

· 论 著 ·

多学科专家组诊疗模式在肿瘤诊疗活动中的实践

徐 茂, 尤明春, 马万兵

〔摘要〕 恶性肿瘤的发病率在我国呈明显上升趋势,虽然新的诊断和治疗方法日新月异,但在肿瘤治疗过程中存在相当大的随意性和不规范性。多学科专家组诊疗(multidisciplinary team, MDT)模式已成为肿瘤治疗的模式和发展方向。目前MDT模式还仅建立在发达地区少数医院。作者所在医院从提高医疗质量、保证医疗安全,集中有限的医疗资源为肿瘤患者提供最优化服务的目的出发,尝试着运用MDT模式进行肿瘤治疗。本文结合本单位实践对MDT在军队医院诊疗活动中的应用和前景进行了分析总结,目的为推广MDT模式和规范治疗提供参考。

〔关键词〕 多学科专家组;肿瘤诊疗;实践

〔中图分类号〕 R730.4;R197.32 〔文献标志码〕 A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2013.02.020

The MDT model in the military hospital treatment activities in practice

XU Mao, YOU Ming-Chun, MA Wan-bing. 455 Hospital of PLA, Shanghai 200052, China

〔Abstract〕 The incidence of malignant tumors in China showed an upward trend. Although new diagnostic and treatment methods developed rapidly, there are considerable arbitrariness and non-normative in the cancer treatment process. Multidisciplinary team has become a standard model and direction of cancer therapy. However, the MDT mode only limits in several developed regions. In order to improve the quality of medical care, to ensure the safety of the medical concentrate limited medical resources for cancer patients optimization services, our military hospital try to use the MDT model tumor treatment. This article summarized MDT military hospital treatment activities and prospects, and provide reference for the purpose of promotion the MDT mode and standard treatment.

〔Key words〕 multidisciplinary team; cancer treatment; practice

近年来,恶性肿瘤的总体发病率在我国呈明显的上升趋势,虽然新的诊断和治疗方法日新月异,但在肿瘤治疗中存在相当大的随意性和不规范性,肿瘤患者的5年存活率提高仍不明显^[1]。多学科专家组诊疗(multidisciplinary team, MDT)模式已成为肿瘤治疗的模式和发展方向,肿瘤的治疗方式也从单纯的手术切除转向由手术治疗为主的多学科综合治疗。在肿瘤诊断明确后,围绕肿瘤治疗手段的选择,必须始终贯穿MDT治疗理念。鉴于我国特殊的医疗国情,MDT治疗模式还仅限于建立在发达地区少数大型综合性医院,规范肿瘤治疗,充分利用和优化配置现有的医疗卫生资源,构建协同医疗体系,推广MDT治疗模式已经迫在眉睫。

1 MDT模式在肿瘤治疗中的兴起

1.1 MDT模式的概念 国外对MDT的定义为“能够独立为某一特定病人提供诊治意见的不同专业专家在特定时间(可在同一地点、或通过电视或电话会议形式)共同讨论该病人诊治方向”^[2]。MDT诊疗模式是指来自两个以上不同学科,组成的固定的

工作组,针对某种肿瘤疾病进行定期、定时、定址的临床讨论,提出临床治疗方案^[3]。因此,MDT治疗模式,确切地说应该称为多学科专家组协作的综合治疗模式,简称之为MDT模式。

1.2 MDT模式的特点 MDT治疗模式可以追溯到二十世纪六七十年代^[4],发展于七八十年代。该模式把具有各类专业知识、技能和经验的专家聚集在一起,以病人为中心,为病人提供高质量的诊断和治疗意见。该模式已经得到国内专家的认可,多位专家对该模式的组织和实施提出了系列意见和建议^[5-7]。MDT模式的出现打破了以往以治疗手段进行分科收治的体制,建立以病种分科的新体系,推动多学科之间的深入交流与紧密合作,促进肿瘤治疗理论、技术和经验的全面融合,通过改变意识的个人习惯和行为,将临床试验的证据融合到日常肿瘤治疗的实践中,将基础研究成果向临床应用转化。军队医院重点需抓好实战型、专家型、多能型的人才队伍建设,不断提高战时急救救治能力^[8],引入MDT治疗模式有利于人才培养和医院整体医疗技术水平提升。

1.3 MDT模式的应用 近年来,MDT诊疗模式在国内外越来越受到重视与关注。欧美和澳大利亚等

国家在癌症的医疗体系中,广泛实施了 MDT 模式。首先是学会和(或)协会在其指南中明确推荐在肿瘤的诊疗过程中实施 MDT 模式,如 NCCN(National Comprehensive Cancer Network)推荐对结直肠癌肝转移、胃癌、胃肠间质瘤(GIST)和头颈癌的诊疗方案必须经 MDT 讨论后决定。英国政府的医疗卫生部门早在 1993 年就将 MDT 模式应用于社区医疗卫生保健,英国 NHS(National Health Service)在 1996 年把该模式写入改善癌症(乳腺癌)预后的指南^[9],1997 年在结直肠癌、肺癌和上消化道肿瘤中推广,在 2007 年又颁布了关于肿瘤治疗 MDT 模式的法律文件。由于 MDT 模式在癌症诊疗过程中的重要作用,现在该模式亦在多种良性病中推行,包括糖尿病、卒中与神经康复、慢性阻塞性肺病和冠心病^[10]。另外,多学科综合治疗模式已经成为目前国际公认的肿瘤治疗模式,近些年国外多个 MDT 中心总结报告了在不同肿瘤引入 MDT 治疗模式后的效果。在我国 MDT 治疗模式的理念也已日趋受到医学界的重视,MDT 模式通过建立多学科的协作服务,实现医疗信息、医疗资源的共享,促进肿瘤治疗的规范化。

2 MDT 模式在我院医疗中的实践

2.1 单病种 MDT 模式 门诊 MDT 模式理念在我院日益被接受并得到重视,2010 年底我院由院方主导,心胸外科牵头成立了食道癌诊疗中心,每天接受大量来自全国各地的食道癌病人,其中包含大量外地病人,有相当一部分病人是在多个医院接受过各种治疗、病情复杂的病人,在初诊时往往不知所措,有时辗转几天都找不到真正能够给他治疗的医生。针对食道癌的治疗特点,需要临床多学科综合治疗,院内开展了食道癌单病种多学科门诊,使多个相关学科的专家共同为病人出诊,免除了病人需要反复挂号,看不同的专家,却得出不同诊断结论与治疗方案的苦恼。

2.2 MDT 模式多学科查房制度 完善的多学科查房制度是有效 MDT 模式的制度保证,为约束 MDT 成员的行为,实现专家共同查房,组织讨论病例提供了有效制度保障。军队医院由于所处环境的快速变化和军队相关政策的实施,在学科建设实践中呈现出很多共性^[11]。我院心胸外科、消化肿瘤科、普外泌尿科利用每周 1~2 天的时间,对住院的病人以及门诊的复杂病人,定时定点地举办 MDT 专科肿瘤病例讨论,每次的讨论固定要求参加的专家包括医学影像专家、肿瘤内科化疗专家、放疗专家和各相关外

科医师,同时还根据病人的病情,适时地邀请病理学家、胸部肿瘤、消化肿瘤、泌尿肿瘤、妇科肿瘤和射频、肝胆外科专家等。从而,充分地发挥了我院 MDT 模式为肿瘤患者有效诊治的作用。

2.3 MDT 模式术前评估 在传统的肿瘤治疗模式中,临床医生往往满足于术前对肿瘤的定性诊断,过分依赖术后病理分期。随着治疗理念、方法和技术的发展,临床医生在术前特别是在执行 MDT 模式讨论时,需要对肿瘤进行术前评估,目前为止,不论是 NCCN 还是美国 ASCRS(American society colon & rectal surgeons)的指南都根据大量的循证医学的证据提出了术前的新辅助治疗,包括了术前的新辅助放疗和放化疗。这些治疗的前提是需要医学影像学的专家对病人进行合理的术前评估,包括了术前的核磁共振(MRI)和术前的超声检查。术前规范分期通常采用通用的国际肿瘤临床分期(TNM)。另外,还需评估各种影响预后的因素,以及选取合理有效的肿瘤诊疗方案。

2.4 MDT 模式治疗指导过程 由于肿瘤病人诊治是一个连续的过程,存在一些不确定的因素,因此,在临床上 1 例肿瘤病人,可能往往会接受多次 MDT 的临床评估和讨论,我院组织成立了针对几种常见病种的肿瘤诊治固定的 MDT 专家组,实现了肿瘤病人的综合治疗,对于疗效得到及时反馈,同时获得了病人及家属的支持与肯定。

2.5 MDT 模式效果评价 肿瘤多学科工作模式已被我院针对各常见肿瘤病种的治疗途径广泛采用。多学科的优势,无论为病人提供最好的优质服务,还是对推动学术,提高医疗服务水平都大为有益。文献^[12]报道,Sharma 对直肠癌 MDT 进行了科学的评价研究,他随访了 253 名结直肠外科医生,采用问卷的形式对 MDT 进行评估,96.5% 的医生认为 MDT 对直肠癌病人的治疗有益,78.6% 的人认为 MDT 是个好的模式。我院在实践中把临床多学科合作团队作为医院发展的重要内容。医院相继出现了肺癌、肝癌、胃癌、肠癌等多个多学科工作团队,同时联合会诊已经成为一个制度。最大限度地发挥医院的学科优势,为直肠癌病人提供最优化的治疗方案,给病人带来最好的治疗效果,同时也为医院的知名度,学科发展提供动力。

3 我院 MDT 模式运行经验总结

3.1 MDT 模式能够提高诊疗效能 参与 MDT 模式的医生均为我院不同专科长期从事某一肿瘤诊疗的专家,其能够跟踪国内外最新的研究进展,其诊治

水平在院内处于同行中的最高层次;在区域协调医疗平台下,医生的医疗行为处于医院、患者及同行的监督之下,在一定程度上可以规范医生的医疗行为。经过多学科专家的会诊和讨论,根据大家共同研究的治疗方案和临床指南,MDT 可以给出适合具体病人的最佳治疗方案。

3.2 MDT 模式较传统模式更行之有效

MDT 模式与传统的远程会诊虽然有形式上的类似,但两者有本质区别,MDT 模式是以循证医学证据作为引导,参加讨论的各个成员是平等的,讨论结果并非专家个人意见,也不是传统治疗方法的机械组合。传统的会诊包括远程会诊有着浓重的个人色彩,没有统一的临床诊疗标准,会诊效率低下。根据作者的实践,MDT 讨论的时间、地点、时长需要固定,还需要一个专职的人员来负责协调 MDT 的日常运行和沟通,额外的工作会使临床医生无法保证讨论的有效进行,导致组织工作混乱,不能确保质量。

3.3 MDT 模式具有实践意义与临床价值 推广 MDT 模式是一项有意义的探索,有望使患者在同一家医院内能够得到系统的、规范化的治疗,减少医疗费用,同时也能够提高医院的管理和信息化水平,集中有限的医疗资源,在不增加成本支出的情况下,更好地为患者提供优质高效的医疗服务。

【参考文献】

- [1] 王锡山. 多学科团队诊疗模式在结肠癌治疗中的重要意义[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(6): 479-481.

(上接第 156 页)

- [2] 张智海,沈建雄,刘忠厚. 中国人骨质疏松症诊断标准回顾性研究[J]. 中国骨质疏松杂志,2004,10(3):255-262.
- [3] 夏海涛,郑有章,崔恒,等. 阿仑膦酸钠联合脉冲电磁场治疗原发性骨质疏松症的临床观察[J]. 实用临床医药杂志,2010,14(5):81-86.
- [4] 黄立莉,洪文,王立源,等. 绝经后骨质疏松症的临床治疗进展[J]. 中国医药导报,2011,8(18):7-9.
- [5] 梅敏. 骨质疏松症研究进展[J]. 吉林医学,2011,32(4):749-751.
- [6] 王谦,刘光军,许硕贵. 各类抗骨质疏松药物的临床研究进展[J]. 实用医药杂志,2010,27(4):368-371.
- [7] 徐若男,王丁丁,朱小蔚. 预防和治疗骨质疏松症的常用药物[J]. 东南国防医药,2011,13(6):540-541.

- [2] Department of Health. Manual for cancer services 2004 [M]. London: Department of Health, 2004: 8.
- [3] Minsky BD. Multidisciplinary case teams: An approach to the future management of advanced colorectal cancer [J]. Br J Cancer, 1998, 77(2): 1-4.
- [4] Grass C, Umansky R. Problems in promoting the growth of multidisciplinary diagnostic and counseling clinics for mentally retarded children in nonmetropolitan areas [J]. Am J Public Health, 1971, 61(4): 698-710.
- [5] 顾晋. 直肠癌多学科综合治疗模式 [J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(9): 726-728.
- [6] 詹文华. 胃癌多学科综合治疗模式 [J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(9): 722-726.
- [7] 刘荫华, 刘文清. 提高局部复发直肠癌多学科诊治水平 [J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(9): 272-274.
- [8] 沈烈, 孙阳. 以人才学科建设牵引部队医院内涵发展 [J]. 东南国防医药, 2010, 12(4): 362-363.
- [9] Department of Health. Policy framework for commissioning cancer services: A report by the expert advisory group on cancer to the chief medical officers of England and Wales [M]. London: Department of Health, 1995: 13.
- [10] Department of Health. Coronary heart disease: National service framework for coronary heart disease-modern standards and service models [M]. London: Department of Health, 2000: 48-52.
- [11] 孙阳, 李平. 加强医院学科建设的实践探讨 [J]. 东南国防医药, 2012, 14(3): 174-175.
- [12] Sharma A, Sharp DM, Walker LG, et al. Colorectal MDTs: The team's perspective [J]. Colorectal Dis, 2008, 10(1): 63-68.

(收稿日期:2012-09-29)

(本文编辑:史新中; 英文编辑:王建东)

- [8] 朱俊杰,陈德明. 影响运动治疗骨质疏松症运动学因素的研究进展[J]. 哈尔滨体育学报,2011,29(1):74-78.
- [9] 李小平. 运用低频脉冲电磁场治疗原发性骨质疏松症[J]. 湖北中医杂志,2011,33(3):60-61.
- [10] 赵 刚. 鲑鱼降钙素治疗原发性骨质疏松症的疗效观察[J]. 天津药学,2011,23(3):44-46.
- [11] 任 平. 鲑鱼降钙素鼻喷剂对骨质疏松性疼痛和骨密度的影响研究[J]. 护士进修杂志,2011,26(14):1258-1259.
- [12] 周 建,陈克明,葛宝丰,等. 电磁场的应用与研究进展[J]. 现代生物医学进展,2011,11(31):5162-5167.
- [13] 肖 登,何成奇. 低频脉冲电磁场治疗骨质疏松症的干预途径[J]. 中国临床康复,2005,9(31):193-195.

(收稿日期:2012-07-23;修回日期:2013-01-17)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)