

创新药专题

中国之声闪耀2024ASCO

西南证券研究发展中心
2024年5月

分析师：杜向阳
执业证号：S1250520030002
电话：021-68416017
邮箱：duxu@swsc.com.cn

分析师：汤泰萌
执业证书：S1250522120001
电话：021-68416017
邮箱：ttm@swsc.com.cn

并购家 免费行业报告网

IPOIPO.CN 每日更新 不用注册会员 无广告 永久免费

核心观点

◆ 何为ASCO大会？

- 美国临床肿瘤学会 (American Society of Clinical Oncology, ASCO) 成立于1964年，是世界上最大、最具影响力的肿瘤专业学术组织，致力于癌症的预防、治疗及改善对患者的护理，ASCO是唯一涵盖所有肿瘤亚专科的组织，其对美国医疗服务有相当大的影响，其设有公关部门，负责向国会议员提出建议，推荐有关医疗政策及意见。

◆ ASCO投资逻辑？

- 美国临床肿瘤学会年会(ASCO年会)是世界上规模最大、学术水平最高、最具权威的临床肿瘤学会议，汇集了众多世界一流的肿瘤学专家，和与会者们一起分享探讨当前国际最前沿的临床肿瘤学科研成果和肿瘤治疗技术，很多重要的研究发现和临床试验成果也会选择在ASCO年会上进行首次发布。通过梳理ASCO大会，不难发现，**创新药企业，尤其是有重磅单品临床数据披露的企业往往会迎来股价的重要催化，因此，每年的ASCO会议是创新药行业投资的重要事件。**

◆ 2024年ASCO大会举办的时间？

- 2024年ASCO大会预计于5月31日至6月4日在美国伊利诺伊州芝加哥以线上线下混合会议形式举办。

- ◆ **风险提示：**创新药研发的不确定性、研发进展不及预期、商业化进展不及预期、药品降价风险，医药行业政策风险等。

目 录



2024ASCO总体概况



2024ASCO相关企业及临床研究

2024ASCO总体概况

- ❑ **美国临床肿瘤学会 (American Society of Clinical Oncology , ASCO)** 成立于1964年,是全球领先的肿瘤专业学术组织,宗旨是预防癌症及改善癌症服务。有来自100多个国家超过45000名会员,其中三分之一来自美国以外。会员包括肿瘤学领域及其专科之临床肿瘤科医师、参与认可的肿瘤学训练计划的医师和医疗专家、肿瘤科护士及肿瘤科执业医师。学会会员专攻肿瘤学领域,包括医学、血液学、放射线治疗、外科与小儿科。
- ❑ 2024年ASCO大会将于5月31日至6月4日在美国伊利诺伊州芝加哥以线上线下混合会议形式举办。

2024 ASCO[®]
ANNUAL MEETING

May 31 - June 4, 2024 • McCormick Place •
Chicago, IL & Online

#ASCO24

目 录



2024ASCO总体概况



2024ASCO相关企业及临床研究

科伦博泰：SKB264+PD-L1—线NSCLC

- 未曾接受过治疗的晚期无驱动基因突变 NSCLC患者入组并按非随机方式每3周接受一次5 mg/kg剂量的芦康沙妥珠单抗(sac-TMT)加每3周接受一次1200 mg剂量的KL-A167治疗（1A队列）或每2周接受一次5 mg/kg剂量的芦康沙妥珠单抗(sac-TMT)加每2周接受一次900 mg剂量的KL-A167治疗（1B队列），直至疾病进展或发生不可耐受毒性。截至2024年1月2日，1A队列和1B队列分别入组40名及63名患者。中位年龄为63/63岁（1A/1B队列）；97.5%/85.7%患者的美国东部肿瘤协作组体能状态(ECOG PS)评分为1分；根据IHC 22C3 pharmDx测定法，分别有30.0%/33.3%、32.5%/30.2%及37.5%/36.5%的患者肿瘤细胞的程序性死亡配体1(PD-L1)表达为< 1%、1%-49%及≥ 50%。
- 1A队列经过为期14.0个月的中位随访后，ORR为48.6%（18/37，2例待确认），疾病控制率(DCR)为94.6%，**中位PFS为15.4个月（95% CI: 6.7, NE）**，6个月PFS率为69.2%。B队列经过为期6.9个月的中位随访后，ORR为77.6%（45/58，5例待确认），DCR为100%，未达到中位PFS，**6个月的中位PFS率为84.6%**。

	SKB264 + KL-A167
试验方案	II SKB264 5 mg/kg Q3W + KL-A167 1200 mg Q3W (cohort 1A) SKB264 5 mg/kg Q2W + KL-A167 900 mg Q2W (cohort 1B)
对照组	
N	103
ORR	A组: 48.6% B组: 77.6%
mPFS	A组: 15.4m B组: NR
mOS	
G3 TRAE	

	ORR, % (n/N) *	6-mo PFS rate, % (95% CI)
Overall (N = 63)	77.6 (45/58)	84.6 (71.4, 92.1)
Histology type		
Non-squamous (N = 34)	72.7 (24/33)	93.8 (77.3, 98.4)
Squamous (N = 29)	84.0 (21/25)	73.5 (49.9, 87.2)
PD-L1 TPS		
< 1% (N = 21)	63.2 (12/19)	82.2 (54.3, 93.9)
1%-49% (N = 19)	81.3 (13/16)	76.6 (41.2, 92.3)
≥ 50% (N = 23)	87.0 (20/23)	91.3 (69.5, 97.8)

科伦博泰：SKB264+PD-L1一线NSCLC

【2024 ASCO 科伦博泰 临床数据更新】Trop2 ADC 肺癌一线IO联用数据对比

药物	SKB264		Dato-DXd				Keytruda	
研发公司	科伦博泰/默沙东		第一三共/阿斯利康				默沙东	
临床代码	OptiTROP-Lung01		TROPION-Lung04		TROPION-Lung02		keynote-407	Keynote-024
试验设计详情	2期多臂无对照组临床研究 包含Trop2 ADC与IO联用，或与IO+化疗联用的多个队列		1b期多臂无对照组临床研究 包含Trop2 ADC与IO联用，或与IO+化疗联用的多个队列		1b期单臂临床研究 包含Trop2 ADC与IO联用，或与IO+化疗联用两种方案		3期双臂注册性临床研究	3期双臂注册性临床研究
数据来源	2024 ASCO，本次披露数据系ADC+IO队列的两个剂量组数据		2023 WCLC，披露的数据系ADC+IO/ADC+IO+化疗两个队列同一个剂量组数据		2024 ASCO，本次披露的数据系ADC+IO/ADC+IO+化疗两种方案不同剂量组混合的数据		NEJM	NEJM
治疗方案	SKB264+A167		DS-1062+Keytruda	DS-1062+Keytruda+化疗	DS-1062+Keytruda	DS-1062+Keytruda+化疗	Keytruda+化疗 vs 化疗	Keytruda vs 化疗
作用机制	Trop2 ADC+PD-L1单抗		Trop2 ADC+PD-1单抗	Trop2 ADC+PD-1单抗+化疗	Trop2 ADC+PD-1单抗	Trop2 ADC+PD-1单抗+化疗	PD-1单抗+化疗 vs 化疗	PD-1单抗 vs 化疗
ADC给药剂量	5mg/kg, Q3W	5mg/kg, Q2W	6mg/kg, Q3W	6mg/kg, Q3W	4、6mg/kg, Q3W	4、6mg/kg, Q3W	/	/
临床分期	2期		1b期		1b期		3期	3期
患者群体	驱动基因阴性		驱动基因阴性		驱动基因阴性		驱动基因阴性，鳞癌	驱动基因阴性，TPS>50%
治疗线数	1L或前线仅接受一线化疗		1L或前线仅接受一线化疗		1L		1L	1L
患者人数	40	63	14	13	42	54	278 vs 281	154 vs 151
ORR	48.6%	77.6%	50%	76.9%	52%	56%	57.9% vs 38.4%	44.8% vs 27.8%
mPFS (月)	15.4	/	/	/	11.1	6.8	6.4 vs 4.8	10.3 vs 6.7
6个月PFS率	69.20%	84.60%	/	/	/	/	/	/
不良事件率	常见3级以上TRAE：中性粒细胞减少(30%)、白细胞减少(5%)、贫血(5%)、皮疹(5%)		常见3级以上TRAE：中性粒细胞减少(30%)、白细胞减少(18%)、贫血(16%)、皮疹(6%)，1例患者终止治疗 3级以上TEAE发生率42.1%		3级以上TEAE发生率71.4%，其中贫血(36%)、血小板减少(21%) 3级以上TEAE发生率57%，TEAE导致的停药率为29%		3级以上AE发生率69.8% vs 68.2% AE导致的停药率13.3% vs 6.4%	3级以上AE发生率26.6% vs 53.3% AE导致的停药率7.1% vs 10.7%
ILD	未报告		共有4例ILD，其中4级ILD 1例，1-2级ILD 3例		/	/	/	/

风险提示：临床数据后续进展不及预期，医保控费力度超预期，竞争格局恶化风险

数据来源：ASCO、WCLC、NEJM

数据来源：ASCO、西南证券

更多免费行业报告

并购家

www.ipoipo.cn

科伦博泰：末线TNBC

- 默沙东（MSD）与科伦博泰（Kelun-Biotech）所联合开发的TROP2靶向抗体偶联药物（ADC）sacituzumab tirumotecan（SKB264/MK-2870）在治疗经治晚期三阴性乳腺癌（TNBC）的一项3期试验当中展现亮眼结果。分析显示，接受SKB264单药治疗的TROP2高表达患者的无进展生存期（PFS）是化疗组患者的3倍以上。
- 截至2023年6月21日的中期分析结果显示，试验达到PFS的主要终点。SKB264组患者的疾病进展或死亡风险降低69%（HR=0.31，95% CI：0.22-0.45，P<0.00001）。由BICR评估SKB264组的中位PFS为5.7个月（95% CI：4.3-7.2），化疗组患者的中位PFS则为2.3个月（95% CI：1.6-2.7），其中SKB264组与化疗组患者的6个月无进展生存率分别为43.4%与11.1%。针对肿瘤TROP2表达H评分>200患者的亚组分析显示，SKB264组的中位PFS为5.8个月，是化疗组患者（1.9个月）的3倍以上（HR=0.28，95% CI：0.17-0.48）。
- 截至2023年11月30日，针对患者总生存期（OS）的首次预定中期分析显示，在中位随访10.4个月期间，SKB264组的OS具有统计学显著优势（HR=0.53；95% CI：0.36-0.78；P=0.0005）。SKB264组的中位OS尚未达到（95% CI：11.2-NE），化疗组的中位OS为9.4个月（95% CI：8.5-11.7）。BICR评估SKB264组的客观缓解率（ORR）为43.8%，化疗组则为12.8%。

	sacituzumab tirumotecan/ SKB264	sacituzumab tirumotecan/ SKB264	Trodelvy
试验方案	III	II	ASCENT（III）
对照组	化疗		化疗
N	263	59	529
ORR	43.8% vs 12.8%	42.4%	35%vs 5%
mPFS	5.7m vs 2.3m (HR=0.31, P<0.00001)	5.7m	4.8m vs 1.7m
mOS	NR vs 9.4m (HR=0.53; P=0.0005)	16.8m	11.8m vs 6.9m
G3 TRAE	中性粒细胞计数减少：32.3% vs 47.0% 贫血（27.7% vs 6.1%） 白细胞计数减少（25.4% vs 36.4%）	56%	

康方生物：EGFR-TKI经治NSCLC

□ 依沃西联合化疗对比安慰剂联合化疗用于经EGFR-TKI治疗进展的EGFR 突变的局部晚期或转移性非鳞NSCLC患者的随机、双盲、多中心III期临床研究 (AK112-301/HARMONi-A)

□ AK112于5月24日获批上市

	AK112+化疗	信迪利单抗+贝伐珠单抗+化疗	阿替利珠单抗+贝伐珠单抗+化疗	Rybrevent (EGFR× c-MET) +化疗
企业	康方生物	信达生物	罗氏	强生
试验方案	III	ORIENT-31 (III)	KCSG-LU19-04 (III)	MARIPOSA-2 (III)
对照组	化疗	化疗	化疗	化疗
N	322	480	228	657
ORR	50.6% vs 35.4%		69.5% vs 41.9%	64% vs 36%
mPFS	7.06m vs 4.8m (HR=0.46, p<0.0001)	7.2m vs 4.3m (HR=0.51, P<0.0001)	8.48m vs 5.62m (HR=0.62, p=0.004)	6.3m vs 4.2m (HR=0.48)
mOS	NR (HR=0.8)	21.1m vs 19.2m (HR=0.98)	mOS=20.63m vs 20.27m (HR=1.01)	NR (HR=0.77)
G3 TRAE	61.5% vs 49.1%	56% vs 49%		72% vs 48%

康方生物AK104：二线胃癌

卡度尼利单抗联合普络西单抗和紫杉醇二线治疗免疫联合化疗治疗失败的晚期G/GEJ腺癌患者的疗效和安全性：一项多中心、随机、双盲试验

	AK104+普络西单抗（VEGFR-2单抗）+紫杉醇	唑喹替尼+紫杉醇
试验方案	Ib/II	FRUTIGA（III）
对照组	普络西单抗+紫杉醇	安慰剂+紫杉醇
N	53	700
ORR	48% vs 35.7%	42.5% vs 22.4%
mPFS	6.8m vs 4.9m	5.6m vs 2.7m (HR=0.56)
mOS	9个月OS率=65.5% vs 34%	9.6m vs 8.4m (HR =0.956; p =0.6064)
G3 TRAE		

荣昌生物：MSLN ADC 二线

- 数据值得期待，在宫颈癌和卵巢癌中数据优异

	RC88	Elahere (FR α ADC)
试验方案	II	MIRASOL (III)
对照组		化疗
N	164 卵巢癌：60 (先前2-7线) NSCLC：26 宫颈癌：18	453
ORR	卵巢癌：总人数：37.2%；三-五线：45.5% NSCLC：88.4% 先前接受过二线治疗：ORR=21.7% 宫颈癌：64.7% 接受过二线治疗，ORR=35.3%	42.3% vs 15.9%
mPFS		5.62m vs 3.98m
mOS		16.46m vs 12.75m (HR=0.67)
G3 TRAE	40.2%	42% vs 54%

荣昌生物：RC48+PD-1+S-1 一线HER2+ 胃癌

- 维迪西妥单抗（RC48）联合替雷利珠单抗和S-1用于HER2过表达晚期胃或胃食管交界腺癌一线治疗的疗效：一项多中心、单臂、II期试验（RCTS）
- 从8个中心共入选47例患者，中位年龄65岁（39~81岁），37例男性，37例GC患者和8例GEJC患者，均为腺癌。其中，30例（63.8%）为HER2 IHC 3+，11例（23.4%）为HER2 IHC 2+/FISH+，6例（12.8%）为IHC 2+/FISH-。PD-L1 CPS≥5和≥1的患者分别占14.9%和36.2%。中位随访时间为116.5天，患者接受了5.0（中位数）个治疗周期的治疗。
- 截至2024年1月20日，40例患者进行了疗效分析，44例患者进行了安全性分析。ORR达到95.0%（38/40，95% CI：83.1-99.4%），临床完全缓解率为20.0%（5/40，95% CI：4.2-26.8%），DCR为100.0%（95% CI：91.2-100.0%）。中位PFS和OS尚未达到，但6个月和9个月的PFS率分别为100.0%和80.8%，6个月和9个月的OS率分别为100.0%和83.8%。HER2 IHC 3+组、IHC 2+/FISH+组和IHC 2+/FISH-组的ORR之间没有显著差异（分别为93.3%、100.0%、100.0%）。CPS≥1或<1的患者ORR分别为100.0%和92.9%。
- 一例IVA期GC患者（cT4bN3M0，HER2 3+，CPS 0）和另一例IVB期GEJC患者（cT3N2M1，HER2 2+/FISH+，CPS≥5）接受了根治性手术，均达到了病理完全缓解。40.9%的患者发生3/4级治疗相关不良事件，主要是中性粒细胞减少、疲劳和腹泻。

	RC48+PD-1+S-1	维迪西妥单抗+特瑞普利单抗	曲妥珠+5-FU/卡培他滨+顺铂
试验方案	II	I	ToGA（III）
对照组			化疗
N	40	56	294
ORR	95%	43%	47.3% vs 34.5%
mPFS	6个月PFS率=100%，9个月PFS率=80.8%	6.2m	6m
mOS	6个月OS率=100%，9个月OS率=83.8%	16.8m	13.8m vs 11.1m
G3 TRAE			

乐普生物：TF ADC，四线胰腺癌

- ❑ 组织因子(“TF”)过度表达与宫颈癌(“CC”)及胰腺癌(“PC”)等实瘤的血栓形成、转移及不良预后有关。MRG004A是一种TF靶点特异性偶联的创新ADC药物。将于2024年ASCO年会上口头报告MRG004A治疗晚期实体瘤患者的I/II期研究的安全性及初步疗效结果，概述如下：
- ❑ 截至投稿日，63名患者已入组，其中43名患者处于剂量递增阶段(介于0.3至2.6mg/kg的8个剂量水平)，20名患者处于剂量扩展阶段(15名患者为2.0mg/kg，5名患者为2.4mg/kg)。
- ❑ MRG004A在胰腺癌患者中观察到显著抗肿瘤活性。在2.0mg/kg剂量组的12名既往已接受中位3线治疗的可评估PC患者中，有4例部分缓解(“PR”)及6例病情稳定(“SD”)，客观缓解率(“ORR”)为33.3%(4/12)，疾病控制率(“DCR”)为83.3%(10/12)。其中，5名患者为TF高表达(TF≥50%)且先前已接受2线或以下治疗的亚组中，4名患者达到PR，1名患者达到SD。TF高表达的ORR为80%(4/5)，DCR为100%(5/5)。

	MRG004A	CT041
试验方案	I / II	I b
对照组		
N	12（先前接受过三线治疗）	7
ORR	33.3% TF高表达：N=5，ORR=80%	0
mPFS		
mOS		
G3 TRAE		

乐普生物：EGFR ADC，二线鼻咽癌

- 普特利单抗(HX008)是一种于中国获准上市的重组人源化PD-1抑制剂，而MRG003是一种EGFR-ADC，在头颈部鳞状细胞癌(“SCCHN”)和鼻咽癌(“NPC”)的多项临床研究中显示出良好的抗肿瘤活性。在临床前研究中，联合疗法已显示出协同抗肿瘤作用。该研究旨在评估联合疗法对EGFR表达的局部晚期或转移性实体瘤患者的安全性和有效性。我们已观察到良好的初步数据，并获2024年ASCO年会口头报告。
- 截至2024年1月30日，33名患者(I期:9名NPC、1名SCCHN及3名其他实体瘤患者，II期:14名NPC及6名SCCHN患者)已入组，中位年龄为52岁，其中25名患者为男性。
- 在27名可评估患者中，17名患者达到PR，7名患者达到SD，ORR和DCR分别为63.0%(95%置信区间为42.4至80.6)及88.9%(95%置信区间为70.8至97.7)。在II期临床9名可评估的接受PD-1加铂类化疗的一线治疗后EGFR阳性NPC患者中，观察到2名患者达到完全缓解(“CR”)，5名患者达到PR及2名患者达到SD，ORR及DCR分别为77.8%(95%置信区间为40.0至97.2)及100%(95%置信区间为66.4至100)。5名可评估的未接受过系统治疗的EGFR阳性SCCHN患者中观察到3名患者达到PR及1名患者达到SD，ORR及DCR分别为60%(95%置信区间为14.7至94.7)及80%(95%置信区间为28.4至99.5)。研究中的缓解持续时间(“DOR”)及无进展生存期(“PFS”)尚不成熟。接受治疗时间最长的患者的DOR超过17个月，且治疗仍在持续。4名患者发生3-4级常见治疗相关不良事件(“TRAE”)，主要包括白细胞数量减少(9%)及低钾血症(6%)。

	MRG003 +HX008	卡瑞利珠单抗+顺铂+吉西他滨	卡瑞利珠单抗
试验方案	I/II	CAPTAIN-1st (II)	CAPTAIN (II)
对照组		顺铂+吉西他滨	
线数	二线 (PD-1经治)	一线鼻咽癌	三线鼻咽癌
N	一线头颈鳞癌: N=5 二线鼻咽癌: 9	263	156
ORR	一线头颈鳞癌: 60% 二线鼻咽癌: 77.8%	88.1%vs80.6%	28.2%
mPFS		10.8m vs 6.9m (HR=0.51)	3.7m
mOS			17.4m
G3 TRAE	12%	93% vs 90%	

和黄医药：呋喹替尼+PD-1 末线CRC

呋喹替尼单药与呋喹替尼联合PD-1抑制剂疗效比较的真实世界研究

	呋喹替尼+信迪利单抗	呋喹替尼
试验方案		FRESCO（III）
对照组	呋喹替尼	安慰剂
N	83	416
ORR		
mPFS	6.8m vs 3.9m (HR=0.58)	3.7m vs 1.8m
mOS		9.3m vs 6.6m
G3 TRAE		

和黄医药：呋喹替尼+PD-1 末线CRC

呋喹替尼联合替雷利珠单抗和立体定向消融放疗最新结果

立体定向消融放疗(SABR) 可通过诱导免疫原性死亡和重塑肿瘤免疫微环境来增加免疫治疗的敏感性。此外，抗血管生成治疗通过其对≥3线mCRC患者的免疫调节作用，显示出与程序性死亡受体1或其配体1 (PD-1/ L1) 抑制剂的协同抗肿瘤作用。一项单臂、前瞻性的II期RIFLE研究[5]，旨在评估呋喹替尼联合替雷利珠单抗和SABR治疗mCRC患者的疗效和安全性。在31例可评疗效的患者中，1例达CR，8例达部分缓解 (PR)，14例达疾病稳定 (SD)，ORR和DCR分别为29%和74.2%，中位PFS为8.8个月 (95% CI 5.868-11.732) 且安全性良好。上述结果提示，呋喹替尼联合免疫治疗和放疗治疗mCRC患者疗效颇具前景，有望为mCRC患者提供新的治疗策略。

	呋喹替尼+替雷利珠单抗	Lonsurf 士贝伐珠单抗（曲氟尿苷+替匹嘧啶）
试验方案	II	SUNLIGHT (III)
对照组		Lonsurf
N	31	492
ORR	29%	
mPFS	8.8m	5.6m vs 2.4m
mOS		10.8m vs 7.5m
G3 TRAE	29%	72.4% vs 69.5%

和黄医药：呋喹替尼+TAS-102 末线CRC

呋喹替尼联合TAS-102三线治疗结果

一项开放标签、单臂、多中心II期研究，旨在评估呋喹替尼联合TAS-102三线治疗mCRC患者的疗效和安全性。研究纳入50例患者，截至2024年1月10日，46例患者可评估疗效，其中5例患者达PR (5/46例，10.9%)，29例患者达SD (29/46例，63.0%)，中位PFS为6.46个月 (95% CI 4.20-8.62)，治疗相关不良事件 (TRAEs) 一般可控且可耐受。上述初步结果表明，呋喹替尼联合TAS-102作为mCRC患者的三线治疗具有令人鼓舞的临床活性且耐受性良好，期待未来OS数据。

	呋喹替尼+TAS-102	呋喹替尼+替雷利珠单抗	Lonsurf 士贝伐珠单抗（曲氟尿苷+替匹嘧啶）
试验方案	II	II	SUNLIGHT（III）
对照组			Lonsurf
N	50	31	492
ORR	10.9%	29%	
mPFS	6.46m	8.8m	5.6m vs 2.4m
mOS			10.8m vs 7.5m
G3 TRAE		29%	72.4% vs 69.5%

和黄医药：呋喹替尼+PD-1 末线子宫内腺癌

呋喹替尼联合信迪利单抗治疗经治pMMR晚期EMC的II期研究

截至2023年11月15日，研究纳入98例经治pMMREMC患者，中位随访时间为15.7个月，87例患者可评估疗效，独立评审委员会（IRC）评估的ORR和DCR分别为35.6%和88.5%，总体患者的中位PFS和OS分别为9.5个月和21.3个月。

	呋喹替尼+信迪利单抗	呋喹替尼+信迪利单抗	帕博利珠单抗+仑伐替尼
试验方案	II	I	KEYNOTE-775（III）
对照组			化疗
N	98	25	827
ORR	35.6%	32%	33.8% vs 14.7%
mPFS	9.5m	6.9m	7.2m vs 3.8m
mOS	21.3m		18.3m vs 11.4m
G3 TRAE			78.8% 60.1%

科济药业

靶向Claudin18.2嵌合抗原受体T细胞用于治疗胃肠道肿瘤患者：CT041-CG4006一期临床试验最终结果

	CT041	CT041	CMG901 (Claudin18.2 ADC)
试验方案	CT041-CG4006 (I)	I	I b
对照组	-		
N	98: 73胃癌, 10胰腺癌	14	32
ORR	37.8%, GC=57.4%	57.1%	42%
mPFS	4.4m, GC=5.8m	5.6m	4.8m
mOS	8.4m, GC=9.7m	10.8m	
G3 TRAE	G3 CRS=0	G3 CRS=7.1%	64%

首药控股：SY-5007

- 5月23日，首药控股完全自主研发的选择性RET 酪氨酸激酶抑制剂SY-5007 在非小细胞肺癌中的关键临床II期 (NCT05278364) 的初步研究结果以摘要和壁报的形式在2024年度美国临床肿瘤学会 (ASCO)上公布。
- 该关键临床II期研究由上海市肺科医院周彩存教授牵头，为一项开放标签、多中心研究。截至2024年1月16日，共入组105例RET融合阳性非小细胞肺癌患者，其中56例为初治患者，49例为既往接受过铂类化疗或免疫疗法等系统性治疗的经治患者，所有患者的中位随访时间为4.57个月 (95% 置信区间 [CI] 0.2-10.3)。盲态独立中心评估 (BICR) 的所有患者总体客观缓解率 (ORR) 为77.1% (95% CI 67.9-84.8)，其中，初治患者的ORR为82.1% (95% CI 69.6-91.1)，经治患者的ORR为71.4% (95% CI 56.7-83.4)。对于基线具有颅内可测量靶病灶的患者，经研究者评估的颅内ORR为80.0% (95% CI 44.4-97.5)。患者的中位缓解持续时间 (DoR)、中位无进展生存期 (PFS) 和总生存期 (OS) 尚未达到。
- 在安全性和耐受性方面，96.2% 的患者发生了治疗相关不良事件 (TRAE)，42.9% 的患者发生了 ≥ 3 级TRAE。最常见的TRAE包括天冬氨酸氨基转移酶升高 (57.1%)、丙氨酸氨基转移酶升高 (56.2%)、腹泻 (55.2%) 和高血压 (41.9%) 等。最常见的 ≥ 3 级TRAE为高血压 (15.2%)、丙氨酸氨基转移酶升高 (5.7%) 和中性粒细胞计数减少 (5.7%) 等。TRAE导致的剂量中断和降低发生比例分别为39.0% 和23.8%。1.9% 的患者因TRAE永久停药，没有治疗相关死亡发生。

	SY-5007	SY-5007
试验方案	II	I
对照组		
N	105	60
ORR	77.1% 一线：N=56, ORR=82.1% 二线：N=49, 71.4%	75%
mPFS		
mOS		
G3 TRAE		36.7%

信达生物：IBI389：三线胰腺癌

- IBI389（抗CLDN18.2/CD3双特异性抗体）在晚期胰腺导管腺癌患者中的安全性和有效性：I期研究的初步结果
- 纳入了符合条件的CLDN18.2阳性的局部晚期、难治性或转移性PDAC患者，这些患者对标准治疗失败或不能耐受。IBI389单药治疗在剂量递增和扩展的两阶段研究中，按6个剂量水平（5-600 mg/kg，每三周一次或每两周一次）静脉注射。在剂量 ≥ 30 mg/kg时，采用了先导剂量3至10 mg/kg的逐步剂量递增策略。主要目标是评估安全性，次要目标是根据RECIST v1.1标准由研究者评估的有效性，包括客观缓解率（ORR）和疾病控制率（DCR）。
- 截至2024年1月9日，共有64名CLDN18.2阳性的PDAC患者被纳入（男性：64.1%，女性：35.9%，中位年龄：60.0岁，IV期：84.4%）。所有患者均接受过先前治疗，中位治疗线数为2（范围：1至5）。
- 62名（96.9%）患者出现了治疗相关不良事件（TRAEs），其中35名（54.7%）患者出现了3级或以上的TRAEs。最常见的3级或以上TRAEs（ $\geq 5\%$ ）包括 γ -谷氨酰转移酶升高（20.3%）、淋巴细胞计数减少（9.4%）和恶心（7.8%）。33名（51.6%）患者出现了细胞因子释放综合征（CRS）相关不良事件，未见3级或以上的CRS。24名（37.5%）患者出现了导致剂量中断的TEAEs，3名（4.7%）患者出现了导致治疗中止的TEAEs。
- 在CLDN18.2表达 $\geq 10\%$ （免疫组化2+/3+）的患者中观察到了IBI389的初步疗效（600 mg/kg）。截至2024年1月31日，共有23名患者可评估疗效，其中7名患者部分缓解（PR），9名患者疾病稳定（SD）。ORR为30.4%（95%CI：13.2-52.9），DCR为69.6%（95%CI：47.1-86.8）。反应持续时间（DoR）和无进展生存期（PFS）的中位数尚未达到。将在会议上呈现更多关于安全性和有效性的更新数据。

	IBI389	伊 利 替 康 脂 质 体 + 亚 叶 酸 + 5-FU（SOC方案）
试验方案	I	NAPOLI-1（III）
线数	三线	二线
对照组		5-FU+ 亚叶酸
N	23	417
ORR	30.4%	16% vs 1%
mPFS		3.1m vs 1.5m（HR=0.56）
mOS		6.1m vs 4.2m（HR=0.67，p=0.012）
G3 TRAE	54.7%	

信达生物：IBI343（抗Claudin18.2抗体药物偶联物）：三线胰腺癌

- 符合条件的患者为对标准治疗失败或无法耐受的患者。IBI343以6 mg/kg或8 mg/kg每三周（Q3W）静脉注射。在剂量递增阶段，无论CLDN18.2表达情况如何，患者均可入组。在剂量扩展阶段，要求患者CLDN18.2表达≥40%（免疫组化1+/2+/3+染色强度）。主要终点是安全性。次要终点包括客观缓解率（ORR）、疾病控制率（DCR）、缓解持续时间（DoR）和无进展生存期（PFS），由研究者根据RECIST v1.1标准评估。
- 截至2023年12月19日，共有35名患者（剂量递增阶段1名，剂量扩展阶段34名）来自中国和澳大利亚（男性：57.1%，中位年龄：58.0岁，ECOG PS 1：71.4%，IV期：91.4%，先前治疗的中位线数为2线，包括28名PDAC患者和7名BTC患者。患者接受了6 mg/kg（n=17）或8 mg/kg（n=18）的IBI343治疗。中位治疗持续时间为7.0周（范围：3.0-23.6周），其中23名（65.7%）患者仍在接受治疗。所有患者中，28名（80.0%）出现了治疗相关不良事件（TRAEs），其中9名（25.7%）出现了3级或更高级别的TRAEs。常见的TRAEs（≥20%）包括贫血（42.9%）、中性粒细胞计数减少（28.6%）、恶心（25.7%）、呕吐（25.7%）和白细胞计数减少（22.9%）。4名（11.4%）患者发生了严重的TRAEs。导致剂量中断和治疗中止的TRAEs分别发生在7名（20.0%）和1名（2.9%）患者中。没有患者因TRAEs导致死亡。IBI343在PDAC和BTC患者中的安全性与整个研究队列相似，未观察到新的安全信号。截至2024年1月15日，25名接受6 mg/kg和8 mg/kg剂量的患者可进行疗效评估。7名患者（5名PDAC和2名BTC）出现了部分缓解（PR），ORR为28.0%（95%CI: 12.1-49.4），DCR为80.0%（95%CI: 59.3-93.2）。在**接受6 mg/kg且CLDN18.2表达≥60%（1+/2+/3+，n=13）的可评估患者中，5名患者出现PR，ORR为38.5%（95%CI: 13.9-68.4），DCR为84.6%（95%CI: 54.6-98.1）。在这一亚组的10名PDAC患者中，ORR为40%（95%CI: 12.2-73.8）。**

	IBI343（ADC）	IBI389（双抗）	伊 利 替 康 脂 质 体 + 亚 叶 酸 + 5-FU（SOC方案）
试验方案	I	I	NAPOLI-1（III）
线数		三线	二线
对照组			5-FU+亚叶酸
N	25 6mg/kg:N=13	23	417
ORR	28% 6mg/kg:ORR=38.5%	30.4%	16% vs 1%
mPFS			3.1m vs 1.5m (HR=0.56)
mOS			6.1m vs 4.2m (HR=0.67, p=0.012)
G3 TRAE		54.7%	

信达生物：IBI389：三线胃癌

- 截至2024年1月9日，共招募了114名患者（男性：67.5%，中位年龄：60.0岁，G/GEJ C：32.5%，PDAC：57.9%，IV期：81.6%）。在剂量递增过程中未观察到剂量限制性毒性（DLT），未达到最大耐受剂量（MTD）。
- 所有患者中，112名（98.2%）出现了治疗中出现的不良事件（TEAEs），其中76名（66.7%）出现了3级或以上的TEAEs。111名（97.4%）出现了治疗相关不良事件（TRAEs），其中63名（55.3%）出现了3级或以上的TRAEs。最常见的3级或以上TRAEs（≥4%）包括γ-谷氨酰转移酶升高（21.9%）、淋巴细胞计数减少（13.2%）和恶心（4.4%）。65名（57.0%）患者出现了细胞因子释放综合征（CRS）相关不良事件，其中1名（0.9%）患者出现了3级CRS，未见4级或5级CRS。44名（38.6%）患者出现了导致剂量中断的TEAEs，8名（7.0%）患者出现了导致治疗中止的TEAEs。
- 在CLDN18.2表达≥10%（免疫组化2+/3+）的患者中观察到了IBI389的初步疗效。在接受IBI389治疗的G/GEJ C患者中（≥2线先前治疗，剂量范围10 mg/kg至600 mg/kg，n=26），8名患者部分缓解（PR），11名患者疾病稳定（SD）。ORR为30.8%（95%CI：14.3-51.8），DCR为73.1%（95%CI：52.2-88.4）。

	IBI389	CT041	CT041	CMG901（Claudin18.2 ADC）
试验方案	I	CT041-CG4006（I）	I	I b
对照组		-		
N	26	98：73胃癌，10胰腺癌	14	32
ORR	30.8%	37.8%，GC=57.4%	57.1%	42%
mPFS		4.4m，GC=5.8m	5.6m	4.8m
mOS		8.4m，GC=9.7m	10.8m	
G3 TRAE	55.3% G3 CRS=0.9%	G3 CRS=0	G3 CRS=7.1%	64%

信达生物：信迪利单抗联合紫杉醇及顺铂 宫颈癌新辅助

- 信迪利单抗联合紫杉醇及顺铂新辅助治疗局部晚期宫颈癌患者：一项 II 期研究
- 数据截至 2024 年 2 月 1 日，47 名符合要求的患者被纳入研究，其中 44 名患者接受了 3 个周期新辅助治疗，之后 43 名患者接受了手术并可以被评估。
- 主要终点 pCR 为 32.6% (14/43)，最佳缓解率（残余病灶浸润深度小于 3 mm）为 51.2% (22/43)。1 名患者疗效评估为疾病稳定（SD），其余 42 名获得客观缓解（97.7%）。至截止日期时的中位随访时间为 17 个月（范围：1-35 个月），2 名获得部分缓解（PR）的患者发生了肿瘤复发（1 名为远处淋巴结复发，另 1 名为肺部转移）。
- 血液毒性方面，15 名患者出现了 3-4 级的中性粒细胞减少症，没有其他 3-4 级不良事件发生。可能与免疫相关的副反应包括皮疹（17/47，1-2 级），丙氨酸氨基转移酶升高（8/47，1 级），甲状腺功能减退（6/47，1-2 级），肌酐升高（5/47，1 级）以及高脂血症（1/47，1 级）。

	信迪利单抗+紫杉醇+顺铂	信迪利单抗+紫杉醇+顺铂
试验方案	II	II
发布时间	2024ASCO	2022ESMO ASIA
N	43	23
pCR	32.6%	35%
ORR	97.7%	96%

泽璟制药：ZG005

ZG005在晚期实体瘤患者中的剂量递增、耐受性、安全性、药代动力学和多队列扩展的I/II期临床研究数据及最新进展：

截至2024年4月16日，ZG005-001项目剂量递增阶段已完成，共入组32例受试者；剂量扩展阶段正在进行中，已入组47例受试者。79例受试者中，43%的受试者既往曾接受过至少两线抗肿瘤药物系统治疗，48%的受试者既往接受过PD-1/PD-L1抑制剂治疗。

有效性方面，可评估疗效的21例宫颈癌受试者（3 mg/kg组1例、10 mg/kg组12例、20 mg/kg组8例）中，有2例完全缓解（CR）、7例部分缓解（PR）和8例疾病稳定（SD）；客观缓解率（ORR）为43%（9/21），疾病控制率（DCR）为81%（17/21）。特别是目标剂量20 mg/kg组的客观缓解率（ORR）达到63%。9例获得客观缓解（CR/PRs）的宫颈癌受试者中，2例既往接受过PD-1/PD-L1抑制剂治疗。1例3 mg/kg组宫颈癌受试者，其肿瘤病灶自首次给药后持续缩小，现已接受ZG005治疗超过77周，靶病灶总径较基线缩小60.9%。11例宫颈癌受试者在首次肿瘤评估时即出现肿瘤缩小。截至数据截止日期，有16例受试者仍正在接受治疗。

安全性方面，63.3%（50/79）的受试者出现了与治疗相关的不良事件（TRAEs），绝大多数严重程度为1或2级。

	ZG005	AK104
靶点	PD-1/TIGIT	PD-1/CTLA-4
目前阶段	I	已上市 (以下为II期数据)
适应症	末线宫颈癌	
N	21 RP2D（二期目标剂量）：8	111
ORR	43% RP2D（二期目标剂量）：63%	33%
mPFS		3.8m
mOS		175m

加科思：KRAS G12C+SHP2一线

KRAS G12C 抑制剂格来雷塞, JAB-21822联合SHP2抑制剂JAB-3312一线治疗KRAS G12C突变的实体瘤。

	JAB-21822+JAB-3312	JAB-21822+JAB-3312
N	80 亚组：800mg 格来雷塞+2mg JAB-3312: N=27	58 亚组：800mg 格来雷塞+2mg JAB-3312: N=15
ORR	72.5% 亚组：86.7%	65.5% 亚组：77.8%
mPFS		
mOS	41.9%	39.6%

先声药业：恩度局部晚期鼻咽癌

在2016年11月至2020年7月期间，共有300例局部晚期鼻咽癌患者被随机分组（同步放化疗+恩度组，150例；同步放化疗组，150例）。截至数据截止日期（2023年12月），中位随访时间为66个月。数据显示：

意向治疗分析显示，同步放化疗+恩度组患者在RT后3个月CR率为90.0%（vs 80.7%）；
同步放化疗+恩度组的3年PFS为84.8%，高于同步放化疗组为75.1%；
同步放化疗+恩度组的3年OS率为89.2%（vs 85.3%），3年DMFS率为89.7%（vs 80.5%），3年LRRFS率为91.5%（vs 90.8%），均高于同步放化疗组；
此外，同步放化疗+恩度组和同步放化疗组的患者具有相似的3-4级急性和晚期毒性特征。

研究认为，在标准同步放化疗中添加恩度显著改善了局部晚期鼻咽癌患者的3年PFS率，且安全性良好。

	恩度+同步放化疗	信迪利单抗+诱导化疗联合同步放化疗
靶点		
目前阶段	III	III
N	300	425
mPFS	3年PFS率=84.8% vs 75.1% (HR=0.544; P=0.011)	
mOS	3年OS率=89.2% vs 85.3% (HR=0.595; P=0.039)	
DMFS: 无远处转移生存	3年DMFS=89.7% vs 80.5% (HR=0.468; P=0.007)	3年DMFS=90.3% vs 82.8% (HR=0.57)
LRRFS: 无局部区域复发生存	3年LRRFS=91.5% vs 90.8% (HR=0.808; P=0.541)	3年LRRFS=93.4% vs 86.8% (HR=0.52)
G3 TRAE	61.7% vs 65.3%	74.2% vs 65.4%

先声药业：曲拉西利+SG：三线TNBC

曲拉西利联合戈沙妥珠单抗（SG）治疗转移性三阴性乳腺癌：II期安全性和有效性结果更新

	曲拉西利+Trodelyv	Trodelyv	SKB264
对照组		化疗	
N	30		59
ORR	23.3%		42.4%
mPFS	4.1m	4.8m vs 1.7m	5.7m
mOS	15.9m	11.8m vs 6.9m	16.8m
G3 TRAE			56%

迈威生物：9MW2821

截至 2024 年 4 月 1 日，在 II 期临床 1.25mg/kg 剂量组的 240 例患者中：

>> 尿路上皮癌 (UC)

37 例可评估疗效的患者中，客观缓解率 (ORR) 和疾病控制率 (DCR) 分别为 62.2% 和 91.9%，中位无进展生存期 (mPFS) 为 8.8 个月，中位总生存期 (mOS) 为 14.2 个月。

>> 宫颈癌 (CC)

53 例可评估疗效的患者中，51% 受试者既往接受过含铂双药化疗及贝伐单抗治疗，58% 受试者既往接受过含铂双药化疗及免疫检查点抑制剂治疗，ORR 和 DCR 分别为 35.8% 和 81.1%，mPFS 为 3.9 个月，mOS 尚未达到。Nectin-4 肿瘤细胞染色强度 3+ 的患者中，39 例可评估疗效的患者 ORR 为 43.6%。

>> 食管癌 (EC)

39 例可评估疗效的患者中，ORR 和 DCR 分别为 23.1% 和 69.2%，mPFS 为 3.9 个月，mOS 为 8.2 个月；其中 37 例接受过铂类化疗及免疫治疗。

>> 三阴性乳腺癌 (TNBC)

20 例可评估疗效的局部晚期或转移性三阴性乳腺癌患者中，ORR 和 DCR 分别为 50.0% 和 80.0%，mPFS 为 5.9 个月，mOS 尚未达到；其中，1 例完全缓解 (CR) 患者已持续治疗 20 个月，目前仍持续完全缓解。

	9MW2821	9MW2821
N	UC: 37 CC: 53 EC: 39	CC: 37 EC: 30
ORR	UC: 62.2% CC: 35.8% EC: 23.1%	UC: 62.2% CC: 40.54% EC: 30%
mPFS	UC: 8.8m CC: 3.9m EC: 3.9m	UC: 6.7m
mOS	UC: 14.2m EC: 8.2m	

www.swsc.com.cn

数据来源：ASCO、西南证券

更多免费行业报告

并购家

www.ipoipo.cn

神州细胞：PD-1+ VEGF 一线肝癌

SCT-I10A-C301是一项中国、开放标签、多中心、III期试验，研究的纳入标准为既往未接受系统治疗的晚期HCC患者，患者随机（2:1）分配接受SCT-I10A（200 mg，q3w）联合SCT510（15 mg/kg，Q3W）或索拉非尼（400 mg，bid）的治疗，直至无临床获益或毒性不可耐受。随机分层因素包括ECOG性能状态（0 vs. 1）、基线甲胎蛋白水平（<400 ng/ml vs. ≥400 ng/ml）、大血管侵袭或肝外转移情况（是vs. 否）。研究的双重主要终点为总分析集的总生存期（OS）和由盲法独立中心评审（BICR）根据RECIST v1.1评估的无进展生存期（PFS）。

研究结果

在中期分析的数据截止时间（2023年11月2日），研究共纳入346例患者（SCT-I10A+SCT510组，n=230；索拉非尼组，n=116），中位随访时间为19.7个月。**SCT-I10A+SCT510组的中位OS为22.1个月，显著优于索拉非尼组的14.2个月（HR=0.60；95%CI：0.44-0.81；p=0.0008）。**与索拉非尼组相比，**SCT-I10A+SCT510组的中位PFS显著延长（7.1个月vs. 2.9个月；HR=0.50；95%CI：0.38-0.65；p<0.0001）。**SCT-I10A+SCT510组的客观缓解率（ORR）为32.8%，显著优于索拉非尼组的4.3%。

SCT-I10A+SCT510组和索拉非尼组中，≥3级治疗相关不良事件（TRAE）的发生率别为42.6%和33.6%。最常见的3级TRAE是高血压（7.8% vs. 4.3%）。SCT-I10A+SCT510组发生3例与SCT510有关的药物相关性死亡，分别为原因不明、颅内出血和上消化道出血。

	SCT-I10A（PD-1）+SCT510（贝伐珠单抗）	卡瑞利珠单抗+阿帕替尼
对照组	索拉非尼	索拉非尼
N	346	543
ORR	32.8% vs 4.3%	25.4% vs 5.9%
mPFS	7.1m vs 2.9m（HR=0.50；p<0.0001）	5.6m vs 3.7m
mOS	22.1m vs 14.1m（HR=0.60；p=0.0008）	22.1m vs 15.2m

贝达药业：MCLA-129 (EGFR/cMET数据)

MCLA-129疗效与安全性数据，一款EGFR/c-MET双抗治疗非小细胞肺癌

	Cohort A		Cohort B		Cohort C	
	Total	Prior MET TKI	Total	Prior PBCT	Total	Prior 3 rd -EGFR TKI
1500 mg	n=23	n=16	n=63	n=38	n=55	n=49
ORR* (95% CI)	43.5% (23.2%-65.5%)	37.5% (15.2%-64.6%)	28.6% (17.9%-41.3%)	28.9% (15.4%-45.9%)	21.8% (11.8%-35.0%)	20.4% (10.2%-34.3%)
DCR* (95% CI)	95.7% (78.1%-99.9%)	93.8% (69.8%-99.8%)	84.1% (72.7%-92.1%)	81.6% (65.7%-92.3%)	69.1% (55.2%-80.9%)	69.4% (54.6%-81.7%)
mDoR mo (95% CI)	6.3 (2.8-NE)	4.6 (2.8-NE)	7.2 (4.2-NE)	6.9 (2.8-NE)	9.8 (4.2-NE)	8.3 (3.4-NE)
2000 mg	n=26	n=14	n=9	n=7	NA	NA
ORR* (95% CI)	11.5% (2.4%-30.2%)	14.3% (1.8%-42.8%)	55.6% (21.2%-86.3%)	57.1% (18.4%-90.1%)	NA	NA
DCR* (95% CI)	65.4% (44.3%-82.8%)	64.3% (35.1%-87.2%)	88.9% (51.8%-99.7%)	100.0% (59.0%-100.0%)	NA	NA
mDoR mo (95% CI)	NE (4.1-NE)	NE (4.1-NE)	NE (7.0-NE)	NE (7.0-NE)	NA	NA

	MCLA-129	Rybrevant
N	A组：MET14跳跃突变 B组：EGFR 20外显子插入突变 C组：EGFR突变	MET14跳跃突变：53
ORR	A：43.5%；MET经治：37.5% B：28.6% C：21.8%	MET经治：19% EGFR exon20：40%
mPFS		EGFR exon20：6.9m
mOS		EGFR exon20：22.8m
G3 TRAE	39.2%	16%

www.swsc.com.cn

数据来源：ASCO、西南证券

更多免费行业报告

并购家

www.ipoipo.cn

百奥泰：BAT8006（FR α ADC）：卵巢癌

BAT8006的 I 期研究, 一款FR α ADC , 治疗实体瘤。

	BAT8006（FR α ADC）	Elahere（IMGN853）（FR α ADC）
数据	I	III
N	52 60%四线	453 三线
ORR	41.7%	42.3% vs 15.9%
mPFS		5.62m vs 3.98m
mOS		16.46m vs 12.75m
G3 TRAE	57.7%	42% vs 54%

中国生物制药：（PD-L1/CD137双抗）

新一代四价 PD-L1/CD137 双特异性抗体 FS222 的首次人体试验 (FIH)：在包括 PD-1 难治性黑色素瘤在内的晚期实体瘤患者中的安全性、药效学和抗肿瘤活性

	FS222	Liflieucel (肿瘤浸润淋巴细胞疗法, TIL疗法)	MGC018 (B7H3 ADC)
试验方案	I	2024. 2. 16获FDA批准上市	I MacroGenics
线数	三线黑色素瘤	二线黑色素瘤	三线黑色素瘤
对照组			
N	15	153	3
ORR	60%	31. 4%	33. 3%
mPFS			
G3 TRAE	G3 AST升高=13. 3%, G3 ALT升高=11. 1%		

亚盛医药：SDH- GIST

奥雷巴替尼（HQP1351）治疗酪氨酸激酶抑制剂（TKI）耐药的琥珀酸脱氢酶缺陷型（SDH-）胃肠道间质瘤（GIST）和副神经节瘤患者的最新疗效数据

研究介绍：本研究旨在评估奥雷巴替尼在TKI耐药的SDH缺陷GIST和其他实体瘤患者中的安全性和有效性（根据RECIST v1.1）。奥雷巴替尼隔日一次（QOD）口服，28天为一个治疗周期。

入组患者和研究方法：截至2023年12月27日，26例SDH缺陷型GIST患者（经IHC确诊）接受了≥1剂奥雷巴替尼治疗（中位年龄30岁，范围[13-56]），其中25例患者既往接受过1至4种TKIs治疗（42.3%的患者接受3种及以上）。奥雷巴替尼的给药剂量为30至50毫克 QOD（30毫克，[n=6]；40毫克，[n=14]；50毫克，n=6）。此外，本研究还纳入了6例副神经节瘤患者。

疗效数据：

26例SDH缺陷型GIST患者的中位治疗时间为15.6个月（范围，1.8-42.3），其中6例患者获部分缓解（PR）；另有18例患者疾病稳定（SD）且持续时间超过4个周期，临床获益率（CBR，CR + PR + SD > 4个周期）达92.3%（24/26）。奥雷巴替尼的最长的治疗持续时间达40个月，中位随访时间为17.0个月（范围，4.1-57.5），中位无进展生存期（PFS）为25.7个月（范围，12.1-NR）。

6例副神经节瘤患者中，5例获SD且持续时间大于4个周期，CBR达83.3%，中位PFS为8.25个月（范围，1.87-NR）。

安全性数据：不良反应情况与之前报道的相同，治疗期间未发现新的安全性问题。

	奥雷巴替尼	奥雷巴替尼
试验方案	I b/II	I b/II
线数	二线	二线
对照组		
N	26	16
CBR（CR+PR+SD>16周）	92.3%	93.8%
mPFS	25.7m	
G3 TRAE		5%

亚盛医药：APG-2575：初治或复发/难治急性髓性白血病

新型Bcl-2抑制剂APG-2575 (Lisaftoclax) 联合阿扎胞苷治疗初治或复发/难治急性髓性白血病患者的有效性和安全性

该研究入组的患者为老年 (≥ 75岁) /不耐受标准诱导化疗的初治 (TN) AML患者，或复发/难治性 (R/R) AML患者 (≥ 18岁)。APG-2575每天口服一次 (400/600/800mg)，28天为一个治疗周期，在第一个治疗周期中，APG-2575采用每日剂量递增方案以预防肿瘤溶解综合征 (TLS)；75mg/m²的AZA于D1-7每天给药一次。
截至2024年1月25日，已入组76例AML患者，其中37例为R/R AML患者；39例为老年/不耐受标准诱导化疗的TN AML患者。中位年龄66岁 (范围，20-81)，其中61.8%为男性。

疗效数据：

在所有经APG-2575联合AZA治疗的R/R AML患者中，总体反应率 (ORR= CR + CRi + 形态学无白血病状态[MLFS] + PR) 为**72.7%**，复合完全缓解率 (CRc = CR+ CRi) 为45.5%。600mg剂量组 (n=30) 的中位治疗持续时间为3.8个月,ORR为76.7%,CRc为50.0%；达到CRc的中位时间为2.5个月；中位PFS为10.2个月；中位总体生存期 (OS) 为14.7个月。

所有经APG-2575联合AZA治疗的TN AML患者中，ORR为 **64.1%**，CRc为 51.3%。600mg剂量组 (n=29) 的中位治疗持续时间为3.3个月；达到CRc的中位时间为1.9个月；尚未达到中位PFS。

600mg APG-2575被选定为联合AZA治疗AML的II期研究推荐剂量 (RP2D)。

安全性数据：所有患者均经历了治疗期间出现的不良事件 (TEAEs)，其中3/4级TEAEs发生率为89.5%，严重不良事件 (SAEs) 发生率为43.4%。常见的TEAEs包括中性粒细胞减少 (60.5%)、血小板减少 (60.5%)、腹泻 (42.1%)、低钾血症 (40.8%)、发热 (35.5%) 和呕吐 (30.3%)。常见的 (≥ 10%) 3级及以上的TEAEs包括中性粒细胞减少 (57.9%)、血小板减少 (50.0%)、贫血 (27.6%)、肺炎 (17.1%) 和中性粒细胞减少伴发热 (10.5%)。未报道任何TLS事件。30天/60天死亡率分别为1.3%和3.9%。

	APG-2575+阿扎胞苷	APG-2575+阿扎胞苷
试验方案	Ib/II	Ib/II
对照组		
N	一线： 39 二线： 37	二线： 36
ORR	一线： 64. 1% 二线： 72. 7%	二线： 75%
mPFS	10. 2m	10. 5m
G3 TRAE	89. 5%	73. 3%

www.swsc.com.cn

数据来源：ASCO、西南证券

更多免费行业报告

并购家

www.ipoipo.cn

亚盛医药：APG-2449

新型FAK/ALK/ROS1抑制剂APG-2449治疗对二代ALK抑制剂耐药的非小细胞肺癌（NSCLC）患者的最新数据 入组患者和研究方法：

本研究包括剂量递增和剂量扩展部分。RP2D被确定为每天1,200 mg（QD）。剂量扩展部分有2个队列：队列 1 为 2代 ALK TKI耐药的NSCLC患者；队列 2 为未经 TKI 治疗的NSCLC患者。

截至2023年12月9日，共有144例NSCLC、间皮瘤或卵巢癌患者接受了150-1500 mg的APG-2449治疗。患者的中位年龄为53岁（范围，21-78），53.5%的患者为女性。

疗效数据：

APG-2449在未经 TKI 治疗的 ALK阳性NSCLC 患者中 (n = 36)，ORR为 78.6% (11/14)。在2代 ALK TKI治疗耐药且无可靶向旁路基因突变（例如 KRAS G12C突变、BRAF V600E突变）的22 例NSCLC患者中，9例患者达到PR（9/22；**40.9%**）。在接受RP2D治疗的患者中，12例患者基线有脑转移，其中9例达到颅内病灶PR，其ORR 为 75.0%。针对生物标记物的研究发现，在对2代 ALK TKI 耐药的NSCLC 患者中，PFS与基线肿瘤组织中的pFAK 表达水平相关；显示pFAK水平较高的患者更有可能从APG-2449 治疗中受益。

安全性数据：共有 129 例 (89.6%) 患者出现治疗相关不良事件 (TRAEs)，最常见TRAE包括血清肌酐升高（49.3%）、丙氨酸转氨酶升高（42.4%）、天冬氨酸转氨酶升高(36.1%)、恶心（28.5%）、呕吐（23.6%）、腹泻（22.9%）和白细胞计数减少（22.2%）。共有20 例患者 (13.9%) 出现≥ 3 级TRAEs。

	APG-2449	APG-2449	首药控股	洛拉替尼
试验方案	II	I	I	I / II
对照组				
N	一线：14 二线：22	一线：8 二线：27	二线：47	二线：111
ORR	一线：78.6% 二线：40.9%	一线：80% 二线：25.9%	38.3%	一线：77.2% 二线：39%
mPFS				NR vs 9.3m (HR=0.27, 有医生说60个月)
G3 TRAE			3.6%	

www.swsc.com.cn

数据来源：ASCO、西南证券

更多免费行业报告

并购家

www.ipoipo.cn

基石药业：靶向ADC的首次人体研究数据

- CS5001是一款以受体酪氨酸激酶样孤儿受体1（ROR1）为靶点的ADC。该药使用肿瘤特异激活的吡咯并苯二氮卓（PBD）前毒素载荷和连接子。CS5001在到达肿瘤被肿瘤细胞内吞后，在溶酶体中其连接子被在肿瘤细胞中高表达的特异性酶切割释放PBD前毒素，继而PBD前毒素在肿瘤细胞内被激活，从而杀死肿瘤细胞。根据基石药业新闻稿，这种连接子加前毒素的“双控”机制有效地减少与传统PBD载荷有关的毒性问题，而获得更大的安全窗口。
- 霍奇金淋巴瘤：从第5剂量水平（50 µg/kg）起观察到客观缓解；9例可评估的患者中有1例达到完全缓解（CR）以及4例达到部分缓解（PR），客观缓解率（ORR）为55.6%。
- 弥漫大B细胞淋巴瘤（DLBCL）：从第7剂量水平（100 µg/kg）起观察到客观缓解；6例可评估的患者中有1例达到CR以及2例达到PR，ORR为50.0%。
- 在实体瘤中，从第7剂量水平（100 µg/kg）起也开始观察到多例PR和疾病稳定（SD）伴肿瘤负荷减小，包括非小细胞肺癌（NSCLC；1例PR及3例SD）、胰腺癌（1例PR）、三阴性乳腺癌（TNBC；1例SD）、卵巢癌（1例SD）；基于以上疗效趋势，随着剂量的增加，在实体瘤患者中有望观察到更好的疗效。

	CS5001	Zilovertamab vedotin (MK 2140)
试验方案	I	waveLINE-004 (II)
对照组	-	
N	HL: 9 DLBCL: 6	DLBCL: 20
ORR	HL: 55.6% DLBCL: 50%	DLBCL: 30%
mPFS		
mOS		
G3 TRAE		

迪哲医药：2L EGFR exon20 NSCLC

跨国关键性研究WU-KONG1主要分析结果：舒沃替尼治疗铂类药物预治疗的EGFR外显子20插入突变NSCLC

跨国研究WU-KONG1（NCT03974022）旨在评估舒沃替尼对进行铂类药物预处理后的EGFR外显子20插入突变（exon20ins）NSCLC患者的疗效。我们在此报告主要分析结果。

符合条件的患者按1：1的比例随机接受200mg/300mg舒沃替尼（每天1次），直至达到停药标准。根据基线时的脑转移情况、既往接受过全身抗癌治疗方案的数量，进行随机分层。主要终点是独立审查委员会（IRC）评估的客观反应率（ORR），关键次要终点包IRC评估的缓解持续时间（DoR）。

截至2024年1月4日，共有184例患者随机接受治疗。根据IRC评估，最佳ORR为54.3%（41.0%已确认，5.8%尚待确认）。2.9%的患者达CR。疾病控制率（包括CR、PR和疾病稳定）为90.8%。主要终点达到了预定目标，并具有统计学意义。在基线脑转移、不同人口统计学特征和EGFR exon20ins亚型的患者中均观察到肿瘤缓解。安全性研究结果与此前其他临床研究中报道的舒沃替尼结果相似。最常见的药物相关治疗不良事件（TEAE）包括腹泻、皮疹和CPK升高，大多数TEAE为1级或2级，临床上可控。

在这项WU-KONG1跨国关键性研究的主要分析中，舒沃替尼对铂类药物预处理的EGFR exon20ins NSCLC患者具有良好的抗肿瘤疗效，且安全性可耐受。

	舒沃替尼	舒沃替尼
试验方案	WU-KONG1 II	WU-KONG（III）
对照组		
N	184	97
ORR	54.3%	60.8%
mPFS		

Petosemtamab (MCLA-158) : 1L HNSCC

Merus在2024年美国临床肿瘤学会（ASCO）年会网站上发布了一篇关于其双特异性抗体petosemtamab与抗PD-1抗体pembrolizumab联合用药的临床试验结果摘要。数据显示，在复发/转移性（r/m）头颈部鳞状细胞癌（HNSCC）患者中，这一组合作为一线疗法，让60%可评估的患者获得缓解。

Petosemtamab是通过Merus公司Biclonics平台所开发的一款在研EGFR和LGR5靶向的抗体依赖的细胞毒性（ADCC）增强型IgG1双特异性抗体。

	Petosemtamab (MCLA-158) +K药	帕博利珠单抗+化疗
试验方案	I / II	KEYNOTE-048（III）
对照组	-	西妥昔单抗+化疗
N	26	
ORR	60%（可评估10人）	37% vs 36.3%
mPFS		5.4m vs 5m（HR=0.87）
mOS		13m vs 10.7m（HR=0.72）
G3 TRAE		

Verastem：一线胰腺癌

Avutometinib是Verastem公司旗下一款口服RAF/MEK抑制剂，可有效抑制MEK激酶活性并诱导RAF-MEK复合物显性失活，进而阻止ARAF、BRAF和CRAF对MEK的磷酸化。Defactinib是一种粘着斑激酶(FAK)选择性抑制剂，FAK是一种重要的信号传导靶点，已被证明可以介导多种抗癌药物的耐药。

	Avutometinib+defactinib+AG	索凡替尼+卡瑞利珠单抗+白紫+S-1（NASCA）
试验方案	1b/2	I b
对照组		AG
N	8	48
ORR	75%	53.6% vs 15%
mPFS		9.17m vs 6.3m
mOS		15.57m vs 8.63m
G3 TRAE		

艾立布林+曲妥珠单抗+帕妥珠单抗：HER2+ BC一线治疗

JBCRG-M06/EMERALD研究：曲妥珠单抗和帕妥珠单抗联合甲磺酸艾立布林或紫杉类作为HER2阳性、局部晚期或转移性乳腺癌的一线治疗:日本一项多中心、随机、非劣效性3期试验的结果

入组时间和例数：2017.8月~2021.6月，共纳入446例患者(试验组224例，对照组222例)

基线特征 | 中位年龄为56.0(29-70)岁，244例(54.7%)为ER阳性BC，285例(63.9%)有内脏转移。247例患者(55.4%)为新发4期，199例(44.6%)接受过根治性手术，138例(30.9%)接受过紫杉类药物围手术期治疗。两组基线特征较为均衡。

生存疗效 | mPFS为14.0 (试验组) vs 12.9个月 (对照组) (HR, 0.96; 95% CI, 0.77-1.20)，证实本研究方案的非劣效性。对照组的mOS为65.3个月，而试验组的mOS尚未达到。

安全性 | 试验组2-3级的TRAE-发热性中性粒细胞减少、水肿和腹泻的不良反应发生率均低于对照组(分别为4.9%vs8.7%、8.5%vs42.2%、36.6%vs54.1%)。

本研究是第一个表明艾立布林+HP（双HER2抑制剂）vs紫杉类+HP的非劣效性的研究。艾立布林+HP可能成为局部晚期或转移性HER2+ BC的一线治疗方案。

	艾立布林+曲妥珠单抗+帕妥珠单抗	吡洛替尼+曲妥珠单抗+多西他赛
试验方案	JBCRG-M06/EMERALD (III)	PHILA (III)
对照组	多西他赛+曲妥珠单抗+帕妥珠单抗	安慰剂+曲妥珠单抗+多西他赛
N	446	590
ORR		82.8% vs 70.6%
mPFS	14m vs 12.9m (HR=0.96)	24.3m vs 10.4m (HR=0.41)
mOS	NR vs 65.3m	
G3 TRAE		

HER2+ BC二线治疗

ACE-Breast-02研究: 一项ARX788 (一种新型抗HER2抗体-药物偶联物(ADC)) 对比拉帕替尼联合卡培他滨治疗晚期HER2阳性晚期乳腺癌的关键II/III期临床研究

研究设计 | 中国85个中心, 随机对照研究。ARX788 (试验组) vs 拉帕替尼+卡培他滨 (对照组), 患者按照1:1进行随机。

研究人群 | 经过曲妥珠单抗和卡培他滨治疗进展后的HER2+ (FISH+ or IHC3+) 不可切除或转移性乳腺癌患者(ABC) (二线治疗)。

研究药物 | 试验组: ARX788: 1.5mg/kg, IV, Q3W, ARX788未预先给予任何预防措施; 对照组: 拉帕替尼+卡培他滨(LC, 拉帕替尼1250mg, QD; 卡培他滨1000mg/m² BID, d1-14, Q3W)

	ARX788	DS-8201
试验方案	ACE-Breast-02 (II / III)	DESTINY-Breast03 (III)
对照组	拉帕替尼联合卡培他滨	T-DM1
N	441	524
ORR	63.8% vs 52.7%	78.5% vs 35%
mPFS	11.33m vs 8.25m (HR=0.64, p=0.0006)	28.8m vs 6.8m
mOS		
G3 TRAE	41.4% vs 40%	

BRIA-IMT（一种同种异体全细胞免疫治疗）治疗晚期/转移性乳腺癌的结局

SV-BR-1-GM是BriaCell旗下一一种具有免疫细胞特性的基因工程人乳腺癌细胞系。它通过基因改造以释放粒细胞/巨噬细胞集落刺激因子(GM-CSF)的细胞，是一种靶向免疫疗法。

Bria-IMT 方案是使用同种异体全细胞癌症疫苗联合检查点抑制剂 (CPIs) 的联合免疫治疗。皮内给予经辐照的 SV-BR-1-GM 乳腺癌细胞分泌GM-CSF，并在HLA-I和-II分子上呈递肿瘤相关抗原 (TAAs)，直接刺激抗肿瘤免疫。抗PD-1 CPI进一步刺激T细胞并与SV-BR-1-GM协同作用。

使用SV-BR-1-GM、检查点抑制剂（帕博利珠单抗或retifanlimab）、低剂量环磷酰胺（第2天）和给药后给予聚乙二醇干扰素 α ，每3周为一个周期。患者按序列随机分配至I期和II期队列。在1:1随机化队列中，CPI在SV-BR-1-GM前的C1给药（原始序列）或延迟至SV-BR-1-GM后的C2给药（替代序列）。

共有54例患者接受给药：11例接受帕博利珠单抗，44例接受retifanlimab（1例患者先接受帕博利珠单抗，随后接受retifanlimab）。中位年龄为61(范围：38-81)岁，**中位既往治疗方案数为6(范围：2-13)**。72%的患者为ER+/PR+/HER2-；HER2+和三阴性乳腺癌的患者比例分别为6%和22%。

Bria-IMT方案耐受性良好，仅有9%的患者因不良事件（AE）退出。74%的患者出现了与注射疫苗相关的不良事件；大多数（91%）为1-2级，少数（1.7%）为4级，包括肺栓塞、脱水和脂肪酶升高。

在具有给药后CAML/CTC数据和可评价结局的30例患者中，CAML计数<5与疾病控制相关（ $P=0.06$ ）。对SV-BR-1-GM产生迟发型超敏反应（DTH）的患者，其无进展生存期（PFS）显著更好，总生存期（OS）也更高。

在接受SV-BR-1-GM 3期制剂治疗的患者（ $n=23$ ，结局可评价）中，客观缓解率(ORR)为13%，疾病控制率(DCR)为61%，中位PFS和OS分别为4.1个月和13.3个月。在随机化部分，原始顺序队列与替代顺序队列相比，DCR更高（43% vs 36%），OS也更高（ $HR=0.30$ ，95%CI 0.08-1.17； $P=0.08$ ）。

	PD-1+SV-BR-1-GM+环磷酰胺+聚乙二醇干扰素	ARV-471 (vepdegestrant, ER Protac)+ 哌柏西利
试验方案	7线 II	5线 Ib
对照组		
N	23	46
ORR	13%	42%
mPFS	4.1m	11.1m
mOS	13.3m	
G3 TRAE		

DESTINY-Breast07 : T-DxD+帕妥珠单抗一线治疗HER2+ BC

DESTINY-Breast07研究将德曲妥珠单抗治疗线数进一步前移，为首个探索德曲妥珠单抗±帕妥珠单抗一线治疗HER2阳性晚期BC的临床研究。

	DS-8201+帕妥珠单抗	曲妥珠单抗+帕妥珠单抗
试验方案	一线 II 期	CLEOPATRA (III
对照组	DS-8201	曲妥珠+多西他赛+安慰剂
N	125	808
ORR	82% vs 77.3%	80.2% vs 69.3%
mPFS	12个月PFS率=89.4% vs 77.3%	18.7m vs 12.4m (HR=0.62)
mOS		57.1m vs 40.8m (HR=0.68, p<0.001)
G3 TRAE	G3 腹泻=6% vs 2.7%, G1-2间质性肺炎=10% vs 8% (无G3 ILD)	

瑞戈非尼+K药：2L 肝癌

评估瑞戈非尼联合帕博利珠单抗治疗既往接受过免疫检查点抑制剂（ICI）治疗的晚期肝细胞癌（HCC）患者的国际开放标签II期研究

年龄≥18岁，Child-Pugh分级A，BCLC分期B或C期，ECOG PS为0或1的HCC患者，接受口服瑞戈非尼 90mg，每日一次，连续3周/停药1周，同时每6周静脉注射帕博利珠单抗 400mg。如果耐受性良好，可在瑞戈非尼首个4周治疗周期后将每日剂量提高至120mg。不允许减少帕博利珠单抗剂量。根据先前治疗定义了队列：

先前接受的治疗：队列1 = 阿替利珠单抗 + 贝伐珠单抗；队列2 = 任何其他ICI方案（单独或联合）。

主要终点是独立中心审查（RECIST 1.1）的总体缓解率（ORR）。

结果：

共计纳入来自8个国家的95名患者；

队列1的ORR为5.9%，队列2为11.1%；疾病稳定率分别为48.5%和63.0%。队列1的中位PFS为2.8个月，队列2为4.2个月。总体而言，治疗相关的不良事件（TEAE）中，56%的患者为3级，5%为4级；药物相关的3级和4级TEAE分别发生在37%和3%。

	瑞戈非尼+K药	瑞戈非尼
试验方案	II	II（索拉非尼耐药）
对照组		安慰剂
N	95	583
ORR	队列1：5.9% 队列2：11.1%	11% vs 4%
mPFS	队列1：2.8m 队列2：4.2m	3.1m vs 1.5m（HR=0.46，P<0.0001）
mOS		10.6m vs 7.8m（HR=0.63，P<0.0001）
G3 TRAE	37%	

西南证券投资评级说明

报告中投资建议所涉及的评级分为公司评级和行业评级（另有说明的除外）。评级标准为报告发布日后6个月内的相对市场表现，即：以报告发布日后6个月内公司股价（或行业指数）相对同期相关证券市场代表性指数的涨跌幅作为基准。其中：A股市场以沪深300指数为基准，新三板市场以三板成指（针对协议转让标的）或三板做市指数（针对做市转让标的）为基准；香港市场以恒生指数为基准；美国市场以纳斯达克综合指数或标普500指数为基准。

公司 评级

买入：未来6个月内，个股相对同期相关证券市场代表性指数涨幅在20%以上
持有：未来6个月内，个股相对同期相关证券市场代表性指数涨幅介于10%与20%之间
中性：未来6个月内，个股相对同期相关证券市场代表性指数涨幅介于-10%与10%之间
回避：未来6个月内，个股相对同期相关证券市场代表性指数涨幅介于-20%与-10%之间
卖出：未来6个月内，个股相对同期相关证券市场代表性指数涨幅在-20%以下

行业 评级

强于大市：未来6个月内，行业整体回报高于同期相关证券市场代表性指数5%以上
跟随大市：未来6个月内，行业整体回报介于同期相关证券市场代表性指数-5%与5%之间
弱于大市：未来6个月内，行业整体回报低于同期相关证券市场代表性指数-5%以下

分析师承诺

报告署名分析师具有中国证券业协会授予的证券投资咨询执业资格并注册为证券分析师，报告所采用的数据均来自合法合规渠道，分析逻辑基于分析师的职业理解，通过合理判断得出结论，独立、客观地出具本报告。分析师承诺不曾因，不因，也将不会因本报告中的具体推荐意见或观点而直接或间接获取任何形式的补偿。

重要声明

西南证券股份有限公司（以下简称“本公司”）具有中国证券监督管理委员会核准的证券投资咨询业务资格。

本公司与作者在自身所知情范围内，与本报告中所评价或推荐的证券不存在法律法规要求披露或采取限制、静默措施的利益冲突。

《证券期货投资者适当性管理办法》于2017年7月1日起正式实施，本公司签约客户使用，若您并非本公司签约客户，为控制投资风险，请取消接收、订阅或使用本报告中的任何信息。本公司也不会因接收人收到、阅读或关注自媒体推送本报告中的内容而视其为客户。本公司或关联机构可能会持有报告中提到的公司所发行的证券并进行交易，还可能为这些公司提供或争取提供投资银行或财务顾问服务。

本报告中的信息均来源于公开资料，本公司对这些信息的准确性、完整性或可靠性不作任何保证。本报告所载的资料、意见及推测仅反映本公司于发布本报告当日的判断，本报告所指的证券或投资标的的价格、价值及投资收入可升可跌，过往表现不应作为日后的表现依据。在不同时期，本公司可发出与本报告所载资料、意见及推测不一致的报告，本公司不保证本报告所含信息保持在最新状态。同时，本公司对本报告所含信息可在不发出通知的情形下做出修改，投资者应当自行关注相应的更新或修改。

参考之用，不构成出售或购买证券或其他投资标的的要约或邀请。在任何情况下，本报告中的信息和意见均不构成对任何个人的投资建议。投资者应结合自己的投资目标和财务状况自行判断是否采用本报告所载内容和信息并自行承担风险，本公司及雇员对投资者使用本报告及其内容而造成的一切后果不承担任何法律责任。

本报告及附录版权为西南证券所有，未经书面许可，任何机构和个人不得以任何形式翻版、复制和发布。如引用须注明出处为“西南证券”，且不得对本报告及附录进行有悖原意的引用、删节和修改。未经授权刊载或者转发本报告及附录的，本公司将保留向其追究法律责任的权利。



西南证券研究发展中心

西南证券研究发展中心

上海

地址：上海市浦东新区陆家嘴21世纪大厦10楼

邮编：200120

北京

地址：北京市西城区金融大街35号国际企业大厦A座8楼

邮编：100033

深圳

地址：深圳市福田区益田路6001号太平金融大厦22楼

邮编：518038

重庆

地址：重庆市江北区金沙门路32号西南证券总部大楼21楼

邮编：400025

西南证券机构销售团队

区域	姓名	职务	手机	邮箱	姓名	职务	手机	邮箱
上海	蒋诗烽	总经理助理/销售总监	18621310081	jsf@swsc.com.cn	张玉梅	销售经理	18957157330	zymyf@swsc.com.cn
	崔露文	销售副总监	15642960315	clw@swsc.com.cn	阚钰	销售经理	17275202601	kyu@swsc.com.cn
	谭世泽	高级销售经理	13122900886	tsz@swsc.com.cn	魏晓阳	销售经理	15026480118	wxyang@swsc.com.cn
	汪艺	高级销售经理	13127920536	wyyf@swsc.com.cn	欧若诗	销售经理	18223769969	ors@swsc.com.cn
	李煜	高级销售经理	18801732511	yflyu@swsc.com.cn	李嘉隆	销售经理	15800507223	ljlong@swsc.com.cn
	卞黎旸	高级销售经理	13262983309	bly@swsc.com.cn	龚怡芸	销售经理	13524211935	gonggy@swsc.com.cn
	田婧雯	高级销售经理	18817337408	tjw@swsc.com.cn				
北京	李杨	销售总监	18601139362	yfly@swsc.com.cn	张鑫	高级销售经理	15981953220	zhxin@swsc.com.cn
	张岚	销售副总监	18601241803	zhanglan@swsc.com.cn	王一菲	销售经理	18040060359	wyf@swsc.com.cn
	杨薇	资深销售经理	15652285702	yangwei@swsc.com.cn	王宇飞	销售经理	18500981866	wangyuf@swsc.com.cn
	姚航	高级销售经理	15652026677	yhang@swsc.com.cn	路漫天	销售经理	18610741553	lmtfyf@swsc.com.cn
	胡青璇	高级销售经理	18800123955	hqx@swsc.com.cn	马冰竹	销售经理	13126590325	mbz@swsc.com.cn
广深	郑龔	广深销售负责人	18825189744	zhengyan@swsc.com.cn	丁凡	销售经理	15559989681	dingfyf@swsc.com.cn
	杨新意	广深销售联席负责人	17628609919	yxy@swsc.com.cn	陈紫琳	销售经理	13266723634	chzlyf@swsc.com.cn
	张文锋	高级销售经理	13642639789	zwf@swsc.com.cn	陈韵然	销售经理	18208801355	cyrif@swsc.com.cn
	龚之涵	销售						