋势，但年龄标化死亡率出现下降，这得益于危险因素防控、恶性肿瘤筛查、早诊早治和规范化诊疗等措施的推广。

尽管新的抗肿瘤治疗方案和药物不断开发，但抗肿瘤治疗相关的**恶心呕吐(CINV)**仍然是患者常见的不良反应，**70%以上的抗肿瘤患者会出现不同程度的恶心呕吐**，严重的恶心呕吐可能导致患者发生脱水、电解质紊乱、营养缺乏等病症，不仅会对患者生活质量带来负面影响，还有可能影响患者抗肿瘤治疗的正常开展及治疗效果。



目录

CONTENTS

02

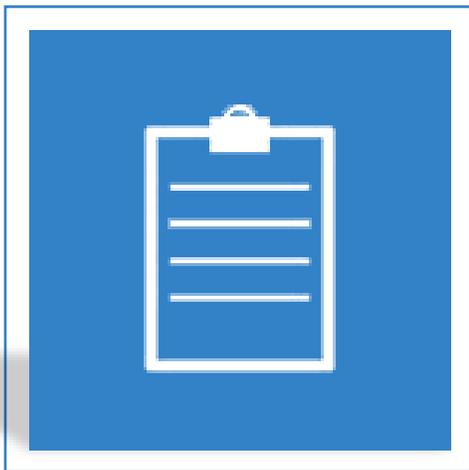
指南内容

- 指南制定介绍
- 证据类别及推荐等级
- 抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的评估
- 抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的处理

03

- 常用5-HT₃RA注意事项
- 指南中格拉司琼透皮贴片应用总结





01

指南指导意义

随着抗肿瘤治疗和抗肿瘤治疗相关恶心呕吐预防和治疗不断取得新的进展，制定适时、科学、规范合理的抗肿瘤治疗相关恶心呕吐预防和治疗指南有利于保障抗肿瘤治疗的顺利进行。

02

指南使用者与应用目标人群

适用于医疗机构抗肿瘤治疗所致恶心呕吐的药物预防与治疗工作。指南使用者为各级医疗机构的临床工作者（包括医师、护士等相关工作人员）。指南推荐意见的应用目标人群为抗肿瘤治疗的肿瘤患者



表1 指南证据类别

类别	证据等级	证据来源	专家共识度
1A	高	严谨的Meta分析、大型随机对照临床研究	一致共识（支持意见 $\geq 80\%$ ）
1B	高	严谨的Meta分析、大型随机对照临床研究	基本一致共识，争议小 （支持意见 $60\% \sim < 80\%$ ）
2A	稍低	一般质量的 Meta分析、小型随机对照研究、设计良好的大型回顾性研究、病例对照研究	一致共识（支持意见 $\geq 80\%$ ）
2B	稍低	一般质量的Meta分析、小型随机对照研究、设计良好的大型回顾性研究、病例对照研究	基本一致共识，争议小 （支持意见 $60\% \sim < 80\%$ ）
3	低	非对照的单臂临床研究、病例报告、专家观点	无共识，且争议大（支持意见 $< 60\%$ ）



推荐等级

标准

I 级推荐

1A类证据和部分2A类证据

一般情况下，指南将1A类证据和部分专家共识度较高且在中国可及性好的2A类证据作为I级推荐。

具体来说指南I级推荐具有如下特征：可及性好的普适性诊治措施（包括适应证明确），肿瘤治疗价值相对稳定，基本为国家医保收录；I级推荐的确定，不因商业医疗保险而改变，主要考虑因素是患者的明确获益性

II级推荐

1B类证据和部分2A类证据

一般情况下，指南将1B类证据和部分专家共识度稍低或在中国可及性不太好的2A类证据作为II级推荐。

具体来说指南II级推荐具有如下特征：在国际或国内已有随机对照的多中心研究提供高级别证据，但是可及性差或者效价比低，已超出大部分患者经济承受能力的药物或治疗措施；对于获益明显但价格昂贵的措施，以肿瘤治疗价值为主要考虑因素，也可以作为II级推荐

III级推荐

2B类证据和3类证据

对于正在探索的诊治手段，虽然缺乏强有力的循证医学证据，但是专家组具有一致共识的，可以作为III级推荐供医疗人员参考

不推荐/反对

对于已有充分证据证明不能使患者获益的，甚至导致患者伤害的药物或者医疗技术，专家组具有一致共识的，应写明“专家不推荐”或者必要时“反对”。可以是任何类别等级的证据



抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的评估



恶心是以反胃和（或）急需呕吐为特征的状态，呕吐是胃内容物经口吐出的一种反射动作。根据临床上常用的不良事件通用术语标准 5.0 版标准分级：

恶心：

- 1级：** 食欲下降，不伴进食习惯改变
- 2级：** 经口摄食减少不伴有明显体重下降，脱水或营养不良
- 3级：** 经口摄入能量和水分不足，需要鼻饲、全肠外营养或住院治疗



呕吐：

- 1级：** 不需要进行干预
- 2级：** 门诊静脉补液，需要医学干预
- 3级：** 需要鼻饲、全肠外营养或住院治疗
- 4级：** 危及生命，需要紧急治疗
- 5级：** 死亡

抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的分类

化疗相关性恶心呕吐

按照发生时间，通常分为急性、延迟性、暴发性、难治性、预期性5种类型。



- 急性恶心呕吐：**24h内**发生的恶心及呕吐
- 延迟性恶心呕吐：**24h之后**发生的恶心及呕吐。用药后48~72h达到最强，可以持续6~7d。
- 暴发性恶心呕吐：预防性给予止吐药物，仍然发生恶心及呕吐和（或）需要给予解救性止吐治疗。可以**发生在**给予抗肿瘤药物后的**任何时间段**
- 难治性恶心呕吐：以往的化疗周期中使用预防性和（或）解救性止吐治疗失败，而在接下来的化疗周期中**仍然出现恶心呕吐**

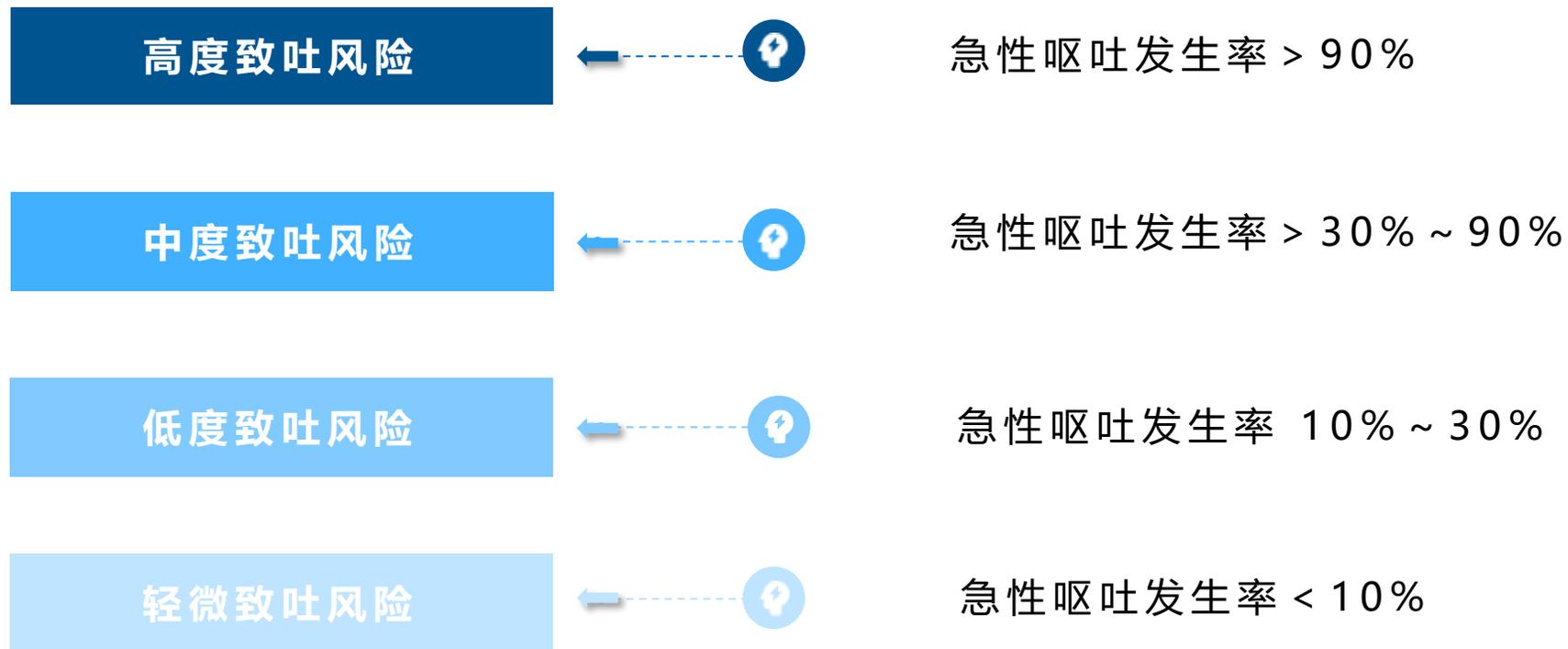
放疗相关性恶心呕吐

按照发生时间分类，放疗相关恶心呕吐的类型可以参考化疗相关性恶心呕吐



抗肿瘤药物致恶心呕吐风险分级

按照不给予预防处理时，**抗肿瘤药物所致急性呕吐发生率**，
对于抗肿瘤药物的致吐风险，可分为4级：



静脉化疗药物的致吐风险 (高-中)

级别	药物	
<p>高度催吐危险—HEC (呕吐发生率>90%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 顺铂 • AC方案 (定义为含任何蒽环类和环磷酰胺的化疗) • 卡铂 AUC\geq4 • 环磷酰胺 > 1500 mg/m² • 阿霉素 (多柔比星) \geq 60 mg/m² • 马法兰 > 140mg/m² 	<ul style="list-style-type: none"> • 表阿霉素 (表柔比星) > 90 mg/m² • 异环磷酰胺 \geq 2 g/m² • 卡莫司汀 > 250 mg/m² • 氮芥 • 达卡巴嗪 • 链脲霉素
<p>中度催吐危险—MEC (呕吐发生率30% ~ 90%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 卡铂 AUC < 4 • 环磷酰胺 \leq 1500 mg/m² • 阿霉素 < 60 mg/m² • 表阿霉素 \leq 90 mg/m² • 异环磷酰胺 < 2 g/m² • 奥沙利铂 • 伊立替康 • 阿糖胞苷 > 200 mg/m² • 甲氨喋呤 \geq 250 mg/m² 	<ul style="list-style-type: none"> • 柔红霉素 • 伊达比星 (4-去甲氧基柔红霉素) • 美法仑 (马法兰) \leq 140mg/m² • 白消安 (马利兰) • 苯达莫司汀 • 卡莫司汀 \leq 250 mg/m² • 白介素-2 > (1200~1500) 万IU/m² • 阿米福汀 (氨磷汀) > 300 mg/m² • α干扰素 \geq 1000万 IU/m² • 更生霉素 (放线菌素D)



级别	药物
高度催吐危险 中度催吐危险 (呕吐发生率≥30%)	六甲蜜胺 白消安≥4 mg/m ² 塞瑞替尼 克唑替尼 环磷酰胺≥100mg/m ² /d 依托泊苷 仑伐替尼 卡培他滨联合吡咯替尼 奥拉帕利 替莫唑胺>75mg/m ² /d 阿扎胞苷 伊马替尼>400mg/天
低度催吐危险 (呕吐发生率10% ~ 30%)	阿法替尼 阿来替尼 阿西替尼 卡培他滨 环磷酰胺<100mg/m ² /d 达沙替尼 厄洛替尼 依维莫司 吉非替尼 伊马替尼≤400mg/天 拉帕替尼 来那度胺 美法仑 巯嘌呤 吡咯替尼
轻微催吐危险 (呕吐发生率<10%)	甲氨蝶呤 奥希替尼 瑞戈非尼 哌柏西利 培唑帕尼 索拉非尼 舒尼替尼 替莫唑胺≤75mg/m ² /d 沙利度胺 维莫非尼 伊布替尼 足叶乙甙

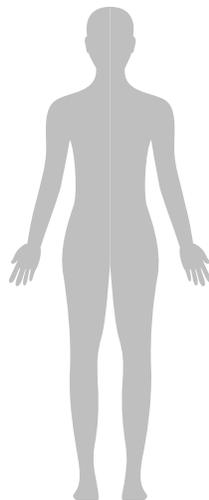


放疗相关恶心呕吐风险分级

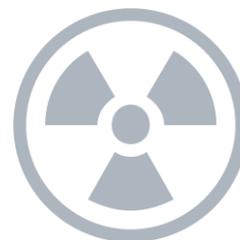
放疗相关恶心呕吐风险分级：

按照放疗部位等级划分

- (1) **高度**致吐风险：全身放疗；
- (2) **中度**致吐风险：上腹部/全腹部，
全脑脊髓放疗；
- (3) **低度**致吐风险：盆腔（下腹部），
头颅、头颈部、胸部放疗；
- (4) **轻微**致吐风险：四肢、乳腺放疗；



按照放射性药物等级划分



- (1) **中度**致吐风险：
镓¹⁷⁷注射液、¹³¹I - 间位碘代苜蓿
- (2) **低度**致吐风险：镓 (¹⁷⁷Lu) vipivotide
tetraxetan 注射液；
- (3) **轻微**致吐风险：氯化镭 [²²³Ra] 注射液、
碘 [¹³¹I] 化钠、钇-90替伊莫单抗注射液、
锶-89、钇-90微球；

抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的处理



基本处理原则

1



1. 预防性用药是控制恶心呕吐的关键：

- (1) 在抗肿瘤治疗的第1个周期开始就应预防性用药；
- (2) 止吐药需在每次抗肿瘤药物开始前使用且覆盖整个风险期（静脉注射剂在首剂治疗前30min使用；口服制剂在首剂治疗前60min使用；**格拉司琼透皮贴剂在首剂治疗前24~48h粘贴于清洁、干燥、完整健康的上臂外侧皮肤**）；
- (3) 高度致吐方案导致恶心/呕吐的风险在每次抗肿瘤药物结束后持续至少3d；
- (4) 中度致吐方案导致恶心/呕吐的风险在每次抗肿瘤药物结束后持续至少2d；
- (5) 接受多日抗肿瘤药物治疗的患者面临急性和延迟性恶心呕吐的双重风险，抗肿瘤药物首日后急性和延迟性恶心呕吐重叠。

基本处理原则



2

2. 根据抗肿瘤药物的致吐等级选择止吐预防方案;

对于多药联合方案，止吐方案的选择基于其中致吐风险最高的药物。

3

3. 给药方式: 在合适的剂量和用药间隔的基础上，采用不同途径（口服、静脉注射、透皮贴片等）给予5-HT₃RA) 具有近似的疗效。根据给药环境优选给药路径和给药间隔。

4

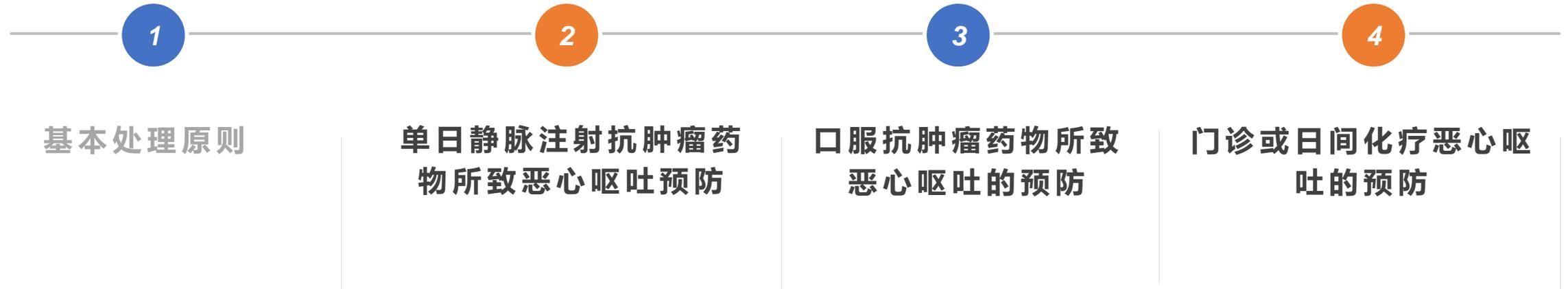
4. 注意止吐药物的不良反应以及与其他药物之间的相互作用

5

5. 注意排除其他潜在导致恶心呕吐的原因



抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的处理



1、预防方案的选择

应基于抗肿瘤药物的致吐风险等级、患者个体危险因素及既往化疗时恶心呕吐的控制情况；联合抗肿瘤方案以致吐风险最高的药物评估其致吐风险。

- (1) 高致吐风险药物预防期为抗肿瘤药物使用当天及结束后3 d，共4 d；
- (2) 中致吐风险药物预防期为抗肿瘤药物使用当天及结束后2 d，共3 d。

2、不同程度恶心呕吐的预防策略用药推荐

	I 级推荐	II 级推荐	III 级推荐	不推荐
高度致吐风险	(1) 5-HT ₃ RA+NK-1RA+奥氮平+地塞米松 (1A类证据) (2) 5-HT ₃ RA+NK-1RA+地塞米松 (1A类证据) (3) 帕洛诺司琼+奥氮平+地塞米松 (1A类证据)	5-HT ₃ RA+沙利度胺 +地塞米松 (1B类证据)	5-HT ₃ RA+甲地孕酮+ 地塞米松 (2B类证据)	—

注：5-HT₃RA：5-羟色胺3受体拮抗剂；NK-1RA：神经激肽1受体拮抗剂；—为无数据



2、不同程度恶心呕吐的预防策略用药推荐

◆ 单日静脉注射抗肿瘤药物所致不同程度恶心呕吐的预防策略用药推荐

	I 级推荐	II 级推荐	III 级推荐	不推荐
中度致吐风险	(1) 5-HT ₃ RA+地塞米松 (1A类证据) (2) 5-HT ₃ RA+NK-1RA+地塞米松 (1A类证据) (3) 帕洛诺司琼+奥氮平+地塞米松 (1A类证据)	5-HT ₃ RA+奥氮平+ 地塞米松 (2A类证据)		—

指南表明

- 多项包括中国患者在内的随机对照研究以及荟萃分析表明，在**5-HT₃RA + 地塞米松**的组合方案中帕洛诺司琼、**格拉司琼透皮贴片**的疗效均优于短效5-HT₃RA，特别是对于延迟性CINV的控制效果更加显著。
- 如果第1天使用长效5-HT₃RA (**格拉司琼透皮贴片**)，第2天和第3天不再使用5-HT₃RA
- 对于中度致吐风险化疗方案所致CINV，**格拉司琼透皮贴片的疗效不劣于帕洛诺司琼。**



口服抗肿瘤药物所致恶心呕吐的预防

口服抗肿瘤药物所致恶心呕吐的预防:

- 应根据致吐风险最高的药物以及患者特定的危险因素来选择止吐方案。
- 如果多种口服药物联合使用，呕吐风险可能会增加，需要预防用药。
- 在联合化疗方案中，当与静脉药物联合使用时，应遵循致吐风险最高药物的止吐建议。
- 无需常规预防低度及轻微致吐风险的口服抗肿瘤药物所致恶心呕吐。

致吐风险	I 级推荐	II级推荐
中高度致吐风险	—	 抗肿瘤药物治疗前开始服用 5-HT ₃ RA（任选其一）： (1) 格拉司琼透皮贴片：3.1mg/24 h（需要前提24~48 h使用），34.3 mg/7d^b； (2) 昂丹司琼口溶膜 (3) 多拉司琼 (4) 格拉司琼片 (5) 昂丹司琼片 (6) 帕洛诺司琼胶囊 (7) 托烷司琼片

注：—为无数据； b 药物作用至抗肿瘤药物结束后2d



含高/中度致吐风险抗肿瘤药物多天方案的预防

由于多天抗肿瘤治疗所致CINV的特点与单日抗肿瘤治疗不同（可能存在急性CINV 与延迟性CINV叠加，情况更为复杂，持续时间可能更长），预防方案中各药物的使用频率和时间不同于单日抗肿瘤治疗的预防方案。

◆含高/中度致吐风险抗肿瘤药物多天方案的预防策略推荐

致吐风险	I 级推荐	II 级推荐	III 级推荐
高度致吐风险	5-HT ₃ RA+NK-1RA+地塞米松+奥氮平（1B类证据）	5-HT ₃ RA+NK-1RA+地塞米松（2A类证据）	
中度致吐风险		5-HT ₃ RA+地塞米松（2A类证据）	5-HT ₃ RA+NK-1RA+地塞米松（3类证据）

注：5-HT₃RA：5-羟色胺3受体拮抗剂；NK-1RA：神经激肽1受体拮抗剂；-为无数据



格拉司琼透皮贴片在中或高致吐风险化疗方案中，不劣于每日口服格拉司琼。



◆ 多天方案恶心呕吐预防药物的选择及用法推荐

药物

用法

5-HT₃RA

- (1) 在首次及后续给予中/高度致吐风险药物前均应考虑使用5-HT₃RA预防；
- (2) 是否重复使用及给药频率取决于药物和它的给药模式（注射/口服/经皮）：

①短效5-HT₃RA：每日给药；

②帕洛诺司琼：0.25 mg IV/0.5mg PO可以满足3日化疗方案的需求；

③**格拉司琼透皮贴片：疗效维持7d，可每7d重复使用。**

在中或高致吐风险化疗方案中，透皮贴片不劣于每日口服格拉司琼2mg。

NK-1RA

- (1) 阿瑞匹坦：对于5d给药的化疗方案可采用125mg 第3天，80mg 第4~7天或125mg第1天，80mg第2~7天，或更长的给药时间；
- (2) 对于含3 d顺铂的化疗方案可采用阿瑞匹坦125mg 第1天，80mg 第2~6天；
- (3) 福沙匹坦：对于含3d顺铂的化疗方案可采用含福沙匹坦和奥氮平的四联预防方案；
- (4) 对于含3d顺铂的化疗方案可采用福沙匹坦150mg 第1、3天重复给药；
- (5) 注意NK-1RA对地塞米松代谢的影响



◆ 多天方案恶心呕吐预防药物的选择及用法推荐(续表)

药物	用法
地塞米松	<ul style="list-style-type: none">(1) 每天使用；(2) 延迟性恶心呕吐风险较高的化疗方案，应在化疗结束后持续使用2~3 d；(3) 评估患者对糖皮质激素的耐受性；(4) 若化疗方案中已含糖皮质激素，酌情调整用量或不用；(5) 接受中度致吐风险方案或非顺铂的高致吐风险方案时，如未合并高危因素或无法耐受糖皮质激素者，可选择仅在第1天使用地塞米松。
奥氮平	对于含3d顺铂的化疗方案可采用含奥氮平（5 mg，第1~5天）的四联预防方案有效预防急性和延迟性CINV。
其他	藿香正气液、5-HT ₃ RA、地塞米松三联方案可用于因各种原因无法使用NK-1RA的接受含3 d顺铂化疗的CINV预防。

注：5-HT₃RA：5-羟色胺3受体拮抗剂；NK-1RA：神经激肽1受体拮抗剂；IV：静脉注射；CINV：化疗相关性恶心呕吐



门诊或日间化疗恶心呕吐的预防或治疗

□ 门诊或日间化疗患者，**用药原则应以“便捷、长效”为原则**，避免患者多次往返，减少不便性。

指南推荐：



门诊或日间化疗患者，对于中高度致吐风险，使用**格拉司琼透皮贴片**作为**长效5-HT₃RA**的选择，避免多次给药的不便性

门诊患者多为口服化疗药物或靶向治疗药物，需要根据患者治疗方案进行致吐风险评估：

(1) 中高度致吐风险患者：在选择5-HT₃RA时，应避免静脉注射，**以口服、皮贴的给药方式，选择更为长效的格拉司琼透皮贴片。**

日间诊疗患者多为当日静脉注射患者，需要对患者根据静脉化疗方案进行致吐风险评估：

- (1) 中度致吐风险患者：**对于有延迟性呕吐的院外治疗患者，**5-HT₃RA**的选择同门诊患者；
- (2) 低致吐风险患者：**使用单一止吐药物预防时，**选用口服、皮贴方式的长效药物；**



放疗相关恶心呕吐的预防

致吐风险	I 级推荐	II级推荐	III级推荐	不推荐
高度致吐风险	5-HT ₃ RA+地塞米松 (2A类证据)	—	-	-
中度致吐风险	-	5-HT ₃ RA+地塞米松 (2A类证据)	5-HT ₃ RA (2B类证据)	-
低度致吐风险-颅脑	-	地塞米松预防/解救治疗	-	-
低度致吐风险-其他	-	单一止吐药 ^a 预防/解救治疗	-	-
轻微致吐风险	-		-	常规预防 ^b

注：5-HT₃RA：5-羟色胺3受体拮抗剂；-为无数据； a可选择地塞米松、5-HT₃RA、甲氧氯普胺、丙氯拉嗪之一，需基于患者个体状态； b 出现呕吐后可使用地塞米松、5-HT₃RA或多巴胺受体拮抗剂解救治疗



暴发性呕吐及难治性呕吐处理的一般原则：

- (1) 增加不同作用机制的止吐药物，部分患者可能需要多种作用机制药物联合使用；
- (2) 根据计划按时连续使用止吐药物，而非按需给药；
- (3) 考虑通过静脉、皮下/肌肉注射或直肠等非口服途径给药；
- (4) 适当补充水分及电解质，注意监测，维持水电解质平衡；
- (5) 下一周期化疗时重新充分评估患者的呕吐风险，关注可能导致本周期治疗时暴发性呕吐的各种因素，如：脑转移、肿瘤导致的消化道梗阻或其他的胃肠道异常、电解质紊乱、其他合并症及用药；
- (6) 考虑下一治疗周期加强预防，增加不同机制药物或调整药物种类、药物剂量等。



预期性恶心呕吐的预防和治疗

预期性恶心呕吐处理策略以预防为主。

在第一周期化疗前就选用最佳的止吐治疗方案，减少化疗后恶心呕吐的发生。

在每个周期均采用最佳的止吐治疗方案，减少化疗后恶心呕吐的发生：

(1) 行为疗法：放松/系统脱敏、催眠、放松训练（引导式想象，渐进式肌肉放松，生物反馈，音乐治疗等）、认知分心、瑜伽（经医师同意）。

(2) 物理疗法：针灸/指压按摩（Ⅱ级推荐）。

(3) 抗焦虑治疗



目录

CONTENTS

02

指南内容

- 指南制定介绍
- 证据类别及推荐等级
- 抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的评估
- 抗肿瘤治疗相关恶心呕吐的处理

03

- **常用5-HT₃RA注意事项**
- **指南中格拉司琼透皮贴片应用总结**



为了确保抗恶心呕吐治疗安全有效，应根据致吐药物和患者自身恶心呕吐风险因素制定合理的预防策略，可参考个性化风险模型，同时还应考虑多方面情况制定个体化治疗计划；

- 包括：**
- (1) 止吐药物之间的相互作用；
 - (2) 止吐药物与抗肿瘤治疗药物之间的相互作用；
 - (3) 止吐药物与其他合并症治疗药物的相互作用；
 - (4) 药物与疾病相互作用；
 - (5) 给药途径的选择；
 - (6) 患者经济状况和依从性；
 - (7) 止吐药物本身不良反应的管理。



常用5-HT₃RA注意事项

(1) 根据使用品种、途径和剂量强度等不同，5-HT₃RA可以引起心电图QT间期延长，甚至导致致命性的心律失常（尖端扭转型室速）；

- 多拉司琼及昂丹司琼可产生剂量依赖性QT间期延长。
- 老年人应用需谨慎，原有心律异常或潜在心脏疾病的患者，发生心律失常的风险较高。
- **格拉司琼透皮贴片对QT间期影响较小；**
- 因此，在已经使用其他可能延长QT间期药物时，应慎用5-HT₃RA。
- 定期进行心电图检查，监测QT间期的变化情况。

(2) 采用帕洛诺司琼、格拉司琼透皮贴片预防恶心呕吐的患者，在延迟期发生爆发性呕吐后使用5-HT₃RA的作用有限，尽可能使用其他机制的止吐药；

(3) 格拉司琼透皮贴片具有独特给药系统，半衰期较长，一般认为给药间隔应≥7 d；

(4) 最常见的不良反应是头痛和便秘，应该注意患者教育；必要时给予对症处理；

(5) “按计划”使用的疗效，优于“按需”使用。



格拉司琼透皮贴片

应用范围：

◆ 单日静脉化疗（中/高度致吐风险）

中度致吐风险：在与地塞米松的联合方案中，疗效优于短效5-HT₃RA，特别是对延迟性CINV的控制效果更加显著（多项研究支持）

◆ 门诊/日间化疗（中/高度致吐风险，作为长效首选）

◆ 多日化疗（高度致吐风险）

联合用药：

□ 在高度致吐风险方案中，格拉司琼透皮贴片可与其他止吐药物（如NK-1受体拮抗剂、地塞米松）联合使用，以提高止吐效果。

□ 在中度致吐风险方案中，格拉司琼透皮贴片联合地塞米松是标准预防方案之一。



格拉司琼透皮贴片

核心优势：

- ✓ **长效覆盖：** 单次贴片可持续释放药物7天，
- ✓ **安全性更优：** 对QT间期影响较小（指南明确安全性优势）
- ✓ **便捷性与依从性：** 透皮给药无需注射或频繁口服，减少患者往返医院次数，尤其适用于门诊/日间患者。



谢谢关注！

thanks for your attention.

